

معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

د. فهد عبد الله علي الدليم

أستاذ مساعد بقسم علم النفس

كلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض

ملخص البحث : تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن أهم المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في المؤسسات النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية وعلاقة تلك المعوقات بمتغيرات المؤسسة العلاجية والتخصص المهني والجنس والخبرة . من أجل ذلك فقد قام الباحث بتطوير إستبانة تتكون من أربع وخمسين عبارة تقريرية تم تطبيقها على جميع المعالجين النفسيين العاملين في جميع عيادات ومستشفيات الصحة النفسية والإدمان بالملكة والذين بلغ عددهم خلال فترة البحث مائتين وستين طبيباً وأخصائياً نفسياً . استخدم الباحث عدد من أساليب التحليل الإحصائي لاختبار السؤال البحثي الخاص بأهم المعوقات وفروض الدراسة الثمانية وقد أظهرت نتائج التحليل أن عدم وضوح أغراض الإرشاد والعلاج الجمعي وجدواه لدى العملاء يمثل المعوق الأهم بين الإثنى عشر معوقاً التي يرى المعالجون أهميتها . كذلك فقد كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود أثر جوهري لمتغيرات الدراسة المستقلة على إستجابات أفراد العينة ، لكنها في الوقت نفسه أظهرت وجود تباين دال إحصائياً بين المعالجين في نظرتهم للبعد التنظيمي الإداري للمعوقات في ضوء متغيري الجنس والتخصص المهني . أخيراً فقد ضمن الباحث مناقشاته لمفردات تحليل السؤال البحثي وفروض الدراسة بعض المقترحات والتوصيات التي يرى أهميتها للتغلب على تلك المعوقات التي تحد من استخدام الإرشاد والعلاج الجمعي في المؤسسات النفسية .

مُتَكَلِّمَات

هناك شبه اتفاق عام بين المهتمين والمعالجين النفسيين في ميدان الصحة النفسية على أهمية أسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي وفعاليته في علاج الإضطرابات النفسية . هذه الأهمية التي يحظى بها الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في الوقت الراهن ليست وليدة اليوم بل هي ثمرة مجهودات كبيرة وتراكم خبرات طويلة بدأت قبل قرن من الزمان تقريباً حينما قام برات (1905) بوضع اللبنيات الأولى لمبادئ هذا العلاج الجمعي في صورة اجتماعات ومناقشات مع مرضى الدرن ، تلا ذلك قيام مارش ولازل في العشرينات بإدخال هذا الأسلوب العلاجي في المستشفيات وتطبيقه على المرضى الفصاميين ، أعقب ذلك تطوير موريانو لأسلوب السيكدوراما في الثلاثينات (Gazda, 1982) .

لقد شهد الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي الحديث ، بدءاً من الحرب العالمية الثانية عندما أجبر الأطباء النفسيين العسكريين على القيام بتدخلات علاجية جمعية للتعامل مع الأعداد

الكبيرة من ضحايا الحرب ، مرحلة توسع ونمو حقيقي جعل منه أسلوباً علاجياً فعالاً ، فلقد وجد شابيرو و شابيرو (Shapiro and Shapiro, 1982) في دراسة مسحية مقارنة أن أكثر من نصف المستشفيات النفسية وربع المؤسسات الإصلاحية الإجتماعية والغالبية العظمى من مراكز الصحة النفسية المجتمعية (Community Mental Health Centers) تستخدم هذا الأسلوب كخيار أساسي في برامجها العلاجية اليومية . أما على مستوى التراث النفسي فقد ازداد ثراءً وغنى بظهور المؤلفات والمجلات والدوريات المتخصصة ونشأة الهيئات والجمعيات مما رفع من مستوى الوعي والمعرفة في مجالات الثقافة النفسية الخاصة بالإرشاد والعلاج النفسي الجمعي (Gazda, 1982) . إذن فلا غرو أن ترتفع معدلات تطبيقات هذا العلاج وتزداد أعداد ممارسيه في العقود الثلاثة الأخيرة (Vinogradov and Yalom, 1989) .

لقد كتب الكثير من المفكرين والممارسين الرواد في مجال الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي يالوم (Yalom, 1975) ، هانسون وزملاءه (Hanson & Others, 1980) ، قازدا (Gazda, 1982) ، الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA, 1984) ، كوري (Corey, 1985) ، وفريدمان (Friedman, 1989) عن مزايا هذا الأسلوب العلاجي وإيجابياته المتعددة والتي يمكن إجمالها في :

- ١) توفير المال والجهد والوقت .
- ٢) حصول الأعضاء على ارتياح عام بوجود أشخاص يماثلونهم في معاناتهم النفسية .
- ٣) تزويد الأعضاء بخبرات إجتماعية حقيقية فيها اختبار للواقع يساعدهم في تطوير مهارة العلاقات البين شخصية التفاعلية .
- ٤) التقليل من حدة التمرکز حول الذات وتخفيف مشاعر التذمر والقلق باستخدام التحويلات أو الطروحات والتفريغات الإنفعالية .
- ٥) تزويد الأعضاء بخبرات متعددة المستويات والتفاعلات تمثل أهمية رمزية للفرد والجماعة .

٦) تباين الأنماط الشخصية في المجموعة العلاجية وظهور المواجهات والتأويلات والملاحظات والتعليقات والتغذية الراجعة والإنكشاف الذاتي كلها عوامل مساندة تدعم حدوث التغييرات الإيجابية في بناء الشخصية .

إن فاعلية هذا الأسلوب العلاجي لم تعد مدار نقاش أو جدل في غالبية المراكز الإرشادية العلاجية في البيئات الغربية ، حيث أظهرت دراسات عديدة وأبحاث تطبيقية كثيرة على مدى سنوات طويلة جدواه وفاعليته مع مختلف الفئات العمرية وغالبية الحالات المضطربة وفي البيئة العربية والمحلية أجريت بعض الدراسات والأبحاث الميدانية الحديثة والتي تدعم الإتجاهات التي تنادي بالتوسع في تطبيقات هذا العلاج ومنها على سبيل المثال لا الحصر دراستي حافظ ومحمود (١٩٨٩ ، و١٩٩٠) حيث قاما بتطبيق أسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي على مجموعة من طلبة جامعة عين شمس ممن يعانون من بعض الإضطرابات العصابية ودراسة عزة الألفي (١٩٨٦) التي استخدمت فنيات العلاج الجمعي لمساعدة مجموعة من الأطفال من ذوي الظروف الخاصة ودراسة أسماء الحسين (١٩٩٧) على المستوى المحلي والتي أظهرت فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجمعي في علاج مشاعر الوحدة النفسية لدى طالبات السكن الطلابي بجامعة الملك سعود وكذلك دراسة عزة الغامدي (١٩٩٨) والتي أظهرت جدوى العلاج الإنفعالي العقلاني الجمعي في علاج حالات قلق الإختبارات لدى مجموعة من طالبات جامعة الملك سعود بالرياض .

إذن وفي ظل هذه المؤشرات الإيجابية أصبحت الحاجة ماسة وضرورية لتطبيق هذا الأسلوب العلاجي في مؤسسات الصحة النفسية على مستويات أوسع وبمعدلات أكبر نسبة لما يتضمنه من إيجابيات سبق التنويه منها ، لعل أبرزها فيما يتعلق بظروف وثقافة المجتمع السعودي توفير الوقت والمال والجهد في ظل ندرة الأشخاص المتخصصين وللملائمة هذا الأسلوب لبناءات وسيكولوجية الشخصية العربية ، والتي تعطي قيمة وأهمية لرأي الجماعة وتوجهاتها حيث تستمد الأنا قوتها وتكتسب النفس ثقتها وتأكيداتها من خلال إنطباعات وتدعيمات أفراد المجتمع ورضاهم عن إتجاهات وسلوكيات الفرد . في هذا الإطار يرى الجلبلي واليحيى (١٩٩٦) أن "الثقافة الإجتماعية العربية تحمل في مقوماتها أسباباً كثيرة ليكون العلاج الجمعي أكثر نجاحاً وذلك لأن البنية

الأساسية في المجموعة العلاجية تشبه إلى حد بعيد البنية الجماعية للمجتمع ككل فالمجتمع العربي بصفة الأبوية يشبه ترتيب المجموعة وهي تمثل المجموع العام فهناك قائد المجموعة الذي يمثل دور الأب في مجتمع الأسرة الواحدة ورأس المجتمع أو شيخ القبيلة في المجتمع على شكله الواسع" (ص ٢٠٥) . إن التجربة العلاجية الجماعية على المستويين العربي والمحلي لا تزال تعاني من بعض التعقيدات والصعوبات ، فقد سعى نفر من المعالجين النفسيين في البيئة العربية في السبعينات إلى محاولة تطبيق هذا الأسلوب العلاجي ولكن كما ذكرت المطلق والجلبي (١٩٩٥) "كانت التجربة العربية في هذا المجال غير مشجعة ومخيبة للآمال في بعض الأحيان ، وهذا ما حدا ببعض المعالجين النفسيين إلى التوقف عن ممارسة هذا النوع من العلاج ، فاستعمال التكنيك الحر غير الموجه مع السماح لأعضاء المجموعة بالتعبير غير المقيد عما يدور بخلدهم من أفكار وعواطف سببت ارتفاعاً في المشاكل والصدامات بين المرضى في المجموعة ، كما أن التعبير والإستبصار غير المرشد أدى إلى ارتفاع حدة التوتر عند البعض مع ظهور نتائج سلبية في بعض الأحيان" (ص ١٢٥) .

بطبيعة الحال فالمعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي لا تقتصر على الإعتبارات الإجتماعية الثقافية المتأصلة في عقل الإنسان العربي ووجدانه أو في نوعية الأساليب المستخدمة ، بل إن هناك الكثير من هذه المعوقات التي يزخر بها التراث النفسي الأجنبي ولكن ندرة الدراسات على المستوى العربي والمحلي لم تكشف عنها وهذا هو ما تحاول الدراسة الحالية العمل على البحث فيه .

مشكلة الدراسة

بلغت الخدمات العلاجية في مؤسسات الصحة النفسية بالملكة العربية السعودية مستوىً عالياً من الكفاءة والجودة وذلك باستخدامها لعدد من الأساليب العلاجية ولكن تبقى تطبيقات أسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي وهو أحد المناهج العلاجية المعتبرة محدودة جداً ، حيث أظهرت إحصائيات عيادات ومستشفيات الصحة النفسية بوزارة الصحة خلال السنوات الخمس الأخيرة أن تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي وممارساته لا تتجاوز ٥٪ من مجموع الفعاليات العلاجية وهي نسبة ضئيلة جداً لا تتناسب على الإطلاق مع حجم الأهمية التي يمثلها هذا الأسلوب العلاجي . إن وراء محدودية استخدامات هذا العلاج وتطبيقاته مجموعة من المعوقات التي كشفت عنها أبحاث ومجهودات عدد من المختصين والرواد في

مجال العلاج الجمعي والتي يزخر بها التراث السيكلوجي الأجنبي والتي يرى الباحث من خلال خبرته المهنية والعملية أنها تعكس في بعض منها واقع الممارسات السائدة في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية .

لقد حدد داير وفريند (Dyer and Vriend, 1975) خمسة معوقات أساسية تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي وهي :-

- (١) الظروف البيئية والموقفية المرتبطة بالمرفق الصحي مثل غرفة الجلسات العلاجية وترتيبات ونوعية التأسيس والتجهيزات ومستويات الإضاءة والتهوية .
- (٢) معوقات متأصلة في أذهان العملاء ترتبط بخلفياتهم الثقافية وتنشئتهم الاجتماعية حيث يحضر البعض منهم وهو يحمل توجهات أيديولوجية وأفكاراً سياسية أو توقعات غريبة أو جداول عمل خفية أو مشاعر من الخوف والرغبة الاجتماعية التي تؤثر في سير العملية الإرشادية العلاجية .
- (٣) معوقات مرتبطة بقلّة الخبرة والتأهيل العلمي لدى المرشدين والمعالجين النفسيين .
- (٤) معوقات مرتبطة بإجراءات اختيار المجموعة العلاجية وظروفها .
- (٥) معوقات متأصلة في العملية العلاجية الجمعية كالمهارات والإدراكات والأساليب والفنيات المستخدمة .

أما تناول فريدمان (Friedman, 1989) لهذه المعوقات فتغلب عليه الصبغة الإكلينيكية التطبيقية حيث يرى أنه يمكن إجمال معوقات العمل العلاجي النفسي الجمعي في الآتي :-

- (١) الإتجاهات السلبية التي يحملها المدراء والمشرفون عن البرامج العلاجية وتحيزهم ضد الأسلوب العلاجي الجمعي إما لقلّة وعيهم بفوائده وإيجابياته أو لضخامة ما يتطلبه من إمكانيات أو لنظرتهم غير الواقعية .
- (٢) إفتقار بعض الحالات والعملاء إلى الدافعية والإستعداد للعلاج كمرضى الإدمان وإضطرابات الشخصية .

٣) غياب الإتصال اللفظي الوجداني مما يضعف من درجة التفاعل والتماسك بين أعضاء المجموعة العلاجية .

٤) التناقض بين ما يبحث عنه العميل وبين ما يقدمه المعالج (العيادة) ويزداد هذا التناقض حدة عندما يكون العملاء من ذوي الثقافة النفسية المتدنية .

٥) عدم اهتمام المعالجين بالمنحى العلاجي البين شخصي التفاعلي .

٦) إنضمام أفراد معينين لجلسات العلاج الجمعي بناءً على طلب جهات معينة مما يثير بعضاً من القضايا الأخلاقية والمهنية التي تعرقل سير العمل الجمعي .

٧) قد تصبح برامج العلاج الجمعي ساحة للنزاعات بين المعالجين الأطباء وغيرهم من المعالجين حول النفوذ والمكانة أو حول الوقت والمكان كما هو الحال مع القائمين على أمور العلاجات الترويحية والتأهيلية المهنية .

إذن ومن خلال ما سبق عرضه يمكن الإستنتاج بأن هناك مجموعة من المعوقات الإجتماعية الثقافية والتنظيمية الإدارية والعلاجية الفنية والتي لها ارتباط مباشر بمتغيرات هامة في العمل العلاجي الجمعي مثل تكوين المرفق الصحي أو المؤسسة العلاجية وطبيعة التخصصات المهنية للمعالجين ونوعية جنسهم ومستوى خبراتهم العملية ، لذا تسعى الدراسة الحالية للبحث في هذه المعوقات وعلاقتها بتلك المتغيرات للوقوف على دورها في محدودية إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية السعودية . باختصار يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة على التساؤلين التاليين :-

١) ما أهم المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية السعودية من وجهة نظر المعالجين النفسيين؟

٢) هل لمتغيرات المؤسسة العلاجية أو التخصص المهني أو الجنس أو الخبرة ، علاقة بوجهة نظر المعالجين النفسيين لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي؟

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الحالية لتحقيق هدفين هما :-

- ١) الكشف عن أهم المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي في المؤسسات العلاجية النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر المعالجين النفسيين العاملين بتلك العيادات والمستشفيات .
- ٢) معرفة مدى وجود فروق بين المعالجين النفسيين في نظرهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغيرات المؤسسة العلاجية والتخصص المهني والجنس والخبرة العملية .

أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية أسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي الذي أظهرت دراسات عديدة محلية وعربية وأجنبية فعاليته وجدواه في علاج مختلف الحالات النفسية ، بل إن هناك عدداً من المهتمين والممارسين يؤكدون أن العلاج الجمعي يفوق العلاج الفردي فعالية وتأثيراً ، فهذا توزلاند وسبورين (Toseland and Siporin, 1986) قد وجدوا في دراسة مسحية مقارنة بين الأسلوبين في التعامل مع المشكلات البين شخصية التبادلية ، أن هناك أربعاً وعشرين دراسة من أصل إثنين وثلاثين أظهرت عدم وجود فروق هامة بين الأسلوبين بينما في بقية الدراسات (ثمان دراسات) اتضح أن العلاج النفسي الجمعي أكثر فعالية من العلاج الفردي .

إن تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية السعودية تعتبر نادرة إن لم تكن معدومة ، في غالبية هذه المؤسسات العلاجية وما ذلك إلا لوجود مجموعة من المعوقات والعقبات ذات الأبعاد المتعددة ، من هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية والتي يمكن حصرها في الجوانب التالية :-

- ١) الكشف عن أهم المعوقات التي تحد من تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي

في المؤسسات العلاجية الحكومية وإبرازها وتحديدها بصورة تساعد القائمين والمعنيين بخدمات الصحة النفسية على تذليلها واتخاذ الإستراتيجيات المناسبة للتعامل معها .

٢) تمثل عينة الدراسة الحالية جميع المعالجين النفسيين العاملين في المؤسسات النفسية العلاجية الحكومية والذي يتوقع أن يكون من شأنه التعرف بشكل أكبر على أهم المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات أسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي من وجهة نظر أولئك الأخصائيين والأطباء النفسيين المعنيين باستخدمات هذا العلاج وتطبيقه .

٣) هذه الدراسة، على حد علم الباحث، هي الدراسة الأولى من نوعها ، لذا فالباحث يأمل أن تفتح آفاقاً جديدة أمام الباحثين والدارسين لتناول هذا الموضوع الهام من مختلف الأبعاد والجوانب .

مصطلحات الدراسة

♦ الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي : إحدى طرق العلاج النفسي التي تستخدم فيها مجموعة من الفنيات والأساليب العلاجية التحليلية أو السلوكية أو المعرفية أو الإنسانية أو جميعها بغرض إرشاد وعلاج مختلف الإضطرابات السلوكية والشخصية والإنفعالية والعصابية والذهانية من خلال عقد عدة جلسات علاجية جماعية يديرها الأطباء النفسيون أو الأخصائيون النفسيون في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية .

♦ المؤسسة العلاجية : هي المرفق الصحي الذي يقدم خدمات علاجية نفسية بما فيها خدمة التنويم والإقامة الداخلية وقد بلغت أربعاً وعشرين مؤسسة علاجية تمثل جميع العيادات النفسية الملحقه بالمستشفيات المركزية التابعة لوزارة الصحة ووزارة الدفاع ووزارة الداخلية والحرس الوطني وجامعة الملك سعود بالإضافة لعيادات ومراكز ومستشفيات علاج الإدمان وجميع مستشفيات الصحة النفسية الحكومية .

♦ التخصص المهني : ويقصد بها وظائف المعالجين النفسيين التي تقع ضمن اللائحة الطبية الصحية ويشغلها الأطباء النفسيون الذين يحملون مؤهلات الدبلوم أو الماجستير أو الزمالة أو الدكتوراه في الطب النفسي ، أو الأخصائيون النفسيون الذين يحملون مؤهلات البكالوريوس أو الدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراه في علم النفس الإرشادي أو العيادي .

♦ الجنس : ويقصد به فئتي الذكور والإناث من المعالجين والمعالجات من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين العاملين في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية .

♦ الخبرة : ويقصد بها عدد السنوات التي أمضاها المعالجون والمعالجات أطباء أو أخصائيين في العمل العيادي في مجال الصحة النفسية والتي تم تقسيمها إلى خبرات طويلة لمن أمضى أكثر من عشر سنوات وخبرات قصيرة لمن أمضى في العمل العيادي أقل من عشر سنوات .

الدراسات السابقة

أظهرت دراسات عديدة وجود مجموعة من العقبات والمعوقات ذات الأبعاد الاجتماعية الثقافية والتنظيمية الإدارية والعلاجية الفنية والتي تحد كثيراً من استخدامات أساليب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في مؤسسات الصحة النفسية . فلقد وجد كينزي وزملاؤه (Kinzie and Others, 1988) في دراستهم الميدانية التي تصف تجربة برنامج علاجي جمعي جديد استمر لمدة عام واحد ، أعد خصيصاً لثلاثمائة من اللاجئين من جنوب شرق آسيا في قسم الطب النفسي بجامعة أوريغن للعلوم الصحية بأمريكا ، أن الفروق الاجتماعية والثقافية مثل نوعية أساليب الاتصال بالآخرين ، وكيفية احترام وتقدير رموز السلطة وطبيعة العلاقات الاجتماعية التقليدية كانت عقبات واضحة ومؤثرة في عدم تقبل هؤلاء اللاجئين للعملية العلاجية الجمعية . أيضاً وفي نفس الإطار فقد توصل ليونق وزملاؤه (Leong & Others, 1995) في دراسة قاموا بها على (١٣٤) من الطلبة الأمريكيين ذوي الخلفيات العرقية الآسيوية بهدف فحص تأثير الفروق الثقافية الحضارية على توقعات وتوجهات هؤلاء الطلبة بالنسبة لخدمات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي وقد وجدوا أن نسبة كبيرة من هؤلاء الطلبة يمتنعون عن طلب

الخدمة النفسية العلاجية الجماعية بسبب صراعات القيم الاجتماعية واختلاف الأنساق الثقافية ، كما ظهر لهم أن بعضاً من هؤلاء الطلاب عندما يحصلون على الخدمة يتكونها في وقت مبكر وقبل انتهاء المدة الزمنية المخصصة للبرنامج العلاجي . أيضاً وفي إطار تأثير البعد الثقافي على العمل العلاجي الجماعي فقد قام فان ورم (Van Wormer, 1995) بمحاولة نقل التجربة الأمريكية في علاج الإدمان على الكحوليات لتطبيقها في البرامج العلاجية في النرويج وذلك بتنظيم برنامج تدريبي للمرشدين والمعالجين النفسيين على كيفية استخدام أسلوب الخطوات الإثنتي عشر (The 12-Step Alcohol Therapy Program) وقد خرج في نهاية الفترة التدريبية بنتيجة مؤداها فشل التجربة في نقل الخبرة الأمريكية لاعتبارات ثقافية حضارية أهمها عدم ثقة المرشدين النفسيين بأسلوب السلطة الصارم لقائد المجموعة وعدم اقتناعهم وتجاوبهم مع فكرة مجازاة أعراف الجماعة مما صعب من تدفق الأفكار وفيض المشاعر بحرية وسلاسة أثرت على عملية الإتصال والتفاعل بين الأعضاء .

أما على المستوى العربي فقد استنتج الجلبي (Chaleby, 1992) أهمية إجراء تعديلات وتغييرات محددة في بعض الأدوار والقواعد والمفاهيم العامة للعلاجات النفسية الغربية حتى تتناسب عند تطبيقها مع خصوصية الثقافة العربية .

أما فيما يتعلق بالبعد التنظيمي الإداري ودوره في عملية الحد من شيوع استخدامات أساليب الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي فقد كشفت نتائج دراسة قام فيها برنارد (Bernard, 1991) بإجراء مقابلات شخصية عميقة ومطولة مع عشرة من الأطباء النفسيين المقيمين بواقع خمسة من الأطباء الرجال ومثلهم من النساء يمثلون المناطق الخمس الرئيسة في الولايات المتحدة الأمريكية بغرض معرفة أنماط ومحددات إتجاهاتهم نحو العلاج النفسي الجماعي ، عن عدد من المواقف السلبية تجاه هذا الأسلوب أهمها من الناحية التنظيمية الإدارية عدم وجود تحديد واضح للمهام والأدوار سواء بالنسبة للمعالجين أو أعضاء الجماعات العلاجية بالإضافة إلى عدم وجود متابعة وإشراف إداري مما انعكس سلباً على اتجاهات المشرفين وأعضاء الهيئة الإستشارية في ممارساتهم العلاجية الجماعية ، بل إن الأمر وصل بالبعض منهم إلى اعتبار إدارة الجلسات الجماعية من مهام الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، أما الأطباء النفسيين فلا

علاقة لهم بممارسة هذا الأسلوب وتطبيقاته . أيضاً وفي دراسة مماثلة قام بها وينقر وزملاؤه (Winegar and Others, 1992) للبحث في إمكانية توفير خدمات فعالة ذات مستوى عالٍ مع ترشيد للإنفاق في أحد مستشفيات الصحة النفسية بمدينة ريتشموند بولاية فرجينيا الأمريكية وذلك بتطبيق برنامج يقيس فعالية الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي على ثلاث عشرة مجموعة علاجية تعاني من اضطرابات الإدمان وصعوبات التكيف والتأقلم وإقامة العلاقات الشخصية التبادلية والمراهقة ، وقد خرج المشرفون على متابعة وإدارة هذا البرنامج العلاجي بعد مضي عام على تطبيقه بمجموعة من النتائج من أهمها أن مساهمة إدارة المستشفى الإيجابية ساعدت في تهيئة بيئة داعمة رفعت من معنويات الممارسين والمعالجين فزادت إنتاجيتهم وفاعليتهم وارتفعت معدلات رضى المستفيدين من تلك الخدمة إلا أن المشرفين الإكلينيكين القائمين على تنفيذ البرنامج أوصوا بضرورة تقويم مؤسساتهم وبرامجهم العلاجية باستمرار وتحديد الأهداف المطلوب تحقيقها بوضوح مع القيام بإجراءات تبسط عمليات الإحالة إضافة إلى الإستمرارية في تدريب ودعم الهيئة التعليمية والعلاجية لتكوين فريق علاجي متمكن .

أما فيما يتصل بالبعد العلاجي الفني لمعوقات انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي فقد أكد داير وفريند (Dyer and Vriénd, 1975) على وجود معوقات متأصلة في العملية العلاجية الجمعية مثل تلك الإجراءات التي تعزز السلوكات العصابية والإنهزامية الذاتية أو الأساليب التي تتضمن التأكيد المبالغ فيه على أهمية المشاعر أو وضع المجموعة في حالة من الإعتراف بالخطيئة وطلب الغفران وهي ممارسات تشحن أجواء الجلسات العلاجية بالعواطف والإنفعالات التي تحجب عملية التواصل وتشوش التناغم والتفاعل وتفتح المجال أمام الأعضاء لكي يلوذوا بالصمت والسكوت . إن هذه الإستنتاجات تتسق إلى حد كبير مع ما لقيته التجربة العلاجية الجماعية العربية في بداياتها من صعوبات تمثلت في عدم توفير المعالجين في اختيار الأساليب العلاجية التي تتناسب مع ثقافة مجتمعهم فاستخدام أسلوب العلاج الحر غير الموجه ، مثلاً ، والسماح لأعضاء المجموعة العلاجية بالتعبير عن انفعالاتهم بدون تنظيم أو ضوابط جعل الأفراد يدخلون في صراعات مع أنفسهم ومع غيرهم مما زاد من

حدة التوترات والإنفعالات (المطلق والجلبي ، ١٩٩٥) . لقد أظهرت نتائج دراسة برنارد (Bernard, 1991) أن الأسلوب العلاجي المستخدم مهم ومؤثر في نجاح العمل العلاجي الجمعي فالأسلوب الذي يعتمد على التفاعل البين شخصي يعتبر أكثر ملاءمة للمرضى ذوي الأداء المنخفض والذين يحتاجون للمساعدة والدعم لتطوير مهارات إجتماعية أساسية . أيضاً وفي نفس السياق الخاص بالبعد العلاجي الفني لمعوقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي فقد وجد قانزارين وبوتشيل (Ganzarain and Buchele, 1990) في دراستهما التي تمت على عشرين شخصاً ممن اقترفوا جريمة السفاح من خلال العمل معهم في جلسات علاجية ديناميكية تحليلية جماعية أن أهم العقبات التي تواجههم هي نقص الدافعية لديهم وعدم استعدادهم للقيام ببعض التكنيكات العلاجية مثل الطرح والطرح المضاد . أما على مستوى مهارات المعالج وخصاله الإكلينيكية ودورها في إدارة جلسات المجموعة فقد وجد كينزي وزملاؤه (Kinzie and Others, 1988) أن مرونة المعالج الجمعي قائد المجموعة قد ساهمت إلى حد كبير في تحقيق حاجات أساسية للأعضاء المستفيدين من اللاجئين الآسيويين ، فتواجهه الدائم وتأكيدده على أهمية الجوانب الإجتماعية وإدراكه ومعرفته بمشكلات الطرح التي يقوم بها الأعضاء كانت هي الأساليب الأفضل للإستمرارية وتحقيق النجاح مع بعض الحالات .

في هذا الإطار يؤكد يالوم (Yalom, 1975) أن دور المعالج يتمحور حول ثلاث مهام هي تشكيل نسق أو تركيبة علاجية طبيعية وبناء ثقافة علاجية تتضمن منظومة من الأنماط والمعايير والأعراف بالإضافة إلى تنشيط وبلورة تفاعل مفاهيم أسلوب هنا والآن العلاجي .

إن أبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي ارتبطت بجملة من المتغيرات حددتها الدراسة الحالية في أربعة متغيرات مستقلة ، ففي ما يتعلق بالمؤسسة العلاجية ، وجد لين وزملاؤه (Linn and Others, 1979) في دراستهم التي تمت على (١٦٢) مريضاً فصامياً مزمناً في عشرة مستشفيات أن المراكز العلاجية التي تضم إمكانات وتجهيزات ومرافق مثل مراكز العلاج بالعمل والعلاج التروحي هي الأكثر نجاحاً في تجنب مرضاها الإنتكاسات المرضية على مدار السنوات الأربع التي استغرقتها الدراسة ، كما أن ستة

من هذه المستشفيات أظهرت فروقاً دالة إحصائياً في تأجيل حدوث الانتكاسات حيث تحسنت مستويات الأداء الإجتماعي لمرضاها وانخفضت معدلات ظهور الأعراض المرضية والانتكاسات .

أما على المستوى المحلي فقد وجد الربيعه (١٩٩٩) في دراسة أجراها على ستين من الأخصائيين النفسيين بالسعودية حول الصعوبات التي تواجههم أثناء ممارستهم لعملهم المهني ، أن صعوبة عدم توفر الأماكن المناسبة داخل المؤسسات العلاجية للقيام بالعلاج النفسي تمثل المرتبة الثانية بين الصعوبات ، كما أظهرت الدراسة أن ٥٤٪ من العينة يرون أن عدم وجود لائحة تنظيمية تحدد مهام وأدوار الأخصائي النفسي العيادي في المؤسسات تمثل صعوبة أخرى لها أهمية كبرى .

أما على صعيد التخصص المهني ودوره في محدودية استخدامات أسلوب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي فقد أظهرت دراسة برنارد (Bernard, 1991) التي أجراها على عدد من الأطباء النفسيين المقيمين بقصد معرفة أنماط ومحددات إتجاهاتهم نحو العلاجات الجمعية ، أن بعضاً من المشرفين والإستشاريين الإكلينيكين لا يفرقون بين العلاج النفسي الجمعي وغيره من أشكال العلاجات التأهيلية أو الترويحية أو الإجتماعية ، بل إن البعض منهم يعتبر اجتماعات الأقسام والأجنحة الداخلية في المستشفيات علاجات جماعية ، بل إنهم زادوا على ذلك باعتبار هذا الأسلوب العلاجي من اختصاصات الأخصائيين النفسيين والإجتماعيين .

أيضاً وفي دراسة مماثلة إلى حد ما قام فيها قولدبيرج وزملاؤه (Goldberg & Others, 1991) بقياس اتجاهات الأطباء النفسيين في ولاية كونكتيكت الأمريكية نحو العلاجات المخصصة للمرضى الذين يتم علاجهم بواسطة معالجين غير طبيين ، إتضح أن ثلثي الأطباء النفسيين الذين تم سؤالهم يقدمون خدمات طبية عقاقيرية كيماوية مساعدة للمعالجين من غير الأطباء ، فيما رأى الثلث الآخر أن مثل هذه الممارسة التي يقوم بها الأطباء غير أخلاقية أو مهنية . إذن فمن الواضح أن هناك خلط أو سوء فهم لدى بعض المعالجين النفسيين حول طبيعة العلاج النفسي الجمعي وحول هوية الأشخاص المؤهلين للقيام بأعباء هذا العمل الفني التخصصي ، وهو أمر أبرزته الدراسة التي قام بها رودنهاوزر وستون (Rodenhauer and

(Stone, 1993) لقياس إتجاهات وتصورات (١٣٧) من المعالجين النفسيين (٤١) طبيباً نفسياً و٦٦ أخصائياً نفسياً و٣٠ أخصائياً إجتماعياً) تجاه محاسن ومثالب دمج العلاجات العقاقيرية والعلاجات النفسية الجمعية وقد كشفت الدراسة عن ضرورة الإعتراف بالتداخل والتأثير المتبادل بين ثلاثة أمور في موضوع دمج الأسلوبين أولها يتعلق بتأثيرات العلاج العقاقيري وثانيها مرتبط بعناصر العملية العلاجية وثالثها التكامل والتفاهم بين المعالجين بمختلف تخصصاتهم المهنية ، بل إن الدراسة في سعيها لتحقيق ذلك ذهبت إلى التوصية بضرورة إدخال مقررات مثل علم العقاقير النفسية والعلاج النفسي الديناميكي في برامج تعليم وتدريب المعالجين العاملين في مختلف مجالات الصحة النفسية .

أما فيما يتصل بجنس المعالج وعلاقته بالمعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي فقد افترض قرين وزملاؤه (Green & Others, 1981) في دراستهم لمقومات فاعلية العلاجات النفسية الجمعية أن قادة جلسات المجموعة العلاجية من الرجال أكفاً وأقدر في إدارة الجلسات العلاجية من المعالجين النساء بغض النظر عن طبيعة السلطات أو حجم الصلاحيات الفعلية الممنوحة لهم ، وقد تحقق الفرض بأن جنس القائد له تأثير على أعضاء المجموعة أكثر من تأثير المكانة أو السلطة التي يتسنىها المعالج أو التي تمنح له . كما أن دراسة شيدلنجر (Scheidlinger, 1992) المسحية تدعم نتيجة الدراسة السابقة ، حيث وجد أن جنس قائد المجموعة النفسية العلاجية يؤثر على طبيعة العمل العلاجي النفسي للأطفال والمراهقين ، بل أكدت أن الأفراد في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة يعملون بصورة أفضل مع المعالجين من نفس الجنس . من جانب آخر فقد أظهرت دراسات أخرى عدم وجود فروق جوهرية بين المعالجين والمعالجات فيما يتعلق بتأثير جنس قائد المجموعة أو مساعده على سير إجراءات وفعاليات العمل العلاجي الجمعي ، ففي دراسة ألفرد (Alfred, 1992) الهادفة إلى الكشف عن مدى وجود فروق في التأثير والفاعلية لجنس قائد المجموعة العلاجية المساعد على عمليات وديناميكيات عمل الجماعة وذلك بفحص إدراكات ونظرة تسع وثلاثين حالة (١٨ رجلاً و٢١ امرأة) ممن يتلقون إرشاداً وعلاجاً نفسياً جمعياً في مركز الإرشاد والصحة النفسية بجامعة تكساس بمدينة أوستن الأمريكية ، أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود

فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين والمعالجات المساعدين في فعالية قيادة المجموعات العلاجية الجماعية . أيضاً وفي دراسة مماثلة قام إدواردز وموردوك (Edwards & Murdock, 1994) بعملية مسحية على (١٨٤) معالجاً جمعياً من مختلف الخلفيات الثقافية في المجتمع الأمريكي بهدف الكشف عن مدى وجود فروق بين المعالجين والمعالجات الجمعيين في استخدامهم لإسلوب الإنكشاف الذاتي في العملية العلاجية الجمعية ، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق لها دلالة إحصائية بين الجنسين في توظيفهم لإسلوب الإنكشاف الذاتي في تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي . أما ليفنسون وزملاؤه (Levinson & Others, 1994) فقد أجروا دراسة على (٢٢٥) أخصائياً نفسياً و(١٣٧) أخصائية نفسية في بعض مدارس ولاية بنسلفينيا بأمريكا بغرض الكشف عن مدى وجود فروق بين هاتين الفئتين في مدة الوقت الذي يستغرقه كل واحد منهم ويستثمره في إنجاز المهام والأعمال المهنية الموكلة إليه ، وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في هذا الشأن . أخيراً وعلى المستوى المحلي فقد كشفت دراسة الربيع (١٩٩٩) التي تمت على واحد وعشرين أخصائياً وأربعين أخصائية نفسية لمعرفة أدوارهم ونوعية أدائهم في عملية العلاج النفسي بالمؤسسات النفسية في السعودية عن عدم وجود فروق دالة بين الأخصائيين والأخصائيات في ممارسة العمل العلاجي النفسي .

إذن فقد أظهرت الدراسات السابقة أهمية المؤسسة العلاجية والتخصصات المهنية وجنس المعالجين في إجراءات العمل العلاجي الجمعي وتطبيقاته ولكن الصورة لن تكتمل دون تناول دور متغير الخبرة المهنية للمعالجين في كل ذلك . فقد قام هاينز وآخرون (Hines and Others, 1993) بدراسة على ستين مرشداً نفسياً جمعياً بولاية إنديانا الأمريكية (عشرين مرشداً وأربعين مرشدة نفسية) وذلك بهدف تحديد أثر الخبرة المهنية في تكوين المخططات الذهنية المعرفية (Leader Cognitive Schemata) لقائد المجموعة العلاجية وقد أظهرت النتائج أن قائد المجموعة الخبير لديه أفكاراً أكثر بخصوص تأويل العملية العلاجية وقدرة ذهنية أفضل للكشف عن الجوانب والأبعاد النفسية الداخلية في شخصيات أعضاء المجموعة العلاجية . أيضاً فقد قام سبيتز وزملاؤه (Spitz & Others, 1980) بسؤال إثنين وأربعين

معالجاً نفسياً جميعاً من ذوي الخبرة الطويلة عن نوعية المشكلات الأكثر شيوعاً لدى المعالجين الجمعيين المبتدئين ، فأفادوا بأنها تشمل التعامل مع أولئك العملاء المتهيجين والإحتكاريين والمولولين وغيرهم من الأعضاء الذين يرفضون مساعدة زملائهم والتعاون معهم . أما دراسة برنارد (Bernard, 1991) والتي أجري فيها مقابلات مطولة ومستفيضة مع بعض من الأطباء المقيمين المتخصصين في الطب النفسي في خمس مناطق رئيسة بأمريكا للنظر في أنماط ومحددات إتجاهاتهم نحو العلاج النفسي الجمعي ، فقد كشفت عن عدم قناعة بعض من هؤلاء الأطباء المعالجين بخبرة التدريب التي يتلقونها في مجال العلاج النفسي الجمعي حيث يرون أنها غير مشجعة ولا يصحبها إشراف فني مناسب يركز على صعوبات وظروف العمل الجمعي وإن كانت هناك مجموعة تجريبية فإنها تدار بطريقة تجعل المشاركين من عملاء ومعالجين ينفرون من خبرة العلاج الجمعي ولا يلقون لها بالا .

أما على المستوى المحلي فلم يجد يوسف (١٩٩٧) في دراسته التي أجراها على ستة وخمسين مرشداً طلابياً سعودياً فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المرشدين النفسيين ذوي الخبرة العملية الطويلة ونظرائهم ذوي الخبرات المهنية القصيرة في مجال تطبيقات وإجراءات الوقاية من انتشار مشكلة المخدرات في أوساط طلبة المدارس الحكومية . أما دراسة الربيع (١٩٩٩) فقد كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأخصائيين والأخصائيات العاملين في مستشفيات الصحة النفسية تعزى لعامل الخبرة العملية ، حيث أظهرت النتائج أن الأخصائيين ذوي الخبرة الطويلة أفضل في أدائهم الإكلينيكي من زملائهم ذوي الخبرات القصيرة .

إذن باستقراء الدراسات السابقة يخلص الباحث إلى أن هناك مجموعة من العقبات ، ذات الأبعاد الثقافية والإدارية والفنية ، تلعب دوراً هاماً في شيوع استخدامات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي . كما تظهر الدراسات والأبحاث التي تم استعراضها أهمية مجموعة من المتغيرات مثل تكوين المرافق الصحية العلاجية أو نوعية التخصصات المهنية للمعالجين وجنسهم ومستوى خبراتهم العملية في الإقبال على ممارسة الإرشاد والعلاج الجمعي وتنفيذ تكتيكاته وأساليبه الفنية المتعددة . أيضاً فقد كشف تراث العلاج النفسي وأدبياته بشكل عام

والإرشاد والعلاج الجمعي بوجه خاص عن عدم إجراء دراسات أو أبحاث مماثلة لموضوع الدراسة الحالية سواء على المستوى الأجنبي أو العربي أو المحلي .

تساؤلات الدراسة وفروضها

في ضوء ما تم عرضه من أبحاث ودراسات تمت صياغة التساؤلات والفروض التالية :-

السؤال الأول :

ما أهم المعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في عيادات ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية السعودية من وجهة نظر المعالجين النفسيين العاملين بها؟

السؤال الثاني :

هل لمتغيرات المؤسسة العلاجية أو التخصص المهني أو الجنس أو الخبرة ، علاقة بوجهة نظر المعالجين النفسيين حول معوقات انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي؟ وللإجابة على هذا السؤال فقد قام الباحث بصياغة ثمانية فروض صفرية هي :-

الفرض الأول :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير المؤسسة العلاجية التي يعملون بها .

الفرض الثاني :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير المؤسسة العلاجية التي يعملون بها .

الفرض الثالث :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير التخصص المهني .

الفرض الرابع :

لا توجد فروق لها دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير التخصص المهني .

الفرض الخامس :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الجنس .

الفرض السادس :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الجنس .

الفرض السابع :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لمعوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الخبرة .

الفرض الثامن :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجين النفسيين في نظرتهم لأبعاد معوقات إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي في ضوء متغير الخبرة .

إجراءات الدراسة

عينة الدراسة :

قام الباحث بتطبيق إستبانة البحث على جميع الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين من المعالجين والمعالجات في جميع عيادات ومراكز ومستشفيات الصحة النفسية والإدمان الحكومية بجميع مناطق المملكة خلال شهري محرم وصفر من عام ١٤٢١هـ وقد بلغت عينة

الدراسة النهائية مائتين وستين معالجاً نفسياً ويوضح الجدول (١) توصيفاً دقيقاً لعينة الدراسة في ضوء متغيرات المؤسسة العلاجية والتخصص المهني والجنس والخبرة العملية .

جدول (١)

خصائص عينة الدراسة وفق متغيرات المؤسسة العلاجية والتخصص المهني والجنس والخبرة

المتغيرات	النوعية	العدد	النسبة
المؤسسة العلاجية	المستشفيات	٢١٥	٨٣%
	العيادات	٤٥	١٧%
التخصص المهني	الأطباء النفسيين	١٤٧	٥٦,٥٠%
	الأخصائيين النفسيين	١١٣	٤٣,٥٠%
الجنس	الذكور	٢٢٥	٨٦,٥٠%
	الإناث	٣٥	١٣,٥٠%
الخبرة	الطويلة	١٣٣	٥١%
	القصيرة	١٢٧	٤٩%

أداة الدراسة :

قام الباحث بتطوير استبانة خاصة بالمعوقات التي تحد من انتشار تطبيقات العلاج الجمعي وقد مرت عملية تطويرها وصياغة مفرداتها بالإجراءات التالية :-

(١) قام الباحث بمراجعة شاملة لما ورد في أدبيات وتراث العلاج النفسي عامة والعلاج الجمعي خاصة من دراسات وأبحاث وكتابات سواء على المستوى المحلي أو العربي أو الأجنبي ، ساهمت في صياغة عدد كبير من عبارات الإستبانة .

(٢) طرح الباحث سؤالاً مفتوحاً على ستة وعشرين طبيباً وأخصائياً نفسياً بمستشفى الصحة النفسية بالطائف وثلاثة مثلهم في عيادة الطب النفسي بمستشفى الملك فهد بالحرس الوطني بالرياض وخمسة من أعضاء هيئة التدريس العاملين بوحدة الخدمات النفسية بقسم علم النفس بجامعة الملك سعود بالرياض حول ماهية ونوعية المعوقات التي تحد من تطبيق أسلوب العلاج الجمعي بالصورة المناسبة

والمتوقعة ، وقد تم تحليل محتوى استجابات المعالجين والمعالجات وتمت صياغة مجموعة من العبارات التقريرية على ضوءها .

(٣) في ضوء الإجراءات السابقين إضافة لخبرة الباحث الشخصية في مجال الصحة النفسية ، تمت صياغة ثلاث وستين عبارة تقريرية ، عرضت على ثمانية من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في علم النفس الإرشادي والعيادي وقد كانت لهم بعض الملاحظات على بنود الإستبانة وقام الباحث بإجراء التعديلات اللازمة بشأنها والتي من أبرزها حذف ثمان عبارات لتصبح الإستبانة ستاً وخمسين عبارة تقريرية .

(٤) تم تطبيق الإستبانة على عينة إستطلاعية تمثل ستة وعشرين أخصائياً وطبيباً نفسياً بمستشفى الطائف وبعد قياس ثبات وصدق استجابات العينة وجد أنها تتضمن معدلات مقبولة وملائمة مع حذف بندين من بنود الإستبانة لتصبح في صورتها النهائية مكونة من أربع وخمسين عبارة تقريرية تمثل كل واحدة منها معوقاً أو صعوبة تحد من انتشار تطبيقات العلاج الجمعي من وجهة نظر المعالج النفسي .

(٥) الإجابة على بنود الإستبانة تتم باختيار المعالج أو المعالجة النفسية لإحدى فئات الإستجابة الثلاث ، حيث حددت ثلاث درجات للإجابة بالموافقة ودرجتان لمن أجاب بالمحايدة وواحدة لمن استجاب بالمعارضة .

ثبات الأداة :

تم حساب الثبات باستخدام الطريقتين التاليتين :-

(١) طريقة إعادة التطبيق حيث تم تطبيق الإستبانة على واحد وعشرين أخصائياً وطبيباً نفسياً بمستشفى الصحة النفسية بالطائف بفواصل زمني قدره سبعة عشر

يوماً وقد بلغ معدل الثبات باستخدام طريقة سبيرمان - براون ٠,٥٩ ولعل لصغر حجم العينة دوره في ذلك .

(٢) طريقة ألفاكرونباخ حيث تم حساب الثبات لاستجابات ثلث العينة وقد بلغ معامل الثبات ٠,٨٣ وهو معدل عالٍ ومناسب .

صدق الأداة :

قام الباحث بقياس صدق الإتساق الداخلي للتحقق من مدى ارتباط كل بند من بنود الإستبانة بالدرجة الكلية لها وتظهر بيانات الجدول (٢) أن قيم معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية دالة عند مستوى ٠,٠١ ما عدا البنود ١ - ١٤ - ٢٠ فدالتها الإحصائية جاءت عند مستوى ٠,٠٥ أما البنود ٢ - ٣ - ١٣ - ١٨ - ١٩ - ٤٤ - ٤٩ فقد وجد أنها غير دالة إحصائياً لذا تم استبعادها ليصبح عدد بنود الإستبانة التي تمت معالجتها إحصائياً سبعة وأربعين بنداً فقط .

جدول (٢)

صدق الإتساق

معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية

رقم البند	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
٢٨	٠,٣٥	٠,٠١
٢٩	٠,٢٧	٠,٠١
٣٠	٠,٤٧	٠,٠١
٣١	٠,٣٤	٠,٠١
٣٢	٠,٣٩	٠,٠١
٣٣	٠,٣٦	٠,٠١
٣٤	٠,٤٥	٠,٠١
٣٥	٠,٤٤	٠,٠١
٣٦	٠,٣٩	٠,٠١

رقم البند	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٢١	٠,٠٥
٢	٠,١٨	غير دال
٣	٠,١٢	غير دال
٤	٠,٣٦	٠,٠١
٥	٠,٣٥	٠,٠١
٦	٠,٣١	٠,٠١
٧	٠,٣٣	٠,٠١
٨	٠,٢٩	٠,٠١
٩	٠,٤٥	٠,٠١

رقم البند	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
٣٧	٠,٢٧	٠,٠١
٣٨	٠,٣٥	٠,٠١
٣٩	٠,٣٧	٠,٠١
٤٠	٠,٣٣	٠,٠١
٤١	٠,٤٢	٠,٠١
٤٢	٠,٣٣	٠,٠١
٤٣	٠,٣٢	٠,٠١
٤٤	٠,١٦	غير دال
٤٥	٠,٤٧	٠,٠١
٤٦	٠,٣٧	٠,٠١
٤٧	٠,٤٤	٠,٠١
٤٨	٠,٣٧	٠,٠١
٤٩	٠,١٩	غير دال
٥٠	٠,٣٥	٠,٠١
٥١	٠,٣٢	٠,٠١
٥٢	٠,٣٤	٠,٠١
٥٣	٠,٤٣	٠,٠١
٥٤	٠,٤٢	٠,٠١

رقم البند	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١٠	٠,٤٣	٠,٠١
١١	٠,٢٣	٠,٠١
١٢	٠,٣٤	٠,٠١
١٣	٠,١٨	غير دال
١٤	٠,٢٢	٠,٠٥
١٥	٠,٣٥	٠,٠١
١٦	٠,٣٥	٠,٠١
١٧	٠,٣٤	٠,٠١
١٨	٠,١٨	غير دال
١٩	٠,١٦	غير دال
٢٠	٠,٢٢	٠,٠٥
٢١	٠,٤٣	٠,٠١
٢٢	٠,٤٩	٠,٠١
٢٣	٠,٣٤	٠,٠١
٢٤	٠,٤٩	٠,٠١
٢٥	٠,٣٧	٠,٠١
٢٦	٠,٣٩	٠,٠١
٢٧	٠,٤٧	٠,٠١

الصدق العاملي :

تم استخراج معاملات الارتباط بين الإستجابات وحللت البنود عاملياً باستخدام طريقة المكونات الأساسية ثم دورت تدويراً متعامداً بطريقة ألفاريماكس وقد أسفر ذلك عن استخراج خمسة عشر عاملاً استوعبت نسبة من التباين قدرها (٦٠,٢٪) ولكن نظراً لكثرة العوامل المستخرجة ولعدم تشبع بعضها بأكثر من بندين ، ومن أجل الوصول إلى تنقية عاملية تعكس دلالة سيكولوجية تتسم بالوضوح والإختصار والتماسك لتسهيل عملية المعالجات والمناقشات ، قام الباحث بتحديد سبعة عوامل فقط خلال التحليل العاملي مراعيًا المحكات التالية :-

(١) العامل الجوهرية ما كان جذره الكامن أكبر من واحد صحيح .

(٢) التشبعات الجوهرية للبند بالعامل أكثر من ٠,٣٠ .

(٣) جوهرية العامل تعني ثلاثة تشبعت جوهرية على الأقل .

من هنا فقد أظهرت نتيجة التحليل أن النسبة الكلية للتباين بلغت ٣٨,١٪ وهي نسبة مقبولة تظهر أن العوامل المستخرجة كافية لاستيعاب قدر مناسب من التباين . أما فيما يتعلق بتفسير الصورة العاملية فتظهر بيانات جدول (٣) العوامل والبنود التي تشبعت عليها وقيم شيوعها والتي يمكن عرضها على النحو التالي :-

جدول (٣)

الصدق العاملي

مصفوفة العوامل والبنود التي تشبعت عليها وقيم شيوعها

العامل	رقم البند	البنود	نسبة التشبع	قيمة الشيوع
(١) الاجتماعي الثقافي	٣٤	عدم القدرة على التعبير	٠,٦٤	٠,٤٨
	٢٦	حساسية الموضوعات	٠,٦١	٠,٤١
	٢٥	عدم تقبل فكرة العلاج	٠,٥٨	٠,٤٣
	٣٨	عدم الخوض في الخصوصيات	٠,٥٤	٠,٤٧
	٣٦	العلاج الجمعي مجرد أحاديث	٠,٥٣	٠,٥٠
	٣٩	ضعف الدافعية	٠,٥١	٠,٣٠
	٢٨	عدم الثقة بالزملاء	٠,٤٩	٠,٥٥
	٢٧	الحساسية للنقد	٠,٤٨	٠,٤٤
	٣٣	الحرج الاجتماعي	٠,٤٧	٠,٣٧
	٣٥	تباين المرجعيات الاجتماعية	٠,٤٥	٠,٣٢
(٢) التنظيمي الإداري	٤٦	عدم تشجيع الإدارة	٠,٧٥	٠,٥٩
	٥٣	الأنظمة الصحية غير مهيأة	٠,٦٢	٠,٤٦
	٤٥	عدم توفر الأماكن المناسبة	٠,٦٠	٠,٤٣
	٥٠	عدم وجود المتابعة	٠,٥٣	٠,٣٦
	٤٣	عدم أولوية خدمة العلاج	٠,٥٢	٠,٣٨
	٥٤	عدم وجود تنظيم للمهام	٠,٥١	٠,٤٢
	٤٧	إضاعة الوقت في تنظيم الجلسات	٠,٤٩	٠,٥٤
	٤١	عدم وجود أنظمة لحقوق العملاء	٠,٤٣	٠,٣٣
(٤) معايير تكوين الجماعة	١٤	نقص التفاعل والمشاركة	٠,٦٠	٠,٣٧
	١	غموض الأهداف والأغراض	٠,٥٤	٠,٣٦
	٨	غموض المهام والأدوار	٠,٥١	٠,٣٦
	٢٣	حالات التسرب والإحسان	٠,٥٠	٠,٣٧
	١٥	صعوبة تجميع الحالات	٠,٣٧	٠,٣٣
	٧	عدم الدقة في الاختيار	٠,٣٣	٠,١٥
(٥) بناء الجماعة	١٠	طول وقت الجلسات	٠,٦٩	٠,٥٠
	١١	تكرار وكثرة الجلسات	٠,٦٦	٠,٤٩
	٣٧	تكوين ثقافة للمجموعة	٠,٤٨	٠,٢٥
	٤٨	قصر المدة الزمنية للعلاج	٠,٣٤	٠,٢٩
	١٧	جدوى العلاج العقائري في قصر مدته	٠,٣١	٠,٢٧
(٦) أعراف الجماعة	٢٠	ندرة ا لحالات المستفيدة	٠,٦٤	٠,٤٨
	٤	نوعية المشكلات المطروحة	٠,٦٩	٠,٣٥
	٥٢	صعوبة تقويم النتائج	٠,٤٥	٠,٣٠
	٣١	استخدام الأعضاء لآليات الدفاع	٠,٣٨	٠,٣١
	٤٠	عدم توفر متطلبات التماسك	٠,٣٦	٠,٢٩
(٧) العمليات والإجراءات	٢٤	نوعية العلاقة بين الأعضاء الجدد والقدامى	٠,٤٩	٠,٣٧
	٥١	عدم الالتزام والانتظام	٠,٤٨	٠,٤٦

العامل	رقم البند	البند	نسبة التشيع	قيمة الشيوع
الجنر = ١,٥٨	٩	غموض العلاقة بين المعالجين والأعضاء	٠,٣٤	٠,٣٨
	٢٩	عدم مناسبة الأساليب	٠,٣١	٠,٢٨
نسبة التباين = ٣,٤				

العامل	رقم البند	البند	نسبة التشيع	قيمة الشيوع
(٣) المهارات والتأهيل	٤٢	عدم الإطعنان لسرية المعلومات	٠,٤٠	٠,٤١
	٣٢	الإعتقاد بعدم القدرة على التحكم في الجماعة	٠,٦٠	٠,٤٤
	٣٠	حب السيطرة والتسلط	٠,٥٩	٠,٤٤
	١٢	إختبار حقيقي لمهارات المعالج	٠,٥٠	٠,٣١
	١٦	ضعف الدافعية	٠,٤٨	٠,٢٧
	٢١	التصورات الخاطئة عن العلاج	٠,٤٦	٠,٢٩
	٦	عدم وجود الرونة	٠,٤٤	٠,٤٢
	٥	نقص الخبرات	٠,٤٠	٠,٢٩
	٢٢	الملاقة إجتماعية وليست مهنية	٠,٣٧	٠,٣١
الجنر = ٢,٤٤				
نسبة التباين = ٥,٢				

هوية العامل الأول :

- اسم العامل : البعد الإجتماعي الثقافي .
- جذره الكامن : ٥,٦٢ .
- نسبة التباين : ١٢,٠ .
- التشيعات الجوهرية للعامل : ١٠ بنود .

ويعتبر العامل الأول الذي يمكن تسميته بالبعد الإجتماعي الثقافي عاملاً عاماً لأنه يستوعب بمفرده أكبر نسبة من التباين بالإضافة إلى تشيع عشرة بنود عليه تشيعاً جوهرياً وبنسب تتراوح بين ٠,٤٥ و ٠,٦٤ . وأرقام هذه البنود ٣٤ - ٢٦ - ٢٥ - ٣٨ - ٣٦ - ٣٩ - ٢٨ - ٢٧ - ٣٣ - ٣٥ . هذا العامل يمثل بعداً يضم مجموعة من المعوقات المرتبطة بخلفيات المستفيدين النفسية والإجتماعية ومرجعياتهم الثقافية والتي تؤثر في عملية الإقبال على هذا العمل العلاجي وانتشاره .

هوية العامل الثاني :

- اسم العامل : البعد التنظيمي الإداري .

جذره الكامن : ٢,٥٧ .

نسبة التباين : ٥,٥ .

التشبعات الجوهرية للعامل : ٩ بنود .

وقد تمت تسميته بالبعد التنظيمي الإداري حيث تشبعت عليه جوهرياً البنود ٤٦ - ٥٣ - ٤٥ - ٥٠ - ٤٣ - ٥٤ - ٤٧ - ٤١ - ٤٢ وبنسب تقع بين ٠,٤٠ و ٠,٧٥ ويمثل هذا العامل بعداً يشتمل على مجموعة من المعوقات التي تظهر في أساليب التنظيم وإجراءات الإدارة التي تقوم بها المؤسسة العلاجية ومنسوبيها وتعمل على الحد من انتشار استخدامات الإرشاد والعلاج الجمعي .

هوية العامل الثالث :

اسم العامل : بعد المهارات والتأهيل .

جذره الكامن : ٢,٤٤ .

نسبة التباين : ٥,٢ .

التشبعات الجوهرية للعامل : ٨ بنود .

وقد سمي هذا العامل ببعد المهارات والتأهيل وقد تشبعت عليه جوهرياً وبنسب تتراوح بين ٠,٣٧ و ٠,٦٠ البنود ٣٢ - ٣٠ - ١٢ - ١٦ - ٢١ - ٦ - ٥ - ٢٤ وهذا العامل يمثل بعداً خاصاً بنقص مهارات المعالجين وضعف تأهيلهم العلمي والعملية ودور ذلك في محدودية إنتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج الجمعي .

هوية العامل الرابع :

اسم العامل : بعد معايير تكوين المجموعة العلاجية .

جذره الكامن : ٢,١٥ .

نسبة التباين : ٤,٦ .

التشبعات الجوهرية للعامل : ٦ بنود .

وقد أطلق على هذا العامل مسمى بعد معايير تكوين المجموعة العلاجية والذي تشبعت عليه جوهرياً وبنسب تتراوح بين ٠,٣٣ و ٠,٦٠ . البنود ١٤ - ١ - ٨ - ٢٣ - ١٥ - ٧ . إن هذا العامل يمثل بعداً يتضمن تلك المعوقات المرتبطة بمعايير اختيار أعضاء المجموعة كعدم الوضوح في الأهداف وعدم الدقة في الإختيار ودورها في محدودية انتشار هذا الأسلوب العلاجي في المؤسسات العلاجية .

هوية العامل الخامس :

اسم العامل : بعد بناء المجموعة العلاجية .

جذره الكامن : ١,٩٠ .

نسبة التباين : ٤,٠ .

التشبعات الجوهرية للعامل : ٥ بنود .

وتمت تسمية هذا العامل ببعد بناء المجموعة العلاجية وقد تشبعت عليه جوهرية البنود ١٠ - ١١ - ٣٧ - ٤٨ - ١٧ وذلك بنسب تتراوح بين ٠,٣١ و ٠,٦٩ . ويتضمن هذا البعد زمن ومدد الجلسات العلاجية وكثرتها وعدم تمييز المعالجهين بين المستويات العمرية والتعليمية للأعضاء ... الخ .

هوية العامل السادس :

اسم العامل : بعد أعراف المجموعة العلاجية .

جذره الكامن : ١,٦٠ .

نسبة التباين : ٣,٥٠ .

التشبعات الجوهرية للعامل : ٥ بنود .

وقد تمت تسمية العامل ببعد أعراف المجموعة والذي تشبعت عليه جوهرياً وبنسب تتراوح

بين ٠,٣١ و ٠,٦٩ . البنود ٢٠ - ٤ - ٥٢ - ٣١ - ٤٠ ويتضمن تلك العوامل التي تعرقل نجاح عملية العلاج والإرشاد إما لعدم مناسبة الموضوعات للنقاش أو لعدم تناولها بحرية ودون تحفظات .

هوية العامل السابع :

اسم العامل : بعد العمليات والإجراءات .

جذره الكامن : ١,٥٨ .

نسبة التباين : ٣,٤٠ .

التشعبات الجوهرية للعامل : ٥ بنود .

ولقد تمت تسمية هذا العامل بـ بعد العمليات والإجراءات حيث تمثل بنوده تلك الصعوبات التي تحد من تطبيقات العلاج الجمعي مثل العلاقات سواء مع المعالجين أو بين الأعضاء أنفسهم ، وقد تشبعت على هذا العامل جوهرياً البنود ٢٤ - ٥١ - ٩ - ٢٩ وبنسب تتراوح بين ٠,٣١ و ٠,٤٩ .

المعالجة الإحصائية

استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات وهي :-

- (١) النسب والتكرارات والمتوسطات والانحرافات للإجابة على السؤال البحثي .
- (٢) اختبار "ت" لفحص الفروض الثالث والرابع والسابع والثامن .
- (٣) اختبار "مان ويتني" لفحص الفروض الأول والثاني والخامس والسادس .