

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of education
Master of community mental health



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير صحة نفسية مجتمعية

الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية

The Attitudes toward Therapeutic Practice and its relationship with
Professional Efficiency among Professionals in Mental Health Centers

إعدادُ الباحثِ

محمود أحمد عصفور

إشرافُ الدكتورِ

نبيل كامل دخان

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ إِسْتِكْمَالًا لِمُتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ فِي
(الصحة النفسية المجتمعية) بِكُلِّيَةِ التَّربِيَةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

ربيع أول/1438هـ - فبراير/2017م

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى
العاملين في مراكز الصحة النفسية

The Attitudes toward Therapeutic Practice and its Relationship with Professional Efficiency among Professionals in Mental Health Centers

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه
حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب
علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	محمود أحمد عصفور	اسم الطالب:
Signature:	محمود عصفور	التوقيع:
Date:	2017/5/2	التاريخ:



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج س غ/35/

التاريخ: 2017/04/30م

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ محمود احمد محمود عصفور لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الثلاثاء، 05 شعبان 1438 هـ الموافق 2017/05/02م الساعة التاسعة صباحاً، في قاعة مؤتمرات مبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	د. نبييل كامل دخان
.....	مناقشاً داخلياً	أ.د. محمد وفائي علاوي الحلو
.....	مناقشاً خارجياً	د. أمجد عزات جمعة

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية. واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،



نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبد الرؤوف علي المناعمة

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة للتعرف على الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة، ومعرفة الفروق الجوهرية على مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية ومقياس الكفاءة المهنية والتي تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي)، وهدفت أيضاً إلى التنبؤ بدرجة الكفاءة المهنية من خلال الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية. حيث استخدم الباحث مقياسي: الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، والكفاءة المهنية (من إعداد الباحث)، لتحقيق أهداف الدراسة. وتكونت عينة الدراسة من (118) عاملاً وعاملة في مراكز الصحة النفسية بقطاع غزة، تمَّ اختيارهم بالطريقة القصدية، واتبع الباحث المنهج الوصفي الارتباطي. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن: العاملين لديهم اتجاه نحو الممارسة العلاجية بدرجة مرتفعة، وأن العاملين في الصحة النفسية لديهم كفاءة مهنية بدرجة مرتفعة، وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وبين الدرجة الكلية للكفاءة المهنية. وأشارت أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية تعزى لمتغير العمر (لصالح العاملين الذين أعمارهم 45 سنة فأكثر)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (لصالح الدراسات العليا)، كذلك لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للكفاءة المهنية تعزى لكل من المتغيرات (العمر، المستوى التعليمي). وكشفت النتائج لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات الكلية لكلاً من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وكذلك الكفاءة المهنية تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، التخصص، سنوات الخبرة، مكان العمل). وتبين وجود تأثير جوهري ذو دلالة إحصائية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين على الكفاءة المهنية بنسبة 62.7%.

أهم توصيات الدراسة: تطوير سبل وطرق جديدة تستهدف تعزيز الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، ورفع الكفاءة المهنية لدى العاملين. والاستفادة من نتائج الدراسة في تطوير معايير التقييم المتبعة بوزارة الصحة فيما يخص فئة العاملين في مراكز الصحة النفسية. والتعرف على الجوانب التي تعيق عملهم. كذلك عقد لقاءات الإشراف الإكلينيكي في كل مركز، بالإضافة إلى عمل مجموعات ترفيهية تساعد على التفريغ النفسي للعاملين بهدف لتخفيف ضغوط العمل لديهم.

كلمات مفتاحية: الاتجاهات، الممارسة العلاجية، الكفاءة المهنية.

Abstract

This study aimed to investigate the attitudes towards therapeutic practice and its relationship with the professional efficiency among employees in mental health Centers in the Gaza Strip and to identify the fundamental differences on the attitudes towards therapeutic practice scale and the scale attributed to the following demographic variables (Sex, age, years of experience, Specialization, workplace, Educational level). The study also aimed to predict the degree of Professional Efficiency through the attitudes towards therapeutic practice. To reach the study intended findings, the researcher used two scales: Attitudes toward therapeutic practice scale and professional efficiency scale (both prepared by the researcher).

The study sample, which was purposively selected, consisted of (118) Employee Working at Mental Health Centers in Gaza Strip. The researcher adopted the descriptive-analytical approach. The study findings were as follows: First, the employees had a high level of attitude towards therapeutic practice. Second, the employees in the mental health had a high degree of professional efficiency. Third, there was a statistically significant direct correlation between the total score of the attitudes toward therapeutic practice and the total score of professional efficiency. Fourth, there were statistically significant differences in the total score of the attitude scale towards therapeutic practice attributed to the variable of age(in favour of 45 years old and more). Fifth, there were statistically significant differences in attitudes towards therapeutic practice attributed to the variable of level of education in favour of those of higher studies. Sixth, there were no statistically significant differences in the total score of professional efficiency attributed to the variables of (age, educational level). Seventh, there were no statistically significant differences in the total scores of both attitudes towards therapeutic practice and professional Efficiency attributed to the following variables (Sex, Specialization, years of experience, workplace). Finally, there was a substantial statistically significant impact (i.e. 62.7%) of employees' attitudes toward therapeutic practice on professional efficiency.

The study's most important recommendations were as follows: First, developing new ways and methods aimed at reinforcing attitudes towards therapeutic practice. Second, raising employees' professional Efficiency. Third, benefiting from the results of the study in the development of the evaluation criteria adopted by the Ministry of Health concerning employees in mental health centers. Fourth, identifying the aspects that hinder employees' work. Fifth, holding clinical supervision meetings in each center. Finally, establishing recreational groups that may contribute to psychological debriefing among employees so as to alleviate work pressures.

Keywords: Attitudes, Therapeutic Practice, Professional Efficiency .

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿ یَرْفَعِ اللّٰهُ الَّذِیْنَ اٰمَنُوْا مِنْكُمْ وَالَّذِیْنَ اٰتَوْا
الْعِلْمَ دَرَجٰتٍ وَّ اللّٰهُ بِمَا تَعْمَلُوْنَ خَبِیْرٌ ﴾

[المجادلة: 11].

الإهداء

إلى والدي الحبيين ، أطل الله في عمرهما،،

رسالة أبعثها مليئة بالحبِّ والتقدير والاحترام، ولو أنني أوتيت كلِّ بلاغة وأفنيت بحر النطق في النظم والنثر لما كنتُ بعد القول إلا مُقَصِّراً ومُعْتَرِفاً بالعجز عن واجب الشكر.

إلى زوجتي العزيزة وأبنائي،،

عبر نفحات النسيم وأريج الأزاهير وخيوط الأصيل أرسل لكم شكراً من الأعماق

إلى إخواني وأخواتي،،

الود يبقى وحب الله يجمعنا على الإخاء وطيب القول قد عبأ، والقلب يخفق إن هبت نسائمكم فصادق الود ويجلو الهم والأرقا، والله يجزي أضعافاً مضاعفة لمن لصاحبه مستبقاً

إلى أصدقائي وزملائي،،

إن قلتُ شكراً فشكري لن يوفيكُم، حقاً سعيتُم فكان السعي مشكوراً، إن جفَّ حبري عن التعبير يكتبكم قلبٌ به صفاء الحبِّ تعبيراً.

شكر وتقدير

اللَّهُمَّ لك الحمدُ أكملهُ، ولك الثناء أجملهُ، ولك القول أبلغهُ، ولك العلم أحكمهُ، ولك السلطان أقومهُ، ولك الجلال أعظمهُ، اللهم لك الحمد حمداً يملأ الميزان، ولك الحمد عدد ما حطه القلم وأحصاه الكتاب ووسعته الرحمة، ولك الحمد اللهم على كل حال.

في بداية شكري أتقدم بجزيل التقدير والعرفان إلى أستاذي الفاضل الدكتور: نبيل كامل دخان أستاذي ومشرفي، على ما قدمه من رعاية واهتمام وتوجيه طيلة فترة إنجاز هذه الدراسة، الذي كان مثلاً وقدوةً للصبر والعلم والاجتهاد. بوركات دكتور وبارك الله فيك.

وأتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير إلى كل من ساهم وشارك في إعداد وإنجاز هذه الدراسة بالمشورة والنصيحة، أ. ناصر نوفل، وأ. إسماعيل أبو ركاب، وأ. شادي بربخ، على ما قدموه من جهود طيبة ومباركة ونصائح علمية وعملية. جزاكم الله كل الخير ووفقكم الله لما فيه الخير والتقدير.

كما أتقدم بالشكر بالجزيل إلى السادة المحكمين الذين تفضلوا بتحكيم أدوات الدراسة، والشكر الجزيل موصول لزملائي وزميلاتي من العاملين في الإدارة العامة للصحة النفسية الذين أبدوا تعاوناً أثناء تطبيق أدوات الدراسة.

وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى جميع زملائي وزميلاتي في مركز الوسطي للصحة النفسية على تشجيعهم المستمر، وأخص بالذكر د. عمر البحيصي مدير المركز، وكذلك الأخ مهند حمدان على تعاونهما الطيب.

الباحث

محمود عصفور

فهرس المحتويات

أ	إقرار	.....
ب	نتيجة الأطروحة	.....
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية	.....
و	الإهداء	.....
ز	شكر وتقدير	.....
ح	فهرس المحتويات	.....
ل	فهرس الجداول	.....
ن	فهرس الأشكال والرسومات التوضيحية	.....
س	فهرس الملاحق	.....
2	الفصل الأول خلفية الدراسة	.....
2	المقدمة	.....
5	مشكلة الدراسة	.....
6	أهداف الدراسة	.....
6	أهمية الدراسة	.....
8	مصطلحات الدراسة	.....
10	حدود الدراسة	.....
12	الفصل الثاني الإطار النظري	.....
12	تمهيد	.....
13	المبحث الأول	.....
13	الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	.....
13	أولاً: الاتجاهات (ATTITUDES)	.....
13	تمهيد	.....
13	تعريف الاتجاهات (ATTITUDES)	.....
14	أهمية دراسة الاتجاه	.....
15	فوائد الاتجاهات	.....
15	خصائص الاتجاه	.....
15	عناصر الاتجاه	.....
16	مكونات الاتجاه	.....

17	عوامل تكوين الاتجاه
18	وظائف الاتجاه
18	أنواع الاتجاهات
18	النظريات المفسرة لتكوين الاتجاهات:
19	تعقيب الباحث على النظريات المفسرة لتكوين الاتجاهات
20	طرق قياس الاتجاهات
21	تعقيب الباحث على طرق القياس المستخدمة في الاتجاهات
22	ثانياً: الممارسة العلاجية (THERAPEUTIC PRACTICE)
22	تمهيد
22	تعريف الممارسة (PRACTICE)
23	الخلفية التاريخية لممارسة العلاج الإكلينيكي
24	أبعاد العلاج النفسي
25	منافع العلاج النفسي
25	أشكال العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية
26	أساليب العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية
26	أولاً: العلاج السلوكي (BEHAVIORAL THERAPY)
27	فوائد النظرية
27	المسلمات الرئيسية في تيارات العلاج السلوكي
28	افتراضات النظرية السلوكية
28	الأسس النظرية للعلاج السلوكي
28	نظريات التعلم السلوكية:
30	تعقيب الباحث على النظرية السلوكية (نظرية التعلم)
30	الافتراضات النظرية التي يقوم عليها العلاج السلوكي
30	أساليب وعمليات العلاج السلوكي
32	خصائص العلاج السلوكي
32	إجراءات العلاج السلوكي
33	ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي (COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY, CBT):
33	تعريف العلاج المعرفي السلوكي
34	الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
36	الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
38	خصائص العلاج المعرفي السلوكي

39	.....	مزايا العلاج المعرفي السلوكي
40	.....	المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي
40	.....	أهداف العلاج المعرفي السلوكي
41	.....	أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي CBT
42	.....	ثالثاً: العلاج باللعب (PLAY THERAPY)
43	.....	مفهوم اللعب
43	.....	مفهوم العلاج باللعب
43	.....	أهمية العلاج باللعب
44	.....	نظريات تفسير اللعب
44	.....	رابعاً: العلاج الكلامي (TALKATIVE THERAPY)
45	.....	مفهوم العلاج الكلامي
45	.....	دور العلاج الكلامي:
46	.....	خامساً: العلاج الأسري (FAMILY THERAPY)
46	.....	مفهوم العلاج الأسري
46	.....	أهداف العلاج الأسري
47	.....	أنواع العلاج الأسري
47	.....	سادساً: الدعم النفسي والاجتماعي (PSYCHOSOCIAL SUPPORT)
48	.....	أنواع الدعم النفسي الاجتماعي
49	.....	أهداف الدعم النفسي الاجتماعي:
49	.....	وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:
49	.....	سابعاً: العلاج الدوائي (MEDICATION THERAPY)
50	.....	المهارات المختلفة لدى الطبيب في العلاج الدوائي
51	.....	ثامناً: التأهيل النفسي والاجتماعي (PSYCHOSOCIAL REHABILITATION)
52	.....	عوامل نجاح عملية التأهيل
53	.....	العوامل الفعالة المشتركة بين مدارس العلاج
54	.....	المبحث الثاني الكفاءة المهنية
54	.....	تمهيد
55	.....	تعريف الكفاءة المهنية
56	.....	تعليق الباحث على تعريفات الكفاءة المهنية
57	.....	الفرق بين الكفاءة والكفاية
58	.....	مصادر الكفاءة الذاتية

58	مصادر فعالية الذات عند باندورا
60	أبعاد الكفاءة المهنية
62	تقييم الكفاءة المهنية
63	أهداف قياس الأداء (الكفاءة المهنية)
63	الأداء والصحة النفسية
63	أساليب تقدير أداء العاملين والموظفين
64	تعقيب الباحث على الإطار النظري
67	الفصل الثالث الدراسات السابقة
67	مقدمة
67	أولاً: دراسات تناولت الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية
72	ثانياً: دراسات تناولت الكفاءة المهنية:
75	التعقيب على الدراسات السابقة
79	أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة
79	ما يميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات
80	تعقيب عام على كل الدراسات السابقة
80	فرضيات الدراسة
82	الفصل الرابع إجراءات الدراسة
82	تمهيد:
82	أولاً: منهج الدراسة
82	ثانياً: مجتمع الدراسة
83	ثالثاً: عينة الدراسة
86	رابعاً: أدوات الدراسة
96	خامساً: الأساليب الإحصائية
98	الفصل الخامس عرض نتائج الدراسة وتفسيرها
98	مقدمة
99	تساؤلات الدراسة
104	ثانياً: فرضيات الدراسة
142	توصيات الدراسة
143	المصادر والمراجع
163	الفهارس العامة
164	الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (2.1) يوضح أساليب العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية 26
- جدول (2.2) أساليب وفتيات العلاج السلوكي 30
- جدول (2.3) أبعاد الكفاءة المهنية 62
- جدول (4.1) الديمغرافية والسكانية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لأفراد العينة (ن=113) 84
- جدول (4.2) يوضح التوزيع النسبي للعيادة والمراكز النفسية بالنسبة لنوع الجنس للمرضى 86
- جدول (4.3): معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والدرجة الكلية للمقياس .. 88
- جدول (4.4): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية 89
- جدول (4.5) يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (ن = 30) 90
- جدول (4.6) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الكفاءة المهنية والدرجة الكلية للمقياس 93
- جدول (4.7) معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد مقياس الكفاءة المهنية والدرجة الكلية للأبعاد 93
- جدول (4.8) معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الكفاءة المهنية (ن = 30) 94
- جدول (5.1) يوضح نتائج اختبار كلمرجوف سمرنوف لاختبار التوزيع الطبيعي 98
- جدول (5.2) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية (ن=113) 99
- جدول (5.3) يوضح مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية عند أفراد العينة 100
- جدول (5.4) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية (ن=113) 101
- جدول (5.5) يوضح مستوى الكفاءة المهنية عند أفراد العينة 102
- جدول (5.6) مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لكشف العلاقة بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين بالصحة النفسية (ن=113) 104
- جدول (5.7) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر (ن = 113) 107
- جدول (5.8) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر 109
- جدول (5.9) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر (ن = 113) 110
- جدول (5.10) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس 112

جدول (5.11) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس.....	114
جدول (5.12) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي.....	116
جدول (5.13) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي.....	118
جدول (5.14) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (ن = 113).....	121
جدول (5.15) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص.....	122
جدول (5.16) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص (ن = 113).....	124
جدول (5.17) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص.....	127
جدول (5.18) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب سنوات الخبرة (ن = 113).....	129
جدول (5.19) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب سنوات الخبرة (ن = 113).....	131
جدول (5.20) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (ن = 113).....	133
جدول (5.21) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص.....	135
جدول (5.22) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب مكان العمل (ن = 113).....	137
جدول (5.23) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب مكان العمل.....	138
جدول (5.24) ملخص نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط بالطريقة العادية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية (المتغير المستقل) على مقياس الكفاءة المهنية (المتغير التابع).....	140

فهرس الأشكال والرسومات التوضيحية

- شكل (2.1): يوضح متغيرات الدراسة من إعداد الباحث..... 12
- شكل (2.2) يوضح مكونات الاتجاه من إعداد الباحث 16
- شكل (2.3): نموذج العلاج المعرفي السلوكي 39
- شكل(2.4): أنواع الدعم النفسي الاجتماعي 48
- شكل (2.5): أهداف برامج الدعم النفسي 49
- شكل (2.6) مصادر فعالية الذات عند باندورا..... 58

فهرس الملاحق

- ملحق (1): قائمة المحكمين 165
- ملحق (2): إحصائية توضح توزيع العاملين الادارة العامة للصحة النفسية 166
- ملحق (3): كتاب تسهيل مهمة 167
- ملحق (4): الصورة الأولية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (للمحكمين) 168
- ملحق (5): الصورة النهائية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (للعينة الاستطلاعية والفعلية) 171
- ملحق (6): الصورة الأولية لمقياس الكفاءة المهنية (للمحكمين) 174
- ملحق (7): الصورة النهائية لمقياس الكفاءة المهنية (للعينة الاستطلاعية والفعلية) 177

الفصل الأول خلفية الدراسة

الفصل الأول خلفية الدراسة

المقدمة:

تعتبر الصحة النفسية بمفهومها الشامل غاية لكل الأفراد والمجتمعات على حد سواء، ولذلك تسعى المجتمعات الراقية لتوفير كل السبل والعوامل التي تضمن صحة نفسية كاملة لأفرادها، وتكمن أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع في قدرتها على تحقيق التكامل، التوافق، النماء، والسعادة. وهناك الكثير من المؤسسات التي أدركت أهمية الصحة النفسية في تطوير المجتمع، وكذلك الخدمات المقدمة له.

هذا ويوجد مجالات كثيرة في علم النفس منها المجال السياسي والتربوي والاجتماعي والطبي، وأحد أهم أهداف علم النفس هو مساعدة الناس في حل مشاكلهم السلوكية والنفسية والعقلية التي تواجههم، وبالتالي ظهر (علم النفس الإكلينيكي) الذي يهدف إلى فهم سبب القلق والاضطرابات النفسية وعلاجها (العتيبي، 2011م، ص2).

ومن الجدير ذكره أن العلاج الإكلينيكي وممارسته بدأت عند افتتاح أول عيادة إكلينيكية نفسية في جامعة بنسلفانيا الذي افتتحها العالم الاكلينيكي لايتنر ويتمر (1896م Lightner Witmer)، ومنذ ذلك الوقت انتقلت الممارسة العلاجية نقلة نوعية، وبرز دورها جلياً بعد الحرب العالمية الثانية، وذلك بسبب ازدياد عدد المصابين بالصددمات والاضطرابات النفسية، حيث برز دور العالم الاكلينيكي في حل تلك المشكلات، ومساعدة المصابين، مما أدى إلى ازدياد الحاجة للتخصص الإكلينيكي ولأولئك الأخصائيين الإكلينيكين المدربين والمؤهلين حسب المهارات التي يملكونها، ومنذ ذلك الوقت افتتحت العيادات والمستشفيات المتخصصة، وحددت مبادئ الممارسة وأدبياتها في العلاج النفسي.

(فوزي و حنان، 2007م، ص ص 90 - 94).

ويُعرف المتخصصون في العلاج النفسي حقيقة - قد تبدو غريبة لغير المتخصصين - وهي أنه لا يوجد علاج نفسي واحد، بل إن هناك جهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها في العلاج ومحاكاتها في تقدير النجاح والفاعلية فيه. وذكر تقرير صدر عم المعهد القومي للصحة العقلية الأمريكي نشر منذ عدة سنوات (National Institute of Mental Health, 2013) أن هناك أكثر من (130) شكلاً من أشكال العلاج النفسي تمارس في مؤسسات الصحة العقلية

والنفسية والأمريكية، لكل منها مناهجها وأساليبها المستقلة في الممارسة، ويزعم كل منها أيضاً أنه ينجح في مهمته العلاجية بصورة فعالة.

وفي ظل التحديات المستمرة التي تواجه الخدمة النفسية المقدمة في فلسطين بشكل عام وفي قطاع غزة بشكل خاص التي تعود بعضها إلى نقص الدعم اللوجستي، أو تلك المعوقات التي تحد من نقل أو تبادل الخبرات من وإلى العاملين النفسيين في قطاع غزة، أو تلك الصعوبات المادية التي تحول بين تقدم ورقي العاملين وخدماتهم، وبالرغم من ذلك إلا أن هناك الكثير من الفرص التي مكنت العديد من العاملين في الصحة النفسية المجتمعية الحصول على الخبرات المتعددة والمهارات اللازمة لإنجاح عملية العلاج النفسي، ومكنته هذه الفرص المتنوعة من ممارسة العلاج النفسي بأداء راقٍ محترف يتلاءم مع طبيعة الاضطرابات النفسية والسلوكية المختلفة وتماشياً مع التطور المعلوماتي الحديث وخاصة في المجال النفسي، ونظراً لتعرض قطاع غزة للحصار والحروب المتكررة كان لا بد من تطور الخدمات النفسية والكفاءة المهنية للعاملين في مجال الصحة النفسية ليتمكنوا من التعامل مع مختلف التحديات.

وتتنوع خبرات العاملين في مراكز الصحة النفسية بقطاع غزة وأدوارهم باختلاف التخصص المهني؛ فمن هذه الخبرات والمهن المختلفة (الطبيب النفسي، والإخصائي النفسي، والإخصائي الاجتماعي، والتمريض النفسي) باختلاف ممارساتهم الفنية لخدمة المنتفعين مثل (العلاج الدوائي، العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي، والإرشاد النفسي، والعلاج الأسري، وكذلك العلاج الفردي والجماعي، والتوجيه الجمعي بالإضافة إلى تقديم خدمات الدعم النفسي الاجتماعي). وتقدم الخدمة النفسية الحكومية بقطاع غزة من خلال عدة مراكز موزعة على محافظات غزة، ومستشفى الطب النفسي، والذي يستهدف جميع فئات المجتمع من خلال مساعدتهم وتقديم الخدمة النفسية التي يحتاجونها لتحقيق أهداف الصحة النفسية المنشودة.

ويرى بعض الباحثين ضرورة أن يتمتع المعالجون النفسيون بمجموعة من الصفات في الوقت الراهن، منها امتلاكهم لكل أسس استخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للفهم الكامل للنماذج النظرية المفسرة للاضطرابات السلوكية (براون وآخرون، 2002م، ص360).

وتعد الاتجاهات كما يرى "زهران" (2003م، ص171) بأنها مكوناً هاماً من مكونات الشخصية، ذلك لأن معدل التغيير الذي يجري في العالم حولنا يزعزع من توازننا الداخلي ويعدل في نفس الوقت المنهج الذي نسير عليه في حياتنا، وتتمثل أهمية الاتجاهات في كونها محددات موجهة ضابطة منظمة للسلوك.

ويعتبر (دواية، 2012م، ص15) موضوع الاتجاهات النفسية من أهم المواضيع الثرية في علم النفس، وبشكل أساس في علم النفس، حيث تلعب الاتجاهات دوراً مهماً في تشكيل حياة الإنسان، وضبط وتوجيه سلوكه، ولا يوجد إنسان بدون اتجاهات تخصه يؤمن بها ويدافع عنها ويتحمس لها، ويكون لاتجاهات الفرد القدرة على تشكيل شخصيته كلما كانت ثابتة مستقرة في داخل نفسه حيث تصبح مكوناً من شخصيته الذاتية.

وقد ذهب جيف جي (Gee, 2006) في كتابه "The Winners Attitude" إلى أنّ الاتجاهات الإيجابية للفرد تقرر مدى نجاحه في حياته على المستويين المهني، والشخصي، فإذا كانت لدينا اتجاهات إيجابية نحو عملنا، فإنّ هذا سيدفعنا لمحاولة تخطي والتغلب على كل المعوقات والإحباطات التي قد تواجهنا وتغوق نجاحنا في العمل، أما إذا كانت اتجاهاتنا سلبية نحو العمل فإنها تزيد من الإحباط في أداء العمل (Gef & Gee, 2006, p p57-59).

وتعد الكفاءة المهنية الغرض النهائي لعملية تكوين وإعداد وتدريب الأفراد على المهنة، حيث تبدأ عملية التكوين المهني ببناء الكفاءة المهنية من خلال الإعداد في المعاهد والكليات، واستمرار عملية التنمية والتحسين والتطوير من خلال التدريب أثناء الخدمة، وتنتهي العملية بقياس الكفاءة المهنية أثناء العمل (السليمان، 2008م، ص 64).

ويرى "رضوان" (2014م، ص 35) "بأن الكفاءة لها جانبان، جانب ظاهر وآخر كامن، فالجانب الظاهر هو السلوك الملاحظ، أما الجانب الكامن فهو القدرة التي تنتج عن المعرفة والخبرة والاتجاه، فالسلوك الآلي الظاهر الذي ينطلق من مكونات السلوك لا يشكل الكفاءة، والجانب الكامن أيضاً لا يشكل الكفاءة، لذا لا بد من توافر الجانبين معاً".

كما يرى "يحيى" (2013م، ص40) بأن " عملية تقويم الأداء هدفها قياس وتحديد مستوى أداء الأشخاص العاملين، ومقارنة أداءهم وفق معايير ومحكات محددة ومعدة بحسب أسس علمية ومهنية لمعرفة مستوى الكفاءة ومعدلات الإنجاز لكل شخص في مدة زمنية معينة".

ويرى الباحث أن متابعة مستوى الكفاءة المهنية للعاملين، وتقويم الأداء، وتقييم الكفاءة يُعد من المهام الأساسية ويمثل أهمية قصوى، إذ يمكن من خلال تلك العملية تحسين الجوانب النوعية والأدائية للعاملين من خلال قياس مدى تأخر أو تقدم عملهم، وذلك باستخدام معايير موضوعية مهنية، والمواءمة ما بين متطلبات العمل وتخصصاتهم ومؤهلاتهم العلمية والعملية، وكذلك قدراتهم ومهاراتهم المعرفية والشخصية والاجتماعية، مما يسهل للمؤسسات الراعية والعاملة في مجال الصحة النفسية صاحبة القرار في اتخاذ الاجراءات التي تكفل وتسهل تحسين ورفع مستوى أداء وتطوير العاملين.

وأشار "الحنيفة" (2003م، ص57) إلى أنه " يعتبر التقييم من الأساسيات المؤثرة في مجالات التطوير والتنمية المختلفة، وكذلك يرى " الحنيفة" بأن تقييم كفاءة الأداء يساهم في تخفيف أعلى مستوى للأداء داخل المؤسسة أو المنظمة، وكذلك يحقق جزءاً من الكفاءة الإنتاجية، ويرى " الحنيفة" أن الفرد هو محور أساسي في عملية التقييم من خلال إسناد الوظائف إلى الأكفاء من العاملين التي تعمل على تحملهم للمسئولية والنهوض بأعباء العمل، لذا من الطبيعي وجود معايير ومستويات واضحة ومحددة لتقييم أداء العاملين والتأكد تأهيلهم وكفائتهم للأعمال المنوطة بهم". كما ويرى الباحث أن أهمية الدراسة الحالية تكمن في الموضوع الذي تناولته وهو الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وما لها من دور وإسهام في رفع كفاءة العاملين المهنية، ومن ثم نجاحهم في دورهم، وتمكنهم بالتالي من ممارسة عملهم بحرفية وإيجابية.

مشكلة الدراسة:

بدأ الباحث يشعر بمشكلة الدراسة الحالية، من خلال عمله كأخصائي نفسي في وزارة الصحة وملاحظاته إلى تنوع طرق الممارسة العلاجية، حيث هناك اختلافاً لدى العاملين في استخدام او تبني طريقة علاجية ما، وقد يكون تبنيه لهذه الطريقة يسبب الضغوط المهنية، أو خلل في التعامل مع المنفعين نتيجة قلة الخبرة مثلاً، أو عدم التواصل والمتابعة والاستمرار، أو قلة التدريب على طرق التدخل المختلفة التي يستخدمها العاملين في تقديمهم الخدمة النفسية المجتمعية للمنتفعين، ومدى مناسبة هذه الطرق والخبرات لشخصية العاملين وهل تسهم في رفع أو خفض كفاءتهم المهنية، أو تؤدي إلى الإحباط وضعف الانتماء إلى العمل وقلة الانتاجية والإنجاز، كذلك تنوع خبراتهم العلمية والعملية باختلاف فئات العمل. بالإضافة إلى تعرض العاملين للضغوط النفسية والمهنية التي قد تكون عائقاً أمام اتجاهاتهم نحو الممارسة أو خفض كفاءتهم المهنية، أيضاً ما دفع الباحث إلى تناول هذا الموضوع وهو اتجاه العاملين نحو طريقة علاجية ما؛ ومدى علاقة ذلك برفع كفاءتهم المهنية مثال على ذلك تخصص فئة من العاملين في إحدى الطرق العلاجية ، وخاصة بعد حصول عدد منهم على دبلوم عالي في العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وتخصصهم فيه، وتبنيهم له. ويمكن اعتبار أن هذه هي الأسباب الرئيسية التي دفعت الباحث لأن يولي هذا الموضوع العناية ، والذي تتمثل مشكلته في السؤال الرئيس التالي:

ما الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وما علاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟

وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟

2. ما مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي)؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي)؟
6. هل يمكن التنبؤ بدرجة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية من خلال الكفاءة المهنية؟

أهداف الدراسة:

سعت الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين.
2. معرفة مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية.
3. الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية.
4. التعرف على الفروق الجوهرية على مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة والتي تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
5. التعرف على الفروق الجوهرية على مقياس الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة والتي تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
6. التنبؤ بدرجة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية من خلال الكفاءة المهنية.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة كونها الدراسة الأولى التي تبحث في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في فلسطين - في حدود

علم الباحث- لذلك فإنَّ هذه الدراسة لها أهمية كبيرة على الجانبين النظري والتطبيقي موضحة فيما يلي:

الأهمية النظرية:

1. تساهم الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية الطرق والأساليب العلاجية التي يتم استخدامها داخل المراكز النفسية، واتجاهات العاملين نحوها وعلاقة هذه الاتجاهات بكفاءتهم المهنية.
2. تتبع أهمية الدراسة من خصوصية الفئة المستهدفة (العاملين في مراكز الصحة النفسية)، فقد استهدفها الباحث لأنها تمثل العمود الأساس لتقديم الخدمة النفسية لجميع الفئات المجتمعية.
3. تُفيد الباحثين والدارسين المهتمين بهذا المجال للبحث، وإضافة العديد من الدراسات والبحوث ذات العلاقة، وفتح أمامهم آفاقاً جديدة للتركيز على العاملين في الصحة النفسية، وأدوارهم، مما قد يُسهم في رفع كفاءتهم المهنية.
4. تساهم هذه الدراسة في إثراء المكتبة الفلسطينية والعربية من الدراسات المتعلقة العلاج النفسي.

الأهمية التطبيقية:

1. تساهم بإفادة العاملين في مجال الصحة النفسية من: مشرفين، مدرسين، أخصائيين نفسيين واجتماعيين، أطباء نفسيين، ممرضين نفسيين؛ وذلك من خلال تطوير وتنمية الخدمات النفسية، ورفع الكفاءة المهنية، والعملية للعاملين في المجال.
2. تُساعد الجهات المشرفة والمنسقة في المنظمات، والمؤسسات الحكومية، وغير الحكومية، والعيادات، والمدارس في مجال الصحة النفسية والمجتمعية لوضع الخطط التطويرية والتنفيذية للمؤسسات، وتنمية قدرات العاملين، ورفع كفاءتهم.
3. تُساعد في تحديد الاحتياجات التدريبية، وطرق الممارسة العلاجية المناسبة للعاملين في مراكز الصحة النفسية؛ وذلك من أجل رفع مستوى الكفاءة المهنية.
4. تُساهم في مساعدة صانعي القرار في الصحة النفسية لوضع الخطط المناسبة وتطوير البرامج الأكاديمية، والدورات التدريبية، وإعداد طرق تختص بالممارسة العلاجية وأهميتها في رفع الكفاءة الذاتية المهنية للعاملين.
5. تُساعد العاملون في مراكز الصحة النفسية على اختيار طرق الممارسة العلاجية التي تناسبهم، وتعمل على زيادة كفاءتهم المهنية، والاجتماعية، والذاتية.

مصطلحات الدراسة:

الاتجاه (Attitude) اصطلاحاً:

تعددت تعريفات الاتجاه حيث لا يوجد تعريف محدد إلا أنّ التعريف الأكثر شهرةً عن غيره لدى غالبية المختصين هو تعريف جوردون ألبورت حيث يُعرّفُ الاتجاه بأنه: "حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تثير هذه الاستجابة" (سميسم، 2005م، ص58).

التعريف الإجرائي للاتجاه:

هي حالة يُكوّن فيها العاملين في المراكز النفسية فكرة، أو ميل، نحو طرق الممارسة العلاجية المستخدمة؛ وتكون ذات توجيه دينامي لهم، محرك لمشاعرهم، وأفكارهم، ودافعيتهم، والتي قد تؤدي إلى زيادة كفاءتهم المهنية، ويقاس ذلك من خلال الدرجة التي يحصل عليها العاملون على مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية المُعد لهذه الدراسة.

الممارسة العلاجية (Therapeutic Practice):

أولاً/ الممارسة:

الممارسة اصطلاحاً:

تعرف بأنها: "التطبيق العلمي لافتراضات النظرية، وهي طريقة لاختبار صحة أو خطأ تلك الافتراضات بمعنى أن الممارسة هي المقياس السليم لما هو ممكن ولما هو مستحيل، وتقتضي الممارسة تحقيق أهداف الفرد وتوفير الحرية والمسئولية (بدوي، 2009، ص423).

ويعرف قسم علم النفس التعليمي - جامعة الأزهر (2005) الممارسة بأنها: "القيام بالأمر، والاستمرار فيه والتدرج في العمل، والسير فيه بخطوات هادئة ثابتة ومتزنة، إذ هي نتاج تفكير هادئ وممارسة وتجارب طويلة، وعمل متخصص، وليست مجرد حماسة أو ردة فعل تجاه موقف معين".

التعريف الإجرائي للاتجاه نحو الممارسة العلاجية:

هي حالة يُكوّن فيها العاملين في المراكز النفسية فكرة، أو ميل، نحو الطرق والأساليب العلاجية التي يستخدمونها في مراكز الصحة النفسية؛ وتكون ذات توجيه دينامي لهم، محرك لمشاعرهم، وأفكارهم، ودافعيتهم، والتي قد تؤدي إلى زيادة كفاءتهم المهنية. وهذه الممارسة تستند إلى مبادئ العلاج النفسي، والنظريات النفسية والتي طورت طرق مختلفة من العلاج النفسي منها:

العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الأسري، والعلاج الجماعي. ويقاس ذلك من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية المُعد لهذه الدراسة.

الكفاءة المهنية (Professional Efficiency):

يتكون مصطلح الكفاءة المهنية من شقين: الأول الكفاءة والثاني المهنية، وسوف نقوم في البداية بتحليل هذان المصطلحان اصطلاحياً وإجرائياً، ثم نبتع ذلك بالحديث عن الكفاءة المهنية.

تعريف الكفاءة اصطلاحاً:

يرى جود Good الكفاءة " هي القابلية على تطبيق المبادئ والتقنيات الجوهرية لمادة حقل معين في المواقف العملية" (الفتلاوي، 2003م، ص28).

تعريف الكفاءة المهنية اصطلاحاً:

هي: "مجموعة المعارف والمهارات والقدرات والاتجاهات التي تساعد العاملين على القيام بالأدوار والمهام المنوطة به، وتتحدد الكفاءة المهنية للفرد من خلال درجة تمكنه من هذه الكفايات وممارسته لها" (مغربي، 2008م، ص9).

التعريف الإجرائي للكفاءة المهنية:

قدرة العاملين بالصحة النفسية على القيام بالأدوار، والمهام، وممارسة العملية العلاجية على الوجه الأمثل، وبشكل متقن؛ بحيث يمكن قياس هذه الكفاءة من خلال الأداء الذي يظهر في سلوكهم المهني والتي تتحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية على مقياس الكفاءة المهنية المُعد لهذه الدراسة.

مراكز الصحة النفسية (Mental Health Centers):

هي المراكز (العيادات) الحكومية التابعة للإدارة العامة للصحة النفسية التي تتبع لوزارة الصحة، وهي (6) عيادات موزعة على محافظات قطاع غزة، بالإضافة إلى مستشفى الطب النفسي. وهذه العيادات هي (عيادة أبو شباك، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة الوسطى، عيادة خانيونس، وعيادة رفح).

العاملون في مراكز الصحة النفسية:

جميع موظفي مراكز الصحة النفسية ومستشفى الطب النفسي المهنيين التابعين لوزارة الصحة في قطاع غزة من أطباء نفسيين وأخصائيين نفسيين وأخصائيين اجتماعيين وتمريض نفسي.

حدود الدراسة:

- **الحد الموضوعي:** الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية.
- **الحد البشري:** العاملين الفنيين (المهنيين) في عيادات الصحة النفسية ومستشفى الطب النفسي في قطاع غزة.
- **الحد المكاني:** عيادات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة في قطاع غزة: عيادة غرب غزة، عيادة أبو شباك، عيادة الصوراني، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح، إضافة إلى مستشفى الطب النفسي بغزة.
- **الحد الزمني:** الفصل الدراسي الثاني، العام 2016 - 2017م.

الفصل الثاني

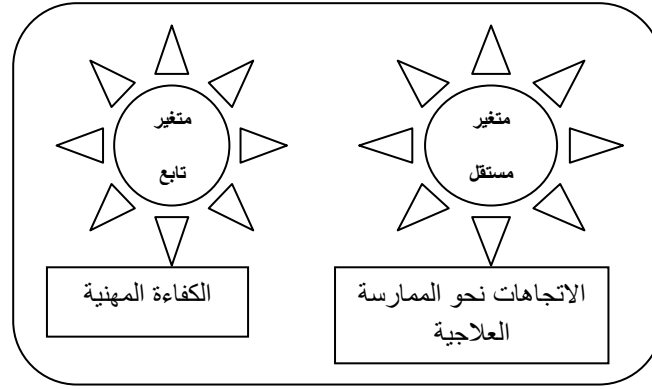
الإطار النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

تمهيد:

يستعرض الباحث في هذا الفصل متغيرات الدراسة؛ والتي تشتمل على متغيرين أساسيين وهما: المتغير المستقل ويتمثل في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وموضحاً من خلال المبحث الأول، والمتغير التابع ويتمثل في الكفاءة المهنية وموضحاً من خلال المبحث الثاني، ويوضح الشكل (2.1) متغيرات الدراسة.



شكل (2.1): يوضح متغيرات الدراسة من إعداد الباحث

المبحث الأول

الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية

Attitude Towards Therapeutic Practice

أولاً: الاتجاهات (Attitudes)

تمهيد:

سيتناول الباحث في هذا المبحث مفهوم الاتجاهات لغةً واصطلاحاً وتعريفه الإجرائي، وأهمية الاتجاهات، ومكوناتها، وأنواعها، ووظائفها، وفوائدها، وخصائصها، وعناصرها، وطرق اكتسابها، وطرق قياسها، والنظريات النفسية المفسرة للاتجاهات، والاتجاهات من منظور إسلامي:

تعريف الاتجاهات (Attitudes):

ثمَّ العديد من المفاهيم والتعريفات للاتجاه، يمكن توضيحها على النحو التالي:

الاتجاه لغةً:

اتجه اتجاهًا (قصد، توجه، اتخذ وجهة له (رشاد الدين، 2000م، ص 23).

وفي المعجم الوسيط على أنه (وجه): انقاد واتبع، قاد فلان فلاناً فوجهه، وكذلك (اتجاه): الوجه الذي تقصده، ويقال: قعدت اتجاهك: تلقاء وجهك، (واصله: وجاء)

(مجمع اللغة العربية، 2005م، ص 1015).

الاتجاه اصطلاحاً:

ويعرفه أبو دابة (2013م، ص 15) بأنه: " نظام مكتسب ثابت نسبياً لمشاعر الفرد، ومعلوماته، واستعداداته للقيام بأعمال معينة، نحو أي موضوع، ويتمثل في القبول والرفض تجاه هذا الموضوع ويعبر عنه لفظياً أو سلوكياً أو حتى الرفض والقبول، ويميل إلى الاستقرار إلى حد ما".

وكذلك يُعرّف الاتجاه على أنه: "حالة من الاستعداد العقلي والعصبي تمّ تنظيمها على أساس التجارب الشخصية، وتعمل على توجيه استجابة الفرد لكل الأشياء والمواقف التي تتعلق بهذا الاستعداد" (فلية و الزكي، 2004م، ص 46).

والاتجاه المعرفي في علم النفس هو اتجاه يؤكد على الطبيعة النشطة والإيجابية للإنسان في معالجته للمعلومات (بني يونس، 2004م، ص ص 484 - 485).

ويُعرّفه "ساري و حسن" (2006م، ص140): "أنّه استعداد أو حالة من التهيؤ العقلي والعصبي لدى الفرد تجعله يستجيب للمثيرات المتعلقة بموضوع أو موقف معين على نحو معين (عداءً أو نفوراً أو قبولاً)، أي أنّها توجه استجابات الفرد للأشياء والمواقف المختلفة. فهو يشير بذلك إلى ما بين الاستجابات من اتفاق واتساق، مما يسمح بالتنبؤ باستجابة الفرد لبعض المواقف، أو الموضوعات الاجتماعية".

وتُعرّفه الحديدي وآخرون (2006م، ص434) بأنّه: "حالة عقلية ووجدانية تدفع الفرد إلى القيام بسلوك ما تجاه موقف اجتماعي أو شخص ما".

ويرى الباحث على الرغم من تعدد التعريفات حول الاتجاه وعدم وجود تعريفاً محدداً إلا أنّ التعريف الأكثر شيوفاً ودقة من غيره لدى غالبية الباحثين والمختصين، هو تعريف "ألبرت جوردين" (Allport W. Gordon, 1954, p45) والذي أشار إليه حبيب (2006م، ص95)، حيث عرّفه بأنّه: "حالة من حالات التهيؤ، والتأهب العقلي، والعصبي التي تُنظمها خبرة الفرد، وما تكاد تثبت كاتجاه حتى تمضي مؤثرة، وموجهة استجابات الفرد للأشياء، والمواقف المختلفة، فيما يمكن أن نصف تلك الحالة بأنها ديناميكية عامة".

تعقيب الباحث على التعريفات السابقة:

يتضح من التعريفات السابقة للاتجاهات بأنّ معظم التعريفات السابقة عرفت الاتجاه على أنه سلوك، أو استعداد، أو استجابة، أو حالة، أو ميل عقلي وعصبي نحو المواقف والموضوعات، والأشخاص التي يكتسبها الفرد بالخبرة والممارسة العملية، وما يعكسه ذلك من تقييم إيجابي، أو سلبي للأشياء، أو الأشخاص موضوع الاتجاه.

أهمية دراسة الاتجاه:

يحظى موضوع الاتجاه على أهمية كبيرة في البحوث الاجتماعية والنفسية، وذلك لأهميته في التنبؤ بسلوك الأفراد، لأن الاتجاه يعبر عن خاصية لأنماط سلوكية يستدل عليها من خلال استجابات الأفراد نحو موضوع الاتجاه (السيد وآخرون، 2003م، ص45).

ويرجع الاهتمام بالاتجاهات إلى أن جوهر العمل فيه هو:

1. إضعاف الاتجاهات المعوقة.
2. دعم الاتجاهات الميسرة لتحقيق أهداف العمل فيها (ساري و حسن، 2006م، ص 145).

فوائد الاتجاهات:

تساعد الاتجاهات على:

1. تقويم ما يقابلنا من أحداث فنقرر موقفنا منها.
 2. تحريك سلوكنا نحو الموضوعات المحيطة بنا لنتفاعل معها.
 3. التنبؤ بالسلوك (مرجع سابق).
- وتكمن هنا أهمية الاتجاهات ودراستها، حيث تمثل الاتجاهات عنصراً أساسياً في التنبؤ للسلوك المستقبلي، وتفسير السلوك الحالي للأفراد والجماعة.

خصائص الاتجاه:

وقد ذكرها زهران (2003م، ص 174) كما يلي:

1. يعتمد الاتجاه على معرفة وخبرة الشخص.
2. الاتجاهات مكتسبة وليست وراثية.
3. الاتجاهات متعددة ومختلفة حسب طبيعة المثيرات المرتبطة بها.
4. الاتجاه يعتمد على العمليات السيكولوجية الضرورية للفرد مثل الدوافع والحاجات والحوافز.
5. تتكون الاتجاهات وترتبط بمواقف اجتماعية مشتركة بين الأفراد والجماعات.
6. الاتجاهات الموجبة والسالبة في الاتجاه تتجدد مع المعلومات والخبرات التي يكتسبها الفرد.
7. الاتجاهات ثابتة نسبياً.

عناصر الاتجاه:

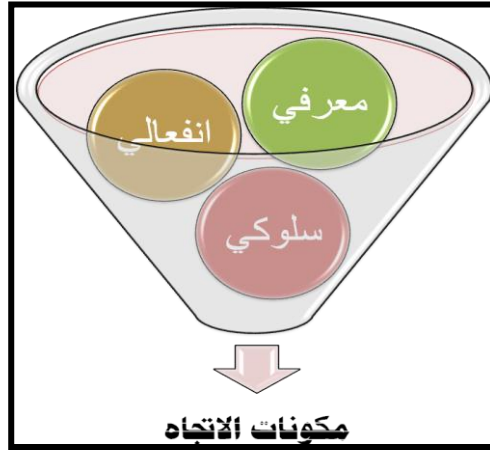
ويتكون الاتجاه من عدة عناصر أبرزها:

- **العنصر الأول:** هو حالة استعداد عقلية لتقييم وتوجيه أو لاستجابة الشخص اتجاه الأشياء.
- **العنصر الثاني:** الاتجاهات تتكون من شعور سلبي وآخر إيجابي اتجاه شيء ما.
- **العنصر الثالث:** الاتجاهات تتضمن التفكير، والمشاعر، والسلوك (Brown, 2006 p49).

مكونات الاتجاه:

للاتجاه ثلاثة مكونات، كما أشار إليها ساري و حسن (2006م، ص140) انظر شكل (2.2) وتتمثل في:

1. المكون المعرفي (Cognitive Component) : يشتمل على كل ما لدى الفرد من مكونات إدراكية ومعتقدات عن موضوع الاتجاه، ويشمل أيضاً على مبررات تقبل الموضوع أو رفضه، ونلاحظ المكون المعرفي للاتجاه من حديث أصحاب الاتجاه عن موضوعه.
2. المكون العاطفي أو الانفعالي (Affective Component): ويستدل عليه من إقبال الشخص على موضوع ما ومشاعره اتجاهه، وهذه المشاعر يمكن قياسها بمقاييس الاتجاهات، ، بالإضافة إلى طرق إشباع حاجاته المختلفة وظروفها .
3. المكون السلوكي (Behavioral Component): ويتمثل في الاستجابة العملية نحو موضوعه. ويذكر أنه يتأثر هذا المكون بضوابط الأنا الأعلى والضغوط الاجتماعية . ويرى الباحث بأن مكونات الاتجاه تتأثر بالعديد من العوامل، منها ما له علاقة بالفرد ومعتقداته وشخصيته وسلوكه، ومنها ما هو مرتبط بالسياق الثقافي والاجتماعي. وقد يطغى أحد هذه المكونات على المكونات الأخرى، على سبيل المثال كأن يتبنى الفرد اتجاهاً فكرياً دون أن يصاحب ذلك مشاعر أو عاطفة قوية، أو أن يتبنى اتجاهاً تعصبياً حاداً تغلب عليه الكراهية، والنبذ دون اهتمام بالمعرفة عن موضوعه.



شكل (2.2) يوضح مكونات الاتجاه من إعداد الباحث

ويرى بركلر وآخرون (Breckler, 2012) أن مكونات الاتجاه هي:

1. المكون الوجداني : وهو عبارة عن انفعالات الفرد ومشاعره نحو موضوع الاتجاه.
 2. المكون المعرفي : ويضم الأفكار والآراء والمعتقدات عن موضوع الاتجاه.
 3. المكون السلوكي : ويختص بالميل للسلوك أو التصرف بشكل ما إزاء موضوع الاتجاه.
- (المعايطة، 2000م، ص ص 162-163).

عوامل تكوين الاتجاه:

يرى زهران (2003م، ص 177) بأن "الاتجاهات تتبع من واقع الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والأيدولوجية، ومن خلال عملية التفاعل الاجتماعي. ويرى ابو دوابة (2012م، ص 20) بأنه "تتكون أغلب الاتجاهات لدى الفرد من خلال البيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها، أو بالأحرى من خلال التنشئة الاجتماعية كعملية تفاعلية بين الفرد والمجتمع، وذلك حصيلة للخبرات والمواقف التي يمر بها الفرد منذ طفولته، ويؤثر اتجاه الفرد تجاه موضوع معين على سلوك الفرد لأنه يتعلق بمعرفته عن الموضوع، وشعوره به. ولا يولد الفرد ومعه اتجاهات نحو أي شيء أو أي موضوع.

هناك عدد من العوامل يشترط توافرها جميعاً حتى يتكون الاتجاه النفسي، بحيث يمكن إيجازها وقد أشار إليها "الغامدي" (2001م، ص 26) فيما يلي:

1. تكرار الخبرة: تتكون الخبرة من خلال تكرار الاتجاه.
 2. تكامل الخبرة: تصدر أحكام الأفراد واستجاباتهم للمواقف المتشابهة، من خلال تشابه الخبرات الفردية، وبالتالي تعميم هذه الخبرات.
 3. حدة الخبرة: تتعمق الخبرات في نفسية الأفراد من خلال الانفعال الحاد، وارتباطه بنزوعه وسلوكه في المواقف الاجتماعية التي ترتبط بمحتوى الخبرة.
- ويقول "الداهري" (2008م، ص ص 119-121) إن هناك طرق كثيرة يكتسب بها الفرد اتجاهاته، ويتحدد ذلك من خلال ثلاثة أمور:

1. مدى تقبل المعايير الاجتماعية دون نقد.
2. الخبرات والاتجاهات الانفعالية الشديدة.
3. تعميم الخبرات الشخصية.

وظائف الاتجاه:

لكل فرد اتجاهاته الخاصة التي يتمسك بها، لما لهذه الاتجاهات من أدوار، وأهم وظائف

الاتجاهات فيما يلي:

1. طريق السلوك يتحدد من الاتجاه.
 2. تنعكس الاتجاهات عند الأفراد في سلوكهم، وفي أفعالهم وأقوالهم، ومن خلال تفاعلهم مع الآخرين في الجماعات المختلفة.
 3. الاتجاه ينظم العمليات الانفعالية والإدراكية والدافعية والمعرفية حول بعض نواحي مجال الفرد الذي يعيش فيه.
 4. الاتجاهات تساعد الفرد القدرة على اتخاذ القرارات.
- (زهران، 2003م، ص ص 175-176).

أنواع الاتجاهات:

صنف زهران (2003م، ص 173) الاتجاهات على عدد من الأسس منها:

أولاً: على أساس الموضوع:

- اتجاه خاص: يكون محددًا نحو موضوع نوعي محدد.
- اتجاه عام: يكون معمماً نحو موضوعات متعددة متقاربة.

ثانياً: على أساس الأفراد:

- اتجاه فردي: يوجد لدى فرد واحد فقط.
- اتجاه جماعي: يشترك فيه جماعة من الناس.

ثالثاً: على أساس الوضوح:

- اتجاه سري: وهو سلوك الفرد الذي يخفيه ويتستر عليه.
- اتجاه علني: وهو سلوك الفرد الذي يجهر به.

النظريات المفسرة لتكوين الاتجاهات:

"هناك نظريات حاولت تفسير الكيفية التي تتكون بها الاتجاهات، وطريقة اكتسابها، وتغييرها، وتعديلها، وتلك النظريات تتمحور في أهم النظريات التالية: نظرية فرويد، نظرية هول، نظرية فستنجر، نظرية هوفلانج، ودولارد و ميلر. وإن معظم هذه النظريات تركز على أساس نفسي واحد هو خفض توتر الحاجة لدى الفرد؛ حتى يتحقق له الاتساق، والتناغم في شخصيته، ومن ثم في سلوكه. فالسلوكيون أمثال هول، هايدر، دولارد و ميلر و سكرنر، يبرزون بشكل واضح دور عملية

التدعيم والتعزيز (Reinforcement)، ويركزون عليها في تغيير الاتجاهات، وإذا تم خفض الحاجة (قد تكون فسيولوجية) يتحقق الدعم أو التدعيم" (زقوت، 2001م، ص ص 20-21). سيتناول الباحث نظريتين مهمتين حسب التسلسل التالي: نظرية الاشتراط والتعزيز "سكينر" (Condition and Reinforcement Theory)، نظرية التعلم "كارل هوفلاند" (Learning Theory).

1. نظرية الإشرط والتعزيز (Condition and Reinforcement Theory):

تعتمد نظرية الإشرط والتعزيز على افتراض أساس هو أن الاتجاهات يتم تعلمها من قبل الإنسان مثل العادات التي يكتسبها الفرد ويتعلمها، فيكتسب الناس القيم والمشاعر التي ترتبط بهم، من خلال اكتسابه الحقائق والمعلومات. وبالتالي تتطور الاتجاهات تبعاً لمنظور ثلاثي هو التعزيز، والترابط، والتقليد (عقل، 1999، ص 70).

ومن أهم النظريات التي تناولت التعلم الإجرائي للاتجاهات هي نظرية الاتجاهات للعالم سكينر (Skinner)، والتي أشارت عملية التعلم تشكل الاتجاهات من خلال تفاعل الأشخاص مع الآخرين (قطامي وآخرون، 2000م، 432).

2. نظرية التعلم (Learning Theory):

تسمى أيضاً نظرية "منحى التعلم" لـ "Carl Hovland"، ومن فروضها أن الاتجاهات تتغير في حالة ربط الخصائص السلبية، أو الإيجابية لموضوع ما، وذلك من خلال عمليات التعلم، والأدلة التي تقدمها، وتعلم استجابات عاطفية ما تعمل على تغيير الاتجاهات خلال عملية الارتباط الشرطي" (Oskamp & Schultz, 2005, p234).

تعقيب الباحث على النظريات المفسرة لتكوين الاتجاهات

يرى الباحث بأن معظم النظريات تركز على أساس نفسي واحد وهو خفض التوتر والحاجة لدى الفرد حتى يتحقق له الاتساق والتناغم في شخصيته ومن ثم في سلوكه، وينطبق هذا الأساس على بناء وتغيير الاتجاهات، فالسلوكيون أمثال "هول"، "هايدر"، "هفلان"، "دولارد" و "ميلر" و "سكنر" فإنهم يبرزون بشكل واضح دور عملية التدعيم والتعزيز، ويركزون عليها في تغيير الاتجاهات، وإذا تم خفض الحاجة (الфизиولوجية) يتحقق الدعم أو التدعيم، ويؤكد أصحاب نظرية التحليل النفسي وعلى رأسهم "فرويد" على دور خفض التوتر الناشئ عن الحاجة الشعورية واللاشعورية في تغيير السلوك، وهذا ما أكدته "زقوت" (2001م، ص ص 20-21).

وبناءً على ما تقدم فإنَّ الباحث يميل إلى تبني نظرية الإشراف والتعزيز لـ "سكينر". فنظرية الإشراف والتعزيز تتوافق مع فكرة الدراسة الحالية في أنَّها تستخدم أسلوب الثواب والعقاب وهو من أنجح الطرق التي يستخدمها الأخصائيون النفسيون في الممارسة العلاجية. كذلك يعتبر مبدأ الثواب والعقاب المبني على نظرية الإشراف الكلاسيكي هو الأكثر استخداماً في مؤسسات ومراكز العمل العالمية والمحلية، بمعنى أنَّ الثواب والعقاب مبني على درجة الكفاءة المهنية أو الضعف في الأداء. أما نظرية التعلم فإنها تعزز الاتجاه في الاستجابة للممارسة والتي من خلالها يتبنى العاملون إحدى أشكال الممارسة العلاجية المتبعة في المراكز مثل: العلاج المعرفي السلوكي أو التدخل الدوائي، أو التأهيل، مما يدفعهم إلى الإبداع والابتكار والتميز في هذا النوع من العلاج، وزيادة الكفاءة المهنية.

طرق قياس الاتجاهات:

يرى ربيع (2008م، ص196) بأنه " يمكن التعرف على اتجاهات الأفراد بواسطة الكثير من الطرق. أهمها طريقة الملاحظة المباشرة بواسطة أكثر المقاييس استخداماً وهي مقاييس التقدير الذاتي التي من خلالها يتم التعرف على كيفية تصرف العاملين اتجاه أشياء معينة، فما الذي يفعله أو يقوله شخص ما في مواقف معينة، وهناك صعوبة بالاعتماد على الطريقة المباشرة في قياس الاتجاهات، لأنه يكلف الكثير من الوقت والجهد.

ويذكر الباحث -على سبيل الذكر لا الحصر- جهود بعض من العلماء في قياس الاتجاهات بواسطة أسلوب التقدير الذاتي، منها مقياس جتمان (Gettman, 1947-1950)، الذي يهدف جتمان من خلاله إلى محاولة الوصول إلى إيجاد مقياس تجمعي أشبه بالمقاييس. فإذا أجاب المفحوص عن أحد البنود بالإيجاب فلا بد أن يجيب عن الوحدات التالية بالإيجاب كذلك (الداهري، 2008م، ص129). ومقياس "ثيرستون" (Thrstone, 1935) ويطلق عليه أحياناً مقياس المسافة المتساوية ظاهرياً (Equal Appearing Intervals)، الذي يستخدم لقياس الاتجاهات نحو عدد من الموضوعات، ويذكر أن العبارات فيه توزع بشكل عشوائي.

(ساري و حسن، 2006م، ص ص163-169).

يتكون مقياس ليكرت من جزئين هما مقاييس تقدير الرتب ومجموعة العبارات، ويستخدم مقياس "ليكرت" لقياس الاتجاهات نحو عدد من المواضيع، ويتكون من جزئين هما مجموعة عبارات ومقياس تقدير رتب" (ساري و حسن، 2006م، ص 167).

ويتميز اختبار ليكرت بأن العدد الأكبر من العبارات مأخوذة من الدوريات، والكتب، وأيضاً من الدراسات، لهذا فهي واضحة محددة لا يوجد بها غموض، ويفضل مقياس ليكرت الموضوع

الواحد، الذي يرتبط بموضوع الاتجاه، وضرورة أن تكشف العبارات عن الفروق الفردية في الاستجابات عليه، حيث أن المقياس لا يضم عبارات يوافق عليها الجميع أو يرفضها. (محمد، 2008م، ص 244).

تعقيب الباحث على طرق القياس المستخدمة في الاتجاهات:

يرى الباحث بأن طريقة "بوجاردوس" في الاتجاهات أنها محدودة بأهداف معينة مثل تقبل فئات معينة أو عدم تقبل عناصر أخرى، أما طريقة "ثيرستون" في الاتجاهات تستخدم في أغراض محددة وخاصة، فهي بحاجة إلى وجود مقارنات عديدة ، وبالتالي يمكن استخدامها في الحالات أو المواضيع المحدودة المراد قياسها. أما بالنسبة لطريقة "جتمان" للاتجاهات فهناك صعوبة من وصول الباحث إلى هذا المستوى من التدرج في المقياس في الظواهر الاجتماعية أو السمات النفسية، مهما وصل المقياس إلى درجة عالية من الصحة والثبات.

ومن خلال اطلاع الباحث على الدراسات العديدة التي قام بها زملاء سابقون واستخدموا

مقياس "ليكرت" في قياس الاتجاهات لاحظوا بأنه يتميز بالتالي:

- يتكون من خطوات واضحة تسهل الحصول على عدد كبير من الاتجاهات وبشكل واضح.
- من الطرق الأكثر استخداماً وسهولة لدى الباحثين.
- وجود الكثير من الكتب والدوريات والدراسات حول مقياس "ليكرت" (Evidence Base) وهي المطلوبة للاستخدام والتأكد من فعالية وجوده أي طريقة ما.

ثانياً: الممارسة العلاجية (Therapeutic Practice)

تمهيد:

تشهد الحاجة إلى العلاج النفسي وممارسته ازدياداً مستمراً وخاصة تلك التي تشهد تغيرات اجتماعية، وثقافية، وتكنولوجية، وحضارية؛ وبالتالي تظل الحاجة إلى ممارسين علاجيين (أطباء، أخصائيين نفسيين، أخصائيين اجتماعيين، تمريرض نفسي) ضرورية وملحة، مع توفر الفرصة للحصول على الطرق العلمية والعملية لتطبيق الأساليب العلاجية المختلفة بما يتناسب مع طبيعة المنتفع ومشكلته ويساهم في تطور ورقي معارف ومهارات الممارس النفسي المتخصص.

تعريف الممارسة (Practice):

تعريف الممارسة لغةً:

تُعرَّف الممارسة لغوياً بأنَّها: "المزاولة، والتدريب، والتعود على عمل معين" (البلعكي، 2000م، ص 417).

مارس الشيء مراساً . وممارسة : عالجته وزاوله، يقال : مارس الأمور والأعمال، تمرس بالشيء : احتك به وتدرّب عليه (مجمع اللغة العربية، 2005م، ص 862).

تعريف الممارسة Practice اصطلاحاً:

ويعرف قسم علم النفس التعليمي - جامعة الأزهر (2005) الممارسة بأنها: "القيام بالعمل، والاستمرار والتدرج فيه، والسير بخطوات هادئة متزنة وثابتة، إذ هي نتاج تفكير هادئ وممارسة خبرات طويلة، وعمل متخصص، وليست مجرد حماسة أو ردة فعل تجاه موقف معين". وعرفها بدوي (2009، ص 423) بأنها: "التطبيق العلمي لافتراضات النظرية، وهي طريقة لاختبار صحة أو خطأ تلك الافتراضات بمعنى أن الممارسة هي المقياس السليم لما هو ممكن ولما هو مستحيل، وتقتضي الممارسة تحقيق أهداف الفرد وتوفير الحرية والمسئولية". ويقصد بالممارسة المهنية: "التدخل المباشر والموجه بالمعرفة العلمية والقيم الذي يعتمد على أساليب ومهارات لتحقيق أهداف محددة" (Robert Barker, 2013, p286).

ويشير عبد المعطي (2005م، ص 145) إلى أنه "يعتبر العلاج النفسي هو الممارسة التطبيقية لعلم النفس الإكلينيكي باعتباره ميدان علم النفس الذي يتناول الأمراض العقلية والنفسية، من حيث تصنيفها وتفسيرها والمتخصص في تقديم الخدمة النفسية الإكلينيكية، والتي تغطي مجالات التشخيص والعلاج والإرشاد"، ويذكر "الحبيب" (2004م، ص 173): "أن هذا العلاج

يعتمد على عدد من الفنيات والطرق التي تزود العاملين في هذا الميدان بالفهم الكامل لطبيعة كل حالة، ثم وضع التصور العلاجي الذي يتلاءم مع احتياجاتها، ومن هذه الفنيات "المقابلة الإكلينيكية، منهج دراسة الحالة، الاختبارات والمقاييس التشخيصية".

الخلفية التاريخية لممارسة العلاج الإكلينيكي:

بدأت ممارسة العلاج الإكلينيكي بافتتاح أول عيادة نفسية في جامعة بنسلفانيا على يد عالم النفس الإكلينيكي "لايتنر ويتمر" (1896م، Lightner Wetmar) وبعد ذلك تطورت الممارسة المهنية لذلك العلم وبرز دور الممارسة جلياً وخصوصاً بعد الحرب العالمية الثانية وذلك بسبب كثرة المصابين بالاضطرابات النفسية والصدمات العصبية حيث قام الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون بدور كبير في حل مشاكل هؤلاء المصابين مما أدى إلى زيادة الحاجة لذلك التخصص وهؤلاء المتخصصين حسب مهاراتهم التي برزت للحكومة الأمريكية وشعوب العالم في ذلك الوقت ووضعت نماذج الممارسة وافتتحت المستشفيات والعيادات المتخصصة في العلاج النفسي في أنحاء متفرقة من العالم" (فوزي؛ وحنان، 2007م، ص ص90-94).

"فبالرغم من أن ميدان العلاج النفس المعاصر يزخر بمدارس وأساليب متعددة قد تصل إلى أكثر من مائة شكل من أشكال العلاج النفسي، ، والعلاج المعرفي السلوكي يعتبر نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية حيث يحتوى نظرية تكاملية في تغيير السلوك، تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي" (وردة، 2011م، ص 80).

ولأول مرة تقدم الدراسات لنا نتائج وأرقاماً مؤكدة أخذت الوقت الطويل والجهد الكبير للحصول عليها، فهذه الدراسات التي اختصت في العلاج النفسي أجريت على عينات من المنتفعين في العيادات بين عامي (1936م) و (1983م) والتي نفذت من قبل (67%) على يد مختصين وأخصائيين نفسيين وبمشاركة (30%) من الأطباء، فهذا يشير إلى أن البحث في العلاج النفسي الإكلينيكي- العيادي- هو جزء لا يتجزأ من عمل الأخصائيين والباحثين النفسيين، وهذه النسبة قريبة وشبيهة جداً بالممارسة العلاجية، فتشير النتائج إلى ما نسبته (897) دراسة عيادية كانت نسبة المعالجين النفسيين فيها (54%) و (23%) أطباء، و(32%) مجموعات عمل مهني أخرى، وباختصار تشير النتائج إلى ان نسبة الأخصائيين النفسيين الذين يمارسون العلاج النفسي بلغوا ضعف عدد الأطباء تقريباً (كلوس وآخرون، 2012م، ص34).

ويشير عكاشة (2010م، ص261) إلى أن "تفسير كلمة العلاج النفسي يختلف تبعاً للمدرسة التي يتبعها المعالج النفسي، ويتفق الجميع على أن الغرض الأساسي هو مناقشة أفكار وانفعالات المريض، ومحاولة تكيف المريض مع المجتمع في حدود قدراته الشخصية. ويختلف الأطباء في

أساليبهم للوصول لهذا الغرض، فكل طبيب يتبع مدرسته الخاصة، ويؤمن بأنها الطريقة المثلى لاستئصال أسباب الصراع، ولتغيير الشخصية، بل ويقوم بسرد الأدلة التي تدعم نظريته في العلاج النفسي.

أبعاد العلاج النفسي:

أشارت "سري" (2000م، ص 99) إلى أنّ "أبعاد العلاج النفسي تتعدد بحسب تعدد نظرياته ومدارسه. ومهما تعددت أبعاده، فإنّها جميع الأبعاد هدفها هو الوصول إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي، والفرق هنا في الدرجة وليس النوع" وفيما يلي أهم أبعاد العلاج النفسي:

1. **العلاج الفردي والعلاج الجماعي:** العلاج الفردي هو علاج حالة فردية بشكل مباشر بين المعالج والمريض له دورا رئيسي في عملية العلاج، أما العلاج الجماعي فهو علاج مجموعة من الحالات المتشابهة في المرض ولها مجموعة من الخصائص الموحدة.
2. **العلاج السلوكي والعلاج المعرفي:** العلاج السلوكي يهدف إلى تغيير وتعديل السلوك المرضي المكتسب، أما العلاج المعرفي فيركز على تغيير الجوانب المعرفية.
3. **العلاج الموجه والعلاج غير الموجه:** العلاج الموجه يقوم فيه المعالج بدور فعال ونشط في كشف صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب المخطط ليؤثر في الشخصية، أما غير الموجه المعالج فيه أقل إيجابية، ودوره تهيئة المناخ العلاجي، ويكون المعالج كمرآة عاكسة لمشاعر واتجاهات المريض، وبذلك تتضح شخصيته ويزداد استبصاره.

أهداف العلاج النفسي:

يتميز العلاج النفسي بأنه ذو أهداف محددة. إن الهدف الأول ربما يهتم بتخفيف المعاناة الروحية. ويمكن لضغط المعاناة هذا أن يعبر عن نفسه من خلال المشاعر المؤلمة والمخاوف والاكتئاب أو يتجلى على شكل أعراض كالأفكار والتصرفات القهرية، ويقوم الهدف الثاني على تعديل أنماط السلوك المرهقة وسمات الشخصية المشكّلة. وتنتبث هذه الصعوبات في العادة من شكل مجالين مهمين من مجالات الحياة هما: في العلاقات الانفعالية بالآخرين وفي مجال العمل والدراسة والمنزل. ويتمركز اهتمام المبادئ العلاجية النفسية المختلفة بصعوبات العلاقات ومشكلات احترام الذات وانخفاض مشاعر القيمة الذاتية وعدم الثقة المحفور بعمق وكره الذات وأنماط السلوك المؤذية للنفس، أما الهدف الأكثر طموحاً لكثير من الأساليب العلاجية فيتألف في رفع مشاعر القيمة الذاتية وقدرة المريض على معرفة نفسه، أي التبصير الذي يمكن أن يقود إلى تحسين القدرة. على الحكم والمرونة الانفعالية والنضج والتكيف الناجح من ضرورات الحياة (ويتشن، 2009م، ص 356-357).

منافع العلاج النفسي:

أثبت العلاج النفسي العلمي الحديث فاعليته في طيف واسع جداً من الشكاوي النفسية. وفي الواقع يوجد اليوم لكل شكل من أشكال الاضطرابات النفسية تقريباً لدى الأطفال والراشدين طريقة ما من طرق العلاج النفسي، وأحياناً يكون العلاج النفسي هو الإمكانية العلاجية الوحيدة، وفي حالات أخرى بالتوليف مع مبدأ علاجي جسدي ما. بل حتى أن الأشخاص الذين لا يعانون من اضطراب نفسي وإنما يكونوا غير واثقين أو غير راضين عن حياتهم ومجراها يمكنهم أن يستفيدوا من العلاج النفسي. فمن خلال تعميق معرفتهم بذاتهم يمكنهم رفع كفاءاتهم في النمو النفسي ويزيدون من رضاهم الانفعالي (ويتشن، 2009م، ص357).

ويُعرّف المتخصصون في العلاج النفسي حقيقة -قد تبدو غريبة لغير المتخصصين- وهي أنه لا يوجد علاج نفسي واحد، بل إن هناك جهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها في العلاج ومحاكاتها في تقدير النجاح والفاعلية فيه. وذكر تقرير صدر عن المعهد القومي للصحة العقلية الأمريكي نشر منذ عدة سنوات (National Institute of Mental Health, 2013) أن هناك أكثر من (130) شكلاً من أشكال العلاج النفسي تمارس في مؤسسات الصحة العقلية والنفسية الأمريكية، لكل منها مناهجها وأساليبها المستقلة في الممارسة، ويزعم كل منها أيضاً أنه ينجح في مهمته العلاجية بصورة فعالة.

ولاشك أن من تتاح له فرصة الإطلاع على بعض مناهج العلاج النفسي سيسمع عن أنواع متعددة متنوعة كالتحليل النفسي الفرويدي، والتحليل النفسي لـ "يونج" (Jungian) والتحليل النفسي اللاكاني "Lacanian"، والعلاج الأدلري (Adelrian)، والعلاج العقلاني، والعلاج الجشتالتي، والوجودي، والتطمين التدريجي (Systematic Desensitization)، والمتمركز حول العميل، والعلاج بالاسترخاء، والغمر (Flooding)، والعلاج بالواقع، والعلاج الأسري، والديني، واللعب، وتحقيق الذات، والعلاج بالقودة، والتدعيم، والسيكودراما (عبد الستار وآخرون، 2008م، ص 235 - 236).

أشكال العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية:

1. علاج نفسي فردي.
2. علاج نفسي جماعي.

أساليب العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية:

جدول (2.1) يوضح أساليب العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية

أساليب العلاج النفسي في عيادات الصحة النفسية		
1.	العلاج السلوكي.	-6- النفسي والاجتماعي.
2.	العلاج السلوكي المعرفي.	-7- العلاج الأسري.
3.	العلاج باللعب.	-8- العلاج الدوائي.
4.	العلاج الديني.	-9- زيارات منزلية.
5.	العلاج الكلامي.	-10- التأهيل.

أولاً: العلاج السلوكي (*Behavioral Therapy*):

يرى الخطيب (2000م، ص228) أن السبق كان "لدولارد وميللر" في إدخال المفاهيم السلوكية ميدان العلاج النفسي السلوكي، ومن ثم استخدامها لتطبيق مبادئ وقوانين التعلم السلوكي في عملية الإرشاد النفسي السلوكي في منتصف الخمسينات، وقد أعلن "سكنر" بهذا الخصوص: "إنَّ البيئة هي المحدد الأوحده للسلوك، وان الإنسان كائن مستجيب، وتتحكم الأحداث والوقائع الخارجية في سلوكه"، وهكذا دخلت النظرية السلوكية ميدان الإرشاد النفسي.

ويعتمد هذا النوع من العلاج على حقيقة أن الأعراض العصابية أنماط متعلمة من السلوك التي نتجت من التعلم ولتخفيف القلق في مسار الحياة ويرى المعالجون السلوكيون أننا إذا استطعنا إزالة الشرط لدى المريض فإننا نستطيع تغيير الفعل المنعكس أو الاستجابة (سمور، 2006م، ص431).

يذكر إلى أنه هناك فرقاً بين العلاج السلوكي وبين تعديل السلوك، فالعلاج السلوكي يتعامل مع حالات تعاني من الاضطرابات السلوكية والنفسية، أما تعديل السلوك فإنه يتعامل مع مشكلات النمو مثل صعوبات التعلم، والتأخر الدراسي، ومعوقات النمو الأخرى، وتعمل على تعديل التصرفات الغير سوية الخاطئة مثل السلوك العدواني (Krainer, 2013).

فوائد النظرية:

ذكر الزغول (2003م) أهم فوائد النظرية السلوكية والتي تكمن أهميتها في الوظائف التي تقوم بها في خدمة المعرفة الإنسانية وهي كالتالي:

1. جمع الحقائق والمبادئ في بناء منظم وترتيبها وفق نسق ذو معنى.
 2. التنبؤ بالظواهر وتوقع احتمال حدوثها من عدمه في ظل وجود معطيات ومعلومات معينة.
 3. تفسير وتوضيح عدد من الأحداث والظواهر الإنسانية والطبيعية.
 4. تقدم توضيحاً وتفسيراً لعدد من الظواهر والأحداث الطبيعية والإنسانية.
- وتشير الدراسات الإحصائية في هذا المجال إلى فاعلية هذا الأسلوب في تغيير العادات والسلوك حيث وصلت نسبة الشفاء في الحالات التي مارس فيها العلاج أخصائيون إلى نسبة (90%) من إجمالي المعالجين (Wolpe and Lazarus, 2007, p 82).
- وأظهرت نتائج عشرين دراسة مدى فاعلية العلاج السلوكي على المدى البعيد أو القصير، حيث أشارت النتائج إلى أن (51%) من المرضى النفسيين قد تم شفاؤهم، و (39%) تحسّنوا بشكل واضح، و (10%) لم يتحسنوا بالشكل المطلوب، وذلك قد يكون للعوامل البيئية أو المجتمعية أو حتى العوامل الشخصية، وهذا يؤكد مدى أهمية العلاج السلوكي.
- (Wolpe and Lazarus, 2007, p 82)

المسلمات الرئيسية في تيارات العلاج السلوكي وتتلخص في:

لخص غانم (2000م، ص98) المسلمات كما يلي:

1. موفرة للوقت والجهد، ولا تحتاج لبذل جهد عالي مثل التحليل النفسي. إنما يركز على الأعراض الحالية.
2. عمليتي التشخيص والعلاج وطرق العلاج السلوكي ملتحمتان.
3. يؤمن المعالج السلوكي أن علاج العرض هو المفتاح الوحيد للصحة النفسية.
4. ينهض العلاج السلوكي - بكافة تياراته - على أسس نظريات التعلم، ومن هنا ينظر المعالج إلى الأعراض بصفاتها وسائل تعلم خاطئة.

افتراضات النظرية السلوكية:

تقوم النظرية السلوكية والتي طورها "سكنر" وأشار إليها "العناني" (2008م) على الافتراضات التالية:

1. السلوك الإنساني معظمه متعلم.
2. ضرورة التعزيز لتحقيق التعلم المطلوب.
3. التعلم يعمل على تعديل أو تغيير في خبرات المتعلم.
4. التعلم من خلال تجزئة وتقسيم الخبرة لمواقف قصيرة يستغرق تنفيذها فترة زمنية قصيرة.
5. السلوك المتعلم قابل للملاحظة والقياس.

الأسس النظرية للعلاج السلوكي:

العلاج السلوكي يعتمد على الإطار النظري "لجون واطسن" و"إيفان بافلوف" وغيرهما، كما ويستفاد في العلاج السلوكي من نظريات "ثورندايك" و"بوروس سكينر" Skinner، باستخدام التقنيات السلوكية المختلفة مثل التعزيز، والثواب والعقاب، والنماذج المختلفة، وتكلفة الاستجابة، ومن أهم مسلمات النظرية السلوكية أن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوي أو الغير سوي) من خلال عملية التعلم (سري، 2000م، ص119).

نظريات التعلم السلوكية:

يذكر الخطيب (2000م، ص228) أنه كان السبق ل (دولارد و ميلر) بدمج المفاهيم السلوكية في ميدان العلاج النفسي السلوكي، ومن ثم استخدامها لتطبيق مبادئ وقوانين التعلم السلوكية في عملية الإرشاد النفسي السلوكي في منتصف الخمسينات، وقد أشار (سكينر) بهذا الخصوص: "على أن البيئة هي المحدد الأوحد للسلوك، وأن الإنسان كائن متسجيب، وتتحكم الأحداث والوقائع الخارجية في سلوكه". أما (روجرز) فكان يمثل المفهوم الإنساني القائل: "إن الإنسان يستطيع أن يحدد مصيره بنفسه" (الخطيب وآخرون، 2000م، ص228).

أولاً: نظرية جون واطسون (السلوكية):

يعتبر "جون بي واطسون" مؤسس النظرية السلوكية، ففي نظريته أكد (واطسون). مستفيداً بنظريته من النظريات السابقة مثل نظرية بافلوف، لكنه أضاف عليها براهين ودلائل جديدة، وأسباب خاصة بمنهج واطسون قام بالتخلي عن التفكير والتخيل كمجالات للبحث في علم النفس، كما ويؤكد واطسون في نظريته على أهمية السلوك وتكرار السلوك والاستجابة.

وأشار مليكة (1990م، ص15) يلاحظ "بأن سلوكية واطسون الأولى حاولت أن تختزل كل أفعال الإنسان في صور فيزيقية تتمثل في المثير - الاستجابة. فإذا لم يمكن اختزال الظاهرة إلى وحدات تتلاءم مع أنبوية الاختبار، تصبح الظاهرة ميتافيزيقية وعديمة المهني. وقد أنكر "واطسون" وجود الشعور والوعي ورفض التأمل الباطني(التقرير الذاتي) بوصفه طريقة علمية صادقة، ورأى أن كل أفعال الإنسان تحددها قوى خارجية. وفي ضوء هذه النظرة، تعتبر طريقة "فولبي" في العلاج غير سلوكية لأنها تعتمد على عمليات داخلية غير ظاهرة، وتقارير ذاتية من العميل ولا تقتصر على السلوك الذي يمكن ملاحظته مباشرة".

ثانياً: نظرية "إيفان بافلوف" (الإشراط الكلاسيكي):

عند ذكر نظرية التعلم، من الصعوبة عدم ذكر العالم النفسي الروسي الشهير "إيفان بافلوف" (1849-1936) وخاصة الذي يتعلق بالإشراط البافلوفي، ويُعرَّف أيضاً الإشراط البافلوفي (Pavolian Conditioning) أو الإشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning) (صالح 2004م، ص ص 167-168).

وأشار الشرقاوي (2012م، ص 32) على انه "يعتبر الاشتراط البسيط (Classical Condition) من أساليب التعلم الأساسية، لأنها تعتبر طريقة مهمة في التعلم والتدريب على الاستجابات وتعلمها، وقد تمت العديد من الدراسات في الاشتراط البسيط على عدد كبير من الكائنات الحية، بهدف التعرف المبادئ الأساسية للتعلم عند الكائنات الحية".

ثالثاً: النظرية السلوكية الإجرائية لسكينر (Behavioral Theory):

يرجع الفضل الى "سكينر" في الاشتراط الإجرائي، وهو من علماء النفس الارتباطيين، ينتمي إلى مدرسة "ثورنديك" رغم أنه لم يكن من تلاميذه المباشرين، وهو يختلف في كثير من الجوانب عن "ثورنديك"، انصب اهتمامه على دراسة توقع السلوك وكيفية التحكم في ذلك السلوك. قدم تطبيقات دقيقة للطرق والمعلومات والمفاهيم التي تظهر عن طريق دراسة التعلم. لم تستخدم في تربيته العقوبات الجسدية (بركات، 2010م، ص16).

وترتبط نظرية التعلم الإجرائي عند سكينر بعدد من المبادئ الأساسية التي ترتبط بنمو العلاج السلوكي للأطفال من أهمها التعزيز السلبي والإيجابي، وأكثرها شيوعاً هو (التعزيز الإيجابي) الذي يؤدي إلى زيادة حدوث السلوك المحبب في حالة تدعيمه أو تعزيره ويكون التدعيم بشكل مباشر أو غير مباشر (إبراهيم وآخرون، 2003م، ص52).

تعقيب الباحث على النظرية السلوكية (نظرية التعلم):

يرى الباحث بأن النظرية السلوكية تعتبر أساس نظرية العلاج الحديث التي انبثق عنها معظم أنواع العلاج النفسي المستخدمة في مراكز الصحة النفسية ليس فقط في فلسطين وإنما في العالم، فانبثق عن النظرية السلوكية أو العلاج السلوكي فيما بعد الكثير من الرواد في النظريات الأخرى مثل العلاج المعرفي السلوكي (لأرون بيك) و(ألبرت أليس) وكذلك العلاج السلوكي الجدلي-الحواري- (DBT) (لمارشا ليهان)، فيلاحظ الباحث من خلال عمله في المراكز النفسية أن الاعتماد الأكثر لدى الأخصائيين هو العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي الذي يعتمد عدداً من التقنيات مثل التعزيز، والنمذجة، والتكرار، والإطفاء، وتكلفة الاستجابة، والتنفير.... الخ من التقنيات.

الافتراضات النظرية التي يقوم عليها العلاج السلوكي:

لخص سري (2000م، ص122) الإطار النظري للعلاج السلوكي كما يلي:

1. معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، والسلوك المضطرب ذهانياً أو عصابياً متعلم.
2. لا يختلف السلوك المضطرب المتعلم عن السلوك العادي من حيث المبادئ.
3. يعتمد السلوك المضطرب على دوام وشدة وتكرار الخبرات التي تؤدي إليه.
4. سلوك الفرد المتعلم بالإمكان تعديله.

أساليب وفنيات العلاج السلوكي:

ويذكر الباحث أساليب وفنيات العلاج السلوكي كما وردت عند "الطاهر و مصطفى"

(2009م، ص7) وهي:

جدول (2.2): أساليب وفنيات العلاج السلوكي

أساليب وفنيات العلاج السلوكي		
1. الكف المتبادل	7.	تكلفة الاستجابة- العقاب
2. توكيد الذات	8.	التجاهل
3. العلاج بالنفور	9.	الغمر
4. التشكيل	10.	أسلوب التطمين المنظم
5. النمذجة	11.	الإطفاء
6. التدعيم أو التعزيز		

ويعرض الباحث بشكل من التفصيل المبسط حول بعض الأساليب والتقنيات في العلاج السلوكي كالتالي:

1. الكف المتبادل " Reciprocal Inhibition ":

وتسمى أيضاً " بالتحصين البطيء" أي زيادة المنبه تدريجياً، وبها نستطيع وضع المريض بحالة استرخاء عضلي وذهني ببعض حركات التنفس ، وتقوم فكرته بإعطاء منبه لقلق المريض دون ظهور علامات وأعراض القلق، فسيضعف بالتالي ذلك الصلة بين المنبه واستجابة القلق، تستعمل هذه الطريقة خاصة في حالة المخاوف المرضية.

2. توكيد الذات " Assertiveness ":

تعتبر التوكيدية فنية أخرى من فنية التشريط بالنقيض لأن الحرية الانفعالية والتعبير عن الانفعالات الإيجابية والسلبية(التوكيدية) في مواقف ما تتعارض مع العصاب والقلق، وتدريب الأفراد على الاستجابات الواثقة والإيجابية تجرد الأشخاص القلقين من خصائصهم المددة والمثيرة للقلق لأن الإيجابية والقلق لا يجتمعان(إبراهيم؛ عسكر، 2008م، ص 237).

3. العلاج بالنفور- الكراهية " Aversion Therapy ":

الغرض من هذه الطريقة هو تكوين فعل منعكس شرطي جديد بحيث يستجيب المريض للمنبه بإحساس مؤلم، وإذا كررنا هذه العملية يوماً لعدة أسابيع، يتكون فعل منعكس شرطي جديد (عكاشة، 2010، ص 283).

4. التشكيل " Shaping ":

يعتمد هذا العلاج على إعطاء مكافآت رمزية لكل عمل بسيط مرغوب من الناحية السلوكية، وتختلف هذه المكافأة من المديح والإطراء إلى مشاهدة التلفاز، وقد اعطى هذا العلاج نتائج مشجعة في حالات مرضى الفصام المزمنين، والمشاكل الزوجية (عكاشة، 2010م، ص284).

5. النمذجة " Modeling ":

تستخدم بفاعلية لعلاج حالات القصور الاجتماعي والخجل، ويمكن اكساب الأشخاص المهارات الاجتماعية من خلال مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج، ومن شروطه وجود قدوة فعلية أو قدوة رمزية (غانم، 2000م، ص106).

6. التدعيم أو التعزيز " Reinforcement ":

هو أي فعل يؤدي إلى زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها، مثل المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية، وقد يكون التدعيم إيجابياً أو سلبياً (غانم، 2000م، ص 106)

7. العقاب – تكلفة الاستجابة (Punishment , Rseponse Cast):

يقصد بالعقاب إيقاع أذى – لفظي أو بدني- أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه، أو الدال على اضطراب العقاب، وهو يختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائجها (غانم، 2000م، ص106).

8. التجاهل " Ignoring ":

يعرف الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين بأن كثيراً من أنواع السلوك التي تسبب الإزعاج للأسرة يمكن أن تختفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها، فكثير من السلوكيات الغير مرغوبة سيؤدي التجاهل إلى اختفائها تدريجياً ومن أمثلة تلك السلوكيات مثل (البكاء المستمر، رفض الأكل، الإزعاج، قضم الأظافر) (إبراهيم وآخرون، 2000م، ص 70).

9. الغمر " Flooding ":

هذا الأسلوب عكس أسلوب التحصين التدريجي، وفيه يتم تقديم المثير (مثير الخوف مثلاً) أو يتم وضع المريض أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة على الطبيعة(سري، 2000م، ص70).

خصائص العلاج السلوكي:

1. خطة العلاج تكون مخصصة لكل عميل وتناسبه.
2. في العلاج التركيز على علاج الأعراض أكثر من الأسباب.
3. يتمتع العلاج السلوكي بأهداف علاجية محددة وواضحة.
4. يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات غير المتوافقة إنما هي استجابات متعلمة.
5. العلاج السلوكي يقوم على أساس تجريبي (الطاهر وآخرون، 2009م، ص7).

إجراءات العلاج السلوكي:

يستند تطور طريقة العلاج السلوكي إلى رصيد هائل من نتائج بحوث علم النفس التجريبي التي كان هدفها تغيير وتعديل السلوك مباشرة، والتي كان من آثارها أنه أصبح من الميسور معرفة كيف تضبط وكيف نعدل السلوك، وكيف نمحو تعلم أنواع السلوك التي نرغب في التخلص منها والتي يعتبرها الآخرون غير توافقية أو شاذة أو عصابية.

ويرى زهران (2005م، ص243) أن العملية العلاجية تسير كما التالي:

1. تعديل السلوك المطلوب والمحدد: من خلال المقابلة ، وباستخدام الاختبارات والمقاييس المناسبة، بحيث يمكن الوصول إلى تحديد أدق للسلوك المطلوب.

2. تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: تحديد الأسباب، والعوامل المهيئة، والمرسبة، والاستمرارية للمرض.
3. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: من خلال التحديد الدقيق لكل الخبرات والظروف التي يتشكل فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به.
4. اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها: باختيار وتحديد السلوكيات التي يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.
5. نهاية العلاج: وهي النقطة التي يصل فيها العلاج إلى الأهداف المنشودة.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy, CBT):

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي واحد من أكثر التدخلات العلاجية المستخدمة في الممارسة العلاجية العيادية، فهو يركز على التعرف على أنماط الأفكار أو المعتقدات الغير صحيحة، التي تكمن وراء السلوكيات غير الملائمة، ومن ثم استبدالها بأفكار وبنى معرفية أكثر فعالية، تعزز أداء الفرد.

وأفضل هذه الطرق في العلاج النفسي هو العلاج المعرفي السلوكي، الذي يعتمد على معرفة الفرد للمشكلة وتحديد معرفة أسبابها، وأن أفكاره ومشاعره اتجاه موقف أو حدث معين تؤدي إلى تصرفه بطريقة معينة بناءً على ما لديه من اعتقادات واتجاهات وأفكار اتجاه موضوع أو حدث معين، وحينما يدرك الشخص أن أفكاره تؤثر على مشاعره وبالتالي سلوكياته فإنه يصبح أكثر استبصاراً بحالته ، وبالتالي يستعيد قدراته ويتحكم بمشاعره و تتعدل سلوكياته، وكل ذلك يتم باستخدام العديد من الأساليب، والتقنيات، والفنيات، والاستراتيجيات والتي تختص بتعديل الوظائف الخمسة الخاصة بالإنسان وهي الشخصية والاجتماعية والمهنية والروحية والترويجية (الأسى، 2014م، ص12).

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يُعرَّفُ: "كلمة معرفي (Cognitive) مشتقة من مصطلح (Cognition)، ولقد استخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح، منها على سبيل المثال "استغراق، تعرف، ذهن" (المحارب، 2000م، ص1).

كذلك يُعرَّفُ بأنه: "أسلوب إرشادي وعلاجي يقوم على دمج فنيات الإرشاد المعرفي والسلوكي معاً، مما يساعد على تصحيح المعتقدات الخاطئة لدى الفرد واستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية ومنطقية، لممارسة السلوكيات الإيجابية وتدعيمها" (البيطار، 2014م، ص33).

ومن الجدير ذكره أن العلاج المعرفي السلوكي يتكون من أنواع علاجية متشابهة الجوهر، مختلفة في اعتمادها على مهارات وتقنيات أخرى، فهو يمتلك عشرين نوع أهمها:

1. العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت أليس Ellis.

2. التصورات الشخصية لكيلى Kelly.

3. العلاج المعرفي لبيك Beck.

4. أسلوب حل المشكلات عند "جولد فريد" (المحارب، 2000م، ص2).

ومن الجدير ذكره بأن العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy يمثل نوعاً من التكامل بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، ولذلك سمي بهذا الاسم. ويمكن استخدامه منفرداً أو ممزوجاً مع علاجات أخرى، ويمكن - أيضاً- إجراؤه فردياً وجماعياً. وقد أثبتت الدراسات فاعليته في علاج عديد من الاضطرابات منها : الهوس، والفصام، والاكتئاب، والوسواس القهري، والرهاب، والقلق (أبو زيد، 2002م، ص ص 239-240).

كما ويعتبر الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل، حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (محمد، 2000م، ص153). فهو شكل من أشكال التدخلات العلاجية التي تركز على خفض السلوكيات غير التكيفية، من خلال تحديد وتعديل أنماط التفكير المشوهة (Free, 1999, p15).

ويتعاون كل من المعالج والمريض في التركيز على الجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية التي تيسر إحداث التغييرات المطلوبة في السلوك. كما تهتم عملية العلاج بكل من البيئة الخارجية المحيطة بالمريض، وبعملياته الداخلية التي يتم في ضوءها تفسير العالم المحيط به (Schuyler, 167-168, 2003). وخلال عملية العلاج يتعاون كل من المعالج والمريض في تحليل عمليات التفكير غير التكيفية، لمساعدة المريض في تحديد الأنماط الخاطئة من التفكير. كما يتم التعاون بينهما ليستبدل المريض بمثل هذه الأنماط من التفكير، أنماط أخرى تركز على المنطق (White, 2000).

الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

تعود فكرة النظرية المعرفية السلوكية إلى الفيلسوف الرواقي "إبيكتيتس" Epictetus، ومن ضمن مقولاته (الناس لا تحركهم الأشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء)، بعد ذلك كتب "مارقوس" (لو أنك تألمت أي شيء خارجي، فليس هذا الشيء هو الذي سبب لك هذا الإزعاج إنما حكمك عليه، وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن)، كما كتب "وليام شكسبير" في هامليت

(ليس هناك شيء جيد وآخر سيء، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك" (هوفمان، 2012م، ص16).

أضاف بيك (2000م، ص 60) بأن العلاج المعرفي أسلوب راقى، فينظر إلى المشكلات السلوكية على أنها تعود بالدرجة الأساسية إلى تفسير الفرد للموقف وأفكاره عنه، ومدى الافتراضات الخاطئة التي كونها عن الموقف، وليس الموقف نفسه، ويرى بيك أن هذه النظرة الخاطئة في التعلم نشأت لدى الفرد في مرحلة من مراحل النمو المعرفي لديه.

على الرغم من أن "بيك" و "أليس" يعتبران الرائدان في هذا المجال، إلا أن الفكرة الرئيسية التي أدت إلى ظهور هذا المدخل الجديد للعلاج النفسي ليست جديدة.

وكان السبق للمسلمين الأوائل بالتنبه لأهمية الأفكار وللدور الذي تلعبه في توجيه الأفراد وسلوكياتهم، وقد وصفت آرائهم بالفهم والإدراك المتمكن لطبيعة النفس البشرية، فقد أوضح "ابن القيم" في عدد من كتاباته إلى الأفكار وقدراتها، وأهمية تعديلها أو تغييرها، وكيفية كونها من دوافع وتحولها إلى سلوك لكي تصبح عادة تحتاج إلى جهد كبير في التخلص منها، وأشار "الغزالي" في كتاباته عن الأخلاق ونموها بأنها بحاجة إلى تغيير الأفكار ورقبها عن الفرد نفسه والآخرين، ومن ثم القيام بالممارسة التطبيقية العملية للأخلاق المراد اكتسابها لكي تصبح عادة.

(المحارب، 2000م، ص ص4-5).

أما عبد الله (2000م، ص22) فيرى: "بأن العلاج المعرفي السلوكي يستمد جذوره من جهود (اليس Ellis) وجهود(بيك Beck) العلمية في الخمسينات والستينات من القرن الماضي، ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفي السلوكي يلقى تأييداً كبيراً لجوانب النظرية التي قدمها "بيك" وتطبيقاتها المتعددة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الإكلينيكية. ومن المبادئ الأساسية للنظرية المعرفية السلوكية حسب العالمان بأن المعتقدات والإدراك الخاطئ والمشوه هو الذي يسبب الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى المنتفعين.

ويرى (ضمرة وآخرون، 2007م، ص203) بأن الاتجاهات النظرية والعلاجية المعرفية قد بدأت تلقى رواجاً وممارسة من قبل العاملين في الخدمات النفسية بعد ظهور أبحاث "جان بياجيه" في النمو المعرفي، وأفكار كولبرج في النمو الأخلاقي، وأفكار "أرون بيك" في العمليات العقلية، وطروحات "ألبرت أليس" في أسباب الاضطرابات النفسية.

وقد اهتم العلاج المعرفي السلوكي منذ البداية بتعديل الأفكار اللاشعورية، التي أطلق عليها (Beck) الأفكار الأوتوماتيكية (Automatic Thoughts)، وأطلق عليها (Ellis) الأفكار اللاعقلانية، وإحلال الأفكار العقلانية محلها (محمد، 2000م، ص144).

الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

يرتبط العلاج المعرفي باسم "أرون بيك"، حيث كان من المؤسسين الرئيسيين للعلاج المعرفي، وقد انتظر الإرشاد النفسي حتى منتصف الستينات من القرن الماضي لدخول العلاج المعرفي كجزء من الاتجاهات العلاجية الممارسة، عندما طور "ألبرت أليس" Ellis نظرية العلاج العقلاني العاطفي (شويدح، 2016، ص46).

وتذكر (السيد، 2009م، ص711) أن "النظرية المعرفية السلوكية هي نتاج تداخل ثلاث مدارس هي العلاج السلوكي والمعرفي وعلم النفس الاجتماعي، وهذه المدارس الثلاث تركز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لـ "باندورا".

وسيتناول الباحث أهم نظريتين في العلاج المعرفي السلوكي هما (نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت أليس، والنظرية المعرفية لأرون بيك) كالتالي:

أولاً: نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (Albert Ellis):

هو: "الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لـ "أليس" المعروف اختصاراً بـ (ABC) فالرمز (A) يدل على الأحداث والحوادث التي تقابلها في اليومية، والتي تشكل التفكير عندنا، والرمز (B) يدل على نظام المعتقدات لدينا بعد إدراكنا للأحداث، والرمز (C) يشير إلى النتائج الانفعالية أو السلوكية التي تظهر في هذا الموقف" (سليمان، 2014م، ص55).

واستند "ألبرت أليس" في تطوير النظرية العقلانية الانفعالية إلى افتراض رئيس هو أن الأفكار الغير عقلانية التي يتبناها الفرد تعمل على الحد من التفكير المنطقي لدى الفرد، وتساعد بشكل كبير على زيادة الاضطرابات النفسية والسلوكية، حيث يرى "أليس" أن المشكلات النفسية ليس سببها المواقف السيئة أو المخيفة، وإنما تفسير وإدراك الفرد لهذا الموقف وتقييمه له هو السبب الرئيس في مشكلته (الخطيب، 2001م، ص254).

ويذكر أن "ألبرت أليس" قدم مجموعة من الأفكار الغير عقلانية يصل عددها إلى أحد عشر فكرة ويسميتها "أرون بيك" التشوهات المعرفية، والتي يراها "أليس" أنها السبب الرئيس في الاضطرابات النفسية المختلفة، ويكمن التخلص من هذه الاضطرابات من خلال تعديل التفكير الغير منطقي اللاعقلاني من خلال نموذج (ABC) وبالتالي هدف هذا العلاج هو التخلص من الأفكار الغير عقلانية وابدالها بأفكار عقلانية (عبد الله، 2000م، ص72).

وتشير نظرية "اليس" في العلاج العقلي العاطفي إلى أن الناس يشعرون بالانزعاج عندما يسعون إلى تحقيق أهداف معينة وتعترضهم أحداث أو عوائق تمنعهم من تحقيق أهدافهم. ويحمل الناس معتقدات حول هذه الأحداث تؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم، وبناء عليه فإن الأحداث بحد

ذاتها لا تخلق المشاعر، وإنما المعتقدات والقناعات حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر الناتجة عن الأحداث (Corey, 2010, P179).

افتراضات النظرية العقلانية الانفعالية "الأييس":

وقد لخص "عصفور" (1994م، ص12) الافتراضات الرئيسية عند "البرت" فيما يلي:

أولاً: التفكير والانفعال ليس متداخلين بصورة ذات دلالة، والانفعال نوع من الفكر يتسم بالحكم المسبق على الأمور والتقييم المتطرف لها.

ثانياً: الانفعال عملية عقلية واتجاهية فتقدير الإنسان للموقف ينطوي على حكم حسي وفكري وتأملي على أنه حسن وممتع وهذا يعبر عن الصورة المثالية للذات.

ثالثاً: الانفعالات الإيجابية والسلبية غالباً ما ترتبط أو تتجم عن جمل تم ادخالها إلى البناء المعرفي للفرد في صورة مماثلة مثل "هذا أحسن أو أسوأ بالنسبة لي"

ثانياً: نظرية (ارون بيك):

يذكر باترسون (2014م، ص ص 27-28) " أن بيك" تدرب ومارس التحليل النفسي الكلاسيكي قبل ممارسة العلاج المعرفي السلوكي وتكوين النظرية المعرفية، وذلك نتيجة لعدم رضاه عن تعقيدات النظرية التحليلية التي تأخذ الوقت والجهد الكثيرين، وممارسة بيك" للعلاج المعرفي مع المرضى ساعده على تعميق وغرس فكرة النظرية المعرفية، وبالتالي ساعده على إعادة تشكيل مفاهيم جديدة عن القلق والاكتئاب والأفكار المتسلطة المقحمة".

ويرى الباحث "سليمان" (2014م، ص41) بأن " نظرية بيك" هي من أكثر النظريات ريادةً في العلاج النفسي، مقارنةً بالنظريات السلوكية الأخرى، حيث أن نظرية بيك" جذبت اهتمام المعالجين والأخصائيين من مختلف بلدان العالم، وتبينهم لهم، ويبرز أهمية دور النظرية المعرفية حسب "سليمان" من خلال الربط الذي وضعه بيك" بين الأفكار والمشاعر والسلوك الذي ينتج عن أفكار وتحليل الفرد نفسه.

ويعتبر " بيك " العلاج السلوكي المعرفي" أسلوباً لتعديل السلوك لدى الفرد، من خلال التعامل مع الأفكار ومحاولة تعديلها أو تغييرها، التي تسهم بعد ذلك في تعديل المشاعر وبالتالي السلوك، وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك (مقدادي، 2008م، ص 271).

طريقة العلاج عند "بيك":

وتتمثل طريقة العلاج باتباع الخطوات التالية:

1. تعريف الأفراد العلاقة بين المشاعر والأفكار.
 2. تدريب الأفراد على رؤية الأفكار بصورة نقدية.
 3. تدريب الأفراد على استبدال المعتقدات السلبية إلى أخرى إيجابية.
 4. تدريب الأفراد على القيام بالأعمال التي تم تدريبهم عليها مسبقاً بدون المعالج.
- (عبد المعطي، 2005، ص380).

وبهذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجاً تعليمياً يساعد على تعلم أسلوب حياة أكثر إيجابية وكفاءة في التعامل مع الصعوبات المستقبلية، حيث يهتم من البداية بتعديل الأفكار الآلية، ويسمىها "أليس" الأفكار اللاعقلانية وإحلال مكانها أفكار أكثر معقولة ومنطقية تسهم بشكل دال في توافق الفرد (بلحسيني، 2011م، ص92).

وتفترض النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يسهم

تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبها الصحي والمرضي وهي :

1. الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.
2. الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى (بماذا أشعر الآن).
3. البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره) (إبراهيم، 2011م، ص92).

خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة فيما يلي:

1- صياغة المشكلة: يقصد بها فهم الحالة وصياغتها بهدف العلاج، وكذلك العوامل المسببة للحالة، ويتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي الوجهة الصحيحة (سبيرمان، 2004م، ص194).

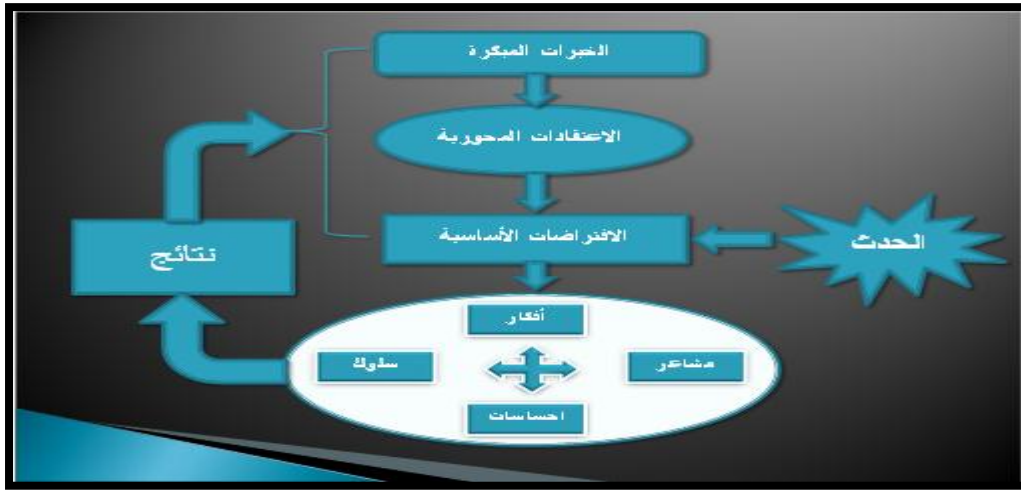
2- العلاقة مع المعالج: تكون علاقة تعاونية حيث يمارس المعالج دوراً نشطاً فعالاً في عملية العلاج، يبدأ بالتعليم النفسي (Psych education) ورفع مستوى وعي المريض بأفكار الآلية ذات العلاقة بمشكلته وفحصها واختبارها كفروض سواء داخل الجلسة أم خارجها، كما يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية (القططي، 2012م، ص16).

3- **العائد المنتظم:** يقصد به إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم وتحديد ما إذا كان المريض فهم المعلومات أولاً، حيث يقوم في كل جلسة بتوفير ملخص قصير لما دار خلال الجلسة (بارلو، 2004م، ص593).

4- **بناء الجلسات:** يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل، وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت وهو يعمل بمثابة موجة للعميل، كما يمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع. (بالممر وآخرون ، 2008م، ص43).

5- **العلاج الموجه نحو الهدف:** عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقريرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وتنبثق أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء (ليهي، 2006م، ص71).

6- **رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:** يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات والعالم والمستقبل، انظر شكل (2.4) (عبد العظيم، 2007م، ص112).



شكل (2.3): نموذج العلاج المعرفي السلوكي (Allis, jem, etc., 2004:17)

مزايا العلاج المعرفي السلوكي:

يذكر "حسين" (2006م، ص ص66-67). بأن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بمجموعة من المزايا هي:

1. يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الإقناع والاقتراح.

2. يتعرض للأسئلة والجمل الموجودة داخل المريض، ويُمكنه من التخلص منها.
3. يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه وفحص ما يقوله لنفسه داخلياً ويعدله.
4. يسعى للكشف عن الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية ومهاجمتها.
5. تدريب الأفراد على إدارة مشكلاتهم مستقبلاً.

المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

- المبادئ هي القواعد الأساسية والمسلّمات الذي تنطلق منها النظرية بحيث تعبر عن أفكارها الجذرية التي تلتزم بها في تفسير حياة الإنسان وأفعاله، وهذه المبادئ هي:
1. ضرورة وجود علاقة علاجية ناجحة بين المعالج والمنتفع.
 2. العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى.
 3. تتم الجلسات في (CBT) وفق جدول "أجندة" معينة (بدوي، 2009، ص75).
 4. يتمتع CBT بأهداف وأجندة محددة.
 5. مبدأ هنا والآن: يعتمد العلاج على عوامل استمرارية المشكلة، فمثلاً ما يفعله المريض ويفكر ويشعر به الآن أكثر من تركيز تاريخ العائلة والطفولة (Michel,2008 : p88).

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

1. تعليم المريض كيف يلاحظ ذاته ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
2. تعليم المريض كيف يقيم أفكاره وتخيلاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة.
3. مساعدة المريض على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
4. تعليم المريض تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة.
5. تدريب المريض على استراتيجيات وفتيات معرفية وسلوكية متباينة (عبد الله، 2000م، ص53).

ومن جانب آخر أشار "فايد" (2004م، ص65) إلى أن "الهدف من الإرشاد المعرفي السلوكي مساعدة المسترشدين على تغيير الطريقة التي يفكرون بها وكذلك الطريقة التي يسلكون بها، من خلال إعادة تنظيم حديث الذات الخاص بالشخص ومن ثم تغيير سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة، وبهذه الطريقة يمكن تمكين المسترشدون من تقييم مساهماتهم الخاصة في مشاكلهم وتعليمهم سلوكيات بديلة صحية.

أساليب وفتيات العلاج المعرفي السلوكي CBT :

يرى "مقدادي" (2008، ص272) بأن "في العلاج المعرفي السلوكي نجد تنوعاً كبيراً في الأساليب المعرفية السلوكية واستخدامات متعددة له، فقد اعتمده "بيك وزملاؤه" في خفض الاكتئاب، وتناول "أليس وجريجر" إجراءات إعادة البناء المعرفي، واستخدم "مايكنيوم" التدريب على مهارات التخفيف ضد التوتر، وتعد التدخلات العلاجية القائمة على التعديل المعرفي السلوكي فعالة في النتائج التي تحققها، ويتم بناء هذه التدخلات العلاجية القائمة بطريقة منصفة لكل من المعالج والعميل، حيث يتم إشراك العميل في الخطة العلاجية وبالتالي يصبح أكثر وعياً بذاته وينخرط في العمل، حيث يشكل كل من المعالج والعميل فريقاً يعمل على التخفيف من الأفكار والسلوكيات اللاوظيفية".

و يذكر الباحث مجموعة من أساليب وفتيات العلاج المعرفي السلوكي بشيء من التفصيل كما هو موضح فيما يلي:

1. التثقيف النفسي (Psycho Education):

الجلسات الأولى تكون مخصصة للتعليم أو التثقيف النفسي، حيث يزود المعالج العميل بمعلومات حول تركيبة الجلسات والمبادئ والأساسيات العلاجية حول العلاج المعرفي السلوكي "CBT" (Michle, 2007: p87).

2. إعادة البناء المعرفي (Restructuring Techniques):

وهو من الأساليب أو الفتيات المعرفية التي تساعد المريض على تغيير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته غير المنطقية إلى أفكار واتجاهات عقلانية جديدة، ويتبنى فلسفة فكرية واضحة ومقبولة في الحياة تقوم على العقلانية (شيحة، 2002، ص65).

3. الحوار السقراطي (Socratic Method):

مهمة المعالج هنا طرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالجوانب اللامنطقية والمختلفة وظيفياً عن معتقدات العميل اللاعقلانية، والهدف من ذلك تشجيع العميل على التفكير في نفسه وتصحيح سوء فهمه (زهران، 2004م، ص84).

4. فنية اختيار البديل (Alternatives Choosing):

تستخدم هذه الفنية من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، إذ يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد او المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك، ومن ثم ايجاد فكرة بديلة ايجابية بدلاً من الفكرة السلبية (المرجع السابق).

5. أسلوب حل المشكلات (Problem Solving):

يتم التدريب على خطوات حل المشكلة، كتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم وتقييمها، والنتائج المرتبطة بها، ثم اختيار الحل المناسب وتصميم الخطة وممارستها (السيد، 2009م، ص 715).

6. لعب الدور (Role Play):

تدريب المنتفعين على أنماط معينة من السلوك ليَعبروا عن ما في داخلهم تجاه موقف ما، ويكون التركيز على المعتقدات اللاعقلانية التي لها علاقة بالمشاعر المزعجة غير السارة (شقيير، 2000، ص 272).

7. التدريب على الاسترخاء (Relaxation Training):

يرجع الفضل باستخدام أسلوب التدريب على الاسترخاء إلى العالم جاكبسون عام 1983م، وهدفه الوصول إلى حالة استرخاء مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة لديه (حسين، 2004م، ص 83).

8. التعريض (Exposer):

تصور الموقف على مستوى الخيال بدلاً، من مواجهته واقعياً والإبقاء عليه حتى يتم التعود عليه وإضعاف القلق (بدوي، 2009م، ص 69).

ثالثاً: العلاج باللعب (Play Therapy):

يعتبر العلاج باللعب - إلى حد ما - مجالاً سيكولوجياً جديداً لدراسة السلوك الإنساني صحيح أن هناك مداخل ومناحي متنوعة لدراسة هذا السلوك، إلا أن هذا المجال من بين عديد من المناحي أثبت فاعليته وتأثيره، وبصفة خاصة مع الأطفال المضطربين (غير الأسوياء) وهذه المناحي أو طرق التناول تختلف في فلسفاتها، ونظرياتها التي تنطلق منها، وتختلف في نظرياتها عن ديناميات الشخصية. وهذه المناحي تتشابه في أنها تحتوي على القيم الإنسانية التي يحاول بها المعالج أن يتبادل المعلومات والأفكار (Communicate) مع المريض. كما ويمكن النظر إلى أسلوب العلاج باللعب على أنه مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية، وبطريقهم وأساليبهم الخاصة بهم كأطفال، حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن، والكفاية (Adequacy)، والجدارة (Worthiness) من خلال الاستبصار الانفعالي. والاعتقاد السائد أن هذه الاتجاهات تكون قابلة للانتقال (Communicable)، وأنها يمكن نقلها (Transmitted) من شخص إلى آخر، ولا يمكن لأحد

أن يتعلمها بمفرده، ولكن من الممكن أن يعلمها البعض للبعض الآخر
(كلارك، 2014، ص ص 21- 23).

العلاج باللعب يساعد المعالج النفسي في التقييم والتشخيص، وإدراك وفهم أكبر لمشكلة
الطفل، وهناك الكثير من الدراسات التي أثبتت فاعلية العلاج باللعب، فالعلاج يساعد الأطفال
التدرب على مهارات جديدة منها اجتماعية وشخصية مثل التعاون، والتفاعل، والتعبير عن مشاعره،
وحل مشاكلهم
(Green,2005. P170).

مفهوم اللعب:

اللعب اسم مصدر للفعل لعب، يلعب، لعباً، ولكن اللعبة اسم يدل على نوع اللعبة وهيئة من
حيث: شكله، مضمونه، أجزائه ويعرف (بلكيس ومرعي، 1984م) اللعبة أنها: "نشاط أو مجموعة
من ألوان النشاط المنظم التي يمارسها المرء مفرداً أو في جماعة لتحقيق غاية معينة.
(الخوالدة، 2007، ص ص 40 - 41).

وتعرفه "شعبان" (2010م، ص 58) "بأنه ذاك النشاط الموجه أو غير الموجه الذي يقوم به
الطفل من أجل تحقيق المتعة والمرح والتسلية ويسهم في تنمية سلوك الطفل وشخصيته في جميع
جوانبها الانفعالية والتربوية والاجتماعية".

مفهوم العلاج باللعب:

عرفت الجمعية الأمريكية العلاج باللعب بأنه "الاستخدام المنظم للنماذج النظرية لإقامة علاقة
شخصية، في حين يوظف المعالج القدرة العلاجية للعب لمساعدة الطفل على التعامل مع التحديات
الحالية التي تواجهه، والوقاية من مشكلات مستقبلية، لتحقيق نمو طبيعي في المظاهر النمائية كافة
(Association For Play Therapy, 2001).

أهمية العلاج باللعب:

- يساعد اللعب الطفل على اكتشاف ذاته وقدراته ومحيطه، وهو وسيلة للتحرر من نفسه والتمركز
حول الذات والتعرف على العالم المحيط (السيد، 2001م، ص 77).
- اللعب خير الوسائل لتربية الطفل تربية ذاتية يستطيع بها أن يعبر عن خواطره، وأن يبرز
نشاطه ومواهبه (الجبالي، 2005م، ص ص 61 - 62).

نظريات تفسير اللعب:

يقوم العلاج باللعب على أسس نفسية لها أصولها في ميادين علم النفسي العام، وعلم نفس النمو، وعلم النفس العلاجي، وتحاول نظريات اللعب تفسير لعب الأفراد في كل الأعمار، فهناك نظرية تصريف الطاقة الزائدة التي تعتبر تنظيمياً ضرورياً عند الفرد، وهناك النظرية الغريزية التي تقول إن اللعب يستند إلى أساس فطري غريزي، وهو نشاط ضروري بتدريب وتهذيب الغرائز والدوافع، وهناك نظرية التلخيص التي تفترض أن الطفل وهو يعوم ويبنى البيوت ويتسلق الأشجار في لعبه؛ إنما يلخص ما كان يعمله أجداده وهو بذلك يلخص تاريخ الجنس البشري كله، وهناك نظرية تحدد النشاط بالتسلية والرياضة وتعتبره ضرورياً بعد التعب وبذل الجهد في العمل (الهنداوي، 2003م، ص116).

ويوجز الباحث أهم نظريتين عن العلاج باللعب وهي:

أولاً - نظرية التحليل النفسي في اللعب:

تعتبر نظرية التحليل النفسي اللعب نشاطاً ميسراً للتنفيس عن الطاقة المكبوتة، وهو يساعد الأطفال في التعبير والسيطرة على المواقف الصعبة. وأشار فرويد أن الطفل يتمكن من تحقيق ذاته وإمكانياته وإنجازاته من خلال اللعب، فاللعب هو لغة خاصة بالطفل للتعبير عن نفسه وشعوره والتفريغ الانفعالي، وطريقة في الاتصال والتواصل بالآخرين (الطواب، 2001م، ص52).

ثانياً - نظرية الطاقة الزائدة:

رائدها الألماني (شيلر) والانجليزي (سبنسر)، ويرى العالمان بأن الطفل لديه طاقة زائدة عن الآخرين، وبحاجة إلى استنفادها من خلال تصريف الطاقة الزائدة، وهذه النظرية تفيد بأن الأطفال يلعبون للتنفيس عن الطاقة الزائدة لديهم (خطاب وحمزة، 2008م، ص41).

رابعاً : العلاج الكلامي (Talkative Therapy)

العلاج الكلامي يمكن أن يقدم من قبل أفراد التخصصات المهنية المختلفة بما في ذلك الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين، والممرضين النفسيين، والمعالجين الوظيفيين، والمعالجين بالفن والدراما، والمرشدين، والمعالجين النفسيين.

ويرى (Forbes, et al, 2007) بأن العلاج الكلامي يتطلب تدريب متخصص لكافة المهنيين أعلاه لممارسة العلاج الكلامي، أو قد تعلموا بعض المهارات من نوع معين من العلاج، وبعض المعالجين يستغرق سنوات للتدرب عليه، وبعض أنواع العلاج الكلامي تتطلب من المعالجين أن يمتلكوا مهارة العلاج الكلامي.

ويرى (Growing, 2001) "بأن العلاج الكلامي يمكن ان يغطي مجموعة واسعة من التدخلات، وانعكس ذلك في الاستشارات التي يقدمها الممارسون والذين قدموا مجموعة واسعة من التعريفات، ويتحدث (Growing) عن العلاج الكلامي على النحو التالي:

1. ينطوي على وجود علاقة بين الممارس والمنتفع .
2. يعتمد على أساس واحد او أكثر من نظريات السلوك الإنساني.
3. يتناول القضايا التي تتعلق بالتنمية، والخبرة، والعلاقات، والمعرفة، والعاطفة والسلوك.
4. يحمل هدف فهم المنتفع لذاته وإجراء تغييرات في "حياته- معارفه- مشاعره- سلوكه".

(Growing, L., & Tesson, M. 2001)

وبالحديث عن فائدة العلاج الكلامي فإن فوائد العلاج الكلامي عديدة، فهي عملية تسمح للمنتفعين مناقشة القضايا التي قد يكون من الصعب جداً والمؤلم مناقشتها مع أي شخص في حياة هذا الشخص، والعمل من خلال العملية، أو التعامل مع هذه القضايا. كما يقدم العلاج الكلامي الفرصة للاستفادة من وجود "طرف ثالث غير مغرض" أو المعالج الذي سيستمع إلى مخاوف المنتفع بدون افتراضات او حكم او يُشعر الفرد بعدم الارتياح، وكثيراً ما يستخدم العلاج جنباً إلى جنب مع أشكال أخرى من العلاج للأمراض النفسية مثل العلاج الدوائي. (karmarkar, et al , 2010).

مفهوم العلاج الكلامي:

عرف " بيتر " العلاج الكلامي على أنه مصطلح شامل يعود الى مجموعة من العلاجات النفسية المستخدمة من قبل مهني الصحة النفسية، ويعتمد على النموذج النظري واستخدام العلاج ضمن خطة ممنهجة منها المنتفعون وعائلاتهم في المنحى النفسي (Peters, 2007). ويعرف "Bateman" العلاج الكلامي على أنه نوع من أنواع المحادثة مع المستمع محاولة لمساعدته بإحساس عالي بهدف التغيير والتطوير النفسي وهي جزء فاعل في العمل النفسي وتدخلاته أفضل من إعطاء نصائح فقط أو علاجات دوائية (Bateman, 2003) .

دور العلاج الكلامي:

وصف (Roth AD & pilling S. 2007) مهمة العلاج الكلامي كالعناصر المشتركة التي يمكن للمعالج أن يستخدم ما لديه من مهارات من أجل:

1. إجراء تقييم شامل.
2. الانخراط بنجاح وتشكيل تحالف علاجي مع المنتفع.
3. إجراء تقييم كنوع من العلاج أكثر ملائمة لمشاكل.

خامساً: العلاج الأسري (Family Therapy):

تبرز أهمية الأسرة في أنها تعتبر الأساس الأول في إشباع الحاجات الأساسية لدى أفرادها، وبالتالي فإن كل أسرة ضمن نظام اجتماعي تتميز بتقاليد خاصة بها، والتي تفيد المجتمع الذي تعيش فيه، والأسرة هي التي توفر الإطار الذي يسمح لأفرادها التعبير عن مشاعرهم والتفريغ لانفعالاتهم هذا كله باتفاق الباحثون والدراسون في المجال الأسري. (الكندي، 1992م، ص17).

ويرى الباحث بأن (العلاج الأسري) يركز في التدخل الأسري على الأسرة ككل وليس فقط المنفرد، على أساس الدعم المتبادل الذي يوفره أعضاء الأسرة لبعضهم البعض، وخاصة مما يكتسبونه من علاقات داخلية بينهم مشبعة بالعواطف والذكريات التي تساعد في العلاج الأسري. إن محور اهتمام (العلاج الأسري) هو نظام العلاقات واستكشاف هذا النظام والتعرف على قواعده، ودعوة أفراد الأسرة للتركيز على النظام العام وتطويره، وتغيير محتواه (Jackson, 2009). ومن أحد أهم أهداف الإرشاد الأسري هو الوقاية للأسرة ككل من المشاكل، ومعالجتها عند الوقوع فيها (Artshone, Sperry & Wahts, 2010). وهذا ما تؤكد نظريات الإرشاد الأسري التي تؤكد دور الأسرة والبيئة الاجتماعية في تغيير الفرد ونموه الحالي، وتساعد في تحقيق توافق أفضل لكل الأفراد (Corey, 2001, P155).

مفهوم العلاج الأسري:

يعرف (مفتاح، 2001م، ص ص 185 - 186) "العلاج الأسري": " بأنه أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعالة في العلاقات الأسرية".

أهداف العلاج الأسري:

1. المساهمة في تحسين الأداء العام للأسرة، وتحسين العلاقات المتبادلة بينهم. (الزيادي، 1987م، ص411).
 2. إعادة توزيع السلطة وتعديلها بين أفراد الأسرة، وصياغة المشكلات وتحديدتها ليتسنى حلها من قبل الأسرة كلها (المؤمن، 2004م، ص98).
 3. تساهم في خلق التوازن بين أعضاء الأسرة (المؤمن، 2004م، ص98).
 4. تعديل وتغيير القيم السلبية لدى الأسرة وتغييرها (مفتاح، 2001م، ص188).
- وعموماً يهدف (الإرشاد الأسري) إلى تحسين الاتصال ضمن نطاق الأسرة، والتركيز على مشكلات الفرد لصالح الأسرة ككل مثل: نظرية النظم في الإرشاد الأسري، حيث تعتمد نظرية النظم

في فهم الأسرة على أنها نظام واحد يتطلب معرفة ما يقوم به أفرادها معاً، وليس كل فرد على حدة، ويمكن تشبيه ذلك بأجزاء السيارة التي تعمل معاً، ويستند النظام على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال فهم علاقة الأجزاء بعضها مع بعض. فهو نظام ذو عناصر متفاعلة بعضها مع بعض فهذا نظام ذو عناصر متفاعلة بين بعضها. (شواش، 2012م، ص106).

أنواع العلاج الأسري:

برامج تعزيز الأسرة تركز على تغيير الأنماط الغير قادرة على التكيف والتواصل والتفاعل في الأسر التي يعاني الشباب فيها مشاكل أسرية (Kumpfer and Alvarado, 2003) بالإضافة الى ما سبق، هناك برامج تعزيز الأسرة تستخدم تدخلات أخرى متعددة المكونات، مثل التدريب الأسري السلوكي، المهارات الاجتماعية للطفل والعلاج الأسري. وهذه المكونات كلها تسمى فيما يعرف بالتدريب على المهارات الأسرية (Kumpfer and Alvarado, 2003).

وبالتالي هناك عدة أنواع للتدخلات العلاجية لتعزيز الأسرة ومنها ما يلي :

1. العلاج الأسري المنظم: يعني باستراتيجيات المواجهة وطرق التكيف.
2. العلاج الأسري الاستراتيجي: (Szapocznik and Kurtines, 2012) هو عملية موجهة وهادفة نحو تحقيق أهداف (العلاج الأسري) الاستراتيجي - المنظم وكما يوحي الاسم بالجمع بين التركيز على أنماط التفاعلات الأسرية مع المنهج المحدد الهادف.
3. العلاج السلوكي الأسري: وهذه مع المعالج الذي يتعامل مع عدة عائلات في المجموعة، ويحتوي على مهارات تدريبية منفصلة لبناء مهارات الوالدين والأطفال خلال جزء من الدورة. (Rosenthal and Bandura 2013, Gurman and Kniskern, 2014).

سادساً: الدعم النفسي والاجتماعي (Psychosocial Support)

الإنسان يعيش في عالم اجتماعي حيث قدرته على تحقيق ذاته وتعريف نفسه، والعلاج النفسي في إطار مجموعة علاجية يوفر الساحة الاجتماعية التي تمكن الأعضاء التعلم عن نواقصهم والعجز من خلال التفاعل مع أقرانهم والسلطة. والأعضاء هنا يمتلكوا الفرصة المناسبة لتجربة تعلم سلوكي جديد مكتسب حديثاً في بيئة محمية للفريق استعداداً لاستخدامها في العالم الخارجي (حمدان، 2013، ص27).

ما من شك في أن الدعم النفسي المبكر والملائم يساعد الناس في التغلب على المشكلات بشكل يساعدهم على اتخاذ القرارات السليمة والملائمة (بلسم، 2002م، ص63).

العمل النفسي الداعم يقوم على تثبيت الإطار والتعبير اللغوي، وإعطاء معنى للحركات المختلفة، لتسهيل عملية الترابط والترميز، يبدأ هذا الأمر لاسيما مع الأطفال من خلال احتواء جسدي، تكون وظيفته محددة كي يثبت الإطار (مرسيلينا، 2013م، ص24).

مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي: المفهوم لغةً:

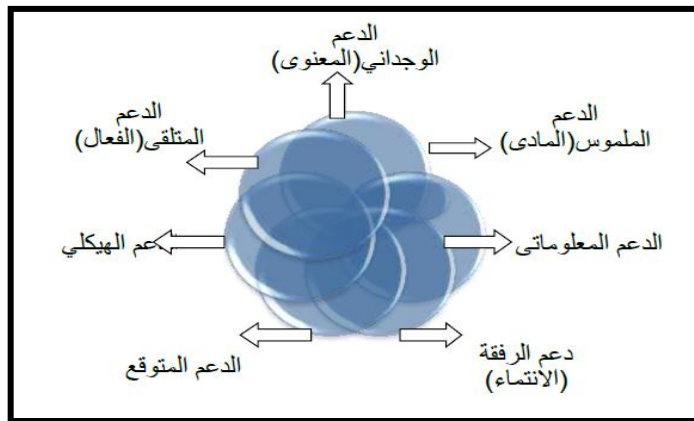
الدعم في اللغة من دعم الشيء أسنداً لئلا يميل أو أعانه وقواه (نقولا، 1999م، ص216).

المفهوم اصطلاحاً:

ويعرفه جلال على أنه إكساب المعارف والمهارات والقدرات المؤهلة لاتخاذ القرارات، وإكساب الخبرات الفعالة بهدف تحديد الأولويات التي تعين على أداء الأدوار المنوط بها بكفاءة واقتدار. (جلال، 2007م، ص13).

أنواع الدعم النفسي الاجتماعي:

1. الدعم الأدائي "المعلوماتي": لكي يتعايش الفرد مع مشاكله الشخصية والبيئية، فيجب تزويده بالنصيحة والإرشاد وبالمعلومات المناسبة لغرض فهمه موقفه.
2. الدعم الوجداني: هي مشاعر الاهتمام والرعاية، والصدقة والمودة، والثقة وحب الآخرين، والإحساس بالانتماء والراحة، وبالدعم الوجداني المقدم له من قبل الآخرين يساعده ذلك على إعادة التقليل من مشاعر الضغط لديه ومشاعر انخفاض الكفاءة الشخصية.
3. الدعم التقديري: ويطلق عليه أيضا "الدعم التقييمي"، الذي يختص بتقديم وتزويد الأفراد بالعبارات والكلمات التشجيعية الإيجابية المناسبة لعملية التقييم الذاتي، والذي يتم من خلالها مساعدة الأفراد على بناء مشاعرهم الخاصة بهم (العنزي، 2013م، ص125).

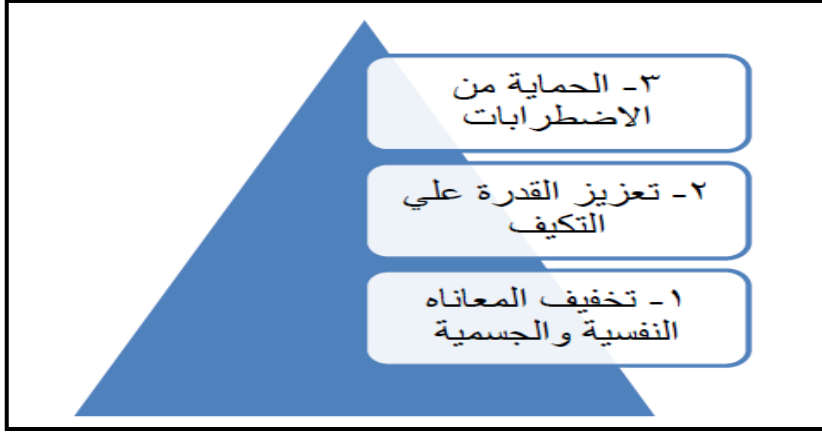


شكل (2.4): أنواع الدعم النفسي الاجتماعي

(دليل الدعم النفسي والاجتماعي والمعرفي ، 2009م، ص1)

أهداف الدعم النفسي الاجتماعي:

يرى (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، 2006م) ان هناك ثلاثة أهداف رئيسية للدعم النفسي الاجتماعي وهي:



شكل (2.5): أهداف برامج الدعم النفسي

(الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، 2006م، ص ص 30 – 31)

وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:

يشير برهام (Breham) إلى أن احتمالات إصابة الأفراد بالاضطرابات العقلية والنفسية تقل في حين تلقي الفرد الدعم الاجتماعي والنفسي المناسب من شبكة العلاقات الاجتماعية التي تحيط بالفرد، وبذلك يكون الفرد قد تجاوز أي أزمة تواجهه، وتبرز أهمية الدعم الاجتماعي بحماية الأفراد لذواتهم وزيادة الإحساس بدورهم وبفعاليتهم (Breham, 2007, 107-129).

ومن وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته: تقديم النصيحة على شكل التوجيه والإرشاد، وتقديم المشورة في بعض الأمور، وحماية الأفراد من الوقوع في الخطأ، ومساعدة الأفراد وتعديل سلوكهم على شكل تقديم العون في مواقف مختلفة، وتنمية المشاعر للأفراد الإيجابية السارة. (Barrera Ainlay, 2007, 69 – 9).

سابعاً: العلاج الدوائي (Medication Therapy):

تستخدم الأدوية لتعديل المزاج والانفعالات والأعراض الذهانية وكل دواء له مواصفات خاصة وتأثير خاص (سمور، 2006م، ص 440).

يهتم الطب بدراسة الأمراض وعلاجها، ويعتبر الطب من أوثق العلوم المنفصلة بعلم النفس العلاجي، حيث يصاحب الأعراض الجسمية سواء توافقت لدى الفرد. فالفرد المصاب بأمراض

جسمية في العادة يعاني من اضطرابات نفسية مصاحبة للمرض الجسدي ومن أمثلة ذلك حالات أمراض الجهاز العصبي التي تظهر بشكل سلوك مضطرب للمريض. ومن أبرز ما يشترك به العلاج النفسي والطب الاضطرابات النفسية الجسمية (إجلال، 2000م، ص17).

وتشير مرسيلينا (2013، ص 63) على أن المرضى يحتاجوا إلى عقار دوائي كيميائي، مثل الأدوية المضادة للاكتئاب والقلق، التي تساعد الأفراد على النوم وتخفيف التوتر والقلق لديهم، وضرورة أن يكون ذلك بإشراف طبيب متخصص؛ فكثير من المرضى لا يلتزمون بإرشادات الطبيب ويستمعون إلى أولئك الذين أدمنوا استخدام تلك العقاقير، وترى "مرسيلينا" بأن المرضى يقومون في بعض الحالات إلى زيادة أو نقصان الجرعة دون الرجوع إلى الطبيب أو إضافة عقار آخر لزيادة المفعول.

ويرى "سمور" (2006، ص440) أنه في حال إعطاء الدواء يجب الأخذ بالاعتبار التالي:

1. يجب تحديد الأعراض المطلوب علاجها أولاً وبسرعة.
2. الأمراض الجسدية وعلاجاتها وتفاعل الأدوية مع بعضها.
3. تجنب الأدوية التي تسبب الإدمان ، وكذلك تجنب الأدوية التي تسبب الآثار الجانبية.
4. البدء بجرعات بسيطة ثم الزيادة التدريجية لإحداث التأثير .
5. إن بعض الاضطرابات تستجيب للعلاج بعد عدة أسابيع.
6. يمكن للمعالج أن يستخدم الأدوية دون خوف في حال إدخال المرضى المستشفى .
7. يجب متابعة المريض في بداية وصف العلاج في فترات متقاربة لمتابعة الآثار الجانبية.
8. عمل تحاليل روتينية للدم " عدد الدم - نشاط الكبد والكلية (سمور 2006م، ص440).

المهارات المختلفة لدى الطبيب في العلاج الدوائي:

1. التشخيص الصحيح الشامل " متعدد المحاور".
2. المعرفة بدنامية وتطور المرض.
3. المعرفة الشاملة بفسولوجيا المرض وتأثيره الفسيولوجي للدواء.
4. اختيار الدواء المناسب للحالة .
5. اعطاء الدواء بجرعة مناسبة واتباع النظام الخاص والقانون المحلي لتقديم هذا الدواء.
6. المتابعة الإكلينيكية لحين تقرير التحرر من العلاج والشفاء (سمور 2006م، ص440).

بالإضافة الي ما ذكر يجب على الطبيب أن يأخذ في الاعتبار قبل اتخاذ قرار إعطاء الأدوية
النفسانية التأثير النقاط الآتية:

• هل معاناة المريض من الشدة من حيث النوعية ومن حيث الكمية بحيث نعتبرها أعراضاً
وعلامات مرضية؟

• وإذا كانت كذلك هل من مصلحة المريض أن يتلقى الأدوية النفسانية التأثير أم علاجاً آخر ؟

• هل النسبة بين الأعراض المرغوبة وغير المرغوبة إيجابية وتسمح بإعطائها؟

(المرشد في الطب النفسي، 1999م، ص220).

وقسم " سمور " (2006م، ص441) الأدوية المؤثرة نفسياً إلى:

1. الأدوية المضادة للذهان.

2. الأدوية المضادة الاكتئاب.

3. الأدوية المضادة للقلق.

4. مضادات اضطراب المزاج "أملاح الليثيوم ومضادات التشنجات"

وتتم معالجة الاضطرابات النفسية من خلال طرق متعددة. ففي بعض الحالات يكون العلاج
الأولي كيميائياً. وفي حالات ثانية علاجاً نفسياً، وفي حالات ثالثة تكون المقاييس الاجتماعية هي أهم
أنواع العلاج، ولكن عادةً ما يعالج معظم المرضى بالعلاج الكيميائي والنفسي والاجتماعي معاً.

ثامناً: التأهيل النفسي والاجتماعي (Psychosocial Rehabilitation):

يرى (العيسوي، 2010م، ص9) بأن عملية التأهيل (Rehabilitation) تسير عبر خطوات
ومراحل تبدأ بالتأهيل الطبي (Medical Rehabilitation) الصحي ويتضمن الجراحات والتحليل
والأشعات والعلاج الوظيفي والطبيعي ذهاباً إلى التأهيل الأسري (Family) Rehabilitation،
والاجتماعي (Social Rehabilitation)، والتأهيل المهني الوظيفي (Vocational
Rehabilitation)، إضافة إلى (التأهيل النفسي) والذي لا يقتصر على القياس العقلي والتشخيص
ولكن الإرشاد والتوعية والتثقيف للحالة وأسرته والمجتمع المحيط به، والتعرف على الأبعاد النفسية
للإعاقة، ومساعدته للاندماج في المجتمع والتغلب على ما في البيئة من صعوبات، والتدريب على
التفكير المنظم الواقعي وعلاج المشكلات والأمراض النفسية المصاحبة وهذا عبر مراحل الحياة
المختلفة بداية من الطفولة وحتى الرشد ومن ثم كبار السن.

يساعد التأهيل الأفراد في المجتمع على التعرف إلى الإعاقات بأشكالها المختلفة الاقتصادية
والثقافية والاجتماعية، ويساعد التأهيل في الرعاية والاعتناء بالبيئة وتقديم بيئة محيطة أفضل مما
هي عليه لذوي الإعاقات وتحسين مستوى حياتهم، ويعتبر التأهيل استراتيجية مهمة للتنمية

الاجتماعية في إطار المجتمع المحلي، والذي يهدف من خلاله تفعيل الطاقات والكوادر في المجتمع لإحداث تغيير ملموس في معتقدات ومعارف الناس ونظرتهم ومشاعرهم وسلوكهم اتجاه ذوي الإعاقة (عبدات والبشتيني، 2006م).

عوامل نجاح عملية التأهيل:

يوجد عدد من الخطوات والاجراءات التي يجب أن يتبعها أخصائي التأهيل أو الأخصائي النفسي (Psychologist) بهدف مساعدة الحالة للوصول إلى التكيف والنمو والاستقلالية والتغلب على مشاكله وصعوباته، والعمل على تنظيم البيئة المحيطة. ومن المعروف أن نجاح عملية التأهيل يتوقف على توفير مجموعة من العوامل والمتغيرات، ويضيف العيسوي " (2010م، ص 25 - 27) مجموعة من العوامل المساعدة في نجاح عملية التأهيل:

أولاً: عوامل تتوقف على الحالة:

1. القدرات العقلية ومستواها ودرجتها.
2. قدرته على التعلم واكتساب المعارف والثقافة .
3. مدى رغبة الحالة في الاستقلالية والتقدم.
4. المستوى التعليمي للحالة ولأفراد أسرته.
5. قدرته على فهم وتحليل المعلومات وحل المشكلات.
6. العمر الزمني، ومتى بدأ التدريب والتأهيل والرعاية؟ وهل كان التأهيل شاملاً ومتنوعاً؟.
7. الصحة النفسية، ويقصد بها مدى تمتع الحالة بالقدرة على التكيف والشعور بالأمن.

ثانياً: عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة:

وتتمثل في البيئة الثقافية المحيطة بالحالة بكل ما فيها من عادات وتقاليد وخلفيات ثقافية متنوعة، وكذلك البيئة الاجتماعي، والموقف الاجتماعي (Social Situation) أي البيئة التي تضم الحالة والآخرين الذين يؤثرون فيه.

خطوات التأهيل النفسي:

1- التقارير الطبية: يقوم المعالج النفسي بالاطلاع على التقارير الطبية والفحوصات التي أجراها الحالة قبل التأهيل النفسي مما يساعد في وضع خطة التأهيل والتدريب والإرشاد والتوعية للحالة وأسرته. والدور الأساسي للمعالج النفسي في هذه المرحلة الإرشاد والتوعية والتوجيه. ويجب أن يتم تأهيل الحالة نفسياً جنباً إلى جنب مع التأهيل والعلاج الطبي، ولا يجب أبداً تأجيل أنواع التأهيل

الأخرى وخاصة التأهيل النفسي إلا في حالات قليلة جداً مثل وجود اضطرابات شديدة في القلب تتطلب عدم حركة الحالة، أو الإصابة بنوبات صرعية شديدة ومتكررة.

2- القياس العقلي: من الأدوار الأساسية للمعالج النفسي القيام بالقياس العقلي والنفسي للحالة؛ بهدف التشخيص الدقيق لوضع برنامج تأهيلي وتدريبى يتناسب مع قدراته. ويستخدم المعالج عدد من الاختبارات والأدوات الرسمية وغير الرسمية بهدف الوصول إلى التشخيص الدقيق. (العيسوي، 2010م، ص ص 29 - 32).

العوامل الفعالة المشتركة بين مدارس العلاج:

يبدو أن اختلاف المدارس العلاجية، وتعدد النظريات في هذا الموضوع من ناحية، واتجاه بعض زعماء غالبية هذه المدارس نحو التعديل من أهدافهم العلاجية ونظرياتهم قد جعلت الكثير من الباحثين يرون أن النجاح في العلاج النفسي لا يعتمد على الأساس النظري بقدر ما يعتمد على شخصية المعالج، بغض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك. ومن تلك الأسباب التي أدت إلى هذا التفكير هو وجود بعض التشابهات بين المعالجين النفسيين الناجحين في علاجهم بالرغم من اختلافاتهم النظرية. وعلى سبيل المثال التقبل (Acceptance) ولهذا يرى البعض أن هناك خصائص مشتركة تميز بين العلاج النفسي الناجح مهما كان انحيازه النظري فيما يأتي:

1) الاهتمام بالعالم الشخصي - الداخلي - للفرد:

بالرغم من أن بعض أشكال العلاج النفسي (كالعلاج السلوكي) تهتم بتأثير البيئة والتعلم على السلوك، فإن كل أشكال العلاج النفسي. بما فيها بعض أشكال العلاج السلوكي تحاول أن تهتم بالشخصية، وتحسين أساليب الفرد، ومشاعره ودوافعه، وتوقعاته.

2) الكفاءة المهنية:

يعتبر كل من الكفاءة المهنية والمهارة، وشخصية الفرد وكذلك مشاعر الدفاء والتعاطف؛ كلها عوامل تلعب أدواراً شديدة في ممارسة العلاج النفسي التي تشترط كثيراً من عوامل الخبرة والتدريب، والإلمام النظري والأكاديمي، ومن المعلوم أن كثيراً من المرضى يبحثون عن شخص كفء وخبير. ولهذا تكتشف بعض البحوث (Garfield, 2013.p.166) أن التوقعات التي يكونها بعض المرضى عن كفاءة المعالج ومهارته وخبرته تلعب دوراً هاماً في نجاح العلاج النفسي في جميع مدارسه.

3) التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض:

جميع المعالجين في ميدان الممارسة يحاولون تخفيف مشاعر القلق لدى المريض حتى يمكنه اختبار وفحص العوامل المسؤولة عن مشكلاته بشكل أقل انفعالاً.

4) إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغيير الإيجابي.

5) إعطاء تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها. (عبد الستار وآخرون، 2008، ص ص 244 - 248).

المبحث الثاني الكفاءة المهنية

Professional Efficiency

تمهيد:

رغم وفرة الدراسات (العربية والأجنبية) في مجال الكفاءة (Efficacy) أو في مجال الكفايات (Competence)، إلا أن تحديد مصطلح الكفاية أو الكفاءة لم يتفق عليه في أي من هذه الدراسات، وإنما تحديد هذان المصطلحان يختلف من باحث إلى آخر تبعاً لهدف الدراسة التي يجريها الباحث، إذ يعتمد كل باحث على تعريفهما اجرائياً مستفيداً من تعريفات الباحثين، وما أجمعوا عليه من مدلول للكفاية أو الكفاءة.

يُعد "هوايت" (White, 2003, p297) أول من أشار إلى الكفاءة عموماً حيث رأى أن جميع أفراد الجنس البشري يولدون ولديهم دافع أولي نحو السيطرة على البيئة، وهو ما يطلق عليه دافع (الكفاءة)، وافترض ان وجود هذا الدافع يساعد على تفسير أنواع السلوك. ولعل هذا يتفق مع ما أشار "باندورا" و "شونك" إلى أن "الكفاءة تمثل القدرة على أداء السلوك الذي يحقق النتائج المرغوبة، في المواقف والجوانب المختلفة، والإمكانية على تغيير الواقع والتأثير في البيئة" (Bandura&Shunk, 2013, 586). إلا أن (Jenkins. 2012, p17) يرى أن الكفاءة هي "القدرة على الأداء الوظيفي في السياق المحدد وذلك بفضل التنشئة الاجتماعية وتأثيرها في إمكانيات وقدرات الإنسان فهي مكون اجتماعي".

وقد اهتم علماء النفس بالمهنة من خلال علم النفس المهني (Vocational Psychology) والذي يعني ويهتم بالعامل في مصنعه، والطبيب في مكتبه، والصيدلي في صيدليته، والموظف في مكتبه، إلى غير ذلك من المهن المختلفة التي تتباين في طبيعتها (أبو رمان، 2008م).

إن معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تحدد (كيف يشعر، وكيف يفكر، وكيف يحفز نفسه، ومن ثم كيف يتصرف، هذه المعتقدات تؤدي إلى تمثل هذه القناعات من خلال عمليات أربع رئيسية هي: "المعرفية، والدافعية، والانفعالية، وأخيراً الموزانة والمفاضلة في السلوك" (Bandura, 2001, p7).

وتشير (أبو رمان، 2008م) أن "الشخص إذا قيم نفسه إيجابياً فإنه يظهر كفاءة ذاتية عالية في مهام مختلفة، وبالتالي فهو يعبر عن تقدير مرتفع في حين يظهر الشخص الذي يكون لديه مستوى متدنٍ من الكفاءة الذاتية في مجال معين تقدير ذات متدنياً".

ويرى "هاشم" (1999، ص ص191-194) بأن تقويم الأداء يمثل أهمية كبرى في حياتنا اليومية، وهو من الممارسات واسعة الانتشار في كل جوانب الحياة، لأهميته في تطوير المراكز والأشخاص المراد تقويمهم، فهو يوفر معلومات مهمة عن مستوى أداء الأفراد أو حتى المؤسسات، ويعمل على الكشف عن الأفراد الذين لا تتوافق إمكانياتهم وقدراتهم مع المناصب أو الأعمال الموكلة إليهم، ويساعد تقويم الأداء في رسم السياسات، ورسم البرامج والمواد التدريبية المناسبة لرفع مستوى العاملين، ويساهم في رفع مستويات ومعنويات العاملين، فوجود المعايير الموضوعية في قياس الأداء يساهم في تعزيز ثقة العاملين بأنفسهم وزيادة الدافعية للعمل، وكذلك رفع المسؤولية، ويعمل على رفع مستوى جهد العاملين للحصول على امتيازات يستحقونها ويكونوا موضع تقويم وتقدير الرؤساء، ويعمل على زيادة العلاقة بين العاملين ورؤسائهم.

تعريف الكفاءة المهنية:

يتكون مصطلح الكفاءة المهنية من شقين: الأول الكفاءة والثاني المهنة، وسوف نقوم في البداية بتحليل هذين المصطلحين لغةً واصطلاحاً، ثم نتبع ذلك بالحديث عن الكفاءة المهنية.

أولاً/ الكفاءة:

الكفاءة لغوياً:

الكفاءة في المعاجم اللغوية العربية تعرف بأنها المماثلة في القوة ومنها الكفاءة في العمل، أي القدرة عليه وحسن تصريفه، والكفاء هو القادر على تصريف العمل والكفاء الذي لا نظير له (المعجم الوسيط، 2004م، ص793).

أما في اللغة الانجليزية فلفظة الكفاءة مشتق من أصل لاتيني (Competence) وقد ظهر سنة 1968م في اللغات الأوروبية بمعان مختلفة. فكلية (Competence) تعني " كفاية الوسائل لتوافر الضرورات الحياتية وكون الفرد كفاءاً (Competent)", فإن ذلك يعني أنه مؤهل أو مناسب، أو ان يمتلك القدرات والاستعدادات الكافية لأداء أو تطوير عمل ما، وهذه الكلمة مرادفة لكلمة (Sufficiency)، والتي تعني حد الكفاف في الحياة، أو كفاية الوسائل لتلبية الاحتياجات (وليد الكندري، 1999م، ص84).

الكفاءة اصطلاحاً:

وبميز هيتلمان بين الكفاءة والأداء " فالكفاءة هي القدرة على أداء سلوك ما في حين أن الأداء هو إظهار المهارة بشكل يمكن قياسه، فالأداء هو المظهر العملي للكفاءة" (هالة بخش، 1987م، ص27).

كما وتعرف "بخش" (1987م، ص32) الكفاءة بقولها "هي القدرة على أداء سلوك معين مرتبط بمهام معينة ويعبر عنها بمجموعة من التصرفات أو الحركات أو الأفعال أو الأقوال، وتتكون من مجموعة من المعارف والمهارات والاتجاهات، التي تتصل اتصالاً مباشراً بمجال معين وتؤدي بمستوى معين من الإتقان يضمن تحقيق الأهداف بشكل فعال".

المهنة لغوياً:

لمفهوم المهنة عدة مترادفات منها الحرفة والوظيفية والعمل، ويورد المعجم الوسيط تعريف لغوياً للمهنة فهي العمل، والعمل يحتاج إلى خبرة ومهارة (المعجم الوسيط، 890/2).

أما مفهوم العمل: لغة: المهنة، والفعل عن قصد. (المعجم الوسيط، 628/2) فالعمل هو ما يقوم به الإنسان من نشاط انتاجي في وظيفة أو مهنة أو حرفة. وهذا يبين لنا ركني العمل الأساسيين: النشاط، والإنتاج؛ فالنشاط هو لب العمل، سواء كان نشاطاً جسدياً أو ذهنياً. ولذا فإن الإسلام لا يحبذ الحصول على المكاسب دون نشاط.

الكفاءة المهنية:

عرف "التميمي" (2000م، ص10) الكفاءة المهنية على أنها: "القدرة على تطبيق التقنيات والمبادئ، لأداء عمل معين بفعالية وكفاءة في ضوء ما يمتلكه الفرد من اتجاهات، ومعارف، ومهارات".

ويعرفها "مغربي" (2008م، ص9) على أنها: "مجموعة المعارف والمهارات والقدرات والاتجاهات التي تساعد العاملين على القيام بالأدوار والمهام المنوطة به، وتتحدد الكفاءة المهنية للفرد من خلال درجة تمكنه من هذه الكفايات وممارسته لها".

ويعرف "النمري" (2008م، ص24) الكفاءة المهنية: "الحد الذي وصل إليه الموظف في أداء العمل وإتقانه".

ويرى الباحث بأن هذه الكفاءة تتشكل لدى العاملين نتيجة:

- الخبرة العلمية والممارسة العملية في مجال العمل.
- المؤهل العلمي الذي يحصل عليه العاملين.

تعليق الباحث على تعريفات الكفاءة المهنية:

1. يرى الباحث من خلال التعليقات السابقة بأن الكفاءة المهنية تعني قدرة العاملين بالصحة النفسية القيام بالأدوار والمهام وممارسة العملية العلاجية على الوجه الأمثل وبشكل متقن، بحيث يمكن قياس هذه الكفاءة من خلال الأداء الذي يظهر في سلوكهم المهني.

2. المفاهيم السابقة بالرغم من ارتباطها بالمجال المهني ولكنها أيضاً تعطي مفهوماً أوسع لمصطلح الكفاءة المهنية والذي يتعدى الإنجاز في العمل إلى (ابتكار ووضع الحلول، التكيف والتعايش مع الأوضاع الجديدة والطارئة، تخطيط وتنظيم العمل، الاهتمام ببناء علاقات انسانية هادفة مهنية تهدف إلى رفع الإنجاز والأداء بين زملاء العمل من جانب وبين الزملاء والإدارة من جانب آخر).

الفرق بين الكفاءة والكفاية:

يبدو أن هناك تداخلاً في الاستعمال بين الكفاءة والكفاية حتى أصبح البعض يستخدم أياً منهما للتعبير عن المعنى نفسه، وهذا أمر يجانب الصواب، إذ يوجد فرق بين دلالة المصطلحين يمكن إدراكه بالعودة إلى جذريهما اللغويين، فإذا اختلفت جذور الكلمة اختلفت دلالتها، فالكفاءة تعني المجازاة، أو المساواة، بينما الكفاية تعني القدرة على أداء الشيء، ولهذا فالكفاية تدل على القيام بالأمر، بينما الكفاءة تدل على المكافأة والمناظرة أو المساواة (عطية، 2009م، ص36).

ولا تفرق الكثير من الدراسات بين لفظي الكفاءة والكفاية رغم أن الكفاءة تمثل الحد الأقصى للأداء في عمل ما، بينما الكفاية تمثل الحد الأدنى الذي ينبغي توفره في شيء كشرط لقبوله. (رشدي طعيمة وحسين غريب، 1986م، ص305).

وينوه "مغربي" (2008م، ص57) إلى ضرورة التمييز بين الكفاءة بهذا المفهوم والكفاية. وبين الكفاءات والكفايات، فبالرغم من تقارب المعنى اللغوي بينهما بحيث يسوغ استخدام أحدهما مكان الآخر إلا أنه يرى أن الكفايات هي مجموعة المعارف والمفاهيم والمهارات والاتجاهات التي يحتاجها العامل لأداء عمله وتسمح له بممارسة مهنية بسهولة ويسر دون عناء، والتي يفترض ان يكتسبها أثناء إعداد وتدريبه للعمل.

ويوضح "القاسم" (2001م، ص44) أبرز دوافع الفرد وحاجاته في المجالات المهنية ما يأتي:

1. الحاجة إلى العمل في ظل ظروف بيئية منسجمة مع إنسانية الفرد وكرامته.
2. الحاجة إلى تحقيق النمو الوظيفي والترقي.
3. الحاجة إلى حياة كريمة معنوياً ومادياً.
4. الحاجة إلى التوافق النفسي والاجتماعي والمهني، والشعور بالثقة في وتقدير وقبول النفس.
5. الحاجة إلى الامن وخاصة مستقبل العمل في المؤسسة.

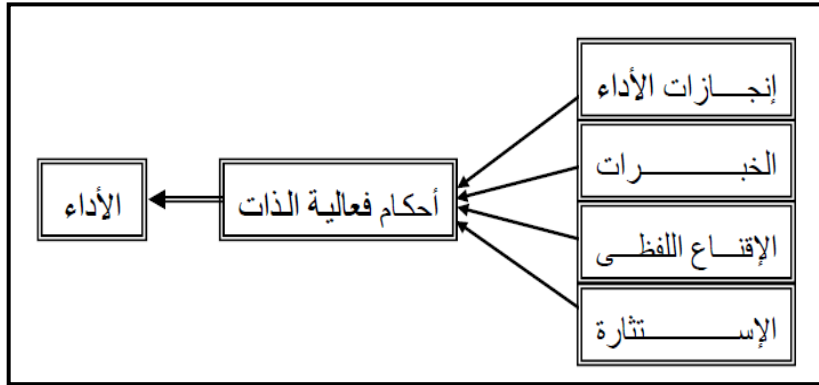
ويرى "عبد المقصود وآخرون" (1991م، ص 31) أن المهنة بحاجة إلى العديد من المتطلبات أو المقومات ومن بينها كما يلي:

1. الحصول على قدر من المعلومات المعرفية المتخصصة والمنظمة.
2. الحاجة إلى التدريب الثقافي والمهني.
3. إشباع الحاجات الاجتماعية التي تقوم على مبادئ وأسس مقبولة اجتماعياً.
4. اكتساب مهارات أساسية تميز العاملين عن غيرهم فمنها فطري وآخر مكتسب.
5. الحاجة إلى الخبرة والتدريب المستمر.
6. تنطوي على مزج المعرفة النظرية بالأداء الفني.

مصادر الكفاءة الذاتية:

أوضحت (أبو رمان، 2008م) أن هناك أربعة عوامل تؤثر في الكفاءة الذاتية، والتي اعتبرها الصقر (2005) أيضاً مصادر الكفاءة الذاتية المدركة، ويبين الشكل التالي هذه مصادر الكفاءة، وعلاقتها بفاعلية الذات أو السلوك المهني (النتائج النهائية للأداء):

مصادر فعالية الذات عند باندورا



شكل (2.6) مصادر فعالية الذات عند باندورا (إبراهيم، 2005م، ص136)

وفيما يلي شرح شروحاً لكل منها كما يلخصها "الكليبية" (2013م، ص49):

1. إنجازات الاداء (Performance Accomplishments):

تعود إلى الإنجازات السابقة، والنجاحات الماضية، وكذلك إلى نتائج الحس العالية من الكفاءة، وإدراك العلاقة بين الجهد والنتيجة يؤدي إلى رفع الكفاءة، وبالتالي عندما ندرك ونشعر بكفاءة ذاتية

مرتفعة فإننا نبذل أقصى ما لدينا من جهد، وهذا سيمدنا بالثقة التي تقودنا إلى النجاح، وهي تعتبر من الخبرات المباشرة.

2. الخبرات بالملاحظة (Vicarious Experience):

وتعني بملاحظة الشخص لخبرات ونجاحات الآخرين كي يزيد من كفاءته.

3. الإقناع اللفظي (Verbal Persuasion):

وتتمثل بإقناع الشخص اللفظي لنفسه من خلال التشجيع والتحفيز الذاتي بالقدرة على القيام بسلوك معين، بالإضافة إلى تشجيع الأصدقاء والآخرين (الصقر، 2005م). ويرى "نشوان" (2004م، ص16) أنه لا بد أن يتمتع العاملون النفسيون بكفايات ضرورية لممارسة عملهم وتحقيق الأهداف المطلوبة لخدمة بيئة العمل وذلك في ضوء الجودة الشاملة ومن هذه الكفايات:

- **كفايات شخصية:** وهي سمات ضرورية تساعده على تحقيق أهدافه بسهولة مثل (الاتزان النفسي والانفعالي) - القدوة الحسنة - تحمل المسؤولية - تقبل الأفكار - مزاوله البحث العلمي - وصفات أخرى لها علاقة بالمظهر الخارجي وغيره).
- **كفايات فنية (مهنية) مثل:** القدرة على التحليل والتخطيط، اتخاذ القرار - التشخيص وإيجاد طرق العلاج = الإعداد والتحضير الجيد - تحديد الأهداف بصورة سليمة - القدرة على إدارة الحوار والمناقشة - تنظيم الأفكار والحقائق والمفاهيم بدقة - القدرة على البحث العلمي.
- **كفايات ثقافية وتشمل:** المشاركة في الندوات الثقافية - سعة الإطلاع - متابعة الصحف والمجلات - متابعة البرامج الثقافية المعروضة في وسائل الإعلام - لديه معرفة بالعقيدة والتراث.
- **كفايات إدارية وتتضمن:** القدرة على الإشراف والتواصل، وممارسة العمليات الإدارية (الاتصال والتواصل، العملية الإشرافية، التنظيم والتخطيط) بطريقة سليمة تراعي الحداثة والتقدم، كاستخدام نماذج حديثة في القيادة كالإدارة بالأهداف والنتائج، أو في الأسلوب القيادي كالديمقراطية وكذلك استخدام العصف الذهني وغيرها من الأساليب التي ثبت نجاحها محلياً وعالمياً، وما يترتب على ذلك من إقامة علاقات إنسانية (نشوان، 2004م، ص16).

هذا وتختلف الخبرات والكفاءات من شخص لآخر حسب القدرات الذهنية والنفسية والسلوكية وحسب التجارب المهنية. بصفة عامة نميز بين الكفاءات والخبرات الجيدة عند الفرد بقدرته على:

1. دمج وتوظيف تجاربه المهنية وفهمها وتوظيفها في مواجهة المستقبل، ويحدد دون خطأ تداخلاته المهنية والأعمال التي يجب عليه تطبيقها بصورة أوضح.
 2. استثمار معارفه وقدراته وسلوكياته في وضعيات العمل بطريقة مناسبة وبناءة.
 3. التصرف الجيد في عامل الوقت لأن صاحب الخبرات يقدر جيداً زمن تدخله باختياره الوقت المناسب والملائم .
 4. مراقبة الذات وضبط الانفعالات والسيطرة على الخلافات الشخصية التي تدفعه للعمل بكل جدية وثبات وتعاون مع رؤسائه ومساعديه ومرؤوسيه في جو من الثقة والتفاهم.
- (الداخلية، 2000م، ص ص 123 - 124)

أبعاد الكفاءة المهنية:

يصنف (السيد، 2007م) الكفاءات المهنية إلى أربعة أنواع هي:

1. **الكفاءة المعرفية (Cognitive Efficiency):**
وتشير إلى المهارات والمعلومات العقلية المهمة لأداء العاملين في شتى مجالات عملهم.
2. **الكفاءة الوجدانية (Affective Efficiency):**
وتشير إلى استعدادات العاملين وميولهم واتجاهاتهم وقيمهم ومعتقداتهم، فهذه الكفاءات تغطي جوانب عديدة مثل: ثقة الفرد بنفسه، واتجاهه نحو مهنته.
3. **الكفاءة الأدائية (Performance Efficiency):**
وتشير إلى كفاءات الأداء التي يظهرها العاملين، والتي تتضمن المهارات النفس حركية مثل (الأساليب العلاجية- أنواع العلاج النفسي) وأداء تلك المهارات يعتمد على ما حصله الفرد من كفاءات معرفية علمية وعملية سابقة.
4. **الكفاءة الانتاجية (Product Efficiency)**
تشير إلى أداء العاملين للكفاءات السابقة في الميدان (الممارسة العلاجية)، أي أثر كفاءة العاملين النفسيين في المنتفعين، ومدى تكيف العاملين في بيئتهم الحالية أو في عملهم.

من المؤكد أن للكفاءة المهنية أكثر من بعد، تندرج جميعها في النهاية تحت بعدين رئيسيين، بُعد معرفي وبُعد أدائي. وتتضمن الكفاءة من تحليلها النهائي بُعدين أساسيين أحدهما كمي يشير إلى النسبة بين المدخلات والمخرجات، والآخر كفي يعبر عن ما تتضمنه تلك النسبة من دلالات تحمل معاني الجودة والاكتفاء (مغربي، 2008م).
ومن خلال اطلاع الباحث على الأبعاد السابقة وغيرها في العديد من الدراسات، قام بتصنيف الكفاءة المهنية للعاملين النفسيين الممارسين للخدمة العلاجية في مراكز الصحة النفسية كالتالي:

1. **الكفاءة المعرفية:** وهي المعلومات والمهارات العقلية الأساسية (التعليمية- العملية) الضرورية للممارس النفسي عند استخدامه للأساليب العلاجية المختلفة .
2. **الكفاءة الوجدانية:** ويعنى بها استعدادات وميول واتجاهات الفرد وقيمه ومعتقداته، وفيما يخص العاملين فإنها تعني اتجاههم نحو طرق وأساليب العلاجية المختلفة التي يمارسها العاملون في العيادات النفسية والتي تمثل الطرق العلاجية الأكثر تمثيلاً لكل فرد وأداءً لها مما يزيد من كفاءته العملية اتجاه نوع الممارسة المستخدم.
3. **الكفاءة الأدائية:** وهي تشير إلى كفاءات الأداء التي يمتلكها العاملون النفسيون، وتتضمن تلك المهارات مثل القدرة على بناء جلسة علاجية، أو مقابلة إكلينيكية، أو ممارسة إحدى الأساليب العلاجية، ويعتمد ذلك على مدى ما يمتلكه العامل من خبرة وممارسة علاجية، وتطبيق فعلي للممارسات العلاجية المختلفة.
4. **الكفاءة الإنتاجية (الإنجازية):** تشير إلى أداء العاملين النفسيين في الميدان، وعلاقة الكفاءة المعرفية والادائية في الحصيلة الانتاجية للعاملين النفسيين، ويكمن الأثر الإنتاجي للعاملين أولاً في العامل نفسه وتكيفه مع مهنته وتطوير مهارات وافكار إيجابية، وتطوير من الجوانب العلاجية المستخدمة، وبعثاد الباحث بأن هذا البُعد هو من أهم الأبعاد لأن النتيجة المرجوة النهائية هي إحداث تغيير على مستوى العاملين والمنتفعين.

جدول (2.3) أبعاد الكفاءة المهنية

المعلومات	المهارات	الاتجاهات
- مجالات أكاديمية - علاقات متداخلة - قيم	- أداء مهارات نفس حركية - التفاعل مع الآخرين	- ميل ذاتي نحو ممارسة المهنة - التزام عاطفي - الاستعداد للتعرف مهنيًا

تقييم الكفاءة المهنية:

أشار "الحنيفة" (2003م، ص57) إلى أنه "يعتبر التقييم من الأساسيات المؤثرة في مجالات التطوير والتنمية المختلفة، وكذلك يرى "الحنيفة" بأن تقييم كفاءة الأداء يساهم في تحفيز أعلى مستوى للأداء داخل المؤسسة أو المنظمة، وكذلك يحقق جزءاً من الكفاءة الإنتاجية، ويرى "الحنيفة" أن الفرد هو محور أساسي في عملية التقييم من خلال إسناد الوظائف إلى الأكفاء من العاملين التي تعمل على تحملهم للمسئولية والنهوض بأعباء العمل، لذا من الطبيعي وجود معايير ومستويات واضحة ومحددة لتقييم أداء العاملين والتأكد تأهيلهم وكفائيتهم للأعمال المنوطة بهم". ويرى "هاشم" (1996م، ص 295) بأن "تقييم الاداء" يعني تقييم أداء العاملين وسلوكهم فيه، وقياس مدى كفاءتهم للنهوض بأعباء الوظائف الحالية التي يشغلونها وتحملهم لمسئولياتهم، وإمكانيات تقلدهم لمناصب ووظائف ذات مستوى أعلى".

ويذكر (الشريف، 2004م) فوائد تقييم الكفاءة المهنية كما يلي:

1. تتمثل أهمية التقييم لتناوله جوانب عديدة لها علاقة بالتنظيم والعمل ومنها ما يتصل بالعاملين أنفسهم، وتكمن أهمية تقييم الكفاءة المهنية لاعتباره أساساً ضرورياً لعمليات التطوير، حيث تساعد عملية التقييم في توفير معلومات مهمة عن مستوى العاملين وأدائهم، وتساعد في توزيع الاختصاصات المناسبة، وتطوير الجهود.
2. يساعد الرؤساء في التعرف والكشف عن جوانب القصور والضعف في أداء العاملين، ويسهم التقييم في تطوير وتحسين أدائهم.
3. التقييم يساعد في الكشف عن الطاقات والمهارات والقدرات المختلفة التي يمتلكها العاملون، والتي تكون مدخلاً لإعادة تقسيم العمل وفق الكفاءات، مما يكفل الاستفادة من الكوادر البشرية العاملة، ويعمل على تقليل النزاعات والصراعات بين العاملين.

أهداف قياس الأداء (الكفاءة المهنية):

يرى الشريف (2004م) أن أهداف القياس هي:

1. يساعد في التعرف على مدى إسهام العاملين في تحقيق أهداف المنظمة وإنجازاتهم.
2. الكشف عن نقاط ضعف العاملين واقتراح إجراءات لتحسين أدائهم.
3. تزويد متخذي القرار في المؤسسة بمعلومات حول أداء العاملين.
4. الكشف عن قدرات العاملين واقتراح الترتيبات المناسبة لهم بناءً على أدائهم.
5. تقديم التغذية الراجعة المناسبة التي تساعد في تحسين العمل.
6. تزويد مسؤولي القوى البشرية بمعلومات واقعية حول أداء العاملين.

الأداء والصحة النفسية:

يرى "عبد الغفار" (2001م، ص ص 221-229) بأنه "لكي يقوم العاملون بأداء الواجبات والمهام الملقاة على عاتقهم ضرورة أن يتمتعوا بصحة نفسية إيجابية سليمة، خالية من الاضطرابات التي قد تعيق عملهم بشكل سلبي وتحد من عطائهم وقدراتهم على إنجاز المهام المطلوبة منهم، وأضاف بأن بعض العلماء يرون بأن الصحة النفسية والأداء مرتبطان ببعضهما البعض، ويرى "عبد الغفار" أن ما يميز الفرد العامل عن باقي المخلوقات هو العطاء، والعطاء يراه "عبد الغفار" بأنه جهد عقلي يبذله العامل ويقدمه بأمانة لتحقيق الفرد لوجوده أو تحقيق لإنسانيته".

يذكر "ربيع" (2000م، ص ص 96 - 97) بأن "لكي يتمكن الفرد من إنجاز ما هو مطلوب منه بشكل أفضل ويحقق النجاح وتجنب للفشل، يجب أن يتمتع براحة نفسية ودافعية عالية للعمل، مما شأنها أن تؤثر على سلوك الفرد فتجعله جاهزاً للقيام بالمهام الموكلة إليه، وبالتالي دفع الفرد إلى أداء الأعمال والالتزام بها والشعور بالانتماء إليها".

أساليب تقدير أداء العاملين والموظفين:

من أجل استمرار العمل، تقوم المؤسسات بكافة أنواعها السياحية، والصحية، والاجتماعية... الخ، بتقويم أداء عاملها بشكل مستمر ومتتابع، وذلك للتعرف على نقاط القوة والضعف، وتحديد نسب الاجور المناسبة للترقية أو النقل من قسم لآخر وذلك من أجل تحسين مستويات الأداء ورفع مستويات الأداء او كفاءة العاملين. . ومن هذه المناهج.

1. المناهج النسبية:

تعني بوضع كل فرد من الأفراد في موضع خاص مرتب يفرق بين أفضلهم في الكفاءة إلى أسوأهم، بناءً على ما يمتلكونه من صفات أو خصائص، وبالتالي تحديد مكانة تحدد مكانة الفرد مقارنة بزملائه.

2. منهج المقارنة المزدوجة:

وهي وضع العاملين ضمن أزواج، وعلى المقيم أن يحدد أي من الزوجين يمثل كفاءة أعلى، ويذكر أنه يقوم بعدد كبير من المقارنات بين العاملين.

3. التوزيع الإجباري:

يعتمد هذا النوع من التوزيع خاصية التوزيع الاعتدالي أو التكراري، في توزيع العاملين، على أي خاصية أو سمة أو قدرة على شكل المنحني، وهو المنحني المتماثل. (العيسوي، د ت، ص 19).

4. قائمة التعليم:

باستخدام مجموعة من العبارات التي تصف جوانب معينة من الأداء لدى العاملين، وعلى الملاحظ في العمل أن يضع علامة معينة على تلك الخطوات أو السمات الموجودة لدى العامل، ويعتبر قائمة التعليم من المناهج التي تستخدم في تقويم أداء العاملين، وعلى سبيل المثال بعض السمات أو العبارات كما يلي:

1. الوصول إلى عمله في الوقت المحدد.
2. يحقق عدداً قليلاً من الأخطاء.
3. يمتلك عادات عمل غير منظمة.
4. الشعور بالسخط عند تلقي نقداً سلبياً أو إيجابياً.

تعقيب الباحث على الإطار النظري:

تطرق الباحث في الفصل السابق الثاني إلى مبحثين هما (مبحث الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، ومبحث الكفاءة المهنية)، ففي موضوع الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية قسمهما الباحث إلى قسمين هما (الاتجاهات) و (الممارسة العلاجية) حيث تناول الباحث موضوع (الاتجاهات) من خلال (أهميتها، فوائدها، خصائصها، العناصر والمكونات، النظريات المفسرة)، ومن خلال ما سبق يرى الباحث بأن الاتجاهات متعلمة ومكتسبة ومتغيرة، وكذلك تكرار السلوك أي

الممارسة العملية له تزيد من تقبل هذا السلوك وفقاً مع البناء المعرفي للعاملين، ويذكر أن الباحث قد اعتمد نظريتي الإشراف والتعزيز لسكينر، ونظرية التعلم لكارل، وكذلك تناول الباحث موضوع (الممارسة العلاجية) من حيث (تعريفها، الخلفية التاريخية للممارسة، أبعاد العلاج النفسي، أهدافها، أشكال وأساليب الممارسة) ومن خلال خبرة الباحث وعمله في مجال العلاج النفسي في مراكز الصحة النفسية، يلاحظ بأن هناك عدد من الممارسات العلاجية ضمن أنواع العلاج النفسي المختلفة مثل العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي، والتدخل الأسري، والدعم النفسي، والتأهيل، والزيارات الميدانية، وأيضاً العلاج الدوائي، ومن الجدير ذكره بأن الباحث يتبنى طريقة العلاج المعرفي السلوكي وخاصة أنه حاصل على دبلوم العلاج المعرفي السلوكي، وكذلك تبني الباحث طريقة "CBT" في العمل العيادي النفسي، ويرى الباحث أن "CBT" طريقة أكثر تنظيماً وإشرافاً ومبنية على خطوات عملية تتحلى بالعديد من "Evidence Base"، لذلك كله يتبنى الباحث طريقة العلاج المعرفي السلوكي، أما فيما يخص (الكفاءة المهنية) فإن الباحث يرى أنها تتشكل لدى العاملين من خلال المؤهل العلمي، والخبرة العلمية، والممارسة العملية في مجال العمل، ويلخص الباحث الكفاءة من خلال الاطار النظري السابق حول الكفاءة المهنية بأنها قدرة العاملين بالصحة النفسية القيام بالمهام المطلوبة، وممارسة العملية العلاجية على الوجه الامثل، ويرى الباحث أن الكفاءة المهنية تساعد على تنظيم وتخطيط العمل، وابتكار الحلول، والإبداع في العمل، والتكيف مع الأوضاع الجديدة، وفرق الباحث خلال الإطار النظري ما بين الكفاءة المهنية والكافية، وكذلك ما بين الكفاءة المهنية والمهارات الاجتماعية.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة:

بعد إطلاع الباحث على أدبيات الدراسة، وقيام الباحث بمراجعة العديد من البحوث والدراسات المحلية والعربية والأجنبية التي تناولت الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وكذلك الكفاءة المهنية، رأى الباحث أن يعرضها لأهميتها باعتبارها موجهاً لخطوات دراسة الباحث الحالية وللاستفادة منها؛ لذا فقد قسم الباحث الدراسات السابقة حسب ارتباطها بموضوع الدراسة الحالية إلى فئتين رئيسيتين هما: أولاً: دراسات تناولت الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية. ثانياً: دراسات تناولت الكفاءة المهنية. ومن ثم سيقوم الباحث بالتعقيب على الدراسات السابقة من حيث الهدف، وأدوات الدراسة المستخدمة، والعينة، والنتائج، وما يميز هذه الدراسة.

أولاً: دراسات تناولت الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية:

الدراسات العربية:

دراسة التجاني (2015م): بعنوان " دور الاختصاصي النفسي الاكلينيكي كما يراه الأطباء النفسيون وأطباء الأعصاب العاملون بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم ". هدفت الدراسة إلى معرفة دور الاختصاصي النفسي الاكلينيكي كما يدركه الأطباء النفسيون وأطباء الأعصاب. وقد تكونت الدراسة من (60) طبيب وطبيبة (25). وحدود الدراسة هي (مستشفى الخرطوم التعليمي، مستشفى التجاني الماحي، السلاح الطبي، ومستشفى طه بعشر). استخدمت الباحثة المنهج الارتباطي الوصفي، حيث قامت الباحثة بتصميم أداة لقياس مهام الاختصاصي النفسي الاكلينيكي الرئيسية المتمثلة في العلاج النفسي والتشخيص، والاستشارة والتدريب والتدريب، وقد قامت الباحثة باختبار الصدق والثبات. ولقد توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب ينظرون بإيجابية إلى دور الاختصاصي النفسي في العلاج النفسي فقط، كما توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب لدور الاختصاصي النفسي تبعاً لمتغير النوع (الذكور/الإناث)، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب لدور الاختصاصي النفسي تبعاً لمتغير التخصص (أمراض نفسية، مخ وأعصاب)، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين إدراك الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب لدور الاختصاصي النفسي والدرجة الوظيفية، وكذلك توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين

إدراك الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب لدور الاختصاصي النفسي لكل من (الدرجة الوظيفية، وسنوات الخبرة).

دراسة حمدان (2012م): بعنوان " معرفة واتجاهات وممارسة مهنيي الصحة النفسية المجتمعية حول العلاج الكلامي في العمل العيادي في مراكز الصحة النفسية المجتمعية في قطاع غزة".

هدف الدراسة إلى استكشاف معرفة واتجاهات وممارسة مهنيي الصحة النفسية المجتمعية حول العلاج الكلامي في العمل العيادي في مراكز الصحة النفسية المجتمعية في قطاع غزة، والأداة التي استخدمها الباحث استبانته لقياس المعرفة والاتجاهات والممارسة، واخذ الباحث مجتمع الدراسة كاملاً والمكون من 90 مشارك/ة من مهنيي الصحة النفسية المجتمعية، واعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي. وكشفت الدراسة عن النتائج الحالية إلى أن معظم المشاركين من مهنيي الصحة النفسية عكسوا معرفة إيجابية تجاه العلاج الكلامي مع متوسط 72.9، كما عكس المشاركون استجابات مختلفة لممارسة العلاج الكلامي مع متوسط 66.1 للإرشاد النفسي، العلاج المعرفي السلوكي 53.3، العلاج الأسري 51.1، كما وأشارت النتائج إلى أن مهنيي الصحة النفسية من ذوي الدراسات العليا لديهم مستوى أعلى من المعرفة مقارنة مع أولئك الحاصلين على درجة الدبلوم أو درجة البكالوريوس.

دراسة الربيعة (2012م): بعنوان " دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي".

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي، وتكونت العينة من (64) طبيب/ة نفسي من العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية، وصمم الباحث أداة لغرض الدراسة تهدف إلى قياس مهام الأخصائيين، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الطبيبات والأطباء النفسيين قليلي الخبرة وبين نظرائهم الذين يمتلكون خبرة عالية على جميع محاور أداة الدراسة، والنتائج لصالح كثيري الخبرة، وكشفت الدراسة أيضاً عن وجود فروق بين الأطباء والطبيبات النفسيين على محوري الاستشارات والتشخيص لصالح الطبيبات النفسيات. كما ولم تكشف الدراسة الحالية عن وجود فروق بين الطبيبات النفسيات والأطباء النفسيين وفق متغير الرتبة الوظيفية (أخصائي، استشاري، مقيم).

دراسة العتيبي (2011م): بعنوان " دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات في مدينة الرياض".

يتكون مجتمع الدراسة من منتسبي بعض المستشفيات في مدينة الرياض (المرضى والأطباء، والأخصائيين والأطباء النفسيين) وكانت عينة الدراسة تتكون من (181). واستخدم الباحث في

الدراسة المنهج الوصفي المسحي. كما واستخدم الباحث استبانة من جزئين الجزء الأول يتعلق بالمنغيرات المستقلة للدراسة والتي تتضمن (الجنس- مدة العمل- نوع العمل- العمر) أما المحور الثاني من الاستبانة فيتكون من (محور المهام والأدوار للأخصائي النفسي الإكلينيكي، ومحور المعارف والمهارات لدى الأخصائي، ومحور التزام الأخصائي بالمبادئ المهنية، ومحور المعوقات، ومحور الحلول المقترحة. حيث كشفت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة الاطباء، واتجاهات أفراد مجتمع الدراسة الأخصائيين حول (دور ومهام الأخصائي النفسي) لصالح الأخصائيين النفسيين.

دراسة بوزيان (2009م): بعنوان "اتجاهات الأطباء النفسانيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي النفسي العيادي".

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى إدراك الطبيب النفسي لدور الأخصائي النفسي العيادي. واعتمد المنهج الوصفي المسحي. ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من الأطباء النفسيين الجزائريين العاملين في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية وعددهم (65) طبيب/ة ، اما عينة الدراسة تكونت من (32) طبيب وطبيبة نفسية، ما نسبته (49.23%) من المجتمع الكلي للدراسة. وتم صياغة بنود أداة الدراسة في (18) بنوداً حيث تم توزيعها على نحو (3) محاور وهي (محور التشخيص ، ومحور العلاج النفسي ، ومحور الاستشارة النفسية)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطبيبات والاطباء النفسيين على بُعدي الاستشارات النفسية والتشخيص لصالح الطبيبات النفسيات. كما وكشفت النتائج على أن الإناث لديهن اتجاهات إيجابية نحو مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي أكثر من الذكور. واستنتجت الدراسة على أنه يوجد فروق في إدراك الأطباء والطبيبات لدور الأخصائي النفسي العيادي وفق الرتبة الوظيفية فقط في محور العلاج النفسي.

دراسة يوسف (2007م): "دور الأخصائيين النفسيين في ممارسة العلاج المعرفي السلوكي".

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف واقع ممارسة الاخصائيين النفسيين للعلاج المعرفي السلوكي في علاج عدد من الاضطرابات النفسية، مع التركيز الخاص على مرضى الفصام. وقد تم تطبيق استمارة استبيان على مجموعة من الأخصائيين النفسيين (51 أخصائياً) ممن يعملون بعدد من المستشفيات الحكومية الكبرى بمدينة القاهرة، وقد تم تحليل اجابات المبحوثين عن (36) سؤالاً متنوعاً، وتم عرض نتائج هذا التحليل ومناقشتها في ضوء الخبرة العلمية والتراث النفسي المتاح في هذا الموضوع، وفي ضوء هذه النتائج تم طرح عدد من المقترحات والتوصيات من أجل دفع العلاج المعرفي السلوكي الى مقدمة العلاجات النفسية.

دراسة بركات؛ حسن (2006م): بعنوان "الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين".

هدفت الدراسة الراهنة إلى التعرف على اتجاهات الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات التربوية والديموغرافية : التخصص، والجنس، والتحصيل، والعمر، ودخل الأسرة، ومكان السكن. ولهذا الغرض. وطبقت الدراسة على عينة (228) طالب/ة ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين: القدس المفتوحة بطولكرم، والنجاح الوطنية بنابلس، وكذلك الأمريكية العربية بجنين، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم. واستخدام الباحثان مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه. وقد خلصت نتائج الدراسة إلى ان أغلبية الطلبة أظهروا اتجاهات إيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات هندسية وطبية وصيدلية. وكشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر وذلك لصالح الطلاب صغار العمر. كما وكشفت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: التحصيل، والجنس، ودخل الأسرة الشهري، ومكان السكن.

دراسة القباطي (2005م): بعنوان "اتجاهات الأطباء نحو العلاج النفسي بحسب التخصص والممارسة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الدلالة للفروق في الاتجاهات نحو العلاج النفسي بين الأطباء وفقاً للمتغيرات التالية (الجنس - الاختصاص - سنوات الخبرة - الدرجة العلمية)، وكذلك التعرف على طبيعة اتجاهات عينة ممثلة للأطباء اليمنيين ذوي اختصاصات ودرجات علمية، وسنوات خدمة مختلفة نحو العلاج النفسي. حيث أعدت الباحثة مقياس لغرض الدراسة "اتجاهات الاطباء نحو العلاج النفسي بحسب "الممارسة والتخصص. حيث أن عينة الدراسة تمثل (82 %) من المجتمع الأصلي للعينة ، حيث بلغت العينة (905) طبيياً وطبيبة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن متوسط الدرجة الكلية للعينة أعلى من الوسط الفرضي (78) حيث بلغ (95.84) بمعنى أن اتجاه العينة يميل نحو الايجابية في العلاج النفسي. وكذلكلا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الاطباء نحو العلاج النفسي وفقاً لمتغيرات: (التخصص - الجنس-سنوات الخدمة-الدرجة العلمية).

دراسة بركات (1997م): بعنوان "الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة".

هدفت الدراسة الى التعرف على الفروق في الاتجاهات بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى ، وكذلك التعرف على طبيعة الاتجاهات نحو المريض والمريض النفسي لدى العاملين في المستشفيات ولدى ذوي المرضى ايضاً . حيث بلغت عينة الدراسة (205) فرداً من الذكور البالغين منهم (125) حالة من العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بالطائف وجدة و (80) حالة من ذوي المرضى، واستخدم الباحث مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المطور عن مقياس خليفة 1989، وكذلك مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية من اعداد الحارثي 1995، وفيما يخص النتائج أكدت الدراسة على انه يوجد اتجاه عام ايجابي نحو المرض والمريض لدى العاملين مع المرضى ولدى ذويهم أيضاً، وأكدت الدراسة على انه توجد فروق دالة احصائياً في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين مع المرضى وذوي المرضى في طرق علاج المرض النفسي فقط عند مستوى دلالة (أكبر 0.05) لصالح العاملين مع المرضى.

الدراسات الأجنبية:

دراسة (Borowy T, Kolin I 2006) بعنوان: "اتجاهات العاملين في المستشفيات نحو مهني الصحة النفسية في العيادات النفسية".

قامت الدراسة باختبار توجهات عدة مجموعات متنوعة من المفحوصين في مركز طبي كبير تجاه العاملين في الصحة النفسية على اختلاف مسمياتهم الوظيفية تكونت مجموعات المفحوصين من (طاقم المستشفى العام، العاملين في الصحة النفسية، والمرضى النفسيين المدخلين إلى المستشفى). قام المفحوصون بتقييم (11) مسمى وظيفي للعاملين في الصحة النفسية (معالج نفسي، طبيب، طبيب نفسي...الخ) بالإضافة إلى فئتين هما "أنا" و "مريض نفسي" من خلال سلسلة من مقاييس التقدير، تشكلت من (19) صفة بما فيها صفات داعمة لثنائية القطب، كما قام المفحوصون بتقدير مدى الألفة تجاه كل مسمى وظيفي . تم الحصول على مجموعتين كبيرتين (ناتجة عن الصفات التسعة عشر) هما مجموعة الفهم ومجموعة التقدير لكل مسمى وظيفي، إضافة إلى درجات التفضيل-عدم التفضيل لكل منه. وكشفت النتائج إلى أن المفحوصون أبدوا تقديراً لدور العاملين في الصحة النفسية أكثر من إبدائهم الفهم لهذا الدور. وكذلك كشفت عن تأثير توجهات المفحوصين بشكل واضح بكل من بيئة المستشفى نفسها، ودور المفحوص في هذه البيئة،

ودرجة الألفة مع المسمى الذي يقومون بتقديره، وأشارت الدراسة أيضا الى وجود تقديرات مرتفعة لمجموعة العاملين في الصحة النفسية مع وجود فرق ضئيل بين مسمى الصحة (طبيب، ممرض) ومسمى النفسي، والتي تم الاشارة اليها في الدراسات السابقة.

دراسة نوركروس وزملائه (Norcross et.al.2005) بعنوان: "الأخصائي النفسي الإكلينيكي في القرن العشرين، دراسة وطنية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على النشاطات الإكلينيكية ومن أكثرها ممارسة من بين (التشخيص والتقييم والتدريس، العلاج النفسي، الإشراف الإكلينيكي، ، الكتابة، البحث، تقديم الاستشارات)، ولغرض الدراسة استخدم الباحث المنهج الاستطلاعي المسحي. وتكونت عينة الدراسة (694) إحصائياً إكلينيكيًا. أظهرت نتائج الدراسة: أن العلاج النفسي بمختلف أنواعه هو النشاط الأكثر شيوعاً لدى الإحصائيين الإكلينيكيين وذلك بما يعادل نسبة (80 %).

ثانياً/ دراسات تناولت الكفاءة المهنية:

الدراسات العربية:

دراسة أحمد (2016م): بعنوان " فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى الأخصائي النفسي المدرسي".

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى الأخصائي النفسي المدرسي والاستفادة من هذه الدراسة في العملية التربوية. وتكونت العينة من (30) أخصائياً نفسياً مدرسياً. واستخدم الباحث مقياس الكفاءة الذاتية للأخصائي النفسي المدرسي؛ البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى الأخصائي النفسي المدرسي.

دراسة (Alexander, Fred, 2012): بعنوان "الكفاءة الذاتية والمهنية وعلاقتها بالممارسة- الأداء".

قامت هذه الدراسة بفحص العلاقة ما بين الكفاءة الذاتية والعمل وعلاقتها بالممارسة - الأداء - ونتائج التحليل تشير الى وجود ارتباط معدل المتوسط كبير بين الكفاءة المهنية وعلاقتها بالممارسة ، ويذكر ان تم اجراء الدراسة ضمن مجموعة من الارتباطات المتجانسة لحساب الاختلاف ، وقد قام الكتاب بحساب ذلك من خلال مستويين تعتمد التحليل وقبل تقسيم العينة الى ارتباطات قام بتقسيمها الى 3 اقسام هي (منخفض - متوسط - عالي) ومن ثم التقسيم الى فئتين هما (المحاكاة في المختبر مقابل الفعلي في الميدان) وبالتالي هذه الدراسة ساعدت الى تطور مجال نظري ودراسي جديد يقترح تطبيقات عملية (ممارسة فعلية) للأشياء والمواضيع التي تم مناقشتها.

دراسة خطاب (2011م): بعنوان "الكفاءة المهنية وعلاقتها بالبناء النفسي لدى عينة من العاملين في مهنة التمريض".

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة المهنية والبناء النفسي وفقاً لدليل مايرز- وبريجز لأنماط الشخصية. واستخدمت الباحثة عدد من المقاييس منها (مقياس الكفاءة المهنية للممرضات إعداد الباحثة، استطلاع آراء الأطباء حول الكفاءة المهنية إعداد الباحثة. استمارة تحليل عمل الممرضة إعداد الباحثة، استطلاع آراء الحكيمات الأخصائيات، رئيسات التمريض حول الكفاءة المهنية للممرضات، دليل مايرز- بريجز لأنماط الشخصية، ترجمة أ.د. صفاء الأعسر)، حيث تكونت عينة الدراسة من (100) ممرضة من المستشفيات الحكومية والخاصة بنسبة (49-51)، وكشفت نتائج الدراسة إلى أن سنوات الخبرة تؤثر على الكفاءة المهنية للممرضات في المستشفى، فكلما زادت سنوات الخبرة عن عشر سنوات زادت الكفاءة المهنية للممرضة، أي أن هناك علاقة طردية بين الكفاءة وسنوات الخبرة، وأن الكفاءة المهنية للممرضات المستشفيات الخاصة أفضل من الكفاءة المهنية للممرضات المستشفيات الحكومية. الكفاءة المهنية للممرضات خريجات كلية التمريض أفضل من الكفاءة المهنية للممرضات خريجات دبلوم التمريض وخريجات المعهد الفني الصحي. وأن هناك علاقة بين نمط الشخصية والكفاءة المهنية للممرضات.

دراسة العمرين (2008م): بعنوان " مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى أدائهم".

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية في محافظات غزة، وهدفت الدراسة التعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين في محافظات غزة تبعاً لكل من (المؤهل العلمي، الجنس، عدد سنوات الخبرة، القسم الذي يعمل به) كما هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين مستوى الأداء المهني والصحة النفسية. وتكونت عينة الدراسة من (201) ممرض/ة، منهم (92) إناث و (109) ذكور من الممرضات والممرضين العاملين/ات في المستشفيات المركزية في محافظات غزة. واستخدمت الباحثة لغرض الدراسة، حيث أعدت الباحثة استبانة لقياس الصحة النفسية للممرضين، وكذلك استخدمت الباحثة نموذج التقرير السنوي (تقويم الأداء) المعتمد من وزارة الصحة وديوان الموظفين العام. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الاجتماعي والبعد الشخصي والدرجة الكلية

للمقياس، بينما لم توجد تباينات في كل من البعد الديني والبعد المهني. وأشارت النتائج إلى عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضات والممرضين في الدرجة الكلية لمقياس الأداء وأبعاده الفرعية، وكذلك عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الأداء المهني ومقياس الصحة النفسية.

دراسة إبراهيم (2005م): بعنوان "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالكفاءة المهنية والمعتقدات التربوية والضغط النفسية لدى المعلمين وطلاب كلية المعلمين بالمملكة العربية السعودية".

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث علاقة الكفاءة المهنية لدى المعلمين بكل من الضغوط النفسية المرتبطة بمهنة التعليم، و الكفاءة الذاتية العامة، والمعتقدات التربوية لدى أربعة فئات من المعلمين قبل الخدمة، وهم طلاب في كلية المعلمين قبل التخرج، ومعلمي المرحلة المتوسطة، ومعلمي المرحلة الابتدائية، ومعلمي المرحلة الثانوية. كما تهدف الدراسة إلى التعرف على الفروق بين هذه الفئات من المعلمين في كافة المتغيرات موضوع الاهتمام وأخيراً بحث مدى إمكانية التنبؤ بالكفاءة المهنية من خلال: الضغوط، والمعتقدات، الكفاءة الذاتية العامة. وعينة الدراسة تكونت من (200 متطوع) بواقع (50) متطوعاً من كل فئة من الفئات الأربع. واستعان الباحث بالأدوات الآتية: (مقياس المعتقدات التربوية، من إعداد محمد الدسوقي (1996)، ومقياس الكفاءة الذاتية العامة، من إعداده ومقياس الكفاءة الذاتية لدى المعلمين، من إعداد سكوارز وآخر (1999) من ترجمة الباحث الحالي وإعداده، وكذلك مقياس الضغط النفسي (من إعداد الباحث). . والنتائج أشارت إلى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة المهنية لدى المعلمين، وكل من المعتقدات التربوية، والكفاءة الذاتية العامة، ووجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي المهني، والكفاءة المهنية لدى المعلمين، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في مراحل التعليم المختلفة في الكفاءة الذاتية المهنية، والضغط النفسي المهني، والكفاءة العامة، والمعتقدات التربوية.

دراسة الحراحشة (2001م): بعنوان " تقويم الكفاءة المهنية للمرشدين التربويين الأردنيين في المقابلة الإرشادية في ضوء نظريات الإرشاد وبرامج التدريب".

يهدف البحث الحالي إلى تقويم الكفاءة المهنية للمرشدين التربويين الأردنيين في المقابلة الإرشادية من وجهات نظر المرشدين والمسترشدين والملاحظ، ولتحقيق الغرض من الدراسة الحالية، تم اختيار ثلاث عينات وفقاً لإجراءات اختيار العينات العشوائية البسيطة، شملت العينة الأولى (212) مرشدين تربويين من الذكور والإناث مما يشكل 26% من مجتمع الدراسة، والعينة الثانية هي عبارة عن عينة استطلاعية شملت (45) جلسة استشارية من الذكور والإناث، ومن

ناحية أخرى الجلسة الثالثة تألفت من (335) مرشد من الاناث والذكور. حيث قام الباحث بتطوير مقياسين لغرض الملاحظة وجمع المعلومات، وذلك بعد مراجعة الأدبيات النظرية، وقد شملت المقاييس على (44) فقرة، وقام الباحث بعمل الصدق والثبات للمقياس. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المرشدين التربويين مهاراتهم وتقنيات في المقابلة مناسبة للمعايير المستخدمة في الدراسة، وأشارت الدراسة إلى أن أداء المرشدين التربويين ومستواهم ما بين العالي والمتوسط فيما يتعلق بجميع المحاور التي تم تناولها في الدراسة.

التعقيب على الدراسات السابقة

بعد استعراض الدراسات السابقة تم استخلاص أهم المعلومات من تحليل هذه الدراسات من حيث الهدف، والعينة، والأدوات المستخدمة، والمنهج المتبع. وفيما يلي أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

أوجه الاتفاق والاختلاف في الدراسات التي تضمنت الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية:

أولاً: من حيث الأهداف:

هدفت الدراسات السابقة إلى التحقق من العديد من الأهداف، وعلاقتها ببعض المتغيرات، حيث تشابهت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات، واختلفت مع البعض الآخر، وفيما يلي توضيح لأوجه التشابه والاختلاف من حيث الأهداف:

تشابهت الدراسة الحالية التي تهدف إلى التعرف على الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية مع دراسة كل من: دراسة حمدان (2012م)، وكذلك دراسة القباطي (2005م)، ودراسة بركات (1997م)، واختلفت الدراسة الحالية من حيث الأهداف مع دراسة التجاني (2015م)، وأيضاً دراسة، ودراسة العتيبي (2011م)، ودراسة بوزيان (2009م)، ودراسة يوسف (2007م)، ودراسة بركات (2006م)، ودراسة (Norcross et.al.2005)، ودراسة (Boroey,T. Kolin, I, 1986)، ودراسة الربيعية (2012م).

ثانياً: من حيث مجتمع الدراسة وعيناته:

بعد اطلاع الباحث على الدراسات السابقة وجد أن بعض الدراسات قد تناولت عينة العاملين النفسيين ككل مثل دراسة حمدان (2012م)، ودراسة العتيبي (2011م)، ودراسة بركات (1997م)، أما فيما يخص حجم العينة ونوع الفئات فلم تتفق الرسالة الحالية مع أي من الدراسات السابقة فيما يخص حجم العينة التي اختلفت أرقامها وحجمها تبعاً للغرض الدراسي البحثي لكل دراسة.

ثالثاً: من حيث الأدوات:

اختلفت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة وذلك بحسب أهداف كل دراسة وعينتها، كما تعددت أدوات الدراسة، فبعض الدراسات اعتمدت على أداة واحدة، وبعضها اعتمدت على أكثر من أداة. لكن بخصوص الدراسة الحالية فهي تتفق مع بعض الدراسات السابقة في أن أدوات الدراسة تم إعدادها من قبل الباحثين مثل دراسة التجاني (2015م)، ودراسة حمدان (2012م)، ودراسة العتيبي (2011م)، ودراسة بوزيان (2009م)، ودراسة يوسف (2007م)، ودراسة بركات (2006م)، ودراسة القباطي (2005م)، ودراسة الربيعة (2012م) وهناك من الدراسات ما اختلف مع الدراسة الحالية في الاستعانة بمقاييس واستبانات من زملاء آخرين مثل دراسة بركات (1997م) واختلفت الدراسة الحالية أيضاً مع دراسة نوركروس وزملائه (Norcross et.al.2005) الذي استخدم الطريقة المسحية الاستطلاعية في جمع المعلومات والبيانات، واختلفت أيضاً مع دراسة (Boroey, T. Kolin, I, 1986) الذي استخدم فيها الباحثان مقاييس التقدير.

رابعاً: من حيث المنهج:

تباينت مناهج البحث العلمي في الدراسات السابقة، فمنها استخدم المنهج الوصفي المسحي، وآخرون استخدم المنهج التجريبي، أو منهج المسح الاجتماعي، ويذكر اعتماد اختيار المنهج العلمي بناءً على الهدف من الدراسة، وقد تشابهت الدراسة الحالية التي اعتمدت على المنهج الوصفي مع معظم الدراسات السابقة مثل دراسة (التجاني، 2015م)، ودراسة (حمدان، 2012م)، ودراسة (العتيبي، 2011م)، ودراسة (يوسف، 2007م)، ودراسة (بركات؛ حسن، 2006م)، ودراسة (القباطي، 2005م)، ودراسة (بركات، 1997م)، ودراسة (Boroey, T. Kolin, I, 1986) حيث كانت هذه الدراسات جميعها وصفية، حيث أنها اتفقت الدراسة الحالية مع المنهج المتبع من جميع الدراسات السابقة مع اختلاف مضمون الدراسات السابقة.

خامساً: من حيث النتائج

تباينت نتائج الدراسة الحالية، وتنوعت لكونها درست متغيرات مختلفة، لكنها تشابهت من حيث النتائج مع عدد من الدراسات السابقة مثل دراسة (حسن؛ وبركات، 2006م) التي كشفت عدم وجود فروق نحو المرض والعلاج وفقاً لمتغيرات الجنس، واتفقت الدراسة كثيراً مع دراسة (القباطي، 2005م) التي كشفت بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الأطباء نحو العلاج النفسي وفقاً لمتغيرات الجنس، وكذلك النتيجة الأخرى بأن متوسط الدرجة الكلية للعينة بلغ (95.84) بمعنى اتجاه العينة يميل نحو الإيجابية بشأن العلاج النفسي، ودراسة نوركروس وزملائه

(Norcross et.al.2005) التي توصلت أن العلاج النفسي بمختلف أنواعه هو النشاط الأكثر شيوعاً لدى الأخصائيين الاكلينكيين ويشغل وقتهم بمعدل 80%، كما وافقت الدراسة (Boroey,T. Kolin, I, 1986) الذي أشارت فيه الدراسة إلى وجود تقديرات مرتفعة لمجموعة العاملين في الصحة النفسية مع وجود فرق ضئيل بين مسميات الصحة النفسية (طبيب ، ممرض) ومسمى النفسي، وافقت الدراسة الحالية مع دراسة (الربيعة،2012م) التي كشفت بأنه لا توجد فروق بين الأطباء النفسيين والطبيبات النفسيات وفق متغير الرتبة الوظيفية نحو دور الأخصائي النفسي الاكلينكي.

أوجه الاتفاق والاختلاف في الدراسات التي تضمنت الكفاءة المهنية:

أولاً: من حيث الأهداف:

هدفت الدراسات السابقة إلى التحقق من العديد من الأهداف، وعلاقتها ببعض المتغيرات، حيث تشابهت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات، واختلفت مع البعض الآخر، وفيما يلي تشابهت الدراسة الحالية التي تهدف إلى التعرف على الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية مع دراسة كل من: دراسة دراسة (العمرين، 2008م)، ودراسة (إبراهيم،2005م)، ودراسة (الحراشنة، 2001م)، ودراسة (Alexander,Fred,2012) واختلفت الدراسة الحالية التي اهتمت بمتغير الكفاءة المهنية مع باقي الدراسات في كون باقي الدراسات اهتمت بموضوع الكفاءة المهنية وعلاقته ببعض المتغيرات المختلفة مثل دراسة (أحمد،2016م)، وكذلك دراسة (خطاب،2011).

ثانياً: من حيث مجتمع الدراسة وعيناته:

بعد اطلاع الباحث على الدراسات السابقة وجد أن بعض الدراسات قد تناولت فئة دون أخرى وليس كل الفئات مثل فئة الأخصائيين النفسيين التي تم تناولها في دراسة (أحمد، 2016م)، ودراسة (الحراشنة، 2001م) وهناك دراسات أخرى تناولت فئة التمريض مثل دراسة (خطاب، 2011م)، ودراسة (العمرين، 2008م)، أما ما هذه الدراسة فقد تناولت فئة العاملين النفسيين في المراكز النفسية الحكومية بجميع تخصصاتهم، وهذا يعتبر تقرد الباحث في هذه الدراسة وتمييز لها عن باقي الدراسات السابقة.

أما فيما يخص حجم العينة ونوع الفئات فلم تتفق الرسالة الحالية مع أي من الدراسات السابقة فيما يخص حجم العينة التي اختلفت أرقامها وحجمها تبعاً للغرض الدراسي البحثي لكل دراسة.

ثالثاً: من حيث الأدوات:

اختلفت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة وذلك بحسب أهداف كل دراسة وعينتها، كما تعددت أدوات الدراسة، فبعض الدراسات اعتمدت على أداة واحدة، وبعضها اعتمدت على أكثر من أداة. لكن بخصوص الدراسة الحالية فهي تتفق مع بعض الدراسات السابقة في أن أدوات الدراسة تم إعدادها من قبل الباحثين مثل دراسة (خطاب، 2011م)، ودراسة (العمرين، 2008م)، ودراسة (إبراهيم، 2005م)، ودراسة (الحراشنة، 2001م).

رابعاً: من حيث المنهج:

تشابهت الدراسة الحالية التي اعتمدت على المنهج الوصفي مع معظم الدراسات السابقة مثل دراسة (خطاب، 2011م)، ودراسة (العمرين، 2008م)، وكذلك (إبراهيم، 2005م)، وكذلك دراسة (Alexander, Fred, 2012)، حيث كانت هذه الدراسات جميعها وصفية، حيث أنها اتفقت الدراسة الحالية مع المنهج المتبع من جميع الدراسات السابقة مع اختلاف مضمون الدراسات السابقة، واختلفت الدراسة الحالية مع دراستان فقط من الدراسات السابقة من حيث المنهج المتبع وهما دراسة (أحمد، 2016م) الذي استخدم المنهج التجريبي،

خامساً: من حيث النتائج:

تباينت نتائج الدراسة السابقة، وتنوعت لكونها درست متغيرات مختلفة، لكنها تشابهت من حيث النتائج مع عدد من الدراسات السابقة ومنها دراسة (خطاب، 2011م) التي توصلت إلى أن سنوات الخبرة تؤثر في الكفاءة المهنية، وتوصلت إلى وجود علاقة طردية بين الكفاءة وسنوات الخبرة، ودراسة (العمرين، 2008م) كشفت عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء وأبعاده الفرعية، وكشفت دراسة (إبراهيم، 2005م) عن وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة بين الكفاءة المهنية لدى المعلمين وكل من الكفاءة الذاتية العامة والمعتقدات التربوية، ودراسة (الحراشنة، 2001م) توصلت إلى أن أداء المرشدين التربويين ومستواهم ما بين العالي والمتوسط فيما يتعلق بجميع محاور الدراسة، ودراسة (Alexander, Fred, 2012) تشير إلى وجود ارتباط معدل المتوسط كبير بين الكفاءة المهنية وعلاقتها بالممارسة.

سادساً: من حيث الأساليب الإحصائية:

تنوعت الدراسات السابقة حسب الاهداف وطبيعة العينة، ولكنها في النهاية تجمع بين أغلب الأساليب المعروفة في مثل هذه الدراسات الوصفية كمعامل ارتباط بيرسون، ومعامل كرونباخ،

T, Test، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.. الخ، وهي تتشابه كثيراً مع الأساليب الإحصائية التي استخدمها الباحث في هذه الدراسة.

أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

1. استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في صياغة مشكلة الدراسة وفروضها واجراءاتها المنهجية.
2. الاستفادة منها في تحديد الإطار النظري للدراسة الحالية وتحديد اهم المفاهيم.
3. في تطوير واعداد مقاييس الدراسة من حيث الأبعاد والفقرات وتحديد الأساليب الإحصائية الملائمة.
4. تجميع تراث نفسي حول مباحث الدراسة من خلال الاطلاع على المراجع النظرية.

ما يميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات:

1. تتميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات أنها تناولت موضوع الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية، حيث لم تتناول أي دراسة هذان المتغيران - حسب علم الباحث - من قبل. وهذا الموضوع بحاجة الى المزيد من المواضيع البحثية.
2. تتميز هذه الدراسة بمجتمع الدراسة التي يمثل في فئة العاملين الفنيين في المراكز النفسية الحكومية في قطاع غزة (الأطباء النفسيين - الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين - التمريض النفسي - التأهيل) في المراكز الحكومية وهذه المرة الثانية - حسب علم الباحث - الذي يتم تناول فيه هذه الفئة بعد دراسة (حمدان، 2012م).
3. تتميز هذه الدراسة بتناولها موضوع الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لتسليط الضوء على نماذج الممارسة العلاجية-العلاج النفسي - المتبعة في مراكز الصحة النفسية واتجاهات العاملين نحوها وانعكاس ذلك على أدائهم وتطويره.
4. وتتميز هذه الدراسة بأدوات الدراسة وهما مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، ومقياس الكفاءة المهنية اللذان أعدهما الباحث، والذي قد يستفيد منهما زملاء آخرون في دراساتٍ أخرى.

تعقيب عام على كل الدراسات السابقة:

بعد استعراض الباحث للدراسات السابقة سواء على المستوى المحلي أو العربي أو العالمي وجد أن موضوع الدراسة الحالية لم يحظَ بالبحث الكافي - في حدود علم الباحث - حيث تعثر على الباحث الحصول على دراسات سابقة تناولت الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية بالتوصيف المفاهيمي الذي يقصده الباحث بما تشتمل عليه الدراسة من ابعاد ومصطلحات، ويرى الباحث أن هذا يعتبر تمييزاً للدراسة، بالإضافة إلى أن الدراسة تتميز أكثر بتناولها فئة العاملين النفسيين - المهنيين - لما تمتلكه هذه الفئة من أهمية عظيمة في إنجاز العمل في الإدارة العامة للصحة النفسية، ويقع على عاتقها العديد من الأعمال والمهام، ولكنها رغم ذلك انفتحت مع عدد من الدراسات في بعض المجالات التي تناولتها الدراسة، وكذلك في العينة والأهداف، وانفتحت مع بعضها في بعض النتائج واختلفت مع أخرى كما وضح الباحث سابقاً.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \leq a$ بين اتجاهات العاملين في مراكز الصحة النفسية نحو الممارسة العلاجية ؟

الفرضية الثانية: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \leq a$ بين اتجاهات العاملين في مراكز الصحة النفسية نحو الكفاءة المهنية؟

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \leq a$ على مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تعزى للمتغيرات التالية (الجنس - العمر - الحالة الاجتماعية - سنوات الخبرة - التخصص - مكان العمل - المستوى الاقتصادي).

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $0.05 \leq a$ على مقياس الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تعزى للمتغيرات التالية (الجنس - العمر - الحالة الاجتماعية - سنوات الخبرة - التخصص - مكان العمل - المستوى الاقتصادي).

الفرضية الخامسة: يمكن التنبؤ بدرجة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية من خلال الكفاءة المهنية.

الفصل الرابع الطريقة والإجراءات

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

تمهيد:

تناول الباحث في هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي قام بها لتحقيق أهداف الدراسة، وقد تمثلت في اختيار منهج ومجتمع وعينة الدراسة، والتأكد من صدق أدوات الدراسة، وثباتها، والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات:

أولاً/ منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، حيث يُعرّف بأنه: "المنهج الذي من خلاله يمكن وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقات بين مكوناتها، والآراء التي تُطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تحدثها" (أبو حطب وصادق، 2010م، ص ص 104-105).

وقد تم استخدام مصدرين رئيسيين من مصادر المعلومات:

◆ **المصادر الأولية:** لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث، تم جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للبحث، صممت خصيصاً لهذا الغرض، وقد تم تفرغ وتحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي "SPSS".

◆ **المصادر الثانوية:** تم الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية لمعالجة الإطار النظري للبحث، والتي تتمثل في الكتب، والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والمقالات، والتقارير، والأبحاث، والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث، والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

ثانياً/ مجتمع الدراسة:

يُعرّف بأنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث. واقتصر مجتمع الدراسة على العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية والمتواجدين في مستشفى الطب النفسي وكذلك العاملين الفنيين في ستة مراكز للصحة النفسية التابعة للإدارة العامة للصحة النفسية-وزارة الصحة ومتواجدة على مستوى محافظات قطاع غزة، وبذلك يتكون مجتمع الدراسة من (118) عاملاً وعاملة، بحسب

الأعداد التي حصل عليها الباحث من العيادات ومستشفى الطب النفسي بغزة السابق ذكرها، انظر ملحق (4.1).

ثالثاً/ عينة الدراسة:

قسم الباحث عينة الدراسة إلى قسمين:

1. العينة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (30) مفردة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بغرض تجريب أدوات الدراسة، والتحقق من صلاحيتها لتطبيقها على العينة الأصلية.

2. العينة الفعلية:

استخدم الباحث الطريقة (القصدية)، في اختيار عينة الدراسة لكي يجري دراسته عليها، والتي يُعرّفها الأغا والأستاذ (2000م) بأنّها: "مجموعة الأفراد المتوافرة لدى الباحث عند تطبيق مقاييس الدراسة".

تمَّ أخذ عينة الدراسة من عيادات الصحة النفسية ومستشفى الطب النفسي بطريقة الحُصة وهي: عيادة رفح للصحة النفسية (6) عاملاً وعاملة، عيادة خانيونس للصحة النفسية (6) عاملاً وعاملة، عيادة الزوايدة للصحة النفسية (2) عاملاً وعاملة، عيادة الصوراني للصحة النفسية (10) عاملاً وعاملة، عيادة غرب غزة للصحة النفسية (8) عاملاً وعاملة، عيادة أبو شباك للصحة النفسية (9) عاملاً وعاملة، مستشفى الطب النفسي بغزة (42) عاملاً وعاملة. وبذلك يكون الباحث قد استخدم طريقة العينة العشوائية في الاختيار ولكنها كانت بطريقة الحصة من أفراد العينة القصدية عند تطبيق المقاييس، كما هو موضح في الجدول (4.1).

الخصائص الديمغرافية والسكانية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لأفراد العينة:

للتعرف على الخصائص الديمغرافية والسكانية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لأفراد العينة ، سوف يتم عرض النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية والسكانية من خلال التالي:

جدول (4.1) الديمغرافية والسكانية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لأفراد العينة (ن=113)

المتغير	المستوى	التكرار	النسبة %
العمر	34 سنة فأقل	43	38.1
	35-44 سنة	48	42.5
	45 سنة فأكثر	22	19.5
	المجموع	113	100.0
الجنس	ذكر	62	54.9
	أنثى	51	45.1
	المجموع	113	100.0
العنوان	محافظة الشمال	18	15.9
	محافظة غزة	55	48.7
	محافظة الوسطى	19	16.8
	محافظة خان يونس	10	8.8
	محافظة رفح	11	9.7
	المجموع	113	100.0
الحالة الاجتماعية	أعزب/ أنسة	9	8.0
	متزوج	101	89.4
	أرملة/ة	1	0.9
	مطلق/ة	2	1.8
	المجموع	113	100.0
المستوى التعليمي	بكالوريوس	51	45.1
	دراسات عليا	62	54.9
	المجموع	113	100.0
التخصص	طبيب نفسي	16	14.2
	حكيم نفسي	38	33.6
	ممرض عملي	8	7.1
	أخصائي نفسي	29	25.7
	باحث اجتماعي	18	15.9
	أخصائي تأهيل	4	3.5
	المجموع	113	100.0
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	12	10.6

39.8	45	5 - 9 سنوات	
49.6	56	10 سنوات فأكثر	
100.0	113	المجموع	
46.0	52	مستشفى الطب النفسي	مكان العمل
8.8	10	عيادة غرب غزة	
8.8	10	عيادة الصوراني	
8.0	9	عيادة أبو شباك	
8.8	10	عيادة الزوايدة	
10.6	12	عيادة خان يونس	
8.8	10	عيادة رفح	
100.0	113	المجموع	

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

نوع الجنس: أظهرت النتائج إلى أن بأن 54.9% من أفراد العينة ذكور، بينما 45.1% من أفراد العينة اناث.

العمر: أظهرت النتائج بأن 42.5% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين (35 - 44) سنة، بينما 38.1% من أفراد العينة أعمارهم كانت (34 سنة فأقل)، في حين 19.5% من أفراد العينة كانت أعمارهم (45 سنة فأكثر).

الحالة الاجتماعية: أظهرت النتائج بأن 89.4% من أفراد العينة متزوجون، بينما 8.0% من أفراد العينة غير متزوجين، في حين 1.8% مطلقون، و 0.9% أرامل.

المستوى التعليمي: أظهرت النتائج بأن 54.9% من أفراد العينة حاصلين على شهادة الدراسات العليا ماجستير فما فوق، بينما 45.1% من أفراد العينة حاصلين على الشهادة الجامعية.

المحافظة: أظهرت النتائج بأن 48.7% من أفراد العينة يسكنون في محافظة غزة، بينما 16.8% يسكنون في محافظة الوسطي، وبنسبة 15.9% يسكنون في محافظة الشمال، وبنسبة 9.7% من يسكنون في محافظة رفح، في حين 8.8% يسكنون في محافظة خان يونس.

نوع التخصص: أظهرت النتائج بأن 33.6% من أفراد العينة تخصصهم هو حكيم نفسي، في حين بنسبة 25.7% من أفراد العينة تخصصهم أخصائي نفسي، وبنسبة 15.9% من أفراد العينة تخصصهم باحث اجتماعي، في حين 14.2% من أفراد العينة تخصصهم طبيب نفسي، وبنسبة 7.1% من أفراد العينة تخصصهم ممرض عملي، و 3.5% من أفراد العينة تخصصهم أخصائي تأهيل.

سنوات الخبرة: أظهرت النتائج بأن 49.6% من أفراد العينة من لديهم سنوات خبرة (10 سنوات فأكثر)، في حين 39.8% من أفراد العينة من لديهم سنوات خبرة تتراوح ما بين (5-9 سنوات)، في حين 10.6% من أفراد العينة من لديهم سنوات خبرة (أقل من 5 سنوات).

مكان العمل: أظهرت النتائج بأن 46.0% من أفراد العينة مكان عملهم هو مستشفى الطب النفسي، بينما بنسبة 10.6% من أفراد العينة مكان عملهم عيادة خان يونس، في حين بنسبة 8.8% من أفراد العينة مكان عملهم عيادة غرب غزة وعيادة الصوراني وعيادة الزوايدة وعيادة رفح، في حين بنسبة 8.0% من أفراد العينة مكان عملهم عيادة أبو شباك.

جدول (4.2) يوضح التوزيع النسبي للعيادة والمراكز النفسية بالنسبة لنوع الجنس للمرضى

المجموع (ن=113)		إناث (ن=51)		ذكور (ن=62)		نوع العيادة
%	N	%	N	%	N	
46.0	52	35.3	18	54.8	34	مستشفى الطب النفسي
8.8	10	13.7	7	4.8	3	عيادة غرب غزة
8.8	10	13.7	7	4.8	3	عيادة الصوراني
8.0	9	11.8	6	4.8	3	عيادة أبو شباك
8.8	10	9.8	5	8.1	5	عيادة الزوايدة
10.6	12	7.8	4	12.9	8	عيادة خان يونس
8.8	10	7.8	4	9.7	6	عيادة رفح
100.0	113	100.0	51	100.0	62	المجموع

رابعاً/ أدوات الدراسة:

تُعد الاختبارات والمقاييس أكثر وسائل الحصول على البيانات من الأفراد استخداماً وانتشاراً، وتُعرَّف الاستبانة بأنها: "أداة ذات أبعاد، وبنود تستخدم للحصول على معلومات أو آراء يقوم بالاستجابة لها المفحوص نفسه، وهي كتابية تحريرية" (الأغا و الأستاذ، 2000، ص116).

وقد تمَّ استخدام مقياسين هم:

✚ مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، ومقياس الكفاءة المهنية وكلاهما من إعداد الباحث.

خطوات بناء أدوات الدراسة:

1. الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبانة، وصياغة فقراتها.
 2. تحديد الأبعاد الرئيسية التي شملتها الاستبانة.
 3. تحديد الفقرات التي تقع تحت كل بُعد.
 4. تمّ تصميم المقاييس وهي: المقياس الأول/ مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، وقد تكون من (56) فقرة، انظر ملحق (4). والمقياس الثاني/ مقياس الكفاءة المهنية، وقد تكون من (37) فقرة، انظر ملحق رقم (6).
 5. تمّ عرض أدوات الدراسة على المشرف، والأخذ بمقترحاته وتعديلاته الأولية.
 6. تمّ عرض أداة الدراسة على (11) محكماً من الأكاديميين في كليات التربية، والمختصين في الجامعة الإسلامية، وجامعة الأقصى، وجامعة الأزهر، ومركز الإرشاد برام الله، ووزارة الصحة (دائرة الصحة النفسية). والملحق (1) يُبين أسماء المحكمين.
- وفي ضوء آراء المحكمين تمّ تعديل بعض الفقرات من مقياسي الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، ومقياس الكفاءة المهنية من حيث الحذف، أو الإضافة والتعديل، لتستقر فقرات أدوات الدراسة للمقياسين في صورتها النهائية على (70) فقرة، أنظر ملحق (5 & 7).
- خامساً/ صدق وثبات أدوات الدراسة:**

▪ صدق الأداة (المقياس):

يُقصد بصدق الأداة (المقياس): "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه"، كما يُقصد بالصدق: "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها، ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001م، ص44).

أولاً: مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (إعداد الباحث):

يهدف إلى التعرف على الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية ويتكون من (41) فقرة، وتقع إجابته في خمسة استجابات (غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة)، وتتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين (5 درجات)، و(درجة واحدة) بمعنى إذا كانت الإجابة غير موافق بشدة (5)، غير موافق (4)، محايد (3)، موافق (2)، موافق بشدة (1). والفقرات كانت موجبة باستثناء فقرة واحدة وهي الفقرة (11)، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد وهي: بُعد المكون المعرفي، وبُعد المكون الوجداني، وبُعد المكون السلوكي.

- تمّ التأكد من صدق المقياس بطريقتين هما:

- صدق المحكمين "الصدق الظاهري":

عُرِضَتْ أداة الدراسة على (11) محكماً من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في بعض الجامعات الفلسطينية بغزة (الإسلامية، والأقصى، والأزهر)، إضافة إلى أخصائيين في وزارة الصحة، ومركز الإرشاد برام الله. تمّ إجراء التعديل على بعض فقرات المقياس تبعاً لآرائهم، وذلك بحذف (15) فقرة من مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، انظر ملحق (5).

- صدق الاتساق الداخلي "Internal Validity":

يُقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي إليه هذه الفقرة"، وقد تمّ حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول التالي:
جدول (4.3): معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
بُعد المكون المعرفي	0.84	**0.001
بُعد المكون الوجداني	0.79	**0.001
بُعد المكون السلوكي	0.91	**0.001

** الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتبين من خلال الجدول (4.3) بأنّ معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية تراوحت ما بين (0.79 - 0.91)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أنّ جميع أبعاد المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، مما يدل على أنّ المقياس يتمتع بمعامل صدق مرتفع. وبما أنّ المقياس له ثلاثة أبعاد، فقد تم حساب معاملات الارتباط بين فقرات كل بُعد والدرجة الكلية للبعد، والنتائج موضحة من خلال الجدول (4.4):

جدول (4.4): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية

#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)	#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)	#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
البُعد السلوكي			//0.308	0.19	18.	البُعد المعرفي		
**0.001	0.67	34.	//0.332	0.18	.19	**0.001	0.62	.1
*0.004	0.50	35.	//0.062	0.35-	20.	**0.001	0.74	.2
**0.001	0.79	36.	*0.002	0.54	.21	**0.001	0.59	.3
**0.001	0.58	37.	البُعد الوجداني			**0.001	0.70	.4
**0.001	0.66	38.	**0.001	0.67	22.	**0.001	0.59	.5
**0.001	0.68	39.	**0.001	0.84	23.	**0.001	0.81	.6
**0.001	0.65	40.	**0.001	0.80	24.	//0.073	0.33	.7
**0.001	0.80	41.	**0.001	0.84	25.	**0.001	0.57	.8
**0.001	0.66	42.	**0.001	0.74	26.	**0.001	0.66	.9
*0.002	0.54	43.	//0.800	0.05	27.	**0.001	0.59	.10
*0.002	0.54	44.	**0.001	0.63	28.	**0.001	0.58	.11
**0.001	0.81	45.	**0.001	0.76	29.	*0.002	0.53	.12
**0.001	0.68	46.	**0.001	0.76	30.	**0.001	0.83	.13
*0.004	0.51	47.	*0.003	0.53	31.	**0.001	0.77	.14
			**0.001	0.63	32.	**0.001	0.83	.15
			*0.012	0.45	33.	**0.001	0.83	.16
						//0.060	0.35	.17

** الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

- ملاحظة تمّ استبعاد الفقرات التالية لعدم دلالتها الإحصائية وهي (7، 17، 18، 19، 20، 27)، وبذلك يكون عدد الفقرات المتبقية (41) فقرة.

يوضح جدول (4.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بُعد، والذي يبين أنّ معاملات الارتباط المبيّنة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تُعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه. ويتبين من خلال الجدول بأنّ معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول (البُعد المعرفي) تراوحت ما بين (0.54 - 0.83)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01، 0.05)، وهذا يدل على أنّ جميع فقرات البعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، ما عدا الفقرات رقم (7، 17، 18، 19، 20) فهي غير دالة إحصائياً، فلذلك تمّ حذفها من البعد والمقياس. وكذلك يتبين من خلال

الجدول السابق بأن معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (البُعد الوجداني) تراوحت ما بين (0.45 - 0.84)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01، 0.05)، وهذا يدل على أن جميع فقرات البعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، ما عدا الفقرة رقم (27) فهي غير دالة إحصائياً، فلذلك تم حذفها من البُعد والمقياس. وأيضاً يتبين من خلال الجدول بأن معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث تراوحت ما بين (0.51 - 0.81)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن جميع فقرات البُعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً. وهذا يدل على أن فقرات أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية تتمتع بمعاملات صدق مرتفعة، ولهذا ينصح الباحث لاستخدام المقياس للإجابة على أهداف وفرضيات الدراسة.

ثانياً: معاملات الثبات للمقياس:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قام الباحث بحساب الثبات بثلاث طرق وهما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية وطريقة جتمان، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:
جدول (4.5) يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (ن = 30)

معامل جتمان	طريقة التجزئة النصفية		معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	الأبعاد
	معادلة سبيرمان براون	معامل ارتباط بيرسون			
0.89	0.89	0.81	0.93	16	الجانب المعرفي
0.81	0.86	0.75	0.90	11	الجانب الوجداني
0.87	0.87	0.77	0.89	14	الجانب السلوكي
0.76	0.77	0.63	0.95	41	الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية

$$\text{معادلة سبيرمان براون المعدلة} = r * 2 / 1 + r$$

تبين من الجدول السابق ما يلي:

1. معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي بلغت 0.95، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي، وبما أن المقياس لديه ثلاث أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات لأبعاد المقياس بين (0.89 - 0.93)، وهذا دليل كافي على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين، ومن ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والبعده، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات للمقياس الكلي بهذه الطريقة (0.63)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان-براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.77)، وهذا يدل على أن المقياس الكلي يتمتع بدرجة ثبات جيدة، في حين تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة (0.86-0.89)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

3- معاملات الثبات بطريقة جتمان:

بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل جتمان لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة معامل جتمان للمقياس الكلي بلغت 0.76، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي، وبما أن المقياس لديه ثلاث أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات لأبعاد المقياس بين (0.81-0.89)، وهذا دليل كافي على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانياً: مقياس الكفاءة المهنية (إعداد الباحث):

إجراءات بناء المقياس:

قام الباحث بمراجعة ما أتيح له من الأدب التربوي والسيكولوجي والاجتماعي المرتبط بمتغيرات الدراسة والذي ساعد على تكوين خلفية علمية لموضوع الدراسة، ثم قام الباحث بالرجوع إلى بعض الدراسات والأبحاث المحلية والعربية والعالمية ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة للاستفادة منها في بناء الأدوات. من تلك المصادر، وفي ضوء التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة قام الباحث بصياغة مجموعة من الفقرات.

وصف المقياس:

يهدف المقياس إلى التعرف على مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية، وتضمن المقياس في صورته النهائية (29) فقرة، حيث أن كل فقرة في المقياس ترتبط بالكفاءة المهنية، حيث أن المقياس لديه ثلاثة أبعاد وهي (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية العاطفية، الكفاءة الأدائية)، وأمام كل عبارة خمس إجابات تبدأ بالإجابة

الأولي غير موافق بشدة والثانية غير موافق، والثالثة محايد، والرابعة موافق، والخامسة موافق بشدة، ويضع المبحوث/ة إشارة (X) أمام العبارة التي تتفق وتعبّر عن مشاعرها والعبارة كلها صحيحة، ويتم الإجابة على واحدة من الخيارات التي أمام العبارة.

تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من درجة واحدة وحتى 170 درجة، وتقع الإجابة على المقياس في خمسة مستويات (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (خمسة درجات، ودرجة واحدة)، بمعنى إذا كانت الإجابة (5: موافق بشدة، 4: موافق، 3 : محايد، 2: غير موافق، 1: موافق) حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى إدراك المستجيب حول ارتفاع مستوى الكفاءة المهنية، حيث أن الفقرات السلبية تحصل على الدرجات التالية (1: موافق بشدة، 2: موافق : 3 محايد، 4: غير موافق، 5، غير موافق بشدة) والفقرات السلبية فقط الفقرة رقم (26، 28) وباقي الفقرات في المقياس إيجابية.

أولاً: معاملات الصدق:

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قام الباحث بحساب الصدق بطريقة صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي، والنتائج موضحة من خلال التالي:

1. صدق المحكمين:

عرض الباحث المقياس والمكون من (34) فقرة على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كلاً من {الجامعة الإسلامية - جامعة الأزهر - جامعة الأقصى} وعلى مختصين في العلوم الانسانية (تخصص علم نفس) والبحث العلمي، انظر إلى الملحق (6)، وقد استجاب الباحث لآراء السادة المحكمين، وقام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرج المقياس في صورته النهائية ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، في صورتها قبل النهائية.

2. صدق الاتساق الداخلي: (Internal Consistency)

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، كذلك قامت بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له الفقرة، والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، مع بيان مستوى الدلالة كما هو موضح في الجدول (4.7):

جدول (4.6) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الكفاءة المهنية والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الكفاءة الشخصية	0.95	**0.001
الكفاءة المعرفية	0.84	**0.001
الكفاءة الوجدانية	0.86	**0.001
الكفاءة الأدائية	0.70	**0.001

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05

تبين من خلال الجدول (4.7) بأن معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس تراوحت ما بين (0.70 – 0.95)، وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، وهذا يدل على أن جميع أبعاد المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، ومما يشير إلى صلاحية المقياس للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة، وبما أن المقياس يتكون من أربعة أبعاد فقد تم حساب معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد والدرجة الكلية للبعد، وتوضح النتائج من الجدول (4.8) كما يلي:

جدول (4.7) معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد مقياس الكفاءة المهنية والدرجة الكلية للأبعاد

#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)	#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)	#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
البعد الأول: الكفاءة الشخصية								
1	0.77	**0.001	13	0.73	**0.001	25	0.24	//0.208
2	0.74	**0.001	14	0.76	**0.001	26	0.40	*0.028
3	0.72	**0.001	15	0.59	**0.001	27	0.10-	//0.590
4	0.85	**0.001	16	0.81	**0.001	البعد الرابع: الكفاءة الأدائية		
5	0.75	**0.001	17	0.89	**0.001	28	0.71	**0.001
6	0.81	**0.001	18	0.81	**0.001	29	0.61	**0.001
7	0.56	**0.001	19	0.79	**0.001	30	0.77	**0.001
8	0.57	**0.001	20	0.45	//0.13	31	0.63	**0.001
9	0.52	*0.003	البعد الثالث: الكفاءة الوجدانية			32	0.57	**0.001
10	0.57	**0.001	21	0.60	**0.001	33	0.71	**0.001
11	0.52	*0.003	22	0.34	//0.064			
12	0.59	**0.001	23	0.78	**0.001			

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

يتضح من خلال الجدول (4.8) بأن معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول (الكفاءة الشخصية) تراوحت ما بين (0.52 – 0.85)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل

على أن جميع فقرات البُعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، ويتبين أيضاً من خلال الجدول السابق بأنَّ معاملات الارتباط بين فقرات البُعد الثاني (الكفاءة المعرفية) تراوحت ما بين (59 – 0.89)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن جميع فقرات البُعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً. ما عدا الفقرة رقم (20) فهي غير دالة إحصائياً، فلذلك تم حذفها من البعد والمقياس. ويتبين أيضاً بأنَّ معاملات الارتباط بين فقرات البُعد الثالث (الكفاءة الوجدانية) تراوحت ما بين (0.40 – 0.78)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01، 0.05)، وهذا يدل على أن جميع فقرات البعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، ما عدا الفقرتين رقم (25، 22، 27) فهي غير دالة إحصائياً، فلذلك تمَّ حذفهم من البُعد والمقياس. وكذلك يتبين من خلال الجدول السابق بأنَّ معاملات الارتباط بين فقرات البُعد الرابع (الكفاءة الأدائية) تراوحت ما بين (0.57 – 0.77)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن جميع فقرات البُعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً. ويدل أيضاً على أن فقرات أبعاد مقياس الكفاءة المهنية تتمتع بمعاملات صدق مرتفعة، وهي جاهزة للتطبيق لاستخدام المقياس للإجابة على أهداف وفرضيات الدراسة.

ثانياً: معاملات الثبات للمقياس:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قام الباحث بحساب الثبات بثلاث طرق وهما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية وطريقة جتمان، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4.8) معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الكفاءة

المهنية (ن = 30)

معامل جتمان	طريقة التجزئة النصفية		معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	الأبعاد
	معادلة سبيرمان براون	معامل ارتباط بيرسون			
0.73	0.77	0.62	0.89	12	الكفاءة الشخصية
0.83	0.83	0.71	0.88	7	الكفاءة المعرفية
0.78	0.78	0.64	0.67	4	الكفاءة الوجدانية
0.78	0.79	0.65	0.80	6	الكفاءة الأدائية
0.92	0.92	0.87	0.94	29	الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية

معادلة سبيرمان براون المعدلة = $r^2 + 1$

تبيين من الجدول السابق ما يلي:

1. معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي بلغت 0.94، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي، وبما أن المقياس لديه أربعة أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات لأبعاد المقياس بين (0.67-0.89)، وهذا دليل كافي على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين، ومن ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والبعده، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات للمقياس الكلي بهذه الطريقة (0.87)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.92)، وهذا يدل على أن المقياس الكلي يتمتع بدرجة ثبات جيدة، في حين تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الأربعة (0.77-0.83)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

3- معاملات الثبات بطريقة جتمان:

بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل جتمان لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة معامل جتمان للمقياس الكلي بلغت 0.92، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي، وبما أن المقياس لديه أربعة أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات لأبعاد المقياس بين (0.73-0.83)، وهذا دليل كافي على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين، ومن ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والبعده، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات للمقياس الكلي بهذه الطريقة (0.87)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.92)، وهذا يدل على أن المقياس الكلي يتمتع بدرجة ثبات جيدة، في حين تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الأربعة (0.77-0.83)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات مرتفع،

كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

الأساليب الإحصائية:

قام الباحث بتفريغ وتحليل المقاييس من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0)، مستخدماً الأساليب

الإحصائية التالية:

1. إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.
2. المتوسط الحسابي النسبي (الوزن النسبي): ويفيد في معرفة مقدار النسبة المئوية لكل مجال من المجالات.
3. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لمعرفة ثبات فقرات الاختبار.
4. معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split half methods): يتم استخدامه للتأكد من أن الاستبانة لديها درجات ثبات مرتفعة.
5. معامل جتمان (Guttman Spilt Half) يتم استخدامه لقياس الاتساق الداخلي.
6. معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاختبار والدرجة الكلية للاستبانة وقياس درجة الارتباط. يستخدم هذا الاختبار لدراسة العلاقة بين المتغيرات.
7. اختبار ت (T- Test): لبيان دلالة الفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين: وذلك للتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع (ذكر، أنثى) .
8. تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA): لبيان دلالة الفروق بين متوسطات ثلاث عينات فأكثر، للتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات الديمغرافية.
9. اختبار شيفيه: لمعرفة اتجاه الفروق ودلالاتها بين فئات كل متغير من متغيرات العوامل الديمغرافية وتأثيرها على مجالات الاستبانة.
10. تحليل الانحدار الخطي البسيط: Linear Simple Regression للتعرف بدرجة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية من خلال الكفاءة المهنية.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة:

فيما يلي عرضاً للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

اختبار التوزيع الطبيعي:

للتعرف على مدى اعتدالية البيانات، قام الباحث باستخدام اختبار كلمرجوف سمرنوف Kolmogorov-Smirnov Z، لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.1) يوضح نتائج اختبار كلمرجوف سمرنوف لاختبار التوزيع الطبيعي

المقياس	الابعاد	أختبار كلمرجوف سمرنوف	مستوى الدلالة
مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	الجانب المعرفي	.896	//0.399
	الجانب الوجداني	1.291	//0.071
	الجانب السلوكي	1.051	//0.219
	الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	.711	//0.693
مقياس الكفاءة المهنية	الكفاءة الشخصية	1.513	*.021
	الكفاءة المعرفية	1.01	//0.263
	الكفاءة الوجدانية	0.99	//0.282
	الكفاءة الادائية	1.13	//0.155
	الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية	1.148	//0.143

|| غير دالة احصائياً

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق (5.1) أن مقياس الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية وأبعاده وكذلك مقياس الكفاءة المهنية وأبعاده تتبع التوزيع الطبيعي لأن مستوى الدلالة أكبر من 0.05. وهذا يجعل الباحث يستخدم الاختبارات (المعلمية) لأن البيانات تتبع

التوزيع الطبيعي، لأن هذه الاختبارات تعطي درجة دقة عالية في النتائج التي يمكن الحصول عليها.

تساؤلات الدراسة:

● التساؤل الأول: ما مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟

للتعرف على مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لدرجات مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده الثلاثة (الجانب المعرفي، الجانب الوجداني، الجانب السلوكي)، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.2) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية (ن=113)

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	الأبعاد
1	81.59	6.77	65.27	80	16	الجانب المعرفي
3	77.31	4.37	42.52	55	11	الجانب الوجداني
2	79.30	6.44	55.51	70	14	الجانب السلوكي
-	79.66	15.21	163.31	205	41	الدرجة الكلية " الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية "

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق (5.2) أن الوزن النسبي للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية بلغ 79.66% بمتوسط حسابي 163.31 درجة، وانحراف معياري 15.21 درجة، وهذا يدل على أن العاملين في الصحة النفسية لديهم مستوى اتجاهات نحو الممارسة العلاجية بدرجة مرتفعة. وبالنسبة للأبعاد فقد احتل المرتبة الأولى بُعد الجانب المعرفي حيث بلغ الوزن النسبي له 81.59%، يليه بُعد الجانب السلوكي بوزن نسبي 79.30%، يليه بُعد الجانب الوجداني بوزن نسبي 77.31% لدى العاملين في الصحة النفسية. وعند تقسيم درجات أفراد العينة إلى ثلاث فئات حسب درجات المقياس، فقد لوحظ بأن 83.2% من أفراد العينة لديهم مستويات مرتفعة من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية، بينما 16.8% لديهم اتجاهات متوسطة نحو الممارسة العلاجية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.3) يوضح مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية عند أفراد العينة

النسبة %	التكرار	مستوى الاتجاهات للممارسات العلاجية
16.8	19	متوسطة
83.2	94	مرتفعة
100.0	113	المجموع

يعزي الباحث النتائج التالية التي توضح بأن الوزن النسبي للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية بلغ 79.66%، وهذا يدل على أن العاملين في مراكز الصحة النفسية لديهم مستوى اتجاهات نحو الممارسة العلاجية بدرجة مرتفعة، حيث يرجع الباحث هذه النتيجة إلى أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية يتمتعون بسنوات خبرة عالية حيث أن ما نسبته 49.6 % من أفراد العينة لديهم خبرات تزيد عن 10 سنوات فأكثر، وما نسبته 39.8 منهم لديهم خبرات من 5-9 سنوات، وكذلك منهم الحاصلون على الشهادات العلمية العليا حيث أن ما نسبته 54.9% هم من أصحاب الشهادات العليا، وما نسبته 45.1% منهم حاصلون على بكالوريوس فأقل، كذلك حصولهم على العديد من البرامج الأكاديمية في مجال التخصص ومنها: دبلوم عالي في العلاج المعرفي السلوكي للأخصائيين النفسيين، وماجستير ترميز الصحة النفسية للتمريض النفسي وهذا البرنامج كانا بالتنسيق ما بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية والجامعة الإسلامية، ويضاف إلى ما سبق حصول العاملين على العديد من التدريبات المستمرة من خلال العديد من المؤسسات المحلية والدولية وكانت بالتنسيق مع قسم التدريب والتطوير بالإدارة العامة للصحة النفسية، وهناك من لم يتمكن من الالتحاق في البرنامجين سواء من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين أو التمريض درسوا على حسابهم الشخصي وأكملوا درجات الماجستير في الصحة النفسية، ومن جانب آخر مشاركة العديد من العاملين في المؤتمرات العلمية التي تهدف إلى زيادة خبراتهم ومعرفتهم.

وتتفق الدراسة الحالية التي اتفقت في النتيجة مع اختلاف الفئة وذلك مع دراسة (بركات؛ حسن، 2006م) التي توصلت نتائجها إلى أن أغلبية الطبقة أظهرت اتجاهات إيجابية نحو المرض والعلاج النفسي، وكذلك دراسة (القباطي، 2005م) التي أظهرت نتائجها بأن متوسط الدرجة الكلية للعينة بلغ (95.84) فيكون بذلك اتجاه العينة يميل نحو الإيجابية بشأن العلاج النفسي، واتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Norcross et. Al. 2005) التي ترى بان العلاج النفسي بمختلف أنواعه يمثل ما نسبته (80%) مما يشغل وقت الأخصائيين الإكلينيكين وتوجهاتهم.

وتوافقت أيضاً مع دراسة (Boroey, T. Kolin, I, 1986) التي أشارت إلى وجود تقديرات مرتفعة لمجموعة العاملين في الصحة النفسية.

ويرى الباحث أن النتيجة السابقة تؤكد على أهمية الممارسة العلاجية، وذلك قد ذكر تقرير صدر عن المعهد القومي للصحة العقلية الأمريكي نشر منذ عدة سنوات (National Institute of Mental Health, 1975) أن هناك أكثر من 130 شكلاً من أشكال العلاج النفسي تمارس في مؤسسات الصحة العقلية والنفسية الأمريكية، لكل منها مناهجها وأساليبها المستقلة في الممارسة، ويزعم كل منها أيضاً أنه ينجح في مهمته العلاجية بصورة فعالة. ومن جانب آخر تتعدد طرق العلاج النفسي وتتعدد أبعاده حسب تعدد مدارسه ونظرياته. ومهما تعددت أبعاد العلاج النفسي، ومهما اختلفت طرقه؛ فإنها جميعاً تتكامل وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي، والفرق بينها جميعاً هو فرق في الدرجة وليس في النوع (سري، 2000، ص99).

التساؤل الثاني: ما مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية بقطاع غزة؟

للتعرف على مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لدرجات مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده الأربعة (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية)، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.4) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية (ن=113)

الأبعاد	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	الترتيب
الكفاءة الشخصية	12	60	49.88	5.03	83.13	2
الكفاءة المعرفية	7	35	29.44	3.39	84.12	1
الكفاءة الوجدانية	4	20	16.37	1.88	81.86	3
الكفاءة الادائية	6	30	24.44	2.67	81.47	4
الدرجة الكلية " الكفاءة المهنية "	29	145	120.13	11.48	82.85	-

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق (5.4) أن الوزن النسبي للكفاءة المهنية بلغ 82.85% بمتوسط حسابي 120.13 درجة، وانحراف معياري 11.48 درجة، وهذا يدل على أن العاملين في الصحة

النفسية لديهم كفاءة مهنية بدرجة مرتفعة. وبالنسبة للأبعاد فقد احتل المرتبة الأولى بُعد الكفاءة المعرفية حيث بلغ الوزن النسبي له 84.12%، يليه بُعد الكفاءة الشخصية بوزن نسبي 83.13%، يليه بُعد الكفاءة الوجدانية بوزن نسبي 81.86%، يليه بُعد الكفاءة الادائية بوزن نسبي 81.47% لدى العاملين في الصحة النفسية. وعند تقسيم درجات أفراد العينة إلى ثلاث فئات حسب درجات المقياس، فقد لوحظ بأن 93.8% من أفراد العينة لديهم كفاءة مهنية بدرجة مرتفعة، بينما 5.3% لديهم كفاءة مهنية بدرجة متوسطة، في حين 0.9% لديه كفاءة مهنية بدرجة ضعيفة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.5) يوضح مستوى الكفاءة المهنية عند أفراد العينة

النسبة %	التكرار	مستوى الكفاءة المهنية
.9	1	ضعيفة
5.3	6	متوسطة
93.8	106	مرتفعة
100.0	113	المجموع

يرجع الباحث حصول العاملين على نسبة 82.85% للكفاءة المهنية بنسبة مرتفعة لأنهم يتمتعون بالعديد من الامكانيات التي تؤهلهم للكفاءة المهنية في مجال التخصص ومنها:

1. الكفاءة المعرفية فما نسبته 54.9% من العاملين في مراكز الصحة النفسية هم من أصحاب الشهادات العليا، وما نسبته 45.1% منهم حاصلين على بكالوريوس فأقل.
2. ويرى الباحث أن النتيجة السابقة تتفق مع ما يراه باندورا بأن الكفاءة الذاتية وإدراك الفرد لما يمتلكه من قدرات تلعب دورها في هذه المرحلة مضافاً إليها خبرة الفرد في مواقف مشابهة. " ومن هنا فإن معتقدات الفرد حيال ما يتمتع به من كفاءة ذاتية تؤثر على البناء المعرفي المحدد لخطط العمل. وعندما يبدأ العمل الفعلي فإننا نحتاج إلى مواصلته بكل إصرار؛ وهنا يتدخل نظام معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية ليقوم بهذه المهمة. Bandura,2013, (p100).
3. ما يتمتعون به من سنوات خبرة عالية حيث أن ما نسبته 49.6% من أفراد العينة لديهم خبرات تزيد عن 10 سنوات فأكثر، وما نسبته 39.8% منهم لديهم خبرات من 5-9 سنوات.

4. ومن الامكانيات كذلك حصولهم على العديد من البرامج الأكاديمية في مجال التخصص ومنها: دبلوم عالي في العلاج المعرفي السلوكي وماجستير تمريض الصحة النفسية وكانا بالتنسيق ما بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية والجامعة الاسلامية.

5. كذلك حصولهم على العديد من التدريبات المستمرة من خلال العديد من المؤسسات المحلية والدولية وكانت بالتنسيق مع قسم التدريب والتطوير بالإدارة العامة للصحة النفسية.

6. فكل ما سبق يفسر ارتفاع مستوى الكفاءة المهنية وخصوصاً مستوى بُعد الكفاءة المعرفية والذي حصل على الترتيب الأول.

7. كذلك يرجع الباحث حصول بُعد الكفاءة الشخصية على المرتبة الثانية بوزن نسبي 83.13 الى السمات الشخصية التي يتمتع بها العاملين في مجال الصحة النفسية وخصوصاً المعالج والأخصائي النفسي، والتي يتم التركيز عليها أيضاً في المقابلات الشخصية أثناء التوظيف، كذلك الامكانيات الاخرى التي يتمتع بها العاملين من المؤهلات العليا والخبرات والتدريب.

8. ويرجع الباحث حصول بُعد الكفاءة الوجدانية بوزن نسبي 81.86 والأدائية بوزن نسبي 81.47 على المستوى الثالث والرابع على الترتيب الى الصعوبات التي تواجه العاملين والتي ترجع إلى نقص الامكانيات المتاحة أحيانا وعدم ملائمة البيئة الفيزيائية أحيانا أخرى، أو ما يسمى الوصمة التي تعيق تقديم الخدمة النفسية والعلاجية بشكل جيد على اختلاف أماكن العاملين ومراكزهم في قطاع غزة.

وتشير (أبو رمان، 2008م) أن الشخص إذا قيم نفسه إيجابياً فإنه يظهر كفاءة ذاتية عالية في مهام مختلفة، وبالتالي فهو يعبر عن تقدير مرتفع في حين يظهر الشخص الذي يكون لديه مستوى متدن من الكفاءة الذاتية في مجال معين تقدير ذات متدنياً.

ويعلق (مغربي، 2008م) على موضوع الكفاءة في بحثه بقوله " أن الكفاءة هي القدرة على أداء العمل بطريقة صحيحة على الوجه المطلوب وبشكل متقن، ويقول سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم (إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه).

وتتفق الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (العمرين، 2008م) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ومقياس الأداء المهني، ودراسة (إبراهيم، 2005م) التي توصلت إلى وجود علاقة طردية ارتباطية ذات دلالة بين الكفاءة المهنية لدى المعلمين، وكل من الكفاءة الذاتية العامة، والمعتقدات التربوية، وكذلك دراسة (الحراشنة،

2001م) التي أشارت إلى أن أداء المرشدين التربويين ومستواهم ما بين العالي والمتوسط في جميع المحاور.

ثانياً/فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين بالصحة النفسية.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم إيجاد مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لدراسة العلاقة بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين بالصحة النفسية. (Pearson's Correlation Coefficient)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي: جدول (5.6) مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لكشف العلاقة بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين بالصحة النفسية (ن=113)

الدرجة الكلية للكفاءة المهنية	الكفاءة الادائية	الكفاءة الوجدانية	الكفاءة المعرفية	الكفاءة الشخصية	التصنيف	الاتجاه الكفاءة
0.56	0.59	0.42	0.39	0.55	معامل الارتباط بيرسون	الجانب المعرفي
**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	مستوى الدلالة	
0.77	0.61	0.62	0.67	0.75	معامل الارتباط بيرسون	الجانب الوجداني
**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	مستوى الدلالة	
0.76	0.77	0.66	0.54	0.72	معامل الارتباط بيرسون	الجانب السلوكي
**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	مستوى الدلالة	
0.79	0.76	0.65	0.59	0.76	معامل الارتباط بيرسون	الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية
**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	مستوى الدلالة	

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية: ظهر وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وبين الدرجة الكلية للكفاءة المهنية وابعاده

التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين كلما ارتفعت الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية.

البعد الأول الجانب المعرفي: وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجانب المعرفي وبين الدرجة الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في الصحة النفسية، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع درجات الجانب المعرفي لدى العاملين كلما ارتفع مستوى الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في الصحة النفسية.

البعد الثاني الجانب الوجداني: وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجانب الوجداني وبين الدرجة الكلية الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في الصحة النفسية، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع درجات الجانب الوجداني لدى العاملين كلما ارتفع مستوى الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في الصحة النفسية.

البعد الثالث الجانب السلوكي: وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجانب السلوكي وبين الدرجة الكلية الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في الصحة النفسية، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع درجات الجانب السلوكي لدى العاملين كلما ارتفع مستوى الكفاءة المهنية وابعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في الصحة النفسية.

يتضح من العرض السابق وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وبين الدرجة الكلية للكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية، وهذا يدل على أنه كلما ارتفعت درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين كلما ارتفعت الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية، ويعزو الباحث هذه النتيجة الى التطور الواضح في المستوى المهني للعاملين في مجال الصحة النفسية، واتجاهاتهم الايجابية للمهنة، واطلاعهم على كل ما هو جديد في المجال المهني، مع اهتمام الادارة العامة للصحة النفسية في تطوير قدراتهم المهنية من خلال التنسيق للعديد من البرامج الأكاديمية والعديد من التدريبات بالتنسيق مع العديد من المؤسسات الدولية، فكل ذلك انعكس بشكل ايجابي على

نوعية وجودة الأداء المهني للعاملين، والذي كان له الأثر البارز في ارتفاع مستوى الكفاءة المهنية لديهم.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه بعض نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (Alexander, Fred, 2012) التي أشارت إلى وجود ارتباط معدل المتوسط كبير بين الكفاءة المهنية وعلاقتها بالممارسة، ودراسة (العمرين، 2008م) التي أشارت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ومقياس الأداء المهني، ودراسة (إبراهيم، 2005م).

ويرى الباحث أن الكفاءة المهنية والاتجاهات نحو الممارسة العلاجية يمثلان دوراً أساسياً ويؤثران في بعضهما البعض، حيث أن العلاقة طردية وكلما زادت الكفاءة زادت الممارسة، وكلما زادت الممارسة زادت الكفاءة وهذا ما تؤكد جارفيلد التي تحدثت فيها "بالرغم من أهمية العوامل الخاصة بشخصية المعالج كالدفع والتعاطف، فإن الكفاءة المهنية والمهارة وحسن التدريب تلعب أدواراً شديدة في نجاح العلاج. ولهذا فإن الترخيص بمزاولة مهنة العلاج النفسي في كثير من الدول المتقدمة تشترط كثيراً من عوامل الخبرة والتدريب، والإلمام النظري والأكاديمي بالمعرفة النفسية والاجتماعية فضلاً عن الوعي بالذات. ومن المعلوم أن كثيراً من المرضى لا يتجهون للعلاج النفسي لمجرد وجود معالج دافئ ومتعاطف، ولكنهم أيضاً يبحثون بجوار ذلك عن شخص كفء وخبير. ولهذا تكتشف بعض البحوث (Garfield, 2013.p.166) أن التوقعات التي يكونها بعض المرضى عن كفاءة المعالج ومهارته وخبرته تلعب دوراً هاماً في نجاح العلاج النفسي في جميع مدارسه.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية (العمر، نوع الجنس، العنوان، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، التخصص، سنوات الخبرة، مكان العمل).

ويتفرع من الفرضية عدة فرضيات حسب كل متغير كل حده، وسوف يتم عرض ذلك من خلال التالي:

الفرضية 1.1/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.7) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي	بين المجموعات	220.7	2	110.3	2.47	//0.089
	داخل المجموعات	4,913.8	110	44.7		
	المجموع	5,134.5	112			
الجانب الوجداني	بين المجموعات	112.5	2	56.3	3.06	//0.051
	داخل المجموعات	2,023.7	110	18.4		
	المجموع	2,136.2	112			
الجانب السلوكي	بين المجموعات	434.7	2	217.3	5.69	**0.004
	داخل المجموعات	4,203.5	110	38.2		
	المجموع	4,638.2	112			
الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	بين المجموعات	2,026.9	2	1013.5	4.67	*0.011
	داخل المجموعات	23,887.2	110	217.2		
	المجموع	25,914.2	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية "الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية"**: لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية ($f=4.67, p < 0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين أعمارهم 45 سنة فأكثر لديهم الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية أكثر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين أعمارهم (34 سنة فأقل، 35-44 سنة)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

• **البعد الأول الجانب المعرفي**: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الجانب المعرفي لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف أعمارهم لديهم درجات متقاربة من الجانب المعرفي في قطاع غزة.

• **البعد الثاني الجانب الوجداني**: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الجانب الوجداني لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف أعمارهم لديهم درجات متقاربة من الجانب الوجداني في قطاع غزة.

• **البعد الثالث "الجانب السلوكي"**: لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الجانب السلوكي ($f=5.69, p\text{-value} < 0.01$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين أعمارهم 45 سنة فأكثر لديهم مستوى في الجانب السلوكي أكثر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين أعمارهم (34 سنة فأقل، 35-44 سنة)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

جدول (5.8) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر

الفروقات البعدية			المتوسط الحسابي	العدد	العمر	البعد
3	2	1				
*0.010	//0.429	1	55.9	43	34 سنة فأقل	الجانب السلوكي
**0.001	1	-	56.9	48	35- 44 سنة	
1	-	-	51.6	22	45 سنة فأكثر	
*0.048	//0.213	1	163.2	43	34 سنة فأقل	مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية
**0.003	1	-	167.0	48	35- 44 سنة	
1	-	-	155.5	22	45 سنة فأكثر	

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى ما يتمتع به العاملين الذين أعمارهم 45 سنة فأكثر من زيادة وارتفاع سنوات الخبرة المهنية مقارنة بغيرهم من العاملين الآخرين الذين تقل عدد سنوات خبراتهم في العمل، فهم لديهم العديد من الخبرات والمهارات والتدريب مع اتاحة الفرصة لهم أيضاً للسفر للعديد من الدول العربية والأجنبية لتبادل الخبرات معهم واكتسابهم العديد من المهارات مقارنة بغيرهم من الموظفين الجدد الذين يعانون الحصار والظروف الطاحنة ونقص الرواتب وكذلك نقص الأمور الفيزيائية، كما ويشير الباحث إلى نقطة مهمة وهي أن معظم العاملين كبار السن العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية يحصلون على رواتبهم كاملة مقارنة بزملائهم العاملون في نفس أماكن العمل على 40-45% من رواتبهم الذي ينعكس على شخصية وأداء العمل في كثير من الأحيان، كما ويلاحظ أن العاملين الأكبر سناً لديهم اتزان انفعالي أعلى نتيجة النضج المعرفي والإدراكي، كما وأشار الباحث سابقاً بأن زيادة خبرة العاملين في مراكز العمل تزيد من ثقتهم بنفسهم وارتفاع مدى ادراكهم ونظرتهم لذواتهم مما تنعكس إيجاباً على العمل، ويرى الباحث أيضاً أن فئة العاملين الأكبر سناً يحرصوا على الالتزام بأخلاقيات المهنة فهم حريصين على العمل والالتزام بالمواعيد، فكلما زادت الممارسة الميدانية للعاملين كلما زادت درايتهم بالقيم المهنية ويزداد ارتباطهم وتأثرهم بها والتزامهم كذلك.

وترى الباحثة أن فئة المرشدين الأكثر من 40 سنة يحرصوا على الالتزام بأخلاقيات المهنة والقيم المهنية فهم أكثر حرصاً على احترام مواعيد العمل والالتزام بها، فكلما زادت الممارسة الميدانية للمرشد كلما أصبح على دراية أكثر بالقيم المهنية وأكثر تمسكاً بها، فالقيم عادة ما ترتبط بالتربية والأخلاق، وتتأكد كلما زاد التواصل مع المجتمع المحلي، وهذا بدوره يزداد بزيادة الخبرة وزيادة العمر الزمني (الشرفا، 2011م، ص 140).

الفرضية 1.2 / لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.9) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب العمر (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الكفاءة الشخصية	بين المجموعات	55.1	2	27.5	1.09	//0.340
	داخل المجموعات	2,783.2	110	25.3		
	المجموع	2,838.3	112			
الكفاءة المعرفية	بين المجموعات	35.7	2	17.9	1.57	//0.213
	داخل المجموعات	1,252.2	110	11.4		
	المجموع	1,287.9	112			
الكفاءة الوجدانية	بين المجموعات	6.0	2	3.0	0.85	//0.432
	داخل المجموعات	390.4	110	3.5		
	المجموع	396.4	112			
الكفاءة الادائية	بين المجموعات	29.8	2	14.9	2.14	//0.123
	داخل المجموعات	768.0	110	7.0		
	المجموع	797.9	112			
الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية	بين المجموعات	346.7	2	173.4	1.32	//0.271
	داخل المجموعات	14,424.3	110	131.1		
	المجموع	14,771.0	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية "الكفاءة المهنية":** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكلية للكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف أعمارهم لديهم درجات متقاربة من الدرجة الكلية للكفاءة المهنية في قطاع غزة.

• **لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات أبعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الأدائية) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (34 سنة فأقل، 35-44 سنة، 45 سنة فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف أعمارهم لديهم درجات متقاربة من أبعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الأدائية) في قطاع غزة.**

ويعزو الباحث هذه النتيجة الى طبيعة العمل الذي يقوم به جميع العاملين ضمن وصف وظيفي محدد لكل فئة (تمريض-أخصائيين نفسيين واجتماعيين- أطباء-تأهيل) التي تتيح لهم التعامل مع المنتعفين ضمن حدود مهنية معينة تكفل حرية العمل وكذلك سرية المعلومات وكافة أخلاقيات مهنة العمل النفسي، بالإضافة إلى التدريبات المستمرة التي تتم لجميع العاملين في المجال المهني لرفع مستوى كفاءتهم المهنية بغض النظر عن سنوات العمر، مع التقاء تعدد سنوات الخبرة للعاملين القدامى مع المستوى الأكاديمي المرتفع للموظفين الجدد، وتبادل الخبرات المهنية من خلال العديد من اللقاءات مثل مؤتمرات الحالة وإدارة الحالة ومناقشة وتشخيص الحالات وتبادل الخبرات في ذلك، ويضيف الباحث أهمية الدور التكنولوجي وسهولة الحصول على المعلومات الذي أصبح ممكناً لجميع العاملين وخاصة من صغار السن، وكذلك الاعتماد على الحوسبة في إدخال البيانات والمتابعة مما يعمل على توفير الوقت والجهد المبذول واستبدال الوقت الذي كان ضائعاً لدى العاملون في إنجاز مهام أخرى تنعكس بشكل أو بآخر على كفاءتهم المهنية وتعززها بشكل أفضل.

ويرى الباحث أن زيادة الكفاءة المهنية بتعدد المهام يتفق مع ما ذكره قاسم وآخرون بأن الكفاءة كصفة مميزة للإنسان سمة تحيز فاعليته وتفوقه في أدائه العملية من خلال امتلاكه العلوم

الأساسية والمهارات اللازمة لأداء مهامه الوظيفية على أن يكون هذه الأداء فعلاً موافقاً للتوقعات المحددة. إن مفهوم الكفاءة المهنية استعمل في ميدان العمل عندما كان الاهتمام منصب على تحقيق أحسن وأكثر إنتاج، باختيار العمال الذين تتوفر فيهم الكفاءات التي تناسب وظائف معينة" العامل المناسب في المكان المناسب" (قاسم وآخرون، 2015م، ص1).

الفرضية 2.1/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.10) نتائج اختبارات لكشف الفروق في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس

مستوى الدلالة	قيمة ت	إناث ن=51		ذكور ن=62		الأبعاد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
//0.933	0.084-	6.29	65.33	7.19	65.23	الجانب المعرفي
//0.149	1.452-	4.23	43.18	4.44	41.98	الجانب الوجداني
//0.084	1.744-	7.03	56.67	5.79	54.56	الجانب السلوكي
//0.238	1.185-	14.89	161.77	14.89	161.77	الدرجة الكلية مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية " للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذكور والإناث لديهم درجات متقاربة من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية في قطاع غزة.

• لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أبعاد الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية التالية (الجانب المعرفي، الجانب الوجداني، الجانب السلوكي) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذكور والإناث لديهم درجات متقاربة من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية التالية (الجانب المعرفي، الجانب الوجداني، الجانب السلوكي) في قطاع غزة.

يعزو الباحث النتيجة السابقة إلى حصول العاملين من كلا الجنسين على التدريب والعمل نفسه، ويعزوه أيضاً إلى تقسيم العمل والوصف الوظيفي المتبع من الإدارة العامة للصحة النفسية التي تتيح الفرصة لكلا الجنسين العمل وتقديم الخدمة اللازمة لجميع الفئات المستهدفة، كما وينوه الباحث إلى اهتمام الإدارة العامة للجنس في عملها حسب طبيعة وبيئة العمل، وكما يؤكد الباحث على أن ذلك يرجع إلى الثقافة والبيئة لكل مركز في قطاع غزة من المراكز الحكومية فهناك أيضاً مراكز تعتمد العاملين لفئة الرجال والعاملات لفئة السيدات، حيث أن العاملين من كلا الجنسين يتعرضوا لنفس الظروف والضغوط والخبرات والعادات والتقاليد المتبعة سواء في معالجة المنتفعين أو التعامل مع الجمهور، وكذلك ينوه الباحث إلى العمل المجتمعي خارج المراكز الذي يعتمد على وجود الجنس في التعامل.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع بعض نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (بركات؛ حسن، 2006م) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس، ودراسة (القباطي، 2005م) التي كشفت عدم وجود فروق بين اتجاهات الأطباء نحو العلاج النفسي وفقاً لمتغيرات الجنس.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع ما ذكرته العمرين (العمرين، 2008م، ص 31) "بأن في هذا المجال يمكن توقع أن يكون المرضين والمرضات الذين يتمتعون بمستويات عالية بقدرة عالية على إنجاز المهام المطلوبة منهم بشكل سليم بدون الوقوع في أخطاء، كما أن علاقاتهم تكون ودية مع زملاء العمل ومع المرضى والزائرين على حد سواء".

وترى (الشرفا، 2011م، 137) إلى أن درجة إدراك المرشدين لأبعاد ذواتهم المهنية كانت متساوية بغض النظر عن جنس المرشد التربوي، مما يشير إلى أن المرشدين والمرشحات مؤهلين أكاديمياً ومهنياً، وأن تعيينهم يتم ضمن برنامج موحد لا تدخل فيه الفروق الجنسية من حيث المتطلبات والتصميم.

الفرضية 2.2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.11) نتائج اختبارات لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس

مستوى الدلالة	قيمة ت	إناث ن=51		ذكور ن=62		الأبعاد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
//0.226	1.216-	4.69	50.51	5.28	49.35	الكفاءة الشخصية
//0.306	1.028-	2.86	29.80	3.77	29.15	الكفاءة المعرفية
//0.191	1.315-	1.93	16.63	1.83	16.16	الكفاءة الوجدانية
//0.130	1.527-	2.71	24.86	2.61	24.10	الكفاءة الادائية
//0.162	1.409-	11.05	121.80	11.74	118.76	الدرجة الكلية للكفاءة المهنية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية " للكفاءة المهنية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكلية للكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذكور والإناث لديهم درجات متقاربة من الكفاءة المهنية في قطاع غزة.
- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات ابعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذكور والإناث لديهم درجات متقاربة من ابعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الادائية) في قطاع غزة.

يعزو الباحث النتيجة السابقة إلى فرص العمل والتدريب الموحدة لكلا الجنسين من الذكور والإناث العاملين في مراكز الصحة النفسية المجتمعية ، وحصولهم كذلك على نفس المميزات المهنية في العمل، وعدم التمييز بينهم، و إتاحة فرص التنافسية بين العاملين بشكل واضح وشفاف، لذلك كله لم يكن هناك فروق تذكر بين العاملين الذكور والإناث في الكفاءة المهنية تعزى لمتغير الجنس.، ومن الجدير ذكره بأن سنوات العمل الكثيرة والخبرة الطويلة تعطي العاملين مزيد من ثقتهم بأنفسهم، وتعمل على ارتفاع مستوى نظرتهم لذواتهم، مما انعكس على زيادة الوعي الذاتي وانعكاسه إيجاباً على الآخرين.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما تم التوصل إليه مع بعض النتائج من الدراسات السابقة مثل دراسة دراسة (العمرين، 2008م) التي توصلت إلى عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء وأبعاده الفرعية. الفرضية 4.1/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.12) نتائج اختبارات لكشف الفروق في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي

مستوى الدلالة	قيمة ت	دراسات عليا (ن=62)		بكالوريوس فأقل (ن=51)		الأبعاد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**0.001	4.47-	5.6	67.7	7.0	62.4	الجانب المعرفي
//0.135	1.51-	4.0	43.1	4.8	41.8	الجانب الوجداني
*0.012	2.56-	6.0	56.9	6.6	53.8	الجانب السلوكي
**0.001	3.49-	13.7	167.6	15.4	158.1	الدرجة الكلية مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 ١١ غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية " للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية": لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية ($t\text{-test}=-3.49, p<0.01$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، وكانت الفروق لصالح المستوى التعليمي دراسات عليا، فقد بلغ متوسط درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا 167.6 درجة، أما متوسط درجات العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس 158.1 درجة، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا الدرجة الكلية لاتجاهاتهم نحو الممارسة العلاجية أكبر من درجة العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس.

- البعد الأول " الجانب المعرفي": لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الجانب المعرفي ($t\text{-test}=-4.47, p\text{-value}<0.01$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، وكانت الفروق لصالح المستوى التعليمي دراسات عليا، فقد بلغ متوسط درجات الجانب المعرفي لدى العاملين الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا 67.7 درجة، أما متوسط درجات العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس 62.4 درجة، أي أن العاملين في مراكز الصحة

النفسية الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا درجات الجانب المعرفي أكبر من درجة العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس.

• **البعد الثاني " الجانب الوجداني "**: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الجانب الوجداني لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف المستوى التعليمي لديهم درجات متقاربة من الجانب الوجداني في قطاع غزة.

• **البعد الثالث " الجانب السلوكي "**: لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الجانب السلوكي ($t\text{-test} = -4.47, p\text{-value} < 0.01$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، وكانت الفروق لصالح المستوى التعليمي دراسات عليا، فقد بلغ متوسط درجات الجانب السلوكي لدى العاملين الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا 56.9 درجة، أما متوسط درجات العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس 53.8 درجة، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا درجات الجانب السلوكي أكبر من درجة العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس.

ويعزو الباحث وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي حيث كانت الفروق لصالح المستوى التعليمي دراسات عليا، وذلك بسبب حصول العاملين الحاصلين على الدراسات العليا أكثر خبرة في الممارسة العلاجية وذلك لتمكنهم من الحصول على برامج أكاديمية متخصصة في الممارسة العلاجية مثل الأخصائيين النفسيين الحاصلين على الدبلوم العالي في العلاج المعرفي السلوكي ومنهم أيضاً من الحاصلين على ماجستير صحة نفسية، وكذلك العاملين من فئة التمريض الحاصلين على الماجستير في التمريض تخصص صحة نفسية، ويشير الباحث الى تمكنهم الى جانب الدراسة النظرية التطبيق العملي المباشر أولاً بأول في مراكز الصحة النفسية مع المنتفعين، والذي مكنهم من الحصول على العديد من المهارات والخبرات المختلفة، بالإضافة على حصول العديد من العاملين العديد من الدورات المهنية المتخصصة في مجال الممارسة العلاجية مثل دورات "DBT"، ودورات المتخصصة في التقنيات والأساليب العلاجية الخاصة بفئة الأطفال والكبار، وكذلك دورات متخصصة في الكشف عن الأمراض النفسية، ودورات الدعم النفسي والاجتماعي، بالإضافة الى عمل العديد من العاملين الفنيين في برامج مساعدة المساعدين، وشفاء الجروح، وبرنامج التطوع الخاص بالاكنتاب، وبرامج التنقيف النفسي مع "MDM" .. الخ من البرامج المتخصصة، التي كان من شأنها صقل وزيادة خبرة وشخصية العاملين، وزيادة كفاءتهم الشخصية والأدائية.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (حمدان، 2012م) أشارت إلى أن مهنيي الصحة النفسية من ذوي الدراسات العليا لديهم مستوى أعلى من المعرفة مقارنة مع أولئك الحاصلين على درجة الدبلوم أو درجة البكالوريوس.

ويرى الباحث أن دوافع الالتحاق ببرنامج الدراسات العليا لدى العاملين كثيرة وهذا ما يتفق مع دراسة (صبيحات، 2003م، ص4) التي توصلت دراسته فيها إلى النتائج التالية بأن دوافع الالتحاق ببرنامج الدراسة العليا لدى طلبة الجامعات الفلسطينية، كانت مرتبة حسب قوتها كالتالي: الدافع المهني(82%)، والدافع العلمي (78.8%)، والدافع النفسي (78.2%)، والدافع الاقتصادي (77.4%)، والدافع الاجتماعي (67.4). وكانت الدرجة الكلية في المجال المهني، وكبيرة في المجالات (العلمي، النفسي، والاقتصادي).

الفرضية 4.2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي. ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.13) نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي

مستوى الدلالة	قيمة ت	دراسات عليا (ن=62)		بكالوريوس فأقل (ن=51)		الأبعاد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
*0.018	2.40-	4.6	50.9	5.3	48.6	الكفاءة الشخصية
//0.521	0.64-	3.5	29.6	3.3	29.2	الكفاءة المعرفية
//0.487	0.70-	2.0	16.5	1.7	16.2	الكفاءة الوجدانية
*0.025	2.28-	2.4	25.0	2.9	23.8	الكفاءة الادائية
//0.063	1.88-	11.0	122.0	11.7	117.9	الدرجة الكلية الكفاءة المهنية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية " للكفاءة المهنية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكلية للكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في

قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف المستوى التعليمي لديهم درجات متقاربة من الكفاءة المهنية في قطاع غزة.

• **البعد الأول " الكفاءة الشخصية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة الشخصية ($t\text{-test}=-2.40, p\text{-value}<0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، وكانت الفروق لصالح المستوى التعليمي دراسات عليا، فقد بلغ متوسط درجات الكفاءة الشخصية لدى العاملين الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا 50.9 درجة، أما متوسط درجات العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس 48.6 درجة، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا درجات الكفاءة الشخصية أكبر من درجة العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس.

• **البعد الثاني "الكفاءة المعرفية":** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الكفاءة المعرفية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف المستوى التعليمي لديهم درجات متقاربة من الكفاءة المعرفية في قطاع غزة.

• **البعد الثالث "الكفاءة الوجدانية":** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الكفاءة الوجدانية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف المستوى التعليمي لديهم درجات متقاربة من الكفاءة الوجدانية في قطاع غزة.

• **البعد الرابع " الكفاءة الأدائية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة الأدائية ($t\text{-test}=-2.28, p\text{-value}<0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بكالوريوس فأقل، دراسات عليا)، وكانت الفروق لصالح المستوى التعليمي دراسات عليا، فقد بلغ متوسط درجات الكفاءة الأدائية لدى العاملين الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا 25.0 درجة، أما متوسط درجات العاملين الذين مستواهم التعليمي

بكالوريوس 23.8 درجة، أي أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا درجات الكفاءة الأدائية أكبر من درجة العاملين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس.

يعزو الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة تعزى إلى المستوى التعليمي إلى أن جميع العاملين في مراكز الصحة النفسية، إلى أن نسبة عالية من العاملين حاصلين على شهادات عليا حيث بلغت نسبتهم 54.9%، وما نسبته منهم 45.1% حاصلين على بكالوريوس، وجميعهم خضع لتدريب وخبرات في المجال المهني متقاربة وموحدة.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (الحراشنة، 2001م)، ودراسة (العمرين، 2008م) التي توصلت إلى عدم وجود تباينات في الدرجة الكلية، وكذلك دراسة (القباطي، 2005م) التي كشفت عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين اتجاهات الأطباء نحو العلاج النفسي وفقاً لمتغير الدرجة العلمية.

ويرى (الجبري؛ الديب، 1998م) بأن أهم محركات الإنسان التي تدفعه للعمل، هو الرغبة والحاجة الملحة للتقدم والارتقاء، من خلال التنافس على المواقع المتقدمة. وقد حث الإسلام على التنافس، حيث قال سبحانه وتعالى " وفي ذلك فليتنافس المتنافسون " والتنافس يأتي من خلال اندفاع الإنسان نحو التقدم، وقد اهتم العلماء بموضوع التنافس منذ الثلاثينات من القرن العشرين. ويتبين من هذا العرض التاريخي أن التنافس وكذلك الدافعية موجودان منذ أن خلق الله الجنس البشري.

الفرضية 5.1 / لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.14) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي	بين المجموعات	117.1	5	23.4	0.50	//0.776
	داخل المجموعات	5017.4	107	46.9		
	المجموع	5134.5	112			
الجانب الوجداني	بين المجموعات	231.6	5	46.3	2.60	*0.029
	داخل المجموعات	1904.6	107	17.8		
	المجموع	2136.2	112			
الجانب السلوكي	بين المجموعات	344.0	5	68.8	1.71	//0.138
	داخل المجموعات	4294.3	107	40.1		
	المجموع	4638.2	112			
الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	بين المجموعات	1287.9	5	257.6	1.12	//0.355
	داخل المجموعات	24626.3	107	230.2		
	المجموع	25914.2	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف تخصصاتهم لديهم درجات متقاربة من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية في قطاع غزة.
- البعد الأول الجانب المعرفي: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات الجانب المعرفي لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي

نفسية، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف تخصصاتهم لديهم درجات متقاربة من الجانب المعرفي في قطاع غزة.

• **البعد الثاني الجانب الوجداني:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الجانب الوجداني ($f=2.60, p\text{-value}<0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية تخصصهم حكيم نفسي لديهم مستوى الجانب الوجداني أقل من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم كالتالي (طبيب نفسي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي)، كما لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم أخصائي تأهيل لديهم مستوى الجانب الوجداني أقل من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم باحث اجتماعي، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

• **البعد الثالث "الجانب السلوكي":** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في درجات الجانب السلوكي لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف تخصصاتهم لديهم درجات متقاربة من الجانب السلوكي في قطاع غزة.

جدول (5.15) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى

العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص

الأبعاد	التخصص	العدد	المتوسط الحسابي	الفروقات البعدية					
				1	2	3	4	5	6
الجانب الوجداني	طبيب نفسي	16	44.0	1	*0.022	//0.154	//0.565	//0.848	//0.059
	حكيم نفسي	38	41.1	-	1	//0.857	*0.040	**0.009	//0.478
	ممرض عملي	8	41.4	-	-	1	//0.270	//0.108	//0.470
	أخصائي نفسي	29	43.2	-	-	-	1	//0.415	//0.099
	باحث اجتماعي	18	44.3	-	-	-	-	1	*0.043
	أخصائي تأهيل	4	39.5	-	-	-	-	-	1

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

يعزو الباحث عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل) إلى

عمل جميع العاملين ضمن فريق عمل ذو مهام ووصف وظيفي محدد لكل فئة، تتيح لهم تقديم خدماتهم النفسية والعلاجية المناسبة، وهذا يشير الى ان توافر التدريب المتخصص لجميع العاملين من جميع الفئات، حيث أن جميع العاملين في مراكز الصحة النفسية يقدمون الخدمات النفسية بشكل مهني كل حسب تخصصه، وكذلك العمل ضمن فريق نفسي متخصص متنوع الخبرات والمهام، ويذكر إلى أن جميع العاملين في مراكز الصحة النفسية حاصلون على دورات في المجال النفسي تؤهلهم للقيام بالخدمة النفسية كل حسب اختصاصه والعمل كفريق واحد، وكل يقدم الخدمة النفسية حسب اختصاصه يبدأ باستقبال المنتفع إلى التشخيص وصرف الدواء او عمل جلسات علاجية متخصصة، الذي يعطي فرصة كاملة لجميع العاملين الحصول على خبرات متقاربة، مما يزيدهم ويكسبهم مهارات الممارسة العلاجية والمقابلة العلاجية..

كما وتوصلت الدراسة الى وجود فروق في بُعد الكفاءة الوجدانية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم حكيم نفسي حيث كشفت الدراسة أن لديهم مستوى الجانب الوجداني أقل من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم كالتالي (طبيب نفسي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي) ويعزوه الباحث إلى طبيعة عمل العاملين المرضيين النفسيين التي يمتلكون خبرة وظيفية وكذلك وصف وظيفي مختلف نوعاً ما ، وكذلك طبيعة العمل المتنوعة والمختلفة والتي تميزهم عن باقي العاملين مثل الأخصائيين والأطباء النفسيين، حيث أنهم يعتمدوا مهام وظيفية مختلفة عن زملائهم مثل القيام بالمهام الفحص العضوي من قياس للضغط، او إعطاء الحقن العضلية، أو قياس ومتابعة الوظائف الحيوية التي قد تزيد من عبء وحمل المرضيين النفسيين ويوكل اليهم أيضا إلى جانب ما سبق جميع مهام الممارسة العلاجية مثل استقبال المنتفعين، والمساهمة في وضع وتنفيذ الخطط العلاجية المناسبة، وكذلك المشاركة في أنشطة التثقيف والتدريب النفسي أو أنشطة الدعم النفسي مثل مشاركتهم في برامج مساعدة المساعدين Helping The Helpers، أو برنامج شفاء الجروح المنفذ من قبل الادارة العامة للصحة النفسية، والصليب الأحمر.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (بركات؛ حسن، 2006م) التي أظهرت أغلبية الطلبة اتجاهاً إيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص، ودراسة (القباطي، 2005م) التي كشفت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الاطباء نحو العلاج النفسي وفقاً لمتغير التخصص.

وللمرة الأولى تقدم لنا الدراسات التي أجريناها أرقاماً مؤكدة بشكل جيد يصعب الحصول عليها بطرق أخرى: فمن كل دراسات العلاج النفسي المضبوطة المجربة على عينات عيادية بين عامي

1936 و 1983 نفذت 67% من قبل المتخصصين النفسيين أو بمشاركة رئيسية لهم و30% من الأطباء و 3% من أفراد مجموعات مهنية أخرى. وتستند هذه النسب المئوية على باحثين من الدراسات العلاجية النفسية العيادية فقط. أما نسبة المتخصصين النفسيين بالنسبة للعدد الأكبر من ذلك بكثير للدراسات العلاجية غير العيادية فتقع أعلى من ذلك بكثير. إذا فالبحت العلاجي النفسي أو البحث العلاجي النفسي العيادي هو منذ القدم في جزء كبير من اختصاص المختصين النفسيين. والنسبة شبيه بما يتعلق بالممارسة العلاجية. ففي ال 897 دراسة عيادية التي قمنا بها كانت نسبة المعالجين الذين يقومون بالمعالجة 54% متخصصين نفسيين و23% أطباء و23% من مجموعات مهنية أخرى. فنسبة المتخصصين النفسيين الذين يمارسون العلاج النفسي - وهنا نأخذ بعين الاعتبار العلاج النفسي المجري لأغراض الشفاء فقط- ضعف الأطباء تقريباً، على الأقل فيما يتعلق بالاشتغال العلمي وممارسة العلاج النفسي (كلاوس وآخرون، 1999م، ص34).

الفرضية 5.2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.16) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الكفاءة الشخصية	بين المجموعات	284.1	5	56.8	2.38	*0.043
	داخل المجموعات	2554.2	107	23.9		
	المجموع	2838.3	112			
الكفاءة المعرفية	بين المجموعات	129.8	5	26.0	2.40	*0.042
	داخل المجموعات	1158.1	107	10.8		
	المجموع	1287.9	112			
الكفاءة الوجدانية	بين المجموعات	29.3	5	5.9	1.70	//0.140

		3.4	107	367.1	داخل المجموعات	
			112	396.4	المجموع	
*0.030	2.58	17.2	5	85.9	بين المجموعات	الكفاءة الادائية
		6.7	107	712.0	داخل المجموعات	
			112	797.9	المجموع	
*0.020	2.80	342.3	5	1711.4	بين المجموعات	الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية
		122.1	107	13059.6	داخل المجموعات	
			112	14771.0	المجموع	

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- **الدرجة الكلية "الكفاءة المهنية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية ($f=2.80, p\text{-value}<0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (طبيب نفسي، باحث اجتماعي) لديهم مستوى الكفاءة المهنية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (حكيم نفسي، ممرض عملي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.
- **البعد الأول "الكفاءة الشخصية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة الشخصية ($f=2.38, p\text{-value}<0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (طبيب نفسي، باحث اجتماعي) لديهم مستوى الكفاءة الشخصية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (حكيم نفسي، أخصائي تأهيل)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

● **البعد الثاني "الكفاءة المعرفية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة المعرفية ($f=2.40, p\text{-value}<0.01$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (طبيب نفسي، باحث اجتماعي) لديهم مستوى الكفاءة المهنية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (حكيم نفسي، ممرض عملي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

● **البعد الثالث "الكفاءة الوجدانية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة الوجدانية ($f=4.93, p\text{-value}<0.01$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين يسكنون في محافظة الشمال لديهم مستوى الكفاءة الوجدانية أقل من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين يسكنون في باقي المحافظات التالية (غزة، الوسطى، خانونس، رفح)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

● **البعد الرابع "الكفاءة الأدائية":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة الأدائية ($f=2.58, p\text{-value}<0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير التخصص (طبيب نفسي، حكيم نفسي، ممرض عملي، أخصائي نفسي، باحث اجتماعي، أخصائي تأهيل)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (طبيب نفسي، باحث اجتماعي) لديهم مستوى الكفاءة الأدائية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (حكيم نفسي، ممرض عملي)، كما تبين أن العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم أخصائي نفسي لديهم مستوى الكفاءة الأدائية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم ممرض عملي، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

جدول (5.17) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص

الفروقات البعدية						المتوسط الحسابي	العدد	التخصص	الأبعاد
6	5	4	3	2	1				
*0.038	//1.000	//0.659	//0.079	*0.047	1	51.5	16	طبيب نفسي	الكفاءة الشخصية
//0.273	*0.039	//0.065	//0.664	1	-	48.6	38	حكيم نفسي	
//0.505	//0.074	//0.118	1	-	-	47.8	8	ممرض عملي	
//0.054	//0.647	1	-	-	-	50.8	29	أخصائي نفسي	
*0.036	1	-	-	-	-	51.5	18	باحث اجتماعي	
1	-	-	-	-	-	45.8	4	أخصائي تأهيل	
//0.166	//0.690	//0.172	*0.018	*0.011	1	31.1	16	طبيب نفسي	الكفاءة المعرفية
//0.988	*0.029	//0.167	//0.483	1	-	28.5	38	حكيم نفسي	
//0.665	*0.035	//0.125	1	-	-	27.6	8	ممرض عملي	
//0.512	//0.335	1	-	-	-	29.7	29	أخصائي نفسي	
//0.248	1	-	-	-	-	30.6	18	باحث اجتماعي	
1	-	-	-	-	-	28.5	4	أخصائي تأهيل	
//0.182	//0.907	//0.449	**0.007	*0.040	1	25.4	16	طبيب نفسي	الكفاءة الادائية
//0.801	*0.046	//0.124	//0.147	1	-	23.8	38	حكيم نفسي	
//0.478	**0.008	*0.019	1	-	-	22.4	8	ممرض عملي	
//0.337	//0.515	1	-	-	-	24.8	29	أخصائي نفسي	
//0.201	1	-	-	-	-	25.3	18	باحث اجتماعي	
1	-	-	-	-	-	23.5	4	أخصائي تأهيل	
//0.068	//0.956	//0.336	*0.016	*0.020	1	124.9	16	طبيب نفسي	مقياس الكفاءة المهنية
//0.539	*0.018	//0.104	//0.360	1	-	117.1	38	حكيم نفسي	
//0.956	*0.016	//0.059	1	-	-	113.1	8	ممرض عملي	
//0.175	//0.350	1	-	-	-	121.6	29	أخصائي نفسي	
//0.070	1	-	-	-	-	124.7	18	باحث اجتماعي	
1	-	-	-	-	-	113.5	4	أخصائي تأهيل	

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

ويعزو الباحث وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية التي ترى بان العاملين في مراكز الصحة النفسية الذين تخصصهم (أخصائي اجتماعي، طبيب نفسي) لديهم مستوى الكفاءة المهنية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية عن باقي التخصصات، ويرى الباحث فيما يخص فئة الأخصائي الاجتماعي يعزوه إلى أن الباحثين الاجتماعيين لديهم رغبة عالية على إثبات دورهم ووجودهم في فريق العلاج النفسي وخصوصاً أنهم يتناولوا الجانب الاجتماعي من العمل النفسي

للمنتفع، ورجبتهم في إكمال دورهم المنوط بهم في العملية العلاجية على أكمل وجه، ونظرة العاملين الاجتماعيين على أنه دورهم أساسي وفاعل في الخدمة العلاجية النفسية، لأن الجانب النفسي لا يكتمل الا بوجود جانب اجتماعي يتواصل مع الأهل والمحيط وكذلك المنتفع نفسه، وهم يروا أنه لا يوجد مريض نفسي بدون سبب اجتماعي مهم، وكذلك يروا بأن الفريق النفسي المتعدد المهام لا يكتمل الا بوجود أخصائي اجتماعي يعمل على الربط بين العمل النفسي بمعني المريض النفسي بالعيادة والمجتمع والبيئة التي يعيش فيها.

ويرى الباحث بأن أهمية دور الباحث الاجتماعي تكمن في ممارسته للعلاج النفسي ولدوره الاجتماعي المنوط به وذلك كما يرى (حمدان، 2013م، ص27) الإنسان يعيش في عالم اجتماعي حيث قدرته على تحقيق ذاته وتعريف نفسه، ويأتي ذلك من خلال نجاحهم في علاقاتهم الشخصية، والعلاج النفسي في إطار مجموعة علاجية يوفر الساحة الاجتماعية التي تمكن الأعضاء التعلم عن نواقصهم والعجز من خلال التفاعل مع أقرانهم والسلطة. والاعضاء هنا يمتلكوا الفرصة المناسبة لتجربة تعلم سلوكي جديد مكتسب حديثاً في بيئة محمية للفريق استعداداً لاستخدامها في العالم الخارجي.

أما فيما يخص فئة الأطباء النفسيين يرى الباحث أن الوصف الوظيفي للطبيب النفسي فيه الكثير من المهام ومنها المتابعة الفنية والتشخيصية والعلاجية والدوائية للمنتفعين، والإشرافية للعاملين في المراكز النفسية، وكذلك حصول الأطباء على العديد مكن الدورات والمؤتمرات الخاصة في المجال العلاجي النفسي.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه بعض نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (الشرقا، 2011م) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير التخصص في بعد الطموح المهني.

الفرضية 6.1/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-9 سنوات، 10 سنوات فأكثر)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.18) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب سنوات الخبرة (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي	بين المجموعات	66.6	2	33.3	0.72	//0.488
	داخل المجموعات	5,067.9	110	46.1		
	المجموع	5,134.5	112			
الجانب الوجداني	بين المجموعات	15.8	2	7.9	0.41	//0.664
	داخل المجموعات	2,120.3	110	19.3		
	المجموع	2,136.2	112			
الجانب السلوكي	بين المجموعات	31.5	2	15.7	0.38	//0.688
	داخل المجموعات	4,606.8	110	41.9		
	المجموع	4,638.2	112			
الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	بين المجموعات	282.7	2	141.4	0.61	//0.547
	داخل المجموعات	25,631.5	110	233.0		
	المجموع	25,914.2	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-9 سنوات، 10 سنوات فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز

الصحة النفسية باختلاف عدد سنوات الخبرة لديهم درجات متقاربة من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية في قطاع غزة.

• لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أبعاد مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية التالية (الجانب المعرفي، الجانب الوجداني، الجانب السلوكي) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-9 سنوات، 10 سنوات فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف عدد سنوات الخبرة لديهم درجات متقاربة من أبعاد الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية التالية (الجانب المعرفي، الجانب الوجداني، الجانب السلوكي) في قطاع غزة.

ويعزو الباحث حصول العاملين على درجات متقاربة لأنهم حاصلين على تدريب موحد متقارب، وجميعهم حاصل على خبرات عملية متعددة تؤهلهم القيام بمهامهم الوظيفية كل حسب تخصصه. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (القباطي، 2005م) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين اتجاهات الأطباء نحو العلاج النفس وفقاً لمتغير سنوات الخدمة.

الفرضية 6.2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-9 سنوات، 10 سنوات فأكثر)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.19) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب سنوات الخبرة (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الكفاءة الشخصية	بين المجموعات	55.1	2	27.5	1.09	//0.340
	داخل المجموعات	2,783.2	110	25.3		
	المجموع	2,838.3	112			
الكفاءة المعرفية	بين المجموعات	35.7	2	17.9	1.57	//0.213
	داخل المجموعات	1,252.2	110	11.4		
	المجموع	1,287.9	112			
الكفاءة الوجدانية	بين المجموعات	6.0	2	3.0	0.85	//0.432
	داخل المجموعات	390.4	110	3.5		
	المجموع	396.4	112			
الكفاءة الادائية	بين المجموعات	29.8	2	14.9	2.14	//0.123
	داخل المجموعات	768.0	110	7.0		
	المجموع	797.9	112			
الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية	بين المجموعات	346.7	2	173.4	1.32	//0.271
	داخل المجموعات	14,424.3	110	131.1		
	المجموع	14,771.0	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الكفاءة المهنية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكلية للكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-9 سنوات، 10 سنوات فأكثر)،

مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف سنوات الخبرة لديهم درجات متقاربة من الدرجة الكلية للكفاءة المهنية في قطاع غزة.

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أبعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الأدائية) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-9 سنوات، 10 سنوات فأكثر)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف سنوات الخبرة لديهم درجات متقاربة من أبعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الوجدانية، الكفاءة الأدائية) في قطاع غزة.

ويعزو الباحث ذلك لوجود تبادل خبرات وخضوعهم لنفس التدريب، وإذا كنا نتحدث عن كبار السن وما يتمتعوا به من سنوات خبرة أكثر، فإن صغار السن من العاملين حاصلين الكثير منهم على درجات ومستويات علمية عالية، كذلك إلى ما يتمتع به صغار السن من الحماسة والدافعية للحصول على مؤهلات علمية والإبداع والتطور وتحقيق الذات، بالإضافة إلى طبيعة ووصف العمل الذي يتيح للجميع الحصول على نفس درجات الخبرة المتساوية والمتقاربة، وكذلك تنوع مجال الخبرات داخل وخارج المراكز، والتحاق الكثير من العاملين في مجال تقديم خدمات التنقيف النفسي والمجتمعي من خلال برامج الإدارة العامة للصحة النفسية، أو تقديم العاملين خدمات الدعم النفسي والاجتماعي من خلال برنامج مساعدة المساعدين الذين يستهدف بالدرجة الأولى العاملين في المراكز الصحية من أطباء ومسعفين وخدمات ودفاع مدني، والبرنامج الآخر برنامج شفاء الجروح الذي يستهدف في الدرجة الأولى ذوي الإعاقة الذين أصيبوا في الحروب السابقة في قطاع غزة، وهذان البرنامجان اللذان أتاحا الفرصة وغيره من البرامج للإدارة العامة التي أكسبت العاملين العديد من الخبرات المتنوعة والمتقاربة التي تخدم العاملين والمنفعين وتهدف إلى زيادة كفاءتهم المهنية. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما جاءت وتوصلت إليه دراسة (خطاب، 2011م) أن نتائج سنوات الخبرة تؤثر على الكفاءة المهنية للممرضات، فكلما زادت سنوات الخبرة عن عشر سنوات زادت الكفاءة المهنية، أي أن علاقة طردية، ودراسة (العمرين، 2008م)، وكذلك دراسة (الحراشنة، 2001م).

الفرضية 7.1 / لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي ، عيادة غرب غزة ، عيادة الصوراني ، عيادة أبو شباك ، عيادة الزوايدة ، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:
جدول (5.20) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجانب المعرفي	بين المجموعات	194.7	6	32.4	0.70	//0.653
	داخل المجموعات	4,939.8	106	46.6		
	المجموع	5,134.5	112			
الجانب الوجداني	بين المجموعات	265.3	6	44.2	2.51	*0.026
	داخل المجموعات	1,870.9	106	17.6		
	المجموع	2,136.2	112			
الجانب السلوكي	بين المجموعات	604.8	6	100.8	2.65	*0.020
	داخل المجموعات	4,033.4	106	38.1		
	المجموع	4,638.2	112			
الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية	بين المجموعات	2,656.9	6	442.8	2.02	//0.070
	داخل المجموعات	23,257.3	106	219.4		
	المجموع	25,914.2	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- **الدرجة الكلية "الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية":** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف مكان العمل لديهم درجات متقاربة من الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية في قطاع غزة.
- **البعد الأول الجانب المعرفي:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات الجانب المعرفي لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف مكان العمل لديهم درجات متقاربة من الجانب المعرفي في قطاع غزة.
- **البعد الثاني الجانب الوجداني:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الجانب الوجداني ($f=2.51, p\text{-value} < 0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في عيادة رفح لديهم مستوى الجانب الوجداني أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية التالية (مستشفى الطب النفسي، عيادة الصوراني، عيادة الزوايدة)، كما لوحظ بأن العاملين في عيادة غرب غزة لديهم مستوى الجانب الوجداني أعلى من العاملين في عيادة الصوراني، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.
- **البعد الثالث "الجانب السلوكي":** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الجانب السلوكي ($f=2.65, p\text{-value} < 0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة

الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في عيادة رفح لديهم مستوى الجانب السلوكي أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية التالية (مستشفى الطب النفسي، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك)، كما لوحظ بأن العاملين في عيادة خانيونس لديهم مستوى الجانب السلوكي أعلى من العاملين في عيادة الصوراني، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

جدول (5.21) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب التخصص

الأبعاد	مكان العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الفروقات البعدية						
				1	2	3	4	5	6	7
الجانب الوجداني	مستشفى الطب النفسي	52	42.0	1	//0.083	//0.107	//0.592	//0.870	//0.479	**0.006
	عيادة غرب غزة	10	44.5	-	1	*0.010	//0.374	//0.224	//0.381	//0.426
	عيادة الصوراني	10	39.6	-	-	1	-	//0.103	//0.068	**0.001
	عيادة أبو شباك	9	42.8	-	-	-	1	//0.765	//0.940	//0.098
	عيادة الزوايدة	10	42.2	-	-	-	-	1	//0.691	*0.046
	عيادة خان يونس	12	42.9	-	-	-	-	-	1	//0.089
	عيادة رفح	10	46.0	-	-	-	-	-	-	1
الجانب السلوكي	مستشفى الطب النفسي	52	54.5	1	//0.549	//0.188	//0.973	//0.247	//0.124	**0.002
	عيادة غرب غزة	10	55.8	-	1	//0.140	//0.633	//0.664	//0.501	//0.053
	عيادة الصوراني	10	51.7	-	-	1	//0.335	//0.057	*0.028	**0.001
	عيادة أبو شباك	9	54.4	-	-	-	1	//0.369	//0.251	*0.019
	عيادة الزوايدة	10	57.0	-	-	-	-	1	//0.826	//0.131
	عيادة خان يونس	12	57.6	-	-	-	-	-	1	//0.174
	عيادة رفح	10	61.2	-	-	-	-	-	-	1

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 ١١ غير دالة إحصائياً

يعزو الباحث عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل، بسبب أن نماذج العمل موحدة في جميع مراكز الصحة النفسية ومشفى الطب النفسي، من

نماذج تقييم او متابعة أو حتى تدخل، وكذلك معايير التشخيص موحدة وهي DSM5 الدليل التشخيصي الخامس الأمريكي، ومبادئ العمل والتدخل العلاجي موحدة، وكذلك مهارات المقابلة العلاجية وطرق الحصول على المعلومات، وأخلاقيات العمل العلاجي التي تضمن كرامة ومهنية وشخصية المنتفع موحدة. حيث تم تدريب العاملين كلهم على نفس هذه المعايير، وعلمهم الميداني ضمن مجموعات إشرافية كل حسب مركزه موحدة.

كما ويعزو الباحث إرتفاع المستوى الوجداني لدى العاملين في مراكز رفح وغرب غزة إلى ثبات عمل الطبيب وهو المدير الطبي في مكان العمل، وعدم تغطيته للعمل في أماكن أخرى مما يزيد من الكفاءة الوجدانية وارتباط العاملين الوجداني والسلوكي للأدائي للعمل، وكذلك وجود الطبيب وكافة الفريق العامل في المركز يساهم في خلق جو من الاستقرار والهدوء، ويغني العاملين عن الكثير من المتاعب والضغوط التي قد يتعرضوا لها في حال غياب أو تغطية العمل من قبل الطبيب، حيث أيضاً يضيف الباحث أن عيادة رفح يوجد بها طبيبان، وحسب وصف العاملين أنفسهم في المركزين انهم يتمتعوا بعلاقات شبه أسرية فيما بينهم، وروح المحبة وفريق العمل تسود بينهم مما يساهم في التغلب على الكثير من العقبات والمساهمة في إنجاز العمل، بالإضافة الى التزاور العائلي والاجتماعي فيما بينهم الذي يعمل على زيادة العلاقات المهنية فيما بينهم والتي تنعكس على أدائهم وممارستهم للعمل وبالتالي على كفاءتهم المهنية بشكل عام وكفاءتهم الوجدانية بشكل خاص.

ويؤكد الباحث على أهمية التقييم للتعرف على الكفاءة المهنية لدى العاملين وهذا يتفق مع ما يراه (الحنيفة، 2003م، ص 27) إن الهدف الأساسي من تقييم كفاءة الاداء هو تحقيق أعلى مستوى من الأداء داخل المنظمة وبمستوى من الكفاءة الإنتاجية، حيث يعتبر التقييم من الركائز الأساسية المؤثرة في مجالات التطوير والتنمية المختلفة وبما أن الفرد هو المحور الأساسي في عملية التقييم من خلال إسناد الوظائف إلى الأكفاء من العاملين على تحمل المسؤولية والنهوض بأعباء الموظف، لذا كان من الطبيعي وجود معايير ومستويات محددة لتقييم أداء العاملين والتأكد من صلاحياتهم للأعمال المنوطة بهم.

الفرضية 5.2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha < 0.05$) في درجات الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب مكان العمل (مستشفى الطب النفسي ، عيادة غرب غزة ، عيادة

الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.22) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات الكفاءة المهنية وأبعاده لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب مكان العمل (ن = 113)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الكفاءة الشخصية	بين المجموعات	311.9	6	52.0	2.18	//0.050
	داخل المجموعات	2,526.4	106	23.8		
	المجموع	2,838.3	112			
الكفاءة المعرفية	بين المجموعات	122.4	6	20.4	1.85	//0.095
	داخل المجموعات	1,165.5	106	11.0		
	المجموع	1,287.9	112			
الكفاءة الوجدانية	بين المجموعات	44.5	6	7.4	2.23	*0.046
	داخل المجموعات	351.9	106	3.3		
	المجموع	396.4	112			
الكفاءة الادائية	بين المجموعات	58.7	6	9.8	1.40	//0.220
	داخل المجموعات	739.2	106	7.0		
	المجموع	797.9	112			
الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة المهنية	بين المجموعات	1,620.4	6	270.1	2.18	//0.051
	داخل المجموعات	13,150.6	106	124.1		
	المجموع	14,771.0	112			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- الدرجة الكلية "الكفاءة المهنية": لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) في الدرجة الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، مما يعني بأن

العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف مكان العمل لديهم درجات متقاربة من الكفاءة المهنية في قطاع غزة.

• لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أبعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الأدائية) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، مما يعني بأن العاملين في مراكز الصحة النفسية باختلاف مكان العمل لديهم درجات متقاربة من أبعاد الكفاءة المهنية التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة المعرفية، الكفاءة الأدائية) في قطاع غزة.

• **البعد الثالث الكفاءة الوجدانية:** لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الكفاءة الوجدانية ($f=2.23, p\text{-value} < 0.05$) لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل (مستشفى الطب النفسي، عيادة غرب غزة، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك، عيادة الزوايدة، عيادة خانيونس، عيادة رفح)، ولكتشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد لوحظ بأن العاملين في عيادتي (خانيونس، رفح) لديهم مستوى الكفاءة الوجدانية أكبر من العاملين في مراكز الصحة النفسية التالية (مستشفى الطب النفسي، عيادة الصوراني، عيادة أبو شباك)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الجامعات الأخرى.

جدول (5.23) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وأبعاده لدى

العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة حسب مكان العمل

الأبعاد	مكان العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الفروقات البعدية						
				1	2	3	4	5	6	7
الكفاءة الوجدانية	مستشفى الطب النفسي	52	16.2	1	//0.942	//0.234	//0.461	//0.182	*0.046	*0.035
	عيادة غرب غزة	10	16.2		1	//0.328	//0.525	//0.328	//0.149	//0.114
	عيادة الصوراني	10	15.4			1	//0.751	//0.052	*0.015	*0.011
	عيادة أبو شباك	9	15.7				1	//0.114	*0.040	*0.031
	عيادة الزوايدة	10	17.0					1	//0.670	//0.541
	عيادة خان يونس	12	17.3						1	//0.831
	عيادة رفح	10	17.5							1

يعزو الباحث عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان العمل، وذلك كما أشار الباحث سابقاً إلى أن العاملين حاصلين على نفس التدريب، ويخضعون لبرنامج تقييم موحد ضمن معايير محددة ومعروفة، وايضاً المجال الذي يخدم بها العاملون موحد تقريباً مع اختلاف البيئة والثقافة والنظرة للعلاج النفسي من مكان لآخر في قطاع غزة، ويذكر أن كل مركز من المراكز يشمل فريق متعدد المهام من جميع فئات العمل (الأطباء- الأخصائيين النفسيين). والاجتماعيين- التأهيل- الحكماء النفسيين) الذي يقدم الخدمة النفسية المناسبة.

كما ويعزو الباحث ارتفاع الكفاءة الوجدانية في مركزي (خانيونس، رفح) مقارنة مع باقي المراكز بسبب استقرار المدير الطبي في المركز وعدم تغطيته للعمل في مراكز أخرى عندما حسب طبيعة وملائمة العمل، حيث يرى الباحث استقرار المدير الطبي أي المشرف الفني للعاملين في مركز العاملين وارتباطه الوجداني والسلوكي والادائي في العيادة ينعكس على العاملين تلقائياً وعلى أدائهم مقارنة مع الأطباء الآخرين الذين يغطون العمل كل يوم في مركز ما.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة السابقة دراسة (إبراهيم، 2005م) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة بين الكفاءة المهنية لدى المعلمين، والضغط النفسي. ويرى الباحث أن هناك الكثير من الدراسات التي تحدثت عن تقييم العاملين ومدى فائدة ذلك عليهم وعلى العمل مثل دراسة (الشريف، 2004م) التي يضيف فيها "يسهم تقييم الأداء في الكشف عما يكون هناك من طاقات وقدرات كامنة لدى العاملين ويمكن أن يكون ذلك مدخلاً لإعادة تقسيم العمل، وتوزيع المسؤوليات والأعباء والادوار، بما يكفل الاستفادة من هذه الطاقات والقدرات البشرية، ويقلل من الصراعات والنزاعات ومظاهر عدم الرضا"

كما ويذكر (ربيع، 2000م، ص ص 96 - 97) بأن الأداء الجيد يتطلب من الفرد تمتعه براحة نفسية ودافعية لإنجاز ما هو مطلوب منه بالشكل الأفضل وتحقيق النجاح وتجنب الفشل، وتؤثر على سلوك الفرد فتجعلها في وضع الجاهزية للقيام بالمهام الموكلة إليه، كما أنها تدفع الفرد للمثابرة في أداء الأعمال والالتزام بعمله والشعور بالانتماء للمؤسسة التي يعمل بها.

الفرضية الرابعة: يمكن التنبؤ بدرجة الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية من خلال الكفاءة المهنية للعاملين في مجال الصحة النفسية في قطاع غزة.

لاختبار هذه الفرضية تم إجراء الانحدار الخطي البسيط بالطريقة العادية للتعرف على المتغيرات التي يمكن من خلالها التنبؤ بدلالة إحصائية بالكفاءة المهنية (المتغير التابع)، وكذلك

لمعرفة الأهمية النسبية للمتغير المستقل على درجات الكفاءة المهنية، النتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.24) ملخص نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط بالطريقة العادية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية (المتغير المستقل) على مقياس الكفاءة المهنية (المتغير التابع)

مستوى الدلالة	اختبارات	المعاملات المعيارية	المعاملات الغير معيارية		المتغير المستقل Independent variable
		Beta بيتا	الخطأ المعياري SE	المعامل الباني B	
**0.002	3.115		7.150	22.274	الثابت
**0.001	13.746	.794	.044	.599	الدرجة الكلية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية
				**188.95	قيمة "F" (111، 1)
				0.627	معامل التحديد R ²

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق وجود تأثير جوهري ذو دلالة إحصائية للاتجاهات نحو الممارسات العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة على الكفاءة المهنية، وقد فسر هذا النموذج نسبة 62.7% من التباين الكلي في درجات الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة، ودالة إحصائياً (F=188.95, P<0.01) أما النسبة المتبقية وهي 37.3% ترجع إلى عوامل أخرى، فقد بلغ معامل التحديد للنموذج 0.627، ومن خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق تبين أن معاملات نموذج الانحدار دالة إحصائية، ويمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي التي تعين على التنبؤ بدرجات (الكفاءة المهنية) بمعلومية درجات الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية في الصورة التالية:

$$\text{الكفاءة المهنية} = 22.27 + 0.599 (\text{الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية})$$

من المعادلة السابقة تبين أنه كلما زادت درجات الاتجاهات نحو الممارسات العلاجية بدرجة واحدة كلما أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى الكفاءة المهنية عند العاملين في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة ب 0.599 درجة.

ويعزو الباحث النتيجة السابقة إلى تمتع العاملين في مراكز الصحة النفسية بالتدريبات العلمية والعملية، وخاصة تلك المبنية على مبدأ Learn By Do وهذا هو المنهج المتبع في التدريب والتعليم والممارسة الحديثة في معظم المؤسسات الدولية والمحلية، ومثال على ذلك برنامجي Helping of the Helpers and Healing wound، بالإضافة الى البرنامج الحديث برنامج التطوع لعدد من الخريجين والمتدربين، ويرى الباحث أن زيادة الخبرة والاستمرار في العمل، واكتساب المهارات اللازمة، والتعاطف والتعامل مع المنتفعين له علاقة لزيادة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وبالتالي زيادة الكفاءة المهنية.

توصيات الدراسة:

انطلاقاً من العرض السابق للإطار النظري والدراسات التي تتعلق بمتغيرات الدراسة، ووصولاً إلى فصل الخطوات الإجرائية وعرض النتائج وتفسيرها، توصل الباحث إلى:

1. إتاحة المجال لعمل المزيد من الدراسات التي تستهدف العاملين في مراكز الصحة النفسية في كافة المجالات التي تخصهم. وكذلك زيادة الدراسات التي تستهدف سبل وطرق زيادة الكفاءة المهنية لدى العاملين.
2. الاستفادة من نتائج الدراسة في تطوير معايير التقييم المتبعة بوزارة الصحة فيما يخص فئة العاملين في مراكز الصحة النفسية والتعرف على الجوانب التي تعيق عملهم.
3. الاستفادة من الدراسة الحالية في التدريبات التي تستهدف العاملين وأكثرها مناسبة التي من شأنها زيادة الكفاءة المهنية وتعزيز الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لديهم.
4. الاستفادة من الدراسة الحالية في تخصيص الفئات العاملة مثل الاجتماعيين والنفسيين والأطباء، وما يخص كل فئة من تدريبات متخصصة، أو دراسات معينة.
5. عقد لقاءات الإشراف الإكلينيكي في كل مركز، وكذلك القيام بأنشطة ترفيهية تساعد على التفريغ النفسي للعاملين بهدف التخفيف من ضغوط العمل.

مقترحات الدراسة:

- الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى مرشدي وزارة التربية والتعليم في قطاع غزة.
- فعالية برنامج إرشادي سلوكي لتنمية الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية.
- اتجاهات العاملين النفسيين في قطاع غزة نحو أسلوب العلاج المعرفي السلوكي وعلاقته بأدائهم الوظيفي.

المصادر والمراجع

أولاً : المصادر:

• القرآن الكريم

• المراجع العربية:

إبراهيم، الشافعي. (2005م). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالكفاءة المهنية والمعتقدات التربوية والضغوط النفسية لدى المعلمين وطلاب كلية المعلمين بالمملكة العربية السعودية

إبراهيم، عبد الستار. (2011م). عين العقل دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الإيجابي. ط1. القاهرة: دار الأنجلو المصرية.

إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز وإبراهيم، رضوان(2002). العلاج السلوكي للطفل- أساليبه ونماذج من حالاته. العدد(180). ص36.

إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز وإبراهيم، رضوى. (2003م). العلاج السلوكي للطفل والمرهق. ط2. الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر.

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، (2006م). ص ص 30 - 31.

أحمد، اسماعيل أحمد محمد. (2009م).الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى(رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.

أحمد، عبد الناصر. (2016م). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى الأخصائي النفسي المدرسي. جامعة عين شمس (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية. قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي.

الأسى، هدير. (2014م). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام- دراسة اكلينيكية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية. قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية-غزة.

الأغا، إحسان؛ الأستاذ، محمود. (2000م). مقدمة في تصميم البحث التربوي. ط2. غزة: الرنتيسي.

بارلو، ديفيد. (2004م). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية. القاهرة: الأنجلو المصرية. (ترجمة صفوت فرج).

بالمر، س. كورين، ب. رودل ب. (2008م). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. القاهرة: دار إيتراك للنشر والتوزيع. (ترجمة محمود مصطفى).

بخش، هالة طاهر. (1987م). تنمية أداء المعلمات في كفاءات تدريس الكيمياء بالمرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة عين شمس. القاهرة، مصر. ص ص 27-32.

بدوي، ولاء. (2009م). مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لخفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى عينات مصرية من مرضى نوبات الصرع المستعصية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة المنوفية. مصر.

بركات، خالد. (1997م). الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى. كلية التربية. قسم علم النفس.

بركات، زياد؛ حسن، كفاح. (2006م). الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين. جامعة القدس المفتوحة.

بركات، علي. (2010م). نظريات التعلم السلوكية. جامعة أم القرى. قسم علم النفس. كلية التربية، السعودية، ص 16.

البيستاني، عبد الله. (1980م). ط 1. الوافي معجم وسيط للغة العربية. بيروت: مكتبة لبنان.

البعليكي، منير. (2000م). قاموس المورد. بيروت: دار العلم للملايين.

بلحسيني، وردة. (2011م). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة قاصدي. مباح. الجزائر.

بلسم. (2002م). صحيفة اجتماعية ثقافية. غزة. فلسطين. (329) ص 63.

بني يونس، محمد. (2004 م). مبادئ علم النفس. ط 1. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

بوزيان، راضية. (2009م). اتجاهات الأطباء النفسانيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي النفسي العيادي. الملتقى المغاربي عنوان "العلاج النفسي بين التكوين والممارسة". كلية الآداب والعلوم الإنسانية. قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة العقيد الحاج لخضر باتنة. الجزائر.

- البيطار، ربا. (2014م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية كفاءة الذات لدى عينة من أطفال المؤسسات الإيوائية (دراسة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة. كلية التربية. قسم علم النفس.
- بيك، آرون. (2000م). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ط1. القاهرة: دار الآفاق العربية. (ترجمة عادل مصطفى).
- التميمي، عواد. (2000م). الحقيبة التعليمية تقنية للتعليم الذاتي ودعم للمناهج الدراسية. مجلة كلية المعلمين. الجامعة المستنصرية. العدد(22).
- أبو جادو، صالح محمد علي (1998م). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية. ط1. عمان: دار المسيرة. الجبالي، حمزة. (2005م). المشاكل النفسية عند الأطفال. ط1. القاهرة: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- الجبيري، أسماء؛ الديب، محمد. (1998م). سيكولوجية التعاون والتنافس الفردية. ط1. القاهرة. مصر: عالم الكتب.
- جمعة، يوسف. (2001م). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية. القاهرة: دار غريب.
- جواد، محمد؛ الخطيب، محمد. (2000م). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. ط2. كلية التربية. جامعة الأزهر. فلسطين. ص 228.
- حبيب، أحمد علي. (2006م). علم النفس الاجتماعي. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- الحبيب، طارق بن علي. (2004م). العلاج النفسي والعلاج بالقرآن. القاهرة: طيبة للنشر والتوزيع. ص 173.
- حجازي، مصطفى. (2011م). واقع الإرشاد الأسري ومتطلباته في دول مجلس التعاون. ط1. البحرين: تصدر عن المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. سلسلة الدراسات الاجتماعية. العدد (67) ص 42.
- الحديدي، منى وآخرون. (2006م). التأهيل الشامل. ط1. منشورات جامعة القدس المفتوحة. عمان. الأردن.

الحراشة، سالم. (2001م). *تقويم الكفاءة المهنية للمرشدين التربويين الأردنيين في المقابلة الإرشادية في ضوء نظريات الإرشاد وبرامج التدريب* (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة بغداد. كلية التربية.

الحري، أحمد. (2009م). *العلاج النفسي الجنائي - نموذج علمي وعملي في الدراسات التجريبية الإكلينيكية*. بيروت: دار الفرابي.

حسين، سلامة عبد العظيم. (2006م). *استراتيجية إدارة الضغوط التربوية والنفسية*. مصر: دار الفكر للنشر والتوزيع.

حسين، طه. (2004م). *الإرشاد النفسي - النظرية، التطبيق، التكنولوجيا*. عمان: دار الفكر.

حنفي، عبد الغفار. (2006م). *أساسيات إدارة منظمات الأعمال*. مصر. الدار الجامعية الإسكندرية.

أبو حطب، فؤاد؛ صادق، آمال. (2010م). *مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*. ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. (1) 104 - 105

الحنيفة، خالد. (2003م). *القيم التنظيمية وعلاقتها بكفاءة الأداء* (رسالة ماجستير غير منشورة). الرياض. أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.

حوطر، صلاح وآخرون. (1998م). *علم النفس العام*. مطبعة جامعة طنطا. مصر.

خان، أمير و حمزة. (1988م). *اتجاهات طلاب وطالبات التمريض نحو مهنة التمريض في المملكة العربية السعودية*. رسالة الخليج. العدد 27. مكتب التربية العربي لدول الخليج: الرياض.

خطاب، إيمان. (2011م). *الكفاءة المهنية وعلاقتها بالبناء النفسي لدى عينة من العاملين في مهنة التمريض* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس. كلية البنات للآداب والعلوم التربوية. قسم علم النفس. مصر.

خطاب، محمود؛ وحمزة، أحمد. (2008م). *سيكولوجية العلاج باللعب مع الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. ط1. جامعة عين شمس. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال. (2001م). *تعديل السلوك الإنساني*. ط4. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الخفش، سامح وديع. (2011م). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. ط1. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الحوالدة، محمد. (2007م). كتاب اللعب الشعبي عند الأطفال ودلالاته التربوية في إنماء شخصياتهم. عمان: دار المسيرة للنشر.

داهري، صالح. (2008). علم النفس. ط1. عمان: دار صفاء.

الداهري، صالح. (2005م). مبادئ الصحة النفسية. ط1. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

درويش، زين العابدين. (2005م). علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الفكر العربي.

الدقناوي، نادية محمد. (2008م). دوافع استخدام الأحداث الجانحين للمسلسلات والأفلام العربية التي يعرضها التلفزيون والإشباع المتحققة منها. دراسات الطفولة - مصر. ع (41)، 244.

دوابة، محمد. (2012م). الاتجاه نحو التطرف وعلاقته بالحاجات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (دراسة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر. كلية التربية. فلسطين.

دياب، مروان. (2006م). دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين (رسالة ماجستير منشورة). كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة.

أبو دوابة، محمد. (2012م). الاتجاه نحو التطرف وعلاقته بالحاجات النفسية لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر. غزة.

ربيع، محمد شحاتة. (2000م). أصول الصحة النفسية. ط2. مصر: مؤسسة نبيل للطباعة.

ربيع، هادي مشعان. (2008م). القياس والتقويم في التربية والتعليم. د.ط. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

الربيعية، فهد. (2012م). دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي. جامعة الملك سعود. كلية التربية.

رضوان، بواب. (2014م). الكفايات المهنية اللازمة لأعضاء هيئة التدريس الجامعي من وجهة نظر الطلبة (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة سطيف. الجزائر.

أبو رمان، فاطمة. (2008م). أثر برنامج إرشادي مستند الى نظرية الاختيار في الكفاءة الاجتماعية والكفاءة الذاتية المدركة لدى الأحداث الجانحين في الأردن (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عمان العربية للدراسات العليا. عمان.

الزعبي، ابتسام عبدالله. (2010م). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات السعوديات (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة ام القرى. السعودية.

الزغول، عماد. (2003م). نظريات التعلم . عمان. الأردن: دار الشروق.

زقوت، سمير. (2001م). الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.

أبو زهري، علي زيدان؛ الزعانين، جمال عبد ربه وحمد، جهاد جميل. (2008م). اتجاهات طلاب الجامعات الفلسطينية نحو العنف ومستوى ممارستهم له. مجلة جامعة الاقصى. 12(1)، 125-172.

زهرا، حامد عبد السلام. (2003م). علم نفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب.

زهرا، حامد. (1997م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثالثة. القاهرة: عالم الكتب. الزيات، فتحي. (2001م). البنية العاملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها. في سلسلة علم النفس المعرفي (6) ج 2 " مداخل ونماذج ونظريات"، القاهرة: دار النشر للجامعات، ص 491 - 538 .

الزيادي، محمود. (1987م). علم النفس الاكلينيكي، التشخيص والعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. ص 411.

ساري، حلمي وحسن، محمد. (2006م). علم النفس الاجتماعي. منشورات جامعة القدس المفتوحة. الأردن.

سبيرمان، بيرل. (2004م). قواعد التشخيص والعلاج النفسي. القاهرة: دار إيتراك للنشر والتوزيع.

- الستار، إبراهيم؛ عسكر، عبدالله. (2008م). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. ط4. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- سري، إجلال. (2000م). علم النفس العلاجي. ط2. القاهرة: عالم الكتب.
- سليمان، مهند. (2014م). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). فلسطين. الجامعة الإسلامية. غزة. ص ص 41-55.
- السليمان، محمد (2008م). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالكفاءة المهنية لدى عينة من معلمي المرحلة الثانوية في مدينة مكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى. كلية التربية. السعودية. ص64.
- سمور، عايش. (2006م). الأمراض النفسية- أسباب وتشخيص وعلاج. فلسطين: دار المقداد للطباعة. ص ص 431-441.
- سميسم، حميدة. (2005م). نظريات الرأي العام. ط1. القاهرة: الدار الثقافية للنشر.
- السيد، خالد عبد الرازق. (2001م). فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض اضطرابات السلوك لدى أطفال الروضة، مجلة الطفولة والتنمية 1(3): المجلس الوطني للطفولة والتنمية. ص77.
- السيد، عبد الحليم وآخرون. (2003م). علم النفس الاجتماعي المعاصر. ط1. القاهرة: دار ايتراك للنشر والتوزيع.
- السيد، نفين. (2009م). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللائق للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان. (26) 695-748.
- السيد، يسري. (2007م). تنمية الكفايات المهنية للمعلمات في كيفية إعداد الخطط العلاجية لتحسين المستوى التحصيلي.
- شحاتة، حسن والنجار، زينب. (2003م). معجم المصطلحات التربوية والنفسية، مراجعة. حامد عمار. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- الشرفا، عبير. (2011م). الذات المهنية للمرشدين النفسيين في العمل الإرشادي التربوي بقطاع غزة (دراسة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. كلية التربية. قسم علم النفس. غزة.

- الشرقاوي، أنور. (2012م). *التعلم نظريات وتطبيقات*. ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشريف، طلال. (2004م). *الأنماط القيادية وعلاقتها بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين بإمارة مكة المكرمة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الرياض. أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.
- شعبان، شيماء. (2010م). *فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة لدى الأطفال المضطربين لغويا* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة. كلية التربية. قسم علم النفس.
- شكير، زينب. (2000م). *الشخصية السوية والمضطربة*. ط2. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- شواش، تيسير إلياس. (2012م). *دليل الأخصائيين النفسيين والمرشدين في فن التعامل مع ضحايا العنف*. اللجنة الوطنية الأردنية لشئون المرأة. عمان. الأردن. ص106.
- شويح، أيوب. (2016م). *فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية المسؤولية الاجتماعية لدى الأيتام بمعهد الأمل بغزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية. غزة. كلية التربية. قسم علم النفس.
- شبكة، نبيلة. (2002م). *فاعلية برنامج في الإرشاد العقلاني الانفعالي لتحسين مستوى الصحة النفسية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس. القاهرة.
- صالح، أحمد زكي. (2004م). *نظريات التعلم*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- صبيحات، شوقي. 2003م. *دوافع التحاق الطلبة ببرامج الدراسات العليا في الجامعات الفلسطينية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. كلية الدراسات العليا. نابلس.
- الصقر، تيسير علي. (2005م). *مستوى النمو الأخلاقي والكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات* (رسالة دكتوراه غير منشورة).
- ضمرة، جلال وآخرون. (2007م). *تعديل السلوك*. ط1. عمان. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- طعيمة، رشدي؛ غريب، حسين. (1986م). *الكفايات التربوية اللازمة لمعلم التعليم الأساسي بين الحاضر والمستقبل* (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية. جامعة حلوان.
- الطواب، سيد. (2001). *اللعب التمثيلي في النمو اللغوي لدى أطفال الحضانة*. علم النفس. مجلة كلية التربية. جامعة الإمارات العربية المتحدة. (17).

- عبد الصمد، شعبان. (1994م). مكونات العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والشخصية والاتجاهات السياسية لدى طلاب الجامعة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عين شمس. القاهرة.
- عبد العظيم، طه. (2007م). العلاج النفسي المعرفي. ط1. الاسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر.
- عبد الغفار، عبد السلام. (2001). مقدمة في الصحة النفسية. ط2. ص ص 221 - 229. مصر: دار النهضة العربية.
- عبد الله، عادل. (2000م). العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- عبد المجيد منصور وآخرون. (2001م). علم نفس الطفولة الأسس الاجتماعية والنفسية والهدى الإسلامي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد المعطي، مصطفى حسين. (2005م). موسوعة علم النفس العيادي - علم النفس الإكلينيكي، ط1. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر. ص 145.
- عبد المقصود، السعيد؛ أحمد، شحاتة؛ أحمد سيد؛ والشخبي، علي. (1991م). المعلم ومهنة التعليم. القاهرة: مطبعة أبناء وهبة.
- عبدات، روجي؛ البشيتي، نضال. (2006م). دور مؤسسات المجتمع المحلي في تأهيل وتشغيل الأشخاص المعاقين بدولة الإمارات العربية المتحدة. الشارقة للخدمات الإنسانية. المؤتمر الأول للتأهيل المجتمعي في الدول العربية. دولة الامارات المتحدة.
- عبيدات، ذوقان. عدس، عبد الرحمن؛ عبد الحق، كايد. (2001م). البحث العلمي مفهومه، وأدواته وأساليبه، ط3. غزة: مطبعة الرنتيسي للطباعة والنشر.
- العنبي، فالح. (2011م). دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة). قسم العلوم الاجتماعية. جامعة نايف العربية للعلوم الاجتماعية. السعودية.
- عربيات، أحمد عبد الحليم؛ أبو سعد، أحمد عبد اللطيف. (2009م). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- عربيات، أحمد عبد الحليم؛ أبو سعد، أحمد عبد اللطيف. (2012م). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. ط2. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- عصفور، وصفي. (1994م). المنحى العقلاني والمعرفي في التوجيه والإرشاد. معهد التربية. الأونروا. اليونسكو. الأردن. ص12.
- عطية، محسن. (2009م). الجودة الشاملة والجديد في التدريس. ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عقل، عبد اللطيف. (1999م). علم النفس الاجتماعي. عمان: دار البيروق للطباعة والنشر.
- عكاشة، احمد. (2010م). الطب النفسي المعاصر. ط5. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- علاء الدين، جهاد. (1999م). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي لدى عينة من المراهقات الأردنيات (رسالة دكتوراه غير منشورة). القاهرة. جامعة القاهرة: معهد الدراسات والبحوث التربوية.
- علي، حميدة. (2011م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوي عسر القراءة. مجلة جامعة كلية التربية. جامعة بور سعيد. العدد (10). ص ص 111 - 160.
- العمرين، ابتسام. (2008م). مستوى الصحة النفسية بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية. الجامعة الإسلامية. قسم علم النفس. غزة. فلسطين.
- العناني، حنان. (2008م). علم النفس التربوي. ط4. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- العنزي، مها. (2013م). فاعلية برنامج إرشادي باللعب لتخفيض مستوى الاكتئاب لدى أطفال مرضى الفشل الكلوي بمدينة الملك عبد العزيز الطبية للحرس الوطني بمدينة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. قسم العلوم الاجتماعية والنفسية. كلية الدراسات العليا. الرياض.
- العيسوي، طارق. (2010م). التأهيل النفسي لحالات الشلل الدماغي. ورقة عمل.
- العيسوي، عبد الرحمن. (د ت). سيكولوجية العمل والعمال. موسوعة كتب علم النفس الحديث. كلية الآداب. جامعة الإسكندرية: دار الراتب الجامعية. ص ص 96 - 97.
- الغامدي، سعيد. (2001م). اتجاه المعلمين نحو التقاعد المبكر في مدينة مكة المكرمة وعلاقته ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية. جامعة أم القرى.

غانم، محمد. (2000م). *اتجاهات حديثة في العلاج النفسي*، ط1. جامعة القاهرة. القاهرة. مصر.

غراوة، كلاوس؛ دوناتي، روث وبيرناور، فريديريكة. (2012م). *مستقبل العلاج النفسي*. (ترجمة سامر رضوان). دمشق: وزارة الثقافة (العمل الأصلي نشر في عام 1994).

الغريز، أحمد؛ النوايسة، أديب. (2010م). *اللعب وتربية الطفل للمعلمات في الروضة- الآباء والأمهات في المنزل*. الشارقة: مكتبة الجامعات.

فايد، حسين علي (2004م). *علم النفس المرضي*. الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

الفتلاوي، سهيلة. (2003م). *كفايات التدريس المفهوم والتدريب والأداء*. ط3 عمان: دار الشروق.

فرج عبد القادر وآخرون. (1993م). *معجم علم النفس والتحليل النفسي*. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.

فلية، فاروق، و الزكي، عبد الفتاح. (2004م). *معجم مصطلحات التربية لفظاً واصطلاحاً*. الاسكندرية: دار الوفاء.

فوزي، طعيمة؛ زين الدين، حنان لطفي. (2007م). *علم النفس الاكلينيكي*. فلسطين: دار الشروق للنشر والتوزيع.

القاسم، بديع مبارك. (2001م). *علم النفس المهني بين النظرية والتطبيق*: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

قاسم، نادر؛ الهران، عيبر. (2015م). *الخصائص السيكومترية لمقياس الكفاءة المهنية*. مجلة كلية التربية. جامعة عين شمس. ج(1). 684 (39).

القباطي، أحلام. (2005م). *اتجاه الأطباء نحو العلاج النفسي بحسب التخصص والممارسة*. جامعة صنعاء. اليمن.

قطامي، يوسف؛ قطامي، نايفة. (2000م). *سيكولوجية التعليم الصفي*. ط1. الأردن. عمان: دار الشروق.

القططي، وليد. (2012م) *فاعلية برنامج إرشادي لخفض درجة الجموح الفكري لدى طلبة الثانوية العامة بمحافظات غزة* (رسالة دكتوراه غير منشورة). القاهرة: معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

- كلارك، مونتاكس. (2014). علاج الأطفال باللعب. القاهرة. دار النهضة العربية. (ترجمة د. عبد الرحمن سيد سليمان).
- الكليبية، منى. (2013م). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تنمية المسؤولية الاجتماعية والكفاءة الذاتية المدركة لدى نزيلات السجن المركزي بسمائل (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية العلوم والآداب الإنسانية. جامعة نزوي. الجزائر.
- الكندي، وليد. (1999م). تقويم أداء معلمي اللغة العربية بالمرحلة الابتدائية بدولة الكويت في ضوء الكفايات التربوية اللازمة لهم. (رسالة ماجستير غير منشورة)، معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة.
- الكندي، أحمد. (1993م). علم النفس الأسري. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- ليهي، روبرت. (2006م). العلاج المعرفي في الاضطرابات النفسية. القاهرة: دار إيتراك للنشر والتوزيع. (ترجمة جمعة يوسف ومحمد الصبوة).
- الزيات وآخرون. (2004م). المعجم الوسيط. (د.ط.). القاهرة: مكتبة الشروق الدولية.
- المحارب، ناصر. (2000م). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض: دار الزهراء.
- محمد، عادل. (2000م). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- مذكرات في علم النفس التعليمي. (2005م). إعداد قسم علم النفس التعليمي. كلية التربية. جامعة الأزهر. غزة. فلسطين.
- مرسيلينا ، حسن. (2013م). الدعم النفسي ضرورة مجتمعية. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية. العدد(31).
- المرشد في الطب النفسي. (1999م). كتاب جامعي. المكتب الاقليمي لشرق المتوسط: منظمة الصحة العالمية. ص ص 219 - 220
- مرعي، توفيق وبلقيس، احمد. (1984م). الميسر في علم النفس الاجتماعي. ط2. عمان: دار الفرقان.
- المعاينة، خليل. (2000م). علم النفس الاجتماعي. ط1. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- معتز، سيد عبدالله. (2000م). *بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية*. المجلد (3). القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر. ص 100.
- مغربي، عمر. (2008م). *الذكاء الانفعالي وعلاقته بالكفاءة المهنية لدى عينة من معلمي المرحلة الثانوية في مدينة مكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. ص 9. كلية التربية قسم علم النفس. جامعة أم القرى.
- مفتاح، عبد العزيز. (2001م). *علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة*. بيروت: دار قباء للنشر. ص 185 - 188.
- مقدادي، يوسف فرحان. (2008م). *فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. مجلة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية*. الأردن. 20(2) 271 - 279.
- مليكة، لويس. (1990م). *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: دار الكتب. ص ص 70 - 80.
- مهند، حمدان. (2012م). *معرفة واتجاهات وممارسة مهنيي الصحة النفسية المجتمعية حول العلاج الكلامي في العمل العيادي في مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. كلية التربية. الجامعة الإسلامية.
- المؤمن، داليا. (2004م). *الأسرة والعلاج الأسري*. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
- ابن منظور، جمال الدين. (2002م). *لسان العرب*. (د.ط.). (ج1). بيروت: دار الكتب العلمية.
- ابن منظور، جمال الدين. (1970م). *لسان العرب*. القاهرة: دار المعرف.
- ابن منظور، جمال الدين. (د.ت.). *لسان العرب*. (د.ط.). مجلد (15). بيروت: دار صادر.
- نشوان، جميل. (2004م). *تطوير كفايات للمشرفين الأكاديميين في التعليم الجامعي في ضوء مفهوم إدارة الجودة الشاملة في فلسطين*. ورقة علمية مؤتمر التوعية في التعليم الجامعي الفلسطيني. جامعة القدس المفتوحة. رام الله.
- نقولا، العلوف. (1999). *المنجد في اللغة العربية*. لبنان: دار الشروق.
- النمري، عبد الرازق. (1988م). *الكفاءات المهنية والرضا الوظيفي لخريجي التعليم الفني بالمملكة العربية السعودية*. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- هاشم، زكي محمود. (1999). ط1. *إدارة الموارد البشرية*. ذات السلاسل للنشر والطباعة.

هاشم، زكي محمود. (1996م). إدارة الموارد البشرية. ط2. الكويت: ذات السلاسل للطباعة والنشر.

الهنداوي، علي فالح. (2003م). سيكولوجية اللعب. ط1. الأردن: دار حنين.

هوفمان، إسي جي. (2012م). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. (ترجمة د.مراد علي عيسى). ط1. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع. العمل الأصلي نشر عام 2012).

وحيد، أحمد. (2001م). علم النفس الاجتماعي. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

وزارة التربية الوطنية. مديرية المناهج والحياة المدرسية. (2009م). دليل الدعم النفسي الاجتماعي والمعرفي المنهجي.

وزارة الداخلية، الأمن الوطني. دراسة مهنية إعلامية (2000م). الكفاءة المهنية بين التكوين والممارسة. مجلة الإعلام والأمن. العدد(171). ص ص 123 - 124.

وصال، التجاني. (2015م). دور الاختصاصي النفسي الاكلينيكي كما يراه الأطباء النفسيون وأطباء الأعصاب العاملون بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم (رسالة دكتوراه غير منشورة). السودان.

ويتشن. (2009م). الاضطرابات العقلية اليدوية. (ترجمة سامر رضوان). ط1. الامارات: دار الكتاب الجامعي. (العمل الأصلي نشر في ألمانيا).

يحيي، رشيد. (2013م). تقويم أداء مدرسي العلوم في إقليم كوردستان العراق في ضوء مبادئ التدريس الفعال (دراسة دكتوراه غير منشورة). جامعة سانت كليمنتس العالمية. قسم العلوم. فرع دهوك.

ثانياً : المراجع الأجنبية

- Allport, G.W (1935) : *Attitude (in) Murchison ,(ED.) A handbook of Social Psychology*, Worcester , Mass : Clark University Press .
- Breckler, L. R. (2012). Attitudes and attitude change. *Annual review of psychology*, 48(1), 609-647.
- Wolpe and Lazarus., *Behavior Therapy Techniques, A Guide to the Treatment of Neuroses*, Oxford Perganon, 2007, P: 95 .
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The nature of attitudes. The psychology of attitudes*, 1-21.
- Lie, K. G., & Richardson, M. (1999). *Attitudes of health professionals towards cardiopulmonary resuscitation training for family members of cardiac patients. Coronary Health Care*, 3(2), 91-98.
- Brown, C. (2006): *Social Psychology, Sage course companions: Knowledge and skills or success*, Thousand Oaks: CA: Sage Publications.
- Oskamp, Sturat& Schults, P.(2005). *Attudes And Opionion. Thirth Edition. London. Lawerence Erlbaum Associates: Publishers Mahwah. Pennington, et al , (1999) : Understanding Comorbidity: A Twin Study of Reading Disability and Attention-Deficit/Hyperactivity. Mackay, D. (1975). Clinical Psychology Theory and Therapy. London: Methuen.*
- Robert, Barker. (2013).*The Social Work Dictionary Counselor*. London. Sage Publication.
- Bandura, A. (2000). *Self-Efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review*, 84(2),191-215
- Bandura, A. (2013). *Self Efficacy: The Exercise of Control*. NY: Freeman.
- White, R.W. (2003). *Motivation Reconsidered The Concepts of Competence. Psychological Review. Vol. P66.*

- White, J. R. (2000) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems*. In: J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Cognitive behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington, DC: American Psychological Association, 3–25.
- Mackay, D. (1975). *Clinical Psychology Theory and Therapy*.
- Michel, F. (2008). *Assert yourself*. Perth: Western Australia Center for Clinical Intervention.
- Manstead, A.S.R. (1996). *Attitudes and Behavior*. In Semin, G.R.; Fiedler, K. (Eds) *Applied Social Psychology*. SAGE publications, London.
- Brehm, S. and Kassin, S. (1996): *Social Psychology*, Third Edition, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Oskamp, S., & Schultz, P. W. (2005). *Attitudes and opinions*. Third Edition. Psychology Press.
- Krasner, L. (2013). *History of behaviour modification*. In A. S. Belick, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *International hand book of behaviour modification and therapy*. (2nd Ed.), New York: Plenum Press.
- Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (2013). *Clinical Behaviour Therapy*. New York: Holt, Rinehart& Winston.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New York: John Wiley.
- Corey, G. (2010). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Brooks, Cole-Publishing Company. P 150 - 179,
- Corey G. 2001. *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*. Wadsworth, New York, 102-103.
- Corey, G (2008): *Therapy and Practice of Group Counseling Australia*, Thomson Brooks cole.
- Michel ,f (2008).*assert yourself* . Perth : western Australia - *Centre for clinical interventions*. P88.
- Hersen, Michel& Sledge, William (2002): *Encyclopedia of Psychotherapy*, Vol 1, USA, Elsevier Science.

- William. T. o. Donohue, Jane .E. Fisher (2009): *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. John Wiley and Sons, Inc, Canada.
- Green, E. 2005. *Elementary school children's perceptions of the process of the counseling with school counselors who utilize play therapy techniques*, Retrieved from ProQuest digital UMI 3175819, Pro Quest information of learning company. P170.
- Bateman, A., Brown, D., Pedder, J. (2003). *Introduction to Talking therapy*. London: Routledge.
- Jackson, K. 2009. "The Use of Family Therapy Within a University Counseling Center", *Journal of College Student Psychotherapy*, 23 (4), 253-261.
- Hartshorne, S. and Sperry, L. and Watts, E. 2010. " Ethical Issues in Open-Forum Family Counseling or Education", *Journal of Individual Psychology*, 66 (2), 144-151.
- Szapocznik, José, and William M. Kurtines. 2012. *Breakthroughs in Family Therapy With Drug-Abusing and Problem Youth*. New York, N.Y.: Springer.
- Rosenthal, Ted L., and Anthony Bandura. 2013. "Psychological Modeling: Theory and Practice. In S. L. Garfield and A.E. Bergin (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 2nd ed. New York, N.Y.: Wiley, 621–58.
- Garfield, R. E., & Hayashi, R. H. (2013). *Appearance of gap junctions in the myometrium of women during labor*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 140(3), 254-260.
- Gurman, Alan S., and David P. Kniskern. 2014. *Handbook of Family Therapy. Volume II*. Routledge, New York, NY.
- Breham, s.(2007). *Social support processes, boundary, areasing social and developmental psychology*. new york: academic press, 107-129.
- Barrera, m.(2007). *Social support in the adjustment of pregnant adolcscents.assessment Issues*, in B.H gottliab(EDS) social networks and social support, Beverly, (A:sage,pp,69-96).
- Schuyler, D. (2003). *Cognitive therapy: A practical guide*. London: W.W. Norton.

- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of personality and social psychology*, 41(3), 586.
- Jenkins, G. D. (2012). *Are financial incentives related to performance? A meta-analytic review of empirical research. Journal of Applied Psychology*,
- Alexandre,fred (2012): *Self Efficacy and Work Related Performance : A Meta Analysis* , USA .
- Norcross J. C., Kaipiak , C.P., & Santoro,S.M (2005), *Clinical Psychologist in the 2000s: A national Study* . Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G.J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T., & Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder.
- Roth AD & Pilling S. 2007. *The competencies required to deliver effective cognitive and behavioral therapy for people with depression and with anxiety disorders.* York: Department of Health.
- Karmarkar, U.R., & Tormala, Z.L. (2010). *Believe me, I have no idea what I'm talking about: The effects of source certainty on consumer involvement and persuasion. Journal of Consumer Research*, 46, 1033-1049.
- National Institute of Mental Health. (2013) *Report of the Research Task Force. Research in the Service of Mental Health DHEW Publication NO. (ADM) 75-236* .
- Peters, J, (2007a). *We Need to Talk.* Te Pou O Te Whakaaro Nui, The National Centre of Mental Health Research and Workforce Development, Auckland, NZ.
- Stanton, M. Duncan, and Thomas C. Todd. 1982. "Principles and Techniques for Getting Resistance Families Into Treatment." In M. D. Stanton and T. C. Todd (eds.). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction.* New York, N.Y.: Guilford.
- Gowing, L., Proudfoot. H., Henry-Edwards, S., & Teesson, M. (2001). *Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use.* Canberra: Australian National Council on Drugs.
- Barrera, m.(1981). *Social support in the adjustment of pregnant adolescents. assessment Issues,in B.H gottlieb(EDS) social networks and social support*, Beverly, (A:sage,pp,69-96).

McGuire J, Borowy T, Kolin I. *Attitudes toward mental health professionals in a hospital-based community mental health center*. Community Ment Health J. 2006 Spring;22(1):39-48.

Good, garter, V: *dictionary of education* , (3ad, ed) , new Yurok . MC .Graw ,hol book company, 2011

الفهارس العامة

الفهارس العامة

فهرس الآيات القرآنية:

رقم الصفحة	رقم السورة	السورة	رقم الآية	الآية
هـ	58	المجادلة	11	(يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ)
8	112	الإخلاص	3-4	(لَمْ يَلِدْ وَلَمْ يُولَدْ ○ وَلَمْ يَكُنْ لَهُ كُفُوًا أَحَدٌ ○)

فهرس الأحاديث الشريفة:

المصدر	رقم الصفحة في الرسالة	الحديث
مغربي، 2008	103	(إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه)
المحارب، 2000م	47	لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا

الملاحق

ملحق (1): قائمة المحكمين

مكان العمل	الأساتذة المحكمين	NO
جامعة الأقصى	أ. د نظمي أبو مصطفى	1
جامعة الأقصى	د. عيسى المحتسب	2
جامعة الأقصى	د. تغريد عبد الهادي	3
جامعة الأقصى	د. ياسرة أبو هدروس	4
الجامعة الإسلامية	د. انور العبادسة	5
الجامعة الإسلامية	د. جميل الطهراوي	6
الجامعة الإسلامية	د. عاطف الأغا	7
جامعة الأزهر	د. باسم كويك	8
مركز الإرشاد	أ. لمى التريزي	9
وزارة الصحة	أ، إسماعيل أبو ركاب	10
وزارة الصحة	أ. شادي بريخ	11

ملحق (2): إحصائية توضح توزيع العاملين الادارة العامة للصحة النفسية

توزيع العاملين



الفئة	المجموع	ذكور	إناث	ثانوية فأقل	دبلوم	بكالوريوس	دبلوم عالي	ماجستير	دكتوراه أو بورد
تمريض	٥٢	٢٩	٢٣	٠	١٣	٨	٠	٣١	٠
الأطباء	١٩	١٦	٣	٠	٠	١٠	٢	٦	١ بورد
أخصائيين نفسيين	٢٥	١٣	١٢	٠	٠	٣	١٣	٩	٠
أخصائيين اجتماعيين	١٩	٦	١٣	٠	٠	١٧	٠	٢	٠
أخصائيين تأهيل	٣	١	٢	٠	٠	٢	١	٠	٠

مجموع العاملين في الصحة النفسية: 118 عامل/ة

ملحق (3): كتاب تسهيل مهمة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة الإسلامية غزة
The Islamic University of Gaza

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

هاتف داخلي: 1150

رقم: ج س غ / 35
2016/10/22
تاريخ:

الأخ الدكتور / يحيى خضر
مدير دائرة الصحة النفسية المجتمعية
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

حفظه الله،

الموضوع / تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهدىكم تشؤون البحث العلمي والدراسات العليا أعظم تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب محمود احمد محمود عصفور، برقم جامعي 120130480 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعده في إعدادها والتي بعنوان:

الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية

والله ولي التوفيق...

نائب الرئيس لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

أ. د. عبدالرؤوف عني المناصاة

صورة توثيق

ملحق (4): الصورة الأولية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (للمحكمن)



الجامعة الإسلامية - غزة 4
كلية التربية - قسم علم النفس
الدراسات العليا
ماجستير صحة نفسية ومجتمعية

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الدكتور الفاضل/ة _____ المحترم/ة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

يُشرفني أن أضع بين يديك هذا المقياس كأداة لجمع البيانات المتعلقة بالجزء الميداني لدراستي استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، وهي بعنوان "الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية". بإشراف الدكتور الفاضل/ نبييل كامل دخان حفظه الله، ورغبة في الاستفادة من خبرتك وعلمك الوفير؛ أرجو التكرم بإفادتي عن مدى ملائمة الأبعاد والفقرات المسجلة، وذلك بوضع إشارة (✓) للفقرات المناسبة، وإجراء التعديل على الفقرات التي تحتاج إلى تعديل، أو اقتراح ما ترونه مناسباً، ليخرج هذا المقياس بصورة مفيدة للقارئ، أملاً في زيادة العائد العلمي للبيانات المدونة، وقد استخدم الباحث بدائل مقياس ليكرت الخماسي (غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة) علماً بأن مشكلة الدراسة تتحدد في التساؤل الرئيس الآتي:

ما الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟
وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما مستوى الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟.
 - 2- ما مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟.
 - 3- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية؟.
 - 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
 - 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
 - 6- يمكن التنبؤ بدرجة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية من خلال الكفاءة المهنية.
- فرضيات الدراسة:
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية والكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في الكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، التخصص، مكان العمل، المستوى التعليمي).
 - يمكن التنبؤ بدرجة الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية من خلال الكفاءة المهنية.
- قسم الباحث فقرات مقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية إلى ثلاثة أبعاد، وهي: بُعد المكون المعرفي، وبُعد المكون الوجداني، وبُعد المكون السلوكي.
- واعتمد الباحث تعريفه الإجرائي للاتجاهات نحو الممارسة العلاجية: ميول واستعدادات العاملين نحو استخدام طرق وأساليب العلاج النفسي.

مع خالص الشكر والتقدير،،،،

الباحث
محمود أحمد عصفور

2016 - 2015

No	العبارة	تقيس	لا تقيس	التعديل
الجانب المعرفي: هي ما يمتلكه العاملون في المجال النفسي من معلومات تخصصية وخبرات مهنية وشخصية وكذلك مهارات تمكنهم من تطبيق وممارسة العلاج النفسي.				
1	أسعى باستمرار لاكتساب مزيداً من المعرفة في مجال عملي			
2	أمتلك المعرفة بالنظريات الحديثة في العلاج النفسي وتطبيقاتها في العملية العلاجية			
3	أساهم في نقل الخبرات المعرفية والتدريبية الى الزملاء والمنتفعين			
4	أغتتم فرص التدريب لتنمية قدراتي ومهاراتي			
5	أتطلع الى زيادة خبرتي ومعرفتي في مجال المهنة			
6	أرغب بالمشاركة في اللقاءات والأنشطة المختلفة في مجال العلاج النفسي			
7	لدي المعرفة الجيدة بخطوات عملية العلاج النفسي			
8	لدي المعرفة الجيدة لتطبيق فنيات العلاج النفسي في العملية العلاجية			
9	لدي المعرفة الكافية بالعلاج المعرفي السلوكي			
10	أتابع كل ما هو جديد بشكل متواصل في العلاج النفسي			
11	أعتقد أن العملية العلاجية بحاجة إلى التدريب المتواصل			
12	تلقيت التدريب الكافي لممارسة العلاج النفسي			
13	أمتلك الاستراتيجيات المعرفية الفعالة لمساعدة المنتفعين			
14	أوظف تدريبي الذي أتلقاه في العيادة لتطوير أدائي المهني			
15	أكتشف ميولي واهتماماتي وأطورها كلما أمكن			
16	أحرص على حضور المؤتمرات والندوات الخاصة في مجال تخصصي			
17	أطمح في الحصول على مؤهلات عليا في تخصصي			
الجانب الوجداني: هي استعدادات وميول العاملين واتجاهاتهم نحو ممارسة العلاج النفسي				
18	أشعر أن مهنتي تتلاءم مع ميولي ورغباتي			
19	أشعر بالقناعة والرضا في عملي بمهنة العلاج النفسي			
20	لدي رغبة صادقة في العمل العلاجي			
21	أرى أن تعدد الممارسات العلاجية يساهم في مرونة اختيار الخدمة النفسية المقدمة			
22	أرى أن الممارسة العلاجية تتطلب جهد وطاقة داخل العيادة			
23	أؤمن بأهمية الممارسة العلاجية في العمل العيادي			
24	أؤمن بأن العلاج النفسي مهم وناجع لعلاج المنتفعين النفسيين			
25	أسعى لتحقيق ذاتي بما يتلاءم مع قدراتي وإمكاناتي			
26	أرى أن العلاج النفسي من الحاجات الأساسية في المجال الصحي			
27	أحرص على أن أكون مبدعاً ومجدداً في عملي العلاجي			

28	يشعرنى العمل العلاجي بالراحة والمتعة
29	افضل العمل كفريق داخل العيادة
30	أشعر بتشجيع الادارة لإنجاح العملية العلاجية
31	أطمح الى الارتقاء بوظيفتي
32	للاطلاع والتدريب أهمية كبيرة في نجاح الممارسة العلاجية
33	أتفهم مشاعر الآخرين وقيمهم واتجاهاتهم
34	أرى أن التعاون بين الفريق الطبي في العمل العيادي مهم في تعزيز طرق العلاج النفسي
35	أعتقد بأن تعاون المنتفع في العملية العلاجية يعزز من نجاحها
36	أفضل تبادل الخبرة والاستشارة بين زملاء المهنة
37	أشعر أن مهنة العلاج النفسي تحقق لي مكانة اجتماعية هامة
38	أتفهم وأحترم مشاعر المنتفعين بمهنية
الجانب السلوكي: القدرة على تطبيق القواعد النظرية والمهارات العلمية والعملية الأساسية في ممارسة العلاجية.	
39	أوظف فنيات المقابلة العلاجية في الممارسة العلاجية
40	أمارس العلاج النفسي بمختلف أنواعه بشكل مهني وفعال
41	أطبق خطوات جمع المعلومات في العلاج النفسي بمهنية
42	أطبق العلاج المعرفي السلوكي بخطواته العملية في العمل العيادي
43	أوظف التغذية الراجعة من المشرفين في النمو والتطور المهني
44	أطبق فن المقابلة العلاجية ومهارتها في العمل العيادي بإتقان
45	أرى بان سياسة المؤسسة التي اعمل بها تساعد وتشجع على ممارسة طرق العلاج النفسي
46	لدي القدرة على التشخيص أو المساعدة بالتشخيص
47	لدي القدرة على وضع الخطط العلاجية المناسبة
48	أمارس وأطبق خطوات ممارسة العلاج النفسي بالرغم من ضغوط العمل
49	أتحمس في تأدية مهامى العلاجية داخل العيادة
50	ممارستي للعلاج النفسي تعزز من إبراز منهجي العلاجي
51	أمتلك القدرة على بناء علاقة علاجية ناجحة مع المنتفعين
52	تنوع أساليب الممارسة تعزز شخصيتي المهنية وتقويها
53	أمارس أساليب العلاج النفسي بما يتلاءم مع حالة المنتفع
54	أمتلك القدرة على التعاطف الذاتي ومع الآخرين
55	لدي القدرة على تطبيق بعض الاختبارات والمقاييس الخاصة بالعلاج النفسي
56	أعمل على تعزيز نقاط قوتي وتدعيم وبناء نقاط ضعفي

ملحق (5): الصورة النهائية لمقياس الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية (للعينة الاستطلاعية والفعلية)



الجامعة الإسلامية - غزة
كلية التربية - قسم علم النفس
الدراسات العليا
ماجستير صحة نفسية ومجتمعية

بسم الله الرحمن الرحيم

الزملاء والزميلات الأفاضل:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "الاتجاهات نحو الممارسة العلاجية وعلاقتها بالكفاءة المهنية لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية" وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير من كلية التربية - تخصص الصحة النفسية والمجتمعية.

ونظراً لما عهدته فيكم من تعاون مثمر، فإنني أأمل من سيادتكم التكرم بالإجابة بكل موضوعية، على جميع فقرات المقياس، وذلك بوضع إشارة (√) في المكان المناسب. مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خطأ، الإجابة تُعد صحيحة - فقط - طالما تُعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة، ومما يجب التأكيد عليه أن إجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بسرية تامة، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي.

مع فائق شكري لكم لحسن تعاونكم،،،،

الباحث

محمود أحمد عصفور

البيانات الشخصية:

العمر: سنة الجنس: ذكر أنثى عدد سنوات الخبرة: سنة
عنوان العمل حسب المحافظة: الشمال غزة الوسطى خان يونس رفح
الحالة الاجتماعية: أعزب/آنسة متزوج أرمل/ة مطلق/ة
المستوى التعليمي: دبلوم بكالوريوس دراسات عليا غير ذلك
التخصص: طبيب نفسي حكيم نفسي ممرض عملي أخصائي نفسي
 باحث اجتماعي أخصائي تأهيل
مكان العمل: مستشفى الطب النفسي عيادة غرب غزة عيادة الصوراني عيادة أبو
شباك عيادة الزوايدة عيادة خان يونس عيادة رفح

2017 - 2016

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة	NO
					أرى أن الاطلاع النظري والتدريب العملي من مقومات النجاح في الممارسة العلاجية	1
					أسعى باستمرار لاكتساب مزيداً من المعرفة في مجال عملي	2
					أؤمن بأهمية الممارسة العلاجية في العمل العيادي لمساعدة المنتفعين	3
					لدي معرفة بالنظريات الحديثة في العلاج النفسي	4
					أساهم في نقل الخبرات المعرفية أو التدريبية الى الزملاء او المنتفعين	5
					أشارك في فرص التدريب لتنمية قدراتي ومهاراتي	6
					لدي معرفة جيدة بخطوات عملية العلاج النفسي	7
					لدي معرفة الجيدة بتطبيق فنيات العلاج النفسي في العملية العلاجية	8
					لدي المعرفة الكافية بالعلاج المعرفي السلوكي	9
					أعتقد أن العملية العلاجية بحاجة إلى التدريب المتواصل	10
					تلقيت التدريب الكافي لممارسة العلاج النفسي	11
					أمتلك الاستراتيجيات المعرفية الفعالة لمساعدة المنتفعين	12
					أوظف تدريبي الذي أتلّقه لتطوير أدائي المهني	13
					أكتشف ميولي واهتماماتي وأطورها دائماً	14
					أحرص على حضور المؤتمرات والندوات الخاصة في مجال تخصصي	15
					أرى بان تنوع أساليب الممارسة تعزز شخصيتي المهنية وتقويها	16
					أشعر أن مهنتي تتلاءم مع ميولي ورغباتي	17
					لدي رغبة صادقة في العمل العلاجي	18
					أحرص على أن اكون مبدعاً ومجدداً في عملي العلاجي	19
					أشعر بالراحة والرضا أثناء ممارستي للعمل العلاجي	20
					أفضل العمل كفريق داخل العيادة	21
					لدي رغبة في الحصول على مؤهلات عليا في تخصص	22
					أتفهم مشاعر الزملاء وقيمهم واتجاهاتهم	23
					أعتقد بأن تعاون المنتفع في العملية العلاجية يعزز من نجاحها	24
					أفضل تبادل الخبرة والاستشارة بين زملاء المهنة	25
					أشعر أن مهنة العلاج النفسي تحقق لي مكانة اجتماعية هامة	26
					أتفهم وأحترم مشاعر المنتفعين بمهنية	27
					أطبق خطوات جمع المعلومات في العلاج النفسي بمهنية	28
					أطبق العلاج المعرفي السلوكي بخطواته العملية في العمل	29

					العيادي	
					أوظف التغذية الراجعة من المشرفين في النمو والتطور المهني	30
					أمتلك القدرة على تطبيق النظريات الحديثة في العملية العلاجية	31
					أسعى لتحقيق ذاتي من خلال الارتقاء بقدراتي وامكانياتي المهنية	32
					أطبق فن المقابلة العلاجية ومهارتها في العمل العيادي بإتقان	33
					أتمكن من تشخيص الحالة المرضية أو المساعدة في التشخيص	34
					أضع الخطط العلاجية المناسبة	35
					أؤدي مهامى العلاجية داخل العيادة بنشاط وحيوية	36
					ممارستي للعلاج النفسي تعزز من إبراز منهجى العلاجى	37
					أستطيع بناء علاقة علاجية ناجحة مع المنتفعين	38
					أمارس العلاج النفسى وفق الاسس العلمية	39
					أستطيع التعاطف الذاتى مع نفسى ومع الآخرين	40
					أطبق بعض الاختبارات والمقاييس الخاصة بالعلاج النفسى	41

ملحق (6): الصورة الأولية لمقياس الكفاءة المهنية (للمحكمن)

تعريف الكفاءة المهنية: بأنها قدرة العاملين بالصحة النفسية على القيام بالأدوار والمهام وممارسة العملية العلاجية على الوجه الأمثل وبشكل متنقن، بحيث يمكن قياس هذه الكفاءة من خلال الأداء الذي يظهر في سلوكهم المهني والتي تتحدد إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها العاملين في مراكز الصحة النفسية الحكومية على مقياس الكفاءة المهنية.

التعديل	غير مناسبة	مناسبة	العبرة	NO
			الكفاءة الشخصية " هي قدرة العاملين على توظيف إمكانياتهم وقدراتهم ومهاراتهم واستثمارها في التغلب على المواقف الحياتية والمهنية بصورة ملائمة"	
			أمارس طرق العلاج المختلفة مما يزيد من كفاءتي المهنية	1
			أقبل التوجيهات والتعليمات في المواقف الطارئة	2
			أمتلك القدرة على التعامل مع المنتفعين بلباقة وكياسة	3
			لدي القدرة على التواصل مع زملاء العمل بشكل فعال	4
			أمتلك القدرة على العمل بروح الفريق	5
			أمتلك الدافعية المستمرة للعمل	6
			أنجز المهام المطلوبة مني بكفاءة وتلقائية	7
			أستطيع عزل مشاكلي الشخصية عن أجواء العمل مع المنتفعين	8
			أنتطلع إلى كل ما هو جديد في المجال العلمي لتطوير إمكانياتي ومهاراتي.	9
			لدي القدرة على التفكير الناقد لاتخاذ القرارات ووضع الخطط المهنية	10
			أعرف ما يجب علي فعله عند التعامل مع المنتفع	11
			اتحمل العمل في بيئة عالية الضغط	12
			الكفاءة المعرفية : " هي المعلومات والمهارات الأساسية (العلمية- العملية) الضرورية للممارسة النفسية عند استخدام الأساليب العلاجية المختلفة "	

13	أعتقد بأن تطوير الذات هي عملية مستمرة مدى الحياة		
14	لدي القدرة على الاستفادة من البحوث ذات العلاقة		
15	لدي المعرفة الكاملة بمهامي الوظيفية حسب الوصف الوظيفي.		
16	أرغب باستمرار تعلم المزيد من المهارات التي تزيد من خبرتي العملية		
17	أحرص على اكتساب مهارات جديدة تساعدني على اتمام عملي بنجاح		
18	أسعى باستمرار لاكتساب مزيداً من المعرفة في مجال عملي		
19	أهتم بالتجديد والابتكار وتطوير الذات بما ينعكس على عملي		
الكفاءة الوجدانية (العاطفية) : " هي استعدادات وميول العاملين عن أنفسهم واتجاهاتهم نحو مهنة العلاج النفسي "			
20	أنفهم مشاعري وانفعالاتي بشكل مستمر		
21	لدي القدرة على امتصاص غضب المنتفعين		
22	لدي القدرة على الضبط الذاتي		
23	أشعر بعدم الراحة عند تلقي الأوامر من مديري المباشر أو مشرفي في العمل		
24	لدي القدرة على التعاطف مع ذاتي ومع الآخرين		
25	أشعر بالرضا عند تقديم الخدمات النفسية للمنتفعين		
26	ينتابني الشعور بالقلق والتوتر عند التعرض للضغوط المهنية.		
الكفاءة الأدائية : " قدرة العاملين على إظهار مهاراتهم وقدراتهم على أداء الأساليب العلاجية المختلفة "			
27	أمارس عملي بحيوية ونشاط طوال الوقت		
28	لدي القدرة على التفكير الإبداعي الذي يزيد من فعاليتي وكفاءتي		

		أستطيع تحقيق أهدافي بالرغم من التحديات والصعوبات التي تواجهني	29
		انجز المهام العملية المطلوبة مني باهتمام و عناية فائقة	30
		أفضل الممارسة الفنية المهنية أكثر من الممارسة الإدارية	31
		لدي القدرة على التكيف مع ضغوط العمل	32
		أمتلك المرونة في التعامل مع زملاء العمل	33
		أمتلك القدرة على استخدام أدوات التقييم المختلفة والمناسبة للمنتفعين	34
		أمتلك القدرة على التشخيص او المساعدة في التشخيص والمشاركة في وضع الخطط العلاجية المناسبة	35
		لدي القدرة على استخدام الأساليب العلاجية المناسبة مع المنتفعين	36
		قمت بتنفيذ أو المشاركة في العديد من ورش العمل واللقاءات التنقيفية	37

2017 - 2016

ملحق (7): الصورة النهائية لمقياس الكفاءة المهنية (للعينة الاستطلاعية والفعلية)

NO	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1	لدي القدرة على ممارسة إحدى الطرق العلاجية المختلفة					
2	أتقبل التوجيهات والتعليمات في المواقف الطارئة					
3	أتعامل مع المنتفعين بلباقة وكياسة					
4	أتواصل مع زملاء العمل بشكل فاعل					
5	أعمل بروح الفريق					
6	أمتلك الدافعية المستمرة للعمل					
7	أنجز المهام المطلوبة مني بكفاءة واقتدار					
8	أستطيع عزل مشاكلي الشخصية عن أجواء العمل مع المنتفعين					
9	أطمح للتعرف على كل ما هو جديد في المجال العلمي والعملية					
10	أمتلك القدرة على التفكير الناقد لاتخاذ القرارات ووضع الخطط المهنية					
11	أعرف ما يجب علي فعله عند التعامل مع المنتفعين					
12	أتحمل العمل في بيئة عالية الضغوط					
13	لدي القدرة على الاستفادة من البحوث ذات العلاقة					
14	لدي القدرة على التفكير الإبداعي الذي يزيد من فعاليتي وكفاءتي					
15	لدي المعرفة الكاملة بمهامي الوظيفية حسب الوصف الوظيفي					
16	أرغب باستمرار في تعلم المزيد من المهارات التي تزيد من خبرتي العملية					
17	أحرص على اكتساب مهارات جديدة تساعدني على اتمام عملي بنجاح					
18	أعتقد بأن تطوير الذات علمياً وعملياً أمر ضروري					
19	أسعى باستمرار لاكتساب مزيداً من المعرفة في مجال عملي					
20	أتفهم مشاعري وانفعالاتي بشكل مستمر					
21	أستطيع أن أمتص غضب الآخرين					
22	لدي القدرة على الضبط الذاتي					
23	أشعر بالرضا عند تقديم الخدمات النفسية للمنتفعين					
24	أمارس عملي بحيوية ونشاط					
25	أستطيع تحقيق أهدافي بالرغم من التحديات والصعوبات التي تواجهني					
26	انجز المهام العملية المطلوبة مني باهتمام و عناية فائقة					
27	أمتلك المرونة في التعامل مع زملاء العمل					
28	أمتلك القدرة على استخدام أدوات التقييم المختلفة والمناسبة للمنتفعين					
29	أمتلك القدرة على استخدام الأساليب العلاجية المناسبة مع المنتفعين					