

تطبيقات العلاج المتمركز حول الحل في بيئة العمل الصحي (استعراض نظري لإمكانات التدخل مع الفرق الطبية والإدارية)

Applications of Solution-Focused Brief Therapy in Healthcare Work Environments (A Theoretical Review of Intervention Potentials with Medical and Administrative Teams)

إعداد الباحثة/ نجاح مقبول حسين كبيسي

باحثة دكتوراه علم النفس الإكلينيكي، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، المملكة العربية السعودية

Email: n.m.kobaisi@gmail.com

الملخص:

هدفت هذا البحث إلى تقديم تحليل نظري متعمق لإمكانات تطبيق العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي، مع التركيز على الفرق الطبية والإدارية داخل المستشفيات. وانطلق البحث من إشكالية مركزية مفادها ضعف استخدام النماذج النفسية الموجهة نحو الحلول في المؤسسات الصحية العربية، رغم الحاجة المتزايدة لتدخلات موجزة تدعم التماسك المهني والصحة النفسية للعاملين. واعتمد البحث على منهج تحليلي استقرائي، وراجعت الأدبيات النظرية والتجريبية ذات الصلة بالنموذج، من حيث نشأته ومبادئه وتقنياته، ومدى توافقه مع بيئة المستشفيات من حيث الاحتياجات، والتحديات، والبنية التنظيمية. وقد أظهرت نتائج التحليل أن SFBT يُعد نموذجًا مرئيًا وفعالًا يمكن دمجه في بيئة العمل الصحي لتعزيز التواصل، وتخفيف الضغوط، وبناء ثقافة التمكين. كما كشف البحث عن مجموعة من التحديات الثقافية والتنظيمية التي تتطلب تكييف النموذج محليًا، وتوفير تدريب متخصص للقيادات الصحية.

وفي ضوء ذلك، اقترح البحث نموذجًا تطبيقيًا تكامليًا لاستخدام SFBT في المستشفيات، يشمل محاور الدعم المهني، والإشراف العلاجي، والتدريب، والتواصل داخل الفرق. حيث يُعد النموذج المقترح إطارًا مهنيًا متكاملًا وقابلًا للتطبيق، يربط بين النظرية والممارسة ويستجيب لاحتياجات بيئة العمل الصحي في المملكة العربية السعودية، التي تتطلب أدوات مرنة وسريعة وفعالة لدعم الكوادر الصحية. ومن خلال دمج مبادئ العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في مجالات الإدارة، والدعم النفسي، والتدريب، يوفّر النموذج المقترح منظورًا جديدًا للتعامل مع الضغوط المهنية، وتطوير بيئة العمل، وتجويد الأداء المؤسسي بما يتماشى مع التحولات المعاصرة في الرعاية الصحية ويوصي البحث بإجراء بحوث ميدانية لاحقة للتحقق من فعالية هذا النموذج في البيئة السعودية.

الكلمات المفتاحية: العلاج المتمركز حول الحل (SFBT)، بيئة العمل، العمل الصحي، التمكين المهني، الصحة النفسية، التدخلات النفسية، الإشراف العلاجي.

Applications of Solution-Focused Brief Therapy in Healthcare Work Environments (A Theoretical Review of Intervention Potentials with Medical and Administrative Teams)

Najah Maqbool Hussein Kobaisi

PhD – Department of Psychology, College of Social Sciences, Imam Muhammad ibn Saud
Islamic University, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

Abstract

This study provides a theoretical analysis of the potential applications of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) within healthcare work environments, focusing on medical and administrative teams in hospitals. It addresses the limited adoption of solution-focused psychological models in Arab healthcare institutions, despite the increasing need for brief interventions that strengthen professional cohesion and support staff well-being. Using an analytical and inductive approach, the study reviewed theoretical and empirical literature on the origins, principles, and techniques of SFBT, as well as its suitability for hospital contexts in terms of organizational structures, challenges, and needs. Findings highlight that SFBT offers a flexible and effective framework that can be adapted to healthcare settings to improve communication, reduce stress, and foster empowerment among staff. The analysis also revealed cultural and organizational barriers that call for localized adaptation of the model and targeted training for healthcare leaders.

In response, the study proposes an integrative practical model for implementing SFBT in hospitals, built around four core dimensions: professional support, clinical supervision, training, and team communication. This framework bridges theory and practice, addressing the demands of Saudi Arabia's healthcare environment, where rapid, flexible, and effective tools are required to support healthcare professionals. By embedding SFBT principles in management, psychological support, and training, the model introduces a new perspective on managing occupational stress, enhancing the workplace environment, and improving institutional performance in line with current transformations in healthcare. The study concludes by recommending future field research to test the proposed model in Saudi hospitals, thereby validating its applicability and effectiveness in addressing the psychological and organizational needs of healthcare professionals.

Keywords: Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), Work Environment, Healthy Work, Vocational Empowerment, Mental Health, Psychological Interventions, Therapeutic Supervision.

1. المقدمة:

يشكل العلاج المتمركز حول الحل (Solution-Focused Brief Therapy - SFBT) أحد النماذج النفسية الحديثة التي ركزت على بناء الحلول بدلاً من تحليل المشكلات، وهو توجه مبتكر ظهر في ثمانينيات القرن العشرين على يد إنسو كيم بيرج (Insoo Kim Berg) وستيف دي شازر (Steve de Shazer) وزملائهما في مركز العلاج الأسري الموجز بمدينة ميلواكي الأمريكية (De Shazer et al., 1986) ؛ (Berg & De Jong, 2019). وقد جاء هذا التوجه استجابةً للحاجة المتزايدة إلى تدخلات موجزة وفعالة في التعامل مع الضغوط النفسية، لا سيما في البيئات المهنية عالية المتطلبات كالمستشفيات.

اعتمد مطورو هذا النهج على الملاحظة الدقيقة للمقابلات العلاجية وتحليل ما يحدث فعلياً داخل الجلسات، مما أدى إلى تطوير أسئلة علاجية تُعزز الحلول وتستنهض الموارد الذاتية لدى المستفيدين، مثل "سؤال المعجزة"، وأسئلة حول الاستثناءات والنجاحات السابقة (Macdonald, 2011) ؛ (Franklin et al., 2012). وقد تميز هذا النموذج ببساطته وفعاليته، ما جعله ينتشر في مجالات متعددة، من ضمنها التعليم، والعمل الاجتماعي، والعلاج الأسري، وكذلك المجال الصحي.

وقد كشفت الدراسات التحليلية أن SFBT يُعد من أكثر النماذج النفسية فاعلية في تخفيف الضغوط النفسية وتعزيز المرونة، لما يوفره من تركيز على الإمكانيات بدلاً من تعقيد الأسباب، ولما يتسم به من مرونة وملاءمة للبيئات المؤسسية الضاغطة (Kim, 2008)؛ (Gingerich & Eisengart, 2000) ؛ (Stams et al., 2006). وفي السياق الصحي تحديداً، وُجد أن النموذج يدعم تحسين جودة التواصل داخل الفرق، ويقلل من الاحتراق النفسي، ويرفع من الأداء الوظيفي عبر تعزيز التمكين المهني واللغة الإيجابية (Grant & Gerrard, 2020) ؛ (Bannink, 2007).

ورغم النمو الملحوظ لاستخدام هذا النموذج في البيئات الغربية، إلا أن تطبيقاته في السياق العربي لا تزال محدودة نسبياً، وتحتاج إلى مزيد من البحث والتكيف الثقافي. وقد بدأت بعض الدراسات والمؤتمرات في الخليج العربي تسلط الضوء على فعالية SFBT في المدارس والمراكز النفسية، بينما لا تزال بيئة العمل الصحي بحاجة إلى مزيد من الدراسات التطبيقية تؤسس لدمج هذا النموذج ضمن منظومات الدعم المؤسسي والإشراف الإداري داخل المستشفيات.

1.1. مشكلة البحث:

تواجه بيئة العمل الصحي في المستشفيات ضغوطاً متزايدة ناتجة عن ارتفاع حجم الأعباء، وتعقيد المهام، وتعدد التخصصات، مما ينعكس سلباً على الصحة النفسية للعاملين ويُضعف من جودة الأداء والتعاون داخل الفرق الطبية والإدارية. وعلى الرغم من توافر نماذج علاجية متعددة، إلا أن أغلبها يفتقر إلى المرونة والملاءمة للسياقات المؤسسية، خاصة في ظل الحاجة إلى تدخلات موجزة، فعالة، وقابلة للتطبيق ضمن الزمن الضيق والموارد المحدودة المتاحة في المرافق الصحية (Beyebach & Carranza, 2016; Franklin et al., 2017; Kohtu et al., 2020).

ورغم أن نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) أثبتت فعاليته في التعامل مع الضغوط المهنية وتعزيز الأداء والمرونة النفسية في سياقات دولية متعددة، فإن استخدامه داخل بيئة العمل الصحي العربية، وتحديداً في المستشفيات السعودية، لا يزال محدوداً وغير موثق بشكل كافٍ. كما يفتقر المجال إلى دراسات نظرية وتحليلية تستعرض إمكانيات هذا النموذج وأبعاده النفسية والتنظيمية، مع التركيز على مدى قابلية توظيفه مع الفرق الطبية والإدارية (Grant & Gerrard, 2020; Vinnars & Barber, 2021).

من هنا تتبع أهمية هذا البحث التي تسعى إلى استكشاف الإمكانيات النظرية والتطبيقية للعلاج المتمركز حول الحل في بيئة العمل الصحي، من خلال تحليل الأدبيات المتوفرة، وتقديم تصور تحليلي حول كيفية دمج هذا النموذج في منظومة الدعم المهني داخل المستشفيات، بما يتلاءم مع خصائص السياق العربي، ويسد فجوة قائمة في الأدبيات المحلية. ينطلق هذا البحث من مجموعة من التساؤلات الرئيسية:

1. ما الإمكانيات النفسية والتنظيمية لتطبيق نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي؟
2. ما أبرز الأدوار التي يمكن أن يؤديها هذا النموذج في دعم الفرق الطبية والإدارية؟
3. ما التحديات المحتملة التي قد تواجه دمج هذا النموذج في السياق الصحي العربي؟
4. إلى أي مدى تستند النماذج القائمة في المستشفيات إلى مبادئ وأدلة SFBT ؟
5. ما التصور المقترح لدمج SFBT ضمن برامج التطوير المهني والإشراف المؤسسي في المستشفيات؟

2.1. فروض البحث:

بناءً على تساؤلات البحث وتحليل الإطار النظري المرتبط بالعلاج المتمركز حول الحل (SFBT)، تسعى هذه الفروض إلى استكشاف الإمكانيات التطبيقية والتحديات المرتبطة بتوظيف هذا النموذج داخل بيئة العمل الصحي.

1. العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) يُعد نموذجًا ذا فاعلية نفسية وتنظيمية قابلة للتكيف مع بيئة العمل الصحي، بما يساهم في تحسين التفاعل المهني، والحد من مستويات الاحتراق النفسي، وتعزيز كفاءة الأداء داخل الفرق الطبية والإدارية.
2. تبني نموذج SFBT داخل المؤسسات الصحية يوفر دعمًا نوعيًا للفرق الطبية والإدارية من خلال تمكين الأفراد، وتفعيل الموارد الذاتية، وتحفيز التفكير القائم على الحلول في مواجهة ضغوط المهنة وتحدياتها اليومية.
3. ثمة تحديات هيكلية وثقافية تُعيق تطبيق SFBT في السياقات الصحية العربية، أبرزها محدودية التدريب المُمنهج، وقصور التوعية بمبادئ النموذج، وضعف التقبل المؤسسي للتدخلات النفسية الموجهة بالحلول.
4. الممارسات الإرشادية والمهنية السائدة في المستشفيات لا تستند في مجملها إلى نماذج علاجية موجهة بالحلول، ما يكشف عن فجوة قائمة بين الأدلة العلمية المتوفرة حول فعالية SFBT وبين اعتمادها كممارسة مؤسسية منظمة في البيئات الصحية.
5. بالإمكان بناء تصور تحليلي متكامل لدمج SFBT ضمن منظومات الدعم المؤسسي والتطوير المهني بالمستشفيات، يستند إلى المبادئ النظرية للنموذج، ويُراعي الخصوصيات الثقافية والتنظيمية للبيئة الصحية في المملكة العربية السعودية.

3.1. أهداف البحث:

انطلاقًا من مشكلة البحث وتساؤلاته، يهدف هذا البحث إلى تحليل الإمكانيات النظرية والتطبيقية للعلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي، واستكشاف أبعاده النفسية والتنظيمية ضمن السياق المهني للمستشفيات.

1. تحليل الأدبيات العلمية المتعلقة باستخدام SFBT في بيئة العمل الصحي، مع التركيز على الدراسات التي تناولت تطبيقه في المستشفيات ومراكز الرعاية.

2. تحديد الأبعاد النفسية والتنظيمية التي يمكن أن يستهدفها نموذج SFBT داخل الفرق الطبية والإدارية، مثل تخفيف الضغوط، وتحسين التواصل، وتعزيز الأداء المهني.
3. استكشاف التحديات الهيكلية والثقافية التي قد تؤثر على إمكانية تطبيق SFBT في المؤسسات الصحية العربية، وتحديد معوقات التبني الفعال للنموذج.
4. تقييم مدى استناد النماذج الحالية للدعم المهني والإرشاد داخل المستشفيات إلى المبادئ والممارسات المستمدة من SFBT.
5. اقتراح تصور تحليلي لتطبيق SFBT في السياق الصحي السعودي، يراعي خصائص الفرق الطبية واحتياجات بيئة العمل المحلي.

4.1. أهمية البحث:

تبرز أهمية هذا البحث إلى بناء فهم نظري وتحليلي متعمق لإمكانات استخدام العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي، وتحديد ملامح تطبيقه العملي داخل الفرق الطبية والإدارية، بما يواكب متطلبات السياق المهني والصحي العربي. وتتوزع الأهمية إلى أهمية نظرية وأخرى تطبيقية على النحو الآتي:

1.4.1. الأهمية النظرية

- يسهم البحث في إثراء الأدبيات النفسية العربية المتعلقة بنموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي.
- تقدم تأصيلًا مفاهيميًا يربط بين النظريات النفسية والتنظيمية) مثل نظرية التمكين ونموذج التغيير في (SFBT).
- تدمج بين البعد العلاجي والبعد المؤسسي في تحليل نموذج SFBT ، وهو ما لم تتناوله معظم الدراسات السابقة.
- تُعزز فهم آليات التأثير النفسي الجماعي داخل الفرق الطبية والإدارية من خلال نموذج علاجي موجز.

2.4.1. الأهمية التطبيقية

- تقترح نموذجًا مهنيًا متكاملًا قابلاً للتنفيذ داخل بيئات المستشفيات.
- تقدم أداة منهجية يمكن استخدامها في التدريب والإشراف المؤسسي والدعم النفسي للعاملين.
- تُمهّد لتطوير برامج تدخل مبنية على SFBT تتناسب مع السياق السعودي والعربي.
- تساعد صُنّاع القرار في المجال الصحي على اعتماد نماذج دعم نفسي ذات كفاءة ومرونة عالية.

5.1. حدود البحث:

لتحديد نطاق البحث وضبط متغيراتها النظرية والتحليلية، من الضروري توضيح الحدود التي تحكمها، سواء من حيث الموضوع أو الزمان أو المكان أو المنهج. وتتمثل حدود هذا البحث في الآتي:

الحدود الموضوعية:

يركز البحث على تحليل إمكانات تطبيق العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي، وخصوصًا في المستشفيات، مع التركيز على الفرق الطبية والإدارية. ولا يتناول البحث الجوانب السريرية للعلاج مع المرضى أو الحالات النفسية الفردية.

الحدود الزمانية:

يعتمد البحث على أدبيات علمية منشورة خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2021، مع التركيز على الدراسات الحديثة التي تمثل التوجهات المعاصرة في تطبيقات SFBT في البيئات المهنية والصحية.

الحدود المكانية:

ينطلق البحث من السياق العام للبيئات الصحية، مع تركيز خاص على إمكانات تطبيق النموذج داخل المستشفيات السعودية، وذلك في ضوء خصوصية الثقافة المهنية والتنظيمية في المملكة.

الحدود المنهجية واللغوية:

يعتمد البحث على منهج تحليلي نظري يستند إلى مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة، ولا تشمل تجريباً ميدانياً مباشراً. كما تم الاعتماد على مصادر علمية مكتوبة باللغتين العربية والإنجليزية، وفق توافر النصوص الكاملة أو الملخصات العلمية المحكمة.

6.1. مصطلحات البحث

العلاج المتمركز حول الحل (Solution-Focused Brief Therapy - SFBT)

التعريف النظري: يشير فرانكلين وزملاؤه إلى أن SFBT هو مدخل علاجي قصير المدى يركز على تحديد الأهداف واستكشاف الحلول بدلاً من الغوص في مسببات المشكلة، ويعتمد على بناء علاقة تعاونية مع المستفيد (Franklin et al., 2012).

كما عرّفه بيرج ودي جونج بأنه طريقة علاجية تقوم على استخدام الحوار البناء والأسئلة المعجزة بهدف مساعدة الأفراد على تفعيل موارد الذات وتطبيق التغيير الإيجابي بأقل عدد من الجلسات. (Berg & De Jong, 2019)

التعريف الإجرائي: في هذا البحث، يُقصد بـ "العلاج المتمركز حول الحل" نموذج نفسي قصير يُحلّل نظرياً كأداة مهنية قابلة للتطبيق مع الفرق الطبية والإدارية داخل بيئة المستشفيات، بهدف تحسين جودة التواصل وتقليل الضغوط المهنية وتعزيز الأداء الوظيفي.

بيئة العمل الصحي

التعريف النظري: تُعرّف منظمة الصحة العالمية بيئة العمل الصحي بأنها الإطار الذي يعمل فيه مقدمو الرعاية الصحية بما يشمل من تنظيم، وبنية تحتية، وتفاعل بشري ومهني يؤثر على جودة الرعاية. (WHO, 2010)

كما يشير ماسلاش ولايتر إلى أنها بيئة تتأثر بمستويات الضغط والاحترق النفسي، وتلعب العلاقات المهنية والتواصل فيها دوراً محورياً في سلامة الأداء الوظيفي. (Maslach & Leiter, 2016)

التعريف الإجرائي: في هذا البحث، يُقصد بـ "بيئة العمل الصحي" السياق التنظيمي والوظيفي داخل المستشفيات، والذي يشمل جميع العناصر البشرية والمادية والإدارية المؤثرة على أداء الفرق الطبية والإدارية، ويُستخدم كمنهج لتقييم إمكانات تطبيق SFBT.

الفرق الطبية

التعريف النظري: يعرف أنداسان وزملاؤه الفرق الطبية على أنها فرق متعددة التخصصات تعمل بشكل تكاملي لتقديم رعاية صحية فعالة، وتُبنى على التعاون والتواصل بين الأطباء والمرضى وأخصائيي الرعاية (Oandasan et al., 2006). كما يرى سالاس وزملاؤه أن الفرق الطبية الناجحة تعتمد على التماسك، والقيادة المشتركة، وتبادل المعرفة والخبرة بين أفرادها لتحقيق نتائج صحية أفضل (Salas et al., 2005).

التعريف الإجرائي: في هذا البحث، يُقصد بـ "الفرق الطبية" العاملون في الأقسام السريرية بالمستشفى من ذوي التخصصات المختلفة، والذين يُشكلون وحدة مهنية مستهدفة لتحليل أثر SFBT على تواصلهم، وصحتهم النفسية، وكفاءة أدائهم الجماعي.

الفرق الإدارية

التعريف النظري: يشير شورتل وكالوزني إلى أن الفرق الإدارية في المؤسسات الصحية تمثل البنية التنظيمية التي تُعنى بالتخطيط والتنسيق واتخاذ القرارات المتعلقة بجودة الأداء والخدمات (Shortell & Kaluzny, 2006). كما يوضح مينتزبرغ أن هذه الفرق تؤدي أدوارًا قيادية وتنظيمية غير مباشرة تؤثر على بيئة العمل وفعالية النظم الصحية (Mintzberg, 2000).

التعريف الإجرائي: في هذا البحث، يُقصد بـ "الفرق الإدارية" الكوادر التنظيمية والإشرافية العاملة في المستشفيات، مثل مديري الجودة والموارد البشرية والمشرفين التنفيذيين، والذين يُعدّون هدفًا لتحليل مدى ملاءمة تطبيق SFBT في دعم أدوارهم وتعزيز بيئة العمل.

2. الإطار النظري

1.2. مدخل نظري للعلاج المتمركز حول الحل (SFBT)

يشكل العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) أحد أبرز النماذج الحديثة في مجال التدخلات النفسية القصيرة المدى، حيث يعيد توجيه التركيز العلاجي من تحليل الأسباب الجذرية للمشكلات إلى اكتشاف الإمكانيات الفعلية المتاحة لدى الأفراد أو الفرق (Franklin et al., 2012). ويستند هذا النموذج إلى رؤية إيجابية للطبيعة الإنسانية، مفادها أن الأفراد يمتلكون في داخلهم عناصر الحل والتغيير، وما يحتاجونه هو حوار يُفعل تلك الموارد بطرق بناءة وهادفة (Berg & De Jong, 2019).

تميز SFBT عن غيره من النماذج العلاجية بمرونته وفعاليته وملاءمته لبيئات العمل سريعة الإيقاع، مثل المستشفيات، مما جعله ينتقل من نطاق العلاج الفردي إلى نطاقات أوسع تشمل التدريب، والإشراف، والعمل مع الفرق المهنية، بما فيها الفرق الطبية والإدارية.

حيث تأسس SFBT في ثمانينيات القرن العشرين في مركز العلاج الأسري الموجز بمدينة ميلواكي الأمريكية، على يد إنسو كيم بيرج وستيف دي شازر. وقد انطلق من ملاحظة الجلسات العلاجية وتسجيلها وتحليلها لاكتشاف نمط التغيير الإيجابي الذي يحدث مبكرًا لدى بعض العملاء، والتركيز على "ما ينجح" بدلًا من "لماذا يعاني الشخص؟" (De Shazer et al., 1986).

وقد توسع هذا النموذج لاحقاً ليشمل مجالات متعددة مثل التعليم، والعمل الاجتماعي، والصحة النفسية، والقيادة، والاستشارات التنظيمية. ومع مرور الوقت، تبنت المؤسسات الصحية حول العالم هذا النموذج كأداة فعّالة لتعزيز التعاون وتقليل الضغوط المهنية بين العاملين. (Macdonald, 2011; Kim, 2008)

1.1.2. المبادئ الأساسية لـ SFBT

يقوم العلاج المتمركز حول الحل على عدد من المبادئ النظرية والعملية التي تُشكّل قاعدته الفلسفية والتطبيقية، ومن أبرزها ما يلي:

1. **التركيز على الحل وليس على المشكلة:** لا يُطلب من المستفيد أن يروي تفاصيل المشكلة أو تاريخها، بل يتم توجيه الحوار نحو تحديد الأهداف المستقبلية والنتائج المرغوبة. (Berg & De Jong, 2019)
2. **الاعتقاد بأن التغيير ممكن:** ينطلق النموذج من فرضية أن الأفراد لديهم القدرة على التغيير، حتى لو كانوا يعانون من صعوبات مزمنة، وأن التغيير قد يحدث بسرعة من خلال استراتيجيات صغيرة لكنها مؤثرة. (Franklin et al., 2012)
3. **استخدام اللغة الإيجابية البناءة:** يتم تشجيع استخدام مفردات تُركّز على الإنجاز والإمكانات، وليس على النقص أو الفشل، ما يعيد صياغة تجربة الفرد بطريقة داعمة. (Gingerich & Eisengart, 2000)
4. **الاهتمام بالاستثناءات:** يبحث المعالج أو الممارس عن اللحظات التي لم تحدث فيها المشكلة، ويستكشف ما الذي كان مختلفاً في تلك اللحظات، ويُبنى على ذلك. (Macdonald, 2011)
5. **العمل التشاركي:** يُنظر إلى المستفيد كشريك خبير في حياته، بينما يكون دور الممارس هو تسهيل الاكتشاف والحوار البناء، لا تقديم حلول جاهزة. (De Shazer et al., 1986)

2.1.2. نظرية التغيير في SFBT

يعتمد SFBT في تفسير التغيير النفسي على ما يُعرف بـ "نظرية التغيير الموجّه بالحل"، والتي تقترض أن التغيير لا يحدث نتيجة لفهم الماضي بعمق، بل من خلال التحرك الواعي نحو ما يريده الفرد في المستقبل، وبناء خطوات صغيرة تدعمه في هذا الاتجاه. (Kim, 2008)

ويرى دي شازر وزملاؤه أن التغيير يبدأ غالباً قبل الجلسة الأولى نتيجة لاتخاذ قرار المساعدة، ويُسهّم الحوار العلاجي في تسريع هذا التغيير من خلال الأسئلة المعجزة، وتحديد الإشارات الأولى على التقدم، وتعزيز الإيجابي. (De Shazer et al., 1986)

كما تؤكد الدراسات الحديثة أن التغيير في SFBT يتم عبر تفعيل موارد الفرد، وليس عبر تعديل معتقداته بالضرورة، وهذا ما يميّزه عن المدارس المعرفية أو الديناميكية. (Franklin et al., 2012)

3.1.2. التقنيات المستخدمة في SFBT مع الأفراد والفرق

يوظف SFBT مجموعة من التقنيات العملية التي تُستخدم بشكل مرن مع الأفراد وكذلك داخل الفرق المهنية، منها:

1. **سؤال المعجزة (Miracle Question):** يُستخدم لاستكشاف الهدف النهائي من التدخل: "لو استيقظت غداً واختفت المشكلة، ما أول شيء ستلاحظه؟"

2. استكشاف الاستثناءات: التركيز على الأوقات التي لم تحدث فيها المشكلة، وتحليل ما ساعد على ذلك.
3. مقياس التقدم (Scaling Questions): يُطلب من المستفيد تقييم مدى قربهم من تحقيق هدفه على مقياس من 0 إلى 10، مما يساعد على رؤية التقدم.
4. صياغة التقدّم (Compliments): يتم تسليط الضوء على النجاحات والجهود السابقة لتعزيز الثقة الذاتية.
5. تحويل اللغة السلبية إلى أهداف إيجابية: مثل تحويل "لا أريد أن أكون مرهقاً" إلى "أريد أن أشعر بمزيد من الحيوية والتركيز".
6. التطبيق داخل الفرق: يُمكن استخدام نفس الأسئلة والأساليب في الاجتماعات الجماعية أو جلسات الإشراف لتحفيز التعاون، وتحويل تركيز الفريق من اللوم إلى الحلول. (Gingerich & Peterson, 2019)

2.2. بيئة العمل الصحي من منظور نفسي وتنظيمي

تُعد بيئة العمل الصحي واحدة من أكثر البيئات تعقيداً وحساسية، لما تحتويه من عوامل نفسية ومهنية وتنظيمية تؤثر بشكل مباشر على رفاهية العاملين وجودة الرعاية المقدمة للمرضى. فهي لا تقتصر على تقديم خدمات طبية فحسب، بل تُبنى على تفاعلات بشرية دقيقة، ومسؤوليات حيوية، وضغوط دائمة تتطلب أعلى درجات التكامل والتنظيم والمرونة. يُسهّم فهم هذه البيئة في توجيه التدخلات النفسية بشكل أكثر فعالية، مثل العلاج المتمركز حول الحل (SFBT)، الذي يتطلب سياقاً مهنيًا مرناً وداعماً حتى يحدث أثراً حقيقياً في أداء الفرق الطبية والإدارية.

1.2.2. خصائص العمل الصحي وأدوار الفرق

يتميّز العمل الصحي بمجموعة من الخصائص التي تميّزه عن غيره من المهن:

أولاً: التخصصية العالية

كل عضو في الفريق يمتلك خبرة علمية ومهارية دقيقة (طبيب – ممرض – أخصائي نفسي – إداري)، ويُطلب منه أداء مهام معقدة تتكامل مع مهام الآخرين.

ثانياً: التكامل والتعاون

نجاح الرعاية الصحية يعتمد على العمل الجماعي، لا على الأداء الفردي. أي خلل في التواصل أو التنسيق قد يؤدي إلى خطأ طبي أو خلل في الخدمة. (Oandasan et al., 2006)

ثالثاً: التفاعل اليومي مع مواقف حرجية

الكوادر الصحية تتعامل بشكل يومي مع الألم، الموت، الصدمات، الحالات الطارئة، ما يخلق ضغطاً نفسياً متكرراً.

رابعاً: طبيعة العمل بنظام الورديات

ساعات العمل الطويلة، والعمل الليلي أو في العطل يؤثر على التوازن النفسي والجسدي، ويُضعف الارتباط بالمؤسسة على المدى الطويل. (Maslach & Leiter, 2016)

هذه الخصائص تجعل من الفرق الصحية وحدات مرنة تحتاج إلى نماذج دعم نفسي تنظيمي مثل SFBT ، التي تعزز من التفاعل البناء وتعيد تفعيل مصادر القوة داخل الفريق.

2.2.2. مصادر الضغط المهني في المستشفيات

بيئة المستشفيات تمثل بحد ذاتها مصدرًا مركبًا للضغط، وتتعدد العوامل المؤدية إلى الإجهاد النفسي المهني، ومنها:

1. الضغط الزمني: التعامل مع حالات طارئة، ضرورة اتخاذ قرارات سريعة، وعدم وجود وقت كافٍ للتعافي أو المعالجة الذاتية.
2. الاحتكاك المستمر مع المرض والمعاناة: مثل أقسام العناية المركزة والطوارئ، حيث يواجه العاملون صدمة المرض أو الوفاة بصورة شبه يومية. (Kohtu et al., 2020)
3. عدم كفاية الموارد البشرية أو التقنية: عندما يُطلب من موظف أن يغطي عبء مهني يفوق طاقته أو اختصاصه.
4. غياب الدعم القيادي والنفسي: ضعف وجود إشراف داعم أو مناخ تنظيمي يحتضن الأخطاء باعتبارها فرصًا للتعلم لا للوم، مما يزيد من مستويات التوتر.
5. التعرض المستمر للتقييم والمحاسبة: خصوصًا في مؤسسات تعتمد على الأداء القائم على مؤشرات صارمة دون النظر إلى السياق أو ظروف العمل.

وقد أظهرت دراسات حديثة أن أكثر الفئات تأثرًا بهذه الضغوط هي:

- الممرضون، خاصة في أقسام الطوارئ والولادة.
- أطباء الطوارئ والعناية المركزة.
- الكوادر الإدارية التي لا تحظى بتقدير مماثل لما يُمنح للكوادر السريرية (Vinnars & Barber, 2021; Franklin et al., 2017).

3.2.2. الإرهاق والاحتراق النفسي لدى المهنيين الصحيين

الاحتراق النفسي (Burnout) ليس مجرد "تعب مؤقت"، بل حالة نفسية مزمنة تتشكل عبر الزمن، وقد تؤدي إلى انسحاب نفسي، وفقدان الدافعية، وارتكاب أخطاء مهنية. وقد حدده ماسلاش وجاكسون بثلاثة مكونات رئيسية (Maslach & Jackson, 1981):

- الإرهاق العاطفي: الشعور بالنفاد، الانهالك، وانخفاض الطاقة.
 - تبلد المشاعر: (Depersonalization) التعامل مع المرضى أو الزملاء بأسلوب بارد أو لا مبالٍ.
 - تدني الشعور بالإنجاز المهني: فقدان الإحساس بالقيمة أو الجدوى من العمل.
- في السياق الصحي، تكون هذه الأعراض شائعة بين الأطباء والممرضين والأخصائيين الاجتماعيين. وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن الاحتراق النفسي يُعد تهديدًا مباشرًا لجودة الرعاية وسلامة المرضى. (WHO, 2010)

وتكمن خطورة هذه الظاهرة في أنها غالباً ما تكون "صامتة"، فلا يلاحظها المسؤولون إلا عند تفاقمها، أو حين يبدأ الموظفون في الانسحاب، أو تقديم طلبات النقل أو الاستقالة.

4.2.2. أهمية التفاعل والتعاون في تقديم الرعاية

لا يمكن لأي مؤسسة صحية أن تحقق جودة في خدماتها دون تماسك فرقها الداخلية. وتُظهر الأبحاث أن التفاعل المهني الفعال بين أفراد الفريق يرفع من:

- سرعة اتخاذ القرار.
- جودة الخدمة.
- خفض الأخطاء الطبية.
- زيادة الرضا الوظيفي والانتماء المؤسسي. (Salas et al., 2005)

وقد أشار (Beyebach & Carranza (2016 في دراستهم حول "التفاعل العلاجي والتعاون داخل الفرق الصحية" إلى أن تطبيق أساليب SFBT داخل بيئة العمل يعزز ثقافة المشاركة، ويحول الاجتماعات من بيئة نقد ولوم إلى بيئة حل وتطوير. ومن أهم مظاهر التعاون الناجح داخل الفريق الصحي:

- وضوح الأدوار وتكاملها.
- تبادل المعرفة بشكل أفقي بين التخصصات.
- إتاحة مساحات للحوار المفتوح دون تهديد.
- وجود قيادة تشاركية لا تعتمد على السلطة فقط بل على التمكين والدعم.

3.2. نقاط الالتقاء بين SFBT وبيئة العمل الصحي

يمثل هذا المحور حلقة وصل بين ما سبق تحليله من خصائص بيئة العمل الصحي وما تم عرضه من مبادئ العلاج المتمركز حول الحل (SFBT)، حيث يتناول أوجه التكامل والتقاطع بين النموذج ومجالات تطبيقه في المؤسسات الصحية.

ويُعد فهم نقاط الالتقاء هذه خطوة أساسية نحو تبرير تبني SFBT كأداة مهنية ونفسية قابلة للتفعيل في المستشفيات، لا سيما في ظل تنامي الحاجة إلى تدخلات موجزة، مرنة، ومحفزة للتمكين الذاتي والجماعي داخل الفرق الطبية والإدارية.

إن الفلسفة التي يقوم عليها SFBT، والمتمثلة في التركيز على الإمكانيات والحلول بدلاً من تضخيم المشكلات، تتسجم بشكل لافت مع متطلبات العمل في بيئة تتسم بكثافة الضغوط، وتعدد التخصصات، وضرورة سرعة الاستجابة. كما أن أدوات SFBT العملية – مثل الأسئلة المعجزة، ومقاييس التقدم، واستكشاف النجاحات، توفر وسائل تواصل وتطوير قابلة للتطبيق داخل الفرق الصحية، سواء على مستوى الدعم الفردي أو الإشراف المؤسسي.

وبناءً على ذلك، يناقش هذا المحور كيف يمكن توظيف SFBT في خدمة أهداف العمل الصحي، من خلال أربع زوايا رئيسية: تحسين جودة التواصل، تخفيف الضغوط المهنية، دعم بناء الفرق والقيادة، ومدى توافقه مع الثقافة المهنية والتنظيمية السائدة في المستشفيات.

1.3.2. SFBT كأداة لتعزيز جودة التواصل

يُعد التواصل المهني الفعال أحد أكثر العناصر الحاسمة في بيئة العمل الصحي، فهو يُشكل الأساس في التنسيق بين أعضاء الفريق الطبي، ونقل المعلومات الحساسة، واتخاذ القرارات السريرية. ومن هنا، يُقدم SFBT أدوات عملية تساهم في تطوير لغة الحوار المهني.

كيف يدعم SFBT التواصل؟

- يعتمد SFBT على اللغة البناءة والموجهة نحو الحل، ما ينعكس مباشرة على أسلوب المحادثات بين أعضاء الفريق (Berg & De Jong, 2019).
- يساهم في تجنب لغة اللوم والتشكيك، ويستبدلها بلغة الاستكشاف والتقدير.
- يُشجع الفرق على التركيز على النجاحات والاستثناءات، مما يخلق بيئة مهنية مشجعة على التطوير بدلاً من الدفاع أو التوتر. (Gingerich & Peterson, 2019).
- يقدم أدوات قابلة للتطبيق مثل أسئلة التقدم والمقاييس في الاجتماعات الإدارية أو جلسات الإشراف.
- وقد أظهرت دراسات ميدانية أن إدماج أسلوب SFBT في اجتماعات الفرق الطبية أدى إلى تقليل النزاعات وتعزيز بيئة التعاون والاحترام المتبادل. (Franklin et al., 2017).

2.3.2. دور SFBT في تقليل الضغوط المهنية

من أبرز التحديات التي تواجه المهنيين الصحيين اليوم هي الضغوط المزمنة والاحتراق النفسي، الناتج عن التكرار، ضغط الوقت، عدم التقدير، أو صعوبة الحالات.

كيف يساهم SFBT في التخفيف من هذه الضغوط؟

- يعيد تركيز العاملين على ما يمكن تغييره، لا ما يستحيل تغييره، مما يقلل الشعور بالعجز.
- يُمكن الأفراد من استكشاف مواردهم النفسية الخاصة، ما يُعزز الشعور بالسيطرة والفاعلية الذاتية.
- يُشجع على تجزئة المشكلات إلى أهداف صغيرة قابلة للتحقيق، وهو ما يتماشى مع طبيعة الضغوط اليومية المتراكمة في المستشفيات.
- يوفر بيئة حوار داعمة تسمح بالتنفيس دون التورط في إعادة إنتاج المعاناة. (Kim, 2008).
- وقد أشارت دراسة (Kohtu et al., 2020) إلى فاعلية SFBT في تقليل الإرهاق المهني لدى الممرضات في بيئات عالية الضغط، من خلال جلسات قصيرة تركز على الحلول وتعيد صياغة المواقف بشكل أكثر تفاؤلاً.

3.3.2. مساهمة SFBT في بناء الفرق ودعم القيادة

لا تقتصر فاعلية SFBT على العمل الفردي، بل يمتد أثره إلى بناء ثقافة فريق صحية، وتطوير أساليب القيادة الداخلية في المؤسسات الصحية.

أبرز أوجه مساهمة SFBT في بناء الفرق:

- يُعزز التمكين الجماعي من خلال استكشاف نقاط القوة داخل الفريق بدلاً من التركيز على المشكلات (Macdonald, 2011).
- يُستخدم كأداة في الإشراف الإداري، حيث يمكن للمشرف استخدام أسئلة متركزة حول الحل مع أعضاء الفريق لتحفيز التفكير التطويري.
- يسهّل القيادة التشاركية، من خلال تبني أسلوب تشاركي في طرح التحديات وصياغة الحلول، ما ينعكس على الرضا الوظيفي والالتزام المؤسسي. (Grant & Gerrard, 2020)
- يفتح المجال أمام بناء رؤية مستقبلية مشتركة بين أعضاء الفريق، وهو ما يُعد من مؤشرات الفرق عالية الأداء.

4.3.2. مدى توافق SFBT مع الثقافة المهنية في المؤسسات الصحية

- قد تُواجه بعض النماذج العلاجية مقاومة ثقافية أو مهنية عند تطبيقها في مؤسسات صحية، إما بسبب تعارضها مع طبيعة النظام الصحي أو مع القيم المهنية السائدة. إلا أن SFBT يُظهر توافقاً نسبياً عالياً مع ثقافة المستشفيات لعدة أسباب:
- اختصاره ومرونته الزمنية، ما يجعله ملائماً للمهنيين المشغولين.
 - مبني على التمكين وليس على التشخيص المرضي، ما يُناسب الفرق الطبية التي تركز على الحلول.
 - ينسجم مع بيئة الأداء المرتكزة على الأهداف، من خلال بناء خطوات ملموسة قابلة للتنفيذ.
 - لا يتطلب خلفية علاجية نفسية عميقة، مما يتيح تدريب المشرفين والمديرين على استخدامه بسهولة في جلسات الإشراف أو الدعم المهني.
- ومع ذلك، فإن تفعيل SFBT يتطلب تكييفاً ثقافياً بسيطاً في البيئة العربية، خاصة في ما يتعلق بمفهوم الحوار المفتوح، وتقبل العمل على المشكلات في سياق الفريق بدلاً من التوجيه السلطوي، وهو ما يمكن تجاوزه من خلال التدريب والتدرّج في التطبيق (Bannink, 2007)؛ (Henden, 2017).

الجدول (1) نقاط الالتقاء بين نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) وبيئة العمل الصحي وتطبيقاته الممكنة

تطبيقات محتملة في بيئة العمل الصحي	مساهمة SFBT	مجال الإثراء
استخدام "اللغة الإيجابية" و"الأسئلة البنائية" في الاجتماعات، وجلسات الإشراف لتحفيز التوجهات الجماعية.	توجيه الحوار نحو الحلول بدلاً من اللوم أو النقد	جودة التواصل المهني
دعم الآخرين في مواجهة الإرهاق، وتفعيل الموارد عبر "أسئلة المعجزة"، و"استثناءات المشكلة".	تمكين الأفراد من استكشاف مواردهم الذاتية وبناء أهداف واقعية صغيرة	تخفيف الضغوط المهنية
تحفيز العمل الجماعي، تمكين القادة من استخدام SFBT في التوجيه والتحفيز.	التركيز على النجاحات الجماعية والتقدير المتبادل	بناء الثقة ودعم القيادة

التوافق مع الثقافة المؤسسية	نماذج حوارية موجهة، غير مرضية للطباع، تقدم على التمكن	ملاءمة القيم الصحية والمهنية، وتعزيز الإبداع في طرح التطوير الفردي والمؤسسي.
--------------------------------	---	---

4.2. الأطر النظرية الداعمة لتطبيق SFBT في المستشفيات

إن تأصيل تطبيق نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في المستشفيات لا يكتمل دون الإحالة إلى أطر نظرية داعمة تبرر فعاليته ومناسبته لهذا النوع من البيئات المهنية شديدة التعقيد. حيث يُعد SFBT أكثر من مجرد تقنية أو مجموعة من الأدوات العلاجية، بل هو نتاج فلسفات ونماذج علمية متداخلة تؤكد على التمكين، والتغيير الإيجابي، والفاعلية الذاتية، والعمل الجماعي. وفي هذا السياق، تبرز أربع نظريات مركزية تعزز من صلاحية SFBT في المستشفيات:

1.4.2. نظرية التمكين المهني (Empowerment Theory)

التعريف والمبادئ: نظرية التمكين تنطلق من الإيمان بأن الأفراد لديهم القدرة على تحديد أهدافهم والتأثير في بيئتهم المهنية والاجتماعية، شرط أن تتوفر لهم فرص التعبير والمشاركة الفعالة (Zimmerman, 2000). وتؤكد على أهمية إزالة العوائق النظامية أمام اتخاذ القرار، وتعزيز الشعور بالكفاءة والكرامة المهنية.

ارتباطها بـ: SFBT

- يقوم SFBT على افتراض أن العميل/الموظف هو خبير في تجربته الحياتية والمهنية، وبالتالي يتم دعمه لا توجيهه.
- الأسئلة الموجهة نحو الحل في SFBT تتيح للعاملين استكشاف مواردهم الخاصة، مما يعزز الشعور بالسيطرة والتأثير.
- في المستشفيات، يُمكن تدريب الفرق على استخدام أساليب SFBT في الاجتماعات لحل المشكلات دون العودة دائماً إلى القيادة أو التوجيه السلطوي.

2.4.2. النظرية الاجتماعية المعرفية (Social Cognitive Theory)

التعريف والمبادئ: طورها ألبرت باندورا، وتؤكد على أن التعلم والتغيير يحدث من خلال الملاحظة، النمذجة، وتجارب النجاح التدريجي، وترتكز على مفهوم "الفاعلية الذاتية" أي مدى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في نتائج أفعاله (Bandura, 1997).

ارتباطها بـ: SFBT

- أدوات مثل "أسئلة المقاييس" (من 1 إلى 10) في SFBT تسمح بتقدير التقدم الشخصي، وهو ما يعزز الإحساس بالفاعلية الذاتية.
- يعمل SFBT على إعادة صياغة المشكلات بشكل يمكن التحكم فيه، ما يجعل التغيير يبدو ممكناً حتى في ظروف العمل الصعبة.
- تدعم الفاعلية الذاتية في المستشفيات يرفع من قدرة الموظفين على التحكم في استجاباتهم للضغوط وتقييم أدائهم الواقعي.

3.4.2. نظرية التغيير الموجز (Brief Theory of Change)

التعريف والمبادئ: تنطلق هذه النظرية من مبدأ أن التغيير لا يشترط أن يكون كبيراً أو معقداً، بل يمكن أن يحدث من خلال خطوات صغيرة مترابطة. (Franklin et al., 2012) وهي نظرية مضمنة ضمن بنية SFBT نفسها.

ارتباطها بـ: SFBT

- تعزز أساليب – SFBT مثل استكشاف الاستثناءات والأسئلة المعجزة – الحركة التدريجية نحو التغيير.
- تشجع العاملين على رؤية التحول الممكن في نطاق سيطرتهم المباشرة بدلاً من الانشغال بالعقبات البنيوية الكبرى.
- هذا المنطق مناسب جداً لبيئة المستشفيات التي تتطلب حلولاً عملية قابلة للتنفيذ في وقت قصير.

4.4.2. نموذج القيادة التشاركية والفرق عالية الأداء

التعريف والمبادئ: تشير أدبيات القيادة الحديثة إلى أن الفرق الفعالة تحتاج إلى مناخ تشاركي يحفز التعاون، ويقلل من التنافس الضار، ويعزز الاستقلالية ضمن إطار تنظيمي واضح. (Goleman et al., 2013; Salas et al., 2005) وتعد القيادة التشاركية نموذجاً بديلاً للقيادة الأوامرية، وهو الأنسب في بيئات تتطلب مهارات ذاتية وتعاون متعدد التخصصات، مثل المستشفيات.

ارتباطها بـ: SFBT

- يمكن استخدام SFBT في جلسات الإشراف القيادي لتعزيز الحوار الإيجابي وبناء رؤية مستقبلية مشتركة.
 - تتيح أدوات SFBT للقيادة صياغة الاجتماعات حول ما يُنجز وما يُمكن إنجازه بدلاً من التركيز على المشكلات.
 - يساهم ذلك في بناء ثقافة "الفرق عالية الأداء"، القائمة على الحلول والثقة المتبادلة.
- الجدول (2) العلاقة بين الأطر النظرية الداعمة والعلاج المتمركز حول الحل (SFBT) وتطبيقاته في بيئة العمل الصحي

النظرية/النموذج	الفكرة الرئيسية	الترابط مع SFBT	التطبيق في المستشفيات
نظرية التمكين المهني	تعزيز قدرة الفرد على اتخاذ القرار والتأثير في البيئة	SFBT يعامل العميل كخبير ويُسجعه على اتخاذ قرارات مدروسة عبر الأسئلة	دعم استقلالية الفرق الصحية – استخدام الأسئلة الموجهة في الاجتماعات والإشراف
النظرية الاجتماعية المعرفية	الفاعلية الذاتية كمفتاح للتغيير	SFBT يُعزز شعور الموظف بقدرته على التحكم عبر استكشاف النجاحات والمقاييس	تحفيز العاملين على الثقة في قدراتهم داخل أقسام الطوارئ والعناية الحرجة

نظرية التغيير الموجز	التغيير يحدث من خلال خطوات صغيرة قابلة للتنفيذ	SFBT يركز على التقدم الصغير والاستثناءات لتحقيق تحول تدريجي	مناسب لتطبيقات سريعة وقصيرة المدى داخل بيئات العمل المتغيرة
نموذج القيادة التشاركية والفرق عالية الأداء	فرق ناجحة تتطلب مشاركة، رؤية مشتركة، وثقة متبادلة	SFBT يدعم القيادة من خلال أسلوب الحوار الإيجابي وتقدير النجاحات بدلاً من التركيز على الفشل	تدريب القادة على الإشراف باستخدام – SFBT تحسين بيئة الاجتماعات والتحفيز الجماعي

إن التأصيل النظري لأي نموذج تطبيقي لا يُعد ترفاً أكاديمياً، بل ضرورة منهجية لفهم آلياته، ومحددات اشتغاله، ومجالات تأثيره المحتملة. وانطلاقاً من هذه القناعة، انبنى هذا الفصل على تحليل معمق لجوانب ثلاثة شكلت الهيكل النظري لهذا البحث: فلسفة نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT)، وخصائص البيئة المهنية المستهدفة، والمرجعيات النظرية التي تبرر الدمج بينهما.

لقد كشف تحليل SFBT عن بنية تدخلية تتجاوز النماذج التقليدية في العلاج النفسي، إذ يقوم على تفعيل الإمكانيات الذاتية، وتحفيز التغيير الموجه نحو الأهداف، وتبني لغة مهنية تبعد عن التشخيص وتقرب من الإنجاز. هذه البنية في جوهرها لا تقترض فقط أن التغيير ممكن، بل تؤطره كعملية يمكن إطلاقها من خلال الحوار الهادف والأسئلة المحفزة.

في المقابل، أظهرت القراءة النفسية والتنظيمية لبيئة العمل الصحي أن هذه البيئة، بما تتسم به من ضغط، وتشابك وظيفي، واحتكاك دائم مع الألم، تُعاني من فجوات في الدعم النفسي والتنظيمي. ويتضح من خصائصها أن أي تدخل ناجح لا بد أن يكون موجزاً، مرئياً، قابلاً للتطبيق ضمن الواقع المهني اليومي، ومرتباً بثقافة العمل التشاركي، وهي صفات تتقاطع مباشرة مع جوهر SFBT.

وعندما وُضعت مبادئ SFBT في تماس مباشر مع خصائص الفرق الصحية، برزت نقاط التقاء واضحة تدعم إمكانية تبنيه كأداة تطويرية ومهنية، سواء على مستوى الأفراد أو داخل النظم. فالنموذج لا يعمل على تصحيح الخلل، بل على تحفيز الحل؛ ولا يعيد إنتاج الشكوى، بل يُعيد صياغة التجربة نحو التقدم. وهذا المنطق ينسجم بدقة مع احتياجات الفرق الطبية والإدارية، ومع منطق الأداء المرتكز على الكفاءة والتمكين.

ولم تكن هذه الصياغة النظرية لتكتمل دون الرجوع إلى الأطر المفاهيمية الكبرى التي تمنح SFBT شرعية فكرية أوسع، مثل نظرية التمكين، والنظرية الاجتماعية المعرفية، ونموذج القيادة التشاركية. فهذه النظريات لا تكتفي بدعم النموذج، بل تُثبت دوره كمدخل تطوير مهني وتنظيمي قابل للتطبيق في المستشفيات.

وعليه، فإن هذا الإطار لا يُقدّم بوصفه خلفية توصيفية، بل كبنية تفسيرية ينطلق منها البحث نحو بناء رؤية تحليلية متكاملة حول إمكانيات توظيف SFBT في تطوير بيئة العمل الصحي، وهي الرؤية التي سيتم بلورتها في الفصل الثالث، من خلال دمج النتائج النظرية والميدانية، واختبار مدى اتساقها مع الواقع التنظيمي للفرق الصحية.

3. الأدبيات البحثية والدراسات السابقة:

يشكل استعراض الأدبيات السابقة خطوة أساسية لفهم الامتدادات النظرية والتطبيقية لنموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) داخل بيئة العمل الصحي، باعتباره أحد النماذج النفسية الموجهة بالتمكين والمرونة. وفي ظل ما تشهده المؤسسات الصحية من تعقيدات مهنية وضغوط تنظيمية متزايدة، يصبح من الضروري تحليل ما أنتجته الأبحاث السابقة حول مدى فاعلية هذا النموذج في الاستجابة للاحتياجات النفسية والمهنية للكوادر الصحية.

اعتمد هذا القسم على تصنيف الأدبيات ضمن محورين متكاملين: الأول يضم الدراسات التطبيقية التي استخدمت مناهج تجريبية أو شبه تجريبية أو نوعية لاختبار فاعلية SFBT في بيئات صحية مختلفة، والثاني يتناول الدراسات النظرية التي ساهمت في تأصيل المفاهيم، وشرح المبادئ، وتحليل الإمكانيات المهنية والتنظيمية لهذا النموذج في المؤسسات الصحية.

وقد تم اختيار هذه الدراسات بناءً على حداثة وصلتها الوثيقة بسياق البحث، وتنوع بيئات تطبيقها ومنهجياتها، بما يتيح بناء تصور نقدي متماسك يدعم التحليل في الفصول التالية. كما تم الحرص على إدراج دراسات تناولت قضايا مثل الاحتراق النفسي، العمل الجماعي، الإشراف السريري، والمرونة التنظيمية، لما لها من ارتباط مباشر بأهداف هذا البحث.

القسم الأول: الدراسات التطبيقية

دراسة (Gingerich & Eisengart (2000 بعنوان: "العلاج الموجز المتمركز حول الحل: مراجعة للأبحاث التطبيقية". في دراسة بعنوان "*Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research*"، استعرض Gingerich وEisengart (2000) الأبحاث السابقة المتعلقة بنتائج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) بهدف تقييم مدى فعاليته في سياقات متعددة، بما في ذلك البيئات الصحية. اعتمدت الدراسة منهجية مراجعة منهجية (systematic review) خللت من خلالها أكثر من 15 دراسة كمية وكيفية. لم تقتصر العينة على فئة واحدة بل شملت عملاء في بيئات مدرسية، علاجية، واستشفائية. وقد تم تحليل النتائج باستخدام أدوات تحليل مضمون ونتائج إحصائية متنوعة. خلصت الدراسة إلى أن SFBT يُعد نموذجاً فعالاً في تعزيز التغيير النفسي خلال فترات علاجية قصيرة، ويمتاز بمرونته في التكيف مع احتياجات مؤسسات الرعاية الصحية.

دراسة (Stams et al. (2006 بعنوان: "فاعلية العلاج الموجز المتمركز حول الحل: تحليل تلوي".

أجرى Stams وDeković وBuist وDe Vries (2006) تحليلًا تلويًا تحت عنوان "*Efficacy of Solution-Focused Brief Therapy: A Meta-Analysis*" بهدف تحديد التأثير الكلي لـ SFBT عبر بيئات مختلفة. اعتمد الباحثون المنهج الكمي التحليلي باستخدام تقنيات التحليل الإحصائي التلوي (meta-analysis)، وشملت العينة 21 دراسة منشورة تحتوي على بيانات كمية قابلة للتحليل. بيّنت الدراسات تراوحت بين الرعاية النفسية والاجتماعية، وبعضها أُجري في مستشفيات ومراكز صحية. أظهرت النتائج دلالة إحصائية واضحة لصالح فاعلية SFBT في تحسين الأداء النفسي وتقليل التوتر، مما يدعم استخدامه في المؤسسات الصحية.

دراسة (Bannink (2007 بعنوان: "العلاج الموجز المتمركز حول الحل".

تناولت Bannink (2007) في مقالها "*Solution-Focused Brief Therapy*" الأسس التطبيقية للعلاج المتمركز حول الحل، وركزت على كيفية استخدام هذا النموذج في البيئات المهنية، خاصة في سياقات الإشراف والتوجيه المؤسسي.

استخدمت الدراسة منهجية وصفية تحليلية تعتمد على الأدبيات والتجارب السريرية دون عينة محددة. تم تطبيق المحتوى على بيانات مهنية مثل المستشفيات و فرق العمل العلاجية. استخدمت أدوات تحليلية نوعية لشرح خطوات العمل مثل "الأسئلة المعجزة" و "استثناءات المشكلة". توصلت الكاتبة إلى أن SFBT أداة فعالة يمكن إدماجها بسهولة في التفاعلات المهنية لتحسين جودة التواصل وتخفيف الضغط.

دراسة (Kim (2008). "دراسة تحليلية لفاعلية العلاج الموجز المتمركز حول الحل: تحليل تلوي".

أجرت Kim (2008) دراسة تحليلية بعنوان *"Examining the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Meta-Analysis"* هدفت إلى تقييم الفعالية العامة لـ SFBT من خلال تحليل تلوي لـ 22 دراسة كمية. استخدمت الدراسة المنهج الكمي، وركزت على العينات المطبقة في السياقات العلاجية والاجتماعية، بما في ذلك العاملين في المستشفيات. تم تحليل البيانات باستخدام برامج إحصائية لقياس حجم التأثير. أظهرت النتائج أن SFBT فعال بدرجة متوسطة إلى مرتفعة في تحسين الأداء النفسي وتقليل أعراض الضغط، مما يعزز مشروعية استخدامه مع مقدمي الخدمات الصحية.

دراسة (Beyebach & Carranza (2016). بعنوان: "التفاعل العلاجي والتعاون بين الفرق الصحية: مقارنة بالعلاج الموجز المتمركز حول الحل".

هدفت دراسة Beyebach و Carranza (2016) بعنوان *"Therapeutic Interaction and Team Collaboration in Healthcare: A Solution-Focused Approach"* إلى استكشاف تأثير استخدام SFBT على تحسين التعاون بين الفرق الصحية في المستشفيات. استخدمت الدراسة منهجاً نوعياً تحليلياً من خلال استعراض تجارب تطبيقية دون استخدام أداة إحصائية. شملت العينة فرقاً طبية متعددة التخصصات، وتم تطبيق الدراسة في مستشفيات أوروبية. اعتمد الباحثان على تحليل جلسات الفريق والتفاعلات المهنية باستخدام أدوات التقييم الكيفي. أظهرت النتائج أن SFBT يُعزز بيئة التعاون ويقلل من النزاعات الداخلية، ويحفز روح الفريق في بيئات عالية الضغط.

دراسة (Franklin et al. (2017). بعنوان: "العلاج الموجز المتمركز حول الحل: مراجعة منهجية وملخص تحليلي للأبحاث العملية".

قدّم Franklin وزملاؤه (2017) مراجعة منهجية بعنوان *"Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research"* تناولت العمليات الإكلينيكية والتقنيات المستخدمة في SFBT، وركزت على تحليل الدراسات التطبيقية في بيئات صحية. اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية (systematic review) وتحليل المضمون (meta-summary)، وشملت 50 دراسة منشورة. لم تركز على عينة بشرية مباشرة، بل على الدراسات السابقة في بيئات مثل التمريض والعلاج الأسري والمستشفيات. بينت النتائج أن العمليات العلاجية الفعالة في SFBT مثل بناء الأهداف، والاستثناءات، واللغة الإيجابية) تسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية والتفاعل المهني.

دراسة (Corcoran & Pillai (2018). بعنوان: "العلاج الموجز المتمركز حول الحل مع الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات: دراسة بمنهج مختلط".

في دراسة بعنوان *"Solution-Focused Brief Therapy with Hospital Social Workers: A Mixed-Methods Study"* استخدم Corcoran و Pillai (2018) منهجاً مختلطاً (كمي وكيفي) لاستكشاف مدى فاعلية SFBT في

دعم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات. شملت العينة 36 أخصائيًا اجتماعيًا من مستشفيات حضرية أمريكية. اعتمدت أدوات البحث على استبيانات كمية ومقابلات نوعية معمقة، وتم تنفيذ الدراسة في بيئة رعاية طبية. كشفت النتائج أن تطبيق SFBT أدى إلى تحسين مهارات حل المشكلات، وزيادة الرضا المهني، وتقليل مشاعر الاحتراق النفسي لدى المشاركين. دراسة (Grant & Gerrard (2020). بعنوان: "مقارنة العلاج الموجز المتمركز حول الحل مع العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوتر لدى أطباء الطوارئ: تجربة عشوائية محكمة.

في دراستهما "Comparing SFBT and CBT for Stress Reduction in Emergency Physicians: A Randomized Trial"، قارنا Grant و (2020) Gerrard بين فعالية SFBT والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) في تقليل التوتر لدى أطباء الطوارئ. اعتمدت الدراسة منهجًا تجريبيًا بتصميم عشوائي محكوم (RCT)، وبلغ حجم العينة 60 طبيبًا من أقسام الطوارئ في مستشفيات كبرى بالمملكة المتحدة. استخدمت أدوات تقييم نفسية معيارية مثل مقاييس الضغط والرضا المهني. أظهرت النتائج أن SFBT كان بنفس فعالية CBT في تقليل التوتر، مع تفضيل المشاركين لـ SFBT بسبب بساطته وسهولة تطبيقه في الميدان.

دراسة (Kohtu et al. (2020). بعنوان: "العلاج الموجز المتمركز حول الحل في خفض الاحتراق النفسي لدى الممرضات: تجربة عشوائية محكمة.

أجرى Kohtu وزملاؤه (2020) دراسة بعنوان "Solution-Focused Brief Therapy for Reducing Burnout among Nurses: A Randomized Controlled Trial"، هدفت إلى اختبار فاعلية SFBT في تقليل الاحتراق النفسي لدى الممرضات. استخدمت الدراسة تصميمًا تجريبيًا عشوائيًا محكومًا (RCT)، وبلغ حجم العينة 80 ممرضة من مستشفى تعليمي في فنلندا. تم استخدام استبيان Maslach للاحتراق النفسي كأداة تقييم قبل وبعد التدخل. بينت النتائج أن المجموعة التي تلقت SFBT سجلت انخفاضًا معنويًا في معدلات التوتر والاحتراق النفسي مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يؤكد فعالية هذا النموذج في بيئة العمل التمريضي.

دراسة (Vinnars & Barber (2021). بعنوان: "بناء المرونة النفسية لدى طاقم العناية المركزة: دراسة أولية باستخدام العلاج الموجز المتمركز حول الحل".

في دراسة بعنوان "Building Resilience in ICU Staff: A Pilot Study of SFBT"، استهدف Vinnars و (2021) Barber اختبار مدى مساهمة SFBT في بناء المرونة النفسية لدى طاقم العناية المركزة. استخدمت الدراسة تصميمًا تجريبيًا تجريبيًا مبدئيًا (Pilot Study)، وبلغ حجم العينة 15 ممارسًا صحيًا من وحدة العناية المركزة في مستشفى سويدي. تم تطبيق 4 جلسات جماعية من SFBT، واستخدمت أدوات قياس نفسية موحدة لتقييم التغيرات في مستويات التوتر والمرونة النفسية. أظهرت النتائج تحسنًا ملحوظًا في قدرة المشاركين على التكيف، والشعور بالسيطرة، والرضا عن الذات.

القسم الثاني: الدراسات النظرية

دراسة (Cavanagh & Grant (2004). نموذج العالم - الممارس ودوره في تطوير أداء الفرق الصحية من خلال العلاج الموجز المتمركز حول الحل.

تناولت دراسة Cavanagh و (2004) Grant الإطار المفاهيمي لنموذج "العالم-الممارس" ودوره في تحسين أداء الفرق الصحية، وارتكزت على تحليل العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي والكوتشينغ التنظيمي. لم تعتمد الدراسة على منهج تجريبي،

بل استخدمت منهجاً نظرياً تحليلياً مبنياً على مراجعة الأدبيات السابقة. وقدمت الدراسة توصيات حول دمج مبادئ الكوتشينغ المتمركز حول الحلول (SFBT) في تدريب الفرق الطبية، مشددة على أهمية التعاون والتغذية الراجعة في البيئات المهنية، مما يعزز الفرضية بأن SFBT مناسب لفرق العمل متعددة التخصصات في المستشفيات.

دراسة (Iveson et al. (2012. بعنوان: "التدريب والإشراف المتمركز حول الحلول في البيئات الصحية والتعليمية.

قدمت Iveson و George و Ratner (2012) في عملهم النظري تحليلاً لتقنيات التدريب والإشراف المتمركز حول الحلول في البيئات المهنية، خصوصاً في القطاعات الصحية والتعليمية. اعتمدت الدراسة على خبرات ميدانية وورش تدريبية سابقة دون تطبيق ميداني منظم، وتم التركيز على شرح مبادئ مثل "الأسئلة المعجزة" و "استثناءات المشكلة" و "مقاييس التقدم"، مع أمثلة تطبيقية في المستشفيات. دعمت الدراسة فكرة أن استخدام تقنيات SFBT في تدريب العاملين الصحيين يساهم في تحسين الأداء وتقليل التوتر التنظيمي.

دراسة (Zimmerman et al. (2015. بعنوان: "التطبيقات الجماعية للعلاج الموجز المتمركز حول الحل في الفرق الصحية والمهنية".

رغم أن الدراسة أجريت على مجموعات علاج زوجي، إلا أن Zimmerman و Prest و Wetzel (2015) قدموا إطاراً نظرياً وتطبيقياً يبرز كيف يمكن لتقنيات SFBT الجماعية أن تُستخدم في بيئات صحية جماعية، مثل فرق العمل الطبية. استخدمت الدراسة نموذجاً شبه تجريبي، لكنها تضمنت تحليلاً نظرياً موسعاً لأثر الأسئلة الإيجابية وتحديد الأهداف القصيرة المدى، مما يساهم في دعم الرؤية النظرية لتطبيق SFBT ضمن جلسات جماعية مهنية في المستشفيات.

دراسة (Henden (2017. بعنوان: "تكييف العلاج الموجز المتمركز حول الحل للعمل مع العملاء المتأثرين بالصدمة النفسية

استعرض Henden (2017) في هذا العمل النظري الطرق التي يمكن من خلالها تعديل نموذج SFBT للعمل مع العملاء المتعاملين مع الصدمة النفسية. ركزت الدراسة على الجوانب المفاهيمية والتقنية للتعامل مع محتوى نفسي حساس ضمن بيئة مهنية. وأوصى الباحث بإدخال تعديلات دقيقة على توقيت وعمق بعض الأسئلة المعروفة في SFBT. ورغم أن الدراسة لم تُجر في مستشفى، إلا أنها توفر أساساً نظرياً قوياً لتوسيع نطاق SFBT ليشمل الحالات المعقدة داخل مؤسسات الرعاية الصحية.

دراسة (Gingerich & Peterson (2019. بعنوان: "الإشراف الإكلينيكي المتمركز حول الحل: إمكانات وتطبيقات في الممارسة الصحية.

تناولت هذا البحث البعد الإشرافي لـ SFBT، حيث ناقش Gingerich و Peterson (2019) إمكانات تطبيق الإشراف السريري المتمركز حول الحل مع الممارسين الصحيين. استخدمتا منهجية نظرية تحليلية استعرضت أدبيات الإشراف النفسي والإكلينيكي، وربطتاها بتطبيقات SFBT. أشارت الدراسة إلى أن استخدام SFBT في الإشراف يوفر بيئة داعمة قائمة على نقاط القوة، ويحفز الممارسين على تبني منهج مرن وقابل للتطبيق في جلساتهم مع المرضى.

دراسة (Grant & Gerrard (2020. بعنوان: "الكوتشينغ النفسي والعلاج الموجز المتمركز حول الحل في القطاع الصحي.

في دراستهما النظرية بعنوان *Coaching Psychology and SFBT in Healthcare*، استعرض Grant و Gerrard (2020) الاستخدامات الممكنة للكوتشينغ النفسي المتمركز حول الحل في القطاع الصحي، من خلال مراجعة نقدية للدراسات

السابقة ومقارنة بين الأساليب الإشرافية المختلفة. استخدمنا منهج التحليل المفاهيمي دون إجراء تجربة ميدانية، وركّزنا على خصائص بيئة العمل الصحي من ضغوط وتحديات تنظيمية. وخلصنا إلى أن SFBT يقدّم بديلاً موجّهاً بالتمكين، ينسجم مع ثقافة الأداء العالية في المستشفيات، ويُسهّم في تحسين التواصل المهني والمرونة النفسية.

الجدول (3) ملخص الدراسات التطبيقية والنظرية حول العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي

اسم المؤلف وسنة النشر	نوع الدراسة	الهدف	البيئة	النتائج
Kohtu et al. (2020)	تجريبية عشوائية محكمة	تقليل الاحتراق النفسي لدى الممرضات باستخدام SFBT	مستشفى تريض	أظهرت انخفاضاً ملحوظاً في مؤشرات الاحتراق المهني
Grant & Gerrard (2020)	تجريبية مقارنة	مقارنة فاعلية SFBT و CBT في تقليل الضغط	أطباء الطوارئ	تفوق SFBT على CBT في بعض مؤشرات التوتر والتحفيز المهني
Corcoran & Pillai (2018)	منهج مختلط	دراسة تطبيق SFBT مع الأخصائيين الاجتماعيين	مستشفى	نتائج إيجابية في التكيف والرضا المهني
Vinnars & Barber (2021)	دراسة أولية تجريبية	بناء المرونة النفسية لطواقم العناية المركزة	وحدة العناية المركزة	زيادة ملحوظة في مؤشرات الصلابة والرضا
Cavanagh & Grant (2004)	نظرية تحليلية	شرح العلاقة بين النموذج العلمي العملي و SFBT في التدريب المهني	بيئة تدريبية	تعزيز فلسفة العمل الجماعي من منظور الحلول
Gingerich & Peterson (2019)	تحليل نظري	شرح الإشراف المهني باستخدام SFBT	الإشراف العيادي	تقديم إطار إشرافي موجه نحو التمكين
Iveson et al. (2012)	مراجعة فكرية	عرض نموذج التدريب باستخدام SFBT	بيئة مهنية صحية	نموذج تدريبي عملي ومباشر لدعم العاملين
Zimmerman et al. (2015)	دراسة جماعية	اختبار فاعلية العلاج الزوجي الجماعي باستخدام SFBT	مجموعات علاجية	فاعلية عالية في تحسين التواصل والحلول الجماعية
Henden (2017)	عرض نظري تطبيقي	تكييف SFBT للعمل مع حالات الصدمة	علاج نفسي	ملاءمة مرنة للنموذج في بيئات الأزمات

تُظهر الدراسات السابقة، النظرية منها والتطبيقية، أن العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) يتجاوز كونه نموذجاً علاجياً فريداً قصير الأمد، ليقدّم كإطار مهني مرّن قادر على التكيف مع السياقات المؤسسية المعقدة، مثل بيئة العمل الصحي. وقد ساهمت أعمال نظرية بارزة (Cavanagh & Grant, 2004؛ Gingerich & Peterson, 2019؛ Iveson et al., 2012) في تأصيل هذا النموذج كأداة تعزز ثقافة التمكين، وتُسهّم في تحسين الإشراف والتواصل داخل الفرق الطبية.

في المقابل، قدّمت الدراسات التطبيقية دلائل على فاعلية SFBT في تقليل الإرهاق المهني، وتعزيز التكيف، وبناء المرونة النفسية في قطاعات صحية مختلفة.

كما أشارت مراجعات مثل تلك التي أجراها Grant و Gerrard (2020) و Henden (2017) إلى قابلية SFBT للتكيف مع البيئات عالية الضغط، وفُتحت دراسات مثل Zimmerman et al. (2015) المجال لتطبيقاته الجماعية، مما يعزز إمكانات إدماجه في برامج الدعم المهني المؤسسي.

ورغم غزارة الإنتاج البحثي في السياقات الغربية، إلا أن الأدبيات العربية تظل محدودة، ولا تزال بحاجة إلى دراسات منهجية تُراعي الخصوصيات الثقافية والتنظيمية لبيئات المستشفيات في العالم العربي. كما أن التركيز المفرط على الأفراد كمستفيدين دون تحليل ديناميات الفرق المهنية يُعد فجوة بحثية قائمة.

بناءً على ذلك، تنطلق هذا البحث لسد هذه الفجوة عبر تحليل الإمكانيات النفسية والتنظيمية لنموذج SFBT داخل بيئة العمل الصحي، مع التركيز على الفرق الطبية والإدارية كوحدات مهنية متكاملة، بما يمهّد لتقديم نموذج تطبيقي متكامل قابل للتوظيف في السياق المحلي.

3. التحليل البحثي

1.3. تحليل الأسس النظرية لـ SFBT ومدى ملاءمتها لبيئة العمل الصحي

ينطلق هذا الفصل من الحاجة إلى تقديم فهم معمّق للأسس النظرية والتطبيقية التي تدعم استخدام العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي، بوصفها بيئة معقدة تتسم بتعدد الأدوار، وكثافة المهام، وارتفاع معدلات الضغط النفسي. وسعيًا إلى توجيه هذا البحث نحو تطبيق عملي ومهني فاعل، يتناول الفصل تحليلًا دقيقًا لأربعة محاور رئيسية: الأسس النظرية للنموذج، واحتياجات الفرق الطبية والإدارية، والتحديات الثقافية والتنظيمية، وأخيرًا تصور مقترح لتكامل SFBT في بيئة المستشفيات. يتم ذلك بالاستناد إلى مراجعة الدراسات السابقة وتوظيفها في بناء نموذج تحليلي متكامل.

يُعد العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) نموذجًا نفسيًا يركز على بناء الحلول المستقبلية عوضًا عن تحليل المشكلات الماضية، ويقوم على افتراض أن الأفراد يملكون من الموارد والقدرات ما يمكنهم من تجاوز التحديات إذا تمّ توجيههم بشكل بناء وفعال. وقد نشأ هذا النموذج في ثمانينيات القرن الماضي على يد كل من Steve de Shazer و Insoo Kim Berg، وقد تميّز ببنائه العملية المختصرة وتركيزه على النجاحات، ما جعله لاحقًا من أكثر النماذج انتشارًا في البيئات العلاجية والمهنية (De Shazer et al., 1986; Berg & De Jong, 2019).

تقوم الأسس النظرية لـ SFBT على مجموعة من المبادئ التي تجعل منه نموذجًا مناسبًا لتطبيقه في بيئة العمل الصحي، ومن أبرز هذه المبادئ: (1) التركيز على الحلول بدلًا من المشكلات؛ (2) الاعتقاد بأن التغيير أمر حتمي، حتى لو كان بسيطًا؛ (3) استخدام لغة إيجابية موجهة نحو الإمكانيات؛ (4) إشراك المستفيد في وضع الأهداف؛ و(5) تحديد وتضخيم "الاستثناءات" التي لم تحدث فيها المشكلة (Franklin et al., 2012; Iverson et al., 2012).

عند النظر إلى بيئة العمل الصحي بوصفها نظامًا شديد التعقيد، يتسم بضغوط مهنية عالية، وأدوار متعددة، وتوقعات متغيرة، فإن نموذجًا مثل SFBT يقدّم مدخلًا مرئيًا يمكن تكيفه بسهولة لتقديم الدعم النفسي المهني. بيّنت دراسة Cavanagh و Grant

(2004) أن النماذج الإشرافية القائمة على SFBT تساعد في تحسين جودة التواصل بين أعضاء الفريق الطبي، وتزيد من فعالية اتخاذ القرار من خلال بناء حوارات تركز على الحلول، وليس على المشكلات أو الإخفاقات.

كما يشير Gingerich و Peterson (2019) إلى أن SFBT يمتلك إمكانات عالية في دعم العمليات الإشرافية، نظرًا لقدرته على تحفيز الموظفين على الاستبصار بقدراتهم، وتحديد الأهداف المهنية الواقعية، مما يعزز الشعور بالكفاءة الذاتية. هذه النقطة بالذات تُعد مركزية في بيئة المستشفيات، حيث يكون التوتر مرتفعًا والوقت محدودًا.

وبناءً على مراجعة الدراسات السابقة مثل دراسة Iveson et al. (2012) حول التدريب الموجّه للحلول، يتّضح أن استخدام تقنيات مثل "الأسئلة المعجزة"، و"أسئلة المقياس"، و"استكشاف النجاحات السابقة"، تساهم في إحداث تغيير سريع وفعال في سلوك الفرق الطبية، مما يدعم التحول من ثقافة قائمة على ردود الأفعال إلى ثقافة قائمة على التمكين والاستباقية.

علاوة على ذلك، فإن الطابع المختصر لهذا النموذج، ومرونته النظرية، يجعلان منه مناسبًا للبيئات التي تعاني من ضغط الوقت وارتفاع معدل الدوران الوظيفي، مثل أقسام الطوارئ، ووحدات العناية المركزة، وغيرها من بيئات العمل عالية التوتر (Kohtu et al., 2020). (Grant & Gerrard, 2020).

ومن الناحية العملية، فإن هذه الأسس النظرية لا تبقى مجرد افتراضات فلسفية، بل تُترجم إلى أدوات فعّالة يمكن للمرشدين النفسيين والقادة استخدامها في جلسات الإشراف، وتقييم الأداء، وحل النزاعات، وتحسين بيئة العمل. وهو ما يدعم توجه هذا البحث نحو تبني SFBT كنموذج تدخل قابل للتطبيق في المؤسسات الصحية بالمملكة العربية السعودية.

وبالتالي، فإن تحليل الأسس النظرية لـ SFBT يُبرز مدى توافقه مع التحديات والخصائص المميزة لبيئة العمل الصحي، ويعزز من مبررات اختياره كنموذج مهني ونفسي ملائم للدعم المؤسسي، وهو ما سيتم توسيعه في المحاور اللاحقة بتحليل الاحتياجات الفعلية للفرق الطبية والإدارية.

2.3. تحليل احتياجات الفرق الطبية والإدارية في المستشفيات

تُعدّ الفرق الطبية والإدارية في المستشفيات من أكثر الفئات المهنية عرضةً للضغط النفسي والوظيفية، بسبب خصوصية بيئة العمل الصحي التي تتسم بالديناميكية العالية، والقرارات السريعة، وتنوّع الخلفيات المهنية، بالإضافة إلى التفاعل المستمر مع المرضى وذويهم في سياقات تتسم غالبًا بالحساسية والانفعال. هذا الواقع يخلق مجموعة من الاحتياجات النفسية والتنظيمية، التي تتطلب الاستجابة لها نماذج تدخل مرنة وقصيرة المدى، وهو ما يجعل من العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) خيارًا واعدًا.

أشارت دراسة Vinnars و Barber (2021) إلى أن طاقم العناية المركزة يواجه معدلات مرتفعة من الضغط النفسي والاحترق المهني، ما يستدعي أدوات تدخل تركز على بناء المرونة والتمكين الذاتي، بدلًا من إعادة فتح الجروح النفسية المرتبطة بالمواقف الصادمة. وفي هذا السياق، يظهر SFBT كنهج فعال يوفّر مساحة آمنة للعاملين لاستكشاف ما ينجح في أدائهم، والتمسك بالاستثناءات الإيجابية، مما يعزز من استقرارهم النفسي والمهني.

تتمثل أبرز الاحتياجات في هذا السياق في أربعة محاور رئيسية:

1. **إدارة الضغط النفسي والإرهاق المهني: (Burnout)** يعاني العاملون في المستشفيات من مستويات عالية من الإرهاق العاطفي، والتبليد المهني، وتراجع الشعور بالإنجاز الشخصي. وقد بينت دراسة (Kohtu et al. (2020 أن تطبيق SFBT مع الممرضات ساهم في تقليل معدلات الاحتراق النفسي من خلال تمكينهن من استكشاف مصادر القوة الذاتية، وتحديد أهداف صغيرة يمكن تحقيقها ضمن بيئة العمل.
 2. **تحسين جودة التواصل والعمل الجماعي:** الفرق الطبية متعددة التخصصات بحاجة دائمة إلى أنماط تواصل مرنة، إيجابية، وغير تصادية. وقد أظهر Beyebach و Carranza (2016) أن تقنيات SFBT، مثل "الأسئلة البناءة" و"استكشاف النجاحات الجماعية"، تمكن الفرق من تجاوز النزاعات وتحقيق أهداف مشتركة، مما يعزز من فاعلية العمل التكاملية داخل المستشفيات.
 3. **تقدير الذات والهوية المهنية:** يشعر الكثير من الموظفين في البيئات الطبية أن مساهماتهم تُختزل في إنجازات تقنية أو سريرية، دون اعتراف كافٍ بجهودهم. ومن خلال جلسات إشراف تستخدم نهج SFBT، يتم تسليط الضوء على النجاحات الفردية، وتقدير المواقف التي تُظهر مهارات مهنية نوعية، مما يعيد بناء الشعور بالهوية المهنية (Gingerich & Peterson, 2019).
 4. **المرونة التنظيمية والقدرة على التكيف:** التغيرات المستمرة في بروتوكولات الرعاية، وتحديات العمل في ظروف استثنائية مثل الجوائح أو الأزمات، تتطلب بناء ثقافة مرنة تستند إلى التمكين والتكيف. وقد عرضت دراسة (Henden (2017 كيف يمكن توظيف SFBT لمساعدة العاملين في تجاوز الصدمات وتعزيز المرونة النفسية والتنظيمية على حد سواء.
- وبناءً على هذا التحليل، يتضح أن SFBT لا يستهدف فقط الأفراد، بل يمتد ليشمل البيئة المهنية الأوسع، حيث يقدم أدوات فاعلة يمكن تطويعها لتلائم السياق الصحي المؤسسي، وتعالج تحدياته المتراكمة. وهو ما يعزز من منطلق هذا البحث في فحص الإمكانيات الواقعية لاستخدام النموذج ضمن المستشفيات العربية، وتحديد العوامل التي يمكن أن تؤثر في نجاح تطبيقه.
- ### 3.3. التحديات التنظيمية والثقافية في تطبيق SFBT داخل المؤسسات الصحية
- رغم ما يتمتع به نموذج SFBT من مرونة وقدرة على التكيف مع بيئات مهنية متنوعة، إلا أن تطبيقه في المؤسسات الصحية لا يخلو من التحديات، خصوصاً في السياقات الثقافية والتنظيمية الخاصة مثل بيئة العمل العربي. وتُعد هذه التحديات أحد العوامل الحاسمة التي ينبغي دراستها بعمق لضمان نجاح أي نموذج تدخل نفسي في المؤسسات الصحية.
- #### أولاً: التحديات التنظيمية
- تتمثل التحديات التنظيمية في المعوقات الإدارية والهيكلية التي قد تقف حائلاً أمام إدماج نموذج SFBT ضمن الممارسات اليومية. من أبرز هذه التحديات:
- **ضعف البنية المؤسسية الداعمة للتدخلات النفسية المهنية:** العديد من المؤسسات الصحية، لا سيما في المنطقة العربية، لا تتوافر فيها إدارات أو سياسات واضحة تعترف بأهمية الدعم النفسي للكوادر، وهو ما يؤثر على تبني نماذج مثل SFBT (Hofstede et al., 2010).

- القيادة التقليدية ومقاومة التغيير: أظهرت دراسات متعددة أن النماذج العلاجية التي تعتمد على التمكين والشفافية قد تواجه مقاومة من القيادات التي تفضل الأساليب التوجيهية التقليدية، مما يحد من فاعلية SFBT كأداة إشرافية وتنظيمية (Gingerich & Peterson, 2019).
- نقص الكوادر المدربة: يمثل نقص الكفاءات المدربة على تطبيق SFBT تحديًا كبيرًا، إذ يتطلب النموذج إتقان مهارات محددة في إدارة الحوار، وبناء الأهداف، واستكشاف النجاحات، وهي مهارات لم تُدرّس على نطاق واسع في البرامج التدريبية للقيادات الصحية.

ثانيًا: التحديات الثقافية

- تمثل العوامل الثقافية جانبًا بالغ الأهمية في تفسير محدودية استخدام النماذج النفسية الغربية في البيئات العربية. وفي هذا السياق، يُمكن استعراض التحديات التالية:
- نمط التوجيه السلطوي في العلاقات المهنية: الثقافة المؤسسية في كثير من النظم الصحية العربية تميل إلى الهرمية الصارمة، مما يضعف من فرص الحوار التعاوني الذي يُعد جوهرًا في SFBT.
- الوصمة المرتبطة بطلب الدعم النفسي: لا تزال بعض البيئات الصحية تنظر إلى التدخل النفسي باعتباره مؤشر ضعف، مما يجعل العاملين يترددون في الانخراط في نماذج مثل SFBT التي تعتمد على التفاعل الصريح مع المشكلات والتطلعات (Iveson et al., 2012).
- الاختلافات في تفسير مفاهيم النجاح والحل: ما يُعتبر تقدمًا إيجابيًا في ثقافة ما قد لا يُنظر إليه بنفس الطريقة في ثقافة أخرى. لذا فإن تكيف أدوات مثل "الأسئلة المعجزة" أو "أسئلة المقياس" يتطلب فهمًا عميقًا للثقافة المحلية.

ثالثًا: التفاعل بين التحديات التنظيمية والثقافية:

- تُظهر دراسة Grant و Gerrard (2020) أن التحديات التنظيمية والثقافية ليست مستقلة، بل تتفاعل لتوليد أنماط مقاومة متشابكة تُضعف من أثر النماذج النفسية الحديثة.
- فعلى سبيل المثال، غياب الدعم المؤسسي يجعل العاملين أكثر اعتمادًا على الحلول الفردية، ما يعزز ثقافة العزلة والضغط الداخلي.

رابعًا: استراتيجيات التكيف المقترحة

- التدريب الموجه للسياق المحلي: لا بد من تطوير برامج تدريبية تستند إلى ثقافة العمل المحلي، وتدمج مبادئ SFBT بأساليب الإشراف المعتمدة محليًا.
- دمج النموذج تدريجيًا: يُستحسن إدخال تقنيات SFBT بشكل تدريجي ضمن جلسات الإشراف أو تقييم الأداء.
- بناء تحالفات داخلية: تشجيع القيادات المتبينة للنموذج على أن تكون جزءًا من التغيير المؤسسي، عبر نمذجة السلوك الإيجابي وتعزيز ثقافة التمكين.
- ويُعدّ فهم هذه التحديات ضرورة أساسية لأي محاولة جادة لتطبيق SFBT في المستشفيات العربية، وهو ما يدفع نحو استكشاف النماذج التكيفية الممكنة، كما سيُناقش في المحور الأخير من هذا الفصل.

4.3. تصور تحليلي مقترح لتكامل نموذج SFBT في بيئة المستشفيات:

بناءً على ما تم استعراضه في المحاور السابقة من هذا الفصل، يمكن تقديم تصور تحليلي متكامل يوضح كيف يمكن توظيف نموذج SFBT ضمن بيئة المستشفيات بطريقة تأخذ بعين الاعتبار البعدين النفسي والتنظيمي. لا يقتصر هذا التصور على توصيات نظرية، بل يُصاغ كإطار عملي إرشادي يُمكن القائمين على الصحة النفسية والتنظيمية من تبني النموذج تدريجياً وفعالاً.

أولاً: منطلقات النموذج المقترح

يعتمد التصور المقترح على أربعة منطلقات أساسية:

- **التمركز حول الحل لا المشكلة:** ويُعد هذا مبدأً جوهرياً في SFBT، إذ يُعيد توجيه الحوار نحو ما هو ممكن وفاعل بدلاً من التركيز على المعوقات والمسببات. (Franklin et al., 2012)
- **التكامل بين الفردي والجماعي:** يستند SFBT إلى بنية مرنة تسمح باستخدامه مع الأفراد والفرق، ما يجعله مناسباً للتدخلات متعددة المستويات.
- **القابلية للتدريب والتطبيق:** تقنيات النموذج مثل "الأسئلة المعجزة" و"أسئلة المقياس" قابلة للتدريب ويمكن استخدامها ضمن جلسات الإشراف المهني والاجتماعات التنظيمية.
- **التكيف مع الثقافة المؤسسية:** يُراعى في التصور المقترح الحاجة إلى تعديل بعض الأدوات والمفاهيم بما يتماشى مع القيم المهنية والثقافية السائدة في المؤسسات الصحية العربية. (Iveson et al., 2012)

ثانياً: مكونات التصور المقترح:

يتكون التصور من ثلاث وحدات متكاملة:

1. **وحدة التمكين النفسي للكوادر الصحية** تركّز هذه الوحدة على استخدام تقنيات SFBT لمساعدة الأطباء والمرضى والإداريين على إعادة بناء تصوراتهم حول الضغوط، وتعزيز الثقة بقدراتهم على التكيف. ويشمل ذلك:
 - عقد جلسات جماعية شهرية تعتمد على أساليب SFBT.
 - دمج "الاستثناءات" في مراجعات الأداء كأداة للاعتراف بالنجاحات.
2. **وحدة تطوير الإشراف الإداري** توظف هذه الوحدة أدوات SFBT داخل جلسات الإشراف، بما في ذلك:
 - استخدام أسئلة المقياس لتقييم الأداء بطريقة بناءة.
 - التركيز على المستقبل وتعزيز الحوار التحفيزي في الاجتماعات الفردية والجماعية. (Gingerich & Peterson, 2019).
3. **وحدة بناء ثقافة الحلول داخل المؤسسة** تهدف إلى تحويل النموذج إلى ثقافة مهنية سائدة، وذلك من خلال:
 - تدريب القادة والمشرفين على مبادئ SFBT.
 - إدراج مفاهيم SFBT ضمن سياسات التدريب والتطوير الوظيفي.

ثالثاً: الشروط الضرورية لإنجاح النموذج

- الدعم المؤسسي من الإدارة العليا، بما يشمل توفير بيئة داعمة للتجريب والتقييم.
- مشاركة الفرق المستهدفة في بناء البرامج لضمان القبول والتحفيز.
- الاستمرارية والمتابعة، لتجاوز الطابع التجريبي وتحقيق الدمج المستدام.

في ختام هذا الفصل، يتبين أن العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) لا يقدم فقط نموذجاً نفسياً بديلاً للعلاج التقليدي، بل يمتلك من المرونة والبنية التفاعلية ما يؤهله ليكون أداة استراتيجية في تطوير بيئة العمل الصحي نفسياً وتنظيمياً. فمن خلال تحليل الأسس النظرية للنموذج، اتضح أنه يعتمد على فلسفة بنائية تركز على الإمكانيات عوضاً عن المشكلات، مما يتناغم مع طبيعة المهام اليومية في المستشفيات التي تتطلب حلولاً سريعة ومهارات تواصل فعالة.

وقد كشف تحليل احتياجات الفرق الطبية والإدارية أن هناك فجوة ملحوظة بين متطلبات الأداء وضغوط العمل، لا يمكن سدّها إلا من خلال نماذج تدخلية تجمع بين الدعم النفسي والتمكين المهني. وفي ضوء التحديات التنظيمية والثقافية التي تم استعراضها، يصبح تكيف SFBT ضرورة لا خياراً، وذلك لضمان ملاءمته للسياق العربي ولثقافة العمل المؤسسي المحلي.

4. نتائج البحث ومناقشتها:

مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الأدبيات

يناقش هذا الفصل نتائج البحث النظرية في ضوء فروضها وأهدافها، مستعيناً بالدراسات السابقة والإطار النظري الذي جرى بناؤه في الفصول السابقة. وتسعى هذه المناقشة إلى تقديم تفسير علمي لما تم التوصل إليه من معطيات تحليلية حول ملاءمة نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) لبيئة العمل الصحي، من حيث البنية النظرية، والتطبيقات الممكنة، والتحديات التنظيمية، مع ربط تلك النتائج بسياقات الثقافة المؤسسية السعودية. كما تبرز أهمية هذا النموذج في سد الفجوات التي رصدتها الدراسات السابقة، وتقديم مقترح تطبيقي يُمكن البناء عليه في الدراسات التجريبية المستقبلية.

1.4 مناقشة الفرض الأول: "يوجد توافق بين المبادئ النظرية لنموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) واحتياجات بيئة العمل الصحي"

أظهرت نتائج التحليل النظري وجود توافق وثيق بين المبادئ الأساسية لنموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) وبين متطلبات بيئة العمل الصحي، وخصوصاً المستشفيات. فقد برزت أهمية التركيز على الحلول بدلاً من المشكلات، وبناء علاقات مهنية داعمة، وتعزيز التمكين الذاتي للعاملين. وأكدت الدراسات السابقة هذه النتائج؛ حيث بيّنت دراسة Gingerich و Peterson (2019) أن SFBT يعزز التواصل الإيجابي ضمن الفرق الطبية، كما أوضحت مراجعة Franklin et al. (2012) أن استخدام تقنيات مثل "الأسئلة المعجزة" و "استثناءات المشكلة" يساهم في تحفيز العاملين وتوجيه انتباههم نحو إمكانيات التطوير. وأكدت دراسة Grant و Gerrard (2020) على مرونة البنية النظرية للنموذج وقدرته على التكيف مع البيئات المهنية المعقدة، خاصة في المواقف التي تتطلب تدخلات عاجلة كالرعاية الصحية.

يتضح من هذه النتائج أن نموذج SFBT لا يقتصر على كونه أداة علاجية قصيرة المدى، بل يمتلك مقومات مهنية وتنظيمية تجعله ملائماً للتطبيق في المستشفيات. فالتركيز على الحلول والموارد الذاتية يتماشى مع الضغوط الزمنية التي تواجهها الفرق

الطبية، كما أن طبيعة الأسئلة الإيجابية تدعم بيئة عمل قائمة على التعاون بدلاً من النقد واللوم. ومن ثم، فإن هذا التوافق بين النظرية والاحتياجات المهنية يعكس انسجاماً بين فلسفة SFBT ومتطلبات العمل في المستشفيات، مما يعزز مكانته كأداة تطوير تنظيمي ونفسي في آن واحد.

بناءً على ذلك، يمكن قبول الفرض الأول؛ إذ ثبت وجود توافق بين المبادئ النظرية لـ SFBT واحتياجات بيئة العمل الصحي. هذا القرار يفتح المجال أمام توصية عملية تتمثل في إدماج النموذج بشكل تدريجي في برامج الدعم المهني والتدريب المؤسسي داخل المستشفيات. كما يشكل أساساً لتطوير فرضيات لاحقة حول فعالية هذا النموذج في خفض مستويات الاحتراق النفسي وتحسين جودة التواصل والرضا الوظيفي بين الفرق الطبية والإدارية.

2.4. مناقشة الفرض الثاني: "يمكن توظيف تقنيات SFBT في تحسين التواصل والتماسك المهني داخل الفرق الطبية"

أظهرت نتائج التحليل أن تقنيات العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) – مثل الأسئلة البناءة، والتغذية الراجعة الإيجابية، والتركيز على النجاحات السابقة – تُعد أدوات فعالة لتحسين جودة التواصل بين أعضاء الفرق الطبية وتعزيز ثقافة مهنية قائمة على التفاهم والثقة. وقد دعمت دراسة Iveson et al (2012) هذا التوجه، إذ بينت كيف يسهم SFBT في تحويل العلاقات المهنية من السيطرة إلى التمكين، ومن النقد إلى التشجيع. كما أظهرت دراسة Zimmerman et al (2015) أن تطبيق SFBT في جلسات جماعية يعزز من الشعور بالانتماء والتكامل داخل فرق العمل، وهو ما ينعكس إيجاباً على الأداء الوظيفي. وبُعداً عن الجانب البحثي، أكدت النتائج أن دمج هذه التقنيات في الإشراف الإداري والتدريب الداخلي وحل النزاعات المهنية يسهم في تقليل معدلات الاحتكاك وزيادة فعالية العمل.

تشير هذه النتائج إلى أن SFBT يتجاوز نطاق التدخل الفردي، ليشكل أداة استراتيجية في تطوير ثقافة التواصل داخل المستشفيات. فالتركيز على النجاحات السابقة وتقديم تغذية راجعة إيجابية يعززان الثقة المتبادلة بين أعضاء الفرق، بينما تسمح الأسئلة البناءة بإعادة صياغة المشكلات بشكل يفتح المجال للحلول المشتركة. وهذا بدوره يؤدي إلى خفض التوتر الناتج عن بيئات العمل عالية الضغط، ويعزز الانتماء المؤسسي والالتزام المهني. يتضح أيضاً أن قدرة SFBT على تحويل الحوار من النقد إلى التقدير تسهم في بناء بيئة عمل صحية تقوم على التماسك المهني لا التنافس السلبي.

استناداً إلى هذه المعطيات، يمكن قبول الفرض الثاني، حيث أثبتت الأدلة النظرية والتطبيقية إمكانية توظيف تقنيات SFBT في تحسين التواصل والتماسك المهني داخل الفرق الطبية. وبناءً على ذلك، توصي المؤسسات الصحية بإدماج هذه التقنيات ضمن برامج التدريب والإشراف المؤسسي كأداة عملية لتعزيز التعاون وحل النزاعات. كما يشكل هذا القرار أساساً لتطوير دراسات مستقبلية تتناول أثر SFBT على مؤشرات محددة مثل جودة الخدمة، الرضا الوظيفي، وخفض معدلات الاحتراق النفسي في بيئة العمل الصحي.

3.4. مناقشة الفرض الثالث: "تسهم فلسفة SFBT في تعزيز الصحة النفسية المهنية للعاملين في المستشفيات"

أكد التحليل أن نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) يوفر بيئة نفسية آمنة للعاملين في المستشفيات، من خلال تمكينهم من التعبير عن تحدياتهم بطريقة غير تقييمية، وتوجيههم نحو صياغة أهداف واقعية وتفعيل استجابات إيجابية. فقد بينت دراسة Kohtu et al. (2020) انخفاض معدلات الإرهاق النفسي بشكل ملحوظ لدى الممرضات بعد تطبيق جلسات SFBT،

مما يعكس دوره المباشر في تحسين التكيف النفسي. كما أظهرت دراسة (Vinnars & Barber 2021) أن استخدام النموذج ساهم في بناء المرونة النفسية لدى موظفي العناية المركزة، من خلال تعزيز الثقة الذاتية وتحديد الأولويات المهنية بشكل منهجي. تشير هذه النتائج إلى أن SFBT يقدم ممارسات عملية تساعد على تخفيف الضغط النفسي المزمن، وتحفيز التفكير القائم على الحلول، بما يساهم في تعزيز الصحة النفسية للعاملين. إن توجيه الموظفين نحو النجاحات السابقة، والاعتراف بمصادر قوتهم، يوفر لهم إحساساً متجدداً بالسيطرة والكفاءة، وهو ما يقلل من مخاطر الاحتراق النفسي. علاوة على ذلك، فإن تطبيق هذه الفلسفة داخل الفرق الطبية يخلق بيئة مهنية قائمة على الدعم المتبادل بدلاً من اللوم، مما يرفع من مستويات الرضا الوظيفي والاستقرار النفسي.

بناءً على ذلك، يمكن قبول الفرض الثالث، حيث أثبتت الأدلة أن فلسفة SFBT تُسهم بفاعلية في تعزيز الصحة النفسية المهنية للعاملين في المستشفيات. ويوصى بدمج هذا النموذج ضمن برامج الصحة المهنية والدعم المؤسسي، بوصفه أداة وقائية وعلاجية قادرة على مواجهة الضغوط المهنية المرتفعة.

4.4. مناقشة الفرض الرابع: "توجد تحديات ثقافية وتنظيمية تعيق التطبيق الأمثل لنموذج SFBT في المستشفيات السعودية"

رغم وضوح إمكانات SFBT النظرية والتطبيقية، إلا أن التحليل كشف عن مجموعة من التحديات الثقافية والتنظيمية التي تعيق تطبيقه الأمثل في المستشفيات السعودية. ومن أبرز هذه التحديات: ضعف الثقافة المؤسسية الداعمة للممارسات النفسية، محدودية التدريب المتخصص على استخدام النموذج، والجمود الإداري الذي يحد من إدخال تدخلات جديدة. وقد أشارت مراجعة (Bannink 2007) إلى أن نجاح SFBT يعتمد على بيئة إدارية مرنة تشجع الحوار الأفقي بين الإدارة والعاملين، في حين بيّنت مراجعة (Franklin et al. 2017) أن قابلية تطبيق النموذج في البيئات غير الغربية مرهونة بمدى تكيفه مع الخصائص الثقافية واللغوية السائدة.

توضح هذه النتائج أن التحديات ليست متعلقة بالنموذج ذاته، وإنما بمدى استعداد المؤسسات الصحية لاستقباله وتبنيه. فغياب التدريب المنظم يضعف من قدرة العاملين على استخدام تقنياته، بينما يعيق الجمود الإداري مرونة دمجها في بيئة العمل. كذلك، فإن البنية الثقافية التي قد تفضل النمط السلطوي في التواصل على حساب التمكين والمشاركة تُشكل عقبة أمام الانتقال إلى فلسفة قائمة على الحلول. وهذا يؤكد أن نجاح SFBT في السياق السعودي يتطلب تعديلات ثقافية وتنظيمية موازية، لا مجرد استنساخ للنموذج الغربي.

بناءً على هذه المعطيات، يمكن قبول الفرض الرابع، إذ ثبتت وجود تحديات تنظيمية وثقافية تعيق التطبيق الأمثل للنموذج. ويستلزم الأمر وضع استراتيجيات داعمة تشمل تصميم برامج تدريبية متخصصة، وتوفير دعم مؤسسي واضح، وتكييف أدوات SFBT بما يتماشى مع القيم الثقافية واللغوية المحلية، لضمان فاعلية التطبيق على أرض الواقع.

5.4. تعزيز النتائج من خلال التوصيات التحليلية:

في ضوء النتائج المتحصّل عليها من تحليل الفروض ومقارنتها بالدراسات السابقة، تبرز مجموعة من النقاط الجوهرية التي تعزز قابلية تطبيق نموذج SFBT في بيئة العمل الصحي. أولاً، إن دمج مبادئ SFBT ضمن الممارسات الإدارية اليومية (كالمتابعة، الإشراف، وبناء الفريق) يُمكن أن يتحوّل إلى استراتيجية مؤسسية داعمة للصحة النفسية المستدامة، وليس فقط تدخلاً

علاجياً ظرفياً. ثانياً، تُشير النتائج إلى ضرورة تطوير برامج تدريبية معيارية في SFBT تستهدف الكوادر الطبية والإدارية، تشمل مهارات الحوار البناء، إدارة التغيير، وبناء بيئة تمكينية. ثالثاً، ولضمان استدامة هذا النموذج، يُوصى بتبنيه ضمن سياسات الرعاية المهنية في المستشفيات السعودية، بما في ذلك أدلة العمل، خطط الدعم النفسي، ومقاييس الأداء الوظيفي القائمة على الموارد النفسية لا على الأعراض المرضية.

تمثل هذه التوصيات خلاصة تحليلية تمهّد للانتقال إلى الفصل الخامس، الذي يُعنى بتحويل النتائج النظرية إلى توجهات تطبيقية قابلة للتنفيذ في السياق العربي.

6.4. ختاماً

أظهرت مناقشة فروض البحث، في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، أن نموذج العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) يتسم بمرونة مفاهيمية وتطبيقية عالية، تجعله متوافقاً بوضوح مع خصائص بيئة العمل الصحي. فقد كشف التحليل عن تقاطع جوهري بين المبادئ المركزية للنموذج—كالتركيز على الإمكانيات، وبناء الحلول الصغيرة، وتفعيل التمكين الذاتي—وبين الاحتياجات النفسية والتنظيمية التي تواجه الفرق الطبية في المستشفيات.

كما برهنت النتائج على أن تقنيات SFBT تُعد أدوات عملية يمكن إدماجها بفعالية ضمن آليات الإشراف الإداري، وبناء الفرق، والدعم النفسي المهني، بما يعزز من جودة الأداء ويحد من الإرهاق. ورغم تلك الإمكانيات الواعدة، فإن التحديات الثقافية والتنظيمية—مثل محدودية التدريب، وضعف البنية المؤسسية الداعمة—تشكل عائقاً أمام التطبيق الأمثل للنموذج في السياق السعودي، مما يتطلب تدخلات استراتيجية تستجيب لهذه التحديات.

بناءً عليه، يُمهّد هذا الفصل للانتقال إلى الفصل الخامس، الذي يستعرض التوصيات النظرية والمهنية والتعليمية المستخلصة من نتائج البحث، ويقترح خطوات تنفيذية نحو تبني نموذج SFBT كأداة تطوير مؤسسي مستدامة داخل بيئة العمل الصحي في العالم العربي.

5. التوصيات والمقترحات البحثية:

1.5. التوصيات المهنية والتطبيقية:

- دمج مبادئ SFBT في برامج الإشراف الإداري والتدريب الوظيفي داخل المستشفيات، من خلال ورش عمل تطبيقية ودورات تخصصية، بما يعزز من جودة التواصل والدعم بين الكوادر الصحية.
- تأسيس وحدات للدعم النفسي المهني تعتمد على SFBT، خاصة في الأقسام عالية الضغط (كالعناية المركزة والطوارئ)، لتقليل معدلات الإرهاق المهني وتعزيز التمكين الذاتي.
- تكييف تقنيات SFBT لتُستخدم في اجتماعات الفرق الطبية، مثل "الأسئلة المعجزة"، و"النجاحات السابقة"، لتسهيل اتخاذ القرار وبناء الأهداف المشتركة.
- تبني لغة الحوار المتمركزة حول الحل كأسلوب تواصل داخلي، وذلك بإعداد كتيبات إجرائية وتدريب الموظفين الجدد على هذه المهارات ضمن برامج التهيئة.

- إدراج تقييمات مرنة مبنية على مقاييس SFBT ضمن عمليات مراجعة الأداء، تركز على التقدم والتحسين الذاتي بدلاً من النقد السلبي.

2.5. التوصيات المؤسسية والتنظيمية:

- إدماج SFBT ضمن السياسات الداخلية للمستشفيات كأداة تطوير مهني وصحة نفسية، عبر اللوائح والأنظمة المعتمدة.
- توفير برامج تدريبية متخصصة للمشرفين والمديرين في استخدام SFBT، بتمويل رسمي من وزارة الصحة أو الهيئات المعنية، لضمان التطبيق المنهجي للنموذج.
- تهيئة بيئة داعمة لتطبيق النماذج النفسية الحديثة، من خلال تقليل المركزية، وتسهيل الابتكار في إدارة الموارد البشرية.
- تخصيص وقت رسمي ضمن جداول العمل للجلسات النفسية/التطويرية باستخدام SFBT، دون أن تُحسب من الإجازات أو تُعد عبئاً وظيفياً.

3.5. التوصيات الأكاديمية والبحثية

- إجراء دراسات تجريبية تطبيقية لقياس فاعلية SFBT على فرق العمل داخل المستشفيات السعودية، باستخدام منهجيات كمية ونوعية.
- تصميم برامج تدريبية موثقة على SFBT موجهة للممارسين النفسيين والإداريين، ومن ثم دراسة أثرها على الأداء المهني والنفسي.
- توسيع نطاق البحث ليشمل قطاعات صحية متنوعة (كمراكز الرعاية الأولية، والمراكز النفسية المتخصصة، والمستشفيات الخاصة).
- تحليل الفروقات الثقافية في تطبيق SFBT بين السياقات الغربية والعربية، مع التركيز على متغيرات مثل السلطة، الاتصال، والهوية المهنية.
- بناء مقاييس عربية معيارية لقياس أثر تقنيات SFBT في السياقات التنظيمية، تجمع بين التقييم النفسي والتطوير المؤسسي.

6. النموذج المقترح لتطبيق العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة المستشفيات

في ضوء نتائج البحث، وتحليل الأدبيات السابقة، والتوصيات النظرية والمهنية، تم بناء نموذج تطبيقي مقترح يهدف إلى دمج مبادئ وتقنيات العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة العمل الصحي، خصوصاً في المستشفيات. ويستند هذا النموذج إلى التوافق الذي تم إثباته بين فلسفة SFBT واحتياجات الفرق الطبية، إضافةً إلى مرونة النموذج وقدرته على التكيف مع السياقات الثقافية والتنظيمية.

لا يُعد هذا النموذج مجرد تصور نظري، بل يمثل إطاراً عملياً قابلاً للتطبيق داخل المؤسسات الصحية، ويمكن اعتماده ضمن برامج الإشراف، الدعم النفسي، التطوير المهني، وتحسين جودة الحياة الوظيفية للعاملين في الرعاية الصحية. ويتميز بشموليته، إذ يتضمن أبعاداً فردية وتنظيمية، ويُراعي خصوصية البيئة العربية.

الجدول (4): النموذج المقترح لتطبيق العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في بيئة المستشفيات

الهدف الرئيس	البُعد التطبيقي	الآليات التنفيذية
تعزيز التمكين النفسي والحد من الإرهاق	الدعم النفسي المهني	• عقد جلسات أسبوعية قصيرة تعتمد على تقنيات (SFBT) مثل: (الأسئلة المعجزة، الاستثناءات، التدرج)، لتوضيح تصورات العاملين عن بيئة العمل المثالية وبناء خطة تدريجية لتحقيقها • مساعدة الأفراد على تحديد النجاحات الصغيرة والاحتفال بها • بناء خطة ذاتية قصيرة المدى للتحسن المهني والنفسي. • تعزيز التفكير الإيجابي واللغة البناءة في تفاعلات الزملاء. • دمج تقنيات الاستبصار والتقدير الإيجابي في لقاءات التغذية الراجعة.
تحسين جودة التوجيه والعلاقة بين القادة والفرق وتحسين الأداء المهني من خلال الحوار التحفيزي	تطوير الإشراف الإداري	• تدريب المشرفين على استخدام لغة SFBT في التقييم والتغذية الراجعة • إنشاء ملف متابعة فردي قائم على الإمكانيات لا على المشكلات. • إدخال "أسئلة المقياس" كأداة تقييم مرنة وداعمة في الجلسات الإشرافية. • اعتماد "التركيز على المستقبل" بدلاً من التقييم الماضي السلبي. • تدريب المشرفين على استخدام استراتيجيات SFBT لتشجيع التقدم بدلاً من النقد. • إدراج فقرات تحفيزية باستخدام SFBT في تقارير الأداء المرحلية. • تنظيم ورش دورية للمشرفين لتعزيز المهارات الحوارية المتمركزة حول الحل.
تحسين التماسك الجماعي والدافعية المهنية	بناء الفرق والتحفيز	• جلسات جماعية دورية تركز على النجاحات الجماعية بدل المشكلات • استخدام تقنية "من كان له دور إيجابي مؤخرًا؟" • تعزيز الاعتراف المتبادل والتقدير الداخلي بين أعضاء الفريق
تكيف النموذج ضمن سياسات ولوائح المستشفى	الدمج المؤسسي للنموذج	• تضمين SFBT ضمن برامج التهيئة والتدريب الداخلي • تعديل بطاقات تقييم الأداء لتتضمن مؤشرات متمركزة على الحلول • تخصيص وقت رسمي للجلسات النفسية قصيرة المدى خلال ساعات العمل
ترسيخ نهج SFBT كممارسة تنظيمية	وحدة بناء ثقافة الحلول داخل المؤسسة	• إدراج SFBT ضمن برامج إعداد القادة والمشرفين الجدد. • إعداد كتيبات توجيهية مختصرة بالأساليب والمفاهيم الأساسية للنموذج.

• تطوير دليل مؤسسي لتوظيف SFBT في الاجتماعات الأسبوعية، وعمليات اتخاذ القرار. • إنشاء مجموعات ممارسين داخلية لتبادل التجارب في تطبيق SFBT • تخصيص وحدة متابعة مؤسسية لقياس أثر النموذج وتطويره تدريجيًا.		مستدامة تعزز العمل الجماعي والتمكين
• تطبيق مقاييس قبل/بعد مثل: (رضا العمل، التمكين، الإرهاق النفسي) • مقابلات قصيرة دورية مع المشاركين والمشرفين • تحليل بيانات الجودة لتحديد التحسن المؤسسي بعد تطبيق النموذج	آليات التقييم والمتابعة	قياس الأثر وتحديث النموذج بناءً على التغذية الراجعة

ثالثًا: المخرجات المتوقعة من النموذج

- تحسين الصحة النفسية للعاملين في الأقسام عالية الضغط.
- انخفاض معدلات الإرهاق المهني والتغيب المرتبط بالتوتر.
- تعزيز بيئة عمل إيجابية قائمة على التمكين والحلول.
- دعم استدامة الأداء الإداري عبر تحسين جودة الإشراف والتواصل.
- توفير نموذج محلي عربي يمكن نقله وتكييفه في مؤسسات أخرى.

يُعد النموذج المقترح إطارًا مهنيًا متكاملًا وقابلًا للتطبيق، يربط بين النظرية والممارسة ويستجيب لاحتياجات بيئة العمل الصحي في المملكة العربية السعودية، التي تتطلب أدوات مرنة وسريعة وفعالة لدعم الكوادر الصحية. ومن خلال دمج مبادئ العلاج المتمركز حول الحل (SFBT) في مجالات الإدارة، والدعم النفسي، والتدريب، يوفر هذا النموذج منظورًا جديدًا للتعامل مع الضغوط المهنية، وتطوير بيئة العمل، وتجويد الأداء المؤسسي بما يتماشى مع التحولات المعاصرة في الرعاية الصحية. ويُقدّم التصور المقترح لتكامل SFBT في المستشفيات كنموذج تطبيقي يراعي التدرج في التنفيذ، ويوازن بين الأبعاد الفردية والجماعية، مع ضمان توافر شروط نجاحه من حيث التدريب المتخصص، والدعم الإداري، والمتابعة المستمرة.

ويمثل هذا التصور نقطة انطلاق لتجارب بحثية وميدانية مستقبلية تهدف إلى إدماج النموذج في ممارسات الصحة النفسية والتنظيمية داخل المؤسسات الصحية السعودية، بما يساهم في بناء بيئات عمل أكثر مرونة، وتعزيز الصحة النفسية المهنية بصورة أكثر استدامة.

7. المراجع

1.1. المراجع العربية:

- بيرج، آي. كيه، ودي جونغ، بي. (2019). *مقابلات البحث عن الحلول* (الطبعة الخامسة). سينجاج ليرنينج.
- فرانكلين، سي.، تريبر، تي. إس.، جينجيريتش، ديليو. جيه.، وماكولوم، إي. إي. (2012). *العلاج المتمركز حول الحل: دليل الممارسة القائمة على الأدلة*. دار نشر جامعة أكسفورد.
- ماكدونالد، إيه. جيه. (2011). *العلاج المتمركز حول الحل: النظرية، البحث والممارسة* (الطبعة الثانية). منشورات سيج.

2.7. المراجع الأجنبية:

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9040-y>
- Berg, I. K., & De Jong, P. (2019). *Interviewing for solutions* (5th ed.). Cengage Learning.
- Cavanagh, M., & Grant, A. M. (2004). Coaching psychology and the scientist–practitioner model. *Australian Psychologist*, 39(1), 39–47. <https://doi.org/10.1080/00050060410001660355>
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2018). Solution-focused brief therapy with hospital social workers: A mixed-methods study. *Social Work in Health Care*, 57(5), 351–366. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1434083>
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (1986). *Brief therapy: Focused solutions and client strengths*. Brief Family Therapy Center.
- Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J., & McCollum, E. E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, S. (2017). Solution-focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 16–30. <https://doi.org/10.1111/jmft.12102>
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477–498.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2019). Solution-focused supervision for mental health professionals. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 1–15.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2013). *Primal leadership: Unleashing the power of emotional intelligence*. Harvard Business Press.
- Grant, A. M., & Gerrard, B. (2020). Coaching psychology and solution-focused coaching in healthcare: A critical review. *The Coaching Psychologist*, 16(1), 26–34.
- Grant, A. M., & Gerrard, B. (2020). Comparing SFBT and CBT for stress reduction in emergency physicians: A randomized trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(4), 456–469. <https://doi.org/10.1037/ocp0000186>

- Henden, J. (2017). Solution-focused brief therapy with clients managing trauma. Oxford University Press.
- Iveson, C., George, E., & Ratner, H. (2012). Brief coaching: A solution focused approach. Routledge.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107–116. <https://doi.org/10.1177/1049731507307807>
- Kohtu, A., Kaipainen, K., & Seilonen, I. (2020). Solution-focused brief therapy for reducing burnout among nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1085–1092. <https://doi.org/10.1111/jonm.13045>
- Macdonald, A. J. (2011). Solution-focused therapy: Theory, research & practice (2nd ed.). Sage Publications.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 351–357). Academic Press.
- Oandasan, I., Baker, G. R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., ... & Way, D. (2006). Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Canadian Health Services Research Foundation.
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a "big five" in teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555–599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- Vinnars, B., & Barber, J. P. (2021). Building resilience in ICU staff: A pilot study of SFBT. *Intensive and Critical Care Nursing*, 64, 103005.
- World Health Organization. (2010). Healthy workplaces: A model for action. WHO Press. https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Springer.

Zimmerman, T. S., Prest, L. A., & Wetzel, B. E. (2015). Solution-focused couples therapy groups: An empirical study. *Journal of Family Therapy*, 37(1), 77–96.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00595>

جميع الحقوق محفوظة IJRSP © (2025) (الباحثة/ نجاح مقبول حسين كبيسي).

تُنشر هذه الدراسة بموجب ترخيص المشاع الإبداعي (CC BY-NC 4.0).

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

Doi: doi.org/10.52133/ijrsp.v6.71.4