

## برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات

## للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس

A counseling program on how to work with groups to deal with the social pressures of the relapsed addict

إعداد

د/ الشيماء أحمد يوسف

مدرس خدمة الجماعة كلية الخدمة الإجتماعية جامعة حلوان

٢٠٢٢م



برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن

المنتكس

تاريخ إستلام البحث: ٢٠٢١/١٢/٥ م تاريخ النشر: ٢٠٢٢/١/٣٠ م

المستخلص:

المخدرات هي الآفة الخطيرة والقاتلة التي تنتشر في المجتمعات بشكل لم يسبق له مثيل، حتى أصبحت خطراً يهدد هذه المجتمعات وينذر بإنهيارها وتمثل ظاهرة المخدرات واحدة من الظواهر العديدة المهددة للمجتمع المعاصر، وانتكاسة المريض هي عودة أعراض المرض مرة أخرى بعد الشفاء، فالانتكاسة تعتمد أساساً على تلقي العلاج قبل حدوثها أو تصبح أثاراً للتعاطي، واستهدفت الدراسة اختبار فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس، وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات شبه التجريبية التي تهدف إلى اختبار أثر استخدام المتغير المستقل والذي يتمثل في برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط النفسية للمدمن المنتكس، وتوصلت الدراسة إلى فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

الكلمات المفتاحية: برنامج ارشادي، الضغوط الاجتماعية، المدمن المنتكس.

### **A counseling program on how to work with groups to deal with the social pressures of the relapsed addict**

#### **Abstract:**

Drugs are a dangerous and deadly scourge that spreads in societies in an unprecedented way, until it has become a threat to these societies and warns of their collapse. The phenomenon of drugs is one of the many phenomena that threaten contemporary society, and the patient's relapse is the return of symptoms of the disease again after recovery, so the relapse depends mainly on receiving treatment before they occur or become effects of abuse., The study aimed to test the effectiveness of a counseling program in the way of working with groups to deal with the social pressures of the relapsed addict. The study found the effectiveness of a counseling program in the method of working with groups to deal with the social pressures of the relapsed addict.

**Keywords:** counseling program, social stress, relapsed addict.

## مشكلة الدراسة:

المخدرات هي الآفة الخطيرة والقاتلة التي تنتشر في المجتمعات بشكل لم يسبق له مثيل، حتى أصبحت خطراً يهدد هذه المجتمعات وينذر بإنهيارها، والمخدرات تشل إرادة الإنسان وتذهب بعقله وتدفعه في كثير من الحالات إلى ارتكاب الموبقات، وتبعاً لإنتشار المخدرات ازداد حجم التعاطي والإدمان وتتم رعاية مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية داخل المؤسسات الطبية والنفسية، (الهاجري، ٢٠١٨، ص ٢١)

وظاهرة الإدمان من الظواهر التي يصعب تحديد حجمها الحقيقي وذلك بسبب خصوصيتها وما يرتبط بها من قيم تتعلق بالنظرة إلى المدمن وسرية البيانات الخاصة به والمتريدين على أقسام ومراكز علاج الإدمان لا يمثلون الحجم الحقيقي للظاهرة (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠٠٠، ص ٢).

وتمثل ظاهرة المخدرات واحدة من الظواهر العديدة المهددة للمجتمع المعاصر، فالظاهرة لاتمثل بمفردها خطراً بل هي نتاج لشبكة معقدة من الأزمات والمشكلات فلم تعد المخدرات مقتصرة على أنواع محددة معروفة سلفاً، لكن مجالها يتسع حيث تتغير أنواع هذه المخدرات بشكل مستمر مع تغير المواد المخلقة والمصنعة والمبتكرة ويزداد الامر صعوبة مع اتساع شبكة المستهلكين لها وظهور أدوات جديدة للتداول (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٧، ص ٧). وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من: عبدالعظيم (٢٠٠٠) أن هناك أسباب عديدة تؤدي الى الإدمان منها تفكك الروابط الأسرية وعدم قدرة المدمن على اتخاذ القرار واختفاء السلطة الضابطة وضعف العلاقات الاجتماعية، ودراسة هاند (Hand, 2019) علاج ١١٨ شاب من تعاطي المخدرات وتوصلت الدراسة الى ان المشاركين يحتاجون الى تحسين نمط الحياة، وتغيير سلوكيات المخدرات الشخصية وأنشطة تغيير البيئة باعتبارها الأنشطة الثلاثة الأكثر أهمية للمساعدة في الانتعاش بعد العلاج.

وانتكاسة المريض هي عودة أعراض المرض مرة أخرى بعد الشفاء، فالانتكاسة تعتمد أساساً على تلقي العلاج قبل حدوثها أو تصبح أثاراً للتعاطي، أو هي العودة للخلف في استخدام الكحول والمخدرات وإلى ممارسة جميع السلوكيات المرتبطة بذلك. أو هي الرجوع مرة أخرى لاستخدام وتعاطي المخدرات، وكذلك الرجوع للنموذج السلوكي القديم في التعامل مع الآخرين (بديع، ٢٠١٠) وهذا ما أكدت عليه الدراسات الأتية:

دراسة سيليا (Ciesla, 2010) إلى كشف العلاقة بين المتغيرات العلاجية والنفسية وقد توصلت الدراسة إلى أن العوامل الأساسية هي التي تتعلق بالأصدقاء الذين يستخدمون المخدرات والكحول مرتبطة باحتمالات أكبر للانتكاسة.

ودراسة العوامل المؤدية للانتكاسة والفشل في الامتناع عن المخدرات أكثر من دراسة نظريات النجاح وأسباب الامتناع والاستمرار في حياة خالية من المخدرات، وإن مدمن الكحول شخص تتقسه السيطرة على النفس بالفطرة قبل التعاطي وليس شخصاً فقدتها بعد التعاطي (الحسن، ٢٠١٥، ص ١١)

دراسة ايليزي (Elzie, 2018) عن أهمية العوامل الأخرى في حدوث الانتكاسة ومنها الإحساس بالخسارة، والصراعات بين الأشخاص، وتعزيزات التأثيرات الإيجابية والسلبية، وتأثير الأقران، والقضايا القائمة على العلاج، والحلقات المرتبطة عاطفياً المرتبطة باستخدام المواد السابقة بما في ذلك الإيجابية التأثيرات، مثل الإثارة والاحتفال.

دراسة (يوسف، ٢٠١٠) استهدفت تحديد مظاهر الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان وكذلك تحديد العوامل المؤدية للانتكاسة ومحاولة تحديد الدور الذي يقوم به الاخصائي الاجتماعي لاجراء عملية المتابعة في خدمة الفرد لدى المتعافين من الإدمان. (يوسف، ٢٠١٠)

دراسة رامو (Ramo, 2008) والتي تناولت أسباب الانتكاسة التي تختلف بين المراهقين والبالغين. حيث ترتبط المواقف التي تؤدي لحدوث انتكاسة في البالغين عند الغضب أو الإحباط أو الضغط الاجتماعي للشرب أو الصراع بين الأشخاص. الشباب المعالجين إلى أن المراهقين يميلون إلى الانتكاس في كثير من الأحيان في المواقف التي يكون فيها ضغط اجتماعي مباشر أو غير مباشر لاستخدامه مقارنة بالبالغين.

دراسة شافرز & ليفرز (Cher & Lyvers (2006) استهدفت التعرف على العلاقة بين الاضطرابات النفسية والمشاكل العائلية والانتكاسة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والانتكاسة وكذلك علاقة بين المشاكل العائلية والانتكاسة وكذلك وجود علاقة بين نوع المخدر وسرعة الانتكاسة.

ومشكلة الإنتكاسة أكثر خطورة من الإدمان للمرة الأولى وذلك لأنه يعتبر إهدار للطاقات والإمكانات بالنسبة للفريق المعالج وللمنتكس وللدولة، ومن ناحية أخرى يكون المدمن للمرة الأولى على غير دراية بما ينتظره من مصير مظلم ويعتقد بالخطأ أن المخدر سوف يساعده على السعادة والهروب من مشاكله، أما المتعافي المنتكس بعد علاجه فمن المفترض

أنه على دراية تامة بما وصل إليه من إدمانه في المرة الأولى من آثار مدمرة على حياته الشخصية والأسرية والاجتماعية وماهى المراحل الأليمة التي مر بها أثناء تعاطيه وأثناء علاجه أيضاً وذلك لمورره بالآلام العضوية والنفسية المصاحبة لانسحاب المخدر من جسمه وبالرغم من ذلك فإنه يعود مرة أخرى للمخدر (زوبع، ٢٠١٧، ص ٥٥).

دراسة (العتيبي، ٢٠٠٧) علي إلقاء الضوء على معدلات الانتكاسة وعلاقتها بمستويات الدعم الأسري للبرامج العلاجية. و توصلت الدراسة الي وجود ارتباط دال بين ارتفاع مستوي الدعم الأسري وانخفاض معدلات الانتكاسة لدي مرضي إساءة استخدام المواد المؤثرة نفسياً.

والإنتكاس جزء أساسي من عمليات الإدمان بل والعلاج والتأهيل وهو الفشل في المحافظة علي نمط التغيرات التي طرأت على السلوك ولاتشير الإنتكاسة فقط إلي الحدث الذي تم من خلاله التعاطي وعدم الإلتزام بقواعد التعافي، وإنما أيضا الجهل بمجموعة العلامات المنذرة والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بعض الإشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي. وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من:

دراسة أرسى (Aciri, et.al, 2012) استهدفت معرفة العوامل التي يحددها الشباب لأنها هامة للشفاء الناجح بعد علاج الإدمان. واستكشاف ما يدركه الشباب المهتمون و العاملون. وتوصلت الدراسة الى أن المساعدات الخارجية والأنشطة هامة لشفاء المراهقين من التعاطي وذلك لاستكمال العلاج والحد من الانتكاسة والرجوع للتعاطي مرة أخرى.

دراسة منتوش & مكانجي (2000) Mcintosh & Mckeganey استهدفت التعرف على الاستراتيجيات المساعدة لمنع الانتكاسة وتوصلت الدراسة إلى أن هناك عدد من الاستراتيجيات أهمها رغبة المدمن في الشفاء وفي تغيير نمط حياته السابقة واحساس الفرد بقيمته الشخصية والامل بالمستقبل والقبول الاجتماعي.

دراسة الدخيل (٢٠١٢) استهدفت التعرف على الانساق التي يجب ان تتضافر لمساعدة المدمن لعدم العودة إلى المخدرات وتوصلت الدراسة إلى أن أهم تلك الانساق هي المريض نفسه كنسق والمصحة العلاجية والأسرة والبيئة الاجتماعية والأصدقاء والأنظمة والتشريعات المرتبطة بالادمان وعلاج الادمان والنسق الاقتصادي والنسق المؤسسات الحكومية ونسق المجتمع المدني.

والإنتكاسة لاتعني بالضرورة عودة المدمن إلى التعاطي الفعلي حتى نطلق عليه شخص منتكس بل في أغلب الأحوال تكون انتكاسة فكرية ويستطيع أي معالج أن يتنبأ للشخص بأنه سينتكس فعلاً قبل أن يتعاطى شيئاً من المخدرات بملاحظة تلك السلوكيات ويحاول أن ينبه المدمن لها. (غانم، ٢٠١٤، ص ٣٩) وهذا ما أكدت عليه دراسة كلا من: دراسة عبدالغني (٢٠١٠) استهدفت تحديد مدى توافر الخدمات الاجتماعية المقدمة للمدمن المنتكس وتحديد معوقات تقديم هذه الخدمات و توصلت الدراسة الى عدة نتائج منها انتظار المدمن المنتكس في الحصول على الخدمة الطبية فترة طويلة وسلبية المدمنين المنتكسين وعدم مشاركتهم في الأنشطة ضعف إرادة المدمن المنتكس عن الإقلاع عن المخدر-عدم الاطلاع على ما هو جديد في مجال الانتكاسة صراع الأدوار داخل فريق العمل سيطرة الروتين وتعقد الإجراءات الإدارية داخل المؤسسة وقلة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسة.

دراسة محمود (٢٠١٧) استهدفت التعرف على دور مؤسسات المجتمع المدني في الحد من ظاهرة العودة لتعاطي المخدرات وتوصلت الدراسة إلى أهمية برامج التدخل المهني لمساندة المتعافين من تعاطي المخدرات لضمان عدم عودتهم إلى استخدام المواد المخدرة مرة أخرى وتحديد الأدوار المهمة التي تقوم بها مؤسسات المجتمع المدني في دعم استراتيجيات الدمج الاجتماعي للمتعافين من الإدمان والمساعدة في تخطيط برامج توظيف تحاول من خلالها مساعدة المتعافين من الإدمان في الحصول على فرص عمل مناسبة كذلك تلعب مؤسسات المجتمع المدني دوراً مهماً في مجال التوعية والتثقيف وتخفيف النظرة السلبية للمتعافين من قبل المجتمع والمحيطين بهم.

دراسة العتيبي (٢٠١٩) استهدفت التعرف على مدى رضا نزلاء برنامج منتصف الطريق عن البرامج العلاجية والتأهيلية المقدمة لهم ومدى استفادتهم من هذه البرامج، وتوصلت الدراسة إلى ان افراد العينة يوافقون على محور مدى رضا النزلاء عن البرامج العلاجية والتأهيلية بدرجة متوسطة ويوافقون على محور مدى الاستفادة من البرامج العلاجية والتأهيلية المقامة في برنامج منتصف الطريق بدرجة كبيرة.

دراسة شاوونج & لي (2003) Cheung,C & Lee,T استهدفت التعرف على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قي تعزيز الثقة وفهم الأفكار ومعرفة ضرر الأفكار وضبط النفس

والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة، كما أكدت الدراسة على أن العلاج المعرفي السلوكي لا يعني اهمال برامج اعادة التأهيل.

وتمتلى حياة الانسان بالعديد من الضغوط والاحداث التي تحيط به منذ ولادته وحتى نهاية حياته فهي متعددة الانواع والمصادر ولا شك أن اتجاهات الانسان العقلية وسلوكه يؤثران في صحته الجسمية لذلك فإن الاهتمام يتزايد نحو توفير الوقاية الصحية حتى يمكن التكيف مع الضغوط التي يعاني منها الانسان والوقاية من الأمراض التي قد تصيبه نتيجة التعرض للضغوط وايضاً الارتقاء بمستوى حياة الفرد الصحية والتكيف يكون بالمقاومة او الهرب اي مواجهة المواقف وحل المشكلة او ان يتحاشى الموقف ويتعد عنه. (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٨٦)

وتعد الضغوط أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها حياتنا المعاصرة وهي رد فعل للمتغيرات السريعة التي طرأت على كافة نواحي الحياة وهي السبب الرئيسي وراء الاحساس بالآلام النفسية والأمراض العضوية التي تؤدي إلى درجة من عدم التوافق وضعف في مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من الضغوط. (عبدالمقصود، عثمان، ٢٠٠٧، ص ١٣)

ويتعرض الناس جميعاً للضغوط بأشكال مختلفة ولكنهم لا يتعرضون لنخاطرها بالدرجة نفسها لأن تأثير الضغوط يختلف من فرد لآخر تبعاً لنمط شخصيته وتكوينه والبيئة والوسط الاجتماعي الذي يتفاعل معه ويؤثر في تشكيل شخصيته ونموها ويحدد اسلوب التعامل مع الضغط وأيضاً الحيل الدفاعية لإحداث نوع من التوازن الداخلي. (السهلي، ٢٠١٠، ص ١٥)، ومن خلال العرض السابق للدراسات السابقة والنتائج التي توصلت اليها اتضح ما يلي:

#### أوجه الاتفاق بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية

- ١- خطورة الادمان وما يؤدي اليه من مشكلات اجتماعية وصحية ونفسية بل والخطر منه هو الانتكاسة التي تضعف من ارادة المدمن و وعدم رغبته في العلاج.
- ٢- ركزت الدراسات السابقة على وصف وتحليل العوامل المؤدية للادمان والانتكاسة كما أكدت على حدوث الانتكاسة. وحددت العوامل المؤثرة فيها
- ٣- كما أشارت الدراسات السابقة الى تحديد معدلات الانتكاسة باختلاف الظروف النفسية والاجتماعية والسن والنوع وطبيعة التعاطي.



- أوجه الاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية:

١. ان الدراسة الحالية استهدفت استخدام برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس
  ٢. وان مهنة الخدمة الاجتماعية كمهنة انسانية تهدف الى التعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
- ولمزيد من تحديد مشكلة الدراسة قامت الباحثة بإجراء دراسة تقدير موقف استهدفت ما يلي:

- ١- تحديد امكانية تطبيق الدراسة.
  - ٢- تحديد أنواع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
  - ٣- وضع مؤشرات برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
- هذا وقد طبقت الدراسة على (١٠) من المترددين على المؤسسة من المدمنين المنتكسين وقد تم تطبيق استمارة استبيان.
- وقد اشارت نتائج دراسة تقدير الموقف إلى وجود ضغوط اجتماعية للمدمن المنتكس تتحدد في:

**أولاً: الضغوط الاجتماعية:**

- لا استطيع حل مشكلاتي الاسرية.
- لا اجد أهمية في الاستمرار في برامج العلاج.
- لا تتعاون اسرتي مع فريق العلاج.
- لا استطيع القيام بادواري الاجتماعية السابقة.

**ثانياً: الضغوط الاقتصادية:**

- اعجز عن تلبية احتياجاتي.
- لا اجد عمل لزيادة دخلي.
- لا اجد ثمن الادوية.
- لا يوجد مساعدات اقتصادية من المؤسسات.

**ثالثاً: الضغوط الصحية:**

- لا يوجد مساهمة في عمل التحاليل والاشعات.

- عدم توفير العلاج اللازم للتعافي.
  - لا اعرف الخدمات الطبية المتاحة.
  - لا اجد مساعدة للاستمرار في العلاج.
- رابعاً: الضغوط النفسية:

- اشعر بالعزلة عند تواجدي مع اسرتي.
- اشعر بالخوف من المستقبل.
- لا اجد من يشاركني همومي.
- لا اشعر بالأمان بعد الانتكاسة.

واتضح من خلال الدراسات السابقة ودراسة تقدير الموقف خطورة مشكلة الادمان وماتؤدي اليه من مشكلات اجتماعية وصحية ونفسية بل والخطر من ذلك هو الانتكاسة التي تضعف من ارادة المدمن ورغبته في العلاج وأكدت الدراسات السابقة على عوامل الأقران وأصدقاء السوء أنها من أكثر العوامل خطورة في حدوث الادمان والانتكاسه.

وطريقة العمل مع الجماعات تهدف إلى مواجهة المشكلات من خلال البرامج الجماعية لمساعدتهم على تحقيق أغراضهم الفردية والجماعية من خلال ممارسة برامج مخططة تتلاءم مع الاحتياجات. وتسعى الممارسة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات إلى إحداث تغيرات في الفرد من خلال الجماعة. فهي تستخدم الجماعة كوسيلة لتنمية الشخصية وتحقيق التوافق الاجتماعي للفرد خلال عملية التفاعل وتستثمر هذه الطريقة العلاقات المتبادلة التي توفرها الجماعة لتحقيق الأهداف الفردية والجماعية إذ يكتسب الفرد شخصيته نتيجة مشاركته في حياة الجماعة ومن ثم يتعلم نسق السلوك خلال عملية التفاعل الاجتماعي. (عطية وآخرون، ٢٠١٢، ص ٥)

و من خلال العرض السابق للدراسات السابقة ودراسة تقدير الموقف تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل الرئيسي:

ما فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس؟

- أهمية الدراسة:

١. الاهتمام العالمي والمحلي بالادمان بصفة عامة والمدمن المنتكس بصفة خاصة.

٢. مشكلة الانتكاسة والعودة الى الادمان مرة اخري باعتبارهم فئة معينة في المجتمع تواجههم صعوبات تعترض رغبتهم في التكيف والاندماج في المجتمع فلا بد من تقديم العون والمساعدة لهم

٣. ما أكدت عليه الدراسات السابقة من اسباب الادمان والعوامل المؤدية الى الانتكاسة.

٤. محاولة تجربة برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٥. التوصل إلى مجموعة من النتائج التي يمكن أن تفيد المسؤولين في مؤسسات علاج الإدمان والمؤسسات المرتبطة بها لمساعدة المدمن المنتكس.

- أهداف الدراسة:

استهدفت الدراسة تحقيق الهدف الرئيسي التالي:

اختبار فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

وينبثق من الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية التالية:

١- اختبار فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٢- اختبار فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاقتصادية للمدمن المنتكس.

٣- اختبار فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الصحية للمدمن المنتكس.

٤- اختبار فعالية برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط النفسية للمدمن المنتكس.

- مفاهيم الدراسة وإطارها النظري:

- مفهوم الادمان:

يعرف الادمان على انه المواظبة والمداومة للشئ شراباً او طعاماً او فعلاً وذلك بدافع نفسي ملح، ويعرف أيضاً بأنه تكوين عادة قوية ملحة تدفع المدمن إلى الحصول على العقار المسبب للإدمان بأنه وسيلة مع زيادة الجرعة من وقت لآخر لاعتماد نفسيته وعمل بعض الأنسجة على وجود العقار.(حسين، شكري، ٢٠١٣ ص١٥٦)

كما يعرف الادمان بانه حالة تتميز بحاجة ملحة الى الاستمرار في تعاطي عقار معين مع ميل الى زيادة مقداره لأحداث الاثر عند المدمن بالإضافة الى ظهور اعراض جسمية ونفسية عند الانقطاع عن التعاطي وهو رغبة قهرية او رغبة ملحة لتعاطي العقار والحصول عليه بأي وسيلة. و اعراض جانبية شديدة عند التوقف عن اخذ العقار. والاتجاه المستمر لزيادة الرغبة (صالح، ٢٠٠٠، ص ٣٨١).

وهو حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد أو المجتمع وتنتج من تأثير أو تعاطي عقار طبيعي أو مصنع والادمان هو التعاطي المتكرر للفرد بحيث يصبح دم الفرد متعطشاً على هذا المخدر بأى ثمن وفي أى وقت. (فهمي، ٢٠١٣، ص ١٠) والادمان هو الرغبة القهرية الملحة من قبل الشخص في الحصول على المخدر بأي طريقة كانت وان يجد الشخص نفسه مقهوراً على الاستخدام المفرط للمخدر بل ويعمل على تأمين الحصول عليه (غانم، ٢٠٠٤، ص ٣٩).

وانه حالة تعود قهري على تعاطي مادة معينة من المواد المخدرة Drugs بصورة متكررة ودورية بحيث يلتزم المدمن بضرورة الاستمرار في استعمال هذه المادة، فإذا لم يستعملها في الموعد المحدد تظهر عليه اعراض صحية ونفسية تجبره للبحث عن هذه المادة وضرورة استعمالها (أبو النصر، ٢٠٠٨، ص ٢٠٥).

#### - مفهوم البرنامج:

الغرض العام لخدمة الجماعة هو تحقيق نمو الفرد ونمو الجماعة والإسهام في النمو للمجتمع، فإن ذلك يتطلب تزويد أعضاء الجماعات بالخبرات والمهارات والمعلومات في شتى ميادين الحياة الإنسانية ولا شك أن ذلك يمكن تحقيقه عن طريق البرنامج (حامد، ٢٠١٠).

وقاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية يعرف البرنامج مجموعة من الأنشطة التي تعتمد على بعضها البعض والموجهة لتحقيق غرض أو مجموعة من الأغراض. (DRIVER, 1984)

وهو أيضا مجموعة من العناصر المخططة والمتكاملة والمتفاعلة مع بعضها البعض الموجهة إلى عدد من الأعضاء لتحقيق أهداف معينة خلال فترة زمنية محددة (النحاس، ٢٠٠١).

كما يشير إلى ذلك النشاط الموجه الذي يمارس مع الجماعات الصغيرة، بهدف مقابلة الحاجات الاجتماعية والنفسية لأعضاء الجماعة وللجماعة ككل (Rivas, 1985).

والبرنامج هو كل ما تؤديه الجماعة سواء أكان لفظياً أم غير لفظي ويعتبر الوسيلة الأساسية لتحقيق غرض خدمة الجماعة (أحمد، ٢٠٠٣).

والبرنامج هو خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من المواقف والخبرات المترابطة والمتكاملة، بهدف تنمية الأفراد الذين أعد البرنامج من أجلهم وإكسابهم مهارات معينة تتناسب وطبيعة نموهم الجسدي والعقلي والانفعالي والاجتماعي وتشمل هذه الخطة أسلوب التنفيذ وأدوات التقييم والمدة اللازمة للتطبيق. (العيصوي، ١٩٩٠، ص ٣٤٤)

ويشير البرنامج إلى الخطة التي تتضمن عدة أنشطة تهدف إلى مساعدة الفرد على الاستبصار بسلوكه والوعي بمشكلاته وتدريبه على حلها، وعلى اتخاذ القرارات بشأنها ولهذا الجانب أهمية في توظيف طاقات الفرد، وتنمية قدراته ومهاراته (نكي، ١٩٨٩)، كما يتضمن مجالاً شاملاً لكل ما يتفاعل داخل الجماعات من أنشطة وعلاقات وتجارب وخبرات يعبر عنها أعضاؤها عندما يجتمعون معاً ليناقشوا أو يخططوا لمشروع أو ينفذوا عملاً أو يتابعوا موضوعاً (الجندي وآخرون، ٢٠٠٥).

#### - مفهوم الإرشاد:

أما عن مفهوم الإرشاد لغوياً يشير إلى رشد رشحاً أي اهتدى وأصاب وجه الطريق فهو رشيد واسترشد لأمره أي اهتدى والرشد كمصدر معناها الاستقامة على الطريق الحق (درويش، ١٩٩٨، ص ٣٧).

والإرشاد هو تغيير السلوك وتوظيف الإرادة والعمل على تجهيز الشخص للإقبال بطريقة أفضل على المواقف التي تواجهه في الحياة (صبيحي، ٢٠٠٣).

ويعتبر الإرشاد أحد الأساليب التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون والمهنيون الآخرون من مختلف أنواع التخصصات العلمية في توجيه الأفراد والأسر والجماعات عن طريق بعض الأنشطة مثل إعطاء النصيحة أو وضع البدائل المساعدة في توضيح الأهداف وتقرير المعلومات التي يحتاجها العميل سواء كان فرداً أو جماعة أو مجتمعاً (السكري، ٢٠٠٠، ص ١٢٧).

يشير مصطلح الإرشاد إلى التوجيه - الترشيح - الهداية - التوعية - الإصلاح وتقديم الخدمة والمساعدة وتغيير السلوك إلى الأفضل (زهران، ٢٠٠٠).

ويعرف الإرشاد بأنه تلك الخدمات التي تقدم للفرد بهدف مساعدته على الوعي بمشكلاته، واستثمار ما لديه من قدرات ومهارات وإمكانيات ذاتية، وأيضاً استثمار إمكانات

البيئة وتحديد أهدافه بما يتفق مع قدراته وإمكانات البيئة واختيار أفضل الوسائل التي تعمل على تحقيقها، بما يحقق له النمو والتكيف المرغوب (Barker , 1996) وهو يعد أحد الوسائل التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون المهنيون والمعالجون من مختلف التخصصات العلمية في توجيه الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات عن طريق بعض الأنشطة مثل إعطاء النصيحة أو وضع البدائل أو المساعدة في توضيح الأهداف وتقديم المعلومات التي يحتاجها العميل (السكري، ٢٠٠٠)،

والإرشاد الجماعي هو علاقة إرشادية بين المرشد ومجموعة من المسترشدين تتم من خلال اجتماعات جماعية في مكان واحد ويتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها ويعبرون عنها كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها، ومن إيجابيات الأسلوب الإرشادي أنه ينبع من كون الفرد يتعلم من الجماعة جوانب كثيرة فهي تكسب الفرد مزيداً من الثقة بالذات وتضفي عليه روح التعاون والتفاعل والانسجام مع الآخرين من حوله (علي وآخرون، ١٩٩٩).

كما يعرف الإرشاد الجماعي بأنه أحد أنواع الجماعات العلاجية التي تتعامل مع مشكلات شخصية واجتماعية تواجه أعضاء الجماعة وتحاول هذه الجماعات من خلال العمل الجماعي مساعدة هؤلاء الأشخاص في التعامل مع مشكلاتهم بصورة صحيحة (Zastrow ,2009).

وهو عملية ذات توجيه تعليمي تتم في بيئة اجتماعية يسعى المرشد المؤهل بالمعرفة والمهارة والخبرة إلى مساعدة الآخرين باستخدام طرق وأساليب ملائمة لحاجتهم متفقة مع قدراتهم كي يصبحوا أكثر سعادة وأكثر إنتاجية (البلاوي، ٢٠٠٢).

- مفهوم البرنامج الإرشادي: مجموعة من العناصر المخططة والمتكاملة والمتفاعلة مع بعضها البعض الموجهة إلى عدد من الأعضاء لتحقيق أهداف معينة خلال فترة زمنية محددة (النحاس، ٢٠٠١)،

وهو النشاط الموجه الذي يمارس مع الجماعات الصغيرة، بهدف مقابلة الحاجات الاجتماعية والنفسية لأعضاء الجماعة وللجماعة ككل (Rivas , 1985).

- مفهوم البرنامج الإرشادي في طريقة العمل مع الجماعات في هذه الدراسة إجرائياً: هو تلك الأنشطة المخططة التي تقوم بها الباحثة كأخصائي خدمة جماعة مع المدمنين المنتكسين الذين يعانون من الضغوط الاجتماعية الناتجة عن الانتكاسة معتمداً في ذلك على تكنيكات

خدمة الجماعة، والتي تستخدمها في إطار زمني محدد، وفي ضوء مبادئ وفلسفة الطريقة بهدف مواجهة الضغوط الاجتماعية لهم.

#### - مفهوم الضغط:

يشير معجم ويبستر بأن مفهوم الضغط كلمة تعني القوة المجهده ويقال أيضاً القوة التي تقع على الجسم مما يحدث تغييراً في شكله كأثر لهذه القوة كما تشير أيضاً إلى القوة المضادة التي يواجه بها الفرد ما يقع على جسمه من ضغط أو اجهاد من قوة خارجية كما تعني أيضاً الإثارة البدنية أو العقلية. (الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٩٨)

والضغوط أو المشقة في علم النفس تشير إلى درجة مرتفعة من الضغوط الواقعة على الانسان في حياته البيولوجية والتي يمكن أن تضغط عليه وتدفعه أو تجذبه. (عبدالخالق، ٢٠٠٦، ص ٣٢)

ويعرف الضغط على أنه حالة نفسية تتعكس على ردود الفعل الداخلية الجسمية والسلوكية ناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة. (سوقي، ٢٠٠٢، ص ٥٨٧)

- **الضغوط الاجتماعية:** الضغوط الاجتماعية هي العملية التي بواسطتها تهدد الوقائع والبنية والمساءة ضغوط بناء الكائن الحي وسلامته والتي مت خلالها يستجيب الكائن لضغط ويعرف بأنه موقف تزيد فيه متطلبات البيئة من الأفراد على قدراتهم على الاستجابة لها. (الهادي، ٢٠٠٥، ص ٧٢)

والضغوط الاجتماعية تعني العقبات التي تقف في طريق تقدم الشخص وتولد له اهتزازاً داخلياً يصعب ارجاعه لوضع الاتزان فنرى ذلك الشخص يعاني من الاحباط ويصبح عاجزاً عن تحقيق مطالبه التي هي من حقه. (عبدالمقصود، عثمان، ٢٠٠٩، ص ١٨)

**وتعرف الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس في هذه الدراسة:** بانها العقبات التي تقف في طريق المدمن المنتكس يصعب ارجاعه لوضع الاتزان ويصبح عاجزاً عن تحقيق مطالبه وتشمل الضغوط الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية.

- **مفهوم الانتكاسة:** يتضمن مصطلح الانتكاسة مفهوم العود: والعود في اللغة بفتح العين وسكون الواو وعوداً يعني رجوع، فتحول عاد فلان إلى الشيء وعاد فيه بمعنى رجع إلى أوله أو فيه بعد أن بدأه أول مرة (عبد الخالق، ١٩٩٥، ص ٥٩).

ويعرف مصطلح (نكسة، انتكاسة)، النكسة ارتداد إلى وضع مرضي سابق عقب النقاها والتعافي منه، ويحدث ذلك في الأمراض النفسية بصفة خاصة نتيجة لعدم استكمال العلاج لفترات زمنية كافية، وتتفاوت معدلات الانتكاس تبعاً للحالة والعوامل الخارجية مثل الضغوط والأسرة والبيئة (الشربيني، ٢٠٠٣، ص ١٥٦).

كما تعرف على أنها العودة مرة أخرى إلى المادة بعد الشفاء (Doweiko, 2006, p166).

ومصطلح الانتكاس إلى الفشل في المحافظة على نمط التغيرات الذي طرأ على السلوك ولا تشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي تم من خلاله التعاطي وعدم الالتزام بقواعد التعافي وإنما أيضاً الجهل بمجموعة العلامات المنذرة والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي سواء كانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أو بعض الاشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي (غانم، ٢٠٠٥، ص ٣٩).

وكما تعرف على أنها قيام المدمن الذي تم شفاؤه وعلاجه من الإدمان بالعودة مرة أخرى لتناول المواد المخدرة (أحمد، ٢٠٠٨، ص ٩٠١). وتعرف الانتكاسة على أنها التعاطي المستمر الذي يتميز بنفس المستوى السابق على العلاج (طه، ٢٠٠٤، ص ١٣٤).

الإنكاسة هو أن يقوم الشخص المتوقف عن التعاطي لفترة من الزمن بتعاطي المخدر مرة أخرى حيث أن التوقف يعني أن الشخص ممتنع عن التعاطي أو أن هذا التوقف بدون أساس علمي صحيح وبالتالي فإن هذا التوقف وفي أغلب الأحيان يكون محكوم عليه بالفشل وأن النتيجة الطبيعية والحتمية هي العودة مرة أخرى إلى التعاطي من جديد (الأستاذ، ٢٠٠٨، ص ١٢٥).

- اسباب الإدمان:

- **العوامل الاجتماعية:** أقران السوء - الافتقار إلى الانسجام الإجتماعي-انحسار دور المدرسة التربوي. -الصراع بين الأجيال-غياب القدوة الحسنة وانحرفها أمام الشباب - الفراغ الثقافي والرياضي والديني. غياب دور الأسرة. (رسالن، ٢٠١٥، ص ١٦).

تعرض الفرد للكثير من مواقف الفشل والإحباط والإعاقة والإحساس بالظلم الاجتماعي-ضعف المشاعر الدينية والوعي الديني وعدم احترام المجتمع وتقاليده وقوانينه(عثمان، ٢٠٠٦، ص ٩٦) - الواقع الأليم الذي يعيشونه (عثمان، ٢٠١٠، ص ١٥١).



- **العوامل النفسية:** وجود مرض نفسي مثل القلق والاكتئاب والرهاب الاجتماعي ومحاولة الفرد معالجة نفسه دون اللجوء إلى الطبيب-ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية- الإحباط وغياب الهدف والمعاناة في أزمة الهوية، التي يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه- قابلية الرضوخ لضغوط ورفاق السوء (سرحان، ٢٠١٣، ص ٢١٣).
- الصددمات والإنعزال والإساءات البدنية تؤدي إلى الإدمان (Angres, 2001, p5).
- **العوامل المرتبطة بالشخصية:** حب الاستطلاع-عدم الشعور بالثقة بالنفس، وضعف الذات-الإنحراف في إشباع الحاجات والدوافع-اعتقاد المتعاطي أن تناوله المخدرات تزيد من قدراته وبخاصة القدرة الجنسية (حبيب، العربي، ٢٠١١، ص ٤٠٤).
- **العوامل الاقتصادية:** أن ظروف المعيشة غير المستقرة وظروف العمل القاسية تساعد أيضاً على انتشار الإدمان فبعض أصحاب الدخل المنخفضة قد لايعجزون عن الوفاء بالالتزامات المعيشية نحو أسرهم ويفقدون الأمل في تحسين وضعهم المالي فيحاول بعضهم أن يحقق في الخيال ماافتقده في الواقع فيلجأ إلى أرخص المواد المخدرة. (زوبع، ٢٠١٧، ص ٦٧).
- **الآثار المترتبة على الإدمان:**
- **الآثار الاجتماعية:** مثل عدم الانتماء للأسرة وعدم تحمل المسؤولية والتفكك والطلاق والهجر وتشرد الأبناء والانعزال وعدم المشاركة في المناسبات العائلية وتعلم السلوكيات السيئة مثل الكذب والسرقه والاحتتيال. (حسن، ٢٠١٤)
- **الآثار النفسية:** وتشمل كلاً من الشعور بالتوتر والقلق مع الميل للاكتئاب واحتمال الاصابة بانفصام في الشخصية والشعور بالذنب وحدوث هلاوس مع تخیلات سمعية وبصرية والشعور بالنقص. (فطائر، ٢٠٠٥)
- **الآثار الصحية:** مثل قلة الحركة وضعف المناعة وعدم مقاومة الأمراض والصداع المزمن والشعور بالدوار والالتهاب الرئوي وتليف الكبد. (محمود، ٢٠١٧)
- **الآثار الاقتصادية:** لا تقتصر التأثيرات الاقتصادية لتعاطي المخدرات على إنتاجية الفرد المتعاطي ودخله فقط باعتبار أنه يضطر إلى انفاق قدر كبير من دخله من أجل الحصول على المخدرات وتعاطيها بل ينعكس الاثر الاقتصادي.
- **مراحل الإدمان:** ولالإدمان أربع مراحل يمر بها المدمن حتى يصل إلى المرحلة النهائية ألا وهي الإدمان التام وهذه المراحل هي (الفاقي، ٢٠٠٥، ص ٩ - ١٠):

١- **المرحلة الأولى:** مرحلة التجربة، حيث يمر المدمن بمرحلة التعاطي التجريبي، وغالباً ما تكون من قبل مدمنين سابقين أو تجار لجذب المتعاطي إلى طريق الإدمان وتعد هذه المرحلة أخطر المراحل فهي مرحلة البداية.

٢- **المرحلة الثانية:** مرحلة التعاطي الاجتماعي أو العرضي فغالبية مجربي العقاقير لا يستمرون في تعاطيها، كما أن غالبية من يستمرون في تعاطي عقاقير معينة يفعلون ذلك على أساس عرضي(وقتي) ولايتناولون العقار المخدر إلا عند توافر الحصول عليه بسهولة، ووفقاً لتقبل المجتمع لتعاطي هذا العقار، وبذلك يكون التعاطي هنا عفويّاً أكثر من قصدياً أو مدبراً.

٣- **المرحلة الثالثة:** مرحلة التعاطي المنظم، وفي هذه المرحلة يبحث متعاطي العقاقير بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو مرتين في الأسبوع (فايد، ٢٠١٠، ص ٩).

٤- **المرحلة الرابعة:** مرحلة الاعتماد أو الإدمان، وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح إستعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزء رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أي مرحلة من فصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية.

- **مصادر الضغوط والعوامل المرتبطة بها:** العلاقات الاجتماعية والضغط يرتبطا مع بعضهما البعض كلما يزيد الضغط عندما تصبح العلاقات الاجتماعية بين الفرد وأسرتهم وأصدقائه مفككة ومضطربة حيث أن الاختلافات الفردية في أساليب الاتصال والتفاعل تؤثر على طريقة توافق الناس أو فشلهم في التوافق مع الاحداث الضاغطة. (النوحى، ٢٠٠٢، ص ١٥٣)

ويمكن تقسيم مصادر الضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الفرد في حياته إلى:

١- أحداث الحياة ( مصادر الضغوط الشخصية ).

٢- الكوارث والازمات.

٣- المضايقات اليومية. (تفاحة، حسيب، ٢٠٠٢، ص ٢١٦)

وأيضاً يمكن تقسيمها كما يلي:

١- مصادر داخلية: حيث الفرد نفسه وشخصيته مصدر للضغوط كالخوف من الفشل،

ضعف الدافعية، والحساسية الزائدة تجاه المواقف والاحداث.

- ٢- مصادر خارجية: هي تلك المصادر التي تكون في البيئة والانساق الاخرى التي يتعامل معها الفرد ومنها البيئة الأسرية وبيئة العمل. ( همام، ٢٠٠١، ص ٥٧٠ )
- **أنواع الضغوط:**
- ١- الضغوط الطبيعية: ويتعرض لها عامة الناس وتلك الضغوط عادية بل أنها تكسب صاحبها خبرات في التعامل معها بمرور الوقت.
  - ٢- الضغوط الغير طبيعية: وهي الضغوط التي لا يتعرض لها كل الناس يتعرض لها أفراد دون آخرين وأحياناً تحدث بشكل عشوائي. ( Bulletin , 1999 , p 54 )
- **ويمكن تحديد أنواع الضغوط في الأنواع التالية:**
- ١- ضغط بيولوجي على الفرد والذي يعتبر ضغوطاً عضوية.
  - ٢- ضغط معرفي ناتج عن تنافر معرفي.
  - ٣- ضغط بيئي ولا يعتبر عضوي.
  - ٤- ضغط احباطي ناتج عن الاحباط.
  - ٥- ضغط تنظيمي تتعرض له المنظمة.
  - ٦- ضغط فيزيقي لا يتضمن مرحلة الوسيط بين القلق والمثير.
- ( Wadman , et.al , 2010 )
- **أساليب التوافق مع الضغوط:**
- هناك أساليب كثيرة لعلاج سوء التوافق ومنها على سبيل المثال العلاج الجماعي وفيه يتم جمع كل الأفراد الذين لديهم نفس الاضطرابات على صعيد واحد ومن ثم يتم علاجهم وهذا من شأنه أن ينسيهم آلامهم ويمتص انفعالاتهم ويجعلهم يشعرون بجو من الاطمئنان وثمة ما يسمى بالمساعدة الذاتية وأول خطواته هي أن تعترف في قرارة نفسك أنك تواجه ضغطاً من الضغوط النفسية تلي ذلك خطوات أخرى أهمها: التغذية الصحية - تنظيم اوقات النوم - اجراء التمارين الرياضية - التحدث عما تشر به إلى شخص تثق به . ( هيلز، ٢٠٠٠، ص ٨١ )
- **أسباب الإنتكاسة:**
- ١) وجود أزمة يعجز المدمن في التعامل معها.
  - ٢) الوقوع في أحد فخاخ النفس.

٣) هناك مواقف عالية الخطورة مثل الفرح الشديد والحزن أو النجاح والزواج أو التغيير في العمل أو الوفاة أو المرض كل تلك الأمور قد تزيد من أسباب الرغبة في التعاطي مرة أخرى (الأستاذ، ٢٠٠٨، ص ١٢٨).

٤) ضغوط جماعات الرفاق وغيرها من العوامل التي تيسر أمام المدمنين المتعافين العودة للطريق الذي اعتاده لفترات طويلة مع افتقارهم للمهارات للتعامل مع اغراءات المخدر فينتكسون مرة أخرى (المجلة القومية للتعاطي والإدمان، ص ٦٦).

٥) عدم الأمانة مع النفس والآخر.

٦) إهمال الانتكاسة الفكرية وإهمال حزام الأمان (فطير، ٢٠٠١، ص ٢٥٦).

#### - تصنيف الإنتكاسة:

١) التصنيف من حيث التخطيط: انتكاس مخطط مسبقاً وفيها يقوم الفرد بعد فترة من التوقف أو الإستخدام المعتدل بالتخطيط للإنتكاس من حيث الموعد والمكان، واتخاذ التدابير اللازمة لذلك عن قصد وتعمد ورغبة، وانتكاس غير مخطط وفيه لا يخطط الفرد مسبقاً للإنتكاس، ولكن قد يكون الاشتياق فقط مرتفعاً وعند تعرض الفرد لضغوط مختلفة مع ضعف مقاومته مرة وأخرى فيحدث الإنتكاس.

- التصنيف من حيث الطبيعة: إنتكاس فعلي وفيما يعني العودة لإستخدام العقاقير أو المادة، وانتكاس جاف وفيها يعني العودة للسلوك الإدماني السابق دون استخدام عقاقير ويسمى أحياناً انتكاسة سلوكية.

- التصنيف من حيث التكرار: ويتضمن انتكاسات نادرة وذلك لدى الأفراد الذين يتعرضون لانتكاسات قليلة تتباعد الفترة الزمنية بين كل انتكاسة وأخرى، وانتكاسات متكررة وذلك لدى الأفراد الذين يتعرضون لانتكاسات متكررة وتقل الفترة الزمنية بين كل انتكاسة وأخرى.

التصنيف من حيث العائد: انتكاس مفيد إن جاز التعبير يعد هذا النوع مفيداً نسبياً حيث يمكن أن يعود بالنفع على المتوقف إذا كان في حاجة إلى تعلم شئ جديد عن ذاته وإدمانه، دون إحداث ضرر له ويكون الإنتكاس هنا سبباً في تقوية التشافي، وانتكاس ضار غير صحي وهو الإنتكاس الأكثر شيوعاً والذي يعود على صاحبه بالضرر فيمكن أن يلقي حقه أثر جرعة زائده أو على الأقل يصاب بالإكتئاب وفقدان الأمل في الشفاء وفقدان الثقة في الذات والإستسلام للتعاطي من جديد كنوع من الإنتحار البطئ.

- **التصنيف من حيث الشدة:** إنتكاس يمكن تجنبه وهو الانتكاس الأقل شدة والأقل كثافة والذي يمكن تحاشيه بشئ من مهارة التأقلم والمواجهة والتكيف، وانتكاس لايمكن تجنبه وهو الانتكاس الصحوب برغبة عارمة ومواقف خطيرة ومثيرات متعددة مع ضعف في الكفاءة الشخصية وقصور في استخدام مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف.

التصنيف من حيث المضمون: إنتكاس كلي ويعني تناول المتوقف للعقار مدة طويلة وبجرعات مثل المعتادة أو أكثر منها والإستمرار في ذلك، وانتكاس جزئي ويعني تناول المتوقف للعقار لمدة يوم أو يومين عدة مرات ثم التوقف لفترة طويلة مرة ثانية. ( أبو زيد، ١٩٩٨، ص ١٣ )

- **العلامات المنذرة بالإنتكاسة:** الخوف من الإستمرار في الحياة دون مخدر أو شراب- الإنكار وعدم تقبل الواقع-الميل إلى السلوك الدفاعي وتجهيز المبررات لكل سلوك-التدخل فيما لايعنيه، وكأنه يريد إصلاح الكون والآخرين-الرفض التام لأي مساعدة. (عسكر، ٢٠١٦، ص ١٠٨)

غياب الرقابة الذاتية حيث يصبح المدمن غير قادر على تنظيم وضبط سلوكه وبرنامج علاجه اليومي. (زويج، ٢٠١٧، ص ٨١)

#### - مراحل الإنتكاسة:

- **الهفوة:** وتعني بأنها نوبة أولية لتعاطي العقار بعد فترة انقطاعه أو تشافي أو استخدام معتدل وتكرار الهفوة يعني الانتكاس وهي أول تعاطي للعقار بعد فترة إنقطاع. ثم الكبوة الأمامية وتعني الإنزلاق للأمام وهي مرحلة تعقب مرحلة الهفوة وتتسم بأنها وسطى بين الانتكاس والتشافي ويمكن تجاوزها إلى مرحلة التشافي إذا استطاع الفرد استجماع قوته مره ثانية. أما الإنهيار التام فيعني السقوط التام وهي مرحلة متأخرة من مراحل الإدمان تتسم بتكرار حدوث الإنتكاس وفقدان السيطرة وقد يصاب فيها المدمن بمرض خطير يؤدي إلى الموت. (فاضل، ٢٠٠٨، ص ٣٠٠)

#### - إستراتيجية الوقاية والعلاج من إدمان المخدرات والانتكاسة:

##### ١- الإتجاه الوقائي:

ان الوقاية من تعاطي المخدرات تبدأ بالإمتناع عن التعاطي و أن تعاطي المخدرات بأنواعها المختلفة تلحق أضراراً كبيرة بالصحة العامة للمتعاطي، وإلى ظهور اضطرابات نفسية وأخرى اجتماعية، وعليه تصبح أهمية الخطوة الأولى في الوقاية وهي التحذير من مخاطر

المخدرات على الفرد وصحته وأمن المجتمع، وبذلك تشكل الوقاية المرحلة الأولى الأساسية في مواجهة المخدرات ومكافحتها (الكردي، السعيد، ٢٠١٤، ص ١٠٤).

والأسلوب الوقائي لمواجهة مشكلة الإدمان هو الأسلوب الأمثل والذي يمثل خط الدفاع الأول تجاه تجنب وقوع أفراد المجتمع فريسة للإدمان وللوقاية من خطر الإدمان (حبيب، العربي، ٢٠١١، ص ٤١٨).

#### ٢- الإتجاه العلاجي:

المدمن لا بد من علاجه أكثر من عقابه وذلك بإجماع جميع الآراء والإتجاهات الحديثة، فقد دلت الأبحاث الإقتصادية على أن تكاليف علاج الإدمان أقل من تكاليف سجنه مدى الحياة أو بضع سنوات (أبو النصر، ٢٠٠٤، ص ٢٤٢).

كما أن الإنتكاس لا يعني أن العلاج قد فشل ولكن يشير إلى أن العلاج يحتاج إلى إعادة أو تعديل أو الحاجة إلى علاج آخر (Volkow, 2014, p26).

ولا بد أن يكون العلاج للإدمان علاجاً متكاملًا وهذا العلاج المتكامل يتألف من ثلاث مكونات أساسية أحدهما طبي والأخر نفسي والثالث إجتماعي.

- **المكون الطبي:** يقوم علي مبدئين رئيسيين، مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه، أو مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم الإنسان للتأثير في سلوكياته. (عبد المنعم، ٢٠٠٤، ص ١٢).

- **المكون النفسي:** وتأتي بعد أن يتخلص الجسم تماماً من الآثار العضوية للتعاطي، وتبقى الآثار النفسية التي تتمثل بالميل إلى مراحل التكيف التي كانت تتحقق بفعل التعاطي والحنين إليها وتنتضح إسهامات الأخصائي الإجتماعي الذي تقع على عاتقه مهمة إعادة التكيف الإجتماعي للفرد مع المحيط الذي يعيش فيه (الأصفر، ٢٠١٢، ص ٢٥٢).

- **المكون الإجتماعي:**

- **إعادة التأهيل:** وهو العودة بالمدمن إلي مستوى مقبول من الأداء المهني وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل المهني في هذا الصدد ثلاثة عناصر هي: الإرشاد المهني، وقياس الاستعدادات المهنية والتوجيه المهني والتدريب.

- **إعادة الإستيعاب الإجتماعي:** ويعتبر إعادة الإستيعاب الإجتماعي هو الخطوة الأخيرة والمكتملة لإجراءات الرعاية اللاحقة ولا يشترط أن تأتي زمنياً بعد فترة إعادة التأهيل المهني، بل يمكن تصور تزامن الخطوتان (عبد المنعم، ٢٠٠٤، ص ١٤).

ويتم هذا العلاج بإكساب الفرد المهارات والمعارف التي تزيد من كفاءته في مواجهة واقعه وتحويل إمكانيات الفرد الكامنة إلى قدرات فعلية كذلك يتطلب العمل مع أسرة العميل لتهيئتها لإستقباله بعد علاجه وتوجيههم إلى كيفية معاملة هذا الفرد العائد من الإدمان وتخفيف الضغوط عليه (حبيب، العربي، ٢٠١١، ص ٤٢٧)

- المنطلق النظري للدراسة:

- تعريف نموذج الحياة:

أحد نماذج الممارسة في مهنة الخدمة الاجتماعية والذي يستخدم من قبل الاخصائية الاجتماعية بغرض تحسين مستوى ونوعية الحياة للعملاء من خلال الموازنة بين الافراد وبيئاتهم (Turner,2017,P26)

وهو احد نماذج الممارسة في مهنة الخدمة الاجتماعية ويهتم بالتركيز علي التفاعل المتبادل بينالانسان و البيئة ويهتم بحياة الانسان ومراحل نموه و الحاجات المطلوب اشباعها في كل مرحلة والمشكلات التي قد تواجه الانسان عندما ينتقل من مرحلة الى اخرى. (ابو النصر، ٢٠١٩)

ويعرف علي انه منهج متكامل للممارسة المهنية مع الافراد والجماعات لاطلاق قدراتهم والقوى الفعالة لديهم لتقرير النمو والتطور. (Barker,2003)

ولا يندرج نموذج الحياة ضمن الاتجاهات التي تعتمد كلياً على الاجراءات العلاجية للقصور أو العجز الانساني بل انه نموذج يتعدى النظرة الضيقة لتلك الاتجاهات حيث يعتمد بشكل أساسي على عمليات الحياة ذاتها ويوجه إلى تمكين الأفراد ومنحهم القوة اللازمة للتوافق واستمرار النمو ويركز على الجوانب الذاتية والبيئية معاً ويسعى تحرير الطاقات وتعديل البيئة من أجل رفع مستوى العلاقة الملائمة بين العميل وبيئته المحيطة. (Gitterman,1995)

- أهداف نموذج الحياة:

- ١ تحسين قدرة العملاء علي التفاعل مع مواقف الحياة الضاغطة بطريقة اكثر كفاءة وفاعلية من خلال مساعدتهم علي تغيير مفاهيمهم او مشاعرهم او سلوكياتهم السلبية.
- ٢ العمل علي تحسين التفاعلات والتعاملات بين الفرد والبيئة. (ompton etc,2005)
- ٣ التأثير علي البيئة الاجتماعية والمادية حتي تكون اكثر ملائمة لاحتياجات الافراد.
- ٤ العمل علي ازالة والتخفيف من حدة مواقف الحياة الضاغطة والاضرار المترتبة عليها من خلال مساعدة العملاء علي استخدام الموارد الشخصية والطبيعية.

و في الخدمة الاجتماعية يهدف نموذج الحياة الى:

- ١ تحسين قدرات الافراد والجماعات علي التفاعل مع الضغوط من خلال موقفية وشخصية فعالة ومهارات سلوكية.
  - ٢ التأثير في البيئات الطبيعية والاجتماعية لتكون اكثر استجابة لحاجات الافراد والجماعات.
  - ٣ تحسين كفاءة التبادلات بين الافراد وبيئاتهم.
  - ٤ تحرير الطاقات الداخلية للافراد واعطائهم القوة للعمل والاستمرار في الحياة.
  - ٥ حماية الانسان والمحافظة عليه باعتبار انه اهم ما في البيئة الاجتماعية (المعيلي، ٢٠١٤)
- مميزات نموذج الحياة:

- ١ مرونة النموذج حيث يسمح للأخصائي باستخدام استراتيجيات، تكتيكات وأساليب علاجية مختلفة فهو نموذج حر.
- ٢ يعد مدخلاً تكاملياً في استخدامه في اطار المفاهيم النظرية.
- ٣ يهتم النموذج ويركز علي الجوانب الذاتية والبيئية للعمل معاً.
- ٤ واقعية النموذج من خلال تركيزه على الجوانب الايكولوجية.
- ٥ الاهتمام بالأداء الجماعي و تدعيم قوة الشخصية لدى العملاء وتدعيم الكفاءة وتقدير الذات والتوجيه الذاتي. (همام، ٢٠٠٣).

- الاجراءات المنهجية للدراسة:

- فروض الدراسة:

توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين استخدام برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.  
ويمكن التحقق من صحة الفرض الرئيسي من خلال التحقق من صحة الفروض الفرعية التالية:

- ١- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين استخدام برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
- ٢- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين استخدام برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاقتصادية للمدمن المنتكس.
- ٣- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين استخدام برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الصحية للمدمن المنتكس.



- ٤- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين استخدام برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط النفسية للمدمن المنتكس.
- **نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات شبه التجريبية التي تهدف إلى اختبار أثر استخدام المتغير المستقل والذي يتمثل في برنامج ارشادي في طريقة العمل مع الجماعات على المتغير التابع وهو الضغوط النفسية للمدمن المنتكس.
- **المنهج المستخدم:** توافقاً مع نوع الدراسة وأهدافها سوف تعتمد الباحثة في الدراسة على المنهج شبه التجريبي ( تصميم التجربة القبليّة والبعديّة باستخدام مجموعة واحدة ).
- **أدوات الدراسة:** إعدمت الدراسة على مقياس الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس من اعداد الباحثة وقد تم اتباع الخطوات التالية في اعداد المقياس:
- ١- تحديد موضوع المقياس وذلك في ضوء المتغير التابع الذي من خلاله يتم التعرف على مدى التغيير فيه ويتمثل في الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
- ٢- تحديد المؤشرات المتصلة بالموضوع والتي تتمثل في:
- الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
  - الضغوط الاقتصادية للمدمن المنتكس.
  - الضغوط الصحية للمدمن المنتكس.
  - الضغوط النفسية للمدمن المنتكس.
- ٣- صياغة العبارات المتصلة بمؤشرات المقياس وقد بلغ المجموع الكلي للعبارات ٤٢ عبارة.
- ٤- تحكيم المقياس حيث تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد ١٠ من المحكمين من الأساتذة بكلليات الخدمة الاجتماعية والخبراء في المجال، وتم التحكيم بالنسبة لارتباط كل عبارة بالمؤشر المراد قياسه والمقياس ككل وسلامة العبارات من حيث صياغتها وحذف وإضافة بعض العبارات التي يرون أنها مناسبة.
- وبعد عرض المقياس على السادة المحكمين تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة بعض العبارات وإضافة بعض العبارات الجديدة في ضوء آراء المحكمين وأصبح العدد النهائي لعبارات المقياس ٣٦ عبارة.
- ٤- مرحلة التأكد من صدق وثبات المقياس:
- ثبات المقياس تم باستخدام طريقة إعادة الاختبار بتطبيق المقياس في صورته المبدئية على ١٠ مفردة من خارج عينة الدراسة وتم إعادة تطبيق المقياس معهم بعد ١٥ يوم وتم

استخدام معامل ارتباط سبيرمان وكانت نتائج ثبات الدرجة الكلية للمقياس ٠,٩٢ عند درجة معنوية ٠,٠٥.

- صدق المقياس وتم باستخدام اسلوبين للتحقق من صدق المقياس: الصدق الظاهري حيث تم عرض المقياس على عدد (١٠) من المحكمين وأساتذة الخدمة الاجتماعية والخبراء وذلك للحكم على مدى سلامة عبارات المقياس وارتباطها بالمؤشر المراد قياسه وسلامة العبارات من حيث صياغتها وحذف وإضافة بعض العبارات التي يرونها مناسبة. الصدق الذاتي وتم التحقق بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس وبلغ ٠,٩٦.

- مجالات الدراسة:

- المجال المكاني: وتحدد في مستشفى الصحة النفسية بالعباسية، وذلك للأسباب التالية:

- توافر عينة الدراسة.

- الموافقة على إجراء التدخل المهني.

- المجال البشري: بلغ عدد المدمنين المنكسرين المترددين على المؤسسة (٣٢) وتم أخذ عينة منهم وفقاً للشروط الآتية:

- أن يكون من الحاصلين على أعلى الدرجات في المقياس المستخدم في الدراسة.

- وبناءً على ذلك بلغ حجم العينة (١٨) مدمن.

- وبتطبيق الشروط على المدمنين المترددين على المؤسسة توافرت الشروط في ٢٨ مفردة تم تطبيق ثبات المقياس على ١٠ منهم وتطبيق الدراسة على ١٨ مفردة.

- المجال الزمني: فترة إجراء التدخل المهني وهي (٤) شهور في الفترة من ٢٠٢١/٣/١٥ إلى ٢٠٢١/٧/١٤.

برنامج التدخل المهني برنامج إرشادي في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس:

أ - أهداف البرنامج الإرشادي: يهدف البرنامج بصفة إلى هدف رئيسي هو التعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس:

وتحقق هذا الهدف من خلال أربعة أهداف فرعية هي:

١ - التعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٢ - التعامل مع الضغوط الاقتصادية للمدمن المنتكس.

٣ - التعامل مع الضغوط الصحية للمدمن المنتكس.

٤- التعامل مع الضغوط النفسية للمدمن المنتكس.

ب - الأسس التي اعتمد عليها البرنامج الإرشادي:

١ - نتائج الدراسات السابقة التي اهتمت بالادمان والانتكاسة.

٢-دراسة تقدير الموقف.

٣-القياس القبلي وتفسيره وتحليله.

٤ - الأطر النظرية للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الجماعة بصفة خاصة.

ج - الاعتبارات التي كانت موضع اهتمام عند تصميم البرنامج الإرشادي:

• نتائج دراسة تقدير الموقف.

• التوافق بين أهداف البرنامج وأهداف الدراسة.

• مرونة البرنامج وقابليته للتعديل والتطوير.

• تحديد الإمكانيات المتاحة اللازمة لتنفيذ البرنامج.

د- مراحل التدخل المهني:

- المرحلة الأولى: تتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

١. الاستعداد: حيث قامت الباحثة في هذه المرحلة بالاطلاع على ما كتب عن الادمان والانتكاسة، كما تم الاطلاع على المقاييس المتشابهة، وذلك بغرض إعداد مقياس الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٢. اكتشاف نوعية المشكلات: في هذه المرحلة قامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس على جميع المدمنين المنتكسين التي تنطبق عليهم شروط اختيار العينة، ثم بعد ذلك تم تحديد حالات الدراسة وأخذ رغبتهم في تطبيق البرنامج.

٣. التعاقد: قامت الباحثة في هذه المرحلة بالتعاقد الشفوي مع أعضاء الجماعة حول الخطوات التي سوف يتم اتخاذها وأدوار كل من الباحثة وأعضاء الجماعة، وفترة التدخل المهني وأماكن ممارسة الأنشطة المختلفة، ويمكن في هذه المرحلة استخدام بعض المهارات، كالاتصال والملاحظة، وبعض الأدوار كالممكن والتربوي.

المرحلة الثانية (مرحلة العمل): قامت الباحثة في هذه المرحلة باستخدام النماذج والأساليب الفنية العلاجية المناسبة للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس ومن ناحية أخرى استخدمت الباحثة الأساليب العلاجية الملائمة.

المرحلة الثالثة (مرحلة الإنهاء): حيث تقوم الباحثة في هذه المرحلة بالانفصال التدريجي، وذلك من خلال تمهيد من جانب الباحثة لأعضاء الجماعة، وذلك من خلال التبادل في المقابلات، ويتم في هذه المرحلة تقويم البرنامج من خلال تطبيق المقياس، ومعرفة التغيرات التي حدثت ومدى فاعلية البرنامج الإرشادي.

هـ - الاستراتيجيات التي اعتمد عليها البرنامج الإرشادي: اعتمدت الباحثة في تدخله المهني على عدد من الاستراتيجيات:

١- إستراتيجية بناء العلاقات الأسرية: وتفيد هذه الاستراتيجية في زيادة التفاعلات، والاتصالات السليمة للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٢- إستراتيجية التعاون: حيث يتم التعاون بين الأعضاء للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٣ - استراتيجية التفاعل الجماعي: عن طريق توجيه التفاعلات والعمل على تحقيق التماسك والنمو للجماعة للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٤ - استراتيجية التوضيح: عن طريق توصيل الصورة الصحيحة عن مخاطر الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس من خلال تقديم المعارف.

٥- إستراتيجية إعادة البناء المعرفي: من خلال تزويد المدمنين المنتكسين بالمعلومات والحقائق التي تهدف إلى التعامل مع الضغوط الاجتماعية الناتجة عن الانتكاسة.

٦- إستراتيجية التدعيم الذاتي: وذلك من خلال التخفيف من حدة المشاعر السلبية التي تسبب القلق، والإحباط، والتوتر، وكذلك تشجيعهن على المشاركة في الأنشطة التي تؤدي إلى الاندماج والتعاون مع الآخرين.

٧- إستراتيجية المشاركة: وذلك من خلال الأنشطة الخاصة ببرنامج التدخل المهني، والخاصة بالمؤسسة ليرتبط إدمانهم مع المحيطين وتقوية العلاقات والتفاعلات الإيجابية بينهم.

٨ - استراتيجية الإقناع: استخدمت الباحثة الإقناع كتوجه عام اعتمد عليه في تغيير الأفكار السلبية السائدة وخاصة الضغوط الاجتماعية الناتجة عن الانتكاسة.

٩ - استراتيجية العلاج التعليمي: وذلك لزيادة إدراك المدمنين بخطورة الانتكاسة.

و- التكنيكات المهنية التي يتم استخدامها بالبرنامج الإرشادي:

١ - المحاضرات: من أهم الأساليب التي اعتمدت عليها الباحثة في تحقيق أهداف البرنامج حيث أنها الوسيلة المناسبة لتقديم المعارف والمعلومات وتنمية الإدراك والفهم الصحيح لخطورة

الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس وقد نفذت الباحثة خمس محاضرات عن ابعاد الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس وهي (الضغوط الاجتماعية - الضغوط الاقتصادية - الضغوط الصحية - الضغوط النفسية)

٢ - **المناقشة الجماعية:** هي الأداة الرئيسية لخدمة الجماعة في تحقيق أهداف البرنامج وقد اعتمدت الباحثة على هذه الأداة بشكل أساسي في تقديم المعلومات والوصول لفهم صحيح للاغتراب عن طريق التفاعل والحوار وتبادل الخبرات وقد نفذت الباحثة ١٠ مناقشة جماعية على أن يعقب المحاضرة مناقشة جماعية كما استخدمت المناقشة الجماعية عقب لعب الأدوار والزيارات.

٣- **تكنيك العصف الذهني:** وقد استخدمت الباحثة من خلال استئارة المدمنين المنتكسين للتكبير في حلول مبتكرة للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٤- **لعب الأدوار:** استخدمت الباحثة لعب الأدوار وقامت الباحثة بعقد مناقشات جماعية لإلقاء الضوء أكثر على طبيعتها، وأفاد هذا التكنيك في زيادة فهم أعضاء الجماعة لخطورة الضغوط الاجتماعية الناتجة عن الانتكاسة.

٥- **تكنيك النمذجة السلوكية:** وقد استخدمت الباحثة نفسه كنموذج للتحدث في موضوعات الخاصة بابعاد الاغتراب لإعطائهم النموذج الإيجابي.

٦- **تحسين أساليب الاتصال:** يتم ذلك بين أعضاء الجماعة والمؤسسة التي يتعاملن معها وتيسير استفادة أعضاء الجماعة من الموارد.

ز- **أدوار أخصائي الجماعة (الباحثة) في البرنامج الإرشادي:** قامت الباحثة القيام في البرنامج الإرشادي بالأدوار الآتية:

١ - **دور المساعد:** للأعضاء في الاستفادة من البرنامج ومساعدتهم على الحصول على المعارف والمعلومات السليمة.

٢ - **دور الباحث عن المعلومات:** وهي المعارف والمعلومات المرتبطة والحصول على كثير من الدراسات والبحوث المتخصصة للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

٣ - **دور المنسق:** بين الجماعة و المتخصصين ممن شاركوا الباحثة في تنفيذ برنامج المحاضرات

٤ - **دور الموجه:** للأعضاء في تفاعلهم والحرص على أن يكون التفاعل موجهاً نحو الموضوع

- ٥ - دور الملاحظ: لأداء الأعضاء ومدى التطور في معارفهم وأفكارهم وإدراكهم واستعدادهم وحماسهم ونشاطهم داخل الجماعة وخارجها.
- ٦ - دور المعلم: حيث قامت الباحثة في كثير من المناقشات بتقديم معلومات ومعارف مكملة لما تم في المحاضرات المتخصصة.
- ٧- دور المخطط: حيث تقوم الباحثة بالتخطيط للتدخل المهني من خلال إعداد برنامج إرشادي يتيح فرص الممارسة في الأنشطة المختلفة للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.
- ٨- دور المنشط: وفي هذا الدور تقوم الباحثة بتنشيط الأعضاء وتحفيزهم للمشاركة في الأنشطة أثناء تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- ٩- دور القائد المهني: قامت الباحثة بهذا الدور في جميع مراحل تطبيق البرنامج الإرشادي وتركز فيه على تدريب الأعضاء على القيادة وتحمل المسؤولية.
- ١٠- دور المرشد: حيث يقوم بتوجيه وإرشاد الأعضاء أثناء تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- ح- المهارات التي يعتمد عليها البرنامج الإرشادي:
- أ- المهارة في إقامة العلاقات الاجتماعية: وقد قامت الباحثة من خلال هذه المهارة بتدريب الأعضاء على العمل الجماعي مع بعضهم البعض من خلال الأنشطة الجماعية التي تم ممارستها باستخدام تكتيك لعب الأدوار والمناقشة الجماعية وغيرها من التكنيكات التي استخدمتها الباحثة في البرنامج الإرشادي.
- ب- المهارة في تأكيد الذات: قامت الباحثة من خلال هذه المهارة بتعليم أعضاء الجماعة القدرة على تكوين علاقات، والتعبير عن المشاعر الايجابية.
- ج- المهارة في حل المشكلات: قامت الباحثة بتطبيق خطوات حل المشكلة من حيث إدراك المشكلة التي يعاني منها أعضاء الجماعة- تحديد وتعريف ابعاد الاغتراب- جمع وتحليل المعلومات الخاصة بالمشكلة - تحديد الأسباب وتحديد وسائل العلاج وتوليد بدائل للحل- اختيار البديل الأمثلة واتخاذ القرار الفعال - تطبيق الحلول- المتابعة والتقييم.
- د- المهارة في القيادة والتأثير في الآخرين: وهذه المهارة تسهم في نمو الأعضاء داخل الجماعة وتعمل على نشر روح الإخاء بين الأعضاء وخلق العلاقات بينهم وذلك من خلال قيام الباحثة بتدريبهم على القيادة والتبعية.

هـ- المهارة في العمل الجماعي المشترك: وقد استخدمت الباحثة من خلال تبادل المعلومات بين أعضاء الجماعة ومساعدتهم في التعبير عن اتجاهات ايجابية للتعامل مع الضغوط الاجتماعية للمدمن المنتكس.

و- المهارة في إدارة واستثمار الوقت: وذلك لتعديل سلوكهم وتغيير بعض العادات السلبية التي يمارسوها في حياتهم لتدبير وقتهم واستغلاله الاستغلال الأمثل والتغلب على بعض ضغوط الحياة.

ز- المهارة في الإنصات للآخرين: وذلك لمساعدة أعضاء الجماعة على تعديل سلوكهم العنيف نحو الآخرين ومحاولة الاستماع لهم للاستفادة من المعلومات أو الأفكار التي تعرض لهم.

ح- المهارة في المحادثة وإدارة الحوار مع الآخرين: وقد استخدم هذه المهارة بهدف تدريب أعضاء الجماعة على الحوار المنظم والهادئ مع الآخرين ومحاولة توصيل الأفكار لبعضهم البعض.

نتائج الدراسة:

جدول رقم (١) خصائص عينة الدراسة ن = ١٨

المتغير	عدد	%
الفئة العمرية أقل من ٢٥ سنة	٥	٢٨%
	٦	٣٣%
	٤	٢٢%
	٣	١٧%
الحالة الاجتماعية	٨	٤٥%
	٦	٣٣%
	٤	٢٢%
الحالة التعليمية	١	٦%
	٢	١١%
	٥	٢٨%
	٧	٣٨%
	٣	١٧%
الحالة الوظيفية	٦	٣٣%
	١٢	٦٧%
مدة التعافي		

المتغير	عدد	%
أقل من ٣ شهور	٤	٢٢%
٣-٦ شهور	١٢	٦٧%
٦ شهور لسنة	٢	١١%
أسباب الإدمان	٨	٤٥%
وجود وقت فراغ	١٨	١٠٠%
أصدقاء السوء	١٠	٥٦%
حب الاستطلاع	٤	٢٢%
البطالة	١٢	٦٧%
التفكك الأسري		

#### بالنسبة لعينة الدراسة من المدمنين المنتكسين:

يتضح من الجدول السابق أن نسبة ٣٣% من عينة الدراسة تقع في الفئة العمرية ما بين ٢٥ إلى أقل من ٣٠ سنة بينما جاء في الترتيب التالي الفئة العمرية أقل من ٢٥ سنة بنسبة ٢٨% والفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة في الترتيب الثالث بنسبة ٢٢% ثم يأتي بعدها الفئة العمرية من ٣٥ سنة فأكثر بنسبة ١٧%. بينما النسبة الأكبر من مجتمع البحث أعزب وجاء في الترتيب الأول بنسبة ٤٥% ثم يأتي في الترتيب الثاني مطلق بنسبة ٣٣% ثم بعد ذلك المتزوج في الترتيب الثالث بنسبة ٢٢%، كما أتضح أن نسبة الحاصلين على مؤهل فوق المتوسط في مجتمع البحث جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٣٨% ثم يأتي في الترتيب الثاني المؤهل المتوسط بنسبة ٢٨% ثم بعد ذلك المؤهل العالي في الترتيب الثالث بنسبة ١٧% بينما يقرأ ويكتب في الترتيب التالي بنسبة ١١% وجاء الأمي في الترتيب الأخير بنسبة ٦% وكذلك غالبية عينة الدراسة لا يعملون حيث بلغت نسبتهم ٦٧% بينما جاء في الترتيب التالي من لديهم عمل بنسبة ٣٣%، ووجد أن مدة التعافي من ٣ شهور إلى أقل من ٦ شهور جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٦٧% بينما مدة أقل من ٣ شهور جاءت في المركز الثاني بنسبة ٢٢% أما مدة من ٣ شهور إلى أقل من ٦ شهور لسنة جاءت في المركز الأخير بنسبة ١١%، كما أتضح أن أصدقاء السوء هو السبب الرئيسي للإدمان حيث عبر عنه نسبة ١٠٠% في الترتيب الأول بينما جاء التفكك الأسري في الترتيب الثاني بنسبة ٦٧% وجاء في الترتيب الثالث حب الاستطلاع بنسبة ٥٦% وفي الترتيب الرابع جاء وجود وقت فراغ بنسبة ٤٥% وفي المركز الخامس جاءت البطالة بنسبة ٢٢%.



## النتائج المتعلقة بالتغيرات التي حققها التدخل المهني على المقياس

جدول رقم (٢) الضغوط الاجتماعية ن = ١٨

م	العبرة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح
١	لا أستطيع حل مشكلاتي الأسرية	١٤	٢	٢	٢٣	٠,٤٣	٩	٢	٧	٣٤	٠,٦٣
٢	لا اعرف مهارات التكيف والتوافق مع المشكلات حتى لا تحدث انتكاسه	١٣	٤	١	٢٤	٠,٤٤	٧	٦	٥	٣٤	٠,٦٣
٣	لا اجد أهمية في الاستمرار في برامج العلاج	١٢	٣	٣	٢٧	٠,٥	٦	٥	٧	٣٧	٠,٦٩
٤	لا تتعاون اسرتي مع فريق العلاج	١٥	١	٢	٢٣	٠,٤٣	٩	٥	٤	٣١	٠,٥٧
٥	لا أستطيع معرفة أسباب انتكاسي بعد العلاج	١٦	١	١	٢١	٠,٣٩	١٠	٤	٤	٣٠	٠,٥٦
٦	لا احب المشاركة في المناسبات الاجتماعية	١٣	٣	٢	٢٥	٠,٤٦	٨	٤	٦	٣٤	٠,٦٣
٧	لا توجد علاقة بيني وبين أصدقائي السابقين	١٢	٢	٤	٢٨	٠,٥٢	٦	٣	٩	٣٩	٠,٧٢
٨	لا أستطيع القيام بادوار اجتماعية السابقة	١٢	٤	٢	٢٦	٠,٤٨	٦	٥	٧	٣٧	٠,٦٩
٩	لا أستطيع تحسين علاقاتي الاجتماعية بأسرتي	١٥	٢	١	٢٢	٠,٤١	٨	٢	٨	٣٦	٠,٦٧
١٠	لا أحد يساعدي على تغيير الواقع ومواجهة الضغوط	١٠	٦	٢	٢٨	٠,٥٢	٥	٣	١٠	٤١	٠,٧٦
	المجموع	١٣	٢٨	٢٠	٢٤٧	٤,٥٨	٧٤	٣٩	٦٧	٣٥٣	٦,٥٥
	النسبة التقديرية	٧٣,٣	١٥,٦	١١,١			٤١,١	٢١,٣	٣٧,٢		
	القوة النسبية										٦٥,٥%
	نسبة التغير										١٩,٧%

يتضح من الجدول السابق والخاص بالضغوط الاجتماعية أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت ٤٥,٨% بينما بعد التدخل بلغت ٦٥,٥% بنسبة تغير بلغت ١٩,٧% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت ٧٣,٣% وإلى حد ما بلغت ١٥,٦% ولا بلغت ١١,١%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم ٤١,١% وإلى حد ما بلغت ٢١,٧% ولا بلغت ٣٧,٢%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: لا أحد يساعدني على تغيير الواقع ومواجهة الضغوط بنسبة (٠,٧٦) وعبارة لا توجد علاقة بيني وبين أصدقائي السابقين بنسبة (٠,٧٢) وعبارة لا اجد أهمية في الاستمرار في برامج العلاج و لا استطيع القيام بادوارى الاجتماعية السابقة بنسبة (٠,٦٩) يليها عبارة لا استطيع تحسين علاقتى الاجتماعية بأسرتى بنسبة (٠,٦٧) وعبارات لا استطيع حل مشكلتى الاسرية ولا اعرف مهارات التكيف والتوافق مع المشكلات حتى لا تحدث انتكاسه ولا احب المشاركة في المناسبات الاجتماعية بنسبة (٠,٦٣) ثم عبارة لا تتعاون اسرتى مع فريق العلاج بنسبة (٠,٥٧) واخيراً عبارة لا استطيع معرفة أسباب انتكاستى بعد العلاج بنسبة (٠,٥٦).

واتفقت هذه النتائج مع دراسة عبدالعظيم ٢٠٠٠، ودراسة يوسف ٢٠١٠، ودراسة عبدالغني ٢٠١٠، ودراسة hand 2019، ودراسة elzie 2018 من حيث ان حدوث الانتكاسة من المواقف التي يكون فيها ضغط اجتماعي مباشر أو غير مباشر كما أن هناك علاقة بين الانتكاسة والضغوط الأسرية والبيئية.

جدول رقم (٣) الضغوط الاقتصادية ن = ١٨

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
١	اعجز عن تلبية احتياجاتي	١٥	٢	١	٢٢	٠,٤١	١٠	٤	٤	٣٠	٠,٥٦
٢	تكاليف علاجي تؤثر على تلبية احتياجاتي	١٢	٣	٣	٢٧	٠,٥	٨	٤	٦	٣٤	٠,٦٣
٣	لا اجد عمل لزيادة دخلي	١٤	٣	١	٢٣	٠,٤٣	٦	٣	٩	٣٩	٠,٧٢
٤	لا اجد ثمن الادوية	١٣	٤	١	٢٤	٠,٤٤	٨	٢	٨	٣٦	٠,٦٧
٥	لا يوجد مساعدات اقتصادية من المؤسسات	١٠	٦	٢	٢٨	٠,٥٢	٥	٣	١٠	٤١	٠,٧٦
٦	عدم إتاحة الفرص للالتحاق بالتوظيف المؤقت	١٤	٢	٢	٢٤	٠,٤٤	٩	٢	٧	٣٤	٠,٦٣
٧	لا اعرف إجراءات الحصول	١٣	٣	٢	٢٥	٠,٤٦	٧	٦	٥	٣٤	٠,٦٣

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني					
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	
	على المساعدات من المؤسسات الأخرى											
٨	ارتفاع تكاليف التحاليل والأشعاعات	١٢	٣	٣	٢٧	٠,٥	٨	٢	٨	٣٦	٠,٦٧	
٩	أشعر بزيادة العبء المادي على اسرتي	١٢	٥	١	٢٥	٠,٤٦	٥	٣	١٠	٤١	٠,٧٦	
١٠	عدم القدرة على الحصول على قروض	١٦	١	١	٢١	٠,٣٩	٩	٢	٧	٣٤	٠,٦٣	
	المجموع	١٣١	٣٢	١٧	٢٤٦	٤,٥٥	٧٥	٣١	٧٤	٣٥٩	٦,٦٦	
	النسبة التقديرية	٧٢,٨	١٧,٨	٩,٤			٤١,٧	١٧,٢	٤١,١			
	القوة النسبية											٦٦,٦ %
	نسبة التغير											٢١,١ %

يتضح من الجدول السابق والخاص بالضغوط الاقتصادية أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت ٤٥,٥% بينما بعد التدخل بلغت ٦٦,٦% بنسبة تغير بلغت ٢١,١% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت ٧٢,٨% وإلى حد ما بلغت ١٧,٨% ولا بلغت ٩,٤%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم ٤١,٧% وإلى حد ما بلغت ١٧,٢% ولا بلغت ٤١,١%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: لا يوجد مساعدات اقتصادية من المؤسسات و اشعر بزيادة العبء المادي على اسرتي بنسبة (٠,٧٦) وعبارة لا اجد عمل لزيادة دخلي بنسبة (٠,٧٢) ثم عبارات لا اجد ثمن الادوية و ارتفاع تكاليف التحاليل والاشعاعات بنسبة (٠,٦٧) يليها عبارات تكاليف علاجي تؤثر على تلبية احتياجاتي و عدم إتاحة الفرص للاتحاق بالتوظيف المؤقت و لا اعرف إجراءات الحصول على المساعدات من المؤسسات الأخرى و عدم القدرة على الحصول على قروض وذلك بنسبة (٠,٦٣) وأخيراً عبارة اعجز عن تلبية احتياجاتي بنسبة (٠,٥٦).

واتفقت هذه النتائج مع دراسة العتيبي ٢٠٠٧، دراسة عبد الغني ٢٠١٠، دراسة محمود ٢٠١٧، دراسة Aciri , et al 2012 حيث ان حدوث الانتكاسة يترتب عليه ضغوط اقتصادية حيث تكاليف العلاج والاشعاعات والتحليل وتأثر العمل وغيرها.

جدول رقم (٤) الضغوط الصحية ن = ١٨

م	العبرة	قبل التدخل المهني				بعد التدخل المهني			
		نعم	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	نعم	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح
١	لا يوجد مساهمة في عمل التحاليل والاشعاعات	١٤	٢	٢٤	٠,٤٤	٨	٢	٣٦	٠,٦٧
٢	عدم توفير العلاج اللازم للتعافي	١٣	٣	٢٥	٠,٤٦	٥	٣	٤١	٠,٧٦
٣	لا يوجد كشف دوري للمدمن المنتكس	١٢	٥	٢٥	٠,٤٦	٩	٢	٣٤	٠,٦٣
٤	لا اعرف الخدمات الطبية المتاحة	١٢	٣	٢٧	٠,٥	٩	٢	٣٤	٠,٦٣
٥	لا يوجد علاج للأمراض الأخرى الناتجة عن الإدمان	١٤	٢	٢٤	٠,٤٤	٧	٦	٣٤	٠,٦٣
٦	لا اعرف إجراءات الحصول على الخدمات	١٣	٣	٢٥	٠,٤٦	٨	٢	٣٦	٠,٦٧
٧	لا اجد مساعدة للاستمرار في العلاج	١٠	٦	٢٨	٠,٥٢	٦	٣	٣٩	٠,٧٢
٨	احتاج إلى توعية صحية لكي لا يحدث لي انتكاسة اخرى	١٠	٤	٣٠	٠,٥٦	٧	٢	٣٨	٠,٧
	المجموع	٩٨	٢٨	٢٠٨	٣,٨٤	٥٩	٢٢	٢٩٢	٥,٤١
	النسبة التقديرية	٦٨,١	١٩,٤	١٢,٥		٤١	١٥,٣	٤٣,٧	
	القوة النسبية			٣٨,٤%				٥٤,١%	
	نسبة التغير								١٥,٧%

يتضح من الجدول السابق والخاص بالضغوط الصحية أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت ٣٨,٤% بينما بعد التدخل بلغت ٥٤,١% بنسبة تغير بلغت ١٥,٧% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت ٦٨,١% وإلى حد ما بلغت ١٩,٤% ولا بلغت ١٢,٥%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم ٤١% وإلى حد ما بلغت ١٥,٣% ولا بلغت ٤٣,٧%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: عدم توفير العلاج اللازم للتعافي بنسبة (٠,٧٦) وعبارة لا اجد مساعدة للاستمرار في العلاج بنسبة (٠,٧٢) وعبارة احتاج إلى توعية صحية لكي لا يحدث لي انتكاسة اخرى بنسبة (٠,٧) ثم عبارات لا يوجد مساهمة في عمل التحاليل والاشعات ولا اعرف إجراءات الحصول على الخدمات بنسبة (٠,٦٧) ويليهما اخيرا عبارات لا يوجد كشف دوري للمدمن المنتكس و لا اعرف الخدمات الطبية المتاحة و لا يوجد علاج للأمراض الأخرى الناتجة عن الإدمان بنسبة (٠,٦٣).

وانتقلت هذه النتائج مع دراسة الدخيل ٢٠١٢، دراسة العتيبي ٢٠١٩، دراسة عبدالغني ٢٠١٠، دراسة ciesla 2010 حيث يترتب على الانتكاسة العديد من الضغوط الصحية حيث عدم القدرة على قيام المدمن بواجباته الاجتماعية والعملية كما أن تعاطي المخدرات بأنواعها المختلفة تلحق أضراراً كبيرة بالصحة العامة للمتعاطي.

جدول رقم (٤) الضغوط النفسية ن = ١٨

م	العبرة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح
١	اشعر بالجزلة عند نوالدي مع اسرتي	١٣	٣	٢	٢٥	٠,٤٦	٨	٢	٨	٣٦	٠,٦٧
٢	اشعر بالخوف من المستقبل	١٢	٣	٣	٢٧	٠,٥	٥	٣	١٠	٤١	٠,٧٦
٣	لا اجد من يشاركني همومي	١١	٥	٢	٢٧	٠,٥	٩	٢	٧	٣٤	٠,٦٣
٤	لا اسطيع التخلص من المشاعر السلبية	١٠	٥	٣	٢٩	٠,٥٤	٩	٢	٧	٣٤	٠,٦٣

م	العبارات	قبل التدخل المهني				بعد التدخل المهني					
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان		
٥	لا اجد التدعيم على الاستمرار في برامج العلاج	١٤	٢	٢	٢٤	٠,٤٤	٧	٦	٥	٣٤	٠,٦٣
٦	لا احد يساعدني على التخلص من السلوك غير المرغوب	١٣	١	٤	٢٧	٠,٥	٨	٢	٨	٣٦	٠,٦٧
٧	لا اشعر بالأمان بعد الانتكاسة	٩	٦	٣	٣٠	٠,٥٦	٤	٥	٩	٤١	٠,٧٦
٨	احتاج إلى الشعور بالأمان من اسرتي	١٠	٦	٢	٢٨	٠,٥٢	٥	٣	١٠	٤١	٠,٧٦
	المجموع	٩٢	٣١	٢١	٢١٧	٤,٠٢	٥٥	٢٥	٦٤	٢٩٧	٥,٥١
	النسبة التقديرية	٦٣,٩	٢١,٥	١٤,٦			٣٨,٢	١٧,٤	٤٤,٤		
	القوة النسبية										٥٥,١%
	نسبة التغير										١٤,٩%

يتضح من الجدول السابق والخاص بالضغوط النفسية أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت ٤٠,٢% بينما بعد التدخل بلغت ٥٥,١% بنسبة تغير بلغت ١٤,٩% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت ٦٣,٩% وإلى حد ما بلغت ٢١,٥% ولا بلغت ١٤,٦%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم ٣٨,٢% وإلى حد ما بلغت ١٧,٤% ولا بلغت ٤٤,٤%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: اشعر بالخوف من المستقبل و لا اشعر بالأمان بعد الانتكاسة و ب احتاج إلى الشعور بالأمان من اسرتي نسبة (٠,٧٦) وعبارات اشعر بالعزلة عند تواجدي مع اسرتي و لا احد يساعدني على التخلص من السلوك غير المرغوب بنسبة (٠,٦٧) ثم عبارات لا اجد من يشاركني همومي و لا استطيع التخلص من المشاعر السلبية و لا اجد التدعيم على الاستمرار في برامج العلاج بنسبة (٠,٦٣).

واتفقت هذه النتائج مع دراسة الحسن ٢٠١٥، دراسة ciesla 2010، دراسة cher & lyvers 2006، ودراسة cheung & lee 2003 حيث أن حدوث الانتكاسة عند الغضب أو الاحباط يؤدي إلى ضغط نفسي مباشر أو غير مباشر حيث توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والانتكاسة لأن مشكلة الانتكاسة أكثر خطورة من مشكلة الادمان لانها تضعف من إرادة المدمن وعدم رغبته في العلاج مما يحتاج إلى إعادة تأهيل للمدمن المنتكس.

#### المراجع:

#### المراجع العربية:

- (١) أبو زيد، مدحت عبد الحميد (١٩٩٨) " :الإرتكاس العقاقيري، دار المعرفة الجامعية.
- (٢) ابو النصر، مدحت محمد (٢٠٠٨): الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية، القاهرة، مجموعة النيل العربية.
- (٣) أحمد، ناهد أحمد محمد (٢٠٠٨): العوامل الاجتماعية المرتبطة بالانتكاسة لدى المدمن كمؤشرات لوضع برنامج للتدخل المهني للحد منها، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الخامس عشر.
- (٤) أحمد، نبيل إبراهيم (٢٠٠٣): الاتصال في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- (٥) الأستاذ، هيثم بدر (٢٠٠٨): الإدمان من المجهول إلى المعلوم: الإسكندرية، منشأة المعارف.
- (٦) الأصغر، أحمد عبد العزيز (٢٠١٢): أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ط١.
- (٧) الببلاوي، إيهاب: عبد الحميد، أشرف محمد (٢٠٠٢): الإرشاد النفسي المدرسي، مكتبة زهراء الشرق.
- (٨) بديع، عفاف عبد الكريم مرشد (٢٠١٠): درجة الانتكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات - دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة القدس، كلية التربية وعلم النفس، القدس، فلسطين.
- (٩) تقاحة، جمال السيد، حسيب، عبدالمنعم عبدالله (٢٠٠٢): الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط - دراسة سيكومترية بين البدو والحضر، مجلة الارشاد النفسي جامعة عين شمس، ع ١٥.

- (١٠) حامد، محمد دسوقي (٢٠١٠): عمليات خدمة الجماعة في عصر تكنولوجيا المعلومات، القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- (١١) حبيب، جمال شحاتة والعربي، أميرة عبد العزيز (٢٠١١): الشرطة المجتمعية والدفاع الاجتماعي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- (١٢) حسن، داليا علي (٢٠١٤): برنامج ارشادي عقلاني انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الشباب مدمني البانجو في مرحلة التعافي، مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع ٣٧.
- (١٣) الحسن، عبد العزيز محمد(٢٠١٥): أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية وعلاقتها بأشكال التعافي لدي مدمني الهيروين دراسة ميدانية بمستشفيات الأمل بجده والدمام، جامعة الخرطوم، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا.
- (١٤) حسين، غنى ناصر ؛ شكري، سمية (٢٠١٣): أنشطة الخدمة الاجتماعية في الدفاع الاجتماعي ، الطبعة الاولى، عمان، دار الرضوان.
- (١٥) الجندي، كرم محمد وآخرون (٢٠٠٥): عمليات الممارسة المهنية في طريقة العمل مع الجماعات، القاهرة، مكتبة وهراء الشرق.
- (١٦) درويش، يحي حسن (١٩٩٨): معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، القاهرة، الشركة المصرية العالمية للنشر لونج مان.
- (١٧) الدخيل، عبدالعزيز بن عبدالله (٢٠١٢): مؤسسات المجتمع المدني ودورها في الحد من العود لتعاطي المخدرات، ورقة مقدمة للندوة العلمية التي تنظمها جامعة نايف للعلوم الأمنية، عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات، الرياض.
- (١٨) دسوقي، ممدوح محمد (٢٠٠٢): فاعلية برنامج ارشادي اسري من منظور خدمة الفرد في تخفيف هذه الضغوط لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً المساء معاملتهم، حلوان، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ع ١٣ ج ٢.
- (١٩) ذكي، عزة حسين (١٩٨٩): برنامج إرشادي لمواجهة مشكلة العدوانية لدى المراهقين الجانحين، رسالة دكتوراه، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للأسرة والطفولة، جامعة عين شمس، ١٩٨٩م.
- (٢٠) رسلان، شاهين (٢٠١٥): الشباب وخطر الإدمان، القاهرة، دار غريب.



- (٢١) الرشيدى: هارون توفيق (١٩٩٩): الضغوط النفسية (طبيعتها - نظرياتها - برنامج لمساعدة الذات في علاجها )، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- (٢٢) زويغ، رشا عبد العزيز الصادق (٢٠١٧): العلاج من الإدمان والوقاية من الإنتكاسة، مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، جامعة عين شمس-كلية التربية، العدد ٤١، مجلد ٢.
- (٢٣) زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٠): التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
- (٢٤) سرحان، وليد يوسف (٢٠١٣): الصحة النفسية، الطبعة الأولى، القاهرة، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات.
- (٢٥) السكري، أحمد شفيق (٢٠٠٠): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- (٢٦) السهلي، عبدالله بن حميد (٢٠١٠): أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، كلية التربية.
- (٢٧) الشربيني، لطفي عبد العزيز (٢٠١٣): معجم مصطلحات الطب النفسي، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، مركز تعريب العلوم الصحية، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة.
- (٢٨) صالح، عبد المحي محمود حسن (٢٠٠٠): الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية.
- (٢٩) صبحي، سيد (٢٠٠٣): الإنسان وصحته النفسية، القاهرة، مكتبة الأسرة.
- (٣٠) طه، هند (٢٠٠٤): الوقاية من الانتكاسة، المجلة القومية للتعاوي والإدمان، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- (٣١) عبدالخالق، احمد محمد (٢٠٠٦): الصدمة النفسية، القاهرة، دار إقرأ للنشر، ط٢.
- (٣٢) عبد العظيم، دعاء عبد الفتاح (٢٠٠٠): نوعية الحياة بين متعاطي المخدرات " دراسة لبعض الملامح الاجتماعية والاقتصادية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات والبحوث البيئية.
- (٣٣) عبد الغني، هناء عبد السلام (٢٠١٠): تقويم خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمدمن المنتكس، القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

- (٣٤) عبدالمقصود، أماني و عثمان، تهاني (٢٠٠٧): الضغوط الاسرية والنفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- (٣٥) عبدالمقصود، أماني و عثمان، تهاني (٢٠٠٩): الضغوط الاسرية والنفسية - الأسباب والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- (٣٦) عبد المنعم، عفاف محمد (٢٠٠٤): الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- (٣٧) العتيبي، عائشة فارس عبد الله (٢٠٠٧): معدلات الانتكاسة لدي مرضي إساءة المواد المؤثرة نفسياً وعلاقتها بمستويات الدعم الأسري للبرامج العلاجية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، كلية الآداب.
- (٣٨) العتيبي، هند بنت خالد (٢٠١٩): دور الرعاية اللاحقة في منع الانتكاسة بعد التعافي من الادمان، برنامج منتصف الطريق، مجلة كلية الاداب، جامعة الملك سعود، ٣١ (٣).
- (٣٩) عثمان، عبد اللطيف موسى (٢٠١٠): قضايا طبية معاصرة، القاهرة.
- (٤٠) عثمان، علياء عفان (٢٠٠٦): المشكلات الاجتماعية الناتجة عن ظاهرة إدمان المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم، كلية الخدمة الإجتماعية.
- (٤١) علي، بواب شاكرا وآخرون (١٩٩٩): اختبار فاعلية أسلوب الإرشاد الجمعي في مواجهة مشكلة التأخر الدراسي وبعض المشكلات الأخرى المرتبطة بها، بحث منشور بالمؤتمر العلمي الثاني عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- (٤٢) العيسوي، عبدالرحمن محمد (٢٠٠٨): الوقاية من الاضطرابات النفسية وسبل علاجها، القاهرة، هلا للنشر والتوزيع، ط١.
- (٤٣) العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٩): علم النفس الطبي، الإسكندرية، منشأة المعارف للطباعة.
- (٤٤) غانم، محمد حسن (٢٠٠٤): الإدمان بين الشباب العربي، الإسكندرية، المكتبة المصرية.
- (٤٥) غانم، محمد حسن (٢٠٠٥): العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين (مع دراسة عن الانتكاسة والأسباب والعلاج والوقاية)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- (٤٦) غانم، محمد حسن (٢٠١٤): الوقاية من المخدرات والتدخين، القاهرة، دار غريب.

- (٤٧) فاضل، خليل (٢٠٠٨): وجع المصريين، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار العلوم للنشر والتوزيع.
- (٤٨) فايد، حسين علي (٢٠١٠): علم نفس الإدمان، الرياض، دار الزهراء.
- (٤٩) فطير، جواد (٢٠٠٥): الإدمان: أنواعه ومراحله وعلاجه، عمان، دار المشرق.
- (٥٠) فطير، جواد (٢٠٠١): الإدمان "أنواعه ومراحله وعلاجه"، القاهرة، دار الشروق.
- (٥١) الفقي، سعد كريم (٢٠٠٥): المخدرات والإدمان الظاهرة والعلاج، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب
- (٥٢) الكردي، خالد أحمد والسعيد، أحمد عبدالله (٢٠١٤): السمات النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- (٥٣) محمود، مصطفى مرتضى علي (٢٠١٧): دور مؤسسات المجتمع المدني في الحد من ظاهرة العود لتعاطي المخدرات، الفكر الشرطي، مركز بحوث الشرطة، القيادة العامة لشرطة الشارقة، ١٠٢ (٢٦).
- (٥٤) المجلة القومية للتعاطي والإدمان: المجلس القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد الرابع، العدد الأول.
- (٥٥) المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان (٢٠٠٠): المسح الشامل لظاهرة تعاطي وادمان المخدرات، المرحلة الثالثة، "دراسة عن المدمنين من نزلاء اقسام علاج الإدمان"، (القاهرة - صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ط ١).
- (٥٦) المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان (٢٠١٧): ثقافة المخدرات لدى الشباب المصري، القاهرة.
- (٥٧) المعيلي، ثورية (٢٠١٤) نموذج الحياة في خدمة الجماعة لمساعدة الفتيات المودعات في مؤسسات الضيافة لتقبل الواقع الاجتماعي، بحث منشور في مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ع ٣٦، ح، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- (٥٨) النحاس محمد محمود (٢٠٠١): مدى فاعلية برنامج إرشادي لمساعدة أمهات الأطفال ضعاف السمع على تنمية اللغة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، في فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون: بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠١م.

(٥٩) النوحى، عبدالعزيز فهمي (٢٠٠٢): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ضمن إطار نسق ايكولوجي سلسلة نحو رعاية اجتماعية علمية منظوره، القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، الكتاب الثالث، ط ٣.

(٦٠) الهادي، فوزي محمد (٢٠٠٥): الضغوط الأسرية من منظور الخدمة الاجتماعية، القاهرة.

(٦١) همام، سامية عبدالرحمن (٢٠٠١): فاعلية العلاج الواقعي في خدمة الفرد للتخفيف من اعراض احداث الحياة الضاغطة لدى العاملات المتزوجات، المؤتمر الحادي عشر، جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

(٦٢) همام، سامية عبدالرحمن (٢٠٠٣) فاعلية نموذج الحياة في خدمة الفرد في علاج المشكلات الاجتماعية للمرأة المعيلة، بحث كمشور في المؤتمر العلمي السادس عشر، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

(٦٣) هيلز، ديانا و هيلز، روبرت (٢٠٠٠): العناية بالعقل والنفس، ترجمة عبدالعلي الجسماني، بيروت، الدار العربية للعلوم.

(٦٤) الهاجري، أحمد عبد الرازق (٢٠١٨): واقع خدمات الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في إمارة الشارقة، الشارقة، القيادة العامة لشرطة الشارقة - مركز بحوث الشرطة، مج ٢٧، ع ١٠٥.

(٦٥) يوسف، منى محمد سليمان (٢٠١٠): المتابعة في خدمة الفرد ودورها في الحد من حالات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

#### المراجع الأجنبية

(66) Alex Gitterman and Carel B Germain (1996): Ecological framework in Encyclopedia of social work , New York , Oxford university press 20th Edition vol.(2).

(67) Angres, et all (2001): understanding the disease of addiction, journal of nursing regulation

(68) Barker Robert (2003): the social work factiary , Washington N.A.S.W press

(69) Beulah ompton etc (2005): social work procec , Gamda, Thomson Brook Cole.

- (70) Bulletin , juvenile justice (1999): Family Crisis , Research institute for the behavioral and social sciences VA:USA.
- (71)Ciesla, James R, (2010): Evaluating the Risk of relapse for adolescents Treated for Substance abuse, Addictive Disorders & Their Treatment.
- (72)Cheung,C & Lee,T (2003): Factors in successful relapse prevention among Hong Kong Drug Addicts , Treating substance Abusers in correctional contexts.
- (73) Cher,M & Lyvers,M (2006): Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities, Journal of substance Use , 11 (6)
- (74) Charles Zastrow(2009): Social work with Groups, A comprehensive work book, 7. Ed., U. S, Brooks Cole Congage Learning,
- (75)Doweiko, Harold. W. (2006): concepts of chemical dependency, Book's/Cole, Canada, 6th.
- (76)Elzie, Darryl Emmanuel (2018): Gaining Consensus on Effective Treatment Strategies for Substance Abuser Hopelessness to Reduce the Intensity and Frequency of Relapse, Phd, University of the Rockies, Denver, Colorado, USA
- (77) JAMES DRIVER(1984): The penguin dictionary of psychology penguin books.
- (78)Hand, Andrew Duane (2019): Perceptions about Alternative Reinforcers in Early and Later Drug Treatment: An Embedded Case Study, PhD, San Diego, California, USA, May
- (79)Maryc; Acri, Leahp; Gogel, Pollock, Michele, wisdom (2012): What Adolescents Need to Prevent Relapse after Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Youth, Parent and Staff Perspectives, Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, April.
- (80)Mcintosh,G & Mckeganey,N (2000): The Recovery from dependent drug use , addicts strategies for reducing the risk of relapse drugs , education prevention and policy , vol. 7
- (81)Maryc; Acri, Leahp; Gogel, Pollock, Michele, wisdom (2012): What Adolescents Need to Prevent Relapse after Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Youth, Parent and Staff Perspectives, Journal of Child & Adolescent Substance Abuse.
- (82)Ramo, Danielle Elizabeth (2008): Developmental Models of Substance Abuse Relapse, PhD, University Of California, San Diego, USA.



(83) Ronald w. Toseland & Robert F. Rivas (1985): An introduction to group work practice, N.Y., Macmillan publishing company

(84) Robert, Barker (1996): The social work dictionary, 2nd E.D, N.A.S.W., Silver spring press

(85) Volkow, Nora D. M.D. (2014): Drugs, abains, and behavior the science of addiction, national institute on drug abuse.

(86) Wadman , puth & Durking , kevin & Conti –Ramsden , gina (2010): Social street in young people with specific language impairment , journal of adolescence , UK.