تقويم استخدام الممارسة الاكلينيكة مع الحالات الفردية للشباب المتأثر بالإدمان من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

Evaluating Use Clinical Practice with Individual Cases of Youth Affected by Addiction from the perspective of Clinical Social Work

إعداد
د/ السيد احمد عبدالله

ملخص البحث:

هدف البحث إلي تقويم الممارسة الاكلينيكة مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي. وينتمي البحث إلي الدراسات التقويمية , كما اعتمد البحث علي منهج المسح الاجتماعي الشامل . وبتطبيق الاستبيان علي عينة بلغت (74) أخصائي اجتماعي من العاملين بالمؤسسات العلاجية في مجال الإدمان بمحافظة الشرقية, أشارت نتائج البحث أن أهم مظاهر واقع الممارسة الإكلينيكية قد جاءت مرتفعة بمتوسط وزني(.236) , كما أظهرت النتائج العامة للبحث أن أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع المدمنين والتي تتصل بالأخصائيين الاجتماعيين: نقص معرفة الأخصائيين الاجتماعيين ببعض النماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع المدمنين بمتوسط وزني(19.2), كما أن أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها والتي تتصل بالمدمنين :عدم التزام بعض المدمن بحضور الجلسات العلاجية مع الأخصائي الاجتماعي بمتوسط وزني(8,2) . كما تبين أن أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها والتي تتصل بالمؤسسة , إشراف غير المتخصصين على عمل الأخصائي الاجتماعي بمتوسط وزني (8.2) . كما أفادت لنتائج العامة للدراسة أن أهم المقترحات التي تسهم في تحقيق الممارسة الاكلينيكة مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي تمثلت في عقد برتوكولات تعاون بين الكليات والمعاهد الأكاديمية وبين المؤسسة لتمكين الأخصائيين من الممارسة الاكلينيكة مع الشباب المدمن بمتوسط أوزان (5.2)

- الكلمات المفتاحيه:(تقويم – الممارسة الاكلينيكة – الإدمان –العلاج المعرفي السلوكي)

Abstract;

The aim of the research is to evaluate clinical practice with cases of addiction in the context of cognitive behavioral therapy. The research belongs to the evaluation studies, and the research is based on the comprehensive social survey method. By applying the questionnaire to a sample of (47) social workers working in treatment institutions in the field of addiction in Sharkia Governorate, the results of the research indicated that the most important manifestations of clinical practice were high with an average of (2.63) weight. The general results of the research also showed that the most important obstacles that transform Without achieving the clinical practice of its goals with addicts, which is related to social workers: The lack of knowledge of social workers about some new treatment models for dealing with addicts with an average weight of (2.91), and the most important obstacles that prevent the clinical practice from achieving its goals related to addicts: lack of commitment Some addicts attend therapy sessions with a social worker with an average weight of (2.8). It was also found that the most important obstacles that prevent the clinical practice from achieving its objectives, which are related to the institution, is the supervision of non-specialists over the work of the social worker, with an average weight of (2.8). The general results of the study also reported that the most important proposals that contribute to achieving clinical practice with cases of addiction as perceived by practicing social workers in the context of Cognitive-behavioral therapy , were to conclude cooperation protocols between colleges and academic institutes and between the institution to enable specialists to practice clinical with young addicts of average weights (2.5)

Keywords; (Evaluation - clinical practice - addiction - cognitive behavioral therapy)

أولا مدخل لتحديد مشكلة البحث :

يمثل الإدمان مشكلة اجتماعية خطيرة، باتت تهدد أمن المجتمع وسلامته، وخطرا يداهم المجتمعات الإنسانية،وتنعكس آثارها على المجتمع من مختلف النواحي السياسية والاقتصادية والاجتماعية والصحية، فالمخدرات لعنة تصيب الشباب، وكارثة تحل بأسرهم ، وخسارة محققة لوطنهم ، ذلك أن الإدمان يعود بأسوأ النتائج على الشاب في إداراته وعمله ووضعه الاجتماعي، حيث إنه بفعل المخدرات يصبح شخصا مفتقرا لتحقيق الواجبات العادية والمألوفة الملقاة على عاتقه.(غباري , 7002, 751)

وقد بلغت ظاهرة إدمان المخدرات مداها في كل المجتمعات البشرية على اختلاف أنظمتها حتى أصبحت مشكلة ذات تأثير متعدد الأبعاد والأوجه، بأشكالها المباشرة منها والغير مباشرة، ولم تقتصر في وقتنا الحالي على الفرد المتعاطي لها فحسب، بل وعلى المجتمع أفرادا ومؤسسات. وكذلك أصبحت خطرا يهدد كافة المجتمعات وتنذر بانهيارها، حيث إن هذه السموم القاتلة تذهب وتغيب بالعقل وتدفع بالإنسان إلى القيام بسلوكيات وتصرفات غير مقبولة اجتماعيا وشرعيا كالقيام بجرائم السرقة والقتل وزنا المحارم وغير ذلك التي تضر به وبغيره من المحيطين به. (علي ,0002, 281)

كما أن دخول الفرد عالم إدمان المخدرات هو انتقال من مرحلة السواء إلى المرض, حيث يزداد استخدام المخدرات وتنوعها لديه, ويسلك المدمن سلوكيات غير مقبولة, بالإضافة إلى خسارة الأصدقاء الأسوياء ومواجهة صعوبات العمل. (Frank, P & others,2016, 215)

وبالإضافة إلى تزايد انتشار المخدرات في المجتمع بين مختلف الفئات,إلا أن فئة الشباب أكثر تعرضاً لتعاطيها وإدمانها . (شفيق,7002, 082) , حيث يمثل الإدمان إشكالية كبيرة وخطيرة يعيشها الشباب متأثرا بها سلبا بشكل أكثر وضوح، وبالتالي أكثر خطرا على أنفسهم ومجتمعهم , نظرا لما تشكله هذه الفئة العمرية من نسبة مرتفعة من سكان المجتمع ألا وهى مشكلة الإدمان.(عسكر,5002, 391)

ويرجع وجود الإدمان للواقع السيئ الذي يعيشه الشباب في بعض الجوانب مثل النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها، الأمر الذي ينعكس عليهم سلبيا من خلال عدم قدرة الشباب على التكيف مع الذات والتوافق مع الآخرين، الأمر الذي قد يؤدى بالشباب إلى الانزلاق في مستنقع الانحراف والجريمة والمخدرات، وتتأثر الحياة اليومية بالنتائج السلبية والضارة التي تنجم عن التصرفات والسلوكيات غير السوية من طرف أولئك الشباب.(قازان , 5002, 43)

وتمتد آثار الإدمان لتشمل اسر الشباب المدمن , حيث أوضحت نتائج دراسة (دياب,0202) , وجود علاقة دالة إحصائيا بين الإدمان والضغوط الحياتية التي تواجه أسر المدمنين , حيث بينت النتائج أن الضغوط النفسية الواقعة على أسر المدمنين جاءت (مرتفعة) بقوة نسبية (48%), بينما جاءت الضغوط الاقتصادية الواقعة على أسر المدمنين (متوسطة) بقوة نسبية (7.67%) , كما احتلت الضغوط الاجتماعية الواقعة على أسر المدمنين الترتيب الثالث بقوة نسبية (6,37%), وأخيرا فقد أتت الضغوط الصحية الواقعة على أسر المدمنين (متوسطة) بنسبة (3,57%). أكدت علي ذلك نتائج دراسة (محروس, 6002) أن الإدمان ذات طابع انتشاري وبائي ولها خطورتها علي الفرد والمجتمع, كما تشير إلي ظهور عقاقير مخدرة جديدة لها أثارها المدمرة والتي تستخدم بكثرة في مصر في الآونة الأخيرة مع خطورة الترويج لهذه العقاقير.

حيث تشير تقارير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي أن المدمنين في مصر يتجاوز عددهم 18. في المجتمع عام 7102 , فإن المتعاطين يتجاوزون ذلك العدد بكثير وقد يصلون إلي 3,6 مليون وتلك الفئة هي التي يجب الاهتمام بها إعلاميا من خلال دعم التوعية والبرامج الثقافية والإعلامية ومشاركة كافة قطاعات الدولة والمجتمع وذلك للتصدي لتلك المشكلة ، حيث أن المدمن يحتاج إلي دافع قوي يساعده علي قرار اختيار العلاج لان قانون الصحة النفسية الجديد يمنع علاجه بالقوة حتى لو كان ذلك من ذويه أو أهله .(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي :7102، 52)

لذلك أصبحت قضية مواجهة هذا الإدمان وممارسة العلاجات , قضية مجتمعية ومهنية تشمل مسئوليات كافة القائمين على رعاية تأهيل الشباب,وخاصة ما يخص الأسرة منها , المؤسسات الاجتماعية القائمة على تأهيل ورعاية المدمنين من الشباب . (Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, et al,2009, 105) , حيث إن نسبة الفئة الشبابية ذكوراً وإناثاً هي النسبة الطاغية في المجتمع المصري هذا من ناحية الكم والتي يمثل فيها الشباب بالفئة العمرية (81 : 92 سنة) 026, مليون نسمة بنسبة 12% من عدد السكان , منهم (5,15%) ذكور، (5.84%) إناث. كما تعبر نسبة مساهمة الشباب في قوة العمل بالبلاد بلغت 5.93% في عام 9102، موضحا أن 6,16% منهم ذكور و61% إناث. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء, 9102, 134)

وتقف اغلب الأسر عاجزة عن تقديم رعايتها العاجلة لأفرادها المعرضين للإدمان خاصة فئة الشباب , حيث أظهرت نتائج دراسة Birchler GR, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ (2015) عجز بعض الأسر عن تقديم أوجه الرعاية العاجلة اجتماعيا ونفسيا

لأفرادها الذين تعرضوا للتعاطي أو الإدمان, وأرجعت الدراسة عجز الأسر في تقديم رعايتها لأفرادها المدمنين لأسباب عدة منها , عدم معرفة بعض الأسر بحقيقة إدمان فرد من أفرادها , أو جهل الأسر ذاتها بكيفية تقديم الدعم والرعاية العاجلة لأفرادها , بالإضافة إلى اعتماد الأسر على دور المراكز العلاجية في تقديم أوجه الرعاية لأفرادها الذين تعرضوا للإدمان .

ومن هنا كان لأهمية توعية الشباب بالآثار المترتبة على الإدمان فرديا واسريا ومجتمعيا محورا للدراسة والتحليل , حيث أوصت نتائج دراسة عبد الحافظ (0202) إلى أهمية تأهيل الشباب ووعيه بخطورة القضايا المجتمعية والتصدي لها عن طريق محاربة الفساد والقضاء على توغله بين قطاعات المجتمع المختلفة , كل في عمله , كذلك تدريب الشباب علي كيفية تقصي الحقائق والوقائع الاجتماعية الدافعة لمثل تلك الظواهر الاجتماعية ذات الخطورة .

كما كان لاتجاه المؤسسات المعنية بعلاج الإدمان دورها الفاعل , فقد عني صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي في التوسع على المستوى الجغرافي في تقديم خدمات العلاج والتأهيل من خلال (22) مركز علاجي في (31) محافظة ،مقارنةً ب (21) مركز علاجي في (6) محافظات عام ٤١٠٢ , ووضع الخط الساخن خطة عمل متكاملة للوصول بخدمات العلاج الإدمان بكافة محافظات الجمهورية بحلول عام 2202 . (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان , 9102, 7)

ومن هنا ظهرت الحاجة الماسة لتكثيف الجهود من أجل دراسة الإدمان وتحليل أبعاده وتأثيراته علي الشباب .(Pamela Sue Hubbard Wily,2005, 128) . والوقوف على العوامل وراء انتشارها على اعتبار أن هذه الظاهرة من المشكلات التي تضرب المجتمع في الصميم لأثارها المدمرة صحياً واجتماعياً واقتصادياً حيث ترتبط بأعز ما يملك المجتمع من عناصر التنمية ألا وهو العنصر البشرى. (العربي, 5002, 965)

وتوجه الخدمة الاجتماعية اهتمامها نحو مساعدة الشباب في ضرورة المشاركة وتفعيل أدوارهم الفاعلة في المجتمع من خلال القيام بتدريبه وتنمية قدراته ومهاراته حتى يحقق العمل أهدافه من اجل الحياة الأفضل للإنسان والمجتمع. (منقريوس,1002, 451)

ويمكن للخدمة الاجتماعية تحقيق أهدافها ومنها المساهمة في تنمية الشباب وإكسابهم العديد من الصفات والمقومات التي تجعل منهم مواطنين صالحين وتنمي لديهم صفات القيادة من خلال ممارسة الأخصائي الاجتماعي لكافة طرقها ، حيث يهتم الأخصائي الاجتماعي بتكوين الشخصية المتكاملة للفرد والجماعة , من خلال الاعتماد علي المعارف والمبادئ

والمهارات والأساليب الفنية الخاصة بها وتستند علي أساس فلسفي يرتكز علي مجموعة من القيم والحقائق للمساهمة في تغيير المجتمع. (عبد اللطيف , 7002, 331)

ولقد أضافت الممارسة المهنية دورا فاعلا مع المدمنين في تناول مشكلاته واحتياجاته, فقد هدفت دراسة محمود (9102), للتعرف علي مدي فاعلية البرنامج المستخدم لتحسين جودة الحياة لدى عينة الدراسة من المراهقين المعتمدين. ومن خلال المنهج التجريبي للمجموعتين(التجريبية والضابطة)، مع استخدام القياسات القبلية والبعدية والتتبعية والمقارنة بينهما.علي عينة من الشباب المراهق بلغ عددهم (02) مفردة.تم تقسيمهم مجموعتين تجريبية , وضابطة , وباستخدام الدراسة لعدد من الأدوات منها استمارة بيانات أولية, مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي, ومقياس جودة الحياة لزينب محمود شقير (9002) , بالإضافة إلى برنامج تحسين جودة الحياة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فاعلية للبرنامج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد المخدرة .كما بينت نتائج دراسة Elizabeth, A. Wells,(2013) أن الأخصائيون الاجتماعيون قد ساهموا في التخفيف من الضغوط الاجتماعية والنفسية لدي المدمنين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات في مجموعة متنوعة من الإعدادات , كما لعب الأخصائيون الاجتماعيون دورًا متزايدًا في مواجهة مدمني المخدرات , كمقدمي خدمة، ومديري رعاية ، وصانعي سياسات ، لتقديم ممارسات علاج اضطرابات الإدمان .

ويُظهر الأخصائيين الاجتماعيين ادوار مهنية فاعله في مواجهة الآثار المترتبة على عودة الشباب للإدمان , حيث تبين ذلك من خلال نتائج دراسة كل من: النحاس , (0102) , إبراهيم (9102) , أن للأخصائي الاجتماعي عدد من الأدوار في التخفيف من حدة العوامل الاجتماعية المؤدية إلى إدمان المخدرات, منها دراسة العوامل والأسباب الذاتية التي تؤدي للعودة للإدمان , وكذلك دراسة العوامل البيئية التي تؤدي للعودة للإدمان الإدمان , وكذلك دوره في مساعدة الأسر على القيام بأداء وظائفها الاجتماعية تجاه أبنائها المدمنين , كذلك مساعدة أفراد الأسرة من الذين تعرضوا للإدمان والمتعافين في تحسن علاقاتهم الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء والزملاء والمحيطين . وتتفق معها نتائج دراسة مهدي (0202) أن أهم الأدوار التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي للمدمنين المنتكسين قد تمثلت في مساعدة المدمن المنتكس على مواجهة مشكلاته التي قد تواجهه أثناء فترة التعافي , ومساعدة الأخصائي الاجتماعي المدمن المنتكس على تفهم دوره الاجتماعي في أسرته , بالإضافة إلى تشجيع الأخصائي الاجتماعي المدمن المنتكس على تحسين علاقاته مع أسرته.

كما تتنوع ادوار الأخصائي الاجتماعي بتنوع طبيعة مشكلات المدمن وأنماط العملاء أنفسهم والمحيطين بهم , فقد أوضحت نتائج دراسة محمد (0202) أن أدوار الأخصائي الاجتماعي كممارس عام مع المدمن نفسه كفرد، جاءت مرتفعة بقوة نسبية قدرها (08.57%) ، ودوره مع أسرة المدمن، وذلك بقوة نسبية قدرها (858.1%) وهي نسبة مرتفعة،،ودوره مع فريق العمل، وذلك بقوة نسبية قدرها (44.48%) وهي نسبة مرتفعة، ، ودوره مع نسق المجتمع، وذلك بقوة نسبية قدرها (77.76%) وهي نسبة مرتفعة، كما تبين من نفس النتائج أن أهم الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كممارس عام لأداء أدواره المهنية مع المدمنين المنتكسين والتي المقابلات الفردية ,التسجيل, المناقشات الجماعية , بالإضافة إلى أن أهم المهارات المهنية التي يستخدمها الأخصائي كممارس عام لأداء أدواره المهنية مع المدمنين المنتكسين مهارة إجراء المقابلة , مهارة تقدير المشكلة , مهارة التقويم , وأخيرا كانت أهم الاستراتيجيات المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كممارس عام لأداء أدواره المهنية مع المدمنين المنتكسين إستراتيجية تغيير الاتجاهات , إستراتيجية الإقناع , إستراتيجية الضغط.

وأبرزت نتائج دراسة Anderson, L & others (2018) أن الأخصائي الاجتماعي يمارس عددا من الأدوار المهنية لعلاج كافة أشكال إدمان المخدرات والتخفيف من حدة الآثار المترتبة عليه , وكذلك معرفة العوامل والأسباب التي قد تؤدي مستقبلا للعودة لانتكاسة المتعافين من الإدمان كجانب وقائي . كما أوضحت نتائج دراسة(2019) Nitara ford, f أن الأخصائيون الاجتماعيون يلعبوا دورًا حيويًا في مساعدة أولئك الذين يعانون من تعاطي المخدرات (SUD) ، وكذلك أولئك الذين يعانون من اضطرابات الصحة العقلية الناتجة عن إدمان المخدرات .حيث تتمثل وظيفتهم من تشخيص الاضطرابات السريرية وتحديد أهداف العميل ووضع خطة للوصول إلى تلك الأهداف,كما أنهم يعملوا كحلقة وصل بين العميل والموارد المفيدة, ويعمل الأخصائيون الاجتماعيون مع فريق علاجي ، ويستخدمون التقييمات الاجتماعية والنفسية ، ويتعاملون مع الاستشارة المستمرة ، ويراجعون مدي تقدم عملائهم في عمليات العلاج والتعافي

ولكن نظرا للطبيعة المعقدة للمشكلات الإنسانية وما تتضمنه من جوانب جسمية ونفسية واجتماعية وسياسية واقتصادية متشابكة ومتداخلة ، ظهرت الحاجة إلى التكامل بين هذه التخصصات والذي يتسم بتبادل الأدوار وتحقيق الأهداف بشكل متزامن. (عبد المجيد ،6002 ،6)

وتسهم خدمة الفرد كأحدي طرق الخدمة الاجتماعية بادوار فاعله في تأهيل الفرد وتحسين وظائفه الاجتماعية من خلال حل مشكلاته وإشباع احتياجاته , وتقديم أوجه المساعدة المهنية له في مواجهة الضغوط من خلال تعديل نوعية حياته التي تتعلق بالإدمان، كما تسهم طريقة خدمة الفرد بفاعلية في هذا الشأن من خلال تعددية النماذج والنظريات التي تنتمي لها والتي تمارس في إطارها للتخفيف من حدة المشكلات التي يعاينها المدمن إما أثناء الإدمان أو في فترات الانتكاسة أو في حالات التعافي .خاصة أنها تتميز بتعدد النظريات والنماذج التي تمكنها من التعامل مع كافة التغيرات. (جبل, 2002, 22: 32) . بان تحقيق أهداف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية أو اى تخصص آخر بالفعالية المطلوبة لا يمكن أن يحدث بدون إتباع المنهج العلمي في الوصول إلى أفضل الوسائل الممكنة لتحقيق هذه الأهداف . (منصور, 3102, 35)

وتتعدد مداخل واتجاهات الخدمة الاجتماعية والتي تسعى إلى مساعده العملاء وتحقيق أهداف التدخل المهني ومن هذه المداخل مدخل العلاج المعرفي السلوكي . كما يعد من أفضل العلاجات التي تتناسب مع هذه المشكلة لأنه مزيج من العلاج المعرفي والذي ظهرت فاعليته في تعديل السلوك والأفكار والاتجاهات اللا عقلانية لدى العملاء حتى يحدث تغيير في السلوكيات والانفعالات السلبية للعميل، فيقدم العلاج المعرفي السلوكي الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية والانفعالية التي يمكن أن تساعد العميل على التعرف على أفكاره السلبية المسببة للموقف الإشكالي واستبدال أنماط التفكير المسببة لسوء التوافق بأخرى أكثر واقعية، كما يتناول التغير في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية؛ حيث يقوم التغير المعرفي بإثارة التغير السلوكي ؛ مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسات الفرد لأنماط سلوكية جديدة . (M , Payne,1994,196)

ويعمل العلاج المعرفي السلوكي على منظور ثلاثي الأبعاد معرفيا وانفعاليا وسلوكيا كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والعميل لإحداث التغيير العلاجي من خلال تحقيق الأفكار العقلانية والانفعالات الإيجابية والسلوكيات المرغوبة.

وتقع ممارسات العلاج المعرفي السلوكي في إطار الاستخدام المقنن له من خلال حالات تعاني الضغوط الاجتماعية وما يعقبها من نتائج سلبية تتمثل في قطع العلاقات والعزلة الاجتماعية والاكتئاب والقلق وأعراض أخري كنتاج لهذه الضغوط , بما يساهم نمط هذا العلاج في تحسين الصحة العقلية والصحة الاجتماعية للأفراد والجماعات , ما يحمي العلاج المعرفي السلوكي من الأنماط الانتكاسية للمرضي بمختلف الفروق الفردية وطبيعة مشكلاتهم المتنوعة

والتي تعنى نقصا واضحا في المصادر المعرفية وتبني عدد من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وتبني حديث ذات سلبي , كما يستهدف العلاج المعرفي السلوكي معالجة الأمور العقلية والفكرية في المقام الأول من خلال حسم مسألة ما إذا كانت الأمور المتعلقة بالأفكار والذهن والعقل نفسها هي عنصر حاسم من خلال السيطرة على الأحداث والمواقف الحياتية والضغوط الاجتماعية . (Fjorback, L,2011, 156)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد احد النماذج التي تهتم بالتعامل مع الاضطرابات التي يمكن أن تكون نتاجا للعديد من الضغوط الحياتية والاجتماعية التي تحمل كثير من المواقف والأحداث المؤلمة والمزعجة , حيث تمارس أساليبه من خلال مستوي مرتفع وتعزيز لارداة العملاء من خلال تعديل المعارف الخاطئة لديهم للتخفيف من هذه الضغوط وما يترتب عليها .(Lewis-Smith,2011,584)

ثانيا: مشكلة البحث:

تؤدي الخدمة الاجتماعية من خلال الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين لها أدوارها لتكون جلية في مواجهة الآثار الاجتماعية والنفسية للمدمنين من الشباب, حيث وجدت نتائج دراسة(Neta Peleg-Oren & Meir Teichman,2014) أن أهم الأدوار التي تمارسها الخدمة الاجتماعية عبر المؤسسات العاملة في رعاية وتأهيل المدمنين , تتمثل في علاج اضطراب الشخصية والتخفيف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية , وكذلك مواجهة وتعديل السلوكيات المضادة للمجتمع , وتعويض المدمنين سلوكيات ايجابية بعيدة عن الانحرافات الأخلاقية التي اتبعوها نتيجة للإدمان .

ونتيجة لعوامل وأسباب عده تتعدد معوقات الأداء المهني للممارسة المهنية والاكلينكية التي يمارسها الأخصائيين الاجتماعيين مع المدمنين فقد أوضحت نتائج دراسة محمد (0202) أن أكثر المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي كممارس عام مع المدمنين المنتكسين والتي جاءت في الترتيب الأول المعوقات الراجعة للمجتمع، وذلك بقوة نسبية قدرها (41.89%) وهي نسبة مرتفعة، ومجموع أوزان قدره (035) ومتوسط مرجح قدره (49.2)، ثم المعوقات الراجعة لأسر المدمنين، وذلك بقوة نسبية قدرها (16.88%) وهي نسبة مرتفعة، ومجموع أوزان قدره (386) ومتوسط مرجح قدره (56.2)، ثم المعوقات الراجعة للإدارة، وذلك بقوة نسبية قدرها (66.67%) وهي نسبة مرتفعة، ومجموع أوزان قدره (543 (ومتوسط مرجح قدره (92.2)، ثم المعوقات الراجعة لمدمني العقاقير المخدرة،وذلك بقوة نسبية قدرها (07.38%)

وهي نسبة مرتفعة، ومجموع أوزان قدره (254 (ومتوسط مرجح قدره (05.2)، ثم الترتيب الأخير المعوقات الراجعة للأخصائي الاجتماعي نفسه، وذلك بقوة نسبية قدرها (11.18%) وهي نسبة مرتفعة، ومجموع أوزان قدره (834) ومتوسط مرجح قدره (24.2.)

كما تتفق معها نتائج دراسة Mitchell(2015) أن هناك عدد من الصعوبات التي تحيط بممارسة الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية مع المدمنين منها , نقص كفاءة الأخصائيين الاجتماعيين في مجال علاج الإدمان , وعدم وجود ترخيص خاص بالممارسة في مجال علاج وتأهيل المدمنين , إضافة إلى الوضع الإداري للأخصائي الاجتماعي الذي يبعده عن أدائه المهني بكفاءة عالية مع مشكلات واحتياجات المدمنين .

كما أوصت نتائج دراسة (النجار,0102) ضرورة تفعيل استخدام الأخصائي الإجتماعى لوسائل التعبير للوقاية من تعاطي المخدرات تمثلت في : إعداد دورات للأخصائيين الاجتماعيين ،زيادة التعاون الإيجابي والتنسيق في الأدوار ، زيادة وعى الطلاب استخدام الأخصائي الإجتماعى للنماذج والتكنيكات المختلفة في الممارسة المهنية.

كما أوضحت نتائج دراسة Domiana , G(2008) أن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الإدمان يجدوا صعوبات بالغة في ممارساتهم المهنية بالمؤسسات المعنية بعلاج وتأهيل المدمنين منها , تهميش المجتمع لدور الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة , وضعف الخبرة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في مجال علاج الإدمان , حيث تبين أن غالبية الأخصائيين بالمراكز العلاجية هم من حديثي التخرج غير المؤهلين بالتعامل المباشر مع مشكلات المدمنين .

ومن ناحية أخري تظل قضية تقويم واقع الممارسة المهنية محل اهتمام اكاديميا وعمليا , ويعتبر التقويم أسلوبا من أساليب البحث العلمي حيث يهتم بدراسة مستوي الإنتاج وقياس فعالية المؤسسات والمشروعات والبرامج حيث يمكن بواسطته الكشف عن عوامل النجاح والفشل, وبالتالي فهو أداة للكشف عن حقيقة تأثير مشروعات وبرامج التنمية علي المستوي المحلي وعلي المستوي القومي للكشف عن التغير المادي والمعنوي في الأهداف الموضوعة.(عبد اللطيف,200201،)

ويعتبر التقويم من العمليات الأساسية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي للتعرف علي مدي تأثير الجهود المهنية التي يبذلها مع العملاء للتعرف علي التغييرات الحادثة ويكتشف نقاط القوة والضعف ليعمل علي تدعيم النواحي الايجابية والتغلب علي الصعوبات والأخطاء.(جبل , 1102, 622)

ومن خلال ما تم استعراضه في إطار الدراسة الحالية من دراسات وأبحاث علمية في إطار تخصص الباحث , تصاغ مشكلة البحث الحالي في عدد من التساؤلات تتضمن : ما واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان في إطار العلاج المعرفي السلوكي؟ , وما المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع الحالات الإدمان مع حالات الإدمان في إطار العلاج المعرفي السلوكي؟ , ما مقترحات تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان في إطار العلاج المعرفي السلوكي؟

ثالثا: أهمية البحث:

- الأهمية النظرية:

1. يمثل الشباب في المجتمع المصري أهمية بالغة حيث تمثل الفئة العمرية (81 : 92 سنة) من الشباب 6,02 مليون نسمة بنسبة 12% , مما يعظم أهمية البحث في دراسة أهم الفئات في المجتمع والذي بالاهتمام به تضاف قدراته ومهاراته للإنتاج والتنمية بدلا من إهمالها كقوي بشرية هامة .
2. تعدت نسبة الإدمان والتعاطي في مصر الحدود العالمية , حيث تعدت نسبة الإدمان في مصر 4.2%، ونسبة التعاطي بلغت 01%، وهى تتعدى نسبة التعاطي العالمية التي تسجل 5% وهو ما يشكل قلقا كبيرا، حيث يبدأ الشباب في مرحلة التعاطي من عمر 11 عاما .
(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي ,9102, 31)
3. بدراسة قياس وتقويم الممارسة الإكلينيكية للمدمنين ينعكس هذا أثرا على البحث العلمي من خلال مساهمة البحث في التراكمية العلمية وإثراء الجانب المعرفي في الخدمة الاجتماعية في مواجهة مخاطر التعاطي أو الإدمان.

- الأهمية التطبيقية:

1. تعظيم دور الاستفادة من الممارسة الاكلينكية على المستوي الميداني التطبيقي والتوصل لمقترحات تطبيقية للممارسة المهنية مع المدمنين .
2. يعد البحث الحالي محاولة لتمكين واستفادة المؤسسات ومراكز التأهيل وعلاج الإدمان من الاستفادة من مستخلصات البحث كمحاولة لتطبيق البرامج التدخلية ونتائج الدراسات السابقة للبحوث التي تتلاءم وطبيعة مشكلات المدمنين .
3. تعظيم الفائدة للباحثين في إطار التخصص من إعداد برامج تدخل مهني قائمة على نماذج علاجية تفيد بحوثهم الإكلينيكية

4. الاستفادة من نتائج البحث القائم في تدعيم الجانب الوقائي بجاني العلاجي مع المدمنين.
5. توجيه نتائج البحث لأنظار مسئولي رعاية وتأهيل المدمنين والمتعافين إلى ضرورة إعداد برامج وندوات وورش عمل مع المدمنين في مراحل التعليم المختلفة

رابعا: أهداف البحث :

الهدف الرئيسي للبحث : يتمثل في " تقويم الممارسة الاكلينيكة مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ", ولتحقيق هذا الهدف يتم من خلال عدد من الأهداف الفرعية تتمثل في :

1. تحديد واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟ .
2. تحديد المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي.
3. التوصل لمقترحات تساهم في تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان في إطار العلاج المعرفي السلوكي .

خامسا: تساؤلات البحث :

التساؤل الرئيسي: يتمثل في " ما واقع استخدام الممارسة الاكلينيكة مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟ ", وللتحقق من التساؤل الرئيسي تتفرع عدد من التساؤلات تتمثل في :

1. ما واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟ .
2. ما المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟.
3. ما مقترحات تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟.

سادسا: مفاهيم البحث :

1- مفهوم التقويم : Evaluation:

يعرف التقويم بأنه :عملية إصدار حكم على قيمة الأشياء أو الموضوعات أو الأفكار بهدف اتخاذ قرارات أو إجراءات عملية بشأنها من حيث تبينها مع تعديها أو تصحيحها وتخليصها من نقاط الضعف فيها أو رفضها والعدول عنها.(خطاب,8002، 4)

ويحدد مصطلح التقويم في الخدمة الاجتماعية بأنه: النشاط العملي المنهجي الذي يقارن بين النتائج المتوقعة كما حددتها خطة العمل وبين النتائج الفعلية التي التوصل إليها بعد تطبيق هذه الخطة .(النوحي ,1002، 303)

كما تعرف Elizabeth A. Segal and others(2004,215) التقويم فهو وسيلة لتطوير برامج ونظريات الممارسة فيعتبر بمثابة التغذية العكسية للخطط المستقبلية.

كما يعرفه (جبل,1102, 35) بأنه الطريقة المنظمة لتحديد وقياس مدى نجاح برنامج معين في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، وهو بذلك يربط ما بين الأهداف والنتائج وبهذا هو ينصب على ما يتحقق من نتائج في إطار الأهداف المحددة سلفاً.

وفي إطار ما سبق من تعريفات , يحدد التقويم إجرائيا في هذا البحث بأنه :

- قياس درجة واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي.
- قياس درجة المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي.

2- مفهوم الإدمان :Addictions

يشير مفهوم الإدمان هو حالة عضوية ونفسية واجتماعية ناتجة عن التعاطي المتكرر لمادة أو لمواد نفسية , ويؤدى هذا إلى انشغال المدمن بتلك المواد مع رفض أو عجز عن الإقلاع وكثيرا ما تظهر على المتعاطي أعراض الانسحاب إذا ما توقف عن التعاطي , ويعتبر الإدمان حالة عضوية ونفسية تجعل الإنسان تحت سيطرة الإدمان إلى درجة تصل إلى استبعاده تماما . (الصالح ,4002، 51)

ويعرف الإدمان بأنه الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما،بحيث يشعر المدمن برغبة قهرية للعقار ، كما أنه يضطر إلى أن يزيد الجرعة كما يؤدى العقار التأثير المرغوب فيه ، كما أنه بدون العقار يعانى من ألام شديدة تسمى بأعراض الانسحاب وعادة يضر نفسه والمجتمع من تعاطيه المخدرات.(غباري,7002، 74)

والإدمان هو حالة تنشأ من التعاطي المستمر لعقار معين ، حالة تنشأ من تفاعل الجسم مع العقار ، ونتيجة لذلك تظهر أعراض نفسية وعضوية ، أي أننا أمام حالة مرضية لها

أعراض، وتتميز بسلوك أساسي ، وهو الرغبة القهرية التي لا تقاوم في الحصول على العقار واستعماله باستمرار للحصول على تأثير معين، أو لتحاشى التأثير الذي ينشأ عن إيقاف استعمال العقار ، وتنشأ لنا مشكلة أخرى ، وهى ضرورة زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير أو الحصول على التأثير المرغوب فيه. (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان , 9102, 3)

كما يشير الإدمان إلي وجود حالة من التعلق أو التعود والاعتماد ، الشديد لدى تناول مادة معينة لإحداث تغيرات نفسية وعصبية ، هذه التأثيرات التي تتدخل في التركيب الكيميائي للجسم بحيث لا يستطيع الجسم أن يستغن عنها دون أن يتعرض لتأثيرات حادة تؤدي إلي الموت، ويكمن وراء هذا التعلق مجموعة من الدوافع الديناميات النفسية المحركة له والموجهة إليه بما يجعل من الإدمان (الاعتماد حاليا) نتاجا لكل من الأسباب العضوية والنفسية معاً ومؤديا في الوقت ذاته إلي العديد من الاضطرابات العضوية والاجتماعية والنفسية معاً. (رجب, 3002, 12 :22)

وما سبق يعرف المدمن في البحث الحالي إجرائيا على انه :

1- هو الشاب من الفئة العمرية(81: 53)عام , والذي وصل لمرحلة الاعتياد الجسمي والنفسي عن إدمان المخدرات.

2- هو الشاب الذي ألحق بمؤسسات علاج الإدمان, ويتابع جلسات العلاج (فردية – جماعية)

3- من مر على المتابعة العلاجية له بأحدي هذه المؤسسات فترة زمنية تتعدي 6 شهور.

4- ممن يحتاج لبرامج طبية ونفسية وتأهيلية لعلاج الإدمان.

سابعا: الموجه النظري للبحث :

1- ماهية العلاج المعرفي السلوكي :

تعد نظرية العلاج المعرفي السلوكي محاولة لتوظيف الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية معا , وقد نجح استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات المعرفية والسلوكية مثل الاندفاع والعدوان والنشا الزائد من خلال محاولات استخدامه من جانب ميكنيوم ,عن طريق استخدام التعليمات الذاتية وحديث الذات , بما يؤدي إلي إحداث تغييرات ايجابية في السلوك وفى الشعور والتفكير .

(جبل , 3102, 821)

ترتكز نظرية العلاج المعرفي السلوكي على نظرية التعلم الاجتماعي حيث يرى أن عملية التعليم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ومن خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف

بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بالواقع السلوكي التي يسبق المشكلة والأحداث التي تليها تسمى النتائج ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية ومن خلال أهمية نظرية التعلم الاجتماعي والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد ، وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي وفى نظرية التعلم الاجتماعي يمكن من خلال الأفكار والمشاعر وتوضيح السلوك(Cooper:2005,197)

كما يعد العلاج المعرفي السلوكي تابعا لثلاث مدارس رائدة تتمثل في : طريقة أليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي ، وطريقة ميكنيوم Meichenbawm في إرشاد الذات وطريقة بيك Beck في العلاج المعرفي.(Ropart, p:1999,178)

2- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي :

يعد العلاج المعرفي السلوكي اتجاه علاجي لمساعده الأفراد لحل مشكلات معينة باستخدام مفاهيم منتقاة وأساليب فنية لإحداث تغيير في العمليات المعرفية (الحديث الداخلي) لمختلف العملاء بما يساعد في تغيير أفكارهم اللاعقلانية ومشاعرهم السلبية وسلوكياتهم غير المرغوبة وقد تم استخدامه في العديد من المشكلات وأثبت فاعليته وتم استخدامه في المجال الطبي بصفة عامة ومع مرضى السكر بصفة خاصة . (زيدان , 2102, 181)

كما يعبر العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد عن التدخل المهني المخطط والمنظم باستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية للعمل مع العملاء ، وذلك بإحداث تغيير في العمليات المعرفية لمساعدتهم على تعديل السلوك الغير مرغوب لديهم من خلال تغيير الأفكار اللاعقلانية والمشاعر السلبية المرتبطة بأنماط السلوك الغير المرغوب .(عبد المجيد , وآخران, 8002, 175)

كما يعرف بأنه: نوعاً من العلاج يساعد العميل على تحديد أنماط التفكير الخاطئة والمشوهة والتي ينتج عنها حدوث متاعب ومشكلات للإنسان ومحاولة إضعاف الرابطة بينها وبين ردود أفعال العميل وسلوكياته الخاطئة وإكساب معلومات صحيحة ليتعلم السلوك السوي(Bloodford:2011,50)

3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي: .(Boyle:etal.,2006:118)

- تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
- تغيير المعتقدات المختلة وظيفياً والتي تعرض العملاء لخبرات مشوهة.
- تعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المحتملة وظيفياً والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.

- تعليم العميل أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة.
- تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية. وتدريب العملاء على تعديل سلوكهم من خلال أساليب التدخل المختلفة.

ثامنا : الإجراءات المنهجية للبحث:

1- نوع الدراسة والمنهج المستخدم :

ينتمي هذا البحث إلي الدراسات التقويمية التي تسعي إلي تحديد تقويم الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي. كما تعتمد هذا البحث علي منهج المسح الاجتماعي الشامل .

2- أدوات البحث:

- استمارة استبيان لتقويم تقويم الممارسة الاكلينكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي

وتتمثل خطوات إعداد وتصميم أداة الاستبيان من خلال المراحل الآتية:

أ- مرحلة جمع أسئلة الاستمارة:

حيث أن استمارة الاستبيان تتطلب أن يكون لدي الباحث عدد كبير من الأسئلة المرتبطة بموضوع الدراسة بشرط أن تتباين هذه الأسئلة وتتنوع، فقد تم تحديد هذه الأسئلة من خلال:-

أ- الاطلاع علي المراجع والبحوث والدراسات التي أجريت في مثل هذا الموضوع. وكذا الاستمارات والمقاييس التي صممت في البحوث والدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة. ، (مصطفي إسماعيل,2002) (صبيح,1102) ، (النجار, 3002) , (عبد الوهاب,5002), (محروس, 6002) , (النحاس , 2102),(محمد, 9102) ,(مهدي, 0202) , (محمود, 0202)

ب- مرحلة صياغة الأسئلة:

وفي هذه المرحلة قام الباحث بصياغة أسئلة أداة الاستبيان بشكل مبدئي وذلك في ضوء الإطار النظري والموجه النظري للدراسة ، وكذلك البحوث والدراسات السابقة، وقد حرص الباحث في صياغته لاستجابات المبحوثين من الأخصائيين الدقة بحيث تبتعد عن التكرار والترادف في المعني مع تجنب الأسئلة المركبة أو الغامضة التي تحمل أكثر من معني، كما راعي في اختيار الأسئلة أن تكون أكثر اتصالا بموضوع البحث وأن تكون قريبة من ثقافة الأخصائيين المبحوثين.

ج- مرحلة صدق أدوات البحث:-

وقد استخدم الباحث نوعين من الصدق :

- صدق المحتوي : وذلك من خلال :

أ- مراجعة المادة النظرية والاطلاع علي المراجع والمؤلفات العلمية وثيقة الصلة بموضوع البحث والدراسات والبحوث قريبة الصلة بالتخصص ولتي أجريت على متغيرات قريبة الصلة بمتغيرات البحث وخاصة الإدمان.

ب- مراجعة الاستمارات والمقاييس التي صممت في البحوث والدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة الاطلاع علي المراجع والبحوث والدراسات التي أجريت في مثل هذا الموضوع. وكذا الاستمارات والمقاييس التي صممت في البحوث والدراسات المتعلقة بموضوع البحث: (مصطفي إسماعيل,2002) (صبيح,1102) ، (النجار, 3002) , (عبد الوهاب,5002), (محروس, 6002) , (النحاس , 2102) ,(محمد ,9102) ,(مهدي ,0202) , (محمود ,0202).

- الصدق التجريبي للأداة :

للتحقق من صدق الاستبيان المخصص لقياس تقويم استخدام الممارسة الاكلينيكة مع حالات الإدمان تم حساب الاتساق الداخلي لمجموع الفقرات والبعد الخاص بها باستخدام معامل بيرسون ، وذلك بعد تطبيق الأداة على (51) مبحوث من الأخصائيين الاجتماعيين , وجاءت النتائج على النحو التالي :

جدول رقم (1) يوضح

حساب صدق الاتساق الداخلي لأداة البحث باستخدام معامل بيرسون

الأبعاد	عدد العبارات لكل بعد	قيمة معامل بيرسون
واقع الممارسة الإكلينيكية مع الحالات الفردية للمدمنين	61	9.00
المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع الحالات الفردية للمدمنين	51	7.077
مقترحات تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع الحالات الفردية	61	8.04
الأداة ككل	47	.038

تبين من الجدول السابق أن معامل صدق أداة الاستبيان المخصصة لقياس تقويم استخدام الممارسة الاكلينيكة مع حالات المدمنين = 038.، بما يدلل علي وجود درجة قوية من الاتساق بين الاستجابات وكل بعد من أبعاد الاستبيان , وان للأداة ككل مقبولة ودالة إحصائياً .

- ثبات الاداه : حيث تم حساب الثبات لأدوات الدراسة باستخدام طريقة إعادة الاختبار – Test Re test حيث قام الباحث بتطبيق أداة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين علي عينة قوامها (51) أخصائي اجتماعي، وأعاد الباحث التطبيق مرة أخري علي نفس العينة بفاصل زمني خمسة عشر يوماً، واستخدم الباحث " معامل ارتباط بيرسون " لإيجاد معامل الثبات لكل بعد وذلك علي النحو التالي:

جدول (2)

دلالة التطبيق الأول والثاني لأداة استبيان تقويم الممارسة الاكلينيكة مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الممارسون باستخدام معامل ارتباط (بيرسون) ن=51

م	أبعاد الأداة	قيمة معامل بيرسون	مستوي الدلالة
أ	واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان	579.0**	دال
ب	المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها حالات الإدمان .	498.0**	دال
ب	مقترحات تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان.	8.024**	دال
	الأداة ككل	309.0**	دال

** معنوية عند 10.0 * معنوية عند 50.0

ويتضح من بيانات الجدول السابق أن قيمة معامل بيرسون للثبات = 0309., مما يدل على ثبات أداة البحث وأمكن الاعتماد على نتائجها مستقبلا .

3- مجالات الدراسة

أ- المجال المكاني:

وقد طبقت الدراسة في عدد (4) مستشفي ومركز للصحة النفسية وعلاج الإدمان ورعاية المدمنين المتعافين , وهم:

- مستشفي الصحة النفسية وعلاج الإدمان بالعزازي.
- مستشفي أبو العزايم للطب النفسي بالعاشر من رمضان .
- مستشفي الأمراض النفسية بالزقازيق .
- مركز بداية للصحة النفسية وعلاج الإدمان .

وقد تم اختيار المجال المكاني للأسباب التالية:

أ- موافقة المسئولين علي تطبيق الجزء الميداني للبحث.

ب- توافر عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين .

ج- توافر أقسام خاصة بالإدمان في المستشفيات العاملة في المجال الطبي .

د- سهولة الوصول للمجال المكاني من جانب الباحث لاستكمال البيانات والمعلومات الخاصة بتطبيق البحث.

ب-المجال البشري :

شمل البحث إجمالي عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية ومراكز علاج الإدمان المذكورة بالمجال المكاني والذي بلغ عددهم (74) أخصائي وأخصائية اجتماعية.

ت-المجال الزمني :

وهو فترة جمع البيانات من الميدان حيث أستغرق ذلك الفترة من 0202/9/4 إلي 1202/2/82.

تاسعا: عرض ومناقشة نتائج البحث:

1- وصف خصائص مجتمع البحث :

جدول (3) يوضح

توزيع الأخصائيين الاجتماعيين(المبحوثين) وفقا لمتغير (النوع) (ن=74)

م	النوع	التكرار	النسبة %
1	ذكر	93	38
2	أنثى	8	71
	المجموع	74	%001

تشير استجابات مفردات البحث من الأخصائيين الاجتماعيين وفقآ لمتغير النوع أن نسبة (38%) من الذكور في مقابل (71%) فقط من الأخصائيات الإناث . وقد يعزو الباحث ذلك إلى كثرة أعداد المدمنين من الشباب مما يتطلب تواجد العدد الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين الذكور ونظرا لطبيعة العمل مع المدمنين من المقاومة وأساليب الدفاع والتردد في متابعة العلاج من جانب المدمنين بتلك المستشفيات والمراكز العلاجية .

جدول (4) يوضح

توزيع الأخصائيين الاجتماعيين(المبحوثين) وفقا لمتغير العمر (ن=74)

م	العمر	التكرار	النسبة %
1	أقل من 52 سنة.	2	3.4
2	من 52 –	21	5.52
3	من 53 –	02	6.24
4	من 54 –	31	726.
	المجموع	74	%001

يتضح من الجدول السابق أن توزيع مفردات البحث وفقا لمتغير العمر جاء كالتالي :

حيث تبين أن الفئة العمرية للأخصائيين الاجتماعيين(من 53 : أقل من 54سنة) جاءت في الترتيب الأول بنسبة (6.24%) ،

في حين جاءت الفئة العمرية للأخصائيين الاجتماعيين (54: أقل من05 سنة) في المرتبة الثانية بنسبة (27.6%). كما جاءت الفئة العمرية للأخصائيين الاجتماعيين (5 : أقل من 03 سنة) في المرتبة الثالثة بنسبة (5.52%) . وقد جاء في الترتيب الأخير الفئة العمرية للأخصائيين الاجتماعيين(أقل من 52 سنة) بنسبة (3.4%). وبالنظر إلى معالجة الإحصائية لنتائج الجدول السابق يدلل ذلك وجود الخبرة المهنية لدي الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الإدمان وعلاج المدمنين , حيث تنظر إليه المستشفيات والمراكز البحثية باعتباره شرط هام للعمل مع هذه الفئة العمرية والتي اوجب أن تتسم بالمهنية والخبرة والاتزان الانفعالي والنضج النفسي حتى تكون قادرة على تقديم خطط العلاج للمدمنين .

جدول (5) يوضح

توزيع الأخصائيين الاجتماعيين(المبحوثين) وفقا لمتغير المؤهل العلمي(ن=74)

م	المؤهل العلمي الحاصل عليه	التكرار	النسبة %
1	مؤهل فوق المتوسط	6	.216
2	مؤهل جامعي	71	63.4
3	دراسات عليا	42	.1560
	المجموع	74	%001

يتضح من بيانات الجدول السابق والذي يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين وفقا لمتغير المؤهل العلمي , حيث تبين أن الحاصلين على دراسات عليا من الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين بالدراسة قد جاءوا بالترتيب الأول بنسبة (60.15%) , يليهم في الترتيب الثاني الأخصائيين الاجتماعيين الحاصلين على مؤهل جامعي بنسبة (4.63%) , في حين جاء

الأخصائيون الاجتماعيون الحاصلون على مؤهل فوق المتوسط في الترتيب الثالث والأخير بنسبة (6.21%) , مما يدلل على توافر الكفاءة المهنية المبنية على دراسة وممارسة لدي غالبية الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بتلك المستشفيات والمراكز العلاجية , كما يتميزون بأنهم على درجة عالية من الممارسة الإكلينيكية بما يتوازي مع إدراكهم بخطورة اضطرابات الإدمان خاصة على الشباب , مما يؤكد على تكامل أدوارهم المهنية المتوقعة في مساعدة المدمنين على إتمام عملية الشفاء , كذلك معاونة المؤسسات العلاجية العاملين فيها علي تحقيق أهدافها

جدول (6) يوضح

توزيع الأخصائيين الاجتماعيين(المبحوثين) وفقا لمتغير مدة العمل بالمؤسسة العلاجية (ن=74)

م	مدة العمل بالمؤسسة العلاجية	التكرار	النسبة %
1	أقل من 4 سنوات	6	8.21
2	8-	9	1.91
4	21 سنه فأكثر	23	1.86
	المجموع	74	%001

تظهر نتائج الجدول السابق والذي يوضح توزيع الأخصائيين الاجتماعيين وفقا لمتغير مدة العمل بالمؤسسة العلاجية , حيث جاءت مدة عمل الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات العلاجية (21سنه فأكثر) في الترتيب الأول بنسبة (1.86%) , يليها مدة عمل الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات العلاجية (8سنوات: اقل من 21 سنه) في الترتيب الثاني بنسبة (1.91%) , بينما جاءت مدة عمل الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات العلاجية (اقل من 4 سنوات) في الترتيب الأول بنسبة (8.21%) في الترتيب الأخير , مما يدلل على تأكيد ما جاء بمتغير العمر والذي دلل على توافر مقوم الخبرة المهنية لدي الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بتلك المؤسسات العلاجية , كما يدلل علي توفر دراية الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات العلاجية باضطرابات الإدمان وتأثيراتها والأساليب العلاجية المتبعة معهم , وأنها الأجدر علي فهم طبيعة مشكلات المدمنين وتفهم احتياجاتهم .

ب- عرض ومناقشة نتائج أداة البحث :

جدول (7) يوضح

استجابات الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين حول واقع الممارسة الإكلينيكية مع الحالات الفردية لحالات الإدمان في إطار العلاج المعرفي السلوكي(ن=74)

م	المؤشرات	الاستجابة			مجموع مرجح	المتوسط الوزني	الترتيب
		نعم	أحياناً	لا			
1	أقوم بتطبيق كافة النماذج العلاجية خلال التدخل مع المدمنين .	01	91	81	68	8.1	21
2	اتبع تطبيق إستراتيجية المهام المحددة مع حالات الإدمان .	81	12	8	401	2.2	11
3	أنفذ خطوات التدخل المهني مع المدمنين بشكل مهني .	62	81	3	711	.25	8
4	أوظف قدرات المدمنين للاستفادة من خطة العلاج .	9	41	42	97	7.1	31
5	أطبق أسلوب النمذجة مع حالات الإدمان .	52	02	2	711	5.2	8
6	استخدم أسلوب لعب الدور مع حالات الإدمان .	23	31	2	421	26.2	5
7	أناقش أفكار المدمنين واعمل على تعديلها .	72	91	1	021	6.2	7
8	اتبع الاستراتيجيات الملائمة لطبيعة مشكلات المدمنين .	13	31	3	221	16.2	6
9	اعمد لاستخدام إستراتيجية العلاج القصير مع حالات الإدمان.	12	61	01	501	12.2	01
01	أطبق أسلوب التقدير المعرفي السلوكي مع حالات الإدمان.	33	21	2	521	7.2	4
11	أشجع المدمنين على تبني معارف ايجابية صحيحة .	53	01	2	721	27.2	2
21	أطبق أسلوب التعزيز الايجابي مع المدمنين خلال العلاج .	73	8	2	921	37.2	1
31	أقوم بإتباع إستراتيجية إعادة البناء المعرفي في خطة العلاج .	43	11	2	621	17.2	3
41	أتبع إستراتيجية التغيير المستهدف في إطار تطبيق خطة العلاج	91	12	7	601	3.2	9
51	أكلف المدمنين بالمهام والواجبات المنزلية خلال جلسات العلاج	01	91	81	68	8.1	21
61	اتبع تطبيق أسلوب المواجهة مع حالات الإدمان الانهزامية.	81	32	6	601	3.2	9
مستوي واقع الممارسة الإكلينيكية كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون					مستوي مرتفع		36,2

تظهر نتائج الجدول السابق الذي يشير إلى استجابات الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين حول واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي , فقد جاءت على النحو التالي : حيث جاءت

الاستجابة المتعلقة ب(أطبق أسلوب التعزيز الايجابي مع المدمنين خلال العلاج) بمتوسط وزني (37.2) , في الترتيب الأول , بينما جاءت الاستجابة المرتبطة ب(أشجع المدمنين على تبني معارف ايجابية صحيحة) بمتوسط وزني (27.2) , في الترتيب الثاني , كما تلتها الاستجابة المتعلقة ب(أقوم بإتباع إستراتيجية إعادة البناء المعرفي في خطة العلاج) بمتوسط وزني (27.2) , في الترتيب الثالث . بينما جاءت الاستجابة المتصلة ب(أوظف قدرات المدمنين للاستفادة من خطة العلاج) بمتوسط وزني(7.1) , في الترتيب الأخير .

مما يدلل علي أن مستوي الممارسة الإكلينيكية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المؤسسات العلاجية مع المدمنين قد جاء بمستوي مرتفع , وعدم اقتصار الممارسة المهنية على التوعية والإرشاد والتوجيه , بل يراعي الممارسون المهنيون من الأخصائيين الاجتماعيين الاهتمام الأولي بأساليب ونماذج التدخل المهني وجلسات العلاج الفردية والجماعية والتي ارتبط ترتيبها لدي الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين في مقدمة الاستجابات الخاصة بهم والمتعلقة بواقع ممارستهم الإكلينيكية مع حالات المدمنين , كما يدلل على تحسن إعداد وتأهيل الأخصائيين الاجتماعيين على الممارسة الإكلينيكية بالمؤسسات العلاجية مع المدمنين مع توفر الكفاءة والخبرة المهنية لديهم , مما يعكس تأكيد وجود علاقة بين الممارسة الإكلينيكية والخبرات المهنية المتوفرة لدي الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين .

وتتفق نتائج الدراسة الحلية مع ما أبرزته نتائج دراسة كل من : (النحاس ,0102) , (إبراهيم,9102) (Elizabeth, A. WELLS,2013) , (Anderson, L & others,2018) (محمود ,9102), (Nitara ford, f ,2019) , (مهدي 0202) , (محمد 0202,) , وجود اثر ذات دلالة إحصائية لفاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد المخدرة . وان الأخصائيون الاجتماعيون قد ساهموا بشكل ايجابي في التخفيف من حدة الضغوط الاجتماعية والنفسية لدي المدمنين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات , ومساعدة المدمن المنتكس على مواجهة مشكلاته التي قد تواجهه أثناء فترة التعافي , ومساعدة الأخصائي الاجتماعي المدمن المنتكس على تفهم دوره الاجتماعي في أسرته , بالإضافة إلى تشجيع الأخصائي الاجتماعي المدمن المنتكس على تحسين علاقاته مع أسرته. مع استخدام عدد من استراتيجيات التدخل المهني , كما يمارس الأخصائيين الاجتماعيين عددا من الأدوار المهنية لعلاج كافة أشكال إدمان المخدرات والتخفيف من حدة الآثار المترتبة عليه, مع استخدام الأخصائيين الاجتماعيين للتقييمات الاجتماعية والنفسية ، ويتعاملون مع الاستشارة المستمرة ، ويراجعون مدي تقدم عملائهم من المدمنين في

عمليات العلاج والتعافي . وان أدوار الأخصائي الاجتماعي كممارس عام مع المدمن نفسه كفرد جاءت مرتفعة , وأن الأخصائي الاجتماعي يمارس عددا من الأدوار المهنية لعلاج كافة أشكال إدمان المخدرات والتخفيف من حدة الآثار المترتبة عليه .

جدول (8) يوضح

استجابات الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين حول المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان في إطار العلاج المعرفي السلوكي(ن=74)

م	المعوقات	الاستجابة			المجموع المرجح	متوسط الأوزان	الترتيب
		نعم	أحياناً	لا			
معوقات ترجع للأخصائي الاجتماعي :							
1	ليس لدي الوقت الكافي للاطلاع على كل جديد في مجال الممارسة الإكلينيكية .	23	15	-	621	6.2	3
2	نقص معرفتي ببعض النماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع المدمنين.	34	4	-	731	19.2	1
3	مواقف حالات المدمنين ومشكلاته تصيبني بالإعياء المهني .	24	5	-	631	29.	2
4	أجد صعوبة في الحصول على المعلومات اللازمة للعمل مع المدمنين .	32	51	9	801	13.2	4
5	لا استطيع توظيف ما تعلمته من نماذج للتدخل المني مع حالات المدمنين.	81	51	41	89	2	5
معوقات ترجع للمدمنين أنفسهم:							
6	تؤثر اضطرابات العمليات العقلية للمدمنين على التعامل مع الأخصائي الاجتماعي	52	9	31	601	3.2	4
7	نقص الوعي لدي المدمنين بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج	73	9	1	031	8.2	2
8	تداخل الأدوار بين الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي بالمؤسسة العلاجية.	71	42	6	501	2.2	5
9	وجود توقعات مسبقة لدي المدمنين حول نتائج عمل الأخصائي معهم تتسم	42	12	2	611	5.2	3

	بالتهوين أو التهويل.						
01	عدم التزام بعض المدمنين بحضور الجلسات العلاجية .	34	3	1	631	9.2	1
معوقات ترجع للمؤسسة العلاجية:							
11	تكليف إدارة المؤسسة العلاجية الأخصائي الاجتماعي بأعباء إدارية مستمرة .	24	12	2	611	5.2	3
21	مكان عمل الأخصائي الاجتماعي لا يتناسب مع مقابلات وجلسات الحالات الفردية والجماعية للمدمنين .	71	22	8	301	2.2	4
31	يزداد عدد الحالات بالمؤسسة على قدرة الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها.	52	91	3	611	5.2	3
41	إشراف غير المتخصصين على عمل الأخصائي الاجتماعي .	73	9	1	103	8.2	1
51	ضعف الخدمات الوقائية والعلاجية التي تقدمها المؤسسة العلاجية للمدمنين .	33	31	1	621	7.2	2
معوقات ترجع لأسرة المدمنين :							
21	عدم تعاون أسرة المدمن مع الأخصائي الاجتماعي خلال تطبيق جلسات العلاج.	62	81	3	711	5.2	3
31	اهتمام أسرة المدمن يقتصر على العلاجات الدوائية فقط .	72	91	1	021	6.2	2
41	ضعف وجود الثقة في عمل الأخصائيون الاجتماعيون بالمؤسسة العلاجية .	01	91	81	68	8.1	4
51	تخوف أسرة المدمن من إفشاء أسرار خطة العلاج.	43	11	2	621	17.2	1
61	انقطاع الأسرة المدمن عن زيارته منذ إيداعه بالمؤسسة العلاجية.	01	91	81	68	8.1	4

توضح نتائج الجدول السابق الذي يشير إلى استجابات الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين حول المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات

الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي قد جاءت على النحو التالي :

1) جاءت استجابات الأخصائيين الاجتماعيين حول المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع المدمنين والتي تتصل بهم , من خلال الاستجابة المتعلقة ب(نقص معرفتي بالنماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع مشكلات المدمنين) في المرتبة الأولي بمتوسط وزني(19.2) في المرتبة الأولي , بينما حلت الاستجابة (مواقف حالات المدمنين ومشكلاته تصيبني بالإعياء المهني) في الترتيب الثاني بمتوسط وزني (9.2) , كما جاءت استجابة (ليس لدي الوقت الكافي للاطلاع على كل جديد في مجال الممارسة الإكلينيكية) في الترتيب الثالث بمتوسط وزني (6.2) , بينما جاءت استجابة (لا استطيع توظيف ما تعلمته من نماذج للتدخل المني مع حالات المدمنين) في الترتيب الأخير بمتوسط وزني(2) , مما يدل على ضعف إعداد الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين مع حالات المدمنين , الأمر الذي يرجعه الباحث إلى وجود فجوه زمنية بين ما تعلمه الأخصائيين الاجتماعيين من مهارات وادوار تغيرت بفعل ظهور اتجاهات حديثة ثبت فعاليتها في علاج مشكلات المدمنين لم يتطرق لدراستها الأخصائيين الاجتماعين , بالإضافة إلى وجود فجوه مهنية للممارسة تتمثل في عدم قدرة الأخصائيين الاجتماعيين في تطبيق ما تعلموه من نماذج تحوي أساليب وتكنيكات علاجية تختلف باختلاف الواقع مع المدمنين .

2) جاءت استجابات الأخصائيين الاجتماعيين حول المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع المدمنين , والتي تتصل بالمدمنين من خلال الاستجابة المتعلقة ب(عدم التزام الشباب المدمن بحضور الجلسات العلاجية مع الأخصائي الاجتماعي) , بمتوسط وزني(9.2) في المرتبة الأولي, تليها استجابة (نقص الوعي لدي المدمنين بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج) في الترتيب الثاني بمتوسط وزني(8.2) , كما جاءت استجابة (وجود توقعات مسبقة لدي المدمنين حول نتائج عمل الأخصائي معهم تتسم بالتهوين أو التهويل) في الترتيب الثالث بمتوسط وزني(5.2) , بينما جاءت استجابة (تداخل الأدوار بين الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي بالمؤسسة العلاجية) في الترتيب الأخير بمتوسط وزني(2.2) . مما يدل على وجود وعي وإدراك بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع المدمنين , كما تنعكس النتائج في غياب الشباب عن جلسات العلاج الفردي على ضعف إدارة الأخصائيين الاجتماعيين للجلسات العلاجية رغم توفر مواعيد مسبقة لها من جانب الإدارة لها , إضافة إلى وجود تعاقد مهني هش وضعيف وغير ملزم لأطراف عملية المساعدة , إضافة إلى

وجود مشكلة تتعلق بتوقعات الدور تجاه الأخصائيين الاجتماعيين من المدمنين والتي ترتبط بتوقع دور مهني قوي للأخصائي في حين أن ممارسة الدور الفعلي له لا تتماشي مع ما توقعه المدمنين من خطوات علاجية فاعلة وموثرة وواضحة تنعكس على معارف وأفكار وسلوكيات المدمنين .

3) جاءت استجابات الأخصائيين الاجتماعيين حول المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع المدمنين , والتي تتصل بالمؤسسة , من خلال استجابة (إشراف غير المتخصصين على عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية) في الترتيب الأول بمتوسط وزني (8.2) , يليها استجابة (ضعف الخدمات الوقائية والعلاجية التي تقدمها المؤسسة العلاجية للمدمنين), في الترتيب الثاني بمتوسط وزني(7.2) , كما جاءت في الترتيب الثالث الاستجابتين (يزداد عدد الحالات بالمؤسسة على قدرة الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها), (تكليف إدارة المؤسسة العلاجية الأخصائي الاجتماعي بأعباء إدارية مستمرة), بمتوسط وزني (5.2) , في حين جاءت في الترتيب الأخير استجابة (مكان عمل الأخصائي الاجتماعي لا يتناسب مع مقابلات وجلسات الحالات الفردية والجماعية للمدمنين)بمتوسط وزني (2.2) . مما يدل علي وجود تضارب بين أهداف الخدمة الاجتماعية الاكلينيكة والتي تتعلق بممارسة الأخصائيين الاجتماعيين ولوائح وروية إدارة المؤسسة في تنظيم وتوجيه العمل , تبين ذلك من خلال إشراف غير المتخصصين على عمل الأخصائيين الاجتماعيين , كما يدل على تهميش المؤسسة للدور العلاجي و الوقائي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع المدمنين يظهر جليا في تحمل الأخصائيين الاجتماعيين اعباءا إدارية تعيقهم عن أدائهم المهني بصفة مستمرة .

4) كما بينت نتائج استجابات الأخصائيين الاجتماعيين حول المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع المدمنين , والتي تتصل بأسرة المدمن , من خلال الاستجابة (تخوف أسرة المدمن من إفشاء أسرار خطة العلاج) في الترتيب الأول بمتوسط وزني (17,2) , يليها الاستجابة المتعلقة ب(اهتمام أسرة المدمن يقتصر على العلاجات الدوائية فقط) في التتريب الثاني بمتوسط ثاني (6.2). كما جاءت استجابة (عدم تعاون أسرة المدمن مع الأخصائي الاجتماعي خلال تطبيق جلسات العلاج) في الترتيب الثالث بمتوسط وزني(5.2). ما يدل على انفصال أسرة المريض عن خطة العلاج وعدم وعي أسرة المدمن بطبيعة العلاج الاجتماعي الذي يتولى مسئوليته الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية , بالإضافة إلى تبني الأسرة نفسها معارف خاطئة تتعلق بعمليات العلاج داخل المؤسسة والتي تقتصر من خلال

رؤيتها على العلاج الدوائي دون الاهتمام والوعي بدور العلاج الاجتماعي والنفسي بجانب العلاج الدوائي باعتبارها عمليات علاجية تكمل بعضها .

تتفق نتائج هذا الجدول والتي جاءت معبرة عن معوقات الممارسة الإكلينيكية التي تتعلق بالأخصائيين الاجتماعيين والمدمنين والمؤسسة وأسرة المدمن , مع نتائج دراسة كل من : (محمد, 2020) , (Mitchell(2015 , G(2008) , Domiana , (النحاس, 2102) أن هناك مشكلات تعيق الممارسة المهنية في مؤسسات رعاية وتأهيل المدمنين منها ما يتعلق بالأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم والتي ترجع لهم ولإعدادهم,والتي جاءت مرتفعة وذلك بقوة نسبية قدرها (11.18%) وهي نسبة مرتفعة بمجموع أوزان قدره (834) ومتوسط مرجح قدره (24.2.) كذلك نقص كفاءة الأخصائيين الاجتماعيين في مجال علاج الإدمان , وضعف الخبرة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في مجال علاج الإدمان , وأخيرا الأعباء الإدارية على الأخصائيين الاجتماعيين والتي تؤثر سلبا على أدائهم المهني مع حالات المدمنين , وعدم وجود مارد تدعم عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسات العلاجية , ووجود تهميش لادوار الأخصائيين الاجتماعيين في بعض المؤسسات العلاجية .

كما تتفق نتائج الجدول السابق مع ما أظهرته نتائج دراسة كل من : (إبراهيم,9102) , (مهدي,0202) , (محمد ,0202) قصور ادوار الأخصائي الاجتماعي مع المدمنين في التخفيف من حدة العوامل الاجتماعية المؤدية إلى إدمان المخدرات, ودراسة العوامل والأسباب الذاتية التي تؤدي للعودة للإدمان , وكذلك دراسة العوامل البيئية التي تؤدي للعودة للإدمان الإدمان , ومتابعة المدمن بعد التعافي , كذلك مساعدة المدمن المنتكس على مواجهة مشكلاته التي قد تواجهه أثناء فترة التعافي دون النظر إلى توجيه هذه الأدوار وجهة الممارسة الإكلينيكية .

جدول (9) يوضح

مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين حول تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي (ن=74)

م	المقترحات	الاستجابة			المجموع المرجح	متوسط الأوزان	الترتيب
		نعم	أحياناً	لا			
1	توفير الخدمات المؤسسية الوقائية للمدمنين.	3	11	33	46	4.1	21
2	تناسب أعداد الأخصائيين الاجتماعيين مع أعداد حالات الإدمان	9	9	92	47	6.1	7
3	توفير الحماية اللازمة للأخصائيين الاجتماعيين خلال تطبيق جلسات العلاج مع المدمنين.	4	91	42	47	6.1	7
4	إعداد برامج إرشادية للمدمن لحثه على قبول المساعدة المهنية ويشجعه علي الجلسات العلاجية	6	7	43	66	4.1	11
5	توفير أماكن تتناسب وعقد جلسات العلاج الاجتماعي بين الأخصائي الاجتماعي والمدمنين.	6	1	04	06	3.1	31
6	عقد برتوكولات تعاون بين الكليات والمعاهد الأكاديمية وبين المؤسسة لتمكين الأخصائيين من الممارسة الاكلينيكة مع الشباب المدمن.	13	7	9	611	5.2	1
7	توفير أدوات ومقاييس لدي الأخصائيين الاجتماعيين تيسر عليهم معرفة مشكلات واحتياجات المدمنين	6	11	03	07	5.1	8
8	عقد ورش عمل دورية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين لمراجعة نماذج علاج الإدمان .	91	61	21	101	1.2	3
9	التزام الأخصائيين الاجتماعيين بوثيقة قواعد السلوك الأخلاقي مع حالات المدمنين .	8	11	82	47	6.1	7
01	وجود معايير واضحة لتقييم الممارسة الاكلينيكة للأخصائيين الاجتماعيين مع الشباب المدمن .	61	71	41	69	2	4
11	عقد دورات تدريبية دورية للأخصائيين الاجتماعيين حول نماذج وأساليب التدخل المهني مع المدمنين.	71	7	32	88	9.1	6
21	توفير إشراف أكاديمي علي عمل الأخصائيين الاجتماعيين مع حالات المدمنين	61	51	61	49	2	5
31	ألا تقل الدرجة العلمية للأخصائيين العاملين مع حالات المدمنين عن الماجستير .	32	41	01	701	3.2	2

41	ضـــرورة اســـتخراج تـــرخيص لعمـــل الأخصـــائيين الاجتماعيين المؤهلين للعمل مع حالات المدمنين.	3	61	82	96	5.1	9
51	تســـهيل وصـــول الأخصـــائي الاجتمـــاعي بيانـــات ومعلومات الشباب المدمن بالمؤسسة العلاجية.	1	3	34	25	1.1	41
61	ضـرورة تـوفير وثـائق للتعاقـد المهنـي تلـزم المـدمنين بخطـــوات العـــلاج الاجتمـــاعي مـــع الأخصـــائيين الاجتماعيين بالمؤسسة العلاجية.	3	41	03	76	4.1	01

توضح نتائج الجدول السابق الذي يشير إلى استجابات الأخصائيين الاجتماعيين المبحوثين حول المقترحات التي تسهم في تحقيق الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي قد جاءت على النحو التالي : حيث أتت الاستجابة المتعلقة ب(عقد برتوكولات تعاون بين الكليات والمعاهد الأكاديمية وبين المؤسسة لتمكين الأخصائيين من الممارسة الاكلينيكة مع الشباب المدمن) في الترتيب الأول بمتوسط أوزان (5.2) , يليها في الترتيب الثاني استجابة (ألا تقل الدرجة العلمية للأخصائيين العاملين مع حالات المدمنين عن الماجستير) بمتوسط وزني(3.2), كما جاءت الاستجابة المتعلقة ب(عقد ورش عمل دورية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين لمراجعة نماذج علاج الإدمان) بمتوسط وزني (1.2) . بينما جاءت الاستجابة المرتبطة ب(تسهيل وصول الأخصائي الاجتماعي بيانات ومعلومات الشباب المدمن بالمؤسسة العلاجية) في الترتيب الأخير , بمتوسط وزني (9.1) , بما يدل على احتياج الأخصائيين الاجتماعيين المهني في مراجعة النماذج والاتجاهات العلاجية الإكلينيكية المعاصرة في مجال علاج الإدمان , كذلك رغبة الأخصائيين الاجتماعيين من تطوير وتنمية ذواتهم المهنية وتحقق ذلك من خلال حثهم في مقترحاتهم بأهمية عقد مؤتمرات وندوات ودورات وورش عمل يتم تدريبهم خلالها على النماذج العلاجية الحديثة التي تصلح للتدخل المهني مع حالات المدمنين , إضافة إلى وجود دافع للأخصائيين الاجتماعيين برفع مستوي الدرجة العلمية وعدم اقتصارها على مرحلة البكالوريوس والتي تختص بالتخرج على أساسيات المهنة فقط دونما تخصص أو مجال محدد للعمل به , مما لا يثقل قدرات ومهارات الأخصائيين بنماذج علاجية وأساليب وتكنيكات فنية تعزز من أدواره وممارسته الإكلينيكية مع المدمنين .

وتتفق نتائج الجدول السابق مع ما أكده الأطر النظري والمتعلق بان تحقيق أهداف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية أو اى تخصص آخر بالفعالية المطلوبة لا يمكن أن يحدث

بدون إتباع المنهج العلمي في الوصول إلى أفضل الوسائل الممكنة لتحقيق هذه الأهداف . (منصور,3102, 35)

كما تتفق نتائج الجدول السابق مع ما أوضحته نتائج دراسة كل من : (النجار,0102), (Neta Peleg-Oren & Meir Teichman,2014), (محمد,0202) , (Anderson, L & others,2018,) , (Nitara ford, f ,2019) , أن ادوار الأخصائيين الاجتماعيين تتنوع بتنوع طبيعة مشكلات المدمن وأنماط العملاء أنفسهم والمحيطين بهم , كما أن الأخصائي الاجتماعي يمارس عددا من الأدوار المهنية لعلاج كافة أشكال إدمان المخدرات والتخفيف من حدة الآثار المترتبة عليه , وان الأخصائيون الاجتماعيون يلعبوا دورًا حيويًا في مساعدة أولئك الذين يعانون من تعاطي المخدرات.

وتتفق نتائج الجدول السابق مع ما أوصت نتائج دراسة (النجار,0102) ضرورة تفعيل استخدام الأخصائي الإجتماعى لوسائل التعبير للوقاية من تعاطي المخدرات تمثلت في : إعداد دورات للأخصائيين الاجتماعيين ،زيادة التعاون الإيجابي والتنسيق في الأدوار ، زيادة وعى الطلاب استخدام الأخصائي الإجتماعى للنماذج والتكنيكات المختلفة في الممارسة المهنية.

عاشرا: النتائج العامة للدراسة:

1. الإجابة على التساؤل الأول للبحث والمتمثل في :(ما واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟ .

أشارت النتائج العامة للدراسة أن أهم مظاهر واقع الممارسة الإكلينيكية مع حالات المدمنين حيث جاءت الاستجابة المتعلقة ب(تطبيق أسلوب التعزيز الايجابي مع المدمنين خلال العلاج) بمتوسط وزني (237.) , في الترتيب الأول , ثم (تشجيع المدمنين على تبني معارف ايجابية صحيحة) بمتوسط وزني (27.2) , في الترتيب الثاني , (القيام بإتباع إستراتيجية إعادة البناء المعرفي في خطة العلاج) بمتوسط وزني (27.2) , في الترتيب الثالث . بينما جاء (توظيف قدرات المدمنين للاستفادة من خطة العلاج) بمتوسط وزني(7.1) , في الترتيب الأخير

2. الإجابة على التساؤل الثاني للبحث والمتمثل في :(ما المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟) .

أظهرت النتائج العامة للبحث أن أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها مع المدمنين والتي تتصل بالأخصائيين الاجتماعيين: نقص معرفة

الأخصائيين الاجتماعيين ببعض النماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع المدمنين بمتوسط وزني(19.2), كما أن أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها والتي تتصل بالمدمنين :عدم التزام بعض المدمن بحضور الجلسات العلاجية مع الأخصائي الاجتماعي بمتوسط وزني(8,2) . كما تبين أن أهم المعوقات التي تحول دون تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها والتي تتصل بالمؤسسة , إشراف غير المتخصصين على عمل الأخصائي الاجتماعي بمتوسط وزني (8.2)

3. الإجابة على التساؤل الثالث للبحث والمتمثل في :(ما مقترحات تحقيق الممارسة الإكلينيكية لأهدافها الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في إطار العلاج المعرفي السلوكي ؟).

أوضحت النتائج العامة للدراسة أن أهم المقترحات التي تسهم في تحقيق الممارسة الإكلينيكية مع حالات الإدمان كما يدركها الأخصائيون الاجتماعيون في إطار العلاج المعرفي السلوكي , فقد جاءت على النحو التالي : حيث أتت الاستجابة المتعلقة ب(عقد برتوكولات تعاون بين الكليات والمعاهد الأكاديمية وبين المؤسسة لتمكين الأخصائيين من الممارسة الاكلينيكة مع الشباب المدمن) في الترتيب الأول بمتوسط أوزان (5.2) , يليها في الترتيب الثاني استجابة (ألا تقل الدرجة العلمية للأخصائيين العاملين مع حالات المدمنين عن الماجستير) بمتوسط وزني(3.2), كما جاءت الاستجابة المتعلقة ب(عقد مؤتمرات وندوات وورش عمل دورية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين لمراجعة نماذج علاج الإدمان) بمتوسط وزني (1.2) . بينما جاءت الاستجابة المرتبطة ب(تسهيل وصول الأخصائي الاجتماعي بيانات ومعلومات الشباب المدمن بالمؤسسة العلاجية) في الترتيب الأخير , بمتوسط وزني (9.1)

مراجع البحث:

- إبراهيم, ولاء محمود حسنين محمد (9102).العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعودة إلى إدمان المخدرات ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها : دراسة مطبقة بمستشفى الصحة النفسية , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة حلوان .
- الجهاز المركزي التعبئة العامة والإحصاء (9102) . تقرير مصر في أرقام , إصدار مارس.
- الصالح , خالد أحمد(4002).الإدمان مرض العصر ،الكويت، مؤسسة الكويت للنشر والتوزيع.
- النجار,محمد سعيد علي يحيي(0102).تقويم استخدام الأخصائي الاجتماعي لوسائل التعبير في برنامج خدمة الجماعة لوقاية الطلاب من تعاطي المخدرات،رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة،4002
- النحاس, احمد سعد (2102). تقويم الدور المهني للأخصائي الإجتماعي في تأهيل المتعافين من الإدمان, رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 5002.
- النوحي , عبد العزيز فهمي(1002).الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ،جامعة حلوان،ط2 .
- جبل, عبد الناصر عوض احمد (2200). ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي , القاهرة , مكتبة النهضة المصرية , ط3.
- جبل , عبد الناصر عوض أحمد(1102). مهارات وتطبيقات الممارسة في خدمة الفرد ،القاهرة ،مكتبة النهضة المصرية .
- جبل, عبد الناصر عوض احمد (3102). نظريات مختارة في خدمة الفرد , القاهرة , مكتبة النهضة المصرية .
- خطاب, على ماهر (8002). القياس والتقويم ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- دياب , إسراء محفوظ (0202). الضغوط الحياتية التي تواجه أسر المدمنين. من منظور الممارسة العامة , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة أسيوط .

- رشاد احمد عبد اللطيف(7002). تنمية المجتمع المحلي , القاهرة , دار الوفاء للطباعة والنشر.
- زيدان وآخرون, على حسين (2102). نماذج ونظريات في ممارسة خدمة الفرد ، القاهرة ، بدون دار نشر
- زين العابدين محمد على رجب(3002). الخدمة الاجتماعية والمخدرات ثلاثية المواجهة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- شفيق , محمد(7002). التنمية الاجتماعية, دراسات في قضايا التنمية ومشكلات المجتمع, الإسكندرية, المكتب الجامعي الحديث.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (7102) .دليل الأخصائي الاجتماعي في كيفية التعامل مع مدمني المخدرات، القاهرة .
- ـــــــــــــــ (9102). تقرير حول خطة صندوق مكافحة الإدمان للحد من المخدرات, مارس , الطبعة الثانية .
- عبد الحافظ , محمد حسين احمد (0202).فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لتنمية وعي الشباب بخطورة مشكلة الاتجار, رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة الفيوم.
- عبد اللطيف, رشاد أحمد(2002). تقويم المشروعات الاجتماعية ، القاهرة، مطبعة الإسراء.
- عبد المجيد , هشام سيد (6002).البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية" ، القاهرة ، الانجلو المصرية.
- ـــــــــــــــ , وآخران (8002) . التدخل المهني مع الأفراد والأسر في إطار الخدمة الاجتماعية , القاهرة , مكتبة الانجلو المصرية .
- عبد الوهاب , محمود السيد علي (5002). تقويم البرامج الوقائية في العمل مع جماعات الأطفال المعرضين لتعاطي المواد المخدرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- العربي, أميرة عبد العزيز أحمد إبراهيم(5002). العلاقة بن ممارسة نموذج التركيز على عضو الجماعة وتنمية دافعية أعضاء الجماعات المعرضين للانحراف نحو الوقاية من الإدمان, مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم

الإنسانية, العدد التاسع عشر, ج2, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.

- عسكر, إبراهيم السيد فتحي (5002). تقويم البرامج الوقائية لمكافحة تعاطي المخدرات من منظور طريقة تنظيم المجتمع، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الخدمة الاجتماعية ،جامعة حلوان.
- عسكر , عبد الله (5002). الإدمان بين التشخيص والعلاج, القاهرة, مكتبة الانجلو المصرية.
- على , ماهر أبو المعاطى(0002). الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي, , القاهرة, مكتبة زهراء الشرق, ط3.
- غباري , محمد سلامة(7002). الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي, الإسكندرية, دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- قازان , عبد(5002). إدمان المخدرات والتفكك الأسري, عمان , دار الحامد للنشر والتوزيع .
- محروس, منال محمد (6002). فاعلية برنامج إرشادي من منظور طريقة العمل مع الجماعات وتعديل الاتجاهات نحو الاعتماد العقاقير, مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية, العدد الحادي والعشرين , كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
- محروس, مني طه (1002). تقويم خدمات الجمعيات الأهلية لمكافحة المخدرات، رسالة ماجستير – كلية الخدمة الاجتماعية– جامعة حلوان– 1002.
- محمد , أيه احمد عبد الحميد(0202) تقييم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي كممارس عام للحد من انتكاسة مدمني العقاقير المخدرة , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة أسيوط .
- محمود ,احمد محمود علي (9102) . فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المخدرة , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة أسيوط .
- مصطفي الحسيني النجار (3002). تقدير ذات المتعافين من إدمان المخدرات ومقترح لزيادته بالعلاج البيئي في خدمة الفرد،بحث منشور بالمؤتمر العلمي المؤتمر الرابع, كلية الخدمة الاجتماعية ,جامعة حلوان ،الجزء الثاني .

- منصور, حمدي محمد (3102). الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ، جدة , مكتبة الرشد .
- منقريوس , نصيف فهمي(1002).إسهامات الخدمة الاجتماعية في تنمية اتجاهات الشباب نحو التطوع , ورقة عمل منشورة بالمؤتمر العلمي الرابع عشر و كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة حلوان.
- مهدي , فاطمة عبد الهادي (0202), متطلبات تحسين خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المنتكس ودور الخدمة الاجتماعية في تحقيقها , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة الفيوم .

Anderson, L & others (2018). Clinical social worker and his role in improving the viability of life for addiction recoveries , Journal of social , human , science , , L, G , vol. 45.

Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, et al(2009). Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results of the NIDA Cocaine Collaborative Study. Archives of General Psychiatry.

Blood Ford , Shea For , van Rensburg , Esme , Night shift work Ring mothers (2011) Mutual perceptions wiknadoles Cent Children (journal of psychology in African ..

Birchler GR, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ(2015). Couples therapy for alcoholism and drug abuse. In: Lebow JL, editor. Handbook of clinical family therapy. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc

Boyle , Scott ., Et , Al(2006). Direct practice in social work , New York pearson Education , inc .

Domiana , G(2008). Addictions Disorder and Relation to social work practice, in a challenging profession, US , journal of social work education ,(vol 23.).

Elizabeth A. Segal and others(2008) social work and Introduction to the profession, united states of America Thomson Brooks Cole.

ELIZABETH A. WELLS,(2013).Social Workers and Delivery of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Substance, Use Disorders, journal of Soc Work Public Health, vol 143.

Fjorback, L. O; Arendt, M(2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy-A systematic review of randomized controlled trials , AN: Peer Reviewed.

Frank, P & others(2016). Drugs in society, London, M parkeleen , publisher.

Lewis-Smith, Andrew(2011). Review of Post stress disorder: Cognitive therapy with children and young people , New York , Peer Reviewed Journal, Vol.16(1).

Marlonce . G, Cooper , Joon Granuei Lesser (2005). Clinical Social work practice An Integrated Approach, New York , Pearson Education , Inc.

Mitchell , L, Calamete(2015). social workers in the treatment of addictions, from perspective role theory in social case work, Journal of Social Work Practice in the Addictions. Vol.43(5).

Neta Peleg-Oren & Meir Teichman (2014).Young Children of Parents with Substance Use Disorders (SUD): A Review of the Literature and Implications for clinical Social Work Practice, Journal of Social Work Practice in the Addictions , vol. 11.

Nitara ford, f . (2019). Social Workers and their Role in Addiction Treatment | PhD, Boston university.

Pamela Sue Hubbard Wiley (2005). An analysis of the Claremont , California youth service delivery system in the context of community , The Claremont Graduate university , California .

Payne , M ,Modern (1994). cognitive – behavioral .INM. Payne) Ed , (Modern social work theory (2 nd Ed .) New York ; palrave .