أدلة الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

practice Evidence with Qatari youth affected by Addiction from the perspective of clinical social work

إعداد
د/ كلثم جبر الكواري
أستاذ مشارك ببرنامج الخدمة الاجتماعية – قسم العلوم الاجتماعية - كلية الآداب والعلوم جامعة قطر

ملخص الدراسة:

أدلة الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

تنطلق الدراسة من فرضية محاولة التحليل العلمي للتراث النظري للدراسات التي أجريت في إطار الممارسة المهنية مع الشباب الخليجي عامة والقطري بوجه خاص المتأثر بالإدمان. وكذلك تحليل الدراسات السابقة المرتبطة بأدلة الممارسة مع الشباب المتأثر بالإدمان وفق أداة التحليل الكيفي المعدة لهذا الغرض وقد حاولت الدراسة الخروج بتصور مقترح للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور الممارسة المبنية على الأدلة والبراهين

وتعد هذه الدراسة من أنواع الدراسات الوصفية التحليلية والتي اعتمدت على منهج المسح الاجتماعين لعينة من الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين وتمثلت مفاهيم الدراسة في كل من : مفهوم الإدمان ، مفهوم الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وتوصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج التي كشفت عن واقع ممارسة الخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان و أهم النماذج العلاجية المتبعة في هذا الاطار والمعوقات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين خلال عملهم المهني في هذا المجال وفى ضوء ذلك خلصت الدراسة إلى تصور مقترح للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور الممارسة المبنية على الأدلة والبراهين

الكلمات المفتاحية: الشباب – الإدمان– الممارسة المهنية– الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

practice Evidence with Qatari youth affected by addiction from the perspective of clinical social work

Abstract

The study stems from the hypothesis of an attempt to scientifically analyze the theoretical heritage of studies conducted within the framework of professional practice with Gulf youth in general and Qatari youth in particular who are affected by addiction. As well as analyzing previous studies related to evidence of practice with youth affected by addiction, according to the qualitative analysis tool prepared for this purpose. The study tried to come up with a proposed conception of the professional practice of social work with cases of addiction from the perspective of evidence-based practice

This study is one of the types of analytical descriptive studies, which relied on the method of social survey for a sample of social and psychological workers. The concepts of the study were represented in the concept of addiction, the concept of clinical social work. The study reached a set of results that revealed the reality of the practice of social work with cases of addiction and the most important therapeutic models used in this framework and the obstacles facing social workers during their professional work in this field. In light of this, the study concluded a proposed conception of the professional practice of social work with cases of addiction from the perspective of evidence-based practice

Key words: Youth - Addiction - Professional Practice -Clinical social work

أولا: مشكلة الدراسة :

لقد برزت في الآونة الأخيرة 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،٢٠٠٥، ١٩٣)**

حيث يمثل الإدمان مشكلة اجتماعية خطيرة، باتت تهدد أمن المجتمع وسلامته، بل أصبحت خطرا داهما يجتاح المجتمعات الإنسانية جمعاء، 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 ، ٢٠٠٧، ١٥٧)**

وقد انتشرت ظاهرة إدمان المخدرات في كل المجتمعات البشرية على اختلاف أنظمتها السياسية والاجتماعية والاقتصادية 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 ،٢٠٠٠، ١٨٢)**

كما أن دخول الفرد عالم إدمان المخدرات هو انتقال من مرحلة السواء إلى المرض، حيث يزداد استخدام المخدرات وتنوعها لديه، ويزداد قلق الأهل والأصدقاء، 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، ٢٠٠٧، ٢٨٠)**

ولم تكن ظاهرة الإدمان لدي الشباب مجتوثة الجذور ، بل يرجع وجودها 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 ، ٢٠٠٥، ٣٤)**

وتمتد آثار الإدمان لتشمل اسر الشباب المدمن ، حيث أوضحت نتائج دراسة **(دياب، ٢٠٢٠)** ، 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 (٨٤%)، بينما جاءت الضغوط الاقتصادية الواقعة على أسر المدمنين (متوسطة) بقوة نسبية (٧٦,٧%) ، كما احتلت الضغوط الاجتماعية الواقعة على أسر المدمنين الترتيب الثالث بقوة نسبية (٧٣,٦%)، وأخيرا فقد أتت الضغوط الصحية الواقعة على أسر المدمنين (متوسطة) بنسبة (٧٥,٣%).

كما أكدت علي ذلك نتائج دراسة **(محروس، ٢٠٠٦)** أن مشكلة الإدمان ذات طابع انتشاري وبائي ولها خطورتها علي الفرد والمجتمع، كما تشير إلي ظهور عقاقير مخدرة جديدة لها أثارها المدمرة والتي تستخدم بكثرة في الآونة الأخيرة مع خطورة الترويج لهذه العقاقير.

ومع ذكر الإدمان وآثاره ، وبفضل الجهود الأمنية التي تبذلها الادارة العامة لمكافحة المخدرات أظهرت إحصائيات ومؤشرات وزارة الداخلية انخفاض نسبة تعاطي المخدرات في الدولة حيث اهتمت الوزارة بمكافحة ومحاربة المخدرات، ونظرا لتضافر جهود جميع إدارات الوزارة في إعداد خطة واضحة المعالم لمكافحة هذه الآفة والقضاء عليها، واتخاذ كافة الإجراءات الوقائية للحد من انتشار المخدرات داخل المجتمع القطري، حيث بلغت نسبة متعاطي المخدرات ٠,١% من إجمالى السكان بنسبة انخفاض بلغت ٩٥% عن النسبة العالمية للمتعاطين والمحدد بـ ٢.% ، 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. **(تقرير وزارة الداخلية القطرية ٢٠١٣)**

تهدف الاستراتيجية الوطنية لضبط العقاقير في قطر ٢٠١٠-٢٠١٥ إلى تعزيز دور المؤسسات الحكومية المختلفة العاملة لمعالجة تعاطي العقاقير، كما أن إدارة الوقاية من المخدرات معا في وزارة الداخلية تكافح جرائم المخدرات، بما فيها التهريب والترويج، والحيازة، والجرائم عبر الحدود، واللجنة الدائمة لشؤون المخدرات والمسكرات تقترح سياسات لمكافحة وعلاج وإعادة تأهيل متعاطي المخدرات والكحول، وتعمل هذه اللجنة بالتعاون مع منظمات محلية وإقليمية ودولية لإزالة زراعة المخدرات ومصادرة العقاقير المخدرة أو مواد الهلوسة، ومراقبة النشاطات المشروعة المعنية باستيراد العقاقير المسموح بها قانونيا وتعمل قطر بين طلبة المدارس والجامعات على رفع مستوى الوعي بأخطار تعاطي العقاقير ومستقبلا يجب التركيز على الإعلان في مواقع الإنترنت ذات الشعبية أو القنوات الفضائية كوسيلة بديلة لرفع مستوى الوعي بأضرار ومخاطر العقاقير. **(تقرير التنمية البشرية الثالث لدولة قطر ،٢٠١٢، ٩٣)**

ومن هذا المنطلق صدور قرار أميري رقم (١٧) لسنه ٢٠١٥ بإنشاء مركز نوفر لعلاج الإدمان ويهدف المركز إلي ديم أفضل مستوى من الخدمات العلاجية والتأهيلية والوقائية الشاملة والرعاية المجتمعية المتكاملة والبرامج التعليمية والبحوث التطبيقية لمرضى الإدمان، وفقاً للسياسات المعتمدة لدى الوزارة، وفي إطار المنهجية المعتمدة بالمنتجعات الاستشفائية، وله في سبيل تحقيق ذلك ممارسة جميع الصلاحيات والاختصاصات اللازمة.

ومع إدمان الشباب للمخدرات ، تصبح 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)

وإذا كانت المجتمعات تقاس بوجود الشباب فيها كماً ونوعاً فإن المجتمع القطري يمكن أن نطلق عليه مجتمع الشباب حيث إن نسبة الفئة الشبابية ذكوراً وإناثاً هي النسبة الطاغية في المجتمع القطري حيث يمثل الشباب القطري ١٥% من إجمالي المواطنين القطريين حيث طورت الوزارة خلال عام ٢٠١٨م مستوى أدائها بكفاءة وفاعلية عالية من خلال اهتمامها بمجال تنمية العنصر البشري وتطوير البرامج التدريبية وتحسين العائد من التدريب حيث أظهرت المؤشرات بناء قدرات ورفع مهارات (٣٠,٠٠٠) موظف بمقر العمل، والحاق عدد (٢,٠٠٠) موظف من منتسبي الوزارة سنويا بدورات داخلية وخارجية لرفع مستوى مهاراتهم وخبراتهم العملية، فضلا عن العمل على زيادة عدد العنصر النسائي بالوزارة سنويا بنسبة (٥%)، وبينت المؤشرات زيادة نسبة الرضا الوظيفي لدى العنصر النسائي بالوزارة إلى (٩٠%) بالإضافة إلى توفير عدد كبير من الوظائف المكتبية بالوزارة لذوي الاحتياجات الخاص والمجال الخدمي. (**تقرير وزارة الداخلية القطرية ٢٠١٨**)

حيث يتمتع الشباب بالوعي والبصيرة لمتغيرات المجتمع الحديث والرغبة في تحقيق نجاحات ، وان الأمر يتطلب دعمهم وتأهيلهم حتى يصبحوا من خلالها علي قدر المسؤولية ، وفي إطار هذا فقد تناولت نتائج **دراسة (Pamela Sue Hubbard Wily ,2005,211)** بأهمية أن يكون الشباب على وعى بالمجتمع ومشكلاته ، بالإضافة إلى ضرورة توفير الدعم اللازم وتوفير كافة الإمكانيات لتنمية قدراتهم ومهاراتهم .

ونجد أن صندوق الرياضة العالمي هو مبادرة تنموية للأمم المتحدة ترعاها اللجنة الأولمبية القطرية وتساعد الشباب من سن ١١ الى ١٧ ليعيشوا بأمان أكثر و أقوى من خلال الرياضة فيما هي تعلمهم كيفية اللعب بحسب القوانين والانخراط في فرق العمل وإبداء الاحترام لبعضهم بعضا، ويهدف هذا الصندوق إلى استخدام الرياضة للمساعدة على تحسين الصحة البدنية والنفسية وتعزيز المهارات الاجتماعية الإيجابية، وحماية الشباب من إغراءات المخدرات وجنوح الأحداث، وينظم الصندوق مخيمات دورية للشباب، في قطر وأماكن

أخرى، وأحدثها أقيم في الدوحة سنة ٢٠١٠ وأتاحت هذه المخيمات الفرصة للشباب القطري ليختبر الرياضة مع شباب مثلهم من بلدان أخرى في الوطن وفي الخارج. **(تقرير التنمية البشرية الثالث لدولة قطر ،٢٠١٢، ٩٤)**

ومن هنا كان ولا يزال الشباب هو الأساس القوي في بناء المجتمع وتحقيق تقدمه ، بل هو الدرع الأمن في مواجهة أية أخطار تواجه المجتمع والاطلاع على مستجدات المجتمع نظرا للتوسع في ثقافته ومستويات تعلمه . **(جان ، ٢٠١٦: ٢٥١)**

ولقد تكاتفت مجموعة من العوامل التي قادت الشباب لإدمان للمخدرات قد تمثلت هذه العوامل في تأخر سن الزواج ، والبطالة بكافة أنواعها ، إضافة إلى التصدعات الأسرية ومشكلاتها المتعددة ، ووقت الفراغ ، والضغوط المهنية للشباب العامل ، وتجنب الشعور بالوحدة النفسية، وانخفاض تقدير الذات ، وعدم القدرة علي تحمل الضغوط، والاندفاعية، ومواجهة صعوبات الحياة، وانخفاض الثقة بالنفس، وتدني الشعور بالأمن النفسي، والشعور بالقلق من المستقبل، والشعور بالتشاؤم واليأس من الحياة، فضلا عن انخفاض الرقابة الشخصية، والكفاءة الذاتية، وفي المقابل يؤدي الاعتماد علي هذه المواد، إلي كثير من المشكلات الصحية، مثل مشاكل في القلب أيضا أمراض التنفس، وارتفاع ضغط الدم، واضطراب في الوزن، واضطرابات القدرات المعرفية، التي تؤثر بشكل سلبي علي عمل الذاكرة والقدرة علي انتباه والإدراك وبالتالي مشاكل في التعليم. **(غانم ، ٢٠٢٠، ٢٠٥)**

وفي كثير من مشكلات إدمان الشباب ، تقف 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 (٢٠٢٠)** 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 ومحاربة الإدمان وحماية الشباب من براثن الإدمان دورها الفاعل ، فقد عني صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي في التوسع على المستوى الجغرافي في تقديم خدمات العلاج والتأهيل من خلال (٢٢) مركز علاجي في (١٣) محافظة ،مقارنةً ب (١٢) مركز علاجي في (٦) محافظات عام ٢٠١٤ ، ووضع الخط الساخن خطة عمل متكاملة للوصول بخدمات العلاج الإدمان بكافة محافظات الجمهورية بحلول عام ٢٠٢٢ ، وذلك في إطار برنامج الحكومة المعتمد من مجلس النواب. وبما يتوافق مع رؤية الصندوق التي تتمثل في خفض الطلب على تعاطي المواد المخدرة في إطار تشاركي ومتكامل ، ويتسق مع مجهودات خفض العرض، وتتاح من خلاله الخدمات الوقائية والعلاجية ذات الجودة المرتفعة والمعتمدة على الدليل العلمي. **(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان ،٢٠١٩، ٧)**

ومن هنا ظهرت الحاجة الماسة لتكثيف الجهود من أجل دراسة الإدمان وتحليل أبعاده وتأثيراته علي الشباب ، 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، ٢٠٠٥، ٥٦٩)**

وترتبط الخدمة الاجتماعية ارتباطا وثيق برعاية الشباب وتوجه 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، ٢٠٠١، ١٥٤)**

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 ، وتعتبر طرق الخدمة الاجتماعية أكثر استخداماً في مجال رعاية الشباب ، حيث يهتم الأخصائي الاجتماعي بتكوين الجماعات المختلفة بغرض تكوين الشخصية المتكاملة من خلال الاعتماد علي المعارف والمبادئ والمهارات والأساليب الفنية الخاصة بها وتستند علي أساس فلسفي يرتكز علي مجموعة من القيم والحقائق ولها غرض ثلاثي هو نمو الفرد والجماعة والمساهمة في تغييرا المجتمع. **(عبد اللطيف ، ٢٠٠٧، ١٣٣)**

ولقد كان للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع الشباب المتأثر بالإدمان دور في تناول مشكلات واحتياجات الشباب المتأثر بالإدمان ، إضافة إلى اختبار فعالية فنيات وأساليب نماذج علاجية يستهدف من خلالها التخفيف من حدة الضغوط الحياتية للشباب المتأثر بالإدمان ، او تحسين نوعية حياتهم ، في هذا فقد هدفت **دراسة محمود (٢٠١٩)**، إلى التعرف علي مدي فاعلية البرنامج المستخدم لتحسين جودة الحياة لدى

عينة الدراسة من المراهقين المعتمدين. ومن خلال المنهج التجريبي ذو المجموعتين (التجريبية والضابطة) ، مع استخدام القياسات القبلية والبعدية والتتبعية والمقارنة بينهما.علي عينة من الشباب المراهق بلغ عددهم (٢٠) مفردة.تم تقسيمهم إلى (١٠) أفراد للمجموعة التجريبية ، و(١٠) للمجموعة الضابطة ، وباستخدام الدراسة لعدد من الأدوات منها استمارة بيانات أولية، مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (إعداد: محمد احمد إبراهيم سعفان، دعاء محمد خطاب، ٢٠١٦، ومقياس جودة الحياة إعداد:زينب محمود شقير (٢٠٠٩) ، بالإضافة إلى برنامج تحسين جودة الحياة – من إعداد الباحثة .توصلت نتائج الدراسة إلى وجود اثر ذات دلالة إحصائية لفاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد المخدرة .

وتعتبر الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من أكثر أشكال ممارسة الخدمة الاجتماعية انتشار و خاصة مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة ، ويتمثل الهدف الرئيسي من ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في مساعدة الناس في المجتمع على حل مشكلاتهم والارتفاع بمستوى أدائهم إلى أقصى درجة ممكنة في كافة مجالات حياتهم . **(الدامغ،٢٠٠٣، ٣٨)**

ولكن نظرا للطبيعة المعقدة للمشكلات الإنسانية وما تتضمنه من جوانب جسمية و نفسية واجتماعية وسياسية واقتصادية متشابكة ومتداخلة ،ظهرت الحاجة إلى التكامل بين هذه التخصصات والذي يتسم بتبادل الأدوار وتحقيق الأهداف بشكل متزامن . **(عبد المجيد ،٢٠٠٦، ٦)** .

إن تحقيق أهداف الممارسة الإكلينيكية 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،٢٠١٣، ٥٣)**

ومن هنا تنبع أهمية الاستفادة من الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بدرجة اكبر في الوصول إلى طبيعة مشكلات الأفراد والأسر والجماعات التي يتعامل معها الأخصائيون الإكلينيكيون من حيث تحديد العوامل المرتبطة بحدوث هذه المشكلات وكذلك الآثار المترتبة عليها . كما يهتم الباحثون الإكلينيكيون بإجراء البحوث العلمية التي تقيم برامج التدخل المستخدمة مع بعض المشكلات لتحديد مدى فعاليتها ، بالإضافة إلى اختبار فعالية برامج تدخل جديدة يمكن توفيرها للاستخدام من قبل الأخصائيين الاكلينيكين في مجالات الممارسة المتنوعة.**(عبد الرحمن،٢٠١٣، ٧٤)**

وتظهر ادوار الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من خلال الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين لها 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 .

وتواجه الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من خلال الأخصائيون الاجتماعيون ، الأفراد المدمنين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات **(Suds)** في مجموعة متنوعة من الإعدادات .مع التغييرات في سياسة الرعاية الصحية والحركة نحو تكامل الخدمات الصحية والسلوكية ، كما يلعب الأخصائيون الاجتماعيون دورًا متزايدًا في مواجهة مدمني المخدرات ، كمقدمي خدمة مباشرين ، وإداريين ، ومديري رعاية ، وصانعي سياسات ، سيختارون أو يقدمون أو يدافعون عن تقديم ممارسات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات **SUD** القائمة على الأدلة . **(Elizabeth, A. WELLS,2013, 210)**

كما يُظهر الأخصائيين الاجتماعيين ادوار مهنية فاعله في مواجهة الآثار المترتبة على عودة الشباب للإدمان ، حيث تبين ذلك من خلال نتائج دراسة **إبراهيم (٢٠١٩)** 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، 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 (٢٠٢٠)** 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 (٢٠٢٠)** أن أدوار الأخصائي الاجتماعي كممارس عام مع المدمن نفسه كفرد، جاءت مرتفعة بقوة نسبية قدرها (٧٥,٨٠%) ، ودوره مع أسرة المدمن، وذلك بقوة نسبية قدرها (٨١,٨٥%) وهي نسبة مرتفعة،،ودوره مع فريق العمل، وذلك بقوة نسبية قدرها (٨٤,٤٤%) وهي نسبة مرتفعة، ، ودوره مع نسق المجتمع، وذلك بقوة نسبية قدرها (٦٧,٧٧%) وهي نسبة مرتفعة، كما تبين من نفس النتائج أن أهم الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كممارس عام لأدا أدواره المهنية مع

المدمنين المنتكسين تتمثل في 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**Nitara ford, f (2019)** 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 .

كما استنتجت **دراسة عبد السميع (٢٠١٧)** فاعلية تأثير برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من مقاومة المدمن للعلاج.

وأبرزت نتائج دراسة **حافظ(٢٠١٢)**. وجود علاقة ايجابية دالة إحصائية بين تطبيق برنامج التدخل المهني وفقا لنموذج التركيز علي المهام، وتأهيل أسر المدمنين لمرحلة ما بعد العلاج وعلاقته بتقليل معدلات الانتكاسة.

تحليل الدراسات السابقة واستنباط الأدلة المتعلقة باختيار نموذج الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان:

لما كان اتجاه البحث في السعي نحو الوصول إلى أدلة وبراهين الممارسة المهنية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان ،وبتحليل الدراسات السابقة، توضح الباحثة انه بحصر كافة الدراسات والبحوث العلمية التي استعرضتها مشكلة الدراسة وأدبياتها من خلال دراسات وصفية أوصت نتائجها باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في تعديل معارف واتجاهات المدمنين أو المنتكسين أو المتعافين من الإدمان ، مثل دراسة:**شعبان (٢٠١٨) ، احمد (٢٠١٨) ، عبدالله (٢٠١٩)** ، إبراهيم (٢٠١٩) ، دياب (٢٠٢٠) ، محمد (٢٠٢٠) ، وكذلك الدراسات التي تناولت بالتدخل فعالية العلاج المعرفي السلوكي وثبت فعاليتها في تعديل اتجاهات أو معارف أو سلوكيات المتأثرين بالإدمان ، مثل دراسة: **(Neta Peleg-Oren & Meir Teichman, 2014) ، دراسة عبد السميع (٢٠١٧) ،عبد السميع (٢٠١٧)،(محمود ،٢٠١٩) ، فهمي (٢٠١٩)** ، حيث لوحظ استخدام نموذج العلاج المعرفي السلوكي في تعديل معارف واتجاهات وسلوكيات المتأثرين بالإدمان ، ويتبين من خلال هذا العرض للدراسات والبحوث فعالية استخدام أساليب وتكنيكات العلاج القائم على المعرفي السلوكي مع الشباب المتأثر بالإدمان ، بالرغم من وجود نماذج علاجية أخري في إطار التخصص تم استخدامها واثبت فعاليتها ولكنها قليلة الاستخدام مقارنة بالعلاج العرفي السلوكي ، ويرجع الباحثة أدلة وبراهين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج المتأثرين بالإدمان لأسباب متعددة تتمثل في :

- يُمثل المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد أحد المداخل التي أثبتت فاعليتها بخاصة مع الأفراد المتأثرين بالإدمان أو المتعافين منه ، والذين يعانون من مُشكلات معرفية وسلوكية تُسبب قلقاً لهم وللمُحيطين بهم.
- يمثل العلاج المعرفي السلوكي أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية، وأفكاره مستقاة من أحد تخصصات علم النفس وهو علم النفس المعرفي، مما يعطي له قوة في الاستخدام من خلال الاعتماد على التدخل القائم علي تعديل معارف وانفعالات مصدرها الجانب العقلي والذي لا يتوفي في إطار التراث النظري والتطبيقي في إطار التخصص مثل هذا النموذج للقيام من خلال أساليبه بتعديل تلك العمليات العقلية .
- يهدف العلاج المعرفي السلوكي لتعليم المدمنين رصد الآثار السلبية في التفكير ، والأفكار المشوهة ، والعمل على تفسيرها والبدء في تغيير نمط الحياة والمعتقدات المعطلة المرتبطة بهذه الأفكار والت دفعتهم للإدمان ، وتقييم وتتبع السلوك ، واستخدام حديث الذات ، وتعليم العميل مهارات معرفية وسلوكية لمواجهة المواقف العصيبة ، ويستخدم مع الأطفال لتعليمهم مهارات التفكير عن طريق توجيه الذات بالتفكير بصوت عال ، ولعب الأدوار ، التي يتم من خلالها إكساب المدمن سلوكيات إيجابية ،

ويستخدم العلاج المعرفي السلوكي مع العديد من الفئات العمرية المختلفة وتلك النقاط تمثل القوة التي لم تتوفر في نماذج علاجية أخري في إطار التخصص الدقيق .

- يعد العلاج المعرفي السلوكي احد النماذج التي تهتم بالتعامل مع الاضطرابات التي يمكن أن تكون نتاجا للعديد من تأثيرات الإدمان التي تحمل كثير من المواقف والأحداث المؤلمة والمزعجة لإرادة العملاء ، حيث تمارس أساليبه من خلال مستوي مرتفع وتعزيز قدراتهم من خلال تعديل المعارف الخاطئة لديهم للتخفيف من هذه التأثيرات وما يترتب عليها.
- يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاه علاجي لمساعده الأفراد لحل مشكلات معينة باستخدام مفاهيم منتقاة وأساليب وتكنيكات علاجية 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.
- أثبتت التدابير العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي فعالية الممارسة الفعلية لأساليب وتكنيكات العلاج حسب فردية الحالات وفى حالات العلاج الجماعي كجزء من الممارسة الفعلية للعلاج المعرفي السلوكي.

وفي إطار ما تم استعراضه من كتابات ودراسات وبحوث عرضت عوامل ومسببات الإدمان والتأثير الناتج عنه ، كذلك الدراسات والبحوث التي تناولت متغيرات الإدمان والخدمة الاجتماعية والإكلينيكية خاصة سواء كانت بحوث وصفية أو بحوث تدخل مهني ، ومن هذا فان البحث ينطبق من فرضية محاولة التحليل العلمي للتراث النظري للدراسات التي أجريت في إطار الممارسة المهنية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان . وكذلك تحليل الدراسات السابقة المرتبطة بأدلة الممارسة مع الشباب المتأثر بالإدمان وفق أداة التحليل الكيفي المعدة لهذا الغرض . **وتصاغ مشكلة البحث في تساؤل مؤداه:** كيف يتم استنباط نموذج للتدخل المهني الإكلينيكي مع حالات الإدمان؟

ثانيا: أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

1. تهتم هذه الدراسة بمعرفة أدلة الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان ومدي توافر النماذج العلاجية في إطار الخدمة الإكلينيكية ، بما يساهم في تأكيد التراكمية العلمية وإثراء الجانب المعرفي في الخدمة الاجتماعية في مواجهة مخاطر التعاطي أو الإدمان.

2. تتناول هذه الدراسة بحث التراث النظري المتعلق بأدلة الممارسة المهنية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان. حيث تسلط الضوء علي تتناول بالبحث فئة لها أهمية خاصة في الإنتاج والتطور والمستقبل وهي فئة الشباب القطري الذي يجب إعداده لمواجهة الثورة العلمية المعرفية.
3. قد تساعد الدراسة الحالية التوصل لنماذج علاجية أكثر فعالية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان تنطوي تحت مظلة التخصص الدقيق يتم في إطارها تقديم المساعدة المهنية للتخفيف من الآثار السلبية لهذه الظاهرة والتوجيه نحو استغلال قدرات الشباب في البناء والتنمية.

ب- الأهمية التطبيقية:

يمكن تحديد الأهمية التطبيقية في هذه النقاط:

1- الاستفادة من التعرف على أدلة تطبيقية للممارسة المهنية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان ، في محاولة لاستفادة المؤسسات القائمة على رعاية المدمنين من الشباب من البرامج التدخلية ونتائج الدراسات السابقة في هذا المجال .
2- أمكانية التوصل إلى نماذج علاجية تدخليه تكمن فائدتها في تطبيق ممارسات علاجية بالأدلة في مؤسسات ومراكز التأهيل وعلاج الإدمان القائمة على الأبعاد النفسية والاجتماعية التي لها علاقة مباشرة بالمهارات الاجتماعية.
3- الاستفادة من نتائج الدراسة القائمة والاستفادة منها في تدعيم الجانب الوقائي وعدم اقتصاره على الجانب العلاجي فقط.
4- كما قد توجه نتائج الدراسة أنظار مسئولي رعاية وتأهيل المدمنين والمتعافين إلى ضرورة إعداد برامج وندوات وقائية لتأكيد دور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان في مراحل التعليم المختلفة

ثالثا: أهداف الدراسة

الهدف الرئيسي للدراسة : يتمثل في " التوصل لتصور مقترح للتدخل المهني الإكلينيكي مع حالات الإدمان من منظور الممارسة المبنية على الأدلة " ، ولتحقيق هذا الهدف يتم من خلال هدفان فرعيان وهما :

1- تحليل التراث النظري للدراسات التي أجريت في إطار الممارسة المهنية مع الشباب الخليجة عامةو القطري بوجه خاص المتأثر بالإدمان .
2- التعرف على واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان
3- تحديد أهم النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان

4- الوقوف على المعوقات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين عند التعامل مع حالات الإدمان

رابعا: تساؤلات الدراسة:

التساؤل الرئيسي للدراسة : يتمثل في " ما محددات التصور المقترح للتدخل المهني الإكلينيكي مع حالات الإدمان في إطار الممارسة المبنية على الأدلة " ، وللإجابة على هذا التساؤل يتم من خلال هدفان فرعيان وهما

1- ما نتائج التحليل الكمي للبحوث والدراسات التي أجريت في إطار الممارسة المهنية مع الشباب الخليجي عامة والقطري بوجه خاص المتأثر بالإدمان؟

2- ما واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان ؟

3- ما أهم النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان ؟

4- ما المعوقات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين عند التعامل مع حالات ؟

خامسا: مفاهيم الدراسة

1- مفهوم الإدمان :

حيث تشير الصورة الإكلينيكية لمرض إدمان المخدرات إلي وجود حالة من التعلق أو التعود والاعتماد ، الشديد لدى تناول مادة معينة لإحداث تغيرات نفسية من خلال التأثيرات الكيميائية على الجهاز العصبي، 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 والنفسية معاً أيضا. **(علي،٢٠٠٣، ٢١)**

كما يحدد الإدمان على انه هو عبارة عن حالة تم الوصول إليها بعد استعمال المواد المخدرة بصفة دائمة، وأصبح الجسد معتمد عليها اعتماد نفسي وجسدي وذاتي أيضًا. وكما انه لم يكتفي بهذا القدر فقد، بل بين كل حين وأخر يتم تزويد الجرعة ، لكي يحصل على الأثر نفسه مرة أخرى وبصفة مستمرة . وبعد ذلك يكون المتعاطي تناول جرعات زيادة في زمن صغير، وتتضاعف جرعاته في وقت أيضًا قصير وقد يحدث أنها تسبب ضرر شديد يصل إلي الجسد والعقل. ويفقد المدمن علي أثرها قدراته ومهاراته وواجباته اليومية على فعل الأشياء المعتادة له في ظل تأثير المخدرات، وكما أنه إذا تم وقف هذه المخدرات مرة واحدة تسمى بالصدمة للجسد، فهذه تصل جسم المدمن إلى الخطورة في النفسية والخطورة الجسدية أيضًا. **(احمد، ٢٠٠٦، ٢٥)**

ويحدد **صندوق مكافحة وعلاج الإدمان (٢٠١٩، ٣)** الإدمان على انه حالة تنشأ من التعاطي المستمر لعقار معين ، حالة تنشأ من تفاعل الجسم مع العقار ، ونتيجة لذلك تظهر أعراض نفسية أو 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 ، ٢٠١٩، ٣)

كما يعرف المدمن بأنه ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير و تعود عليه، أو على مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة و التي لا يستطيع الامتناع عنها وعن تعاطيها بل و يبحث عنها، و في حالة وجودها يعجز عن ممارسة حياته وعمله العاديين و يعيش في حالة نفسية سيئة و مضطربة .وهناك من يعرف المدمن بأنه مستخدم أو مستهلك المادة المخدرة، سواء كان في صورة تعاطي أو في صورة إدمان، وسواء كانت تلك المادة المخدرة طبيعية أو اصطناعية أو تخليقيه. بما يضر بصحته ويفقد القدرة على ضبط النفس.**(المجلس القومي لمكافحة الإدمان، ٢٠٠٩، ٤٢)**

ومما سبق يحدد الشباب القطري المتأثر بالإدمان في هذا البحث إجرائيا على انه :

- هو ذلك الشخص المتأثر بالأعراض الجسمية والنفسية والاجتماعية نتيجة لاضطرابات الإدمان.
- والذي يتناول احد المواد المخدرة المنصوص علي منعها طبيا وتجريمها قانونيا.
- والذي يتراوح عمره الزمني من (١٨: ٣٥عام) وقت إدمانه للمواد المخدرة.
- هو احد نزلاء ومتابعي العلاج بأحد المؤسسات والمراكز العلاجية .

2- مفهوم الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية :

تعرف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بأنها : التطبيق المخطط لأساليب و نظريات الخدمة الاجتماعية التي تستهدف تحسين الأداء الاجتماعي للإفراد و الأسر والجماعات الصغيرة والمحافظة عليه ، وذلك من خلال علاج سوء الأداء الاجتماعي والنفسي وجوانب العجز والإعاقة التي تتضمن الاضطرابات النفسية والعقلية ، ويقوم الأساس العلمي للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على أساس المعارف والنظريات المرتبطة بالنمو النفسي الاجتماعي والاجتماعي ، ونظريات السلوك ، والنظريات المهتمة بالأنساق الاجتماعية والبيئية والتنوعات الثقافية مع كل أشكال ممارسة الخدمة الاجتماعية في تحقيق الهدف الذي قامت من اجله المهنة وهو تعزيز التوظيف النفسي والاجتماعي أو المحافظة عليه لكل من الإفراد والأسر والجماعات الصغيرة " . **(عبد المجيد، ٢٠٠٨، ١٨)**

وتعرف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على أنها "التطبيق المهني الاحترافي لنظريات الخدمة الاجتماعية ومناهجها في الوقاية من وعلاج جوانب القصور النفسية والاجتماعية والإعاقات والخلل الذي ينتاب الأفراد، بما في ذلك الأمراض العقلية والانفعالية. **(عبد الحميد، ٢٠١٤، ٥٣)**

فالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية هي الممارسة المهنية التي يعتمد الأخصائي الاجتماعي فيها على النموذج الطبي في الممارسة the medical model الذي يحوي الدراسة والتشخيص والعلاج، أو ما تم التعارف عليه في الكتابات العربية بعمليات خدمة الفرد. ومصطلح الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية هو مصطلح جديد – نسبياً– حيث لم يتم اعتماده إلا في منتصف الثمانينيات الميلادية من قبل الجمعية الوطنية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين**(Dorfman, R,1996, 106)**.

وتعرف الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على أنها "التطبيق المهني الاحترافي لنظريات الخدمة الاجتماعية ومناهجها في الوقاية من وعلاج جوانب القصور النفسية والاجتماعية والإعاقات والخلل الذي ينتاب الأفراد، بما في ذلك الأمراض العقلية والانفعالية .وتشمل التدخلات المهنية الموجهة للتفاعلات الفردية والتغيرات النفسية سوء التوافق مع الذات". ويعد منظور الشخص في الموقف person-in the-environment أساسياً في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية. **(شحاته، ٢٠١٧، ٧٤)**

سادساً: الإجراءات المنهجية للدراسة

(١): نوع الدراسة والمنهج المستخدم:

تعد هذه الدراسة من بين أنواع الدراسات الوصفية التحليلية والتي اعتمدت على منهج المسح الاجتماعية بالعينة للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ممن لديهم خبرة في التعامل مع حالات الإدمان

(٢) أدوات الدراسة: –

تحددت أدوات الدراسة فيما يلي: –

١– أداة استبيان أدلة الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان مطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمؤسسات علاج الإدمان إعداد / الباحثة

٢– صدق وثبات أدوات الدراسة: ويمكن عرض صدق وثبات أدوات الدراسة على النحو التالي:

أ– صدق الأدوات:

- **الصدق الظاهري للأداة:**

تم عرض الأداة على عدد (١٠) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، لإبداء الرأي في صلاحية الأدوات من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بمتغيرات الدراسة من

ناحية أخرى، وقد تم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (٨٦%)، وقد تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض، وبناء على ذلك تم صياغة الاستمارات في صورتها النهائية.

- **صدق المحتوي " الصدق المنطقي ":**

وللتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بما يلي:

- الإطلاع علي الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة.
- تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بمشكلة الدراسة.

ب- ثبات الأدوات :

تم حساب ثبات الأدوات باستخدام معامل ثبات (ألفا .كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية للإستمارة ، وذلك بتطبيقها على عينة قوامها (١٠) مفردات من الأخصائيين الاجتماعيين وذلك بنظام إعادة الإختبار . **وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:**

جدول رقم (١) يوضح نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا .كرونباخ) للاستمارة (ن=١٠)

م	المتغيرات	معامل (ألفا . كرونباخ)
١	**ثبات استمارة الأخصائيين الاجتماعيين**	٠,٩٤

يوضح الجدول رقم (١) وجود درجة عالية من الثبات فى جميع أبعاد الإستمارة بحيث يمكن للباحثة الاعتماد على النتائج التي تتوصل إليها الأدوات .مما يشير إلى أن الإستمارة تتمتع بدرجة مناسبة من الثبات، وللوصول لنتائج أكثر مصداقية تم استخدام معادلة سبيرمان – براون **Spearman – Brown** للتجزئة النصفية **Split half –** ، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية ودرجات العبارات الزوجية لعينة قوامها (١٠) من الأخصائيين الاجتماعيين ، **وجاءت نتائج الاختبار كالتالي :**

جدول رقم (٢) يوضح نتائج الثبات باستخدام معادلة سبيرمان براون للتجزئة النصفية (ن=١٠)

م	المتغيرات	معادلة سبيرمان براون
١	ثبات استمارة الأخصائيين الاجتماعيين	٠,٩٠

يوضح الجدول رقم (٢) وجود درجة عالية من الثبات فى جميع أبعاد الاستمارات بحيث يمكن للباحث الاعتماد على النتائج التي تتوصل إليها الأدوات. مما يشير إلى أن الاستمارات تتمتع بدرجة مناسبة من الثبات.

(٣) : أساليب التحليل الإحصائي:

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS .V. 17.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية :

١. التكرارات والنسب المئوية.

٢. المتوسط الحسابي

وتم حسابه للمقياس الثلاثي عن طريق :

المتوسط الحسابي = ك (نعم) x ٣ + ك (إلى حد ما) x ٢ + ك (لا) x ١ ن

- كيفية الحكم على مستوى أدلة الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية:

يمكن الحكم على مستوى الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية باستخدام المتوسط الحسابي حيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: نعم (ثلاثة درجات)، إلي حد ما (درجتين)، لا(درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا) ، تم حساب المدى = أكبر قيمة – أقل قيمة (٣ – ١ = ٢)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (٢ / ٣ = ٠,٦٧) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، **وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:**

جدول رقم (٣) يوضح مستويات أدلة الممارسة مع الشباب القطري المتأثر بالإدمان من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١ – ١,٦٧	**مستوى منخفض**
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٦٧.١ – ٢,٣٥	**مستوى متوسط**
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٣٥.٢ : ٣	**مستوى مرتفع**

٣. **الانحراف المعياري:** ويفيد في معرفة مدى تشتت أو عدم تشتت استجابات المبحوثين، كما يساعد في ترتيب العبارات مع المتوسط الحسابي، حيث أنه في حالة تساوى العبارات في المتوسط الحسابي فإن العبارة التي انحرافها المعياري أقل تأخذ الترتيب الأعلى.

٤. **معامل ثبات (ألفا . كرونباخ):** لقيم الثبات التقديرية لأدوات الدراسة.

٥. **معامل سبيرمان .**

(٤) مجالات الدراسة

أ- **المجال البشري:** طبقت الدراسة الحالية على عينة قوامها ٣٢ أخصائي اجتماعي ونفسى ممن ابدوا موافقتهم على استيفاء جميع البيانات الخاصة بأداة الدراسة وممن لديهم خبرات سابقة في التعامل مع حالات الإدمان

ب-**المجال المكاني:** تم تطبيق الدراسة في المستشفيات التابعة لمؤسسة حمد الطبية

ج- **المجال الزمني:** استغرقت هذه الدراسة بشقيها النظري والميداني ما يقرب من سبعة أشهر وقد تم **جمع البيانات في الفترة من ١٥ يناير إلى٢٠ فبراير ٢٠٢١**

سابعاً: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها:

(١) البيانات الأولية:

أ- البيانات الخاصة بالأخصائيين:

جدول رقم (٤)"يوضح النوع والسن والمؤهل الدراسي ومدة العمل للأخصائيين" ن= ٣٢

م	النوع	ك	النسبة المئوية
١	ذكر	١٨	%٥٦,٣
٢	أنثي	١٤	%٤٣,٧
	إجمـــــــالي	**٣٢**	**%١٠٠**
م	**السن**	**ك**	**النسبة المئوية**
١	أقل من ٢٥ سنه	٢	%٦,٣
٢	من ٢٥ – اقل من ٣٠ سنه	٦	%١٨,٨
٣	من ٣٠– اقل من ٣٥ سنه	٩	%٢٨,١
٤	٣٥ سنه فأكثر	١٥	%٤٦,٩
	إجمـــــــالي.	**٣٢**	**%١٠٠**
م	**المؤهل الدراسي**	**ك**	**النسبة المئوية**
١	دبلوم الخدمة الاجتماعية	٥	%١٥,٦
٢	بكالوريوس الخدمة الاجتماعية	٢٠	%٦٢,٥
٣	ليسانس آداب– قسم اجتماع	٥	%١٥,٦
٤	دراسات عليا	٢	%٦,٣
	إجمـــــــالي.	**٣٢**	**%١٠٠**
م	**سنوات الخبرة**	**ك**	**النسبة المئوية**
١	أقل من ٥سنوات	–	
٢	من ٥سنوات لأقل من ١٠ سنوات	٥	%١٥,٦
٣	من ١٠ سنوات لأقل من ١٥ سنوات	١٠	%٣١,٣
٥	١٥ سنة فأكثر	١٧	%٥٣,١
	إجمـــــــالي .	**٣٢**	**%١٠٠**
الدرجة الوظيفية		**ك**	**النسبة**
١	أخصائي اجتماعي	١٤	%٤٣,٧
٢	أخصائي نفسي	١٨	%٥٦,٣
	إجمالي	**٣٢**	**%١٠٠**

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

- أكبر نسبة من الأخصائيين ذكور بنسبة (٥٦,٣%)، بينما نسبة (٤٣,٧%) منهم إناث، وذلك يؤكد أن معظم الأخصائيين الاجتماعيين ذكور.
- أن اكثر نسبة من الأخصائيين تتراوح أعمارهم (من ٣٥ سنه فأكثر) وجاءت فى المرتبة الأولى بنسبة (٤٦,٩%)، يليها (من ٣٠ لأقل من ٣٥ سنه) سنة وجاءت فى المرتبة الثانية بنسبة (٢٨,١%)، يليها (من ٢٥ سنة لأقل من ٣٠ سنه) وجاءت فى المرتبة الثالثة بنسبة (١٨,٨%)، وجاءت فى المرتبة الرابعة والأخيرة (أقل من ٢٥ سنة) بنسبة (٦,٣%) .
- أن أكثر نسبة من الأخصائيين حاصلين علي بكالوريوس خدمة اجتماعية وجاءت فى المرتبة الأولى بنسبة (٦٢,٥%)، يليها دبلومة مهنية في الخدمة الاجتماعية و ليسانس آداب قسم اجتماع وجاءت فى المرتبة الثانية بنسبة (١٥,٦%)، كان أقلهم الحاصلين على دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية وجاءت فى المرتبة الثالثة والأخيرة بنسبة (٦,٣%).
- أن غالبية الأخصائيين لديهم خبرة بالعمل حيث تتراوح سنوات الخبرة (١٥ سنه فاكثر) بنسبة (٥٣,١%) فى المرتبة الأولى ، يليها الفترة (من ١٠ سنوات لأقل من ١٥ سنوات) بنسبة (٣١,٣%) فى المرتبة الثانية، بينما جاءت الفترة (من ٥سنوات لأقل من ١٠ سنوات) بنسبة (١٥,٦%) فى المرتبة الثالثة والأخيرة.
- أكبر نسبة من الأخصائيين العاملين بالمستشفيات أخصائيين نفسيين بنسبة (٥٦,٣%)، بينما نسبة (٤٣,٧%) منهم أخصائيين اجتماعيين.

جدول رقم (٥)"يوضح حصول الأخصائي علي دورات تدريبية في مجال الإدمان" ن= ٣٢

م	الاستجابة	ك	النسبة المئوية
١	نعم	٣٢	١٠٠
٢	لا		
	إجمـــــــالي	٣٢	%١٠٠

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

- أن جميع الأخصائيين حاصلين علي دورات تدريبية في مجال الإدمان وذلك بنسبة (١٠٠%) .

جدول رقم (٦)"يوضح عدد الدورات التي حصل عليها الأخصائي في مجال الإدمان" ن= ٣٢

م	العدد	ك	النسبة المئوية
١	دورة واحدة	٥	١٥,٦
٢	دورتان	٩	٢٨,١
٣	ثلاث دورات	١٥	٤٦,٨
٤	أكثر من ذلك	٣	٩,٥
	إجمـــــــالي	٣٢	%١٠٠

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

- أن اكثر نسبة من الأخصائيين حاصلين علي ثلاث دورات في مجال الإدمان وجاءت فى المرتبة الأولى بنسبة (٤٦,٨%)، يليها الحاصلين علي دورتان وجاءت فى المرتبة الثانية بنسبة (٢٨,١%)، يليها الحاصلين علي دورة واحدة وجاءت فى المرتبة الثالثة بنسبة (١٥,٦%)، وجاءت فى المرتبة الرابعة والأخيرة الحاصلين علي أكثر من ذلك بنسبة (٩,٥%) .

جدول رقم (٧)"يوضح توقيت حصول الأخصائي علي دورات تدريبية في مجال الإدمان" ن= ٣٢

م	الاستجابة	ك	النسبة المئوية
١	قبل العمل	١٠	٣١,٢
٢	أثناء العمل	٢٢	٦٨,٨
	إجمـــــــالي	٣٢	%١٠٠

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

- أن الأخصائيين أكثرهم حصل علي دورات تدريبية في مجال الإدمان أثناء عملهم وذلك بنسبة (٦٨,٨%) ، بينما نسبة (٣١,٢%) حاصلين علي تلك الدورات قبل العمل .

جدول رقم (٨)"يوضح استفادة الأخصائي من الدورات التدريبية في مجال الإدمان" ن= ٣٢

م	الاستجابة	ك	النسبة المئوية
١	نعم	١٨	٥٦,٣
٢	إلي حد ما	١١	٤٣,٧
٣	لا		
	إجمـــــــالي	٣٢	%١٠٠

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

- أن اكثر نسبة من الأخصائيين قد استفادوا من الدورات التدريبية التي حصلوا عليها في مجال الإدمان وجاءت فى المرتبة الأولى بنسبة (٥٦,٣%)، يليها الذين كانت استفادتهم إلي حد ما وجاءت فى المرتبة الثانية بنسبة (٤٣,٧%).

جدول رقم (٩)"يوضح أوجه استفادة الأخصائي من الدورات التدريبية في مجال الإدمان" ن=٣٢

م	أوجه الاستفادة	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		أحيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	اكتساب معارف جديدة في مجال علاج الإدمان.	٢٧	٨٤,٤	٣	٩,٤	٢	٦,٣	89	2.78	.553	٣
٢	اكتساب مهارات جديدة للعمل مع الشباب المتأثر بالإدمان	١٥	٤٦,٩	١٠	٣١,٣	٧	٢١,٩	72	2.25	.803	٥
٣	إعداد وتنفيذ برامج تدخل مهني مع الشباب المتأثر بالإدمان	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١
٤	اكتساب خبرات جديدة وممارسات مهنية مفيدة تؤهلني للعمل مع الشباب المتأثر بالإدمان.	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	٤
٥	التعاون الفريقى للعمل مع الشباب المتأثر بالإدمان.	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١ م
	الإجمالى								٢,٧١	٠,٥٠٦	مستوى مرتفع

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوى أوجه استفادة الأخصائي من الدورات التدريبية في مجال الإدمان (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى = ٢,٧١وإنحراف معياري (٠,٥٠٦).

ومن أهم ذلك مايلي : إعداد وتنفيذ برامج تدخل مهني مع الشباب المتأثر بالإدمان ، التعاون الفريقى للعمل مع الشباب المتأثر بالإدمان وجاءت فى المرتبة الأولي والأول مكرر بمتوسط حسابي (٢,٩١) ، اكتساب معارف جديدة في مجال علاج الإدمان وجاءت فى المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢,٧٨) ، اكتساب خبرات جديدة وممارسات مهنية مفيدة تؤهلني للعمل مع الشباب المتأثر بالإدمان وجاءت فى المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (2.72)، اكتساب مهارات جديدة للعمل مع الشباب المتأثر بالإدمان جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (2.25)

(٢) واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان :

جدول رقم (١٠)"يوضح واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين"

ن=٣٢

م	واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		احيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	تطبق أساليب علاجية تلائم طبيعة كل حالة من حالات الشباب المتأثر بالإدمان .	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	٧
٢	يتم تعديل معارف وانفعالات الشباب المتأثر بالإدمان	٢٥	٧٨,١	٤	١٢,٥	٣	٩,٤	86	2.69	.644	٩
٣	تنفذ خطوات التدخل المهني مع الشباب المتأثر بالإدمان.	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	٧ م
٤	تذلل الصعوبات التي تعوق استفادة الشباب المدمن من البرامج العلاجية.	٢٦	٨١,٣	٥	١٥,٦	١	٣,١	89	2.78	.491	٥
٥	أقوم بإعداد برامج توعية للشباب المتأثر بالإدمان	٢٧	٨٤,٤	٣	٩,٤	٢	٦,٣	89	2.78	.553	٥ م
٦	يشمل التدخل المهني الإكلينيكي مع الشباب المتأثر بالإدمان الجانبين الوقائي والعلاجي	٢٨	٨٧,٥	٢	٦,٣	٢	٦,٣	90	2.81	.535	٤
٧	انظر للشباب المتأثر بالإدمان على انه يعاني اضطرابات نفسية	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	٢

	واجتماعيـــة ومعرفيـــة وسلوكية وجسمية اوجب التعامل معها.										
٨	أوظـف قـدرات الشـباب المتأثر بالإدمان للاستفادة منهـا خـلال تنفيـذ خطـة العلاج .	٢٣	٧١,٩	٧	٢١,٩	٢	٦,٣	85	2.66	.602	١٠
٩	اتبع خطة عمل تستهدف دمـج المتعـافيين مـن الإدمـان مـرة أخـري فـي أسرهم ومجتمعهم .	٣٠	٩٣,٨	٢	٦,٣	–	–	94	2.94	.246	١
١٠	تـذلل الصـعوبات التـي تواجـه جلسـات التـدخل المهني مع الشباب المتأثر بالإدمان.	٢٧	٨٤,٤	٥	١٥,٦	–	–	91	2.84	.369	٣
	الإجمالى								٢,٧٨	٠,٤٨٩	**مستوى مرتفع**

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوى واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى = ٢,٧٨وإنحراف معياري (٠,٤٨٩).

ومن أهم ذلك مايلي : اتبع خطة عمل تستهدف دمج المتعافيين من الإدمان مرة أخري في أسرهم ومجتمعهم وجاءت فى المرتبة الأولي بمتوسط حسابي (٢,٩٤) ، انظر للشباب المتأثر بالإدمان على انه يعاني اضطرابات نفسية واجتماعية ومعرفية وسلوكية وجسمية اوجب التعامل معها وجاءت فى المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢,٩١) ، تذلل الصعوبات التي تواجه جلسات التدخل المهني مع الشباب المتأثر بالإدمان وجاءت فى المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢,٨٤) ، يشمل التدخل المهني الإكلينيكي مع الشباب المتأثر بالإدمان الجانبين الوقائي والعلاجي جاءت فى المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (٢,٨١) ، تذلل الصعوبات التي تعوق استفادة الشباب المدمن من البرامج العلاجية ، أقوم بإعداد برامج توعية للشباب المتأثر بالإدمان وجاءت فى المرتبة الخامسة والخامس مكرر بمتوسط حسابي (٢,٧٨) ، تطبق أساليب علاجية تلائم طبيعة كل حالة من حالات الشباب المتأثر بالإدمان، تنفذ خطوات التدخل المهني مع الشباب المتأثر بالإدمان جاءت فى المرتبة السابعة

ومكرر بمتوسط حسابي (٢,٧٢) ، يتم تعديل معارف وانفعالات الشباب المتأثر بالإدمان جاءت فى المرتبة التاسعة بمتوسط حسابي (٢,٦٩) ، أوظف قدرات الشباب المتأثر بالإدمان للاستفادة منها خلال تنفيذ خطة العلاج وجاءت فى المرتبة العاشرة والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٦).

(٣): النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان:

جدول رقم (١١)"يوضح النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين" ن=٣٢

م	النماذج العلاجية	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		احيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	العلاج الوجودي	٢٦	٨١,٣	٤	١٢,٥	٢	٦,٣	88	2.75	.568	٧
٢	نموذج التركيز على المهام	٢٣	٧١,٩	٧	٢١,٩	٢	٦,٣	85	2.66	.602	٩
٣	العلاج المتمركز حول العميل	٢٢	٦٨,٨	٥	١٥,٦	٥	١٥,٦	81	2.53	.761	١٠
٤	العلاج المعرفي السلوكي	٣٠	٩٣,٨	٢	٦,٣	–	–	94	2.94	.246	١
٥	العلاج الأسري	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	٨
٦	العلاج الواقعي	٢٧	٨٤,٤	٣	٩,٤	٢	٦,٣	89	2.78	.553	٥
٧	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	٢٦	٨١,٣	٦	١٨,٨	–	–	90	2.81	.397	٤
٨	الممارسة المبنية على الأدلة	٢٥	٧٨,١	٧	٢١,٩	–	–	89	2.78	.420	٥ م
٩	نموذج حل المشكلة	٣٠	٩٣,٨	٢	٦,٣	–	–	92	2.88	.492	٢
١٠	نموذج الأزمة	٢٧	٨٤,٤	٥	١٥,٦	–	–	91	2.84	.369	٣
	الإجمالى								٢,٧٧	٠,٤٩٩	مستوى مرتفع

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوي النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٧٧وإنحراف معياري (٠,٤٩٩) .

ومن أهم ذلك مايلي : العلاج المعرفي السلوكي وجاءت فى المرتبة الأولي بمتوسط حسابي (٢,٩٤) ، نموذج حل المشكلة وجاءت فى المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢,٨٨) ، نموذج الأزمة وجاءت فى المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢,٨٤) ، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي جاءت فى المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (٢,٨١) ، العلاج الواقعي ، الممارسة المبنية على الأدلة وجاءت فى المرتبة الخامسة والخامس مكرر بمتوسط حسابي (٢,٧٨) ، العلاج الوجودي جاءت فى المرتبة السابعة بمتوسط حسابي (٢,٧٥) ، العلاج الأسري جاءت فى المرتبة الثامنة بمتوسط حسابي (٢,٧٢) ، نموذج التركيز على المهام جاءت فى المرتبة التاسعة بمتوسط حسابي (٢,٦٦) ، العلاج المتمركز حول العميل وجاءت فى المرتبة العاشرة والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٣).

(٤) الأساليب العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان.

جدول رقم (١٢)"يوضح الأساليب العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين " ن=٣٢

م	الأساليب العلاجية	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		أحيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	التعاقد والتعليم وإكساب المعلومات(ع، و)	٢٨	٨٧,٥	٤	١٢,٥	–	–	92	2.88	.336	٧
٢	تبني أفكار ومعارف جديدة(ع،م)	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١
٣	التدريب على ملاحظة الانفعالات والسلوك(ع،م)	٢٣	٧١,٩	٧	٢١,٩	٢	٦,٣	85	2.66	.602	١٨
٤	الأساليب التدعيمية والتأثيرية (ع،س)	٢٦	٨١,٣	٤	١٢,٥	٢	٦,٣	88	2.75	.568	١٢
٥	التفكير الذاتي (ع،و)	٢٧	٨٤,٤	٣	٩,٤	٢	٦,٣	89	2.78	.553	١٠
٦	تعديل الأفكار الخاطئة وحديث الذات(ع، ع)	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١ م
٧	التعرف على المعارف والأفكار الخاطئة (ع،م)	٢٧	٨٤,٤	٣	٩,٤	٢	٦,٣	89	2.78	.553	١٠ م
٨	تفسير عملية الاتصال والتفاعل داخل الأسرة (ع،س)	٢٨	٨٧,٥	٢	٦,٣	٢	٦,٣	90	2.81	.535	٨
٩	العلاج بالكتب والإفراغ الذاتي(ع، و)	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	١٣
١٠	الضبط الانفعالي واستبعاد الأفكار السلبية(ع،ع).	٢٦	٨١,٣	٦	١٨,٨	–	–	90	2.81	.397	٨م
١١	التلخيص والمراجعة (ع، و)	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	١٣م

١٢	العلاقة المهنية (ع،ك)	٢٣	٧١,٩	٧	٢١,٩	٢	٦,٣	85	2.66	.602	١٨ م
١٣	اساليب لعب الدور النمذجة والتخيل (ع،م)	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١ م
١٤	استفزاز وكبح القلق والتأكيد وإزالة الضغوط (ع،ز)	١٥	٤٦,٩	٧	٢١,٩	١٠	٣١,٣	69	2.16	.884	٢٢
١٥	الاستكشاف والبناء والتوجيه والفهم الواضح(ع،هـ)	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	١٣ م
١٦	وضع الحدود للأنساق الأسرية (ع،س)	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١ م
١٧	التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي (ع،م)	١٩	٥٩,٤	٣	٩,٤	١٠	٣١,٣	73	2.28	.924	٢٠
١٨	تحديد قواعد الأسرة (ع،س)	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١ م
١٩	تقبل الذات والاتزان الانفعالي(ع،ع)	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	١٣ م
٢٠	إعطاء التكليفات والواجبات المنزلية(ع،م)	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	١٣ م
٢١	إعادة توزيع الأدوار بالأسرة (ع،س)	١٥	٤٦,٩	١٠	٣١,٣	٧	٢١,٩	72	2.25	.803	٢١
٢٢	المواجهة (ع،و)	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	١ م
	الإجمالى								٢,٧٢	٠,٥١٩	مستوى مرتفع

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوي الأساليب العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٧٢وإنحراف معياري (٠,٥١٩).

ومن أهم ذلك مايلي : تبني أفكار ومعارف جديدة(ع،م)، تعديل الأفكار الخاطئة وحديث الذات(ع، ع)، اساليب لعب الدور النمذجة والتخيل (ع،م)، وضع الحدود للأنساق الأسرية (ع،س)، تحديد قواعد الأسرة (ع،س)، المواجهة (ع،و)وجاءت فى المرتبة الأولي ومكرر بمتوسط حسابي (٢,٩١) ، التعاقد والتعليم وإكساب المعلومات(ع، و)وجاءت فى المرتبة السابع بمتوسط حسابي (٢,٨٨) ، تفسير عملية الاتصال والتفاعل داخل الأسرة (ع،س) وجاءت فى المرتبة الثامن بمتوسط حسابي (٢,٨١) ، العلاج بالكتب والإفراغ الذاتي(ع، و) ، التلخيص والمراجعة (ع، و)، الاستكشاف والبناء والتوجيه والفهم الواضح(ع،هـ)، تقبل الذات والاتزان الانفعالي(ع،ع)، إعطاء التكليفات والواجبات المنزلية(ع،م)جاءت فى المرتبة الثالث عشر ومكرر بمتوسط حسابي (٢,٧٢)، التدريب على ملاحظة الانفعالات والسلوك(ع،م)، العلاقة المهنية (ع،ك) جاءت فى المرتبة الثامن عشر ومكرر بمتوسط حسابي (٢,٦٦)، التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي (ع،م) جاءت فى المرتبة

العشرون بمتوسط حسابي (٢,٢٨)، إعادة توزيع الأدوار بالأسرة (ع،س) جاءت فى المرتبة الواحد والعشرون بمتوسط حسابي (٢,٢٥)، استفزاز وكبح القلق والتأكيد وإزالة الضغوط (ع،ز) جاءت فى المرتبة الاثنين وعشرون والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,١٦).

(٥) المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان :

جدول رقم (١٣)"يوضح المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين " ن=٣٢

م	معوقات راجعة للأخصائيين	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		أحيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	عدم إعداد الأخصائيين للاستخدام الأساليب العلاجية مع الشباب المتأثر بالإدمان	١٥	٤٦,٩	٧	٢١,٩	١٠	٣١,٣	69	2.16	.884	٥
٢	عدم القدرة لتوظيف نماذج التدخل المني مع حالات الشباب المتأثر بالإدمان	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	١
٣	نقص المعرفة بالنماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع مشكلات الشباب المتأثر بالإدمان	٢٥	٧٨,١	٤	١٢,٥	٣	٩,٤	86	2.69	.644	٢
٤	عدم وجود الوقت الكافي للاطلاع على كل جديد في مجال الممارسة الإكلينيكية	٢٣	٧١,٩	٥	١٥,٦	٤	١٢,٥	83	2.59	.712	٣
٥	إصابة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الشباب المتأثر بالإدمان بالإعياء المهني	٢٣	٧١,٩	٥	١٥,٦	٤	١٢,٥	83	2.59	.712	٣ م
	الإجمالى								**٢,٥٥**	**٠,٧٠٦**	**مستوى مرتفع**

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات راجعة للأخصائيين) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٥٥وإنحراف معياري (٠,٧٠٦) .

ومن أهم تلك المعوقات مايلي : عدم القدرة لتوظيف نماذج التدخل المني مع حالات الشباب المتأثر بالإدمان وجاءت فى المرتبة الأولي بمتوسط حسابي (٢,٧٢) ، نقص المعرفة بالنماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع مشكلات الشباب المتأثر بالإدمان وجاءت فى المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢,٦٩) ، عدم وجود الوقت الكافي للاطلاع على كل جديد في مجال الممارسة الإكلينيكية ، إصابة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الشباب المتأثر بالإدمان بالإعياء المهني جاءت فى المرتبة الثالثة والثالث مكرر بمتوسط حسابي (٢,٥٩)، عدم إعداد الأخصائيين للاستخدام الأساليب العلاجية مع الشباب المتأثر بالإدمان جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,١٦).

جدول رقم (١٤)"يوضح المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين " ن=٣٢

م	معوقات ترجع إلي المؤسسة العلاجية	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		أحيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	إشراف غير المتخصصين من الإدارة على عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية	٢٠	٦٢,٥	١٠	٣١,٣	٢	٦,٣	82	2.56	.619	٤
٢	عدم توفر مكان يتناسب وعمل الأخصائي الاجتماعي لا يتناسب مع مقابلات وجلسات مع الشباب المتأثر بالإدمان	١٩	٥٩,٤	٣	٩,٤	١٠	٣١,٣	73	2.28	.924	٥
٣	عدم ملائمة عدد الحالات بالمؤسسة مع قدرة الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها	٢٩	٩٠,٦	٢	٦,٣	١	٣,١	92	2.88	.421	١
٤	تعارض أهداف الممارسة المهنية مع لائحة المؤسسة العلاجية	٢٦	٨١,٣	٤	١٢,٥	٢	٦,٣	88	2.75	.568	٢
٥	تكليف إدارة المؤسسة العلاجية الأخصائي الاجتماعي بأعباء إدارية مستمرة	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	٣
	الإجمالى								٢,٦٤	٠,٦٢٢	مستوى مرتفع

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات راجعة للمؤسسة العلاجية) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٦٤ وإنحراف معياري (٠,٦٢٢) .

ومن أهم تلك المعوقات مايلي : عدم ملائمة عدد الحالات بالمؤسسة مع قدرة الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها وجاءت فى المرتبة الأولي بمتوسط حسابي (٢,٨٨) ، تعارض أهداف الممارسة المهنية مع لائحة المؤسسة العلاجية وجاءت فى المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢,٧٥) ، تكليف إدارة المؤسسة العلاجية الأخصائي الاجتماعي بأعباء إدارية مستمرة جاءت فى المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢,٧٢)، إشراف غير المتخصصين من الإدارة على عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية جاءت فى المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (٢,٥٦)، عدم توفر مكان يتناسب وعمل الأخصائي الاجتماعي لا يتناسب مع مقابلات وجلسات مع الشباب المتأثر بالإدمان جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٢٨).

جدول رقم (١٥)"يوضح المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين " ن=٣٢

م	معوقات ترجع للشباب المتأثر بالإدمان	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		احيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	عدم وعي الشباب المدمن باختلاف الأدوار بين الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي بالمؤسسة العلاجية	٢٧	٨٤,٤	٣	٩,٤	٢	٦,٣	89	2.78	.553	٥
٢	تأثير اضطرابات العمليات العقلية للشباب المتأثر بالإدمان على التعامل مع الأخصائي الاجتماعي	٢٩	٩٠,٦	٣	٩,٤	–	–	93	2.91	.296	٢
٣	نقص الوعي لدي الشباب المتأثر بالإدمان بدور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج	٢٨	٨٧,٥	٤	١٢,٥	–	–	92	2.88	.336	٣
٤	وجود توقعات مسبقة لدي الشباب المتأثر بالإدمان حول نتائج عمل الأخصائي الاجتماعي معهم	٣٠	٩٣,٨	٢	٦,٣	–	–	94	2.94	.246	١
٥	خوف الشباب المتأثر بالإدمان من إفشاء أسرارهم حال قبولهم التحدث للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسة	٢٨	٨٧,٥	٤	١٢,٥	–	–	92	2.88	.336	٣ م
	الإجمالى								٢,٨٧	٠,٣٥٣	مستوى مرتفع

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات ترجع للشباب المتأثر بالإدمان) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٨٧وإنحراف معياري (٠,٣٥٣) .

ومن أهم تلك المعوقات مايلي : وجود توقعات مسبقة لدي الشباب المتأثر بالإدمان حول نتائج عمل الأخصائي الاجتماعي معهم وجاءت فى المرتبة الأولي بمتوسط حسابي (٢,٩٤) ، تأثير اضطرابات العمليات العقلية للشباب المتأثر بالإدمان على التعامل مع الأخصائي الاجتماعي وجاءت فى المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢,٩١) ، نقص الوعي لدي الشباب المتأثر بالإدمان بدور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج ، خوف الشباب المتأثر بالإدمان من إفشاء أسرارهم حال قبولهم التحدث للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسة جاءت فى المرتبة الثالثة ومكرر بمتوسط حسابي (٢,٨٨)، عدم وعي الشباب المدمن باختلاف الأدوار بين الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي بالمؤسسة العلاجية جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٧٨).

جدول رقم (١٦)"يوضح المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين " ن=٣٢

م	معوقات ترجع لأاسر الشباب المتأثر بالإدمان	الإستجابات						مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الإنحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		احيانا		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
٨	قلق اسر الشباب المدمن من إفشاء أسرار أبنائهم حال قبول عملية المساعدة من الأخصائي الاجتماعي	٢٥	٧٨,١	٥	١٥,٦	٢	٦,٣	87	2.72	.581	٤
٩	وجود فكرة سلبية مسبقة لدي اسر الشباب من عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية	٣٠	٩٣,٨	٢	٦,٣	–	–	94	2.94	.246	١
١٠	اقتصار رؤية اسر الشباب المتأثر للإدمان على العلاجات الدوائية فقط	٢٥	٧٨,١	٧	٢١,٩	–	–	89	2.78	.420	٣
١١	عدم استشار ة الأسر للخبراء عن أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في تقديم المساعدة المهنية لأبنائهم	٢٦	٨١,٣	٦	١٨,٨	–	–	90	2.81	.397	٢
١٢	عدم وعي اسر الشباب المتأثر بالإدمان بادوار الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية	٢٣	٧١,٩	٧	٢١,٩	٢	٦,٣	85	2.66	.602	٥
	الإجمالى								٢,٧٨	٠,٤٤٩	مستوى مرتفع

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات ترجع لأسر الشباب المتأثر بالإدمان) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٧٨وإنحراف معياري (٠,٤٤٩) .

ومن أهم تلك المعوقات مايلي : وجود فكرة سلبية مسبقة لدي اسر الشباب من عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية وجاءت فى المرتبة الأولي بمتوسط حسابي (٢,٩٤) ، عدم استشار ة الأسر للخبراء عن أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في تقديم المساعدة المهنية لأبنائهم وجاءت فى المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٢,٨١) ، اقتصار رؤية اسر الشباب المتأثر للإدمان على العلاجات الدوائية فقط جاءت فى المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢,٧٨)، قلق اسر الشباب المدمن من إفشاء أسرار أبنائهم حال قبول عملية المساعدة من الأخصائي الاجتماعي جاءت فى المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (٢,٧٢)، عدم وعي اسر الشباب المتأثر بالإدمان بادوار الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٦).

جدول رقم (١٧) يوضح مستويات المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان

ن=٣٢

م	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
١	معوقات راجعة للأخصائيين	٢,٥٥	٠,٧٠٦	مستوى مرتفع	٤
٢	معوقات ترجع إلي المؤسسة العلاجية	٢,٦٤	٠,٦٢٢	مستوى مرتفع	٣
٣	معوقات ترجع للشباب المتأثر بالإدمان	٢,٨٧	٠,٣٥٣	مستوى مرتفع	١
٤	معوقات ترجع لأاسر الشباب المتأثر بالإدمان	٢,٧٨	٠,٤٤٩	مستوى مرتفع	٢
المتطلبات ككل		**٢,٧١**	**٠,٥٣٣**	**مستوى مرتفع**	

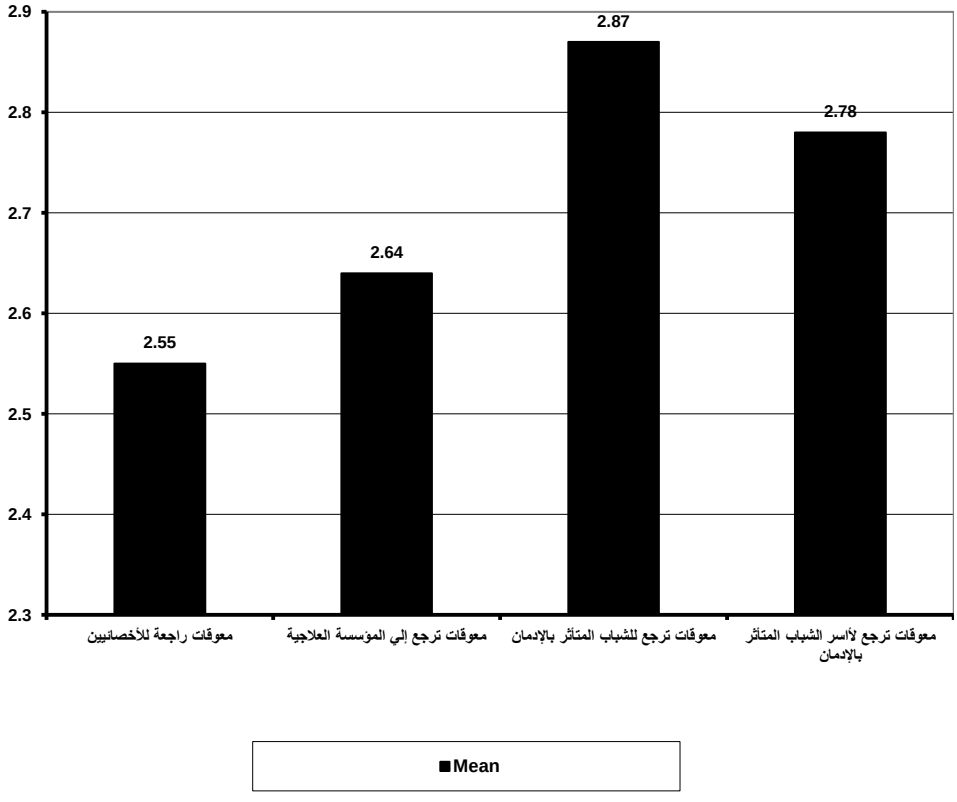
بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

- أن مستويات المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان كما يحددها الأخصائيون، تمثلت فيما يلي:
- الترتيب الأول **معوقات ترجع للشباب المتأثر بالإدمان** بمتوسط حسابي (٢,٨٧).
- الترتيب الثاني **معوقات ترجع لأاسر الشباب المتأثر بالإدمان** بمتوسط حسابي (٢,٧٨).
- الترتيب الثالث **معوقات ترجع إلي المؤسسة العلاجية** بمتوسط حسابي (٢,٦٤).
- الترتيب الرابع **معوقات راجعة للأخصائيين** بمتوسط حسابي (٢,٥٥).

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام (٢,٧١)، وهو مستوي مرتفع.

شكل رقم (١)

يوضح مستويات المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان



جدول (١٨) يوضح العلاقة بين بعض الخصائص الاجتماعية وواقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان (ن=٣٢)

م	المتغيرات الديموجرافية	واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان		
		المعامل المستخدم	قيمته ودلالته	
١	السن	جاما	**٠,٧٨٥	
٢	المؤهل الدراسي	جاما	**٠,٨١٥	
٣	سنوات الخبرة	جاما	**٠,٩٠٥	

معنوي عند (٠,٠٥)** * معنوي عند (٠,٠١)**

بإستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى :

– أنه توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض الخصائص الاجتماعية (السن – المؤهل الدراسي – سنوات الخبرة) وواقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان عند مستوي معنوية ٠,٠١ .

النتائج العامة للدراسة

- **<u>واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان :</u>**

أن واقع الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى = ٢,٧٨وإنحراف معياري (٠,٤٨٩) ، وتمثلت في :

- جاءت فى المرتبة الأولي اتبع خطة عمل تستهدف دمج المتعافيين من الإدمان مرة أخري في أسرهم ومجتمعهم بمتوسط حسابي (٢,٩٤) .
- جاءت فى المرتبة الثانية انظر للشباب المتأثر بالإدمان على انه يعاني اضطرابات نفسية واجتماعية ومعرفية وسلوكية وجسمية اوجب التعامل معها بمتوسط حسابي (٢,٩١) .
- جاءت فى المرتبة الثالثة تذلل الصعوبات التي تواجه جلسات التدخل المهني مع الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٨٤) .
- جاءت فى المرتبة الرابعة يشمل التدخل المهني الإكلينيكي مع الشباب المتأثر بالإدمان الجانبين الوقائي والعلاجي بمتوسط حسابي (٢,٨١) .
- جاءت فى المرتبة الخامسة والخامس مكرر تذلل الصعوبات التي تعوق استفادة الشباب المدمن من البرامج العلاجية ، أقوم بإعداد برامج توعية للشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٧٨) .

- جاءت فى المرتبة السابعة ومكرر تطبق أساليب علاجية تلائم طبيعة كل حالة من حالات الشباب المتأثر بالإدمان، تنفذ خطوات التدخل المهني مع الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٧٢).
- جاءت فى المرتبة التاسعة يتم تعديل معارف وانفعالات الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٦٩) .
- جاءت فى المرتبة العاشرة والأخيرة أوظف قدرات الشباب المتأثر بالإدمان للاستفادة منها خلال تنفيذ خطة العلاج بمتوسط حسابي (٢,٦٦).

- **النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان:**

أن مستوي النماذج العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٧٧وإنحراف معياري (٠,٤٩٩) ، وتمثلت في

- جاءت فى المرتبة الأولي العلاج المعرفي السلوكي بمتوسط حسابي (٢,٩٤) .
- جاءت فى المرتبة الثانية نموذج حل المشكلة بمتوسط حسابي (٢,٨٨) .
- جاءت فى المرتبة الثالثة نموذج الأزمة بمتوسط حسابي (٢,٨٤) .
- جاءت فى المرتبة الرابعة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بمتوسط حسابي (٢,٨١) .
- جاءت فى المرتبة الخامسة والخامس مكرر العلاج الواقعي ، الممارسة المبنية على الأدلة بمتوسط حسابي (٢,٧٨).
- جاءت فى المرتبة السابعة العلاج الوجودي بمتوسط حسابي (٢,٧٥) .
- جاءت فى المرتبة الثامنة العلاج الأسري بمتوسط حسابي (٢,٧٢) .
- جاءت فى المرتبة التاسعة نموذج التركيز على المهام بمتوسط حسابي (٢,٦٦) .
- جاءت فى المرتبة العاشرة والأخيرة العلاج المتمركز حول العميل بمتوسط حسابي (٢,٥٣).

- **الأساليب العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان.**

أن مستوي الأساليب العلاجية المتبعة في إطار الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٧٢وإنحراف معياري (٠,٥١٩) ، وتمثلت في

- جاءت فى المرتبة الأولي ومكرر تبني أفكار ومعارف جديدة(ع،م)، تعديل الأفكار الخاطئة وحديث الذات(ع، ع)، اساليب لعب الدور النمذجة والتخيل (ع،م)، وضع الحدود للأنساق الأسرية (ع،س)، تحديد قواعد الأسرة (ع،س)، المواجهة (ع،و)بمتوسط حسابي (٢,٩١) .
- التعاقد والتعليم وإكساب المعلومات(ع، و)وجاءت فى المرتبة السابع بمتوسط حسابي (٢,٨٨) .
- جاءت فى المرتبة الثامن تفسير عملية الاتصال والتفاعل داخل الأسرة (ع،س)بمتوسط حسابي (٢,٨١) .

- جاءت فى المرتبة الثالث عشر ومكرر العلاج بالكتب والإفراغ الذاتي(ع، و) ، التلخيص والمراجعة (ع، و)، الاستكشاف والبناء والتوجيه والفهم الواضح(ع،هـ)، تقبل الذات والاتزان الانفعالي(ع،ع)، إعطاء التكليفات والواجبات المنزلية(ع،م)بمتوسط حسابي (٢,٧٢).
- جاءت فى المرتبة الثامنة عشر ومكرر التدريب على ملاحظة الانفعالات والسلوك(ع،م)، العلاقة المهنية (ع،ك) بمتوسط حسابي (٢,٦٦).
- جاءت فى المرتبة العشرون التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي (ع،م) بمتوسط حسابي (٢,٢٨).
- جاءت فى المرتبة الواحد والعشرون إعادة توزيع الأدوار بالأسرة (ع،س) بمتوسط حسابي (٢,٢٥).
- جاءت فى المرتبة الاثنين وعشرون والأخيرة استفزاز وكبح القلق والتأكيد وإزالة الضغوط (ع،ز) بمتوسط حسابي (٢,١٦).

- **<u>المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان :</u>**

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات راجعة للأخصائيين) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٥٥ وإنحراف معياري (٠,٧٠٦) ، وتمثلت في :

- جاءت فى المرتبة الأولي عدم القدرة لتوظيف نماذج التدخل المني مع حالات الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٧٢) .
- جاءت فى المرتبة الثانية نقص المعرفة بالنماذج العلاجية الجديدة للتعامل مع مشكلات الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٦٩) .
- جاءت فى المرتبة الثالثة والثالث مكرر عدم وجود الوقت الكافي للاطلاع على كل جديد في مجال الممارسة الإكلينيكية ، إصابة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الشباب المتأثر بالإدمان بالإعياء المهني بمتوسط حسابي (٢,٥٩).
- جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة عدم إعداد الأخصائيين للاستخدام الأساليب العلاجية مع الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,١٦).

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات راجعة للمؤسسة العلاجية) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٦٤ وإنحراف معياري (٠,٦٢٢) ، وتمثلت في :

- جاءت فى المرتبة الأولي عدم ملائمة عدد الحالات بالمؤسسة مع قدرة الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها بمتوسط حسابي (٢,٨٨) .
- جاءت فى المرتبة الثانية تعارض أهداف الممارسة المهنية مع لائحة المؤسسة العلاجية بمتوسط حسابي (٢,٧٥) .

- جاءت فى المرتبة الثالثة تكليف إدارة المؤسسة العلاجية الأخصائي الاجتماعي بأعباء إدارية مستمرة بمتوسط حسابي (٢,٧٢).
- جاءت فى المرتبة الرابعة إشراف غير المتخصصين من الإدارة على عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية بمتوسط حسابي (٢,٥٦).
- جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة عدم توفر مكان يتناسب وعمل الأخصائي الاجتماعي لا يتناسب مع مقابلات وجلسات مع الشباب المتأثر بالإدمان بمتوسط حسابي (٢,٢٨).

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات ترجع للشباب المتأثر بالإدمان) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٨٧ وإنحراف معياري (٠,٣٥٣) ، وتمثلت في :

- جاءت فى المرتبة الأولي وجود توقعات مسبقة لدي الشباب المتأثر بالإدمان حول نتائج عمل الأخصائي الاجتماعي معهم بمتوسط حسابي (٢,٩٤) .
- جاءت فى المرتبة الثانية تأثير اضطرابات العمليات العقلية للشباب المتأثر بالإدمان على التعامل مع الأخصائي الاجتماعي بمتوسط حسابي (٢,٩١) .
- جاءت فى المرتبة الثالثة ومكرر نقص الوعي لدي الشباب المتأثر بالإدمان بدور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج ، خوف الشباب المتأثر بالإدمان من إفشاء أسرارهم حال قبولهم التحدث للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسة بمتوسط حسابي (٢,٨٨).
- جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة عدم وعي الشباب المدمن باختلاف الأدوار بين الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي بالمؤسسة العلاجية بمتوسط حسابي (٢,٧٨).

أن مستوي المعوقات التي تواجه الممارسة المهنية مع الشباب المتأثر بالإدمان(معوقات ترجع لأسر الشباب المتأثر بالإدمان) من وجهة نظر الأخصائيين (مرتفع)، حيث أن المتوسط الوزنى =٢,٧٨وإنحراف معياري (٠,٤٤٩) ، وتمثلت في :

- جاءت فى المرتبة الأولي وجود فكرة سلبية مسبقة لدي اسر الشباب من عمل الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية بمتوسط حسابي (٢,٩٤) .
- جاءت فى المرتبة الثانية عدم استشار ة الأسر للخبراء عن أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في تقديم المساعدة المهنية لأبنائهم بمتوسط حسابي (٢,٨١) .
- جاءت فى المرتبة الثالثة اقتصار رؤية اسر الشباب المتأثر للإدمان على العلاجات الدوائية فقط بمتوسط حسابي (٢,٧٨).
- جاءت فى المرتبة الرابعة قلق اسر الشباب المدمن من إفشاء أسرار أبنائهم حال قبول عملية المساعدة من الأخصائي الاجتماعي بمتوسط حسابي (٢,٧٢).

- جاءت فى المرتبة الخامسة والأخيرة عدم وعي اسر الشباب المتأثر بالإدمان بادوار الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة العلاجية بمتوسط حسابي (٢,٦٦).

ثامناً: تصور مقترح للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور الممارسة المبنية على الأدلة والبراهين

- **أهداف التصور:**

١) دراسة حالة متعمقة للأسباب المؤدية للإدمان ويتم تحقيق ذلك من خلال تحقيق الآتي :
- التعرف على الأسباب النفسية المؤدية للإدمان .
- التعرف على الأسباب الاجتماعية المؤدية للإدمان .

٢) دراسة خصائص اسرة المدمن ، ودورها في حفز الإدمان ويتم تحقيق ذلك من خلال تحقيق الآتي :
- عقد جلسات مع الأسرة للتعرف على الخطوات التي أدت إلى الادمان .
- تقديم المساعدة للأسرة من خلال البحث عن مؤسسات تقديم الخدمات الإرشادية للتعامل مع المدمن.
- تحديد مناطق الضغط ومساعدتهم علي التعبير عن مشاعرهم السلبية .

٣) تحليل سمات شخصية المدمن ويتم تحقيق ذلك من خلال تحقيق الآتي :
- تحليل السمات الاجتماعية للمدمن .
- تحليل السمات النفسية للمدمن .
- تحليل السمات العقلية للمدمن .
- تحليل السمات الصحية للمدمن .

٤) دراسة الشواهد والأدلة على فاعلية نموذج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية الدافع للإقلاع عن الادمان

- **الأسس التي يقوم عليها التصور:**

١) المعطيات النظرية للبحث الحالي .
٢) نتائج الدراسات السابقة والنتائج اتى توصلت اليها الدراسة الحالية
٣) اسهامات العلوم الاجتماعية والنفسية والاجتماعية وما توصلت اليه من نتائج بشان المتغيرات والعوامل المسببة للإدمان

- **المسلمات التي يقوم عليها التصور:**

يقوم التصور على مجموعة من المسلمات تتمثل في :

١) أن مشكلات المدمن مرتبطة بمعارفه وأفكاره وينتج عن ذلك مجموعة من العمليات النفسية الانفعالية والتي لا سبيل إلى مواجهتها إلا من خلال تعديل هذه المعارف والأفكار ومن ثم يتعدل السلوك وبالتالي نتغلب على مشكلات الإنسان.
٢) يسمح للمعالج باختيار الأساليب العلاجية التي تتناسب في التعامل مع المدمن .

٣) يرتكز سلوك المدمن بدرجة كبيرة على المعرفة والمدركات ، فإن كان المطلوب هو تغيير السلوك الظاهري فإن الأفكار والمدركات لابد أن تتغير.

٤) ينظر إلى السلوك البشرى للمدمن من خلال عملية التغيير المستمر فالناس قادرة دائما على إحداث تغييرات في سلوكهم في ضوء تصوراتهم للموقف حيث التفاعل قائم بين سلوك المدمن والبيئة.

٥) أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك للمدمن ، فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينها، ولهذا فعلاج المدمن يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معًا .

٦) من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وجسمية وسلوكية للمدمن من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المدمن .

٧) إن المخططات المعرفية هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للمدمن وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.

- **مراحل تطبيق التصور:**

المرحلة الأولى: مرحلة التقدير، ويتم في هذه المرحلة الاتي :

١- الوقوف على العوامل الأكثر تسببا في حفز الشخص للإقبال على الإدمان ، وقد تتمثل فى الأتى :

- التعرض لصدمة النفسية قوية.
- المعاناة من الإيذاء الجنسي أو الجسدي.
- الإهمال أو الفوضى في المنزل.
- التعرض لضغوط نفسية شديدة.
- الإصابة بمرض عقلي مثل الاكتئاب.
- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين.
- عدم وجود أصدقاء.
- ضعف الأداء في العمل .
- المشكلات والنزاعات الأسرية .

وتعتبر البيئة المحيطة بالمدمن من العوامل الأساسية التي تساعد الفرد للإدمان فلقد تبين من الدراسات أن أسر المدمنين مضطربة من نواح متعددة فقد ثبت أن ابناء الاسر المفككة أو المنهارة بسبب الطلاق أو الهجر أو الوفاة يصابون بالإدمان علي الخمر او المخدرات عند الكبر كما ثبت الشباب مدمنون الخمر ينتمون لأسر يسود فيها العداء بين الوالدين.

وتعتبر الام الشخصية الرئيسية التي تؤثر علي نمو السمات التي تؤدي الي الاستعداد للإدمان فالملاحظ في معظم أسر المدمنين أن الاب غائب معظم الوقت ويمارس دوراً قليلاً في حياة الأسرة .

٢- إشراك المدمن وأسرته في عملية التقدير ، وذلك لتحقيق الاتي :

- تحديد المشاكل التي تعاني منها المدمن.
- تغيير السلوكيات السلبية واستبدالها بسلوكيات أخرى إيجابية.
- التدريب على ملء فراغ المدمن بالأنشطة الإيجابية .
- العمل على تحديد أهداف المدمن في الحياة .
- تعديل سلوك المدمن الذي لديه اضطرابات سلوكية مثل العدوانية أو النشاط الزائد ليس فقط من خلال القضاء على هذه الاضطرابات ولكن أيضا من خلال التركيز على معرفة أسبابها وبالتالي كيفية التغلب عليها.
- وقاية المدمن من ارتكاب أو القيام ببعض التصرفات الخاطئة.

المرحلة الثانية : مرحلة التدخل المهني مع المدمن ، ويتم في هذه المرحلة الاتي :

١- تحديد عدد الجلسات ، وفقاً للمرحلة السابقة .

٢- تحديد أهداف الجلسات العلاجية ، وتتمثل في :

- تكوين علاقة طيبة بين المعالج والعميل .
- تغيير السلوكيات السلبية إلى سلوكيات أخرى أكثر إيجابية.
- تنمية الدافع للإقلاع عن الإدمان .
- تحسين علاقة المدمن بأسرته .
- مساعدة المدمن للاستمتاع بأوقات فراغه.

٣- بناء تعاقد علاجي مع المدمن وأسرته : حيث يتم إجراء تعاقد شفهي مع المدمن وتوضيح بنود التعاقد والتي تشمل : فترة العلاج – عدد الجلسات – ومدة كل جلسة – وبداية ونهاية فترة التدخل – ودور كل من العميل والمعالج في البرنامج ، مع توضيح أن هذا التعاقد يفيد في فعالية التدخل.

٤- حل المعوقات التي تحول تنفيذ العلاج .

٥- حفز المدمن على الاستمرار في العلاج وفقا لما سيتحقق من نتائج ، وذلك من خلال :

- تنمية السلوك الاجتماعي لدى الأفراد.
- تنمية القيم والأخلاق والمثل العليا عن طريق تعديل أنماط السلوك الخاطئة المرتبطة بها.
- بناء شخصية المدمن من خلال تعليمهم أنماط سلوكية جديدة تزيد من قدراتهم على القيادة وتحمل المسئولية.

المرحلة الثالثة : مرحلة الإنهاء والمتابعة ، ويتم في هذه المرحلة الاتي :

- التأكد من تحقيق الأهداف .
- تطبيق بعض الاختبارات للتعرف على فاعلية التدخل .
- متابعة النتائج التي تحققت لمدة شهرين على الأكثر .

- تذليل العقبات التي قد تواجه المدمن بعد التعافي .

- **الأساليب العلاجية المستخدمة في التطبيق :**

يتضمن العلاج المعرفي السلوكي عدة أساليب علاجية فنية ومن هذه الأساليب العلاجية ما يلي:

١- الأساليب المعرفية : وتتضمن أهم الأساليب المعرفية التالية :

- المناقشة المنطقية Logical discussion: حيث يقوم المعالج بحصر دقيق للأفكار غير العقلانية السلبية لدى المدمن ثم تصنيفها ثم عن طريق المعرفة والتذكر والتحليل العلمي ويتم مناقشة تلك الأفكار بهدف تغييرها وتكوين أفكار منطقية بديلة.
- التحليل المنطقي Logical analysis: يقصد به قيام المعالج باستخدام أساسيات المنطق كالاستدلال والاستنباط بغرض مساعدة المدمن على تعديل أفكاره غير العقلانية وتحقيق الاتساق بين الأفكار العقلانية والسلوكيات والانفعالات.
- التعلم الذاتي Self-learning: حيث يساعد المعالج المدمن في كتابة التقارير الذاتية، بمعنى تسجيله للحديث الداخلي بنفسه، ليتعلم وينتبه لطبيعة التفكير المسيطرة على ذهنه.
- المواجهة Confrontation: حيث يواجه المعالج المدمن بأفكاره غير المنطقية لتحويلها إلى أفكار عقلانية فالمواجهة تعنى كشف المتناقضات وعدم الموائمة مثلاً بين الأقوال والأفعال.
- التوضيح Clarification: يقصد به قيام المعالج بتوضيح مدى خطأ الأفكار غير العقلانية التي يعتنقها المدمن وأدت إلى الادمان من اجل تعديلها بأفكار أكثر عقلانية.
- الإقناع Persuasion: حيث يحاول المعالج لزيادة إدراك المدمن أن أفكاره غير عقلانية وانه يجب تغييرها إلى أفكار أكثر عقلانية.
- الحث Induction: ويقوم العميل بالإلحاح لدفع المدمن لاستبدال أفكاره غير العقلانية إلى أفكار عقلانية من خلال الاشتراك في نشاط والعمل الفعلي لتكوين علاقة اجتماعية جديدة.
- التشجيع Encouragement: يقصد به إثارة اهتمام المدمن لتحديد أفكاره غير العقلانية وزيادة الاهتمام لتعديلها بأفكار عقلانية.

٢- الأساليب الانفعالية : وتتضمن أهم الأساليب الانفعالية التالية :

- التعليمات الذاتية Self-instructions : حديث النفس الداخلي للمدمن والذى يؤدى للسلوك غير السوي ، فالتعليمات الذاتية تؤدى إلى حديث داخلي يدفع إلى سلوك توافقي عند المدمن
- حل المشكلة Problem solving skills: مساعدة العميل على المشاركة في حل المشكلة من خلال تعليم المعالج كيفية تطبيق خطوات حل المشكلة :
  - زيادة الإدراك للمشكلة من خلال تحديد وتعريف مشكلته.
  - وضح الحلول البديلة حيث يحدد المعالج والمدمن أفضل الحلول.

- اختيار أفضل الحلول التي تشمل أقصى مميزات.
- تنفيذ أفضل الحلول.
- تقييم النتائج حيث يشترك المعالج والمدمن في تحديد إيجابيات وسلبيات النتائج.

- التأمل الذاتي Self-Meditation: حيث يساعد المعالج المدمن على النظر إلى المشكلات التي يعانى منها وما يترتب عليها من أفكار غير عقلانية وانفعالات سلبية من اجل تعديلها بأفكار عقلانية وانفعالات إيجابية .
- التقبل غير المشروط Unconditional acceptance: يساعد المدمن على زيادة ثقته بنفسه وقدرته على التغيير الإيجابي حيث تتضمن هذه الفنية نوعين أساسين من التقبل غير المشروط وهما (تقبل الإخصائي للمدمن، تقبل العميل وكسب الرضا عن ذاته).
- التحويل المعرفي Cognitive conversion: حيث يساعد المعالج المدمن للحد من الأفكار غير العقلانية التي تسبب الاضطراب الانفعالي والسلوكيات غير المرغوبة وتعديلها إلى أفكار عقلانية تؤدى لانفعالات إيجابية وسلوكية مرغوبة .

٣- الأساليب السلوكية: وتتضمن الأساليب السلوكية ما يلي :

- تشكيل الاستجابة Formation response: حيث البدء مع المدمن من حيث هو، ثم محاولة التقريب المتتابع للسلوكيات النهائية المرغوب فيها، وذلك من خلال تقسيم السلوك المركب إلى أجزاء، وعندما يقوم بها المدمن يتم تدعيمه إلى أن يصل للسلوك النهائي.
- النمذجة Modeling: حيث يقوم المعالج بالتعبير عن الخبرات والأنماط الفكرية والمعتقدات والخبرات الانفعالية والسلوكيات المرغوبة، ويتحقق ذلك باشتراك المعالج مع المدمن من خلال لعب الدور في تقديم نموذج للسلوك المرغوب ، وتعديل الأفكار والمعتقدات وحل المشكلات ويتم ذلك عن طريق عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب من العميل.
- التدعيم الايجابي Positive reinforcement: حيث يقوم المعالج بتقديم الدعم أو المكافأة للمدمن عقب حدوث السلوك المرغوب مما يزيد من احتمالا تكرار هذا السلوك مستقبلا، ومنح التدعيم في كل مرة يحدث فيها السلوك المرغوب ليساعد على تأسيس العادة السلوكية
- الواجبات المنزلية Homework: حيث يقوم المعالج مع بداية كل جلسة بمراجعة ومناقشة هذه الواجبات مع المدمن لأن عدم مراجعتها يعطى المدمن إحساسًا بأن المعالج لا يعتبرها جزءًا من عملية التغيير العلاجي لذلك فلا بد من مراجعتها باستمرار لأنها الوسيلة الهامة التي تساعد على تحقيق الأهداف العلاجية.

- التقارير الذاتية Self-reports: يقصد بها التنبيه على المدمن لكتابة أفكاره ومعتقداته اليومية تجاه المواقف المختلفة والمشاعر الذاتية التي يرددها ، ثم يشترك المعالج مع المدمن في تفسير وتحليل التقارير الذاتية من اجل الوصول إلى أفكار عقلانية ومشاعر ايجابية وسلوكيات مرغوبة.
- لعب الدور role Play: حيث يقوم المدمن بالتعبير أمام الآخرين عن أفكاره ومشاعره وسلوكياته، الأمر الذي يجعل هذه الأفكار والمشاعر والسلوكيات تتحول إلى خاصية دائمة في شخصيته .

- **أدوار الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع المدمن:**

تتعدد الأدوار و المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع المدمن وتتمثل فيما يلى :

١) **دوره كممكن و مساعد:** من خلال هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بتمكين المدمن من اكتشاف قدراته و إمكانياته و مساعدته على الاستفادة منها لتحقيق أهدافه و إشباع احتياجاته.

٢) **دوره كمعالج** : ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدراسة المشكلات و الصعوبات التي أدت إلى الادمان والعمل على تحديد العوامل المسببة لهذه المشكلات و التوصل الى إيجاد حلول لها و ذلك بتنظيم البرامج المختلفة .

٣) **دوره كمرشد** : حيث يقوم الأخصائي من خلال هذا الدور بتفسير و توضيح بعض الجوانب غير الواضحة للمدمن أو أعضاء فريق العمل بالمؤسسة ، كما يرشد المدمن للخدمات التي تقدمها المؤسسة ، بجانب إكساب المدمن الاتجاهات والقيم الإيجابية.

٤) **دوره كوسيط** : ويتضمن قيام الأخصائي بإيجاد علاقات تعاونية بين المدمن وأسرته ، وذلك لتحقيق التفاعل والاتصال الأسرى .

٥) **دوره كمخطط اجتماعي** : حيث يساعد الأخصائي الاجتماعي المدمن على تحديد أهدافه و تحديد احتياجاته ووضع أولويات لهذه الاحتياجات.

٦) **دوره كباحث** : حيث يهتم الأخصائي الاجتماعي بإجراء البحوث و الدراسات المرتبطة بالمشكلات المرتبطة بالإدمان وطرق التخلص منها .

- **الأدوات المستخدمة مع المدمن:**

١) إعداد مقياس تشخيص الواقع الأسرى.

٢) إعداد اختبار للشخصية يساعد في تحليل شخصية المدمن .

٣) إعداد بطارية مقاييس لتشخيص العوامل النفسية والاجتماعية والتي بدورها تؤدي للإدمان.

- **محتوى المقابلات / الفترة الزمنية اللازمة للتطبيق:**

في ضوء طبيعة المشكلة ومن خلال المعطيات النظرية للبحث، من المقترح أن تستغرق الفترة الزمنية للتدخل حوالى ١٦ ستة عشر اسبوعا تترجم الى جدول للتنفيذ .

جدول رقم (1)

محتوى المقابلات مع المدمن وأسرته

رقم المقابلة	الموضوع	الأهداف
المقابلة الاولى	جلسة تعارف	– إقامة علاقة مهنية مع المدمن . – التعرف على أسرة المدمن . – التعرف على الهدف الرئيسي والاهداف الفرعية لعلاج المدمن .
المقابلة الثانية	الوقوف على العوامل الأكثر تسببا في حفز الشخص للإقبال على الإدمان	– التعرف على الأسباب النفسية المؤدية إلى الادمان . – التعرف على الأسباب الاجتماعية المؤدية إلى الادمان .
المقابلة الثالثة	إشراك المدمن وأسرته في عملية التقدير	– التعرف على الخطوات التي أدت إلى الادمان . – الاتفاق على تنفيذ أهداف العلاج . – التعرف على المشاعر السلبية عند المدمن وأسرته .
المقابلة الرابعة	اعطاء نبذة مختصرة عن النموذج العلاجي	– التعرف على ماهية العلاج . – التعرف على أهداف العلاج . – التعرف على الفنيات والأساليب العلاجية .
المقابلة الخامسة	تطبيق أدوات القياس على المدمن	– تطبيق مقياس تشخيص الواقع الأسرى لدى المدمن . – اختبار للشخصية يساعد في تحليل شخصية المدمن.

		– تطبيق بطارية مقاييس لتشخيص العوامل النفسية والاجتماعية عند المدمن .
المقابلة السادسة	تعاقد مع المدمن	إجراء تعاقد شفهي مع المدمن وتوضيح بنود التعاقد والتي تشمل : فترة العلاج – عدد الجلسات – ومدة كل جلسة – وبداية ونهاية فترة التدخل – ودور كل من العميل والمعالج في البرنامج ، مع توضيح أن هذا التعاقد يفيد في فعالية التدخل.
المقابلة السابعة	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	–تطبيق أسلوب المناقشة المنطقية . –تطبيق أسلوب التحليل المنطقي . –تطبيق أسلوب التعلم الذاتي .
المقابلة الثامنة	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	–تطبيق أسلوب المواجهة . –تطبيق أسلوب التوضيح . –تطبيق أسلوب الإقناع .
المقابلة التاسعة	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	– تطبيق أسلوب الحث . – تطبيق أسلوب التشجيع . – تطبيق أسلوب التعليمات الذاتية .
المقابلة العاشرة	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	– تطبيق أسلوب الواجبات المنزلية . – تطبيق أسلوب لعب الدور .
المقابلة الحادية عشر	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	– تطبيق أسلوب التحويل المعرفي .

		– تطبيق أسلوب تشكيل الاستجابة .
المقابلة الثانية عشر	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	– تطبيق أسلوب النمذجة . – تطبيق أسلوب التدعيم الإيجابي .
المقابلة الثالثة عشر	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	– تطبيق أسلوب التقبل غير المشروط . – تطبيق أسلوب التقارير الذاتية .
المقابلة الرابعة عشر	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	– تطبيق أسلوب حل المشكلة . – تطبيق أسلوب التأمل الذاتي .
المقابلة الخامسة عشر	مرحلة الانهاء	– التأكد من عوامل ومؤشرات الانهاء – تطبيق أساليب الانهاء – تحديد الصعوبات المتوقعة وسبل التعامل معها
المقابلة السادسة عشر	مرحلة المتابعة	– متابعة النتائج التي تحققت لمدة شهرين على الأكثر. – تذليل العقبات التي قد تواجه المدمن بعد التعافي .

المراجع:

- **إبـراهيم، ولاء محمـود حسـنين محمـد (٢٠١٩)**.العوامـل الاجتماعيـة المرتبطـة بـالعودة إلـى إدمـان المخدرات ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها : دراسة مطبقة بمستشفى الصحة النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- **احمد ، سهير كامل(٢٠٠٦)**. الشخصية المدمنة ، القاهرة ، مركز الإسكندرية للكتاب.
- **تقرير وزارة الداخلية القطرية (٢٠١٨)**.
- **تقرير التنمية البشرية الثالث لدولة قطر (٢٠١٢)** . تعزيز قدرات الشباب القطري ، الأمانة العامة للتخطيط التنموي ، الدوحة ، قطر .
- **المجلس القومي لمكافحة الإدمان(٢٠٠٩)**. التقرير السنوي، إستراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ، القاهرة.
- **دياب ، إسراء محفوظ (٢٠٢٠)**. الضغوط الحياتية التي تواجه أسر المدمنين. من منظور الممارسة العامة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط .
- **جان ، عبد الرحمن حسن (٢٠١٦)**: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب ، **السعودية ، مكتبة الرشد.**
- **حافظ ، عفاف عادل أبو الفتح (٢٠١٢)**. فعالية نموذج التركيز علي المهام في تأهيل أسر المدمنين لمرحلة ما بعد العلاج وعلاقته بتقليل معدلات الانتكاسة، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- **الدامغ ، سامي عبد العزيز (٢٠٠٣)**. الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، الرياض ، دار الشرق للنشر والتوزيع .
- **رشاد احمد عبد اللطيف(٢٠٠٧)**. تنمية المجتمع المحلي ، القاهرة ، دار الوفاء للطباعة والنشر .
- **شحاته ، فوزي محمد الهادي(٢٠١٧)**. الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية:قضايا في الممارسة مع الأفراد والأسر ،الإسكندرية ، دار الكتب والدراسات العربية .
- **شـعبان ، رشـا يحـي عبـد العزيـز شـعبان(٢٠١٨)**.العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك الاجتماعي الايجابي لدى المدمنين المراهقين المتعافين، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- **شـفيق ، محمـد(٢٠٠٧)**. التنمية الاجتماعية، دراسات في قضايا التنمية ومشكلات المجتمع، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- **صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠١٧)** .دليل الأخصائي الاجتماعي في كيفية التعامل مع مدمني المخدرات، القاهرة .

- **صندوق مكافحة وعلاج الإدمان (٢٠١٩)** . تقرير خدمات علاج الإدمان ، سبتمبر.
- **عسكر ،عبد الله (٢٠٠٥)**. الإدمان بين التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- **على ، ماهر أبو المعاطى(٢٠٠٠)**. الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي، ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ط٣.
- **غباري ، محمد سلامة(٢٠٠٧)**. الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- **قازان ، عبد(٢٠٠٥)**. إدمان المخدرات والتفكك الأسري،عمان ، دار الحامد للنشر والتوزيع .
- **منال محمد محروس(٢٠٠٦)**. 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.
- **العربي، أميرة عبد العزيز أحمد إبراهيم(٢٠٠٥)**. العلاقة بن ممارسة نموذج التركيز على عضو الجماعة وتنمية دافعية أعضاء الجماعات المعرضين للانحراف نحو الوقاية من الإدمان، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد التاسع عشر، ج٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- **عبد الحافظ ، محمد حسين احمد (٢٠٢٠)**.فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لتنمية وعي الشباب بخطورة مشكلة الاتجار بالأعضاء البشرية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم
- **عبد الحميد ، نهلة السيد(٢٠١٤)**. الخدمة الاجتماعية العيادية " الاكلينكية" ، الرياض ، دار الزهراء .
- **عبد الرحمن ، رأفت محمد (٢٠١٣)**.الخدمة الاجتماعية العيادية ، نحو نظرية للتدخل المهني مع الأفراد والأسر، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .
- **عبد السميع ، محمود المنتصر راتب (٢٠١٧)**.فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى التخفيف من مقاومة المدمن للعلاج ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط .
- **عبدالله ، سمر جمعه احمد (٢٠١٩)** ، معاناة أسر المدمنين قبل العلاج وبعده ودور خدمة الفرد في مواجهتها : دراسة ميدانية لبعض أسر المدمنين بقسم الإدمان – مستشفى المعمورة ،رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد العلوم الاجتماعية ، جامعة الإسكندرية .
- **عبد المجيد ، هشام سيد (٢٠٠٦)**.البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية" ، القاهرة ، الانجلو المصرية.
- **عبد المجيد ، هشام سيد (٢٠٠٨)**. التدخل المهني مع الأفراد والأسر في إطار الخدمة الاجتماعية ، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .
- **عسكر ،عبد الله (٢٠٠٥)**. الإدمان بين التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

- **علي، زين العابدين محمد(٢٠٠٣)**. الخدمة الاجتماعية والمخدرات ثلاثية المواجهة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- **على ، ماهر أبو المعاطى(٢٠٠٠)**. الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي، ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ط٣.
- **غانم ، محمد حسن (٢٠٢٠)** . الشباب والزواج والانترنت والإدمان ، الإسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر .
- **غباري ، محمد سلامة(٢٠٠٧)**. الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- **فهمي، رحاب كمال (٢٠١٩)**.التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام المساندة الاجتماعية للخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدي أسر المدمنين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم .
- **قازان ، عبد(٢٠٠٥)**. إدمان المخدرات والتفكك الأسري،عمان ، دار الحامد للنشر والتوزيع .
- **محروس، منال محمد (٢٠٠٦)**. 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.
- **محمد ، أيه احمد عبد الحميد(٢٠٢٠)** 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 (٢٠١٩)** . فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد المخدرة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط .
- **منصور، حمدي محمد (٢٠١٣)**. الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ، جدة ، مكتبة الرشد .
- **منقريوس ، نصيف فهمي(٢٠٠١)**.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 (٢٠٢٠)**، 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.
- **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.
- **Dorfman, R(1996).** Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision. New York: Brunner,Mazel Publishers.
- **Frank, P & others(2016).** Drugs in society, London, M parkeleen , publisher .
- **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 .