



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا

واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر - القطاع الصحي نموذجاً -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم - علم النفس - تخصص علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة: بلحاج شريفة

أعضاء لجنة المناقشة		
أ/د آيت مجبر بديعة	جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2	رئيسا
أ/د شرفي محمد الصغير	جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2	مشرفا ومقررا
د نويوة صالح	جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2	مناقشا
أ/د كربوش عبد الحميد	جامعة قسنطينة 2	مناقشا
د جار الله سليمان	جامعة باتنة 1	مناقشا
د محمود بن خليفة	جامعة الجزائر	مناقشا

نوقشت يوم/2019/06/30

السنة الجامعية: 2017/2018

شكر و تقدير

أحمد الله سبحانه وتعالى الذي وفقني لانجاز هذا العمل

و أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور شرفي محمد الصغير على ما بذله من جهد

في متابعة هذا العمل من خلال توجيهاته الصائبة البناءة

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى والديّ، و زوجي و كل أفراد أسرتي

و أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم في إتمام هذا العمل من قريب أو من بعيد

ملخص:

يمثل هذا العمل دراسة واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر (القطاع الصحي نموذجاً) بهدف الوقوف على النقائص و الصعاب التي تواجه الممارسة والممارس الإكلينيكي واقتراح حلول لها وذلك من خلال دراسة نظرية و دراسة ميدانية تمت في المؤسسات الصحية الحكومية على 22 ولاية من دولة الجزائر على عينة من الإكلينيكين الممارسين قدرت بـ 50 حالة، تم الاستعانة فيها بالمنهج الوصفي، باستعمال الملاحظة والمقابلة أثناء الدراسة الاستطلاعية، و من خلالها تم تصميم استبيان خاص بالدراسة، و النتيجة التي توصلت إليها هي أن واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في القطاع الصحي واقع مؤلم متأزم تعاني فيه الممارسة والممارس العديد من الصعوبات نتيجة لتداخل عشرات العوامل في ذلك، منها ما يتحمل الإكلينيكي نفسه مسؤوليتها، مثل عدم الاطلاع على القوانين، وعدم مسايرة التطور العلمي في الميدان، و عدم التكوين الذاتي، و منها ما تتحمل مسؤوليته أطراف أخرى مثل الجامعة من حيث عدم كفاية التكوين والتربص والمجتمع بكل مؤسساته وهيئاته من خلال عرقلة العمل السيكولوجي، و عدم تفهمه لمهام الإكلينيكي، لتتوج في الأخير بمجموعة من الاقتراحات و التوصيات.

Résumé :

Ce travail représente une étude de la réalité du psychologue clinique pratique en Algérie (Secteur sanitaire), en vue d'identifier les lacunes et les difficultés rencontrées par la pratique et le praticien pour leur proposer des solutions, à partir d'une étude théorique et pratique dans les établissements de santé gouvernementaux en Algérie dans 22 wilayas et sur 50 psychologues cliniciens praticiens, en utilisant la méthode descriptive, et des outils comme l'observation, et l'entretien, pendant l'étude exploratoire, et à travers elles on construit un questionnaire spécifique pour cette étude, et les résultats obtenus de cette étude sont : La réalité de la pratique clinique et de psychologue clinicien dans le secteur sanitaire souffrent de plusieurs difficultés, à cause du chevauchement des dizaines de facteurs, dictés par ce que la responsabilité du clinicien lui-même, comme l'ignorance des lois, et l'incapacité de développement scientifique, et le manque de l'auto formation, Et d'autres, comme l'université, en termes d'inadéquation de formation et de stage, et la société avec toutes ses institutions qui obstacle le travail clinique et le manque de compréhension des tâches du clinicien aboutissant à un groupe de proposition et suggestions.

فهرس المحتويات

شكر و تقدير

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الفرنسية

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

أ	مقدمة
الصفحة	فهرس المحتويات
الفصل الأول: الإشكالية و تداعياتها	
9	1. إشكالية البحث
17	2. الفرضيات
18	3. الدراسات السابقة
40	4. أهمية الدراسة
40	5. دوافع اختيار الموضوع
41	6. أهداف دراسة الموضوع
41	7. تحديد المفاهيم
الجانب النظري	
الفصل الثاني: مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي	
44	تمهيد

45	أولاً: الخلفية التاريخية
45	1- التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي
46	1. العصور القديمة
47	2. عند المسلمين و العرب
50	3. أوروبا و العصر الوسيط الغربي
52	-عصر النهضة الأوروبية الغربية
53	2- الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي
54	1-2 المدرسة القياسية
60	2-2 المدرسة الدينامية
60	أ- التحليل النفسي
62	ب- التيار الجشتالتي
62	2-3 الاتجاه التجريبي و نظريات التعلم
63	2-4 تيار علم النفس الذات و نظرية الإطار المرجعي
63	2-5 نمو التيار السيكاتري (الطب النفسي)
64	3- ظهور العيادات النفسية
66	3-1 ظهور الاختبارات و انتشارها
66	أ- اختبارات قياس الذكاء
68	ب- قياس الشخصية
69	4- تأثير علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الأخرى

فهرس المحتويات

70	5- أحداث خالدة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي
74	ثانيا: علم النفس الإكلينيكي الحديث
74	-مساهمات "Daniel Lagache
75	-مساهمات "Juliette favez bouternnier
76	1- تعريف علم النفس الإكلينيكي
76	أ- لغة
77	ب- تعريف بعض المدارس لعلم النفس الإكلينيكي
77	1-1- الاتجاه الطبي
77	1-2- الاتجاه المرضي الشذوذ
78	1-3- الاتجاه السلوكي
79	1-4- الاتجاه القياسي
80	1-5- الاتجاه التوافقي
80	1-6- تعريف Daniel Lagache
81	1-6- تعريف Juliette Favez Boutonnier
81	1-7- تعريف Didier Anzieu
82	1-8- تعريف اللجنة الإكلينيكية لجمعية علم النفس الأمريكية
83	1-9- تعريف الباحثة
84	2- مجالات وميادين علم النفس الإكلينيكي
84	2-1- المجال الأول: الدراسة النظرية

فهرس المحتويات

85	2-2 المجال الثاني: الدراسات العملية التطبيقية
85	2-3 المجال الثالث: العيادات النفسية
85	3- أهداف علم النفس الإكلينيكي
86	4- علاقة علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الأخرى
87	4-1 الطب و الطب العقلي
87	4-2 التحليل النفسي
88	4-3 التوجيه المهني و التربوي
88	4-4 علم النفس الصناعي و التنظيمي
88	4-5 الخدمات الاجتماعية و الجناح
89	5- علم النفس الإكلينيكي في الوطن العربي
90	خلاصة
الفصل الثالث: علم النفس الإكلينيكي في الجزائر	
92	تمهيد
93	1- تدريس علم النفس الإكلينيكي
93	أ- حسب التراث العلمي
98	ب- في الجزائر
99	2- توجيه الطلبة إلى التخصص
99	3- المناهج التعليمية لتخصص علم النفس الإكلينيكي
100	3-1- النظام الكلاسيكي

فهرس المحتويات

100	3-1-1 منهاج السنة الأولى جذع مشترك علم النفس و ع ت و الارطفونيا
101	3-1-2 منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس
102	3-1-3 منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس الإكلينيكي
103	3-1-4 منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس الإكلينيكي
104	3-1-5 الدراسات العليا
105	3-2 نظام ل م د
105	3-2-1 أهداف نظام ل م د
106	3-2-2 منهاج سنة أولى جذع مشترك علوم اجتماعية و إنسانية
107	3-2-3 سنة ثانية جذع مشترك علم النفس
108	3-2-3 سنة ثالثة علم النفس الإكلينيكي
109	3-2-4 الدراسات العليا
110	4- قراءة تحليلية وصفية لمحتوى للمناهج
114	5- مقارنة بين النظام الكلاسيكي و نظام ل م د
114	خلاصة
الفصل الرابع: الأخصائي الإكلينيكي	
116	تمهيد
117	1- تعريف الأخصائي الإكلينيكي
118	2- إعداد الأخصائي الإكلينيكي
119	3- سمات و خصائص الإكلينيكي

فهرس المحتويات

123	4- مهام الأخصائي الإكلينيكي
130	5- كفاءات الإكلينيكي الممارس
135	6- مجالات العمل الإكلينيكي
137	7- الأشخاص الذين يقدم لهم الإكلينيكي خدماته
139	8- أخلاقيات المهنة -ميثاق أخلاقيات المهنة-
143	خلاصة
الفصل الخامس: تقنيات و وسائل العمل الإكلينيكي	
145	تمهيد
146	أدوات العمل الإكلينيكي: 1- دراسة الحالة
145	1-1- تعريفها
146	1-2- شروطها
147	1-3- جوانبها
148	1-4- خطواتها
148	1-5- المزايا و العيوب
149	2- الملاحظة العيادية
149	2-1 تعريفها
151	2-2 شروطها
151	2-3 أنواعها
152	2-4 مميزاتها

فهرس المحتويات

153	5-2 إجراءاتها
154	6-2 المزايا و العيوب
156	3- المقابلة الإكلينيكية
156	3-1 تعريفها
157	3-2 مميزاتا
158	3-3 الأسس التي تقوم عليها
161	3-4 تسجيلها
161	3-5 أنواعها
162	3-6 المزايا و العيوب
163	4- الاختبارات و المقاييس النفسية
163	4-1 تعريفها
164	4-2 شروط تطبيقها
164	4-3 أنواعها
165	1-اختبارات من نوع الاستبيان Questionnaire
165	2-اختبارات الوظائف الذهنية
166	3-اختبارات الشخصية
166	3-1 الاختبارات الإسقاطية
167	1- اختبارات الرسم
168	أ- اختبار رسم الرجل

فهرس المحتويات

169	ب- اختبار رسم العائلة
169	ت- اختبار رسم الشجرة
170	2- اختبار بقع الحبر الورشاخ
172	3- اختبار تفهم الموضوع (T.A.T)
171	4- اختبار تداعي الكلمات ليونغ Jung
172	5- اختبار القدم السوداء
172	4- المزاي و العيوب
174	5- الأخصائي الإكلينيكي و عملية التشخيص
175	5-1 معايير و خطوات التشخيص
175	أ- المعايير
175	ب- الخطوات
176	5-2 الأهداف العامة للتشخيص
177	5-3 التنبؤ
177	6- التقرير السيكلولوجي
177	6-1 محتوى التقرير
179	6-2 أسلوب التقرير
179	6-3 لغة التقرير
180	6-4 الاستنتاج و التوصيات
181	خلاصة

الفصل السادس: الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في المؤسسات الصحية	
183	تمهيد
184	1- التطور التاريخي لمهنة الإكلينيكي في الجزائر
187	2- الإكلينيكي في التشريع الجزائري
187	1- المرسوم التنفيذي رقم 91-111
189	2- القانون الأساسي للوظيفة العمومية 03/06
192	3- المرسوم التنفيذي رقم 09-240
198	4- اتفاقيات الشراكة بين الجامعة و القطاع الصحي
198	أ- اتفاقية حول التريضات
199	ب- وضع الإكلينيكين التابعين للصحة تحت تصرف وزارة التعليم العالي
200	5- قرار وزاري مشترك بين وزارة المالية و وزارة الصحة
200	3- مصالح تواجد الإكلينيكي في المؤسسات الصحية
200	1- المستشفيات
201	2- مستشفيات الأمومة و الطفولة
201	3- مصلحة طب الأطفال
202	4- العيادات متعددة الخدمات
202	5- وحدات الكشف و المتابعة

فهرس المحتويات

203	6- المصحات العقلية
203	7-مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة
203	4- الشروط التي يجب توفرها في ميدان العمل الإكلينيكي
206	5- خصائص إكلينيكي الصحة العمومية
208	6- مدة العمل
208	7- عدد الإكلينيكين الممارسين في الصحة العمومية
209	8- علاقات الإكلينيكي في مكان عمله
209	أ- مع الإدارة و المسؤولين
210	ب- مع الفريق العامل معه
211	ت- مع زملاء المهنة
211	ث- مع المجتمع
211	9-الأخطار المهنية
212	1- العدوى الانفعالية
213	2- العجز المهني
217	10- الوقاية من الأخطار المهنية
218	11- النشاط الجمعي و النقابات
218	أ- الجمعيات
219	ب- النقابة الوطنية
219	خلاصة

الجانب الميداني	
الفصل السابع: الإطار المنهجي للدراسة	
222	تمهيد
223	1- منهج الدراسة
224	2- مجالات البحث
225	3- الدراسة الاستطلاعية
226	4- الأدوات المستخدمة في الدراسة
226	1- المقابلة
227	2- الملاحظة
228	3- الاستبيان
232	الخصائص السيكمترية للاستبيان
232	-الصدق
237	- الثبات
238	-تطبيق الاستبيان
239	4-الأدوات الإحصائية
240	5-عينة البحث
240	6-خصائص عينة البحث
الفصل الثامن الفصل الثامن: عرض النتائج و مناقشة الفرضيات	
264	تمهيد

فهرس المحتويات

265	1_ عرض النتائج المتحصل عليها من أداة الاستبيان
265	-محور 1
268	-محور 2
271	-محور 3
272	-محور 4
276	-محور 5
278	-تفسير عام
279	2- التذكير بفرضيات الدراسة و مناقشتها
280	- مناقشة الفرضيات الجزئية
280	الفرضية 1
281	الفرضية 2
281	الفرضية 3
282	الفرضية 4
283	الفرضية 5
284	الفرضية 6
289	الفرضية 7
290	الفرضية 8
290	الفرضية 9
291	الفرضية 10

فهرس المحتويات

292	-مناقشة الفرضية العامة
293	3- استنتاج عام
301	خاتمة
302	التوصيات و الاقتراحات
306	قائمة المراجع
330	الملاحق

فهرس المحتويات

الرقم	فهرس الجداول	الصفحة
	الجدول	
1	أحداث خالدة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي	73
2	الدراسات الأساسية	95
3	الدراسات الفنية و التقنية	96
4	التطبيقات الإكلينيكية	97
5	المقاييس العلمية المتضمنة في المنهاج التعليمي جدع مشترك علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا	101
6	المقاييس العلمية المتضمنة في المنهاج التعليمي للسنة الثانية جدع مشترك علم النفس	102
7	المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي	103
8	المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي	104
9	المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية و اجتماعية- فرع علم النفس-	106
10	المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس	107
11	المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الثالثة تخصص عنع	109

113	المستويات المعرفية محل اهتمام معارف مناهج علم النفس الإك	12
114	مقارنة بين النظام الكلاسيكي و نظام ل م د	13
233	أسماء المحكمين	14
236	رأي المحكمين	15
237	صدق الاستبيان	16
240	توزيع العينة حسب الجنس	17
241	توزيع أفراد العينة حسب السن	18
243	توزيع أفراد العينة على الولايات	19
244	توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل	20
246	توزيع أفراد العينة حسب الرتبة الحالية	21
247	توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العمل	22
248	توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي	23
249	توزيع أفراد العينة حسب شهادة البكالوريا	24
250	توزيع أفراد العينة حسب معدل البكالوريا	25
251	توزيع أفراد العينة حسب التوجه للتخصص	26
252	توزيع أفراد العينة حسب المعدل في الجامعة	27
253	توزيع أفراد العينة حسب النجاح في السنة الجامعية	28
253	توزيع أفراد العينة حسب إعادة السنة	29
254	توزيع أفراد العينة حسب التبرص	30

فهرس المحتويات

255	توزيع أفراد العينة حسب مكان التبرص	31
256	توزيع أفراد العينة حسب مدة التبرص	32
257	توزيع أفراد العينة حسب التوظيف	33
258	توزيع أفراد العينة حسب الخبرة قبل التوظيف	34
259	توزيع أفراد العينة حسب مدة الخبرة قبل التوظيف	35
260	توزيع أفراد العينة حسب ساعات العمل	36
261	توزيع أفراد العينة حسب التكوين بعد التوظيف	37
262	توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات التكوين بعد التوظيف	38
267	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 1	39
269	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 2	40
271	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 3	41
273	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 4	42
276	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 5	43
278	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لكل المحاول	44
289	الفروق بين الذكور و الإناث	45
290	الفروق بين التوجه الاختياري و الإجباري للتخصص	46
290	الفروق فيما يخص شعبة البكالوريا	47
291	الفروق فيما يخص التكوين بعد التوظيف	48
231	مخطط رقم 1 يوضح محاور الاستبيان	49

فهرس المحتويات

الرقم	فهرس الملاحق
1	ملحق إحصائيات الطلبة المسجلين بالجامعات الجزائرية من 2015/2004
2	اتفاق شراكة بين وزارة التعليم العالي و وزارة الصحة
3	قرار وزاري مشترك خاص بميزانية المؤسسات الصحية العمومية
4	تعليمية الوزير حول شروط العمل الإكلينيكي في المؤسسات الصحية
5	الاستبيان في شكله النهائي
6	ملحق حساب معامل الثبات
7	اتفاق شراكة بين وزارة التعليم العالي و وزارة الصحة حول التربصات
8	وصل تسجيل تأسيس منظمة نقابية

المقدمة

مقدمة:

يتوجه الآلاف من الطلبة الجزائريين الحاصلين على شهادة البكالوريا إلى الجامعات لدراسة تخصصات مختلفة، لعدة أهداف و لعل أهمها الحصول على وظيفة في نهاية المشوار الدراسي، و من بين هذه التخصصات نجد علم النفس الإكلينيكي الذي يطمح دارسه بان يصبح ممارسا إكلينيكيًا في المستقبل سواء في المؤسسات الخاصة أو المؤسسات الحكومية، هذه المهنة التي تكون في البداية حلم كل طالب لما يدرس أو يسمع عنها من أنها مهنة نبيلة و إنسانية بالدرجة الأولى، لكن بمجرد الولوج فيها تتغير بعض المفاهيم لديه لما يواجهه من واقعها، و موضوع هذه الدراسة هو واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر (القطاع الصحي نموذجًا)، لكن قبل التعمق فيه وجب أن نقوم باستقراء لأحوال الناس فيما يخص الصحة النفسية سواء على المستوى العالمي أو الوطني، حيث أن انتشار الأمراض و الاضطرابات النفسية يعود إلى الحضارة الحديثة المعقدة التي لها دور في تقليص سلطة الأهل على الأولاد، مما أدى إلى الانفصال المبكر للشباب عن أهلهم و هذا أدى إلى زيادة انتشار القلق و الاكتئاب و كل الاضطرابات الأخرى في ظل نظام عالمي جديد غير متوازن زاد من ظلم الشعوب، كما أن التقدم العلمي المذهل سلاح ذو حدين فقد أدى إلى زيادة نسبة السكان و بالتالي إلى مشكلات اقتصادية و اجتماعية خطيرة، و كل هذا زاد خطورة و تأججا بفعل وسائل الإعلام التي ساهمت في العدوى النفسية.

(مجلة الثقافة النفسية، 1993، ص 26).

و يشير مرجع "الكسندر و سيلزنك" 1966 عن تاريخ الطب النفسي أن الجمهور والحكومة المهتمين بالصحة أصبحوا يدركون أن الأمراض و الاضطرابات النفسية تمثل خطرا على البشرية لا يقل عن أشد الأمراض الجسمية خطورة، و أنه يقدر وجود 10/1 أشخاص في الولايات المتحدة الأمريكية يعاني نوعا من الاضطراب

النفسي، و أن 13% من الشباب الذين يفحصهم الجيش الأمريكي يتبين أنهم غير مناسبين للخدمة العسكرية بسبب اضطرابات نفسية، و أن بليون ونصف من الدولارات يضيع كل سنة في أمريكا بسبب تغيب الناس عن أعمالهم نتيجة اضطراباتهم النفسية، و قد بدؤوا يدركون خطورة الأمر.

(Alexander et Selesnick, 1966, page 24)

و يؤيد "جيلمر" 1971 هذا الرأي في مدى انتشار و خطورة الأمراض النفسية على المجتمع و الإنتاج عند إشارته إلى قضاء واحد من ثلاثة عشر فردا (1 / 13) جزءا من حياته في مستشفى عقلي و أن واحد من ثلاث (3 / 1) عائلات فيها على الأقل شخص مريض أو يعاني من اضطرابات عقلية و نفسية، و نصف أسرة المستشفيات في الولايات المتحدة يشغلها مرضى عصبيون و نفسيون، و يضيف "جيلمر" أن هناك من البيانات ما يشير إلى أن هذه المشكلة في أوروبا لها نفس الخطورة و الحدة كما في أمريكا. (Gilmer, 1971, page 244)

و على الرغم من عدم توافر نفس المعطيات و البيانات في الوطن العربي و في الجزائر إلا أنه يمكننا القيام باستقراء من خلال ظروفنا، فالمتتبع للأخبار و الجرائد والأحوال الاجتماعية و الاقتصادية العامة للناس يتوصل إلى أننا نعاني من نفس المشاكل لكنها أقل حدة نظرا لإسلامنا من جهة، و لتقدمها و تمدنها أكثر منا من جهة أخرى. (فرج عبد القادر، 2000، ص 375)

هناك إحصائيات نشرتها جريدة الوطن تحصلت عليها من اللجنة الوطنية البيداغوجية للطب العقلي تشير أن هناك نسبة 1% يعانون من الفصام، و 40% يعانون من اضطرابات نفسية محصورة بين الفصام البسيط، مروراً بالاضطرابات القطبية و الثنائية، و الاكتئاب، و أن نسبة 15% من الشباب يتعاطون المخدرات

و10000 محاولة انتحار في السنة، كل هذه الإحصائيات تدق ناقوس الخطر للتدخل النفسي المتخصص العاجل. (بن وارث ن، 2013، جريدة الوطن)

و لعل أهم سلاح يمكن أن نواجه به كل هذه المشاكل و الاضطرابات هو العلم بكل ما يمتلكه من أدوات و وسائل، و نخص بالذكر في هذه الدراسة علم النفس الإكلينيكي، الذي يعتبر حديث النشأة بالنسبة للعلوم الأخرى، لكن مقارنته بما كان عليه منذ 100 عام هي كالمقارنة بين طفل قوي يبلغ عدة سنوات بالنسبة لجنين، فقد حقق الطفل عدة انجازات (فلوجل ج.ك، 1973، ترجمة لطفي خطيم، ص 12)، لكن يبقى ينقصه الكثير لتحقيق اشباعات المجتمع، فمازال إلى غاية اليوم صراع قائم بين كون علم النفس علم أو لا، فيرى العامة من الناس بل و حتى المتفكرون منهم أن علم النفس ليس علم قائم بحد ذاته، و أنه يمكن لأي شخص أن يكون ملما به من حيث اطلاعه و وعيه باتصالاته بالآخرين بل و حتى استبصاره بنفسه و مشاعره هو ومعنى هذا الرأي من الناحية العلمية أنه لا يوجد تخصص في علم النفس، و بالتالي لا يوجد مختصون، بل إن الذين نطلق عليهم صفة التخصص في علم النفس ليسوا سوى قوم أكثر اهتماما بذلك النوع من القضايا من سواهم، و بالمقابل فإن أهل الاختصاص في علم النفس يتخذون حيال تخصصهم موقف التعصب المفرط إلى حد أنهم لا يعتبرونه علما فحسب بل هو من أصعب العلوم، و يدور هذا النقاش تارة لإظهار التميز و تارة أخرى لتبرير النقائص الموجودة فيه، و تارة ليفسر نتائج البحوث و الدراسات التي يظهر فيها الكثير من التناقضات. (قدي حفي، 1999-2000، ص 21-22)، و بين هذا وذاك يبقى المجتمع بحاجة إليه خاصة علم النفس الإكلينيكي، الذي سنركز عليه في هذه الدراسة، الذي هدفه الأساسي هو توفير الصحة النفسية للأفراد، و نقصد بها التوافق التام أو التكامل بين مختلف الوظائف

النفسية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تواجه الإنسان مع الإحساس الايجابي بالسعادة و الكفاية. (عبد العزيز القوسي، 1952، ص 6)

في ظل كل التغيرات التي أشرنا إليها سابقا و ما يواكبها من حركية متجددة على جميع الأصعدة فإن مهنة الأخصائي الإكلينيكي تتأثر أكثر فأكثر بذلك، إذ أن التغير السريع الذي يخضع له المجتمع الجزائري و ما يصاحبه من هزات اجتماعية أثر لا محالة في نفسيات الأفراد و المجتمع و من ثم فإن هذه المهنة تفرض وجودها بشكل يستدعي التساؤل و التحليل، فالحاجة إلى وجود الخدمات النفسية المتخصصة التي تضمن الصحة للأفراد أصبحت ضرورة ملحة تفرضها هذه التغيرات. (عبد العزيز القوسي، 1952، ص 8)

عندما نتكلم عن الصحة فنحن لا نقصد القطاع الصحي أو المهتمون بالصحة فقط بل الموضوع يهم كل أطراف المجتمع و هي تعني الأسرة و المدرسة و مكان العمل حيث أن مفهوم الصحة قد تطور فبعد أن كان يركز على مشكلات الصحة النفسية و حصر الاهتمام بالفئات التي تعاني اضطرابات أو مشكلات أصبح الآن يركز على الوقاية و الحماية من أجل الحفاظ أو تنمية الصحة النفسية. (عبير قبيسي وآخرون، 2008، ص 12)

و في هذه الدراسة سنسلط الضوء على واقع الممارسة السيكلوجية الإكلينيكية وواقع الممارس الإكلينيكي في المؤسسات الحكومية الصحية، و من أجل ذلك قسمت الدراسة إلى ثلاث جوانب: جانب تمهيدي، الجانب النظري و الجانب التطبيقي.

الجانب التمهيدي:

-الفصل الأول التمهيدي: و يحتوي على الإشكالية و تداعياتها، الفرضيات الدراسات السابقة، أهمية الدراسة، دوافع اختيار الموضوع، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم.

الجانب النظري: و يحتوي على خمس فصول

- الفصل الثاني: مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي، و فيه الخلفية التاريخية، التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي، الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي، الاتجاه التجريبي و نظريات التعلم، ظهور العيادات النفسية، تأثير علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الأخرى، أحداث خالدة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي، ثم علم النفس الإكلينيكي الحديث، تعاريفه ومجالاته، و أهدافه، علاقة علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الأخرى.

- الفصل الثالث: علم النفس الإكلينيكي في الجزائر، و يحتوي على تدريس علم النفس الإكلينيكي، توجيه الطلبة إلى التخصص، المناهج التعليمية لتخصص علم النفس الإكلينيكي.

- الفصل الرابع: الأخصائي الإكلينيكي و يحتوي على تعريف الأخصائي الإكلينيكي، إعداداته، سماته و خصائصه، مهامه، كفاءاته، مجالات عمله، الجمهور الذي يقدم له خدماته، و أخلاقيات المهنة.

- الفصل الخامس: تقنيات و وسائل العمل الإكلينيكي و يحتوي على دراسة الحالة، الملاحظة العيادية، المقابلة الإكلينيكية، الاختبارات النفسية، الأخصائي الإكلينيكي و عملية التشخيص، التقرير السيكولوجي.

- الفصل السادس: الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في المؤسسات الصحية: و يحتوي التطور التاريخي لمهنة الإكلينيكي في الجزائر، الإكلينيكي في التشريع الجزائري مصالح تواجد الإكلينيكي في المؤسسات الصحية، الشروط التي يجب توفرها في ميدان

العمل الإكلينيكي، خصائص إكلينيكي الصحة العمومية، مدة العمل، عدد الإكلينيكين الممارسين في الصحة العمومية، علاقات الإكلينيكي في مكان عمله، الأخطار المهنية النشاط الجماعي و النقابات.

الجانب الميداني: يحتوي فصلين

- الفصل السابع: الإطار المنهجي للدراسة، و فيه منهج الدراسة، مجالات البحث، الدراسة الاستطلاعية، الأدوات المستخدمة في الدراسة، الأدوات الإحصائية، عينة البحث، خصائص عينة البحث.

الفصل الثامن الفصل الثامن: عرض النتائج و مناقشة الفرضيات، التذكير بفرضيات الدراسة، مناقشة الفرضيات الجزئية، و الفرضية العامة، ثم استنتاج عام و خاتمة، وفي الأخير مجموعة من التوصيات و الإقتراحات.

الجانِب التمهيدِي

الفصل الأول: الإشكالية و تداعياتها

1. إشكالية البحث:

إن نظرة متأملة إلى ما نعيشه اليوم تجعلنا نشعر بالقلق الذي أصبح يهدد كل إنسان، حيث أشارت النفسانية “كارول هورني” بأن أسبابه تعود إلى التنافس المادية الطاغية، عدم المساواة في فرص التعليم، العمل، الصحة، السكن، و انتشار الاستغلال و الجريمة، بل الأمر أكثر تعقيدا من كل هذا فالمتتبع للأخبار والمتصفح للجرائد اليومية يتلقى عددا من الصدمات يضاهي عدد الأخبار التي اطلع عليها من قتل و نهب ومتاجرة بالأعضاء البشرية، وحوادث مرور تحصد عشرات الأرواح يوميا، و انتشار البطالة و ارتفاع عدد المشردين وانتشار ظاهرة التسول والمشاكل الأكثر جدة هي: موضوع الشباب الحارقة، محاولة الانتحار أمام أبسط العقبات، وآخر ظاهرة اهتز لها الشارع الجزائري ظاهرة اختطاف الأطفال وقتلهم...الخ، و غيرها من الحوادث التي إن أردنا عدها لا نحصىها، فأدى هذا إلى تفشي الاضطراب النفسي بين الناس و أصبح يسيطر على كثير من مظاهر سلوكهم حتى أضحي المحور الذي تدور حوله الأبحاث المختلفة، و التي تهدف إلى تعديل السلوكات الخارجة عن المألوف. فكل ما يعيشه العالم اليوم من حروب و إرهاب وجرائم بشعة في حق البشرية نشر في نفوس الناس القلق و أشاع الخوف والارتباك.

و حسب علماء النفس والاجتماع فان اضطراب العلاقات الإنسانية هو نتيجة لكل هذه الظروف و هو بدوره يؤدي إلى الانعزال الوجداني، الفقر العاطفي

الشعور بفراغ الحياة و عدم جدواها و فقدان التوازن النفسي و شعور الفرد بالعجز والتهديد، و كل هذا أدى إلى تعقد الحياة العصرية.

هذه التعقيدات فرضت تدخل العلم الحديث و تطبيقاته التكنولوجية الذي نجح في تحقيق كثير من وجوه الراحة المادية للإنسان، لكن لا بد عليه من السعي للتعرف على مشاكل الإنسان النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية و الجسمية و العقلية والمهنية والأسرية...، و العمل على حلها و وضع البرامج الكفيلة بالوقاية منها و من هنا تصبح الرعاية النفسية ضرورة حتمية لإنسان اليوم، الذي مازال يوما بعد يوم يواجه تحديات و صعاب جديدة. (عبد الرحمان العيسوي، 1996، ص 7)

و لا شك أن الأمراض النفسية و العقلية و مختلف الاضطرابات و التوترات والصراعات تبدد طاقة الإنسان و تصرفه، و تمتص طاقته فيقل إنتاجه و إبداعه لذلك فتحرير الفرد مما يكبله من الأغلال و القيود يعد عملا استثماريا رائعا، فعلى قدر ما يتمتع به الإنسان من صحة عقلية و جسمية على قدر ما يزداد إنتاجه وعطاؤه و تضحيته.

كل هذه الظروف و المشاكل تدفعنا إلى دق ناقوس الخطر لمواجهتها، و لعل أفضل ما يمكننا التجهز به هو العلم من أبوابه الواسعة بجميع مجالاته و فروعها بداية من الطب، علم الاجتماع و الاقتصاد، وصولا إلى علم النفس الذي يهتم بدراسة عقل الإنسان و الطرق التي يتبعها في سلوكه و الدوافع و الأهداف التي

تحرك هذا السلوك، و كذا معرفة طبيعة الشعور و الانفعال والعواطف، و معرفة أسرار النجاح، و محاولة السيطرة على القلق و التوتر و المخاوف التي تنتاب الشخص بسبب أو دون سبب.

و نظرا لتوسع مواضيع علم النفس و تشعبها تفرع إلى مجموعة من التخصصات منها علم النفس التربوي، علم النفس الصناعي، علم النفس الاجتماعي، و علم النفس الإكلينيكي و هو ما نركز عليه في هذه الدراسة.

يعتبر علم النفس الإكلينيكي من أحدث ميادين البحث في النفس البشرية، في جوانبها السوية و غير السوية و ذلك من خلال دراسة سلوك الفرد في مختلف الوضعيات الحياتية التي يتعرض لها، خاصة تلك التي تجعله يشعر بالضيق والتوتر، و الإحباط و عدم القدرة على التوافق، و قد يكون هذا نتيجة لأسباب واضحة مثل التعرض للصدمات مهما كان نوعها طبيعية كالزلازل، والفيضانات أوغير طبيعية كالتعرض لسوء المعاملة، الاعتداء الجنسي، الفشل، و فقدان عزيز قد يتعرض لها الفرد نفسه أو قد يتعرض لها أحد أقربائه، أو نتيجة لأسباب غير واضحة، لكنها تكون ذات أثر واضح، و دور علم النفس الإكلينيكي بما لديه من وسائل و أدوات هو محاولة إيجاد الحلول المناسبة لهذه الوضعيات من خلال التعمق في دراسة هذا الشخص حاضره وماضيه، و كشف نقاط القوة و الضعف فيه

وإحباطاته و صراعاته، و وضع حلول نهائية لها أو وضعيات توافقية تكيفية على الأقل.

في ظل هذا الطلب المتزايد على الخدمات النفسية، فتحت الجامعات أبوابها لاستقبال أعداد هائلة من الطلبة في مختلف الفروع و التخصصات و من بينها تخصص علم النفس الذي يستقطب آلاف الطلبة والعدد في ارتفاع سنة بعد أخرى كما توضحه العديد من الدراسات الإحصائية، و في نهاية المشوار الدراسي يفضل البعض إكمال الدراسات العليا، و هذا إن سمحت له الفرصة طبعاً، أما البقية، فجزء منهم يتخبط في كابوس البطالة، و يتوجه جزء منهم إلى العمل في المؤسسات أوالعيادات الخاصة، أما البقية فتتوجه إلى المؤسسات العمومية المختلفة من دور العجزة، و السجون، و المؤسسات الصحية، و هي التي ستركز عليها هذه الدراسة.

إذن بعد التوظيف يجد الإكلينيكي الممارس نفسه أمام واقع للممارسة أقل ما يقال عنه أنه صعب، يمارس مهنة المساعدة النفسية في ظروف مبهمة، يحاول بكل عزم تقديم أفضل ما لديه، لكن كثيراً ما يحس بعدم الرضا و القناعة لما يقدمه أوعدم التكيف مع متطلبات هذه الوظيفة لأسباب يعلمها أو يجهلها، و في ظل الطلب المتزايد للخدمات النفسية تبقى هذه الأخيرة تواجهها صعوبات و عراقيل تحول دون تحقيق جودة الممارسة النفسية التي يطمح لها الجميع، لذلك اهتمت الدراسات الحديثة

بهذا الموضوع سواء على المستوى العالمي أو العربي و حتى المحلي، و تأتي هذه الدراسة مكملّة لتلك الدراسات.

إن همزة الوصل بين علم النفس الإكلينيكي و الشخص الذي يحتاج إلى المساعدة هو مجموعة من المختصين منهم الأخصائي الإكلينيكي، المعالج النفسي و المحلل النفسي و كل من هؤلاء لديه دور و مهام خاصة حسب التكوين الذي تلقاه و الهيئة التابع لها.

أما الإكلينيكي فهو شخص خضع إلى تكوين خاص، جعله ذو خلفية معرفية تؤهله إلى تقديم المساعدة إلى من يحتاجها من خلال الوسائل التي يملكها من مقابلة و ملاحظة و تطبيق للاختبارات النفسية و دراسة للحالة و التي تمكنه من وضع التشخيص و اقتراح خطة علاجية و التنبؤ بمسارها، إضافة إلى التكوين يجب أن تتوفر فيه مجموعة من السمات و الخصائص الشخصية التي تجعله عنصرا ناجحا في تعامله مع الأسوياء و غير الأسوياء و ذلك من خلال قدرته على فهم الآخرين هذه المواصفات هي ما هو متعارف عليه في التراث العلمي، أما الإكلينيكي في الجزائر فهو شخص تلقى تكوينا نظريا لمدة أربعة سنوات في النظام الكلاسيكي وثلاثة سنوات في نظام ل م د لمجموعة من المقاييس باللغة الفرنسية في بعض الجامعات (بجاية، تيزي وزو، قسنطينة...) أو باللغة العربية في أغلب الجامعات مع القيام بتربص ميداني تختلف مدته من جامعة لأخرى، و تم توجيهه إلى هذا

التخصص برغبة أو دون رغبة، بمعدل بكالوريا غير محدد، و بعد التخرج يوجه إلى الحياة العملية حيث يمكنه التواجد في مؤسسات مختلفة كالمؤسسات التربوية بكل أطوارها، السجون، دور العجزة، المؤسسات الصناعية، مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة، و المؤسسات الصحية بداية من العيادات متعددة الخدمات و المستشفيات و مستشفيات الأمومة و الطفولة والمصحات العقلية، و يكون عمله مكمل لعمل فريق مكون من شخص إلى عدة أشخاص من أساتذة و مربين و أخصائيين اجتماعيين و أطباء مختصون و أطباء عامين و شبه طبيين و ذلك حسب المؤسسة التابع لها.

منذ بداية طرحنا تكلما عن المشاكل و الاضطرابات التي قد يعاني منها الفرد و التي تحتاج إلى المساعدة النفسية، و كذا عن علم النفس الإكلينيكي كإطار نظري يستقي منه الإكلينيكي المادة المعرفية و الوسائل و الأدوات التي تؤهله لتقديم هذه المساعدة للأفراد مهما كان نوع الصدمات والمشاكل والاضطرابات التي يعانون منها و مهما كان المكان الذي يتواجدون فيه، كما تكلما عن الإكلينيكي و هو همزة الوصل بين علم النفس و الشخص الذي يبحث عن المساعدة النفسية، وذكرنا الأماكن و المؤسسات التي يمكن أن يتواجد فيها، حيث سنركز في بحثنا هذا على واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر و على واقع الإكلينيكين الممارسين في المؤسسات التابعة للقطاع الصحي و نخص بالذكر: العيادات متعددة

الخدمات والمستشفيات، ومستشفيات الأمومة والطفولة والمصحات العقلية في مجموعة من ولايات الوطن، للوقوف على مجموعة من الحقائق تتعلق بالصعوبات والعراقيل التي تواجه الإكلينيكي الممارس أثناء أدائه لمهامه من خلال معرفة مدى كفاية التكوين الجامعي الذي تلقاه، و المهام التي يؤديها في المؤسسات الصحية وتقييم فعالية الوسائل التي يمتلكها من مقابلة و ملاحظة و دراسة حالة ، وكذا معرفة نوع العلاقة القائمة بينه و بين الفريق الطبي، و بينه وبين زملائه الإكلينيكين بهدف تقييمها و الوصول إلى حلول نهائية لها من خلال اقتراح برنامج تكفل بها.

إذن من خلال طرحنا السابق يتبادر إلى أذهاننا التساؤل التالي:

ما هو واقع الممارسة السيكلولوجية الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر؟

و هذا السؤال يوحى بمجموعة من الأسئلة:

1- هل يمكن لأي شخص الالتحاق و التسجيل في فرع علم النفس الإكلينيكي؟

أم أن هذا الفرع يتطلب فئة معينة من الأشخاص بحيث تتوفر فيهم مجموعة من السمات و الخصائص الشخصية؟

2- هل التكوين الذي يخضع له الإكلينيكي كاف ليتمكن من ممارسة مهامه

باحترافية؟

- 3- ما هي الوسائل التي يمتلكها الإكلينيكي؟ و هل يتحكم في استخدامها؟
- 4- ما هو نوع العلاقة بين الإكلينيكي و بين الفريق العامل معه؟ و بينه وبين زملائه الإكلينيكين؟
- 5- هل يشكل عدم التحكم في استعمال اللغة الفرنسية عامل من العوامل التي تساهم في زيادة الصعوبات ؟
- 6- هل المشرع الجزائري أعطى أهمية للإكلينيكي قانونيا؟ و ما هي المهام التي أوكلت له من طرف المشرع؟
- 7- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور و الإناث فيما يخص الصعوبات؟
- 8- هل توجد فروق دالة إحصائية بين التوجه الاختياري و الإجباري للتخصص فيما يخص الصعوبات؟
- 9- هل توجد فروق دالة إحصائية تتعلق شعبة البكالوريا فيما يخص الصعوبات؟
- 10- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الذين تلقوا تكويننا بعد التوظيف و الذين لم يتلقوا فيما يخص الصعوبات؟

1. الفرضيات:

الفرضية العامة التي نقترحها كحل مؤقت للتساؤل هي:

تعاني كل من الممارسة السيكلوجية الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في الجزائر واقعا صعبا نتيجة لعدة عوامل متداخلة.

الفرضيات الجزئية:

1- لا يمكن لأي شخص الالتحاق و التسجيل في فرع علم النفس الإكلينيكي لأنه يتطلب فئة معينة من الأشخاص تتوفر فيهم مجموعة من السمات و الخصائص الشخصية.

2- التكوين الذي يخضع له الإكلينيكي في الجزائر غير كاف و لا يمكنه من ممارسة مهامه باحترافية.

3- يمتلك الإكلينيكي مجموعة من الوسائل و الأدوات لكنه لا يتحكم في استخدامها.

4- العلاقة بين الإكلينيكي و بين الفريق العامل معه تتسم بالغموض، و العلاقة بينه و بين زملاء المهنة غير واضحة المعالم.

5- نعم يشكل عدم التحكم في استعمال اللغة الفرنسية عامل من العوامل التي تساهم في زيادة الصعوبات.

6- أعطى المشرع أهمية للإكلينيكي قانونيا، و أوكله بمهام واضحة.

7- توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور و الإناث فيما يخص الصعوبات.

8-توجد فروق دالة إحصائية بين التوجه الاختياري و الإجباري للتخصص فيما يخص الصعوبات.

9-توجد فروق دالة إحصائية تتعلق شعبة البكالوريا فيما يخص الصعوبات.

10- توجد فروق دالة إحصائية بين الذين تلقوا تكوينا بعد التوظيف و الذين لم يتلقوا فيما يخص الصعوبات.

2. الدراسات السابقة:

تتطلق بداية كل بحث علمي موضوعي من نهاية البحوث التي تمت في نفس الموضوع، فقد خص موضوع الأخصائي الإكلينيكي و الممارسة الإكلينيكية بالعديد من الدراسات و الأبحاث سواء على المستوى الوطني أو العالمي، نظرا لما لازمه من غموض، بل و أكثر من ذلك فقد لجأت بعض الجامعات إلى تنظيم أيام دراسية و ملتقيات وطنية و دولية للوقوف على بعض الحقائق و توضيح بعض المفاهيم فمنها ما اهتم بالممارسة السيكلوجية في الميدان التربوي و منها اهتم بها في الميدان الاجتماعي، و منها ما اهتم بالإكلينيكي في حد ذاته من خلال البحث عن الخصائص التي تميزه، و الأماكن التي يتواجد فيها و المهام التي توكل إليه، وقد اختلفت الإجابة عن هذه التساؤلات من بلد لآخر، بل وفي البلد نفسه و هذا حسب المدارس الفكرية و الزمان و المكان، و بعض هذه الدراسات كان عبارة دراسات ميدانية، و أخرى دراسات نظرية في مقالات أو بحوث مصغرة نشرت في إحدى

المجلات أو مداخلات في ملتقيات مختلفة، و فيما يلي عرض لأهم هذه الدراسات التي لها علاقة مباشرة بالموضوع حسب تسلسلها الزمني و بداية من الدراسات الغربية:

- تضم الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 70% من الأخصائيين النفسيين في العالم وحوالي 85 % من حملة الدكتوراه في علم النفس و تضم الجمعية النفسية الأمريكية التي أنشأت سنة 1917 حوالي 100 ألف عضو و التي كان أحد أهدافها الدفاع عن مصالح الأخصائيين النفسيين و هي تقوم بأبحاث و دراسات مسحية متجددة لتبين ملامح التطور في صورة علم النفس الإكلينيكي الأمريكي، قام "سيشور" 1920 بعقد مؤتمر نتيجة لظهور مشكلات بين المهنة النفسية الإكلينيكية و المهنة الطبية و يتعلق الأمر بدور و مسؤوليات الأخصائي النفسي مع المضطربين عقليا دون إشراف طبيب عقلي فكان الممارسون الإكلينيكيون يرون أن الطبيب تنقصه جوانب المعرفة النفسية و المهارة في استخدام الوسائل النفسية، ونتيجة لهذا الصراع نظم "سيشور" هذا الملتقى و الذي شاركت فيه تسعة (9) روابط تنتمي إلى المهن الطبية و النفسية و بعض المهن الأخرى، و فيه تعاهد المؤتمرين على أن تحاول كل مهنة رفع مستوى إعداد المنتمين إليها، و خلصوا إلى ضرورة العمل في فريق متكامل. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 52-53)

- و أوضحت دراسة لـ "وايلدمان" 1974 على الإكلينيكين الذين يشغلون مراكز قيادية في الو م أ بين أن هؤلاء القياديين يعتقدون أن سيطرة الأطباء على مجال العمل تشكل أكبر معوق للتقدم، و يليها نقص الاعتمادات المالية و نقص الأفراد العاملين ثم نقص الفهم لقيمة علم النفس و نقص السلطة المتاحة للعاملين في علم النفس وتعتقد النسبة الأكبر ممن شملهم المسح أن أقسام علم النفس في مؤسسات الخدمة النفسية مثل مستشفيات الأمراض العقلية يتعين أن يرأسها سيكولوجي له سلطة على كل السيكلوجيين في القسم، و يتعين أن يكون لها ميزانية مركزية و سلطة التحكم في المصاريف. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 23)

- و قام "جورج ألبى" بدراسة حول ضرورة الانفصال عن الطب النفسي و إقامة مراكز خدمة نفسية تحت إدارة نفسية خالصة فكانت النتائج: 31% من أفراد العينة أيدوا هذا الطرح مقابل 66 % من عينة المسح رأوا ضرورة الإبقاء على النوعين في المؤسسات، وكان تبريرهم في ذلك أن الأمراض دائما ما تكون نفسية عضوية و لا يمكن الفصل بينها، بل يجب العمل الموحد و المتكامل ضمن فريق إكلينيكي طبي واحد.

- أما "نوركروس و بروشاشكا" 1982 فقد قاما بمسح لمعرفة الدرجة العلمية للعاملين في قسم علم النفس و ينتمون للجمعية النفسية الأمريكية فكانت النتائج 98,3% منهم يحملون شهادة الدكتوراه مقابل 1,7 % يحملون شهادة الماجستير، و أقر 86

% منهم أنهم حصلوا على علاج شخصي بوصفه جزء من تدريبهم المهني وتراوحت ساعات هذا العلاج من 4 إلى 2000 ساعة. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 24-25)

- قام "LIBSOCK" و آخرون بدراسة مسحية حول دور الأخصائي النفسي والمعالج النفسي في العمل الميداني، و قد توصلوا إلى افتقار الأخصائي النفسي و المرشد النفسي إلى الخبرة في العمل مع المعاقين، حيث وجدوا أن الغالبية العظمى منهم لم يتلقوا تدريباً عالياً في التربية الخاصة على الرغم من أنه من المتوقع لهم أن يمضوا أكثر من نصف ساعات عملهم المهني مع المعاقين. (فيوليت فؤاد إبراهيم و آخرون، 2001، ص 139-140).

و بالاعتماد على هذه الدراسة قام الأستاذ " عتروس نبيل " سنة 2009 بدراسة دور الأخصائي النفسي في تعديل السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الإعاقة السمعية، تمت الدراسة في ولاية عنابة بالجزائر على عينة مكونة من مجموعة من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين و التربويين و قد استخدم المنهج الوصفي الكيفي إضافة إلى المقابلة الموجهة و قد توصل إلى النتائج التالية:

➤ يتمتع الأخصائي الإكلينيكي و التربوي بدرجة كفاية مقبولة في مساعدة

أطفال ما قبل المدرسة الذين لديهم إعاقة سمعية على تعديل سلوكهم

العدواني.

➤ يواجه الأخصائي الإكلينيكي عقبات في عمله ترجع إلى صعوبة فهم

المعاق و عدم تلقي تكوين كافي يؤهله لذلك، و كذا عدم تعاون

الأولياء لتسهيل مهامه. (عتروس نبيل، 2009، دور الأخصائي النفسي في

تعديل السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الإعاقة السمعية،

تاريخ التصفح 2015/07/24 Wwv.lab.univ-

batna.dz.Q.educ3/images/forumaghrib/21pdf)

- دراسة قام بها "شيندلر" و زملائه 1987 و التي ركزت على دور الأخصائي

النفسي تصلوا فيها إلى أن تقييم عامة الناس لقدرة الأخصائي الإكلينيكي على علاج

الاضطرابات العقلية كان مساويا لتقييم الطبيب النفسي و كشفت أيضا أن الأخصائي

الإكلينيكي كان أكثر اهتماما و عناية بالمرضى من الطبيب النفسي.

(SCHINDLER، 1987، ص 371).

- و قام "WOOD" و آخرون 1986 بدراسة مسحية على عينة قدرت ب 201 فرد من

عامة الناس لمعرفة اتجاهاتهم نحو الأخصائي الإكلينيكي و المهام التي يقوم بها و قد

أوضحت النتائج أن غالبية أفراد العينة لديهم اتجاهات ايجابية نحو الأخصائي

الإكلينيكي حيث أفاد 84% من أفراد العينة أن علم النفس علم تطبيقي، و أفاد 58%

منهم أن علم النفس لا يستخدم لاستغلال الناس بل يهدف إلى تحقيق سعادتهم، كما

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن عامة الناس ينظرون إلى الأخصائي الإكلينيكي

كعالم سلوكي بينما يصفون الطبيب النفسي بالممارس المهني. (WOOD , 1986 ,)

page 947-948

- أما "PRYOR" و زملائه فقد قاموا بدراسة هدفت إلى معرفة اتجاهات الأطباء العامون نحو الأخصائي الإكلينيكي على عينة وصلت إلى 101 شخص تراوحت أعمارهم ما بين 26 - 69 سنة و قد كشفت أن اتجاهات الأطباء نحو الأخصائي الإكلينيكي بشكل عام كانت مقبولة، كما أوضحت هذه النتائج أن الأطباء يرون أن تدريب الأخصائيين غير كافي، ومن جهة أخرى أشارت هذه الدراسة إلى أن الطبيبات يحولن المرضى إلى الأخصائي النفسي بنسبة أكبر من الأطباء و هذا يعكس اتجاههن الإيجابي نحو الأخصائي و تثقن به و بما لديه من مهارات، كما تبين أنه قادر على المشاركة بفعالية في برامج العناية الطبية.

(بوزيان راضية ، 2009، اتجاهات الأطباء النفسيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي النفسي العيادي)

- أما "ANGERMEYER" و زملائه فقد قاموا بدراسة مقارنة بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي على عينة من عامة الناس بألمانيا الاتحادية و قد أوضحت هذه الدراسة أن العلاج النفسي هو الأسلوب المفضل بالنسبة لعلاج مرضى الفصام و قد أبرزت عينة الدراسة تفضيلها للعلاج النفسي على العلاج الدوائي بعدة مبررات من

بينها الكفاءة الشخصية التي يتميز بها الأخصائي و المتمثلة في قدرته على ممارسة العلاج النفسي.

- كذلك قام "BREMER" و زملائه بدراسة هدفت إلى معرفة آراء الناس حول كفاءة الأخصائي النفسي و وقدرته على القيام بدوره المهني، و قد تكونت عينة الدراسة من 132 فرد تراوحت أعمارهم بين 18 - 68 سنة باستعمال المنهج الوصفي توصلت إلى أن الأخصائي الإكلينيكي و الطبيب النفسي كانا أقدر أعضاء الفريق العلاجي على علاج الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب الحاد.

- أما دراسة "MORRISON" و "DAUNE" فقد هدفت إلى معرفة إدراك المتخصصين في تربية و رعاية الأطفال لكفاءة الأخصائي الإكلينيكي و الطبيب النفسي و الأخصائي الاجتماعي و قد أظهرت النتائج أن الأخصائي الإكلينيكي كان أكثر كفاءة من الطبيب و الأخصائي الاجتماعي على ممارسة أساليب العلاج السلوكي و الأسري و العلاج باللعب و تطبيق الاختبارات النفسية.

- كما أجرى "BLUMENTHAL" و "LAVENDER" دراسة على دور الأخصائي الإكلينيكي كما يدركه أعضاء الفريق العلاجي على عينة مكونة من 55 فرد من الأخصائيين الاجتماعيين و الأطباء النفسيين و المرشدين و المرضى مستخدما المنهج الوصفي، فأظهرت النتائج إجماع أفراد العينة على أن التشخيص النفسي وتقديم الاستشارات النفسية و ممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفية تعتبر من

أهم الأعمال التي يمارسها الإكلينيكي، و قد ذكر 96% من أفراد العينة أن التشخيص النفسي من مهام الإكلينيكي و أفاد 83% منهم أن تقديم الاستشارات النفسية مهمة أساسية من مهام الإكلينيكي، في حين أفاد 72% منهم أن ممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفي تأتي في المرتبة الثانية.

- أما " MATTHEW " 1993 فهدفت دراسته إلى معرفة إدراك الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين لدور الأخصائي الإكلينيكي على عينة مكونة من 16 طبيب نفسي و 20 أخصائي اجتماعي من ولاية "كونيكتيت" الأمريكية باستعمال المنهج الوصفي، و كانت النتائج أن 47% من أفراد العينة أفادوا أنهم يقومون بتحويل الحالات إلى الأخصائي الإكلينيكي من أجل التشخيص و أوضح 16% من العينة أن التشخيص و العلاج النفسي و العناية اللاحقة هي الأسباب الرئيسية التي تجعلهم يقومون بتحويل الحالات إلى الإكلينيكي، كما كشفت هذه الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين و الأخصائيين الاجتماعيين أن الإكلينيكي لا يملك كفاءة كافية لعلاج الاضطرابات العقلية الشديدة و لا يستطيع التصريح بدخول و خروج المرضى إلى المستشفيات.

- قامت " كولبي " و زملائها بدراسة سنة 1985 بهدف معرفة أهمية المقررات أو البرامج التي يجب أن تدرس في الجامعات الأمريكية تخصص علم النفس الإكلينيكي، تكونت العينة من 92 مديرا لبرامج التدريب في علم النفس الإكلينيكي

فكانت النتائج أن نسبة 97% من البرامج تتطلب التدريب على التشخيص
السيكولوجي بعدد وسيط يعادل مقررين بينما تقدم 71 % من هذه البرامج مقررات
اختيارية في التشخيص السيكولوجي أيضا بعدد وسيط يعادل مقررين، و يتطلب
98% من أقسام علم النفس في برامجها الإكلينيكية دراسة مقررين، و يتطلب 98%
من مقررات في العلاج النفسي بوسيط مقداره 3 مقررات مقابل 80 % تقدم مقررات
اختيارية في العلاج النفسي بوسيط مقداره مقررين، و توضح النتائج أيضا أنه في
75% من البرامج تعطى كإلزامية للتشخيص تخصص 35 % للأساليب الإسقاطية
و 33 % لاختبارات الذكاء و 25 % لاختبارات الموضوعية، و 20% للتقييم
السلوكي، و 10 % لاختبارات النوروسيكولوجية. و في مقررات العلاج النفسي نجد
أعلى نسبة حظي بها العلاج السلوكي و هي 40 % و يليها العلاج السيكدينامي
بنسبة 33 %، ثم العلاج العقلاني الانفعالي و المتمركز حول العميل ب 20 %
لكل منها، ثم العلاج الجشثالتي الإنساني بنسبة 10 %، و علاجات أخرى ب 25
% و هي خاصة بالعلاج العائلي. و يتطلب 84 % من هذه البرامج تدريباً عملياً
في الجامعة بينما يتطلب 59 % منها تدريباً خارج الجامعة. (لويس كامل مليكة،
2010، ص 26-27).

و إذا قمنا بتحليل نتائج هذه الدراسة يتبين لنا أن من أهم المقاييس التي تدرس في
الجامعة هي التشخيص و العلاج.

- وهناك بعض الدراسات التي قام بها مجموعة من الباحثين العرب و الخاصة بتوطين علم النفس في الوطن العربي و نجد منها:
- دراسة "مصطفى شريف" 1968 و الهدف منها التعرف على مفهوم علم النفس لدى الآخرين و قد كانت النتائج: 21 % تصورت علم النفس بشكل غير علمي كدراسة أسرار النفس و السحر و الشعوذة، و التصور لعلماء النفس كما لو أنهم يمتلكون قدرات خارقة للتأثير على الغير، و كانت نسبة 53 % لم يقرؤوا شيئاً في علم النفس، أما نسبة 18% فقد قرؤوا بعض ما ينشر في الصحف أو كتب مثل (كيف تكسب الأصدقاء، دع القلق و ابدأ الحياة...) و نسبة 10 % من أفراد العينة قد قرؤوا ل "فرويد" ، و هذه الدراسة تظهر الفهم الخاطئ للناس لعلم النفس و الجهل بمعانيه و عدم وضوحها. (محمد حسن غانم، 2004، ص35)
- و قام " عبد الستار إبراهيم " 1985 بدراسة حول الاعتقادات الشائعة عن علم النفس لدى عينة من الطلاب الجامعيين و قد أظهرت أن نسبة 80% لديهم اعتقادات خاطئة عن علم النفس و أن المرض النفسي يأتي نتيجة لوجود أرواح و شياطين، ونسبة 69% يعتقدون بوجود غرائز تفسر الانحرافات الشائعة، و أن نسبة 49 % يؤمنون بقراءة الكف. (محمد حسن غانم، 2004، ص37)
- كما حاول " أبو حطب" و هو مصري الجنسية مناقشة القضايا الكبرى لعلم النفس فقام بدراسة علم النفس من المنظور المصري، العربي، و الإسلامي، و قد ناقش فيها

تطور علم النفس في الثقافات المصرية، العربية و الإسلامية، و التفاعل الأحادي مع علم النفس الغربي و التبعية العقلية و العلاقة البعيدة مع التراث القومي و إعاقة الإبداع في التفكير السيكولوجي و فقدان الهوية المهنية، و قد توصل إلى أن علم النفس يمكن أن يتطور من خلال التفاعل الإبداعي بين التراث القومي و الحاجات المعاصرة و الحث على الفكر السيكولوجي الإبداعي من خلال الخروج من التبعية إلى الابتكارية و من التقليد إلى التجديد و من الإلتباع إلى الابتداع، بالإضافة للبحث عن هوية مهنية جديدة. (أبو حطب، 1993، ص 9-12)

- أما " رمضان أحمد" و " أوي جيلين" سنة 1998 بعنوان علم النفس في الدول العربية عالج فيها مجموعة من المواضيع منها واقع علم النفس في الدول العربية وقضايا علم النفس النمو، و علم النفس المرضي و القضايا الإكلينيكية، و قد شمل هذا العمل مساهمة مجموعة من الباحثين في هذا الميدان من مختلف الدول العربية، و قد توصلت النتائج إلى أن علم النفس مازال في مرحلة الطفولة في الدول العربية، و أشار إلى وجود صراع داخلي بين علماء النفس. Ahmed R et Gielen, (1998, page 23)

- و قام المغربي " أحرشوا الغالي" سنة 1994 بنشر كتاب بعنوان "واقع التجربة السيكولوجية في الوطن العربي"، حيث أشار فيه إلى أهم البحوث و الدراسات التي قام بها الباحثون العرب تمثلت في الأساليب القياسية في أبعادها النفسية و العقلية

والتربوية، و قد تمثلت في 87 محاولة، منها 40 محاولة في مجال ترجمة المقاييس و 25 منها في مجال التعديل، و 22 منها في مجال الإعداد، و هذا يعني أنه على امتداد ما يقارب نصف قرن كامل من العمل فإن عدد المحاولات التي تحققت في مجال الإعداد المحلي لأدوات قياسية تتماشى مضامينها و خصوصياتها مع الواقع العربي قد وصل إلى 22 محاولة، منها 6 محاولات لقياس الذكاء العام، و 8 لقياس الاستعداد والتحصيل، و 2 لقياس التدهور العقلي، و 6 لقياس الشخصية و اعتبر أن هذه النتائج غير كافية و لم تحظ بالاستعمال الواسع و لا المصادقية التي اكتسبتها بعض المقاييس العالمية مثل مقياس "بينيه" للذكاء و "الروشاخ" و غيرها وأرجع هذا التخلف إلى الافتقار إلى التكوين السيكولوجي العلمي. (أحرشوا، 1994، ص 88)

- أما اللبنانية "زيان سمر" 2006 فقد قامت بدراسة و تحليل 99 دراسة من الدراسات المنشورة في 64 باللغة الإنجليزية مابين سنتي 1950 و 2004 و قد توصلت إلى أن الدراسات العربية التي اعتمدت على الاختبارات و المقاييس السيكولوجية قدرت بنسبة 63 % و المسوح بـ 19 %، و المنهج النوعي الذي يعتمد على المقابلات بـ 12 %، و التجريبي 3 % و الأرشيبي 2 %، و تراوح حجم العينات مابين 60 إلى 3477 فرد، و نسبة دراسة علم النفس الاجتماعي هي 31 %، و القياس النفسي و علم النفس الإكلينيكي كل منهما بـ 13 %، و التربوي 11 %، أما علم

النفس النمو فوصل إلى نسبة 8 %، و الشخصية مع علم النفس السياسي ب 7% والتنظيمي بنسبة 6 %، و المعرفي بأقل نسبة و هي 4 % . كما كشفت الدراسة أن 47 % من الدراسات عبارة عن تكرار لدراسات غربية أو مساهمة في أدب علم النفس العام، و حوالي 44 % من الفرضيات المصاغة في الدراسات لم تتضمن الاعتبارات الاجتماعية و الثقافية، بينما تضمنت 25 % من الدراسات اعتبارات ثقافية اجتماعية، و 19,4 % اعتمدت على مراجع عربية بينما 35 % لم تعتمد على أي مرجع عربي و كانت كل المراجع أجنبية و في أغلبها انجليزية، و 68% من الدراسات تضمنت عينة واحدة أما 19 % منها فقد اعتمدت على أكثر من عينة وأكثر من بلد، و توصلت إلى أن 90 % من هذه الدراسات تتبنى المفاهيم والمناهج و المقاييس الغربية بصورة إجمالية من غير نقد أو تكييف، وتكشف هذه النتائج المهمة غياب شبكة التعاون بين الباحثين في العالم العربي، و بينهم و بين باحثين من بقية دول العالم. (Zabian Samar and All, 2006 , page 35)

- أما الدراسة التي أجريت في دولة السودان حول اتجاهات رسائل ماجستير علم النفس في السودان فقد عالجت اتجاهات علم النفس في الدوريات العلمية و أوراق المؤتمرات العالمية عدة جوانب منها معرفة أكثر الموضوعات أو فروع علم النفس المبحوثة و المناهج البحثية و الأدوات المستخلصة من الدراسات و حجم و أعمار و قطاعات العينات و الوسائل الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات و نسبة

الباحثين الذكور و الإناث و نوعية المراجع المستخدمة و مدى حدائتها و قدمها و يلاحظ أن جميع هذه الدراسات قد أجريت في الغرب، حيث كشفت الدراسة ما بين 1970 إلى 2004 نسبة معالجة الموضوعات الاجتماعية بـ 65%، و المعرفية 15,5%، و الشخصية 31%، و الإدراك 4,5%، و علم النفس الفيزيولوجي 2%. أما عن المناهج المستخدمة فقد أظهرت الدراسة أن أداة المقابلة استعملت بنسبة 2,7%، و الملاحظة بـ 5,7%، و الدراسات التتبعية بـ 5%، و فيما يخص العينات فكانت ما بين 1980 إلى 1993 بنسبة 17,3% أطفال و 14,6% % مراهقون، و 31,9 طلاب، و 22,9% من الراشدين، و عينات مختلفة بنسبة 13,4%، أما عن حجم العينات فقد كانت نسبة 47,3% أقل من 100 فرد و العينات التي تتراوح ما بين 101 إلى 500 فرد بنسبة 35,2%. و فيما يخص الإناث و الذكور فنسبة 33% باحثات، و نسبة 61% من الذكور حاصلين على درجة الدكتوراه، و نسبة 58% نساء حاصلات على الماجستير.

(عمر هارون خليفة، 2009، ص 398-399)

- و هناك دراسة أجريت بدولة قطر سنة 1993 استهدفت قياس الرضا عند المرضى في المستشفى و مركز صحي حول الخدمات المقدمة من طرف الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين و الأخصائيين الإكلينكيين، تكونت العينة من 444 فرد استعمل الباحث المنهج المسحي، و من بين النتائج:

➤ ليس هناك رضا كافي عن عمل الأطباء و الأخصائيين الإكلينيكين

والاجتماعيين. (أحمد عبد الكريم، 1993، ص 51)

- وقامت "انشرح الدسوقي و مایسة المفتي" 1988 بإجراء دراسة على الطلاب

الملتحقين بدراسة تخصص علم النفس بجامعة عين الشمس و بيروت من خلال

استعمال استبيان بهدف معرفة الحقائق التي تكمن وراء اختيار هذا التخصص فكانت

النتائج أن مجموعة من الإناث أظهرت أن دراستها تمكنها من فهم نفسها و أن العمل

في مجال علم النفس يحقق مكانة اجتماعية مرموقة، إضافة إلى اكتساب قدرة على

فهم الآخرين و التعامل معهم بكفاءة و كذا القدرة على حل مشاكلهن و مشاكل

الآخرين. (محمد حسن غانم، 2004، ص27)

- و قام "فهد عبد الله الربیعة" 2010 بدراستين ميدانيتين الأولى حول اتجاهات طلاب

و طالبات علم النفس بجامعة الملك سعود نحو مهنة الأخصائي الإكلينيكي، والثانية

حول دور الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي على عينة مكونة من 65 طبيب

نفسي عاملين في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية، مستعملا

المنهج الوصفي، و قد أظهرت النتائج أن دور الإكلينيكي يتغير مفهومه بالنسبة

للأطباء من حيث الجنس ومن حيث سنوات الخبرة، فوجدت أن الطبيبات و الأطباء

الذين لديهم خبرة تفوق 10 سنوات يؤمنون بدوره و يستعينون به في عملهم. (فهد عبد

الله الربیعة، 2010، تاريخ التصفح 2014/04/18، www.dr-farhan-ahlamontada.net)

- و في نفس الموضوع تقريبا قامت الأستاذة "راضية بوزيان" بدراسة اتجاهات الأطباء النفسانيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي الإكلينيكي من أجل مقارنة سوسيونفسية وهي دراسة ميدانية طبقت ببعض مستشفيات و عيادات الشرق الجزائري، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، وصلت العينة إلى 65 طبيب و طبيبة و قد استجاب 32 فرد فقط لأدوات الدراسة أي بنسبة 49,23% من المجتمع الكلي للدراسة، معظم الأفراد من الذكور 25 فرد بنسبة 78,12% ، أما الإناث فقد بلغ عددهن 7 طبيبات، أي بنسبة 21,87%، أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأطباء و الطبيبات لدور الإكلينيكي وفق متغير سنوات الخبرة، فالأطباء الذين تفوق سنوات خبرتهم عن 10 سنوات أصبحوا يؤمنون بقدرة الإكلينيكي، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين و الطبيبات فالإناث لديهم اتجاهات إيجابية أكثر من الذكور لدور الإكلينيكي. (بوزيان راضية، 2009، اتجاهات الأطباء النفسانيين الجزائريين نحو مهنة الأخصائي النفسي العيادي، تاريخ

التصفح 2015/07/24 www.lab.univ-batna.dz.Q.educ3/images/forumaghrib/8pdf)

- هناك دراسة أخرى للأستاذ " ميزاب ناصر " من جامعة تيزي وزو اهتمت بالممارسة النفسية في الوسط التربوي، استعمل الباحث المنهج الوصفي لعينة قدرت ب 50 فرد من مستشاري التوجيه (لديهم شهادات ليسانس في علم النفس العيادي، و الإرشاد والتوجيه)، وزعت عليهم الأدوات و قد استجاب منهم 25 فقط و النتائج كانت أنه من الصعب القول أن هناك إرشاد نفسي مثل ما هو متعارف عليه أكاديميا، بل

هناك عملية توجيه تقني آلي أكثر منه إنساني، يتغلب عليه الطابع الإداري المكتبي وقد أشاروا إلى أن الخلط بين عدة شهادات للعمل في نفس المنصب قد أخل بالممارسة و نوعيتها، حيث عرقل عمل الممارسين الحاصلين على شهادات علم النفس بأنواعها و مس بمصداقيتها، إضافة إلى تغلب طابع العمل الإداري على العمل المنوط إليهم من طرف الإدارة، أو المشرع و أكدوا أن هذه المهنة تلقى احتراماً و تقديراً من طرف التلاميذ و أوليائهم. (ميزاب ناصر، دون تاريخ، الممارسة النفسية في الوسط

التربوي، تاريخ التصفح Nacer-2015/03/12 www.manijest.univ-ourgla.dz

mezab.docx)

- كما قامت كل من " الأسود الزهرة " من جامعة غرداية و " جعفرور ربيعة " من جامعة الوادي بدراسة حول معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين بولايتي غرداية و ورقلة، تمت الدراسة بالاعتماد على المنهج الوصفي على عينة مكونة من 35 إكلينيكي، 30 منهم يعملون في المستشفيات، و 5 في مراكز الشباب، 20 من ولاية ورقلة، و 15 من ولاية غرداية، اعتمدت الدراسة على سؤال مفتوح مفاده حصر المعوقات بصفة عامة، و قد أظهرت النتائج وجود:

- معوقات ذاتية: تمثلت في نقص التكوين الأكاديمي من حيث المعرفة العلمية للممارسة النفسية بنسبة 14,28 % ، إضافة إلى نقص التدريب الميداني والتطبيق و كانت النسبة 57,14%.

➤ معوقات علائقية: ترجع بنسبة 62,85 % إلى المسؤولين و تهميشهم و عدم فهمهم لعمل الإكلينيكي مهنيًا، أما زملاء العمل بالنسبة لزملاء العمل فقد قدرت النسبة بـ 65,71 % و ذلك لعدم تفهمهم و مساعدتهم لتسهيل مهامهم، إضافة إلى عدم تعاون أسرة العمل و إلقاء كل المسؤولية عليه لمتابعة الحالة بنسبة 31,42 % و هناك معوقات تعود إلى العمل في حد ذاته بنسبة 17,14 %.

➤ معوقات مادية: هناك معوقات تعود إلى عدم وجود مكتب ملائم بنسبة 68,57 % و قلة الوسائل و الإمكانيات و الاختبارات بنسبة 85,71 %.

➤ معوقات تنظيمية: حيث أن مدة العمل تخضع لدوام إداري و هذا يشكل نسبة 28,57 % من المعوقات، أما الأعمال الإضافية كالأعمال الإدارية و غيرها فهي تشكل نسبة 14,28 % . (الأسود الزهرة، جعفرور ربيعة، 2009، معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي، تاريخ التصفح 2015/07/12 الموقع

(www.elearning.univ-eloued.dz/courses/MAS2/doucument-1605-1593)

- أما "بوفلجة غياث" -أستاذ بجامعة وهران- فقد قام بدراسة واقع مهنة المساعدة النفسية في الجزائر وقد هدفت إلى الوقوف على أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائيين النفسيين الناتجة عن سوء التكوين و عوائق الممارسة الميدانية مع محاولة التعرف على أسبابها و اقتراح توصيات لحلها، و قد توصلت الدراسة إلى

تصنيف الصعوبات إلى: ضعف التدريب، و نقص الثقافة النفسية في المجتمع وعدم الاعتراف بدور الأخصائي النفسي و صراعه من أجل إثبات ذاته بين رجال الدين والسحرة و المشعوذين و حتى الأطباء، و أرجع الباحث هذه الصعوبات إلى عدة نقائص منها: نقص التكوين، نقص فهم شخصية الإنسان الجزائري، حيث أن معظم البحوث و الدراسات أجريت إما في أمريكا أو أوروبا. (بوفلجة غيات، 2009، واقع مهنة الممارسة النفسية في الجزائر، تاريخ التصفح 2015/07/24 ، الموقع

www.lab.univ-batna.dz.Q.educ3/images/forummaghrib/27pdf)

- و قدمت الدكتورة "نادية شرادي" من جامعة البليدة دراسة بعنوان: الممارسة النفسانية في ظل التغير الاجتماعي- انتشار الصدمة النفسية، و توصلت إلى أن الأخصائي بحاجة إلى الإصغاء الفعال أكثر من الاستماع لمشاكل الأفراد. (نادية شرادي، 2009، الممارسة النفسانية في ظل التغير الاجتماعي، تاريخ التصفح 2015/07/24

Www.lab.univ-batna.dz.Q.educ3/images/forummaghrib/18pdf)

- قامت الأستاذة "لوشاحي فريدة" ببحث حول: تكوين الممارس السيكولوجي الجزائري والاستعداد الشخصي، و قد أجرت مقارنة بين الممارسة السيكولوجية في فرنسا والجزائر، و توصلت إلى أن الأخصائي الممارس في فرنسا يتحصل على ماستر مهني في علم النفس أي بكالوريا + خمس سنوات في الجامعة، و عليه القيام بالعديد من التبرصات، إلى جانب ذلك هناك مدارس خاصة بإعداد الممارسين السيكولوجيين

تعتمد أساسا على التربصات الميدانية، مع إخضاعهم لبعض الاختبارات النفسية وكذا بعض الأساليب العلاجية إن اقتضى الأمر، أما في الجزائر فالتكوين أكاديمي محض و ليس مهني. (لوشاحي فريدة، 2009، تكوين الممارس السيكولوجي الجزائري و الاستعداد الشخصي، تاريخ التصفح 2015/07/24 -Www.lab.univ-batna.dz.Q.educ3/images/forumaghrib/17pdf)

- الملتقيات:
- المؤتمر الدولي حول: دور كليات التربية في تطوير التربية من أجل التنمية في الوطن العربي دمشق_ سوريا في شهر ماي 1997.
- الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و علوم التربية: علم النفس و قضايا المجتمع الحديث، أيام 27/26/25 ماي 1998، جامعة الجزائر و كانت المداخلات حول المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي، الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و علوم التربية. (كلتوم بلميهوب، 1998)
- الأيام الوطنية الرابعة لعلم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا المنظمة من طرف جامعة فرحات عباس سطيف بعنوان: الممارسة السيكولوجية في الجزائر أيام 13/12/11/2008: وقد تمحورت المداخلات حول الهوية الوظيفية، نماذج الإنسان المعاصر، أهداف علم النفس الايجابي، طرق التكفل بالمصدومين، واقع

الممارسة النفسية العيادية في الجزائر الذي أعد من طرف طلبة الماجستير تخصص الصدمة النفسية تحت إشراف الأستاذ شرفي محمد الصغير و كان عبارة عن دراسة نظرية تناولت بالبحث الأخصائي الإكلينيكي و مهامه حسب المشرع الجزائري وميدانية تناولت عينة من الممارسين الإكلينيكين في مختلف القطاعات: الشباب والرياضة، و الصحة وصلت إلى 35 فرد، و قد توصلت إلى أن الممارسين يعانون من مجموعة من الصعوبات.(مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة سطيف 2010)

- الملتقى الدولي الذي نظم من طرف جمعية SARP أيام 30/29 نوفمبر 2010 بعنوان:

(Réflexion autour des pratiques psychologiques –regard de clinicien)

شارك فيه مجموعة من الممارسين و الأساتذة الجزائريين و العرب، و قد ناقش المتدخلون مجموعة من العناصر التي تؤثر على عمل الممارسين الإكلينيكين منها: التكوين، و القانون الأساسي، و الميثاق الأخلاقي للمهنة، و غيرها من المواضيع ذات الصلة. (www.sarpsy.com/fr/index.php?option=com)

- المؤتمر العلمي الدولي السنوي الأول نظم من طرف جامعة الجزائر بعنوان: علم النفس و قضايا المجتمع الراهنة أيام 12/11/10 نوفمبر 2015.

- الملتقى المغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين و الممارسة منظم من طرف جامعة باتنة في 10 نوفمبر 2009 و قد كانت فيه مجموعة من المداخلات والدراسات التي اعتمدنا عليها كدراسات سابقة .

لقد تم التطرق لهذه الملتقيات و عرضها بغرض التأكيد على أهمية هذا الموضوع الذي بقي حتى الآن مصدرا لتفكير و بحث الباحثين، رغم كل هذه الدراسات والأبحاث بقي هذا الموضوع محفوقا بالغموض.

اشتملت الدراسات السابقة التي تم عرضها على دراسات قديمة و أخرى حديثة ودراسات أجنبية و أخرى عربية و حتى جزائرية، فنجد منها التي ركزت على خصائص الأخصائي النفسي، و منها التي درست مهامه، و أخرى ركزت على العراقيل و المعوقات التي تواجه الإكلينيكي أثناء أدائه لمهامه، و منها التي ركزت على التكوين الجامعي و الاستعداد النفسي للأخصائي لممارسة مهنته.

إذن من خلال الدراسات السابقة استطاعت الباحثة الاطلاع على حيثيات الموضوع على جميع الأصعدة: العالمي و العربي و حتى المحلي، و كأي بحث علمي يبدأ من حيث أنهى الآخرون، فإن كل الدراسات توصلت إلى وجود صعوبات و عراقيل في الممارسة السيكولوجية، و الدراسة الحالية هي محاولة معرفة و حصر العوامل التي أدت إلى صعوبة واقع الممارسة و الممارس الإكلينيكي في القطاع الصحي في الجزائر.

كما استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في ضبط إشكالية البحث ووضع الفرضيات، و كذا تحديد جوانب الإطار النظري و الميداني و حتى في تحديد المنهج و الأدوات المستخدمة في جمع المعلومات.

3. أهمية الدراسة:

تكمّن أهمية هذا البحث في محاولة معرفة واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية، و واقع الأخصائي الإكلينيكي في المؤسسات الصحية في الجزائر وتقييمه من أجل الوقوف على الايجابيات التي تميزه و تدعيمها، و معرفة السلبيات و الصعاب التي تواجهه و محاولة إيجاد حلول لها.

4. دوافع اختيار الموضوع:

الدوافع التي جعلتنا نتجه إلى هذا الموضوع كثيرة و متعددة نذكر منها:
-زيادة عدد الملتحقين بفرع علم النفس و المتخرجين منه سنة بعد أخرى.
-الشكوى و التذمر الصادرين من الإكلينيكيين الممارسين خاصة التابعين للقطاع الصحي و التي تتعلق ب:

- ✓ عدم كفاية و فاعلية التكوين و التدريب.
- ✓ جهل العديد من فئات المجتمع بعمل الأخصائي الإكلينيكي بما فيها فئة المتعلمين وحتى أعضاء الفريق الطبي العامل معه.

✓ عدم توفير ظروف مناسبة للعمل و أبسطها توفير مكتب خاص.

✓ الإحساس بالتهميش ضمن الفريق الطبي.

✓ الغموض الذي يحف دور و مهام الأخصائي الإكلينيكي.

5. أهداف الدراسة:

الهدف من هذه الدراسة هو الوقوف على النقائص و الصعاب التي تواجه الممارسة

الإكلينيكية السيكولوجية و الممارس الإكلينيكي و اقتراح حلول مناسبة لها بداية من

التوجيه إلى التخصص و التكوين و التبرص وصولا إلى أماكن تواجده.

6. تحديد المفاهيم:

واقع: واقع الشيء أي وضعه و حقيقته.

الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية: هي مهنة إنسانية قبل كل شيء يندرج ضمنها

مجموعة من المعاني كالمكان، الزمان، الوسائل و الأدوات السيكولوجية التي

يحتاجها العمل الإكلينيكي داخل المؤسسات الصحية، و يدخل ضمنها الممارس

(الإكلينيكي) و الممارس عليه (العميل)، وفق التشريع الجزائري.

الممارسة النفسية: هي مهنة يمارسها الأخصائي الإكلينيكي في المؤسسات الصحية

الحكومية في الجزائر، و التي تخضع لقانون الوظيفة العمومية.

الأخصائي الإكلينيكي الممارس: استعملت كلمة إكلينيكي تارة و عيادي تارة أخرى وهي بنفس المعنى، و نقصد به كل شخص تلقى تكوينا جامعا في تخصص علم النفس الإكلينيكي، و تحصل بعدها على وظيفة في مؤسسة صحية حكومية، و هو يخضع لقانون الوظيفة العمومية الجزائري.

الجزائر: يعني الحدود المكانية للدراسة و هي الدولة الجزائرية بمختلف ولاياتها.

القطاع الصحي: و يقصد به كل المؤسسات العمومية التابعة للصحة العمومية (مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مصحات عقلية، مستشفيات الأمومة والطفولة...) و التي يخضع فيها الموظفون (الإكلينيكيون) لقانون الوظيفة العمومية حسب التشريع الجزائري.

الجانِب النظري

الفصل الثاني: مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي

تمهيد:

هذا الفصل هو مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي و الذي من خلاله سنحاول الوقوف على الخلفية التاريخية لتطور علم النفس الإكلينيكي عبر العصور بداية من العصور القديمة ثم عند المسلمين، و بعدها في أوروبا و العصر الوسيط أين شهد فترة من التقهقر و الظلام ليظهر مجددا في الاتجاهات الحديثة له و نتكلم عن المدرسة القياسية و الدينامية و مساهمة كل منهما في تطويره، ثم علم النفس الإكلينيكي الحديث و بعض التعريفات له، و مجالاته بهدف معرفة أهم المحطات التاريخية التي مر بها، لحظات انهزامه و انتصاره، مفاهيمه وأهم النظريات المفسرة له للتعمق فيه أكثر.

أولاً: الخلفية التاريخية

1. التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي:

يعتبر علم النفس الإكلينيكي ميدان أو حقلاً يستقى منه الأخصائي الإكلينيكي الممارس معارفه و مفاهيمه التي من خلالها يمارس مهنته، لذلك وجب أن نتطرق إليه في بداية هذه الدراسة حتى نطلع على أهم المراحل التاريخية التي مر بها، خصوصاً و انه ميدان حديث، فقد نما و تطور بين السبعينات و الثمانينات نمواً مدهشاً في شتى أنحاء العالم، حيث يقول العالم "جوليان روترز Rotter" - و هو مدير برامج التدريب الإكلينيكي في جامعة كونكتيكت- بأن عدد علماء النفس قد تضاعف إلى ثلاثة أضعاف عما كان عليه خلال السنوات الماضية، و بالذات في الولايات المتحدة الأمريكية و في كل دول العالم، وتلا هذا النمو تطوراً كبيراً في مناهج البحث و أساليب التشخيص و طرق العلاج.

(J.Rotter 1964 ص 11)

أما "هيرمان ابنهاوس" فيقول أن تاريخ علم النفس تاريخ طويل و لكن تأريخه حديث. (توم باتلر-باودون 2012، ص 4).

إن الباحث عن الخلفية التاريخية لهذا العلم يجدها إن لم نبالغ تعود إلى آلاف السنين في أعماق التراث العلمي، فهو يعود إلى عصور ما قبل التاريخ و العرض المقبل سيوضح ذلك.

1. العصور القديمة:

لقد كشفت البحوث الأركولوجية بأن مخطوطات المصريين القدماء و البابليين و الآشوريين الراجعة إلى 5000 (5 آلاف) سنة قبل الميلاد تشير إلى وصف سلوك المضطربين عقليا حيث كان يعتقد بأن الأمراض العقلية تعود إلى وجود أرواح شريرة تتقمص المريض، أما العلاج فكان يقوم به السحرة و الكهنة.

- و مع قدوم المرحلة الكلاسيكية اليونانية و الرومانية بدأت بوادر المنهج الطبي نحو العلاج الطبي المعقول للمضطربين عقليا، وحتى قبل عام 500 ق.م فقد كان الكهنة يدعون لتهدة الأرواح الشريرة بتقديم القرابين و التعاويذ. (فلوجل ج.ك ، 1973، ترجمة لطفي خليم، ص 12)

بعدها جاء "فيثاغورس" فكان أول من أعطى تفسيراً طبيعياً للمريض العقلي، فحدد المخ باعتباره مركزاً للذكاء و اعتبر أن المرض العقلي راجع إلى خلل في المخ، ودعا إلى استخدام الإيحاء، ووضع نظام دقيق للتغذية و التدليك العضلي والترويح. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 26).

وبقدم "أبو قراط" (460-377) سنة ق م بدأ الحديث عن الوراثة و أهميتها في تكوين المرض العقلي، و الربط بين الاضطرابات الحسية و الحركية و إصابات المخ، ونصح

باستعمال الحمامات و نظام غذائي مميز، وكان العلاج عن طريق الفصد والمسكنات المخدرة وقد ركز على العلاج الجسمي. (فلوجل ك ج ترجمة لطفي خطيم 1997 ص 12).

أما "هيبيوكراتس" فكانت مساهمته في إثراء الطب النفسي بربطه بين الأمزجة النفسية المختلفة و المرض العقلي و الدماغ، و تفسيره للاضطرابات الانفعالية على أساس فيزيولوجي، وقد هاجم بشدة فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة. (أنور حمودة البنا 2006 ص 6).

أما "أفلاطون" فكان تركيزه على صراع الرغبات عند الإنسان و عدم توازنها، و بالتالي فقد ابتعد عن الجانب الجسدي و انتقل إلى الجانب الروحي.

في حين يعتبر "أرسطو" (322-384) سنة ق م أول من أشار بكل وضوح إلى الأساس الفيزيولوجي للمرض العقلي و هذا استكمالاً لما تعلمه من أستاذه "أبوقراط" وقد قدم "أرسطو" مقارنة بين النفس و الجسم فقال بأنهما مركب واحد، ويشبه العلاقة بينهما بالعلاقة بين الشمع والطابع المطبوع فيه. (عبد المنعم الحنفي-دون سنة- ص 9).

II. عند المسلمين والعرب:

إن المطلع على الدراسات والمؤلفات التي تهتم بالموضوع يجد تضارباً في الآراء بين مؤيد ومعارض لفضل العرب والمسلمين في ظهور وتطور علم النفس بصفة عامة

أمثال "ابن سينا" الذي يقيم له الاتحاد السوفياتي مجمعا علميا وتمثالا باعتباره مفكرا

وتقيم اسبانيا تمثالا ومركزا للبحوث "لابن رشد" باعتباره جزءا من حضارة إسبانيا.

➤ "ابن سينا": كان هذا العالم طبيبا وجراحا ونفسانيا من الطراز الفريد، أجاد أربع

لغات: عربية، عبرية، يونانية، ولاتينية، وكان حوله 600 طبيب، وقام بتدريب

المئات منهم، كان "ابن سينا" أول من اكتشف العامل النفسي في إنتاج

المرض العقلي، ويعتبر المؤسس الأول للطب السيكوسوماتي في بيان علاقة

الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية، وقد بقي كتابه (القانون)

كما ذكر المؤرخ "غوستاف لوبون" المرجع الأول الطبي في أوروبا وجامعاتها

لما يزيد عن 600 سنة. (عطوف محمود ياسين 1981 ص 27).

وقد انتشرت المصحات العقلية في زمن "ابن سينا" فكان أول من أجرى

العمليات الجراحية لمرضى العقول كما أشار على مرضاه بالزواج لتوجيه

الطاقة الجنسية توجيهها سديدا، وتحدث عن دور الوراثة ومؤثراتها وكذا تأثير

البيئة على الأشخاص.

و قد طبق العديد من أساليب العلاج دون التعصب لمنهج واحد واستخدم

الأدوية والعقاقير. (الثقافة النفسية، 1993، ص 57).

➤ "ابن رشد": (1126-1198 ق م) كان عالما وطيبيا وفيلسوبا لديه كتاب بعنوان

(الكليات)، وهو يحتوي على أهم النظريات التي توصل إليها في الطب، فقد قام

بتصنيف الأمراض وميز بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض المزمنة، وقال (إن بؤرة المرض هي في الدماغ والبطن)، كما شدد على الأثر النفسي وعوامل البيئة في تكوين المرض، وكان ينصح بتغيير بيئة المريض وسكنه، وقد استفاد من أفكاره العديد من رواد النهضة الأوروبية أمثال "اسكيرول" وغيره.

➤ وقد ذكر "غريغور يزيلبورج" الخصائص العامة التي طبعت الطب النفسي عند العلماء المسلمين كالتالي:

- كان العرب المسلمين أول من اكتشف العامل النفسي والعصبي في الأمراض العقلية والجسمية وبالتالي التأسيس للطب اليكوسوماتي، وعارضوا العزل لمرضى العقول.

- قاموا بتصنيف الأمراض قبل "كرابلين" وميزوا بين أنواعها ودرجاتها، وأوضحوا علاقة الاضطراب الانفعالي بالمرض وهذا لم يظهر بوضوح حتى مطلع القرن العشرين، وكذلك فكرة دراسة الحالة التي استعملها كل من "ابن سينا" و"ابن رشد" و "الكندي".

(أنور حمود البناء، 2006، ص 13)

- فتح المصحات العقلية والنفسية، واستخدام الجراحة والأدوية والتدليك والحمامات والراحة وتغيير بيئة المريض، وعالجوا الجملة العصبية دون عزلها عن أمراض الجسم والحالات النفسية للمريض، كما نادوا بفكرة التعاطف الاجتماعي والعلاقات الإنسانية مع المرضى.

(عطوف محمد ياسين 1981، ص 90).

III. أوروبا و العصر الوسيط الغربي:

تعتبر هذه المرحلة من أشد العصور ظلاما و قسوة ضد مرضى العقول، فقد اتصفت بسيطرة رجال الدين و الكنيسة (الإكليروس) الذين قاموا بحرق العلماء والمصلحين، و قد أشارت الإحصائيات إلى أرقام مروعة، حيث تم قتل حوالي 10 آلاف مريض في فرنسا في حكم " فرنسيس الأول"، وفي جونيف تم إحراق حوالي 500 مريض في غضون ثلاثة أشهر عام 1515 م. (مصطفى فهمي، 1967، ص 7).

لم يكن في أوروبا مستشفيات أو معاهد خاصة تقوم على رعاية المرضى باعتبارهم بشرا، فكانوا يوضعون في أماكن شبيهة بالسجون يزورها الجمهور أحيانا ليرى الحركات التي يقومون بها.

و في سنة 1547م أنشئت أول مؤسسة للعناية بالمرضى النفسيين و العقلين في لندن و كانت تعرف رسميا باسم (القديسة مريم) و سمي المكان أيضا بـ (Bediam) أي المكان ذي الصوت العالي، حيث تم تقييد المرضى و تعذيبهم، و تجويعهم، و اعتبرت هذه المؤسسة من الأماكن الترفيهية التي يمكن زيارتها و الاستمتاع بها. (خوله أحمد يحيى، 2000، ص 20)

و بالرغم من ذلك فقد أنكر العالم السويسري " باراسيلسوس هوهنهايم " 1493-
1541م علم التنجيم و اعترف بالأسباب السيكولوجية للمرض العقلي و وضع نظرية
المغناطيسية الجسمية و هي بداية للتتويم المغناطيسي،

و الأمثلة كثيرة عن سوء المعاملة التي حظي بها مرضى العقول، و أكبر دليل على ذلك
الحريق الذي اندلع في لندن عام 1814م في مستشفى (يورك) York hospital
حيث راح ضحيته آلاف المرضى، لكن الجماهير تدخلت و طالبت بفتح تحقيق ضد أحد
مؤسسيه و هو "Samuel Tuke" إذ تبين بعده أن المستشفى خالي من النوافذ ماعدا
تلك الغرف الخاصة بالأغنياء، أما عن العدد فكانت الغرفة الواحدة تحتوي على أكثر من
100 رجل دون أدنى شروط النظافة و العناية. (تايلور آن و آخرون، 1996، ص 9)

أما في فرنسا فقد كتب الدكتور " اسكيرول " تقريراً يقول فيه (لقد رأيتهم عرايا أو تغطي
أجسامهم بالخرق البالية، ينامون على أكوام من القش لكي تقيهم من برودة بلاط هذه
الغرف الرطبة، وقد كانوا محرومين من الهواء النقي و الماء الذي يروي ظمأهم.

(عطوف محمود ياسين، 1981، ص 32)

- عصر النهضة الأوروبية الغربية:

لكي نفهم الفرق بين علم النفس القديم و علم النفس الحديث ينبغي أن نذكر أنه منذ حوالي 1890 كان علم النفس فرعاً من فروع المعرفة عند الفلاسفة (وايلد يجنالد وايلد،

2001، ترجمة عبد العزيز جادو ص 14)

كما قام الطبيب النمساوي " أنتون مسمر " بتتويم المرضى لعلاجهم في أواخر القرن التاسع عشر، و أول من استخدمه كان " شاركو " في مستشفى (سالبيتريير) Salpetriere حيث اهتم بدراسة الهستيريا و علاجها، ثم جاء بعده "Philippe Pinel" و هو أستاذ " اسكيرول " و قام بفك قيود النزلاء بمستشفى بستر (Bicetre Hospitol) و هيأ لهم إقامة صحية ممتعة و نظم لهم الرحلات، و شدد على ضرورة دراسة تاريخ الحالة و عمل ملف لها، و واصل " اسكيرول " طريقة عمل أستاذه و كان أهم كتاب نشره هو (الأمراض العقلية) حيث ميز فيه بين الجنون و الضعف العقلي. (نجويل أ ل ز، دون سنة ، ترجمة عبد العزيز جاويد، ص 11)

أما فرنسا فقد تميزت في تلك الفترة بالتركيز على دراسة الضعف العقلي و علم النفس المرضي، فكانت اهتماماتها إكلينيكية أكثر مما هي تجريبية.

و بالنسبة لأمريكا اللاتينية فقد كان أول مستشفى عقلي في مدينة (سان هيبوليتو) بالمكسيك تحت إشراف الطبيب " بيرناردينو ألفاريتز"، وقد طالب " فيسنزو شياروجي " سنة

1860م في كتابه 100 ملاحظة في الأمراض العقلية بالشفقة على مرضى العقول. (عطوف

محمود ياسين، 1981، ص 34)

إن الفضل في وضع بذور علم النفس الحديث يرجع إلى الفلاسفة التجريبيين في إنجلترا

أمثال: " بيير كيلى، هيوم، هارتلي، و جيمس ميل، جون ستيوارت ميل " و غيرهم من

الفلاسفة. (عطية محمود هنا، 1973، ص 17)، حيث كان علم النفس فرعاً من فروع الفلسفة

و كان أول من انفصل عنها هو " وليام جيمس " فغير لقبه من أستاذ للفلسفة إلى أستاذ لعلم

النفس بجامعة -هارفورد- الأمريكية، كما نشر كتابه - مبادئ علم النفس في نفس الفترة.

(جابر عبد الحميد جابر، 1985، ص 5)

كما ظهرت أول عيادة إكلينيكية في جامعة - بنسلفانيا - سنة 1896 من تأسيس " ليتز

وايتمر " حيث اهتمت بالأطفال المضطربين عقلياً و انفعالياً.

(إجلال محمد سرى، 2000، ص 15)

2. الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي:

يرى المؤرخون لتطور علم النفس الإكلينيكي أنه ارتبط باتجاهات متعددة سنحاول عرضها

فيما يلي:

1-2 المدرسة القياسية:

يمكن تتبع البدايات التاريخية الأولى للقياس إلى اختيار الموظفين في الإمبراطورية الصينية القديمة منذ آلاف السنين و إلى أيام الإغريق القدامى و إلى نظم الامتحانات الرسمية في جامعات القرون الوسطى، بعدها ظهر مع ظهور مؤسسات الرعاية الخاصة بالمرضى العقليين و ذلك لتحديد من يجب أن يدخل إليها، و كذا التمييز بينهم، وكان أول من كتب في هذا الموضوع هو " اسكيرول " 1838م الذي حدد درجات التخلف العقلي، و استعمل اللغة كمحك لذلك، إضافة إلى الفرنسي " Segin " الذي أسس سنة 1837م أول مدرسة لتدريب المتخلفين عقليا، ثم هاجر إلى أمريكا عام 1848م فكان له تأثير في مجال التدريب الحس-حركي و قد أعد لوحة للأشكال مازالت تستخدم حتى الآن. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 39)

إضافة إلى ذلك فقد اهتمت مدرسة القياس بمبدأ الفروق الفردية و استخدمت الملاحظة والقياس و من أشهر علمائها " Galton " و " Binet " و " Terman " ثم جاء بعدهم " كاتل " الذي اشتهرت أبحاثه و اختباراتة العقلية في جامعة - بنسلفانيا - سنة 1890م، كما ساهم " وود وورث " و " ثورندايك " من جامعة - كولومبيا - بنيويورك بتطوير الاتجاه القياسي الإحصائي.

و في سنة 1906م استخدمت " نورث وورثي " الاختبارات النفسية لإجراء دراسة مقارنة بين العاديين و ضعاف العقول، كما يعود الفضل إلى " Goddard " و " Burt " و " Colman " في ترجمة عدة اختبارات من الألمانية و الفرنسية إلى الإنجليزية، أما " Terman " 1916م فكان تركيزه حول الفروق الفردية بين الأغبياء و الأذكىء، و باندلاع الحرب العالمية الأولى توجهت الأنظار نحو اهتمام جديد و هو الاختبارات الجماعية و برزت اختبارات - ألفا وبيتا - للذكاء في الجيش الأمريكي. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 36)

لقد أدى الاهتمام بدراسة الفروق الفردية إلى الاهتمام بدراسة السلوك المنحرف عن المتوسط في التوزيع الإعتدالي و من ثم إلى دراسة الشواذ و المرضى وطرق العناية بهم، إضافة إلى دراسة الفرد و التفاعل بين مختلف العوامل الداخلية و الخارجية و عوامل التنشئة الاجتماعية و النمو و علاقته بالآخرين، إلى غير ذلك من العوامل التي تسهم في تشكيل نمطه الفريد.

لقد ركزت الأبحاث في هذه الفترة على التحليل الإحصائي في دراسة الفروق الفردية فتمحورت البحوث حول زمن الرجوع، و الوظائف الحسية-الحركية البسيطة مثل قوة قبضة اليد، معدل حركة الذراع، تمييز الفروق الدقيقة بين الأوزان، و سرعة تمييز الألوان، و ذلك على أساس الافتراض بأن العمليات العقلية العليا يمكن فهمها عن طريق تحليلها إلى

مكوناتها الأولية الحسية-الحركية. (Daniel Lagache, sans année, p 5)

و قد اهتم "كربيلين" بالفحص الإكلينيكي للمرضى العقلين، و استخدم العمليات الحسابية البسيطة لقياس تأثير التعب و الذاكرة و تشتت الانتباه، و أشار "بينيه" في مقال نشره سنة 1895م إلى الحاجة لقياس الذكاء و إعداد الاختبارات للعمليات العقلية الأكثر تعقيدا من العمليات الحسية-الحركية.

في سنة 1904م عين وزير المعارف الفرنسي لجنة كان من أعضائها "بينيه" لتقصي أسباب التأخر الدراسي، و قد نشر "بينيه" مع "سيمون" أول مقياس للذكاء سنة 1905م باسم "ستانفورد- بينيه" و كان يتضمن 30 سؤالاً تقريبا مرتبة من الأسهل إلى الأصعب وقد روجع وعدل عدة مرات و ترجم لعدة لغات، فكان له الأثر الكبير في تشكيل صورة علم النفس الإكلينيكي. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 41)

لقد ظهرت الحاجة لإعداد اختبارات لقياس الاستعدادات الخاصة و قد كان بعضها متوفرا حتى قبل الحرب العالمية الأولى و منها اختبارات الاستعدادات الميكانيكية، و الكتابية والموسيقية و الفنية، فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية كانت لجنة الخدمة المدنية تقوم بإعداد الاختبارات لاختيار العاملين في الحكومة منذ حوالي 1883م و هي اختبارات متطورة عام بعد عام ، يتنافس في أدائها المتقدمون للوظائف.

أما عن الاختبارات الشخصية فكان أول من تطرق له هو "Wood Worth" خلال الحرب العالمية الأولى بقصد الفرز السريع للمضطربين انفعاليا ممن يصلحون لأداء الخدمة

العسكرية، و يطلب فيها من المفحوص أن يقرر ما إذا كانت فقرات الاختبار - وهي تتناول الأعراض العصابية - تنطبق عليه أم لا، ومن مثل هذه الاختبارات اختبارات "بل" و"مينيسوتا" للشخصية المتعدد الأوجه، بعضها يتناول الفئات السيكاثرية، و البعض الآخر التوافق أو سمات محددة مثل السيطرة، الخضوع، الميول، الاتجاهات...، و منها تلك التي أعدها مكتب الخدمات الإستراتيجية (OSS) خلال الحرب العالمية الثانية لاختبار سلوك العسكريين في مواقف محاكاة مختلفة و لاختيار رجال المخابرات، حيث أن الحرب النفسية كانت تسير جنبا إلى جنب مع الحرب العسكرية و السياسية و الاقتصادية فكان المهندس أدرى بصنع الآلات و تصليحها لكن عمله يبقى محدودا بالنسبة لكل ما يخص الإنسان الذي يشغلها فكان عالم النفس أو الخبير في علم النفس يستشار و يساعد في صنع هذه الآلات ليعطي خبرته لصنع آلات تتوافق مع الطبيعة البشرية للمتعاملين معها.

(طلعت همام، 1974، ص 9)

و قد زاد الاهتمام بتقنين الاختبارات و التأكد من ثباتها و صدقها و حسن استخدامها في دراسة الفروق الفردية و مشكلات الوراثة و البيئة و الفروق عبر الحضارية، و قد أسهم التحليل العملي في مساندة البحوث في هذه المجالات خاصة فيما يتعلق بنظريات الذكاء و قد تدعم الدور الذي تلعبه المقاييس و الاختبارات السيكولوجية خلال الحرب العالمية الثانية خاصة و ارتبط ذلك بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

(Stéphane Rusinet, 2008, p 20)

و في تقييمنا للدور الذي لعبه القياس النفسي في تطوير علم النفس الإكلينيكي يمكن القول أنه كان العمل الأساسي لكثير من الإكلينيكين في المراحل الأولى من تطور العلم وبالمقابل كان له تأثير سلبي أيضا ذلك أن الاختبارات توحى بأنه يمكن تطبيقها في كل زمان ومكان، و أنه من السهل استخدامها و تفسيرها، كما أن معظمها يعطي رقما عدديا محددا وذلك بالرغم من أن الرواد الأوائل في القياس النفسي لم ينسبوا المعجزات للاختبارات التي أعدوها، بل و حذروا من التهاون في توفير الضمانات الضرورية لتقنياتها و التأكد من ثباتها و صدقها، كما أنهم حثوا على ضرورة التحليل الكيفي لنتائجها بالإضافة إلى التحليل الكمي.

لقد أدى الاعتماد المبالغ فيه على الاختبارات النفسية خاصة في الحالات التي تتطلب الخبرة الإكلينيكية إلى إغراء الكثير من المهن الأخرى على الاعتقاد بأن العمل الأساسي للأخصائي الإكلينيكي هو القياس السيكولوجي، و هو اعتقاد تنكره المهن النفسية.

(لويس كامل مليكة، 2010، ص 45)

إذن من خلال العرض السابق نستخلص أن السيكولوجيون قد اهتموا بالقياس قبل الحرب العالمية الثانية، فكان متوجها نحو علاج مشكلات الأطفال، و إدارة الخدمات العامة في الولايات المتحدة، و مؤسسات المعاقين و ضعاف العقول و مراكز الأحداث، و اختبارات القدرة العقلية و التحصيل المدرسي، و الاستعدادات سواء كانت في الذاكرة أو النطق أو الإدراك السمعي أو البصري أو اللغة، كما ظهرت طرق علاج بواسطة اللعب مع الأطفال

قامت بتطبيقها " أنا فرويد " و " ميلاني كلاين "، إضافة إلى العلاج الفردي و الجماعي.
(عطوف محمود ياسين، 1981، ص 37-38)

و في أواخر الثلاثينات و بداية الأربعينات ظهرت الاختبارات الشخصية في مستشفيات الأمراض العقلية و انحصرت الكتب في الإكلينيكية في شرح طريقة إجرائها و تصحيحها وتفسيرها.

و قد أدى اندلاع الحرب العالمية الثانية إلى تغيرات أساسية في مسار تطور علم النفس الإكلينيكي منها:

- + هجرة الكثير من علماء النفس الإكلينيكين من أوروبا إلى أمريكا.
- + تقليل الاهتمام باختبارات الذكاء و التركيز على اختبارات الشخصية السوية و غير السوية.
- + اهتمام وزارة الصحة الأمريكية بالبحوث الإكلينيكية و العلاج للراشدين.
- + مواجهة المشكلات الناتجة عن الحرب و ظهور العلاج الجماعي.
- + بروز الاتجاه المتمركز حول العميل مع " كارل روجرز " كفرع للتحليل النفسي.
- + عقد مؤتمر (بولدر) في ولاية (كولورادو) عام 1949م لتنظيم مؤهلات الأخصائي الإكلينيكي و إعدادة، و ضرورة حصوله على إجازة الدكتوراه.

+ تلاشي مشكلة علاج قدماء المحاربين مع قدوم سنة 1960م و الاتجاه نحو مشكلات الأطفال من جديد. (بدر الدين عامود، 2000، ص 5)

2-2 المدرسة الدينامية:

في النصف الأخير من القرن التاسع عشر و بدايات القرن العشرين بدأ الاهتمام يتزايد بالإنسان بوصفه كائنا ديناميا في دأب متواصل، كما تزايد الوعي بدور العوامل النفسية في ظهور الأمراض و الاضطرابات النفسية، و نتيجة للطلب المتزايد لخدماته بدأ الأخصائي الإكلينيكي يتحرر تدريجيا من المفهوم السائد عن دوره و هو تطبيق الاختبارات السيكلوجية و وجد نفسه في يواجه مشكلات الفرد ككل في تفاعلاته مع بيئته و مع الآخرين، و في تأثره بماضيه و حاضره و آماله للمستقبل، و يصعب أن يتحقق الفهم المطلوب لمساعدة العميل في إطار أرقام يحصل عليها من اختبارات الذكاء و غيرها من الاختبارات، مما دفع بالأخصائي إلى الاهتمام بفهم السلوك الإنساني السوي و اللاسوي في ضوء دوافعه و ميوله و رغباته، و يتمثل هذا الاتجاه في عدد من المدارس منها مدرسة التحليل النفسي، والمدرسة الجشالتية.

أ- التحليل النفسي: لقد تأثر "فرويد" و هو مؤسس هذا التيار بمن سبقوه و من عاصروه منهم: "شاركو" و "برنهايم" و قد عمل مع "بروير" بالتنويم المغناطيسي ثم التداعي الحر، فبنى من خلال ذلك نظريته التي تولي اهتماما

كبيراً بالدوافع اللاشعورية، و بالمقابل كان في أمريكا جماعة معروفة باسم (جماعة بوستون) و قد دعت كل من " فرويد " و " يونغ " إلى إلقاء محاضرات نشرت بعدها في - المجلة الأمريكية لعلم النفس - في نيويورك.

(Carl Jong , 1962, p 203)

أسس " فرويد " الرابطة الدولية للتحليل النفسي (I P A) سنة 1910م ، و في سنة 1926 تأسست جمعية باريس للتحليل النفسي (S P P).
(لاكان جاك، 1999، ترجمة عبد المقصود عبد الكريم، ص 27)

و لعل أكبر إسهام للتحليل النفسي في تطوير علم النفس الإكلينيكي هو تأكيد الأسباب السيكولوجية للكثير من الاضطرابات النفسية كالعصاب و الهستيريا وتقديم نظرية دينامية شمولية لفهم الشخصية الإنسانية و طريقة للعلاج، فضلا عن إعداد و تفسير بعض الاختبارات، خاصة الأساليب الإسقاطية، إضافة إلى بعض المفاهيم مثل : الشعور، اللاشعور، الجهاز النفسي، الأنا، الهو وميكانيزمات الدفاع...إلخ. و قد ساهمت مجلة علم النفس المرضي و الاجتماعي في أمريكا بالترويج لهذه المفاهيم، فقدم " مورتون برنس " و هو محررها دراسته المشهورة عن الشخصية المتعددة، كما أسس سنة 1927م عيادة نفسية في جامعة - هارفورد - و هي العيادة التي تولاها بعده " موري " مصمم الاختبار الإسقاطي - تفهم الموضوع - (لويس كامل مليكة، 2010، ص 47)

ب- التيار الجشتالتي: لقد أثر هذا التيار في نمو علم النفس الإكلينيكي في جانبه النظري و التطبيقي، حيث اهتم بدراسة الظاهرة النفسية بكل أبعادها، فقدم فكرة المجال التي تؤكد على التفاعل بين عناصر الموقف وتتنظر للموضوع نظرة كلية شاملة، من رواده " ليقن " الذي تكلم عن النظام الدينامي للتوترات و الذي ساهم في تحليل السلوك و تفسيره و تعديله، و هذه نظرة مستقبلية للإنسان مقابل النظرة للماضي في التحليل النفسي.

يؤكد هذا التيار أن المجال النفسي تحدده العوامل الاجتماعية أكثر مما تحدده العوامل الطبيعية، و يعتمد فهم السلوك على أنه علاقة متزامنة بين السبب والنتيجة، و يبرز هذا في دراسة الشخصية أن أهمية الماضي تنحصر من حيث كونه حاضرا - هنا و الآن - و قد ساعدت هذه المفاهيم في التعديل السلوكي والعلاج. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 43)

3-2 الاتجاه التجريبي و نظريات التعلم:

إن من أهم الانجازات التي حققها علم النفس التجريبي هي بحوث التعلم التي أثرت مباشرة على علم النفس الإكلينيكي في المجالين السلوكي و العلاجي، و قد أوضح " ميلر " و "دولار" في كتابهما عن الشخصية و العلاج النفسي قيمة التعلم ونظرياته

في فهم السلوك و تعديله، و كان كبداية للعلاج السلوكي. (عطية محمود هنا، 1973، ص 18)

2-4 تيار علم النفس الذات و الإطار المرجعي:

و اهتمت هذه النظرية بالإطار المرجعي الضمني للإنسان عكس التحليل النفسي الذي اهتم بالإطار المرجعي التاريخي و السلوكية التي اهتمت بالإطار المرجعي الخارجي، من رواده

" ليكي" الذي كتب عن مفهوم الاتساق الذاتي ، و جاء بعده " كارل روجرز" والعلاج المتمركز حول العميل، فساهم هذا الاتجاه في فهم السلوك المرضي وتعديله و فتح الباب أمام الاختبارات الاسقاطية. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 52)

2-5 نمو التيار السيكايري:

يربط هذا التيار الأمراض العقلية و النفسية بالطب، من رواده الألماني " كريبلين" الذي اشتهر بتصنيف الأمراض العقلية، فقسمها إلى مجموعتين:

- جنون الهوس و الاكتئاب: و السبب في نظره خلل في عملية الهدم و البناء الخلوي (الميتوبلازما).
- الفصام أو جنون المراهقة: و يرجع هذا المرض إلى خلل في الغدد الجنسية وتوصل إلى هذه الاستنتاجات كطبيب، و من هنا بدأ الصراع بين الأطباء

والنفسانيين، و قد وقف في وجهه " شاركو " و " فرويد " و هما طبيبان نفسانيان يرجعان أسباب الأمراض العقلية إلى نفسية و ليست جسدية، و كذلك بالنسبة لاضطرابات الشخصية.

أما المدرسة الفرنسية فقد أثرت أكثر في تطوير الميدان الإكلينيكي مما فعلته المدرسة الألمانية، فكان هناك " بيار جانبيه " الذي درس الوسواس و المخاوف المرضية، و " جان مارتن " و " شاركو " اللذان استخدما التنويم المغناطيسي لعلاج الهستيريا و الاضطرابات الوجدانية، إضافة إلى " مورتون برنس " الذي أثار ظاهرة الانفصال في الشخصية و اهتم بالمنهج الإكلينيكي.

(عبد العلي الجسماني، 1988، ص 59)

3- ظهور العيادات النفسية:

يذكر " والتر كوقيل " في كتابه: (The psychology of exceptional) أن أول عيادة ظهرت كانت في مستشفى الأمراض العقلية الموجود في - فرجينيا سنة 1773م حيث حث الأمريكي "بنجامين روش " - 1745 - 1813- على ضرورة الاهتمام بمرضى العقول و قام بوضع أول برنامج للطب النفسي في أمريكا، و بعدها أسس مستشفى - بلوكي - ب فيلاديلفيا سنة 1853م، و في النصف الأخير من القرن التاسع عشر قادت الأخصائية " دوروثيا ليند ديكس " حركة الإصلاح في الطب العقلي و تم على يدها إخراج المرضى من الملاجئ و السجون، و امتد تأثيرها إلى كندا و إنجلترا.

و في سنة 1846 تشكلت أول جمعية لعلم النفس و هي (الجمعية الطبية النفسية الأمريكية) في ولاية - يوتিকা - .

كما أسس " ويتمر " أول عيادة خاصة بمشكلات الأطفال سنة 1896م في جامعة - بنسلفانيا- و بالتالي يعتبر أول من أنشئ عيادة نفسية إكلينيكية، و قد استخدما في تدريب الأطفال الذين يعانون من تخلف عقلي و مشكلات في التعليم و إعاقات جسدية، إضافة إلى تدريب الأخصائيين النفسيين و الأطباء و الاجتماعيين لإعداد جيل جديد لمهنة جديدة باسم **الخبير النفسي** و التي تمارس في الميدان التربوي و الطبي، كما أسس مجلة العيادة النفسية و التي استمرت في النشر من 1907م إلى 1935م، إضافة إلى إنشاءه لمستشفى خاص بتربية العمي و الصم و ضعاف العقول. (فروم إريك، 1989، ترجمة فؤاد كامل، ص 7)

و في سنة 1909م أنشئ معهد السيکوباتيون في - شيكاغو - و الذي عدل اسمه بعد ذلك ليصبح معهد بحوث الأحداث، و كان أول مدير له هو الطبيب النفسي " وليام هيلي " الذي تتلمذ على يد " وليام جيمس"، فتكون فريق العيادة من عدة مختصين.

و بعدها زاد عدد العيادات النفسية في أمريكا و هذا أثر على تطور الاختبارات و المقاييس الشخصية و التي أ ثرت بدورها على نمو و تطور علم النفس الإكلينيكي.

(لويس كامل مليكة، 2010، ص 49).

3-1- ظهور الاختبارات النفسية وانتشارها :

استطاع التقدم والتطور في اختبارات الذكاء إعطاء علم النفس الإكلينيكي دفعة قوية إلى الأمام إضافة إلى انتشار العيادات، الأمر الذي استدعى بروز تيار مماثل يضع في يد الأخصائيين أدوات التشخيص و وسائل التقييم، فظهرت الاختبارات والمقاييس بنوعين:

-النوع الأول: وهو خاص بقياس القدرات مثل الذكاء.

-النوع الثاني: وهو الخاص بقياس الشخصية.

أ-اختبارات قياس الذكاء:

بدأ الحديث عن الاختبارات انطلاقاً من اختبار "بينييه" للذكاء الذي عدل وترجم إلى عدة لغات ليصل إلى شكله الأخير في تعديل 1937 وأصبح اسمه "بينييه-ستانفورد" للذكاء، وهو اختبار فردي، أما عن الاختبارات الجماعية فقد كانت بداية ظهورها، مع بداية الحرب العالمية الأولى حيث صدرت اختبارات الذكاء العسكرية "الفا وبيتا"، ومع مرور الزمن شوهدت المئات من الاختبارات.

و كان للحرب العالمية الثانية الفضل في ظهور اختبارات الاستعداد حيث نشر "سيشور" نتائج أعماله عن الموهبة الموسيقية، وكان اختبار لقياس جزئيات هذه الموهبة كإدراك الإيقاع، وتذكر النغمات شيء جديد زعم من خلاله أن هذه القدرات هي المسؤولة عن النجاح المحتمل في المهن الموسيقية.

و قدم كل من "فريد" سنة 1922 و "سترونج" سنة 1927، و بعدهم "كيودر kuder" سنة 1942 إختبارات الميول المهنية التي استخدمت في العيادات للتوجيه الفني والمهني والتربوي. (عطوف محمود ياسين 1981 ص 81).

و قد توصل "ستكويست" سنة 1923 لعدد كبير من المقاييس المرتبطة بجزئيات القدرة الميكانيكية، كما أصدر "جيزل" سنة 1928 مقاييس وإختبارات خاصة بنمو الطفل.

وتطورت إختبارات الذكاء مع ظهور التحليل العاملي على يد "سبيرمان" ثم فكرة العوامل الطائفية على يد "تومسون" ومفهوم الوصلات العقلية إضافة إلى إكتشاف العديد من القدرات العقلية الأولية (كالعددية واللفظية، و فهم معاني الألفاظ و التذكر، و العلاقات المكانية والسرعة الإدراكية).

وجاء "جيلفورد" بعدها ليقرر وجود 120 عاملا كقدرات عقلية عديدة، واستطاع تحديد 80 منها باستخدام الكمبيوتر.

ثم ظهر "جان بياجي" بإختباره النمائي الجديد للذكاء وتقييم قدرات التلاميذ، و في سنة 1938 ظهرت محاولات "وكسلر-بيلفيو" لتصميم إختبار للذكاء خاص بالأطفال و الكبار على إعتبار أن إختبار "ستانفورد- بينيه" خاص بالأطفال.

كل هذه الإختبارات كانت تطبق في العيادات وقد ساهمت في نمو وتطور علم النفس الإكلينيكي. (عطوف محمود ياسين 1981 ص 50).

ب. قياس الشخصية:

إضافة إلى إختبارات الذكاء كان هناك ظهور لمقاييس الشخصية حيث أجريت أبحاث لقياس مختلف جوانبها، لكن تطورها كان محصورا بسبب إختلاف النظريات والمدارس، وفي ما يلي سنقوم بعرض لبعض هذه المقاييس حسب التسلسل الزمني لظهورها:

- سنة 1918 ظهر أول مقياس للعصاب وكان مصممه "وودوورث" "wood worth" وقام على أساس الأعراض الشائعة للعصاب.

- وفي سنة 1921 ظهر اختبار "بريسي" لقياس الانفعالات وأطلق عليه اسم "x-otest" وفي نفس السنة أعد "ولكر Welcker" أول بطارية إختبارات لقياس الذكاء وقد استفاد منها العديد من العلماء في قياس شخصية الأطفال ما بين 1928-1939 م.

- و في سنة 1924 أصدر "مارتسون" إختباراته عن الإنبساط والإنطواء على أساس مفهوم الأنماط المتعدد للشخصية.

بعدها توالى الإختبارات مثل: إختبار لقياس الحالات الإنفعالية، إختبار القيم الشخصية إختبار "مانيسوتا" المتعدد الأوجه وغيرها. (عطوف محمود ياسين 1981 ص 50).

أما الإختبارات الإسقاطية فقد إستهدفت الكشف على ما وراء السلوك الظاهر من دوافع ونزعات وخبرات وأنماط وإستجابات، وقد بدأ بإستعمالها "غالتون" منذ 1885 في إختبار

وسائل التداعي الحر ثم إستخدامها بعده "بلير" و "يونغ" سنة 1905 وقد بقيت كأداة إكلينيكية نافعة لمدة من الزمن.

و في سنة 1921 ظهر إختبار "الرورشاخ" الإسقاطي على يد السيكاتري السويسري "هيرمان رورشاك" لكنه لم يشتهر حتى سنة 1937 على يد العالمين "بيك" و "كلوفر".

و في سنة 1935 ظهر إختبار تفهم الموضوع (T.A.T) الذي أصدره "مورجان" و "موري" وأصبح يطبق في العيادات النفسية جنبا إلى جنب مع "الرورشاخ".

ثم توالى ظهور الإختبارات الإسقاطية الأخرى: كإستكمال الجمل والتداعي بالكلمات، و رسم الرجل والرسم بصفة عامة.

4-تأثر علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الأخرى:

تأثر علم النفس الإكلينيكي في نموه وتطوره بفروع علم النفس وكذا بالعلوم الأخرى فمثلا من فروع علم النفس التي تأثر بها نجد علم النفس الفارق، علم النفس المرضي، وعلم النفس الدينامي، وعلم النفس الطفل، في حركة توجيه الطفل وفي إعداد جداول النمو، بل إن أول عميل إستقبل في عيادة نفسية كان طفلا يعاني من مشكلة تعليمية، وقد ذكرنا هذا في عنصر العيادات النفسية، كما كان لعلم النفس الاجتماعي و الأنثروبولوجيا الثقافية الفضل في توجيه الإهتمام بدراسة عضوية العميل في الثقافات و الطبقات و الجماعات، وتأكيد عوامل البيئة في تشكيل الشخصية و السلوك إضافة إلى التحليل النفسي وما جاء به من

مفاهيم، وعلم النفس التجريبي. بل ويتعدى إلى علوم أخرى كالإقتصاد و السياسة والطب وغيرها. (لويس كامل مليكة 2010 ص 50).

5-أحداث خالدة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي:

فيما يلي سنقوم بعرض جدول يحتوي على أهم الأحداث التي صاحبت تطور علم النفس الإكلينيكي بالسنوات.

التاريخ	الحدث
1880	"كاند سكي" ينشر نظريته عن الهلوسات الوهمية
1882	إجراء أولى المحاولات الخاصة بالبحوث فيما يخص الذهانات
1887	"كورساكوف" أعطى أول وصف للذهان العصابي
1890	"أهرنفيل" نشر نظرية خاصة بعلم النفس الجشثالت
1892	دراسات "بيك" عن الخرف المبكر
1893	"فريد" ينشر نظرية عن التحليل النفسي
1894	"فونذنت" ينشر دراساته عن علم النفس التجريبي
1896	- "كرابلين" ينشر تصنيفه للأمراض الذهانية - "ويتمر" ينشئ أول عيادة نفسية
1903	"بينيه" يعلن عن إيجاد إختبارات الذكاء وتطبيقها في المجال الطبي

1904	"جانبيه" يعلن عن نظريته المتعلقة بالوهن والإنهاك النفسي
1906	"ماير" يعلن عن مفهوم بيولوجية النفس ،أو البيولوجية النفسية إنشاء مؤسسة "فانيلاند" للتخلف العقلي.
1907	"الزهامير" يصف طرق البحوث التشريحية الخاصة بالخرف المبكر
1911	"بلولير" يصف الفصام schizophrénie "كانن" ينشر القانون الخاص بفيزيولوجية الانفعالات
1912	"آدلر" يعلن نظرية عن علم النفس الفردي

(عبد العلي الجسماني، 1998، ص 32-33)

التاريخ	الحدث
1913	"واطسون" يعلن عن نظريته السلوكية. "يونغ" يعلن عن نظريته الخاصة بعلم النفس التحليلي
1917	"هوليغورث" يؤسس الجمعية الأمريكية لعلماء النفس الإكلينيكي
1919	جمعية علم النفس الأمريكية تنشئ الشعبة الإكلينيكية لتمثيل علم النفس الإكلينيكي بالجمعية.
1921	-جيمس كاتل يؤسس المؤسسة النفسية.

-ظهور إختبار الرورشاخ على الشخصية.	
العمل بنظام العيادات الخاصة بالطب النفسي في موسكو	1923
"بافلوف" ينشر نتائج تجاربه التي أجراها خلال عشر سنوات تتعلق بالدراسة الموضوعية لنشأة المراكز العصبية العليا عند الحيوانات فقادته إلى الإنعكاسات الشرطية.	1932
نشر دراسات أجراها "غانوسكين" تتعلق بالسيكوباتية الإكلينيكية وإحصائياتها، و دينامياتها واتساقها.	1933
الشعبة الإكلينيكية بجمعية علم النفس الأمريكية تضع معايير الممارسة الإكلينيكية والتدريب	1935
أول كتاب دراسي في علم النفس الإكلينيكي مؤلفه "لوتيت loutitt"	1936
ظهور مجلة journal of consulting psychology كأول مجلة في علم النفس الإكلينيكي	1937
تأسيس مجلة علم النفس الإكلينيكي journal of clinical psychology	1945
جمعية علم النفس والجمعية الأمريكية للطب النفسي تتعاونان معا من خلال لجان مشتركة	1946

1947	إنشاء مجلس للممتحنين الأمريكيين في علم النفس المهني للسماح للمتخصصين في علم النفس بالممارسة الإكلينيكية.
1949	جمعية علم النفس توافق في إجتماعها السنوي على تبني نموذج مستقل للتدريب المهني لعلماء النفس.
1955	إنشاء اللجنة المشتركة للصحة العقلية
1963	اللجنة المشتركة للصحة العقلية تدعو إلى إنشاء مراكز الصحة العقلية داخل المجتمع
1965	مؤتمر بوسطن لمراكز الصحة العقلية داخل المجتمع .
1973	جمعية علم النفس توافق في إجتماعها السنوي على دعم التدريب المهني وتدعو إلى إنشاء درجة جديدة للدكتوراه وهي دكتوراه علم النفس PSY.D بالإضافة إلى دكتوراه الفلسفة PH.D
1975	جمعية علم النفس تضع قواعد تدريب المختصين في العلاج داخل المجتمع.

جدول رقم 01 يوضح أحداث خالدة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر. 2008 ص 14-15)

من خلال العرض المستفيض الذي قمنا بتقديمه في هذا العنصر وهو التطور التاريخي لعلم النفس بصفة عامة، وعلم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة نستخلص أن علم النفس الإكلينيكي علم حديث الظهور بفضل جهود علماء وباحثين من ميادين مختلفة.

ثانيا: علم النفس الإكلينيكي الحديث:

لقد تطور علم النفس الإكلينيكي بفضل إسهامات " Daniel Lagache " و " Juliett Boutennier " وحسبهما يستند هذا العلم على ثلاث ركائز أساسية هي:

- 1- أنه أخذ من الطب الطريقة وهي العيادة وهدفها وهو التشخيص والعلاج.
- 2- استقى من الفلسفة مفهوما عن الإنسان وفق مبدأ كل فرد هو فرد بذاته يختص بمعاشه دون غيره.
- 3- ومن التحليل النفسي خلص إلى مفهوم التوظيف النفسي وأركان الجهاز النفسي، وآليات الدفاع وغيرها من المفاهيم.

- مساهمات " Daniel Lagache " :

لقد أدت الدراسات والتأملات التي قام بها إلى الفصل بين علم النفس الإكلينيكي والتجريبي وفقا للعلاقة القائمة بين الفرد ونفسه (أنا- أنا نفسي) تقوم على استكشاف الفرد لحياته

ومحاولة فهم ذاته، أما العلاقة بين الأخصائي /الآخر (أنا / أنت): تصبح إكلينيكية ونحن هنا بصدد علم النفس الإكلينيكي.

أما إذا كانت أنا/هو (غائب) فنحن أمام علم النفس التجريبي الذي يركز على سلوكيات .

(Daniel Lagache. 1949, p 21)

*لقد كان "Daniel Lagache " أول من تكلم عن علم النفس الإكلينيكي والطريقة الإكلينيكية وكان هذا في محاضرة ألقاها في جامعة -السربون- سنة 1949 حيث وضع أسسه كعلم يدرس في الجامعات، واقترح تعريفا خاصا به يميزه عن الطب العقلي وعلم النفس المرضي، فيكون أشمل من علم النفس التجريبي وأقل درجة من الطب العقلي، وأكثر استعمالا للأدوات من التحليل النفسي.

- مساهمات "Juliette favez bouternnier" :

عملت على تعميق النموذج النظري الذي جاء به "Lagache " وسمحت لعلم النفس العيادي أن ينفتح على مجالات أخرى غير مرضية مفضلة المنهج العيادي غير المسلح ومؤكدة على علاقة التأثير والتأثر بين المريض و المعالج، وقد أدمجت الفلسفة مع الطب وعلم النفس مع التحليل النفسي، وأطلقت مختبر لعلم النفس الفردي والإجتماعي الذي أنشأته سنة 1959. (Samchier,1998 p 27)

1-تعريف علم النفس الإكلينيكي:

لقد أثارت مشكلة التعريف في العلوم الإنسانية كثيرا من الخلافات بين العديد من العلماء والمختصين، وذلك لاختلاف الأطر النظرية و المرجعية الفكرية لكل منهم، إذ هناك الكثير من علماء النفس الذين يعتقدون أن الحقيقة السيكلوجية لا يمكن أن تكون حكرا على مدرسة معينة واحدة فلكل مدرسة موضوع رئيسي خاص بها، فحين اهتمت المدرسة البنائية بدراسة الإحساسات، اهتمت مدرسة التحليل النفسي بدراسة اللاشعور، و اهتمت المدرسة السلوكية بظاهر السلوك و محاولة تعديله. (موسوعة علم النفس و التربية، 2003، ص 101)

و فيما يلي سنقوم بعرض مجموعة منها بداية من التعريف اللغوي وصولا إلى تعريف بعض المدارس له.

أ- لغة: ترجع كلمة عيادي "إكلينيكي" إلى الكلمة اليونانية "Kliné" أي سرير، وتعود إلى التطبيق الطبي، أين يلاحظ الطبيب مرضاه على السرير فيتمكن من وضع التشخيص المناسب و إعطاء العلاج له.

(BERNARD ROBINSON, 2005, page 15)

ب- تعريف بعض المدارس لعلم النفس الإكلينيكي:**1-1- الاتجاه الطبي:**

و يمثل هذا الاتجاه الطبيب "Bich" 1925، و هو يتمسك بالأساس الطبي للعلم، ويقر أن علم النفس الإكلينيكي هو علم مبني على الخبرة الإكلينيكية، و لا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا إكلينيكيا نفسيا ما لم يكن لديه تدريب وخلفية طبية، وأنه يجب على الطبيب العادي أن يخضع لتدريب نفسي (عطوف محمود ياسين 1981 ص 62).

نقد للتعريف: لقد مضى على هذا التعريف حوالي 90 سنة و الواقع يدحض هذا ف معظم أقطاب العلاج الإكلينيكي النفسي ممن ليس لهم أية خلفية طبية، أمثال: "كارل روجرز" "إيريك فروم"، و "أبراهام ماسلو" وغيرهم، كما أن النفساني "Louttit" اعترض عليه أيضا وقال أنه لا يركز على أسس قوية، وهو يعكس المعرفة القديمة للطب بالمفهوم اليوناني حيث وجد العصر الحديث الترابط بين علم النفس والطب النفسي، ولهذا لم يعد ثمة حاجة ضرورية بأن تقتصر الممارسة الإكلينيكية على أولئك الذين حصلوا على تعليم طبي وبالتالي فهذا التعريف ناقص.

1-2- الاتجاه المرضي الشذوذ:

يتزعم هذا الاتجاه العالم "جودارد H.Goddard" 1919 يرى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يعنى بالفحص الشخصي للفرد الشاذ عقليا، أو على الأقل بالذكاء، ويجب أن

يتعرض لجوانب العملية العقلية لسلوك الشواذ عقليا، و فحصهم بأساليبه الخاصة مثل الملاحظة، و الإختبار و التجربة.

نقد التعريف: لقد انتقد هذا الاتجاه مجموعة من المهتمين ونذكر بالأخص "witmer" الذي أكد أن علم النفس الإكلينيكي لا يعنى فقط بغير الأسوياء، و إنما يهتم أيضا بالأسوياء ونموهم ويسعى لتطويرهم.

1-3-الاتجاه السلوكي:

لقد ركز أصحاب هذا الاتجاه على السلوك بإعتباره الميدان والهدف وموضوع الدراسة والتشخيص، فيرى "witmer" أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يدرس سلوك الفرد و عقله و نفسه بالملاحظة و التجريب، أما "Brotmarkle" فيرى أن الدراسة يجب أن تدور حول أنماط السلوك المنتظمة فيما بينها وتطبيقها على الإنسان الفرد بعد تحليل إمكانياته وقدراته والإستفادة من كافة المؤثرات العلمية طبيا واجتماعيا ونفسيا للوصول للسلوك الأكمل. (عادل عبد الله محمد، 1999، ص 15)

وهو يحدد ستة وظائف لعلم النفس الإكلينيكي و هي:

1-تحليل أنماط إستجابة الفرد وقدراته.

2-إكتشاف أسباب نشأة هذه الأنماط.

3- تفسير تكاملها في السلوك الإنساني.

4- دراسة تكيف الفرد على أساس ما سبق ذكره.

5- تخطيط منهج لإعادة التكيف أو التوافق.

6- تقديم توصيات خاصة بطريقة تطبيق هذا المنهج و المساعدة على تطبيقه.

أما دول "Doll" وهو أحد تلاميذ "Witmer" فيرى أن علم النفس الإكلينيكي يحاول تشكيل عملية توحيدية بين الخصائص العقلية و الجسمية والاجتماعية لتقييم مركب ذي معنى بالنسبة للتكيف الشخصي في علاقات الفرد مع المجتمع والمؤسسات الاجتماعية. (عطوف محمود ياسين 1981 ص 25).

1-4- الاتجاه القياسي:

ومن رواده "برونير Bronner" في معهد البحوث الجنائية في شيكاغو، و هو يرى أن الاختبارات إجرائيا وتفسيريا هي المجال الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي، أما "ماتير" Mateer "فيشدد على أن التشخيص يجب أن ينحصر على الإطار الكمي للاختبارات.

نقد التعريف: انتقد هذا التعريف لافتقاده لديناميات السلوك و إهماله للجانب الوجداني.

1-5-الاتجاه التوافقي:

يعتبر "براون Brown " 1968 ممثلاً لهذا الاتجاه ويرى أن رسالة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه وموضوعه هي معالجة مشكلات توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته ومجتمعه وتحقيق ذاته، و يؤكد هذا المفهوم - مفهوم التوافق- العالم "روتر Rottter" 1964 فيقول: إن علم النفس الإكلينيكي هو ميدان تطبيقي يهتم بعملية التكيف -التوافق النفسي للأفراد، ويتضمن هذا التوافق مشكلات عدم الشعور بالسعادة مثل مشاعر عدم الارتياح أو الإحباط، أو عدم الملائمة، و القلق و التوتر في الفرد، كما يتضمن علاقات الفرد مع غيره من الناس ومطالب المجتمع الواسع الذي نعيش فيه، و أهدافه وعاداته.

نقد التعريف: يرى بعض النقاد أن عيب هذا التعريف هو عدم التمييز بين الميدان الإكلينيكي وغيره من ميادين علم النفس، إضافة إلى أن "روتر" قد فتح الصلات بهذا التعريف مع الطب النفسي والخدمة الاجتماعية، و عشرات العلوم الأخرى.(محمود عطوف ياسين، 1981، ص 66)

تعريف "Daniel Lagache":

هو علم يدرس السلوك الإنساني المتكيف و غير المتكيف، السوي والمرضي، بهدف فهم وتأويل سلوكيات الفرد، وهو الدراسة المعمقة للسلوك الإنساني الفردي الخاص في مختلف شروطه و ظروفه، المعنى، البنية، النشوء، الجسدية، المرضية، و المتعلقة بالمحيط، تاريخ الفرد، (النضح...) عن طريق الملاحظة والمقابلة العيادية، و يقول بأنه يمكن وصفه بالعلم

الإيديوغرافي Idiographique، فهو يصف الحالات الفردية (تحري العموميات، الفئات لأجل تحديد القوانين). (Daniel Lagache 1949 p 58).

1-6-تعريف "جوليات بوتونييه/Juliette favez boutonnier":

علم النفس العيادي هو دراسة الشخصية الفردية الخاصة وكلية وضعيتها أو موقفها، حيث اتبعت طريقة " Daniel Lagache " و ركزت أكثر على الملاحظة و المقابلة العيادية وفي نفس الوقت أعطت منحى جديد لعلم النفس الإكلينيكي، و هو في تعميمه و توسيع مجالاته (في التربية، التوجيه...) وعدم حصره في السوي والمرضي. (محمد السيد عبد الرحمان 2000 ص 37).

1-7-تعريف "أنزو ديديه Anzieu Didier":

سعى " Anzieu " إلى تحديد العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي وهو يرى أنه يهتم بكل ما هو علائقي وتكيفي، كما يهتم بكل الفئات والأعمار ووظائفه تتمثل في تكوين الأخصائيين، تشخيص الإضطرابات، و تكوين خبرة. وفي سنة 1974 أعاد التعريف، و ذلك بإضافة ثلاثة مسلمات قاعدية وهي:

- المسلمة الدينامكية، ويقصد بها مفهوم الصراع الذي يعتبر مركزي في علم النفس الإكلينيكي، فالفرد دائما في صراع مع نفسه ومع الآخرين ومع محيطه

و بالتالي يجب دراسة هذا الصراع من حيث شدته، و الميكانيزمات التي يستعملها وكيفية التعبير عنه وكيفية حله.

- المسلمة التفاعلية: والتي تهدف لفهم المريض وأعراضه في تفاعله مع محيطه

العائلي و الثقافي، و هو ما يوضح معنى الصراعات والأعراض التي يعيشها.

- المسلمة النشئية: ويقصد بها تاريخ الفرد (النكوصات، التثبيتات...)، و كل

هذا مهم لفهم ظهور السلوك المرضي وأسبابه.

من خلال هذا يرى " Anzieu " أن علم النفس الإكلينيكي كان مرتبطا بالتحليل

النفسي لكنه أثري بنظريات جديدة ومختلفة مؤخرا. (Anzieu D.1979. p 59)

1-8-تعريف اللجنة الإكلينيكية لجمعية علم النفس الأمريكية:

عرفت ميدان علم النفس الإكلينيكي بأنه صورة من صور تطبيق علم النفس، و هو يهدف إلى تحديد إمكانيات السلوك وخصائصه عند الفرد، عن طريق وسائل القياس، و التحليل والملاحظة، و الذي يقوم على أساس تكامل النتائج التي يحصل عليها، بالإضافة إلى نتائج الفحص الجسمي و تاريخ الحالة و إقتراحاته وتوصياته لتحقيق تكيف توافقي ملائم للفرد. (كامل محمد عويضة، 1996، ص 17) .

وبعد الإطلاع على مجموعة من التعارف توصلنا إلى تعريف "هادلي Hadley " 1958

والذي يظهر أنه قد ألم بكل عناصر علم النفس الإكلينيكي في تعريفه بقوله:

إن علم النفس الإكلينيكي هو العلم الذي يستخدم مبادئ علم النفس ومعلوماته في تقييم سلوك الفرد وفهمه (تشخيص)، و وضع التوصيات (خطة علاج)، والقيام بأنواع النشاطات التي تؤدي إلى تعديل السلوك (العلاج) وكذا إجراء البحوث (البحث)، التي تؤدي إلى تنظيم السلوك الفردي و تكيفه (التوافق)، و إمكانية التنبؤ به (التنبؤ). يعني أنه تحدث عن التشخيص، و العلاج والتنبؤ، والبحث. (بدره معتصم ميموني-2005 ص 15-16).

1-9-تعريف الباحثة:

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن علم النفس الإكلينيكي فرع من فروع علم النفس التطبيقي موضوعه: دراسة معمقة لفرد فريد من نوعه من خلال علاقة تفاعل بين الفاحص والمفحوص وذلك بالأخذ بعين الاعتبار خصائص الظاهرة النفسية:(محيط الفرد- السن- المستوى الفكري...)، و هو العلم الذي يهتم بدراسة شخصية الإنسان في جوانبها: السلوكية الوجدانية، العقلية، و العلائقية في الحالة السوية و اللاسوية باستعمال أدوات و وسائل خاصة مثل: المقابلة الإكلينيكية والملاحظة والإختبارات النفسية بهدف الوصول إلى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

إن علم النفس الإكلينيكي هو أشمل من علم النفس المرضي و بالتالي فعلم النفس المرضي هو أحد ميادين علم النفس الإكلينيكي.

2-مجالات وميادين علم النفس الإكلينيكي:

يهدف علم النفس الإكلينيكي إلى تطبيق المبادئ السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضي، على الفرد موضوع الدراسة في العيادات النفسية. و هنا تبرز وظيفته التطبيقية.

إذ يحدد "مصطفى فهمي" ثلاثة مجالات رئيسية له و هي:

1-2 المجال الأول: الدراسة النظرية و يشمل

- الدراسة النظرية من خلال دراسة الشخصية و نظرياتها و عوامل نموها و كل ما يتعلق بها.
- دراسة الأمراض النفسية و العقلية: إذ تهتم بكل ما يتعلق بالمرض العقلي والاضطراب النفسي و الفرق بينهما، و تصنيف الأمراض و الاضطرابات العقلية و تفسيرها و كذا الأعراض و المنشأ.
- اضطرابات السلوك: و هو يدرس السلوك واضطراباته.
- العلاج النفسي: يهتم بطبيعته و كذا المدارس المهمة به، إضافة إلى الأسس التي تقوم عليها عملية العلاج. (مصطفى فهمي 1967- ص 39).

2-2 المجال الثاني: الدراسة العملية التطبيقية

ويقصد بها الطرق الفنية التي يستعين بها السيكولوجي الإكلينيكي في عمليات التشخيص والتوجيه و العلاج النفسي، و تتضمن الأساليب و الأدوات التالية:

- دراسة تاريخ الحالة، و المقابلة الإكلينيكية، و الإختبارات التشخيصية.

3-2 المجال الثالث: العيادات النفسية

وتتضمن التنظيم القائم بها، و الهيئة العاملة أو فريق العمل، و إجراءاته و أخلاقياته المهنية. (محمد حسن غانم، 2004، ص60)

من خلال هذا العرض يتضح لنا أن مجالات علم النفس الإكلينيكي تنحصر في اتجاهين إحداها نظري و الآخر تطبيقي.

3-أهداف علم النفس الإكلينيكي:

تتغير أهداف علم النفس الإكلينيكي وتتطور يوما بعد يوم، و ذلك حسب حاجة الإنسان وزيادة مشاكله و صراعاته، و اضطراباته النفسية و الإجتماعية، و من بين أهم الأهداف التي يسعى لتحقيقها نجد:

1-العمل على إكتشاف أسس الصحة العقلية والنفسية و الإرتقاء بها.

2-تطبيق مبادئ الصحة النفسية والعقلية للانتقال بالإنسان لحالة أفضل من الانسجام والتوافق.

3-التحرك في أساليب العلاج من الحالات الفردية إلى الحالات الجماعية، لأن أغلبية البشر يعانون من صعوبات و اضطرابات تستوجب التدخل.-التركيز على تحويل الإتجاهات وتعديل السلوك لمصلحة الفرد و المجتمع.

5-الإهتمام الزائد بدور الاختبارات و المقاييس و الأسلوب التجريبي و المناهج العلمية والتنبؤ.

6-الإرتباط الدائم بالواقع في تشخيص جذور المرض و في إقتراح سبل العلاج و تغيير الواقع البيئي كشرط أساسي لإعادة المريض إلى الواقع.(إبراهيم عصمت مطاوع، 1981، ص7)

4-علاقة علم النفس بالعلوم الأخرى:

لقد أدركنا مما سبق ذكره أن علم النفس الإكلينيكي يتضمن ثلاثة مجالات رئيسية و هي التشخيص، العلاج، و البحث في السلوك الإنساني،و طبيعي أن تضعه هذه المجالات في علاقات متعددة و وثيقة مع غيره من الميادين والعلوم كالطب والتحليل النفسي والطب العقلي، والتوجيه المهني والتربوي، و علم النفس الصناعي و التنظيمي-الإداري، و الخدمة الإجتماعية وميدان الجانحين وغيرها، و في ما يلي سنعرض أهم هذه العلاقات :

4-1- **الطب و الطب العقلي:** يهتم الطب بدراسة أمراض الجسم و تشخيصها وعلاجها، وقد إزدادت أهميته في العصر الحديث نظرا للتقدم في وسائل الجراحة و العلاج الكهربائي والنووي و العلاج بالأشعة، و كان لابد لعلم النفس الإكلينيكي من الإستفادة و التعاون مع المجهودات الطبية في عمليتي التشخيص و العلاج، لأن ما يقدمه الطب للمريض لا يجوز بحال من الأحوال نكران أهميته، حيث أثبتت البحوث العلاقة والتأثير المتبادل ما بين المرض الجسدي والنفسي و على ضرورة التكيف والتوافق بينهما.

والأمر نفسه بالنسبة للطب العقلي، فنجد أن كل المستشفيات و المصحات العقلية تحتوي على أطباء و أخصائيون نفسانيون و العمل بينهم مكمل أو متبادل، حيث يحتاج أحدهما الآخر من ناحية الإختبارات والتقارير و حتى خطة العلاج.

(عطوف محمود ياسين، 1981، ص 80)

4-2- التحليل النفسي:

و هو الميدان الذي ارتبط إسمه بإسم "Freud" و الذي يهتم بتحليل خبرات الطفولة المبكرة للفرد، و العمل على تحديد صراعات اللاشعور وعلاقاتها بسلوك الفرد وحالته المرضية، وقد بدأ التحليل كمنهج تشخيص وأسلوب علاج على يد كثير من الأطباء و العلماء، و كانت علاقة علم النفس الإكلينيكي بالتحليل من أقطابه الثلاث: التشخيصي، العلاجي والبحثي.

4-3- التوجيه المهني والتربوي:

إن التطور الذي أحرزه علم النفس الإكلينيكي في تصميم الاختبارات التحصيلية و المهنية واختبارات الميول، و اختبارات الإتجاهات و القيم وضع الأخصائي الإكلينيكي وجها لوجه شريكا في عمليات التوجيه المهني و الإرشاد التربوي.

4-4- علم النفس الصناعي والتنظيمي:

لقد دخل الأخصائيون الإكلينيكيون في مجال الصناعة، و الإدارة بحكم كشفهم عن العمال المضطربين نفسيا و إعداد برامج الرعاية النفسية و مشكلات العمل كالتعب و الحوادث ونظام الحوافز، و قد بدأت كثير من الشركات في إفتتاح مكاتب خاصة للصحة النفسية كما فعلت المدارس، و بدأت العيادات النفسية في الشركات و الإدارات و الوزارات والمؤسسات تساهم أيضا في تحليل العمل والعامل وبناء جسور التوافق بينهما لرفع الإنتاجية، معتبرة الإنسان محور العملية. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 81)

4-5- الخدمات الإجتماعية والجناح:

أصبحت مكاتب الخدمة الإجتماعية و مؤسسات الأحدث و الجانحين تعتمد اعتمادا كبيرا على الأخصائي الإكلينيكي، لدراسة الحالات و إجراء المقابلات وكتابة التقارير إلى المحاكم و المؤسسات القضائية، إضافة إلى إعطاء الدعم و المساندة بالنسبة لدور المسنين والطفولة المسعفة والمعاقين...

5- علم النفس الإكلينيكي في الوطن العربي:

تعرضت الدول العربية لغزو إستعماري و إقتصادي و تعليمي و ثقافي و حتى سيكولوجي من قبل الغرب، و ترجع جذور ذلك إلى العلاقات بين المستعمرات و الدول الإستعمارية، فنجد بعض المؤلفين أمثال "عمر هارون خليفة" الذي تكلم عن توطين علم النفس في الوطن العربي و الذي قصد به إيجاد علاقة بين علم النفس القرن 11م (زمن ابن سينا و ابن رشد) و علم النفس المستورد من الدول الغربية أسلمته، و ذلك من خلال ربط مفاهيم علم النفس الغربي بالمفاهيم الإسلامية للإنسان و الكون و الحياة، و المقاربة بين النص القرآني والنص السيكلوجي و ذلك في محاولة لردم الهوة بين علم النفس الحديث و علم النفس العربي الإسلامي.

فمن خلال ملاحظتنا و خاصة للمراجع الموجودة، نستنتج أن الدول التي تعرضت للإستعمار الفرنسي تميل إلى إستهلاك علم النفس الفرنسي، أما التي تعرضت للإستعمار البريطاني فإنها تميل إلى إستهلاك علم النفس الإنجليزي، أو الأمريكي.

و يبقى علم النفس في الوطن العربي بصفة عامة و الجزائر بصفة خاصة في مرحلة الطفولة ينمو نموا بطيئا، و يرجع ذلك لعدة عوامل.(عمر هارون خليفة 2009 ص 43).

إذن من خلال كل ما سبق نستخلص أن علم النفس الإكلينيكي مر بمراحل كثيرة و قد كان للحرب العالية دور في تطوره، لكنه مازال في بداياته رغم ما وصل إليه من نتائج، بسبب

صعوبة ضبط موضوعه و الذي هو الإنسان، لأنه في حركية و ديناميكية دائمة يصعب ضبطه مهما سعت الجهود لذلك.

خلاصة: رغم مروره بعدة مراحل يبقى علم النفس الإكلينيكي علم جديد في مرحلة الاكتشاف سواء على المستوى العالمي أو العربي، و حتى الوطني، فمازال إلى غاية اليوم ينظرُ لاكتشافات و مقاربات جديدة تتوافق مع إنسان اليوم و مع الإنسان العربي الجزائري الذي لديه سمات و خصائص مختلفة عن الإنسان الغربي، و هذا ما يفرض التطور و الوصول إلى علم نفس إكلينيكي جزائري، يتماشى و العقلية الجزائرية.

الفصل الثالث: علم النفس الإكلينيكي في الجزائر

تمهيد:

بعد نهاية الحرب التحريرية و استقلال الجزائر، بدأت حركية واسعة على جميع الأصعدة في الوطن و ذلك ضمن حركة البناء و التعمير، و من بين الأمور التي سعت الحكومة آن ذك لتطويرها ومواكبة العالم فيها هو العلم و البحث العلمي فسعت إلى بناء المدارس و فتح الجامعات و إدخال التخصصات الجديدة لتدريسها، و في هذا الفصل سنتطرق بشيء من التفصيل لتدريس علم النفس الإكلينيكي في الجزائر.

1-تدريس علم النفس الإكلينيكي:

تزايد عدد الطلبة الموجهون إلى الجامعات الجزائرية خاصة في الآونة الأخيرة وهذا أدى إلى ارتفاع نسبة الطلبة في كل التخصصات بما فيها تخصص علم النفس الإكلينيكي. (ملحق 1 إحصائيات الطلبة المسجلين بالجامعات الجزائرية من 2004/2015)

أ- حسب التراث العلمي

تقوم الدول المتقدمة بإعداد الأخصائي الإكلينيكي إعدادا مكثفا في الجانبين النظري والتطبيقي، ليوافه أعباء عمله، و مسؤولياته و تعتبر إحاطته لكافة فروع علم النفس الأرضية الصلبة و الأساسية لذلك، بدء من علم النفس الطفولة لأهمية هذه المرحلة في مراحل النمو المختلفة، و علم النفس الاجتماعي، لأن أعماله ستكون دوما في نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين. (وليام .و. لامبرت، و ولاس. إ. لامبرت،1993، ص 32) ، و لا بد أن يكون لديه الخبرة الكافية في علم الإحصاء و القياس و الاختبارات (statistics+testing) لأنها شريان العمل التشخيصي.

(CATRINE BONNET, 1999, page 75)

كما يحتاج الأخصائي لمعرفة معمقة لعلم النفس الفيزيولوجي و علم الأعصاب لما لهما من تأثيرات مباشرة في الأعراض المرضية، و يجب أن يحيط علما بسلوكيات التعلم و مناهج البحث، و ديناميات السلوك، و نظريات الشخصية، و الأمراض العقلية، و علم الوراثة

والدوافع و الانفعالات، و أساليب العلاج النفسي و سيكولوجية النمو، و علم النفس المهني و سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة و التخلف العقلي، و شدد بعض العلماء على الخبرة العيادية التي تصل إلى سنتين في الولايات المتحدة الأمريكية. (عبد الحميد الخليدي، كمال حسن وهي، 1997 ص 20)

فإذا أخذنا فرنسا على سبيل المثال فيكون الشخص أخصائي إكلينيكي إذا تحصل على بكالوريا+5 سنوات من التكوين الجامعي، و يكون كأستاذ مكون إذا تحصل على بكالوريا+5 سنوات + 3 سنوات، أما الإكلينيكي الممارس فيجب أن تكون لديه دراسات عليا إضافة إلى التخصص في أحد ميادين علم النفس

العيادي، و قد درس العلاجات النفسية، و تحصل على تكوين في كيفية ضبط النفس.

(ALAIN PAINEAU, 2004, page 9)

و قد حدد "ريتشاردز" 1946 أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي الإكلينيكي في ثلاثة أنواع أساسية و هي:

أ- الدراسات الأساسية.

ب- الدراسات الفنية التقنية للمهارات.

ج- التطبيقات الإكلينيكية.

و التي سنتناولها بالتفصيل في الجداول التالية:

(أ) الدراسات الأساسية:

المستوى الأول	المستوى الثاني
- البيولوجيا العامة	- الفزيولوجية
- الكيمياء	- الإعاقة الجسمية
- سيكولوجية النمو	- الأمراض الجسمية
علم النفس التربوي	- علم الوراثة
- علم النفس المرضي	- علم الأعصاب
- مبادئ التكامل و التفاضل	- الأنثروبولوجيا
- التراجم و التراجم الذاتية و القصص	- البنية النفسية
	- مبادئ السلوك
	- علم النفس المهني و الصناعي
	- الطب العقلي

جدول رقم 02 يوضح الدراسات الأساسية

(زينب عبد الرزاق غريب و آخرون، 2008، ص 34)

(ب) الدراسات الفنية التقنية :

المستوى الأول	المستوى الثاني
- التجريب في علم النفس (علم نفس التجريبي) - المقاييس و الاختبارات (بناء المقاييس و الاختبارات) - الإحصاء (مستوى الارتباطات) - المقاييس الفردية للشخصية (مثل اختبار الميول، و القدرات و غيرها)	نفس الدراسات لكن بشكل أعمق

جدول رقم 03 يوضح الدراسات الفنية و التقنية

(ج) التطبيقات الإكلينيكية:

- مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة - سوء التوافق الشديد (مشكلات سيكاترية) - الضعف العقلي، الذهان، الإجرام - الأمراض العصابية و الفردية	- مشكلات القدرة العقلية - التوجيه التربوي - العلاقات الأسرية (بين الأب و الابن، بين الأم و الابن)
---	--

- التوجيه المهني	- المشكلات البسيكوسوماتية
- أمراض الكلام (الأرطوفونيا)	
- صعوبات التعلم) عسر القراءة،	
الكتابة،...)	
- المشكلات السلوكية	

جدول رقم 04 يوضح التطبيقات الإكلينيكية

(عطوف محمود ياسين، 1985، ص 92)

و يشير " ريتشاردز " بأن التدريب الميداني يكون تحت إشراف أطباء و عاديين في أغلب الأحيان يكون ضمن فريق متعدد التخصصات.

إضافة إلى الاطلاع على كل ما يخص مدارس علم النفس الحديثة و العلاجات النفسية التي تتبناها كل واحدة. (ALAIN DENEUX, 2009, page 48)

لكن إعداد الأخصائي الإكلينيكي في الجزائر لا يخضع لهذا النوع من التدريب إن لم نقل هو بعيد عنه كل البعد، خاصة فيما يخص مجال التطبيقات الإكلينيكية، فكل ما يتلقاه عبارة عن دروس نظرية جافة، إضافة إلى أن " ريتشاردز " ذكر كل هذه التخصصات لتقدم كمقاييس لكننا في الجامعة الجزائرية نتطرق لها كدروس و هذا طبعا غير كاف.

ب- في الجزائر:

كان تخصص علم النفس في الجزائر فرعاً من فروع علم الاجتماع إلى غاية استحداث نظام الكليات والأقسام في السنة الجامعية 2002-2003 كجزء مشترك (علم نفس - علوم تربية و الارطوفونيا).

بعدها أصبح تدريس تخصص علم النفس بفروعه واقعا في الجامعات الجزائرية على غرار باقي جامعات دول العالم، حيث اظهر "محمود بوسنة" (1998) معطيات خاصة بتطور عدد المتخرجين على مستوى ليسانس في جامعة الجزائر، و جامعة قسنطينة، و جامعة وهران ما بين 1980 - 1995م وذلك حسب الجنس، حيث توصل إلى تضاعف عدد المتخرجين في النصف الأول من التسعينات مقارنة مع النصف الأول من الثمانينات، ووصل تطور عدد المسجلين في علم النفس وعلوم التربية ما بين 1990 - 1997 بكل من جامعة الجزائر، قسنطينة، وهران، باتنة، و ورقلة إلى الآلاف إذ بلغ عددهم سنة 1997 - 1998 إلى أكثر من 4500 مسجل في معاهده علم النفس وهو الأمر الذي أدى إلى التفكير في تنويع مجالات العمل وذلك بتطور عدد التخصصات (كركوش فتيحة، 2014، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، ص 215).

2- توجيه الطلبة إلى التخصص:

يتم توجيه الطلبة إلى فرع علم النفس بعد حصول الطالب على شهادة البكالوريا، في أي تخصص سواء كان علمي أو أدبي، أو أي تخصص آخر، و ذلك بعد ملء بطاقة الرغبات دون تحديد للمعدل المهم أن يكون من 10 فما فوق، و هذا دليل أن المتوجهين للتخصص غير متفوقين، بل إنه في أغلب الأحيان يجمع كل أولئك الذين لم يجدوا أين يتوجهون بمعدلاتهم المتدنية عن جميع التخصصات.

3- المناهج التعليمية لتخصص علم النفس الإكلينيكي:

سنقوم بعرض مفصل للمناهج التعليمية الخاصة بهذا التخصص من بداية الدراسة إلى نيل شهادة ليسانس، مع التفاتة بسيطة إلى الدراسات العليا، و هذا طبعا وفقا للنظام الكلاسيكي و نظام ل م د، لأن عينة الدراسة الميدانية مختلطة التكوين و ذلك حسب سنوات الخبرة- الذين تخرجوا قبل السنة الدراسية 2008/2009 تلقوا تكوينا كلاسيكيا والذين تخرجوا بعدها تلقوا تكوين ل م د.

3-1- النظام الكلاسيكي:

3-1-1- منهاج السنة الأولى جذع مشترك علم النفس و علوم التربية

والارطوفونيا:

يتضمن منهاج الجذع المشترك علم النفس و علوم التربية والارطوفونيا مجموعة من المعارف موزعة على ثمان مقاييس، لكل مقياس محاضرة وتطبيق أسبوعيا ما عدا اللغة الأجنبية (فرنسية أو انجليزية) فلها حصة واحدة أسبوعيا، ويقدر زمن الحصة الواحدة بساعة ونصف والجدول التالي يوضح هذه المقاييس (وزارة التعليم العالي والبحث العلمي . مديرية التعليم والتكوين 1999- 2000 . ص 5-6).

المقياس	طبيعة التدريس
1	مدخل لعلم النفس
2	مدخل لعلوم التربية
3	الانتروبولوجيا
4	مدخل الارطوفونيا
5	المنهجية
6	علم النفس الاجتماعي
7	الإحصاء

8	لغة أجنبية	محاضرة
---	------------	--------

جدول رقم 05 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في المنهاج التعليمي جذع مشترك علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

-3-1-2- منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس:

يتضمن منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس مجموعة من المعارف موزعة على سبعة مقاييس، و لكل مقياس محاضرة و تطبيق أسبوعيا ما عدا اللغة الأجنبية (فرنسية أو انجليزية)، فلها حصة واحدة أسبوعيا، و يقدر زمن الحصة بساعة و نصف، و الجدول التالي يوضح هذه المقاييس (وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، مدير التعليم والتكوين، 2000، ص

(5/4

المقاييس	طبعة التدريس
1	القياس النفسي
2	الإرشاد و التوجيه المدرسي و المهني
3	مدخل لعلم النفس التنظيم و العمل
4	مدخل لعلم النفس المرضي
5	علم النفس الفيزيولوجي

6	سيكولوجية النمو و نظريات الشخصية	محاضرة + تطبيق
7	لغة أجنبية	محاضرة

جدول رقم 06 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في المنهاج التعليمي للسنة الثانية جدع

مشترك علم النفس

3-1-3 - منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:

يتضمن منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي مجموعة من المعارف موزعة على ثمانية مقاييس، و لكل مقياس محاضرة و تطبيق أسبوعيا ماعدا اللغة الأجنبية (فرنسية أو انجليزية) فلها حصة واحدة أسبوعيا، و يقدر زمن الحصة الواحدة بساعة و نصف بالإضافة إلى تربص ميداني في المؤسسات المتخصصة، و الجدول التالي يوضح هذه المقاييس.

(وزارة التعليم العالي والبحث العلمي مدير التعليم والتكوين 2000ص22/21)

المقاييس	طبعة التدريس	
1	علم النفس المرضي للطفل المراهق	محاضرة + تطبيق
2	علم النفس المرضي للراشد	محاضرة + تطبيق
3	اضطرابات النمو الحس حركي	محاضرة + تطبيق
4	اضطرابات اللغة و الوظائف الرمزية	محاضرة + تطبيق

5	تقنيات الفحص العيادي	محاضرة + تطبيق
6	الاضطرابات النفس جسدية والسيكوسوماتية	محاضرة + تطبيق
7	تشريح وفزيولوجيا أمراض الجهاز العصبي والحواس	محاضرة + تطبيق
8	لغة أجنبية	محاضرة

جدول رقم 07 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الثالثة تخصص علم

النفس العيادي

3-1-4 - منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي:

يتضمن منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي مجموعة من العارف موزعة على سبع مقاييس، بعضها سداسي، و لكل مقياس محاضرة و تطبيق، إضافة إلى تحرير مذكرة تتوج كل هذه الدراسة، و يقدر زمن كل حصة بساعة ونصف والجدول التالي يوضح هذه

المقاييس. (وزارة التعليم العالي و البحث العلمي، مديرية التعليم و التكوين، 2000، ص 22/21)

المقاييس	منهجية التدريس
1	علم الأدوية النفسية (سداسي) محاضرة
2	منهجية البحث في علم النفس العيادي (سداسي) محاضرة + تطبيق
3	العلاجات النفسية (سداسي) محاضرة + تطبيق
4	أخلاقيات المهنة (سداسي) محاضرة + تطبيق
5	دراسة حالة محاضرة + تطبيق
6	علم الإجرام والانحراف /
7	مذكرة التخرج /

جدول رقم 08 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الرابعة تخصص علم

النفس العيادي

3-1-5- الدراسات العليا:

حتى يتحصل طالب علم النفس العيادي على منصب في الدراسات العليا - ماجستير يجب عليه أن يشارك في مسابقة وطنية تنظمها سواء الجامعة التي تخرج منها أو جامعة أخرى فإن نجح في امتحان القبول درس مدة سنتين الأولى نظرية أما الثانية فهي عبارة عن تحضير و مناقشة رسالة تسمى رسالة الماجستير و بعد مناقشتها تمنح له درجة الماجستير

ليسجل بطريقة آلية في دكتوراه العلوم و التي يتحصل عليها بعد أن يناقش أطروحته و ذلك بعد أربع سنوات، و بالتالي يتحصل الطالب على شهادة الدكتوراه بعد 10 سنوات من الدراسة الجامعية و هذا طبعاً إذا لم يضيع أي سنة.

3-2 نظام ل.م.د:

وجدت الجزائر نفسها غرار بلدان العالم في مواجهة تحدي حركية عولمة نظام التكوين الجامعي من خلال اختيار نظام ل.م.د، فكان عليها إما أن تتبنى هذا النظام أو أن تبقى في معزل عن هذه الحركية العالمية.

أهداف نظام ل.م.د: هدف هذا النظام هو التجديد المعمق للتعليم، و إدخال ممارسات جديدة و الاستغلال الأمثل للفرص، و التفتح على الفضاء الدولي، إضافة إلى إيجاد تناغم بين الجامعة و المحيط الاجتماعي و الاقتصادي.

تحضير الجامعة لإدراج البعد المهني ضمن برامجها التعليمية بالشراكات مع المؤسسات، و الهدف الأساسي هو التقارب جامعة/مؤسسة +تثمين الشهادات + تشغيل المتخرجين. (وزارة التعليم العالي والبحث العلمي المديرية العامة للتعليم والتكوين العاليين)

بدأ تطبيقه في الجامعات الجزائرية لأول مرة في السنة الدراسية 2002/2003 ونحن نتكلم عن علم النفس الذي أصبح يدرس كما يلي:

3-2-1 منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية واجتماعية - فرع علوم

اجتماعية:

يتضمن منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية و اجتماعية - فرع علوم اجتماعية

تسع مقاييس، بمحاضرة و تطبيق، يقدر زمن كل حصة ب ساعة و نصف.

المقاييس	منهجية التدريس
1	مدخل إلى علم اجتماع
2	الإحصاء الوصفي
3	الفرد و الثقافة
4	مدخل في الاقتصاد
5	مدخل إلى الفلسفة
6	منهجية البحث: مدارس ومناهج
7	مدخل إلى علم النفس
8	مدخل إلى الأنثروبولوجيا
9	لغة أجنبية
	محاضرة

جدول رقم 09 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الأولى ميدان

علوم إنسانية و اجتماعية- فرع علم النفس-

3-2-2 منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس:

يتضمن منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس تسع مقاييس، بمحاضرة وتطبيق، يقدر زمن كل حصة ب ساعة و نصف.

المقاييس	منهجية التدريس
1	القياس النفسي
2	علم النفس النمو والفروق الفردية
3	علم النفس المعرفي
4	علم النفس الفسيولوجي
5	منهجية وتقنيات البحث
6	تكنولوجية الاتصال وتوثيق المعلومات
7	نظريات الشخصية
8	نظريات التعلم
9	لغة أجنبية

جدول رقم 10 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم

النفس3

2-3 منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:

يتضمن منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي تسع مقاييس، بعضها سداسي بمحاضرة و تطبيق، يقدر زمن كل حصة ب ساعة و نصف، إضافة إلى المذكرة التي تتوج العام الدراسي.

المقاييس	منهجية التدريس
1	علم النفس المرضي للطفل والمرأة محاضرة + تطبيق
2	اضطرابات الشخصية عند الراشد محاضرة + تطبيق
3	اضطرابات السلوك محاضرة + تطبيق
4	اضطرابات الحسية الحركية و الأدائية محاضرة + تطبيق
5	اختبارات الشخصية/ علم النفس الأدوية محاضرة + تطبيق
6	علم النفس العيادي و دراسة الحالة محاضرة + تطبيق
7	الحكمة وأخلاقيات المهنة/ العلاجات التحليلية/ العلاجات النسقية/ محاضرة + تطبيق
8	اضطرابات اللغة/ البسيكوسوماتيك محاضرة

9	لغة أجنبية	محاضرة
10	المذكرة	//

جدول رقم 11 يوضح المقاييس العلمية المتضمنة في منهاج السنة الثالثة تخصص علم

النفس العيادي. (fshs.univ-setif2.dz/index.php/av/pedapsy)

يعتبر هذا النظام نظام الأرصدة والسداسيات حيث تحتوي السنة على سداسيين، يعني حتى يتحصل الطالب على شهادة ليسانس ل م د يجب عليه أن يتحصل على 6 سداسيات.

3-2-4-الدراسات العليا:

و لكي يتحصل الطالب على شهادة الماستر يمكن أن يدخل مباشرة في الدراسة إذا كان لديه معدل و ترتيب جيد و هذا في جامعته، كما يمكن أن يشارك في مسابقة وطنية تنظمها أي جامعة، فإن نجح في امتحان القبول درس سنتين الأولى تسمى ماستر 1، و هي دراسة نظرية و تطبيقية، و الثانية ماستر 2 و التي يتم فيها تحرير رسالة الماستر، و حتى يتحصل الطالب على الشهادة فيجب أن ينجح في 4 سداسيات، أما شهادة الدكتوراه ل م د فيكون الدخول فيها من خلال المشاركة في مسابقة وطنية منظمة من طرف أي جامعة و في حالة النجاح في امتحان القبول يدرس الطالب لمدة 6 سداسيات تتوج في نهايتها بأطروحة دكتوراه، يعني يدرس الطالب وفق نظام ل م د 8 سنوات ليتحصل على شهادة دكتوراه.

4- قراءة تحليلية وصفية لمحتوى المناهج:

إن المتأمل في قيمة المعرفة في التعليم العالي التي من المفترض أن يحققها أي نظام تكويني يمكن أن يتوقع تزود المتكون بما يؤهله لفهم ثقافته، و الأحداث الهامة، والشخصيات المؤثرة و مقومات المجتمع التي تمكنه من القيام بأدوار فاعلة فيه، و لكن المستقرب للمتخرجين المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي يدرك أن الكثير من تلك المعرفة لا تتوفر لديهم حيث يجد المتخرجون أنفسهم عاجزين عن أداء وظائفهم بعد الولوج إلى الحياة العلمية رغم كونهم يحملون شهادات ليسانس كلاسيكي أو ل م د، و هي تشير إلى أنهم مؤهلون للقيام بها.

و إذا حاولنا تفسير ذلك فإنه يبدو صعبا في الوهلة الأولى لكن لما نجري تحليلا لمضامين مناهج التعليم التي تلقوه ندرك وجود ثغرات فيها، بمعنى غياب معلومات ومعارف كان من الواجب أن تتضمنها تلك المحتويات، باعتبارها من المتطلبات الأساسية للتخصص أو المهنة، لكن مقترحوها أو مقدموها غابت عنهم أو غيبت من طرفهم. (السعيد عواشيرة، 2009، ص 10)

فالمحلل لمادة الإحصاء مثلا المبرمج للسنة الأولى جدع مشترك علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا و ما يقدم فعلا في قاعات الدرس يدرك أن محتواه و كأنه مقدم لطالب متخصص في علوم الاقتصاد أو التجارة، فهو جاف و غير مفهوم، فلا يظهر علم النفس

فيه إلا نادرا، و قد ينجح كل الطلبة في امتحانه لكن الحقيقة غير هذا، إذ يفتح باب مقياس الإحصائي مرة أخرى في السنة الرابعة لما يكون الطالب في حالة انجاز بحث تخرجه، حيث يعجز عن التحكم في الجانب الإحصائي بالرغم من أن الأساليب الإحصائية التي تخدمه يعرفها، لكن لم يتمكن من توظيفها و استخدامها، فهذا دليل على غياب التوظيف والتطبيق السليم للعلوم الإحصائية في التخصيص.

(السعيد عواشرية، 2009، ص11)

إن ما تتضمنه مناهج تخصص علم النفس الإكلينيكي إنما هي معارف سطحية يحتفظ بها الطالب من أجل الإجابة في الامتحان، و تتطفي بانتهائه - الامتحان - و هي نتيجة طبيعية لنظام الدمج المتمركز حول تبليغ المعرفة و التلقين و التسميع دون فهم واستيعاب لما تتضمنه معارف المنهاج التعليمي مما يعيق تطبيقها و توظيفها. (السعيد عواشرية، 2009، ص12)

كلنا على يقين أن كل المختصين في علم النفس الإكلينيكي يعرفون نظريا سبيل تجنب القلق أو الاكتئاب، لكن قل منهم من يقي نفسه من ذلك، و كلهم درسوا أخلاقيات المهنة، و قل منهم من يمارسها في عمله، و كلهم درسوا مختلف التقنيات العلاجية، لكن قل منهم من يتمكن من تطبيق على الأقل واحدة منها.

فلو حللنا الدورة الكاملة لاكتساب المعرفة و التي تشمل المراحل الخمس التالية:

1-النفاز إلى المعلومات.

2- تنظيم المعلومات.

3-استخلاص المعرفة.

4-تطبيق المعرفة.

5-توليد معرفة جديدة.

حيث يمثل هذا الأخير أسمى مرحلة و هي أشبه ما تكون بمستويات الأهداف الإجرائية المعرفية لتصنيف "بلوم" للأهداف التعليمية (التعرف، الفهم، التطبيق، التحليل، التركيب والتقييم) من جهة، و العناصر الأساسية لإقامة صناعة المعلومات والتي تشمل عنصر محتوى المعلومات و عنصر المعالجة و التوزيع، و بالمقارنة بهذا فإننا نجد أن الاهتمام الحالي للكثير من معارف مناهج التعليم العالي في تخصص علم النفس الإكلينيكي يركز على المنطقة المظلة بالخط الأزرق المتواصل، و الحق لابد أن يتحول الاهتمام إلى المنطقة المظلة بالخط الأحمر المتقطع (الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي الاجتماعي 2002 ص

(71

محتوى							
المعلومات							
معالجة							
المعلومات							
توزيع							
المعلومات							
	النفاز إلى	تنظيم	استخلاص	تطبيق	توليد		
	المعلومات	المعلومات	المعرفة	المعرفة	معارف		

جدول رقم 12 يوضح المستويات المعرفية محل اهتمام معارف مناهج علم النفس

الإكلينيكي

من خلال كل ما قدمناه فيما يخص مناهج تدريس علم النفس الإكلينيكي نستخلص بأننا بحاجة ماسة إلى مناهج تعليمية تتطابق مع المناهج المتعارف عليها عالميا، كذا التي تتطابق مع الاحتياجات الفعلية للميدان، و تقليل الفجوة بين النظرية والتطبيق.

5- مقارنة النظام الكلاسيكي بنظام ل م د:

نظام ل م د	النظام الكلاسيكي	
ستة سداسيات (3 سنوات) أربع سداسيات (سنتين) ثلاث سنوات (6 سداسيات)	أربعة سنوات سنتين أربع سنوات	مدة الدراسة ماجستير/ماستر، دكتوراه
سنة واحدة (السنة الثالثة)	سنتين (السنة الثالثة و الرابعة)	مدة التخصص في علم النفس العيادي

جدول رقم 13 يوضح مقارنة بين النظام الكلاسيكي و نظام ل م د

إن المتأمل لمناهج النظامين الكلاسيكي، و ل.م.د يدرك الفرق الشاسع بينهما من ناحية مدة الدراسة بالنسبة لشهادة ليسانس، فهي أربع سنوات في النظام الكلاسيكي و ثلاث سنوات في نظام ل م د، و حتى بالنسبة للدراسات العليا، فنحن كنا نطمح لزيادة عدد سنوات الدراسة للتعلم أكثر في التخصص لكن حدث العكس.

خلاصة: حتى نصل إلى المستوى المطلوب في الخدمة النفسية يجب أن تكيف المناهج الدراسية وفق حاجات و تطلعات الإكلينيكي بصفة خاصة و المجتمع بصفة عامة.

الفصل الرابع: الأخصائي الإكلينيكي

تمهيد:

يعتبر الأخصائي الإكلينيكي محور الممارسة النفسية فهو الذي يحرك ويتحكم في كل ما يتعلق بها، و في هذا الفصل سنتطرق إلى التعريف بالإكلينيكي حسب التراث العلمي و في الجزائر، و إعدادة بداية من الدراسات الأساسية و الفنية و التقنية و الإكلينيكية، كما سنتطرق إلى السمات و الخصائص الشخصية له، و مهامه، و كفاءاته، و مجالات عمله، وأخلاقيات المهنة حسب التراث العلمي.

الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

1 -تعريف:

الأخصائي الإكلينيكي هو شخص مختص تلقى دراسات جامعية أو دراسات عليا، وتحصل على شهادة ليسانس كأقل تقدير في علم النفس الإكلينيكي الذي يعتبر فرعاً من فروع علم النفس العام، و هذا الشخص يحتفظ بولائه لعلم النفس الذي يتلقى تكوينه فيه و يلتزم بقيمه الأساسية، منها القيم المرتبطة بالبحث العلمي، و يتميز هذا الأخصائي بسمات خاصة يسمح له تكوينه باستخدام الوسائل و الطرق السيكلوجية من أجل فهم مشكلة العميل وتشخيصها و العمل على علاجها، و ذلك بعد تلقيه لتدريبات في المواقف العيادية.

(عطوف محمود ياسين، 1981، ص 68)

_ هو ذلك الشخص الذي يستخدم الأسس، التقنيات، و الطرق و الإجراءات السيكلوجية لفهم ديناميات شخصية العميل، و تشخيص مشكلاته و التنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أصناف العلاج ثم العمل إلى الوصول به إلى أقصى درجات التوافق الذاتي و الاجتماعي، و يكون هذا بالتعاون مع فريق متكامل كل في حدود إعداداته وتدريبه و إمكانياته.

و يقول العالم "مهني": (يجمع الأخصائي الإكلينيكي بين دورين بوصفه عالما و بوصفه ممارسا لمهنة و هو ما يستلزم ضرورة تحقيق التكامل بين تدريبه على الممارسة العلمية في الميدان و إعداده الأكاديمي في الجامعة، فالأخصائي الإكلينيكي شخص اكتسب أسس وتقنيات تسمح له بالتعرف على شخصية العميل و تشخيص مشكلاته، و بالتالي وضع خطة للعلاج مستعينا بفريق طبي كل واحد منهم حسب اختصاصاته و تدريبه).

(عطوف محمود ياسين، 1981، ص 85)

2- إعداد الإكلينيكي:

يتم تكوين الأخصائيين الإكلينكيين بعد تحصلهم على شهادة البكالوريا، و تلقيهم لتكوين جامعي كلاسيكي كما كان ، أو حسب نظام ل.م.د، (لقد تم تناول هذا الموضوع في الفصل الثاني بشيء من التفصيل)، و بعد حصولهم على شهادة ليسانس تخصص علم النفس العيادي يحق لهم المشاركة في مسابقات التوظيف التي تنظمها المؤسسات العمومية للصحة بالتنسيق من الوظيف العمومي، وفي حالة النجاح في المقابلة يعين الشخص برتبة نفساني عيادي للصحة العمومية.

3- سمات و خصائص الإكلينيكي:

أجرى "كيلي Kelly و" جود بيرج Goodberg" 1959 دراسة تتبعية لـ 248 أخصائي إكلينيكي من العاملين بالمستشفيات ممن كان قد سبق دراستهم أثناء دخولهم للجامعة فظهرت لهما بعض الملاحظات الخاصة، فمن ناحية وجد الباحثان أن هناك فرقا في السمات الشخصية و الخصائص الخاصة بين الإكلينيكين العاملين بالبحث الأكاديمي وهؤلاء الذي عملوا بميدان الإدارة و الإشراف الإداري، و كذا الممارسين للعلاج النفسي:

1- تميز الإكلينيكيون العاملون بالبحث الأكاديمي بارتفاع مستوى الذكاء، و الإلمام النظري العلمي بميدان التخصص و الشهرة، لكن نشاطاتهم الاجتماعية محدودة، و قد تميزت طفولتهم ببعض الاضطرابات و الصراعات، أما نشاطاتهم الرياضية فهي محدودة أيضا لكن يغلب عليهم حب الاستطلاع و التفوق الأكاديمي طوال فترات الدراسة.

2- أما طائفة الإكلينيكين العاملين بالإدارة و الإشراف فقد غلبت عليهم خصائص الانبساط، و المساهمات الرياضية و القدرات القيادية، و عادة ما كانوا ينجحون نجاحا لا بأس به، و لكن درجاتهم على مقاييس الذكاء كانت أكثر انخفاضا من فريق الباحثين، كذلك يغلب عليهم الحضور من أسر متدينة.

3- أما طائفة الممارسين فلم تتميز بخصائص مستقلة بل جمعت بين الخصائص السابقة للفريقين، غير أن طفولتهم تشابهت مع طفولة الفريق العامل بالبحث، فقد تميزت بالصراعات و التصدع الأسري، و غلبة مشاعر النقص خلال فترة الدراسة. (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، 2008، ص33).

و قد أضافت بحوث تالية نتائج أخرى عن الخصائص المميزة للإكلينيكيين العاملين بالبحث و العلاج أو الممارسة، وجود دافع قوي و رغبة شديدة لفهم الناس و مساعدتهم، و كذلك في فهم أنفسهم.

و قد وجد "Roe 1969" أن المعالجين يحصلون على درجات مرتفعة في بعض المقاييس (MMPI) منها زيادة الميول الأنثوية، و النفور من العلوم الرياضية، و زيادة الاهتمام بالناس و الفنون و النظريات العلمية.

و توحى هذه النتائج في مجملها أن هناك دوافع معينة تدفع الشخص إلى اتخاذ مهنة الأخصائي الإكلينيكي، إلا أن هذه الدوافع يجب تناولها بحذر، فمن ناحية بينت البحوث أن من الصعب التنبؤ بالنجاح في العمل الإكلينيكي في المستقبل أو من سيكون من الأشخاص المتقدمين لأقسام علم النفس الإكلينيكي أكثر نجاحا من غيره، غير أن أفضل أدواتنا من التمييز بين الناجحين في العمل الإكلينيكي كانتا: اختبار "ميلر" للذكاء، Analogy

(Test) و اختبار الميول للمهنية لسترونج (Strong Vocational Blank). (عبد الستار

إبراهيم، عبد الله عسكر، 2008، ص34)

و قد أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية قائمة خاصة تحتوي مجموعة من السمات التي يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

*الرغبة في مساعدة الآخرين دون محاولة لفرض سيطرته عليهم و احترام حريتهم واستقلالهم.

*أن يتمتع بقدر عال من الاستبصار لدوافعه و مشاعره و رغباته و حاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياتية في عمله، لأن تكامل الشخصية و الاتزان من العناصر الضرورية التي توحى بالثقة، و أن يعطي الناس فكرة ثابتة و جيدة عن سلوكه في نطاق العمل و خارجه حتى لا يجد في أسلوبه نوعا من الازدواج أو التناقض و أن تكون لديه بعض القيم و المثل الطيبة كصورة تعكس نضج شخصيته و تكاملها.

*أن يتمتع بصفة التسامح و احترام وجهات نظر الآخرين لاسيما مع الطوائف الدينية والسلالات المختلفة.

*القدرة على إقامة علاقات فعالة مع الآخرين خاصة مع عناصر فريق العمل العامل معه.

*القدرة على الضبط الانفعالي الذاتي، لأن ردود فعل العميل تتأثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارس و انفعالاته.

*أن يكون مخلصا أميناً محافظاً على وعوده، مستخدماً كافة مهاراته و معلوماته لمصلحة العميل بعيداً عن مظاهر الاستغلال.

*الإحساس بالمسؤولية المهنية و الالتزام بمعايير المهنة تقنياً و أو أخلاقياً.

*الاهتمام بعلم النفس عامة، و علم النفس إكلينيكي بصفة خاصة.

*القدرة المعرفية، و الأكاديمية مع الإثراء المتواصل للجانب التطبيقي من خلال القراءات والتكوين المتواصل و البحث.

*العمل مع فرقة متعددة الاختصاصات (pluridisciplinaire)

(ALAIN PAINEAU, 2004, page 10)

و حسب "كارل روجرز" يجب أن تتوفر في الأخصائي و المرشد النفسي مجموعة من الخصائص و السمات و هي:

*أن يكون شديد الحساسية للعلاقات الاجتماعية.

*أن يتصف بالروح الموضوعية و الاتجاه الانفعالي غير المتحيز.

*أن يكون لديه الاحترام لكل إنسان و أن يتقبله كما هو، و أن يترك له الحرية و يختبر ما يقترحه من حلول.

*أن يعرف نفسه و دوافعه و أن يدرك قصوره و عجزه الانفعالي.

*أن تكون لديه الخبرة و القدرة على فهم السلوك الإنساني.

*القدرة على تقبل نفسه و هذا يسمح له بتقبل الآخرين.

(عطوف محمود ياسين، 1985، ص 86)

4 - مهام الإكلينيكي:

يختلف دور الإكلينيكي عن المحلل النفسي حيث هذا الأخير يهتم بالبعد الخيالي بينما الآخر فيهتم بالبعد الواقعي، و نظرا لإخلاف مجالات علم النفس الإكلينيكي، و مجالات الجانب التطبيقي يصبح للإكلينيكي عدة أدوار و قد أدرج "قوس" (Gose) دور الإكلينيكي في سبع نقاط:

1- القيادة المتخصصة لفريق التوجيه و الإرشاد و القيادة العلمية في عمليات الإرشاد الفردي و الجماعي و غيرها.

2- تشخيص و حل و علاج المشكلات النفسية.

- 3- الإشراف على إعداد وسائل و حفظ السجلات الخاصة بالعملاء.
 - 4- القيام بعملية الإرشاد فهو الأخصائي الخبير المسؤول عن العملية و تقديم خدمات العلاج بصفة خاصة.
 - 5-تولي مسؤولية متابعة حالات العلاج.
 - 6- مساعدة زملائه أعضاء الفريق العامل معه فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص.
 - 7-الإسهام في تطوير العملية التربوية و المناهج و إدماج برامج العلاج فيها.
- (Gose ; 1972, p 85)

و من الممكن أن نقسم أوجه النشاط التي يمارسها إلى ثلاثة مجموعات أساسية من الأساليب و المهارات:

- 1- **المجال الأول:** قياس الذكاء و القدرات العامة، و هذا الشرط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الكاملة للفرد بل يتضمنه أيضا تقديره و إمكانياته و كفاءته
- 2- **المجال الثاني:** يتعلق بقياس الشخصية، و وصفها، و تقويمها، و ما يضمنه من تشخيص ما يمكن أن يطلق عليه السلوك المشكل، أو الشاذ، أو غير التوافقي، و مثل هذا القياس الشخصي ليس مجرد محاولة لتحديد المرض الخاص الذي يشكو منه الفرد، بل

محاولة لوصف الظروف السيكولوجية للفرد وصفا تفصيليا دقيقا قدر الإمكان. (فيصل عباس، 1996، ص 29)

3-المجال الثالث: العلاج النفسي و يقصد به طريقة العلاج التي يتحدث فيها الإكلينيكي مع المريض لعدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه و الوصول إلى التوافق وهذا المصطلح " العلاج النفسي" يستخدم بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي و هذه الطرق تتضمن معالجة المريض وجها لوجه لفترة من الزمن، و توجيه التوصيات للأطباء والمدرسين أو المرضى أنفسهم، لزيادة توافق الفرد. (Samacher. 1998, p33)

إذن تتسع نشاطات و وظائف الإكلينيكي فنجد:

1- المساهمة في تشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة: حيث يستخدم مجموعة من الأدوات لإغراضه مثل المقابلة والملاحظة والاختبارات النفسية، و تتعدد أهداف التشخيص فلا تقتصر على وضع المريض في فئة تصنيفية من فئات الاضطرابات بل يجب أن يحقق عملية تقويم شاملة للشخصية، بحيث يمكن التقرير الإكلينيكي للحالة المعينة من معرفة الكثير من العوامل المسببة للمرض، ومصدر الاضطراب، إن كان عضويا أو وظيفيا، و مسار هذا الاضطراب مستقبلا، والمناهج العلاجية التي تصلح مع هذا المرض. ولهذا يفضل العلماء الآن أن يستبدل مفهوم التشخيص بمفهوم التقييم النفسي للحالة بالمعنى العريض. (عبد الستار إبراهيم- عبد الله عسكر 2008 ص 28)

2- العلاج: لم تصبح هذه الوظيفة جزءا من عمل الإكلينيكي إلا بعد الحرب العالمية الثانية، حيث بدأ الطالب يشتد للنشاطات ذات الطابع النفسي الإكلينيكي لمواجهة الاحتياجات النفسية الشديدة للمجندين و عصاب الحرب، حيث يستخدم مناهج متنوعة من العلاج تنتمي نظريا لإطارات مختلفة منها نظرية التحليل النفسي، نظريات التعلم، النظريات الإنسانية، و النظريات المعرفية والعقلية. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص 76)

3- التعليم و البحث: يمثل القيام بالتعليم والبحوث وظيفة هامة من الوظائف التي يجب أن يقوم بها الإكلينيكي، ويحدد (Mackay) 1975 خمسة أنماط عريضة من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي:

أ- إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول إلى فرضيات محددة عن الطبيعة البيولوجية للاضطرابات النفسية والعقلية.

ب- التحقق من الظروف التي تتم عن طبيعة الاضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية.

ج- التفحص والتدقيق العلمي في دراسة أسباب الاضطرابات النفسية.

د- المقارنة بين الأشكال المختلفة من العلاج.

هـ- الكشف عن العلامات التي تمكن من الحكم على إمكانية شفاء مريض معين.

وهنا تجدر الإشارة إلى الصراع القائم بين التيار الذي يركز على التدريب على الممارسة الإكلينيكية، والتيار الذي يركز على البحث، لذلك ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية نظام دكتوراه جديد يركز على تدريب الطالب على الممارسة في مجالات التشخيص والعلاج في المؤسسات المختلفة ويطلق عليها (Psy-D) أي دكتوراه في علم النفس.

وتتسع مجالات البحث التي يقوم بها الإكلينيكي لتشمل بحوث متنوعة يساعد بعضها على كشف العوامل المسببة للاضطرابات المختلفة، ويساعد بعضها على إلقاء الضوء على فاعلية النظريات الحديثة.

إضافة إلى بحوث تهدف إلى تحقيق التحسن في الشخصية والتغيير فيها في ظل شروط علاجية مختلفة، إضافة إلى البحوث ذات الطابع الإداري، والبرامج الخاصة بمجالات الصحة النفسية وما تتركه من آثار ونتائج على سلوك المرضى.

4- الاستشارة وتقديم النصح: تعتبر وظيفة المستشار الإكلينيكي من الوظائف الحديثة التي أخذت في التطور، وتتخذ الاستشارة أشكالاً غير أن "ساندبيرج" "Sundberg" و "تايلر" "Tyler" 1973 قد ميزا بين نوعين من الاستشارة:

✓ الاستشارة الإكلينيكية التي يكون فيها إعطاء النصح وتقديم المشورة فيما يختص بالجوانب الإكلينيكية للحالة وقد تشمل هذه الوظيفة أن يقوم الإكلينيكي نفسه بإجراء

عمليات التشخيص والعلاج، أو قد تقتصر على إعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريباً إكلينيكياً بخصوص المناهج العلاجية التي تصلح للمريض، و أساليب معالجة المشاكل الطارئة في حياة المريض.

✓ الاستشارة التي تهدف إلى إنشاء البرامج الإكلينيكية العامة وتقييمها، وفي هذه الحالات لا تكون وظيفة الإكلينيكي محصورة في الحالات الفردية، ولكنها تكون مركزة على تحسين النظم العلاجية العامة، فقد يطلب مدير المستشفى مثلاً مشورة الإكلينيكي فيما يختص بتقديره للمناهج الملائمة لإدارة العنابر العلاجية (الأسرة) وتدريب الممرضين والعاملين على ضبط سلوك المرضى وبالمثل فقد يطلب ناظر المدرسة من الإكلينيكي تقييم الأساليب الدراسية التي يستخدمها المدرسون مع الطلاب للوصول إلى أنجع الطرق التي تضمن الكفاءة في العمل والتعلم، وعادة ما تطلب المؤسسات المشورة الإكلينيكية خاصة إذا وثقت في الإكلينيكي.

(عبد الستار إبراهيم، 2008، ص 13)

5- العمل الوقائي حيث أكدت منظمة الصحة العالمية أن الممارس الإكلينيكي يلعب دوراً فعالاً في العمل الوقائي من الاضطرابات النفسية، و هنا تجدر الإشارة إلى توعية الأفراد حيث أن أساليب العيش تنوعت و أصبحت متطلباتها واسعة على الفرد... هناك نوعان من الأشخاص شخص لديه القدرة على تحمل المشاكل النفسية و شخص قدرته غير كافية

لتحمل هذه المشاكل، من الطبيعي أن نرجع إلى مرحلة الطفولة في السنوات الثلاثة الأولى و إلى مرحلة المراهقة، حيث يتطور الفرد فيها و تنمو أبعاد شخصيته، فنجد بعض الآباء لا يهتمون بذلك مطلقا، و هذا نابع عن جهلهم بأصول التربية النفسية الصحيحة، و التطورات التي يمر بها كل طفل من خلال مراحل نموه و تقدمه في الحياة، و النتيجة هي إما شخصية هشة لا تتحمل أبسط المشكلات اليومية و إما شخصية صلبة لا تزعزعها أصعب المشكلات، و هنا يبرز دور الأخصائي في الإعلام و الوقاية. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 09)

إضافة إلى هذه الأنشطة هناك الكثير من الإكلينيكين الذين يهتمون بميادين أخرى من علم النفس مثل علم النفس الفيزيولوجي، علم النفس الصناعي، و في المؤسسات العامة كالمستشفيات، السجون، دور العجزة و غيرها. (جوليان روترز، ترجمة عطية محمود هنا، 1980 ص25).

5- كفاءات الإكلينيكي الممارس:

إن اختيار مهنة إكلينيكي تفترض وجود مجموعة من الكفاءات، حيث يعتبر الإكلينيكي صلة الوصل بين العميل و التشخيص الدقيق، لذا يشترط أن تتوفر فيه مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصرا ناجحا في تعامله مع الأسوياء و غير الأسوياء، حيث يجب أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم و فهم جيد لمختلف السلوكيات الإنسانية و هذا يتطلب مرونة كبيرة على مستوى الفكر و تعدد الاهتمامات في مختلف الميادين، و أن تكون لديه شخصية ثابتة ناضجة ذات توازن انفعالي و نظرة شاملة و بعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات.

فالعامل الإكلينيكي كما نعرف يهتم بالدرجة الأولى بالمضطربين نفسيا و الذين يعانون من المشكلات السلوكية و الاجتماعية المختلفة، لذلك فان شخصيته الإكلينيكي ذات وزن كبير لضمان نجاحه المهني و سلامة المرضى.

و فيما يلي بعض الكفاءات التي يجب أن تتوفر في الإكلينيكي:

1- يتطلب العمل الإكلينيكي كفاءة شخصية و قدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضا، و تزداد أهمية هذا العامل إذا أخذنا في الاعتبار أن علم النفس لا زال حديثا و لا زالت قضايا السلوك المرضي أمر يصعب تفسيرها تفسيراً دقيقاً، و مع ذلك فأن

الإكلينيكي الذي يعمل في ميدان الممارسة يجد تقريبا مشكلات يومية تحتاج منه اتخاذ القرارات، و إلا فقد يكون الضرر بليغا بالمرضى، و بالوضع المهني ذاته، و مجالات الممارسة تختلف عن مجالات الدرس و المحاضرة، و البحث في أنها تحتاج لنصائح عملية بسيطة، حيث قد يجد الأخصائي نفسه في مواقف حرجة عاجزة عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس و الكفاءة و المبادرة و اتخاذ القرارات العلمية السليمة. (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، 2008، ص35)

2- على الإكلينيكي الناجح أن ينمي في نفسه حب البحث و التساؤل، لكن يجب عليه في نفس الوقت أن ينمي ثقته في معالجة المشكلات الطارئة و العملية، و لهذا فان المؤتمرات المهنية و التدريبية و التفاعلات بالزملاء ضرورية لإعطاء هذا السلاح القائم على الخبرة.

3- القدرة على تطوير علاقات إنسانية، مهنية بمرضاه و جمهوره حيث يؤكد كثير من العلماء على أهمية التعاطف مع العميل، و معناه إحساس الأخصائي بمشكلة العميل كما يعيشها، و هذا يختلف عن العطف أو الشفقة، و من أجد الأساليب لإظهار التعاطف والمشاركة الإصغاء للمريض و تشجيعه على الحديث عن نفسه بتقبل و اهتمام دون نقد أوحكم، أو موافقة، أو عدم الموافقة، لهذا فان أقسام العلاج النفسي و مراكزه تولي اهتماما شديدا لتدريب المعالجين على تنمية هاتين الخاصيتين، و من الممكن للأخصائي ذاته أن ينمي خاصية الإصغاء و المشاركة و الإحساس بمشكلات الآخرين بطرق متعددة منها

الإصغاء المتعمد و القراءة و الإطلاع على السير الذاتية و الحالات الإكلينيكية المختلفة.

(فروم إريك، 2004، ترجمة محمود منقذ الهاشمي، ص 148)

4- إدراك العميل في إطاره الاجتماعي و التصرف بمقتضى ذلك، حيث أنه ليس شخصا مجردا عن واقعه الاجتماعي، و الأخصائي الناجح هو الذي يدرك ذلك جيدا، و هذا يساعده على التشخيص و وضع خطة علاجية تتماشى مع ذلك.

5- التعامل مع الزملاء و مؤسسات العمل، حيث يعمل كثير من الإكلينيكيون في العيادات النفسية و المستشفيات و الجامعات و المصانع و الإدارات المختلفة، و لكي يتمكن الأخصائي من مساعدة جمهوره فإنه يحتاج أساسا للتعامل مع الإدارات و المؤسسات والزملاء و الأجهزة البيروقراطية، و ذلك بالإطلاع على أدوار العاملين الرسمية و مصادر القوة غير الرسمية و كيفية الاتصال بأصحاب القرارات و المهيمنين على جهاز المؤسسة حيث يواجه الإكلينيكي بعض الصعوبات و العراقيل التي تحد من عمله لذلك يجب عليه أن يكون قادرا على تحديد أولوياته.

6- احترام الذات و فهمها، و تطوير إمكانياتها عمل ضروري لكل إكلينيكي سواء كان اهتمامه موجها للبحث أو للعلاج أو الاستشارة، و ذلك بتحقيق التوازن بين حاجته للاقترب و التعمق أو البعد عن عمله، و أن يعرف متى ينشط و يتحمس و متى ينسحب و يتراجع يحتاج إلى أن يعيد فهمه لذاته و يلاحظها عندما يجد أن علاقته بأحد العملاء قد أخذت

تتجاوز شكلها المهني، أو عندما يجد حياته قد اتسمت بالقلق و الاكتئاب، كما يجب عليه أن يتحلى بالشجاعة على اتخاذ القرارات في مجال لا زال من أكثر المجالات العلمية غموضا، و عليه أن يعلم أيضا أنه لا يستطيع أن يساعد أحدا لا يريد منه المساعدة أوالعون، و لهذا أيضا فهو يحتاج إلى إن ينمي أحد الجوانب أو النشاطات الأخرى في حياته مما يسمح له بتحقيق الرضا الانفعالي و النفسي بعيدا عن مجال العمل.

و لأهمية هذا العامل الشخصي في حياة الأخصائي الإكلينيكي فان مدرسة التحليل النفسي مثلا لا تسمح لشخص أن يمارس التحليل ما لم يخضع هو ذاته للتحليل النفسي عند محلل نفسي متخصص و لو أن العلاج الشخصي غير مطلوب في المدارس الأخرى، فانه من المهم أن يكون الإكلينيكي واعيا بذاته و أفعاله، و أن يحتفظ بسجل سلوكي شخصي بحياته.

كذلك يجب أن يخطط لحياته حيث يجمع بين جوانب الترفيه و النشاط الجسمي جنبا إلى جنب مع الاهتمام بالجانب المهني، حيث أثبت "GURMAN" 1972 في بحث له عن المعالجين الناجحين أن المعالج الناجح هو من يخلو نسبيا من الصراع النفسي، و لكنه يستطيع في نفس الوقت أن يواجه مشاعر الاضطراب و التوتر عند حدوثها.

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، 2008، ص38)

7- القدرة على جمع المعلومات الخاصة بالحالة ككل، من خلال الفحص النفسي الذي يهدف إلى تقدير مرحلة النمو النفسي، و تحديد نوع الشخصية من خلال التحكم في الملاحظة، المقابلة، و الاختبارات و تحليل الملف، إضافة إلى تبادل المعلومات مع عناصر الفريق العامل معه لتحديد نوع المساعدة أو وضع خطة للمتابعة النفسية للحالات من أجل الوقاية أو العلاج، و توجيه الحالة إلى الأشخاص المختصين (أطباء، أطر فني،...) توجيهها صحيحا إذا تطلب الأمر.

إلى جانب هذه الكفاءات هناك كفاءات أخرى يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي الإكلينيكي الممارس في الصحة العمومية و نذكر منها:

1- معرفة و فهم بعض المفاهيم و المصطلحات الطبية في الأعصاب، الجراحة، و كل ما يتعلق بذوي الاحتياجات الخاصة.

2- إتقان اللغة الفرنسية، لأنه في بعض الأحيان يجد نفسه مجبرا على قراءة و كتابة تقارير و رسائل و توجيهات للحالات إلى الأطباء المختصين

3- معرفة الحقوق الإدارية و القانونية.

3- القدرة على كتمان أسرار الحالات. (محمد نجيب الصبوه، 2002، ص 329)

6- مجالات العمل الإكلينيكي:

إن مهنة الإكلينيكي تؤدي في عدة مجالات وميادين سواء في قطاع عمومي أو قطاع خاص وتختلف باختلاف المؤسسة التي يعمل بها، والحقيقة أن اتساع مجالات العمل الإكلينيكي جاء مصاحبا لاتساع دوره، حيث أصبح لا يقتصر على المشكلات العقلية والاضطرابات النفسية فقط، بل امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بالإمكانيات البشرية من أجل دفعها إلى الأمام وإلى المزيد من الصحة والفاعلية و الإنتاج، حيث يمكن أن يمارسها في:

1- العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي والنفسي وفي المؤسسات التعليمية والجامعية على اختلاف مراحلها ، فمهمة الإكلينيكي هي مساعدة الطفل الذي يعاني من مشاكل على التكيف الأفضل في المدرسة، و أيضا مساعدة الأساتذة على تفهم تلاميذهم من حيث استعداداتهم و قدراتهم، كما يساعد التلاميذ والطلبة على الاختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم مع محاولة إيجاد ارتباط بين مختلف استعداداتهم وما يطمحون إلى الوصول إليه، و يقوم بدراسة مشاكلهم و إيجاد الحلول لها، و يعتمد في عمله على الاختبارات والمقاييس، فهو يؤدي عمليتي " التشخيص والتوجيه " و أحيانا يتابع عملية العلاج طبقا لحجم المؤسسة وظروفها، أما في الجامعة فيقوم بأدوار التعليم، البحث والعمل الإداري و هذا طبعا إذا تحصل على

شهادات في الدراسات العليا (دراسة ما بعد التدرج). (فرويد، 1993، ترجمة وجيه أسعد، ص 27)

2- العمل في المؤسسات و أماكن العمل و الشركات و المنظمات، يقوم باختيار العمال و توجيههم إلى مهامهم، كل حسب قدراته و كفاءاته، و السهر على توفير الحاجات النفسية لهم إضافة إلى التدخل في حالة حوادث العمل.
(DANA CASTRO, 2004, page 65)

3- العمل في ميادين الخدمة الاجتماعية، و الإسكان والتعمير، والصناعة في الشركات و وسائل الإعلام، مكاتب العلاقات العامة، ومؤسسات التأمين، و مكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة. (NICOLAS GUEGUEN, 2007, page 5)

4- العمل في المؤسسات الإصلاحية كمؤسسات الأحداث والمنحرفين، و يقوم فيها بدراسة الحالات وتقديم الاقتراحات الخاصة بها، و يساعد في توجيه الأفراد والعمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

5- العمل في مراكز البحوث ومتابعة الدراسات التربوية والصحية والاجتماعية ويعمل في مراكز التخطيط والتنظيم و الإدارة.

6- العمل في الميدان العسكري وذلك بداية من استقبال العناصر الجديدة و إخضاعها لبعض الاختبارات، إضافة للتعامل مع الاضطرابات النفسية وقت الحرب وخاصة

اضطرابات الصدمة النفسية وما بعدها فضلا عن دوره في التخطيط وتوجيه العمليات النفسية كجزء من العمليات العسكرية.

7- العمل في العيادات النفسية الخاصة أو المستشفيات ومجال الصحة مثل:

مستشفيات الأمومة والطفولة، العيادات متعددة الخدمات، ويقوم فيها بالتشخيص

والوقاية و العلاج. (طلعت همام، 1947، ص 12)

ونحن في بحثنا هذا نركز على الإكلينيكي العامل في مجال الصحة العمومية و الأدوار التي يقوم بها و سنتطرق له بشيء من التفصيل.

7-الأشخاص الذين يقدم لهم الإكلينيكي خدماته:

يعمل الإكلينيكي مع كل فئات المجتمع من الأطفال و الراشدين و الأزواج، و العائلات والمراهقين و المسنين، و المعاقين، (ALAIN PAINEAU, 2004, page 11) ففي الماضي عرف "Korchin" 1976 علم النفس الإكلينيكي على انه في أساسه اتجاه إكلينيكي بمعنى أنه يهتم بفهم المشكلات التي تعترض بعض الأفراد و يحاول تقديم حلول لها ما أمكن، و هكذا نجد الجمهور الذي يعامله الإكلينيكي هو أساسا الجمهور الذي يعاني من اضطرابات، إضافة إلى الذين لا يعانون من اضطرابات، و الهدف هو تقديم العون والمساعدة على حياة أفضل، و أكثر فاعلية، و لهذا يمكن النظر لعلم النفس الإكلينيكي بصفته مهنة الهدف منها الإغاثة و تقديم العون لمن يحتاجه (Helping profession).

تتنوع الاضطرابات التي تواجه الشخصية و تمتد لتشمل تلك الحالات التي تتراوح بين مشاعر الكدر و الضيق إلى الحالات العقلية الخطرة، و التخلف العقلي، و الجناح.

و الطريق الشائع في تقسيم الاضطرابات التي تواجه الشخصية هو النظر إليها وفق خمس فئات كبرى و هي:

1- الأعصاب

2- الذهان الوظيفي

3- الذهان العضوي

4- اضطرابات الشخصية

5- التخلف أو الضعف العقلي

غير أن جمهور الإكلينيكي أصبح الآن أكثر اتساعا من الاختصار على الفئات السابقة المرضية ليشمل الناس فرادى أو مجموعات، و المتفوقين و الأسوياء و لهذا تحول بعض الأخصائيين تدريجيا من مفهوم التعامل مع فرد واحد مضطرب في جلسة تشخيصية أو علاجية إلى مفهوم أكثر اتساعا فأصبح من جمهوره الأزواج و العائلات التي تطلب عونا إكلينيكيًا لتغيير أنماطها السيئة في التفاعل، كذلك طلاب المدارس و الجامعات و كل

المرضى الذين يعتبرهم الطبيب البشري الممارس حالات مضطربة، واتسع المجال أكثر فأكثر ليشمل المساجين، و الأطفال الجانحين، و المسنين...الخ

بعبارة أخرى فإن الجمهور الذي يحتاج للخدمات الإكلينيكية أصبح يشمل الآن كل الأفراد أو الجماعات التي تطلب العون للتخلص من أنماط و مشكلات اجتماعية أو عقلية تتطلب الإرشاد لطرق أكثر ايجابية و فاعلية تساعد على حياة أفضل.

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر 2008 ص 31-32)

8- أخلاقيات مهنة الإكلينيكي -ميثاق أخلاقيات المهنة-:

بالرغم من أن الإكلينيكيين الممارسين طوال تاريخ علم النفس الإكلينيكي كانوا على وعي بالمعايير الأخلاقية التي تتطلبها المهنة في أدق صورها إلى أن نشر "ستور" المعايير الأخلاقية التي يجب أن تحكم الممارسين في هذا الميدان سنة 1953، و بعدها نشرت جمعية علم النفس الأمريكية ميثاق المعايير الأخلاقية سنة 1963، قد اعتمدت في ذلك على الدراسة المستفيضة للمشكلات الصعبة التي تواجه الممارسين و القرارات الدقيقة التي يشعر الفرد منهم بالحيرة عند اتخاذها. (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، 2008 ص 39)

و قد أرفقت جمعية علم النفس الأمريكية بالميثاق الأخلاقي الذي صاغت مبادئه بالتعاون بين أعضائها كتيباً آخر يشرح معنى كل مبدأ نشر، و بعض الحالات التي يتعرض لها

الأخصائيون النفسيون لتحديد معنى هذه المبادئ في ميدان الممارسة العلمية و فيما يلي بعض هذه المبادئ:

المبدأ الأول: التمسك بالمعايير الأخلاقية و القانونية

على الأخصائي عند ممارسته لمهنته أن يظهر احتراما واضحا للأوضاع الاجتماعية السائدة في مجتمعه فضلا عن الاستجابة للتوقعات الأخلاقية من قبل المجتمع الذي يعمل فيه، وأن يضع في الاعتبار أن قيامه بالخرق للمعايير الاجتماعية و الأخلاقية و القانونية السائدة قد يترك آثاره السيئة على مرضاه، و طلابه و زملاء مهنته، و اسمه و سمعته المهنية بشكل عام.

المبدأ الثاني: التصريحات العامة

التحلي بالتواضع، و الحذر العلمي و الوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة، و ذلك في كل التصريحات التي تصدر عن الأخصائي عندما يطلب منه مباشرة أو غير مباشرة الإدلاء بمعلومات معينة للجمهور.

المبدأ الثالث: السرية

حماية أي معلومات يكون قد حصل عليها من فرد معين بطريق التعليم أو الممارسة أوالبحوث، واجب و التزام أخلاقي أساسي على الإكلينيكي العمل به، و يجب تجنب إفشاء

هذه المعلومات بأي حال من الأحوال لأي شخص إلا تحت شروط ضرورية أوضحتها الملاحق المرفقة بميثاق المعايير الأخلاقية.

المبدأ الرابع: الصالح العام للعميل أو الحالة

يحترم الإكلينيكي تكامل الشخص أو الجماعة التي يعمل معها و يحمي مصالحها ما أمكن و من الأمثلة التي يضعها الميثاق أن يحتفظ الإكلينيكي بمسؤوليته اتجاه الحالات التي تحول إليه و أن يتولاها شخصيا، و أن يكون قادرا على إنهاء علاقة إكلينيكية بمرضاه طالما يعرف أنها أصبحت غير مفيدة وأن أولى اهتماماته هو الحالة و ليس المهنة.

المبدأ الخامس: الإعلان عن الخدمات

على الإكلينيكي أن يتمسك بالمعايير المهنية، و ليس بالمعايير الدعائية أو التجارية عند محاولته التعريف بخدماته (فمثلا يجب تجنب الإعلان عن عمله)، و أن لا يتحيز في اختياره للحالات التي تأتي، و أن يضع عند تقديم خدماته متطلبات مغالى فيها.

المبدأ السادس: تفسير الاختبارات والمقاييس

إن الدرجات التي يحصل عليها الإكلينيكي باستخدام المقاييس النفسية والاختبارات، يجب معاملتها نفس المعاملة التي يعامل بها الأدوات الأخرى لجمع المعلومات، فلا يجعلها متاحة إلا للأشخاص المدربين على تفسيرها أو الذين سيستخدمونها بطريقة لائقة.

(ALAIN PAINEAU, 2004, page.24)

المبدأ السابع: الحيطة عند ممارسة البحث العلمي

يتحمل الإكلينيكي المسؤولية كاملة لحماية مصالح الأشخاص والحيوانات التي تكون موضوع لبحثه.

إضافة إلى هذه المبادئ هناك عناصر أخرى يجب أن يتحلى بها الإكلينيكي أثناء ممارسته لمهنته منها:

* احترام حقوق الآخرين و خاصة العميل.

* الكفاءة في التعامل.

* المسؤولية و الموضوعية و الحيادية.

* الاطلاع والتمكن العلمي والنظري.

* احترام الهدف المسطر منذ بداية العلاقة مع العميل.

* الاستقلالية المهنية: يجب أن لا يكون تابعا أو تحت أي ضغط لأي شخص أو هيئة

أثناء أدائه لمهنته. (psychologie-clinicien.fr/code déontologie)

لكن للأسف الشديد نحن في الجزائر لا نملك ميثاق لأخلاقيات المهنة، رغم المساعي الجادة

و الدعوة إلى ذلك.

خلاصة: الإكلينيكي شخص تلقى تكويننا نظريا و ميدانيا في علم النفس، يتميز بسمات

وخصائص شخصية أهمها الذكاء و القدرة على فهم و مساعدة الآخرين، تختلف مهامه

حسب أماكن و مجالات عمله، و هي محصورة بين التوعية و الوقاية، التشخيص و العلاج

و البحث العلمي، و من كفاءاته القدرة على اتخاذ القرارات في المواقف الصعبة، و هو يقدم

خدماته لكل فئات المجتمع (أطفال، مراهقين، شيوخ، نساء، رجال...) في الحالات المرضية

و حتى غير المرضية، أثناء أدائه لمهامه يتحلى بأخلاقيات مهنية محددة حسب التراث

العلمي رغم عدم وجود ميثاق لأخلاقيات مهنة الممارسة الإكلينيكية في الجزائر.

الفصل الخامس: تقنيات و وسائل العمل الإكلينيكي

تمهيد:

تتعدد وسائل جمع المعلومات في علم النفس الإكلينيكي و عند الأخصائي الإكلينيكي، حيث يتوقف اختيار إحداها على مدى مناسبتها للموقف الإكلينيكي، و على حسب طبيعة المعلومات المطلوب الحصول عليها، و كلما استخدمت هذه الوسائل معا كانت النتائج المتحصل عليها أقرب إلى الحقيقة، و من بين هذه الوسائل نجد: دراسة الحالة، الملاحظة الإكلينيكية، المقابلة الإكلينيكية، و تطبيق الاختبارات و المقاييس النفسية، ثم تطرقنا إلى عنصر مهم و هو الإكلينيكي و عملية التشخيص، و بعدها التقرير السيكلوجي و خطوات تحريره.

و فيما يلي سنتطرق بشيء من التفصيل لكل أداة على حدا نظرا لأهميتها في العمل الإكلينيكي و في جمع المعلومات عن العميل و بدونها يبقى الإكلينيكي عاجزاً.

أدوات العمل الإكلينيكي:

1-دراسة الحالة:

1-1تعريفها:

يعتبر منهج دراسة الحالة نوعا من البحث المتعمق و الدقيق في النفس البشرية، فهو يهدف إلى جمع البيانات و المعلومات عن مجالات مختلفة للفرد مثل: تاريخ النمو، التاريخ التعليمي التاريخ الصحي و الاجتماعي و الأسري، مدعم بالوثائق الشخصية و بيانات الاختبارات النفسية و نتائج المقابلات.

و هي تتيح للأخصائي الإكلينيكي جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن تاريخ الفرد الكلي. (أحمد بدر، 1984، ص 29)

أصل المصطلح: أخذ علم النفس الإكلينيكي مصطلح دراسة الحالة من الطب النفسي العقلي وعمّ استخدامها في الكثير من العلوم الاجتماعية و النفسية، يمكن أن نقول: دراسة الحالة أوتاريخ الحالة و هي تستخدم للإشارة إلى العملية التي تجمع من خلالها البيانات و إلى البيانات نفسها والتي تهدف إلى: الكشف عن العلاقات بين أجزاء الظاهرة و تحديد العوامل المختلفة التي تؤثر في الوحدة المراد دراستها. (RENE NOVATI, 2001, page 159)

1-2- شروطها:

تتطلب هذه التقنية مجموعة من الشروط :

1.الدقة في تحري المعلومات مع مراعاة تكاملها.

2.التنظيم و التسلسل و الوضوح لكثرة المعلومات التي تشملها.

3. الاعتدال في طرح المعلومات فلا تكون مفصلة تفصيلاً مملًا و لا مختصرة.
4. مناسبة المعلومات مع هدف الدراسة.
5. ضرورة تسجيل و حفظ كل المعلومات لكثرتها و خشية نسيانها أو اختلاطها.
6. الاقتصاد في الجهد و إتباع أقصر الطرق لبلوغ الهدف المطلوب في الدراسة.
7. التأكيد على الموضوعية و الابتعاد عن الذاتية، خاصة في تحليل و تفسير النتائج.

1-3- جوانبها:

- 1- معلومات عامة: عن الأسرة، و المستوى التعليمي، و نوع عمل الوالدين... إلخ
- 2- معلومات شخصية: مثل المظهر الخارجي، اللباس... إلخ
- 3- معلومات جسمية: الطول، الوزن، و الحجم بشكل عام.
- 4- معلومات صحية: التاريخ المرضي للفرد، أمراض مزمنة، عاهات... إلخ
- 5- معلومات معرفية: القدرات العقلية، الذكاء، الاستعدادات و تكون من خلال اختبارات.
- 6- الحالة الانفعالية: ما يفرحه، الحزن، الغضب ...
- 7- النواحي الاجتماعية: تنشئة الاجتماعية، الأسرة، المجتمع، الميول، الاتجاهات...
- 8- معلومات أخرى: صدمات، حوادث، موت أحد الأقارب... إلخ

1-4- خطواتها:

. تحديد الأهداف الأساسية المَرْجُو الوصول إليها، و كذا سيرورة إجراءاتها، مع تحديد الجوانب المراد دراستها.

. تحديد الأدوات المستخدمة: مثل الملاحظة، المقابلة، و الاختبارات النفسية.

. توقع الزمن و الجهد الذي يجب حتى يتم إنهاؤها.

. تنظيم و عرض و تحليل البيانات و النتائج بطريقة موضوعية .

. النتائج و التوصيات: يوضح الأخصائي النتائج التي توصل إليها و أهميتها و إمكانية الاستفادة منها.

1-5- المزايا و العيوب:**أ- المزايا:**

- 1 . تعطي صورة واضحة عن الشخصية باعتبارها وسيلة شاملة و دقيقة فهي توفر معلومات تفصيلية و شاملة و معمقة عن الظاهرة المدروسة.
- 2 . تُيسر فهمًا شاملاً و تامًا للحالة موضوع الدراسة.
- 3 . تمكن من الوصول إلى نتائج دقيقة و تفصيلية حول الظاهرة المدروسة.
- 4 . تساعد الحالة أو الشخص المدروس على فهم نفسه و اكتشاف قدراته و إمكاناته.
- 5 . تفيد في عملية التنبؤ لأنها تشمل جوانب العميل في الماضي و الحاضر .

ب- العيوب:

- 1 . تحيّر الباحث في بعض الأحيان عند تحليل و تفسير نتائج الظاهرة المدروسة، و بالتالي تكون ذاتية و تقضي على الموضوعية.
- 2 . تعتبر مكلفة من ناحية الجهد و المال و الوقت.
- 3 . تستغرق وقتاً طويلاً و هذا ما قد يؤثر على التدخل النفسي و العلاج.
- 4 . الكم الهائل من المعلومات المتحصل عليها و التي يصعب في بعض الأحيان تلخيصها وتحليلها و تفسيرها. ([http: //hegazy 82.blog spot.com /2007/12/blog- post-html](http://hegazy82.blog.spot.com/2007/12/blog-post.html))

2-الملاحظة العيادية:

2-1- تعريفها:

- يعرفها " Deketel " بأنها عملية المشاهدة و الانتباه الذهني الإرادي و الموجه نحو جمع المعلومات المتعلقة بموضوع بحث محدّد و مضبوط الأبعاد و الأهداف.
- أما " Pedincelli " فقد أخذ الظواهر السلوكية في معناها و سياقها و ذلك من خلال تاريخ الفرد و ديناميكيته. (Bénony et ch. 2003. p 15)
- و الملاحظة هي الأقرب إلى الواقع حيث تدرس الفرد دون معزل عن محيطه و تفاعلاته مع الآخرين. (Ajuraguerra 1980. page 90)

و هي أداة رئيسية في دراسة السلوك الإنساني بصفة عامة، و خاصة في المواقف الطبيعية (السلوك على طبيعته) بحيث تتناول جانبا أو عدّة جوانب من السلوك في مواقف الحياة اليومية، في المدرسة، في المنزل، في العيادة، مع الجماعة...، و تسجل كل الملاحظات بدقة ثم يتم تحليلها و الربط بينها، و بين البيانات المستخلصة من الأدوات الأخرى المستعملة لجمع المعلومات بحيث تساعد في وضع تشخيص سليم، و بالتالي اقتراح خطة علاجية فعالة.

و بذلك فهي وسيلة لجمع البيانات تستخدم في الحالات التي تتطلب الاتصال و الحضور المباشر لمشاهدة و معاينة بعض الظواهر و السلوكيات كما يترجمها الفرد العادي، و هنا تجدر الإشارة إلى الفرق بين الملاحظة و المشاهدة فالأولى تكون شعورية إرادية، فالملاحظ يكون في حالة انتباه شديد، و يتبع منهج و خطة معينة، و هي تساعد على فهم و تحليل كل ما يقوم به الملاحظ (المفحوص) و كذلك تقييم المشكل الذي يعاني منه، في حين أن الثانية (المشاهدة) تكون عابرة غير قصدية ليست لها أهداف و في بعض الأحيان تكون سلبية.

(Wikipedia l'encyclopédie. Libre)

و يشترط في الأخصائي الإكلينيكي الملاحظ مجموعة من الخصائص أهمها:

1 . الانتباه: حيث يكون في حالة تأهب عقلي، و يقظة شديدة، و ذلك بالتركيز على الوقائع التي تهمة و تفيده في بحثه.

2 . الإحساس: تعتمد الملاحظة على حدّة الإحساس و سلامة الحواس (البصر . الشم . السمع)

3 . الإدراك: و هو الذي يتم من خلاله تفسير و تحليل كل ما يلاحظ.

2-2- شروطها:

تتطلب الملاحظة العلمية اختياراً و تصميمًا متعمداً لجوانب معينة من الظاهرة المراد دراستها مما يستوجب استخدام أساليب و أدوات دقيقة لذلك، وفيما يلي أهم الشروط الواجب توفرها:

1. أن تكون منظمة و مضبوطة تقوم على أساس سؤال أو مشكلة و فرضية مبدئية توجه الملاحظة و شريط خطوطها و تحيط بنواحيها وفق خطة معدّة مسبقاً.
2. أن تكون دقيقة كما و كيفاً، بحيث يلجأ الباحث إلى القياس كلما أمكن ذلك.
3. أن تكون موضوعية بعيدة عن التحيز.
4. أن يستعين الملاحظ بكل وسيلة أو أداة تساعد على الدقة و الضبط.
5. السرعة في تسجيل الملاحظات و الاستعانة بأحسن و أدق الوسائل. (محمد أحمد النابلسي، 1997، ص46)

2-3- أنواعها:

هناك العديد من أنواع الملاحظات، و ذلك حسب الهدف منها و نحن سنركز أعلى نوعين أساسيين هما:

1- الملاحظة العابرة (العرضية): و هي مشاهدة بعض الجوانب السلوكية بصورة

غير مقصودة دون تحديد مسبق و لا يستخدم فيها التسجيل، و بالتالي نتائجها غير دقيقة و ليست لها قيمة علمية، لكنها مهمة جداً، حيث تعتبر مصدر إثارة للفكر، وتجعل الأخصائي ينتبه إلى العديد من الأمور التي لا يمكن الحصول عليها بأي أداة من الأدوات.

2-الملاحظة المنظمة (العلمية) : و هي عبارة عن ملاحظة مقصودة مدبرة، و في

ظروف بيئية يعدها الأخصائي إعدادا دقيقا، و ذلك من خلال إعداد قائمة لعناصر

السلوك أو مجموعة السلوكات المراد ملاحظتها، و هي ما يعرف بشبكة الملاحظة، و يستطيع الباحث تسجيل نتائجها من خلال الكتابة و التسجيل السمعي و البصري.

لقد تطوّرت طرق الملاحظة المضبوطة حتى أصبح الأخصائي يستعمل طرقا مبتكرة لدراسة سلوكات مختلفة، منها ما يعرف " بغرفة العزل " و التي صممت لدراسة الأطفال بجامعة " أوهايو " .

و تجدر الإشارة إلى أن أول من استخدم الملاحظة المضبوطة هم الألمان في دراسة إرجاع المولود لمختلف المنبهات الحسية، بعدها استخدمها " واطسون " في أمريكا سنة 1925 في جامعة " جون هويكنر " في تجاربه على انفعالات المولود.

و أدخل " جيزل " آلة التصوير السينمائي في تسجيل سلوك الأطفال سنة 1926 و بذلك أتاح للإمام بأدق التفاصيل من خلال الملاحظة و إعادة الملاحظة كلما لزم الأمر.

2-4- مميّزاتها:

و هي تتصف بعدّة مميّزات أهمها :

- 1 . الدقة و الانتباه لما يجري في الظاهرة موضوع البحث.
- 2 . الاعتماد على الحواس بالإضافة إلى استخدام أدوات بحثية أخرى .
- 3 . هي عملية منظمة و مقصودة و موجهة.

4 . تسمح بتسجيل السلوك وقت حدوثه.

5 . تسمح بجمع معلومات يتعذر الحصول عليها من خلال الاستبيان أو المقابلة.

6 . تساعد الملاحظة على مشاهدة الظواهر الحسية و تصنيفها و الكشف عن مختلف أبعادها

للوصول إلى أحكام وصفية للوقائع و الظروف و العلاقة بينهما التي تمثل قوانين العلم.

(رشيد زرواتي، 2007، ص 205 . 206)

2-5- إجراءاتها:

هناك العديد من الإجراءات التي تتم أثناء القيام بعملية الملاحظة و تتمثل في:

1- تحديد مجال الملاحظة و بيان مكانها و زمانها وفقا لأهداف الدراسة.

2-انتقاء عينة تمثل المجتمع الأصلي المراد دراسته حتى يمكن تعميم النتائج المتحصل

عليها، (في حالة البحوث) .

3- إعداد بطاقة الملاحظة لتسجيل المعلومات الملاحظة.

4- تسجيل ما يلاحظ بطريقة مباشرة و سريعة.

5-الاستعانة بالوسائل التكنولوجية المتطورة في رصد السلوك مثل استخدام الكمرات

للحصول على الموقف كما هو و إمكانية إعادة رؤيته كلما لزم الأمر.

6- إمكانية الاستعانة بأفراد آخرين للمساعدة بشرط إخضاعهم لتدريب يؤهلهم لإجراء هذا

العمل.

7- تأكد الإكلينيكي من صدق ملاحظاته من خلال إعادتها لأكثر من مرة و على فترات متباعدة أو مقارنة ما لاحظته بملاحظة شخص آخر.

8- التحري بالموضوعية و التأكد من عدم تحيز الأخصائي أو باهتمامه بجانب دون آخر.

هناك في البداية عملية استطلاعية ممهدة تمكن الإكلينيكي من تحديد مجال الملاحظة ووضع قوائم أو شبكات لجمع الاستجابات التي سيتم تسجيلها.

2-6- المزايا و العيوب:

أ- المزايا:

- 1 . دقة المعلومات بسبب ملاحظة الظاهرة في ظروفها الطبيعية.
- 2 . يتم تسجيل السلوك في نفس الوقت الذي يحصل فيه و بالتالي تقضي على احتمال النسيان.
- 3 . الملاحظة ذات أهمية خاصة في حال عدم التمكن من استخدام أسلوب المراقبة والاستبيان.
- 4 . تقضي على مقاومة بعض الأفراد في التحدث عن أنفسهم بصراحة.
- 5 . وسيلة فريدة للوصول إلى حقائق معينة يتعذر الوصول إليها باستخدام وسائل أخرى خاصة فيما يتعلق بالأطفال.
- 6 . تستخدم دوماً ضمن الأدوات الأخرى مثل المراقبة، و الاختبارات، و لا يمكن الاستغناء عنها.

7 . إمكانية إجراء الملاحظة على عدد قليل من المفحوصين.

ب- العيوب:

1 . تتأثر الملاحظة بشخصية الملاحظ (الأخصائي) من خلال صعوبة الإدراك الحسي إذ تعتبر الملاحظة عملية إدراك حسي لسلوك أو حدث، و معلوم أن الإدراك مخطأ... فقد يلاحظ الفرد من الظواهر سوى ما يتصل باهتمامه، و أغراضه، و حتى يتجنب الأخصائي الوقوع في خطأ الإدراك يجب أن يكون متدرّباً..

2 . تعجز الملاحظة عن تغطية بعض جوانب السلوك.

3 . عدم تحري الدقة في كل إجراءاتها.

4 . قد يغير بعض المفحوصين أداؤهم و سلوكياتهم عندما يشعرون بأنهم تحت الملاحظة.

5 . قد تستغرق وقتاً، و جهداً، و مالا يفوق قدرة الأخصائي.

6 . عدم القدرة على التحكم في بعض المتغيرات الدخلية و التي قد تؤثر على صدق النتائج.

7 . صعوبة الملاحظة على العينات ذات الحجم الكبير حيث يصعب رصد كل السلوكيات

والتصرفات الصادرة عن أفراد العينة .(منى أحمد الأزهرى، مصطفى حسين باهي، 2000 ص

(47

8 . صعوبة ملاحظة بعض السلوكيات لذلك وضع علماء النفس لتجاوز هذا حجرات ذات رؤيا

في اتجاه واحد، كما استفادوا من وسائل أخرى لتجنب مضايقة المفحوص و تركه على

طبيعته حتى لا تتأثر استجاباته.

بالرغم من السلبيات التي تعتبر كمآخذ عن الملاحظة كأداة في يد الإكلينيكي، غير أنها تبقى أسلوب ضروري لجمع المعلومات و البيانات، خاصة في حالة صعوبة استخدام وسائل أخرى كالمقابلة و الاستبيان، بل لا يمكن الاستغناء عنها لأنها تستعمل بالموازاة مع كل الأدوات الأخرى.

3-المقابلة الإكلينيكية:

أصبحت المقابلة في العصر الحديث أداة بارزة من أدوات البحث العلمي، و قد ظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة كميدان الطب و الصحافة و المحاماة و إدارة الأعمال و الأنثروبولوجيا و بشكل خاص في مجالات التشخيص و العلاج النفسي.

3-1- تعريفها:

يعرفها "الين روس " بأنها عبارة عن علاقة دينامية و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر الشخص الأول هو الأخصائي النفسي، مع شخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة محورها الأمانة و بناء علاقة ناجحة.

أما "بنجهام" و "مور" " Binghaam"، "Moore" فيرون أن المقابلة هي محادثة موجهة لغرض محدّد غير الإشباع الذي يتم في المحادثة نفسها، فليس الهدف منها عنونة المريض وإلصاق الصفات به أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محدّدة، و إنما الهدف منها هو الكشف عن

ديناميات السلوك المرضي قبل أي اعتبار و يتوقف نجاحها على قدرة الأخصائي على بناء علاقة دافئة و مشجعة بينه و بين العميل.

و يبرز غرض المقابلة من خلال الهدف منها سواءً كان تشخيصا أو إرشاديا أو علاجيا أو استطلاعيا، فإن جمع المعلومات و الفهم المتكامل للعميل هو القاسم المشترك للمقابلة بشتى أنواعها. (Ghiglione et J F Richard, 1999 page 382)

3-2- مبادئها:

هناك مبادئ يستحسن أن يباشر بها الإكلينيكي المقابلة و منها:

1. شرح هدف و أغراض المقابلة للعميل بوضوح.
2. وصف الطريقة التي وصل بها العميل إلى المقابلة سواءً كانت تحويلا من مؤسسات أو شخصية.
3. تعريف الشخص أو الأشخاص المشتركين في المقابلة ببعض الإرشادات المرتبطة واللازمة لنجاح المقابلة (تحديد مواعيدها).
4. تأكيد السرية التامة للبيانات التي تجمع عن طريقها، و طمأنة العميل لضمان أعلى قدر من استجابته و خفض توتره، و الحصول على تعاونه و تجاوبه.

عند إجراء المقابلة يجب :

1. تحديد مكان و زمان و تاريخ المقابلة.
2. تحديد أهدافها و أغراضها.

3 . تحديد الأسئلة و نوعيتها .

4 . توفير الجو المريح و الحرّ و الخاص لجلسة العمل .

3-3- الأسس التي تقوم عليها:

حسب "غاريت" 1942 هناك سبعة أسس منهجية تقوم عليها المقابلة الإكلينيكية و هي:

1 . الإصغاء الدقيق: تؤكد " غاريت " أن الإصغاء الدقيق عند الأخصائي لكل كلمة من

كلمات العميل هو أهم أسس المقابلة الناجحة حيث أن الإصغاء (listening) يختلف عن مجرّد الاستماع (Hearing)، لأنه مشاركة وجدانية كاملة للعميل الذي يقوم بعملية تفرغ لمشاعره و آلامه، و احباطاته، و يجب عليه أن يعرف جيّدًا قيمة الكلمات و مقدارها و آثارها و وقتها المناسب، وكذا أن يترجم فترات الصمت التي تظهر عند العميل في بعض الحالات.

(BERGERET. J, 2008, Page 120)

2 . الأسئلة الهادفة: حيث أن السؤال الذي يخرج من منطلق محدّد غالبًا ما يطرق هدفًا

محدّدًا، و يجب على الأخصائي تجنب الأسئلة التي تكون إجابتها (نعم، لا) لأنها لا تفي بالغرض، بل لابد من أسئلة تتيح للعميل التعبير المفصل عن مشاعره و آرائه.

3 . إدراك الدوافع اللاشعورية: حيث أن الأخصائي الخبير يحاول دوما قراءة تعابير

العميل، و وجهه، و كلماته، و أنماط سلوكه، و حركاته، و تصرفاته، لأنها تعكس دوافعه اللاشعورية من الأعماق، وقد تظهر على شكل ميكانيزمات دفاعية أو تعبيرات رمزية، فكثيرا

ما تكون كلمات العميل عبارة عن رموز تعبيرية، يجب تأويلها و ترجمتها، و ربطها بإطارها الواقعي، حيث أن السلوك ينبع من دوافع شعورية و لاشعورية و كل خبرة لها أيضاً صفات موضوعية و أخرى ذاتية، و طالما أن هدف الأخصائي هو تقديم المساعدة الفعالة للعميل فعليه استنتاج الحقائق الواقعية التي تبصره بحالة. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 415).

4 . كشف و ملاحظة التناقضات الوجدانية: يواجه الأخصائي أثناء المقابلة مع العميل تناقضات وجدانية ذات دلالات بيولوجية . لاشعورية، فهو يريد مساعدة جدية و لكنه غير قادر على طلبها بصراحة، و هو يطلب النصيحة و لكنه لا يتبعها و لا ينفذها حين تعطى له وهناك شكل ثالث للتناقض الوجداني ينعكس في أن المعلومات التي يعطيها العميل سرعان ما يأتي عكسها في سلوكاته، و الإكلينيكي الخبير يضع في اعتباره منذ البدء في دراسة الحالة عشرات الاحتمالات لهذه التناقضات الوجدانية عند المرضى و الآباء، و هي كلها تتحرك من دوافع وحاجات لاشعورية تنعكس على شكل تناقض وجداني و مهمته هي الوعي بهذه المؤشرات ومساعدة صاحبها. (BERGERET. J 1979, page 112)

5 . التقبل المبصر: و هي أن يتقبل الإكلينيكي العميل كما هو (As it is)، بمعنى تقبل الاتجاهات و العلل و الانفعالات دون الموافقة العمياء عليها، فالاحترام للعميل لا يتنافى مع توضيح وجود الخطأ في اتجاهاته بأسلوب تدريجي فيه الكثير من اللباقة، و وضع الأمور في نصابها و أوقاتها المناسبة، لأن الإكلينيكي إذا واجه العميل مباشرة بأخطائه فإنه يستجيب للنقد بشكل عدائي و هذا يؤثر على سير العملية. (سعيد حسني العزة، 2004، ص 19)

6 . الوئام و العلاقة الحميمة المسؤولة: كثيرا ما نلاحظ أن العميل يتقدم إلى الإكلينيكي دون إدراك لطبيعة علاقته به و حدودها و مسؤوليتها، و يرمي بمشكلته عليه متوقعا منه حولا سحرية و سريعة، لذا يجب على الإكلينيكي أن يوضح بما لديه من براعة و مهارة و خبرة في بناء العلاقة القائمة على التآلف و المودة بأن في المقابلة مسؤوليات مشتركة بين الطرفين فالعميل لابد أن يؤدي دور التغير في اتجاهاته و سلوكه و التعاون معه في أدائه لمهمته.

و قد أكد " وول " 1958 أهمية الوئام في العلاقة الحميمة بين الأخصائي و العميل و أوضح أن الوئام هو نتاج علاقة مهنية ناجحة، و يقترح أن أفضل طريقة لنمو تلك العلاقة هي أن ننفذ مباشرة إلى المشكلة، و بذلك يصبح الوئام بابا يضعنا وجها لوجه أمام المشكلة و في صميمها.

* إن القدرة على التعرف على الانفعالات و المشاعر و الاتجاهات و الإحساس بوجودها ودرجتها و صفتها، قدرة لا يمكن اكتسابها فقط من قراءة كتاب أو من الدراسة الأكاديمية ولكنها تحتاج إلى تطبيق مستمر للمعرفة النظرية يوما بعد يوم، و من الاحتكاك و التفاعل مع الناس بما لهم من مشكلات واقعية و ذاتية. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 418)

7 . تفسير البيانات و النتائج: إن المقابلة بين الإكلينيكي و العميل هي في حقيقتها سلسلة متصلة من تكوين الافتراضات و اختبار صحة هذه الافتراضات حيث تلعب خبرة الإكلينيكي بجانبها النظري و المهني دورا هاما في عملية تفسير البيانات و نتائج الاختبارات إن وجدت لكن ميكانيزمات الدفاع و مشاعر القلق قد تكون عائق في تقبل التفسير و التعليل.

3-4- تسجيلها:

اختلف العلماء حول طرق تسجيل المقابلة و ذلك حسب مستوى العميل، و نوع المقابلة و غرضها، و أهدافها، وفيما يلي بعض طرق لذلك:

- 1 . الكتابة من الذاكرة الشخصية للأخصائي بعد إكمال المقابلة.
 - 2 . وجود نظام سابق للتصنيف و الترميز يمكن استخدامه كأن يرسم علامة أمام الرّمز المناسب في مربع أو في مسافة تترك لهذا الغرض.
 - 3 . التسجيل الحرفي لكل ما يقوله العميل أثناء المقابلة.
 - 4 . استخدام أجهزة التسجيل الصوتي، أو الصوتي المرئي بعد موافقة العميل أو دون علمه.
- و رغم أن لكل طريقة مزاياها و عيوبها فإن غايتها رفع درجة الصدق و الثبات لبيانات المقابلة و يبقى لكل حالة موقفها الخاص، و طريقتها المثلى في التسجيل، و هنا تبرز مهارة الإكلينيكي في استخدام الأداة الملائمة، في المكان اللائق و في الوقت المناسب.

3-5- أنواعها:

هناك العديد من التصنيفات و ذلك حسب العميل (فردية . جماعية) أو حسب الهدف (تشخيصية ، علاجية)

المزايا و العيوب:

أ- المزايا:

تبقى المقابلة الإكلينيكية الأداة الوحيدة التي لا يمكن للإكلينيكي الاستغناء عنها في مهنته لأنها أفضل وسيلة في جمع المعلومات، بل إنها شريان العمل الإكلينيكي.

ب- العيوب:

ازدادت مصادر النقد في العصر الحديث لفجوات المقابلة و عيوبها رغم ما فيها من مزايا وإيجابيات، و من هذه العيوب نذكر:

1 . ليس من المستبعد أن يقع الأخصائي أثناء المقابلة في تحيز شخصي، سواء في تفسيره للمحادثة أو نظرته للشخص الآخر أثناء المقابلة، فقد تقف فوارق الجنس، و اللون، و الدين والاتجاه الأيديولوجي و السياسي عوائق صعبة في وقوع الإكلينيكي أثناء المقابلة ضحية لتفكير مسبق و أحكام عاطفية لا تخلو من التعصب و ليس من السهل إنكارها أو التخلص منها ببساطة لأنها جزء من شخصية الإكلينيكي.

2 . أثناء المقابلة يمكن الإيحاء للعميل بنوع الأجوبة التي يعتقد أن الإكلينيكي يريد الوصول إليها.

3 . قد يعطي العميل في بعض الحالات إجابات لا تعبر عن رأيه الحقيقي إذا كان خائفاً أو خجولاً، أو شاعراً بالذنب أو محاولاً الاحتفاظ بكرامته و شعوره، أو تحت أي ضغط من الضغوط.

4 . إن السرعة أثناء إجراء المقابلة تكون عاملاً يهدّد ثباتها و صدقها و لهذا لا بد من وجود الوقت الكافي لذلك. (عطوف محمود ياسين 1981 ص 404)

4-الاختبارات و المقاييس النفسية:

ظهرت الاختبارات و المقاييس النفسية في بداية القرن الماضي، و كان ظهورها نتيجة الضغط الناتج عن طلب المؤسسات الصناعية و التربوية و الإكلينيكية، فقد طرحت هذه المؤسسات مجموعة من الأسئلة فكان سؤال المؤسسات الصناعية هو: كيف يمكن اختيار عدد كبير من الأشخاص لمهنة معينة أو توجيههم لأخرى؟ و كان سؤال المؤسسات التربوية هو: كيف نوجه الأفراد و كيف نكتشف قدراتهم و إمكانياتهم؟ و كيف نحدّد لهم طريقة تربوية خاصة؟ أما السؤال الإكلينيكي فكان: كيف يمكن تقييم مختلف عوامل الشخصية؟ و كيف نقيس الشخصية بمختلف دينامياتها؟ و غيرها من الأسئلة التي أدت إلى ظهور الاختبارات للإجابة عنها. (جيلفورد، 1977 ، ترجمة يوسف مراد، ص 645) .

4-1 تعريفها:

يعرّف الاختبار على أنه أداة محدّدة تتضمن مهمة يكون على الفرد انجازها، تستعمل تقنية محدّدة لتقدير النجاح أو الفشل، أو لإعطاء علامة النجاح.

* أما " بيشو" Pichot " فيعتبر أن الاختبار هو وضعية تجريبية مقننة تكون بمثابة مثير لسلوك، و يقيم هذا السلوك بمقارنة إحصائية بسلوك أفراد آخرين وضعوا في الوضعية نفسها

مما يسمح بتصنيف الفرد المفحوص كمياً و نوعياً.(كوسينيه جاك، 1982، ص 30)

إذن فالاختبارات النفسية هي مقاييس موضوعية مقننة لعينة من السلوك، و هي أدوات أو وسائل هامة يستخدمها الأخصائي الإكلينيكي في عمليات تقدير إمكانيات الفرد و في التشخيص والتنبؤ، و حتى العلاج، و في دراسة مجالات واسعة في السلوك و في الدراسات والبحوث خاصة إذا وضعت لها ضوابط و معايير من الثبات و الصدق، و دلالاتها الإكلينيكية وحدودها التي تقيس القدرة أو السمة المطلوب قياس، إضافة إلى الملاحظة التي لا يمكن الاستغناء عنها. (DANIEL LAGACHE, sans année, page 5)

4-2 شروط تطبيقها:

هناك مبادئ أساسية تتعلق بكيفية إجراء الاختبار النفسي و التي ينبغي على الإكلينيكي الالتزام بها و العمل على مراعاتها أثناء التطبيق، و نذكر منها:

- 1 - تهيئة مكان إجراء الفحص، و وقته بحيث يكون المفحوص مرتاحا فيهما.
 - 2 - تفرغ الإكلينيكي التام للمفحوص، و عدم الانشغال بأمور أخرى.
 - 3 - اطلاع المفحوص على أمر الاختبار و الهدف منه و كيفية إجرائه.
- أما بالنسبة للإكلينيكي فيجب أن تكون لديه المعرفة التامة بطبيعة الاختبار و حدوده و أهدافه و أوجه الصعوبة و السهولة فيه و كيفية شرحه و تفسيره. (كاملة الفرخ، عبد الجابر تيم، 1999، ص 81)

4-3- أنواعها:

تتنوع الاختبارات النفسية فيما بينها في دراسة الفرد، فمن حيث الموضوع، فهي اختبارات للذكاء العام، و القدرات و التحصيل و الميول، و الاتجاهات و السمات، و من حيث الإجراء فهي

فردية أو جماعية، و عادة ما تكون هذه الاختبارات إما لفظية تعتمد على اللغة أو عملية تعتمد على ترتيب المواد. (بشير معمرية، 2007 ، ص 96)

أما أنواع الاختبارات التي يشيع استخدامها في الممارسة الإكلينيكية و في الفحص النفسي فإنه يمكن تصنيفها على أساس الوظائف التي يفترض أن تقيسها، و هي تشمل مجموعتين رئيسيتين في الوظائف: الوظائف الذهنية و خصائص الشخصية. (فيصل عباس، 1996، ص 12) و هي كما يلي:

1. اختبارات من نوع الاستبيان Questionnaire: و هي خاصة مثل اختبارات التقدير الذاتي، التي تستخدم الورقة و القلم و تكون الإجابة (نعم . لا) مثل اختبار شخصية المتعدد الأوجه هذه الاختبارات تقيس جانبا محدداً من الشخصية، أي أنها تقيس سمات الطبع أو الفئات المرضية، و هي تستخدم عادة مع عينات كبيرة بهدف جمع أكبر عدد من الاستجابات و من ثم صبها و تحليلها و الخروج بنتائج معينة. (Anzieu D .1980 page 43)

2. اختبارات الوظائف الذهنية: و تشمل اختبارات الوظائف الذهنية، اختبارات الذكاء و الاستعدادات الخاصة، و القدرة على التجريد، و تشمل هذه الوظائف القدرات اللفظية والقدرات الأدائية كما هو حال اختبار " ستانفورد . بينيه "، و اختبار "وكسلر" للذكاء، و هذه الاختبارات يمكن تطبيقها في مرحلة الطفولة ما قبل المدرسة، أو مرحلة الطفولة و المراهقة و حتى الرشد. و يمكن التمييز بين اختبارات الاستعدادات و اختبارات التحصيل أو الانجاز التي تهدف إلى تقدير ما حصله الفرد من منهج دراسي أو برنامج تدريسي.

3 . اختبارات الشخصية: و تشمل عددًا متنوعًا من الاختبارات لقياس خصائص الشخصية و أكثرها شيوعًا و استعمالا في العمل الإكلينيكي الاختبارات الإسقاطية.

3-1- الاختبارات الإسقاطية:

استخدم "فرويد" الإسقاط في مواضيع مختلفة ليشير إلى أحد ميكانيزمات الأنا الدفاعية حيث تعزى من خلاله الرغبات اللاشعورية و ما يرتبط بها من قلق إلى موضوعات أو مصادر خارجية بدلا من ربطها بأسبابها الحقيقية، و ذلك في محاولة من الأنا لضبط القلق المرتبط بتلك الرغبات عند فشله في السيطرة عليها بطرق أكثر سواء، و اعتمادًا على هذا المفهوم بدأ علماء التحليل النفسي استخدام مفهوم الإسقاط في القياس للإشارة إلى الوسائل غير المباشرة أو الغامضة التي يمكن استخدامها لكشف رغبات و مشكلات الفرد و سماته الشخصية، في علاقتها الدينامية دون أن يلتفت إلى ذلك كنتيجة لتحرّر الخبرات اللاشعورية من رقابة الأنا.

(برونو كلوفر، هلين ديفيدسون، ترجمة حسن عبد الفتاح 2003، ص 3)

وقد صنفّت الاختبارات الإسقاطية بطرق مختلفة و ذلك حسب طبيعة المثير، إلى اختبارات تعتمد على اللغة أو الصور أو الرسم، و تبعًا لطبيعة الاستجابة إلى اختبارات إرتباطية أو بنائية و اختبارات الإكمال، و تكملة القصص، و اختبارات إعادة البناء و التركيب و غيرها.

. تتميز هذه الاختبارات بتحويل الإثارة من الخارج إلى الداخل فتصبح خبرات الفرد المكبوتة مصدرًا أساسيًا لاستجاباته في ظل تحرّر هذه الخبرات من سيطرة الأنا.

(Roussillon, sans année, page 555)

- تقوم هذه الاختبارات بوظائف مختلفة في المواقف الإكلينيكية مثل: تحديد المستوى العقلي للفرد بقصد مساعدته أو توجيهه أو تشخيص ضعف عقلي، أو اضطراب عصابي، أو ذهاني كما تؤدي إلى الكشف عن قدرات الفرد و إمكانياته، و عن الجوانب المختلفة للشخصية وتشخيص الحالات السوية و المرضية، و معرفة ما يعانيه الفرد من مشكلات. و من أكثر الاختبارات شيوعا و استعمالا نجد:

1- اختبارات الرسم:

يعتبر الرسم لغة عالمية يشترك فيها كل الأطفال العالم، فهم يتحدثون بلغة واحدة لكنها تختلف من حيث سماتها البيئية، فالرسم يتيح لجميع الأطفال الفرصة للبحث، و الملاحظة، والتجريب والاستكشاف، و الابتكار، و الخيال، و التعبير إضافة للجانب الترويحي. (أسامة عمر فريانة، 2011، ص 61)

فهو لغة للتواصل و التفكير، و هو وسيلة تنفيس عن رغبات و دوافع و انفعالات تحاول أن تتحقق لكن الواقع يقف أمامها بالمرصاد، فتتخذ سبيلا آخر يرضي الواقع من خلال التحقق في الرسم، و ربّما نجد مثالا في ذلك أن شدة الحاجة إلى الدفء و الحب لدى الأطفال الكبار تنعكس في دلالات مثل الضوء و النار و التي تُعدّ في الغالب محاولات للتحكم في هذه الانفعالات. (Burns & Kaufma .1970. page 98)

إضافة إلى ذلك هناك بعض الرسوم التي تفرض نفسها على الشخص فهو في أغلب الأحيان يلجأ إلى رسم نفس الشيء كوجه شخص، أو شجرة، أو بيت أو غصن ...، و يدخل هذا وفق "فرويد" في مبدأ إجبار التكرار الذي يعد أكثر تغلغلا و قدماً في النفس، و هو بذلك يفرض

على الشخص تكرار خبرات و مواقف قديمة، و هذا التكرار ينتهي بصاحبه إلى الفشل و يخلف جراحًا في عزة النفس. (لاجاش، 1979، ص 38)

يعتمد الإكلينيكي إلى استخدام الرسم كوسيلة للحصول على المعلومات، خاصة في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بالطفولة، و مع حالات عديدة مثل، الأطفال الذين يعانون من الأمراض المزمنة، أو الأمراض النادرة، و هم من النزلاء الدائمين، أو أولئك الذين تعرضوا لصدّات أوفي العيادات متعددة الخدمات أين يتعامل الإكلينيكي مع حالات خارجية باضطرابات مختلفة وحتى في مصالح الطب المدرسي، فيلجأ إلى رسم الرجل أو رسم الشجرة أو رسم العائلة، و كل واحدٍ من هذه الاختبارات له ميزة معينة و له جوانب يكشف عنها.

و يبقى على الإكلينيكي التحكم في كيفية إجرائها و طريقة تحليلها و تفسيرها حتى تساعده في الحصول على ما يرغب فيه.

و فيما يلي سنعرض الأكثر شيوعاً منها:

أ- اختبار رسم الرجل: لـ "Goodenough.f" 1926 و هو اختبار يعتمد على تمثيل

أورسم الرجل يكون تطبيقه فردي أو جماعي بتعليمية بسيطة و هي (أرسم لي شخصاً أو إنساناً) دون إحياءات، يطبق مع الطفل أو المراهق.

يعتمد الرسم على تنقيط كل الجزئيات، و كل العناصر التي تظهر في رسم الطفل، فهو يحتوي على 52 باب مرقمة، نقوم بجمع الأرقام المتحصل عليها و من خلال ذلك يمكن قياس ذكاء الطفل (درجة ذكاء الطفل أو المراهق).

ب- اختبار رسم العائلة:

يستعمل أيضا مع الطفل أو المراهق بغية التعرف على المعاش النفسي، و سمات شخصية العميل، يحتاج فيه الإكلينيكي إلى ورقة بيضاء و قلم رصاص مبري جيّدا، بالإضافة إلى الأقلام الملونة، علماً أن استعمال המחاة ممنوع.

لقد كانت "منكوتسكا " ترى أن رسم العائلة نمط تفريغ ايجابي يسمح بالتعبير عن الصراعات العائلية.

يحلل هذا الاختبار على مجموعة من المستويات: المستوى الخطي، مستوى الشكل، مستوى المحتوى، و في نهاية الرسم يطرح الإكلينيكي مجمعة من الأسئلة: من هو الشخص الأكثر سعادة؟، من هو الشخص الأقل سعادة؟ من هو الشخص الذي تحبه أكثر؟ و من هو الشخص الذي لا تحبه؟، ومن خلال تحليل الإستجابات يستطيع الإكلينيكي الوصول إلى معلومات مهمة، إذ يكشف علاقة المفحوص بكل أفراد عائلته و الصراع الأخوي، الغيرة...الخ

1- اختبار رسم الشجرة:

يعتبر اختبار الشجرة أمرٌ مهمٌ جدًّا و ذلك لما تميّزت به عبر العصور، و الهدف منها هو تشبيهها بالإنسان فهذا الاختبار هو إسقاط لصورة الجسم، ترجع فكرة استخدامه إلى "Jucker.e" من أجل تحليل شخصية الفرد. (Widlocherd. 2002 p 135)

يتطلب تطبيقه ورقة بيضاء من حجم (21 . 27) تقدم للمفحوص طوليا مع قلم رصاص مبري جيّدا، و استعمال המחاة أو أداة أخرى ممنوع، الوقت المسموح، غير محدّد، و يستحسن

عدم وجود أي شجرة في المجال البصري للمفحوص تجنباً للإيحاء، و التعليمات هي: أرسم شجرة أو أرسم شجرة مثمرة.

يفسر الاختبار على حسب: منطقة الرسم على الورقة، إضافة إلى النواة الثابتة (جذور، جذع، أغصان) و عناصر التزين (توريق، ثمار، طبيعة)، حجم الشجرة، و لكل عنصر من هذه العناصر دلالات تحليلية معينة.

2- اختبار بقع الحبر الرورشاخ:

و هو تقنية مستخدمة من خلال بقع الحبر كمؤشر للقدرة المعرفية، و التداعي و الخيال البصري و السمات الشخصية، كان أول ظهور له على يد الألماني " Hermann Rorschach " ثم استكمل عمله مجموعة من الباحثين و طوّروا و عدّلوا و ترجموا إلى عدّة لغات. يتكوّن الاختبار من 10 بطاقات تحتوي كل منها على بقعة حبر مشابهة لبقعة مقابلة (بالتناظر)، تتكوّن خمس منها من اللونين الأسود و الرمادي على درجات مختلفة من التظليل و التلازم تعرف بالبطاقات اللالونية، في حين تتكوّن الخمس الأخرى من نفس اللونين إضافة إلى ألوان أخرى، و ذلك أيضا على درجات مختلفة من التظليل و التلازم و تعرف بالبطاقات اللونية.

يكشف الاختبار عن مجموعة من الجوانب:

➤ الجوانب المعرفية و العقلية: مستوى القدرة العقلية و فعاليتها (عالية، متوسطة، ضعيفة، متذبذبة)، نمط أو أسلوب المعالجة (منطقي، غير منطقي، منهجي،

استدلالي، استقرائي)، و قوّة الملاحظة (ملاحظة العموميات أو الجزئيات، الشائعة، أو غيرها)، و أصالة التفكير (ابتكاري، خيالي، واقعي)، الإنتاجية (منتج، غير منتج، ثري...)، و مدى اتساع الاهتمامات (متسعة، ضيقة، ثرية، سطحية)

➤ **الجوانب الانفعالية أو الوجدانية:** النعمة الانفعالية العامة، ردود الأفعال الانفعالية (تلقائية، اكتئابية قلق، إنسحابية، عدوانية...)، المشاعر نحو الذات (إيجابية أو سلبية) التجاوب مع الناس (إيجابي، سلبي، إنسحابي)، الاستجابة للضغوط الانفعالية (المواجهة، سريع الانهيار في مواجهة المواقف الضاغطة)، ضبط النزعات الانفعالية (مدى قدرة المفحوص على ضبط نزعاته و دوافعه، و مدى قدرته على تأجيل الإشباع).

➤ **جوانب فاعلية الأنا قوة الأنا** (مدى قدرة الفرد على اختبار الواقع، و مدى وضوح مدركاته، و مدى تقديره لذاته و ثقته بها)، مجالات الصراع (طبيعة و جوانب صراعاته جنسية، مرتبطة بالسلطة، اعتمادية، أو مرتبطة بمفهوم تأكيد الذات...)، الدفاعات (نوع الميكانيزمات التي يستعملها كبت، قمع، إنكار). (برونو كلوفر، ترجمة حسن عبد الفتاح، 2003، ص 10).

3- اختبار تفهم الموضوع (T. A. T):

هو مجموعة من الصور على شكل لوحات عددها 13 لوحة تحتوي كل واحدة منها على موضوع، و تعرض على العميل ليؤلف حولها قصة تعكس احتياجاته و الضغوط النفسية التي يعاني منها.

4- اختبار تداعي الكلمات لـيونغ Jung: اخترع سنة 1904 يسمح بالكشف عن

نزاعات و صراعات المفحوص، فمعنى الكلمات يوقظ بعض الأشياء و الخبرات

عند العميل.

5- اختبار القدم السوداء (La pote noire):

وضع هذا الاختبار "لويس كرمان" "L . corman" و هو عبارة عن مغامرات خنزير القدم

السوداء و الذي عدّل بالخروف في الدول العربية نظرا لموقع حيوان الخنزير.

يتكوّن الاختبار من 17 سبعة عشر لوحة بمقياس (13. 18) تدور كلها حول مغامرات خنزير

أو خروف له قدم سوداء يبدأ تطبيقه من خلال عرض لوحة محايدة لا توحى لأي نزوات محدّدة

و لا تقوم الشخصيات فيها بأية حركة أو نشاط، و الهدف منه هو كشف مجموعة من الجوانب

الشخصية و الصراعات الأسرية.

4-4 المزايا و العيوب:

أ- المزايا:

يعتبر استعمال الاختبارات من الأشياء الجيدة خاصة في حالة البحوث أو ارتفاع عدد أفراد

العينة فهي مختصرة للجهد و الوقت و المال.

ب- العيوب:

-هناك صعوبة في تطبيق الاختبارات النفسية، و التي تتمثل في الوقوع في الذاتية، حيث يدخل

عامل آخر و هو ميل الفرد إلى وضع نفسه مكان الآخرين، أو ميله إلى الإحساس بشعور

الآخرين، و هذا ما يؤكد ذاتية الإكلينيكي، الذي يقوم ببناء المقياس أو تطبيقه و تحليل نتائجه و تفسيرها.

- هناك أيضا صعوبة ذاتية العمل أو المفحوص، و يتجلى هذا في ميله إلى المعايير الاجتماعية أو ما سماه "ادواردز" 1957 بعامل الرغبة الاجتماعية، و يقصد به استجابة المفحوص بما يتوافق مع المتطلبات الاجتماعية و ذلك بإظهار أحسن ما فيه، و يكون هذا خاصة في حالة اختبارات تقييم الذات مثلا، و من جهة أخرى فإن الاستجابات الأدائية تتغير إلى الأحسن في حالة إحساس الشخص أنّ هناك من يلاحظه أو يقوم بتسجيل أنماط سلوكه وبالتالي فالاستجابة ليست حقيقية.

- عدم توفر المصادر الكافية لكثير من هذه الاختبارات مما يعني صعوبة تطبيقها و تفسير نتائجها، بل و هناك بعض السمات و الخصائص التي لا يمكن قياسها.

(سعيد عبد الرحمن، 1998، ص 305)

5-الأخصائي الإكلينيكي و عملية التشخيص:

يعتبر التشخيص أهم المهام التي يقوم بها الأخصائي الإكلينيكي، و هو يعتمد على مجموعة من الوسائل مثل: الملاحظة، الوصف، تحديد الأسباب، التصنيف و التحليل الدينامي، بغية التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة و أساس مشكلة الحالة، و بغية التنبؤ و رسم خطة علاجية و متابعتها و تقويمها.

و بالتالي فالتشخيص هو تقويم خصائص شخصية الحالة: قدراته، استعداداته، انجازاته، سماته دفاعاته، صراعاته، و التي تساعد في فهم مشكلاته، و بالتالي فهو يتطلب جمع المعلومات من مختلف الوسائل و المصادر و تحليلها و تنظيمها و التنسيق بينها بقصد التخطيط للعلاج وتشمل مصادر المعلومات على: الملاحظات، المقابلات، الفحوص الطبية، و السجلات المدرسية أو المهنية، الاستقصاء الاجتماعي...الخ

و يمكن النظر إلى التشخيص بوصفه عملية في مرحلتين الأولى هي الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت من الفحوص، و الثانية هي تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أونسق له دلالة إكلينيكية. (فيصل عباس، 1996، ص31)

5-1 معايير و خطوات التشخيص:**أ- المعايير:**

و هي ثلاثة مراحل أساسية:

1-مبدأ التكامل: فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تنظم ضمن الشخصية ككل في

وحدتها التاريخية، و في علاقاتها الراهنة بالبيئة.

2-وفرة المعلومات: إن درجة اليقين في التشخيص تتوقف إلى حد كبير على ثراء و دقة

المعطيات و المعلومات التي تم جمعها.

3-الانتظار: إن التشخيص لا يعدو أن يكون حكماً مؤقتاً، و منه يظل الأخصائي الإكلينيكي

في حالة انفتاح عقلي تتيح له أن يعدل حكمه أو تشخيصه، إذا ما برزت له أي وقائع جديدة.

(محمد عبد الطاهر الطيب، 1980، ص 39)

ب- الخطوات:

و تحدد في عدة مراحل:

1- مرحلة الإعداد: و تكون بعد المقابلة الأولى مع العميل، وبعد التعرف على شكوى

الأساسية له وبعض المعلومات الأخرى التي تحدد له معالم المشكلة فيبدأ في عملية الاتصال

مع كافة المؤسسات العائلية، التربوية، أو المهنية للتعرف على مشاكل العميل، و ذلك للحصول

على أكبر قدر من المعلومات.

2- مرحلة التزود بالمعلومات: و تشمل المقابلات مع الفرد و تطبيق الاختبارات النفسية

ثم تصحيحها، و بالتالي تنظيم النتائج و التنسيق بينها.

3-:مرحلة تفسير المعلومات: و هي تنظيم المعلومات و تأويل المعاني المتضمنة فيها

وتحليلها و تفسيرها.

4-مرحلة اتخاذ القرارات: تتضمن مناقشة نتائج الحالة و تشخيصها و توضيح دلالاتها

ومن ثم اتخاذ قرارات نهائية مرتبطة بشأن كيفية العلاج لتلك الحالة و أسلوب التعامل.

(فيصل عباس، 1996، ص33)

5-2 الأهداف العامة للتشخيص:

1- تحديد العوامل المسببة للمشكل أو الاضطراب.

2- التمييز بين الاضطراب العضوي و الوظيفي النفسي.

3- تقييم درجة العجز العضوي و الوظيفي النفسي.

4- الكشف عن الاستجابة للاضطراب.

5- تقدير درجة الاضطراب في مداها و في عمقها.

6- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.

7-تحديد الأسس التي يبنى عليها اختبار منهج علاجي معين و كل هذه الأهداف تدخل ضمن

عمليتين أساسيتين الأولى هي الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن المفحوص

والثانية هي تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط له دلالة إكلينيكية.

3-5 التنبؤ:

يصعب فصل التنبؤ عن التشخيص و العلاج فهو يهدف إلى تقدير احتمالات تطور المشكلة أو المرض، و مدى الاستجابة لعلاج معين أو بعبارة أخرى فهو يحدد مسار العملية العلاجية. (فيصل عباس، 1996، ص33-34)

6-التقرير السيكلولوجي:

بعد أن يقوم الإكلينيكي بدراسة و فهم شخصية العميل من خلال كل المراحل التي تم ذكرها في السابق تأتي مرحلة هامة في العمل الإكلينيكي و هي مرحلة تثبيت المعطيات و وضع التقرير (Le rapport) عن الحالة بقصد العلاج أو التوجيه و الإرشاد و إطلاع أعضاء الفريق الطبي.

* إن مهنة الأخصائي الإكلينيكي في هذه المرحلة هي استخلاص النتائج التي حصل عليها منذ بداية عمله مع الحالة، و يشترط فيه أن يلتزم بتقدير الأمر بالشكل الذي يمكن الجهات المختصة من فهمه، و بالتالي يمكنها من مساعدة العميل و إرشاده بأفضل أساليب التعامل والعلاج.

6-1محتوى التقرير:

1- الوصف: يحتوي على وصف الحالة (العميل)، من خلال تسجيل العمر، الجنس الوضعية الاجتماعية و المهنية، الحالة العائلية، (و هنا يتم توضيح العلاقة بينه و بين والديه و بينه وبين إخوته، هل هي علاقة جيدة، أو سيئة، هل تتسم ببعض الصراعات، والتوتر،...)

و في هذا الإطار يقدم الإكلينيكي في التقرير صورة كاملة تقريبا عن المظهر العام للمفحوص من حيث اهتمامه أو إهماله للشكل الخارجي، إضافة إلى وصف الحالة الجسمية و المزاجية والسلوكية، من حيث تعابيره و تصرفاته أثناء المقابلات من تردد أو ارتباك أو حيرة أو اضطراب أو من حيث الاستقرار و الارتياح.

2- تاريخ الحالة: من حيث تاريخ الحياة تسجل المراحل الهامة من تاريخ حياة المفحوص، من حيث : ظروف الولادة (طبيعية، عسيرة، قيصرية) تجربته الطفولية و الخبرات التي مر بها وانعكاساتها في حياته و علاقاته الأسرية، مع الإشارة إلى الحالة الصحية و الأمراض التي تعرض لها، أو الحوادث و الصدمات التي تعرض لها و تركت آثارها على نموه الجسدي والنفسي.

و الهدف من تسجيل هذا التاريخ هو إعطاء نبذة عن الصورة الحية التي عاشها المفحوص واختبرها في ماضيه و كيف أثرت على حاضره و على الاضطراب أو المشكل الذي يعاني منه.

3- المشكل المطروح: يسجل الإكلينيكي بداية ظهور المشكلة عند المفحوص، و إحساسه بها ومدى معاناته، يعني المدة و الشدة و تسجيل صراعاته و الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها مبينا الدوافع اللاشعورية الكامنة وراء هذه المشكلات.

4- تسجيل الوظائف العقلية و خصائص الشخصية:

من خلال إظهار النشاط الذهني عند المفحوص و مستواه من حيث تقييم درجة ذكائه أو استيعابه لما يدور حوله، و كذلك تقييم الجانب الوجداني فيه، و إظهار نمط التفاعل والعلاقات و العواطف التي تظهر لديه. (فيصل عباس، 1996، ص 46).

6-2 أسلوب التقرير:

يسجل الإكلينيكي استجابات المريض، و كل ما يصدر عنه من كلمات و حركات، و تعبيرات انفعالية، في إطار كلي متناسق مبني بأسلوب علمي واضح، فكل ما يصدر عن المفحوص من عبارات، و كلمات و حركات و تعبيرات لها دلالات إكلينيكية هامة يجب عدم إهمالها في التقرير.

6-3 لغة التقرير:

يمكن تقديم التقرير باللغة العربية أو باللغة الفرنسية لكن المشكل المطروح فيما يخص الإكلينيكي الموجود في القطاع الصحي فإن اللغة المستعملة في الميدان و بين أفراد الفريق صحي هي اللغة الفرنسية أما التكوين الذي تلقاه فهو باللغة العربية، و بطريقة موضوعية يصعب عليه إجراء و تحضير تقرير بهذه المواصفات من الدقة باللغة الفرنسية، و هنا يسجل عجزه فإما إن يقدم تقريره باللغة العربية، و الذي قد يعرضه و _ للأسف _ للسخرية من طرف أعضاء الفريق الطبي العامل معه، و إما أن يقدمه باللغة الفرنسية و هذا شبه مستحيل، فيميل الإكلينيكي إلى عدم تقديم أي تقرير، و هنا يصبح عمله بلا معنى و لا جدوى.

4-6 الاستنتاج و التوصيات:

بعد تقديم وصف ظروف الفحص، و مختلف العوامل المرتبطة بالاستجابة، و توضيح مدى استبصار المريض و استجابته لمواقف معينة فانه من الضروري أن ينتهي بملخص مفيد وتوصيات واضحة عن شخصية المريض و توجهاتها العامة و إمكانياتها الذاتية.

و يتعين على الإكلينيكي أن يقدم في نهاية تقريره تشخيصا ملخصا و تنبؤا ممكنا بصدد المشكلة المطروحة و مداها، و توصيات عن طرق العلاج المحتملة.

و كل ذلك بأسلوب علمي دقيق مع مراعاة اللغة العلمية السيكولوجية لما لها من أهمية بالغة في فهم التقرير.(فيصل عباس، 1996، ص 47).

تبقى هذه الوسائل كثيرة و متعددة إلا أن الإكلينيكي لا يستفيد من توظيفها، إما لعدم تحكمه فيها، بسبب نقص التكوين، أو لعدم تطبيقه لها في فترة التبرص، أو لعدم تلقي تكوين بعد التوظيف، خاصة فيما يخص الاختبارات النفسية فهي أصلا غير متوفرة على مستوى المؤسسات، و إن توفرت فهي غير مكيفة، و حتى و إن كفت يبقى تطبيقها و تحليل نتائجها شبه مستحيل.

تطرقنا في هذا الفصل إلى الأدوات و الوسائل السيكولوجية التي يعتمد عليها الإكلينيكي في جمع المعلومات عن العميل، و مهما اختلفت و تعددت يبقى من الضروري الاستعانة بها مع بعضها و التحكم في استخدامها، لأنه كلما تعددت ضمن ذلك الحصول على أكبر قدر من

المعلومات و بالتالي القدرة على وضع تشخيص جيد و تقرير واضح و مفصل يمكن من وضع خطة علاجية جيدة.

خلاصة: يحتاج الإكلينيكي أثناء عمله إلى أدوات لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن العميل، لذلك يستخدم أدوات و وسائل مختلفة، و كلما تعددت هذه الوسائل كلما كان الوصول إلى الحقيقة أكبر، و من هذه الأدوات نجد المقابلة و الملاحظة و الاختبارات النفسية والمعلومات المتحصل عليها تساعد في ضبط التشخيص و من ثم تحرير تقرير مفصل للحالة يقدم للمصالح المعنية، و ضبط خطة للعلاج و التنبؤ بمسارها.

الفصل السادس: الممارسة السيكلولوجية الإكلينيكية في المؤسسات الصحية

تمهيد:

في هذا الفصل تناولنا التطور التاريخي لمهنة الإكلينيكي في الجزائر منذ خروج الاستعمار و استقلال الجزائر، و وضعيته حسب التشريع الجزائري و تطور القوانين الصادرة و المنظمة لممارسة هذه المهنة منذ ظهورها في الجزائر إلى غاية صدور القانون الأخير الذي يسري مفعوله الآن على المؤسسات الصحية الحكومية ، ثم تطرقنا إلى مصالح تواجهه، الشروط التي يجب توفرها في ميدان عمله، علاقاته والأخطار المهنية، إضافة إلى النشاط الجمعوي و النقابة الوطنية.

1-التطور التاريخي لمهنة الإكلينيكي في الجزائر:

ظهرت مهنة الإكلينيكي في الجزائر بعد انتهاء الثورة التحريرية، فبعد خروج فرنسا بقيت المصحة العقلية دون وجود أطباء أو إكلينكيين، فسلمت هذه المصالح إلى الأجانب، و كان البروفيسور " خالد بن ميلود " 1967م أول طبيب نفسي جزائري تلقى تكوينه في -سويسرا- فقام بطلب توظيف إكلينكيين جزائريين للعمل في المصحة العقلية للراشدين، لكن المناصب المالية لم تكن موجودة، فوظف الإكلينيكي برتبة ممرض، و كان الراتب الذي يتلقاه أقل بأربع مرات مما يتقاضاه عامل بشركة سوناطراك، لذلك لم يتلق هذا العرض اهتماما كبيرا، و من هنا بدأت معاناة الإكلينيكي، رغم أن البروفيسور "بن ميلود" قد فتح له الباب إلا أن المجتمع بقي جاهلا لدوره، فاقصر عمله على أولاد الأغنياء الذين يعانون من القلق.

في سنة 1968م كان تخرج أول دفعة لعلم النفس وهي مكونة من اثني عشر (12) عنصرا، و أغلبهم توجهوا إلى شركات و أعمال ذات مدخول أكثر.

و في سنة 1970م أعطى "الصديق بن يحيى" و هو وزير التعليم العالي أهمية لعلم النفس ليظهر أول قانون أساسي خاص بالنفسانيين (Le statut) و كان عدد الممارسين في الصحة 43 إكلينيكي منهم 11 أجنبي.

لقد عانى الإكلينيكي في تلك الفترة مجموعة من الصعوبات تمثلت في تعسف الإدارة، و عدم تفهم المجتمع لدوره لذلك حاول تحدي هذه الظروف و تحسينها فعمد إلى:

- اكتشاف العمل الخاص به من طرف الأساتذة و الأطباء.
- الكتابة في الجرائد لتوعية المجتمع و تعريفه بمختلف الخدمات التي يقدمها.
- المشاركة في حصص إذاعية.
- الكتابة و مراسلة المسؤولين لتوضيح أدوارهم في المؤسسات الصحية.
- توضيح طبيعة العمل و ضرورة الحصول على مكتب، و عدم العمل مع عدد كبير.
- تحديد زمن المقابلة بـ 45 دقيقة و ليست 5 دقائق.

و في 1 جانفي أوقف وزير الصحة توظيف الإكلينيكيين و حاول التخلص من التخصص بما أنه لا فائدة فيه و حاول تحويله من وزارة الصحة إلى وزارة الحماية الاجتماعية- الضمان الاجتماعي حالي- و سمح بفتح العيادات الخاصة و كل هذا فقط ليمنع التوظيف في المؤسسات الصحية. (كاشة نادية، 2012 علم النفس العيادي في الجزائر، تاريخ التصفح www.Cain.info/revue-dialogue2012-2015/05/042page107.htm)

بقي الإكلينيكي في الجزائر على هذه الحال إلى سنة 1985م أين جاءت فكرة الانخراط في وحدة الأخصائيين الاجتماعيين و الاقتصاديين الجزائريين (U S E A) بهدف خلق جمعية الأخصائيين النفسيين الجزائريين.

و بعدها كان تنظيم أول يوم دراسي في 17/16 أفريل 1986م لمناقشة موضوع علم النفس في قاعة النشاطات بجامعة الجزائر بعنوان: الممارسة النفسية و الأبحاث الراهنة، و في ذلك الوقت لم يتجاوز عدد الممارسين المئات على المستوى الوطني. و في سنة 1991م صدر أول قانون خاص بالإكلينيكيين الممارسين في الصحة وهو المرسوم التنفيذي 111/91 و بعدها ظهر الأمر 03/06 الخاص بالوظيفة العمومية ثم المرسوم التنفيذي 240 /09 الذي يتضمن القانون الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية.

و فيما يلي سنقوم بعرض هذه القوانين بشيء من التفصيل.

2- الإكلينيكي في التشريع الجزائري:

لقد أصدر المشرع الجزائري مجموعة من القوانين و المراسيم التي تنص على مهام و مكانة الإكلينيكي في الجزائر.

1- المرسوم التنفيذي رقم 91-111:

حيث أن المرسوم التنفيذي رقم 91-111 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 هـ الموافق لـ 27 أبريل 1991 جاء بالقانون الأساسي الخاص بالأخصائيين في علم النفس.

و نجد الأحكام المطبقة على سلك الأخصائيين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية.

الفصل الأول: سلك الأخصائيين في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

المادة 17: يشتمل سلك الاختصاصيين في علم النفس العيادي على رتبتين:

*رتبة اختصاصي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

*رتبة اختصاصي رئيسي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

القسم الأول: تحديد المهام

المادة 18 يكلف الاختصاصيون في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية، تحت سلطة المسؤول السلمي بالقيام بالمهام التالية:

- اختبارات سيكولوجية.
- حصيالات سيكولوجية.
- تشخيص و تنبؤات سيكولوجية.
- توجيهات.
- مساعدات سيكولوجية (توجيه، إرشادات، مرافقات سيكولوجية للمصاب بمرض خطير، تحضيرات سيكولوجية للعمليات الجراحية)

المادة 19 الاختصاصيون في علم النفس الرئيسيون التابعين للصحة العمومية، تحت سلطة المسؤول السلمي وفقا لاختصاصهم عند الاقتضاء و في الهياكل التي عينوا فيها بالمهام التالية:

- استعمال تقنيات نفسانية علاجية متخصصة.
- تكوين المستخدمين الطبيين و شبه الطبيين بالعلاقة مع المريض (فوج بالين).
- استعمال بعض العلاجات النفسانية الخاصة.

- العلاجات النفسية المدعمة.

- معالجة السلوك - تراخي

- معالجة التحسس للألم.

- معالجة الذكاء (عند الطفل و الرضيع).

- رفع مرد ودية سير الفرق الصحية بإدارة العلاقات الإنسانية.

- مداومة جماعية.

- بيسكودرام.

- المشاركة تكوين الاختصاصيين في علم النفس العيادي.

2- القانون الأساسي للوظيفة العمومية رقم 06/03:

و هو خاص بالمؤسسات و الإدارات العمومية و الإدارات المركزية في الدولة التي

يخضع مستخدموها للأمر رقم 06/03 المؤرخ في 19 جمادي الثانية 1427هـ

الموافق لـ 15 جويلية 2006م الذي يتضمن القانون الأساسي للوظيفة العمومية.

القانون خاص و واضح في المادة 27 من الباب الثاني و هو الضمانات و الحقوق:

المادة 26: حرية الرأي مضمونة للموظف في حدود احترام واجب التحفظ المفروض عليه.

المادة 27: لا يجوز التمييز بين الموظفين بسبب أرائهم أو جنسهم أو أصلهم أو بسبب أي ظرف من ظروفهم الشخصية أو الاجتماعية.

المادة 30: يجب على الدولة حماية الموظف مما قد يتعرض له من تهديد أو إهانة أو شتم أو قذف أو اعتداء من أي طبيعة كانت أثناء ممارسته وظيفته، أو بمناسبةها و يجب عليها ضمان تعويض لفائدته عن الضرر الذي يلحق به.

المادة 37: للموظف الحق في ممارسة مهامه في ظروف عمل تضمن له الكرامة والصحة و السلامة البدنية.

المادة 43: يخصص الموظفون كل نشاطهم المهني للمهام التي أسندت إليهم و لا يمكنهم ممارسة نشاط مريح في إطار خاص مهما كان نوعه، غير أنه يرخص للموظفين بممارسة مهام التكوين أو التعليم أو البحث كنشاط ثانوي ضمن شروط ووفق كفاءات تحدد من عن طريق التنظيم، كما يمكنهم أيضا إنتاج الأعمال العلمية أو الأدبية أو الفنية، و في هذه لا يمكن للموظف ذكر صفته أو رتبته الإدارية بمناسبة نشر هذه الأعمال إلا بعد موافقة السلطة التي لها صلاحية التعيين.

(الجريدة الرسمية، 2006، العدد 46، ص 6)

المادة 52: يجب على الموظف التعامل بأدب و احترام في علاقته مع رؤسائه وزملائه و مرؤوسيه.

الفصل الخامس:

المادة 104: يتعين على الإدارة تنظيم دورات التكوين و تحسين المستوى بصفة دائمة قصد ضمان تحسين تأهيل الموظف و ترقيته المهنية و تأهيله لمهام جديدة.

المادة 105: تحديد شروط الالتحاق بالتكوين و تحسين المستوى و كفايات تنظيمه ومدته و واجبات الموظف و حقوقه المترتبة على ذلك عن طريق التنظيم.

الفصل الرابع:

وضعية حالة الاستيداع

المادة 148: يمكن أن يستفيد الموظف من الإحالة على الاستيداع لأغراض شخصية لاسيما للقيام بدراسات و أعمال بحث، بطلب منه بعد سنتين من الخدمة الفعلية، و تقدر المدة من ستة أشهر إلى 5 سنوات. (الجريدة الرسمية، 2007، العدد 61، ص 16)

3- المرسوم التنفيذي رقم 09-240:

المرسوم تنفيذي رقم 09-240 مؤرخ في 29 رجب عام 1430 الموافق ل 22 يونيو 2009 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية

الباب الأول: أحكام عامة

الفصل الأول: مجال التطبيق

المادة الأولى: يهدف هذا المرسوم إلى تحديد الأحكام الخاصة المطبقة على الموظفين الذين ينتمون لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية، وتحديد شروط الالتحاق بمختلف الرتب و مناصب الشغل المطابقة.

المادة 2: يكون الموظفون المنتمون لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية الخاضعين لهذا القانون الأساسي الخاص في الخدمة لدى المؤسسات العمومية التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

و يمكن أن يكونوا بصفة استثنائية في الخدمة لدى الإدارة المركزية.

كما يمكن أيضا أن يكونوا في وضعية خدمة لدى مؤسسات عمومية ذات أنشطة مماثلة للمؤسسات المذكورة في الفقرة الأولى أعلاه و التابعة للوزارات الأخرى.

المادة3: يخضع الموظفون الذين يحكمهم هذا القانون الأساسي الخاص للحقوق والواجبات المنصوص عليها في الأمر رقم 03/06 الخاص بالوظيفة العمومية.

كما يخضعون للنظام الداخلي الخاص بالمؤسسة التي يعملون فيها.

المادة4: يلزم النفسانيون للصحة العمومية في إطار المهام المخولة لهم ما يأتي:

- الاستعداد الدائم للعمل.

- القيام بالمداومات التنظيمية ضمن مؤسسات الصحة.

المادة5: يستفيد النفسانيون للصحة العمومية طبقا للتشريع و التنظيم المعمول بهما مما يأتي:

- النقل عندما يكونون ملزمين بمداومة أو بعمل ليلي، و اللباس حسب شروط تحدد بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالمالية.

- الإطعام المجاني لمستخدمي المداومة.

- التغطية الطبية الوقائية في إطار طب العمل.

-الحماية أثناء تأدية مهامهم و خلالها، و يستفيدون لهذا الغرض من مساعدة السلطات المعنية.

الباب الخامس: التقييم:

المادة 11: زيادة على المعايير المحددة في أحكام المادة 99 من الأمر رقم 03/06 المؤرخ في 19 جمادى الثانية 1427 الموافق ل 15 يوليو 2006 و المذكور أعلاه يتم تقييم النفسانيين للصحة العمومية حسب النتائج المرتبطة بما يأتي:

- تحقيق الأهداف

- أعمال البحث و المنشورات و العروض ذات الطابع العلمي.

- الملف الإداري في جانبه التأديبي.

- روح المبادرة.

الأحكام المطبقة على سلك النفسانيين العياديين للصحة العمومية:

المادة 17: يضم سلك النفسانيين العياديين للصحة العمومية ثلاث رتب:

- رتبة نفساني عيادي للصحة العمومية.

- رتبة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية.

- رتبة نفساني عيادي ممتاز للصحة العمومية.

الفرع الأول: تحديد المهام:

المادة 18: يكلف النفسانيون العياديون للصحة العمومية لاسيما بما يلي:

- تصور المناهج و تطبيق الوسائل و التقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات اختصاصاتهم.

- المساهمة في تحديد و تبيان و تحقيق النشاطات الوقائية و العلاجية التي تضمنها المؤسسات و المساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية، لاسيما الاختبارات والتحاليل و التشخيص و التنبؤات النفسية.

- المشاركة في أعمال التكوين و تأطير الطلبة، و مهنيي الصحة في مجالات اختصاصهم.

المادة 19: زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين للصحة العمومية، يكلف النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية بضمان التأطير التقني لنشاطات النفسانيين العياديين الذين يتم تعيينهم في مجموعة من هياكل الصحة.

و يكلفون بهذه الصفة لاسيما بما يأتي:

- انجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة.

- القيام بالخبرة النفسية.

تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق.

- المشاركة في التقييم والبحث في مجالات اختصاصهم.

المادة 20: زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين الرئيسيين للصحة

العمومية يكلف النفسانيون العياديون الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يلي:

- إدارة أشغال البحث و القيام بالتحقيقات في مجالات اختصاصهم.

- تحديد الاحتياجات النفسية الجديدة للمرضى.

- دراسة و اقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسانية للمرضى.

- دراسة بواسطة مسعى مهني خاص العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية

والسلوكات الفردية و الجماعية قصد ترقية استقلالية الشخصية.

الفرع الثاني: شروط التوظيف و الترقية

المادة 21: يوظف بصفة نفساني عيادي للصحة العمومية عن طريق المسابقة على

أساس الاختبارات، المرشحون الحائزون على شهادة ليسانس في علم النفس

تخصص عيادي أو شهادة معترف بمعادلتها.

المادة 22: يوظف أو يرقى بصفة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية:

- عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، المرشحون الحائزون شهادة الماجستير في التخصص أو شهادة معترف بمعادلتها.

- عن طريق الامتحان المهني، في حدود 30% من المناصب المطلوب شغلها
النفسانيون العياديون للصحة العمومية و الذين يثبتون (5) سنوات من الخدمة
الفعالية.

- على سبيل الاختبار، و بعد التسجيل في قائمة التأهيل في حدود 10 % من
المناصب المطلوب شغلها، النفسانيون العياديون للصحة العمومية الذين يثبتون
عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادة 23: يرقى على أساس الشهادة، بصفة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية
النفسانيون العياديون للصحة العمومية الذين تحصلوا بعد توظيفهم على شهادة
الماجستير في التخصص أو شهادة معترف بمعادلتها.

المادة 24: يرقى بصفة نفساني عيادي ممتاز للصحة العمومية:

- عن طريق الامتحان المهني: النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية
الذين يثبتون سبع (7) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

- على سبيل الاختبار، و بعد التسجيل في قائمة التأهيل في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

4- اتفاقيات الشراكة بين الجامعة و القطاع الصحي:

أ- اتفاقية حول التربصات:

هناك اتفاقية شراكة مبرمة بين وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات في مجال تنظيم تربصات علم النفس العيادي و الأطفونيا في المؤسسات العمومية للصحة و كان ذلك في 21 جانفي 2013.

محتوى الاتفاق:

المادة الأولى: يهدف هذا الإنفاق إلى تحديد نموذج الاتفاقية التي تنظم علاقات الشراكة بين مؤسسات التعليم العالي و المؤسسات العمومية للصحة، المستقبلية للطلبة المتربسون في علم النفس العيادي و الأطفونيا.

المادة الثالثة: تكلف المؤسسات المعنية كل فيما يخصها بتطبيق هذا الاتفاق.

المادة الرابعة: يعتبر هذا الاتفاق ساري المفعول انطلاقا من توقيعه و نشره في

الجريدة الرسمية

بالجزائر. (ملحق 2 اتفاق الشراكة بين وزير التعليم العالي و البحث العلمي و وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات رقم 2013/29)

ب- وضع الإكلينكيين التابعين للصحة تحت تصرف وزارة التعليم العالي:

قرار وزاري مشترك مؤرخ في 27 شوال 1434 هـ الموافق لـ 2 سبتمبر 2013م يتضمن وضع بعض الأسلاك النفسانيين للصحة العمومية في حالة القيام بالخدمة لدى وزارة التعليم العالي و البحث العلمي (مؤسسات التعليم العالي)

المادة الأولى: يوضع في حالة القيام بالخدمة لدى وزارة التعليم العالي و البحث العلمي في حدود التعداد المنصوص عليه بموجب هذا القرار الموظفون المنتمون لسلك النفسانيون العياديون للصحة العمومية.

المادة الثانية: تتولى مصالح وزارة التعليم العالي و البحث العلمي و مؤسسات التعليم العالي تسيير المسار المهني للموظفين المنتمين للأسلاك المذكورة في المادة الأولى أعلاه للأحكام القانونية الأساسية المنصوص عليها في المرسوم رقم 240/09.

(الجريدة الرسمية، 30 يوليو 2014م، العدد 45، ص 35)

5-قرار وزاري مشترك بين وزارة المالية و وزارة الصحة:

قرار وزاري مشترك بين وزارة المالية و وزارة الصحة: مؤرخ في 13 جوان 2013 متعلق بمدونة ميزانية المراكز الإستشفائية الجامعية، و المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

و الذي يحتوي على مادة واضحة فيما يخص تخصيص مبالغ مالية لتوفير وسائل العمل الإكلينيكي و الأرطوفوني بما في ذلك الاختبارات و المقاييس النفسية. (ملحق 3 قرار وزاري مشترك خاص بميزانية المؤسسات الصحية العمومية)

3- مصالح تواجد الإكلينيكي في المؤسسات الصحية:

عندما نتكلم عن القطاع الصحي فنحن نتكلم عم مجموعة من المؤسسات، حيث يتواجد فيها الإكلينيكي ليقدم خدماته، و يمارس مهامه وفقا لنوع المؤسسة، و فيما يلي عرض مفصل لهذه المؤسسات:

1-المستشفيات: يتواجد الإكلينيكي في المستشفيات وفي مختلف

المصالح الموجودة بها، حيث يمكن أن يكون لكل مصلحة إكلينيكي أرواح لعدة مصالح بداية من مصلحة الاستعجالات، و الطب الداخلي، و الأمراض المعدية، و مصلحة العمليات، مصلحة الاعتناء

بذوي الحاجات الخاصة المعاقين و غيرها، و يكون عمله ضمن فريق طبي داخلي من خلال متابعة المرضى في فترة الاستشفاء، و تنتهي علاقته بهم بمجرد خروجهم من المستشفى، وفي حالات نادرة تبقى المتابعة النفسية للحالات من الخارج.

2-مستشفيات الأمومة و الطفولة: عادة ما تكون امرأة تتواجد في مصلحة التوليد و ما بعد الولادة، و دورها تحضير الأم للولادة الطبيعية أو القيصرية، و تقوم بعملية التكفل النفسي بالأمهات اللاتي يفقدن مواليدهن أو في حالة التشوهات، أما مصلحة الأمراض النسائية فعادة ما يقتصر التدخل حول النساء اللواتي يعانين من حالات الإجهاض أو الإجهاض المتكرر، و بعض الأمراض التناسلية الأخرى، يكون العمل محدود بفترة الاستشفاء و ينتهي بنهايتها و يكون العمل ضمن فريق طبي.

3-مصلحة طب الأطفال: يكون عمله فيها خاص بالأطفال الذين يعانون من أمراض مختلفة أو أمراض مزمنة كالسكري و الربو، أو الأمراض النادرة المتعلقة باضطرابات هرمونات النمو، من خلال التكفل بهم وبأوليائهم، و ذلك أثناء فترة الاستشفاء، و تنتهي علاقته بهم بعد خروجهم إلا في حالات خاصة، و يكون عمله أيضا ضمن فريق طبي.

4- العيادات متعددة الخدمات: يكون العمل فيها أكثر اتساعا، حيث يتعامل الإكلينيكي مع حالات خارجية مختلفة من حيث الجنس و السن وحتى الاضطراب فهم أناس توجهوا بمحض إرادتهم للبحث عنه عكس ما هو موجود في المستشفيات، و هذا الأمر فرض عليه الاطلاع و العمل الجاد للتكفل بكل تلك الفئات، حيث تتم المتابعة بتحديد الإكلينيكي و حسب حاجة العميل، كما أن العمل يكون فردي و ليس في إطار فريق، لكن يمكنه الاستعانة برأي أي مختص من خلال توجيه الحالات.

5- وحدات الكشف و المتابعة: أو ما يطلق عليه بالطب المدرسي و هي مصلحة تابعة إداريا للعيادات متعددة الخدمات، يكون العمل فيها ضمن فريق مكون من طبيب عام و إكلينيكي و ممرض أو أكثر، يكون العمل مع التلاميذ المتمدرسين من مرحلة الابتدائي إلى غاية الثانوي، يتمحور دوره في الكشف عن حالات التأخر الدراسي، التبول اللاإرادي، و اضطرابات الطفولة بشكل عام، و التكفل بهم من خلال إعطاء مواعيد للتلاميذ تتناسب من أوقات فراغهم، و في الكثير من الأحيان لا يلتحق هؤلاء الأطفال بمواعيدهم و غن التحقوا في الموعد الأول فلن يعودوا مجددا، نظرا لعدم اهتمام الأولياء لذلك طالما أن المرض ليس عضوي، و طالما أن ابنهم لا يعاني من أي ألم ظاهر يزعجهم.

6- المصحات العقلية: يكون العمل في مصالح مختلفة حسب الاضطراب

(ذهان، عصاب، الإدمان...)، ضمن فريق مكون من أطباء نفسانيين

وأطباء عامين و إكلينكيين و معالجين و ممرضين، من خلال التكفل

بالمرضى النفسانيين أثناء فترات الاستشفاء و حتى بعد الاستشفاء من

خلال متابعة دورية. www.epsab.fr/110+le-s-metier-s de

psychologue-de-la sante.htm)

7- مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة: يعمل مع الأشخاص ذوي

الحاجات الخاصة أو مع أوليائهم، سواء الخلقية بسبب تشوهات خلقية

مثل (I M C)، أو مع أشخاص تعرضوا لحوادث مميتة أدت إلى

ظهور إعاقة على مستوى عضو أو مجموعة من الأعضاء، يكون

العمل بالتنسيق مع الفريق الطبي و خاصة مع المختصين في إعادة

التأهيل والتوظيف الحركي. (ALAIN PAINEAU, 2004, page 16)

4- الشروط التي يجب توفرها في ميدان العمل الإكلينيكي:

لقد أولى علماء النفس أهمية كبيرة لمكان العمل الإكلينيكي، و ذلك من خلال فرض

شروط معينة أهمها أن يكون في مكتب واسع منعزل عن الضوضاء و الفوضى

مرتب يضمن تهوية و إضاءة جيدة، بتجهيزات مريحة من سجاد و ستائر و مكتب

وكرسي للاسترخاء، و خزانة، و غيرها من التجهيزات، حتى أنهم شددوا على توفير المناديل و الماء...الخ. (ماهر محمود عمر، 1987، ص 73)

أما في الجزائر فلم تكن هذه الأمور موجودة إلا بعد تعلية وزير الصحة وهي عبارة عن مراسلة موجهة إلى مدراء المستشفيات والمؤسسات الصحية الحكومية المؤرخة في 16/03/2008 تحت رقم 001 والمتعلقة بالوسائل والتجهيزات الخاصة بالفحص النفسي على مستوى المستشفيات و التي جاء فيها:

- تحتوي هذه التعلية ضبط شروط وسائل وتجهيزات الفحص النفسي العيادي والأرطوفوني في هيئات الصحة العمومية.

* يجب أن يكون مكان خاصا يحترم خصوصية الأفراد ليس منعزلا ولا يحتوي على مثيرات للقلق، و يوفر الراحة لجميع أطراف المجتمع، كالأُم والطفل والمراهق وخاصة في العيادات متعددة الخدمات (الجوارية).

* الفحص النفسي الإكلينيكي يحتاج إلى قاعة خاصة بالأخصائيين الإكلينيكين تسمى عيادة الفحص النفسي الإكلينيكي أو الارطوفوني، و هذا الفضاء لا يتشارك فيه احد خاصة في وقت إجراء المقابلات.

* مساحة هذه القاعة على الأقل 16م²، حيث أنها تستقبل الأشخاص فرادى أو أزواج أو أفواج بالمتوسط من (6 إلى 8) أشخاص.

* يكون هذا المكان مضاء جيدا وفيه تهوية وتدفئة ومجهز بعازل للصوت.

* تحتوي العيادة النفسية على الأقل على الوسائل التالية:

- ❖ مكتب بأدراج.
- ❖ طاولة أو أريكة للاسترخاء والعلاج.
- ❖ طاولة مستديرة مع كراسي للعلاج الجماعي.
- ❖ مجلد لحفظ الملفات مع السرية التامة.
- ❖ خزانة كبيرة لحفظ الاختبارات والمقاييس النفسية وبعض المراجع الخاصة بالتشخيص والعلاج...وهي بمفاتيح.
- ❖ مرآة كبيرة وذلك لتعليم صورة الجسم والحركات.
- ❖ الاختبارات النفسية ضرورية، ويجب أن تصحب كل مقابلة بمجموعة منها و تكون خاصة بالطفل و المراهق و الراشد، في علم النفس العيادي:
- اختبار الذكاء، الميول، الشخصية، واختبارات اسقاطية، وفي الأرطوفونيا:
- اختبارات التقدير و إعادة التأهيل اللغوي، اللفظي، و الكتابي و مراجع لبعض الأمراض العصبية.

*إضافة إلى إجراء ورشات: تعليمية ، للتعبير الجسدي، و النفسو-حركي، و التعبير الكتابي و الفني، كما يجب أن تتوفر وسائل تربوية لوحات، ألعاب تربوية و ترفيهية و هي وسائط في العلاقة بين الأخصائي و العميل.

كانت هذه مراسلة الوزير إلى المؤسسات الإستشفائية. (ملحق 4 تعليمية الوزير حول شروط العمل الإكلينيكي في المؤسسات الصحية)

أما الواقع فشيء مختلف عن ما جاء في التراث العلمي و حتى في تعليمية الوزير والتي يجهل وجودها أغلب الإكلينيكين، إذ يبقى الكثير منهم دون مكتب لممارسة مهامه، و إن وجد فهو مشترك بين العديد من الأطراف، و لا يتوفر على أقل الوسائل أهمية، و إن توفر يكون دائما المكتب الأول في حالة الحاجة إليه حيث يتم تسخيره لمهام أخرى.

5- خصائص إكلينيكي الصحة العمومية:

يتميز الإكلينيكي الممارس في المؤسسات الصحية بمجموعة من الخصائص إضافة إلى الخصائص العامة التي يشترك فيها كل الإكلينيكين، و التي يفرضها عليه طبيعة المنصب الذي يشغله و الهيئة التي ينتمي لها و فيما يلي بعض هذه الخصائص:

- التدخل في المجال الطبي و النفسي و الاجتماعي، و التدخل النفسي بعد الأحداث الصدمية.
- العمل مع الأفراد الذين يعانون من أمراض خطيرة و مزمنة.
- إعداد التقارير الطبية.
- طبيعة عمله تشخيصي، علاجي، و وقائي.
- العمل مع فرق متعددة الخدمات، و مع فرق البحث العلمي.
- تسخير كل وقته و جهده للعمل في منصبه، و هذا ضمن إطار منع العمل في القطاع الخاص.
- العمل مع المرضى أنفسهم أو مع عائلاتهم أو حتى مع العاملين مع المرضى.
- التنسيق مع هيئات و جمعيات مساعدة المرضى: السكري، السرطان، السيدا، لضمان التكفل النفسي بالمرضى و عائلاتهم.
- و يستخدم في ذلك أدوات و تقنيات خاص منها:
- المقابلة الإكلينيكية.
- جماعات الكلام.
- الاسترخاء.
- التربية العلاجية للعميل، و التحكم في القلق و الألم.

- استخدام وسائل التقويم، سلالمة القياس الخاصة بعلم النفس الصحي.

- البحث، و الإشراف على الإكلينيكين الموظفين الجدد.

و يبقى لكل إكلينيكي ممارسة في الصحة العمومية طريقة ممارسة فردية، حيث يتحكم في استخدام تقنيات معينة دون أخرى.

(de psychologue-de-la sante. <http://www.epsab.fr/110+le-s-metier-s>)

6- مدة العمل:

يعمل الإكلينيكي وفقا للدوام الإداري الذي يبدأ على الساعة الثامنة صباحا و ينتهي على الرابعة و النصف، يعني انه يعمل لمدة ثماني ساعات يوميا، و خمسة أيام في الأسبوع من الأحد إلى الخميس، و هذا في أغلب المؤسسات الصحية إلا أنه مؤخرا أدرج ضمن نظام المداومة و هذا في بعض المؤسسات فقط، لكن هذا الدوام مرهق للإكلينيكي، و لا يتوافق مع نوعية مهامه.

7- عدد الإكلينيكين الممارسين في الصحة العمومية:

لا توجد هناك احصائيات مضبوطة لكن في سنة 2012م وصل عدد الإكلينيكين الممارسين على المستوى الوطني حوالي 1500 ممارس أغلبهم في القطاع الصحي، و قد نشر الأمين العام للنقابة الوطنية للنفسانيين إحصائيات و صلت إلى 3637

نفساني إكلينيكي في الصحة العمومية يدخل ضمنه المنخرطين في وكالة التشغيل وقد انخرط منهم 860 فردا بما في ذلك الأرطفونيون.

(SNAPSY, NOVEMBRE 2017)

8-علاقات الإكلينيكي في مكان عمله:

أ- مع الإدارة و المسؤولين: يبقى الإكلينيكي يعاني من تعسف الإدارة، فالعلاقة غير واضحة المعالم، فأحيانا جيدة و ذلك طبعا إذا بقي الإكلينيكي مسالما ومتقبلا لجميع قراراتها، حتى وإن كانت متعسفة، أما إذا واجهها و طالب بحقوقه فيصبح متمرّد بنظرها فتصبح العلاقة سيئة و من هنا تبدأ معاناته وهذه النظرة لم تتغير منذ أكثر من 40 سنة حسب ما توصلنا إليه من خلال بحثنا، كما قامت كل من "الزهرة الأسود" من جامعة غرداية و "ربيعة جعفر" من جامعة الوادي بدراسة حول معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين بولايتي غرداية و ورقلة عينة مكونة من 35 إكلينيكي من 30 منهم يعملون في المستشفيات و 5 في مراكز الشباب، 20 من ولاية ورقلة و 15 من ولاية غرداية، اعتمدت الدراسة على سؤال مفتوح مفاده حصر المعوقات بصفة عامة، و قد أظهرت النتائج وجود:

معوقات علائقية: ترجع بنسبة 62,85 % إلى المسؤولين و تهميشهم وعدم فهمهم لعمل الإكلينيكي مهنيا. (الأسود الزهرة، جعفرور ربيعة، 2009، معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي، تاريخ التصفح 2015/07/12 الموقع-1605-dz/courses/MAS2/document-1605-1593)

ب- مع الفريق العامل معه: تتميز علاقته بالفريق العامل معه بالغموض و عدم الوضوح خاصة بالنسبة للأطباء، و هذا حسب ما ذكر في دراسة وفي نفس الموضوع تقريبا قامت الأستاذة " بوزيان راضية " بدراسة اتجاهات الأطباء النفسانيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي الإكلينيكي من أجل مقارنة سوسيونفسية و هي دراسة ميدانية طبقت ببعض مستشفيات و عيادات الشرق الجزائري، وصلت العينة إلى 65 طبيب و طبيبة و قد أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأطباء و الطبيبات لدور الإكلينيكي وفق متغير سنوات الخبرة، فالأطباء الذين تفوق سنوات خبرتهم عن 10 سنوات أصبحوا يؤمنون بقدرة الإكلينيكي، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين و الطبيبات فالإناث لديهم اتجاهات إيجابية أكثر من الذكور لدور الإكلينيكي.

و نفس الدراسة التي قامت بها كل من "الزهرة الأسود" من جامعة غرداية و"ربيعة جعفر" أظهرت النتائج أن زملاء العمل يعيقون عمل الإكلينيكي بنسبة 65,71 % و ذلك لعدم تفهمهم و مساعدتهم لتسهيل مهامهم. الأسود الزهرة، جعفر ربيعة، 2009، معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي، تاريخ التصفح 2015/07/12 الموقع www.elearning.univ-eloued.dz/courses/MAS2/document-1605-1593

ت- مع زملاء المهنة: على عكس المهن الأخرى التي نلاحظ فيها مساندة و اتحاد عناصرها نلاحظ تشتت في صفوف الإكلينيكيين و عدم توحدهم والممارسين النفسانيين بصفة عامة، و ربما يعود ذلك إلى غموض أدوارهم بالنسبة لهم.

ث- مع المجتمع: عكس ما كان في الماضي يحظى الإكلينيكي بمكانة مرموقة من طرف المجتمع و ذلك للخدمات التي يقدمها فهو الآن مفضل ومطلوب من طرف خاصة الفئات المتعلمة.

9-الأخطار المهنية:

خلال سنوات التسعينات اكتشفت الأخطار النفسية التي يمكن أن يتلقاها الإكلينيكي أثناء أدائه لمهامه، و يتعلق الأمر بمجموعة من الأمور، فهو يتواجد في المستشفيات أين يقوم بالتكفل بجميع المرضى و بمختلف الأمراض، خاصة تلك الخطيرة أو النادرة

التي تؤدي في النهاية إلى موت المريض بعد صراعه مع المرض لمدة طويلة أوقصيرة، و هذا الصراع يرافقه فيه الإكلينيكي الذي يتأثر بهذا الموت رغم علمه وثقافته و تسلحه بالإيمان، إلا أنه لا يستطيع أن يتجرد من إنسانيته فور سماع خبر موت شخص قد تعود على العمل معه، و هو أكبر خطر قد يتعرض له الإكلينيكي مرات و مرات، إضافة إلى ضغط الصدمة الناتج عن العلاقة مع العملاء، و كمثال على ذلك ذكرى تغزوا و تعيد تجارب ماضيه، أفكار و هوامات مؤلمة مرتبطة بقصة العميل، إضافة إلى الكوابيس، كل هذا يجعل الإكلينيكي مهدد بالإصابة باضطرابات متعددة، كما أنه كلما زادت مدة عمله كلما زادت فرصة ذلك، فبعد عدة تجارب يمكن أن يحس بأنه قد تأثر بعمله و القلق يمكن أن يثبت بعد حدث نظير، رغم أنه لا يملك أي معنى مثل نباح كلب أو رجل يرتدي ثيابا مشابهة أو صفقة باب، هذه الوضعيات عادية و تحدث يوميا، ولكنها قد تعتبر كتهديد يمكن أن ينتج استجابات تحذيرية أو هروب غير متوقع. من خلال هذا يمكن أن يتعرض الإكلينيكي إلى مجموعة من المشاكل و منها:

1-العدوى الانفعالية: و هي ظاهرة تحدث أثناء علاقة التكفل، تنتج عن

الاندفاع لمساعدة العميل، خاصة إذا كان ضحية تعرضت لصدمة شديدة، و المشاركة الحتمية للموقف الصدمي تجعل الإكلينيكي حساس و قابل بالإصابة باضطراب في مخططاته المعرفية التي تهتز إلى درجة

العودة إلى الإطار المرجعي لوجوده، و هذا الاهتزاز يؤدي إلى تغيرات في هوية الأنا، و بالتالي يجد نفسه مصاب بجروح قد مست تواجده وقوى الأنا لديه قد تأثرت نتيجة لذلك.

هناك أيضا علامات دائمة تظهر على شكل تغير في الشخصية مثل زيادة الإحساس بالوحدة و الانعزال، وكثرة الشرود، و الإحساس بعدم الفهم من طرف الوالدين و الأقارب و الأصدقاء، فقدان الثقة في القدرة على المساعدة، مع فقدان الإحساس بالسعادة، و في البيت يكون صامتا منطويا على نفسه، وقد لا يملك القدرة للتخلص من هذه الأحاسيس التي تراوده أثناء الجلسات كالتشاؤم، و الغضب و الإحباط و العجز، هذه الأحاسيس يمكن أن تؤثر على مردوده في العمل و حتى على استقراره في حياته الشخصية.

2-العجز المهني: و يعرف بـ تناذر (Syndrome de Burn Out) يعود

هذا المفهوم إلى "Feudenberg" الذي استعمله في الطب العقلي وهو تناذر عضوي انفعالي يتطور بطريقة خبيثة و دورية إذ يعتبر محتوى و تنظيم العمل ميدان ملائم لتطور التناذر، يمر التناذر بعدة مراحل وهي:

➤ **مرحلة الحماس:** يتطور العجز و يستقر مصيبا الإنتاجية

والفعالية.

➤ **مرحلة الركود:** تتميز بانخفاض الاندفاعية و ازدياد عدم الرضا

والاستثمار في العمل ثابت رغم العجز.

➤ **مرحلة الإحباط:** تتميز ب إعادة النظر إلى دور فعالية العمل

والعجز و الإحباط يؤديان إلى الركود و نقصان الإنتاجية

والفعالية و هذا بدوره يؤدي إلى رفع مستوى القلق.

➤ **مرحلة الخمول:** تتميز بغياب الإرادة و ارتخاء الطاقة و قوى

العمل غير فعالة و العجز و الإحباط أكثر شدة.

➤ **مرحلة اليأس:** يصبح الإكلينيكي غير وظيفي في عمله وعلاقاته

و يستقر به العجز و اليأس و عدم القدرة.

إضافة إلى كل هذا قد تظهر علامات و أعراض أخرى:

أ- في الحالة الخفيفة:

+فقدان الطاقة و التعب.

+الملل و فقدان الحماس.

+انخفاض الاستثمار و نقص التركيز.

+الإحساس بعدم الفاعلية و القلق الهائم.

+الإحساس بالفشل.

ب- في الحالة المعتدلة:

+ظهور عجز جسمي و نفسي.

+سوء في العضوية مع صعوبة في النوم.

+صعوبة في أداء العمل و المهام و تركيز مشتت.

+إحساس بالإحباط و الغضب و الضغط.

+ميل إلى الانعزال و قلق شديد.

ت- في الحالة الشديدة:

+عجز جسمي و عقلي شديد.

+إصابة جسمية و اضطرابات في النوم.

+عجز ملاحظ في أداء المهام.

+عجز في الوظائف المعرفية (التركيز، النسيان...)

+تجمد عقلي مع زيادة الغضب.

+سلوكيات غير وظيفية (الإهمال، التأخر، التغيب...)

+إحساس بالعزلة و القلق الشديد.

(Numéro spécial, Recherche scientifique, 2001, page 24)

ث- في الحالة الخطيرة:

- +عجز مثل مزمن جسدي و نفسي.
- +اضطرابات صحية مختلفة إضافة إلى اضطرابات النوم.
- +عجز في أداء المهام و العمل (شلل عام للوظائف المعرفية)
- +انخفاض أو ارتفاع ردة الفعل الانفعالية.
- +إحساس باليأس و القلق الهائم.
- +انسحاب من المجتمع و الرغبة في الهروب من الواقع.

من خلال ما سبق حاول كل من "Mc can" و "Pearlman" شرح هذه الظواهر في سياق نموذج نفسي معرفي، فالإكلينيكي شخص يعاني من كوابيس و لديه مخاوف وصور مرعبة، أصبح الشك يؤثر عليه لأنه تأثر بقصص فضيحة رواها له مجموعة من العملاء، و هذه القصص غيرت من مخططاته المعرفية و قناعاته، و توقعاته بالنسبة للأنسبة للعالم، مثل المفاهيم السائدة بأنه في أمان في تواجده و أن العالم لديه معنى و منظم بقواعد، هذه المفاهيم تهتز و تتزعزع فيسود شعور الشك في كل البشر، و يتطور إحساسه ببرودة الحياة شيئاً فشيئاً، فيحس بأنه غير كفاء و عاجز و عجزه مع في التعامل مع العميل يجعله يحس بعجز في إكمال الحياة، و قد يفقد تقديره و احترامه للبشرية كلها و هذا يجعله مختلف في نظر عائلته و أصدقائه

وزملائه في العمل، و أخيرا إحساس عميق بالانسحاب يتطور مع الوقت، لذلك نرى أن مدة عمله يجب أن تكون متكيفة مع مهامه و ما يقابله من صعاب بدلا من جعلها مطابقة للمهام و التخصصات الأخرى. (بلحاج شريفة، 2010، ص 84)

10-الوقاية من الأخطار المهنية:

هناك مبدأين للوقاية من الأخطار المهنية الناتجة عن ممارسة الإكلينيكية، يتعلق الأول بالجانب الشخصي للإكلينيكي، و يتعلق الثاني بالجانب المهني.

المبدأ الأول: خاص بوعي الإكلينيكي بدوره و معرفة حدوده و رغباته و ذلك من خلال إعادة النظر في استثماراته، و معرفة أولوياته، و زيادة علاقاته الاجتماعية، إضافة إلى تطوير هواياته و وسائل تسليته و راحته، و ممارسة نشاطات رياضية، و تطوير نمط معيشته بصفة عامة.

المبدأ الثاني: و يتعلق بتوافق الإكلينيكي مع النشاط المهني، و بالتالي الأخذ بعين الاعتبار الأهداف التي يمكن تحقيقها في المهنة و ذلك من خلال:

- تجنب الإجهاد أثناء أداء الواجب المهني.
- أخذ أوقات الراحة الكافية.
- ممارسة التعاون و الدعم المتبادل مع زملاء العمل.
- إعادة النظر في مدة عمله في اليوم و محاولة تعديله.

- مراقبة مجهود الإكلينيكي فيما يخص الزمن والطاقة التي يبذلها أثناء الجلسات و أثناء العمل بصفة عامة.

(Numéro spécial, Recherche scientifique, 2001, page 25)

11-النشاط الجمعي والنقابات:

أ- الجمعيات:

ظهرت الجمعيات المهمة بعلم النفس في الجزائر بعد صدور القانون الخاص بها سنة 1990، فأنشأت أول الجمعيات في المدن الكبرى في الجزائر العاصمة وهران و قسنطينة.

و مع مرور الوقت وزيادة عدد المتخرجين من التخصص زاد عدد الجمعيات وتنوع فكانت أهم هذه الجمعيات: المركز الطبي النفسي CMP ، SAOR ، EMDR, SARP, APA ، جمعية ستيفيس (ASSP)، و كل هذه الجمعيات تهتم بالأخصائيين النفسانيين، و بتطويرهم و تحسين ظروف عملهم من خلال تنظيم الملتقيات، و الأيام الدراسية، و التكوين في مختلف المجالات، إضافة إنشاء مخابر البحث في الجامعات و التي هدفها هو تطوير البحث العلمي.

ب- النقابة الوطنية (SNAPSY):

تحمل اسم النقابة الوطنية الجزائرية للأخصائيين النفسيين **Le Syndicat National Algérien des Psychologues**، و هي نقابة خاصة بالأخصائيين النفسيين الممارسين في مختلف القطاعات العمومية بما فيها الممارسين في الصحة العمومية K تم إنشاؤها تحت رقم 87 / 14 سبتمبر 2004 بموافقة وزير العدل والضمان الاجتماعي. وأمينها العام هو "خالد كداد" وهو أخصائي إكلينيكي ممارس في الصحة العمومية وهي تمارس نشاطاتها حسب قانون جوان 1990، و من أهدافها الدفاع عن المصلحة المادية والأخلاقية للأخصائيين الممارسين في الهيئات والمؤسسات الحكومية (snapsy.Dz.blogspot.14.com)

خلاصة: ظهرت مهنة الإكلينيكي في الجزائر بعد الاستقلال و كانت في بدايتها برتبة و مرتب ممرض، فكانت البداية مصحوبة بمجموعة من الصعوبات و العراقيل ليظهر أول مرسوم تنفيذي في 111/91، ثم الأمر 03/06 الخاص بالوظيفة العمومية، و بعدها المرسوم التنفيذي 240/09، التي وضحت مهام و حقوق وواجبات الإكلينيكي الممارس في الوظيفة العمومية، و قد جاءت بعدها مراسلة الوزير لتحديد خصائص وضروريات مكتب الفحص النفسي، التي تساعد الإكلينيكي في أداء مهامه، و الذي يتعرض أثناءها لمجموعة من المخاطر تؤثر على حياته الشخصية و الاجتماعية وحتى المهنية، لتظهر فيما بعد الجمعيات و النقابة الوطنية.

الجانف الميواني

الفصل السابع: الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد:

تعتمد الدراسات العلمية على الجانب النظري الذي يحتوي على المفاهيم النظرية وعلى الجانب الميداني الذي يكمله، و في هذا الجانب من البحث سنتطرق إلى فصلين، و هما الفصل السابع و الفصل الثامن، يحتوي الفصل السابع على المنهج المتبع في الدراسة و هو المنهج الوصفي لتتاسبه مع الظاهرة المدروسة، خاصة وأن عدد أفراد العينة وصل إلى 50 حالة، ثم الأدوات المستخدمة لجمع المعلومات من ملاحظة و مقابلة، مع استبيان مصمم من طرف الباحثة خصيصا لهذه الدراسة مع ذكر خصائصه السيكمترية من صدق و ثبات، إضافة إلى الدراسة الاستطلاعية ومجالات البحث و حدوده المكانية و الزمانية، و عينة الدراسة، وخصائصها.

1- منهج الدراسة:

إن اختيار منهج معين تحدده غالبا طبيعة الدراسة و الأهداف المسطرة لها، و لا يخفى على أحد ما له من أهمية في الدراسات لأنه يساعد الباحث في التنظيم الصحيح للأفكار و البيانات العديدة باستعمال مجموعة من القواعد و الأساليب المساعدة من أجل الكشف عن الحقائق حين تكون مجهولة، و إما من أجل إثباتها عندما تكون معروفة، فيعرف المنهج في البحث العلمي على أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة موضوع البحث. (أحمد بدر، 1984، ص 107)

و بما أن الهدف من هذه الدراسة هو الوقوف على واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر (القطاع الصحي نموذجا) و الحصول على حقائق و معطيات من الميدان فإن المنهج المناسب هو المنهج الوصفي نظرا لمناسبته مع طبيعة البحث و الذي يعرف بأنه كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية أو أي ظاهرة أخرى كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها، و كشف جوانبها و تحديد العلاقات بين عناصرها و بين ظواهر أخرى، و هو يناسب هذه الدراسة نظرا لكبر حجم العينة المقدّر ب 50 حالة، و نظرا لتوزعها على رقعة جغرافية كبيرة وهي الدولة الجزائرية.

1-مجالات الدراسة:

تمت هذه الدراسة على عدة مجالات:

المجال البشري: عينة من الأخصائيين الإكلينكيين الممارسين في الصحة العمومية بمختلف مؤسساتها: مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مستشفيات الأمومة والطفولة، مصحات عقلية، مصالح الطب المدرسي و البالغ عددهم 50 ممارسا إكلينيكيا.

المجال الزمني: تمت الدراسة بداية من سنة 2012 لكن تطبيق أدوات البحث على العينة كان في الفترة ما بين سنة 2016 إلى 2017.

المجال المكاني: يمكن أن نقسم المجال المكاني إلى عنصرين الأول و هو حسب مؤسسة العمل و الذي شمل: مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مستشفيات الأمومة و الطفولة، مصحات عقلية، مصالح الطب المدرسي، و الثاني حسب الولاية حيث ضمت الدراسة عدد من ولايات الجمهورية الجزائرية و هي مقدرة ب 22 ولاية: الشلف، الاغواط، بسكرة، البليدة، البويرة، تبسة، تلمسان، الجزائر، الجلفة جيجل، سطيف، سيدي بلعباس، قسنطينة، المدية ، ورقلة، وهران، برج بوعريريج بومرداس، تندوف، ميله، النعامة، غرداية.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة تمهيدية تسمح للباحث الاطلاع على مختلف الحقائق و الوقائع المتعلقة بموضوع بحثه، و بالتالي ضبط الإشكالية و تحديد المنهج والأدوات و العينة المستهدفة، و بما أن هذا البحث يهتم بواقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر (القطاع الصحي نموذجاً) فقد تمت الدراسة الاستطلاعية في مجموعة من المؤسسات الصحية الحكومية بولاية برج بوعريريج تمثلت في: مستشفى -لخضر بوزيدي-، مستشفى الأمومة و الطفولة -بلحسين رشيد-، عيادات متعددة الخدمات (عيادة 1044، عيادة مونية، عيادة 12هكتار وحدة الكشف و المتابعة بن كحلة أحمد، وحدة الفحص و المتابعة عيسى حميطوش)، أين تم اللقاء مع كل الإكلينيكين الممارسين تقريبا و عددهم حوالي 15 إكلينيكيا بمختلف المصالح الموجودة في هذه المؤسسات، و الحقيقة أن الدراسة الاستطلاعية كانت مبكرة جدا حيث عملت الباحثة في مؤسسة حكومية في إطار عقود ما قبل التشغيل، منذ 2007 إلى غاية 2013 أين تحصلت على منصب دائم و خلال هذه المدة كانت تختلط بالإكلينيكين ليس بولاية برج بوعريريج فقط بل بالولايات المجاورة أيضا، و حتى بكل عناصر الفرق الطبية و تسجل بعض الملاحظات، و من خلال هذه الملاحظات و المقابلات استطاعت الباحثة أن تضبط إشكالية البحث و المنهج و الأدوات المستخدمة في جمع البيانات.

3- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

كلما تعددت الوسائل و الأدوات في جمع المعلومات و البيانات كانت هذه الأخيرة أقرب إلى الحقيقة و أقرب إلى الواقع، و قد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المقابلة و الملاحظة و على استبيان، عبر مرحلتين، حيث استعانت بالمقابلة و الملاحظة أثناء الدراسة الاستطلاعية، و على استبيان في الدراسة الميدانية.

1- المقابلة:

تعتبر المقابلة من أهم أدوات جمع المعلومات، حيث عرفها "بنجهاام" "Binghaam" على أنها محادثة موجهة لغرض محدّد غير الإشباع الذي يتم في المحادثة نفسها وقد استعانت بها الباحثة في هذه الدراسة لمعرفة مختلف الصعوبات التي يواجهها الإكلينيكي يوميا و العوامل التي أدت إليها، فكانت في البداية غير موجهة، و بعد عدة جلسات تم ضبطها إلى مقابلة نصف موجهة.

شبكة المقابلة:

شملت مجموعة من المحاور أهمها:

-محور 1 معلومات عامة عن الحالة: السن، طبيعة العمل (في إطار عقود ما قبل

التشغيل، موظف)، مدة العمل، مكان العمل....

-محور 2 الصعوبات التي تواجه الإكلينيكي أثناء أدائه لمهامه: هل لديه صعوبات و إن وجدت هي تعود إلى (اللغة، مكان العمل -المكتب-، عدم توفر التجهيزات عدم توفر الأدوات و الوسائل - الاختبارات، بعض المراجع...-، المسؤولين، أعضاء الفريق العامل معه، العميل في حد ذاته، المجتمع...)

-محور 3 التكوين الجامعي: نتحدث عن التكوين الجامعي كيف يراه الإكلينيكي (كاف، أو غير كاف، التبرص، مكانه و مدته...)

-محور 4 العلاقات داخل مؤسسة العمل: بين الإكلينيكي و المسؤولين، بينه و بين أعضاء الفريق العامل معه، بينه و بين زملاء المهنة -الإكلينيكيين.

2- الملاحظة:

هي أداة رئيسية في دراسة السلوك الإنساني بصفة عامة خاصة في المواقف الطبيعية، و قد استعانت بها الباحثة في هذه الدراسة للإطلاع على ظروف الممارسة الإكلينيكية، من خلال مجموعة شبكة ملاحظة.

شبكة الملاحظة:

شملت مجموعة من المحاور:

-محور 1 مكان العمل و ما يحتويه من: (المكتب، المساحة، الإضاءة، التهوية، والتجهيزات...).

-محور 2 ملاحظة الإكلينيكين الممارسين من حيث (طريقة الكلام، لغة الكلام، الهندام،...).

-محور 3 ملاحظة العلاقات السائدة داخل المؤسسة (بين الإكلينيكين أنفسهم بينهم و بين أعضاء الفريق العامل معهم، بينهم و بين الإدارة...).

3- الاستبيان:

يعتبر الاستبيان أداة من أدوات جمع المعلومات و هو مفيد جدا خاصة في حالة كون أفراد العينة منتشرين في أماكن متفرعة، و يصعب الاتصال بهم شخصا، كما يتميز بقلّة التكاليف و الجهد، ويساعد في الحصول على معلومات حساسة ومحرّجة قد يخشى المبحوث الإعلان عنها في المقابلة

قامت الباحثة بتصميم هذا الاستبيان بعد عدة محاولات و تصحيحات، حيث استعانت بذوي الاختصاص في بناء الاختبارات و المقاييس النفسية، و ذلك بغرض الوقوف على العوامل التي أدت إلى صعوبة واقع الممارسة السيكلولوجية الإكلينيكية في الجزائر بالاعتماد على المعلومات المتحصل عليها من شبكة المقابلة

والملاحظة، حيث احتوى على قسمين قسم خاص بالبيانات، و قسم خاص بالمحاور والتي تمثلت في 5 محاور مجسدة في 68 عبارة.

عرض الاستبيان:

القسم الأول:

البيانات: هي معلومات عامة خاصة بالأخصائي الإكلينيكي، و المتمثلة في: الجنس، السن، الولاية، مكان العمل، الرتبة الحالية، عدد سنوات العمل، و المؤهل العلمي، شهادة البكالوريا، معدل البكالوريا، التوجه لتخصص علم النفس، المعدل في الجامعة، النجاح في الجامعة، إعادة السنة، التبرص، مكانه، مدته، التوظيف، الخبرة قبل التوظيف، مدتها، ساعات العمل في اليوم، التكوين بعد التوظيف، عدد المرات.

المحاور: اشتمل الاستبيان على عبارات عددها 68 عبارة، موزعة على خمسة محاور و كل محور يحتوي على مجموعة من المفاهيم، علما أن المحور الخامس احتوى عبارات صريحة تحدد بعض الصعوبات، حددت الاستجابات وفق مقياس ليكارت الثلاثي (دائما، أحيانا، أبدا)، مع تخصيص الدرجات (3، 2، 1) على التوالي لتحديد الاستجابات.

القسم الثاني: احتوى المحاور

المحور الأول التكوين: فيه مفهومين: التكوين الجامعي و فيه 6 عبارات (1-2-3-4-5-6)، التكوين الذاتي و فيه 10 عبارات (7-8-9-10-11-12-13-31-32-33-34)

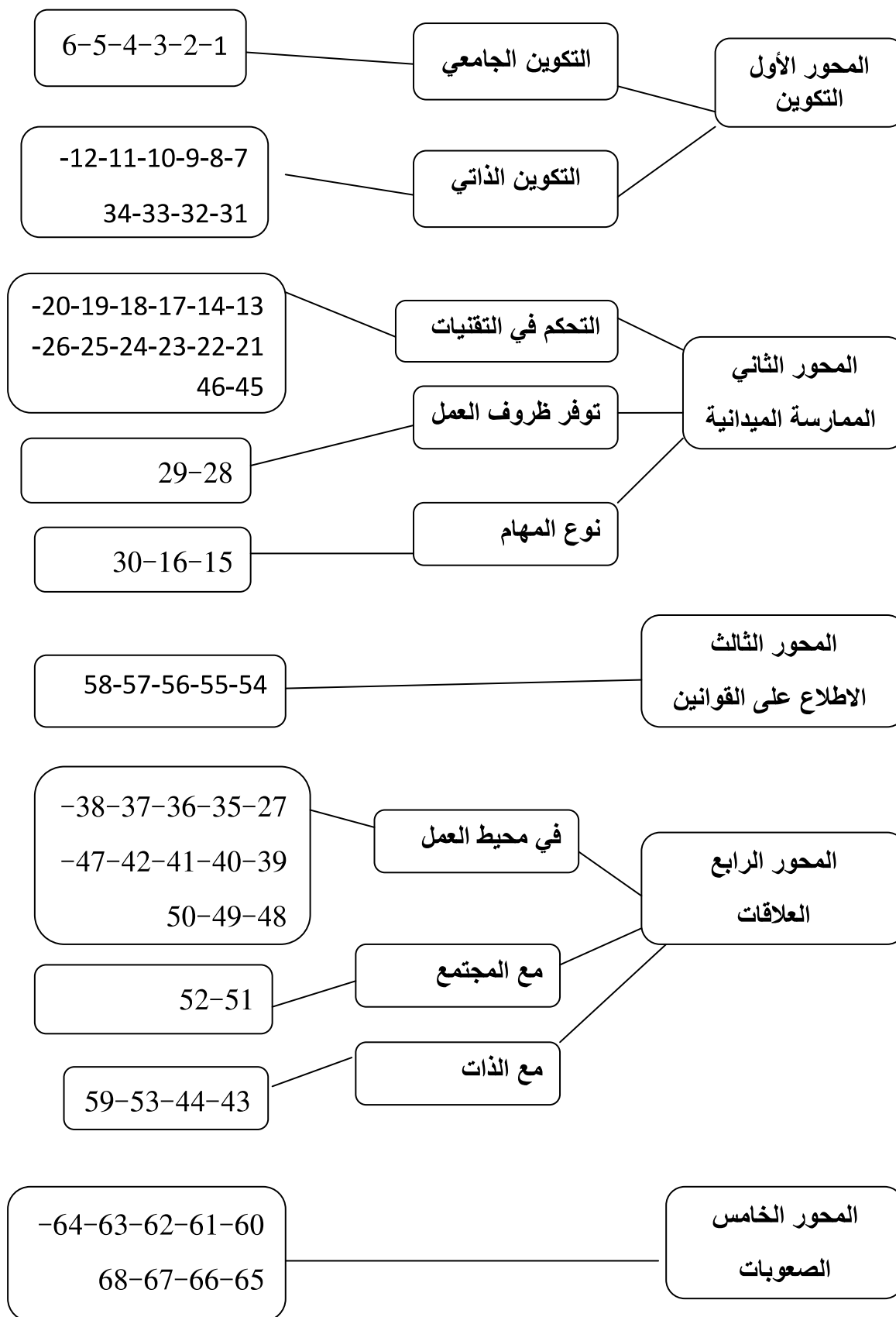
المحور الثاني الممارسة الميدانية: و فيه ثلاثة مفاهيم: التحكم في التقنيات بما فيها اللغة المستعملة و فيه 14 عبارة (13-14-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-45-46)، توفر ظروف العمل و فيه عبارتين (28-28)،

المحور الثالث الاطلاع على القوانين: و فيه 5 عبارات (54-55-56-57-58)

المحور الرابع العلاقات: و فيه ثلاثة مفاهيم: في محيط العمل و يحتوي على 13 عبارة (27-35-36-37-38-39-40-41-42-47-48-49-50)، مع المجتمع وفيه عبارتين (51-52)، و مع الذات و فيه 4 عبارات (43-44-53-59).

المحور الخامس الصعوبات: احتوى على 9 عبارات (60-61-62-63-64-65-66-67-68). (ملحق رقم 5 يوضح الاستبيان في شكله النهائي)

و المخطط التالي يوضح ذلك:



مخطط رقم 1 يوضح محاور الاستبيان

الخصائص السيكمترية للاستبيان:

- الصدق:

يعتبر الاستبيان صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه، لذلك هناك طرق

كثيرة لقياسه، فنجد صدق المحتوى و الذي يقدر بطريقتين: الأولى هي

طريقة الاتساق الداخلي و الثانية هي طريقة استشارة الخبراء.

و في هذه الدراسة تم الاعتماد على الطريقة الثانية، حيث تم عرضه

على مجموعة من الخبراء، أو المحكمين من الأساتذة الجامعيين

والإكلينكيين الممارسين في مختلف المؤسسات الصحية، و الجدول

التالي يوضح أسمائهم و مؤهلاتهم العلمية، و الهيئات التابعة لها:

الرقم	الاسم و اللقب	المؤهل العلمي/ المهنة	الهيئة المستخدمة
1	شرفي محمد الصغير	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف
2	أحمد مسعودان	أستاذ التعليم العالي	جامعة برج بوعريرج
3	معوش عبد الحميد	أستاذ جامعي	جامعة برج بوعريرج
4	عباس سمير	أستاذ جامعي	جامعة برج بوعريرج
5	فتيحة بن طيب	أستاذة جامعية	جامعة تيارت
6	أكتوف نجية	أستاذة جامعية	جامعة تيارت
7	ياسيني أمال	نفسانية عيادية	عيادة متعددة الخدمات

	رئيسة	برج بوعريرج
8	بوداحة ليلي	نفسانية عيادية مستشفى الأم و الطفل برج بوعريرج
9	شليق أمال	نفسانية عيادية مستشفى الأم و الطفل برج بوعريرج

جدول رقم 14 يوضح أسماء المحكمين

و قد كانت نتائج التحكيم كما هو موضح في الجدول التالي حيث تم

الاعتماد على: 1 للعبارة التي تقيس، و 0 للعبارة التي لا تقيس

الرقم	المحكمين العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	صدق العبارة %
1	كانت لدي صعوبات في بعض المقاييس	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
2	لدي صعوبة في المقياس في حد ذاته	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
3	لدي صعوبة بسبب الأستاذ	1	1	1	0	1	1	1	1	1	88,88%
4	لدي صعوبة بسبب الوقت الذي يقدم فيه	1	1	1	1	1	1	1	0	1	88,88%
5	كنت أتغيب	1	1	1	1	0	1	1	1	1	88,88%
6	المحاضرات هي المصدر الوحيد لمعلوماتي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
7	كنت أطلع الكتب	1	1	0	1	1	1	1	1	1	88,88%
8	كنت أراجع يوميا	0	1	1	1	1	1	1	1	1	88,88%
9	كنت أراجع وقت الامتحان فقط	1	1	1	1	1	1	1	1	0	88,88%
10	أقضي وقتا طويلا في المكتبة	1	0	1	1	1	1	1	1	1	88,88%
11	التكوين كاف	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%

12	التربص كاف	1	1	1	0	1	1	1	1	1	88,88%
13	أقوم بعمل تشخيصي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
14	أقوم بعمل علاجي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
15	أقوم بعمل إداري	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
16	أكلف بمهام أخرى	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
17	أستعمل المقابلة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
18	أستعمل الملاحظة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
19	استعمل الاختبارات	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
20	أرى أن هذه الوسائل كافية	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
21	أسجل المقابلات	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
22	لكل حالة ملف صحي / بطاقة متابعة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
23	أحرر تقارير للحالات	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
24	أوجه الحالات إلى أطراف أخرى	1	1	0	1	1	1	1	1	1	88,88%
25	أوجه الحالات شفويا	1	1	1	1	1	1	1	0	1	88,88%
26	أوجه الحالات عن طريق رسالة توجيه	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
27	توجه الحالات إلي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
28	لدي مكتب خاص بالفحص النفسي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
29	المكتب مجهز بكل ما يلزم	1	1	1	1	1	1	1	1	0	88,88%
30	أستقبل المتربصين	1	1	1	1	1	1	0	1	1	88,88%
31	أنا مطلع على المستجدات العلمية في الميدان	1	1	1	1	1	0	1	1	1	88,88%
32	أتابع مستجدات التخصص كل يوم	1	1	1	0	1	1	1	1	1	88,88%
33	أتابع مستجدات التخصص كل أسبوع	0	1	1	1	1	1	1	1	1	88,88%
34	أجدد معلوماتي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
35	العلاقة بيني و بين زملاء العمل حسنة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
36	علاقتي مع المسؤول المباشر حسنة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
37	علاقتي مع زملاء المهنة حسنة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%

38	ليس لدي اتصال مع زملاء المهنة	1	1	1	1	1	1	1	1	0	88,88%
39	لدي مشاكل في عملي	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
40	الإدارة متعسفة معي	1	1	1	1	1	1	0	1	1	88,88%
41	نظرة أعضاء الفريق لعملي حسنة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
42	نظرة أعضاء الفريق لعملي غامضة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
43	أحس بالإحباط أثناء ممارسة مهامتي	1	1	1	1	1	1	0	1	1	88,88%
44	أحب مهنتي	1	1	1	1	1	1	1	0	1	88,88%
45	لغة الحوار بيني وبين فريق العمل العربية	1	1	0	1	1	1	1	1	1	88,88%
46	لغة الحوار بيني وبين فريق العمل الفرنسية	1	0	1	1	1	1	1	1	1	88,88%
47	أشارك في الاجتماعات التي تتم في المؤسسة	1	1	1	1	1	0	1	1	1	88,88%
48	أحس بالتهميش داخل المؤسسة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
49	يطلب رأيي في بعض القضايا	1	1	1	1	0	1	1	1	1	88,88%
50	أشارك في الأيام أو الملتقيات المنظمة من طرف المؤسسة	1	1	1	1	1	1	1	1	0	88,88%
51	نظرة المجتمع لعملي حسنة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
52	نظرة المجتمع لعملي غامضة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
53	أتمنى لو أنني أمارس مهنة أخرى	1	1	1	1	1	1	1	0	1	88,88%
54	أنا مطلع على حقوقي التي يكفلها لي القانون	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
55	أنا مطلع على القانون 03-06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
56	أنا مطلع على القانون 09-240	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
57	أعلم أنه من حقي العمل في مكتب خاص وفق المشرع	1	1	1	1	1	1	0	1	1	88,88%
58	أعلم أن هناك نسبة من مال المؤسسة	1	1	1	0	1	1	1	1	1	88,88%

										خاص بالعمل السيكلوجي	
59	0	1	1	1	1	1	1	1	1	أنا راض عن العمل الذي أقوم به	%88,88
60	1	1	1	1	1	1	1	1	0	أواجه صعوبات في مهامي بسبب اللغة	%88,88
61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب التقنيات	%100
62	1	1	1	1	1	0	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب التكوين	%88,88
63	1	1	0	1	1	1	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب تعسف الإدارة	%88,88
64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم التوافق مع زملاء العمل	%100
65	1	1	1	1	1	1	1	0	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب غموض العمل الذي أقوم به	%88,88
66	1	0	1	1	1	1	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم اطلاعي على القانون	%88,88
67	1	1	0	1	1	1	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم الاطلاع على المستجدات	%88,88
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم تفهم المجتمع	%100

جدول رقم 15 يوضح رأي المحكمين

المحاور	الصدق %
1 التكوين الجامعي	% 92,58
2 الممارسة الميدانية	% 97,52
3 الاطلاع على القوانين	% 93,82
4 العلاقات	% 94,14
5 الصعوبات	% 92,21
صدق الاستبيان	% 94,05

جدول رقم 16 يوضح صدق الاستبيان

من خلال ما سبق نستنتج أن صدق الاستبيان قدر بنسبة 94,05 % و هي نسبة دالة على صدقه، مع القيام ببعض التعديلات على بعض العبارات و استبدال أخرى.

- الثبات:

يعرف ثبات أداة قياس ما على أنه مدى الدقة و الاستقرار و الاتساق في نتائج الأداة لو طبقت مرتين فأكثر على نفس الخاصية في مناسبات مختلفة. (بشير معمرية، 2007، ص167)

هناك العديد من الطرق الإحصائية لحساب معامل الثبات و قد تم اختيار طريقة التجزئة النصفية، حيث تمت تجزئة الاستبيان إلى جزأين: الجزء الأول يمثل العبارات الفردية من العبارة 1 إلى العبارة 67، أما الجزء الثاني فهو يمثل العبارات الزوجية من العبارة 2 إلى 68 يبلغ عدد كل جزء 34 عبارة، و قد طبق على عينة مكونة من: $n = 12$ ، وتم بعد ذلك حساب معامل الارتباط بين النصف الأول و الثاني باستخدام معادلة "بيرسون" حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0,58 و بعد تعديله بواسطة معادلة "سبيرمان براون" أصبحت قيمته 0,71 وهو معامل ثبات مرتفع إذا قورن بقيمة (ر) الجدولية المساوية لـ 0,27 عند مستوى الدلالة 0,01، و هذا يعني أن معامل الثبات ذو دلالة إحصائية. (ملحق رقم 6 حساب معامل الثبات)

تطبيق الاستبيان:

لقد استعانت الباحثة بمختص في الإعلام الآلي ليصنع لها نسخة من الاستبيان على شكل تطبيق الكتروني، و ذلك لتسهيل استخدامه و الاستجابة عنه عن طريق الانترنت لضمان أكبر قدر من المشاركة و على أوسع نطاق.

تم تطبيق الاستبيان بطريقتين:

الطريقة الأولى: و هي اللقاء وجها لوجه مع الحالات و كان هذا داخل ولاية برج بوعريريج حيث تم اللقاء مع 12 إكلينيكية، أين بقيت الباحثة معهم إلى غاية نهاية

الاستجابات، و كانت تلاحظ طريقة الاستجابات وفي بعض الأحيان تجيب عن بعض الاستفسارات.

الطريقة الثانية: عن طريق مواقع التواصل الاجتماعي، حيث قامت الباحثة بتوزيع الاستبيان في شكله الإلكتروني في مواقع التواصل الاجتماعي في أكثر من 20 صفحة في الفيسبوك، بغرض الحصول على أكبر عدد من الحالات و من الولايات ونفس الشيء حدث فكثيرا ما كانت تتلقى رسائل للاستفسار متعلقة بنوع الدراسة والهدف منها و حتى الجامعة التي تنتمي إليها... و طبعا كانت تجيب عن كل تلك الأسئلة، بل وفي بعض الأحيان تدخل في نقاشات مطولة حول وضع الإكلينيكي في الجزائر و ما يعانيه من تهيش.

و في النهاية تم جمع كل الاستجابات و تحليلها عن طريق الأدوات الإحصائية من التكرارات و النسب المئوية و المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري.

4-الأدوات الإحصائية:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المتوسط الحسابي و التكرارات و النسب المئوية والانحراف المعياري، اختبار "ستودنت" للفروقات بين مجموعات في تحليل النتائج.

5- عينة البحث:

تمثل العينة البحث عنصر أساسي في أي بحث، حيث يتم تشكيلها عن طريق أخذ عدد محدود و ممثل لأفراد المجتمع الأصلي، ليطبق الباحث دراسته عليها ثم يقوم بتعميم النتائج على المجتمع الأصلي، و عليه قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية مقطرة ب ن = 50 حالة من الإكلينيكين الممارسين في الصحة العمومية في عدة مؤسسات (مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مصحات عقلية، وحدات الكشف و المتابعة، مستشفيات الأمومة و الطفولة) و من مصالح مختلفة، على مستوى 22 ولاية من الدولة الجزائرية، يمثل الذكور فيها: 16 حالة أما الإناث 34 حالة.

6- خصائص عينة البحث:

اختيرت العينة العشوائية وفق مجموعة من الخصائص و هي كالتالي:

1- توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
إناث	34	68,0
ذكور	16	32,0
المجموع	50	100,0

جدول رقم 17 يوضح توزيع العينة حسب الجنس

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن عدد الإناث وصل إلى 34 حالة بنسبة مؤوية قدرت بـ 68%، أما نسبة الذكور فوصلت إلى 16 حالة بنسبة مؤوية قدرت بـ 32%، و بالتالي مشاركة الإناث تفوق مشاركة الذكور بـ 18 حالة أي بنسبة 36%، و هذا ما يمكن تفسيره بأن عدد الإكلينيكيات الممارسات أكبر من عدد الذكور، أو ربما رغبة الإناث في المشاركة في هذا البحث أكبر من رغبة الذكور.

2- توزيع أفراد العينة حسب السن:

السن	التكرارات	النسبة المؤوية
30-25 سنة	14	28,0
35-31 سنة	19	38,0
36-40 سنة	8	16,0
أكبر من 40 سنة	9	18,0
المجموع	50	100,0

جدول رقم 18 يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

من خلال الجدول رقم 18 يتضح أن 19 حالة عمرهم يتراوح بين 35-31 سنة أي بنسبة 38%، و 14 حالة عمرهم يتراوح ما بين 30-25 سنة بنسبة 28%، و 9 حالات أكبر من 40 سنة بنسبة 18%، و 8 حالات ما بين 36-40 سنة أي

بنسبة 16%، إذن من خلال هذه النسب يمكن أن نستخلص أن نسبة 82% من الإكلينيكيين الممارسين هم عبارة عن شباب عمرهم أقل من 40 سنة.

3- توزيع أفراد العينة على حسب الولايات:

الرقم	الولايات	التكرارات	النسب المئوية
01	ولاية تبسة	2	4,0
02	ولاية تلمسان	1	2,0
03	ولاية الجزائر	8	16,0
04	ولاية الجلفة	1	2,0
05	ولاية جيجل	1	2,0
06	ولاية سطيف	3	6,0
07	ولاية الشلف	2	4,0
08	ولاية سيدي بلعباس	2	4,0
9	ولاية قسنطينة	1	2,0
10	ولاية المدية	1	2,0
11	ولاية الأغواط	1	2,0
12	ولاية ورقلة	3	6,0
13	ولاية وهران	1	2,0
14	ولاية برج بوعريريج	12	24,0
15	ولاية بومرداس	1	2,0
16	ولاية تندوف	1	2,0
17	ولاية ميلة	2	4,0
18	ولاية النعامة	1	2,0
19	ولاية غرداية	1	2,0
20	ولاية بسكرة	1	2,0
21	ولاية البليدة	2 ₂₄₂	4,0

4,0	2	ولاية البويرة	22
100,0	50	المجموع	

جدول رقم 19 يوضح توزيع أفراد العينة على الولايات

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن عينة الدراسة تمثلت في 22 ولاية و هو عددا لا بأس به مقارنة بعدد ولايات الوطن 48 ولاية، حيث كانت نسبة التمثيل 45,83% من مجموع الولايات و هو بالتقريب نصف المجتمع الكلي، لاحظنا أكبر عدد كان في ولاية برج بوعرييج و التي قدرت بـ 12 حالة، أي بنسبة 24% ونفسر ذلك بذهاب الباحثة إلى الحالات و تطبيق أدوات البحث معهم بطريقة مباشرة، أما المرتبة الثانية فكانت لولاية الجزائر العاصمة بـ 8 حالات، بنسبة 16%، ثم ولاية سطيف و ورقلة بـ 3 حالات بنسبة 6% ، ثم كل من البويرة، تبسة، ميله، و البليدة بـ 2 حالة بنسبة 4%، و باقي الولايات: تلمسان، الجلفة، جيجل، قسنطينة، المدية الأغواط، وهران، بومرداس، تندوف، ميله، النعامة، غرداية، و بسكرة فكان عدد الحالات حالة واحدة من كل ولاية بنسبة 2%.

4-توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل:

مكان العمل	التكرارات	النسبة المئوية
الطب المدرسي	10	20,0
عيادة متعددة الخدمات	15	30,0
مستشفى	16	32,0
مستشفى الأم و الطفل	3	6,0
مصحة عقلية	6	12,0
المجموع	50	100,0

جدول رقم 20 يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن أعلى مشاركة قدرت بـ 16 حالة كانت للممارسين في المستشفيات بنسبة 32%، و نفسر ذلك بوجود عدد كبير من الممارسين فيها بسبب تعدد المصالح الاستشفائية، وكذا نوعية الحالات التي تبقى في أغلب الأحيان لفترات استشفاء طويلة، حيث يضمن الإكلينيكي المتابعة النفسية للحالات طيلة هذه الفترة، و يعطي تقاريره في بعض الأحيان لأطراف أخرى، وكانت المرتبة الثانية للعيادات متعددة الخدمات بـ 15 حالة، أي بنسبة 30%، و هنا نلاحظ على أرض الواقع وجود ممارس إكلينيكي واحد فقط على مستوى عيادة واحدة و هذا في أغلب الأحيان، نظرا لطبيعة العمل الذي يكون مع حالات خارجية، أي

تقريبا سنتعرف على الصعوبات التي يعاني منها الإكلينيكي في 15 عيادة، و هذا عدد لا بأس به يمكن أن يطلعنا على واقع الأمر، ثم الطب المدرسي بـ 10 حالات أي بنسبة مئوية مقدرة بـ 20%، و أيضا هنا تجدر الإشارة أنه في أغلب الأحيان يتم تنصيب إكلينيكي واحد على رأس كل وحدة كشف و متابعة أي أنه لدينا 10 وحدات كشف و متابعة للطب المدرسي و هو عدد لا بأس به، ثم المصحات العقلية بـ 06 حالات أي بنسبة 12%، و في الأخير مستشفيات الأمومة و الطفولة بـ 03 أي بنسبة 06 %.

إذن من خلال هذا الجدول يمكن القول بأن الأماكن أو المؤسسات التي تمت الدراسة عليها وصل إلى: 4 مستشفيات (16 إكلينيكي موزعه بالتقريب) ، 2 مستشفى الأمومة و الطفولة (3 إكلينيكين موزعين بالتقريب)، 15 عيادة متعددة الخدمات 10 وحدات للطب المدرسي، أي 31 مؤسسة عمومية و هو عدد كبير يمكن الاعتماد على نتائجه.

5-توزيع أفراد العينة حسب الرتبة الحالية:

الرتبة الحالية	التكرارات	النسبة المئوية
نفساني عيادي للصحة العمومية	30	60,0
نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية	13	26,0
رتبة أخرى	7	14,0
المجموع	50	100,0

جدول رقم 21 يوضح توزيع أفراد العينة حسب الرتبة الحالية

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن أكبر مشاركة كانت لرتبة نفساني عيادي للصحة العمومية بـ 30 حالة بنسبة 60%، و جاءت بعدها رتبة نفساني رئيسي للصحة العمومية بـ 13 حالة بنسبة 26%، وفي الأخير رتبة أخرى بـ 7 حالات أي بنسبة 14%، و نفسر ذلك بعدد سنوات الخبرة المهنية فالرتبة التي يباشر بها الإكلينيكي مهنته في القطاع الصحي هي نفساني عيادي للصحة العمومية ثم تأتي الترقية بعد ذلك إما من خلال الحصول على شهادة دراسات عليا (ماجستير، أو ماستر)، و إما من خلال قوائم التأهيل و يكون ذلك بعد العمل الفعلي في رتبة نفساني عيادي للصحة العمومية لمدة 10 سنوات كما هو موضح في القانون الخاص الذي اطلعنا عليه في فصل التشريع.

6-توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العمل:

عدد سنوات العمل	التكرارات	النسبة المئوية
1-2 سنة	2	4,0
15-11 سنة	4	8,0
5-3 سنوات	18	36,0
10-6 سنوات	21	42,0
أكثر من 16 سنة	5	10,0
المجموع	50	100,0

جدول رقم 22 يوضح توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العمل

من خلال الجدول السابق يتضح أن عدد الحالات التي لديها خبرة عمل مابين 1-6 سنوات وصل إلى 21 حالة بنسبة 42%، و جاءت بعدها الحالات التي لديها خبرة مهنية مابين 5-3 سنوات بـ 18 حالة بنسبة 36%، ثم الحالات التي لديها خبرة مهنية مقدرة بـ أكثر من 16 سنة بـ 5 حالات أي بنسبة 10%، أما الحالات التي لديها خبرة من 15-11 سنة فوصل إلى 4 حالات بنسبة 8%، و في الأخير كانت أقل مشاركة للحالات التي لديها خبرة مهنية مابين 1-2 سنة بـ 2 حالة فقط بنسبة 4% و هي حالات جديدة في التوظيف.

7- توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي:

المؤهل العلمي	التكرارات	النسبة المئوية
شهادة ليسانس كلاسيك	29	58,0
شهادة ليسانس ل م د	00	00
ماجستير	7	14,0
ماستر	13	26,0
أخرى	1	2,0
المجموع	50	100,0

جدول رقم 23 يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

من خلال الجدول السابق يتضح أن 29 حالة لديها شهادة ليسانس كلاسيكي علم النفس الإكلينيكي بنسبة 58%، ثم 13 حالة لديها شهادة الدراسات العليا ماستر بنسبة 26%، و 7 حالات لديها شهادة ماجستير بنسبة 14%، و هذا ما يفسر وجود 13 حالة برتبة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية كما سبق و لاحظنا في جدول رقم 22، و حالة واحدة لديها شهادة أخرى بنسبة 2%، أما شهادة ليسانس ل م د فلا توجد أي حالة أي 0%، و يمكن تفسير ذلك أن الأولوية في التوظيف لحاملي شهادة ليسانس كلاسيكي، و أن مناصب العمل المتوفرة قليلة جدا، إضافة إلى أن سنة التخرج تؤخذ بعين الاعتبار في التوظيف، و بالتالي الأولوية للمتخرجين

في الدفعات السابقة ، أما الحاصلون على شهادة ليسانس ل م د فهم ينتظرون دورهم في التوظيف بما أنهم خريجين جدد.

8-توزيع أفراد العينة حسب شهادة البكالوريا:

شهادة البكالوريا	التكرارات	النسبة المئوية
تخصص أدبي	30	60,0
تخصص علمي	20	40,0
المجموع	50	100,0

جدول 24 يوضح توزيع أفراد العينة حسب شهادة البكالوريا

من خلال الجدول يتضح أن عدد الحالات التي كانت شعبتها أدبية هو 30 حالة بنسبة 60%، أما الحالات التي شعبتها علمية فهو 20 حالة أي بنسبة 40%، بفارق 10% و هي ليست بالنسبة العالية، فوجود الإكلينيكين العلميين والأدبيين متقارب، عكس ما كان شائعا و هو أن هذا التخصص خاص بالشعب الأدبية فقط.

9-توزيع أفراد العينة حسب معدلات البكالوريا:

معدلات البكالوريا	التكرارات	النسبة المئوية
من 10-11	38	76,0
من 12-13	10	20,0
من 13-14	2	4,0
المجموع	50	100,0

جدول 25 يوضح توزيع أفراد العينة حسب معدل البكالوريا

من خلال الجدول يتضح لنا أن عدد الحالات التي لديها معدل ما بين 10-11 وصل إلى 38 حالة بنسبة 76%، و 10 حالات لديها معدل ما بين 12-13 بنسبة 20%، و حالتين فقط كان لديها معدل ما بين 13-14، أي بنسبة 4%، هذه النتائج تؤكد الشائعة التي تقول بأن الأشخاص الذين يتوجهون إلى تخصص علم النفس هم تلاميذ كانت معدلاتهم في شهادة البكالوريا منخفضة، منعتهم من التسجيل في تخصصات أخرى، ليجدوا أنفسهم في تخصص علم النفس سواء برغبة منهم أو من دون رغبة.

10- توزيع أفراد العينة حسب التوجه للتخصص:

التوجه لتخصص علم النفس	التكرارات	النسبة المئوية
إجباري	9	18,0
اختياري	41	82,0
المجموع	50	100,0

جدول 26 يوضح توزيع أفراد العينة حسب التوجه للتخصص

من خلال الجدول يتضح أن 41 حالة كان توجهها إلى تخصص علم النفس الإكلينيكي اختياري بنسبة 82%، و 9 حالات فقط كان توجهها إلى التخصص إجباري أي بنسبة 18% و هذه النسب تنفي الشائعة القائلة بأن أغلب طلبة علم النفس توجهوا إلى التخصص إجباريا بل إن نسبة 82% اختاروا ذلك.

11- توزيع أفراد العينة حسب المعدل في الجامعة:

النسبة المئوية	التكرارات	المعدل في الجامعة
10,0	5	أكثر من 14
24,0	12	من 10-11
30,0	15	من 11-12
36,0	18	من 12-13
100,0	50	المجموع

جدول 27 توزيع أفراد العينة حسب المعدل في الجامعة

من خلال الجدول يتضح أن 18 حالة كان لديها معدل مابين 12-13 بنسبة 36%، و 15 حالة لديها معدل مابين 11-12 بنسبة 30%، و 12 حالة معدلها مابين 10-11 بنسبة 24%، و 5 حالات فقط كانت تتحصل على معدل أعلى من 14 بنسبة 10% أي أن هناك تنوع في العينة بين الإكلينيكين الذين كانت لديهم معدلات عادية (12/11) بنسبة 30%، و بين الذين كانوا ينتقلون من سنة إلى أخرى (11/10)، و بين الذين لديهم معدلات جيدة (13/12) 36%، أما النجباء المتفوقين فكان عددهم قليل مقدر ب 5 حالات أي 10%.

12- توزيع أفراد العينة حسب النجاح في السنة الجامعية:

النسبة المئوية	التكرارات	النجاح كان في الدورة
2,0	1	الاستدراكية
98,0	49	العادية
100,0	50	المجموع

جدول 28 توزيع أفراد العينة حسب النجاح في السنة الجامعية

من خلال الجدول يتضح لنا أن 49 حالة كانت تتجح في الدورة العادية أي بنسبة 98%، و حالة واحدة فقط كانت تتجح في الدورة الاستدراكية بنسبة 2%، و هذه النسب تبين اهتمام أغلبية الحالات بالدراسة و هذا ما ظهر لنا في الجدول رقم 27.

13- توزيع أفراد العينة حسب إعادة السنة:

النسبة المئوية	التكرارات	أعدت السنة
94,0	47	لا
6,0	3	نعم
100,0	50	المجموع

جدول 29 توزيع أفراد العينة حسب إعادة السنة

من خلال الجدول يتضح أن 47 حالة لم تعد السنة بنسبة 94%، و أن 3 حالات فقط أعادت السنة بنسبة 6% تبقى الأسباب غامضة لذلك، لكن نسبة 6% قليلة بالنسبة لـ 94% من الإكلينيكين الناجحين في الدورات العادية.

14-توزيع أفراد العينة حسب التربص:

التربص	التكرارات	النسبة المئوية
تم	47	94,0
لم يتم	3	6,0
المجموع	50	100,0

جدول 30 توزيع أفراد العينة حسب التربص

من خلال الجدول يتضح أن 47 حالة قد أجرت التربص أي بنسبة 94%، و 3 حالات فقط لم تجري التربص بنسبة 6% وهنا أيضا نلاحظ أن أغلبية الممارسين قد خضعوا للتربص المقرر أثناء الدراسة.

15- توزيع أفراد العينة حسب مكان التبرص:

مكان التبرص	التكرارات	النسبة المئوية
عيادة خاصة	4	8,0
عيادة م خ	3	6,0
مستشفى الأم والطفل	2	4,0
مستشفى	25	50,0
مصلحة عقلية	12	24,0
مكان آخر	4	8,0
المجموع	50	100,0

جدول 31 توزيع أفراد العينة حسب مكان التبرص

من خلال الجدول يتضح أن 25 حالة أجرت تبرصها بالمستشفيات بنسبة 50% و 12 حالة بالمصحات العقلية بنسبة 24%، و 4 حالات في كل من العيادات الخاصة و أماكن أخرى بنسبة 8% لكل منها، و 3 حالات أجرت تبرصها بالعيادات متعددة الخدمات بنسبة 6%، و حالتين فقط تلقت تبرصها في مستشفى الأمومة والطفولة بنسبة 4%، يعني من خلال هذه النتائج يتضح أن 42 حالة تلقت تبرصها في مؤسسات صحية عمومية (عيادات م خ، مستشفيات، مستشفى الأمومة والطفولة، مصحات عقلية) أي بنسبة 84% و هي نسبة عالية، و هذا التبرص هو بمثابة فترة استطلاعية لمكان العمل مستقبلا.

16- توزيع أفراد العينة حسب مدة التبرص:

مدة التبرص	التكرارات	النسبة المئوية
أسبوع	7	14,0
أسبوعان	5	10,0
أكثر من أسبوعان	32	64,0
أقل من أسبوع	6	12,0
المجموع	50	100,0

جدول 32 توزيع أفراد العينة حسب مدة التبرص

من خلال الجدول يتضح أن 32 حالة كانت مدة التبرص أكثر من أسبوعين بنسبة 64%، و 7 حالات دام تبرصها أسبوع فقط بنسبة 14%، بينما 6 حالات دامت مدة تبرصها أقل من أسبوع أي بنسبة 12%، إذن من خلال هذه النتائج يتضح لنا أن عدد الحالات التي كانت مدة تبرصها محصورة بين لأسبوع و أقل من أسبوع هو 13 حالة بنسبة 26% و هي نسبة عالية.

17- توزيع أفراد العينة حسب التوظيف:

التوظيف	التكرارات	النسبة المئوية
مباشرة بعد التخرج	19	38,0
من 2-4 سنوات	14	28,0
من 5-7 سنوات	14	28,0
أكثر من 7 سنوات	3	6,0
المجموع	50	100,0

جدول 33 توزيع أفراد العينة حسب التوظيف

من خلال الجدول يتضح أن 19 حالة وظفت مباشرة بعد التخرج بنسبة 38%، و 14 حالة بقيت مدة من 2-4 سنوات، بنسبة 28%، و 14 حالة أيضا بقيت 5-7 سنوات دون توظيف، أي بنسبة 28%، و 3 حالات بقيت أكثر من 7 سنوات دون توظيف بنسبة 6%، إذن يظهر من خلال هذه النسب أن أغلبية الحالات حصلت على منصب عمل مباشرة بعد التخرج و هذا ما ينفي شائعة عدم وجود المناصب نهائيا، و أما 14 حالة (28%) فانتظرت لمدة تفوق 5 سنوات لتحصل عليها، و 3 حالات تجاوز انتظارهم 7 سنوات.

18-توزيع أفراد العينة حسب الخبرة قبل التوظيف:

الخبرة قبل التوظيف	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	42	84,0
لا	8	16,0
المجموع	50	100,0

جدول 34 توزيع أفراد العينة حسب الخبرة قبل التوظيف

من خلال الجدول يتضح أن 42 حالة كانت لديها خبرة قبل التوظيف و كان هذا طبعا في إطار عقود ما قبل التشغيل بنسبة 84%، و 8 حالات فقط ليست لها خبرة قبل التوظيف أي بنسبة 16% و التي كانت لها فرصة التوظيف مباشرة بعد التخرج.

19- توزيع أفراد العينة حسب مدة الخبرة قبل التوظيف:

مدتها	التكرارات	النسبة المئوية
من 1-2 سنة	18	36,0
من 3-4 سنوات	6	12,0
أكثر من 4 سنوات	18	36,0
المجموع	42	100,0

جدول 35 توزيع أفراد العينة حسب مدة الخبرة قبل التوظيف

من خلال الجدول يتضح أن 18 حالة كانت لديها خبرة قبل التوظيف ما بين 1-2 سنة، بنسبة 36%، و نفس العدد أي 18 حالة كانت لديها خبرة قبل التوظيف أكثر من 4 سنوات بنسبة 36%، و 6 حالات كانت لديها خبرة ما بين 3-4 سنوات أي بنسبة 12%، عدد الحالات التي لديها خبرة قبل التوظيف أكبر من 4 سنوات هو 18 بنسبة 36% و هي نسبة مرتفعة بقيت هذه الحالات تنتظر الحصول على المنصب بفارغ الصبر، و لا يمكن وصف ما عاشته أثناء هذه الفترة...

20- توزيع أفراد العينة حسب ساعات العمل:

ساعات العمل في اليوم	التكرارات	النسبة المئوية
نصف يوم	16	32,0
يوم كامل	33	66,0
نظام المراقبة	1	2,0
المجموع	50	100,0

جدول 36 توزيع أفراد العينة حسب ساعات العمل

من خلال الجدول يتضح أن 33 حالة تعمل وفق نظام دوام يوم كامل (8 ساعات في اليوم) بنسبة 66%، و 16 حالة تعمل بنظام نصف يوم بنسبة 32%، أما نظام المراقبة فهناك حالة واحدة فقط بنسبة 2%، إن فنسبة الحالات التي تعمل بدوام كامل (8) ساعات هي 66% و هي نسبة مرتفعة حيث أن أغلب الإكلينيكين يعملون بدوام إداري لا يراعي الظروف الخاصة بالمهنة.

21-توزيع أفراد العينة حسب التكوين بعد التوظيف:

النسبة المئوية	التكرارات	تلقيت تكويننا بعد التوظيف
58,0	29	نعم
42,0	21	لا
100,0	50	المجموع

جدول 37 توزيع أفراد العينة حسب التكوين بعد التوظيف

من خلال الجدول يتضح أن 29 حالة تلقت تكويننا بعد التوظيف أي بنسبة 58% و21 حالة لم تتلق تكويننا بعد التوظيف أي بنسبة 42% ، يدخل التوظيف بعد التكوين في إطار الإطلاع الدائم على مستجدات التخصص و الدراسات و البحوث الحديثة.

22- توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات التكوين بعد التوظيف:

عدد المرات	التكرارات	النسبة المئوية
مرة واحدة	14	48,0
من 2-4	9	31,0
أكثر من 5 مرات	6	21,0
المجموع	29	100,0

جدول 38 توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات التكوين بعد التوظيف

من خلال الجدول يتضح أن 14 حالة من 29 حالة تلقت تكويناً بعد التوظيف لمرة واحدة فقط أي بنسبة 48%، و 9 حالات تلقت تكويناً من 2-4 مرات بنسبة 31%، بينما 6 حالات تلقت تكويناً لأكثر من 5 مرات أي بنسبة 21%، و هي نسبة معتبرة، بينما نعتبر أن 29 حالة التي تلقت التكوين لمرة واحدة فقط غير كاف.

من خلال عرضنا لخصائص العينة يتضح لنا أنها واسعة متشعبة لها الكثير من الخصائص الديموغرافية التي من شأنها إثراء هذه الدراسة و هذا ما سيظهر في الفصل المقبل.

الفصل الثامن: عرض و تحليل النتائج

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض النتائج المتحصل عليها من خلال أدوات الدراسة بالاستعانة بالأدوات الإحصائية المتمثلة في المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري و التكرارات، إضافة إلى تحليل التباين الأحادي، مع التذكير بفرضيات البحث و مناقشتها، لنصل إلى استنتاج عام و خاتمة الدراسة، و في الأخير طرح مجموعة من التوصيات و الاقتراحات.

1- عرض النتائج المتحصل عليها من أداة الاستبيان:

احتوى الاستبيان على خمس محاور و هي:

محور 1: التكوين (التكوين الجامعي، التكوين الذاتي)

محور 2: الممارسة الميدانية (التحكم في التقنيات، توفر ظروف العمل، نوع المهام)

محور 3: الاطلاع على القوانين

محور 4: العلاقات (في محيط العمل، مع المجتمع، مع الذات)

محور 5: الصعوبات

- محور 1: التكوين الجامعي و يحتوي على مفهومين التكوين الجامعي والتكوين الذاتي.

المحاور	المفاهيم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التكوين الجامعي		العبارة 01	2,020	0,5147
		العبارة 02	1,780	0,6788
		العبارة 03	1,780	0,6158
		العبارة 04	1,660	0,6581
		العبارة 05	1,480	0,5436
		العبارة 06	1,980	0,7951
		المجموع	1,813	0,6443
التكوين الذاتي		العبارة 07	2,420	0,6091
		العبارة 08	2,020	0,5887
		العبارة 09	2,020	0,7690
		العبارة 10	2,020	0,6848
		العبارة 11	1,380	0,6024
		العبارة 12	1,340	0,5573
		العبارة 31	2,280	0,5729
		العبارة 32	2,000	0,6701
		العبارة 33	2,060	0,6197
		العبارة 34	2,520	0,6141
		المجموع	2,006	0,6288

0,6365	<u>1,90</u>		المجموع
--------	-------------	--	---------

جدول رقم 39 يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 1

من خلال الجدول يظهر لنا أن متوسط الإكلينيكيين الذين استجابوا بأنهم يعانون من صعوبات بسبب التكوين وصل إلى 1,90 و هي قيمة مرتفعة بالنسبة لحجم العينة أي أن أكثر من 25 إكلينيكي أقرّوا بوجود صعوبات في الممارسة تعود إلى عامل التكوين بصفة عامة، لكن إذا نظرنا إلى المفهوم الأول و هو التكوين الجامعي نجد متوسط الاستجابات فيه وصل إلى 1,813، حيث يظهر لنا من خلال العبارة الأولى و هي (كانت لدي صعوبات في بعض المقاييس) بمتوسط 2,020 و العبارة الثانية المتعلقة بالصعوبة في المقياس في حد ذاته، و العبارة الثالثة (لدي صعوبة بسبب الأستاذ) كان لهما نفس المتوسط 1,780، أما عن الوقت الذي يقدم فيه المقياس فقد وصل المتوسط إلى 1,660 و فيما يتعلق بالعبارة الخامسة (كنت أتغيب) وصل المتوسط فيها إلى 1,48 و هي قيمة مرتفعة كان هذا فيما يخص التكوين الجامعي.

أما التكوين الذاتي فقد وصل المتوسط الحسابي فيه إلى 2,006 و هي قيمة مرتفعة جدا، فإذا نظرنا إلى العبارات 7-8-9-10 نجد متوسطها محصور بين 2,020 و 2,420 و هي قيمة مرتفعة جدا يقر فيها الإكلينيكيون بأنهم كانوا كثيري الدراسة و المطالعة أثناء الفترة الدراسية، و العبارة 11 المتعلقة بالتكوين و العبارة 12 المتعلقة بالتربص كان متوسط كل منهما على التوالي 1,38، و 1,34 و هي قيم دالة على عدم كفاية كل منهما، أما عن العبارات 31-32-33-34 و المتعلقة بالمطالعة و تجديد المعلومات فقد كان المتوسط محصورا بين 2,000-2,52 و هي قيمة مرتفعة تدل على أن الإكلينيكيون مطلعون على المستجدات العلمية في الميدان.

محور 2 الممارسة الميدانية: التحكم في التقنيات، توفر ظروف العمل، نوع

المهام

المحور	المفاهيم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسة الميدانية	التحكم في التقنيات	العبارة 13	2,540	0,5789
		العبارة 14	2,220	0,5455
		العبارة 17	2,860	0,4522
		العبارة 18	2,680	0,5869
		العبارة 19	1,920	0,6007
		العبارة 20	1,880	0,6893
		العبارة 21	1,820	0,8254
		العبارة 22	2,300	0,7071
		العبارة 23	2,040	0,7548
		العبارة 24	2,000	0,4041
		العبارة 25	1,800	0,7559
		العبارة 26	2,180	0,7475
		العبارة 45	2,300	0,7071
		العبارة 46	2,120	0,5584
		المجموع	2,19	0,6367

جدول رقم 40 يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 2

269

أن أغلبية الإكلينيكين يقومون بعملية التوثيق، العبارات 24-25-26 المتعلقة بـ (أوجه الحالات إلى أطراف أخرى، أوجه الحالات شفوياً، أوجه الحالات عن طريق رسالة توجيه) فوصل المتوسط إلى 2,00-1,80-2,18 و هي قيم مرتفعة، بقيت العبارتان 45-46 المتعلقة بـ (لغة الحوار بيني و بين فريق العمل العربية، لغة الحوار بيني و بين فريق العمل الفرنسية) فقد كان المتوسط 2,30-2,12 أي أن لغة التواصل كانت باللغتين لكن باللغة العربية أكبر.

المفهوم الثاني المتعلق بظروف العمل وصل المتوسط فيه إلى 1,94 و الذي يحتوي على العبارتين 28-29 (لدي مكتب خاص، المكتب مجهز بكل ما يلزم) و كل عبارة حصلت على 2,340-1,45 أي أن أغلب الإكلينيكين لديهم مكاتب خاصة يزاولون عملهم فيها، لكنها غير مجهزة بالوسائل اللازمة.

المفهوم الثالث المتعلق بنوع المهام وصل المتوسط فيه إلى 1,72 و هو يحتوي على ثلاث عبارات 15-16-30 (أقوم بعمل إداري، أكلف بمهام أخرى، أستقبل المتربصين)، وصلت قيمة المتوسط فيه على التوالي 1,48-1,62-2,06 و هي قيم مرتفعة بما يقارب نصف عدد الإكلينيكين يمارسون أعمال إدارية إضافة إلى مهامهم، و أكثر من نصفهم يكلفون بمهام أخرى، و أغليبتهم يستقبلون المتربصين وهذا ضمن مهامهم.

محور 3: الاطلاع على القوانين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارات	المحور الاطلاع على القوانين
0,6354	2,380	العبارة 54	
0,8562	2,040	العبارة 55	
0,8574	1,860	العبارة 56	
0,6074	2,720	العبارة 57	
0,8864	2,100	العبارة 58	
0,7685	<u>2,22</u>	المجموع	

جدول رقم 41 يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 3

وصلت قيمة المتوسط الحسابي لمحور الاطلاع على القوانين إلى 2,22 حيث حصلت العبارات 54-55-56-57-58 المتعلقة ب) أنا مطلع على حقوقي التي يكفلها لي القانون، أنا مطلع على القانون 03/06، أنا مطلع على القانون 240/09، أعلم أنه من حقي العمل في مكتب خاص وفق المشرع، أعلم أن هناك نسبة من مال المؤسسة خاص بالعمل السيكولوجي) على متوسطات قيمتها على التوالي 2,38-2,04-1,86-2,72-2,10 و هي قيم مرتفعة تؤكد اطلاع الإكلينيكين على حقوقهم، لكن متوسط العبارة 56 (أنا مطلع على القانون

240/09) منخفض بالنسبة لباقي العبارات و الذي يؤكد جهل بعض الإكلينيكين له.

محور 4: العلاقات (في محيط العمل، مع المجتمع، مع الذات)

0,4314	2,240	العبارة 27	في محيط العمل	العلاقات
0,4949	2,800	العبارة 35		
0,6024	2,620	العبارة 36		
0,5646	2,740	العبارة 37		
0,7174	1,660	العبارة 38		
0,6328	1,740	العبارة 39		
0,5771	1,560	العبارة 40		
0,5771	2,560	العبارة 41		
0,6354	1,620	العبارة 42		
0,8291	2,080	العبارة 47		
0,6884	1,660	العبارة 48		
0,7951	1,980	العبارة 49		
0,8449	2,020	العبارة 50		
0,6454	2,09	المجموع		
0,6131	2,540	العبارة 51	مع المجتمع	
0,5511	1,680	العبارة 52		

0,5821	2,11	المجموع		
0,6701	1,800	العبارة 43	مع الذات	
0,5345	2,800	العبارة 44		
0,6773	1,520	العبارة 53		
0,5379	2,420	العبارة 59		
0,6049	2,135	المجموع		
0,6108	2,111		المجموع	

جدول رقم 42 يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 4

بلغت قيمة المتوسط الحسابي بالنسبة لمحور العلاقات 2,111 و هي قيمة مرتفعة فإذا نظرنا إلى قيمة المتوسط بالنسبة للمفهوم الأول و هو العلاقات في محيط العمل نجد 2,09 حيث حصلت العبارات 27-35-36-37-38-39-40-41-42-47-48-49-50 (على متوسطات حسابية سنعرضها بعد كل عبارة: (توجه الحالات إلى 2,24) أي أن تقريبا كل الإكلينيكين يستقبلون حالات قد وجهت لهم من قبل أطراف أخرى، (العلاقة بيني و بين زملاء العمل حسنة 2,80) و هي قيمة مرتفعة تبين أن أغلب الإكلينيكين لديهم علاقات حسنة مع زملاء العمل، (علاقتي مع المسؤول المباشر حسنة 2,62) و هي قيمة مرتفعة أيضا توضح أن أغلبهم ليس لديهم مشاكل أو خلافات مع المسؤول المباشر، (علاقتي مع زملاء المهنة حسنة 2,74) أي العلاقة بين الإكلينيكين فيما بينهم حسنة و قيمة المتوسط مرتفعة جدا (ليس لدي اتصال مع زملاء المهنة 1,66) هذه العبارة تناقض العبارة السابقة و هي تبين أن 1,66 من الإكلينيكين أي ما يعادل نصف العينة ليس لديهم علاقات مع

زملاء المهنة عكس ما ظهر في العبارة السابقة و التي تؤكد وجود علاقة جيدة بينهم، (لدي مشاكل في عملي 1,74) أي أن أكثر من نصف أفراد العينة لديهم مشاكل في العمل، (الإدارة متعسفة معي 1,56) و هي قيمة مرتفعة أيضا أي ما يقارب نصف أفراد العينة يعانون من تعسف الإدارة معهم، (نظرة أعضاء الفريق لعملي حسنة 2,56) و هي قيمة مرتفعة أيضا، (نظرة أعضاء الفريق لعملي غامضة 1,62) و هي قيمة مرتفعة أيضا تؤكد أن أكثر من نصف أفراد العينة يعانون من النظرة الغامضة لأعضاء الفريق الطبي عكس ما ورد في العبارة السابقة أن 2,56 نظرتهم حسنة، (أشارك في الاجتماعات التي تتم في المؤسسة 2,08) وقيمة مرتفعة تبين أن أغلبية الإكلينيكيين يشاركون في الاجتماعات التي تتم داخل المؤسسة، (أحس بالتهميش داخل المؤسسة 1,66) أي أن نصف أفراد العينة يعانون من التهميش داخل مؤسسات عملهم، (يطلب رأيي في بعض القضايا 1,98) و هي قيمة مرتفعة تبين أن رأي أغلب الإكلينيكيين يطلب في بعض القضايا، (أشارك في الأيام أو الملتقيات المنظمة من طرف المؤسسة 2,020)، هي أيضا قيمة تبين أن أغلي الإكلينيكيين يشاركون في الأيام و الملتقيات المنظمة من طرف المؤسسة.

و فيما يخص مفهوم العلاقات مع المجتمع وصل المتوسط الحسابي إلى 2,11 وبالنظر إلى العبارة 51 (نظرة المجتمع لعملي حسنة) و التي بلغ متوسط حسابها 2,54 و هي قيمة عالية تبين أن أغلبية الإكلينيكيين يرون بأن نظرة المجتمع لعملهم حسنة و بالمقابل العبارة 52 (نظرة المجتمع لعملي غامضة) بمتوسط حسابي قدر بـ 1,68 و هي تمثل نصف أفراد العينة يرون أن نظرة المجتمع لعملهم غامضة وهذا تناقض في آراء الإكلينيكيين.

أما مفهوم العلاقات مع الذات فقد قدرت قيمة متوسطه الحسابي ب2,13، إذ نجد العبارة 43 (أحس بالإحباط أثناء ممارسة مهامي) 1,80 أي أن أغلبية الإكلينيكين يحسون بالإحباط أثناء ممارسة مهامهم، و العبارة 44 (أحب مهنتي) 2,80 أي رغم إحساسهم بالإحباط أثناء ممارسة مهامهم إلا أنهم يحبون مهنتهم، العبارة 53 (أتمنى لو أنني أمارس مهنة أخرى) 1,52 أي ما يقارب نصف أفراد العينة يتمنون لو أنهم يمارسون مهنا أخرى، العبارة 59 (أنا راض عن العمل الذي أقوم به) 2,42 و هي قيمة تبين أن أغلبية أفراد العينة راضون عن العمل الذي يقومون به.

محور 5: الصعوبات

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارات	المحور الصعوبات
0,6908	1,820	العبارة 60	
0,5095	1,840	العبارة 61	
0,5938	1,880	العبارة 62	
0,6158	1,780	العبارة 63	
0,6833	1,680	العبارة 64	
0,6667	1,620	العبارة 65	
0,7083	1,780	العبارة 66	
0,5628	1,640	العبارة 67	
0,6145	1,700	العبارة 68	
0,6276	1,748	المجموع	

جدول رقم 43 يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور 5

يظهر محور الصعوبات متوسط حسابي بقيمة 1,748 و هي قيمة مرتفعة حيث نجد العبارة 60 (أواجه صعوبات في مهامي بسبب اللغة) 1,80 و هي قيمة مرتفعة تمثل الأغلبية من أفراد العينة الذين يعانون من صعوبات بسبب عدم القدرة على استعمال اللغة الفرنسية أثناء أداء المهام خاصة مع أعضاء الفريق الطبي و هذه

العبارة متناقضة مع العبارة رقم 46 في محور الممارسة الميدانية مفهوم التحكم في التقنيات (لغة الحوار بيني و بين فريق العمل الفرنسية) 2,12 ، العبارة 61 (أواجه صعوبة في مهامى بسبب التقنيات) 1,84 و هو متوسط مرتفع يبين أن أغلبية الإكلينيكين يواجهون صعوبات فيما يخص التقنيات عكس ما ورد في العبارة 20 (أرى أن هذه الوسائل -مقابلة، ملاحظة، اختبارات- كافية) 1,88، العبارة 62 (أواجه صعوبات في مهامى بسبب التكوين) 1,88 و هي تتناقض تقريبا مع العبارة رقم 11 (التكوين كافي) 1,38، العبارة 63 (أواجه صعوبات في مهامى بسبب تعسف الإدارة) 1,78 و هي قيمة تدل على أن أكثر من نصف أفراد العينة يعانون من تعسف الإدارة و هذا يتفق تماما مع ما جاء في العبارة 40 (الإدارة متعسفة معي) 1,56، العبارة 64 (أواجه صعوبة في مهامى بسبب عدم التوافق مع زملاء العمل) 1,68 و هي قيمة مرتفعة تبين أن نصف أفراد العينة يواجهون صعوبة في أداء مهامهم بسبب عدم التوافق مع زملاء العمل، العبارة 65 (أواجه صعوبة في مهامى بسبب غموض العمل الذي أقوم به) 1,62 و قيمة تبين أن نصف أفراد العينة تقريبا يعانون من صوبة في أداء مهامهم بسبب غموض عملهم، العبارة 66 (أواجه صعوبة في مهامى بسبب عدم اطلاعي على القوانين) 1,78 أي أن أكثر من نصف الإكلينيكين يواجهون صعوبة في أداء مهامهم بسبب عدم اطلاعهم على القوانين و هذا عكس ما جاء في محور الاطلاع على القوانين الذي بلغت قيمة المتوسط الحسابي فيه 2,22 من الإكلينيكين مطلعون على القوانين الخاصة بهم العبارة 67 (أواجه صعوبة في مهامى بسبب عدم الاطلاع على المستجدات) 1,64 و هو ما يقارب نصف أفراد العينة و هو عكس ما جاء في محور التكوين مفهوم التكوين الذاتي في العبارات 31-32-33-34 التي وصل فيها المتوسط إلى 2,52 و هذا تتناقض أي أن أكثر من نصف أفراد العينة يعانون من مشاكل بسبب

عدم تجديد معلوماتهم و بسبب عدم الاطلاع على الدراسات و البحوث الجديدة في الميدان، العبارة 68 (أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم تفهم المجتمع) 1,70 و قيمة مرتفعة أيضا تبين أن أكثر من نصف أفراد العينة يواجهون صعوبات في أداء مهامهم بسبب عدم تفهم المجتمع.

تفسير عام:

عدد المحاور	عدد العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
5	68	1,99	0,670

جدول رقم 44 يوضح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لكل المحاول

يظهر من خلال هذا الجدول أن المتوسط الحسابي لكل العبارات وصل إلى 1,99 و بانحراف معياري مقدّر ب 0,67، و هي قيمة مرتفعة تبين أن أغلبية أفراد العينة من الإكلينيكين يعانون من صعوبات مختلفة.

2-التذكير بفرضيات الدراسة و مناقشتها:

1-لا يمكن لأي شخص الالتحاق و التسجيل في فرع علم النفس الإكلينيكي لأنه يتطلب فئة معينة من الأشخاص تتوفر فيهم مجموعة من السمات و الخصائص الشخصية.

2-التكوين الذي يخضع له الإكلينيكي في الجزائر غير كاف و لا يمكنه من ممارسة مهامه باحترافية.

3-يمتلك الإكلينيكي مجموعة من الوسائل و الأدوات لكنه لا يتحكم في استخدامها.

4-العلاقة بين الإكلينيكي و بين الفريق العامل معه تتسم بالغموض، و العلاقة بينه و بين زملاء المهنة غير واضحة المعالم.

5-نعم يشكل عدم التحكم في استعمال اللغة الفرنسية عامل من العوامل التي تساهم في زيادة الصعوبات.

6-أعطى المشرع أهمية للإكلينيكي قانونيا، و أوكله بمهام واضحة.

7-نعم توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور و الإناث فيما يخص الصعوبات.

8-نعم توجد فروق دالة إحصائية بين التوجه الاختياري و الإجباري للتخصص فيما يخص الصعوبات.

9-نعم توجد فروق دالة إحصائية تتعلق شعبة البكالوريا فيما يخص الصعوبات.

10- نعم توجد فروق دالة إحصائية بين الإكلينيكين الذين تلقوا تكويننا بعد التوظيف و الذين لم يتلقوا فيما يخص الصعوبات.

- مناقشة الفرضيات الجزئية:

الفرضية 1: من خلال كل المعلومات التي اطلعنا عليها خاصة في الجانب النظري في الفصل الرابع يتضح لنا تحقق هذه الفرضية، حيث أن الالتحاق بتخصص علم النفس الإكلينيكي يتطلب فئة معينة من الأشخاص لها سمات وخصائص معينة، ولا يمكن لأي شخص عادي الالتحاق و التسجيل فيه، و هذه النتائج تتفق مع الدراسة التي قامت بها الأستاذة "لوشاحي فريدة" بعنوان (تكوين الممارس السيكلوجي الجزائري والاستعداد الشخصي) حيث أجرت مقارنة بين الممارسة السيكلوجية في فرنسا و الجزائر، وتوصلت إلى أن الأخصائي الممارس في فرنسا يتحصل على ماستر مهني في علم النفس أي بكالوريا + خمس سنوات في الجامعة، و عليه القيام بالعديد من التربصات الميدانية، إضافة إلى إخضاعه لبعض الاختبارات النفسية وحتى العلاجات إن اقتضى الأمر، لكن الواقع الذي نعيشه في الجزائر يثبت عكس ذلك، فبالرجوع إلى خصائص عينة الدراسة نلاحظ أنهم أشخاص عاديون لم يخضعوا لأي اختبارات قبول (شخصية، ذكاء...) قبل دراسة هذا التخصص، و هذا يعتبر عامل من العوامل التي تؤدي في المستقبل إلى ظهور صعوبات أثناء الممارسة الإكلينيكية، و بالتالي تحقق الفرضية 1.

الفرضية 2: من خلال البحث النظري و إجراء دراسة مقارنة في الفصل الثالث بين التكوين الذي يتلقاه الإكلينيكي حسب التراث العالمي و بين التكوين الذي يتلقاه الإكلينيكي في الجامعة الجزائرية توصلنا إلى تحقق هذه الفرضية و هو أن التكوين الذي يخضع له الإكلينيكي في الجزائر غير كاف و لا يمكنه من ممارسة مهامه باحترافية، إضافة إلى نتائج الدراسة الميدانية حيث كان متوسط الاستجابات التي تبين أن التكوين عامل من العوامل التي تؤدي بالإكلينيكي إلى مواجهة صعوبات في أداء مهامه 1,88 أي ما يفوق نصف أفراد العينة قد أقرروا بذلك، كما اتفقت هذه النتائج مع النتائج التي توصلت إليها كل من " الأسود الزهرة" و "جغفور ربيعة" في دراستهما (معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائيين النفسيين بولايتي غرداية وورقلة) بأن عدم كفاية التكوين الجامعي من أكثر معوقات العمل الإكلينيكي، إضافة إلى الدراسة التي قام بها "نبيل عتروس" حول (دور الأخصائي النفسي في تعديل السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الإعاقة السمعية في ولاية عنابة) حيث توصل إلى أن الإكلينيكي يواجه عقبات في عمله ترجع إلى صعوبة فهم المعاق و عدم تلقي تكوين كافي يؤهله لذلك، (أنظر الدراسات السابقة) وهذه النتائج تتفق مع نتائج هذه الدراسة و بالتالي تحقق الفرضية الثانية.

الفرضية 3: من خلال المعلومات التي اطلعنا عليها في الفصل الخامس اتضح أن الإكلينيكي يمتلك مجموعة من الوسائل و الأدوات مثل المقابلة و الملاحظة

والاختبارات النفسية، و يستعمل رسائل التوجيه، و محرر التقارير، لكن التحكم في استخدامها يبقى أمر نسبي، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الميدانية من خلال الاستبيان في العبارة رقم 61 حيث قدر متوسط الاستجابات 1,84 و هي قيمة مرتفعة تبين أن أكثر من نصف أفراد العينة يواجهون صعوبات في أداء مهامهم بسبب التقنيات إما لعدم توفرها أو توفرها و عدم القدرة على استعمالها، وهذه النتائج تتفق أيضا مع نتائج دراسة "الأسود الزهرة" و "جغفور ربيعة" و التي أرجعت نقص التقنيات و التحكم فيها إلى نقص التكوين الجامعي و الذاتي و بالتالي تحقق الفرضية 3.

الفرضية 4: العلاقة بين الإكلينيكي و بين الفريق العامل معه أو زملاء العمل تتسم بالغموض، و العلاقة بينه و بين زملاء المهنة غير واضحة المعالم، و هذا ما يزيد من الصعوبات، حيث أظهر المتوسط الحسابي للعبارة 64 قيمة 1,68 و هي قيمة مرتفعة تبين أن أكثر من نصف الإكلينيكيين يواجهون صعوبات في أداء مهامهم بسبب عدم التوافق مع زملاء العمل، أو أفراد الفريق الطبي، بينما العلاقة بينه وبين الإكلينيكيين فقد ظهر المتوسط الحسابي للعبارة 38 (ليس لدي اتصال مع زملاء المهنة) بقيمة 1,66 وهي قيمة مرتفعة تبين أن أكثر من نصف أفراد العينة ليس لهم علاقة مع إكلينيكيين آخرين، حيث أشار " والدلمان " 1974 في دراسة أجراها على الإكلينيكيين الذين يشغلون مراكز قيادية في الولايات المتحدة الأمريكية أنهم يعتقدون

أن سيطرة الأطباء في مجال العمل تشكل اكبر عائق لتقدمهم، وهي بالتقريب نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة قام بها "بوفلجة غياث" _جامعة وهران_ بعنوان (واقع مهنة المساعدة النفسية في الجزائر) حيث توصل إلى أن من أهم الصعوبات التي يواجهها النفسي هي صراعه لإثبات ذاته حتى مع الأطباء، نقص الثقافة النفسية في المجتمع، و عدم الاعتراف بدور الأخصائي النفسي، وبالتالي تحقق الفرضية 4.

الفرضية 5: نعم يشكل عدم التحكم في استعمال اللغة الفرنسية عامل من العوامل التي تساهم في زيادة الصعوبات، حيث كان متوسط العبارة رقم 60 (أواجه صعوبات في مهامي بسبب اللغة) 1,82 و هي قيمة مرتفعة تشير إلى أن أغلبية الإكلينيكين يواجهون صعوبات تعرقل عملهم بسبب عدم تحكمهم في استعمال اللغة الفرنسية التي تعتبر لغة الحوار الأولى في المؤسسات الصحية، سواء اللفظي أو الكتابي، فالتقارير تكتب باللغة الفرنسية و رسائل التوجيه أيضا، لذلك نجد أن أغلب الإكلينيكين لا يكتبون التقارير، و يقومون بتوجيه الحالات شفويا، بدلا من رسالة توجيه، و حتى و إن جاءهم عميل موجه برسالة فضلوا الكلام معه مباشرة بدل الإطلاع عليها، ونرجع السبب في هذه الإشكالية إلى أن التكوين الجامعي في أغلب الجامعات باللغة العربية، إضافة إلى أن الإكلينيكي يقبل على نفسه هذا الوضع فبدلا

من تطوير نفسه و تحسين مستواه تجده يتحلى بروح الانسحاب، من كل ما سبق نستخلص تحقق الفرضية 5.

الفرضية 6: من خلال المعلومات التي اطلعنا عليها في الفصل الخامس لاحظنا أن المشرع الجزائري أعطى أهمية للإكلينيكي قانونيا، و أوكله بمهام محددة و بالتالي تحقق هذه الفرضية، حيث جاء في المرسوم التنفيذي رقم 09-240 مؤرخ في 29 رجب عام 1430 الموافق ل 22 يونيو 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية:

الباب الأول: أحكام عامة، الفصل الأول: مجال التطبيق

المادة الأولى: يهدف هذا المرسوم إلى تحديد الأحكام الخاصة المطبقة على الموظفين الذين ينتمون لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية، وتحديد شروط الالتحاق بمختلف الرتب و مناصب الشغل المطابقة.

المادة 2: يكون الموظفون المنتمون لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية الخاضعين لهذا القانون الأساسي الخاص في الخدمة لدى المؤسسات العمومية التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

و يمكن أن يكونوا بصفة استثنائية في الخدمة لدى الإدارة المركزية.

كما يمكن أيضا أن يكونوا في وضعية خدمة لدى مؤسسات عمومية ذات أنشطة مماثلة للمؤسسات المذكورة في الفقرة الأولى أعلاه و التابعة للوزارات الأخرى.

المادة3: يخضع الموظفون الذين يحكمهم هذا القانون الأساسي الخاص للحقوق والواجبات المنصوص عليها في الأمر رقم 03/06 الخاص بالوظيفة العمومية.

كما يخضعون للنظام الداخلي الخاص بالمؤسسة التي يعملون فيها.

المادة4: يلزم النفسانيون للصحة العمومية في إطار المهام المخولة لهم ما يأتي:

- الاستعداد الدائم للعمل.

- القيام بالمداومات التنظيمية ضمن مؤسسات الصحة.

المادة5: يستفيد النفسانيون للصحة العمومية طبقا للتشريع و التنظيم المعمول بهما

مما يأتي: - النقل عندما يكونون ملزمين بمداومة أو بعمل ليلي، و اللباس حسب

شروط تحدد بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالمالية.

- الإطعام المجاني لمستخدمي المداومة.

- التغطية الطبية الوقائية في إطار طب العمل.

-الحماية أثناء تأدية مهامهم و خلالها، و يستفيدون لهذا الغرض من

مساعدة السلطات المعنية.

الباب الخامس: التقييم:

المادة 11: زيادة على المعايير المحددة في أحكام المادة 99 من الأمر رقم 03/06 المؤرخ في 19 جمادى الثانية 1427 الموافق ل 15 يوليو 2006، يتم تقييم النفسانيين للصحة العمومية حسب النتائج المرتبطة بما يأتي:

- تحقيق الأهداف
- أعمال البحث و المنشورات و العروض ذات الطابع العلمي.
- الملف الإداري في جانبه التأديبي.
- روح المبادرة.

الأحكام المطبقة على سلك النفسانيين العياديين للصحة العمومية:

الفرع الأول: تحديد المهام:

المادة 18: يكلف النفسانيون العياديون للصحة العمومية لاسيما بما يلي:

- تصور المناهج و تطبيق الوسائل و التقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات اختصاصاتهم.

- المساهمة في تحديد و تبيان و تحقيق النشاطات الوقائية و العلاجية التي تضمنها المؤسسات و المساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية، لاسيما الاختبارات والتحليل و التشخيص و التنبؤات النفسية.

- المشاركة في أعمال التكوين و تأطير الطلبة، و مهنيي الصحة في مجالات اختصاصهم.

المادة 19: زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين للصحة العمومية، يكلف النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية بضمان التأطير التقني لنشاطات النفسانيين العياديين الذين يتم تعيينهم في مجموعة من هياكل الصحة.

و يكلفون بهذه الصفة لاسيما بما يأتي:

- انجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة.

- القيام بالخبرة النفسية.

تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق.

- المشاركة في التقييم والبحث في مجالات اختصاصهم.

المادة 20: زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين الرئيسيين للصحة العمومية يكلف النفسانيون العياديون الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يلي:

- إدارة أشغال البحث و القيام بالتحقيقات في مجالات اختصاصهم.
 - تحديد الاحتياجات النفسية الجديدة للمرضى.
 - دراسة و اقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسانية للمرضى.
 - دراسة بواسطة مسعى مهني خاص العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية والسلوكات الفردية و الجماعية قصد ترقية استقلالية الشخصية.
- إذن من خلال الإطلاع على كل هذا نستخلص تحقق الفرضية 6 لكن يبقى جهل الإكلينيكين بهذه القوانين يزيد من الصعوبات التي يواجهونها حيث بين المتوسط الحسابي للعبارة 66 الذي قيمته 1,78 أن أكثر من نصف أفراد العينة يعانون من صعوبات أثناء أدائهم لمهامهم بسبب جهلهم للقوانين الخاصة بهم.
- ضف إلى ذلك متوسط العبارتين 15-16 على التوالي (أقوم بعمل إداري، أكلف بمهام أخرى) 1,48 - 1,62 و هي متوسطات مرتفعة تبين أن ما يقارب نصف أفراد العينة يقومون بمهام غير مهامهم المسندة لهم من طرف المشرع، و هذا ما يؤكد جهلهم للقوانين، فلو كانوا على علم بها لما قاموا بتلك المخالفات و لما أظهروا تلك التنازلات، و بالتالي تحقق الفرضية 6.

الفرضية 7: نعم توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور و الإناث فيما يخص الصعوبات، أظهرت نتائج اختبار "ستودنت" للفروقات بين مجموعتين لعامل الصعوبات مقابل متغير الجنس ما يلي حسب الجدول:

الجنس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري
ذكور	16	1,8000	0,40661	0,10165
إناث	34	1,8235	0,38302	0,06569

جدول رقم 45 يوضح الفروق بين الذكور و الإناث

من خلال نتائج الجدول يتضح لنا أن عدد الذكور 16 ذكر و قيمة المتوسط الحسابي بالنسبة لهم هي 1,80، و عدد الإناث يفوق ضعف عدد الذكور ب حالتين أي 34 و المتوسط الحسابي للإناث قيمته 1,82 و بالتالي فهي قيم متساوية تقريبا إذن لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور و الإناث فيما يخص الصعوبات وبالتالي الفرضية 7 غير محققة.

الفرضية 8: نعم توجد فروق دالة إحصائية بين التوجه الاختياري و الإجباري للتخصص و الجدول التالي بين النتائج المتحصل عليها:

التوجه	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري
اختياري	41	1,7829	0,38852	0,06068
إجباري	9	1,9667	0,36056	0,12019

جدول رقم 46 يوضح الفروق بين التوجه الاختياري و الإجباري للتخصص

من خلال نتائج الجدول يتضح لنا أن هناك فروق دالة فيما يخص التوجه للتخصص حيث ظهر المتوسط الحسابي بالنسبة للإكلينيكين الذين اختاروا تخصص علم النفس و المقدر ب 1,78 أقل من المتوسط الحسابي للإكلينيكين الذين توجهوا إجباريا للتخصص و الذي بلغت قيمته 1,96 و هي قيمة مرتفعة تبين أن أغلبهم يعانون من صعوبات تتجاوز الصعوبات التي يعاني منها المتوجهون اختياريًا وبالتالي تحقق الفرضية 8.

الفرضية 9: توجد فروق دالة إحصائية تتعلق بشعبة البكالوريا فيما يخص

الصعوبات، الجدول التالي يوضح ذلك:

التخصص	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري
أدبي	30	1,8733	0,37040	0,06763
علمي	20	1,7300	0,40406	0,09035

جدول رقم 47 يوضح الفروق فيما يخص شعبة البكالوريا

من خلال نتائج الجدول يتضح لنا أن الإكلينيكين الذين كان تخصصهم أدبي لديهم متوسط حسابي قيمته 1,87 و هي قيمة مرتفعة بالنسبة للمتوسط الحسابي

للإكلينيكيين الذين كان تخصصهم علمي المقدرة ب 1,73 و بالتالي نستخلص أن الإكلينيكيين الأدبيين لديهم صعوبات أكثر من الإكلينيكيين العلميين، و بالتالي تحقق الفرضية 9.

الفرضية 10: توجد فروق دالة إحصائية بين الإكلينيكيين الذين تلقوا تكويناً بعد التوظيف و الذين لم يتلقوا تكويناً و الجدول التالي يوضح ذلك:

التكوين	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري
نعم	29	1,7241	0,37669	0,06995
لا	21	1,9429	0,37225	0,08123

جدول رقم 48 يوضح الفروق فيما يخص التكوين بعد التوظيف

من خلال نتائج الجدول يتضح أن الإكلينيكيين الذين تلقوا تكويناً بعد التوظيف بلغ عددهم 29 و بمتوسط 1,72 و هي قيمة منخفضة بالمقارنة مع متوسط الإكلينيكيين الذين لم يتلقوا تكويناً بعد التوظيف و عددهم 21 بمتوسط 1,94، أي أن الإكلينيكيين الذين لم يتلقوا تكويناً يعانون من صعوبات في أداء مهامهم أكثر من أولئك الذين تلقوا تكويناً، و بالتالي تحقق الفرضية 10.

-مناقشة الفرضية العامة:

الفرضية العامة التي اقترحت كحل مؤقت للتساؤل هي:

تعاني كل من الممارسة السيكلوجية الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في الجزائر واقعا صعبا نتيجة لعدة عوامل متداخلة، و هذا ما أكدته كل المعلومات التي تحصلنا عليها من خلال الدراسة النظرية و الميدانية لهذا الموضوع، إذ لاحظنا وجود صعوبات عند الإكلينيكين الممارسين تعود إلى عوامل متعددة منها ما هو متعلق بالإكلينيكي في حد ذاته أي أنه يتحمل مسؤوليتها، و منها ما يتحمل مسؤوليته أطراف أخرى، كالجامعة، و مؤسسة العمل، و المجتمع بصفة عامة، و كل هذا أدى إلى تأزم واقع الممارسة السيكلوجية الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في القطاع الصحي في الجزائر و بالتالي تحقق الفرضية العامة.

3-استنتاج عام:

من خلال النتائج التي تحصلنا عليها في دراسة هذا الموضوع و هو واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في الجزائر في القطاع الصحي، ومن خلال وسائل جمع المعلومات بداية من الجانب النظري و بمطابقتها مع الجانب الميداني و ما تحصلنا عليه من معلومات و توضيحات متعلقة ببدايات ظهور علم النفس الإكلينيكي، و أهم المراحل التي مر بها، وصولا إلى علم النفس الإكلينيكي الحديث و أهم رواده، ثم وصلنا إلى علم النفس في الجزائر، و تناولنا بشيء من التفصيل تدريس علم النفس حسب التراث العلمي، و كذا تدريسه في الجزائر وفي الأخير قمنا بإجراء مقارنة بسيطة لنكتشف أن تدريس علم النفس في الجزائر ينتهج فعلا ما هو متعارف عليه عالميا لكن ليس بنفس الدقة، ولا بنفس الحجم الساعي، بل يمر على أغلب المفاهيم و النظريات مرور الكرام، وهذا ما يشكل فيما بعد أكبر عائق أثناء الممارسة الإكلينيكية الميدانية، لأن الطالب لم يتشبع من المفاهيم والنظريات النفسية، بل وأكثر من ذلك فإذا كنا نتحدث عن المفاهيم النظرية أين هي المفاهيم التطبيقية و التربصات الميدانية التي غالبا ما تحدث على شكل وثائق إدارية تسهل على الطالب الحصول على علامات تساعد في النجاح، لكن الواقع غير ذلك، ليصدم أثناء الممارسة الميدانية بعدم قدرته على تسيير جلسة مقابلة لا يتعدى

وقتها 45 دقيقة مع عميل ما، أو عدم قدرته على قراءة رسالة توجيه من طبيب معين أو حتى تحرير واحدة.

ثم تطرقنا بعدها إلى الأخصائي الإكلينيكي وكل ما يتعلق به من تعريفه، و إعداده و سماته وخصائصه، و مهامه، و كفاءاته، و الأشخاص الذين يقدم لهم خدماته وكذا مجالات عمله، لنجد في الجانب الميداني إكلينيكين عاديين لا تميزهم أي صفات أو خصائص عن الأشخاص الآخرين، بل كانوا تلاميذ في الثانوية سواء في شعب أدبية أو شعب علمية، و بعد حصولهم على شهادة البكالوريا وجدوا أنفسهم يدرسون علم النفس سواء باختيارهم أو دون اختيارهم، و هنا أثبتت نتائج الدراسة أن الأشخاص الذين كانوا يدرسون الشعب العلمية أقل مواجه للصعوبات من الأشخاص الذين كانوا يدرسون الشعب الأدبية في المرحلة الثانوية، ونفس الشيء بالنسبة للتوجه لاختصاص علم النفس حيث أثبتت الدراسة أن الأشخاص الذين يتوجهون إلى التخصص برغبتهم أقل مواجهة للصعوبات مقارنة بالأشخاص الذين تم توجيههم إجباريا.

ثم وصلنا إلى تقنيات و وسائل العمل الإكلينيكي لنجدها كثيرة و متعددة لكن طبعا من الناحية النظرية، لكن الواقع يصدمننا إما لأن الإكلينيكين لا يتحكمون فيها ونعود مرة أخرى لمشكلة عدم كفاية التكوين و التريض، و إما لعدم توفرها في مؤسسات العمل مثل المراجع النفسية و الدراسات الحديثة، و حتى الاختبارات و المقاييس

النفسية، و إن وجدت فهي غير مكيفة، و إن كيفت لا يستطيع الإكلينيكي تطبيقها لأنه لم يتلق تكوينا عنها.

لتثير هذه النقطة نقطة أخرى مهمة و هي التكوين بعد التوظيف، حيث أثبتت نتائج هذه الدراسة أن الإكلينيكين الذين تلقوا تكوينا بعد التوظيف أقل مواجهة للصعوبات من أولئك الذين لم يتلقوا تكوينا.

بعدها وصلنا إلى الممارسة السيكلوجية الإكلينيكية في المؤسسات الصحية، لتكون بدايات علم النفس في الجزائر بعد الاستقلال مباشرة، وظهر أول طبيب نفسي في الجزائر سنة 1967م (خالد بن ميلود)، و بعدها تخرج أول دفعة لعلم النفس سنة 1968م حيث طالب البروفيسور "خالد بن ميلود" بتوظيف إكلينيكين جزائريين ممارسين _لأنه في تلك الفترة كانت الوظائف تعطى للأجانب_ في المصحة العقلية للراشدين لكن المشكلة كانت في عدم توفر مناصب مالية، فوظف الإكلينيكيون برتبة ممرض، ومن هنا بدأت المعاناة، فكان الراتب الذي يتقاضاه الإكلينيكي أقل بأربع مرات مما يتقاضاه عامل في شركة سوناطراك.

ثم بعدها عرجنا على القوانين الأساسية الصادرة بداية من المرسوم التنفيذي رقم 111/91 ثم القانون الأساسي للوظيفة العمومية 06/03 و بعدها المرسوم التنفيذي رقم 240/09 المنظم لأسلاك النفسانيين، لنكتشف أن المشرع الجزائري كان واضحا

جدا في حقوق و مهام الإكلينيكين التابعين للوظيفة العمومية بصفة عامة و التابعين لأسلاك الصحة العمومية بصفة خاصة، حيث جاء في القانون الأساسي للوظيفة العمومية 06/03 في المادة 27: لا يجوز التمييز بين الموظفين بسبب أرائهم أوجنسهم أو أصلهم أو بسبب أي ظرف من ظروفهم الشخصية أو الاجتماعية، لكن ما لاحظنا من خلال الزيارات الميدانية و من خلال شبكة الملاحظة أن الإكلينيكين يعانون من التمييز والتهميش داخل مؤسسات عملهم و هذا مناف لما جاء به القانون، إضافة إلى المادة 37 التي جاء فيها: للموظف الحق في ممارسة مهامه في ظروف عمل تضمن له الكرامة و الصحة و السلامة البدنية، و هذا البند أيضا تخرقه المؤسسات الصحية في كثير من الأحيان فمن خلال الاحتكاك بالإكلينيكين و من خلال الملاحظات وجدنا أن فيهم من يعمل ككاتب للطبيب، و منهم من يعمل داخل مكتب للأرشيف، بل إن بعضهم يعمل داخل مستودع تابع للمؤسسة فيه الكثير من الغبار و لا يوجد حتى نافذة صغيرة للتهوية، و وجدنا مكاتب مشتركة بين عدة أطراف، و كل هذه الظروف لا تضمن الكرامة و لا الصحة و لا حتى السلامة البدنية للإكلينيكي، بل إنها تسيء له بصفة خاصة و للممارسة بصفة عامة والسؤال يبقى مطروح: من المتسبب في ذلك رغم وضوح القانون؟ وترجح الباحثة أن المسؤول الأول عن هذا الوضع هي الإدارة و التي أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أنها متعسفة مع الإكلينيكين و أنها تساهم بشكل كبير في زيادة الصعوبات التي يواجهونها

وبالمقابل تحمل الباحثة جزء من المسؤولية للإكلينيكيين الذين تعرضوا لهذه المواقف لأنهم غير مطلعين على القانون، و لو كانوا كذلك لما قبلوا بهذا الوضع، و نفس الشيء بالنسبة للمهام الموكلة لهم و التي كان المشرع فيها واضحا و صريحا، نجد بعضهم يقوم بمهام أخرى إدارية أو غير ذلك، مع التخلي عن مهامهم الأصلية وهذا طبعا لجهلهم بمهامهم، و من ثم يشاع و يذاع داخل المؤسسة و خارجها بأن الإكلينيكيين كثيرون الجلوس و بأنهم لا يجدون ما يفعلون في أغلب الأحيان، بل تصل الجراحة من طرف بعض رؤساء المصالح في تكليفهم بمساعدة الطبيب الفلاني أو المختص الفلاني لأن العمل تراكم عليه، و منهم من يقبل ذلك فقط تجنباً لصراع قد ينشأ مع رئيس المصلحة بعد الرفض.

و لنفس السبب أنهم لا يجدون ما يفعلون و أنهم كثيرون الجلوس يفرض عليهم نفس الجدول الزمني لبقية الموظفين، و هو توقيت إداري يجب فيه أن يمضي الإكلينيكي 8 ساعات عمل عكس الطبيب الذي يعمل ساعات محددة ويخرج عند نهاية عمله دون أن يستوفي الساعات الثمانية، رغم أنهما يخضعان معاً لقانون الوظيفة العمومية من جهة و للقانون الخاص بالمؤسسة من جهة أخرى، لكن هذا القانون يكيل بمكيالين، فأغلب حالات الدراسة أثبتت أنها تخضع لنظام دوام 8 ساعات. (أنظر إلى خصائص العينة)

أما فيما يخص العلاقات فقد أثبتت النتائج أن العلاقة بين الإكلينيكين و زملاء العمل تتسم بالغموض، وهنا تثار نقطة مهمة و هي اللغة الفرنسية و هي لغة التواصل التي يفرضها محيط العمل، حيث أشار أغلب الإكلينيكين أنها من العوامل التي تزيد من صعوبة ممارستهم لمهامهم، نظرا لعدم تحكمهم في استعمالها سواء كتابيا أو شفويا.

و عن العلاقة بين الإكلينيكين (فيم بينهم) أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أنها غير واضحة المعالم، و هذا ما لمستته الباحثة أثناء الدراسة الاستطلاعية و الزيارات الميدانية حيث لاحظت جفاء، و قطيعة_غير مفسرين_ بين الإكلينيكين، بل إن بعض الممارسين الجدد اشتكوا من هذه النقطة، فهم لا يجدون أي مساعدة أو مساندة من طرف الإكلينيكين الذي لديهم سنوات عمل و خبرة أكثر، عكس ما نشاهده في التخصصات الأخرى سواء سلك التمريض أو الطب، فهناك تلاحم و تضامن فيما بينهم، إذ تجدهم متضامنين متوحدين فيما بينهم.

و توصلت الدراسة إلى أن الإكلينيكي يطلب رأيه في بعض الأحيان و يؤخذ بعين الاعتبار، لكن الباحثة متحفظة بالنسبة لهذه النقطة، لأن أغلبية الإكلينيكين إن لم نقل كلهم لا يشاركون في المجالس الطبية التي تعقد في المؤسسات الصحية، ونتكلم مثلا عن مستشفى الأمومة و الطفولة بولاية برج بوعريرج، حيث يحضر المجلس

على الأقل شخص من كل سلك، ما عدا الإكلينيكي فهو لا يملك حق العضوية والحضور.

أظهرت النتائج أيضا أن الإكلينيكي في الجزائر ليس لديه ميثاق لأخلاقيات المهنة على عكس المهن الأخرى، و هذا يؤدي إلى الخلط حقوقه وواجباته.

كما بينت الدراسة صحة كل فرضيات الدراسة ما عدا الفرضية رقم 7 المتعلقة بوجود فارق بين الذكور و الإناث فيما يتعلق بالصعوبات، فأظهرت النتائج عدم تحقق هذه الفرضية.

إذن يمكن القول من خلال كل ما سبق أن واقع الممارسة الإكلينيكية و الممارس الإكلينيكي في القطاع الصحي هو واقع مؤلم متأزم تعاني فيه الممارسة و الممارس العديد من الصعوبات نتيجة لتداخل عشرات العوامل في ذلك، منها ما نحمل الإكلينيكي نفسه مسؤوليتها مثل عدم الاطلاع على القوانين، وعدم مسايرة التطور العلمي و المستجدات العلمية في الميدان، و كذا عدم التكوين الذاتي، و منها ما نحمل مسؤوليتها إلى أطراف أخرى مثل الجامعة من حيث عدم كفاية التكوين والتدريب، و منها ما نحمل مسؤوليتها للإدارة من خلال عدم المساواة بين موظفيها ومنها ما يتحمل مسؤوليتها المجتمع بكل مؤسساته و هيئاته من خلال عرقلة للعمل السيكولوجي، و عدم تفهمه لمهام الإكلينيكي، و بين كل هذه الأطراف يبقى

الإكلينيكي الممارس في الصحة العمومية يعاني يوميا من صعوبات متعددة مختلفة من مؤسسة إلى أخرى و من إكلينيكي إلى آخر، حتى ينظر إلى التخصص نظرة تستحق مستواه وخدماته منذ التوجه الأول إليه بعد النجاح في شهادة البكالوريا وحتى التخرج و ممارسة المهام، و ذلك من خلال تحمل كل الأطراف مسؤوليتها في تذليل أو القضاء على هذه الصعوبات، و أهم هئتين يجب عليهما التدخل السريع والعاجل هما وزارة التعليم العالي من خلال فرض تدابير خاصة تتعلق باستقبال الطلبة وقبولهم في التخصص وفق شروط محددة، مع إعادة النظر في التكوين الجامعي ومحتوياته، و الهيئة الثانية هي وزارة الصحة و التي يجب عليها أن تقوم بتنقية الإكلينيكين الذين أثبتوا كفاءة علمية أكاديمية، و مهنية، كما عليها توفير فرص للتكوين الداخلي داخل المؤسسات التابعة لها، و محاولة فرض نظام المساواة بين عمالها مهما كانت مراتبهم وفقا لما ينص فيه قانون الوظيفة العمومية، يبقى الإكلينيكي و المجتمع و هما متغيران تابعان لوزارة التعليم العالي و وزارة الصحة.

التوصيات و الاقتراحات

التوصيات و الاقتراحات:

إن المجتمع الجزائري على غرار مجتمعات العالم يطالب بإكلينيكيين مبدعين مفكرين و ناقدين، مجددين و مغيرين و موظفين للمعرفة و منتجين لها، لا مستهلكين سلبيين و حالمين، و من أجل الوصول إلى هذا يجب:

✓ قبل كل شيء القيام بدراسات المسح الاجتماعي لإحصاء مدى انتشار الأمراض والاضطرابات النفسية في الجزائر، لأننا حتى الآن لا نملك أرقاما حقيقية بل هي أرقام تقريبية لدول أخرى، و هذا الإحصاء يساعد على الإعداد و التكوين الجيد للممارسين الإكلينيكيين.

✓ إعادة النظر في برامج تكوين الأخصائيين في علم النفس و علم النفس الإكلينيكي وفق ما هو معمول به في الدول المتقدمة، من خلال إجراء اختبارات تقيس القدرات العقلية والميول الشخصية للطلبة الذين يرغبون في دراسة تخصص علم النفس، حتى لا يتم وصفهم بالضعف أثناء دراستهم وعند تأدية مهامهم.

✓ إثراء المقاييس وفق ما هو معمول به في التراث العلمي لضمان تكوين نوعي وليس كمي، وذلك بالربط بين جانبي التكوين النظري والميداني، وتكثيف التبرصات، ومسايرة آخر نتائج البحوث العملية المتخصصة.

- ✓ إعادة النظر في الطرق الكلاسيكية للتقييم التربوي القائمة على الامتحانات والعروض الصفية، والتي أفرزت أخصائيين يشكون من نقص في إدراك الذات المهنية، مع توفير أمهات الكتب لضمان ترقية التكوين.
- ✓ تشجيع المبادرات الهادفة لعقد المتقيات العلمية والندوات والأيام الدراسية ليستفيد الأستاذ والطالب على حد سواء.
- ✓ إعادة النظر في برامج تكوين الأخصائيين النفسانيين بإضافة مقاييس أصبحت جد مهمة في عصرنا الحالي، كعلم النفس المعرفي، وعلم النفس العصبي، والبرمجة اللغوية العصبية.
- ✓ ربط الجانب النظري بالتطبيقي، وذلك من خلال تعاقد الجامعة مع أخصائيين نفسانيين ذوي خبرة في الميدان للاستفادة أكثر أثناء الأعمال التطبيقية للطلبة، وإسناد الحصص التطبيقية لهم حتى تتاح الفرصة للطلبة بالاطلاع على حالات مرضية و اضطرابات نفسية حقيقية و من واقعنا و ليست افتراضية من الكتب أو من دول أخرى.
- ✓ إضافة تكوين في الجانب الإداري في الجامعة لأن الإكلينيكي مؤهل في المستقبل لتقلد مناصب إدارية كمدير لمراكز أو عيادات مختصة.
- ✓ إشراك الجامعة للإكلينيكيين الممارسين في الميدان في الندوات والملتقيات لنقل تجاربهم وخبراتهم إلى الطلبة.

✓ تدريس مقياس خاص بالتشريع الجزائري يسمح للإكلينيكي بالاطلاع على حقوقه وواجباته مهما كانت المؤسسة التي سينتمي إليها مستقبلا سواء كانت حكومية أو خاصة.

✓ ضرورة تحسين المناخ المهني لضمان ممارسة سيكولوجية قيمة، وذلك بتوفير مكان عمل لائق للإكلينيكي مع توفير الوسائل المادية والتقنية كالاختبارات والمقاييس، وكذلك توفير مكتب تتوفر فيه الظروف الفيزيائية الملائمة للفحص والعلاج النفسي.

✓ ضمان لقاءات دورية بين المختصين النفسيين والخبراء، وإرسالهم لدورات تدريبية وتكوينية داخل الوطن وخارجه مع القيام بدورات تدريبية للإكلينيكيين المبتدئين.

✓ توفير مناصب شغل دائمة للإكلينيكي داخل المؤسسات الإستشفائية وذلك نتيجة للدور المهم الذي يقوم به هذا الأخير مع المرضى.

✓ عدم تكليف الإكلينيكي بأعمال خارج نطاق مهامه كالتمريض مثلا حتى يتفرغ لعمله فقط .

✓ وضع ميثاق أخلاقيات مهنة جزائري يتماشى مع خصائص الفرد الجزائري سواء الإكلينيكي الممارس أو المحتاج للمساعدة.

✓ توفير المصادر (المراجع) الخارجية التي تساعد الإكلينيكيين في التشخيص والعلاج كالكتب المجلات العلمية في المؤسسات الإستشفائية...

- ✓ تحسين المستوى المادي والاجتماعي للاكلينيكين، وذلك بالعمل على تحقيق إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والمهنية لضمان استقرارهم، مما ينعكس بالإيجاب على الممارسة السيكولوجية السلمية لخدمة للمجتمع.
- ✓ لكل تخصص فئة عامة من الاضطرابات التي يمكنه التعامل معها و تحقيق نتائج إيجابية معها، و يكون هذا حسب طبيعة شخصية المعالج أساسا و إعدادة وخبراته تماما كما هو الحال بالنسبة لأطباء الأمراض الجسمية.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم عصمت مطاوع، 1981، علم النفس و أهميته في حياتنا، دار المعارف القاهرة.
2. أبو حطب فؤاد، 1993، مشكلات علم النفس في العالم الثالث: حالة الوطن العربي في علم النفس و قضايا المجتمع المعاصر، جامعة محمد الخامس الرباط.
3. إجلال محمد سرى، 2000، علم النفس العلاجي، طبعة 2، عالم الكتب القاهرة.
4. أحرشاو الغالي، 1994، واقع التجربة السيكولوجية في الوطن العربي، المركز الثقافي العربي بيروت.
5. أحمد بدر، 1984، أصول البحث العملي و مناهجه، طبعة 4، نشر وكالة المطبوعات الكويت.
6. أحمد عزت راجح، 1968، أصول علم النفس، طبعة 7، دار الكاتب العربي للطباعة و النشر، القاهرة.
7. ألفت حقي، 2001، سيكولوجية الطفل (علم نفس الطفولة)، دار النهضة العربية القاهرة.

8. آن تايلور و آخرون، ترجمة عيسى سمعان، 1996، مدخل إلى علم النفس، طبعة 2، منشورات وزارة الثقافة دمشق.
9. أنور حمود البنا، 2006، الأمراض النفسية والعقلية، طبعة 1، مكتبة جامعة الأقصى غزة فلسطين.
10. بدر الدين عامود، 2000، علم النفس في القرن العشرين، الجزء 1 منشورات اتحاد كتاب العرب دمشق سوريا.
11. بدرة معتصم ميموني، 2005، الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون الجزائر.
12. برونو كلوفر، هلين ديفيدسون، ترجمة حسن عبد الفتاح، 2003 تكنيك الرورشاخ جامعة أم القرى مكة.
13. بشير معمري، 2007، القياس النفسى و تصميم أدواته للطلاب والباحثين في علم النفس والتربية، طبعة 2، منشورات الحبر بني مسوس الجزائر.
14. تركي رابح، 1984، مناهج البحث في علوم التربية و علم النفس المؤسسة الوطنية للكتاب.
15. توم باتلر-باودون، 2012، أهم 50 كتاب في علم النفس، مكتبة جرير - المملكة العربية.

16. جابر عبد الحميد جابر، 1985، مقدمة في علم النفس، دار النهضة العربية القاهرة.
17. جاك لاكان، 1999، ترجمة عبد المقصود عبد الكريم، إغواء التحليل النفسي، المجلس الإعلامي للثقافة.
18. جلفورد، ترجمة يوسف مراد، 1977، ميادين علم النفس، الجزء 2 دار المعارف القاهرة.
19. جوليان روتر، ترجمة محمد عثمان نجاتي، 1971، أصول علم النفس الحديث، مكتبة دار الشروق.
20. حامد عبد السلام زهران، 2005، الصحة النفسية والعلاج النفسي الطبعة 4، عالم الكتب القاهرة.
21. حجازي مصطفى، 1993، علم النفس في العالم العربي، من الواقع الراهن إلى المشروعات الوظيفية في علم النفس و قضايا المجتمع المعاصر جامعة محمد الخامس الرباط.
22. خولة أحمد يحيى، 2000، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، طبعة 1، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع عمان.
23. رشيد زرواتي، 2007، مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الهدى الجزائر.

24. زياد بن علي بن محمود الجرجاوي، 2010، القواعد المنهجية لبناء الاستبيان، طبعة 2، مطبعة أبناء الجراح غزة فلسطين. الصدق ص 107
25. زينب عبد الرزاق غريب و آخرون، 2008، حقيبة تدريبية أكاديمية الصحة النفسية، مركز التنمية الأسرية.
26. سعيد حسني العزة، 2004، تمريض الصحة النفسية، طبعة 1، دار الثقافة للنشر و التوزيع عمان.
27. سعيد عبد الرحمن، 1998، القياس النفسي (النظرية و التطبيق) طبعة 3 جامعة عين الشمس . مصر.
28. سهير أحمد كامل، 1998، دراسات في علم النفس المرضي، الجزء 4، مركز الإسكندرية للكتاب -مصر.
29. سيد صبحي، 2003، الإنسان و صحته النفسية، الدار المصرية اللبنانية للنشر.
30. عادل عبد الله محمد، 1999، العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، دار الرشاد مصر
31. عبد الحميد الخليدي، كمال حسن وهي، 1997، الأمراض النفسية والعقلية و الاضطرابات عند الأطفال، طبعة 1، دار الفكر العربي بيروت.

32. عبد الحميد محمد شاذلي، 1999، الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع - الإسكندرية.
33. عبد الرحمان العيسوي، 1996، علم النفس الإكلينيكي، الدار الجامعية الإسكندرية.
34. عبد الرحمان العيسوي، 1997، أصول البحث السيكلوجي: علميا ومنهجيا، دار الراتب الجامعية ، بيروت لبنان.
35. عبد الرحمان العيسوي، 2000، موسوعة علم النفس الحديث: اضطرابات الطفولة و المراهقة و علاجها، دار الراتب الجامعية بيروت لبنان.
36. عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار، 2000، الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق، جمعية علم النفس للجزائر - الجزائر.
37. عبد الستار إبراهيم، 1980، العلاج النفسي الحديث: قوة الإنسان سلسلة كتب ثقافية شهرية عالم المعرفة الكويت.
38. عبد الستار إبراهيم، 1990، العلاج النفسي الحديث - قوة الإنسان دار المعرفة.
39. عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، 2008، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، الطبعة 4، مكتبة الأنجلو المصرية _ القاهرة.

40. عبد العزيز القوسي، 1952، أسس الصحة النفسية، طبعة 4، مكتبة النهضة المصرية القاهرة.
41. عبد العزيز القوسي، 1952، أسس الصحة النفسية، طبعة 4، مكتبة النهضة المصرية القاهرة.
42. عبد العلي الجسماني، 1998، الأمراض النفسية: تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها، طبعة 1، الدار العربية للعلوم.
43. عبد اللطيف حسين فرج، 2009، الاضطرابات النفسية: الخوف - القلق - التوتر - الانفصام و الأمراض النفسية للأطفال، طبعة 1 مكة المكرمة.
44. عبد المنعم الحنفي، دون سنة، موسوعة مدارس علم النفس، مكتبة مدبولي.
45. عبد المنعم المليجي، 1971، النمو النفسي، الطبعة 5، دار النهضة للطباعة و النشر بيروت لبنان.
46. عبير قبيسي و آخرون، 2008، ببليوغرافيا الصحة النفسية، المجلس النرويجي للصحة النفسية، ورشة الموارد العربية.
47. عطوف محمود ياسين، 1981، علم النفس العيادي (الإكلينيكي)، الطبعة 1، دار المعلم للملايين بيروت _ لبنان.

48. عطية محمود هنا، 1976، علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية القاهرة.
49. عمر هارون خليفة، 2009، توطين علم النفس في العالم العربي طبعة 1، دار الفكر عمان الأردن.
50. طلعت همام، 1947، س و ج عن علم النفس التطوري، دار عمان الأردن.
51. فان دالين، ترجمة محمد نبيل نوفل و آخرون، 1986، مناهج البحث في علوم التربية و علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية.
52. فرج عبد القادر طه، 2000، أصول علم النفس الحديث، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة.
53. فروم إريك، 1989، ترجمة فؤاد كامل، الدين والتحليل النفسي، مكتبة غريب.
54. فروم إريك، 2004، ترجمة محمود منقذ الهاشمي، فن الإصغاء اتحاد الكتاب العرب.
55. فلوجل ج.ك ، 1973، ترجمة لطفي خطيم، علف في 100 عام دار الطليعة بيروت.

56. فيصل عباس، 1996، الاختبارات النفسية: تقنياتها و إجراءاتها طبعة 1، دار الفكر العربي بيروت.
57. فيصل محمد خير الزراد، 2005، العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق و التوتر النفسى و الوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض، طبعة 1 دار المعلم للملايين.
58. فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني و آخرون، 2001، بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، طبعة 1، مكتبة زهراء الشرق القاهرة.
59. قدري حفني، 1999 - 2000، علم النفس العام، عين الشمس.
60. كامل محمد عويضة، 1996، رحلة في علم النفس، دار الكتب العلمية بيروت لبنان.
61. كاملة الفرخ، عبد الجابر تيم، 1999، مبادئ التوجيه و الإرشاد النفسى، طبعة 1، دار صفاء للنشر و التوزيع -عمان.
62. كوسينيه جاك، ترجمة رالف رزق الله، 1982، مقدمات في علم النفس، المؤسسة الجامعية للدراسات بيروت لبنان.
63. لاجاش دانييل، ترجمة مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، 1979 المجمل في التحليل النفسى، مطبعة عين الشمس القاهرة.

64. لويس كامل مليكة، 2010، علم النفس الإكلينيكي، طبعة 1، دار الفكر عمان - الأردن.
65. ماهر محمود عمر، 1987، المقابلة في الإرشاد و العلاج النفسي طبعة 2، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
66. مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، علم النفس المرضى: دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية مصر.
67. محمد أحمد النابلسي، 1991، مبادئ العلاج النفسي و مدارسه، دار النهضة العربية بيروت _ لبنان.
68. محمد أحمد النابلسي، 1997، أصول الفحص النفسي و مبادئه المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر الإسكندرية.
69. محمد الأمين البشري، 2005، علم ضحايا الجريمة و تطبيقاته في الدول الغربية، الطبعة 1، مركز الدراسات و البحوث الرياض.
70. محمد عبد الطاهر الطيب، 1980، الموضوعية و الذاتية في علم النفس، دار المعارف القاهرة.
71. محمد جاسم العبيدي، 2009، علم النفس الإكلينيكي، الجزء 1، القاهرة مصر.
72. محمد حسن غانم، 2004، تمهيد لعلم النفس، جامعة حلوان.

73. محمد عثمان نجاتي، 2001، مدخل إلى علم النفس الإسلامي، طبعة 1، دار الشروق - القاهرة.
74. محمد فخر الإسلام، لمحة عبر حضارية عن الاضطرابات النفسية بالوطن العربي، مجلة الثقافة النفسية، 1993، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، العدد 16 المجلد 4، دار النهضة العربية للطباعة.
75. محمد نجيب الصبوه، 2002، الاختصاصي النفسي و الأمراض المهنية_دورة في الوقاية و التشخيص و العلاج، دراسات نفسية.
76. مرهف كمال الجاني، 2003، معجم علم النفس و التربية، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
77. مزيان محمد، 1993، تحليل المعرفة النفسية في الدول غير المصنعة: حالة الجزائر في علم النفس و قضايا المجتمع المعاصر، جامعة محمد الخامس الرباط.
78. مصطفى فهمي، 1967، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة مصر القاهرة.
79. مصطفى فهمي، 1995، الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة. جزء 2، دار الصداقة العربية بيروت لبنان.
80. نايفة قطامي، محمد برهوم، 2004، طرق دراسة الطفل، دار الشروق للنشر و التوزيع الأردن.

81. نبيل موسى، 2002، موسوعة مشاهير العالم: أعلام علم النفس وأعلام التربية و الطب النفسي و التحليل النفسي، الجزء 2، دار الصداقة العربية بيروت لبنان.
82. نجويل أ ل ز، دون سنة، ترجمة عبد العزيز توفيق جاويد، مدخل إلى علم النفس الحديث، دار النشر الإلكتروني.
83. فرويد س، 1993، ترجمة وجيه أسعد، علم النفس و ميادينه: ممارسة علم النفس ونقده (من فرويد إلى لاكان)، مؤسسة الرسالة بيروت لبنان.
84. وايلد يجنالد وايلد ، 2001، ترجمة عبد العزيز جادو ، علم النفس وكيف يمكن أن يساعدك، المكتبة الجامعية الأرابطة – الإسكندرية.
85. وليام و لامبرت و ولاس إ لامبرت، 1993، علم النفس الاجتماعي طبعة 2، دار الشرق القاهرة.
86. يحي الرخاوي، 2001، دليل الطالب الذكي في علم النفس و الطب النفسي، الجزء 1، دار عطوة للطباعة مصر.
87. وزارة التعليم العالي و البحث العلمي، مديرية التعليم و التكوين 1999-2000، برنامج ليسانس علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

88. وزارة التعليم العالي و البحث العلمي، مديرية التعليم و التكوين

2000، البرنامج البيداغوجي للجذع المشترك لعلم النفس و علوم التربية

والأرطفونيا، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

القواميس و المجالات العلمية:

89. المنجد الأبجدي، 1988، عربي، طبعة 6، دار المشرق بيروت لبنان.

90. جان لابانش، ج ب بونتاليس، ترجمة مصطفى حجازي، دون سنة

معجم مصطلحات التحليل النفسي، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر

والتوزيع.

91. مجلة الثقافة النفسية، 1993، مركز الدراسات النفسية و النفسية

الجسدية، العدد 16 المجلد 4، دار النهضة العربية للطباعة.

92. مجلة العلوم الاجتماعية، 2010، مقال واقع الممارسة النفسية العيادية

في الجزائر، العدد 11 جوان 2010.

93. موسوعة علم النفس و التربية، 2003، أهداف علم النفس (التفكير

القائم على أساس السلطة)، الجزء الثالث، Edito creps بيروت _ لبنان.

94. الصندوق الوطني للإنماء الاقتصادي و الاجتماعي، 2002، برنامج

الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية، خلق فرص للأجيال

القادمة.

95. الجريدة الرسمية، 2006، العدد 46.
96. الجريدة الرسمية، 2007، العدد 61.
97. الجريدة الرسمية، 2014، العدد 45.
- المذكرات و الأطروحات:**
98. أسامة عمر فريانة، سمير رمضان قوته، 2011، القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال، دراسة مكملّة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس -الصحة النفسية الجامعة الإسلامية غزة.
99. الجوهرة بنت عبد القادر طه شيبلي، ليلي بنت عبد الله المزروع 2008، الوحدة النفسية و علاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، مذكرة مكملّة لنيل شهادة الدكتوراه جامعة أم القرى.
100. بلحاج ش، 2010، التدخل النفسي بعد الحدث الصدمي، مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماجستير، غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف.
101. عمر بن علي بن عبد الله العجلاني، أحسن مبارك طالب، 2005 تقييم مهارات المهنة عند الأخصائيين الاجتماعيين (دراسة مسحية في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية)، دراسة مكملّة لنيل شهادة الماجستير، غير منشورة، المملكة العربية.

المقالات:

102. الأسود الزهرة، جعفر ربيعة، 2009، معوقات الممارسة النفسية لدى

الأخصائي النفسي، تاريخ التصفح 2015/07/12

الموقع- www.elearning.univ-eloued.dz/courses/MAS2/document

(1605-1593)

103. بلميهوب كلتوم ، 1998، المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي

الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و علوم التربية: علم النفس و قضايا المجتمع

الحديث، أيام 27/26/25 ماي 1998، جامعة الجزائر.

104. بوزيان راضية ، 2009، اتجاهات الأطباء النفسانيين الجزائريين نحو

مهنة الأخصائي النفسي العيادي، الملتقى المغاربي حول العلاج النفسي بين

التكوين و الممارسة جامعة باتنة، تاريخ التصفح 2015/07/24

Www.lab.univ-

batna.dz.Q.educ3/images/forumaghrib/8pdf)

105. شرادي نادية ، 2009، الممارسة النفسانية في ظل التغير الاجتماعي

الملتقى المغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين و الممارسة جامعة باتنة

تاريخ التصفح 2015/07/24 Wwww.lab.univ-

batna.dz.Q.educ3/images/forumaghrib/18pdf)

106. عتروس نبيل 2009، دور الأخصائي النفسي في تعديل السلوك

العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الإعاقة السمعية، الملتقى

المغربي حول العلاج النفسي بين التكوين و الممارسة جامعة باتنة، تاريخ

التصفح 2015/07/24

107. غياث بوتلجة، 1997، بحوث تخرج طلبة علم النفس و علوم التربية

بجامعة وهران ، مداخل في المؤتمر الدولي حول: دور كليات التربية في

تطوير التربية من أجل التنمية في الوطن العربي دمشق_ سوريا.

108. فهد بن عبد الله الربيعه، 1996، اتجاهات طلاب و طالبات علم

النفس بجامعة الملك سعود نحو مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي، دراسة

استطلاعية، المجلة العلمية لكلية الآداب، جامعة المنيا، تاريخ التصفح

www.dr-farhan-ahlamontada.net 2015/05/27

109. كاشة نادية، 2012، علم النفس العيادي في الجزائر، تاريخ التصفح

[www.Cain.info/revue-dialogue2012-2page 107.htm](http://www.Cain.info/revue-dialogue2012-2page%20107.htm) 2015/05/04

110. كركوش فتيحة، 2014، مجلة البحوث و الدراسات الإنسانية، العدد

2014/9 جامعة علي لونيبي البليدة 2.

111. لوشاحي فريدة، 2009، تكوين الممارس السيكولوجي الجزائري و

الاستعداد الشخصي، تاريخ التصفح 2015/07/24 Wwww.lab.univ-

)batna.dz.Q.educ3/images/forumaghrib/17pdf

112. محمد أحمد غالي، 1972، ديناميات السلوك غير السوي: دراسات

في سيكولوجية العصاب و الجناح.(www.alassil.com)

113. ميزاب ناصر، دون تاريخ، الممارسة النفسية في الوسط التربوي، تاريخ

التصفح 2015/03/12 Nacer- www.manijest.univ-ourgla.dz

mezab.docx

المراجع باللغة الأجنبية فرنسية:

114. AJURAGUERRA, 1980, Manuel de psychiatrie de

l'enfant, 4ème édition, MASON Paris.

115. ALAIN DENEUX, 2009, Les psychothérapies :

approche plurielle, Elsevier MASON Paris.

116. ALAIN PAINEAU, 2004, Métier : Psychologue ou

métiers de la psychologie ? Dossier technique

préparatoire, Version 1.3. www.sfpsy.org.

117. ALI KOIDRIA, 2001, Violence et société, revue de recherche scientifique numéro spécial Constantine
118. AMERICAN Psychiatrique Association, 1994, DSM4, MASON Paris.
119. ANZIEU D, 1980, Les méthodes projectives, Ed. P.U.F. Paris.
120. BEAUD MICHEL, 2005, L'art de la thèse : comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, de magistère ou un mémoire de fin de licence, Casbah Edition.
121. BENONY H & Autres, 2003, L'entretien clinique, DUNOD Paris.
122. BERGERET. J 1979, Abrège de psychologie pathologique théorique et clinique, MASON Paris.
123. BERGERET. J, 2008, Psychologie pathologique : Théorique et clinique, 10ème Edition MASON Paris.

124. BERNARD ROBINSON, 2005, Psychologie clinique : De l'initiation à la recherche , 2ème éditions, Edition de BOEK– Bruxelles.
125. CATRINE BONNET, 1999, L'enfant cassé : L'inceste et la pédophilie, ROTO Paris.
126. DANA CASTRO, 2004, Les intervention psychologiques, DUNOD Paris.
127. DANIEL LAGACHE, sans année, L'unité de la psychologie, Geopsy.com–psychologie interculturelle et psychothérapie.
128. GHIGLIONE et J F RICHARD, 1999, Cours de psychologie : Bases, méthodes, et épistémologie, 2ème édition, DUNOD Paris.
129. HATZFELD HELENE, 2001, Méthodologie de l'observation sociale, DUNOD Paris.

-
130. HENRI. E, BERNARD. P, BRISSET. CH, 1989,
Manuel de psychiatrie, Edition revif et corrigée MASSON
Paris.
131. KACHA NADIA, 2012, Psychologie clinique en
Algérie, le nécessaire combat, Revue Dialogue N°196.
132. MICHELE EMMANUELLI, 2004, L'examen
psychologique clinique : Méthode, et étude de cas,
DUNOD Paris.
133. NICOLAS GUEGUEN, 2007, Méthodologie en
psychologie en 30 fiches, DUNOD Paris.
134. PERVIN & JOHAN, 2005, La personnalité : de la
théorie à la recherche, Bibliothèque nationale du Canada.
135. QUENTIN DEBRAG, DANUEL WOLLEET, 2011,
Les personnalités pathologiques : Approche cognitive et
thérapeutique, Elsevier MASSON Paris.

-
136. RENE NOVATI, 2001, La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie, DUNOD Paris.
137. ROUSSILLON et AUTRES, sans année, Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, MASSON Paris.
138. SALOME JACQUE, 1983, Relation d'aide et formation à l'entretien, presses universitaires de Lille France.
139. SAMCHER R, 1998, Psychologie clinique et psychopathologie, MASSON Paris.
140. STEPHANE RUSINET, 2008, La résolution de problème en psychothérapie, DUNOD Paris.

المراجع باللغة الانجليزية:

141. AHMED R & GIELEN U, 1998, Psychology in the Arab countries, Menoufia University Press.
142. BURNS.RC & KAUFMAN. SH, 1970, Action stiles and symbols in Kinetic Family Drawing (KFD), in interpretive Manuel. NY. Burnner–Mazel Publisher.
143. MEYERS, J.D. FINK, 1988, Medical wens of psychological consultation professional psychology, research and practice.
144. RICHARD T W, 1946, Modern clinical, Mc Gran New York.
145. ROTTER. J.B, 1964, Social Learning and clinical psychology, Prentice –hall– New York.
146. SCHINDLER. F, BERREN. M.R, AND ALL, 1987, How the public perceivers psychiatric physicians and

- psychologists, no– psychiatric physicians, and members of
the clergy, professional psychology, research and practice.
147. SCHULTE .D, 1993, Public attitudes toward
psychotherapy, Journal of psychology.
148. WOOD.W, JONES. M, 1986, Surveying
psychology’s public image, American psychologist.
149. ZABIAN S. ALUMUDINE R. MAALOUF M, 2006,
Developing an appropriate psychology through culturally
sensitive research practices in the Arabic speaking world:
A content analysis of psychological, Unpublished
manuscript American research published between 1950–
2004, University of Beirut Lebanon.

مراجع الإلكترونية أخرى:

150. <http://hegazy82.blogspot.com/2007/12/blog-post.htm>
151. psychomedia.qc.ca
152. [Psychologueclincien.fr:file//F/Nouveau%20dossier%20\(5\) code%20déontologie.htm](http://Psychologueclincien.fr:file//F/Nouveau%20dossier%20(5)%20code%20déontologie.htm)

153. www.acofps.com/forumdisplay.revue@unive_setif.d
154. www.chourok.net/vb/showthread.php?t=13964
155. www.dgfp.gov.dz/texte/05.pdf
156. www.dgfp.gov.dz/texte/07.pdf
157. www.dgfp.gov.dz/texte/14.pdf
158. www.dgfp.gov.dz/texte/21.pdf
159. www.dgfp.gov.dz/texte/24.pdf
160. www.dgfp.gov.dz/texte/DEUAFR58.pdf
161. www.dgfp.gov.dz/texte/fpsy.pdf
162. www.dgfp.gov.dz/texte/REGpsy.f.pdf
163. www.dgfp.gov.dz/texte/F13-195.pdf
164. [www.epsab.fr/110+le-s-metier-s-de-psychologue-de-santé.htm](http://www.epsab.fr/110+le-s-metier-s-de-psychologue-de-sante.htm)
165. www.joradp.dz/FTP/JO.FRACAI/2013/F2013041.pdf
166. www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2014/F2014042.pdf
167. www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2016/F2016022.pdf
168. www.joradp.dz/HAR/index.htm

169. www.joradp.dz/SGGAL/index.htm
170. www.kotobarabia.com
171. www.mesrs.dz
172. www.Sanapsy.com/fr/index.php?option=com
173. www.scholar.com
174. [www.sfpsy.org/code de-déontologie-des htm/2009](http://www.sfpsy.org/code-de-déontologie-des-htm/2009)
175. www.studay.cevenir.fonctionnaire.com/métiers/psychologue.htm
176. www.Studay.com/redirect/proximologie.htm

الملاحق

التربص: تم ☐ لم يتم ☐

مكانه: مستشفى ☐ مستشفى الأم والطفل ☐ عيادة م خ ☐ مصحة عقلية ☐ عيادة خاصة ☐ مكان آخر ☐

مدته: أقل من أسبوع ☐ أسبوع ☐ أسبوعان ☐ أكثر من ذلك ☐

التوظيف: مباشرة بعد التخرج ☐ من 2-4 سنوات ☐ من 5-7 سنوات ☐ أكثر من ذلك ☐

الخبرة قبل التوظيف (في إطار عقود ما قبل التشغيل): نعم ☐ لا ☐

مدتها: من 1-2 سنة ☐ من 3-4 سنوات ☐ أكثر من 4 سنوات ☐

ساعات العمل في اليوم: نصف يوم ☐ يوم كامل ☐ نظام المراقبة ☐

تلقيت تكويناً بعد التوظيف: نعم ☐ لا ☐

عدد المرات: 1 ☐ 2-4 ☐ أكثر من 5 ☐

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
1	كانت لدي صعوبات في بعض المقاييس			
2	لدي صعوبة في المقياس في حد ذاته			
3	لدي صعوبة بسبب الأستاذ			
4	لدي صعوبة بسبب الوقت الذي يقدم فيه			
5	كنت أتغيب			
6	المحاضرات هي المصدر الوحيد لمعلوماتي			
7	كنت أطلع الكتب			
8	كنت أراجع يوميا			
9	كنت أراجع وقت الامتحان فقط			
10	أقضي وقتاً طويلاً في المكتبة			
11	التكوين كاف			
12	التربص كاف			
13	أقوم بعمل تشخيصي			
14	أقوم بعمل علاجي			
15	أقوم بعمل إداري			
16	أكلف بمهام أخرى			
17	أستعمل المقابلة			

18	استعمل الملاحظة
19	استعمل الاختبارات
20	أرى أن هذه الوسائل كافية
21	أسجل المقابلات
22	لكل حالة ملف صحي / بطاقة متابعة
23	أحرر تقارير للحالات
24	أوجه الحالات إلى أطراف أخرى
25	أوجه الحالات شفويا
26	أوجه الحالات عن طريق رسالة توجيه
27	توجه الحالات إلي
28	لدي مكتب خاص بالفحص النفسي
29	المكتب مجهز بكل ما يلزم
30	أستقبل المترشحين
31	أنا مطلع على المستجدات العلمية في الميدان
32	أتابع مستجدات التخصص كل يوم
33	أتابع مستجدات التخصص كل أسبوع
34	أجدد معلوماتي
35	العلاقة بيني و بين زملاء العمل حسنة
36	علاقتي مع المسؤول المباشر حسنة
37	علاقتي مع زملاء المهنة غامضة
38	ليس لدي اتصال مع زملاء المهنة
39	لدي مشاكل في عملي
40	الإدارة متعسفة معي
41	نظرة أعضاء الفريق لعملي حسنة
42	نظرة أعضاء الفريق لعملي غامضة
43	أحس بالإحباط أثناء ممارسة مهامي
44	أحب مهنتي
45	لغة الحوار بيني و بين فريق العمل العربية
46	لغة الحوار بيني و بين فريق العمل الفرنسية

47	أشارك في الاجتماعات التي تتم في المؤسسة
48	أحس بالتهميش داخل المؤسسة
49	يطلب رأيي في بعض القضايا
50	أشارك في الأيام أو الملتقيات المنظمة من طرف المؤسسة
51	نظرة المجتمع لعملي حسنة
52	نظرة المجتمع لعملي غامضة
53	أتمنى لو أنني أمارس مهنة أخرى
54	أنا مطلع على حقوقي التي يكفلها لي القانون
55	أنا لست مطلع على القانون 03-06
56	أنا مطلع على القانون 09-240
57	أعلم أنه من حقي العمل في مكتب خاص وفق المشرع
58	أعلم أن هناك نسبة من مال المؤسسة خاص بالعمل السيكلوجي
59	أنا راض عن العمل الذي أقوم به
60	أواجه صعوبات في مهامي بسبب اللغة
61	أواجه صعوبات في مهامي بسبب التقنيات
62	أواجه صعوبات في مهامي بسبب التكوين
63	أواجه صعوبات في مهامي بسبب تعسف الإدارة
64	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم التوافق مع زملاء العمل
65	أواجه صعوبات في مهامي بسبب غموض العمل الذي أقوم به
66	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم اطلاعي على القانون
67	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم الاطلاع على المستجدات
68	أواجه صعوبات في مهامي بسبب عدم تفهم المجتمع

الدرجات الحالات	الدرجة الكلية	الدرجات الفردية من	ص ²	الدرجات الزوجية ص	ص ²	ص
1	142	67	4489	75	5625	5025
2	150	75	5625	75	5625	5625
3	134	65	4225	69	4761	4485
4	148	70	4900	78	6084	5460
5	152	73	5329	79	6241	5767
6	143	69	4761	74	5476	5106
7	140	68	4624	72	5184	4896
8	148	69	4761	79	6241	5451
9	142	70	4900	72	5184	5040
10	151	71	5041	80	6400	5680
11	147	68	4624	79	6241	5372
12	147	68	4624	79	6241	5372
		مج ص	مج ص ²	مج ص	مج ص ²	مج
		833	57903	911	69303	63279
		مج ص ²		مج ص ²		
		693889		829921		

$$r = \frac{\text{ص مج} \times \text{ص مج} - \text{ص ص مج ن}}{\sqrt{\left\{ (\text{ص مج})^2 - \text{ص ص مج ن} \right\} \left\{ (\text{ص مج})^2 - \text{ص ص مج ن} \right\}}}$$

$r = 0,58$
 بعد التصحيح : $r = 1,1 \times \frac{\text{ن}}{\text{ن}+1} = 0,74$ و هي نسبة دالة

ملحق رقم 6 معامل الثبات

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA ET DE POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

CONVENTION CADRE DE STAGE

Entre

L'établissement universitaire.....
Représenté par.....

Et

L'établissement public de santé (CHU, EHS, EH, EPH, EPSP)
.....
Représenté par.....

Article 1er : Dispositions générales

La présente convention est régie par les dispositions de l'article 7 du décret n°88-90 du 3 Mai 1988 portant organisation des stages en milieu professionnel à l'intention des étudiants,

Et de l'arrêté interministériel du 2 mai 1989, fixant la liste des filières concernées par les stages en milieu professionnel à l'intention des étudiants et la durée des stages correspondants,

Et de l'arrêté de 23 Avril 1989 relatif à la nature, à l'évaluation et au contrôle des stages en milieu professionnel à l'intention des étudiants.

Article 2: Objet de la convention

La présente convention a pour objet de préciser le cadre d'organisation et de déroulement des stages en milieu professionnel en l'occurrence, les services de l'établissement public de santé à l'intention des étudiants de psychologie du département..... de l'université de.....

Le stage concerne les étudiants inscrits en vue de l'obtention des diplômes de licences de psychologie clinique et d'orthophonie et de masters dans différentes spécialités nécessitant un entraînement dans le milieu hospitalier.

Article 3 : Objectifs du stage

Le stage de formation a pour objet de permettre à l'étudiant de mettre en pratique ses connaissances théoriques et méthodologiques acquis durant sa formation et réaliser le projet de fin d'études par la préparation d'un mémoire.

Le but du stage consiste à préparer l'étudiant à la vie professionnelle. Le stage fait partie du cursus pédagogique de l'étudiant, il est obligatoire en vue de l'obtention des diplômes de licence et de master.

Les activités de stage sont déterminées par l'établissement universitaire et l'établissement public de santé en fonction du programme de la formation dispensée.

Article 4 : Modalités pratiques de déroulement du stage

- Périodicité des stages

Les stages se dérouleront sur la période : (Septembre-Mai)
Avec une périodicité de : (2 fois par semaines)

La répartition se fait comme suit :

1^{er} semestre : stage d'imprégnation au sein d'un service de psychiatrie pour les cliniciens et d'un service ORL pour les orthophonistes.

2^{ème} semestre : les stagiaires sont affectés vers les différents services selon les plannings suivant :

1^{er} groupe du..... au.....
2^{ème} groupe du..... au.....

Chaque groupe est composé de (nombres d'étudiants).....
Les effectifs de chaque groupe sont dimensionnés avec les médecins chefs de service et les psychologues encadreur en fonction des capacités d'accueil de l'établissement public de santé.....

- **Désignation, des encadreur et maître de stage**

L'établissement universitaire et l'établissement public de santé d'accueil désignent le maître de stage et un encadreur enseignant.
Les cadres techniques (maître de stage) chargés de suivre les stagiaires sont désignés par le chef de service et doivent être des psychologues ou orthophonistes avec au moins 05 ans d'expérience.

Durant sa présence sur les lieux du stage, le stagiaire est placé sous l'autorité hiérarchique du maître de stage désigné.

- **Couverture sociale du stagiaire**

La couverture de la sécurité sociale est assurée par l'établissement universitaire.....
Lorsqu'un accident survient par le fait ou à l'occasion du stage en entreprise, l'obligation de la déclaration de l'accident de travail incombe à l'administration dans laquelle est effectué le stage.
L'administration ou l'entreprise doit adresser sans délai à l'établissement d'enseignement dont relève le stagiaire une copie de la déclaration d'accident de travail envoyé à la structure de la sécurité sociale compétente.

- **Thèmes des stages et organisation du travail**

Les thèmes des stages ainsi que les plans de travail des stagiaires et les objectifs assignés aux stages sont laissés à l'appréciation des encadreur des stages et sont déterminés selon le programme d'études et le sujet de fin d'études validé par l'encadreur enseignant chercheur de l'établissement universitaire, avec l'accord des instances pédagogiques de l'établissement universitaire..... et des instances concernées par la prise en charge des stages de l'établissement public de santé.....

Durant sa présence sur les lieux du stage, le stagiaire doit respecter strictement les dispositions du règlement intérieur de l'établissement public de santé..... et du service ou il est affecté.

Article 5 : L'Evaluation du stage

L'évaluation du stage doit se faire conformément aux dispositions des articles 5 et 6 de l'arrêté du 23 Avril 1989 suscité.
Chaque maître de stage attribue une note, la moyenne étant retenue note de stage.

Les maîtres de stage attribuent la note en tenant compte des critères suivants :
- L'assiduité, le comportement et la capacité de l'étudiant à s'intégrer dans le milieu professionnel.
- Pour les projets de fin d'études: la qualité du travail (mémoire, rapport) et l'originalité des résultats obtenus.
Le suivi pédagogique de chaque étudiant est détaillé dans le livret de stage présenté par l'établissement universitaire.

Article 6 : Rémunération des maitres de stage

Les maitres de stage perçoivent une rétribution servie par l'établissement de l'enseignement supérieur conformément à la réglementation en vigueur.

Article 7 : Durée de la convention

La présente convention de stage est conclue pour une durée de trois ans renouvelable pour la même période.
La partie qui souhaite mettre fin au présent contrat est tenue d'informer l'autre partie 06 mois avant la date proposée de la fin du contrat.

Article 8 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur à partir de la date de sa signature par les deux parties.

Fait à Alger le :

L'établissement de l'enseignement supérieur

Représenté par :

L'établissement public de santé

Représenté par :

و صل تسجيل تصريح تأسيس منظمة نقابية
(القانون رقم 14-90 المؤرخ في 09 ذي القعدة عام 1410 الموافق ل 02 يونيو سنة 1990
المتعلق بكيفيات ممارسة الحق النقابي المعطل والمنعم)

طبقا لأحكام القانون رقم 14-90 المتعلق بكيفيات ممارسة إحقاق النقابي المعطل و المنعم
تم إيداع بتاريخ 16 فيفري 2003 من طرف الأعضاء المؤسسين لدى الوزير المكلف بالعمل
تصريح تأسيس منظمة نقابية.

المسمى : النقابة الوطنية الجزائرية للأطباء النفسانيين.

الهدف : الدفاع على المصالح المادية و المعنوية لأعضائها .

المقر : 07 شارع صليحة واتيكى - الجزائر -

الرئيس : كداد خالد المولود في 22 نوفمبر 1972 بمحمد بلوزداد - الجزائر -

الأمين العام : مادوري أحمد المولود في 1962 ببوقارة - البلدية -

و تم تسجيل المنظمة النقابية المعنية تحت الرقم 87 المؤرخ في 14 سبتمبر 2004 طبقا
للقانون رقم 14-90 المؤرخ في 02 جوان 1990 المذكور أعلاه.

و يتوجب على المنظمة النقابية استيفاء شكلية الإشهار في جريدة يومية وطنية إعلامية
على الأقل، على نلفتها (المادة 8 من القانون رقم 14-90 المذكور أعلاه).

تغير المنظمة النقابية مكونة قانونيا بعد ستة (06) أشهر على الأقل من الوجود بعد استلام
هذا الوصل (المادة 34 من القانون رقم 14-90 المذكور أعلاه).

الأمين العام



ORDRE NATIONAL ALGERIEN DES PSYCHOLOGUES

(اعتماد رقم 87 مؤرخ في 14 سبتمبر 2004 لدى وزارة العمل و الضمان الاجته
ص ب رقم: 250 فرحات بوسعد الجزائر
الهاتف: 89 47 89

SNAPSY

الرقم: 0012 / م و ت / 02.04.2016

إلى السيد مدير الموارد البشرية

بوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

04 FIV. 2016

موضوع: ف/ي التكفل بمطالبنا النقابية التابعة لدائرة إختصاصكم.

بشرف أن نعلم سيادتكم أننا ما زلنا ننتظر من سيادتكم التكفل بمطالبنا النقابية التي عرضناها على سيادته
بوري الذي جمعنا بأعضاء اللجنة المركزية المكلفة بمتابعة ملفات الشركاء الإجتماعيين يوم الإثنين 18 حاتم
ة أساسا في :

مراسلة المديرية العامة للوظيفة العمومية من أجل الحصول على رخصة إستثنائية تسمح بترقية النفسانيين
على التقاعد إلى رتبة نفساني ممتاز و ذلك من أجل إستدراك التأخر الذي تسبب في حرمانهم طيلة مسار
من الترقية في أجالها من جهة و من جهة أخرى تعويضهم عن الحرمان من الإستفادة من إجراءات
الانتقالية التي إستفاد منها كثير من أسلاك الصحة العمومية في إطار مراجعة القوانين الأساسية سنة 2008
توفر في النفسانيين المعنيين آنذاك، الشروط المنصوص عليها في المواد 27 و 37 من المرسوم التنفيذي
240 المؤرخ في 22 جويلية 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك
الصحة العمومية، مما ترتب عنه إستفادة عشرة (10) نفسانيين فقط من الإدماج في رتبة نفساني ممتاز
أحكام المرسوم السالف الذكر.

إحصاء مؤسسات الصحة العمومية التي قامت بتعيين النفسانيين في المنصب العالي.

نظرا رد إيجابي من سيادتكم، نشكركم سلفا على اهتمامكم الدائم بالتشغالاتنا و نقدم لكم خالص التحية و

رئيس المكتب الو
كماد خا



النقابة الوطنية الجزائرية للنفسانيين SYNDICAT NATIONAL ALGÉRIEN DES PSYCHOLOGUES

إعتماد رقم 87 مؤرخ في 14 سبتمبر 2004 لدى وزارة العمل و الضمان الاجتماعي
ص ب رقم: 250 فرحات بوسعد الجزائر
الهاتف: 0770 89 47 89

00 / م و ت / 02.04.2016

إلى السيد المدير العام للوقاية و ترقية الصحة (DGPPS)
بوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

ت/ي التكفل بمطالبنا النقابية التابعة لدائرة اختصاصكم.

بأن نعلم سيادتكم أننا ما زلنا ننتظر من سيادتكم التكفل بمطالبنا النقابية التي عرضناها على مصالحكم خلال
منا يوم 5 مارس 2015 و المتمثلة أساسا في:

ة التعليم الوزارية رقم 144 المؤرخة في 24 مارس 1997 المتضمنة مقاييس القاعات و الوسائل التابع
ت الكشف و المتابعة للصحة المدرسية (UDS) حيث لم تتضمن التعليم توفير قاعات ووسائل الفحص النفس

طبيقات البرنامج الوطني للصحة العقلية الذي لم يحظى بتقييم حقيقي منذ إنطلاقه سنة 2001.

دور النفسانيين في تجسيد و ترقية برامج و مشاريع الصحة العمومية لا سيما في مجال الوقاية.
د إيجابي من سيادتكم، نشكركم على إهتمامكم الدائم بإنشغالائنا و نقدم لكم خالص التحية و التقدير.

رئيس المكتب الوطني

خالد
رئيس المكتب الوطني



SYNDICAT NATIONAL ALGÉRIEN DES PSYCHOLOGUES

إعتماد رقم 87 مؤرخ في 14 سبتمبر 2004 لدى وزارة العمل و الضمان الاجتماعي
ص ب رقم: 250 فرحات بوسعد الجزائر
الهاتف: 770 89 47 89

SNAPSY

0008 / م و ت / 02.04.2016

إلى السيد المدير العام لمصالح الصحة و إصلاح المستشفيات (DGSSRH)
بوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

م/ي: التكفل بمطالبتنا النقابية التابعة لدائرة إختصاصكم.

نشرف أن نعلم سيادتكم أننا ما زلنا ننتظر من سيادتكم التكفل بمطالبتنا النقابية التي عرضناها على سيادتكم في أحد
مجالسكم يوم 31 ديسمبر 2014، حيث سجلنا خلال اللقاء الدوري الذي جمعنا بأعضاء اللجنة المركزية للمك
لفات الشركاء الإجتماعيين يوم الإثنين 18 جانفي 2016 تأخرا واضحا في التكفل بإنشغالنا المطروحة و المتنا

إعداد نص تنظيمي يتضمن إنشاء وحدات للخدمة النفسية على مستوى المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)
للمراكز الإستشفائية المتخصصة (EHS).

إعداد نص تنظيمي يتضمن تنظيم نشاطات النفسانيين على مستوى مؤسسات الصحة العمومية.
إجراء تقييم لمدى تطبيق التعليم الوزارية رقم 0001 المؤرخة في 16 مارس 2008 المحددة لشروط تهيئة و ت
قاعات الفحص النفسي.

مراجعة التعليم رقم 4345 المؤرخة في 24 فيفري 1987 المتعلقة بممارسة النفسانيين في القطاع الخاص.
مراجعة التعليم الوزارية رقم 13 المؤرخة في 20 ماي 2013 المتعلقة بتعويض المناوبة لقاتلة ستخصي مؤ
الصحة العمومية خاصة فيما يتعلق بتشكيل فرق المناوبة التي غاب عنها النفسانيون.

أظن أننا ملاحظتنا بعين الاعتبار، نشكركم على إهتمامكم الدائم بإنشغالنا و نقدم لكم خالص التحية و التقدير

رئيس المكتب الوطني

د. محمد بن عبد الحميد



SYNDICAT NATIONAL ALGÉRIEN DES PSYCHOLOGUES

(اعتماد رقم 87 مؤرخ في 14 سبتمبر 2004 لدى وزارة العمل و الضمان الاجتماعي
ص ب رقم : 250 فريحات بوسعد الجزائر
الهاتف: 0770 89 47 89

SN

0009 / م و ت / 02.04.2016

إلى السيد مدير التنظيم و المنازعات و التعاون (DRCC)

بوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

ع : ف/ي التكفل بمطالبنا النقابية التابعة لدائرة إختصاصكم.

نشرف أن نعلم سيادتكم أننا ما زلنا ننتظر من سيادتكم التكفل بمطالبنا النقابية التي عرضناها على سيادتكم خلال
ري الذي جمعنا بأعضاء اللجنة المركزية المكلفة بمتابعة ملفات الشركاء الاجتماعيين يوم الإثنين 18 جانفي 2016
أساسا في :

نظ المكتب الوطني للنقابة حول مادة الثقافة العامة المدرجة في مشروع القرار الوزاري المشترك المحدد لإطار
ظيم المسابقات على أساس الإختبارات و الإمتحانات المهنية للإلتحاق بالرتب الخاصة بالموظفين المنتمين لأسلاك
نفسانيين للصحة العمومية.

بمذكرة وزارية لجميع مؤسسات الصحة العمومية، تتضمن تسيير سلك النفسانيين للصحة العمومية وفق
قانون الأساسي الخاص بهم و تمييزهم من حيث تحديد التسمية (Appellation) والمهام عن باقي أسلاك الصحة
عمومية، حيث غالبا ما يصنف سلك النفسانيين من طرف المسيرين ضمن فئات و أسلاك لا ينتمون إليها قانونا و
لقرون بمهام غير مهامهم المنصوص عليها في المرسوم التنفيذي رقم 09-240 المؤرخ في 22 جويلية 2009

تضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية.
راجعة للتعليم الوزارية رقم 13 المؤرخة في 20 ماي 2013 المتعلقة بتعويض المناوبة لفائدة مستخدمي مؤسسات
صحة العمومية خاصة فيما يتعلق بتشكيل فرق المناوبة التي غاب عنها النفسانيون.

رد إيجابي من سيادتكم، نشكركم على إهتمامكم الدائم بإنشغالاتنا و نقدم لكم خالص التحية و التقدير.

رئيس المكتب الوطني التنفيذي

إمام خالد



خاتمة - 1

تطور التعدادات في اللبسانس



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

إدارة الميزانية و الوسائل
و مراقبة التسيير
المر : 62 / م.م. و.م.ت. 2013

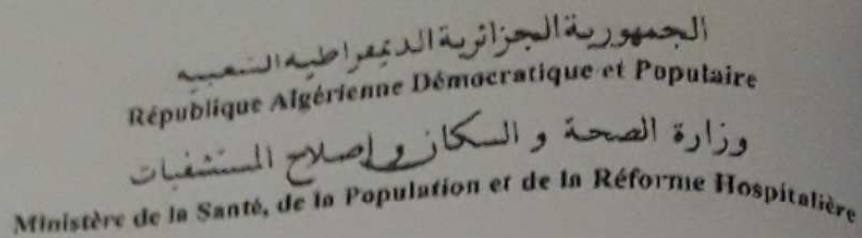
الجزائر في : 22 جانفي 2013

إلى السيد مدير
جامعة الجزائر 2

جدول الإرسال

ملاحظة	العدد	الوثائق المرفقة
للإعلام و التطبيق	01	يكون طيه هذا الإرسال : اتفاق شراكة بين وزارة التعليم العالي و وزارة البحث العلمي و وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات في مجال تنظيم و بصات علم النفس العيادي و الأطفونيا في المؤسسات العمومية للصحة. 33 22/01/2013
	01	المجموع





21 جلدی 2013

20. - و من س! م! اوزیز

السيد وزير التعليم العالي و البحث العلمي

موضوع: بخصوص إتفاق شراكة بين قطاعينا.
برقيات: نسخة أصلية.

شرفني أن أحيل عليكم طيه بعد الإعضاء، نسخة أصلية لإتفاق الشراكة بين قطاعينا في مجال تنظيم
مؤسسات علم النفس العيادي والأرطقونيا في المؤسسات العمومية للصحة.

تفضلوا، السيد الوزير، بقبول اسمي عبارات التقدير والاحترام

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
د. مصطفى عبد العزیز بن باری



وزارة التعليم العالي
والبحث العلمي

وزارة الصحة والسكان
وإصلاح المستشفيات

اتفاق شراكة

إن وزير التعليم العالي والبحث العلمي ، من جهة ،
ووزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، من جهة أخرى ،
اتفقا على ما يلي:

المادة الأولى : يهدف هذا الاتفاق إلى تحديد نموذج الاتفاقية الإطار التي تنظم
علاقات الشراكة بين مؤسسات التعليم العالي والمؤسسات العمومية للصحة ،
المستقبلية للطلبة المترشحين في علم النفس العيادي والأرطفونيا.

المادة 2: يرفق نموذج الاتفاقية الإطار المذكور في المادة الأولى بهذا الاتفاق

المادة 3: تكلف المؤسسات المعنية كل فيما يخصها بتطبيق هذا الاتفاق

المادة 4: يسري مفعول هذا الاتفاق ابتداء من تاريخ التوقيع عليه من قبل الطرفين
وينشر في النشرة الرسمية لكل قطاع وزاري.

حرر بالجزائر في :

وزير الصحة والسكان
وإصلاح المستشفيات

وزير التعليم العالي
والبحث العلمي

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات



الشيخ محمد بن عبد الله

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان
إصلاح المستشفيات



مالية



13 JUN 2013

وزاري مشترك مؤرخ في، متعلق بمدونة ميزانية
الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة،
مؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية
للصحة الجوارية

13 JUN 2013
قرار وزاري مشترك مؤرخ في، متعلق بمدونة ميزانية المراكز الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

وزير المالية،

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

بمقتضى القانون رقم 84-17 المؤرخ في 7 جويلية 1984، المعدل والمتمم، المتعلق بقوانين المالية،
وبمقتضى القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، المعدل والمتمم، المتعلق بحماية الصحة

وبمقتضى القانون رقم 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990، المعدل والمتمم، المتعلق بالمحاسبة العمومية،

وبمقتضى الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994، المتضمن قانون المالية لسنة 1995،

وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، المعدل والمتمم، المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها،

وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، المعدل والمتمم، المحدد لقواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها،

وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المعدل والمتمم، المتضمن لإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها،

وبمقتضى القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 أفريل 1999، المتعلق بمدونة ميزانية المراكز الإستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

يقرران

المادة الأولى : يهدف هذا القرار الوزاري المشترك إلى تحديد مدونة ميزانية الإيرادات والنفقات لميزانيات تسيير المراكز الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

يرافق هذه المدونة في ملحق لهذا القرار الوزاري المشترك.

المادة 2 : تتضمن هذه المدونة :

الموازج المفصل للإيرادات والنفقات في أبواب و مواد،
الميزان التعدادات الميزانية حسب الأسلاك و الرتب .

المادة 3 : تشترط الرخصة المسبقة للوزير المكلف بالميزانية لإجراء أي تعديل على هذه المدونة .

المادة 4 : تحدد كفايات تطبيق هذا القرار الوزاري المشترك، حسب الحاجة، بتعطية مشتركة بين وزير
المالية و وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

المادة 5 : تلغى أحكام القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 أفريل 1999، المشار إليه أعلاه.

المادة 6 : يسري مفعول هذا القرار الوزاري المشترك ابتداء من 1 جاتفي 2014.

حرر بالجزائر في 13 جوان 2013

وزير الصحة والسكان
و إصلاح المستشفيات

وزير الصحة والسكان
و إصلاح المستشفيات
الأستاذ عبد العزيز زيلري



وزير المالية

الوزير العام
بوزارة المالية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Le Ministre,

N° 001 MSPRH/MIN

16 MAR 2000

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° /MIN/MSPRH DU
FIXANT LES CONDITIONS D'AMENAGEMENT ET
D'EQUIPEMENT DES CONSULTATIONS DE PSYCHOLOGIE**

DESTINATAIRES :

Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population

Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Universitaires

Monsieur le Directeur Général de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité

La présente instruction a pour objet de fixer les conditions d'aménagement et d'équipement des consultations de psychologie clinique et orthophonique au sein des structures sanitaires publiques.

En effet le développement des consultations de psychologie s'inscrit dans le cadre du renforcement de la prise en charge psychologique préventive et curative des populations et de l'accompagnement des nouvelles activités comme l'implantologie, la pédopsychiatrie, la toxicomanie, psycho traumatisme...

La consultation de psychologie, intégrée aux offres de soins, est signalée et aisément accessible aux citoyens et aux malades en choisissant des espaces appropriés respectant l'intimité des personnes, sans être isolée afin d'éviter des situations angoissantes chez certains sujets, et veillant au confort des différentes catégories telles la mère et le bébé, l'enfant, l'adolescent et plus particulièrement dans les établissements de proximité.

La consultation de psychologie dispose d'une salle fermée et réservée exclusivement aux psychologues, dénommée cabinet de consultation de psychologie clinique ou de psychologie orthophonique. Cet espace ne peut être partagé au moment de la réalisation des entretiens confidentiels.

Le local d'une surface minimale de 16 m², sachant que cette dernière prend en charge les personnes individuellement, en couple, en famille ou en groupe (moyenne 6 à 8 personnes). Ce local doit être bien éclairé, aéré, chauffé et disposer d'une bonne isolation phonique.

Le cabinet de consultation dispose au minimum du matériel suivant :

- ✓ 1 bureau avec tiroirs de rangement.
- ✓ 1 table ou fauteuil de relaxation thérapeutique.
- ✓ 1 table basse accompagnée d'un nombre de sièges suffisant pour le suivi d'un groupe.
- ✓ 1 fichier pour la conservation des dossiers dans les conditions assurant le secret professionnel.
- ✓ 1 grande armoire de rangement du matériel utilisé lors des examens psychologiques ainsi que des ouvrages de références en matière de techniques de diagnostic et de méthodes spécifiques des diverses psychothérapies. Cette armoire est fermée à clé.
- ✓ 1 grande glace pour l'apprentissage du schéma corporel et la psychomotricité.

Les tests psychologiques sont des outils indispensables au fonctionnement de la consultation de psychologie quel que soit son lieu d'implantation. Aussi, chaque consultation devra être équipée d'une batterie de tests. Cette batterie devra être composée d'une série de tests en fonction des domaines d'intervention et des populations consultantes (enfant, adolescent et adulte) :

En psychologie clinique : Tests d'intelligence, d'aptitude, de personnalité projectif et clinique.

En psychologie orthophonique : Tests d'évaluation et de rééducation du langage oral, du langage écrit et des pathologies neurologiques.

Par ailleurs, la consultation de psychologie orthophonique doit disposer d'un amplificateur vocal pour la rééducation des malentendants.

En outre, pour la réalisation des ateliers éducatif, d'expression corporelle et de psychomotricité, d'expression graphique et artistique, un matériel pédagogique et ludique doit être fourni constitué d'images, de planches pour l'apprentissage, de jeux, jouets, consommables pour les activités suscitant l'expression graphique et autres. Ce sont des supports de médiation de la relation qui vont s'appuyer sur d'autres canaux de communication que le langage verbal pour des consultations de psychologie.

Aussi, vous est-il demandé de veiller à assurer les conditions d'aménagement et d'équipement des consultations de psychologie conformément aux dispositions de la présente instruction.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

مشروع مكمل لنيل شهادة الدكتوراه

استبيان لرصد:

واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر
-القطاع الصحي نموذجاً-

تدعى الباحثة من خلال هذه التراسة للوقوف على واقع الممارسة الميكولوجية الإكلينيكية في الجزائر و
بالمنطق في المؤسسات الصحية الحكومية مجسدة ذلك في مجموعة من الاستجابات.

أنتي لفاضل / أنتي الفاضلة:

مساعدة منكم في تطوير البحث العلمي نرجو منكم الإجابة على العبارات التالية بوضع علامة (X) على
الخانة التي تتوافق مع حالتكم علما أنه لا توجد إجابات صحيحة و أخرى خاطئة بل كل الإجابات
مقبولة، كما نحيطكم علما أن هذه البيانات سرية و لا تستخدم إلا لهذا البحث.

بيانات شخصية:

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
العمر: ☐ 30 - 25 ☐ 35 - 31 ☐ 40 - 36 ☐ أكثر من 41

رقم الولادة: ☐

مكان العمل: مستشفى ☐ مستشفى الأم و الطفل ☐ عيادة م ح ☐ مصلحة عقلية ☐ الطب المدرسي ☐

الرتبة الحالية: نقاشي ☐ عيادي للصحة العمومية ☐ نقاشي عيادي رئيسي ☐ رتبة أخرى ☐

عدد سنوات العمل: 1-2 سنة ☐ 3-5 ☐ 6-10 ☐ 11 ☐ أكثر من 16 سنة ☐

المؤهل العلمي: شهادة ليسانس: كلاسيك ☐ ل م ☐ ماجستير ☐ ماستر ☐ أخرى ☐

شهادة البكالوريا: تخصص علمي ☐ تخصص أنثي ☐

محل البكالوريا: من 10-11 ☐ 12-13 ☐ 13-14 ☐ أكثر من 14 ☐

النوع لتخصص علم النفس: اختياري ☐ إجباري ☐

المحل في الجامعة: 1-10 ☐ 11-12 ☐ 13-14 ☐ أكثر من 14 ☐

الحاج كان في التورقة العالية: ☐ الاستراكية ☐ عالية/ استراكية ☐

أعنت السنة: نعم ☐ لا ☐

☐