واقع خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من منظور طريقة تنظيم المجتمع

إعـــداد

أ.م.د. ربيع سيد ربيع مصطفى

الأستاذ المساعد بقسم تنظيم المجتمع

بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر صقر – الشرقية

المستخلص:

تمثل ظاهرة المخدرات واحدة من الظواهر العديدة المهددة للمجتمع المعاصر، وهي نتاج شبكة معقدة من الأزمات والمشكلات ويعتبر التعافي من الادمان مجموعة الجهود التي يبذلها المدمن نحو الشفاء فالتعافي عملية مستمرة التعافي ولا يعني التوقف عن التعاطي فقط بل يتضمن التوصل إلى مستوى مرضى من الاستقرار الجسمي والنفسي والاسري بعد الانقطاع عن التعاطي، وتعتبر الرعاية اللاحقة من أهم الركائز الأساسية في أي علاج تأهيلي ونفسي لمرضى الإدمان وتهدف برامجها إلى التدرج فى تهيئة المريض للإعتماد على نفسه في العيش بدون مخدرات في البيئة الخارجية للإستمرار في رحلة المعافاة وعدم الإنتكاسة بعد الخروج من المؤسسة العلاجية.

واستهدفت الدراسة تحديد خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي والتوصل إلى مقترحات لتفعيل خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من منظور طريقة تنظيم المجتمع وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية وتوصلت الدراسة إلى تحديد خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي وتحديد المعوقات التي تواجه تقديم تلك الخدمات والتوصل إلى مقترحات لتفعيل خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي ودور طريقة تنظيم المجتمع في تفعيلها.

الكلمات المفتاحية: الرعاية اللاحقة، المدمن المتعافي.

The reality of aftercare services for a recovering addict from the perspective of how society is organized

Abstract:

The phenomenon of drugs represents one of the many phenomena threatening contemporary society، and it is the result of a complex network of crises and problems. Recovery from addiction is considered a group of efforts made by the addict towards recovery, and the family after stopping drug use. Aftercare is considered one of the most important basic pillars in any rehabilitation and psychological treatment for addiction patients، and its programs aim to gradually prepare the patient to rely on himself to live without drugs in the external environment to continue the journey of recovery and not to relapse after leaving the treatment institution

The study aimed to set the aftercare services for the recovering addict and come up with proposals to activate the aftercare services for the recovering addict from the perspective of the method of organizing the society. This study belongs to the type of descriptive analytical studies. To activate the aftercare services for the recovering addict and the role of the community organization method in activating them.

Keywords: aftercare، recovering addict.

أولاً: مشكلة الدراسة

تمثل ظاهرة المخدرات واحدة من الظواهر العديدة المهددة للمجتمع المعاصر، فالظاهرة لا تمثل بمفردها خطراً بل هى 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).

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 هذا إلى جانب أن عدد المعالجين من الإدمان والمترددين على أقسام ومراكز علاج الإدمان لا يمثلون الحجم الحقيقي للظاهرة (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان، ٢٠٠٠، ص٢).

كما اشارت بيانات المسح القومي الشامل لظاهرة تعاطي وادمان المخدرات في مصر لعام٢٠١٧ الى ان نسب تعاطي الذكور بلغت ٩٨.٥% ووصلت نسبة تعاطي الاناث ١.٥%. (المسح القومي الشامل، ٢٠١٧، ص ١٢٢)

والمخدرات هي الآفة الخطيرة والقاتلة التي بدأت تنتشر في المجتمعات بشكل لم يسبق له مثيل، حتى أصبحت خطراً يهدد هذه المجتمعات وينذر بانهيارها، 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)

حيث أكدت دراسة عبدالعظيم ٢٠٠٠ أن هناك أسباب عديدة تؤدى الى الادمان منها تفكك الروابط الاسرية وعدم قدرة المدمن على اتخاذ القرار واختفاء السلطة الضابطة وضعف العلاقات الاجتماعية.(عبدالعظيم، ٢٠٠٠)

بينما دراسة الدباغ ٢٠٠٤ أشارت إلى أن هناك عوامل مؤدية للإدمان منها العدوانية – الصراع مع السلطة – عدم الشعور بالأمن – عدم القدرة على اتخاذ القرارات – الشعور بالإحباط والعجز.(الدباغ، ٢٠٠٤)

أما دراسة (Stuart،2007) تؤكد انه يمكن أن يكون الدافع وراء الاستخدام الأولي عن طريق الفضول أو ضغط الأقران أو العمليات الديناميكية النفسية. إذا تم تناول الدواء مرارا وتكرارا تتطور فترة الاستخدام غير العادي. يمكن أن يؤدي الاستخدام المتواصل المرتبط بالإدارة الأكثر تكرارًا والجرعات الأعلى وطرق الإدارة الفعالة إلى أنماط استخدام مكثفة تتطور غالبًا إلى الإدمان. لا يوجد في هذه التعريفات التمييز بين الإدمان للرجال أو النساء. (Stuart،2007)

ودراسة (Willie J. Bailey، D. Min، 2006) استهدفت معايير تعاطي المخدرات وهي: نمط غير متكيف من تعاطي المخدرات يؤدي إلى ضعف أو ضائقة كبيرة ، كما يتضح من واحد أو أكثر من الأمور التالية، التي تحدث خلال فترة ١٢ شهرًا وهو ان تعاطي المخدرات بشكل متكرر يؤدي إلى الفشل في الوفاء بالتزامات دور رئيسي في العمل، المدرسة أو المنزل، والاستخدام المتكرر للمواد في الحالات التي يكون فيها خطرًا ماديًا، والمشكلات القانونية المتكررة المتعلقة بالمواد المخدرة. (Willie J. Bailey،D. Min، 2006)

بينما استهدفت دراسة (Cilente،2007) تأثير الادمان كمعزز إيجابي ينتج النشوة، أو كعامل معزز سلبي يعطي الارتياح من حالات عاطفية سلبية أو مكرهه. تم الحصول على التعزيز الاجتماعي لاستهلاك المواد من الأقران، كما ساهم الاهتمام الذي أولته عائلة المدمن في الإدمان. افترض أن الشروط السابقة للاستهلاك هي إشارات بيئية مرتبطة بتعاطي المخدرات أو حدوث حالات انسحاب وحالة مزاجية سلبية كمحفزات تمييزية. (Cilente،2007)

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

بينما تناولت دراسة (Singh،2013) الخلفية الشخصية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات حيث أنه قد يؤثر عدد من العوامل الشخصية والاجتماعية على الأطفال والشباب أو يجعلهم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات وتعاطيها. ترتبط بعض العوامل بالاحتياجات التنموية، وضغط الأقران، والخلاف الأسري، والاضطراب، وضعف المهارات الاجتماعية والتأقلم. (Singh،2013)

ودراسة Cher & Lyvers 2006 والتي 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.(Cher & Lyvers،2006)

و التعافي من الادمان هو مجموعة الجهود التي يبذلها المدمن نحو الشفاء فالتعافي عملية مستمرة ومتدرجة نحو بناء حياة الفرد من أجل العيش بسعادة واستقرار وهذا يعني ان التعافي لا يعني التوقف عن التعاطي فقط بل يتضمن التوصل إلى مستوى مرضى من الاستقرار الجسمي والنفسي والاسري بعد الانقطاع عن التعاطي.

هذا وتهدف رعاية الناقهين من إدمان المخدرات إلى مساعدة الناقه عن التوقف نهائياً إلى غير رجعة عن المخدرات.

ويجب تجنب وضع إرادة الناقه موقع اختيار يجعله مثلاً يرتاد الأماكن الموجودة أو الصداقات القديمة كما أنه يجب مساعدة الناقة على مواجهة أوقات ومواقف الشدة والحصول على العادة والاطمئنان بدون حدود وذلك بالعمل على مواجهة مشكلاته مما يؤدى إلى عودة ثقته بنفسه وصمود شخصيته أمام المواقف التى يواجهها. (علي، ٢٠٠٥، ص ٢١٠)

حيث استهدفت دراسة ابن حسين ٢٠٠٢ التعرف على العوامل المجتمعية المعوقة لإعادة التكيف النفسي الاجتماعي لدى المتعافي من إدمان المخدرات وتوصلت الدراسة إلى أن هناك عوامل أساسية تم تصنيفها من قبل أفراد العينة كرفض الأسرة والاقرباء والاصدقاء له ورفض قبوله للعمل ورفض قبوله للزواج ومشكلة الفراغ والنظرة السلبية من بعض الأطباء والمعالجين.(ابن حسين، ٢٠٠٢)

بينما دراسة حسن ٢٠١٤ استهدفت التحقق من فاعلية برنامج ارشادي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الشباب المدمنين في مرحلة التعافي وتوصلت الدراسة إلى تحسن الطلاب المدمنين بعد تعرضهم لجلسات البرنامج الارشادي مما يشير إلى مدى فاعلية البرنامج الارشادي المستخدم في الدراسة. (حسن،٢٠١٤)

ودراسة الفالح ٢٠١٧ والتي استهدفت التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمتعافين من الادمان المستفيدين من خدمات الجمعيات الخيرية، وتوصلت الدراسة إلى أن الخدمات العلاجية المقدمة

إلى المتعافين تمثلت في اسلوب علاجي متكامل طبي ونفسي واجتماعي وان الغالبية العظمى منهم استفادوا من هذه الخدمات. (الفالح، ٢٠١٧)

بينما دراسة Mcintosh & Mckeganey 2000 استهدفت التعرف على الاستراتيجيات المساعدة على التعافي ومنع 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. (Mcintosh & Mckeganey،2000)

أما دراسة Hood 2003 استهدفت التعرف على دور قضاء أوقات الفراغ في منع الانتكاسة وتوصلت الدراسة إلى أن شغل أوقات الفراغ كان له دور في التعافي ومنع الانتكاسة حيث ساعد ذلك على التعرف على نقاط القوة والضعف في شخصية المتعافي وكذلك المواهب التي يمتلكها كما ساعد على تطوير الوعي الذاتي. (Hood،2003)

ودراسة عبدالغني ٢٠١٠هدفت الى تحديد مدى توافر الخدمات الاجتماعية المقدمة للمدمن المنتكس وتحديد معوقات تقديم هذه الخدمات وقد توصلت إلى عدة نتائج وهي طول انتظار المدمن المنتكس في الحصول على الخدمة الطبية 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. (عبدالغني، ٢٠١٠)

اما دراسة (Acri،et.al ،2012) فهدفت إلى معرفة العوامل والمعينات التي يحددها الشباب لأنها مهمة للشفاء الناجح بعد علاج الإدمان. وكان هدف هذه الدراسة هو استكشاف ما يدركه الشباب المهتمون وهيئة العاملون. وكان نتيجة هذه الدراسة أن المساعدات الخارجية والأنشطة هامة لشفاء المراهقين من التعاطي يتبع ذلك استكمال العلاج والحد من الانتكاسة والرجوع للتعاطي مرة أخري.

ويحتاج مدمني المخدرات إلى رعاية متخصصة لتخليصهم من العادات الإدمانية التي تكونت لديهم بفعل الإعتماد النفسي والإعتماد الجسدي وما يرافق هذا من عادات إنسحابية لابد لها من متابعة ورعاية من نوع خاص، وهذ النوع من الرعاية يحتاج إلى المتابعة المستمرة والدقيقة حتى بعد انتهاء المعالجة الفيزيائية وتخلص المدمن من أعراض الإدمان نظراً لإمكانية تعرضه إلى مؤثرات سواء من داخل المؤسسة أو من خارجها، وحتى بعد خروجه من المؤسسة حيث تعمل الضغوط المجتمعية والنفسية على التأثير على هؤلاء الأشخاص وبطرق متعددة، الأمر الذي يتوجب الإلتفات إلى الرعاية وبخاصة الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات وتقديم الخدمات التي تعمل على إعادة انخراطهم في مجتمعهم ومحيطهم الحيوي (الهاجري،٢٠١٨، ص ٢١).

وتعتبر الرعاية اللاحقة من أهم الركائز الأساسية في أى علاج تأهيلي ونفسي لمرضى الإدمان وتهدف برامجها إلى التدرج فى تهيئة المريض للإعتماد على نفسه في العيش بدون مخدرات في البيئة الخارجية كما تعتني بالمرضى الذين قطعوا شوطاً لابأس به في رحلة التعافي قبل خروجهم من المؤسسة العلاجية وربط وتقوية الصلات العلاجية الفردية والعائلية وتوفير الوسائل والسبل العلاجية لهم للإستمرار في رحلة المعافاة وعدم الإنتكاسة بعد الخروج من المؤسسة العلاجية (القحطاني، ٢٠٠٩، ص١٧)

أما دراسة الميمان ٢٠٠٨ استهدفت معرفة العوامل الذاتية والاجتماعية المرتبطة بفعالية برامج الرعاية اللاحقة وتوصلت الدراسة إلى وجود تأثير للمرحلة العمرية على الالتحاق ببرامج الرعاية اللاحقة فكلما قل العمر زادت استفادة الفرد من برامج الرعاية اللاحقة كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود تأثير لنوع المخدر على الالتحاق ببرامج الرعاية اللاحقة.(المميان، ٢٠٠٨)

بينما دراسة براك ٢٠١٤ استهدفت معرفة مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم اجتماعياً وتوصلت نتائج الدراسة أن لبرامج الرعاية الصحية النفسية اللاحقة دوراً ايجابياً في مساعدة المرضى في منع الانتكاسة كما أوضحت النتائج أن هناك قصوراً في متابعة الحالات بعد انتهاء فترة العلاج. (براك، ٢٠١٤)

ودراسة آل سعود ٢٠٠٩ والتي أشارت إلى أن هناك العديد من العوامل التي تدفع المتعافي من الادمان إلى العودة إليها مرة أخرى ومن أهم هذه العوامل هي العوامل الاجتماعية التي تتمثل في العودة إلى رفقاء السوء والهروب من المشكلات وعدم معرفة كيفية استغلال اوقات الفراغ، والعوامل البيئية وتتمثل في عدم الالتزام ببرامج الرعاية اللاحقة وعدم وجود اندية ترفيهية كافية لاستيعاب المتعافين، والتركيز على الجانب الصحي واهمال الجانب النفسي وتوصلت الدراسة إلى ضرورة توفير الانشطة الاجتماعية والترفيهية للمتعافين لا سيما من قبل مؤسسات المجتمع المدني (آل سعود، ٢٠٠٩)

اما دراسة (Julie، 2016) هدفت إلى فحص أثار أثنين من المتغيرات المحددة وتأثيرها على استكمال برنامج علاج الإدمان وقد تم تحليل البيانات والمعلومات من مراكز علاج الإدمان على المستوي القومي. وربما يؤدي فحص هذه المعلومات تعديل البرامج العلاجية للإدمان المتداولة رسمياً للأحداث بالإضافة إلى تأثير هذه البرامج على صناع السياسة ومقدميها. (Julie، 2016)

واستهدفت دراسة (Hand،2019) مجموعات مركزة مع ١١٨ شابًا في علاج تعاطي المخدرات وأظهرت النتائج ان المشاركين ينظرون إلى أنشطة تحسين نمط الحياة، وتغيير سلوكيات المخدرات الشخصية وأنشطة تغيير البيئة باعتبارها الأنشطة الثلاثة الأكثر أهمية للمساعدة في الانتعاش بعد العلاج، و كشفت النتيجة أن الشباب المشاركين وجدوا أن الارتباط بالأنشطة البديلة هو القضية الأكثر

أهمية بالنسبة لمقدمي الخدمات بعد العلاج وهذه النتائج المتعلقة باحتياجات الشفاء من الشباب في دعم العلاج للحاجة والقيمة المتصورة لأنشطة التعزيز وتعتبر ذلك جانبا هاماَ من العلاج والرعاية اللاحقة. (Hand،2019)

وللخدمة الاجتماعية دور مهم وبارز في مؤسسات الرعاية الاجتماعية سواء كانت مؤسسات أهلية أو مؤسسات حكومية كأقسام الرعاية اللاحقة كسبيل للحد من الانتكاسة مرة اخرى ولاشك أن ما تنفقه اجهزة الرعاية اللاحقة بصفة خاصة في هذا السبيل أهون بكثير مما يتكبده المجتمع نتيجة ضراوة المجرم الحاقد على المجتمع والراغب في الانتقام منه، أضف الى ذلك اذا كانت هذه المؤسسات تعطي الفرصة للمدمنين المنتكسين بعد خروجهم من المركز العلاجي لبدء حياة كريمة بعيدة عن طريق الادمان والانحراف والعود مرة اخرى فإنها أيضاَ تمد يد العون لأسرة هذا الشخص وللمجتمع بأن يتخلص من هذه الأفة.

حيث استهدفت دراسة محمود ٢٠١٧ 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 وتوصلت أيضاً إلى عدد من 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 الادمان 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. (محمود، ٢٠١٧)

ودراسة 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 ونسق المؤسسات الحكومية ونسق المجتمع المدني. (الدخيل، ٢٠١٢)

بينما 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.(العتيبي، ٢٠١٩)

أما دراسة Lee،Cheung & C ،2003 T استهدفت التعرف على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في 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. (Cheung،Lee & C،T، 2003)

ومن هذا المنطلق فقد أصبح يوجد في ميدان الرعاية اللاحقة لمكافحة هذا السلوك جهاز مختص للخدمة الاجتماعية مزود بالأخصائيين الاجتماعيين المعنيين بتقديم كافة ألوان الرعاية والمعونة والتأييد والتوجيه سواء للمدمن أو لاسرته علاجاً لمشكلاتهم ووقاية من انحرافهم مستخدماً الأخصائي الاجتماعي في ذلك كافة تكنيكات الممارسة المهنية، وملتزماً في ذلك أيضاً بفلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية وقيمها (رمضان، ٢٠٠٠)

وتعود أهمية الرعاية اللاحقة للمدمنين المتعافين إلى كونها جزءاً مكملاً للبرنامج العلاجي الذي حصلوا عليه داخل المراكز العلاجية حيث يمكن النظر إلى هذه البرامج كآليات أساسية للتعامل مع مسببات الإدمان الحقيقية وعاملاً مضموناً لعدم عودة المدمن إلى الإدمان مرة أخرى كما يمكن النظر إلى برامج الرعاية اللاحقة كأسلوب لتفعيل الدور المجتمعي في التعامل مع الصعوبات والتحديات النفسية والإجتماعية التي قد تواجه المتعافين بعد خروجهم من المراكز العلاجية بما يضمن عدم عودتهم إليها (نيازي، ٢٠٠٨، ص ٣)

يجب التأكيد على دور الرعاية اللاحقة للمتعافين من تعاطي المخدرات وأنها من أهم أنواع الرعاية التي يمكن أن تقدم للمتعافين في مواجهة الانتكاسة على اعتبار ان الهدف منها هو مساعدتهم على منع الانتكاسة أو العودة الى استخدام المواد المخدرة فضلاً عن أنها تسهم في مساعدة المتعافين على الاقلاع عن التعاطي ومواجهة الالحاح والرغبة للعودة إليه وتجنب استخدام عقاقير او بدائل مؤقتة لان استخدامها يؤدي إلى عودة الإلحاح نحو المادة التي سبق إدمانه عليها كما انها تقدم الدعم النفسي للمتعافين من المخدرات بالشكل الذي يسهم في وقايته من العودة إلى الادمان، وتمثل الرعاية اللاحقة عملية متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حيث يتم التأكد من عدم عودته للادمان مرة أخرى. (محمود، ٢٠١٧)

واتضح من خلال الدراسات السابقة خطورة الادمان وما يؤدي اليه من مشكلات اجتماعية وصحية ونفسية بل والاخطر منه هو الانتكاسة التى تضعف من ارادة المدمن ورغبته في العلاج وأكدت الدراسات السابقة على عوامل الأقران وأصدقاء السوء أنها من أكثر العوامل خطورة في حدوث الادمان، واتجهت الدراسات السابقة الى تحديد اهمية التعافى.

واتفقت كثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في اهتمامها بدراسة الادمان والتعافى وتحديد خدمات الرعاية اللاحقة كأحد متغيراتها البحثية.

ويتضح مما سبق وخاصة ما أكدت عليه الدراسات العلمية وما توصلت إليه النتائج أن الكثير من المؤسسات تقوم بتحديد خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي وأظهرت الدراسات السابقة أهمية وضرورة تحديد تلك الخدمات للوقوف على فاعليتها تمهيداً لتطوير هذه الخدمات وهو ما تحاول هذه الدراسة الوصول إليه لذا تتحدد مشكلة الدراسة في **تساؤل رئيسي** مؤداه تحديد خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

ويتفرع من التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

١-ما خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي.

٢-ما المعوقات التي تواجه تقديم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي.

٣- ما مقترحات تفعيل خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي ودور طريقة تنظيم المجتمع في تفعيلها.

ثانياً: أهداف الدراسة : تحاول الدراسة تحقيق الأهداف التالية:

١- تحديد خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي.

٢- التوصل إلى مقترحات لتفعيل خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

ثالثاً: أهمية الدراسة:

١- الاهتمام العالمي والمحلي بمشكلات الادمان بصفة عامة والتعافي بصفة خاصة.

٢- أهمية تحديد الخدمات للتعرف على مدى فاعليتها تمهيداً لتطوير هذه الخدمات.

٣- ما أسفرت عن الدراسات والبحوث من تعرض تلك الفئة للمشكلات مع نقص في الخدمة المقدمة الأمر الذي يستدعي ضرورة التوصل إلى كيفية مواجهة تلك المشكلات وتفعيل الخدمات.

٤- العمل على تفعيل خدمات الرعاية اللاحقة.

٥- تحويل المدمن إلى إنسان سوي يتكيف مع مجتمعه ومكافحة ظاهرة العودة.

٦- التوصل إلى مجموعة من النتائج التي يمكن أن تفيد المسئولين في مؤسسات علاج الإدمان والمؤسسات المرتبطة بها وبخاصة المؤسسات التى يعملون بها في مساعدة المدمن المتعافي.

رابعاً: مفاهيم الدراسة واطارها النظرى

- مفهوم الخدمات الاجتماعية:

أنشطة الأخصائيون الاجتماعيون ومهنيون آخرون لمساعدة الناس على تقوية قدراتهم الذاتية وحمايتهم من العوالة، وتقوية العلاقات الأسرية ومساعدة الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات على الأداء الناجح لوظائفهم الاجتماعية. وهي أنواع محددة من الخدمات الاجتماعية تشمل مساعدة الناس في الحصول على الموارد المالية المناسبة لاحتياجاتهم وتقييم قدرات الناس على رعاية أطفالهم أو من يعولوهم

والاستشارات، والعلاج النفسي، والاحالة والتوصيل والمدافعة عن القضايا الاجتماعية وابلاغ المنظمات بالتزاماتها تجاه المواطنين، تيسير تقديم الرعاية الصحية، وربط العملاء بمصادر الرزق. (السكري، ٢٠٠٠، ص ٤٩٩)

كما تعرف بأنها مجموعة الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية التي تقدم للمرضى لمساعدتهم على تغيير أفكارهم واتجاهاتهم عن الذات وتقبلها والعمل على حل المشكلات التي تواجههم من خلال توفير الخبرات الجماعية التي يكتسبوها اثناء تفاعلهم وارتباطهم بأعضاء الجماعة الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم. (علي، ٢٠٠٤، ص ٣٨)

- مفهوم الادمان:

كما يعرف الادمان بانه 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، ص٣٩).

والادمان 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 الإدمان بأنه 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، ص٢٠٥).

وهو حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد أو المجتمع وتنتج من تأثر او تعاطي عقار طبيعي او مصنع والادمان هو التعاطي المتكرر للفرد بحيث يصبح دم الفرد متعطشاً على هذا المخدر بأى ثمن وفي أى وقت. (فهمي، ٢٠١٣، ص١٠)

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.واعراض جانبية شديدة عند التوقف عن اخذ العقار. والاتجاه المستمر لزيادة الرغبة (صالح، ٢٠٠٠، ص٣٨١).

التعافي من الادمان:

وهى الفترة التي تلي فترة الابتعاد عن تعاطي المخدرات الفترة الحرجة فإذا توفرت الرعاية والمساعدة تأخذ بإيديهم وتكفل لهم طرق العيش الكريم بعد قضاء فترة العلاج المخصصة له بالمصحات العلاجية فسوف يعود إلى المجتمع بصحة جيدة أما إذا لم تتوافر سبل المساندة للمتعافي من الادمان عند عودته للحياة الطبيعية داخل المجتمع فإنه من المحتمل أن يقع المتعافي في دائرة التعاطي مرة اخرى وتبدأ المشكلة عندما تظهر علامات عدم تقبل الأسرة أو المجتمع للمتعافي وبمعاملتهم غير السوية له ووصمه بتجربته السابقة ويتحول إلى فرد متعاطي دائم للمخدرات.(محمود، ٢٠١٧)

ويشتمل التعافي من الادمان على مجموعة الجهود التي يبذلها المدمن نحو الشفاء فالتعافي عملية مستمرة ومتدرجة نحو بناء حياة الفرد من أجل العيش بسعادة واستقرار وهذا يعني ان التعافي لا يعني التوقف عن التعاطي فقط بل يتضمن التوصل إلى مستوى مرضى من الاستقرار الجسمي والنفسي والاسري بعد الانقطاع عن التعاطي. (الفالح، ٢٠١٧)

المدمن المتعافي:

عودة الفرد إلى حالة من السواء النفسي بعد تلقي العلاج من مؤسسة متخصصة فالمدمن المتعافي هو الشخص الذي تورط في الادمان وخضع لبرنامج علاجي وتماثل للتعافي ومرت على تعافيه فترة زمنية لا تقل عن ٩ شهور (محمود، ٢٠١٢)

والفرد المتعافي من الادمان هو الفرد الذي خضع للعلاج الإكلينيكي والنفسي والاجتماعي واستطاع التخلص من حالة الاعتماد الجسمي والنفسي على المواد المخدرة فضلاً على أنه نجح في التغلب على الأعراض الانسحابية الناتجة عن تعاطي المواد الإدمانية كالمخدرات وغير ذلك من المواد ذات الصفة الادمانية. (العتيبي، ٢٠١٩)

- الرعاية اللاحقة:

- مفهوم الرعاية اللاحقة:

وتمثل الرعاية اللاحقة عمليات متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حيث يتم التأكد من عدم عودته للادمان مرة اخرى كما تتضمن آليات تدعيم التغييرات الايجابية التي حدثت في ذات المدمن وسلوكه في الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعوبات قد تؤثر على قدرته في البعد عن المخدرات. (علي، ٢٠٠٠).

وهي الجزء الأساسي المكمل للعملية العلاجية والوسيلة العلمية لتوجيه المتعافي وإرشاده ومساعدته على سد احتياجاته ومعاونته على الاستقرار في حياته والاندماج والتكيف والتوافق مع المجتمع وهي بالمقابل امتداد لعملية العلاج وتتم في البيئة الطبيعية (براك،٢٠١٠، ص١٦)

ولا تقتصر برامج الرعاية اللاحقة على الفرد وحده بل قد تمتد لتشمل أفراد أسرته بالرعاية والتوجيه اللازم لحمايتهم ومساعدتهم لمواجهة هذا الأمر (الهاجري، ٢٠١٨، ص٢١)

تعرف أيضاً بأنها تلك الاجراءات والعمليات والخطط والبرامج الاجتماعية والعلاجية والتأهيلية الموجهة لفئة المتعافين من تعاطي المخدرات وذلك بهدف مساعدتهم للتكيف من جديد مع المجتمع ومن أجل مساهمتهم بكل ما يتعلق بأوجه الحياة المختلفة داخل المجتمع وبالصورة التي تقيهم من خطر الانتكاسة (يعقوب، ٢٠١٢)

مفهوم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من منظور طريقة تنظيم المجتمع هذه الدراسة:

هي الخدمات الصحية والاجتماعية و النفسيه التي تقدم للمدمن المتعافي فى برامج الرعاية اللاحقة من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

أهمية الرعاية اللاحقة:

١- توفير الرعاية الطبية والنفسية والإجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي.

٢- توفير الدعم اللازم للمتعافي وأسرته.

٣- مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج واكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها (نيازي، ٢٠٠٨، ص ٣)

٤- تساعد الرعاية اللاحقة الأشخاص الذين أتموا العلاج للعودة إلى المجتمع وتجنب معاودة الإنتكاس(Herie,2010, p.30)

٥- وأهمية الرعاية اللاحقة تركز على كونها جزءاً مكملاً للعملية العلاجية التي بدأت في المؤسسة وبدونها فإن هذه العملية ناقصة وغير فعالة.

٦- الرعاية اللاحقة تعتبر التنمية الطبيعية لجهود وإعادة التأهيل والتهذيب فهى تؤدي دوران الأول هو تكميلي والثاني هو صيانة الجهود كى لاتفسدها العوامل الإجتماعية.

٧- إن إنعدام الرعاية اللاحقة يكرس عملية الوصم التي يخضع لها المدمن خاصة تلك الصادرة عن المجتمع الذي يرفض عادة رجوع المدمن بين أحضانه حيث يمكن من الصعوبة أن يستعيد مكانته الإجتماعية والمجتمع ينبذه ويرفض نسيان ما فعله من ضرر، إن عملية الوصم تتم بلورتها من طرف كل مكونات المجتمع مثل الأسرة والوسط المهني عن طريق سلوك الإحتياط والحذر برفضهم التعامل مع المدمن حتى ولو كان متعافياً (يعقوب، ٢٠١٢، ص ١٢)

برامج الرعاية اللاحقة:

١- **برامج إعادة البناء المعرفي:** وفيه يتم مساعدة المدمن على إعادة بناء وتنظيم أفكاره السلبية وتثبيت أفكاره الإيجابية الجديدة بطريقة تعكس الواقع المناسب.

٢- **برامج تحسين المراقبة الذاتية:** وتستهدف جعل المدمن قادراً على تحليل أنماط الإستخدام وطرق مراقبتها وكذلك مساعدة المدمن على بناء إفادات تذكير وعبارات تنبيه دائم بشأن الإلتزام والإنتظام.

٣- **برامج تحسين المهارات الإجتماعية:** وفيها يتم تدريب المدمن على بعض المهارات الإجتماعية التي تساعده على إقامة تفاعلات شخصية سواء من خلال الإقتداء بالنماذج الإجتماعية أو من خلال إستغلال الدعم الإجتماعي وتطويره أو بواسطة تكوين العلاقات والصداقات الجديدة التي تخرج الشخص من دائرة العزل والإنطواء الإجتماعي.

٤- **برامج تطوير مهارات حل المشكلات:** ويتضمن تعليم المدمنين مهارات التعامل في المواقف الحياتية الضاغطة وفق خطوات وإجراءات علمية وعملية منطقية وتحديد للمكاسب المؤقتة التي تعيق عملية التغيير المنشودة (يعقوب، ٢٠١٢، ص ١٤)

٥- **برنامج الوقاية من الإنتكاسة:** ويهدف إلى مساعدة الشخص المدمن على فهم الظروف التي قد تعرضه لخطر الإنتكاسة ومساعدته على تطوير إستراتيجيات التعامل مع مهددات تعافيه وتدريبه على عدد من المهارات الإجتماعية في تجنب أصدقاء الإدمان والمروجين والأماكن المثيرة للتعاطي ومساعدته للإستفادة من أوقات الفراغ.

٦- **برنامج العودة من الإنتكاسة:** يتعرض عدد من المراجعين بالمركز لحدوث الإنتكاس أثناء متابعتهم للبرنامج لتعرضهم لبعض الظروف الطارئة أو الضغوط التي تواجههم ولا تتوافر لديهم القدرة على التعامل معها، ويتضمن هذا البرنامج التعرف على أسباب الإنتكاس وتقبل طبيعة مرض الإدمان وشرح مراحل الإنتكاس ومهارة التعامل مع المواقف المفاجئة.

٧- **برنامج الإنقطاع:** ينقطع بعض المراجعين عن متابعة برنامج الرعاية اللاحقة بدون عذر لفترة طويلة وعند العودة لمتابعة الإلتحاق بالبرنامج مرة أخرى تتخذ الإجراءات التالية: تؤخذ عينة تحليل من المراجع للتأكد من عدم تعاطيه أى مواد مغيرة للمزاج، يراجع وحدة الإنتكاس، يقوم أحد المعالجين بالمركز بعمل جلسات فردية له للتعرف على تعافيه ويعرض الأمر على الفريق العلاجي لكى يقرر مدى صلاحيته للإنضمام إلى البرنامج مرة أخرى.

٨- **برنامج العلاج الأسري:** قد يعتقد البعض أن الإدمان مسألة شخصية وأن المشكلات الناتجة عنه تخص المدمن فهو وحده الذي يعاني من عواقب الإدمان الصحية والنفسية والإجتماعية وأن المشكلات تعود عليه وحده ولاعلاقة للأسرة به والحقيقة أن الأسرة تتفاعل مع المدمن ويأخذ التفاعل شكلاً تصاعدياً مع كل مرحلة من مراحل المرض تطور المرض والأسرة تعاني من كل النتائج السلبية التي يعاني منها مريض الإدمان وإدراكاً بالعملية التكاملية لعلاج المريض وأسرته فهو يقدم

برنامج العلاج الأسري الذي يعتمد على: تناول مفهوم الإدمان المصاحب
من خلال محاضرات تثقيفية، جلسات علاج أسري وجمعي يراعى فيها تعاليم الدين وعادات وقيم المجتمع العربي (الجوهي، ٢٠١٠، ص ١١)

والرعاية اللاحقة تهدف بصفة أساسية إلى إحداث تغييرات مرغوب فيها للأشخاص المدمنين لهدف متابعتهم وإعادة تكييفهم في بيئاتهم الإجتماعية وحل مشكلاتهم والوقاية منها بقصد إدماجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه والمتمثل في الأسرة والمجتمع من حوله وذلك من خلال مؤسسات إجتماعية حكومية أو أهلية يمارس العمل فيها أخصائيون إجتماعيون تم إعدادهم نظرياً وعملياً لممارسة هذه المهنة وتتم هذه الممارسة وفقاً لعمليات مهنية متداخلة ومتفاعلة مع بعضها تبدأ بالدراسة للحالة إلى أن تنتهي بخطة العلاج (جهامي، ٢٠١٨، ص ٣٧٣)

الخدمة الإجتماعية والرعاية اللاحقة:

الخدمة الإجتماعية من المهن التي تهتم بالبناء الإجتماعي للمجتمع والتي لها تأثيرها الإيجابي في إحداث التغيير الذي ينشده المجتمع وذلك من خلال إنتشارها في المؤسسات المختلفة في المجتمع ومن هنا كان على الأخصائيين الإجتماعيين مسئولية مواجهة المشكلات التي تواجه المؤسسات التي يعملون فيها والمجتمع الذي تخدمه.

وفي مجال مكافحة مشكلات الإدمان يمكن للخدمة الإجتماعية أن تلعب دوراً هاماً سواء في علاج هذه المشكلة أو في الوقاية منها، كما أن الأخصائي الإجتماعي يستطيع أن يعمل مع الفرد المدمن لمساعدته على العلاج من الإدمان والإقلاع عن تعاطي المواد المخدرة كما يمكنه أن يعمل مع أسرة المدمن لمساعدته على تقبل المدمن وعودته لحياته الأسرية ومواجهة المشكلات الأسرية التي ترتبت على إدمان المخدرات وأيضاً للأخصائي الإجتماعي دوره مع المجتمع بصفة عامة للوقاية من الإدمان (حبيب، العربي، ٢٠١١، ص ٤٢٦).

مهام الاخصائي الاجتماعي في مجال التعافي من الادمان:

*القيام بإجراء البحث الاجتماعي عقب وصول المريض وجمع المعلومات اللازمة لذلك.
*الإشتراك مع الطبيب النفسي في إعداد خطة العلاج الاجتماعي ومتابعة تنفيذها.
*المشاركة في تنفيذ جلسات العلاج الجماعي.
*حضور الاجتماعات والندوات المختلفة.
*القيام بالفحص الاجتماعي الخارجي لأفراد الاسرة حسب الحالة.
*الاشتراك في الاجتماعات العلمية الدورية التي تتم بالعيادة. (العتيبي، ٢٠١٩)

ادوار الأخصائي الإجتماعي في الرعاية اللاحقة:

١-البحث والدراسة والتشخيص وتعد هذه من الخطوات الأولى للتعامل مع المدمن بل لايتصور تحقيق برنامج الرعاية اللاحقة بدونها وقد يكون هناك بحوث أو دراسات تتبعية فيلزم هنا مراجعة كل ماأعد عن المدمن وقد يحتاج الأمر إلى دراسة وبحث حالة جديدة عنه لتحديث البيانات والتعرف على ما استجد على الحالة خلال فترة إيداعه يلي ذلك عملية التشخيص وهى تكوين رأي مبدئي وتصور أولي لتحديد أفضل السبل لتنفيذ برنامج الرعاية اللاحقة.

٢-تكوين علاقة مهنية مع المدمن المتعافي أو مايسمى بالعلاقة العلاجية وهى إرتباط مؤقت بين الأخصائي الإجتماعي والمدمن وينبغي أن تكون هذه العلاقة تجمع بين العاطفة من جانب والعقل من جانب آخر.

٣-التسجيل ويقصد به تدوين المعلومات وحفظها بطريقة يسهل الرجوع إليها والإستفادة منها (يعقوب، ٢٠١٢، ص ٢١).

٤-محاولة ترميم العلاقات الأسرية وإفهام أفراد الأسرة بطبيعة الإدمان وكيفية التعامل معه (غانم، ٢٠٠٤، ص ٧٠).

٥-يقوم الأخصائي الإجتماعي بمساعدة المدمن على إدراك حقيقة ذاته ودوره الإجتماعي في الإسرة وفي المجتمع ومساعدته على التوافق الإجتماعي والنفسي.

٦-مساعدة المدمن على تغيير الظروف البيئية التي دفعته للإدمان.

٧-تقديم مختلف الخدمات الإجتماعية التي يحتاجها المدمن فهو قد انقطع عن العمل وبالتالي إنعدم مصدر دخله فيساعده الأخصائي الإجتماعي على حل هذه المشكلة.

٨- العمل مع الجماعات العلاجية للمدمنين وتولي دوره فيها ومساعدة الجماعة على وضع تصميم برامجها وأنشطتها لتحقيق الأهداف العلاجية (حبيب، العربي ٢٠١١، ص ٤٢٨).

المنطلق النظري للدراسة

تعريف نموذج الحياة:

أحد نماذج الممارسة فى 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 على التفاعل المتبادل بينالانسان والبيئة ويهتم بحياة الانسان ومراحل نموه والحاجات المطلوب اشباعها في كل مرحلة والمشكلات التي قد تواجه الانسان عندما ينتقل من مرحلة الى اخرى. (ابو النصر،٢٠١٩)

ويعرف على 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،1996)

مدى الاستفادة من استخدام نموذج الحياة:

ينظر نموذج الحياة إلى مشكلات الإنسان وحاجاته كنتيجة للتفاعل بين الناس وبيئاتهم في نطاق كلي لذا فإن هذه المشكلات تسمى مشكلات في الحياة وهي تخلق ضغوطاً وأعباءًعلى الإنسان، وتعكس المشكلات والحاجات عدم قدرة البيئة على إشباع هذه الحاجات لذا فإن مناطق الاهتمام تتركز في دورة حياة الفرد ودورة حياة الأسرة والإطار الايكولوجي، وهذا يصبح وحدة للممارسة المهنية وطبقاً لنموذج الحياة فإن احتياجات الناس ومشكلاتهم تقع في ثلاث مناطق هي:(Germail , Gitterman , 1980)

(١) التغير في الحياة بما تحويه من تغيرات في المكانات والأدوار والمواقف والأزمات.

(٢) عندما لا تستجيب البيئة الاجتماعية والطبيعة لاحتياجات الناس.

(٣) الصعوبات في مجال الاتصالات والعلاقات في الأسر والجماعات الأولية.

وهذه المناطق الثلاث مترابطة ومتداخلة ويمكن تحديدها عن طريق الأخصائي الاجتماعي ونسق العمي لو تتطلب تدخلات مهنية على مستويات مختلفة.

وبالتالى تتعدد وتتنوع اساليب الدمج المجتمعي للمتعافين لإعادة تأهيلهم لممارسة ادوارهم الاجتماعية التي سبقو انسحبوا منها ومساعدتهم على الانخراط في تيار الحياة الاجتماعية والاندماج في المجتمع بعد تأهيلهم نفسياً واجتماعياً، ويعد العمل من أهم آليات الدمج كما انه يسهم في تعزيز روابطا لانتماء بين الفرد والمجتمع حيث ينمي درجة عالية من الشعور بالمسئولية الاجتماعية ويشغل وقت الفراغ ويخلق هدفا ًحيث ان تناميل هذه الروابط وتلك المشاعر ورسوخها عند المتعافين يحد من الانتكاسة. (البكر، ٢٠٠٨)

تتنوع حاجات المستفيدين من برامج الرعاية اللاحقة وأسرهم تبعاً لاختلاف مشكلاتهم وخصائصهم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وبالتالي فإن خطط الرعاية اللاحقة التي يحتاج إليها هؤلاء المستفيدين بعد خروجهم من المؤسسة العلاجية تكون متنوعة أيضاً ومن هنا فإن محتوى خطة الرعاية اللاحقة يجب ان تعكس حاجات المستفيدين والبيئة التي يعيشون فيها ومن هنا يتضح أهمية النظرة الشمولية لخطط الرعاية اللاحقة لحاجات المستفيدين وأسرهم وتغطيتها للحاجات والجوانب الطبية والتمريضية والنفسية

والعقلية والاجتماعية للمستفيدين وضرورة العمل على تصميمها في المراحل الأولى من العلاج وبمشاركة جميع الاطراف المعنية. (طاش، ٢٠٠٨)

أهداف نموذج الحياة:

١ تحسين قدرة العملاء على التفاعل مع مواقف الحياة الضاغطة بطريقة اكثر كفاءة وفاعلية من خلال مساعدتهم على تغيير مفاهيمهم او مشاعرهم او سلوكياتهم السلبية.

٢ العمل على تحسين التفاعلات والتعاملات بين الفرد والبيئة. (ompton etc،2005)

٣ التأثير على البيئة الاجتماعية والمادية حتى تكون اكثر ملائمة لاحتياجات الافراد.

٤ العمل على ازالة والتخفيف من حدة مواقف الحياة الضاغطة والاضرار المترتبة عليها من خلال مساعدة العملاء على استخدام الموارد الشخصية والطبيعية.

وفي الخدمة الاجتماعية يهدف نموذج الحياة الى:

١ تحسين قدرات الافراد والجماعات على 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 بإعتبار 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 مدخلًا تكامليا في استخدامه في اطار المفاهيم النظرية.

٣ يهتم النموذج ويركز علي الجوانب الذاتية والبيئية للعميل معًا.

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)

ويعتمد نموذج الحياة علي استخدام القوى الايمانية لدى المطلقات كمحاولة لإزالة الصعوبات البيئية والعمل علي تغيير التفاعلات السلبية باستخدام عمليات المشاركة والتقويم فهو يركز على تحولات الحياة فى الاستجابة السلبية للبيئة وصعوبة خلق العلاقات كما ان النموذج يختار من الأساليب العلاجية التي

تنتمي اليه مما يؤدي الى اكتساب مهارة التغلب على المشكلات فهو يستخدم في الأساس للتخفيف عن المشكلات الناتجة عن العجز في الأداء الاجتماعى. (ادريسي ٢٠١٣)

الإجراءات المنهجية للدراسة

- **نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية والتي تعتمد على التحليل الكمي والوصف الكيفي للظواهر المختلفة وتم تحديد نوع الدراسة ارتباطاً بمشكلة الدراسة والهدف من دراستها حيث تهدف تلك الدراسة إلى تحديد خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من منظور طريقة تنظيم المجتمع.
- **منهج الدراسة:** تتخذ الدراسة المنهج الوصفي منهجاً لها معتمدة على طريقة المسح الاجتماعي بالعينة لتحديد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين وعينة من المدمنين المتعافين.
- **أدوات الدراسة:** اعتمدت الدراسة على الأدوات الآتية:

١- مقياس مطبق على الأخصائيين لتحديد الخدمات المقدمة للمدمن المتعافي (خدمات صحية – خدمات نفسية – خدمات اجتماعية)

٢- استمارة استبيان مطبقة على عينة من المتعافين المترددين على عيادات الخط الساخن بمستشفى الصحة النفسية بالقصر العيني.

- **مراحل إعداد المقياس**

أولاً: تحديد موضوع المقياس وأبعاده:

قام الباحث بإعداد المقياس بعد الاطلاع على الجزء النظري الخاص بالدراسة والاطلاع على المقاييس المتشابهة وفي ضوء ذلك تم تحديد ثلاثة أبعاد رئيسية:

البعد الأول: الخدمات المقدمة للمدمن المتعافي (خدمات صحية – خدمات نفسية – خدمات اجتماعية)

البعد الثاني: المعوقات التي تعوق المدمن المتعافي من الاستفادة بالخدمات.

ثانياً: جمع عبارات المقياس:

بعد الاطلاع على الجزء النظري الخاص بالدراسة والاطلاع على المقاييس المتشابهة كون الباحث المقياس في صورته الأولية كالآتي:

البعد الأول: الخدمات المقدمة للمدمن المتعافي وتضمن ٤٠ عبارة.

البعد الثاني: المعوقات التي تعوق المدمن المتعافي من الاستفادة بالخدمات وتضمن ١٤ عبارة.

ثالثاً: مرحلة التحكيم:بعد أن قام الباحث بإعداد دليل المقياس في صورته الأولية قام بعرضه علي بعض المحكمين من السادة الأكاديميين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية والبحث الاجتماعي وعددهم (١٠) وتم تحكيم المقياس من حيث:

١- ارتباط كل عبارة بالبعد المراد قياسه.

٢- سلامة صياغة العبارة.

٣- وضوح العبارة.

٤- حذف أي عبارة غير مناسبة أو مرتبطة بالمؤشر وإضافة بعض العبارات التي يرونها مناسبة.

وقد قام الباحث نتيجة لهذا التحكيم بحذف العبارات التي لم يتفق عليها ٨٠% من المحكمين كما تم إضافة بعض العبارات الأخرى وإعادة صياغة بعض العبارات وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية كما يلي: **البعد الأول:** الخدمات المقدمة للمدمن المتعافي وتضمن ٣٤ عبارة.

البعد الثاني: المعوقات التي تعوق المدمن المتعافي من الاستفادة بالخدمات وتضمن ١٠ عبارة.

وقد وضع الباحث تدرجاً ثلاثياً لتصحيح المقياس وهي: نعم – إلي حد ما – لا بحيث تعطي ٣ درجات إلى نعم ودرجتان إلى حدما ودرجة واحدة للا بالنسبة للعبارات الايجابية والعكس بالنسبة للعبارات السلبية.

رابعاً: ثبات أدوات المقياس:

تم إجراء ثبات المقياس باستخدام إعادة الاختبار على عدد (٥) من الأخصائيين خلال ١٥ يوم واستخدام معامل سبيرمان وتم حساب معامل ثبات أبعاد المقياس والمقياس ككل كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١)يوضح معاملات ثبات وصدق أبعاد المقياس ككل

م	المعاملات الإحصائية / الأبعاد	معامل الثبات	معامل الصدق الإحصائي
١	البعد الأول	٠.٩٤	٠.٩٧
٢	البعد الثاني	٠.٩٣	٠.٩٦
٣	البعد الثالث	٠.٩٥	٠.٩٧
	المقياس ككل	٠.٩٤	٠.٩٧

*تم حساب معامل الصدق الإحصائي باستخدام الجذر التربيعي للثبات.

*وتبين من الجدول السابق أن أبعاد المقياس والمقياس ككل يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات حيث بلغ معامل الثبات الكلي ٠.٩٤ ومعامل الصدق ٠.٩٧

خامساً: المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام اسلوبي الإحصاء الوصفي والإحصاء التحليلي من خلال المعاملات الإحصائية التالية:

- الوسط الحسابي للمتغيرات الكمية في وصف مجتمع الدراسة، حساب الأوزان ومتوسط الأوزان والقوى النسبية للعبارات والأبعاد الخاصة بأداة الدراسة.
- استمارة استبيان على عينة من المتعافين المترددين على عيادات الخط الساخن.

وتضمنت الاستمارة الآتي:

- البيانات الأولية.
- الخدمات المقدمة للمدمن المتعافي (خدمات صحية – خدمات اجتماعية – خدمات نفسية).
- المعوقات التي تعوق المدمن المتعافي من الاستفادة بالخدمات.

سادساً: مجالات الدراسة:

١- **المجال المكاني:** تم اختيار عيادات الخط الساخن بمستشفى الصحة النفسية بالقصر العيني وذلك للأسباب التالية :

- تولفر عينة الدراسة من المتعافين من الادمان المترددين على عيادات الخط الساخن .
- الموافقة على إجراء جمع البيانات .

٢- **المجال البشري:**

أ- عينة عمدية من الأخصائيين العاملين بعيادات الخط الساخن بمستشفى الصحة النفسية بالقصر العيني وبلغ عددهم (١٠).

ب- عينة من المدمنين المتعافين المترددين على عيادات الخط الساخن بلغ عددهم (٦٠) **وفقاً للشروط التالية:**

- أن تكون مدة التعافي من شهر إلى أقل من سنة.
- ان يكون منتظم في التردد على العيادات.

٣- **المجال الزمني:** فترة جمع البيانات في الفترة من ٢٠٢٣/١/١٥ إلى ٢٠٢٣/٢/١٤ م

نتائج الدراسة:

أولا: خصاص عينة الدراسة:

جدول (٢)يوضح خصائص عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين

الأخصائيين الاجتماعيين ((ن=١٠))		
المتغير	**عدد**	**%**
النوع		
ذكر	٧	٧٠ %
أنثى	٣	٣٠ %
الفئة العمرية		
٢٠ -	٥	٥٠ %
٣٠ -	٣	٣٠ %
٤٠ -	٢	٢٠ %
الحالة التعليمية		
مؤهل عال	٦	٦٠ %
دبلوم دراسات عليا	٣	٣٠ %
ماجستير	١	١٠ %
مدة العمل		
أقل من سنة	١	١٠ %
٢-	٣	٣٠ %
٤-	٢	٢٠ %
٦ فأكثر	٤	٤٠ %
الحصول على دورات		
نعم	٨	٨٠ %
لا	٢	٢٠ %

بالنسبة لعينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين

يتضح من الجدول السابق أن غالبية عينة الدراسة من الذكور حيث بلغت نسبتهم ٧٠ % بينما الاناث٣٠ % فقط وأن نسبة ٥٠ % من عينة الدراسة تقع في الفئة العمرية ما بين ٢٠ إلى أقل من ٣٠ سنة بينما جاء في الترتيب التالي الفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة بنسبة ٣٠ % واخيراً الفئة العمرية ٤ سنة فاكثر بنسبة ٢٠% بينما نسبة الحاصلين على مؤهل عالي جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٦٠ % ثم يأتي في الترتيب الثاني دبلوم دراسات عليا بنسبة ٣٠% والماجستير بنسبة ١٠ % كما أن مدة العمل ٦ سنوات فأكثر بلغت نسبتهم ٤٠ % من سنتين إلى أقل من ٤ سنوات ٣٠% ومدة أقل من سنة في الترتيب التالي بنسبة ١٠ % ، وأتضح أن الذين حصلوا على دورات بنسبة بلغت ٨٠ % بينما من لم يحصلوا على دورات ٢٠%.

جدول (٣)يوضح خصائص عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين

المتغير	عدد	%
الفئة العمرية		
أقل من ٢٥سنة	١٨	٣٠%
٢٥ -	٢٢	٣٦.٥%
٣٠ -	١٢	٢٠%
٣٥ فأكثر	٨	١٣.٥%
الحالة الاجتماعية		
أعزب	٢٦	٤٣.٥ %
متزوج	١٢	٢٠ %
مطلق	٢٢	٣٦.٥ %
الحالة التعليمية		
أمي	٨	١٣.٥ %
يقرأ ويكتب	١٧	٢٨.٥ %
مؤهل متوسط	٢٤	٤٠ %
مؤهل فوق المتوسط	٦	١٠ %
مؤهل عال	٥	٨ %
الحالة الوظيفية		
يعمل	٤٤	٧٣.٥ %
لا يعمل	١٦	٢٦.٥ %
مدة التعافي		
أقل من ٣ شهور	٣٠	٥٠ %
٣-	١٠	١٦.٥ %
٦ شهور لسنة	٢٠	٣٣.٥ %
أسباب الإدمان		
وجود وقت فراغ	١٦	٢٦.٥ %
أصدقاء السوء	٥٥	٩١.٥ %
حب الاستطلاع	٢٢	٣٦.٥ %
البطالة	٨	١٣.٥ %
التفكك الأسري	٢٤	٤٠%

بالنسبة لعينة الدراسة من المدمنين المتعافين

يتضح من الجدول السابق أن نسبة ٣٦.٥ % 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 ٣٠ % والفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة في الترتيب الثالث بنسبة ٢٠ % ثم يأتي بعدها الفئة العمرية من ٣٥ سنة فأكثر بنسبة ١٣.٥ %. بينما النسبة الأكبر من مجتمع البحث أعزب وجاء في الترتيب الأول بنسبة ٤٣.٥ % ثم يأتي في الترتيب الثاني مطلق بنسبة ٣٦.٥ % ثم بعد ذلك المتزوج في الترتيب الثالث بنسبة ٢٠%، كما أتضح أن نسبة الحاصلين على مؤهل متوسط في مجتمع البحث جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٤٠ % ثم يأتي في الترتيب الثاني يقرأ ويكتب بنسبة ٢٨.٥ % ثم بعد ذلك الأمي في الترتيب الثالث بنسبة ١٣.٥ % بينما المؤهل فوق المتوسط في الترتيب التالي بنسبة ١٠ % والمؤهل العالي في الترتيب الأخير بنسبة ٨ % وكذلك غالبية عينة الدراسة يعملون حيث بلغت نسبتهم ٧٣.٥ %

بينما جاء في الترتيب التالي لا يعمل بنسبة ١٦.٥ %، ووجد أن مدة التعافي أقل من ٣ شهور جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٥٠ % بينما مدة ٦ شهور لسنة جاءت في المركز الثاني بنسبة ٣٣.٥ % أما مدة من ٣ شهور إلى أقل من ٦ شهور جاءت في المركز الأخير بنسبة ١٦.٥ %، كما اتضح أن أصدقاء السوء هو السبب الرئيسي للإدمان حيث عبر عنه نسبة ٩١ % في الترتيب الأول بينما جاء التفكك الأسري في الترتيب الثاني بنسبة ٤٠ % وجاء في الترتيب الثالث حب الاستطلاع بنسبة ٣٦.٥ % وفي الترتيب الرابع جاء وجود وقت فراغ بنسبة٢٦.٥ % وفي المركز الخامس جاءت البطالة بنسبة ١٣.٥ %.

ثانيا:النتائج الخاصة بالإجابة على التساؤل الفرعي الأول ومؤداه:ما الخدمات المقدمة للمدمن المتعافي ؟

جدول (٤) يوضح الخدمات الصحية من وجهة نظر فرق العمل(ن=١٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	توفير العلاج للمدمن المتعافي	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	١
٢	عمل ندوات صحية لعدم العودة إلى الادمان	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٣
٣	توفير علاج الامراض الاخرى الناتجة عن الادمان	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٢
٤	عمل الكشف الدوري للمدمن المتعافي	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	١
٥	المساهمة في عمل التحاليل والاشعات للمدمن المتعافي	٦	٣	١	٢٥	٢.٥	٠.٨٣٣	٤
٦	توضيح الخدمات الطبية للمدمن المتعافي	٧	٣	٠	٢٧	٢.٧	٠.٩	٣
٧	مساعدة الفريق العلاجي للمتعافين	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	١
٨	تشجيع المدمن المتعافي على حضور جلسات العلاج	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٣
٩	توضيح اجراءات الحصول على الخدمات	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٢
١٠	مساعدة المدمن المتعافي في الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	١
١١	مساعدة الفريق الطبي على الاتصال بأسرة المدمن المتعافي	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٣
	المجموع	٨٩	١٧	٤	٣٠٥		١٠.١٦٧	
	المتوسط الحسابي	٨.١	١.٥	٠.٤	٢٧.٧		٠.٩٢	
	النسبة (%)	٨٠.٩	١٥.٥	٣.٦				
	القوة النسبية	**% ٩٢**						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالخدمات الصحية المقدمة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى مرتفع حيث بلغ المجموع الوزني (٣٠٥) بمتوسط بلغ (٢٧.٧) وبوزن مرجح (١٠.١٦٧) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٩٢ % .

وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٨٩) مفردة يمثلون نسبة (٨٠.٩%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٧) مفردة بنسبة (١٥.٥%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٤) مفردة يمثلون نسبة (٣.٦%).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارات " توفير العلاج للمدمن المتعافي " و " عمل الكشف الدوري للمدمن المتعافي " و " مساعدة الفريق العلاجي للمتعافين " وعبارة " مساعدة المدمن المتعافي في الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٢.٩) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩٦٧).

وجاء في الترتيب الثاني عبارات " توفير علاج الامراض الاخرى الناتجة عن الادمان " و " توضيح اجراءات الحصول على الخدمات " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٨) وبوزن مرجح (٠.٩٣٣).

أما الترتيب الثالث فكان للعبارة " عمل ندوات صحية لعدم العودة إلى الادمان " و " تشجيع المدمن المتعافي على حضور جلسات العلاج " و مساعدة الفريق الطبي على الاتصال بأسرة المدمن المتعافي "و " توضيح الخدمات الطبية للمدمن المتعافي " بمتوسط مرجح (٢.٧) وبوزن مرجح (٠.٩).

أما الترتيب الرابع فكان للعبارة " المساهمة في عمل التحاليل والاشعات " بمتوسط مرجح (٢.٥) وبوزن مرجح (٠.٨٣٣).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة حسن ٢٠١٤ ودراسة الفالح ٢٠١٧ ودراسة براك ٢٠١٤ ودراسة الدخيل ٢٠١٢ ودراسة hand 2019 حيث أن للإدمان تأثير على صحة المدمن وبالتالي فإن المدمن المتعافي يحتاج إلى الخدمات الصحية حيث يترتب على الإدمان العديد من الأمراض. ويحتاج مدمني المخدرات إلى رعاية متخصصة لتخليصهم من العادات الإدمانية التي تكونت لديهم بفعل الإعتماد النفسي والإعتماد الجسدي ومايرافق هذا من عادات إنسحابية لابد لها من متابعة ورعاية من نوع خاص، وهذ النوع من الرعاية يحتاج إلى المتابعة المستمرة والدقيقة حتى بعد انتهاء المعالجة الفيزيائية وتخلص المدمن من أعراض الإدمان

جدول (٥)يوضح الخدمات الإجتماعية من وجهة نظر فرق العمل

(ن=١٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	مساعدة المدمن المتعافي على تحسين العلاقات الأسرية	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٣
٢	التوعية بخطورة العودة للادمان وعدم الانتظام في برامج الرعاية اللاحقة	١٠	٠	٠	٣٠	٣	١	١
٣	مساعدة المدمن المتعافي على عدم الارتباط بالاصدقاء السابقين	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
٤	مساعدة المدمن المتعافي على حل المشكلات الأسرية	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٣
٥	مساعدة المدمن المتعافي على تكوين علاقات جديدة	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٤
٦	اكساب المدمن المتعافي المعلومات عن الأسباب التي تدفعه للادمان	٧	٢	١	٢٦	٢.٦	٠.٨٦٧	٥
٧	مساعدة المدمن المتعافي على فهم واكتشاف قدراته وكيفية استغلالها	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٤
٨	مساعدة المدمن المتعافي على العودة إلى ادواره الاجتماعية السابقة	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
٩	مساعدة المدمن المتعافي على تغيير الواقع ومواجهة الضغوط المجتمعية	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٣
١٠	تشجيع المدمن المتعافي على المشاركة في المناسبات الاجتماعية	٦	٣	١	٢٥	٢.٥	٠.٨٣٣	٦
١١	العمل على تكوين علاقات طيبة بين المدمن المتعافي والفريق الطبي	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
١٢	مساعدة اسرة المدمن المتعافي على التعاون مع الفريق العلاجي	٦	٣	١	٢٥	٢.٥	٠.٨٣٣	٦
١٣	تزويد المدمن المتعافي بمهارات التكيف والتوافق مع المشكلة	٧	٣	٠	٢٧	٢.٧	٠.٩	٤
١٤	توضيح أهمية الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
	المجموع	١١٢	٢٣	٥	٣٨٧		١٢.٩	
	المتوسط الحسابي	٨	١.٦	٠.٤	٢٧.٦		٠.٩٢	
	النسبة (%)	٨٠	١٦.٤	٣.٦				
	القوة النسبية	% ٩٢						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالخدمات الاجتماعية المقدمة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى مرتفع حيث بلغ المجموع الوزني (٣٨٧) بمتوسط (٢٧.٦) وبوزن مرجح (١٢.٩) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٩٢ %.

وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (١١٢) مفردة يمثلون نسبة (٨٠%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٢٣) مفردة بنسبة (١٦.٤%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٥) مفردة يمثلون نسبة

(٣.٦%)، كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة " التوعية بخطورة العودة للادمان وعدم الانتظام في برامج الرعاية اللاحقة" جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٣) وبوزن مرجح بلغ (١).

وجاء في الترتيب الثاني عبارات " مساعدة المدمن المتعافي على عدم الارتباط بالاصدقاء السابقين " و " مساعدة المدمن المتعافي على العودة إلى ادواره الاجتماعية السابقة " و " العمل على تكوين علاقات طيبة بين المدمن المتعافي والفريق الطبي " و " توضيح أهمية الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي "بمتوسط مرجح بلغ (٢.٩) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩٦٧)، وفي الترتيب الثالث جاءت عبارة " مساعدة المدمن المتعافي على تحسين العلاقات الأسرية " و " مساعدة المدمن المتعافي على حل المشكلات الأسرية " و " مساعدة المدمن المتعافي على تغيير الواقع ومواجهة الضغوط المجتمعية " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٨) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩٣٣)، وجاء في الترتيب الرابع عبارة " مساعدة المدمن المتعافي على تكوين علاقات جديدة " و " مساعدة المدمن المتعافي على فهم واكتشاف قدراته وكيفية استغلالها " و " تزويد المدمن المتعافي بمهارات التكيف والتوافق مع المشكلة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩)، وفي الترتيب الخامس جاءت عبارة " اكساب المدمن المتعافي المعلومات عن الأسباب التي تدفعه للادمان " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٦) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٦٧)، بينما جاء في الترتيب السادس عبارة " تشجيع المدمن المتعافي على المشاركة في المناسبات الاجتماعية "و " مساعدة اسرة المدمن المتعافي على التعاون مع الفريق العلاجي "بمتوسط مرجح بلغ (٢.٥) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٣٣).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة عبدالعظيم ٢٠٠٠ ودراسة الدباغ ٢٠٠٤ ودراسة ابن حسين ٢٠٠٢ ودراسة عبدالغني ٢٠١٠ ودراسة المميان ٢٠٠٨ ودراسة آل سعود ٢٠٠٩ من حيث ان الرعاية اللاحقة تهدف بصفة أساسية إلى إحداث تغييرات مرغوب فيها للأشخاص المدمنين بهدف متابعتهم وإعادة تكييفهم في بيئاتهم الإجتماعية وحل مشكلاتهم والوقاية منها بقصد إدماجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه والمتمثل في الأسرة والمجتمع.

جدول (٦)يوضح الخدمات النفسية من وجهة نظر فرق العمل (ن=١٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	مساعدة المدمن المتعافي على التخلص من المشاعر السلبية	١٠	٠	٠	٣٠	٣	١	١
٢	تحسين الشعور بالامان للمدمن المتعافي	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
٣	تشجيع المدمن المتعافي على الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة	١٠	٠	٠	٣٠	٣	١	١
٤	مساعدة المدمن المتعافي على الشعور بالامان	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٣
٥	مساعدة المدمن المتعافي على تدعيم المشاعر الايجابية في الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٤
٦	مساعدة المدمن المتعافي على اكتساب السلوك المرغوب	٨	٢	٠	٢٨	٢.٨	٠.٩٣٣	٣
٧	تحفيز المدمن المتعافي بعرض نماذج طيبة من المتعافين	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
٨	تشجيع المدمن المتعافي على التخلص من السلوك غير المرغوب	٩	١	٠	٢٩	٢.٩	٠.٩٦٧	٢
٩	التركيز على جوانب القوة والعمل على تحفيزها	٨	١	١	٢٧	٢.٧	٠.٩	٤
	المجموع	**٧٩**	**٩**	**٢**	**٢٥٧**		**٨.٥٦٧**	
	المتوسط الحسابي	**٨.٨**	**١**	**٠.٢**	**٢٨.٥**		**٠.٩٥**	
	النسبة (%)	**٨٧.٨**	**١٠**	**٢.٢**				
	القوة النسبية	**% ٩٥**						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالخدمات النفسية المقدمة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى مرتفع حيث بلغ المجموع الوزني (٢٥٧) بمتوسط (٢٨.٥) وبوزن مرجح (٨.٥٦٧) وبقوة نسبية بلغت ٩٥ % .

وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٧٩) مفردة يمثلون نسبة (٨٧.٨%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٩) مفردة بنسبة (١٠%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٢) مفردة يمثلون نسبة (٢.٢%)

وأظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة "مساعدة المدمن المتعافي على التخلص من المشاعر السلبية " و " تشجيع المدمن المتعافي على الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة " احتلت الترتيب الأول بمتوسط مرجح (٣) وبوزن مرجح (١)، وجاء في الترتيب الثاني عبارة تحسين الشعور بالامان للمدمن المتعافي " و " تحفيز المدمن المتعافي بعرض نماذج طيبة من المتعافين " و " تشجيع المدمن المتعافي على التخلص من السلوك غير المرغوب " بمتوسط مرجح (٢.٩) وبوزن مرجح (٠.٩٦٧)،. أما في الترتيب الثالث جاءت عبارة " مساعدة المدمن المتعافي على الشعور بالامان " و "مساعدة المدمن المتعافي على اكتساب السلوك المرغوب " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٨) وبوزن مرجح (٠.٩٣٣)، وجاء في الترتيب الرابع عبارة " مساعدة المدمن المتعافي على تدعيم المشاعر الايجابية في الاستمرار في برامج

الرعاية اللاحقة" و " التركيز على جوانب القوة والعمل على تحفيزها " بمتوسط مرجح (٢.٧) وبوزن مرجح (٠.٩).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة ابن حسين ٢٠٠٢ ودراسة براك ٢٠١٤ ودراسة stuart 2007 ودراسة ciesla2010 من حيث أن مجتمع المتعاطين يعتقد أن للإدمان تأثير نفسي لتخفيض التوتر والقلق يفوق أضرارها وتتطلب الرعاية اللاحقة توفير تلك الخدمات للتغلب على جوانب الضعف لدى المتعافي والتخلص من المشاعر السلبية لتعديل السلوك الغير مرغوب للاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة.

جدول (٧) يوضح الخدمات الصحية من وجهة نظر المدمنين المتعافين (ن = ٦٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	يساعدني الاخصائي في توفير العلاج	٣٠	١٦	١٤	١٣٦	٢.٢٦٧	٠.٧٥٥	٤
٢	يساعدني في حضور ندوات صحية لعدم العودة إلى الادمان	٣٢	٢٠	٨	١٤٤	٢.٤	٠.٨٣٣	١
٣	يوفر لي علاج الامراض الاخرى الناتجة عن الادمان	٢٨	١٨	١٤	١٣٤	٢.٢٣٣	٠.٧٤٤	٥
٤	يساعدني الاخصائي في عمل الكشف الدوري	٢٥	١٥	٢٠	١٢٥	٢.٠٨٣	٠.٦٩٤	٧
٥	المساهمة في عمل التحاليل والاشعات	٣١	١٩	١٠	١٤١	٢.٣٥	٠.٧٨٣	٢
٦	يقوم الاخصائي بتوضيح الخدمات الطبية لي	٢٦	١٨	١٦	١٣٠	٢.١٦٧	٠.٧٢٢	٦
٧	يقوم الاخصائي بمساعدة الفريق العلاجي	٣٠	٢٠	١٠	١٤٠	٢.٣٣٣	٠.٧٧٧	٣
٨	يقوم بتشجيعي على حضور جلسات العلاج	٣٠	١٦	١٤	١٣٦	٢.٢٦٧	٠.٧٥٥	٤
٩	يقوم بتوضيح اجراءات الحصول على الخدمات لي	٢٥	١٥	٢٠	١٢٥	٢.٠٨٣	٠.٦٩٤	٧
١٠	يساعدني في الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة	٣٢	٢٠	٨	١٤٤	٢.٤	٠.٨٣٣	١
١١	يساعد الفريق الطبي على الاتصال بأسرتي	٢٨	١٤	١٨	١٣٠	٢.١٦٧	٠.٧٢٢	٦
	المجموع	**٣١٧**	**١٩١**	**١٥٢**	**١٤٨٥**		**٨.٣١٢**	
	المتوسط الحسابي	**٢٨.٨**	**١٧.٤**	**١٣.٨**	**١٣٥**		**٠.٧٦**	
	النسبة (%)	**٤٨**	**٢٩**	**٢٣**				
	القوة النسبية	**% ٧٦**						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالخدمات الصحية المقدمة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط حيث بلغ المجموع الوزني (١٤٨٥) بمتوسط بلغ (١٣٥) وبوزن مرجح (٨.٣١٢) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٧٦ % .

وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٣١٧) مفردة يمثلون نسبة (٤٨%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٩١) مفردة بنسبة (٢٩%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (١٥٢) مفردة يمثلون نسبة (٢٣%).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة " يساعدني في حضور ندوات صحية لعدم العودة إلى الادمان " و " يساعدني في الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٢.٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٣٣)، وجاء في الترتيب الثاني عبارة " المساهمة في عمل التحاليل والاشعات " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٣٥) وبوزن مرجح (٠.٧٨٣).

أما الترتيب الثالث فكان للعبارة " يقوم الاخصائي بمساعدة الفريق العلاجي " بمتوسط مرجح (٢.٣٣) وبوزن مرجح (٠.٧٧٧)، وجاء في الترتيب الرابع عبارة " يساعدني الاخصائي في توفير العلاج " و " يقوم بتشجيعي على حضور جلسات العلاج " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢٦٧) وبوزن مرجح (٠.٧٥٥)، وبعد ذلك يأتي في الترتيب الخامس عبارة " يوفر لي علاج الامراض الاخرى الناتجة عن الادمان " بمتوسط مرجح (٢.٢٣٣) وبوزن نسبي (٠.٧٤٤)، وجاء في الترتيب السادس عبارة " يقوم الاخصائي بتوضيح الخدمات الطبية لي " و " يساعد الفريق الطبي على الاتصال بأسرتي " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٦٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٢)، أما الترتيب السابع فقد جاءت عبارة " يقوم بتوضيح اجراءات الحصول على الخدمات لي " بمتوسط مرجح (٢.٠٨٣) وبوزن مرجح (٠.٦٩٤).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة حسن ٢٠١٤ ودراسة الفالح ٢٠١٧ ودراسة براك ٢٠١٤ ودراسة الدخيل ٢٠١٢ ودراسة hand 2019 حيث أن للإدمان تأثير على صحة المدمن وبالتالي فإن المدمن المتعافي يحتاج إلى الخدمات الصحية حيث يترتب على الإدمان العديد من الأمراض. ويحتاج مدمني المخدرات إلى رعاية متخصصة لتخليصهم من العادات الإدمانية التي تكونت لديهم بفعل الإعتماد النفسي والإعتماد الجسدي وما يرافق هذا من عادات إنسحابية لابد لها من متابعة ورعاية من نوع خاص، وهذ النوع من الرعاية يحتاج إلى المتابعة المستمرة والدقيقة حتى بعد انتهاء المعالجة الفيزيائية وتخلص المدمن من أعراض الإدمان ويلاحظ ان القوة النسبية من وجهة نظر الأخصائيين بلغت٩٢% بينما القوة النسبية من وجهة نظر المتعافين بلغت ٧٤ %.

جدول (٨)يوضح الخدمات الاجتماعية من وجهة نظر المدمنين المتعافين

(ن = ٦٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	يساعدني الاخصائي على تحسين العلاقات الأسرية	٢٩	١٨	١٣	١٣٦	٢.٢٦٧	٠.٧٥٥	٤
٢	يقوم الاخصائي بتوعيتي بخطورة العودة للادمان وعدم الانتظام في برامج الرعاية اللاحقة	٢٨	١٤	١٨	١٣٠	٢.١٦٧	٠.٧٢٢	٨
٣	ينبهني الاخصائي بعدم الارتباط بالاصدقاء السابقين	٣٠	١٥	١٥	١٣٥	٢.٢٥	٠.٧٥	٥
٤	يساعدني على حل المشكلات الأسرية	٢٧	١٨	١٥	١٣٢	٢.٢	٠.٧٣٣	٧
٥	يساعدني على تكوين علاقات جديدة	٣٤	١٤	١٢	١٤٢	٢.٣٦٧	٠.٧٨٩	٢
٦	يساعدني على العودة إلى ادواري الاجتماعية السابقة	٢٩	٢٠	١١	١٣٨	٢.٣	٠.٧٦٧	٣
٧	يقوم بتشجيعي على المشاركة في المناسبات الاجتماعية	٣٢	٢٠	٨	١٤٤	٢.٤	٠.٨٣٣	١
٨	يعمل الاخصائي على تكوين علاقات طيبة بيني وبين الفريق الطبي	٢٨	١٨	١٤	١٣٤	٢.٢٣٣	٠.٧٤٤	٦
٩	يوضح لي أهمية الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة	٢٥	١٥	٢٠	١٢٥	٢.٠٨٣	٠.٦٩٤	٩
	المجموع	**٢٦٢**	**١٥٢**	**١٢٦**	**١٢١٦**		**٦.٧٨٧**	
	المتوسط الحسابي	**٢٩.١**	**١٦.٩**	**١٤**	**١٣٥.١**		**٠.٧٥**	
	النسبة (%)	**٤٨.٥**	**٢٨.١**	**٢٣.٤**				
	القوة النسبية	**% ٧٥**						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالخدمات الاجتماعية المقدمة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط حيث بلغ المجموع الوزني (١٢١٦) بمتوسط (١٣٥.١) وبوزن مرجح (٦.٧٨٧) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٧٥ %، وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٢٦٢) مفردة يمثلون نسبة (٤٨.٥%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٥٢) مفردة بنسبة (٢٨.١%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (١٢٦) مفردة يمثلون نسبة (٢٣.٤%)، كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة " يقوم بتشجيعي على المشاركة في المناسبات الاجتماعية " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٢.٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٣٣)، وجاء في الترتيب الثاني عبارة " يساعدني على تكوين علاقات جديدة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٣٦٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٨٩)، وفي الترتيب الثالث جاءت عبارة " يساعدني على العودة إلى ادواري الاجتماعية السابقة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٦٧)، وجاء في الترتيب الرابع عبارة " يساعدني الاخصائي على تحسين العلاقات الأسرية " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢٦٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٥٥)، كما جاءت عبارة " ينبهني الاخصائي بعدم الارتباط بالاصدقاء السابقين " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢٥) وبوزن مرجح بلغ

(٠.٧٥)، بينما جاء في الترتيب السادس عبارة " يعمل الاخصائي على تكوين علاقات طيبة بيني وبين الفريق الطبي " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢٣٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٤٤)، وجاء في الترتيب السابع عبارة " يساعدني على حل المشكلات الأسرية " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٣٣)، وجاء في الترتيب الثامن عبارة " يقوم الاخصائي بتوعيتي بخطورة العودة للادمان وعدم الانتظام في برامج الرعاية اللاحقة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٦٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٢)، وجاء في الترتيب التاسع عبارة " يوضح لي أهمية الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٠٨٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٩٤).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة عبدالعظيم ٢٠٠٠ ودراسة الدباغ ٢٠٠٤ ودراسة ابن حسين ٢٠٠٢ ودراسة عبدالغني ٢٠١٠ ودراسة المميان ٢٠٠٨ ودراسة آل سعود ٢٠٠٩ من حيث ان الرعاية اللاحقة تهدف بصفة أساسية إلى إحداث تغييرات مرغوب فيها للأشخاص المدمنين لهدف متابعتهم وإعادة تكييفهم في بيئاتهم الإجتماعية وحل مشكلاتهم والوقاية منها بقصد إدماجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه والمتمثل في الأسرة والمجتمع

*ويلاحظ ان القوة النسبية من وجهة نظر الأخصائيين بلغت ٩٢% بينما القوة النسبية من وجهة نظر المتعافين بلغت ٧٥ %.

جدول (٩)يوضح الخدمات النفسية من وجهة نظر المدمنين المتعافين (ن = ٦٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	يساعدني الاخصائي على التخلص من المشاعر السلبية	٣٢	٢٠	٨	١٤٤	٢.٤	٠.٨٣٣	١
٢	يقوم بتشجيعي على الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة	٢٨	١٨	١٤	١٣٤	٢.٢٣٣	٠.٧٤٤	٣
٣	يشعرني الاخصائي بالامان	٢٥	١٥	٢٠	١٢٥	٢.٠٨٣	٠.٦٩٤	٦
٤	يقوم بتشجيعي على اكتساب السلوك المرغوب	٢٨	١٤	١٨	١٣٠	٢.١٦٧	٠.٧٢٢	٥
٥	يحفزني الاخصائي بعرض نماذج طيبة من المتعافين	٣٠	١٥	١٥	١٣٥	٢.٢٥	٠.٧٥	٢
٦	يشجعني على التخلص من السلوك غير المرغوب	٢٧	١٨	١٥	١٣٢	٢.٢	٠.٧٣٣	٤
	المجموع	١٧٠	١٠٠	٩٠	٨٠٠		٤.٤٧٦	
	المتوسط الحسابي	٢٨.٣	١٦.٧	١٥	١٣٣.٣		٠.٧٤	
	النسبة (%)	٤٧.٢	٢٧.٨	٢٥				
	القوة النسبية	٧٤ %						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالخدمات النفسية المقدمة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط حيث بلغ المجموع الوزني (٨٠٠) بمتوسط (١٣٣.٣) وبوزن مرجح (٤.٤٧٦) وبقوة نسبية بلغت ٧٤ %، وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (١٧٠) مفردة

يمثلون نسبة (٤٧.٢%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٠٠) مفردة بنسبة (٢٧.٨%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٩٠) مفردة يمثلون نسبة (٢٥%).

وأظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة "يساعدني الاخصائي على التخلص من المشاعر السلبية " احتلت الترتيب الأول بمتوسط مرجح (٢.٤) وبوزن مرجح (٠.٨٣٣)، وجاء في الترتيب الثاني عبارة " يحفزني الاخصائي بعرض نماذج طيبة من المتعافين " بمتوسط مرجح (٢.٢٥) وبوزن مرجح (٠.٧٥)، أما في الترتيب الثالث جاءت عبارة " يقوم بتشجيعي على الاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢٣٣) وبوزن مرجح (٠.٧٤٤)، أما في الترتيب الرابع جاءت عبارة " يشجعني على التخلص من السلوك غير المرغوب " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢) وبوزن مرجح (٠.٧٣٣)، أما في الترتيب الخامس جاءت عبارة " يقوم بتشجيعي على اكتساب السلوك المرغوب " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٦٧) وبوزن مرجح (٠.٧٢٢)، أما في الترتيب السادس جاءت عبارة " يشعرني الاخصائي بالامان " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٠٨٣) وبوزن مرجح (٠.٦٩٤).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة ابن حسين ٢٠٠٢ ودراسة براك ٢٠١٤ ودراسة stuart 2007 ودراسة ciesla,2010 من حيث أن مجتمع المتعاطين يعتقد أن للإدمان تأثير نفسي لتخفيض التوتر والقلق يفوق أضرارها وتتطلب الرعاية اللاحقة توفير تلك الخدمات للتغلب على جوانب الضعف لدى المتعافي والتخلص من المشاعر السلبية لتعديل السلوك الغير مرغوب للاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة، ويلاحظ أن الخدمات النفسية قوتها النسبية بلغت ٩٥% بالنسبة للأخصائيين بينما بلغت ٧٤ % بالنسبة للمدمنين المتعافيين.

النتائج الخاصة بالإجابة على التساؤل الفرعي الثاني ومؤداه: ما المعوقات التي تواجه تقديم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي ؟

جدول (١٠) يوضح المعوقات التي تواجه تقديم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافيمن وجهة نظر الأخصائين(ن=١٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	عدم انتظام المدمن المتعافى فى خطة العلاج	٧	٢	١	١٤	١.٤	٠.٤٦٧	٢
٢	زيادة وقت الفراغ لدى المدمن المتعافى	٨	٢	٠	١٢	١.٢	٠.٤	٤
٣	عدم الالتزام ببرنامج الرعاية اللاحقة	٦	٢	٢	١٦	١.٦	٠.٥٣٣	١
٤	عدم استجابة المدمن المتعافى للعلاج الطبى	٧	٢	١	١٤	١.٤	٠.٤٦٧	٢
٥	عدم توفير مناخ اسرى سليم لاستقبال المدمن	٨	١	١	١٣	١.٣	٠.٤٣٣	٣
٦	عدم قيام افراد الاسرة بأدوارهم	٦	٢	٢	١٦	١.٦	٠.٥٣٣	١
٧	عدم وجود سياسة لتطوير الخدمات المقدمة للمدمن المتعافى	٦	٢	٢	١٦	١.٦	٠.٥٣٣	١
٨	عدم فاعلية المؤسسات العلاجية فى التعامل مع المدمن المتعافى	٨	١	١	١٣	١.٣	٠.٤٣٣	٣
٩	عدم قدرة الاخصائى على تخليص المدمن المتعافى فى المشاعر السلبية	٧	٢	١	١٤	١.٤	٠.٤٦٧	٢
١٠	عدم القدرة على اقناع المدمن المتعافى فى الاستمرار فى برامج الرعاية اللاحقة	٦	٢	٢	١٦	١.٦	٠.٥٣٣	١
	المجموع	٦٩	١٨	١٣	١٤٤		٤.٨	
	المتوسط الحسابي	٦.٩	١.٨	١.٣	١٤.٤		٠.٤٨	
	النسبة (%)	٦٩	١٨	١٣				
	القوة النسبية	% ٤٨						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالمعوقات التي تواجه تقديم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى منخفض حيث بلغ المجموع الوزني (١٤٤) بمتوسط بلغ (١٤.٤) وبوزن مرجح (٤.٨) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٤٨ % .

وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٦٩) مفردة يمثلون نسبة (٦٩%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٨) مفردة بنسبة (١٨%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (١٣) مفردة يمثلون نسبة (١٣%).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارات " عدم الالتزام ببرنامج الرعاية اللاحقة " و " عدم قيام افراد الاسرة بأدوارهم " و " عدم وجود سياسة لتطوير الخدمات المقدمة للمدمن المتعافى " و " عدم القدرة على اقناع المدمن المتعافى فى الاستمرار فى برامج الرعاية اللاحقة "جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (١.٦) وبوزن مرجح بلغ (٠.٥٣٣)، وجاء في الترتيب الثاني عبارات " عدم انتظام المدمن المتعافى فى خطة العلاج " و " عدم استجابة المدمن المتعافى للعلاج الطبى " و "عدم قدرة الاخصائى على تخليص المدمن المتعافى فى المشاعر السلبية " بمتوسط مرجح بلغ (١.٤) وبوزن مرجح (٠.٤٦٧)، أما الترتيب الثالث فكان للعبارة " عدم توفير مناخ اسرى سليم لاستقبال المدمن " و " عدم فاعلية المؤسسات العلاجية فى التعامل مع المدمن المتعافى " بمتوسط مرجح (١.٣) وبوزن مرجح (٠.٤٣٣).

وجاء في الترتيب الرابع عبارة " زيادة وقت الفراغ لدى المدمن المتعافى " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (١.٢) وبوزن مرجح (٠.٤).

واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة عبدالعظيم ٢٠٠٠ ودراسة ابن حسين ٢٠٠٢ ودراسة عبدالغني ٢٠١٠ ودراسة آل سعود ٢٠٠٩ ودراسة الدخيل ٢٠١٢ من حيث أن التعافي والاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة تتطلب مواجهة التوتر الذي يصيب المدمن المتعافي وأيضاً عملية العزلة الاجتماعية.

جدول (١١)المعوقات التي تواجه تقديم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي من وجهة نظر المدمنين المتعافين(ن=٦٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	عدم انتظام المدمن المتعافى فى خطة العلاج	٤٢	١٠	٨	٨٦	١.٤٣٣	٠.٤٧٨	٤
٢	زيادة وقت الفراغ لدى المدمن المتعافى	٣٨	٢٠	٢	٨٤	١.٤	٠.٤٦٧	٥
٣	عدم الالتزام ببرنامج الرعاية اللاحقة	٤٠	١٢	٨	٨٨	١.٤٦٧	٠.٤٨٩	٣
٤	عدم استجابة المدمن المتعافى للعلاج الطبى	٣٣	٢٢	٥	٩٢	١.٥٣٣	٠.٥١١	١
٥	عدم توفير مناخ اسرى سليم لاستقبال المدمن	٣٥	٢٠	٥	٩٠	١.٥	٠.٥	٢
٦	عدم قيام افراد الاسرة بأدوارهم	٤٠	١٢	٨	٨٨	١.٤٦٧	٠.٤٨٩	٣
٧	عدم وجود سياسة لتطوير الخدمات المقدمة للمدمن المتعافى	٣٣	٢٢	٥	٩٢	١.٥٣٣	٠.٥١١	١
٨	عدم فاعلية المؤسسات العلاجية فى التعامل مع المدمن المتعافى	٣٥	٢٠	٥	٩٠	١.٥	٠.٥	٢
٩	عدم قدرة الاخصائى على تخليص المدمن المتعافى فى المشاعر السلبية	٤٢	١٠	٨	٨٦	١.٤٣٣	٠.٤٧٨	٤
١٠	عدم القدرة على اقناع المدمن المتعافى فى الاستمرار فى برامج الرعاية اللاحقة.	٣٨	٢٠	٢	٨٤	١.٤	٠.٤٦٧	٥
	المجموع	**٣٧٦**	**١٦٨**	**٥٦**	**٨٨٠**		**٤.٨٩**	
	المتوسط الحسابي	**٣٧.٦**	**١٦.٨**	**٥.٦**	**٨٨**		**٤٨.٩**	
	النسبة (%)	**٦٢.٧**	**٢٨**	**٩.٣**				
	القوة النسبية	**% ٤٩**						

يتضح من الجدول السابق والخاص بالمعوقات التي تواجه تقديم خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى منخفض حيث بلغ المجموع الوزني (٨٨٠) بمتوسط بلغ (٨٨) وبوزن مرجح (٤.٨٩) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٤٩ % .

وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٣٧٦) مفردة يمثلون نسبة (٦٢.٧%) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٦٨) مفردة بنسبة (٢٨%) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٥٦) مفردة يمثلون نسبة (٩.٣%).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة " عدم استجابة المدمن المتعافى للعلاج الطبى " و" عدم وجود سياسة لتطوير الخدمات المقدمة للمدمن المتعافى " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ

(١.٥٣٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٥١١)، وجاء في الترتيب الثاني عبارة " عدم توفير مناخ اسرى سليم لاستقبال المدمن " و " عدم فاعلية المؤسسات العلاجية فى التعامل مع المدمن المتعافى " بمتوسط مرجح بلغ (١.٥) وبوزن مرجح (٠.٥)، أما الترتيب الثالث فكان للعبارات " عدم الالتزام ببرنامج الرعاية اللاحقة " و " عدم قيام افراد الاسرة بأدوارهم " بمتوسط مرجح (١.٤٦٧) وبوزن مرجح (٠.٤٨٩)، وجاء في الترتيب الرابع عبارة " عدم انتظام المدمن المتعافى فى خطة العلاج " و " عدم قدرة الاخصائى على تخليص المدمن المتعافى فى المشاعر السلبية " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (١.٤٣٣) وبوزن مرجح (٠.٤٧٨)، وبعد ذلك يأتي في الترتيب الخامس عبارة " زيادة وقت الفراغ لدى المدمن المتعافى " و " عدم القدرة على اقناع المدمن المتعافى فى الاستمرار فى برامج الرعاية اللاحقة " بمتوسط مرجح (١.٤) وبوزن نسبي (٠.٤٦٧)

واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة عبدالعظيم ٢٠٠٠ ودراسة ابن حسين ٢٠٠٢ ودراسة عبدالغني ٢٠١٠ ودراسة آل سعود ٢٠٠٩ ودراسة الدخيل ٢٠١٢ من حيث أن التعافي والاستمرار في برامج الرعاية اللاحقة تتطلب مواجهة التوتر الذي يصيب المدمن المتعافي وأيضاً عملية العزلة الاجتماعية.

يلاحظ أن القوة النسبية من وجهة نظر الأخصائيين ٤٨% بينما للمدمنين المتعافين بلغت ٤٩%.

مقترحات لتفعيل خدمات الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي:

١- النظر لمدمن المخدرات على أنه مريض يجب علاجه ولو تكرر منه الفعل عدة مرات.

٢- أن يتم الفصل بين المدمنين وفقا لنوع المادة المتعاطاة لأن مدة العلاج تختلف بين المتعاطي لمخدر والمتعاطي لمخدر آخر والبعض يحتاج لجهود أكبر وأطول زمناَ.

٣- التركيز على برنامج الرعاية اللاحقة لمنع حدوث الانتكاسة وضرورة تعاون الأسرة مع المؤسسة العلاجية.

٤- أن تحاول المؤسسة العلاجية إقحام حالات الإدمان المتعافاة والتي سبق علاجها في البرنامج العلاجي خاصة في جلسات العلاج النفسي والإجتماعي وذلك لنقل خبرتهم في التخلص من المخدرات للمدمنين الجدد.

٥- الوصول إلى المصادر المطلوبة المالية والبشرية والمادية والطبية والتأكد من إمكانية الإستفادة منها.

٦- توقع وجود أنشطة وبرامج مضادة للبرامج التي يخطط لها من قبل الجهات والفئات التي تتعارض مع خطط الرعاية اللاحقة.

٧- السماح لبرامج الرعاية اللاحقة بالوقت الكافي وعدم الإستعجال في الحصول على نتائج فورية وسريعة.

٨- الأخذ في الإعتبار التغيرات الديموجرافية كالعمر والجنس والتعليم والحالة الإجتماعية والإقتصادية في تصميم هذه البرامج.

٩- توفير الكوادر المهنية المؤهلة التي تستطيع أن تصمم برامج الرعاية اللاحقة وتنفذها بطريقة مهنية صحيحة.

١٠-وضوح مهام ومسؤليات جميع الأطراف المشاركة واستعداد جميع الأطراف لبذل الجهد وتحمل المسؤلية والمشاركة الفعالة في جميع التركيز على برنامج الرعاية اللاحقة لمنع حدوث الانتكاسة وضرورة تعاون الأسرة مع المؤسسة العلاجية.

١١-أن تحاول المؤسسة العلاجية إقحام حالات الإدمان المتعافاة والتي سبق علاجها في البرنامج العلاجي خاصة في جلسات العلاج النفسي والإجتماعي وذلك لنقل خبرتهم في التخلص من المخدرات للمدمنين الجدد.

١٢-الوصول إلى المصادر المطلوبة المالية والبشرية والمادية والطبية والتأكد من إمكانية الإستفادة منها.

١٣-توقع وجود أنشطة وبرامج مضادة للبرامج التي يخطط لها من قبل الجهات والفئات التي تتعارض مع خطط الرعاية اللاحقة.

١٤-السماح لبرامج الرعاية اللاحقة بالوقت الكافي وعدم الإستعجال في الحصول على نتائج فورية وسريعة.

١٥-الأخذ في الإعتبار التغيرات الديموجرافية كالعمر والجنس والتعليم والحالة الإجتماعية والإقتصادية في تصميم هذه البرامج.

١٦-توفير الكوادر المهنية المؤهلة التي تستطيع أن تصمم برامج الرعاية اللاحقة وتنفذها بطريقة مهنية صحيحة.

١٧-وضوح مهام ومسؤليات جميع الأطراف المشاركة واستعداد جميع الأطراف لبذل الجهد وتحمل المسؤلية والمشاركة الفعالة في جميع خطوات البرنامج.

١٨-المتابعة الدقيقة من جانب المشرفين على تنفيذ خطط الرعاية اللاحقة لضمان تنفيذه بالشكل الذي وضع من أجله .

المراجع:

أ. المراجع العربية:

(١) ابن حسين، احمد (٢٠٠٢): العوامل المجتمعية المعوقة لإعادة التكيف النفسي والاجتماعي لدى المتعافي من إدمان المخدرات، مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية، مركز البحوث والدراسات، مجلد ١١، العدد ١٨٥.

(٢) ادريسي، الجوهرة (٢٠١٣) دور الخدمة الاجتماعية في تحسين نوعية الحياة للمرأة المعيلة في المجتمع السعودي ، دراسة ميدانية علي المستفيدات من مكتب الضمان الاجتماعي بالرياض.

(٣) ابو النصر، مدحت محمد (٢٠٠٨): الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية، القاهرة، مجموعة النيل العربية.

(٤) ابوالنصر مدحت محمد (٢٠١٧) الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسى ،القاهرة ،المجموعة العربية للتدريس والنشر.

(٥) البكر، محمد عبدالله (٢٠٠٨): البطالة والآثار النفسية، المجلة العربية للدراسات المنية والتدريب، مج ٢٦، ع ٥١.

(٦) الجوهي، عبدالله عمر (٢٠١٠): دور الرعاية اللاحقة للمتعافي للحد من العود، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

(٧) الدباغ، منى محمد (٢٠٠٤): الابعاد الاجتماعية والثقافية لمشكلة ادمان المرأة.. دراسة أنثروبولوجيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس – كلية البنات، القاهرة.

(٨) 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.

(٩) العتيبي، هند بنت خالد (٢٠١٩): دور الرعاية اللاحقة في منع الانتكاسة بعد التعافي من الادمان، برنامج منتصف الطريق، مجلة كلية الآداب، جامعة الملك سعود، ٣١ (٣).

(١٠)المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان (٢٠١٧): ثقافة المخدرات لدى الشباب المصري، القاهرة.

(١١)المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان (٢٠٠٠): المسح الشامل لظاهرة تعاطي وادمان المخدرات، المرحلة الثالثة، "دراسة عن المدمنين من نزلاء اقسام علاج الادمان"، (القاهرة – صندوق مكافحة وعلاج الادمان، ط ١).

(١٢)المسح القومي الشامل (٢٠١٧): ظاهرة تعاطي وادمان المواد المؤثرة في الحالة النفسية في مصر، القاهرة.

(١٣) 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.

(١٤) المميان، مميان بن ابراهيم (٢٠٠٨): العوامل الذاتية والاجتماعية المرتبطة بفعالية برامج الرعاية اللاحقة، الرياض، مؤسسة اليمامة الصحفية.

(١٥) الفالح، سليمان بن قاسم (٢٠١٧): التعافي من ادمان المخدرات، دراسة وصفية على المتعافين المستفيدين من خدمات الجمعية الخيرية للتوعية بأضرار التدخين والمخدرات في جدة والجمعية العمومية للمتعافين من المخدرات والمؤثرات العقلية في الدمام، مجلة العلوم الاجتماعية، الجمعية السعودية لعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، ع ١٣.

(١٦)القحطاني، علي بن عايض (٢٠٠٩): الرعاية المستمرة اللاحقة لمدمني المخدرات وأسرهم، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، دورة تدريبية خاصة بخفض الطلب على المخدرات لمنسوبي الحرس الملكي، الرياض، خلال الفترة من ٢١/٣-١/٤/٢٠٠٩م.

(١٧) الهاجري، أحمد عبد الرازق (٢٠١٨): واقع خدمات الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في إمارة الشارقة، الشارقة، القيادة العامة لشرطة الشارقة – مركز بحوث الشرطة، مج٢٧، ع١٠٥

(١٨) براك، يوسف (٢٠١٤): مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم اجتماعياً، دراسة ميدانية على مستشفى الصحة النفسية في منطقة حائل، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، عمان.

(١٩) براك، يوسف محمد (٢٠١٠): أثر الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من مدمني المخدرات في الحد من العود إلى المخدرات، الأردن، جامعة مؤتة، عمادة الدراسات العليا، رسالة ماجستير.

(٢٠)جهامي، عبد العزيز (٢٠١٨): الرعاية الإجتماعية للأحداث الجانحين في التنظيمات المتخصصة، بيروت، دار البيروني.

(٢١)حبيب، جمال شحاتة والعربي، أميرة عبد العزيز (٢٠١١): الشرطة المجتمعية والدفاع الإجتماعي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

(٢٢)حسين، غنى ناصر؛ شكري، سمية (٢٠١٣): انشطة الخدمة الاجتماعية في الدفاع الاجتماعي، الطبعة الاولى، عمان، دار الرضوان.

(٢٣) رمضان، السيد (٢٠٠٠): الجريمة والانحراف ورعاية الاحداث والمجرمين، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

(٢٤)صالح، عبد المحي محمود حسن (٢٠٠٠): الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية.

(٢٥)عبد العظيم، دعاء عبد الفتاح (٢٠٠٠): نوعية الحياة بين متعاطي المخدرات " دراسة لبعض الملامح الاجتماعية والاقتصادية، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات والبحوث البيئية.

(٢٦)عبد الغني، هناء عبد السلام (٢٠١٠): تقويم خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمدمن المنتكس، القاهرة، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

(٢٧) علي، ماهر أبو المعاطى (٢٠٠٥): الخدمة الاجتماعية فى مجال الدفاع الاجتماعى سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية – الطبعة الخامسة، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان.

(٢٨) علي، ماهر أبو المعاطي (٢٠٠٤): الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول الخليجية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

(٢٩) علي، ماهر ابو المعاطي (٢٠٠٠): الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، جامعة حلوان.

(٣٠) غانم، محمد حسن (٢٠٠٤): الإدمان بين الشباب العربي، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

(٣١) 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).

(٣٢) محمود، ايمن اسماعيل (٢٠١٢): برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين في مواجهة الانتكاسة، أعمال الندوة العلمية عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات، المغرب، جامعة القاضي عياض.

(٣٣)فهمي، محمد سيد (٢٠١٣): الممارسة العامة للخدمة الإجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

(٣٤) نيازي، عبدالمجيد طاش (٢٠٠٨): برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الادمان، الندوة العلمية: الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم في قضايا المخدرات بين النظرية والتطبيق مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض.

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

(٣٦)يعقوب، أيمن إسماعيل محمود (٢٠١٢): برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين في مواجهة الانتكاسة، ندوة علمية "عوامل الانتكاسة لدي مدمني المخدرات"، المملكة الغربية، مراكش، جامعة القاضي عياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

ب. المراجع الاجنبية:

(37)Alex Gitterman and Carel B Germain (1996): Ecological framework in Encyclopedia of social work،NewYork،Oxford University press 20th Edition vol. (2).
(38)Bailey، Willie J. D. Min (2006): Developing a Public Health Model for Treatment of African American Family Members of Substance Abusers، PhD، UNITED THEOLOGICAL SEMINARY، DAYTON، OHIO، USA،
(39)Barker Robert (2003): the social work factionary، Washington N.A.S.W press
(40)Beulah ompton etc (2005): social work procec،Gamda، Thomson Brook Cole.
(41)Cilente، Jerald (2007): Exploring Metacognition، Relapse، and Stress as an Integrated Outcome Measure، PhD، Capella University، Minneapolis، Minnesota، USA
(42)Ciesla، James R، (2010): Evaluating the Risk of relapse for adolescents Treated for Substance abuse، Addictive Disorders & Their Treatment
(43) Cher،M & Lyvers،M (2006): Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities، Journal of substance Use، 11 (6)
(44)Cheung،C & Lee،T (2003): Factors in successful replace prevention among Hong Kong Drug Addicts،Treating substance Abusers in correctional contexts
(45)Eason، Andrea Morgan (2016): The Process of Mothering: Women in Recovery from Drug Addiction، PhD، Adelphi University، College of Nursing and Public Health، New York، USA.
(46)Germail , Carle and Gitterman ,Alex, 1980: The Life Model of Social Work Practice, N.Y., Columbia University Press, p.14.
(47)Hand، Andrew Duane (2019): Perceptions about Alternative Reinforcers in Early and Later Drug Treatment: An Embedded Case Study، PhD، San Diego، California، USA، May
(48)Herie، Marliyn ET.al (2010): Addiction An information guide، Canada، centre for addiction and mental health.
(49)Hood،C (2003): Women In recovery from alcoholism place of leisure،leisure scinces
(50)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?
(51)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
(52)Stuart،B. Lorraine (2007): The Lived Experiences of Relapse Episodes of Chemically Dependent Women: The Impact of Environmental and Gender Factors،PhD،Capella University،Minneapolis،Minnesota،USA،June.
(53)Singh،Raj want (2013): Drug Abuse: Its Social Dimensions (A sociological Study based on Rural Town،Ballia)،PhD،Vir Bahadur Singh Purvanchal University،Jaunpur (U.P.) India
(54)Turner، Francis (2017) social work treatment"interlocking theoretical approaches" 6.th Edition، London، Oxford university press.