

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -  
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية  
قسم علم النفس وعلوم التربية

السنة الجامعية: 2016/2017

رقم التسجيل .....



رسالة محاضرة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د:

في علم النفس المرضي المؤسساتي

معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية  
من وجهة نظر عينة الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين  
دراسة ميدانية بولايات الشرق الجزائري

إعداد الطالب : زهار جمال

نوقشت أمام اللجنة المكونة من السادة : بتاريخ 2017/10/04

الاسم و اللقب	الصفة	الجامعة
أ/ د عبد الكريم قريشي	رئيسا	جامعة ورقلة
أ/ د ترزولت حورية عمروني	مشرفا ومقررا	جامعة ورقلة
أ/ د أبي مولود عبد الفتاح	مناقشا	جامعة ورقلة
أ/ د لوصيف سعيد	مناقشا	جامعة الجزائر 3
د/ يوب مختار	مناقشا	جامعة وهران

## ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري من حيث الأهمية بالترتيب، والتعرف على درجة حدتها، وكذلك التعرف على أثر بعض المتغيرات في هذه المعوقات، وهل لمؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري دور في تشكل وظهور معوقات تعيق عمل الأخصائي النفسي العيادي، فعمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي الاستكشافي التحليلي.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم القيام بدراسة ببليوغرافية بحثنا فيها عن أهم معوقات الممارسة النفسية التي تعترض الأخصائيين النفسيين العياديين إنطلاقا مما توصلت إليه مجموعة من الدراسات السابقة المشابهة التي كشفت حقيقة ماواجه الأخصائيين النفسيين العياديين من معوقات في ممارستهم النفسية التي تحول دون تحقيق الأهداف المسطرة لمهنتهم، وقد سمحت هذه الدراسة الببليوغرافية من توزيع معوقات الممارسة النفسية إلى مجالات تتمحور فيها أغلب معوقات الممارسة النفسية .

لذلك تم تصميم مقياس معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين بمجموع 69 فقرة موزعة على 05 محاور هي : محور معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين، الإمكانيات، العلاقات المهنية، ثقافة المجتمع، المهام .

وبعد التحقق من صلاحية الأداة ومن صدقها وثباتها، تم تطبيق الدراسة على عينة من الأخصائيين النفسيين العياديين مكونة من 255 أخصائي نفسي من ولايات الشرق الجزائري، ولتحليل البيانات إحصائيا تم إستخدام التكرارات والنسب المئوية والوزن النسبي وتحليل التباين.

وقد توصلنا إلى نتائج تبين أن لمؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري دور في تشكل وظهور معوقات تعيق عمل الأخصائي النفسي، كذلك تبين لنا أن أهم معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري هي كمايلي مرتبة ترتيبا تنازليا حسب أهميتها : معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين، ثم ثقافة المجتمع، ثم الإمكانيات، ثم المهام، ثم العلاقات المهنية .

كما إتضح أن معوقات الممارسة النفسية التي قد تواجه الأخصائيين النفسانيين العياديين بدرجة حدة مرتفعة كانت في أغلب الأبعاد 10 ماعدا محور العلاقات المهنية كانت درجة الحدة متوسطة في بعده. وقد ظهر أنه لا يوجد إختلاف "أثر" في إستجابات الأخصائيين النفسانيين في معوقات الممارسة النفسية بإختلاف كل من نوع الجنس، الرتبة، الخبرة، المؤسسة والتفاعل بينه

### **Summary of the study:**

This study was aimed to identify the most important obstacles to psychological practice facing clinicians psychologists in the Algerian public health institutions for Algerian eastern wilayates in terms of importance in order, and get to know the degree of severity, as well as to identify the impact of some intermediate variables in these constraints, so that the study of these constraints is the right starting point in the way of planning for the advancement of psychiatric practice in public health institutions of Algeria, through specialist to take care of clinicians psychologists supervisors

To achieve the objectives of the study, the researcher studied the bibliographic on the most important impediments to psychological practice, which stand in the way of the clinician psychologists Proceeding from the findings of a series of previous studies that revealed the fact obstacles in the psychological exercise that turned without them and without achieving the objectives underlined their profession, has this allowed the bibliographic study of the distribution of the psychological obstacles to the practice areas in which most of the obstacles centered psychological practice.

The researcher design constraints facing psychological practice psychologists a total of 68 items distributed to 05 axes: axis obstacles psychological practice of composition, capabilities, professional relationships, the culture of the community, the tasks so that each axis has a 13 or 14 paragraph.

After verification of the tool validity and validity and reliability, the study applied to a sample of psychologists composed of 255 from the wilayate of the East Algerian specialist, and to analyze data statistically and the use of frequencies, percentages and relative weight and t-test for two independent samples

The study found the results turned out to be the most important obstacles facing the clinicians psychological in the Algerian public health institutions for east algerian wilayates are arranged in descending order of importance: the psychological obstacles to the practice of composition and culture of the community, and then the possibilities Tasks, and then professional relationships.

As it turns out that the obstacles facing the psychological in high degree of unity was in the majority of 10-dimensional axis professional relationships except the degree of sharpness in the medium dimensions.

And no statistically significant differences at among psychologists in the psychological obstacles to the practice of tasks depending on the type of grade for the benefit of ordinary psychologists has appeared.

As it turns out that there are no significant differences between psychologists in the . psychological obstacles to practice different from each gender, rank, experience, the nature of the interest used.

Based on the findings of the study, the researcher recommends rearranging the health system policy in Algeria through re-consideration of psychological practice based on the impediments to psychological practice study revealed their importance, and the severity of the unit through an increase in the time and effort to develop psychological practice so that they become subject to scientific conditions including easy psychologists tasks.

The researcher recommended the need to conduct a study similar and broadly to include more variables and greater samples

## فهرس المحتويات

أ	ملخص الدراسة .....
د	فهرس المحتويات .....
ز	فهرس الجداول .....
ز	فهرس الأشكال .....
01	مقدمة .....

## الجانب النظري

### الفصل الاول : المشكلة و اعتباراتها

05	1- مشكلة الدراسة .....
16	2- أهمية الدراسة .....
17	3- أهداف الدراسة .....
18	4- التعاريف الاجرائية لمفاهيم الدراسة .....

### الفصل الثاني :

### الأخصائي النفساني و معوقات الممارسة النفسية

### المبحث الأول : الأخصائي النفساني العيادي

24	- تعريف علم النفس العيادي .....
24	- تعريف الأخصائي النفساني العيادي .....
27	- سمات وخصائص الأخصائي النفساني العيادي .....
29	- دور الأخصائي النفساني العيادي .....

30 ..... مفهوم التشخيص

49 ..... إعداد الأخصائي النفسي العيادي

51 ..... أدوات الأخصائي النفسي

#### المبحث الثاني : معوقات الممارسة النفسية

74 ..... القواعد المهنية للممارسة النفسية

79 ..... مفهوم الممارسة النفسية العمومية

93 ..... معوقات الممارسة النفسية

#### المبحث الثالث : مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية

131 ..... مفهوم الصحة

135 ..... الصحة العمومية

142 ..... التطور التاريخي للمراكز الصحية

145 ..... لمحة تاريخية عن المنضومة الجزائرية للصحة قبل وبعد الاستقلال

150 ..... تنظيم وهيكله القطاع الصحي في الجزائر

155 ..... الخريطة الصحية في الجزائر

156 ..... التغيير وضرورته في مؤسسات الصحة العمومية

170 ..... خلاصة

## الجانب الميداني

### الفصل الثالث : الاجراءات المنهجية للدراسة

172	تمهيد .....
173	منهج الدراسة .....
173	ميدان الدراسة .....
174	مجتمع الدراسة.....
174	عينة الدراسة .....
176	الدراسة الإستطلاعية.....
177	أداة الدراسة وخصائصها السيكمترية.....
191	إجراءات الدراسة الأساسية.....
191	الاساليب الاحصائية .....

## الفصل الرابع

### عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

194	تمهيد .....
195	عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الاول .....
200	عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني .....
213	عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث .....
230	خلاصة الدراسة والإقتراحات .....

## فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
88	بين تطور عدد الاخصائيين النفسانيين العياديين في قطاع الصحة العمومية	01
88	بين نسبة سلك النفسانيين في قطاع الصحة العمومية مقارنة بالاسلاك الاخرى 2010	02
91	يبين توزيع النفسانيين العيادين في قطاع الصحة العمومية حسب المؤسسات الصحة 2010	03
175	يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث نوع الجنس	04
176	يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث سنوات الممارسة المهنية	05
176	يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الرتبة	06
150	يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث طبيعة المصلحة او المؤسسة المستخدمة	07
185	يوضح معاملات الارتباط المحاور في ما بينها	08
186	يوضح ارتباط كل فقرة مع المحور	09
180	يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للدرجة الكلية للمقياس	10
180	يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الأول	11
181	يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الثاني	12
182	يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الثالث	13
183	يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة	14



	النفسية للمحور الرابع	
184	يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الخامس	15
187	يبين معامل الفا كرومباخ لكل محور من محاور أداة معوقات الممارسة النفسية	16
187	يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الأول	17
188	يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الثاني	18
189	يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الثالث	19
190	يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الرابع	20
190	يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الخامس	21
196	يبين التكرارات والنسب المئوية والوزن النسبي لإستجابات أفراد العينة حسب أهمية وترتيب معوقات الممارسة النفسية للأخصائيين النفسيين العياديين	22
201	يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية المتعلقة بالتكوين	23
204	يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية المتعلقة بثقافة المجتمع	24
208	يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية المتعلقة بالإمكانات	25
210	يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية المتعلقة بلمهام	26
212	يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية المتعلقة بالعلاقات المهنية	27
285	جدول يمثل نتائج تحليل التباين الثنائي والمتعدد لأثر متغيرات (الجنس، المؤسسة، الرتبة، الخبرة) على معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية	28

## فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
178	يوضح معوقات الممارسة النفسية لمحور المهام، علاقات مهنية، إمكانيات ، ثقافة المجتمع وتحديداتهم الاجرائية وعدد الفقرات المكونة لهم	01

# مقدمة

مقدمة :

تعد الممارسة النفسية جزء لا يتجزء من المنظومة الصحية الجزائرية، فهي وسيلة أكثر فعالية وتأثيراً لبناء مجتمع متكامل في مختلف الجوانب، فهي تساهم في تحقيق معدلات نمو حقيقية في بناء شخصية الأفراد وإكتساب القدرة على المشاركة الإيجابية في المجتمع بصفة عامة ومؤسساته بصفة خاصة، مما ينعكس على توفير مقومات الصحة والسلامة الجسدية والنفسية والعقلية.

لذلك سعت الجزائر إلى توفير الحد الأقصى من الإمكانيات المادية والبشرية لضمان مردود جيد للممارسة النفسية، كما تمكنت الجزائر عبر مراحلها التاريخية من صياغة مجموعة من النصوص القانونية والتنظيمية تلامس أغلب الجوانب المتعلقة بالممارسة النفسية من تنظيم وتأطير للهياكل وفق متطلبات علمية وعالمية حديثة، نصوص تهدف إلى تطوير الممارسة النفسية في كل مؤسسات الصحة العمومية، لكن يبقى كل هذا غير كافي لنهوض بالممارسة النفسية عن طريق إصلاح الخلل الموجود بمؤسسات قبل الإعتناء ببرامج تكوين وتدريب الأخصائي النفسي.

فقد نبعت فكرة هذه الدراسة من الممارسة المهنية في الميدان من خلال عملي كأخصائي نفساني فأصل المشكلة ليست في الأخصائي النفسي لوحده أو المؤسسة التي يعمل فيها لوحدها بل الإثنين معا ، فمؤسسات الصحة العمومية أصلاً فيها نوع من الإضطراب والخلل وسوء التسيير فمثلا لا يوجد مكتب ليمارس الأخصائي النفسي مهنته بشرف في أغلب المؤسسات هنا نطرح السؤال، المشكل في الأخصائي أم المؤسسة؟ الإجابة المؤسسة طبعاً لأن مؤسسات الصحة العمومية أثرت بالسلب على عمل الأخصائي النفسي وهذا في كل الجوانب تقريبا سواء في مهامه أو الإمكانيات الموفرة له، أو علاقته المهنية داخل هذه المؤسسات.

لذلك جاءت هذه الدراسة لتكشف عن مواطن القصور الحالية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري، من خلال التعرف على معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائي النفسي فيها، لأن التعرف على هذه المعوقات هو السبيل الوحيد لتخطيها ومعالجتها بما يتواءم مع التحديات العصرية للمهنة ويحقق الأهداف العامة للمجتمع.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة وإستنادا إلى خطوات البحث العلمي فقد تم تقسيم الدراسة إلى أربع فصول موزعة على بابين، يتضمن الباب الأول الجانب النظري، أما الباب الثاني فيمثل الجانب الميداني

فقد تضمن الجانب النظري فصلين، تناول الفصل الأول مشكلة الدراسة وإعتمباتها من خلال أهمية الدراسة وأهدافها والتعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة، أما الفصل الثاني فقد تم التطرق إلى ثلاثة مباحث المبحث الأول يتناول كل ما يتعلق بالأخصائي النفسي من تعريفه ومهامه وأدواته، أما المبحث الثاني تناولنا فيه مختلف معوقات الممارسة النفسية بشئ من التحليل والتفصيل وذلك إنطلاقاً مما توصلت إليه مجموعة من الدراسات السابقة، حيث تم تصنيف وتقسيم المعوقات إلى مجالات تتمحور فيها أغلب معوقات الممارسة النفسية وتأسس لبناء أداة القياس التي تستخدم في هذه الدراسة، أما المبحث الثالث فقد تم التطرق إلى التعريف بمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية وتاريخها وطرق إنشائها ومهامها والقوانين المسيرة لها مع ذكر إحصائيات قديمة وحديثة لكيفية تطورها ومواكبة الممارسة النفسية لها.

وقد تضمن الجانب الميداني فصلين، فبينما تناول الفصل الثالث الإجراءات المنهجية للدراسة حيث تضمن وصفا لمنهج الدراسة وميدانها، ومجتمع الدراسة وعينة وحدودها، والخطوات المعتمدة في بناء أداة الدراسة ودلالات الصدق والثبات المستخدمة فيها، وخطوات التطبيق الميداني، والتقنيات الإحصائية التي تم الإعتماد عليها في تحليل البيانات، في حين تضمن الفصل الرابع عرض نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسير نتائجها، وفي نهاية الدراسة قدمنا خلاصة عامة لما تضمنته هذه الدراسة ومجموعة من الإقتراحات المنبثقة من النتائج التي توصلنا إليها .

لقد سعت هذه الدراسة إلى تغطية جانب كبير من معوقات الممارسة النفسية التي يعاني منها الأخصائي النفسي بولايات الشرق الجزائري وكيف كان لإضطراب المؤسسة دور في ضعف الممارسة النفسية وتدني الخدمات النفسية المقدمة داخل هذه المؤسسات، ولعلها تكون المرشد إلى المزيد من الأعمال العلمية في مجال علم النفس المرضي المؤسساتي، أملا في أن تساهم في توجيه إهتمام المسؤولين لتجاوز هذه المعوقات من خلال وضع خطط لتطوير مؤسسات الصحة العمومية والتكفل بالممارسة النفسية وتميبتها.

# الفصل الأول

- مشكلة الدراسة

- أهمية الدراسة

- أهداف الدراسة

- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

## 1 مشكلة الدراسة :

إن تطور أي مجتمع مهما يعتمد أساسا على قدرة أفرادهم ورغبتهم في التطور ومواكبة المجتمعات المتقدمة وفي حرصهم الدائم على إعلاء راية وطنهم ومكانته، وتحسين وتطوير مستوى أفرادهم في جميع المجالات الإقتصادية والعلمية والثقافية والنفسية، إضافة إلى المجالات الأخرى، ويعد المجال الصحي وخاصة الميدان النفسي في عصرنا الحالي من أهم المؤشرات الدالة على سلامة المجتمع وحسن تطوره.

إن التقدم العلمي و التكنولوجي الذي يشهده المجتمع في الألفية الثالثة جعل قضايا علم النفس تحتل مركز الريادة، فتعددت المعاهد والمخابر وتنوعت الأدبيات والسلوكيات الهادفة إلى إحداث قفزة نوعية في تكوين وتأطير الأخصائي النفسي الأمر الذي من شأنه ضمان ممارسة سيكولوجية فعالة .

وهذا ما نجده في علم النفس المرضي المؤسساتي فهو علم يعنى بدراسة الإضطرابات النفسية المتواجدة على مستوى مختلف المؤسسات، فإذا كان علم النفس المرضي يدرس الفرد كحالة، فإن علم النفس المرضي المؤسساتي يدرس المؤسسة كحالة مثل المعاناة في العمل، الضغوط، العنف، الاضطرابات السيكوسوماتية الإكتئاب ..إلخ ، وبالمعنى المختصر كيف تصبح أو تتحول المؤسسة إلى منشأة للإضطراب، وتعتبر مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية واحدة من بين مؤسسات الدولة التي تعاني من جملة من المعوقات التي تعوقها عن ممارسة أنشطتها بالشكل المطلوب، فداخل هذه المؤسسة يوجد محرك أساسي لها ألا وهو العنصر البشري وبالنظر لأهميته ركزنا في دراستنا على وضعية الأخصائي النفسي داخل هذه المؤسسات، وسنحاول تقييم واقع الممارسة النفسية للأخصائي النفسي من حيث علاقاته المهنية داخل هذه المؤسسات وظروف مهامهم، والإمكانيات الموفرة له ..إلخ مما سينعكس بالسلب أو بالإيجاب على صحته النفسية وممارسته النفسية، فمعلوم أن الإضطرابات النفسية المؤسساتية يمكن أن تكون مرتبطة بالأهداف الطرق، التقنيات، الوسائل، وفي بعض الأحيان في إيديولوجيات الأفراد.

أما بالنسبة للأهداف فعندما تكون قابلة للتحقيق وليست نهايات من المستحسن الوصول إليها، أما التقنيات فهي مجموعة من التعليمات الموحدة التي يتم تطبيقها حرفيا من أي وضع تواصل، هذه التعليمات لا تترك مجالا للإبداع أثناء حالة الانسداد، أما الطرائق فيحينما تكون ثمرة تفكير الأخر وتطبق تلقائيا دون تفكير تصبح فارغة من محتواها لأن العامل "الأخصائي النفسي" لا يحس بمعناها لأنه غير قادر على التفكير، فالتفكير الأحادي من طرف شخص واحد قد يكون مثلا مدير المؤسسة يجعل

المؤسسة فقيرة من ناحية الطرق التي يمكن أن تثرى بالنقاش ويفكر كل العاملين في نجاح المؤسسة، أما بالنسبة للوسائل فتعتبر أحد الأعراض في الإضطرابات النفسية المؤسساتية بما أنها يمكن أن تعيق صحة المؤسسة، فالوسائل سواء كانت مادية معرفية أو بشرية إذا كانت تهدف إلى الإنتاجية دون أخذ بعين الاعتبار هموم ومشاكل لعمالها "الأخصائي النفسي" تؤدي إلى ظهور إضطرابات وصراعات نفسية مؤسساتية. (ليليان، 2008، ص 28)

والجزائر على غرار دول العالم شهدت تحولا سريعا ومعقدا في مختلف مجالات الحياة مما أدى إلى زيادة الإهتمام بضرورة تواجد الأخصائي النفسي في المؤسسات الصحية والإجتماعية في ظل تسارع الأحداث والتغيرات الإجتماعية والإقتصادية والتكنولوجية.. إلخ، والتي أدت بالأفراد إلى إقبالهم نحو الخدمات النفسية بحثا عن سبل التوافق مع تلك التغيرات، وذلك نتيجة لزيادة المعاناة من الضغوط وزيادات انتشار الإضطرابات النفسية والإنحرافات الإجتماعية خاصة في البلدان الأقل تقدما وفق تقارير الصحة العالمية، وهذا نتيجة لضعف تحكمها في مواجهة تحديات المرحلة الراهنة وصعوبة الإستجابة كما وكيفا وفي الوقت المناسب لسد حاجات أفرادها المتزايدة والمتغيرة بإستمرار، والملاحظ أنه هناك إتساع في ميدان الأفاق المهنية التي أصبحت اليوم متاحة كأفاق ممارسة حيوية يطلب من الأخصائيين في علم النفس أن يؤدي فيها واجباتهم الخدماتية في الوقاية والرعاية والعلاج على أحسن وجه .

ولقد كانت البداية الأولى لتأسيس الخدمة النفسية العمومية في الجزائر من خلال أول قانون أساسي صدر في الجريدة الرسمية في إطار المرسوم التنفيذي رقم 69-73 المؤرخ في 16 أفريل 1973، حيث حدد مهام و شروط توظيفه الأخصائي النفسي من خلال المادة الأولى التي جاء فيها أن الأختصاصيين في علم النفس التابعين للصحة العمومية يمارسون على الخصوص وظائف علماء النفس السريريين وفن المعالجة وإعادة التأهيل، ويمارسون نشاطاتهم أساسا في وسط فرق طبية إجتماعية (الجريدة الرسمية رقم 34 بتاريخ 27 أفريل 1973، ص522) ولقد إستمر المشرع الجزائري في تنظيم هذه المهنة داخل قطاع الصحة العمومية حين أصدر مرسوما تنفيذيا آخر يحمل رقم 91-111 المؤرخ في 27 أفريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالإختصاصيين في علم النفس، حيث ألغى القانون السابق وحدد مهام جديدة .



واختتم تشريع و تنظيم المهنة، بمرسوم تنفيذي ثالث يحمل رقم 09-240 المؤرخ في 22 جويلية 2009 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية حيث نظمت مهامهم وكلفوا بالمهام التالية :

و تصور المناهج وتطبيق الوسائل والتقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجال إختصاصاتهم، المساهمة في تحديد وتباين وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات، المساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية ،لاسيما الإختبارات والتحليل والتشخيص والتنبؤات النفسية، المشاركة في أعمال التكوين و تأطير الطلبة ومهني الصحة في مجالات إختصاصاتهم، إنجاز تقنيات علاجية، القيام بالخبرة النفسية، تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق، المشاركة في التقييم و البحث في مجالات إختصاصاتهم إدارة أشغال البحث والتحقيقات في مجالات إختصاصاتهم، تحديد الإحتياجات الجديدة للمرضى، دراسة وإقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسية للمرضى، دراسة بواسطة مسعى مهني خاص، العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية والسلوكات الفردية والجماعية قصد ترقية إستقلالية الشخصية (الجريدة الرسمية رقم 43 المؤرخة في 22 جويلية 2009، ص19).

ولقد تطور تعداد النفسانيين العيادين الذين يمارسون على مستوى قطاع الصحة العمومية منذ سنة 1978 ، حيث قدر آنذاك ب (56) نفساني عيادي، ليصل عددهم إلى 1213 نفساني سنة 2010 وحوالي 1530 سنة 2015 حيث نجد أن تطور التعداد عرف قفزة نوعية إبتداء من سنة 2000 وذلك من أجل التكفل بالمعاناة التي خلفتها المأساة الوطنية .

كما يعد قطاع الصحة العمومية أول وأكبر موظف لفئة النفسانيين العيادين منذ الإستقلال، فهو يمثل نسبة 48.11 بالمئة بتعداد يصل إلى 1213 بالمقارنة مع النفسانيين العاملين في مختلف قطاعات الوظيفة حيث يصل تعداد النفسانيين العياديين في قطاع التضامن الوطني 531 يليه قطاع المؤسسات العقابية بتعداد بلغ 461 نفساني.( إحصائيات وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات :2015).

لذلك فإن معظم الخدمات الصحية تعطي الأولوية في تدخلاتها للتكفل بالجانب الطبي العضوي وتتهاون عن الجانب النفسي، ويظهر ذلك حتى في القانون المنظم للصحة العمومية حيث لوحظ وجود فراغ من حيث تحديد دور ومهام علم النفس في حماية و ترقية الصحة العمومية، ورغم كل التدخلات التي يضمنها النفساني العيادي الممارس إلا أن دوره يبقى غامضا من حيث تحديد مهامه ومسؤولياته المهنية فهو يعاني من التهميش بحيث ليس له الحق في المشاركة في المجالس العلمية والطبية لمؤسسات الصحة

والتي تتكفل بإعداد البرامج الصحية وتحديد الحاجيات الجديدة والتكفل بها كما أن البرامج الوطنية التي تعتمد وزارة الصحة والسكان لا تتكفل بالجانب النفسي ولا توفر له التغطية اللازمة من حيث الموارد البشرية والمادية.

بالإضافة إلى ذلك يبقى سلك النفسانيين الفئة الوحيدة التي لم تحدد طبيعة إنتمائها داخل المنظومة الصحية، فلا هي مسجلة ضمن السلك الطبي ولا هي مدرجة في سلك شبه الطبي، ولا الإداري هذه الوضعية الغامضة تسببت في غموض واضح للهوية المهنية داخل القطاع وضاعفت من الوضعية الإنسحابية للنفسانيين في قطاع الصحة العمومية.

وتجدر الإشارة كذلك إلى أن النفسانيين هم السلك الوحيد الذي لا يخضع لمدونة واضحة لأخلاقية المهنة ولا مجلسا يضبط الممارسة مما يفتح المجال واسعا لكل الانحرافات والاعتداءات على الخصوصية المهنية، مما يستدعي ضرورة التدخل العاجل من أجل تنظيم المهنة داخل القطاع وإعطائها مكانة الحقيقية في التكفل بالصحة النفسية للمريض خاصة والمواطن عامة، خاصة وأن الطلب على الخدمات النفسية في تزايد مستمر بفعل تغير التصورات الإجتماعية لدور النفساني في أذهان الناس بحيث أصبح دوره ومهامه أكثر وضوحا والحاجة إلى خدماته لا يمكن الإستغناء عنها.

وهذا ما يدعونا نتكلم عن الدور وغموضه لدى الأخصائيين النفسانيين فيعرفه (كوت) على أنه أسلوب إجتماعي للتصرف في موقف معين يمارسه أي شخص يشغل وظيفة أو مركز إجتماعي.

إذا ينظر إلى الدور على أنه الجزء الذي يلعبه الفرد "الأخصائي النفساني في التنظيم" المؤسسات الصحة العمومية بنوعيتها .

كذلك نجد كاهن وأخرون (2013) يرون الدور على أنه الفعالية أو النمط السلوكي المطلوب أدائه من قبل الفرد شاغل الوظيفة في الهيكل التنظيمي كما يرى باريك بأنه الموقع الذي يحتله الفرد في التنظيم كما تحدد توقعات الأفراد المهمين في المنظمة وحامل الدور، ونعني بتوقعات حامل الدور مجموعة أنماط السلوك التي يتوقعها الفرد الذي يشغل منسبا أو مركزا معيناً (بارون خضر، 1999، ص18).

ومنه يمكن القول إن لكل فرد داخل التنظيم مسار وظيفي يشكل في الأخير دوره وسلوكه الوظيفي ولكن في حالة وجود غموض في الواجبات والمسؤوليات التي يفرضها الدور على الموظف قد يؤدي به إلى الشعور بما يعرف بغموض الدور لدى الأخصائيين النفسانيين.

يرى الباحث بير أنه ينشأ هذا الموقف بالنسبة للفرد في العمل عندما لا تكون لديه معلومات كافية وواضحة تمكنه من أداء عمله بطريقة ترضيه فالشخص في هذه الحالة ربما لا يكون على علم بأهداف العمل أو الإجراءات التي عليه إتباعها وقد يكون غير متأكد بخصوص المجال والمسؤوليات المتعلقة بعمله فان الحيرة و الغموض قد تنشأ لدى الفرد وتكون سببا لعدة اضطرابات (شويطر ليلي، 2005، ص 48)

وفي المقابل نجد مصطلح وضوح الدور وهو من المتغيرات التي تهم جميع العمال مهما كان مجال عملهم ويقصد به مدى توفر المعلومات الضرورية لانجاز العمل أو الواجب ومعرفة الواجبات والسلطة والعلاقات مع الاخرين ووضوح التعليمات والتوجيهات و السياسات الخاصة بالعمل.(مصطفى تركي، 1993، ص130)

ففي دراسة عن العلاقة بين غموض الدور وبعض أنماط السلوك في مكان العمل إتضح وجود إرتباط دال إحصائياً بين غموض الدور وعدم الرضا عن العمل، وتقدير الذات وإرتباط سالب بتماسك فريق العمل الرؤساء والاستقلال في العمل(مصطفى تركي، 1993، ص42)

كما بينت أبحاث كاهن وزملائه من جامعة ميتشيغان أن الافراد الذين يعانون من فقدان تحديد دورهم يظهرون قليلا من الرضا في نشاطهم المهني وتوترات متزايدة متعلقة بعملهم ويشعرون بقلّة أهمية أعمالهم في التنظيم يصاحبها فقدان إحترام الذات و زيادة التوتر مصحوبة ببعض الأعراض الجسمية. وبالتالي فمن الطبيعي أن نجد أن للمهنة معوقات عديدة ومتعددة ومتنوعة، تقنية أو عقائدية فإنها تطرح في الممارسة النفسانية بحدة خاصة قلما نجد لها نظيرا في بقية المهن.

ومن بين الدراسات التي تناولت معوقات الممارسة النفسية للأخصائيين النفسانيين بصفة عامة من الدراسات الحديثة إلى الدراسات القديمة على التوالي نجد دراسة:

دراسة رضوان زقار (2015) حيث ركز الباحث على المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي وهي كثيرة ومتنوعة بتنوع الميادين، غير أن نوعية البيئة الخارجية التي يقوم فيها العيادي بممارسته ومن المحتمل أن تفرض ظروفًا خاصة، قد تؤدي إلى صعوبات إضافية في عمل هذا الأخير، مما يحد من قدرته على التعامل الفعال مع صعوبات ومشكلة الفحص النفسي والعلاج، حيث حاول إبراز بعض الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في عملية الفحص كتلك المتعلقة بتكيف الإختبارات النفسية، وقلّة التكوين الذاتي، هذه الصعوبات تضع العيادي في مخاطر تقلل من مستوى الموضوعية في عملية الفحص التي يقوم على أساسها العمل العلاجي، ويقل مستوى هذه المخاطر كلما وعى العيادي بها وحاول

التحكم في شروط الفحص، وعدم الوعي بهذه الصعوبات وقلة بذل الجهد وفي التغلب عليها، يمكن أن يكون بمثابة فخ ينجر عن وقوع العيادي في مزيد من الذاتية.

دراسة لوشاحي فريدة (2015) حيث ركزت في دراستها على تكوين الأخصائي النفسي في الجزائر حيث توصلت أن التكوين في الجزائر تكوين أكاديمي محظ وليس مهني، هذا من جهة ومن جهة أخرى قلة الترقيات الميدانية أثناء المسار الدراسي إلى جانب الصعوبات التي يواجهها الطلبة أثناء القيام بها أو من أجل الحصول على تصريح يسمح بذلك من قبل بعض المؤسسات وللتربصات الميدانية أهمية كبيرة في تكوين الممارسين السيكولوجيين ، حيث إن التكوين النظري فقط غير كافي لفهم مختلف الاضطرابات حيث ينبغي أن يتقرب أكثر من الواقع و يتعرف على الحالات المرضية بشكل مباشر حتى يمكنه التميز فيما بينهما وحتى لا يصطدم لاحقا عندما يتخرج بعجزه عن تشخيص الحالات.

دراسة كركوش فتيحة (2014) حيث سلطت الضوء من خلالها على خصوصية الممارسة العيادية في الجزائر ، كتكوين المختص ومدى تحكمه في الوسائل التشخيصية والعلاجية، ثم مدى فاعليته داخل الوسط الجزائري، وقد دلت نتائج الدراسة على أن نسبة كبيرة 84,78% من المبحوثين أقرت بعدم فعالية التكوين الذي تحصلوا عليه في الجامعة، كذلك بخصوص الروايز وجدت أنهم لهم معرفة نظرية واسعة أما من الناحية التطبيقية فكل حسب إجهاده وهذا راجع إلى تكوينهم في بعض المؤسسات الخاصة، كذلك توصلت الدراسة إلى معرفة أهم الصعوبات التي تواجه المختص النفسي منها شروط العمل غير مريحة، نقص الخبرة، قلة التقنيات وإنعدامها، تكوين ناقص ، مشكلة للغة، الفهم الخاطيء لدور المختص .

وتؤكد هذه الاستنتاجات دراسة محمدي فوزية وأمال بنين (2013) دلت نتائجها على إتفاق جميع أفراد العينة على وجود صعوبات تحد من فعالية ممارستهم النفسية، وتوقع بالتالي تقدمهم المهني ومن أهم المعوقات التي يواجهها الأخصائي النفسي، عدم توفر مكان مهني للممارسة النفسية بنسبة 70% نقص فادح في الاختبارات النفسية بنسبة 56% قلة الوعي الإجتماعي بأهمية عمل الأخصائي بنسبة 50% نقص التكوين القاعدي 43%، مشاكل تنظيمية وضغوط إدارية 33% صعوبات متفرقة بنسبة 26%.

كذلك نجد دراسة ياسين محجر (2012) بعد التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة تبين أن أهم الخدمات المقدمة من طرف الأخصائي النفسي في المصالح الإستشفائية تمثلت في القيام بالمقابلات

النفسية مع المرضى، تعليم المرضى تقنيات الإسترخاء العمل مع الأطباء على القيام بالدورات التحسيسية للوقاية من بعض الأمراض كالسرطان وطريقة والكشف المبكر، وكيفية التعامل مع المريض السيكوسوماتي، وخلصت الدراسة بضرورة توفير مناصب عمل دائمة للأخصائيين النفسانيين داخل المؤسسات، كذا عدم تكليف الأخصائيين النفسانيين بأعمال خارج نطاق عملهم كالتمريض مثلا، توفير الوسائل والأدوات، القيام بالدورات التدريبية والترقيات .

أما دراسة غريب العربي، سليمة سايجي (2010) فقد أسفرت نتائج الدراسة عن إرتفاع نسبة تصور المختصين النفسانيين للقواعد المهنية تجاه الممارسة النفسية من حيث، إحترام الممارسة النفسية، الإعداد الذاتي، معرفة حدود الذاتية والتنبه للمحاذير الإيديولوجية، السر المهني، وأيضا الحذر من إستغلال النفوذ والسلطة، كذلك الإلتزام تجاه المفحوصين من حيث الحفاظ على جميع أسرار المفحوص ومعالجته والحياد والموضوعية وشمولية النظرة، وتجنب السطحية .

كذلك نجد دراسة نور الدين تاروليت (2010) حيث قام الباحث بإجراء مقابلة في المؤسسات المتخصصة بمديرية النشاط الإجتماعي لولاية بسكرة ، قام بتوجيه سؤال مفتوح ماهي في رأيكم أهم المعوقات التي تواجه ممارسة الأخصائي النفسي بالمراكز النفسية التابعة لقطاع النشاط الاجتماعي ؟ وخلصت نتائج الدراسة إلى مجموعة من المعوقات التي تواجه الأخصائيين النفسانيين في الميدان وهي معوقات شخصية، معوقات خاصة بالتكوين، معوقات خاصة بالوظيفة ومحيط العمل

وتؤكد دراسة دبر راسو (2010) كل الإستنتاجات السابقة بحيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الكبيرة من الأخصائيين النفسانيين 69 بالمئة أكدت تلقيها صعوبات أثناء الممارسة النفسية في المقابل 30 بالمئة لم تتلقى صعوبات أثناء الممارسة، أما بخصوص نوع الصعوبات فإن النسبة الكبيرة من الصعوبات 38 بالمئة هي صعوبات التشخيص ثم تأتي بعد ذلك 77 بالمئة صعوبات تطبيق الإختبارات النفسية، ثم تأتي صعوبات العلاج 61 بالمئة ثم تليها صعوبات إدارية 27 بالمئة، ويرجع سبب هذه الصعوبات 83 بالمئة إلى ضعف التكوين الجامعي، ثم جاء نقص التدريب والترقيات الميدانية 63 بالمئة و 27 بالمئة ضعف التكوين الشخصي .

جاءت دراسة بوفلجة غياث (2010) مركزة على أهم صعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي الناتجة عن سوء التكوين، فأرجعها إلى نقص التدريب بحيث تعد طبيعة البرامج الدراسية التي تقدمها

الجامعات للطلبة من أهم العوامل التي تحدد مستوى فاعلية تدخلات الأخصائي النفسي، إذ تعاني مناهج التدريب من عدة نقائص منها تغلب الجانب التاريخي والنظري على المناهج، إذ إن هناك تركيز على كمية المعلومات وإهمال الجوانب المنهجية التطبيقية وهو ما يمكن ملاحظته من خلال الوحدات الدراسية...ومن نتائج الدراسة أنها دراسات علم النفس أجريت في أوروبا وأمريكا وهي لا تتسجم مع فهم شخصية الانسان الجزائري وبالتالي النظريات بنيت على تلك المجتمعات، في حين لا يضيف عليها وجود سمات شخصية مميزة لأفراد المجتمع الجزائري مما أدى بالأخصائي النفسي إلى النظر إلى مشاكل الإنسان الجزائري من منظور غربي، وبالتالي صعوبة تشخيص حقيقي.

أجرى وود و زملاؤه wood دراسة مسحية على (201) من عامة الناس لمعرفة إتجاهاتهم نحو الأخصائي النفسي العيادي والمهام التي يقوم بها، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن غالبية أفراد العينة لديهم إتجاهات إيجابية نحو الأخصائي النفسي العيادي، حيث أفاد 84 بالمئة من أفراد العينة.

إن علم النفس علم تطبيقي، أفاد 58 بالمئة 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 إلى الأخصائي النفسي العيادي كعالم سلوكي، بينما يصفون الطبيب النفسي بالممارس المهني .

كذلك وجد شوتلي schulte في دراسته عن إتجاهات عامة الناس نحو العلاج النفسي أن 93 بالمئة يعتقدون أن الأخصائي النفسي العيادي قادر على علاج المشكلات النفسية، بينما يرى 75 بالمئة منهم أن الطبيب النفسي هو المؤهل للقيام بهذه المهمة.

أما أنقر ماير وزملاؤه angermeyer فقد قامو بدراسة مقارنة بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي على عينة من عامة الناس في ألمانيا، وقد أوضحت هذه الدراسة أن العلاج النفسي هو الأسلوب المفضل حتى بالنسبة لعلاج المرضى الفصامين، وقد بررت عينة الدراسة تفضيلهم العلاج النفسي على العلاج الدوائي بعدة مبررات من ضمنها الكفاءة الشخصية التي يتميز بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمتمثلة في قدرته على ممارسة العلاج النفسي.

و تشير إلى الدراسة التي قام بريمر وزملاؤه bremer التي هدفت إلى معرفة آراء الناس حول كفاءة الأخصائي النفسي العيادي وقدرته على القيام بدوره المهني، وقد تكونت عينة الدراسة من (132) فردا

تراوحت أعمارهم بين 18 و 68 سنة، وتوصلت إلى أن الأخصائي النفسي العيادي والطبيب النفسي كانا أقر أعضاء الفريق العلاجي على علاج الإضطرابات العقلية مثل الإكتئاب الحاد.

أما دراسة موريسون و دادون morrison duane فقد هدفت إلى معرفة إدراك المتخصصين في تربية ورعاية الأطفال لكفاءة الأخصائي النفسي العيادي والطبيب النفسي والأخصائي الإجتماعي، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأخصائي النفسي العيادي كان أكثر كفاءة وقدرة من الطبيب النفسي ومن الأخصائي الاجتماعي على ممارسة أساليب العلاج السلوكي والأسري علاج باللعب وتطبيق الإختبارات النفسية وتقديم الاستشارات النفسية.

كذلك قام شاربلي sharpley بدراسة عن إتجاهات عامة الناس نحو الأخصائي النفسي، والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي، والمرشد النفسي، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن 22.9 بالمئة من أفراد العينة يرون أن الأخصائي النفسي قادر على مساعدة الناس في حل مشاكلهم التي يتعرضون لها .

وفي السياق نفسه كشفت دراسة بلاند وزملاؤه blandه أن عامة الناس يضعون الأخصائي النفسي العيادي في المرتبة الثانية بعد طبيب الأسرة في قدرته على تقديم الاستشارات وعلاج الاضطرابات الانفعالية والعقلية، وتدل نتائج هذه الدراسة على أن إدراك عامة الناس لقدرة الأخصائي النفسي العيادي على علاج الاضطرابات العقلية في تزايد مستمر .

وعلى صعيد آخر أجرى بلومنتال ولافند blumenthal, lavendre دراسة عن دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي كما يدركه أعضاء الفريق العلاجي وذلك على عينة من (55) فردا من الأخصائيين الاجتماعيين، والأطباء النفسيين، والمرشدين، والممرضين، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة إجماع أفراد العينة على أن التشخيص النفسي، وتقديم الاستشارات النفسية، وممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفي تعتبر من أهم الأعمال التي يمارسها الأخصائي النفسي العيادي، وقد ذكر 96 بالمئة من أفراد العينة أن التشخيص النفسي من مهام الأخصائي النفسي العيادي، وأفاد 83 بالمئة منهم أن تقديم الإستشارات النفسية مهمة أساسية من مهام الأخصائي النفسي العيادي، في حين أفاد 72 بالمئة منهم أن ممارسة العلاج السلوكي المعرفي تأتي في المرتبة الثالثة.

و قام ماثيو matthew بدراسة هدفت إلى معرفة إدراك الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين لدور الأخصائي النفسي العيادي، وذلك على عينة مكونة من (16) طبيبا نفسيا و(20) أخصائيا

إجتماعيا من ولاية كونيكيت الأمريكية، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن 41.7 بالمائة من أفراد العينة أفادو بأنهم يقومون بتحويل الحالات إلى الأخصائي النفسي العيادي من أجل التشخيص النفسي، كما أوضح 16.7 بالمائة أن التشخيص والعلاج النفسي والعناية لاحقة هي الأسباب الرئيسية التي تجعلهم يقومون بتحويل الحالات إلى الأخصائي النفسي العيادي، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين في إدراكهم لدور الأخصائي النفسي العيادي وذلك لصالح الأخصائيين الاجتماعيين الذين يرون أن مهام الأخصائي النفسي العيادي قيامه بتقييم شخصية المريض، وأخيرا أظهرت نتائج هذه الدراسة إتفاقا بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين على أن العلاج النفسي وممارسة مهام علم النفس من الأعمال الهامة التي يزاولها الأخصائي النفسي العيادي، وأن التصريح للمرضى بدخول المستشفيات النفسية وعلاج الاضطرابات العقلية الشديدة من الأمور التي لا يستطيع الأخصائي النفسي العيادي التعامل معها بكفاءة عالية.

أما بريور ونويلز pryor, knowles فقد أجريا دراسة هدفت إلى معرفة إتجاهات الأطباء العموميين نحو الأخصائي النفسي العيادي على عينة قوامها (105) تراوحت أعمارهم بين 26 و69 سنة، وقد كشفت هذه الدراسة على أن إتجاهات الأطباء بشكل عام نحو الأخصائي النفسي العيادي كانت مقبولة، كذلك أوضحت هذه النتائج أن الأطباء يرون أن تدريب الأخصائي النفسي غير كافي، ومن ناحية أخرى أشارت هذه الدراسة إلى أن الطبيبات يحولن المرضى إلى الأخصائي النفسي بنسبة أكبر مما يقوم به الأطباء وهذا الإجراء ربما يعكس إتجاههن الإيجابي نحو الأخصائي النفسي العيادي وثقتهن به وما لديه من مهارات وقدرات، وأخيرا أوضحت نتائج هذه الدراسة أن غالبية الأطباء والطبيبات يعتقدون أن الأخصائي النفسي العيادي قادرا على المشاركة بفعالية في برامج العناية الطبية.

دراسة محمد حمدي حجار حول التقدم والتطور الذي تشهده الخدمات النفسية على مستوى دول العالم، لاكن الملاحظ أنه في العالم العربي نوع من القصور في هذه الخدمات، إذ عبر عنها على أنها على درجة كبيرة من التأخر والهشاشة، والذي أرجعها إلى أن الجامعات العربية تخرج إختصاصات في العلوم النفسية للتدريس وليس للعلاج.

دراسة سامر جميل رضوان شخص سامر جميل مشكلة العلاج في الوطن العربي والتي تتمثل في ضعف الأداء وقلة التمكين، من الطرائق والتقنيات العلاجية، وعدم وجود الاشراف الذاتي وضبط العملية،



وتغلب في الممارسة العلاجية أن تكون مزيجا غريبا من التجريدات النظرية والتصورات الذاتية التي يصعب تحديد أهدافها وملاحمها .

و يمكن تلخيصه حول ما جاء في الدراسات السابقة أنها أجمعت على أن الممارسة النفسية في الجزائر تعترضها مجموعة من المعوقات في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية فهذه المؤسسة لا توفر الشروط اللازمة لعمل الأخصائي النفسي وبالتالي أصبحت معيق لعمله لا مساند له .

وبناء على ما تم عرضه سابقا يمكن طرح جملة من التساؤلات التي تسمح لنا بالتعرف على

المعوقات التي تعترض عمل الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين داخل مؤسسات الصحة العمومية في ولايات الشرق الجزائري.

التساؤل العام : هل لمؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري دور في تشكل وظهور معوقات تعيق عمل الأخصائي النفسي؟

التساؤلات الفرعية :

1- ماهي معوقات الممارسة النفسية التي يواجهها الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري من حيث الأهمية بالترتيب (مهام، علاقات مهنية، تكوين، إمكانيات، ثقافة المجتمع) ؟

2- ماهي درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي يواجهها الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري ؟

3- هل هناك إختلاف في إستجابات الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين نحو معوقات الممارسة النفسية تبعا لمتغيرات ( الجنس، الرتبة، المؤسسة المستخدمة، الخبرة ) والتفاعل بينهم ؟

2 أهمية الدراسة :

تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي تتناوله من جهة، ومن نوع المعوقات التي تطرحها والتقصي من جهة ثانية ، وعليه يمكن حصر أهمية دراستنا في النحو التالي :

- تأتي أهمية الدراسة الحالية في كونها تتناول موضوعا جديدا وهو الكشف عن هذه المعوقات التي يتلقاها الأخصائي النفسي في مؤسسات الصحة العمومية، وكيف كانت مؤسسات الصحة العمومية سبب في ظهور هذه المعوقات وهو ما يجعلني أوام في أن تكون الدراسة الحالية بمثابة إضافة إلى التراث السيكولوجي في الجزائر.
- إلقاء الضوء على حجم المعاناة التي يعانها الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في صمت أثناء تأدية مهامهم في مؤسسات الصحة العمومية من حيث الأهمية، الحدة، والتفاعل.
- تعد هذه الدراسة محاولة لإبراز معوقات مهنة النفسي العيادي الممارس في مؤسسة الصحة العمومية، وما يرافق مهامه من معوقات، كما تعد بمثابة دعوة لتحسين ظروف العمل للأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية، وتطوير قطاع الخدمات النفسية العمومية
- يمكن أن تساهم هذه الدراسة المسؤولين في الوزارة في وضع خطة مستقبلية للتعامل الجدي مع معوقات الممارسة النفسية وكيفية إيجاد حلول ناجعة لها .

### 3 أهداف الدراسة :

- تهدف الدراسة بشكل عام إلى التعرف على معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية من خلال :
- التعرف على المعوقات التي يتلقاها الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية من حيث الأهمية بالترتيب (مهام، تكوين، إمكانيات، علاقات مهنية، ثقافة المجتمع)
- التعرف على حدة هذه المعوقات التي يتلقاها الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية .
- التعرف الاختلافات والتفاعلات في استجابات الأخصائيين النفسيين العياديين لمختلف المعوقات التي يتلقاها الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية ، التي تعزى لمتغيرات (الجنس، الرتبة، الهيئة أو المؤسسة المستخدمة، الخبرة الميدانية

### 4 تحديد مفاهيم و مصطلحات الدراسة :

سيتم في هذا العنصر محاولة إعطاء تعريف لكل مفهوم من مفاهيم الدراسة حتى يتسنى لنا تبديد الغموض والشكوك حول هذه المفاهيم وهو ما يسمح بضبط موضوع الدراسة مما يسهل العمليات الموالية للدراسة، فقد يعترض سبيل الباحث جملة من المفاهيم فيها ما هو متداخل المعنى مع غيره، كما فيها المتمايز أيضا مما يحتم علينا رفع الإلتباس وإزالة الغموض على ما جاء في دراستنا لكي يفهمنا من يقرأ، ويناقشنا من أراد في ضوء ما يتم توضيحه في الدراسة، لذلك سنحاول توضيح بعض المصطلحات التي وردت في دراستنا على النحو التالي.

#### 4-1 المعوقات :

يعرفها ابن منظور في لسان العرب لغويا ب "عاقه عن الشيء يعوقه :صرفه وحبسه و التعويق معناه إذا أراد أمرا فصرفه عنه صارف " (بن عفيف ،2006،ص:22).

ويمكن تعريفها كذلك بأنها "تفكك و اضطراب لوحداث النسق، نتيجة لعدم تأدية وظيفته، بسبب سوء التنظيم والاضطرابات التي تحدث داخله" (الجشونحي و ابراهيم ،1998،صص217-218)

وعرفها طيبة أحمد الإبراهيمي بأنها التي يحملها الناس في تركيبتهم الفكرية والتي تقلل من قدراتهم على التفاعل مع ذواتهم تفاعلا سليما بالدرجة الأولى، ومع مجتمعاتهم بالدرجة الثانية (الإبراهيمي،2003،ص89)

وتعرف كذلك بأنها :مجموعة من الصعوبات التي تحول دون الوصول إلى أداء متميز في مجالات التخطيط التنفيذ التقييم و التواصل مع الزملاء والإدارة (نجم،2009،ص ص 31-32)

أو أنها العوامل التي تحول دون تحقيق الأهداف المهنية للممارسة المهنية(عفيفي،2007،ص56)

ويرى بياجيه أن العبارة المقابلة لمفهوم العائق هو اختلال التوازن (هنى،2005،ص133).

#### 4-2 الممارسة النفسية :

الممارسة النفسية مهما كان نوعها لها خصائصها المميزة وليست مجرد تعامل مع مواد ليتم إختبارها و استخلاصها و اعطاء أرقام معينة، بل هي مهنة إنسانية قبل كل شيء، من خلالها يتعامل الأخصائي النفسي مع المفحوص في بعديه الذاتي والموضوعي بناء على تاريخه الشخصي الذي يتشابك فيه ماضيه وحاضره مع تطلعاته المستقبلية، وهي تنقسم كما إعتبرها جوليان روتر إلى ثلاثة مجالات، مجال المهارات

في قياس الذكاء والقدرات، مجال يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقويمها، مجال يخص العلاج وما يتضمنه من أساليب لزيادة توافق الأفراد.

### التعريف الإجرائي

"هي ذلك النوع من الممارسات المهنية والتي تقدم في إطار برامج المؤسسات العمومية التي يكون أهدافها دراسة وعلاج الإضطرابات النفسية وهي خدمة متعدد الجوانب يمكن أن تقدم بشكل فردي أو بشكل جماعي، وتمارس ضمن مبادئ وتقنيات علم النفس العيادي في مؤسسات الصحة العمومية .

### 4-3 معوقات الممارسة النفسية:

**التعريف الإجرائي :** نقصد بها تلك الصعوبات والعوائق التي تعيق جهود وعمل الأخصائيين النفسانيين المتعلقة بالتكوين، علاقات المهنية، ثقافة المجتمع، الإمكانيات، المهام داخل مؤسسات الصحة العمومية بنوعها الإستشفائية والجوارية، وسنتعرض الآن لكل بعد على حدى :

### معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بتكوين الأخصائي النفسي:

نعني بها في هذه الدراسة معوقات الممارسة النفسية التي مصدرها تكوين الأخصائي النفسي، وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بتكوين الأكاديمي قبل الممارسة النفسية، معوقات المتعلقة بالتكوين أثناء الخدمة

### معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع:

نعني بها في هذه الدراسة معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع نحو مهنة الأخصائي النفسي، وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمكانة الأخصائي النفسي بالنسبة للمفحوصين، ومعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمكانة الأخصائي النفسي بالنسبة لأسرة المفحوصين.

### معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمهام الأخصائي النفسي :

إننا نعني بها في هذه الدراسة معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمهام الأخصائي النفسي، وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الرسمية للأخصائي النفسي، معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الإضافية للأخصائي النفسي.

**معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانات :**

نعني بها في هذه الدراسة معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانات الموفرة للأخصائي النفسي، وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانات المادية للأخصائي النفسي، معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانات المالية الموفرة للأخصائي النفسي.

**معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية :**

نعني بها في هذه الدراسة معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية للأخصائي النفسي، وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية للأخصائي النفسي مع الفريق الطبي، معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية للأخصائي النفسي مع الفريق الإداري .

**4-4 وجهة النظر :**

كلمة وجهة مشتقة من كلمة إتجاه التي عرفها يورنج ولانجيلد ب الحالة العقلية التي توجه إتجاهات الفرد(أحمد،2000،ص 71).

**إجرائيا:**

نقصد بها في دراستنا الموقف الذي يتخذه الأخصائي النفسي العيادي الممارس حيال مختلف جوانب عملهم والتي يرونها بمثابة معوقات تحول بينهم وبين أداء مهامهم على أحسن وجه.

**4-5 الأخصائي النفسي العيادي الممارس إجرائيا:**

هو ذلك الأخصائي النفسي الحاصل على درجة علمية عالية، ومتخصص في السلوك غير العادي، وهو مدرب على تشخيص وعلاج إضطرابات الشخصية والإضطرابات النفسية الأخرى، وكذلك عمل البحوث والدراسات النفسية، الذي يزاول نشاطه بصفة دائمة في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري.

–نوع الرتبة :يمثل الرتبة التي يشغلها الأخصائي النفسي، وحسب عينة الدراسة هناك صنفان هما الأخصائي النفسي العيادي العادي، الأخصائي النفسي العيادي الرئيسي.

- نوع الخبرة : يمثل سنوات الخبرة المهنية مقسمة إلى مستويين، أقل من 05سنوات، وأكثر من 06سنوات

-طبيعة المؤسسة المستخدمة : تمثل المكان الذي يقوم فيه الأخصائي النفسي بأداء مهامه، وحسب عينة الدراسة هناك مؤسستان هما مؤسسات الصحة العمومية الإستشفائية، مؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

- نوع الجنس :يمثل نوع جنس الأخصائي النفسي، وحسب عينة الدراسة هناك نوعان، جنس ذكر وأخر أنثى.

#### 4-6 مؤسسات الصحة العمومية:

كل "هيئة أو وحدة تتضيم يستهدف تقديم رعاية صحية سواء كانت علاجية أو وقائية أو إنسانية، و سواء أكانت عامة أم خاصة، بلا استثناء، وتكتسب هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية بوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون العلاج أو الكشف عن التحليل"(الهادي المليحي:1997،ص 53).

وتعرف المنظمة العالمية للصحة 1990 أيضا المستشفى بأنه "مؤسسة للرعاية الصحية تضم جهازا منضما من الأطباء و المهنيين و مرافق صحية دائمة تشمل أسرة للمرضى الداخليين وتقدم الخدمات الطبية و التمريضية وسائر الخدمات المتصلة بالصحة"(منظمة الصحة العالمية:1990،ص 21)

#### التعريف الإجرائي :

نقصد بمؤسسات الصحة العمومية تلك المؤسسات العمومية سواء أكانت استشفائية أم جوارية التي يزاول فيها الأخصائي النفسي العيادي الممارس عمله فيها ومدى تأثيرها على الممارسة النفسية.

# الفصل الثاني

## المبحث الأول: الأخصائي النفسي العيادي

- تعريف و سمات الأخصائي النفسي العيادي
- أدواته الأخصائي النفسي العيادي
- إعداد الأخصائي النفسي العيادي
- أدوار الأخصائي النفسي العيادي

## المبحث الثاني: معوقات الممارسة النفسية

- القواعد المهنية للممارسة النفسية
- معوقات الممارسة النفسية

## المبحث الثالث: مؤسسات الصحة العمومية

- لمحة تاريخية عن المنضومة الجزائرية للصحة قبل وبعد الاستقلال
- تنظيم وهيكله القطاع الصحي في الجزائر
- التغيير وضرورته على مستوى المؤسسات الصحية
- دوافع التغيير، ضرورته، ميادينه، أنواعه، إستراتيجياته

### تمهيد :

سنتطرق في هذا الفصل إلى ثلاثة محاور أساسية، يشمل المحور الأول كل ما يتعلق بالأخصائي النفسي. أما المحور الثاني لمعوقات الممارسة النفسية التي تعترض عمل الأخصائي النفسي في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري. أما المحور الثالث فسنناول فيه بالتفصيل كل ما يتعلق بتاريخ وهيكله والقواعد المنضمة لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.



## المبحث الأول : الأخصائي النفسي العيادي الممارس

الأخصائي النفسي العيادي الممارس هو الشخص الذي يمارس نشاطه المهني في إحدى مجالات علم النفس والذي يتطلب منه تكويناً من الناحية النظرية والتطبيقية، ولكي يكون الأخصائي النفسي العيادي الممارس ناجحاً في عمله لابد أن تتوفر فيه مجموعة من السمات والخصائص الإيجابية التي تجعله ناجحاً في تعامله .

من خلال هذا المبحث سنحاول أن نوضح عدة مفاهيم خاصة بالأخصائي النفسي العيادي الممارس وأهم السمات والخصائص التي يجب أن تتوفر فيه لمزاولة الممارسة النفسية بالإضافة إلى الأدوات التي يستخدمها الأخصائي النفسي في ممارسته وسوف نحاول أن نوضح دور الأخصائي النفسي الممارس في مؤسسات الصحة العمومية بالإضافة إلى أهم المعوقات التي تواجهه.

## أولاً : تعريف علم النفس العيادي

قام " لاقاش"(1949) بتقديم أول تعريف لهذا الإختصاص حيث حدده في الدراسة العميقة للسيرة النفسية للفرد بحيث يكون في وضعية فعلية تتحدد شروطها في عوامل مختلفة تأخذ معناها في تطورها وبنيتها الداخلية، وهذه السير الفعلية يمكن أن تكون عادية أو مرضية.

فلقد حددت مفهومه في "دراسة الشخصية في خصوصياتها بشكل يشمل وضعيتها الحالية وتطورها(ص35).

وعندما نقرأ تعريف **chiland** ( 1983 ) فنجد أنه كان تعريفاً وجيزاً إختصرته في أن علم النفس العيادي هو علم في خدمة الآخر(ص50).

أما **perrone** (1997) فيرى أن علم النفس العيادي يهتم بدراسة السيرورة النفسية ومختلف تغيراتها في إطار بنية وظيفية لها قوانين الضبط الداخلي تطورت عبر تاريخ الفرد(ص32).

وعلى العموم فإن جميع هذه التعاريف تتفق على أن علم النفس العيادي يهتم بجميع مجالات السير النفسية سواء كانت عادية أو مرضية وفي كل المراحل العمرية.

وإبتداء من سنة 1990، بدأت إتجاهات جديدة تظهر في ميدان علم النفس العيادي خاصة فيما يتعلق بالمنهج العيادي، حيث بدأ. revault d'allonnes (1989) و huguet (1995) يهتمان بالنقاط المشتركة ما بين علم النفس العيادي و علم النفس الإجتماعي.

ولا ننسى كذلك إسهامات pedinili (1994) الذي ركز على تعريف عملي لعلم النفس العيادي وناقش الإتجاهات السابقة التي رأى أنها تحصر علم النفس العيادي في أطر ضيقة وذاتية تميل كثيرا للتحليل النفسي ، وحسبه فإن علم النفس العيادي هو أحد إختصاصات علم النفس مهمته دراسة وتقييم و تشخيص ومساعدة وعلاج المعاناة النفسية مهما كان مصدرها ويعتمد في ذلك على المنهج العيادي.

بعد التطرق لتعريف علم النفس العيادي الذي كان من الضروري أخذ فكرة عامة ومختصرة، ذلك لمعرفة موقع الأخصائي النفسي بين مختلف التخصصات في علم النفس، سنحاول الآن التعريف بالأخصائي النفسي العيادي

ثانيا: التعريف بالأخصائي النفسي العيادي :

إن علم النفس العيادي يتضمن مجالات ثلاثة رئيسية وهي : التشخيص، العلاج والبحث في السلوك الإنساني وطبيعي أن تبرز هذه المجالات دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي وأهميته وغيرها من المؤسسات التي تعمل على حل مختلف المشكلات النفسية التي تواجه الإنسان، وكان الإتجاه الطبي يركز على وسائله الخاصة في التشخيص والعلاج ويقرر أنه ينبغي أن يكون للأخصائي النفسي الإكلينيكي تدريباً وخبرة إكلينيكية وخلفية طبية، ومن جهة أخرى كانت المهنة النفسية ترى أن الطبيب تنقصه الجوانب النظرية والمعرفية والمهارة في إستخدام الأدوات والوسائل السيكولوجية وفي هذا الصدد سوف نحاول أن نتعرف على بعض التعاريف الخاصة بالأخصائي النفسي العيادي وسماته وإعدادة وكذلك دوره والأدوات التي يستخدمها في ممارسته

- تعريف الأخصائي النفسي العيادي :

وحسب عطف محمد ياسين (1986) : "يعتبر الأخصائي النفسي الإكلينيكي صلة العميل والتشخيص الدقيق" ولا بد أن تتوفر فيه مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصراً ناجحاً في تعامله مع الأسوياء والغير الأسوياء، وتصبح السمات ضرورية لأنها تساعد على حسن التكيف مع الظروف

المختلفة ويجب أن تكون لديه القدرة على فهم الآخرين ودوافعهم و إحيائهم وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توازن إنفعالي ونظرة شاملة وبعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات" (ص70) .

الأخصائي النفسي العيادي حسب فيصل عباس(1994)، هو الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية والذي يتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب والأخصائي الإجتماعي وغيرهما كل في حدود إعدادته وتدريبه وإمكانياته وفي إطار من التفاعل الإيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته والتنبؤ مع احتمالات تطور حالته ومدى إستجابته لمختلف أساليب العلاج ثم العمل على الوصول بالعميل إلى أقصى درجة من التوافق الإجتماعي الذاتي الممكن، ومن خلال عمله يساهم في تطوير كل من العلم والممارسة الإكلينيكية عن طريق التفاعل بين البحث العلمي والتطبيق العلمي، أي أن الأخصائي الذي يجمع بين دوره بوصفه عالما ودوره بوصفه ممارس للمهنة (ص35)

- يعرف لاقاش (2004) الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأنه الشخص الذي يهتم بدراسة السلوك الانساني، حيث يركز أساسا على الملاحظة والتحليل العميق للحالات الفردية، عادية أو مرضية، فهو يهتم بالبحث عن إيجاد مفهوم وبنية الصراعات الوضعية ثم الخطوات المناسبة لحلها (ص16-17)

- الأخصائي النفسي هو الشخص الذي يدرس السلوك الانساني والعمليات العقلية ويعمل على تطبيق ماتعلمه من خلال تكوينه السيكولوجي في عملية تقويم وعلاج الأمراض النفسية (brunet,et casoni,2009,p.18)

- الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو ذلك الشخص المتخصص في المجال النفسي والذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية في ميادين تطبيقه ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب والأخصائي الإجتماعي والممرض كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكاناته في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية المفحوص وتشخيص مشكلاته وأساليب العلاج (bourguignon,2009,p.11)

بعد تناولنا لمختلف تعاريف العلماء للأخصائي النفسي العيادي، سنتناول الآن بعض السمات والخصائص التي يجب على الأخصائي النفسي العيادي التحلي بها بمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ثالثاً: سمات وخصائص الأخصائي النفسي العيادي :

أوردت اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس العيادي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التي يجب توفرها لدى الأخصائي ونعرض أبرزها :

\* الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم، بدون محاولة لفرض سيطرتهم عليهم وإحترام حرية الآخرين وإستقلالهم

\* أن يتمتع الأخصائي النفسي الإكلينيكي بقدر عالي من الإستبصار لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية .

\* أن يتمتع بصفة التسامح وإحترام وجهات نظر الآخرين ولاسيما مع الطوائف الدينية والسلالات المختلفة

\* أن يتمتع بمستوى عالي من الضبط الإنفعالي والذاتي، لأن تكامل الشخصية والإتزان من العناصر الضرورية التي توحى بالثقة، وأن يكون مخلصاً أميناً مستخدماً كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض، بعيداً عن مظاهر الإستغلال وأن يعطي الناس فكرة ثابتة وحيدة عن سلوكه في نطاق العمل وخارج نطاق العمل حتى لا يجدوا في أسلوبه نوعاً من الإزدواج وأن تكون لديه بعض القيم والمثل الطيبة كصورة تعكس نضج شخصيته وتكاملها .

\* أن يكون الأخصائي النفسي العيادي على مستوى أكاديمي عال أو مستوى لائق من الذكاء، وأن تكون لديه قدرة على المرونة والقيادة والإبداع والصبر وحسن الإصغاء .

وقد أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية القائمة التالية لسمات الأخصائي فيصل عباس(1994):

-القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة

-الأصالة وسعة الحيلة

-حب الإستطلاع

-الإهتمام بالأشخاص كأفراد (التجاوب الإنساني )

-الإستبصار في الشخصية المميزة للفرد

-الحساسية لتعقيدات الدوافع

-التحمل والصبر

-القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين

-المثابرة

-المسؤولية

-اللياقة والمرونة

-القدرة على ضبط النفس

-الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا

-الأساس الثقافي الواسع

-الإهتمام بعلم النفس عامة والعيادي خاصة .(ص55).

وقد أشار مبتكر "العلاج النفسي الممرکز حول العميل" كارل روجرس "في كتابه psychotherapy "

أن ثمة خمسة سمات يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهي :

-أن يكون الأخصائي شديد الحساسية للعلاقات الإجتماعية .

-أن يتصف بالروح الموضوعية والإتجاه الإنفعالي غير المنحاز .

-أن يكون لديه إحترام لكل الناس وأن يقبله على ما هو عليه من علل وأن يترك له الحرية ليحرب مايراه

من حوله

-أن يعرف نفسه ودوافعه وأن يدرك قصوره وعجزه الإنفعالي .

-أن تكون لديه القدرة على فهم السلوك الانساني .(ص53) .

بعد التطرق إلى السمات التي يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي العيادي، نحاول الآن شرح لأهم الأدوار التي يجب أن يقوم بها الأخصائي النفسي العيادي والتي ستساهم بقدر كبير في تطوير الممارسة النفسية .

#### رابعاً : دور الأخصائي النفسي العيادي :

يعمل الأخصائي النفسي العيادي في مؤسسات مختلفة يقوم في كل منها بمهام عديدة يمكن تلخيصها في التشخيص والعلاج والبحث، ولكن نوع العمل الذي يقوم به والنواحي التي يهتم بها تختلف من مؤسسة لأخرى وهو يقوم بمهام مختلفة حسب كل من محمد شحادة ربيع -جمعة سيد يوسف(1998) منها :

\*التوجيه التربوي والمهني والنفسي في المؤسسات التعليمية على إختلاف مراحلها وفيه يقوم الأخصائي النفسي العيادي بمساعدة التلاميذ أو الطلاب، على إختيار الدراسات التي تلائمهم والعمل الذي يتفق مع إمكانياتهم، وكذلك في التغلب على مشكلاتهم .

\*العمل في المؤسسات الإصلاحية مثل : السجون و مؤسسات الأحداث والمحرفين وهو يقوم بدراسة الحالات وتقديم الإقتراحات الخاصة بمعاملتها أو العفو عنها، ويعمل على إعادة تكيفها وتوجيه الأفراد للحياة الإجتماعية بعد ذلك .

\*العمل في المراكز البحوث والدراسات التربوية والصحة الإجتماعية ومراكز التخطيط والإدارة .

\*العمل في ميادين الصناعة والخدمة الإجتماعية والإسكان وغير ذلك من ميادين الخدمة .

\*العمل في العيادات النفسية والمستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية ويقوم فيها بالتشخيص والعلاج النفسي والإشراف على الجماعات العلاج بالعمل وإجراء البحوث الاكلينيكية .(ص459 )

ويشير "شاركو" إلى أن هناك إتفاقاً نسبياً بين العلماء حول الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي العيادي والذي يجمع بين دوره عالماً ودوره بوصفة ممارساً للمهنة، وللأخصائي النفسي العيادي مجالات حددها فيما يلي :

أ/-جانب البحث العلمي :

أكد حسن مصطفى عبد المعطي (1998) أن جانب البحث العلمي يمثل أحد الأدوار التي يضطلع بها السيكولوجي الإكلينيكي وتكون البحوث التي يهتم بها مرتبطة إرتباطا وثيقا بالمشكلات التطبيقية بما يؤدي في النهاية إلى فهم أفضل للمشكلات الإكلينيكية، مرتكزة حول الإتجاه الديناميكي في دراسة الشخصية و هذا يتطلب من السيكولوجي الإكلينيكي بصيرة كافية بالطب النفسي والتحليل النفسي وهو في دراسة لتنظيم الشخصية عليه أن يتخذ من دراسته حول مناهج علم النفس وحلقات البحث في مشكلات الممارسة الإكلينيكية وسيلة يستعين بها للوصول إلى أعماق النفس البشرية والوقوف على العوامل المؤدية إلى السوي أو المنحرف، وتقرير مدى التحسن في الشخصية والتغيير فيها في ظل ظروف علاجية مختلفة. (ص103-104)

#### ب/- الجانب التطبيقي العملي :

يتلخص دور الأخصائي النفساني العيادي في الممارسة العيادية ضمن أربعة عمليات أساسية حسب حسن مصطفى (1998) هي

#### - التشخيص :

إشتقت كلمة التشخيص من أصل إغريقي يعني الفهم الكامل وقد دخلت كلمة التشخيص إلى الميدان الإكلينيكي من العلوم الطبيعية حين كان الإتجاه الطبي سائدا، وبقي مستخدما بعد ذلك رغم محاولات البعض إستخدام مصطلحات منها : التقويم و التقدير و يقصد بها فحص الأعراض المرضية وإستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صور متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض معين (محدد) فالتشخيص من المنظور الطبي هو "عملية فهم المريض، وبيان العلاقة بين الأعراض في زملة مرضية" وبذلك يصبح المقصود بالتشخيص في الطب معرفة كم وكيف المرض الذي يعاني منه المريض وذلك عن طريق فحص الأعراض وإستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة، ثم إطلاق إسم مرض معين على نوعية الأعراض .

والتشخيص في الطب العقلي وفي علم النفس عملية مشابهة حيث يمكن إستنتاج الأسباب ووضع إسم معين على كل مجموعة مترابطة من الأعراض كأن نقول فصام، أو تأخر عقلي ولكن لا يوجد تحديد قاطع كما هو في الطب حيث توجد أسباب محددة للأمراض كالجلطة الدموية لذلك لابد أن يسبق العلاج عدة تشخيصات (ص117-118). فالتشخيص في اللغة " مصدر الفعل شخص، ويقال شخص الشيء :

بمعنى عينه وميزه عما سواه، ويقال شخص الداء وشخص المشكلة أي حددها ( المعجم الوجيز 1999 ص 237 ).

أما إصطلاحاً فالتشخيص هو فحص الأعراض المرضية وإستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ثم نسبتها إلى مرض معين محدد، فهم المرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية، وفي الوقت الحاضر يأخذ التشخيص النفسي صورة تحديد المشكلة أو حالة المريض النفسية، والأسباب المرضية لما يواجهه من صعوبات والتغلب عليها والتنبؤ بما سوف يسفر عنه العلاج من نتائج، أي سلوك المريض في المستقبل، ويصبح التشخيص في هذه الحالة تصنيفاً وصفاً لعلاقات طبيعة حيوية للمشكلات، وفيه أيضاً يهتم بسمات شخصية الفرد وميوله ودوافعه وصراعاته ودفاعاته، أي فهم ديناميات الشخصية، وبذلك يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي فهم السلوك وتفسيره وتحقيق الفهم العميق لمشكلات التوافق ( مجدي أحمد محمد عبد الله 2006 ص 280 ).

كذلك هو الأسلوب العلمي الذي يمكن السيكولوجي أو المعالج من التمييز بين السوي والمريض والمفهوم نفسه مستعار من الطب البشري، حيث يحاول الطبيب تشخيص الإضطراب البدني لمعرفة الأسباب الكامنة وراء المرض وعليه فإن تشخيص السلوك، لا يهدف إلى وضع الشخص في فئة مرضية معينة كأن نقول مثلاً إن هذا الشخص يعاني من الهستيريا أو يعاني من الوسواس ... إلخ ( محمد جاسم العبيدي 2009 ص 25 ).

\* كما يعرفه روتر هو ذلك النشاط الذي يوظف فيه السيكولوجي الإكلينيكي مهاراته والأساليب الإكلينيكية المتاحة له كي يقوم بقياس الشخصية ووصفها وتقييمها، وتشخيص ما يطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي. (إيمان فوزي 2001 ص 12) .

\* **تعريف آخر :** يعني تشريح الفرد من جميع الزوايا لفهمه، ويمكن ملاحظته في حياتنا اليومية بإستخدام سجلات الفيديو، على سبيل ذلك تقييم السلوك على أساس معايير موضوعية من خلال التجريب بالاختبارات القياسية المحددة مثل الإختبارات أو الإستبيانات بجمع قدر من الملاحظات أثناء المقابلات السريرية، وهنا يكون توقع سلوك الفرد في عدد كبير من المواقف. (Hansenne Michel 2007 p 35)



\* تشير سامية القطان (1979) : التشخيص النفسي الإكلينيكي ليس مجرد كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة بقدر ما هو فعل ختامي تتكامل فيه التشخيصات الجزئية ضمن النظرة الكلية العامة وهو أيضا ليس عملية رص للوقائع والمعلومات فوق بعضها البعض بل هو ينطوي على عملية تأويل أو تفسير للوقائع والمعلومات، ثم إعادة بناء الوقائع والمعلومات في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك ووظيفة أي فهم العميل في علاقته بالبيئة التي يعيش فيها . ( طه عبد العظيم حسين 2008 ص 263 ) .

\* حسب طه عبد العظيم حسين ( 2008 ): يرى أن التشخيص الطبي السيكاتري يختلف عن التشخيص النفسي الإكلينيكي، فالأول يعتمد على التصنيف من خلال وضع المفحوص في فئة مرضية معينة، أما التشخيص النفسي الإكلينيكي على وصف ديناميات الشخصية من خلال التعرف على العوامل التي أثرت في سلوك المفحوص للتعرف على صراعاته والميكانزمات الدفاعية التي من خلالها يخفض من حدة التوتر وهذا من خلال تفاعله مع بيئته .

\* كما يرى أحمد عبد اللطيف أبو سعد، أحمد نايل الغرير (2009) : أن روجرز في فكرته حول التشخيص في نظرية العلاج المتمركز حول العميل و إستخدم العلاج بالمفهوم التالي أن العلاج هو ما هو إلى في الواقع تشخيص، والتشخيص هو عملية خبرات المفحوص أكثر من كونها في ذهن الفاحص، وبالتالي الوثوق في هذا الاتجاه، ويتم إجراء التشخيص على أساسه .

كذلك تجميع علامات وأعراض الوظائف الفسيولوجية المتغيرة وتصنيفاتها، بتقسيمات عديدة، فالتشخيص يتعلق أيضا بمعرفة المسببات و كيفية إختيار الطرق العلاجية .

#### خامسا : إعداد الأخصائي النفساني العيادي :

إذا كان على المختص في علم النفس العيادي الإدلاء برأيه في مشكلات السلوك والتوافق الإنساني المعقد وهي مهمة بالغة الخطر والمسؤولية، فمن المحتمل أن يكون إعداده يلائم تحقيق ذلك الهدف وإلا كان سيصيب نفسه وعميله ومهنته بأضرار لا حصر لها، وبعبارة أخرى : من المحتمل أن يكون إعداد المتخصص في علم النفس الإكلينيكي وبخاصة إذا كان يعمل "كمزاول" عام أو "كإستشاري" على نحو يتضمن تزويده بعدة طرق ومناهج لتحليل طائفة متنوعة كبيرة من إنحرافات السلوك وأن يرتبط إعداد

وتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين -بطبيعة الحال- بالوظائف التي يؤديونها في مجال الصحة النفسية ومن ثم يحتاج الأخصائي الإكلينكي الى إعداد في الجانبين النظري و التطبيقي :

#### أ-الإعداد النظري :

ويتطلب إحاطته بكافة فروع علم النفس وخاصة حسن مصطفى (1998):

- علم نفس النمو لأهميته في خصائص المرض النهائية المختلفة .
- علم النفس الاجتماعي لأن عمل الأخصائي الإكلينكي سيكون دائما في نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين .
- علم الإحصاء والقياس والاختبارات لأنها شريان العمل التشخيصي .
- علم النفس الفسيولوجي وعلم الأعصاب لما لهما من تأثيرات مباشرة في فهم الأعراض المرضية .
- ثم علم النفس التجريبي وسيكولوجية التعليم، ومناهج البحث نظريات الشخصية وعلم الأمراض النفسية والعقلية، وعلم الوراثة، وعلم النفس الصناعي والمهني وسيكولوجية المعوقين والفئات الخاصة وأساليب العلاج النفسي .(ص 101-103) .

وقد حدد العالم ريشاردز ( 1946) أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي النفسي الإكلينكي في إعدادة ثلاثة أنواع أساسية :

- 1-الدراسات الأساسية العامة .
- 2-الدراسات الفنية التكتيكية للمهارات .
- 3-التطبيقات الإكلينكية .(ص 90-92)

#### ب-الإعداد التطبيقي :

ويتضمن التدريب الميداني تحت إشراف أطباء متخصصين حيث يتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادي المؤلف من الأخصائي الإكلينكي الطبيب، والطبيب النفسي، والمرضة النفسية، الأخصائي الاجتماعي والمرشد المهني، وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج .

وبالرغم من أن بعض الجامعات الأمريكية تؤكد في تدريبها للأخصائي النفسي الإكلينكي على الممارسة الإكلينكية وتقديم الخدمات وتقل من شأن البحث العلمي، فإن هناك إتجاها قويا يرى أن

الممارسة الإكلينيكية دون أن تساندها نتائج البحوث العلمية التجريبية قد تفتقد إلى الكثير من الفاعلية وقد تكون مصدرا للضرر وقد واجهت الجامعات الأمريكية التعارض بين هذين التيارين : التيار الذي يرى تركيز التدريب على الممارسة الإكلينيكية، والتيار الذي يرى تشجيع التدريب على البحث وبأن إبتكرت نظاما آخر للدكتوراه في علم النفس يركز على تدريب الطالب على الممارسة في مجالات التشخيص والعلاج في المؤسسات العيادية المختلفة .

وتطلق على هذا النوع من الدكتوراه "دكتوراه في علم النفس" وهو يختلف عن دكتوراه الفلسفة التقليدية التي يركز فيها الطالب على البحث العلمي والأكاديمي .

وفيما يخص بالمكان الذي يقدم فيه التدريب النظري ترى مجموعة العمل (خبراء الصحة العالمية) أنه ينبغي أن يقدم في الجامعة، أما فريق تحصيل الخبرة العلمية للدارسين فينبغي أن يقدم في مستشفيات والمؤسسات الإجتماعية الأخرى...

وترى مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية أنه ينبغي أن يعلن الدارسون على فهم ومعالجة قلقهم الشخصي والصعوبات التي يواجهونها في إقامة علاقة علاجية مع المرضى، كما ينبغي عقد دورات دراسية لتجديد المعلومات المتصلة بالمجال، وأن تتخذ التدابير اللازمة لإعادة التدريب بصورة دورية .(ص103).

ولكي يمارس الأخصائي النفسي العيادي مهامه على أكمل وجه لا بد له من أدوات لكي يقوم بالتشخيص والعلاج، ومن دون هذه الأدوات تعتبر ممارسته النفسية ضعيفة وغير دقيقة إذ أن ملاحظة سلوك المريض فقط غير كافية.

#### سادسا : أدوات الأخصائي النفسي العيادي للفحص :

إن المهندس الذي يختص في الهندسة المعمارية لابد له من أدوات دقيقة تساعده على أداء مهامه، وحين يكون مهندس كهربائي فإن أدواته للعمل تختلف باختلاف تخصصه، وكذلك للأخصائي النفسي العيادي أدوات تساعده في عملية التشخيص كنقطة بداية لبرامج العلاج الذي يهدف لإعادة المريض إلى التوافق والإنسجام .

إن أبرز أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي هي: المقابلة، الملاحظة، دراسة الحالة، والإختبارات السيكولوجية المختلفة الموضوعية، المقننة والإسقاطية . والتي تهدف من خلالها الحصول على المعلومات الكمية والنوعية التي تتعلق بحياة العميل وشخصيته ووضعه، ومن المعروف أنه لا توجد وسيلة شاملة أو جامعة مانعة وكل وسائل جمع المعلومات مكتملة لبعضها، ويؤكد بعضها البعض .ونقدم الآن شرح مختصر عن هذه الأدوات .

### 6-1/المقابلة :

تعتبر المقابلة حسب حامد عبد السلام (2004) الوسيلة الأولية الأساسية في الفحص والتشخيص، وهي علاقة إجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات لازمة، أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل إجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر وإتجاهات و يتم فيها التساؤل عن كل شئ وتتم المقابلة بين المعالج وبين المريض ومن يتصل بهم أو يهمهم أمره من أهله وأقاربه وأصدقائه وجيرانه وزملائه، يجب الإعداد الجيد للمقابلة بما يضمن أن تكون نتائجها مثمرة، ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الاصغاء ويجب أن تخلو المقابلة من الأمر و النهي و الإيحاء و إستعجال المريض أو إكمال حديثه، وأن لا تتخذ صورة التحقيق ومن أنواع المقابلة حسب هدفها :مقابلة المعلومات والمقابلة العلاجية (العيادية) أو المقابلة التشخيصية .(ص159) .

ويجب أن نشير إلى صعوبة الفصل بين التشخيص والعلاج والمقابلة وغيرها من الأدوات التشخيصية مثل الإختبار السيكولوجي (وهو في الواقع الأمر مقابلة مقننة) وغيرها من مصادر جمع المعلومات .

وتهيئ المقابلة حسب عبد الرحمن العيسوي (1990) الفرصة أمام الأخصائي للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة ولفهم العميل وللتأكد من صدق بعض الإنطباعات والفروض التي يصل إليها وتختلف إجراءات المقابلة باختلاف هدفها وبإختلاف الخلفية العلمية لمن يجربها، أما بالنسبة للمكان أو الموقف الذي تمارس فيه المقابلة فهي تختلف في المستشفى عنها في العيادة الإرشادية ...الخ .(ص132)

ويتم إجراء المقابلة حسب أحمد محمد عبد الخالق (1993) في خطوات و على مراحل مرنة تبدأ بالإعداد المرن لها وتحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها، وبدئها بداية متدرجة، ومشجعة وحسن

الإصغاء وملاحظة المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة وفي الوقت المناسب وإنهاء متدرج عند تحقيق هدفها

وتحكم المقابلة التشخيصية عدد غير قليل من المبادئ والأسس أهمها ما يلي :

\*العلاقة الإنسانية الدافئة بين الأخصائي والمريض .

\*بدأ المقابلة بشكل سليم .

\*وضوح الأسئلة وإيجازها .

\*حسن ترتيب الأسئلة تبعا لمستوى اضطراب المريض .

\*السرعة المناسبة في الانتقال من موضوع لآخر .

\*الصراحة في توجيه الأسئلة الحساسة .

\*الهدوء في مواجهة الإنفعالات العنيفة .

\*محاولة كشف ما وراء الإستجابة السطحية .

\*إستعداد الأخصائي للإجابة عن أية أسئلة للمريض .(ص112) .

وهكذا يمكن القول أن المقابلة من الأدوات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي العيادي في عمله، وهذا ما يحدث فعلا في تشخيصه للأمراض النفسية، فالأخصائي النفسي العيادي أول ما يقوم به عند إستقبال المريض في المستشفى أو العيادة النفسية إجراء عدة مقابلات معه، تبدأ بالمقابلة البحثية لجمع المعلومات ثم المقابلة التشخيصية ومن ثم المقابلة العلاجية التي ينفذ فيها العلاج المقترح من طرف الأخصائي . إذا على الأخصائي أن يكون ملما بجميع الأسس والمبادئ الخاصة بالمقابلة .

## 6- 2 الملاحظة :

لا نستطيع الحصول على جميع المعلومات المطلوبة من خلال المقابلة فقط فلا بد من الحصول على معلومات أزيد عن طريق الملاحظة أو المعاينة تلك التي تنصب على ما فعل الشخص أكثر من إنصباها على ما يقول أنه يفعل، فقد تكشف عن المعلومات التي لا يريد المريض الإفصاح عنها أو تلك التي يعجز عن التعبير عنها لفظيا وإن كانت الملاحظة تتم أيضا خلال عملية المقابلة، فالفاحص يلاحظ

سلوك المريض وطريقة الإستيعاب وردود أفعاله وتغيرات وجهه وحركاته ولوازمه ومدى طاعته وعصيانه، كما يلاحظ هندامه ومظهره الخارجي، وما قد يوجد به من عاهات ظاهرة ومظهره الفيزيقي وسماته السلوكية. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1990، ص136) .

والمهارة في الملاحظة الإكلينيكية أساسية في العمل التشخيصي فقط ولكنها أساسية أيضا في ترشيد العلاج سواء كان فرديا أو جماعيا أو عن طريق اللعب ... وهي أحيانا الأداة الوحيدة المتاحة للأخصائي لتسجيل السلوك ويصعب إستخدامه في بعض المواقف مثل ملاحظة الحالات العائلية أو السلوك الجنسي .

ومن أنواعها : الملاحظة المباشرة (وجها مع المريض)، والملاحظة غير المباشرة (دون إتصال مباشر مع المريض) والملاحظة المنظمة الخارجية .

(يقوم بها المعالج و مساعده)، والمنظمة الداخلية (من الشخص نفسه لنفسه)، والملاحظة العرضية (عفوية غير مقصودة)، والملاحظة الدورية (على فترات زمنية محدودة)، والملاحظة المقيدة (موقف أو فترات معينة) .

ويجب مراعات عوامل نجاح الملاحظة مثل : السرية، الموضوعية، الدقة، الخبرة، والشمول وإجراء الملاحظة خطوات أساسية أهمها :

الإعداد والتخطيط المحكم، إعداد دليل الملاحظة .ولإجراء عملية الملاحظة لابد من التركيز على السلوك المتكرر مع الاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره .(حامد عبد السلام ،ص160)

وأخيرا نستطيع القول بأن الملاحظة من الأدوات الأساسية التي يستخدمها الفاحص لتشخيص حالة المريض في مؤسسات الصحة العمومية، هذه الملاحظة العيادية لا تقل قيمتها عن أي معلومات يمكن الحصول عليها من الإختبارات النفسية التي تطبق بل إن نتائج هذه الإختبارات يصعب العمل بنتائجها بغير ملاحظة ظروف الإستجابة والتغيرات الإنفعالية للعميل . هذا فضلا عن أن الملاحظة قد تكشف الكثير عن شخصية المريض التي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار .

3-6 دراسة الحالة :

يعتبر حامد عبد السلام (2004) دراسة الحالة أنها وسيلة أو أسلوب لجمع المعلومات التي يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض، وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل، وبحث شامل لأهم خبرات المريض، وهي الوسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتنظيمها وتلخيصها ووضع وزن إكلينيكي لكل منها .

ويمكن أن تعرف على أنها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد، عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والإختبارات السيكولوجية ...

وتعتبر دراسة تاريخ الحالة جزءا من دراسة الحالة تتضمن موجزا لتاريخ الحالة كما يكتبه المريض أو كما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى، ويعتبر الحصول على تطلعات المريض إلى المستقبل جزءا هاما من دراسة الحالة يفيد في المطابقة بين حاضر المريض ونظراته المستقبلية، ولنجاح دراسة الحالة لابد من مراعاة عوامل نجاحها مثل : التنظيم و الدقة في تحري المعلومات والإعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والإهتمام بالتسجيل.

وتعطي دراسة الحالة فكرة عامة شاملة عن المريض في ضوء إطار معياري منظم لها يتضمن المعلومات والبيانات العامة والشخصية والحالة الجنسية والصحية والعقلية والمعرفية والنواحي الإجتماعية والإنفعالية وتطور النمو والنواحي العامة والمشكلة والملخص العام والتفسير والتشخيص والتوصيات و المتابعة .(ص-ص161-160).

#### 6- 4 الإختبارات و المقاييس :

تعتبر الإختبارات والمقاييس النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات وهي كثيرة ومتنوعة في المجال العيادي، نذكر منها : إختبارات لقياس الذكاء والقدرات والإستعدادات، والتحصيل وإختبارات لقياس الشخصية والميول والقيم والإتجاهات والتوافق والصحة النفسية ... الخ وتتنوع الإختبارات والمقاييس بين التحريرية وغير اللفظية والفردية والجماعية وإختبارات ومقاييس القوة والسرعة والأداء .

ومن الشروط التي يجب توفرها في الإختبارات و المقاييس، الصدق -الثبات- التقنين- الموضوعية- سهولة الإستخدام . ويتطلب إجرائها مراعات بعض الأمور الأساسية مثل : إختبار أنسبها حسب الحالة ،

وحسن إختبار الأخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها وإثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب. (ص136)

وبعد حصولنا على جميع المعلومات في أثناء عملية الفحص، تأتي عملية التشخيص وهي من صميم عمل الأخصائي النفسي العيادي، فالتشخيص هو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض ، وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة، وتتضمن عملية التشخيص كذلك التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه، وهدف التشخيص هو الحصول على أساس لتحديد العلاج من خلال معرفة نوع الإضطراب العضوي أو الوظيفي، ويفيد التشخيص الدقيق في الإختبار السليم لطريقة العلاج التي تناسب الإضطراب أو المرض . وقد يكون التشخيص سهلا يصل إليه المعالج في الحال عند النظرة الأولى أو في المقابلة الأولى وخصوصا كلما زادت خبرة المعالج وقد يكون معقدا، بالنسبة للأخصائي النفسي العيادي في مؤسسات الصحة العمومية وبعد قيامه بعملية الفحص الدقيق وحصوله على جميع المعلومات التي تتطلب دراية كبيرة بالأمراض النفسية بصفة عامة أسبابها، أعراضها، طرق علاجها فيجب على الأخصائي النفسي العيادي أن يكون ملما لجميع الأسباب المؤدية لهذه الأمراض التي تم ذكرها .



## المبحث الثاني : معوقات الممارسة النفسية :

بعد الإنتهاء من المبحث الأول للفصل النظري الذي تناولنا فيه كل ما يتعلق بالأخصائي النفسي وسماته ومميزاته وكيفية إعداده ومختلف أدواره في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية، سننتقل الآن للمبحث الثاني والذي سنتناول فيه كل ما يتعلق بالقواعد المهنية للممارسة النفسية للأخصائي النفسي ومختلف الخدمات النفسية التي يقدمها في مؤسسات الصحة العمومية وسنتناول كذلك تاريخ الممارسة النفسية في الجزائر من حيث تعداد الأخصائيين النفسيين من سنة 1962 إلى غاية 2015 وفي الأخير سنركز على معوقات الممارسة النفسية التي يتعرض لها الأخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية بالتفصيل وركزنا على خمسة معوقات (التكوين، المهام ، الامكانيات، العلاقات المهنية، ثقافة المجتمع )

## القواعد المهنية للممارسة النفسية :

يرى مصطفى حجازي (1993) أن لكل مهنة مجموعة من القواعد تحكم ممارستها، تحدد الشروط الفنية بتلك الممارسة والخصائص التي يجب أن يتمتع بها من يريد أن يمتنها ونوع علاقاته مع الجمهور الذي تتوجه إليه أو يستفيد من خدماتها، تزداد صرامة تلك القواعد في المهن التي يشكل التسرع في ممارستها خطرا عاما أو خاصا ورغم ما قد يبدو ظاهريا أنه العكس، تدخل الممارسة النفسية ضمن هذه الفئة، خصوصا أن الأخطار التي قد تنتج عنها تضل خفية معظم الوقت .

أنها تمس أكثر الجوانب حساسية من وجود الانسان التي تتطلب أكبر قدر من الإحترام واليقظة حين التعامل معها، ونقصد بذلك حياته الحميمة، وما يشكل قوام إعتباره لذاته وقيمه المعنوية .

فعدم توحيد شروط الممارسة النفسية إلى الان في كثير من البلاد المتقدمة وغياب الإعتراف الرسمي بها في بلاد أخرى ناشئة ومنها الجزائر مما قد يجعل الأمر يتراوح بين أقصى الجدية العلمية والخلقية وحالات التسرع المدعى .

ويجري الأمر في الحالتين بإسم الممارسة النفسية، لا بد إذا قبل الإقدام على العمل النفسي على إختلاف أبعاده ومستوياته من الإلتزام ببعض القواعد المهنية والخلقية الأساسية التي يمكن ردها جميعا إلى مبدأ أساسي وحيد هو إحترام المهنة فنيا وإحترام المستفيد من خدماتها إنسانيا .

بدون ذلك الإحترام المزدوج لا يمكن أن يكون هناك أخصائي نفسي أو ممارسة نفسية بالمعنى الحقيقي للكلمة (ص47).

وهناك مجموعة من الالتزامات يجب على الأخصائي النفسي الالتزام بها من بينها :

### 1- إلتزامات تجاه الممارسة النفسانية :

الإلتزامات هنا تشكل قائمة تتفاوت في طولها من حالة الى أخرى ومن أخصائي إلى آخر، وسنستعرض منها إلا بعض ما يشكل في نظرنا القواعد الأساسية التي تضمن سلامة وجدية وعلمية المهنة .

### - إحترام الممارسة النفسانية :

ونقصد به الإمتناع عن الإقدام على أي شكل من أشكال الفحص أو التشخيص خارج الإطار المهني حيث يمكن إقامة علاقة مهنية حقيقية .

هناك ضغوط قد تمارس عليه كي ينزلق إلى ذلك الفخ ولكن عليه أن يصمد لها لأنها تؤدي مهنته وسمعته كما تؤدي من كان موضوعا لتلك التشخيصات، السبب في ذلك أن الأخصائي النفسي يشكل عادة إغراء للأخرين في التعرف على أنفسهم وإكتشافها، وخوفا من تلك المعرفة في أن معا، موقف الجمهور من الممارسة النفسانية يتميز أساسا بالتجاذب الذي يؤدي إجمالا إلى الإعتراف بالمشكلات الذاتية، والتهرب منها في نفس الوقت .

إزاء هذا التجاذب يحول الجمهور أن يحول الأمر إلى نوع من أنواع الهزل، يسلم عنه جديته حتى لا يجابه بما يتضمنه من خطورة، أنه يحاول أن يعرف ولكن من موقع غير رسمي حتى لا يتحمل نتائج معرفته بما تتضمنه من مواقف تجاه ذاته .

كذلك على الأخصائي النفسي أن لا ينساق إلى ممارسات تبخس مهنته، فذلك ما يحاوله دائما المستشار الذي يتذبذب في موقفه مابين الإعجاب والخشية، ولذلك يميل الناس خصوصا إلى تحويل الوضعية المهنية إلى شئ من اللقاء الإجتماعي، حين يطلبون إلى الأخصائي إذا كان صديقا أن يقوم بعمله بشكل سري أثناء زيارة أو سهرة إلخ... يفحص خلالها الطفل أو القرين أو الشخص الذي أتو للإستشارة بشأنه، إن في ذلك نسفا لكل جدية الممارسة المهنية.

على الأخصائي أن يعلم من يحاولون تبخيس ممارسته أو تعمية خطورتها بمزج الهزل بالجد والعلم بالعمل التطوعي أن ذلك مضر بهم، وبه على حد سواء، وأن العمل النفساني لا بد له من إطار جدي حتى يعطي نتائج فعلية ولا مجال مطلقا للحلول الوسط أو الغموض في هذا الامر .

وليس عليه ضير في أن يحبط رغبات الآخرين من أجل الحفاظ على إحترام المهنة وإحترام ذاته، أي إحترامهم أنفسهم في النهاية (مصطفى حجازي، 1993، ص 58).

#### - الإعداد الذاتي ومعرفة الحدود الذاتية :

بقدر ما تبدو الممارسة النفسية بسيطة وسهلة المنال للمبتدئ بقدر ما هي صعبة فعليا، تلك هي إحدى الإشكالات في علم النفس

هناك إغراء بوهم المعرفة والإختصاص بعد قراءة عدد من المؤلفات في علم النفس يعتقد القارئ بعدها أنه مؤهل ومخول لإكتشاف نفسيات الآخرين، وتبيان عقدهم وتقدير ذكائهم الخ... نفس الأمر ينطبق على طلاب علم النفس في بداية دراستهم، إذ يخيل إليهم أنهم أصبحوا إختصاصيين بعد دراسة منهج في علم النفس المرضي أو بعد تدريب أولي على الروايز.

إلا أن الواقع يختلف عن ذلك تماما فقد لا توجد مهنة تحتاج إلى جهد وإعداد مستمرين كالممارسة النفسانية، وقد يبدو ذلك الجهد غير مناسب كليا مع المكانة الإجتماعية والمادية المتواضعة التي يمكن للأخصائي الوصول إليها، ذلك هو الواقع الفعلي

والأمر كذلك لسببين أساسيين، أولهما أن التقنيات النفسانية كاروايز والقياس عموما رغم ما تتمتع به من موضوعية وضبط علميين ظاهريا أو فعليا، لا تزال إلى الآن مدعاة لكثير من أشكال سوء الإستخدام والتسرع والأحكام الخاطئة .

وأن من واجب الأخصائي النفسي أن لا يتوه عن حدودها وأوجه الاشكال والقصور فيها في غمرة حماسة أو إعجابه بقدراتها العلمية المعرفية .

أما السبب الثاني والأهم قطعا هو أن الممارسة النفسانية لا تتم كما هو الحال في العديد من المهن الأخرى من خلال التقنيات والمعرفة النظرية فقط بل تتم أساسا من خلال ذاتية الأخصائي النفسي كما

تتفاعل على المستويين الواعي واللاواعي مع ذاتية المستشير أو المفحوص (مصطفى حجازي، نفس المرجع، ص59) .

يجمع على هذا الأمر المعالجون والأخصائيون النفسيون العياديون، فهؤلاء وأولئك يعرفون الفحص النفسي والعلاج النفسي بأنه تفاعل من نوع خاص جيداً بين ذاتيتين ولذلك، فعلى الأخصائي النفسي بذل جهد مضني أحياناً ومستمر في مدها، في تعميق معرفته بتقنياته وأدواته، وتعميق معرفته بذاته الواعية واللاواعية، بميولها وتحيزاتها وتفضيلاتها ومخاوفها ونواحي القوة والضعف فيها، نقاط الإنفتاح والمقاومة في ديناميتها، وهذه الناحية الأخيرة هي بلا جدال أعسر ما في مهنة الأخصائي النفسي والإعداد لها، ويكاد يكون من المشكوك فيه التوصل إليها بدون مساعدة من الخارج أي الإشراف أثناء التدريب .

إلا أنه يمكننا الجزم بدون تردد أن فعالية وعلمية الممارسة النفسية تتناسب مع درجة الوعي بالدينامية الذاتية ومستوى النضج الشخصي، وكل ما عدا ذلك يأتي في المقام الثاني .

ولذلك فإن على الأخصائي النفسي أن يعرف حدوده التقنية والذاتية ويقف عندها، عليه أن لا ينخرط في ممارسة لم يعد لها فنيا وذاتياً بشكل كاف كما هو شأن بعض الذين يدعون الخبرة والقدرة على القيام بأي ممارسة نفسانية بعد دراسة أكاديمية لا تتجاوز المستوى التمهيدي وإلا فإنه سيدخل في عداهم بعد زمن لا يطول

#### - التنبيه للمحاذير الإيديولوجية :

علم النفس معياري، والممارسة النفسية لا تخلو في نتائجها من مضمون عقائدي، ولذلك فإن على الأخصائي النفسي أن يحذر الوقوع في منزلقات قد يجر إليها معتقداً بحياد عمله.

طبعاً نحن لا نقصد هنا إلى الإشارة إلى إستخدامات لا أخلاقية، كتسخير الممارسة من أجل أغراض الإرهاب أو الإبتزاز المادي أو المعنوي أو النفسي، أو للضغط على المفحوص لتغيير معتقداته .

إن ذلك في قناعتنا أمر بديهي لا يحتاج إلى التوقف عنده لأنه لا يمكن أن يدخل ضمن إطار عمل الأخصائي النفسي، وإلا فإنه يتحول إلى أي شئ آخر، ويدخل في قائمة أدوات الإرهاب .

مانريد الإشارة إليه هو واجب الأخصائي النفسي في التنبيه لنتائج ممارسته العيادية من حيث تأثيرها على المفحوص مصالحه ومصيره (مصطفى حجازي، المرجع السابق) .

إذ يندر أن يطلب إليه التدخل بشكل محايد، هناك دائما رغبات ذاتية أو مؤسسية وراء هذا الطلب لا تخلو أحيانا من دوافع مرضية أو رغبات تصفية أو تغييرية بما يتناسب مع حاجات صاحب الطلب أو المؤسسة، وقد يكون ذلك على حساب المفحوص .

على الأخصائي النفسي أن يحذر من تحوله إلى أداة لخدمة أغراض السلطة في المؤسسة التي تضغط لجر المفحوصين إلى مواقع تتماشى مع رغباتها أو حاجاتها .

إن الأخصائي النفسي ملتزم قبل كل شيء بالمحافظة على توازن المفحوص ومساعدته على النمو والإختيار المستقل المعافى، وإلا فقدت ممارسته قيمتها الحقيقية وفقد دوره البعد الإنساني الذي يجب أن يميزه، وقد يكون عليه هنا أن يخوض معركة ضارية مع الذين يستهلكون خدماته لمقاومة محاولات إستلابه الصريحة أو الضمنية من خلال تسخيرهم لخدمة أغراضهم، ولكي يساعدهم على الإقتناع بجوهر دوره وطبيعة ممارسته (مصطفى حجازي، نفس المرجع، ص 59)

ولسوء الحظ فإن ذلك لا يتسنى دائما للمبتدئين من الأخصائين النفسانيين، ولكن تطور الممارسة بدأ يساعد على طرح القضية الإيديولوجية بوضوح مما يسهل لهم التعرف على أبعاد عملهم ويأخذ بيدهم للإرتقاء به وتجنب ما قد يتعرض له من شوائب .

إن عليه دائما أن يسأل حين يمارس إلى من تتوجه ممارسته ولمصلحة من ومن أجل أي هدف، فإذا فعل تمكن من تحديد دوره بشكل علمي .

تلك إذ قواعد ثلاث جوهرية يجب أن تحكم ممارسة الأخصائي أثناء الفحص النفسي وتوجه عمله، ولها بالطبع العديد من التفرعات كما يمكن إضافة أخرى إليها، إذ لا ندعي مطلقا أنها تتميز بالقطيعة أو الشمول، من هذه القواعد الإضافية والتي يفترض ضمنا أن الأخصائي ملتزم بها مسألتان :

#### - السر المهني :

بالطبع إن الأخصائي النفسي ملتزم بالحفاظ على أسرار المفحوص، ولو كان يعمل لمصلحة مؤسسة ما مدرسة مستشفى، مصنع، مؤسسة للرعاية الخ... يجب أن يكون هذا الأمر معلوما للمفحوص وللمؤسسة على حد سواء وإلا تعرض الأخصائي النفسي لأن يتحول إلى مخبر وفقد بالتالي دوره الحقيقي، أنه يطلع خلال الفحص على معطيات وأمور حساسة أحيانا، وهو غير ملزم بأن ينقلها إلى الآخرين، أن

من واجبه أن ينقل إليهم فقط المعطيات التي تمكنهم من التوصل إلى قرار سليم يحفظ للمفحوص توازنه ويساعده على النمو .

وهو يلتزم ضمنا أو صراحة تجاه المفحوص بأن لا يعطي عنه إلا ما تستدعي مصلحته أن يكون معروفا ممن لهم صلة بالأمر، ومن الواضح هنا أن الأخصائي النفسي يقوم بعمله هذا بدون تزييف أو تحريف الواقع وإلا أساء إلى الأمانة تجاه الآخرين الذين يلتزم نحوهم مهنيا أيضا .

إن الأمر يتلخص بصياغة المعطيات بأمانة ولكن بالشكل الذي يخدم مصلحة المفحوص ويسهل على الآخرين عملهم معه .

#### - الحذر من إستغلال النفوذ أو السلطة :

وذلك لأغراض شخصية وغير مهنية، شأنه في ذلك شأن جميع أعضاء المهن التي تعطى لممارستها، نظرا لطبيعة عمله، سلطة مادية أو معنوية على من تمارس معهم .

عليه أن يتجنب نتيجة لممارسته أو من خلالها، الحصول على خدمات أو تسهيلات أو إمتيازات من أي نوع كأن تخرج عن إطار العلاقة المهنية المحضة المحددة بهدف واضح يشكل مبرر وحدود تدخله وتفاعله مع المفحوص .

عن هذا الالتزام هو من الشروط الأساسية التي تخلق الثقة بينه وبين المفحوص وتدعه يطمئن إليه ويعترف له بدوره مما يمكن الأخصائي من القيام بعمله بشكل فعال .

#### 2 إلتزامات تجاه المفحوص :

على الأخصائي النفسي لكي يرتقي بممارسته ويزيد من فعاليتها، أن يلتزم بعدة قواعد هامة في تعامله مع المفحوص خلال إدارة عملية التفاعل بينهما أثناء الفحص .

وهنا أيضا لن نشير إلا إلى مانعته جوهريا للممارسة النفسانية الجادة، وهو يدور في معضمه بشكل أو بآخر حول قاعدة أساسية هي إحترام المفحوص والإلتزام الأساسي نحوه .

ونقصد بذلك النظرة للمفحوص كإنسان له معاناته وتجربته التاريخية وصورته، النظر إليه كأخر مثل لنا نعترف بإنسانيته كشرط أساسي للوصول بأنفسنا إلى مرتبة إنسانية .

لأنه فقط من خلال الإعراف بإنسانية الآخر نصل إلى إنسانيتنا، وليس مطلقا على حسابيه أو باستلابه من خلال تحويله إلى حالة أو فئة تشخيصية، أو بإختراله إلى الخصائص التي تهمننا أو تقلقنا أو تزعجنا .

#### - الحفاظ على توازن المفحوص ومصالحه:

ذلك بلا جدال الإلتزام الأول تجاه المفحوص، إن أي ممارسة أو إجراء يجب أن يضل ضمن حدود المحافظة على التوازن النفسي لذلك المفحوص كحد أدنى .

وعلى الأخصائي النفسي أن يتجنب أثناء الفحص أساليب الإستجاب مباشرة أو مداورة وأساليب الإلحاح والضغط للوصول إلى معلومات يعتقد فيها مفتاح معرفة المفحوص .

إن في ذلك إعتداء معنوي على المفحوص الذي يحق له دائما أن يقاوم هتك حياته الحميمة، وعلى الفاحص أن يتقبل دفاع المفحوص عن نفسه وأن يفهم ضرورة ما قد يبديه من مقاومة، فاذا فعل تمكن من معرفة أكثر واقعية لهذا المفحوص من خلال تلمس طريقة إستجابته للنقاط الحساسة في كيانه، ويتضمن ذلك أيضا أن لا نضع المفحوص أمام جوانب من حياته اللاواعية وهو غير مستعد بعد لتقبلها أو مجابته من خلال إثارة أو تفجير مآزمه فنحن قد نستطيع الوصول إلى معلومات عن لاوعي المفحوص هي لا واعية لانه غير قادر على تحملها ، ولا يجوز أن نتسرع أو نتناسى قدراته فنضعه أمام ما لا يطيق

كما أن علينا أن نقاوم بعض ميولنا نحو ميولنا المعرفية لأمر تتعدى نطاق الهدف من الفحص النفسي، إن الموقف العلاجي أثناء الفحص قد يبدو مكلفا في الوقت والجهد، ولكنه في رأينا الموقف الوحيد المشروع والمضمون في نتائجه على المدى البعيد .

إن على الأخصائي النفسي أن يكون معالجا في أسلوب إدارته للفحص كي يفهم، وأن يفهم، كي يعرف، وأن يعرف كي يساعد المفحوص للوصول إلى إنسانيته وماعدا ذلك قد يكون علما تقنيا ولكنه بالأكد ليس ممارسة نفسية(مصطفى حجازي، نفس المرجع ، ص 62)..

#### -الحياد والموضوعية :

هما المثل الأعلى للممارس النفسي، لآكن ندر أن يصل إليهما بشكل كلي في الواقع، المعرفة النفسية لا هي موضوعية ولا محايدة في الحقيقة لأنها تمر باستمرار من خلال ذاتية الفاحص، ما يقدمه

المفحوص للفاحص من معطيات وما يدركه الفاحص من هذه المعطيات رهن بتفاعل لاوعي كل منهما مع لاوعي الآخر، هذا هو المقصود بالقول أن الفحص النفسي هو تفاعل ذاتيتين .

- شمولية النظرة :

ونقصد بذلك النظر إلى المفحوص كشخص كلي في وضعية كلية، سلوكه ومشكلاته هما نتيجة للتفاعل والتداخل والتحديد المتبادل بين القوى الفاعلة في وجوده، وذلك بدل العزل والتفتيت وتجميد المفحوص في قوالب محددة .

- تجنب السطحية والتسرع

بعد تناولنا لمختلف القواعد المهنية التي يجب أن يلتزم بها الأخصائي النفسي سواء إلتزامات تجاه الممارسة النفسية وكذلك إلتزامات تجاه المفحوص سننتقل الآن لتناول مختلف الخدمات النفسية التي يقدمها داخل مؤسسات الصحة العمومية وخصائص الممارسة النفسية وتقديم موجز لتاريخ الممارسة النفسية في الجزائر بالأرقام والتحليل (مصطفى حجازي، نفس المرجع ، ص 62).



## 2- مفهوم الممارسة النفسية :

يتعرض الإنسان في حياته اليومية إلى جملة من الضغوطات تجعله في الكثير من المرات غير قادر على مجابتهتها أو التكيف معها، فينتابه إحساس بالعجز والتوتر يدفعه إلى طلب المساعدة من الغير إلا أنه غالباً ما يصطدم بعجز الآخرين عن مساعدته بسبب تعقد مشاكله وتشابكها من جهة، ومن جهة أخرى ما تتطلبه المساعدة من تفرغ وإهتمام تستوجب اللجوء إلى أهل الإختصاص والمهنة، ومن هنا يبرز دور الخدمة النفسية العمومية التي تعتبر الإطار الوحيد الذي يمكن من خلاله أن يعالج الأفراد مشاكلهم النفسية، ويمكن تعريف الممارسة النفسية العمومية بأنها "ذلك النوع من الممارسات المهنية المرتبط بالطب النفسي وتقدم في إطار برامج المؤسسات العمومية التي يكون أهدافها دراسة وعلاج الإضطرابات النفسية والعقلية منها" وهي خدمة متعدد الجوانب يمكن أن تقدم بشكل فردي أو بشكل جماعي، وتمارس ضمن مبادئ وتقنيات علم النفس العيادي (رشوان ، 2007، ص 324).

## 3- خصائص "الممارسة النفسية"في المؤسسات الصحية العمومية :

يرى (رشوان، 2007) أن الخدمة النفسية العمومية تتميز عن غيرها من الخدمات بمايلي :

- 1-أنها تسعى إلى تحقيق أهداف الصحة النفسية والعقلية .
- 2-أنها أداة لتحقيق الهدف الوقائي من الأمراض النفسية والعقلية من خلال برامجها المتخصصة .
- 3-أنها خدمة مؤسساتية Institutionnel تقدم داخل مؤسسات الصحة العمومية ولها مكانها في الهيكل التنظيمي لخدماتها المختلفة .
- 4-أنها تتطلب مهارات خاصة وممارس تم تدريبه للتعامل مع الأمراض النفسية وعلاجها بطرق فنية تراعى فيه الإعتبارات الأخلاقية والمهنية .
- 5-لها بناء علمي ومعرفي متميز يتضمن أطر نظرية محددة وتقنيات تشخيصية وأساليب علاجية صممت خصيصا للتعامل مع مختلف مظاهر المعاناة النفسية .
- 6-أنها خدمة تتسم بالمرونة حيث تتفاعل مع كل الحاجيات النفسية التي يبديها المريض .
- 7-أنشطتها متنوعة ومصممة بشكل خدمات فردية وجماعية .

8-تساعد الشخص الذي يطلب المساعدة النفسية على الإستقلالية والتكيف والتوازن النفسي(ص365) .

وهناك مجموعة من الإحصائيات المهمة التي يجب الاشارة إليها في الجزائر حول الممارسة النفسية

#### 4-إحصائيات حول الممارسة النفسية العمومية في الجزائر:

لقد كانت البداية الأولى لتأسيس الخدمة النفسية العمومية في الجزائر من خلال أول قانون أساسي صدر في الجريدة الرسمية في إطار المرسوم التنفيذي رقم 69-73 المؤرخ في 16 أفريل 1973، حيث حدد مهام و شروط توظيفهم من خلال المادة الأولى التي جاء فيها أن الاختصاصيين في علم النفس التابعين للصحة العمومية يمارسون على الخصوص وظائف علماء النفس السريريين وفن المعالجة وإعادة التأهيل، ويمارسون نشاطاتهم أساسا في وسط فرق طبية إجتماعية (الجريدة الرسمية رقم 34 بتاريخ 27 أفريل 1973، ص522)

ولقد إستمر المشرع الجزائري في تنظيم هذه المهنة داخل قطاع الصحة العمومية حين أصدر مرسوما تنفيذيا آخر يحمل رقم 91-111 المؤرخ في 27 أفريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالإختصاصيين في علم النفس، حيث ألغى القانون السابق وحدد مهامهم كالآتي : "يكلف الأختصاصيون في علم النفس العيادي التابعون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي بالقيام بالمهام التالية :

- إختبارات بسلوجية .
- حصيات بسلوجية .
- تشخيص وتنبؤات بسلوجية .
- توجيهات .
- مساعدات بسلوجية ( توجيه، إرشادات، مرافقات بسلوجية للمصاب بمرض خطير، تحضيرات بسلوجية للعمليات الجراحية، الخ...).
- إستعمال تقنيات نفسانية علاجية متخصصة .
- عمل في المؤسسة .

- تكوين المستخدمين الطبيين وشبه طبيين بالعلاقة مع المريض (فوج بالينت) .
- إستعمال بعض العلاجات النفسانية خاصة (العلاجات النفسانية المدعمة، معالجة السلوك، الإسترخاء، عدم التحسس للألم) .
- رفع مردودية سير الفرق الصحية بإدارة العلاقات الانسانية .
- علاجات جماعية .
- ديناميكية الجماعة .
- بسيكودراما .
- التكوين (الجريدة الرسمية رقم 22 المؤرخة في 15 ماي 1991، ص650)
- وإختتم تشريع وتنظيم المهنة، بمرسوم تنفيذي ثالث وأخير يحمل رقم 09-240 المؤرخ في 22 جويلية 2009 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية حيث نظمت مهامهم وكلفوا بالمهام التالية :
- تصور المناهج وتطبيق الوسائل والتقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجال إختصاصاتهم .
- المساهمة في تحديد وتباين وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات
- المساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية، لاسيما الإختبارات والتحليل والتشخيص والتنبؤات النفسية
- المشاركة في أعمال التكوين وتأطير الطلبة ومهني الصحة في مجالات إختصاصاتهم .
- إنجاز تقنيات علاجية .
- القيام بالخبرة النفسية .
- تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق .
- المشاركة في التقييم والبحث في مجالات إختصاصاتهم .
- إدارة أشغال البحث والتحقيقات في مجالات إختصاصاتهم .

- تحديد الإحتياجات الجديدة للمرضى .

- دراسة واقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسية للمرضى .

-دراسة بواسطة مسعى مهني خاص، العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية والسلوكات الفردية والجماعية قصد ترقية إستقلالية الشخصية .(الجريدة الرسمية رقم 43 المؤرخة في 22 جويلية 2009، ص19) ولقد تطور تعداد النفسانيين العيادين الذين يمارسون على مستوى قطاع الصحة العمومية منذ سنة 1978 حيث قدر آنذاك ب (56) نفساني عيادي، ليصل عددهم إلى 1213 نفساني سنة 2010 حيث نجد أن تطور التعداد عرف قفزة نوعية إبتداء من سنة 2000 وذلك من أجل التكفل بالمعاناة التي خلفتها المأساة الوطنية

( في سنة1978بلغ عدد النفسانيين 56)، (في سنة 1979، 86 نفساني ) (في سنة 1981، 111 نفساني ) ،(في سنة 2000، 345 نفساني ) ( في سنة 2003، 49 نفساني ) (في سنة 2006، 749 نفساني ) ،( في سنة 2008، 1021 نفساني ) ،( في سنة 2010، 1213 نفساني ) .

جدول رقم (01) يبين تطور عدد الاخصائيين النفسانيين العيادين في قطاع الصحة العمومية

الجزائرية .

السنوات	1978	1979	1981	2000	2003	2006	2008	2010	2015
تطور عدد الاخصائيين النفسانيين	56	86	111	345	495	749	1021	1213	حوالي 1530

جدول رقم (02) يمثل نسبة سلك النفسانيين في قطاع الصحة مقارنة مع الاسلاك الاخرى لسنة

2010

الرقم	السلك	التعداد	النسبة
1	الشبه طبي	97742	75%
2	طبيبي اخصائي في الصحة	13235	10%
3	طبيبي عام	8587	6%
4	جراح الاسنان	5619	4%
5	استشفائي جامعي	3373	2%
6	نفساني عيادي	1213	0.93%
7	صيدلي	79	0.06%
المجموع		129848	100%

وينبغي الإشارة إلى أن التعداد يبقى بعيدا عن المعايير الدولية حيث لا يغطي كل حاجيات السكان من حيث الخدمات النفسية العمومية .

كما يمثل سلك النفسانيين نسبة 0.93 بالمئة مقارنة مع الأسلاك الأخرى العاملة في قطاع الصحة العمومية بنسبة ضئيلة لا تسمح لسلك النفسانيين بالاندماج أكثر في قطاع الصحة العمومية، فهم يعدون أقلية مهنية لا تستطيع فرض وجودها بسهولة أمام الفئات المهنية الأخرى، مما يجعلها عرضة لجميع الإعتداءات الرمزية وضحية سهلة في صراع الأسلاك المهنية وهي كالاتي في 2010.

السلك الشبه طبي، التعداد في 2010 : 97742 ، النسبة 75.27 بالمئة

السلك طبيب أخصائي في الصحة، التعداد : 13235 ، النسبة : 10.19 بالمئة

السلك طبيب عام، التعداد : 8587 ، النسبة : 60,61 بالمئة

السلك جراح الأسنان، التعداد : 5619 ، النسبة : 4.32 بالمئة

السلك إستشفائي جامعي، التعداد 3373 ، النسبة 2.59 بالمئة

السلك نفسياني عيادي 1213 ، النسبة : 0.93 بالمئة

السلك صيدلي ، التعداد : 79 ، النسبة 0.06 بالمئة

ليكون مجموع التعداد : 129848 .

وتحتل فئة النفسانيات نسبة عالية ضمن سلك النفسانيين في قطاع الصحة العمومية وصلت نسبتها

89.69 بالمئة من إجمالي السلك، حيث يصل تعداد النفسانيات **1088** نفسانية عيادية، مقابل 10.31

بالمئة من فئة النفسانيين الذين يبلغ تعدادهم **196** نفسياني عيادي .

تعداد النفسانيين لسنة 2010 :

الجنس : ذكر، التعداد : 196 ، النسبة : 10.31 بالمئة

الجنس : أنثى، التعداد : 1088 ، النسبة : 89.69

كما يعتبر قطاع الصحة العمومية أول وأكبر موظف لفئة النفسانيين العيادين منذ الإستقلال، فهو يمثل

نسبة 48.11 بالمئة بتعداد يصل إلى 1213 بالمقارنة مع النفسانيين العاملين في مختلف قطاعات

الوظيفة حيث يصل تعداد النفسانيين العياديين في قطاع التضامن الوطني 531 يليه قطاع المؤسسات

العقابية بتعداد بلغ 461 نفسياني .

قطاع النشاط : الصحة العمومية، التعداد : 1213 ، النسبة : 48.11 بالمئة

قطاع النشاط : التضامن الوطني، التعداد : 531 ، النسبة : 21.06 بالمئة

قطاع النشاط : المؤسسات العقابية، التعداد : 461 ، النسبة : 18.28 بالمئة

قطاع النشاط : الشباب و الرياضة، التعداد : 300 ، النسبة : 11.90 بالمئة

قطاع النشاط : الجمارك، التعداد 16 ، النسبة 0.63 بالمئة

ويتوزع النفسانيون داخل مختلف المؤسسات الصحية بشكل غير متوازن، حيث نجدهم يتمركزون بشكل

لافت في مؤسسات الصحة الجوارية والتي تشمل العلاج والعيادات متعددة الخدمات بنسبة 51.85 بالمئة

أما البقية فنجدها تتوزع على مختلف المراكز الإستشفائية الأخرى التي تهتم بالخدمات الصحية والطبية

المتخصصة مما يشير إلى نقص في تغطية الخدمة النفسية على مستوى هذه المراكز حيث نجد أن بعض المصالح الإستشفائية لا تقدم خدمات نفسية للمرضى وهي كالاتي .

طبيعة المؤسسة الصحية: المركز الإستشفائي الجامعي، عدد المؤسسات 13 ، توزيع النفسانيين :  
التعداد 162 النسبة 13.35 بالمئة

طبيعة المؤسسة الصحية: المؤسسة الإستشفائية المتخصصة، عدد المؤسسات 68 ، توزيع النفسانيين :  
التعداد 171 النسبة 14.09 بالمئة

طبيعة المؤسسة الصحية: المؤسسة العمومية الإستشفائية، عدد المؤسسات 195 ، توزيع النفسانيين :  
التعداد 251 النسبة 20.69 بالمئة

طبيعة المؤسسة الصحية: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، عدد المؤسسات 271 ، توزيع النفسانيين :  
التعداد 629 النسبة 51.85 بالمئة

جدول رقم (03) يمثل توزيع النفسانيين العيادين في قطاع الصحة العمومية حسب المؤسسات الصحية  
الجزائرية لسنة 2010

توزيع الاخصائيين النفسانيين		عدد المؤسسات	طبيعة المؤسسة الصحية
النسبة	التعداد		
%13.35	162	13	المركز الاستشفائي الجامعي
%14.09	171	68	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة
%20.69	251	195	المؤسسة العمومية الاستشفائية
%51.85	629	271	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
1213		547	المجموع

أما عن حجم النشاطات التي قام بها النفسيون خلال الثماني سنوات السابقة أي منذ سنة 2002 فهي في تطور مستمر نظرا للطلب المتزايد على الخدمات النفسية، بسبب ما يعيشه الناس من ضغوطات يومية تفوق طاقتهم النفسية في التحمل ولا تجد السند إلا في اللجوء إلى خدمات النفسيين حيث يضمن النفسيون عن طريق إستعدادهم الدائم، التكفل بكل أنواع وأشكال المعاناة النفسية للمرضى بمختلف أعمارهم والتي غالبا ما ترهقهم عدوانية وتستنزف طاقتهم النفسية باعتبارها تمتد عبر زمن العلاقة العلاجية حيث لا يمكن أن تتفادى عدوانية المريض ولا إرتباطه بالمعالج النفسي .

حجم الفحوصات التي يقوم بها النفسيون منذ سنة 2002 الى غاية 2009 :

في سنة: 2002، عدد الفحوصات النفسية : 12051

في سنة: 2003، عدد الفحوصات النفسية : 94194

في سنة: 2004، عدد الفحوصات النفسية : 218160

في سنة: 2005، عدد الفحوصات النفسية : 105348

في سنة: 2006، عدد الفحوصات النفسية : 175752

في سنة: 2007، عدد الفحوصات النفسية : 222902 ،

عدد الفحوصات النفسية : 244317 في سنة: 2008 ،

عدد الفحوصات النفسية : 246652، في سنة : 2009

أما بالنسبة لوسائل العمل فتبين الإحصائيات أن نسبة 68.38 بالمئة من النفسيين العيادين في قطاع الصحة العمومية ليست لديهم وسائل العمل الضرورية لأداء مهامهم، وهي نسبة معتبرة تدفعنا إلى التساؤل عن طبيعة الوسائل التي يستخدمها النفسيون أثناء تأديته مهامهم ؟ فرغم صدور التعليمات الوزارية رقم 01 المؤخرة في 16 مارس 2008، والتي تحدد شروط تهيئة وتجهيز قاعات الفحص النفسي من أجل دعم التكفل النفسي لسكان وقائيا وعلاجيا وإرفاق نشاطات جديدة كعلم زرع الأعضاء و الأنسجة L'implant وطب الأمراض العقلية الخاص بالأطفال Pédopsychiatrie و معالجة الإدمان و



المعالجة النفسية للصدمات . إلا أن تطبيقها يبقى متواضعا ولا يرقى إلى المستوى المطلوب المتزايد على الخدمات النفسية وما يقتضيه ذلك من توفير الوسائل الضرورية للعمل .

إن كل المعطيات السابقة، تؤكد لنا أن الخدمة النفسية العمومية في قطاع الصحة العمومية بالجزائر مازالت بعيدة عن المعايير العالمية من حيث التغطية وتوفير وسائل العمل، كما أن المنظومة الصحية لم تتوصل بعد إلى تيسير إدماج فئة النفسانيين في قطاع مازال يعتبرهم غرباء أو دخلاء، ويعطي الأولوية للخدمة الطبية العمومية بدل الخدمة الصحية الشاملة التي تتكفل بالفرد من كل جوانبه وهذا ما فرض أو طرح مجموعة من المعوقات .

ثالثا : معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية :

سنتناول في هذا العنصر خمسة معوقات وهي التكوين، ثقافة المجتمع، العلاقات المهنية، المهام،  
الإمكانيات :

### 1 معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين :

تعد وظيفة التكوين في المؤسسات الصحية من أهم مقومات التنمية البشرية التي تعتمد عليها هذه الأخيرة في بناء جهاز قادر في الحاضر والمستقبل على مواجهة الضغوطات والتحديات الإنسانية، التقنية والإدارية التي ترتبط مباشرة بالفرد كونه إنسان من جهة والمحرك الأساسي لتطوير وتنمية المؤسسة من جهة أخرى.

وتدل كافة المؤشرات إلى تزايد الاهتمام بوظيفة التكوين نظرا لارتباطها بمستوى أداء الفرد للوظيفة التي يشغلها، فانخفاض أداء الفرد وكفاءته يعتبران علامة واضحة للتدخل المباشر من قبل إدارة الموارد البشرية لاتخاذ كافة الإجراءات لمواجهة هذا الانخفاض، بحيث ينتج عن هذا التدخل رفع مستوى أداء الفرد إلى مستوى المقاييس المطلوبة، إذ نجد أن من أهم المشاكل التي تعاني منها المؤسسات اليوم هو مشكل تكوين الموارد البشرية التي تعتبر وظيفة حساسة ومهمة في تمكين المؤسسة من مسايرة المتطلبات الداخلية والآفاق المستقبلية، بإعتبار التكوين وسيلة فعالة في خدمة مصالح المؤسسة، وحتى يؤدي العنصر البشري وظائفه كاملة بالمستوى المطلوب وفقا لما تحدده المؤسسة من أهداف.

#### - تحديد طبيعة التكوين

إعترف العديد من الباحثين أن جلب المرونة اللازمة للتكيف السريع مع المحيط الدائم والمتغير يؤدي بجل المؤسسات إلى وضع سياسات معينة لتطوير مواردها البشرية، وهذه السياسات لا تتواجد بدون نشاط تكويني، إذ يعتبر التكوين نشاطا عاديا تختص به مصلحة تسيير الموارد البشرية داخل المؤسسة.

#### - 2 ماهية التكوين

لقد تعدد مفهوم التكوين من مؤلف إلى باحث إلى عالم إجتماع ولكن في الحقيقة لم تصادف أي إلتباسات أو غموض فيما يتعلق بهذا المفهوم(محمد عبد الفتاح ، 2003، ص 3)

#### - تعريف التكوين

يعرف التكوين على أنه "عملية تعلم سلسلة من السلوك المبرمج أو متابعة مجموعة من التصرفات المحددة مسبقاً"

هناك أيضاً تعريف آخر يرى بأن التكوين هو "عملية شاملة ومعقدة تتناول جميع التدابير اللازمة لإيصال الفرد إلى وضع يخوله بالإطلاع بوظيفة معينة وإنجاز المهام التي تتطلبها وجعله قادراً على متابعة عمله (حسن حلبي، 1982، ص 25)

كذلك التكوين هو "عملية تستهدف إجراء تغيير دائم نسبياً في قدرات الفرد مما يساعده على أداء الوظيفة بطريقة أفضل ويتمثل التكوين في مجموعة من الوظائف المخططة مسبقاً والتي تستهدف تزويد العمال بالمعارف، المهارات، المواقف والتصرفات التي تمكن من تسهيل اندماجهم في المنظمة ومن تحقيق أهداف الفعالية فيها، وهو عملية مخططة في إطار الإستراتيجية العامة في المنظمة وله عدة أمثال: تكوين نظري أو تطبيقي، داخلي أو خارجي، دوران في ميدان العمل على عدة وظائف (حمداوي وسيلة، 1989، ص 99)

إن أغلب التعاريف لا تفرق بين مصطلحي التكوين والتدريب لأن لهما نفس المدلول حيث أن كلاهما يهدف إلى تطوير المهارات الفنية والقدرات العقلية للأفراد من أجل تحسين مستواهم المهني وبالتالي إمكانية ترقيةهم في درجات العمل إلى مستوى أعلى من الذي يشغلونه فلا يختلف مدلول الكلمتين في شيء، ما عدا أنّ التكوين يعني كل أوجه التعلم التي يتلقاها الفرد من قيم ومهارات وثقافات وأفكار ومعلومات والتدريب يسري مفهومه على التعلم فقط لكن في نطاق معين باعتبار إرتباطه بالجانب النظري... لذلك فمن الناحية الواقعية وبصفة عامة نجد بأنه يستعمل بكثرة من قبل القطاع الإنتاجي (أحمد طرطار، 1993، ص 82)

#### - أسباب التكوين

تعود ضرورة اللجوء للتكوين لعدة أسباب أهمها:

- التطورات الخارجية: وتتمثل في مختلف التغيرات التي تقع في المحيط الخارجي كالتطورات التكنولوجية، الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية...
- المنافسة الداخلية والخارجية: قد زادت حدة المنافسة نظراً للتطورات في الأنظمة الاقتصادية، العولمة والتكتلات الاقتصادية.
- تغير متطلبات العملاء: نظراً لتطور إحتياجاتهم ورغباتهم وميولهم إلى تحقيق الجودة في المنتجات

والخدمات المعروضة.

- إكتساب معلومات جديدة.

- تغيير إيجابي في الأذهان والوسائل كوسائل التسيير.

- تحقيق المعلومات الشخصية للمستخدمين في مجال تسيير الموارد البشرية.

- التحكم في مختلف وسائل التسيير كالإعلام الآلي...

- التكوين أهميته وأهدافه

يحتل التكوين أهمية بالغة في مجال تحقيق الأهداف المرجوة، حيث أن أي جهد لعملية التكوين يجب أن يبدأ بالنظر إلى أهداف المؤسسة، فالأهداف توضح لنا إلى أين تتجه المؤسسة وبالتالي تسمح لنا بوضع إطار عام يمكننا من تحديد إحتياجات التكوين.

- أهمية التكوين:

ترجع أهمية التكوين إلى عدة عوامل من بينها:

- الحاجة إلى التجديد والإختراع لمواجهة التغيرات في الأنظمة الإقتصادية والإجتماعية.

- الزيادة الكبيرة في الوظائف التي تقدمها الحكومة وتعتبر مسؤولة عنها.

- القدرة على عرض الأفراد الأكفاء والمهارة.

ويمكن إختصار أهمية التكوين في ثلاثة جوانب أساسية حسب نظمي شحادة (2000)

أ - الأهمية بالنسبة للمؤسسة: تظهر فيما يلي:

- زيادة الإنتاجية والأداء التنظيمي وذلك يتجلى بتعريف الأفراد بما هو مطلوب منهم وتطوير مهاراتهم.

- يساعد في ربط أهداف الأفراد العاملين بأهداف المؤسسة.

- يساعد في خلق إتجاهات إيجابية داخلية وخارجية للمؤسسة.

- يساعد في إنفتاح المؤسسة على العالم الخارجي.

- يؤدي إلى توضيح السياسات العامة للمؤسسة.

- يؤدي إلى تطوير أساليب القيادة وترشيد القرارات الإدارية.

- يساعد في تجديد وإثراء المعلومات.
- يساعد في فعاليات الإتصالات والإستشارات الداخلية.
- ب- الأهمية بالنسبة للعمال: تتمثل فيما يلي:
  - يساعد الأفراد في تحسين فهمهم للمؤسسة وإستيعابهم لدورهم فيها.
  - يساعد الأفراد في تحسين قراراتهم وحل مشاكلهم في العمل.
  - تطوير الدافعية ( التحفيز ) للأداء.
  - يساعد على تطوير مهارات الإتصالات بين الأفراد.
  - رضا كل فرد عامل بما يقوم به من أعمال.
  - يقلل من الأخطار المهنية على الأفراد العاملين.
- ج - الأهمية بالنسبة لتطوير العلاقات الإنسانية داخل المؤسسة: تتمثل فيما يلي:
  - تطوير أساليب التفاعل الإجتماعي بين أفراد العمال.
  - تطوير إمكانيات الأفراد لقبول التكيف مع التغيرات الحاصلة.
  - توثيق العلاقة بين الإدارة والأفراد العاملين بها.
  - تساهم في تنمية وتطوير عملية التوجه الذاتي لخدمة المؤسسة.(ص115)
- أهداف التكوين:

عندما يكون التكوين قائماً على أساس تكوين العمال فقط دون تحديد أهداف معينة، يجعل من الصعب تقييم نقاط القوة لبرنامج التكوين، وعليه يمكن إدراج بعض من الأهداف الأساسية التي يمكن أخذها بعين الاعتبار عند إعداد البرنامج التكويني فيما يلي:

#### أ- الأهداف التوجيهية والإرشادية:

تتضمن المبادئ التي يجب أن تكتسب من خلال برنامج التكوين، كالتكوين المهني الذي يختص بتعليم العمال المهارات المهنية المطلوبة لأداء عمل معين ويرقيهم من درجة عمال عاديين إلى عمال مهارة، كما يضمن أداء العمل بفعالية ويضيق الفجوة بين معايير الأداء الذي يحدده الرؤساء وبين الأداء الفعلي

للأفراد العاملين ، بالإضافة إلى تكوين المسؤولين بتعلمهم أصول ومبادئ الإدارة وأنواع القيادة وأساليب الإشراف والتوجيه وأسس العلاقات الإنسانية(عبد الرحمان العيسوي ،1999، ص30).

#### ب-الأهداف التنظيمية و الإدارية:

تتجلى في مدى التأثير الذي سيحدثه التكوين على النواتج التنظيمية والإدارية والمتمثلة في رفع الكفاءة الإنتاجية للفرد العامل عن طريق إتاحة الفرصة أمامه، خاصة عند تغيير و تطوير أساليب العمل حتى يكون أكثر إماما بالعمل مما يقلل من دوران العمل والغياب وحوادث العمل التي تحدث بسبب نقص كفاءة الأفراد العاملين، إنخفاض كفاءاتهم ومهاراتهم الفنية، وعدم قدرتهم على التلاؤم والتكيف مع التغييرات التي تطرأ على المؤسسة.

#### ج . أهداف النمو الفكري

تتجلى في ترغيب الفرد العامل في عملية توفير الدافع الذاتي لزيادة كفاءته وتحسين إنتاجه كما ونوعا من خلال علمه وإدراكه لأهداف المؤسسة وسياساتها، أهمية عمله ومدى فعاليته في تحقيق الأهداف المنوطة به، وهنا يهدف التكوين إلى تلقي الفرد العامل مهارات ومعلومات أكثر عن العمل الذي يعطيه شعور داخلي بالأمن والأهمية، وتجنيده بمقومات تؤهله للتقدم للمناصب العليا كما تعطيه فرصة لتحسين مستواه المادي(مولاي لخطر ،2003، ص 115)

#### د- أهداف ذات بعد تكتيكي:

من بين الأهداف التكتيكية نذكر:

- التكوين من أجل الترقية : إن أغلب الإقتصاديين يرون أن التكوين يرمي دائما إلى الترقية سواء كانت وظيفية أو على الأقل الإجتماعية، ويلجأ مسؤولو المؤسسات إلى الترقية خاصة لجلب إنخراط المستخدمين في مشروع المؤسسة حتى يكون الاهتمام به إيجابيا.

- التكوين من أجل تنويع اليد العاملة: يهدف التكوين في هذا الإطار إلى جعل المستخدم متنوع الأشغال سواء على مستوى المنصب المخول إليه أو على مستوى المناصب الأخرى، مما ينفع الفرد بالدرجة الأولى والمؤسسة بالدرجة الثانية.

- أنواع التكوين.

هناك عدة أنواع من التكوين الذي يعتمد في المؤسسات، حيث يصنف حسب عدة أسس منها مدة البرنامج التكويني فتقسم إلى برامج تكوينية طويلة الأجل وأخرى قصيرة الأجل، أو عدد المتكويين حيث تقسم إلى برامج تكوينية جماعية وبرامج فردية، يلاحظ أن هذه التصنيفات عامة ولا تمس جوهر البرنامج التكويني، لذلك سنعتمد على أسلوبين آخرين لتحديد أنواع التكوين وهما (أحمد طرطار، 1993، ص82):

#### - أساليب التكوين

لزيادة فعالية النشاط التكويني من الأفضل إتباع أكثر من أسلوب للتكوين، ويعتمد إختيار الأسلوب على مجموعة من العوامل منها حجم المؤسسة وطبيعة نشاطها، الأهداف المتوخاة من النشاط التكويني، نوع البرنامج التكويني والإمكانات المالية، المادية والبشرية المتاحة للمؤسسة، وتتقسم أساليب التكوين عادة إلى نوعين مختلفين: أساليب التكوين في مكان العمل، وأساليب التكوين خارج مكان العمل

#### - أساليب التكوين في مكان العمل:

يعتبر التكوين أثناء العمل أو في مكان العمل أوسع طرق التكوين إنتشارا وشيوعا ويرجع السبب في ذلك إلى بساطته والاعتقاد بأنه قليل التكلفة، ويتم هذا التكوين في نفس موقع العمل أي داخل المؤسسة التي يعمل فيها المتكون ويأخذ هذا النوع الأشكال التالية (حسن حبي، 1982، ص25):

- أسلوب تعليمات العمل: يتم هذا الأسلوب من خلال إعداد دليل عمل مكتوب يتضمن التعليمات والإرشادات التي يتوجب على المتكون تطبيقها أثناء تكوينه لكسب المهارات المطلوبة ويقوم المتكون بشرح التعليمات والإشراف على التنفيذ والمتابعة والتصحيح وإعطاء التوجيهات اللازمة.

- أسلوب التكوين عن طريق الرئيس المباشر.

- أسلوب التكوين عن طريق عامل قديم.

- أسلوب التكوين تحت إشراف و توجيه وملاحظة مشرف.

- أسلوب التكوين بالتنقل بين مراكز العمل: يهدف هذا التكوين أساسا إلى توسيع معارف الشخص المتكون و إمامه بكافة نشاطات المؤسسة.

- أسلوب التكوين بالاشتراك في الأعمال: يسمى هذا الأسلوب كذلك بأسلوب الإدارة المتعددة وتتضح من خلال هذه التسمية بأنه يناسب تكوين وتنمية رجال الإدارة فقط.

#### - أساليب التكوين خارج مكان العمل:

يقصد بالتكوين خارج مكان العمل ذلك التكوين الذي يعطى للعاملين في غير أوقات العمل الرسمية وقد يتم في مكان مخصص للتكوين داخل المؤسسة أو في مركز خارج المؤسسة كالمعاهد المتخصصة والجامعات، وفي هذه الحالة تتحمل المؤسسة مقابل ذلك بعض التكاليف للجهة المكلفة بالتكوين، وفيما يلي أهم هذه الأساليب:

#### أ- أسلوب المهمات الفردية:

بالاعتماد على هذا الأسلوب يقوم المكون بتكليف عمل للمتكون خلال فترة زمنية محددة يقوم بهذا العمل منفردا دون أن يتعاون مع زملائه، وقد يكون هذا العمل مهمة لإنجاز عملا ما أو بحثا يقوم بإعداده أو إعداد تقرير عن حادثة أو ظاهرة معينة وتترك له حرية معالجتها وإعدادها ثم بعد الانتهاء يقوم المكون بتقييم النتائج التي توصل إليها المتكون.

#### ب- أسلوب المحاضرة:

تمثل المحاضرة أحد أبرز أساليب التكوين، وبموجبها يقوم المحاضر (المكون) بإلقاء المادة التكوينية التي يتضمنها البرنامج التكويني على المتكونين، ويتحكم المكون في المحاضرة بشكل عام ويقتصر دور المتكون على الإستماع فقط.

#### ج- أسلوب المؤتمرات والندوات وحلقات البحث:

يعني هذا الأسلوب إجتماع عدد من المشاركين لدراسة موضوع معين بهدف الخروج بتوصيات محددة حيث يتم تبادل الآراء والمناقشة والحوار والتعرف على خبرات ومعارف الآخرين، ويتميز بالتفكير الجماعي وباستعراض وجهات النظر المختلفة.

#### د- أسلوب التطبيق العملي:

ويتمثل في عرض وقيام المكون لأداء العمل وإجراءات القيام به، ثم قيام المتكونين بالتطبيقات

العلمية بأنفسهم على التجهيزات التي توضع تحت تصرفهم (حمداي وسيلة، 2004، ص99)



هـ- أسلوب دراسة الحالة :

يتم عبر تقديم مشكلة أو فكرة معينة للمتكورين والطلب منهم دراستها وتحليلها والوصول إلى حلول ونتائج لها، ويهدف هذا الأسلوب إلى زيادة القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات عن طريق التفكير المنظم والتحليل ووضع الحلول والبدائل بالاعتماد على معارف وخبرات المتكورين، وتقيد دراسة الحالة المتكور بتتمية القدرة لديه على دراسة المشكلات وتحليلها واتخاذ القرار.

و- أسلوب تمثيل الأدوار :

يعتمد بعض المتكورون على استخدام هذا الأسلوب في التكوين وبموجبه يقوم بعض المتكورين بتمثيل أدوار أشخاص مشتركين في حدث أو مشكلة إدارية أو أكثر، وتعطى لكل من المشاركين فكرة عن الموضوع أو المشكلة، ثم يتصور أنه في الحياة العملية فيقوم بأداء الدور الذي يفترض أن يؤديه في مثل هذه الحالة ثم تجري عملية تمثيل الأدوار ونترك للمتكورين تفاصيل النقاش، ويعتمد كل متكور على قدراته الذهنية والخبرة والمهارة التي يمتلكها للتصرف في حالات من هذا النوع وبعد الانتهاء من هذه العملية يقوم المتكور بتحديد نقاط الضعف والقوة في أداء الأدوار في حل هذه المشكلة.

ح - أسلوب تكوين الحساسية:

من وسائل التكوين الحديثة والتي أثارت كثيرا من النقد ما يسمى بتكوين الحساسية، حيث يهدف إلى زيادة حساسية الفرد بتكوينه الشخصي وطرق تعامله مع الآخرين، ووسيلته في ذلك المناقشات المفتوحة الموجهة بين أعضاء مجموعة صغيرة من المتكورين يتبادلون الرأي في شخصياتهم ويتلقى كل منهم رد فعل الآخرين لآرائه الشخصية.

إن التكوين ليس المتغير الوحيد الذي يعيق عمل الأخصائي النفسي العيادي بل هناك متغيرات أخرى سنتناول الآن مختلف المعوقات الخاصة بثقافة المجتمع

2 معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع :

إرتبط مفهوم الإضطرابات النفسية عبر التاريخ البشري بنظرة جائرة من أغلب أفراد المجتمع، ويشترك في هذه النظرة الأفراد العاديون مع كثير من الأفراد المتعلمين، حيث لا يزال الكثير من أفراد المجتمع يرجع سبب ظهور أعراض كل الاضطرابات النفسية إلى المس، السحر، العين، الخ وغيرها من الأسباب الغيبية الأخرى، وهو ما يؤدي إلى إحجام بعض هؤلاء المرضى أو أوليائهم عن زيارة الطبيب البشري، أو

النفساني العيادي خوفاً من وصمة العار التي قد تلحقه جراء ذلك، بل يرى أنه من الأستر له اللجوء إلى الرقاة أو المشعوذين لطرد تلك الشرور عنه أو عن مريضه وهو ما يجعل المشكلة تتفاقم أكثر، ويصبح علاجها مستعصياً أكثر من ذي قبل، لذا يتهرب كثير من أفراد المجتمع من الاعتراف بأنهم أو أفراد عائلاتهم مصابون بأمراض نفسية أو إضطرابات عصبية، ويغلب أن يكون السبب في خوفهم من أن يؤثر ذلك الاعتراف على سمعتهم أو سمعة عائلاتهم، وهو الأمر الذي قد يؤدي إلى حرمان المصاب بالمرض النفسي من الحصول على العلاج اللازم، في الوقت المناسب.

وفي مايلي عرض لتحليل بعض المختصين في سبب النظرة السلبية للمجتمع لعمل الاخصائي النفسي :  
حيث يرى عبد الناصر غربي في دراسته حول معرفة إتجاهات عينة المجتمع نحو الاضطرابات النفسية وعمل الأخصائي النفسي في الجزائر فكانت نتائج دراسته على النحو التالي يعتقد أغلب أفراد العينة أنه ليس بالإمكان الشفاء التام من الأمراض النفسية، نظراً لتعدد أسبابها وصعوبة تشخيصها، ويرون كذلك أن المريض النفسي لا يطلب العلاج من الأخصائي النفسي بسبب قلة الأخصائيين أو إنعدامهم، ثم طغيان عمل الطبيب النفسي على عمل الأخصائي النفسي، ثم قلة الوعي الإجتماعي، ثم لعدم ثقة المريض بالمعالج (غربي، 2008، ص459)

في حين كشف إستطلاع للرأي أجراه عبد المجيد حمدي عن أهم المعوقات التي تواجه تفعيل الممارسة النفسية في المجتمع، حيث أكد 59.6% من المشاركين أن نظرة المجتمع تنصدر أسباب إحجام المرضى عن زيارة الأخصائي النفسي، مقابل 23.4% إنقذوا النظرة السلبية التي رسختها الدراما العربية للطب النفسي والمرضى النفسيين، وأكد 17% أن عدم الوعي بأهمية الأخصائي النفسي ساهم في عزوف المرضى عن اللجوء لأخصائي النفسي عند معاناتهم من أحد الأعراض النفسية (حمدي، 2000، ص58)

وعن سبب قلة عدد الأخصائيين النفسيين، أكد 61.8% غياب خطط لتفعيل دور الأخصائيين النفسيين في المجتمع، مقابل 38.2% أكدوا أن السبب يرجع إلى قلة المرضى المترددين على عيادات الطب النفسي.

وحول كيفية تغيير النظرة التقليدية تجاه الأخصائي النفسي دعا 63.9% إلى فتح المزيد من المراكز المتخصصة لهذا النوع من العلاج، مقابل 36.1% طالبوا بتفعيل دور المؤسسات التعليمية في هذا الصدد.

وحول فكرة إضافة الإختبار النفسي ضمن إختبارات المقبلين على الزواج أكد 79.5% تأييدهم لهذا المقترح مقابل 20.5% عارضوا الفكرة.

وحول أهمية الإستقرار النفسي أكد 38.9% أنه يساهم في تعزيز الإستقرار الأسري، مقابل 37.1% أكدوا أهميته في تقليل حالات الطلاق، و24% أكدوا أن العلاج النفسي يؤدي إلى زيادة إنتاجية الفرد

أشارت نجلاء الحاج إستشاري الطب النفسي ورئيسة لجنة الصحة النفسية للمرأة بمستشفى الرميل إلى أن هناك 5 أسباب وراء إحجام البعض عن زيارة الأخصائي النفسي: تشمل النظرة السلبية للمريض النفسي، وعدم الوعي بدور الطب النفسي، ومستوى التعليم، ووجود إعتقادات خطأ فيما يتعلق ببعض الأعراض النفسية، وأخيراً بعض الموروثات الشعبية غير الواقعية التي تمنع البعض من التردد على العيادة النفسية.

وأشارت إلى النظرة الخطأ لدى البعض تجاه المرض النفسي وإعتبار المريض مجنوناً، كما أن البعض يعتقد أن العقاقير والأدوية النفسية ما هي إلا مجرد مهدئات قد تؤدي إلى الإدمان أو تغييب العقل، بالإضافة إلى المعتقدات الدينية أو الموروث الشعبي التي تعتقد أن مظاهر أو أعراض المرض النفسي ما هي إلا مس أو تلبس من الجن أو دلالة على ضعف الإيمان، فيلجأ المريض وأهله إلى المعالج الشعبي أو الديني.

وتقول: عامل آخر يسهم في ذلك وهو الجهل أو قلة الثقافة بالمرض النفسي فالبعض قد يعاني من الصمت ولا يعرف أن معاناته هذه مرض نفسي معروف وله علاج ودواء، ويأتي إلى عيادتي كثير من المرضى الذين ظلوا يعانون لسنوات قبل أن يكتشفوا بالصدفة أن معاناتهم هذه لا تخصهم وحدهم وأن لها أسباباً فسيولوجية وعلاجاً.

وأشارت إلى أن الناقل هو المعالج النفسي طبيياً أو أخصائياً نفسياً أو من له دور توعوي في المجتمع كالمدرس والواعظ الديني أو خطيب المسجد، أو من يعتبر قدوة في المجتمعات كالشخصيات الرمزية من مسؤول أو فنان أو لاعب رياضي، فكل هؤلاء إذا إمتلكوا المعلومة الصحيحة ونقلوها للناس فلا شك أن الصدى أو الاستجابة ستكون أوقع وأكبر.

أما الوسيلة فهي وسائل الإعلام المختلفة وأدوات التواصل الاجتماعي والإلكتروني، والمناهج المدرسية، كل ذلك كفيل بنشر الوعي النفسي

كذلك يرى أحمد عبدالكريم أن النظرة في الفترة الأخيرة أصبحت أكثر إنفتاحا من قبل قطاع كبير من المجتمع تجاه المرض النفسي والاختصاصي النفسي فقد كان هذا الأمر ينظر إليه في السابق على أنه وصمة عار لكل من يفكر فيه من الأساس وبالتالي كان العزوف عنه بشكل كبير هو السمة السائدة.

فالحالة النفسية كثيرا ما ترتبط بالمرض العضوي خاصة في الأمراض المزمنة التي تحتاج لتعاطي أدوية باستمرار ومن ثم فلا بد من تأهيل المريض نفسيا للتعامل مع وضعه الجديد في هذا المرض وهو ما ينعكس إيجابا على حالة المريض العضوية.

وأوضح أن الحالة النفسية السيئة قد تكون سببا أيضا في الإصابة بأمراض عضوية فالإكتئاب مثلا قد يؤدي إلى حدوث نوبات قلبية أو أمراض القولون أو الإصابة بالسكري أو ضغط الدم، مشيرا إلى أهمية أن يؤمن الإنسان بأهمية العلاج النفسي. (احمد، 1998، ص47)

فقرار الذهاب إلى الأخصائي النفسي هو الخطوة الأصعب في العلاج النفسي برمته ويقطع شوطا طويلا في العلاج إذا ما استطاع الإنسان أن يتخذ هذا القرار لأنه سيكون مؤمنا من داخله أن لديه مشكلة نفسية تتطلب إيجاد حل لها والرعاية الصحية الأولية تعطي إهتماما كبيرا بالحالة الذهنية للمرضي من خلال دراسة الحالة النفسية للمريض عن طريق الأطباء المعالجين الذين يرون أن معرفة تاريخ الشخصية أو الحالة المرضية التي يقومون بعلاجها يسهم بشكل كبير في تشخيص الحالة ووضع الخطة العلاجية المناسبة.

وأوضح أن العامل النفسي قد يكون مفتاحا للشخصية أو الحالة المرضية التي يعالجها الطبيب ومن ثم فإذا لاحظنا تردد أحد الأشخاص بشكل مستمر على المركز الصحي فإن الأخصائي النفسي يجلس معه ليعرف مشكلته النفسية أولا قبل العضوية فقد يكون يعاني من الاكتئاب المستمر وهو ما يتطلب نوعا من العلاج اللازم حتى لا يتحول إلى مرض عضوي. (احمد، 1998، ص47)

يقول هاني شلتوت العلاج النفسي ليس وصمة عار.. وإدراك الإنسان نفسه لحالته الصحية هو الذي يحدد لماذا يرفض الإنسان زيارة الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي فإذا ما أدرك الفرد الحالة الصحية

تماماً له فإنه سيحدد الوجهه التي يقصدها، إما الطبيب الممارس العام أو الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي كما أن مدى قبول المريض لفكرة العلاج النفسي هي التي تحدد أيضاً الإقدام على هذه الخطوة.

كما يشير تامر جابر إلى أن هناك فكرة خطأ عن العلاج النفسي تلتصق بأذهان الكثيرين والسبب فيها هو وسائل الإعلام والدراما التلفزيونية التي رسخت صورة للمريض النفسي أشبه بأنه إنسان مجنون كما لاحظنا أن بعض هذه الدراما أطلقت على من يظهر في الشوارع بلا مأوى أو بيت أنهم مرضى نفسيون، ليس هذا فحسب بل إن الطبيب النفسي والأخصائي النفسي أيضاً أظهرته هذه النوعية من الدراما في شكل غير حقيقته وبصورة غير ملائمة وهو ما أدى إلى وجود حالة من الإنعزال أو الإبتعاد بشكل ملحوظ عن الأطباء النفسيين وعدم الرغبة في زيارتهم لدى قطاع كبير من المجتمع.

وأكد أن طبيعة الدراسة أيضاً في الجامعات العربية هي التي جعلت هناك حالة من التهميش للطب النفسي فليس معقولاً أن نرى جميع خريجي الكليات في الجامعات ولم يدرسوا سوى أسبوعين أو ربما أكثر بعض الشيء وبالتالي فالبعض لا يراه مهماً ومن ثم يأتي تهميش هذا النوع من العلاج.

ويجب العمل على تغيير نظرة المجتمع للمرضى النفسيين فليس كل مريض نفسي مجنوناً ففي مركز الإدمان على سبيل المثال لدينا برامج لمكافحة الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي أو الإدمان وذلك للعمل على تعزيز ثقافة العلاج أيًا كان وعدم الخوف أو الحرج من تلقي العلاج اللازم.

والمرض العضوي والنفسي قد يكونان مرتبطين ببعضهما البعض فمريض السكري مثلاً إذا تم التعامل معه وتهيئته نفسياً بمرضه المزمن سوف يتقبله وينعكس ذلك بصورة إيجابية على صحته وعاداته الغذائية وتناول الأدوية بانتظام والعكس صحيح فإذا فقد الإنسان الأمل في الحياة وظن أن المرض تمكن منه وأنه لاجدوى من العلاج فالحالة العضوية ستسوء. (تامر، 2001، ص87)

وفي بعض الحالات المرضية مثل السرطان على سبيل المثال إذا تم التعامل النفسي اللائق مع المريض فإن الجرعات التي يتناولها المريض سوف تقل وبالتالي تقل مضاعفات العلاج والسبب البسيط جداً هو التهيئة النفسية والعلاج النفسي الملائم للمريض.

تقول بثينة إبراهيم البعض يرى في العلاج النفسي عيباً وذلك بسبب نظرة المجتمع التي لا تتقبل هذا النوع من العلاج وتعتبر من يقدم عليه غير متزن عقلياً أو فاقد الأهلية أو بمعنى أصح مجنوناً وهذا الأمر عار تماماً عن الصحة فليس كل مريض نفسي مجنوناً.

وأشارت إلى أن العلاج النفسي له تأثير إيجابي كبير على من يعانون الأمراض المزمنة مثل السكري والضغط وغيرها فمن يتم تأهيله من خلال جلسات العلاج النفسية وتأهيله على قبول هذا المرض والتعايش معه فإن ذلك ينعكس تلقائياً على حالته الصحية العامة من حيث الرضا عن حاله وقبول ذاته بهذا الشكل الذي أصبح عليه ومن ثم يبدأ في تنظيم حياته والالتزام بتعليمات الأطباء والإنتظام في تناول العلاج، أما إذا كان من يعاني المرض المزمن فاقد الأمل في الحياة وإعتبر أن هذا المرض هو نهايته فإن ذلك ينعكس سلبيًا على صحته ويؤدي إلى تدهور عام في حالته الصحية.

ومن هذا المنطلق على الجميع أن يدرك جيداً مدى الفائدة التي تعم على الفرد والمجتمع من خلال العلاج النفسي سواء من خلال جلسات التأهيل أو من خلال تناول الأدوية والعقاقير فبعض حالات الإكتئاب مثلاً تشفى من خلال الجلسات العلاجية والبعض الآخر يتطلب الأدوية والعقاقير، وكل ذلك يتطلب ثقافة جديدة في المجتمع وأعتقد أن هناك في السنوات الأخيرة تغيراً ملحوظاً في مدى قبول العلاج النفسي.

والكثير من الناس لا يزالون يعتقدون أن السحر والحسد هما أسباب الأمراض النفسية مجتمعة وهو بالطبع ما يجعل البعض يلجأ إلى الرقية الشرعية والعلاج بالقرآن مستبعداً تماماً أنه مريض نفسياً ويحتاج لجلسات للعلاج النفسي على أيدي متخصصين.

كذلك يرى خالد المناعي أنه لا عيب على الإطلاق في أن يذهب أي فرد للطبيب أو الأخصائي النفسي لعرض حالته عليه ولكن تظل الثقة في أن الطبيب المعالج على مستوى من الكفاءة والأهلية ما يجعل الفرد قادراً على التغلب على مشكلته النفسية تظل هي العقبة بين الفرد وبين المعالج النفسي فلو كان الإنسان على يقين أولاً بأهمية الطب والعلاج النفسي وثانياً على ثقة بالطبيب المعالج من خلال إختيار الطبيب المناسب فإن الذهاب للعيادة النفسية لن يكون صعباً.

وقد لا يفضل البعض الذهاب إلى المعالجين النفسيين لأن أغلبهم يعالجون بالمهدئات بالنسبة للكثير من الحالات الذي تذهب إليهم وهذه المهدئات قد يستمر عليها الإنسان لفترة طويلة وإذا توقف عنها فإنه قد تحدث له إنتكاسة في حالته النفسية والعصبية أي أن الحلول تعتبر مؤقتة وبالتالي فلا بد من إنتقاء المعالج أولاً والثقة تماماً فيه والسؤال عنه جيداً حتى لا يخرط الإنسان في علاج من هذا النوع الصعب ويكتشف في النهاية أن حالته تسوء نتيجة لسوء إختيار المعالج من البداية.

وأشار إلى أنه لا بد من العمل على تكثيف حملات وبرامج التوعية المستمرة حول أهمية الطب النفسي وما له من تأثير إيجابي ينعكس بشكل تلقائي على سلوكيات الفرد في المجتمع بما يسهم في تحسين الصحة العامة له وبما يساعده أيضاً على الإلتقان في عمله بحيث يكون أكثر إنتاجية.

كما يرى فهد الدوسري أن هناك حالة من الوعي والإنتفاح في الوقت الحالي على تقبل العلاج النفسي ففي السابق ومنذ عدة سنوات قليلة لم يكن أحد يتقبل مثل هذه النوعية من العلاج، ولكن الآن لم يعد هناك إخراج في هذا الأمر كما أن البعض لم يكتف بالعلاج النفسي في الداخل فقط بل إن هناك إتجاهاً لدى البعض للسفر للخارج للعلاج من الأمراض النفسية مثل الإكتئاب وغيره.

وأشار إلى أن هناك حالة من التقدم والتطور في هذا الصدد وبات الكثير من الناس يدركون أهمية الصحة النفسية وهو ما ينعكس إيجاباً على الصحة العضوية.

والكثير من الناس يعتقدون حالياً أن أكثر الأمراض النفسية تكون بسبب الحسد أو السحر والبعض قد يلجأ إلى الأخصائي النفسي لأن حالته النفسية أصبحت سيئة وبات مهدداً في عمله وحياته بسبب عدم قدرته على مواصلة حياته بشكل سوي كما أن البعض الآخر قد يلجأ إلى علماء الدين والرقية الشرعية لعلاج حالات الإكتئاب أو المرض النفسي المصابين به.

وأوضح أن الوعي والتعليم ساهما بشكل واضح في توضيح أهمية المعالج النفسي بالمجتمع وضرورة عدم تهميش دوره واللجوء إليه لأن الصحة النفسية للفرد تنعكس على جميع مظاهر حياته فتجعله مقبلاً متفائلاً منتجا في عمله وسعيداً في حياته بين أسرته وعائلته، لافتاً إلى أن الوقت الحالي يشهد تزايداً في أعداد المترددين على العيادات والأخصائيين النفسيين. (دوسري، 1997، ص96)

بعد تناولنا بالتفصيل لمختلف المعوقات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي بسبب نظرة المجتمع سننتقل الآن لمعرفة معيق آخر يحد من الممارسة النفسية الجيدة للأخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية المتعلقة بعلاقته المهنية سواء مع الفريق العلاجي أو الطاقم الإداري.

### 3 معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات الإنسانية :

تمثل العلاقات الإنسانية عنصراً هاماً من عناصر إستقرار الأخصائي النفسي وعاملاً من عوامل صحتهم النفسية والجسمية والاجتماعية، ورضاهم ومردوديتهم في ممارستهم النفسية داخل مؤسسات الصحة العمومية سواء الإستشفائية والجوارية، إن التقدم العلمي والتكنولوجي الذي يشهده المجتمع في الألفية الثالثة جعل قضايا علم النفس تحتل مركز الريادة، فتعددت المعاهد والمخابر وتنوعت الأدبيات والسلوكيات الهادفة إلى إحداث قفزة نوعية في تكوين وتأطير الأخصائي النفسي الأمر الذي من شأنه ضمان ممارسة سيكولوجية فعالة.

#### - تعريف مفهوم العلاقة الإنسانية :

هي تلك القوى العاطفية والوجدانية التي تنمو وتتطور بين الأخصائي والعميل وهي نمط من العلاقات الإنسانية هادف ومركز ومحدود بوقت، وإن العلاقة في خدمة الفرد توصف بأنها (التفاعلات الدينامية للإتجاهات والعواطف بين أخصائي خدمة الفرد والعميل، بهدف مساعدة العملاء على تحقيق توافق أفضل بين أنفسهم وبيئاتهم) .

#### - العلاقات المهنية الانسانية للاخصائي النفسي:

تعتبر العلاقات المهنية ذلك الميدان في الادارة الذي يهدف الى التكامل بين الأفراد في محيط العمل بالشكل الذي يدفعهم ويحفزهم على العمل بإنتاجية ويتعاون مع حصولهم على إشباع حاجاتهم الطبيعية والنفسية والاجتماعية. (صلاح الشنواني، 1970، ص 481)

كما تعرف العلاقات الإنسانية في مجال العمل على أنها النظر إلى الفرد على أنه إنسان هادف له عقل ووجدان وله متطلبات متعددة تتدرج من حاجات إنسانية وأخرى للأمان وحاجات، إجتماعية وحاجات ذاتية يسعى إلى تحقيقها، أما إذا كانت العلاقات بينهم قائمة على أساس واجبات، ومسؤوليات الوظائف فقط، فإنه ينتج عن ذلك مجموعة من الصعوبات والعوائق سنفصل فيها



وهناك مجموعة من المبادئ للعلاقات الإنسانية يجب إستخدامها تتمثل في العناصر الأساسية التالية بإختصار:

- يجب أن يعامل أعضاء أي جماعة عمل بإعتبارهم أفراد لكل واحد منهم مشاعره ورغباته وإحترام الكرامة الشخصية

- يجب إشراك العاملين في القرارات الإدارية والتسييرية

- تشجيع العمل الجماعي والعمل كفريق

- يجب خلق مناخ إيجابي وبيئة عمل محفزة

إن العلاقات الإنسانية قد تتحسن أو تسوء بفعل الاتصالات في المؤسسة خاصة الشخصية بين الرئيس والمرؤوس لذلك يجب تشجيع تدفق المعلومات في المؤسسة في كل الاتجاهات (ishak adizes ,1980,p166)

المهارات والعناصر الأساسية المطلوبة لنمو العلاقة المهنية وتطورها :

- الغرض :

يعتبر الغرض عنصرا أساسيا في جميع أنواع العلاقات الإنسانية، فعندما يشترك شخص في إتصال مع شخص آخر ، فإن طبيعة أغراض هذا الشخص وأهدافه أو نواياه سوف تقرر سلوكه تجاه الشخص الآخر وكيفية تطور هذه العلاقة، وذلك يجعل العلاقة غرضية لتحقيق هدف معين.

ولكن في ممارسة خدمة الفرد لا يكفي أن تكون العلاقة غرضية موجهة نحو الهدف، فمن المعروف أن الغرض من ممارسة خدمة الفرد هو تغيير أو تعديل بشئ ما في تفاعل الأفراد مع البيئة، لتحسين قدرتهم على التصدي لمهام حياتهم بطريقة ترضيهم وترضي الآخرين، كما أن القيم المهنية تحدد وتشكل ما يفعله الأخصائي الإجتماعي، وإن العاملان (الغرض الكلي للمهنة، وقيمها الأساسية ) يحددان ويركزان غرض العلاقة المهنية في خدمة الفرد حتى لا يتأثر بالأهواء والنزوات ويطلق عليه (الحدود المعيارية) لغرض العلاقة المهنية .

وهناك الغرض الإجرائي للعلاقة المهنية الذي يرسم الحدود الخارجية للعلاقة فمثلا قد يكون (الغرض المعيارية) للعلاقة المهنية هو زيادة قدرة الطالب على التصدي لمشكلات دراسية، ومع ذلك يسعى الأخصائي النفسي إلى إقناع إدارة المدرسة بفتح فصول لتقوية الطلاب وهذا هو (الغرض الإجرائي)

العلاقة المهنية . وفي العلاقة المهنية المثالية يجب أن ينبع الغرض المتقرد من التفكير المشترك بين الأخصائي والعميل فيما يريده العميل، ويجب أن يلتزم الأخصائي بتحديد هذا الغرض، فالعلاقة المهنية تتكون لغرض تم تحديده وتنتهي هذه العلاقة عندما يتحقق هذا الغرض أو يتم الحكم عليه بأنه لا يمكن تحقيقه.

#### - الإهتمام بالعميل:

يهتم الأخصائي النفسي بصدق وإخلاص بما يحدث للعميل، ولا بد من إيصال هذا الشعور للعميل فالإهتمام بالعميل مسؤولية والنظر إليه بكونه إنساناً، والرغبة في تحسين حياته. والإهتمام الحقيقي بشخص آخر في العلاقة المهنية يعني أن يقدم الأخصائي له مهاراته ومعارفه وذاته، ورعايته، لكي يستخدمها هذا الشخص في التحرك نحو الأهداف المرغوبة بمعنى أن الأخصائي يستجيب للغرض والوقت والمكان بقدر حاجة العميل، فالإهتمام أحساس بالعناية والرعاية وأتجاه العميل بحيث لا يصبح للمشاعر الشخصية للميل أو عدم الميل للعميل أي معنى.

ويوصل الأخصائي مفهومي الفهم والإحترام في العلاقة المهنية من خلال تواجده في الأوقات والأماكن المتفق عليها للمقابلات ومن خلال الإصغاء الجيد، والإهتمام بالعميل يعني أن ينظر إليه الأخصائي بكونه إنساناً فريداً ذا قيمة .

#### - التعهد والإلتزام:

لا يستطيع الشخص الدخول في علاقات متبادلة مع آخرين دون إفتراض وجود مسؤوليات مرتبطة بمثل هذا التفاعل، ويطلق عليه أسم (التعهد) ويشتمل في داخله على (الإلتزام) وفي العلاقة المهنية يجب على الأخصائي والعميل الإلتزام بالتعهدات والإلتزامات وعندما يتم الإتفاق على التعهد تجاه العلاقة وقبول الوقت والمكان والغرض، يكون كل مشارك قادراً على الإعتماد على التنبؤ بسلوك الآخر. فالشخص الذي يطلب مساعدة الأخصائي قد لا يكون مدركاً لما عليه من تعهدات وقد يؤدي خوفه على الأحجام عن طلب المساعدة أو الأنسحاب ولكن عندما يفهم التعهدات فإنه سيقبل ويشارك بشكل إيجابي، إن التعهد مشاركة مع العميل ورغبة تقرر بشكل حر لتعزيز غرض العلاقة، ويزيد من إحترام العميل ويحافظ على مكانته، ويتم توصيل هذا التعهد للعميل من خلال متابعة دائمة ومستمرة ومسئولة ومحافظة على كرامته وفرديته، ويتطلب ذلك القيام بأفعال مبينة على الأحساس بالعميل وبمركزه.

#### - التقبل والتوقع:

التقبل هو إتجاه عام يتضمن عدم إصدار الأحكام على العميل وقبوله كما هو (تقبل الشخص وأفعاله) ، إن العناصر الأساسية في مفهوم التقبل هي :

- التعرف : ويقصد به الجهود التي تبذل لفهم واقع الآخرين وخبراتهم وقيمهم وخلفياتهم الإجتماعية.
- التفريد : ويعني النظر إلى الشخص بوصفه كائن إنساني فريد له مشاعر وخبرات مميزة.
- الثقة أو التوقع : وهي قدرة الأفراد على تقرير مصائرهم وتوجيه أنفسهم وأن لكل فرد حقوقا وعليه مسؤوليات في تقرير مصيره في حياته طالما يحترم رفاهية الآخرين .
- المشاركة الوجدانية :

إن المشاركة الوجدانية هي قدرة الأخصائي النفسي في مشاركة العميل في مشاعره وخبراته، وفهم مشاعر العميل حول الموقف، وهناك فرق بين التعاطف والمشاركة الوجدانية : فمثلا الشخص المتعاطف تجده يقول (أنا أعرف ما تشعر به تماما فأنا نفسي لا أستطيع أن أتحمّل ذلك، أما الشخص المشفق يواسيه بطريقة، فقد يستضيفه في منزله يريه كيف هو سعيد ولا يدري أنه يزيده هم، أما الشخص المشارك وجدانيا يقول : هذا الأمر صعب عليك للغاية ولكن ما الذي تعتقد أنه يمكن أن يساعدك حيال ذلك، وهنا هو يقوده إلى نوع من التغيير في الموقف. وتتطلب المشاركة الوجدانية أن يشعر الأخصائي كأنه العميل، فالعميل لم يأت لكي يحصل على شخص يشاركه في مشاعره، إنما أتى يطلب المساعدة للتصدي للموقف. كما تتطلب المشاركة الوجدانية أن يكون الأخصائي النفسي قادرا على تكوين تصور عقلي عن العميل وهذا التصور مؤقت وغير نهائي وفي ذلك يكون الأخصائي مقيدا بعاملين :

- مجموعة الآراء والأفكار لمواجهة الحياة اليومية ولكنها تعوقه عن تحقيق مزيد من التميز والإدراك
- الرموز المحددة مثل (الكلمات، الإيماءات، الأقوال التي تمكنه من فهم حقيقة الشخص الآخر، وبذلك تعتمد دقة التفسيرات على الحساسية والحدس.

إن المشاركة الوجدانية مطلوبة في بداية تكوين العلاقة المهنية وتعتبر خاصة من خصائص العلاقة المهنية والتي تأتي من خلال عملية التفاعل بينه وبين العميل.

- السلطة والقوة :

المقصود بالقوة هي قدرة شخص معين وإمكانياته في فرض إرادته على سلوك الآخرين، والسلطة هي المقصود بسلطة التفويض الذي يقدمها العميل والمؤسسة للأخصائي النفسي لممارسة القوة، بحيث يمكن النظر إلى الأخصائي النفسي بكونه لديه القوة اللازمة للتأثير والإقناع والناجئة عن إمتلاكه للمعرفة والخبرة وشغله لمركز معين بالمجتمع . وهناك جانبين للسلطة :

الجانب المؤسسي: ويأتي مركز الأخصائي النفسي ووظيفته في المؤسسة وبرامجها.  
الجانب النفسي : وفيه يعطي العميل للأخصائي النفسي القوة للتأثير والإقناع بأعباءه خبير في مجال عمله.

وبهذا لا يجب أن يحاول الأخصائي التخلي عن دوره والتظاهر بأنه لا يملك أية سلطة، لأن ذلك سوف يشكك في نفس العميل فيصعب تكوين علاقة مهنية، فالمعنى الحاسم للقوة والسلطة يكمن في كيفية إستخدامها لمساعدة العميل .

### الصدق والإتساق:

ويعني ذلك أن يُقبل الأخصائي النفسي على العلاقة المهنية مع العميل (بأمانة وصرامة وواقعية)، وأن يتسم سلوكه ومحتوى إتصالاته مع العميل بالتناسب والإنسجام في جميع الأوقات، وحتى تتسم العلاقة المهنية بالصدق والإتساق يجب أن يتوفر لدى الأخصائي التالي:

- معلومات صادقة عن نفسه .
- معلومات واضحة عن إجراءات المؤسسة وسياساتها ودورها المهني .
- إهتمامه بالعميل وتقبله له والتزامه برعايته.
- أهم معوقات "العلاقات الانسانية" للأخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية:

حيث بينت إحدى الدراسات لصاحبها دبر راسو(2010) عدم وجود إتصال بين الأخصائيين النفسيين وهذا من خلال نسبة الإجابات التي تمثلت بـ 83% كما أنه لا يوجد تعاون أو إتصال بين باقي المختصين النفسيين في مختلف القطاعات والمؤسسات الأخرى، حيث يرجعون ذلك إلى ضيق الوقت وعدم وجود إهتمام كافي في مجال الممارسة السيكولوجية لضعف الحافز الداخلي، وعدم وجود مبادرة من طرف كل أخصائي . إلا أنهم أكدوا على رغبتهم الشديدة في الالتقاء ومناقشة مشاكل كثيرة حول الممارسة السيكولوجية، وخاصة الصعوبات التي يعانون منها لأخذ الخبرات وتبادل الآراء. كما أن هناك معوقات أخرى نذكر منها :

### - المعوقات الشخصية (الذاتية):

وهي المتعلقة بإدراك الذات المهنية، والتي تتصف بضعف الشخصية، وإفتقارها لخصائص النجاح في الممارسة السيكولوجية، نظرا لوجود عدد من الأخصائيين النفسيين تم توجيههم إلى معاهد علم النفس لملأ

الأماكن البيداغوجية، وليس على أساس الرغبة والقدرات، وكذلك تأثر الأخصائيين بنظرة المجتمع التي تفتقر للثقافة النفسية

- المعوقات الخاصة بالوظيفة ومحيط العمل :

معوقات قانونية حيث لا يوجد تحديد لمكانة الأخصائي النفسي في الهيكل التنظيمية الوظيفية الأمر الذي يجعله يفتقر لسلطة القرار السيد في تأدية مهامه، فنجده أحيانا مصنفا على أنه بيداغوجي، وأحيانا أخرى إداري، مما يفرز تداخلا في المهام بينه وبين المربي والمدير .. وهكذا . وفي كثير من الأحيان، ترفض مقترحاته ومشاريعه العلاجية . وبصفة عامة نجد أن المهام المحددة للأخصائيين النفسيين في الجريدة الرسمية (12) لا تتماشى مع الممارسة السيكولوجية الواقعية التي لم يكون لها مما يعرقل المسار العلاجي للأطفال .

- خاصة بالعلاقة مع الزملاء من باقي التخصصات كالمساعد الاجتماعي والمربي، والذين يعتقدون أن عمل الأخصائي النفسي ثانوي ومكمل لمجهوداتهم .

- ينظر محيط العمل للأخصائي على أنه فاشل لأنه لا يقدم حولا فورية للحالات التي يتابعها .

- عدم إشباع مختلف حاجات الأخصائي النفسي، والشعور بالإحباط الناجم عن مشاكل مادية ومعنوية .

- غياب الإتصال والإحتكاك بالأخصائيين في مجال الممارسة السيكولوجية، وإنعدام اللقاءات والملتقيات العلمية والدورات التدريبية داخل الوطن وخارجه، مما ينعكس سلبا على الخدمة المقدمة.

#### 4- معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام :

من بين مختلف المهن تعتبر مهنة الأخصائي النفسي من أصعبها تحديدا من حيث نوع النشاط والمهام والمكانة التي يمكن أن يشغلها، فهو لا يمارس عمله في فراغ وهو في معظم الأحيان لا يتمتع بالاستقلال الذي يؤمن له المحيط وإنعدام التاثر بالضغوط للذين يتطلبهما العمل العيادي .

كما أن صورة الأخصائي النفسي لا زالت مبهمة بالنسبة للكثير من المواطنين الذين قد يلجأون لإستشارته أو يوجهون إليه من قبل المؤسسة التي يتعامل معها، فهو يخضع بالتالي في شخصه وفي دوره وممارسته لكثير من التأويلات والأفكار المسبقة التي عن العملية الموضوعية، وتقرب أحيانا من النظرة الأسطورية، كل ذلك يؤثر على علاقته بالمفحوص وعملية التفاعل بينهما .

على المستوى المهني، يجد الأخصائي النفسي أحيانا أوغالبا نفسه في ورطة مع مختلف العاملين في مؤسسات الصحة العمومية من مساعد إجتماعي أو الطبيب العقلي.... من حيث التعامل مع المستشرين أو المفحوصين، يثير إعتراضات من قبل واحد منهم أو أكثر معتبرا إياه كتدخل في ميدان النشاط المخصص له

المحلل النفسي لا يعترف به، والطبيب العقلي يعتبر العلاج النفسي من إختصاصه هو، وكلاهما يعتبر النفساني غير مؤهل علميا وتقنيا لذلك، أما بقية صور التدخل ذات الطابع التربوي أو الأسري فتثير كلا من المرابي المتخصص والمساعدة الإجتماعية، فالجميع يحاولون أن يحصرو دوره في تطبيق الروائز وهو نشاط جد ضيق يبعده في معظم الحالات عن موقع الممارسة العيادية.

والجميع يريدون له أن يكون عنصرا مساعدا لهم في نشاطهم معتبرين إسهامه المهني مكملا لعملهم

فإذا كان مبتدئا لم يكتمل إعداده بعد، ولم يشق طريقه إلى مستوى الذي يمكنه من فرض ذاته، قد يتعرض لخطر الإكتفاء بدور الروائز، ذلك الدور الذي يضعه أمام مشكلة لا تقل حدة عن مشكلة مكانته في الفريق العامل، مشكلة ذات طابع عقائدي، أما إذا وصل مرحلة متقدمة من النضج المهني والكفاءة فقد يفرض نفسه ولكنه قد يثير بذلك حساسيات متنوعة، تسبغ بطابعها شبكة العلاقات داخل المؤسسة، مؤدية إلى صور متنوعة ومتفاوتة في شدتها وحدتها من التنافس الخفي، هذا التنافس قد يؤثر على جو العمل الجماعي، ويعطل تضافر الجهود من أجل خدمة المفحوص .

إن علاقات العمل ضمن المؤسسات كثيرا ما تعاني من هذه المشكلة ويكون ضحيتها الأولى دائما المفحوص وليس الأخصائي النفسي هو المسؤول دائما أو المسؤول الوحيد عنها، ومنه ترجع المسؤولية إلى عدم وضوح المهام وحدودها والى التداخل الحتمي في نشاطات ومسؤوليات وواجبات مختلف الأخصائيين، وترجع في المقام الثاني إلى حادثة عمر مختلف مهن المساعدة الإنسانية، مما يجعل أصحاب كل منها عرضة لتصرفات إثبات الذات من خلال الرغبة في خلق مناطق نفوذ أو من خلال الميول التسلطية (إعلاء شأن الدور الخاص على حساب الأدوار الأخرى)، في نوع من وهم الإكتفاء الذاتي والمقدرة على القيام بالعمل كله

نحن هنا أمام حالة من قصور التعاون ذي الطابع الدفاعي، إلا أن تفاوت الكفاءة المهنية ومستوى الإعداد بين الأخصائيين النفسانيين، يعتبر مسؤولا أو هو يمهّد السبيل أمام ظهور هذه المشكلات في وجه

الممارسة النفسية ، فأعداد الأخصائي النفسي يتفاوت كثيرا في قيمته ومستواه وتوجهه من معهد إلى آخر ومن جامعة إلى أخرى، إنه في كثير من الأحيان يفتقر إلى التخصص، يضل على مستوى العموميات التي تخول النفسي مبدئيا التدخل في ميادين كثيرة .

كما أن هذه العمومية لا تسمح للعاملين معه بتكوين فكرة موحدة ومحددة سلفا عما يمكن أن ينتظره منه ومن مجال نشاطه الاساسي.

أما الوجه الثاني لهذه المشكلة فنجده في عدم التقنين والتحديد الرسمي لمهنة النفسي، على الكثير من المهن الطبية والتربوية، في الكثير من البلدان ليس هناك بعد تحديد واضح لهذه المهنة وللشروط التي يجب أن تتوفر فيمن يمارسها، وذلك يفسح المجال أمام الكثير من حالات الإدعاء المهني والتقني والتسرع الذي يفقد هذه الممارسة جدتها وإحترامها، ففي الجزائر مثلا ليس هناك أصلا إقرار رسمي حقيقي بمهنة النفسي ومن يحق له ان يمارسها، أو يمارس أيا من فروعها العديدة ذلك مدعاة للكثير من الغموض وسوء الإستخدام، فكل ممارسة مسموحة عمليا ولكنها تقنر إلى الإقرار والتحديد الرسمي في واقع الميدان .

ويرتبط بالأمرين السابقين مشكلة ذات طابع مادي فالإعداد المتسرع للنفسي قليل التكلفة نسبيا ولكنه في الوقت نفسه عديم الفعالية، لأنه يبقى بالضرورة على سطح الظواهر التي يتعامل معها، لا يستطيع المحيط بكل معطياته وأن يتحكم بها بشكل مهني فعال .

أما الإعداد المتين فهو مكلف ماديا وزمنيا، أنه ذو سقف مفتوح، هذا الإعداد الكافي الذي قد يتجاوز سبع سنوات لا يجد له في معظم الأحوال، وفي الظروف الحاضرة على الأقل تنويجا ومكافاة على المستوى الرسمي والمؤسسي والتقني مما تنعكس مباشرة على مشكلات العلاقة بين النفسي وكافة الأفراد المحيطين به .

أما على المستوى العلائقي "العلاقة" فتطرح مشكلات العلاقة بين الأخصائي النفسي وجمهوره في مستويين : مستوى المحيط والمكانة ومستوى الذاتي .

فعلى مستوى المحيط تتأثر العلاقة بين الفاحص والمفحوص بالإطار المؤسسي، بالأفكار الشائعة شعبيا عن الأخصائي النفسي ومن ناحية ثانية، وبموقفه هو من ممارسته من ناحية ثالثة .

كل من هذه النواحي تطرح عليه مشكلات قد تعيق عمله وتعرقل حياته .

ففي الحالة الأولى يقبل المفحوص في حالة من الإنفتاح العلائقي الذي يسهل مهمة النفسي، أما في الحالة الثانية فيقوم بينه وبين المفحوص حاجز من الرفض والمقاومة يجعل من الصعب عليه القيام بعمله هذا إذا لم يفجر في نفسه ميولا وانفعالات سلبية تجاه المفحوص الذي أفشله

على أن الأمر قد يأخذ أشكالا متنوعة تثقل جميعا العلاقة المهنية، فقد يستخدم المفحوص الأخصائي النفسي كحليف له وقد يحوله إلى مدافع عنه مما يصرفه عن الحياد المهني الاساسي، وقد يتعرض الأخصائي النفسي لفخ من نوع معاكس إذا كان نصيبه إسقاط الصورة الموجه عليه فخ مداعبة نرجسية، أو فخ حاجته إلى التقدير والاعتبار من قبل المفحوص وهذا ما يدفع به إلى الإستئناس إلى تلك المكانة وتغذيتها بشكل لا واعي، مما يمنعه عن رؤية مختلف أوجه نفسية المفحوص وفهم دينامياتها.

هناك أيضا الآراء والتصورات الشعبية المسبقة "ثقافة المجتمع" عن الأخصائي النفسي وكلها مشبعة بالخيال والسحر والتذبذب مابين الخشية والأمل، مما يطرح ظللا من التشويش على الواقع ويعرقل قدرة الفاحص على المساعدة.

ومن ناحية أخرى تتأثر ممارسة الأخصائي النفسي بموقفه هو من الدور الذي يعطى له في المؤسسة، بنوع علاقاته ببقية العاملين فيه ومكانته بينهم وخصوصا بنوع علاقته مع السلطة ونظام الذي تفرضه عليه، فقد يكون خلاف أو تناقض بينهما مما يجعله ينزلق إلى أشكال متعددة من التحيز مع المفحوص ضد السلطة (إذا شعر أن موقفها قمعي أو غير متفهم من المفحوص) قد يقوم حلف لا واعي بينه وبين المفحوص ضد الآخر المتسلط أو غير المتفهم أو السيء، هذا الحلف يورطه ذاتيا ويسد السبيل أمامه للفهم والمعرفة لأنه يفقده حياده وبالتالي بصيرته .

وماينطبق على السلطة قد ينطبق أيضا على الموقف من الاهد، إذا كان هؤلاء من النوع الذي يعرض مشكلة المفحوص بدافع من الحاجة إلى التخلص من مازمهم اللاوعية .

هنا أيضا قد يتعرض الأخصائي النفسي إلى فقدان حياده وبصيرته، يتخذ موقف المدافع عن الطفل (ضد عالم الأهل الاضطهادي الذي يفجر موقفه الاضطهادي تجاه أهله الهواميين) بدل أن ينظر في دينامية وإقتصاد ودلالة العلاقة المرضية بين الأهل والطفل كي يساعد الطرفين معا .



العلاقة ليست إذا محايدة دائما بين الفاحص والمفحوص، إنه معرض للكثير من المنزقات الخطرة التي تفقده هويته .

يضاف إلى هذه المشكلة، موقف الأخصائي النفسي من ممارسته على المستوى العقائدي، ماهي الوظيفة المعيارية التي تعطى له على مستوى المجتمع الكلي ؟

إلى أي مدى يشعر أن هذه الوظيفة تتماشى مع القواعد المهنية والخلقية للممارسة النفسانية ؟

وإلى أي مدى يحس أنه أداة تخدم أغراضا قمعية، أو أداة تتستر على مشكلة ذات طبيعة إجتماعية سياسية من خلال النفسنة (رد الامور إلى السببية النفسية)؟

كل ذلك قد يرمي به في حالة من إلتزام الوجودي والمعنوي، لا يتيح له بالطبع القيام بمهمته بالهدوء والحياد المطلوب .

قد يندفع في إتجاهات متعددة تأخذ أحيانا طابعا متطرفا هربا من مأساته تتراوح ما بين التغاضي الكلي الذي يبلغ حد التعامي عن البعد المعياري لعمله، وبين الشك بالممارسة النفسانية، الشك بمهنة النفساني بحد ذاتها، أو هو يلجا إلى أولية إنفصامية حيث يتجاهل عمليا أثناء الممارسة بدافع الحاجة إلى كسب القوت، ما يشك فيه نظريا إنها مأساة إذا وعى مازقه العقائدية ولم يتمكن من إيجاد حل لها ، ومأساة أكبر وأشد خطرا إذا لم يرتق إلى هذا الوعي.

الأخصائي النفسي العيادي هو شخص مختص تلقى دراسات عليا، وتحصل على ليسانس في علم النفس العيادي الذي يعتبر فرعا من فروع علم النفس العام، وهذا الشخص يحتفظ بولائه لعلم النفس الذي يتلقى تكوينه فيه، ويلتزم بقيمه الأساسية منها القيم المرتبطة بالبحث العلمي، ويتميز هذا المختص بمميزات خاصة متجاوزا بذلك كل مشاكله الشخصية، وتكوينه هذا يسمح له بإستخدام الوسائل والطرق السيكولوجية من أجل فهم مشكلة العميل وتشخيصها والعمل على علاجها، وذلك بعد تلقيه لتدريبات في المواقف العيادية.

وهو ذلك الشخص الذي يستخدم الأسس، التقنيات، الطرق والإجراءات السيكولوجية لفهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى إستجابته لمختلف أصناف العلاج ثم العمل إلى الوصول بالعميل إلى أقصى توافق إجتماعي ذاتي ممكن، ويكون هذا بالتعاون مع فريق طبي كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكانيته.

ويقول العالم "مهني" بأن الأخصائي يجمع دورين، بوصفه عالما وبوصفه ممارسا لمهنة وهو ما يستلزم ضرورة تحقيق التكامل بين تدريبه على الممارسة العلمية في الميدان وإعداده الأكاديمي في الجامعة . فالأخصائي النفسي هو شخص إكتسب أسس وتقنيات تسمح له بالتعرف على شخصية العميل وتشخيص مشكلاته وبالتالي وضع خطة للعلاج مستعينا بفريق طبي كل واحد منهم حسب إختصاصه وتدريبه.

يختلف دور الأخصائي الإكلينيكي عن المحلل حيث يهتم هذا الأخير بالبعد الخيالي، بينما الآخر يهتم أكثر بالبعد الواقعي . ولإختلاف مجالات علم النفس العيادي ومجالات الجانب التطبيقي يصبح للأخصائي النفسي عدة أدوار (Samacher , 1998,p33) من الممكن أن نقسم أوجه النشاط التي يمارسها الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى ثلاث مجموعات أساسية من الأساليب والمهارات (جوليان روترز . ترجمة عطية محمود هنا. (1980، ص 25. 26) المجال الأول : قياس الذكاء والقدرات العامة؛ هذا الشرط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الكاملة للفرد بل يتضمنه أيضا تقديره وإمكانياته وكفاءته أثر للنشاط أو الظروف الأخرى التي تحيط به في القيام بوظائفه العقلية.

المجال الثاني : يتعلق بقياس الشخصية؛ و يتعلق بقياس الشخصية ووصفها، وتقويمها، وما يضمنه، من تشخيص ما يمكن أن ينطلق عليه "السلوك المشكل"، أو الشاذ أو غير التوافقي، ومثل هذا القياس الشخصي ليس مجرد محاولة تحديد المرض الخاص الذي يشكو منه الفرد، بل محاولة لوصف الظروف السيكولوجية للفرد وصفا تفصيليا ودقيقا قدر الإمكان.

المجال الثالث : العلاج النفسي، ويقصد به طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولته لمساعدته على فهم نفسه والوصول إلى التوافق، وهذا المصطلح "العلاج النفسي" يستخدم بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي، وهذه الطرق تتضمن معالجة المرض وجها لوجه لفترة من الزمن، وتوجيه التوصيات للآباء والمدرسين أو المرضى أنفسهم، أو توصية بإحداث هذه التغيرات، وبعبارة أخرى تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد بإمكان الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يقوم بأعمال كثيرة أخرى بالإضافة إلى هذه الوظائف التطبيقية، فعدد كبير من الأخصائيين الإكلينكيين يقومون بالتدريب وإجراء البحوث، وفي بعض الأحيان تكون هذه البحوث مرتبطة إرتباطا وثيقا بالمشكلات التطبيقية، وذلك على إعتبار أن مثل هذه البحوث

ستؤدي في النهاية . إلى فهم أفضل للمشكلات الإكلينيكية، بالإضافة إلى هذه الأنشطة فإن الكثير من السيكولوجيين يهتمون بميادين أخرى من علم النفس مثل ع . ن الفيزيولوجي، ع . ن التجريبي، ع . ن الاجتماعي، ع . ن الصناعي، وللسيكولوجيين أدوار هامة أيضا في المؤسسات العامة وفي المؤسسات الأخرى مثل مؤسسات فاقد البصر، الصم البكم، والمعوقين حركيا.

وأدرج Gose دور الأخصائي النفسي في سبع نقاط: (Gose, 1972, p85)

1. القيادة المتخصصة لفريق التوجيه والإرشاد والقيادة العلمية في عمليات الإرشاد الجماعي وغيرها.
2. تشخيص وحل وعلاج المشكلات النفسية.
3. الإشراف على إعداد وسائل وحفظ السجلات الخاصة بالعملاء.
4. القيام بعملية الإرشاد فهو الأخصائي الخبير المسؤول عن العملية وتقديم خدمات الإرشاد العلاجي بصفة خاصة.
5. تولي مسؤولية متابعة حالات العلاج والإرشاد.
6. مساعدة زملائه أعضاء الفريق العلاجي والإرشادي إستشاريا فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص
7. الإسهام في تطوير العملية التربوية والمناهج وإدماج وتكامل برنامج العلاج والتوجيه والإرشاد فيها

### مهام الأخصائي النفسي العيادي حسب النصوص القانونية الجزائرية

(المرسوم التنفيذي رقم 91-111 مؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991) وهو يتضمن

القانون الأساسي الخاص بالاختصاصيين في علم النفس

الأحكام المطبقة على سلك الاختصاصيين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية

الفصل الأول: سلك الاختصاصيين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية

المادة 17: يشتمل سلك الإختصاصيين في علم لنفس العيادي على رتبتين

رتبة إختصاصي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية

رتبة إختصاصي رئيسي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية

القسم الأول: تحديد المهام

المادة 18: يكلف الإختصاصيون في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية، تحت سلطة

المسؤول السلمي بالقيام بالمهام الآتية



رتبة المتخصصين في علم النفس العيادي من الدرجة الأولى

رتبة المتخصصين في علم النفس العيادي من الدرجة الثانية

الفرع الأول: تحديد المهام

**المادة 47:** يقوم النفسانيون العياديون من الدرجة الأولى تجاه الأشخاص الموضوعين في المؤسسات أو

المصالح المتخصصة التابعة للشؤون الاجتماعية بمهام الوقاية والعلاج وإعادة التربية والإعتبار

وبهذه الصفة، فهم مكلفون بما يأتي على الخصوص

تطبيق الروايز النفسية دوريا وتفسيرها وتشخيص المرض النفسي وإبداء رأي عيادي حسب الحالة المتابعة

الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين

المشاركة في إجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات وفي اللجنة أو المجلس النفسي التربوي التابع

للمؤسسة

وفضلا عن ذلك، يقوم النفسانيون العياديون من الدرجة الأولى بفحص خارجي خاص بالأشخاص الذين

تتوفر فيهم شروط الإلتحاق بالمؤسسة والمسجلين في قائمة الإنتظار كما يقومون بتوجيه عائلات

الأشخاص الموضوعين تحت رعايتهم

**المادة 48:** يكلف المتخصصون في علم النفس العيادي من الدرجة الثانية زيادة على المهام المنوطة

بالنفسانيين العياديين من الدرجة الأولى بما يأتي

المشاركة في تجديد برامج التكوين وإثارتها وتأطير التلاميذ المتمرنين في مؤسسات التكوين العمومية

التابعة للوزارة المكلفة بالشؤون الاجتماعية

المشاركة في تأطير البحوث والأطروحات

المشاركة في كل بحث تبادر به المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص

لا يعود واقع الممارسة العيادية في الجزائر إلى تقصير من جانب المشرع الجزائري الذي أولى أهمية

كبيرة للأخصائي النفسي العيادي والمهام المنوطة به، ولا من جانب التراث العلمي الذي ألمّ بمكانته، وإنما

يعود إلى:

جهل معظم الأخصائيين النفسيين للنصوص القانونية.

ضعف التكوين الأكاديمي، ووجود هوة بين التكوين النظري والميداني (دبر راسو، 2012، ص12).

غياب الثقافة النفسية في المجتمع الجزائري.

عوامل متعلقة بشخصية الأخصائي.

ظروف العمل غير الملائمة

#### 5- معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانات :

لكي يؤدي الأخصائي النفسي مهمته على أكمل وجه، لابد أن يتوفر لديه مكتب مريح وملائم للحالات التي يستقبلها، وأدوات ووسائل خاصة تساعد في عمله؛ منها: الألعاب التربوية، المسجل (موسيقى الإسترخاء)، الإختبارات النفسية ...

في هذا الشأن ترى بعض الإتجاهات أن التطور الحادث في الإختبارات النفسية هو الطريق الذي يساعد في التشخيص والعلاج للمشكلة التي هو بصدددها ... وبالتالي نستطيع القول أن الأخصائي النفسي يجب أن يتسلح بهذه الأدوات، ولكن يبقى الخبرة الدينامية التي يستطيع بها أن يلقي نظرة شاملة على المشكلة المراد بحثها. (رأفت عسكر، 2004، ص45-46)

#### معوقات مادية لها علاقة بعمل الأخصائي النفسي:

68.57 % من الأخصائيين النفسيين قد أرجعوا معوقات الممارسة النفسية إلى عدم ملائمة المكتب لطبيعة العمل من حيث التجهيز والتكثيف، و85.71 % من الأخصائيين يشكون من إفتقار المكتب من الوسائل والأدوات التي تساعد الأخصائي النفسي على التشخيص والعلاج، خصوصا الإختبارات النفسية.

#### المعوقات المادية:

#### أ. عدم ملائمة المكتب لعمل الأخصائي النفسي:

يشتكى الكثير من الأخصائيين النفسيين من عدم ملائمة المكتب للعمل، من حيث الحجم (الضيق..)، والتجهيز (مكتب إداري للأخصائي وكروسي للعميل)، وإذا توفر أكثر من أخصائي نفسي في المصلحة نفسها فإنهم يعملون في مكتب واحد، مما يسبب إخراجا للعميل، وعدم إستمراره في متابعة العلاج.

#### ب. عدم توفر الوسائل والإمكانات اللازمة:

فقد صرّح أغلب أفراد العينة بنقص كبير في أدوات العمل والوسائل المساعدة على التشخيص والعلاج، مثل: الألعاب التربوية، المسجل (موسيقى الاسترخاء..)، الإختبارات النفسية، هذه الأخيرة إن وجدت فهي غير مكيفة مع بيئة العميل، وبالتالي لا يستعين بها الأخصائي النفسي في التشخيص.

فكخلاصة لهذا المبحث فالأخصائي النفسي يواجه معوقات كثيرة ومتشعبة، لكون هذه المعوقات تتعلق بمهنة نفسية تأثر على الممارسة النفسية فهي معوقات منها ما يرتبط بالتوجهات السياسية للبلد، لكون النظام الصحي واحد من أولويات سياسية كل دولة، فهو مظهر من مظاهر السيادة الوطنية حيث يبنى النظام الصحي عموماً على أساس المرجعية الدستورية، ومنها ما يرتبط بالسلطة المركزية التي تشرف على صياغة الأهداف الصحية، وتنظيم وتحديد البرامج في الوسط الصحي، ومنها ما يرتبط بالسلطة التنفيذية التي تكون لها الإشراف المباشر على الممارسة النفسية وتنظيمها الميداني ومراقبة سيرها وتوجيهها عند الضرورة، ومنها ما يرتبط بشخص الأخصائي النفسي فيما يتعلق بمؤهلاته العلمية والنفسية، ومنها ما يرتبط بالمجتمع الذي يحوي جميع العناصر الفاعلة أو المستهدفة من العمليات الصحية.

لقد تطرق هذا المبحث إلى أغلب هذه العناصر في محاولة لخصر معوقات الممارسة النفسية وفق محاور تم تحديدها من خلال الدراسات التي تم الإستناد عليها.

## المبحث الثالث: مؤسسات الصحة العمومية

سنتناول في المبحث الثالث مؤسسات الصحة العمومية لكونها المكان المناسب للممارسة النفسية للأخصائي النفسي وينبغي أن تتوفر فيها شروط لكي يستطيع الأخصائي النفسي ممارسة مهنته بكل أريحية، فقبل التطرق في هذا المبحث لمؤسسات الصحة العمومية كان لا بد من ذكر عناصر أخرى مهمة كمفهوم الصحة والصحة العمومية ومؤشراتها، وكذلك النماذج الأساسية للصحة العمومية، ثم سننتقل إلى التعريف بالمراكز الصحية والمستشفيات، وأنواعها والتطور التاريخي لها كذلك التطرق للمحة تاريخية عن المنظومة الصحية الجزائرية قبل وبعد الإستقلال وكيفية تنظيم وهيكله القطاع الصحي بالجزائر.

باعتبار المؤسسة الصحية- كغيرها من المؤسسات- تتشط في بيئة حركية الأمر، الذي يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعا وتتلاءم مع المستجدات الإقتصادية والثقافية والإجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.

وتتطلب مواجهة التحديات الآنية والمستقبلية تحولات مدروسة في كيفية إدارة المؤسسات الصحية، مما يستوجب عليها تبني توجهات حديثة تعتبر كمدخل للتغيير؛ كالإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة، بهدف تحسين الخدمة الصحية بشكل يتصف بالتميز. كما أن المؤسسة الصحية اليوم بحاجة ماسة إلى إعادة هندسة تمكنها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة.

ولقد فرضت التحديات الإقتصادية، الثقافية، الإجتماعية والصحية على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى إستراتيجيات التغيير والتطوير الفعال، لجعل الأهداف والبناء التنظيمي وأساليب الإدارة والتشغيل والعاملين فيها في حالة إنسجام وتقبل لعوامل التغيير المتسارعة.

فعملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الإستشفائية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهري من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن

## 1- مفهوم الصحة :



كان مقبولاً ولمدة طويلة بأن الصحة تعني "غياب المرض، أما التعريف الأكثر قبولاً لمعنى الصحة، فهو الذي قدمته منظمة الصحة العالمية عام 1948م، والذي نصه (مجلة طبيبك، ع344، ص88) هي حالة التكامل الإجتماعي الجمالي والعقلي للفرد، وليس مجرد الخلو من المرض والعاهاات.

فلو تمعنا في هذا التعريف، لوجدناه يدل على أن الصحة ليست مجرد الخلو من مرض أو عاهة، بل هو أكثر من ذلك بكثير، فتوجد للصحة ثلاث مكونات أو أبعاد مترابطة وهي: (أحمد فايز: 2000، ص49).

الصحة البدنية أو الجسمانية

الصحة العقلية والنفسية

الصحة الإجتماعية

ويمكن التطرق إلى كل عنصر من العناصر المكونة للصحة في مايلي :

#### -الصحة البدنية أو الجسمانية:

تكون صحة البدن جزءاً هاماً من الصحة الكلية، وعلامات صحة الفرد هي "مظهر حسن، جلد لطيف، عيون براقية، شعر لامع، جسم مغطى بعظلات مشدودة غير مفرط بالسمنة، جودة الشهية، سلامة النوم، إنتظام وسهولة التبرز و التبول، وإتزان وسلامة حركات الجسم، وأن يكون معدل نبضات القلب، وضغط الدم وتحمل التمارين، في حالة الراحة في المدى الطبيعي للشخص حسب سنه وجنسه، وأن يكون زيادة الوزن لدى الشباب والنامين مستمرة، وشبه ثابتة".

والوسائل الرئيسية المتبعة لتقدير حالة البدن الصحية هي :

أ دراسة مقاييس الجسم.

ب الفحص السريري "الكلينيكي".

ج قياس التغذية.

د إختبارات كيميائية ومختبرية مختلفة

- الصحة العقلية والنفسية :

ويرى أحمد فايز النماس (2000) أن الصحة العقلية في العصر الحديث لا تعني مجرد الخلو من المرض العقلي ، فهناك إرتباط شديد بين الصحة العقلية والصحة البدنية، فتدهور الصحة العقلية يؤثر في الصحة البدنية والعكس صحيح "العقل السليم في الجسم السليم، فملكات الشخص السليم عقليا هي :

أ الخلو من التناقض الداخلي.

ب القدرة على التأقلم مع الآخرين.

ج القدرة على التأقلم مع المتغيرات المفاجئة.

د القدرة على ضبط النفس .

ه مواجهة المشاكل وحلها بحكمة(ص50).

- الصحة الإجتماعية :

هناك مكون آخر للصحة يعرف بالصحة الإجتماعية، إلا أن تعريفه غير واضح، وهنا يعتبر كل فرد لبنة في أسرة بل وفي المجتمع بأسره، فالوضع الإجتماعي والإقتصادي "البيئة الإجتماعية" الذي نعيش فيه له تأثير على صحة وسقم الأفراد والمجتمعات، فمثلا : تعاطي الخمر، وإدمان المخدرات وحوادث الطرق هي بعض الأدلة على إبتلاء البيئة الإجتماعية، لذلك فإن صحة الأفراد والجماعات تعتمد بدرجة كبيرة على البيئة الإجتماعية.

ومنه فالصحة تعتبر حالة تمتع الفرد بكل العافية البدنية والعقلية والإجتماعية، وليس مجرد خلوه من المرض أو العاهة، وهناك علاقة وثيقة بين الصحة العامة والعوامل الاجتماعية منذ كانت المجتمعات تعنى دائما بالأحوال الإجتماعية التي تهدد صحة أعضائها، وتلاحظ جهود المجتمع بشأن الإهتمام بالصحة وصيانتها في الصلوات والطقوس التي كانت تقوم بها القبائل البدائية عند إنتشار الأوبئة، ويساعد نسق القيم التي يعتنقها المجتمع على تشكيل إتجاهات الأفراد ومعتقداتهم وسلوكهم فيما يتعلق بالصحة والمرض، والمنشآت الصحية كباقي المنشآت الإجتماعية تعكس مفهوم المجتمع السليم والملائم عن نظام الصحة العامة، والأدوار المسندة لكل من يزاول الطب زمن يتلقى الرعاية الطبية تمثل إلى حد كبير سلوكا إجتماعيا مقررًا، والصحة العامة بإعتبارها نشاطا إجتماعيا وثقافيا متوارثا جزء لا يتجزء من

النسق الإجتماعي، ولا يمكن فهمها فهما تاما، إلا في ضوء القوى الإجتماعية القائمة. (عبد الفتاح: دت، ص709).

وللصحة مجموعة من المؤشرات التي تدل على حالة الفرد والمجتمع

## 2 مؤشرات الصحة :

يواجه المختصون بصحة المجتمع بهذا السؤال :ماهي حالة المجتمع الصحية ؟ لذلك يجب أن نعرف الأسس الصحية و المؤشرات الصحية للمجتمع.

والمؤشرات الصحية المقبولة بوجه عام حسب ما حددها أحمد فايز (2000) :

- المعدل العام للوفيات

- معدل وفيات الرضع

- العمر المتوقع

- أدلة على الخدمات و الأنشطة الصحية.

- المعدل العام للوفيات :

يعتبر المعدل العام للوفيات دليلا لمقارنة الحالة الصحية للناس، ويعرف بأنه عدد الوفيات لكل 1000 من السكان في السنة بالجمع المعني، وتعطى معدل الوفيات بين الناس، فلو كان معدل الوفيات مرتفعا دل على إنخفاض الحالة الصحية بالمجتمع، وبالمفهوم الصحيح يجب ألا تقاس الحالة الصحية بعدد الوفيات التي تحدث بالمجتمع، ولكن في أكثر من الدول نجد أن المعدل العام للوفيات هو المقياس المتوفر والوحيد للحالة الصحية، وعند إستخدامه للمقارنة الدولية فإن فائدته تكون محدودة لأن مخاطر الموت تختلف حسب مكونات العمر والجنس للسكان.

- معدل وفيات الرضع :

يعرف معدل وفيات الرضع بأنه" عدد وفيات الرضع قبل عمر سنة بكل 1000 من الولادات الحية بالعام الميلادي، إن معدل الوفيات بين الرضع يعتبر أكثر المؤشرات حساسية للحالة الصحية ومستوى

معيشة الشعب ، إن معدل وفيات الرضع مرتفع جدا في الدول الفقيرة صحيا، وهذا المعدل هام جدا لقياس مستوى نظام التوليد في أي دولة.

### - العمر المتوقع :

والعمر المتوقع عند الولادة يعتبر وبصفة عامة بمفرده أحسن مقياس للحالة الصحية للسكان، وهو دليل شائع الإستعمال لقياس الحالة الصحي للمجتمع، فإنخفاض العمر المتوقع يعني إنخفاض المستوى الصحي، وإحصائيات العمر المتوقع أظهرت فروقا غير عادية في المستويات الصحية بين الدول المتقدمة والدول النامية.

### - أدلة على الخدمات و الأنشطة الصحية :

هناك عدة أدلة أخرى يتكرر إستعمالها لقياس المستوى الصحي في أي دولة، وفيما يلي بعضها :

أ نسبة الأطباء لعدد السكان

ب نسبة هيئة التمريض للأطباء

ج نسبة الأسرة لعدد السكان

د نصيب الفرد من الطاقة

ه النسبة المئوية للسكان المزودين

مما سبق يتضح أنه لا يوجد دليل واحد شامل لصحة الأمة، وكل الأدلة المتوفرة تعكس أحد جوانب الصحة، أما الدليل المثالي والذي يجمع أثر عدة مكونات تقاس مستقلة فلم يحدد إلى يومنا هذا (ص58).

### 3- مفهوم الصحة العمومية :

لقد عرف مفهوم الصحة تطورا تدريجيا عبر التاريخ، حيث كان تحديدها من قبل يقتصر على غياب المرض أو العجز، وكل من سلم من ذلك يتعبر في صحة جيدة، وبقي هذا التصور مسيطرا إلى غاية

1946م، حين طورت المنظمة العالمية للصحة (O.M.S) مفهوماً جديداً للصحة يتمثل في : حالة من الرفاهية والمعافاة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض والعجز

وتظهر أهمية هذا التعريف حسب Pomey (2000) ، في كونه فتح آفاقاً جديدة وحدد أبعاداً يمكن أن تشكل معايير ثابتة في تقييم صحة الفرد، ولم تبقى الأمور على هذا المستوى، ففي سنة 1986 طورت المنظمة العالمية للصحة من خلال ميثاق "أوتاوا" هذا التعريف حيث أصبح لها تصور جديد يتمثل في التوازن والإنسجام بين كل الإمكانات التي يتمتع بها الإنسان سواء من الناحية البيولوجية، النفسية والاجتماعية مما يستدعي من جهة تلبية الحاجيات الأساسية للفرد، ومن جهة أخرى تقييم وتكييف مستمر حتى يتم الحفاظ على هذا الإنسجام بين هذه الأبعاد الثلاثة، فميدان الصحة العمومية يعتبر من بين أهم الميادين الإستراتيجية لأي بلد، حيث يتوقف نجاح كل المشاريع الاجتماعية والإقتصادية على صحة الأفراد وسلامتهم الجسدية والعقلية والنفسية، ويعتبر الإستفادة منها حق طبيعى شرعى كرسته كل القوانين الدولية والمحلية، التي ألزمت تعميمها وضمانها..

#### - النماذج الأساسية للصحة العمومية :

لقد عرف تاريخ الممارسات في الصحة العمومية عبر العالم، ظهور نموذجين كبيرين يهيمنان على تنظيم الصحة العمومية تتمثل في مايلي :

النموذج الطبي. le modèle médical.

النموذج الشامل. le modèle global.

#### - النموذج الطبي :

يقصر هذا النموذج في تناوله للصحة العمومية على النظرة الإنتقائية، حيث تقتصر تدخلاته العلاجية على الجانب العضوي فقط وتحت إشراف طبي بحت ولا تتعدى محيط المستشفى، ومن مميزاته:

- أنه نموذج مغلق داخل المستشفى.

- الوقاية تقتصر على الجانب الطبي فقط كالتلقيح.

- أصل المرض عضوي.

-المرض يصيب الفرد فقط.

- التكفل يكون عن طريق العلاج الإستشفائي وتحت مسؤولية الطبيب (ص44)

- النموذج الشامل :

يتميز هذا النموذج بنظرته الشاملة في التكفل بالصحة العمومية المبني على تنوع التخصصات وتعدد

الفاعلين ويعتمد على الوقاية بمختلف مستوياتها، ومن مميزاته :

- نموذج مفتوح على المحيط.

- الوقاية تشمل كل الوسائل التربوية والتثقيف الصحي والإتصال.

- المرض ينتج عن مجموعة من العوامل المتشابكة "عضوية، نفسية، إجتماعية".

- المرض يصيب الفرد مع عائلته ومحيطه.

- التكفل متعدد التخصصات ومفتوح على كل المساهمين.

يعتمد الباحثون حسب pomey (2000) في مجال الصحة العمومية في تقييمهم للوضع الصحي

للسكان، على مفهوم المحددات و المؤشرات

- المحددات الأساسية للصحة العمومية :

يدل هذا المصطلح على العوامل التي تؤثر على صحة الأفراد والتي تتفاعل فيما بينها بإستمرار

ويمكن تصنيفها إلى أربعة أصناف كبرى هي :

- المحددات البيولوجية كالجنس والعوامل الوراثية

- المحددات المحيطة كالتربية والشغل والدعم الإجتماعي وظروف المحيط المختلفة.

- عادات وطرق العيش التدخين، تناول المخدرات ممارسة الرياضة

- التنظيم الصحي ومستويات الإستفادة من خدماته، حيث تلعب هذه المحددات دورا كبير في ترقية الصحة ومكافحة الأمراض عن طريق التوعية، التثقيف الصحي وتحسين ظروف الحياة وتعميم الإستفادة من الخدمات الصحية الضرورية.

- المؤشرات الأساسية للصحة العمومية :

يستعين الباحث في ميدان الصحة العمومية بمؤشرات تساعده في تشخيص الأمراض المنتشرة بين السكان بهدف التكفل بها، وتتمثل هذه المؤشرات في :

- مؤشرات معدل الوفيات مثل حساب معدل الحياة، نسبة الوفيات العامة، معدل الحياة عند الولادة

- مؤشرات المرض مثل عدد الأمراض المنتشرة.

- مؤشرات سلوكية مثل تناول المخدرات، التدخين (ص 103).

وبعد التطرق إلى مختلف النماذج الأساسية للصحة العمومية ومؤشراتها يمكننا الآن تناول المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية، من المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات.

4- مفهوم المراكز الصحية :

يقصد بالمركز الصحي "كل هيئة أو تنظيم يستهدف تقديم رعاية صحية سواء كانت علاجية، أو وقائية أو إنشائية وسواء كانت عامة أو رعاية متخصصة، بلا إستثناء .

وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية لوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون العلاج أو الكشف عن التحليل" (الهادي الميجي:1997، ص 53).

وينطوي تحت المؤسسات الوقائية: مكاتب الصحة ومراكز رعاية الأطفال، و مراكز رعاية الأمومة و الطفولة والصحة المدرسية، ومكاتب التثقيف الصحي، وكافة نشاطات مصلحة الطب الوقائي

أما المؤسسة الإنشائية : فينطوي تحتها دور النقاهة ومكاتب التأهيل المهني ومركز التأهيل المهني (إقبال إبراهيم: 1991، ص 129)

وينطوي تحت المؤسسات العلاجية : المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات

وتتصف المؤسسة الطبية بتعدد أقسامها، وكثرة عدد العاملين بها مع إختلاف تخصصاتهم ومسؤولياتهم، فكلما زاد حجم المؤسسة الطبية كلما تعددت أقسامها، وتعددت أجزائها وإدارتها المختلفة، كما تتسم المؤسسة بطابع يميزها عن غيرها من المؤسسات، فهي وحدة من نمط خاص يكسبها "منظر المرضى والأهم ورائحة الدواء والمطهرات ولون الملابس ومنظر النور" نموذجاً خاصاً وجواً نفسياً خاصاً بها.

كما تتميز المؤسسة الطبية حسب إقبال إبراهيم (1991) بمجموعة من اللوائح والإجراءات لتنظيم شؤونها إلا أن طبيعة المرض وفردية كل حالة من حالات المرض تخضع هذه الإجراءات واللوائح وتطبيقها لظروف كل مريض على حدى، أي أنها لا يمكن أن تسير على وتيرة روتين جامد، بل أن حالة مريض قد تقتضي حرية التصرف للطبيب وفق ظروف الحالة، كما تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية الطبية كتقديم الرعاية الصحية الأولية ، الإجتماعية، العلاجية، الوقائية، الإنشائية لأفراد المجتمع، هذه الخدمات تكون عامة أو خاصة تقدم لأفراد المجتمع في بيئة جغرافية معينة، أو يتبعون لقطاعات مهنية أو غيرها، يدير هذه المؤسسات العاملون الصحيون المتفاوتون في تخصصاتهم ودرجاتهم العلمية، كالأطباء والممرضين والممرضات والأخصائيين النفسانيين، وبهذا فإن المركز الصحي هو تنظيم إجتماعي يختلف عن بقية التنظيمات الأخرى، من حيث حجمها وتعدد أقسامها الطبية و الإدارية ، ونوعية العاملين بها من عمال وممرضين وأطباء مما يكسبها جو خاص به (ص130).

- خصائص المراكز الصحية :

هناك خصائص عديدة أهمها :

- تعتمد خدماتها على تعداد السكان

- تعتمد خدماتها على عدد العاملين الصحيين

- تعتمد خدماتها على وفرة الرعاية الصحية والإجتماعية في البلد

- تعتمد خدماتها على تنمية القطاعات الأخر كاصناعة والزراعة والتعليم



- تعتمد خدماتها على حجمها وأقسامها

- تختلف المؤسسات الطبية وتتعدد بحكم وظئها

- من خصائصها الهامة أنها تعتمد على العمل الجماعي

#### 5- مفهوم المستشفيات :

تعرضت العديد من الهيئات والباحثين إلى تعريف المستشفى ومحاولة إعطائه مفهوم، وسنحاول فيما يأتي ذكر بعض هذه التعاريف والمفاهيم المختلفة.

عرف علي مكايي (1996) المستشفى بقوله "هو وحدة إجتماعية يرتبط أعضائها فيما بينهم خلال شبكة علاقات تنظمها مجموعة محددة من القيم والمعايير، ورغم التباين بين القوى العاملة إلا أن لديهم جميعا بعض الأهداف العامة، كالأخذ بيد المريض على طريق الشفاء وإستعادة الصحة وهذا الأمر يصدق على سائر المؤسسات الصحية الأخرى لمركز رعاية الأمومة وغيرها، كما أن لكل مؤسسة أنماطها الفريدة وأساليبها في التفاعل وهذا يتوقف على درجة الإعتماد المتبادل والعلاقات المتداولة فيما بينهم" (ص252)

ويقصد بالمستشفى حسب الهادي المليحي 1997 كل "هيئة أو وحدة تنضيم يستهدف تقديم رعاية صحية سواء كانت علاجية أو وقائية أو إنسانية، وسواء أكانت عامة أو خاصة، بلا إستثناء، وتكتسب هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية بوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون العلاج أو الكشف عن التحليل" (ص 53)

وعرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات سنة 1974 المستشفى بأنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين".

وتظيف المنظمة العالمية للصحة من منظور وظيفي بأنه " جزء أساسي من تنظيم إجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية أو وقائية وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث إجتماعية حيوية.

وترى المنظمة العالمية للصحة أيضا المستشفى بأنه "مؤسسة للرعاية الصحية تضم جهازا منضما من الأطباء والمهنيين ومرافق صحية دائمة تشمل أسرة للمرضى الداخليين وتقدم الخدمات الطبية والتمريضية وسائر الخدمات المتصلة بالصحة" (منظمة الصحة العالمية: 1990، ص 21)

إن مختلف التعاريف التي تناولت مفهوم المستشفى من خلفيات مختلفة فإن إقتصار تعريف على مكاوي على الجانب الاجتماعي للمستشفى، حيث ركز على كون المستشفى وحدة إجتماعية، فإن مفهوم الهادي المليحي كان عام، كما أن التطور الحاصل سواء في التشريعات القانونية وفي مهنة الطب يجعل مفهوم المستشفى يعرف هو الآخر هذا التطور تبعا لتطور الوسائل والأهداف المرجوة من هذه المؤسسة، ما يجعل المفاهيم عن هاته المؤسسة بقدر ما تنطبق على دولة ما فهي لا تنطبق على أخرى رغم أنها تحمل نفس الاسم وربما تتبني نفس الأهداف إضافة إلى أن المصادر تمويل هذه المؤسسة والجهة المخولة لتسييرها تجعل المستشفيات تختلف بين القطاع الخاص والعام التابع للدولة، لذا فإن المستشفى هو عبارة عن مؤسسة تابعة لقطاع الصحة يسهر على تسييرها قطاع ما ويتواجد بها مجموعة من الأطباء ولعاملين الصحيين تكفل للمريض العلاج اللازم حيث توفر له الرعاية الطبية الضرورية حيث يكون هدفها الأسمى تقديم العلاج، وقد تكون خاصة بعلاج أمراض معينة دون أخرى.

### 5-1 أنواع المستشفيات :

تصنف غالبا المستشفيات وفقا للآتي :

- من الناحية العيادية : و نميز هنا بين المستشفى العام والمستشفى التخصصي.
- حسب أنماط الإشراف والملكية : ونميز بين مستشفى ذي العناية القصيرة "غالبية المستشفيات العامة، مستشفيات الولادة والأطفال" والمستشفى ذي العناية الطويلة الذي يكون فيها متوسط الإقامة أكثر من ثلاثين يوما "مستشفيات الصحة النفسية كبار السن"
- حسب جودة خدمات الرعاية المقدمة: ونميز بين المستشفيات المعتمدة وغير المعتمدة.
- حسب الموقع والسعة السريرية ،ونميز بين المستشفيات المحلية الصغيرة "أقل من 100 سرير والمركزية مابين 100 و500 سريرا " والجهوية.(حسان حريستاني: 2000، ص37)
- ويصنفها البعض حسب حجمها إلى ثلاث أنواع هي :

- المستشفيات الصغيرة من 20 إلى 100 سرير :وتقدم خدمات علاجية للمرضى الباطنية والحالات الجراحية و الولادة
- المستشفيات المتوسطة أكثر من 100 سرير :وتقدم خدمات باطنية، وجراحية ونسائية، وغيرها ذات طابع تخصص عال.
- المستشفيات الكبيرة : حيث تؤمن خدمات صحية وطبية متكاملة تشمل العلاج الإشعاعي وجراحة الأعصاب جراحة الصدر، جراحة التجميل، القلب، وفي كثير من الأحيان تستخدم هذه المستشفيات لتعليم الإطارات المتخصصة والبحث العلمي(أحمد النماس :2000،ص69).

### 5-2 التطور التاريخي للمراكز الصحية "المستشفيات"

لقد مر المستشفى بعدة مراحل تاريخية ساهمت كل مرحلة منها في بلوغ المستشفى ما هو عليه اليوم من حداثة ورقية، فمع التطور الاجتماعي الحاصل في مختلف المجتمعات في جميع الميادين كان لزاما على المستشفى هو الآخر أن يعرف هذا التطور من أجل خدمة قاصدي هذه المنشأة.

### - أوضاع المستشفيات في بعض الحضارات القديمة:

يرجع تاريخ المؤسسة الصحية التي تعنى بالمريض إلى ما يقارب 12000 سنة قبل الميلاد في المعايير الإغريقية حيث أعتبرت هذه الاخيرة أول المستشفيات التي ظهرت في حضارة اليونان، ويعتبر أهم ما أنجزه الإغريقيون هو قدرتهم على التشخيص الأمراض وإستخدام المنطق لتفسير سبب المرض عوض الإعتماد على أفكار خرافية، وتشير الوثائق التاريخية في مصر حوالي 600 قبل الميلاد إلى وجود معابد خصصت لرعاية المرضى، سميت بمعابد الشفاء، مع إستعمال الأدوية النباتية وتجبير الكسور، كما وجد أيضا في حضارت الرومان القديمة مصحات للعناية بالعبيد من أجل ضمان شفائهم للحفاظ على القوى العاملة المنتجة.

أما في الهند وفي الفترة مابين 273 و232 قبل الميلاد فقد بنيت المستشفيات وسميت السيكيستا، أي معابد الشفاء.(حسان حريستاني:1990،ص20)

ومنه نستطيع القول بأنه منذ القدم كانت هناك أماكن للعلاج والعناية بالمرضى عبر جميع الحضارات تقريبا، والذي كان نتاج تطور الفكر الانساني المنطقي والعلمي والابتعاد عن الخرافات في علاج المرضى

- أوضاع المستشفيات في مطلع الديانة المسيحية:

كان الإعتقاد السائد في بعض الحضارات أن المرض يعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح، ولقد جاءت المسيحية فغيرت هذا المفهوم بعض الشيء، وذلك أن المسيحية تؤمن بأن المرض مشيئة إلهية، ويؤكد هذا المفهوم كذلك على أن الإنسان مطالباً بمساعدة المرضى، وقد شجعت كنيسة الروم الكاثولوكية رجال الدين على إنشاء المستشفيات بالقرب من دور العبادة وإعتبارها جزءاً مكملاً من المسعى الديني المسيحي (احمد بيبي، عبد السلام بشير: 1989، ص، 138).

وحوالي سنة 500 ميلادي زودت المدن التابعة لإمبراطورية الرومانية بمستشفى تابع للكنيسة يعمل فيه مجموعة من المتطوعين، وقد تركز إهتمام الأطباء في المستشفيات المسيحية في تلك الفترة على أهمية العطف والرعاية الأبوية على حساب المعرفة العلمية (حسان حرساني: 1990، ص 143)

وبهذا فقد تميزت المستشفيات التي ظهرت مع تلك المستشفيات الدينية بدافع العلاج وتقديم الخدمات للمرضى ، بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع، وإهتمت كذلك بالنواحي النفسي للمرضى وليس فقط تقديم العلاج.

- أوضاع المستشفيات عند العرب :

لقد كان للعرب المسلمين الفضل في تأسيس المستشفيات، ويعتبر الوليد ابن عبد الملك أول من أنشأ المستشفيات في العالم الإسلامي، وكان ذلك عام 707 بسوريا وقد أطلق عليها إسم "البيمارستان" وهي لفظة فارسية تتألف من جزئين بيمار ومعناها المرض، وستان يعني المكان، فيكون معناها مكان المريض أو دار المريض ، وقد خصص في هذه المستشفيات أطباء من مختلف التخصصات لعلاج المرضى بعد تشخيص أمراضهم.

وعليه فإن العرب هم أول من حسن المستشفيات، ورفع من قيمتها وبدأ التدريس بها، كما كانوا أول من أقام العيادات الخارجية بها، وأول من أوجب إمتحان الأطباء والصيادلة قبل الترخيص لهم بالقيام بمهامهم.

وكانو أول من عين أطباء دائمين بالمستشفيات في العالم قبل أوروبا، وذلك عندما أنشأ الخليفة الأموي الوليد أول مستشفى، في حين أن أول مستشفى أوروبي عين به أطباء هو مستشفى ستراسبورغ وذلك 1500م أي بعد 800 سنة من العرب. (احمد بيبي ، بشير الدويبي: 2001، ص 143).

وما ينبغي الإشارة له أن تطور المستشفيات عند العرب، كان من بداية الحضارة الإسلامية التي غيرت الكثير من مناحي حياة الإنسان، ومنها صحة الإنسان، وهذا ما يقره المستشرقون في كتاباتهم المختلفة.

- أوضاع المستشفيات خلال القرن الرابع عشر ميلادي في عصر النهضة:

خلال القرن الرابع عشر الميلادي إنتقلت مهمة إنشاء المستشفيات وإدارتها في أوروبا من الكنيسة إلى السلطات البلدية، ويعتبر هذا التغيير في غاية الأهمية، لأن الكنيسة كما ذكرنا أهملت المنهج العلمي في طريقة علاج المرضى (حسان حريستاني: 1990، ص 28).

وما يمكن قوله على المستشفيات في هذا القرن أنها أصبحت مكان يلقى فيه المرضى المأوى والعلاج معا بحيث ساءت الحالة الإقتصادية والإجتماعية للمرضى الفقراء فخلقوا إزدحاما في المستشفيات.

وإنصرف الإهتمام في القرن السادس عشر إلى التركيز على العلوم الطبية والتجريبية، كما أنه لم يطرأ أي تحسين على الرعاية الطبية في المراكز الصحية. (احمد بيبي، بشير الدويبي: 2001، ص 139).

ونستطيع أن نخلص وضع الستشفيات في عصر النهضة بأنه إنتقل من مرحلة الإتجاه الديني إلى مرحلة الإتجاه العلمي بغض النظر عن جودة الرعاية الطبية المقدمة.

- أوضاع المستشفيات من بداية القرن الثامن عشر الميلادي إلى منتصف القرن العشرين في الو. م. أ و بعض دول أوروبا :

شهدت الفترة الممتدة من مطلع القرن الثامن عشر إلى منتصف القرن العشرين تقدما عظيميا في مجال العلوم الطبية، وندرج في مايلي أهم الأحداث التي أدت إلى تحسين الرعاية الطبية خلال تلك الفترة

-ساعد إستخدام التخدير في الأربعينيات في التخفيف من آلام العمليات الجراحية.

-إستفاد الجراح العالمي "جوزين ليستر" في الخمسينيات من إكتشاف "لويس باستور" للعلاقة السببية ما بين المرض و الجراثيم

- ساهم تطور علم الكيمياء في مطلع القرن العشرين من إكتشاف العديد من العقاقير الطبية
- ساهم التقدم المستمر لمناهج التعليم والتدريب الطبي على رفع كفاءة الأداء الطبي وخاصة نمو العمليات الجراحية الفعالة.
- أتاح ظهور مهنة التمريض كعلم قائم بذاته، وتعزيز ثقة المجتمع بالخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى.
- كان نشوء النظم المختلفة لتمويل مصاريف العناية الطبية مثل نظام التأمين الصحي في أمريكا ونظام الخدمة الصحية الوطنية في بريطانيا مساعدا على إنشاء المستشفيات.(حسان حريساني:1990،ص 29)
- ونخلص في الأخير إلى أنه بفضل هذه التطورات، و الإرتقاء الذي حصل خلال الفترات الأخيرة المختلفة تأسست المستشفيات الحديثة وطب القرن العشرين، وأصبحت الرعاية الطبية متاحة لأغلب المواطنين على مختلف مستوياتهم الإجتماعية والإقتصادية.
- بعد تناولنا بصفة عامة كل من الصحة ومؤشراتها والنماذج والمحددات الأساسية للصحة العمومية وأنواعها والتطور التاريخي لها عبر مختلف العصور سنتناول الآن لمحة تاريخية عن المنظومة الصحية في الجزائر قبل وبعد الأستقلال ، وكيف تم تنظيمها وهيكلتها

#### 6- لمحة تاريخية عن المنظومة الجزائرية للصحة :

عرف النظام الصحي في الجزائر تطورا ملحوظا، عبر محطات مختلفة، ساهمت فيها عدة عوامل بداية من الإستعمار ومرورا بالإستقلال ونهاية في العصر الحاضر وسنحاول الإشارة إلى مختلف هذه المراحل فيمايلي :

#### - قبل الإستقلال :

من أجل السيطرة الإستعمارية على المجتمع الجزائري حطم النظام الكولونيالي البنية الإقتصادية والإجتماعية التقليدية وأحداث بنية رأسمالية تضمن أهدافه السياسية والإقتصادية والإجتماعية .

ويعتبر المشروع الصحي جزء من السياسة الإستعمارية التي أفرزت وضعية التخلف الإقتصادي والإجتماعي وتسببت في إنتشار الفقر والمرض المصاحب لتخلف الشروط الاجتماعية مما أسهم بشكل

مباشر في توسيع المشكلة وتنمية التخلف الإجتماعي والصحي وأدت الفوارق العنصرية (اوروبي-عربي) إلى إشباع حاجيات الأقلية الأوروبية المتمركزة في المدن على حساب الأغلبية المستعمرة.

وتبعاً لذلك عرف المشروع الصحي ثلاثة مراحل أساسية تمثل أشكالاً متباينة لتنظيم الرعاية الطبية:

- الأولى تمتد من 1930 إلى 1850 واندماج خلالها العلاج الطبي في معسكرات الجيش الإستعماري

- الثانية تمتد من 1850 إلى 1945 وتضمنت فيها رعاية طبية إستشفائية خارج معسكرات الجيش، في المدن التي تتمركز ضمنها الأقلية الأوروبية.

- الثالثة تمتد من 1945 إلى 1962 ونمت في هذه الفترة رعاية طبية وطنية أشرف على تنظيمها جيش التحرير الوطني وانبثقت منها أشكال التنظيم الطبي بعد الإستقلال.

وبشكل عام إتجهت أهداف البنية الصحية خلال المرحلة الكولونيالية لإشباع حاجيات الجيش و الأقلية الأوروبية من أجل ضمان الإحتلال العسكري والإستعمار الإستطاني (وزارة الصحة والسكان: 1980، ص03).

- بعد الإستقلال :

ورثت الجزائر حسب **oufriha (1993)** فجر الإستقلال النظام الصحي الفرنسي في هياكله وقوانينه وتصوره لمفهوم العلاج وإبتداء من الحرب التحريرية إلى غاية الإستقلال وخلال المرحلة الإشتراكية نشأت مبادئ أخرى مختلفة عما ورثت، كانت الدولة في ظلها هي المنظم المباشر و المهيمن (ص10)

وكان أمام الجزائر عدة إختبارات وتحكميات بعضها لم تكن واضحة حتى و إن كانت الإختبارات المذهبية تظهر جلية ومدعمة من قبل السلطة السياسية "ميثاق طرابلس 1962، ميثاق الجزائر 1964"

والتي تنص على ضرورة الإسراع بتأميم مهنة الطب وكذا الهياكل الصحية من أجل ضمان مجانية العلاج. (**brahamia :1991,p101**) وإمتصاص القطاع اللبرالي التقليدي، كما ورثت هياكل صحية ضخمة غير متوازنة جهويا لأنها كانت قائمة لصالح الاقلية الأوروبية.

وظهر تياران أساسيان متصارعان حول مستقبل الطب والصحة في الجزائر، الأول يحاول إعادة تشكيل النظام عن طريق تزويده بالوسائل البشرية والمالية حتى يتسنى له التوسيع، وبالتالي يحاول إعادة بناء

النظام إنطلاقاً من مبادئ وميكانيزمات تسيير مختلفة مع الإشارة إلى أن الأشياء في الواقع هي أكثر تعقيداً وتداخلاً كلما حلت المعطيات المؤسساتية محل المنطق العلمي و العقلاني

دار التعارض الأول حول تشكيل قطاع عمومي أو خاص للعلاج، وبالرغم من أن النصوص المذهبية بلورت الإشتراكية كإختبار إلا أن هذه الأخيرة عبرت عن نفسها بشكل مختلف في النظام الصحي حسب المراحل المختلفة، و أزداد اللبس و الإبهام حول النظام الصحي بعد الأزمة الإقتصادية والدخول التدريجي في إقتصاد السوق والإعلان الشامل بفساد النهج المتبع سابقاً (brahami :p28)، وسنتطرق فيما يأتي للراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر يداية من الإستقلال إلى غاية اليوم، وهي مراحل مهمة كونها ساهمت في إيجاد النظام الصحي كما هي عليه اليوم و أهم هذه المراحل :

#### - المرحلة الإنتقالية الأولى (1962-1974) :

تميزت بإعادة تطبيق الممارسات الصحية السابقة وذلك على الرغم من تبني الإشتراكية فقد ترك الفرنسيين فراغاً كبيراً على مستوى الهياكل ولم تكن الجزائر تعد سنة 1962 سوى 600 طبيب نصفهم أجنبى يتركز أغلبهم في المدن الكبيرة . ( oufechoum , hammoudia :1993 , p63 )

وبقي الطب الخاص موجوداً، غير أن تطوره كان مشروطاً بالتأمينات الإجتماعية التي يعتمد توسعها على حجم العمالة والسياسة الإقتصادية في ميدان التشغيل، وهذا ما حصل بالفعل بفضل السياسة التنموية لسنة 1966.

وقد مولت التأمينات الإجتماعية الطب الخاص من حيث المال والمنبع، هذا فضلاً عن تمويل المستشفى العمومي بشكل مباشر، غير أن هذا الأخير هو الذي تحمل على كاهله عبئ محاربة الأمراض المعدية والجراثومية بالإضافة إلى عمليات الوقاية وحملات التلقيح.

وكان البطالون يستفيدون من نظام العناية الطبية المجانية شريطة أن يكونوا معوزين وتتكفل البلدية بتحديد قائمتهم والحقيقة أن هذه العناية كانت مفتوحة للجميع وألغيت سنة 1974 مع مجيئ الطب المجاني (brahami :p28).

ولم يكن نظام العلاج موحداً بل كان متكوناً من أنظمة متوازية متمركزة على المستشفى العمومي، وقد شهدت هذه الفترة ظهور المراكز الصحية الإجتماعية في الشركات الوطنية لتقريب العامل من العلاج .



وعلى العموم يمكن أن نميز بين عدة أنواع من الهياكل الصحية في هذه المرحلة و هي :

- المستشفى العمومي تحت ظل وزارة الصحة.

- التامينات الإجتماعية وشبكاتنا الخاصة للعلاج المرتبطة بالصناديق الجهوية

- العناية الطبية المجانية تحت وصاية البلدية

- الطب الخاص

- الطب المدرسي تحت رعاية وزارة التربية.

- مرحلة مجانية العلاج ( بداية 1979 ) :

أكد كل من الميثاق الوطني الدستوري 1976 على ضرورة بناء تنظيم صحي عام مجاني وعليه جاء قرار مجانية العلاج (الامر رقم "37-65" 1973) ، وتعجل في ظل الدخول في التصنيع بعمق في المخطط الرباعي الثاني وكانت مجانية العلاج أشمل من العناية الطبية المجانية لانها وصلت إلى فئات أوسع .

وإنعقدت الدورة الرابعة للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني سنة 1980 ودرست ملف الصحة بصفة خاصة وإعتمدت 159 نقطة كرست الصحة في خدمة الجميع، وجاء المخطط الخماسي وأعطى أولوية للإستثمارات الإجتماعية التي من بينها الصحة. (oufriha :p17)

وكانت مجانية العلاج تهدف إلى رفع المستوى الصحي، غير أن تطبيقها بمعزل عن المحيط الإجتماعي والإقتصادي أنشأ فيها العديد من التناقضات خصوصا مع بروز مشكل التمويل في الثمانينات، وفي هذه المرحلة تم توحيد أنظمة العلاج مع هيمنة القطاع العمومي وأصبحت الهياكل الصحية متكونة من :

- هياكل للعلاج تابعة للضمان الإجتماعي

- المراكز الصحية الإجتماعية

- الطب الخاص "عيادات ومخابر (oufriha :p17).

تم إعادة تنظيم الشبكة العمومية للعلاج إبتداء من سنة 1984 وأصبحت متكونة من :

- القطاع الصحي (178 قطاع صحي مع 40700 سرير سنة 1984)

- القطاع الصحي الفرعي المتعدد الخدمات

- المستشفيات المتخصصة (عددها 18 سنة 1984)

- المراكز الإستشفائية الجامعية (عددها 13 سنة 1986 مع 17 ألف سرير).

وقد أتت هذه الهيكلية إستجابة لمبادئ أساسية هي :

- تطبيق مبدأ ثلاثي الأبعاد (القطاعية، الجهوية، تدرج العلاج)

- مقارنة ما بين القطاعات التي تستلزم إعادة تعريف دور وظائف وزارة الصحة وجميع الوزارات التي تدخل في قطاع الصحة

- إدماج جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية وإقحامها في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة

- خضوع كل توسع للشبكة الصحية إلى شكل مدار ومخطط الخريطة الصحية الوطنية

- إدخال النشاطات الوقائية والعلاجية في جميع مستويات توزيع العلاج. (oufriha :p18-20).

- المرحلة الإنتقالية الجديدة :

كان أي نظام يتأثر ويستجيب لمختلف التغيرات التي طرأت على الإقتصاد الوطني، غير أن هذا التغيير لم يتم على مستوى منظومي بل تم الإكتفاء بإنقاص نفقات التسيير هذا فضلا عن نفقات الإستثمار، إذ مثلت نفقات الصحة سنة 1998 " 4.7 بالمئة " من الناتج العام، بعد أن كانت 6 بالمئة سنة 1993 ولم تعرف الشبكة العمومية للعلاج تغيرا يذكر وأما الشبكة الخاصة فقد بدأت تعرف توسعا بفضل الدخول في إقتصاد السوق وترك حرية المبادرة، ويعاني النظام الصحي في الجزائر من مشكلتين أساسيتين أحدهما إستراتيجي متعلق بإعادة تعريف الأهداف الأساسية للصحة العمومية، والأخر تنظيمي له علاقة بالشكل المجزء للهياكل الصحية وما يتبعه من مشاكل التنسيق والتكامل (وزارة الصحة والسكان :1998).

وأحدث المرسوم التنفيذي رقم 79-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بالمجالس الجهوية للصحة خمسة جهات صحية (وسط، شرق، غرب، جنوب شرقي، جنوب غربي) ويساعد هذه المجالس في تأدية مهامها هيكل دعم ذات طابع تقني هي الملحقات الجهوية بالمعهد الوطني للصحة العمومية.

ثم جاء إقتراح الهيئات الإستشفائية الجامعية الذي جاء لإبعاد الضغط من الهيئات الأخرى، غير أن الجهة عبارة عن تنظيم ظهر في فرنسا لحل مشاكل خاصة للنظام الصحي الفرنسي، كما أن التنظيم الإداري الفرنسي يعترف بالجهة على عكس التنظيم الإداري الجزائري الذي لا يعترف بها لإعتبارات سياسية وأخرى مؤسساتية محضة.

كما أنه توجد العديد من التعديلات التي مست الجانب التنظيمي للهيئات الإستشفائية الجامعية، الهيئات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية، وشملت أساسا إدخال الإدارة عوض مجلس التوجيه وإقحام مختلف الفاعلين فيه ومنح المحاسب العمومي مهمة مسك محاسبة عامة وتحليلية، كما تمت إعادة هيكلة بعض الهياكل الاستشفائية الجامعية عن طريق تحويل بعض هياكله إلى مراكز إستشفائية متخصصة.

#### 7- تنظيم و هيكلة القطاع الصحي في الجزائر :

تعتبر وزارة الصحة المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب المتواجدين على مستوى الجزائر، وكذا الحد من إنتشار الامراض المختلفة ومحاربتها لضمان السلامة الصحية للمواطن، ولكي تضمن الوزارة كل ذلك، أوجدت عدة مؤسسات لكل منها أدوارها المختلفة في سبيل بلوغ الهدف الأوحد، وسنحاول فيما يأتي الإشارة إلى نظام الخدمات الصحية في الجزائر وذلك من أجل التعرف على المجال الذي نقوم بدراسته ومدى أهميته وكذا موقعه داخل المنظومة الصحية في الجزائر.

- على المستوى المركزي :

- وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات :

- الوزير:

يقوم وزير الصحة حسب المرسوم التنفيذي رقم 90-124 المؤرخ في 30 أفريل 1990 بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال :

وقاية صحة السكان ورعايتها .

التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي .

التنظيم الصحي والخريطة الصحية .

العلاج الطبي في الهياكل الصحية.

تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه الطبيين.

السهر على تنمية المارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات.

تنظيم المهن وإعداد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية .

تدعيم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الامراض الوبائية والمستديمة.

التزود بالادوية والأجهزة والمعدات الطبية وتوزيعها .

الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والجامعي.

- ديوان الوزير :

يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة عددهم سبعة، وملحقون بالديوان عددهم اربعة بجميع الأشغال والإلتزامات والأبحاث المرتبطة بإختصاصاتهم وتحضيرهم لمشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

- الأمانة العامة :

تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده إثنان من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والإتصال بالتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

- المفتشية العامة :

يشرف على المفتشية العامة ستة مفتشين يقومون حسب المرسوم التنفيذي رقم 90-188 المؤرخ في 23

جوان 1990 بالمهام التالية:

الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية.

توجيه المسيريين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.

السهر على الإستعمال المحكم للوسائل والموارد.

ضمان الصرامة في تنضيم العمل .

- المديريات المركزية :

وتشتمل على ثمانية مديريات لكل منها إختصاص معين وهي :

- مديرية الوقاية .

- مديرية المصالح الصحية .

- مديرية الصيدلة و الدواء .

- مديرية السكان .

- مديرية التكوين .

- مديرية إدارة الوسائل.

- مديرية التخطيط .

- مديرية التقنين و المنازعات.

- على مستوى المناطق الصحية :

- المراكز الإستشفائية الجامعية :

أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادرة في 17 جوان وهي نتاج لإتحاد مركز إستشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة، حيث يعتبر المركز الإستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناءا على إقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم

العالي والبحث العلمي (المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 12-12-1997) بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي، ويمارس وزير التعليم العالي والبحث العلمي الوصاية البيداغوجية، المركز الإستشفائي الجامعي وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الإستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية وإستقبال مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء بمعنى أنه يشرف على ثلاثة ميادين أساسية هي :

- الميدان الصحي

- الميدان التكويني .

- ميدان الدراسة والبحث .

ويدير المركز الإستشفائي مجلس إدارة و يسيره مدير عام، مزود بجهاز إستشاري يسمى المجلس العلمي على مستوى الولائي.

- مديرية الصحة والسكان :

بنفس الهيكل التنظيمي في الإدارة المركزية يقوم مدير الصحة والسكان الذي يشرف على المراكز الإستشفائية الولائية (240 إلى 400 سرير) يكلف بالمهام التالية :

- يمثل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان.

- السهر على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا.

- متابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها.

- مراقبة توزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها.

- إعداد التقارير لتحديد الإحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج

- تطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة.

- تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية .

- إعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وظيفتها بإستمرار.
- دراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة.
- الإتصال بالمصالح المعنية في تحديد الإحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين.
- التكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والإجتماعية.
- **على المستوى المحلي (الدائرة و البلدية) :**
- تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية، ومنشآت إستشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية، تتولى هذه المنشآت تحديد إحتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية ، و المنشأة الإستشفائية المتخصصة منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالخاصية المعنوية والإستقلال المالي ، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين مثل مستشفى أمراض المسالك البولية، مستشفى أمراض القلب، مستشفى أمراض الأطفال.
- ترتب القطاعات الصحية ولمنشآت الإستشفائية المتخصصة في ثلاثة أصناف على أساس المعايير الصحية الآتية :
- **القطاعات الصحية و المنشآت الإستشفائية المتخصصة من الصنف (أ) :** تنشأ على مستوى الجهات الصحية وهي تقوم بتقديم خدمات 48 إختصاصا.
- **القطاعات الصحية و المنشآت الإستشفائية المتخصصة من صنف (ب) :** وتنشأ على مستوى الولاية وهي تضم 20 إختصاصا.
- **القطاعات الصحية و المنشآت الإستشفائية المتخصصة من صنف (ج) :** وتنشأ على مستوى الدوائر وهي تقدم خدمات 08 إختصاصات .
- وللد من من الضغط على المراكز الإستشفائية، تم إنشاء قطاعات صحية فرعية هي :
- **عيادات متعددة الخدمات:** مهمتها تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، كما تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي و المستشفى.

- المركز الصحي: وينشا عند كل قرية، توكل له مهمة الوقاية الصحية وحماية الامومة والطفولة .

#### 8- الخريطة الصحية في الجزائر :

تتكفل الخريطة الصحية في توزيع وضمان التغطية الصحية اللازمة حتى يستفيد المواطن من العلاج القاعدي والمتخصص في إطار الحق في العلاج ومجانيته، ويرتبط توزيعها حسب حاجيات السكان، وتتكون الخريطة الصحية في الجزائر من المؤسسات الصحية الإستشفائية والمؤسسات الصحية الجوارية.

#### - المؤسسات الصحية الإستشفائية :

تتكفل هذه المؤسسات بإستشفاء المريض الذي تستدعي حالته الصحية المكوث داخل المستشفى لمدة زمنية معينة و تتكون من **282** مؤسسة منتشرة عبر الوطن وهي :

المراكز الإستشفائية الجامعية C.H.U وعددها 13 مركزا.

المؤسسات الصحية الجامعية E.H.U وعددها 01 مؤسسة.

المؤسسات الإستشفائية E.H وعددها 5 مؤسسات.

المؤسسات الاستشفائية المتخصصة E.H.S وعددها 68 مؤسسة.

المؤسسات الإستشفائية العمومية E.P.H وعددها 195 مؤسسة.

#### - المؤسسات الصحية الجوارية :

تتكفل هذه المؤسسات بالعلاج القاعدي الجوارى للمريض الذي لا يستدعي حالته الصحية الاستشفاء وتتكون من **7022** مؤسسة جوارية وهي :

المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وعددها 271 مؤسسة.

العيادات المتعددة الخدمات وعددها 1375 عيادة.

قاعات العلاج وعددها 5376 قاعة ( إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:2015).



### ثانيا: التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية

تتميز المنظومة العمومية للصحة ببعض الاختلالات، الشيء الذي أدى إلى إعادة التفكير في تنظيمها. وسيتم إبراز خلفيات التغيير في المنظومة العمومية للصحة من خلال التعرض إلى العناصر الآتية:

#### 1- أسباب التغيير

تتمثل أهم أسباب التغيير في المنظومة العمومية للصحة في السببين الرئيسيين الآتيين:  
السبب الأول، ويتمثل في تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية والذي نجم عنه سلبيات تتمثل فيما يلي (وزارة الصحة والسكان، 2008، ص 11):

- إتجاه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة والخدمات.
- تركيز الطلب على العلاجات أكثر خصوصية مثل (الأورام، جراحة القلب والأوعية طب العيون) في بعض المستشفيات.
- إكتظاظ المستشفيات الجامعية والمتخصصة.
- اللجوء إلى العلاج في الخارج بالرغم من أنه عرف تناقصا خلال السنوات الأخيرة.

السبب الثاني، ويتمثل في عدم التوازن في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة 22%، والغرب على نسبة 20%. في حين منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي (18).

والجدير بالإشارة أن عدم التوازن لم يقتصر فقط على اللامساواة في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بل شمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متمركزة في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها.

#### 2- أهداف التغيير

يتمثل الهدف الرئيسي في تقريب الخدمات الصحية من المواطن ولتحقيق هذا الهدف تم إتخاذ الإجراءات التالية:

- تقريب الهياكل خارج الإستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي من المواطن.

- إحالة المريض من الهياكل خارج الإستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص.
- الوصول إلى العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسؤول عن الهيكل الإستشفائي.
- وإنبثق عن الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في:
  - تحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.
  - إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة وذات المستوى العالي.
  - تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.

إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية إستشفائية وعددها 192 ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية ويبلغ عددها 271 مؤسسة.

وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية Etablissement publique de santé proximité من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة وسيتم في هذا العنصر التعرض إلى كل من قاعة العلاج والعيادة المتعددة الخدمات من خلال تعريفها ومهامها.

**2-1- قاعة العلاج:** تتمثل قاعة العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية، أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية.

ولتمكين المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية، يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج، بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي في الوسط الحضري وكذلك في الأحياء القروية والريفية.

يمكن توضيح المهام التي تقوم بها قاعة العلاج في النقاط أدناه:

تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض.

ضمان تواجد قاعة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات، الحقن.

ضمان وظائف الوقاية الآتية:

- متابعة البرامج الوطنية للصحة.
  - متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأم والطفل مثل متابعة الأمهات الحوامل، التطعيم.
  - مكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.
  - مراقبة نظافة الوسط.
- وبهدف ضمان المناوبة المستمرة للطبيب والمساعد، تم تحسيس البلديات بضرورة توفير إقامتين سكنيتين لكل واحد منهما.

**2-2- عيادة متعددة الخدمات:** تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها.

تغطي هذه الوحدة الصحية في الوسط الحضري **25000** مواطن، و**3000** إلى **4000** مواطن في الوسط القروي. ويرجع هذا التفاوت في التقسيم إلى عدة أسباب منها (احتياجات السكان، القيود الإجتماعية الإقتصادية، الجغرافية، التضاريس، وكذا عزلة بعض المناطق).

باعتبار العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الإستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف الموالية:

- وظائف الطب العام.
- وظائف طب الأسنان.
- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية وتشمل:
  - الجراحة العامة.
  - الطب الداخلي.
  - التوليد.
  - طب الأطفال.

## خلاصة:

بعد تناولنا للمباحث الثالثة تبين لنا أن معظم الخدمات الصحية تعطي الأولوية في تدخلاتها للتكفل بالجانب الطبي العضوي وتتهاون في الجانب النفسي، و يظهر ذلك حتى في القانون المنظم للصحة العمومية حيث يمكن الإشارة إلى وجود فراغ من حيث تحديد دور ومهام علم النفس في حماية و ترقية الصحة العمومية، فالبرغم من كل التدخلات التي يضمنها النفسي العيادي الممارس، إلا أن دوره يبقى غامضاً من حيث تحديد مهامه ومسؤولياته المهنية فهو يعاني من التهميش بحيث ليس له الحق في المشاركة في المجالس العلمية والطبية لمؤسسات الصحة التي تتكفل بإعداد البرامج الصحية وتحديد الحاجيات الجديدة. كما أن البرامج الوطنية التي تعتمدها وزارة الصحة والسكان لا تتكفل بالجانب النفسي ولا توفر له التغطية اللازمة من حيث الموارد البشرية والمادية، لذلك يبدو أن أصل المشكل مؤسسي بالدرجة الأولى.

بالإضافة إلى ذلك يبقى سلك النفسيين الفئة الوحيدة التي لم تحدد طبيعة إنتمائها داخل المنظومة الصحية، فلا هي مسجلة ضمن السلك الطبي، ولا هي مدرجة في سلك شبه الطبي، ولا الإداري، هذه الوضعية الغامضة تسببت في غموض واضح للهوية المهنية داخل القطاع، وضاعفت من الوضعية الإنسحابية للنفسانيين في قطاع الصحة العمومية.

# الفصل الثالث

## الإجراءات المنهجية للدراسة

- منهج الدراسة

- ميدان الدراسة

- مجتمع الدراسة

- عينة الدراسة

- الدراسة الإستطلاعية

- أداة الدراسة

- إجراءات الدراسة الأساسية

- الأساليب الإحصائية للدراسة

## تمهيد :

لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري، والذي يعتبر كأساس قاعدي لها يكمله الجانب التطبيقي. الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي. حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية، وتوسيع مجال دراسته. فإذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق الخاصة بمتغيرات دراستنا، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، وهذا من خلال تحويل نتائجها من كيفية إلى إحصاءات كمية

وفي هذا الفصل سنتعرض إلى المنهج المتبع في الدراسة، والعينة وخصائصها، كما سنتناول أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية، ثم نتطرق بعدها إلى إجراءات تطبيق الدراسة وأخيرا الوسائل الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات المتحصل عليها.

## 1- منهج الدراسة:

بناء على طبيعة الدراسة التي تسعى إلى التعرف على معوقات الممارسة النفسية ومن أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة، إستخدمنا المنهج الوصفي الإستكشافي نظرا لملائمته لأغراض الدراسة فهو منهج يستخدم لدراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، علاقاتها، والعوامل المؤثرة فيها، كذلك يركز على وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية، وقد يقتصر هذا المنهج على وضع قائمة لفترة زمنية محددة أو تصور يشمل فترات زمنية عدة، كما يشمل في كثير من الأحيان على التنبؤ للظواهر والأحداث التي يدرسها، من أجل التعرف على الظاهرة من حيث المحتوى والمضمون ، والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره (عليان و غنيم، 2000، ص42).

ويعرفه عبيدات على أنه أسلوب من أساليب التحليل المرتكزة على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج ثم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة (عبيدات و اخرون ، 2000، ص60)

## 2-ميدان الدراسة :

تتناول موضوع هذه الدراسة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسانيين في مؤسسات الصحة العمومية، ونظرا لكون المنهج المستخدم والذي تتطلبه هذه الدراسة ينتمي إلى منهج البحث الميداني الذي يطبق عموما حسب مايراه موريس انجرس (2004) على مجموعات واسعة من الأفراد، مثل سكان بلد ما حيث من الصعب أو ربما من المستحيل الإتصال بهم كلهم، ماعدا ما يتعلق بالحكومات التي تمتلك الوسائل البشرية والمالية الضرورية للقيام بتعديلات الكبرى، فإن منهج البحث الميداني يتم عادة عن طريق الإستعانة بالمعاينة وذلك بإنتقاء جزء من مجموع هؤلاء الأفراد كما يمكن أن يجري التحقق على مجموعات صغيرة جيدا والتي ليس من الضروري معاينتها دائما (ص106)

لذلك ومن أجل إكتشاف ميدان الدراسة لغرض تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، قام الباحث بتحديد ميدان الدراسة وإكتشافها من خلال مديريات الصحة العمومية لكل ولاية من ولايات الشرق الجزائري، وذلك لجمع جميع المعلومات المتعلقة بعدد المؤسسات العمومية الإستشفائية الجوارية والعمومية، وكذلك عدد الأخصائيين الممارسين في كل فرع في كل ولاية من ولايات الشرق الجزائري وهي(برج بوعريبيج،

سطيف، بجاية، قسنطينة، ميلة، عنابة، سكيكدة، باتنة، عنابة، طارف، سوق أهراس، قالمة، أم البواقي، بجاية، ورقلة، بسكرة، الوادي) ، ومنه إتضح أن عدد المؤسسات الإستشفائية بولايات الشرق الجزائري هو 252 وعدد الأخصائيين النفسانيين هو 634

### 3-مجتمع الدراسة :

لقد مكنت الزيارة الميدانية الباحث من الإطلاع على القائمة الرسمية للمؤسسات الصحة العمومية، والأخصائيين النفسانيين العياديين في تلك المؤسسات، كما ساعدت هذه الزيارات الباحث فيما بعد إنطلاقا من الخصائص التي تميز عينة الدراسة .

وعلى إعتبارات أهمها إمكانيات الباحث والوقت المخصص لإنهاء الدراسة، إعتدنا على مجتمع يتكون من الأخصائيين النفسانيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية، حيث شملت الدراسة الأخصائيين النفسانيين العياديين في الولايات الواقعة شرق الجزائر وكان عددهم الإجمالي 634 وهو ما يحدد مجتمع الدراسة ب 255أخصائي نفسي.

### 4-عينة الدراسة وخصائصها :

بعدما تم تحديد مجتمع الدراسة، بالإضافة إلى تحديد العدد الإجمالي لعينة الدراسة فقد تم تصنيف العينة حسب بعض الخصائص التي تناولتها الدراسة وهي : الجنس، الخبرة، الرتبة، طبيعة المؤسسة المستخدمة.

ثم قامنا بتوزيع أداة الدراسة على جميع أفراد العينة وبعد إسترداد الإستجابات بلغ عدد الإستمارات 255 إستمارة، وهي بذلك العينة التي سوف يتم تحليل نتائجها، ومنه فإن عينة الدراسة 255أخصائي نفسي موزعة حسب الخصائص السابقة الذكر كمايلي :



من حيث نوع الجنس :يوضح الجدول رقم (04) توزيع افراد العينة الدراسة من حيث نوع الجنس للأخصائي النفسي العيادي

الجنس	العدد	النسبة
ذكر	80	31.4
انثى	175	68.6
العدد الاجمالي	255	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن عينة الدراسة تتكون من (80) أخصائي نفسي من جنس ذكر، وهو عدد يمثل نسبة 31.4% من أفراد عينة الدراسة، و 175 أخصائي نفسي من جنس أنثى وهو عدد يمثل نسبة 68.6% من أفراد عينة الدراسة .

من حيث الخبرة : يوضح الجدول رقم (05) توزيع افراد عينة الدراسة من حيث سنوات الممارسة المهنية التي مارسها الأخصائي النفسي العيادي

الخبرة	العدد	النسبة
من 0 – 5	200	78.4
من 5 – 10	55	21.6
العدد الاجمالي	255	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن عينة الدراسة تتكون من 200 أخصائي نفسي ينتمي إلى الفئة التي لها أقل من 5سنوات ممارسة مهنية، وهو عدد يمثل نسبة 78.4% من أفراد عينة الدراسة، و 55 أخصائي نفسي ينتمي إلى الفئة التي لها أكثر من 5سنوات ممارسة مهنية وهو عدد يمثل نسبة 21.6% من أفراد عينة الدراسة .

من حيث الرتبة : يمثل الجدول رقم (06) توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث رتبة الأخصائي

النفساني العيادي

الرتبة	العدد	النسبة
عادي	213	83.5
رئيسي	42	16.5
العدد الاجمالي	255	100

نلاحظ من خلال الجول رقم (06) أن عينة الدراسة تتكون من 213 أخصائي نفسي برتبة عادي وهو عدد يمثل نسبة 83.5 % من أفراد عينة الدراسة، و 42 أخصائي نفسي برتبة رئيسي وهو عدد يمثل نسبة 16.5 % من أفراد عينة الدراسة .

من حيث طبيعة مؤسسة المستخدمة : يمثل الجدول رقم (07) توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث طبيعة المصلحة التي يشتغل فيها الأخصائي النفسي العيادي

طبيعة المصلحة المستخدمة	العدد	النسبة
إستشفائية عمومية	119	47.84
إستشفائية جوارية	136	52.16
العدد الاجمالي	255	100

نلاحظ من خلال الجول رقم (07) أن عينة الدراسة تتكون من 119 أخصائي نفسي يزاولون مهامهم في مؤسسات إستشفائية عمومية وهو عدد يمثل نسبة 47.84 % من أفراد عينة الدراسة، و136 أخصائي نفسي يزاولون أعمالهم بمؤسسات إستشفائية جوارية وهو عدد يمثل نسبة 52.16 % من أفراد عينة الدراسة .

#### 5-الدراسة الاستطلاعية :

من أجل الكشف عن صلاحية الأداة المستخدمة في الدراسة ومن أجل الحصول على بيانات تمكن من التحقق من صدق الأداة وثبات نتائجها، ثم تطبيق الأداة المعدلة على عينة إستطلاعية تتكون من 30 أخصائي نفسي من أصل 255 أخصائي نفسي يمارسون مهنتهم في ولايات الشرق الجزائري، حيث

تم توزيع 30 إستمارة على الولايات القريبة من الباحث (برج بوعرييج، سطيف، بجاية، قسنطينة) خمسة إستمارات في ولاية برج بوعرييج، خمسة في ولاية سطيف، خمسة في ولاية بجاية، خمسة عشر في ولاية قسنطينة، وذلك حتى نتمكن من الحصول على نتائج تسمح لنا بالتحقق من صلاحية أداة الدراسة .

#### 6-أداة الدراسة وخصائصها السيكمترية :

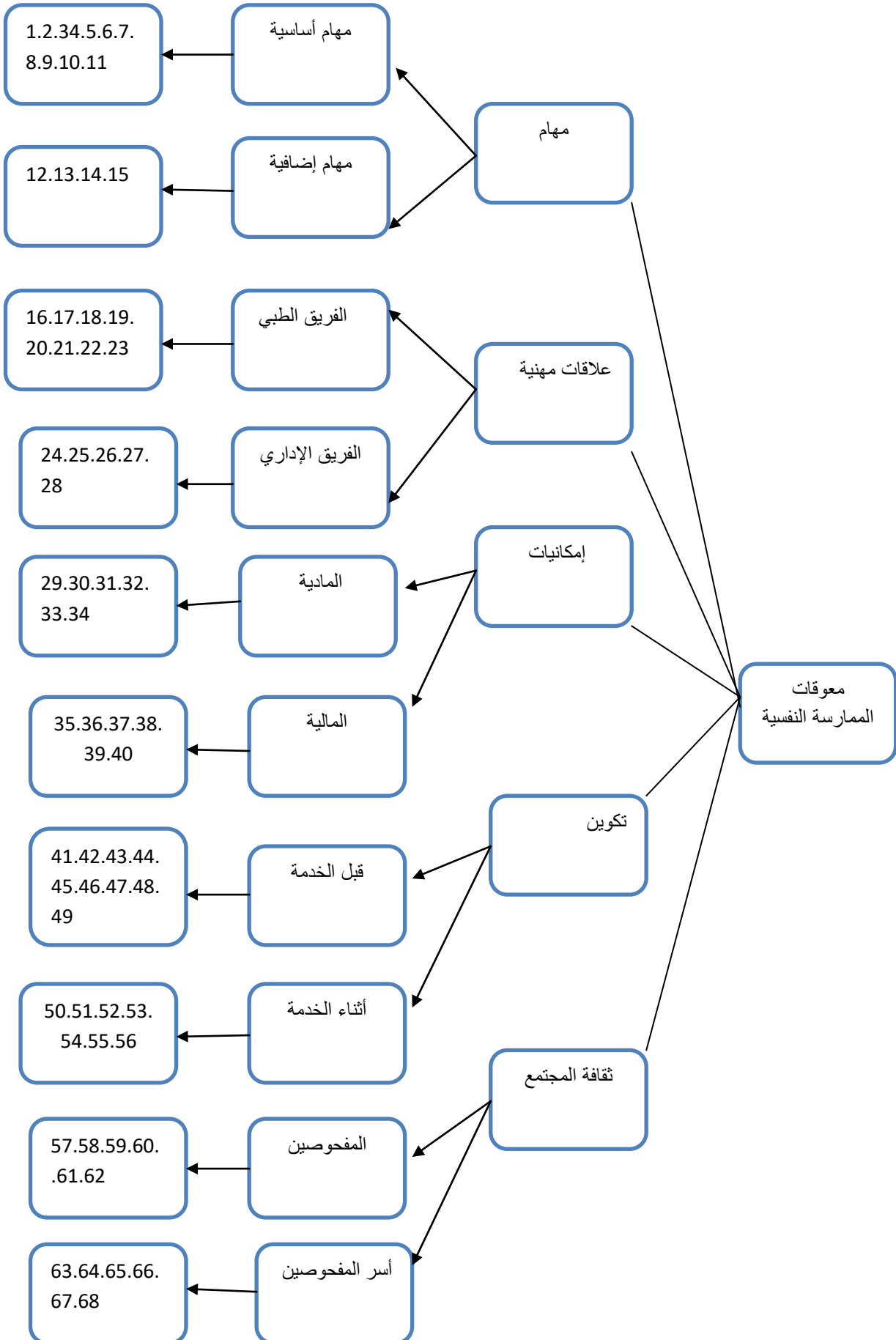
هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معوقات الممارسة النفسية التي تواجه عمل الأخصائيين النفسانيين في مؤسسات الصحة العمومية، والتعرف على درجتها وحدتها، وكذا التعرف على أثر بعض المتغيرات الوسيطة في هذه المعوقات، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث ببناء أداة لقياس معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائي النفسي العيادي في المصالح الاستشفائية، وقد مر بناء هذه الأداة بعدد من الخطوات إنطلاقاً من الإطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت معوقات الممارسة النفسية التي كانت شبه منعدمة ولم يتم تناولها إلا نادراً، ثم مراجعة النظريات والآراء العيادية التي تناولت موضوع المعوقات المتعلقة بعمل الأخصائي النفسي، والإطلاع على المنشورات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إضافة إلى مقررات تكوين الأخصائيين النفسانيين في الجامعة.

وعلى ضوء الخطوات السابقة قام الباحث بإعداد صورة مبدئية لأداة القياس، والتي يمكن من خلالها تحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها .

وقد إستند الباحث في هذا البناء إلى الأسلوب الذي إعتده كل من عمروني (1997) وموريس أنجرس (2004) من خلال تفكيك المفهوم إلى أبعاد ثم تجزئة البعد إلى مؤشرات .

وقد تكونت أداة الدراسة من 05محاور هي : المهام، العلاقات المهنية، الإمكانيات، التكوين، ثقافة المجتمع

الشكل رقم (01) يوضح معوقات الممارسة النفسية لمحاور الأداة وتحدياتهم الإجرائية وعدد الفقرات المكونة لهم.



وبعد أن إكتملت أداة الدراسة في صورتها الأولية تم عرضها على مجموعة من المحكمين والمختصين، وهذا للتأكد فيما إذا كانت فقرات الأداة، ومحاورة تمثل حصرا لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين ، وقد أشار أغلب المحكمين إلى تعديل مجموعة من الفقرات وحذف بعضها وقد زودت الإستمارة بالتعليمات المرجعية لإستجابات الأخصائيين النفسيين العياديين على الأداة، بحيث يطلب من كل أخصائي قراءة كل عبارة ثم إبداء الرأي فيها على ضوء إدراك الأخصائيين لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم على مقياس من ثلاثة إستجابات (دائما، أحيانا، أبدا ) مع تخصيص الدرجات (1,2,3) على التوالي، لتحديد الإستجابات (فؤاد البهي السيد ،2006،ص352) .

كما تم وضع عبارات تهدف إلى جمع البيانات الضرورية لكل أخصائي نفسي عيادي حسب المتغيرات الوسيطة للدراسة وهي على التوالي ( الجنس، الخبرة، الرتبة، طبيعة المصلحة ).

وفيما يلي يمكن التعرض إلى الشروط السيكمترية التي تم مراعاتها في بناء الأداة من أجل إختبار صلاحيتها وذلك بالإعتماد على نتائج إستجابات أفراد عينة الإستطلاعية، ولقد قام الباحث بحساب صدق وثبات أداة الدراسة بإستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية spss20.

#### الصدق :

من أجل التحقق من صدق الأداة قام الباحث بإستخدام أسلوبين هما صدق المحكمين، وصدق الإتساق الداخلي وسيتم عرض نتائجهما في مايلي :

#### صدق المحكمين :

يمكن صدق المحكمين من الحكم على الصدق الظاهري، وصدق البناء للمقياس وهو من أكثر الوسائل إستعمالا للحكم على صدق بناء المقياس النفسية (الصمادي وابو نواس ،2009، ص36)

وقد تم عرض الأداة على 07 محكمين، ثلاثة منهم تخصص علم النفس تنظيم وعمل و أربعة تخصص علم النفس العيادي (انظر القائمة الاسمية للمحكين الملحق رقم 04)

أسفرت نتائج التحكيم على حذف مجموعة من البنود بلغ عددها 24

وقد تم تعديل بعضها بما أشار به المحكمون، كما أشار المحكمون بتعديل تسمية المحور نظرة المجتمع وتم إستبداله ب ثقافة المجتمع

الصدق بطريقة المقارنة الطرفية

الجدول رقم (8) يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للدرجة الكلية للمقياس

T		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة
درجة الثقة					
الحد الاعلى	الحد الادنى				
21.68-	33.68-	8.18	172.44	9	دنيا
21.35-	34.20-	2.68	200.22	9	عليا

يوضح الجدول رقم(8) نتائج تطبيق إختبار (ت) للعينتين مستقلتين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة العليا 200.22 بانحراف معياري قدره 2,68، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة الدنيا 172,44 بانحراف معياري قدره 8,18، وقدرت قيمة (ت) ب-9,67 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، ودرجة حرية 16، كما يوضح أن (0) لاينتمي الى مجال فترة الثقة ومنه نستنتج أن هناك فروق بين المجموعتين العليا والدنيا لصالح المجموعة العليا، وبالتالي المقياس صادق فيما يقيسه .

الجدول رقم (09) يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الاول

T				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	
درجة الثقة		Sig t	df					t
الحد الاعلى	الحد الادنى							
8.83-	14.49-	0.000	16	8.73-	3.9	30.64	9 دنيا	
8.52-	14.73-				0.33	41.12	9 عليا	

يوضح الجدول رقم (09) نتائج تطبيق إختبار (ت) للعينتين مستقلتين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة العليا (41,12) بانحراف معياري قدره (0.33)، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة الدنيا (30,64) بانحراف معياري قدره (3.9) ، وقدرت قيمة (ت) بـ (8.73-) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، ودرجة حرية (16)، كما يوضح أن (0) لاينتمي إلى مجال فترة الثقة.

ومنه نستنتج أن هناك فروق بين المجموعتين العليا والدنيا لصالح المجموعة العليا، وبالتالي المقياس في محوره الأول صادق فيما يقيسه .

الجدول رقم (10) يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الثاني

T				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	
درجة الثقة		Sig t	df					t
الحد الاعلى	الحد الادنى							
4.40-	9.59-	0.000	16	5.71-	3.67	32.12	9	دنيا
4.17-	9.82-				0.00	39.33	9	عليا

يوضح الجدول رقم (10) نتائج تطبيق إختبار (ت) للعينتين مستقلتين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة العليا (39.33) بانحراف معياري قدره (0.00)، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة الدنيا (32,12) بانحراف معياري قدره (3.67)، وقدرت قيمة (ت) ب (-) (5,71) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، عند درجة حرية (16) كما يوضح أن (0) لاينتمي الى مجال فترة الثقة.

ومنه نستنتج أن هناك فروق بين المجموعتين العليا والدنيا لصالح المجموعة العليا، وبالتالي المقياس في محوره الثاني صادق فيما يقيسه

الجدول رقم (11) يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الثالث

T				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	
درجة الثقة		Sig t	df					t
الحد الاعلى	الحد الادنى							
8.22-	11.10-	0.000	16	14.25	2.00	32.44	9	دنيا
8.11-	11.21-				0,33	42.11	9	عليا





الجدول رقم (13) يبين دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس معوقات الممارسة النفسية للمحور الخامس

T				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة
درجة الثقة		Sig t	df				
الحد الاعلى	الحد الادنى						
1.85-	10.37-	0.000	16	3.04-	6.03	32.88	9 دنيا
1.47-	10.74-				00.	39	9 عليا

يوضح الجدول رقم(13) نتائج تطبيق إختبار (ت) للعينتين مستقلتين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة العليا (39) بانحراف معياري قدره (0.00)، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة الدنيا (32,88) بانحراف معياري قدره (6,03)، وقدرت قيمة (ت) ب (-3,04) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، عند درجة حرية (16)، كما يوضح أن (0) لاينتمي الى مجال فترة الثقة.

ومنه نستنتج أن هناك فروق بين المجموعتين العليا والدنيا لصالح المجموعة العليا، وبالتالي المقياس في محوره الخامس صادق فيما يقيسه .

#### الصدق بطريقة الإتساق الداخلي :

ولأن صدق المحكمين لا يمكن الإعتماد عليه كمؤشر وحيد لتحقق من صدق البناء، وضرورة توظيف طرق أخرى للوصول إلى دلالات أكثر موضوعية (الصمادي وابو نواس، 2009) قام الباحث بإستخدام صدق الإتساق الداخلي لأجل التأكد من صدق درجات المقياس حيث يدل الصدق الداخلي حسب cronbach و oppenhiem على الترابطات الكلية بين البند والدرجة الكلية، وبين البند

وباقى البنود وبالتالي يمكن إعتبار ذلك كدلالة على الصدق، إذ يمكن تفسير إرتباط البند بالدرجة الكلية على أن البند يرتبط بالموضوع المراد قياسه (عمروني ، 1997)

ومن أجل ذلك تم حساب معاملات الإرتباط بين الفقرات والمحور الذي تنتمي إليه، ثم حساب معاملات إرتباط المحاور فيما بينها وذلك بواسطة معامل بيرسون وباستخدام برنامج الحزم الإحصائية spss إصدار 20.

وفيمايلي عرض تفصيلي لمصفوفات الإرتباط من خلال الجداول التالية :

جدول رقم (14) يوضح معاملات إرتباط المحاور فيما بينها

المحاور	الإرتباط	الدلالة	القيمة الاحتمالية
المهام	0.45	0.05	*0.14
علاقات مهنية	0.38	0.05	*0.38
الإمكانيات	0.48	0.01	**0.07
التكوين	0.78	0.01	**0.000
ثقافة المجتمع	0.61	0.01	**0.000

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية لكل محور والدرجة الكلية للمقياس ككل تراوحت بين (0.38، 0.78) وهي أغلبها دالة عند 0.01 ماعدا محوري (المهام، العلاقات المهنية) دالة عند 0.05 ، وهذا يشير الى صدق الاتساق الداخلي للمقياس

جدول رقم (15) يوضح إرتباط كل فقرة مع المحور

المحاور	معاملات الارتباط	البنود	
		مستوى الدلالة 0,01	مستوى الدلالة 0,05
المحور الأول: المهام	تتراوح ما بين 0,6 إلى 0,81	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	11,12,13,14
المحور الثاني: العلاقات المهنية	تتراوح ما بين 0,48 إلى 0,86	15,16,17,18,19,20,21,22,23,24	25,26,27
المحور الثالث: الإمكانيات	تتراوح ما بين 0,40 إلى 0,74	30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40	28,29,41
المحور الرابع: التكوين	تتراوح ما بين 0,54 إلى 0,95	42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52 53,54,55	/
المحور الخامس: ثقافة المجتمع	تتراوح ما بين 0,88 إلى 0,97	56,57,58,59,60,61,62,63,64,65 66,67,68	/

يتضح من الجدول رقم (15) أن جميع فقرات المحور الأول من الفقرة 1 إلى الفقرة 14 معاملات

إرتباطها دالة إحصائيا عند 0.01

أما فقرات المحور الثاني من الفقرة 15 إلى الفقرة 24 معاملات إرتباطها دالة إحصائيا عند 0.01، وأن

الفقرات من 25 إلى 27 فقرة معاملات إرتباطها دالة إحصائيا عند مستوى 0,05

أما فقرات المحور الثالث الفقرات (28,29,41) معاملات إرتباطها دالة إحصائيا عند 0.05، وأن الفقرات

من 31 إلى 40 فقرة معاملات إرتباطها دالة إحصائيا عند مستوى 0.05

أما فقرات المحور الرابع الفقرات (42 إلى 55) كلها معاملات إرتباطها دالة إحصائيا عند 0.01

أما فقرات المحور الخامس الفقرات (56 إلى 68) كلها معاملات إرتباطها دالة إحصائيا عند

0.01 .

**الثبات :**

إستخدم الباحث أسلوبين من أجل التحقق من ثبات الأداة هما الإتساق الداخلي والتجزئة النصفية وفي مايلي عرض لنتائجهما

**الثبات بطريقة الإتساق الداخلي :**

**الفا كرونباخ :**

من أجل معاينة ثبات درجات الاتساق إستخدم الباحث طريقة الإتساق الداخلي عن طريق حساب، معامل الفا كرونباخ الذي يعتبر من أكثر الطرق إستخداما للدلالة على ثبات درجات المقاييس النفسية وقد أظهر التطبيق النتائج الظاهرة في الجدول رقم 16

**الجدول رقم (16) بين معامل الفا كرونباخ لكل محور من محاور الأداة معوقات الممارسة النفسية**

المحاور	عدد الفقرات	معامل الفا كرومباخ
مهام	14	0.66
علاقات مهنية	13	0.75
امكانيات	14	0.74
التكوين	14	0.70
ثقافة المجتمع	13	0.68

**الثبات بطريقة التجزئة النصفية:**

قام الباحث بإستخدام طريقة التجزئة النصفية مرة واحدة متبعين في ذلك مثلا التقسيم على أساس الفقرات

الفردية والفقرات الزوجية، وكذلك النصف الأول والنصف الثاني

وبعد تطبيق الإختبار يتم حساب معامل الإرتباط بين درجات الأفراد في الجزئين وذلك بإستخدام معادلة

بيرسون، وبعد حساب معامل الارتباط بيرسون يتم تعديله بإستخدام معادلة سبيرمان براون

**"الجدول رقم (17) يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الاول "المهام"**

مستوى الدلالة	ر سبيرمان براون	ر بيرسون	ن	فردى زوجي نصف الاول والثاني
0.01	0.99	0.97	30	الفقرات الفردية الزوجية
0.05	0.61	0.44	30	النصف الاول والثاني

قام الباحث بحساب معامل إرتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية (فردى، زوجي) تحصلنا على معامل إرتباط بارسون لنصف المقياس المحور (الاول الخاص بالمهام) قدره (0.97)، وهو دال عند مستوى (0.01) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الإرتباط إلى (0.99)

وباستخدام طريقة التجزئة النصفية (النصف الاول، النصف الثاني) فقد تحصلنا على معامل إرتباط بيرسون لنصف المقياس المحور الاول الخاص بالمهام قدره (0.44) وهو دال عند مستوى (0.05) وبعد (التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الإرتباط الى 0.61

وكلا المعاملان يشيران إلى أن المحور الاول الخاص بالمهام يتمتع بثبات (مقبول) ودال إحصائيا

" الجدول رقم (18) يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الثاني "العلاقات المهنية

مستوى الدلالة	ر سبيرمان براون	ر بيرسون	ن	فردى زوجي نصف الاول والثاني
0.01	0.97	0.93	30	الفقرات الفردية الزوجية
0.05	0.66	0.49	30	النصف الاول والثاني

قام الباحث بحساب معامل إرتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية (فردى، زوجي) تحصلنا على معامل إرتباط بارسون لنصف المقياس المحور (الثاني الخاص بالعلاقات المهنية) قدره (0.93)، وهو دال عند مستوى (0.01) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الإرتباط الى 0.97

وباستخدام طريقة التجزئة النصفية (النصف الاول، النصف الثاني) فقد تحصلنا على معامل إرتباط بيرسون لنصف المقياس المحور الثاني الخاص بالعلاقات المهنية قدره (0.49) وهو دال عند مستوى (0.05) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط الى (0.66)

وكلا المعاملان يشيران إلى أن المحور الثاني الخاص بالعلاقات المهنية يتمتع بثبات (مقبول) ودال إحصائياً

الجدول رقم (19) يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الثالث الخاص ب"الامكانيات

مستوى الدلالة	ر سبيرمان براون	ر بيرسون	ن	فردى زوجي نصف الاول والثاني
0.01	0.98	0.96	30	الفقرات الفردية الزوجية
غير دال	0.31	0.20	30	النصف الاول والثاني

قام الباحث بحساب معامل إرتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية (فردى، زوجى) تحصلنا على معامل إرتباط بارسون لنصف المقياس المحور (الثالث الخاص بالامكانيات) قدره (0.96)، وهو دال عند مستوى (0.01) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.98 وباستخدام طريقة التجزئة النصفية (النصف الاول، النصف الثاني) فقد تحصلنا على معامل إرتباط بيرسون لنصف المقياس المحور الثالث الخاص بالامكانيات. قدره (0.20) وهو غير دال عند مستوى (0.01,0.05) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.31 وكلا المعاملان يشيران الى أن المحور الثالث الخاص بالامكانيات يتمتع بثبات (مقبول) ودال إحصائياً، بطريقة التجزئة النصفية (فردى، زوجى) وغير دال بطريقة التجزئة النصفية (النصف الاول، النصف الثاني)

"الجدول رقم (20) يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الرابع الخاص ب"التكوين

مستوى الدلالة	ر سبيرمان براون	ر بيرسون	ن	فردى زوجي نصف الاول والثاني
0.01	0.98	0.97	30	الفقرات الفردية الزوجية
0.01	0.87	0.78	30	النصف الاول والثاني

قام الباحث بحساب معامل إرتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية (فردى، زوجى) تحصلنا على معامل إرتباط بارسون لنصف المقياس المحور (الرابع الخاص بالتكوين) قدره (0.97)، وهو دال عند مستوى (0.01) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.98

وباستخدام طريقة التجزئة النصفية (النصف الاول، النصف الثاني) فقد تحصلنا على معامل إرتباط بيرسون لنصف المقياس المحور الرابع الخاص بالتكوين قدره (0.78) وهو دال عند مستوى (0.01) (وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.87

وكلا المعاملان يشيران الى ان المحور الرابع الخاص بالتكوين يتمتع بثبات (مقبول) ودال احصائيا

"الجدول رقم (21) يوضح نتيجة الثبات بالتجزئة النصفية للمحور الخامس الخاص ب ثقافة المجتمع

مستوى الدلالة	ر سبيرمان براون	ر بيرسون	ن	فردى زوجى نصف الاول والثاني
0.01	0.99	0.98	30	الفقرات الفردية الزوجية
0.01	0.97	0.94	30	النصف الاول والثاني

قام الباحث بحساب معامل إرتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية (فردى، زوجى) تحصلنا على معامل إرتباط بارسون لنصف المقياس المحور (الخاص بثقافة المجتمع) قدره (0.98)، وهو دال عند مستوى (0.01) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.99

وباستخدام طريقة التجزئة النصفية (النصف الاول، النصف الثاني) فقد تحصلنا على معامل إرتباط بيرسون لنصف المقياس المحور الخامس بثقافة المجتمع قدره (0.94) وهو دال عند مستوى (0.01) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.97

وكلا المعاملان يشيران إلى أن المحور الخامس الخاص بثقافة المجتمع يتمتع بثبات (مقبول) ودال إحصائيا.

7- إجراءات الدراسة الأساسية :



بعد تحديد المنهج المناسب للدراسة والإحاطة بميدان الدراسة، وكذا التعرف على المجتمع وإختيار العينة الممثلة له، والتأكد من صلاحية أداة القياس، قمنا بتطبيق إجراءات الدراسة الأساسية خلال الفترة الممتدة بين أكتوبر 2015 إلى فيفري 2016

وقد قمنا بالإتصال بمختلف مديريات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري، وذلك قصد تسهيل عملية جمع الأخصائيين النفسانيين العياديين ، لأن كل مديرية تقوم بجمع الأخصائيين النفسانيين مرة كل شهر قصد التقييم والمتابعة، وهذا ما سهل علينا الأمر في الكثير من ولايات الشرق الجزائري، وبعد إفتتاح كل إجتماع قمنا بالتعريف بالدراسة وإبراز أهميتها والأهداف التي تتطلع إليها، ثم قدمنا أداة الدراسة مع شرح لكيفية الإجابة عليها بعد ذلك تم توزيعها مع إعطاء الوقت الكافي للإجابة على الفقرات حتى نهاية الإجتماع.وقد قمنا في الأخير بشكر الأخصائيين النفسانيين العياديين على حسن تعاونهم معنا.

وبعد إستردادنا للإستمارات قمنا بتفريغها على برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية إصدار 20، لتتم بعدها المعالجة الإحصائية للبيانات.

#### 8 الأساليب الإحصائية للدراسة :

إعتمدنا في دراستنا الحالية في تحليل البيانات على تقنيات الإحصاء الوصفي وتقنيات الإحصاء التحليلي والمتمثلة فيمايلي :

#### أ- تقنيات الإحصاء الوصفي وهي :

- التكرارات والنسب المئوية والوزن النسبي، لتحديد إستجابات أفراد العينة على فقرات الاداة

#### ب- تقنيات الإحصاء التحليلي وهي :

- تحليل التباين والذي يستعمل لحساب دلالة الفروق بين عدد العينات عندما تتجاوز ثلاثة أو أكثر.

أما بخصوص الوزن النسبي فقد تم الحصول عليه بقسمة مجموع (التكرارات \* وزن البديل) لكل بدائل الفقرة على مجموع الإستجابات، وتجدر الإشارة بتعدد المصطلحات التي تعبر عن الوزن النسبي، فبينما إستخدم الكثير من الباحثين مصطلح الوزن النسبي نجد آخرين يستخدمون مصطلح المتوسط المرجح كما ويتم ورد عن عز عبد الفتاح (2008)، أما عماد الزغلول (2005) فقد إستخدم مصطلح الوسط الموزون

حسابه من خلال المعادلة التالية :  $s = s_1 + s_2 + \dots + s_n + 2 \dots$  (نفس المرجع السابق  
ص110)

حيث أن  $s_1, s_2 \dots$  تمثل المتوسطات الحسابية للمجموعات الجزئية، وهي تمثل أوزان البدائل

أما  $n_1, n_2 \dots$  فهي تمثل عدد أفراد العينة في المجموعات الجزئية وهي بمثابة التكرارات ومجموعها يمثل مجموع الإستجابات الذي يمثل أفراد عينة الدراسة، ومنه تصبح المعادلة المستخدمة لحساب الوزن النسبي في هذه الدراسة كمايلي: الوزن النسبي =  $s_1 k_1 + s_2 k_2 + s_3 k_3 \div n$

حيث  $s_1, s_2$  هي أوزان البدائل على التوالي: 1, 2, 3 أما ( $k_1, k_2, k_3$ ) فهي تكرارات في كل بديل من البدائل حسب إستجابات أفراد العينة، أما ( $n$ ) تمثل عدد أفراد عينة الدراسة وهي مجموع التكرارات  
 $k_1 \dots$

## الجانِب المِيداني

# الفصل الرابع

### عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

- عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول

- عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني

- عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث

## تمهيد :

تناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها وتحليلها إحصائياً مع محاولة إعطاء تفسيرات لهذه النتائج استناداً إلى ما تقدم من نتائج الدراسات السابقة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري ودرجة حدتها، وكذا التعرف على تأثير بعض المتغيرات الوسيطة في إدراك الأخصائيين النفسيين لهذه المعوقات ومدى التفاعل بينها .

حتى تحقق أهداف الدراسة تم بناء مقياس، و التأكد من صدق وثبات نتائجه خلال الدراسة الاستطلاعية وقد أجريت على عينة قوامها 255 أخصائي نفسي، وبعد عملية جمع المقياس تم ترميز درجاته وادخالها للحاسوب ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية إصدار 20، وفي مايلي عرض للنتائج التي توصلت إليها الدراسة وتفسيره

## 1 - عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول :

نص التساؤل الأول على الآتي :

للإجابة على التساؤل تم استخراج التكرارات والنسب المئوية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المقياس ثم تم حساب مجموع الفقرات حسب كل محور، ولتحديد أهم معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية من خلال قيمة الوزن النسبي لكل محور تم استخدام المعيار الآتي :

ولتحديد طول خلايا مقياس ليكارت (الحدود الدنيا والعليا ) تم حساب المدى وهو الفرق بين أكبر وزن (2 = 1-3) ومن ثم تقسيمه على أكبر وزن في المقياس للحصول على طول الخلية (  $0,66 = 3 \div 2$  ) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة الى أقل وزن في المقياس وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية ثم نضيف طول الخلية للقيمة الناتجة وهكذا أصبح طول الخلايا كمايلي:

المحاور التي تتراوح قيمة وزنها النسبي بية 1,00 و 1,66 تعبر عن البديل (أبدا)

المحاور التي تتراوح قيمة وزنها النسبي بين 1,67 و 2,33 تعبر عن البديل (أحيانا )

المحاور التي تتراوح قيمة وزنها النسبي بين 2,34 و 3,00 تعبر عن البديل (دائما) (عز عبد الفتاح، 2008، ص538)

وفي مايلي عرض وتحليل وتفسير لنتائج إستجابات أفراد العينة حول التساؤل حسب محاور الدراسة، مرتبة تنازليا وفق أهميتها، والجدول الموالي رقم (22) يبين نتائج المحاور مجتمعة ومرتبة تنازليا وفق قيمة الوزن النسبي لمجموع فقرات كل محور من محاور الأداة.

الجدول رقم (22) يبين التكرارات والنسب المؤية والوزن النسبي لاستجابات أفراد العينة حسب أهمية وترتيب معوقات الممارسة النفسية للاخصائيين النفسانيين

الترتيب	الوزن النسبي	أبدا		أحيانا		دائما		المحاور
		%	ك	%	ك	%	ك	
01	2.45	7.18	273	41.90	1496	53.12	1801	التكوين
02	2.42	7.65	238	39.70	1316	50.45	1761	ثقافة المجتمع
03	2.40	7.68	274	44	1571	48.32	1725	الإمكانيات
04	2.31	10.08	360	45.13	1611	44.90	1603	المهام
05	2.20	10.59	351	58.19	1929	31.19	1035	العلاقات المهنية

يتضح من الجدول رقم (22) أن قيم الاوزان النسبية لجميع المحاور كانت أكبر من 2.34 ما عدا المحورين الرابع والخامس كانت (2.20, 2.31) على التوالي، هذه النتائج تعتبر عن موافقة أفراد عينة الدراسة على أن معوقات الممارسة النفسية حسب محاور أداة الدراسة (تكوين، ثقافة المجتمع، الإمكانيات، المهام، علاقات مهنية) تعتبر كلها معوقات مهنية هامة تواجه الأخصائيين النفسانيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري

ومن خلال نفس الجدول يتضح وجود تقارب في المحاور حسب نتائج أفراد العينة، وهو ما يظهر أن جميع أنواع معوقات الممارسة النفسية المستخدمة في الأداة هي معوقات هامة بالنسبة لعينة الدراسة، غير أن نتائج أعطت إمكانية ترتيب أنواع المعوقات حسب نسبة الموافقة عليها، وحسب إرتفاع قيمة وزنها النسبي .

- فقد احتل محور التكوين المرتبة الاولى من حيث الأهمية بنسبة موافقة ب"دائما" بلغت 53,12 % وبأعلى نسبة للأوزان النسبية مقارنة مع المحاور الأخرى حيث بلغت قيمة الوزن النسبي لمحور التكوين 2,45 وتفسير ذلك، أنه إذا كان تكوين الأخصائي النفسي تكويننا نظريا وتطبيقيا في المستوى المطلوب

ينعكس ذلك على بقية العوامل الأخرى، فتسهل مهامه داخل مؤسسات الصحة العمومية والجوارية وينعكس ذلك على علاقاته المهنية فتصبح علاقات ممتازة نظرا لتكون ثقة العاملين بالقطاع بمهامه داخل المصحات، وبالتالي يوفر له الإمكانيات اللازمة لعمله وأخذ كل ما يحتاجه ماخذ الجد، مما ينعكس على ممارسته النفسية مع المفحوصين فتزيد ثقة أفراد المجتمع بدوره وتتغير نظرتهم حول مهنة الأخصائي النفسي، فالتكوين إذا له أهمية كبيرة وهو ركيزة أساسية ومهمة لنجاح الممارسة النفسية بكل جوانبها .

و النتيجة الحتمية لوضعية مؤسسات الصحة العمومية التي أثرت على الممارسة النفسية للأخصائيين النفسيين بالسلب نظرا لضعف تأطيرها في تكوين الأخصائيين النفسيين داخل المؤسسة وعدم اعتماد الرسكلة المستمرة، إذ للمؤسسة دور بارز في عدم تكوين الأخصائيين تكوين لائق ومكمل لممارستهم

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة لوشاحي فريدة (2015) حيث أكدت في دراستها على أن التكوين في الجزائر أكاديمي محظ وليس مهني مع قلة التربصات الميدانية أثناء المسار الدراسي، والتكوين النظري للممارس السيكولوجي جد ثري لكنه في الواقع بحاجة إلى التجديد في محتويات المقاييس حتى يتماشى مع المتغيرات.

كما تتفق نتائج الدراسة هذه مع نتائج دراسة محمد حمدي (2004) حيث أكد على أن التقدم والتطور الذي تشهده الخدمات النفسية على مستوى دول العالم، لانه لاحظ أن العالم العربي فيها نوع من القصور في هذه الخدمات النفسية إذ عبر عنها على أنها على درجة كبيرة من التأخر والهشاشة، والذي أرجعها إلى أن الجامعات العربية تخرج إختصاصيين في العلوم النفسية للتدريس وليس للعلاج.

- أما بالنسبة لمحور ثقافة المجتمع فقد إحتل المرتبة الثانية من حيث الأهمية فقد بلغت نسبة الموافق فيه بدائما 50,45% وبلغت قيمة الوزن النسبي 2,42، وهذا مايدل على أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع لها أهمية وأثر بليغ على الأداءات المهنية للأخصائيين النفسيين، كما يمكن تفسير ذلك بالتأثر الشديد لعينة الدراسة بالنظرة الدونية التي تتسم بها الممارسة النفسية في الوسط الصحي العمومي والجواري هناك أيضا الآراء والتصورات الشعبية المسبقة عن الأخصائي النفسي وكلها مشبعة بالخيال والسحر والتذبذب ما بين الخشية والأمل مما يطرح حيزا من التشويش على الواقع الذي يعرقل قدرة الفاحص على المساعدة.

وعدم 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 بالشعارات والأهداف الضمنية بل تعترف بما هو ملموس على أرض الواقع وبما حقق من نتائج وما يمكن أن يتحقق، وهو ما لم يتمكن الأخصائيون النفسانيون إثباته لأن مهنة الأخصائي النفسي مهنة تطبيقية ويجب أن تمارس في ظروف جيدة وهو ما لم توفره مؤسسات الصحة العمومية وكانت من بين الأسباب في هذه النظرة السلبية للمجتمع للممارسة النفسية وهذا ماكدته دراسة محمدي فوزية (2013) بأن 56 % ترجع صعوبات الممارسة النفسية لقلّة الوعي الاجتماعي بأهمية عمل الأخصائي النفسي .

وقد تتفق كذلك النتائج مع دراسة دبر راسو (2010) حيث أكدت دراستها على مدى معاناة مهنة الأخصائي النفسي من النظرة السلبية للمجتمع فقد بلغت 55 % تقريبا فإن مهنة الأخصائي النفسي مازلت تعاني من النظرة السلبية.

- أما بالنسبة لمحور **الإمكانيات** فقد احتل المرتبة **الثالثة** من حيث الأهمية فقد بلغت نسبة الموافقة ب(دائما) 48,32 %، وبلغت نسبة (الوزن النسبي) 2.40 مما يدل على أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانيات لها أهمية بالغة كذلك، ويمكن تفسير ذلك بقلة الإمكانيات المادية من مكاتب مريحة هذا إن وجدت، وأدوات فحص حديثة، فبالتالي للمؤسسة الصحية دور كبير في هذه المعوقات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي فهي منشأة فعلا لهذا الاضطرابات والمعوقات التي يعاني منه الأخصائيين النفسانيين، وهذا مايتفق مع نتائج دراسة نور الدين تاروريت (2010) حيث خلصت نتائج دراسته إلى مجموعة من المعوقات التي تعترض عمل السيكولوجي في الميدان ومن بينها معوقات خاصة بالوظيفة ومحيط العمل حيث أبرز في دراسته على ضعف الإمكانيات الموفرة للأخصائيين النفسانيين من اختبارات نفسية، ومكتب يزاولون فيه أعمالهم، وهكذا قد ينزل الأخصائي النفسي إلى ميدان الممارسة وهو لا يتقن استخدام سلاحه الأساسي، فإنه يمارس بأدوات رديفة أو بديلة "الروائز" وليس من الأكيد الجزم بمستوى فعلية هذه الممارسة كذلك تتفق نتائج دراسة بوفلجة غياث(2010) مع نتائج الدراسة الحالية.

- أما بالنسبة لمحور **المهام** فقد احتل المرتبة **الرابعة** من حيث الأهمية بنسبة موافقة ب دائما 44,90 %، وبلغت قيمة الوزن النسبي 2,31 ويمكن تفسير ذلك، على أنه بالرغم من أهمية جميع أنواع المعوقات



إلا أن معوقات المتعلقة بمهام الأخصائي النفسي تعتبر كذلك جد مهمة، لأنها تتعلق بالممارسة المهنية اليومية لعمل الاخصائي النفسي، فهي معوقات نابعة من التباين بين ماهو مطلوب من الأخصائي النفسي، وما يواجهه حقيقة في تأدية مهامه من ظروف عمل صعبة في ضل نقص الإمكانيات التي تساعده في مهامه، كما أن التطور الواضح في الأهداف المسطرة لمهنة الأخصائي النفسي نتيجة التوجهات الحديثة التي أصبحت تولي إهتماما متزايدا لفئة الأخصائيين النفسيين دون النظر لمشاكلهم، وبالتالي ساهمت مؤسسات الصحة العمومية التي يزاول فيها الاخصائي النفسي مهامه في تعقد مهامه وظهور معوقات كثيرة ومتعددة، ومن بين الدراسات التي تثبت وجود معوقات في مهام الاخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية

نجد دراسة دراسة مركوش فتيحة (2014) حيث توصلت دراستها إلى معرفة أهم الصعوبات التي تواجه المختص النفسي من بينها، شروط العمل الغير مريحة، ونقص الخبرة، كما تتفق نتائج الدراسة مع دراسة رضوان زقار (2015) حيث يرى أن سبب المعوقات الممارسة النفسية لنقص أو قلة وعي الأخصائيين النفسيين بمهامهم في التشخيص والعلاج بحيث كلما وعى العيادي بها وحاول التحكم في شروط الفحص والعلاج قلة الصعوبات، وأن عدم الوعي بهذه المعوقات، وقلة بذل الجهد في التغلب عليها، يمكن أن يكون بمثابة فخ ينجر عن وقوع العيادي في الذاتية...ومشاكل أخرى. كذلك تتفق مع دراسة سامر جميل (2010) حيث أبرز أن مشكلة العلاج في الوطن العربي، تتمثل في ضعف الأداء وقلة التمكين من الطرائق و التقنيات العلاجية .

- أما بالنسبة لمحور العلاقات المهنية فقد احتل المرتبة الخامسة من حيث الأهمية بنسبة موافقة بدائما 31,19 %، وبلغت قيمة الوزن النسبي 2,20 ويمكن تفسير ذلك بحالة من قصور التعاون ذي الطابع الدفاعي، إلا أن تفاوت الكفاءة المهنية ومستوى الإعداد بين الأخصائيين النفسيين، يعتبر مسؤولا أو هوما يمهد السبيل أمام ظهور هذه المعوقات في وجه الممارسة النفسية، فإعداد الاخصائي النفسي يتفاوت كثيرا في قيمته ومستواه وتوجهه من معهد إلى آخر ومن جامعة لأخرى، إنه في كثير من الأحيان يفتقر إلى التخصص، يظل على مستوى العموميات التي تحول النفسي مبدئيا التدخل في ميادين متعددة، كما أن هذه العمومية لا تسمح للعاملين معه بتكوين فكرة موحدة ومحددة سلفا عما يمكن أن ينتظرونه في مجال نشاطه الأساسي. أما على مستوى المحيط فتتأثر العلاقة بين الفاحص والمفحوص بالإطار المؤسساتي، وبالأفكار الشائعة شعبيا عن الأخصائي النفسي ومن جانب ثاني، وبموقفه هو ومن

ممارسته من ناحية ثالثة وهذا مايتفق مع نتائج دراسة محجر ياسين (2012)، ودراسة غربي العربي سليمة سايحي (2010).

## 2- عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني :

نص التساؤل الثاني على ما يلي :

ماهي درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الاخصائيين النفسانيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري ؟

للإجابة على هذا التساؤل تم إستخراج التكرارات والنسب المئوية للتحديدات الإجرائية التي تضمنتها محاور الاداة وتم إستخدام قيمة الوزن النسبي للحكم على درجة حدة المعوقات الممارسة النفسية داخل كل محور وفق نفس المعيار الذي أستخدم في التساؤل الأول إلى أنه يعبر عن غرض آخر وهو كالاتي :

ولتحديد طول خلايا مقياس ليكارت الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا ) تم حساب المدى وهو الفرق بين أكبر وزن وأقل وزن ( $2 = 1-3$ ) ومن ثم تقسيمه على أكبر وزن في المقياس للحصول على طول الخلية ( $0.66 = 3 \div 2$ ) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل وزن في المقياس وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية ثم نضيف طول الخلية للقيمة الناتجة وهكذا أصبح طول الخلايا كمايلي :

المعوقات ذات الحدة الضعيفة تتراوح قيمة وزنها النسبي بين 1 و 1.66

المعوقات ذات الحدة المتوسطة تتراوح قيمة وزنها النسبي بين 1.67 و 2.33

المعوقات ذات الحدة المرتفعة تتراوح قيمة وزنها النسبي بين 2.34 و 3

وفي مايلي عرض وتحليل وتفسير لنتائج استجابات أفراد العينة حول التساؤل الثاني حسب محاور الدراسة، مرتبة ترتيبا تنازليا وفق أهميتها استنادا إلى نتائج استجابات عينة الدراسة على التساؤل الأول (تكوين) (ثقافة المجتمع) (إمكانيات) (مهام) (علاقات مهنية) تبين نتائج درجة حدة معوقات الممارسة النفسية في كل محور من محاور الاستبيان.

إن الجدول الموالي رقم (23) يظهر نتائج حدة معوقات الممارسة النفسية في محور التكوين :

الجدول رقم (23) يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الاخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية المتعلقة بالتكوين

درجة الحدة	الترتيب		الوزن النسبي	دائما		أحيانا		أبدا		الأبعاد
	في المجموعة	في المحور		%	ك	%	ك	%	ك	
مرتفعة	2	1	2.45	52.84	1078	39.90	814	7.25	148	قبل الخدمة
مرتفعة	5	2	2.39	47.25	723	44.57	682	8.16	125	اثناء الخدمة

يتضح من الجدول (23) أن استجابات أفراد عينة الدراسة تظهر أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين قبل الخدمة، ومعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين أثناء الخدمة تعد معوقات ذات حدة مرتفعة .

ومن خلال نفس الجدول يتضح وجود تباين في هذه الدرجة المرتفعة من حدة هذه المعوقات حسب نتائج أفراد العينة وهو ما يظهر في ترتيب أنواع المعوقات حسب نسبة الموافقة عليها وحسب إرتفاع قيمة وزنها النسبي .

فقد احتلت معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين قبل الخدمة المرتبة الأولى في محور التكوين المتعلقة بالأخصائيين النفسيين العياديين، والمرتبة الثانية في عموم الاستبيان بوزن نسبي قيمته 2,45 وهي ثاني أعلى قيمة مسجلة في استجابات عينة الدراسة، وبنسبة موافقة بلغت 52.84%.

فهذه النتيجة تعبر عن وعي أفراد عينة الدراسة بدرجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجههم والمتعلقة بالتكوين الأكاديمي الذي تابعوه قبل الخدمة في المعاهد والجامعات المتخصصة .

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن التكوين الأكاديمي قبل الخدمة الذي تلقاه الأخصائيين النفسيين أثناء التكوين الأكاديمي القاعدي قبل الالتحاق بالمهنة، لا ينسجم مع المتطلبات المهنية الحقيقية لمهنة

الأخصائي النفسي العيادي، نتيجة لكثرة التخصصات التي درسوها في مختلف مستويات فترة التكوين، مما يجعل المعارف المكتسبة غير كافية بالنظر إلى ارتباط فترة التكوين بمدة زمنية لا يمكن تجاوزها، وهو ما يظهر أن مكتسبات الأخصائيين النفسيين العيادين خلال فترة التكوين لا تمثل سوى عموميات عن مختلف العلوم النفسية الأمر الذي لا يسمح للأخصائيين النفسيين العياديين باكتساب قاعدة من المعلومات في المجال النفسي المتخصص تأهله إلى إمكانية التطور في هذا المجال .

إن طبيعة مهنة الأخصائي النفسي العيادي التطبيقية تتطلب أن يتزود بمجموعة من المهارات التطبيقية قبل و أثناء التكوين الأكاديمي و حتى يتمكن الأخصائيين النفسيين العياديين من نقل هذه المهارات في علاج المرضى النفسيين، وهو ما يتطلب عملية انتقاء خاصة لمن يلتحقون بالتكوين الأكاديمي الذي يؤهل للممارسة النفسية، فكل نوع من أنواع التخصصات الموجودة في علم النفس يحوي مجموعة كبيرة من المهارات تتمثل في تقنيات قاعدية في التخصص إلا أن كثرة التخصصات التي يتطرق لها الأخصائي النفسي أثناء التكوين الأكاديمي تجعل الأخصائي النفسي غير قادر على اكتساب أبسط المهارات في أبسط الاختصاصات، يضاف إلى ذلك طبيعة التكوين التي يغلب عليها الجانب النظري على حساب الجانب التطبيقي الذي هو المظهر الحقيقي لمهنة الأخصائي النفسي .

إضافة إلى كل ما سبق من معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين الأكاديمي للأخصائيين النفسيين العياديين فإن النتيجة المتحصل عليها من استجابات عينة الدراسة تتفق مع أغلب الدراسات في هذا المجال والتي توصلت إلى مجموعة من المعوقات تتلخص في تدني مستوى التكوين الأكاديمي، وغلبة الكم على الكيف، وغلبة الطابع النظري على العملي، وعدم وجود معايير صحيحة لإختيار الأخصائيين النفسيين العياديين وإعدادهم.

- أما معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين أثناء الخدمة فقد إحتلت المرتبة الثانية من حيث الأهمية في محور التكوين المتعلقة بالأخصائيين النفسيين العياديين، والمرتبة الخامسة في عموم الاستبيان، بنسبة موافقة بلغت 47,25% وبوزن نسبي بلغت قيمته 2,39 وهو ما يعني أن أفراد عينة الدراسة يعتبرون أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين أثناء الممارسة النفسية هي معوقات ذات حدة مرتفعة وأهمية بالغة.

فهذه النتيجة تظهر بوضوح إدراك أفراد العينة لدرجة حدة معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين أثناء الخدمة المعتمدة من المنظومة الصحية الوطنية والتي لا تلبى حاجات الأخصائيين النفسيين لرغباتهم .

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالواقع الذي عايشه الأخصائيين النفسيين أثناء حضورهم للندوات والدورات التكوينية وما تتميز به من طابع إداري يغلب عليها، كما أن عمليات التكوين أثناء الخدمة تسيطر عليها إدارات مركزية تسعى إلى تنفيذ خطط وبرامج هدفها تكويني، لكن محتواها روتيني بعيد عن مستجدات المهنة، وهي نتيجة حتمية لعدم إشراك المعاهد والجامعات التي أشرفت على التكوين الأكاديمي للأخصائيين النفسيين في عمليات التكوين أثناء الخدمة مما ولد انفصال بين العمليتين، ذلك أن التكوين أثناء الخدمة يهدف إلى زيادة الخبرات المنظمة المكتسبة أثناء التكوين الأكاديمي، من خلال برنامج منظم ومستمر من أجل الارتقاء بمستوى أداء الأخصائي النفسي من خلال تنمية المعرفة والمعلومات والمهارات والقدرات التي تستجيب لحاجته .

غير أن نتائج استجابات عينة الدراسة تثبت أن عمليات التكوين أثناء الخدمة المبرمجة لفائدة الأخصائيين النفسيين لا تحقق الأهداف التي وجدت من أجلها، ولا تساهم في حل مشاكل الأخصائيين النفسيين لكونها لا تتصل بإهتماماتهم، مما ينتج عنه قلة إهتمام الأخصائيين النفسيين بهذه اللقاءات كونها لا تمثل بالنسبة إليهم لا من الناحية المعرفية ولا من الناحية المهنية

الجدول رقم (24) يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية المتعلقة بثقافة المجتمع

درجة الحدة	الترتيب		الوزن النسبي	دائما		احيانا		ابدا		الإبعاد
	في المحور	في المجموعة		ك	%	ك	%	ك	%	

مرتفعة	4	2	2.44	52.10	1063	40.63	829	7.25	148	المفحوصين
مرتفعة	1	1	2.47	54.74	698	38.19	487	7.05	90	الأسرة المفحوصين

يتضح من الجدول رقم (24) أن أفراد عينة الدراسة يتفقون أن كل معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع نحو الأخصائي النفسي والمرتبطة بالمفحوصين، الأسرة، كلها معوقات مهنية تعرقل الأخصائيين النفسيين العياديين في أداء مهامهم المهنية .

إلا أن نفس الجدول يظهر وجود تباين في درجة حدة هذه المعوقات المهنية فبينما أظهرت النتائج أن معوقات الممارسة النفسية المرتبطة بأسرة المفحوصين، والمفحوصين هي معوقات مهنية ذات حدة مرتفعة فقد إحتلت معوقات الممارسة النفسية المرتبطة بأسرة العميل أو المفحوصين المرتبة الأولى في محور ثقافة المجتمع ، والمرتبة الأولى في مجموع الإستبيان بنسبة موافقة بلغت 54.74% ووزن نسبي بلغت قيمته 2,47، والذي يعبر عند درجة حدة مرتفعة .

فهذه النتيجة تظهر تآثر أفراد عينة الدراسة بدرجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي يواجهونها والتي تتسبب فيها ثقافة أسرة العميل أو المفحوص نحو مهنة الاخصائي النفسي .

ويمكن تفسير هذه النتيجة عن رأي أفراد عينة الدراسة في حدة معوقات الممارسة النفسية التي يواجهونها والتي تتسبب فيها نظرة أسر العميل لمهنة الاخصائي النفسي

كما أن هذه النتيجة تعبر عن عدم رضى أفراد عينة الدراسة لنظرة أسر العميل نحو مهنة الاخصائي النفسي ، ذلك أن أغلب الاسر يعتبرون أنها مضيعة للوقت .

ويمكن تفسير هذه النتيجة بمدى تأثر أفراد عينة الدراسة بالنظرة السلبية لأسر المفحوصين ومدى تأثير العلاج النفسي في علاج حالة المفحوصين، مما يجعل التوجه لاستشارة الاخصائي النفسي آخر ما يفكر فيه أسر المفحوصين نتيجة لجملة من الأحكام الخاطئة .

ولعل هذه النظرة السلبية لأسر المفحوصين قد تأثرت بتجارب سابقة ناتجة عن تدني مستوى الخدمة النفسية في الوسط الإستشفائي مما جعلهم يطلقون عليها أحكاماً قد تكون خاطئة لكنها مبنية على واقع ملموس

- أما المرتبة الثانية في محور ثقافة المجتمع فقد إحتلت معوقات الممارسة النفسية المرتبطة بالفحوصين كما إحتلت المرتبة الرابعة في مجموع الاستبيان بنسبة موافقة بلغت 52,10% ووزن نسبي بلغت قيمته 2,44 وهي قيمة تعبر عن درجة حدة مرتفعة.

ويمكن تفسير ذلك ببدأ عملية تكوين العلاقة المهنية مع العميل منذ اللحظات الأولى التي يتم فيها إستقباله والتعرف عليه، والتعرف على آماله وتطلعاته، وهذه الخطوة هي أمر في غاية الأهمية إذ عادة مايكون فهم العملاء لعملية المساعدة ضعيفاً، وقد يكون لدى الكثير منهم تطلعات تختلف تماماً عن تلك التي لدى الممارسين، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى إعاقة عملية المساعدة.

وقد أشارت كثير من الدراسات إلى أن عدم الوعي بالتباين في تطلعات كل من الطرفين مما يؤدي إلى درجة عالية من عدم الرضا وإلى إنقطاع عملية العلاج، وقد توصلت تلك الدراسات إلى أن من الممكن إستخدام مايسمى بمقابلة تفعيل الدور ( role induction interview ) لإزالة الاختلافات في تطلعات طرفي التفاعل والمحافظة على إستمرار عملية العلاج النفسي إن أهمية تحديد تطلعات العميل تنبع من حقيقة أن العملاء الذين يدخلون إلى عملية العلاج النفسي بتطلعات واقعية لاتزيد نسبتهم عن 25% من مجموع طالبي العلاج النفسي، مما يؤكد على أهمية إستكشاف تلك التطلعات وإستبدالها بتطلعات واقعية قابلة للتحقق والخطوة التالية في إرساء قواعد العلاقة المهنية المتينة هي توضيح عملية العلاج النفسي للعميل بإختصار لإبعاد الأفكار الخاطئة التي قد تكون لديه حولها، أو التعرف على جوانبها التي كان يجهلها، وتوعيته بطبيعتها التي تقوم على مبدأ المشاركة والعمل معاً و توضيح الدور الذي ينبغي أن يقوم به كل من الطرفين .

ويستخدم الممارس مختلف مهارات الاتصال لتكوين علاقة بنائة مع العميل، من أهمها التعاطف ( Empathy )والاحترام ( Respect ) والأمانة ( Authenticity ) ومن خلال الكلمات يتمكن الأخصائي من معايشة العميل في مختلف المواقف في الماضي والحاضر والمستقبل، فالمقابلة غير مقيدة

بزمان أو مكان، بالإضافة إلى ذلك فإن الأخصائي يستطيع التعرف على مشاعر العميل واتجاهاته - أي المعاني الذاتية - من خلال هذا الموقف الموضوعي .

أما الملاحظة فتوفر للأخصائي عينة من السلوك وعليه أن يستنتج معانيها ومرتباتها، لأن نفس وحدة السلوك الملاحظ يمكن أن تتضمن عدة معاني، ومقابلة واحدة مع صاحب السلوك الملاحظ تمكن من التعرف على ما معناه أن الملاحظة من غير مقابلة قد تترتب عليها إستنتاجات مشكوك فيها .

إن التأثير والتأثر الذي يتم بين الطرفين لا ينتج فقط من الرسائل التي تبلورة في شكل كلمات أو إرشادات، بل ينتج أيضاً عن التفاعل الوجداني الذي تتم المقابلة في إطاره ، والذي يمكن أن يكون إيجابياً أو سلبياً، فيحدث في كل حالة أثراً مماثلاً، فإذا كانت مشاعر ذلك التفاعل ( أي العلاقة التي تتم ) سلبية، فسيؤدي ذلك إلى النفور والشك وعدم الارتياح النفسي وعدم الاحترام، وبالتالي عدم رغبة العميل في التعاون، بعكس ما إذا كانت تلك المشاعر إيجابية، حيث تؤدي على الارتياح والقبول والتعاون . والعلاقات لا تحدث من تلقاء نفسها، ولكنها تصنع، ويعاد تصنيعها ودعمها خلال المقابلة فالعلاقات ليست جامدة وإنما هي دائماً في حالة من التغيير أثناء تفاعل الناس مع بعضهم البعض، ولا تتطلب كل أنواع المقابلات في الممارسة النفسية نفس المستوى من قوة العلاقة المهنية، فمقابلات جمع المعلومات ومقابلات تحديد الأهلية لخدمة ما مثلاً لا تحتاج إلى نفس مستوى عمق العلاقة التي تتم في المقابلة العلاجية لتحقيق أهدافها .

يوجه الباحثون اهتماماً خاصاً بخصائص العلاقة الجيدة بين الطرفين لأنها من أهم محددات نجاحها، فهي جسر التواصل الفعال عندما يثق العميل بأن محدثه يريد مساعدته وليس إيذائه .

والعلاقة الجيدة هي التي توفر إطاراً جيداً للتعلم وتقلل من القلق والتهديد وتخلق دافعاً قوياً للتغيير لأنها تبعث في العميل روح الثقة بالنفس وتقدير الذات وقبول الذات، مما يجعله يغير نظرتة إلى نفسه بنظرة جديدة مليئة بالرضا والاحترام والثقة، والعلاقة الايجابية الفعالة بين الطرفين تتميز بخصائص معينة يأتي على رأسها تأكيد الأخصائي على حق العميل في تقرير مصيره، ولحفز روح التصميم والعزم لدى العميل يسعى الأخصائي النفساني لإيجاد جو من المشاركة والتبادلية معه، ويقوم بتشجيعه على المشاركة في محاولات حل المشكلة ويحترم مبادئه ومبادراته، تطبيقاً لمبدأ أن للعميل الحق والقدرة في تقرير مصيره . إن تقدير ذات العميل والاعتراف بحقه في تقرير مصيره ليس تطبيقاً لأخلاقيات المهنة فحسب، بل هو أمر عملي أيضاً يساعد العميل على المشاركة في المقابلة بحرية ودون الشعور بهيمنة الطرف الآخر .



ومن العوامل الهامة لتكوين وتغير نظرة المفحوصين وتعزيز العلاقة الإيجابية إهتمام الأخصائي النفسي بالعميل وإحترامه وإشعاره بالثقة، ويعبر الأخصائي عن اهتمامه بالعميل من خلال إبداء الاهتمام باحتياجاته وإبداء الرغبة في مساعدته والتأكيد له على رغبته وحماسه وإستعداده للمساعدة حتى خارج نطاق واجباته المهنية، كما يؤكد الأخصائي عل إهتمامه بسؤاله للعميل عن حاله وظروفه وتلمس مشاعره وردود أفعاله وإظهار حسن الاستماع لإجاباته أثناء المقابلة، ولابد لنا من مراعاة الخيط الرفيع الذي يفصل ما بين الاهتمام ( Concern ) وحب الاستطلاع ( Curiosity ) حيث يجب الانتباه لتجنب الأخيرة لأنها تتضمن محاولة الاطلاع على معلومات ليس للأخصائي الحق في معرفتها باعتبارها لا تخدم الأغراض المحددة للمقابلة، ومن الضروري أيضاً التعبير عن الدفء واللفظ للعميل من خلال النظرات والابتسام والميل في الجلسة تجاه العميل وهدوء نبرات الصوت والتعليقات القصيرة المشجعة بين حين وآخر . والتعبير عن إحترام العميل يتم من خلال الالتزام بالمعايير الاجتماعية وحسن الإستماع والتعامل معه باعتبارها شخص له ذاتيته وخصوصيته وتميزه، ويساعد قبول العميل كما هو على تكوين علاقة إيجابية جيدة يتطلبها نجاح المقابلة .

ويحاول الأخصائي التأكيد للعميل بأنه متعاطف معه ومتفهم لظرفه وأحواله ومزاجه، ويتطلب ذلك التعاطف الفهم العميق والدقيق لطبيعة تجربته ومعانيها بالنسبة له، وفهم عالمه عقلياً وعاطفياً من وجهة نظره هو \_ أي العميل \_ والتعبير عن ذلك التعاطف له بكلمات تناسب شعوره وأحاسيسه . والتعاطف يتم العميل وليس على العميل لأنه في الحالة الأخيرة يصبح عطفاً ( Sympathy ) وليس تعاطفاً ( Empathy ) ، فالتعاطف يتضمن تقمصاً لحال الأخصائي والرؤية بعيونه والاستماع بأذنيه والإحساس بمشاعره مع ضرورة الفهم الواعي لهذه الحالة على أنها تجربة شخص آخر والاحتفاظ بصفات الملاحظ الموضوعي للحالة وإيصال هذا التعاطف إلى العميل . ولابد من توخي الحذر حتى لا يحدث الإسقاط ( Projection ) بدلاً عن التعاطف، ففي حالة الإسقاط ينظر الأخصائي إلى الحالة حسب إحساسه هو ويأخذه كإحساس العميل : هذا ما أشعر به تجاه الموقف ولابد أن يكون هو نفس شعور العميل، فلا بد للأخصائي أن يفرق ما بين أحاسيسه ومشاعره الذاتية وتلك التي تتبع من ظروف المقابلة، مما يحتم ضرورة الانضباط في درجة التعاطف وإلأفقدت موضوعيتها واتجاهها

و من ناحية أخرى فإن التأكيد القوي من جانب الأخصائي على التزامه بالسرية وتعهده بعدم إفشائه لما

يتحصل عليه من بيانات خاصة بالعميل هو عامل هام، وكما هو معروف فإن المحافظة على السرية هي واحدة من بنود مبادئ ممارسة النفسية الأساسية، وهي أيضاً حق يكفله القانون للعميل ولكن هناك بعض الأحوال التي لا يكون التأكيد فيها على السرية كاملة 100%، فقد يصطدم ذلك الوعد مع بعض المتطلبات القانونية لبعض الحالات مثل سوء معاملة الأطفال وقضايا المخدرات والسلوكيات التي تضمن أخطاراً على المجتمع، كما يمكن الاطلاع على السجلات السرية بأمر قضائي.

كل هذا وغيره من التحليلات والاستنتاجات حول محاولة الأخصائيين النفسيين تغيير نظرة المفحوصين لعملهم لازالت بعيدة في الواقع نظراً لضعف تكوينهم وقلة خبرة البعض، وعدم توفر الامكانيات لازمة لممارسة عملياتهم هذا لا يعني أن يقف الأخصائيين النفسيين مكتوفي الأيدي، بل يجب عليهم تطوير إمكانياتهم قصد التذليل من معوقات ممارستهم النفسية، حتى يتمكنوا من تغيير نظرة المفحوصين لهم، كذلك يجب على المؤسسات الصحية تحمل كامل مسؤولياتها في توفير الظروف الملائمة لإستقبال المفحوصيين وأسرههم.

الجدول رقم (25) يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية المتعلقة بالامكانيات

درجة الحدة	الترتيب		الوزن النسبي	دائماً		أحياناً		أبداً		الأبعاد
	في المحور	في المجموعة		ك	%	ك	%	ك	%	
مرتفعة	2	6	2.38	943	46.22	934	45.78	163	7.99	مادية
مرتفعة	1	3	2.44	793	51.83	627	40.98	110	7.18	مالية

يتضح من الجدول (25) أن إستجابات أفراد عينة الدراسة تظهر أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالامكانيات المادية، ومعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالامكانيات المالية، تعتبر معوقات مهنية ذات حدة مرتفعة .

ومن خلال نفس الجدول يتضح وجود تباين في هذه الدرجة المرتفعة من حدة هذه المعوقات المهنية حسب نتائج أفراد العينة وهو ما يظهر في ترتيب أنواع المعوقات حسب نسبة الموافقة عليها وحسب إرتفاع قيمة وزنها النسبي .

فقد احتلت المعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانيات المالية المرتبة الاولى في محو الإمكانيات والمرتبة الثالثة في عموم الإستبيان بوزن نسبي قيمته 2,44، وبنسبة موافقة بلغت 51.83%.

ويمكن تفسير ذلك بدرجة وعي عينة الدراسة بأهمية الإمكانيات المالية في مهنة الاخصائي النفسي وتأثرها بدرجة حدة هذه المعوقات التي يواجهونها والتي تتسبب فيها نقائص على مستوى الأساليب المستخدمة في ترقية الأخصائيين النفسانيين العياديين في المهنة التي يزاولونها .

فهذه النتيجة تبين أن الأخصائيين النفسانيين يفتقدون إلى جانب مهم من شروط النجاح في العمل، بما تمثله الترقية في العمل من حوافز ضرورية تتطلبها الحاجات الانسانية في كل المهن دون إستثناء، ذلك أن الترقية في أي مهنة تستمد ألياتها من طبيعة المهنة في حد ذاتها، فننتج إستجابات عينة الدراسة على معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالترقيات تعبر عن رأي عينة الدراسة على أن الترقيات في مهنة الأخصائي النفسي يجب أن تأخذ بعين الإعتبار طبيعة الممارسة النفسية في الوسط الإستشفائي حتى تستجيب إلى تطلعات الأخصائيين النفسانيين من ممارسة هذه المهنة .

- أما معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانيات المادية فقد احتلت المرتبة الثانية في محور الإمكانيات والمرتبة السادسة في عموم الإستبيان حسب نتائج أفراد عينة الدراسة بنسبة موافقة بلغت

46,22% ووزن نسبي بلغت قيمته 2,38

ويمكن تفسير ذلك بمدى تأثر أفراد عينة الدراسة بدرجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي يواجهونها والتي تتسبب فيها نقائص على مستوى الإمكانيات المادية التي تمكن الأخصائيين النفسانيين العياديين من تأدية مهامهم على أكمل وجه، وهذا مايتفق مع ما ذكره في دراسته (غياث) من أن الأخصائي النفسي لا يستطيع القيام بدوره بكفاءة دون توفر قدر مناسب من الإمكانيات المادية التي تمكنه من أداء واجبه المهني للمفحوصيين بكل أريحية .

فظهر معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانيات المادية بدرجة حدة مرتفعة حسب إستجابات أفراد العينة إنما يشير إلى النقص الكبير في هذه الوسائل بجميع أنواعها من مقاييس ومكتب وإضاءة وحيث أن وضعية أغلب الإمكانيات المادية متدنية وغير مؤهلة لممارسة النفسية في الوسط الاستشفائي، وفي الكثير من الأحيان تكون شبه منعدمة، وهذا يعتبر مشكل مؤسساتي بحت ، فهنا لا نستطيع أن نلوم الأخصائي النفسي لان المشكلة خرجت من يديه وليس عنده حلول إذا لم توفر له المؤسسات الصحية مكتب لائق ومحترم ويراعي فيها كامل الشروط.

الجدول رقم (26) يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الاخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية المتعلقة بلمهام

درجة الحدة	الترتيب		الوزن النسبي	دائما		احيانا		ابدا		الابعاد
	في المجموعة	في المحور		%	ك	%	ك	%	ك	
مرتفعة	7	1	2.35	48.83	1484	41.88	1273	9.27	282	المهام الرسمية
متوسطة	9	2	2.20	31.37	240	58.43	447	10.19	78	المهام الاضافية

يتضح من الجدول رقم (26) أن إستجابات أفراد عينة الدراسة تظهران معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الرسمية تعتبر معوقات مهنية ذات حدة مرتفعة، في حين معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الإضافية، تعتبر معوقات مهنية ذات حدة متوسطة.

ومن خلال نفس الجدول يتضح وجود تباين في هذه الدرجة المرتفعة والمتوسطة، من حدة هذه المعوقات النفسية حسب نتائج أفراد العينة وهو ما يظهر في ترتيب أنواع المعوقات حسب نسبة الموافقة عليها وحسب إرتفاع قيمة وزنها النسبي .

فقد إحتلت معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الرسمية المرتبة الاولى في محور مهام الاخصائي النفسي والمرتبة السابعة في عموم الاستبيان، بوزن نسبي قيمته 2,35 وبنسبة موافقة بلغت 48.83%.

ويمكن تفسير ذلك بما يواجهه الأخصائيين النفسيين العياديين أثناء الممارسة النفسية من معوقات تعيق أداء المهام الرسمية الموكلة إليهم، فهذه النتيجة تشير إلى واقع لا يتقبله الأخصائيين النفسيين العياديين بحكم معرفتهم بأهمية المهام المنوطة بهم وعدم قدرتهم على تحقيقها هو تفسير للنتيجة المتحصل عليها من إستجابات أفراد العينة، عندما نريد منح قراءة متأنية للقانون الجزائري المتجسد في المرسومين التنفيذيين فيما يخص تصنيف رتب الأخصائي النفسي العيادي فاننا نلاحظ نقصير في تقسيم وظيفة النفسي العيادي إلى رتبتين فقط وهي رتبة نفسي عيادي من الدرجة الاولى ورتبة نفسي عيادي من الدرجة الثانية أو ما يناسبها في موضوع آخر نفسي عيادي رئيسي ونفسي عيادي وهذا إجحاف لحاملي شهادات أعلى من الليسانس في علم النفس العيادي مثل ماستر أو ماجستير أو دكتوراه علوم أو دكتوراه ل م د في نفس التخصص.

أما فيما يخص المهام المنوطة بكل رتبة على حدة فنجد النفسي العيادي حامل شهادة ليسانس يقوم بمهام الرتبة البسيطة والتمثلة في التشخيص و العلاج والاستشارات النفسية و المتابعة.بينما نفس المهام يقوم بها تقريب النفسي العيادي الرئيسي الحامل لشهادة أعلى من الليسانس وحتى وإن كانت دكتوراه في نفس التخصص وبنفس الأجر وهذا ما يتنافى و المنطق البشري و الأعراف و القوانين الدولية التي تقر بوجود توفير معالج نفسي مؤهل لكي يسمح له بممارسة العلاج النفسي

- أما معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الإضافية فقد إحتلت المرتبة الثانية من حيث الأهمية في محور مهام الأخصائي النفسي، والمرتبة التاسعة في عموم الاستبيان بنسبة موافقة بلغت 31.37% ، ووزن نسبي بلغت قيمته 2,20، وهو ما يعني أن أفراد عينة الدراسة يعتبرون أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الإضافية هي معوقات ذات حدة متوسطة

الجدول رقم (27)يبين درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الاخصائيين النفسيين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية المتعلقة بالعلاقات المهنية

درجة الحدة	الترتيب		الوزن النسبي	دائما		احيانا		ابدا		الابعاد
	في المجموعة	في المحور		%	ك	%	ك	%	ك	
متوسطة	10	2	2.13	25.02	518	61.19	1283	12.99	269	الفريق الطبي
متوسطة	8	1	2.32	41.41	528	49.80	635	8.78	112	الفريق الاداري

يتضح من الجدول (27) أن استجابات أفراد عينة الدراسة تظهر أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمحور العلاقات المهنية للأخصائي النفسي المتعلقة بالفريق الطبي و الفريق الإداري، تعتبر معوقات ذات حدة متوسطة

ومن خلال نفس الجدول يتضح وجود تباين في هذه الدرجة من حيث الحدة في معوقات الممارسة النفسية حسب نتائج أفراد عينة الدراسة وهو ما يظهر في ترتيب أنواع معوقات الممارسة النفسية حسب نسبة الموافقة عليها وحسب إرتفاع قيمة وزنها النسبي.

فقد إحتلت معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالفريق الإداري المرتبة الأولى في محور العلاقات المهنية والمرتبة الثامنة في مجموع الاستبيان بنسبة موافقة بلغت 41,41% ووزن نسبي بلغت قيمته 2,32 ويمكن تفسير ذلك بدرجة إدراك أفراد عينة الدراسة بأن علاقات الأخصائي النفسي مجال يمثل العلاقات الإنسانية التي تحتكم إلى المصلحة المتبادلة بين أفرادها والتي تتأثر بشخصية الفرد في حد ذاته ومدى تفاعله مع أفراد داخل المؤسسات الاستشفائية، فعلاقته بالفريق الإداري أقل من حيث الحجم وأن إتسعت تبقى محدودة مما يجعل معوقات الممارسة النفسية التي تربطه بهم أقل حدة من غيرها من المعوقات في نفس المحور أو في عموم الاستبيان .

- أما معوقات الممارسة النفسية المرتبطة بعلاقات الاخصائي النفساني العيادي بالفريق الطبي فقد احتلت المرتبة الثانية في محور العلاقات المهنية واحتلت المرتبة العاشرة في مجموع الاستبيان بنسبة موافقة بلغت 25,02% ووزن نسبي بلغت قيمته 2,13، وهي قيمة تعبر عن درجة حدة متوسطة.

### 3 - عرض وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث

نص التساؤل الثالث على مايلي :

هل هناك إختلاف في إستجابات الأخصائيين النفسانيين نحو هذه المعوقات تبعا لمتغيرات (الجنس، الرتبة، الخبرة، المؤسسة المستخدمة) والتفاعل بينهم ؟

من خلال الجدول رقم (28)

نلاحظ أنه لا توجد تفاعل بين المتغيرات الوسيطة التالية في كل من:

تحليل التباين الثنائي:

(الجنس، المؤسسة)، (الجنس، الخبرة)، (الجنس، الرتبة).

(المؤسسة، الرتبة)، (المؤسسة، الخبرة)

(الرتبة، الخبرة) كذلك ما بين

تحليل التباين المتعدد:

(الجنس، المؤسسة، الرتبة)، (الجنس، المؤسسة، الخبرة)، (الجنس، الرتبة، الخبرة)

(المؤسسة، الرتبة، الخبرة) كذلك ما بين

(الجنس، المؤسسة، الرتبة، الخبرة)

ولهذه النتائج عدت توضيحات وتفسيرات منها:

جدول (28) يمثل نتائج تحليل التباين الثنائي والمتعدد لأثر متغيرات (الجنس، المؤسسة، الرتبة، الخبرة) على معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	119.82	1	119.82	0.198	0.65	غ/د
المؤسسة (ب)	1252.55	1	1252.55	2.069	0.15	غ/د
الرتبة (ج)	996.65	1	996.65	1.64	0.20	غ/د
الخبرة (د)	451.89	1	451.89	0.74	0.38	غ/د
أ × ب	279.05	1	279.05	0.46	0.49	غ/د
أ × ج	12.86	1	12.86	0.21	0.88	غ/د
أ × د	49.33	1	49.33	0.81	0.77	غ/د
ب × ج	74.82	1	74.82	0.12	0.72	غ/د
ب × د	40.18	1	40.18	0.06	0.79	غ/د
ج × د	1.11	1	1.11	0.002	0.96	غ/د
أ × ب × ج	12.21	1	12.21	0.02	0.08	غ/د
أ × ب × د	808.31	1	808.31	1.33	0.24	غ/د
أ × ج × د	9.46	1	9.46	0.016	0.90	غ/د
ب × ج × د	43.46	1	43.46	0.72	0.78	غ/د
المجموع الكلي	151339.03	254	-	-	-	-



## أولاً : أثر الجنس

دلت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) في إستجابات الاخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية، حيث بلغت قيمة ف (0.198)، و هي غير دالة إحصائياً.

لذلك فإن إستجابات الإناث (المتوسط الحسابي =161.57) نحو معوقات الممارسة النفسية تتقارب من إستجابات الذكور (المتوسط الحسابي =157.94)

- يمكن تفسير ذلك بإتفاق فئتي متغير الجنس في إدراكهم لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم وحسب رأينا فإن فئة الأخصائيين النفسانيين الذكور كان يفترض أن تكون أقل تأثراً بمعوقات الممارسة النفسية من فئة الأخصائيين النفسانيين الإناث، كذلك فإن فئتي متغير الدراسة سواء من الأخصائيين النفسانيين الذكور أو الأخصائيين النفسانيين الإناث يتفقون في إدراكهم لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم، إلا أن النتيجة المتحصل عليها لا توحى بأي خصوصية لكلا الفئتين، بل لعلها تثبت أن معوقات الممارسة النفسية أكبر من قدرة الأخصائيين النفسانيين لكلا الجنسين على تجاوزها حتى وإن كانت خبرتهم طويلة ولعل هذه النتيجة تفسر أن المعوقات التي يتلقونها تتعلق بخصائصهم وبقدرتهم وإمكانياتهم الشخصية كذلك ربما هناك جوانب أخرى مؤثرة على الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية.

- يمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائياً في معوقات الممارسة النفسية بين الجنسين إلى التغير الإجتماعي والتطور الفكري لدى المرأة، والتطور الايجابي لنظرة المجتمع ومحيط العمل للمرأة العاملة الأمر الذي يجعلها تكافئ الرجل في المكانة الاجتماعية في المهنة وهذا ينعكس إيجاباً على الجانب النفسي لدى المرأة العاملة، فيشعرن بالرضى وترتفع قدرتهن على الرضى في العمل وهذا ما أكدته الدراسات التي أجريت حول الفروق بين الجنسين ومن بينها ماتوصل كل من (عبد العزيز، وأبو ناهية ) من حيث عدم وجود فروق بين الجنسين في الدافع للإنجاز، وقد أرجعا هذه النتيجة إلى الأساليب المعاملة الوالدية الحديثة المبنية على المساوات بين الذكور والإناث الناتجة عن التغير الإجتماعي، في حين توصلت دراسة (الكيلاني) إلى نتيجة أن الذكور يتفوقون في الإتجاه، نحو تحديد الخطط والأهداف، الكفاح، تحمل المسؤولية، المثابرة وهي سميات ضرورية لتقليل من عوائق الممارسة النفسية، في المقابل

توجد فروق دالة إحصائياً لصالح الإناث في خصائص الميل للخدمة الإجتماعية، والميل لاقتناع بالوضع الراهن... فالملاحظ أن هذه النتيجة تفسر ماتوصلنا إليه إذ أن كلا الجنسين يملك القدرة والخصائص التي تمكنه من أداء واجباتهم في العمل غير أن الإناث تواجهن العديد من المعوقات أكثر من الذكور مثل الشعور بعدم الأمن، وعدم توفر وسائل النقل الخاصة بالعمل، وبالرغم من هذا فالإناث يحققن مكانة إجتماعية ويحظين بالإحترام والتقدير من طرف مدرء المؤسسات وكذلك من طرف الزملاء في المهنة، إضافة إلى حب المهنة والاعتناع بالرسالة النبيلة التي يؤديها الأخصائي النفسي

ثانيا : أثر الخبرة الميدانية:

بينت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الرتبة ((0-5)، (6-10)) في إستجابات الاخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية، حيث بلغت قيمة ف (0.746)، و هي غير دالة احصائياً.

لذلك فإن استجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين (0-5) (المتوسط الحسابي=160.82) نحو معوقات الممارسة النفسية تتقارب مع إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين العاديين (المتوسط الحسابي=152.73).

وتظهر هذه النتيجة بأن كلا فئتي متغير سنوات الممارسة النفسية من الأخصائيين النفسانيين العياديين الأقل أو الأكثر ممارسة يمتلكون نظرة متشابهة لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم

وهذا أمر غير طبيعي بنظرنا، ذلك أن إدراك الأخصائيين النفسانيين العياديين الجدد لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم يختلف منطقياً عن إدراك الأخصائيين النفسانيين العياديين القدامى نظراً لاختلاف تطلعاتهم وأهدافهم مما يخلق إختلاف طبيعياً في إدراكهم لمعوقات الممارسة النفسية

فهذه النتيجة توحى بأن درجة حدة معوقات الممارسة النفسية التي تمثل صميم المهنة غطت على الفوارق الطبيعية التي تظهر بين الأخصائيين النفسانيين العياديين القدامى والجدد، ومنه لم يظهر أثر في معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسانيين العياديين بإختلاف سنوات الممارسة النفسية.

كذلك فإن الأخصائيين النفسانيين العياديين الأكبر من حيث سنوات الممارسة النفسية من المفروض هم أكثر إدراكاً لدرجة حدة معوقات الممارسة النفسية، ذلك أنه كلما زاد عدد سنوات الممارسة النفسية كلما

كان الأخصائي النفسي أكثر قدرة على إدراك المعوقات النفسية التي تتعلق بمهامهم، وأكثر إحساساً بمواطن القصور التي تحول دونه ودون تنفيذ مهامه المهنية، وأكثر وعياً بالنتائج التي يسببها عدم توفر الظروف المهنية الملائمة لتنفيذ المهام المطلوبة، بينما الأخصائيين النفسيين العياديين الأقل ممارسة يحتاجون إلى وقت أكبر لاكتشاف العوائق والصعوبات التي تنجم عن مهامهم لأن هذا الاكتشاف يكون نتيجة الممارسة الميدانية المستمرة للمهام، وهذا عكس ما بينته نتائج دراستنا.

إن الخبرة في مجال العمل بالمعنى السيكولوجي هي ذلك المركب الخبيري الناتج عن تفاعل بين الخبرات السابقة وبين ما يستقبله الفرد من مثيرات مستمدة من الواقع المهني فهذا المركب الخبيري يجعل الفرد أكثر كفاءة لمواجهة التغيرات الطارئة على المحيط في العمل، فهي القدرة على التأثير على العلاقات القائمة بين الأفراد وتوجيههم لتحقيق أهداف إجتماعية أو شخصية، وفي كل الاحوال فإن إكتساب الخبرة يتطلب فترة معتبرة من الزمن قدرناها في دراستنا من 06 إلى 10 سنوات من العمل الاكلينيكي، في مؤسسات الصحة العمومية، بحيث من المفروض أن يكون السيكولوجي النفسي قد طور خبرة تميزه عن غيره من الأخصائيين النفسيين العياديين حديثي التوظيف، فمن وجهة نظر علمية من المفروض أن يتميز الأخصائيين النفسيين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية ذوي الخبرة الأكبر بمستويات أعلى من جميع الجوانب المحيط بعملهم والقدرة على تذليل معوقات ممارستهم النفسية عن الأخصائيين النفسيين الأقل خبرة، لكن نتيجة الدراسة الميدانية كانت مخالفة لهذا التوقع فلا يوجد تأثير للخبرة على معوقات الممارسة النفسية لدى فئة الأخصائيين النفسيين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية .

فيمكننا أن نرجع عدم الإختلاف إلى خصوصية بيئة العمل المهنية (المحيط) في مؤسسات الصحة العمومية الذي يتطلب عوامل أخرى كخصائص الشخصية وهي التي أشار إليها (ريني) بمصطلح العوامل الوسيطة وهي عوامل لا علاقة لها بخبرة العامل بل تتعلق بطريقته في الإستجابة لمحيط العمل كالمرونة والمثابرة وسرعة الاستجابة، وغيرها من الخصائص التي يحتاج الأخصائي النفسي إلى توظيفها في عمله، وهي خصائص تميز بعض الأفراد عن غيرهم ليس بعدد سنوات العمل في المؤسسة، فيمكن على هذا الأساس أن يتمكن الأخصائي النفسي من النجاح في عمله في السنة الأولى من العمل بينما يعجز آخر عن تحقيق هذه النتيجة بعد عدة سنوات من العمل.

من جهة أخرى فإن هذه النتيجة دليل على ثبات المعوقات التي يعاني منها الأخصائيين النفسيين في محيط عملهم وخارجها، فالنظام والثقافة الموجودة والحدود التي تقلص من فعالية دور الأخصائي النفسي

في الوسط الإستشفائي تجعله في وضعية ثابتة لا يتغير بتقدم سنوات العمل في مؤسسات الصحة العمومية، فالعوائق التي يواجهونها في أداء مهامهم خاصة في السنة الأولى هي نفسها التي يواجهونها بعد 06 أو 10 سنوات من العمل ، لذا فإن التلاؤم بين الأخصائيين النفسيين وأماكن عملهم إما أن يتحقق منذ البداية أولاً أو لا يتحقق لأن التفاعل بين الفرد ومحيط العمل يتطلب تدخل عوامل وسيطية كما ذكرنا كما تجدر الإشارة إلى شئ مهم أبداه الأخصائيين النفسيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية فقد أبدوا شكاوهم من ناحية عدم ارتباط عامل الخبرة والتكوين أو رفع المستوى بالحوافز المادية والمعنوية وهو ما يحبط عملية اكتساب الخبرة الفعلية، رغم طيلة المدة الزمنية التي يقضونها أو يعملونها .

### ثالثاً : أثر الرتبة

تدل نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الرتبة (عادي، رئيسي) في استجابات الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية، حيث بلغت قيمة ف (1.646)، و هي غير دالة إحصائياً .

لذلك فإن استجابات الأخصائيين النفسيين العياديين "الرئيسيين" (المتوسط الحسابي=163.84) نحو معوقات الممارسة النفسية تتقارب مع إستجابات الأخصائيين النفسيين العياديين "العاديين" (المتوسط الحسابي=158.30)

وتعكس هذه النتيجة أن كلا فئتي الأخصائيين النفسيين العياديين العاديين والرئيسيين يمتلكون نظرة متشابهة لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم.

فهذه النتيجة توحى بأن معوقات الممارسة النفسية التي تمثل صميم المهنة غطت على الفوارق الطبيعية التي تظهر بين الأخصائيين النفسيين العياديين القدامى والجدد، ومنه لم يظهر أثر في معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين بإختلاف رتبهم (عادي، رئيسي)

وهذا أمر غير طبيعي في نظرنا، ذلك أن ادراك الأخصائيين النفسيين العياديين (العاديين) لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم يختلف منطقياً عن إدراك الأخصائيين النفسيين العياديين (الرئيسيين) نظراً لإختلاف تطلعاتهم وأهدافهم مما يخلف إختلاف طبيعياً في إدراكهم لمعوقات الممارسة النفسية.

وهذا ما يدعنا نتكلم عن الدور وغموضه لدى الأخصائيين النفسانيين ف(كوت) يؤكد على أنه أسلوب إجتماعي للتصرف في موقف معين يمارسه أي شخص يشغل وظيفة أو مركز إجتماعي.

إذا ينظر إلى الدور على أنه الجزء الذي يلعبه الفرد "الأخصائي النفساني في التنظيم" المؤسسات الصحة العمومية بنوعيتها .

كذلك نجد كاهن وآخرون (2013) يؤكدون على أنه الفعالية أو النمط السلوكي المطلوب أدائه من قبل الفرد شاغل الوظيفة في الهيكل التنظيمي كذلك باريك يرى بأنه الموقع الذي يحتله الفرد في التنظيم كما تحدده توقعات الأفراد المهمين في المنظمة وحامل الدور، ونعني بتوقعات حامل الدور مجموعة أنماط السلوك التي يتوقعها الفرد الذي يشغل منصباً أو مركزاً معيناً (بارون خضر، 1999، ص18).

ومنه يمكن القول أن لكل فرد داخل التنظيم مسار وظيفي يشكل في الأخير دوره وسلوكه الوظيفي لكن في حالة وجود غموض في الواجبات والمسؤوليات التي يفرضها الدور على الموظف قد يؤدي به إلى الشعور بما يعرف بغموض الدور لدى الأخصائيين النفسانيين.

يرى الباحث بيري أن منشأ هذا الموقف بالنسبة للفرد في العمل عندما لا تكون لديه معلومات كافية وواضحة تمكنه من أداء عمله بطريقة ترضيه فالشخص في هذه الحالة ربما لا يكون على علم بأهداف العمل أو الاجراءات التي عليه إتباعها وقد يكون غير متأكد بخصوص المجال والمسؤوليات المتعلقة بعمله فإن الحيرة و الغموض قد تنشأ لدى الفرد وتكون سببا لعدة إضطرابات (شويطر ليلي، 2005، ص48)

وفي المقابل نجد مصطلح وضوح الدور وهو من المتغيرات التي تهتم جميع العمال مهما كان مجال عملهم ويقصد به مدى توفر المعلومات الضرورية لانجاز العمل أو الواجب ومعرفة الواجبات و السلطة والعلاقات مع الاخرين ووضوح التعليمات والتوجيهات و السياسات الخاصة بالعمل. (مصطفى تركي، 1993، ص130)

أما عن العلاقة بين غموض الدور وبعض أنماط السلوك في مكان العمل يتضح وجود ارتباط دال إحصائي بين غموض الدور وعدم الرضا عن العمل، وتقدير الذات وإرتباط سالب بتماسك فريق العمل و الرؤساء والاستقلال في العمل (مصطفى تركي، 1993، ص42)

كما بينت أبحاث كاهن وزملاءه من جامعة ميتشيغان أن الأفراد الذين يعانون من فقدان تحديد دورهم يظهرون قليلا من الرضا في نشاطهم المهني وتوترات متزايدة متعلقة بعملهم ويشعرون بقلّة أهمية أعمالهم في التنضيم يصاحبها فقدان إحترام الذات و زيادة التوتر مصحوبة ببعض الأعراض الجسمية، وهذا يعاينيه الأخصائيين النفسانيين تقريبا بمختلف رتبهم، فنجدهم دائما في صراع بين الدور ووضعتهم القانونية status والمؤسسة التي يعملون فيها.

#### رابعا: أثر المؤسسة المستخدمة

كشفت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال إحصائيا لمتغير المؤسسة المستخدمة (إستشفائية،

جوارية) في إستجابات الاخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين في مؤسسات الصحة العمومية، حيث بلغت قيمة ف (2.069)، وغير دالة إحصائيا.

لذلك فإن إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين الذي يزاولون عملهم في مؤسسات الصحة الجوارية (المتوسط الحسابي=161.71) نحو معوقات الممارسة النفسية تتقارب مع إستجابات الأخصائيين النفسانيين الذين يزاولون عملهم في المؤسسات الإستشفائية (المتوسط الحسابي=156.32).

ويمكن تفسير ذلك بإتفاق فنّتي متغير المؤسسة المستخدمة (إستشفائية، جوارية) في إدراكهم لمعوقات

الممارسة النفسية التي تواجههم وحسب رأينا فإن فنّتي متغير الدراسة سواء من الأخصائيين النفسانيين الذين يزاولون عملهم في مؤسسات الصحة العمومية أو الأخصائيين النفسانيين الذين يزاولون عملهم في مؤسسات الصحة العمومية الجوارية يتفقون في إدراكهم لمعوقات الممارسة النفسية التي تواجههم، إلا أن النتيجة المتحصل عليها لا توحى بأي خصوصية لكلا الفئتين، بل لعلها تثبت أن معوقات الممارسة النفسية أكبر من قدرة الأخصائيين النفسانيين لكلا الفئتين على تجاوزها حتى وإن كانت خبرتهم طويلة ولعل هذه النتيجة تفسر أن المعوقات التي يتلقونها تتعلق بخصائصهم وبقدرتهم وإمكانياتهم الشخصية كذلك ربما هناك جوانب أخرى مؤثرة على الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية، فكما هو معلوم أن الأخصائي النفسي يعمل في مؤسسات الصحة العمومية بنوعها ضمن فريق عمل متعدد ويتكون غالبا من عدد لا بأس به من المختصين يقودهم طبيب مختص في أمراض معينة تتغير حسب مكان أو مصلحة عمل الأخصائي النفسي فمثلا إذا كان النفسي العيادي ملحقا إلى قسم الطب النفسي فالمختص الذي يقود فريق العمل يكون طبيب نفسي، بينما إذا كان النفسي العيادي يباشر عمله في

مصلحة تصفية الدم أو أمراض الكلى فالمختص الذي يشرف على فريق العمل هو طبيب المختص في الكلى... وبالتالي يقوم هذا الفريق بتقديم خدمات الصحة النفسية من تخصصات مختلفة يعمل أفرادها لضمان خدمات الوقاية والعلاج والارشاد والتاهيل، ونظرا لتداخل في الأدوار بين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية بنوعيتها، فقد ضلت مشكلة التحديد للأدوار المهنية للعاملين فيها محل جدل وخلاف كانت ولا تزال لها نتائج سلبية على الممارسة لنفسية .

فالهدف الأول للفريق العلاجي داخل مؤسسات الصحة العمومية بنوعيتها هو تأدية عمله على أحسن حال وأكمل وجه ولا يتأتى هذا المقصد إلا إذا كان كل عضو يملك نضرة واضحة ومحددة لدوره ومهامه خاصة إذ علمتنا نظرية الدور أن الغموض في الدور و المهام يدعم ويزيد من احتمال عدم رضى العضو في دوره داخل الفريق مما قد يؤدي إلى إنخفاض الإنجاز .

وبالتالي عدم الفهم للدور المطلوب من الأخصائي النفسي يبقى حقيقة قائمة، وعدم التعاون بين الأخصائيين النفسيين وغيره من العاملين في نفس الميدان هو نتيجة مباشرة لأن الكثير من الإداريين لا يفهمون المقصود بهذا المسمى الوظيفي، ولا يعرفون ماهو عمله في مؤسسات الصحة العمومية بنوعيتها وبعضهم يخلط بين الطبيب النفسي والأخصائي النفسي، لذلك يشكو الكثير من الأخصائيين النفسيين بولايات الشرق الجزائري من مشكلة عدم الفهم لوضعهم المهني وهل هم من الفنيين كالأطباء أم من الإداريين كغيرهم من الموظفين في المؤسسة العمومية الإستشفائية أو المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

- تحليل التباين الثنائي و المتعدد بين المتغيرات :

#### خامسا: أثر تفاعل متغير (الجنس، المؤسسة المستخدمة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين الثنائي من أجل المقارنة بين نوع الجنس (ذكور، إناث) ونوع المؤسسة المستخدمة (إستشفائية، جوارية)، والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ومن خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة اتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الجنس قدر ب(119.82) ، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة ب(1252.55).

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيري الجنس والمؤسسة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (279.05)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والتفاعل بينهما (0.461) بدرجة حرية 1 وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الجنس والمؤسسة المستخدمة والتفاعل بينهما.

#### سادسا: أثر تفاعل متغير ( الجنس، الرتبة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين الثنائي من أجل المقارنة بين نوع الجنس (ذكور، إناث) ونوع الرتبة (عادي، رئيسي)، والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ومن خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة اتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الجنس قدر ب(119.82)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الرتبة ب(996.65).

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيري الجنس والرتبة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (12.86) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و الرتبة والتفاعل بينهما (0.21).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في استجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الجنس والرتبة والتفاعل بينهما.

#### سابعا: أثر تفاعل متغيري (الجنس، الخبرة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين الثنائي من أجل المقارنة بين نوع الجنس (ذكور، إناث) ونوع الخبرة (0-5)، (6-10)، والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.



من خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة إتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الجنس قدر ب(119.82)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الخبرة ب(451.89).

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيري الجنس والخبرة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (49.33) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و الخبرة والتفاعل بينهما (0.81).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الجنس والخبرة والتفاعل بينهما.

**ثامنا: أثر تفاعل متغري (المؤسسة، الرتبة):**

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين الثنائي من أجل المقارنة بين نوع المؤسسة (إستشفائية، جوارية) ونوع الرتبة (عادي، رئيسي)، والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

من خلال نتائج المعالجة الاحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة يتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة قدر ب(1252.55)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الرتبة ب(451.81).

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيري الرتبة والمؤسسة المستخدمة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (74.82) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والتفاعل بينهما (0.124).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري المؤسسة المستخدمة والرتبة والتفاعل بينهما.

**تاسعا: أثر تفاعل متغري (المؤسسة المستخدمة، الخبرة)**

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين الثنائي من أجل المقارنة بين نوع المؤسسة المستخدمة (استشفائية، جوارية) ونوع الخبرة ((0-5)، (6-10)، والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ومن خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة إتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة المستخدمة قدر ب(1252.55)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة ب(996.65).

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيري المؤسسة المستخدمة، الخبرة فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (40.180) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والتفاعل بينهما (0.06).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري المؤسسة المستخدمة والخبرة والتفاعل بينهما.

#### عاشرا: أثر تفاعل متغيري ( الرتبة، الخبرة):

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين الثنائي من أجل المقارنة بين نوع الرتبة (عادي، رئيسي) ونوع الخبرة (0-5)، (6-10)، والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ومن خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة إتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الرتبة قدر ب(451.89)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الخبرة ب(996.65).

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيري الرتبة و الخبرة ، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (1.113) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والتفاعل بينهما (0.002).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الرتبة و الخبرة والتفاعل بينهما.

حدى عشر: أثر تفاعل متغيرات ( الجنس، المؤسسة، الرتبة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين المتعدد من أجل المقارنة بين نوع الجنس (ذكور، إناث) ونوع المؤسسة المستخدمة (إستشفائية، جوارية)، ونوع الرتبة (عادي، رئيسي) والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ومن خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة إتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الجنس قدر ب(119.82)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة ب(1252.55)، أما الرتبة فبلغ متوسط مجموع المربعات (996.65)

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيرات الجنس والمؤسسة و الرتبة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (12.218) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والرتبة والتفاعل بينهما (0.020).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية، تعزى لمتغيري الجنس والمؤسسة المستخدمة والرتبة والتفاعل بينهما.

اثنا عشر : أثر تفاعل متغيري ( الجنس، المؤسسة، الخبرة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين المتعدد من أجل المقارنة بين نوع الجنس (ذكور، إناث) ونوع المؤسسة المستخدمة (إستشفائية، جوارية)، ونوع الخبرة (0-5، 6-10) والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

من خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة يتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الجنس قدر ب(119.82)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة ب(1252.55)، أما الخبرة فبلغ متوسط مجموع المربعات (451.89)

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيرات الجنس والمؤسسة و الخبرة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (808.316) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والرتبة والتفاعل بينهما (1.335).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الجنس والمؤسسة المستخدمة والخبرة والتفاعل بينهما.

#### ثلاثة عشر: أثر تفاعل متغيرات ( الجنس، الرتبة، الخبرة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين المتعدد من أجل المقارنة بين نوع الجنس (ذكور، إناث) ونوع الرتبة(عادي، رئيسي)، ونوع الخبرة ((0-5)، (6-10)) والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

من خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة إتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الجنس قدر ب(119.82)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير الرتبة ب(996.65)، أما الخبرة فبلغ متوسط مجموع المربعات (451.89)

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيرات الجنس والرتبة و الخبرة، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (9.461) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والرتبة والتفاعل بينهما (0.016).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الجنس والرتبة والخبرة والتفاعل بينهما.

#### أربعة عشر : أثر تفاعل متغيرات (المؤسسة، الرتبة، الخبرة)

للتحقق من هذا قمنا بإستخدام إختبار تحليل التباين المتعدد من أجل المقارنة بين نوع المؤسسة المستخدمة(إستشفائية، جوارية) ونوع الرتبة (عادي، رئيسي)، ونوع الخبرة ((0-5)، (6-10)) والتفاعل بينهما على مقياس معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية.

ومن خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المستخلصة عن عينة الدراسة إتضح أن متوسط مجموع المربعات بالنسبة لمتغير المؤسسة المستخدمة قدر ب(1252.55)، في حين بلغ متوسط مجموع المربعات بالنسبة لرتبة ب(996.65)، أما الخبرة فبلغ متوسط مجموع المربعات (451.89)

أما بالنسبة للتفاعل بين متغيرات المؤسسة و الرتبة والخبرة ، فقد بلغ متوسط مجموع المربعات (43.462) بدرجة حرية واحدة (1)، هذا وقد جاءت قيم إختبار (ف) بالنسبة للجنس و المؤسسة والرتبة والتفاعل بينهما (0.72).

وبناء على ما سبق يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستجابات الأخصائيين النفسانيين العياديين نحو معوقات الممارسة النفسية ، تعزى لمتغيري الجنس والمؤسسة المستخدمة والرتبة والتفاعل بينهما.

- يمكن تفسير نتائج تحليل التباين الثنائي والمتعدد بين المتغيرات والتفاعل بينهما (الجنس، المؤسسة)، (الجنس، الخبرة)، (الجنس، الرتبة)، (المؤسسة، الرتبة)، (المؤسسة، الخبرة)، (الرتبة، الخبرة)، (الجنس، المؤسسة، الرتبة)، (الجنس، المؤسسة، الخبرة)، (الجنس، الرتبة، الخبرة)، (المؤسسة، الرتبة، الخبرة)، أي مهما كانت جنس ورتبة الأخصائيين النفسانيين، أو جنس وخبرة الأخصائيين النفسانيين، أو المؤسسة التي يعمل فيها الأخصائيين النفسانيين ورتبتهم، أو المؤسسة التي يعمل فيها الأخصائيين النفسانيين وخبرتهم، أو رتبة الأخصائيين النفسانيين وخبرتهم، كلها مجتمعة لا يوجد أثر أو تفاعل بينها، أي أن المعوقات التي يتعرضون لها داخل مؤسسات الصحة العمومية هي نفسها لا تتغير ولا تتأثر لا بجنس الأخصائيين النفسانيين ولا برتبتهم ولا خبرتهم، ولهذا تفسير واضح فمصدر المعوقات الأول يتمثل في كثير من الأحيان لمؤسسات الصحة العمومية في حد ذاتها، لأنها لا تقوم بالدور الذي يجب أن تعمله في توفير الظروف الملائمة لعملهم، فمؤسسات الصحة العمومية أصلا هي في حالة غير مستقرة أثرت بالسلب على الممارسة النفسية للأخصائيين النفسانيين، فلو كانت مؤسسات الصحة العمومية مهيكلة، ومنظمة وفي حالة مستقرة من جميع الجوانب الإدارية والمالية والتنظيمية لكانت الممارسة النفسية للأخصائيين النفسانيين تتم في ظروف جيدة ومعوقات أقل .

وهذا ما تؤكدته دراسة (ليليان، 2008) في دراستها حول علم النفس المرضي المؤسسي التي ركزت على كيف تصبح أو تتحول في كثير من الأحيان المؤسسة إلى منشأة للإضطراب وبالتالي تحولت مؤسسات الصحة العمومية إلى منشأة لمعوقات كثيرة وعديدة أعاقت عمل الأخصائيين النفسانيين فيها و أثرت بشكل واضح وجلي على جودة الممارسة النفسية فلا جنس الأخصائيين النفسانيين ولا مختلف رتبهم ولا سنوات خبرتهم استطاعت أن تقلل من حدة هذه المعوقات.

## خلاصة الدراسة :

توصلت الدراسة العلمية و الميدانية إلى التعرف على أهم معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري ومعرفة هل لمؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري دور في تشكل وظهور معوقات تعيق عمل الأخصائي النفسي من حيث الأهمية بالترتيب، والتعرف على درجة حدتها، وكذلك التعرف على أثر بعض المتغيرات في هذه المعوقات.

يعد سلك النفسانيين الفئة الوحيدة التي لم تحدد طبيعة إنتمائه داخل المنظومة الصحية، فلا هو مسجل ضمن السلك الطبي ولا هو مدرج في سلك شبه الطبي، ولا الإداري، هذه الوضعية الغامضة تسببت في غموض واضح للهوية المهنية داخل القطاع وضاعفت من الوضعية الإنسحابية للنفسانيين في قطاع الصحة العمومية، لذلك يبدو أن أصل المشكل مؤسساتي بالدرجة الأولى.

تشير الدراسة إلى أهم النتائج الميدانية في المؤسسات الصحة العمومية و دورها البارز في تدهور الممارسة النفسية و ابراز أهم معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية بولايات الشرق الجزائري هي كمايلي مرتبة ترتيبا تنازليا حسب أهميتها :

- أولا: المعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين .

ثانيا- ثقافة المجتمع .

ثالثا- الاعتماد على الإمكانيات و المهام و العلاقات المهنية .

و قد اتضح أن معوقات الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسيين العياديين بدرجة حدة مرتفعة كانت في أغلب الأبعاد العشرة ماعدا محور العلاقات المهنية كانت درجة الحدة متوسطة في بعديه.

و نشير أنه لا يوجد تفاعل "أثر" في استجابات الأخصائيين النفسيين في معوقات الممارسة النفسية باختلاف كل من نوع الجنس، الرتبة، الخبرة، طبيعة المؤسسة المستخدمة.

مقترحات الدراسة :

وبناء على النتائج التي توصلنا إليها فإننا نقترح إتخاذ مجموعة من الإجراءات التالية :

- إعادة ترتيب سياسة المنظومة الصحية في الجزائر من خلال إعادة الاعتبار للممارسة النفسية استنادا إلى معوقات الممارسة النفسية التي كشفتها الدراسة عن أهميتها ، وعن شدة حدتها من خلال زيادة الجهد والوقت لتطوير الممارسة النفسية بحيث تصبح تخضع للشروط العلمية بما يسهل مهام الأخصائيين النفسانيين العياديين .
- ضرورة اجراء دراسة ميدانية موسعة من حيث المتغيرات و العينات.
- إعادة النظر في برامج تكوين الأخصائيين في علم النفس على غرار ما تفعله الدول المتقدمة، وذلك من خلال إجراء اختبارات تعتمد على قياس القدرات العقلية والميولات الشخصية للطلبة الذين يرغبون في تخصص علم النفس، حتى لا يتم وصفهم بالضعف أثناء دراستهم وعند تأدية مهامهم، اثناء مقاييس التدرج في أقسام علم النفس لضمان تكوين نوعي وليس كمي، وذلك بالربط بين جانبي التكوين النظري والميداني، وتكثيف التبرصات، ومسايرة آخر نتائج البحوث العملية المتخصصة ، إعادة النظر في الطرق الكلاسيكية للتقييم التربوي القائمة على الامتحانات والعروض الصفية، والتي أفرزت أخصائيين يشكون من نقص في إدراك الذات المهنية، توفير أمهات الكتب لضمان ترقية التكوين .
- تشجيع المبادرات وتكثيف المتلقيات العلمية والندوات والأيام الدراسية.
- إعادة النظر في برامج تكوين الأخصائيين النفسانيين بإضافة مقاييس أصبحت جد مهمة في عصرنا الحالي، كعلم النفس المعرفي، وعلم النفس العصبي، والبرمجة اللغوية العصبية .
- ربط الجانب النظري بالتطبيقي، وذلك من خلال تعاقد الجامعة مع أخصائيين نفسانيين ذوي خبرة في الميدان للاستفادة أكثر أثناء الأعمال التطبيقية للطلبة .
- إضافة تكوين في الجانب الإداري لأن الأخصائي النفسي مؤهل في المستقبل لتقلد مناصب إدارية كمدرء للمراكز المختصة.
- إشراك الجامعة للأخصائيين النفسانيين في الندوات والملتقيات.
- ضرورة تحسين المناخ المهني لضمان ممارسة سيكولوجية قيمة، وذلك بتوفير مكان عمل لائق للأخصائي النفسي كذلك توفير الوسائل المادية والتقنية كالروايز والاختبارات .

- ضمان لقاءات دورية بين المختصين النفسيين والخبراء، وإرسالهم لدورات تدريبية وتكوينية داخل الوطن وخارجه
- تحسين المستوى المادي والاجتماعي للأخصائيين النفسيين، وذلك بالعمل على تحقيق إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والمهنية لضمان استقرارهم، مما ينعكس بالإيجاب على الممارسة السيكولوجية السلمية لخدمة للمجتمع.



# المصادر و المراجع

أولاً : المراجع باللغة العربية

- القرآن الكريم :سورة ابراهيم ، الاية 07

- أحمد فايز النماس: (2000)، الخدمة الاجتماعية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.
- أحمد عبد لطيف: (2009)، التشخيص والتقويم، ط1، دار المسيرة، عمان ، الأردن.
- أسامة فاروق: (2011)، مدخل للاضطرابات السلوكية، دار المسيرة، عمان، الاردن
- أحمد بيبي عبد السلام: (1998)، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، ط1، دار الجماهير، ليبيا
- الهادي المليجي: (1997)، الممارسة المهنية في المجال الطبي والتاهيل ،د ط، المكتب العالمي للكمبيوتر، مصر .

- المرسوم التنفيذي رقم 96-73، المؤرخ في 16 افريل 1973

- الجريدة الرسمية رقم 34 بتاريخ 27 افريل 1973

- المرسوم التنفيذي رقم 91-111 المؤرخ في 27 افريل 1991

- المرسوم التنفيذي رقم 96-433 بتاريخ 30نوفمبر 1996 المعدل والمتمم للمرسوم رقم 81-243

المؤرخ بتاريخ 5سبتمبر 1981 التضمن انشاء وتنظيم الهيئات الاستشفائية المتخصصة

- المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 30ديسمبر 1997 المحدد لقواعد انشاء وتنظيم وتسيير

الهيئات الاستشفائية المتخصصة

- المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ بتاريخ 30-12-1997 المحدد لقواعد انشاء وتنظيم

القطاعات الصحية

- المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 30-12-1997 المحدد لقواعد انشاء المراكز الاستشفائية

الجامعية

- الجريدة الرسمية رقم 43 المؤرخة في 22جويلية 2009

- الصامدي،(2009)،الابعاد المكونة للسمة بين التحكيم و التحليل العملي، مجلة جامعة دمشق المجلد 25، العدد 4
- ابن منظور ، (2008)، لسان العرب ، ط4، دار الفكر للطباعة والنشر، بيروت.
- إحصائيات وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات 1980
- إحصائيات وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات 2010
- إحصائيات وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات 2015
- إحصائيات المنظمة العالمية للصحة
- إيمان فوزي: (2011)، التشخيص النفسي، ط2، مكتبة الزهراء، القاهرة.
- إجلال محمد سري: (2002)، علم النفس العلاجي، ط2، مكتبة النهضة، القاهرة.
- إبراهيم محمد الحاسنة: (2009)، القياس والتقويم الصفي ، ط1، دار جرير، عمان ، الأردن.
- إقبال إبراهيم: (1991)، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، ط1، دار المعرفة ، الاسكندرية.
- بن خليفة محمود: (2007)، علم النفس التحليلي، ط1، دار المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- بوفلجة غياث:(2010)،واقع مهنة المساعدة النفسية في الجزائر،مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ،العدد 11،جامعة لمين دباغين ، سطيف
- بوشيشة كتيبة: (2002)، التوضيف النفسي و الوسائل الاسقاطية ، رسالة مجيستار غير منشورة،جامعة الجزائر .
- جيرالد كوغي: (2011)، النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي، ط2، دار الفكر، الاردن.
- زينب محمودشقيير: (2002)، علم النفس العيادي، ط2، مكتبة النهضة، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران: (2008)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة
- حسن مصطفى عبد المعطي: (1998)،علم النفس الاكلينيكي، ط1، دار قباء للطباعة ،القاهرة

- حسان حرساني: (1990)، إدارة المستشفيات، ط1، دار الادارة العامة ، الرياض.
- حليلة درياس: (2000) نحو أسس جديدة لإستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية.
- طه عبد العزيم: (2008)، الارشاد النفسي، ب ط، دار الفكر ، عمان ، الاردن.
- يوسف مدن: (2006)، العلاج النفسي، ط1، دار الهادي، عمان ، الاردن.
- مجدي أحمد: (2006)، علم النفس المرضي ، ب ط، دار المعرفة، القاهرة.
- محمد جاسم العبيدي: (2009)، علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار الثقافة للنشر، الأردن.
- محمد عبد الظاهر الطيب: (2005)، مناهج البحث في العلوم النفسية، ط3، دار المعارف، القاهرة.
- موسى النبهان: (2004)، أساسيات القياس النفسي، ط1، دار الشروق، عمان ، الاردن.
- محمد شحادة ربيع: (2004)، علم النفس الجنائي، د.ط، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة
- مصطفى حجازي: (1993)، الممارسة النفسية ، ط2، دار بيروت، لبنان
- موريس انجرس: (2004)، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، ط2، دار النهضة ، الجزائر
- محمد حمدي: (2004)، فن الارشاد النفسي السريري ، ط1، دار الرسالة العالمية ، دمشق
- محمدي فوزية: (2013)، معوقات جودة الممارسة النفسية، مداخلة بالملتقى الوطني ،2013، جامعة حمة لخطر ، الوادي.
- محجر ياسين: (2012)، واقع عمل الاخصائي النفسي في المؤسسات الاستشفائية ، مداخلة بالملتقى الوطني حول اشكالية العلوم الاجتماعية في الجزائر، مارس2012، الجزائر .
- محمد، مخيمر عبد العزيز: (2008)، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، القاهرة، 2008 .

- محمد جاد الرب: (2005)، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشرى، جمهورية مصر العربية.
- سامر جميل: (2010)، المدخل الى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية، دط، دار الكتاب الجامعي .
- سعيد كمال : (2009)، التقييم والتشخيص، ط1، دار الوفاء، الاسكندرية.
- سامي عفرج: (1999)، في القياس والتقييم، ط4، دار مجدلاوي، الأردن.
- سبع محمد: (2008)، مبادئ القياس النفسي والتقييم التربوي، ط1، دار الفكر، الأردن.
- صالح أحمد الداھري: (2008)، علم النفس، ط1، دار الضياء، عمان، الاردن.
- عطوف محمد ياسين: (1986)، علم النفس العيادي الاكلينيكي، ط1، دار العلم للملاين ، بيروت
- عبد الرحمان العيسوي: (2002)، الوعي السيكولوجي ، دط، دار راتب ، بيروت
- عليان وغنيم : (2000)، مناهج واساليب البحث العلمي، ط1، دار الصفاء ، عمان
- عبيدات واخرون: (2000)، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل، دط، دار وائل للنشر ، عمان
- عز عبد الفتاح: (2008)، مقدمة في الاحصاء الوصفي والاستدلالي، ط1، دار الخوارزم ، السعودية
- عبد الفتاح مراد: (2000)، موسوعة البحث العلمي واعداد الرسائل ، دط، دار النشر ، مصر.
- عمروني ترزولت حورية: (1997)، مشاريع التكوين المهني المتبعة من طرف المتربصين ، رسالة ماجيستر غير منشورة ، جامعة الجزائر .
- علي مكاي: (1996)، الانثروبولوجية الطبية دراسات، ط1، دار المعرفة الجامعية ، مصر
- فيصل عباس: (2000)، اضواء على المعالجة النفسية ، ط1، دار الفكر للبناني ، بيروت
- فؤاد البهي السيد: (2009)، علم النفس الاحصاء، دط ، دار الفكر العربي ، بيروت
- فطيمة دبر راسو: (2010)، أهم الصعوبات التي تواجه الاخصائي اثناء الممارسة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد 11، جامعة لمين دباغين ، سطيف.

- فريد توفيق نصيرات : (2008) إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، 2008 .

- صفوت فرج: (2008)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، مكتبة الانجلو مصرية ، القاهرة

- رشوان عبد المنصف: (2007)، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، ط1، دار المكتب الجامعي، الاسكندرية.

- رضوان زقار: (2015)، الاخصائي النفسي امام صعوبات الفحص النفسي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 6، المركز الجامعي تمنراست.

- رأفت عسكر: (2004)، علم النفس الاكلينيكي، ب ط، الناشر.

- كركوش فتيحة : (2014)، الممارسة العيادية بين الواقع والمأمول، مجلة البحوث والدراسات الانسانية، العدد 09، جامعة على لونيس ، البليلة

- لوشاحي فريدة: (2015)، تكوين الممارس السيكولوجي في الجزائر والاستعداد الشخصي، مداخلة ملتقى وطني، افريل 2015، جامعة سكيكدة

- نور الدين تاروليت: (2010)، صعوبات الممارسة السيكولوجية في الجزائر، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 11، جامعة لمين دباغة ،سطيف

- غريب العربي: (2010)، القواعد المهنية للممارسة السيكولوجية ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 01، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة.

**البحوث والرسائل :**

-أطروحة الدكتوراه : مدى فاعلية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري دراسة مقارنة ، خليفة مليوح، 2014 ، جامعة بسكرة.

**ثانيا / المراجع باللغة الأجنبية :**

**-Ait sid-houm,a :(1999),la psychologie du traumatisme,rev,n 07.Alger**

- Angermeyers ,(1993): the pros and cons of psychotherapy and psychotropic drugs as seen by the lay people ,n43.
- Brahemia (1991) :la dynamique, université de montpellier,these de doctorat .
- Bourguignon ,(2009) : la deontologie des psychologues,2<sup>e</sup> me edition,France.
- Brunet,L ,(2009) :profession psychologue,Canada,presses de l'université.
- Bland,newman, ((1990):health care utilization for emotionnel problems,canadian journal of psychiatry,n35
- Blumenthai,(1997): the role of clinical psychilogiste in community mental health teams,clinicle psychology and psychotherapy,n4
- Chiland,c ,(1993) : les psychologies fonction et formation,psychologie française.
- Lagache, d , (1998) : l'unité de la psychologie,Paris,puf
- Lagache,d ,(2004) : l' unité de psychologie,7ieme edition,France.
- Martineau,a ,(2007) : la formation professionnelle et les fonction des psychologues cliniciens,Paris.
- Morrison, (1995): Educators and child care workers perception about the competencies of child mental health professionals,journal of community psychology,n3.
- Matthew, (1993):a survery of mental health professional perception of the qualification of clinicle psychologists,psychotherapy in private practice,n12.

- Pedinielli,j ,(1994) : introduction de la psychologie clinique,Paris,Nathan.
- Pomy,m.p , (2000) : santé publique,Paris,ellipses.
- Perron ;r et cool , (1997) : la pratique de la psychologie clinique, Paris, dunod.
- Oufriha,f (1993) : la difficultie restructuration du system de santé en Algerie,centre de recherche en fonomie n35-36 Alger.
- Oufechoun , Hammoudia , (1993) : bilan de vint-huitième annés de la politique sanitaire en Algerie,n.35-36 3eme et 4eme trimesters ,Algerie.
- Pryor, (2001): the relationship between general practioners characteristics and the extent to wiche ,australian psychologist ;n36.
- Touris,c , (1999) : introduction psychologique,2ieme edition, bruxelles.
- Shapely, (1986): public perception of four mental health professionals,australian psychologist ,n 21.
- Schulte, (1993): public attitude toward psychotherapy;journal of psychologische rundschau,n44
- Wood,b , (1986): surveying psychology's public image ,american psychologist.



# الملاحق

ملحق رقم (01) احصائيات 2015 حول توزيع الاخصائين النفسانيين بولايات

الشرق الجزائري

التعداد الوطني لسلك النفسانيين العياديين الممارسين في قطاع الصحة العمومية 2015

لولايات الشرق الجزائري

ملحق رقم (2) يمثل استمارة التحكيم لمحور الاستبيان في صورته الاولى

الملحق رقم (3) يمثل القائمة الاسمية للاساتذة للمحكمين

الملحق رقم (4) يمثل إستمارة الاستبيان المعدلة

الملحق رقم ( ) يمثل نتائج التحليل الاحصائي لصدق وثبات الاداة+نتائج الدراسة الاساسية

ملحق رقم (01) إحصائيات 2015 حول توزيع الاخصائيين النفسانيين بولايات الشرق الجزائري  
التعداد الوطني لسلك النفسانيين العياديين الممارسين في قطاع الصحة العمومية 2015  
لولايات الشرق الجزائري

الولاية			الرتبة
ام البواقي	نفساني	نفساني رئيسي	
	38		
باتنة	38	2	
بجاية	10		
بسكرة	57	5	
تبسة	49	2	
جيجيل	27	4	
سطيف	56	8	
سكيكدة	36		
عنابة	41	7	
قالمة	27	2	1
قسنطينة	42	10	
ورقلة	26	4	
برج بوعريج	19	1	
الطارف	26	1	
الواد	27	3	
خنشلة	30	2	
سوق اهراس	18	3	
ميلة	33	8	
المجموع	601	60	1
664			

ملحق رقم (02) يمثل استمارة التحكم لمحور الاستبيان في صورته الاولى

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

الباحث : زهار جمال

إسم الأستاذ المحكم :

الدرجة العلمية :

التخصص :

إستمارة تحكيم

أستاذي الكريم -أستاذتي الكريمة :

في إطار إنجاز البحوث العلمية والتحضير لأطروحة الدكتوراه "ل م د " تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي نضع بين أيديكم هذه الأداة التي تهدف إلى معرفة أهم معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية من وجهة نظر عينة من الاخصائين النفسانيين دراسة ميدانية بولايات الشرق الجزائري راجين منكم تقويم هذه الأداة وتعديلها من خلال إعطاء البديل المناسب لها.

إليكم أساتذتي محاور التحكيم :

مدى انتماء الفقرات للأبعاد

مدى وضوح الفقرات من حيث الصياغة اللغوية

مدى ملائمة الأبعاد للمعوقات المقاسة

مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات

ويكون ذلك من خلال وضع علامة (+) في الخانة المناسبة في الجداول المرفقة، و إليكم أساتذتي الكرام المعلومات الخاصة بالمقياس والتي تساعدكم في عملية التحكيم.

المحور (5.4.3.2.1) خاص بمدى الصياغة اللغوية للفقرات أو البنود و إنتمائها لأبعادها

المحور الاول: معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام						
المحور	الأبعاد	رقم	البنود	لغة واضحة		يقترح إن وجد
				لا	نعم	
المهام	أساسية	01	صعوبة تشخيص الاضطرابات النفسية للمفحوصين			
		02	عدم إمكانية تقديم تشخيص فريقي الخاص بالاعراض النفسية المرتبطة بالاصابة الجسدية			
		03	صعوبة التعرف على التاريخ الشخصي للمفحوصين بدقة			
		04	عدم إمكانية توجيه المفحوصين إلى الطبيب المناسب بعد المعاينة التشخيصية			
		05	قلة تقديم تكفل نفسي قصير المدى أو طرق علاجية أخرى مميزة			
		06	ضعف الاسهام في مواجهة الامراض النفسية في مستوياتها المبكرة قبل وقوعها			
		07	غياب سياسة واضحة في تكوين وتاثير الطلبة			
		08	صعوبة تطبيق الاختبارات النفسية على المفحوصين			
		09	تكليف الاخصائي النفسي بمهام ليست من اختصاصه			
	ثانوية	10	نقص الإتصال بشركاء الاجتماعيين كامدارس والشرطة والمحاكم و الحركات الجموعية			
		11	قلة الاطلاع على البرامج لحظور دورات تكوينية مع قطاعات أخرى لها علاقة بالممارسة المهنية			
		12	غياب مشاركة الاخصائي في تكوين الشباب والتكفل بهم			
		13	انعدام المشاركة في تخطيط وتنفيذ تعديل البيئة والمجال الاجتماعي			

المحور الثاني : معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية

المحور	الأبعاد	رقم	البنود	لغة واضحة		يقترح إن وجد
				لا	نعم	
		01	عدم إقتناع الفريق الطبي بدور الاخصائي النفسي مع			

					المفحوصين	العلاقات المهنية	
					02 إهمال الفريق الطبي لاهمية العوامل النفسية في العلاج		الفريق الطبي
					03 الفريق الطبي لا يتقبل الاخصائي النفسي ليكون جزءا من هذا الفريق		
					04 يركز الفريق الطبي على الدور الطبي بشكل اساسي دون الادوار الاخرى		
					05 تداخل الادوار بين الاخصائي النفسي واعضاء الفريق الطبي		
					06 ضعف الحوار والنقد البناء اثناء الاجتماعات مع الفريق الطبي		
					07 صعوبة إقامة علاقة مهنية واضحة مع الفريق الطبي		
					08 الفريق الطبي يعتقد أن عمل الاخصائي النفسي ثانوي و غير مكمل لمجهوداتهم		
					09 تقليل الطاقم الاداري من شأن الاخصائي النفسي مقارنة بالاطباء نظرا لتدني سلمه المهني		
					10 إتخاذ إجراءات إدارية صارمة في حال غياب أو تقصير من طرف الاخصائي النفسي		
					11 تلقي بعض الصعوبات الادارية الخاصة بالاختصاصي النفسي		
					12 صعوبة الاتصال بين الاخصائي النفسي والطاقم الاداري أحيانا		
					13 صعوبة تفهم الطاقم الاداري لمهام الاختصاصي النفسي		

المحور الثالث : معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالامكانيات

الإقتراح إن وجد	يقيس البعد		لغة واضحة		البنود	رقم	الأبعاد	المحور
	لا	نعم	لا	نعم				
					صعوبة توفر مكتب خاص بالاختصاصي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية	01		
					افتقار المكتب لاضاءة جيدة	02		
					عدم وجود تهوية مناسبة	03		

					04	الإثاث الخاص بالمكتب لا يتوفر على الشروط المناسبة للخدمة النفسية داخل المصحة	المادية	الإمكانيات
					05	انعدام وجود مكان خاص لوضع السجلات الخاصة بالمفحوصين		
					06	حجم المكتب لا يتناسب مع طبيعة العمل داخل المصحة		
					07	وجود موقع المكتب في مكان لا يتناسب مع المهنة		
					08	عدم وجود ميزانية مخصصة لشراء الاختبارات النفسية لعمل الاخصائي النفسي في مؤسسات الصحة العمومية	المالية	
					09	غياب الحوافز المالية لتشجيع الاخصائي النفسي في التربصات خاصة خارج الوطن		
					10	عدم إمكانية التعويض عن المصاريف الخاصة بسحب الوثائق و الاستثمارات و المكالمات الهاتفية		
					11	عدم وجود تعويض للاخصائين النفسيين في مهمات العمل		
					12	الدخل المالي للأخصائي النفسي لا يتناسب مع حجم المهام الموكلة اليه		
					13	عدم حصول الاخصائي النفسي على منح المخاطر المهنية		
					14	عدم حصول الاخصائي النفسي على منح التاثير		
					15	نقص منح المردودية الخاصة بالاخصائيين النفسيين		

المحور الرابع : معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين						
المحور	الأبعاد	رقم	البند	لغة واضحة		الإقتراح إن وجد
				لا	نعم	
التكوين	قبل الخدمة	01	ضعف و سطحية المعارف النظرية التي يتلقاها الاخصائي أثناء التكوين الجامعي			
		02	صعوبة إرسال الطلبة للتدريب الميداني بالمؤسسات الإستشفائية لاكتساب الخبرات لاستخدامها بعد التخرج			
		03	التكوين الاكاديمي لايلبي احتياجات و متطلبات المهنة			
		04	لغة التكوين الاكاديمي تعيق التواصل مع الفريق الطبي			
		05	وجود بعض الاساتذة الجامعين لديهم تحصيل نظري فقط ولم يستفيدو من الخبرة الميدانية			
		06	عدم احترام التخصص احيانا في توزيع مقاييس التدريس في علم النفس العيادي			
		07	التكوين الجامعي تعليمي اكثر منه تكويني بصفة عامة			
التكوين	أثناء الخدمة	08	بعض الاخصائيين النفسانيين في واقعهم الحالي غير مؤهلين للعمل في مؤسسات الصحة العمومية			
		09	غياب تبادل الخبرات بين المعاهد والجامعات والمؤسسات الاستشفائية في تكوين الاخصائيين النفسانيين			
		10	غياب الدورات التكوينية للاخصائيين النفسانيين قصد افادتهم باحدث العلاجات والتطورات بمؤسسات عملهم			
		11	نقص التربصات داخل وخارج الوطن لفائدة الاخصائيين النفسانيين وانعدامها احيانا			
		12	ترقية الاخصائيين النفسانيين تكون على اساس الأقدمية وليس على أساس الإنجازات و الشهادات المتحصل عليها			
		13	نقص الاستفادة من المخابر البحثية في مجال اختصاص الاخصائي النفساني			
		14	انعدام الشراكة مع الجامعة في مجال المشاركة في المنتقيات العلمية.			

الجدول السادس : خاص بمدى ملائمة الأبعاد للدراسة أو الموضوع

لا يقيس	يقيس بدرجة متوسطة	يقيس بدرجة كبيرة	الأبعاد
			المهام
			العلاقات المهنية
			الإمكانيات
			التكوين
			ثقافة المجتمع

الجدول السابع : خاص بمدى ملائمة بدائل الاجابة

البديل	غير مناسبة	مناسبة	بدائل الاجابة
			موافق
			محايد
			معارض

الجدول الثامن : خاص بمدى وضوح التعليمات

البديل	غير واضحة	واضحة	التعليمات



الجدول التاسع : مدى ملائمة عدد الفقرات لكل بعد

الابعاد	عدد الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	البديل
المهام	13			
العلاقات المهنية	13			
الامكانيات	15			
التكوين	15			
ثقافة المجتمع	14			

الملحق رقم (03) يمثل القائمة الاسمية للاساتذة للمحكمين

الجامعة	الدرجة العلمية	اسم المحكم
جامعة ورقلة	أستاذ محاضر أ	خردوش زهية
جامعة المسيلة	أستاذ تعليم عالي	إسماعيلي يامنة
جامعة ورقلة	أستاذة محاضرة أ	وازي
جامعة ورقلة	أستاذ محاضر أ	محجر ياسين
جامعة ورقلة	أستاذ محاضر أ	محمدي فوزية
جامعة ورقلة	أستاذ محاضر أ	بن زعموش نادية

الملحق رقم (04) يمثل إستمارة الاستبيان المعدلة

الرقم	البنود	دائما	احيانا	نادرا
01	معاملة مختلف العملاء بغض النظر عن الجنس الدين القرابة			
02	تقديم النصح و المشورة لجميع العملاء دون تفرقة			
03	معاملة العملاء كلا حسب قدراته واستعداداته وامكانياته			
04	اتاحة الفرصة للعملاء لتعبير عن ارائهم بحرية تامة			
05	الصدق في القول والفعل مع العملاء			
06	البشاشة و الالتهامة مع العملاء			
07	لعمل على تخفيف مشاعر القلق وتاكيد الشعور بالامن والاطمئنان لدى العميل			
08	افشاء بعض الاسرار اذا كانت في مصلحة العميل			
09	عدم استغلال العلاقة المهنية مع العميل في تحقيق اهداف شخصية للاخصائي النفسي			
10	متابعة سلوك العميل داخل مؤسسة الصحة العمومية			
11	التعرف على قيم و اخلاقيات العميل			
12	تمكين العميل من الاطلاع على نتائج الاختبارات النفسية والمقاييس التي طبقت عليه			
13	الحصول على موافقة العميل او من ينزب عنه قبل الدخول في خصوصياته			
14	حسن استقبال اسرة العميل والترحيب بهم			
15	الصدق مع اسرة العميل في افهامهم بحالة العميل بلغة يفهمونها بعيدا عن المصطلحات العلمية			
16	انشاء علاقة تعاونية بين الاخصائي النفسي و اسرة العميل			
17	الاعتراف بحق اسرة العميل في المشاركة في حل المشكلة			
18	المساعدة في زيادة ثقة العميل في اسرته			
19	تزويد اسرة العميل بالمعلومات التي تخدم صالح العميل			
20	ابلاغ اسرة العميل في حالة وجود خطر على نفسه او الاخرين			
21	احترام اراء ووجهات نظر زملاء المهنة			
22	العمل على عدم التقليل من شأن الاخصائيين النفسيين الاخرين			
23	تجنب الحقد و الكراهية مع زملاء المهنة			
24	الصدق والامانة مع زملاء المهنة			
25	التنافس الايجابي مع زملاء المهنة في مجال المهنة			
26	عدم المزاح مع الزملاء في حضور العملاء			
27	تقديم المساعدة في مجال العمل للزملاء			
28	التعاون مع زملاء المهنة لمناقشة مشكلات العملاء في حال صعوبتها			
29	الاتفاق مع الزملاء في توحيد اسلوب التعامل مع العملاء			
30	التنسيق مع زملاء المهنة في وضع خطط المستقبلية والحلية لعلاج العملاء			
31	لعمل على ان تسود اجتماعات الاخصائيين النفسيين المصارحة والنقد البناء و الموضوعية			
32	التعامل مع زملاء المهنة بنفس الطريقة التي يود ان يعامل بها			
33	تقديم النصيحة للزملاء المهنة و لفت نظرهم لعيوبهم في اطار العمل الجماعي			
34	عدم ادعاء الاخصائي النفسي بملكية المواد والتجهيزات الخاصة بالمؤسسة التي ينتمي اليها			
35	استشارة من هم اكثر منه خبرة عند مواجهة مشكلات لم يسبق له مواجهتها			
36	اعطاء نسخة من الاختبارات النفسية الحديثة الى زملاء المهنة للاستفادة منها			
37	تعريف العميل بمن هو وماذا سيقدم له			
38	اجراء التحويل الى الاخصائي او الجهة المناسبة للعميل			
39	المرور اليومي مع الفريق العلاجي على العملاء			

40	عدم تفهم المرضى لدور الاخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية
41	عدم تفهم الفريق العلاجي لدور الاخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية
42	تجاهل دوركم من بعض اعضاء الفريق العلاجي داخل مؤسسات الصحة العمومية
43	عدم اشراك الاخصائي النفسي مع الفريق العلاجي لوضع خطة علاجية للمريض
44	تداخل الادوار بين الاخصائي النفسي و المختصين الاخرين
45	تكليفكم بمهام ليست من اختصاصاتكم
46	صعوبة التعرف على التاريخ المرضي للمريض نفسيا وطبيا عن طريق الملف او المريض نفسه
47	صعوبة تطبيق اختبارات الشخصية ذات العلاقة
48	انعدام تبادل الاستشارات مع الفريق العلاجي حول الحالات المرضية باستمرار
49	صعوبة اعداد تقرير مفصل عن حالة المريض من كل الجوانب ورفاقه بملف طبي
50	استحالة عقد اجتماع دوري مع الفريق العلاجي واعطائهم صورة شاملة عن حالة المريض
51	غياب المتابعة لحالة المريض ومدى استفادته من الخطة العلاجية
52	صعوبة التأكد من صدق وثبات ادواته على البيئة المحلخدامهاية قبل است
53	صعوبة الاسهام في مواجهة الامراض النفسية في مستوياتها المبكرة قبل وقوعها
54	نقص استعداد الاخصائين النفسيين للتعامل مع المرضى النفسيين على اختلاف امراضهم
55	نقص الاتصال الفعال باسر المرضى وتوعيتهم
56	صعوبة اجراء البحوث المسحية لمعرفة تأثير العوامل النفسية والاجتماعية على الصحة عموما
57	لاسهام في الحيلولة دون انتكاسة المريض وتقليل دواعي البقاء داخل المصحة
58	المعارف التي يتلقاها الاخصائي النفسي أثناء التكوين غي كافية
59	أثناء التكوين الاكاديمي لا يمكن اكتساب مهارات كثيرة في اختصاصات متنوعة في وقت قصير
60	التكوين الاكاديمي للاخصائي النفسي لا ينسجم مع متطلبات المهنة
61	التركيز أثناء التكوين الاكاديمي على الجوانب البيداغوجية على حساب الجانب التطبيقي
62	التكوين الاكاديمي للاخصائين النفسيين لا يؤهلهم للاندماج في الخدم لاحقا
63	يعتمد التكوين الاكاديمي على عموميات مشتتة لا يمكنها ان تشكل قاعدة لتطوره الذاتي
64	غياب التعارف مع الجامعات والمعاهد العليا في الايام البيداغوجية والتكوينية للاخصائين النفسيين
65	تنظيم الايام البيداغوجية والتكوينية للاخصائين بدون الاهتمام بالبحث العلمي والدراسات الحديثة
66	غياب الحوافز المادية والمعنوية لتشجيع الاخصائين النفسيين في التكوين داخل او خارج الوطن
67	عدم ظهور الاخصائي النفسي في المجتمع بالمظهر اللائق
68	عدم اتسام سلوك الاخصائي النفسي في الاماكن العامة بالاداب السلوكية والاخلاقية
69	عدم مراعاة الاخصائي النفسي قوانين المجتمع وتقاليده والقيم السائدة فيه
70	ابتعاد الاخصائي النفسي عن الشبهات
71	عدم الامام الاخصائي النفسي بالمبادئ القانونية للمهنة
72	تعصب الاخصائي النفسي لجماعة او حزب من شأنها التأثير على طبيعة عمله
73	نقص وعي المجتمع بدور الاخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية
74	الاخصائي النفسي لا يستطيع حل جميع المشكلات النفسية بكفاءة عالية
75	إنعدام السرية اللازمة من طرف الاخصائي النفسي
76	عدم شعور الاخصائي النفسي بالمسؤولية
77	عدم توفيق الاخصائي النفسي ما بين العمل والحياة الخاصة
78	التفرقة بين العملاء وعدم التواضع للجميع
79	نقص معرفة الاخصائي النفسي لعيوبه ومحاوله علاجها
80	عدم الوثوق من صحة قرارته
81	عدم تحكم الاخصائي النفسي في عواطفه وانفعالاته
82	الاخصائي النفسي غير محترم لعمله
83	عدم اعتزاز الاخصائي النفسي بمهنته والانتماء اليها

			قبول الاخصائي النفسي للهدايا والرشاوي	84
			صعوبة وجود مكتب خاص بالاخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية	85
			لا يتوفر المكتب على إضاءة جيدة	86
			المكتب تتوفر فيه تهوية مناسبة	87
			الاثاث الخاص بالمكتب لا يتوفر على الشروط المناسبة للممارسة النفسية داخل المصحة	88
			لا يوجد مكان خاص لوضع السجلات الخاصة بالعملاء	89
			نقص التجهيزات المتعلقة بالممارسة النفسية داخل المصحة	90
			الميزانية المخصصة للعتاد لا تلي الا ابسط الاحتياجات	91
			اغلب التجهيزات المستعملة لا تتطابق مع المواصفات العالمية	92
			الدخل المادي للاخصائي النفسي ليس له علاقة بالنجاح في مهنته	93
			الخبرة المهنية للاخصائي النفسي لي لها علاقة بالممارسة النفسية	94
			ترقية الاخصائي النفسي يكون على اساس الاقدمية وليس على اساس الانجازات	95
			الترقية المهنية الحلية هي عملية ادارية تغيب عنها خصوصية الممارسة النفسية	96
			تحقيق انجاز في الممارسة النفسية من طرف الاخصائي النفسي لا يقابله مكافئة مادية	97

الملحق رقم (05) يمثل استمارة الاستبيان بعد التعديل "النهائية" :

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

### الإستبيان

زميلي النفسي المحترم (ة)

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في علم النفس المرضي المؤسساتي بصفتك مختص، نرجو منك تزويدنا بالمعطيات الضرورية من أجل تحقيق أهداف هذه الدراسة الموسومة بـ "معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية من وجهة نظر عينة من الاخصائيين النفسيين بولايات الشرق الجزائري" ، لذي نرجو منك قراءة كل بنود الأداة بعناية و الإجابة عليها بموضوعية وذلك بوضع علامة (x) في الخانة التي تراها مناسبة، فلا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، تأكد (ي) من الإجابة على كل الفقرات دون إستثناء، وتأكد (ي) أن هذه المعطيات لا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي.

وشكرا على تعاونكم معنا في إنجاز هذه الدراسة.

البيانات الشخصية :

الجنس : ذكر (.....) أنثى (...)

مدة الخبرة المهنية: أقل من 05 سنوات (... ) أكثر من 5سنوات (...)

طبيعة المؤسسة : CHU (... ) EHS (... ) EPSP (... ) EPH (... )

البنود	دائما	غالبا	نادرا	الرقم
				01
يصعب التعرف على تاريخ الحالة بدقة				
				02
يصعب تشخيص الاضطرابات النفسية				
				03
نقص الاستعداد للتعامل مع المفحوصين بمختلف اضطراباتهم				
				04
يصعب حل جميع المشكلات النفسية بكفاءة عالية				
				05
يصعب توجيه المفحوص الى الطبيب المختص بعد الفحص النفسي				
				06
يصعب تقديم تشخيص فارقي				
				07
يصعب تطبيق الاختبارات النفسية				
				08
يصعب تقديم علاج نفسي مختصر				
				09
يصعب إعداد تقرير مفصل عن حالة المفحوصين من كل الجوانب النفسية				
				10
نقص متابعة المفحوصين ومدى استفادتهم من الخطة العلاجية				
				11
يصعب الحيلولة دون انتكاسة المفحوصين وتقليل دواعي بقائهم داخل المصححة				
				12
نقص الاتصال بشركاء الاجتماعيين				
				13
يصعب اشراك المختص النفسي في تخطيط وتنفيذ البيئة و المجال الاجتماعي				
				14
نقص الاسهام في الوقاية من الامراض النفسية في مستوياتها المبكرة قبل وقوعها				
				15
نقص تكوين الشباب والتكفل بهم				
				16
عدم اقتناع الفريق الطبي بدور الاختصاصي النفسي مع المفحوصين				
				17
إهمال الفريق الطبي لاهمية العوامل النفسية في العلاج الطبي				
				18
الفريق الطبي لا يتقبل أن يكون الاختصاصي النفسي جزءا من هذا الفريق				
				19
تداخل الادوار بين الاختصاصي النفسي واعضاء الفريق الطبي				
				20
يركز الفريق الطبي على الدور الطبي بشكل اساسي في العلاج دون الادوار الاخرى				
				21
يصعب التواصل البناء أثناء الاجتماعات مع الفريق الطبي				
				22
يصعب تاسيس علاقة مهنية واضحة مع الفريق الطبي				
				23
الفريق الطبي يعتقد أن عمل الاختصاصي النفسي ثانوي وغير مكمل لمجهوداتهم				
				24
تقليل الطاقم الاداري من شأن الاختصاصي النفسي مقارنة بالاطباء لتدني سلمه المهني				
				25
اتخاذ اجراءات ادارية صارمة في حالة غياب او تقصير من طرف الاختصاصي النفسي				
				26
يصعب الحصول على الوثائق الادارية				
				27
نقص الاتصال بين الاختصاصي النفسي و الطاقم الاداري				
				28
نقص تفهم الطاقم الاداري لمهام الاختصاصي النفسي				
				29
عدم توفر مكتب خاص بالاختصاصي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية				

			افتقار المكتب لاضاءة جيدة	30
			عدم وجود تهيئة مناسبة للمكتب	31
			الاثاث الخاص بالمكتب لا يتوفر على الشروط المناسبة للممارسة المهنية	32
			يصعب وجود مكان خاص لوضع السجلات الخاصة بالمفحوصين	33
			لا يتناسب حجم المكتب مع طبيعة الممارسة النفسية داخل المصحة	34
			وجود موقع المكتب في مكان لا يتناسب مع الممارسة المهنية	35
			عدم وجود ميزانية مخصصة لشراء الاختبارات النفسية في مؤسسات الصحة العمومية	36
			غياب الحوافز المالية لتشجيع الاختصاصي النفسي في التريضات خاصة خارج الوطن	37
			عدم امكانية التعويض عن المصاريف الخاصة بسحب الوثائق والاستمارات و المكلمات الهاتفية	38
			عدم وجود تعويض للاخصائي النفسي في مهمات العمل	39
			يصعب الحصول على منح المخاطر المهنية	40
			نقص الحصول على منح التأطير	41
			يصعب الحصول على منح المردودية	42
			نقص المعارف النظرية التي تتلقاها أثناء التكوين الجامعي	43
			يصعب ارسال الطلبة لتدريب الميداني بالمؤسسات الاستشفائية	44
			التكوين الاكاديمي لا يلبى احتياجات ومتطلبات المهنة	45
			لغة التكوين الاكاديمي تعيق التواصل مع الفريق الطبي	46
			وجود بعض الاساتذة الجامعين في التخصص لديهم تحصيل نظري ولم يستفيدو من الخبرة الميدانية	47
			عدم احترام التخصص في توزيع مقايستلتدريس في علم النفس العيادي	48
			التكوين الجامعي تعليمي أكثر منه تكويني بصفة عامة	49
			بعض الاختصاصين غير مؤهلين للعمل في مؤسسات الصحة العمومية	50
			يصعب تبادل الخبرات بين المعاهد والجامعات ومؤسسات الصحة العمومية في تكوين الاختصاصين	51
			نقص التريضات داخل وخارج الوطن	52
			الترقية تكون على أساس الاقدمية وليس على اساسي الانجازات والشهادات المحصل عليها	53
			نقص الاستفادة من المخابر البحثية في مجال اختصاص الاختصاصي النفسي	54
			إنعدام وجود شراكة مع الجامعة في مجال المشاركة في الملتقيات العلمية	55
			غياب الدورات التكوينية للاخصائيين النفسيين باستمرار	56
			يجهل معظم المفحوصين لدور الاختصاصي النفسي بشكل عام	57
			لا يؤمن المفحوصين بدور الاختصاصي النفسي في عملية العلاج داخل مؤسسات الصحة العمومية	58
			يصعب على المفحوصين طلب المساعدة النفسية من الاختصاصي النفسي	59
			النظرة الخاطئة تجاه المرض النفسي بالنسبة للمفحوصين	60
			جهل وقلة ثقافة المفحوصين بالمرض النفسي	61

			النظرة الخاطئة للمفحوصين للادوية النفسية والخوف من الادمان عليها	62
			يصعب بناء علاقة تعاونية بين الاخصائي النفسي وأسر المفحوصين	63
			نقص ثقة المفحوصين في الاخصائي النفسي	64
			نقص وعي الاسر بدور الاخصائي النفسي داخل مؤسسات الصحة العمومية	65
			يصعب التواصل باستمرار مع أسر المفحوصين	66
			وجود بعض العادات والتقاليد الخاطئة التي تمنع الكثير من المفحوصين الذهاب للاخصائي النفسي	67
			إعتقاد بعض الاسر أن السحر و الشعوذة هما أسباب الامراض النفسية	68
			العلاج النفسي للمفحوصين يعتبر وصمة عار عند بعض الاسر	69



الملحق رقم (06) يمثل نتائج التحليل الاحصائي لصدق وثبات الاداة+نتائج الدراسة الاساسية:

الدراسة الاستطلاعية :

معامل الثبات:

الفاكرومباخ لكل محور من محاور الاستبيان معوقات الممارسة النفسية

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.923	68

RELIABILITY

/VARIABLES=ع1 ع2 ع3 ع4 ع5 ع6 ع7 ع8 ع9 ع10 ع11 ع12 ع13 ع14

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.933	14

RELIABILITY

/VARIABLES=ع 15 ع 16 ع 17 ع 18 ع 19 ع 20 ع 21 ع 22 ع 23 ع 24 ع 25 ع 26 ع 27

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPH

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.911	13

RELIABILITY

/VARIABLES=ع28 ع29 ع30 ع31 ع32 ع33 ع34 ع35 ع36 ع37 ع38 ع39 ع40 ع41

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.880	14

RELIABILITY

/VARIABLES=ع42 ع43 ع44 ع45 ع46 ع47 ع48 ع49 ع50 ع51 ع52 ع53 ع54 ع55

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=AL

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%

	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.967	14

#### RELIABILITY

/VARIABLES=ع 56 ع 57 ع 58 ع 59 ع 60 ع 61 ع 62 ع 63 ع 64 ع 65 ع 66 ع 67 ع 68

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.987	13

الثبات بطريقة التجزئة النصفية :

النصف الفردي والنصف الزوجي للمقياس ككل

RELIABILITY

/VARIABLES=النصف\_الفردي\_المقياس\_النصف\_الزوجي\_المقياس

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

[DataSet1] C:\Users\NOUIOUA\Desktop\zahar\Untitled1.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables

in the

b.

c.

d.

e. procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	1.000
		N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	1.000
		N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.980
Spearman-Brown		Equal Length	.990
Coefficient		Unequal Length	.990
		Guttman Split-Half Coefficient	.989

a. The items are: المقياس\_الفردى\_النصف

b. The items are: المقياس\_الزوجي\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع1 ع3 ع5 ع7 ع9 ع11 ع13 ع15 ع17 ع19 ع21 ع23 ع25 ع27 ع29 ع31 ع33 ع35 ع37  
ع39 ع41 ع43 ع45 ع47 ع49 ع51 ع53 ع55 ع57 ع59  
ع36 ع34 ع32 ع30 ع28 ع26 ع24 ع22 ع20 ع18 ع16 ع14 ع12 ع10 ع8 ع6 ع4 ع2 ع67 ع65 ع63 ع61  
ع58 ع56 ع54 ع52 ع50 ع48 ع46 ع44 ع42 ع40 ع38  
ع68 ع66 ع64 ع62 ع60

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLI

**Reliability**

[DataSet1] C:\Users\NOUIOUA\Desktop\zahar\Untitled1.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.849
		N of Items	34 <sup>a</sup>
Spearman-Brown Coefficient	Part 2	Value	.843
		N of Items	34 <sup>b</sup>
		Total N of Items	68
		Correlation Between Forms	.980
		Equal Length	.990
		Unequal Length	.990
		Guttman Split-Half Coefficient	.989

- a. The items are: ع1, ع3, ع5, ع7, ع9, ع11, ع13, ع15, ع17, ع19, ع21, ع23, ع25, ع27, ع29, ع31, ع33, ع35, ع37, ع39, ع41, ع43, ع45, ع47, ع49, ع51, ع53, ع55, ع57, ع59, ع61, ع63, ع65, ع67.
- b. The items are: ع2, ع4, ع6, ع8, ع10, ع12, ع14, ع16, ع18, ع20, ع22, ع24, ع26, ع28, ع30, ع32, ع34, ع36, ع38, ع40, ع42, ع44, ع46, ع48, ع50, ع52, ع54, ع56, ع58, ع60, ع62, ع64, ع66, ع68.

النصف الفدري والنصف الزوجي للمحور الاول :

RELIABILITY

/VARIABLES=النصف\_الزوجي\_النصف1\_الفدري\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	1.000
		N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	1.000
		N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.977
Spearman-Brown	Equal Length		.989
Coefficient	Unequal Length		.989
	Guttman Split-Half Coefficient		.989

a. The items are: 1م\_الفردِي\_النصف

b. The items are: 1م\_الزَوْجِي\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع1 ع3 ع5 ع7 ع9 ع11 ع13 ع2 ع4 ع6 ع8 ع10 ع12 ع14

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliabilit**

**Scale: ALL VARIABLE**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



**Reliability Statistics**

		Value	.851
	Part 1	N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	.865
	Part 2	N of Items	7 <sup>b</sup>
		Total N of Items	14
		Correlation Between Forms	.977
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.989
		Unequal Length	.989
		Guttman Split-Half Coefficient	.989

a. The items are: ع1, ع3, ع5, ع7, ع9, ع11, ع13.

b. The items are: ع2, ع4, ع6, ع8, ع10, ع12, ع14.

RELIABILITY

/VARIABLES=م\_الثاني\_النصف 1\_م\_الاول\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliabil**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	1.000
		N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	1.000
		N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.444
Spearman-Brown	Equal Length		.615
Coefficient	Unequal Length		.615
		Guttman Split-Half Coefficient	.597

a. The items are: 1م\_الاول\_النصف

b. The items are: 1م\_الثاني\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع1 ع2 ع3 ع4 ع5 ع6 ع7 ع8 ع9 ع10 ع11 ع12 ع13 ع14

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliabilit**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	.950
		N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	.934
		N of Items	7 <sup>b</sup>
		Total N of Items	14
		Correlation Between Forms	.444
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.615
		Unequal Length	.615
		Guttman Split-Half Coefficient	.597

a. The items are: ع1, ع2, ع3, ع4, ع5, ع6, ع7.

b. The items are: ع8, ع9, ع10, ع11, ع12, ع13, ع14.

**النصف الفردي والنصف الزوجي للمحور الثاني**

RELIABILITY

/VARIABLES=م2\_الزوجي\_النصف م2\_الفردي\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.934
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.966
		Unequal Length	.966
		Guttman Split-Half Coefficient	.964

a. The items are: م\_الفردِي\_النصف

b. The items are: م\_الزَوْجِي\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع15 ع17 ع19 ع21 ع23 ع25 ع27 ع16 ع18 ع20 ع22 ع24 ع26

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	.780
	Part 1	N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	.864
	Part 2	N of Items	6 <sup>b</sup>
		Total N of Items	13
		Correlation Between Forms	.934
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.966
		Unequal Length	.966
		Guttman Split-Half Coefficient	.964

a. The items are: ع 15, ع 17, ع 19, ع 21, ع 23, ع 25, ع 27.

b. The items are: ع 27, ع 16, ع 18, ع 20, ع 22, ع 24, ع 26.

#### RELIABILITY

/VARIABLES=م2\_التاني\_النصف م2\_الاول\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

#### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.499
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.666
	Unequal Length		.666
		Guttman Split-Half Coefficient	.617

a. The items are: 2م\_الاول\_النصف

b. The items are: 2م\_الثاني\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع15 ع16 ع17 ع18 ع19 ع20 ع21 ع22 ع23 ع24 ع25 ع26 ع27

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	.959
	Part 1	N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	.757
	Part 2	N of Items	6 <sup>b</sup>
		Total N of Items	13
		Correlation Between Forms	.499
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.666
		Unequal Length	.667
		Guttman Split-Half Coefficient	.617

a. The items are: ع 15, ع 16, ع 17, ع 18, ع 19, ع 20, ع 21.

b. The items are: ع 21, ع 22, ع 23, ع 24, ع 25, ع 26, ع 27.

النصف الفردي والنصف الزوجي للمحور الثالث:

RELIABILITY

/VARIABLES=النصف الفردي\_النصف 3م\_الزوجي\_النصف 3م

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.965
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.982
	Unequal Length		.982
		Guttman Split-Half Coefficient	.981

a. The items are: 3م\_الفردِي\_النصف

b. The items are: 3م\_الزَوْجِي\_النصف

**RELIABILITY**

/VARIABLES=ع28 ع30 ع32 ع34 ع36 ع38 ع40 ع29 ع31 ع33 ع35 ع37 ع39 ع41

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



**Reliability Statistics**

		Value	.776
	Part 1	N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	.716
	Part 2	N of Items	7 <sup>b</sup>
	Total N of Items		14
	Correlation Between Forms		.965
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.982
	Unequal Length		.982
	Guttman Split-Half Coefficient		.981

a. The items are: ع28, ع30, ع32, ع34, ع36, ع38, ع40.

b. The items are: ع29, ع31, ع33, ع35, ع37, ع39, ع41.

RELIABILITY

/VARIABLES=م3\_الثاني\_النصف م3\_الاول\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.193
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.323
		Unequal Length	.323
		Guttman Split-Half Coefficient	.317

a. The items are: 3م\_الاول\_النصف

b. The items are: 3م\_الثاني\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع28 ع29 ع30 ع31 ع32 ع33 ع34 ع35 ع36 ع37 ع38 ع39 ع40 ع41

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliabilit**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	.944
		N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	.894
		N of Items	7 <sup>b</sup>
		Total N of Items	14
		Correlation Between Forms	.193
Spearman-Brown		Equal Length	.323
Coefficient		Unequal Length	.323
		Guttman Split-Half Coefficient	.317

a. The items are: ع28, ع29, ع30, ع31, ع32, ع33, ع34.

b. The items are: ع35, ع36, ع37, ع38, ع39, ع40, ع41.

**النصف الفردي والنصف الزوجي للمحور الرابع**

RELIABILITY

/VARIABLES=النصف\_الزوجي\_النصف\_4م\_الفردي\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT

**Reliabil**

**Scale: ALL VARIABLE**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.975
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.988
	Unequal Length		.988
		Guttman Split-Half Coefficient	.988

a. The items are: 4م\_الفردِي\_النصف

b. The items are: 4م\_الزَوْجِي\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع42 ع44 ع46 ع48 ع50 ع52 ع54 ع43 ع45 ع47 ع49 ع51 ع53 ع55

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Scale: ALL VARIABLE**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	.918
		N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	.944
		N of Items	7 <sup>b</sup>
		Total N of Items	14
		Correlation Between Forms	.975
Spearman-Brown		Equal Length	.988
Coefficient		Unequal Length	.988
		Guttman Split-Half Coefficient	.988

a. The items are: ع 42, ع 44, ع 46, ع 48, ع 50, ع 52, ع 54.

b. The items are: ع 43, ع 45, ع 47, ع 49, ع 51, ع 53, ع 55.

#### RELIABILITY

/VARIABLES=م4\_التاني\_النصف م4\_الاول\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

#### Reliability

Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.781
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.877
	Unequal Length		.877
		Guttman Split-Half Coefficient	.877

a. The items are: 4م\_الاول\_الصف

b. The items are: 4م\_الثاني\_الصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع42 ع43 ع44 ع45 ع46 ع47 ع48 ع49 ع50 ع51 ع52 ع53 ع54 ع55

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	.927
		N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	.982
		N of Items	7 <sup>b</sup>
		Total N of Items	14
		Correlation Between Forms	.781
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.877
		Unequal Length	.877
		Guttman Split-Half Coefficient	.877

a. The items are: ع 42, ع 43, ع 44, ع 45, ع 46, ع 47, ع 48.

b. The items are: ع 49, ع 50, ع 51, ع 52, ع 53, ع 54, ع 55.

**النصف الفردي والنصف الزوجي للمحور الخامس**

RELIABILITY

/VARIABLES=م5\_الزوجي\_النصف م5\_الفردي\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.998
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.999
	Unequal Length		.999
		Guttman Split-Half Coefficient	.995

a. The items are: 5م\_الفردِي\_النصف

b. The items are: 5م\_الزَوْجِي\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع56 ع58 ع60 ع62 ع64 ع66 ع68 ع57 ع59 ع61 ع63 ع65 ع67

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

[DataSet1] C:\Users\NOUIOUA\Desktop\zahar\Untitled1.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**



	Part 1	Value	.972
		N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	.970
		N of Items	6 <sup>b</sup>
		Total N of Items	13
		Correlation Between Forms	.998
Spearman-Brown		Equal Length	.999
Coefficient		Unequal Length	.999
		Guttman Split-Half Coefficient	.995

a. The items are: ع 56, ع 58, ع 60, ع 62, ع 64, ع 66, ع 68.

b. The items are: ع 68, ع 57, ع 59, ع 61, ع 63, ع 65, ع 67.

#### RELIABILITY

/VARIABLES=م5\_التالي\_النصف م5\_الاول\_النصف

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT.

#### Reliability

Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

		Value	1.000
	Part 1	N of Items	1 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha		Value	1.000
	Part 2	N of Items	1 <sup>b</sup>
		Total N of Items	2
		Correlation Between Forms	.948
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.973
		Unequal Length	.973
		Guttman Split-Half Coefficient	.972

a. The items are: م\_5\_الاول\_النصف

b. The items are: م\_5\_الثاني\_النصف

RELIABILITY

/VARIABLES=ع 56 ع 57 ع 58 ع 59 ع 60 ع 61 ع 62 ع 63 ع 64 ع 65 ع 66 ع 67 ع 68

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

	Part 1	Value	.974
		N of Items	7 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	.980
		N of Items	6 <sup>b</sup>
		Total N of Items	13
		Correlation Between Forms	.948
Spearman-Brown		Equal Length	.973
Coefficient		Unequal Length	.973
		Guttman Split-Half Coefficient	.972

a. The items are: ع 56, ع 57, ع 58, ع 59, ع 60, ع 61, ع 62.

b. The items are: ع 62, ع 63, ع 64, ع 65, ع 66, ع 67, ع 68.

الصدق :-1/ صدق الاتساق الداخلي

Correlations

		الكلية_الدرجة	المحور_دك1	المحور_دك2	المحور_دك3	المحور_دك4	المحور_دك5
الكلية_الدرجة	Pearson Correlation	1	.445*	.381*	.483**	.782**	.613**
	Sig. (2-tailed)		.014	.038	.007	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30
المحور_دك1	Pearson Correlation	.445*	1	.346	-.149-	-.033-	-.119-
	Sig. (2-tailed)	.014		.061	.431	.865	.532
	N	30	30	30	30	30	30
المحور_دك2	Pearson Correlation	.381*	.346	1	-.013-	-.010-	-.207-
	Sig. (2-tailed)	.038	.061		.948	.957	.271
	N	30	30	30	30	30	30
المحور_دك3	Pearson Correlation	.483**	-.149-	-.013-	1	.365*	.179
	Sig. (2-tailed)	.007	.431	.948		.047	.344
	N	30	30	30	30	30	30
المحور_دك4	Pearson Correlation	.782**	-.033-	-.010-	.365*	1	.823**
	Sig. (2-tailed)	.000	.865	.957	.047		.000
	N	30	30	30	30	30	30
المحور_دك5	Pearson Correlation	.613**	-.119-	-.207-	.179	.823**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.532	.271	.344	.000	
	N	30	30	30	30	30	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2- / معامل ارتباط كل فقرة بالمحور

جدول يوضح ارتباط كل فقرة مع المحور الاول

القيمة الاحتمالية	الدلالة	معامل الارتباط "مهام"	ال فقرات
** 0.000	0.01	0.72	1
** 0.000	0.01	0.76	2
** 0.000	0.01	0.76	3
** 0.000	0.01	0.79	4
** 0.000	0.01	0.81	5
** 0.000	0.01	0.81	6
** 0.000	0.01	0.80	7
** 0.000	0.01	0.79	8

** 0.000	0.01	0.64	9
** 0.000	0.01	0.74	10
** 0.000	0.01	0.64	11
** 0.000	0.01	0.66	12
** 0.000	0.01	0.63	13
** 0.000	0.01	0.60	14

جدول يوضح ارتباط كل فقرة مع المحور الثاني

القيمة الاحتمالية	الدلالة	معامل الارتباط "علاقات"	ال فقرات
** 0.000	0.01	0.80	15
** 0.000	0.01	0.84	16
** 0.000	0.01	0.84	17
** 0.000	0.01	0.80	18
** 0.000	0.01	0.85	19
** 0.000	0.01	0.86	20
** 0.000	0.01	0.86	21
** 0.000	0.01	0.76	22
** 0.000	0.01	0.84	23
** 0.000	0.01	0.81	24
0.14	0.05	0.44	25
0.06	0.05	0.48	26
0.06	0.05	0.48	27

جدول يوضح ارتباط كل فقرة مع المحور الثالث

القيمة الاحتمالية	الدلالة	معامل الارتباط "امكانيات"	ال فقرات
0.000	0.05	0.40	28
0.000	0.05	0.40	29
0.000	0.01	0.61	30
0.000	0.01	0.70	31
0.000	0.01	0.68	32
0.000	0.01	0.68	33
0.000	0.01	0.73	34
0.000	0.01	0.73	35
0.000	0.01	0.74	36
0.000	0.01	0.74	37
0.000	0.01	0.74	38

0.01	0.01	0.58	39
0.01	0.01	0.58	40
0.26	0.05	0.40	41

جدول يوضح ارتباط كل فقرة مع المحور الرابع

القيمة الاحتمالية	الدلالة	معامل الارتباط "تكوين"	ال فقرات
0.02	0.01	0.54	42
0.000	0.01	0.71	43
0.000	0.01	0.80	44
0.000	0.01	0.85	45
0.000	0.01	0.90	46
0.000	0.01	0.95	47
0.000	0.01	0.95	48
0.000	0.01	0.95	49
0.000	0.01	0.95	50
0.000	0.01	0.95	51
0.000	0.01	0.88	52
0.000	0.01	0.82	53
0.000	0.01	0.88	54
0.000	0.01	0.85	55

جدول يوضح ارتباط كل فقرة مع المحور الخامس

القيمة الاحتمالية	الدلالة	معامل الارتباط "ثقافة المجتمع"	ال فقرات
0.000	0.01	0.88	56
0.000	0.01	0.88	57
0.000	0.01	0.88	58
0.000	0.01	0.97	59
0.000	0.01	0.93	60
0.000	0.01	0.93	61
0.000	0.01	0.93	62
0.000	0.01	0.93	63
0.000	0.01	0.97	64
0.000	0.01	0.97	65
0.000	0.01	0.97	66
0.000	0.01	0.89	67

0.000	0.01	0.89	68
-------	------	------	----

صدق المقارنة الطرفية :

T-TEST GROUPS=مقياس\_طرفية\_مج(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الكلية\_الدرجة

/CRITERIA=CI(.95).

### T-Test

#### Group Statistics

مقياس_طرفية_مج	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
مد الكلية_الدرجة	9	172.4444	8.18705	2.72902
مع	9	200.2222	2.68225	.89408

	Leven's teste for equality of variances		t-test for aquality of means						
	f	sig	T	df	Sig(2-tailed)	Mean deffrens e	Std.erre ur differnc e	95%confedence intervall of the difference	
								lower	Upper
الدرجة الكلية equalvariances assumed	7.189	.016	- 9.67-	16	.000	-27.77-	2.871	-33.8-	-21.68
Equal variances not assumed			- 9.67-	9.6	.000	-27.77-	2.871	-34.2-	-21.35

T-TEST GROUPS=م\_طرفية\_مج(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=المحور\_دك1

/CRITERIA=CI(.95).

## T-Test

### Group Statistics

المحور_دك1	1م_طرفية_مع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
المحور_دك1	1م_د	9	30.2222	3.99305	1.33102
	1م_مع	9	41.8889	.33333	.11111

	Leven's teste for equality of variances		t-test for aquality of means						
	f	sig	T	df	Sig(2-tailed)	Mean deffrens e	Std.erre ur differnc e	95%/confedence intervall of the difference	
								lower	Upper
المحور	27.03	.000	-	16	.000	-11.66	1.33	-14.4-	-8.83-
1equalvariances assumed			8.73						
Equal variances not assumed			-	8.1	.000	-11.66	1.33	-14.7-	-8.59-
			-						
			8.73						
			-						

T-TEST GROUPS=المحور\_دك2(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=المحور\_دك2



/CRITERIA=CI(.95).

## T-Test

### Group Statistics

2م_طرفية_مع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
2مد	9	32.0000	3.67423	1.22474
2المحور_دك	9	39.0000	.00000	.00000

	Leven's teste for equality of variances		t-test for aquality of means						
	f	sig	T	df	Sig(2-tailed)	Mean deffrens e	Std.erre ur differnc e	95%/confedence intervall of the difference	
								lower	Upper
المحور	33.3	.000	-	16	.000	-7.00-	1.224	-9.59-	-4.40-
2equalvariances assumed			5.71						
Equal variances not assumed			-	8	.000	-7.00-	1.224	-9.82-	-4.17-
			-						
			5.71						
			-						

T-TEST GROUPS=3م\_طرفية\_مع(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=3المحور\_دك

/CRITERIA=CI(.95).

## T-Test

### Group Statistics

3م_طرفية_مع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
3مد	9	32.4444	2.00693	.66898
3المحور_دك	9	42.1111	.33333	.11111

	Leven's teste for equality of variances		t-test for aquality of means						
	f	sig	T	df	Sig(2- tailed)	Mean deffrense	Std.erreu r differnce	95%confedence intervall of the difference	
								lower	Upper
المحور	7.04	.000	-	16	.000	-9.66-	.678	-11.1-	-8.22-
3equalvariances assumed			14.2-						
Equal variances not assumed			-	8.4	.000	-9.66-	.678	-11.2-	-8.11-
			14.2-						

T-TEST GROUPS=4م\_طرفية\_مع(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=4المحور\_دك

/CRITERIA=CI(.95).

## T-Test

Group Statistics

4م_طرفية_مج	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
4مد	9	34.1111	5.18277	1.72759
4المحور_دك	9	42.0000	.00000	.00000

	Leven's teste for equality of variances		t-test for aquality of means						
	f	sig	T	df	Sig(2-tailed)	Mean deffrens e	Std.erre ur differnc e	95%/confedence intervall of the difference	
								lower	Upper
المحور	55.4	.000.	-4.5	16	.000	-7.88	1.727	-11.5-	-4.22-
4equalvariances assumed			-4.5	8	.000	-7.88	1.727	-11.8-	-9.90-
Equal variances not assumed									

T-TEST GROUPS=5م\_طرفية\_مج(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=5المحور\_دك

/CRITERIA=CI(.95).

**T-Test**

Group Statistics

5م_طرفية_مج	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
5مد	9	32.8889	6.03002	2.01001
5المحور_دك	9	39.0000	.00000	.00000

	Leven's teste for equality of variances		t-test for aquality of means						
	f	sig	t	df	Sig(2-tailed)	Mean difference	Std. error	95%confedence intervall of the difference	
								lower	Upper
5المحور_دك	93.6	.000	-3.04	16	.008	-6.111-	2.010	-10.3-	1.850-
5المحور_دك			-3.04	8	.016	-6.111-	2.010	-10.7-	-1.47-

يوضح مدى وجود تفاعل بين المتغيرات الوسيطة في المحور الأول

Dependent Variable: 1\_المحور

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة Sig.
Corrected Model	343.207 <sup>a</sup>	14	24.515	.437	.961
Intercept	52009.055	1	52009.055	927.351	.000
الجنس	56.112	1	56.112	1.001	.318
المؤسسة	97.893	1	97.893	1.745	.188
الرتبة	11.651	1	11.651	.208	.649
الخبرة	7.153	1	7.153	.128	.721
الجنس * المؤسسة	.118	1	.118	.002	.964
الجنس * الرتبة	44.608	1	44.608	.795	.373
الجنس * الخبرة	8.337	1	8.337	.149	.700
المؤسسة * الرتبة	45.618	1	45.618	.813	.368
المؤسسة * الخبرة	3.064	1	3.064	.055	.815
الرتبة * الخبرة	.779	1	.779	.014	.906
الجنس * المؤسسة * الرتبة	26.808	1	26.808	.478	.490
الجنس * المؤسسة * الخبرة	26.318	1	26.318	.469	.494
الجنس * الرتبة * الخبرة	30.154	1	30.154	.538	.464
المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.109	1	.109	.002	.965
الجنس * المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.000	0	.	.	.
Error	13460.025	240	56.083		
Total	275820.000	255			
Corrected Total	13803.231	254			

## يوضح مدى وجود تفاعل بين المتغيرات الوسيطة في المحور الثاني

دك\_المحور 2: Dependent Variable:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	Sig.الدلالة
Corrected Model	4.173 <sup>a</sup>	14	.298	.776	.695
Intercept	223.702	1	223.702	582.084	.000
الجنس	.062	1	.062	.161	.689
المؤسسة	1.660	1	1.660	4.320	.039
الرتبة	.070	1	.070	.183	.669
الخبرة	.002	1	.002	.005	.942
الجنس * المؤسسة	.609	1	.609	1.585	.209
الجنس * الرتبة	.214	1	.214	.557	.456
الجنس * الخبرة	.037	1	.037	.097	.756
المؤسسة * الرتبة	.083	1	.083	.217	.642
المؤسسة * الخبرة	.004	1	.004	.010	.922
الرتبة * الخبرة	.018	1	.018	.046	.830
الجنس * المؤسسة * الرتبة	.158	1	.158	.411	.522
الجنس * المؤسسة * الخبرة	.272	1	.272	.708	.401
الجنس * الرتبة * الخبرة	.001	1	.001	.003	.953
المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.378	1	.378	.982	.323
الجنس * المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.000	0	.	.	.
Error	92.235	240	.384		
Total	1287.000	255			
Corrected Total	96.408	254			

## يوضح مدى وجود تفاعل بين المتغيرات الوسيطة في المحور الثالث

دك\_المحور3: Dependent Variable:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	Sig.الدلالة
Corrected Model	3.695 <sup>a</sup>	14	.264	.580	.879
Intercept	265.643	1	265.643	584.295	.000
الجنس	.937	1	.937	2.061	.152
المؤسسة	.107	1	.107	.236	.628
الرتبة	.746	1	.746	1.640	.202
الخبرة	.541	1	.541	1.189	.277
الجنس * المؤسسة	.005	1	.005	.012	.913
الجنس * الرتبة	1.238	1	1.238	2.722	.100
الجنس * الخبرة	.027	1	.027	.058	.809
المؤسسة * الرتبة	.094	1	.094	.206	.650
المؤسسة * الخبرة	.096	1	.096	.211	.647
الرتبة * الخبرة	.234	1	.234	.515	.474
الجنس * المؤسسة * الرتبة	.358	1	.358	.788	.376
الجنس * المؤسسة * الخبرة	.108	1	.108	.238	.626
الجنس * الرتبة * الخبرة	.114	1	.114	.250	.618
المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.482	1	.482	1.061	.304
الجنس * المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.000	0	.	.	.
Error	109.113	240	.455		
Total	1378.000	255			
Corrected Total	112.808	254			

## يوضح مدى وجود تفاعل بين المتغيرات الوسيطة في المحور الرابع

دك\_المحور 4: Dependent Variable:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة Sig.
Corrected Model	4.341 <sup>a</sup>	14	.310	.722	.751
Intercept	292.308	1	292.308	680.745	.000
الجنس	.056	1	.056	.130	.719
المؤسسة	.237	1	.237	.551	.459
الرتبة	.009	1	.009	.020	.888
الخبرة	.027	1	.027	.064	.801
الجنس * المؤسسة	.295	1	.295	.687	.408
الجنس * الرتبة	.125	1	.125	.290	.590
الجنس * الخبرة	1.532	1	1.532	3.568	.060
المؤسسة * الرتبة	.096	1	.096	.223	.637
المؤسسة * الخبرة	.000	1	.000	.000	.985
الرتبة * الخبرة	.002	1	.002	.005	.945
الجنس * المؤسسة * الرتبة	.471	1	.471	1.096	.296
الجنس * المؤسسة * الخبرة	.403	1	.403	.939	.334
الجنس * الرتبة * الخبرة	.742	1	.742	1.728	.190
المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.069	1	.069	.160	.689
الجنس * المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.000	0	.	.	.
Error	103.055	240	.429		
Total	1581.000	255			
Corrected Total	107.396	254			



يوضح مدى وجود تفاعل بين المتغيرات الوسيطة في المحور الخامس

Dependent Variable: دك\_المحور 5

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة Sig.
Corrected Model	4.512 <sup>a</sup>	14	.322	.700	.774
Intercept	321.297	1	321.297	697.693	.000
الجنس	1.046	1	1.046	2.272	.133
المؤسسة	.531	1	.531	1.153	.284
الرتبة	1.534	1	1.534	3.330	.069
الخبرة	.766	1	.766	1.663	.198
الجنس * المؤسسة	.001	1	.001	.003	.957
الجنس * الرتبة	.407	1	.407	.883	.348
الجنس * الخبرة	.065	1	.065	.142	.707
المؤسسة * الرتبة	.108	1	.108	.234	.629
المؤسسة * الخبرة	.001	1	.001	.002	.967
الرتبة * الخبرة	.051	1	.051	.110	.740
الجنس * المؤسسة * الرتبة	.008	1	.008	.018	.893
الجنس * المؤسسة * الخبرة	.296	1	.296	.643	.423
الجنس * الرتبة * الخبرة	.003	1	.003	.007	.936
المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.055	1	.055	.119	.730
الجنس * المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.000	0	.	.	.
Error	110.523	240	.461		
Total	1642.000	255			
Corrected Total	115.035	254			

## يوضح مدى وجود تفاعل بين المتغيرات الوسيطة في مجموع المحاور

Dependent Variable: الدرجة\_الكلية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	Sig. الدلالة
Corrected Model	6038.527 <sup>a</sup>	14	431.323	.712	.761
Intercept	1284216.550	1	1284216.550	2121.204	.000
الجنس	119.820	1	119.820	.198	.657
المؤسسة	1252.552	1	1252.552	2.069	.152
الرتبة	996.656	1	996.656	1.646	.201
الخبرة	451.899	1	451.899	.746	.388
الجنس * المؤسسة	279.054	1	279.054	.461	.498
الجنس * الرتبة	12.862	1	12.862	.021	.884
الجنس * الخبرة	49.332	1	49.332	.081	.776
المؤسسة * الرتبة	74.823	1	74.823	.124	.725
المؤسسة * الخبرة	40.180	1	40.180	.066	.797
الرتبة * الخبرة	1.113	1	1.113	.002	.966
الجنس * المؤسسة * الرتبة	12.218	1	12.218	.020	.887
الجنس * المؤسسة * الخبرة	808.316	1	808.316	1.335	.249
الجنس * الرتبة * الخبرة	9.461	1	9.461	.016	.901
المؤسسة * الرتبة * الخبرة	43.462	1	43.462	.072	.789
الجنس * المؤسسة * الرتبة * الخبرة	.000	0	.	.	.
Error	145300.508	240	605.419		
Total	6610402.000	255			
Corrected Total	151339.035	254			