رقم الترتيب : .....

رقم التسلسل :

جامعـة قاصدي مرباح ورقلة

كلية الآداب و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

مذكـرة

مكمـلة لنيـل شهـادة

المـاجيستيــر

الفرع : علم النفس

التخصص : علم النفس الاجتماعي

من إعداد الطالبة : كودري زخروفة

تحت عنوان :

الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية لدى عينة من فئات المجتمع.

دراسة مقارنة على عينة من سكان مدينة ورقلة

نوقشت يوم : 2006/06/26

أمام لجنة المناقشة المكونة من :

د/ قريشي عبد الكريم	أستاذ محاضر بجامعة ورقلة	رئيسا
د/ موسى إبراهيم حريزي	أستاذ محاضر بجامعة ورقلة	مناقشا
د/ معمرية بشير	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	مناقشا

د/ مصطفى الزقاي نادية أستاذة محاضرة بجامعة ورقلة مشرفة

إهداء

قلب برحمته رعاني وجه تبسم إذا راني

نبع جميل قد سقاني ما شئت من فيض الحنان

هما الوجه الباسم و النبع الجميل هما أول كلمتان نطقت بهما شفتاي نبع الحنان و المأوى الأمان أمي و أبي رمز العطاء و التضحية حفظهما الله.

إلى أخوتي الأعزاء: مصطفى، موسى، سليمان، مختار.

إلى أخواتي الحبيبات : العطرة، جميلة، يمينة.

إلى العزيزة نسيمة.

إلى الأستاذة الحبيبة التي كانت دوما رمزا للعمل و العطاء " يا أغلى نادية عرفتها".

إلى رفيقة دربي و أختي في السراء و الضراء نبيلة.

إلى زميلتي و أختي يمينة.

إلى زملائي طلبة الماجيستير دفعة 2004/2003 الذين كانوا في مقام الاخوة.

و إلى جميع الأهل و الأقارب و الأصدقاء.

و إلى من عرفني و أحبني أهدي ثمرة جهدي.

زخروفة

كلمة شكر و تقدير

أشكر الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا البحث، فما توفيقي إلا بالله عليه توكلت و إليه أنيب.

وأتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة نادية يوب، رمز العطاء و العمل الجاد، كما أشكرها على توجيهاتها السديدة و نصائحها الثمينة التي ما فتئت تزودني بها بالرغم من ارتباطاتها و التزاماتها الكثيرة، و ذلك منذ بداية هذه المذكرة إلى غاية نهايتها.

كما أتوجه بالشكر إلى أساتذتي الأفاضل الذين لم يبخلوا علينا بفيض معلوماتهم في هذا المجال و أخص بالذكر، بشير معمرية، عبد الكريم قريشي، مختار يوب، محمد الاخضر

ملخص البحث:

يهتم البحث الحالي بدراسة الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في علاقته ببعض المتغيرات ، حيث يطرح إشكالية عامة تتمثل في :

-هل يختلف الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف متغيرات الجنس و المستوى التعليمي و المنحدر السكني والسن لدى عينة الدراسة ؟.

أما الفرضية العامة للبحث فتتمثل في :

- يختلف الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف متغيرات الجنس و المستوى التعليمي و المنحدر السكني والسن لدى عينة الدراسة.

ومن اجل تحقيق أهداف البحث تم الاعتماد في جمع بياناته على أداة لقياس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية من إعداد الطالبة.

و بعد دراسة الخصائص السيكومترية لأداة القياس ثبت صلاحياتها للاستخدام مما سمح بتطبيقها على عينة من فئات المجتمع.

وتمت الدراسة بالمنهج الوصفي المقارن واعتمدت على اختبار « ت » لدراسة الفروق .

و تم التوصل من خلال هذا البحث إلى :

1- يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة.

2- يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة.

3- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

4- لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

5-لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

6- لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

7- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

8- لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

و لقد تم الاعتماد على بعض الدراسات السابقة و كذا الأطر النظرية في مناقشة نتائج هذا البحث الذي اختتم بتقديم بعض الاقتراحات.

قائمـة المحتويـات

الإهداء .....أ
كلمة شكر و تقدير .....ب
ملخص البحث .....ت
قائمة المحتويات .....ج
قائمة الجداول و الأشكال .....ذ
المقدمة 1

الباب الأول : الجانب النظري
الفصل الأول : تقديم موضوع البحث.
1-إشكالية البحث 6
2-أهمية البحث 12
3-أهداف البحث 13
4-دواعي اختيار موضوع البحث 14
5-فرضيات البحث 14
6-التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث 15
7-حدود البحث 15

الفصل الثاني: الإدراك الاجتماعي

تمهيد 18

1-مفهوم الإدراك 18

2-العوامل المؤثرة في الإدراك 19

3-مفهوم الإدراك الاجتماعي 22

4-خصائص الإدراك الاجتماعي 30

5-النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعي 31

6- العوامل المؤثرة في الإدراك الاجتماعي 41

خلاصة 46

الفصل الثالث: العلاج النفسي و العلاج بالرقية الشرعية

أولا: العلاج النفسي:

تمهيد 49

1-تعريف العلاج النفسي 49

2-أهداف العلاج النفسي 51

3-أخلاقيات العلاج النفسي 52

4-أهمية العلاج النفسي 54

5-الاتجاهات الحديثة للعلاج النفسي 55

6-العملية العلاجية 58

7-نماذج العملية العلاجية 59

8-أنماط العلاج النفسي 60

9-طرق العلاج النفسي 61

10- أبعاد العلاج النفسي 64

11- مشكلات العلاج النفسي 66

12- المعالج النفسي 68

خلاصة 73

ثانيا : العلاج بالرقية الشرعية

تمهيد 75

1-تعريف الرقية الشرعية 75

2-أنواع الرقية الشرعية 77

3-شروط الرقية الشرعية 78

4-الرقية بالمشروع 79

5-مجالات العلاج بالرقية الشرعية 80

6-ذكر الآيات الواردة في الرقية الشرعية 81

7-الأحاديث الواردة في الرقية الشرعية 83

8-تجارب حديثة في العلاج بالرقية و القرآن الكريم 84

9-شروط وصفات المعالج النفسي بالرقية الشرعية 86

خلاصة 87

الباب الثاني : الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : الدراسة الاستطلاعية

1-وصف عينة الدراسة الاستطلاعية 91

2-أداة جمع البيانات المستخدمة في الدراسة 92

3-الخصائص السيكومترية لأداة جمع البيانات 96

الفصل الخامس: الدراسة الأساسية

1-التذكير بتساؤلات الدراسة 111

2-التذكير بفرضيات الدراسة 112

3-المنهج المستخدم 113

4-عينة الدراسة الأساسية 113

5-الأداة المستخدمة 115

6-الأساليب الإحصائية المستخدمة 116

الفصل السادس : عرض النتائج

1-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الأولى 119
2-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثانية 120
3-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة 121
4-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة 122
5-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة 123
6-عرض نتيجة الفرضية الجزئية السادسة 124
7-عرض نتيجة الفرضية الجزئية السابعة 125
8-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثامنة 126
9-عرض نتيجة الفرضية العامة 126

الفصل السابع : مناقشة النتائج

1-مناقشة نتيجتي الفرضيتين الأولى و الثانية 130
2-مناقشة نتيجتي الفرضيتين الثالثة و الرابعة 133
3-مناقشة نتيجتي الفرضيتين الخامسة و لسادسة 136
4-مناقشة نتيجتي الفرضيتين السابعة و الثامنة 139
5- اقتراحات 149
المراجع 152
الملاحق 159

قائمة الأشكال و الجداول

الرقم	موضــوعه	الصفحة
01	يوضح العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك	**22**
02	يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس و المنحدر السكني	**91**
03	يوضح نتائج صدق المحكمين الخاصة بعدد الفقرات	**98**
	يوضح تعديل بعض الفقرات من حيث الصياغة اللغوية	

04	انطلاقا من أراء المحكمين.	99
05	يوضح نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى ملائمة بدائل الأجوبة لفقرات أداة الإدراك الاجتماعي	100
06	يوضح نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد البحث	100
07	يوضح نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى وضوح المثال و تسهيله للإجابة	101
08	يوضح نتائج صدق التحكيم المتعلقة بمدى وضوح السؤال المفتوح	102
09	يوضح حساب قيمة "ت" لكل فقرة من فقرات الأداة الخاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي اعتمادا على صدق المقارنة الطرفية	104
10	يوضح حساب قيمة "ت" لكل فقرة من فقرات الأداة الخاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية اعتمادا على صدق المقارنة الطرفية	106
11 12	يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي و متغير المنحدر السكني يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي و متغير المنحدر السكني	114 114
13	يوضح توزيع العينة حسب متغير السن و متغير المنحدر السكني	115
14	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي	119
15	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية	120
16	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين ذوي التعليم	

	المرتفع وذوي التعليم المنخفض من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي	**121**
17	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين ذوي التعليم المرتفع وذوي التعليم المنخفض من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية	**122**
18	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين عينة الريف وعينة الحضر في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي	**123**
19	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين عينة الريف وعينة الحضر في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية	**124**
20	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الشباب والكهول من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي	**125**
21	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الشباب والكهول من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية	**126**
22	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية	**143**

ملخص :

يهتم البحث الحالي بدراسة الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في علاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من سكان مدينة ورقلة قدرت بـ : 500 شخص , وتمت الدراسة بالمنهج الوصفي المقارن واعتمدت على اختبار « ت » لدراسة الفروق .

ومن النتائج التي أسفرت إليها هذه الدراسة وجود فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف الجنس و المستوى التعليمي والسن . ولا يوجد فرق باختلاف المنحدر السكني .

بينما يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف الجنس . ولا يوجد فرق باختلاف المستوى التعليمي والمنحدر السكني والسن .

و لقد تم الاعتماد على بعض الدراسات السابقة و كذا الأطر النظرية في مناقشة نتائج هذا البحث الذي اختتم بتقديم بعض الاقتراحات.

الكلمات المفتاحية : الإدراك الاجتماعي , المعالج النفسي , المعالج بالرقية , المستوى التعليمي .

Résumé :

Le but de cette étude est d'étudier les connaissances sociales du guérisseur psychologique et le guérisseur traditionnel dans leurs relations avec les variables d'un échantillon des habitants des villes de Ouargla .Cet échantillon est composé de 500 personnes. L'étude à été réalisé à l'aide de la méthode descriptif comparatif en se basant sur le « T » test pour l'étude des différences.

Les résultats de cette étude nous ont permis de déceler les différences entre les connaissances sociales du guérisseur psychologique selon le sexe et le niveau scolaire ainsi que l'age, il n'existe pas de différence dans la situation géographique.

Il existe des différences dans les connaissances sociales du guérisseur traditionnel selon le sexe , et il n'existe pas de différence selon le niveau scolaire , l'age et la situation géographique.

Nous nous sommes basés sur des études précédentes ainsi que sur des théories dans l'étude des résultats de cet étude , et à la fin nous avons présenté quelques suggestions.

Les mots clés : les connaissances sociale **,** guérisseur psychologique , le guérisseur traditionnel , le niveau scolaire.

Summary :

This research is interrested in the study of the social recognition of both psychological healer and the traditional one with their relatioship with some variations among a sample of 500 persons from ouargla town.

This study was done with diescriptive comparative method which is based on the « T » test to study the differences.

and among the results had been get from this study is that here is a difference in the social recognition of psychological healer made by the difference of sex , age and educational level , besides that , there's no difference of living situation .But there's a difference of the social recognition of the traditional healer related to the difference of sex and ther's no difference in the educational level , living situation and age.

All these depended on some previous studies and other teories scoprs in discusing the results of this research that ends with some suggestions.

Key words : the social recognition , psychological healer , the traditional one, educational level.

مقدمـة:

زاد الاهتمام في الستينيات من هذا القرن ببحث عملية إدراك الفرد للأفراد الآخرين، و اتجهت أغلب الأبحاث الرائدة في هذا الميدان إلى دراسة الإدراك الاجتماعي على أنه عملية عقلية أقرب ما تكون إلى تكوين المفاهيم و حل المشكلات (فؤاد البهي السيد،1980،ص:210).

ففي حياتنا اليومية و أثناء مسايرتنا للكثير مما يواجهنا من إرهاصات و تفاعلات اجتماعية مع الآخرين نجد أنفسنا أمام حقائق في الواقع، فأحيانا نفحص وجه الآخر و نلاحظ ملامحه رغم ألفتنا لوجوه الكثيرين أو نتفحص ما يلبسه الآخرون أو حتى نبرات أصواتهم أو تكوينهم الجسمي، هذه المتغيرات و غيرها تحدد إدراكنا لهذا الشخص و من تم وضعه في فئة معينة، بمعنى أدق كيف نكون انطباعاتنا الشخصية عنه، هل نتقبله أم نعتبره غير مقبول ذو سمات لا تألفها دواخلنا، فالنظرة السريعة أو اللقاء السريع الخاطف يحدد أحيانا الكثير من الانطباعات عن الشخص و مدى تقاربنا النفسي منه، و نتساءل في داخلنا، هل يمكن أن نتقبله، أم نشعر بأن سماته الشخصية و العامة بعيدة عنا.... و ربما بشكل أدق أن سماعنا لاسمه للوهلة الأولى يحدد مدى تقبلنا له، أو رفضنا الداخلـي له ، فالبعض منا يتقابل مع الآخر و يبدو له أنه يعرف هذا الشخص منذ زمن طويل، رغم أن اللقاء كان الأول لكلاهما، و لكن الشعور بالتقارب جعل كلاهما يكوَن انطباعات مقبولة إيجابية عن الآخر أو شيئا من الألفة النفسية منذ الوهلة الأولى... هذه العملية تسمى في مجال علم النفس الاجتماعي بـ"الإدراك الاجتماعي social perception" (أسعد الإمارة،2004).

و الإدراك الاجتماعي هو "إدراك الآخرين و هذا يعني ترتيبهم في أصناف ثقافية لها معنى مع الوعي الكلي بمكانتهم و أدوارهم" (jean stoetzel,1963,p :216)

وعملية الإدراك الاجتماعي تعتمد على الترتيب، ووضع الآخرين في أصناف معينة و ذلك على أساس عقلي معرفي. وتتضح أهمية الدراسة الحالية من حيث معرفة تلك الانطباعات و الإدراكات المكونة عن المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و

كذا تلك الاختلافات الموجودة في الإدراك الاجتماعي باختلاف بعض المتغيرات لدى عينة من فئات المجتمع.

و "دراسة الفروق في الإدراك جذبت الباحثين ليس باعتبارها مؤشرات للقدرة العقلية العامة، و لكن على اعتبار أن هذه الفروق تعكس أحد الأساليب المعرفية التي تميز الأفراد في تعاملهم مع الموضوعات المختلفة"(زكريا الشربيني،1992). فالعلاج من الأمراض و الاضطرابات يعتبر من اهتمامات الكثير من الأخصائيين في هذا المجال و من هنا فعلاج الاضطرابات النفسية يعتبر من مهام المعالج النفسي فإن العلاج النفسي هو طريقة لعلاج الاضطرابات الانفعالية التي يمكن أن يعاني منها شخص مريض، و هذه الطريقة تكمن في مجموعة من الإجراءات يقوم بها شخص مدرب و مؤهل للعمل وفق برنامج مخطط محكم ليصل من خلاله إلى مساعدة هذا الشخص و تحقيق توافقه مع نفسه و مع البيئة التي يعيش فيها، إلا أن الملاحظ للمجتمع يجد أنه يتجه إلى مجالات أخرى قصد العلاج و منها العلاج بالرقية، فلقد عرفت هذه الظاهرة انتشارا واسعا و اهتم المجتمع بمختلف فئاته بالمعالج بالرقية والأساليب العلاجية التي يقوم بها. و من هنا جاءت دراسة الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية و ذلك انطلاقا من مواقف التفاعل الاجتماعي الذي أساسه تتكون الانطباعات.

"و تحتل دراسة المصادر المتعددة التي يستقي منها الناس انطباعاتهم عن الآخرين الأهمية العليا لدى دارسي السلوك الإنساني، ذلك أن الصورة ما هي إلا انطباعات يكونها الفرد عن شخص أو أخر أو عن أشخاص آخرين أو عن أي مجموعة أو مجموعات أخرى، و لمحتوى هذه الصورة أثر عميق في تفاعلات الفرد مع الآخرين" (عاطف عدلي العبد عبيد،1997،ص:23).

فالإنسان هو مخلوق اجتماعي بطبعه و يبحث دائما عن رفيق، و يتعامل باستمرار مع غيره من الأفراد، ... و يحاول دائما تكوين معلومات متكاملة، و تفهم تلك المعلومات الخاصة بالأفراد الآخرين حتى تتكون لديه صورة مفيدة عنهم (محمد علي شهيب،مدحت مصطفى راغب،1992،ص:104).وهذا ما نسميه بالإدراك الاجتماعي...

و لذلك تم تصميم خطة منهجية للبحث تشمل على الفصول التالية:

الفصل الأول: تناول إشكالية البحث و تساؤلاته، أهميته، أهدافه، فرضياته و التعريف الإجرائي للمفاهيم الواردة فيه ثم حدود البحث.

الفصل الثاني : خصص للإدراك الاجتماعي حيث تضمن: مدخل ثم مفهوم الإدراك و كذا العوامل المؤثرة فيه و بعد ذلك، مفهوم الإدراك الاجتماعي، و العوامل المؤثرة فيه، خصائص الإدراك الاجتماعي، نظريات الإدراك الاجتماعي.

الفصل الثالث: تناول العلاج النفسي و العلاج بالرقية حيث ارتأينا تقسيم هذا الفصل إلى :-

* **أولا – العلاج النفسي:** حيث يشتمل على : تعريف العلاج النفسي، أهداف العلاج النفسي،أخلاقيات العلاج النفسي، أهمية العلاج النفسي، الاتجاهات الحديثة للعلاج النفسي، العملية العلاجية، نماذج العملية العلاجية، أنماط العلاج النفسي، طرق العلاج النفسي، أبعاد العلاج النفسي، مشكلات العلاج النفسي، المعالج النفسي.

* **ثانيا- العلاج بالرقية : و يتضمن:-** تعريف الرقية الشرعية، ، أنواع الرقية الشرعية، شروط الرقية الشرعية، مجالات العلاج بالرقية الشرعية، ذكر الآيات الواردة في الرقية الشرعية، الأحاديث الواردة في الرقية الشرعية، تجارب حديثة في العلاج بالرقية و القرآن الكريم، شروط وصفات المعالج بالرقية .

الفصل الرابع : و يشمل الدراسة الاستطلاعية التي تتضمن : عينة هذه الدراسة، الأداة المستخدمة و طرق تقدير خصائصها السيكومترية.

الفصل الخامس: و هو فصل الدراسة الأساسية و يتضمن : التذكير بتساؤلات الدراسة و بفرضياتها، المنهج المستخدم، عينة الدراسة الأساسية، أداة جمع البيانات، و أسلوب التحليل الإحصائي المعتمد.

الفصل السادس: و يتضمن عرض متسلسل للنتائج التي توصلت إليها الدراسة وفقا للفرضيات الواردة فيها.

الفصل السابع: خصص لمناقشة النتائج التي تم التوصل إليها مع تقديم بعض الاقتراحات.

البـاب الأول

الجـانـب النظـري

الفصـل الأول :

تقديم موضوع البحث

1-إشكالية البحث.

2- أهمية الدراسة.

3- أهداف الدراسة.

4- دواعي اختيار الموضوع

5- فرضيات البحث.

1-إشكالية البحث:

تمر المجتمعات الآن بمرحلة تغير كبيرة، و هذا في جميع مجالات الحياة الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، فقد أفرز هذا التغير عدة أنماط سلوكية في السلوك الاجتماعي للأفراد، حيث نلاحظ أحيانا تباين هذه الأنماط السلوكية لدى مختلف الأفراد. و هذا تبعا لعمليات التفاعل و التغير التي يتعرض لها الفرد في الحياة الاجتماعية اليومية التي تقتضي منا التكيف معها.

و عليه تعتبر دراسة سلوك الفرد في المجتمع من جميع جوانبه من أبرز اهتمامات علم النفس الاجتماعي، إذ تجده يركز عنايته على سمات الفـرد و استعداداته و استجاباته فيما يتصل بعلاقاته مع الآخرين.

كما نجد أن من أهم الموضوعات بالغة التعقيد التي ركز عليها علم النفس الاجتماعي، و المعرفة الاجتماعية موضوع الإدراك الاجتماعي.

و الإدراك الاجتماعي "هو عملية تكوين انطباعات عن الآخرين و تقويمهم و مدى إمكانية الحكم على سلوكهم و خصائصهم الخارجية و الداخلية، النفسيـة و البدنيـة و خصالهم، و تضم خصائصهم بمعنى أوسع مشاعرهم لحظات التفاعل الأولى، مدى التقبل أو نقيضه، البشاشة أو التهجم في الشكل الظاهري للشخصية...الخ" (أسعد الإمارة،2004).

و يمكن وصف الإدراك الاجتماعي "بأنه عملية وجدانية، يحدد الإنسان بواسطتها مدى اهتمامه بجماعة من الأفراد، و تقبلهم بدرجة أكبر من غيرهم مما يجعله يحس بهم و يقبل عليهم، فيدرك أهمية وجودهم وفقا لما لمسه منهم من إحساس متبادل بينه و بينهم، و بناء على خبراته السارة السابقة معهم" (ماهر محمود عمر،1992،ص:150).

و عليه فقد ساد الاعتقاد بين المشتغلين بعلم النفس "أن عملية الإدراك هي في جوهرها نشاط عقلي يربط بين احساسات منفصلة مختلفة ... فالجملة تتألف من عدة كلمات، و الكلمة تتألف من عدة حروف... لهذا فالإدراك هو نشاط إيجابي يقوم به العقل لتنظيم الاحساسات فالعالم الخارجي فوضى يقوم العقل بتنظيمه.

و مع ظهور مدرسة الجشتلط أو مدرسة الصيغ الكلية في ألمانيا برز تصور جديد مضمونه أن العالم المحيط بنا و الذي ندركه ليس عالما من الفوضى، و لكنه عالم منظم بفعل عوامل موضوعية خارجة عن الذات المدركة، وهنا يعتمد الإدراك على هذا التنظيم الذي يعتمد على قوانين محددة هي قوانين التنظيم الحسي التي تعمل على تنظيم المنبهات الحسية – خارجية المصدر– في شكل وحدات أو صيغ أو كليات مستقلة تبرز في مجال إدراكنا، و يتم تفسير هذه المدركات في ضوء الخبرة اليومية، أو في ضوء ثقافة المجتمع الذي تربى داخله الفرد، و هكذا يتسم إضفاء معاني ودلالات محددة على هذه الصيغ، و تختلف هذه الدلالات باختلاف الإطار الثقافي لكل مجتمع.

و طبقا للنظرية الألمانية (الجشتلط) يمكن القول أن عملية الإدراك الاجتماعي تتحقق من خلال عمليتين فرعيتين هما :

– عملية التنظيم الحسي : و تعتمد على القوانين الموضوعية التي تنتظـم بمقتضاها المنبهات الحسية الصادرة عن العالم الخارجي في شكل وحدات مستقلة (صيغ) و ذلك بفعل عوامل موضوعية، أي خارجة عن الذات المدركة.

– عملية التأويل : و هي عملية تفسير لهذه الصيغ يقوم بها الشخص المدرك و هي لهذا عملية ذاتية تعتمد على الخبرة و معطيات البيئة الثقافية للفرد(نبيل محمد السمالوطي،1987،ص:129).

إن الأحداث التي تقع على الصعيدين العالمي و المحلي تؤثر إيجابا و سلبا في الصور المرجعية التي كونها الأفراد عن أنفسهم، أو جماعتهم مثلما تؤثر في الصور النمطية التي نسجوها حول "الآخر". إن تفسير الأشخاص لأحداث ووقائع معينة يخضع في المقام الأول للصور النمطيـة التي لديهم عن الآخر(السيد حافظ الأسود،1996).

و الصورة النمطية ليست بالضرورة مؤشرات صحيحة للواقع، و إنما هي بمثابة أحكام أو تقويم كما نراه على ضوء تحيزاتنا و قيمنا و مبادئنا، و مع ذلك فإنها تحدد إدراكنا للآخر و تفاعلنا معه، فنحن نكون صورة عن الآخر، لا بشكل مجرد، بل في إطار نشاط اجتماعي واسع يشتمل على التفاعل معه.

و مما يدركه الأفراد في المجتمع تلك القضايا التي تمس الحياة الاجتماعية بمختلف مجالاتها، فمن أبرزها مسألة العلاج فهؤلاء الأفراد يتجهون إلى جهات مختلفة قصد العلاج من تلك الآلام أبرزها المرض النفسي أو السحر أو العين أو غيرها من الاضطرابات التي تمس النفس البشرية و من أهمية ذلك جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية أي معرفة انطباعات و ادراكات أفراد المجتمع بمختلف خصائصهم لكل منهما على اعتبار أن كل واحد منهما يحاول تقديم خدمات علاجية لأفراد المجتمع.

و لقد أقيمت هذه الدراسة من خلال انتشار لظاهرة العلاج بالرقية في المجتمع بمختلف فئاته و ما يقوم به المعالج بالرقية من أساليب علاجية و كذا تلك الانطباعات المكونة عنه وتناول هذا الموضوع الحساس من طرف وسائل الإعلام و خاصة

المكتوبة منها فنلاحظ الكثير من المقالات التي تظهر عملية العلاج بالرقية و تلك التجاوزات التي تحدث لدى هؤلاء الذين يتخذون من القران الكريم ستارا لما يقومون به و من تلك المقالات المنشورة ما نشرته جريدة حوادث الخبر الصادرة من يوم 14 إلى 28 سبتمبر 2004 و التي تبرز تلك الأخطاء و التستر بالقران الكريم . هذا من جهة و من جهة أخرى أجرينا العديد من الزيارات لبعض الرقاة في المنطقة و لاحظنا العديد من الأشخاص –باختلاف جنسهم و عمرهم مستوياتهم الفكرية– عند هؤلاء الرقاة علهم يجدون ما يشفي عللهم.و بعد تفشي هذه الظاهرة في المجتمع و انحرافها عن المعقول و بروز تلك التجاوزات التي يقوم بها من يدعون أنهم رقاة كان الدافع لإجراء هذه الدراسة لمعرفة الانطباعات المكونة عند هؤلاء الأشخاص عن القائم بعملية العلاج بالرقية و كذا تلك الانطباعات

التي تبرزها وسائل الإعلام البصرية عن المعالج النفسي و الصورة المرتسمة عنه بحيث تظهر دائما بصورة سلبية تتعارض مع الدور و المهام التي يقوم بها.

و سنحاول في هذه الدراسة تسليط الضوء على الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، أي معرفة انطباعات و إدراكات أفراد المجتمع بمختلف خصائصهم لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية على اعتبار أن كل واحد منها يحاول تقديم خدمات علاجية لأفراد المجتمع.

و فيما يخص طريقة العلاج بالرقية الشرعية فهي الرقية بالقرآن الكريم أو الرقية بالأدعية النبوية الشريفة. "و ذلك من حيث كونها دعاء إلى الله بأدعية خاصة من أجل الوقاية أو الشفاء من الأسقـام و الأمراض" (بولعشب زهير،2003،ص:36).

و قد قيل: إن موضع الرقية منها: "إياك نعبد و إياك نستعين"، و لا ريب أن هاتين الكلمتين من أقوى أجزاء هذا الدواء (ابن قيم الجوزية،1983،ص:132).

و قوله تعالى : "أدعوني أستجب لكم"(سورة غافر، الآية 60" و منه الدعاء بالشفاء من المرض و الدعاء بالمغفرة و التوبة (السيد الجميلي،1979،ص:153).

و عليه فالرقية الشرعية، هي طلب الشفاء من الله تعالى بالقرآن الكريم و الأدعية النبوية الشريفة، فلقد ركز البحث الحالي على معرفة انطباعات المجتمع على القائم بعملية العلاج بالرقية، ألا و هو المعالـج بالرقية، و إمكانات التفاعل معه.

فالإدراك الاجتماعي ليس فقط تكوين انطباع عن الآخر، و إنما محاولة إيجاد تفاعل إيجابي بين الفرد المدرك و ذلك الشخص القائم بالعلاج سواء العلاج النفسي، أو العلاج بالرقية، و كذا إمكانية إيجاد علاقة إيجابية بين فرد ما و آخر يحاول إعطاء مساعدة، و هذه المساعدة لها مجموعة من الطرق و الأساليب لتحقيقها، و بالتالي إيجاد سبل التفاعل الإيجابي بين فئات المجتمع، و ذلك من خلال ما يستطيع كل منا تقديمه للآخر، و من هنا يظهر الإدراك الاجتماعي ليس فقط في تكوين انطباع أو تصور، إنما إيجاد علاقة تفاعلية بين شخصين هدفها المساعدة و المساندة.

و على الرغم من أهمية هذا الموضوع إلا أنه لم يحظ بالدراسة الكافية (حسب إطلاع الطالبة) حيث أنه لم نجد دراسات تناولت موضوع الإدراك الاجتماعي بوجه عام و الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية و على هذا الأساس كان الدافع للقيام بهذه الدراسة.

و من تلك الدراسات التي تناولت موضوع الإدراك للإرشاد و العلاج دراسة "سلطان بن موسى العويضة"(2003) و التي كان موضوعها: "إدراكات العقل العربي الإرشاد و العلاج النفسي"، حيث أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 800 طالب و طالبة من المملكة العربية السعودية، درسوا في الجامعات البريطانية، استخدمت فيها طريقتان لجمع البيانات، هي الاستبيان و المقابلة المنظمة، و كانت تهدف هذه الدراسة إلى : الكشف عن طبيعة الإرشاد و العلاج النفسي من الجانبين النظري و العملي مع التركيز على خدمات الإرشاد و العلاج النفسي في المملكة العربية السعودية، و كذا إدراك طلاب الدراسات العليا السعوديين في بريطانيا للإرشاد و العلاج النفسي، و توصلت هذه الدراسة إلى أن أظهر الطلبة المشاركون فيها إدراكات مختلطة حول الهدف و ممارسة الإرشاد و العلاج النفسي، و من أمثلة ذلك أن بعض المستجوبين ما زال لديهم تصور بأن الإرشاد و العلاج النفسي، يهتمان فقط "بالحالات المستعصية" و قد عبر عنها بعض المستجوبون بـ "الناس المجانين" (سلطان بن موسى العويضة،2003،ص:216).

و لقد نال موضوع الإدراك حظا من الدراسات اتفقت جميعها على أهمية الموضوع و اتجهت في أغلبها إلى أن الإدراك قد يختلف طبقا لبعض المتغيرات منها الجنس . و من بين الدراسات التي تناولت متغير السن كمتغير قد تؤثر على الإدراك

نذكر دراسة "فاروق شوقي البوهي" و" ليلى محمد دويغر" (1995)، التي كانت تهدف إلى التعرف على تصور طلاب جامعة البحرين لمقومات الشخصية العربية و سبل المحافظة عليها و تنميتها، و معرفة مدى إسهام متغير الجنس و نوع الكلية و مستوى الدراسة في تصورات الطلاب لمقومات الشخصية العربية، حيث أجريت الدراسة على 250 طالبا و طالبة من الدارسين بجامعة البحرين، و استخدم الباحثان الاستبيان(المفتوح– المقيد) و توصلت هذه الدراسة إلى "وجود فروق بين الإناث و الذكور في إدراك مقومات الشخصية العربيـة (فاروق شوقي البوهي، ليلى محمد دويغر،1995،ص:26).

و في نفس السياق توصل "عبد اللطيف محمد خليفة" (2003) في دراسته التي كانت تهدف إلى إلقاء الضوء على التصورات الشائعة حول خصال المرأة الكويتية لدى عينة من طلاب جامعة الكويت و الهيئة العامة للتعليم التطبيقي،لدى عينة من طلاب و طالبات جامعة الكويت بلغ عددها 580 طالبا و طالبة، أما الأداة المستخدمة في هذه الدراسة فهي عبارة عن مقياس القوالب النمطية لخصال المرأة الكويتية. و تبين من نتائج هذه الدراسة " وجود فروق جوهرية بين الذكور و الإناث من طلاب الجامعة في التصورات الشائعة حول المرأة الكويتية"، بحيث اتسمت نظرة الذكور و إدراكهم للمرأة بالسلبية في معظم الصفات، في حين اتسمت نظرة الإناث بالإيجابية في أغلب الصفات (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:85).

و عموما نستخلص من الدراسات السابق ذكرها أن هناك اتفاق عام في النتائج، حيث أن لمتغير الجنس تأثيرا في إدراك الأفراد. و ذلك رغم اختلاف العينات المدروسة و أدوات القياس.

غير أن الإدراك الاجتماعي لم يحظ بمثل هذه الدراسات إلا دراسة (عبد اللطيف محمد خليفة) السابق ذكرها أما موضوع الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية يعتبر من الموضوعات التي لم يتم التطرق إليها –حسب إطلاع الطالبة– سابقا.

فلقد جاء هذا البحث مكملا لتلك الدراسة التي تناولت موضوع الإرشاد و العلاج النفسي و كانـت على مجتمع طلابي ضيق، وعليه كان موضوع بحثنا، الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و كانت عينة البحث

شملت فئات المجتمع مختلفة طبقا لمتغيرات الجنس و المستوى التعليمي و المنحدر السكني و السن.

و من خلال ذلك طرحنا الإشكالية العامة التالية:-

* هل يختلف الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف متغيرات الجنس و المستوى التعليمي و المنحدر السكني و السن لدى عينة الدراسة؟.

- تساؤلات البحث:

نوجز تساؤلات هذا البحث في النقاط التالية:

أ- هل يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة؟

ب- هل يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة؟

ت- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة؟

ث- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة ؟

ج- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة ؟

ح- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة ؟

خ- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة ؟

د- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة ؟

2- أهمية البحث :

على الرغم من وفرة الدراسات النظرية التي تناولت موضوع العلاج النفسي و الصحة النفسية، ووجود اختلاف حول الرقية الشرعية لدى فئات المجتمع، فإن الإدراك الاجتمـاعي بوجه عام و الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية لم يحظ بالدراسة الكافية، و ذلك رغم ما لدراستها من أهمية نظرية و عملية. و من هذا المنطلق كان الدافع للقيام بالدراسة الحالية سعيا نحو الكشف عن الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في علاقته ببعض المتغيرات لدى فئات مختلفة من المجتمع. و الوقوف ميدانيا على هذه المتغيرات المختلفة .

و تظهر الأهمية كذلك في الكشف عن الإدراك الاجتماعي الحالي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و الوقوف على مدى التغير الذي لحق بهذا الإدراك من خلال بعض المتغيرات التي تؤثر عليه .

كما تبدو أهمية الدراسـة الحالية إذا ما عرفنا أن هناك العديد من الإدراكات و الانطباعات السلبية الخاطئة حول المعالج النفسي و المعالـج بالرقية، في المجتمع والتي تبثها وسائل الإعلام. كما تحدد طبيعة هذه الإدراكات شكل التفاعل الاجتماعي إيجابا أو سلبا لمختلف فئات المجتمع باختلاف مهامهم و أدوارهم الاجتماعية.

هذا بالإضافة إلى الأهمية العملية للدراسة الحالية، و التي تتمثل في إمكانية إيجاد نتائج إيجابية تدعم تغيير الإدراكات و الانطباعات السلبية لدى المعالج النفسي و المعالج بالرقية و ذلك في حالة ما إذا كشفت هذه الدراسة عن وجود مثل هذه الإدراكات و الانطباعات.

3- أهداف البحث :

يتمثل الهدف الأساسي من هذه الدراسة في الكشف عن الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في علاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من فئات المجتمع.

و يندرج تحت هذا الهدف العام عدد من الأهداف الجزئية نوجزها على النحو التالي :-

1) مسح للانطباعات المتداولة حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية لدى عينة من فئات المجتمع.
2) الكشف عن الفروق بين الجنسين فيما يخص انطباعاتهم حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية .
3) معرفة ما إذا كان للمستوى التعليمي تأثير على الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية.
4) معرفة ما إذا كان للمنحدر السكني تأثير عل الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية.
5) معرفة ما إذا كان للسن تأثير على الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية .
6) محاولة بناء أداة تقيس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية و هذا لأننا لم نجد مقاييس مماثلة (حسب إطلاع الطالبة)، و ذلك بما يمكننا استغلاله في البحث الحالي بشكل ملائم .

4- دواعي اختيار الموضوع:

تتضح في النقاط التالية:

أ-التعرف على مفهوم الإدراك الاجتماعي و تجسيده أكثر في محاولة بحثية، و هذا من الجانبين النظري و التطبيقي، بحيث أن الطالبة لم تتمكن من إيجاد دراسات في مجال الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية، بالرغم من أهمية الموضوع لدى الجمهور العام و المتخصص.

ب-محاولة بناء أدوات قياس، و هذا لتجسيد ما تم أخذه نظريا في بناء المقاييس النفسية في شكل تطبيقي و ذلك بمحاولة إعداد أداة تقيس الإدراك الاجتماعي.

5- فرضيات البحث :

- **الفرضية العامة:** يختلف الإدراك الاجتماعي لكل مـن المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف متغيرات الجنس والمستوى التعليمي والمنحدر السكني والسن لدى عينة الدراسة.

- **الفرضيات الجزئية:**

أ- يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة.

ب- يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة.

ت- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

ث- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

ج- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

ح- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

خ- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

د- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

6- التعريف الإجرائي للمفاهيم:

1) **مفهوم الإدراك الاجتماعي** : هو عملية تكوين انطباعات حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية، وكذا تقويمهما و الحكم على شخصياتهما وسلوكهما لدى عينة من أفراد المجتمع الورقلي من مختلف الأعمار وباختلاف والجنس والمستوى التعليمي والمنحدر السكني . وذلك من خلال الأداة المصممة لهذا الغرض .

2) **المعالج النفسي** : هو الأخصائي الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج

النفسي، و يتخرج المعالج النفسي في أحد أقسام علم النفس بالجامعة، و يتخصص في الصحة النفسية و العلاج النفسي .

3) **المعالج بالرقية :** هو الشخص الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج بالرقيـة ، و يتقن هذا العلاج ، و يكون ذلك بالقرآن الكريم و الأدعية النبوية .

7- حدود البحث : يتحدد البحث الحالي بالحدود التالية:

- **حدود بشرية:** تتمثل في عينة يقدر حجمها بـ500 شخص، ينقسمون إلى 240 ذكرا، و 260 أنثى، و من مستويات تعليمية مختلفة (ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) و بمراحل عمرية مختلفة أيضا، تتمثل في فئة الشباب و فئة الكهول.

- **حدود مكانية:** تم اختيار عينة البحث بطريقة عشوائية، ومن منطقتين واحدة حضرية و تمثلها بلدية ورقلة، و أخرى ريفية و تمثلها بلدية سيدي خويلد و بلدية حاسي بن عبد الله.

- **حدود زمنية:** تم التطبيق الميداني لهذا البحث سنة 2005/2004.

كما يتحدد البحث بأداة جمع البيانات المستخدمة فيه المتمثلة في أداة لقياس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية من إعداد الطالبة.

الفصـل الثانــي

الإدراك الاجتماعي

تمهيد.

1- مفهوم الإدراك.

2- العوامل المؤثرة في الإدراك.

3- مفهوم الإدراك الاجتماعي.

تمهيد :

يتفق العديد من العلماء و الباحثين في مجالات علم النفس المختلفة على أن سلوك الإنسان هو محصلة التفاعل بين الإنسان و البيئة التي يعيش فيها.كما يتفقون على أن السلوك إنما يصدر عن الفرد كنتيجة لعدد من العمليات التي يقوم بها. فالإنسان يحس، يدرك، يعرف، يتخيل، يفكر و غير ذلك من العمليات، و هي في مجموعها تقوم بدور فعال في استثارة، و توجيه الفرد لسلوك ما دون سواه. وهذه العمليات اكتسبت أهمية بالغة في تراث علم النفس على مر العصور، و لكل منها العديد من البحوث و الدراسات.

و سوف نتناول في دراستنا هذه أحد العمليات الذهنية ذات الأهمية و التأثير على غيرها من العمليات الذهنية بصفة عامة، ألا و هي عملية الإدراك، حيث سنتناول في هذا البحث عملية إدراك الفرد للأفراد الآخرين و تكوين انطباعات و أحكام عليهم.

و يندرج هذا في عملية الإدراك الاجتماعي الذي بدأت الدراسة فيه منذ نهاية النصف الأول من هذا القرن حيث يناقش "كانتريل cantrill " معنى الإدراك الاجتماعي (فؤاد البهي السيد–سعد عبد الرحمان،1999،ص:222) و من هذا المنطلق أردنا في هذا البحث تحديد مفهوم الإدراك , والعوامل المؤثرة فيه و مفهوم الإدراك الاجتماعي و خصائصه والعوامل المؤثرة فيه وكذا أهم النظريات المفسرة له.

1- مفهوم الإدراك:

قبل عرض مفهوم الإدراك الاجتماعي، يجب إعطاء مفهوما لعملية الإدراك باعتبارها عملية عقلية يقوم بها الإنسان.

حيث يعرف الإدراك بـ" أنه عملية تنظيم و تفسير المعطيات الحسية التي تصلنا من الأحاسيس لزيادة و عينا بما يحيط بنا و بذواتنا، فالإدراك يشمل التفسير و هذا ما لا يتضمنه الإحساس" (محمود فتحي عكاشة،2000،ص:286).

و هو " تفسير ما يحس به الإنسان و إضفاء المعنى عليه، فالمثيرات قد تكون مجموعة من النقاط الضوئية أو النغمات، يدركها الشخص على أنها إلقاء التحية، أو علامة على الإهانة مما يفيد من نوع الاستجابة التي يصدرها ذلك الشخص" (جون دكت،2000،ص:41).

و يعرف كذلك بأنه " عملية عقلية يستخدمها الإنسان بقصد فهم و تفسير العالم من حوله، إذ تعمل أعضائه الحسية على تحسس التنبيهات، ثم بدورها تنقلها إلى الدماغ عبر الأعصاب ليتسنى هناك معالجتها و من ثم استصدار الاستجابات المناسبة (محمود شمال حسن،2001،ص:88). ومن هنا نستنتج أن الإدراك عملية عقلية يقوم بها الإنسان لإعطاء تفسير و تأويل لما يحيط به إذ يعطيه تصور للعالم الخارجي.

و الإدراك " هو عملية تفسير المعلومات الواردة للنظام السلوكي و تكوين المفاهيم و التصورات عن العالم المحيط" (محمد منير حجاب،2000،ص:41).

و هو " عملية عقلية نتعرف بواسطتها على العالم الخارجي المحيط بنا و ذلك عن طريق ما تلتقطه حواسنا من مثيرات مختلفة، ضوء، صوت، حرارة، حركة... و غيرها" (نذير زريبي و آخرون،2000).

و من خلال التعريفين السابقين للإدراك يمكن القول بأنه عملية تهتم بتفسير المعلومات الآتية من حواسنا و ذلك للتعرف على العالم الخارجي و إضفاء المعنى عليه.

و يضيف نذير زريبي جملة من العوامل التي بإمكانها التأثير على عملية الإدراك.

2- العوامل المؤثرة في الإدراك:

2-1- العوامل الداخلية (نذير زريبي و آخرون،2000).

هي مجموعة العوامل التي تؤثر في الشخص المدرك أثناء عملية الإدراك و التي تنبع من ذات الشخص نتيجة ما يشعر به من تفاعل بين العمليات الجسمية و العقلية و الانفعالية و الاجتماعية التي يعيشها. و تتحدد هذه العوامل في ثلاث عوامل أساسية :

- الحالة النفسية للشخص المدرك:

أي الحالة التي يشعر بها الشخص المدرك أثناء استقباله لمثير ما و تفاعله معه، هل هو في حالة من الرضـــاء و السرور أم في حالة من الضيق و الاكتئاب، هل هو في حالة عقلية أو جسمية تسمح له بإدراك هذا المثير أم أن قدراته العقلية أو الجسمية تكاد تكون عاجزة عن إتمام عملية الإدراك لسبب أو لآخر.

كما تتأثر الحالة النفسية للفرد أثناء إدراكه للمثيرات المختلفة بما لديه من ميول أو اتجاهات و قيم تجاه الشيء المدرك.

- توقع الفرد للمثير من عدمه:

أي أن إدراك الفرد لمثير ما يتأثر بما إذا كان هذا الفرد في حالة توقع لتعرضه لهذا المثير بكيفية معينة أم أن هذا المثير قد واجه بشكل مفاجئ لم يكن ينتظره، فكلما كان الفرد مهيئا لاستقبال مثير معين كلما كان تهيؤه هذا في صالح عملية الإدراك ذاتها، حيث تتم العمليات الذهنية الداخلية في عملية الإدراك نتيجة الارتباطات العصبية المكونة لحالة التهيؤ تلك.

- خبرة سابقة حول المثير المدرك من جانب الفرد:

أي أن ما لدى الفرد من معلومات و صور عقلية مختلفة و مختزنة لديه عما يواجهه في الحياة من مواقف متنوعة (مثيرات) تتدخل بشكل حاسم في تحديد هوية المثير المدرك. و كلما كان هذا المثير المدرك جديدا و ليس له صورة ذهنية سابقة كلما كانت عملية الإدراك اصعب و تحتاج إلى جهد أكبر.

2-2-العوامل الخارجية : (نذير زريبي و آخرون،2000).

و يقصد بها مجموعة العوامل التي تتصل بالمثير المدرك نفسه و التي تحيط بالفرد و تسهم في تحديد ردود فعله (سلوكه) و هي :

- شدة المثير: إن إدراكنا للصوت المرتفع يكون أسرع من إدراكنا للصوت المنخفض لو تساوت الظروف الأخرى. كما أن إدراكنا للضوء المبهر أسرع من إدراكنا للضوء الخافت و هكذا.

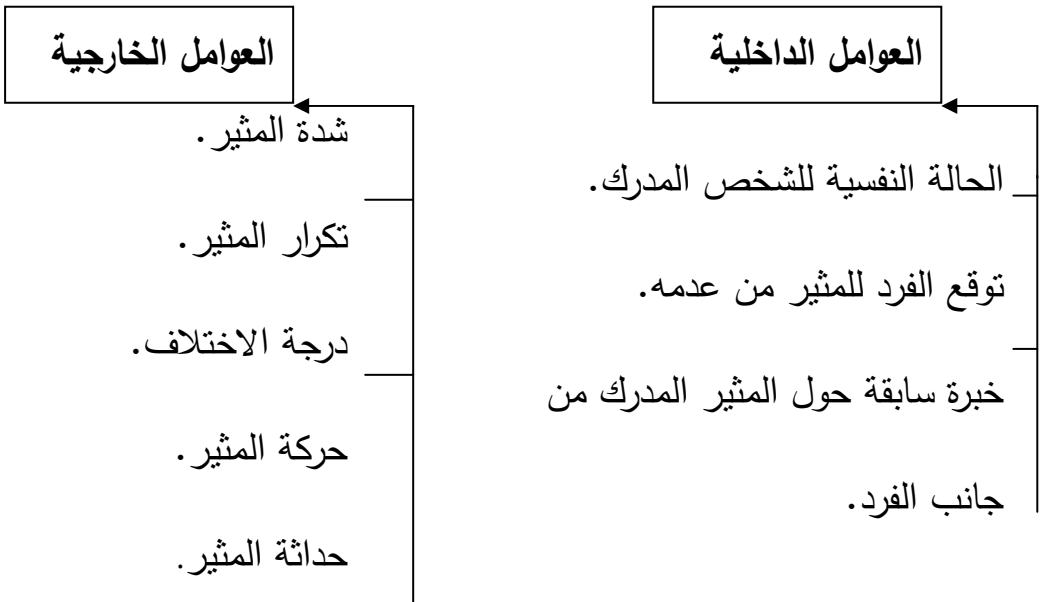
- تكرار المثير : إن عرض إعلان معين على مسافات محددة و لعدد كبير من

المرات يترك أثر أكبر على إدراك الشخص (مما يؤدي إلى فهم الرسالة التي يعبر عنها الإعلان) مما لو كان الإعلان لمرة واحدة أو لمرات غير منتظمة.

- **درجة الاختلاف بين المثير و عدد من المثيرات المحيطة به :** إن الفرد يسهل إدراكه لبناية من عشر طوابق بين مجموعة من المنازل لا يتعدى ارتفاعها ثلاث طوابق. كما أنه يسهل علينا أن نميز الشخص طويل القامة بين مجموعة قصار القامة مثلا.

- **حركة المثير** : فالإعلان الذي يتضمن مجموعة من الصور المتحركة يكون أسرع في الإدراك مما لو تضمن الإعلان نفس المجموعة من الصور وبشكل ثابت.

- **حداثة المثير** : يسهل على الفرد أن يلتفت إلى المثيرات التي تقابله لأول مرة مقارنة بالمثيرات التي تعود على التعامل معها مما يساعد على سرعة عملية الإدراك.



شكل رقم (01) يبين العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك(نذير زريبي و آخرون،2000).

3- مفهوم الإدراك الاجتماعي:

أما عملية إدراك الفرد للآخرين، هي عملية معقدة، فهو لا يعتمد على مجرد ما يراه الفرد و ما يسمعه عن الآخرين، بل يعتمد أيضا على خصائص الموقف الذي تتم فيه عمليات التفاعل الاجتماعي، و من هنا ينتج انطباعنا عن الآخر و بالتالي إصدار أحكام و تقويم لشخصيته و هذا ما يمثله الإدراك الاجتماعي و من هنا يمكن التطرف إلى بعض التعاريف الخاصة بالإدراك الاجتماعي.

فالإدراك الاجتماعي هو عملية تكوين انطباعات impressions عن الآخرين و تقويمهم و الحكم على سلوكهم و خصالهم (سواء فيما يتعلق بمشاعرهم أو مقاصدهم، و شخصيتهم، أو استعداداتهم...الخ).

كما أنه يتضمن وضع الفرد للأشخاص الآخرين و تصنيفهم في فئات ذات معنى (كأن يصف الفرد الآخرين على أساس المظهر الجسمي أو ملامح الوجه، أو على أساس بعض الخصائص السيكولوجية مثل : العداوة و الكراهية، مقابل التسامح و الحب (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:90).

و هو القدرة على ترجمة الإشارات الاجتماعية لمشاعر و نوايا الآخرين، و القدرة على تبيين المعايير و التقاليد المعنية التي تعمل على تفاعل اجتماعي معين (فوقية حسن رضوان،2003،ص:71).

و هو عملية يتم بواسطتها فهم و تفسير المنبهات الاجتماعية التي تصلنا من البيئة الاجتماعية، و عادة ما تعتمد على مشاعرنا و قيمنا و اتجاهاتنا (محمود شمال حسن،2001،ص:88).

و هو " عملية إدراك الفرد للآخرين عملية معقدة، فهو لا يعتمد على مجرد ما يراه الفرد، و ما يسمعه عن الآخرين، بل يعتمد أيضا على خصائص الموقف الذي تتم فيه عمليات التفاعل الاجتماعي، و على نوع العلاقات التي تصل ما بين المتفاعلين في ذلك الموقف" (فؤاد البهي السيد،1980،ص:211).

و الإدراك الاجتماعي يكمن وراء كل تفاعل ناجح أو فاشل ووراء كل مهارة اجتماعية يستخدمها الناس في علاقاتهم بالآخرين و ذلك لأن الإدراك الاجتماعي يعني قدرة الفرد على معرفة اتجاهات الآخرين، و سماتهم الانفعالية التي يستطيع أن يستنتج منها متى و كيف يغضون أو يسالمون أو يعترضون أو يوافقون.

و إن الفعل المؤثر في العلاقات الشخصية التبادلية يتطلب من الفرد أن يدرك جانبا من جوانب شخصية المقابل، و عن طريق هذا الإدراك يحدد ما يتوقعه و السلوك الذي ينبغي أن يتخذه وصولا إلى تحقيق الهدف من التفاعل القائم بينهما (احمد عبد اللطيف و حيد،2001،ص:228).

و يعرف الإدراك الاجتماعي على أنه " الإدراك الذي يحدث تحت ظروف و متغيرات اجتماعية تؤثر فيه، فإدراك الشخص الآخر في موقف معين معناه أننا ندرك هذا الشخص بأنماط سلوكه و خصائص شخصيته و تكوينه (سعد عبد الرحمان،1967،ص:284).

و من خلال التطرق إلى هذه التعاريف الخاصة بالإدراك أولا ثم الإدراك الاجتماعي يمكن استخلاص أن الإدراك الاجتماعي هو عملية عقلية معرفية، تعتمد على التفاعل الاجتماعي القائم بين الأشخاص من حيث أن هناك شخص يدرك و هناك ما يدركه في شخص آخر أو آخرون، و كذا ما ينتج عن هذا التفاعل من تقويم وحكم عن سلوك الفرد من خلال نوعية العلاقات التي تتم بين هؤلاء المتفاعلين انطلاقا

من ذلك الموقف، و يلاحظ كذلك أن الإدراك الاجتماعي يتضمن تكوين الانطباع حول شخص، أو أشخاص و الحكم على سلـــوكهم و شخصيتهم و تقويمها و تصنيفهم ضمن فئات اجتماعية محددة.

و من هنا يظهر الفرق الذي يميز الإدراك الاجتماعي عن الإدراك، فالإدراك الاجتماعي يقوم على وجود تفاعل بين المدرك و موضوع الإدراك سواء كان موقفا أو قضية أو شخصا أو جماعة، و هذا ما يضفي تعقيده و اتساعه، بعكس الإدراك الذي لا يقوم على هذا الأساس.

و بما أننا قلنا أن الإدراك الاجتماعي هو عملية تكوين انطباعات عن الآخرين فإنه ينبغي علينا أن نوضح عملية تكوين هذه الانطباعات:

عند مقابلتنا لأشخاص جدد نحاول تكوين انطباعات أولية عنهم، هذه الانطباعات تمثل لنا صورة في أذهاننا بحيث تجعلنا قادرين على تصنيف هؤلاء الأشخاص في فئات اجتماعية معينة، و كذا يمكننا الحكم على سلوكهم و شخصيتهم و تقويمها.

" فهذا الانطباع عبارة عن علاقات مفترضة بين تفاصيل ندركها من خلال النظرة العابرة مثلما نفترض علاقة بين نوع الآخر و خصاله، إذ أننا نربط بين الذكورة و الجرأة أو بين الأنوثة و الحياء، أو نفترض علاقة بين ملبس الفرد
و نشأته أو مستواه الحضاري...".

و هذه العلاقات المفترضة بين تفاصيل صورة الآخر يتم التوصل إليها من خلال عملية الاستدلال السببي Causal Attribution أي غزو أشياء إلى أشياء أخرى،و تعد هذه العملية خطوة سابقة لكثير من مظاهر السلوك الاجتماعي المتبادل كالتفضيل و الحب و التعصب (عبد المنعم شحاته،2001،ص:25).

و يلاحظ من خلال هذا التعريف للانطباع أنه يحوي العلاقات التي نفترضها من خلال النظرة العابرة، إلا أن هذه النظرة العابرة قد تأخذ شكل الربط بينها و بين أشياء أخرى ومنه تكوين تصورات دقيقة عن شخص أو موضوع معين. و نقصد بالدقة هنا أننا نبذل مجهود كبير لوضع هذه الصورة في أذهاننا.

و الانطباع عن الآخر لا يأتي من تعلمنا أسماء السمات، فنحن نعرف الآخرين من خلال سلوكياتهم، و إذا شئنا الدقة، فإننا نكون انطباعات من خلال ما نراه من

أفعال الآخرين و ما نسمعه عنهم، و كذلك من خلال ما نسمعه منهم حين يصفون أنفسهم (ت.أ.أ نسكووج.سكوبلر،1993،ص:309).

و في هذا التعريف للانطباع يلاحظ أنه يتكون من خلال سلوكيات الأفراد معنى هذا من خلال عملية التفاعل الاجتماعي، الذي يعتبر مظهر من مظاهر عملية إدراك الفرد للآخرين أي الإدراك الاجتماعي.

و هذا التفاعل الذي يتأسس من خلال مواقف اجتماعية يستلزم منا الدقة لتكوين هذا الانطباع و بالتالي تكوين عملية الإدراك الاجتماعي.

و يرى كل من "معتز سيد عبد الله "و "عبد اللطيف محمد خليفة" أن عملية تكوين الانطباعات عن الآخرين تمر بأربع مراحل هي على النحو الآتي:

الأولى : حيث تكوين انطباع عام عن الأشخاص بمجرد رؤيتنا لهم، و ذلك على الرغم من عدم توفر القدر الكافي من المعلومات و الذي يسمح بإصدار أحكام تتسم بالدقة.

الثانية : تنظم النظريات الضمنية implicit théories هذا الانطباع، و من أمثلة ذلك العلاقة المفترضة بين القدرات العقلية، أو بعض سمات الشخصية و بين الخصائص الجسمية أو المظهر الخارجي للآخرين.

الثالثة : تحدد تلك النظريات تنبؤاتنا تلك عن هؤلاء الأشخاص .

الرابعة : تتشكل تلك التنبؤات حتى تتسق مع إدراكنا للشخص كوحدة مستقلة (معتز سيد عبد الله– عبد اللطيف محمد خليفة،2001ص:455).

و يعتبر التقويم évaluation أحد المظاهر الهامة في عملية تكوين الانطباعات الأولية، هل نحب أم نكره، و درجة هذا الحب أو هذه الكراهية، و قد تبين هذا بوضوح في أعمال "أو سجود و معاونيه" على مقياس مميز المعنى semantic differential scale ، أن بعد التقويم يعد أحد الأبعاد الأساسية الذي يقف خلف إدراك الفرد للآخرين ، بينما يقوم بعدا القوة و النشاط بدور أقل أهمية في هذه العملية.

و قد يترتب على التقويم بعض التشوهات و عدم الدقة في العديد من المواقف و ذلك على النحو التالي:

أ– الاتساق consistency :

حيث يميل الأفراد إلى تكوين خصائص متسقة عند تقويمهم للآخرين حتى إذا لم تتوفر لديهم معلومات كافية عنهم. فإذا أدرك شخص ما شخص آخر بأنه لطيف أو مهذب فهو ينظر إليه على انه جذاب، و ذكي، و شجاع، أما إذا أدركه على أنه سيئ، فهو ينظر إليه على أنه جبان و قبيح و أحمق.

و هذا الميل نحو الاتساق يسمى عادة بأثر الهالة halo effect . لأن ما نطلق عليه (حسن) يحاط بمجموعة من الصفات الإيجابية تعزى أو تنسب إليه و هو تأثير الهالة الإيجابي positive halo . أما تأثير الهالة السلبي négative halo فيتمثل في أن ما نطلق عليه "سيئا" يتم رؤيته على أنه يتصف بكل السمات أو الصفات السلبية.

و قد تبين من الدراسة التي أجراها " دوين و آخرون" "doin et al" في السبعينيات أن الأفراد يعطون للأشخاص ذوى الجاذبية الجسمية درجات أعلى على عدد من الخصائص التي لا تمت بصلة إلى الجاذبية الجسمية، كالمركز المهني، و الكفاءة، فإدراكنا للمرأة مثلا بأنها جميلة يمتد إلى تصورنا لها بأنها تتسم بالدفء و الذكاء (معتز سيد عبد الله،عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:456) .

ب-التحيز الإيجابي positive bias :

تعتبر التقويمات الإيجابية أكثر شيوعا من التقويمات السلبية. و هذا الميل للتقويمات الإيجابية يرجع إلى ما أطلق عليه " برونر و آخرون" أثر التساهل أو اللين linency effect . و ما أسماه "سيرز" بالتحيز الإيجابي، حيث يصبح الأفراد في حالة أفضل عندما يحاطون بأشياء حسنة و خبرات سارة و منـاخ جميل، و أشخاص يتصفون بالصفات الإيجابية (معتز سيد عبد الله -عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:457) .

وفي كل ما سبق يدل على أن التقويم مظهر أساسي في تكوين الانطباعات، فهذه الانطباعات لا بد أن تحضى بعملية التصنيف . الذي أساسه تقويم. و هذا ما أوضحه الباحثين فيما يسمى بتأثير الهالة الإيجابي، أو تأثير الهالة السلبي و كذا التحيز الإيجابي بحيث أن الأشخاص يميلون الى التقويمات الإيجابية.

و كما سبق و أن أشرنا أن عملية الإدراك الاجتماعي تتضمن التقويم فإنه لا بد علينا أن نوضح عملية التقويم.

حيث هو عملية من عمليات النشاط الذهني الذي بموجبها يكون الفرد انطباعا عن الآخر، و تأتي بعد التصنيف، ثم عزو السلوك إلى أسبابـه أو الاستدلال، فالانطباع نواه اتجاه- إيجابي أو سلبي- نحو شخص آخر، و كأي اتجاه، له جانبه الرئيسي و هو التقويم (عبد المنعم شحاته،2001،ص:39).

و من خلال هذا التعريف للتقويم يلاحظ أن الشخص إذا أراد أن يكون انطباعا معين على شخص ما، فإنه لا بد و أن يميل إلى تكوين تجاه عنه سواء سلبي أو إيجابي، و في هذه السلبية أو الإيجابية فإن الفرد هنا يقوم بعملية التقويم.

و أشار "عبد المنعم شحاته" أن التقويم يتأثر بما يلي:

- **الميل للاتساق** : حيث يميل الفرد إلى تكوين تصور متسق عن الآخر، و يوظف مبادئ الإدراك و التوقعات و الخبرات السابقة في تحقيق هذا الاتساق .

- **الميل للتحيز**: حيث يميل الفرد إلى تفضيل الذي يتشابه معه في النوع أو العمر أو السلالة أو الأيديولوجية (الإطار الفكري)... أو ما شابه، و الذي يشترك معه في عضوية جماعة ما، و الذي يتسم بخصائص تجعله جذابا كالجمـــال و الأناقة...الخ، و يرفض الفرد من يخالفه في أي من هذه الجوانب، و هذا التفضيل – أو الرفض – يعكس نوعا من التحيز (عبد المنعم شحاته،2001،ص:40).

و اعتبارا لما سبق فإن عملية التقويم " هي إصدار حكم أو تقدير على قيمة الأفراد أو الموضوعات" (فيصل عباس،1996،ص:48).

يعني هذا أن الفرد من خلال الإدراك الاجتماعي، يحاول أن يقوم الآخرين بحيث يصدر أحكاما و تقديرات عليهم، و من خلال المبدأين السابقين نلاحظ أن الفرد يميل إلى تكوين تصور متسق عن الآخر، و عادة ما يميـل إلى التحيز و التفضيل بحيث يفضل من يكون على تشابه كبير معهم كمتغيـرات: العمر، السلالة، الإطار الفكري...الخ.

و كذلك تعتبر عملية التصنيف إلى فئات ذات معنى، عملية أساسية في الإدراك الاجتماعي، فما المقصود منها ؟.

حيث يرى "عبد المنعم شحاته" أن " هذا التصنيف عملية أساسية في تكوين الانطباع، و يعتمد على القالب الثابت، أو التعميم النمطي أو الصورة النمطية sterreotyping و هو مفهوم استعاره " ليبمان" lipman من تقنيات الطباعة و عرفه بأنه صورة شديدة التبسيط للعالم، تجعل الفرد يراه بشكل قابل للفهم و ذا معنى أكثر مما هو عليه في الواقع".

و يعتبر هذا التصنيف وسيلة الفرد لفهم الآخر دون بذل الكثير من الوقت و الجهد العقلي في تحقيق هذا الفهم، فحينما يقوم الفرد بتصنيف الآخر في فئة ما، فهو يحصل على معلومات إضافية عنه، إذ يخلع عليه الأحكام التي سبق و أن كونها عنه، كما يعد هذا التصنيف عاملا موجها لانتباه الفرد.

و تعد الصورة النمطية (sterotypes) مصدرا أو تبريرا للتحيز والتعصب تجاه الجماعات النمطية. و لقد عرفها البورت (Allport 1954) بأنه "معتقد مبالغ فيه مرتبط بفئة ما ". و لقد انطلقت بحوث الصورة النمطية من دراسة "كاتز" و "بريلي" "katz" et "braly" و التي تبعت منهج " ليبمان lipman" 1922 في تحديد هذه القوالب على أنها " صورة في رؤوسنا".(ذياب البداينة،1999).

و يركز هذا التعريف على أن الصور النمطية تعتبر معتقد فيه مبالغة لصالح فئة ما حيث أن الصور في رؤوسنا على جماعة معينة تأخذ شكل التحيز لهذه الفئة.

و القالب النمطي كما يرى "معتز سيد عبد الله " هو تصور يتسم بالتصلب و التبسيط المفرط عن جماعة معينة، يتم في ضوئه وصف و تصنيف الأشخاص الذين ينتمون إلى هذه الجماعة بناء على مجموعة من الخصائص المميزة لها، و انه يمثل تعميمات مفرطة عن خصائص مجموعة من الأشخاص الذين ينتمون إلى فئة اجتماعية معينة، و عن الطريقة التي يسلكون بمقتضاها، و ربما تقوم هذه التعميمات المفرطة على أساس سلوك شخص معين، أو مجموعة قليلة من الأشخاص الذين ينتمون إلى هذه الفئة "(معتز سيد عبد الله،1996،ص:178).

و نلمس في هذا التعريف أن القالب النمطي هو عبارة عن تصور متميز عن جماعة ما. و من خلاله يتم وصفها و تصنيف أعضاءها وفقا للخصائص التي يمتازون بها. و كذلك وفقا للسلوكيات التي بمقتضاها يتفاعلون.

و يطلق مصطلح الصور النمطية على ما كونه بعض الناس من انطباعات بناء على ما تكون لديهم من قوائم ملامح.

و كثيرا ما تكون هذه الانطباعات سلبية متحيزة نحو أفكار خاصة، أو أفراد جنس ما، أو دين أو مذهب بعينه، أو نحو النساء عامة أو الرجال كافة، أو نحو أشخاص يتصفون بصفات خاصة مثل طول القامة أو قصرها ، أو لون العينين و ما إلى ذلك من الصفات (محمد مصطفى الشعبيني،2002،ص:49).

و يلاحظ في هذا التعريف أن الصورة النمطية تتضمن كل الانطباعات المتجهة نحو أفراد أو جماعة معينة. و محتوى هذه الانطباعات صفات خاصة بهؤلاء الأشخاص.

و تتضمن الصورة كذلك:

– الانطباعات التي يكونها الفرد عن شخص آخر أو أشخاص آخرين أو عن مجموعة أو مجموعات أخرى. و لمحتوى هذه الانطباعات (أو الصورة، أثر عميق في تفاعلات الفرد مع الآخرين. و لذلك تحتل دراسة المصادر المتعددة التي يستقي منها الناس انطباعاتهم عن الآخرين الأهمية العليا عند دارسي السلوك الإنساني.

و هي العملية التي نكون بها انطباعاتنا، و آرائنا و مشاعرنا نحو الأشخاص الآخرين و كذلك هي : العمليات التي عن طريقها نصل إلى معرفة الأشخاص الآخرين و التفكير فيهم و في سماتهـــم و حالاتهم الداخلية (عبد العزيز علي خزاعلة،1998).

و في سياق آخر تعرف الصور النمطية كذلك " على أنها تصورات مجردة بالغة التبسيط و التعميم يحملها الناس عن جماعتهم أو عن جماعة أخرى و قد استقصت البحوث المبكرة في هذا المجال مضامين الصور النمطية للجماعات العرقية المختلفة، وما إذا كان الناس يحملون حقيقة الصور النمطية التقليدية التي تتضمنها الجرائد و المجلات عن الجماعات المختلفة" (روبرت مكلفين –رتشارد غروس،2002،ص:226).

و الملاحظ أن هذا التعريف يركز على أن الصور النمطية عبارة على تصورات بسيطة و معمقة يحملها الأشخاص عن الجماعة البشرية سواء التي ينتمون إليها أو لا ينتمون إليها، و يضيف هذا التعريف أن حقيقة هذه الصورة النمطية متضمنة في وسائل الإعلام، أي أن وسائل الإعلام بمختلف أشكالها تظهر هذه الصور و تجسد فيها صفات و خصائص لأشخاص و جماعات معينة.

و في تعرف آخر للصور النمطية " فهي عبارة عن تصورات الفرد، أو معتقداته بخصوص جماعة معينة، يتم بموجبها نعتها بنعوت معينة أو تصنيفها ضمن فئة معينة". و الحقيقة إن هذه المعتقدات أو التصورات، لا تستند إلى حقيقة أو دليل أو برهان، فلقد تكونت لدى الفرد أثناء تفاعله مع الأحداث و الأفراد و المواقف التي يمر بها، و استطاع من خلال ذلك، أن يصدر جملة من التعميمات التي تنطوي على إفراط و تبسيط عنها (محمود شمال حسن،2001،ص:91).

ومن منطلق هذا التعريف يمكن القول أنه تضمن التصورات و المعتقدات المكونة بخصوص جماعة معينة، و حقيقة هذه المعتقدات و التصورات تنتج من خلال التفاعل القائم بين الأفراد في المواقف الاجتماعية المختلفة.

4- **خصائص الإدراك الاجتماعي** : من أهم خصائص الإدراك الاجتماعي :

4-1-عملية وجدانية : تتضمن مشاعر التواصل و المحبة و الميل و التقبل، أو مشاعر الكره و الضغينة و البغضاء، و يلاحظ أن الفرد يميل إلى إدراك الأفراد الآخرين، الذين يتعاطف معهم وجدانيا بصورة إيجابية و على نحو يختلف عن إدراكه للأفراد الذين يكون شعوره الوجداني معهم بصورة سلبية.

4-2-عملية خبرية : حيث تكون الأحاسيس و المشاعر التي تلون الإدراك- إيجابية كانت أو سلبية- في ضوء خبرات الفـرد الاجتماعية السابقة السارة و المؤلمة.

4-3-عملية تبادلية : حيث يكون الإدراك الاجتماعي غالبا في اتجاهين متبادلين

بين الفرد و الآخرين، و بين الجماعة و الجماعات الأخرى. و من المعروف أن مشاعر الحب و الثقة و التقدير و الاحترام و التعاون تكون في أفضل صورها عندما تكون متبادلة.

4-4-عملية مقارنة : حيث يقارن الفرد بين إطاره المرجعي و بين الأطر المرجعية للآخرين، مما يدعم إدراكه لمن يشابهه و يكن على شاكلته، و يقلل إدراكه لمن يختلف عنه في السمات العامة للشخصية و يختلف عنه في المعايير الاجتماعية و الخلفية الثقافية و المستويات الاجتماعية و الاقتصادية (حامد عبد السلام زهران،2000،ص:266).

5- النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعي :

توجد العديد من المناحي و الإطارات النظرية المفسرة للإدراك الاجتماعي.
و في هذه الدراسة يمكن التطرق إلى بعض منها و التعرف عليها و تفسيرها لعملية الإدراك الاجتماعي و ذلك على النحو الآتي:

5-1- نظرية الحدس :- تقوم هذه النظرية على ثلاثة فروض أساسية هي :
أ- أن الإدراك الاجتماعي فطري أو موروث . فالتعبيرات و الملامح الخارجية للوجه و عمليات التعرف عليها فطرية و لا دخل للعوامل البيئية فيها.
ب- إن الإدراك الاجتماعي ذو طبيعة كلية، حيث يدرك الفرد الآخرين ككل و ليس كأجزاء مستقلة.
ج- إن الإدراك الاجتماعي يتم بشكل مباشر، و هو من الفروض الغامضة في نظريات الحدس، فهناك صعوبة تواجه الباحثين في التمييز بين الإدراك الاجتماعي المباشر و غير المباشر (معتز سيد عبد الله،عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:457).

و يتضح مما سبق أن هذه النظرية تقوم على الافتراضات السابقة الذكر بحيث أن الإدراك الاجتماعي عملية فطرية، فالتعبيرات و التعرف عليها فطري، و ليس للبيئة دخل في تحديدها. و هذا أساس الافتراض الأول.

و يلخص معتز "سيد عبد الله" و "عبد اللطيف محمد خليفة" الافتراض الثاني: "في أن الفرد يميل إلى تنظيم انطباعاته و الربط بين أنواع مختلفة من المعلومات، إلا أنه ليس من الضروري أن يكون الإدراك كليا، فقد يعطي الفرد أحكاما لجوانب محددة من الشخصية من خلال أجزاء مستقلـة من المعلومات" (معتز سيد عبد الله،عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:458).

أما الافتراض الثالث، فإن الإدراك الاجتماعي ذو طبيعة مباشرة، و من النظريات التي اهتمت بالتمييز بين الإدراك المباشر و غير المباشر ما يلي :

- **نظرية الجشطلت للإدراك الاجتماعي:** و تركز على مفهوم التماثل في الشكل Ismporphism الذي قدمه " أرنهايم" Arnheim ، فالبناء الجسمي للفرد ينعكس في نمط التماثل بين القوى السيكولوجية الداخلية و بين الملامح و التعبيرات الخارجية، إلا أنه يؤخذ على هذه النظرية عدم التحديد الواضح لمعنى البناء الجسمي ، و ما هي القوى الجسمية.

- **نظرية التعاطف Empathy Theory:** و تفترض أن الشخص الملاحظ يعرف ما هي مشاعر الشخص المبحوث لأنه يتخيل نفسه في ظروف مماثلة و يستجيب طبقا لذلك، فالإدراك المباشر في هذه العملية يتناقض مع الإدراك غير المباشر، إلا أن هذا التصور مازال يحتاج إلى دليل مقنع (معتز سيد عبد الله–عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:459).

و يلاحظ على هذه الافتراضات الثلاثة لنظرية الحدس أنها ليسـت مرتبطة، و لا يجمعها إطار أو مقام مشترك يسمح بتفسير عملية الإدراك الاجتماعي على أسس واضحة و دقيقة.

5-2- منحى التعلم :

و يذهب أصحابه إلى أن الأفراد يكونون معلوماتهم، و معارفهم عن الآخرين بطريقة آلية بسيطة دون ربطها بالخبرات الماضية المتاحة لدى الفرد .و ذلك على النحو الآتي:

-**النموذج الأول** : نموذج التوسط Averaging Model يعتمد منحى التعلم في تفسيره لتكوين الانطباعات على مبدأ التوسط الذي قدمه "أندرسون"" Anderson" و الذي يفترض أنه إذا لاحظ الشخص (أ) أن الشخص (ب) لطيف و ذكي و حكيم و لكنه قصير جدا، و ملابسه فقيرة، إنه بسرعة أي الشخص (أ) يقوم بتشغيل معلوماته في ضوء ما هو إيجابي أو سلبي من هذه الصفات، في حالة ما إذا طلب منه مثلا إعطاء تقدير لهذه الصفات في ضوء مقياس متصل يمتد من +10 (إيجابي جدا) إلى -10 (سلبي جدا). و في ضوء هذه التقديرات فإن الشخص سوف يصل إلى تقويم عام لمتوسط السمات، و الذي هو عبارة عن (مجموع درجات السمات الإيجابية- مجموع درجات السلبية) ثم يقسم الناتج على العدد الكلي للسمات (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:91).

- **النموذج الثاني: نموذج الإضافة additional model** :و يشير إلى أن الأفراد يقومون بعملية الربط بين المعلومات المفصلة، أو المستقلة عن طريق الإضافة .
فإذا كان الشخص (أ) مثلا يحب الشخص (ب) بدرجة(+6) ثم تكونت لديه بعد ذلك سمة إيجابية جديدة بدرجة (+1) ، فيكون تقدير الشخص (أ) لـ (ب) يساوي (+7).

و قد أشار "اندرسون" إلى أنه لا يمكن التنبؤ بدقة من خلال هذين النموذجين فقط . و ذلك لأنهما يتسمان بالبساطة الشديدة، و يضيف "أندرسون" مكونين آخرين لنموذج توسط هما الوزن النسبي الذي تمثله السمة في الانطباع العام للشخص، و الانطباع الأولي أو التصور الذي يكونه شخص ما لأول مرة عن شخص آخر .و أوضح أن المتوسط الموزون للسمات weighted averaging يعد من أفضل الطرق للتنبؤ بالانطباعات العامة (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:92)

5-3-نظرية الاستدلال inference theory:

و يعرض لها بعض الباحثين في إطار حديثهم عن المنحى المعرفي، فهي تفسر الإدراك الاجتماعي من خلال عملية الاستدلال التي يقوم بها الشخص بالاعتماد على الشواهد و الهاديات المتاحة لديه عن الآخرين، و كذلك بعض المبادئ العامة المتعلقة بالسلوك الإنساني، و التي يمكن التعميم من خلالها.و يطلق على تلك المبادئ "نظريات الشخصية الضمنية" و مضمونها أن عملية تكوين الأحكام عبارة عن علاقة يعقدها الفرد بين السمة المشاهدة و بين تصـــوره الداخلي، و معتقداته، و توقعاته.
و في ضوء نظرية الشخصية الضمنية التي توجد لدى الأفراد، تؤثر هذه الأبنية المعرفية على إدراكهم للأشخاص الآخرين، و في الاستنتاجات التي يصلون إليها.
فإدراك الفرد لا يتحدد كلية بالمعلومات المتاحة لديه و لكن بوظيفة هذه المعلومات في نظرية الشخصية الضمنية (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:92).

5-4-المنحى المعرفي cognitive approach:

يرى ممثلو هذا المنحى أن الانطباعات التي يكونها الفرد عن الآخرين لها معنى معين بالنسبة له، و أنها لا توجد بشكل مستقل عن المعارف و الخبرات السابقة، بل توجد في إطار أو سياق معين تؤثر فيه و تتأثر به – فنحن لا ندرك صفات الآخرين على أنها أجزاء منفصلة و لكنها أشياء متصلة و يوجد بينها درجة من الاتساق . حيث تحدث عملية تنظيم لهذه الأجزاء من المعارف أو المعلومات في إطار عام ذي معنى متكامل.

فإدراك الأجزاء مع بعضها البعض يعطينا أيضا انطباعا عاما لا يتوفر من خلال النظر إلى هذه الأجزاء منفصلة . و بالتالي فتكوين الانطباعات ليست عملية آلية و لكنها عملية تتم في سياق معين. فمعرفتنا لشخص ما بأنه ذكي في إطار المعرفة بأنه يتسم " بالدفء" يختلف عن معرفتنا "بأنه ذكي" في إطار أنه يتسم بالبرودة .

و يلخص كل من "معتز سيد عبد الله" و "عبد اللطيف محمد خليفة" ، جملة من المبادئ العامة التي توصل إليها الباحثون في مجال دراستهم للمعرفة الاجتماعية و هي :

أ- تشتمل معالجة المعلومات information processing عن الأفراد الآخرين على إدراك أو تصور بعض المعاني المرتبطة بموضوع المنبه.

ب- يميل الأفراد للانتباه إلى الملامح أو الخصائص الأكثر بروزاsalient features في المجال الادراكي.

ج- ينتظم المجال الادراكي لدى الفرد عن طريق عملية التصنيف التي يقوم بها أو وضع المنبهات في فئات categorization . فنحن نميل إلى رؤية الأشياء المعزولة أو المنفصلة على أنها جزء من فئة أو مجموعة.

د- نحن ندرك المنبهات غالبا على أنها جزء من البناء أو الإطار العام.فكل منبه يرتبط بالمنبهات الأخرى في الزمان و المكان و التأثير، حيث يتم إدراكنا للآخرين في سياق معين أو بناء شامل من المعارف.

و يهتم أصحاب المنحنى المعرفي بدور التمثيلات العقلية Mental Représentation و المخططات العقلية Mental schéma في إدراك الأشخاص و الأحداث الاجتماعية (معتز سيد عبد الله-عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:462).

و يرتكز تناولنا للمحنى المعرفي حول ثلاث نقاط رئيسية هي :

المعالم البارزة ، و عملية التصنيف إلى فئات، و المخططات، و نعرض لها على النحو التالي:

- المعالم البارزة:

يستخدم الفرد في إدراكه للآخرين عددا من الهاديات، و لكنه لا يستخدمها كلها بنفس الدرجة أو الأهمية. فطبقا لمبدأ الشكل الأساسي figure ground principale يعطي الأفراد اهتمام كبيرا للمظاهر، أو الجوانب البارزة في المجال الادراكي، فإذا نحن مثلا لاحظنا طالبا يجلس على كرسي متحرك. فإننا سوف نعطي اهتماما أكبر إلى كونـه شخص معوق جسميا. أما الصفات الأخرى مثل ملبسه، أو جنسه أو سلالته، أو عمره فتعتبر جوانب ثانوية و قد تبين أن اتجاه الفرد نحو موضوع ما لا يقوم على كل ما لديه من معتقدات عن هذا الموضوع، و لكن يعتمد في المقام الأول على معتقداته البارزة salient beliefs، عن هذا الموضوع، فإذا كانت هذه المعتقدات البارزة سلبية فسوف تكون الاتجاهات سلبية و العكس صحيح.

و يـحاول الأفراد دائما تكوين انطباعات تتسم بالدقة و الوضوح عن الآخرين و الأحداث المحيطة بهم عن طريق بذل جهد معرفي ضئيل أو محدود، و ذلك على النحو التالي:

أ- يستجيب الشخص للمنبهات البارزة بدرجة عالية من الانتباه.

ب-يؤثر البروز في إدراك السببيـة causality لدى الأفراد . فالطالب الذي يجلس على مقعد في المقدمة و يثير أسئلـة كثيرة يدرك على أنه مسيطر في المناقشة، و بارزة عن الطالب الذي يجلس في المؤخرة و قلما يسأل سؤالا.

ج- يزيد البروز من تماسك الانطباع الذي يكونه الفرد عن الآخرين، فإذا كانت الصفة البارزة في شخص معين أنه " عضو في تعاطي المخدرات "مثلا، فإننا نعزى إليه خصائص هذه الجماعة. فندركه مثلا على أن لديه ميولا لارتكـاب الجريمـة، و غير ملتزم بالجوانب الأخلاقية (معتز سيد عبد الله-عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:464).

- عملية التصنيف إلى فئات:

و تقوم على افتراض أن العمليات الادراكية للعالم الفيزيقي يكمن تطبيقها على إدراك الفئات الاجتماعية، بحيث تضفي مجموعة من القوالب النمطية stéréotypes

على كل فئة من هذه الفئات، أي أن القوالب النمطية تنشأ أثناء قيامنا بعملية التصنيف إلى فئات.

و تقوم عملية التصنيف إلى فئات على عدد من الأسس أو القواعد، منها التصنيف على أساس المظهر الخارجي، أو الخصائص الجسمية، أو السلالة أو العمر، أو الديانة، أو الجنس،...الخ، و يتبع عملية التصنيف فترة من تشغيل المعلومات، أو التشغيل المعرفي Cognitive Miser حيث تتكون لدى الفرد معلومات إضافية عن الفئة موضوع التصنيف، بحيث تتسق المعلومات مع نمط أو نوع الفئة.

كما قد يترتب على عملية التصنيف أشكال خاطئة من الإدراك، التي قد تؤدي إلى أشكال من العدوان و التعصب، فقد أوضحت نتائج الدراسات أن عملية التصنيف إلى فئات يترتب عليها أنواع من التمييز بين الجماعات و التحيزات الاجتماعية Social Bais حيث يشعر الفرد بحبه لجماعته التي ينتمي إليها و كراهيته للجماعات الأخرى و تعصبه ضدها.

و قد أوضحت نتائج الدراسات أن القوالب النمطية الشائعة عن المسنين مثلا تتسم بالسلبية، حيث يرى الآخرون المسـن غالبا على أنه مكتئب، و منسحب و بطئ، و مضطرب عقليا و انفعاليا، و غير ذلك من القوالب النمطية التي يتعلق بعضها بالجانب الاجتماعي للمسنين، و بعضها الآخر بالجانب العقلي (معتز سيد عبد الله،عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:466).

- المخططات schéma:

و يقصد بها نسق أو بناء منظم للمعارف حول منبه معين أو مجموعة من المنبهات مثل:- الأشخاص، و نمط الشخصية، و الدور أو الحدث.

و يشتمل المخطط على مجموعة منظمة من المعارف عن الأشخاص أو الموضوعات أو الأحداث، و العلاقات القائمة بين المعارف المختلفة، و مضمون المخطط يمكن أن يشير إلى جوانب مختلفة مثل : نمط الشخصية، و مفهوم الذات، والاتجاه، و العادات ، و التقاليد الشائعة.

و تختلف المخططات على بعد العيانية- التجريد- فيمكن أن تكون عيانية تشتمل على عناصر نوعية محددة، أو تكون مجردة تشتمل على عناصر شاملة و عامة كما يختلف الأفراد فيما يمتلكونه من مخططات عن نفس الموضوع أو الشيء، و ترتقي هذه المخططات عبر العمر سواء من حيث الشكل أو المضمون (معتزسيد عبد الله-عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:467).

و هناك أنواع عديدة من المخططات نعرض لها على النحو الآتي:

أ- مخططات الشخص Person Schémas : عن الأشخاص الآخرين: وهي أبنية معرفية حول فرد أو فئة من الأفراد. فتصوري لشخص ما بأنه أمين، يؤدي واجباته، و يناصر الضعيف.هذه مجموعة صفات تكون بناء المخطط الذي أرسمه عن هذا الشخص.

و تتركز مخططات الشخص حول فئات معينة، على سبيل المثال حول فئة الانبساطيين، أو الانطوائيين، و صغار السن، أو كبار السن...الخ.

و يوصف هذا النمط أحيانا على أنه يتم في ضوء" نظرية الشخصية الضمنية" Implicit Personality Theory لأنه يبدو للفرد كنظرية عما هي السمات التي يتصف بها الآخرون.

ب- مخططات تدور حول القوالب النمطية للجماعة Group stéréotype schémas و تشمل على الاتجاهات و السمات النوعية لجماعة من الأفراد كالتصور نحو جماعة دينية أو سياسية أو رياضية.

ج- مخططات الذات self schémas :و يتضمن وصف الأبعاد التي يتصورها الشخص عن نفسه ، مثل التواضع، و الفردية، و التعاون ، و تأكيد الذات...الخ.

د- مخططات عن سلسلة الأحداث : و مثل هذه المخططات يطلق عليها " ابلسون" "النصوص المكتوبة" و هي عبارة عن السلوك المترتب على وقائع و أحداث تاريخية سابقة.

و تتمثل مزايا و فوائد المخططات للفرد فيما يأتي :

- تساعد في تنظيم العديد من المعلومات، و اختصارها في أقل عدد ممكن من الفئات.
- تساعد في تفسير المعلومات الجديدة و تقويمها و القيام بعمليات الاستنتاج أو الاستدلال.
- تساعد على مواجهة المستقبل و التخطيط له عن طريق حساب التوقعات.
- كما تساعد على التذكر للأحداث و المواقف السابقة، و تخيل ما سبق رؤيته.

أما عيوب هذه المخططات أو مضارها فتتلخص فيما يأتي:

- تؤدي أحيانا إلى تكوين تعميمات خاطئة و نمطية عن الأشخاص أو الجماعات و يكون لها خطورتها فيما بعد في الحكم على هؤلاء الأشخاص.

كما قد تترتب عليها نشأة بعض الاتجاهات التعصبية و العدوانية (معتز سيد عبد الله عبد اللطيف محمد خليفة،2001،ص:468).

5-5-نظرية البني الشخصية personal constructs theory : لقد وضع "جورج كيلي" نظرية تحمل اسم (البني الشخصية) . و قد وظفت هذه النظرية في ميدان الشخصية و علم النفس الاجتماعي، وما يهمنا منها على وجه التحديد هو تفسيرها للإدراك الاجتماعي.

نقول إن المسلمة الرئيسية لهذه النظرية كما جاء على لسان "كيلي" 1955 "إن العمليات النفسية للفرد تمر بالسبل التي يتوقع بها الأحداث" (محمود شمال حسن،2001،ص:107).

و التوقعات حينما نتوقع حدوث شئ ما، تلون أفكارنا عن الناتج المتوقع تفسيرنا لما يحدث بالفعل.و يؤمن "هاريس" 1991، "Harris" بآثار التوقعات على الإدراك الاجتماعي للآخرين حيث يتوقع مؤيدو المرشحين المعارضين في انتخابات الرئاسة إن مرشحهم سيبدي سلوك رجل دولة، و كفاءة في القيادة، و سيكسب المناظرة، و عندما تنتهي المناظرة تكون كل مجموعة من المؤيدين واثقة أنهم شاهدوا هذا بالفعل (محمد السيد عبد الرحمان،2004،ص:201).

و طبقا لمسلمة "كيلي" : إن توقعات الفرد للأحداث هي التي تؤدي إلى تقرير سلوكه و ما ينبني على هذه التوقعات سيؤدي بطبيعة الحال، إلى تشكيل أنماط معينة

من السلوك.فعلى سبيل المثال، فإن كانت توقعات الفرد لحدث معين تتسم بالتفاؤل، فمن المتوقع أن تصدر منه أنماط من السلوك تتسم بالتفاؤل . و بذلك فإن التوقعات هي النظام الرئيسي في النظرية ، إذ يعتمد عليها كثيرا في عملية التفسير للوقائع و الأحداث التي يتعرض لها الفرد.

بيد أن "كيلي" يعتمد في نظريته على ما يسميه (البنى الشخصية)، وهو بطبيعة الحال نظام من التوقعات .

استنادا إلى وجهة نظر كيلي ، تعتمد البنية construct " طريقة أو أسلوبا" يتم من خلالها إدراك العالم المحيط بالفرد،و هذا معناه، أنه من خلال البنية يجد الفرد تفسيرا لهذا العالم و ما ينطوي عليه من أحداث أو وقائع، و على أساس التفسير الذي يجده في البنية فإنه يوجه سلوكه وجهة معينة.

و فيما يتصل بطبيعة البنية و كيفية تشكيلها، يرى "كيلي" ، أن لكل فرد بناه الخاصة به، بمعنى إن لكل فرد بنية ينظر من خلالها إلى الأحداث بطريقة تختلف عن الآخرين" (محمود شمال حسن،2001،ص:108).

و إذن فإن الفرد ينظر إلى الأحداث المحيطة به من منطلق بناه التي شكلها في مسيرته الحياتية، و على ضوئها يتمكن من فهم الأحداث ثم التنبؤ بها و التحكم في مجرياتها.

5-6-نظرية العزو attribution theory :

تعد نظرية " فرتزهايدر" واحدة من نظريات الاتساق المعرفي، و سنتحدث عنها هنا فيما يتعلق بإدراك للآخرين، فلقد توصل "هايدر"، إن إدراكنا للآخرين، قد ينشأ عن ثلاثة مصادر رئيسية ، و هي : الفرد نفسه و البيئة المحيطة به أو الاثنين معا (الفرد و البيئة) (محمود شمال حسن،2001،ص:108).

فربما يعزو الشخص نجاحه في ميدان عمله إلي سماته الشخصية، لكونه يتسم بالانبساط و الثقة بالنفس و قدرته على التفاعل في المواقف الاجتماعية المختلفة و ربما يعزوها إلى أن قدراته التي يتمتع بها، هي التي جعلته شخصا ناجحا في عمله، و ربما يعزو الجهود التي يبذلها في عمله، سببا في النجاح.

و بذلك فإن الفرد، قد يكون انطباعات عن الآخرين المحيطين به، استنادا إلى خصائصه الشخصية.

و طبقا لهذه النظرية ، فقد نعزو سبب الإدراك إلى البيئة المحيطة بنا و ما تنطوي عليه من تنبيهات. فلقد يعزو الشخص نجاحه إلى الظروف المحيطة به، من نقـل و تسهيلات في الخدمات...الخ.

و الجدير بالإشارة، إن إرجاع الإدراك إلى عوامل البيئة، كأننا نكون هنا من أصحاب الفلسفة الحتمية، و لا سيما الحتمية السلوكية التي يعد "سكنر" أحد أقطابها (محمود شمال حسن،2001،ص:109).و وفقا لهذه النظرية، فإن الإدراك ربما يعزي إلى عاملي : الفرد نفسه و البيئة المحيطة به، و على ذلك، فإن الشخص، ربما يعزو سبب نجاحه إلى خصائصه الشخصية التي يتمتع بها ، فضلا عن الظروف المحيطة به.

6- العوامل المؤثرة في الإدراك الاجتماعي:

و في هذا الأساس، نشير إلى أن هناك مجموعتين من المتغيرات المؤثرة في الإدراك الاجتماعي.أولهما المتغيرات المتعلقة بالثقافة السائدة، و تشمل(الألفة، المكانة الاجتماعية، الجماعة، و نظام الاتصال). و ثانيهما المتغيرات المتعلقة بالشخصية و تشمل (الحاجات، خصائص الشخصية، الخبرة السابقة، جاذبية الفرد، افتراضاتنا عن طبيعة البشرية).

و فيما يلي توضيح لهذه العوامل كل على حدى:

6-1-المتغيرات المتعلقة بالثقافة السائدة:

6-1-1-الألفة : تعد المنبهات التي تكون على صلة بخبرات الفرد أكثر إدراكا من تلك المنبهات التي تكون بعيدة عن خبراته (محمود شمال حسن،2001،ص:110). يعني هذا أن تلك المنبهات التي يكون الفرد على إطلاع بها

أي أن له خبرة كبيرة تجاهها يدركها أكثر من تلك المنبهات التي يجهلها و تعتبر بعيدة عن خبراته. و بهذا يكون متغير الألفة أساسي في عملية الإدراك الاجتماعي.

6-1-2-المكانة الاجتماعية : يبدو أن المكانة الاجتماعية التي يحتلها الفـرد داخل التنظيم الاجتماعي، تؤثر في إدراكه للعالم من حوله، فالمكانة المرموقة التي يتمتع بها الفرد، ستؤدي في نهاية الأمر إلى إدراكه بطريقة تختلف تماما عن إدراك ذلك الذي يتمتع بمكانة اجتماعية اعتيادية أو هي ليست بذي أهمية. و هذا معناه، إن الآخرين سيكونون انطباعات عنه ربما تشتمل على الاحترام و التقدير أو الانبهار و الإعجاب (محمود شمال حسن،2001،ص:111).

و من هنا يلاحظ أن المكانة الاجتماعية التي يشغلها الفرد، ربما تضفي عليه بعض الخصائص الشخصية و الاجتماعية التي يحتمل أن تنطوي على شئ من المبالغة، بحيث أنه كلما كانت المكانة الاجتماعية التي يحتلها الفرد على قدر عالي و مستوى رفيع، فإنه أي هذا الشخص يحظى بانطباعات تختلف عن غيره من الناس، و يصنفونه ضمن فئات اجتماعية محددة المعالم و يصفوه بخصائص شخصية و اجتماعية. فإذن مكانة الفرد في التراث الاجتماعي ستجعله يدرك الأحداث و الوقائع بطريقة تتفق مع مكانته.

6-1-3- الجماعة : تعد الجماعة التي ينتمي إليها أو تلك التي يتردد عليها، بقصد العمل أو تحقيق منفعة معينة من المتغيرات التي تؤثر في سلوكه، و تبعا لذلك، فإن العمليات النفسية التي تحدث داخل الجماعة، ستؤثر على طبيعة إدراكه للعلاقات السائدة و الأحداث المحيطة به (محمود شمال حسن،2001،ص:112).

فالفرد أثناء تواجده في جماعة معينة، فإنها تؤثر فيه و يتأثر هو كذلك بخصائصها و صفاتها، و يتأثر كذلك بمجمل العمليات النفسية التي تحدث داخل هذه الجماعة. و من جراء ذلك تؤثر في طبيعة إدراكاته لكل ما يحيط به من علاقات مع غيره. و من هنا نستنتج أن للجماعة دور كبير في تحديد الإدراك الاجتماعي لدى الفرد.

6-1-4-نظام الاتصال : يمكننا القول أن الفرد لا يمكنه أن يعيش منعزلا عن الآخرين، لأنه بحاجة إلى أن يتفاعل مع غيره لتسهيل مستلزمات معيشته و التحاور في قضايا المصير المشترك، فضلا عن إيصال رسائل معينة تهدف إلى التبليغ ببعض الإرشادات، الغاية منها إدامة الصلة بين كل الأفراد في التنظيم الاجتماعي (محمود شمال حسن،2001،ص:112).

و من هنا يمكن القول أن الفرد و هو يتفاعل مع غيره، يستخدم الاتصال بعديد من الأشكال، منها ما يكون لغويا، أي الرسالة الاتصالية الحادثة بين المرسل و المستقبل ومنها ما يكون بعيدا كل البعد عن اللغة، أي أن الرسالة هنا تخلو من الألفاظ و عادة ما تستخدم نظاما إتصاليا يستند إلى الإشارة، أو الإيماءة أو نبرات الصوت إلى غير ذلك من أشكال الاتصال غير اللفظي.

و ما نريده قوله هنا، أن الإدراك يتأثر بطبيعة النظام الإتصالي، سواء كان لفظي أو غير لفظي.

كما يساهم الاتصال في تعديل إدراكنا للآخر، و خاصة إذا كان هذا الإدراك سلبي حيث نجد مثلا شخصان لا يعرفان بعضهما و يشعران بالنفور من بعضهما بناء على مجرد معطيات سلبية يحملها كل فرد منها عن الآخرين (إدراك سلبي). وعندما يتقابلان لفترة قصيرة فإنهما يكونان انطباعا عن بعضهما، ومع مزيد من التفاعل و التواصل تصبح هذه الانطباعات الأولية أكثر ثراء و خصوصية و تحدد كيف يسلك كل منهما نحو الآخر، و العلاقة القائمة و درجة حب كل منهما للآخر و ارتباطه به، و بالتالي ، كلما اخذ الاتصال بينهما في مسار إيجابي ساعد كل منهما على تعديل المعطيات السلبية التي كان يحملها الآخر.

6-2- المتغيرات المتعلقة بالشخصية :

6-2-1- الحاجات :

تشير الدراسات، أن الأفراد الذين يزداد لديهم الدافع العدواني، يدركون التصرفات العدوانية اكثر من غيرهم الذين هم اقل عدوانية، و كذا الحال مع الأفراد الذين لديهم

دافع للإنجاز، فهم يدركون الكلمات الدالة على الإنجاز بصورة أسرع من أولئك الذين لديهم دافع إنجاز منخفض. و هذه إشارة واضحة إلى أن الدوافع السائدة لدى الأفراد تسهم في تشكيل عالمهم الادراكي.

6-2-2- خصائص الشخصية :

تعد خصائص شخصية الفرد من المتغيرات التي تساهم بإدراك الفرد للآخرين، فلقد وجد أن الأفراد الذين تتسم شخصياتهم بالكبت و عدم التعبير عن مشاعرهم، يصعب عليهم إدراك مصادر التهديد، و على العكس من ذلك، نجد أن الأفراد الذين يتسمون بحساسية مفرطة يدركون مصادر التهديد بكل سهولة، و ذلك لأن زيادة الكبت، قد يؤدي إلى اضطراب في عملية التنظيم الإدراكي، و من ثم تشويه المدركات، مما يترتب على ذلك، حصول أخطاء في عملية الإدراك (محمود شمال حسن،2001،ص:118).

و يشير " محمود شمال حسن" كذلك إلى أنه من خصائص الشخصية المؤثرة في الإدراك الاجتماعي، سمة السيطرة و الخضوع، فلقد اتضح إن الفرد الذي يتصف بالسيطرة ، يختلف في إدراكه عن ذلك الذي يتصف بالخضوع .

و لمعرفة هذه السمة الشخصية، و كيف تؤثر في الإدراك، صنفت إحدى الدراسات الأفراد، استنادا إلى مقياس السيطرة إلى مجموعتين، إحداهما تتصف بسيطرة عالية، و الأخرى تتصف بسيطرة منخفضة، ثم بعد ذلك نظم أفراد المجموعتين إلى أزواج، بحيث يشتمل كل زوج على فرد لديه سيطرة عالية و آخر لديه سيطرة منخفضة. بعدها، طلب من الأزواج، أن يتعاونوا في حل بعض المشكلات، و أثناء العمل التعاوني، يكلف أحد الأزواج باتخاذ الدور المسيطر الذي يصدر الأوامر و التعليمات، بينما يتخذ زميله الآخر دور التابع الذي ينفذ الأوامر.

و لقد تبين من الدراسة، إن الفرد الذي يؤدي مهمة المسيطر، كانت فاعليته أعلى حينما تناط به مهمة إصدار الأوامر مع زميل خاضع له.و يبدأ الأداء بالانخفاض حينما لا يتصف الدور المناط بالفرد مع سمتــه الشخصية في السيطرة و الخضوع (محمود شمال حسن،2001،ص:119).

و من هنا يلاحظ أن خصائص الشخصية التي لا تتفق مع الدور الذي يناط بالفرد سيؤدي إلى غموض لا يمكن احتماله، انطلاقا من إن عدم انسجام الدور مع خصائص شخصية الفرد، يشكل غموضا، يجد الفرد نفسه نافرا منه، و لما كان نافرا من الغموض و عدم قدرته على احتماله، سيؤدي إلى تدني الأداء لديه بدرجة ملحوظة.

6-2-3- الخبرة السابقة :

يلاحظ أن إدراكنا يتأثر بتوقعاتنا و خبراتنا و افتراضاتنا التي نكونها عن الأفراد و الأحداث و العالم الذي يحيط بنا. فقد نكون افتراضات مسبقة عن فئة اجتماعية معينة دون أن يكون لنا معها خبرة سابقة.إذ تتكون مثل هذه الافتراضات استنادا إلى أحاديث بعض الأقارب و الأصدقاء.

و للتأكد من صحة هذا الادعاء استخدمت إحدى الدراسات في بريطانيا عدة صور لوجه " مارجريت تاتشر"، و لقد أجريت على إحدى الصور بعض التعديلات على العيون و الفم ثم قلبت هذه الصورة و معها الصور الأخرى، فوجدت الدراسة إن التشويه قد أهمله الأفراد الذين أجريت عليهم هذه الدراسة، و هذا يعود إلى التوقعات التي يحملونها عن الشخصية موضع الإدراك، الأمر الذي يجعلهم يميلون إلى إكمال الصورة دون رؤية النقص فيها و التغاضي عن التشويه الذي لحق بها .كما أن مخططاتنا عن الأشياء و الأحداث و الأفراد تساعدنا هي الأخرى في تحديد التهيؤ الادراكي. و يظهر ذلك جليا عندما نواجه معلومات غامضة، فسرعان ما نلجأ إلى المخططات المخزونة في الذاكرة لأجل المقارنة بينها (محمود شمال حسن،2001،ص:121).

6-2-4- جاذبية الفرد:

لقد تعددت أنواع الجاذبية التي يتمتع بها الفرد، فهناك الجاذبية البدنية التي تنطوي على الوسامة و الجمال و جاذبية المظهر الخارجي التي تنطوي على ارتداء الملابس

الأنيقة، فضلا عن مراعاة التنسيق في ألوانها و الجاذبية التي يظهرها الفرد في ميدان المعلومات و ذلك بكونه واسع الاطلاع و غزير القراءة في ميادين شتى من المعرفة.

و لقد تبين من الدراسات، إن الأفراد الذين يتمتعون بجاذبية بدنية يتمتعون بخصائص نفسية تختلف عن خصائص أولئك الذين لا يتمتعون بها و أفاضت الدراسات بقائمة من هذه الخصائص، لعل من أبرزها: إن الآخرين كانوا يدركون الأفراد الذين يتمتعون بالجاذبية، بأنهم أكثر ذكاء، و شخصيات تتسم بالوداعة كما أنهم يتمتعون بمفهوم ذات عال و يحظون بالقبول الاجتماعي، و ينظرون إلى المستقبل بتفاؤل، كذلك إذا تزوجوا أحسنوا الاختيار و هو الأمر الذي يجعل حياتهم الزوجية هادئة و مستقرة، و أنهم أكثر مودة و ألفة و يتسمون بالدفء و لديهم ميل اجتماعي– أي قدرة على التفاعل مع الآخرين– أكثر من أولئك الذين يتمتعون بجاذبية بدنية أقل (محمود شمال حسن،2001،ص:122).

6-2-5- افتراضاتنا عن الطبيعة البشرية :

إن إدراكنا للآخرين، يتأثر بطبيعة الحال بافتراضاتنا عن الطبيعة البشرية humain nature فإن كانت افتراضاتنا عن الإنسان تنطوي على الخير و كونه صالحا و محبا للتعاون و ساعيا إلى تقديم المساعدة لمن يحتاجها، أصبحت مدركاتنا عن الإنسان تتسم بالإيجابية و التفاؤلية، مما يترتب على ذلك، شيوع اتجاهات تؤكد الثقة بالإنسان و السعي إلى تقديم فعل الخير. أما إذا كانت افتراضاتنا عن الإنسان تنطوي على الشر و كونه ظالما، لا يحب التعاون و يسعى دوما إلى التخريب، و هو أناني لا يساعد غيره، فقد تكون مدركاتنا عنه تتسم بالسلبية و التشاؤمية، مما يعني شيوع اتجاهات تؤكد عدم الثقة به (محمود شمال حسن،2001،ص:123).و من هنا نستنتج أن الافتراضات التي نكونها عن الطبيعة البشرية، تؤثر في إدراكنا للآخرين و ما ينشأ عن إدراكنا هذا، سيقرر طبيعة سلوكنا نحوهم.

خلاصة :

إذن الإدراك الاجتماعي هو عملية عقلية معرفية , تعتمد على التفاعل الاجتماعي القائم بين الأشخاص وهو عملية تكوين انطباعات عن الآخرين في مواقف اجتماعية مختلفة .

ويبقى الإدراك الاجتماعي محلا للدراسات في مجال المعرفة الاجتماعية عموما وعلم النفس الاجتماعي خصوصا .

الفصل الثالث

العلاج النفسي و العلاج بالرقية

- **أولا** :

العلاج النفسي.

- **ثانيا** :

العلاج بالرقية.

أولا : العلاج النفسي

- تمهيد.

1- تعريف العلاج النفسي.

2- أهداف العلاج النفسي.

3- أخلاقيات العلاج النفسي.

4- أهمية العلاج النفسي.

5- الاتجاهات الحديثة للعلاج النفسي.

6- العملية العلاجية.

7- نماذج العملية العلاجية.

8- أنماط العلاج النفسي.

9- طرق العلاج النفسي.

10- أبعاد العلاج النفسي

11- مشكلات العلاج النفسي.

12- المعالج النفسي.

خلاصة

تمهيد:

تعتبر ظاهرة الأمراض النفسية و الانحرافات السلوكية من الظواهر واسعة الانتشار في الحياة الاجتماعية اليومية، و لذلك فقد اهتم العلماء منذ أمد بعيد بإيجاد أساليب في تشخيص هذه الأمراض و علاجها. و كانت حصيلة ذلك أن ظهرت عدة دراسات في العلاج النفسي.

هذا الأخير الذي فرض نفسه في علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكية منتهجا في ذلك عدة طرق و أساليب علاجية فكان السبيل إلى تخليص المريض من الأعراض التي تؤلمه، كما يساعده على حسن التكيف، و على الشعور بالسعادة و الرضا، وزيادة تلقائية المرضى و قدرتهم على التعبير عن الـذات ، و إلى إعادة تكيف وظائفهم العقلية .

و لذلك فهدفنا في هذا الفصل هو توضيح معنى العلاج النفسي و إبراز أهدافه و كذا أهم أخلاقياته و طرقه و من ثمة إظهار دور القائم بالعملية العلاجية ألا و هو المعالج النفسي، الذي يعتبر العنصر الأساسي و المحرك في عملية العلاج النفسي.

1- تعريف العلاج النفسي :

قد يصعب وضع تعريف كامل وشامل لمصطلح العلاج النفسي psychothérapie نظرا لكثرة وتعدد طرق العلاج ووسائله المختلفة، و مع ذلك فإنه يمكن أن نطرح بعض التعريفات علها تلقي الضوء على معنى العلاج النفسي.

فالعلاج النفسي هو نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسي بهدف تحقيق تغيير في الفرد ليجعله اكثر توافقا.

و العلاج النفسي هو "تطبيق لأسس و مناهج علم النفس و المعارف الأخرى في معالجة المرض" (زهير أحمد السباعي،شيخ إدريس عبد الرحيم،1991،ص:51).

و أيضا "العلاج النفسي و بمفهومه الواسع يعني المنهجية العامة للعلاج المعتمد أساس على الجانبين النفسي و الجسدي مستعملين في ذلك الوسائل النفسية.

و بشكل أوضح العلاقة بين المريض و نفسيته: التنويم المغناطيسي، الاحتمال، التأهيل النفسي و الإقناع، و بمعنى التحليل النفسي هو شكل من أشكال العلاج النفسي"(La planche & Pontalis,1996,p :359).

و يعرف كذلك بأنه مجموعة من الجهود الفنية التي يقوم بها المعالج النفسي في سبيل مساعدة الفرد على حل مشكلاته التي تواجهه، و تحول بينه و بين توافقه (إجلال محمد سري، 2000، ص: 84).

و يعني أيضا : بالمعنى الواسع، أي طريقة لعلاج الاضطـرابات النفسية و الجسدية باستخدام وسائل نفسانية و بشكل أكثر دقة، باستخدام علاقة المعالج مع المريض مثل : التنويم المغناطيسي، و الإيحاء، و إعادة التربية النفسانية و الإقناع و التحليل النفسي .و بهذا المعنى فهو أحد أشكال علم النفس (جان لابلاش، وج .ب بونتاليس، 1985،ص:375).

وهو كذلك: ما يتصل بما له قيمة شفائية للاضطرابات النفسية، و هذان المعنيان ليسا متكافئين بالضرورة (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي، 1993، ص:3104).

و العلاج النفسي هو التطبيق المنظم للأساليب المشتقة من الأسس النفسية بواسطة معالج متخصص و ماهر و مدرب ، بقصد مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية (محمد محروس الشناوي، 1996، ص: 16).

و"العلاج النفسي، كما نعرفه تعريفا واسعا، هو النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه إلى تحقيق تغير في الفرد يجعل حياته أسعد و أكثر بنائية أو كليهما معا" (جوليان روتر،1984،ص:137).

و من خلال استعرا ضنا لهذه التعاريف للعلاج النفسي، و التي تمثل جزءا فقط من بين التعاريف التي تحتويها المعاجم والكتب المتخصصة، فإنه يمكن القول أن العلاج النفسي هو طريقة لعلاج الاضطرابات و الأمراض الانفعالية التي يمكن أن يعاني منها شخص مريض، و هذه الطريقة تكمن في مجموعة من الإجراءات يقوم بها شخص مدرب و مؤهل للعمل وفق برنامج مخطط محكم ليصل من خلاله إلى مساعدة هذا الشخص، و تحقيق توافقه مع نفسه ومع البيئة التي يعيش فيها.

2- أهداف العلاج النفسي : يهدف العلاج النفسي إلى تحقيق ما يلي :

- تعديل السلوك غير السوي و اللاتوافقي للمريض و تعليم السلـوك السوي و التوافقي، و تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.
- إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
-تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي و إزالة القلق و التخلص من السلوك المرضي.
-إزالة أسباب المرض و علاج أعراضه، و حل المشكلات و السيطرة عليها.
-تدعيم نواحي القوة و تلافي نواحي الضعف في الشخصية.
-تحقيق تقبل الذات و تقبل الآخرين و إقامة علاقات اجتماعية سوية.
-تدعيم و بناء الشخصية و تكاملها.
-زيادة القدرة على حل الصراعات و التغلب على الإحباطات و مواجهة الحرمان و تحمل الصدمات.
-العمل على إتمام الشفاء (إجلال محمد سري،1990،ص: 83)
-تهيئة مناخ علاجي و علاقة علاجية مناسبة.
-علاج أعراض المرض.
-حل المشكلات ومواجهتها و تحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها.

-تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج.
-التخلص من المشكلات السلوكية ، وزيادة البصيرة بالنسبة لها ، و تعليم أساليب مواجهتها مستقبلا.
-التخلص من نواحي الضعف و العجز، و تعزيز و تدعيم نواحي القوة، و التعرف على القدرات و تنميتها.
-تغيير مفهوم الذات السالب و القضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة، و تنمية مفهوم الذات الموجب و تحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات.
-زيادة قوة الذات و تدعيم بناء الشخصية و تحقيق تكاملها.
-تحقيق التوافق الشخصي و الاجتماعي و المهني .
-تعلم أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصورة واقعية.
-زيادة القدرة على حل الصراع النفسي و التغلب على الإحباط و التوتر و القلق.
-زيادة تقبل و تحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقديم العلاج نحو تحقيق أهدافه.
-العمل على إتمام الشفاء و الحيلولة دون حدوث النكسة (حامد عبد السلام زهران، 1997،ص:186).

و على العموم فإن الهدف الأسمى للعلاج النفسي- و هذا مهما تعددت و اختلفت المدارس التي ينتمي إليها المعالجون النفسانيون- هو تحقيق الصحة النفسية و التوافق النفسي للفرد، أي مساعدته على تحقيق السعادة مع نفسه و مع الآخرين.

و هو أي العلاج النفسي رسالة إنسانية نبيلة تهدف إلي تحرر الفرد و تخليصه مما يعانيه من الآلام و القلق و التوتر و الصراع ، و يعيد تكيف الإنسان و إدماجه في دائرة السواء و البعد عن مظاهر الشذوذ و المرض ، و كذا تعديل الاتجاهات الفكرية و النفسية الاجتماعية للفرد بحيث يستطيع السير نحو الإيجابية و الواقعية.

3-أخلاقيات العلاج النفسي:

أخلاقيات العلاج النفسي جزء لا يتجزأ من أخلاقيات علم النفس و أخلاقيات العلم و الأخلاقيات بصفة عامة . و فيما يلي أهم الأخلاقيات التي يجب أن تكون عند ممارسة العلاج النفسي (حامد عبد السلام زهران،1977،ص:187-188):

3-1-**العلم و الخبرة** : يجب على المعالج أن يكون مؤهلا و مـزودا بالعلم والمعرفة المتخصصة المتطورة و الخبرات و المهارات اللازمــة لذلك ، و أن يكون على دراية واسعة بالدراسات في هذا المجال.

3-2-ترخيص العلاج: ويعطــى الترخيص للمعالج من الجهات العلمية و الرسمية بعد التأكد من المؤهلات العلمية و العملية في العلاج النفسي. و قبل الحصـول على الترخيص يؤدي المعالج قسم المهنة بأن يراعي الله في عمله و يراعي أخلاقيات المهنة.

3-3-العلاقة المهنية : إن العلاقة المهنية يجـب أن تكون محددة في إطار العلاقة العلاجية بين المعالج و المريض و يجب أن تكون محكومة في إطار محدد من المعايير الاجتماعية و القيم الأخلاقية.

3-4-سرية المعلومات : و سرية المعلومـات و البيانات أمر بالغ الأهمية في عملية العلاج النفسي، فالمريض حين يفضي إلى المعالج بأسراره فإنه يحتاج إلى تأكيد من جانب المعالج أن هذه المعلومات سوف تحاط بإطار كامل من السرية المطلقة.

3-5-العمل المخلص: فالعلاج النفسي عمل إنساني يحتاج إلى الإخلاص في العمل مما يرضي ضمير المعالج حين يقدم كل الخدمات النفسية العلاجية للمريض.

3-6-العمل كفريق : و التعـاون بين الأخصائيين المختلفين في عملية العلاج مثل المعالج النفسي و الطبيب النفسي و الأخصائي الاجتماعي و غيرهم.

فمن المعروف أن معظم الأمراض النفسية لها أسبابها الاجتماعية و مظاهرها الجسمية، و كذا فإن معظم الأمراض الجسمية لها عناصرها النفسية و آثارها الاجتماعية... و هكذا .

3-7-احترام الاختصاصات : أي احترام اختصاص الزملاء ، و هذا واجب حتى حين يضطر أحد الأخصائيين للقيام جزئيا بعمله.

3-8-الاستشارة المتبادلة : و الاستعانة بأي أخصائي آخر . فأحيانا يحتاج المعالج إلى مشورة طبيب الأعصاب أو الطبيب الباطن أو الأخصائي الاجتماعي أو حتى المحامي.

3-9-إحالة المريض : إلى أخصائي آخر . و هذا إذ لاحظ المعالج أن الحالة تحتاج إلى علاج متخصص يخرج عن إطار تخصصه . فمن الخطأ أن يحاول المعالج علاج كل شئ.

3-10-موضوع التكاليف : وهذا أمر هام و لكنه يجب ألا يتحكم في عملية العلاج نفسها مهما كانت الظروف ، سواء كان العلاج مجانا أو يدفع المريض تكاليفه.

3-11-كرامة المهنة : و يجب أن يحافظ المعالج النفسي على كرامة المهنة في علاقته بالجمهور و المرضى و ذويهم و في سلوكه بصفة عامة.

و انطلاقا من هذه المجموعة من الأخلاقيات يمكن القول أن العلاج النفسي إذا استوفى هذه البنود الخاصة بأخلاقيات المهنة عموما، و أخلاقيات المعالج بصفة خاصة، فإنه يصل إلى النجاح حتما.حيث يجب على القائم بالعلاج أن يكون أخلاقيا، صاحب قيم عليا سائر في طريق الخير ، لا ينشد منفعة أو مصلحة ، إلا الحق و الخير الذين هما طريقا السلوك الصالح، إذ أن المعالج الذي يتسم بالصفات الشريفة، بدل الآفات و العيوب هو أكثر قدرة على فهم نفسية الفرد، و من ثمة علاج آفاتها، و تحقيق أخلاقيات العلم بصفة عامة.

4-أهمية العلاج النفسي:

إذا كان شفاء الإنسان مما يعتريه من الأمراض و العلل و الاضطرابات الجسمية و النفسية، قد عرف منذ عرف الإنسان، و إذا كانت له أهمية كبيرة عبر تاريخ الإنسان، إلا أن العلاج النفسي، بالذات تزداد أهميته، يوما بعد يوم في هذه الأيام، و ذلك من جراء زيادة انتشار الأمراض النفسية و العقلية و السيكوسوماتية و الاضطرابات الأخلاقية أو نواحي الشذوذ و الانحراف و الجنون و الجريمة و الإدمان و التطرف و العنف و الإرهاب و ما إلى ذلك.

و لا شك أننا نعيش في عصر اتسم بالقلق و الصراع و الإحباط و الفشل و القلاقل السياسية و الاجتماعية، و اهتزاز القيم القديمة ، التي تحفظ على الإنسان حياته و تنير له طريقه، كالقيم الإسلامية الأصلية، و الحقيقية إذ مهنة العلاج النفسي و العقلي ليست مجرد مهنة علمية راقية و تخصصية للإرتزاق منها و حسب.

و لكنها رسالة إنسانية نبيلة، إذ تستهدف تحرير الإنسان مما يكابده من الألم و المرض و القلق و الصراع و القسوة و البؤس و الانطواء على الذات و الانسحاب من معترك الحياة الاجتماعية.

بل أن وجود مريض عقلي في محيط الأسرة يسبب المتاعب لكل أعضائها، و لذلك فالعلاج النفسي قيمة إنسانية، و رسالة نبيلة، تتطلب العناية بهذه الفروع من علوم النفس و الطب والاهتمام به ممارسة و بحثا و تأليفا و تأهيلا لممارسيه.و لكي يحكم المعالج النفسي فن العلاج و يمتلك ناصيته، فلابد له من التعرف للأسباب التي تؤدي للإصابة بالأمراض العقلية و النفسية و السيكوسوماتية و الاضطرابات الأخلاقية، لأنه إذا عرف الداء سهل الدواء (عبد الرحمان محمد العيسوي،1999،ص:34).

5-الاتجاهات الحديثة للعلاج النفسي:

برز ظهور اتجاهين رئيسيين لتطور العلاج النفسي في العصر الحديث تمثلا فيما يلي:

-**الاتجاه الأول:** و يتمثل في المدرسة القياسية Measurement Testing

و قد اهتمت هذه المدرسة بمبدأ الفروق الفرديـة individuel différences و استخدمت الملاحظة و القياس بشكل واسع و قد اشتهر من العلماء كل من : "غالتون Galton "، "بينيه binet" "تيرمان Terman"، "كاتـل Cattell "،" وودورث Wood Worth" ،" ثورندايك Thorndike". و قد تميزت هذه المدرسة القياسية قبل الحرب العالمية الثانية بإهتمام شديد في علاج مشكلات الأطفال، و العيادات المحلية، و إدارة الخدمات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية، و مؤسسات المعوقين، و ضعاف العقول، و مراكز الأحداث، و إعداد الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية و التحصيل الدراسي و الاستعدادات سواء كانت ميكانيكية أو موسيقية أو غير ذلك. و كشف نواحي العجز و الصعوبات سواء كانت في الذاكرة أو النطق أو الإدراك السمعي أو البصري أو اللغة.

و اعتبر اختبار" ستانفورد بينيه" مرجعا جوهريا في قياس القدرات العقلية للأطفال، و ظهر أسلوب العلاج باللعب play therapy و طبقته بنجاح "آنا فرويد Anna Freud" و" ميلاني كلاين Melanie Klein" كجزء من أسلوب التحليل النفسي الفرويدي في العلاج . كما استخدم العلاج الفردي و الجمعي للسجناء من المرضى العقليين. و برز الاهتمام في اختبارات الشخصية بين الراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينيات و بداية الأربعينيات و أدى قيام الحرب العالمية الثانية إلى تغييرات هامة أبرزها:-

- هجرة العديد من علماء النفس الإكلينيكي من أوروبا إلى أمريكا.
- تقليل الاهتمام باختبارات الذكاء و التركيز حول الشخصية السوية و غير السوية.
- اهتمام وزارة الصحة الأمريكية بالبحوث الإكلينيكية و العلاج النفسي للكبار.
- مواجهة مشكلات الحرب و ظهور مبدأ العلاج الجمعي group therapy
- ظهور أسلوب العلاج بطريقة التمركز حول الحالة" لكارل روجرز Rogers"
- عقد مؤتمر لتنظيم مؤهلات الأخصائي الإكلينيكي و إعداده و تعليمه (سامي محمد ملحم،2001،ص:54).

- **الاتجاه الثاني** : و يتمثل في المدرسة الديناميكية dynamic or boston school و تميز هذا الاتجاه بما يلي:

- ظهور جماعة بوسطن bosten group التي تكونت من : "وليم جيمس w.james "مؤسس علم النفس في الولايات المتحدة الأمريكية، "و ستانلي هول s.hall،" " وولتر سكوت w.scott ."

- حدثت تغييرات كبيرة في الميدان الإكلينيكي تمثلت فيما يلي :-

* اتجاه أنظار علماء النفس الإكلينيكي بالاهتمام في مشكلات التوافق لدى الكبار إضافة لإهتمامهم بمشكلات التوافق لدى الأطفال .

* نقل الاهتمام إلى قياس سمات الشخصية و مستويات التوافق لدى الفرد بدل قياس مستويات الذكاء و القدرة العقلية.

- انتقال الاهتمام إلى العلاج النفسي الفعلي و علاج الحالات.
- ساهمت التيارات التالية في نمو و ارتقاء ميدان العلاج النفسي:

- التيار السيكاتري (الطب النفسي) حيث ربط هذا التيار الأمراض العقلية و النفسية بالطب .فقام "كرابلين kraplin" بتصنيف الأمراض العقلية إلى مجموعتين هما :

1- جنون الهوس و الاكتئاب (الجنون الدوري).

2- الفصام أو جنون المراهقة :shizophrenia 2.

- التيار الجشطالتي: فقد أشاع هذا التيار مبدأ التنظيم الذي يتحكم في جميع أشكال الحياة الداخلية للكائن الحي و في حياته الخارجية.

- تيار علم النفس التعلمي و التطور التجريبي : التي ولدت تأثيرا مباشرا على علم النفس الإكلينيكي في المجالين السلوكي و العلاجي، و يشير" دولارد و ميللر"Dollard et Miller" في هذا الصدد إلى قيمة التعلم و نظرياته في فهم السلوك و تعديله في ضوء نظرية العالمين .

- تيار علم النفس الذات و نظرية الإطار المرجعي : حيث برز هذا الاتجاه على يد" روجرز" الذي قدم نظرية العلاج النفسي بالتمركز حول الحالة (العميل) ليساهم بشكل كبير في فهم السلوك المرضي و تعديله، و فتح الباب لظهور الاختبارات الإسقاطية بعد ذلك.

– العيادات النفسية : و قد ظهرت أول عيادة نفسية في مستشفى بلوكلي بفيلادلفيا عام Blochly Insanse Asylum 1753 و برزت الدعوات للاهتمام بالمرضى العقليين . و تم وضع البرامج الخاصة بالطب النفسي في أمريكا و قدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس منهجا إكلينيكيا في البحث و التعليم و التشخيص مشتقا من اختبارات فردية طبقت على عينات كبيرة لتساهم بشكل واضح في تحسين العناية بالمرضى المصابين بالأمراض النفسية و العقلية و علاجهم. و محاولة الوقاية منها، و فتح عيادات إرشادية للأطفال.

– ظهور الاختبارات و انتشارها Testing trend : و قد تميزت هذه الاختبارات بنوعين رئيسين هما :

1– اختبارات الذكاء الفردية و الجمعية و اختبارات الميول و الاستعدادات و القدرات الميكانيكية التي ساهمت في تطور عمليات القياس.

2– مقاييس الشخصية: التي ساهمت بشكل واضح في تطوير أساليب العلاج النفسي، فظهـرت مقاييس العصاب، و الانفعالات، و اختبارات الانبساط و الانطواء و الاختبارات الإسقاطية بأنواعها المختلفة (سامي محمد ملحم،2001،ص:55–56).

6–**العملية العلاجية** : نعني بالعملية العلاجية مجموعة الخطوات المتتابعة التي تنتهي بتحقيق أهداف و غايات معينة. فنقول مثلا عملية النمو حيث يمر الفرد بمراحل متدرجة متتابعة تؤثر كل مرحلة في الأخرى و تتأثر بها . و نقول أيضا عملية الابتكار حيث يمر الفرد بعدد من المراحل تبدأ بالإحساس بالمشكلة و تنتمي بالناتج الإبتكاري و تقويمه.

و في ضوء هذا التصور فإن العلاج النفسي باعتباره عملية تعني مجموعة الخطوات أو المراحل المتتابعة التي يسلكها المعالج النفسي منذ بدء إحالة الحالة و حتى نهايتها من أجل تحقيق أهداف العلاج.

فالعملية العلاجية إذن : مجموعة الخطوات المهنية التي يسلكها فريق العلاج النفسي في التعامل مع الحالة بهدف استبصار الفرد بنفسه و بمشكلاته و تنمية قدراته و استغلالها بما يمكنه من التوافق السوي مع ذاته و مع العالم الخارجي و تشمل العلمية العلاجية على ثلاث عمليات رئيسية متداخلة هي:

* الدراسة : و تشمل تهيئة مكان العلاج و بناء العلاقة العلاجية الدافئة و استكشاف مشغولية الفرد و مشكلاته. و تحديد أهداف العلاج، ثم جمع البيانات و المعلومات عن الحالة و تحليلها.

* التشخيص : و تشمل تحديد أسباب المشكلة و كيفية تفاعل هذه الأسباب و معرفة مدى تطورها.

* العلاج : و تشمل تحديد أساليب العلاج المناسبة للحالة و ممارستها و المتابعة و التقويم في ضوء مدى اقترابه من تحقيق أهداف العلاج (سامي محمد ملحم،2001،ص:349).

7-نماذج العملية العلاجية :

قدم عدد من الباحثين نماذج متعددة لبيان خطوات العملية العلاجية نذكر إليك منها ما يلي :

- نموذج وليامسون Williamson:

وضع "وليامسون" نموذجا لعملية العلاج مشتقة من معطيات نظرية السمات و العوامل و أطلق عليها النموذج الإكلينيكي . اشتملت على ست خطوات متتابعة هي :

* التحليل :تتضمن هذه الخطوة تحديد المعلومات المطلوب جمعها، ثم جمعها بطرق و من مصادر متعددة.

* التركيب : تتضمن هذه الخطوة صياغة المعلومات السابقة و معرفة تفاعلها و ترابطها.

* التشخيص : و تتضمن معرفة أسباب المشكلة و كيفية تفاعلها.

* المآل : وهو التكهن المحتمل بتطور الحالة.

* العلاج : وهو تحديد فنيات العلاج و تقديمها عبر أساليب معينة.

* المتابعة : و هي تتبع حالة الحالة للتأكد من فعالية العلاج و مدى ملاءمته.

- **نموذج برامر و شوستروم:**

أعد هذا النموذج" برامر" و" شوستروم" "Brammer et Shostrom" و أطلق عليه الإرشاد أو العلاج المحقق للذات Actualizing Model و يشتمل على الخطوات التالية :

- تحديد مشغولية الحالة و مدى حاجتها للعلاج.
- بناء العلاقة العلاجية.
- تحديد أهداف العلاج.
- العمل مع المشكلات و الأهداف.
- تسهيل الوعي.
- تخطيط برامج الوعي.
- تقويم النتائج و إنهاء العلاج(سامي محمد ملحم،2001،ص:349-350)

و هذين النموذجين ما هما إلا جزء من النماذج الكثيرة للعملية العلاجية، و هذا فقط للوصول إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي و ذلك مهما اختلفت الأطر النظرية للمعالجين النفسيين.

8-أنماط العلاج النفسي :

8-1-النمط الطبي البيولوجي :

و يعتمد هذا النمط العلاجي على مقولة أن الأمراض العقلية هي حالات جسمية تنشأ عن عدم سواء أو انحراف في عمليات الهدم و البناء. أو الكيمياء العضوية ومن ثمة يمكن أن تعالج بواسطة الوسائل الطبيعية مثل العلاج الكيماوي أو العلاج بالصدمات الكهربائية.

8-2-نمط التحليل النفسي :

يعتمد هذا النمط على أن الأمراض العقلية يمكن أن تفسر في ضوء العوامل السيكولوجية و تكون متأثرة بالرغبات اللاشعورية، و الانفعالات، و الدوافع و التنشئة الاجتماعية، و من ثمة تعالج بواسطة المبادئ السيكودينامية "كالعلاج السلوكي، التحليل النفسي، تفسير الأحلام".

8-3- النمط الانتقائي :

و يعتمد على أن الحاجات العلاجية للمريض و التي تؤدي إلى نشأة الأمراض العقلية، و هو نمط متعدد العوامل، و هذا النمط العلاجي المناسب و الذي يسهم في علاج المريض و لذلك يجب أن يستخدم هذا النمط كأساس لبقية أنماط العلاجات الأخرى.

8-4-النمط السلوكي :

و يعتمد هذا النمط على أن العصاب، الذهان هو سلوك متعلم، و من ثمة فإن الأمراض العقلية يمكن أن تعالج بواسطة فحص أنماط السلوك الحاضر، و إمكانية تحريره بالاشراط، و من ثمة فإن التدعيم الإيجابي، السلبي بتقوية أو إضعاف الاشراط يكون مناسبا في هذا النمط.

8-5-نمط العلاقات الاجتماعية و الشخصية :

و يعتمد هذا النمط على أن الأمراض العقلية تنشأ بسبب خلل العلاقات الشخصية بالأسرة و المجتمع، و لذلك يجب أن يتضمن العلاج النظر إلى المريض كعضو في جماعة و يحتاج إلى تنمية علاقات اجتماعية صحية مشبعة سواء في حياته أو عمله، ومن أمثلة ذلك النمط العلاجي: علاج المجتمع أو العلاج الجماعي.

(مجدي أحمد محمد عبد الله،1996،ص:210).

9-طرق العلاج النفسي :

على الرغم من أن المعالجين النفسانيين قد يتخصصون في أحد أساليب العلاج النفسي مثل : التحليل النفسي، أو العلاج السلوكي، أو العلاج المعرفي أو العلاج الممركز حول العميل، أو العلاج الجشطلتي... إلا أن معظم المعالجين النفسانيين اليوم يركنون إلى الأسلوب الانتقائي في العلاج، بمعنى: إنهم يستعرضون مختلف الأساليب المتاحة و يختارون من بينها ما يتناسب مع حالة المريض الذي يقومون بعلاجه. و قد يقابل المعالج المريض في جلسات فردية خاصة أو في جماعة أو في الأسرة... و المعالجون قد يقابلون العملاء في المستشفيات، أو يقابلونهم في المنازل أو في أماكن عملهم...

و فيما يلي نستعرض بإيجاز بعض طرق العلاج النفسي للتعريف بها:

أولا : العلاج بالتحليل النفسي : psychoanalysis

التحليل النفسي هو أشهر الطرق العلاجية المتخصصة الشاملة طويلة الأمد... يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور: من أحداث و خبرات و ذكريات مؤلمة و دوافع متصارعة، و انفعالات عنيفة و صراعات شديدة سببت المرض النفسي و استدراج هذه الخبرات إلى حيز الشعور عن طرق التداعي الحر، و مساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع و الاستبصار، و إحداث التغير الصحي في بناء الشخصية.

و هناك اتجاهان في التحليل النفسي :

- التحليل النفسي الكلاسيكي الذي أرساه "سيجموند فرويد".
- التحليل النفسي الحديث الذي أدخله اتباع "فرويد" و تلاميذه من تعديلات

على النظرية الفرويدية مثل "آنا فرويد "(ابنته)، و" يونج"، و" أدلر"، و " هورني"، و "فروم"، و" سوليفان" ، "ورانك"...(حسن مصطفى عبد المعطي،1998،ص:365).

ثانيا : العلاج السلوكي behaviour therapy:

هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ و قوانين التعلم الاشراطي و الإجرائي و التعزيز التي توصل إليها علماء هذه المدرسة و على رأسهم"بافلوف " "واطسون"، "ثورانديك"، "هل"، "سكنيير"، "باندورا"...الخ لحل و علاج المشكلات ، و الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن، و ذلك بضبط و تعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض، و تنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد.

و يقوم العلاج السلوكي على عدة افتراضات :-

1- أن معظم السلوك الإنساني متعلم و مكتسب.
2- لا يختلف السلوك المتعلم المضطرب عن السلوك المتعلم السوي، إلا في كونه سلوك غير متوافق.
3- يحدث السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر لخبرات معينة، مما يؤدي إلى حدوث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات و بين السلوك المضطرب.
4- جملة الأعراض النفسية غير السوية هي عبارة عن تجمع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
5- العادات السلوكية المرضية يمكن تعديلها إلى عادات سوية إذا وضعت في بؤرة العلاج و غيرت واحدة تلو الأخرى (حسن مصطفى عبد المعطي،1998،ص:371-372).

ثالثا : العلاج النفسي الممركز حول العميل:

صاحب هذه الاستراتيجية العلاجية عالم النفس الشهير "كارل روجرز"

"Rogers " و أطلق عليها منهج الإرشاد غير المباشر Nondirective counseling الذي تطور فيما بعد ليعرف باسم العلاج الممركز حول العميل.

و ينطلق" روجرز" من نظرته للإنسان على أنه عقلاني، اجتماعي، يتحرك للأمام، واقعي، و أن البشر متعاونون، بناءون، يمكن الوثوق بهم و بإمكانهم أن يعايشوا و يخبروا عن وعي العوامل التي تسهم في عدم توافقهم... و أن الميل إلى التوافق هو ميل نحو تحقيق الذات self-actualization.

و يعتبر مفهوم الذات هو المحور الأساسي الذي يدور حوله تشكيل ونمو الشخصية فهو يعتبر بمثابة الصورة التي يكونوها الفرد عن نفسه و درجة تقويمه وحكمه على هذه الصورة.

1) رابعا : العلاج المعرفي :

يركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع و الانفعالات و السلوك، حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية و السلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه و تفسيره، و المعنى الذي يعطيه لحدث ما، و يسلم العلاج المعرفي بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية و السلوكية و الاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه و عن العالم المحيط به.و من ثمة فإن اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما يصحبها طرقا غامضة متناقضة من التفكير عن الذات و عن البيئة...

و لهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيـم المريض، و إعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير في سلوكه(حسن مصطفى عبد المعطي،1998،ص:379).

و يمكن القول أنه مهما تعددت طرق العلاج النفسي، حيث أن كل منها تقوم على إحدى نظريات الشخصية أو السلوك أو العلاج، فإن كل طرق العلاج النفسي تسعى جميعا إلى تحقيق الأهداف العامة للعلاج النفسي، و تشترك كلها في الإجراءات العامة لعملية العلاج النفسي.

10-أبعاد العلاج النفسي :

تتعدد أبعاد النفسي، وكل بعد له طرفين، و يتضمن طريقه أو أكثر من طرق العلاج النفسي أو أسلوبا أو أكثر من أساليبه.
و فيما يلي أهم أبعاد العلاج النفسي:

10-1- العلاج الفردي، و العلاج الجماعي : العلاج الفردي هو علاج حالة فردية، أما العلاج الجماعي هو مجموعة من الحالات المتشابهة في المرض أو الاضطراب.

10-2-علاج الأسباب، و علاج الأعراض: علاج الأسباب يرتكز على أسباب المرض أو الاضطراب و علاجها مما يؤدي إلى إخفاء الأعراض. أما علاج الأعراض، فيركز على أعراض المرض أو الاضطراب دون اهتمام بالأسباب.

10-3- العلاج المطول، و العلاج المختصر: العلاج المطول هو العلاج الشامل الذي يهدف إلى إعادة بناء الشخصية ككل متكامل، و يستغرق وقتا أطول. أما العلاج المختصر فهو العلاج الذي يحدد هدفا واحدا للعلاج، و يتم في وقت قصير.

10-4-العلاج السلوكي و العلاج المعرفي: العلاج السلوكي يهدف إلى تغيير السلوك المرضي المكتسب، أما العلاج المعرفي فيرتكز على تغيير الجوانب المعرفية و العقلية لدى المريض (إجلال محمد يسري،2000،ص:99).

10-5-العلاج العميق و العلاج السطحي : العلاج العميق (أو التحليلي) يهدف إلى اكتشاف المواد المكبوتة لدى المريض و إظهارها حيث تتركز الصراعات حولها . أما العلاج السطحي، فيهدف إلى إعادة الثقة و طمأنة المريض و مساندته دون الدخول إلى أعماقه و صراعاته.

10-6-العلاج الموجه، والعلاج غير الموجه : العلاج الموجه يقوم فيه المعالج بدور فعال و نشط في كشف صراعات المريض و توجيهه نحو السلوك الموجه المخطط ليؤثر في الشخصية . أما العلاج غير الموجه، فيكون المعالج فيه أقل إيجابية، و يقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجي الذي تسوده المودة و التسامح حتى يشعر المريض بالأمن و التقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار و مشاعـر و أسرار خاصة دون خجل و يكون المعالج كمرآة عاكسة لمشاعر و اتجاهات المريض، و بذلك تتضح شخصيته و يزداد استبصاره.

10-7-علاج الفرد، و علاج البيئة : علاج الفرد يهتم أساسا بعلاج المريـض و مساعدته لحل مشكلاته و تحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسي، و لا يهتم بربط العلاج بمواقف حياة المريض أو بيئته الخارجية. أما علاج البيئة، فيتضمن إحداث تغيرات في البيئة التي يعيش فيها المريض، و يدخل في تخطيط علاجه أدوار كل من المعالجين و أفراد الأسرة و المخالطين.

10-8- العلاج المرن، و العلاج الملتزم : العلاج المرن يتم فيه الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بمرونة و انتقاء، أو توليف الطريقة المناسبة للحالـة و استخدامها.

أما العلاج الملتزم، فهو اتباع طريقة محدودة من طرق العلاج النفسي، و الالتزام بها، و عدم الحياد عنها (إجلال محمد سري،2000،ص:100).

و عليه يمكن القول أن أبعاد العلاج النفسي، و إن كانت متعددة كما سبق و أن أشرنا إليها إلا أنه يلاحظ فيها أن الفرق بين طرفي كل بعد ليس فرقا مطلقا و لكنه فرق في الدرجة. بحيث أن كل طرف يتضمن عناصر من الطرف الأخر.

11-مشكلات العلاج النفسي :

إن نجاح العملية العلاجية قد تعوقه بعض المشكلات و نحن إذ نوردها هنا نأمل أن يتجنبها المعالج لتحقيق نجاح فعال و فيما يلي أهم مشكلات العلاج النفسي:

11-1- وسائل الإحالة:

إن المريض الذي يأتي بنفسه إلى العلاج النفسي احتمال نجاح العلاج معه يكون كبيرا، عكس المريض الذي يجد نفسه مضطرا و مدفوعا بإحالة من أحد الأطراف قد يؤدي ذلك إلى اتخاذ موقف سلبي من العملية العلاجية، و قد تتم هذه الإحالة إما من المدارس، و يرتبط ذلك في أغلب الأحيان بالخوف و القلق و عدم موافقة الوالدين لاعتقادهم بأن العيادة النفسية لن تكون إلا امتدادا للمدرسة، كما أن بعض المؤسسات و المحاكم تحيل المرضى و ما أكثر المشاكل التي تنتج عن ذلك سواء بسبب نقص الخدمات النفسية العاجلة نظرا لنقص الأخصائيين النفسانيين أو النظرة المسيطرة للمحاكم على المريض أنه مذنب مما يؤثر تأثيرا سلبيا على عملية العلاج (حامد عبد السلام زهران،1997،ص:202).

11-2- اتجاهات الوالدين و أولياء الأمور:

من الشائع في الميدان أنه من أسباب نجاح العملية العلاجية خاصة بالنسبة للأطفال هو تعاون الوالدين مع المعالج، أما إذا كان رد فعلهم سلبي فإن نسبة النجاح تقل و سبب ذلك إساءة فهم عملية العلاج إذ يفهم منها أنها تدخل في شؤون الحياة للأسرة و للأطفال، و إنها إطلاع على أسرار . و بذلك تكون مقاومة العلاج ، كما أن البعض يخطئ فيظن أن المرض النفسي مرادف لما يعرف عند العامــة
(الجنون) و بذلك فإن العيادة لا يقصدها إلا المجانين كما يعتقدون أن المعالج النفسي لا بد عليه أن يحل كل مشكلاتهم النفسية (حامد عبد السلام زهران،1997،ص:203).

11-3- القدرة العقلية للمريض:

ليس هناك دليل كاف على المستوى العقلي لنجاح العملية العلاجية، و لكن هناك عوامل معيقة في هذا المجال و خاصة مع الوالدين الذين يعانون من اضطرابات عصبية أو ضعف عقلي.

11-4- عمر المريض:

كذلك ليس هناك اتفاق عام حول السن كعامل هام في التنبؤ بنجاح العلاج غير أن هناك بعض الأدلـة على أن العلاج النفسي عند الأطفال يحتاج إلى مشاركة و تعاون الوالدين، و أن تكون مشاركتهم فعالة و اتجاهاتهم نحو العلاج إيجابية كذلك فإن بعض المسنين الذين تراكمت مشكلاتهم عبر السنين و تأصلت عاداتهم السلوكية و أصبحت تقاوم التغيير و خاصة في أواخر حياتهم فإن قيمة العلاج تقل لديهم.

11-5-العلاج النفسي و الدواء:

يبحث كثيرا من المرضى النفسانيين عن إمكانية وجود دواء يعالج حالاتهم و قد يصابون بخيبة أمل إذا لموا لأن الدواء لا يجدي نفعا في مثل حالتهم، و أنه لا يحل مشكلاتهم و أن عليهم تتحصل عملية العلاج النفسي، زادت خيبة آمالهم و إن مثل هذه التغيرات السلوكية التي يتطلبها العلاج من المريض خاصة، وان العلاج النفسي يختلف عن العلاج الطبي إذ أن هذا الأخير يمكنه الشفاء رغم سلبية المريض لأن الطبيب المعالج يقوم بكل شئ و هذا ما لا يصدق في حالة العلاج النفسي. (حامد عبد السلام زهران،1997،ص:204).

11-6- العلاج النفسي و طرق العلاج الأخرى :

و يتمثل هذا في اهتمام بعض المعالجين بطريقة خاصة من العلاج على حساب علاجات أخرى رغم أنه من الممكن التفاعل بين عدة طرق علاجية قد تؤدي فيما بينها

إذا أحسن أداؤها إلى نتائج إيجابية، و من جهة أخرى نجد أن المرضى النفسانيين نادرا ما يتوجهون إلى المعالج النفسي لاعتقاداتهم أن مرضهم يسببه السحر و أعمال الجن و هذا ما يجعلهم يقصدون خاصة المشعوذين الذين يوهمونهم بالشفاء مما يؤدي بالمرض النفسي إلى الاستفحال في نفوسهم (حامد عبد السلام زهران،1997،ص:204).

و من خلال عرض لأهم و أبرز المشكلات التي تعوق العلاج النفسي، يمكن القول أن المعالج النفسي إذا لم يساهم بشكل كبير في تجنب هذه المشكلات فإنه و بالضرورة لن يحقق النجاح المطلوب من العملية العلاجية و بالتالي لن يحقق دوره فيها.

12- المعالج النفسي :

إذا كان العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه طرق نفسية من أجل علاج مشكلات أو اضطرابات، أو أمراض ذات صبغة نفسية وجدانية، وتؤثر في سلوك المريض تأثيرا سيئا يؤدي إلى اضطراب شخصيته، و عدم قدرته على التكيف (فيصل محمد خير الزراد،1988،ص:31).

و انطلاقا من هذا المفهوم للعلاج النفسي الذي يؤكد استخدام طرقا نفسية في علاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض، و بما أن للعلاج النفسي أهدافا عديدة كما سبق و أن تطرقنا إليها في عناصر سابقة، نرى انه من الضروري أن نطرح أسئلة حول القائم بعملية العلاج الذي يسعى لتحقيق أهدافه فمن هو المعالج النفسي؟ و من يحق له مزاولة العلاج النفسي ؟ و ما هي خصائصه و مميزاته ؟.

و للإجابة على هذه الأسئلة يستوجب منا أن نلقي الضوء على التعريف بالمعالج النفسي و ذكر أهم خصائصه و صفاته حتى نستطيع أن نوضح صورة المعالج النفسي و عن طبيعة عمله، حيث أن هدف البحث الحالي هو قياس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي.

12-1-من هو المعالج النفسي ؟

يعتمد العلاج النفسي على التفاعل بين شخصين أولهما المعالج النفسي حيث يعرف "بأنه القائم بأكبر قسط في أنواع العلاج، و هو الممارس الإكلينيكي... حيث يخضع لبرنامج تعليمي يتضمن التعرف على أعراض الاضطراب النفسي و أسباب كل عرض، و النظريات المختلفة..."(الفت حقي،2001،ص:206).

و هو الذي يستطيع أن يصغي و يعرف كيف يصغي دون أية مداخلة منه أثناء حديث المريض ؟ وهو الذي يكون مهيأ لتناول العناصر المختلفة التي يزوده بها المريض، ليقوم بتأويلها، سواء أكانت ذكريات أم خبرات أم خواطر طارئة (فيصل عباس،1983،ص:164).

و المعالج النفسي هو شخص بسيكولوجي و مؤهل علميا و عمليا و فنيا بإزالة الأعراض المرضية الموجودة، أو التخفيف منها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته، و تحقيق التوافق مع بيئته، و مساعدته على تنمية شخصيته و دفعها نحو النمو النفسي و الصحي، و بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وراحة و بإمكانه الاستفادة من قدراته و إمكاناته على أحسن وجه ممكن (فيصل محمد خير الزراد،1988،ص:31).

" المعالج النفسي الفرد الذي يسمى عادة الأخصائي الإكلينيكي، له شخصيته المميزة و خبرنه و تاريخه و فلسفته المميزة كذلك في العلاج و عليه فإن العلاج النفسي لكل خبير أمر فريد إلى حد ما " (ليندا دافيدوف،2000،ص:70).

و من هنا يمكننا القول أن المعالج النفسي من خلال هذه التعاريف هو ذلك الشخص الذي يتولى عملية المعالجة النفسية، حيث يكون عنصر فاعل فيها، و يمكنه مساعدة المريض على نمو شخصيته و تحقيق أكبر تغيير في الفرد يجعله أكثر توافقا مع نفسه و مع البيئة التي يعيش فيها.

12-2-إعداده:

يتخرج المعالج النفسي من أحد أقسام علم النفس بالجامعة، و يتخصص في الصحـة النفسية و العلاج النفسي على مستوى الدراسات العليا حتى الدكتوراه، و يدرس المعالج النفسـي علميا المواد المتخصصة في الصحة النفسية و العلاج النفسي و علم النفس المرضي و علم النفس الفسيولوجي، و قدر كاف من المعلومات الطبية اللازمة في عملية العلاج النفسي.

و يولي التدريب العملي و الخبرة في الإرشاد و العلاج النفسي تحت الإشراف ثم مستقلا في العيادات النفسية و مراكز الإرشاد، أهمية كبيرة في إعداد المعالج النفسي (حامد عبد السلام زهران،1998،ص:536).

12-3-صفاته :

هناك عدد من الشروط التي لا بد من توافرها في المعالج حتى يستطيع الوصول إلى إقامة حوار مثمر مع المريض.فإن عليه أن يلتزم بعدد من الشروط أهمها:

1- أن يكون المعالج متفرعا بحيث يخلق انطباعا لدى المريض مفاده انه مستعد لإضاعة الوقت معه، و ذلك بهدف فهم معاناة المريض و المساعدة لحل مشاكله.

2- على المعالج أن يغفر للمريض انفعالاته و تصرفاته، حتى ولو احتوت هذه التصرفات على بعض العدائية تجاه الفاحص نفسه.

3- على المعالج أن يبدو مرحا و منفتحا و لكن دون أن يتكلم كثيرا. كما عليه أن يظهر بمظهر الهادي و المرتاح و القادر على التركيز.

4- على المعالج أن يتقن فن الإصغاء و أن يملك القدرة على المراقبة الدقيقة و الدبلوماسية في طرح الأسئلة و في قيادة الحوار(أو أي شكل آخر من أشكال الاتصال بالمريض).

5- على المعالج أن يحسن (وأن يتمـرن باستمرار على ضبط ردود فعله و التحكم فيها) و ذلك بحيث لا يظهر تعجبا أو هزءا أو انفعالا مما يرويه المريض (محمد أحمد النابلسي،1991،ص:251).

و انطلاقا من هذه الشروط فإنه على المعالج النفسي أن يمتاز بها لكي تسهل عملية التواصل بينه و بين المريض و يكون بينهما تفاعل إيجابي يمكن المعالج من فهم شامل لحالة المريض، و الوصول بعملية العلاج النفسي إلى النجاح.

12-4-الجوانب الأخلاقية للمعالج النفسي:

وضعت الجمعية الأمريكية للنفسيين قائمة تحتوي على تسعة عشر بندا يمكن استخدامها من قبل المعالجين النفسيين لتدل على الجوانب الأخلاقية التي يجب أن يتميز بها المعالج النفسي في عمله و هي :

- المسؤولية.
- المعيار الأخلاقي و القانوني.
- إساءة التمثيل.
- العبارات الشعبية أو العامة.
- السرية.
- رفاهية العميل.
- العلاقة بين العميل و المعالج.
- الخدمات غير الشخصية.
- الإعلان عن الخدمات.
- العلاقات بين أصحاب المهنة أنفسهم.
- المكافآت و التعويضات.
- اختبار الضمان.
- اختبار الطبع.
- تحذيرات البحث.
- حقوق الطبع.
- المسؤوليات تجاه المنظمة.
- نشاطات الترفيه (سامي محمد ملحم،2001،ص:353).

و على المعالج النفسي إنهاء علاقته العلاجية مع المريض عندما يرى أن هذا المريض لا ينتفع من المعالج. و عليه أيضا أن يدرك حدود كفاءته في مهنتـه و شخصيته، و المعالج الكفء المتمتع بالخلق العملي لا يستخدم التشخيص و أساليب العلاج التي تفوق قدرته و تكون فوق مجال تدريبه.

12-5-دور المعالج النفسي :

يقوم المعالج النفسي بإجراء الاختبارات و الفحوص و التشخيص و التنبؤ و الاستشارة العلاجية ووضع الخطة العلاجية و ممارسة العلاج، متعاونا مع بعض زملائه أعضاء فريق العلاج.

و يستخدم المعالج النفسي الأسس و الفنيات و الطرق و الإجراءات النفسية في التعاون مع زملائه أعضاء فريق العلاج كل في اختصاصه.

و يجب أن يتمتع المعالج النفسي بخصائص من أهمها : (إجلال محمد سري،2000،ص:92).

- الاهتمام و الرغبة في معاونـة المريض و مساعدته في حل مشكلاته و التخلص من اضطراباته.
- القدرة على إقامة علاقة ناجحة مع مرضاه.
- القدرة على الاستبصار بدوافعه و رغباته و مشاعره وحاجاته.
- الحساسية المناسبة لتنوع دوافع سلوك الآخرين.
- ضبط النفس و الثبات بالنسبة لمواقف العلاج النفسي.
- تحمل المسؤولية المهنية و الاجتماعية و الالتزام بأخلاقيات المهنة.
- الإخلاص في العمل و بذل أقصى الجهد في عملية العلاج.

12-6-مجالات عمل المعالج النفسي :

تتعدد مجالات عمل المعالج النفسي على النحو التالي :

* العمل في العيادات النفسية و مستشفيات الأمراض العقلية حيث يقوم بالفحص و التشخيص و العلاج بالتعاون مع فريق العلاج.

* العمل في مراكز التوجيه و الإرشاد النفسي و ذلك في مجالات الإرشاد العلاجي و التربوي و المهني و الزواجي و الأسرى و إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة.

* العمل في المؤسسات الإصلاحية و ذلك بدراسة حالات الجانحين و إجراء المقابلات التشخيصية و العلاجية و العمل على إعادة توافقهم النفسي.

* العمل في المصانع و مؤسسات الإنتاج حيث يقوم بدراسة الظروف المادية داخل ميدان العمل و ما لها من آثار مادية على العامل و الإنتاج من حيث التعب و الملك و التعرض للحوادث و التمارض.

* العمل في المؤسسات التابعة للجيش و الشرطة، و مراكز الشباب(إجلال محمد سري،2000،ص:94).

و من هنا يلاحظ أن مجالات عمل المعالج النفسي متعددة بتعدد مجالات الحياة أينما توجد الأفراد و ينشأ بينهم تفاعل اجتماعي، و يكون هناك تأثير و تأثر إلا و كان المعالج النفسي يقوم بأدواره و عمله مهما اختلفت الجماعات الاجتماعية التي يعمل بها.

خلاصة:

العلاج النفسي هو تلك الطريقة التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه، و الوصول إلى توافق أفضل، بطرق تتضمن معالجة المرضى وجـها لوجه لفترة من الزمن، و توجيه التوصيات للمرضى و للأباء و للمدرسين... و القيام بإحداث تغيرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات.

و بذلك يبقى العلاج النفسي هو السبيل الأقوام للتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية، و المشكلات الانفعالية.

ثانيا : العلاج بالرقية الشرعية

- تمهيد:

1- تعريف الرقية الشرعية.

2- أنواع الرقية الشرعية.

3- شروط الرقية الشرعية.

4- الرقية بالمشروع.

5- مجالات العلاج بالرقية الشرعية

تمهيد:

إن العلاج الروحي الإيجابي له أثر فعال في علاج الإصابة من الاضطرابات النفسية.

و تقوم المعالجة الروحية في فجر الإسلام على تطمين المريض و تشجيعه

و الدعاء له و على المعالجة بالرقية الإسلامية و على دعاء المريض و رقيته لنفسه.
أما وسائل العلاج الروحي و بلسمة الشافي و عقاقيره النافعة بإذن الله فهي الآيات القرآنية و الرقى و التعوذات النبوية و الصلوات. و مما يدل على مشروعية الرقية بكلام الله تعالى قوله عز وجل :" و ينزل من القرآن ما هو شفاء و رحمة للمؤمنين و لا يزيد الظالمين إلا خسارا "(سورة الإسراء الآية 82) (حسن رمضان فحلة،1995،ص:209).

فالعلاج بالرقية الشرعية عن طريق قراءة القرآن شفاء الأمراض و الشهوات و الشبهات كما أنه علاج لأمراض الروح و القلب فإذا أحسن العليل التداوي به ووضعه على دائه بصدق و إيمان و قبول تام و اعتقاد جازم و استفاء شروطه لم يقاومه الداء أبدا.

و لهذا فالهدف في هذا الفصل هو توضيح معنى العلاج بالرقية و ذلك من خلال تعريف الرقية الشرعية، و أنواعها، و شرطها، و مجالاتها، و شروط وصفات القائم بها.

1-تعريف الرقية الشرعية :

إن مفهوم العلاج بالرقية أو بالرقية الشرعية كمصطلح ينسب إلى علوم الدين و الشريعة الإسلامية عموما، غير أننا نحاول في هذا الجزء تحديد مفهوم الرقية الشرعية، لغة و اصطلاحا، و على اعتبار أنها علاج يلجأ إليه كثير من أفراد المجتمع.
فالرقية لغة :"العوذة، و الجمع رقى، و استرقاه، فرقاه يرقيه رقية بالضم فهو راق" (أبو مالك حسن سي العربي،2004،ص:9).
أما اصطلاحا:"الرقى هي ألفاظ خاصة يحدث بسببها الشفاه من الأسقام و الأدواء و الأسباب المهلكة، و لا يقال لفظ الرقى على ما يحدث ضررا، بل ذلك يقال له السحر و هذه الألفاظ منها ما هو مشروع كالفاتحة و المعوذتين و منها ما هو غير مشروع كرقى الجاهلية و الهند و غيرهم و ربما كان كفرا" (طارق بن علي الحبيب،2004،ص:55).

و الرقية : هي التعويذة بقراءة كلمات على المصاب رجاء البرء.

و الرقى : هي التي تسمى العزائم، و خص منه الدليل ما خلا من الشرك، فقد رخص فيه رسول الله صلى الله عليه وسلم من العين و الحمى (حسن رمضان فحلة،1955،ص:142).

و عرفها" ابن الأثير": الرقية هي العوذة التي يرقى بها صاحب الآفة كالحمى و الصرع و غير ذلك من الآفات " (أبي ايمن أحمد بن محمود،1997،ص:9) و قال ابن عبد البرد:"... لكن يحتمل أن يقال: الرقى أخص من التعوذ و إلا فالخلاف في الرقى مشهور و لا خلاف في مشروعية الفزع إلى الله تعالى و الالتجاء إليه في كل ما و قع و ما يتوقع ..." (ابن الفضل شهاب الدين،ابن حجر العسقلاني،1978،ص:207).

فالرقية ما ورثه العرب من طلب البركة بأهل الصلاح و الدعاء إلى الله–جل و على –فأصلها وارد من الأديان السماوية، ثم طرأ عليها سوء الوضع عند أهل الضلالة فألحقوها بالسحر و لذلك يخلطون مع أقوال ربما كانت غير مفهومة من أشياء كأحجار أو أجزاء من عظم الحيوان أو شعره، فاختلط في الأمم الجاهلية و قد جاء في الإسلام الاستشفاء بالقرآن و الدعوات المأثورة المتقبلة من أربابها و ذلك من قبل الدعاء (محمد الطاهر بن عاشور،بدون تاريخ،ص:358–359).

أما الرقية بالمعنى الشائع فهي قراءة آيات مخصصة و شئ من الأدعية النبوية على المريض رجاء البرء و الشفاء، سواء كان ذلك مرة واحدة أو عدة مرات و سواء كانت الرقية على المريض مباشرة أو بشرب الماء أو الاغتسال به و الشفاء لن يكون إلا بإذن الله تعالى، و ما الرقية إلا بسبيله لذلك فالرقية هي الطب الروحاني بلسان الأبـرار على المريض بعد وقوع الأذى رجاءا أو طلبا للشفاء و المعافاة اعتمادا على كتاب الله جل جلاله.و ما اثر من الكلم الطيب عن رسول الله عليه صلى الله عليه و سلم خالية من كل طلاسم و من كل شرك ... فالرقـى

و التعوذ و الالتجاء إلى الله سبحانه و تعالى ليهب الشفاء كما يعطيه بالدواء.

و تتم الرقية باستعمال طرق شتى فمنها ما يكون عن طريق الصلاة أو الاستعاذة و منها ما يكون عن طريق الدعاء و منها ما دون ذلك فتكون الرقية عن طريق قراءة القـرآن من طرف شخص معين و مخصص و هذا هو مجال بحثنا، حيث أن البحث

الحالي يريد أن يصل إلى الانطباعات حول هذا الشخص أي الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية.

2-أنواع الرقية الشرعية:

و تضمنت ثلاثة أنواع هي: (أبو مالك حسن سي العربي،2004،ص:20)

2-1-الأمر : لحديث عائشة أن رسول الله صلى الله عليه و سلم كان يأمرها أن تسترقي من العين : و في لفظ : أمرني أن استرقي من العين، و قوله:"استرقوا لها فإن بها النظرة "، وقوله :" فهلا استرقيتم له من العين".

2-2-الإباحة : لحديث أبي خزامة عن أبيه قال :"سألت رسول الله صلى الله عليه و سلم، فقلت : يا رسول الله أرأيت (أي أخبرني عن) رقى نسترقيها، و دواء نتداوى به، و تقاة نتقيها، هل ترد من قدر الله شيئا؟قال:" هي من قدر الله"
و لحديث أسماء بنت عميس قالت : يا رسول الله ، إن بني جعفر تصيبهم العين ، فاسترقي لهم؟ قال "نعم، فلو كان شئ سابق القدر لسبقته العين" .

2-3-النهي : لحديث النبي صلى الله عليه و سلم :" يدخل الجنة من أمتي سبعون ألفا بغير حساب" قالوا : من هم يا رسول الله ؟ قال :" هم الذين لا يسترقون، و لا يتطيرون، و لا يكتوون، و على ربهم يتوكلون" ، و في لفظ لمسلم زيادة : " هم الذين لا يرقون و لا يسترقون".
و لقول رسول الله صلى الله عليه و سلم : " من اكتوى أو استرقي فقد برئ من التوكل".
ومنه فإن النوعين الأولين يجيزان استعمال الرقية، أما النوع الثالث و هو الخاص بالنهي عن الرقية، فهذه الأحاديث تحمل على إن النبي رسول الله صلى الله عليه و سلم خاف أن يقع فيها شئ مما كانوا يتلفظون به و يعتقدونه من الشرك في الجاهلية بحيث يصبح الإنسان على غير توكل على الله سبحانه و تعالى و يرى أن الرقية هي أساس العلاج، غير أن الله سبحانه و تعالى هو الشافي.

3-شروط الرقية الشرعية:

يقول العلماء للرقية الصحيحة شروط هي:

1- أن تكون بالعربية أو بما يفهم معناه.

2- أن تكون من كتاب الله تعالى، و بأسمائه و صفاته، و ما ورد من تعويذات نبوية و أدعية مشروعة (حسن رمضان فحلة،1995،ص:142).

3- أن لا يكون فيها شرك أو معصية، كدعاء غير الله، و الإقسام على الله بغير الله.

4- أن لا يعتقد كونها مؤثرة بنفسها (جمال صاولي،1995،ص:70).و مما يدل على مشروعية الرقية بكلام الله تعالى، قوله عز وجل:"و ننزل من القرآن، ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين، و لا يزيد الظالمين إلا خسارا"(الإسراء،82).

إذن للرقى بآيات الله تعالى، و أسمائه الحسنى، وصفاته العليا، و التعويذات النبوية الشريفة، أثرا كبيرا في العلاج النافع و الوصول إلى النتيجة المرجوة بإذن الله تعالى، ذلك لأن الرقى و التعوذ التجاء إلى الله سبحانه و تعالى ليهب الشفاء للمريض.

و ويستنتج كذلك أن للرقية الشرعية شروطا و هي بمثابة القواعد الثابتة لإيجاد الأثر الإيجابي و الفعال في المعالجة و الشفاء بإذن الله تعالى.

و الراجح أنه لا بد من اعتبار الشروط المذكورة، ففي صحيح مسلم من حديث عوف بن مالك قال" كنا نرقي في الجاهلية، فقلنا يا رسول الله كيف ترى في ذلك ؟ فقال : اعرضوا علي رقاكم، لا بأس بالرقى ما لم يكن فيه شرك" (فتحي بن فتحي الجندي،1996،ص:190).

4-الرقية بالمشروع:

إذ كان جبريل – عليه السلام- يرقي رسول الله صلى الله عليه و سلم و أمره بها و عن عائشة زوج النبي صلى الله عليه و سلم أنها قالت : كان إذا اشتكى رسول الله

صلى الله عليه و سلم رقاه جبريل، قال : " باسم الله يبريك، و من كل داء يشفيك و من شر حاسد إذا حسد، و شر كل ذي عين".

و عن "أبي سعيد" : أن جبريل أتى النبي صلى الله عليه و سلم فقال : يا محمد اشتكيت ؟ فقال : "نعم"، قال : " باسم الله أرقيك من كل شئ يؤذيك، من شر كل نفس أو عين حاسد، الله يشفيك، باسم الله أرقيك".

و عن "عائشة "– رضى الله عنها– أن النبي صلى الله عليه و سلم كان ينفث على نفسه– في المرض الذي مات فيه – بالمعوذتين– فلما ثقل كنت أنفث عليه بهن، و أمسح بيده نفسه لبركتها".

و عن "عائشة"– رضى الله عنها– قالت : أمرني رسول الله صلى الله عليه و سلم–أو أمر –" أن يسترقي من العين"(السيد محمد السيد نوح، وليد محمد الكندري، 1999).

و عن "عائشة"– رضي الله عنها– أن النبي صلى الله عليه و سلم كان يعوّذ بعض أهله يمسح بيده اليمنى، و يقول :" اللهم رب الناس ! أذهب اليأس، و اشفه و أنت الشافي، لا شفاء إلا شفاؤك، شفاء لا يغادر سقما"(حسن رمضان فحلة،1995،ص:146). و مما سبق يتبين لنا أن مشروعية الرقية لا تكون إلا إذا حققت شروط الرقية و شروط الراقي أي المعالج الذي يقوم بالعلاج، حيث تتحقق فيه تلك الشروط المذكورة سابقا، ضف إلى ذلك أنها مشروعة بحكم و استنادا الأحاديث النبوية السابقة و هي التي تسجل موافقة لرسول الله صلى الله عليه و سلم و رأيه تجاه الرقية الشرعية، ومدى مشروعيتها و بالتالي الأخذ بها أو النهي عنها.

5–مجالات العلاج بالرقية الشرعية :

5-1- علاج الإصابة و الوقاية من العين:

الرقية من العين أمر مشروع قد شرعه الله تعالى على لسان نبيه صلى الله عليه و سلم و سيأتي معنا في ذلك نصوص في كل هذا، و الراجح من الأقوال أن الرقية قد تكون واجبة إذا خشي الهلاك على المعان و كان العائن معروفا، ومن جملة الأحاديث الواردة في مشروعية الرقية:

-عن عمران بن حصين -رضي الله عنهما-قال : قال رسول الله صلى الله عليه و سلم:" لا رقية إلا من عين أو حمة".

-وعن عبد الله بن عباس رضي الله عنهما قال : كان رسول الله صلى الله عليه و سلم يعوذ الحسن و الحسين يقول:" أعيذكما بكلمات الله التامة من كل شيطان وهامة ومن كل عين لامة"، و قوله تعالى :" من شر حاسد إذا حسد" يعم الحسد من الجن و الإنس فإن الشيطان و حزبه يحسدون المؤمنين على ما آتاهم الله من فضله (جمال صاولي،1995،ص:21).

5-2-الرقية من الألم و الوجع: عن "عثمان ابن أبي العاص" أنه اشتكى إلى رسول الله صلى الله عليه و سلم، فقال له رسول الله صلى الله عليه و سلم:"ضع يدك على الذي تألم من جسدك وقل باسم الله ثلاثا، وقل سبع مرات: أعوذ بالله و قدرته من شر ما أجد و أحاذر". ومن هنا يتبين لنا أهمية الإيمان بالله و فعالية الدعاء عندما يلم بأحدنا المرض، وهذا ما يثبت مرة أخرى فعالية الرقية سواء في أمراض القلوب أو النفوس أو أمراض الجسد و الأعضاء.

5-3-الرقية الشرعية من السحر: من اعظم ما يزيل السحر بعد وقوعه الرقية، يقول ابن حزم :" جربنا من كان يرقي الدمل الحاد القوي الظهور في أول ظهوره، فيبدأ من يومه ذلك بالذبول، و يتم يبسه في اليوم الثالث، و يقله كما تقلع قشرة القرحة إذا تم يبسها.جربنا من ذلك ما لا نحصيه، وكانت هذه المرأة ترقي أحد الدملين قد دفعا على إنسان واحد، و لا ترقى الثاني، فيبس الذي رقت و تم ظهور الذي لم ترق، و يلقى

منه حامله الأذى الشديد، و شاهدنا من كان يرقى الورم المعروف بالخنازير فيندمل ما تفتح منها، و يذبل ما لم يفتح و يبرأ (عمر سليمان الأشقر،1997،ص:202).

5-4-علاجات أخرى للرقية :و الرقى ألفاظ خاصة يحدث عندها الشفاء من الأسقام و الادران المهلكة، و هذه الألفاظ منها ما هو مشروع كالفاتحة و المعوذتين و منها ما هو غير مشروع كرقى الجاهلية و غيرها و لا يطلق عليها رقى لها تحدثه من ضرر و لأنها كفر.

و أنفع أنواع الرقى ما كان بالقرآن الكريم و في هذا يقول" الشيخ بدر الدين ابن عبد الله الشلبي:" و في هذا التطبب و الاستشفاء بكتاب الله عز وجل غنى تام، ومقنع عام، وهو النور و الشفاء لما في الصدور، و الوفاء الدافع لكل محذور و الرحمة للمؤمنين و أهل القبور...و من تذكر آيات الكتاب من ذوي الألباب وقف على الدواء الشافي لكل داء واف سوى الموت الذي هو غاية كل حي، فإن الله تعالى يقول :" ما فرطنا في الكتاب من شئ" سورة الأنعام آلاتية :38 و خواص الآيات و الأذكار لا ينكرها إلا من عقيدته واهية، و لكن لا يعقلها إلا العالمون، لأنها تذكرة، و تعيها أذن واعية، و الله الهادي إلى الحق و المسلم بإمكانه أن يرقي نفسه و يمكن أن يرقي غيره و لا شك أن صلاح الإنسان له أثر في النفع و كلما كان أكثر صلاحا كان أكثر نفعا لقوله تعالى :" إنما يتقبل الله من المتقين" سورة المائدة الآية : 27، و قراءة القرآن و الأذكار المأثورة لها خاصية في النفع من جميع الأمراض خاصة إذا كان الذي يقرأها صالحا موقنا بنفعها (عمر سليمان الأشقر،1997،ص:205).

6-ذكر الآيات الواردة في الرقية الشرعية:

يقول الله تعالى :" و ننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين" سورة الإسراء الآية 82.

و قال أيضا :" يا أيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم و شفاء لما في الصدور" سورة يونس الآية 57.

فالقرآن هو الشفاء التام من جميع الأدوية القلبية و البدنية، و أدواء الدنيا و الآخرة و ما كل أحد يؤهل و لا يوقف الاستشفاء به، و إذا أحسن العليل التداوي به، ووضعه على دائه بصدق و إيمان و قبول تام و اعتقاد جازم، و استيفاء شروطه، لم يقاومه الداء أبدا و كيف تقاومه الأدواء كلام رب السماء و الأرض، فما من مرض من أمراض القلوب و الأبدان إلا و في القرآن سبيل الدلالة على دوائه و سببه.

أما الأدوية القلبية، فإنه بذكرها مفصلة، و يذكر أسباب علاجها. قال تعالى :"أو لم يكفهم أنا أنزلنا عليك الكتاب يتلى عليهم".سورة العنكبوت الآية 51.فمن لم يشفه القرآن فلا شفاه الله، و من لم يكفه، فلا كفاه الله، غير أنه لا يوجد ثمة نص صريح أو أمر بالرقية الشرعية كوسيلة أو سبب للشفاء غير أنها تأتي بصيغة الحث على الاستعانة بالله و الاستعاذة به و تأتي بلفظ الرقية دون الدلالة على حقيقتها.

6-1-آيات جاءت بلفظ الرقية دون الدلالة على حقيقتها:

* يرقيك :"و لن نؤمن برقيك حتى تنزل علينا كتابا نقرؤه".سورة الإسراء الآية 93.
*راق :" كلا إذا بلغت التراقي و قيل من راق" سورة القيامة، الآية 26.

6-2-آيات الاستعانة بالله و الاستعاذة به :

*"إياك نعبد و إياك نستعين" سورة الفاتحة، الآية 05.
*"و إما ينزغنك من الشيطان نزغ فاستعذ بالله انه سميع عليم".سورة الأعراف،الآية 200.
*" فإن قرأت القرآن فاستعذ بالله من الشيطان الرجيم".سورة النحل الآية 98
*"قال " أني أعوذ بالرحمن منك إن كنت تقيا".سورة مريم، الآية 18.
*"فاستعذ بالله انه هو السميع البصير".سورة غافر.الآية 56.
*"و أذكر اسم ربك و تتبل إليه تتبيلا" .سورة المزمل. الآية 8.
*"قل أعوذ برب الفلق..".سورة الفلق،الآية 1.

*"قل أعوذ برب الناس...".سورة الناس،الآية 1.

هذه الآيات النازلة و التي تحمل لفظ الرقية أو أنها جاءت دالة و حاثة على الاستعانة بالله عز وجل و الاستعاذة به من مختلف الشرور و التي قد تصيب الفرد.
و يبقى القرآن الكريم كله كتاب شفاء و شرح للصدور و يكفي أن نقرأ منه آية حتى نحس بالراحة النفسية.

7-الأحاديث الواردة في الرقية الشرعية :

أما إذا رجعنا إلى السنة و ما أثر على النبي صلى الله عليه و سلم و أصحابه فالأحاديث الخاصة بالرقية فلا تكاد تحصى و منها:

قال النبي صلى الله عليه و سلم:" من دخل على مريض لم يحضره أجله فقال:" أسأل الله العظيم رب العرش العظيم أن يشفيك –سبع مارت –شفي".

و عن على –كرم الله تعالى وجهه–قال : كان رسول صلى الله عليه و سلم إذا دخل على مريض قال: "أذهب البأس، رب الناس، أشف أنت الشافي لا الشافي إلا أنت".

عن ابن عباس – رضي الله تعالى عنهما– قال : كان رسول الله صلى الله عليه و سلم يعوذ الحسن و الحسين يقول:" أعيذكما بكلمات الله التامة من شر كل شيطان و هامة، و من كل عين لامة". و يقول :" هكذا كان إبراهيم يعوذ ابنيه إسماعيل و إسحاق". و قالت عائشة– رضي الله عنها : " كان رسول الله صلى الله عليه و سلم إذا أشتكى شيئا من جسده قرأ : " قل هو الله أحد" و " المعوذتين" في كفه اليمنى، و مسح بها المكان الذي يشتكي"(حسن رمضان فحلة،1995،ص:144).

ولأجل ذلك يلاحظ انه كان رسول الله صلى الله عليه و سلم، وهو الرحمة المهداة يأمر أهله و أصحابه و المسلمين بالاستشفاء عن طريق الرقى، كما يأمرهم بالتداوي من الأمراض بالقرآن الكريم.

8-تجارب حديثة في العلاج بالرقية و القرآن الكريم :

إثباتا للقوة الشفائية للآيات بالتجارب المعملية، و الكمبيوتر في مؤسسة العلوم الطبية الإسلامية بأمريكا، حيث أجابت هذه التجارب عن أسئلة جد هامة مثل : هل للآيات القرآنية قوة شفائية و هل هذا التأثير عضوي أو روحي؟ أم خليط من الاثنين معا؟.

يقول " احمد القاضي " رئيس المركز الإعلامي بمؤسسة العلوم الطبية الإسلامية بمدينة "بنماسيتي" : أن المرحلة الأولى من البحث أثبتت فيها التجارب أن للقرآن أثر مهدئا في 97 % من التجارب في شكل تغيرات فسيولوجية حيث تدل على تخفيف درجة توتر الجهاز العصبي التلقائي...و قد استطاعت المراقبة الدقيقة لأجهزة الكمبيوتر أن تأتي بنتائج واضحة يمكن الاعتماد عليها كمؤشرات لمتغيرات ثابتة تبدأ من عندها أي تجارب أخرى و أثبتت القياسات المسجلة نتائج إيجابية بنسبة 65 %.

و قد أمكن تكرار هذه التجارب بنفس النتائج الإيجابية للقوة الشفائية لألفاظ القرآن على الرغم من إعادة ترتيبها بالنسبة للقراءات الأخرى مما أكد الثقة بهذه النتائج مرة ثالثة و فتح مجالا جديدا لعدد كبير من الاحتمالات المستقبلية.

و في أبريل عام 1982 نشرت مجلة " منار الإسلام " التي تصدرها وزارة الشؤون الإسلامية و الأوقاف لدولة الإمارات العربية المتحدة تحت عنوان إحدى التجارب العلمية في أمريكا، تؤكد تأثير الألفاظ القرآنية في علاج التوتر العصبي للأستاذ " أبو إسلام احمد عبد الله" (رياض محمد سماحة،بدون تاريخ , ص:109).

و كذلك قام بعض الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية بتجارب حول تأثير ترتيل القرآن الكريم في المرضى المسلمين و غير المسلمين، و سواء كانوا يعرفون اللغة العربية أو يجهلونها و ملاحظة ما يحصل لهؤلاء المرضى من تغييرات نفسية و عضوية.

– أجريت الجمعية الطبية الإسلامية لمدينة "بنماسيتي" بولاية فلوريدا في أمريكا تجربة أجرتها على خمسة أشخاص ليسوا بمسلمين و لا ينطقون باللغة العربية 03 منهم ذكور، و متوسط أعمارهم 22 سنة و كانت التجربة كالتالي:

ا– تجارب استماع:

–85 جلسة استماع لقراءات قرآنية باللغة العربية بالتجويد.

– 85 جلسة استماع لقراءات غير قرآنية باللغة العربية بطريقة التجويد باختيار اللفظ و السورة و الإيقاع، ليكون مشابها لما في القرآن.

ب– تجارب صمت :

تمت 40 جلسة استرخاء مشابهة لجلسات الاستماع و لكن بدون تلاوة أي مجرد قراءات، و لكن عندما وجد الباحثون أن جلسات الصمت لم تأت بنتيجة إيجابية على التوتر تغير مسار البحث، و أصبحت مقارنة بين النتائج التي أجريت في جلسات الاستماع للقراءات القرآنية، و غير القرآنية مع مراعاة تغيير ترتيب بين هذه القراءات دون إعلام المستمع، و كان معيار النتائج : تهدئة النفس، اعتماد على مؤشرات التغيرات الفيزيولوجية الآتية :

- قابلية الجلد للتوصيل الكهربائي بالعضلات التي تعكس ردود فعل الأعصاب.
- عد ضربات القلب و ضغط الدم.
- الفحص النفسي المباشر.

و جاءت النتائج مؤكدة أن تلاوة القرآن تصحبها التغيرات الفيزيولوجية الملموسة و لا مجال فيها للإيحاء حيث أشارت النتائج إلى :

1– 65 % تأثير إيجابي (تهدئة النفس) في جلسات الاستماع القرآنية.

2– 35 % تأثير إيجابي (تهدئة النفس) في جلسات الاستماع غير القرآنية.

وما هذا إلا دليل على التأثيرات العميقة للقرآن الكريم في العملية العلاجية.(حامد أحمد حامد،1991،ص:240–241).

و في فصل تحت عنوان (الإيمان صنيعة الصحـة) كتب "هاري اوفرستريت" و "بونارد أوفرستريت" يقولان : الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية شخص مؤمن و يندر أن يكون غير ذلـك (أوفرستريت و بونـارد ستريت، 1960،ص:228).

و انطلاقا من هذه التجارب العملية فهذا إذ دل على شئ فإنما يدل على القدرة الإستشفائية للقرآن الكريم و القوة الدلالية لألفاظه. كما نستنتج تأثيره الكبير و قوته الخفية. و اعتباره الشافي بمشيئة البارئ جل و علا.

ويستنتج كذلك قوة و تأثير كلام الله تعالى على النفس البشرية ليهبها الشفاء بإذن المولى عز وجل.

9-شروط وصفات المعالج بالرقية الشرعية:

يشترط فيمن وهبه الله عز وجل القدرة على العلاج بالقرآن الكريم عدة شروط منها:

-أن يكون قوي الإيمان بالله تعالى.

-التقوى فيجب أن يكون تقيا بارا وفيا، يخشى الله تعالى، و يخاف رب العالمين، و من يتق الله يجعل له من أمره يسرا و يؤيده بنصره، لأن التقوى خير ما يتزود به المؤمن.

-قوة الشخصية، كي يتمكن صاحبها من السيطرة على حالـة المريض(حسن رمضان فحلة،1995،ص:25).

-أن يكون معتقدا عقيدة السلف الصالح رضوان الله عليهم تلك العقيدة الصافية النقية البيضاء الناصعة.

-أن يكون معتقدا أن لكلام الله تعالى تأثير عن الجن و الشياطين.

-أن يكون عالما بأحوال الجن و الشياطين.

-أن يكون مواليا بالطاعات التي بها يرغم أنف الشياطين.

-أن يكون ملازما لذكر الله العظيم الذي هو الحصن الحصين من الشيطان الرجيم و لا يتحقق ذلك إلا بمعرفة الأذكار النبوية (وحيد عبد السلام بالي،1989،ص:78).

-إخلاص النية لله تعالى في تعلم هذا الأمر و العمل به، أي أن يكون مخلصا في نيته لله تعالى في العلم و العمل.

-العلم : و هو نوعان : علم شرعي: و يتضمن ، علم التوحيد و علم معرفة الحلال و الحرام حتى لا يقع في البدع ، و علم دنيوي مادي : بأحوال الناس و طبائعهم، فيجب على من يتصدى للعلاج أن تتوفر فيه هذين العلمين .

-الخبرة :التي تؤهله للقيام بالعلاج، و منها : معرفة أحوال الجن، و الشياطين و مداخلهم، و كيفية التعامل معهم، كذلك معرفة حال المريض، و قربه من الله عز وجل.

-كتمان السر: حيث يتطلب هذا العمل الاطلاع على أسرار الناس، و أعراضهم و خباياهم.

-الدراية بأمراض النفس: حيث تتشابه أمراض النفس مع كثير من أمراض المس بجميع أنواعه، و بعض من الناس يخلط ما بين المرض النفسي و بين المس أو السحر (خليل بن إبراهيم أمين،1997،ص:73).

و من هنا يلاحظ أنه كلما ازداد الإنسان من الله قربا ازداد من الشيطان بعدا بل و ازداد عليه قوة و تأثيرا، معنى هذا أنه كلما كان المعالج بالرقية ذو شخصية قوية، تجمع بين قوة العقل وقوة الخلق، و يكون صادقا، أمينا على أسرار مرضاه، مؤمنا بالله تعالى و أن الله هو الشافي و ما هو إلا سبب في ذلك كانت نتيجة عمله بإذن الله تعالى موفقة، و منه يمكنه التأثير في المريض و يحاول إصلاح اتجاهاته الخاطئة و بالتالي يحقق الهدف من العلاج بالرقية.

خلاصة:

الرقية هي ما يتعوذ به، سواء كان قبل وقوع البلاء أو بعده دفعا للظلم و البلاء، قال تعالى : " يا أيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم، و شفاء لما في الصدور...". يونس الآية 75.

فالرقية هي أحد مسببات الشفاء و الشافي هو الله – عز وجل_ فعلى من

طلب الطب الروحي الإيجابي أن يثق به كامل الثقة، و يؤمن بجدواه فلا يأمره على سبيل التجربة أو الاستهزاء أو السخرية أو الاستهانة فمن أخذ بهذه النية أو على هذا السبيل فإنه لا ينفع به، و كذلك لا ينتفع به من لم يكن مؤمنا أو من كان مصرا على معصيته، معترضا على ما قسم الله له.

و تبقى الرقية طب روحي و علاج نفسي، و يكفي فيها سماع كلام الله– عز وجل– حتى تعود النفس إلى سريرتها، و القلب إلى طمأنينته، و يبتعد عن الحزن و الضجر.

البـاب الثانـي

الجـانـب التطبيقـي

الفصـل الرابـع

الدراسة الاستطلاعية

تمهيـــد

1- وصف عينة الدراسة الاستطلاعية.

2- أداة جمع البيانات المستخدمة في هذه الدراسة.

3- الخصائص السيكومترية لأداة جمع البيانات.

تمهيد

تهدف الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث إلى التعرف على مدى صلاحية أداة جمع البيانات قبل استخدامها في الدراسة الأساسية ، و ذلك من خلال التحقق من مدى ملاءمة الأداة لمستوى أفراد عينة البحث و تحديد فهمهم للفقرات الواردة فيها و اكتشاف بعض جوانب النقص في إجراءات التطبيق، مثل استيعاب بعض فئات المجتمع لتعليمات الأداة و لتحقيق ذلك كان من الضروري التأكد من خصائصها السيكومترية.

و سيتم التطرق في هذا الفصل إلى وصف عينة الدراسة الاستطلاعية، ثم وصف أداة جمع البيانات التي تم بناؤها من قبل الطالبة مع توضيح أهم خطوات البناء، و بعده التعرض للخصائص السيكومترية للأداة.

1-وصف عينة الدراسة الاستطلاعية :

تمثلت هذه العينة في 30 فردا (إناث و ذكور) من مختلف الأعمار، و من منحدرات سكنية مختلفة (ريف و حضر)، و باختلاف مستوياتهم التعليمية , و

الجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس، المنحدر السكني.

جدول رقم (02) يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية

حسب الجنس، المنحدر السكني:

المنحدر السكني / الجنس	حضر	ريف	المجموع
ذكور	**08**	**06**	**14**
إناث	**07**	**09**	**16**
المجموع	**15**	**15**	**30**

يتضح من الجدول رقم (03) أن العينة الاستطلاعية تم اختيارها من منطقتين واحدة حضرية و الأخرى ريفية مع الأخذ بعين الاعتبار الجنس، و المستوى التعليمي (جامعي، ثانوي ، متوسط، ابتدائي) و السن ، حيث تراوحت أعمارهم ما بين 20 سنة و 48 سنة.

2-أداة جمع البيانات المستخدمة في هذه الدراسة:

بناء على ما تتطلبه أهداف الدراسة الحالية تم الاعتماد على أداة واحدة لجمع البيانات و تنقسم إلى قسمين ، قسم أ يتمثل في أداة لقياس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و قسم ب يتمثل في أداة لقياس الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية و كانت هذه الأداة معدة من قبل الطالبة، و فيما يلي وصف كامل لهذا المقياس مع إبراز الخطوات المتبعة في بنائه.

2-1- تقديم المقياس :

أ- **دواعي إعداد المقياس :** بعد ما قامت الطالبة بالبحث عن مقياس للإدراك

الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و لم تجد ما يمكن الاعتماد عليه في الدراسة كأداة لجمع البيانات، و نظرا لعدم توفر الطالبة على نموذج لقياس الإدراك الاجتماعي بصفة عامة إلا المقياس المعد من طرف " عبد اللطيف محمد خليفة " لقياس صورة المرأة "(عبد اللطيف محمد خليفة , 2003 , ص : 85) . إلا أنه كان يتضمن جملة من الخصال، و فقط و هذا نظرا لطبيعة البحث و أهدافه المسطرة من طرف الباحث، و من خلال تلك الأسباب و الدواعي و طبقا لذلك أقبلت الطالبة على محاولة , الغرض منها بناء أداة تقيس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية لعينة من فئات المجتمع بهدف استعمالها في مذكرة الماجستير كأداة قياس، إضافة إلى ذلك أرادت الطالبة محاولة بناء اختبار سيكولوجي.

ب- الخلفية النظرية المعتمدة في إعداد المقياس : اعتمدت الطالبة في إعداد أداة الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية على ما يلي :

* تم توجيه سؤالين مفتوحين لعينة محدودة من فئات المجتمع لمعرفة طبيعة معلوماتهم و أفكارهم و تصوراتهم حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و ذلك لتحديد انطباعاتهم و إدراكاتهم، و كانت العينة مكونة من 100 مبحوث ممثلة في إناث و ذكور من مختلف المستويات التعليمية، و من مختلف المنحدرات السكانية نظرا لمقتضيات البحث، و ذلك لتحديد و بدقة أهم الصفات و الانطباعات المدركة لدى هؤلاء و اعتمادها كبنود في هذه الأداة.

و كان السؤالان يتعلقان بنظرة المجتمع ممثلة في نظرة أفراده للمعالج النفسي و المعالج بالرقية و ذلك في شكل نقاط تتمثل في :

الانطباعات، التصورات و كذا التقويم و الحكم على الشخصية و السلوك و الخصال و التعبير عن المشاعر والاتجاهات نحو الآخر.

وينص السؤالان على ما يلي :

كيف تنظر للمعالج النفسي ؟

كيف تنظر للمعالج بالرقية ؟

*عقب ذلك تم تحليل محتوى إجابات هؤلاء الأفراد للتوصل إلى الجوانب

النوعية و السلوكية التي يرونها في المعالج النفسي و المعالج بالرقية و تم التوصل من ذلك الإجراء إلى مجموعة من البنود و التي تعكس الانطباعات و الاتجاهات و الحكم على السلوك و الخصال و الصفات، و هي جوانب مهمة في الإدراك الاجتماعي، و تضمنتها الأداة بصفتها من العناصر الأكثر استهدافا لدى هؤلاء المبحوثين، و تم إلغاء تلك الانطباعات التي كانت من قبل بعض المبحوثين فقط.

*و قد أضافت الطالبة بعض البنود و التي توصلت إليها من خلال إطلاعها على بعض وسائل الإعلام المكتوبة، و التي كانت في شكل مؤشرات من خلال صحيفة تتحدث عن هذا الموضوع الحساس، علما أن هذا الموضوع استهدف كثيرا من قبل وسائل الإعلام، و خاصة إذا ما نظرنا إلى تلك المقالات التي تتحدث عن واقع معين لعملية العلاج سواء العلاج النفسي أو العلاج بالرقية أو المعالج ذلك الشخص القائم بعملية العلاج، و تلك الصفات التي تتوفر فيه و منها تتكون الانطباعات عنه سواء إيجابية أو سلبية، و كذا تناول تلك المقالات لعملية العلاج بالرقية باعتبارها ظاهرة اجتماعية في واقعنا اليومي. ومن تلك المقالات المنشورة ما نشرته جريدة حوادث الخبر الصادرة من يوم 14 إلى 28 سبتمبر 2004.

تمكنت الطالبة من صياغة بعض البنود من تلك المقالات كانت تتمثل في انطباعات و آراء و أحكام من المجتمع لهؤلاء المعالجين ن اعتمدها رجال الإعلام لدراسة هذا الواقع الخاص.

و من هنا أمكن للطالبة صياغة 60 فقرة تقيس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية.

2-2- خطوات بناء أداة الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية:

أ-**تحديد الغرض من الأداة :** تم تصميم هذه الأداة لتحقيق الأهداف التي سنوضحها من خلال الإجابة على الأسئلة التالية :

ماذا تقيس ؟

الأداة تقيس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في المجتمع بصفة عامة.

لمن تقيس ؟

– الأداة تساعد الباحثين و غيرهم من المهتمين بعمليات التفاعل الاجتماعي باعتبار أن هذه الادراكات و الانطباعات تحدد شكل التفاعل الاجتماعي إيجابا أو سلبا بين بعض فئات المجتمع.

– تساعد الطالبة التعرف على هذه الادراكات و الانطباعات و منه الأخذ بها في مجال هذه الدراسة.

كيف تقيس ؟

يمكن تطبيق هذه الأداة على فئات المجتمع بحيث تكون أعمارهم 18 سنة، أي اعتبار الراشدين فقط، و يكون ذلك بصورة جماعية أو فردية، كما تعتمد الأداة على استعمال الورقة و القلم و لا ترتبط بزمن محدد.

ب–تحديد العينة :

هذه الأداة موجهة لكل فئات المجتمع شرط أن يكونوا ممن يستطيعون القراءة و الكتابة أي من ذوي التعليم الابتدائي فما فوق، كما اشترطت الطالبة أيضا أن تكون عينة الدراسة لم تتلق أية دراسة في علم النفس و علوم التربية، و هذا تجنبا للتحيز الادراكي للمعالج النفسي.

التعرف الإجرائي للإدراك الاجتماعي :

هو عملية تكوين انطباعات حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية، وكذا تقويمهما و الحكم على شخصياتهما وسلوكهما لدى عينة من أفراد المجتمع الورقلي من مختلف الأعمار وباختلاف الجنس والمستوى التعليمي والمنحدر السكني . وذلك من خلال الأداة المصممة لهذا الغرض .

د-تحديد الفقرات : تم الاعتماد على السؤالين المفتوحين إضافة إلى ذلك ما عالجته وسائل الإعلام المكتوبة لهذا الموضوع، و تمت صياغة فقرات الأداة في صورة عبارات تقريرية تتضمن الفقرات الموجبة و السالبة في شكل اختيار إجابة من ثلاث إجابات (موافق، محايد، معارض)، و تتكون الأداة من 60 فقرة و بعد صدق التحكيم وصل عدد الفقرات إلى 49 فقرة و بعد صدق المقارنة الطرفية اصبح عدد الفقرات 36 فقرة .

هـ- تعليمات الأداة : أرفقت الأداة بتعليمات حيث توضح طريقة الإجابة للمفحوص على فقرات الأداة، و تهدف هذه التعليمات عموما إلى ضمان التطبيق الجيد لهذه الأداة .

و- مفتاح التصحيح : يطلب من المفحوص الإجابة على كل فقرات الأداة حيث أن هذه الفقرات تتعلق بآراء و انطباعات الناس حول المعالج النفسي
و المعالج بالرقية. و يقابل كل فقرة ثلاث بدائل للإجابة عليها : (موافق، محايد، معارض).

- الشخص الذي يضع علامة (x) في خانة (موافق) يحصل على ثلاث درجات.
- الشخص الذي يضع علامة (x) في خانة(محايد) يحصل على درجتين.
- الشخص الذي يضع علامة (x) في خانة(معارض) يحصل على درجة واحدة. و في حالة وجود فقرات سلبية تقلب أوزان الفقرات.

م- الخصائص السيكومترية : تم حساب الخصائص السيكومترية الأداة و المتمثلة في الصدق و الثبات، و هذا ما سنتعرض له بالتفصيل في العنصر الموالي من هذا الفصل.

3-الخصائص السيكومترية لأداة القياس:

يتم التعرف على هذه الخصائص انطلاقا من حساب صدق و ثبات أداة الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية .

3-1-صدق أداة قياس الإدراك الاجتماعي : تم حساب صدق الأداة بواسطة صدق المحكمين و صدق المقارنة الطرفية.

أ-**صدق التحكيم:** حيث تم إعداد استمارة التحكيم (أنظر الملحق رقم(01)) ووزعت على 09 أساتذة مختصين في علم النفس و علم الاجتماع و هم:

د- معمرية بشير (جامعة الحاج لخضر باتنة).

د-قريشي عبد الكريم (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-يوب مختار(جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-عواريب الأخضر (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-الشايب محمد الساسي (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-زياني الوناس (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-بن زياني محفوظ (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-بن زعموش نادية (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

أ-علوانة ربيعة (جامعة قاصدي مرباح ورقلة).

حيث سيتم التعليق على نتائج التحكيم تبعا للنقاط التالية:

ا-التحكيم الخاص بعدد الفقرات الخاص في كل بعد.

ب-التحكيم الخاص بمدى وضوح الصياغة اللغوية و تأديتها للمعنى.

ج-مدى ملاءمة بدائل الأجوبة للفقرات.

د-مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة.

هـ-مدى وضوح المثال المقدم وتسهيله للإجابة.

و-مدى مناسبة التعليمات و الفقرات لأفراد العينة ذوي التعليم المنخفض.

وطلب البديل في حالة عدم الموافقة.

نتائج التحكيم :

أ-التحكيم الخاص بعدد الفقرات في كل بعد:

عرض عدد الفقرات الخاصة بقياس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي من خلال البعد المعرفي على المحكمين التسعة، بحيث طلب منهم إعطاء آرائهم إن كان عدد الفقرات كاف أم غير كاف حيث كان عدد الفقرات 32 فقرة .

و بنفس الكيفية عرضت الفقرات الخاصة بالادراك الاجتماعي للمعالج بالرقية و كان عددها 28 فقرة حيث طلب من المحكمين إعطاء آرائهم حول ما إذا كانت الفقرات كافية أم غير كافية و ذلك بوضع علامة (x) في إحدى خانتي الجدول .

و عليه جاءت نتائج التحكيم كما هي مجملة في الجدول الآتي:

جدول رقم (03) يوضح نتائج صدق المحكمين الخاصة بعدد الفقــرات.

عدد الفقرات	إجابات المحكمين	
	كاف	غير كاف
- قياس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي 32 فقرة. - قياس الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية 28 فقرة.	09	/

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الفقرات في البعد كاف لقياس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، حيث صادق عليها المحكمون

التسعة و اعتبروها كافية غير أن أغلبية المحكمين لاحظوا أن فقرات الأداة كانت كثيرة و عليه اتجهوا إلى إسقاط بعضها حيث كان القسم (أ) الخاص بالإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي يحتوي على 32 فقرة أصبح يحتوي على 25 فقرة. أما القسم (ب) الخاص بالإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية كان يحتوي على 28 فقرة أصبح يحتوي على 24 فقرة، أي بعد أن كان المقياس يحتوي على 60 فقرة و بعد إسقاط عدد من الفقرات اصبح يحتوي على 49 فقرة هذا قبل قياس الصدق بطريقة المقارنة الطرفية، و هذا ما يجيز لنا اعتبار أن عدد الفقرات كاف و صادق.

ب- التحكيم الخاص بمدى وضوح الصياغة اللغوية و تأديتها المعنى :

اتفق معظم المحكمين على تغيير الصياغة اللغوية بالنسبة للكثير من الفقرات، بحيث كانت في معظمها تتضمن صيغة الضمير بينما اتجه معظم المحكمين إلى ضرورة وجود كلمة المعالج، سواء النفسي أو بالرقية و ذلك لتوضيح الفقرات بالنسبة للمفحوص وهي: (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32,) هذا بالنسبة للفقرات التي تقيس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي , وكذا تعديل الفقرات (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 25,) بالنسبة للفقرات التي تقيس الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية .و الجدول التالي يوضح مثالا على ذلك.

جدول رقم (04) يوضح تعديل بعض الفقرات
من حيث الصياغة اللغوية انطلاقا من أراء المحكمين.

أ- الفقرات الخاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي.

الرقم	الفقرة	تعديلها
01	**تتسم العلاقة بينه و بين الناس بالاحترام**	**تتسم العلاقة بين المعالج النفسي و غيره من الناس بالاحترام.**

05	أتصور أنه محل نقد من قبل الآخرين	أتصور أن المعالج النفسي محل نقد من قبل الآخرين.

ب- الفقرات الخاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية :

الرقم	الفقرة	تعديلها
01	أرى بأنه شخص مرفوض من قبل الناس	المعالج بالرقية شخص مرفوض من قبل الناس
05	اعتقد أن أسلوبه خشن مع الناس	إن أسلوب المعالج بالرقية خشن مع الناس.

نلاحظ من هذين الجدولين تعديل الصياغة اللغوية لبعض فقرات الأداة أما محتوى الفقرات فقد اعتبره كل المحكمين مناسب و يقيس ما وضع لقياسه.

ج-**مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات :** تم وضع 03 بدائل للإجابة على فقرات الأداة الإدراك الاجتماعي و هي :موافق، محايد، معارض، و طلب من المحكمين تحديد مدى ملاءمتها للفقرات و ذلك بوضع علامة (x) في إحدى خانات الجدول (ملائمة جدا، ملائمة نوعا ما، غير ملائمة على الإطلاق) مع تقديم البديل في حالة ما إذا كانت بدائل الأجوبة غير ملائمة، و النتائج موضحة في الجدول الآتي :

جدول رقم (05) يوضح نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى ملائمة بدائل الأجوبة لفقرات أداة الإدراك الاجتماعي .

بدائل الأجوبة	إجابات المحكمين		
	ملائمة جدا	ملائمة نوعا ما	غير ملائمة على الإطلاق

موافق **محايد** **معارض**	**07**	**02**	/

نلاحظ من خلال الجدول أن بدائل الأجوبة ملائمة لفقرات أداة الإدراك الاجتماعي حيث صادق عليها سبعة محكمين مقابل محكمين اثنين، و هذا ما يجيز لنا اعتبار بدائل الأجوبة ملائمة و صادقة.

د–مدى وضوح التعليمات و شموليتها : وضعت التعليمات الموجهة لدى عينة من فئات المجتمع الورقلي، و التي تشرح كيفية الإجابة و التعامل مع الأداة لتحكيم مدى وضوحها و شموليتها، حيث طلب من المحكمين إعطاء رأيهم في مدى وضوح هذه التعليمات و ذلك بوضع علامة (x) في إحدى خانات الجدول (مناسبة جدا، مناسبة نوعا ما، غير مناسبة على الإطلاق) مع تقديم البديل في حالة عدم وضوحها ، و نتائج التحكيم مبينة في الجدول الآتي:

جدول رقم (06) يوضح نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد البحث.

التعليمات	**إجابات المحكمين**		
	مناسبة جدا	**مناسبة نوعا ما**	**غير مناسبة على الإطلاق**
التعليمات الموجهة لأفراد البحث.	**06**	**03**	/

يبين الجدول أن التعليمات المقدمة لأفراد البحث قد صادق عليها 06 محكمين من أصل 09 محكمين، غير أن أحد المحكمين قدم اقتراحا و هو تبسيط الصياغة

اللغوية للتعليمات نظرا لتقديم الأداة لأفراد العينة ذوي التعليم المنخفض، و لقد اعتمدنا هذا الاقتراح و قمنا بتعديل التعليمات و فقه و هذا ما يجيز لنا اعتبار أن هذه التعليمات صادقة.

هـ-مدى وضوح المثال المقدم و تسهيله الإجابة :

بعد صياغة التعليمات المرفقة للأداة ، قمنا بإعطاء مثال لتسهيل الإجابة حيث طلب من المحكمين إعطاء رأيهم في مدى وضوح هذا المثال و ذلك بوضع علامة (x) في إحدى خانات الجدول (واضح جدا، واضح إلى حد ما، غير واضح على الإطلاق) مع تقديم البديل في حالة عدم الوضوح، و نتائج التحكيم مبينة في الجدول الآتي:

جدول رقم (07) يوضح نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى وضوح المثال و تسهيله الإجابة.

	إجابات المحكمين		
	واضح جدا	**واضح إلى حد ما**	**غير واضح على الإطلاق**
المثال المقدم	**08**	**01**	/

يلاحظ من الجدول أن المثال المقترح واضح و يؤدي الغرض حيث أنه وضع لتسهيل الإجابة، ووافق وصادق عليه ثمانية محكمين مقابل واحد، وطلب منا تبسيط الصياغة اللغوية لما بعد المثال وذلك لفهمه من طرف عينة ذوي التعليم المنخفض، و فعلا قمنا بذلك، و من هنا جاز لنا اعتبار المثال واضح و صادق.

و-مدى مناسبة الفقرات و التعليمات لأفراد العينة ذوي التعليم المنخفض :

في هذه الحالة طلبنا من المحكمين الاختيار بين حلين و هما كآلاتي :

أولا : تقرأ لهم التعليمات و الفقرات و تشرح.

في حالة اتخاذ هذا الإجراء هل يقلل هذا من قيمة الأداة من حيث تدخل ذاتية الباحث أم لا ؟.

ثانيا : يمكن إعداد أداة خاصة بذوي التعليم المنخفض تكون باللغة الدارجة لتسهيل فهم تعليمات و فقرات الأداة.

فما هو الحل الذي يمكن الأخذ به من الحلين السابقين، و في حالة عدم الموافقة على كليهما ما هو الاقتراح البديل ؟

اتجه 06 محكمين إلى الحل الأول ، ألا و هو قراءة التعليمات و الفقـرات و الشرح، بينما أتجه 03 محكمين إلى الحل الثاني و هو إعداد أداة باللغة الدراجة، و من هنا يجيز لنا اعتبار الأداة ملائمة و مناسبة لذوي التعليم المنخفض مع اعتماد القراءة و الشرح دون الإيحاء بالإجابة .

***- التحكيم الخاص بالسؤال المفتوح :**

تم وضع سؤال مفتوح في نهاية الأداة ، و طلب من المحكمين تقديم رأيهم في مدى وضوحه و ذلك بوضع علامة (x) في إحدى خانات الجدول(واضح، غير واضح ، غير واضح على الإطلاق) مع تقديم البديل في حالة عدم وضوحه

و نتائج التحكيم مبينة في الجدول الآتي :

جدول رقم (08) يوضح نتائج صدق التحكيم
المتعلقة بمدى وضوح السؤال المفتوح.

واضح	واضح إلى حد ما	غير واضح على الإطلاق
07 محكمين	**02 محكمين**	/

من خلال الجدول يلاحظ أن السؤال المفتوح واضح، حيث صادق عليه سبع محكمين، إلا أنه اقترح علينا بعض المحكمين، تحويله إلى سؤال مغلق كما هو في الصورة النهاية لأداة الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية و قد اعتمدت الطالبة هذا الاقتراح سعيا للوصول إلى ما يدعم نتائج الأداة، و هذا ما يجيز لنا اعتبار هذا السؤال صادق و يقيس ما وضع لقياسه.

و عليه يمكن اعتبار أداة القياس على قدر من الصدق حيث وافق عليها أغلبية المحكمين و أصبح عدد فقراتها (49) فقرة.

ب–صدق المقارنة الطرفية :

و للتأكد أكثر من صدق الأداة تم الاعتماد على صدق المقارنة الطرفية كطريقة أخرى لحساب الصدق، حيث تم تحديد أعلى الدرجات بنسبة 33.33 %
و أدناها بنفس النسبة تم قياس الفروق الموجودة بينهما في كل سؤال بتطبيق اختبار "ت" و الجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (09) يوضح حساب قيمة "ت" لكل فقرة من فقرات الأداة الخاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي اعتمادا على صدق المقارنة الطرفية .

الرقم	الفقرات	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
01	تتسم العلاقة بين المعالج النفسي و غيره من الناس بالاحترام.	2.58	دالة 0.05
02	يرفع المعالج النفسي الروح المعنوية للشخص المريض.	1.93	غير دالة
03	يتسم سلوك المعالج النفسي بالذكاء.	0.8	غير دالة
04	المعالج النفسي غير متسرع في تصرفاته مع المريض.	1.93	غير دالة
05	أتصور أن المعالج النفسي محل نقد من قبل الآخرين.	6.36	دالة 0.01
06	يساهم المعالج النفسي في حل مشاكل الأفراد بنجاح.	6.81	دالة 0.01
07	يستمر المعالج النفسي في العمل رغم الصعوبات.	3.57	دالة 0.01
08	المعالج النفسي ماهر في التعامل مع الآخرين.	5.23	دالة 0.01
09	أنا لا أهتم بما يقوم به المعالج النفسي.	2.85	دالة 0.05
10	لا يتبنى المعالج النفسي في علاقاته مع الناس المنفعة المادية.	6.95	دالة 0.01

11	يتصف المعالج النفسي بالاتزان الانفعالي.	6.95	دالة 0.01
12	يمكن للمجتمع أن يستغني عن خدمات المعالج النفسي.	1.81	غير دالة
13	يمتاز المعالج النفسي بأناقة مظهره.	3.66	دالة 0.01
14	لا يحق للمعالج النفسي أن ينفعل أمام المريض.	2.06	غير دالة
15	للمعالج النفسي دور فعال في المجتمع.	2.41	دالة 0.05
16	المفروض أن يصنف المجتمع المعالج النفسي ضمن فئات اجتماعية عالية المستوى.	7.72	دالة 0.01

الرقم	الفقرات	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
17	يحسن المعالج النفسي ملاحظة الأعراض التي يعاني منها المريض.	4.07	دالة 0.01
18	المعالج النفسي يحسن تشخيص الأمراض.	7.72	دالة 0.01
19	من الجيد أن يعتمد المعالج النفسي على المعطيات العلمية في العلاج.	1.15	غير دالة
20	المعالج النفسي قادر على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.	2.69	دالة 0.05
21	يتقبل المعالج النفسي تصرفات المريض.	0.8	غير دالة
22	يحب المعالج النفسي مساعدة الغير.	2.69	دالة 0.05
23	المعالج النفسي صادق مع المرضى.	3.75	دالة 0.01
24	المعالج النفسي أمين على أسرار المرضى.	2.41	دالة 0.05
25	يتقبل المعالج النفسي المريض من دون شروط.	3.66	دالة 0.01

بعد حساب قيمة "ت" لكل فقرة و بالمقارنة مع "ت" المجدولة و المساوية لـ:2.26 بدرجة حرية (ن=9) عند مستوى دلالة 0.05 يتبين أن الفرق دال إحصائيا بالنسبة للفقرات التالية :1، 9، 15، 20، 22، 24 . و بالمقارنة مع "ت" المجدولـة و المساوية لـ:3.25 عند مستوى دلالة 0.01 نجد أن الفرق دال إحصائيا بالنسبة للفقرات التالية : 5، 6، 7، 8، 10، 11، 13، 16، 17، 18، 23، 25.و منه يتم إسقاط بقية الفقرات لعدم قدرتها على التمييز، و بذلك يصبح عدد فقرات الأداة بعد حساب صدق المقارنة الطرفية 18 فقرة خاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي.

جدول رقم (10) يوضح حساب قيمة "ت" لكل فقرة من فقرات الأداة الخاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية اعتمادا على صدق المقارنة الطرفية.

الرقم	الفقرات	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
01	ينبغي أن يكون المعالج بالرقية هو أول من يقصده الناس لحل مشاكلهم.	2	غير دالة
02	للمعالج بالرقية دور فعال في المجتمع.	6.11	دالة 0.01
03	المعالج بالرقية شخص مرفوض من قبل الناس.	6.11	دالة 0.01
04	القرآن الكريم و السنة النبوية الشريفة هما أساس العلاج لدى المعالج بالرقية.	0	غير دالة
05	لا يهتم المعالج بالرقية بمظهره.	6.52	دالة 0.01
06	طريقة العلاج لدى المعالج بالرقية غير مناسبة للمجتمع المتحضر.	5.71	دالة 0.01
07	المعالج بالرقية دائم الاستعداد لمعالجة المرضى.	5.71	دالة 0.01
08	إن أسلوب المعالج بالرقية خشن مع المرضى.	7.72	دالة 0.01
09	يقدم المعالج بالرقية خدمات علاجية مناسبة لكل فرد	5.71	دالة 0.01
10	مهما كانت ظروف المعالج بالرقية فهو لا يتأخر عن مساعدة الآخرين.	4.54	دالة 0.01
11	لا يصح أن يتقاضى المعالج بالرقية أجرا ماديا.	6.95	دالة 0.01
12	يزعجني المعالج بالرقية عند استعماله أساليب مؤلمة في العلاج.	7.72	دالة 0.01
13	يجمع المعالج بالرقية بين العلاج الديني و الفهم العلمي في علاج المريض.	7.72	دالة 0.01
14	يخلص المعالج بالرقية النية في العلاج.	1.85	غير دالة
15	أستغرب من يقصد المعالج بالرقية	3.75	دالة 0.01
16	يمكن للمجتمع أن يستغني على خدمات المعالج بالرقية.	6.08	دالة 0.01

الرقم	الفقرات	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
17	من الضروري أن يهيئ المعالج بالرقية الجو للمريض قبل العلاج.	4.07	دالة 0.01
18	تدهشني قدرة المعالج بالرقية في التأثير على المرضى.	7.72	دالة 0.01
19	يعجبني أن يؤكد المعالج بالرقية للمريض أن الله هو الشافي .	1.25	غير دالة
20	المعالج بالرقية متحدث جيد.	2	غير دالة
21	من الواجب أن يصغي المعالج بالرقية بشكل جيد للمريض.	1.85	غير دالة
22	المعالج بالرقية مصدر للثقة لدى المريض.	2.69	دالة 0.05
23	للمعالج بالرقية قدرة على تكوين علاقات مع الغير.	5.90	دالة 0.01
24	المعالج بالرقية متسامح مع الآخرين.	6.52	دالة 0.01

بعد حساب قيمة "ت" لكل فقرة و بالمقارنة مع "ت" المجدولة و المساوية لـ 2.26 بدرجة حرية (ن=9) عند مستوى دلالة 0.05 يتبين أن الفرق دال إحصائيا بالنسبة للفقرة :22.

و بالمقارنة مع "ت" المجدولة و المساوية لـ : 3.25 عند مستوى دلالة 0.01 نجد أن الفرق دال إحصائيا بالنسبة للفقرات التالية : 2، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 23، 24. ومنه يتم إسقاط بقية الفقرات لعدم قدرتها على التمييز، و بذلك يصبح عدد فقرات الأداة بعد حساب صدق المقارنة الطرفية 18 فقرة خاصة بالإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية.

* و عليه نعتبر ما تبقى من الفقرات بالنسبة الأداة، سواء الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي أو الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية لها قدرة على التمييز و بالتالي هي على قدر من الصدق يجيز استعمالها في الدراسة.

3-2-ثبات أداة الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية:

تم الاعتماد في حساب الثبات على طريقة التناسق الداخلي بكيفية ألفا كرونباخ . "و تعتمد فكرة التناسق الداخلي على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار و كذلك ارتباط كل وحدة أو بند مع الاختبار ككل ... كلما كانت البنود متجانسة فيما تقيس كان التناسق عاليا فيما بينهما و العكس صحيح".
(سعد عبد الرحمان،1998.ص:170) و يستخدم معامل ألفا الذي أقترحه كرونباخ 1951 و نوفاك و لويس 1867 عندما تكون احتمالات الإجابة ليست ثنائية أي متعددة الاختيار (فؤاد أبو حطب،سيد أحمد عثمان،1999،ص:120).

و قد تم تطبيق معادلة الفاكرونباخ على النتائج المتحصل عليها بالنسبة للقسمين أ-ب و كانت النتيجة كما يلي :

أ- بالنسبة للإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي تحصلنا على معامل ثبات مساو لـ:0.86
و هو معامل قوي يجيز لنا القول بأن الأداة على قدر من الثبات.

ب- بالنسبة للإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية تحصلنا على معامل ثبات مساو لـ:0.82 و هو معامل قوي يجيز لنا القول بأن الأداة على قدر من الثبات.

و من هنا نستطيع القول بأن معامل الثبات كان قويا و هو يدل على تناسق جد عال بين البنود و بالتالي تجانسها.
بعد حساب الخصائص السيكومترية لأداة القياس المستخدمة في هذا البحث، و هي متمثلة في أداة الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية، تم الحصول على شكلها النهائي، بحيث أصبحت هذه الأداة تتكون من قسمين :

القسم (أ) يحتوي على 18 فقرة و القسم (ب) يحتوي على 18 فقرة و هي على قدر من الصدق و الثبات مما يؤكد إمكانية الاعتماد عليها في قياس ما وضعت لقياسه .
ومنه جاز لنا الاعتماد عليها في الدراسة الأساسية.

الفصل الخامس

الدراسة الأساسية

1- التذكير بتساؤلات الدراسة.

2- التذكير بفرضيات الدراسة.

3- منهج الدراسة.

4- عينة الدراسة الأساسية.

5- الأداة المستخدمة في الدراسة.

6- الأسلوب الإحصائي المستخدم.

بعد تطرقنا في الفصل السابق للخصائص السيكومترية لأداة الدراسة سوف نتعرض مباشرة لإجراءات الدراسة الأساسية التي يشملها هذا الفصل.

و فيما يلي توضيح لكل الإجراءات المنهجية في هذه الدراسة و بداية التذكير بتساؤلات الدراسة ثم التذكير بفرضياتها، و كذا المنهج المستخدم ثم وصف عينة الدراسة الأساسية و الأداة المستخدمة في الدراسة، و يختتم هذا الفصل بالتعرض للأسلوب الإحصائي المستخدم و فيما يلي عرض مفصل لهذه الخطوات:

1- التذكير بتساؤلات الدراسة :

جاءت الإشكالية العامة لهذه الدراسة على الشكل التالي :

هل يختلف الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف متغيرات الجنس والمستوى التعليمي والمنحدر السكني والسن لدى عينة الدراسة؟

و تندرج تحت هذه الإشكالية العامة تساؤلات جزئية، جاءت صياغتها بالشكل التالي:

1- هل يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة؟

2- هل يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة؟

3- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة؟.

4- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة ؟

5- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة ؟

6- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة ؟

7- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة ؟

8- هل يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة ؟

2- التذكير بفرضيات الدراسة :

تتلخص الفرضية العامة لهذه الدراسة في :

يختلف الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف متغيرات الجنس , والمستوى التعليمي والمنحدر السكني والسن لدى عينة الدراسة.

و تندرج تحت هذه الفرضية العامة فرضيات جزئية جاءت على الشكل التالي:

1- يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة.

2- يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور و الإناث من عينة الدراسة.

3- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

4- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

5- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

6- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

7- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

8- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

3- المنهج المستخدم :

تفترض طبيعة الموضوع على الباحث نوع المنهج الذي سيتبعه خلال بحثه و بما أن هذه الدراسة تهدف إلى معرفة الفروق فإنها تنتمي إلى أحد أنماط المنهج الوصفي و هو الدراسات المقارنة، حيث يرى "محمد عبد الفتاح دويدار" "أن المنهج الوصفي يهدف إلى تقرير خصائص موقف معين، أي يصف العوامل ظاهرة و يشمل ثلاث أنماط من الدراسات هي: الدراسات المسحية، الدراسات التتبعية، دراسات العلاقات المتبادلة التي تشمل دراسة الحالة، الدراسات الإرتباطية، و الدراسات المقارنة، و هذه الأخيرة ترتكز على كيف و لماذا تحدث الظاهرة الاجتماعية، حيث تقارن جوانب التشابه و الاختلاف بين الظواهر لكي تكشف أي العوامل أو الظروف التي تصاحب أحداثا و ظروفا أو عمليات معينة" (محمد عبد الفتاح دويدار.1995، ص:270).

و يعرف المنهج الوصفي بأنه : " دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو موقف ما أو مجموعة من الناس أو مجموعة من الأحداث أو مجموعة من الأوضاع .....و يعنى بوصف السمات المحلية و تحديد مختلف خصائصها من حيث السن و الديانة، و الحالة الصحية و العقلية و نسبة التعليم ...الخ" (حسين عبد الحميد رشوان ، 2003، ص:65).

و عليه فإن منهج الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي القائم على المقارنة حيث أن هذه الدراسة تحاول إيجاد فروق .ويعتبر هذا المنهج الأكثر استخداما في الدراسات النفسية و الاجتماعية والتربوية .

4- عينة الدراسة الأساسية :

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية بسيطة. وقد قدرت بـ: 500 شخص من ثلاث مناطق بمدينة ورقلة. منطقة حضرية و هي بلدية ورقلة و منطقتين ريفيتين و هما بلدية سيدي خويلد و بلدية حاسي بن عبد الله (أنظر ملحق رقم (02) الذي يوضح توزيع سكان الريف و الحضر لولاية ورقلة سنة 2004).

جدول رقم(11) يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس و متغير المنحدر السكني.

الجنس / المنحدر السكني	ذكور	إناث	المجموع
المنطقة الحضرية	136	114	250
المنطقة الريفية	104	146	250
المجموع	240	260	500

يمثل الجدول رقم (11) توزيع أفراد العينة حسب متغير المنحدر السكني، و الجنس حيث كان تمثيل سكان الحضر يقدر بـ250 شخص، و كان تمثيل سكان الريف يقدر بـ250 شخص أيضا، و كان عدد الذكور يقدر بـ240 و كان عدد الإناث يقدر بـ260.

جدول رقم(12) يوضح توزيع العينة حسب
متغير المستوى التعليمي و متغير المنحدر السكني.

المستوى التعليمي / المنحدر السكني	مستوى مرتفع	مستوى منخفض	المجموع
المنطقة الحضرية	**138**	**112**	**250**
المنطقة الريفية	**164**	**86**	**250**
المجموع	**302**	**198**	**500**

يمثل الجدول رقم(12) توزيع أفراد العينة حسب متغير المنحدر السكني، و المستوى التعليمي، حيث كان تمثيل سكان الحضر يقدر بـ250 شخص، و كان تمثيل سكان الريف يقدر بـ250 شخص، ويتراوح المستوى التعليمي لأفراد العينة من مستوى الابتدائي إلى المستوى الجامعي، علما أنه كانت تقدر عينة ذوي التعليم المرتفع (ثانوي،جامعي) بـ302 شخص، و كانت تقدر عينة ذوي التعليم المنخفض(ابتدائي، متوسط) بـ198 شخص.

جدول رقم(13) يوضح توزيع العينة حسب متغير السن و متغير المنحدر السكني.

السن / المنحدر السكني	شباب	كهول	المجموع
المنطقة الحضرية	**176**	**74**	**250**
المنطقة الريفية	**132**	**118**	**250**
المجموع	**308**	**192**	**500**

يمثل الجدول رقم (13)، توزيع أفراد العينة حسب متغير المنحدر السكني و السن، حيث كان تمثيل سكان الحضر يقدر بـ250 شخص، و كان تمثيل سكان الريف يقدر بـ 250 شخص، و سن أفراد العينة يتراوح ما بين 18 سنة و 48 سنة، و

قسمت العينة إلى فئة الشباب و متوسط العمر لهذه الفئة يساوي 24.3 سنة و عددها يساوي 308 شخص، و فئة الكهول و متوسط العمر لهذه الفئة يساوي 40.1 سنة و عددها يساوي 192 شخص.

5- الأداة المستخدمة في الدراسة :

تم التعرض لهذه الأداة بالتفصيل في الفصل السابق و هي متمثلة في أداة لقياس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية تم إعدادها من طرف الطالبة وتجنب للتكرار لا نصف الأداة و إنما فقط الشكل النهائي حيث احتوت الأداة على جزأين أ و ب .

أ- الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و يتكون من 18 فقرة تضمنت فقرات سالبة هي (2 , 6, 7) .

ب- الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية و يتكون من 18 فقرة تضمنت فقرات سالبة هي (2, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 13) .

ومجمل الفقرات تقيس البعد العقلي المعرفي .

و مجموع فقرات الأداة يشمل 36 فقرة، و بالإضافة إلى ذلك سؤال خاص يفسح المجال للمفحوص للإدلاء بآرائه بشكل آخر لتحديد إدراكاته و انطباعاته.

و الأداة كما تطرقنا له في الدراسة الاستطلاعية على قدر من الصدق و الثبات.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لمعالجة بيانات الدراسة الحالية تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية :

- اختبار "ت"لدلالة الفرق متوسطين غير مرتبطين لعينتين غير متساويتين أي ن1≠ ن2

(فؤاد البهي السيد،1978،ص:336)

- اختبار "ت"لدلالة الفرق متوسطين غير مرتبطين لعينتين متساويتين أي ن1= ن2

(إخلاص محمد عبد الحفيظ،مصطفى حسين باهي،2002،،ص:339).

- المتوسط الحسابي (فؤاد البهي السيد،1978،ص:51).
- الانحراف المعياري (فؤاد البهي السيد،1978،ص:216).

وكان الهدف منها هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعدنا على التحليل و التفسير ومعالجة نتائج الدراسة الحالية .

تم تطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق و الذي يستخدم لقياس الفروق عندما تكون البيانات المحصل عليها عبارة عن درجات.

و قد تم استخدام اختبار"ت" للإجابة عن الفرضيات الجزئية و بعد التطرق لأهم عناصر الدرجات الأساسية سيتم في الفصل الموالي عرض نتائج فرضيات الدراسة القائمة.

الفصل السـادس

عرض النتـائـج

1- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الأولى.

2- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثانية.

3- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة.

4- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة.

5- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة.

6- عرض نتيجة الفرضية الجزئية السادسة.

7- عرض نتيجة الفرضية الجزئية السابعة.

8- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثامنة.

9- عرض نتيجة الفرضية العامة

سيتم عرض نتائج فرضيات البحث بشكل متسلسل بدءا بالفرضية الأولى إلى غاية الفرضية الثامنة . أما نتائج الفرضية العامة سيتم استنباطها من خلال نتائج الفرضيات الجزئية وفيما يلي نتائج الفرضية الأولى .

1- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على وجود فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور والإناث من عينة الدراسة .
و الجدول التالي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية.

جدول رقم (14) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي.

الإناث $ن_1 = 260$		الذكور $ن_2 = 240$		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
$م_1$	$ع_1$	$م_2$	$ع_2$				

الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي	**45.89**	**4.61**	**44.03**	**5.81**	**9.78**	**498**	**2.59**	**0.01 دال لصالح الإناث**

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه، نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة الإناث و المساوي لـ: 45.89 أكبر من المتوسط الحسابي لعينة الذكور و المساوي لـ: 44.03، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى و المساوي لـ: 4.61 أقل من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المساوي لـ: 5.81.

و يكشف الجدول على وجود فرق ذو دلالة إحصائية في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين العينتين، و هذا لأن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ: 9.78 أكبر من قيمة "ت" المجدولة المساوية لـ:2.59 عند مستوى 0.01 عند درجة حرية 498، و هذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى.

2-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على وجود فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور والإناث من عينة الدراسة .

و الجدول الآتي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية.

جدول رقم (15) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية.

	الإناث $ن_1 = 260$		**الذكور** $ن_2 = 240$		**"ت" المحسوبة**	**درجة الحرية**	**"ت" المجدولة**	**مستوى الدلالة**
	$م_1$	$ع_1$	$م_2$	$ع_2$				

الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية	**44.51**	**4.97**	**45.17**	**5.03**	**3.66**	**498**	**2.59**	**0.01 دال لصالح الذكور**

يبين الجدول رقم (15) أعلاه، أن المتوسط الحسابي لعينة الإناث و المساوي لـ:44.51 أقل من المتوسط الحسابي لعينة الذكور و المساوي لـ:45.17، و كذلك الانحراف المعياري للعينة الأولى و المساوي لـ:4.97 أكبر من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المساوي لـ:5.03.

كما يوضح الجدول على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين العينتين و هذا لأن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ:3.66 اكبر من قيمة "ت" المجدولة لـ:2.59 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 498، و هذا ما يثبت صحة الفرضية الثانية.

3- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على وجود اختلاف في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة .

و الجدول الموالي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية:

جدول رقم (16) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين ذوي التعليم المرتفع والتعليم المنخفض من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي.

ذوي التعليم	ذوي التعليم	"ت"	درجة	"ت"	مستوى

	المرتفع $ن_1$= 302		المنخفض $ن_2$ = 198		المحسوبة	الحرية	المجدولة	الدلالة
	$م_1$	$ع_1$	$م_2$	$ع_2$				
الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي	44.68	5.47	45.79	5.22	2.31	498	1.96	0.05 دال لصالح ذوي التعليم المنخفض

يبين الجدول رقم (16) أعلاه، أن المتوسط الحسابي لعينة ذوي التعليم المرتفع و المساوي لـ: 44.68 من المتوسط الحسـابي لعينة ذوي التعليم المنخفض و المساوي لـ: 45.79.

أما بالنسبة للانحراف المعياري للعينة الأولى فقد قدر بـ: 5.47، وهو أكبر من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المقدرة بـ:5.22.

كما تشير نتائج الجدول، أن قيمة "ت" المحسوبة المقدرة بـ:2.31 أكبر من قيمة "ت" المجدولة و المقدرة بـ:1.96 عند مستوى دلالة 0.05 بدرجة حرية 498.

و هذا يدل على وجود فرق بين العينين المذكورتين و عليه تحققت الفرضية.

4-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على وجود اختلاف في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة .

و الجدول الآتي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية.

جدول رقم (17) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين ذوي التعليم المرتفع والتعليم المنخفض من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية

	ذوي التعليم المرتفع ن1= 302		ذوي التعليم المنخفض ن2 = 198		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
	م1	ع1	م2	ع2				
الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية	45.13	4.61	44.53	5.33	1.39	498	1.96	غير دال

من خلال الجدول رقم (17) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة ذوي التعليم المرتفع و المساوي لـ:45.13 اكبر من المتوسط الحسابي لعينة ذوي التعليم المنخفض و المساوي لـ:44.53، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى فقد قدر بـ:4.61 و هو أقل من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المقدرة بـ:5.33.

كما يبين الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة المقدرة بـ:1.39 أقل من قيمة "ت" المجدولة و المقدرة بـ:1.96، عند مستوى دلالة 0.05 و بدرجة حرية 498، و هذا يعني عدم وجود فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي، و هذا ما يثبت عدم صحة الفرضية.

5- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة:

تنص الفرضية الجزئية الخامسة على وجود اختلاف في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.
و الجدول الموالي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية.

جدول رقم (18) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين عينة الريف وعينة الحضر في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي

	حضر $ن_1$= 250		ريف $ن_2$ = 250		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
	$م_1$	$ع_1$	$م_2$	$ع_2$				
الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي	45.12	4.94	45.03	5.63	0.19	499	1.96	غير دال

من خلال الجدول رقم (18) ، نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة الحضر و المساوي لـ: 45.12 أكبر من المتوسط الحسابي لعينة الريف و المساوي لـ:45.03، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى فقد قدر بـ:4.94 وهو أقل من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المقدرة بـ:5.63.

كما يوضح الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة بـ: 0.19 أقل من قيمة "ت" المجدولة المقدرة بـ:1.96 عند مستوى دلالة 0.05 و بدرجة حرية 499، و هذا يعني عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني و هذا ما يثبت عدم صحة الفرضية.

6-عرض نتيجة الفرضية الجزئية السادسة:

تنص الفرضية الجزئية السادسة على وجود اختلاف في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة .
و الجدول الآتي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية.

جدول رقم (19) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين عينة الريف وعينة الحضر في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية

	حضر $ن_1$= 250		ريف $ن_2$ = 250		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
	$م_1$	$ع_1$	$م_2$	$ع_2$				
الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية	44.66	4.99	45.13	4.98	1.09	499	1.96	غير دال

يبين الجدول رقم (19) أن المتوسط الحسابي لعينة الحضر و المساوي لـ: 44.66 أقل من المتوسط الحسابي لعينة الريف و المساوي لـ:45.13، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى فقد قدر بـ:4.99 و هو أكبر من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المقدر بـ:4.98.

كما يتضح من خلال الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة المقدرة بـ:1.09 أقل من قيمة "ت" المجدولة و المقدرة بـ: 1.96 عند مستوى دلالة 0.05 و بدرجة حرية 499. و هذا يعني عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني. و هذا ما يثبت عدم صحة الفرضية.

7- عرض نتيجة الفرضية الجزئية السابعة:

تنص الفرضية الجزئية السابعة على وجود اختلاف في الإدراك الاجتماعي المعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة .
و الجدول الموالي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية:

جدول رقم (20) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الشباب والكهول من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي

	شباب ن1=308		كهول ن2=192		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
	م1	ع1	م2	ع2				
الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي	46.73	5.24	44.52	5.81	4.60	498	2.59	0.01 دال لصالح الشباب

من خلال الجدول رقم (20) أعلاه، نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة الشباب و المساوي لـ:46.73 أكبر من المتوسط الحسابي لعينة الكهول و المساوي لـ:44.52، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى و المقدر بـ:5.24 أقل من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المقدر بـ:5.81.

و يكشف الجدول على وجود فرق ذو دلالة إحصائية في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين العينتين، و هذا لأن قيمة "ت" المحسوبة المساوية لـ:4.60 أكبر من قيمة "ت" المجدولة المساوية لـ:2.59 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 498. و هذا ما يثبت صحة الفرضية.

8- عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثامنة :

تنص الفرضية الجزئية الثامنة على وجود اختلاف في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة .

و الجدول الموالي يوضح الفرق و دلالته الإحصائية.

جدول رقم (21) يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الشباب والكهول من عينة الدراسة في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية

	شباب $ن_1=308$		كهول $ن_2=192$		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
	$م_1$	$\underline{ع_1}$	$م_2$	$ع_2$				
الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية	44.70	4.99	45.22	4.61	1.20	498	1.96	غير دال

يبين الجدول رقم (21) أن المتوسط الحسابي لعينة الشباب و المساوي لـ:44.70 أقل من المتوسط الحسابي لعينة الكهول و المساوي لـ:45.22، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى و المقدر بـ:4.99 أكبر من الانحراف المعياري للعينة الثانية و المقدرة بـ: 4.61.

كما يتضح من خلال الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة المقدرة بـ : 1.20 اقل من قيمة "ت" المجدولة و المقدرة بـ : 1.96 عند مستوى دلالة 0.05 و بدرجة حرية 498، و هذا يعني عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن. و هذا ما يثبت عدم صحة الفرضية.

9- عرض نتيجة الفرضية العامة :

1- بدلالة نتيجة الفرضية الأولى حيث يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور والإناث من عينة الدراسة .
2- بدلالة نتيجة الفرضية الثانية حيث يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور والإناث من عينة الدراسة .
3- بدلالة نتيجة الفرضية الثالثة حيث يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة .
4- بدلالة نتيجة الفرضية الرابعة حيث لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة .
5- بدلالة نتيجة الفرضية الخامسة حيث لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة .
6- بدلالة نتيجة الفرضية السادسة حيث لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة .
7- بدلالة نتيجة الفرضية السابعة حيث يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لعينة الدراسة .
8- بدلالة نتيجة الفرضية الثامنة حيث لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لعينة الدراسة .

يمكن القول أن نتيجة الفرضية العامة كالآتي :

– يختلف الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية باختلاف الجنس .

– يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي و السن .

– لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني .

– لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي و المنحدر السكني والسن .

ومن خلال النتائج المحصل عليها نستنتج أن الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي يختلف باختلاف متغيرات الدراسة إلا المنحدر السكني , حيث أن عينة الدراسة لديها نفس الانطباعات حول المعالج النفسي إذ لا يوجد فرق بين سكان الريف وسكان الحضر لإدراكهم الاجتماعي حول المعالج النفسي .

أما الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية فإنه لا يختلف باختلاف متغيرات المستوى التعليمي و المنحدر السكني والسن .وإن دل هذا فإنه يدل على شيوع ظاهرة الرقية في المجتمع وانطباعاته حولها .

بعد عرض نتائج فرضيات البحث و استخلاص الدلالة الإحصائية للفرق الموجود بين العينات في كل فرضية نستنتج ما يلي :

ملخص النتائج :

1–يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور والإناث من عينة الدراسة .

2– يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور والإناث من عينة الدراسة .

3– يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة .

4– لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة.

5– لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة .

6- لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة.

7- يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

8- لا يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة.

بعد استعرا ضنا للنتائج التي أسفر عليها التطبيق الميداني للدراسة و التعليق عليها، نأتي الآن إلى تفسيرنا وفق ما توصلنا إليه و مناقشتها في ضوء الدراسات السابقة و ما تبنيناه نظريا، و هو ما سنجده في الفصل المقبل.

الفصـل السابـع

مناقشة النتائـج

1- مناقشة نتيجة الفرضية الأولى و الثانية.

2- مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة و الرابعة.

3- مناقشة نتيجة الفرضية الخامسة و السادسة.

4- مناقشة نتيجة الفرضية السابعة و الثامنة.

1- مناقشة نتيجتي الفرضيتين الأولى و الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على ما يلي:

"يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين الذكور والإناث من عينة الدراسة ".

أما الفرضية الجزئية الثانية فتتمثل في:

"يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بين الذكور والإناث من عينة الدراسة "

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية الأولى، أن لعامل الجنس تأثير على الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي، إذ يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف الجنس لصالح الإناث، حيث أظهرت هذه الفرضية أن عينة الإناث حصلت على متوسط مرتفع مقارنة بعينة الذكور حيث تحصلت على متوسط أقل.

و يمكن تفسير هذه النتيجة، إلى أن ادراكات الإناث تختلف عن ادراكات الذكور للمعالج النفسي، و قد يرجع هذا إلى كون الإناث لديهن معرفة بالمعالج النفسي، و هذا ما جعلهن على مقدرة في تكوين انطباعات عنه.

و من منطلق أن هذا " الانطباع يصف إدراكك له، و الذي يعد نقطة البدء في تكوين علاقات اجتماعية متبادلة، و ما يعقبها من تكوين جماعة، فالانطباعات التي يكونها الفرد عن الآخرين تشكل أساسا لتفاعله معهـم"(عبد المنعم شحاتة،2001،ص:21) و على هذا الأساس فإن تكوين الانطباعات الخاصة بالمعالج النفسي لدى عينة الإناث، كان من خلال تكوين علاقات اجتماعية، تشكل من خلالها التفاعل الاجتماعي القائم بين المعالج النفسي و فئة الإناث، وربما طبيعة الأنثى كأنثى من حيث إحساسها بالمشاكل أو كيفية معالجتها للمشكلة قد طبعت إدراكها للمعالج النفسي. و منه فإن الإناث يحاولن تكوين انطباعات عنه ناتجة من معرفتهم به، و بنوعية الخدمات التي يقدمها لهن و بالتالي تكوين الإدراك الاجتماعي عنه.

و هذا ما يتفق مع دراسة "معتز سيد عبد الله" (1996) حيث أن اتجاهات الإناث كانت أكثر إيجابية و تفضيلا لدراسة علم النفس من اتجاهات الذكور.

و يرى "معتز سيد عبد الله"، أن هذه النتيجة متوقعة يمكن تفسيرها من خلال افتراض أن توجه الإناث يكون أكثر إلى الكليات النظرية. و من ثم تتاح لهن فرصة دراسة علم النفس، أو التحاقهن بأقسام علم النفس الموجودة بكليات الآداب، و ذلك مقارنة بالذكور الذين يفضلون الالتحاق بالكليات العملية، و بالتالي تقل فرصة تعرضهم لثقافة علم النفس، أو بمعنى آخر أن علم النفس لا يزال في العالم العربي عموما جزءا من الدراسة الأدبية، و أن هذا النوع من التعليم يغلب عليه طابع التأنيث في الوقت الحاضر، و أنه لهذا السبب تأثرت صورة علم النفس، و اتجاهات الأفراد نحوه و أصبحت إيجابية لدى الإناث. هذا بالإضافة إلى توقع الإناث للفائدة العلمية من دراستهن لعلم النفس، حيث يعتقدن أنهن سيستطعن فهم الآخرين بصورة أفضل،

و سيتمكن من حل مشاكلهن و مشاكـل الآخرين، و تربية أبنائهن مما يتمثل في الرغبة في مساعدة الآخرين (معتز سيد عبد الله،1996،ص:158).

و من خلال هذه الدراسة يتضح لنا أن الإناث من خلال دراستهن لعلم النفس، و بالتالي تكوين ثقافة نفسية، و من هذا المنطلق يمكنهم تكوين انطباعات على القائم بعملية العلاج النفسي، و منه تختلف انطباعاتهم عن جنس الذكور.الذين هم أقل ميل و توجها نحو دراسة علن النفس و بالتالي تقل ثقافتهم السيكولوجية، حيث أن الواقع يثبت أن الذكور أقل من الإناث في أقسام علم النفس على مستوى الجامعات .

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية الثانية كذلك، أنه يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف الجنس لصالح الذكور، حيث أظهرت هذه الفرضية أن عينة الذكور حصلت على متوسط مرتفع مقارنة بعينة الإناث حيث تحصلت على متوسط أقل.

و يمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن ادراكات الذكور تختلف عن ادراكات الإناث للمعالج بالرقية، و قد يرجع هذا لكون الذكور من عينة الدراسة أكثر اطلاعا على المسائل الدينية من الإناث، و اعتبار هذا النوع من العلاج مهم مقارنة بأنواع العلاج الأخرى.

و يمكن إرجاع ذلك إلى الخبرات المكونة عن المعالج بالرقية حيث أنها تشكل انطباعاتهم عنه. غير أن استطلاعنا الميداني بعد الذهاب في زيارات متعددة للراقي يؤكد أن الإناث أكثر ترددا عليه إلا أن نتيجة الدراسة تختلف عن ذلك.

و على أساس أن عملية الإدراك تتضمن التفسير، الذي يعتمد على الخبرات السابقة للفرد بمعنى أنه يستطيع "إدراك" شئ قد سبق أن رآه أو سمعه مثلا من قبل أو أنه يستطيع إدراك شئ قد سبق له أن رأى أو سمع أشياء قريبة الشبه منه (سعد عبد الرحمان،1967،ص:283) فإن تلك الخبرات المكونة عن المعالج بالرقية لدى عينة الذكور، كانت مما سمعه هؤلاء أو استطاعوا رؤيته. فإن الحياة الاجتماعية المليئة بالمشكلات المختلفة، مهدت الطريق أمام هؤلاء للتوجه إلى هذا المعالج ضننا منهم أنه يخلصهم من مشاكلهم النفسية، و الاجتماعية التي تعكر حياتهم، فتفاقم الأمراض النفسية جعلهم يعانون من تلك الأعراض التي تؤثر فيهم، و منه اتجهوا إلى هذا المعالج الذي استطاعوا تكوين خبرة عنه شكلت انطباعاتهم له..

و في هذا الصدد يرى "كامبل Campbell": أن الصورة النمطية تنشأ من مصدرين هما : الخبرة الشخصية بالآخرين موضوع الصورة من جهة، و نقل هذه الخبرات للآخرين، من جهة أخرى (روبرت مكلفين و رتشارد غروس،2002،ص:229) فتكوين الانطباع كان من خلال خبرة سابقة عن المعالج بالرقية، ساعدت في تكوين صورة نمطية عنه.

و تتفق نتيجة الفرضيتين الأولى و الثانية مع ما توصلت إليه بعض الدراسات في الإدراك الاجتماعي، التي كشفت عن فروق بين الجنسين فهي تتماشى مع ما توصل إليه "عبد اللطيف محمد خليفة" في دراسته "صورة المرأة الكويتية لدى طلاب الجامعة. دراسة مقارنة بن الجنسين"، حيث أظهرت النتائج إلى أن هناك فروقا جوهرية بين إدراك الذكور و الإناث لخصال المرأة الكويتية (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:136).

و تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "فاروق شوقي البوهي" و "ليلى محمد دويغر" في دراستهما: "إدراك طلاب جامعة البحرين لمقومات الشخصية العربية و سبل المحافظة عليها". حيث توصلا إلى أنه يوجد فرق تقريبا لدى الجنسين في إدراك مقومات الشخصية العربية (فاروق شوقي البوهي و ليلى محمد دويغر،1995).

و مجمل القول "أن الإدراك الاجتماعي يتأثر بالاختلافات الجنسية" (سعد عبد الرحمان،1967،ص:289)، و هذا التأثير يؤكد الفروق الجوهرية بين الجنسين في الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و هذا يرجع إلى الاختلافات الموجودة بين الجنسين فيما يخص انطباعاتهم و بالتالي تكوين الإدراك الاجتماعي.

2- مناقشة نتيجتي الفرضيتين الثالثة و الرابعة :

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على ما يلي :

"يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة ".

أما الفرضية الجزئية الرابعة فتتمثل في:

"يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي لعينة الدراسة".

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية الثالثة، أن للمستوى التعليمي تأثير على الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي، إذ يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المستوى التعليمي، لصالح ذوي التعليم المنخفض، حيث أظهرت هذه الفرضية أن عينة التعليم المنخفض حصلوا على متوسط مرتفع مقارنة بعينة التعليم المرتفع حيث حصلوا على متوسط أقل، و هذا يعني أنه يختلف ذوي التعليم المنخفض في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي عن ذوي التعليم المرتفع.

و يمكن أن ينتج هذا على أنه قد يذهب ذوي التعليم المنخفض للمعالج النفسي قصد العلاج، و ربما تكون هناك خبرة عن المعالج النفسي من خلال فئات المجتمع على أنه يستطيع تقديم المساعدة لهم في حالة اضطرابات نفسية أو اجتماعية يمكن أن تؤثر على مسار حياتهم. و منه تكوين علاقة اجتماعية بين المعالج النفسي و المريض و قد تكون هذه العلاقة يطبعها الود و التراحم و تفهم الآخر و تقديم كل المساعدات له و في هذا الشأن يرى" سامر جميل رضوان " "أن العلاقة بين الطرفين علاقة مهنية خالصة. تقوم على واجبات من الطرفين. فمن واجب المعالج احترام المتعالج و تقدير إنسانيته و كرامته و الحفاظ على سرية ما يسر له من معلومات و أن يقدم معارفه من أجل مساعدة المتعالج في أن يساعد نفسه. إنه لا يقحم أو يفرض على المتعالج أي توجهات أو وجهات نظر خاصة و لا ينصحه القيام بأي سلوك بل يساعده من خلال المعرفة المتخصصة و الأساليب العلاجية العلمية على النضج و تنمية شخصيته كي يجد طريقه بنفسه. و من هنا فالمعالج لا يملك حلولا سحرية و لا وصفات جاهزة للمشكلات النفسية و إنما يملك أساليب علمية تخصصية في مساعدة الشخص على أنه يساعد نفسه..."(سامر جميل رضوان ،2005).

إضافة إلى ذلك نجد أن الإدراك الاجتماعي يوصف بأنه "عمليـة وجدانية، يحدد الإنسان بوساطتها مدى اهتمامه بجماعة من الأفراد، و تقبلهم بدرجة اكبر من غيرهم مما يجعله يحس بهم و يقبل عليهم فيدرك أهمية وجودهم، وفقا لما لمسه منهم من إحساس متبادل بينه و بينهم، و بناء على خبراته السارة السابقة معهم. و يوصف هذا النمط من الإدراك بالإدراك الإيجابي positive perception، و إذا تجاهل فرد ما

وجود جماعة أخرى من الناس بعدم ميله إليهم، و لعدم تقبلهم لما يحمله في وجدانه من خبرات مؤلمة سابقة معهم فإنه يوصف بكونه إدراكا سلبيا négative perception (ماهر محمود عمر،1992،ص:150).

و من هذا المنطلق يمكننا القول أن فئة التعليم المنخفض، استطاعوا تقبل المعالج النفسي أكثر من غيره ذوي التعليم المرتفع، و بناء على ذلك كونوا خبرات عنه، و منه تشكل لديهم انطباع عن هذا المعالج كونه يستطيع تقديم خدمات في إطار المجتمع، تساعدهم على التخلص من الأزمات النفسية التي تفرزها الحياة، ضف إلى ذلك مجالات التفاعل الاجتماعي و العلاقات الاجتماعية الوثيقة مـا بين الطرفين، ساعدت من غير شك في تكوين هذه الخبرة، التي بدورها شكلت لديهم انطباعات عن المعالج النفسي، هذه الانطباعات التي تختلف عن ذوي التعليم المرتفع. و هذا ما يتفق مع ما توصل إليه "عبد اللطيف محمد خليفة "في دراسته "صورة علم النفس لدى الجمهور العام في المجتمع الكويتي" حيث أسفرت النتائج على أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المستوى الأعلى تعليما و أفراد المستوى الأدنى تعليما، في تصورهم حول علم النفس، فأفراد المستوى الأعلى من الجمهور العام لديهم تصورات و مفاهيم أكثر إيجابية و دقة بالمقارنة بأفراد المستوى الأدنى، مما يعكس أهمية مستوى تعليم الفرد باعتباره عاملا محددا لطبيعة تفكيره و ثقافته بوجه عام، و في تحديد ملامح هذه الصورة بوجه خاص" (عبد الحليم محمود السيد،عبد اللطيف محمد خليفة،2000ص:252).غير أن هذا العامل لم يؤثر في الدراسة الحالية حيث أن الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي كان لصالح أفراد عينة ذوي التعليم المنخفض.

أي أن هذه الدراسة تتفق من حيث أن هناك فرق بين ذوي التعليم المرتفع و ذوي التعليم المنخفض، غير أنها لا تتفق من حيث اتجاه الفرق ففي دراستنا هذه كان لصالح أفراد عينة ذوي التعليم المنخفض.

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية الرابعة، أنه ليس للمستوى التعليمي تأثير في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية. إذ أنه لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المستوى التعليمي، حيث أظهرت نتيجة هذه الفرضية أن كل من ذوي التعليم المرتفع و التعليم المنخفض حصلوا على متوسط مرتفع في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية بالرغم أن ذوي التعليم المرتفع حصلوا

على متوسط أعلى قليلا من ذوي التعليم المنخفض. و لكن هذا الارتفاع لم يرق إلى مستوى الدلالة، و هذا يعني أنه لا يختلف ذووا التعليم المرتفع في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية عن ذوي التعليم المنخفض.

و يمكن تفسير أن المستوى التعليمي المرتفع، أو المنخفض ليس له تأثير على الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية، حيث أنه لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية لدى العينتين، يعني هذا أن انطباعاتهم عن المعالج بالرقية لا تختلف. و قد يرجع هذا إلى أن الظواهر الاجتماعية عامة مردها إلى طبيعة المجتمع الذي تنشأ فيه، فيكون هذا الأخير بما يحمله من قيم و سلوكات، هو المتسبب في بروزها ثم انتشارها، إلى أن تصبح حقيقة اجتماعيــة مرسخة في الأذهان، و سارية في التقاليد. حيث "أن المظهر الخاص للظواهر الاجتماعية يكمن في الإدراك، الذي اهتم به علم النفس الاجتماعي مؤخرا و ذلك لفهم الدور الممارس من طرف العقل أو بمعنى أخر كيف نفكر نحن في الأحداث بذاتنا، و من جهة أخرى كيف نفسر التصرفات، هذا التقدم يظهر محتويات التفكير المشكلة من المعارف المتواجدة اجتماعيا، و التي من خلالها يمكن فهم العالم الاجتماعي و الذي لطالما عرفناه بمصطلح "الإدراك الاجتمــاعي" ". (gustave-necolas fihscher,1997,p:157). من هذا المنطلق أصبحت الرقية ظاهرة اجتماعية، و لم يكن للمستوى التعليمي تأثير في انتشارها أو الأخذ بها و من ثم تكوين انطباعات على القائم بها. فالمجتمع بمختلف فئاته التعليمية – حسب هذه الدراسة – ينظر إلى المعالج بالرقية بنفس المنظار، و إن دل هذا على شئ إنما يدل على تمسك المجتمع بالرقية و المعالج بالرقية. و هذا من منظور أن الرقية أساسا مستنبطة من القرآن الكريم و السنة القولية و الفعلية للرسول صلى الله عليه و سلم، و من هنا نلاحظ أن المعالج بالرقية استطاع كسب ثقة العميل، و نستنتج أن المعالج بالرقية استطاع أن يحتل منصب في عملية المعالجة النفسية و ذلك انطلاقا من أن القرآن الكريم و السنة النبوية الشريفة هما أساس العلاج لدى المعالج بالرقية.

4- مناقشة نتيجتي الفرضيتين الخامسة و السادسة:

تنص الفرضية الجزئية الخامسة على ما يلي:

"يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة ".

أما الفرضية الجزئية السادسة فتتمثل في:

"يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني لعينة الدراسة ".

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية الخامسة، أن عامل المنحدر السكني ليس له تأثير في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي، إذ لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف المنحدر السكني، حيث أظهرت نتيجة هذه الفرضية أن كل من سكان الحضر و الريف، حصلوا على متوسط مرتفع في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي، بالرغم من أن سكان الحضر حصلوا على متوسط أعلى قليلا من سكان الريف. و لكن هذا الارتفاع لم يرق إلى مستوى الدلالة. و هذا يعني أنه لا يختلف سكان الحضر عن سكان الريف في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي.

و يمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن هناك تشابــه بين الظروف النفسية و الاجتماعية لدى سكان الحضر و الريف – حسب الدراسة – حيث أن هذه الظروف أدت بهم إلى تكوين خبرات متماثلة عن المعالج النفسي بصفته شخص يريد تقديم المساعدة إلى من هم بحاجة إليها. حيث أن الخبرة تلعب دورا حيويا في التأثير في الإدراكات عن شخص معين.

كما يبدو من هذه الدراسة أن خصائص الشخصية لدى عينة الدراسة متماثلة، فلا يوجد فرق بين خصائص شخصية أهل الريف مقابل خصائص شخصية أهل الحضر في المجتمع الورقلي، و هذا ما أدى إلى وجود نفس الانطباعات لدى المعالج النفسي، رغم الاختلاف في الجنس، و المستوى التعليمي و السن.

و كذلك يبرز دور التنشئة الاجتماعية باعتبار أن لها دور مهم في تشكيل نمط الشخصية، حيث أن طبيعة الشخصية الإنسانية مرهونة إلى حـد كبير بطبيعة و مستوى تطور أسلوب التنشئة الاجتماعية، من حيث هو القالب الثقافي الذي يهب الإنسان خصائص إنسانيته. فسمات الشخصية هي انعكاس لدرجة الشدة أو الحرية المستخدمة في أساليب التنشئة الاجتماعية السائدة في مجتمع ما (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:60).

و من هنا نلاحظ دور التنشئة الاجتماعية في تشكيل الانطباعات لدى الأفراد حيث "يتمثل تأثير عملية التنشئة الاجتماعية حسب "جورج هربرت ميد" في اكتساب المقدرة على إدراك ما هو متوقع من الآخرين، و تشكيل سلوكنا وفق ما يتناسب معه.

و عليه فهو يذهب إلى أن العقل الذي به يتم تأويل سلوكنا، و سلوكات المحيطين به ما هو الإنتاج اجتماعي.

و هكذا فإنه يعتبر تطور القدرات الإدراكية، و الطاقات الفكرية مثل الإدراك و التذكير و الاستدلال و التقدير و الاعتقاد من أهم إنجازات التنشئة الاجتماعية (زرقون رتيبة،2001،ص:73).

و مما سبق نستنتج أن عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية هامة و ضرورية في تكوين و بناء شخصية الفرد، و تنمية الجانب الإدراكي منها و التأثير عليه.

و من خلال ما سبق يمكن حوصلة ما تم مناقشته في أن عدم وجود فروق جوهرية بين سكان الحضر، و سكان الريف في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي قد يرجع إلى وجود تماثل في خصائص الشخصية و أساليب التنشئة الاجتماعية لدى العينتين اكثر مما يعود إلى عامل المنحدر السكني.فعامل المنحدر السكني لا يؤثر في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية فقد يكون هناك سبب أخر حيث أن غالبية عينة البحث بالنسبة للمناطق الريفية كانت من منطقة سيدي خويلد و مما نسجله هنا أن هؤلاء الأشخاص الذين يسكنون هذه المنطقة لجأوا من بعض المناطق الشمالية من الوطن نظرا لظروف اجتماعية أدت بهم إلى الهجرة في السنوات الأخيرة.

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية السادسة، أن عامل المنحدر السكني ليس له تأثير في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية، إذ لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف المنحدر السكني، حيث أظهرت نتيجة هذه الفرضية أن كل من سكان الحضر و الريف حصلوا على متوسط مرتفع في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية، بالرغم من أن سكان الريف حصلوا على متوسط أعلى قليلا من سكان الحضر، و لكن هذا الارتفاع لم يرق إلى مستوى الدلالة. و هذا يعني أنه لا يختلف سكان الحضر عن سكان الريف في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية.

و يمكن تفسير أنه لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية، لدى سكان الحضر و الريف، إلى أنه يوجد تماثل في المكتسبات الثقافية لدى العينتين،

حيث أن الإطار الثقافي المتمثل في: التربية، و الدين، و العادات، و التقاليد و القيم متساوي و هذا ما جعل انطباعاتهم عن المعالج بالرقية واحدة، و على هذا الأساس فإنه ينظر إليه بنفس الطريقة، حيث يطمئن إليه الفرد و هذا راجع إلى الثقة الكبيرة المعطاة للراقي باعتباره يقوم بالعلاج انطلاقا من القرآن الكريم، و ما إلى القرآن الكريم من مكانة في نفوس الأفراد مهما اختلفت منحدراتهم السكنية.

و كذلك التجاوب الكبير مع هذه الطريقة للعلاج، و عدم التخلي عنها، هذا ما يفسر القيم الروحية و الأخلاقية للأفراد التي تتجه في مثل هذه الحالة إلى الشخصية الدينية الذي هو (الراقي) فتعطى له ثقة مطلقة، و تجاوب كبير، و أكثر ما يطمئن له الفرد من خلال هذه الممارسة هو استعمال المعالج لوسائل شرعية، وجد بسيطة و أساسية، أهمها القرآن الكريم وهذا ما أكد مشروعية الرقية من خلال ما تطرقنا له في الجانب النظري.

فالقرآن الكريم هو منبع الراحة النفسية، و الأمان النفسي، و علاج كاف لأدران النفس كذلك الراقي يحسن التكفل بالمشاكل النفسية للمرضى، نظرا لتلك العوامل المذكورة سابقا كالدين، الثقافة، التربية، كما أن هذه العوامل تجعل التجاوب أكثر لهذه الطريقة من العلاج مقارنة بطريقة المعالج النفسي، و هذا أساسا متعلق بخصوصية و أصالة المجتمع بمختلف منحدراته الريفية و الحضرية.

ضف إلى ذلك انتشار ظاهرة الرقية الشرعية، فأصبحت لا تعرف حدود جغرافية. فهذا النوع من العلاج معروف عند سكان الريف و الحضر على حد السواء، و هذا ما جعل كل فئات المجتمع بمختلف خصائصهم يمتلكون خبرات عن المعالج بالرقية، و بالتالي تكوين انطباعات عنه، و هذا من منطلق الخدمات العلاجية المقدمة من طرف المعالج بالرقية و دوره في المجتمع.

3- مناقشة نتيجتي الفرضيتين السابعة و الثامنة:

تنص الفرضية الجزئية السابعة على ما يلي:

"يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لدى عينة الدراسة ".

أما الفرضية الجزئية الثامنة فتتمثل في :

"يختلف الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن لدى عينة الدراسة ".

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية السابعة أن لعامل السن تأثير في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي.إذ يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن لصالح فئة الشباب،حيث أظهرت هذه الفرضية أن عينة الشباب حصلوا على متوسط مرتفع مقارنة بعينة الكهول حيث حصلوا على متوسط اقل، و هذا يعني أنه تختلف فئة الشباب في إدراكهم الاجتماعي للمعالج النفسي عن فئة الكهول.

و يمكن تفسير هذه النتيجة حيث أنه يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي باختلاف السن، و ذلك لصالح فئة الشباب حيث أن فئة الشباب تختلف إدراكاتها عن فئة الكهول، و هذا يعني أن لعامل السن تأثير على الإدراك الاجتماعي.

و قد يرجع هذا الاختلاف في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي بين عينة الشباب و عينة الكهول، إلى أن فئة الشباب تعترضها الكثير من المشاكل النفسية و الاجتماعية. و هذا ما يؤدي بهم إلى الذهاب إلى المعالج النفسي، و بالتالي وجود ثقة كبيرة فيه، و هذا ما يجعلهم يكونون خبرة تجسد انطباعاتهم حوله.و كذلك نظرا للتغيرات الاجتماعية التي يعيش فيها الشباب، و التي تمثل أشكال التفاعل مع المجتمع الذي نشأ فيه، و كل ما في هذا المجتمع من صراعات و مشاكل تؤثر على شخصية الإنسان، و تفاقم الأزمات النفسية هذا بدوره يؤثر عليهم، و على علاقاتهم بالمحيط الذي يعيشون فيه. هذا ما يؤدي بهم إلى الذهاب إلى المعالج النفسي و منه تكوين جملة من الانطباعات حوله، و هذا يدل على تجاوب فئة الشباب مع بعض الخصائص التي تتوفر عند المعالج النفسي، و بالتالي وجود هذا الإدراك الصادر عن العلاقة الودية بينهم و بين المعالج النفسي من ناحية، و بين الاتجاهات الحقيقية المكونة عنه من ناحية أخرى.

كما أوضحت هذه الدراسة أن إدراك الشباب يختلف عن إدراك الكهول، و إن دل هذا على شئ إنما يدل على أن فئة الشباب أكثر إطلاعا، و وعي بالثقافة النفسية من الكهول و يمكن إرجاع هذا إلى اهتمام الشباب بالخدمات النفسية، و ما يمكن أن يقدمه المعالج النفسي من مساعدة و بالتالي تكوين خبرة و انطباعات حوله.

و تؤثر هذه الادراكات و التصورات النمطية التي توجد لدى هذين الفئتين على طبيعة التفاعل الاجتماعي بين المعالج النفسي، و عينة الشباب أو عينة الكهول، و

ذلك في مختلف جوانب الحياة الاجتماعية، و ما يستطيع المعالج النفسي تقديمه لفئات المجتمع من مساعدات.

و بالتالي " فهي–الادراكات و التصورات–" تعد بمثابة الجوانب أو المعالم البارزة في المجال الإدراكي لدى فئات المجتمع. فقد تبين أن اتجاه الفرد نحو موضوع ما لا يقوم على كل ما لديه من تصورات، و معتقدات حول هذا الموضوع، و لكنه يعتمد في الأساس على معتقداته البارزة salient beliefs عن هذا الموضوع" (عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:134).

و من هذا المنطلق نستطيع القول أن تلك الخصائص، و الصفات البارزة في شخصية المعالج النفسي، تشكل المعالم البارزة في المجال الإدراكي لدى فئة الشباب ، و ما لديها من تصورات و معتقدات حوله تختلف في هذا الدراسة عن تلك التصورات و المعتقدات الموجودة عند فئة الكهول. و من هنا يوجد اختلاف لدى العينتين في الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و ذلك نظرا للعوامل السابقة الذكر.

و يتضح من خلال عرض نتيجة الفرضية الثامنة، انه ليس لعامل السن تأثير على الإدراك للمعالج بالرقية. إذ أنه لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية باختلاف السن، حيث أظهرت نتيجة هذه الفرضية أن كل من الشباب و الكهول حصلوا على متوسط مرتفع في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية، و بالرغم من أن فئة الكهول حصلوا على متوسط أعلى قليلا من فئة الشباب . و لكن هذا الارتفاع لم يرق إلى متوسط الدلالة. و هذا يعني أنه لا تختلف فئة الشباب عن فئة الكهول في إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية.

و يمكن تفسير أنه لا يوجد فرق في الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية لدى عينة الشباب و عينة الكهول، إلى أنه يوجد إتفاق في الانطباعات المكونة عن المعالج بالرقية، و هذا قد يرجع إلى تلك الخبرات المكونة عن المعالج بالرقية. حيث أن عامل السن لا يؤثر على تلك الانطباعات فصورة المعالج بالرقية ظلت واحدة عند عينة البحث . فتلك الخصائص و المميزات التي يتصف بها تمثل نظرتهم له، و هي لا تختلف باختلاف السن. و يرجع هذا إلى ما تشكله الرقية في حد ذاتها من قداسة دينية، و نظرا لتلك الأسباب في الحياة الاجتماعية، و ذلك من كثرة الأمراض النفسية و الاجتماعية التي تؤدي بهؤلاء إلى ضرورة الذهاب إلى معالج، فالمجتمع بمختلف

مراحله العمرية، أكد أنه يتجه إلى المعالج بالرقية و هذا ما جعلهم يكونون عنه تلك الانطباعات ووضعه في صورة نمطية معينة.

و على هذا الأساس " تقدم الصور النمطية الدليل على الطبيعة الاجتماعية المشتركة للأفكار الاجتماعية (أي على أننا كأفراد في جماعة نحقق مع الآخرين فهما مشتركا للعالم المحيط). إلا أن هذا لا يعني أننا جميعا نحمل البنى المعرفية ذاتها، أو أننا نصل إلى الآراء ذاتها بشأن الآخرين و مع ذلك فإن "لاينز وداردين layens and dardenne" يلفتان النظر إلى ملاحظة هامة مفادها:"هناك قدر كبير من المعلومات و المفاهيم الجمعية المشتركة بين أي مجموعة من الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات، و هذه نتيجة طبيعية للحياة الاجتماعيـة التي نعيشها، و التي تنطوي على فيض من مصادر المعلومات و الاتصالات بين الناس. و قد أشارت العديد من الدراسات إلى أن إدراكنا يتحدد بالسياق الاكولوجي (المحيط) الذي نوجد فيه، كما أن معتقداتنا الدينية، و قناعاتنا حول ما هو صواب خطأ تتحدد، في الجانب الأكبر منها، في ضوء الأطر الاجتماعية التي تحيط بنا" (روبرت مكلفين ورتشارد غروس،2002،ص:237). و من هذا المنطلق يمكننا القول أن تلك الصور النمطية المكونة عن المعالج بالرقية هي مشتركة بين مجموعة من أفراد المجتمع، و هذا ناتج عن طبيعة الحياة الاجتماعية التي نعيشها، و التي يشترك فيها الأفراد في نوعية مصادر المعلومات و الاتصالات، بين الناس حيث أن تلك المعلومات المكونة عن المعالج بالرقية استقاها الأفراد من نفس المصادر، و ينتج ذلك عن المعتقدات الدينية لدى الأفراد فهم يشتركون في هذا الانطباع نظرا لاعتقادهم أن المعالج بالرقية بإمكانه تخليصهم من مشاكلهم النفسيـــة و الاجتماعية، وما هذا الانطباع إلا نتيجة حتمية لما يقوم به المعالج بالرقية، و ما يستطيع تقديمه من خدمات علاجية لأفراد المجتمع مهما اختلفت أعمارهم.

و تبقى النتائج المتحصل عليها في إطار حدود عينة الدراسة و أدوات القياس المستخدمة فيها.

ملحق نتائج الدراسة :

واصل البحث الحالي في معرفة الفرق بين الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي والإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية لدى عينة الدراسة .

والجدول التالي يوضح دلالة الفرق .

جدول رقم (22) يوضح نتائج اختبار"ت" لدلالة الفرق بين الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية لدى عينة الدراسة .

الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي ن$_1$=500		الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية ن$_2$=500		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
م$_1$	ع$_1$	م$_2$	ع$_2$				
44.86	5.37	46.01	4.95	3.59	499	2.59	0.01 دال لصالح الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية

من خلال الجدول رقم (22) أعلاه، نلاحظ أن المتوسط الحسابي للإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المساوي لـ: 44.86 اقل من المتوسط الحسابي للإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية و المساوي لـ: 46.01، أما الانحراف المعياري للعينة الأولى و المساوي لـ:5.37 أكبر من الانحراف المعياري للعينة الثانيـة و المساوي لـ:4.95.

و يكشف الجدول على وجود فرق ذو دلالة إحصائية بين الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية لدى العينة الكلية . و هذا لأن

قيمة "ت" المحسوبة المقدرة بـ:3.59 أكبر من قيمة "ت" المجدولة المقدرة بـ: 2.59 عند مستوى دلالة 0.01 عند درجة حرية 499، و هذا ما يثبت دلالة الفرق .

نلاحظ وجود فرق دال إحصائيا بين الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و هذا لصالح الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية حيث حصل أفراد العينة على متوسط أعلى بينما حصل أفراد العينة ذاتها على متوسط أقل للإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي، و هذا يعني أن إدراكهم الاجتماعي للمعالج بالرقية يختلف عن إدراكهم للمعالج النفسي.

و يمكن تفسير الفروق الموجودة بين الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي و المعالج بالرقية لدى عينة الدراسة إلى تلك " الانطباعات المكونة عن الآخرين، و تقويمهم و الحكم على سلوكهم و خصالهم، و كذا تصنيفهم في فئات ذات معنى"(عبد اللطيف محمد خليفة،2003،ص:90). و انطلاقا من هذا المفهوم نلاحظ أن تلك الانطباعات المكونة عن المعالج النفسي تختلف عن المعالج بالرقية، لصالح هذا الأخير الذي يحظى باهتمام اكثر من فئات المجتمع، و هذا أن دل على شئ إنما يدل على شيوع ظاهرة الرقية في المجتمع، بمختلف خصائصه و مميزاته و مختلف فئاته الاجتماعية .

و من خلال سؤال طرح على عينة الدراسة و المتمثل في : هل لجأت إلى المعالج النفسي؟ فقد كانت الإجابة عليه أن 49 فرد أجابوا بنعم، و تمثل هذه الإجابة نسبة 9.8 % من مجتمع البحث ، و بالنسبة للجانب الثاني أو السؤال الثاني و المتمثل في: هل لجأت إلى المعالج بالرقية؟ فقد كانت الإجابة عليه بنعم تمثل : 126 فرد أي نسبة 25.2 % من عينة الدراسة.

و من هنا تتضح الفروق بين الانطباعات المكونة عن المعالج النفسي و المعالج بالرقية، فهذه الإجابات تمثل واقع العلاج لدى عينة الدراسة، فتلك النسب تمثل مدى تجاوب المفحوص مع المعالج سواء المعالج النفسي، المعالج بالرقية، و كذا الصورة المكونة عنهما. فتكوين الانطباعات مرتبط بمعرفة هؤلاء الأفراد لذلك المعالج أو ذاك. و جانب المعرفة هنا يتشكل من خلال جملة من المعلومات يكونها الأفراد عن هذا الشخص من خلال اتصالهم به، أو السماع عنه من طرف الآخر.

و تؤكد هذه النتائج أن هناك فرق بين الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية. و بما أن الإدراك الاجتماعي يعرف على أنه "عملية إدراك المثيرات الاجتماعية بمساعدة الحواس الخمس، و تفسيرها في ضوء الإطار المرجعي، و الخبرة السابقة، و الظروف المحيطة" (حامد عبد السلام زهران،2000،ص:261) فإنه و من خلال هذا التعريف يتضح أن أفراد البحث استطاعوا تكوين انطباعاتهم عن المعالج النفسي أو المعالج بالرقية انطلاقا من خبرة سابقة و ظروف محيطة فتردد هؤلاء على المعالج بالرقية بنسبة كبيرة هو الذي جعلهم يكونون صورة عنه تحدد إدراكهم الاجتماعي له، ضف إلى ذلك الظروف المحيطة، فتلك الظروف تمثل جزءا أساسيا في تكوين الانطباع، فانتشار الظاهرة بهذا الشكل له أسبابه في المجتمع، فإذا نظرنا إلى تلك الظروف الاجتماعية التي تدفع بهؤلاء إلى الذهاب إليه نرى أنها قد تكون صعبة، حيث أنهم يتعرضون لأزمات نفسية و اجتماعية مختلفة، فهم على اعتقاد أن المعالج بالرقية بإمكانه أن يخلصهم من تلك الأعراض، وكثيرا ما تكون مشكلات تمس الحياة اليومية، و مشكلات القلق، و المشكلات المرتبطة بالأحداث الحياتية، و هذا ما يمكن أن يقوم به المعالج النفسي على اعتبار أنه متخصص في هذا المجال أكثر من غيره من المعالجين. و لا نعني بهذا عدم جدوى ما يقوم به المعالج بالرقية، و إنما نحاول أن نعطي لكل منهما دوره في المجتمع، و نوعية الخدمات التي يمكن أن يقدمها كل منهما.

و العلاج بالقرآن الكريم و الرقى الشرعية هو إحياء لسنة نبوية كريمة كانت مهجورة، و قد عدها ابن القيم–رحمه الله– من هجر القرآن فقال: "و من هجر القرآن، هجر التداوي و الاستفادة به– أي القرآن" (خليل بن إبراهيم أمين،1997،ص:14) .

فالعلاج بالقرآن الكريم حقيقة واقعية، لا ينكرها إلا جاهل أو حاقد و قد استفاد منه كثير من الناس، بل أن هناك بعض الأمراض ليس لها علاج إلا في كتاب الله و سنة نبيه عليه الصلاة و السلام، و من فسر شفاء القرآن على شفاء القلوب فقط فهو تفسير قاصر، لأن القرآن شفاء للقلوب و الأبدان معا.

غير أن العلاج بهذه الصورة، و تلك الكيفية وقعت فيه بعض الأخطاء و أن كثيرا من تلك المقالات التي نشرت في هذا الموضوع هي بحاجة إلى ضبط، و كما أن بعض المعالجين في أمس الحاجة إلى النصح و التوجيه، حتى لا يفقد هذا الأمر

مصداقيته في قلوب الناس، خصوصا أن مادة العلاج لها قدسيتها في قلوب الناس فهي أشرف كلام، حواه أشرف كتاب على وجه البسيطة ألا و هو كتاب الله عز وجل.

و انتشار العلاج بالقرآن الكريم، وكثرة المعالجين، أظهر الكثير من المقالات الصحفية التي تتحدث عن المعالج وصفاته. و مجالات خبرته و ممارسته العلاجية و مع زيادة أعداد المعالجين، و قلة الخبرة لبعضهم ،و ظهرت بعض السلبيات في العلاج، هذا ما أدى إلى ظهور كتب و مقالات مثلا تتحدث عن هذا الموضوع الحساس، و كذا تلك التجارب العلاجية لهؤلاء فلقد أصابها الكثير من السلبيات و أصبحت لا تمد للإسلام بصلة، فلقد احتمى هؤلاء بالقرآن الكريم و السنة النبوية الشريفة لإيصال تلك الشعوذة بين فئات المجتمع و اعتبارها رقية، غير أنها ليست كذلك.

و ما واجب المسلم المنصف، إلا أن يقف موقف الحق لأن أمتنا أمة الحق، أمرنا بالحق، فالرقية الشرعية موجودة منذ عهد الرسول الكريم صلى الله عليه و سلم بخصائصها، و خصائص القائم بها، غير أنه لا يجوز لهؤلاء المبتدعين أن يشوهوا صورة الرقية، و صورة الراقي الذي هو في الأصل هدفه العلاج بالقرآن الكريم.

و للمعالج بالرقية دور في المجتمع، حيث أنه انتشر العلاج و المعالجين بالقرآن الكريم، و الرقى الشرعية انتشارا واسعا، و وجد إقبالا كبيرا من طرف الناس، و من أهداف هذه الدراسة هو تصحيح الرؤية لدى الجمهور العام و المتخصص حول هوية المعالج بالرقية و أهم الصفات التي ينبغي أن تتوفر فيه، فتحدد و بالضبط ادراكات و انطباعات المجتمع للمعالج النفسي و المعالج بالرقية، و إيجاد الفروق بينهما و هذا لتقييم تلك الظاهرة النفسية المعروفة بالعلاج، حيث أن كلاهما يقوم بهذه المهمة، و محاولة معرفة ما إذا كان هناك اختلاف في انطباعات الجمهور حولهما، حيث أن هذه الدراسة أكدت أن المجتمع بمختلف خصائصه المذكورة في هذه الدراسة من (جنس، سن، مستوى تعليمي، منحدر سكني) تختلف انطباعاته حول المعالجين، فلقد حظي المعالج بالرقية بمعرفة أكثر، و إقبال أكثر من المعالج النفسي، و هذا ما يدل على شيوع الظاهرة في المجتمع هذا من ناحية و من ناحية أخرى كان يتبادر إلى أذهاننا أنه ازداد الوعي النفسي لدى مختلف فئات المجتمع في إقبالهم على الخدمات النفسية، إلا أنه و للأسف و بعد قيامنا بهذه الدراسة اتضح لنا أن أفراد العينة

يلجأون إلى المعالج بالرقية أكثر من المعالج النفسي. و لديه انطباعات عن المعالج بالرقية تختلف عن المعالج النفسي. و يمكن تفسير ذلك إلى أنه ما تزال هناك نظرة سلبية للعلاج النفسي على اعتبار أنه للمجانيين و أن من يذهب إلى المعالج النفسي، لا بد و أن يكون مجنونا. " فالعلاج النفسي يصبح أمرا بديهيا باطراد، و ينظر إليه على انه مساعدة ممكنة في الأزمات الحياتية و يتم اللجوء إليه أيضا. غير أن من يراجع اليوم بالفعل معالجا نفسيا يكون معرضا لخطر الوصم الاجتماعي المتمثل بأنه ربما يكون مجنونا. و غالبا ما يتم تقييم العلاج النفسي على أنه إقرار بالضعف غير الطبيعي و اليأس" (توماس كورنبيشلر،2002،ص:41). و هذا ما تعززه وسائل الإعلام للأسف من خلال عرضها لنماذج مختلفة من هذا القبيل، حيث يتضح تأثير مختلف وسائل الاتصال الجماهيري:المسموعة و المرئية و المقروءة عن المعلومات و المعارف التي من شأنها تكوين الانطباع عن المعالج النفسي.

و في هذا الشأن يتحدث "فؤاد أبو حطب"عن الأسباب الرئيسية لأزمة علم النفس المعاصر، فيقول: أننا لم نوفر لأنفسنا المعلومات، و لم نهيئ لأنفسنا وسائل الاتصال، و لم ننشئ ميكانيزما سليما لتقويم ما نقدمه في علم النفس، و بدون فهم الجمهور لأهمية علم النفس و ما يمكن أن يسهم به من خدمات، سوف يظل هذا العلم عرضة للهجوم و النقد و إساءة الفهم من قبل الكثيرين.لذلك لا بد أن توحد الجهود و تتضافر بين كل من المختصين و أجهزة الإعلام في سبيل نشر الصورة الصحيحة عن هذا العلم (عبد الحليم محمود السيد،عبد اللطيف محمد خليفة،2000،ص:210).

و يرى "فيصل عباس" أن صورة المعالج النفسي غير واضحة المعالم، فهي لا تعكس صورة المعالج الحقيقية، بقدر ما تعكس شخصية المريض و ما يأمل به أو ما يسقطه على الآخرين، و تبعا لذلك، فقد يمثل المعالج صورة الإنسان المنقذ الذي يساعد المريض و يقدم له العون و الدعم، أو صورة المحلل الذي يتوقع منه حلولا سحرية و سريعة لمشاكله، أو كمرآة تعكس للمريض حقيقة مشاعره و انفعالاته و ذاتيته... أو كنموذج للتماهي indentefication على مستوى الأنا، أو كسلطة عليا يلتجأ إليها و يحتمي بها (فيصل عباس،1983،ص:167).

و من خلال هذه الرؤية لصورة المعالج النفسي يمكن القول أنه حتى و أن كانت ذات أشكال متعددة إلا أنها تمليها نوع العلاقة مع المريض. و هذه العلاقة تحتم ضرورة التفاعل بين الطرفين، فمن العلاقة و التفاعل تنتج تلك الانطباعات و تتكون و تحدد الإدراك الاجتماعي له.

و من بين الدراسات التي قورن فيها بين مهنة الأخصائي النفسي و غيرها من المهن الأخرى، تلك التي قام بها "جيست gust" و قارن فيها بين تفضيل الأشخاص لخمس وظائف هي: الأخصائي النفسي، و المعماري، و الكيميائي و رجل الاقتصاد و المهندس. و قارن كذلك بين فهم الأشخاص لطبيعة علم النفس و الطب النفسي و تبين من النتائج أن علم النفس أقل تفضيلا من المهن الأخرى (معتز سيد عبد الله،1996،ص:140).

و من خلال هذه الدراسة نستطيع القول أنها تتفق مع الدراسة الحالية من حيث مهنة الأخصائي النفسي ألا و هي العلاج، حيث يرى أفراد البحث أنها أقل تفضيلا مثلما توصلنا إليه في هذه الدراسة بحيث هناك فرق من حيث الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي مقارنة بالمعالج بالرقية.

و توصل "سلطان بن موسى" العويضة في دراسة له سنة 2003 أن عينة الدراسة أظهرت ادراكات مختلطة حول الهدف و ممارسة الإرشاد و العلاج النفسي. و كان الدليل على ذلك في بعض ردود أفعال المستجوبين على القضايا التي عرضت في الدراسة . و كمثال على ذلك فإن بعض المستجوبين ما زال لديهم تصور بأن الإرشاد و العلاج النفسي، يهتمان فقط "بالحالات المستعصية" و قد عبر عنها بعض المستجوبين بـ " الناس المجانين" (سلطان بن موسى العويضة،2003،ص:216).

و من خلال هذه الدراسة نصل و نقول أنه لا بد على وسائل الإعلام بمختلف أشكالها، أن تصحح تلك الرؤية السلبية للعلاج النفسي و المعالج النفسي، و هذا باعتبارها تنقل المعلومات و الحقائق والأخبار، و تساهم في نشر الوعي الثقافي لدى الشعوب، فمن مسئوليتها إعطاء الصورة الصحيحة للمعالج النفسي.و ضرورة توضيح أن المرض النفسي لا يختلف كثيرا عن المرض الجسدي، و كلاهما بحاجة لمساعدة متخصصة، فلماذا لا نخجل عندما نصاب بمرض جسدي، و نخجل إذا ما شعرنا بالقلق أو التوتر أو الاكتئاب...؟

و في الأخير يمكننا القول أن الفرق بين الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية، لصالح المعالج بالرقية سببه طبيعة الاتصال، و التفاعل الاجتماعي القائم بينهما، ضف إلى ذلك ثقافة المجتمع، فكل من يتعرض لأزمة نفسية ومن خلال الوعي الثقافي لديه فإنه يتوجه إلى المعالج بالرقية. حيث قمنا بطرح سؤال على عينة الدراسة: لو تعرضت إلى أزمة نفسية لا قدر الله إلى من ستتوجه للعلاج؟.

فلقد أجابت نسبة 44.4 % التوجه إلى المعالج النفسي بينما أجابت نسبة 55.6% التوجه إلى المعالج بالرقية.

و نلاحظ هنا أن المعالج بالرقية يحظى باهتمام، و توجه أكثر من المعالج النفسي، و يمكننا تفسير ذلك بتلك المعرفة و تلك الانطباعات المكونة عنهما و التي تحدد شكل الإدراك الاجتماعي لكل منهما.

6-اقتراحات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة نقترح الآتي:

-استنادا إلى نتائج البحث فإن غالبية المستجوبين اتجهوا إلى المعالج بالرقية، و من هذا المنطلق فإنه من مهام أئمة المساجد و الزوايا القرآنيــة و المؤسسات الدينية إعطاء فكرة حول من هو المعالج بالرقية، و أهم الصفات التي تتواجد فيه، و ذلك لتأكيد شرعية العلاج بالرقية لا سواه من العلاجات الأخرى المنسوبة إليه، و تعتبر هذه كذلك من مهام رجال الإعلام.

-ربما القضية الأكثر أهمية، هي ضرورة زيادة مستويات الوعي بين فئات المجتمع بخصوص العلاج النفسي، و المعالج النفسي بصفته شخص يريد المساعدة، و قضية زيادة مستوى الوعي تعتبر من مهام المسؤولين، و ذلك باستخدام وسائل الإعلام في الطريق الصواب، بما في ذلك الإعلانات، و كذا وسائل الإعلام الأخرى لإعطاء الصورة الحقيقية لكل من المعالج النفسي والمعالج بالرقية.

-الدراسة الحالية هي استكشافية لتحديد إدراكات المجتمع نحو المعالج النفسي، و المعالج بالرقية، و كان من بين أفراد عينة البحث من اتجه إلى المعالج النفسي أو

المعالج بالرقية، غير أنه نقترح في دراسات لاحقة التعرض فقط لمن كانت لهم خبرة في العلاج، سواء النفسي أو بالرقية، أي تكون عينة الدراسة قصدية.

–دراسة إدراكات الوالدين و عائلات المرضى النفسانيين، يمكنه أن يقدم أفكارا مفيدة في دراسات أخرى، باعتبار أن أهاليهم تعرضوا للعلاج.

–و بسبب كبر مساحة الجزائر، فإن هذا الوضع أوجد ثقافات فرعية (ثانوية) داخل الثقافة العربية الإسلامية الواحدة، لهذا فإن ذلك قد يؤدي إلى اختلاف في الأفكار بين الناس في المناطق المختلفة بسبب الثقافات الفرعية و الاختلافات الأخرى، و هذا ما يعكس اتجاهاتهم و إدراكاتهم نحو المعالج النفسي و المعالج بالرقية، و على هذا الأساس نقترح دراسة تهتم بمتغير المناطق الجغرافية (شمال،جنوب)، و هذا ما يمثل اهتمام الطالبة في الدراسات العليا اللاحقة.

المـــراجـــع

قائمـة المراجـع

المراجع العربية:

1- القرآن الكريم.

2- أبو مالك حسن سي العربي(2004)،الرقية بين الانضباط الشرعي و التسيب في الممارسات،دار النجاح للكتاب،الجزائر.

3- إبن القيم الجوزية(1983)،الطب النبوي،مكتبة النهضة،الجزائر.

4- ابن الفضل شهاب الدين،ابن حجر العسقلاني(1978)،فتح الباري بشرح صحيح البخاري،مكتبة الكليات الأزهرية، الأزهر.

5- أبي ايمن احمد بن محمود إبراهيم الديب(1997)،الرقى الشرعية و التحصينات السبعة بالكتاب و السنة،ط2،دار الإمام مالك البليدة،الجزائر.

6- إجلال محمد سري(1990)،علم النفس العلاجي،ط1،عالم الكتب، القاهرة

7- إجلال محمد سري(2000)،علم النفس العلاجي،ط2،عالم الكتب، القاهرة.

8- احمد عبد اللطيف وحيد(2001)،علم النفس الاجتماعي،ط1،دار المسيرة للنشر و التوزيع،الأردن.

9- إخلاص محمد عبد الحفيظ،و مصطفى حسين باهي(2002)،طرق البحث العلمي و التحليل الإحصائي في المجالات التربوية و النفسية و الرياضية،ط2 ،مركز الكتاب للنشر، القاهرة.

10- أسعد الإمارة(2004/12/12)،هكذا نتقبل الآخرين !!"رؤية نفسية في إدراك الآخرين"..http://www.annabaa.org/nbanews/42/045.htm

ص ص :(3.1).
11- السيد حافظ الأسود(1996)،صورة الآخر بين الثبات والتغير :دراسة أنثروبولوجية مقارنة لمجتمعين عربيين،مجلة العلوم الاجتماعية،مجلد 24 ،العدد الأول،ربيع 1996ص ص: (207 ، 241).
12- السيد الجميلي(1979)،الإعجاز الطبي في القرآن،ط2،دار الشهاب الجزائر.
13- السيد محمد السيد نوح،وليد محمد الكندري(1999)،الحسد و العين في ضوء السنة النبوية،مجلة الشريعة و الدراسات الإسلامية، العدد 37، أفريل ص ص (121، 122).
14- الفت حقي(2001)،الاضطراب النفسي،التشخيص و العلاج و الوقاية،ج1 ،مركز الإسكندرية للكتاب،مصر.
15- أ.أنسكووج.سكوبلر(1993)،علم النفس الاجتماعي التجريبي، ترجمة عبد الحميد صفوت إبراهيم،ط1،مطابع جامعة الملك سعود،المملكة العربية السعوديـة.
16- أوفرستريت و بوناردستريت(1960)، العقل الحي، ترجمة عبد العزيز القوصي و السيد محمد عثمان، مكتبة النهضة المصرية.
17- بولعشب زهير(2003)،عوامل تزايد الإقبال على طلب الرقية،دراسة ميدانية لمدينة الجزائر،رسالة ماجيستير غير منشورة،مودعة لدى جامعة الجزائر.
18- توماس كورنبيشلر(2002)،العلاج النفسي،ترجمة سامر جميل رضوان،ط1 ،دار المسيرة،عمان،الأردن.
19- جابر عبد الحميد جابر،علاء الدين كفافي(1993)،معجم علم النفس و الطب النفسي،الجزء السادس،دار النهضة العربية، القاهرة.
20- جان لابلاش،و ج ب بونتاليس(1985)،معجم المصطلحات، التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي،ط1،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر.
21- جمال صاولي(1995) تحصين أهل الإيمان من العين و الحسد و السحر و الشيطان،ط1،دار ابن خزيمة،الرياض.
22- جون دكت(2000)،علم النفس الاجتماعي و التعصب،ترجمة ،عبد الحميد

صفوت إبراهيم،ط1،دار الفكر العربي،القاهرة،مصر.

23- جوليان روتر(1984)،علم النفس الإكلينيكي،ترجمة عطية محمود هناء،دار الشروق مصر.

24- حامد احمد حامد(1991)،رحلة الإيمان في جسم الإنسان،ط1،دار القلم،دمشق.

25- حامد عبد السلام زهران(1997)،الصحة النفسية و العلاج النفسي،ط3،عالم الكتب،القاهرة.

26- حامد عبد السلام زهران(1998)،التوجيه و الإرشاد النفسي،ط3،عالم الكتب،القاهرة.

27- حامد عبد السلام زهران(2000)،علم النفس الاجتماعي،ط6،عالم الكتب،القاهرة.

28- حسن رمضان فحلة(1995)،التداوي بالقرآن،ط1،دار الهدى عين مليلة،الجزائر.

29- حسن مصطفى عبد المعطي(1998)،علم النفس الإكيلنيكي،دار قباء،القاهرة.

30- حسين عبد الحميد رشوان(2003)،في مناهج العلوم،مؤسسة شهاب الجامعة،اسكندرية،مصر.

31- خليل بن إبراهيم أمين(1997)،الطرق الحسان في علاج أمراض الجان،ط2 ،دار الإمام مالك،البليدة،الجزائر.

32- ذياب البداينة(1999)،الصورة النمطية للعرب و الغرب و اليهود لدى الطلاب الأردنيين،مجلة العلوم الإنسانية، العدد 11،ص ص (33، 63).

33- رياض محمد سماحة(بدون تاريخ)،دليل المعالجين بالقرآن الكريم،مطابع الإعلانات الشرقية،القاهرة،مصر.

34- روبرت مكلفين ورتشارد غروس(2002)،مدخل إلى علم النفس الاجتماعي،ترجمة،ياسمين حداد،موفق الحمداني،فارس حلمي،ط1،دار وائل،الأردن.

35- زرقون رتيبة(2001)،كيفية إدراك الآباء و الأمهات لمستقبل الأبناء،رسالة

ماجيستير غير منشورة، مودعة بجامعة الجزائر.

36-زهير احمد السباعي،شيخ إدريس عبد الرحيم(1991)، القلق و كيف تتخلص منه،ط1،دار القلم،دمشق،الدار الشامية،بيروت.

37- زكريا الشربيني(1992)،فعالية الاعتماد-الاستقلال عن المجال الادراكي على أبعاد الشخصية لدى الجنسين،مجلة مركز البحوث التربوية،العدد2، جويلية، ص ص (271، 301).

38- سامي محمد ملحم(2001)،الإرشاد و العلاج النفسي،الأسس النظرية و التطبيقية،ط1،دار المسيرة،عمان،الأردن.

39- سامر جميل رضوان(02-05-2005)، العلاج النفسي، file///c:/Documents%20and%20settings/all%20users/Document… ص ص (1، 3).

40- سعد عبد الرحمان(1967)،أسس القياس النفسي الاجتماعي، ط1،مكتبة القاهرة الحديثة،مصر.

41- سعد عبد الرحمان(1998)،القياس النفسي النظرية و التطبيق،ط3،دار الفكر العربي، القاهرة.

42- سلطان بن موسى العويضة(2003)،إدراكات العقل العربي،الإرشاد و العلاج النفسي،نموذج سعودي،رسالة دكتوراه منشورة،ط1،مركز دراسات الوحدة العربية،بيروت،لبنان.

43- طارق بن علي الحبيب(2004)،العلاج النفسي و العلاج بالقرآن،رؤية طيبة نفسية شرعية،مؤسسة طيبة،القاهرة،مصر.

44- عاطف عدلي العبد عبيد(1997)،صورة المعلم في وسائل الإعلام،ط1،دار الفكر العربي،القاهرة.

45- عبد الحليم محمود السيد،عبد اللطيف محمد خليفة(2000)،دارسات في علم النفس الاجتماعي،المجلد الثاني،دار قباء،مصر.

46- عبد الرحمان محمد العيسوي(1999)،فن الإرشاد و العلاج النفسي،ط1 ،دار الراتب الجامعية،بيروت،لبنان.

47- عبد المنعم شحاتة(2001)،أنا و الآخر،سيكولوجية العلاقات المتبادلة،ط1

،ابتراك للنشر و التوزيع،القاهرة.

48- عمر سليمان الأشقر(1997)،عالـم السحر و الشعوذة،ط3،دار النفائس،عمان،الاردن.

49- عبد العزيز علي خزاعلة(1998)،صورة الشخصية اليهودية الإسرائيلية في الذهنية العربية،مجلة العلوم الإنسانية ،العدد 9،ص ص(3، 23).

50- عبد اللطيف محمد خليفة(2003)،دراسات في علم النفس الاجتماعي،المجلد الثالث،دار غريب،القاهرة.

51- فاروق شوقي البوهي،ليلى محمد دويغر(1995)،إدراك طلاب جامعة البحرين لمقومات الشخصية العربية و سبل المحافظة عليها،المجلة العربية للتعليم العالي، العدد الأول،ديسمبر،ص ص(8، 49).

52- فتحـي بن فتحي الجندي (1996)،النذير العريان لتحذير المرضى و المعالجين بالرقى و القرآن،ط2،دار طيبة،القاهرة.

53- فؤاد أبو حطب،سيد أحمد عثمان(1999)، التقويم النفسي،ط2،مكتبة الانجلو المصرية،القاهرة،مصر.

54- فؤاد البهي السيد(1978)،علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري،ط3،دار الفكر العربي،القاهرة.

55- فؤاد البهي السيد(1980)،علم النفس الاجتماعي،ط3،دار الكتاب الحديث،مصر.

56- فؤاد البهي السيد،سعد عبد الرحمان(1999)،علم النفس الاجتماعي،رؤية معاصرة،دار الفكر العربي،القاهرة،مصر.

57- فيصل عباس (1983)،إشكالات المعالجة النفسية ،دار المسيرة،بيروت،لبنان.

58- فيصل عباس(1996)،الاختبارات النفسية،تقنياتها و إجراءاتها،ط1،دار الفكر العربي،بيروت،لبنان.

59- فيصل محمد خير الزراد(1988)،علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكية،ط2،دار العلم للملايين،بيروت،لبنان.

60- فوقية حسن رضوان(2003)،دراسات في الاضطرابات النفسية،ط1،دار

الكتاب الحديث،مصر.

61- ماهر محمود عمر(1992)،سيكولوجية العلاقات الاجتماعية،ط2،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،مصر.

62- مجدي أحمد محمد عبد الله (1996)،علم النفس المرضي،دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب،دار المعرفة الجامعية،القاهرة.

63- محمد أحمد النابلسي(1991)،مبادئ العلاج النفسي و مدارسه،دار النهضة العربية،بيروت،لبنان.

64- محمد الطاهر بن عاشور(بدون تاريخ)،التحرير و التنوير،ج29،الدار التونسية،تونس،المؤسسة الوطنية للكتاب،الكتاب،الجزائر.

65- محمد السيد عبد الرحمان(2004)،علم النفس الاجتماعي المعاصر،ط1،دار الفكر العربي،القاهرة.

66- محمد علي شهيب،مدحت مصطفى راغب(1992)،العلاقات الإنسانية،الشركة العربية،الدقي،مصر.

67- محمد عبد الفتاح دويدار(1995)،أسس علم النفس التجريدي و مناهج البحث و القياس،دار النهضة العربية،بيروت،لبنان.

68- محمود فتحي عكاشة(2000)،علم النفس العام،مطبعة الجمهورية الإسكندرية،مصر.

69- محمد منير حجاب(2000)،مهارات الاتصال للإعلاميين و التربويين و الدعاة،ط2،دار الفجر،مصر.

70- محمود شمال حسن(2001)،سيكولوجية الفرد في المجتمع،ط1،دار الأفاق العربية،القاهرة،مصر.

71- محمد مصطفى الشعبيني(2002)،علم النفس الاجتماعي،دار العلم و الثقافة.

72-محمد محروس الشناوي(1996)،العملية الإرشادية،ط1،دار غريب،القاهرة.

73-معتز سيد عبد الله(1996)،بحوث في علم النفس الاجتماعي و الشخصية،المجلد الأول،دار غريب،القاهرة.

74-معتز سيد عبد الله،عبد اللطيف محمد خليفة(2001)،علم النفس الاجتماعي،دار غريب،القاهرة.

75–ليندا دافيدوف(2000)،السلوك الشاذ و سبل علاجه،ترجمة سيد الطوب،ط1 ،الدار الدولية للاستثمارات الثقافية،مصر.

76–نبيل محمد توفيق السمالوطي(1986)،الإسلام و قضايا علم النفس الحديث،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر.

77–نذير زريبي و آخرون(2000)،إدراك البيئة الحضارية و أثرها على السلوك الإنساني،مجلة العلوم الإنسانية،العدد 14،ديسمبر،ص ص(45، 53).

78–وحيد عبد السلام بالي(1989)،وقاية الإنسان من الجن و الشيطان،ط2،دار الإمام مالك،البليدة،الجزائر.

79–جريدة حوادث الخبر.العدد 50، الصادرة من 14 إلى 28 سبتمبر 2004.

المراجع باللغة الأجنبية:

80-Gustave- Nicolas Fischer ,(1997),la psychologie sociale, éditions du seuil, paris, France.

81-jean stotzel,(1963), la psychologie sociale Flammarion, éditeur, paris.

82- jean la planche et j.b.pontalis,(1996), vocabulaire de la psychanalyse, éditions, delta, paris.

الملاحق

ملحق رقم (01) يوضح استمارة التحكيم.

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية الآداب
و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس
و علوم التربية

استمارة خاصة بصدق المحكمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

أستاذي الفاضل:

أضع بين يديك هذه الاستمارة التي تقيس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في علاقاته ببعض المتغيرات لدى عينة من سكان ولاية ورقلة .

و أرجو من سيادتكم تقويم هذه الأداة بما يخدمها و يعدلها و ذلك من خلال :

-عدد الفقرات في كل بعد.
-مدى وضوح الصياغة اللغوية و تأديتها للمعنى.
-ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات.
-مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة.
-مدى وضوح المثال المقدم و تسهيله الإجابة.
-مدى مناسبة الفقرات لأفراد العينة ذوي التعليم المنخفض.
-طلب البديل في حالة عدم الموافقة.

و تكون طريقة الإجابة من خلال وضع علامة (x) في الخانة المناسبة من الجدول الخاص بالتحكيم.

و لتسهيل هذه العملية نوضح لكم في الصفحة الموالية المعلومات اللازمة حول موضوع الدراسة.

1- التعريف بالأداة :

صممت الأداة لقياس الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية في علاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من سكان ولاية ورقلة. ويتكون المقياس من جزئين يضم الأول 32 فقرة تقيس بعدا واحدا و هو البعد العقلي المعرفي، و كذا بعض الصفات العقلية و الاجتماعية للمعالج النفسي، أما الجزء الثاني فيتكون من 28 فقرة تقيس نفس البعد و نفس الصفات للمعالج بالرقية.و كانت بدائل الأجوبة مشتركة بين الجزئين، إضافة إلى ذلك السؤال مفتوح.

2- التعريف الإجرائي للإدراك الاجتماعي :

هو عملية تكوين انطباعات حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية، وكذا تقويمهما و الحكم على شخصياتهما وسلوكهما لدى عينة من أفراد المجتمع الورقلي من مختلف الأعمار وباختلاف الجنس والمستوى التعليمي والمنحدر السكني . وذلك من خلال الأداة المصممة لهذا الغرض.

3- التعريف الإجرائي للبعد العقلي المعرفي :

يتضمن جملة من الخصائص في شكل انطباعات و تصورات وأحكام أفراد المجتمع نحو المعالج النفسي و المعالج بالرقية.

التعليمات المرفقة في الأداة : يتكون هذا الاستبيان من (60) فقرة تتناول وجهة نظر أفراد المجتمع نحو المعالج النفسي و المعالج بالرقية.

المطلوب منك أن تعطي رأيك و بكل صراحة حول كل عبارة من العبارات التالية ، و ذلك بوضع علامة (x) في المكان المناسب، حيث أنك ستجد أمام كل عبارة بدائل الإجابة و يجب عليك أن تقرأ كل عبارة جيدا ثم تجيب باختيارك الصريح لهذه العبارة أو تلك، و أود أن أقول لك أخي الكريم أنه ليس هناك إجابة صحيحة أو أخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق على رأيك. ركز جيدا وأجب و لا تترك أية عبارة دون إجابة و تأكد بأن الإجابة التي تدلي بها لا يطلع عليها أحد و تستخدم فقط من أجل البحث العلمي.

و فيما ليل مثال يوضح لك طريقة الإجابة:

الفقرة	موافق	محايد	معارض
لا يعاني المعالج النفسي من الضغوط النفسية	**x**		

عند قراءتك لهذه الفقرة إذا كنت توافق عليها ضع علامة (x) تحت البديل موافق و إذا كنت لا توافق عليها ضع علامة (x) تحت البديل معارض.

أداة القياس:

***أ- الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي:**

الرقم	الفقــرات	موافق	محايد	معارض

01	تتسم العلامة بينه و بين الناس بالاحترام			
02	يرفع الروح المعنوية للشخص المريض			
03	يتسم أسلوبه بالذكاء			
04	المعالج النفسي متمهل في تصرفاته مع الغير			
05	أتصور أنه محل نقد من قبل الآخرين			
06	أجد المعالج النفسي يساهم في حل مشاكل الأفراد بفعالية.			
07	أرى أنه يستمر في العمل رغم الصعوبات .			
08	أرى أنه ماهر في التعامل مع الآخرين.			
09	أعتقد أن معظم الناس لا يهتمون به.			
10	ينبغي ألا يتبنى في علاقاته مع الناس المنفعة المادية.			
11	يتصف بالاتزان الانفعالي.			
12	أرى أنه لا يعاني من الضغوط النفسية.			
13	أرى أنه يمكن للمجتمع أن يستغني على خدماته.			
14	أرى أنه من الضروري أن يمتاز بأناقة مظهره.			
15	لا يحق للمعالج النفسي أن ينفعل أمام المريض.			
16	أعتقد أن نتائج العلاج النفسي بطيئة جدا.			
17	أود أن يغير اتجاهات الآخرين حوله.			
18	أتمنى أن يقدر الناس دوره في المجتمع.			
19	أرى أن له دور فعال في المجتمع .			
20	المفروض أن يصنفه المجتمع ضمن فئات اجتماعية عالية المستوى.			
21	الأفضل أن تكون للمعالج النفسي خبرة طويلة في العلاج.			

الرقم	الفقــرات	موافق	محايد	معارض
22	أعتقد انه يحسن ملاحظة الأعراض التي يعاني منها المريض.			
23	أرى أنه يحسن تشخيص الأمراض.			
24	من الجيد أن يعتمد على المعطيات العلمية في العلاج.			
25	أرى أن له قدرة على الإقناع الجماعي.			
26	يبدو قادرا على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.			
27	أتمنى أن يتقبل تصرفات المريض.			
28	أتصوره محبا لمساعدة الغير.			
29	يجب أن يكون صادقا مع غيره .			
30	أجده أمينا على أسرار المرضى.			
31	أرى أنه متسامح مع الآخرين.			
32	أتمنى أن يتقبل غيره من دون شروط.			

ب* الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية

الرقم	الفقــرات	موافق	محايد	معارض
01	أرى بأنه شخص مرفوض من قبل الناس.			
02	أعتبره شخصية ثانوية.			
03	أعتقد أن العمل الذي يقوم به لا يتفق مع توقعات الآخرين.			
04	أعتبر أن طريقة علاجه غير مناسبة للمجتمع المتحضر.			
05	أعتقد أن أسلوبه خشن مع الناس.			
06	تزعجني أساليبه المؤلمة في العلاج.			
07	أستغرب من يقصد المعالج بالرقية.			
08	لا يجب أن يهتم المعالج بالرقية بمظهره عادة.			
09	يجب أن يكون القرآن الكريم و السنة النبوية هما أساس العلاج بالرقية .			
10	يجب أن يكون المعالج بالرقية هو أول من يقصده الناس لحل مشاكلهم.			
11	أرى أنه يمكن للمجتمع أن يستغني على خدماته.			
12	مهما كانت ظروف المعالج بالرقية فهو لا يتأخر عمن يحتاج إليه .			

13	يبدو دائم الاستعداد لمعالجة المرضى.			
14	أعتقد أن له فعال في المجتمع.			
15	أعتقد أنه يقدم خدمات علاجية للمجتمع.			
16	في اعتقادي يجب أن يجمع بين العلاج الديني و الفهم العلمي في علاج المرضى.			
17	لا يصح أن يتقاضى المعالج بالرقية أجرا ماديا.			
18	ينبغي أن تكون له خبرة تؤهله للقيام بهذا العلاج.			

الرقم	الفقــرات	موافق	محايد	معارض
19	أود أن يخلص النية في العلاج.			
20	من الضروري أن يهيئ المعالج بالرقية نفسية المريض قبل العلاج.			
21	لا يصح أن يعتمد المعالج بالرقية على الشعوذة.			
22	تدهشني قدرة المعالج بالرقية في التأثير على المريض.			
23	يعجبني أن يؤكد المعالج بالرقية للمريض أن الله هو الشافي.			
24	المعالج بالرقية متحدث جيد.			
25	من الواجب أن يصغي بشكل جيد للمريض.			
26	أجد المعالج بالرقية مصدر للثقة لدى المريض.			
27	أتصور أن للمعالج قدرة على تكوين علاقات مع الغير.			
28	أعتبر المعالج بالرقية متسامح مع الآخرين.			

ج- السؤال المفتوح:

أخي الكريم بعد أن قمت بإعطاء رأيك حول تلك العبارات التي تمثل جملة من الانطباعات حول المعالج النفسي و المعالج بالرقية، سأكون شاكرة لك إذا تكرمت و أجبتني عن هذا السؤال، و ذلك انطلاقا من رأيك الخاص، و السؤال يتكون من شطرين هما

أ/ ما رأيك في المعالج النفسي عموما ؟.

ب/ ما رأيك في المعالج بالرقية عموما ؟.

- **جدول التحكيم الخاص بعدد الفقرات في كل بعد :**

- **أ/ الفقرات الخاصة بقياس الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي :**

البعد	عدد فقراته	كاف	غير كاف
العقلي المعرفي	**32**		

- **ب/ الفقرات الخاصة بقياس الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية :**

البعد	**عدد فقراته**	**كـاف**	**غير كـاف**
العقلي المعرفي	**28**		

*** جدول التحكيم الخاص ببدائل الأجوبة :**

البدائل هي : موافق – محايد – معارض.

ملائمة جدا	**ملائمة نوعا ما**	**غير ملائمة على الإطلاق**	**اقتراح البديل**

-جدول التحكيم الخاص بوضوح التعليمات و شموليتها:

مناسبة جدا	مناسبة نوعا ما	غير مناسبة على الإطلاق	اقتراح البديل

-جدول التحكيم الخاص بمدى وضوح المثال المقدم :

واضح جدا	واضح إلى حد ما	غير واضح على الإطلاق	اقتراح البديل

-جدول التحكيم الخاص بالسؤال المفتوح :

واضح	واضح إلى حد ما	غير واضح على الإطلاق	اقتراح البديل

* التحكيم الخاص بمدى مناسبة الفقرات و التعليمات لأفراد العينة ذوي التعليم المنخفض:

في هذه الحالة يمكن الاختيار بين حلين هما :

أولا : تقرأ لهم التعليمات و الفقرات و تشرح.

في حالة اتخاذ هذا الإجراء هل يقلل هذا من قيمة الأداة من حيث تدخل ذاتية الباحث أم لا؟

ثانيا : يمكن إعداد أداة خاصة بذوي التعليم المنخفض تكون باللغة الدارجة لتسهيل فهم تعليمات وفقرات الأداة.

فما هو الحل الذي يمكن أن آخذ به من الحلين السابقين ، و في حالة عدم الموافقة على كليهما ما هو الاقتراح البديل ؟

جدول التحكيم الخاص بمدى قياس الفقرات للبعد :

أ- الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي :

* الفقرات تقيس البعد العقلي المعرفي :

الرقم	الفقـــرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
01	تتسم العلاقة بينه و بين الناس بالاحترام							
02	يرفع الروح المعنوية للشخص المريض							
03	يتسم سلوكه بالذكاء							
04	المعالج النفسي متمهل في تصرفاته مع الغير.							
05	أتصور أنه محل نقد من قبل الآخرين.							
06	أجد المعالج النفسي يساهم في حل مشاكل الأفراد بفعالية.							

الرقم	الفقـــرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
07	أرى أنه يستمر في العمل رغم الصعوبات.							
08	أرى أنه ماهر في التعامل مع الآخرين.							
09	أعتقد أن معظم الناس لا يهتمون به.							
10	ينبغي ألا يتبنى في علاقاته مع الناس المنفعة المادية.							
11	يتصف بالاتزان الانفعالي.							
12	أرى أنه لا يعاني من الضغوط النفسية.							
13	أرى أنه يمكن للمجتمع أن يستغني على خدماته.							
14	أرى أنه من الضروري أن يمتاز بأناقة مظهره.							

الرقم	الفقـــرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
15	لا يحق للمعالج النفسي أن ينفعل أمام المريض.							
16	أعتقد أن نتائج العلاج النفسي بطيئة جدا.							
17	أود أن يغير اتجاهات الآخرين حوله.							
18	أتمنى أن يقدر الناس دوره في المجتمع.							
19	أرى أن له دور فعال في المجتمع.							
20	المفروض أن يصنفه المجتمع ضمن فئات اجتماعية عالية المستوى.							
21	الأفضل أن تكون للمعالج النفسي خبرة طويلة في العلاج.							
22	أعتقد أنه يحسن ملاحظة الأعراض التي يعاني منها المريض.							

الرقم	الفقـــرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
23	أرى أنه يحسن تشخيص الأمراض.							
24	من الجيد أن يعتمد على المعطيات العلمية في العلاج.							
25	أرى أن له قدرة على الإقناع الجماعي.							
26	يبدو قادرا على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.							
27	أتتمى أن يتقبل تصرفات المريض.							
28	أتصوره محبا لمساعدة الغير.							
29	يجب أن يكون صادقا مع غيره.							
30	أجده أمينا على أسرار المرضى.							
31	أرى أنه متسامح مع الآخرين.							
32	أتمنى أن يتقبل غيره من دون شروط.							

ب- الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية:

* الفقرات تقيس البعد العقلي المعرفي :

الرقم	الفقـرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتـراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
01	**أرى بأنه شخص مرفوض من قبل الناس**							
02	أعتبره شخصية ثانوية.							
03	أعتقد أن العمل الذي يقوم به لا يتفق مع توقعات الآخرين.							
04	أعتبر أن طريقة علاجه غير مناسبة للمجتمع المتحضر.							
05	أعتقد أن أسلوبه خشن مع الناس .							
06	تزعجني أساليبه المؤلمة في العلاج.							
07	أستغرب من يقصد المعالج بالرقية.							

الرقم	الفقـرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتـراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
08	لا يجب أن يهتم المعالج بالرقية بمظهره عادة.							
09	يجب أن يكون القرآن الكريم و السنة النبوية هما أساس العلاج بالرقية.							
10	يجب أن يكون المعالج بالرقية هو أول من يقصده الناس لحل مشاكلهم.							
11	أرى أنه يمكن للمجتمع أن يستغني على خدماته.							
12	مهما كانت ظروف المعالج بالرقية فهو لا يتأخر عمن يحتاج إليه.							
13	يبدو دائم الاستعداد لمعالجة المرضى.							
14	أعتقد أن له دور فعال في المجتمع.							

الرقم	الفقـرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتـراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
15	أعتقد أنه يقدم خدمات علاجية للمجتمع.							
16	في اعتقادي يجب أن يجمع بين العلاج الديني و الفهم العلمي في علاج المرضى.							
17	لا يصح أن يتقاضى المعالج بالرقية أجرا ماديا.							
18	ينبغي أن تكون له خبرة تؤهله للقيام بهذا العلاج .							
19	أود أن يخلص النية في العلاج.							
20	من الضروري أن يهيئ المعالج بالرقية نفسية المريض قبل العلاج.							

الرقم	الفقـرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتـراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
21	لا يصح أن يعتمد المعالج بالرقية على الشعوذة.							
22	تدهشني قدرة المعالج بالرقية في التأثير على المريض.							
23	يعجبني أن يؤكد المعالج بالرقية للمريض أن الله هو الشافي.							
24	المعالج بالرقية متحدث جيد.							
25	من الواجب أن يصغي بشكل جيد للمريض.							

الرقم	الفقـرة	مناسبة جدا		مناسبة نوعا ما		غير مناسبة على الإطلاق		اقتـراح البديل
		الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	الصياغة اللغوية	المحتوى	
26	أجد المعالج بالرقية مصدر للثقة لدى المريض.							
27	أتصور أن للمعالج بالرقية قدرة على تكوين علاقات مع الغير.							
28	أعتبر المعالج بالرقية متسامح مع الآخرين.							

الملحق رقم (02) يوضح الصورة النهائية للأداة الإدراك الاجتماعي
لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية.

جامعـة ورقلة

كلية الآداب و العلوم الإنسانية **قسم علم النفس و علوم لتربية**

استبيان الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي و المعالج بالرقية.

بيانات شخصية:

الجنس : ذكر: ☐ أنثى: ☐

المستوى الدراسي : جامعي: ☐ ثانوي: ☐ متوسط : ☐ ابتدائي: ☐

مقر السكن:

السن :

هل لجأت إلى المعالج النفسي نعم ☐ كم مرة ☐ لا ☐

هل لجأت إلى المعالج بالرقية نعم ☐ كم مرة ☐ لا ☐

التعليمات

أخي الكريم:

أضع بين يديك مجموعة من العبارات تدور حول بعض القضايا المنتشرة في المجتمع و لا سيما تلك المتعلقة بأمور العلاج سواءا أكان علاجا نفسيا أو علاجا بالرقية، و في هذا الأساس نرجو منك قراءة العبارات بشكل جيد، و الإجابة عنها، حسب ما تراه مناسبا، علما بأنه ليس هناك إجابات صحيحة و أخرى خاطئة.

بل هي أراء قد تختلف من شخص لآخر، و تأكد من عدم ترك أية عبارة دون إجابة، كما أن كتابة أسمك غير ضرورية، و تأكد أيضا بأن الإجابة التي تدلي بها لا يطلـع عليها أحد، و تستخدم فقط من أجل البحث العلمي.

و فيما يلي مثال يوضح لك طريقة الإجابة.

العبارة	موافق	محايد	معارض
لا يعاني المعالج النفسي من الضغوط النفسية	X		

بعد قرائتك لهذه العبارة، إذا كنت توافق عليها ضع العلامة (x) تحت إجابة موافق، و إذا كنت لا توافق عليها ضع العلامة (x) تحت الإجابة معارض، و إذا كنت لست موافقا و لست معارضا ضع العلامة (x) تحت الإجابة محايد.

و شكرا

أ- الإدراك الاجتماعي للمعالج النفسي.

الرقم	العبـارة	موافق	محايد	معارض
01	تتسم العلاقة بين المعالج النفسي و غيره من الناس بالإحترام.			
02	أتصور أن المعالج النفسي محل نقد من قبل الآخرين.			
03	يساهم المعالج النفسي في حل مشاكل الأفراد بنجاح.			
04	يستمر المعالج النفسي في العمل رغم الصعوبات.			
05	المعالج النفسي ماهر في التعامل مع الآخرين.			
06	أنا لا أهتم بما يقوم به المعالج النفسي.			
07	لا يتبنى المعالج النفسي في علاقاته مع الناس المنفعة المادية.			
08	يتصف المعالج النفسي بالاتزان الانفعالي.			
09	يمتاز المعالج النفسي بأناقة مظهره.			
10	للمعالج النفسي دور فعال في المجتمع.			
11	المفروض أن يصنف المجتمع المعالج النفسي ضمن فئات اجتماعية عالية المستوى.			
12	يحسن المعالج النفسي ملاحظة الأعراض التي يعاني منها المريض.			
13	المعالج النفسي يحسن تشخيص الأمراض.			
14	المعالج النفسي قادر على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.			
15	يحب المعالج النفسي مساعدة الغير.			
16	المعالج النفسي صادق مع المرضى.			
17	المعالج النفسي أمين على أسرار المرضى.			

18	يتقبل المعالج النفسي المريض من دون شروط.			

ب- الإدراك الاجتماعي للمعالج بالرقية.

الرقم	العبـارة	موافق	محايد	معارض
01	للمعالج بالرقية دور فعال في المجتمع.			
02	المعالج بالرقية شخص مرفوض من قبل الناس.			
03	لا يهتم المعالج بالرقية بمظهره.			
04	طريقة العلاج لدى المعالج بالرقية غير مناسبة للمجتمع المتحضر.			
05	المعالج بالرقية دائم الاستعداد لمعالجة المرضى.			
06	إن أسلوب المعالج بالرقية خشن مع المرضى.			
07	يقدم المعالج بالرقية خدمات علاجية مناسبة لكل فرد.			
08	مهما كانت ظروف المعالج بالرقية فهو لا يتأخر عن مساعدة الآخرين.			
09	لا يصح أن يتقاضى المعالج بالرقية أجرا ماديا.			
10	يزعجني المعالج بالرقية عند استعماله أساليب مؤلمة في العلاج.			
11	يجمع المعالج بالرقية بين العلاج الديني و الفهم العلمي في علاج المريض.			
12	أستغرب من يقصد المعالج بالرقية .			
13	يمكن للمجتمع أن يستغني على خدمات المعالج بالرقية .			
14	من الضروري أن يهيئ المعالج بالرقية الجو للمريض قبل العلاج.			
15	تدهشني قدرة المعالج بالرقية في التأثير على المرضى.			

16	المعالج بالرقية مصدر للثقة لدى المريض.			
17	للمعالج بالرقية قدرة على تكوين علاقات مع الغير .			
18	المعالج بالرقية متسامح مع الآخرين.			

سؤال خاص :

* لو تعرضت إلى أزمة نفسية لا قدر الله إلى من ستتوجه للعلاج ؟

1- المعالج النفسي .

2- المعالج بالرقية.