الخدمة الاجتماعية وتأهيل المتعافين من الإدمان

إعداد

د/ حازم محمد ابراهيم مطر
قسم التخطيط الاجتماعي
كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة حلوان

د/ احمد سعد احمد النحاس
قسم خدمة الفرد
كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة حلوان

٢٠١٩

الخدمة الاجتماعية
وتأهيل المتعافين من الإدمان

بسم الله الرحمن الرحيم

* قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ ۚ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا ۚ إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ (٥٣)

صدق الله العظيم (سورة الزمر) آية ٥٣

الفهرس

الموضوع	الصفحة
الباب الاول: الاطار النظري للدراسة.	١ ـ ٢٣
الفصل الاول : مشكلة الدراسة:	٢
مقدمة	
أولا: مشكلة الدراسة .	٣
ثانيا:أهمية الدراسة .	٤
ثالثا:أهداف الدراسة.	١٦
رابعا: تساؤلات الدراسة.	١٧
خامسا مفاهيم الدراسة	
الفصل الثاني :الدراسات السابقة:	١٧
مقدمة	١٨ـ٢٣
أولا: دراسات مرتبطة بتقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي.	
ثانيا : دراسات مرتبطة بتأهيل المتعافين من الادمان.	٢٤ ـ ٣٥
ثالثا: التعليق العام علي الدراسات السابقة	٢٥
	٢٦
الفصل الثالث :تأهيل المتعافين من الادمان:	٣١
مقدمة	
أولا: الادمان :	٣٤ ـ ٣٥
١. مفاهيم مرتبطة بالادمان.	
٢. خصائص الادمان.	
٣. صفات المدمن.	٣٦ ـ ٥٠
٤. مراحل الادمان.	٣٧
٥. النظريات المفسرة للأدمان.	٣٨ـ٤١
٦. مراحل التعافي من الادمان.	٤٢
ثانيا: التأهيل:	٤٢
مقدمة:	٤٣
	٤٣ـ٤٤

١- مفهوم التأهيل.	٤٥
٢- أهداف التأهيل .	٤٥_٤٦
٣- المباديء التي يستند عليها التأهيل.	٤٦
٤- خطوات التأهيل .	٤٦_٤٧
	٤٧_٤٨
الفصل الرابع	
تقويم دور للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان	٤٨_٤٩
أولا: التقويم:	٤٩ _ ٥٠
١- مفهوم التقويم.	٥٠
٢- أهمية التقويم.	٥١
٣- أهداف التقويم.	
٤- خصائص التقويم.	٥٢_٥٤
٥- خطوات التقويم.	٥٤
٦- مايجب مراعاته عند إجراء التقويم.	٥٥
٧- أنواع التقويم.	٥٦
٨- صعوبات التقويم.	٥٦_٥٧
ثانيا: تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي	٥٧_٥٨
١- الادوار المهنية للأخصائي الاجتماعي.	٥٩_٦٠
٢- مهارات الاخصائي الاجتماعي.	٦١
٣- النظريات العلمية للأخصائي الاجتماعي.	٦٢_٨٦
ثالثا:تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.	٦٢_٧١
- تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين.	٧١_٧٤
- تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين.	٧٥_٨٦
- تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل	٨٧
	٨٧
	٨٨

النفسي للمتعافين.	٨٩
- تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين.	٩٠
	٩٠
الباب الثاني	٩٢
الاطار التطبيقي للدراسة	٩٢
الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة	٩٢_٩٥
أولا : نوع الدراسة	٩٦_٩٧
ثانيا:منهج الدراسة	
ثالثا: أدوات الدراسة	٩٧
رابعا: مجالات الدراسة	٩٨
خامسا: المعالجات الاحصائية	٩٩_١٢١
	١٢٣_١٤٤
الفصل السادس : النتائج العامة للدراسة	١٤٥
١- إستخلاص نتائج الدراسة	
٢- تصور مقترح لزيادة فعالية الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان	١٤٥_١٥٧
	١٥٨_١٦٠
مراجع الدراسة :	١٦١
أ- مراجع الدراسة باللغة العربية	١٦٢_١٦٣
ب- مراجع الدراسة باللغة الاجنبية	١٦٤_١٧٥
ملاحق الدراسة :	١٧٦_١٨٧
ملحق رقم (١) أسماء السادة المحكمين لاستمارة الاستبيان	١٨٨_١٨٩
ملحق رقم(٢) إستمارة الاستبيان في صورتها المبدئية	
ملحق رقم (٣) إستمارة الاستبيان في صورتها النهائية	
ملحق رقم (٤) نسب درجات الثبات للأستمارة	١٩٠
ملخص الدراسة:	١٩١_١٩٧
ملخص الدراسة باللغة العربية .	١٩٨_٢٠٣
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.	

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
(١)	يوضح حجم الانفاق لمحاربة المخدرات بجمهورية مصر العربية في الفترة من ٢٠٠١ حتي ٢٠٠٩	٥
(٢)	يوضح نسب درجات الادمان في مصر	٧
(٣)	يوضح نسبة التعافي من الادمان في مصر	٩
(٤)	يوضح متغير السن	100
(٥)	يوضح متغير النوع	١٠١
(٦)	يوضح متغير المؤهل الدراسي	١٠١
(٧)	يوضح سنوات الخبرة للأخصائيين الاجتماعيين في تأهيل المتعافين من الادمان	١٠٢
(٨)	يوضح حصول الاخصائيين الاجتماعيين علي دورات تدريبية في كيفية التعامل مع المتعافين من الادمان	١,٣
(٩)	يوضح تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان صحيا.	104
(١٠)	يوضح تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان نفسيا.	107
(١١)	يوضح تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان اجتماعيا.	١١٠
(١٢)	يوضح تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان ثقافيا.	١١٣
(١٣)	يوضح العلاقة بين المتغيرات الديمجرافية لعينة الدراسة من الاخصائيين الاجتماعيين وأدائهم لادوراهم في تأهيل المتعافين من الادمان	116
(١٤)	يوضح الفرق بين أنواع التأهيل	117

الباب الاول

الاطار النظري للدراسة

الفصل الاول: مشكلة الدراسة

الفصل الثاني : الدراسات السابقة

الفصل الثالث: تأهيل المتعافين من الادمان

الفصل الرابع: تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

الفصل الاول

مدخل إلي مشكلة الدراسة

أولا:مشكلة الدراسة

ثانيا:أهمية الدراسة

ثالثا:أهداف الدراسة

رابعا : تساؤلات الدراسة

خامسا:مفاهيم الدراسة

مقدمة :

تعد مشكلة إدمان المخدرات من المشكلات التي تشكل تهديداً للنوع والوجود الانساني، غير أنها تختلف نوعياً من حيث طبيعة التهديد الذي تتضمنه مقارنة ببعض المشكلات الانسانية الاخري، حيث أن غالبية أشكال التهديد الاخري ذات طبيعة مؤقتة (كالحروب والاوبئة) ولكن مشكلة المخدرات انتشارها متسارع بين البشر، تارة بفعل المشكلات والهموم التي تتعرض لها بعض المجتمعات وتارة أخري بسبب التنظيمات المختلفة (كالمافيا) التي تخطط لانتاج المواد المخدرة.

ولاشك أن مشكلة الادمان كظاهرة عالمية متعددة الجوانب والابعاد، ولم تعد بالبساطة التي كانت عليها منذ بضعة عقود، لا من حيث عدد المخدرات وأنواعها المختلفة والتي تتزايد يوماً عن الاخر سواء المخدرات الطبيعية أو التخليقية، لذلك فهي تعد من أعقد المشكلات التي تواجه المجتمعات ولا يكاد يفلت منها مجتمع سواء كان متقدماً أو نامياً.

لذلك تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات علي جانب كبير من الاهمية كما أنها علي درجة عالية من التعقيد، بالنسبة للفرد والمجتمع، للفرد في أنها إذا تمكنت منه فإنها تمس حياته الشخصية والاجتماعية من جميع جوانبها، وبالنسبة للمجتمع في أنها تحيط به في جميع جوانبه الرئيسية وأهمها هو أمن المجتمع.وتعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من أهم وأخطر مشكلات العصر التي تواجه المجتمعات علي إختلاف أنواعها وخصوصا بعد الزيادة الواضحة في نسبة المدمنين في كل دول العالم متقدم أو نامي.

ومن هنا يظهر دور الخدمة الاجتماعية لمواجهة تلك الظاهرة خلال الدور المهني الذي بقوم به الاخصائي الاجتماعي مع تلك الفئة من خلال مرحلة العلاج والوقاية والتأهيل هذا وتركز الدراسة الحالية علي ذلك ونظرا لقلة الدراسات في هذا الموضوع.

وأردت إلقاء الضوء علي الدور المهني الذي يقوم به الاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان وتقديم رؤية شاملة لانواع التأهيل المختلفة (الاجتماعية ،

الصحية ، الثقافية ،الدينية) وذلك لتقويمة من كافة الابعاد حتي يمكن كيفية التعامل مع المتعافيين من الادمان من جانب الخدمة الاجتماعية وخاصة الاخصائيين الاجتماعيين.

أولا:مشكلة الدراسة :

تعتبر مشكلة إدمان المخدرات من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر علي بناء المجتمع وأفراده بما يترتب عليها من أثار إجتماعية وإقتصادية ونفسية وصحية سيئة تنسحب علي كل من الفرد والمجتمع ،كما أنها ظاهرة إجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد والاخر بالاسرة والثالث بالبناء الاجتماعي العام للمجتمع وظروفه..**(رشادأحمد عبداللطيف:١٩٩٩،ص٢٢)**

والادمان أفة تهدد مئات الملايين من الناس في شتي أنحاء العالم فما هو السر في تأثير تلك المادة المخدرة، وإذا نظرنا الي الاشياء المشتركة في تلك المواد بغض النظر عن أنها محرمة فإنما تنطلق تريليونات من الجزيئات التي تغير من كيمياء المخ وتؤثر علي الوصلات العصبية المهمة اللازمة من أجل أن يظل الانسان في حالة سلوكية ومزاجية مستقرة وذلك بمجرد دخولها الي الدم .(**عبد الهادي مصباح: ٢٠١٠،ص ١٧**)

ويحدث الادمان وفقا للسلوكيين نتيجة لارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه من أثار مبهجة وإنهاؤه لحالات متفاوته من الضيق واليأس والقلق ، ويكون القضاء عليها بمثابة (مكافأة)، وكذلك وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر ، وتثير في المتعاطي الرغبة في المخدرمثل البيئة وماينتمي إليها من أشياء خاصة بالمخدرات ، كذلك حدوث ألام منع عند مقطاعة المخدر وزوال الالام بتعاطي الجرعة وبذلك يكون الادمان سلوك يتعلمه الانسان من البيئة المحيطة به .(**عفاف محمد عبد المنعم:٢٠٠٤،ص٨٢**)

حيث تشكل مشكلة ادمان المخدرات ظاهرة خطيرة علي كافة المستويات لاثارها المدمرة علي الفرد والاسرة والمجتمع،الامر الذي يتطلب تضافر الجهود من اجل الحد من هذة الظاهرة أو القضاء عليها بأسلوب علمي وفق خطة قومية ،إذ تدل الاحصاءات

والبيانات علي تزايد الاقبال علي تعاطي المخدرات .(**محمد الظريف سعد محمد :٢٠٠١،ص ٨٥)**

وكذلك نجد تزايد حجم تجارة المخدرات بمصر خلال السنوات العشر الماضية بلغ ٢١٣ مليار جنية مصري،حيث يشير الجدول رقم (١)التالي حجم الانفاق علي المخدرات في السنوات الاخيرة بالمليار جنيه **: (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ،٢٠٠٨ ،ص ١٢٦)**

جدول رقم(١)

يوضح حجم الانفاق لمحاربة المخدرات بجمهورية مصر العربية في الفترة من ٢٠٠١ حتي :٢٠٠٩

السنة	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨	٢٠٠٩
نسبة الانفاق لمحاربة المخدرات	٢٣,٧	٢٤,٦	٢٥,٥	٢٦,٤	٢٧,٣	٢٨,٢	٢٩	٣٠,٨	٣١,٨

يتضح من الجدول السابق:أنه في عام ٢٠٠١ كانت نسبة الانفاق علي المخدرات في مصر ٢٣,٧% بينما في عام ٢٠٠٥ كانت نسبة الانفاق علي المخدرات ٢٧,٣ % ،وبينما كانت عام٢٠٠٩نسبة الانفاق علي المخدرات ٣١,٨% مما يوضح تزايد الانفاق علي المخدرات و يؤخر عجلة التنمية الشاملة في مصر .

ونجد الان أن مصر تواجه هذه الكارثة في حملة شرسة لتدمير الانسان المصري ، عن طريق إغراق السوق المصري بالمخدرات لتحول الشباب من طلبة وعمال وجنود إلي حطام بشرية ومرتجف اليدين ، زائغ العينين ، فاقد القدرة علي التفكير والتقدير وإتخاذ القرار، فالادمان ماهو إلا جزء من المشكلات الكبيرة التي تواجه جميع المجتمعات

الثقافية والمتقدمة ورغم الجهود التي تبذل فيها لمواجهتها إلا أنها في تزايد مستمر والادمان كمشكلة إجتماعية ينظر لها من جوانبها المتعددة ، فهي مشكلة قانونية ومشكلة جسمية ونفسية وإقتصادية وسياسية .(**محمد سلامه غباري:١٩٩١،ص ص ٩-١١)**

ويؤكد صندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي أن المدمنين في مصر لا يتجاوز عددهم ١,٥ في المجتمع ومن إحصائية عام ٢٠٠٩ فإن المتعاطين يتجاوزون ذلك العدد بكثير وقد يصلون إلي ٥ مليون وتلك الفئة هي التي يجب الاهتمام بها إعلاميا من خلال دعم التوعية والبرامج الثقافية والاعلامية ومشاركة كافة قطاعات الدولة والمجتمع وذلك للتصدي لتلك المشكلة ، حيث أن المدمن يحتاج إلي دافع قوي يساعده علي قرار إختيار العلاج لان قانون الصحة النفسية الجديد يمنع علاجه بالقوة حتي لو كان ذلك من ذويه أو أهله .**(صندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي :٢٠١٠،ص ٢٥)**

وتختلف درجات الادمان في مصر من حيث درجة الاستعمال وما هو تأثير المخدر الذي يتعاطاه المدمن وماهي درجة تحمل المدمن لهذا المخدر وماهي الاعراض الانسحابية التي يمر بها حيث أن تلك المراحل يمر بها المدمن المتعاطي للمخدرات حتي يمر بمرحلة العلاج ثم التأهيل وهو ماسوف يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (٢)

يوضح نسب درجات الادمان في مصر من حيث الاستعمال والتأثير ودرجة التحمل والاعراض الانسحابية سنه ٢٠١١ :

درجة الادمان	العدد	النسبة المئوية
الاستعمال	١٢٠٥٩	%٣٢,٢٤
الاستعمال +العمل تحت تأثير المخدر	٦٨٢٤	%١٧,٧
الاستعمال +العمل تحت تأثير المخدر+التحمل	٣١٢٥	%٨,١
الاستعمال +العمل تحت تأثير المخدر+التحمل +أي أعراض أنسحاب	٢٧٨٩	%٧,٢

ومن الجدول السابق يتضح ان نسب درجات الادمان من حيث الاستعمال في مصر كانت (٣٢,٢٤%) بينما الاستعمال وتأثير المخدر كانت النسبة (١٧,٧%) ثم يأتي بعد ذلك درجة الاستعمال وتأثير المخدر ودرجة التحمل بنسبة (٨,١%) ويأتي بعد ذلك درجة الاستعمال للمخدر وتأثيره ودرجة التحمل للمدمن والاعراض الانسحابية بنسبة (٧,٢%) هذا ويتضح لنا أن استعمال المخدر لوحده أعلي نسبه مئوية ثم يأتي بعد ذلك الاستعمال مع وجود تأثير للمخدر ثم يأتي بعد ذلك الاستعمال وتأثير المخدر مع وجود درجة تحمل للمخدر ثم يأتي بعد ذلك تلك المراحل مع وجود أعراض أنسحابية للمدمن المتعاطي للمخدرات .

وتمثل مصر إحدي دول العالم النامي التي تعاني من انتشار المخدرات وفي التقرير السنوي للادارة العامة لمكافحة المخدرات ٢٠٠٨ أخيرا تبينت أن مصر تعد واحدة من (٥١) دولة علي المستوي العالمي تعاني من تلك المشكلة وإذا نظرنا الي مصر في الاونة الاخيرة نجد تزايدا ملحوظا في معدلات سوء استخدام العقاقير المخدرة. **(فؤادوأخرون:٢٠٠٠ ،ص ١٥٤)**

والخدمة الاجتماعية كمهنة دينامية تكاملية تتعامل مع الانسان في شتي صورة كفرد وكعضو في جماعة وكمواطن يعيش في مجتمع من خلال ثلاث طرق أساسية هي خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع ، وبالتالي يمكن لهذه المهنة أن تلعب دورا بارزا في الوقاية من الادمان . (**أنوار حافظ عبد الحليم : ٢٠٠٨ ص ١٠٥**)

والحقيقة العامة التي إجتمعت عليها الدراسات الاجتماعية التي أجريت حول تفسير أسباب ظاهرة التعاطي، هي أن مشكلة إدمان المخدرات تمثل مشكلة متعددة الابعاد والمتغيرات فلاتوجد نظرية واحدة أو عامل واحد أو متغير واحد بعينه يمكن في ضوئه تفسير أسباب تعاطي المخدرات ، فهناك عوامل عديدة هامة ومؤثرة وتتباين أهمية تلك العوامل من مجتمع لاخر بل من فرد إلي أخر.(**محمد محمود الجوهري وأخرون:١٩٩٧،ص١٤)**

حيث أوضحت دراسة(**محمد مدحت أبو بكر١٩٩١)** إختبار فعالية العلاج الاسري كأحد المداخل العلاجية في خدمة الفرد في علاج العائدين إلي إدمان الهيروين وعدم التركيز علي دور الاسرة وتوصلت النتائج الي وجود علاقة بين ممارسة العلاج الاسري في خدمة الفرد وتحقيق العلاقات الاسرية ،وكذلك يرجع إلي نسق الاصدقاء

و أكدت دراسة (**محمود موسي الشديفات ٢٠٠٥**) أن مجاراة أصدقاء السوء في الحفلات والمناسبات والتقليد وغيرها يؤدي إلي إعتياد التناول المخدر يوميا وفقدانه القدرة علي ضبط نفسه ،وكذلك النسق الديني حيث (ضعف الوازع الديني لدي المدمنين وقلة إيمانهم وعدم حضور الندوات الدينية ،وللنسق الاعلامي دور في ذلك من خلال (مشاهدة أفلام الادمان والمليئة بمشاهد تناول المخدرات مما يشجعهم علي ذلك وتلك المشكلة).

والتعافي من ادمان المخدرات هو مرحلة من مراحل العلاج ويحظي بإهتمام خاص من قبل المدمن والمحيطين بة،والذين يحتلون منزلة ومكانه هامة لدية ويتاثر التعافي بعدد من العوامل بعضها يعمل معيقا مثل اللهفه واصدقاء الادمان والقلق الشديد والخوف من الانتكاس.(**منظمة الصحة العالمية :٢٠٠٤،ص ١٠)**

ومحاولة المدمن الاقلاع عن الادمان قد يؤدي إلي لمعاناته والتدهور التدريجي في قدرته علي القيام بادوارة المختلفة في الاسرة وفي المجتمع بالاضافة الي ظهور مجموعة من الاضطرابات والصراعات التي تعتري نشاطات حياتة المختلفة تتاكد الحاجة الي اعادة الدمج والتاهيل الاجتماعي للمدمن بعد العلاج.(**ايات ابراهيم صبيح ٢٠١١، ص ٥٥)**

جدول رقم (٣)

يوضح نسبة التعافي من الادمان في مصر :

السنه	**٢٠٠٩**	**٢٠١٠**	**٢٠١١**
نسبة التعافي	**%٤٦**	**%٥٠**	**%٥٧**

ويتضح من الجدول السابق أنه رغم زيادة نسبة الانفاق علي المخدرات كما أشارت الاحصائيات في جدول رقم (١) إلا أن نسبة التعافي من الادمان في تزايد مستمر نتيجة لجهود الفريق العلاجي بمؤسسات الصحة العقلية والنفسية ، حيث يوضح الجدول أن نسب التعافي في مستشفيات الصحة العقلية والنفسية في مصر بدأمن سنه ٢٠٠٩ وكانت ٤٦% حتي ٢٠١٢وكانت ٦١% وهذا يؤكد زيادة نسب التعافي من الادمان .

(صندوق مكافحة الادمان: ٢٠١١،ص ١١)

والتعافي يكون مدروسا وقد أتي بناء علي دراسة وتحت إشراف أشخاص متخصصين أو لهم خبرة في مجال التعافي، والتوقف في هذه الحالة يكون خطوة مهمة جدا ولكن لا يكون التوقف هو الهدف في حد ذاته بل تتبعه خطوات عديدة تمكن المدمن من المحافظة علي هذا التوقف. ويفيد التعافي ايضا في أن الشخص المدمن يجد تغييرا كاملا في جميع شؤون حياته إلي الافضل وتكون حياته مدبرة وقادرا علي التواصل مع المجتمع من جديد. ونحن دائما نقول ما فائدة التعافي إذا لم يخلق للمدمن حياة جديدة بكل ما تحتويه الكلمة من معني،ويري رونالد سيجل أن استخدام المواد المخدرة يمثل دافعا رابعا بالتساوي مع دافع الجنس والعطش والجوع وأن كثيرا من الذين يتعافون من تعاطي الكحوليات والمخدرات كان ذلك من منطلق أنهم مصابون بمرض ليس لديهم القدرة علي التحكم فيه ومن ثم يلجأون الي الادمان،وأن الدوافع والغرائز الطبيعية قد أصبحت خارج نطاق السيطرة وأن كل مايحتاجون إليه هو بعض التعلم البسيط ،فعملية الادمان عملية مركبة ومعقدة ومتنوعة **.(SiegelR،سيجل :١٩٩٠،ص ١١٥-١٢٣)**

ويعاني المدمن المتعافي بعد شفاؤه من الادمان بعملية من التدهور التدريجي في قدرة المدمن علي قيامه بأداوره المختلفة في الاسرة وفي المجتمع ، بالاضافة إلي ظهور مجموعة من الاضطرابات والصراعات التي تعتري نشاطات حياته المختلفة،ومنا هنا تتأكد الحاجه الي الدمج والتأهيل الاجتماعي للمدمن بعد العلاج. **(صندوق مكافحة وإدمان التعاطي والادمان :١٩٩٩، ص ص ١٣٥-١٣٦)**

ويتعرض المدمن المتعافي إلي عدة ضغوط منها التفكك الاسري وأصدقاء السوء ومشاهدة الافلام السينمائية التي تدعو للعودة إلي الادمان، وذلك لوجود تناقضات إجتماعية بين الاغلبية والاقلية أو بين جيل وأخر،وعدم وجود الوعي لدي المجتمع بكيفية تأهيل المدمن المتعافي بعد العلاج وتؤثر تلك الضغوط علي حياته ويصبح يعاني من مرض مزمن وهو الادمان **.(طارق كمال :٢٠٠٩،ص ص ٨٩-٨٦)**

وهذا مأشارت إليه **دراسة أيات صبيح ٢٠٠٥ لهذا بعنوان(العوامل المرتبطة بالعودة إلي إدمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها من منظور خدمة الفرد)** واستهدفت تلك الدراسة تحديد اهم العوامل المرتبطة بالعودة الي إدمان العقاقير المخدرة لدي الشباب ،ومحاولة التوصل الي أنسب الاساليب المرتبطة بالاقلاع عن تعاطي المخدرات،.والنتيجة توصلت الدراسة الي أن هناك مجموعة من العوامل من وجهة نظرالمنتكسين دفعت إلي العودة إلي الادمان مرة أخري و(هي إحساس المدمن بالظلم من المجتمع ،احتجاجه علي الواقع ،مشاهدة أفلام عن الادمان ،الافتقار الي صحبة دينية جيدة.

ويظهر هنا أهمية التاهيل والذي يعني هنا دمج الشخص في الاسرة والمجتمع بعد ابتعاده عن اثر ادمانه ،وابتعاد المجتمع عنه ويعتمد التاهيل هنا علي تحسين العلاقة بين الفرد والمجتمع وبناء جسورالتفاهم ليتقبل كل منهما الاخر،ومنح الفرد فرصة جديدة لاثبات جديته وحرصه علي الشفاء والعيش بشكل طبيعي في اسرته ومجتمعه ،كما ويشمل مفهوم التأهيل هنا مساعدة الشخص علي تخطي الاثار السلبية التي تخلفها الاعاقة والعجز من آثار نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية ،وإن تجاوز استخدام هذه المواد(الكحول والكوكايين والقنب) للاغراض الطبية والصناعية والعلمية المحددة ،والمقننة سوف يؤدي إلي حالة من التعود أو الادمان مما يلحق ضرر فادح بالفرد

والمجتمع علي السواء وفي كافة المستويات النفسية والعقلانية والصحية والاجتماعية .
(محمد وهبي:٢٠٠٨،ص ١١)

وهناك أشكال للتأهيل منها التأهيل الصحي وهو (الشفاء الكامل من الادمان ،مساعدته وتحويله إلي الطبيب المعالج والحصول علي العلاج والادوية) ، التأهيل الاجتماعي (تدعيم علاقته مع الاسرة والمجتمع والاصدقاء والبيئة المحيطة ، الحصول علي عمل مناسب لحالته)،التأهيل النفسي (مساعدته علي عدم الشعور بالوحدة وحل مشكلاته النفسية من جانب الطبيب النفسي المعالج) ، التأهيل الثقافي (كيفية إختيار الكتب والمجلات للقراءة ،حضور الندوات والمناقشات ، الاهتمام بالجانب الديني والصلاة)

وتأتي مرحلة التأهيل الصحي والتي تستهدف إستعداده المدمن لقدراته وفاعليته في مجال عمله وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلي عمله أما إذا لم يتمكن من هذه العودة فيجب تأهيله وتدريبه لاي عمل أخر متاح حتي يمارس الحياة بشكل طبيعي ، وتأتي بعد ذلك عملية التأهيل الاجتماعي وتستهدف دمج المدمن في الاسرة والمجتمع وذلك علاجا لما يسمي بظاهرة (الخلع) حيث يؤدي الادمان إلي أنخلاع المدمن من شبكة العلاقات الاجتماعية والاسرية ويعتمد العلاج هنا علي تحسين العلاقة بين الطرفين المدمن من ناحية والاسرة والمجتمع من ناحية أخري وتدريبهما علي تقبل وتفهم كل منهما الاخر .**(حسين سليمان : ٢٠٠٨،ص ٨٥)**
وأيضا يلعب السياق والمكان الذي تتم فيه عملية التأهيل دورا هاما حيث يتفاعل المكان مع عملية التأهيل في رسم إحتمالات نجاح البرنامج التأهيلي أو فشله وهناك إتجاهان متعارضان في تحديد مكان التأهيل : الاتجاه الاول يري ضرورة قيام التأهيل في مؤسسات الاقامة ذات الضوابط المحكمة (كالمستشفيات والمجتمعات العلاجية) مقابل إتجاه أخر يري ضرورة قيام التأهيل في السياق الطبيعي للحياة ورغم من أن كلا من

الاتجاهين له مبرراته الوجيهة إلا أن الظروف والاعتبارات في مجتمعنا إلي أفضلية الاتجاه الاول .**(دليل الاخصائي النفسي للوقاية من الادمان:١٩٩٩، ص ١٣٩)**

والخدمة الاجتماعية من المهن التي لها فعالية في مواجهة هذه الظاهرة عن طريق نماذج التدخل المهني مع الافراد والجماعات والمجتمعات ،ويمكن للاخصائين الاجتماعيين من خلال عملهم في المؤسسات المتعددة المساعدة في تخطيط وتنفيذ ومتابعة وتقويم البرامج والمشروعات التي تستهدف الوقاية من الادمان .(**محمد الظريف سعد محمد :٢٠١١،ص ٨٥)**

وقد زاد من أهمية وضرورة وجود الخدمة الاجتماعية النفسية إنتشار الافكار العلمية التي توضح أن سلوك الفرد يتاثر بتكوينة البيولوجي وخبراته النفسية ، والتي تكون لديه العواطف والانفعالات والعمليات الادراكية ، وبجانب ذلك يتأثر السلوك البشري بمدي قدرة الفرد علي التفاعل مع المؤثرات البيئية في ضوء خبراته وإدراكاته وطموحاته نحو المستقبل .

وتعمل طريقة خدمة الفرد علي تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للافراد من خلال إستثمار طاقات الافراد علي المستويين الذاتي والبيئي في ضوء القيام بعمليات متخصصة دراسية وتشخيصية وعلاجية لتحقيق أهداف تنموية ووقائية وعلاجية. **(عبدالناصر عوض أحمد : ٢٠٠٢، ص ص ١٩-٢٢)**

وبعد ذلك يظهر دورالفريق العلاجي حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي بتشكيل الجماعات العلاجية وذلك للاشتراك في عملية العلاج والتأهيل للمدمنين والتي تتكون من (أخصائي إجتماعي و أخصائي نفسي وطبيب وأخصائي تأهيل وأخصائي تغذية وخبير) ويتم تطبيق الاساليب المتبعة في العلاج .**(المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان : ٢٠٠١، ص ص ٣٨-٤١)**

ويضم الفريق العلاجي للمريض النفسي والعقلي الطبيب النفسي والطبيب البشري والاخصائي النفسي والاخصائي الاجتماعي والممرضة ، ويشترك الفريق العلاجي في وضع خطة متكاملة تحت إشراف الطبيب النفسي بهدف رعاية المريض النفسي والعقلي وإعادة تكيفة مع نفسه والبيئة المحيطة. **(ماجدة سعد متولي: ٢٠١١، ص ٢١١)**

ويظهر دور خدمة الفرد من خلال النظريات العلمية المختلفة في زيادة فعالية دور الاخصائي الاجتماعي وقد أوضحت دراسة **إسماعيل مصطفي محمود ١٩٩٢** باستخدام نموذج التركيز علي المهام التدخل لمحاولة إعادة ترتيب حياة الشخص المدمن مرة أخري وذلك في مختلف أبعاد حياته والتقليل من الضغوط الواقعة عليه من خلال خطوات حل المشكلة ،حيث أن المدمن يلجأ الي بعض المؤسسات العلاجية ولكنه بعد إنتهاء العلاج ينتكس مرة أخري نتيجة التركيز علي العلاج الطبي فقط وتوجيه اهتمام أقل للجهود النفسية والاجتماعية ومع استخدام النموذج العلاجي يمكن تقليل العودة للانتكاسة مرة أخري .وقد توصلت الدراسة الي أن نموذج التركيز علي المهام له أثر في تحسين علاقة المدمن بكل من (الاخوة،الوالدين،الجيرة)مما أدي إلي إحساس المدمن بذاته ،هذا يؤكد أهمية الدراسة الحالية وذلك لحاجة المدمن لمتطلبات واحتياجات تأهيلية لمساعدتة علي التعافي نهائيا منه وتحقيق التوافق والتأهيل الاجتماعي له .

ويقوم الاخصائي الاجتماعي برصد الحالات الفردية المعرضة للانحراف ومن ثم التدخل المهني معها وذلك وفق خطة علمية مدروسة ومن خلال وضع برنامج يتم تنفيذه طوال العام وذلك من خلال المحاضرات والندوات والمناظرات الخاصة بالوقاية من أخطار المخدرات وتتم من خلال الاستعانه بعدد كبير من المتخصصين في مجالات مختلفة تشمل الجوانب الدينية والصحية والنفسية والاجتماعية ....إلخ.وتظهر مهارة الاخصائي الاجتماعي في تكوين العلاقات مع المؤسسات والهيئات التي من أهدافها مكافحة ومقاومة المخدرات سواء بالاستعانه بالخبراء فيها أو الدعم المادي للمشروعات وتوظيف الجماعه الصحية (الهلال الاحمر) للتوعية بأخطار المخدرات .

والاخصائي الاجتماعي من أدواره المهنية مع المتعافين من الادمان التاهيل الصحي للمتعافي والتأهيل النفسي للمتعافي والتأهيل الاجتماعيي للمتعافي والتاهيل الثقافي للمتعافي وتوظيف جماعات الانشطة المختلفة لخدمة هدف عام واحد هو الوقاية من إدمان المخدرات والتعافي منها ويبرز دور الاخصائي الاجتماعي في توجيه هذه الجماعه نحو تحقيف الهدف العام والاهداف الاخري وتنظيم المسابقات الثقافية والرياضية والفنية والاجتماعية والبحثية الخاصة بالادمان ووضع الجوائز التي تحفز علي ذلك .

ثم يأتي التقويم والذي يعتبر من العمليات الاساسية التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي للتعرف علي مدي تأثير الجهود المهنية التي يبذلها مع العملاء للتعرف علي التغييرات الحادثة ويكتشف نقاط القوة والضعف ليعمل علي تدعيم النواحي الايجابية والتغلب علي الصعوبات والاخطاء.(**عبد الناصر عوض أحمد :٢٠١١،ص ٢٢٦**)

ويعتبر التقويم أسلوبا من أساليب البحث العلمي حيث يهتم بدراسة مستوي الانتاج وقياس فعالية المؤسسات والمشروعات والبرامج حيث يمكن بواسطته الكشف عن عوامل النجاح والفشل، وبالتالي فهو أداة للكشف عن حقيقة تأثير مشروعات وبرامج التنمية علي المستوي المحلي وعلي المستوي القومي للكشف عن التغير المادي والمعنوي في الاهداف الموضوعة.**(رشاد أحمد عبد اللطيف:٢٠٠٢،ص١٠)**

ولقد تعددت الدراسات السابقة في مجال التقويم في خدمة الفرد حيث أوضحت (**جيهان صابر اللقاني ٢٠٠٢**) أن الدور الفعلي الذي يؤدية الاخصائي الاجتماعي دورا تقليديا وليس دورا متخصصا في مجال الدفاع الاجتماعي ، كما أوضحت دراسة (**فاتن فوزي**

أحمد ٢٠٠٩) ضرورة إعداد برامج تدريبية متخصصة للاخصائيين الاجتماعيين وإلحاقهم بدورات تدريبية وتنمية مهاراتهم للعمل مع المشكلات الاسرية .

كما أشارت (**أنوار محمد أنور ٢٠٠٥**) أن الدور الفعلي للاخصائيين الاجتماعيين من وجهة نظرهم هو مساعدة الطلبة المكفوفين علي تقبل إعاقتهم وإعتمادهم علي أنفسهم، ومن وجهة نظر الطلبة المكفوفين هو تقديم النصيحة والتوجية والارشاد وأن الدور المهني للاخصائئين لايقترب من الدور المهني المتوقع منهم.

وبناء علي ما سبق يتضح أهمية تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي لتحديد التغيرات الحادثة للعملاء في ضوء الجهود المهنية للاخصائي الاجتماعي لذلك يسعي الباحثان لدراسة تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان ، ويتفرع من هذه القضية عدة قضايا فرعية :

١- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان.

٢- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان.

٣- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان.

٤- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان.

٥- وضع تصور مقترح لزيادة فاعلية الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

لذلك تتركز مشكلة الدراسة الحالية في :

تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان

ثانيا: أهمية الدراسة:

(١) زيادة مشكلة الادمان محليا وعالميا ، حيث أكدت تقديرات الامم المتحدة أن عدد مستخدمي المخدرات **يقارب حوالي ٢٠٠ مليون فرد بنسبة ٣,٤%** من تعداد سكان العالم وفي مصر نسبة تعاطي المخدرات تقدر ب (٧%) سنه ٢٠١١ من تعداد سكان العالم **(منظمة الصحة العالمية والامانة العامة للصحة النفسية:، ٢٠١١،ص ١٠)**

(٢) تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

(٣) ندرة الدراسات التي اهتمت بتقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

(٤) تزيد من قدرة الاخصائيين الاجتماعيين علي التعامل بكفاءة في تأهيل المتعافين من الادمان .

(٥) الاهتمام بتأهيل فئة المدمنين المتعافين حتي لايتعرضوا للانتكاسة

ثالثا: أهداف الدراسة :

١- الهدف الرئيسي الاول :

تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

وتتحدد الاهداف الفرعية لتحقيق هذا الهدف في :

أ- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان.

ب- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان.

ج- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان.

د- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان.

٢- الهدف الرئيسي الثاني:

وضع تصور مقترح لزيادة فعالية الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

رابعا: تساؤلات الدراسة :

١- التساؤل الرئيسي الاول:

تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان ؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية هي :

أ- ما درجة أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان؟

ب- ما درجة أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان؟

ج- ما درجة أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان؟

د- ما درجة أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان؟

٢- التساؤل الرئيسي الثاني:

ما التصور المقترح لزيادة فعالية الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان ؟

(١)خامسا:مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم التقويم Evaluation:

يعرف التقويم في اللغة العربية علي أنه قوم أي قدر أو حكم علي قيمة الشيء(**إبراهيم مدكور:١٩٧٥،ص ١٧٣**) ،ويعرف التقويم في اللغة الانجليزية بأنه تحديد قيمة أو كم الشيء والتعبير عنه عدديا (**Websterوبستر :٢٠٠٣،ص ٥٥**)

ويعرف التقويم في علم النفس : بأنه الكشف عن مدي النجاح في تحقيق أهداف العملية التربوية الكاملة وبيان القوة والضعف في الوسائل التي استخدمت في هذه الاهداف وذلك للعمل في إصلاحها.(**عبدالله عبد الحي موسي :٢٠٠٠،ص ٢٠٤**)

كما يعرف **التقويم** في علم الاجتماع بأنه : عملية يقاس بها مدي القرب أو البعد عن الاهداف المرسومة بأسلوب علمي موضوعي يتصف بالاستمرار والشمول والدقة والاستهداف ، وعلي ذلك فعملية التقويم ترتبط إرتباطا عضويا بالاهداف المراد تحقيقها.(**عباس أحمد،ياسين الكبير:٢٠٠٢،ص ١١**)

وأيضا يعرف **التقويم في خدمة الفرد** بأنه هو النشاط العلمي المنهجي الذي يقارن بين النتائج المتوقعة كما حددتها خطة العمل ، وبين النتائج الفعلية التي تم التوصل إليها بعد تطبيق هذه الخطة ، ويقصد بالنشاط العلمي المنهجي هو تطبيق منهج علمي يتناسب مع شكل البيانات المتاحة وتحليل هذه البيانات بطرق إحصائية مناسبة لكي يمكن التوصل إلي نتائج موثوق بها.(**عبد العزيز النوحي:٢٠٠١،ص ٣٠٣**)

كما يعرف **التقويم** بأنه : عملية من العمليات الهامة التي يستخدمها الاخصائي الاجتماعي حيث تساعد هذه العملية في التعرف علي الجوانب الايجابية والجوانب السلبية المرتبطة بالاداء المهني للاخصائي الاجتماعي . (**سعيد يماني العوض:٢٠٠٤، ص١٢**)

ويحدد الباحثان مفهوم **التقويم** نظريا في هذه الدراسة بأنه :

هو عملية علمية تعتمد علي إستخدام إجراءات البحث العلمي لمعرفة وقياس مدي فعالية وكفاءة الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان وقياس مدي تحقيقه للاهداف التي يسعي لتحقيقها مع المتعافين من الادمان .

ويشير مفهوم التقويم إجرائيا في هذه الدراسة :

١- قياس درجة تأثيرالدورالمهني التي يبذلها الاخصائي الاجتماعي المرتبطة بالادوار والمهارات والنظريات العلمية.

٢- لاعادة التأهيل (صحيا، نفسيا،إجتماعيا، ثقافيا) للمتعافين من الادمان .

٢- مفهوم التأهيل Rehabilitation:

وكلمة التأهيل في اللغة العربية : هو إعادة الانسان إلي النشاط النافع البناء ليؤهله لكسب رزقه من جديد **(قاموس علم النفس :١٩٨٩،ص ٤٥)** وفي اللغة الانجليزية يقصد بالتأهيل **Rehabilitation** إعادة الشيء إلي وضعه الطبيعي. **(منير البعلبكي: ٢٠٠٦ ،ص ٦٤)**

ويعرف التأهيل بأنه :عملية مساعدة الافراد علي الوصول إلي الحالة التي تسمح بدنيا ونفسيا واجتماعيا وعقليا بأن ينهضوا بما تتطلبة المواقف المحيطة بهم،مما يمكنهم من استغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم في مرحلة العمر نفسها.**(مصطفي سويف: ١٩٩٠،ص ٥٤)**

ويعرف التأهيل في معجم العلوم الاجتماعية بأنه :مجموعة من العمليات أو الاساليب ، التي يقصد بها تقويم أو إعادة الاشخاص المنحرفين أو المجرمين نحوالحياة السوية ،كما يقصد به محاولة تربية الشواذ وضعاف العقول أو ذوي العاهات لعلاج

نواحي النقص فيهم أو تخفيفها ،حتي تتلائم مع أوجه النشاط التي تناسب حالتهم.**(محمد حسن غانم: ٢٠٠٥ ،ص ١٩١)**

وهناك أشكال للتأهيل :(مبروكة عمر محيدق:١٩٩٨،ص ٤٢٠)

(١) **التأهيل الصحي :**وهو التأهيل الذي يساعد المدمن المتعافي علي العلاج تمام من الادمان والتخلص منه والاهتمام بالمظهر العام لديه والمتابعة. مع الطبيب المعالج إذا ظهر شيء ما عليه

(٢) **التأهيل الاجتماعي:** هوذلك التأهيل الذي يساعد المدمن المتعافي علي الاندماج والتفاعل الاجتماعي مع الاسرة والمجتمع وذلك سوف يكون من خلال : الاسرة ،الاصدقاء ،الاعلام، الاقران والاصدقاء وهؤلاء هم أساس التأهيل الاجتماعي الذي يجب توفيره للمدمن بجانب نظرة المجتمع له.

(٣) **التأهيل النفسي:** وهو التعافي نهائيا من من الامراض النفسية من الجسم حتي لاتأخذه الي طريق الادمان مرة أخري مثل الاكتئاب ،العزلة ،القلق .....إلخ كل ذلك يجب مساعدة المدمن في التخطي منه حتي يمكن أن يتعافي نهائيا من الادمان ومعرفة كيفية التعامل مع تلك الامراض لو ظهرت مرة أخري .

(٤) **التأهيل الثقافي:**وهو التاهيل الثقافي ويدخل فيه التأهيل الديني الذي يساعد المدمن المتعافي للاندماج في المجتمع من خلال حضور الندوات والمؤتمرات والدورات التدريبية التي تساعده في عدم الرجوع للادمان والتدين والتقرب من الله .

ويعرف الباحثان التأهيل نظريا بأنه : مساعدة المدمن المتعافي للوصول إلي حالة صحية وإجتماعية ونفسية وثقافية تؤهله للتعامل مع المواقف المختلفة والتكيف مع المجتمع ككل حتي يستطيع مواجهة حياته الجديدة والتوافق معها .

ويحدد الباحثان مفهوم التأهيل إجرائيا كالتالي:

١- عمليات وأساليب تستخدم مع المتعافين من الادمان.

٢- لتأهيليهم صحيا ونفسيا وإجتماعيا وثقافيا.

٣- بهدف مساعدتهم علي مواجهة مواقف الحياة بفاعلية.

3- مفهوم المدمن المتعافى:Addict Recuperating

يشير معجم الوجيز إلي كلمة (عف) علي أنها تعني كف لا يحل ولا يجمل من قول أو فعل ، و(تعافي) فلان أي نال العافية.**(مجمع اللغة العربية :١٩٩٣، ص ٤٢٥)**

كما يعرف المتعافي بأنه الشخص الذي كان يتناول المواد المخدرة وتعافي منه علاجيا ويحتاج إلي تأهيل نفسي وإجتماعي وجسمي وصحي . **(عبد العزيزبن عبدالله:٢٠٠٢،ص١٦)**

ويعرف المتعافي بأنه الفرد المستخدم العقاقير استخداما قهريا بحيث كان يضربصحته ويفقد القدرة علي ضبط النفس بالنسبة لحالته،وقد لجيء للعلاج منه وتعافي ويحتاج إلي توفير التأهيل المناسب له. **(إقبال الامير السمالوطي:١٩٨٨،ص ص ٤٦-٤٨)**

كما عرف المتعافي بأنه الشخص الذي تكونت لديه إراده للتوقف عن المخدرات ،أو هو في مرحلة يواجه فيها متعاب وضغوط كثيرة ، يحتاج إلي قرارات وأستعدادات وجماعات تساعده وتتفهم مشاكله وتعلمه الخبرات حتي يستطيع أن يتأقلم ويطمئن بوضعه الجديد. **(ماهر أبو المعاطي: ٢٠٠٣، ص ٢١٠)**

ويعرف المدمن المتعافي بأنه الشخص الذي تلقي العلاج في مصحة متخصصة في علاج الادمان ولديه الرغبة في التوقف عن التعاطي ولكنه لايزال لديه حاجه إلي التأهيل ليمارس دوره الاجتماعي في الحياة الطبيعية .**(علي الدين السيد محمد : ١٩٨٨،ص ١٠١).**

ويحدد الباحثان مفهوم المدمن المتعافي نظريا :

هو ذلك الشخص الذي إستخدم المادة المخدرة سواء كان في صورة تعاطي أو إدمان وتلقي العلاج المناسب في مراكز علاجية متخصصة ويحتاج إلي عملية التأهيل حتي لايعود للانتكاسة مرة أخري.

ويعرف المدمن المتعافي إجرائيا:

١- هو الشخص الذي توقف عن إدمان المخدرات.

٢- يحضر جلسات علاجية (فردية – جماعية)

٣- أنهي علاجه بالمستشفي لفترة زمنية لاتقل عن عام .

٤- يحتاج لدور مهني من الاخصائي الاجتماعي لتأهيلية للتعافي من الادمان.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

أولا: دراسات مرتبطة بتقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي.

ثانيا : دراسات مرتبطة بتأهيل المتعافين من الادمان.

ثالثا: التعليق العام علي الدراسات السابقة

مقدمة

مما لاشك فيه أن ظاهرة إدمان المخدرات بدأت تحتل مكانا بارزا في إهتمامات الرأي العام المحلي والعالمي علي حد سواء، وتكمن خطورة إدمان المخدرات في كونها تصيب موارد أي مجتمع سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة وبصفة خاصة في جزء هام من تلك الموارد البشرية وخاصة الشباب من الجنسين ، وهي بهذا تصيب جزءا غاليا من تلك الطاقة البشرية الموجودة في أي مجتمع مهما إختلفت درجة تحضره وهي بهذا تصيب حاضر هذه المجتمعات وتخيم الظلام علي مستقبلها وتؤثر علي إهدار موارد الثروة الطبيعية والبشرية مما يعرقل أي جهود خاصة بالتقدم الاجتماعي والتنمية الشاملة في المجتمع عامة .

وفي هذا الفصل سوف نتناول الدراسات التي ركزت علي تقويم الدورالمهني للاخصائي الاجتماعي سواء في مجال الادمان أو مجال الاسرة والتركيز علي متغيرات مشكلة الدراسة الدور المهني للاخصائي الاجتماعي ،والمتعافين من الادمان والتأهيل للمتعافين من الادمان .

ولذلك إعتمد الباحثان علي الدرسات العربية والاجنبية الحديثة والتي تبدأ من عام ٢٠٠٠ وتم تقسيمها إلي قسمين :

١- دراسات مرتبطة بتقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي.

٢- دراسات مرتبطة بتأهيل المتعافين من الادمان.

أولا : دراسات مرتبطة بتقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي:

١- دراسة (فتحي عبد الواحد أمين ١٩٨٩):

وعنوانها(دور الاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي لحالات الادمان لاسباب نفسية)

وتهدف الدراسة إلي التعرف علي الدور المتوقع للاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي ووصف للدور الفعلي للاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي وماهي جوانب القصور في أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره مع الفريق العلاجي والتوصل إلي تصور مقترح لدور الاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي لحالات الادمان لاسباب نفسية ،وإعتمدت الدراسة علي استخدام منهج المسح الاجتماعي بالطريقتين (الشامل ، العينة) ، وقد طبقت الدراسة علي ٥ مستشفيات (العباسية ،المقطم ، الخانكة ، أبوالعزائم، طب عين شمس) وقد استخدمت الباحثان (أستمارة إستبار للمدمنين ، وإستمارة إستبيان للاخصائيين ، ومقابلة شبه مقننه للفريق العلاجي) وقد توصلت الدراسة إلي تحقيق الاهداف وهو التعرف علي الدور المتوقع ومنها مساعدة المدمن علي تكوين العلاقات ، والتعرف علي الدور الفعلي والمعوقات ، والتوصل الي التصور المقترح له .

٢- دراسة (سترونسرStraussner ٢٠٠١):

عنوانها (دور الاخصائيين الاجتماعيين في علاج الادمان)

وتوضح هذه الدراسة إنخراط الاخصائيين الاجتماعيين في علاج الادمان في الولايات المتحدة ، بداية من (ماري ريتشموند) وقد لعب الاخصائيين الاجتماعيين دورا متزايدا الاهمية في علاج الافراد من الكحول وغيرها من مشاكل المخدرات وأسرهم ، واليوم الاخصائيين الاجتماعيين لاعبين هامين ومهمين ليس فقط في وضع البرامج والادارة والعلاج من الادمان الكيميائي وإنما أيضا في عملية الادمان مثل إضطراب الاكل والقمار وعلاوة علي ذلك تشارك بشكل متزايد في مجال البحوث الاجتماعية للادمان والساحات السياسية.

٣- دراسة (أنور محمد أنور بهاء الدين ٢٠٠٥):

عنوانها(تقويم الدور للاخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين بالمرحلة الاعدادية)

تهدف الدراسة إلي تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين والتوصل إلي تصور مقترح لدور فعال للاخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين.، وتعتبر الدراسة من الدراسات التقويمية وإعتمدت الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي الشامل بإستخدام أدوات (صحيفة إستبيان ،صحيفة مقابلة ،مقابلة شبة مقننة)،وطبقت الدراسة بمعاهد النور للمكفوفين بمحافظات وسط الدلتا، وتوصلت الدراسة إلي أن أولويات الدور المهني الفعلي للاخصائيين الاجتماعيين في العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين يتمثل في مساعدتهم علي تقبل إعاقتهم وإعتمادهم علي أنفسهم وذلك من وجهة نظر الاخصائين أما من وجهة نظر المكفوفين هو تقدين النصيحة والتوجه والارشاد وأيضا أنه لايقترب الدور المهني المتوقع للاخصائي من الدور الفعلي للاخصائي ، والخروج بتصور مقترح لدور فعال للاخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين يقوم علي أربعة محاور وهي الدور الوقائي والدور التنموي والجور العلاجي ودور الاخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية مع أسر الطلبة المكفوفين مع مراعاة بعض الاعتبارات عند تطبيق هذا التصور المقترح .

٤- دراسة (محمد سعيد علي يحيي النجار٢٠٠٦):

عنوانها(تقويم إستخدام الاخصائي الاجتماعي لوسائل التعبير في برنامج خدمة الجماعة لوقاية الطلاب من تعاطي المخدرات)

تهدف الدراسة إلي تحديد وسائل التعبير في برنامج خدمة الجماعة والتي يمكن إستخدامها مع طلاب المدراس الثانوية الفنية لوقايتهم من تعاطي المخدرات وتحديد دور الاخصائي الاجتماعي في إستخدام وسائل التعبير في برنامج خدمة الجماعة لوقاية طلاب المدارس الثانوية الفنية من تعاطي المخدرات، وتعتبر الدراسة من

الدراساتالتقويمية التي تسعي إلي تحديد ووصف قيمة العمل الذي يتم بالفعل وتحقيق الاهداف السابق ذكرها وإعتمدت الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي الشامل وبالعينة، بإستخدام أدوات (إستمارة إستبيان للاخصائيين الاجتماعيين والطلاب) وطبقت الدراسة الحالية علي جميع المدارس الثانوية الفنية في القليوبية وعددهم ١١مدرسة وتوصلت الدراسة إلي أن وسائل التعبير المناسبة التي يستخدمها الاخصائيين الاجتماعيين من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين والطلاب هي الندوات والنشاط الفني والرحلات والمناقشة الجماعية، وكانت من أهم وسائل نجاح دور الاخصائي الاجتماعي للوقاية من تعاطي المخدرات هو تشجيع الطلاب علي المشاركة في البرامج المختلفة لوقايتهم، وأسفرت النتائج إلي أن من أهم المقترحات التي تعمل علي تفعيل إستخدام الاخصائي الاجتماعي لوسائل التعبير للوقاية من تعاطي المخدرات تمثلت في إعداد دورات للاخصائيين الاجتماعيين ،زيداة التعاون الايجابي والتنسيق في الادوار، زيادة وعي الطلاب، إستخدام الاخصائي الاجتماعي للنماذج والتكنيكات المختلفة لطريقة العمل مع الجماعات.

٥- دراسة (فاتن فوزي أحمد جادو ٢٠٠٩):

عنوانها(تقويم الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي مع الحالات الفردية بمكاتب التوجيه والاستشارات الاسرية بمدن القناة)

تهدف الدراسة إلي تحديد مستوي الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي مع الحالات الفردية بمكاتب التوجيه والاستشارات الاسرية وتحديد معوقات الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي مع تلك الحالات وأيضا تحديد مقترحات تفعيل الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي مع الحالات الفردية بمكاتب الاستشارات الاسرية ، وتعتبر الدراسة من الدراسات التقويمية وإعتمدت الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي الشامل علي الاخصائيين الاجتماعيين والزوجات المترددات علي مكاتب التوجيه والاستشارات الاسرية وذلك بإستخدام أدوات (مقياس تقويم الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي من

وجهة نظر الاخصائي الاجتماعي ومن وجهة نظر الزوجات) وطبقت الدراسة ب١١ مكتب بمدن القناة ، وتوصلت الدراسة إلي أنه نتيجة لضعف مستوي الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي ينبغي إعداد برامج تدريبية متخصصة للاخصائيين الاجتماعيين للعمل مع المشكلات الاسرية بهدف تحسين أدائهم المهني وضرورة إلتحاق الاخصائيين الاجتماعيين بتلك الدورات وعقد الدورات لهم للتدريب علي الوسائل الحديثة في تسجيل البيانات وحفظها بالحاسب الالي وضرورة إلتزام الاخصائيين الاجتماعيين بأخلاقيات المهنة عند التعامل مع تلك الحالات الفردية بمكاتب التوجيه والاستشارات الاسرية ، ومن أهم توصيات الدراسة التنسيق بين الاخصائيين الاجتماعيين وجميع المصادر الموجودة في المجتمع والتي تفعل الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي ويجب تقويم الاداء المهني للاخصائي الاجتماعي في عمله بإستمرار ، فالعمل رسالة لابد من إتقانها بأداء متميز وكفاءة وجودة عالية .

٦- دراسة (إبراهيم السيد فتحي عسكر):

عنوانها(تقويم فعالية البرامج الوقائية لمكافحة تعاطي المخدرات من منظور طريقة تنظيم المجتمع)

تهدف الدراسة إلي الوقوف علي درجة تحقيق جمعيات مكافحة تعاطي المخدرات لاهدافها في البرامج الوقائية لخفض الطلب علي المخدرات من خلال الخصائص الشخصية للمستفيدين والعاملين بتلك الجمعيات وتحديد المعوقات التي تواجه تلك الجمعيات ، وتعتبر الدراسة من الدراسات التقويمية التي تستهدف تقويم مدي فعالية البرامج الوقائية لمكافحة تعاطي المخدرات وإعتمدت الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي بنوعية (الشامل ، العينة) وذلك بإستخدام أدوات (إستمارة إستبيان للمستفيدين ، وإستمارة إستبيان تطبق علي رؤساء الجمعيات وفريق العمل)، وطبقت الدراسة علي ثلاث جمعيات (مصر الجديدة ، العتبة،الفيوم)، وتوصلت الدراسة إلي الاهتمام بعقد الدروات التدريبية حسب نوعية الجمهور المتلقي وأيضا الاهتمام بالابعاد

الاجتماعية والصحية والتركيز علي مناقشة الثقافات الخاطئة وأهم أسباب زيادة فاعلية البرنامج الوقائي المقدم للمستفيدين وأهمية تكوين شبكات للتغلب علي أغلب المعوقات ولزيادة فاعلية البرامج المقدمة لهؤلاء المستفيدين ، إختيار الاكاديمين والخبراء في مجال المكافحة والوقاية بعناية حتي تزداد فاعلية الاهداف المراد تحقيقها وكذلك ضرورة إستخدام أليات ووسائل سمعية وبصرية وتكنولوجية عند عرض أبعاد القضية.

ثانيا : دراسات مرتبطة بتأهيل المتعافين من الادمان :

١. دراسة (تيشمان Teichman ١٩٩٨):

والتي تناولت بالتأهيل مجموعة من المسجونين المتعاطين في بعض السجون الاسرائيلية ، وكان البرنامج ينص علي ضرورة المشاركة في برنامج علاجي نفسي ، إضافة إلي إقامة جلسات نفسية لاسر المدمن المسجون ، وقد أثبتت النتائج النهائية وجود تحسن ملحوظ في سلوكيات هؤلاء المدمنين المسجونين ، مما إنعكست في علاقاتهم الاجتماعية الجديدة مع الاخرين.

٢. دراسة (بروش Broch ١٩٩٩):

عنوانها(أستخدام برنامج تأهيلي لمتعاطين المخدرات)

حيث تم إستعراض تجربة تأهيل نفسي لمتعاطين كانوا يعانون من إضطرابات إكلينيكية حادة من نوع التشخيص المزدوج وقد تم تقسيم هؤلاء المدمنين إلي ثلاث مجموعات وقد أظهرت النتائج أن المجموعة التي تم إستخدام الاسلوب العلاجي الشامل قد أظهرت قدرا أكبر من التحسن مقارنة بالمجموعتين الاخرتين والذين لم يتم التعامل معها وفقا لهذا الاسلوب العلاجي الشامل.

٣. دراسة (دون Clausen, Don ٢٠٠٢):

عنوانها (الخدمة الاجتماعية وتقديم المشورة لمتعاطي المخدرات)

إستهدفت تلك الدراسة إستخدام نموذج الحد في علاج تعاطي المخدرات وردود الاخصائيين الاجتماعيين لهذا النموذج ، ونموذج العجز يركز علي الامراض ويشجع

علي الامتثال لقواعد الجماعة والحاجة للاعتراف بقوة النفس لاستعادة الذات لصحتها ، وهذه إستراتيجية الاعتماد علي الذات والاستقلالية والتفرد ، فمن المهم للعملاء تحديد وفهم خطورة علاقتها مع المواد المخدرة ، لاسيما انهم يعترفون بأنه مدمن علي المخدرات لاينبغي أن يقتصر العلاج علي إتجاه واحد .

٤. دراسة (أحمد زكي محمد مرسي- ٢٠٠٣)

وعنوانها (استخدام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التأهيل الاجتماعي لمدمني الهيروين)

والهدف منها اختبار مدي تأثير الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التأهيل الاجتماعي لمدمني الهيروين ، وإستندت الدراسة إلي المنهج التجريبي مستخدمة أداة المقياس- دليل المقابلة في جمع البيانات ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، فاعلية برنامج التدخل المهني في إطار الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع حالات مدمني الهيروين في زيادة وعيهم بخطورة الادمان، دعم القيم الاجتماعية والايجابية لديهم، لتحقيق التأهيل الاجتماعي لمدمني الهيروين مع أسرهم وفي مجال العمل وفي إطار علاقاتهم الاجتماعية مع الاصدقاء.

٥. دراسة (آيات إبراهيم صبيح ٢٠٠٥):

عنوانها (العوامل المرتبطة بالعودة إلي إدمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها من منظور خدمة الفرد)

تهدف الدراسة إلي توضيح أهم العوامل والمتغيرات المرتبطة بالرجوع إدمان العقاقير المخدرة لدي الشباب ، وتقليل فرص إنتكاس المدمن ورجوعه إلي المخدر مرة أخري وفي النهاية بناء نموذج للممارسة المهنية يتضمن أهم أدوار الاخصائي الاجتماعي مع المدمنين ، وتعتبر الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية التي تستهدف تحقيق المعرفة المناسبة عن طبيعة وأبعاد الموقف ، وإعتمدت الدراسة علي منهج (المنهج البعدي، منهج تحليل المضمون) وذلك بإستخدام أدوات (إستمارة إستبيان ،نموذج الافكار الخاطئة لدورفمان ، نموذج تحقيق الاهداف،الرجوع إلي السجلات والتقارير)،وطبقت الدراسة علي(جمعية كاريتاس مصر والجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات وكافحة المخدرات)، وتوصلت الدراسة إلي أنه يوجد مجموعة من

العوامل التي دفعت إلي العودة إلي الادمان مرة أخري وهي (إحساس المدمن بالظلم في المجتمع ، إحتجاجه علي الواقع، مشاهدة أفلام عن الادمان، الافتقار لصحبة دينية) وأن هناك مجموعة من المتغيرات التي تتميز بها عينة الدراسة من المتكسين مثل (إرتفاع معدلات العمل،إشباع الحاجات المرتبطة بسلوكيات الانحراف، زواج الاب بأخري) والتوصل من الدراسة الحالية إلي نموذج مقترح الممارسة المهنية من خلال الممارسة المتقدمة في الخدمة الاجتماعية، لتحديد الادوار والاساليب التي يجب أن يتبعها الاخصائي الاجتماعي مع حالات الادمان .

٧. دراسة (دينيتوديانا،Dinitto Diana ٢٠٠٨)

عنوانها(الادمان وممارسة الخدمة الاجتماعية)

تهدف هذه الدراسة إلي أن الاخصائين الاجتماعيين يلعبوا دورا هاما في معالجة الادمان، وذلك من خلال بعض المتخصصين في الوقاية من الادمان أو العلاج ويعمل البعض الاخر في أماكن مثل الاختبار ، التصحيح ، رعاية الاطفال ، الطواريء والجامعات ، حيث أن مشكلات تناول الكحول والمخدرات من المشاكل البارزة التي تحتاج إلي تدخل من جانب متخصصين في الخدمة الاجتماعية لدورهم البارز في العلاج ولذلك يظهر الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التعامل مع حالات الادمان وتقديم الخدمة لهم .

٨. دراسة (أيات إبراهيم صبيح ٢٠١١):

وعنوانها (العلاقة بين إستخدام المدخل الروحي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمتعافي من الادمان)

وكان الهدف من الدراسة إثبات العلاقة بين المدخل الروحي لخدمة الفرد والتخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمتعافي من الادمان وقد أثبت الدراسة صحة هذا الفرض الرئيسي وأيضا أثبتت أن هناك ضغوط جسمية ونفسية وإجتماعية ومعرفية يتعرض لها المتعافي من الادمان .

ثالثا:التعليق علي الدراسات السابقة:

وقد تناول الباحثان مجموعة من الدراسات العربية والاجنبية ومن خلال العرض السابق لتلك الدراسات يمكن للباحث التعليق عليها من خلال :

١- أشارت الدراسات إلي أهمية الدور الذي تقوم به الخدمة الاجتماعية في مواجهة ظاهرة إدمان المخدرات سواء الدور الوقائي، العلاجي، التتبعي.

٢- أن طريقة خدمة الفرد هي أكثر الطرق في الخدمة الاجتماعية تطبيقاً في مجال الادمان ولها دور هام في مواجهة هذه الظاهرة.

٣- هناك صعوبات ومعوقات تحد من أداء الاخصائي الاجتماعي في عمله مع حالات الادمان.

٤- أشارت إلي ضعف الاساليب العلاجية التي يستخدمها الاخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع المدمنين، مع قلة عدد الاخصائيين الاجتماعيين داخل المستشفيات.

٥- أكدت أن استخدام وتطبيق الاخصائيين الاجتماعيين للمهارات المهنية المناسبة مع المدمنين ومواقفهم العلاجية له أثره في تحقيق الاهداف العلاجية.

٦- أكدت علي أهمية الدور الذي يقوم به ويؤديه الاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي، ولكي يتكامل دور الاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي لابد وأن يكون ذو مهارات مهنية تتماشي وقدرة الاخصائي الاجتماعي علي تحقيق الاهداف العلاجية.

٧- ضرورة الاهتمام بدور الاخصائيين الاجتماعين كأعضاء أساسيين في الفريق العلاجي، مع توصيف دوره ومهامه بشكل واضح داخل المؤسسات.

٨- أشارت إلي ضعف الثقة في قدرة الاخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع المدمنين وأنهم غير معدين للتعامل مع مشكلات المدمنين.

٩- هناك بعض الدرسات التي تناولت تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي مع الحالات الفردية والتي أوضحت أن الدور الفعلي للاخصائي الاجتماعي يختلف عن الدور المتوقع منه .

١٠- هذا وقد أعطت بعض الدراسات أهمية تناول تقويم الدور المهني الفعلي والمتوقع من الاخصائي الاجتماعي وهذا ماسوف يكون جزء من الدراسة الحالية .

١١- أشارت الدراسات إلي أهمية الدور الذي تقوم به الخدمة الاجتماعية في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات سواء الدور الوقائي، العلاجي، التتبعي.

١٢- ويوجد بعض التي الدراسات التي لم تركز علي المتعافين من تعاطي المخدرات ومشكلاتهم وإنتكاستهم وهذا ماسوف نتاولة في الدراسة الحالية .

١٣- قلة الدراسات العربية والاجنبية في مجال تأهيل للمدمنين.

١٤- سوف تقوم الدراسة الحالية بتقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي من خلال تطبيق الاخصائي الاجتماعي للمهارات والادوار والنظريات لكيفية تأهيل المتعافين من إدمان المخدرات .

١٥- وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة، وفي اختيار عينة الدراسة (وهي الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الادمان) حيث أنها تعد هي الاكثر تعامل مع هذه الظاهرة.

١٦- أيضاً استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في وضع الاطار النظري للدراسة، والتساؤلات القائمة عليها الدراسة، وتحديد المفاهيم.

الفصل الثالث

تأهيل المتعافين من الادمان

أولا: الادمان .

١- مفاهيم مرتبطة بالادمان.

٢- خصائص الادمان.

٣- مراحل الادمان.

٤- صفات المدمن.

٥- النظريات المفسرة للادمان.

٦- مراحل التعافي من الادمان.

ثانيا: تأهيل المتعافين .

١- مفهوم التأهيل.

٢- أهداف التأهيل .

٣- المباديء التي يستند عليها التأهيل.

٤- خطوات التأهيل .

مقدمة

تعد مشكلة إدمان المخدرات من المشكلات التي تشكل تهديداً للنوع والوجود الانساني، غير أنها تختلف نوعياً من حيث طبيعة التهديد الذي تتضمنه مقارنة ببعض المشكلات الانسانية الاخري، حيث أن غالبية أشكال التهديد الاخري ذات طبيعة مؤقتة (كالحروب والاوبئة) ولكن مشكلة المخدرات انتشارها متسارع بين البشر، تارة بفعل المشكلات والهموم التي تتعرض لها بعض المجتمعات وتارة أخري بسبب التنظيمات المختلفة (كالمافيا) التي تخطط لانتاج المواد المخدرة.

علي الرغم من أن إجراءات التدخل الطبي والنفسي والاجتماعي ، وكذلك التأهيل يدخل ضمن إجراءات الوقاية من الدرجة الثالثة ووفقا لتصنيف هيئة الصحة العالمية إلا أنني فضلت أن ينفرد هذا الفصل بالحديث عن التأهيل الصحي والنفسي والاجتماعي والثقافي للمدمن وإجراءاته وتعريفاته وأنواعه والحديث أيضا عن الادمان بصفة عامة.

وما من شك في آن المواد المخدرة في ازدياد سريع , حيث تباينت الانواع فمنها ما هو خام ، والمشتق ، والمخلق ، كما انتشرت هذه المواد بين فئات الناس دون تفرقة وان كان لا يوجد إحصاء دقيق لمعدلات انتشار الادمان ويعزي ذلك فان الاحصاء غير الموضوعي يشير الي إن مدمني الافيون يتجاوز عددهم ٤٠٠ مليون في العالم ,أما مدمنو الحشيش فيتجاوز عددهم ٣٠٠ مليون , فيا تري ما هي الاسباب المختلفة وراء هذا الانتشـــار المذهـــل ؟ وقبل أن نتعرض لتحليل مفهوم الادمان وبيان وجهات النظر العملية وبصدد أسبابه ومشكلاته يجب ان نوضح بداية ماذا نعني بكلمة الادمان ؟ ومن هو المدمن ؟ ثم بعد ذلك نتطرق إلي المشكلة بأكملها.

أولا: المفاهيم المرتبطة بالادمان:

مما لاشك فيه أن ظاهرة إدمان المخدرات بدأت تحتل مكانا بارزا في إهتمامات الرأي العام المحلي والعالمي علي حد سواء ، وتكمن خطورة إدمان المخدرات في كونها تصيب الطاقة البشرية الموجودة في أي مجتمع سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة وخاصة الشباب، ولقد أردت إلقاء الضوء علي المفاهيم المرتبطة بالادمان:**(يسري دعبس:١٩٩٨،ص٢)**

١- مفهوم تعاطي المخدرات: Drug Abuse

نجد أنه جاء في لسان العرب لابن منظورأن التعاطي هو تناول مالا يحق ولايجوز تناوله. **(إبن منظور:ص ٣٠٠٢)**

كما يعرف المركز القومي للبحوث الجنائية بمصر تعاطي المخدرات علي أنه :

استخدام أي عقار مخدربأنه صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول علي تأثير نفسي أو عقلي معين.(المركز القومي للبحوث الاجتماعية:١٩٦٠،ص ١٢٦)

وهناك قد أشار ألفينكس Alvinks إلي التعاطي بأنه:

قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلي الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي.(ألفينكس **Alvinks:١٩٧٦ ،ص ٢١٠)**

٢- مفهوم **بالادمان:**

والادمان في اللغة العربية هو لغة المداومة علي الشيء أو الاعتماد عليه والمضطرد عليه وقد إتجه الرأي العام إلي أن تأثير المادة المخدرة لايسبب عنه مجرد المداومة أو الاعتياد مع طول الوقت ولكن يترتب عليه إعتماد الجسم علي تعاطي المادة المخدرة في أداء وظائفة.**(أنوار حافظ عبد الحليم:٢٠٠٨،ص٨٧)**

ومفهوم الادمان هو التعاطي المتكرر لمادة أو لمواد نفسية ويؤدي هذا التعاطي إلي إنشغال المتعاطي بتلك المواد مع رفض أو عجز عن الاقلاع وكثيرا ماتظهر علي المتعاطي أعراض الانسحاب إذا ماتوقف عن التعاطي ويعتبر الادمان حالة عضوية

ونفسية تجعل الانسان تحت سيطرة التعاطي إلي درجة تصل إلي إستبعاده تماما .**(خالد أحمد الصالح :٢٠٠٤،ص١٥)**

ويعرف (**سولمان**) الادمان بأنه الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما،بحيث يشعرالمدمن برغبة قهرية للعقار ، كما أنه يضطر إلي أن يزيد الجرعة كما يؤدي العقار التأثير المرغوب فيه ، كما أنه بدون العقار يعاني من ألام شديدة تسمي بأعراض الانسحاب وعادة يضر نفسه والمجتمع من تعاطية المخدرات.**(محمد سلامه غباري:٢٠٠٧،ص٤٧)**

٣- مفهوم التعـودHabituation :

فهو الاعتماد النفساني لوحده دون أي أساس لاعتماد عضوي ، وهو بوجه العموم لا يصل حدود الادمان ، علي الرغم من أن التخلي السريع والمفاجيء عنه يؤدي إلي اضطرابات نفسية في كثير من الاحيان ، كما إن التـعود هنا يعني الميل إلي الاستمرار بتناول المادة المخدرة مـــع عـدم الاضطرار إلي زيادة كميتها ، كذلك لا يؤثر مقدار المخدر الذي يتناوله المعتاد علي كفاءته وقدراته، ولا علي علاقاته الاجتماعية والعائلية بنفس مستويات التأثير في حالات الاعتماد والادمان.**(www.ziadazzam.com habituation /25/11/2011)**

وهو الحالة التي يكون فيها الشوق لتعاطي العقار بسبب مايحدثه من شعوربالراحة ، وهذا التشوق ليس وراءه قوة مكرهة ، ومن هنا يتضح الفرق بين التعود والادمان ومن خصائص التعود: (**طلعت مصطفي السروجي وأخرون:٢٠٠٨،ص ٢٥٦**)

١- وجود رغبة ولكنها غير ملحة للاستمرار في تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة.

٢- عدم الميل إلي زيادة الجرعة.

٣- تكون قدر معين من الاعتماد النفسي ،وعدم حدوث الاعتماد العضوي.

٤- تنعكس أضرار المخدر علي المتعاطي بشكل أساسي.

٤- مفهوم الاعتمـــاد (Dependence) :

هو حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي ، ومادة نفسية، وتتسم بصدور استجابات، او سلوكيات تحتوي دائما علي عنصر الرغبة القهرية في ان يتعاطي الكائن مادة نفسيه معينة علي أساس مستمر او دوري (أي من حين لاخر) وذلك لكي يخبر الكائن أثارها النفسية وأحيانا لكي يتحاشي متاعب افتقادها ، وقد يصاحبها تحمل او لا يصاحبها ، ويعتمد الشخص علي مادة او أكثر ، وتستخدك أحيانا عبارة (زملة إعراض الاعتماد) باعتبارها من الفئات الطب النفسي ، وقد أوصت هيئة الصحة العالمية باستخدام مصطلح هو الاعتماد كبديل لمصطلحي (الادمان، والتعود).

والاعتماد : هو حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار وتتسم هذه الحالة بصدور إستجابات وسلوكيات تحتوي دائما علي عنصر الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بأثاره النفسية أو لتجنب الاثار المزعجة التي تنتج من عدم وفرته وقد يدمن المتعاطي علي أكثر من مادة واحدة.**(يسري دعبس:١٩٩٨،ص ١٥٦)**

والاعتماد علـــي المخدرات يشير إلي حالة القلق النفساني والعضوي التي تنتج عن تناول عقار معين أو مادة ما وبدرجة لا يتمكن المعنـــي فيها من التخلـــي عنها دون حصول مضاعفات نفسية وجسمية ، تدعي بالاعراض الانسحابية.(**ديانا كيندال Diana kenadll: ٢٠١٠،ص ١٥١)**

٥- مفهوم الانتكاسة (Relapse)

تأتي من الكلمة اللاتينية (Relabi). - تعني الانزلاق والعودة للخلف - العودة لغة هي الرجوع إلي الشيء بعد البدء فيه. - الانتكاسة: هي العودة إلي تعاطي المخدر بعد فترة انقطاع أو توقف عن المادة المخدرة. - هي العودة إلي المرحلة النشطة من المرض بعد فترة من التعافي الجزئي. - تعني الفشل في تعزيز التغيير في السلوك. (ناروتكس)

والانتكاسة هي العودة لاستخدام المخدر بعد فترة من التوقف عن استخدامه تحتاج الوقاية من الانتكاسة إلي مجهود ذاتي من المريض حتي يتغلب علي الاشتياق لتعاطي المخدر ولذي يمكن أن تستمر لمدة طويلة وأن يتعلم الفرد العلامات التحذيرية للانتكاسة وتجري تنمية بصرية بها ومن ثم يعرف كيف يت وقد لوحظ أن نسبة التعافي بين المدمنين تقل في المجتمعات العلاجية المعتادة حتي منتصف الثلاثينات من القرن العشرين ،حيث قامت مجموعة من مدمني الخمر بحركة كحل لعلاج أنفسهم بشكل ذاتي من الادمان بعد أن فشلو في العلاج بالطرق التقليدية وقد بدأت هذه الحركة بعدد محدود من مدمني الخمر واتسعت تدريجيا لتشمل كافة أشكال الادمان، أو مايسمي بأمراض فقدان السيطرة **(Narcotics Anonymous, ناروتكس :٢٠٠٢،ص ١٠٠)**

ثانيا:خصائص الادمان:

ومن الخصائص التي يتميز بها الادمان والتي تظهر علي الانسان المدمن وتتعرض له كالاتي:

١- الرغبة الملحة في الاستمرار في التعاطي والحصول علي العقار بأي وسيلة.

٢- زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم علي العقار.**(محمد سلامه غباري: ٢٠٠١، ص ٢٨)**

٣- الفشل في محاولة التخلي عن إستعمال العقار المخدر مرارا وتكرارا.

٤- القيام بتصرفات وسلوكيات غير أخلاقية أو خارجة عن القانون بهدف الحصول علي العقار المخدر مثل السرقة أو القتل.

٥- الهوس بعدم وجود كمية تكفي المتعاطي.**(خالد أحمد صالح:٢٠٠٤ ، ص ٨٨)**

ثالثا: صفات المدمن :(عفاف محمد عبد المنعم:٢٠٠٣،ص ص ٣٢٢،٣٢٣)

١- الانقياد والانصياع لاوامر جماعة الاصدقاء .

٢- السلبية في التعامل مع الواقع.

٣- الاتكالية والجمود.

٤- عدم القدرة علي تحمل الالام والمتاعب والظروف الضاغطة.

٥- إضطراب التفكير وجموده وإنحطاطه.

٦- عدم القدرة علي إقامة علاقات إجتماعية سليمة.

رابعا:مراحل الادمان: (عفاف محمد عبد المنعم:٢٠٠٣،ص ص ٨٩-٩٠)

يمر الادمان والانسان المدمن بمجموعة من المراحل حتي يتم الحكم عليه بأنه مدمن وذلك ماسوف تعرضة وجهات النظر الاتية:

١- **مرحلة التحمل**:حيث أنه إذا ماداوم شخص علي إستعمال عقارا لفترة طويلة ، فإن أنسجة الجسم لاتستجيب لجرعاته المعتادة بمرورالوقت وفي هذه الحالة يلزم زيادة الجرعات أي أنه يحدث نقص تدريجي في الاستجابة ونفسر هذه المرحلة بإتحاد العقار مع المستقبلات.

٢- **مرحلة التعود**: وفي هذه المرحلة يألف الشخص إستمرار تعاطي العقار ويؤدي إيقاف العقار إلي حدوث بعض المضايقات ولكنها غير خطيرة كما في حالة التدخين ، وفي هذه المرحلة يحدث إعتماد سيكولوجي فقط علي العقار.

٣- **مرحلة الادمان** : وهي حالة الاعتماد السيكولوجي علي العقار، وقد كثر النقاش في الهيئات الدولية حول لفظ التعود والادمان وتري هذه الهيئات الاكتفاء بلفظ الاعتماد كمرادف للادمان.

خامسا: النظريات المفسرة للادمان:

حيث تتعدد الاتجاهات والنظريات المختلفة التي حاولت أن تقدم تصورا لكيفية التعامل من التعامل مع الادمان وسوف نذكر بعض من هذه النظريات :

أ- **النظرية السلوكية لادمان المخدرات Behavioural Theory of Drugs Dependence:**

حيث يري أصحاب هذه النظرية بأن الافراد المتعاطون المخدرات يتعاطونها وذلك لخفض مشاعرالالم والغضب والضيق وخاصة القلق ، فإذا كانت المخدرات تساعد علي خفض كل هذه الانواع من المشاعر ،فإن الافراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون علي جانب كبير من التعزيز الايجابي ، وبالتالي فهم يميلون علي تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية بهدف المزيد من خفض المشاعر. **(محمد سلامه غباري:٢٠٠٧،ص ص ٥٣-٥٨)**

ب- نظرية التحليل النفسي لادمان المخدرات Psychoanalysis Theory for Drug Dependence: (محمد حسن غانم :٢٠٠٥،ص ص ٤٧-٦٢)

حيث تري مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الادمان تقوم علي أساسين :

الاول : صراعات نفسية .

الثاني : الاثار الكيميائية للمخدر.

وتكون الصورة العامة للمدمن والادمان علي المخدرات في ضوء التحليل النفسي كالاتي :

١- ينظر التحليل النفسي للادمان علي المخدرات في المستوي القهري.

٢- تشير النظرية إلي الادمان علي أنه شيء من الاضطراب الذي لايرقي إلي المرض أو الشذوذ.

٣- إن مدمني المخدرات تنطوي نفوسهم علي إضطراب نفسي عميق.

٤- ينكر التحليل النفسي أن مدمني المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في إضطراب الشخصية ، فالمدمن في حالة من التصرفات اللاشعورية ويستعمل عمليات لاشعورية في تلك الصراعات أيضا.

٥- أن مظاهر الادمان تتمثل في :

١- نوبات من المرح والابتسامة.

٢- تدهور عقلي.

٣- تدهور خلقي وإجتماعي ومهني .

٤- مظاهر (بارانويا) تحدث في المرحلة المتقدمة من الادمان.

سادسا: مراحل التعافي من الادمان: (مصطفي الحسيني النجار:٢٠٠٣،ص ٧٥)

١- **مرحلة الدافعية**: وهي الرغبة في التعافي من الادمان بإقتناع المدمن نفسه.

٢- **مرحلة الامتناع** : وهي مرحلة فيها يمتنع المدمن المريض عن التعاطي لفترة زمنية بمساعدة العقاقير الطبية برغبتة أورغما عنه ويتم ذلك تحت رقابة الاسرة أو القائمين علي رعايتة بالمصحة أو مكان العلاج.

٣- **مرحلة التوقف** : وفيها يتوقف المريض عن التعاطي برغبتة وله حرية الاختيار ويراعي أن نجاح تلك الخطوة يتوقف علي أن يقوم بالابتعاد عن بعض الاشياء الاساسية مثل الاشخاص والاشياء والاماكن .

٤- **مرحلة التعافي** : وهو الاستمرارية في عملية التوقف تماما عن تناول المخدر مع المتابعة العلاجية .

ثانيا: التأهيل :

١- مفهوم التأهيل :

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم التأهيل ، إذ يقصد به عملية مساعدة الافراد علي الوصول إلي الحالة التي تسمح بدنيا ونفسيا وإجتماعيا بأن ينهضوا بما تتطلبة المواقف المحيطة بهم مما يمكنهم من إستغلال الفرص المتاحة عن غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم في مرحلة العمر نفسها.(**shahendah,شاهنده :١٩٨٥ ،ص ١١)**

وكلمة التأهيل **Rehabilitation** في اللغة الانجليزية أثارت عديدا من المناقشات لان الكلمة في أصلها الانجليزي تبدأ بحرفي REومعناها: إعادة الشيء إلي وضعه الطبيعي وهذا لاينطبق علي كثير من الحالات (مثل التخلف العقلي كمثال واضح) ولذلك يفضل إستخدام كلمة Habilitation وفي اللغة العربية :التأهيل هو إعادة الانسان إلي النشاط النافع البناء ليؤهله لكسب رزقه من جديد. **(منير البعلبكي:٢٠٠٦،ص ٥٠)**

ومفهوم التأهيل أيضا هو مجموعة الاجراءات التي تتخذ حيال مدمني المخدرات ومتعاطيها لاعدادهم نفسيا وإجتماعيا وطبيا لممارسة أدوارهم الاجتماعية والمهنية الطبيعية ، التي خلعوا أنفسهم منها جراء إعتمادهم علي مادة من المواد المؤثرة في الجهاز العصبي . **(محمد حسن غانم : ٢٠٠٥،ص ٤٢)**

كما يمكن للتأهيل أن يقوم بفحص (هوايات) المدمن ، قبل أن ينخرط في الادمان ويتم (إستبصاره) أو إحياء هذه الهوية مرة أخري او تفاصيل العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الافردا ولذلك يجب أن تشارك الاسرة المدمن في مراحل التعافي بل يمكن أستخدام الانساق الاسرية كمدخل علاجي. (**توماس,Thomas** :١٩٩١،ص ١٤٥)

٢- أهداف التأهيل :(محيي الدين أحمد :٢٠٠٣ ، ص ١٤٤)

١- معاونة الفرد علي الاستبصار بوضعه المرضي وملابساته المختلفة وخاصة من منظور التفاعل الاجتماعي في جوانبه ومظاهرة المتعددة .

٢- إرساء دعائم الشعور بفاعلية الذات في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبدنية ويعد هذا الهدف من الاهداف الهامة لعملية التأهيل .

٣- إنماء الربط الفعال بين الوسائل والغايات إذ أنهم يتحركون بدافع إسعاد أنفسهم .

٤- إنماء الاتجاهات الايجابية تجاه الاخرين ، لان ثقافة المخدر قد أكسبتهم عديدا من السلوكيات والقيم والاتجاهات والتي جعلتهم في النهاية يتحللون من القيم الاجتماعية علي نحو أضعف لديهم في إجراء التواصل الصحي مع الاطار الاجتماعي .

٥- التمهيد بجهود التأهيل إلي عملية الدمج الاجتماعي ، بمعني وصل الفرد بالسياق الاجتماعي علي نحو يراه السياق الاجتماعي ملائما.

ويوجد هدفين رئيسيين لاعادة التأهيل هما : (ديفيد ورنر:١٩٩٢،ص ٤٠٧)

١- خلق حالة تسمح لكل إنسان أن يعيش حياة مرضية معتمدة علي الذات وكاملة قدر الامكان في علاقة وثيقة مع الناس .

٢- مساعدة الاخ 'رين علي قبول الانسان المدمن / المعوق ، وإحترامهم والارتياح إليهم ومساعدتهم عند الضرورة والترحيب بهم في الحياة العامة وتقديم فرص متساوية لهم وتقدير قدراتهم وإمكانياتهم .

٣- المباديء التي يستند عليها التأهيل :

هناك مجموعة من المباديء التي يقوم علي التأهيل الذي يعتمد عليه أثناء العمل مع المتعافين من الادمان وهي كالاتي :

١- توفير فرص النمو لجميع المواطنين وتهيئة الافراد للعمل والعيش كغيرهم من أفراد المجتمع من خلال تقديم الخدمات والبرامج المتخصصة لذلك .

٢- أن تراعي برامج التأهيل الخصائص الفردية لكل إنسان حيث تتفاوت ردود الفعل النفسية والشخصية للشخص الواحد او من شخص لاخر .

٣- شمولية التأهيل يجب أن يشتمل التأهيل علي جميع الابعاد المهنية والاجتماعية والجسمية من خلال توفير برامج متكاملة للتأهيل ويأخذ التأهيل عدة أشكال منها: (التأهيل الطبي ، التأهيل النفسي ، التأهيل الاجتماعي ، التأهيل المهني ، التأهيل الاكاديمي) . **(داود محمود المعايطة : ٢٠٠٦،ص ص ٢٩-٣٠)**

٤- الاخذ بمبدأ المشاركة للشخص في وضع الخطط التأهيلية الخاصة به ، وبذلك يعيد الثقة إلي نفسه ويشعر بكيانه مرة أخري ، ولا يشعر بأي تسلط من جانب الاخرين في التخطيط لحياته .

٥- الاخذ بمبدأ القيادة الديناميكية والحساسية للحاجات الفردية والوعي بالمحيط الاجتماعي والاقتصادي.**(ناظك عيسي عفيفي : ١٩٩٣،ص ٣٥)**

٤- خطوات التأهيل : (محمد حسن غانم :٢٠٠٥،ص ٢٠٤)

١- تحديد وحصر الافراد الذين يحتاجون إلي خدمات التأهيل .

٢- أخذ الحالة الصحية والتشخيص الطبي للشخص الذي نرغب في تأهيله في الاعتبار.

٣- العمل علي أن يكتشف الفرد قدراته ومهاراته والعمل علي الاستفادة منها لتعزيز ذات الفرد.

٤- إستعادة الطاقة البدنية للفرد حتي يتسني له تحقيق الاداء الاجتماعي .

٥- تدريب الفرد علي ألوان متعددة من المناشط الاجتماعية التي تتناسب مع حالة الفرد البدنية وانفسية والفعلية .

٥- خطوات التأهيل الشامل : (مني صبحي الحديدي :٢٠٠٨،ص ١٦٠)

١- الكشف والتشخيص والعلاج في وقت مبكر.

٢- الرعاية الطبية والعلاج.

٣- المشورة والمساعدة في المجالين (الاجتماعي ، والنفسي) وغيرهما من المجالات المتعددة .

٤- التدريب علي أنشطة الرعايو الذاتية ، بما في ذلك الحركة والاتصال ومهارات الحياة اليومية مع توفير اللازم .

٥- خدمات إعادة التأهيل المهني ، بما في ذلك التوجيه المهني ، والتدريب المهني والالحاق بالوظائف المفتوحة .

٦- ضرورة أخذ الخدمات المساعدة التي قد تتطلبها عملية التأهيل في الاعتبار كنفقات الاقامة والانتقال أو توفير بعض الاجهزة التعويضية التي قد يحتاجها الفرد .

الفصل الرابع

تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي

أولا:التقويم:

١- مفهوم التقويم.

٢- أهمية التقويم.

٣- أهداف التقويم.

٤- خصائص التقويم.

٥- خطوات التقويم.

٦- مايجب مراعاته عند إجراء التقويم.

٧- أنواع التقويم.

٨- صعوبات التقويم.

ثانيا: تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي

١- أدوار الاخصائي الاجتماعي .

٢- مهارات الاخصائي الاجتماعي.

٣- النظريات العلمية المستخدمة.

ثالثا: تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان.

- **تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين.**
- **تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين.**
- **تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين.**
- **تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين.**

المقدمة

زاد الاهتمام بالتقويم في الاونة الاخيرة من قبل القائمين علي تنفيذ المشروعات والبرامج الاجتماعية، وذلك لتحسين ورفع مستوي برامج الرعاية الاجتماعية، ويستند هذا الاهتمام علي قناعة بعدم فعالية وكفاية برامج الرعاية الاجتماعية التقليدية وعدم مسايرتها لايقاع العصر الحديث.**(أحمد مصطفي خاطر:١٩٩٠،ص ١٨٥)**

ويعتبر التقويم أسلوبا من أساليب البحث العلمي حيث يهتم بدراسة مستوي الانتاج وقياس فعالية المؤسسات والمشروعات والبرامج حيث يمكن بواسطته الكشف عن عوامل النجاح والفشل، وبالتالي فهو أداة للكشف عن حقيقة تأثير مشروعات وبرامج التنمية علي المستوي المحلي وعلي المستوي القومي للكشف عن التغير المادي والمعنوي في الاهداف الموضوعة.**(رشاد أحمد عبد اللطيف:٢٠٠٢،ص١٠)**

ونظراً لازدياد أهمية التقويم تعددت مدارس التقويم وفلسفاتها والنماذج والاطر النظرية التي يستند إليها، وكلما ازداد عدد الباحثانين فيه وتنوعت مجالات اهتماماتهم وكتاباتهم أصبح التقويم ميداناً يحتاج الالمام به إلي كثير من التخصص والدراسة الدقيقتين. **(إبراهيم مبارك الدوسري:٢٠٠٠،ص ٣٦)**

والتقويم بذلك يقدم الاسس التي من خلالها يمكن القيام بأي تعديلات لازمة في أداء الاخصائي الاجتماعي، وفي المؤسسات الاجتماعية، وبرامج الرعاية الاجتماعية ككل، بما يؤدي لتطويرها وتنمية كفاءتها وفعاليتها في تقديم الخدمات التي يحتاج إليها أفراد المجتمع، والتصدي أيضاً للمشكلات الاجتماعية التي تظهر من أن لاخر، معلنه عن وجود خلل ما في المجتمع ومؤسساته المختلفة، وعلي ذلك فالتقويم وسيلة تستهدف الكشف عن فعالية البرامج والمشروعات.

ولذلك سوف يقوم الباحثان بتناول مفهوم التقويم وأهميته وأهدافه وأنواعه وصعوباته ، وذلك لتوضيح المعني العام للتقويم ، ثم بعد ذلك سوف يناقش الفصل التقويم المهني للاخصائي الاجتماعي وبما يشمله من أدوار ومهارات والنظرية التي سوف تنطلق منها الدراسة الحالية .

أولا: مفهوم التقويم (Evaluation).

إن التقويم في اللغة يعني نسبة الشيء إلي قيمته أي إعطاءه قدراً ومنزلة.(**إبراهيم مدكور:١٩٧٥،ص ١٧٣**)

ويعرف معجم ويبستر التقويم بأنة (تحديد قيمة الشيء أو كم الشئ للتعبير عنه رقمياً أو عددياً)، كما يعني التقويم " تقدير قيمة شيء ما ".

ويقصد به أنه " وسيلة لتحديد قيمة كل عمل بالنسبة لباقي الاعمال في المنظمة أو تحديد القيمة النسبية لكل من تلك الاعمال. (**هبه أحمد عبد اللطيف:٢٠٠٦،ص ص ٩٧٨:٩٧٩**)

كما يعرف علي أنه " تحديد القيمة الفعلية للجهود التي تبذل وقياس مدي قربها أو بعدها من الهدف أو الاهداف المقصودة. (**هناء محمد أحمد غز:٢٠٠٥،ص ٦٥٤**)

ويعرف التقويم بأنه " الطريقة المنظمة لتحديد وقياس مدي نجاح برنامج معين في تحقيق الاهداف التي وضع من أجلها، وهو بذلك يربط ما بين الاهداف والنتائج وبهذا هو ينصب علي ما يتحقق من نتائج في إطار الاهداف المحددة سلفاً.(**محمد بن مسفر القرني:٢٠٠٦،ص ص ٤١:٤٢**)

ويقصد بالتقويم (Evaluation) في خدمة الجماعة علي أنه [تحديد القيمة الفعلية للتغيرات التي تصاحب الجهود التي تبذل في النواحي التي تتعلق بالعمل مع الجماعات علي ضوء أهداف ووظيفة المؤسسة الاجتماعية التي يعمل فيها فعن طريقه يمكن للاخصائيين أن يروا بسهولة مدي ما وصلوا إليه من تحقيق أهدافهم المقصودة. (**نصيف فهمي منقريوس:٢٠٠٥،ص ص ٢٢٨:٢٢٩**)

كما يعرف (**بلومBloom**) التقويم بأنه عملية إصدار الحكم علي قيمة من القيم لاجل غرض معين أو مجموعة من الافكار أو حلول أو طرق أو مواد وغيرها وتتضمن عملية إصدار الحكم بإستخدام معايير ومستويات للتقييم تحكم علي مدي دقة هذه الامور وهل هي إقتصادية وكافية أم غير ذلك .(**فؤاد سليمان:١٩٨٢،ص ٤٩**)

وبهذا المعني يكون التقويم عبارة عن "عملية قياسية تشخيصية وقائية علاجية هدفها

الكشف عن مواطن القوة والضعف بقصد تطوير عمليات التعليم والتعلم بالصورة التي تسهم في تحقيق الاهداف المنشودة".**(عبد القادر كراجه:١٩٩٧،ص ١٦٠)**

والمعني المشار إليه يوضح أن المقوم عليه الاهتمام بمعرفة ما إذا كان العمل أو البرنامج أو الاداء أو المشروع يعمل أو لا يعمل وإذا ما كان ناجحاً في فعل ما هو مفترض منه فعله أم لا، ويتفق الخبراء في أن التقويم يجب أن يمتد لابعد من تحديد نجاح العمل من عدمه بل يُحدد أيضاً الاساليب التي يمكن بها تحسين البرنامج أو العمل الذي يتم تقويمه. **(Boulmetis بولميتس: ٢٠٠٠،ص ٤-٥)**

ويتفق **(كلينبرج Klineberg)** مع هذا الرأي في أن هدف التقويم يمتد لابعد من تحديد النجاح أو الفشل، ويمتد باتجاه معرفة أسباب النجاح أو الفشل وما يمكن عمله لزيادة أسباب النجاح وتقليل عوامل الفشل.**(Suchman،ساشمان :١٩٧٦،ص ٢٩-٣٠)**

ويمكن القول أيضاً أن التقويم بذلك هو "عملية إصدار حكم علي قيمة الاشياء أو الموضوعات أو الاعمال بهدف اتخاذ قرارات أو إجراءات عملية بشأنها من حيث تعديلها أو تصحيحها وتخليصها من نقاط الضعف التي توجد بها أو رفضها والعدول عنها.**(علي ماهر خطاب:٢٠٠١،ص ص ٥-٦)**

ويشير مفهوم التقويم في علم النفس بأنه :

الكشف عن مدي النجاح في تحقيق أهداف العملية التربوية الكاملة وبيان القوة والضعف في الوسائل التي إستخدمت في هذه الاهداف وذلك للعمل في إصلاحها.**(عبدالله عبد الحي موسي:٢٠١٠،ص ٢٠٤)**

ويعرف التقويم في الخدمة الاجتماعية بأنه:

كما يعرف التقويم في خدمة الفرد بأنه النشاط العملي المنهجي الذي يقارن بين النتائج المتوقعة كما حددتها خطة العمل وبين النتائج الفعلية التي التوصل إليها بعد تطبيق هذه الخطة .**(عبد العزيز فهمي النوحي :٢٠٠١،ص ٣٠٣)**

وهناك فرق بين التقييم والتقويم حيث أن التقييم هو عملية لحساب القيمة المادية أو تقدير لقيمة الشيء، وفي الخدمة الاجتماعية هو قياس أو تقدير إلي أي مدي حقق التدخل أو البرنامج أغراضه وأهدافه .**(أحمد شفيق السكري:٢٠٠٠،ص ١٨٦)**

أما التقويم فهو وسيلة لتطوير برامج ونظريات الممارسة فيعتبر بمثابة التغذية العكسية Feed back للخطط المستقبلية.**(p102004: Itene Hall and David Hall,)**

كما يعرف التقويم بأنه :

عملية إصدار حكم علي قيمة الاشياء أو الموضوعات أو الافكار بهدف إتخاذ قرارات أو إجراءات عملية بشأنها من حيث تبينها مع تعديها أو تصحيحها وتخليصها من نقاط الضعف فيها أو رفضها والعدول عنها.**(علي ماهر خطاب:٢٠٠٨،ص ٤)**

ويشير (زاسترو) إلي أن التقويم في الخدمة الاجتماعية يتضمن استخدام أساليب بحثية لتحديد أساليب التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية وتقدير نتائج هذا التدخل لتحديد فعاليته من عدمه .**(Zastrow , زاسترو:٢٠٠٠،ص ٢٥٨)**

ثانيا: أهمية التقويم:

١- التقويم وسيلة لادارك نواحي القوة لتأكديها والاستفادة منها الوقوف علي نواحي الضعف لعلاجها أو تعديلها.

٢- تشخيصا للواقع وعلاج مابه من قصور في جميع مجالات الحياة.(مصطفي باهي:٢٠٠٤،ص ٨٠)

٣- المساعدة في كيفية قيام الاخصائي الاجتماعي بأداء متميز مع العميل أو الجماعات أو المجتمع المحلي لتحقيق الاهداف المطلوبة.

٤- يوفر للمهنة معلومات عن فعالية الاستراتيجيات المستخدمة مع الانواع المختلفة للعملاء.**(Eduand A.Schuman،إدواندساشمان:١٩٩٤:ص ٢٠)**

٥- يرتبط التقويم بعنصرين أساسين هما :(تقويم أجهزة منظمات الخدمات،تقويم أداء المستفيدين من الخدمات**(Elizabethmare،إليزابيث:٢٠٠٢،ص ٢٥٣)**

ثالثا: أهداف التقويم :

للتقويم مجموعة من الاهداف الاغراض العديدة نذكر منها مايلي: **(محمد عبد الفتاح محمد:٢٠٠٣،ص ٥٠)**

١- تحديد المستوي والقبول.

٢- تحديد الاستعداد أو المتطلبات السابقة.

٣- تشخيص الضعف أو صعوبات التعلم.

٤- التقويم التشكيلي أو التكويني ويهدف هذا النوع من التقويم إلي تحديد مدي إستيعاب المتعلمين وفهمهم للاهداف.

٥- تحديد نتائج التعلم وهذا النوع من التقويم بعد الانتهاء من تحقيق الاهداف.

٦- التقويم لاغراض الارشاد والتوجية.

وهناك وجهة نظر اخري لاهداف التقويم هي: (زيد الهواري:٢٠٠٤،ص ص ٢٦:٢٧)

١- تحديد القبول والمستوي.

٢- تحديد إستعداد العملاء وتصنيفهم.

٣- التشخيص.

٤- التقويم البنائي .

٥- التقويم الجمعي.

٦- الارشاد والتوجيه.

رابعا: خصائص التقويم:

١- التقويم عملية مستمرة وتعاونية يشترك فيها المقوم نفسه والمسئول عن البرنامج أو المدير أو الموظفين والمستفيدين من خدماته.

٢- التقويم عملية شاملة تتضمن الاجراءات التي تكفل التحسين والاصلاح بما يضمن تحقيق الاهداف.**(سلمي محمود جمعة:٢٠٠١،ص ١٠٨)**

٣- التقويم عملية إيجابية في تذليل الصعوبات والارشاد لافضل الطرق لتحقيق الاهداف .

٤- التقويم عملية إدارية وإشرافية لقياس مدي فعالية العمل داخل المؤسسة.

٥- التقويم ليس هدفا في حد ذاته ، وإنما هو وسيلة لتحسين البرامج والمشروعات.**(فهد حمد المغلوث:١٩٩٦،ص ٥٥)**

خامسا خطوات التقويم :

يمر التقويم بعدة خطوات يحددها : **(أحمد خاطر الطيب :٢٠٠٦،ص ص ٤٠:٣٨)**

١- تحديد أهداف التقويم ويعتبر هدف التقويم هو أهم خطوات البحث التقويمي.

٢- ترجمة الاهداف إلي معايير أو محكات للتقويم حتي يسهل قياسها.

٣- تحديد وسائل التقويم بما يتفق مع أهداف التقويم ويتلاءم معه.

٤- تنفيذ عملية التقويم علي أن يشترك في تلك العملية كل من له علاقة بموضوع التقويم ثم جمع البيانات المطلوبة مع تصنيفها وتفسيرها وتحليلها.

٥- إستخلاص نتائج التقويم وإستخدامها والتي علي ضوئها يجب العمل علي تعديل جوانب النقص وتدعيم جوانب القوة.

٦- إعادة التقويم حيث أن العملية التقويمية ليست مؤقتة فهي عملية لابد لها من الاستمرارية إذا أردنا التطوير الدائم والتقدم.

كما يوجد وجهة نظر أخري لخطوات التقويم فيما يلي :

١- تحديد الاهداف التي من خلالها سوف يتم إصدار الاحكام العلمية .

٢- تحديد المجالات التي يراد تقويمها.

٣- تنفيذ التقويم من خلال وضع البرامج لتحقيق الاهداف.**(تيسرمفلح:٢٠٠٣،ص ٣٢٠)**

٤- تحديد مؤشرات تقويم الفعالية تحديدا دقيقا وواقعيا.

٥- إجراءات فهم النتائج وتفسيرها لتحديد مدي النجاح أو الفشل في قدرة البرنامج علي تحقيق أهدافه.(محمد سيد فهمي:

٦- تصنيف البيانات وإستخلاص النتائج.

٧- كتابة التقرير النهائي.**(ماهر أبو المعاطي:٢٠٠٦،ص ١٥١)**

سادسا: ما يجب مراعاته عند إجراء التقويم: (علي ماهر خطاب:٢٠٠٨،ص ص ٢٣:٢٧)

١- **الشمول**: بمعني أن يكون التقويم شاملا يتناول جميع جوانب الموضوع أو الظاهرة محل التقويم.

٢- **التكامل**: أي أن يكون هناك تكاملا بين المعلومات المتعلقة بالموضوع محل التقويم بحيث تعطي صورة كاملة عن الموضوع المقوم حتي تتمكن من إصدار الاحكام الملائمة التي تتعلق به.

٣- **التناسق مع الاهداف**: بمعني أن المعلومات التي يوفرها التقويم يجب أن تساعد في إصدار الحكم حول مدي التطابق بين الاهداف (المأمولة) وبين الاداء أو الاهداف التي تحققت في الواقع.

٤- **التعاون**: أي تتعاون كل الجهات التي يخصها البرنامج سواء أكانت جهات رسمية أو غير رسمية بما يحقق الشمولية في التقويم.

٥- **الاقتصاد**: سواء في الوقت والجهد والتكاليف حتي يمكن إجراء أي تعديل في الوقت الملائم.

٦- **أن يبني التقويم علي أساس علمي**: أي أن تتوفر فيه الاعتبارات الفنية والعلمية الاتية:

أ- بالنسبة للاعتبارات الفنية الواجب توافرها في التقويم.

- ملاءمة الاداة المستخدمة للتقويم لاغراضه.
- ملاءمة الاداة لخصائص الافراد.
- الموضوعية، الثبات، الصدق.

ب- بالنسبة للاعتبارات العلمية الواجب توفرها.

- قابلية الاداة للاستعمال من خلال سهولة التطبيق.

- سهولة التصحيح والتفسير.

- قلة التكلفة وقلة زمن تطبيق الاداة .

٧- **التقويم عملية ضرورية إجبارية وليست اختيارية:** فليس من حق الاخصائي الاجتماعي إذا كان راغباً في أن يؤدي عمله بكفاءة أن يقرر القيام بتلك العملية أو إهمالها.

٨- **التنوع في استخدام الادوات عند القيام بالتقويم:** حيث أن لكل أداة مزايا ولها عيوب وذلك للوصول للهدف المنشود.

٩- **التنظيم**: للنتائج التي يتم الحصول عليها وتحليلها وتفسيرها سواء كانت كمية أو كيفية.

١٠- **الوظيفية**: بمعني أن يعرف كل أعضاء المؤسسة التي يطبق فيها التقويم الهدف منه وما يمكن أن يعود به عليهم وعلي المؤسسة بما يحقق أهدافها.(**السيد عبد الحميد عطية:١٩٩٩،ص ص ٧٩:٨١)**

سابعا : أنواع التقويم:

سوف نقوم بشرح أنواع التقويم كل من حيث فئتة:

١- من حيث القائمين بالتقويم:(محمد رفعت قاسم :

- تقويم داخلي Internal Evaluation:

أن يكون القائم بالتقويم من العاملين والمعنين في المشروع أو البرنامج المراد تقويمة.

- تقويم خارجي External Evaluation:

أن يكون المقومون من خارج المشروع أو البرنامج.

- تقويم داخلي خارجي داخلي Internal- External Evaluation:

هو أن يشترك في فريق التقويم مقومون من داخل وخارج المشروع وذلك لعلاج التقويم الدلخلي الخارجي في تلافي عيوب التقويم الخارجي الداخلي من حيث نقص المعلومات الكافية وتزويد المقومين الخارجين بها.

٢- من حيث نوع المعلومات والبيانات: **(علي ماهر خطاب:٢٠٠٨،ص ص ١٢:١٣)**

- **التقويم الكمي Quantitative Evalution :**

ويقصد به ذلك النوع من التقويم الذي يعتمد علي الارقام والنتائج الكمية التي تساعد في إجراء المقارنات بين القياسات المختلفة.

- **التقويم الكيفي Qualitative Evalution:**

ويقصد به ذلك النوع من التقويم الذي يعتمد علي انطباعات الاخصائي الاجتماعي عن الموقف ، وهذا النوع من التقويم قد يساعد في إكمال الصورة العامة للبرنامج.

٣- من حيث الامتداد المكاني:

- **التقويم الواسع Global Evaluation:**

ويقصد به ذلك النوع من التقويم الذي يتناول البرنامج بالتقويم بكامل وقعته المكانية.

- **التقويم المحلي Local Evalution:**

ويقصد به ذلك النوع من التقويم الذي يتناول البرنامج في منطقة واحدة .

٤- من حيث التقويم الذاتي والموضوعي : **(احمد صالح:٢٠٠٠،ص ص ٥٤:٥٥)**

- **التقويم الذاتي Self Evaluation:**

وهو الحكم الذي يصدره الفرد إستنادا إلي تقديره الشخصي مثلما يحدث عندما يقوم الباحثان بعمل مقابلات شخصية مع المستفيدين من البرنامج ثم يصدر حكما نتيجة إنطباعه.

- **التقويم الموضوعي Thematic Evalution:**

وهو التقويم الذي يستند فيه الباحثان علي أدوات القياس الدقيقة كالاختيارات والاستبيانات بقصد جمع البيانات عن الظاهرة موضوع الدراسة.

٥- من حيث شمولية التقويم :(رشاد عبد اللطيف:٢٠٠٢،ص ٢٣)

- **تقويم جزئي Micro Evaluation:**

وهو التقويم الذي يهتم بتقويم أجزاء البرنامج دون ربطة بالاطار العام .

- **تقويم كلي Macro Evalution:**

وهوالذي يقوم بإخراج الموارد وتسمي بالمخرجات من النظام ككل و علاقتها بالاهداف العامة للبرنامج.

ثامنا: صعوبات التقويم: (أحمد مصطفي خاطر:١٩٨٩،ص ص ١٥٠:١٥٢)

تواجه عملية التقويم بالعديد من الصعوبات والاخطاء التي تعوق المقوم من تحقيق أهداف عملية التقويم ومن الاخطاء التي تؤثر سلباً علي نتائج التقويم ما يلي:

1- عدم إدراك المقوم أن المبحوثين قد يجيبون بطريقة حسنة وذلك لمجرد أن هناك تقويم مما يؤثر سلباً علي نتائج التقويم وتصبح غير صادقة وغير معبره عن الواقع الفعلي.
2- استخدام طرق تقويم غير صادقة مما ينعكس علي درجة صدق التقويم.
3- عدم أدراك أن أسلوب التقويم الواحد قد يعطي نتائج مختلفة وذلك عندما يستخدم بواسطة أفراد مختلفين.
٤- تكرار الاستبيان أو المقابلات في الوقت الذي يكون فيه المشتركون مازالوا يتذكرون الاسئلة التي طرحت عليهم من قبل.

ثانيا : تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي :

أولا : الادوار المهنية للاخصائي الاجتماعي :

وقبل التعرض لمفهوم لادوار الاخصائي الاجتماعي سوف نوضح المقصود مفهوم الدور والدور المهني وهي كالاتي :

يعرف الدور لغوياً بأنه نماذج محددة ثقافياً للسلوك وملزمة للفرد الذي يحتل مكانة محددة، وهو معيار اجتماعي مرتبط بوضع اجتماعي معين يمثل علاقة تبادلية معينة"(. **(أحمد شفيق السكري:٢٠٠٠،ص ٤٥١)**

ويعرف أيضاً بأنه "وضع اجتماعي ترتبط به مجموعة من الخصائص الشخصية والعملية، وهو سياق مؤلف من مجموعة من أفعال مكتسبة يؤديها شخص في موقف تفاعل اجتماعي.**(إبراهيم مدكور:١٩٧٥،ص ٢٦٩)**

ويعرف (روبرت باركر Barker) الدور بأنه "نمط سلوكي محدد ثقافياً يصف سلوك الشخص الذي يشغل مكانة محددة أو هو عبارة عن عادة اجتماعية ترتبط بموقف

اجتماعي أو وظيفة اجتماعية تستدعي سلوكاً متبادلا.(**Barker:** ،باركر:١٩٩٩،ص ٤١٦)

وهناك من يري أن الدور عبارة عن " نمط من المعايير فيما يختص بسلوك فرد يقوم بوظيفة معينة في الجماعة.

وبالتالي فإن الدور الذي يقوم به الفرد يتعلق بالمركز الذي يشغله ويتطلب منه سلوكيات محددة وأفعالا متعلقة بشاغل هذا المركز وبالتالي يترتب علي ذلك المكانة الاجتماعية التي يحظي بها داخل المجتمع، فكلما زاد إتقانه لاداء أدواره ارتفعت المكانة الاجتماعية للفرد، وحظي علي التقدير والتشجيع من الاخرين.

ب- تعريف الدور المهني:

أما بالنسبة إلي مفهوم الدور المهني فهو لا يختلف في معناه عن تعريفات الدور السابقة سوي أن الدور المهني يرتبط بمتطلبات مهنة معينة يمارسها الفرد وملزم بقواعد العمل والممارسة لتلك المهنة.

فالدور المهني يعرفه البعض علي أنه "ما يقوم به الفرد من سلوك معترف به داخل أي تنظيم اجتماعي وبالتالي يشير نطاق الدور المهني إلي ذلك الدور الذي يلعبه الفرد في تنظيم العمل. **.(مسعد سيد عويس :٢٠٠٤ ،ص ٢٠)**

ويري الباحثان أن الدور المهني يمكن أن يعرف بأنه "سلوك يقوم به الاخصائي الاجتماعي بحكم إعداده المهني سواء مع الافراد أو الجماعات أو المجتمعات المحلية، وتتحدد متطلبات هذا الدور وفقاً لقواعد وأسس العمل المهني للخدمة الاجتماعية عامة وطريقة خدمة الفرد خاصة لتحقيق أهداف المهنة.

وعلي ذلك فان الدور المهني للاخصائي الاجتماعي الذي يمارس طريقة خدمة الفرد يرتبط بقواعد وأسس العمل المهني لتلك الطريقة، من حيث الالتزام بالمبادئ المهنية وتطبيق المهارات المهنية في إطار العمليات المهنية للطريقة، مستعينا بالوسائل الفنية وأساليب التعبير في البرنامج هذا بالاضافة للنماذج والنظريات العلمية التي ترتبط

بالطريقة، والاخصائي الاجتماعي في عمله مع الافراد يعمل في إطار تلك القواعد والاسس باعتبارها من متطلبات المهنة التي يمارسها. ولهذا يكون أداء الانسان لكل دور خاضعا للتقويم من جانب فردا أو مجموعة من الافراد أو جماعة معينة وخاصة الطرف أو الاطراف الاخري المشاركة له في لعب الدور، ذلك أن الطرف المشارك هو المستفيد الاول عند إرتفاع مستوي أداء الدور وهو المتضرر الاول من إنخفاض مستوي الاداء . **(خيري خليل :١٩٩٦، ص ٨٤)**

وعلي الاخصائي الاجتماعي في العمل الفريقي أن يلتزم ببعض المحددات لممارسة الخدمة الاجتماعية وذلك ضمن تكوين الشخصية المهنية للاخصائي الاجتماعي والتي تتمثل في (المعرفة ، الاتجاه ،المهارة) **.(محمد محمود الجوهري:١٩٩١،ص٣٧)**

ولذلك يجب علي الاخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مجال التأهيل أن يكون لديه الصفات الاتية: **(السيد عبد الحميد عطية:٢٠٠١،ص ص ٣٢٧-٣٢٨)**

١- أن يكون لدية قدر من الامن.

٢- أن يتمتع بثقة في نفسه.

٣- يجب أن يكون ناضجا إنفعاليا.

٤- أن يكون ذا شخصية متكاملة الابعاد.

٥- أن يكون لدية القدرة علي إختيار وتقويم ذاته وللتحكم في مشاعرة.

ونظرا لاقتران الادمان بالتدهور الاجتماعي وتحلل الشخص من كثير من مسئولياته الاجتماعية ، ومن ثم يحتاج المدمن الناقه إلي إعادة التطبيع بحيث يعود إلي القيام بأدواره الاجتماعية التي كان يؤديها قبل إدمانه أو مايقرب من ذلك ، ومساعدته علي العودة إلي الحياة الاجتماعية العريضة والتوافق مع مقتضياتها بإعتباره شخصية مستقلة فعالة ، ويجب عدم الاستهانة لهذه العملية منعا لعملية الانتكاس ورجوع المدمن الناقة إلي ماكان عليه قبل أن يتلقي العلاج الطب النفسي. **(حسن مصطفي عبد المعطي:٢٠٠٨،ص ١٩٠)**

ولايخفي دور الاخصائي الاجتماعي الذي يؤدية في العيادات النفسية فهو يستطيع أن يتعاون مع الاخصائي النفسي وغيره من المتخصصين في مجال الوقاية من الجريمة **.(مسعد سيد عويس :٢٠٠٤ ،ص ٢٧)**

أ- أدوار الاخصائي الاجتماعي في مجال الادمان:

أن التدخل الطبي لوحدة غير قادر علي إعادة التوافق النفسي والاجتماعي للمريض فكانت الاستعانة بأساليب التدخل المهني للخدمة الاجتماعية ضرورة لمساعدة المدمن علي إعادة التوافق النفسي والاجتماعي الذي تأثر بالادمان، علماً بأن الاخصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية ملتزم بمعارف وقيم ومبادئ واساليب ومهارات الخدمة الاجتماعية، بهدف مساعدة المدمن علي التكيف النفسي والاجتماعي مع الظروف البيئية. (**محمد بن مسفر القرني**)

والاخصائي الاجتماعي في مجال الادمان يقوم بالادوار الثلاثة:

1- الدور الوقائي.
2- الدور العلاجي.
3- الدور التنموي.

هذا سيتم توضيحه كالتالي:

(1) الدور الوقائي:

يقوم الاخصائي الاجتماعي كعضو في فريق العمل بالدور الوقائي من إدمان المخدرات حيث يساعد الافراد علي عدم الوقوع في دائرة إدمان المخدرات من خلال توعيتهم بأضرار الادمان، أسبابه، دوافعه وكيفية تشخيصه وعلاجه، والتأكيد علي القيم والتعاليم الدينية الرافضة للادمان وفي سبيل ذلك يستخدم وسائل وأساليب عديدة في ضوء من التعاون والتكامل بين أعضاء الفريق ككل، فعندما يمارس الاخصائي الاجتماعي قد يلاحظ أنه هناك الكثير من الذين يقعون تحت ضغوط كثيرة قد تكون بيئة أو ذاتية أو الاثنين معاً قد تسبب، لهم العديد من المشكلات، وعلي الاخصائي

الاجتماعي بإحساسه المهني وخبرته الفنية أن يشعر بأنهم معرضون للعديد من المشكلات، لذلك يسرع في تقديم الخدمات الوقائية. **(محمد محمد سليم: ٢٠٠٣،ص ٦٠)**

(2)الدور العلاجي:

أن الخدمة الاجتماعية تقدم خدماتها العلاجية للمدمنين وذلك بمساعدتهم علي حل مشكلاتهم الفردية التي تهدف إلي تنمية شخصياتهم، ويقوم الاخصائي الاجتماعي كعضو في فريق العمل بالدور العلاجي من إدمان المخدرات، حيث يقوم بمساعدة المدمن للتخلص من إدمانه للمخدرات عن طريق تحديد الظروف المجتمعية والضغوط النفسية التي دفعت المدمن لادمانه للمخدرات، ومحاولة التخفيف من هذه الضغوط وإزالة الظروف المجتمعية وتحسين علاقاته مع المحيطين به سواء في أسرته أو مدرسته أو عمله أو أصدقائه أو في مجتمعه الذي يعيش فيه، وهذا يتم في تعاون مع فريق العمل لبذل الجهود العلاجية ضد إدمان المخدرات.

(3)الدور التنموي:

يقوم الاخصائي كعضو في فريق العمل بالدور التنموي حيث يقوم بمساعدة من تم شفاءهم من إدمان المخدرات للاندماج في أسرتهم ومجتمعهم والعمل علي تغير نظرة أفراد المجتمع للفرد الذي تم شفاءه من الادمان وإزالة أي ظروف مجتمعية أو ضغوط تؤدي إلي انتكاسه وهذا يتم في ضوء تعاون وتكامل فريق العمل ككل لبذل الجهود الانمائية.

والاخصائيون الاجتماعيون يمتلكون القدرة علي التأثير في الافراد للوقاية والعلاج من إدمان المخدرات، والاخصائيون الاجتماعيون منذ وقت قريب يفضلوا استخدام النموذج الطبي لتخطيط برامج الوقاية والعلاج من هذه الظاهرة. (**Elizabeth A. Segal) إليزابيث سيجل : ٢٠٠٤،ص ٣٩٧)**

وفيما يلي سوف نتناول دور الاخصائي الاجتماعي في مجال الادمان في نقاط، محاولة منا لتوصيف الدور الذي يقوم به الاخصائي الاجتماعي سواء مع المدمن، أو الفريق العلاجي في المؤسسة، المجتمع وهذا كما يلي:

ب- دور الاخصائي الاجتماعي مع المدمن في حالات الادمان: (عبد الناصر عوض أحمد جبل:٢٠٠١:ص ص ١٢٩-١٣٣)

1- جمع الحقائق والمعلومات المتعلقة بالجوانب الذاتية والبيئية مع التركيز علي الحقائق المرتبطة بشخصية المدمن.

2- معرفة طبيعة الظروف الجسمية والنفسية والاجتماعية التي يعيشها المدمن والتي غالباً ما يكمن فيها الدافع للادمان.

3- تحديد الدوافع النفسية والاجتماعية للادمان، والتي دفعت المدمن إلي الادمان.

4- فهم شخصية المدمن وطبيعة ودرجة إدمانه من خلال المعلومات التي يصل إليها الاخصائي الاجتماعي وعمل تصور لكيفية حدوث المشكلة والعوامل المتداخلة فيها.

5- تحديد العلاقة بين العوامل الذاتية والبيئية، والاسهام النسبي لكل العوامل الداخلية في المشكلة، وتحديد الاثر النسبي لكل من الضغوط الداخلية والبيئية.

6- وضع استراتيجية عامة لمشكلة الادمان، واستراتيجية خاصة لكل علي حدة حيث:

أ- التخفيف من حدة وإلحاح الدوافع المثيرة إلي الادمان: حيث مساعدة المدمن علي معايشة الواقع بما فيه من ألم وأثاره قدراته الفطرية والمكتسبة علي تحمل هذا الواقع.

ب- تعديل شخصية المدمن وذلك من خلال:

- تعديل ذات المدمن واستخدام مواطن القوة الموجودة في شخصيته.
- تقليل الضغوط والتوترات التي يعاني منها.
- مساعدة المدمن علي اكتساب خبرات جديدة لتعديل أنماط السلوك لديه.
- إيجاد دافع لدي المدمن لتعلم شئ من أضرار الادمان.
- مساعدة المدمن علي اكتساب وعي بذاته ويد دافعة بالظروف المحيطة به.
- ربط المدمن بمسئولياته الاجتماعية وبأدواره المختلفة.

ج- تعديل في الظروف المحيطة بالمدمن خلال:

- تقليل الضغوط البيئية المختلفة.
- تقليل الصراع مع الاسرة والافراد المؤثرين في شخصية المدمن.
- مساعدة المدمن علي تغير عمله أو التدريب علي عمل ملائم.

- دور الاخصائي الاجتماعي مع فريق العمل العلاجي في مجال الادمان داخل المؤسسة: (جيرالد كوري،Gerald Corey :٢٠٠٤،ص ١٩٠)

1- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتوفير البيانات والمعلومات والحقائق عن الموضوعات التي تناقش في الاجتماعات الدورية والتي تساهم في اتخاذ القرارات المناسبة.

2- يساعد الاخصائي الاجتماعي فريق العمل في وضع وتصميم البرامج الوقائية والعلاجية ضد الادمان.

3- يتعاون الاخصائي الاجتماعي مع فريق العمل بالمستشفيات لتنفيذ البرامج العلاجية ضد الادمان.

4- أن يسعي الاخصائي الاجتماعي لتكوين علاقات طيبة مع أعضاء الفريق بحيث يسود جو من التعاون والحب والاحترام المتبادل بين جميع أعضاء الفريق.

5- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنسيق وتنظيم كل أوجه الانشطة وتحقيق التكامل بين الادوار.

6- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتسجيل الاجتماعات وكتابة التقارير وهذا يساعد الاخصائي الاجتماعي علي متابعة الخطة.

7- يهتم الاخصائي الاجتماعي بعملية التقويم لان نتائج هذه العملية تستخدم في التخطيط لبرنامج متقدم يراعي الاخطاء والسلبيات والمعوقات والتي توضحها عملية التقويم.

8- يقوم الاخصائي الاجتماعي بالمساعدة والاشتراك مع فريق العمل في عمل أبحاث علمية متصلة بأسباب الادمان وطرق الوقاية والعلاج منه.

- دور الاخصائي الاجتماعي في مجال الادمان تجاه المجتمع:

يتمثل الدور المجتمعي للاخصائي الاجتماعي في مجال الادمان بالدور الوقائي لحماية الشباب والنشيء، لما ترتب علي خبرة الاخصائي الاجتماعي في هذا المجال ومعرفة أغلب الدوافع النفسية والاجتماعية، ومعرفة الاثار السلبية الناتجة عن الادمان ومعرفة وتقدير خطورة هذه الظاهرة علي المجتمع وجميع فئاته:

1- قيام الاخصائي الاجتماعي كممارس مهني بإثارة واهتمام وعي أفراد المجتمع بخطورة الادمان وأثاره الضارة علي الفرد والمجتمع ووسائل الوقاية منه.

2- المساهمة في توجيه الانظار إلي الاضرار والمشكلات التي يتعرض لها الفئات التي يقوم الاخصائيون الاجتماعيون بالعمل علي تخفيف الضغوط عليهم والتي قد تدفع إلي الادمان. **(ماهر أبو المعاطي علي:٢٠٠٣،ص ص ٢٣٨-٢٣٩)**

3- الاستفادة من دور المسجد والائمة في بيان وجهة نظر الدين في تعاطي المخدرات وبيان حرمتها، وتوضيح كيفية مواجهتها من منظور الدين.

4- إبراز دور المكافحة والتشريع في عمليات منع التعاطي والتداول وإحراز المخدرات لتحقيق مزيد من الضبط الاجتماعي في هذا الصدد. **(الامانة العامة للصحة النفسية :٢٠١٠،ص ٢٧)**

5- تكوين جماعات تهتم ببرامج الوقاية من الادمان وتقوم بأدوارها في الوقاية من حيث الجوانب الاتية:

أ- توفير المعلومات اللازمة للوقاية.

ب- استخدام الوسائل المناسبة في برامج الوقاية.

ج- الاستعانة بالنماذج الواقعية للوقاية.

د- الاستعانة بالخبراء في هذا المجال.

6- إجراء البحوث والدراسات العلمية للتعرف علي حجم الظاهرة في نطاق عمله للوقوف علي مدي انتشارها، بهدف تحديد البرامج الوقائية المناسبة لكل قطاع.

7- عمل كتيبات ونشرات وملصقات عن الادمان وأضراره المختلفة وبيان أثاره الضارة علي مختلف أجهزة الجسم مع توزيع هذه الكتيبات والنشرات مجاناً.

وبعد مناقشة أدوار الاخصائي الاجتماعي بصفة عامة سوف نقوم بتوضيح أدواره مع المدمنين من وجهة نظر طريقة خدمة الفرد وطريقة خدمة الجماعة:

وجهة نظر أخري لادوار الاخصائي الاجتماعي مع المدمنين : (ماهر أبو المعاطي:٢٠٠٩،ص ص ٢٧٤-٢٨٣)

١- دوره من خلال طريقة خدمة الفرد:

- الاهتمام بالاكتشاف المبكر لحالات التعاطي.
- دراسة الاسباب الذاتية والبيئية التي دفعت الفرد للتعاطي.
- إستخدام الاساليب العلاجية كالتوجيه والتوضيح والنصح وأساليب التعلم والتدعيم ، والتصحيح والايحاء.
- تعديل أنماط شخصية المتعاطي أو تعديل الظروف البيئية أو كليهما.
- شرح طبيعة الانحراف والاسباب التي دعت الشخص للتعاطي.
- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنمية قدرات وطاقات جديدة لدي المتعاطي يمكن إستخدامها في علاجه .
- متابعة الحالات في أثناء وبعد إنتهاء عملية العلاج لضمان عدم عودته للتعاطي مرة أخري.

٢- دوره من خلال طريقة خدمة الجماعة:

- الاهتمام بالوقاية من خلال الانشطة التي تمارسها الجماعات .
- إتاحة الفرصة للمدمنين للتعبير عن مشاعرهم خاصة السلبية .
- توجه الجماعات وإستخدامها كأداة لتكوين مفاهيم جديدة.

٣- دوره من خلال طريقة تنظيم المجتمع:

- الاهتمام بتدعيم دور المؤسسات الوقائية والعلاجية المتخصصة للعمل مع المدمنيين ، لتدعيم قدرتها علي مواجعة مشكلات المدمنين .
- إثارة وعي الجماهير بتعاطي المخدرات ، وإمكانية دفع أفراد المجتمع ومشاركتهم بجهودهم وإمكانياتهم للتغلب علي هذه المشكلة.
- الاهتمام بتدعيم الشعور بالمسئولية بين أفراد المجتمع وتدعيم قدرتهم علي مواجهة المشكلات الناتجة عن تعاطي المخدرات.
- الاهتمام بتحديد مشكلة الادمان علي المستوي المجتمعي للتوصل إلي تشخيص للاسباب المجتمعية ووضع إستراتيجية قومية للمواجهة.

ثانيا :المهارات التي يستخدمها الاخصائي الاجتماعي:

أ- المهارة في المشورة المهنية :

وتعتبر مهارة تقديم المشورة من المهارات الاساسية في الخدمة الاجتماعية وتقوم هذه المهارة علي تقديم المعلومات والنصائح والارشادات للعميل في الوقت المناسب ، وإرتبط ذلك بمفهوم عملية المساعدة المهنية والتي تمثلت في الميل إلي تقديم خدمات تساعد العميل علي إجتياز الموقف وتنمية شخصيته وتحسين أدائه الاجتماعي وليس تقديم خدمات بيئية مادية مباشرة إلا للضرورة ومن هنا كان لمهارة تقديم المشورة أهمية في المهارات التي يستخدمها الاخصائي الاجتماعي في عمله مع العملاء .

ب- المهارة في العلاقة المهنية:

حيث أن العلاقة المهنية أساس العمل المهني بين الاخصائي الاجتماعي ووحدات العمل علي إختلافها ، وتحتل هذه العلاقة أهمية في جميع طرق الخدمة الاجتماعية وفي مختلف المواقف فهي تمثل روح عملية المساعدة ذاتها، والعلاقة المهنية هي الاداة الرئيسية للاخصائي الاجتماعي ومختلف المعارف والمهارات لن تفيد دون أن يكون هناك علاقة بين الاخصائي الاجتماعي والعملاء.

وتتمثل العلاقة المهنية الجسر الذي يقدم من خلاله الاخصائي الاجتماعي خدماته لوحدات العمل .

ت- المهارة في السرية :

وتمثل مهارة السرية مبدأ مهنيا وتكنيك ومهارة أساسية للخدمة الاجتماعية وذلك لانها ترتبط لالقيم الاساسية للمهنة ، فهي معيار ثقافي له أساس نفسي وهو إحترام الانسان أثناء التعامل المهني معه ، والفلسفة التي تقوم عليها مهارة السرية تتعلق بإحترام عاطفة الذات لدي العميل ، حيث لكل منا أسرارا يخشي أن يطلع عليها الاخرين ولذلك يكون الاخصائي الاجتماعي الشخص الاكثر تعاملا مع العميل من حيث سرية المعلومات التي يحصل عليها من العميل وأن يلتزم الكتمان .

ث- **المهارة في القيادة** :

وتمثل القيادة مهارة أساسية للاخصائي الاجتماعي في عمله في مختلف مراحل العمل المهني حيث يستمد الاخصائي الاجتماعي قيادته من وظيفته بالمؤسسة ومن قدراته ومهاراته المهنية وخبراته وإعداده لذلك .

ومصطلح القيادة يعني عملية تأثير في جماعة من الافراد وتوجيه نشاطهم نحو تحقيق هدف أو عدة أهداف ، فهي عملية تأثير متبادل يمارس في موقف معين من خلال عمليات الاتصال .

والاخصائي الاجتماعي الذي يتعامل بطريقة خدمة الفرد يستخدم قدراته كقائد لعملية التدخل المهني وتوجيه التغيرات وخاصة أن العلاقة المهنية بينه وبين العميل من أهم صفاتها أنها قيادية وتقوم القيادة علي التجاوب والاشتراك مع الاعضاء والانصات والتقدير والانطلاق والاستقرار الانفعالي وحب الناس والذكاء.**(جمال شكري محمد عثمان : ٢٠٠٨،ص ص ٣٠٤:٢٨٩)**

ج- المهارة في التسجيل:

يعرف التسجيل بأنه إعداد وتنظيم وتدوين المعلومات والمواقف المتعلقة بعملية خدمة الجماعة باستخدام وسائل مختلفة كالتقرير والمقاييس الاجتماعية والتطبيقات الاحصائية.**(نصيف فهمي منقريوس:٢٠٠٤،ص ٢٠٣)**

نظراً لاهمية التسجيل في العمل مع الجماعات فهو مهارة مهنية وعملية مهنية في ذات الوقت لما لها من فوائد بالنسبة للاعضاء والجماعة والاخصائي الاجتماعي والمؤسسة فإذا كان الاخصائي الاجتماعيحريصاً علي تطوير عمله وأدائه المهني فلابد من تسجيل عمله المهني بكل الوسائل المتاحة لديه الحديث منها والتقليدي مثل:

1- كاميرا فيديو.
2- كاميرا تصوير فوتوغرافي.
3- شرائط الكاسيت.
4- جهاز فيديو.

5- جهاز عرض سينمائي.
6- التقارير الدورية والتحليلية.
7- المقاييس الاجتماعية.
8- الحاسب الالي.

د- المهارة في التقويم:

التقويم كمهارة تعني قدرة الاخصائي الاجتماعي علي تطبيق واستخدام خطوات العملية التقويمية وهو ما يتطلب اكتساب الاخصائي الاجتماعي ثلاثة جوانب رئيسة وهي: **(نصيف فهمي منقريوس:١٩٩٥،ص ٣١٨)**

1- جانب معرفي يرتبط بمفهوم التقويم، عملياته، أهدافه، خطواته، أنواعه، عناصره، وسائله وأساليبه.
2- جانب يرتبط بالخبرات التقويمية ويتعلق بإمداد الاخصائي الاجتماعي بخبرات فعلية عن التقويم ومناقشة حالات تم تقويمها فعلا .
3- جانب تطبيقي من خلاله يتم تدريب الاخصائي الاجتماعي عملياً علي تقويم الاعضاء، الجماعة، البرنامج، المؤسسة، ذاته المهنية.

ه- المهارة في حل المشكلات:

تتحدد المهارة في حل المشكلات لدي الاخصائي الاجتماعي في قدرته علي مساعدة الاعضاء والجماعة علي اكتساب وتعلم الاساليب والطرق والوسائل التي يمكنهم إتباعها لمواجهة المشكلات التي تقابلهم، وهي مهارة تخضع لعمليات وإجراءات وخطوات تتصل بالمعرفة المتخصصة والقدرة علي التحليل الدقيق والمنظم، وتظهر مهارة الاخصائي الاجتماعي في حل المشكلات أثناء ممارسة دوره المهني في قدرته علي القيام بالخطوات الاتية: **(عفاف عبد المنعم عبد الصمد:١٩٩٨،ص ١٤١)**

أ- تحديد المشكلة.

ب- الحصول علي المعلومات التي تتعلق بالمشكلة.

ج- وضع الحلول البديلة للمشكلة.

د- وضع خطة العمل لمواجهة المشكلة.

هـ تنفيذ الخطة.

و- تقويم خطة العمل لمواجهة المشكلة.

ثالثا : النظريات العلمية المستخدمة:

1- نظرية الدور كموجه نظري للدراسة:

حيث أن نظرية الدور تمثل مجموعة من الافكار والتصورات التي تعتمد علي أبحاث انثربولوجية وثقافية واجتماعية والتي ترتبط بأسلوب تأثر الافراد وسلوكياتهم بتنوع المراكز الاجتماعية والتوقعات المصاحبة لها.(**باركر،Barker :٢٠٠٤،ص ٤١٩)**

وأشار(**سترين Strean)** إلي أن نظرية الدور تعد من النظريات العلمية التي تنتهج منهج لتحليل السلوك الاجتماعي والذي تفتقده العديد من النظريات الاخري وقد اختار محللو الدور السلوك الفعلي كمجال للدراسة والتحليل نتيجة ظهوره في مواقف اجتماعية مستمرة. **(سترين ,Strean** :١٩٩٩،ص ٣٨٧)

وطبقاً لنظرية الدور نجد أن الادوار تفرض علينا مجموعة من المعايير التي تحدد لنا واجباتنا باعتبارها الافعال التي يري الاخرون ضرورة الالتزام بها . **(السيد علي شتا:١٩٩٩،ص ص ١١٨:١١٩)، وتعرف perlman الدور بأنه** الانماط السلوكية المنظمة لشخص معين يشغل وضعا إجتماعيا معينا في علاقته بشخص أو بأكثر . **(علي حسين زيدان :٢٠٠٦،ص ٦٧)، ويعرفه nadel بأنه** تصور إجتماعي لانه يرتبط بالبيئة الاجتماعية وهو صورة ثانية للسلوك تبين أن من يؤدون دورا معينا يسلكون سلوكا موحدا . **(السيد عبد الحميد عطية:٢٠٠٤،ص ١٥-١٦)**

ويعرفه علماء الاجتماع بأنه مجموعة مواصفات للسلوك المرتبط بمكانات خاصة

أما بالنسبة لخدمة فالفرد فقد أشارت الكتابات إلي الدور بأنه :

نموذجا للسلوك المنظم وأنه يتأثر بالمركز الاجتماعي الذي يشغله الفرد والوظائف التي يؤديها في علاقته بشخص أو أكثر وأن سلوك الفرد يتأثر بمجموعة من العوامل الدينامية. **(linton:1970)**

وتحاول نظرية الدور أن توضح لنا أهمية الدور الاجتماعي مما يساعد علي فهم العلاقات الشخصية التي يهتم بها الاخصائيون الاجتماعيون علي ذلك فهي بمثابة نظرية تفسيرية من خلالها يتم الفهم النفسي للشخصية وتفاعلاتها.

ومن المفاهيم الاساسية التي تقوم عليها نظرية الدور :

١- **الدور الممارس**: وهو السلوك الفعلي الذي يمارسه لاعب الدور أثناء قيامه بلعب هذا الدور سواء كان أداء واجبات أو مسئولياته المتعلقة بهذا الدور أو التمتع بحقوقه وذلك أثناء التفاعل مع الاطراف الاخري بهذا الدور .**(علي حسين زيدان : ٢٠٠٦، ص ٦٧)**

٢- **تعلم الدور :** وهو مجموعة من الافعال والتصرفات التي يؤديها الفرد في إطار ثقافي معين وهذه الافعال والتصرفات لا يقوم بها الفرد من تلقاء نفسه وإنما هي نتاج لعملية تنشئة إجتماعية تبدأ أطوارها مع بداية مرحلة الطفولة من خلال الاسرة .**(محمد سلامة أدم:١٩٨٢،ص ٣١)**

٣- **تقبل الدور أو رفضة :** حيث أن غالبا ما يجد الافراد أدوارهم الاجتماعية جاهزة ومحددة سلفا بحكم سنهم أو بحكم طبقتهم الاجتماعية أو بحكم المهنة التي يزاولونها وهنا قد يقبل الفرد الدور الذي يفرضة عليه وضعة الاجتماعي وقد يرفضة.**(خيري خليل الجميلي :٢٠٠٠،ص ٨٣(**

٤- **غموض الدور :**وهو عدم الاتفاق بين الجماعات الاجتماعية في المجتمع علي الحقوق والواجبات المتعلقة بهذا الدور وقد يرجع غموض الدور إلي عدم الاعتراف المجتمعي من جانب بعض الجماعات الاجتماعية أو معظمها بموقع هذا الدور في شبكة العلاقات الاجتماعية .**(علي حسين زيدان :٢٠٠٦،ص ٩٣)**

٥- **الادوار الظاهرة :** وهي الادوار القابلة للملاحظة والممارس لهذه الادوار يؤديها علي مستوي شعوري أي يؤديها وهو مدرك لها وواع بها .

٦- **الادوار الضمنية :** وهي تلك الادوار التي لايكون الفرد واعيا لها أو منتبها لمتطلباتها .**(محمد ياسر الخواجه:٢٠٠٥،ص ٣٧)**

٧- **تكامل الادوار :** يتم التكامل بين الادوار إذا أدي كل شريك دورة بشكل تلقائي سهل دون صعاب وبالطريقة المتوقعة وتتضح أهمية هذا التكامل في الجماعات الاسرية إذ توجد بها مجموعة من الادوار المستقرة المحددة لكل عضو حيث أنه كلما تناسقت وتكاملت الادوار بها كلما نمت وأصبحت أكثر قدرة علي القيام بوظائفها .**(لويس كامل مليكة: ١٩٧٠،ص ٨٨)**

٨- **صراع الادوار :** حيث يشغل كل فرد العديد من الادوار ويتعرض لنتيجة لذلك لما يسمي بصراع الادوار وتضح ذلك في (عندما تفرض مكانة الفرد عليه شغل أنواع متعددة من الادوار في نفس الوقت)، (تعارض التوقعات بين أطراف الدور).

٩- **مجموعة الادوار:** وهي تلك الادوار التي يلعبها الانسان في وقت معين فكل شخص يشغل عدد من الاوضاع الاجتماعية وهي تلك الادوار الخاصة به.**(عبد الفتاح عثمان : ١٩٨٧،ص ٤٢-٤٣)**

الادوار المهنية للاخصائي الاجتماعي بصفة عامة:(طلعت السروجي:٢٠٠٩،ص ص ٤٠-٤٧)

في العمل مع الافراد والجماعات والاسر والمنظمات والمجتمعات يتوقع أن يكون الاخصائي الاجتماعي علي معرفة وماهر في تعبئة أنواع الادوار وماهو الدور الذي سوف يستخدمه في الموقف المناسب وفيما يلي عرض بعض تلك الادوار :

أ- دوره كمساعد:

وفي هذا الدور يساعد الاخصائي الاجتماعي الافراد والجماعات للتعرف علي إحتياجاتهم ومشكلاتهم وإستراتيجيات الحل وإختيار إحداها وتطبيقها وتنية قدراتهم للتعامل مع مشكلاتهم بأكثر فعالية ، وهذا الدور يستخدم في الارشاد للافراد والجماعات عندما يكون الغرض مساعدة الافراد لتنظيم أنفسهم.

ب- دوره كوسيط : يقوم الاخصائي الاجتماعي في هذا الدور بربط الافراد الذين يحتاجون المساعدة ولا يعرفون مكانها مثل خدمات المجتمع المحلي .

ت- دوره كممكن:

والهدف الرئيسي للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية هو تمكين عملية المساعدة للافراد والاسر والجماعات والمنظمات لزيادة تأثيرهم ونفوذهم وقوتهم ككل ، والاخصائي الاجتماعي الذي يتعهد بالممارسة المرتكزة علي التمكين يسعي ليطور قدرات العملاء لفهم بيئتهم وتحمل المسئولية ومساعدتهم علي أنهم يؤثروا في حياتهم وإحتياجاتهم ومن خلال هذا الدور يسعي الاخصائي الاجتماعي لتحقيق العدالة في توزيع الموارد والقوة بين الجماعات المختلفة في المجتمع ويركز هذا علي العدالة والمساواة الاجتماعية كسمة مميزة لمهنة الخدمة الاجتماعية كما مارسها جان أدامز والاخصائيين الرواد الاوائل.

ث- **دوره كمنشط :** يحاول الاخصائي الاجتماعي بدوره كمنشط في إحداث التغيير الاساسي الفعلي، حيث يتضمن الغرض أنتقال الموارد والقوة للجماعة المحرومة أو المتضررة حيث يؤكد المنشط علي العدالة والمساواة والحرمان .

ج- دوره كمفاوض:

والمفاوض يحضر معا للاطراف المشتركة في الصراع ويحاول المساومة وإيجاد حل وسيط ، ويقوم بالتفاوض لمحاولة إيجاد أرضية وسط مشتركة يمكن أن تعيش عليها كل الكائنات معا ، ومع ذلك علي العكس المتوسط(من يبقي في وضع محايد) المفاوض غالبا يتحالف مع كل جانب علي حده .

ح- دوره كخبير :

ويقوم الاخصائي الاجتماعي في هذا الدور بالخبير وهي التي أكتسبها من خلال تجاربة ودراسته العملية والنظرية وعمله مع جميع الخدمات ويقوم بهذا الدور مع الافردا والجماعات لتقديم الخبرة لهم في خدمة ما عند الدورة أو تحويلم إلي مؤسسة ما لديه خبره بها وأن يكون لديه الخبرة في مواجهة المواقف ومساعدة الافراد والجماعات علي تخطيها وذلك لخبرته في هذا المجال .

خ- دوره كمنسق:

والاخصائي الاجتماعي كمنسق يقوم بالتنسيق بين الافراد والجماعات والمؤسسات والمنظمات للضرورة لمواجهة مشكلاتهم سواء مالية أو إجتماعية أو تعليمية أو قانونية وغير ذلك من المشكلات فيقوم الاخصائي الاجتماعي بالتنسيق بين الهيئات التي لديها قدرة في التعامل مع تلك المشكلات لتقديم المساعدة.

د- دوره كباحث :

حيث أن الاخصائي الاجتماعي من حين لاخر هو باحث والباحثان في ممارسة الخدمة الاجتماعية يجب أن يقوم بقراءة الادب في المقالات ذات الاهتمام ، وتقويم نتائج الممارسة وتقيين مزايا وعيوب البرامج ودراسة إحتياجات المجتمع.

ويستفاد الباحثان من هذه النظرية حيث سوف تساعد النظرية في تحقيق الاتي:

١- الوصول إلي الدور الفعلي للاخصائي الاجتماعي مع المتعافين من الادمان.

٢- تحقيق أهداف الدراسة الحالية وهي تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان .

٣- إضافة دراسة جديدة في تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في مجال الادمان.

٤- التعرف علي قدرة الاخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان وتطبيق الادوار والمهارات الخاصة بها .

٥- التعرف علي تقبل الاخصائي الاجتماعي لدورة مع المتعافين من الادمان أو رفضة .

٦- التعرف علي هل هناك غموض لدور الاخصائي الاجتماعي أم لا .

٧- الوصول إلي الادوار الظاهرة والادوار الضمنية للاخصائي الاجتماعي.

٢ – نظرية الانساق العامة :

تعد نظرية الانساق العامة general systems theory أكثر النظريات استخداماً في حقل الخدمة الاجتماعية ، فمعظم نماذج الممارسة في الخدمة الاجتماعية تستخدم مفاهيم مستمدة من نظرية الانساق العامة. فلقد أصبحت "التغذية العكسية" feedback و "نسق العميل" client system و "نسق المساعدة" helping system، علي سبيل المثال، من المفاهيم الثابتة والمسيطرة في حقل الخدمة الاجتماعية. بالاضافة إلي ذلك، فإن نظرية الانساق العامة خدمت كإطار نظري العديد من نماذج الممارسة المستخدمة حالياً، وفي الواقع، تعد مداخل العلاج الاسري family therapy approaches من النماذج القائمة أساساً علي مفاهيم نظرية الانساق العامة ويعود ذلك لكون هذه المداخل تتعامل مع الاسرة التي تعد بدورها أكثر الانساق الاجتماعية وضوحاً. ولا تقتصر إسهامات النظرية علي ذلك، فاستخدامها من قبل الاخصائيين الاجتماعيين أحدث نقلة من التركيز ضيق الافق المعمول به سابقاً علي "الشخص- في- الموقف" person–in- situation، إلي تركيز أعم وأشمل ويتمثل في "الشخص- في- البيئة" person-in- environment.

وتنظر نظرية الانساق العامة إلي العالم علي أساس ترابطي، فكل كيان قائم بذاته ينظر إليه من ناحية علاقاته بالكيانات الاخري والتي تؤثر وتتأثر به، ولا ينظر إليه من ناحية الخصائص المكونة له **(Hartman & Larid, 1983: 63)**. كما تفترض نظرية الانساق العامة بأن الكل أكبر من مجموع الاجزاء المكونة له، وأن الارتباط القائم بين الاجزاء المكونة لاي نسق يؤدي إلي وجود خصائص جديدة في النسق هي بالضرورة نتيجة لهذا الارتباط والاعتمادية المتبادلة بين الاجزاء المكونة للنسق. فالاسرة كنسق اجتماعي قائم تتكون من مجموعة من الافراد. ولكن الاسرة تعني أكثر بكثير من مجرد مجموعة من الافراد. فالتفاعلات التي تحدث بين أفراد الاسرة من مودة ورحمة وحب وعطف وتضحية هي أكثر بكثير من تلك التي تحدث بين مجموعة من الافراد. ولا تكون كل مجموعة من الافراد أسرة، ولكن كل أسرة تتكون من مجموعة من الافراد.

وتفترض النظرية كذلك بأن أي تغيير يطرأ علي أي من الاجزاء المكونة للنسق فإنه يؤدي بالضرورة إلي حدوث تغيير في النسق بصفة عامة، كما يؤدي إلي حدوث تغيير في الاجزاء الاخري المكونة لنفس النسق. وتفترض نظرية الانساق العامة بأن لكل نسق يوجد هناك إطارا مرجعيا محددا، ويقصد بالاطار المرجعي مجموعة العادات والتقاليد والقيم وكل ما من شأنه أن يحدد سلوك الافراد داخل النسق، لذا فإن تحديد الاطار المرجعي يكون ضرورياً لفهم الانساق.

حيث أن خلال العشرين عاما الماضية ، أصبحت نظرية الانساق تشكل إطار عمل لعدد متزايد من الاخصائيين الاجتماعيين ، حيث لوحظ بالفعل أنها النظرية الاكثر شيوعا في الخدمة الاجتماعية المعاصرة حيث ينظر إليها علي أنها تعد البديل للنموذج الطبي للممارسة (الذي يعتمد علي الدارسة والتشخيص والعلاج) من حيث اهتمامها بالجوانب الاجتماعية للمشكلات.

وقد تطورت نظرية الانساق كاستجابة للحاجات المختلفة المرتبطة بالانسان من أجل تحليل مواقف التفاعل المعقدة ، والعمل علي تقدير البناء الكلي الذي حدثت فيه المشكلات .

مبررات إستخدام النظرية في الدراسة: -

١- تقدم نظرية الانساق اطارا من المفاهيم يساعد علي فهم الافراد سواء بشكل جزئي او بشكل كلي ، وهناك مصطلحات مثل المدخلات والمخرجات والمحددات والارتباط التفاعلي والعمليات التحويلية.(Rodawy :2000, p536)

٢- إفادة الدراسة من النموذج المطور للممارسة والذي يعتمد علي نظرية الانساق والذي يقوم علي الانساق التالية :

- **نسق التغيير** : وهو المؤسسة التي يعمل الاخصائي الاجتماعي من خلالهما بوصفه عاملا مساعدا علي التغيير بهدف مساعدة العملاء علي إشباع حاجاتهم.
- **نسق العميل** : وهو الشخص أو الاشخاص الذين يتم مساعدتهم من خلال نسق التغيير.
- **النسق البؤري أو النسق المستهدف**: والمقصود به الجهات أو الاشخاص الواجب تغييرهم حتي يمكن مساعدة العميل علي تحقيق أهدافه.
- **نسق (الفعل أو العمل):** وهي العمليات أو الاجراءات التي تستهدف إحداث التغيير.

المفاهيم التي قدمتها نظرية الانساق العامة

تحوي نظرية الانساق العامة العديد من المفاهيم والتي تتفاوت في درجة تجريدها وواقعيتها، وسنحاول فيما يلي تحديد بعض هذه المفاهيم وتعريفها:

1. النسق System:

لقد ظهرت العديد من المحاولات لتعريف النسق وهي محاولات تفاوتت في دقتها ووضوحها. ولعل أفضل هذه التعاريف هو ذلك الذي قدمه هارتمان ولاريد (Hartman & Larid). فالنسق استناداً إليهما هو "ذلك الكل والذي يتكون من أجزاء متداخلة فيما بينها ومعتمدة علي بعضها البعض" **(Hartman & Larid، هارت مان ولاريد : ١٩٨٣،ص ٦٢)**

والنسق هو إطار أو وحدة تتكون من عدة وحدات متنوعة ، وبينهما تماسك وتساند ترابطي لتحقق هدفا واحدا بنائيا وظيفيا .**(عبد الناصر عوض أحمد:٢٠١١،ص ٢٧)**

2. الحدود Boundaries:

يتم تحديد الانساق عن طريق الحدود، وتعرف الحدود علي أنها خط يكمل امتداده دائرة كاملة حول مجموعة من المتغيرات بحيث يكون تبادل الطاقة والتفاعل داخل الدائرة بين هذه المتغيرات أكثر من ذلك الموجود بين المتغيرات الموجودة داخل الدائرة وخارجها عبر حدود النسق. والحدود خطوط وهمية لا وجود لها وهي تستخدم لتحديد نسق ما وتعريفها يتم حسب المحكات والمعايير المستخدمة من قبل الاخصائي الاجتماعي **(Rodway، رودواي :١٩٨٦،ص ٥١٦)**

3. التغذية العكسية Feedback:

تحدث التغذية العكسية عن طريق عمليتي استيراد وتصدير الطاقة والتي عن طريقها يتم تفاعل الانساق مع البيئة الخارجية. وتعتمد الانساق علي عملية التغذية العكسية لتقويم أدائها وتعديل مسارها.

4. فقدان الطاقة Entropy:

تتفاعل الانساق مع البيئة المحيطة بها عن طريق عمليتي استيراد وتصدير الطاقة والمعلومات. ويرمز لعملية الاستيراد بالطاقة الداخلة، ويقصد بها كل ما يأتي إلي النسق من البيئة الخارجية من معلومات وطاقة. ويرمز لعملية التصدير بالطاقة الخارجة، ويقصد بها كل ما يصدر من النسق من معلومات وطاقة إلي البيئة الخارجية. وبالتالي من الممكن القول بأن كل نسق لديه مستوي معين من الطاقة. وبعبارة أخري فإن كل نسق لديه مخزون معين من الطاقة يستخدمه في تفاعلاته مع البيئة الخارجية.

وتصل الانساق مرحلة فقدان الطاقة إذا بدأت بتصدير طاقة أكثر من تلك التي تستوردها، فمرحلة فقدان الطاقة يقصد بها النقص في مخزون النسق من الطاقة والناتج عن تصديره طاقة أكثر من تلك التي يستوردها.

5. تخزين الطاقة Negentropy:

باستخدام نفس التعبيرات عن استيراد وتصدير الطاقة، تصل الانساق إلي مرحلة تخزين الطاقة إذا بدأت تستورد طاقة أكثر من تلك التي تصدرها، فعملية تخزين الطاقة هي الزيادة في مخزون النسق من الطاقة والناتج عن ميل النسق للاخذ من البيئة الخارجية أكثر مما يقدم لها.**(سامي عبد العزيز الدامغ:٢٠٠٠، ص ١٥)**

6. التوازن Equilibrium:

تسعي الانساق الحية سعياً حثيثاً من خلال عمليتي استيراد وتصدير الطاقة إلي الوصول إلي مستوي التوازن بحيث لا تصدر ولا تستورد طاقة أكثر مما يجب.

ويمكن القول بأن النظرية العامة للانساق تقدم أطارا تصوريا لكيفية التعامل مع نسق العميل أو نسق فريق العمل من حيث الحدود والتفاعلات والتغذية العكسية ، وذلك في ضوء تلك المعطيات المهنية التي تفسر المشكلة ويستطيع الاخصائي الاجتماعي في تعامله مع المتعافين من الادمان إستخدام تلك النظرية وذلك لكي يأخذ في إعتباره أنه يتعامل مع أنساق .

٣- مدخل عملية حل المشكلة (Problem Solving Approach)

تعرف عملية حل المشكلة بأنها:

- العملية التي يساعد الاخصائي الاجتماعي فيها العميل نسبيا علي التفكير من خلال مشكلة محددة.
- وتوجيه حل المشكلة من جانب الاخصائي الاجتماعي يتطلب مكونات للتقييم الذاتي مع العميل.

وقد أتسع وأمتد هذا الاسلوب ليشمل بجانب الفرد والاسرة والجماعات ثم المجتمع الاسلوب الاكثر أتساعا، واستخدم ضمن المنظور الايكولوجي تحت مسمي (الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية) والتي صار من الممكن تطبيقها علي كافة وحدات العمل المهني أيا كان حجمها .**(عبد العزيز النوحي : ٢٠٠١،ص ٤٤)**

مبررات أستخدام المدخل في الدراسة: (عبد العزيز النوحي : ٢٠٠١ ، ص ص ١٦-١٨)

١- أن العميل هو صاحب المشكلة وكما أن المشكلات التي يشعر بها يجب أن يبحث عن حل لها.

٢- أن عملية حل المشكلة ليست معالجة الناس أو الاشياء أو الظروف ولا هي إخراج الناس إلي المأسي والمشاكل وانما لابد أن يبقي العميل علي الدوام في تعاون مهني بينه وبين الاخصائي الاجتماعي .

٣- أن عملية حل المشكلة تتسم بخطوات معينة تدور جميعها حول :

- إدراك وتعريف المشكلة.
- جمع البيانات - تقديرالموقف - التخطيط والتنفيذ - التدخل
- التقويم - الانهاء

ثالثا: تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي مع المتعافين من الادمان:

١- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين:

وهذا هو المستوي الاول من التأهيل للمتعافين من الادمان وهي تلك الخدمات الصحية التي تقدم لهم من خلال مؤسسة الرعاية الطبية أو المجتمع الي يعملون به ويعيشون فيه وهذا الجزء من التأهيل هو أهم جزء حيث يعمل به الكثير من المتخصصين سواء (الاطباء أو الاخصائيين الاجتماعيين أو النفسيين والفريق العلاجي بأكلمه) حيث أن هؤلاء لديهم التدريب المناسب للتعامل مع تلك الفئة من المتعافين من الادمان وحتي لايعود مرة أخري للانتكاسة وذلك يكون من خلال المتابعة الطبية من خلال المتخصصين .**(داود محمود المعايطة :مرجع سبق ذكره، ٢٠٠٦،ص ٤٠)**

ونجد التأهيل الصحي والطبي للمدمنين يتم من خلال : **(محمد سلامه غباري:٢٠٠٧،ص ص ٢٠٨:٢٠٧)**

أ- طريقة المنع البات وهي طريقة منع المخدر منعا باتا دفعة واحدة ويقال أنها أسهل الطرق وأفضلها.

ب- طريقة المنع التدريجي.

ت- طريقة المنع السريع وذلك من خلال الكمية والايام.

ث- طريقة التعادل أو الاستعاضة.

ج- طريقة العلاج بالابرالصينية.

وهناك مجموعة من الادوار التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي لتحقيق التأهيل الصحي للادمان : **(مدحت محمد أبوالنصر: ٢٠٠٨ ، ص ص ١٨٢-١٨٤)**

أ- مشاركة الاخصائي الاجتماعي مع الفريق المعالج للمدمنين وقيامه ببحث حالة المدمن إجتماعيا وتقديم تقرير مفصل عنه.

ب- يقوم الاخصائي الاجتماعي بمساعدة المدمن علي إدراك حقيقة ذاته ودوره الاجتماعي في الاسرة والمجتمع ومساعدته علي التوافق الاجتماعي والنفسي مع نفسه .

ت- مساعدة المدمن علي تغيير الظروف البيئية التي دفعته للادمان .

ث- تقديم مختلف الخدمات الطبية التي يحتاجها المدمن المتعافي .

ج- العمل مع الجماعات العلاجية للمدمنين وتولي دوره فيها ومساعدة الجماعة علي وضع وتصميم برامجها وأنظمتها لتحقيق الاهداف.

ح- تهيئة البيئة الاسرية لاستقبال المدمن العائد من العلاج.

خ- متابعة المدمن المتعافي من العلاج في بيئتة الطبيعية.

٢- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين:

ويقصد بالتأهيل الاجتماعي للمدمن هو التحسين الاجتماعي وتصحيح الاوضاع الحياتية الاجتماعية الخاصة بالمدمن والتي من شأنها أن تعوق توافق الشخص المدمن مع المجتمع للعودة للحياة الطبيعية.

وعلي ذلك يجب أن يقوم الاخصائي الاجتماعي بما يلي :

١- دراسة المشكلات الاجتماعية التي تعترض المدمن والحد من تفاقمها .

٢- دراسة علاقة المدمن مع أسرته (والديه،أخوته،زوجته، أبنائه،أقاربه)

٣- دراسة علاقة المجتمع الذي يعيش فيه.

٤- معرفة التوافق الاجتماعي للمدمن.

٥- إجراء اللقاءات المستمرة مع أسرة المدمن وتوجيهها لحل مشاكل الابن المدمن.

٦- إقامة جلسات مشتركة لعائلات المدمن.

وعلي هذا لكي ينجح الاخصائي الاجتماعي في تأهيل المدمن إجتماعيا فيجب عليه أن يقوم بما يلي :

١- إعادة بناء العلاقات علي أسس جيدة بعيدة عن التفكك والضعف والمساهمة في خلق صداقات جديدة للمدمن.

٢- إشاعة وإبراز روح التعاون بين المدمنين وإعادة تكيفهم مع المجتمع من جديد .

٣- إشعار المدمنين بأن مايقدم لهم من خدمات هي حق لهم وواجب من المجتمع نحوهم وليس صدقة أو إحسان.

٤- مساعدة المدمن علي التوافق الاجتماعي مع الاخرين داخل المجتمع .

٥- القدرة علي الاتصال بالمؤسسات الاخري ذات العلاقة بالمدمن (الاسرة،المدرسة،العمل)والقدرةعليالاقناع.**(Evaluation)**

(www.peregabriel.com)

٣- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين :

ويقصد هنا بالتأهيل النفسي دراسة شخصية المدمن ومعرفة نواحي القوة والضعف لديه ودراسة سماتها وخصائصها وذلك من خلال مايقوم به الاخصائي الاجتماعي في تأهيليهم نفسيا فيما يلي :

١- قياس ذكاء المدمن من خلال إختبارات الذكاء(إختبار وكسلر-إختبار ريفن)

٢- القيام بإختبارات الشخصية للمدمن (إختبار رورشاخ-إختبار التات)

٣- القيام بالاختبارات المرضية (إختبار القلق –الاكتئاب). (**rehabilition (25/11/2011www.ejabat.google.com**

٤- دراسة السمات الشخصية للمدمن موضوع الدراسة.

٥- معرفة مدي التوافق النفسي للمدمن. (**إبراهيم عبد الهادي:٢٠٠٢،ص ٨٠)**

ويوجد مجموعة من الادوار والمهام التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي في عملية التأهيل النفسي للمدمن المتعافي : **(فيصل محمود غرايبة:٢٠٠٨،ص ص ١١٠-١١١)**

١- تحصين نفس المريض من العقد والامراض.

٢- محاولة إكتشاف منشأ المرض والعقد النفسية .

٣- بيان قيمة الايمان بالله سبحانه وتعالي وأثره وقدرته علي معالجة وإصلاح المرض.

٤- تغيير النظرة الاجتماعية السلبية للامراض علي أنها مركب نقص ووصف المريض النفسي بأنه مجنون .

٥- تشجيع المدمن علي العلاج وإيجاد جو من الثقة وتوضيح فائدة العلاج.

٤- تقويم الدور المهني للاخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين:

وهنا يقوم الاخصائي الاجتماعي بالارشاد الثقافي والديني للمدمن حتي يتوب من الذنب ويطلب المغفرة من ربه بما إقترف من ذنوب في حق نفسه وحق أسرته وحق المجتمع وينوي أن يبدأصفحة جديدة مع ربه الذي خلقه ونعم عليه بنعمة العقل والجسد ليحافظ عليها لا أن يدمرها بالادمان وإدماجه مع المجتمع من خلال حضور الندوات والمؤتمرات والدورات التدريبية التي تساعده في التقرب من ربه والتقرب من المجتمع الذي يعيش به والاشتراك في الاندية للتعرف علي الاصدقاء الجدد والاقارب والاصحاب وممارسة الانشطة الرياضية والثقافية داخل مراكز الشباب والاندية وإندماجه مع ذلك المجتمع المحيط به.**(مدحت محمد أبوالنصر:٢٠٠٨،ص ٢٠٠)**

الباب الثاني

الاطار التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس :الاجراءات المنهجية للدراسة

الفصل السادس: النتائج المرتبطة بالدراسة

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

أولا: نوع الدراسة

ثانيا : منهج الدراسة

ثالثا:أدوات الدراسة

رابعا:مجالات الدراسة

١- المجال المكاني

٢- المجال البشري

٣- المجال الزمني

أولا : نوع الدراسة :

تنتمي هذه الدراسة إلي الدراسات التقويمية التي تسعي إلي تحديد ووصف وتقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان وذلك في ضوء الادوار والمهارات والنظريات العلمية المستخدمة والتوصل إلي تصور مقترح لزيادة فاعلية الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان .

ثانيا : منهج الدراسة :

المنهج (Methodology) هو الاسلوب الذي يتم في الاطار العام لاستراتيجية الدراسة وأنه الطريق الذي يتبعه الباحثان في دراسة المشكلة.**(عبد الباسط محمد حسن : ٢٠٠٠،ص٣٣)**

وتعتمد هذه الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي الشامل .

ثالثا: أدوات الدراسة:

وقد أعتمد الباحثان علي الادوات التالية:

١- استمارة استبيان لتقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان .

٢- المقابلات المقننة وشبه المقننة .

٣- الملاحظة.

٤- السجلات والتقاريرمثال تقرير إحصاءات دخول المرضي المتعافين من المؤسسة واعداد المتعافين.

وتتمثل خطوات إعداد استمارة استبيان الدراسة من خلال الخطوات التالية:

الخطوة الاولي: مرحلة جمع أسئلة استمارة الدراسة:-

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

أ- الاطلاع علي المراجع والبحوث والدراسات التي أجريت في مثل هذا الموضوع.

ب- الاستمارات والمقاييس التي صممت في البحوث والدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة.(أيات صبيح٢٠١١ ، فتحي عبد الوهاب١٩٨٩ ، مصطفي إسماعيل٢٠٠٢)

٢- مرحلة صياغة الاسئلة:-

وفي هذه المرحلة قام الباحثان بصياغة أسئلة استمارة الاستبيان للدراسة بشكل مبدئي وذلك في ضوء الاطار النظري للدراسة، وكذلك البحوث والدراسات السابقة، وقد راعي الباحثان في صياغته للأسئلة الدقة بحيث تبتعد عن التكرار والترادف في المعني مع تجنب الاسئلة المركبة أو الغامضة التي تحمل أكثر من معني، كما روعي في اختيار الاسئلة أن تكون أكثر اتصالا بموضوع الدراسة وأن تكون قريبة من مستوي ثقافة المبحوثين.

٣- مرحلة صدق أدوات الدراسة:-

وقد استخدم الباحثان نوعين من الصدق :

أولا : **الصدق الظاهري** : وذلك بعرض الاستمارات علي (١٠) محكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، وذلك لإبداء الرأي في مدي صلاحية استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية بمحافظتي القاهرة والجيزة، وذلك من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية، وكذلك مدي ارتباطها بمتغيرات الدراسة من ناحية أخري،وبناءاً علي ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض الاسئلة والعبارات وفقاً لدرجة اتفاق لا تقل عن(٨٠ %) بين المحكمين وذلك من خلال تطبيق المعادلة التالية:-

$$\text{نسبة الاتفاق} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق}}{\text{عدد مرات الاتفاق + عدد مرات الاختلاف}} \times ١٠٠$$

وفي نهاية هذه المرحلة تم وضع أدوات الدراسة في صورتها النهائية.

ثانيا : **صدق المحتوي** : وذلك من خلال :

١- مراجعة المادة النظرية و الاطلاع علي المراجع والبحوث والدراسات التي أجريت في مثل هذا الموضوع.

ب- مراجعة الاستمارات والمقاييس التي صممت في البحوث والدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة.(أيات صبيح٢٠١١ ، فتحي عبد الوهاب١٩٨٩ ، مصطفي إسماعيل٢٠٠٢)

٤- مرحلة ثبات أدوات الدراسة:-

حيث تم حساب الثبات لأدوات الدراسة باستخدام طريقة إعادة الاختبار – Test Retest حيث قام الباحثان بتطبيق استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين علي عينة قوامها (١٠) مفرده، وأعاد التطبيق مرة أخري علي نفس المفردات بفاصل زمني خمسة عشر يوماً، واستخدم الباحثان معامل القدرة علي الاسترجاع " معامل جتمان " لإيجاد معامل الثبات لكل استمارة وذلك علي النحو التالي:-

معامل الثبات " معامل القدرة علي الاسترجاع " = ١- عدد الاخطاء / عدد الاستجابات×عدد المجيبين

وتبين أن معامل ثبات استمارة استبيان الاخصائيين = ٠,٩١، وتم حساب معامل الصدق الاحصائي لاستمارة استبيان الاخصائيين الاجتماعيين والذي = الجذر التربيعي لمعامل الثبات = ٠,٩٥.

٥- مرحلة تطبيق أدوات الدراسة:-

وفي هذه المرحلة قام الباحثان بالنزول إلي الميدان وذلك لتطبيق الاستمارات علي مجتمع البحث وهم جميع الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية السابق ذكرها، وذلك بهدف تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان . وهو ما تهدف إليه الدراسة الحالية.

وفي هذه المرحلة يتم جمع المعلومات والبيانات المراد الحصول عليها من هذه الدراسة، وبعد ذلك يتم تفريغ البيانات، ثم تبويبها، ثم جدولتها، ثم استخلاص وعرض النتائج كما سنري في الفصل الخامس السادس.

* وقد تضمنت استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين المحاور الاتية:-

أ-البيانات الاولية: وتتمثل في:- (الاسم –السن - المؤهل الدراسي – عدد سنوات الخبرة - ثم بيانات مرتبطة بالدورات التدريبية التي شارك فيها الأخصائي الاجتماعي.).

ب- بيانات مرتبطة بالدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان.

ج- بيانات مرتبطة بالدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان.

د- بيانات مرتبطة بالدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان.

ه- ب- بيانات مرتبطة بالدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان.

رابعا : مجالات الدراسة

١- المجال مكاني:

وقد طبقت الدراسة في عدد (٦) مستشفيات حكومية للصحة النفسية ب ج.م.ع وهم:

١- مستشفي الصحة النفسية بالعباسية.

٢- مستشفي الصحة النفسية بالقصر العيني.

٣- مستشفي الصحة النفسية بالمطار.

٤- مستشفي الصحة النفسية بالخانكة.

٥- مستشفي الصحة النفسية بالدمرداش.

٦- مستشفي الصحة النفسية بحلوان.

وقد تم إختيار المجال المكاني للأسباب التالية:

١- موافقة المسئولين علي تطبيق الجزء العملي للدراسة بتلك المستشفيات.

٢- توافر المواصلات للوصول للمجال المكاني من الباحثان .

٣- توافر عدد الاخصائيين الاجتماعيين الكافي للدراسة.

٤- توافر أقسام الادمان بتلك المستشفيات.

٢- المجال بشري :

مسح اجتماعي شامل لجميع الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية الحكومية بمحافظتي القاهرة والجيزة والذي بلغ عددهم ١١٩ أخصائي اجتماعي وأخصائية.

وتكون إطار المعاينة من (١١٩) أخصائي وأخصائية وقد تم حذف عدد (١٠) لتطبيق الثبات عليهم من خلال تطبيق الثبات الاولي ثم تطبيق الثبات الثاني بفارق زمني (١٠) أيام وقد تم مقارنة النتائج كما سبق.

والجدول التالي يوضح عدد الاخصائيين الاجتماعيين بكل مستشفي:

المستشفي	عدد الاخصائيين الاجتماعيين
القصر العيني	١٥
العباسية	٢٥
المطار	١٤
الخانكة	٢٥
الدمرداش	٥
حلوان	٣٥
الاجمالي	١١٩

٣- المجال الزمني :

وهو فترة جمع البيانات من الميدان حيث أستغرق ذلك الفترة من ٢٠١٢/٥/٢٨ إلي ٢٠١٢/٧/٢٠.

خامسا: المعالجات الاحصائية : قد تم الاعتماد في هذه الدراسة علي بعض المعاملات الاحصائية مثل النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وإستخدم الباحثان برنامج ال spssللمعاملات الاحصائية (ver .6).

الفصل السادس

النتائج العامة للدراسة

أ- استخلاص نتائج الدراسة

ب- التصور المقترح لزيادة فعالية الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان .

أولا : البيانات الاولية :

جدول رقم (٤)

يوضح متغير السن

السن	التكرار	%	الترتيب
٢٠ فأقل من ٢٥	٣	٢,٧٥	٦
٢٥ فأقل من ٣٠	٢٤	٢٢	٢
٣٠ فأقل من ٣٥	١٩	١٧,٤	٤
٣٥ فأقل من ٤٠	٢٥	٢٢,٩	١
٤٠ فأقل من ٤٥	٢٤	٢٢	٢
٤٥ ـ ٥٠	١٤	١٢,٨	٥
المجموع	١٠٩	١٠٠	-
المتوسط الحسابي	٣٥,٦٩%	الانحراف المعياري	٦,٨٩%

يشير الجدول أن نسبة (٢٢,٩%) من عينة الدراسة هي أعلي نسبة تقع في سن ٣٥ فأقل من ٤٠ ، ويليها نسبة (٢٢%) تقع في سن ٢٥ فأقل من ٣٠ وتساوت هذه النسبة مع نسبة (٢٢%) تقع ١٠ فأقل من ٤٥ ويليها نسبة (١٧,٤%) تقع في ٣٠ فأقل من ٣٥ ، ثم يليها نسبة (١٢,٨%) تقع في سن ٤٥ إلي ٥٠ سنه ثم يليها نسبة (٢,٧٥%) تقع في ٢٠ فأقل من ٢٥ ، وهذا يدل علي أن الفئة العمرية من الاخصائيين الاجتماعيين التي تقع في ٣٥ فأقل من ٤٠ والتي بلغت نسبتها (٢٢,٩%) هي أكثر الفئات بعينة الدراسة وهذا يدل علي أن الاخصائيين الاجتماعيين في تلك الفئة هم من لديهم خبرة في التعامل مع المتعافين من الادمان .

جدول رقم (٥)

يوضح متغير النوع

المتغيرات	التكرار	%	الترتيب
ذكر	٣٩	٣٥,٧٨	٢
أنثي	٧٠	٦٤,٢٢	١
المجموع	١٠٩	١٠٠	-
المتوسط الحسابي	١,٦٤	الانحراف المعياري	%.٤٨

ويشير الجدول السابق أن عينة الدراسة من الذكور بلغت (٣٥,٧٨%) بينما عينة الاناث بلغت (٦٤,٢٢%) من مفردات البحث ، مما يدل علي أن عينة الاناث أعلي من عينة الذكور وربما يرجع السبب في ذلك إلي طبيعية عمل الاخصائيين الاجتماعيين داخل المستشفيات وتعاملهم مع الحالات داخل المؤسسة وعدم حاجاتهم إلي للخروج للميدان بعكس عدم إقبال الذكور علي العمل الحكومي وذلك لقلة دخله.

جدول رقم (٦)

يوضح متغير المؤهل الدراسي

المؤهل الدراسي	التكرار	%	الترتيب
مؤهل فوق المتوسط	-	-	-
مؤهل جامعي	٨٦	٧٨,٩	١
دبلوم دراسات عليا	١٨	١٦,٥	٢
ماجستير	٥	٤,٦	٣
دكتوراه	-	-	-
المجموع	١٠٩	١٠٠	-
المتوسط الحسابي	%٢٠٢٦	الانحراف المعياري	%.٥٣

يوضح الجدول أن أعلي نسبة وهي (٧٨,٩%) وهم الاخصائيين الاجتماعيين الحاصلون علي درجة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية ، ويليها نسبة (١٦,٥) وهم

الأخصائيون الاجتماعيون الحاصلون علي دبلوم عالي في الخدمة الاجتماعية ، ويليها نسبة (٤,٦) وهم الأخصائيون الاجتماعيون الحاصلون علي ماجستير في الخدمة الاجتماعية ، بينما لا يوجد ممن هم حاصلين علي مؤهل فوق المتوسط أو حاصلين علي الدكتوراه ، وهذا يوضح أن أعلي نسبة هي (٧٨,٩%) ممن هم حاصلون علي بكالوريوس الخدمة الاجتماعية وهي مجال تخصصهم.

جدول رقم (٧)

يوضح سنوات الخبرة للأخصائيين الاجتماعيين في تأهيل المتعافين من الادمان

الفئات	التكرار	%	الترتيب
أقل من ٣ سنوات	**٦**	**٥,٥**	**٤**
٣ سنوات فأقل من ٧	**٣٩**	**٣٥,٨**	**١**
٧ سنوات فأقل من ١١	**٣١**	**٢٨,٤**	**٢**
١١ سنوات فأقل من ١٥	**٢٤**	**٢٢**	**٣**
١٥ سنوات فأقل من ١٨	**٥**	**٤,٦**	**٥**
١٨ إلي ٢٤ سنه	**٤**	**٣,٧**	**٦**
المجموع	**١٠٩**	**١٠٠**	**-**
المتوسط الحسابي	**٨,١٣%**	**الانحراف المعياري**	**٤,٦٢%**

ويوضح الجدول السابق أن نسبة الأخصائيون الاجتماعيون العاملين بمستشفيات الصحة النفسية الحكومية ولديهم خبرة من ٣ سنوات فأقل من ٧ بلغت النسبة (٣٥,٨%) يليها من ٧ سنوات فأقل من ١١ وبلغت النسبة (٢٨,٤%) ثم يليها من ١١ سنه فأقل من ١٥ وبلغت النسبة (٢٢%) ثم يليها أقل من ٣ سنوات وقلت بلغت النسبة (٥,٥%) ثم يليها من ١٥ سنه فأقل من ١٨ وقد بلغت النسبة (٤,٦%) وأخيرا من ١٨ إلي ٢٤ سنه وقد بلغت النسبة (٣,٧%) .

مما يدل علي أن أكبر نسبة بلغت من ٣ سنوات فأقل من ٧ سنوات وهي (٣٥,٨%) ويرجع السبب في ذلك أن هؤلاء الأخصائيون الاجتماعيون يعملون في هذه المستشفيات

منذ مدة كبيرة أي منذ ١٥ سنه فلديهم الخبرة في كيفية تأهيل المتعافين من الادمان وكيفية التعامل معهم ونتيجة تعاملهم مع المدمنين وكيفية حل مشاكلهم وتأهيليهم.

جدول رقم (٨)

يوضح حصول الاخصائيين الاجتماعيين علي دورات تدريبية في كيفية التعامل مع المتعافين من الادمان

البيان	التكرار	%	الترتيب
نعم	٦١	٥٦	١
لا	٤٨	٤٤	٢
المجموع	١٠٩	١٠٠	-
المتوسط الحسابي	١,٤٤%	الانحراف المعياري	٥٠.%

ويوضح الجدول السابق أن نسبة الأخصائيون الاجتماعيون الذين حصلوا علي دورات ادريبية بلغت (٥٦%) بينما الأخصائيون الاجتماعيون الذين لم يحصلوا علي دورات تدريبية بلغت (٤٤%) مما يدل علي أن الغالبية العظمي من الاخصائيين الاجتماعيين حصلوا علي دورات تدريبية والسبب في ذلك أن الامانة العامة للصحة النفسية بالعباسية تقوم بعمل الدورات التدريبية للأخصائيون الاجتماعييون العاملون بمستشفيات الصحة النفسية الحكومية منذ بداية علمهم بالمستشفي ، اما الذين لم يحصلوا علي دورات وذلك لانهم معينين جدد داخل المستشفيات ولو يتلقوا حتي الان دورات إلي القليل .

ثانيا : تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان :

جدول رقم (٩)

يوضح درجة أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان.

م	العبارات	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	المتوسط	%	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				

١	أبتكر إجراءات لتسهيل حصولهم علي الخدمة.	٤١	٣٧,٦	٥٢	٤٧,٧	١٦	١٤,٧	٢٤٣	٢,٢	٧٣,٣	١٧
٢	اتابع المتعافي بعد خروجة للبيئة الطبيعية .	٤١	٣٧,٦	٥٣	٤٨,٦	١٥	١٣,٨	٢٤٤	٢,٢	٧٣,٣	١٧
٣	أتعاون مع الفريق العلاجي للمتعافين من الادمان .	٧٦	٦٩,٧	٢٤	٢٢	٩	٨,٣	٢٨١	٢,٦	٨٦,٧	٢
٤	أرشدهم إلي مصادر الخدمات الطبية	٦٠	٥٥	٤٢	٣٨,٥	٧	٦,٤	٢٧١	٢,٥	٨٣,٣	٦
٥	أساعد المتعافين أثناء مراحل التعافي من الادمان.	٥٩	٥٤,١	٤٠	٣٦,٧	١٠	٩,٢	٢٦٧	٢,٤	٨٠	١٢
٦	أساعد المتعافين للأستفادة من خدمات التأهيل الصحي بالمستشفي	٦٣	٥٧,٨	٣٣	٣٠,٣	١٣	١١,٩	٢٦٨	٢,٥	٨٣,٣	٦
٧	أساعد المتعافين من الادمان علي التخلص من الأفكار الخاطئة حول مساعدة المخدر علي المرح والسعادة.	٧٥	٦٨,٨	٣١	٢٨,٤	٣	٢,٨	٢٩٠	٢,٧	٩٠	١
٨	أساعد المتعافين من الادمان في الحصول علي البرامج المقدمة من المستشفي.	٥٩	٥٤,١	٤٠	٣٦,٧	١٠	٩,٢	٢٦٧	٢,٤	٨٠	١٢
٩	أساعد المتعافين من الادمان في الحصول علي الدواء	٤٩	٤٥	٤٥	٤١,٣	١٥	١٣,٨	٢٥٢	٢,٣	٧٦,٧	١٥
١٠	أساعد علي إستبصارالمتعافي من الادمان بوضعه الصحي.	٦٠	٥٥	٤٠	٣٦,٧	٩	٨,٣	٢٦٩	٢,٥	٨٣,٣	٦
١١	أساعد في تنظيم ندوات تثقيفية صحية للمتعافين وأسرهم.	٤١	٣٧,٦	٤٩	٤٥	١٩	١٧,٤	٢٤٠	٢,٥	٧٣,٣	١٧
١٢	أشجع المتعافين علي الاهتمام بالمظهر الشخصي .	٦٨	٦٢,٤	٣٢	٢٩,٤	٩	٨,٣	٢٧٧	٢,٥	٨٣,٣	٦
١٣	أشجع المتعافين علي تحمل الالم بعيدا عن اللجوء إلي الادمان مرة أخري.	٧٠	٦٤,٢	٣٤	٣١,٢	٥	٤,٦	٢٨٣	٢,٦	٨٦,٣	٢
١٤	أشرح لهم المراحل المتوقع أن يمروا بها أثناء التأهيل.	٦٣	٥٧,٨	٣٥	٣٢,١	١١	١٠,١	٢٧٠	٢,٥	٨٣,٣	٦
١٥	أعد المتعافين من الادمان بمعلومات لفهم حقيقة التأهيل الصحي.	٧١	٦٥,١	٣٣	٣٠,٣	٥	٤,٦	٢٨٤	٢,٦	٨٦,٧	٢
١٦	أعد المدمن المتعافي لتقبل أنواع الاختبارات الطبية .	٤٦	٤٢,٢	٤٩	٤٥	١٤	١٢,٨	٢٥٠	٢,٣	٧٦,٧	١٥
١٧	أقوم بحلقة وصل بين المتعافي والفريق الطبي .	٦٩	٦٣,٣	٣٧	٣٣,٩	٣	٢,٨	٢٨٤	٢,٦	٨٦,٧	٢
١٨	أقوم بحلقة وصل بين المتعافي والفريق الطبي وأسرة المتعافي .	٦٩	٦٨,٣	٣٣	٣٠,٣	٧	٦,٤	٢٨٠	٢,٦	٨٦,٧	٢
١٩	أقوم بوضع خطة مع الفريق العلاجي للمتعافين من الادمان لمتابعتهم بعد التعافي.	٦٢	٥٦,٩	٣٩	٣٥,٨	٨	٧,٣	٢٨٢	٢,٥	٨٣,٣	٦
٢٠	أهيء المتعافين من الادمان لعملية التأهيل الصحي.	٥٤	٤٩,٥	٤٦	٤٢,٢	٩	٨,٣	٢٦٣	٢,٤	٨٠	١٢
المتوسط العام			٥٤,٩		٣٧,٦		٩,٠٤	٥٣٥٩	٢,٤٦	٨٢	-

ويتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لأداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان بالموافقة وذلك بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٤٦%) أي بما يعادل نسبة إتفاق بنسبة (٨٢%) .

ومن النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أن الادوارالمهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان هو مساعدة المتعافين من الادمان علي التخلص من الافكار الخاطئة حول مساعدة المخدر علي المرح والسعادة ، وذلك بنسبة (٩٠%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٧%) ، ويليها دوره في التعاون مع الفريق العلاجي بالمستشفي وتشجيع المتعافين علي تحمل الالم بعيدا عن اللجوء إلي الادمان مرة أخري و القيام بحلقة وصل بين المتعافي والفريق الطبي والقيام بحلقة وصل بين المتعافي والفريق الطبي وأسرة المتعافي بنسبة (٨٦,٧%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٦%) ويليها دوره في تشجيع المتعافين علي الاهتمام بالمظهر الشخصي وإرشادهم إلي مصادر الخدمات الطبية ومساعدة المتعافين للأستفادة من خدمات التأهيل الصحي بالمستشفي والمساعدة علي إستبصارالمتعافي من الادمان بوضعه الصحي و أشرح لهم المراحل المتوقع أن يمروا بها أثناء التأهيل والقيام بوضع خطة مع الفريق العلاجي للمتعافين من الادمان لمتابعتهم بعد التعافي بنسبة (٨٣,٣%) بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٥%).

ويتضح من خلال النتائج السابقة أن الأخصائي الاجتماعي قد استخدم بعض من ادواره المهنية مع المتعافين من الادمان واستخدم مهارات حل المشكلة وتكوين العلاقة المهنية مع الفريق العلاجي والمتعافين وقد اعتمد في ذلك علي نظرية الانساق من خلال تعامله مع الفريق العلاجي ونسق الاسرة ونسق المتعافي .

-كما يتضح أن أقل الادوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان هو مساعدة المتعافين في الحصول علي الدواء وذلك بنسبة (٧٦,٧%) وبمتوسط (٢,٣%) ويليها دوره أتابع المتعافي بعد خروجة للبيئة الطبيعية وذلك بنسبة (٧٣,٣%) وبمتوسط (٢,٢%) مما يدل علي دور الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان يتوقف علي مساعدتهم في البعد عن الادمان والتخلص من الافكار الخاطئة عن المخدر وتشجيعهم علي الاهتمام بالمظهر الشخصي لهم ولكن الحصول علي الدواء والمتابعة بعد الخروج ليس من أهم أختصاصاتهم .

وهنا يتضح أن الأخصائي لم يقوم بدوره المهني كمساعد وكممكن في الحصول علي الخدمة التي يحتاجها المتعافي مثل الدواء ولم يستخدم مهارة الرجوع للخبراء في ذلك.

جدول رقم (١٠)

يوضح درجة أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان.

م	العبارات	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	المتوسط	%	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	أجدد دافعية المدمن المتعافي نحو إعادة التأهيل.	٤٤	٤٠,٤	٥٣	٤٨,٦	١٢	١١	٢٥٠	٢,٣	٧٦,٧	١٨
٢	أجعل من المتعافين نماذج يحتذي بها في التخلص من الادمان.	٤٦	٤٢,٢	٥٦	٥١,٤	٧	٦,٤	٢٥٧	٢,٤	٨٠	١٦
٣	أحترم قدرات المدمن المتعافي عند إعادة التأهيل.	٧٧	٧٠,٦	٢٩	٢٦,٦	٣	٢,٨	٢٩٢	٢,٧	٩٠	١
٤	أخفف الضغوط الانفعالية للمدمن المتعافي.	٦٣	٥٧,٨	٣٥	٣٢,١	١١	١٠,١	٢٧٠	٢,٥	٨٣,٣	٩
٥	أدعم المتعافين من الادمان تدعيما لفظيا.	٦٨	٦٢,٤	٣٤	٣٢,٢	٧	٦,٤	٢٧٩	٢,٦	٨٦,٧	٢
٦	أدعم للمتعافين فكرة أنه بالارادة يمكنه التغلب علي أي إنتكاسة.	٦١	٥٦	٤١	٣٧,٦	٧	٦,٤	٢٧٢	٢,٥	٨٣,٣	٩
٧	أركز علي إيجابيات المتعافي من الادمان .	٧٢	٦٦,١	٢٤	٢٢	١٣	١١,٩	٢٧٧	٢,٥	٨٣,٣	٩
٨	أساعد المتعافين من الادمان علي تجديد ثقته في نفسه	٧٦	٦٩,٧	٢٤	٢٢	٩	٨,٣	٢٨٥	٢,٦	٨٦,٧	٢
٩	أساعد المتعافين من الادمان في تقبل ذاتهم.	٧٤	٦٧,٩	٢٤	٢٢	١١	١٠,١	٢٨١	٢,٦	٨٦,٧	٢
١٠	أساعد المتعافين من الادمان في توظيف جوانب القوة لديهم .	٦٨	٦٢,٤	٢٨	٢٥,٧	١٣	١١,٩	٢٧٣	٢,٥	٨٣,٣	٩
١١	أساعد المدمن المتعافي علي التعبير عن مشاعره.	٦٧	٦١,٥	٣٩	٣٥,٨	٣	٢,٨	٢٨٢	٢,٦	٨٦,٧	٢
١٢	أساعد علي إستبصار المدمن المتعافي بوضعه التأهيلي	٦٥	٥٩,٦	٣٩	٣٥,٨	٥	٤,٦	٢٧٨	٢,٥	٨٣,٣	٩
١٣	أساعد في إبعاد المتعافين عن الوحدة.	٥٨	٥٣,٢	٤٢	٣٨,٥	٩	٨,٣	٢٦٧	٢,٤	٨٠	١٦
١٤	أشجع المتعافي علي تكوين صورة إيجابية لذاته.	٦٩	٦٣,٣	٣١	٢٨,٤	٩	٨,٣	٢٧٨	٢,٥	٨٥	٨
١٥	أعرض نماذج ناجحة لتأهيل المتعافي من الادمان.	٦٧	٦١,٥	٢٧	٢٤,٨	١٥	١٣,٨	٢٧٠	٢,٥	٨٣,٣	٩
١٦	أقدم المساندة النفسية لتأهيل المدمن المتعافي.	٤٣	٣٩,٤	٥١	٤٦,٨	١٥	١٣,٨	٢٤٦	٢,٣	٧٦,٧	١٨
١٧	أقدم أنشطة إيجابية ومفيدة للمتعافين من الادمان.	٧٤	٦٧,٩	٢٥	٢٢,٩	١٠	٩,٢	٢٨٢	٢,٦	٨٦,٧	٢
١٨	أقيس الاستعدادالنفسي للمدمن المتعافي نحو التأهيل.	٤٦	٤٢,٢	٢٢	٢٠,٢	٤١	٣٧,٦	٢٢٣	٢,٠٤	٦٨	٢٠
١٩	أمدح المتعافي كلما تقدم في العلاج.	٦٧	٦١,٥	٢٩	٢٦,٦	١٣	١١,٩	٢٧٢	٢,٥	٨٣,٣	٩
٢٠	أنمي الاعتماد علي النفس لدي المدمن المتعافي.	٧٤	٦٧,٩	٢٨	٢٥,٧	٧	٦,٤	٢٨٥	٢,٦	٨٦,٧	٢
المتوسط العام			٥٨,٧		٣١,٢		١٠,٠٩	٥٤١٩	٢,٤٨	٨٢,٧	-

ويتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لأداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان بالموافقة وذلك بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٤٨%) أي بما يعادل نسبة إتفاق بنسبة (٨٢,٧%) .

ومن النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أن الأدوار والمهارات والنظريات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان ، هو احترام قدرات المدمن المتعافي عند إعادة التأهيل وذلك بنسبة (٩٠%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٧%) ، ويليها دوره في تدعيم المتعافين من الادمان تدعيما لفظيا ومساعدة المتعافين من الادمان علي تجديد ثقته في نفسه ومساعدة المتعافين من الادمان في تقبل ذاتهم ومساعدة المدمن المتعافي علي التعبير عن مشاعره وأقدم أنشطة إيجابية ومفيدة للمتعافين من الادمان وأنمي الاعتماد علي النفس لدي المدمن المتعافي بنسبة (٨٦,٧%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٦%) ويليها دوره مساعدة المدمن المتعافي علي التعبير عن مشاعره بنسبة (٨٥%) بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٥٥%) ويليها دوره في تخفيف الضغوط الانفعالية للمدمن المتعافي. و أدعم للمتعافين فكرة أنه بالارادة يمكنه التغلب علي أي إنتكاسة وأركز علي إيجابيات المتعافي من الادمان و أساعد المتعافين من الادمان في توظيف جوانب القوة لديهم و أساعد علي إستبصار المدمن المتعافي بوضعه التأهيلي و أعرض نماذج ناجحة لتأهيل المتعافي من الادمان و أمدح المتعافي كلما تقدم في العلاج بنسبة (٨٣,٣%) بمتوسط (٢,٥%) وتلك أعلي الادورار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان.

ويتضح من النتائج السابقة أن الأخصائي الاجتماعي استخدم أدوارة المهنية مثل دوره كمساعد وكمدعم وكمنشط وقام بتقبل المدمن المتعافي واحترام رغباته التزاما بمهارة التقبل واحترام الذات والعمل مع فريق العمل .

-كما يتضح أن أقل الادوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان هو أجعل من المتعافين نماذج يحتذي بها في التخلص من الادمان و أساعد في إبعاد المتعافين عن الوحدة وذلك بنسبة (٨٠%) وبمتوسط (٢,٤%) ويليها

دوره أجدد دافعية المدمن المتعافي نحو إعادة التأهيل و أقدم المساندة النفسية لتأهيل المدمن المتعافي وذلك بنسبة (٧٦,٧%) وبمتوسط (٢,٣%) ثم يليها دورهأقيس الاستعدادالنفسي للمدمن المتعافي نحو التأهيل وذلك بنسبة (٦٨%) وبمتوسط (٢,٠٤%) مما يدل علي دور الأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان يتوقف علي الدعم اللفظي وتجديد الثقة بالنفس والمساعدة في التغلب علي الانتكاسة وتقديم الانشطة والتركيز علي جوانب القوة لديهم وهكذا .

ولكن يأتي بعد ذلك الادوار إبعادهم عن الوحدة وتجديد الدافعية لديهم ليست لها أهمية لديهم بعكس الادورار الاخري

جدول رقم (١١)

يوضح درجة أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان

م	العبارات	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	المتوسط	%	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	أحث أسرة المتعافي من الادمان علي التعاون مع المستشفي.	٧٦	٦٩,٧	٢٤	٢٢	٩	٨,٣	٢٨٥	٢,٦	٨٦,٧	١
٢	أحث المتعافي من الادمان علي اللجوء لجماعات المساندة.	٦٥	٥٩,٦	٣٧	٣٣,٩	٧	٦,٤	٢٧٦	٢,٥	٨٣,٣	٧
٣	أحث المتعافين من الادمان علي المشاركة في الانشطة الاجتماعية .	٧٠	٦٤,٢	٣٤	٣١,٢	٥	٤,٦	٢٨٣	٢,٦	٨٦,٧	١
٤	أحلل المشكلات التي تعوق تأهيل المتعافين من الادمان	٣٣	٣٠,٣	٥١	٤٦,٨	٢٥	٢٢,٩	٢٢٦	٢,٠٧	٦٩	١٩
٥	أدعم علاقات التعاون بين المستشفي وأسرة المتعافي .	٦٦	٦٠,٦	٣٦	٣٣	٧	٦,٤	٢٧٧	٢,٥	٨٣,٣	٧
٦	أساعد المتعافين من الادمان علي المشاركة الايجابية في الحياة العامة	٧٢	٦٦,١	٣٢	٢٩,٤	٥	٤,٦	٢٨٥	٢,٦	٨٦,٧	١
٧	أساعد المتعافين من الادمان علي مواجهة مشكلاتهم	٧٢	٦٦,١	٣٠	٢٧,٥	٧	٦,٤	٢٨٣	٢,٦	٨٦,٧	١
٨	أساعد المدمن المتعافي علي شغل أوقات فراغه بشكل إيجابي.	٧٤	٦٧,٩	٣٢	٢٩,٤	٣	٢,٨	٢٨٩	٢,٦	٨٦,٧	١
٩	أشجع المتعافي علي الالتحاق بعمل مناسب له.	٦٢	٥٦,٩	٣٤	٣١,٢	١٣	١١,٩	٢٦٧	٢,٤	٨٠	١٤
١٠	أشجع المدمن المتعافي علي ممارسة حياته الاجتماعية	٧٦	٦٩,٧	٢٢	٢٠,٢	١١	١٠,١	٢٨٣	٢,٦	٨٦,٧	١
١١	أطلب من المدمن المتعافي واجبات منزلية.	٥٠	٤٥,٩	٣٥	٣٢,١	٢٤	٢٢	٢٤٤	٢,٢	٧٣,٣	١٦
١٢	أعمل علي تحسين العلاقة بين المتعافي وأعضاء أسرته.	٧٠	٦٤,٢	٢٩	٢٦,٦	١٠	٩,٢	٢٧٨	٢,٥	٨٣,٣	٧
١٣	أكسب المدمن المتعافي خبرات التأهيل الاجتماعي.	٦٣	٥٧,٨	٣٧	٣٣,٩	٩	٨,٣	٢٧٢	٢,٥	٨٣,٣	٧
١٤	أنمي المهارات السلوكية لتسهيل تأهيل المدمن المتعافي.	٦٩	٦٣,٣	٢٤	٢٢	١٦	١٤,٧	٢٧١	٢,٥	٨٣,٣	٧
١٥	أنمي المهارات المعرفية لتسهيل تأهيل	٦٥	٥٩,٦	٣٣	٣٠,٣	١١	١٠,١	٢٧٢	٢,٥	٨٣,٣	٧

	المدمن المتعافي										
١٦	أوجه المتعافي للأستفادة من تكنولوجيا تأهيل المتعافين.	٥٩	٥٤,١	٣٧	٣٣,٩	١٣	١١,٩	٢٦٤	٢,٤	٨٠	١٤
١٧	أوفر بيئة آمنة تساعد المتعافي علي تعلم مهارات التأهيل.	٢٨	٢٥,٧	٦٧	٦١,٥	١٤	١٢,٨	٢٣٢	٢,١	٧٠	١٨
١٨	توفير الخدمات للأسرة من مصادر المجتمع .	٣٥	٣٢,١	٦٤	٥٨,٧	١٠	٩,٢	٢٤٣	٢,٢	٧٣,٣	١٦
١٩	توفير بيئة آمنة تساعد المتعافي علي تعلم المهارات الضرورية.	٣٥	٣٢,١	٤٥	٤١,٣	٢٩	٢٦,٦	٢٢٤	٢,٠٥	٦٨,٣	٢٠
٢٠	حث مؤسسات المجتمع علي توفير فرص عمل للمتعافي من الادمان .	٦٧	٦١,٥	٢٧	٢٤,٨	١٥	١٣,٨	٢٧٠	٢,٥	٨٣,٣	٧
المتوسط العام			٥٠,٨		٣١,٦		١٠,٢	٥٣٢٤	٢,٤٤	٨١,٣	-

ويتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لأداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان بالموافقة وذلك بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٤٤%) أي بما يعادل نسبة إتفاق بنسبة (٨١,٣%) .

ومن النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أن الأدوار والمهارات والنظريات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان هوحث أسرة المتعافي من الادمان علي التعاون مع المستشفي و حث المتعافين من الادمان علي المشاركة في الانشطة الاجتماعية ومساعدة المتعافين من الادمان علي المشاركة الايجابية في الحياة العامة ومساعدة المتعافين من الادمان علي مواجهة مشكلاتهم و ومساعدة المدمن المتعافي علي شغل أوقات فراغه بشكل إيجابي و أشجع المدمن المتعافي علي ممارسة حياته الاجتماعية وذلك بنسبة (٨٦,٧%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٦%) ، ويليها دوره في حث المتعافي من الادمان علي اللجوء لجماعات المساندة و أدعم علاقات التعاون بين المستشفي وأسرة المتعافي و أعمل علي تحسين العلاقة بين المتعافي وأعضاء أسرته و أكسب المدمن المتعافي خبرات التأهيل الاجتماعي و أنمي المهارات السلوكية لتسهيل تأهيل المدمن المتعافي و أنمي المهارات المعرفية لتسهيل تأهيل المدمن المتعافي و حث مؤسسات المجتمع علي توفير فرص عمل للمتعافي من الادمان بنسبة (٨٣,٣%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٥%) ويليها دوره أشجع المتعافي علي الالتحاق بعمل مناسب له و أوجه المتعافي للأستفادة من تكنولوجيا تأهيل المتعافين بنسبة (٨٠%) بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٤%) وتلك أعلي

الادوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان.

ونجد هنا أن الأخصائي الاجتماعي إلتزم بمهارة حل المشكلات الي تواجه المدمن المتعافي ومهارة التشجيع علي القيام بالعمل وتقبل ذته وتكوين العلاقات مع المجتمع الخارجي والعمل مع الانساق الاخري مثل الاسرة والمجتمع والعمل علي تنمية مهاراته.

-كما يتضح أن أقل الادواروالمهارات والنظريات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان هو دوره أطلب من المدمن المتعافي واجبات منزلية و أوفر بيئة أمنة تساعد المتعافي علي تعلم مهارات التأهيل وذلك بنسبة (٧٣,٣%) وبمتوسط (٢,٢%) ويليها دوره أحلل المشكلات التي تعوق تأهيل المتعافين من الادمان وذلك بنسبة (٦٩%) وبمتوسط (٢,٠٧%) مما يدل علي دور الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان يتوقف علي المشاركة في الانشطة وتكوين وتدعيم العلاقات بين المتعافي وأسرته وربطه بالجماعات المساندة وتنمية المهارات السلوكية والمعرفية بينما يأتي بعد ذلك الادوار توفير البيئة الامنة للمتعافي وحل مشكلات التي تعوق التأهيل .

جدول رقم (١٢)

يوضح درجة أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان.

م	العبارات	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	المتوسط	%	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	أحث المتعافي من الادمان علي الاشتراك في الانشطة الثقافية	٦٦	٦٠,٦	٣٤	٣١,٢	٩	٨,٣	٢٧٥	٢,٥	٨٣,٣	١٣
٢	أحرص علي إشتراك المتعافي في ألعاب التسلية.	٧٠	٦٤,٢	٣١	٢٨,٤	٨	٧,٣	٢٨٠	٢,٦	٨٦,٧	٨
٣	أحرص علي إشتراك المتعافي من الادمان في برامج التوعية من الادمان.	٦٩	٦٣,٣	٣٣	٣٠,٣	٧	٦,٤	٢٨٠	٢,٦	٨٦,٧	٨
٤	أحرص علي إشتراك المتعافين من الادمان في الرحلات الترفيهية.	٧٥	٦٨,٨	٢٢	٢٠,٢	١٢	١١	٢٨١	٢,٦	٨٦,٧	٨
٥	أحرص علي دعوة المتعافي لحفلات المستشفي.	٨١	٧٤,٣	٢١	١٩,٣	٧	٦,٤	٢٩٢	٢,٧	٩٠	٣
٦	أساعد في توعية المتعافين من الادمان بالقيم الثقافية ونقلها لهم.	٧٧	٧٠,٦	٢٩	٢٦,٦	٣	٢,٨	٢٩٢	٢,٧	٩٠	٣
٧	أساعد وأسهل إشتراك المتعافين من الادمان في الاندية.	٥٤	٤٩,٥	٣٤	٣١,٢	٢١	١٩,٣	٢٥١	٢,٣	٧٦,٧	١٩
٨	أشجع المتعافي من الادمان علي	٨٤	٧٧,١	١٥	١٣,٨	١٠	٩,٢	٢٩٢	٢,٧	٩٠	٣

	إستخدام القراءة بالمكتبة.									
٩	أشرك المتعافين من الادمان في ندوات طبية عن الادمان.	٦٠	٥٥	٣٦	٣٣	١٣	١١,٩	٢٦٥	٢,٤	٨٠	١٦
١٠	أصمم ندوات توضح كيفية إشباع حاجات المتعافين من الادمان .	٦٧	٦١,٥	١٧	١٥,٦	٢٥	٢٢,٩	٢٦٠	٢,٤	٨٠	١٦
١١	أقدم المشورة للمتعافين من الادمان.	٩٥	٨٧,٢	٩	٨,٣	٥	٤,٦	٣٠٨	٢,٨	٩٣,٣	٢
١٢	أقيم حفلات ترفيهية تضم المتعافي وأسرته.	٦١	٥٦	٤١	٣٧,٦	٧	٦,٤	٢٧٢	٢,٥	٨٣,٣	١٣
١٣	أقيم مسابقات ثقافية تنافسية بين المتعافين من الادمان.	٧٢	٦٦,١	٢٦	٢٣,٩	١١	١٠,١	٢٧٩	٢,٥	٨٣,٣	١٣
١٤	أوزع نشرات دورية عن خطوات تأهيل المدمن المتعافي.	٥٠	٤٥,٩	٤٨	٤٤	١١	١٠,١	٢٥٧	٢,٣	٧٦,٧	١٩
١٥	العمل علي تنظيم يوم للقيام بنزهة مع المتعافين من الادمان	٧٨	٧١,٦	٢٣	٢١,١	٨	٧,٣	٢٨٨	٢,٦	٨٦,٧	٨
١٦	عمل لوحات شرف تضم المتعافين من الادمان وتعليقها في أماكن مميزة داخل المؤسسة.	٦٩	٦٣,٣	٢١	١٩,٣	١٩	١٧,٤	٢٦٨	٢,٤	٨٠	١٦
١٧	القيام بعمل المناقشات الجماعية بين المتعافين من الادمان للتعرف علي أهم حاجاتهم وإهتماماتهم	٧٧	٧٠,٦	٢٤	٢٢	٨	٧,٣	٢٨٧	٢,٦	٨٦,٧	٨
١٨	مساعدة المتعافين علي إبراز التغييرات الايجابية التي شعروا بها نتيجة التعافي.	٨٨	٨٠,٧	١٣	١١,٩	٨	٧,٣	٢٩٨	٢,٧	٩٠	٣
١٩	مساعدة المتعافين من الادمان للأشتراك في الانشطة والبرامج التي تقدمها المؤسسة .	٨٠	٧٣,٤	٢١	١٩,٣	٨	٧,٣	٢٩٠	٢,٧	٩٠	٣
٢٠	حث مؤسسات المجتمع علي توفير أندية ثقافية للمتعافي من الادمان .	١٠٢	٩٣,٦	٢	١,٨	٥	٤,٦	٣١٥	٢,٩	٩٦,٧	١
المتوسط العام			٦٧,٧		٢٢,٩		٩,٤	٥٦٣٠	٢,٥٨	٨٦	-

ويتضح من الجدول السابق أن المتوسط العام لأداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان بالموافقة وذلك بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٥٨%) أي بما يعادل نسبة إتفاق بنسبة (٨٦%) .

ومن النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أن الأدوار والمهارات والنظريات التي يقوم بها الأخصائي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان هو دوره حث مؤسسات المجتمع علي توفير أندية ثقافية للمتعافي من الادمان ، وذلك بنسبة (٩٦,٧%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٩%) ، ويليها دوره تقديم المشورة للمتعافين من الادمان ، بنسبة (٩٣,٣%) وبمتوسط حسابي بنسبة (٢,٨%) ويليها دوره الحرص علي دعوة المتعافي لحفلات المستشفي والمساعدة في توعية المتعافين من الادمان بالقيم الثقافية ونقلها لهم وتشجيع المتعافي من الادمان علي إستخدام القراءة بالمكتبة و مساعدة المتعافين علي إبراز التغييرات الايجابية التي شعروا بها نتيجة التعافي و مساعدة

المتعافين من الادمان للأشتراك في الانشطة والبرامج التي تقدمها المؤسسة بنسبة (٩٠%) بمتوسط حسابي بنسبة (٢,٧%) ودوره أحرص علي إشتراك المتعافي في ألعاب التسلية و أحرص علي إشتراك المتعافي من الادمان في برامج التوعية من الادمان و أحرص علي إشتراك المتعافين من الادمان في الرحلات الترفيهية و العمل علي تنظيم يوم للقيام بنزهة مع المتعافين من الادمان و القيام بعمل المناقشات الجماعية بين المتعافين من الادمان للتعرف علي أهم حاجاتهم وإهتماماتهم بنسبة (٨٦,٧%) وبمتوسط حسابي (٢,٦%).

وهنا قد إلتزم الأخصائي الاجتماعي بمهارة حل المشكلات ومهارة تقديم المشورة للمتعافين من الادمان ودوره كمساعد في الحصول علي الخدمات ودمجهم في المؤسسات الثقافية في المجتمع وتقديم التوعية لهم.

-كما يتضح أن أقل الادوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان هو دوره أحث المتعافي من الادمان علي الاشتراك في الانشطة الثقافية و أقيم حفلات ترفيهية تضم المتعافي وأسرته و أقيم مسابقات ثقافية تنافسية بين المتعافين من الادمان وذلك بنسبة (٨٣,٣%) وبمتوسط (٢,٥%) ويليها دوره أشرك المتعافين من الادمان في ندوات طبية عن الادمان و أصمم ندوات توضح كيفية إشباع حاجات المتعافين من الادمان و عمل لوحات شرف تضم المتعافين من الادمان وتعليقها في أماكن مميزة داخل المؤسسة وذلك بنسبة (٨٠%) وبمتوسط (٢,٤%) ويليها دوره أساعد وأسهل إشتراك المتعافين من الادمان في الاندية و أوزع نشرات دورية عن خطوات تأهيل المدمن المتعافي بنسبة (٧٦,٧%) وبمتوسط (٢,٣%) مما يدل علي دور الأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان يتوقف علي تقديم المشورة ودعوتهم لحفلات المؤسسة وتقديم التوعية وتشجعهم علي القراءة وتقديم الانشطة والبرامج ويأتي بعد ذلك الادوار الاقل نسبة لديي الاخصائيين الاجتماعيين الاشتراك في ألعاب التسلية وتنظيم يوم ثقافي لهم .

جدول رقم (١٣)

يوضح العلاقة بين المتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسية من الاخصائيين الاجتماعيين وأدائهم لأداورهم في تأهيل المتعافين من الادمان .

الخصائص الديمجرافية	التأهيل الصحي	التأهيل النفسي	التأهيل الاجتماعي	التأهيل الثقافي	المجموع
السن	%.٠٤١	%.٠٥٨	%.١٥٦	%.١٤٤	%.١٣٦
النوع	%.٠٦٥	%.١١٣	%.٠٤٧	%.٠٧٧	%.٠٢٥
المؤهل	%.١٤٩	%.١٥٠	%.١٧٨**	%.٣٤٠**	%.٢٢٤ *
سنوات الخبرة	%.٢٢٧*	%.٢٢٣*	%.٣٠٦*	%.٣٢٦**	%.٣٤٨**
الحصول علي الدورات التدريبية	%.٣٨٠**	%.٣١٤**	%.٢٧١**	%.٢١٤*	%.٣٤٦**
حيث أن (*) تشير أن هناك دالة عن مستوي ٠٥.% **وتشير (**) أن هناك دالة عند مستوي ٠١.%**					

ويتضح من الجدول السابق وجود علاقة بين المؤهل الدراسي والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة معنوية(٠١. % ويليها وجود علاقة بين المؤهل الدراسي والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي عند مستوي دلالة معنوية (٠,١ %) .

وأيضا يوجد علاقة بين سنوات الخبرة والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة (٠,٥ %) ويليه علاقة بين سنوات الخبرة والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة(٠,٥ %) ويليه علاقة بين سنوات الخبرة والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة (٠,٥ %) ويليه علاقة بين سنوات الخبرة والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة (٠١. %) .

ثم بعد ذلك يأتي وجود علاقة بين الحصول علي الدورات التدريبية والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة معنوية (٠١.%) ويليه وجود علاقة بين الحصول علي الدورات التدريبية والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة معنوية(٠١.%) ويليه وجود علاقة بين الحصول علي الدورات التدريبية والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة معنوية(٠١.%) ويليه وجود علاقة بين الحصول علي الدورات التدريبية والدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان عند مستوي دلالة معنوية(٠٥.%)

جدول رقم (١٤)

يوضع الفرق بين أنواع التأهيل

نوع التأهيل	المتوسط	الترتيب
التأهيل الصحي	%٢,٤٦	٣
التأهيل النفسي	%٢,٤٨	٢
التأهيل الاجتماعي	%٢,٤٤	٤
التأهيل الثقافي	%٢,٥٨	١

يتضح من الجدول السابق الفرق بين أنواع التأهيل الاربعة وهم التأهيل الصحي والتأهيل النفسي والتأهيل الاجتماعي والتأهيل الثقافي وقد أشارت النتائج أن التأهيل الثقافي كانت نسبته (٢,٥٨%) ثم يأتي بعده التأهيل النفسي (٢,٤٨%) ثم يأتي التأهيل الصحي بنسبة (٢,٤٦%) ويأتي في المرتبة الاخيره التأهيل الاجتماعي بنسبة (٢,٤٤%)

ومن الإحصاءات السابقة يتضح أن النسبة الأكبر للتأهيل الذي يلتزم فيه الأخصائي الاجتماعي بأدواره المهنية والمهارات والنظريات هو التأهيل الثقافي مع المتعافين من

الادمان ويأتي بعده التأهيل النفسي ثم التأهيل الصحي ثم ياتي في المرتبة الاخيرة التأهيل الاجتماعي لذلك لابد من التركيز علي أنواع التأهيل الأربعة (الصحي والنفسي والإجتماعي والثقافي) لزيادة فعالية الدور المهني للأخصائي الإجتماعي في تأهيل المتعافين من الإدمان من حيث الادوار والمهارات والنظريات المستخدمة ، وذلك من خلال رفع مستوي التأهيل الإجتماعي من خلال دمج المدمن المتعافي في المجتمع المحيط بيه وشغله مكانه في المجتمع ورفع مستوي التأهيل النفسي من خلال رفع معنويات المدمن المتعافي وتدعيم ثقته بنفسه وتدعيم ثقته بمن حوله من خلال اسلوب التدعيم والتأكيد ويأتي بعد ذلك رفع مستوي التأهيل الصحي من خلال توفير الجو المناسب للتأهيل حتي لايعود مرة أخري للأدمان وذلك يتم من خلال الأخصائي الإجتماعي وبمساعدة الأسرة والمجتمع واستخدام نظرية ألأنساق والدور والاهتمام أيضا بالتأهيل الثقافي حيث أنه يقوم به بشكل مناسب ولكن الاهتمام به أكثر من ذلك .

وكل ذلك يتحقق من خلال إلتزام الأخصائي الأجتماعي بالأدوار والمهارات والنظريات العلمية وذلك لزيادة فعاليته في تأهيل المتعافين من الإدمان وهذا ماسوف يوضحه التصور المقترح .

ثالثا : عرض نتائج الدراسة:

١. أن غالبية الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية الحكومية بمحافظتي القاهرة والجيزة يقعون في المرحلة العمرية من ٣٥ سنه إلي ٤٠ سنه ويعملون في هذا المجال لمدة ٢٠ سنه فأكثر.
٢. أثبتت النتائج أن نسبة كبيرة من الاخصائيين الاجتماعيين هم حاصلون علي بكالوريوس خدمة إجتماعية ثم يتدرج إلي دبلومات وماجستير .
٣. أشارت النتائج إلي أن خبرات الاخصائيين الاجتماعيين في العمل مع المتعافين من الادمان وصلت إلي ٣٥,٨٧% وهي أعلي مستويات الخبرة لديهم وذلك نتيجة لحصولهم علي الدورات التدريبية .

٤. أشارت النتائج إلي وجود علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية بين المؤهل الدراسي وأداء الاخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم في التأهيل الاجتماعي والتأهيل الثقافي.

٥. أشارت النتائج إلي وجود علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية بين سنوات الخبرة وأداء الاخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم في التأهيل الصحي والنفسي و الاجتماعي و الثقافي.

٦. أشارت النتائج إلي وجود علاقة إحصائية ذات دلالة معنوية بين الحصول علي الدورات التدريبية وأداء الاخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم في التأهيل الصحي والنفسي و الاجتماعي و الثقافي.

٧. أوضحت نتائج الدراسة أن الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بمحافظتي القاهرة والجيزة يقومون بدورهم المهني في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان بنسبة (٨٢%).

٨. أوضحت نتائج الدراسة أن الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بمحافظتي القاهرة والجيزة يقومون بدورهم المهني في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان بنسبة (٨٢,٧%).

٩. أوضحت نتائج الدراسة أن الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بمحافظتي القاهرة والجيزة يقومون بدورهم المهني في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان بنسبة (٨١,٣%).

١٠. أوضحت نتائج الدراسة أن الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بمحافظتي القاهرة والجيزة يقومون بدورهم المهني في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان بنسبة (٨٦%).

١١. يتضح من نتائج أبعاد الدراسة أن النسب متقاربة من بعضها مما يدل علي وجود الربط بين الابعاد وأن كل بعد مرتبط بالبعد الاخر أي أن التأهيل الصحي مرتبط بالتأهيل النفسي مرتبط بالتأهيل الاجتماعي مرتبط بالتأهيل الثقافي .

١٢. أوضحت نتائج الدراسة أن دور الأخصائي الاجتماعي لا يمكن أن يكتمل بدون العمل مع الفريق أوضحت نتائج الدراسة أن التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان لابد منه لان عليه دور أساسي في التعافي من الادمان وهذا ماأكدت عليه دارسة (**فتحي عبد الواحد أمين**) وهو تحقيق الهدف أن دور الأخصائي الاجتماعي لا يكتمل بدون العمل مع الفريق العلاجي.

١٣. أكدت نتائج الدراسة أهمية الخبرة لدي الاخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المتعافين من الادمان .وهذا يتفق مع دراسة (**سترونسر**) وهو دور الاخصائيين الاجتماعيين في علاج الادمان أي لابد من وجود الخبرة لدي الاخصائيين العالمين مع المتعافين من الادمان .

١٤. أوضحت نتائج الدراسة أن الأخصائي الاجتماعي يستخدم برامج للوقاية من إدمان المخدرات والتعافي منها.وهذا ماتوصلت إليه دراسة (**إبراهيم السيد فتحي**) التوصل لبرامج وقائية لمكافحة تعاطي المخدرات مثل زيادة البرنامج الوقائي المقدم للمتعافين من الادمان ، وإختيار الاكاديمين والخبراء للعمل في هذا المجال.

١٥. أن هناك أساليب علاجية يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع المتعافين من الادمان مثل التدعيم، وهذا ماأسفرت عنه دراسة (**أيات إبراهيم صبيح**) من التوصل إلي نموذج مقترح من خلال الممارسة العامة والمتقدمة لتحديد الادوار والاساليب التي يجب أن يتبعها الأخصائي الاجتماعي مع المتعافين من الادمان.

١٦. أن أولويات الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الصحي للمتعافين من الادمان يكون من خلال دوره مساعدة المتعافين من الادمان علي التخلص من الافكار الخاطئة حول مساعدة المخدر علي المرح والسعادة والتعاون مع الفريق العلاجي بالمستشفي وتشجع المتعافين علي تحمل الالم بعيدا عن اللجوء إلي الادمان مرة أخري و القيام بحلقة وصل بين المتعافي والفريق الطبي

وأسرة المتعافي وتشجيع المتعافين علي الاهتمام بالمظهر الشخصي وإرشادهم إلي مصادر الخدمات الطبية ومساعدة المتعافين للأستفادة من خدمات التأهيل الصحي بالمستشفي.

١٧. أن أولويات الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل النفسي للمتعافين من الادمان يكون من خلال أحترم قدرات المدمن المتعافي عند إعادة التأهيل وتدعيم المتعافين من الادمان تدعيما لفظيا ومساعدة المتعافين من الادمان علي تجديد ثقته في نفسه ومساعدة المتعافين من الادمان في تقبل ذاتهم ومساعدة المدمن المتعافي علي التعبير عن مشاعره وأقدم أنشطة إيجابية ومفيدة للمتعافين من الادمان وتنمية الاعتماد علي النفس لدي المدمن المتعافي ومساعدة المدمن المتعافي علي التعبير عن مشاعره وأخفف الضغوط الانفعالية للمدمن المتعافي. و أدعم للمتعافين فكرة أنه بالارادة يمكنه التغلب علي أي إنتكاسة وأركز علي إيجابيات المتعافي من الادمان و أساعد المتعافين من الادمان في توظيف جوانب القوة لديهم و أساعد علي إستبصار المدمن المتعافي بوضعه التأهيلي و أعرض نماذج ناجحة لتأهيل المتعافي من الادمان و أمدح المتعافي كلما تقدم في العلاج.

١٨. أن أولويات الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الاجتماعي للمتعافين من الادمان يكون من خلال دوره أن يحث أسرة المتعافي من الادمان علي التعاون مع المستشفي ويحث المتعافين من الادمان علي المشاركة في الانشطة الاجتماعية و مساعدة المتعافين من الادمان علي المشاركة الايجابية في الحياة العامة ومساعدة المتعافين من الادمان علي المشاركة الايجابية في الحياة العامة ومساعدة المتعافين من الادمان علي مواجهة مشكلاتهم ومساعدة المدمن المتعافي علي شغل أوقات فراغه بشكل إيجابي و أشجع المدمن المتعافي علي ممارسة حياته الاجتماعية ويحث المتعافي من الادمان علي اللجوء لجماعات المساندة ودعم علاقات التعاون بين المستشفي وأسرة المتعافي

١٩. أن أولويات الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في التأهيل الثقافي للمتعافين من الادمان يكون من خلال دوره يحث مؤسسات المجتمع علي توفير أندية ثقافية للمتعافي من الادمان ، وتقديم المشورة للمتعافين من الادمان ، وأحرص علي دعوة المتعافي لحفلات المستشفي و أساعد في توعية المتعافين من الادمان بالقيم الثقافية ونقلها لهم و أشجع المتعافي من الادمان علي إستخدام القراءة بالمكتبة و مساعدة المتعافين علي إبراز التغييرات الايجابية التي شعروا بها نتيجة التعافي و مساعدة المتعافين من الادمان للأشتراك في الانشطة والبرامج التي تقدمها المؤسسة .

رابعا: تصور مقترح لزيادة فعالية الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان:

في ضوء الاطار النظري للدراسة والتراث النظري لطريقة خدمة الفرد ونتائج الدراسات السابقة وتحقيقا للهدف الذي تسعي إليه الدراسة وما أسفرت عنه الدراسة الميدانية من نتائج يمكن للباحث وضع تصور مقترح لزيادة فعالية الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان .

أولاً :- هدف التصور المقترح :

زيادة فعالية الدور المهني للأخصائي الإجتماعي في تاهيل المتعافين من الإدمان .

ثانيا :- الاسس التي يقوم عليها التصور المقترح :-

(أ) تحليل نتائج الدراسات السابقة والتي استعان بها الباحثان في تحديد الدراسة الحالية والوقوف علي جوانبها المختلفة .

(ب) القراءات والمعارف النظرية الخاصة بتفعيل الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في تأهيل المتعافين من الادمان .

(ج) ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج ، والتي تُعتبر من الركائز الاساسية التي اعتمد عليها الباحثان في بناء التصور المقترح .

(د) الاطار النظري للخدمة الاجتماعية بصفة عامة ، وطريقة خدمة الفرد بصفة خاصة وما يحتويه من نماذج ونظريات واستراتيجيات وتكنيكات مهنية .

(ه) مقابلات الباحثان شبة المقننة مع الاخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المتعافين من الادمان في مستشفيات الصحة النفسية للتعرف علي أدوراهم مع المدمنين والتعرف علي المعوقات التي تواجههم إرتباطا بالدور المهني لهم.

ثالثا : الإطار النظري للتصور المقترح :-

النشأة:-

تعد الممارسة العامة Generalist Practice من الاتجاهات الحديثة التي يركز فيها الأخصائي الاجتماعي علي المشكلات والحاجات الانسانية من خلال تطبيق خطوات التدخل المهني لحل المشكلة بالتعامل مع الانساق المختلفة (فردا أو أسرة أو جماعة) **(ماهر أبو المعاطي: ٢٠٠٠،ص ١٧)** وأصبح يمثل الاطار النظري والتطبيقي لبرامج الخدمة الاجتماعية،وفي هذا السياق تطورت مفاهيم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية من حيث الفلسفة والاطر النظرية.**(حسين سليمان : ٢٠٠٥، ص ص ٦-٧)** والممارسة العامة نظرية حديثة الاستخدام في الخدمة الاجتماعية وتعتمد علي توظيف الأخصائي الاجتماعي لكل النظريات المهنية في الممارسة لصالح العميل ، وهي بذلك تعتمد علي النظرة المرنة والمتسعة والمفتوحة من أجل عملية المساعدة ، لذلك فهي لاتعتمد علي القيود التي كانت تضعها الطرق التقليدية للمساعدة المعتمدة علي الفرد فقط أو المجتمع المحلي فقط ، بل إنها تنظر إلي الانسان في جميع صوره النسقية ، ولذلك فهي تتعامل علي مستوي الافراد والاسر (الوحدات الصغري) أو علي مستوي الجماعات (الوحدات المتوسطة) أو علي مستوي الجماعات الكبري (الوحدات الكبري)(**Turner ،ترنر :٢٠٠٣،ص ١٤٠)**

وهناك أربع عناصر تشكل منظور الممارسة العامة:

١- توجهات متعددة الأبعاد والتي تؤكد علي المشاكل الإنسانية والظروف الإجتماعية وتساعد الأخصائي الإجتماعي في تقدير الموقف مع التركيز علي تفاعلات النسق بدون التركيز علي إسترتيجية معينة.

٢- يتطلب منظور الممارسة العامة من الأخصائي الإجتماعي أن يكون إنتقائي بمعني أن يتمكن من تطبيق كل النظريات والأداور والمهارات.

٣- يدعو منظور الممارسة العامة إلي مراعة الفروق الفردية بين العملاء .

٤- يطبق منظور الممارسة العامة في أي منطقة أو سياق جغرافي ومع أنواع مختلفة من العملاء.

وفيما يلي عرض لأهم تعريفات الممارسة العامة :

أولا : تعريف الممارسة العامة :

ويشير مفهوم الممارسة العامة إلي : قدرة الاخصائيين الاجتماعيين علي العمل مع مختلف الانساق مثل الافراد والاسر والجماعات الصغيرة والمنظمات والمجتمعات مستخدمين إطارا نظريا فعالا يتيح لهم الفرصة لإخيار مايتناسب من أساليب وإستراتيجيات للتدخل مع مشكلات ومستويات هذه الانساق(**Toloson,تولسون : ١٩٩٤،ص ٢)**

ويري باركر Barker أن الأخصائي الاجتماعي الممارس العام هو الذي يكتسب معارف الممارسة ومهاراتها علي نظاق واسع دون الارتباط بإطار نظري معين أو طريقة معينة ، حيث يقوم بتقدير مشكلات العملاء وإيجاد الحلول المناسبة لها بصورة شمولية متكاملة تتناول جميع الانساق التي تتضمنها هذه المشكلات .**(هشام سيد عبد المجيد:٢٠١١، ص ٢٣)**

كما يمكن أن تعرف **الممارسة العامة** في الخدمة الاجتماعية : بأنها التقدير الشامل للموقف الاشكالي المرتبط بنسق العميل عن طريق التخطيط والتدخل علي خمس مستويات،هذه المستويات تشمل (الفرد ، الاسرة ، الجماعة ، المنظمة ، المجتمع ككل)

والمنظور العام للممارسة يأخذ في إعتباره الاعتماد المتبادل بين الافراد وبيئاتهم الاجتماعية ويتطلب من الاخصائيين الاجتماعيين أن يكون لديهم أساس واسع من المعرفة عن التوظيف الاجتماعي المرتبط بالافراد والاسر والجماعات والمنظمات وكذلك المجتمعات ومعرفة الطرق المؤدية إلي الدعم المتبادل أو المؤدية إلي منع هذا التوظيف الاجتماعي لهؤلاء الافراد. **(Robert L.Barker ,روبرت باركر : ١٩٩١،ص ٩١-٩٢)**

ثانيا : الأطر العلمية للممارسة العامة :

سوف تعتمد هذه الدراسة علي العديد من المداخل ، سواء مايتعلق بتفسير مشكلة الدراسة أو مايختص بالتدخل المهني معها ، وفيما يلي توضيح لهذه النظريات مع شرح مبررات استخدام النظرية:

١- المنظور النسقي الأيكولوجي :

نظرا لتركيز الممارسة العامة للخدمة الإجتماعية علي التعامل مع مختلف الأنساق لمساعدتها علي حل مشكلاتها وتحقيق أهدافها فإنها قد إتخذت النموذج النسقي الأيكولوجي مواحد من أهم الأطر النظرية التي توجه الممارسة .

وقد أضاف هذا المنظور مميزات كبيرة علي شكل وجوهر هذه الممارسة بدءا من توسيع النظرة إلي العميل (المدمن المتعافي) ودور البيئة المادية الإجتماعية (الأسرة والمجتمع)في حدوث مشكلاته وإنتهاء بتنويع أساليب وإسترتيجيات التدخل المهني في الممارسة العامة التي كانت تعتمد علي أطر نظرية محدودة مثل التحليل النفسي وسيكولوجية الأنا وغيرها في إطار توجهات وإفتراضات النموذج النسقي الأيكولوجي.

ومن أهم المميزات التي أضافها المنظورالنسقي الأيكولوجي :

١- يسمح المنظور الأيكولوجي للأخصائي الإجتماعي بالتعامل مع كمية كبيرة من المعلومات التي يحصل عليها من مصادر متنوعة.

٢- تتيح هذه المعلومات الوصول إلي العديد من العوامل التي من الممكن أن تؤثر في مشكلات عملائه(المتعافين من الإدمان) وفي العلاقات المتبادلة بينهم وبين أنساق بيئتهم التي يعيشون فيها.

٣- لايتوقف تركيز الأخصائي الإجتماعي الممارس العام علي بناء أو تكوين الأنساق الإجتماعية المرتبطة بالمدمن المتعافي ولكن يركز أيضا علي التفاعلات التي تحدث داخل هذه الأنساق .

٤- النظر إلي المدمن المتعافي علي أنه مشارك نشط في بيئته ولديه القدرة علي التغيير في شخصيته وفي بيئته وهي الأسرة من أجل تحقيق التوافق المناسب معها.

٥- يجب أن يغير الكثير من الأخصائيين الإجتماعيين الفكرة المسيطرة عليهم والتي تنظر إلي مشكلات الإنسان وصراعاته نظرة مرضية وأن أي تغيير في نسق المدمن المتعافي أو الأنساق الأخري المحيطة به يواجه دائما بالمقاومة.

٦- يحتاج الأخصائيون الأجتماعييون إلي فهم الأنساق المرتبطة بالمدمن المتعافي مثل الأسرة والمجتمع وغيره وأن أي تغيير في أحد هذه الأنساق له تأثيره الأيجابي أو السلبي علي العميل ، لذا يجب إختيار إستراتيجيات التدخل المهني المناسبة بعناية ودقة

٧- يعتبر الأخصائي الإجتماعي الممارس العام نسقا إجتماعيا بل نسقا فرعيا من شبكة الأنساق الإجتماعية المحيطة بالمدمن المتعافي الذين يعمل معهم.

٢- مدخل عملية حل المشكلة (Problem Solving Approach)

تعرف عملية حل المشكلة بأنها:

- العملية التي يساعد الأخصائي الاجتماعي فيها العميل (المدمن المتعافي) نسبيا علي التفكير من خلال مشكلة محددة.
- وتوجيه حل المشكلة من جانب الأخصائي الاجتماعي يتطلب مكونات للتقييم الذاتي مع العميل.

وقد أتسع وأمتد هذا الاسلوب ليشمل بجانب الفرد والاسرة والجماعات ثم المجتمع الاسلوب الاكثر أتساعا، واستخدم ضمن المنظور الايكولوجي تحت مسمي (الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية) والتي صار من الممكن تطبيقها علي كافة وحدات العمل المهني أيا كان حجمها .**(عبد العزيز النوحي : ٢٠٠١،ص ٤٤)**

مبررات أستخدام المدخل في الدراسة: (عبد العزيز النوحي : ٢٠٠١ ، ص ص ١٦-١٨)

١- أن المدمن المتعافي هو صاحب المشكلة وكما أن المشكلات التي يشعر بها يجب أن يبحث عن حل لها.

٢- أن عملية حل المشكلة ليست معالجة الناس أو الاشياء أو الظروف ولا هي إخراج الناس إلي المأسي والمشاكل وانما لابد أن يبقي العميل علي الدوام في تعاون مهني بينه وبين الأخصائي الاجتماعي .

٣- أن عملية حل المشكلة تتسم بخطوات معينة تدور جميعها حول :

- إدراك وتعريف المشكلة.
- جمع البيانات - تقديرالموقف - التخطيط والتنفيذ - التدخل
- التقويم - الانهاء

٣- نظرية الانساق : system theory

حيث أن خلال العشرين عاما الماضية ، أصبحت نظرية الانساق تشكل إطار عمل لعدد متزايد من الاخصائيين الاجتماعيين ، حيث لوحظ بالفعل أنها النظرية الاكثر شيوعا في الخدمة الاجتماعية المعاصرة حيث ينظر إليها علي أنها تعد البديل للنموذج الطبي للممارسة (الذي يعتمد علي الدارسة والتشخيص والعلاج) من حيث اهتمامها بالجوانب الاجتماعية للمشكلات.

وقد تطورت نظرية الانساق كاستجابة للحاجات المختلفة المرتبطة بالانسان من أجل تحليل مواقف التفاعل المعقدة ، والعمل علي تقدير البناء الكلي الذي حدثت فيه المشكلات .

مبررات إستخدام النظرية في الدراسة:

١- تقدم نظرية الانساق اطارا من المفاهيم يساعد علي فهم الافراد سواء بشكل جزئي او بشكل كلي ، وهناك مصطلحات مثل المدخلات والمخرجات والمحددات والارتباط التفاعلي والعمليات التحويلية. **(Rodawy, روداوا:٢٠٠٠،ص ٥٣٦)**

٢- إفادة الدراسة من النموذج المطور للممارسة والذي يعتمد علي نظرية الانساق والذي يقوم علي الانساق التالية :

- **نسق التغيير** : وهو المستشفي التي يعمل الأخصائي الاجتماعي من خلالهما بوصفه عاملا مساعدا علي التغيير بهدف مساعدة العملاء(المتعافين من الإدمان) علي إشباع حاجاتهم.
- **نسق العميل(المدمن المتعافي)** : وهو الشخص أو الاشخاص الذين يتم مساعدتهم من خلال نسق التغيير.
- **النسق البؤري أو النسق المستهدف**: والمقصود به الجهات أو الاشخاص الواجب (الأسرة والمجتمع)تغييرهم حتي يمكن مساعدة العميل علي تحقيق أهدافه.
- **نسق (الفعل أو العمل):** وهي العمليات أو الاجراءات التي تستهدف إحداث التغيير.وتتم من خلال الأدوار والمهارات المهنية .

- **عناصر الممارسة العامة:**

١- نسق التغيير : وهو المستشفي التي يعمل الأخصائي الاجتماعي من خلالهما بوصفه عاملا مساعدا علي التغيير بهدف مساعدة العملاء(المتعافين من الإدمان) علي إشباع حاجاتهم.

٢- **نسق العميل(المدمن المتعافي)** : وهو الشخص أو الاشخاص الذين يتم مساعدتهم من خلال نسق التغيير.

٣- **النسق البؤري أو النسق المستهدف:** والمقصود به الجهات أو الاشخاص الواجب (الأسرة والمجتمع)تغييرهم حتي يمكن مساعدة العميل علي تحقيق أهدافه.

٤- **نسق (الفعل أو العمل):** وهي العمليات أو الاجراءات التي تستهدف إحداث التغيير.وتتم من خلال الأدوار والمهارات المهنية.

خطوات التدخل المهني للممارسة العامة :

أ- الخطوة الأول : التقدير :-

وتتضمن عملية التقدير مجموعة من الخطوات الهامة التي يجب أن يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون كمرحلة أولي من مراحل التدخل المهني وتتطلب عملية التقدير تحديد البيانات الواجب الحصول عليها عندما نتعامل مع مشكلات المدمن المتعافي ، وكيفية الحصول علي هذه البيانات من خلال وسائل علمية ومنهجية محددة.

والتقدير هو العمليات التي تضطلع بتجميع المعلومات وتركيبها وتحليلها وتنظيمها في شكل معين .

مميزات أستخدام عملية التقدير :

١- فهم الأبعاد الأساسية والفرعية للمشكلات الي يعاني منها المتعافين من الإدمان.

٢- فهم المدمن المتعافي لمشكلته وإدراكه لأبعادها المختلفة علي أسس علمية سليمه.

٣- تحديد جوانب القوي في نسق العميل (المدمن المتعافي) وفي الأنساق المرتبطة به.

٤- استثمار وتوجيه المعارف والمهارات العلمية والمهنية في عملية التقديرمن خلال استخدام الأخصائي الاجتماعي للأساليب المناسبة مثل الملاحظات العلمية والمقاييس وغيرها.

٥- وضع الأسس العلمية السليمة التي تسهم في تخطيط كيفية تحقيق التغييرات المرغوبة في ضوء الحقائق والمعلومات التي توصلت إليها عملية التقدير.

- **وهناك مجموعة من الأبعاد التي يقوم بها الأخصائي الإجتماعي:**

١- جمع البيانات والمعلومات عن المدمن المتعافي والأنساق المحيطة به.

٢- التعرف علي المشكلات الي يعاني منها المدمن المتعافي وماهي أكثر المشكلات التي لها أولوية التعامل معها من وجهة نظر الأخصائي الإجتماعي.

٣- التعرف علي الجوانب الأيجابية في شخصية المدمن المتعافي والأنساق البيئية المحيطة به والواجب اكتشافها والتركيز عليها في خطة العمل.

ب- الخطوة الثانية : عملية التخطيط :-

وتستهدف هذه العملية مراجعة وتحليل المعلومات والحقائق التي تم الحصول عليها خلال عملية التقدير عن طريق تنظيمها وتبويبها وفقا لنوع المشكلة ودرجة صعوبتها وتأثيره علي المدمن المتعافي والأنساق الأخري المحيطة به.

وتنتهي عملية التخطيط بوضع مجموعة من الأهداف العامة والأهداف النوعية التي تعبر عن احتياجات المدمن المتعافي بعد وضعها في صورة أولويات .

وهنا نجد أن عملية التخطيط هي مرحلة اعداد وتنظيم وتحليل لجوانب المشكلة حيث تتبعها مرحلة تنفيذ استراتيجيات وأساليب التدخل والتي تتضمن كافة الجهود والأنشطة التي يتم اتباعها لتحقيق الأهداف المهنية التي تم التوصل اليها في عملية التخطيط ، وتحقق هذه العلاقة التكاملية بين عمليات التدخل المهني نوعا من التناغم والتواصل يهدف الي تحقيق التغيير المطلوب في مشكلات المتعافين من الادمان وانماط سلوكهم.

ويوجد ثلاث خطوات أساسية لعملية التخطيط وهي:

١- تحديد الأنساق المشاركة للعميل.

٢- تحديد أهداف التدخل المهني مع الأفراد والأسر.

٣- التعاقد المهني.

- **تحديد الأنساق المشاركة للعميل:-**

حيث أن مشكلة العميل (المدمن المتعافي) تمثل حصيلة التفاعل بين مجموعة من الأنساق بحيث يساهم كل نسق في تأكيد قيم وعلاقات وتفاعلات سلبية تهيئ المناخ المناسب لظهور المشكلة وتطورها.

ومن جانب أخر فقد تسهم هذه الأنساق بإيجابية في حل مشكلة المدمن المتعافي من خلال الاستفادة من قدراتها وتواجدها الفعال في حياة المتعافي من الادمان.

- **تحديد أهداف التدخل المهني مع الأفراد والأسر:-**

وتعتبر هذه الخطوة هامة وضرورية حيث تمثل حلقة الوصل بين عملية التخطيط وعملية التدخل المهني حيث يساعد ذلك علي اختيار نماذج التدخل المهني المناسب ومن ثم تحقيق التغيير المرغوب والمساعدة في حل مشكلة المدمن المتعافي بطريقة فعالة.

ويجب علي الأخصائيين الاجتماعيين عدم وضع أهداف تتسم بالعمومية والغموض أو الطموح الزائد مما قد يؤدي إلي التوصل إلي نتائج سلبية تقلل من ثقة العميل في الأخصائي الاجتماعي بشكل خاص في عملية المساعدة وأنشطة الخدمة الإجتماعية بشكل عام.

ان عملية وضع أهداف التدخل المهني شأنها شأن كل أنشطة وعمليات التدخل هي عملية مشتركة أي يشارك فيها المدمن المتعافي بفعالية مع الأخصائي الاجتماعي لأنها تعبر عن رغباته وأغراضه التي يسعي إلي تحقيقها.

وهناك مجموعة من العوامل التي تحدد مسئولية الأخصائي الإجتماعي في عملية وضع وتحديد أهداف التدخل المهني منها:

١- الأعداد المهني للأخصائي الإجتماعي وما يتسم به من موضوعية ودقة وعدم المبالغة في تحديد الأهداف ، كما أن الأخصائي الإجتماعي عليه أن يأخذ موقف القيادة المهنية في عملية المساعدة في تبدأ من تحديد أهداف التدخل المهني.

٢- قد يغلب علي العميل (المدمن المتعافي) الأنفعال والمبالغة في تأثير بعض العوامل والأسباب غير الواقعية في المشكلة والتي قد يكون تأثيرها جزئي ، وقد يؤدي ذلك إلي تحديد أهداف التدخل المهني بعيدا عن الواقع وعن الموضوعية.

- **أهمية عملية وضع وتحديد الأهداف:**

أ- توجيه جهود كل من الأخصائي الإجتماعي والمدمن المتعافي نحو تحقيق التغييرات المطلوبة .

ب- تسهيل عملية اختيار استراتيجيات وأساليب التدخل المهني المناسب لمشكلات العملاء (المتعافين من الإدمان).

ج- تعتبر دليل لكل من الأخصائي الإجتماعي والعميل لقياس مدي التقدم في عملية التدخل المهني.

د- تعتبر الأهداف محكات تفيد الأخصائي الإجتماعي في تقييم فعالية الأساليب والاستراتيجيات المستخدمة في عملية التدخل المهني مع العملاء.

- **شروط أهداف التدخل المهني :**

١- ارتباط الأهداف برغبات(العميل) المدمن المتعافي ونتائج تفكيره.

٢- تحديد الاهداف بصورة يمكن قياسها.

٣- تحديد أهداف عملية

٤- تناسب الأهداف مع مهارات ومعارف الأخصائي الإجتماعي.

٥- ارتباط الأهداف بوظيفة المؤسسة.

- **خطوات عملية اختيار وتحديد الأهداف:**

حيث تعتبر عملية اختيار وتحديد أهداف التدخل المهني عملية تفاوضية بين العميل (المدمن المتعافي) صاحب المشكلة والأكثر إحساسا بها ورغبته في حلها، وبين الأخصائي الإجتماعي الأكثر خبرة وعلما والذي يسعي إلي مساعدة العميل علي حل المشكلة وتتم العملية من خلال القيام بالخطوات التالية:

١- تحديد مدي استعداد المدمن المتعافي للتفاوض لاختيار وتحديد الأهداف.

٢- شرح الغرض من اختيار وتحديد الأهداف.

٣- اختيار الاهداف المناسبة للتدخل المهني.

٤- تحديد الأهداف بصورة تعكس مدي التغيير الذي يرغب فيه المدمن المتعافي.

٥- تحديد مدي واقعية هذه الأهداف ، ومناقشة فوائدها الممكنة ومعوقاتها المتوقعة.

٦- ترتيب الأهداف وفقا لأولويات المدمن المتعافي.

٣- الخطوة الثالثة : صياغة التعاقد المهني :-

تتضمن عملية التدخل المهني بين الأخصائي الإجتماعي والعميل (المدمن المتعافي) تنفيذ العديد من المهام والمسئوليات لتحقيق الأهداف المتفق عليها بين الطرفين ، ومن هذا المنظلق فإن توزيع المسئوليات علي الطرفين وإيجاد صيغة تحقق الإلتزام فيما بينهما يعتبر أمرا بالغ الأهمية لتحقيق النتائج المرغوبة وهذا ما يطلق عليه التعاقد المهني.

ويشير مفهوم التعاقد المهني إلي (الإتفاق الذي يتم بين الأخصائي الإجتماعي والعميل (المدمن المتعافي) حول الخطوات الواجب اتباعها خلال عملية التدخل المهني ، مثل تحديد الأهداف العامة والأهداف الفرعية ، والوقت اللأزم لتحقيقها ومسئوليات كل من الأخصائي الإجتماعي والأشخاص المشاركين في عملية التدخل المهني) .

ويوجد نوعين من التعاقد :

١- التعاقد الشفوي : وهو الأتفاق غير المكتوب بين الأخصائي والمدمن المتعافي.

٢- التعاقد التحريري : وهو الأتفاق المكتوب والمتفق علي المسئوليات والمهام الواجب القيام بها بين الطرفين.

ج- الخطوة الثالثة : التدخل المهني :-

وتلك الخطوة سوف تتناول أساليب التدخل المهني التي يستخدمها الأخصائي الإجتماعي مع المتعافين من الإدمان والتي ترتبط بالعديد من النظريات والنماذج للتدخل المهني المتعددة ونظرا لكثرة هذه النظريات فسوف يتم تناول بعضها للأستخدام :

- **العلاج المعرفي السلوكي:- behavioral cognitive therapy**

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلي مساعدة المتعافين من الإدمان علي تغيير عملياتهم المعرفية بطريقة تمكنهم من التغلب علي مشكلاتهم ، ويفترض هذا النموذج أن أفكار الإنسان وإدراكاته الخاطئة تقود إلي الأضطرابات المعرفية والأنفعالية والسلوكية .

وهناك مجموعة من الأفتراضات التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي:

١- أن مشكلة العميل في النظريات المعرفية هي نتاج لتعارض الأفكار والأتجاهات والمعاني مع الواقع.

٢- أن أنماط السلوك غير السوية تتكون من خلال مانقوله لانفسنا عن المواقف التي نمر بها ويتم تعديل هذه الانماط غير السوية بواسطة تغيير تعبيرات الذات السلبية للعميل وتقديم عبارات بديلة أكثر إيجابية.

٣- أن التغييرات التي تطرأ علي السلوك الخارجي يمكن الوصول إليها عن طريق إحداث تغييرات في العمليات المعرفية.

ومن هنا يتضح لنا أن التدخل العلاجي للمدخل المعرفي يستهدف مباشرة تغيير الأفكار غير المنطقية والأنفعالات غير المناسبة ، وأنماط السلوك اللاأتوافقي لدي المتعافين من الأدمان ، ولكي تتم هذه التغييرات المرغوبة فإن الأخصائي الإجتماعي يستخدم العديد من أساليب التدخل المهني التي تساعد في تعليم العميل أنماط وعادات التفكير السليم والمنطقي.

أهم الأساليب المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي:-

١- المناقشة المنطقية.

٢- التشجيع.

٣- التوضيح.

٤- الحث والإقناع.

٥- المواجهة.

٦- التقارير الذاتية

- **نموذج التركيز علي المهام:**

ويقصد بالنموذج في معجم العلوم الاجتماعية هو بناء فكري جري تجسيده في الواقع الاجتماعي والطبيعي كالدستور مثلا.

ويعتبر نموذج التركيز علي المهام أحد نماذج العلاج القصير في خدمة الفرد ، والعلاج القصير هو مصطلح مهني استحدثته تغيرات العصر ومعطيات العلوم وظروف الحياة المعاصرة كبديل عن قوالب العلاج التقليدية ، التي جرت عليها ممارسة خدمة الفرد منذ نشأتها .

لذا يعتمد نموذج التركيز علي المهام علي نموذج العلاج القصير في ممارسة الخدة الاجتماعية والذي صمم بغرض التخفيف من حدة المشكلات التبيعاني منها الأفراد والأسر.

ويقوم نموذج التركيز علي المهام علي فكرة رئيسية مؤداها أن الوظيفة الأساسية للنموذج هي مساعدة الأفراد علي إيجاد حلول للمشكلات النفسية الاجتماعية.

وهناك أنماط من المشكلات الي يكون نموذج التركيز علي المهام فعالا معها:

١- الصراع في العلاقات بين الأشخاص.

٢- عدم الرضي في العلاقات الاجتماعية.

٣- المشكلات مع الهيئات الرسمية.

٤- الصعوبة في أداء الدور.

٥- مشكلات اتخاذ القرار.

٦- الضغط الانفعالي التفاعلي.

٧- الموارد غير الرسمية.

وتتم ممارسة نموذج التركيز علي المهام وفق خطوات محددة تبدأ بتحديد مشكلات المتعافين من الأدمان المستهدفة ثم مرحلة التعاقد ثم مرحلة حل المشكلة وانجاز المهام ثم مرحلة الانهاء وهي اخر مرحلة في النموذج.

نستخلص مما سبق أن العلاج الذي يركز علي انجاز مهام محددة يقصد به في الخدمة الاجتماعية أسلوب من أساليب التدخل في الخدمة الاجتماعية يتميز بالعمل لفترة زمنية قصيرة حيث يتركز العمل في انجاز مجموعة من الأعمال والأنشطة والمهام المتفق

عليهما بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن المتعافي وتتخلص خطوات هذا الاسلوب في -:

١- تحديد المشكلة أو المشكلات التي تواجه المدمن المتعافي.

٢- تحديد مجموعة من الأنشطة لحل المشكلة.

٣- الاتفاق علي فترة زمنية لإنجاز كل نشاط.

٤- إيجاد الدافع لتنفيذ الأنشطة المتفق عليها.

٥- تحليل محل المشكلات والصعوبات التي تواجه المدمن المتعافي أثناء تنفيذه للأنشطة، كما يقوم الأخصائي بمساعدة العميل علي إنجاز الأنشطة المتفق عليها من خلال استخدام أساليب التعاطف والتشجيع والتوجيه والتدريب.

د- أدوار الممارس العام:

في العمل مع الأفراد والجماعات والأسر والمنظمات والمجتمعات يتوقع أن يكون الممارس العام علي معرفة وماهر في تعبئة أنواع الأدوار وماهو الدور الذي سوف يستخدمه في الموقف المناسب وفيما يلي عرض بعض تلك الأدوار :

ذ- دوره كمساعد:

وفي هذا الدور يساعد الممارس العام الأفراد والجماعات للتعرف علي إحتياجاتهم ومشكلاتهم وإستراتيجيات الحل وإختيار إحداها وتطبيقها وتنية قدراتهم للتعامل مع مشكلاتهم بأكثر فعالية، وهذا الدور يستخدم في الإرشاد للأفراد والجماعات عندما يكون الغرض مساعدة الأفراد لتنظيم أنفسهم.

ر- **دوره كوسيط :**يقوم الممارس العام في هذا الدور بربط الافراد والجماعات الذين يحتاجون المساعدة ولا يعرفون مكانها مثل خدمات المجتمع المحلي .

ز- دوره كممكن:

والهدف الرئيسي للممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية هو تمكين عملية المساعدة للأفراد والأسر والجماعات والمنظمات لزيادة تأثيرهم ونفوذهم وقوتهم ككل ، و

الممارس العام الذي يتعهد بالممارسة المرتكزة علي التمكين يسعي ليطور قدرات العملاء لفهم بيئتهم وتحمل المسئولية ومساعدتهم علي أنهم يؤثروا في حياتهم وإحتياجاتهم ومن خلال هذا الدور يسعي الممارس العام لتحقيق العدالة في توزيع الموارد والقوة بين الجماعات المختلفة في المجتمع ويركز هذا علي العدالة والمساواة الإجتماعية كسمة مميزة لمهنة الخدمة الإجتماعية كما مارسها جان أدامز.

س-دوره كمنشط :

يحاول الممارس العام بدوره كمنشط في إحداث التغيير الأساسي الفعلي ، حيث يتضمن الغرض أنتقال الموارد والقوة للجماعة المحرومة أو المتضررة حيث يؤكد المنشط علي العدالة والمساواة والحرمان .

ش-دوره كمفاوض:

والمفاوض يحضر معا للأطراف المشتركة في الصراع ويحاول المساومة وإيجاد حل وسيط ، ويقوم بالتفاوض لمحاولة إيجاد أرضية وسط مشتركة يمكن أن تعيش عليها كل الكائنات معا ، ومع ذلك علي العكس المتوسط(من يبقي في وضع محايد) المفاوض غالبا يتحالف مع كل جانب علي حده .

ص- دوره كخبير :

ويقوم الممارس العام في هذا الدور بالخبير وهي التي أكتسبها من خلال تجاربة ودراسته العملية والنظرية وعمله مع جميع الخدمات ويقوم بهذا الدور مع الأفردا والجماعات لتقديم الخبرة لهم في خدمة ما عند الدورة أو تحويلم إلي مؤسسة ما لديه خبره بها وأن يكون لديه الخبرة في مواجهة المواقف ومساعدة الأفراد والجماعات علي تخطيها وذلك لخبرته في هذا المجال .

ض- دوره كمنسق:

والممارس العام كمنسق يقوم بالتنسيق بين الأفراد والجماعات والمؤسسات والمنظمات للضرورة لمواجهة مشكلاتهم سواء مالية أو إجتماعية أو تعليمية أو قانونية وغير ذلك

من المشكلات فيقوم الممارس العام بالتنسيق بين الهيئات التي لديها قدرة في التعامل مع تلك المشكلات لتقديم المساعدة.

ط- دوره كباحث :

حيث أن الممارس العام من حين لأخر هو باحث والباحثان في ممارسة الخدمة الإجتماعية يجب أن يقوم بقراءة الأدب في المقالات ذات الإهتمام ، وتقويم نتائج الممارسة وتقيين مزايا وعيوب البرامج ودراسة إحتياجات المجتمع.

ه-المهارات التي يستخدمها الممارس العام:

أ- المهارة في المشورة المهنية :

وتعتبر مهارة تقديم المشورة من المهارات الأساسية في الخدمة الإجتماعية وتقوم هذه المهارة علي تقديم المعلومات والنصائح والإرشادات للعميل في الوقت المناسب ، وإرتبط ذلك بمفهوم عملية المساعدة المهنية والتي تمثلت في الميل إلي تقديم خدمات تساعد العميل علي إجتياز الموقف وتنمية شخصيته وتحسين أدائه الإجتماعي وليس تقديم خدمات بيئية مادية مباشرة إلا للضرورة ومن هنا كان لمهارة تقديم المشورة أهمية في المهارات التي يستخدمها الممارس العام في عمله مع العملاء .

ب- المهارة في العلاقة المهنية:

حيث أن العلاقة المهنية أساس العمل المهني بين الممارس العام ووحدات العمل علي إختلافها ، وتحتل هذه العلاقة أهمية في جميع طرق الخدمة الإجتماعية وفي مختلف المواقف فهي تمثل روح عملية المساعدة ذاتها، والعلاقة المهنية هي الأداة الرئيسية للأخصائي الإجتماعي ومختلف المعارف والمهارات لن تفيد دون أن يكون هناك علاقة بين الممارس العام والعملاء.

وتتمثل العلاقة المهنية الجسر الذي يقدم من خلاله الممارس العام خدماته لوحدات العمل.

ت- المهارة في السرية :

وتمثل مهارة السرية مبدأ مهنيا وتكنيك ومهارة أساسية للخدمة الإجتماعية وذلك لأنها ترتبط لالقيم الأساسية للمهنة ، فهي معيار ثقافي له أساس نفسي وهو إحترام الإنسان أثناء التعامل المهني معه ، والفلسفة التي تقوم عليها مهارة السرية تتعلق بإحترام عاطفة الذات لدي العميل ، حيث لكل منا أسرارا يخشي أن يطلع عليها الأخرين ولذلك يكون الممارس العام الشخص الأكثر تعاملا مع العميل من حيث سرية المعلومات التي يحصل عليها من العميل وأن يلتزم الكتمان .

ث- **المهارة في القيادة** :

وتمثل القيادة مهارة أساسية للممارس العام في عمله في مختلف مراحل العمل المهني حيث يستمد الممارس العام قيادته من وظيفته بالمؤسسة ومن قدراته ومهاراته المهنية وخبراته وإعداده لذلك .

ومصطلح القيادة يعني عملية تأثير في جماعة من الأفراد وتوجيه نشاطهم نحو تحقيق هدف أو عدة أهداف، فهي عملية تأثير متبادل يمارس في موقف معين من خلال عمليات الإتصال، والممارس العام الذي يتعامل بطريقة خدمة الفرد يستخدم قدراته كقائد لعملية التدخل المهني وتوجيه التغيرات وخاصة أن العلاقة المهنية بينه وبين العميل من أهم صفاتها أنها قيادية وتقوم القيادة علي التجاوب والإشتراك مع الأعضاء والإنصات والتقدير والإنطلاق والإستقرار الإنفعالي وحب الناس والذكاء.**(جمال شكري محمد عثمان : ٢٠٠٨،ص ص ٣٠٤:٢٨٩)**

ج- المهارة في التسجيل:

يعرف التسجيل بأنه إعداد وتنظيم وتدوين المعلومات والمواقف المتعلقة بعملية خدمة الجماعة باستخدام وسائل مختلفة كالتقرير والمقاييس الاجتماعية والتطبيقات الإحصائية.**(نصيف فهمي منقريوس:٢٠٠٤،ص ٢٠٣)**

نظراً لأهمية التسجيل في العمل مع الجماعات فهو مهارة مهنية وعملية مهنية في ذات الوقت لما لها من فوائد بالنسبة للأعضاء والجماعة والأخصائي الاجتماعي والمؤسسة فإذا كان الأخصائي الاجتماعي حريصاً علي تطوير عمله وأدائه المهني فلابد من تسجيل عمله المهني بكل الوسائل المتاحة لديه الحديث منها والتقليدي مثل:

1- كاميرا فيديو.
2- كاميرا تصوير فوتوغرافي.
3- شرائط الكاسيت.
4- جهاز فيديو.
5- جهاز عرض سينمائي.
6- التقارير الدورية والتحليلية.
7- المقاييس الاجتماعية.
8- الحاسب الآلي.

ذ- المهارة في التقويم:

التقويم كمهارة تعني قدرة الممارس العام علي تطبيق واستخدام خطوات العملية التقويمية وهو ما يتطلب اكتساب الأخصائي الاجتماعي ثلاثة جوانب رئيسة وهي: **(نصيف فهمي منقريوس:١٩٩٥،ص ٣١٨)**

4- جانب معرفي يرتبط بمفهوم التقويم، عملياته، أهدافه، خطواته، أنواعه، عناصره، وسائله وأساليبه.
5- جانب يرتبط بالخبرات التقويمية ويتعلق بإمداد الممارس العام بخبرات فعلية عن التقويم ومناقشة حالات تم تقويمهافعلاً .
6- جانب تطبيقي من خلاله يتم تدريب الممارس العام عملياً علي تقويم الأعضاء، الجماعة، البرنامج، المؤسسة، ذاته المهنية.

و- المهارة في حل المشكلات:

تتحدد المهارة في حل المشكلات لدي الممارس العام في قدرته علي مساعدة

الأعضاء والجماعة علي اكتساب وتعلم الأساليب والطرق والوسائل التي يمكنهم إتباعها لمواجهة المشكلات التي تقابلهم، وهي مهارة تخضع لعمليات وإجراءات وخطوات تتصل بالمعرفة المتخصصة والقدرة علي التحليل الدقيق والمنظم.

وتظهر مهارة الممارس العام في حل المشكلات أثناء ممارسة دوره المهني في قدرته علي القيام بالخطوات الآتية: **(عفاف عبد المنعم عبد الصمد:١٩٩٨،ص ١٤١)**

أ- تحديد المشكلة.

ب- الحصول علي المعلومات التي تتعلق بالمشكلة.

ج- وضع الحلول البديلة للمشكلة.

د- وضع خطة العمل لمواجهة المشكلة.

هـ تنفيذ الخطة.

و- تقويم خطة العمل لمواجهة المشكلة.

رابعا : الفترة الزمنية لتطبيق التصور المقترح:

سوف يستغرق تطبيق التصور المقترح مدة 6 أشهر.

خامسا : عوامل نجاح التصور المقترح:

1- اقتناع الأخصائي الاجتماعي بأهمية دوره في تأهيل المتعافين من الادمان..

2- تفعيل المدخل العلاجي داخل المؤسسة حيث أنه يعد أهم المداخل القادرة علي العمل مع جماعات المتعافين من الادمان بالمؤسسة .

3- العمل علي تدعيم المشاركة الفعالة للأخصائيين الاجتماعيين في وضع وتنفيذ وتقويم البرامج والانشطة التي تُقدم لهم بالمؤسسة وذلك لتقبلهم إياها .

4- مراعاة جاذبية الانشطة والبرامج للأخصائيين الاجتماعيين من خلال اشباعها لحاجاتهم وتعبيرها عن رغباتهم .

5- توفير الموارد والامكانيات المادية والبشرية اللأزمة لممارسة البرامج .

6- عقد دورات مهنية للأخصائيين الاجتماعيين لتنمية خبراتهم في مجال الادمان.

7- مراعاة العمل بروح الفريق بين أعضاء فريق العمل بالمؤسسة .

8- مراعاة استحداث أنشطة وبرامج جديدة في مجال العمل مع المتعافين من الادمان .

سادسا : الصعوبات المتوقعة للتصور المقترح:

١- عدم ألتزام الأخصائي الإجتماعي بمراحل التدخل المهني .

٢- عدم وجود أتفاق مسبق بين الأخصائي الأجتماعي والمدمن المتعافي.

٣- عدم ألتزام الأخصائي الإجتماعي بالوقت المحدد لتنفيذ البرنامج.

٤- أن الفريق العلاجي لم يتعاون مع الأخصائي الإجتماعي في تنفيذ البرنامج.

٥- تطبيق الأخصائي الإجتماعي لمرحلة وتغيير بعض خطواتها.

المراجع

أولا: المراجع العربية .

ثانيا المراجع الاجنبية.

المراجع العربية

- **أولا :الكتب العلمية:**

١- **إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي** : الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ٢٠٠٢.

٢- **إبراهيم مدكور**: معجم العلوم الاجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٧٥.

٣- **إبن منظور**:لسان العرب –القاهرة،دار المعارف،الجزء الثاني، ٣٠٠٢.

٤- **أحمد شفيق السكري** : قاموس الخدمة الاجتماعية ، القاهرة، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٠.

٥- **أحمد شفيق السكري**: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠.

٦- **أحمد صالح** : التقويم التربوي ومباديء الاحصاء، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٠.

٧- **أحمد مصطفي خاطر، سميرة كامل محمد**: التخطيط الاجتماعي مدخل إلي القرن الواحد والعشرين، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩٨.

8- **إقبال الامير السمالوطي**:معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال تعاطي المخدرات ،،المؤتمر العربي الاول لمواجهة مشكلات الادمان،دار وهدان للطباعة، القاهرة ،2000.

٩- **إقبال السمالوطي** : معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال تعاطي المخدرات لمواجهة مشكلات الادمان ، القاهرة ، دار وهدان للنشر ، ٢٠٠٠.

١٠- **أميرة منصور يوسف** : نظريات وعمليات طريقة خدمة الفرد ، الاسكندرية ،١٩٩٣.

١١- **أنوار حافظ عبد الحليم** : مشاكل البطالة والادمان ، الاسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة،٢٠٠٨.

١٢- **جابر عبد الحميد جابر،علاء الدين كفافي** :معجم علم النفس والطب النفسي ،القاهرة ،دار النهضة العربية،القاهرة،(١٩٩٢).
١٣- **جلال الدين عبد الخالق**: الملامح المعاصرة للموقف النظري في طريقة العمل مع الحالات الفردية – الحدود المعالجة – الاسكندرية، مطبعة سامي، ١٩٩٨
١٤- **حامد عبد السلام زهران** : علم النفس الاجتماعي ، القاهرة ، عالم الكتب ، ١٩٨٤.
١٥- **حامد عبد السلام زهران**: علم النفس الاجتماعي، القاهرة، عالم الكتب، ٢٠٠٠.
١٦- **حسن مصطفي عبد المعطي** :الاسرة ومشكلة الابناء ، القاهرة،دار السحاب للنشر والتوزيع ،2008.
١٧- **خالد أحمد الصالح** : الادمان مرض العصر،الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي،٢٠٠٤.
١٨- **خيري الجميلي** : نظريات في خدمة الفرد ، الاسكندرية ، ٢٠٠٠.
١٩- **خيري خليل الجبلي** : نظريات في خدمة الفرد ، الاسكندرية ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، ١٩٩٦.
٢٠- **داود محمود المعايطة** : التأهيل المجتمعي ، عمان ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٦.
٢١- **ديفيد ورنر**: رعاية الاطفال المعوقين ، القاهرة، ورشة الموارد العربية ، ١٩٩٢ .
٢٢- **رشاد أحمد عبد اللطيف**: تقويم المشروعات الاجتماعية ، القاهرة، مطبعة الاسراء، ٢٠٠٢.
23- **رشاد أحمد عبد اللطيف**:الاثارالاجتماعية لتعاطي المخدرات،تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، الاسكندرية ،المكتب الجامعي الحديث ،١٩٩٩.
٢٤- **زيد الهويدي** : أساسيات القياس والتقويم التربوي ، الامارات ، دار الكتاب الجامعي ، ٢٠٠٤.
٢٥- **سامي عبد العزيز الدامغ**: نظرية الانساق العامة وأمكانية توظيفها في الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، ٢٠٠٠.

26- **سعيد يماني العوض:** محاور الممارسة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات ، القاهرة ، الكوثر للطباعة ، ٢٠٠٤.

٢٧- **سلمي محمود جمعه** : طريقة العمل مع الجماعات (النظرية والتطبيق) ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ٢٠٠١.

٢٨- **السيد عبد الحميد عطية** : نظريات ونماذج تطبيقية في طريقة العمل مع الجماعات ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٤.

٢٩- **السيد عبد الحميد عطية وأخرون** : التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، دارالمعرفة الجامعية ، 2001.

٣٠- **السيد علي شتا:** نظرية الدور والمنظور الظاهري لعلم الاجتماع، ط١، الاسكندرية، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، ١٩٩٩ .

٣١- **صندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي** : دليل الأخصائي الاجتماعي في كيفية التعامل مع مدمني المخدرات، القاهرة ، ٢٠١٠.

٣٢- **صندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي :دليل الأخصائي النفسي في الوقاية من الادمان**، القاهرة، ١٩٩٩.

33- **طارق كمال:**المشكلات الاجتماعية في المجتمع المعاصر ،مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية ،2009.

٣٤- **طلعت مصطفي السروجي ، ماهر أبو المعاطي:** ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، القاهرة،الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات ، ٢٠٠٨.

٣٥- **طلعت مصطفي السروجي:**الخدمة الاجتماعية (أسس النظرية والممارسة) ، الاسكندرية، دار الهنا للتجليد الفني، ٢٠٠٨.

36- **عباس أحمد ، ياسين الكبير**: تقويم المشروعات الاجتماعية ، دبي ، دار القلم ، ٢٠٠٢ .

37- **عبد العزيز بن عبدالله:**الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات،السعودية ،دارالنشر بالرياض،٢٠٠٢.

38- **عبد العزيز فهمي النوحي:** الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ،جامعة حلوان،ط٢ ،٢٠٠١.

٣٩- **عبد العزيزبن عبدالله**: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات ، السعودية ، دار النشر بالرياض ، ٢٠٠٢.

٤٠- **عبد الفتاح عثمان** : المدرسة المعاصرة في خدمة الفرد ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ١٩٨٧.

٤١- **عبد الناصر عوض أحمد جبل**: ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠١،– بتصرف من الباحثان.

٤٢- **عبد الناصر عوض أحمد**: نظريات مختارة في خدمة الفرد، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ٢٠٠١.

٤٣- **عبد الناصرعوض أحمد**: الخدمة الاجتماعية النفسية، القاهرة ،مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٢.

٤٤- **عبد الناصرعوض أحمد**: نظريات مختارة في خدمة الفرد، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ٢٠١١.

٤٥- **عبد الهادي مصباح**:الادمان طريقك إلي الهاوية ، القاهرة ،الدار المصرية اللبنانية،٢٠١٠.

٤٦- **عبد الواحد حميد الكبشي** : القياس والتقويم ، العراق ، دار جريد للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٧.

٤٧- **عبدالله عبد الحي مرسي** : علي النفس التربوي ، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية ، ٢٠١٠.

٤٨- **عبدالله عبد الحي موسي:** علم النفس التربوي،القاهرة،الثقافة للطباعة ،٢٠٠٠.

49- **عبدالناصر عوض أحمد:** مهارات وتطبيقات الممارسة في خدمة الفرد ،القاهرة ،مكتبة النهضة المصرية ،٢٠١١.

٥٠- **عفاف عبد المنعم** : الادمان (دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه) ،الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٣.

٥١- **عفاف محمد عبد المنعم** : الادمان (دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه)، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ،٢٠٠٤.

٥٢- **علي حسين زيدان وأخرون** : الاتجاهات المعاصرة في خدمة الفرد ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، ١٩٩٧.

٥٣- **علي حسين زيدان**: نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد ، القاهرة ، ٢٠٠٦.

٥٤- **علي عبد العزيز:** المخدرات وأخطارها،دار الفكر الجامعي ،الاسكندرية ،٢٠٠٥.

٥٥- **علي ماهر خطاب** : القياس والتقويم ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٨.

٥٦- **فاروق سيد عبد السلام** : سيكولوجية الادمان ، القاهرة ، عالم الكتب للنشر ،٢٠٠٠.

٥٧- **فهد حمد المغلوث**: تقويم البرنامج والمشروعات الاجتماعية ، الرياض ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، ١٩٩٦.

٥٨- **فؤاد سليمان قلادة** : الاهداف التربوية والتقويم ، القاهرة،دار المعارف،١٩٨٢.

٥٩- **فيصل محمود غرايبة**:الخدمة الاجتماعية الطبية ،عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع،٢٠٠٨.

60- **كمال دسوقي**: علم الاجتماع ودراسة المجتمع، ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 1975.

٦١- اللأئحة النموذجية بالنظام الداخلي لأندية الدفاع الاجتماعي ومراكز علاج الادمان، قرار وزاري رقم ٥٩ بتاريخ ٩/ ٣/ ١٩٨٥، بشأن اللأئحة النموذجية بالنظام الداخلي لأندية الدفاع الاجتماعي.

٦٢- **لويس كامل مليكة**: سيكولوجية الجماعات والقيادة، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٧٠.

٦٣- **ماهر أبو المعاطي** : تقويم البرامج والمنظمات الاجتماعية ، القاهرة ، زهراء الشرق ، ٢٠٠٦.

٦٤- **ماهر أبو المعاطي علي وصفاء عبد العظيم محمد**:الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي،جامعة حلوان ، ٢٠٠٣.

٦٥- **ماهر أبو المعاطي علي**: الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ط٣، ٢٠٠٣.

٦٦- **المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان** (١٩٩٦)،التقرير المبدئي ،وزارة الصحة ،القاهرة.

٦٧- **المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان** (٢٠١١)،التقرير المبدئي ،وزارة الصحة ،القاهرة

٦٨- **مجمع اللغة العربية** :المعجم الوجيز ، القاهرة،١٩٩٣.

٦٩- **محمد الرازي**: مختار الصحاح ، القاهرة ، دار المعارف ،١٩٩٠.

٧٠- **محمد حسن غانم** : العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠٠٥ .

٧١- **محمد حسن غانم**: العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين ،مكتبة الانجلو المصرية ،القاهرة،٢٠٠٥.

٧٢- **محمد سلامه أدم**: المرأة بين البيت والعمل ، الاسكندرية ، دار المعارف ، ١٩٨٢.

٧٣- **محمد سلامه غباري** : الادمان(أسبابه ونتائجه وعلاجه) ،الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث،١٩٩١.

٧٤- **محمد سلامه غباري** :مرجع سبق ذكره.

٧٥- **محمد سلامه غباري**: الادمان خطر يهدد الامن الاجتماعي ، الاسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر، ٢٠٠٧ .

٧٦- **محمد شمس الدين واخرون** : العمليات المهنية في العمل مع الجماعات ، القاهرة، بدون عام نشر.

٧٧- **محمد عبد الفتاح محمد** : التنمية الاجتماعية من منظور الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي ، ٢٠٠٣.

٧٨- محمد محمد سليم: مرجع سبق ذكره.

٧٩- **محمد وهبي** :عالم المخدرات بين الواقع والخيال الخادع،لبنان،دار الفكر اللبناني،١٩٩٠.

٨٠- **محمد ياسر الخواجة**: قضايا الطفولة في عالم متغير ، الاسكندرية ، جامعة طنطا ، ٢٠٠٥.

٨١- **محيي الدين أحمد حسين** : التأهيل النفسي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها – الدليل الاول (مدخل تمهيدي إلي تأهيل مدمني المخدرات) ، القاهرة، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان والتعاطي ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ٢٠٠٣.

٨٢- **مدحت محمد أبو النصر** : مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات ، القاهرة ، الدار العالمية للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨.

٨٣- **المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية :**تعاطي الحشيش، التقرير الاول ،القاهرة،دار المعارف،١٩٦٠.

٨٤- **المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية** ،تعاطي الحشيش، التقرير الاول ، دار المعارف ،القاهرة، ،٢٠٠٨.

٨٥- **مسعد سيد عويس**: دور المؤسسات الرياضية والشبابية في مواجهة الادمان ، مطابع الشرطة ، 2004.

٨٦- **مصطفي سويف** : المخدرات والمجتمع،نظرة تكاملية ،الكويت،دار النشر بجامعة الكويت ،١٩٩٦.

٨٧- **مصطفي سويف:**الطريق الاخر لمواجهة مشكلة المخدرات،القاهرة،المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية،١٩٩٠ .

٨٨- **منظمة الصحة العالمية** : العلوم الصبية ودورها في تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها ، ٢٠٠٤، جنيف .

٨٩- منظمة الصحة العالمية: العلوم العصبية ودورها في تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها، جنيف ،٢٠٠٤.

٩٠- **مني صبحي الحديدي وأخرون** : التأهيل الشامل ، القاهرة ، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات ، ٢٠٠٨ .

٩١- **منير البعلبكي** : المورد (قاموس إنجليزي-عربي)، بيروت،دار العلم للملايين،١٩٩٦.

92- **ناظك عيسي عفيفي:**العلاقة بين طريقة العمل مع الجماعات والتأهيل الاجتماعي للمدمنين،رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية،جامعة حلوان،١٩٩٣.

٩٣- **نصيف فهمي منقريوس وآخرون:** النماذج والنظريات في ممارسة خدمة الجماعة، جامعة حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، 2004.

٩٤- **نصيف فهمي منقريوس:** ديناميات العمل مع الجماعات، جامعة حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي 1995.

٩٥- **هشام سيد عبج المجيد وأخرون** : المدخل إلي الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، ٢٠١١.

٩٦- **يسري دعبس** : الادمان بين التجريم والمرض ، الاسكندرية ،الملتقي المصري للأبداع والتنمية، ١٩٩٨.

ثانيا :المجلات والمؤتمرات:

١- **أيات إبراهيم صبيح** : العلاقة بين إستخدام المدخل الروحي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمتعافي من الادمان ،جامعة حلوان ، المؤتمر الرابع والعشرون ، ٢٠١١.

٢- **عفاف عبد المنعم عبد الصمد**: دور الاخصائية الاجتماعية في تعلم أعضاء الجماعة الكفيفات مهارات حل المشكلة، بحث منشور في المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان – 1998.

3- **محمد الظريف سعد محمد**:دورمقترح للأخصائي الاجتماعي مع جماعات النشاط المدرسي لوقاية الطلاب من الادمان،بحث منشورفي مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ،العدد ١٠،جامعة حلوان ،إبريل ١٩٩٧.

٤- **محمد بن مسقر القرني**: تأثير غموض الدور وتعارضه علي الممارسة المهنية لدي الاخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي، نقلاً عن مجلة العلوم الاجتماعية

٥- **محمد سعيد علي يحيي النجار**:تقويم إستخدام الأخصائي الاجتماعي لوسائل التعبير في برنامج خدمة الجماعة لوقاية الطلاب من تعاطي المخدرات،رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة،.

٦- **محمد محمود الجوهري** : ديناميات العمل الفريقي في مجالات الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، المؤتمر العلمي الرابع ،١٩٩١.

٧- **محمد محمود الجوهري**:الاسباب الاجتماعية لظاهرة إنتشارالمخدرات في المجتمع المصري، بحث منشورفي مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية،العدد الثاني،جامعة حلوان،إبريل١٩٩٧.

٨- **مصطفي الحسيني النجار** : تقدير ذات المتعافيم من إدمان المخدرات ومقترح لزيادته بالعلاج البيئي في خدمة الفرد،جامعة حلوان ن المؤتمر الرابع عشر،الجزء الثاني ، ٢٠٠٣.

ثالثا: الرسائل:

١- **إبراهيم السيد فتحي عسكر**:تقويم البرامج الوقائية لمكافحة تعاطي المخدرات من منظور طريقة تنظيم المجتمع، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الخدمة الاجتماعية ،جامعة حلوان،.

٢- **أحمد زكي محمد مرسي**: استخدام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التأهيل الاجتماعية لمدمني الهيروين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان- القاهرة- ٢٠٠٣.

3- **إسماعيل مصطفي بكر**:فعالية نموذج التركيز علي المهام في خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعي لمدمني العقاقير المخدرة، رسالة ماجستيرغيرمنشورة، جامعة حلوان،١٩٩٢.

٤- **أنور محمد أنور بهاء الدين**:تقويم الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية للطلبة المكفوفين بالمرحلة الاعدادية،رسالة ماجستير غير منشورة،كلية الخدمة الاجتماعية ،جامعة حلوان،٢٠٠٥.

٥- **أيات إبراهيم صبيح**:العوامل المرتبطة بالعودة إلي إدمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها من منظور خدمة الفرد رسالة دكتوراه غيرمنشورة، جامعة حلوان ،٢٠٠٥.

٦- **آيات إبراهيم صبيح**:العوامل المرتبطة بالعودة إلي إدمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها من منظور خدمة الفرد،رسالة دكتوراه غير منشورة،كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.

٧- **جيهان صابر اللقاني:** دراسة تقويمية لدور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع حالات تعاطي المخدرات بأندية الدفاع الاجتماعي ،رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة حلوان،٢٠٠٢.

٨- **فاتن فوزي أحمد جاد:**تقويم الاداء المهني للأخصائي الاجتماعي مع الحالات الفردية بمكاتب التوجيه والاستشارات الاسرية بمدن القناة،رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة حلوان،٢٠٠٩.

٩- **فاتن فوزي أحمد جادو أصلان** :تقويم الاداء المهني للأخصائي الاجتماعي مع الحالات الفردية بمكاتب التوجيه والاستشارات الاسرية بمدن القناة،رسالة ماجستيرغيرمنشورة،جامعة حلوان،٢٠٠٩.

١٠- **فتحي عبد الواحد أمين**: دور الأخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي لحالات الادمان لأسباب نفسية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٩

١١- **محمد مدحت أبو بكر** :(فاعلية العلاج الاسري في خدمة الفرد في علاج العائدين إلي إدمان الهيروين) ،رسالة دكتوراه غيرمنشورة،القاهرة ،كلية الخدمة الاجتماعية ،جامعة حلوان،١٩٩١.

١٢- **محمود السيد علي عبد الوهاب**: تقويم البرامج الوقائية في العمل مع جماعات الاطفال المعرضين لتعاطي المواد المخدرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٥.

١٣- **مني طه محروس**: تقويم خدمات الجمعيات الاهلية لمكافحة المخدرات، رسالة ماجستير- كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان- ٢٠٠١.

<u>رابعا: المواقع الالكترونية</u>

1- www.peregabriel.com addition/ 15/8/2011

2- http://ejabat.google.com rehabilition 25/11/2011

3- www.swmsa.com general system theory 10/2/2012

4- http://www.ziadazzam.com evaluate 11/1/2012

المراجع الاجنبية:

1-**Alvinks,sivonger**,c.Drug and Therapy(Boston,little vrown and company,1976)p.222.

2-**Ashenberg Straussner, Shulamith Lala**: The role of social workers in the treatment of addictions: A brief history, Journal of Social Work Practice in the Addictions. Vol.1(1), 2001, pp. 3-9.

3-**Barker Robert L**.: The social work dictionary, forth edition, USA, NASW press, 1999, P. 416.

4-Barker Robet L.: the social work dictionary, op. cit, P. 419.

5-**Brochu, serge, Guyon:** Louise, des jardins, lyne. Comparative profiles of addicted abult population rebabilitation and correctional services; journal of substance abuse , treatment , vol 16, 1999 , p.p 173-183.

6-**Clausen, Don**: Social work and the art of substance abuse counseling, Health & Social Work. Vol.27(3), Aug 2002, pp. 238-239.

7-**Diana kendall**: social problems uva diverse society , 2010,Boston , p.151.

8-**DiNitto, Diana M; McNeece, C. Aaron**: Addictions and social work practice, in a challenging profession (3rd ed.). (pp. 171-192). xvi, 448 pp. Chicago, IL, US: Lyceum Books; US

9-**Eduand A.schuman** .Evaluation Research .NY.Aeselt sage foundation.1994.

10-**Elizabeth A. Segal and others**: social work and Introduction to the profession, united states of America Thomson Brooks Cole, 2004, p. 397.

11-**Elizabeth mareh Timberlake** ,The General methods of social practice , loundon, Ellyn and bacon,2002,p.253.

12-**Gerald Corey and others**: Group techniques, united states, Thomson, Brooks, Cole. Third Edition , 2004, p. 190.

13-Hartman, A. & Larid, J.: Family-Centered Social Work Practice. New York: The Free Press1983**.**

14-**John j. Macionis**:social programs,by berson eduction , unitd states 2005,p.222.

15-**Linton .**raiph. ststus and role , incocer,h.androsenlee, the socialgical or the yland ,company,1970.

16-**Merriam webestar**: collegiate dictionary ,(11)ed,u.s.a,library of congress,2003.

17-**Randall peter, parker Jonatham**: Role Theory (in) Daivs martin. B: the black well encyclopedia of social work, Britain, Blakwell publishers. Ltd., 2000.

18- **Rodway, M. R.:** Systems Theory. In F. J. Turner (Ed.). Social work Treatment. New York: The Free Press1986.

19-**Sevin, Cagri; Erbay, Ercument**: Problems of substance addicteds in social life after treatment and practices of social work, PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved) (journal abstract)

20-**Shahendah** , B, Rehabilitation Approaches to Drug And Alcohol Dependence ,Geneva, 110, 1985,p.11.

21-**Stran Herberts**: Role Theory (in) Turner Francis j: Social work Treatment, 2nd edition, N.Y, Free press, 1979, P.P 385: 386.

22-**Strean Herberts**.,: Role Theory, op. cit, p. 387.

23-**Teichman , meir:** kadmon Boundaries instead of walls : the rehabilitation of prisoner Drug Addicts , journal of offender Rehabilition , 1998 , p.p 59-70.

24-**Tomas , c.t &Anthony** , : family system Approach in substance abuse – A comprehensive text book , London, 1995,pp 877-888.

25-**William or nblum** , josephjulian :social problems united ststes , 2010, p.113

26-Robert L.Barker : The social work dictionary (U.S.A :N.A.S.W ,silver spring ,1991) pp91:92.