Journal of Alasmarya University
Volume 25, December 2015

مجلة الجامعة الأسمرية
المجلد الخامس والعشرون، ديسمبر 2015

مدى إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي للأمراض المزمنة بمدينة مصراتة

د. عادل مصطفى سلطان*

مقدمة الدراسة

تغيرت النظرة في مجال الأمراض بشكل عام حيث « إن طبيعة الأمراض وأسبابها قد خضعت لتغيرات كبيرة عما كان علية الأمر في النصف الأول من هذا القرن ففي حين أن معظم الاهتمام كان منصباً على الأمراض المعدية فقد أصبحت الأمراض المزمنة هي الأكثر ملاحظة في الوقت الراهن وإذا دققنا في طبيعة الأمراض المزمنة فإننا سنجد مجموعة من السمات التي تتميز بها هذه الأمراض من بينها أن الأمراض المعدية تكون سببها الفيروسات والجراثيم بينما توجد علاقة وطيدة بين غالبية الأمراض المزمنة وبين نمط الحياة والسلوك والعوامل الاجتماعية والنفسية، كما أن إجراءات العلاج للأمراض المزمنة صعبة ويتعلق النجاح بمدى فاعلية المريض في الإسهام في العلاج كذلك في مساعدته كي يتعايش مع مرضه.

كل هذه السمات والعوامل كفيلة أن تجعل الأطباء والمؤسسات الصحية والعلاجية كافة ذات الاتجاهات العضوية الخالصة والتي تتبنى مفاهيم تقليدية للمرض عاجزة وحدها عن مواجهة الأمراض المزمنة مما يدفع إلى إعادة النظر

* جامعة مصراتة، كلية الآداب.

في مفهومها للمرض ليشتمل على الجوانب النفسية للمرض مما يؤكد ضرورة إشراك الأطباء للمُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي للأمراض المزمنة. وذلك لأن الأسباب وراء هذه الأمراض قد تكون نفسية وما ينتج عن هذه الأمراض من إرهاقات نفسية واجتماعية كبيرة الأمر الذي لا يمكن للمتخصص أن يُغطيه وحده. كما وأن احتكاك الأطباء اليومي مع الأمراض المزمنة وإدراكهم المتزايد لضرورة مراعاة العوامل النفسية في الأمراض الجسدية وغيرها وعدم توفر المعارف النفسية اللازمة لدى الأطباء أدى إلى ظهور الحاجة إلى المعارف النفسية وإلى إشراك المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي في الإشراف والعلاج وإعادة التأهيل »[1].

ومن نافلة القول الإشارة إلى أن المؤسسات الصحية مازالت بعيدة عن مواكبة التغيرات ومازالت تَحْتَ تأثير المفاهيم التقليدية السائدة حول المرض والعلاج وهيمنة المؤسسات الطبية بادعائها أن قضايا المرض والصحة من مسؤوليتها وحدها، على الرغم من أن الوعي النفسي والاجتماعي يحمل مؤشرات تدفع باتجاه إعادة النظر في هذه المفاهيم والسياسات الصحية المتبعة تحث ضغط الانفجار الكبير في التكاليف والإرهاقات النفسية والاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة عموماً والمؤدية إليها أيضاً.

« ويرى الكثير من الباحثين أن الأدوار المنوطة بالُمخْتَصّ النفسي الإكلينيكي تتمثل في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها، وتقديم الاستشارات النفسية للأفراد والمؤسسات العلاجية »[2].

مشكلة الدراسة

« يتكون فريق العمل في مجال صحة الفرد النفسية والجسدية –وخاصة

1- مطاوع بركات، اتجاهات أطباء مدينة دمشق نحو مسائل الخدمة النفسية، جامعة دمشق، كلية التربية، 1987، ص4.

2- عبد الستار إبراهيم، علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي، الرياض، دار المريخ للنشر، 1988، ص17

فيما يتعلق بالأمراض المزمنة- من عدد من المتخصصين أو المهنيين مثل المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، والطبيب النفسي، والمُخْتَصّ الاجتماعي. وقد تتسع هذه التخصصات لتشمل المُخْتَصّينَ آخرين مثل مُخْتَصّي التمريض وغيرهم»[3].

ولكي يؤدي هذا الفريق عمله على أكمل وجه يجب على كل عضو أن يكون لديه فهم صحيح للمهام والأدوار التي يؤديها أعضاء الفريق الآخرون. ونظراً لتشابه الأدوار التي يؤديها كل من المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي والطبيب العضوي، فإن بعض الأطباء ربما يرون أن قيام المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي بممارسة التشخيص والعلاج في مجال الأمراض المزمنة اعتداء على مهام لا يمكن أن يمارسها سوى الطبيب. وبطبيعة الحال فإن إحساس المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي بأن دوره غير مفهوم من قبل الطبيب الذي غالباً ما يتولى رئاسة الفريق العلاجي، قد يولد لديه بعض الإحباطات والضغوط النفسية التي قد تعيقه عن أداء دوره كما ينبغي.

إن معظم العاملين في مجال صحة الفرد من غير المُخْتَصّينْ النفسيين قد لا يكون لديهم الاستعداد للاعتراف بكفاءة المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وقدرته على ممارسة مهامه التي تم تأهيله وتدريبه عليها. كذلك فإن الأطباء يرون أن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي ليست لديه قدرات لممارسة التشخيص والعلاج وتقديم الاستشارات النفسية فيما يخص الأمراض الجسدية التي تكمن وراءها عوامل نفسية وخاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة لأنه لم يتلق تدريباً وتأهيلاً كافيين في هذه المجالات.

ومن ناحية أخرى، فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة فهد عبد الله الربيعة (2005) ودراسة وائل أمين العلي (2003) إن عامة الناس يدركون الدور الذي يقوم به المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، حيث أشارت هذه الدراسات إلى أن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي قادر على القيام بتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها، وتقديم الاستشارات النفسية، وبالإضافة إلى قيام المُخْتَصّ النفسي

3- جمعة سيد يوسف، الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2000، ص 364.

الإكلينيكي بأدوار رئيسة تتمثل في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية وتقديم الاستشارات النفسية. فإن محمد الصبوة (2002) يقول نقلًا عن فالح العتيبي: « ينتظر من المُخْتَصّ النفسي ضرورة المشاركة في ممارسة التخصص، وفي تدريب أفراد المهن الأخرى المتصلة بمجال الصحة النفسية، كالأطباء في مجال الطب والأطباء النفسيين والممرضين، والمُخْتَصّينْ الاجتماعيين، وغيرهم كثيرون. تدريبهم على إنجاز مهامهم بنجاح وبأقل عدد من العمليات والخطوات اللازمة للإنجاز »[4].

إن فهم دور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي من قبل عامة الناس وقلة وضوح هذا الدور من أعضاء الفريق العلاجي وخصوصاً الأطباء يطرح قضية رئيسة تحاول الدراسة الحالية بحثها وهي معرفة مدى إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي. ويمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية بشكل دقيق في السؤال الرئيس التالي:

ما مدى إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي للأمراض المزمنة؟

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية:

1. هل هناك فروق دالة إحصائياً في إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي باختلاف جنس الطبيب؟
2. هل هناك فروق دالة إحصائياً في إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي باختلاف عدد سنوات خبرة الطبيب؟

أهمية الدراسة

تعتبر الدراسات التي تناولت العلاقة بين المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وبقية أعضاء الفريق العلاجي قليلة وخاصة تلك الدراسات التي تركز على إدراك الأطباء

4- حسن مصطفى عبد المعطي، علم النفس الإكلينيكي، القاهرة، دار قبا للطباعة والنشر، 1995، ص 34.

لما يتمتع به المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي من مهارات وما يؤديه من مهام.

وفي حدود علم الباحث لا يوجد دراسات في البيئة المحلية حول إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، كذلك تأتي أهمية الدراسة الحالية في كونها تتناول موضوعاً حديثاً وهو الكشف عن مدى إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي.

إن حداثة هذا الموضوع جعلت الباحث يأمل في أن تكون الدراسة الحالية بمثابة إضافة إلى التراث السيكولوجي في المجتمع المحلي والعالم العربي وأخيراً فإن نتائج الدراسة الحالية وتوصياتها رُبَّما تسهم في توضيح الدور الحقيقي للمُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي.

أهداف الدراسة

في ضوء ما سبق فإن الدراسة الحالية تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على مدى اختلاف إدراك الأطباء (عينة الدراسة) لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي طبقاً لمتغير الجنس
2. التعرف على مدى اختلاف إدراك الأطباء (عينة الدراسة) لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي طبقاً لمتغير سنوات الخبرة.

حدود الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من أطباء مدينة مصراتة لعام 2013م

مفاهيم الدراسة

- الطبيب البشري: هو كل شخص لديه مؤهل في مجال الطب يقوم بتشخيص وعلاج الأمراض العضوية.
- دور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي: يقصد بالدور هنا المهام المنوطة بالمُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي والمتمثلة في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها وتقديم الاستشارات النفسية للأفراد والمؤسسات العلاجية وعمل البحوث

النفسية.

- المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي:

يعرف هولمز (1994) المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي بأنه « الشخص الحاصل على درجة دكتوراه في علم النفس الإكلينيكي، ويكون أيضاً حاصلاً على تدريب كافٍ في المجال الإكلينيكي بحيث يصبح قادراً على تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية »[5].

- الفريق العلاجي: هو مجموعة من المتخصصين يقومون بتشخيص وعلاج الأمراض التي قد يصاب بها الفرد والكشف عن الأسباب التي تكمن وراء هذه الأمراض سواء أكانت هذه الأمراض نفسية أو جسدية.

الإطار النظري

أولاً. المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي

يعرف ساراسون وساراسون المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي: « بأنه مختص نفسي حاصل على درجة علمية عالية غالباً ما تكون الدكتوراه، ومتخصص في السلوك غير العادي، وهو مدرب على تشخيص وعلاج اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية الأخرى غير عضوية المنشأ، ويقوم أيضاً بعمل البحوث والدراسات النفسية.

حيث إن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي هو الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية، والذي يتعاون مع غيره من المُخْتَصّين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب والمُخْتَصّ الاجتماعي وغيرهما، كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكاناته، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل (المريض) وتشخيص مشكلاته والتنبؤ من احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف

5- فهد عبد الله الربيعة، اتجاهات طلاب وطالبات علم النفس بجامعة الملك سعود نحو مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي، دراسة استطلاعية، المجلة العلمية لكلية الآداب، جامعة المنيا، م20، أبريل، 65 - 95، 1993، ص 10

أساليب العلاج ثم العمل على الوصول بالمريض إلى أقصى توافق اجتماعي – ذاتي ممكن»[6].

خصائص المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي

هناك سمات كثيرة لابد أن يتسم بها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي ومنها ما أوردته اللجنة الخاصة بالتدريس لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكي وكذلك ما أوضحته قائمة (كارل روجرز) عن خصائص وسمات المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وهي كما يلي:

1. الرغبة في مساعدة الآخرين ومعاونتهم
2. أن يتمتع بقدر عال من الاستبصار.
3. أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين.
4. أن يتمتع بمستوي عال من الضبط الانفعالي والذاتي.
5. أن يكون على مستوىً أكاديمي عال ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي.
6. أن تكون لديه القدرة على المرونة والقيادة والإبداع والصبر وحسن الإصغاء.
7. القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة.
8. المثابرة والمسؤولية.
9. القدرة على ضبط النفس.
10. الأساس الثقافي الواسع.
11. القدرة على تكوين العلاقات الطبية مع الآخرين.
12. الحساسية لتعقيدات الدوافع.
13. احترامه لكل إنسان وتقبله له.
14. القدرة على فهم السلوك الإنساني.
15. الروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز.
16. أن يعرف نفسه ودوافعه وأن يدرك قصوره وعجزه الانفعالي.
17. الاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة[7].

6- فيصل عباس، إشكالات المعالجة النفسية، دار المسيرة، بيروت، 1983، ص 44.

7- زينب محمد شقير، علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، عمان، دار الفكر =

ويتعين على المُخْتَصّ النفسي أن يتمتع بخصائص وسمات شخصية من أهمها:

1. الاهتمام بالناس والرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم في حل مشكلاتهم.
2. القدرة على إقامة علاقات فعالة مع الآخرين.
3. أن يتمتع بقدر عال من الاستبصار الذاتي، لدوافعه ورغباته وحاجاته ومشاعره إذ أن العوامل الذاتيـة لهـا تـأثير كـبير في الممارسـة الإكلينيكيـة علـى الفـرد (المفحوص).
4. كما أن الضبط الانفعالي لدى الإكلينيكي يشكل مطلباً ضـرورياً يجـب تـوافره وخاصة على مستوى الممارسة لأن ردود فعـل الفـرد تتـأثر بشـكل أو بـآخر بذاتية الممارس وانفعالاته.
5. أن يكون مخلصاً أميناً في ممارسته وفي مساعدته للمرضى مستخدماً كافة مهاراته ومرونته ومعلوماته من أجل وقاية مريضه وشفائه[8].

الأدوار التي يقوم بها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي

ويرى الكثير من الباحثين أن الأدوار المنوطة بـالمُخْتَصّ النفسـي الإكلينيكـي تتمثل في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها، وعمل البحوث النفسية، وتقـديم الاستشارات النفسية للأفراد والمؤسسات العلاجية[9].

كذلك يحدد (جولد نبرج 1988) الأدوار التي يقـوم بهـا المُخْـتَصّ النفسـي الإكلينيكي فيما يلي:

1. عمل الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة.
2. الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأزواج والأسر والجماعات.

=

للطباعة والنشر والتوزيع، 2002، ص 86.

8- فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية بين النظرية والتطبيق، بيروت، دار الفكـر اللبنـاني، 1994، ص77.

9- عبد الستار ابراهيم، مرجع سابق، ص 84.

3. عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية ووظائفها، وأسباب المرض النفسي، وطرق العلاج النفسي وغيرها.
4. اختبار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة والنفسية والجماعات التطوعية والإشراف عليهم.
5. تقديم الاستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج للعلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية[10].

ويرى كثيرٌ من المُخْتَصّينْ في هذا المجال أن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي يكمل دوره وينجز مهامه عندما يكون داخل الفريق العلاجي بالمؤسسات العلاجية.

وفي الاتجاه نفسه يحدد أجريستا، 2004 (Agresta) دور المُخْتَصّ النفسي فيما يلي:

- عمل الاختبارات النفسية.
- الإرشاد والعلاج النفسي الفردي والجمعي.
- الاستشارات النفسية.

أما جوليان روتر (1989) نقلاً عن عطوف ياسين فيشير إلى أن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي يقوم بالأدوار التالية:

1. قياس الذكاء والقدرات العامة. وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضاً تقدير إمكاناته، وكفاءاته، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.
2. قياس الشخصية ووصفها وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن يُطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي.

10- محمد نجيب الصبوه، الاختصاصي النفسي والأمراض المهنية: دورة في الوقاية والتشخيص والعلاج. دراسات نفسية، 2002، ص 329.

3. العلاج النفسي[11].

ثانياً. الفريق أو الطاقم العلاجي: نموذج للتعاون المجدي:

يذكر شميت نقلاً عن حامد زهران أن هناك ثلاثة نماذج سائدة لإمكانات العمل ضمن فريق علاجي متكامل. النموذج الأول ذو التخصص الواحد، حيث يجتمع عدد من الأشخاص المتخصصين في المجال نفسه للتعاون على رعاية حالات تقع ضمن نطاق اختصاصهم، مثل اجتماع عدد من المعالجين النفسيين لتبادل الخبرات والمشورة حول الحالات التي يتناولونها، والغالب أن لهذا الفريق طبيعة تعليمية تدريبية. أما النموذج الثاني فهو الفريق متعدد التخصصات، وهو يتألف من مجموعة من الأشخاص المتخصصين في مجالات مختلفة، ويهتمون في نفس الوقت بظاهرة أو بحالة محددة تمت اختصاصهم إليها بشي من الصلة، كاجتماع الطبيب النفسي مع طبيب الأسرة والمعالج النفسي، بالإضافة إلى المتخصص الاجتماعي أو المتخصص في التربية الخاصة وإعادة التأهيل لتغطية جوانب مختلفة تتعلق بطبيعة الإشراف والرعاية اللازمة للحالة موضوع البحث. أما النموذج الثالث فهو فريق البين تخصصي وهو في العادة يضم أشخاصاً من تخصصات قريبة من بعضها أو هي تخصصات فرعية لاتجاه تخصصي أشمل، كاجتماع الطبيب النفسي مع طبيب الأعصاب وطبيب التغذية، أو اجتماع المعالج النفسي مع المرشد النفسي واختصاصي القياس النفسي.

وعندما يذكر الفريق العلاجي في الأدبيات النفسية، فعلى الأغلب يقصد به ذلك النموذج الثاني، أي الذي يضم بين أفراده أشخاصاً من اختصاصات متنوعة وربما بعيدة عن بعضها البعض، كاجتماع طبيب الأسرة مع الطبيب النفسي مع المعالج النفسي والمرشد النفسي وقد يمتد إطار الفريق ليشمل كذلك اختصاصي القانون والمتخصصين في الدراسات الدينية أيضاً في بعض الحالات، مع إمكانية دخول بعض أفراد أسرة المريض في إطار العاملين ضمن مثل هذا الطاقم.

11- عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي (الإكلينيكي)، بيروت، دار العلم للملايين، 1986، ص 96-97.

وتتحدد واجبات أعضاء الفريق بالدرجة الأولى في التفهم والانفتاح والتقبل لاختصاصات الآخرين وخبراتهم ووجهات نظرهم، بهدف تأمين الرعاية المتكاملة المثلى للحالات التي تقع ضمن مجالات عملهم. إن اندماج أعضاء الفريق في وحدة متكاملة يؤدي في العادة إلى التقليل من الحساسيات الناجمة عن موضوع تراتب السلطة بين أعضاء الفريق، وينعكس هذا إيجابياً على مستوى الخدمة المقدمة من قبلهم للأفراد[12].

أما السمات التي ينبغي أن تتوفر في أعضاء الفريق الفعال فيمكن تحديدها في أربع نقاط:

1. معرفة كل فرد من أفراد الفريق بحدود اختصاصه وبدوره في الفريق.
2. المعرفة الجيدة بالمسائل التي تتطلب استقاء المعلومات عنها ومواجهتها بشكل مشترك من اختصاصات مختلفة، أو ما يسمي المجالات البينية.
3. المعرفة الجيدة بطبيعة اختصاص بقية أفراد الفريق وما يستطيع كل منهم تقديمه.
4. تطوير أفراد الفريق قدراتهم على التأثير والمشاركة المتبادلة في برامج الفريق ككل.

وتتناول ستين (Steen1992) مزايا العمل ضمن الفريق العلاجي، من وحي التجربة البريطانية الخاصة بهذا المجال، فيما صار يسمى اعتيادياً هناك بفريق الرعاية الأولية، فتذكر مجموعة من المزايا التي تفيد كلاً من طرفي العملية، أي المتخصص والمتعالج في آن معاً ونورد أهمها فيما يلي:

1. الإحاطة والشمول بتفاصيل دقيقة من خلال تجمع المعلومات على مدى زمني طويل، ومن خلال علاقات الاختصاصيين المختلفة بالمحيط العام للفرد (طبيب الأسرة، الطبيب النفسي، المُخْتَصّ الاجتماعي ... الخ)
2. الدقة في التشخيص لبوادر المرض وتداركه قبل استفحاله من خلال منهج

12- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1980، ص 76.

الوقاية الأولية.

3. التغيير التدريجي لاتجاهات العاملين ضمن الفريق حيال إمكانات بقية العاملين فيه واختصاصاتهم.
4. اكتساب الاختصاصين للعادات الجيدة، فيما يتعلق بمهارات المقابلة وجمع المعلومات وبناء علاقة الثقة مع طالبي المساعدة، من خلال العمل على أرض الواقع وملاحظة مهارات المتخصصين الآخرين في الفريق.

ويضيف مانزي في نفس هذا المجال مكاسب مهمة يحققها المرشد النفسي من خلال عمله ضمن فريق من هذا النوع، تتجلى في:

- ازدياد الشعور بالثقة والدعم لدى المرشدين من خلال عملهم مع الآخرين وإمكانيات الدعم المتبادل فيما بينهم
- ازدياد المعلومات الميدانية المتعلقة بالإحالات وحالات الاضطرابات الجسدية.
- تعمق الفهم الكلي للحالات الفردية.
- زيادة القدرة على المواجهة الشمولية لحالات الضغط وحالات الاضطرابات السيكوسوماتية.

لقد أصبحت مشاركة المُخْتَصّينْ النفسيين والاجتماعيين وغيرهم ضرورة اقتضتها طبيعة الأمراض والتحول الحاصل في طريقة فهمها وتناولها، والتطور الحاصل في الوعي الصحي والنفسي والاجتماعي الذي تنعكس آثاره على الوضع الإنتاجي للفرد والاقتصادي على المستويات الجماعية بصورة ايجابية[13].

ثالثاً. الأمراض المزمنة

هي مجموعة من الأمراض التي تسمى أيضاً بالأمراض غير المعدية وهي

13- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1980، ص 76.

أمراض لا تنتقل بالعدوى من شخص لآخر، وتأخذ عادة إصابة الشخص بها وتطورها فترة طويلة ضمن عملية بطيئة نسبياً. وتشمل أربع مجموعات رئيسية وهي:

- أمراض القلب مثل السكتات القلبية والدماغية وارتفاع ضغط الدم.
- السرطان بأنواعه و أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، مثل الأزمة والانسداد الرئوي المزمن. وداء السكري[14].

الدراسات السابقة

وقبل عرضها يؤكد الباحث أنه لم يتم العثور محلياً على دراسة مشابهة بشكل قاطع للدراسة الحالية، وهذا يعكس ندرة البحوث المحلية في هذا المجال لذلك سيكتفي الباحث بالدراسات الأجنبية التي تمكن من الحصول عليها ونظراً لصعوبة الحصول على النص الكامل للدراسات الأجنبية، حيث إنَّ معظمها تم التطرق إليها في بعض الكتب العربية فقد تم اختيار البعض منها:

1. دراسة: بلومنثال ولافندر (1997)

دراسة عن دور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كما يدركه أعضاء الفريق العلاجي وذلك على عينة مكونة من (55) فرد من المُخْتَصّينْ الاجتماعيين، والأطباء النفسيين، والمرشدين، والممرضين. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة إجماع أفراد العينة على أن التشخيص النفسي، وتقديم الاستشارات النفسية، وممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفي تعتبر من أهم الأعمال التي يمارسها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، وقد ذكر 96 ٪ من أفراد العينة أن التشخيص النفسي من مهام المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، وأفاد 83 ٪ منهم أن تقديم الاستشارات النفسية مهمة أساسية من مهام المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، في حين أفاد 72 ٪ منهم أن ممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفي تأتي في المرتبة الثالثة.

14- http://www. shooq2. com2008

2. دراسة: قام ماثيو (1993)

دراسة هدفت إلى معرفة إدراك الأطباء النفسيين والمُخْتَصّينْ الاجتماعيين لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وذلك على عينة مكونة من (16) طبيباً نفسياً و (20) مختص اجتماعي من ولاية كونيكتيكت الأمريكية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن 41.7 ٪ من أفراد العينة أفادوا بأنهم يقومون بتحويل الحالات إلى المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي من أجل التشخيص النفسي، كما أوضح 16.7 ٪ أن التشخيص والعلاج النفسي والعناية اللاحقة هي الأسباب الرئيسية التي تجعلهم يقومون بتحويل الحالات إلى المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، كما كشفت هذه الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين والمُخْتَصّينْ الاجتماعيين في إدراكهم لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وذلك لصالح المختصين الاجتماعيين الذين يرون أن من أهم مهام المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي قيامه بتقييم شخصية المريض، كما أظهرت النتائج اتفاقاً بين الأطباء النفسيين والمُخْتَصّينْ الاجتماعيين على أن العلاج النفسي وممارسة مهام علم النفس الشرعي من الأعمال الهامة التي يزاولها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، وأن التصريح للمرضى بدخول المستشفيات النفسية وعلاج الاضطرابات العقلية الشديدة هي من الأمور التي لا يستطيع المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي التعامل معها بكفاءة تامة.

3. دراسة: بريمر وزملائه (2001)

دراسة هدفت إلى معرفة آراء الناس حول كفاءة المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وقدرته على القيام بدوره المهني. وقد تكونت عينة الدراسة من (132) فرداً تراوحت أعمارهم بين (18- 68) سنة. وتوصلت هذه الدراسة إلى أن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي والطبيب النفسي كانا أقدر أعضاء الفريق العلاجي على علاج الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب الحاد.

4. دراسة: بريور ونويلز (2001)

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات الأطباء العموميين نحو المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي من خلال عينة قوامها (105) تراوحت أعمارهم بين (26 -

69) سنة. وقد كشفت هذه الدراسة عن أن اتجاهات الأطباء بشكل عام نحو المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كانت مقبولة. كما أشارت النتائج إلى أن الطبيبات يحولن المرضى إلى المُخْتَصّ النفسي بنسبة أكبر مما يقوم به الأطباء وهذا الإجراء ربما يعكس اتجاههن الإيجابي نحو المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وثقتهن به وبما لديه من مهارات وقدرات. كذلك أوضحت النتائج أن غالبية الأطباء والطبيبات يعتقدون أن المُخْتَصّ النفسي قادر على المشاركة بفعالية في برامج العناية الطبية.

5. دراسة: فالح العتيبي (2011)

هدفت إلى معرفة دور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات في مدينة الرياض وذلك على عينة مكونة من (181) من الأطباء والممرضين والمُخْتَصّينْ والأطباء النفسيين وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد عينة الدراسة موافقون غالبا على أن أهم أدوار المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي التي تأتى في المقام الأول هي قياس الذكاء والقدرات العامة ثم التعرف على التاريخ المرضي للمريض ولذلك هم موافقون غالبا على أن من أهم المهارات التي يجيدها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي والتي تأتى في المقام الأول هي التعرف على دور الأسرة في حدوث المرض النفسي ثم المهارة في إقامة علاقة قوية مع المرضى وأوضحت الدراسة إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة الأطباء، واتجاهات أفراد مجتمع الدراسة المُخْتَصّينْ النفسيين حول (دور ومهام المُخْتَصّينْ النفسيين).

مناقشة الدراسات السابقة

من خلال عرض الدراسات السابقة، اتضح أنَّ أغلب الدراسات اتفقت من حيث أهدافها ونوع عيناتها مثل دراسة بلومنتال ولافندر (1997) قام مايثو (1993) وفالح العتيبي (2011) حيث هدفت إلى معرفة دور المُخْتَصّ النفسي من وجهة نظر المُخْتَصّينْ الاجتماعيين والأطباء النفسيين والممرضين بينما كان هدف دراسة بريمو (2001) معرفة آراء الناس حول كفاءة المُخْتَصّ النفسي على

القيام بدوره المهني. أما دراستي بريور ونويلر (2001) فقد كان هدفها معرفة اتجاهات الأطباء العموميين نحو المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي.

واختلفت نتائج هذه الدراسات حيث توصلت دراسة بلومتيال وفندر (1997) إلى أن أساليب العلاج المعرفي السلوكي والتشخيص والعلاج وتقديم الاستشارات النفسية هي من مهام المُخْتَصّ النفسي، أما دراسة قام مايثو (1993) فقد توصلت إلى أن هناك فروق بين الأطباء النفسيين والمُخْتَصّينْ الاجتماعيين في إدراكهم لدور المُخْتَصّ النفسي وذلك لصالح المُخْتَصّين الاجتماعيين، بينما بشكل عام توصلت دراسة بريمر وزملائه (2001) إلى أن اتجاهات الأطباء بشكل عام نحو المُخْتَصّ النفسي كانت مقبولة. أما دراسة فالح العتيبي (2011) فقد توصلت إلى أن أهم أدوار المُخْتَصّ النفسي هي قياس الذكاء والتعرف على التاريخ المرضي للمرضى وكذلك التعرف على دور الأسرة في حدوث المرض النفسي.

وفي ضوء الدراسات السابقة وفي حدود علم الباحث، لم تجر أيَّةُ دراسة في ليبيا تتناول إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي.

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة

نظراً لطبيعة موضوع الدراسة، وتحقيقاً لأهدافه التي تتمثل في التعرف على مدى إدراك الأطباء لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي ضمن الفريق العلاجي فقد تم استخدام المنهج الوصفي المسحي.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع الأطباء بالمستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة بمدينة مصراتة للعام 2013/2012م.

عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية من الأطباء بمستشفيات مدينة مصراتة التابعة لوزارة الصحة حيث بلغ عددهم (47) من الجنسين.

أداة الدراسة

قام الباحث بتصميم أداة الدراسة الحالية طبقاً للخطوات التالية:

1. تم توجيه سؤال مفتوح إلى أساتذة من قسم علم النفس بجامعتي مصراتة وطرابلس، وقد تضمن هذا السؤال توضيح أهم المهام التي يقوم بها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي في عملية التشخيص والعلاج للأمراض وخاصة المزمنة. وقد أجمع معظم هؤلاء الأساتذة على أن المهام الرئيسية التي يقوم بها المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي تنحصر في التشخيص والعلاج والاستشارات النفسية.
2. قام الباحث بمراجعة التراث السيكولوجي ذي العلاقة بموضوع الدراسة.
3. قام الباحث بصياغة بنود أداة الدراسة (الاستبانة)، وقد تكونت في صورتها الأولية من 30 فقرة، وتم عرضها على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بقسمي علم النفس بجامعتي مصراتة وطرابلس. وقد أبدوا ملاحظاتهم على مدى وضوح وملاءمة فقرات الأداة لأهداف الدراسة الحالية وقد قام الباحث بتصميم هذه الأداة طبقاً لطريقة (ليكارت) حيث يحدد المفحوص إجابته على كل عبارة وفقا لمقياس متدرج من 4 -1 بين (موافق - موافق جداً - غير موافق - غير موافق بشدة)، وقد قام الباحث بالتأكد من الخصائص السيكومترية لهذه الأداة:

1. الصدق

للتحقق من صدق الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية تم عرض فقرات الأداة في صورتها الأولية وعددها (30) فقرة على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بقسمي علم النفس جامعة مصراتة وطرابلس وقد أجمعوا على حذف 8

فقرات حيث كانت نسبة اتفاقهم 85 ٪ لذا أصبحت الأداة في صورتها النهائية تتكون من (22) فقرة فقط.

2. الثبات

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لبيانات (20) مفحوصاً على أداة الدراسة الحالية وقد جاءتْ قيمة ألفا (0.80) وهذه القيم تشير إلى أن الأداة على درجة عالية من الثبات.

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج التساؤل الأول: هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء في إدراكهم لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي وفقاً لمتغير الجنس؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للفروق بين استجابة الذكور والإناث على أداة الدراسة والجدول (1) يوضح ذلك

	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط
الأطباء	2.84	20.30	2.5	0.04
الطبيبات	2.97	22.13		

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في درجاتهم على أداة الدراسة، وكانت هذه الفروق لصالح الإناث، حيث حصلن على متوسطات أعلى مما يشير إلى أن الإناث أكثر إدراكا لدور المُخْتَصّ النفسي كأحد أعضاء الفريق العلاجي. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة بريور ونويلز (2001) حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن الطبيبات يحولن المرضي إلى المُخْتَصّ النفسي بنسبة أكبر مما يقوم به الأطباء وهذا يعكس اتجاههن الإيجابي نحو المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وثقتهن به وبما لديه من مهارات وقدرات. وكذلك لاحظ الباحث، عند تدريسه لمادة علم النفس الطبي طيلة ثلاث سنوات بكلية الطب البشري، أنَّ ميول الإناث ورغبتهن في دراسة مادة علم النفس الطبي كانت أكثر من ميول الذكور.

نتائج التساؤل الثاني: هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأطباء والطبيبات لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة؟

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للفروق بين استجابة الأطباء على أداة الدراسة وفقاً لفئتين (قليلي الخبرة) أقل من 5 سنوات و(كثيري الخبرة) من 5 سنوات فأكثر والجدول (2) يوضح ذلك.

	الانحراف المعياري	المتوسط	مستوى الدلالة	قيمة (ت)
قليلي الخبرة	1.98	16.53	3.30	دال
كثيري الخبرة	1.70	14.74		

يتضح من الجدول السابق أنَّ هناك فروقاً بين الأطباء قليلي الخبرة والأطباء كثيري الخبرة في درجاتهم على أداة الدراسة وكانت هذه الفروق لصالح الأطباء كثيري الخبرة حيث إن الأطباء كثيري الخبرة قد تحصلوا على متوسط أعلى من فئة الأطباء قليلي الخبرة، وقد يعزى ذلك إلى أن كثيري الخبرة أصبح لديهم إدراك تام لقدرات المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي وأصبح لديهم فهم كبير للمهام التي يقوم بها وكذلك لمعرفتهم بأن وراء الأمراض العضوية قد تكون هناك أسباب نفسية وأن عمليتي التشخيص والعلاج لا تتمان إلا ضمن فريق متكامل يضم أيضاً المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي، وكما يدل ذلك على أنَّ ذوي الخبرة الكثيرة وصلوا إلى درجة عالية من الثقة بالنفس الأمر الذي جعلهم يثقون بأن المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي ليس بالشخص الذي يمكن أن يهددهم أو يهدد مهنتهم لذلك أدركوا كفاءته ودوره في تشخيص وعلاج الأمراض التي تشترك فيها الأسباب النفسية والعضوية في أعراضها. أما أصحاب ذوي الخبرة القليلة فقد يرجع عدم إدراكهم لدور المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي إلى ضعف من خلفيتهم العلمية والعملية في أن الأعراض العضوية وخصوصا في الأمراض المزمنة قد تكون ناتجة عن أسباب نفسية أكثر منها عضوية.

توصيات الدراسة

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحث بما يلي:

1. نشر الثقافة النفسية لدى الأطباء بتخصصاتهم المختلفة حول أهمية العوامل النفسية كأحد الأسباب التي تؤدي إلى الأمراض الجسدية كذلك سبل علاجها.
2. إدخال مادة علم النفس الطبي ضِمْنَ المقررات الدراسية بكليات الطب وذلك لتأهيلهم النفسي لتعامل مع الجوانب النفسية للأمراض.
3. إعداد دورات متخصصة عن مهام الفريق العلاجي المتكامل وتكون هذه الدورات إلزامية مخصصة لكل الأطباء على اختلاف تخصصاتهم المختلفة حتى يفهم كل منهم دور الآخر بموضوعية.
4. اعتراف وزارة الصحة بوظيفة المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي ضمن الكادر الوظيفي للمهن الطبية بالمؤسسات العلاجية.

مقترحات الدراسة

1. إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول معرفة المُخْتَصّ النفسي الإكلينيكي كما يدركه عامة الناس، المُخْتَصّ الاجتماعي، الطبيب النفسي، القضاة.
2. إجراء دراسات تتناول تقييم أداء المُخْتَصّ النفسي داخل المؤسسات التعليمية والاجتماعية المتواجد بها.

قائمة المراجع

1. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1980.
2. حسن مصطفى عبد المعطي، علم النفس الإكلينيكي، القاهرة، دار قبا للطباعة والنشر، 1995.
3. زينب محمد شقير، علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 2002.
4. عبد الستار إبراهيم، علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي، الرياض: دار المريخ للنشر، 1988.
5. فهد عبد الله الربيعة، اتجاهات طلاب وطالبات علم النفس بجامعة الملك سعود نحو مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي، دراسة استطلاعية، المجلة العلمية لكلية الآداب، جامعة المنيا، م20، أبريل، 65 - 95، 1996.
6. فؤاد أبو حطب وآخرون، صورة علم النفس لدى الشباب العماني، مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، 1989.
7. فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية بين النظرية والتطبيق، بيروت، دار الفكر اللبناني، 1994.
8. فيصل عباس، إشكالات المعالجة النفسية، دار المسيرة، بيروت، 1983.
9. محمد نجيب الصبوة، الاختصاصي النفسي والأمراض المهنية: دورة في الوقاية والتشخيص والعلاج. دراسات نفسية، 2002.
10. مطاوع بركات، اتجاهات أطباء مدينة دمشق نحو مسائل الخدمة النفسية، جامعة دمشق، كلية التربية، 1987.
11. http://www.shooq2.com2008

المجلة ومعايير النشر

- مجلة الجامعة الأسمرية دوريّة علميّة جامعة محكّمة، تصدر عن الجامعة الأسمريّة للعلوم الإسلاميّة بليبيا، وتعمل على نشر بحوث أعضاء هيئة التّدريس الجامعيّ، ونشاطاتهم العلميةّ، وتأخذ بأسباب النّهوض بالبحث العلميّ، وتسعى إلى ربط الجامعة بغيرها من الجامعات الأخرى، عن طريق مدّ جسور من الثّقافة والمعرفة، وخلق نقاط التقاء للتعاون فيما بينها، وبين نظائرها من المجلات، وبخاصة الجامعية منها.
- البحوث المنشورة فيها تعبر عن آراء أصحابها فقط، وهم وحدهم الذين يتحملون المسؤولية القانونية والأدبية عن أفكارهم وآرائهم، وصحة نسبتها إلى مصادرها، وليست المجلة مسؤولة عن شيء من ذلك، ولا يلزم من نشرها أن تكون معبرة عن وجهة نظرها.
- البحوث المقدمة للمجلة من حقها، لا ترد إلى أصحابها نشرت أو لم تنشر، ولا يجوز نشرها، أو الاقتباس منها، أو تقديمها للنشر إلا بعد الحصول على إذن كتابي، من إدارة التحرير، ويجوز إعلام الباحث بنتيجة تقويم بحثه، إذا طلب ذلك بعد مرور شهرين على الأقل من تسليم البحث، كما تخضع البحوث الصالحة للنشر لسياسة المجلة في تنسيق ترتيبها، وفي زمن نشرها.
- يشترط في البحوث التي تنشر ألا تكون منشورة من قبل، وأن تكون مبتكرة أو أصيلة، تشكّل إضافة نوعيّة في اختصاصها، وتتوافر فيها الأصالة والعمق وصحّة الأسلوب، ملتزمة بالقيم الإنسانيّة وبمعايير البحث العلميّ، ولا سيّما الابتعاد عن التجريح والإسفاف في القول، والتّعريض بالآخرين، روعيت فيها البنية المنهجيّة، واستخدام المصادر والمراجع، وترتيب المعلومات بنسق واحد في البحث، وترقيم الهوامش بأرقام مستقلّة عن المصادر والمراجع، وإذا كانت هناك مكمّلات للبحث من خرائط، أو جداول فينبغي أن تكون في صورتها الأصليّة، وإذا كان البحث مترجماً يصحب بأصله المترجَم عنه.
- تُقدّم البحوث لإدارة المجلّة من نسختين مطبوعة على ورق، ومحفوظة في قرص حاسوب، ويمكن إرسالها على عنوان الجامعة الإلكترونيّ، ويفضّل إرسال المعلومات المتعلقة بالسّيرة العلميّة للباحث، في ورقة مستقلّة عن البحث.
- يُعرض البحث على مقوّم متخصص، ومقوّم لغوي في سريّة تامة، ترفع الحرج عن الباحث والمقوم، وتعول هيئة التحرير كثيراً على توصيات المقومين فيما يتعلق بنشر البحث من عدمه.
- يستحقّ الباحث مقابلاً ماليّاً عن بحثه المعتمَد للنشر، كما يستحقّ المقوّم والمترجِم مقابلاً على التقويم أو الترجمة.

ترحب هيئة التحرير، بعد نشر البحوث، بمناقشتها وإثرائها والرد العلمي على ما ورد فيها، وتفتح صدرها لاستقبال النقد البناء، وبخاصة من المتخصصين، وتعدهم بأن ما يرد إليها يكون موضع العناية والتقدير.