

عرض النتائج ومناقشتها

أولاً : السؤال البحثي :

للإجابة على السؤال البحثي الخاص بأهم المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي سيقوم الباحث باعتبار العبارات أو بنود الإستبانة التي أجاب عليها بالموافقة سبعون في المائة أو أكثر من المعالجين النفسيين معوقات هامة تحد من انتشار تطبيقات هذا الأسلوب العلاجي وبالتالي فالباحث سيقصر مناقشته لنتائج تحليل هذا السؤال على هذه المعوقات الإثني عشر مرتبة حسب أهميتها على النحو التالي :-

١- يتضمن البند الأول في الإستبانة عبارة عدم وضوح أهداف الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي وأغراضه لدى العملاء والمستفيدين ، وقد وافق على اعتبار هذا البند أهم المعوقات أكثر من ٩٠٪ من المعالجين النفسيين كما يظهر من بيانات جدول (٤) ، وهي نتيجة تشير بعض التساؤلات ، ليس في كون عدم وضوح جدوى هذا العلاج وأغراضه لدى المرضى ، عائقاً أمام انتشار استخدامات هذا الأسلوب العلاجي وإنما في إدراك هؤلاء المعالجين له كأهم المعوقات ، فهل الأمر له علاقة بجهل العملاء بقيمة هذا العلاج أم أن الأمر مرتبط بتقصير الفريق المعالج في القيام بدوره في إيضاح جدوى الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي واستثمار إيجابياته ، وبالتالي فالأمر في جزء منه لا يعدو كونه محاولات تبريرية أو إسقاطية من المعالجين . أياً كان الأمر فإن المعالجين مطالبون بالقيام بمهام التوعية والتثقيف والتعريف بمزايا هذا الأسلوب العلاجي ومحاسنه ، وأيضاً توخي الدقة وحسن الاختيار للنوعيات التي يتم ترشيحها للمشاركة في فعاليات الجلسات العلاجية الجماعية سواء من المنومين أو مراجعي العيادات الخارجية .

جدول (٤)

التكرارات والنسب والمتوسطات والانحرافات لاستجابات العينة مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب

أهمية المعوقات

المرتبة	البند	المبارات (المعوقات)	الموافقة		الحايده		المعارضة		الانحراف المعياري
			ك	%	ك	%	ك	%	
-١	١	عدم وضوح أغراض العلاج الجمعي وأهدافه	٢٣٦	٩٠,٨	١٤	٥,٤	١٠	٣,٨	٢,٨٧
-٢	٢٢	عدم وجود الخبرات الفنية المتخصصة	٢١٤	٨٢,٣	٣٠	١١,٥	١٦	٦,٢	٢,٧٦
-٣	١٤	عدم وجود التفاعل بين الأعضاء	٢١٠	٨٠,٨	٣٧	١٤,٢	١٣	٥,٠	٢,٧٦
-٤	٧	عدم الثقة في اختيار أعضاء الجماعة	٢١٠	٨٠,٨	٣٦	١٣,٨	١٤	٥,٤	٢,٧٥
-٥	٢٣	كثرة حالات التسرب والإستحابات	٢٠٦	٧٩,٥	٣٥	١٣,٥	١٨	٦,٩	٢,٧٣
-٦	٤٣	عدم إعطاء العلاج الجمعي الأولوية	٢٠٥	٧٨,٨	٣٤	١٣,١	٢١	٨,١	٢,٧١
-٧	١٦	ضعف الدافعية لدى المعالجين	١٩٧	٧٦,١	٤٤	١٧,٠	١٨	٦,٩	٢,٦٩
-٨	٨	عدم وضوح حدود العلاقة بين الأعضاء	١٩٤	٧٤,٦	٤٧	١٨,١	١٩	٧,٣	٢,٦٧
-٩	١٥	صعوبة تجميع أعضاء المجموعة العلاجية	١٩٣	٧٤,٢	٤٣	١٦,٥	٢٤	٩,٢	٢,٦٥
-١٠	٣٣	الحرج الإجتماعي من مراجعة المستشفيات	١٩٢	٧٤,١	٤٦	١٧,٨	٢١	٨,١	٢,٦٦
-١١	٣٨	رفض العملاء الحديث عن الأمور الشخصية	١٨٥	٧١,٢	٤٨	١٨,٥	٢٧	١٠,٤	٢,٦١
-١٢	٤٢	عدم إطمئنان العملاء لسرية المعلومات	١٨٤	٧٠,٨	٤٢	١٦,٢	٣٤	١٣,١	٢,٥٨
-١٣	٤٥	عدم توفر الأماكن المناسبة للعلاج	١٧٩	٦٩,١	٤٧	١٦,٢	٣٨	١٤,٧	٢,٥٤
-١٤	٥٤	عدم تنظيم مهام المعالجين	١٧٨	٦٨,٥	٥٧	٢١,٩	٢٥	٩,٦	٢,٥٩
-١٥	٣٩	ضعف دافعية العملاء	١٧٧	٦٨,١	٥٥	٢١,٢	٢٨	١٠,٨	٢,٥٧
-١٦	٣٥	تباين مستويات تفكير أعضاء الجماعة	١٧٧	٦٨,٠١	٥٨	٢٢,٠٣	٢٥	٩,٦	٢,٥٨
-١٧	٣٤	عدم القدرة على التعبير	١٧٣	٦٦,٥	٤٩	١٨,٨	٣٨	١٤,٦	٢,٥٢
-١٨	١٧	جدوى العلاج المقائري وفاعليته	١٧٢	٦٦,٢	٥٣	٢٠,٤	٣٥	١٣,٥	٢,٥٣
-١٩	٥١	عدم الإلتزام والإنتظام	١٦٤	٦٣,١	٥٩	٢٢,٧	٣٧	١٤,٢	٢,٤٩
-٢٠	٤٠	التحفظ وعدم المشاركة والإنتفاع	١٦٣	٦٢,٧	٦٥	٢٥,٠	٣٢	١٢,٣	٢,٥٠
-٢١	٩	عدم وضوح حدود العلاقة مع المعالجين	١٥٧	٦١,١	٦٢	٢٤,١	٣٨	١٤,٨	٢,٤٦
-٢٢	٢٧	الحساسية للنقد والملاحظات	١٥٣	٥٨,٨	٧٠	٢٦,٩	٣٧	١٤,٢	٢,٤٥
-٢٣	٢٦	حساسية بعض الموضوعات المطروحة	١٥٢	٥٨,٥	٥٧	٢١,٩	٥١	١٩,٦	٢,٣٩
-٢٤	٣١	إستخدام البليات الدفاع	١٥٢	٥٨,٥	٥٩	٢٢,٧	٤٩	١٨,٨	٢,٤
-٢٥	٤١	عدم وجود أنظمة وقوانين لحماية الحقوق	١٥٠	٥٧,٩	٧٥	٢٩,٠	٣٤	١٣,١	٢,٤٥
-٢٦	٥٣	عدم تهيئة الأنظمة الصحية	١٤٩	٥٧,٣	٥٩	٢٢,٧	٥٢	٢٠,٠	٢,٣٧
-٢٧	٣٠	حب المعالجين للسيطرة	١٤١	٥٤,٢	٨٠	٣٠,٨	٣٩	١٥,٠	٢,٣٩
-٢٨	٣٦	الإعتقاد بأن العلاج مجرد أحاديث عامة	١٣٨	٥٣,٣	٥٦	٢١,٦	٦٥	٢٥,١	٢,٢٨
-٢٩	٢٥	عدم تقبل فكرة العلاج النفسي	١٣٥	٥٢,٣	٦١	٢٣,٦	٦٢	٢٤,٠	٢,٢٨
-٣٠	٥٠	عدم وجود متابعة إدارية	١٣٣	٥١,٤	٦٧	٢٩,٣	٥٠	١٩,٣	٢,٣٢
-٣١	٢٨	عدم وجود ثقة بين الأعضاء	١٣٣	٥١,٢	٨١	٣١,٢	٤٦	١٧,٧	٢,٣٣
-٣٢	٢١	وجود تصورات خاطئة لدى المعالجين	١٣١	٥٠,٤	٧٨	٣٠,٠	٥١	١٩,٦	٢,٣١
-٣٣	٣٧	عدم التمييز بين خلفيات العملاء	١٢٨	٤٩,٢	٧٠	٢٦,٩	٦٢	٢٣,٨	٢,٢٥
-٣٤	٤٦	عدم تشجيع الإدارة على الممارسة	١٢٤	٤٧,٧	٦٨	٢٦,٢	٦٨	٢٦,٢	٢,٢٢
-٣٥	٥٢	صعوبة تقديم الجلسات العلاجية	١٢٣	٤٧,٣	٧٧	٢٩,٦	٦٠	٢٣,١	٢,٢٤
-٣٦	٤٨	قصر المدة المخصصة للعلاج من المعالجين	١٢١	٤٦,٩	٨٢	٣١,٨	٥٥	٢١,٣	٢,٢٦
-٣٧	١٠	طول مدة الجلسات العلاجية	١١٥	٤٤,٦	٦٦	٢٥,٦	٧٧	٢٩,٨	٢,١٥
-٣٨	٢٤	العلاقة بين الأعضاء القدامى والجدد	١١٤	٤٣,٨	١٠٨	٤١,٥	٣٨	١٤,٦	٢,٢٩
-٣٩	٢٩	عدم مناسبة الأساليب العلاجية	١١٢	٤٣,٢	٩٧	٣٧,٥	٥١	١٩,٦	٢,٢٢

المرتبة	البند	المبارات (المواقات)	الموافقة		المحايدة		المعارضة		الانحراف المعياري
			%	ك	%	ك	%	ك	
٤٠-	٦	عدم وجود مرونة لدى المعالجين	١٠٩	٤٢,٢	٨٥	٣٢,٩	٦٤	٢٤,٨	٢,١٧
٤١-	١٢	ممارسة العلاج فيه اختبار لمهارات المعالج	١٠٥	٤٠,٤	٦٠	٢٣,١	٩٥	٣٦,٥	٢,٠٤
٤٢-	٤٧	إضاعة وقت طويل في التنظيم	١٠٤	٤٠,٢	٧٨	٣٠,١	٧٧	٢٩,٧	٢,١٠
٤٣-	١١	تكرار وكثرة الجلسات العلاجية	١٠٠	٣٨,٥	٨٨	٣٣,٨	٧٢	٢٧,٧	٢,١١
٤٤-	٣٧	فشل المعالجين في إدارة الجلسات	١٠٠	٣٨,٥	١٠٣	٣٩,٦	٥٧	٢١,٩	٢,١٧
٤٥-	٥	العلاقات طابعها ودي إجتماعي	٩٢	٣٥,٤	٨٠	٣٠,٨	٨٨	٣٣,٨	٢,٠٢
٤٦-	٤	نوعية المشكلات المطروحة غير مناسبة	٨٦	٣٣,١	١٤	٤٠,٠	٧٠	٢٦,٩	٢,٠٦
٤٧-	٢٠	ندرة الحالات المستفيدة من العلاج	٤٩	١٨,٨	٧٤	٢٨,٥	١٣٧	٥٢,٧	١,٦٦

٢- أظهرت بيانات الجدول (٤) أن ٨٢٪ من المعالجين النفسيين يرون أن البند الثاني والعشرين والمتضمن عدم وجود الخبرات الفنية المتخصصة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي تمثل من حيث الأهمية العائق الثاني المسؤول عن محدودية إنتشار تطبيقات هذا الأسلوب . هذه النظرة من المعالجين وإن كانت تبدو للوهلة الأولى نوعاً من الممارسات الإسقاطية أو الإنكارية ، لا تلغي حقيقة ندرة المتخصصين ، فالتجربة العربية في مجال العلاج الجمعي لا تزال حديثة العهد وبالتالي فالخبرات المتخصصة تبقى قليلة ، إن لم تكن نادرة وذلك بسبب عدم توفر برامج التأهيل العلمي والعملية في الجامعات أو خدمات التدريب والتعليم المستمر في المستشفيات . هذا الوضع يتسق مع رؤية أرونسون (Aronson, 1991) رئيس تحرير مجلة (Groups) الذي يعتقد بأن عدداً كبيراً من الإداريين لا يزال يتوقع أن يقوم المعالجون النفسيون بأعباء هذا العمل المعقد بأدنى حد من التدريب ، كما يضيف بأنه لا يمكن تبرئة ساحة المعالجين فهم لا ينقلون صورة واضحة للإسهامات الفريدة لهذا العلاج لرؤسائهم أو حتى زملائهم من المعالجين الإكلينيكيرين ، كما أنهم لا يوضحون بدقة نوعية التدريب المطلوب لتأهيل معالجين جمعيين أكفاء ، ويمضي أرونسون في القول بأن إقامة برنامج تدريبي عالي الجودة في العلاج الجمعي يكلف كثيراً ، فعلاوة على أنه يتطلب توفير هيئة تدريسية تعليمية مؤهلة تستطيع القيام بالأعباء الأكاديمية فإنه من الضروري أيضاً توفير كادر من المعالجين الإكلينيكيرين الخبراء الذين يستطيعون الإشراف وقيادة المجموعات التجريبية في العلاجات الجماعية . لقد حددت رابطة المعالجين النفسيين الجمعيين الأمريكية (AGPA) برنامجاً تدريبياً يتكون من أربعة

أجزاء تتضمن تسعون ساعة من الدراسة الأكاديمية ، وستون ساعة من العمل كعضو في حلقات العلاج الجمعي ، وستون ساعة أخرى قائداً لمجموعة علاجية جماعية ، علاوة على خمس وعشرين ساعة على الأقل يقضيها المعالج تحت إشراف معالج خبير في هذا المجال (فريدمان ، ١٩٨٩ ص ١٨) .

إن فمع الإعتراف بأن توفير الخبرات المتخصصة في الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي أمر صعب إلا أنه مطلب ملح تفرضه أهمية هذا الأسلوب العلاجي وقيمه العظيمة ، لذا فإن الباحث يرى أنه من الضروري أن تبدأ وزارة الصحة بالتعاون مع الجامعات في تنظيم البرامج التأهيلية المناسبة لتوفير كوادر فنية مؤهلة في تخصصات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي لسد الحاجة الماسة لهذا الفرع من التخصصات النفسية الإكلينيكية .

٣- تكشف بيانات الجدول (٤) عن تجانس نسبة المعالجين النفسيين في موافقتهم على أهمية البندين السابع والرابع عشر اللذين يتضمنان معوقى عدم الدقة في اختيار أعضاء المجموعة العلاجية وضعف التفاعل بينهم . ولعله ليس من قبيل الصدفة أن تكون نظرة المعالجين النفسيين لأهمية هذين المعوقين متطابقة ومتساوية ، فالإرتباط بينهما أمر ظاهر للعيان ويدركه المهتمون والمتخصصون ، فقد بلغت نسبة المعالجين الذين يوافقون على أهمية هذين المعوقين في الحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي ٨٠,٨٪ من العينة . إن معايير اختيار أعضاء المجموعة العلاجية وتحقيق التفاعل بينهم من أهم موضوعات التراث النفسي الجمعي ، فهذا روتان وستون (Rutan and Stone, 1984) في فريدمان (١٩٨٩ ص ٤) يقترحان عدداً من المعايير التي يجب أن يأخذها المعالج الجمعي في الحسبان قبل ضم العميل للمجموعة العلاجية ومنها قدرته على التأمل والوعي بتفاعله مع الآخرين واستعداده واستطاعته القيام بأداء أدوار متعددة أثناء الجلسات وإعترافه الصريح بحاجته للآخرين وأيضاً قدرته على إبداء الملاحظات والتعليق وتقبل ذلك من الآخرين وأخيراً استعداده ومقدرته على المشاركة الوجدانية في فعاليات الجلسة العلاجية . أيضاً وفي نفس السياق فإن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) قد أوصت في الجزء الثاني من

كتابها "العلاجات النفسية والإجتماعية : الجزء الثاني : ١٩٨٤" بمراعاة الإعتبارات التالية عند اختيار أعضاء الجماعة العلاجية وهي :-

- توفر حد أدنى من المهارات البينشخصية لتحقيق التفاعل المنشود .
- وجود الدافعية للعلاج لدى العملاء .
- وجود مشكلة أو عدم ارتياح نفسي لدى العميل .
- توقعات لدى العملاء بتحقيق مكاسب ومواقف إيجابية من وراء العلاج .

إن تحقيق التفاعل الإيجابي بين أعضاء المجموعة العلاجية يرتبط في جزء كبير منه بنوعية الأساليب الفنية المستخدمة في العلاج ، فمثلاً على المستوى المحلي يرى الجلبى (Chaleby, 1992) والجلبي واليحيى (١٩٩٦) أن الثقافة العربية لا تناسبها أساليب علاجية مثل التكنيك التحليلي لاتساع أفقه التجريدي ولا الأسلوب الجشطلتي لحدة المشاعر والعواطف التي تبعث القلق والتوتر في نفوس أعضاء المجموعة بل إنهما يذهبان إلى أبعد من ذلك بالتأكيد على أن التجربة العربية العلاجية الجماعية لم تنجح إلا عندما استخدمت الأسلوب العلاجي المباشر والذي يلعب فيه قائد المجموعة دوراً حاسماً يتولى من خلاله إدارة دفة الأمور ويسيطر على فعاليات الجلسة وقد يكون ذلك الأسلوب هو الأنسب لانسجامة إلى حد كبير مع طبيعة الثقافة المحلية وظروف التنشئة الإجتماعية . أيضاً وفي نفس الإطار فإنه لا يمكن تجاهل وجود ترسبات وبقايا للعصبية الإجتماعية والقبلية في المجتمع السعودي تؤثر بطريقة أو بأخرى على مستوى التفاعل الوجداني المشترك بين الأعضاء ، فقد يرى البعض أنه أفضل من الآخرين حسباً ونسباً ، أو أن الآخرين يريدون تشويه سمعته أو سمعة أسرته أو عائلته أو حتى قبيلته حتى لو كان ذلك بمجرد إثارة موضوعات عامة أو مناقشة سلبيات شائعة . إن إدراك المعالجين النفسيين لأهمية هذين المعوقين يعد في حد ذاته جانباً إيجابياً ، يدفع بالباحث إلى مطالبة المعالجين بالإهتمام الجاد بهذين الموضوعين وأخذهما في الإعتبار أثناء ممارساتهم العلاجية من أجل تحقيق مستويات كمية وكيفية مناسبة تعكس الأهمية المعتبرة لهذا الأسلوب العلاجي .

٤- أما المعوق الخامس من حيث الأهمية فتظهر بيانات الجدول (٤) أن ما نسبته ٧٩,٥٠٪ من المعالجين النفسيين يرون أن كثرة حالات التسرب والإنسحاب من الجلسات تشكل عائقاً هاماً أمام انتشار استخدامات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية وهي نتيجة تتفق إلى حد كبير مع ما كشفت عنه دراسة ليونق وزملاؤه (Leong, and Others, 1995). إن مشكلة كثرة الإنسحابات والتسرب ترتبط بشكل كبير بالمعوقين السابقين ، فأدبيات التراث النفسي الجمعي تظهر علاقة هذه المشكلة بعدم وجود تفاعل ومشاركة إيجابية إضافة إلى عدم دقة في اختيار المشاركين في الجلسات العلاجية ، فهذا يالوم (Yalom, 1983) ومثله رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (١٩٨٤) يجمعان على وجود مجموعة من الأسباب المسؤولة عن كثرة حالات التسرب والإنسحاب التي منها عدم توفر الإستعدادات الذهنية والعاطفية والبيئشخصية لدى العملاء ووجود توجهات غير مناسبة لديهم نحو العلاج الجمعي علاوة على الخوف من الإنهيارات العاطفية وعدم القدرة على مشاركة قائد المجموعة مهامه وأدواره . إن الباحث في ضوء ما ورد ذكره ليأمل أن يولي المعالجون النفسيون هذا الجانب أهمية حقيقية وجدية واضحة يستقصون ويبحثون فيها عن أسباب تسرب ونفور بعض الأعضاء من مواصلة المشاركة في أنشطة الجلسات العلاجية الجماعية ، خاصة وأن لكل مجتمع ظروفه وخصوصيته الثقافية التي لا يمكن تجاهلها .

٥- أما فيما يتصل بالمعوق السادس فقد كشفت النتائج المعروضة في جدول (٤) أن ٧٨,٨٠٪ من المعالجين النفسيين يعتقدون أن عدم إعطاء الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي الأهمية ، والأولوية المناسبة من قبل المستشفيات يمثل معوقاً هاماً يحد من شيوع تطبيقات هذا الأسلوب العلاجي وهي نتيجة تتفق مع ما توصل إليه برنارد (Bernard, 1991) وفريدمان (Freidman, 1989) من استنتاجات ورد ذكرها في الدراسات السابقة وما أشار إليه أرونسون (Aronson, 1991) من تصورات ورؤى تصور في أجزاء كثيرة منها واقع الممارسات الراهنة التي تعمل على تهميش الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي . إن مسؤولية

إدراج خدمات هذا الأسلوب العلاجي ضمن البرامج العلاجية التي لها الأولوية تقع على عاتق المعالجين النفسيين وإدارات تلك المستشفيات التي يعملون بها .

٦- كشفت بيانات الجدول (٤) أن ضعف الدافعية لدى المعالجين يمثل معوقاً هاماً يحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي من وجهة نظر ٧٦٪ من المعالجين النفسيين ، وهي نتيجة متوقعة ، من وجهة نظر الباحث في ظل وجود تلك المعوقات التي تمت مناقشتها أو تلك التي سيتم الحديث عنها لاحقاً . علاوة على ذلك فالباحث يعتقد بأن الإقبال الكبير الذي يلقاه العلاج العقاقيري من قبل العملاء وما يوفره مع العلاجات الفردية من جهد على المعالجين يمكن أن يضعف من دافعتهم نحو ممارسة العلاج الجمعي ، لذلك قد يكون من الأجدى التفكير في تشجيع بعض المعالجين على التخصص في هذا الفرع من العلاجات النفسية والرفع من مستوى وعي العملاء بأهمية وجدوى العلاجات الجماعية .

٧- أظهرت النتائج المعروضة في جدول (٤) أن عدم وضوح حدود العلاقة بين الأعضاء يمثل معوقاً هاماً لاستخدامات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي من وجهة نظر ٧٤,٦٠٪ من المعالجين النفسيين ، حيث يبدو أن العملاء من وجهة نظر المعالجين ، لا يميزون بين العلاقة العلاجية المهنية والعلاقة الأخوية الإجتماعية مما يؤدي إلى سوء فهم أثناء التعاملات والمناقشات التي تتم داخل الجلسات أو خارج أسوار العيادات وهو موضوع تناوله الجلبي واليحيى (١٩٩٦) عند حديثهما عن أسباب فشل التجربة العربية حيث كان التواصل بين أعضاء المجموعة أثناء الجلسات يتم دون قيود أو ضوابط مما أدى إلى سوء فهم وتأويل خاطئ لما يدور داخل الجلسات وخارجها . أيضاً فإن تشو و سو (Chu and Sue, 1984) في ليونق وآخرون (١٩٩٥) قد وجدوا أن عدداً من الأمريكيين الآسيويين لا يشعرون بالإرتياح لأنواع كثيرة من أساليب الإتصال بين الأعضاء خصوصاً تلك التي تتضمن تحديات ومواجهات ومقاطعات وتأكيدات جازمة أثناء المناقشات والمحادثات في الجلسات العلاجية الجماعية .

٨- تظهر البيانات الموجودة في جدول (٤) أن البندين الخامس عشر والثالث والثلاثين يمثلان معوقين هامين من ضمن المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي من وجهة نظر ٧٤٪ من المعالجين النفسيين وهذان المعوقان هما صعوبة تجميع الحالات لتكوين الجماعة العلاجية والحرع الإجتماعي الذي يجده العملاء بسبب مراجعتهم للمؤسسة العلاجية . والملاحظ هنا أن وجهات نظر المعالجين جاءت متطابقة وبنسب متساوية بشأن تقدير أهمية هذين المعوقين ، مما يعطي الباحث مزيداً من الثقة في موضوعية ومصادقية استجابات أفراد العينة ، فالارتباط بين هذين المعوقين والتأثير المتبادل بينهما واضح وجلي ، ويبقى موضوع التغلب عليهما بتكثيف برامج التثقيف وحملات التوعية وإعطاء برامج العلاج الجمعي الأولوية والإهتمام المناسب من قبل المعالجين والمشرفين والإداريين .

٩- توضح البيانات الظاهرة في جدول (٤) أن ٧١٪ من المعالجين النفسيين يعتقدون أن رفض بعض العملاء الحديث عن الأمور الشخصية والخاصة يشكل عائقاً هاماً أمام شيوع استخدامات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي ، وهي نتيجة تتفق مع ما توصل إليه هو (Ho, 1984) من أن الأفراد في المجتمعات ذات الإتجاهات الجماعية (Collective Societies) يرون أن الكشف عن المشكلات الشخصية يمثل كشفاً عن العار والعيوب الإجتماعية لبقية أفراد الأسرة أو العائلة ، وهي رؤية تنطبق إلى حد كبير على المجتمعات العربية ويحتاج الأمر إلى بذل المزيد من الجهد من قبل الفريق المعالج لكسب ثقة العملاء بتفعيل بعض الإجراءات والأدوار وهو أمر مرتبط إلى حد كبير بما يتم اتخاذه إزاء المعوق اللاحق .

١٠- أخيراً فإن الجدول (٤) يظهر أن ٧٠,٨٠٪ من المعالجين النفسيين يرون أن عدم اطمئنان العملاء لسرية المعلومات التي يدلون بها خلال الجلسات العلاجية يمثل معوقاً هاماً يحد من انتشار استخدامات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي فعدم وجود لوائح وأنظمة رسمية وقوانين مهنية تحفظ حقوق العملاء ومعالجيهم أو عدم تطبيق الموجود منها بأسلوب مهني دقيق وصارم من شأنه أن يشكل عائقاً أمام تطور الأساليب والخدمات العلاجية ، لذا

فالباحث يناشد المعنيين في الأجهزة الحكومية اتخاذ الإجراءات العملية الكفيلة بتطوير وتجديد اللوائح والأنظمة وكذلك متابعة تطبيقها بالصورة المهنية التي تحقق الغرض من سنّها وإقرارها .

في نهاية الحديث عن مضامين تحليل السؤال البحثي ، لابد من الإشارة إلى أن ما أظهره المعالجون النفسيون من اتساق وتطابق في وجهات نظرهم بشأن ترادف وترايط غالبية المعوقات الهامة مع بعضها البعض لأمر يبعث على الإطمئنان بخصوص موضوعية المعالجين ومصادقية استجاباتهم ونسج فكرهم وحسهم الإكلينيكي ، حيث أنها تأتي منسجمة وإلى حد كبير ، مع ما يحتويه التراث النفسي الجمعي من أدلة نظرية وشواهد تطبيقية .

ثانياً : عرض ومناقشة فروض الدراسة :

سيقوم الباحث باستعراض نتائج تحليل فروض الدراسة الثمانية ومن ثم مناقشة تلك النتائج بشيء من التفصيل فيما بعد .

الفرض الأول :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير المؤسسة العلاجية التي يعملون بها . وللتحقق من صحة هذا الفرض ، فقد قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني ، وتظهر النتائج المعروضة في جدول (٥) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين العاملين في العيادات ونظرائهم في المستشفيات في نظرتهم لمعوقات إنتشار استخدامات الإرشاد والعلاج الجمعي ، مما يعني صحة الفرض وبالتالي قبوله .

جدول (٥)

إختبار "مان ويتني" لقياس الفروق بين المعالجين النفسيين العاملين في العيادات والمستشفيات النفسية في نظرهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

المجموعات	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المستشفيات	٢١٥	١٣٠,٣١	٤٧٩٧,٥٠	غير دالة
العيادات	٤٥	١٣١,٣٩		

الفرض الثاني :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج الجمعي في ضوء متغير المؤسسة العلاجية التي يعملون بها وقد استخدم الباحث اختبار مان ويتني لفحص هذا الفرض ، وأظهرت نتيجة تطبيق الإختبار عدم وجود فروق دالة بين المعالجين على جميع الأبعاد ماعدا البعد السادس الخاص بأعراف المجموعة العلاجية وقواعدها ، حيث كشفت نتيجة التحليل الإحصائي المعروضة في جدول (٦) وجود فروق دالة في متوسطات الرتب بين المعالجين العاملين في العيادات (٩٨,١٩) وأولئك المعالجين العاملين في المستشفيات (١٣٧,٢٦) في رؤيتهم لمكونات هذا البعد لصالح المعالجين العاملين في المستشفيات .

جدول (٦)

إختبار "مان ويتني" الفروق بين المعالجين النفسيين العاملين في العيادات والمستشفيات النفسية في
نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

#	أبعاد المعوقات	المؤسسة العلاجية	أعداد المعالجين	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
١	الاجتماعي الثقافي	المستشفيات	٢١٥	١٢٨,٠٠	٤٢٤٤,٠٠	غير دالة
		العيادات	٤٥	١٤٤,٠٠		
٢	التنظيمي الإداري	المستشفيات	٢١٥	١٢٧,٠٠	٤٠٤١,٥٠	غير دالة
		العيادات	٤٥	١٤٨,١٩		
٣	التأهيل والمهارات	المستشفيات	٢١٥	١٣٠,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	غير دالة
		العيادات	٤٥	١٣٣,٠٢		
٤	معايير تكوين المجموعة العلاجية	المستشفيات	٢١٥	١٢٩,٠٠	٤٥٠٦,٥٠	غير دالة
		العيادات	٤٥	١٣٨,٠٠		
٥	المجموعة العلاجية	المستشفيات	٢١٥	١٣٤,٢٥	٤٠٣١,٥٠	غير دالة
		العيادات	٤٥	١١٣,٠٠		
٦	أعراف المجموعة العلاجية	المستشفيات	٢١٥	١٣٧,٢٦	*٣٣٨٣,٥٠	دالة
		العيادات	٤٥	٩٨,١٩		
٧	العمليات والإجراءات	المستشفيات	٢١٥	١٣١,٤٤	٤٦٣٥,٥٠	غير دالة
		العيادات	٤٥	١٢٦,٠١		

* دالة عند مستوى ٠,٠١ .

الفرض الثالث :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار
تطبيقات الإرشاد والعلاج الجمعي في ضوء متغير التخصص المهني . وللتحقق من صحة هذا
الفرض فقد قام الباحث بتطبيق اختبار (ت) ، وقد أظهرت نتيجة التحليل المعروضة في جدول
(٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين في إدراكهم

لدور معوقات إنتشار ممارسات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي ، مما يعني قبول الفرض
الصفري .

جدول (٧)

إختبار "ت" الفروق بين الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين في نظرهم لمعوقات إنتشار
تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

التخصص المهني	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الأطباء	١٤٧	٢,٤٠٨	٠,٢٥٧	٠,٤٤	غير دالة
الأخصائيين	١١٣	٢,٤١١	٠,٢٣٧		

الفرض الرابع :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرهم لأبعاد معوقات إنتشار
تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير التخصص المهني . ومن أجل التحقق
من صحة الفرض قام الباحث باستخدام إختبار (ت) لقياس الفروق بين متوسطات الأطباء
النفسيين ونظرائهم الأخصائيين النفسيين على الأبعاد السبعة لمعوقات إنتشار استخدامات
الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي ، وقد كشفت النتائج الموجودة في جدول (٨) عن عدم وجود
فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين الأطباء والأخصائيين النفسيين على جميع الأبعاد ما
عدا البعد التنظيمي الإداري حيث أظهرت نتيجة الإختبار وجود فروق جوهرية لصالح
الأخصائيين النفسيين حيث بلغت قيمة (ت) على هذا البعد (٢,٧٤) وهي دالة عند مستوى

٠,٠١ .

جدول (٨)

إختبار "ت" الفروق بين الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين في نظرتهم لأبعاد معوقات

إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

#	أبعاد المعوقات	التخصص المهني	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
١	الإجتماعي الثقافي	الأطباء ١٤٧	٢,٤٩	٠,٤٢١	١,٢٩	غير دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٤٣	٠,٤٠٥		
٢	التنظيمي الإداري	الأطباء ١٤٧	٢,٣٧	٠,٤٥٨	*٢,٧٤	دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٥١	٠,٣٧٨		
٣	التأهيل والمهارات	الأطباء ١٤٧	٢,٣٢	٠,٤١٦	٠,٠٧	غير دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٣١	٠,٣٦٤		
٤	معايير تكوين المجموعة العلاجية	الأطباء ١٤٧	٢,٧٣	٠,٣٢١	٠,٦٥	غير دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٧٥	٠,٢٩٤		
٥	بناء المجموعة العلاجية	الأطباء ١٤٧	٢,٢٧	٠,٤٦٩	٠,٨٢	غير دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٢٢	٠,٤٤٧		
٦	أعراف المجموعة العلاجية	الأطباء ١٤٧	٢,١٣	٠,٤٤٨	١,٨٩	غير دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٢٣	٠,٤٢٧		
٧	العمليات والإجراءات	الأطباء ١٤٧	٢,٤٠	٠,٤٠٩	١,٨٤	غير دالة
		الأخصائيين ١١٣	٢,٣١	٠,٤٢٤		

* دالة عند مستوى ٠,٠٠١

الفرض الخامس :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الجنس . وقد قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني لقياس الفروق بين المعالجين والمعالجات ، وأظهرت البيانات المعروضة في جدول (٩) عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في رؤيتهم للمعوقات التي تحد من انتشار استخدامات الإرشاد والعلاج الجمعي ، لذا فالنتيجة قد جاءت محققة للفرض الصفري .

جدول (٩)

إختبار "مان ويتني" الفروق بين المعالجين النفسيين الذكور والإناث في نظرهم لمعوقات
إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
الذكور	٢٢٥	١٢٩,٥٤	٣٧٢١,٥٠	غير دالة
الإناث	٣٥	١٣٦,٦٧		
المجموع	٢٦٠			

الفرض السادس :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الجنس . ومن أجل التحقق من صحة الفرض فقد استخدم الباحث اختبار مان ويتني للكشف عن الفروق بين المعالجين والمعالجات ، وقد أظهرت بيانات جدول (١٠) عدم وجود فروق تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية على ستة أبعاد ، لكنها كشفت عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المعالجين الذكور والإناث على بعد واحد هو البعد التنظيمي الإداري للمعوقات ، حيث بلغت قيمة U (٣١٣٤,٠) عند مستوى ٠,٠١ .

جدول (١٠)

إختبار "مان ويتني" الفروق بين المعالجين النفسيين الذكور والإناث في نظرتهم لأبعاد معوقات

إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

#	أبعاد المعوقات	المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
١	الإجتماعي الثقافي	الذكور	٢٢٥	١٢٩,٥٣	٣٧١٨,٥٠	غير دالة
		الإناث	٣٥	١٣٦,٧٦		
٢	التنظيمي الإداري	الذكور	٢٢٥	١٢٦,٩٣	*٣١٣٤,٠٠	دالة
		الإناث	٣٥	١٥٣,٤٦		
٣	التأهيل والمهارات	الذكور	٢٢٥	١٣٠,٧٣	٣٨٨٥,٥٠	غير دالة
		الإناث	٣٥	١٢٩,٠١		
٤	معايير تكوين الجماعة العلاجية	الذكور	٢٢٥	١٣٣,١٧	٣٣٣٧,٠٠	غير دالة
		الإناث	٣٥	١١٣,٣٤		
٥	بناء المجموعة العلاجية	الذكور	٢٢٥	١٣٣,٣٩	٣٢٨٨,٠٠	غير دالة
		الإناث	٣٥	١١١,٩٤		
٦	أعراف المجموعة العلاجية	الذكور	٢٢٥	١٣٢,٠٧	٣٥٨٥,٠٠	غير دالة
		الإناث	٣٥	١٢٠,٤٣		
٧	العمليات والإجراءات	الذكور	٢٢٥	١٣١,٢٢	٣٧٧٥,٥٠	غير دالة
		الإناث	٣٥	١٢٥,٨٧		

* دالة عند مستوى ٠,٠١ .

الفرض السابع :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الخبرة . وللتحقق من ذلك فقد قام الباحث باستخدام اختبار (ت) لقياس الفروق بين المعالجين ذوي الخبرة الطويلة والمعالجين ذوي الخبرة القصيرة . وقد كشفت بيانات الجدول (١١) عن عدم وصول الفروق بين الفئتين إلى مستوى الدلالة الإحصائية مما يعني قبول الفرض بعد أن تم التحقق من صحته .

جدول (١١)

إختبار "ت" الفروق بين متوسطات المعالجين ذوي الخبرة الطويلة والمعالجين ذوي الخبرة القصيرة في
نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

متغير الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٤٠٦	٠,٢٤٣	٠,٤٧	غير دالة
الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٤١١	٠,٢٥٣		

الفرض الثامن :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين في نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الخبرة . ولاختبار هذا الفرض قام الباحث بتطبيق اختبار (ت) لقياس الفروق بين متوسطات المعالجين ذوي الخبرة الطويلة ونظرائهم ذوي الخبرة القصيرة . وقد كشفت النتائج المعروضة في جدول (١٢) عن عدم وجود فروق بين المجموعتين على أي بعد من الأبعاد السبعة لتلك المعوقات وبالتالي فقد تحققت صحة الفرض .

جدول (١٢)

إختبار "ت" الفروق بين متوسطات المعالجين ذوي الخبرة الطويلة والمعالجين ذوي الخبرة القصيرة في
نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

#	أبعاد المعوقات	متغير الخبرة	عدد الحالات	المتوسط الحسابي	الإ انحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
١	الإجتماعي الثقافي	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٤٨	٠,٤٢٣	٠,٤٩	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٤٥	٠,٤٠٧		
٢	التنظيمي الإداري	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٣٩	٠,٤٢٥	١,٢٥	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٤٦	٠,٤٣٤		
٣	التأهيل والمهارات	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٣١	٠,٤١١	٠,١٦	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٣٢	٠,٣٧٨		
٤	معايير تكوين المجموعة العلاجية	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٧٤	٠,٢٦٢	٠,٣٢	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٧٣	٠,٣٤٩		
٥	بناء المجموعة العلاجية	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٢٤	٠,٤٤٤	٠,٤٢	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٢٦	٠,٤٧٥		
٦	أعراف المجموعة العلاجية	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,١٧	٠,٤٦٢	٠,٢٢	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,١٨	٠,٤٢٣		
٧	العمليات والإجراءات	الخبرة الطويلة	١٢٧	٢,٣٤	٠,٤٠٣	٠,٧٩	غير دالة
		الخبرة القصيرة	١٣٣	٢,٣٨	٠,٤٣١		

بإمعان النظر في نتائج تحليل الفروض السابقة يمكن الخروج ببعض الإستنتاجات الهامة ،
فمثلاً لم تظهر نتائج التحليلات الإحصائية لفروض الدراسة الخاصة بالمعوقات ككل (الفرض
الأول والثالث والخامس والسابع) آثاراً هامة لمتغيرات الدراسة المستقلة على إستجابات أفراد
العينة ، وهي نتيجة تتفق إلى حد ما مع ما توصل إليه كل من ألفرد (Alfred, 1992)
والربيعة (١٩٩٩) لكنها تختلف بعض الشيء مع ما كشفت عنه بعض نتائج دراسة لين
وزملاؤه (Linn et al, 1979) وسبيتز وزملاؤه (Spitz et al, 1980) ، وهنا يطرح الباحث

عدة احتمالات لتفسير نتيجة الدراسة الحالية ، فقد يكون لعمومية الإستبانة بحكم كثرة موضوعاتها وتعدد مفرداتها دوره في عدم ظهور فروق جوهرية بين الأفراد في ضوء المتغيرات الأربعة ، خاصة في ظل بروز تلك الفروق بين الأفراد على بعض أبعاد تلك المعوقات . من جانب آخر ، ألا يمكن أن تكون تلك المعوقات من الوضوح والتأثير في محدودية استخدامات الأسلوب الجمعي ، بحيث لا تتيح المجال للإجتهاد في إدراكها أو التباين في الرؤية بشأنها . أخيراً ربما يكون لمحدودية الممارسة الفعلية لهذا الأسلوب العلاجي دوره في عدم معايشة المعالجين لبعض الصعوبات والإشكاليات وبالتالي عدم قدرتهم على التمييز بينها بصورة عملية في ضوء أي من المتغيرات الأربعة .

أما فيما يتعلق بالفروض الخاصة بالأبعاد السبعة للمعوقات فقد أظهرت نتائج اختبار مان ويتني المعروضة في جدول (٦) أن هناك فروقاً دالة بين متوسطات المعالجين العاملين في العيادات (٩٨,١٩) ومتوسطات المعالجين العاملين في المستشفيات (١٣٧,٢٦) في نظرهم لبعد أعراف الجماعة لصالح منسوبي المستشفيات ، ولعل التفسير المحتمل لذلك هو أن المعالجين النفسيين في تلك المستشفيات النفسية المتخصصة أقدر من نظرائهم في عيادات المستشفيات العامة على إدراك تلك المعوقات ذات الصبغة الإكلينيكية بحكم خبرتهم وكثرة أعدادهم وتوفر الإمكانيات والحالات مما يكسبهم حساً إكلينيكياً أكبر ، خاصة وأن أعراف المجموعة العلاجية وتقاليدها تتضمن إجراءات لها أبعاد فنية تحتاج إلى ملاحظات معالجين لديهم خلفيات إكلينيكية واسعة . كذلك قد يكون من المناسب الإشارة إلى أن بيانات جدول (٦) تظهر أن هناك فروقاً كبيرة ، حتى وإن لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية بين الفئتين على بعد بناء الجلسات ، لصالح المعالجين في المستشفيات النفسية وهي نتيجة تدعم منطقية هذا التفسير خاصة وأن هذا البعد يتضمن جوانب علاجية فنية عيادية تماثل بعد أعراف المجموعة . أيضاً يمكن أن يكون لنوعية الحالات المرضية المزمنة من المنومين في المستشفيات النفسية الكبيرة كالتوائف والرياض وجدة والهفوف والتي تكتظ بأعداد كبيرة من مرضى الفصام المزمن والشيخوخة والتخلف العقلي علاقة بظهور تلك الفروق الجوهرية حيث يتوقع ألا تساعد ظروف هذه الحالات المرضية معالجهم في تحقيق أعراف المجموعة العلاجية .

أما على صعيد التخصصات المهنية فقد أظهرت نتيجة التحليل الإحصائي المعروضة في جدول (٨) للفرضية الرابعة الخاصة بعدم وجود فروق جوهرية بين متوسطات الأطباء النفسيين وزملائهم الأخصائيين النفسيين في نظرهم لأبعاد المعوقات ، وجود فروق دالة بين هاتين الفئتين على البعد التنظيمي الإداري للمعوقات لصالح الأخصائيين النفسيين وهي نتيجة تتفق في كثير من ملامحها مع ما توصلت إليه دراسة برنارد (Bernard, 1991) ودراسة قولدبيرج وزملاؤه (Goldberg et al, 1991) ، ، ويذهب الباحث في تفسيره لهذه النتيجة إلى الاعتقاد بأن هذا الأمر له علاقة بكون الأخصائيين النفسيين في غالبية المستشفيات النفسية يرتبطون بأجهزة وأقسام إدارية كمدير المستشفى ، بل إن بعض المستشفيات تعهد بعملية الإشراف عليهم ومتابعة حضورهم لأقسام إدارية كقسم المتابعة أو شؤون الموظفين ، على العكس من الأطباء الذين يتمتعون باستقلالية كبيرة في أوضاعهم ، وذلك بوجود قسم فني كقسم الخدمات الطبية يتولى عملية الإشراف عليهم وبالتالي فلا توجد لهم إرتباطات فنية أو علاقات رسمية مباشرة بالإداريين في إطار عملهم المهني اليومي . أيضاً قد يكون لمكانة الأطباء وما يحظون به من نفوذ دوره في عدم إدراكهم للجوانب التنظيمية الإدارية التي تعيق العمل ، فهم أقل تعرضاً ومعاونة في تعاملاتهم مع الإجراءات والبيروقراطية الإدارية مقارنة بالأخصائيين النفسيين .

أما بالنسبة لمتغير الجنس ، فقد أظهرت نتائج اختبار مان ويتني المعروضة في جدول (١٠) وجود فروق دالة بين المعالجين والمعالجات في رؤيتهم لأهمية البعد التنظيمي الإداري للمعوقات ، لصالح المعالجات ، وهي نتيجة تتفق في بعض جوانبها مع ما توصل إليه قرين وزملاؤه (Green and Others, 1981) ولكنها تختلف في جوانب أخرى مع نتائج دراسة كل من ليفنسون وزملاؤه (Livinson and Others, 1994) ودراسة الربيع (١٩٩٩) . إن التفسير المحتمل لهذه النتيجة من وجهة نظر الباحث يكمن في وجود بعض الاعتبارات الاجتماعية والثقافية ، فمثلاً عملية إتصال المعالجات بالإداريين والمشرفين وهم من الرجال ، تتسم بالبطء والصعوبة مما قد يحرمهن من إبداء ملاحظاتهم وإيضاح مواقفهن ومتطلباتهن المرتبطة بإجراءات عملهن المهني . أيضاً لا يمكن إغفال أهمية عدم إلمام المعالجات بالكثير من

الإجراءات التنظيمية والتعليمات الإدارية مما يجعل إدراكهن لهذه الأمور والتعامل معها ، متسماً بالحدز والتردد .

أخيراً فلم تظهر نتائج إختبار (ت) المعروضة في جدول (١١) و(١٢) وجود فروق دالة في متوسطات استجابات المعالجين ذوي الخبرة الطويلة وزملائهم ذوي الخبرة القصيرة ، بل إن تلك المتوسطات تكاد تكون متشابهة أو متطابقة ، وهي نتيجة تختلف نوعاً ما مع ما توصل إليه سبيتز وآخرون (Spitz et al, 1980) وهابنز وزملاؤه (Hines et al, 1995) . ويذهب الباحث في محاولته تفسير هذه النتيجة إلى القول بأن محدودية الممارسة الفعلية لأسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في العيادات والمستشفيات النفسية قد يكون لها علاقة بعدم وجود فروق جوهرية بين الفئتين ، فقيمة الخبرة المهنية ليست في عدد سنوات الخدمة وإنما في طبيعة الممارسات ونوعية المواقف الإكلينيكية التي يتعرض لها المعالجون ، حينها يمكن لهم إدراك الأمور بشكل أكبر والحكم عليها من خلال رؤى منطقية ونظرات موضوعية وخبرات عملية .

التوصيات

لقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود مجموعة من المعوقات ذات الأبعاد الإجتماعية والإدارية والعلاجية والتي أسهمت في الحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية بالملكة ، وبالتالي فالباحث يوصي في نهاية هذه الدراسة بأهمية القيام ببعض الإجراءات ، خاصة من قبل بعض المعالجين النفسيين والتي من شأنها أن تساعد في الرفع من معدلات ممارسة هذا الأسلوب العلاجي الهام ومنها :-

- ١- العمل على توعية المستفيدين والمراجعين وتثقيفهم من قبل المعالجين النفسيين بشأن مزايا هذا العلاج ومحاسنه المتعددة تشجيعهم على الإستفادة منه .
- ٢- إدراج خدمات هذا الأسلوب العلاجي ضمن البرامج والخدمات التي لها الأولوية ضمن منظومة الخدمات العلاجية في العيادات والمستشفيات النفسية .

٣- على المعالجين النفسيين توخي الدقة عند اختيار الحالات المشاركة في الجلسات العلاجية حتى يتحقق الإنسجام والتفاعل والتماسك المطلوب بين أعضاء المجموعة العلاجية المستفيدة .

٤- تشجيع المعالجين على التخصص في هذا الفرع من العلاجات النفسية .

٥- إعداد البرامج الأكاديمية والدورات التدريبية التي تهتم بهذا الأسلوب العلاجي ويمكن أن يتم ذلك بالتنسيق بين وزارة الصحة والجامعات السعودية .

٦- سن الأنظمة والقوانين ووضع الضوابط والتعليمات والضمانات التي تحفظ حقوق المستفيدين والمعالجين من الناحية الأخلاقية والمهنية .

٧- يحتاج هذا الفرع من العلاجات النفسية إلى اهتمام أكبر من الباحثين والمتخصصين الأكاديميين ، كما أن الباحث يتمنى على المعالجين النفسيين في المستشفيات ، خاصة ذوي التأهيل العلمي العالي منهم ، إجراء المزيد من الدراسات الميدانية ذات الطابع الإكلينيكي للكشف عن الكثير من الجوانب الخاصة بفنيات وأساليب وإجراءات الممارسات العلاجية النفسية الجمعية .

المراجع العربية

- ١ الألفي ، عزة (١٩٨٦) : استخدام العلاج الجماعي لتعديل بعض الحاجات والضغوطات لدى الأطفال المحرومين : الكتاب السنوي في علم النفس - المجلد الخامس ، ص ص ٤١٣ - ٤١٩ .
- ٢ الجلبى ، قتيبة ، واليحيى ، فهد (١٩٩٦) : العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي . الرياض : العالمية للنشر .
- ٣ حافظ ، أحمد ، ومحمود ، مجدي (١٩٨٩) : أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية : مجلة علم النفس - العدد العاشر ، ص ص ٤٠ - ٤٥ .
- ٤ حافظ ، أحمد ، ومحمود ، مجدي (١٩٩٠) : أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الإنفعالية لدى جماعة عصابية : دراسة تجريبية : مجلة علم النفس - العدد الرابع عشر ، ص ص ٨٤ - ٩٤ .
- ٥ الحسين ، أسماء (١٩٩٧) : فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود بالرياض : رسالة ماجستير في علم النفس (غير منشورة) الرياض - جامعة الملك سعود - كلية التربية .
- ٦ الربيعه ، فهد (١٩٩٩) : دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في عمليتي التشخيص والعلاج . دراسة ميدانية على عينة من الأخصائيين النفسيين السعوديين : مجلة الآداب والعلوم الإنسانية : المجلة العلمية لكلية الآداب بجامعة المنيا : المجلد الثالث والثلاثون - يوليو .

- ٧ الرخاوي ، يحيى (١٩٧٨) : مقدمة في العلاج الجمعي عن البحث في النفس والحياة : القاهرة - دار الغد للثقافة والنشر .
- ٨ الغامدي ، عزة (١٩٩٨) : فاعلية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض قلق الإختبار لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود بالرياض : رسالة ماجستير في علم النفس (غير منشورة) - جامعة الملك سعود بالرياض - كلية التربية .
- ٩ فريدمان ، وليم (١٩٨٩) : ممارسة العلاج الجمعي (المرشد للأخصائي النفسي) : الطبعة الأولى . ترجمة ناصر بن إبراهيم المحارب . الرياض . مطابع جامعة الملك سعود .
- ١٠ يوسف ، جمعة (١٩٩٧) : دراسة إستكشافية لدور المرشدين الطلابيين في الوقاية من تعاطي المخدرات : المجلة العربية للعلوم الإنسانية : العدد ٥٨ - ص ص ٨٧ - ١٢٩ .

المراجع الأجنبية

- 11 Alfred, A. R. (1992): Members Perceptions of Co-Leaders Influence and Effectiveness in Group Psychotherapy: Journal for Specialists in Group Work: Vol. (17), No. 1, p.p. 42 - 53.
- 12 Al-Mutlaq, H. and Chaleby, K. (1995): Group Psychotherapy with Arab Patients: The Arab Journal of Psychiatry. Vol. (6), No. 2, p.p. 125 - 136.
- 13 Aronson, M. L. (1991): Editor's Comments: Groups. Vol. (15), No. 3, p.p. 130.
- 14 Bernard, H. S. (1991): Patterns and Determinants of Attitudes of Psychiatric Residents toward Group Therapy: Groups. Vol. (15), No. 3, p.p. 131 - 140.
- 15 Chaleby, K. (1992): Psychotherapy with Arab Patients: Toward a Culturally Oreinted Techniques. The Arab Journal of Psychiatry. Vol. # 3, No. 1, p.p. 16 - 27.
- 16 Corey, G. (1985): Theory and Practice of Group Counseling, (2nd ed.): Brooks / Cole Publishing Company: Monterey, Ca., U. S. A.
- 17 Dyer, W. And Vreind, J. (1975): Counseling Tehniques that Work: The American Personnel and Guidance Association. Falls Church, Va. U. S. A.
- 18 Edwards, C. and Murdock, N. (1994): Characteristics of Therapist Self-Disclosure in the Counseling Process. Journal of Counseling and Development. Vol. 3 72, No. 4. March / April, p.p. 384 - 389.
- 19 Friedman, W. (1989): Practical Group Therapy: A Guide for Clinicians. San Francisco, Jossey-Bass Inc. Pulbishers, U. S. A.
- 20 Ganzarain, R. and buchele, B. (1990): Incest Perpetrators in Group Therapy: A Psychodynamic Perspective. Bulletin of the Menninger Clinic. Vol. # 54, No. 3, Summer, p.p. 295 - 310.

- 21 Gazda, G. (1982): Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group Counseling, (3rd. Ed.) by Charles C. Thomas Pub., Springfield, Il. U. S. A.
- 22 Green, L., Morrison, T. and Tischler, (1981): Gender and Authority: Effects on Perceptions of Small Group Co-Leaders. Small Group Behavior, Vol. (12), p.p. 401 - 413.
- 23 Goldberg, R., Riba, M. and Tasman, A. (1991): Psychiatrists' Attitudes toward Prescribing Medication for Patients Treated by Non-Medical Psychotherapists. Hospital and Community Psychiatry. Vol. (28), p.p. 173 - 177.
- 24 Hansen, J., Warner, R. And Smith, E. (1980): Group Counseling: Theory and Practice (2nd. Ed.). Rand McNally College Publishing Co., Chicago, Il. U. S. A.
- 25 Hines, P., Stockton, R. and Morran, D. (1995): Self-Talk of Group Therapists: Journal of Counseling Psychology. Vol. (42), No. 2, p.p. 242 - 248.
- 26 Ho, M. K. (1984): Social Group Work with Asian / Pasific Americans. Social Work with Groups. Vol. (7), p.p. 49 - 61.
- 27 Kinzie, J. D., Leung, P., Bui, A., Ben, R., Keopraseuth, K., Riley, K., Fleck, J. and Ades, M. (1988): Group Therapy with South East Asian Refugees. Community Mental Health Journal: Vol. (24), No. 2, p.p. 157 - 166.
- 28 Leong, F., Wagner, N. and Kim, H. (1995): Group Counseling Expectations among Asian American Students: The Role of Culture Specific Factors. Journal of Counseling Psychology: Vol. (42), No. 2, p.p. 216 - 222.
- 29 Linn, M., Caffey, E. and Klett, C., (1979): Day Treatment and Psychotropic Drugs in the after Care of Shizophrenia Patients: Archives of General Psychiatry. Vol. (36), p.p. 1055 - 1060.
- 30 Livinson, E., Rafoth, M. and Sanders, P. (1994): Employment Related Differences between Male and Female. School Psychologists. Psychology in Schools. Vol. (31), No. 3, p.p. 201 - 207.

- 31 Rodenhauser, P. and Stone, W. N. (1993): Combining Psychopharmacotherapy and Group Psychotherapy: Problems and Advantages: International Journal of Group Psychotherapy. Vol. (43), No. 1, p.p. 11 - 27.
- 32 Rutan S. & Stone, W. (1984): Psychodynamic Group Psychotherapy; in Friedman, W. (1989): Practical Group Therapy: A Guide for Clinicians. San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers, U. S. A.
- 33 Scheidlinger, S. (1992): Therapist Gender in Child-Adolescent Treatment Groups: Journal of Child and Adolescent Group Therapy: Vol. (2), No. 2, p.p. 105 - 108.
- 34 Shapiro, Daoud, Shapiro, D. (1982): Meta-Analysis of Comparative Therapy Outcome Studies: A Replication and Refinement: Psychological Bulletin. Vol. (92), p.p. 581 - 604.
- 35 Spitz, H., Kass, F. and Charles, E. (1980): Common Mistakes Made in Group Psychotherapy by Beginning Therapists. American Journal of Psychiatry, Vol. (137), p.p. 1619 - 1621.
- 36 The American Psychiatric Association (1984): Commission on Psychiatric Therapies: The Psychosocial Therapies: Part II of the Psychiatric Therapies: Chaired by Toksoz B. Karasu. Washington, D. C., U.S.A.
- 37 Toseland, R. And Siporin, M. (1986): When to Recommend Group Treatment: A Review of the Clinical and the Research Literature: International Journal of Group Psychotherapy, Vol. (32), p.p. 171-201.
- 38 Van - Wormer, K. (1995): Reflections from the Field: Teaching American Techniques of Alcoholism Counseling in Norway: Social Development Issues. Vol. (17), No. 2 - 3, p.p. 164 - 172.
- 39 Vinogrador, S. and Yalom, I. (1989): Group Psychotherapy: American Psychiatric Press Inc., Washington, D.C., U. S. A.
- 40 Winegar, N., Bistline, J. L. and Sheridan, S. (1992): Implementing a Group Therapy Program in a Managed Care Setting: Combining Cost Effectiveness and Quality Care: The Journal of Contemporary Human Services: January, p.p. 56 - 58.

- 41 Yalom, I. D. (1975): The Theory and Practice of Group Psychotherapy (2nd ed.): Basic Books Inc. Publishers. New York, U.S.A.
- 42 Yalom, I. D. (1983): In-Patient Group Psychotherapy: Basic Books Inc. Publishers. New York, U. S. A.

The Attitudes of Saudi Youth Towards the Sport Stars

By :

Dr. Fahed Abdullah Ali ADileym
Assistant Professor of Counseling Psychology
Department of Psychology
College of Education
King Saud University - Riyadh

Abstract: The purpose of the present study is to reveal the nature of youth attitudes towards sport stars in Saudi Arabia. Also, the study aims at exploring the differences, if any, among the study sample in their attitudes which could be attributed to different educational levels, academic majors or grades point average. A 51-item attitude scale was developed by the researcher and administered to 645 intermediate, secondary and college students in Riyadh City. Many statistical techniques were applied to test the six hypotheses of the study. Results of the study showed a positive attitude by the students towards sport stars, and a strong relationship among the three components of attitude. Also, the study revealed significant differences among the students in their attitudes due to their different educational levels, academic majors and grade point average. In the light of the study findings, several recommendations were suggested.

The Attitudes of Saudi Youth Towards the Sport Stars

By :

Dr. Fahed Abdullah Ali ADileym
Assistant Professor of Counseling Psychology
Department of Psychology
College of Education
King Saud University - Riyadh

Counseling

Abstract: The purpose of the present study is to reveal the nature of youth attitudes towards sport stars in Saudi Arabia. Also, the study aims at exploring the differences, if any, among the study sample in their attitudes which could be attributed to different educational levels, academic majors or grades point average. A 51-item attitude scale was developed by the researcher and administered to 645 intermediate, secondary and college students in Riyadh City. Many statistical techniques were applied to test the six hypotheses of the study. Results of the study showed a positive attitude by the students towards sport stars, and a strong relationship among the three components of attitude. Also, the study revealed significant differences among the students in their attitudes due to their different educational levels, academic majors and grade point average. In the light of the study findings, several recommendations were suggested.