اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي

أ.م.د. بلقيس محمد جباري*

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على توجه طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي، وإلى التعرف على طبيعة الفروق في مستوى التوجه نحو العلاج النفسي لدى الطلبة تبعاً للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، التخصص، المستوى الدراسي)، وللتحقق من هذه الأهداف قامت الباحثة ببناء مقياس لقياس الاتجاه الذي تكون في صورته النهائية من (32) فقرة، وتم توزيع هذا الاستبيان على عينة من طلبة جامعة صنعاء من أربع كليات هي كليتا الهندسة والزراعة ممثلتين للكليات العلمية، وكلية الشريعة والقانون وكلية التجارة والاقتصاد، وقد بلغت عينة الدراسة (400) طالب وطالبة، (200) ذكور و(200) إناث، موزعة على المستويين الأول والرابع بالتساوي. وقد استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات التي تحصلت عليها من العينة، وقد توصلت الدراسة إلى:

1- أن أفراد العينة لديهم مستوى فوق المتوسط من الاتجاه نحو العلاج النفسي بصورة إيجابية بشكل عام.
2- عدم وجود فروق في مستوى التوجه نحو العلاج النفسي دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الجنس.
3- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى التوجه نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص (علمي - إنساني).

* أستاذ علم النفس المشارك- كلية الآداب والعلوم الإنسانية- جامعة صنعاء- الجمهورية اليمنية.

4- وجود فروق في مستوى التوجه نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير المستوى (أول – رابع) وهذه الفروق كانت لصالح طلبة المستوى الرابع.

وعلى إثر ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومن استعراض للأطر النظرية والدراسات السابقة قامت الباحثة بوضع بعض من التوصيات والمقترحات لهذه الدراسة.

Attitudes of Sana'a University attitudes towards Psychotherapy

Assoc. Prof. Bilqis Mohammed Jobari

Abstract:

This study aimed at identifying the attitudes of Sana'a University students towards psychotherapy and the differences in the level of their attitudes according to these demographic variables: gender, specialization and study level. To achieve this objective, the researcher developed a questionnaire in order to measure the students' attitudes. The questionnaire consisted of 32 items and was distributed to a sample of 400 students selected from 2 science colleges (Engineering and Agriculture) and 2 humanities colleges (Law and Commerce and Economics). The participants were 200 males and 200 females selected equally from level I and level II in the four colleges. The statistical package for social sciences (SPSS) was used to analyze the data obtained from the sample. The study findings revealed that the respondents' attitude towards psychotherapy is generally above the average in a positive way. Also, there were no statistically significant differences in the level of the attitude towards psychotherapy due to the variables of gender and specialization (science and humanities). However, there were statistically significant differences in the level of students' attitude towards psychotherapy due to the study level variable (first - fourth) in favor of the fourth level. Based on the results of the study, the review of theoretical framework and previous studies, the researcher proposed a set of pertinent recommendations and suggestions.

أولاً: أهمية البحث والحاجة إليه

على الرغم من التطورات السريعة والمتلاحقة في مجال علم النفس والطب النفسي، والمجتمع اليمني من حيث ازدياد عدد المستشفيات والعيادات والمؤسسات المتخصصة – ازدياد لا بأس به مقارنة بما كان الوضع عليه سابقاً[1] – فإنه ما يزال هناك كثير من الجوانب بحاجة إلى الدراسة في هذا الصدد، فلا تكفي زيادة المنشآت النفسية كدلالة على تحسن وضع علم النفس، بل لا بد من دراسة اتجاهات المجتمع اليمني نحو علم النفس عامة والعلا ج النفسي خاصة، وتعد الباحثة هذا البحث مكملاً لما سبق أن قامت بدراسته حول واقع الصحة النفسية في اليمن، وهو من ضمن مقترحات البحث السابق مما يحقق تكميلاً لنقص الأبحاث، وفاتح أبواب لمجالات أوسع في هذه الدراسات تختص بعلم النفس في اليمن بشكل أوسع.

ومن أهم الشرائح في المجتمع اليمني التي أثارت انتباه الباحثة بحكم أنها معالجة نفسية[2] وشكلت بالنسبة إليها علامة استفهام، هي شريحة الطلبة الجامعيين، المترددين على مركز الإرشاد التربوي والنفسي وعلى مؤسسة التنمية الأسرية، فبالرغم من أنها شريحة واعية متعلمة بطبيعة الحال، إلا أنها أبدت في أغلب الأحيان ما يشير إلى اتجاه خاطئ وسلبي للعلاج النفسي، والإرشاد النفسي، وعلم النفس بشكل أعم، فكثيراً ما يطلب الطلبة عدم كتابة أسمائهم وكلياتهم وحتى معلومات حالتهم التي تعد أساسية في عملية الإرشاد والعلاج النفسي ويتعاملون بحذر وحرص هذا إذ لم يقم الطلبة بتزييف بياناتهم مما يوحي إلى اعتبارهم هذا الأمر- طلب الخدمات النفسية- وصمة عار توسم بهم. على عكس ما كانت تتوقع الباحثة من استجاباتهم بحكم مستواهم التعليمي.

فإذا كانت هذه الحال رغم الأهمية المتسارعة لعلم النفس لجميع المجالات لدى الطلبة المتعلمين فما بالنا بالفئات الاجتماعية الأخرى. وشباب المجتمع في أي مجتمع هم قادته في المستقبل المنظور، وعليهم يقع العبء الكبير في تطوير المجتمع وتقدمه بمختلف المجالات، وهم النواة الحقيقية في بناء المجتمع وهم من أهم الفئات الاجتماعية تأثيراً وتأثراً بالتنمية والتحديث والتغيرات الاجتماعية التي تصاحب تلك النشاطات، وتشكل قيمهم واتجاهاتهم التي اكتسبوها

خلال التنشئة الاجتماعية في مختلف مراحل حياتهم المعيار الذي يحدد سلوكهم الاجتماعي، ومضمون الأدوار التي يلعبونها في مجال العمل والإنتاج، وفي أي مجال آخر من مجالات الحياة[3].

أما على مستوى اليمن كقطر فإن شريحة الشباب تعتبر أيضاً من أكثر الشرائح اتساعا، إذ تقدر نسبة هذه الشريحة بأكثر من مليون ونصف شاب تتراوح أعمارهم بين(15-24) سنة، وهؤلاء يشكلون قرابة 13% من سكان الجمهورية اليمنية[4].

وعليه، فإن ما سبق يؤكد أهمية فئة الشباب الجامعيين أيضاً، وضرورة الاعتناء بها، وتعدد الدراسات والبحوث التي أجريت على هذه الشريحة الاجتماعية، ومن تلك البحوث والدراسات ما تناول اتجاهاتهم نحو مختلف المواضيع في الميادين النفسية والاجتماعية، كاتجاهات الطلبة الجامعيين نحو بعض المفاهيم الاجتماعية التربوية، واتجاهاتهم نحو المرأة في المجتمع، واتجاهاتهم نحو مهنة التدريس، واتجاهاتهم نحو مواد دراسية معينة، واتجاهاتهم نحو مفهومهم لذواتهم، هذا فضلاً عن دراسات أخرى كثيرة تناولت الكشف عن اتجاهات الطلبة نحو موضوعات متنوعة[5].

وقد تُمكننا دراسة الاتجاهات من فهم سلوكيات الناس والتنبؤ بها وقياس اتجاهاتهم في مختلف مواقف الحياة بصفة عامة وطلبة الجامعات على وجه الخصوص[6].

إن الخدمات النفسية والاجتماعية من المهن التي تعمل على تغيير اتجاهات الأفراد والجماعات لتحقيق التنمية الاجتماعية، وهي تستند إلى الحقيقة العلمية التي مؤداها أن الأفراد والجماعات يمكن تغيير اتجاهاتهم إذا ما تغير محور اهتمامهم.

ثانياً: مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث الحالي في الإجابة عن الأسئلة التالية:

1- ما مستوى اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي؟

2- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو العلاج النفسي يعزى إلى المستوى الدراسي؟

3- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو الخدمات النفسية الاجتماعية تبعاً لمتغير الجنس (ذكر / أنثى)؟

4- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء تبعاً لمتغير التخصص (علمي / أدبي)؟

ثالثاً: أهداف البحث

يهدف البحث إلى الآتي:

1- التعرف على مستوى اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي.

2- التعرف على طبيعة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور أو إناث).

3- التعرف على طبيعة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص (علمي أو أدبي).

4- التعرف على طبيعة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير المستوى الدراسي.

رابعاً: حدود البحث

تمثلت حدود البحث على وفق ما يأتي

أولاً: الحدود المكانية: ويتحدد البحث مكانياً بطلبة جامعة صنعاء بكلياتها، وبالاقتصار على الكليات الرئيسية لجامعة صنعاء (حدود الأمانة) ولم تشمل الكليات الفرعية، ووقع الاختيار على كليتي الهندسة والزراعة ممثلتين للكليات العلمية، وكلية الشريعة والقانون وكلية التجارة والاقتصاد.

ثانياً: الحدود الزمانية: طبقت دراسة هذا البحث في العام الجامعي2015- 2016م.

ثالثاً: الحدود البشرية: لقد اقتصر البحث على طلبة المستوى الأول والرابع من الجنسين: الذكور والإناث، الذين يدرسون في جامعة صنعاء بمختلف كلياتها للعام الجامعي 2015- 2016م.

رابعاً: الحدود الموضوعية: ويتحدد بدراسة اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي.

خامساً: تحديد المصطلحات

1-الاتجاه Attitude: **عرفه ثيرستون (1947) بأنه:** درجة التأثير الإيجابي أو السلبي التي ترتبط ببعض المواضيع[7]. **وعرفه كرتش وكرتشفيلد Kerch and Crutshfield (1962) بأنه:** تكوين دائم من الدوافع والإدراك والانفعالات والعمليات المعرفية المرتبطة بجوانب حياة الفرد[8]. **وعرفه دافيدوف (1980) بأنه:** مفهوم متعلم أو تقويم يرتبط بأفكارنا ومشاعرنا وسلوكنا[9].

وعرفه التميمي (1979) بأنه: دافعية مكتسبة، ثابتة نسبياً، صريحة أو ضمنية، يمكن التعبير عنها لفظياً، وهي ناشئة عن تنظيم اعتقادات الفرد أو الجماعة نحو أشياء أو موضوعات مرغوب فيها أو غير مرغوب فيها في بيئتهم الطبيعية والاجتماعية[10].

ونلاحظ في التعريفات أنها مختلفة تبعاً لاختلاف وجهة النظر الفردية أو تساوقاً مع نظريات اجتماعية أو نفسية، إلا أن المتتبع يجد فيها كثيراً من التساؤلات. فمن التعريفات ما ينظر إلى الاتجاه بأنه ميل معقد للاستجابات، ومنها ما ينظر إليه على أنه ميل ثابت إلى حد ما لموضوع معين، ومنها ما ينظر إليه على أنه وجهة نظر الشخص إلى موضوع من الموضوعات.

وتتبنى الباحثة تعريف (التميمي، 1979) نظرا إلى انطوائه على المكونات النفسية الأساسية للاتجاهات النفسية كما حددها الباحث في المصدر المذكور نفسه وبرر صياغة تعريفه المذكور في ضوئها.

التعريف الإجرائي للاتجاهات: هي الدرجة التي يحصل عليها المبحوث قبولاً أو رفضاً لذاته، ويستدل عليها من خلال استجاباته على فقرات المقياس المعد لهذا الغرض.

2- العلاج النفسي Psycho therapy: **عرفه (Wallberg, 1977) بأنه:** عملية تتم بوسائل نفسية، لمشكلات ذات طبيعة انفعاله يقوم بها شخص مدرب يؤسس علاقة مهنية مع مريض بهدف:

- إزالة أو تعديل أعراض في سلوكه.
- التوسط لإصلاح أنماط سلوكية مضطربة فيه.
- تعزيز نمو شخصية إيجابية منظورة فيه[11].

وعرفه دافيدوف (1980) بأنه: عبارة عن استخدام طرائق المعالجة النفسية بقصد مساعدة الأفراد المضطربين عقلياً، وهو محاولات لبناء الخبرات التي من شأنها تمكين المريض من مسايرة الحياة بطريقة أكثر بناء ورضا[12]. **وعرفه حمود (1990) بأنه:** العلاج الذي يستخدم فيه أي من الفنيات النفسية في علاج الاضطرابات النفسية والعقلية وفنيات العلاج النفسي كثيرة، لكن للكلمة دور رئيسي في العلاج النفسي[13]. **وعرفه الخامري (2000) بأنه:** عملية منظمة يقوم بها المعالج النفسي خدمة لمن يعانون من الاضطرابات النفسية والعقلية والمشكلات السلوكية مستعيناً بكل ما يمكنه من وسائل بهدف إعادة التوافق والانسجام والصحة النفسية للمضطربين، منطلقاً من نظرة كلية وفهم عميق لكون الإنسان وحدة نفسية جسمية روحية اجتماعية[14]. **وعرفه زهران (2005) بأنه:** نوع من العلاج تستخدم فيه أي طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض[15].

سادساً: الخلفية النظرية للاتجاهات

أشار روكش Rokeach إلى أن الاتجاهات عموماً تشتق من وحدات نفسية أساسية يطلق عليه معتقدات believes، وهذه المعتقدات هي تعبيرات تظهر بأنماط سلوكية فعلية ذات علاقة بموضوع أو شيء معين، ويقوم الاتجاه بتنظيم هذه المعتقدات ذات العلاقة المتبادلة حول موضوع معين، وطبقاً لوجهة النظر هذه، يمكن القول بأن الاتجاهات هي خلاصات أو محصلات تقديرية أو تقويمية للمعتقدات الأساسية[16].

أ. مكونات الاتجاه:

مما سبق، وبحسب اطلاع الباحثة فيما يتعلق بموضوع الاتجاه يمكن إجمال مكونات الاتجاه في ثلاثة مكونات هي: مكون معرفي، مكون وجداني، مكون سلوكي:

1- **المكون المعرفي:** يشير ببساطة إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج التي يتقبلها الشخص نحو موضوع الاتجاه، وترتبط بنمطية التفكير لدى الفرد وما سبق أن تعرض له من معارف متعلقة بموضوع الاتجاه.

2- **المكون الوجداني:** يتعلق بالجانب الشعوري أي بما يظهره الفرد نحو موضوع الاتجاه إقبالاً أو أحجاماً، تحبيذاً أو نفوراً، حباً أو كراهية، وهذا البعد ناتج عن البعد المعرفي.

3- **المكون السلوكي:** يتعلق بالجانب السلوكي الظاهري للفرد نحو موضوع الاتجاه، وهو من آخر جوانب ظهور الاتجاه ومعرفته، فإذا كان الاتجاه ذا محتوى سلبي كالتعصب، فإن الترجمة السلوكية تصاحبها أخطار كثيرة، منها إيقاع الألم، والإجحاف، والظلم، ورفض موضوع الاتجاه، وعدم تقبله ورفض جميع إيجابياته.

ب. خصائص الاتجاهات:

1- الاتجاهات النفسية مكتسبة ومتعلمة وليست موروثة.

2- الاتجاهات لا تتكون في فراغ ولكنها تتضمن دائما علاقة بين فرد وموضوع من موضوعات البيئة.

3- تتعدد الاتجاهات حسب المثيرات المرتبطة بها.

4- الاتجاهات النفسية لها خصائص انفعالية.

5- الاتجاه النفسي قد يكون محدداً أو عاماً.

6- الاتجاه النفسي يقع بين طريقين متقابلين أحدهما موجب والآخر سالب، أي التأييد المطلق والمعارضة المطلقة، كأن يكون أحدهم مؤيداً تمام التأييد في اتجاهه الموجب نحو إعطاء المرأة حقوقها السياسية، ومعارضاً تماماً في اتجاهه السالب نحو المركزية في الخدمات.

7- الاتجاه النفسي يغلب عليه الذاتية أكثر من الموضوعية من حيث محتواه ومضمونه المعرفي. (مثال ذلك: أن مجموعة من الأفراد قد شهدوا بألسنتهم أنهم يؤيدون الديمقراطية أو الاشتراكية التعاونية بكل جوارحهم، ثم يكون لكل فرد منهم مفهومه الخاص عن هذه الموضوعات).

8- الاتجاهات النفسية تتفاوت في وضوحها وجلائها، فمنها ما هو واضح المعالم، ومنها ما هو غامض.

9- تختلف الاتجاهات النفسية من حيث درجة ترابطها ومقدار التكامل فيما بينها.

10- الاتجاهات النفسية لها صفة الثبات والاستقرار النسبيين ولكن من الممكن تعديلها وتغييرها تحت ظروف معينة.

11- الاتجاه النفسي قد يبقى قوياً على مر الزمن، ويقاوم ظروف التغيير والتعديل وهذا راجع إلى:

أ. زيادة درجة وضوح معالمه عند الفرد.

ب. عندما تكون له أهمية وقيمة كبيرتين في تكوين معتقدات الفرد وشخصيته[17].

ج. شروط تكوين الاتجاهات:

1- **المرور بخبرة جزئية مواتية أو غير مواتية:** حادة تدور حول موضوع الاتجاه فالخبرة التي يصاحبها انفعال حاد تساعد على تكوين الاتجاه نحو الخبرة التي لا يصحبها مثل هذه الانفعال.

2- **تكرار الخبرة:** ليتكون الاتجاه، يجب أن يتكرر الخبر، فعلى سبيل المثال: يجد الفرد في نفسه صعوبة في فهم مادة الحساب مثلاً، وتتكرر هذه الخبرة في أخرى ترتبط بالحساب كالهندسة والجبر مثلاً، فنجد أن الطالب يكون اتجاهاً نحو مادة الرياضيات وقد يدفع الاتجاه هذا الفرد إلى نزوع معين كأن يدعو أصدقاءه إلى مقاطعة كتب الرياضيات ودخول القسم الأدبي بدلاً من القسم العلمي، وهكذا.... إلخ.

3- **تكامل الخبرة:** عندما تتكامل الخبرات الفردية المتشابهة في وحدة كلية تصبح هذه الوحدة إطاراً ومقياساً تصدر عنه أحكامنا واستجاباتنا للمواقف المشابهة لمواقف تلك الخبرات الماضية، فمثلاً عندما يفشل الطالب في الحساب لا يكون عنده اتجاه ضد المدرسة أو عملية التعلم عموماً إلا إذا فشل في عدة مواد أخرى بحيث تتكامل خبرة الفشل ومن ثم يتكون الاتجاه.

4- **حدة الخبرة:** للخبرة الانفعالية أثر قوي في تكوين الاتجاهات التي تتكون دائماً في مواقف المعاناة، عندما يحتك بعناصر بيئية احتكاكاً انفعالياً من درجة معينة.

5- **تمايز الخبرة:** يؤدي تعميم الخبرات الفردية المتتالية إلى تحديد اتجاه واضح قوي وهذا أحرى بأن ينحو الاتجاه نحو النضج والاكتمال، فيفضل على بقية الاتجاهات الأخرى ويكتسب ذاتية.

6- **تعميم الاتجاه:** وتطبيقه على الحالات والمواقف الفردية التي تجابه الفرد وتدور حول موضوع الاتجاه[18].

د. طريقة تعديل الاتجاهات وتغييرها:

ترى الباحثة أن عملية تغيير الاتجاهات عملية صعبة، كون الاتجاهات تتغير بمرور الزمن، لتصبح من بين مكونات شخصية الفرد الرئيسية ولكن التعديل أو التغيير ليس بمستحيل. فإذا ما تناولنا الاتجاهات بالدراسة ضمن ثلاثة محاور رئيسية فسوف تساعدنا على تغيير الاتجاهات وهي:

1- كيفية نشأة هذا الاتجاه.

2- دلالة هذه الاتجاه بالنسبة إلى الفرد، وما الذي يحققه للفرد من متطلبات.

3- مدى معرفة الفرد بموضوع الاتجاه.

قد ينشأ الاتجاه لدى الفرد نتيجة تواجده في جماعة أو مجتمع أو حتى مؤسسة تفرض عليه تقبل أو رفض أو تكوين رأي محدد نحو موضوعات معينة في مجتمعه وبيئته كمحدد لقبوله أو رفضه من قبل الجماعة أو المجتمع، وهنا نستخدم لفظ الجماعة كدلالة على أي نوع من التنظيم سواء كان تنظيماً اجتماعياً (جماعة المسايرة) أم تنظيماً إدارياً (المؤسسة أو المهنة) أم تنظيماً سياسياً أو حزبياً وغير ذلك، وكذلك دراسة ما يحققه هذا الانتماء والقبول أو الرفض للفرد من مشاعر انتماء أو منافع تتصل بحياته سواء من الجانب الاجتماعي أم الاقتصادي. أما الخطوة الثالثة فهي خطوة تبصيرية معرفية بالدرجة الأولى، فهنا نسأل إلى أي مدى حقاً يعرف الفرد موضوع الاتجاه، وهل معرفته بموضوع الاتجاه كانت بسبب مسايرته لجماعات معينة أو أن هذه المعرفة قاصرة، وتتصل بجوانب شُوهت معرفياً، أو بسبب خبرات صادمة أغلقت الطرق أمام تقبل موضوع الاتجاه أو مناقشته.

وبهذه الخطوات نستطيع تغيير الاتجاه، ولا نغفل أيضاً الانتباه لعدة نقاط رئيسية تكون سبباً في تكوين الاتجاهات وتغييرها على حد سواء، وهي:

- **الثقافة السائدة في المجتمع:** فنحن نتقبل ما نتربى على تقبله في مجتمعاتنا وحسب تنشئتنا الاجتماعية والتطبع الاجتماعي، وهذا ما نلمسه حقاً في ثقافة مجتمعنا اليمني، وإن كان لنا آراؤنا وخبراتنا الخاصة فنادراً ما نجد أحداً يعاكس اتجاه المجتمع نحو قضايا معينة، وكما يقال: (بين أخوتك مخطي ولا وحدك مصيب).
- **التعليم:** تلعب العملية التعليمية دوراً كبيراً في عملية تكوين الاتجاهات وتغييرها سلباً أو إيجاباً من حيث العوامل المتصلة بها مثل شخصية المعلم، والجو الدراسي، وعلاقة التلميذ بمعلمه و زملائه وتحول الجماعة المدرسية إلى جماعة مرجعية.
- **وسائل الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي:** مما لا شك فيه أن للإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي أثراً في تكوين الاتجاهات وتغييرها سلباً أو إيجاباً وفيما يتصل بموضوع الدارسة، فهناك أيضاً أثر للأفلام والمسرحيات و النكت الساخرة في التعامل مع العلاج النفسي وتصويره للمرضى بالمجانين، وأن المعالج النفسي أو عالم النفس مجنون وإظهارهم أيضاً بأنهم يستغلون والمرضى بطرق لا أخلاقية، وحتى في الأشكال الكاريكاتورية في الصحف والمجلات والمواقع الاجتماعية، وهي طريقة تثير الضحك والسخرية وقد يعتبرها البعض عابرة لا تترك أثراً في توجهات الفرد نحو علم النفس أو أي موضوع آخر لكننا نعلم أن لا شيء يمر في حياتنا دون أن يترك أثراً في سلوكياتنا وطريقة استجاباتنا وتفكيرنا.
- **الأحداث الهامة:** يمتاز المجتمع اليمني بوتيرة سريعة في الأحداث والتداعيات التي تترك المجتمع في حالة من التغير الدائم في الاتجاهات والآراء، فما يُوافق عليه بالأمس يتغير الاتجاه نحوه اليوم، فتغير الإطار المرجعي للفرد يتغير (المكون المعرفي).
- **التغير التكنولوجي:** التغير التكنولوجي قد يؤدي إلى تغير العلاقات بين الأفراد والجماعات والمجتمعات فيؤدي إلى ظهور مواضيع لم تكن معروفة من قبل تسهم في اتخاذ اتجاهات سلبية أو إيجابية نحوها.

هـ. العوامل التي تجعل تغير الاتجاه سهلاً:

1- ضعف الاتجاه وعدم رسوخه.

2- وجود اتجاهات متساوية في قوتها، بحيث يمكن ترجيح أحدها على باقي الاتجاهات.

3- عدم تبلور ووضوح اتجاه الفرد نحو موضوع معين.

4- وجود خبرات مباشرة تتصل بموضوع الاتجاه.

5- عدم وجود مؤثرات مضادة للاتجاه.

6- سطحية الاتجاه مثل الاتجاهات التي تتكون في الجماعات الثانوية (كالنقابات، الأحزاب السياسة...).

و. العوامل التي تجعل تغيير الاتجاه صعباً:

1- قوة الاتجاهات القديمة ورسوخها.

2- زيادة درجة وضوح معالم الاتجاه عند الفرد.

3- استقرار الاتجاه في شخصية الفرد وارتفاع قيمته وأهميته.

4- الاقتصار في محاولة تغيير الاتجاه على الأفراد وليس على الجماعة، حيث إن الاتجاهات تنتج أصلاً عن الجماعة.

5- الجمود الفكري وصلابة الرأي عند الأفراد.

6- محاولة تغيير الاتجاه رغم إرادة الفرد[19].

ز. النظريات التي فسرت الاتجاه:

1- وجهة النظر السلوكية

يشير رواد هذه النظرية إلى أن تكوين الاتجاهات وتغييرها يتم عن طريق الإشراط الكلاسيكي القائم على أساس عملية الاقتران المتكرر بين الاتجاه المرغوب فيه وبين الشعور بالارتياح في مواقف مختلفة. كما أن الاتجاهات تتكون حسب النظرية السلوكية عن طريق الإشراط الإجرائي الذي يرى أنصاره أن يكون الاتجاه السلبي لدى الفرد نحو موضوع معين حدث

نتيجة حدوث تعزيز لهذا الاتجاه، ولذلك يتطلب تغيير هذا الاتجاه من اتجاه سلبي إلى اتجاه إيجابي نحو هذا الموضوع، وذلك من خلال وحذف المعززات التي أدت إلى تكوينه واستبداله بتوفير التعزيز المقصود والهادف إلى تكوين اتجاهات إيجابية نحو هذا الموضوع أو أي موضوع يراد تكوين اتجاهات إيجابية نحوه[20].

2- وجهة النظر المعرفية

تستند المدرسة أو النظرية المعرفية إلى افتراض أن الأفراد يدركون ما يواجهونه بصورة مختلفة ومرتبطة بالطريقة التي يدركها، ويحدد الفرد ذلك بما لديه من معارف وأبنية معرفية واستراتيجيات معرفية في خزن المعرفية واستيعابها؛ لذلك فإن اتجاه الفرد هو عبارة عن صورة ذهنية مخزونة على صورة خبرات مدمجة في أبنيته المعرفية، ولذلك فإن الاتجاهات أبنية معرفية مخزونة في ذاكرة الأفراد، فالاتجاهات السلبية هي مجموعة المعارف التي طورها الفرد أثناء تفاعله مع المواقف والشخصيات التي واجهته فالمعارف والأبنية المعرفية المخزونة لدى الفرد عندما خزنها ودمجها في بنائه المعرفي كان قد وضعها قيد المعالجة، وجمع عنها المعلومات والحقائق، ثم نظّمها ورمّزها في صورة تظهر فيها منتظمة ثم اختزنتها على صورة خبرة متكاملة، فالاتجاهات السلبية نحو الشيء قد تكون اتجاهات خاطئة قد طورها الفرد بصورة خاطئة[21].

3- نظرية التناشز المعرفي

ترتبط هذه النظرية باسم (ليون فستنكر) والمقصود بالتناشز (التنافر) المعرفي: وهو حالة من التوتر أو عدم الراحة، يعيشها الفرد الذي تكون لديه فكرتان معرفيتان (أو أكثر) تكون مضامينهما غير منسجمة، أو غير متساوقة الواحدة مع الأخرى. (مثال: شخص يدخن بكثرة ويعرف أن التدخين يسبب السرطان). "لأن التنافر المعرفي حالة غير مريحة، لأن الفرد الذي يعيشها سوف يميل إلى تغيير إما معرفياته وإما سلوكه وإما أن يضيف عناصر معرفية جديدة من أجل خفض التنافر"[22]. ويرى فستنكر أن هناك ثلاثة مواقف عامة تنشط التنافر المعرفي وتستثير السلوك، هي:

1- يحدث التناشز عندما لا تتسق الجوانب المعرفية للفرد مع المعايير الاجتماعية.

2- ينشأ التناشز عندما يتوقع الأفراد حدوث حدث معين ويقع آخر بدلاً منه.

3- يحدث التناشز عندما يقوم الأفراد بسلوك مختلف مع اتجاهاتهم العامة.

ومن أهم ما تؤكد عليه نظرية التناشز وفقاً لمنطلقاتها:

1- أن الوحدات الأساسية في التنظيم المعرفي هي مجموع المعارف والأشياء والوقائع والسلوك.

2- تشكل هذه الوحدات الكيفية التي من خلالها يتم إدراك العالم المحيط بالفرد.

3- يميل الناس إلى أن يكونوا منسجمين أو متسقين في وحداتهم المعرفية وأفكارهم ومعتقداتهم واتجاهاتهم وسلوكهم[23].

وترتكز هذه النظرية على افتراض مفاده أننا على وعي باتجاهاتنا وسلوكنا، وأننا نود لو أن هذه الجوانب المختلفة من أنفسنا كانت متسقة بعضها مع بعض، ويحدث التغيير في الاتجاهات أو التعديل عندما نحس بشيء من عدم الاتساق فيما بين معتقداتنا واتجاهاتنا، مثال: فرد يعاني من الاكتئاب ويعرف تماماً حاجته إلى العلاج النفسي ولكنه لأسباب متعددة يكتفي بعدم فعل شيء، ويبرر قوله لنفسه (سوف أتحسن قريباً، هي مجرد مرحلة عابرة).

3- وجهة النظرية الجشطالتية:

يرى أنصار هذه النظرية التعلم (بالاستبصار) أن الاتجاهات تتكون بطريقة منسجمة بشكل كلي، وأن تتغير الاتجاهات السلبية نحو موضوعات معينة إلى اتجاهات إيجابية عن طريق مساعدة الفرد على إعادة تنظيم المعلومات الموجودة في بنائه المعرفي الإدراكي بطريقة جديدة متسقة[24].

سابعاً: الخلفية النظرية للعلاج النفسي

إن علم النفس المرضي مثله مثل العلوم الأخرى لم يكن معزولاً عن بقية العلوم الإنسانية بل كان جزءاً منها، وعلى الأخص علم اللاهوت والفلسفة، وكان رجال اللاهوت أو الكهنة هم الذين يقومون بالعلاج الطبي، سواء أكان ذلك على شكل علاج بالأعشاب والمعاجين المختلفة أم على شكل تمائم أو تعاويذ أو غيرها من الأساليب البدائية والشعوذات المختلفة التي لا زالت

تمارس إلى يومنا في البلدان المتخلفة. كان هيبواقراط أول من اهتم بهذا الجانب في الحضارات القديمة، وفي الحضارات العربية الإسلامية يعد ابن سيناء من أهم العلماء الذين لا يباشرون علاج المريض دون الإلمام الكامل بهذه الجوانب، على اعتبار أن معرفة المرض وأسبابه العضوية والنفسية سوف يلعب دوراً مهماً في العلاج[25].

أ. النظرة إلى العلاج النفسي:-

يرتبط تقديم الخدمات النفسية والإرشاد (العلاج النفسي) بأنواعها المختلفة بدرجة تطور الوعي في أي مجتمع من المجتمعات، ونلاحظ الآن ازدياد الوعي النفسي لدى المواطن العربي في إقباله على الخدمات النفسية. إلا أنه في كثير من الأحيان لا يعرف إلى من سيلجأ. ولكن للأسف هذا الوعي نحو ضرورة الخدمة النفسية غير متوافق مع وجود عدد كاف من المتخصصين الفعليين المؤهلين في هذا المجال لتقديم الخدمات النفسية. وبسبب ذلك فإنه فكثيراً ما يلجأ هؤلاء إلى الطبيب النفسي الذي يقوم بوصف الأدوية فحسب. ولكن من ناحية أخرى فإن وصف الأدوية النفسية مفيد في الحالات الذهانية فقط. أما في حالة مشكلات الحياة اليومية ومشكلات القلق والمشكلات المرتبطة بالأحداث الحياتية المرهقة فقلما تفيد الأدوية، والأمر يحتاج إلى مساعدة نفسية من نوع آخر. وهذا ما يمكن أن يقوم به المتخصص النفسي أو الطبيب النفسي المتخصص بالعلاج النفسي[26].

ومن ناحية أخرى، ما تزال هناك نظرة سلبية للعلاج النفسي، على اعتبار أن العلاج النفسي هو (للمجانين) وأن من يراجع معالجاً نفسياً لابد من أن يكون مجنوناً. وهذا ما تعززه وسائل الإعلام، للأسف، من خلال عرضها لنماذج مختلفة من هذا القبيل في السينما والتلفزيون. إن المرض النفسي لا يختلف كثيراً عن المرض الجسدي، وكلاهما بحاجة إلى مساعدة متخصصة، فلماذا يخجل الفرد عندما يصاب بمرض جسدي ويخجل إذا ما شعر بالقلق أو التوتر أو بالاكتئاب؟!

ب. أهداف العلاج النفسي:-

من أهم أهداف العلاج النفسي ما يلي:-

1- تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي وهو صلب أهداف عملية العلاج.
2- إزالة الأسباب التي أدت إلى المرض وعلاج أعراضه.
3- حل المشكلات التي يتعرض لها الفرد.
4- تعديل السلوك غير السوي وتعديل الدوافع.
5- التخلص من نواحي الضعف والعجز.
6- تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات سعيدة.
7- تغيير مفهوم الذات السلبي وتحقيق تقبل الذات، وتقبل الآخرين.
8- تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
9- زيادة القدرة على حل الصراعات النفسية.
10- العمل على إتمام الشفاء، والحيلولة دون حدوث النكسة[27].

ج. أساليب العلاج النفسي المبنية على النظريات النفسية المختلفة.

1- الاتجاه العضوي Organic Attitude:

وهذا الاتجاه يعتبر الاتجاه الأول الذي حاول تفسير وعلاج الأمراض النفسية، ويؤكد هذا الاتجاه أن الاختلال الوظيفي (البايولوجي) هو السبب الرئيسي في الأمراض النفسية المختلفة، ويعزى عادة إلى أعضاء محددة في الجسم أو إلى أنظمة غذائية، وقد افترض بنيامين أن السبب في الجنون يقع أساساً في الأوعية للدماغ، لذا فإن هذا الاتجاه ينظر إلى الجنون على أنه (المرض المزمن للدماغ)، وعدت الوراثة السبب الجسمي الأعظم تأثيراً في حدوث المرض النفسي[28].

والرائد الأول لهذا الاتجاه هو هيبوقراط، ومن الرواد في العصر الحديث (كرابلين) الذي أرجع سبب الأمراض النفسية إلى أسباب عضوية، بحتة مثل الوراثة/ خلل في عملية الهدم والبناء داخل الجسم/ تغير هرموني ولهذا فالعلاج يجب أن يكون عضوياً بحتاً[29].

ولهذا وجدنا الكثير من توجهات الطلبة نحو العلاج النفسي على أنه لا ينفع، ويمكن معالجة المرض النفسي دوائياً، وأن أساليب العلاج النفسي كلامية تنظيرية.

طرق العلاج بالنسبة للاتجاه العضوي:

- العقاقير. - الأنسولين. - جلسات الكهرباء. – الجراحة[30].

د. الاتجاه النفسيPsycho attitude:

يجب أن ننوه أن جميع نظريات العلاج النفسي تستند إلى دراسات إكلينيكية، ومنها ما يبنى نظرياً، ثم يطبق باعتباره برامج علاجية ويتم اعتمادها فليس للنظرية قيمة من غير أن تصبح منهجاً علاجياً إكلينكياً له شروطه، وطرق عامة تخصه بشكل عام وطرق خاصة تختص بنظرية دون غيرها. إن العلاج النفسي، إذن، يقوم على التعلم، سواء أكان تعلم شيء جديد أم استرجاع شيء قديم أم تعلم كيفية التعلم، أم إزاحة تعلم خاطئ أم تعلم شيء تعلمه، إلا أنه يثبته؛ لأنه كان غير صحيح[31].

أولاً: العلاج التحليلي Analytical therapy:

أ. العلاج التحليلي الكلاسيكيPsychoanalysis therapy:

ورائده سجموند فرويد Freud ويهدف العلاج التحليلي إلى عدة أهداف، هي:

1- تحديد الدوافع السليمة.
2- تقوية وظيفة الأنا المبني على الواقع، ويشمل توسيع إدراكات الأنا بدرجة تسمح بقبول الكثير من الهو.
3- تغيير محتوى الأنا الأعلى بدرجة تجعله معبراً عن المعايير أو المستويات الإنسانية بدلاً من المعايير الأخلاقية.

ويحاول التحليل النفسي أن يزيح سبب الأعصبة بدلاً من إزالة الأعراض، والتحليل النفسي ملائم لعلاج الأعصبة الرئيسية، والتي لا يزال الحد الأدنى من التماسك والتوجيه الواقعي، وليس ذلك متوقعاً في حالات الذهان التي لا يصلح معها التحليل النفسي[32].

لم يقدم فرويد توضيحاً متسقاً لممارسة التحليل النفسي، ولكنه ناقش أساليبه في كثير من كتاباته وهناك خمسة عناصر رئيسية في عملية التحليل النفسي، هي:

1- التداعي الحر Free Association.
2- تحليل الأحلام Dream Analysis.
3- التحويل Transference.
4- التفسير Interpretation.
5- المقاومة Resistance[33].

ب. علاج التحليل النفسي الحديثNeo-Freudians

وله أكثر من رائد، وهم الفرويديون الجدد أمثال: كارين هورني Horney، أوتورانك Rank، إيريك فروم Fromm، هاري ستاك سوليفان Sullivan. ويسمى هؤلاء بالفرويدين الجدد؛ لأنهم خرجوا عن تفسيرات فرويد الصارمة للنفس البشرية وطبيعة الصراع وآلياته، ونظر كل منهم إلى توجهات لا تبتعد بشكل رئيسي عن أساسيات التحليل النفسي، ولكنها تعد حقاً توجهات جديدة. تجدر الإشارة إلى أن العلاج التحليلي لا يطبق بشكل واسع في اليمن، هذا إذا لم نقل إنه نادر، لكن يؤخذ به لتفسير بعض المعطيات، أما كمنهج فلا يطبق وتتوجه أغلب الدراسات والممارسات العلاجية في اليمن نحو الاتجاه المعرفي في التفسير والعلاج.

ومن هذه الاختلافات أن فرويد في علاجه التحليلي يطبقه مع المرضى العصابيين الذين يتحملون المدة الطويلة للتحليل النفسي الكلاسيكي، كما أن عدد الجلسات عند فرويد من 4-15 أسبوعياً، أما الفرويديون الجدد فإن عدد جلسات تطبيقهم العلاجي مع المرضى متنوعي الاضطراب، مثل: مرضى اضطراب الشخصية والذهان، تبلغ من 2-5 أسبوعياً[34].

وبالنسبة للتكنيكات العلاجية فهي لا تختلف في التحليلية الكلاسيكية والتحليلية الجديدة، كما أن التحليلية الجديدة تؤمن بأنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل الداخلية والخارجية في تقدير القابلية للعلاج وقابلية الفرد للتوافق العلاجي، ويمكن تقديرها بدراسة تاريخ الحياة، وبأخذ حدة وتكرار الانهيارات العصبية، ومقدار الاستثارة، ودرجة الصحة العقلية خلال الفترات

المتقطعة والعوامل الخارجية، مثل: القصور البدني والذكاء والعمر، والموقف الحياتي قد يسهل كل ذلك العلاج أو يعرقله، وأحياناً يكون العصاب هو الحل الوحيد لمشكلات المريض، والاستجابات إلى محاولات التفسير يمكن أن تساعد في تقدير القابلية العلاجية[35].

في العلاج التحليلي عند الفرويديين الجدد تختار الأساليب التي تلائم المريض بدلاً من اختيار المريض الذي يلائم تلك الأساليب والتكنيكات، كما يحدث في التحليل النفسي الكلاسيكي، وكذا فإن العلاج التحليلي(للمدرسة الحديثة) يركز على أن انتباه المريض يجب أن يتركز على مشكلات عالمه الخارجي بدلاً من التركيز على ردود أفعاله تجاه المعالج، وفي الكلاسيكية ليس العلاج شفاء الماضي ولكنه اكتشاف حلول للمشكلات الحالية. "كما أن العلاج التحليلي علاج انتقائي عقلاني دينامي، ويبدو هذا على أساس توافقه وملاءمته لحاجة المريض عقب تنمية خطة مبنية على دراسة تشخيصية له، ومبنية على مرونته في التكيف مع المواقف المتغيرة نتيجة التقدم في العلاج"[36].

ثانياً: العلاج السلوكي Behavioral Therapy:

تركز هذه المدرسة في إجراءاتها العلاجية على الأعراض التي تعاني منها الحالة أكثر من تركيزها على الصراعات الداخلية أو اللاشعورية أو الأسباب التي تكمن وراء الأعراض، ويستهدف العلاج هنا إراحة الحالة من أعراضها بأسرع ما يمكن، بغض النظر عن الأسباب التي أدت إلى ظهور الاضطراب لدى الحالة، ومن الرواد الأوائل بالنسبة لهذه المدرسة جون واطسون .Jhon. B Watson وثورنديك Thorndike وبافلوفPavlov، أما الجدد فهم: هل Hull وسكنرSkiner (ويقوم هذا المنهج العلاجي على فرضية مؤداها أن الأمراض النفسية هي عادات سلوكية متعلمة أو مكتسبة، ومن ثم يمكن علاجها في تعديل أو تغيير هذا التعلم)[37].

أساليب العلاج السلوكي:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي وتختلف حسب ما يناسب الحالة، ومن أهمها:

1) التحصين التدريجي. Systematic Desensitization
2) النموذج العلمي. Modeling

3) الغمر.	Fooding
4) الممارسة السالبة.	Negative Practice
5) ضبط النفس.	Self control
6) الإطفاء والتعزيز.	Extinction and Reinforcement
7) الكف المتبادل	Reciprocal inhibition
8) العقاب.	Punishment
9) تدريب الإغفال (الإنطفاء)	Omission Training
10) التعزيز الموجب	Positive Reinforcement
11) التعزيز السالب	Negative Reinforcement
12) الاشتراط التجنبي	Avoidance Conditioning

ثالثا: العلاج المعرفي Cognitive therapy:

بدأ العلاج المعرفي في أوائل الستينات، عندما بدأ بيك أبحاثه في الاكتئاب (Beck, 1963, 1964, 1967) وقد بدأ بإثبات نظرية فرويد في أن المكتب يدير الغضب بحيث يصوبه نحو نفسه، وبدلاً من إثبات هذا الاتجاه النظري اكتشف أن المكتئب في الحقيقة يعاني من انحراف في توظيف أفكاره، ومن هذه البدايات نشأت نظرية بيك التي ترى أن الاضطرابات النفسية منشؤها اضطرابات معرفية تصبح الهدف الأوحد للعلاج"[38].

تقنيات العلاج المعرفي:

ينقل المعالج للمريض بصورة مباشرة أو غير مباشرة مبادئ معينة هي:

1- أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه، بل هو، على أفضل تقدير، صورة تقريبية للواقع، فالعينة التي يلتقطها للواقع هي عينة محددة بحدود وظائفه الحسية (البصر والسمع والشم... إلخ) وهي حدود متأصلة فطرية.

2- إن تأويلاته للمدخل الحسي Sensory input تتوقف على عمليات معرفية من قبيل دمج المنبهات (المثيرات) وتفريقها، وهي عمليات بطبيعتها عرضة للخطأ؛ لأن العلميات والمدخلات الفسيولوجية والسيكولوجية قد تغير إدراكنا وفهمنا للواقع تغيراً كبيراً[39].

ويرى ألبروت (Allport) أن الشخص الناضج أو السليم نفسياً هو ذلك الذي يكون في حالة مستمرة من الملاءمة Becoming، أن والشخص غير الناضج أو غير السليم نفسياً هو ذلك الذي أعيق نموه، وعليه يرى ألبروت أن مهمة المعالج النفسي هي مساعدة الفرد على أن يصبح عارفاً بمصادر أهدافه المشوهة ومعاونته على الوصول إلى النضج[40].

- **العلاج المعرفي:** يركز على مساعدة المريض على التخلص من البقع المظلمة، ومن الإدراك العشوائي، ومن خداع الذات، ومن الأحكام غير الصحيحة، ولما كانت ردود الأفعال الانفعالية تؤدي بالمريض إلى طلب العلاج نتيجة للتفكير الخاطئ، فإنه يمكن تهدئتها بتصحيح التفكير، ومن هنا فإن العلاج المعرفي يتطرق إلى مبادئ ومفاهيم متعددة، منها:
- **التشويهات المباشرة والملموسة للواقع والحقيقة:** إن التشوهات المباشرة للواقع تظهر بوضوح في حالات المرضى بالشك والارتياب، ولكنها توجد أيضاً في الحالات الأخرى.
- **التفكير غير المنطقي:** قد يكون التفكير مبنياً على مقدمات خاطئة، أو ينطوي على استنتاجات غير صحيحة، أو على نتائج خاطئة مستمدة من الملاحظات، أو ينطوي على مبالغة شديدة في التعميم.
- **التعاون أو المشاركة العلاجية:** يجب أن يتفق المريض مع المعالج على المشكلة التي سوف تكون موضوعاً للمناقشة، وعلى الهدف من العلاج، وطرق تحقيق هذا الهدف ومدة العلاج.
- **بناء الثقة:** يجب أن يتجنب المعالج الطرق التسلطية، والأسلوب الأكثر ملاءمة لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المريض رسالة مثل: (إن لديك أفكاراً هي التي تحزنك وتؤلمك، وقد تكون صحيحة أو خاطئة، فدعنا نفحصها).

- **تخفيف المشكلات:** ينطوي تخفيف المشكلات على ثلاث خطوات:
  1- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً.
  2- التركيز على العناصر التي تشكل المفتاح للاضطراب.
  3- تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض والتأكيد عليها.
- **تعلم أن تتعلم:** بالمشاركة النشطة في حل المشكلة فإن المريض يتعلم كيف يحل المشكلات، ومن ثم يكون لذلك انعكاس إيجابي لديه؛ مما يعيد إليه الثقة بنفسه، ومن ثم يدفع به إلى مزيد من التجارب[41].

رابعاً: العلاج الانتقائي Selective therapy:

يتخذ المعالج النفسي واحداً من مواقف ثلاثة، هي:

1- اتباع طريقة علاجية قائمة على نظرية محددة.
2- اتخاذ موقف توفيقي بين عدد من النظريات.
3- اتخاذ موقف تركيبي ابتكاري من عدد من النظريات والطرق.

والانتقائية تكاد تكون "دبلوماسية نفسية"، وتتطلب مرونة الفرد واستعداده لتقبل وجهات نظر الآخرين، وميله إلى التوسط والاعتدال والبعد عن التطرف، والانتقائية تتضمن الشمولية، فالمعالج النفسي لا بد أن يعرف كل الطرق، وأن يكون قادراً على استخدامها، وماهراً في الانتقال من إحداها إلى الأخرى أو التوفيق بينها إذا اقتضى الأمر ذلك[42].

وينبغي التنويه هنا أن العلاج الانتقائي لا يقوم على فكرة الحسن والسيئ في الاتجاهات، بل يسعى إلى الجمع بين الأفضل مما يمكن اعتماده والتأليف بين أطرافه؛ بحيث ينتهي هذا الجهد إلى معالجة تقوم على إطار مرن يتناسب مع الحالات المختلفة التي يتصدى لها المعالج النفسي[43].

ثامناً: الدراسات السابقة

1- عرض الدراسات السابقة

أ. دراسة سليمان بومدين (1989) بعنوان: العلاقة بين التخصص والمستوى الدراسي والجنس وبين اتجاهات طلبة الجامعة نحو المرض النفسي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في اتجاهات طلبة الجامعة الأردنية نحو المرض النفسي وعلاقة تلك الاتجاهات بمتغيرات التخصص والجنس والمستوى الدراسي للطالب، إضافة إلى التفاعل بين متغيري الجنس والتخصص، ولهذا الغرض طبق الباحث مقياس كوهين ستيرن للاتجاه نحو المرض النفسي على خمسة أبعاد: (العلاج، التقييد الاجتماعي، النظرة الإنسانية، التفاعل الاجتماعي، العلاقات الشخصية كسبب للمرض) وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (444) طالباً وطالبة من السنتين الأولى والرابعة في كليات: التربية والتمريض والتجارة والآداب. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في الكليات المختلفة في اتجاهاتهم نحو المرض النفسي، وعدم وجود تفاعل بين متغيري الجنس والتخصص، وأظهرت أيضاً أن اتجاهات طلبة السنة الرابعة (علم النفس والتمريض) أكثر إيجابية نحو المرض النفسي من طلبة السنة الرابعة آداب؛ وذلك على بُعد واحد هو بعد التفاعل الاجتماعي، وأظهرت النتائج اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي لكلٍ من طلبة كليتي التجارة والآداب أكثر من طلبة التمريض على ثلاثة أبعاد من المقياس، هي: (العلاج، والتقييد الاجتماعي، والنظرة الإنسانية)، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلبة علم النفس وطلبة التمريض على أربعة أبعاد، هي: (العلاج، التقييد الاجتماعي، النظرة الإنسانية، والتفاعل الاجتماعي) لصالح طلبة (علم النفس)، أما بالنسبة لمتغيري المستوى الدراسي، فقد أظهرت النتائج أن اتجاهات طلبة المستوى الرابع علم النفس أكثر إيجابية من اتجاهات طلبة السنة الأولى على ثلاثة أبعاد، هي: (التقييد الاجتماعي، النظرة الإنسانية، والتفاعل الاجتماعي) وبشكل عام أن متوسط اتجاهات أفراد العينة نحو المرض النفسي كان مرتفعاً جداً[44].

ب. دراسة بركات وحسن (2006) بعنوان: الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين.

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية: الجنس، والتخصص، والعمر، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة. وقد تم تطبيق مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه على عينة بلغت (228) طالباً وطالبة، ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين: النجاح الوطنية بنابلس، والقدس المفتوحة بطولكرم، والأمريكية العربية بجنين، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم. وقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1- أظهر أغلبية الطلبة اتجاهاً إيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي، حيث أظهر ما نسبته (75,9%) ميلاً موجباً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته (24.1%) ميلاً سالباً نحو ذلك.
2- وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص، وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية وهندسية وصيدلانية.
3- وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر وذلك لصالح الطلاب صغار السن.
4- عدم وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري[45].

ج. دراسة (سعاد غيث وآخرون) (2006) بعنوان: طلب المساعدة النفسية لدى عينة من الموهوبين والمتفوقين عقلياً في الأردن.

هدفت الدراسة إلى استقصاء معتقدات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا حول طلب المساعدة النفسية من المرشدين النفسيين، ودرجة طلب المساعدة النفسية لديهم والفروق في معتقداتهم، ودرجة استعدادهم للكشف عن ذواتهم تبعا لمتغيرات النوع الاجتماعي، والصف الدراسي، ونوع البرنامج التربوي الملتحق به الطالب. ولأغراض الإجابة على أسئلة الدراسة قام

الباحثون باختيار عينة من الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا من مدارس الملك عبدالله للتميز، والمراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين، بلغ حجمها (244) طالبا وطالبة، طبق عليهم مقياس طلب المساعدة النفسية الذي تم تطويره لأغراض الدراسة الحالية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الطلبة الموهوبين والمتفوقين يحملون معتقدات قوية إيجابية وأخرى سلبية حول طلب المساعدة النفسية، وأن درجة طلب المساعدة النفسية لدى الطلبة الموهوبين والمتفوقين عينة الدراسة متوسطة، ولم تظهر نتائج الدراسة وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية تتعلق بمعتقدات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا حول طلب المساعدة واستعدادهم لكشف الذات؛ تبعا للنوع الاجتماعي أو الصف الدراسي، بينما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية حول معتقداتهم حول طلب المساعدة تعزى للبرنامج الدراسي ولصالح الطلبة الملتحقين ببرنامج المراكز الريادية، في حين لم تظهر فروق بينهم في درجة الاستعداد لكشف الذات[46].

د. دراسة مقران والردعان (2016) بعنوان: اتجاهات طلاب كلية التربية نحو المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (دراسة عبر ثقافية).

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة الاتجاه النفسي لدى الطلبة المتعلمين في كلية التربية بجامعتي الكويت وإب اليمنية نحو المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (الجنسية، النوع، التخصص، والحالة الاجتماعية)، ولتحقيق أهداف البحث صمم الباحثان مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي من إعدادهما، وتألفت عينة البحث من (1015) طالباً وطالبة من طلبة الجامعتين، تم اختيارهم بالطريقة الطبقية العشوائية في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي (2015- 2016) منهم (589) طالباً وطالبة من كلية التربية بجامعة الكويت و(426) طالبا من طلبة كلية التربية بجامعة إب اليمنية.

أظهرت النتائج وجود اتجاه إيجابي لطلبة كليتي التربية بالكويت واليمن نحو المرض النفسي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنسية (يمني، كويتي). كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة الكويتيين واليمنيين تعزى لمتغير النوع في اتجاه الطلبة الذكور والطلبة الإناث نحو المرض

النفسي. وأظهرت أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة الكويتيين واليمنيين نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، لصالح العزاب. وأظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة الكويتيين واليمنيين نحو المرض النفسي تعزى لمتغير التخصص ولصالح ذوي التخصصات الإنسانية[47].

هـ. دراسة (ستريبل وآخرون) (Strebel& et al., 2000) بعنوان "اتجاهات طلبة الطب نحو الطب النفسي".

هدفت إلى معرفة اتجاهات طلبة الطب النفسي نحو المعالجة النفسية والأطباء النفسيين. وتكونت عينة الدراسة من (105) طلاب، يدرسون الطب في ألمانيا. واستخدم الباحثون في الدراسة أداة قياس تمثّلت في مقياس اتجاهات طلبة الطب نحو الطب النفسي.

وأظهرت النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن اتجاهات طلبة الطب نحو العلاج النفسي كانت إيجابية، في حين كانت أقل إيجابية نحو المعالجين النفسيين؛ كما تبين أن الطلاب الذين تلقوا خدمات نفسية سابقة كانت اتجاهاتهم أكثر إيجابية ممن لم يتلقوا مثل هذه الخدمات[48].

2- تعقيب على الدراسات السابقة:

نلاحظ أن الدراسات السابقة المعروضة جميعاً هدفت إلى التعرف على الاتجاهات نحو المرض النفسي والعلاج النفسي أيضاً، وكذا التعرف على الفروق بين أفراد العينة تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية، كما أن عينات هذه الدراسات كانت من الطلبة سواء في المرحلة الجامعية أو في مرحلة المدارس، وقد كانت عينات هذه الدراسات تتراوح بين عينة متوسطة كما في دراسة مقران والردعان (2016) والتي بلغت عينتها (1015) طالباً وطالبة، ودراسة بومدين (1989) التي بلغ حجم عينتها (444) طالباً وطالبة، وبين عينات صغيرة كما في باقي الدراسات، التي كان أقلها عينة دراسة (ستريبل وآخرون) (Strebel& et al., 2000) التي بلغت (105) طالباً وطالبة، وكل هذه الدراسات استخدمت مقاييس للاتجاهات نحو المرض النفسي، وقد بينت نتائج هذه الدراسات في معظمها وجود اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي والعلاج النفسي، كما بنيت

وجود فروق في هذه الاتجاهات تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية وأخرى ثبت عدم وجود فروق فيها تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية.

وفي العموم فقد استفادت الباحثة من هذه الدراسات بالكثير من الأمور والجوانب العلمية والعملية سواءً من حيث التعرف على طبيعة اتجاهات عينات هذه الدراسات أم من حيث المقاييس المعدة تلك هذه الدراسات، أم من ناحية الأطر النظرية لها.

تاسعاً: منهجية البحث وأدواته:

1- منهجية البحث:

إن استخدام المنهج في أي دراسة يعتمد على نوع وغرض الدراسة؛ ولهذا استخدمت الباحثة المنهج الوصفي كونه يهتم بوصف الظاهرة المراد دراستها، وتحليل البيانات التي يتم جمعها عن تلك الظاهرة، واشتقاق استنتاجات ذات دلالة تفيد في معالجة الظاهرة "موضوع الدراسة" وهو: اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي.

2- مجتمع البحث:

يعتبر مجتمع البحث هو البيئة التي سيتم تطبيق البحث عملياً عليها، وقد كان مجتمع البحث الحالي هو جامعة صنعاء بشكل عام، حيث تم الحصول على بيانات عن عدد الطلبة في جامعة صنعاء بكافة كلياتها، البالغ إجمالي عددهم حوالي (47742) طالباً وطالبة، وذلك بحسب آخر إحصائية للإدارة العامة والتخطيط بجامعة صنعاء للعام الجامعي 2015/ 2016م وقد اختارت الباحثة من هذا المجتمع أربع كليات: كليتين تمثلان القسم العلمي هما: (الهندسة، والزراعة) وكليتين تمثلان القسم الأدبي هما: (كلية الشريعة والقانون، وكلية التجارة والاقتصاد).

3- عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث الحالي بطريقة عشوائية طبقية متساوية، وقد بلغت عينة البحث الحالي والتي تم تطبيق أداة البحث عليها (400) طالبٍ وطالبة بمعدل (200) طالبٍ، و(200) طالبة من مختلف أقسام الكليات، من التخصص العلمي بمعدل (200) طالباً وطالبة، ومن التخصص الإنساني (الأدبي) (200) طالبٍ وطالبة، بمعدل (100) طالبٍ وطالبة من كل كلية،

منهم(50) طالبٍ، و(50) طالبة، من المستويين الأول والرابع بالتساوي، (50) طالباً وطالبة من المستوى الأول، و(50) طالباً وطالبة من المستوى الرابع. وقد حددت الباحثة حجم العينة بناءً على القانون التالي، الذي يحدد حجم العينة من المجتمع الكلي.

$$n = \frac{N}{(N-1)(B^2)+1}$$

حيث إن n عينة البحث، وN مجتمع البحث، B^2 معامل الثقة "مستوى الدلالة" للبحث. وكان مستوى الدلالة "الثقة" للبحث هو: (0.05) وهو المستوى الذي يستخدمه عادة أغلب الباحثين. وعلى هذا الأساس أصبحت عينة البحث على الشكل التالي:-

$$n = \frac{47742}{(47742-1)(0.05)^2+1} = 397$$

4- أدوات البحث:

لقد استخدمت الباحثة أداة واحدة، وهي من إعدادها وتجميعها، حيث استفادت من العديد من المقاييس القليلة عربياً ومحلياً؛ لتأخذ منها مجموعة من الفقرات بما يتناسب مع عنوان بحثها الحالي، وتم إضافة بعض الفقرات من قبلها ليستقر عدد فقرات المقياس عند (32) فقرة، بثلاثة بدائل، هي: (أوافق، أوافق إلى حد ما، لا أوافق).

5- تطبيق المقياس:

تمت صياغة تعليمات محددة وواضحة لعينة البحث؛ وذلك ليتمكنوا في ضوئها من الإجابة عن فقرات المقياس، وتتمثل في وضع فقرات المقياس، ثم وضع تعليمات الإجابة عنها، وإضافة بعض البيانات الشخصية المطلوبة من أفراد العينة، وتحديد ثلاثة بدائل للاستجابة، هي: (أوافق، أوافق إلى حد ما، لا أوافق).

6- صدق أداة البحث:

اعتمدت الباحثة في صدق المقياس على الصدق الظاهري، من خلال عرض المقياس على بعض المختصين في مجال علم النفس والعلاج النفسي[49]، وتم إجراء بعض التعديلات عليه ولم

يتم إضافة أي فقرة أو حذفها ولكن حصل تعديل الصياغة في بعض منها، ثم اعتمدت أيضاً على استخراج الثبات للمقياس، ومنه استخرجت الصدق الذاتي للمقياس، الذي بلغ بعد إخراج الثبات من تحت الجذر (0.89) بعد التقريب، وهو صدق عالٍ.

7- ثبات المقياس:

الثبات هو عبارة عن الاتساق الحاصل في نتائج المقياس، وهو نوعان: الاتساق الخارجي الذي يتحقق حينما يستمر المقياس بإعطاء نتائج ثابتة بتكرار تطبيقه عبر الزمن، والاتساق الداخلي الذي يتحقق من خلال كون فقرات المقياس تقيس المفهوم نفسه. وقد اعتمدت الباحثة على استخراج الثبات بطريقة معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha)، حيث بلغت قيمة الثبات (0.79)، وهو معامل ثبات عالٍ ومناسب لأغراض هذه الدراسة.

8- الوسائل الإحصائية:

أ. المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، التكرارات، والنسب المئوية؛ لمعرفة مستوى الاتجاهات لدى طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي.

ب. اختبار T.test لعينة مستقلة؛ لمعرفة الفروق بين المتوسط الفرضي للمقياس وبين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة.

ج. اختبار T.test لعينتين مستقلتين؛ لمعرفة الفروق في مستوى الاتجاهات تبعاً للمتغيرات الديموغرافية.

د. معادلة ألفا كرونباخ لاستخراج ثبات المقياس.

عاشراً: عرض النتائج ومناقشتها

عند استلام الاستبيانات من أفراد العينة قامت الباحثة بتفريغ تلك الاستجابات وتحليلها باستخدام حقيبة العلوم الإحصائية (spss). وقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

1- **بالنسبة إلى الهدف الأول: التعرف على مستوى اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي.** وللتحقق من الهدف، قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الاتجاهات نحو العلاج النفسي، وقد بلغ المتوسط

الحسابي لدرجات أفراد العينة (68.83) درجة، وبانحراف معياري بلغ (11.75) درجة، ولمعرفة دلالـة الفـروق بـين المتوسـط الحسـابي والمتوسـط الفرضـي البـالغ (64) درجـة اسـتخدمت الباحثة الاختبار التائي لعينة مستقلة، والجدول(1) يوضح ذلك.

جدول(1) يوضح الفروق بين المتوسط الحسابي والفرضي على مقياس الاتجاهات نحو العلاج النفسي.

عينة البحث	العدد	الوسط الحسابي		الانحراف المعياري	القيمة التائية المستخرجة	مستوى الدلالة
		الفرضي	المحسوب			
طلبة جامعة صنعاء	400	64	68.83	11.75	*8.23	0.001

قيمة (t) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة (399) = (1.96) تقريبا.

*** دالة عند مستوى (0.05).**

نلاحظ من الجدول السابق أن القيمة التائية المستخرجة قد بلغت (8.23) درجة، وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة(1.96) درجة، وبدرجة حرية بلغت (399) درجة، ما يعني وجود فروق بين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة، وبين المتوسط الفرضي للمقياس، وهذه الفروق كانت لصالح المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة أي أن أفراد العينة لديهم اتجاه إيجابي نحو العلاج النفسي فوق المتوسط. ولمعرفة المستوى بشكل دقيق قامت الباحثة بتقسيم درجات أفراد العينة إلى مستويات، كما يلي:

- المستوى المنخفض: ويمثل الأفراد الذين تتراوح درجاتهم بين (32 - 52) درجة.
- المستوى المتوسط: ويمثل الأفراد الذين تتراوح درجاتهم بين (53- 73) درجة.
- المستوى العالي: ويمثل الأفراد الذين تتراوح درجاتهم بين (74- 96) درجة، كما هو موضح في الجدول (2).

جدول (2) يوضح التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد العينة في مقياس الاتجاهات

الدرجة	المستوى	العدد	النسبة المئوية
32 – 52	المنخفض	24	%6.0
53 – 73	المتوسط	213	%53.3
74 – 96	العالي	163	%40.8
المجموع	-	400	%100

نلاحظ من الجدول السابق أن ذوي المستوى المتوسط في الاتجاه الإيجابي نحو العلاج النفسي هم الأغلبية، حيث حلوا في المرتبة الأولى بنسبة (53.3%) يليهم الذين لديهم مستوى عالٍ من الاتجاه الإيجابي نحو العلاج النفسي، وقد بلغت نسبتهم (40.8%)، فيما بلغت نسبة ذوي المستوى المنخفض أي الاتجاه السلبي نحو العلاج النفسي (6%)، أي أن أفراد العينة لديهم مستوى فوق المتوسط من الاتجاه نحو العلاج النفسي أي أنه اتجاه إيجابي بشكل عام.

2- **وبالنسبة إلى الهدف الثاني: التعرف على طبيعة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور و إناث).** وللتحقق من هذا الهدف قامت الباحثة باستخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الجنسين الذكور والإناث على مقياس الاتجاهات. وقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات الذكور (69.84) درجة، وبانحراف معياري بلغ (10.75)، وبلغ المتوسط الحسابي لدرجات الإناث (67.83) وبانحراف معياري بلغ (12.62)، ثم استخدمت الباحثة اختبار (T. test) لعينتين مستقلتين؛ لإيجاد الفرق بين المتوسطين، والجدول رقم (3) يوضح ذلك.

جدول (3) الاختبار التائي لمعرفة الفروق في الاتجاهات نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة
الذكور	200	69.84	10.75	*1.709	0.088
الإناث	200	67.83	12.62		

قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية (398) ومستوى دلالة (0.05) = (1.96) تقريباً

*** غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)**

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (T. test) المستخرجة قد بلغت (1.71)، وهي أصغر من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96)، عند درجة حرية (398)، ومستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق غير دالة إحصائياً في الاتجاه نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس (ذكر. أنثى)

أي أن الجميع ذكوراً وإناثاً اتجاهات نحو العلاج النفسي إيجابية، وبشكل عام فوق المتوسط، على الرغم من وجود فروق نظرية لصالح الذكور إلا أنها غير دالة إحصائياً.

3- **وبالنسبة الهدف الثالث: التعرف على طبيعة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص (علمي – إنساني).** وللتحقق من الهدف قامت الباحثة باستخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل تخصص على مقياس الاتجاهات نحو العلاج النفسي. وقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات طلبة التخصص العلمي (68.00) درجة، وبانحراف معياري بلغ (11.89)، وبلغ المتوسط الحسابي لدرجات طلبة التخصص الإنساني (69.67) درجة وبانحراف معياري بلغ (11.59)، ثم استخدم اختبار (T. test) لعينتين مستقلتين لإيجاد الفرق بين المتوسطين، والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4) الفروق في الاتجاهات نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص (علمي . إنساني)

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة
علمي	200	68.00	11.89	*1.426-	0.155
إنساني	200	69.67	11.59		

قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية (398) ومستوى دلالة (0.05) = (1.96) تقريباً

*** غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)**

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (T. test) المستخرجة قد بلغت (1.42-) وهي أصغر من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96)، عند درجة حرية (398)، ومستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق غير دالة إحصائياً في الاتجاهات نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص (علمي – إنساني)، وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية نجد أنه توجد فروق نظرية، ولكنها غير دالة إحصائياً لصالح طلبة التخصص الإنساني، أي أنهم بشكل عام لديهم اتجاه إيجابي فوق المتوسط نحو العلاج النفسي.

4- **وبالنسبة الهدف الثالث: التعرف على طبيعة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير المستوى (أول – رابع).** وللتحقق من الهدف قامت الباحثة

باستخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مستوى من المستويين العلميين (أول - رابع) على مقياس الاتجاهات نحو العلاج النفسي. وقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات طلبة المستوى الأول (66.58) درجة، وبانحراف معياري (12.21)، وبلغ المتوسط الحسابي لدرجات طلبة المستوى الرابع (71.09)، وبانحراف معياري بلغ (10.85)، ثم استخدمت الباحثة اختبار (T. test) لعينتين مستقلتين لإيجاد الفرق بين المتوسطين، والجدول رقم (5) يوضح ذلك.

جدول (5) الفروق في الاتجاهات نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير المستوى (أول - رابع)

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة
الأول	200	66.58	12.21	*3.908-	0.001
الرابع	200	71.09	10.85		

قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية (398) ومستوى دلالة (0.05) = (1.96) تقريباً

*** دالة عند مستوى دلالة (0.05)**

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (T. test) المستخرجة قد بلغت (3.908-)، وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96)، عند درجة حرية (398)، ومستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني وجود فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أول–رابع)، وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية نجد أن هذه الفروق كانت لصالح طلبة المستوى الرابع أصحاب المتوسط الحسابي الأعلى.

مناقشة النتائج:

بالنسبة إلى الهدف الأول: التعرف على مستوى اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي. فقد توصل البحث إلى أن لدى أفراد العينة مستوى فوق المتوسط من الاتجاه نحو العلاج النفسي بصورة إيجابية بشكل عام، وهذه النتيجة قد اتفقت مع دراسة (ستريبل وآخرون) (Strebel& et al., 2000)، ودراسة بركات وحسن (2006) واللتين وجدتا أن اتجاه أغلبية الطلبة كان اتجاهاً إيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي، حيث أظهر ما نسبته (75,9%) ميلاً موجباً نحو

المرض والعلاج النفسي، ومع دراسة بومدين (1989) التي بينت أن متوسط اتجاهات أفراد العينة نحو المرض النفسي وعلاجه كانت مرتفعة جداً بشكل عام، ومع دراسة مقران والردعان (2016) التي أظهرت وجود اتجاه إيجابي لطلبة كليتي التربية بالكويت واليمن نحو المرض النفسي، بينما اختلفت مع دراسة (غيث وآخرون) (2006) التي توصلت إلى أن درجة طلب المساعدة النفسية لدى الطلبة الموهوبين والمتفوقين عينة الدراسة متوسطة.

وقد يرجع ذلك إلى توفر المعلومات والمعارف العلمية حول المرض النفسي والعقلي وكيفية علاجه لدى طلاب الجامعة، سواء أكان ذلك من خلال المقررات الدراسية التي يدرسونها في الجامعة، أم من خلال المطالعات الخارجية الثقافية. وهذه المطالعات جميعها تقدم للطالب الجامعي بعض الأفكار والمفاهيم الصحيحة حول المرض النفسي، وخصائصه وطبيعته، وطرق وأساليب علاجه، وكيفية التعامل مع المرضى والمضطربين نفسياً، كل ذلك يجعل الطالب أكثر ميلاً نحو تفهم المرض النفسي والعقلي، وأكثر إيجابية في التعامل معه.

وترى الباحثة أن وجود هذا المستوى من الإيجابية نحو العلاج النفسي لا يعني الإطمنان إلى أن هذه النتيجة تعبر عن مدى الرغبة الحقيقية للطالب أو الطالبة في طلب خدمة العلاج النفسي من الأخصائي النفسي أو المعالج النفسي أو المرشد النفسي بصورة طبيعية، فالباحثة بوصفها معالجة واستشارية نفسية لاحظت تخوف أو تردد بعض المراجعين من الطلاب والطالبات في الحصول على الاستشارة النفسية بسبب نظرة المجتمع السلبية تجاه المرض النفسي وعلاجه؛ لأنها في نظر أفراد المجتمع تعتبر وصمة عار لا يتقبلها أو يستسيغها عامة الناس في حال معرفتهم بتردد هذا الطالب أو ذاك على معالج نفسي.

بالنسبة إلى الهدف الثاني: التعرف على طبيعة الفروق في الاتجاه نحو العلاج النفسي لدى طلبة جامعة صنعاء تبعاً لمتغير الجنس (ذكور إناث). فقد توصل البحث إلى عدم وجود فروق في مستوى الاتجاه نحو العلاج النفسي دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الجنس، وهذه النتيجة قد تتفق مع نتيجة دراسة (سعاد غيث وآخرون) (2006)، ودراسة بركات وحسن (2006) واللتين أظهرتا عدم وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، والتحصيل،

ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري، ومع دراسة بومدين (1989) التي أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في الكليات المختلفة في اتجاهاتهم نحو المرض النفسي، ومع دراسة مقران والردعان (2016) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة الكويتيين واليمنيين تعزى لمتغير النوع في اتجاه الطلبة الذكور والطالبات الإناث نحو المرض النفسي، بينما اختلفت مع دراسة (ستربل وآخرون) (Strebel& et al., 2000) التي لم تناقش الفروق في الاتجاهات تبعاً لمتغير الجنس.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة تعود إلى أن عينة البحث (ذكور، إناث) لديهم إدراك متقارب حول أهمية العلاج النفسي وضرورة مراجعة الاستشاري النفسي أو المراكز التي تقدم خدمة الاستشارة النفسية أو الإرشاد النفسي والتربوي، ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأن البيئة التي يعيش فيها هؤلاء الطلبة والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر عليهم هي ظروف متشابهة إلى حدٍ كبير، ومن ثم فليس غريباً أن تترك هذه العوامل والظروف المتشابهة أثرها الإيجابي أو السلبي نفسه في حياة الطلاب، ومن ثم فإن اتجاهاتهم نحو المرض والعلاج النفسي هي عبارة عن قناعة تتأثر بالمحيط أيضاً، مما جعلهم في المستوى نفسه.

بالنسبة إلى الهدف الثالث: التعرف على طبيعة الفروق في الاتجاه نحو العلاج النفسي لدى طلبة جامعة صنعاء تبعاً لمتغير التخصص (علمي - إنساني). فقد توصل البحث إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاتجاه نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص (علمي - إنساني)، وهذه النتيجة قد اختلفت مع دراسة بومدين (1989) ومع دراسة بركات وحسن (2006) اللتين أظهرتا وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص، وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية وهندسية وصيدلانية، ودراسة مقران والردعان (2016) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة الكويتيين واليمنيين نحو المرض النفسي تعزى لمتغير التخصص، لصالح ذوي التخصصات الإنسانية، ومع دراسة (غيث وآخرون) (2006) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تتعلق بمعتقدات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا حول طلب المساعدة تعزى للبرنامج الدراسي، لصالح الطلبة الملتحقين

ببرنامج المراكز الريادية، ودراسة (ستريبل وآخرون) (2000) التي لم تناقش الفروق في الاتجاهات تبعاً لمتغير التخصص.

وترى الباحثة أن النتيجة تعود إلى أن طلبة التخصصات الإنسانية أو التخصصات العلمية لديهم إدراك بأهمية العلاج النفسي وبحاجتهم بصفة عامة إلى الإرشاد النفسي؛ نظراً للظروف التي تحيط بهم، وبالأخص في ظل الأوضاع التي تعيشها البلاد من جراء الحرب والانقسام الواضح بين أفراد وفئات المجتمع المختلفة، مما يجعل من الإرشاد أو العلاج النفسي أمراً مهماً بالنسبة للطلاب والطالبات في جميع الأقسام والتخصصات العلمية والإنسانية.

بالنسبة إلى الهدف الرابع: التعرف على طبيعة الفروق في الاتجاه نحو العلاج النفسي لدى طلبة جامعة صنعاء تبعاً لمتغير المستوى (أول – رابع). فقد توصل البحث إلى وجود فروق في مستوى الاتجاه نحو العلاج النفسي تبعاً لمتغير المستوى (أول – رابع) وهذه الفروق كانت لصالح طلبة المستوى الرابع، وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة بومدين (1989) التي أظهرت أن اتجاهات طلبة المستوى الرابع (علم النفس) أكثر إيجابية من اتجاهات طلبة السنة الأولى، بينما اختلفت مع دراسة (غيث وآخرون) (2006) والتي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تتعلق بمعتقدات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا حول طلب المساعدة واستعدادهم لكشف الذات تبعا للصف الدراسي، ومع دراسة (ستريبل وآخرون) (2000)، ودراسة بركات وحسن (2006)ودراسة مقران والردعان (2016) التي لم تناقش الفروق في الاتجاهات تبعاً لمتغير المستوى الدراسي أو الصف.

وترى الباحثة أن النتيجة سبب ذلك هو العلم والمعرفة، حيث إن طلبة المستوى الرابع قد اكتسبوا الكثير من المعرفة والعلم في جميع مناحي الحياة، واكتسبوا خبرة أكبر حول ضرورة وأهمية العلاج النفسي باعتباره جزءاً لا يتجزأ من أساليب العلاج الأخرى كعلاج الأمراض العضوية، وهذه الخبرة تأتي باعتبارها نتيجة واقعية للعلم الذي اكتسبه طلاب المستوى الرابع من الدراسة الجامعية، بينما طلبة المستوى الأول لا يمتلكون تلك الخلفية العلمية والخبرة اللازمة لمعرفة أهمية العلاج النفسي بوصفه جزءاً من أجزاء العلاج بصفة عامة، ويعود ذلك أيضاً إلى

انعدام المعلومات الخاصة بأهمية الإرشاد والعلاج النفسيين في المناهج الدراسية في التعليم الأساسي والثانوي في بلادنا.

حادي عشر: التوصيات والمقترحات:

1- التوصيات:

استكمالاً لمنهجية البحث فقد قامت الباحثة بوضع بعض من التوصيات على النحو الآتي:

1- العمل على تعميق مفاهيم الأمراض النفسية في المناهج التعليمية في الجامعات والصفوف العليا في المدارس، حتى يتم تنشئتهم وتثقيفهم على أن المرض النفسي يمكن علاجه كغيره من الأمراض الأخرى؛ من أجل العمل على تكوين اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي وعلاجه؛ للتقليل من مخاطر سوء التعامل معها مستقبلاً.

2- توصي الباحثة بضرورة العمل الجاد على الاهتمام بطلبة الجامعة في الجوانب النفسية، وتخصيص مراكز صحة نفسية وإرشاد نفسي في كل كلية من كليات الجامعة.

3- العمل على وضع تصورات ونشرات دورية تتبع مركز الإرشاد توضح فيها كيفية العمل على تنمية الاتجاه الإيجابي نحو المرض والعلاج النفسي لدى الطلبة الجامعة، وليكون أيضاً إرشاداً للأسر في كيفية التعامل مع المريض النفسي وكيفية علاجه.

4- نشر الوعي العام حول المرض النفسي عبر وسائل الإعلام المختلفة بواسطة أطباء متخصصين في مجال العلاج النفسي بعبارات سهلة وصحيحة بعيدة عن التعقيد؛ حتى يتم إزالة الغموض والالتباس عند كافة الناس، وتكوين اتجاهات إيجابية نحوه.

2- المقترحات:

1- إجراء دراسة مشابهة تتناول العلاج النفسي وعلاقته بمتغيرات أخرى كـ(مفهوم الذات، التوافق النفسي والاجتماعي،... إلخ).

2- إجراء دراسة مشابهة تتناول العلاج النفسي لدى شريحة أخرى من المجتمع اليمني.

3- إجراء دراسة مشابهة تتناول الاتجاهات نحو العلاج النفسي لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة بين الجامعات الحكومية والخاصة.

4- إجراء دراسة مشابهة تتناول الاتجاهات نحو العلاج النفسي لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة بين طلبة جامعة صنعاء وجامعات يمنية أخرى كـ(جامعة عدن، جامعة حضرموت).

5- إجراء دراسة مشابهة تتناول الاتجاهات نحو العلاج النفسي لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة بين طلبة جامعة صنعاء وطلبة جامعة أخرى من دولة عربية مثل (مصر، الأردن،... إلخ).

الملاحق:

بسم الله الرحمن الرحيم

الجمهورية اليمنية

جامعة صنعاء

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

قسم علم النفس

مقياس اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو العلاج النفسي بصورته النهائية

عزيزي الطالب/ عزيزتي الطالبة

بعد التحية

بين يديك مجموعة من الفقرات المخصصة لمعرفة طبيعة اتجاهك نحو العلاج النفسي، هي مخصصة للبحث العلمي، فلا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، ولكنها تقيس اتجاهك نحو العلاج النفسي فقط، نأمل منك التكرم بقراءة هذه الفقرات بدقة، والإجابة عنها بموضوعية.

ولكم خالص الشكر والتقدير،،،

البيانات الشخصية:

الجنس: ( ) ذكر ( ) أنثى

التخصص: ( ) علمي ( ) إنساني

المستوى الدراسي: ( ) أول ( ) رابع

الباحثة

م	الفقرة	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
1-	أشعر بأن العلاج النفسي غير مفيد.			
2-	أشجع أقاربي على استخدام العلاج النفسي.			
3-	ألجأ إلى العلاج النفسي إذا مرضت.			
4-	أرى ضرورة توفير مراكز العلاج النفسي في المستشفيات.			
5-	أحاول تغيير مواقف الناس الذين لا يحبذون العلاج النفسي.			
6-	أعتقد أن هناك شريحة من المعالجين غير المؤهلين للعلاج النفسي.			
7-	أنصح من يعاني من مشكلة نفسية أن يلجأ إلى المعالجين النفسيين.			
8-	أرى أن الأمراض النفسية يمكن الشفاء منها عن طريق العلاج النفسي.			
9-	أؤمن بالعلاج النفسي.			
10-	أعتقد أن الصحة النفسية هي مفتاح النجاح في الحياة.			
11-	أعتقد أن اللجوء إلى العلاج النفسي يسبب وصمة لكل من يلجأ إليه.			
12-	أعتقد أن العلاج النفسي كافٍ للشفاء من المرض النفسي.			
13-	من الخطأ اللجوء للعرافين والمشعوذين بدلاً من العلاج النفسي لحل مشكلاتنا النفسية.			
14-	لا أتردد في طلب العلاج النفسي إذا واجهتني مشكلة أو أزمة نفسية.			
15-	لا أشعر بالحرج عن الحديث عن مشكلاتي النفسية للمعالج النفسي.			
16-	يضايقني أن أرى بعض الأفراد يخجلون من الذهاب للعلاج النفسي.			
17-	ذهاب المريض النفسي إلى العلاج النفسي يشعره بالراحة والاطمئنان.			
18-	العلاج النفسي يفيد في علاج الأزمات الشديدة والمزمنة.			
19-	نادراً ما يستفيد المريض من العلاج النفسي.			
20-	العلاج النفسي نوع من أنواع العلاج الأخرى.			
21-	الحصول على العلاج النفسي شيء يعيبه المجتمع.			
22-	من السهل علي القبول بفاعلية العلاج النفسي.			

م	الفقرة	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
23-	العلاج النفسي تدجيل واحتيال مادام أنه لا يوجد دليل كافٍ على فاعليته.			
24-	العلاج النفسي فرع رصين من الطب.			
25-	يحتوي العلاج النفسي على القليل من المعلومات العلمية.			
26-	تحسن حالات معظم المرضى نتيجة لاستخدام أنماط معينة من العلاج النفسي.			
27-	يؤدي العلاج النفسي إلى زيادة القلق عند المرضى.			
28-	أصبح العلاج النفسي في السنوات الأخيرة أكثر فعالية.			
29-	تسمح ممارسة العلاج النفسي بتكوين علاقات مميزة مع الناس.			
30-	يفتقر العلاج النفسي إلى التنظيم؛ مما يجعل من الصعب تعليمه بطريقة فعالة.			
31-	يفتقر العلاج النفسي إلى الصفة العلمية، لدرجة أن المعالجين النفسيين غير متفقين على ماهية تطبيقاته الأساسية.			
32-	ليس في مقدور العلاج النفسي معالجة أغلب الحالات النفسية.			

قائمة المصادر و المراجع:

1- ترأست الباحثة فريقاً من الباحثين على رأسهم البروفسور الدكتور علي الطارق أستاذ علم النفس. والدكتور محمد الطشي أستاذ الطب النفسي في دراسة بعنوان: (واقع الصحة النفسية في الجمهورية اليمنية) المنشورة في مجلة كلية الآداب، جامعة عدن، العدد الثامن، نوفمبر، 2011م.

2- الباحثة هي رئيس مجلس إدارة مؤسسة التنمية الأسرية للإرشاد النفسي ورئيس مركز الإرشاد التربوي والنفسي بجامعة صنعاء.

3- الحميري، 1997، ص16.

4- الميتمي، محمد عبدالواحد (1992): الجهاز المركزي للتخطيط، صنعاء، اليمن. ص291.

5- الحميري، مرجع سابق، ص7.

6- الطارق، علي وجباري، بلقيس (2008): اتجاهات طلبة جامعة صنعاء نحو ذواتهم، مجلة جامعة صنعاء للعلوم التربوية والنفسية، مج5، ع1، يناير 2008م، ص155.

7- Thurston, L.L. (1947). Multiple factor Analysis. University of Chicago press, Chicago, p39

8- Kerch, David ; Crutchfield, Richard S ; Ballachey, Egerton (1962). Individual in society ; a text book of social psychology , New York, McGraw Hill., p384

9- دافيدوف، لندا (1980). مدخل علم النفس، ط3، دار ماكجروهيل للنشر، ترجمة سيد الطواب ومحمد عمر، نجيب حزام، دار العربية للنشر والتوزيع، ص775.

10- التميمي، عبدالجليل (2002). علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار الآفاق، صنعاء.

11- صالح، قاسم حسن، الطارق، علي (1998). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، ط1، صنعاء: دار النشر للجامعات، ص439.

12- دافيدوف، مرجع سابق، ص701.

13- حمود، 1990،ص527.

14- الخامري، عبدالحافظ (2000). التنويم الإيحائي. صنعاء: مكتبة الأفاق للنشر، ص22.

15- زهران، حامد عبدالسلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب، القاهرة، ص183.

16- صالح، قاسم حسين (1998): نظريات معاصرة في علم النفس، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، ص386.

17- حبيب، أحمد علي (2006): علم النفس الاجتماعي، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ص97.

18- الزبيدي، كامل علوان (2003). علم النفس الاجتماعي، دار الوراق للنشر، ط1، عمان، ص115.

19- حبيب،2010، ص106.

20- الزنامي، علي أحمد (2000) اتجاهات طلبة المعاهد العليا للمعلمين في اليمن نحو مهنة التعليم، رسالة ماجستير، كلية التربيه، جامعة المستنصرية، ص26-27

21- الزبيدي، مرجع سابق، ص122.

22- صالح، قاسم (1999): علم النفس المعرفي، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، ص75.

23- المرجع السابق نفسه، ص76.

24- الزبيدي، مرجع سابق، ص124.

25- المنيفي، عبدالرحمن (1999) علم النفس المرضي، صنعاء، مركز الشرعبي، ص29.
26- القباطي، أحلام (2005): اتجاهات الأطباء نحو العلاج النفسي بحسب التخصص والممارسة. رسالة ماجستير، جامعة صنعاء، ص27.
27- أخرس، نائل محمد (2007). الصحة النفسية مدخل، ط1، مكتبة الرشد، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص239.
28- صالح والطارق، مرجع سابق، ص81.
29- القباطي، مرجع سابق، ص67.
30- عكاشة أحمد (1986): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو، القاهرة، ص119.
31- حقي، إلفت (2000): الاضطراب النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، ص128.
32- باترسون، س.هـ (1990): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة الفقي حامد عبدالعزيز، دار القلم، الكويت، ص162.
33- القباطي، مرجع سابق، ص80.
34- سري، محمد إجلال(2000م): علم النفس العلاجي، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.، ص101-102.
35- القباطي، مرجع سابق، ص83.
36- باترسون، مرجع سابق، ص201- 215.
37- العيسوي، عبدالرحمن محمد (1992): مشكلات الشباب العربي المعاصر "دراسة ميدانية للوعي المروري لدى الشباب الخليجي، الدار الجامعية، ص53.
38- حقي، مرجع سابق، ص173.
39- بيك، آرون (2000). العلاج المعرفي والاضطراب الانفعالي. ترجمة عادل مصطفى وغسان يعقوب، دار النهضة العربية، بيروت، ص247.
40- صالح، قاسم (1997): علم الشخصية بين التناظر والقياس، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، ص190.
41- باترسون، مرجع سابق، ص36- 37.
42- سري، إجلال محمد (1990): علم النفس العلاجي، مكتبة الأنجلو، عالم الكتب، القاهرة، ص269-271.
43- الرفاعي، نعيم(1982): العيادة النفسية والعلاج النفسي، دمشق، سوريا، ص197.
44- بومدين، سليمان (1989): العلاقة بين التخصص والمستوى الدراسي والجنس وبين اتجاهات طلبة الجامعة نحو المرض النفسي، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، الأردن.

45- بركات، زياد وحسن، كفاح (2006): الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين، جامعة القدس المفتوحة، طولكرم، فلسطين.

46- غيث، سعاد منصور والبدارين، غالب سلمان والمجالي، عرين عبدالقادر (2006):طلب المساعدة النفسية لدى عينة من الموهوبين والمتفوقين عقليا في الأردن، الزرقاء، الأردن.

47- مقران، معاذ أحمد والردعان، دلال عبدالهادي (2016): اتجاهات طلاب كلية التربية نحو المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (دراسة عبر ثقافية)، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، مج6، العدد5، حزيران 2017، ص139- 153.

48- صوالحة، محمد أحمد والزعبي، محمد محمود (2012): اتجاهات طلبة معلم الصف في جامعة جرش نحو تخصصهم الأكاديمي وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، مجلد28، عدد3، ص419-447.

49- أ.د/ علي الطارق علم النفس – آداب، جامعة صنعاء، أ.د/ وحيد محمد سليمان علم النفس – آداب، جامعة عدن، د/ لطف محمد حريش علم النفس – آداب، جامعة ذمار.