

# العلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني في العمل مع الحالات الفردية بالمجال الطبي

The relationship between cognitive self-regulation and professional decision-making skills in working with individual cases in the medical field.

**دكتور محمد عبد الحكيم خلف**

محاضر بقسم العلوم الاجتماعية

جامعة قطر



## ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين مع الحالات الفردية وكذلك تحديد مستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين وأيضاً تحديد طبيعة العلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين للعمل مع الحالات الفردية. وطبقت الدراسة على الاجتماعيين العاملين بالقطاع الطبي وبلغ عددهم (87) إحصائي وإحصائية منهم (58) ذكور، (29) إناث. وتوصلت نتائج الدراسة: أن الأخصائيين الاجتماعيين يتمتعون بمستوى مرتفع من التنظيم الذاتي مما يوضح أنهم يتمتعون بخصائص مهنية ومهنية متعددة كالضمير، النزاهة، التحكم الذاتي، التكيف، الابتكار، التخطيط، وأيضاً لديهم مستوى مرتفع من مهارات القرار المهني والتي تساعدهم في العمل مع الحالات الفردية، وقد يرجع ذلك لتنوع أبعاد القرار المهني من جمع معلومات وتحديد المشكلة والتركيز والتدقيق والتحليل وتحديد البدائل واختيار البديل المناسب ، أيضاً كلما ارتفع مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين كلما ارتفع مستوى مهارات اتخاذ القرار المهني لديهم وهذا ينعكس على جودة القرار المهني الذي يتخذه في العمل مع الحالات الفردية، والتوصل لمؤشرات التدخل المهني لتحسين كلاً من التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار العلاجي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع الحالات الفردية.

الكلمات المفتاحية: التنظيم الذاتي المعرفي - اتخاذ القرار المهني - الحالات الفردية - المجال الطبي.

### Abstract:

The study aimed to determine the level of cognitive self-regulation among social workers working with individual cases, as well as determining the level of professional decision-making skills among social workers, and also determining the nature of the relationship between cognitive self-regulation and professional decision-making skills among social workers working with individual cases. The study was applied to social workers working in the medical sector, and their number reached (87) male and female specialists, including (58) males and (29) females. The results of the study found that social workers have a high level of self-organization, which shows that they have

multiple skill and professional characteristics such as conscientiousness, integrity, self-control, adaptation, innovation, planning, and they also have a high level of professional decision skills that help them in working with individual cases. This may be due to the diversity of the dimensions of the professional decision, including collecting information, defining the problem, focusing, auditing, analyzing, identifying alternatives, and choosing the appropriate alternative. Also, the higher the level of cognitive self-regulation among social workers, the higher the level of their professional decision-making skills, and this is reflected in the quality of the professional decision that he makes at work. With individual cases and finding indicators for professional intervention to improve both cognitive self-regulation and therapeutic decision-making skills among social workers when working with individual cases.

**Keywords: Cognitive self-regulation, professional decision-making, individual cases, medical field**

أولاً: مشكلة الدراسة:

برز مفهوم اتخاذ القرار في أدبيات الخدمة الاجتماعية مؤخرًا نسبيًا، وتتسبب البداية الحقيقية لظهور هذا المصطلح إلى الستينيات من القرن العشرين مع ظهور نموذج حل المشكلة لهيلين برلمان، وعاد هذا المفهوم للظهور بقوة مع تركيز المهنة واعتمادها على الممارسة المبنية على الأدلة في عام 1990م حيث تُعد عملية اتخاذ القرار إحدى العمليات التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي بشكل شبه دائم في حياته اليومية والمهنية، فعندما يواجه موقفًا يتضمن عدة اختيارات أو بدائل، يقع عليه عبء اختيار أفضلها حتى يصل إلى هدف محدد، أو عندما يواجه موقف مهني يتطلب اتخاذ قرار مهني بشكل معين. حيث يُعد اتخاذ القرار جزءًا أساسيًا في الحياة اليومية للأفراد، فهو مرتبط بشكل

كلي مع كافة أمور حياتنا البسيطة والمعقدة. (Michael Lee Howell, 2009, p83) وتُعتبر عملية اتخاذ القرار من العمليات المعقدة؛ فليست كل القرارات سهلة أو واضحة، ويشير الباحثون إلى أنه على الرغم من أن اتخاذ القرار هو عملية معرفية إلا أن الاتجاهات ومنظومة القيم والحالة الوجدانية إضافة إلى العوامل الاجتماعية المحيطة بالفرد تؤثر في عملية اتخاذ القرار بشكل مباشر أو غير مباشر (قطامي، 2005، ص5) ويمثل اتخاذ القرار أحد الأنشطة في حياة الإنسان، فالقرارات التي يواجهها الأفراد تنتبع من مواجهتهم لمواقف يحاولون اتخاذ القرارات بشأنها وإيجاد حلول لها، ومن ثم يجب فهم

الكيفية التي يتخذ بها الأفراد والجماعات قراراتهم، وما المصادر التي يستطيع الفرد من خلالها معرفة وجود مشكلة تحتاج إلى اتخاذ قرار ويمكن ذلك من خلال الملاحظات الشخصية وتحليل البيانات المتاحة (التهامي، 2008، ص 13). فعملية اتخاذ القرار من أهم المهارات الحياتية التي ينبغي إكسابها للفرد، حيث يتحتم عليه اتخاذ العديد من القرارات الهامة في مجال الدراسة والعمل والزواج، وتربية الأبناء، إذ يتضمن اتخاذ القرار العديد من العمليات المعرفية، حيث ينظر إلى عملية اتخاذ القرار على أنها وظيفة إنسانية، تتطلب قدرًا كبيرًا من الطاقة الذهنية والانفعالية، فالفرد يستطيع التفكير في العديد من البدائل، وعليه أن يختار البديل الأنسب والأفضل من بين تلك البدائل. ( **Baiocco & Laghif & Dalessio, 2009, p964**) وتعد عملية اتخاذ القرار عملية معقدة تتخللها مراحل متعددة، يتم من خلالها التعامل مع قضايا شخصية، أو إدارية، أو مهنية، وكذلك الحصول على معلومات، وتوليد الأفكار حولها، ومن ثمّ تقييم هذه الأفكار، وتحديد المكاسب أو المخاطر التي تبني عليها، وبعدها اختيار أحد البدائل المتاحة، ومن ثمّ تنفيذه ومتابعة (Swartz, 2008, p43). ويؤكد "جينتري Gentry" على أن لعملية اتخاذ القرار دورًا محوريًا في كفاءة الموقف وفاعليته، وتكاد تكون حجر الزاوية في كل تفاصيل المواقف، إذ يرى بأنها عملية لمواجهة مشكلة معينة، واختيار الحل الأمثل من بينها، كما أن اتخاذ القرار يمثل عملية ذهنية معرفية، تتضمن قدرات متعددة، كالتخطيط والتحليل، والاستدلال، وتهدف إلى إيجاد بدائل ممكنة (Perkins, 2009, p58)

وقد أولت الخدمة الاجتماعية اهتمامًا كبيرًا لعملية اتخاذ القرار ومهارتها في التعامل مع العملاء. وقد أشارت دراسة إبراهيم (2017) إلى ذلك، حيث استهدفت تحديد مشاركة أخصائيي الخدمة الاجتماعية للعملاء في اتخاذ القرارات العلاجية في مكاتب تسوية المنازعات الأسرية بمحاكم الأسرة في محافظة أسيوط. وأظهرت الدراسة أهمية تطوير مهارات أخصائيي الخدمة الاجتماعية فيما يتعلق باتخاذ القرارات العلاجية. كما أشارت دراسة آدمز، دريك، وولفورد (Adams, Drake, & Wolford, 2007) إلى ضرورة إجراء مزيد من البحوث المتعلقة بتأثير مشاركة العملاء في اتخاذ القرار في المجال الطبي، وخاصة مع العملاء المصابين بأمراض مزمنة مثل مرض السكر والأمراض العقلية. حيث تعد هذه المشاركة أحد العوامل الرئيسية المرتبطة بنجاح التدخل المهني مع المرضى، أو بمعنى آخر، مشاركة المرضى الفعلية والنشطة في عملية اتخاذ القرار.

وأيضاً دراسة حسن وإبراهيم Hassan & Ibrahim (2021) التي سلطت الضوء على أهمية اتخاذ القرار المبني على الأدلة في التدخلات المهنية مع العملاء في مجالات مختلفة من الممارسة المهنية حيث أوضحت الدراسة متطلبات اتخاذ القرار التطبيقي المستند إلى الأدلة، وكشفت الدراسة عن المتطلبات الثلاثة (المعرفية والمهارية والقيمية) اللازمة لاتخاذ القرار المبني على الأدلة في سياسات الحماية الاجتماعية. واقترحت الدراسة مجموعة من الاستراتيجيات لمساعدة الأخصائيين الاجتماعيين على دمج اتخاذ القرار المبني على الأدلة في سياسات الحماية الاجتماعية في مصر.

وكذلك ما أشار إليه دراسة اوسولفان O'Sullivan (1999) إلى أن عملية صنع القرار هي ذلك النشاط الأساسي في الخدمة الاجتماعية، الذي يحتاج إلى أن يولى الممارسين والباحثين له أهمية خاصة، وركز أيضاً على أن الأمر الذي يضع اتخاذ القرار في صميم الخدمة الاجتماعية باعتباره النشاط المهني الأساسي ويدخل في مختلف المهام ومرحل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية بدءاً من الارتباط والتقدير والتخطيط وتنفيذ الخطة والتقييم والمراجعة والإنهاء وإغلاق التدخل، لذا فالأخصائيين الاجتماعيين في حاجة إلى توعية وتدريب مستمر على قضية تضمين مشاركة العميل في اتخاذ القرار، وذلك لأن القرارات التي تتخذ في العمل الاجتماعي بحاجة ماسة إلى عناية فائقة، فاتخاذ القرار مهارة أساسية ينبغي التدريب والإعداد السليم لها عند إجراء التدخلات المهنية مع العملاء.

وقامت دراسة ميل جري وجيل جيبونز Mel Gray & Jill Gibbons (2007) بتسليط الضوء على أهمية إدماج مناهج دراسية في برامج تعليم الخدمة الاجتماعية التي تركز على أهمية تنمية مهارات اتخاذ القرار لدى الأخصائيين الاجتماعيين، وأظهرت نتائج هذه الدراسة ضرورة ضم هذه الجوانب في المناهج الدراسية كجزء لا يتجزأ من تدريب الخدمة الاجتماعية.

ويرى كيرتون (Kirton) أن الأفراد ينقسمون إلى فئتين رئيسيتين عندما يقومون بحل ما يواجههم من مشكلات، أو عند صناعة واتخاذ القرارات، وهما الأفراد من ذوي الأسلوب الإبداعي التكيفي، والأفراد من ذوي الأسلوب الإبداعي التجديدي. فنجد أن الأفراد من ذوي الأسلوب الإبداعي التكيفي يتعاملون مع المشكلات المقدمة لهم كما هي وفي ضوء القواعد المحددة لها من قبل، كما أنهم يركزون على الحلول التي تعمل على أداء الأشياء المختلفة بشكل أفضل، وهم يفضلون التعامل مع البيئات المنظمة والطرق

والأساليب المحددة للقيام بالأشياء والحصول على المعلومات المادية الملموسة، كما أنهم يعالجون المعلومات المتاحة بطريقة عقلانية منطقية متسلسلة. وينظر إلى هذا السلوك على أنه إجراء تحسينات في طرق قائمة، أو عمل الأشياء بأسلوب أفضل، وأما الأفراد الذين يتبنون الأسلوب الإبداعي التجديدي، فنجدهم لا يفضلون الخطوات والإجراءات الروتينية المنظمة، ولا يهتمون كثيراً بالقواعد المحددة مسبقاً، ويفضلون عمليات التفكير الحدسي، ومن ثم ينتج الفرد المجدد استجابات يصعب التنبؤ بها وبالتالي تكون معظمها أقل تقبلاً من الجماعة، ويصف أصحاب هذا الأسلوب بأنهم يعملون الأشياء بأسلوب مختلف. (البناء، 2007، ص 302).

ويتضح أن عملية اتخاذ القرار تتأثر بمجموعة من العوامل، منها ما هي إنسانية، تساعد على ترشيد سلوك متخذ القرار وتوجيهه نحو اختيار البديل الأفضل، ومنها ما هي تنظيمية، والتي تتمثل في نمط التنظيم الإداري، ومنها ما هي بيئية، والتي تتمثل في العوامل التي تتبع من الظروف البيئية المحيطة بالقرار (Swartz, 2008, p43).

ولما كان اتخاذ قراراً واحداً من أصعب المهام الإدارية التي يقوم بها الإخصائي الاجتماعي؛ لأنه يشتمل على مجموعة مختلفة من العمليات والسلوكيات التي يقوم بها على مدار يومه المهني، بات الأمر يتطلب تمتع الإخصائي بالعديد من المهارات والعمليات سواء كانت معرفية أو وجدانية أو سلوكية وبشكل منظم حتى ينتهي له اتخاذ قرار صائب حيال الموقف المهني الذي يتعرض له.

وعلى ذلك لابد من تمتع الإخصائي الاجتماعي بتنظيم ذاتي معرفي بشكل مناسب؛ حيث يُعد التنظيم الذاتي عملية معرفية وجدانية، كما يُعد من العوامل الأساسية في حل المشكلات وتجنب الأخطار في حياة الإنسان وبه يستطيع السيطرة والتحكم على أمور كثيرة وتسييرها لصالحه، لهذا لابد من تفكير إيجابي يحول كل أحاسيسه وخبراته عن ذاته بما يشبع حاجاته.

ولعل هذا مع اشارت إليه نتائج دراسة فرحان (2010) التي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار المهني. وكذلك ما أشارت إليه دراسة أبراهام مانسبش وروني كوفمان Abraham Mansbach and Roni Kaufman (2016) التي استهدفت تحديد العقبات التي تحول دون مشاركة الإخصائيين الاجتماعيين العملاء في اتخاذ القرار وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن هذه العقبات منها

ما يرجع الأخصائيين الاجتماعيين، ومنها ما يرجع الى العملاء، وأن أحد العقبات الراجعة للأخصائيين الاجتماعيين راجعة لضغوط العمل، والصعوبة في تنظيم والتحكم في تلك الضغوط.

ويستخدم مصطلح التنظيم الذاتي للإشارة إلى الوظيفة التنفيذية فهو بعد الذات الذي يتخذ القرارات ويبادر بالأفعال، وتعبير آخر فهو يمارس الضغط على الذات (Finkel, Campbell & Brunell, 2006,p352)، كما أن مفهوم التنظيم الذاتي من المفاهيم المعرفية الهامة، حيث يشار إليه كعامل هام مؤثر في العمليات المعرفية، إذ تدل الدراسات التي تناولته إلى أهميته في الجانب العقلي، فعملية التنظيم تشمل: الاعتقادات والسلوك والانتباه باستخدام مهارات وراء معرفية (Behncke, 2008, p23). ويشير (Luszczynska et al, 2004) إلى التنظيم الذاتي على أنه مصطلح يستخدم للإشارة إلى أي جهد يقوم به الفرد لكي يغير من استجاباته ويتحكم في اندفاعاته ويستبدلها بأخرى تقوده نحو تحقيق أهدافه والوصول إليها، فهو مدى واسع من العمليات السابقة التحديد والتي يمارس الفرد من خلالها نوعاً من الضبط للبيئة المحيطة واستثمار عمليات تجهيز المعلومات والتحكم في الانتباه، وكذا الانفعال وهو خاصية ثابتة نسبياً لدى الفرد ترتبط بخصائص أخرى مثل (الكفاءة الذاتية العامة وأسلوب المواجهة والقدرة على ضبط الانفعالات السالبة)، وهذا التعريف يتناول استخدام استراتيجيات محددة يقوم بها الفرد ويكون الغرض منها تحقيق الأهداف.

ويؤكد ذلك (Avci, 2013, p526) حيث أشار إلى أن الفرد المنظم ذاتياً لديه معرفة واضحة بغاياته، ونقاط قوته وضعفه، وبناءً على أهدافه، فإنه يحدد سلوكه، ويتقدم إلى الأمام بدافعية مرتفعة، وعندما ينجح في تحقيق النهايات المطلوبة أو يفشل في ذلك، فإنه يُقيّم أداءه، وينظم سلوكه، نحو تحقيق الهدف التالي.

كما يرى عبد الله Abdallah (2008) أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من القدرة على التنظيم الذاتي يتميزون بعدة خصائص، أهمها: القدرة على التخطيط، والتقييم الذاتي والمراقبة الذاتية، واتخاذ القرارات، وفي الوقت نفسه، يحافظون على مستوى مرتفع من الدافعية، ويمتلكون مستوى مرتفعاً من الاستقلالية، وارتفاع مستوى الفاعلية الذاتية، وبذل الجهد، والإصرار، والمثابرة في السعي وراء الأهداف الموضوعية.



فالتنظيم الذاتي لا يتطلب فقط مهارات تنظيم ذاتي، وإنما يحتاج إلى اعتقاد ذاتي في قدرة الفرد على التأثير بفاعلية في التحكم الذاتي وامتلاكه القدرة والقابلية على توظيف وتطبيق مهارات التنظيم الذاتي بفاعلية وكفاءة وتواصل تحت ضغوط وصعوبات ومؤثرات تتعارض معها بعيداً عن الخطأ والتردد والخوف لتطويعها في خدمة الإنتاج العلمي والمهنة التي تعد مطلباً أساساً في إحداث تغييرات في المفاهيم والأفكار والأدوار والمسؤوليات ومستويات الأداء وعلاقات العمل وتسخيرها خدمة للمجتمع (الطائي، 2011، ص3).

ولقد أجريت العديد من الأبحاث التي حاولت توضيح مدى تأثير التنظيم الذاتي المعرفي على عملية اتخاذ القرار بشكل عام وتنمية العمليات العقلية وذلك على النحو التالي:

دراسة اليوسف (2020) هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التنظيم الذاتي واتخاذ القرار وتقدير الذات لدى طلبة كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية وكذلك فحص العلاقة الارتباطية بينها، وأشارت نتائجها إلى امتلاك أفراد العينة مستوى مرتفعاً من التنظيم الذاتي ومن القدرة على اتخاذ القرار ومن تقدير الذات. وأشارت أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الذاتي واتخاذ القرار تعزى إلى الجنس، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى إلى الجنس وكانت لصالح الذكور. من جهة ثانية أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين التنظيم الذاتي واتخاذ القرار وتقدير الذات لدى أفراد العينة. وقد أوصت الدراسة في ضوء نتائجها بعدد من التوصيات منها: توفير برامج تربوية لتنمية تقدير الذات لدى الطالبات في كلية العلوم التربوية.

وكذلك دراسة الصايغ (2020) استهدفت معرفة مستوى توافر التغذية الراجعة كأسلوب لتقييم على طلبة جامعة الطائف في رفع مستوى تنظيم التعلم الذاتي، ودراسة مستوى التنبؤ بالعلاقة بينهما، وأظهرت النتائج أن مستوى التغذية الراجعة مرتفع بأبعادها المختلفة لدى طلبة جامعة الطائف والتي يعزى سببها إلى اهتمامهم وحرصهم على التعلم منها والتطوير المستمر لمستواهم التعليمي. ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين التغذية الراجعة بأبعادها المختلفة وبين تنظيم التعلم الذاتي لدى عينة البحث وهذا يدل على أنه كلما ارتفع درجة التغذية الراجعة بأبعادها المختلفة كلما ارتفع معها تنظيم التعلم الذاتي لدى (عينة البحث).

وأيضًا دراسة عطية (2017) هدفت إلى تقديم نموذج بنائي يفسر العلاقات السببية بين كل من الذكاء الوجداني والتنظيم الذاتي المعرفي والفاعلية الذاتية لاتخاذ القرار المهني والمنظور المستقبلي لدى طلاب الدراسات العليا، واختبار مدى التطابق بين النموذج المفترض وبيانات عينة من طلاب الدراسات العليا، والتعرف على العلاقة بين متغيرات البحث، وكذلك التعرف على الفروق بين الطلاب في كل من الذكاء الوجداني والتنظيم الذاتي المعرفي والفاعلية الذاتية لاتخاذ القرار المهني والمنظور المستقبلي. وتوصلت النتائج إلى وجود نموذج بنائي يوضح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة القائمة بين متغيرات البحث لدى طلاب الدراسات العليا، ووجود مصفوفة ارتباطية دالة إحصائية موجبة بين كل من الذكاء الوجداني والتنظيم الذاتي المعرفي والفاعلية الذاتية لاتخاذ القرار المهني والمنظور المستقبلي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين طلاب وطالبات الدراسات العليا في كل من الذكاء الوجداني والتنظيم الذاتي المعرفي والفاعلية الذاتية لاتخاذ القرار المهني والمنظور المستقبلي.

ودراسة خضر (2015) وهدفت قياس التنظيم الذاتي وعلاقة باتخاذ القرار لدى الطلبة، وأظهرت النتائج أن طلبة جامعة تكريت يتصفون بمستوى عالي من التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار، وعليه يوجد علاقة ارتباطية بين التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار وأن نسبة الذكور أعلى من الإناث في اتخاذ القرارات.

وما أوضحتها دراسة هاريس براون وهارنيت **Harris Brown & Harnett (2015)** التي استهدفت قياس تأثير التغذية الراجعة من الطلبة لأنفسهم ولأقرانهم في رفع مستوى التنظيم الذاتي، وأظهرت النتائج أن الطلبة قدموا لأنفسهم تغذية راجعة لأنفسهم تعتبر أفضل من التغذية المقدمة لأقرانهم وأن ردودها الجيدة كانت فقط تنعكس على التغذية الراجعة الخاصة بهم كأفراد، ولكن لم يكن هنالك تأثير في ذلك التنظيم على الاقران.

دراسة طعمة (2013) هدفت إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين اتخاذ القرار وتنظيم الذات، والقدرة التنبؤية لتنظيم الذات على اتخاذ القرار، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اتخاذ القرار وتنظيم الذات، وإلى إسهام التنظيم الذاتي في زيادة القدرة على اتخاذ القرار، كما أظهرت النتائج وجود قدرة تنبؤية إيجابية بين اتخاذ القرار الإدراك البنائي، وتنظيم الذات.

بناءً على المقدمة السابقة والنتائج المعروضة في الأدبيات البحثية التي أكدت أهمية التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين، يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في سياق تحديد العلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني عند التعامل مع الحالات الفردية.

#### ثانياً: أهمية الدراسة:

1. تأتي أهمية الدراسة الحالية من كونها تحاول القاء الضوء على اهم ابعاد التنظيم الذاتي المعرفي وتأثيراته المختلفة في العمل مع الحالات الفردية.
2. تتضح أهمية الدراسة من خلال التركيز على الأخصائيين الاجتماعيين باعتبارهم منوط بهم التنظيم الذاتي المعرفي بما ينعكس على اتخاذ القرار المهني عند العمل مع الحالات الفردية.
3. ما أشارت إليها نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بضرورة اجراء المزيد من الدراسات البحثية المعنية بالعلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار لذا جاءت الدراسة الحالية كمحاولة لمثل هذه النوعية من الدراسات.
4. تتبع أهمية الدراسة من كونها تحاول القاء الضوء على اجراء العديد من الدراسات حول دور المؤسسات الاجتماعية في تعزيز وتنمية التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين.

#### ثالثاً: أهداف الدراسة:

- 1- تحديد مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث).
- 2- تحديد مستوى مهارات القرار المهني لدى الاخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث).
- 3- تحديد طبيعة العلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) للعمل مع الحالات الفردية.
- 4- تحديد طبيعة العلاقة بين مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي).
- 5- تحديد طبيعة العلاقة بين مستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي، حضور الدورات التدريبية).
- 6- التوصل إلى مؤشرات للتدخل المهني لتحسين كلاً من التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع الحالات الفردية.

#### رابعاً: فروض الدراسة:

- 1- توجد علاقة دالة إحصائياً بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) للعمل مع الحالات الفردية.
- 2- توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي).
- 3- توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي، حضور الدورات التدريبية).

#### خامساً: مفاهيم الدراسة:

- 1- مفهوم التنظيم الذاتي المعرفي: هو عملية معرفية داخلية، تمكن الفرد من توجيه نشاطاته؛ لتحقيق أهدافه من خلال وضع وتحديد الأهداف، والملاحظة الذاتية، والحكم الذاتي، ورد الفعل الذاتي (Schunk & Zimmerman, 2007, p245) وهو أيضاً مجموعة من الوظائف النفسية، التي يجب أن تطور وتنظم لتغيير توجيه الذات (Avcı, 2013, p526) فهو وظيفة معرفية ذات الترتيب الأعلى، تسمح للأفراد بالتدخل في سمات المعرفة لديهم (مثلاً) صنع القرار، والاستدلال والسلوك اللاحق (Heatheron & Wagner, 2011, p132).

ويمكن الإشارة إلى مفهوم التنظيم الذاتي المعرفي إجرائياً: الدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس المعد لهذه الدراسة وذلك من خلال قياس قدرة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في القطاع الطبي المعد لهذه الدراسة والمحدد في الأبعاد التالية (التحكم الذاتي، النزاهة، التكيف، الضمير، الابتكار، التخطيط الذاتي) والقدرة على تحديد الأهداف والتخطيط لها للتعامل بفعالية مع الحالات الفردية، وتقويم النتائج التي تم التوصل إليها لتحسين جودة التدخل المهني والخدمات التي تقدم للمرضى.

- 2- مفهوم مهارة اتخاذ القرار: هو عملية معرفية تتضمن سلسلة من الفعاليات العقلية كالانتباه والادراك والمبادأة من أجل حل مشكلة معينة وتحقيق الهدف المطلوب بعد اختيار بديل من بين مجموعة من البدائل المتاحة (الطائي، 2001، ص 44) فهو أيضاً عملية عقلية يقوم بها الفرد لاختيار أفضل البدائل لحل مشكلة أو الخروج من أزمة أو موقف فيصل إلى قرار

بعد تفكير بالاختيارات المنطقية، والتي تعتمد وتتسق مع قيم متخذ القرار (حجاجي، 2010، ص 123) وهو القدرة على تحديد الموقف، واكتشاف الخيارات، والتنبؤ بالنتائج المرجحة لكل خيار، وتقييم هذه النتائج في ضوء معايير محددة، واختيار الحل المناسب الذي يمثل أفضل خيار (Swartz, 2008, p147)

ويمكن الإشارة إلى مفهوم اتخاذ القرار في هذه الدراسة إجرائياً: الدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس المعد لهذه الدراسة وذلك من خلال قياس قدرة الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في القطاع الطبي المعد لهذه الدراسة والمحدد في الأبعاد التالية (مهارة تحديد المشكلة، مهارة جمع المعلومات، مهارة التحليل، مهارة التركيز والتدقيق، مهارة تحديد البدائل، مهارة تنفيذ القرار ومتابعته) والقدرة على تقييم الخيارات المختلفة بهدف تحقيق أفضل النتائج الممكنة لهؤلاء المرضى

سادساً: الموجهات النظرية للدراسة:

#### 1- نظرية التعلم الاجتماعي في القرار المهني:

طور "جون كرومبلتز وزملاؤه" نظرية التعلم الاجتماعي المهني في كيفية اتخاذ القرار المهني، والتي تؤكد على أهمية السلوك أو رد الفعل والإدراك في اتخاذ القرارات، وهذه النظرية تختلف عن النظريات الأخرى لأنها تركز على تعليم المسترشد أساليب اتخاذ القرار التي تساعده في اتباع أساليب فعالة في الاختيار المهني من بدائل مهنية والتعامل مع الأحداث غير المتوقعة، وتركز على مساعدة المرشد في تفسير القضايا. ويؤكد الإطار العام لهذه النظرية على العوامل الوراثية. والظروف البيئية، وخبرة التعلم ومهارات تحقيق المهام، ومهارات الإرشاد السلوكي مثل التعزيز والنمذجة، والتي تعد أدوات مهمة لتحديد وتصحيح المعتقدات المعيقة في عملية اتخاذ القرار، ويمكن لكل من المرشد والمسترشد استخدام مهارات النظرية المعرفية السلوكية في التعامل مع قضايا تتعلق بالمهنة ومواجهة المواقف غير المتوقعة ويتم تصنيف الأفراد إلى ثلاث أصناف وفق القرار المهني الذي يتخذه كل منهم، فهناك من يتخذ قرار وهم بحاجة لمعلومات لتأكيد قرار، وآخرون يحتاجون للقيام بالعمل الفعلي ويتخذون قرار لإخفاء الحقائق وهم غير متخذي القرار، ومنهم يحتاج إلى معلومات عن نفسه وعن المهنة لاتخاذ القرار، وآخرون يكون لديهم مواهب وميول كثيرة تصعب عليهم الاختيار (Patterson, Sampson, Lenz & Reardon, 1996,p321)

## 2- النظرية المعرفية في التنظيم الذاتي:

يعتبر التنظيم الذاتي أساس مهم لمساعدة الأخصائيين الاجتماعيين على الوعي بأهمية المعلومات والسيطرة عليها بطريقة منظمة ذاتياً مما يرفع من مستوى التحكم لديهم بها، ويجعل عملية اتخاذ القرار المهني أكثر دقة وتنظيم ليصل الأخصائيين لمرحلة التفكير والتروي في اتخاذ القرارات من خلال القدرة على معالجة المعلومات وربطها بعضها ببعض والقدرة على ترتيب المهام وتقسيمها بطريقة تساعدهم في تحديد أهدافهم والتخطيط لكيفية تخطيطها بنجاح. وهنا يشير (باندورا) إلى أن الأفراد قادرون على تنظيم سلوكياتهم في ضوء النتائج التي يتوقعونها عند القيام بهذه السلوكيات، وبناء على ذلك فإن الأفراد قادرون على إعادة تنظيم السلوكيات وتنويعها وفقاً للتوقعات والنتائج التي يحددها (الزغول، 2009، ص214) وبما أن الفرد ينظم الأنماط السلوكية في ضوء النتائج المتوقعة منها، فتوقع النتائج المترتبة يحدد إمكانية تعلم السلوك من عدمه (الزغول، 2010، ص 180). وعلى هذا يرى (باندورا) بأن التنظيم الذاتي يمثل قابلية الفرد وقدرته على تنظيم الأنماط السلوكية التي يقوم بها في ضوء النتائج التي يتوقعها من جراء القيام بهذه الأنماط السلوكية وتفسير التغيرات المصاحبة بطريقة عمليات التنظيم الذاتي وليس بطريقة الرابطة بين المثير والاستجابة (Bandura, 1991,p105)، ومن هنا فإن التنظيم الذاتي أو ممارسة السيطرة على السلوك يعد بمثابة إحدى القوى المحركة للشخصية الإنسانية (هريدي، 2011، ص224). كما أنه جهد منظم لتوجيه الأفكار، والمشاعر، والأفعال لتحقيق الأهداف (Zimmerman, 2000, p13) إذا فالتنظيم الذاتي عملية يمكن أن يتحكم الناس بواسطتها في انجازاتهم وأفعالهم الخاصة، فيحددون لأنفسهم أهدافاً، ويقومون بنجاحهم في تحقيق تلك الأهداف، ويكافئون أنفسهم لقاء ذلك (فريدمان، شستك، 2013، ص 38).

ويرى (باندورا) أيضاً أن هناك اختلاف بين امتلاك الفرد القدرة على التنظيم الذاتي وبين القدرة على تطبيقها بفاعلية وتواصل تحت ضغط مؤثرات تتعارض معها، فالتنظيم الذاتي الفعال لا يتطلب من الفرد فقط مهارات تنظيم ذاتي، وإنما يحتاج أيضاً إلى اعتقاد ذاتي قوي في قدرته على التأثير بفاعلية في التحكم الذاتي، لذلك يؤدي اعتقاد الأفراد بفاعليتهم في ممارسة التحكم بدوافعهم وأنماط تفكيرهم وأفعالهم وسلوكياتهم الخاصة دوراً مهماً في استعمال عمليات التنظيم الذاتي بكفاءة عالية، فكلما كانت فاعلية

التنظيم الذاتي المدركة أقوى زادت جهود الناس المتعلقة بالتحكم الذاتي وزاد نجاحهم في مقاومة الضغوط الاجتماعية بأن يتصرفوا بأساليب تنافي معاييرهم، أما الإحساس المنخفض بفاعلية التنظيم الذاتي فإنه يزيد من التعرض للضغوط الاجتماعية للقيام بالسلوك الخاطئ (Bandura, 1991, p19-21). كما يرى إن عملية تكوين المعتقدات الذاتية والتأثر بهذه المعتقدات عملية عقلية، فحينما ينشغل الفرد في عمل ما، يفسر نتائج هذا العمل ويستعمل تلك التفسيرات في تكوين معتقدات وتطويرها عن قدرته على القيام بمثل هذه الأعمال أو المهام والأنشطة المشابهة ويسلك في ضوء تلك المعتقدات، ولذا يمكن تفسير اختلافات الأداء بين الأفراد متماثلي القدرات في ضوء معتقدات الفاعلية الذاتية لديهم (رشوان، 2006، ص 60).

سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

1- نوع الدراسة: تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية لتحديد العلاقة والتأثير بين متغيرين وهما: التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني للأخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع الحالات الفردية.

2- المنهج المستخدم: اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بطريقة الحصر الشامل وذلك بهدف الحصول على مجموعة من البيانات وتأويلها من حيث موضوعها لتوضيح العلاقة بين متغيرات الدراسة.

3- مجالات الدراسة:

أ- المجال البشري: تم الحصر الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالقطاع الطبي وبلغ عددهم (112) إحصائي وإحصائية ولضمان مشاركة أكبر عدد من الأخصائيين العاملين بالقطاع الطبي تم استخدام قائمة استقصاء عن العينة من السجلات التعريفية (أرقام واتساب - الفيس بوك - البريد الإلكتروني) حيث تم إرسال لعدد 112 مفردة وتمت الاستجابة بالرد لعدد (87) إحصائي وإحصائية منهم (58) ذكور، (29) إناث.

ب- المجال المكاني: الإدارة العامة للشئون الطبية قطاع خدمة المجتمع وتنمية البيئة، وتشمل (العيادات الخارجية، العيادات التخصصية، القومسيون الطبي) التابع لجامعة المنوفية.

ج- المدى الزمني: استغرقت فترة جمع البيانات للدراسة ثلاثة أشهر من تاريخ 1-5-2023 إلى 30-7-2023.

ثامناً: أدوات الدراسة: تمثلت أدوات جمع البيانات في:

(1) مقياس التنظيم الذاتي المعرفي: (إعداد الباحث)

(أ) - قام الباحث بتصميم مقياس التنظيم الذاتي المعرفي وذلك بالرجوع إلى التراث النظري، والدراسات السابقة، واستمارات الاستبانة المرتبطة بموضوع الدراسة ومنها التالي: على سبيل المثال لا الحصر " الطائي (2011)، المنشاوي (2015)، عطية (2017)، طيبة (2018)، جبر (2018)، الجريوى (2022)، الحمراني (2021)، الجزء الأول: يشمل البيانات الأولية المتعلقة (بالنوع، السن، عدد سنوات الخبرة، الحالة التعليمية، الحالة الاجتماعية)، كما يشتمل هذا الجزء على بيانات مرتبطة بالإعداد المهني (الحصول على الدورات التدريبية، عدد الدورات الحاصل عليها، نوع الدورات التي حصل عليها).

الجزء الثاني: ويشتمل على (52) فقرة لقياس التنظيم الذاتي المعرفي موزعة على ستة محاور هي: (التحكم الذاتي - النزاهة - التكيف - الضمير - الابتكار - التخطيط الذاتي).

وقد راعى الباحث في تصميم المقياس ما يأتي:

- أ- تحديد نوع البيانات الواجب الحصول عليها.
  - ب- وضع العبارات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بهدف الدراسة.
  - ج- سهولة العبارات ووضوح مضمونها والتأكد من ذلك عند اختبار المقياس.
  - د- تتناسب العبارات مع المستوي التعليمي والثقافي لإحصائيين الاجتماعيين.
- واعتمد الباحث مقياس التدرج الثلاثي، لتحديد درجة لكل عبارة، ولقد تم استخدام صيغتين من الإجابات بما يتلاءم مع صيغة فقرات المقياس وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (1) يوضح أوزان الفقرات

الاستجابة	نعم	إلى حد ما	لا
الوزن	3	2	1

التصحيح:

تمثل الدرجة الكلية للمقياس في حاصل جمع درجات مقاييسه الجزئية وبالنسبة للمقاييس الجزئية بحاصل جمع درجات بنودها، وكلما ارتفعت الدرجة الكلية، كان ذلك مؤشر للتنظيم الذاتي المعرفي، والدرجة القصوى التي يمكن الحصول عليها في المقياس ككل هي (156)، أما الدرجة الدنيا فهي (52).



## جدول (2) مستويات المتوسطات الحسابية للمقياس الثلاثي

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.66
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1.67 - 2.33
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 2.34 - 3

قام الباحث بحساب الصدق والثبات على النحو الآتي:

1- الصدق للمقياس: اعتمد الباحث على الصدق المنطقي من خلال الاطلاع على الأدبيات والأطر النظرية، ثم تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلى الأبعاد المختلفة المرتبطة بمشكلة الدراسة. وقد أجرى الباحث صدق المحكمين، للأداة بعد عرضها على عدد (5) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان والمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بينها، وقد تم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (85%)، وقد تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض. وفيما يتعلق بالاتساق الداخلي: طبقت الأداة على عينة مكونة من (10) مفردة دون عينة البحث الأساسية ولها نفس الخصائص والنتائج يوضحها الجدول التالي:

## جدول (3) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد المتضمنة في المقياس والدرجة الكلية للمقياس

الابعاد	قيمة معامل الارتباط
البعد الأول: التحكم الذاتي	0.88**
البعد الثاني: النزاهة	0.92**
البعد الثالث: التكيف	0.91**
البعد الرابع: الضمير	0.87**
البعد الخامس: الابتكار	0.86**
البعد السادس: التخطيط الذاتي	0.85**

يتضح من الجدول أن: جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية

(0.01) مما يشير إلى صدق المقياس وصلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

2- ثبات المقياس: تم إجراء ثبات إحصائي لعينة قوامها (10) مفردة من الأخصائيين الاجتماعيين باستخدام معامل ألفا - كرونباخ، وبلغ معامل الثبات (0.91)، كما تم استخدام طريقة أخرى لحساب ثبات الأداة وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - براون Brown - Spearman للتجزئة النصفية Split - half، وبلغ معامل الثبات (0.88)، وهو مستوى مناسب للثبات الإحصائي ويشير ذلك إلى صلاحية المقياس للتطبيق.

## (2) مقياس مهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين:

(أ) - قام الباحث بتصميم مقياس مهارات اتخاذ القرار المهني وذلك بالرجوع إلى التراث النظري، والدراسات السابقة، واستمارات الاستبانة المرتبطة بموضوع الدراسة ومنها التالي على سبيل المثال لا الحصر " المالكي (2016)، رشوان (2017)، جبر (2018)، فودة (2020).

أ- ويشتمل على (47) فقرة لقياس مهارات القرار المهني للعمل مع الحالات الفردية موزعة على ستة محاور هي: (مهارة تحديد المشكلة- مهارة جمع المعلومات- مهارة التحليل- مهارة التركيز والتدقيق- مهارة تحديد البدائل- مهارة التنفيذ والمتابعة).

### وقد راعى الباحث في تصميم المقياس ما يأتي:

- أ- تحديد نوع البيانات الواجب الحصول عليها.
  - ب- وضع العبارات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بهدف الدراسة.
  - ج- سهولة العبارات ووضوح مضمونها والتأكد من ذلك عند اختبار المقياس.
  - د- تتناسب العبارات مع المستوي التعليمي والثقافي لإخصائيين الاجتماعيين.
- واعتمد الباحث مقياس التدرج الثلاثي، لتحديد درجة لكل عبارة، ولقد تم استخدام صيغتين من الإجابات بما يتلاءم مع صيغة فقرات المقياس وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

### جدول رقم (4) يوضح أوزان الفقرات

الاستجابة	نعم	إلى حد ما	لا
الوزن	3	2	1

### التصحيح:

تمثل الدرجة الكلية للمقياس في حاصل جمع درجات مقاييسه الجزئية وبالنسبة للمقاييس الجزئية بحاصل جمع درجات بنودها، وكلما ارتفعت الدرجة الكلية، كان ذلك مؤشر لارتفاع مهارات القرار المهني للعمل مع الحالات الفردية، والدرجة القصوى التي يمكن الحصول عليها في المقياس ككل هي (141)، أما الدرجة الدنيا فهي (47).

### جدول (5) مستويات المتوسطات الحسابية للمقياس الثلاثي

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.66
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1.67 - 2.33
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 2.34 - 3

وقام الباحث بحساب الصدق والثبات على النحو الآتي:

1- الصدق للمقياس: اعتمد الباحث على الاتساق الداخلي: حيث طبقت الأداة على عينة مكونة من (10) مفردة دون عينة البحث الأساسية ولها نفس الخصائص والنتائج يوضحها الجدول التالي:

جدول (6) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد المتضمنة في المقياس والدرجة الكلية للمقياس

الأيعاد	قيمة معامل الارتباط
البعد الأول: مهارة تحديد المشكلة	0.86**
البعد الثاني: مهارة جمع المعلومات	0.89**
البعد الثالث: مهارة التحليل	0.88**
البعد الرابع: مهارة التركيز والتدقيق	0.87**
البعد الخامس: مهارة تحديد البدائل	0.90**
البعد السادس: مهارة تنفيذ القرار ومتابعته	0.88**

يتضح من الجدول أن: جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) مما يشير إلى صدق المقياس وصلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

2- ثبات المقياس: تم إجراء ثبات إحصائي لعينة قوامها (10) مفردات من الأخصائيين الاجتماعيين باستخدام معامل ألفا -كرونباخ، وبلغ معامل الثبات (0.92)، كما تم استخدام طريقة ثانية لحساب ثبات الأداة وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - براون Spearman - Brown للتجزئة النصفية Split - half، وبلغ معامل الثبات (0.88)، وهو مستوى مناسب للثبات الإحصائي ويشير ذلك إلى صلاحية المقياس للتطبيق.

### أساليب التحليل الإحصائي:

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS.V. 26.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل ثبات (ألفا. كرونباخ)، معامل ارتباط بيرسون، معامل ارتباط سبيرمان-براون، معامل ارتباط كاي<sup>2</sup>، وتحليل الانحدار البسيط.

تاسعاً: نتائج الدراسة:

المحور الأول: وصف مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين:

جدول (7) يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) وفقاً لمتغير الجنس

م	الجنس	ك	%
1	ذكر	58	66.7
2	أنثى	29	33.3
المجموع		87	100

يوضح الجدول السابق والذي يرتبط بمتغير الجنس، ارتفاع نسبة الذكور من الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة (66.7%)، مقابل الإناث بنسبة (33.3%)، وقد يعني ذلك أن النسبة الغالبة في العمل داخل المجال الطبي هم الذكور، وقد يكون ذلك نتيجة لما يحمله هذا المجال من أعباء وجهود تفوق قدرات الإناث.

جدول (8) يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) وفقاً لمتغير السن

م	السن	ك	%
1	من 30 إلى أقل 35 سنة	29	33.3
2	من 35 إلى أقل 40 سنة	16	18.4
3	من 40 إلى أقل 45 سنة	19	21.8
4	من 45 إلى أقل 50 سنة	18	20.7
5	من 50 إلى أقل 55 سنة	4	4.6
6	من 55 إلى أقل 60 سنة	1	1.1
المجموع		87	100
متوسط السن		39.8 سنة تقريباً	

يوضح الجدول السابق والذي يتعلق بمتغير السن، اتضح أن متوسط أعمار مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين (39.8 سنة تقريباً)، وقد تركزت أكبر نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين في الفئة العمرية (30-35 سنة) وذلك بنسبة (33.3%)، تليها الفئة العمرية (40-45 سنة) بنسبة (21.8%)، ثم الفئة العمرية (45-50 سنة) بنسبة (20.7%)، تليها الفئة العمرية (35-40 سنة) بنسبة (18.4%)، وتليها الفئة العمرية (50-55 سنة) بنسبة (4.6%)، وأخيراً الفئة العمرية (55-60 سنة) بنسبة (1.1%).

وهذه النتيجة قد تعني أن الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) في مرحلة الشباب، والتي من ضمن خصائصها البحث والاستكشاف والتعلم المستمر، الذي قد يعكس على ارتفاع مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لديهم مما قد يسهم في عملية اتخاذ القرار المهني داخل العمل وفقاً للمتغيرات والمستجدات السريعة التي قد تحدث.

جدول (9) يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) وفقاً لمتغير عدد

سنوات الخبرة

م	عدد سنوات الخبرة	ك	%
1	من 3 إلى أقل 5 سنوات	31	35.6
2	من 5 إلى أقل 8 سنوات	10	11.5
3	من 8 إلى أقل 11 سنة	8	9.2
4	من 11 إلى أقل 14 سنة	8	9.2
5	من 14 إلى أقل 17 سنة	17	19.5
6	من 17 إلى أقل 20 سنة	7	8.0
7	من 20 إلى أقل 23 سنة	2	2.3
8	من 23 إلى أقل 26 سنة	1	1.1
9	من 26 إلى أقل 29 سنة	1	1.1
10	من 29 إلى أقل 32 سنة	1	1.1
11	من 32 إلى أقل 35 سنة	1	1.1
المجموع		87	100
متوسط سنوات الخبرة		9.9 سنة تقريباً	

كشفت البيانات أن متوسط سنوات الخبرة للأخصائيين الاجتماعيين بلغ (9.9 سنة تقريباً)، وقد تركزت أكبر نسبة في الفئة (من 3-5 سنوات) وذلك بنسبة (35.6%)، ثم الفئة (من 14-17 سنوات) بنسبة (19.5%)، بينما تساوت بنسبة (10.3%) الفئة (5-8 سنوات) والفئة (8-11 سنة)، بينما بلغت الفئة (11-14 سنة) نسبة (9.2%)، والفئة (من 17-20 سنوات) بنسبة (8%)، في حين تساوت الفئات (من 23-26، ومن 26-29، ومن 29-32، ومن 32-35 سنة) بنسبة (1.1%).

وقد يتبين من ذلك أن خبرة الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) ليست بالقليلة وقد تساعدهم على زيادة التنظيم الذاتي المعرفي وتسهيل عملية اتخاذ القرار المهني في العمل مع الحالات الفردية في المجال الطبي.

جدول (10) يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) وفقاً لمتغير الحالة التعليمية

م	الحالة التعليمية	ك	%
1	دبلوم متوسط خدمة اجتماعية	4	4.6
2	بكالوريوس خدمة اجتماعية	54	62.1
3	ليسانس آداب اجتماع	7	8.0
4	دبلوم دراسات عليا	13	14.9
5	ماجستير	6	6.9
6	دكتوراه	3	3.4
المجموع		87	100

يوضح الجدول السابق والذي يرتبط بمتغير المؤهل العلمي للأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة)، ظهر ارتفاع نسبة الحاصلين على مؤهل البكالوريوس بنسبة (62.1%)، ثم دبلوم الدراسات العليا بنسبة (14.9%)، بينما الحاصلين على ليسانس آداب اجتماع بلغت نسبتهم (8%)، ثم درجة الماجستير بنسبة (6.9%)، يليها الحاصلين على مؤهل دبلوم الخدمة الاجتماعية بنسبة (4.6%)، وأخيراً درجة الدكتوراه بنسبة (3.4%).

ويتبين من البيانات السابقة أن الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) مؤهلين بشكل مناسب للعمل مع الحالات الفردية في المجال الطبي، ولديهم جانب من المعارف والمهارات التي قد تسهم في ارتفاع مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لديهم، وأيضاً تسهيل عملية اتخاذ القرار المهني في العمل مع الحالات الفردية داخل مجال العمل الطبي.

جدول (11) يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

م	الحالة الاجتماعية	ك	%
1	أعزب	7	8.0
2	متزوج	67	77.0
3	مطلق	7	8.0
4	أرمل	6	6.9
المجموع		87	100

يوضح الجدول السابق والذي يتعلق بمتغير الحالة الاجتماعية للأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة)، تبين ارتفاع نسبة المتزوجون لتصل إلى (77%)، بينما تساوت نسبة الذين حالتهم الاجتماعية أعزب ومطلق (8%)، وأخيراً بنسبة (6.9%) أرمل.

ثانياً: الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين:

جدول رقم (12) يوضح حضور الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) الدورات التدريبية في مجال مهارات اتخاذ القرار

م	حضرت دورات تدريبية في مجال مهارات اتخاذ القرار	ك	%
1	نعم	81	93.1
2	لا	6	6.9
المجموع			100

أظهرت بيانات الجدول السابق والخاص بحضور الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة لدورات تدريبية في مجال مهارات اتخاذ القرار أن هناك ارتفاع ملحوظ للذين حضروا تلك الدورات بنسبة (93.1%)، مقابل للذين لم يحضروا بنسبة (6.9%). وهذا قد يعكس مدى اهتمام الأخصائيين (عينة الدراسة) بتعلم مهارة اتخاذ القرار ومتابعة كل ما هو جديد من خلال الحرص على الحضور في الدورات التدريبية في مجال مهارات اتخاذ القرار بما يعكس على اتخاذ القرار المهني مع الحالات الفردية بشكل يتناسب مع كل حالة وفقاً لمعطياتها.

جدول رقم (13) يوضح عدد الدورات التدريبية التي حصل عليها الأخصائيين الاجتماعيين الحاضرين للدورات التدريبية

م	عدد الدورات التي حصلت عليها	ك	%
1	دورة واحدة	10	12.3
2	دورتان	11	13.6
3	ثلاث دورات	17	21
4	أربع دورات	19	23.5
5	أكثر من أربع دورات	24	29.6
المجموع			100

كشفت بيانات الجدول السابق والخاص بعدد الدورات التدريبية التي حصل عليها الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة والذين حضروا الدورات التدريبية في مجال مهارات اتخاذ القرار عن ارتفاع للذين حضروا (أكثر من أربع دورات) بنسبة (29.6%)، تليها وبنسبة (23.5%) للذين حضروا (أربع دورات)، بينما للذين حضروا (ثلاث دورات) بنسبة (21%)، ثم للذين حضروا (دورتان) بنسبة (13.6%)، وأخيراً للذين حضروا (دورة واحدة) بنسبة (12.3%). مما قد يوضح شغف الأخصائيين بحضور الدورات الخاصة بمهارة اتخاذ القرار؛ لذا لا بد من توفير تلك الدورات داخل مؤسسات العمل حتى ينتهي للأخصائيين حضور تلك الدورات بشكل أساسي.

جدول رقم (14) يوضح موضوع الدورات التدريبية التي حضرها الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة)

م	موضوع هذه الدورات	ك	%
1	مهارة حل المشكلة	57	70.4
2	اتخاذ القرار	62	76.5
3	البحث وجمع المعلومات	57	70.4
4	المتابعة والتقييم	45	55.6
5	تطوير البدائل	30	37
6	التحليل والتفسير	25	30.9
7	تحديد الأولويات	29	35.8
8	التنفيذ والتطبيق	22	27.2

أوضحت بيانات الجدول السابق والخاص بموضوع الدورات التدريبية التي حصل عليها الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة والذين حضروا الدورات تدريبية في مجال مهارات اتخاذ القرار ارتفاع نسبة مهارة اتخاذ القرار لتصل إلى (76.5%)، بينما تساوت بنسبة مهارات حل المشكلة ومهارة البحث وجمع المعلومات حيث بلغت (70.4%)، تليها بنسبة (55.6%) مهارة المتابعة والتقييم، بينما مهارة تطوير البدائل بنسبة (37%)، ثم مهارة التحليل والتفسير (30.9%)، ومهارة تحديد الأولويات بنسبة (30.9%)، وأخيراً مهارة التنفيذ والتطبيق بنسبة (27.2%). وهذا قد يوضح مدى الاهتمام الكبير من الأخصائيين الاجتماعيين للاكتساب وصقل مهارة اتخاذ القرار بما ينعكس على عملهم مع الحالات الفردية التي يتابعونها من حيث اتخاذ القرار المهني المناسب.

جدول رقم (15) يوضح مستوى أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين

الترتيب	المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأبعاد
3	مرتفع	0.328	2.75	التحكم الذاتي
2	مرتفع	0.287	2.76	النزاهة
4	مرتفع	0.330	2.71	التكيف
1	مرتفع	0.244	2.79	الضمير
5	مرتفع	0.503	2.61	الابتكار
6	مرتفع	0.474	2.60	التخطيط الذاتي
	مستوى مرتفع	0.280	2.71	أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي ككل



يوضح الجدول السابق أن:

مستوى أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي للأخصائيين الاجتماعيين ككل يقع في المستوى المرتفع كما يحددها الأخصائيين الاجتماعيين حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.71) وانحراف معياري (0.280)، وقد جاءت جميع الأبعاد في المستوى المرتفع أيضاً ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول مهارة الضمير بمتوسط حسابي (2.79)، ثم جاء بالترتيب الثاني النزاهة بمتوسط حسابي (2.76)، والترتيب الثالث التحكم الذاتي بمتوسط حسابي (2.75)، وفي الترتيب الرابع التكيف بمتوسط حسابي (2.71)، بينما في الترتيب الخامس الابتكار بمتوسط حسابي (2.61)، وأخيراً التخطيط الذاتي بمتوسط حسابي (2.60).

وهذا قد يوضح أن الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) يتمتعون بمستوى مرتفع من التنظيم الذاتي مما يوضح أنهم يتمتعون بخصائص مهارية ومهنية متعددة كالضمير، النزاهة، التحكم الذاتي، التكيف، الابتكار، التخطيط، وقد يتفق ذلك مع (Abdallah, 2008) حيث يرى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من القدرة على التنظيم الذاتي يتميزون بعدة خصائص، أهمها: القدرة على التخطيط، والتقييم الذاتي والمراقبة الذاتية، واتخاذ القرارات، وفي الوقت نفسه، يحافظون على مستوى مرتفع من الدافعية، ويمتلكون مستوى مرتفعاً من الاستقلالية، وارتفاع مستوى الفاعلية الذاتية، وبذل الجهد، والإصرار، والمثابرة في السعي وراء الأهداف الموضوعية.

**جدول (16) يوضح مستوى أبعاد مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين**

الترتيب	المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأبعاد
1	مرتفع	0.194	2.86	مهارة تحديد المشكلة
2	مرتفع	0.274	2.82	مهارة جمع المعلومات
3	مرتفع	0.437	2.69	مهارة التحليل
4	مرتفع	0.349	2.73	مهارة التركيز والتدقيق
5	مرتفع	0.275	2.81	مهارة تحديد البدائل
6	مرتفع	0.201	2.87	مهارة تنفيذ القرار ومتابعته
	مستوى مرتفع	0.209	2.81	أبعاد القرار المهني ككل

يوضح الجدول السابق أن:

مستوى أبعاد مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين ككل يقع في المستوى المرتفع كما يحدده الأخصائيين الاجتماعيين حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.81) وانحراف معياري (0.209)، وقد جاءت جميع الأبعاد في المستوى المرتفع أيضاً ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: حيث جاء في الترتيب الأول مهارة تنفيذ القرار ومتابعته بمتوسط حسابي (2.87)، ثم جاء بالترتيب الثاني مهارة تحديد المشكلة بمتوسط حسابي (2.86)، والترتيب الثالث مهارة جمع المعلومات بمتوسط حسابي (2.82)، وفي الترتيب الرابع مهارة تحديد البدائل بمتوسط حسابي (2.81)، وفي الترتيب الخامس مهارة التركيز والتدقيق بمتوسط حسابي (2.73)، وأخيراً مهارة التحليل بمتوسط حسابي (2.69).

ويتبين من ذلك أن الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) لديهم مستوى مرتفع من مهارات القرار المهني والتي تساعدهم في العمل مع الحالات الفردية، وقد يرجع ذلك لتنوع أبعاد القرار المهني من جمع معلومات وتحديد المشكلة والتركيز والتدقيق والتحليل وتحديد البدائل واختيار البديل المناسب.

المحور الثاني: التحقق من صحة فروض الدراسة:

1- الفرض الأول: توجد علاقة دالة إحصائية بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) للعمل مع الحالات الفردية.

جدول (17) يوضح تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين

معامل التحديد $R^2$	معامل الارتباط R		اختبار (ف) F-Test		اختبار (ت) T-Test		معامل الانحدار B	المتغير المستقل
	المعنوية	القيمة	المعنوية	القيمة	المعنوية	القيمة		
0.818	0.000	0.904	0.000	381.464	0.000	10.310	0.612	أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي ككل

### يوضح الجدول السابق أن:

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل أبعاد " التنظيم الذاتي المعرفي " ككل والمتغير التابع أبعاد " مهارات اتخاذ القرار المهني " لدى الأخصائيين الاجتماعيين " ككل (0.904)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وتدلل على وجود ارتباط طردي بين المتغيرين.
  - وتشير نتيجة اختبار (ف) ( $F=381.464, Sig=0.000$ ) إلى معنوية نموذج الانحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (818)، أي أن أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي تفسر (81.8%) من التغيرات في أبعاد مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين.
  - وقد بلغت قيمة معامل الانحدار (0.612)، وهي تشير إلى وجود علاقة طردية بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير نتيجة اختبار (ت) ( $T=10.310, Sig=0.000$ ) إلى أن تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع يعتبر تأثيراً معنوياً وذا دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01).
- وهذا يوضح تحقق صحة الفرض الأول للدراسة؛ مما يجعلنا نقبل الفرض الذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) للعمل مع الحالات الفردية ". ويتضح من ذلك أنه كلما ارتفع مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين كلما ارتفع مستوى مهارات اتخاذ القرار المهني لديهم (عينة البحث) وهذا ينعكس على جودة القرار المهني الذي يتخذه في العمل مع الحالات الفردية، وقد يتفق ذلك مع دراسة (اليوسف، 2020) والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين التنظيم الذاتي واتخاذ القرار، ودراسة (فرحان، 2010) التي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار المهني.
- وتتفق تلك النتيجة أيضاً مع دراسة (طعمة، 2013) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اتخاذ القرار وتنظيم الذات، وإلى إسهام التنظيم الذاتي في زيادة القدرة على اتخاذ القرار، كما أظهرت النتائج وجود قدرة تنبؤية إيجابية بين اتخاذ القرار الإدراك البنائي، وتنظيم الذات.

وقد تتفق نتيجة الجدول السابق مع السياق النظري للنظرية المعرفية والتي تشير إلى أن التنظيم الذاتي أو ممارسة السيطرة على السلوك يعد بمثابة إحدى القوى المحركة للشخصية الإنسانية (هريدي، 2011، 224). كما أنه جهد منظم لتوجيه الأفكار، والمشاعر، والأفعال لتحقيق الأهداف (Zimmerman, 2000, 13)، إذا فالتنظيم الذاتي عملية يمكن أن يتحكم الناس بواسطتها في انجازاتهم وأفعالهم الخاصة، فيحددون لأنفسهم أهدافاً، ويقومون نجاحهم في تحقيق تلك الأهداف، ويكافئون أنفسهم لقاء ذلك (فريدمان، شستك، 2013، 38).

2- الفرض الثاني: توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي).

جدول (18) يوضح العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية ومستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين

م	المتغيرات الديموجرافية	مستوى التنظيم الذاتي المعرفي	
		المعامل المستخدم	قيمه ودلالته
1	الجنس	كا <sup>2</sup>	**52.198 (د. ح = 32)
2	العمر	بيرسون	**0.308
3	المؤهل العلمي	بيرسون	**0.287
4	عدد سنوات الخبرة	بيرسون	**0.279

\* معنوي عند 0.05

\*\* معنوي عند 0.01

يتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية ومستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين "عينة الدراسة" وهو متغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخبرة)، وهذا يعني أن التنظيم الذاتي المعرفي يختلف باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية للأخصائيين الاجتماعيين "عينة الدراسة".

وهذا يوضح تحقق صحة الفرض الثاني للدراسة؛ مما يجعلنا نقبل الفرض الذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي)".

وهذا قد يوضح أن المتغيرات الديموجرافية ترتبط بشكل أساسي بمستوى

التنظيم الذاتي المعرفي سواء بشكل إيجابي أو سلبي، ويتبين ذلك من خلال:

- **فيما يتعلق بمتغير الجنس:** تبين وجود فروق بين الجنس (ذكر، أنثي) ومستوى التنظيم الذاتي المعرفي، وقد يتفق ذلك مع دراسة (خضر، 2015) والتي أشارت إلى وجود علاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي ونوع العينة، وأن نسبة الذكور أعلى من الإناث. وهذا يعكس أن التنظيم الذاتي المعرفي يختلف باختلاف الجنس، في حين أشار كلاً من كين وكين **Cain & Cain** في نظريتهما إلى أن الدماغ البشري مزودة فطرياً بمجموعة من القدرات الكامنة منها القدرة على التنظيم الذاتي، والقدرة على تحليل البيانات، والتأمل الذاتي (نوفل، 2007، ص66)، وعلى الرغم من ذلك فقد تلعب الفروق الفردية دور مهم في وجود فروق جوهرية بين الجنس البشري (الذكور، الإناث)، وقد يتبين من ذلك أن الأخصائيين الاجتماعيين الذكور قد يكون مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لديهم أعلى من الإناث والذي قد يسهم وبشكل إيجابي في التعامل مع الحالات الفردية في المجال الطبي.

- **فيما يتعلق بمتغير العمر:** اتضح وجود علاقة ارتباطية بين العمر ومستوى التنظيم الذاتي المعرفي، وقد يوضح ذلك أن عامل السن مؤثر في مستوى التنظيم الذاتي المعرفي بشكل إيجابي حيث أن متوسط عمر الأخصائيين (عينة الدراسة) بلغ 39 سنة تقريباً وهو ما يوضح أن عينة الدراسة في مرحلة عمرية شبابية تسمح لهم بمزيد من التنظيم الذاتي المعرفي، وهذا يعني أنه كلما ارتفع معدل العمر كلما ارتفع التنظيم الذاتي المعرفي لديهم؛ أي أنه كلما ارتفع معدل العمر تراكمت المعارف والمهارات والخبرات التي قد تسهم بشكل إيجابي في ارتفاع مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لديهم الأمر الذي يسهم بشكل أساسي في التعامل مع الحالات الفردية داخل مجال العمل الطبي.

- **فيما يتعلق بسنوات الخبرة:** تبين وجود علاقة ارتباطية بين الخبرة ومستوى التنظيم الذاتي المعرفي، وقد يوضح ذلك أن عامل الخبرة مؤثر في مستوى التنظيم الذاتي المعرفي بشكل إيجابي بمعنى كلما زادت سنوات الخبرة لدى الأخصائيين الاجتماعيين كلما زاد مستوى التنظيم الذاتي المعرفي. وقد بلغ متوسط سنوات الخبرة لدى عينة

الدراسة 9.9 تقريباً وهو ما يقرب من 10 سنوات تقريباً مما قد يوضح أن عينة الدراسة لديهم خبرة مناسبة لتحقيق مستوى مناسب من التنظيم الذاتي المعرفي.

- فيما يتعلق بالمؤهل العلمي: اتضح وجود علاقة ارتباطية بين المؤهل العلمي والتنظيم الذاتي المعرفي، وهذا قد يوضح أن المؤهل العملي يساعد بشكل أو بآخر في التنظيم الذاتي المعرفي.

وإجمالاً فإن المتغيرات الديموجرافية تؤثر بشكل إيجابي في التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة)، تلك المتغيرات متصلة بشخصيتهم من حيث عوامل متعددة من بينها دوافعهم وأنماط تفكيرهم منطوقة لسلوكياتهم، فكلما كان هناك تحكم مناسب في تلك العوامل أصبح هناك تنظيم ذاتي عالي الجودة، وقد يتفق ذلك مع السياق النظري للنظرية المعرفية؛ حيث يرى (باندورا) أن اعتقاد الأفراد بفاعليتهم في ممارسة التحكم بدوافعهم وأنماط تفكيرهم وأفعالهم وسلوكياتهم الخاصة يؤدي دوراً مهماً في استعمال عمليات التنظيم الذاتي بكفاءة عالية، فكلما كانت فاعلية التنظيم الذاتي المدركة أقوى زادت جهود الناس المتعلقة بالتحكم الذاتي وزاد نجاحهم في مقاومة الضغوط الاجتماعية بأن يتصرفوا بأساليب تتفاي معاييرهم، أما الإحساس المنخفض بفاعلية التنظيم الذاتي فإنه يزيد من التعرض للضغوط الاجتماعية للقيام بالسلوك الخاطئ (Bandura, 1991, p19-21).

3- الفرض الثالث: توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي، حضور الدورات التدريبية).

جدول (19) يوضح العلاقة بين بعض المتغيرات ومستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين

م	المتغيرات	مستوى مهارات القرار المهني	
		المعامل المستخدم	قيمه ودلالته
1	الجنس	كا <sup>2</sup>	37.147 (د. ح = 26)
2	العمر	بيرسون	0.305**
3	المؤهل العلمي	بيرسون	0.267*
4	عدد سنوات الخبرة	بيرسون	0.224**
5	حضور الدورات التدريبية	كا <sup>2</sup>	39.830 (د. ح = 26)

\* معنوي عند 0.05

\*\* معنوي عند 0.01

يتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة دالة إحصائيًا بين المتغيرات ومستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين "عينة الدراسة" وهو متغير (العمر، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخبرة، حضور الدورات التدريبية)، وهذا يوضح محد التحقق من صحة الفرض الثالث للدراسة؛ مما يجعلنا نقبل الفرض الذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائيًا بين مستوى مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة البحث) وبعض المتغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي، حضور الدورات التدريبية)".

وتشير نتيجة الجدول السابق إلى أن مهارات القرار المهني تختلف باختلاف بعض المتغيرات للأخصائيين الاجتماعيين "عينة الدراسة"، على النحو التالي:

- فيما يتعلق بمتغير العمر: اتضح وجود علاقة ارتباطية بين العمر ومهارات القرار المهني، وقد يوضح ذلك أن عامل السن مؤثر في مستوى القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين (عينة الدراسة) في العمل مع الحالات الفردية، وهذا يعني أنه كلما ارتفع معد العمر لدى الأخصائيين كلما أصبح القرار المهني قرار رشيد وصائب.
  - فيما يتعلق بسنوات الخبرة: تبين وجود علاقة ارتباطية بين الخبرة ومستوى مهارات القرار المهني، وهذا يعكس أن عامل الخبرة له تأثير بشكل أساسي في جودة القرار المهني وفي اكتساب الأخصائيين مهارات القرار المهني وارتفع مستواها وصلفها بشكل يساهم بشكل كبير في التعامل مع الحالات الفردية داخل مؤسسة العمل.
  - فيما يتعلق بالمؤهل العلمي: اتضح وجود علاقة ارتباطية بين المؤهل العلمي ومستوى مهارات القرار المهني، وهذا قد يوضح أن المؤهل العملي له تأثير إيجابي في ارتفاع مستوى مهارات القرار المهني من حيث التأهيل النظري والتطبيق العملي.
- في حين لا تختلف مهارات القرار المهني باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية على النحو التالي:

- فيما يتعلق بمتغير الجنس: تبين عدم وجود فروق بين الجنس (ذكر - أنثي) ومستوى مهارات القرار المهني، وهذا يعني أن الأخصائيين الاجتماعيين سواء الذكور أو الإناث لديهم من المهارات المهنية التي تؤهلهم لاتخاذ القرار المهني بشكل مناسب.
- فيما يتعلق بمتغير حضور الدورات التدريبية: تبين عدم وجود فروق بين حضور الدورات التدريبية ومستوى مهارات القرار المهني، وهذا يعني أن الأخصائيين

الاجتماعيين أفراد العينة ككل سواء حضروا أو لم يحضروا لديهم من المهارات المهنية التي تؤهلهم لاتخاذ القرار المهني، وقد يرجع ذلك إلى عوامل مختلفة من بينها الخبرة أو عوامل وراثية مرتبطة بقدر كافي من الذكاء أو إلى ما تم تعلمه ودراسته، وقد يتفق ذلك مع السياق النظري لنظرية التعلم الاجتماعي المهني؛ حيث يؤكد الإطار العام لهذه النظرية على العوامل الوراثية. والظروف البيئية، وخبرة التعلم ومهارات تحقيق المهام، ومهارات الإرشاد السلوكي مثل التعزيز والنمذجة، والتي تعد أدوات مهمة لتحديد وتصحيح المعتقدات المعيقة في عملية اتخاذ القرار، ويمكن لكل من المرشد والمسترشد استخدام مهارات النظرية المعرفية السلوكية في التعامل مع قضايا تتعلق بالمهنة ومواجهة المواقف غير المتوقعة.

**عاشراً: مؤشرات التدخل المهني لتحسين كلاً من التنظيم الذاتي المعرفي ومهارات اتخاذ القرار العلاجي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع الحالات الفردية:**

تحدد مؤشرات التدخل في ضوء نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة وذلك لتحسين كلاً من التنظيم الذاتي المعرفي وعملية اتخاذ القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع الحالات الفردية بالمؤسسات العلاجية والطبية. حيث يشير مفهوم التدخل المهني إلى الأنشطة العلمية المنظمة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي عندما يعمل مع العملاء، حيث يمثل العمليات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مستفيداً من النظريات العلمية والأدوات والوسائل للتعامل مع مشكلات العملاء (عبد المجيد، 2015، ص44)

وتم تحديد مؤشرات التدخل المهني في إطار مفهوم التدخل المهني كالاتي:

#### 1- خطوات التدخل المهني:

أ- التقدير: حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي مع الحالات الفردية بالتنظيم الذاتي المعرفي من خلال الأبعاد التالية (مهارة الضمير - النزاهة - التحكم الذاتي - التكيف - الابتكار - التخطيط الذاتي) حيث أوضحت نتائج الدراسة أن مستوى أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين ككل كما يحددها الأخصائيون الاجتماعيون "مرتفع" حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.71)، وقد جاءت جميع الأبعاد في المستوى المرتفع أيضاً ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول مهارة الضمير بمتوسط حسابي (2.79)، ثم جاء



بالترتيب الثاني النزاهة بمتوسط حسابي (2.76)، والترتيب الثالث التحكم الذاتي بمتوسط حسابي (2.75)، وفي الترتيب الرابع التكيف بمتوسط حسابي (2.71)، بينما في الترتيب الخامس الابتكار بمتوسط حسابي (2.61)، وأخيراً التخطيط الذاتي بمتوسط حسابي (2.60). كما أوضحت نتائج الدراسة أيضاً أن مستوى أبعاد مستوى أبعاد مهارات القرار المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين ككل يقع في المستوى المرتفع كما يحدده الأخصائيين الاجتماعيين حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.81)، وقد جاءت جميع الأبعاد في المستوى المرتفع أيضاً ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: حيث جاء في الترتيب الأول مهارة تنفيذ القرار ومتابعته بمتوسط حسابي (2.87)، ثم جاء بالترتيب الثاني مهارة تحديد المشكلة بمتوسط حسابي (2.86)، والترتيب الثالث مهارة جمع المعلومات بمتوسط حسابي (2.82)، وفي الترتيب الرابع مهارة تحديد البدائل بمتوسط حسابي (2.81)، وفي الترتيب الخامس مهارة التركيز والتدقيق بمتوسط حسابي (2.73)، وأخيراً مهارة التحليل بمتوسط حسابي (2.69). مما يدفعنا بالاهتمام لوضع مؤشرات للتدخل المهني لرفع مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدرجات أعلى مما ينعكس على زيادة مستوى اتخاذ القرار المهني في العمل مع الحالات الفردية ويتم ذلك من خلال تطبيق أول خطة من خطوات التدخل المهني.

ب- **التخطيط:** حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي مع الحالات الفردية بوضع الخطط العلاجية المناسبة مع العملاء وذلك بهدف التعامل مع مشكلاتهم. وتتألف هذا الخطة من مجالات العمل السنة التالية: (مهارة تنفيذ القرار ومتابعته، مهارة تحديد المشكلة، مهارة جمع المعلومات، مهارة تحديد البدائل، مهارة التركيز والتدقيق، مهارة التحليل).

ج- **التدخل:** حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي مع الحالات الفردية بتطبيق الخطة التي تم وضعها في المرحلة السابقة مع الوضع في الاعتبار لمرونة الخطة وقابليتها للتعديل بما يتناسب مع طبيعة مشكلات العملاء ومراعاة الفروق الفردية لكل حالة. ويقوم الأخصائي الاجتماعي في هذه الخطوة (3) باستخدام أساليب واستراتيجيات التدخل المهني.

- د- **التقويم:** حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي مع الحالات الفردية بتحديد مدي تحقيق أهداف التدخل المهني التي تم الوصول إليها أو بمعنى آخر مدي فعالية خطة التدخل المهني في تحقيق أهداف التدخل المهني.
- ه- **الإنهاء:** حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي مع الحالات الفردية بإنهاء التدخل المهني وفقا لما تم الاتفاق عليه في التعاقد من مرحلة (2)، مع الالتزام بضوابط الإنهاء والتي تتمثل في تهيئة العميل لمرحلة الإنهاء وتجنب مشاعر الانفصال في العلاقة المهنية.
- و- **المتابعة:** حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي مع الحالات الفردية بتحديد مدي استقرار حالة العميل بعد انتهاء التدخل المهني. ومدي الحفاظ على المكاسب العلاجية التي حققها العميل خلال خطوات التدخل المهني.

## 2- أدوات التدخل المهني:

- أ- **أداة قياس مستوى التنظيم الذاتي المعرفي:** الهدف من الأداة تحديد مستوى التنظيم الذاتي المعرفي لدى الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي والتعرف على أكثر أبعاد التنظيم الذاتي المعرفي تأثيراً على عينة الدراسة.
- ب- **أداة قياس مستوى اتخاذ القرار المهني:** الهدف من الأداة تحديد اتخاذ القرار المهني لدى الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي والتعرف على أكثر أبعاد مهارات اتخاذ القرار المهني تأثيراً على عينة الدراسة.
- ج- **برنامج التدخل المهني:** وذلك من خلال الاعتماد على تحقيق الأهداف الأساسية للبرنامج كذلك العمل من خلال الأهداف الفرعية للبرنامج في ضوء الهدف العام والاعتماد على مختلف المراحل (مرحلة ما قبل التدخل المهني - مرحلة التدخل المهني؛ التي تشمل على مرحلة البداية، مرحلة التقدير، مرحلة التنفيذ، مرحلة ما بعد التدخل المهني، تقييم البرنامج).
- د- **المقابلات المهنية مع الحالات الفردية:** الهدف من المقابلات التعرف على جوانب النقص عند الأفراد وتحديد الوضع الحالي والوضع المرغوب الوصول إليه، كذلك تحديد الاحتياجات لدى الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي، حيث يتم من خلالها تكوين العلاقة المهنية بين الأخصائي والعميل أساسها الثقة والاحترام والتقدير، التعرف على حاجات العميل وتحديد الخدمات اللازمة لحل المشكلة، تفيد

في الحصول على حقائق دراسية معينة من مصادرها الأساسية. تفيد في تعديل اتجاهات وسلوكيات المحيطين بالعمل، إعطاء الفرصة للتعبير عن مشاعره السلبية وإزالة مخاوفه.

### 3- النظريات والأساليب والاستراتيجيات العلمية التي يمكن استخدامها لتحسين التنظيم الذاتي المعرفي واتخاذ القرار المهني لدى الإخصائيين الاجتماعيين:

يمكن الاعتماد على العديد من النظريات العملية بما تشمله من أساليب واستراتيجيات علمية تساعد في تحسين مستوى التنظيم الذاتي المعرفي وكذلك اتخاذ القرار المهني لدى الإخصائيين الاجتماعيين ولعل من أهم هذه النظريات كما يلي:

أ- **نظرية التعلم الاجتماعي في القرار المهني:** حيث تؤكد على أهمية السلوك أو رد الفعل والإدراك (المعرفة والتفكير) في اتخاذ القرارات، وتركز على تعليم المرشد أساليب اتخاذ القرار التي تساعده في اتباع أساليب فعالة في الاختيار المهني من بدائل مهنية والتعامل مع الأحداث غير المتوقعة، وتركز على مساعدة المرشد في تفسير القضايا. ويؤكد الإطار العام لهذه النظرية على العوامل الوراثية. والظروف البيئية، وخبرة التعلم ومهارات تحقيق المهام، ومهارات الإرشاد السلوكي.

ب- **النظرية المعرفية في التنظيم الذاتي:** تركز على أنماط السلوك التي تتكون من خلال ما نقوله لأنفسنا عن المواقف التي نمر بها، لذلك فالتغيرات التي تطرأ على السلوك الخارجي يمكن الوصول إليها عن طريق إحداث تغييرات في العمليات المعرفية، وبالتالي تنظيم السلوك. فالتنظيم الذاتي يمثل قابلية الفرد وقدرته على تنظيم الأنماط السلوكية التي يقوم بها في ضوء النتائج التي يتوقعها من جراء القيام بهذه الأنماط السلوكية وتفسير التغيرات المصاحبة بطريقة عمليات التنظيم الذاتي.

4- **الأساليب العلاجية:** (الاشتراط الإجرائي، التعزيز، ضبط المثبرات، مراقبة الذات، المناقشة المنطقية، أسلوب حل المشكلة، أسلوب الاستنارة، التدعيم الإيجابي، التقارير الذاتية)

5- **الاستراتيجيات العلاجية:** (استراتيجية الاستعراض المعرفي، استراتيجية إعادة البناء المعرفي، استراتيجية تغيير السلوك)

## 6- أدوار الأخصائي الاجتماعي:

تتنوع أدوار الأخصائي الاجتماعي وفقاً لنوعية الحالات الفردية التي يتعامل معها، ووفقاً لطبيعة مستويات ممارستهم (ممارس عام-مرشد اجتماعي-أخصائي اجتماعي إكلينيكي). والدور المهني عبارة عن مجموعة من الأنشطة والوظائف التي تحدها المهنة (عبد المجيد، 2015، ص 225:224). وفيما يلي أهم هذه الأدوار

كالتالي:

أ- **الأخصائي الاجتماعي كمعالج/مرشد:** حيث يساعد الأخصائي الاجتماعي العملاء من خلال هذا الدور علي زيادة فاعلية ووظائفهم الاجتماعية، وزيادة قدرتهم على تفهم مشاعرهم، وتعديل سلوكياتهم وتعليمهم كيفية التعامل مع المواقف المشككة. يتطلب تطبيق هذا الدور توفر مهارات التقدير النفسي الاجتماعي وتقمه تأثيرات البيئة على الحالة النفسية للعميل.

ب- **الأخصائي الاجتماعي كمنسق للحالة:** حيث يهدف الاخصائي من خلال هذا الدور العمل على استمرارية استفادة العميل من الخدمة عن طريق متابعة الأخصائي الاجتماعي لخطوات وعمليات توصيل العميل للخدمات الملائمة لاحتياجاته والقيام بتنسيق هذه الجهود وتحديد احتياجات العميل ومشكلاته.

ج- **الأخصائي الاجتماعي كوسيط:** حيث يهدف الاخصائي من خلال هذا الدور ربط نسق العميل بالمؤسسات والموارد الملائمة والموجودة في المجتمع، ولتحقيق هذا الدور يجب على الاخصائي العمل على تقدير ظروف العميل - تقدير المصادر والموارد المتاحة - تفهم أساليب تحويل العميل للحصول على الخدمة - تحقيق الاتصال ومساعدة العميل علي الارتباط بمصدر الخدمة - تزويد العميل بالمعلومات عن كيفية الحصول على الخدمات.

د- **الاخصائي الاجتماعي كمدافع:** حيث يهدف الاخصائي من خلال هذا الدور مساعدة العميل علي حماية حقه في تلقي الرعاية والخدمات التي تشبع احتياجاته ومشاركة الأخصائي الاجتماعي في تأييد جهود العميل وسعيه لتحقيق أهدافه سواء بتغيير برامج الخدمات الموجودة أو تحسين وتطوير السياسات الاجتماعية التي لا تتماشى مع احتياجات العميل وظروفه سواء كفردي أو كمجموعة.

## الحادي عشر: التوصيات والمقترحات:

### 1- التوصيات

- أ- الاهتمام بتنمية مهارات التنظيم الذاتي المعرفي للأخصائيين الاجتماعيين بمختلف مجالات الممارسة المهنية وبخاصة المرتبطة باتخاذ القرارات المهنية.
- ب- التركيز على الممارسة المبنية على الأدلة والبراهين للدراسات المعنية بالتنظيم الذاتي المعرفي.
- ج- تشجيع أعضاء هيئة التدريس بكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية على استخدام التنظيم الذاتي المعرفي المرتبط بمجال التدريس الأكاديمي.
- د- إجراء دراسات مستقبلية حول أثر التدريس باستخدام التنظيم الذاتي المعرفي وعلاقة ذلك بالتفكير الابتكاري.

### 2- المقترحات:

- أ- تصميم برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين لتنمية مهارات التنظيم الذاتي المعرفي
- ب- فاعلية برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين لتنمية مهارات اتخاذ القرار العلاجي
- ج- دراسة مقارنة بين مهارات التنظيم الذاتي المعرفي وبين مهارات حل المشكلات في العمل مع الحالات الفردية.
- د- دراسة العلاقة بين التنظيم الذاتي المعرفي والذكاء الوجداني لدى طلاب الجامعة.
- هـ- فاعلية برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين لتنمية مهارات اتخاذ القرار العلاجي

## قائمة المراجع:

### المراجع العربية:

- إبراهيم، أحمد ثابت هلال (2016). واقع مشاركة الأخصائيين الاجتماعيين للمعلم في اتخاذ القرارات العلاجية بمكاتب تسوية المنازعات الأسرية بمحاكم الأسرة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان 46(42)، 71-49.
- البناء، عادل السعيد (2007). الأسلوب الإبداعي وعلاقته بكل من أساليب التفكير والتنظيم الذاتي الأكاديمي ومداخل الدراسة لدى طلاب كلية الهندسة، مجلة كلية التربية، ع (37)، جامعة طنطا.
- التهامي، حسين عبد الرحمن (2008). المدخل إلى أصول الإدارة العامة، الدار العالمية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- خضر، وفاء كنعان (2015). التنظيم الذاتي وعلاقته باتخاذ القرار لدى طلبة الجامعة، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، مج (22)، ع (10)، 245-283.
- رشوان، ربيع عبده أحمد (2006). التعلم المنظم ذاتيًا وتوجهات أهداف الإنجاز "نماذج ودراسات معاصرة"، ط1، عالم الكتاب، القاهرة.
- الزغول، عماد رحيم (2009). مبادئ علم النفس التربوي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
- الصايغ، نورة عمر أحمد (2020). مستوى توافر التغذية الراجعة كأسلوب لتقييم في رفع مستوى تنظيم التعلم الذاتي لدى طلبة جامعة الطائف، مجلة كلية التربية، مج (36)، ع (6)، جامعة أسيوط.
- الطائي، مريم مهذول محمد (2011). التنظيم الذاتي لدى التدريسي الجامعي، مجلة كلية الآداب، ع (97)، كلية الآداب، جامعة بغداد.
- طعمة، حسين جبار (2013). اتخاذ القرار وعلاقته بالإدراك البنائي وتنظيم الذات لدى المرشدين التربويين، رسالة دكتوراه غير منشورة، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الجامعة المستنصرية، كلية التربية العراق، بغداد.
- عبد المجيد، هشام سيد (2015). أساسيات العمل مع الأفراد والأسر في الخدمة الاجتماعية: الاسس النظرية والتطبيقات العلمية، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- عطية، عائشة علي رف الله (2017). النموذج البنائي للعلاقة بين كل من الذكاء الوجداني والتنظيم الذاتي المعرفي والفاعلية الذاتية لاتخاذ القرار المهني والمنظور المستقبلي لدى طلاب الدراسات العليا، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج (27)، ع (97)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- فرحان، محمد شلال (2010). التنظيم الذاتي المعرفي وعلاقته باتخاذ القرار والتصورات المستقبلية نحو مهنة التعليم لدى طلبة معاهد إعداد المعلمين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية- ابن رشد، جامعة بغداد.
- فريدمان، هاوردس، شستك، ميريام (2013). الشخصية: النظريات الكلاسيكية والبحث الحديث، ط1، ترجمة: أحمد، رمو، المنظمة العربية للترجمة، بيروت - لبنان.
- نوفل، محمد بكر (2007). الذكاء المتعدد في غرفة الصف، النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- هريدي، عادل محمد (2011). نظريات الشخصية، ط2، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- يوسف قطامي (2005). ثلاثون عادة للعقل، دار دبيونو للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- اليوسف، رامي محمود (2020). مستوى التنظيم الذاتي واتخاذ القرار وتقدير الذات لدى طلبة كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية والعلاقة الارتباطية بينها، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، مج (28)، ع (4)، الأردن.

### English References

- Abdallah, M. (2008). Children's Implicit Theories of Intelligence: Its Relationships with Self- Efficacy, goal orientations, and Self-Regulated Learning, *The International Journal of Learning*, 15(2), PP 56-68.
- Abraham Mansbach and Roni Kaufman (2016). Ethical decision-making of social workers associations; a case study of the Israeli association of social

- workers responses to whistle-blowing. *International Journal of Social Work*, 46 (3): 303- 312.
- Adams, J. R., Drake, R. E., & Wolford, G. L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 1219–1221. Doi: 10.1176/appi.ps.58.9.1219
- Avci, S (2013). Relations Between Self-Regulation, Future Time Perspective and The Delay of Gratification in University Students. *Education*, 133(4), PP 525-537.
- Baiocco, R, Laghif, F and Dalessio, M. (2009). Decision-Making Style among Adolescents: Relationship with Sensation Seeking and Locus of Control, *Journal of Adolescence*, 32(1), PP 963-976.
- Bandura (1991). *Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action*, In: *Handbook of Moral Behavior and Development*, Kurtines WM and Gerwitz JL Vol.1, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Behncke, L. (2008). Self-Regulation: A Brief review, *The Online Journal of Sport Psychology*.12(4) .PP 23-28.
- Finkel, E., Compbell, W., & Brunell, A. (2006). High - Maintenance Interaction and Self-Regulation. In K. Vohs & E. Finkel, *Self and Relationships: Connecting Intrapersonal and Interpersonal Processes*: New York: Guilford press.
- Harris, L. R., Brown, G. T., & Harnett, J. A. (2015). Analysis of New Zealand primary and secondary student peer-and self-assessment comments: Applying Hattie and Timperley's feedback model. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 22(2), 265-281.
- Hassan, S. M., & Ibrahim, A. T. H. (2021). Understanding the Requirements of Applied Evidence-Based Decision Making in Social Protection Policies in Egypt. *Egyptian Journal of Social Work*, 11(1), 57-78.
- Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends Cognitive Sciences*, 15(3), 132-139.
- Kirton, M.J. (2003). *Adaption-Innovation in the Context of Diversity and change*, New York, Routledge.
- Luszczynska, A., Gibbons, F. X., Piko, B., & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison.
- Mel Gray & Jill Gibbons (2007). There are no Answers, Only Choices: Teaching Ethical Decision Making in Social Work, *Journal of Australian Social Work* Vol. 60, No. 2, 222\_238.
- Michael Lee Howell (2009). *intake decision-making in child protective services: exploring the influence of decision-factors, race, and substance abuse* A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy at Virginia Commonwealth University.
- O'Sullivan, T. (1999). *Decision making in social work*. London: MacMillan Press Ltd.
- Perkins, D. (2009). Decision Making and its Development, in: Callan, E. Grotzer, T, Kagan, J, Nesbit, R, Perkins, D. and Shulmn, L, *Education and Civil society: Teaching Evidence-Based Decision Making*. (1-28) American Academy of Arts & Sciences Cambridge.

- Peterson, G. Sampson, J. Lenz, J. & Reardon, R. (1996). Dysfunctional thinking and difficulties in career decision making. *Journal of Career Assessment*, 2(3), 312-331.
- Schunk, D. and Zimmerman, B (2007). Influencing Children's Self-Efficacy and Self-Regulation of Reading and Writing Through Modeling. *Reading & Writing Quarterly*, 23(4), PP214-268.
- Swartz, R (2008). Energizing Learning, *Educational Leadership*, 65(5), PP 41-53.
- Zimmerman, B. (2000). Self-regulatory cycles of learning, In Gerald A. Straka (Ed), *conceptions of self-directed learning*, munster: wax mann.
- Zimmerman, B. J. & chunk, D. H. (1997). 'Social origins of self-regulatory competence.' *Educational Psychologist*, Vol. 32, No. 4, 195-208