

العلاج الأسري في الجزائر والعوامل المؤثرة في تطبيقه دراسة ميدانية في ثلاث ولايات نموذجية، وهران، مستغانم وعين تموشنت

Family therapy in Algeria and the factors influencing its application

ليلى سليمان مسعود^{1*} ، بدرة معتصم ميموني²

¹ جامعة أحمد بن أحمد وهران 2، (الجزائر)، mesleilapsy@hotmail.fr

² جامعة أحمد بن أحمد وهران 2، (الجزائر)، b_mimouni@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2020-03-01

تاريخ القبول: 2019-11-27

تاريخ الاستلام: 2019-09-04

ملخص: تبين من خلال البحث حول فعالية العلاج الأسري في الجزائر أن العملية العلاجية تنطلق أساسا من خصوصية الأسرة. من هنا انطلقت هذه الدراسة التي هدفت إلى الكشف عن العوامل الخاصة بالأسرة والعوامل الخاصة بالمختص النفسي التي تؤثر في تطبيق العلاج الأسري في الجزائر. تبنت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي، إذ قامت ببناء استبيان العلاج الأسري ودراسة خصائصه السيكومترية، ثم تطبيقه على عينة مكونة من (118) أسرة في ثلاثة ولايات نموذجية: مستغانم وهران وعين تموشنت. تمت المعالجة الإحصائية عن طريق البرنامج الإحصائي SPSSv20 مع الاستعانة بالمتوسط الحسابي والنسبة المئوية لوصف معطيات الدراسة، وبمربع إيتا η^2 للوقوف على حجم التأثير. وخلصت الدراسة إلى أن تطبيق العلاج الأسري في الجزائر يتأثر بالمستوى التعليمي للأسرة وليس بمستواها الاقتصادي، كما يتأثر بشكل واسع بالخبرة لدى المختص النفسي، بينما لا يتأثر بإطار العمل.

الكلمات المفتاحية: علاج أسري؛ مستوى تعليمي؛ مستوى اقتصادي؛ خبرة معالج؛ إطار عمل.

Abstract Our study is based on the results of research on the effectiveness of family therapy in Algeria, which shows that the therapeutic process should be based on the specificity of the Algerian family and its culture. This study aimed to explore the specific family factors and the factors associated with the psychologist that affects its application. We have adopted the descriptive approach and have applied a family therapy questionnaire built by the researcher after studying its psychometric properties on a sample of 118 families in three pilot departments : Mostaganem, Oran and Ain Temouchent; the researcher has analyzed statistically all the data by SPSS. 20 programmers, using the arithmetic mean and the percentage to describe the data of the study, and the value of Eta square η^2 to determine the magnitude of the effect. The study concluded that the application of family therapy in Algeria is influenced by the educational level of the family not by its economic level, and is also greatly influenced by the experience of the psychologist, and not affected by his framework.

Keywords: family therapy, educational level, economic level, therapist experience, framework.

1- مقدمة:

تعتبر الأسرة بنية أساسية لتكوين المجتمع، وهي حسب بن عبد الله (2010، 107) "قاعدة محورية للتكاثر والبناء والإبداع تسهم إلى حد كبير في دعم الثقافة وتشديد الحضارة". يرتبط مصطلح الأسرة بالزواج في الجزائر لأنه شرط أولي لقيامها، ولتحظى بمشروعيتها وقداستها وكذا تقديرها، حيث تتحدد تركيبة الأسرة الثابتة من خلال التعليمات الدينية والأعراف فالأسرة في البلاد المسلمة تتخذ من سيرة النبي نموذجاً لها، حيث يقدر الزواج والأسرة. ويرى قاسمي (2013، 24) أن "العائلة الجزائرية قد استمدت خصائصها من الأشكال الأولى للعائلة المغربية الأمازيغية المتطورة، مضاف إليها التراكمات التاريخية من خلال الحضارات التي تعاقبت عليها وتأثيرات المجتمع الفرنسي، أما خصائصها الحالية فتتميز بالميل نحو التحضر والعصرنة مع عدم التخلص من روح العصبية والعشائرية والعائلية" ويتفق هذا الرأي مع رأي معتصم (2003، 24) التي ترى بأن العائلة الجزائرية قد انفجرت، ولكنها لا تزال تحافظ على الكثير من قوانينها.

قد تعرضت الأسرة الجزائرية إلى تحولات أثرت على مختلف جوانب الحياة فيها، حيث بدأت تفقد شكلها وبعض وظائفها كأسرة ممتدة. أصبحت تتخذ شكلاً يختلف عن الشكل القديم من حيث العلاقات الداخلية والسلطة وحتى الأدوار والمكانات والوظائف، فسميت بالأسرة الجزائرية الحديثة. ويرى قاسمي (2013، 05) أن الأسرة الجزائرية أصبحت تميل إلى "الانتقال التدريجي والبطيء من الجماعية إلى الفردية بحيث ما زالت روح الجماعة تقاوم دفاعاً عن وجودها واستمرارها، مما حقق حالة تعايش بين الروح الفردية والجماعية".

وإذا قارنا بين نمط الأسرة الجزائري والعربي لوجدنا أن الأسرة في الجزائر حسب ما ذكره (سعيد، 2013) مازالت تضم الأولاد المتزوجين إلى جانب الأبوين والأولاد غير المتزوجين. لا يعود هذا فقط إلى أزمة السكن، بل لأن الأسرة الجزائرية ما زالت ترى في انفصال الأبناء عنها، أمراً غير مرغوب فيه كما ظلت محافظة على عاداتها وتقاليدها، فكل اقتحام لعادات وتقاليد جديدة يصاحبه، صراعات نفسية واجتماعية وثقافية عنيفة.

ويدعم بن عبد الله (2010، 110) هذه النظرة حيث يرى بأن محاولة الانفصال عن صرح الأسرة والأبوة والرضا بالاستقلالية الزوجية قد ينظر إليه على أنه خيانة حيال الجماعة وقد يعرض صاحبه إلى التهميش والعزل. وقد تتفق كل الدراسات والأبحاث سواء كانت في مجال الأنثروبولوجيا أو في مجال علم الاجتماع على أن هناك تغيرات هامة مست الأسرة الجزائرية في بنيتها، حيث اتجهت نحو النمط النووي وتناقص عدد أفرادها، وكذا في توزيع وأداء الأدوار داخلها، كما تأثرت بخروج المرأة للعمل ومشاركتها للسلطة، داخل وخارج الأسرة. إلا أن هذه التغيرات لا تزال شكلية وسطحية حيث أن الأسرة النووية في الجزائر تختلف اختلافاً كبيراً عن الأسرة الزوجية الغربية. فبالرغم من الاستقلالية السكنية للزوجين مع أولادها إلا أن طبيعة العلاقات التي تربطهم مع الأسرة الأصلية تظل دائمة ومستمرة مع عدم الاستقلالية الوجدانية، كاستقلالية القرارات ويمكن أن نستنتج مما سبق أن الأسرة الجزائرية تجمع بين خصائص الأسرة الممتدة والأسرة النووية الحديثة. وفي هذا الصدد يتحدث (سعيد، 2013) عن بروز ظاهرة الأزواجية الثقافية والاجتماعية "هذه الأزواجية قسمت كيان العائلة إلى كيانات مختلفة، حيث أن كل كيان يعمل على إبراز نمطه المفضل مستترا وراء شعارات مختلفة: فالكيان الأول يدعي الأصالة والتراث والهوية والانتماء.. بينما يدعي الكيان الثاني العصرنة والحداثة والتجديد.

بينما يرى بن عبد الله (2010) أن الأسرة المغربية ليست أسرة نووية وإنما هي أسرة تتسم بخصائص الفرقة والعرش فالفرق المغربي لديه شعور قوي بانتمائه إلى الأمة ويرى حجازي (2005، 16) بأن الأسرة النووية العربية

هي ذات علاقات أسرية ممتدة رغم استقلالها القانوني والسكني والاقتصادي حيث تحافظ على شبكة من العلاقات مع أسر الأصل والأقارب التي توفر المساندة المادية والمعنوية، وتبادل الخدمات، كما تتدخل في حل العديد من المشكلات، وفي المقابل فهي لا تزال تمارس الكثير من النفوذ على الأسر النووية في قراراتها الكبرى.

وترى (الخولي، 2003، 84) بأن التغيير الاجتماعي والتكنولوجي يؤدي إلى اختفاء الأسرة الممتدة وحلول الأسرة النواة، غير أنه في بعض المجتمعات هناك ظروف تؤدي إلى ظهور نمط جديد يجمع بين الشكلين، وهو الأسرة النواة غير المنعزلة. تنطبق هذه النظرة على المجتمع الجزائري حيث أن الدين والخصوصية التاريخية والثقافية تجعل من الأسرة الجزائرية، رغم استقلالها، تحافظ على الروابط العائلية الموسعة.

ويؤدي المرض إلى خلل وظيفي داخل الأسرة، مما يدفع بأفرادها إلى السعي وراء استعادة التوازن بكل القوى المتوفرة "فالمرض حلقة من حلقات دورة العائلة وهو حالة من حالات الاضطراب التي تعيشها بين الحين والآخر وأحيانا تعيشها بصفة مزمنة، وهي حالة تدفع بجميع أفراد العائلة إلى بذل كل الجهود للعودة إلى حالة الاستقرار" (قاسمي، 2013، 97).

كما تعتبر المشكلة الأسرية حسب أبو سكينه وخضر (2011، 176) "نقلا عن (جبريل، 1994)" شكلا من أشكال المشكلة الاجتماعية، ويمكن تعريفها بأنها انعكاس حقيقي للحالة المرضية التي تصيب الأداء الوظيفي داخل النسق الأسري، مما ينتج عنه ضعف المواجهة لعضو الأسرة ثم الأسرة كلها ثم المجتمع" كما تعرفها زارقة (2014، 214) بأنها تعني وجود خلل على المستوى البنائي أو انحراف يحدث في إطار المجتمع، بحيث تنجم عنها معوقات تؤدي إلى اختلال توازن النسق الاجتماعي بنائيا ووظيفيا، مما يؤدي إلى عدم إشباع حاجات أفراد المجتمع.

أما أبو أسعد وختاتنة (2014، 109) فيعتبران بأن المشكلة الأسرية هي أساسا مشكلة زوجية، وهي تتمثل في ظهور عائق يمنع الزوجين من إشباع حاجات أساسية، أو تحقيق أهداف ضرورية، أو تحصيل حقوق شرعية مما يشعره بالإحباط وعدم الأمن مما يعني بأن ظهور العائق هو بمثابة الحدث الضاغط، وإدراكه من طرف الزوجين هو الذي يؤدي إلى الشعور بالضغط والتهديد والظلم والحرمان.

ويتفق العديد من الباحثين في اعتبار المشكلة بأنها حدث ضاغط قد يتحول إلى أزمة بالنسبة للأسرة. وترى الخولي (2011، 232) في نفس السياق "أن الأحداث الضاغطة تشكل أزمة بالنسبة للأسرة، إلا أنها تؤدي إلى تضامن أعضائها حتى يتمكنوا من التغلب عليها، كما أن نفس الأحداث قد لا تكون ضاغطة بالنسبة لأفراد آخرين في نفس الموقف" ومن هنا يمكننا القول بأن المشكلة الأسرية هي عبارة عن وضع أو موقف جديد تتعرض له الأسرة، قد يكون هذا الموقف خارجي، أي مفروض على الأسرة بحدث خارج عن نطاقها، أو داخلي، أي أن يكون الحدث من داخل الأسرة، وقد يخص أحد أفرادها أو إحدى العلاقات التي تربط بين أفرادها، يؤدي هذا الحدث إلى تأزم الحياة الأسرية بشكل مؤقت، مما يضطرها إلى إيجاد حلول للخروج من الأزمة، وهذه الحلول هي في حد ذاتها، نمو وتطور للأسرة ولأفرادها. أما في حالة ما إذا فشلت الأسرة في إيجاد الحلول، الداخلية أو الخارجية، فإن استمرار الموقف المتأزم دون إحداث التغييرات المناسبة سيؤدي إلى حدوث اضطرابات على مستوى الأسرة. وهذه الاضطرابات بدورها ستؤدي إما إلى انهيار الأسرة وتفككها، أو تدفع الأسرة إلى المحافظة على وحدتها وتوازنها بالاستثمار السلبي عن طريق استحداث المرض أو الاضطراب لدى أحد الأفراد.

إن طبيعة التكفل بالمسائل الصحية في المجتمع الجزائري كانت تتميز بالدور الأساسي الذي تقوم به الأسرة والتي كانت تتوفر على رصيد حي مصدره الطب العربي، كما كانت تنقل من جيل إلى آخر، عناصر التشخيص والممارسة العلاجية. أما العناصر الخارجة عن الأسرة والفاعلة في عملية التكفل تتمثل في المرابط والطالب أو العشاب والراقي. وبالرغم من تراجع العديد من الممارسات إلا أنها مازالت مستمرة، فزيارة الأضرحة والتبرك بها قد قلت بكثير عن ذي قبل، أما الممارسات التي لا تتنافى مع الدين الإسلامي فقد زاد انتشارها والتمسك بها كالرقية والحجامة. ولعل أهم الأسباب التي تساهم في انتشارها هو تفسير الأمراض والاضطرابات والمشكلات العائلية، أو السلوكية على أنها مس أو سحر أو عين شريرة. "فالجدير بالذكر، أن ما يميز الأسرة الجزائرية بشكل عام ويفسر استمرارية هذه الممارسات رغم كل هذا التطور والتحضر هو عدم تحمل المسؤولية، وكل شخص ظهر لديه سلوك أو اضطراب، فهو خارج عن نطاق إرادته" (بن عبد الله، 2010، 107)، وتشير معتصم (2003، 25) إلى أن هذه الاعتقادات راسخة في الفكر الإنساني، مهما كان تطوره الثقافي والاجتماعي والنفسي.

وبالرغم من أن المختص النفسي حسب تعريف (Alain, 2004) هو الذي يدرس الحياة العاطفية، العقلية والسلوكية للأفراد، فهو يستعمل طرق خاصة للتحليل، التقييم والعلاج النفسي والإرشاد والوقاية. ويلقب في الجزائر حسب القوانين الرسمية بالنفساني حيث تحدد شروط توظيفه في المادة 21 كالتالي: يوظف بصفة نفساني عيادي للصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، المترشحون الحائزون شهادة الليسانس في علم النفس، تخصص عيادي أو شهادة معترفا بمعادلتها (الجريدة الرسمية، 2009، 22). فالمختص النفسي يعترف به أولاً بتكوينه الأكاديمي المتوج بشهادة معترف بها، وبالتخصص الذي التحق به حيث يحدد هذا التخصص مجال عمله وذلك حسب المواد التي يدرسها خلال تكوينه بالإضافة إلى التدريبات العملية التي يقوم بها، ثم تعمل الخبرة على تأكيد مكتسباته وتثبيتها.

وهو الشخص الذي يقوم بتطبيق أنواع العلاجات النفسية، حسب طبيعة العرض، وهو من يقوم بتطبيق العلاج الأسري الذي يتناول سلوك الفرد في تفاعله مع باقي الأفراد داخل الأسرة، حيث يعتبر أن السلوك المضطرب يؤدي وظيفة الحفاظ على توازن الأسرة واستمرارها فهو أسلوب علمي يعتبر أن الاضطراب يخص الأسرة والعلاقات داخلها، وما الفرد إلا عرض للاضطراب الأسري، ومنه فالعلاج يجب أن يتناول الأسرة ككل. ويعرف على أنه "أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغيرات فعالة في العلاقات الأسرية، والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية إلى التعايش بين أفراد الأسرة لتحقيق أفضل صور التفاعل الإيجابي" (مفتاح، 2001، 74).

ويتمثل الهدف الجوهرى من هذا العلاج حسب الزيايدي (1987) في تحسين أداء الأسرة كنظام، فهو يسعى إلى تقييمها ككل، ثم وضع خطة لتغيير العلاقات الشخصية بين أفرادها بينما تتمثل أهدافه حسب الفقي (1984) في تحقيق الانسجام والتوازن بين أفراد الأسرة، وتقوية القيم الأسرية الإيجابية، وقمع كل ما هو سلبي وتحقيق نمو الشخصية من حيث أداءها، ووظائفها، وذلك بإحداث جو أسري مشبع.

أما بالنسبة لحزين (1995) فإن أهداف العلاج الأسري تتمثل في إظهار الفروق بين الأفراد داخل الأسرة تنمية هوية وحدود كل فرد وتطوير إحساسه بالاستقلالية، دون الشعور بالخوف والقلق من هذه الاستقلالية فالصحة النفسية تتحقق من خلال القدرة على خلق التوازن بين الولاء للأسرة و القوى الموجهة نحو إشباع الذات ويؤكد المؤمن (2004) على ضرورة التركيز على تدرج السلطة داخل الأسرة، وإعادة صياغة المشكلات حتى يمكن حلها، وإشراك كل أعضاءها في حل مشكلاتهم.

تعدد نظريات العلاج الأسري، وبالرغم من أنها تتفق في سعيها إلى تحقيق الرضا والتوازن داخل الوحدة الأسرية، إلا أنها تختلف في كيفية تناول الاضطراب من حيث التفسير والتدخل، وهو ما ساهم في إثراء وتنوع التقنيات التي تتيح مجالاً واسعاً أمام المختص النفسي لدراسة الأسرة وفهمها بعدة طرق حيث يتسنى له تكيف تدخله حسب حاجيات الأسرة وقدرات أفرادها.

فالعلاج الأسري البنيوي مثلاً يقوم على اعتقاد مفاده أن سوء الأداء الوظيفي للبناء الأسري هو الذي يحافظ على استمرارية وجود المشكلة فمشكلات الأسرة تظل قائمة ببقاء البناء الأسري على حاله إذ تدعو هذه النظرية إلى ضرورة إحداث تغييرات بنائية في تنظيم الوحدة الأسرية. "إن النظرية البنائية هي نظرية تبحث عن تغيير الأبنية (التركيبات) أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة مع التركيز على الحدود بين الأنساق الفرعية داخل الأسرة وخاصة الحدود بين الوالدين والطفل" (حنفي، 2007، 69)، ويتمثل الهدف منه في مساعدة الأسرة على تطوير بناء أسري جديد، تغيير تنظيم الأسرة، تغيير وظائف الأسرة، زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة حسب (Minuchin, 1974, 92) "فإن وظيفة المعالج الأسري هي حث الأسرة والمريض الذي حددته على إحداث تغيير في نظام الأسرة، ويستند العلاج الأسري على حقيقة أن الإنسان ليس منعزلاً حيث يركز على الشخص كجزء من عائلته "هو يؤكد في أسلوبه العلاجي على توجيه المعالج لتركيز الأسرة نحو العمل على حل المشكل، بدلاً من التركيز على أسبابه، فهو لا يهتم بتاريخ المشكل. على المعالج أن يكتشف المصادر المتاحة ونقاط القوة لدى الأسرة والتي يمكن أن تحل الأسرة مشاكلها من خلالها حيث يمكن للمعالج الجمع بين كل أفراد الأسرة كما يمكنه عقد جلسات فرعية.

كما أن نظرية العلاج الأسري متعدد الأجيال لبوين هي نظرية ذات نموذج نظري/إكلينيكي، تستمد جذورها من التحليل النفسي وتطبيقاته، وهي علاج متعدد الأجيال تقوم على الافتراض القائل بإمكانية فهم الأسرة عبر تحليلها طبقاً لمنظور الأجيال الثلاثة. "إن لكل أسرة تاريخها و خصوصيتها، والتي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار دون تجاهل الفرد وتطوره" (Adolfi, 2015, 48) فالمشاكل الزوجية والأسرية الحالية، هي نتيجة لمحاولة أفراد الأسرة السيطرة أو التغلب على مشاعر وصراعات لم تحل مع الأسر الأصلية للعلاج يجب التركيز على اكتشاف وتتبع أنماط العلاقات، ومدى انتقالها من جيل لآخر.

يهدف العلاج إلى أن ينفذ كل فرد من الاندماج في كتلة الأنا الأسرية غير المتميزة، وإلى تحقيق أكبر قدر ممكن من تمايز الذات حيث أن تحقيق التمايز لدى أحد الأفراد سيؤدي إلى تمايز الباقيين وتقل بذلك درجة اندماج الأسرة مما سيؤدي إلى خفض التوتر الانفعالي في الجو الأسري ويرتكز العلاج على الزوجان ويكون المعالج طرفاً ثالثاً، أما الطفل فيتعهد بوين استبعاده باعتباره مجرد عرض لسوء الأداء الوظيفي للوالدين. "تكمن مشكلة الأسرة دائماً بين الزوجين، أما الطفل فليس أكثر من مجرد أعراض لسوء أداء النسق الانفعالي بين الزوجين" (Prud'homme, 1977).

كما قدم جاي هالي نموذجاً للعلاج الأسري ركز فيه على اضطراب وظائف العلاقات، وأنماط الاتصال داخل النظام الأسري الذي يحدث فيه المرض. يتميز العلاج الاستراتيجي بأنه مختصر، لا يهتم بالعمليات اللاشعورية، لا يهتم بإعادة حل قضايا الماضي بل يركز على حل المشكلات الحالية. يعتمد على الدور الفعال للمعالج، فهو الذي يحدد المشكلات القابلة للحل وهو الذي يقرر الأهداف وهو الذي يفحص الاستجابات ونتائجها ويعمل على تصحيحها (أبو أسعد، 2008، 39).

واهتمت فيرجينيا ساتير رائدة العلاج الأسري الخبراتي بما يحدث بين الناس أثناء اتصالهم ببعضهم. تنظر إلى الإنسان على أنه دائم التطور ودائم الاستعداد للنمو والتغيير والفهم. وتعتبر الأعراض وسيلة تعبيرية حيث تقول في كتابها "أن الأعراض هي طريقة اتصالية غير لغوية" (Satir, 1992, 82) وتؤكد على أهمية التواصل والخبرة الانفعالية للأسرة، كما تركز على تقدير الذات وتعتقد بأن كل فرد يمتلك في داخله القدرات التي تمكنه من النمو، ولكنه يجهل هذه القدرات (Prud'homme, 1977) ويذكر حنفي (2007، 67) نقلا عن (correy, 2001) أن التقنيات التي استخدمتها ساتير لتسهيل عملية التواصل، نابعة من إحساسها بما يحتاجه الفرد أو الأسرة، هذا بالإضافة إلى استفادتها من العديد من تقنيات المداخل العلاجية الأخرى مثل العلاج الجشتالطي السيكودراما، والعلاج المتمركز حول الشخص.

من هنا تتمثل وظيفة المعالج الأسري في تدعيم صورة الذات وتقدير الذات لدى كل أفراد الأسرة، ومساعدة الأسرة في إدراك قوانينها غير المكتوبة، خاصة تلك التي تشمل تبادل المشاعر أو تلك التي تسبب الألم للأسرة أو لبعض الأفراد فيها.

وبالرغم من تكوين الأخصائي النفسي الجزائري، والاعتراف به قانونا، فإن الأسرة الجزائرية لا تزال تلجئ إلى التقنيات العلاجية التقليدية، نظرا لمجموعة من الأسباب بعضها راجع إلى المعتقدات الثقافية التي لا تزال مستمرة، والتي تفسر الاضطراب بأنه ناتج عن تأثير القوى الغيبية، وبالتالي فإن المعالج هو القادر على التغلب على هذه القوى وفي المقابل هناك غياب للبدليل، فالمختص النفسي لا يزال غائبا عن ساحة الممارسة العلاجية رغم كل الجهود المستثمرة.

1-1. تساؤلات الدراسة:

وبناء على ما سبق يتبادر إلينا التساؤل التالي: هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالعوامل الخاصة بالأسرة والعوامل الخاصة بالمختص النفسي؟

ومنه تتفرع الأسئلة التالية:

- هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالمستوى التعليمي للأسرة؟
- هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بمستوى الدخل للأسرة؟
- هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بإطار عمل المختص النفسي؟
- هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالخبرة لدى المختص النفسي؟

1-2. الفرضيات:

- يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالمستوى التعليمي للأسرة.
- يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بمستوى الدخل للأسرة .
- يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالخبرة لدى المعالج.
- يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بإطار العمل: العام أو الخاص.

1-3. الهدف من الدراسة: نهدف في هذا البحث إلى ما يلي:

- الكشف عن العوامل المؤثرة في تطبيق العلاج الأسري في الجزائر.
- إثبات أن المستوى الدراسي للأسرة يؤثر في تطبيق العلاج الأسري في الجزائر.
- إثبات أن مستوى الدخل للأسرة يؤثر في تطبيق العلاج الأسري بالجزائر.
- إثبات بأن عامل الخبرة لدى المعالج يؤثر في تطبيق العلاج الأسري في الجزائر.

- إثبات أن إطار العمل يؤثر في تطبيق العلاج الأسري في الجزائر.

1-4. التعاريف الإجرائية:

العلاج الأسري: يتمثل في الطريقة العلاجية التي تعتبر الأسرة موضوع اهتمامها وتهدف إلى تحسين العلاقات داخل الأسرة، حيث أنها تعتبر منشأ الاضطرابات بالنسبة للأفراد وبالتالي فإن علاج الفرد لا ينجح إلا بعلاج الأسرة المنشئة للاضطراب يقوم به المختص النفسي إما بطلب مباشر من أفراد الأسرة، أو بقناعة منه. كما قد يفرض العلاج الأسري على المعالج بعد فشل المحاولات العلاجية للحالات الفردية ويمكن الكشف عن ماهيته بواسطة استبيان العلاج الأسري المعد من قبل الباحثة.

الأسرة الجزائرية: تقصد الباحثة في هذه الدراسة بالأسرة الجزائرية، ذلك النظام المترابط الذي يتشكل من أفراد يعيشون في منزل واحد، تربطهم علاقات دموية، وملتمون ببعضهم حيث يتأثر كل فرد بباقي الأفراد، ويؤثر فيهم وتتميز الأسرة الجزائرية بتحولها من أسرة موسعة إلى أسرة نوية، مع تمسكها بالعلاقات والروابط، وحفاظها على العديد من خصائص الأسرة الموسعة.

المستوى الاقتصادي للأسرة: يتمثل المستوى الاقتصادي للأسرة في الدخل الكلي، أي بين الزوجين، والثابت للأسرة سواء كان راتب شهري أو دخل يومي. وانطلاقاً من واقع الأسرة الجزائرية قد تم في هذه الدراسة تحديد (4) مستويات متباينة للدخل الأسري:

- مستوى متدني أقل من 30000 .
- مستوى متوسط أكثر من 30000 إلى 60000.
- مستوى جيد أكثر من 60000 إلى 90000.
- مستوى مرتفع أكثر من 90000.

المستوى التعليمي: يتمثل المستوى التعليمي في مستوى التعليم الأكاديمي للزوجين وفي هذه الدراسة قد اعتبرت الباحثة أن مستوى الأسرة يتمثل في أعلى مستوى بين الطرفين. وقد تم تحديد أربعة مستويات: ابتدائي، متوسط، ثانوي وجامعي.

الخبرة المهنية: ويقصد بها في هذا البحث بالممارسة النفسية العيادية المنتظمة والمستمرة أي كما وكيفا وقد تمثلت في 5 سنوات على الأقل في مجال الصحة النفسية.

الإطار المهني: يمثل الإطار الشروط التي يجب أن تتوفر لكي يتمكن النفساني من ممارسة وتطبيق العلاج الأسري، وقد حددت الباحثة نوعين من الإطار لعمل المختص النفسي العيادي في الجزائر: الإطار العام: أي في القطاع العام والمتمثل في المراكز الاستشفائية للصحة العمومية، كالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران والمركز الاستشفائي بن زرجب بعين تموشنت، ومشفى الأمراض العقلية بمستغانم. أما الإطار الخاص: فنقصد به العيادات الخاصة، سواء كانت في إطار العمل الحر بالنسبة للمختص النفسي، أو العمل في عيادة طبية خاصة كالعيادة النفسية ل. ع. ب.، وعيادة المتابعة النفسية س. م. ل. بعين تموشنت وعيادة ب. م. للمتابعة النفسية بوهران.

2 - الطريقة والأدوات:

2.1 - **منهج الدراسة:** لتحقيق أهداف البحث تبنت الباحثة المنهج الوصفي، الذي يعتمد على قياس العلاقة بين متغيرات البحث قياساً إحصائياً وهذا لأنه يخدم أهداف البحث.

2.2- عينة الدراسة: تمثلت عينة الدراسة في (120) أسرة جزائرية، تم اختيارها بطريقة قصدية وهي الأسر التي كانت تتردد لدى المختصين النفسيين، في القطاع العام والخاص، أما برغبة منها أو بتوصية من الطبيب المعالج أو طرف آخر كالمدرسة وقد تم اختيار العينة من ثلاث ولايات نموذجية هي وهران، مستغانم وعين تموشنت وقد تم حذف حالتين نظرا لعدم تكملة الإجابة ومنه أصبحت عينة الدراسة مكونة من (118) أسرة.

مواصفات العينة: تم اختيار عينة الدراسة حسب المواصفات التالية:

أ. **حسب المستوى التعليمي:** تتكون العينة من (22%) من الحالات لها مستوى تعليمي متدني أي ابتدائي (17.8%)، من الحالات لها مستوى متوسط، بينما تمثلت نسبة أصحاب المستوى التعليمي الثانوي بـ (30.5%)، أما نسبة أصحاب المستوى الجامعي فتمثلت في (29.7%).

ب. **حسب مستوى الدخل:** تتكون العينة من أسر ذوي الدخل الضعيف أي أقل من (30000) بنسبة (21%). وذوي الدخل المرتفع أي من (60000) إلى (90000) بنسبة (20.3%) وأكثر من (90000) بنسبة (17.8%) ويجدر بنا الإشارة إلى أن أكبر نسبة كانت لأصحاب الدخل المتوسط أي بين (30000) و (60000) دج وذلك بنسبة (40.7%)، فعينة البحث مشكلة من كل المستويات بنسب تقريبا متقاربة مع ارتفاع نسبة أصحاب الدخل المتوسط.

ج. **حسب القطاع:** أن نسبة الحالات في القطاع الخاص تساوي 67.8% تفوق نسبة الحالات في القطاع العام المساوية لـ 32.2%.

د. **حسب خبرة المختص النفسي:** تتوزع عينة الدراسة على المختصين الذين تتراوح خبرتهم ما بين 11 و 15 سنة بنسبة 50% والمختصين الذين تتراوح خبرتهم ما بين 6 إلى 10 سنوات بنسبة 26.3%. أما المختصين الذين تزيد خبرتهم عن 15 سنة فقد تحصلوا على نسبة 23.7%.

2.3- **حدود الدراسة:** تم إجراء الدراسة، خلال الفترة الممتدة من أبريل 2015 إلى غاية جوان 2016، في المكاتب التي يعمل بها المختصين من مراكز استشفائية وعيادات الخاصة، تمثلت في: 8 عيادات خاصة، 4 بعين تموشنت، 2 بوههران، و 2 بمستغانم. المشفى الجامعي بوههران، المركز الاستشفائي الجامعي ايسطو وهران، المركز الاستشفائي شيقيفارا بمستغانم، مشفى الأمراض العقلية بمستغانم المركز الاستشفائي بن زرجب بعين تموشنت.

2.4- أدوات الدراسة:

1. **استبيان العلاج الأسري:** تم بناء الاستبيان من طرف الباحثة، وقد اعتمدت في بنائها على خبرتها المهنية واحتكاكها الدائم مع الحالات ومع المختصين، حيث يتشكل هذا الاستبيان في صورته النهائية من 54 عبارة موزعة على أربعة أبعاد: بعد المستوى التعليمي للأسرة، بعد خبرة المعالج، بعد الإطار (عام. خاص)، بعد الدخل الأسري.

الخصائص السيكومترية لاستبيان العلاج الأسري في الجزائر:

أولا. صدق المقياس: قمنا بحساب الأنواع التالية من الصدق:

أ- **الصدق الظاهري:** قامت الباحثة بالتأكد من الصدق الظاهري للاستبيان من خلال تمريره على مجموعة من المحكمين (ن = 8) من أساتذة الجامعة والمختصين النفسيين، حيث طلبت منهم الباحثة التأكد من مناسبة الفقرات للمحاور التي تنتمي إليها، ومدى تغطية تلك المحاور لكل الجوانب التي يسعى الاستبيان للكشف عنها وأيضا من سلامة صياغة اللغوية للفقرات والتعليمية.

قدم المحكمون ملاحظات أخذتها الباحثة بعين الاعتبار، وبعد حساب النسبة المئوية لآراء المحكمين تبين أن نسبة الاتفاق حول مناسبة الفقرات للمحاور التي تنتمي إليها بين 75% و 85%، علما بأن الباحثة قامت بحذف الفقرات التي رأى المحكمون أنها تتكرر في مضمونها (تتشابه في الهدف الذي تسعى إليه) والتي كان عددها 3 فقرات (7، 25، 32)، حيث أصبح الاستبيان يتشكل من 54 عبارة كما هو موضح في الشكل التالي:

جدول (1) توزيع العبارات على أبعاد الاستبيان بعد ملاحظات المحكمين

الأبعاد	رقم العبارة (الملحق)
المستوى التعليمي للأسرة	1،2،3،4،5،6،7،8،9،10،11،12،13،14،15،16
خبرة المعالج	30،31،32،33،34،35،36،37،38،39،40،41،42
الإطار (عام/خاص)	43،44،45،46،47،48،49،50،51،52،53،54
الدخل الأسري	17،18،19،20،21،22،23،24،25،26،27،28،29

ب - صدق الاتساق الداخلي: لأجل التحقق من الاتساق الداخلي للاستبيان، قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين الفقرات والمحاور التي تنتمي إليها، إلى جانب معاملات الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للاستبيان بعد توزيعه على عينة استطلاعية مكونة من 30 أسرة بمعدل فرد من كل أسرة (المتردد على المختص النفسي).

جدول (2) الاتساق الداخلي لمحور المستوى التعليمي

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	1,75	0.856	0.23	0.05
02	1,56	0.727	0.64	0.01
03	1,56	0.727	0.57	0.05
04	1,50	0.730	0.67	0.01
05	1,44	0.727	0.43	0.05
06	1,50	0.730	0.31	0.01
07	1,38	0.719	0.61	0.05
08	1,38	0.619	0.48	0.05
09	1,44	0.727	0.43	0.05
10	1,50	0.730	0.66	0.01
11	1,75	0.856	0.58	0.05
12	1,50	0.730	0.67	0.01
13	1,31	0.479	0.28	0.05
14	1,31	0.602	0.67	0.01
15	1,50	0.730	0.66	0.01
16	1,69	0.704	0.21	0.05

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور المستوى التعليمي للأسرة يتراوح بين 0.21 للفقرة 16 و 0.67 لكل من الفقرة 4، 12 و 14، علما كل قيم معامل الارتباط لبيرسون

فوق درجة القطع التي حددتها الباحثة للإبقاء على الفقرة ضمن المحور وهي 0.20، وعليه فإن كل فقرات محور المستوى التعليمي تقيس الهدف ذاته وتتمتع باتساق داخلي مقبول على العموم.

جدول(3) الاتساق الداخلي لمحور الدخل الأسري

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
17	1,88	0.719	0.42	0.05
18	2,13	0.806	0.56	0.01
19	2,13	0.806	0.58	0.01
20	2,13	0.806	0.46	0.05
21	1,94	0.680	0.34	0.05
22	2,06	0.854	0.59	0.05
23	2,13	0.806	0.53	0.05
24	2,06	0.772	0.55	0.05
25	2,13	0.806	0.60	0.05
26	2,06	0.772	0.61	0.05
27	2,06	0.854	0.66	0.01
28	2,19	0.834	0.54	0.05
29	2,00	0.816	0.62	0.05

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الدخل الأسري يتراوح بين 0.34 للفقرة 21 و0.66 للفقرة 27، حيث أن كل قيم معامل الارتباط ليبرسون فوق درجة القطع التي حددتها الباحثة للإبقاء على الفقرة ضمن المحور وهي 0.20. وعليه فإن كل فقرات محور الدخل الأسري تقيس الهدف ذاته وتتمتع باتساق داخلي مقبول على العموم.

جدول(4) الاتساق الداخلي لمحور خبرة المعالج

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
30	1,44	0.512	0.52	0.05
31	1,56	0.727	0.42	0.05
32	1,44	0.629	0.48	0.05
33	1,50	0.632	0.48	0.05
34	2,06	0.854	0.25	0.05
35	1,69	0.479	0.42	0.05
36	1,56	0.727	0.41	0.05
37	1,31	0.479	0.39	0.05
38	1,50	0.632	0.59	0.05
39	1,25	0.577	0.45	0.05
40	1,25	0.447	0.26	0.05
41	1,44	0.512	0.52	0.05
42	1,44	0.629	0.59	0.05

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الخبرة يتراوح بين 0.25 للفقرة 34 و 0.59 للفقرة 38 والفقرة 42، حيث أن كل قيم معامل الارتباط ليبرسون فوق درجة القطع التي حددتها الباحثة للإبقاء على الفقرة ضمن المحور وهي 0.20، وعليه فإن كل فقرات محور الخبرة تقيس الهدف ذاته وتتمتع باتساق داخلي مقبول على العموم.

جدول (5) الاتساق الداخلي لمحور القطاع (عام/خاص)

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
43	1,38	0.500	0.66	0.01
44	1,38	0.500	0.72	0.01
45	1,31	0.479	0.74	0.01
46	1,56	0.512	0.74	0.01
47	1,38	0.500	0.51	0.05
48	1,31	0.479	0.71	0.01
49	1,31	0.479	0.78	0.01
50	1,50	0.516	0.72	0.01
51	1,38	0.500	0.82	0.01
52	1,31	0.479	0.74	0.01
53	1,31	0.479	0.90	0.01
54	1,50	0.516	0.63	0.01

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الإطار يتراوح بين 0.51 للفقرة 47 و 0.90 للفقرة 53، حيث أن كل قيم معامل الارتباط ليبرسون فوق درجة القطع التي حددتها الباحثة للإبقاء على الفقرة ضمن المحور وهي 0.20، وعليه فإن كل فقرات محور الإطار تقيس الهدف ذاته وتتمتع باتساق داخلي مقبول.

ثانياً. ثبات المقياس: تم التحقق من الثبات من خلال معادلة ألفا لكرومباخ، التي تدل على ثبات الاتساق الداخلي للاستبيان، كما هو مبين في الجدول التالي.

جدول (6) حساب الثبات من خلال معادلة ألفا لكرونباخ

عدد الفقرات	قيمة معامل ألفا
54	0.886

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تساوي 0.87 وعليه فإن الاستبيان يتمتع بثبات اتساق داخلي كبير، مما يمنح الباحثة ثقة في استخدامه في الدراسة الأساسية باطمئنان نسبي، ومن هذه النتائج يمكننا القول بأن استبيان العلاج الأسري في الجزائر، المعد من طرف الباحثة لقياس مدى تأثير العوامل الخاصة بالأسر والعوامل الخاصة بالمعالج في تطبيق العلاج الأسري، يتميز بالصدق والثبات جيدين. ومنه يمكن استعماله في البحث الحالي.

ثالثاً. **طريقة التمرير:** قامت الباحثة بتوزيع الاستمارات على المختصين الذين قاموا بتمريرها على الحالات التي يتابعونها، وكانت تعقد جلسات توضيحية مع المختصين قبل ذلك لمناقشة كيفية التمرير والتوضيح للحالات وشاركت الباحثة في كثير من الأحيان مع المختص النفسي، حيث تم تقديمها للأسرة من قبل المختص، كما أنها قامت بتمرير جزء من الاستمارات مباشرة على الحالات التي كانت تتابعها في عيادتها الخاصة.

رابعاً. **طريقة التفرغ:** بعد استعادة نسخ الاستمارات قامت الباحثة بتفريغها وترميزها على برنامج SPSS v.20 على أن يتم فحصها وتحليلها، وقد تم ذلك بمساعدة مختص بالقياس النفسي.

الأساليب الإحصائية: لقد تمت المعالجة الإحصائية عن طريق البرنامج الإحصائي SPSSv20 .
المتوسط الحسابي: لوصف معطيات الدراسة.

النسبة المئوية: لوصف معطيات الدراسة.

اختبار ليفين: للتأكد من تجانس التباين والذي هو شرط أساسي لحساب حجم التأثير.

مربع إيتا 2: للوقوف على حجم التأثير الذي يحدثه كل عامل من عوامل الدراسة على تطبيق العلاج الأسري. حيث يجب حساب حجم التأثير بعد التأكد من شرط تجانس التباين.

3- النتائج ومناقشتها:

1. هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالمستوى التعليمي للأسرة ؟

للإجابة عن السؤال المطروح قامت الباحثة بحساب معامل مربع إيتا بعد التأكد من شرط تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين حسب النتائج الموضحة في الجدول أدناه:

جدول (7) فحص تجانس التباين لدرجات عامل المستوى التعليمي للأسرة حسب اختبار ليفين لحساب التجانس

المتغير	F	القيمة الاحتمالية sig
المستوى التعليمي	6.26	0.10

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن قيمة اختبار ليفين هي 6.26، وبما أن القيمة الاحتمالية 0.10 أكبر من مستوى الدلالة 0.05 يتحقق شرط تجانس التباين ويمكن حساب معامل مربع إيتا.

جدول (8) عرض النتائج المتعلقة بحجم تأثير المستوى التعليمي

المتغيرات	العينة	قيمة إيتا	قيمة مربع إيتا	حجم التأثير	
				كبير	محدود
المستوى التعليمي	118	0.37	0.142	*	
العلاج الأسري					

حسب دليل تفسير قيمة مربع إيتا فإنه إذا كانت قيمة مربع إيتا أكبر من أو مساوي لـ 0.14 فإن التأثير يكون واسع، ومما نلاحظه من خلال الجدول أن قيمة إيتا تساوي 0.142 وهي أكبر من 0.14 وبالتالي حجم

التأثير بالنسبة للمستوى التعليمي يكون واسعاً، أي أن تطبيق العلاج الأسري يتأثر بالمستوى التعليمي للأسر في معنى أنّ الأسر ذات مستوى تعليمي مرتفع أكثر إقبالاً على هذا النوع من العلاج.

ونستنتج من ذلك أن الأفراد كلما كان لديهم مستوى تعليمي عالي كلما اندمجوا مع العلاج الأسري وتمكنوا من التجاوب أكثر مع المختص، كما أنهم أقل اعتمادية في تطبيق التمارين ومنه يمكننا أن نستنتج بأن المستوى التعليمي للأبوين يؤثر على أداء الأسرة لوظائفها وبالتالي فهذا يبرر فرضية بحثنا التي تنص بأن المستوى التعليمي للأسرة يؤثر في تطبيق العلاج الأسري وهذه النتيجة تدعم نتيجة الدراسة التي قامت بها الباحثة غنام(2010)، حول عمالة الأطفال في الجزائر وعلاقتها بظروف الأسرة، حيث أفادت بأن معظم المبحوثين ينتمون إلى أسر يتميز فيها الآباء بمستوى تعليمي منخفض، فمعظمهم لا يملكون المؤهلات العلمية والفكرية التي تساعد على مواجهة مصاعب واحتياجات الأسرة. كما أشارت ذات الدراسة إلى أن المستوى التعليمي للأمهات منخفض جداً وأكثرهم أميات كما أثبتت الدراسة التي قامت بها قارة(2012) حول الأسرة والسلوك الانحرافي للمراهق بوجود علاقة بين المستوى التعليمي للوالدين والسلوك الانحرافي للمراهق وحسب عبد الخطيب(2007)، فإن تعليم الآباء والأمهات ينعكس إيجاباً على تحصيل أبنائهم وتوقعهم الدراسي ومما سبق نستنتج بأن المستوى التعليمي للأسرة والمتمثل في مستوى الأبوين يؤثر في أداء الأسرة لوظائفها كما يؤثر في اتخاذ القرار واختيار المسار العلاجي المناسب، ومنه نستنتج بأن تطبيق العلاج الأسري في الجزائر يتأثر بالمستوى التعليمي للأسرة.

2- هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بمستوى الدخل للأسرة ؟

للإجابة عن السؤال المطروح قامت الباحثة بحساب معامل مربع إيتا بعد التأكد من شرط تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين حسب النتائج الموضحة في الجدول أدناه.

جدول(9) فحص تجانس التباين لدرجات عامل مستوى الدخل وتأثيره في تطبيق العلاج الأسري حسب اختبار ليفين لحساب التجانس

المتغير	F	القيمة الاحتمالية sig
الدخل	1.45	0.23

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار ليفين هي 1.45، وبما أن القيمة الاحتمالية 0.23 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 يتحقق شرط تجانس التباين ويمكن حساب معامل مربع إيتا.

جدول(10) عرض النتائج المتعلقة بحجم تأثير مستوى الدخل

المتغيرات	العينة	قيمة إيتا	قيمة مربع إيتا	حجم التأثير	
				متوسط	محدود
مستوى الدخل العلاج الأسري	118	0.164	0.027	*	

حسب دليل تفسير قيمة مربع إيتا فإنه إذا كانت قيمة مربع إيتا أكبر من أو مساوي لـ 0.14 فإن التأثير يكون واسع، ومما نلاحظه من خلال الجدول أن قيمة إيتا تساوي 0.142 وهي أكبر من 0.14 وبالتالي حجم التأثير بالنسبة للمستوى التعليمي يكون واسعا.

بالرغم من أن العامل الاقتصادي يعتبر مهما في إشباع الحاجات الأساسية والمتغيرة لأفراد الأسرة والوسيلة للمحافظة على بنائها المادي، والنفسي، والاجتماعي ويترتب على قصور العامل الاقتصادي الفقر الذي سيحرم أفراد الأسرة من تلبية حاجاتهم وتوفير متطلبات الحياة الأساسية. فقد أظهر الجدول أعلاه أن قيمة اختبار ليفن هي 1.25، وبما أن القيمة الإحصائية 0.26 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05. بما يعني بأنها غير دالة إحصائيا.

إن قيمة اختبار ليفن بالنسبة لعامل مستوى الدخل و تأثيره في تطبيق العلاج الأسري هي 1.45، وبما أن القيمة الاحتمالية هي 0.23 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05. فهذا يعني بأنها غير دالة إحصائيا.

مما يدل على أن تدني مستوى الدخل للأسرة لا يؤثر في تطبيق العلاج الأسري، وهذا رغم أن أغلب الدراسات أثبتت أهمية هذا العامل وتأثيره على أداء الأسرة لمهامها حيث أسفرت نتائج الدراسة التي قامت بها غنام(2010) حول عمالة الأطفال في الجزائر وعلاقتها بظروف الأسرة، أن معظم المبحوثين ينتمون إلى أسر ذات مستوى اقتصادي متدني، لأن أغلب الآباء يمارسون أعمال بسيطة أو بطالين، أما الأمهات فأغلبهم ماكنات في البيت. أما دراسة قارة(2012) حول الأسرة و السلوك الانحرافي للمراهق فقد أثبتت أن هناك علاقة بين الوضع الاقتصادي للأسرة والسلوك الانحرافي للمراهق، حيث أن أغلب الوظائف التي يمارسها آباء المبحوثين هي وظائف بسيطة ذات أجر محدود لا يلبي احتياجات أفراد الأسرة ونتيجة لعدم كفاية الدخل والمصروف يلجأ المراهق إلى العمل، وفي بعض الأحيان يضطر إلى استعمال طرق غير شرعية للحصول على المال.

إن النتائج التي توصلت إليها الباحثة حول عدم تأثير مستوى الدخل في تطبيق العلاج الأسري، لا تتفق مع الدراسات السابقة المذكورة والتي أثبتت تأثير هذا العامل في عمالة الأطفال وكذا في ظهور السلوك الإنحرافي للمراهقين، وقد يفسر ذلك كما يلي: بأن الأسرة ذات الدخل المتدني قد تدفع بأطفالها إلى العمالة، وخاصة الذكور كما ذكرت الباحثة، وهو ما قد تعتبره الأسرة رمز للجولة والنضج. أما عندما يتعلق الأمر بصحة الأفراد وثبات الوحدة الأسرية فإن الأسرة تستثمر للمحافظة على كيانها بغض النظر عن مستواها الاقتصادي، خاصة مع توفر الخدمات الصحية المجانية. ومنه نستنتج أن مستوى الدخل بالنسبة للأسرة لا يؤثر في تطبيق العلاج الأسري في الجزائر.

3- يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بإطار عمل المختص النفسي.

للإجابة عن السؤال المطروح قامت الباحثة بحساب معامل مربع إيتا بعد التأكد من شرط تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين حسب النتائج الموضحة في الجدول أدناه:

جدول (11) فحص تجانس التباين لدرجات عامل الإطار حسب اختبار ليفين لحساب التجانس

المتغير	F	القيمة الاحتمالية sig
الإطار	1.25	0.26

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار ليفن هي 1.25، وبما أن القيمة الاحتمالية 0.26 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 يتحقق شرط تجانس التباين ويمكن حساب معامل مربع إيتا.

جدول(12) عرض النتائج المتعلقة بحجم تأثير الإطار

المتغيرات	العينة	قيمة إيتا	قيمة مربع إيتا	حجم التأثير	
				كبير	متوسط
الإطار العلاج الأسري	118	0.104	0.011	*	

حسب دليل تفسير قيمة مربع إيتا فإنه إذا كانت قيمة مربع إيتا مساوي لـ 0.01 فإن التأثير يكون محدود ومما نلاحظه من خلال الجدول أن قيمة إيتا تساوي 0.011 ومنه فإن تأثير الإطار ضعيف وبالتالي تدل النتائج على عدم تحقق الفرضية الخاصة بإطار العمل فتطبيق العلاج الأسري لا يتأثر بإطار عمل المختص النفسي. لقد أثبتت العديد من الدراسات الميدانية أن المختص النفسي في الجزائر يعاني من صعوبات بسبب عدم توفر الشروط الضرورية لمزاولة المهنة. من بين هذه الدراسات: دراسة زهار (2010) حول "معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية" والتي أثبتت أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانات لها أهمية بالغة، ويمكن تفسير ذلك بقلة الإمكانيات المادية من مكاتب مريحة هذا إن وجدت، وأدوات فحص حديثة وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة تاوريننت (2010) لكي يؤدي الأخصائي النفسي مهمته على أكمل وجه، لا بد أن تتوفر لديه مكتب مريح وملئم للحالات التي يستقبلها، وأدوات ووسائل خاصة تساعده في عمله. وعلى خلاف ما كشفت عنه الدراسات السابقة، عن انعدام الإمكانيات بالنسبة للمختص النفسي في الجزائر، لقد اكتشفت الباحثة من ملاحظاتها الميدانية، أن هناك اهتمام بتوفير الشروط اللازمة لعمل المختصين النفسيين، حيث تم فتح خلايا للمساعدة، الاستماع والتوجيه النفسي، كما وضع تحت تصرف المختصين، على سبيل المثال بمشفي وهران قاعة خاصة باستقبال أفراد الأسرة، وتم فتح في 2014 قسم لاستقبال الحالات التي تعاني من الألم Service anti douleur، أين يلعب المختص النفسي دور أساسي إلى جانب الفريق الطبي. إلا أنه لا يزال المختص النفسي في القطاع العام غائبا بعد أوقات الدوام الرسمي، حيث لا توجد مناوبة، مثلا في نهاية الأسبوع أو في العطل الرسمية. ومما سبق نستنتج بأن الإطار لا يؤثر في تطبيق العلاج الأسري.

4- هل يتأثر تطبيق العلاج الأسري في الجزائر بالخبرة المهنية لدى المختص النفسي؟

للإجابة عن السؤال المطروح قامت الباحثة بحساب معامل مربع إيتا بعد التأكد من شرط تجانس التباين باستخدام اختبار ليفين حسب النتائج الموضحة في الجدول أدناه:

جدول(13) فحص تجانس التباين لدرجات عامل الخبرة حسب اختبار ليفين لحساب التجانس

اختبار ليفين لحساب التجانس		
المتغير	F	القيمة الاحتمالية sig
الخبرة	6.88	0.06

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار ليفن هي 6.88، وبما أن القيمة الاحتمالية 0.06 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 يتحقق شرط تجانس التباين ويمكن حساب معامل مربع إيتا.

حساب حجم التأثير بالنسبة لعامل الخبرة:

جدول (14) تأثير عامل الخبرة

المتغيرات	العينة	قيمة إيتا	قيمة مربع إيتا	حجم التأثير	
				متوسط	محدود
الخبرة	118	0.391	0.15	كبير	*
العلاج الأسري					

حسب دليل تفسير قيمة مربع إيتا فإنه إذا كانت قيمة مربع إيتا أكبر من أو مساوي لـ 0.14 فإن التأثير يكون واسع، ومما نلاحظه إن نسبة مربع إيتا الخاص بحجم التأثير بالنسبة لعامل الخبرة مساو لـ 0.15 وهي أكبر من 0.14 أي بمعنى أن تأثير عامل الخبرة كبير.

فالخبرة ضرورية ليتمكن المختص من التعامل مع الأسرة وخاصة مع غياب التكوين المتخصص حيث يرى بعضهم بأن الخبرة هي في حد ذاتها تكوين، فكل حالة يتعامل معها المختص النفسي، هي فريدة من نوعها وسيتعلم منها الكثير أما البعض الآخر فإنهم يجدون بأن الخبرة ضرورية إلى جانب التكوين، حيث أن التكوين يزود المختص النفسي بطريقة العمل وبالتقنيات وكيفية استعمالها، وتعمل الخبرة على تجسيد وترسيخ هذه المعارف.

تعتبر الخبرة أهم عامل مؤثر في تطبيق العلاج الأسري لأنها تتحت شخصية المعالج التي هي أداة عمله كما أن المختص النفسي بفعل الخبرة يصبح قادرا على كسب ثقة المريض وبالتالي يكون قادرا على إقناعه بمنهجه العلاجي. وقد أثبتت الدراسات السابقة أن نقص الخبرة لدى المختص النفسي تتسبب في العديد من المشكلات وهي عامل مهم في عدم الرضا المهني. من بين هذه الدراسات نذكر دراسة دبراسو (2015)، فقد ذكرت الباحثة بأن من بين الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي هي نقص الخبرة وصعوبة التعامل مع الحالات. ومنه نستنتج أن عامل الخبرة يؤثر في تطبيق العلاج الأسري.

4-الخلاصة:

نستنتج مما سبق أن العلاج الأسري في الجزائر (من خلال الثلاثة ولايات المدروسة) يعيش مرحلة تبلور وتوسع حيث نجد أن هناك من المختصين من أصبح يوسع نطاق عمله مع الحالة التي يعالجها ليجد نفسه يعمل مع أكثر من فرد في الأسرة وغالبا ما يكتشف النفساني أن تحسن وشفاء حالته متوقف على تحسين الجو الأسري الذي يعيش فيه. وكثيرا ما ينتقل الاضطراب من فرد إلى آخر فتجد الأم، خلال فترة متابعتها لأحد أبنائها تستشير المختص عن فرد آخر، وأحيانا عندما يتحسن المريض، يظهر مريض آخر في الأسرة. وما هذه إلا طبيعة النسق غير الوظيفي، فالمرض يؤدي وظيفة المحافظة على التوازن ومنه فإن العلاج الأسري أصبح يفرض وجوده على النفسانيين الممارسين في مجال الصحة وقد اكتشفت الباحثة من خلال دراستها أن الأسرة، مهما كان مستواها التعليمي أو مستوى الدخل لديها، فهي في حاجة المختص النفسي، لمساعدتها على الحفاظ على توازنها دون اللجوء إلى الأعراض أو الصراعات.

ومن جهة أخرى فإنه للمختص النفسي، سواء كان في القطاع العام أو الخاص، دور مهم جدا عليه أن يقوم به، هذا الدور يعتبر التزاما تجاه الحالات التي تنتظر مساعدته، وتجاه المجتمع الذي ينتظر منه الكفاءة والفاعلية، وتجاه علم النفس، للنهوض به وإثبات وجوده وفعاليتها في المجتمع الجزائري.

التوصيات: توصي الدراسة بما يلي:

- ضرورة الاهتمام بتكوين المختص النفسي، في مجال العلاج الأسري، كأن يفتح فرع خاص بتكوين المعالجين على مستوى الجامعة.
- ضرورة الاهتمام أثناء التكوين بالجوانب الشخصية والقدرات والاستعدادات لدى الطلبة لأنها ستكون أدواتهم الأساسية.
- ضرورة توطيد العلاقة بين البحث والممارسة في مجال العلاج، لتحقيق التكامل والدعم المتبادل.
- ضرورة متابعة المختص النفسي لتكوين مستمر حتى بعد التوظيف.
- تنظيم لقاءات يجتمع فيها المختصين النفسيين لمناقشة تقنياتهم وطرح انشغالاتهم المهنية.

- الإحالات والمراجع:

- أبو أسعد عبد اللطيف، أحمد وختاتنة محسن، سامي (2014). *سيكولوجية المشكلات الأسرية*. (ط2). عمان: دار الميسرة.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2008). *الإرشاد النفسي*. عمان: دار الشروق.
- أبو سكينه، حسن نادية وخضر، عبد الرحمن منال. (2011). *العلاقات والمشكلات الأسرية*. مصر: دار الفكر.
- بن عبد الله، محمد (2010). *سكوباثولوجيا الشخصية المغربية*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- بوتفونشنت، مصطفى (1984). *العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة*. ترجمة: دمري أحمد. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- تاويريت، نور الدين (2010). *صعوبات الممارسة السيكولوجية في الجزائر حالة ولاية بسكرة*. مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية. العدد 11. 112-120.
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية (2009). العدد 43. 22 يوليو.
- حامد عبد العزيز الفقي (1984). *دراسات في سيكولوجيا النمو*. الكويت: دار القلم.
- حجازي مصطفى (2005). *مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور*. لبنان: المركز الثقافي العربي.
- حنفي عبد النبي، علي (2007). *الإرشاد الأسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخطيب، عبد الحميد سلوى (2007). *نظرة في علم الاجتماع الأسري*. مصر: المصرية لخدمات الطباعة.
- الخولي، سناء (2003). *التغير الاجتماعي الحديث*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- الخولي، سناء (2011). *الأسرة في عالم متغير*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- ديراسو، فطيمة (2015). *أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الميدانية، دراسة ميدانية لمدينة بسكرة*. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. العدد 21.
- زرارقة مامي، فيروز (2014). *الأسرة والانحراف بين النظرية والتطبيق*. عمان: دار الأيام.
- زرارقة، فيروز (2004-2005). *الأسرة وعلاقتها بانحراف الحدث المراهق*. جامعة منتوري: قسنطينة.
- زهار، جمال وترزولت عمروني، حورية (2015). *معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري - معاينة ميدانية*. مجلة جامعة قاصدي مرباح. الجزائر. العدد 21.
- الزيادي، محمود (1687). *علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والعلاج*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- سعيدى، محمد (2013). العائلة، عاداتها وتقاليدها بين الماضي والحاضر: الظاهرة الاحتفالية بالأعياد نموذجاً. *دفاتر إنسانيات*. العدد 4. 147-151.
- سليمان مسعود، ليلي (2004-2005). *العلاج الأسري وفعاليته في تقويم العلاقات وأثره على السلوك المضطرب للطفل المعاق والغير معاق*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة السانبا: وهران.
- السويدانى، محمد (1990). مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغير في المجتمع الجزائري المعاصر. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- السيد، صالح حزين (1995). *سيكوديناميات العلاقات الأسرية: النظرية- النموذج- التكنولوجيا*. جامعة عين شمس. القاهرة.
- شرابي، هشام (1991). *النظام الأبوي وإشكالية تخلف المجتمع العربي*. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- غنام، صليحة ومصطفى عوفي (2009-2010). *عمالة الأطفال وعلاقتها بظروف الأسرة- دراسة ميدانية بمدينة باتنة*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الحاج لخضر باتنة.
- قارة، ساسية وجصاص، الربيع (2011-2012). *الأسرة والسلوك الانحرافي للمراهق دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بثانوية كل من أحمد باي وعبد الحميد ابن باديس - ولاية قسنطينة*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة منتوري: قسنطينة.
- قاسمي، ناصر (2013). *سوسيولوجية العائلة والتغيير الاجتماعي*. مصر: دار الكتاب الحديث.
- معتصم ميموني، بدر (2003). *الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- المؤمن، داليا (2004). *الأسرة والعلاج الأسري*. مصر: دار السحاب.
- Andolfi, Maurizio.(2015).*La thérapie familiale multigénérationnelle : Outils etressources pour le thérapeute*. Deboeck Supérieur. Bruxelles.
- Elkaim, Mony.(2003). *Panorama des thérapie familiales*. SEUIL. Paris.
- Michard, Pierre.(2005). *La Thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy*. De boeck. Paris.
- Minuchin, Salvador. traduit par Du Ranquet, M. et wajeman, M.(1997). *Famille en thérapie*. Jean-pierre Delarge. Paris.
- Moutassem-Mimouni, Badra.(2004). *Naissances et abandons en Algérie*. KARTHALA. Paris.
- Prud'homme, J.(1977). « Virginia Sair: Le risque d'être soi. » *Santé mentale au Québec*. 2(1), doi:10.7202/030016ar
- Satir, Virginia.(1992). *Thérapie du couple et de la famille*. Desclée De Brouer.
- Van Heusden, Ammy. et Van Den Eereembeemt, E.(1994). *Thérapie familiale et génération – Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy*. PUF. Paris.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

سليمان مسعود، ليلي معتصم ميموني، بدر (2019). *العلاج الأسري في الجزائر والعوامل المؤثرة في تطبيقه "دراسة ميدانية في ثلاث ولايات نموذجية: وهران، مستغانم وعين تموشنت"*. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 5(4)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 180-197.