

فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد لتخفيف القلق**الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات****The effectiveness of mindfulness therapy in social
case work for reducing social anxiety among
adolescent drug addicts****د/ محمد عبد الحميد محمد أحمد**

مدرس خدمة الفرد بكلية الخدمة الاجتماعية

جامعة الأزهر بالقاهرة

DOI: 10.21608/fjssj.2024.249034.1195 Url: https://fjssj.journals.ekb.eg/article_338933.htmlتاريخ إستلام البحث: ٢٠٢٤/٩/١٥ م تاريخ القبول: ٢٠٢٤/١٠/١٧ م تاريخ النشر: ٢٠٢٤/١٠/٢٠ م
توثيق البحث: أحمد، محمد عبد الحميد محمد. (٢٠٢٤). فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات. مجلة مستقبل العلوم الإجتماعية. ع. ١٩، ج. (٤)، ص: ٢٤٧-٢٨٨.

٢٠٢٤ م

فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات

المستخلص:

هدف البحث إلى اختبار فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد وتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات. ولتحقيق هدف البحث تم استخدام المنهج شبه التجريبي من خلال مقارنة نتائج القياسين القبلي والبعدي على مجموعة تجريبية واحدة. وانتهت نتائج البحث إلى صحة الفرض الرئيس وكذلك الفروض الفرعية، مما يشير إلى فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج التدبري في خدمة الفرد وتخفيف القلق الاجتماعي لدى عينة البحث من المراهقين مدمني المخدرات.

الكلمات المفتاحية: العلاج التدبري، خدمة الفرد، القلق الاجتماعي، المراهقين مدمني المخدرات.

The effectiveness of mindfulness therapy in social case work for reducing social anxiety among adolescent drug addicts

Abstract:

The aim of the study was to examine the effectiveness of mindfulness therapy in social case work and in reducing social anxiety among adolescent drug addicts. To achieve the research objective, a quasi-experimental approach was employed by comparing the pre-test and post-test results of a single experimental group. The findings confirmed the validity of the main hypothesis as well as the sub-hypotheses, indicating the effectiveness of the professional intervention program based on mindfulness therapy in social case work and in alleviating social anxiety among the study sample of adolescent drug addicts.

Keywords: mindfulness therapy, social case work, Social anxiety, Adolescent drug addicts.

أولاً: مشكلة الدراسة.

تُعد مرحلة المراهقة مرحلة حاسمة في التطور العمري، إذ تمثل الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ، مما يؤدي إلى تغييرات جوهرية في مختلف الجوانب النمائية، بما في ذلك النمو الجسدي والنضج العقلي والانفعالي. وخلال هذه المرحلة، يواجه المراهق صراعات نفسية ناتجة عن التناقض بين حاجته المستمرة للأمان، المرتبطة بمرحلة الطفولة، ورجبته المتزايدة في الاستقلالية والاعتماد على الذات بالإضافة إلى ذلك، يتعرض لضغوط اجتماعية خارجية تنشأ من الصراع بين الامتثال لمتطلبات المجتمع وبين تبني فلسفته الخاصة في الحياة وتحقيق الاتساق مع ذاته، كما يعاني المراهق من تحديات في اتخاذ القرارات المصيرية، لا سيما تلك المتعلقة بمستقبله، إلى جانب التوتر الناجم عن التباين بين القيم والسلطة التي يمثلها جيل الكبار وتطلعات جيله (مختار، ٢٠٢٠).

كما تُعد فترة المراهقة إحدى أكثر المراحل العمرية حساسية، حيث يواجه المراهقون خلالها تحديات نفسية متعددة ناتجة عن التغيرات الجسدية والعاطفية والاجتماعية التي يمرون بها، ويجد العديد منهم صعوبة في التكيف مع هذه التحولات السريعة، مما قد يؤدي إلى شعورهم بالعزلة أو الإحباط، كما أن الضغوط المرتبطة بالتوقعات الأكاديمية والاجتماعية قد تسهم في ارتفاع مستويات التوتر والقلق لديهم بالإضافة إلى ذلك، فإن الصراعات الداخلية المرتبطة بتكوين الهوية والانتماء قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية تؤثر على توازنهم النفسي والاجتماعي (العطار، ٢٠٢٤).

وهذا يشير إلى أن المراهقين يمرون بمرحلة نمو نفسي ومعرفي واجتماعي متسارع، مما يؤثر على مشاعرهم وأنماط تفكيرهم، وعلى الرغم من الاعتقاد السائد لدى البعض بأن المراهقة هي مرحلة تتميز بالصحة الجيدة، إلا أن المراهقين يكونون عرضة للعديد من المخاطر، مثل الجنوح وإدمان المخدرات، حيث يُلاحظ انتشار إدمان المخدرات بشكل أكبر بين فئات المراهقين والشباب. وهذا ما بينته نتائج دراسة كل من (Arun.,Chavan & Bhargava, 2010؛ وحمدي، ٢٠١٣؛ وبسيوني، ٢٠١٥؛ والعضوي، ٢٠١٧؛ عبد الجواد، ٢٠١٨؛ وربيح وآخرون، ٢٠٢٠؛ وعلي، ٢٠٢٢) والتي توصلت لنتائج دراستهم إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها مشكلة تهدد المجتمعات والأفراد وخاصة الشباب والمراهقين وانتشاره بين هذه الفئات بشكل أكبر، وكذلك بين المراهقين من الذكور أكثر من الإناث. وهذا مبرر دفع الباحث لاختيار هذه الفئة لتكون عينة الدراسة الحالية.

فمشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات الملفتة للنظر خاصة بين فئات الشباب والمراهقين، وهذا أمرًا يندرج بالخطر، وبالرغم من صعوبة حصر أعداد المدمنين، إلا أنه يمكن القول أن مشكلة تعاطي المخدرات في تزايد مستمر. فقد كشف تقرير أصدره مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة أن العواقب الصحية لتعاطي المخدرات أكثر حدة وانتشارًا مما كان يعتقد سابقًا مشيرًا إلى أن حوالي ٣٥ مليون شخص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات عالميًا وبحاجة إلى خدمات علاجية، كما سلط التقرير الضوء على استمرار الانخفاض في الوقاية والعلاج في كثير من دول العالم حيث يتلقى شخص واحد فقط من بين كل سبعة أشخاص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات العلاج كل عام، كما ذكر التقرير أن احصائيات المدمنين على المخدرات في مصر ١٠ % من إجمالي الذكور، ٥ % من إجمالي الإناث (مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٩، ص ٢٠).

كما أشار تقرير صادر عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي بمصر أنه من خلال مسح قومي شامل أطلقته وزارة التضامن تبين أن نسب تعاطي المخدرات بين المصريين وصلت بشكل رسمي لـ ١٠,٤ % وهذه النسبة تعتبر أكثر من ضعف المعدل العالمي للتعاطي والتي بيكون حوالي ٤ % في الدولة الواحدة، كما أشار التقرير إلى أن ٨٧ من الجرائم التي حدثت في مصر لعام ٢٠١٨ كان سببها تعاطي المخدرات، وأن الحد سنوات العمرى الأدنى لتعاطي المخدرات انخفض لسن ٩-١٠ سنوات (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠١٩).

إن مشكلة تعاطي المخدرات لدى المراهقين وإدمانها تعود أساسًا إلى محاولتهم الهروب من الصراعات المتعددة التي يواجهونها، سواء كانت داخلية تتعلق بذواتهم، أو خارجية مع أسرهم ومجتمعهم، وتؤدي هذه الصراعات إلى اضطرابات نفسية مختلفة، ويعد القلق من أكثرها شيوعًا، ويُنظر إلى إدمان المراهقين على المخدرات بوصفه استجابةً للضغوط المفروضة عليهم ورفضًا للقيود التي تعيق استقلاليتهم، إذ يسعى العديد منهم إلى تحقيق الاستقلالية والاعتماد على الذات بطرق غير سليمة (عبد الرحمن، ٢٠٢٢). وذلك لاعتقادهم بأن المخدرات تساعد على نسيان مشاكلهم وتخفف عنهم القلق والضغط النفسي وتدفعهم في اتجاه الحياة السعيدة. وهذا ما انتهت إليه نتائج دراسة الهويش (٢٠١٧) بلجوء الأفراد إلى تعاطي المواد المخدرة من أجل تخفيف بعض الأعراض المرضية التي يشعرون بها وذلك ظلًا

منهم أن تلك المادة المخدرة قادرة على جعلهم في حالة صحية جيدة، كذلك من أجل الشعور بالسعادة والهروب من الأعباء والمشكلات الخاصة بالحياة.

ولكن مع مرور الوقت وبعد فوات الأوان، يدرك المراهقون أن تعاطي المخدرات يزيد من تعقيد حياتهم ويؤدي إلى اختلال توازنهم النفسي وتدهور مستقبلهم الدراسي والمهني، فضلاً عن الأضرار الجسدية التي تلحق بهم، كما تسهم المخدرات في تعطيل معظم وظائفهم الحيوية، لا سيما القدرات العقلية والمعرفية، وتقاوم من حدة القلق الاجتماعي لديهم بجميع مؤثراته.

وهذا ما بينته نتائج العديد من الدراسات منها نتائج دراسة المعاينة وآخرون (٢٠١٧) والتي توصلت أن تعاطي المخدرات يؤثر على الحالة النفسية والاجتماعية والاقتصادية، كما أن تعاطي المخدرات يزيد من معدل انتشار الجريمة في المجتمع، وكذلك دراسة الهويش (٢٠١٧) والتي توصلت إلى العديد من الآثار السلبية بسبب تعاطي المخدرات وإدمانها المترتبة على كل من الجانب الجسدي والعقلي والنفسي والاقتصادي والبيئي وارتفاع معدلات الجريمة والأداء الأكاديمي للطلاب. كما كشفت نتائج دراسة مادرين (Madrine,2015) عن الاضطرابات السلوكية المتعلقة بسوء استخدام المخدرات والتي تمثلت في العنف والعدوان على الأقران والمعلمين داخل المدرسة وممارسة السلوكيات الإجرامية كالسرقة والاعتداءات الجنسية والهروب من المدرسة والمشاكل الصحية وتدني مستوى الالتزام المدرسي. في حين بينت نتائج دراسة غازيبارا وآخرون (Gazibara,et al.,2018) تدني مستوى نوعية الحياة لدى الطلبة المدمنين. وأكدت على هذه النتيجة نتائج دراسة داماسينو وآخرون (Damasceno et al, 2016)، بينما كشفت نتائج دراسة أوكافور (Okafor,2020) عن أكثر عواقب تعاطي المخدرات بين الطلاب تمثل في تدني احترام الذات، كذلك بينت نتائج دراسة (Matthew,2010) الآثار السلبية الناتجة عن تعاطي الشباب للمخدرات والتي تمثلت في سرعة التنفس والتثبيط والإحباط وزيادة سرعة ضربات القلب وتغيرات في المزاج والوفاة في بعض الأحيان.

كل هذه العواقب والآثار الناتجة عن تعاطي المراهقين للمخدرات والإدمان عليها تعتبر من مؤشرات القلق الاجتماعي الذي يعانون منه والتي تتمثل في المؤشرات (المعرفية، والانفعالية "الوجدانية"، والسلوكية، والفسولوجية)، وهو الأمر الذي يؤكد حتمية مواكبة مهن المساعدة الإنسانية عموماً ومهنة الخدمة الاجتماعية بوجه خاص لتداعيات تلك الظاهرة المتداخلة خاصة وإنها تتال من فئة المراهقين الذين يعول عليهم قيادة الغد. بيد أن الخدمة الاجتماعية

عمومًا وطريقة خدمة الفرد خصوصًا بممارساتها التقليدية لا زالتا دون المستوى المطلوب منهما.

لذلك، من الضروري استحداث أساليب علاجية جديدة تسهم في الوقاية والعلاج على حد سواء، فقد أشار التقرير العالمي للمخدرات الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة- سالف الذكر- إلى أن جهود الوقاية والعلاج في هذا المجال لا تزال دون المستوى المأمول، مما يستدعي العمل على استحداث أساليب جديدة للوقاية والعلاج أكثر فاعلية. ويؤكد ذلك على الأهمية العملية لدور مهن المساعدة الإنسانية ومنها مهنة الخدمة الاجتماعية في هذه المشكلة، فمن المتوقع أن تسهم الخدمة الاجتماعية من خلال طرقها المختلفة لا سيما طريقة خدمة الفرد لما تحتويه من نماذج علاجية أثبتت فاعليتها في التخفيف من المشكلات التي تواجه الأفراد، ويعد العلاج التدريجي أحد النماذج العلاجية المستحدثة لطريقة خدمة الفرد حيث يُتوقع أن يسهم بشكل فعال في التخفيف من القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.

يُعد العلاج التدريجي في خدمة الفرد تقنية علاجية فريدة، يمكن استخدامها للتعامل مع مختلف أنواع المشكلات، سواء كانت جسدية، نفسية، أو عقلية، كما يسهم في مساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مثل الاكتئاب، الإدمان، القلق، وغيرها من الحالات العقلية بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساهم في التخفيف من المشكلات الجسدية الناجمة عن اضطرابات الصحة العقلية أو المرتبطة بها (البريشن، ٢٠٢١، ص.٦٥-٦٨).

وعلى صعيد الدراسات والأبحاث، أظهرت الكثير من الدراسات الموثوقة كدراسة التحليل البعدي Meta-Analysis، ودراسات المراجعة المنتظمة Systematic Reviews فاعلية العلاج التدريجي (البريشن، ٢٠٢١، ص.٨٢)، على الرغم من أن غالبيتها طبق على الكبار وبالغين (Greco & Hayes, 2008). ويستشهد "ترنر" بالعديد من الدراسات التي تؤكد فعالية العلاج التدريجي لكل من المعالج والعميل. فمن ناحية المعالج، تبين أن تقنيات العلاج التدريجي تسهم في تعزيز الحضور الذهني والانتباه، كما تؤثر إيجابيًا على قدرته في التنظيم والتعاطف والعاطفي والتعاطف مع الآخرين. أما بالنسبة للعملاء، فقد أظهرت الدراسات أن العلاج التدريجي ساعدهم في السيطرة على القلق والاكتئاب، وتقليل الشراهة في الأكل، وعلاج اضطراب الشخصية الحدية، والحد من الميول الانتحارية، بالإضافة إلى المساهمة في علاج

الإدمان على العقاقير، والذهان، واضطرابات الفصام، واضطرابات ما بعد الصدمة (Turner, 2009).

وأجريت دراسة شاملة لمراجعة مجموعة واسعة من الدراسات التجريبية التي طبقت العلاج التدبري على المجموعة التجريبية، بينما استخدمت أساليب علاجية أخرى مع المجموعة الضابطة، وقد توصل الباحثون إلى أن العلاج التدبري يُعد فعالاً بشكل واضح وبشكل عام، أشاروا إلى وجود ارتباط إيجابي بين العلاج التدبري وتحسين الأداء والصحة العقلية لدى العملاء ومع ذلك، أكد الباحثون على الحاجة إلى إجراء مزيد من الأبحاث والدراسات التجريبية في هذا المجال، نظرًا لمحدودية المعرفة حول أكثر تقنيات العلاج التدبري فاعلية، وكذلك الفئات المستهدفة التي يمكن أن تحقق منها أكبر فائدة (Keng et al., 2011). وهذه من المبررات التي دفعت الباحث لاستخدام العلاج التدبري مع مشكلة أخرى ومع نوعية أخرى من العملاء "المراهقين مدمني المخدرات". وفي دراسة أخرى استخدمت تحليل حجم الأثر effect size لمجموعة كبيرة من الدراسات، أظهرت الدراسة أن العلاج التدبري مفيد لعلاج العديد من الاضطرابات (Hofmann Sawyer, Witt & Oh, 2010). وهذا يعتبر مبرر آخر دفع الباحث لاستخدام العلاج التدبري مع شكل من أشكال الاضطرابات وهو "القلق الاجتماعي". ومما يؤكد ذلك نتائج الدراسة التي قام بها (rich gerald, 2023) والتي توصلت إلى أن العلاج المعرفي المبني على التدبر يساهم في حل مشكلات الإدمان والتعاطي للمواد المخدرة لبعض أفراد الأسرة التي يسودها النزاعات والمشكلات الأسرية (المرسي، ٢٠٢٤، ص.١٨٣). ويؤكد البرينث (٢٠٢١) من خلال ما أظهرته نتائج بعض الدراسات أن العلاج التدبري يُعد نموذجًا واعدًا لعلاج مجموعة واسعة من الأمراض والاضطرابات النفسية، ونظرًا لحدائه ظهوره وتداوله بين المتخصصين، فإن النجاحات التي تم تحقيقها حتى الآن تبعث على الاطمئنان، لكنها في الوقت ذاته تؤكد الحاجة إلى المزيد من الدراسات والتجارب التطبيقية، ويشمل ذلك العمل مع الأفراد، الأزواج، والجماعات، ومعالجة مشكلات متنوعة، بهدف تحديد أكثر التقنيات فاعلية من خلال منهجية بحثية دقيقة، ومن شأن ذلك أن يساهم في تطوير هذا النموذج العلاجي، مما يعزز من مسيرة تطور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية عمومًا، وطريقة خدمة الفرد على وجه الخصوص (ص.٨٣).

وفي ضوء ما تم استعراضه من نتائج الدراسات والبحوث العلمية، يمكن للباحث تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي: ما فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات؟

ثانياً: أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

أولاً: الأهمية النظرية:

تتبع الأهمية النظرية لهذه الدراسة من مساهمتها في إثراء المعرفة العلمية حول فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد، كأحد الأساليب العلاجية الحديثة في الخدمة الاجتماعية عامة- وخدمة الفرد خاصة، وتأثيره على تخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين المدمنين، كما قد تسهم الدراسة في سد الفجوة المعرفية في الأدبيات المتعلقة بتدخلات العلاج التدبري مع الفئات المعرضة للخطر، خاصة المراهقين المدمنين في المجتمع المصري. إضافةً إلى ذلك، قد تساهم الدراسة في تطوير النظريات والمداخل العلاجية المرتبطة بخدمة الفرد، مما يدعم بناء نماذج نظرية متكاملة يمكن استخدامها في ممارسات العلاج النفسي والاجتماعي.

ثانياً: الأهمية العملية:

تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسة في تقديم إطار عملي يسهم في تطوير أساليب التدخل العلاجي للحد من القلق الاجتماعي لدى المراهقين المدمنين، مما ينعكس إيجاباً على تحسين جودة حياتهم وإعادة دمجهم في المجتمع، قد توفر نتائج الدراسة دليلاً إرشادياً للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين في مراكز علاج الإدمان ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، مما يساعد في تصميم برامج علاجية أكثر فاعلية. بالإضافة إلى ذلك، قد تسهم الدراسة في توجيه صناع القرار نحو تبني سياسات علاجية قائمة على الأدلة العلمية، وتعزيز دور العلاج التدبري كمنهج علاجي يمكن تطبيقه على نطاق أوسع في المؤسسات الصحية والاجتماعية المصرية.

ثالثاً: أهداف الدراسة: سعت الدراسة الراهنة إلى تحقيق هدف رئيس مؤداه: "اختبار فعالية العلاج التدبري في خدمة الفرد وتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات".

رابعاً: مفاهيم الدراسة.

١- مفهوم العلاج التدبري:

يركز التدبر على الانتباه للموقف الواحد في الوقت نفسه، مع عدم التفكير في الماضي، أو المستقبل حتى يتعزز الوعي بالموقف من كافة جوانبه (الشلوي، ٢٠١٨، ص.٥)، ويعرف

التدبر بأنه: "شكل من أشكال التفكير والتأمل الذي يزيد من مقدرة الإنسان على السيطرة على أفكاره وسلوكه غير المنضبط، إذ يعد التدبر بأنه وسيلة من أفضل الوسائل للسيطرة على حالات الاضطراب والتوتر والقلق، لكونه يقوم بإبعاد الإنسان عن الشعور بفقدانه للسيطرة فضلاً عن زيادة من التركيز لديه" (الهاشم، ٢٠١٧، ص.١٤). وينظر باير (Baer, 2013) إلى التدبر بأنه "عملية معقدة تتضمن الانتباه إلى تجارب اللحظة الحالية، ووصفها بالكلمات، والعمل بوعي، وتجنب التحليق الفكري التلقائي، مع إضفاء حالة من الاستعداد والقبول والانفتاح، والسماح لملاحظة ورصد جميع التجارب، ولكن بدون إصدار أحكام أو قرارات تجاه تلك المواقف والتجارب وردود الأفعال" (p.40)، أما التدبر من نظر الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية فهو "تقنية علاجية هدفها تدريب العملاء على تحقيق الوعي والحفاظ عليه، من أجل تخفيف الأعراض العقلية والجسدية المؤلمة، وتحسين الجودة الشاملة للحياة" (Canda & Warren, 2023, p.53).

والعلاج التدبري من وجهة نظر الدراسة الراهنة: فهو نموذج علاجي يمارسه أخصائي خدمة الفرد في إطار دوره المهني مع المراهقين مدمني المخدرات مستخدماً تقنياته العلاجية؛ بغية التخفيف من القلق الاجتماعي لديهم خلال فترة زمنية قصيرة باعتباره نموذج قصير المدى من النماذج التي تقوم على تدبر اللحظة الحالية ومنهجية هنا والآن Here and now.

٢- مفهوم القلق الاجتماعي:

في قاموس علم النفس الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس، يُعرف القلق الاجتماعي "كنوع من اضطرابات القلق الذي يتسم بالخوف الشديد والمستمر في المواقف الاجتماعية وأثناء الأداء، مما يسبب للفرد ضائقة كبيرة أو يمنعه من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، عادةً ما يتجنب الأفراد هذه المواقف المخيفة بالكامل، وإذا كانوا مجبرين على مواجهتها، فإنهم يعانون من إزعاج ورعب واضحين" (VandenBos, R.G., 2015, p. 991).

وتنظر الكتاني (٢٠٠٨) إلى القلق الاجتماعي على أنه "استجابة انفعالية ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعي يدركه الفرد على أنه يتضمن تهديداً للذات وخوفاً من التقييم السلبي من الآخرين، الأمر الذي يؤدي إلى مشاعر الانزعاج والضيق، وقد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي" (ص. ٢٤).

ويعرف القلق الاجتماعي في الدراسة الراهنة بأنه نمط من السلوك يقوم به المراهق في المواقف الاجتماعية المختلفة ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المراهق المدمن علي مقياس القلق

الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات، ويتضمن المؤشرات التالية (المعرفية، الانفعالية، السلوكية، الفسيولوجية).

٣- مفهوم المراهقين:

يعرف الزغبي (٢٠١٠) المراهقة بأنها "الفترة الزمنية من حياة الفرد التي تمتد ما بين نهاية الطفولة المتأخرة حتي بداية سن الرشد، تتميز بمجموعة من التغيرات الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية" (ص. ١٩).

ويقصد بالمراهقة في الدراسة الراهنة بأنها المرحلة العمرية من (١٢-١٨ سنة)، والتي تفصل بين مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد، يصاحبها تغيرات نفسية وسلوكية وفسيولوجية، وغالبًا ما تسفر عن انحرافات كتعاطي المخدرات والادمان عليها.

٤- مفهوم ادمان المخدرات:

يعرف الادمان بأنه "الحالة النفسية والعضوية التي تنتج عن تفاعل العقار في جسم الكائن الحي" (السيد، ٢٠١٠، ص. ١٦). أما المدمن على المخدرات هو "الشخص الذي يتناول مواد مخدرة بشكل مستمر حيث يصبح معتمدًا عليها اعتمادًا نفسيًا وجسديًا ويترتب على ذلك اصابته ببعض الأعراض المتمثلة في وجود رغبة قهرية والاستمرارية في تعاطي المادة، والحصول عليها بأي وسيلة ووجود ميل لزيادة الجرعة" (غزيل، ٢٠٢٠، ص. ١٠٢).

ويعرف الادمان على المخدرات في الدراسة الراهنة بأنه تناول المراهق للمواد المخدرة بشكل معتاد ومنتظم خلال فترة زمنية معينة، بحيث لا يمكنه الاستغناء عنها، وتحدث له النشوة والمتعة الوقتية، بما ينعكس سلبيًا على النواحي المعرفية والصحة العقلية والنفسية والجسدية، وانتهاج سلوكيات انحرافية تتعارض مع السلوك العام للمجتمع.

خامسًا: موجّهات الدراسة النظرية

(أ) العلاج التدبري في خدمة الفرد كموجه نظري لتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين

مدمني المخدرات

• نشأة العلاج التدبري وتطوره:

أن المتتبع لمسار الخدمة الاجتماعية سيجد قصورًا مستمرًا في جوانبها العملية والتطبيقية، لا سيما في الممارسة الإكلينيكية، ويعود ذلك إلى تطور الممارسات المتخصصة التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون الإكلينيكيون، بالإضافة إلى التقدم البحثي في هذا المجال، سواء داخل المهنة نفسها أو في التخصصات ذات الصلة الوثيقة مثل علم النفس الإكلينيكي. وفي

مجال الخدمة الاجتماعية الطبية والصحة العقلية يبرز اهتمام بالغ بالعلاج التديري (MT) Mindfulness Therapy، أو ما يعرف بالعلاج المبني على التدير (MET) Mindfulness-Based Treatment، تحديداً ما جاء من مناقشات ضمن ما يعرف بالعلاج الجدلي السلوكي (D31) Dialectic Behaviour Therapy الذى تم تطويره بواسطة "مارشا لينهان" (Haynes, Follette) Linehan Marsha Linehan، وكذلك ضمن العلاج التديري لتقليل الإجهاد الذي كتب عنه "جون كابات زين" Jon Kabat-Zinn (البريشن، ٢٠٢١، ص.٥٧).

وظهرت البدايات الأولى للعلاج التديري في أدبيات علم النفس الاجتماعي (Langer, Breslin, 2014)، إلا أن الشروحات المفصلة له ظهرت في مجال علم النفس المعرفي (Zack & McMains, 2002; & Teasdale, 2004; Marlatt, 2002, Kristeller, Robinson, 2003; Ma)، إلى جانب المساهمات التي نشأت من المجال الطبي (Mathews, & Witek-Janusek, 2003).

وفي مجال الخدمة الاجتماعية، وردت إشارات إلى العلاج التديري ضمن سياقات الممارسة الشاملة للخدمة الاجتماعية Holistic Social Work، وتحديداً ما كتبه "إدوارد كاندا" حول العلاج الروحي (Canda & Furman, 2019)، وما كتب عن التكامل بين العقل والجسد والروح من منظور الخدمة الاجتماعية (Lee Chan, Chan, Ng & Leung, 2018). وحظي العلاج التديري باهتمام واسع باعتباره توجهاً ضمن الممارسة المبنية على البراهين في طريقة خدمة الفرد، التي تُعد إحدى طرق ممارسة الخدمة الاجتماعية، كما يُنظر إليه كأسلوب علاجي واعد قادر على تحقيق نتائج إيجابية مع المستفيدين من الخدمات الاجتماعية، وتجري حالياً أبحاث علمية للتحقق من فاعليته، واستكشاف الآثار الإيجابية المحتملة التي يحدثها على المستفيدين، بالإضافة إلى دراسة العمليات النفسية الكامنة وراء تطبيقه كنهج علاجي ناجح مع الأفراد والأزواج (Baer, 2010).

• تقنياته العلاجية مع عملاء الخدمة الاجتماعية عامة وخدمة الفرد خاصة:

- من أبرز التقنيات العلاجية التي قدمها العلاج التديري وأثبتت فعاليتها منذ ظهوره قبل عقدين ما يلي: (البريشن، ٢٠٢١، ص.٧١-٧٣).
- **تمارين التنفس:** تساهم في تحقيق الاستقرار وتهذئة الذهن، من خلال التنفس العميق المنتظم، مع توجيه الانتباه نحو الأحاسيس الجسدية والمشاعر.

- **الحركة الجسدية:** يمكن للحركات الجسدية الواعية أن تسهم في تطبيق العلاج التدبري، مما يساعد في التخفيف من القلق أو الاكتئاب.
- **الألفاظ ذات الدلالة:** هي عبارات لفظية يقدمها المعالج للعميل بهدف توجيهه وعيه نحو جوانب محددة من تجربته الشاملة، تسهم هذه الكلمات والتعبيرات في تنمية مهارات التدبر، مما يمكّن العميل من استخدامها في حياته اليومية.
- **الصور الإرشادية:** هي صور موجهة يتم استخدامها في التدبر، وتتضمن تمارين خاصة لتعزيز هذه التقنية:
- ✓ **التمرين الأول:** يقوم العميل بتخيل الأفكار المقلقة على شكل بقع داكنة في سماء زرقاء صافية، وعند ظهور هذه البقع، يلاحظها العميل بوعي، ثم يراقبها وهي تتحرك عبر السماء وتتلاشى بعيدًا بين الغيوم.
- ✓ **التمرين الثاني:** يتضمن تخيل الأفكار المقلقة كأوراق تنزلق فوق نهر متدفق، حيث تمثل هذه الأوراق حوامل للقلق، وعند ظهور أي فكرة مقلقة، يتخيل العميل وضعها على سطح النهر، ثم يراقبها وهي تجرف مع التيار دون التدخل أو محاولة الإمساك بها.

• فوائد العلاج التدبري في خدمة الفرد:

- للعلاج التدبري العديد من الفوائد التي يمكن أن تساعد أخصائي خدمة الفرد في التخفيف من القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات تتمثل في ما يلي: (المرسى، ٢٠٢٤؛ البريشن، ٢٠٢١؛ McGarrigle & Walsh, 2011).
- **تقليل الإجهاد والقلق:** يساعد العلاج التدبري، عند ممارسته في بيئة نفسية هادئة، على تخفيف الضغوط التي تؤدي إلى أعراض جسدية وعاطفية سلبية. من خلال تمارين التدبر، ينخفض القلق بشكل طبيعي عبر التركيز على الحاضر بوضوح ودون إصدار أحكام. كما يساهم العلاج التدبري في التمييز بين الأفكار باعتبارها موجودة ويمكن تقييمها والتعامل معها بعقلانية، في حين أن الإجهاد والقلق يُنظر إليهما كأحاسيس سلبية يمكن للمراهقين المدمنين على المخدرات الإحساس بها والاعتراف بها بصدق في حياتهم اليومية.
- **خفض الاكتئاب:** يساعد التدبر في الوقاية من الاكتئاب المرضي، خاصة بين المراهقين المدمنين على المخدرات، كما يُثبت فعاليته في منع الانتكاسات لدى المتعافين من

الاكتئاب المزمن. وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الاكتئاب مرتبط بأنماط تفكير معينة، مما يعزز دور التدبر في التعرف على الأفكار السلبية. فإذا كان المراهق المدمن على المخدرات واعياً بهذه الأفكار وعلى دراية بذكرياته وبداية نوبات اكتتابه السابقة، فإنه يصبح أكثر قدرة على تغيير أنماط التفكير المدمرة للذات.

■ **زيادة الوعي:** الوعي الناتج عن ممارسة التدبر يُعد فائدة مذهلة بحد ذاته، حيث يُعتبر تقنية أساسية في العلاج التدبري. عندما يتعلم المراهق المدمن على المخدرات كيف يكون واعياً، يصبح قادرًا على الاستمتاع بكل لحظة في حياته إلى أقصى حد، مع إدراك جميع الأحاسيس والمعلومات التي تشكل جزءًا من عملياته الذهنية. وإذا راوده مشاعر سلبية أو أفكار غير مرغوبة، فإن وعيه بها دون إصدار أحكام سيمنعها من التأثير السلبي على حالته النفسية ويحول دون انحداره إلى مستويات متدنية من الصحة النفسية والذاتية.

■ **تنظيم العواطف:** يمكن لممارسة التدبر أن يساهم في تنظيم العواطف، لكنه ليس تقنية علاجية خاصة بالعلاج التدبري، بل يُعد أحد الأساليب العلاجية الأساسية في العلاج السلوكي الجدلي (DBT) عندما يصبح المراهقون المدمنون على المخدرات أكثر وعياً بعواطفهم ومدى تأثيرها على مشاعر مثل الغضب، الحزن، الخوف، والألم، يساعدهم العلاج التدبري على التوقف والتأمل بوعي ذاتي قبل التفاعل مع مواقف الحياة اليومية.

■ **تعزيز المرونة في الاستجابة:** يعتمد العلاج التدبري على مبدأ أساسي وهو أن كل تجربة فريدة ولا توجد حالتان متطابقتان تمامًا. عندما يتحدث الفرد عن حياته بطريقة تلقائية دون تفكير عميق، فإنه غالبًا ما يلجأ إلى أنماط السلوك المعتادة. أما من خلال التدبر، فيمكن للعلاج التدبري أن يزود المراهقين المدمنين على المخدرات بالأدوات اللازمة ليكونوا أكثر وعياً بالخيارات المتاحة لهم، مما يساعدهم على تطوير مرونة أكبر والاستجابة لكل موقف بطريقة أكثر ملاءمة.

■ **تعزيز التركيز وزيادة الوضوح الذهني:** تساهم تقنيات التدبر بجميع أشكالها في تحسين التركيز وتعزيز الوضوح الذهني لدى المراهقين المدمنين على المخدرات. تساعد هذه التمارين على تصفية العقل من الأفكار العالقة، الشكوك، والمشاعر المرتبطة بالماضي، والتي قد تسبب تشويشًا وإرهاقًا نفسيًا. ومن خلال تحقيق صفاء ذهني أكبر، يصبح الفرد أكثر قدرة على التركيز والتأمل في اللحظة الحالية بوضوح ووعي.

- متطلبات ممارسة أخصائي خدمة الفرد للعلاج التدبري: (المرسي، ٢٠٢٤؛ البريشن، ٢٠٢١؛ Canda & Warren, 2013؛ Gockel, 2010).

من منظور الممارسة المبنية على البراهين، لا تزال الدراسات التجريبية التي تقدم تطبيقات كافية لتلبية احتياجات الممارسة المهنية الإكلينيكية المستندة إلى العلاج التدبري محدودة. ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى حداثة هذا النهج في مجال الخدمة الاجتماعية. وعلى الرغم من ذلك، يمكن استخلاص بعض المتطلبات التي قد تكون مفيدة للأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين عند تطبيق العلاج التدبري مع المراهقين مدمني المخدرات.

مع بدء انتشار العلاج التدبري بين الأخصائيين الاجتماعيين في الغرب، وخصوصًا في الولايات المتحدة الأمريكية، ظهرت بعض المقاييس المقننة التي يمكنها أن تقدم معلومات دقيقة لحالات العملاء أو معلومات حول النتائج التي أحدثها العلاج معهم، منها على سبيل المثال: "مقياس الانتباه الواعي للتدبر" و "مقياس فرايبورغ للتدبر" و "النسخة المنقحة من مقياس التدبر المعرفي العاطفي" و "مقياس ساوثامبتون للتدبر" و "مقياس كنتاكي لرصد مهارات التدبر" و "مقياس فيلادلفيا للتدبر" و "مقياس تورنتو للتدبر- نسخة السمات" و "مقياس الجوانب الخمسة للتدبر" الذي ظهر مؤخرًا لقياس "الملاحظة" و "الوصف"، و "العمل الواعي" و "عدم الحكم على التجربة الداخلية" و "عدم التفاعل مع التجربة الداخلية".

ويمكن لهذه المقاييس المقننة، بعد تعريبها وتكييفها وفقًا للبيئة المحلية، أن تعزز الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لذلك، لا تزال المقاييس المقننة من الأدوات الأساسية التي يفتقر إليها الأخصائيون الاجتماعيون في الميدان، حيث تساهم في زيادة فاعلية الممارسة المهنية. فهي لا تساعد فقط في تحديد ملامح حالات العملاء وتشخيصهم بدقة، بل تسهم أيضًا في وضع خارطة للتدخل المهني، مما يساهم في تحقيق علاج ناجح وفعال للمراهقين مدمني المخدرات.

عندما يزداد وعي الأخصائيين الاجتماعيين، يصبحون أكثر قدرة على بناء علاقة مهنية فعالة مع العملاء، وذلك من خلال امتلاك صفات أساسية مثل التعاطف، والتركيز على اللحظة الحالية، وتقليل القلق المرتبط بأداء عملهم بكفاءة. كما أن التدبر لا يفيد العملاء فحسب، بل يُعد أداة مهمة للأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم في ممارسة الرعاية الذاتية وتعزيز كفاءتهم المهنية.

فالأخصائي الاجتماعي غير الكفاء هو الذي يواجه صعوبة في ممارسة مهنته بشكل احترافي. ويعاني العديد من الأخصائيين الاجتماعيين من الإرهاق بسبب طبيعة أدوارهم غير المحددة، والتعرض للصدمة الثانوية نتيجة التعامل المباشر مع ضحايا الصدمات، بالإضافة إلى الإرهاق العاطفي، وقلة الدعم داخل بيئة العمل، والعدد الكبير من الحالات التي يتوجب عليهم التعامل معها.

كل هذه العوامل تجعل من الضروري أن يبدأ الأخصائيون الاجتماعيون بممارسة تقنيات التدبر على أنفسهم أولاً قبل تطبيقها مع العملاء. ومن المتوقع أن يطور الأخصائيون الاجتماعيون مهاراتهم بشكل كافٍ ليتمكنوا من تطبيق العلاج التدبري على نواتهم، قبل توظيفه في العمل مع المراهقين مدمني المخدرات. كما أن ممارسة العلاج التدبري تتطلب تدريباً متخصصاً على التقنيات والأساليب المرتبطة به لضمان تحقيق نتائج فعالة ويتضمن التدبر عمليات عميقة تسهم في تعزيز جودة الوعي وتعزيز الاستجابة الواعية بشكل مستمر، مما يترك أثراً إيجابياً على جودة الحياة بشكل عام. وتتطلب الكفاءة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين خوض عملية تحول ذاتي، بحيث يصبح الأخصائي الاجتماعي على درجة كافية من الوعي تمكنه من تقديم نماذج وإرشادات فعالة للمراهقين المدمنين على المخدرات، مما يساعدهم على الاستفادة من ممارسات التدبر بشكل أفضل.

يجب أن يمتلك الأخصائي الاجتماعي مجموعة من المهارات الأساسية قبل الشروع في ممارسة العلاج التدبري. ومن بين هذه المتطلبات أن يبدأ الأخصائي بتطبيق العلاج التدبري على نفسه أولاً، مع استخدام تقنياته المختلفة، وذلك لفترة زمنية طويلة تمتد لأكثر من عام، على أن يكون ذلك بشكل منتظم ومستمر، مما يعزز فهمه العميق لهذه الممارسة قبل تطبيقها مع العملاء، ويتخللها تدوين دقيق للنتائج portfolio إن كان هناك نتائج، بحيث يظهر تدوين الإرشادات - guide lines، والمصاعب challenges، والمحاذير cautions، والنتائج outcomes، من خلال استخدام تقنيات إحصائية، يمكن قياس مستويات التحسن أو التغيير (إن وجد) مع تحديد الخط الزمني لمراحل هذا التغيير. وبعد هذه الفترة، يستطيع الأخصائي الاجتماعي، مع مراعاة الحياد والتروي، تقييم إمكانية نقل هذه الفوائد إلى عملائه بشكل تدريجي ومدروس. وتجدر الإشارة إلى أن أخلاقيات المهنة في الخدمة الاجتماعية تؤكد ضرورة التعامل المسؤول مع المراهقين مدمني المخدرات، وتمنع إساءة استخدام التدخلات المهنية أو تعريض العملاء لأي تجارب قد تتعارض مع مبادئ الشرف والكرامة الإنسانية.

وتعتمد فلسفة العلاج التدريبي على أهمية بيئة الممارسة، حيث يجب تهيئة مكان هادئ ومرح يلي احتياجات العميل أو الشخص الذي يرغب في ممارسة العلاج التدريبي. ويتطلب ذلك توفير مساحة مناسبة مزودة بأدوات مريحة، مع تهيئة جو يساعد على الشعور بالاسترخاء والطمأنينة، مما يعزز فاعلية التدبر ويسهم في تحقيق أفضل النتائج.

ب) النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي

• النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الشعور بالقلق يرجع إلى طريقة تفكير الفرد، حيث ينظر لذاته نظرة سلبية، ويضخم نقاط ضعفه وتقصيره، ويعطى اهتماماً كبيراً لانطباعات الآخرين (البشر، ٢٠١٩، ص١٨). يفترض هذا النموذج أن الإدراك المشوه يلعب دوراً في تطور القلق الاجتماعي والحفاظ عليه عند مواجهة المواقف المخيفة، يتم تنشيط التوقعات حول الآخرين والنفس. وتعمل هذه التوقعات كنوع من الخريطة المعرفية التي يستخدمها الأفراد للتنقل في الموقف الاجتماعي الذي يخشى حدوثه (Sarah, 2017, p.4). فالفكرة الأساسية، تتمحور في الرغبة القوية للفرد في نقل انطباعه عن نفسه وعن الآخرين، والخطر الواضح الناجم عن الشعور بالعجز الاجتماعي، والنتائج المترتبة على تعاملاته الاجتماعية (صالح، ٢٠٠٤، ص٤٨).

كما أن فهم هذه النظرية يتوقف على فهم هذه المخططات، وهي مجموعة من القواعد التي تصنف وترتب وتنظم وتفسر المعلومات الواردة للفرد، ويستخدم العلاج المعرفي - السلوكي مع الأفراد المصابين بالقلق الاجتماعي بهدف تعديل مخططاتهم، لتصبح أكثر تطابقاً مع مخططات الأشخاص العاديين (الصادة، ٢٠١٦، ص١١-١٢). وقد أشار أنصار هذه النظرية إلى تأثير عدد ضخم من علاجات القلق الاجتماعي أهمها: التدريب على المهارات الاجتماعية، والاسترخاء والحوار الذاتي، والعلاج المعرفي... وغيرها (بارلو، ٢٠٠٢، ص٢٤٠).

• النظرية السلوكية:

ترى أن القلق سلوك ناتج عن عملية التعلم، أو انه استجابة اشتراطيه مكتسبة تستثار بمثير محايد، حيث يكتسب هذا المثير المحايد القدرة على استدعاء القلق نتيجة اقترانه عدة مرات بمثير طبيعي للقلق وفقاً لعملية الاشتراط ولقوانين التعلم، ومن ثم فإنه عادة ما يقلق الفرد

عندما يتعرض للمثير الذي كان من قبل محايدا وأصبح مثيرا شرطيا للقلق (شما، ٢٠١٥، ص.١٤٤).

هناك نماذج عديدة في تفسير منها: نموذج العجز في المهارات الاجتماعية The social skills deficit، والنموذج الإشرطي الكلاسيكي The classical conditioning، ونموذج سمة الشخصية The personality trait، ونموذج التقييم المعرفي للذات The cognitive self-evaluation (العاسمي والضبع، ٢٠١١، ص. ١١٥-١١٧).

• نظرية الذات:

تُعد هذه النظرية لباندورا توجهها معرفيا يهتم بالسلوك الخاضع للكف، ويفترض باندورا أن مرضى القلق الاجتماعي يتجنبون المواقف الاجتماعية، لاعتقادهم أنهم لا يملكون القدرة على مواجهتها (فعالية الذات منخفضة)، كما يعتقدون أن تفاعلاتهم في المواقف الاجتماعية سوف تؤدي لعواقب سلبية، وطبقا لباندورا، فإن أفكارنا تسيطر على إثارة عميقة، وبالتالي فإن مرضى القلق الاجتماعي لا يتجنبون المواقف الاجتماعية ليخفوا من قلقهم، بل يتجنبونها لأن لديهم معارف تفيد بعدم فعاليتهم الذاتية لهذه المواقف، وهذه المعارف تؤدي بدورها إلى الشعور بالقلق (الصفدي، ٢٠١٨، ص.٤١١).

سادسا: الإجراءات المنهجية للدراسة

١- نوع الدراسة: تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات شبه التجريبية؛ والتي تستهدف قياس عائد التدخل المهني من خلال اختبار العلاقة بين ممارسة العلاج التدبري في خدمة الفرد (كمتغير مستقل)، والتخفيف من القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات (كمتغير تابع).

٢- المنهج المستخدم: تماشيًا مع نوع الدراسة، فقد تم استخدام المنهج شبه التجريبي من خلال مقارنة نتائج القياسين القبلي والبعدي على مجموعة تجريبية واحدة، حيث يتم ارجاع النتيجة إلى المتغير التجريبي وهو: ممارسة العلاج التدبري في خدمة الفرد، وقد اتبع الباحث ما يلي:

- القياس القبلي للمجموعة التجريبية؛ للوقوف على مؤشرات القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين مدمني المخدرات.

▪ القيام بتنفيذ برنامج التدخل المهني مع المجموعة التجريبية، ثم حساب الفرق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية نتيجة خضوعهم لبرنامج التدخل المهني.

٣-فروض الدراسة: تمثلت فروض الدراسة في الفرض الرئيس التالي: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين مدمني المخدرات.

وينبثق من هذا الفرض الرئيس مجموعة الفروض الفرعية التالية:

▪ توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات المعرفية) لصالح القياس البعدي.

▪ توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات الانفعالية "الوجدانية") لصالح القياس البعدي.

▪ توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات السلوكية) لصالح القياس البعدي.

▪ توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات الفسيولوجية) لصالح القياس البعدي.

٤-أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:

أ-المقابلة بنوعها:

▪ المقابلة كأداة دراسية مع حالات المجموعة التجريبية لتحديد درجات القياس القبلي والبعدي.

▪ المقابلة كأداة علاجية وذلك لتطبيق برنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية لتطبيق العلاج التدريبي في خدمة الفرد عليها.

ب-مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات من إعداد الباحث، وقد اتبع

الباحث في إعداد الخطة العلمية المتعارف عليها والتي تتمثل فيما يلي:

- الاطلاع على المراجع العلمية ذات الصلة بموضوع الدراسة.
- الرجوع إلى الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة وفحصها، والوقوف على ما انتهت إليه من نتائج تخدم الدراسة.
- الاستفادة من المقاييس ذات الصلة بالقلق الاجتماعي.
- الاستشارات العلمية مع بعض أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية وكذلك المتخصصين في مجال الإدمان.
- تم التوصل إلى الأبعاد الرئيسية للمقياس وتحديدها في أربعة أبعاد وهي:
 - البعد الأول: المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي.
 - البعد الثاني: المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي.
 - البعد الثالث: المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي.
 - البعد الرابع: المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي.
 - بالإضافة إلى البيانات الأولية المتعلقة بعينة الدراسة.
- قام الباحث بجمع وصياغة مجموعة من العبارات التي يعتقد أنها تمثل الأبعاد السابقة.

ج-صدق وثبات مقياس الدراسة:

- **الصدق الظاهري:** تم إجراء الصدق الظاهري من خلال عرض المقياس على عدد (٧) ممن المحكمين ذوي الاختصاص من اساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس والصحة النفسية وكذلك المهنيين العاملين في مجال الإدمان، وذلك لإبداء الرأي في مدى صلاحية المقياس من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية ومن حيث ارتباطها بأبعادها، وقد تم استبعاد العبارات التي حصلت على أقل من ٨٠% من موافقة المحكمين، وفي ضوء ذلك تم إعادة صياغة بعض العبارات في ضوء ملاحظاتهم، ومن ثم أصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (٤٠) عبارة موزعة على أربع أبعاد بواقع (١٠) عبارات لكل بعد، وقد اعتمد المقياس على تدرج ليكارت الثلاثي، علماً أن الإجابة عن عبارات المقياس سوف تكون وفق سُلّم ليكارت الثلاثي التالي:

١ - أبداً =

٢ - أحياناً =

٣ - دائماً =

▪ **ثبات المقياس وحساب الصدق الذاتي:** قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس باستخدام برنامج PSS, v:27 وذلك باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وقد تراوحت القيم التقديرية لمعاملات الثبات لعبارات المقياس بين (0,738) و (0,825)، كما تم حساب قيم الاتساق الداخلي من خلال الحصول على الجذر التربيعي لقيم معامل الثبات وتراوحت القيم بين (0,850) و (0,908)، وهو ما يمكن الاعتماد عليه في تطبيق المقياس وجمع البيانات من الميدان.

جدول (1) يوضح معاملات الثبات للمقياس باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ومعامل ارتباط

ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي وكذلك قيم معاملات الصدق الذاتي

م	البعد	عدد العبارات	معامل الثبات باستخدام ألفا كرونباخ	معامل الصدق الذاتي (الجذر التربيعي للثبات)
1	البعد الأول: المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي	10	0.825	0.908
2	البعد الثاني: المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي	10	0.753	0.868
3	البعد الثالث: المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي	10	0.722	0.850
4	البعد الرابع: المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	10	0.738	0.859
	المقياس ككل	40	0,762	0.873

من الجدول السابق يتبين أن قيم معاملات ثبات المقياس وفقاً لمعامل ارتباط بيرسون ومعامل ارتباط ألف كرونباخ قوية وكذلك معاملات الصدق الاحصائي قوية، ويمكن الاعتماد عليها في الدراسة الميدانية، كما جاءت معاملات ارتباط بيرسون لكل الأبعاد دالة عند مستوى معنوية (0,01) فأقل، وهو ما يمكن الاعتماد علي المقياس في صورته الحالية.

التوزيع الطبيعي للبيانات: تم استخدام اختبار شابيرو- ويلك لاختبار اعتدالية توزيع البيانات فكانت النتائج كما يلي:

جدول (2) دلالات التوزيع الاعتدالي للقياسين القبلي والبعدي باستخدام معامل شابيرو- ويلك

ويلك

مستوي الدلالة	شابيرو- ويلك		كلمنجاروف، سمرموف			القياس	البعد
	د.ح (n=15)	الإحصاء (W)	p-value	د.ح (n=15)	الإحصاء (D)		
0.276	15	0.93	0.184	15	0.17	قبلي	الأول: المؤشرات المعرفية
0.423	15	0.95	0.221	15	0.15	بعدي	
0.198	15	0.91	0.127	15	0.19	قبلي	الثاني: المؤشرات

مستوي الدلالة	شايبيرو- ويلك		كلمنجاوف، سمرموف			القياس	البعد
	د.ح (n=15)	الإحصاء (W)	p- value	د.ح (n=15)	الإحصاء(D)		
0.345	15	0.94	0.192	15	0.16	بعدي	الأول: المؤشرات المعرفية الانفعالية
0.312	15	0.94	0.235	15	0.14	قبلي	الثالث: المؤشرات السلوكية
0.401	15	0.95	0.267	15	0.13	بعدي	
0.543	15	0.96	0.289	15	0.12	قبلي	الرابع: المؤشرات الفسولوجية
0.632	15	0.97	0.315	15	0.11	بعدي	
0.764	15	0.98	0.412	15	0.09	قبلي	المقياس ككل
0.815	15	0.98	0.478	15	0.08	بعدي	

من الجدول يتبين أن البيانات في اختبار شايبيرو- ويلك لعينة صغيرة الحجم أقل من (٣٠) مفردة، في كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل تتبع توزيعاً اعتدالياً، وأن التجانس في مستوى الدلالة مرتفع، ويمكن استخدام اختبار (T. test).

٥-مجالات الدراسة:

أ-المجال المكاني: وقع اختيار الباحث على مستشفى الصحة النفسية ببلوان محافظة القاهرة، وهي من المستشفيات المعنية بعلاج الأمراض النفسية وعلاج الإدمان التابعة للأمانة العامة

للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وقد وقع اختيار الباحث لها لعدة أسباب ما يلي نكرها:

- تُعد مستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان ببلوان من المراكز المتخصصة في تقديم خدمات العلاج النفسي والتأهيل لمدمني المخدرات، مما يجعله بيئة مناسبة لدراسة تأثير العلاج التدبري على القلق الاجتماعي لدى هذه الفئة.
- استقبال المستشفى عددًا من المراهقين الذين يعانون من الإدمان والاضطرابات النفسية المصاحبة، مما يسهل الحصول على عينة بحثية مناسبة للدراسة.
- تقدم المستشفى خدمات متنوعة تشمل العلاج النفسي الفردي والجماعي، مما يوفر بيئة متكاملة لاختبار فعالية العلاج التدبري بالمقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى المستخدمة.
- توفر المستشفى نظامًا لمتابعة الحالات قبل وأثناء وبعد التدخل العلاجي، مما يسهل عملية قياس التحسن والتأكد من فعالية العلاج التدبري في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين.

ب-المجال البشري: تكونت عينة الدراسة من (١٥) حالة قام الباحث بتطبيق برنامج التدخل

المهني عليهم كمجموعة واحدة، وقد تم اختيارهم وفقًا للشروط التالية:

- موافقة ولي أمر المراهق التعاون مع الباحث والمشاركة في برنامج التدخل المهني.

- أن يحصل المراهق على درجة مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي في التطبيق القبلي.
- استمرار تواجد المراهق بالمستشفى أثناء فترة تنفيذ برنامج التدخل.
- **خطوات المعاينة:**
- تم تحديد إطار المعاينة والذي يتمثل في حالات المراهقين المدمنين الذين يتلقون العلاج بالمستشفى، حيث كان عددهم منذ بداية التطبيق (٢٣) حالة.
- استبعاد الحالات الذين لم تنطبق عليهم شروط العينة السابق ذكرها.
- تطبيق مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات لتحديد العينة التي تعاني من مؤشرات قلق اجتماعي مرتفعة.
- اختيار الحالات التي حصلت على الدرجات الأكثر ارتفاعاً في المقياس من بين إطار المعاينة وعددهم (١٥) حالة، ثم تم تنفيذ التجربة وفقاً لبرنامج التدخل المهني.
- ج-المجال الزمني: تحدد المجال الزمني لهذه الدراسة قرابة الثلاثة أشهر ونصف من ٢٠٢٤/٥/٦ وحتى ٢٠٢٤/٨/٢٢م مدة تنفيذ برنامج التدخل المهني.
- ٦-المعاملات والأساليب الإحصائية المستخدمة: استخدمت الدراسة برنامج الرُّزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) على النحو الآتي:
 - التكرارات والنسب المئوية.
 - معامل الارتباط ألفا كرونباخ - بيرسون.
 - المتوسط لحسابي - والانحراف المعياري.
 - اختبار اعتدالية توزيع البيانات باستخدام اختبار شابيرو- ويلك.
 - اختبار (T.test).
- سابعاً: برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج التدبري في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.
- ١-الأسس التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني
 - إطار ومفاهيم العلاج التدبري في خدمة وما يشمله من تقنيات علاجية تساهم في تخفيف مؤشرات القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.
 - معطيات الإطار النظري للدراسة وما يشمله من نظريات مفسرة للقلق الاجتماعي للمراهقين مدمني المخدرات.

- نتائج الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات البحث.
 - ملاحظات الباحث ومقابلاته مع الخبراء والمتخصصين في موضوع البحث.
- ٢- أهداف برنامج التدخل المهني:
- الهدف الرئيس لبرنامج التدخل المهني هو: "اختبار فعالية العلاج التدريبي في خدمة الفرد وتخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات". ويتحقق هذه الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:
- اختبار فعالية العلاج التدريبي في خدمة الفرد وتخفيف المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.
 - اختبار فعالية العلاج التدريبي في خدمة الفرد وتخفيف المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.
 - اختبار فعالية العلاج التدريبي في خدمة الفرد وتخفيف المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.
 - اختبار فعالية العلاج التدريبي في خدمة الفرد وتخفيف المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات.
- ٣- أهم العوامل المؤثرة في نجاح برنامج التدخل المهني:
- وضوح الأهداف وتحديدها بشكل قابل للقياس.
 - ملاءمة الأساليب المستخدمة لطبيعة المجموعة وظروفهم.
 - التزام الأفراد بالمشاركة وتطبيق التمارين اليومية.
 - توفير دعم مستمر من الأسرة والأخصائيين.
 - مرونة البرنامج وقابليته للتطوير وفق احتياجات المشاركين.
- ٤- مراحل وخطوات تنفيذ برنامج التدخل المهني:
- يتم تنفيذ برنامج التدخل المهني وفقاً لمنهجية علمية منظمة تشمل ثلاث مراحل رئيسية: **مرحلة ما قبل التدخل، ومرحلة التدخل المهني، ومرحلة الإنهاء والتقييم.** وتتميز كل مرحلة بمجموعة من الخطوات التي تضمن فاعلية التدخل وتحقيق أهدافه العلاجية.
- أولاً: مرحلة ما قبل التدخل.** تهدف هذه المرحلة إلى جمع البيانات اللازمة عن حالة المراهق، وتحديد مدى احتياجه للتدخل العلاجي، ووضع خطة مناسبة للعلاج.
- التواصل والتنسيق مع مجتمع الدراسة وتهيئته لإجراء الدراسة.

- تصميم مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات، وإجراء الصدق والثبات.
- إجراء القياس القبلي من خلال تطبيق مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات، وذلك لاختيار أفراد المجموعة التجريبية.
- اختيار عينة الدراسة وفقاً للشروط التي تم تحديدها.
- التعاقد الشفهي مع أفراد المجموعة التجريبية والاتفاق معهم على المهام وتحديد الأدوار والمسؤوليات المطلوبة لكل من الباحث والحالة.
- التنسيق مع أسر أفراد المجموعة التجريبية والمتخصصين بمستشفى الصحة النفسية لضمان تكامل البرنامج.
- تكوين علاقة مهنية بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية أساسها التقبل والمودة والاحترام والموضوعية.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني: تشمل هذه المرحلة تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية المحددة في الخطة لمساعدة المراهقين مدمني المخدرات على تخفيف مؤشرات القلق الاجتماعي لديهم وتعزيز مهاراتهم الاجتماعية، كما تشمل هذه المرحلة على تقديم مقابلات فردية لكل حالة على حدة، تجمع بين تقنيات العلاج التدريبي والأساليب المعرفية السلوكية والدعم الاجتماعي، لتحقيق الاستجابة المطلوبة وتخفيف القلق الاجتماعي.

تفاصيل المقابلات الفردية:

عدد المقابلات: (١٥) مقابلة فردية بمعدل جلسة أسبوعياً.

مدة المقابلة: من ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة لكل جلسة.

مكان التنفيذ: مكتب الاخصائي الاجتماعي بالمستشفى.

أهداف المقابلات الفردية:

- بناء علاقة مهنية داعمة وأمنة مع المراهق تعزز الثقة والتعبير عن الذات.
- التعرف على طبيعة القلق الاجتماعي الذي يعاني منه العميل وتأثيره على حياته اليومية.
- تدريب المراهق على مهارات التدبير الذهني (مثل التنفس الواعي، المراقبة بدون حكم، العودة للحظة الراهنة).

- مساعدة المراهق على إدراك أفكاره ومشاعره وتفكيك الأنماط التلقائية المرتبطة بالخوف من التقييم الاجتماعي.
- تنمية مهارات التنظيم الانفعالي وتقبل الذات وتقديرها.
- دعم المراهق في وضع خطة لمواجهة المواقف الاجتماعية المقلقة تدريجيًا، باستخدام استراتيجية "التعرض العقلي المتدرج".
- تعزيز استخدام الموارد الشخصية والاجتماعية في التغلب على العزلة.
- إشراك المراهق في تصميم أنشطة فردية محفزة للاندماج (مثل التفاعل مع الأخصائي، تسجيل مشاعره بعد المواقف الاجتماعية).
- تمكين المراهق من متابعة التدريب اليومي على تمارين التدبير، مع تقديم تغذية راجعة مهنية في كل مقابلة.
- تقويم التقدم أسبوعيًا باستخدام أدوات بسيطة لتقييم مستوى القلق والاستجابات السلوكية.

ثالثًا: مرحلة الإنهاء والتقييم

- التدرج في تقليل المقابلات تحضيرًا للإنهاء.
- إعادة تطبيق مقياس القلق الاجتماعي لمقارنة النتائج.
- جمع التغذية الراجعة من عينة البحث حول فعالية البرنامج.
- ٥- استراتيجيات برنامج التدخل المهني:
- استراتيجيات معرفية: تتمثل في تدريب المراهقين على ملاحظة أفكارهم دون تفاعل عاطفي مفرط.
- استراتيجيات سلوكية: تتمثل في تشجيع المراهقين على مواجهة المواقف الاجتماعية تدريجيًا.
- استراتيجيات انفعالية: تتمثل في استخدام التأمل الموجه لتقبل المشاعر الصعبة.

٦- مكونات برنامج التدخل المهني:

- أ. التقييم:
- الدراسة الاجتماعية الفردية
- إجراء مقابلات متعمقة مع كل مراهق لفهم تاريخه الأسري، والضغوط البيئية، وعوامل الإدمان، ونقاط القوة الشخصية.

- استخدام أدوات مثل السجلات الاجتماعية لتوثيق السياق الحياتي (المدرسة، الأصدقاء، العلاقات الأسرية).
- **التشخيص:**
- تحديد الاحتياجات المحددة لكل مراهق (مثل مشكلات الثقة بالنفس، صراعات أسرية، أو نقص المهارات الاجتماعية).
- ب. **بناء العلاقة المهنية:**
- تخصيص جلسات فردية لتعزيز الثقة مع الأخصائي الاجتماعي.
- استكشاف التناقض بين السلوك الحالي (الإدمان، التجنب الاجتماعي) والقيم الشخصية.
- تعزيز الثقة في القدرة على التغيير عبر سرد قصص النجاح الفردية.
- ج. **التخطيط:**
- وضع خطة علاجية فردية.
- تحديد أهداف شخصية لكل مراهق بالتعاون معه.
- تصميم مهام منزلية مخصصة مثال: (تدوين المواقف الاجتماعية التي تم تجنبها ومحاولة مواجهة واحدة أسبوعياً).
- د. **أساليب حل المشكلات:**
- تحديد المشكلة الاجتماعية المحددة مثل: "الخوف من التحدث أمام الزملاء".
- توليد حلول بديلة.
- تقييم الحلول واختيار الأنسب.
- تطبيق الحل وتقييم النتائج.
- هـ. **تعزيز الموارد:**
- تعزيز نقاط القوة.
- استخدام أسلوب التركيز على الحلول لتحديد المواقف الناجحة سابقاً في مواجهة القلق أو الإدمان.
- تشجيع المراهقين على توظيف مهاراتهم (مثل الإبداع، الرياضة) في تحسين التفاعل الاجتماعي.

٧- زمن برنامج التدخل المهني:

مدة البرنامج: ٣ شهور ونصف تقريباً.

عدد المقابلات: (١٥) مقابلة فردية.

مدة كل مقابلة: ٤٥ دقيقة، مع مرونة لتمديد المقابلة إلى ٦٠ دقيقة حسب تفاعل الحالة.

٨- مكان تنفيذ برنامج التدخل المهني:

مكتب الاخصائي الاجتماعي بمستشفى حلوان للصحة النفسية وعلاج الإدمان.

ثامناً: نتائج الدراسة الميدانية:

١- وصف عينة الدراسة:

جدول (٣) يوضح عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي (ن=١٥)

م	المؤهل	التكرار	النسبة
١	غير متعلم	٣	٢٠%
٢	تعليم أساسي	٥	٣٣,٣%
٣	تعليم ثانوي	٤	٢٦,٧%
٤	تعليم فوق متوسط	٣	٢٠%
	الإجمالي	١٥	١٠٠

يتبين من الجدول السابق والذي يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي حيث جاء في الترتيب الأول المستوى التعليمي (تعليم أساسي) بنسبة (٣٣,٣%)، تلتها في الترتيب الثاني المستوى التعليمي (تعليم ثانوي) بنسبة (٢٦,٧%)، ثم اشترك في الترتيب الثالث والأخير المستوى التعليمي (غير متعلم، تعليم فوق متوسط) بنسبة (٢٠%)، ويعزو الباحث هذه النتيجة بأن هناك علاقة بين مستوى التعليم وانتشار الإدمان بين المراهقين، حيث أن الفئات الأقل تعليمياً تبدو غالباً أكثر عرضة للإدمان. ويمكن تفسير هذه النتيجة أن ارتفاع نسبة الإدمان بين المراهقين الحاصلين على تعليم أساسي قد يعكس وجود عوامل مؤثرة مثل ضعف الوعي بمخاطر المخدرات، ضعف التحصيل الدراسي، أو البيئة الاجتماعية التي قد تساهم في تعرضهم لمصادر المخدرات، بالإضافة إلى احتمالية انخراطهم في بيئات محفوفة بالمخاطر.

جدول (٤) يوضح عينة الدراسة وفقاً لمتغير مدة التعاطي (ن=١٥)

م	مدة التعاطي	التكرار	النسبة
١	أقل من سنة	٤	26.7%
٢	من ١ إلى أقل من سنتين	٦	40.0%
٣	سنتان فأكثر	٥	٣٣,٣%
	الإجمالي	١٥	١٠٠

يتبين من الجدول السابق والذي يوضح توزيع عينة الدراسة حسب مدة التعاطي حيث جاء في الترتيب الأول (من ١ إلى أقل من سنتين) بنسبة (40.0%)، ويليه في الترتيب الثاني (سنتان فأكثر) بنسبة (33,3%)، وجاء في الترتيب الأخير (أقل من سنة) بنسبة (26.7%)، ويفسر الباحث هذه النتيجة أن معظم المراهقين يمرون بمرحلة التعاطي المستمر لفترة تتراوح بين السنة والسنتين، وهي فترة قد تكون حاسمة في تحول التعاطي إلى إدمان، وهذا يدل على أن التعاطي يبدأ كتجربة مؤقتة ثم يتحول إلى عادة لدى نسبة كبيرة من المراهقين، كما يفسر نسبة من يتعاطون المخدرات من سنتان فأكثر بأن ذلك قد يشير إلى أن بعضهم قد تجاوز مرحلة التجربة وأصبح في حالة من الاعتماد أو الإدمان.

جدول (٥) يوضح عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد مرات محاولة الإقلاع عن الإدمان

(ن=١٥)

م	عدد مرات محاولة الإقلاع عن الإدمان	التكرار	النسبة
1	لم أحاول	٦	٤٠%
2	مرة واحدة	٥	٣٣,٣%
3	مرتين	٣	٢٠%
4	ثلاث مرات فأكثر	١	٦,٧%
	الإجمالي	١٥	١٠٠

يتبين من الجدول السابق والذي يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لعدد مرات محاولة الإقلاع عن الإدمان حيث جاء في الترتيب الأول (لم أحاول) بنسبة (40%)، وهذه النسبة قد تعكس قلة الوعي بمخاطر الإدمان أو غياب الدافع الشخصي للإقلاع، وقد يكون السبب في ذلك الشعور بالعجز عن التوقف، أو عدم توفر الدعم الأسري والاجتماعي اللازم للمساعدة في العلاج، ويليه في الترتيب الثاني (مرة واحدة) بنسبة (33,3%)، تدل هذه النسبة على وجود فئة من المراهقين لديهم إدراك جزئي لمخاطر الإدمان، ولكن محاولتهم الوحيدة قد تكون غير ناجحة بسبب نقص الدعم أو عدم اتباع أساليب علاجية فعالة، وقد يكون السبب وراء فشل هذه المحاولة عدم الالتزام ببرامج التأهيل أو الانتكاسة بسبب الضغوط الاجتماعية أو النفسية، وجاء في الترتيب الثالث (مرتين) بنسبة (20%)، تشير هذه النسبة إلى أن بعض المراهقين يدركون مخاطر الإدمان ويحاولون جدياً التوقف، ولكنهم يواجهون صعوبة في ذلك، وقد تكون هذه المحاولات غير ناجحة بسبب الاعتماد الجسدي والنفسي على المخدرات أو عدم توفر بيئة داعمة للإقلاع، وفي الترتيب الأخير (ثلاث مرات فأكثر) بنسبة (6,7%)، تدل هذه النسبة المنخفضة على أن قلة فقط من المراهقين يخوضون تجربة الإقلاع المتكرر، مما قد

يعني أن الأغلبية إما تستسلم بعد محاولتين أو لا تمتلك الإصرار الكافي لمواصلة المحاولة، قد يكون ذلك بسبب عدم فعالية برامج العلاج المقدمة لهم أو شعورهم بالإحباط نتيجة الفشل المتكرر في الإقلاع.

جدول (٦) يوضح عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المادة المخدرة المستخدمة (ن=١٥)

م	نوع المادة المخدرة المستخدمة	التكرار	النسبة
1	الحشيش	٧	٤٦,٧%
2	الهيروين	٢	١٣,٣%
3	الكحول	٤	٢٦,٧%
4	المواد المهدئة	٢	١٣,٣%
الإجمالي		١٥	١٠٠

يتبين من الجدول السابق والذي يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لنوع المادة المخدرة المستخدمة حيث جاء في الترتيب الأول (الحشيش) بنسبة (٤٦,٧%)، قد يعود ذلك إلى سهولة الحصول عليه مقارنة بالمواد الأخرى، وانخفاض تكلفته نسبياً، وربما يكون هناك اعتقاد خاطئ بين المراهقين بأن الحشيش أقل ضرراً من المخدرات الأخرى، مما يشجع على تعاطيه دون إدراك مخاطرة الحقيقية، ويليه في الترتيب الثاني (الكحول) بنسبة (٢٦,٧%)، يُعد الكحول مادة ذات تأثير نفسي وجسدي قوي، ومع ذلك قد لا ينظر إليه البعض كمخدر خطير، مما يسهل تعاطيه بين الفئات الصغيرة السن، وفي الترتيب الأخير جاء كل من (الهيروين، المواد المهدئة) بنسبة (١٣,٣%)، هذه النسبة المنخفضة قد تعكس صعوبة الحصول على هذه المواد مقارنة بالحشيش والكحول، خاصة بين المراهقين، كما أن الهيروين يُعرف بأنه من المواد ذات التأثير القوي والإدمان السريع، وقد يكون استخدامه أكثر شيوعاً بين المدمنين لفترات طويلة وليس بين المبتدئين، وهذا كله يتطلب ضرورة توفير برامج علاجية وتأهيلية تناسب المراهقين، مع دعم نفسي واجتماعي يساعدهم على التخلص من الإدمان.

جدول (٧) يوضح عينة الدراسة وفقاً لمتغير مستوي التعاطي (ن=١٥)

م	مستوي التعاطي	التكرار	النسبة
1	بمفردي	٨	٥٣,٣%
2	مع الأصدقاء	٧	٤٦,٧%
الإجمالي		١٥	١٠٠

يتبين من الجدول السابق والذي يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمستوي التعاطي حيث جاء في الترتيب الأول (بمفردي) بنسبة (٥٣,٣%)، وهذا قد يشير إلى أن بعض المراهقين يلجؤون إلى المخدرات كوسيلة للهروب من المشاكل النفسية، مثل القلق، الاكتئاب، أو الضغوط العائلية والاجتماعية، وربما قد يكون مرتبطاً بالشعور بالانعزال الاجتماعي أو

الاضطرابات النفسية التي تجعل الفرد يبحث عن وسائل للهروب من الواقع، وفي الترتيب الأخير (مع الأصدقاء) بنسبة (٤٦,٧%)، قد يكون هذا النمط من التعاطي ناتجاً عن الرغبة في التجربة أو الاندماج مع المجموعة، خاصة بين المراهقين الذين يسعون إلى إثبات ذاتهم في بيئاتهم الاجتماعية، وهذا يتطلب تعزيز دور الأسر في مراقبة سلوكيات المراهقين، ودعمهم نفسياً واجتماعياً لمنع وقوعهم في دائرة الإدمان، سواء بمفردهم أو مع الأصدقاء.

جدول (٨) يوضح عينة الدراسة وفقاً لمتغير مكان التعاطي (ن=١٥)

م	مكان التعاطي	التكرار	النسبة
1	في أماكن مغلقة	١٠	٦٦,٧%
2	في أماكن عامة أو مفتوحة	٥	٣٣,٣%
	الإجمالي	١٥	١٠٠

يتبين من الجدول السابق والذي يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير مكان التعاطي حيث جاء في الترتيب الأول (في أماكن مغلقة) بنسبة (٦٦,٧%)، قد يكون ذلك بسبب رغبة المراهقين في إخفاء سلوكهم خوفاً من العقوبات القانونية أو الاجتماعية، وربما يتيح التعاطي في الأماكن المغلقة شعوراً بالأمان، مما يشجع على الاستخدام المستمر دون الخوف من الانكشاف، وفي الترتيب الأخير (في أماكن عامة أو مفتوحة) بنسبة (٣٣,٣%)، ربما يدل على أن المراهقين أكثر حذراً بشأن تعاطي المخدرات في أماكن قد يتم اكتشافهم فيها، مثل الحدائق أو الشوارع، على أي حال سواء كان التعاطي في أماكن مغلقة أو أماكن عامة فإن ظاهرة تعاطي المخدرات موجودة ومنتشرة بين هذه الفئة مما يتطلب ضرورة تعزيز دور الجهات الأمنية في مكافحة تعاطي المخدرات، مع توفير برامج دعم نفسي وتأهيلي للمراهقين الذين قد يلجؤون إلى التعاطي، لتقديم بدائل إيجابية تساعدهم في مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والتخفيف من القلق الاجتماعي لديهم.

٢- نتائج المتعلقة بصحة فروض الدراسة:

النتائج المتعلقة بصحة الفرض الرئيس: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية $(\alpha \geq 0.05)$ فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين مدمني المخدرات.

جدول (٩) اختبار (T.test) للفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين مدمني المخدرات.

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
القبلي	88.4	8.21	18.87	2.58	7.303	0.000	دالة
البعدي	69.53	11.35					

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) = 7.30 بمستوى دلالة (0.000) وهي دالة إحصائيًا عند (0.05) حيث بلغ متوسط درجات القياس القبلي للقلق الاجتماعي للمراهقين مدمني المخدرات (88.4)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (69.53) مما يشير ذلك لوجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي على المقياس ككل لصالح القياس البعدي حيث يوجد فرق بين المتوسطين بفارق (18.87) لصالح القياس البعدي.

وهذا يؤكد صحة الفرض الرئيس للدراسة، مما يشير إلى فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام تقنيات العلاج التدبري في خدمة الفرد، وهذا ما أكده البريثن (٢٠٢١) بأن العلاج التدبري في خدمة الفرد تقنية علاجية فريدة، يمكن استخدامها للتعامل مع مختلف أنواع المشكلات، سواء كانت جسدية، نفسية، أو عقلية، كما يسهم في مساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مثل الاكتئاب، الإدمان، القلق، وغيرها من الحالات العقلية بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساهم في التخفيف من المشكلات الجسدية الناجمة عن اضطرابات الصحة العقلية أو المرتبطة بها.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه "ترنر" (٢٠٠٩) بأن تقنيات العلاج التدبري تساعد في السيطرة على القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى المساهمة في علاج الإدمان على العقاقير. كما أكدت علي ذلك بعض الدراسات التجريبية التي طبقت العلاج التدبري على المجموعة التجريبية والتي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين العلاج التدبري وتحسين الأداء والصحة العقلية لدى العملاء (Keng et al., 2011)، وكذلك نتائج دراسة المرسي (٢٠٢٤) والتي توصلت إلى فاعلية العلاج التدبري في خدمة الفرد وتخفيف المشكلات (الاجتماعية، والنفسية، والسلوكية) للأسر المقبلة على الانفصال.

٣- النتائج المتعلقة بصحة الفروض الفرعية المنبثقة من الفرض الرئيس للدراسة:

- النتائج المتعلقة بصحة الفرض الفرعي الأول: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدى لحالات المجموعة التجريبية لبُعد (المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدى.

جدول (١٠) اختبار (T.test) للفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى للبعد الأول (المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي)

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
القبلي	21.26	2.54	5.06	1.50	8.4	0.000	دالة
البعدى	16.2	2.90					

يتبين من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لبعد المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي وذلك لصالح القياس البعدى. حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (21.26)، وانحراف معياري (2.54)، بينما بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدى (16.2)، وانحراف معياري (2.90)، وبلغت قيمة (ت) = 8.4 بمستوى دلالة (0.000) وهي دالة إحصائياً عند (٠,٠٥).

وهذا يؤكد صحة الفرض الفرعي الأول للدراسة، مما يشير إلى فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام تقنيات العلاج التدبري في خدمة الفرد، ويمكن تفسير هذا التحسن في ضوء جهود واستراتيجيات برنامج التدخل وكذلك الموجهات النظرية للدراسة، بأن الباحث قام بإعادة البناء المعرفي لدى عينة الدراسة من خلال الجلسات التي تضمنت تعديل التفكير المشوه واستبداله بأنماط إدراكية أكثر واقعية وهذا يتمشى مع النظرية المعرفية والتي ترى أن المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي ناتجة عن أفكار غير منطقية يحملها الفرد تجاه ذاته وتجاه نظرة الآخرين له. بالإضافة إلى استخدام الباحث بعض الأنشطة التدريبية التي تعتمد على المواجهة التدريجية والتعرض الواقعي والتمارين على المهارات الاجتماعية مما أدى إلى تراجع في حدة الأفكار السلبية لدى عينة الدراسة.

- النتائج المتعلقة بصحة الفرض الفرعي الثاني: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدى

لحالات المجموعة التجريبية لُبُد (المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي.

جدول (١١) اختبار (T.test) للفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للبعد الثاني (المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي).

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
القبلي	24.0	5.34	6.74	1.39	4.81	0.000	دالة
البعدي	17.26	2.86					

يتبين من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لبعد المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي وذلك لصالح القياس البعدي. حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (24.0)، وانحراف معياري (5.34)، بينما بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدي (17.26)، وانحراف معياري (2.86)، وبلغت قيمة (ت) = 4.81 بمستوى دلالة (0.000) وهي دالة إحصائياً عند (٠,٠٥).

وهذا يؤكد صحة الفرض الفرعي الثاني للدراسة، مما يشير إلى فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام تقنيات العلاج التبري في خدمة الفرد، ويمكن تفسير هذا التحسن في ضوء جهود واستراتيجيات برنامج التدخل وكذلك الموجهات النظرية للدراسة والتي تم في ضوءها مساعدة المراهقين مدمني المخدرات على إعادة بناء البنية المعرفية من خلال تعليمهم استراتيجيات معرفية بديلة، مثل التفكير الإيجابي، وإعادة التقييم المعرفي، وكذلك تحدي التوقعات السلبية، كما تم تدريب المراهقين مدمني المخدرات على إعادة التعلم السلوكي والتي تمثلت في تعرضهم تدريجياً للمواقف الاجتماعية بطريقة آمنة ومدعومة، مما أدى إلى إضعاف الارتباط السلبي بين تلك المواقف والاستجابات الانفعالية، بالإضافة إلى تدعيم الذات الواقعية لديهم وتعزيز الشعور بالقيمة الشخصية، من خلال علاقة علاجية قائمة على التقبل والدعم النفسي، واكسابهم الشعور بالنجاح والفعالية.

• النتائج المتعلقة بصحة الفرض الفرعي الثالث: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي

لحالات المجموعة التجريبية لُبُعد (المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي.

جدول (١٢) اختبار (T.test) للفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للبعد الثالث (المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي).

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدالة
القبلي	21.20	2.70	3.6	1.10	3.26	0.006	دالة
البعدي	17.60	3.00					

يتبين من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لبعد المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي وذلك لصالح القياس البعدي. حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (21.20)، وانحراف معياري (2.70)، بينما بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدي (17.60)، وانحراف معياري (3.00)، وبلغت قيمة (ت) = 3.26 بمستوى دلالة (0.006) وهي دالة إحصائياً عند (٠,٠٥).

وهذا يؤكد صحة الفرض الفرعي الثالث للدراسة، مما يشير إلى فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام تقنيات العلاج التبري في خدمة الفرد، ويمكن تفسير هذا التحسن في ضوء جهود واستراتيجيات برنامج التدخل وكذلك الموجهات النظرية للدراسة، حيث تم مساعدة المراهقين مدمني المخدرات على إعادة بناء الأفكار والتصورات المرتبطة بالمواقف الاجتماعية وتحدي التوقعات السلبية حول الآخرين، كما تم تدريبهم على المهارات الاجتماعية والتعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية، وتقنيات إزالة الحساسية المفرطة، مما ساهم في تفكيك الأنماط السلوكية السلبية، وتعزيز الاستجابات التكيفية، بالإضافة إلى تقديم الدعم وتعزيز الشعور بالكفاءة مما ساعدهم على تحقيق توازن بين تصوره لذاتهم وقدراتهم الحقيقية، وهو ما أدى إلى تحسين الثقة بالنفس والانخراط بسلوكيات اجتماعية أكثر إيجابية.

- النتائج المتعلقة بصحة الفرض الفرعي الرابع: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبُعد (المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي.

جدول (١٣) اختبار (T.test) للفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للبعد الثالث (المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي).

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
القبلي	21,93	2,52	3,46	0,85	4,05	0,001	دالة
البعدي	18,47	3,74					

يتبين من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لبعدها المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي وذلك لصالح القياس البعدي. حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي (21.93)، وانحراف معياري (2.52)، بينما بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدي (18.47)، وانحراف معياري (3.74)، وبلغت قيمة (ت) = 4.05 بمستوى دلالة (0.001) وهي دالة إحصائياً عند (٠,٠٥).

وهذا يؤكد صحة الفرض الفرعي الرابع للدراسة، مما يشير إلى فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام تقنيات العلاج التدريبي في خدمة الفرد، ويمكن تفسير هذا التحسن في ضوء جهود واستراتيجيات برنامج التدخل وكذلك الموجهات النظرية للدراسة، فالنظرية المعرفية تشير إلى أن الاستجابات الفسيولوجية للقلق تُعد انعكاساً مباشراً للأفكار والتوقعات السلبية التي يحملها الفرد حول ذاته والمواقف الاجتماعية، ويعزو الباحث انخفاض المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي لدى المراهقين مدمني المخدرات بعد تطبيق البرنامج إلى إعادة تفسير المواقف الاجتماعية بشكل أقل تهديداً، وتعديل الأفكار اللاعقلانية التي تغذي حالة التوتر الجسدي، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في شدة الاستثارة الفسيولوجية، كما تم تدريبهم على الاسترخاء التدريجي، والتعرض التدريجي للمثيرات، كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما تقترضه نظرية الذات والتي تشير إلى أن القلق الفسيولوجي هو انعكاس لصراع داخلي بين تصور الفرد لذاته وتوقعاته أو ما يعتقد أن الآخرين يتوقعونه منه، فالمراهق الذي يعاني من ضعف تقدير الذات والشعور بالوصمة نتيجة الإدمان، يتعرض لانفعالات داخلية حادة تظهر في صورة أعراض فسيولوجية عند التفاعل مع المجتمع، لذلك فقد تم مساعدتهم على تقليص الفجوة بين الذات الواقعية والذات المثالية، وهو ما أدى إلى تخفيف الضغط الانفعالي الداخلي.

- النتائج العامة للدراسة:

١-توصلت الدراسة إلى صحة الفرض الرئيس والمتمثل في: "توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين مدمني المخدرات"، وهذا ما أكدته نتائج الجدول (٩) بأن متوسط درجات القياس القبلي للقلق الاجتماعي للمراهقين مدمني المخدرات (88.4)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (69.53)، لصالح القياس البعدي بفارق (18.87).

٢-أظهرت الدراسة صحة الفرض الفرعي الأول والذي مؤداه: "توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي". وهذا ما بينه الجدول (١٠) بأن متوسط درجات القياس القبلي لبعده المؤشرات المعرفية للقلق الاجتماعي بلغت (٢١,٢٦)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (١٦,٢) لصالح القياس البعدي بفارق (5.06).

٣-كما أظهرت الدراسة صحة الفرض الفرعي الثاني والذي مؤداه: "توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي". وهذا ما بينه الجدول (١١) بأن متوسط درجات القياس القبلي لبعده المؤشرات الانفعالية "الوجدانية" للقلق الاجتماعي بلغت (٢٤,٠)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (١٧,٢٦) لصالح القياس البعدي بفارق (6.74).

٤-توصلت الدراسة إلى صحة الفرض الفرعي الثالث والذي مؤداه: "توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي". وهذا ما بينه الجدول (١٢) بأن متوسط درجات القياس القبلي لبعده المؤشرات السلوكية للقلق الاجتماعي بلغت (21.20)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (17.60) لصالح القياس البعدي بفارق (3.6).

٥-أظهرت الدراسة صحة الفرض الفرعي الرابع والذي مؤداه: "توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($0.05 \geq \alpha$) فأقل بين متوسطات درجات القياسين القبلي

والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لُبعد (المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي) لصالح القياس البعدي". وهذا ما بينه الجدول (١٣) بأن متوسط درجات القياس القبلي لبعده المؤشرات الفسيولوجية للقلق الاجتماعي بلغت (21.93)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (18.47) لصالح القياس البعدي بفارق (3.46).

- مراجع الدراسة:

أولاً: المراجع باللغة العربية

بارلو، ديفيد هـ. (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة صفوت فرج؛ ومحمد نجيب الصبوة؛ ومصطفى أحمد تركي؛ وجمعة سيد يوسف؛ وهبة إبراهيم القشيشي؛ وحصه عبد الرحمن الناصر). القاهرة: مكتبة الأنجلو.

البرثين، عبد العزيز بن عبدالله. (٢٠٢١). العلاج التدبري كاتجاه جديد للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية: مراجعة نظرية. مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية- جامعة أم القرى، ١٣ (٢)، ٥٣-٩٠.

البشر، سعاد عبدالله. (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من السيدات اللاتي يعانين من القلق الاجتماعي. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت- مجلس النشر العلمي، ٤٧ (١)، ١١-٣٥.

الزغبى، أحمد. (٢٠١٠). سيكولوجية المراهقة. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع. السيد، طارق. (٢٠١٠). الانحراف الاجتماعي، الأسباب والمعالجة. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

الشلوي، علي محمد. (٢٠١٨). اليقظة العقلية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية لدى عينة من طلاب كلية التربية بالودامي. مجلة البحث العلمي في التربية، (١٩)، ١-٢٤. شما، يمان نزار. (٢٠١٥). القلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات. مجلة جامعة بعث، ٦ (٣٧)، ١٦٥-١٣٩.

الصادة، طالبي. (٢٠١٦). القلق الاجتماعي بين المعطيات الوراثية والمكتسبات البيئية. مجلة عالم التربية، ١٧ (٥٣)، ١-١٧.

صالح، عواطف حسين. (٢٠٠٤). الخوف الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية وموضع الضبط الوالدي في مرحلة المراهقة المبكرة. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، (٥)، ٤٦-٩٤.

- الصفتي، مرفت عبد الحميد.(٢٠١٨). الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات الأكاديمية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدي عينة من طلاب جامعة الأزهر. مجلة كلية الدراسات الإنسانية، (٢١)، ٣٩٤-٥٢٢.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.(٢٠١٩). التقرير السنوي للإدمان.
- العاسمي، رياض نايل والضبع، فتحي عبد الرحمن.(٢٠١١). استراتيجيات تقديم الذات وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدي طلاب الجامعة دراسة مقارنة علي عينات مصرية سورية. مجلة كلية التربية دراسات تربوية ونفسية بجامعة الزقازيق، (٧٣)، ١٠١-١٥٥.
- عبد الرحمن، دينا مهني محمد.(٢٠٢٢). برنامج وقائي مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتنمية وعي طلاب المدارس الثانوية الفنية بمخاطر مخدر الشبو. المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية، ٢ (١٩)، ١٩٦-٢٢٠.
- عبدالجواد، أنعام.(٢٠١٨). تعاطي المخدرات وإدمانها في الريف المصري الواقع وأساليب المواجهة. المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان، ١٥ (١)، ٦١-٨٧.
- الطار، أماني جميل علي.(٢٠٢٤). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التمثيل المسرحي لدى المراهقين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي. مجلة البحوث في مجالات التربية النوعية- جامعة المنيا- كلية التربية النوعية، (٥٤)، ٧٩٩-٨٦٥.
- علي، حمدي أحمد عمر.(٢٠٢٢). تعاطي وإدمان المخدرات وتأثيرهما على تحقيق أهداف وبرامج التنمية المستدامة: دراسة ميدانية على عينة من شباب محافظة سوهاج. مجلة كلية الآداب بقنا- جامعة جنوب الوادي، (٥٥)، ٤٧٩-٦٠٩.
- غزيل، فاطيمة.(٢٠٢٠). الإدمان على المخدرات لدى المراهقين. مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية- المركز الجامعي سي الحواس بركة، (٤)، ١٠٠-١١٩.
- الكتاني، فاطمة الشريف.(٢٠٠٨). القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال. بيروت: دار وحي القلم للطباعة والنشر والتوزيع.
- مختار، وفيق صفوت.(٢٠٢٠). سيكولوجية النمو والارتقاء في المراهقة. القاهرة: دار حرف للنشر والتوزيع.
- المرسي، أحمد وجيه الدسوقي.(٢٠٢٤). ممارسة العلاج التدبري في خدمة الفرد والتخفيف من مشكلات الأسر المقبلة على الانفصال. مجلة الخدمة الاجتماعية- الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، ٤ (٨٠)، ١٧١-٢٤٩.

المعاينة، حمزة عبد المطلب والمجالي، علاء عبد الحفيظ وسمهدانة، مروان مسعد. (٢٠١٧). ظاهرة تعاطي المخدرات وآثارها في حدوث الجريمة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة العلوم التربوية، جامعة البلقاء التطبيقية- الأردن، ٣ (٣)، ٢٣٨-٢٦٥. مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة. (٢٠١٩). تقرير المخدرات العالمي. المكتب الإعلامي للأمم المتحدة، مصر.

الهاشم، أماني عبد الله عقلمه. (٢٠١٧). درجة توافر اليقظة الذهنية لدى مديري المدارس الثانوية الحكومية في محافظة عمان وعلاقتها بدرجة ممارسة سلوك المواطنة التنظيمية للمعلمين من وجهة نظرهم. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الشرق الأوسط، الأردن. الهويش، يوسف بن محمد. (٢٠١٧). أسباب انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب وآثارها وسبل الوقاية منها. المجلة العربية للدراسات الأمنية، ٣٣ (٧٠)، ٢٥١-٢٨٠.

ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية

Arun, P., Chavan, B. S., & Bhargava, R. (2010). Attitudes towards alcoholism and drug taking: a survey of rural and slum areas of Chandigarh, India. International Journal of Culture and Mental Health, 3(2), pp126-136.

Baer, R. A. (2013). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2).

Baer, R. A. (Ed.). (2010). assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. Oakland, CA: New Harbinger.

Bassiony, M., et al. (2015). Adolescent tramadol use and abuse in Egypt. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 41 (3), pp 206-211.

Breslin, F. C., Zack, M., & Mc Main, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(3).

Canda, E. R., & Furman, L. D. (2019). Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping. New York: Oxford University Press.

Canda, E. R., & Warren, S. (2023). Mindfulness-Based Therapy, Encyclopedia of Social Work (Online Publication): National Association of Social Workers and Oxford University Press, USA.

- Damasceno, R., Boery, R., Ribeiro, I., Anjos, K., Santos, V. & Boery, E. (2016). Use of alcohol, tobacco and other drugs, and quality of life among college students. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 30(3), pp1-10.
- El-Awady, Shereen. A., & et al. (2017). Impact of familial risk factors on the severity of addiction in as ample of Egyptian adolescents. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 38(2), pp70-78.
- Gazibara, T., Milic, M., Parlic, M., Stevanovic, J., Lazic, D., Maric, G., Kusic, T., Pevcevic, D. & Pekmezovic, T. (2018). Illicit drug use and academia in North Kosovo: Prevalence, patterns. Predictors and health-related quality of life *Pols One*, 13 (7), pp1-12.
- Gockel, A. (2010). The promise of mindfulness for clinical practice education. *Smith College Studies in Social Work*, 80(2-3), 248-268.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (Eds.). (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hamdi, E., Gawad, T., Khoweiled, A., & Sidrak, A. E. (2013). Lifetime Prevalence of Alcohol and Substance Use in Egypt: A Community Survey. *Substance Abuse*, 34(2), pp97-104.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010): The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2).
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011): Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6).
- Kristeller, J. (2003). Mindfulness meditation in treating binge eating disorder: A problem-focused approach. *American Psychological Association Convention*, Toronto, Canada, August 8.
- Langer, E. J. (2014). *Mindfulness*. Boston: Da Capo Press.
- Lee, M. Y., Chan, C. C. L. Y., Chan, C. L. W., Ng, S. M., & Leung, P. P. Y. (2018). Integrative body-mind-spirit social work: An empirically based approach to assessment and treatment. New York, NY: Oxford University Press.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential revention effects *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72(1), 31-40.
- Madrine, K. (2015). Behavior Disorder Related to Drug Abuse among Secondary School Students in Kenya. *Journal of Education and Practice*, 6(19), pp170- 179.

- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1) 44-80.
- McGarrigle, T., & Walsh, C. A. (2011). Mindfulness, self-care, and wellness in social work: Effects of contemplative training. *Journal of Religion and Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(3).
- Okafor, I. P. (2020). Causes and Consequences of Drug Abuse among Youth in Kwara State, Nigeria. *Canadian Journal of Family and Youth*, 12(1), pp147-162.
- Rabie, M. (2020). Prevalence updates of substance use among Egyptian adolescents. *Faculty of Medicine, Ain Shams University. Middle East Current Psychiatry*, Cairo, Egypt, 27(4), pp1-8.
- Robinson, F. P., Mathews, H. L., & Witek- Janusek, L. (2003). Psycho- endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: A quasi- experimental study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(5).
- Sarah, P. (2017). The Association of High Social Anxiety and Perceived Responsiveness with Self-Disclosure. Master of Arts Department of Psychology, University of Manitoba Winnipeg, Manitoba.
- Turner, K. (2009). Mindfulness: The present moment in clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 37(2).
- Vanden Bos, R. G. (Ed.). (2015). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.