

## الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى الأخصائيين النفسيين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

نرمين عبد الوهاب أحمد صالح<sup>١</sup>

### الملخص

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف الكفاءة الذاتية المهنية المدركة للأخصائيين النفسيين، في مجال الوقاية من الإدمان وعلاجه، في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، كالنوع ومستوى التعليم (جامعي/دراسات عليا)، والعمل في مجال الإدمان، والحصول على الدورات المؤهلة لرخصة مزاولة المهنة. تكونت عينة الدراسة من (٦٥) أخصائياً نفسياً من العاملين وغير العاملين في مجال الإدمان، قبل اشتراكهم في برنامج تدريبي، ضمن مشروع إعداد أخصائيين نفسيين مؤهلين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، برابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. طُبِّقَ عليهم مقياس للكفاءة الذاتية المهنية المدركة للأخصائيين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان من إعداد الباحثة. وكشفت النتائج عن وجود حاجات تدريبية مدركة لدى الأخصائيين النفسيين، بغض النظر عن النوع ومستوى التعليم والعمل في مجال الإدمان والحصول على دورات مزاولة المهنة؛ وكانت هذه الحاجات التدريبية تشمل المعلومات عن التعاطي والإدمان والعلاج والوقاية والتأهيل والاستعداد المهني، وأبعاد التطبيق والممارسة. نوقشت النتائج في ضوء العلاقة بين الكفاءة الذاتية المهنية المدركة ومعايير ومستويات التدريب المقبولة للأخصائي الكفاء. وطُرحت أفكاراً لبحوث مستقبلية.

<sup>١</sup> أستاذ علم النفس المساعد بجامعة بني سويف

# Perceived Occupational self-efficacy among Psychologists working in substance abuse prevention and therapy in terms of some demographic variables

Nermin Abdelwahab Ahmed Saleh<sup>1</sup>

## Abstract

*The presented study aimed at discovering perceived occupational self-efficacy among Psychologists working in substance abuse prevention and therapy, in terms of gender, level of education, working in substance abuse prevention and therapy & number of courses qualifying for practice license. Sample consisted of (65) psychologists working in substance abuse prevention and therapy, and not working, prior to their enrolment in a training programme for preparing qualified psychologists in substance abuse prevention and therapy. Participants underwent a scale developed by the researcher to assess the perceived occupational self-efficacy. Results showed that regardless the demographic variables, participants have urgent needs for acquiring important knowledge about addictions and its theories, in addition to training in application and practicing. Results were discussed in terms of the relationship between perceived occupational self-efficacy and level of training required for a qualified psychologist in substance abuse prevention, therapy and rehabilitation. Recommendations for future research were presented.*

---

<sup>1</sup> Assisntent professor of psychology At Benisuef University

### مقدمة:

يؤدي التعاطي والإدمان إلى اضطرابات في السلوك مع عدم قدرة الفرد على أداء أبسط المهام الخاصة به، بالإضافة إلى الاضطرابات المعرفية والوجدانية والاجتماعية التي تصيب المتعاطي، وتمتد الآثار إلى نقص الإنتاجية والتأخر الدراسي، والعديد من الاضطرابات السلوكية الأخرى كالعنف والانحرافات الجنسية (انظر: سويف، ١٩٩٦؛ أبو النيل، ١٩٩٧؛ عامر، ٢٠٠٤؛ (أ)؛ ٢٠٠٤؛ (ب)؛ ٢٠٠٥؛ ٢٠١٦؛ سويف، غالب، طه، يوسف، بدر، أبو المكارم، عامر، جمعة، ٢٠٠٤؛ ٢٠٠٧؛ ١٩٩٦). وتجدر الإشارة إلى أن وجود مدمن للمخدرات بأي أسرة قد يهدد كيانها بالتفكك. وتؤثر ظاهرة الإدمان تأثيرًا سلبيًا في جميع شرائح المجتمع ومؤسساته.

ويشير تقرير المخدرات العالمي، الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) لعام ٢٠١٥، إلى أن ما يقارب ٢٤٦ مليون شخص، أو ١ من كل ٢٠ شخصًا في سن ١٥ إلى ٦٤ عامًا، تعاطوا مخدرًا على نحو غير مشروع في عام ٢٠١٣. ويمثل ذلك زيادة قدرها ٣ ملايين شخص عن السنة السابقة، ولكن معدل تعاطي المخدرات غير المشروعة بقي ثابتًا في الواقع بسبب ازدياد عدد سكان العالم. وعلى الرغم من التباينات المحلية والإقليمية في اتجاهات تعاطي المخدرات، فإن البيانات المحدودة المتاحة تشير إلى أن تعاطي المواد الأفيونية (الهيروين والأفيون) بقي ثابتًا على صعيد العالم. فنتيجة للاتجاهات السائدة في القارة الأمريكية وأوروبا بصفة رئيسية، تراجع تعاطي الكوكايين عمومًا، في حين استمر تزايد تعاطي القنب وتعاطي المستحضرات الصيدلانية شبه الأفيونية لأغراض غير طبية. وتتباين اتجاهات تعاطي المنشطات الأمفيتامينية من منطقة إلى أخرى. وقد أبلغت بعض المناطق الفرعية، مثل جنوب شرق آسيا، عن زيادة في تعاطي الميثامفيتامين (تقرير المخدرات العالمي الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٥).

وتشير التقارير المختلفة إلى تعشي ظاهرة إدمان المخدرات والمواد النفسية بأنواعها المختلفة في المجتمع المصري. ومن أحدث الأرقام التي تحدد وضع الإدمان في مصر ما ورد عن صندوق مكافحة الإدمان في سنة (٢٠١٦) (الموقع الرسمي صندوق علاج

ومكافحة الإدمان والتعاطي: [drugcontrol.org.eg/](http://drugcontrol.org.eg/)؛ إذ سجلت نسبة الإدمان \* في مصر ٢,٤%، ونسبة التعاطي بلغت ١٠%، وهي تتعدى نسبة التعاطي العالمية التي تسجل ٥%، وهو ما يشكل قلقاً كبيراً. وأظهرت الدراسات أن هناك انخفاضاً في سن التعاطي؛ إذ يبدأ الشباب في مرحلة التعاطي من عمر ١١ عامًا، وهو ما يثبت تراجع دور الأسرة، لأن ٥٨% من المدمنين يعيشون مع أسرهم بشكلٍ طبيعي من دون مشكلات أسرية. بالإضافة إلى تراجع الدور الأسري أرجعت بعض تقارير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان زيادة معدلات الانتشار لعوامل منها الأعمال الدرامية؛ إذ أظهرت النتائج أن ما يقرب من ١١ ألفا و ٥٠٠ مشهّد في الأعمال الدرامية المصرية حرّضت بشكلٍ مباشر أو غير مباشر على تعاطي المخدرات والتدخين.

### مدخل إلى مشكلة الدراسة

تقرض مشكلة التعاطي والإدمان عيباً على نظم الصحة العامة، من حيث الوقاية، وعلاج المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات ورعايتهم، وما يترتب على تلك الاضطرابات من عواقب صحية ونفسية. ووفقاً لتقرير المخدرات العالمي الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠١٥) لا يتاح الحصول على العلاج إلا لواحد من كل ستة من متعاطي المخدرات في العالم، لأنّ العديد من البلدان يعاني من نقص كبير في توفير الخدمات. ويبدو أن مناقشة قضايا الوقاية من المخدرات وعلاجها تتطلب في الدول النامية إعادة نظر في المنظومة العلاجية والوقائية، والتي يُعد الأخصائي في كل من الوقاية والعلاج أحد أضلاع هذه المنظومة. ومن هنا نبعت مشكلة الدراسة الراهنة في استكشاف الكفاءة الذاتية المهنية المُدرّكة للأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الوقاية من الإدمان

\* يعرف الصندوق في موقعه الرسمي الإدمان بأنه "حالة تنشأ من التعاطي المستمر لعقار معين، ومن تفاعل الجسم مع العقار، ونتيجة لذلك تظهر أعراض نفسية أو أعراض نفسية وعضوية، أي إننا أمام حالة مرضية لها أعراض، وتتصف بسلوكٍ أساسي، وهو الرغبة القهريّة التي لا تقاوم في الحصول على العقار واستعماله باستمرار للحصول على تأثير معين، أو لتحاشي التأثير الذي ينشأ عن إيقاف استعمال العقار، وتنشأ لنا مشكلة أخرى، وهي ضرورة زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير أو الحصول على التأثير المرغوب فيه. كل هذا ينشأ من سوء استعمال العقار، ولذلك يطلق على تلك الحالات اضطرابات تعاطي المخدرات Substance use disorder.

وعلاجه، وذلك ضمن برنامج تدريبي موسع لمشروع إعداد أخصائيين نفسيين مؤهلين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، والذي عقد في رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان. وكان الهدف العام للبرنامج التدريبي إعداد كوادر بشرية متخصصة في مجال العلاج والوقاية من الإدمان، وتنمية المهارات الشخصية والعلمية والمهنية والإبداعية لهذه الكوادر، وزيادة وعي الأخصائيين النفسيين بدورهم في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان. وفي إطار هذا الهدف العام-الذي شاركت الباحثة ضمن كوادره التدريبية-أجرت الباحثة الدراسة الراهنة بهدف فحص الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الوقاية من المخدرات وعلاجها؛ محاولةً رسم جوانب القوة والضعف وكذلك الحاجات التدريبية المدركة لديهم، وذلك قبل إدراجهم في البرنامج التدريبي المزمع عقده.

تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بظاهرة الإدمان نظرًا لتزايد الانتشار وتأثيرها الخطير في التكامل النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى تعقدها وارتباطها بعددٍ من المشكلات المرتبطة بالمجتمع بأسره. ويتطلب هذا تكامل عددٍ من أساليب الفحص النفسي، وكذلك الاستراتيجيات العلاجية لتقديم برامج علاجية شاملة، بالإضافة إلى تقنين عددٍ من الاستراتيجيات الوقائية والإرشادية. وهو ما يطرح السؤال بشأن الدور الهام للأخصائي النفسي في الوقاية والإرشاد والعلاج، بصفته عضوًا في الفريق الإكلينيكي والإرشادي بالمؤسسات الوقائية والإرشادية والعلاجية المختلفة.

وأشارت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2011) في تقريرها إلى الدور الحيوي والمتنوع في وظائف ومسئوليات الأخصائي النفسي داخل مؤسسات العلاج النفسي، وفي مواجهة الأزمات في كل دول العالم. كما أن أدواره تزايدت ليس فقط في العلاج، وإنما أيضًا في تلبية حاجات المجتمع على المدى البعيد. ولا شك أن الأخصائي النفسي منوط به أعباء العمل الاستشاري والوقائي واكتشاف الحالات المبكرة من التعاطي والاضطرابات المرتبطة بها والوقاية من الانتكاس.

ويعد مفهوم الكفاءة الذاتية المهنية المدركة للمعالج عمومًا، وليس في مجال الوقاية والعلاج من المخدرات والتعاطي فقط، متغيرًا هامًا لفهم كيف يشعر ويفكر الأفراد، وكيف يدفعون أنفسهم، وكيف يسلكون. وعلى ذلك فإن الكفاءة الذاتية المهنية المدركة للمعالج ترتبط

إيجابياً بمستوى تدريب المعالج وخبرته (Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel, Toulouse, 1992; Rushlau, 1998).

### هدف الدراسة

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى العاملين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان كما يدركونها هم أنفسهم، ووفقاً لتقييمهم ووعيهم الذاتي بما لديهم من كفاءة، وذلك انطلاقاً من التصور الذي قُدم للجنة العلمية بمشروع إعداد الأخصائيين النفسيين في مجال الوقاية والعلاج التابع لرابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، بالتعاون مع صندوق مكافحة المخدرات (هشام عبد الحميد تهامي، ٢٠١٦، تحت الطبع) عن الميثاق الأخلاقي للعاملين في مجال الإدمان، وتعزيز الكفاءة المهنية لهم في مجال العلاج والوقاية من التعاطي والإدمان، والقائم على عددٍ من الأطروحات العلمية الدولية الخاصة بمعايير الكفاءة المهنية للأخصائيين النفسيين. ومن ثمَّ يمكن بلورة هدف الدراسة في الآتي: "فحص الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الوقاية من المخدرات وعلاجها؛ ومحاولة رسم جوانب القوة والضعف، كما تتعكس في الاحتياجات التدريبية لديهم".

### الأهمية النظرية للدراسة

1. الإسهام في وضع محكات ومعايير للكفاءة الذاتية المهنية للأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الإدمان والتعاطي.
2. نظراً لوجود ندرة شديدة في الدراسات العربية في هذا الموضوع فإن المعلومات عن الاحتياجات التدريبية والكفاءة الذاتية المهنية لدى الأخصائيين النفسيين في مجال الإدمان، والمتغيرات الديموجرافية المرتبطة بالكفاءة الذاتية لدى الأخصائي النفسي العامل في مجال الإدمان غير متوفرة في البيئة المصرية.

### الأهمية التطبيقية للدراسة:

- 1- الوقوف على جوانب القوة والضعف المدركة لدى العاملين في مجال الوقاية من الإدمان وعلاجه.
- 2- معرفة الاحتياجات التدريبية المدركة لدى العاملين في مجال الوقاية من الإدمان وعلاجه، ما يتيح إعداد وتقديم البرامج التدريبية التي تهدف إلى إعداد كوادر بشرية

متخصصة في مجال العلاج والوقاية من الإدمان، وتنمية المهارات الشخصية والعلمية والمهنية لهذه الكوادر، وزيادة وعي الأخصائيين النفسيين بدورهم في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، ووضع أسس للمحاسبة والمسائلة عن الأداء المهني للأخصائي النفسي العامل في مجال الإدمان.

3- إعادة النظر في مجموعة المناهج المقدمة لطلاب الدراسات العليا، ممن سيعملون في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، بما يتلاءم مع احتياجاتهم التدريبية. وبناءً على ما تقدم يمكن بلورة مشكلة الدراسة بالشكل التالي:

### مشكلة الدراسة

هل هناك احتياجات تدريبية يدرك الأخصائيين النفسيين العاملين، وغير العاملين في مجال الوقاية والعلاج من المخدرات حاجتهم لها، كمكون هام لكفاءتهم الذاتية المهنية المدركة<sup>(١)</sup>، في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية؟

### مفهوم الدراسة

سنتناول في الفقرات التالية تعريف الكفاءة الذاتية المدركة، وتعريف الكفاءة الذاتية المهنية المدركة، ومكوناتها المقترحة لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الوقاية من الإدمان وعلاجه.

### مفهوم الكفاءة الذاتية المهنية لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الوقاية

#### وعلاج الإدمان:

يشير باندورا (Bandura, 1977) إلى أن الأداء الناجح يزيد من كفاءة الذات، وعلى ذلك يقدم تعريفاً للكفاءة الذاتية<sup>(١)</sup> المدركة على أنها معتقدات الأفراد عن إمكانياتهم لإنتاج مستويات محددة من الأداء من شأنها التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياتهم والسيطرة عليها (Bandura, 1986).

وتُحدد معتقدات الكفاءة الذاتية كيف يشعر الأفراد ويفكرون ويدفعون أنفسهم ويسلكون. وتنتج هذه المعتقدات تأثيرها عبر أربعة عمليات كبرى هامة. تتضمن هذه

<sup>1)</sup> Perceived Occupational self- efficacy.

<sup>2)</sup> Self-efficacy.

العمليات عمليات معرفية وعمليات دافعية وعمليات وجدانية وعمليات انتقائية (Bandura, 1994).

تقوم العمليات الوجدانية بتنظيم الحالات الانفعالية وإظهار ردود الأفعال الانفعالية. أمّا العمليات المعرفية فهي عمليات التفكير المتضمنة في اكتساب وتنظيم واستخدام المعلومات. ويقصد بالعمليات الدافعية العمليات التي تنشط الفعل، وينعكس مستوى الدافعية في اختيار أفعالنا، وفي شدة واستمرارية بذل الجهد. في حين أن العمليات الانتقائية يقصد بها العمليات التي تمكن الأفراد من خلق بيئات مفيدة، يخبر فيها الأفراد بعض السيطرة على المواقف التي تواجههم يوميًا؛ وإذ إن الأفراد نتاج بيئاتهم، فإن المعتقدات عن الكفاءة الشخصية تشكل مسار الحياة عن طريق التأثير في الاختيارات والبيئات التي يختارها الأفراد، فالأفراد يتجنبون الأنشطة التي يعتقدون أنها أعلى أو أكبر من إمكانياتهم على مواجهتها، ولكنهم يتولون إجراء نشاطات وتحديات صعبة واختيار المواقف التي يعتقدون بأنهم قادرين على التعامل معها (Bandura, 1998).

ويعرف لارسون وآخرون (1992) الكفاءة الذاتية للمعالج على أنها تقييم المعالج لقدرته على الإرشاد الفعال للعميل في المستقبل القريب.

أمّا الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال العلاج والوقاية من التعاطي والإدمان، فتعرفها الباحثة "بأنها معتقدات الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال علاج الإدمان والوقاية منه عن إمكانياتهم في فهم ظاهرة التعاطي والمشكلات المتعلقة بتعاطي المخدرات والآثار السلوكية والنفسية والصحية والاجتماعية للمواد النفسية، واستخدام أساليب التقييم والعلاج والإرشاد المختلفة في مجال التأهيل والوقاية من الانتكاس والرعاية المستمرة للإدمان، والاستعداد المهني وأساليب الممارسة المهنية والتمسك بالمعايير الأخلاقية في مجال العلاج والوقاية من الإدمان، والحرص على التدريب المستمر بما يحقق تقديم أفضل خدمة لعملائهم من المتعاطين وأسره".

ارتكزت الباحثة على بعض الأسس في تحديد محكات الكفاءة الذاتية المهنية المدركة؛ وهي تشمل البرامج العالمية لتأهيل وتدريب العاملين في مجال الإدمان (علاج/إرشاد/تأهيل/وقاية من الانتكاس)، وكذلك المقاييس التي وضعت لتقييم كفاءة العاملين في مجال التعاطي والإدمان (Lent, Hill & Hoffman, 2003)، مثل مقياس الكفاءة الذاتية



لعلاج تعاطي المخدرات (Kranz & O'Hare, 2006)، واستراتيجيات تدريب المرشدين في مجال التعاطي (Martino, 2010)، وأدلة الجمعية الأمريكية لعلم النفس لتعزيز الكفاءة المهنية (APA, 2011; 2014a; 2014b; 2015)، وجمعية كاليفورنيا للمثقفين في مجال الكحول/العقار (California Association for Alcohol/drug educators, 2011)، والتقارير الصادر عن معهد السلوك والصحة بولاية ميريلاند (DuPont, 2014)، والمراجعة التي قدمها هشام عبد الحميد تهامي (٢٠١٦، تحت الطبع) عن الميثاق الأخلاقي للعاملين في مجال الإدمان وتعزيز الكفاءة المهنية، والتقارير الصادر عن الأكاديمية الأمريكية لمقدمي الرعاية الصحية في مجال اضطرابات الإدمان (American Academy of Health care providers in the addictive disorders, 2017)، وجمعية الممارسين في مجال الإدمان بنيوزيلاند (Addiction Practitioners Association, 2017).

ولخصت الباحثة كل ما طرحته هذه الأدلة الإرشادية فيما يلي:

الجزء الأول: أسس التخصص

(أ) فهم التعاطي: ويقصد به

- فهم مجموعة متنوعة من نماذج ونظريات الإدمان وغيرها من المشكلات المتعلقة بتعاطي المخدرات، ووصف الآثار السلوكية والنفسية والصحية البدنية والاجتماعية للمواد النفسية في كل من استخدامها والآخريين.

(ب) المعلومات عن العلاج

- وصف الفلسفات والممارسات والسياسات والنتائج المتعلقة بالنماذج الأكثر قبولاً بشكل عام، والنماذج المدعومة علمياً الخاصة بالعلاج والتأهيل والوقاية من الانتكاس والرعاية المستمرة للإدمان وغيرها من المشاكل ذات الصلة الجوهرية بالإدمان.

(ج) فهم أسس التطبيق والممارسة

- فهم معايير تشخيص اضطرابات تعاطي المخدرات من الأدلة التشخيصية المختلفة (DSM4, DSM5, ICD10)، ووصف طرائق العلاج ومحكات الوضع في رعاية مستمرة. ووصف مجموعة متنوعة من استراتيجيات المساعدة للحد من الآثار السلبية لتعاطي المخدرات والإدمان.

## (د) الاستعداد المهني

- فهم الثقافات المختلفة ودمج الاحتياجات ذات الصلة والهامة للمجموعات المتباينة ثقافياً، وكذلك الأشخاص ذوي الإعاقة، في الممارسة الإكلينيكية. وفهم أهمية الوعي الذاتي بحياة الفرد الشخصية والمهنية والثقافية، والانصياع للمعايير الأخلاقية والسلوكية للمسلك في علاقة المساعدة.

## الجزء الثاني: أبعاد الممارسة المهنية

## (١) الفحص الإكلينيكي

## أ- المسح

- ويقصد به إقامة علاقة، بما في ذلك إدارة موقف الأزمة وتحديد الحاجة إلى مساعدة مهنية إضافية. وجمع البيانات بشكل منهجي من العميل والمصادر الجانبية الأخرى المتاحة، وذلك باستخدام أدوات المسح (الفحص) وغيرها من الأساليب.

## ب- القياس والتقييم

- (٢) اختيار واستخدام عملية تقييم شاملة تراعي العمر والجنس والقضايا الثقافية، والإعاقات التي تشتمل على سبيل المثال وليس الحصر

– تاريخ استخدام الكحول والمخدرات الأخرى.

– الصحة البدنية والصحة العقلية، وتاريخ علاج الإدمان.

## (٣) خطة العلاج

- الحصول على كل معلومات التقييم ذات الصلة وتفسيرها. وشرح نتائج التقييم للعميل والآخرين المهمين المتضمنين في العلاج.

## (٤) الإحالة: ويقصد بها

- إنشاء العلاقات مع الجماعات والهيئات المدنية والمهنيين الآخرين والمجتمع ككل والحفاظ عليها لضمان الإحالات المناسبة، وتحديد الثغرات في الخدمة، وتوسيع موارد المجتمع، والمساعدة على تلبية الاحتياجات غير الملباة. وتقييم نتائج الإحالة.

## (٥) تنسيق وتآزر الخدمات: وتنقسم إلى عددٍ من الإجراءات كالتالي:

أ- تنفيذ الخطة العلاجية.

ب- الاستشارة (المشورة).

ج- خطة التقييم والعلاج المستمرة.

(٦) الإرشاد: وينقسم إلى

أ- الإرشاد الفردي.

ب- الإرشاد الجماعي.

ج- إرشاد الأسر والأزواج والآخرين المهمين.

(٧) تنقيف العميل والأسرة والمجتمع: الوقاية

- تقديم برامج تنقيفية وتوعوية رسمية وغير رسمية ذات صلة بالثقافة لرفع الوعي، وتدعيم الوقاية من تعاطي المخدرات وعملية التعافي (وقاية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة).

(٨) التوثيق

إظهار المعرفة بالمبادئ المقبولة لإدارة ملف العميل. وحماية حقوق العميل في الخصوصية والسرية عند الإعداد والتعامل مع السجلات، وخاصة فيما يتعلق بنقل معلومات عن العميل مع أطراف ثالثة. وإعداد تقارير مسح ودخول وتقييم نفسي دقيقة ووافية.

(٩) المسؤوليات المهنية والأخلاقية

- التمسك والإذعان بالميثاق المهني المعترف به للأخلاقيات التي تحدد السياق المهني الذي يعمل في إطاره المرشد، من أجل الحفاظ على المعايير المهنية والحفاظ على العميل وحمايته. والإذعان للقوانين الحكومية ولوائح المؤسسة المتعلقة بعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات.

**الدراسات السابقة**

على الرغم من أهمية الوقوف على المتغيرات والعوامل التي من شأنها زيادة الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى الأخصائيين العاملين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، والتي يعد إدراك الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الوقاية وعلاج الإدمان لاحتياجاتهم التدريبية من أهم تلك المتغيرات، لما يترتب على سد هذه الاحتياجات من تحقيق للكفاءة الذاتية المهنية لهم، فإنها لم تحظ بكثير من الاهتمام من قبل الباحثين في البيئة العربية أو الأجنبية، وذلك بالمقارنة بالكلم الهائل من الدراسات التي أجريت للتحقق من كفاءة الأساليب

العلاجية المختلفة المستخدمة في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، والمقارنة بين نسب التعافي لهذه الأساليب لتحديد أهمها وأكثرها تحقيقاً لنسب التعافي، وعدد مرات أقل للانتكاس (انظر: Jafari, Shahidi& Abedin, 2010)، أو الدراسات التي أجرت قياساً لنمو وتطور الكفاءة الذاتية لدى المدمنين عبر مراحل العلاج المختلفة (انظر: Sitharthan, Job, Kavanagh, Sitharthan& Hough, 2003; Chodkiewicz& Gruszczynska, 2013)، أو التي درست دور الكفاءة الذاتية لدى المدمنين كمتغير مُنبئٍ بالتعافي من الإدمان (انظر: Hagman, 2004; Kadden& Mark, 2011; Abdollahi, Taghizadeh, Hamzehgarardeshi& Bahramzad, 2014)، أو التي درست الكفاءة الذاتية للمعالج في استخدام نوع معين من العلاج النفسي بشكلٍ عام، وليس في مجال الإدمان فقط (انظر: Wilkerson& Basco, 2014).

ولم ترد إلا إشارات قليلة-في حدود ما توصلت إليه الباحثة-في التراث فيما يتعلق بالدراسات الإمبريقية لتحديد المحكات والحاجات التدريبية للمعالج الكفاء في مجال التعاطي والإدمان، والتي سيتم عرض نتائجها في الفقرات التالية.

توصل ناجافيتس وويس (Najavits& Weiss, 1994) في دراستهما، والتي اهتمت ببحث كفاءة المعالجين النفسيين الذين يعاجون اضطرابات التعاطي والإدمان، إلى أن هناك فروقاً بين المعالجين في مستوى الكفاءة المهنية، تمثلت أبرز هذه الفروق في خصال المعالج وتحديدًا في مهارات العلاقات بين الأفراد<sup>١</sup>.

ودعمت نتائج دراسة مجموعة مشروع ماتش البحثي الممول من المعهد القومي لإدمان الكحوليات والكحولية (Project MATCH Research group, 1998) نتائج الدراسة السابقة، في أن خصال المعالج في مجال التعاطي والإدمان يمكن أن يكون لها أثر كبير في نجاح العلاج المقدم، بغض النظر عن نوعية العلاج.

وقد أعرب أكثر من ٩١% من عينة دراسة ويليامز (Williams, 1999)، والتي بلغت ١٨٩ أخصائيًا نفسيًا يعملون في مجال التعاطي في بريستول، عن حاجتهم إلى تدريب متخصص في علاج إدمان الكحوليات وتعاطي المخدرات لدى ذوي التشخيصات المزوجة.

<sup>١</sup> Interpersonal skills.

وكشفت دراسة كاري وبرنين ومايستووكاري وسيمونز (Carey, Purnine, Maisto, Carey & Simons, 2000) عن أن المعالجين النفسيين الذين يعالجون الاضطرابات النفسية المصاحبة للتعاطي، كانت لديهم احتياجات تدريبية متعددة فيما يتعلق بإقامة علاقة علاجية جيدة مع عملائهم، وأيضًا في كيفية الاستفادة من أساليب الدعم وأساليب زيادة الدافعية المتذبذبة لدى عملائهم.

واتسقت نتائج دراسة ناجافيتس وكريتس-كريستوف وديريجر (Najavits, Crits-Christoph & Dierberger, 2000) مع نتائج الدراسة السابقة في أن المعالجين والأطباء في مجال التعاطي والإدمان لم تكن لديهم خبرة كبيرة في بعض القضايا المرتبطة بالعلاج والاحتفاظ بنتائج العلاج مدة طويلة، كما لم تكن لديهم معرفة عن المعتقدات المرتبطة بالعلاج والتحالف العلاجي وقواعد الممارسة المهنية. وأوصت الدراسة بأن يكون هناك قدر أكبر من المساواة عن أداء المعالجين ومساعدتهم في تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة لعملائهم وزيادة الدعم والمساندة المقدمة لهم.

وأظهر التحليل العاملي الاستكشافي في دراسة ميردوك ووندلر وجوانا (Murdock, Wendler & Johanna, 2005) ، أن هناك خمسة عوامل فسرت أكثر من ٦٥% من التباين، وذلك في تحليل عاملي لاستجابات العاملين في مجال علاج الإدمان عن تصوراتهم لعوامل الكفاءة المهنية التي يجب أن تكون متوافرة لديهم لتحقيق النجاح مع عملائهم. وكانت هذه العوامل الخمس هي:

- أ- وجود مهارات نوعية للإرشاد في مجال الإدمان.
  - ب- التقييم والخطط العلاجية ومهارات الإحالة.
  - ت- مهارات علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان.
  - ث- مهارات الإرشاد الجمعي.
  - ج- مهارات الإرشاد الأساسية.
- وأشارت الدراسة إلى أن هذه العوامل لا بد من توافرها عند تقييم الكفاءة الذاتية للعاملين في مجال الإدمان.

وأشار شاندر وبالكين وبربيزيسكا (Chandler, Balkin & Perepiczka, 2011) في دراسة هامة لهم عن الكفاءة الذاتية المدركة لدى المعالجين المرخص لهم بمزاولة مهنة

علاج الإدمان، إلى أنه رغم النقص الواضح للتدريب على علاج الإدمان لدى هؤلاء المعالجين، فقد كانت لديهم ثقة كبيرة في قدراتهم على تقديم خدمة علاجية ملائمة لعملائهم من المدمنين، وخاصةً في مجال الأخلاقيات؛ على اعتبار أن إعطاء ترخيص مزاوله المهنة لا يمنح إلا بعد اجتياز تدريب مكثف للأخلاقيات. وكانت تلك النتائج سبباً في جعل الباحثين في هذه الدراسة يقررون بعدم ملائمة نظام المسائلة والمحاسبة، وكذلك فقر برامج التدريب التي يجب أن تقدم بشكل دوري لهؤلاء المعالجين.

### تعقيب عام على الدراسات السابقة

يتضح من العرض السابق أن هناك ندرة في الدراسات الإمبريقية على المستويين المحلي والأجنبي- وإن كانت هناك بعض الدراسات القليلة على المستوى الأجنبي، فإن هناك ندرة شديدة في الدراسات المحلية في حدود علم الباحثة- التي اهتمت بتحديد معايير الكفاءة الذاتية المهنية والحاجات التدريبية للمعالج الكفاء، وفي المقابل كانت هناك محاولات نظرية عديدة من قبل الباحثين لتحديد هذه الاحتياجات، ووضع المحكات الواجب توافرها في المعالج الكفاء بالشكل الذي عرضناه في الفقرات السابقة. وربما كان لهذا ما يبرره؛ إذ إنه في المجتمعات الأمريكية والأوروبية لا يتم منح المعالج ترخيصاً بمزاولة المهنة كأخصائي نفسي إلا بعد اجتيازه عدداً معيناً من الدورات، وعدد ساعات محددة للتدريب العملي تحت إشراف خبراء في مجال الممارسة، ومستوى محدد من الدراسات العليا في مجال الممارسة، كما يتعرض الأخصائي لاختبارات مفصلة قبل منحه ترخيص مزاوله المهنة. ونظراً لأننا في مجتمعنا المصري ما زلنا في طور البداية في تقنين مهنة المعالج النفسي، ووضع المحكات والمعايير اللازمة لمزاولة المهنة والمراقبة العلمية لمزاولي المهنة، ومحكات ومعايير التدريب المقبول المؤهل للعمل في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان والتعاطي، لذا فسيكون من المفيد الاستفادة من تلك الدراسات في الاسترشاد منها بالحاجات التدريبية لدى المعالجين في مجال الإدمان والوقاية منه.

### منهج الدراسة وإجراءاتها

#### المنهج:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي؛ إذ إن الدراسة دراسة وصفية استكشافية.

## عينة البحث:

استمدت البيانات الحالية من عينة سحبت عشوائياً من جمهور المتدربين ببرنامج إعداد أخصائيين نفسيين مؤهلين في مجال الوقاية والعلاج، التابع لرابطة الأخصائيين النفسيين المصرية بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي في الفترة من ٢٩ أكتوبر إلى ٢٩ ديسمبر ٢٠١٦. وقد بلغ حجم العينة ٦٥ فرداً بمدى عمري يتراوح بين (٢٣-٥٤)، بمتوسط عمري (٣٠,١٢)، وانحراف معياري (٦,٢٦). وتوضح الجداول التالية أهم البيانات الديموجرافية موضع الاهتمام في هذا البحث.

## جدول (١) توزيع أفراد العينة على مجموعات البرنامج

النسبة المئوية	التكرار	المجموعة
٢٧,٧%	١٨	رابطة الأخصائيين (البرنامج العلاجي -صباحي)
٢١,٥%	١٤	رابطة الأخصائيين النفسيين (البرنامج العلاجي -مسائي)
٢١,٥%	١٤	الإسكندرية (البرنامج العلاجي)
٢٩,٢%	١٩	صندوق مكافحة المخدرات (البرنامج الوقائي)
١٠٠%	٦٥	المجموع الكلي

فُسِّمَ المتدربون ببرنامج إعداد الأخصائيين النفسيين في مجال الوقاية والعلاج إلى خمس مجموعات، كل مجموعة تتراوح بين ٢٥-٣٥ متدرباً، اثنتان منها تلقيا التدريب في مجال علاج الإدمان في مقر الرابطة في القاهرة (أحدهما صباحية والثانية مسائية)، والثالثة تلقت التدريب في مجال الوقاية من الإدمان بمقر صندوق مكافحة المخدرات، وتلقت الرابعة التدريب ببرنامج الوقاية الذي عُقد بجامعة بني سويف، وتلقت المجموعة الخامسة التدريب في مجال علاج الإدمان في أحد مقرات وزارة الثقافة بالإسكندرية. وتضمنت العينة التي سُحبت بشكلٍ عشوائيٍ مشاركين من جميع المجموعات باستثناء المجموعة التي تلقت التدريب على الوقاية بمقر جامعة بني سويف. تم التطبيق على جميع المشاركين قبل بدء برنامج التدريب المرشح له كل منهم للمشاركة فيه؛ إذ استخدمت البيانات التي جمعت في هذه الدراسة في تحديد عناصر كل برنامج تدريبي.

ويوضح الجدول (٢) توزيع الجنسين في عينة المشاركين بالدراسة

#### جدول (٢) توزيع متغير النوع في أفراد العينة

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	٢٢	٣٣,٨%
إناث	٤٣	٦٦,٢%
المجموع الكلي	٦٥	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن ثلثي العينة تقريبًا كانت من الإناث.

يعرض الجدول (٣) توزيع المشاركين على الجامعات

#### جدول (٣) توزيع الجامعات التي درس بها أفراد العينة

الجامعة	التكرار	النسبة المئوية
القاهرة	١٤	٢١,٥%
عين شمس	٢١	٣٣,٢%
الإسكندرية	١٠	١٥,٦%
أخرى	٢٠	٣٠,٧%

يظهر من الجدول السابق أن أكثر من نصف العينة تقريبًا كان من الجامعتين الأم

(القاهرة وعين شمس)، بينما تم تمثيل الجامعات الأخرى، ومنها جامعة الإسكندرية، بقرابة ٤٦,٣% من المشاركين.

يعرض جدول (٤) للنسب المئوية للكليات التي درس بها أفراد العينة

#### جدول (٤) الكليات التي درس بها أفراد العينة

الكلية	التكرار	النسبة المئوية
كلية الآداب	٥٧	٨٧%
كلية التربية	٨	١٣%

ويتضح من الجدول أن غالبية العينة (٨٧%) كانوا من خريجي كلية الآداب، بينما مثل

خريجو كلية التربية (١٣%) فقط من المشاركين.

يعرض جدول (٥) للنسب المئوية لمستويات التعليم لدى أفراد العينة



## جدول (٥) مستويات التعليم لدى أفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل الدراسي
٧,٧%	٥	الليسانس
١٦,٩%	١١	دبلومة
٦٣,١%	٤١	ماجستير
١٢,٣%	٨	دكتوراه

ويظهر من الجدول السابق أن نسبة الحاصلين على دراسات عليا، وصلت إلى (٩٢,٣%)، أغلبهم حاملي ماجستير بنسبة وصلت إلى (٦٣,١%). وبلغت نسبة الحاصلين على الدكتوراه (١٢,٣%)، ونسبة الحاصلين على دبلومة متخصصة (١٦,٩%)، وفي مقابل هذا بلغ الحاصلين على شهادة جامعية فقط (ليسانس آداب أو بكالوريوس تربية) ٧,٧% فقط.

بالإضافة إلى المتغيرات السابقة، اهتمت الباحثة برصد عددٍ من المتغيرات الأخرى تشمل كل من: نوع الوظيفة الحالية (في مجال الإدمان أم في مجالات أخرى من علم النفس)، ونسب الممارسين لعملية التقييم بين أفراد العينة، وعدد سنوات ممارسة عملية الفحص والتقييم لدى أفراد العينة، ونسب الممارسين لعملية الإرشاد النفسي بين أفراد العينة، وعدد سنوات ممارسة الإرشاد النفسي لدى أفراد العينة، ونسب الممارسين للعلاج النفسي بين أفراد العينة، وعدد سنوات ممارسة العلاج النفسي لدى أفراد العينة، ونوع العلاج الذي يمارسه أفراد العينة مع حالات الإدمان، وعدد ونسب الحاصلين على ترخيص مزاوله العلاج النفسي، والحصول على الدورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله مهنة المعالج النفسي، ونوع الدورات التي حصل عليها أفراد العينة. وستعرض لها الباحثة في الجداول التالية.

جدول (٦) يعرض تكرارات ونسب العاملين في مجال الإدمان والمجالات الأخرى لعلم النفس بين أفراد عينة الدراسة.

## جدول (٦) نوع الوظيفة الحالية

النسبة المئوية	التكرار	نوع الوظيفة
٢٦,٢%	١٧	في مجال الإدمان
٥٠,٨%	٣٣	في مجال علم النفس الإكلينيكي عموماً

وظائف أخرى	١٥	%٢٣,١
------------	----	-------

يتضح من الجدول أن العاملين فعلياً في مجال علاج الإدمان أو الوقاية منه بلغوا نسبة ٢٦,٢% فقط من العينة الكلية.

#### جدول (٧) نسب الممارسين لعملية التقييم بين أفراد العينة

ممارسة عملية التقييم	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٥٣	%٨١,٥
لا	٨	%١٢,٣
غير مبين	٤	%٦,٢

ويظهر من الجدول السابق أن نسب الممارسين لعملية التقييم النفسي بلغت نسبة ٨١,٥% من أفراد العينة.

يعرض جدول (٨) عدد سنوات ممارسة عملية الفحص والتقييم بين أفراد العينة

#### جدول (٨) يوضح عدد سنوات ممارسة عملية الفحص والتقييم لدى أفراد العينة

عدد السنوات	التكرار	النسبة المئوية
٠,٥	٣	%٤,٦
١	٣	%٤,٦
١,٥	٤	%٦,٢
٢	٨	%١٢,٣
٣	٥	%٧,٧
٤	٢	%٣,١
٥	١	%١,٥
٦	٦	%٩,٢
٧	٢	%٣,١
٨	٢	%٣,١
١٠	١	%١,٥
١١	١	%١,٥
١٤	١	%١,٥
١٥	٢	%٣,١
٢١	١	%١,٥
٢٤	٢	%٣,١

عدد السنوات	التكرار	النسبة المئوية
غير مبين	٢١	%٣٢,٣

يتضح من الجدول السابق أن مدى الممارسة يتراوح بين ستة أشهر وأربع وعشرين سنة. يعرض جدول (٩) تكرارات ونسب الممارسين لعملية الإرشاد النفسي بين أفراد عينة الدراسة

#### جدول (٩) نسب الممارسين لعملية الإرشاد النفسي بين أفراد العينة

ممارسة الإرشاد النفسي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٣٩	%٦٠
لا	٢٠	%٣٠,٨
غير مبين	٦	%٩,٢

يتضح من الجدول أن نسبة الممارسين للإرشاد النفسي في العينة بلغت %٦٠.

يعرض جدول (١٠) عدد سنوات ممارسة الإرشاد النفسي لدى أفراد العينة

#### جدول (١٠) عدد سنوات ممارسة الإرشاد النفسي لدى أفراد العينة

المدة بالسنوات	التكرار	النسبة المئوية
٠,٢٥	١	%١,٥
٠,٥٠	٣	%٤,٦
١	٣	%٤,٦
١,٥	١	%١,٥
٢	٥	%٧,٧
٣	١	%١,٥
٤	٢	%٣,١
٥	١	%١,٥
٦	٥	%٧,٧
٧	٢	%٤,٦
٨	١	%١,٥
١٠	١	%١,٥
١١	١	%١,٥
١٥	١	%١,٥
٢١	١	%١,٥

النسبة المئوية	التكرار	المدة بالسنوات
١,٥%	١	٢٤
٥٣,٨%	٣٥	غير مبين

يظهر من الجدول السابق أن مدى ممارسة عملية الإرشاد النفسي تراوح بين ثلاثة أشهر وأربع وعشرين سنة.

يعرض جدول (١١) تكرارات ونسب الممارسين للعلاج النفسي بين أفراد العينة

#### جدول (١١) نسب الممارسين للعلاج النفسي بين أفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	ممارسة العلاج النفسي
٦٣,١%	٤١	نعم
٢٤,٦%	١٦	لا
١٢,٣%	٨	غير مبين

يتضح من الجدول أن نسبة الممارسين للعلاج النفسي بين أفراد العينة بلغت ٦٣,١%.

يعرض جدول (١٢) تكرار ونسب عدد سنوات ممارسة العلاج النفسي لدى أفراد العينة

#### جدول (١٢) عدد سنوات ممارسة العلاج النفسي لدى أفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	عدد سنوات الممارسة
٣,١%	٢	١
٦,٢%	٤	١,٥
٩,٢%	٦	٢
٩,٢%	٦	٣
٣,١%	٢	٥
٤,٦%	٣	٦
٣,١%	٢	٨
١,٥%	١	١١
١,٥%	١	١٤
١,٥%	١	١٥
١,٥%	١	٢١
١,٥%	١	٢٤
٥٣,٨%	٣٥	غير مبين

يظهر من الجدول السابق أن مدى ممارسة العلاج النفسي تراوح بين سنة واحدة فقط وأربع وعشرين سنة.

يعرض جدول (١٣) تكرارات ونسب أنواع العلاجات المختلفة التي يمارسها أفراد العينة من الأخصائيين مع حالات الإدمان.

جدول (١٣) نوع العلاج الذي يمارسه أفراد العينة مع حالات الإدمان

النسبة المئوية	التكرار	نوع العلاج المستخدم
٣٨,٥%	٢٥	العلاج المعرفي السلوكي
٣,١%	٢	١٢ خطوة
٣,١%	٢	الماتريكس
١,٥%	١	العلاج المعرفي السلوكي والسيكودينامي
١٠,٨%	٧	العلاج المعرفي السلوكي والماتريكس
١,٥%	١	ال ١٢ خطوة والماتريكس
١,٥%	١	العلاج المعرفي السلوكي والسيكودينامي وال ١٢ خطوة
٤,٦%	٣	العلاج المعرفي السلوكي والسيكودينامي والماتريكس
٤,٦%	٣	العلاج المعرفي السلوكي وال ١٢ خطوة والماتريكس
١,٥%	١	العلاج المعرفي السلوكي والسيكودينامي وال ١٢ خطوة والماتريكس
٢٩,٢%	١٩	غير مبين

يظهر من الجدول السابق وجود تنوع في الأساليب العلاجية المستخدمة. وقد جمع بعض أفراد العينة بين أكثر من أسلوب علاجي؛ وإن ظل العلاج المعرفي السلوكي في الصدارة بنسبة ٣٨,٥%.

يعرض جدول (١٤) عدد ونسب الحاصلين على ترخيص مزاولة العلاج النفسي

جدول (١٤) عدد ونسب الحاصلين على ترخيص مزاولة العلاج النفسي

النسبة المئوية	التكرار	الحصول على الترخيص
صفر	صفر	نعم
١٠٠%	٦٥	لا

يتضح من النسب الواردة في الجدول السابق أن جميع أفراد العينة، لم يكونوا من الحاصلين على ترخيص وزارة الصحة بمزاوله مهنة العلاج النفسي.

يعرض الجدول (١٥) تكرارات ونسب الحاصلين على الدورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله مهنة العلاج النفسي بين أفراد العينة

جدول (١٥) نسب الحاصلين على الدورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله العلاج النفسي

النسبة المئوية	التكرار	الحصول على دورات
٣٥,٤%	٢٣	نعم
٦٤,٦%	٤٢	لا

يتضح من الجدول السابق أن نحو ثلثي العينة لم يحصل أفرادها من العاملين بمجال علاج الإدمان والوقاية منه لم يحصلوا على أي من دورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله مهنة العلاج النفسي.

يعرض جدول (١٦) تكرارات والنسب المئوية لنوع الدورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله المهنة التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة

جدول (١٦) نوع الدورات التي حصل عليها أفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	نوع الدورات التي حصلوا عليها
٦٤,٦%	٤٢	لا
٥.١%	١	القلق المعمم
١.٣%	٢	الوسواس
١.٣%	٢	العلاج المعرفي السلوكي
٥.١%	١	القلق المعمم وأخلاقيات ممارسة مهنة المعالج النفسي
٥.١%	١	القلق المعمم والعلاج المعرفي السلوكي
٥.١%	١	الاكتئاب الأساسي وأخلاقيات ممارسة مهنة المعالج النفسي
٥.١%	١	القلق المعمم والاكتئاب الأساسي وأخلاقيات ممارسة مهنة المعالج النفسي
٦.٤%	٣	القلق المعمم والاكتئاب الأساسي والعلاج المعرفي السلوكي
٥.١%	١	القلق المعمم والوسواس والعلاج المعرفي السلوكي
١.٣%	٢	القلق المعمم والاكتئاب الأساسي والوسواس وأخلاقيات ممارسة مهنة المعالج النفسي
٦.٤%	٣	القلق المعمم والاكتئاب الأساسي والوسواس والعلاج المعرفي

النسبة المئوية	التكرار	نوع الدورات التي حصلوا عليها
١٠.٣ %	٢	السلوكي القلق المعمم والاكنتاب الأساسي والأخلاقيات والعلاج المعرفي
٦.٤ %	٣	السلوكي القلق المعمم والاكنتاب الأساسي والوسواس وأخلاقيات ممارسة مهنة المعالج النفسي والعلاج المعرفي السلوكي
٧.٧ %	٥	غير مبين

يظهر من الجدول السابق أن نحو ثلث العينة (٣٥,٤%) كانوا حاصلين على دورة واحدة على الأقل من دورات الحصول على ترخيص مزاوله المهنة، في حين كانت نسبة الحاصلين على الدورات الخمس المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله المهنة (٤.٦%).

#### أداة الدراسة:

صمم مقياس الكفاءة المهنية بناء على المسح السابق الذي أجرته الباحثة كما سبق أن أوضحنا في فقرة مفهوم الدراسة، وعلى التصور المقترح للميثاق الأخلاقي للعاملين في مجال الإدمان وتعزيز الكفاءة المهنية الذي قدمه هشام عبد الحميد (٢٠١٦). تكون المقياس في صورته النهائية من ٥٥ بنداً؛ مقسمة لجزأين؛ الجزء الأول يتعلق بالمعلومات عن التعاطي والإدمان والعلاج والوقاية والتأهيل والاستعداد المهني؛ ويتكون من ٣٢ بنداً. أما الجزء الثاني فيتعلق بأبعاد التطبيق والممارسة المهنية ويتكون من ٢٣ بنداً. يُجاب عن كل بند باختيار بديل من خمسة بدائل وفقاً لما يعتقد الشخص عن مستوى معرفته وكفاءته المهنية؛ إذ تتدرج الإجابة عن بنود المقياس من (١) حيث أقل درجات المعرفة أو درجات المهارة إلى (٥) حيث أعلى درجات المعرفة أو درجات المهارة أو التمكن في الممارسة.

وقسمت بنود جزأي المقياس إلى عدد من الأبعاد الفرعية، وهي ما سيتم التعرض

له في الفقرات التالية:

(١) التأسيس النظري: وهو المعرفة والإلمام بنماذج ونظريات التعاطي والإدمان، وعوامل الخطر والمقاومة، والسياق الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والثقافي الذي يقع أو يوجد في إطاره الإدمان وتعاطي المخدرات والمسكرات، والآثار السلوكية والنفسية والصحية (البدينية) والاجتماعية للمواد النفسية على كل من مستخدميها والآخرين المحيطين به، والاضطرابات

الطبية والنفسية المحتمل أن تُوجَد -وجودًا مشتركًا- مع الإدمان وتعاطي المخدرات والمسكرات.

(٢) الرعاية المستمرة والوقاية من الانتكاس.

(٣) دور الأسرة والشبكات الاجتماعية في الوقاية والعلاج والشفاء والتأهيل.

(٤) الإلمام بنظم التشخيص: أي المعرفة والإلمام بالدليل التشخيصي DSM في تشخيص الإدمان، والمعرفة والإلمام بالدليل التشخيصي ICD في تشخيص الإدمان. والمعرفة والإلمام بالفرق بين الأدلة التشخيصية المختلفة (DSM & ICD) في تشخيص الإدمان، والمعرفة والإلمام بالفرق بين نسخ الأدلة المختلفة في تشخيص الإدمان (DSM4 & DSM5).

(٥) أساليب الفحص وتقييم عائد العلاج.

(٦) المعرفة والإلمام بالالتزامات المهنية والمعايير الأخلاقية في مجال التعاطي والإدمان.

(٧) وضع وتنفيذ الخطة العلاجية وفريق العمل العلاجي وتقييم التقدم أو التحسن العلاجي وخطة التقييم والعلاج المستمرة؛ أي المعرفة والإلمام بطريقة رصد وتقييم التقدم المتحقق في العلاج، والمعرفة والإلمام بالإجراءات الطبية والفنية والإدارية المطلوبة لتطبيق برنامج العلاج، والمعرفة والإلمام بالمصطلحات والإجراءات والأدوار الخاصة بالتخصصات المتعددة المشاركة في علاج الإدمان أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة والمسكرة.

(٨) الإرشاد النفسي بأنواعه: المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات الإرشاد الفردي، والإرشاد الجماعي، وإرشاد الأسر والأزواج.

(٩) الوقاية وتثقيف المجتمع بشأن أضرار الإدمان على الفرد والأسرة والمجتمع كسبيل للوقاية: المعرفة والإلمام بالبرامج التثقيفية والتوعوية، رسمية وغير رسمية ذات صلة بالثقافة لرفع الوعي وتدعيم الوقاية من تعاطي المخدرات، والمعرفة والإلمام بالعوامل التي تزيد من احتمال أن يكون فرد أو مجتمع محلي أو جماعة مستهدفة أو لديها مقاومة نفسية لاضطرابات تعاطي المخدرات، والمعرفة والإلمام بأساليب توعية الآخرين بقضايا الهوية الثقافية والعمر والجنس في الوقاية والعلاج والشفاء، والمعرفة والإلمام بوصف علامات الخطر والاستهداف والأعراض، ومسار التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي، والمعرفة والإلمام والمقدرة على وصف كيفية تأثير اضطرابات التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي على الأسر والأفراد الآخرين المعنيين، والمعرفة والإلمام والمقدرة على



وصف المشاكل الصحية والسلوكية المتعلقة بتعاطي المخدرات، بما في ذلك طرائق النقل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والسل، والأمراض المنقولة جنسياً، والأمراض المعدية الأخرى، والمعرفة والإلمام بأساليب تعليم المهارات الحياتية، مثل إدارة الضغوط والاسترخاء والتواصل وتوكيد الذات ومهارات الرفض.

### الخصائص السيكومترية للمقياس

#### صدق المقياس:

اعتمدت الباحثة على صدق المحتوى من خلال الاتفاق بين المحكمين؛ إذ عُرض المقياس على اثنين من أساتذة علم النفس في مصر\* المهتمين بظاهرة الوقاية والعلاج من الإدمان، وأعضاء اللجنة العلمية للمشروع. واقتصر التحكيم على مدى مطابقة بنود المقياس لمعايير الكفاءة المهنية التي وردت بدليل الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2015). استبعدت الباحثة جميع البنود التي لم يتفق عليها المحكمان، وتم الإبقاء على البنود التي اتفقا عليها فقط. وبذلك بلغ العدد النهائي لبنود المقياس (٥٥) بنوداً مقسمة إلى جزأين كما أشرنا من قبل.

#### ثبات المقياس:

حسب ثبات الأداة باستخدام أسلوب إعادة الاختبار؛ إذ طبق المقياس مرتين على عينة مكونة من عشرين أخصائياً نفسياً بفاصل زمني أسبوعان، وتم حساب نسبة الاتفاق بين الاختبار وإعادة الاختبار بعد ضم البدائل (٣،٢،١) معاً، والبدايل (٥،٤) معاً لدى أفراد العينة. تراوحت نسب الاتفاق بين التطبيقين على بنود المقياس بين (٠،٦٥) و(٠،٩٠) على الخمسة وخمسين بنوداً؛ وهي مؤشرات ثبات مرضية إلى حد كبير.

#### إجراءات الدراسة:

\* تتقدم الباحثة بالشكر إلى كل من الأستاذ الدكتور أيمن فتحي عامر أستاذ علم النفس بكلية الآداب-جامعة القاهرة، والمنسق العام لمشروع إعداد الأخصائيين النفسيين في مجال الوقاية والعلاج التابع لرابطة الأخصائيين النفسيين المصرية بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، والعضو السابق بالبرنامج الدائم لبحوث المخدرات، والأستاذ الدكتور هشام عبد الحميد تهامي أستاذ علم النفس بكلية الآداب-جامعة بني سويف، والمستشار العلمي للمشروع والذي ترجم دليل الجمعية الأمريكية لعلم النفس للميثاق الأخلاقي للعاملين في مجال الإدمان وتعزيز الكفاءة المهنية، وأعضاء اللجنة العلمية بالبرنامج.

(1) اختارت الباحثة عينة عشوائية من المتقدمين لمشروع إعداد أخصائيين نفسيين مؤهلين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان الذي عقد في رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي في الفترة من ٢٩ أكتوبر إلى ٢٩ ديسمبر (٢٠١٦)؛ إذ تم الاختيار العشوائي من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-21).

(2) استكملت العينة المختارة استبانة البيانات الأولية التي شملت المتغيرات موضع الاهتمام في الدراسة الراهنة مثل العمر والنوع والجامعة والكلية (آداب/تربية) التي تخرج منها كل مشارك، وأعلى شهادة جامعية حصل عليها (ليسانس أو بكالوريوس في مقابل دبلوم أو ماجستير أو دكتوراه)، بالإضافة إلى متغيرات أخرى من قبيل نوع الوظيفة الحالية (في مجال الإدمان أم في مجالات أخرى)، ونسب الممارسين لعملية التقييم بين أفراد العينة، وعدد سنوات ممارسة عملية الفحص والتقييم لدى أفراد العينة، ونسب الممارسين لعملية الإرشاد النفسي بين أفراد العينة، وعدد سنوات ممارسة الإرشاد النفسي لدى أفراد العينة، ونسب الممارسين للعلاج النفسي بين أفراد العينة، وعدد سنوات ممارسة العلاج النفسي لدى أفراد العينة، ونوع العلاج الذي يمارسه أفراد العينة مع حالات الإدمان، وعدد ونسب الحاصلين على ترخيص مزولة العلاج النفسي، والحصول على دورات رخصة مزولة العلاج النفسي، ونوع الدورات التي حصل عليها أفراد العينة.

(٣) طُبِّق مقياس الدراسة في جلسات جماعية صغيرة تضم كل جلسة خمسة أفراد، وذلك قبل الانضمام للبرنامج التدريبي.

(٤) تم تحديد محك الكفاءة من خلال اختيار المشارك للبدلين (٤) و(٥)، ولذلك تم ضم الذين اختاروا هذين البدلين معاً في مجموعة واحدة، ليصبحوا مجموعة ذوي الكفاءة المدركة على هذه المهارة أو المعلومة المتضمنة في البند، وذلك عند حساب التكرارات والنسب المئوية لمن يرون في أنفسهم الكفاءة في المضمون الذي يقيسه البند. وفي مقابل هذا تم ضم البدائل (١) و(٢) و(٣) معاً باعتبارها مؤشرات على إدراك الفرد لوجود حاجات تدريبية في المعلومة أو المهارة المتضمنة في البند.

(٥) تم إجراء خطة التحليل الإحصائي من خلال الاعتماد على حساب التكرارات والنسب المئوية، وإجراء اختبار (ك<sup>٢</sup>) للتحقق من استقلال الكفاءة المدركة عن المتغيرات

موضع الاهتمام في الدراسة الراهنة؛ وتشمل النوع والعمل في مجال الإدمان ومستوى التعليم والحصول على الدورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله العلاج النفسي.

### أساليب التحليل الإحصائي:

اعتمدت الباحثة على الأساليب التالية:

- 1) حساب التكرارات والنسب المئوية للكفاءة المدركة.
- 2) اختبار (ك<sup>٢</sup>) لاستقلال ظاهرتين؛ وذلك لاختبار مدى ارتباط الكفاءة المدركة بالمتغيرات موضع الاهتمام في الدراسة الراهنة.

### نتائج الدراسة

تعرض الجداول (١٧) و(١٨) و(١٩) و(٢٠) لنتائج الدراسة من خلال حساب كل من التكرارات والنسب المئوية للكفاءة المدركة، وحساب اختبار (ك<sup>٢</sup>) لاستقلال الكفاءة عن كل من النوع والعمل في مجال الإدمان، ومستوى التعليم، والحصول على الدورات المؤهلة للحصول على ترخيص مزاوله العلاج النفسي. وقد اكتفينا في الجدول (١٧) بوضع تكرارات ونسب الأفراد المدركون لوجود حاجات تدريبية لديهم من خلال وصف أنفسهم بعدم الكفاءة في المعلومة أو المهارة المتضمنة في البند. ويعرض الجدول (١٨) لاستقلال النوع عن الكفاءة المدركة، والجدول (١٩) لاستقلال العمل في مجال الإدمان عن الكفاءة المدركة، والجدول (٢٠) لاستقلال متغير الحصول على دورات مزاوله المهنة عن الكفاءة المدركة. وفي هذه الجداول الثلاث تم الاكتفاء بعرض التكرارات والنسب المئوية لكل من الكفاءة المدركة وعدم الكفاءة المدركة، وقيمة (ك<sup>٢</sup>) ودلالاتها في حالة البنود الدالة فقط. ونظرًا لأن نسبة التعليم ما بعد الجامعي (دبلوم-ماجستير-دكتوراه) بلغت (٩٢,٣%) منهم (٦٣,١%) حاصلون على ماجستير، فإن الباحثة رأت أن اختبار استقلال الكفاءة المدركة عن متغير مستوى التعليم لن يكون له معنى؛ إذ إن نسبة الحاصلين على ليسانس أو بكالوريوس بلغت (٧,٧%) فقط، بينما كان هناك تحيز واضح في العينة لصالح التعليم ما بعد الجامعي.

يُعرض الجدول (١٧) التكرارات والنسب المئوية لمن يرون في أنفسهم حاجات تدريبية في المعلومات والمهارات المتضمنة في كل بندٍ من بنود الاختبار.

جدول (١٧) النسب المئوية لمن يدركون حاجاتهم التدريبية (ممثلة بمن اختاروا

البدائل (١ و ٢ و ٣) في البنود الفرعية لكل من المعلومات وأبعاد الممارسة المهنية:

## الجزء الأول

## (أ) المعلومات عن التعاطي والإدمان:

النسبة المئوية	العدد	البند	
٨١,٥%	٥٣	المعرفة والإلمام بمجموعة متنوعة من نماذج ونظريات التعاطي والإدمان	١
٦٠%	٣٩	المعرفة والإلمام بعوامل الخطر والمقاومة التي تصف الأفراد والجماعات وبيئاتهم المعيشية	٢
٥٨,٥%	٣٨	المعرفة بالمتغيرات المرتبطة بالسياق الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والثقافي، الذي يقع أو يُوجد في إطاره الإدمان وتعاطي المخدرات والمسكرات.	٣
٢.٤٦%	٣٠	المعرفة والإلمام بالآثار السلوكية والنفسية والصحية (البدنية) والاجتماعية للمواد النفسية على كل من مستخدميها والآخرين المحيطين به.	٤
٥٣,٨%	٣٥	المعرفة والإلمام بالاضطرابات الطبية والنفسية، المحتمل أن تُوجد-وجودًا مُشتركا-الاضطرابات الطبية والنفسية مع الإدمان وتعاطي المخدرات والمسكرات.	٥

## تابع: جدول (١٧)

## (ب) الوقاية والعلاج والتأهيل:

النسبة المئوية	العدد	البند	
		المعرفة والإلمام بالفلسفات والممارسات والسياسات الشائع استخدامها، والنتائج المدعومة علميًا:	
٦٩,٢%	٤٥	الخاصة بعلاج الإدمان.	٦
٦٩,٢%	٤٥	بالوقاية من الانتكاس لدى المدمنين	٧
٦٦,٢%	٤٣	بتأهيل المدمنين والرعاية المستمرة لهم.	٨
٦٦,٢%	٤٣	المعرفة والإلمام بالدور الذي يمكن أن تؤديه الأسرة في عملية العلاج والشفاء والتأهيل	٩
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام بالدور الذي يمكن أن تؤديه الشبكات	١٠

دراسات نفسية (مج ٢٧، ع ٢ أبريل ٢٠١٧ ص ١٥٣ - ٢٠٤)

النسبة المئوية	العدد	البند
		الاجتماعية والنظم المجتمعية في عملية العلاج والشفاء والتأهيل.

النسبة المئوية	العدد	حجم قبولك:
٥٥,٤%	٣٦	١١ لاستخدام البيانات البحثية ونتائجها وتطبيقها في الممارسة الإكلينيكية.
٥٥,٤%	٣٦	١٢ لقيمة اتباع منحى متعدد التخصصات للوقاية من التعاطي والإدمان.
٤٩,٢%	٣٢	١٣ لقيمة اتباع منحى متعدد التخصصات لعلاج التعاطي والإدمان.

تابع: جدول (١٧)

(ج) التطبيق والممارسة:

النسبة المئوية	العدد	البند
٦٦,٢%	٤٣	١٤ المعرفة والإلمام بمعايير تشخيص الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المخدرات والمسكرات.
٧٢,٣%	٤٧	١٥ المقدرة على وصف طرائق العلاج ومحكات الوضع في الرعاية المستمرة.
٧٣,٨%	٤٨	١٦ المعرفة والإلمام بالدليل التشخيصي DSM في تشخيص الإدمان.
٩٠,٨%	٥٩	١٧ المعرفة والإلمام بالدليل التشخيصي ICD في تشخيص الإدمان.
٩٣,٨%	٦١	١٨ المعرفة والإلمام بالفرق بين الأدلة التشخيصية المختلفة (DSM & ICD) في تشخيص الإدمان.
٨٦,٢%	٥٦	١٩ المعرفة والإلمام بالفرق بين نسخ الأدلة المختلفة في تشخيص الإدمان (DSM4 & DSM5).
٦٧,٧%	٤٤	٢٠ المقدرة على وصف مجموعة متنوعة من استراتيجيات المساعدة للحد من الآثار السلبية لتعاطي المخدرات

النسبة المئوية	العدد	البند	
		والاعتماد.	
٦١,٥%	٤٠	المقدرة على وصف استراتيجيات مساعده الحالة وطرائق العلاج في المرحلة التي يمر بها العميل من الاعتماد أو التغيير أو الشفاء.	٢١
٦٣,١%	٤١	المقدرة على تقديم خدمات العلاج بما يتناسب ولغة العميل وهويته الشخصية والثقافية.	٢٢
٦٦,٢%	٤٣	المرونة الكافية لضبط وتعديل الممارسة بما يتفق مع السياق والأساليب العلاجية.	٢٣
٩٢,٣%	٦٠	المعرفة والإلمام بالأساليب الطبية والدوائية في علاج الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المخدرات والمسكرات.	٢٤
٨٠,٠%	٥٢	المعرفة والإلمام بمجموعة متنوعة من خيارات التأمين والمحافظة على الصحة ومساعدة العملاء على الوصول إلى الفوائد المرجوة من العلاج.	٢٥
٦١,٥%	٤٠	الاعتراف بأن بعض الأزمات التي يأتي بها بعض المرضى، قد تشير إلى وجود اضطراب استخدام المواد الإدمانية ضمنى، وأن ذلك يمكن أن يكون نافذة للتغيير.	٢٦
٧٣,٨%	٤٨	المعرفة والإلمام بأساليب فحص حالات التعاطي والإدمان.	٢٧
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام بأساليب القياس وتقييم عائد علاج حالات التعاطي والإدمان.	٢٨

## تابع: الجدول (١٧)

## (د) الاستعداد المهني:

النسبة المئوية	العدد	البند	
٥٢,٣%	٣٤	المعرفة والإلمام بدور الوعي الذاتي بحياة الفرد الشخصية والمهنية والثقافية.	٢٩
٥٠,٨%	٣٣	المعرفة والإلمام بالالتزامات المهنية والمعايير الأخلاقية في مجال التعاطي والإدمان.	٣٠

دراسات نفسية (مج ٢٧، ع ٢ أبريل ٢٠١٧ ص ١٥٣ - ٢٠٤)

النسبة المئوية	العدد	البند	
٥٣,٨%	٣٥	المعرفة والإلمام بدور الإشراف المستمر، والتعليم المستمر في تقديم الخدمات المقدمة للعملاء.	٣١
٧٦,٩%	٥٠	المعرفة والإلمام بمتطلبات تطبيق سياسات وإجراءات محددة بالسباق للتعامل مع الأزمة أو المواقف الخطرة؛ بما في ذلك تدابير السلامة للعملاء والموظفين المتعاملين في مواقف ومجالات التعاطي والإدمان.	٣٢

تابع: جدول (١٧)

الجزء الثاني: أبعاد الممارسة المهنية:

النسبة المئوية	العدد	البند	
		(١) الفحص الإكلينيكي:	
٧٢,٣%	٤٧	المعرفة والإلمام بأساليب الفحص الإكلينيكي الشائع استخدامها لحالات التعاطي والإدمان.	١
		المسح	
٧٠,٨%	٤٦	المعرفة والإلمام بأساليب جمع البيانات عن حالة التعاطي والإدمان قبل بدء مباشرتها.	٢
٧٣,٨%	٤٨	المقدرة على تطبيق المعايير المقبولة لتشخيص الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات في صياغة توصيات العلاج.	٣
٧٠,٨%	٤٦	المعرفة والإلمام بالخطوات المتطلبية للبدء في قبول أو إحالة العميل وضمان متابعته.	٤
		التقييم والتقويم:	
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام بأساليب التقييم والتقويم لحالات التعاطي والإدمان.	٥
		خطة العلاج	
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام بأساليب تطوير خطة عمل مقبولة للمعالج والعميل.	٦
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام بطريقة رصد وتقييم التقدم المتحقق في	٧

النسبة المئوية	العدد	البند	
		العلاج.	
		<u>الإحالة</u>	
٨٤,٦%	٥٥	المعرفة والإلمام بمصادر إحالة الحالات والترتيبات المتطلبية.	٨
		<u>تنفيذ الخطة العلاجية</u>	
٨٤,٦%	٥٥	المعرفة والإلمام بالإجراءات الطبية والفنية والإدارية المتطلبية لتطبيق برنامج العلاج.	٩
		<u>الاستشارة</u>	
٨١,٥%	٥٣	المعرفة والإلمام بالمصطلحات والإجراءات والأدوار الخاصة بالتخصصات المتعددة المشاركة في علاج الإدمان أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة والمسكرة.	١٠
		<u>خطة التقييم والعلاج المستمرة</u>	
٧٢,٣%	٤٧	المعرفة والإلمام بأساليب تقييم العلاج والتقدم في الشفاء.	١١
		<u>الإرشاد</u>	
٦٣,١%	٤١	المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات الإرشاد الفردي.	١٢
٦٩,٢%	٤٥	المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات الإرشاد الجماعي.	١٣
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات إرشاد الأسر والأزواج.	١٤

تابع الجدول (١٧)

النسبة المئوية	العدد	البند	
		<u>تثقيف العميل والأسرة والمجتمع: الوقاية</u>	
٨١,٥%	٥٣	المعرفة والإلمام بالبرامج التثقيفية والتوعوية رسمية وغير رسمية ذات الصلة بالثقافة لرفع الوعي وتدعيم الوقاية من تعاطي المخدرات.	١٥
٨٠,٠%	٥٢	المعرفة والإلمام بالعوامل التي تزيد من احتمال أن يكون فرد أو مجتمع محلي أو جماعة مستهدفة أو لديها مقاومة نفسية	١٦



دراسات نفسية (مج ٢٧، ع ٢ أبريل ٢٠١٧ ص ١٥٣ - ٢٠٤)

النسبة المئوية	العدد	البند	
		لاضطرابات تعاطي المخدرات.	
٨٤,٦%	٥٥	المعرفة والإلمام بأساليب توعية الآخرين بقضايا الهوية الثقافية والعمر والجنس في الوقاية والعلاج والشفاء.	١٧
٦٦,٢%	٤٣	المعرفة والإلمام بوصف علامات الخطر والاستهداف والأعراض، ومسار التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي.	١٨
٦٦,٢%	٤٣	المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف كيفية تأثير اضطرابات التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي على الأسر والأفراد الآخرين المعنيين.	١٩
٨٤,٦%	٥٥	المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف أساليب استمرارية الرعاية والموارد المتاحة للأسرة وغيرها من المعنيين.	٢٠
٨٣,١%	٥٤	المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف مبادئ وفلسفة الوقاية والعلاج والشفاء.	٢١
٧٥,٤%	٤٩	المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف المشاكل الصحية والسلوكية المتعلقة بتعاطي المخدرات، بما في ذلك طرائق نقل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والسل، والأمراض المنقولة جنسياً، والأمراض المعدية الأخرى.	٢٢
٥٨,٥%	٣٨	المعرفة والإلمام بأساليب تعليم المهارات الحياتية، مثل إدارة الضغوط والاسترخاء والتواصل وتوكيد الذات ومهارات الرفض.	٢٣

يتضح من نتائج الجدول السابق ما يلي:

- (١) غالبية العينة (٨١,٥%) تدرك حاجاتها التدريبية للإلمام بمجموعة متنوعة من نماذج ونظريات التعاطي والإدمان.
- (٢) نحو ثلاثة أرباع العينة تقريباً (٧٥,٤%) تحتاج إلى المعرفة والإلمام بالدور الذي يمكن أن تؤديه الشبكات الاجتماعية والنظم المجتمعية في عملية العلاج والشفاء والتأهيل.

(٣) أكثر من ثلثي العينة (٧٢,٣%) تحتاج إلى التدريب على وصف طرائق العلاج ومحكات الوضع في الرعاية المستمرة.

(٤) في مجال التطبيق والممارسة كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل أدركت حاجتها للتدريب فيما يلي:

- المعرفة والإلمام بالدليل التشخيصي DSM في تشخيص الإدمان.
  - المعرفة والإلمام بالدليل التشخيصي ICD في تشخيص الإدمان.
  - المعرفة والإلمام بالفرق بين الأدلة التشخيصية المختلفة (DSM & ICD) في تشخيص الإدمان.
  - المعرفة والإلمام بالفرق بين نسخ الأدلة المختلفة في تشخيص الإدمان (DSM4 & DSM5).
  - المعرفة والإلمام بالأساليب الطبية والدوائية في علاج الاضطرابات المصاحبة تعاطي المخدرات والمسكرات.
  - المعرفة والإلمام بمجموعة متنوعة من خيارات التأمين والمحافظة على الصحة ومساعدة العملاء على الوصول إلى الفوائد المرجوة من العلاج.
  - المعرفة والإلمام بأساليب فحص حالات التعاطي والإدمان.
  - المعرفة والإلمام بأساليب القياس وتقييم عائد علاج حالات التعاطي والإدمان.
- (٤) بقية المهارات والمعلومات المتضمنة تراوحت نسبة من يدركون حاجتهم التدريبية لها بين (٤٦,٢%) و (٦٩,٢%)، وكانت أقل المضامين حاجة للتدريب هي: المعرفة والإلمام بالآثار السلوكية والنفسية والصحية (البدنية) والاجتماعية للمواد النفسية على كل من مستخدميها والآخرين المحيطين به، وقيمة اتباع منحى متعدد التخصصات لعلاج التعاطي والإدمان؛ إذ كانت نسبة الذين يرون في أنفسهم عدم الكفاءة في المعرفة والإلمام بالآثار السلوكية والنفسية والصحية (البدنية) والاجتماعية للمواد النفسية على كل من مستخدميها والآخرين المحيطين به (٤٦,٢%)، بينما من يرون في أنفسهم الكفاءة فكانت نسبتهم (٥٣,٨%)، وكانت نسبة الذين يرون في أنفسهم عدم الكفاءة في إدراك قيمة اتباع منحى متعدد التخصصات لعلاج التعاطي والإدمان (٤٩,٢%)، بينما من يرون في أنفسهم الكفاءة (٥٠,٨%).

(٥) في مجال الفحص الإكلينيكي والمسح والتقييم والتقويم كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب في الآتي:

- المعرفة والإلمام بأساليب الفحص الإكلينيكي الشائع استخدامها لحالات التعاطي والإدمان.
- المعرفة والإلمام بأساليب جمع البيانات عن حالة التعاطي والإدمان قبل بدء مباشرتها.
- المقدرة على تطبيق المعايير المقبولة لتشخيص الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات في صياغة توصيات العلاج.
- المعرفة والإلمام بالخطوات المطلوبة للبدء في قبول أو إحالة العميل وضمان متابعته.
- المعرفة والإلمام بأساليب التقييم والتقويم لحالات التعاطي والإدمان.

(٦) في مجال وضع وتنفيذ خطة العلاج كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب متحققة في الآتي:

- المعرفة والإلمام بأساليب تطوير خطة عمل مقبولة للمعالج والعميل.
- المعرفة والإلمام بطريقة رصد وتقييم التقدم المتحقق في العلاج.
- المعرفة والإلمام بالإجراءات الطبية والفنية والإدارية المطلوبة لتطبيق برنامج العلاج.

(٧) في مجال الإحالة كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب متحققة في المعرفة والإلمام بمصادر إحالة الحالات والترتيبات المطلوبة.

(٨) في مجال الإحالة كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل، ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب متحققة في المعرفة والإلمام بالمصطلحات والإجراءات والأدوار الخاصة بالتخصصات المتعددة المشاركة في علاج الإدمان، أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة والمسكرة.

(٩) في مجال خطة التقييم والعلاج المستمرة، كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب متحققة في المعرفة والإلمام بأساليب تقييم العلاج والتقدم في الشفاء.

(١٠) في مجال الإرشاد النفسي، كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل، ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب متحققة في المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات إرشاد الأسر والأزواج.

(١١) في مجال تثقيف العميل والأسرة والمجتمع (الوقاية) كانت النسبة الزائدة عن ثلثي العينة على الأقل ممن أدركوا الحاجة إلى التدريب متحققة في الآتي:

- المعرفة والإلمام بالبرامج التثقيفية والتوعوية رسمية وغير رسمية، ذات الصلة بالثقافة لرفع الوعي وتدعيم الوقاية من تعاطي المخدرات.
  - المعرفة والإلمام بالعوامل التي تزيد من احتمال أن يكون فرد أو مجتمع محلي أو جماعة مستهدفة أو لديها مقاومة نفسية لاضطرابات تعاطي المخدرات.
  - المعرفة والإلمام بأساليب توعية الآخرين بقضايا الهوية الثقافية والعمر والجنس في الوقاية والعلاج والشفاء.
  - المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف أساليب استمرارية الرعاية والموارد المتاحة للأسرة وغيرها من المعنيين.
  - المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف مبادئ وفلسفة الوقاية والعلاج والشفاء.
  - المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف المشاكل الصحية والسلوكية المتعلقة بتعاطي المخدرات، بما في ذلك طرائق نقل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والسل، والأمراض المنقولة جنسياً، والأمراض المعدية الأخرى.
- يعرض الجدول (١٨) مدى استقلال متغير الجنس عن الشعور بالكفاءة في كل من المعلومات والمهارات المُتضمنة في البنود؛ إذ اعتبر اختيار المشارك للبدائل (١) أو (٢) أو (٣) مؤشراً على إدراكه لعدم كفاءته وإحساسه بوجود حاجة تدريبية لديه في هذا المجال المعلوماتي أو المهاري، بينما أُعتبر اختيار البديلين (٤) و(٥) مؤشراً على إدراك الكفاءة الذاتية.

جدول (١٨) استقلال الجنس عن الكفاءة المدركة

الدلالة	درجة الحرية	قيمة كا <sup>٢</sup>	الجنس		رقم البند
			إناث	ذكور	
أقل من ٠,٠٥	١	٤,٧٧	٢٤ (٥٥,٨%)	٦ (٢٧,٣%)	عدم كفاءة
			١٩ (٤٤,٢%)	١٦ (٧٢,٧%)	كفاءة
أقل من ٠,٠٥	١	٤,٨٧	٢٨ (٦٥,١%)	٨ (٣٦,٤%)	عدم كفاءة
			١٥ (٣٤,٩%)	١٤ (٦٣,٦%)	كفاءة
أقل من ٠,٠٥	١	٣,٩٤	٣٨ (٨٨,٤%)	١٥ (٦٨,٢%)	عدم كفاءة
			٥ (١١,٦%)	٧ (٣١,٨%)	كفاءة

يتضح من الجدول (١٨) أن هناك استقلالاً بين الكفاءة المدركة والجنس في جميع البنود-

وبالبلغ عددها (٥٥) بنوداً -ويُستثنى من ذلك ارتباط الجنس بالكفاءة في ثلاثة بنود هي:

- المعرفة والإلمام بالآثار السلوكية والنفسية والصحية (البدنية) والاجتماعية للمواد النفسية على مستخدميها والآخرين المحيطين به.

- قيمة اتباع منحى متعدد التخصصات للوقاية من التعاطي والإدمان.

- المعرفة والإلمام بالمصطلحات والإجراءات والأدوار الخاصة بالتخصصات المتعددة المشاركة في علاج الإدمان أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة والمسكرة.

وأظهرت الإناث في البنود الثلاث حاجة أعلى للتدريب (مرتبطة بالشعور بعدم الكفاءة) في المجالات الثلاثة.

يعرض الجدول (١٩) مدى استقلال الكفاءة المهنية المدركة عن متغير العمل في مجال الإدمان؛ إذ قُسمت العينة إلى ثلاث فئات تشمل عاملين في مجال الإدمان، وعاملين في المجال الإكلينيكي عموماً، وعاملين في مجالات أخرى.

جدول (١٩) استقلال العمل في مجال الإدمان (يعمل في مجال الإدمان/ يعمل في المجال الإكلينيكي عمومًا/ يعمل في مجالات أخرى) عن الكفاءة المدركة

رقم البند	العمل في مجال الإدمان	يعمل في مجال الإدمان	يعمل في مجالات أخرى	قيمة كافي	درجة الحرية	الدلالة		
							كفاءة	عدم كفاءة
ج ١- ٦	عدم كفاءة	٧ (٤١,٢%)	٢٤ (٧٢,٢%)	١٤ (٩٣,٣%)	٢	أقل من ٠,٠١	١٠,٥٦	١٠ (٥٨,٨%)
		١٠ (٢٧,٣%)	٩ (٢٧,٣%)	١ (٦,٧%)				
ج ١- ٧	عدم كفاءة	٧ (٤١,٢%)	٢٤ (٧٢,٧%)	١٤ (٩٣,٣%)	٢	أقل من ٠,٠١	١٠,٥٦	١٠ (٥٨,٨%)
		١٠ (٢٧,٣%)	٩ (٢٧,٣%)	١ (٦,٧%)				
ج ١- ٨	عدم كفاءة	٧ (٤١,٢%)	٢٢ (٦٦,٧%)	١٤ (٩٣,٣%)	٢	أقل من ٠,٠١	٩,٦٩	١٠ (٥٨,٨%)
		١٠ (٢٣,٣%)	١١ (٣٣,٣%)	١ (٦,٧%)				
ج ١- ١٤	عدم كفاءة	٧ (٤١,٢%)	٢٤ (٧٢,٧%)	١٢ (٨٠,٠%)	٢	أقل من ٠,٠٥	٦,٦٦	١٠ (٥٨,٨%)
		١٠ (٢٧,٣%)	٩ (٢٧,٣%)	٣ (٢٠,٠%)				
ج ١- ٢٠	عدم كفاءة	٧ (٤١,٢%)	٢٤ (٧٢,٧%)	١٣ (٨٦,٧%)	٢	أقل من ٠,٠٥	٨,٣٢	١٠ (٥٨,٨%)
		١٠ (٢٧,٣%)	٩ (٢٧,٣%)	٢ (١٣,٣%)				
ج ١- ٦	عدم كفاءة	٦ (٣٥,٣%)	٢٠ (٥٨,٨%)	١٤ (٩٣,٣%)	٢	أقل من ٠,٠٥	١١,٣٧	١٠ (٥٨,٨%)

دراسات نفسية (مج ٢٧، ع ٢ أبريل ٢٠١٧ ص ص ١٥٣ - ٢٠٤)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة كا <sup>٢</sup>	العمل في مجال الإدمان				رقم البند
			يعمل في مجالات أخرى	يعمل في المجال الإكلينيكي عموماً	يعمل في مجال الإدمان		
من ٠,٠١			(%٩٣,٣)	(%٦٠,٦)		كفاءة	٢١
			١ (%٦,٧)	١٣ (%٣٩,٤)	١١ (%٦٤,٧)	كفاءة	
أقل من ٠,٠١	٢	١٢,٧١	١٥ (%١٠٠)	١٩ (%٥٧,٦)	٧ (%٤١,٢)	عدم كفاءة	ج-١ ٢٢
			صفر (صفر %)	١٤ (%٤٢,٤)	١٠ (%٥٨,٨)	كفاءة	
أقل من ٠,٠٥	٢	٧,٨١	١٤ (%٩٣,٣)	٢١ (%٦٣,٦)	٨ (%٤٧,١)	عدم كفاءة	ج-١ ٢٣
			١ (%٦,٧)	١٢ (%٣٦,٤)	٩ (%٥٢,٩٥)	كفاءة	
أقل من ٠,٠٥	٢	٦,٥٢	١٥ (%١٠٠)	٢٣ (%٦٩,٧)	١١ (%٦٤,٧)	عدم كفاءة	ج-١ ٢٨
			صفر (صفر %)	١٠ (%٣٠,٣)	٦ (%٣٥,٣)	كفاءة	
أقل من ٠,٠٥	٢	٧,٨١	١٤ (%٩٣,٣)	٢١ (%٦٣,٦)	٨ (%٤٧,١)	عدم كفاءة	ج-٢ ١٨
			١ (%٦,٧)	١٢ (%٣٦,٤)	٩ (%٥٢,٩٥)	كفاءة	
أقل من ٠,٠٥	٢	٦,٤٤	١٤ (%٩٣,٣)	١٩ (%٥٧,٦)	١٠ (%٥٨,٨)	عدم كفاءة	ج-٢ ١٩
			١ (%٦,٧)	١٤ (%٤٢,٤)	٧ (%٤١,٢)	كفاءة	

الدلالة	درجة الحرية	قيمة كا <sup>٢</sup>	العمل في مجال الإدمان			رقم البند
			يعمل في مجالات أخرى	يعمل في المجال الإكلينيكي عمومًا	يعمل في مجال الإدمان	
أقل من ٠,٠٥	٢	٧,٢١	١٥ (%١٠٠)	٢٨ (%٨٤,٨)	١١ (%٦٤,٧)	ج ٢١- عدم كفاءة
			صفر (صفر %)	٥ (%١٥,٢)	٦ (%٣٥,٣)	كفاءة
أقل من ٠,٠٥	٢	٦,٤٨	١٣ (%٨٦,٧)	١٧ (%٥١,٥)	٨ (%٤٧,١)	ج ٢٣- عدم كفاءة
			٢ (%١٣,٣)	١٦ (%٤٨,٥)	٩ (%٥٢,٩)	كفاءة

عرض الجدول (١٩) مدى استقلال العمل في مجال الإدمان عن الكفاءة المدركة، وقد ظهر ارتباط العمل في مجال الإدمان بالكفاءة المدركة في (١٣) بندًا من (٥٥) بندًا، هي:

- الخاصة بعلاج الإدمان.
- الوقاية من الانتكاس لدى المدمنين.
- تأهيل المدمنين والرعاية المستمرة لهم.
- المعرفة والإلمام بمعايير تشخيص الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المخدرات والمسكرات.
- المقدرة على وصف مجموعة متنوعة من استراتيجيات المساعدة للحد من الآثار السلبية لتعاطي المخدرات والاعتماد.
- المقدرة على وصف استراتيجيات مساعدة الحالة وطرائق العلاج في المرحلة التي يمر بها العميل من الاعتماد أو التغيير أو الشفاء.
- المقدرة على تقديم خدمات العلاج بما يتناسب ولغة العميل وهويته الشخصية والثقافية.



- المرونة الكافية لضبط وتعديل الممارسة بما يتناسب مع السياق والأساليب العلاجية.
- المعرفة والإلمام بأساليب القياس وتقييم عائد علاج حالات التعاطي والإدمان.
- المعرفة والإلمام بوصف علامات الخطر والاستهداف والأعراض، ومسار التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي.
- المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف كيفية تأثير اضطرابات التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي على الأسر والأفراد الآخرين المعنيين.
- المعرفة والإلمام والمقدرة على وصف مبادئ وفلسفة الوقاية والعلاج والشفاء.
- المعرفة والإلمام بأساليب تعليم المهارات الحياتية، مثل إدارة الضغوط والاسترخاء والتواصل وتوكيد الذات ومهارات الرفض.

وكان التوجه العام تزايد الحاجة التدريبية المتعلقة بمضمون المهارة أو المعلومة المتضمنة في البند لدى العاملين في مجالات أخرى، مقارنة بالعاملين في المجال الإكلينيكي عموماً والعاملين في مجال الإدمان.

وكانت هذه الحاجات التدريبية المُدرَكة أعلى في كل المجالات الثلاثة عشر لدى العاملين في المجال الإكلينيكي عموماً مقارنة بالعاملين في مجال الإدمان خاصة، ويُستثنى من ذلك البند رقم (١٩) في الجزء الثاني الخاص بالقدرة على وصف كيفية تأثير اضطرابات التعاطي والاضطرابات الناجمة عن التعاطي على الأسر والأفراد الآخرين المحبطين؛ إذ كان هناك تكافؤاً في نسبة المدركين لعدم الكفاءة والحاجة إلى التدريب لدى العاملين في مجال الإدمان (٥٨,٨%)، والعاملين في المجال الإكلينيكي عموماً (٥٧,٦%)، بما يعني أن النسبة الأعلى بشكل طفيف كانت في حالة العاملين في مجال الإدمان، وربما كان ذلك مُبرراً بسبب الإلمام الأكثر لدى العاملين في المجال الإكلينيكي عموماً بالاضطرابات السيكياترية بشكل عام، والتي يصاحب الإدمان الكثير منها كأعراض مصاحبة أو ناجمة عنه أو مسببة له كالقلق والاكتئاب والاضطرابات الشخصية.

يعرض الجدول (٢٠) مدى استقلال الكفاءة المُدرَكة عن الحصول على الدورات اللازمة للحصول على رخصة مزاوله مهنة العلاج النفسي؛ إذ قُسمت العينة إلى فئتين هما: غير حاصلين على أي دورات، وحاصلين على دورة واحدة على الأقل.

جدول (٢٠) استقلال الحصول على دورات (لم يحصل على أي دورة رخصة/حصل على دورة أو أكثر) عن الكفاءة المدركة

رقم البند	الحصول على دورات الرخصة		قيمة كافيًا	درجة الحرية	الدلالة
	لا	نعم			
ج١- ٢٤	١٩ (٨٢,٦%)	٤١ (٩٧,٦%)	٤,٧٢	١	أقل من ٠,٠٥
	٤ (١٧,٤%)	١ (٢,٤%)			
ج٢- ١٠	١٥ (٦٥,٢%)	٣٨ (٩٠,٥%)	٦,٣٠	١	أقل من ٠,٠٥
	٨ (٣٤,٨%)	٤ (٩,٥%)			
ج٢- ١٣	١٢ (٥٢,٢%)	٣٣ (٧٨,٦%)	٤,٨٦	١	أقل من ٠,٠٥
	١١ (٤٧,٨%)	٩ (٢١,٤%)			
ج٢- ١٤	١٤ (٦٠,٩%)	٣٥ (٨٣,٣%)	٤,٠٤	١	أقل من ٠,٠٥
	٩ (٣٩,١%)	٧ (١٦,٧%)			

عرض الجدول (٢٠) مدى استقلال الكفاءة المدركة عن متغير الحصول على دورات رخصة مزاوله المهنة. وكان هناك استقلال بين المتغيرين في جميع البنود البالغ عددها (٥٥) بندًا، باستثناء أربعة بنود هي:

- المعرفة والإلمام بالأساليب الطبية والدوائية في علاج الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المخدرات والمسكرات.
- المعرفة والإلمام بالمصطلحات والإجراءات والأدوار الخاصة بالتخصصات المتعددة المشاركة في علاج الإدمان أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة والمسكرة.
- المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات الإرشاد الجماعي.

- المعرفة والإلمام بأساليب وإجراءات إرشاد الأسر والأزواج.  
وكما هو متوقع كانت الحاجات التدريبية المرتبطة بالشعور بعدم الكفاءة أعلى في المجالات الأربعة لدى غير الحاصلين على أي دورات.

### المناقشة

توحي النتائج السابقة بوجود العديد من الحاجات التدريبية المُدرَكة لدى الأخصائيين النفسيين من الجنسين، سواء العاملين أو غير العاملين في مجال الوقاية من الإدمان وعلاجه، كما توحي بالحاجة إلى إعداد وتقييم البرامج التدريبية التي تهدف إعداد كوادر بشرية متخصصة في مجال العلاج والوقاية من الإدمان، وتنمية المهارات الشخصية والعلمية والمهنية لهذه الكوادر، وزيادة وعي الأخصائيين النفسيين بدورهم في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان. ونستطيع أن نجمل أبرز هذه الحاجات التدريبية كما كشفت عنها نتائج الدراسة فيما يلي:

1- الحاجة إلى إكساب المتدربين المعلومات الأساسية التي تعينهم على فهم ظاهرتي التعاطي والإدمان، من مختلف أبعادهما (البيولوجية والعصبية والنفسية والاجتماعية)، والإلمام بالأسس النظرية لمفهوم التعاطي والإدمان، مع استعراض تعريفات المفهومين، وما طرأ على هذه التعريفات من تطورات عكست التوجهات في تناول ظاهرتي التعاطي والإدمان والإلمام بكل من المنظور الطبي في مقابل المنظور النفسي الاجتماعي. والإلمام بأنواع وفئات المواد النفسية ومستويات الاعتماد عليها (النفسية والعضوية)، والأسس البيولوجية الكامنة وراء تعاطيها وإدمانها، وتوضيح طرائق تعاطيها، والآثار التي تحدثها في بنية المخ ووظائفه. وأخيرًا الوعي بأسباب التعاطي (الوجدانية، والمعرفية، والبيئية، والاجتماعية) في ضوء التوجهات النظرية المختلفة المفسرة لسلوك التعاطي (Petraitis, Flay & Miller, 1998; Ouzir & Errami, 2016). كذلك الإلمام بالأطر النظرية المقدمة لتفسير أسباب التعاطي والإدمان، ومنها مثلاً نموذج بتراس (Patraitis & Miller, 1995)، وتطبيقات مصفوفة بتراس لأنماط ومستويات التأثير في تعاطي المواد النفسية.

2- الحاجة إلى رفع الوعي بأخلاقيات ممارسة مهنة الأخصائي النفسي عمومًا، وفي مجال التعاطي والإدمان على نحو خاص (هشام عبد الحميد تهامي ونرمين عبد الوهاب،

- Jeffrey & Stephen, 2007; Samuel & Leon, 2007; Michal & Leon, 2008; David & Thomas, 2009).
- 3- الحاجة إلى اكتساب المهارات الكافية لفحص وتقييم حالات الإدمان والتشخيصات المزدوجة المرتبطة بذلك. والتدريب على الأسس التي تقوم عليها أساليب فحص حالات الإدمان، والتدريب على كيفية إعداد التقرير النفسي عنها. وكيفية الاستفادة مما سبق تقديمه في وضع قوائم بمشكلات المدمن، والصياغة المعرفية السلوكية لحالات الإدمان.
- 4- اكتساب المعلومات الكافية عن مختلف مناحي وأساليب علاج الإدمان، وذلك من خلال التعرف على المدارس العلاجية المختلفة في مجال التعاطي والإدمان؛ ومنها منحنى التحليل النفسي، والمنحنى المعرفي، وطريقة الـ 12 خطوة، وطريقة الماتريكس. ثم التدريب الكفؤ عليها، مع توضيح الأسس التي تقوم عليها كل أسلوب من أساليب العلاج، ومكونات كل منها، وأسس تطبيقها، مع توضيح لجوانب القصور والقوة فيها. والتدريب على استراتيجيات العلاج النفسي المختلفة في مجال علاج الاضطرابات المرتبطة بالإدمان، أو التي توجد معه وجودًا مشتركًا (القلق، الاكتئاب، كرب الصدمة، الاضطرابات الشخصية).
- 5- توفير معلومات كافية عن مستويات الوقاية من الإدمان، وسبل مواجهتها بدءًا من خفض الطلب، وانتهاء بخفض العرض (من خلال التعرف على أنواع الوقاية ومستوياتها) (سويف، 1996؛ الدمرداش، 2008؛ قماز، 2009).
- 6- اكتساب المهارات المطلوبة لاستخدام مبادئ واستراتيجيات العلاج النفسي المتنوعة في مجال الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة، وكذلك الإرشاد والعلاج الأسري (الكندري، 1992)؛ والإرشاد الفردي والجمعي (Chan, 2003).
- 7- الحاجة إلى اكتساب المهارات المتطلبة لوضع برامج للوقاية من التدخين، والمهارات المطلوبة لخفض الطلب (من خلال التعرف على أساليب تنمية المهارات الشخصية والاجتماعية للمستهدفين للتعاطي، ومهارات الحل الإبداعي للمشكلات ومهارات التفكير الناقد وحل المشكلات)، وكذلك من خلال وضع برامج للأطفال والشباب.
- 8- الحاجة إلى اكتساب المعلومات الكافية عن أساليب خفض العرض من خلال التعرف على الدور القضائي والشرطي في الوقاية من الإدمان.

9- الحاجة إلى ساعات من التدريب العملي على حالات فعلية بالمؤسسات والمستشفيات العلاجية التدريبية، تحت إشراف فريق متكامل للتدريب على التكامل العلاجي النفسي والدوائي.

10- ضرورة الإلمام بمحكات التشخيص للإدمان في الأدلة التشخيصية الراهنة مثل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5)، والدليل التشخيصي الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD11)، والتطورات التي حدثت في التشخيص والمفاهيم مقارنة بالأدلة السابقة عليها، وإجراء مقارنة بين الأدلة المختلفة مثل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM4) والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5).

11- ضرورة تضمين ورش تدريبية عن العلاج الطبي الدوائي يؤديها طبيب نفسي، وسبل التعاون العلاجي داخل الفريق العلاجي، والتدريب على سبل العلاج المتكامل الذي يجمع بين العلاج النفسي والدوائي، وكذلك بين أكثر من أسلوب علاجي نفسي.

12- التدريب على الإحالة وكيفية كتابة تقرير الإحالة دون انتهاك الخصوصية والسرية.

13- الحاجة إلى التدريب على التوثيق وكتابة التقرير النفسي في مجال الإدمان.

14- التدريب على برامج الوقاية من الانتكاسة (الرشود، ٢٠١٢).

15- الإلمام بمفهوم التشخيصات المزدوجة للإدمان، والفرق بين التشخيص والتشخيص المزدوج، ونوع الاضطرابات النفسية التي تصاحب الإدمان، وأسس العلاج المعرفي السلوكي للقلق لدى المدمنين، ثم للاكتئاب ثم لكرب الصدمة، ثم لاضطرابات الشخصية، وفي كل اضطراب مصاحب يتم استعراض خصائصه، وكيفية حدوثه، ومناحي علاجه، والعلاقة التبادلية بين هذا الاضطراب وحدث الإدمان واستمراره (Alwahhabi, 2003; Ashbaugh, Antony, McCabe, Schmidt & Swinson, 2005; Anderson & Hope, 2008; Amir, Beard, Burns, & Bomyea, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010).

#### توصيات لبحوث مستقبلية

تطرح نتائج الدراسات أفكارًا عديدة، تصلح أن تكون بحوثًا تكشف عن جوانب مفهوم الكفاءة الذاتية المهنية المدركة للمعالجين في مجال التعاطي والإدمان، ومن تلك الأفكار ما يلي:

- (1) دراسة العلاقة بين التدريب في مجال التعاطي والإدمان والكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى العاملين في مجال الإدمان.
- (2) الفروق بين العاملين وغير العاملين في مجال الإدمان في الكفاءة الذاتية المهنية المدركة.
- (3) دراسة بعض المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الكفاءة الذاتية المهنية المدركة لدى العاملين في مجال الإدمان، من قبيل سمات الشخصية أو عدد سنوات الخبرة أو العمر أو عدد الدورات التدريبية التي شارك فيها المعالج، أو خصال العميل.
- (4) تقدير العملاء لكفاءة المعالج الذاتية، مع الأخذ في الاعتبار بعض المتغيرات الديموجرافية كالجنس والعمر ونوع العلاج المستخدم مع العميل.
- (5) دراسة العوامل المنبئة (مثل الاتجاهات والمعتقدات نحو التعاطي) بالكفاءة الذاتية المهنية للمعالج في مجال الإدمان والتعاطي.
- (6) الدراسات التتبعية لمستوى الكفاءة الذاتية للعميل ولنتائج العلاج كمؤشر قوي على الكفاءة الذاتية المهنية للمعالج.
- (7) المقارنة بين مستوى الكفاءة الذاتية المهنية للمعالج في مجال الإدمان قبل وبعد البرنامج التدريبي.

### قائمة المراجع

- الكندي، أحمد محمد (١٩٩٢). علم النفس الأسري، ط٢، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- عامر، أيمن (٢٠٠٤). التورط في التعاطي بين الدافعية والمخاطرة تصور نظري مقترح، القاهرة، المجلة القومية للتعاطي والإدمان، ١، ١.
- عامر، أيمن (٢٠٠٤ب). الإدمان كسلوك متعلم، القاهرة، المجلة القومية للتعاطي والإدمان، ١، ٢.
- عامر، أيمن (٢٠٠٥). الإدمان كسلوك دافعي سيكوبولوجي. القاهرة، المجلة القومية للتعاطي والإدمان، ١، ٣.

عامر، أيمن (٢٠٠٨). انتشار تعاطي البانجو بين طلاب الجامعة الذكور في ضوء نموذج الدافعية/ المخاطرة لمستويات التعاطي. *المجلة القومية للتعاطي والإدمان* المجلد الثامن العدد ١.

الدمرداش، عادل (١٩٨٢). *الإدمان مظهره وعلاجه*، الكويت، عالم المعرفة. إبراهيم، عبد الستار (مشرقاً ومراجعاً) و عامر، أيمن مشاركاً آخرين. (٢٠٠٦). *قاموس علم النفس الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية*. القاهرة: مشروع الترجمة بالمجلس الأعلى للثقافة.

الرشود، عبد الله بن سعد (٢٠١٢). *تقويم البرامج في مجال علاج حالات الإدمان على تعاطي المخدرات*. ورقة مقدمة ضمن أعمال الندوة العلمية «عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات» - المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضي عياض. قماز، فريدة (٢٠٠٩). *عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات*. رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة منتوري قسنطينة، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، قسم علم النفس.

صندوق مكافحة الإدمان التابع لوزارة التضامن الاجتماعي: [www.drugcontrol.org.eg](http://www.drugcontrol.org.eg)

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠١٥). *تقرير المخدرات العالمي*. نيويورك: منشورات الأمم المتحدة.

سوييف، مصطفى (١٩٩٦). *المخدرات والمجتمع*. الكويت: عالم المعرفة.

سوييف، مصطفى ؛ غالب، حيدر ؛ طه، هند ؛ يوسف، جمعة ؛ بدر، خالد ؛ أبو المكارم،

فؤاد ؛ عامر، أيمن ؛ جمعة، مايسة (٢٠٠٤). *معجم مصطلحات البحث في تعاطي*

*المخدرات (الجزء الأول)*. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

سوييف، مصطفى ؛ غالب، حيدر ؛ طه، هند ؛ يوسف، جمعة ؛ بدر، خالد ؛ أبو المكارم،

فؤاد ؛ عامر، أيمن ؛ جمعة، مايسة (٢٠٠٧). *معجم مصطلحات البحث في تعاطي*

*المخدرات (الجزء الثاني)*. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

أبو النيل, هبة (١٩٩٧). العلاقة بين أسلوب الحياة والاستهداف لتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير، قسم علم النفس بآداب القاهرة.

تهامي , هشام عبد الحميد (٢٠١٦). الميثاق الأخلاقي للعاملين في مجال الإدمان وتعزيز الكفاءة المهنية. مشروع إعداد أخصائيين نفسيين مؤهلين في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي)، تحت الطبع.

تهامي , هشام عبد الحميد ؛ عبد الوهاب, نرمين (٢٠١٥). الميثاق الأخلاقي لممارسة مهنة المعالج النفسي "إطالة على ميثاق شرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس". الناشر: مركز البحوث النفسية - كلية الآداب - جامعة القاهرة.

- Abdollahi, Z. , Taghizadeh, F. , Hamzehgarardeshi, Z. & Bahramzad,O. (2014). Relationship between addiction relapse and self-efficacy rates in injection drug users referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. **Global J Health Science**, 6, 3. Doi:10. 5539/gjhs. v6n3p138.
- Alwahhabi, E. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 180-193.
- American psychiatric Association (2000). **Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed. , text revision)**. Washington, DC: Author.
- American psychiatric Association (2013). **Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.)**. Washington, DC: Author.
- Amir, N. , Beard, C. , Burns, M. , & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individual with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 28-33.
- Anderson, E. R. , & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275-287.
- Andrews, G. , Cuijpers, P. , Craske, M. G. , McEvoy, P. , & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive



- disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS One*, e13196.
- Addiction Practitioners' Association, AOTEAROA-NEW ZEALAND (2017). **Code of ethics.**\_Source: [www. dapaanz. org. nz/vdb/document/20](http://www.dapaanz.org.nz/vdb/document/20).
- American Academy of Health care providers in the addictive disorders (2017). **Certified Addiction Specialist (CAS).** Source:[http://www. americanacademy. org](http://www.americanacademy.org).
- American Psychological Association (2011). **Qualities and actions of effective therapists.** Washington: Author.
- American Psychological Association (2014a). **Guidelines for Prevention in Psychology.**\_Washington: Author.
- American Psychological Association (2014b). **Certificate of proficiency in the treatment of alcohol & other psychoactive substance use disorder.**\_Washington: Author.
- American Psychological Association (2015). **Treating drug abuse as deaths from heroin increase, psychologists are exploring what kind of treatment works best.**\_Washington: Author.
- Ashbaugh, A. R. , Antony, M. M. , McCabe, R. E. , Schmidt, L. A. , & Swinson, R. P. (2005). Self-evaluative biases in social anxiety. **Cognitive Therapy and Research**, 29, 387-398.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, 2, 191-215. (Pub Med: 847061).
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.** Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), **Encyclopeia of human behavior.** New York : academic Press, 4, 71-81.
- Bandura, A. (1998). Self-efficacy. In H. Friedman (Ed.), **Encyclopeia of mental health.** San Diego : Academic Press.
- Bozarth ,M. A. (1999). Drug addiction as a psychological process. In D. M. Warburton (Ed.) , **Addiction controversies.** (Pp. 112-134). London: Harwood Academic Publishers.
- California association for alcohol/drug educators (2011). **Certified Addictions Treatment Counselor (CATC, CATC-I, REGISTRANT, CPS, CCS).** Clifornia: Author.

- Carey, K. B. , Purnine, D. M. , Maisto, S. A. , Carey, M. P. & Simons, J. S. (2000). Treating substance abuse in context of severe and persistent mental illness : Clinicians' perspectives. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 19, 189-198.
- Chan, J. (2003). An Examination of Family-Involved Approaches to Alcoholism Treatment, *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 11,2,129-138.
- Chandler, N. , Balkin, R. S. & Perepiczka, M. (2011). Perceived self-efficacy of licensed counselors to provide substance abuse counseling. **Journal of Addictions & Offender Counseling**, 32, 29-42.
- David M. & Thomas J. (2009) Informed Consent With Suicidal Patients: Rethinking Risks In (And out of) Treatment. **The American Psychological Association**, 46,4, 459-468.
- DuPont, R. L. (2014). **Creating a new standard for addiction treatment outcomes: A report from the institute for behavior and health , Inc. www. ibhinc. org**
- Hagman, B. (2004). Coping and self-efficacy as predictors of substance use during the first few critical months following substance abuse treatment completion. University of North Carolina at Wilmington, **Master thesis**.
- Jafari, M. , Shahidi, S. & Abedin, A. (2010). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and stages of change model on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents. **Iran J Psychiatry Behav Sci**, 6,2,17-15.
- Jeffrey B. & Stephen H. (2007) In Case of Ethical Dilemma, Break Glass: Commentary on Ethical Decision Making in Practice. **The American Psychological Association**, 38,1, 7-12.
- Kadden, R. M. & Litt, M. D. (2011). The role of Self-efficacy in treatment of substance use disorders. **Addict Behav**, 36, 12, 1120-1126. Doi:10. 1016/j. addbeh. 2011. 07. 032.
- Kranz, K. M. & O'Hare, T. (2006). The substance abuse Treatment self-efficacy scale: A confirmatory factor analysis. **Journal of Social Service Research**, 32,3, 109-121.
- Larson, L. M. , Suzuki, L. A. , Gillespie, K. N. , Potenza, M. T. , Bechtel, M. A. & Toulouse, A. (1992). Development and

- validation of the counseling self-estimate inventory. **Journal of Counseling Psychology**, 39, 105-120.
- Lent, R. W. , Hill, C. E. & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the counselors activity self-efficacy scales. **Journal of Counseling Psychology**, 50, 1, 97-108.
- Martino, S. (2010). Strategies for training counselors in evidence-based treatments. **Addiction Science & Clinical Practice**, Dec. , 30-39.
- Michal, B. & Leon, V. (2008). Balancing Confidentiality: Privacy and Protecting the Public. **The American Psychological Association**, 39,3, 369-376.
- Murdock, T. B. , Wendler, A. M. & Johanna, E. N. (2005). Addiction Counseling Self-Efficacy Scale (ACSES): development and initial validation. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 29,1,55-64.
- Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in treatment of patients with substance use disorders : An empirical review. **Addiction**, 89, 679-688.
- Najavits, L. M. , Crits-Christoph, P. , Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on substance abuse treatment. **Substance Use and Misuse**, 35, 2161-2190.
- Ouzir, M. & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior**, 148. 59–68
- Patraitis, J. F. & Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use : Organizing pieces in the puzzle. **Psychological Bulletin**, 117,1, 67-86.
- Petraitis, J. , Flay, B. & Miller, T. (1998). Illicit Substance Use among Adolescents: A Matrix of Prospective Predictors. **Substance Use & Misuse**, 33, 13, 2561-2604.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. **Psychotherapy Research**, 8:455–474.
- Rushlau, M. G. (1998). An examination of self-efficacy in master's level counselor trainees (Doctoral dissertation). (UMI No. 9911095).

- Samuel K. & Leon V. (2007) Balancing Respect For Autonomy with Competing Valuse with the use of Principle-Based Ethics. **The American Psychological Association**, 44,4, 397-404.
- Sitharthan,T. , Job, R. F. S. , Kavanagh, D. J. , Sitharthan, G. & Hough, M. (2003). Development of a contolled drinking self-efficacy scale and appraising its relation to alcohol dependence. **Journal of Clinical Psychology**, 59, 3, 351-362.
- Wilkerson, A. & Basco, M. R. (2014). Therapists' self-efficacy for CBT dissemination: is Supervision the key?. **J Psychology & Psychotherapy**, 4, 146. Doi: 10. 4172/2161-0487. 1000146.
- Williams, K. (1999). Attitudes of mental health professionals to co-morbidity between mental health problems and substance misuse. **Journal of Mental Health**, 8, 605-613.
- World Health Organization (WHO), War Trauma Foundation & World Vision International (2011). **Psychological first aid: Guide for field worker**. Source: Published in the Who site: [www.who.int](http://www.who.int).