عوامل الانتكاسة

من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان

Relapse factors from the point of view of the Addictive therapists

اعداد الباحث

عاصم عبد الحميد محمود حسن

للحصول على درجة الدكتوراة فى فلسفة التربية

اشراف

ا.د سهام على عبدالحميد شريف

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية– جامعة حلوان

ا.م.د عزة خضرى عبدالحميد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية – جامعة حلوان

المقدمة

تعد ظاهرة الإدمان من الظواهر الخطيرة التى تضرب بجذورها فى الماضى فهى آفة خطيرة ليست وليدة العصر، بل هى ممتدة منذ أزمنة بعيدة خاصة وأن هذه المواد المخدرة ارتبطت عند من يتعاطونها بأحلام النشوة والسعادة والمتعة، فى نفس الوقت الذى ارتبطت فيه عند تجار المخدرات بأحلام الثراء السريع والمال الوفير، كما أنها أصبحت تنتشر فى كافة المجتمعات بشكل لم يسبق لها مثيل حتى أصبحت خطراً يهدد هذه المجتمعات وتنذرها بالانهيار (وفقى حامد: 2003، ص 12) كما أنها لم تعد بالصورة البسيطة التى كانت عليها منذ عدة عقود .. بل الأمر اختلف من حيث عدد المواد المستخدمة فى التعاطى أو من حيث أخطار هذه المواد على الصحة البدنية والنفسية للمواطنين أو على مسيرة الحياة الاجتماعية بصورتها السوية (منى العامرى: 2000، ص18) ؛ وأخطر ما فى هذه الظاهرة أنها تصيب فئة تعد أساس الانتاج وهى فئة الشباب هذا بالإضافة إلى آثارها النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية السلبية .

وهناك ظاهرة خطيرة مرتبطة بعملية الإدمان تتمثل هذه الظاهرة فى عملية الانتكاسة للإدمان بعد التعافى، حيث أكدت الدراسات على أن الانتكاسة تحدث خلال الأشهر الثلاث الأولى بعد التعافى، ومنها الدراسة المسحية التى قام بها هانت وزملاؤه والتى أشارت إلى أن ثلثى حالات الانتكاسة حدثت خلال ال 90 يوماً الأولى من متابعة العلاج (أحمد الباسوسى: 2007، ص49) .. ودراسة عبدالعزيز الغريب 2008 وهذا ما أكدته الدراسة التى قام بها Aziz Kassani and et al عام 2015 والتى أكدت أن 95 ٪ من حالات الانتكاسة تحدث خلال الستة أشهر الأولى من التعافى (Aziz Kassani & et al. 2015.p1)

من هنا ارتفعت النداءات العالمية، وانتشرت البحوث والدراسات النفسية والاجتماعية وتم عقد العديد من المؤتمرات للحد من ظاهرة الإدمان .. وفى هذه الدراسة نتناول لظاهرة الانتكاسة وعوامل حدوثها من ووجهة نظر القائمين على علاج الإدمان على اعتبار انهم أقرب الفئات فى التفاعل مع المدمنين .

مشكلة الدراسة

أظهر تقرير المخدرات العالمي لعام 2020، الذي أصدره " البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات والجريمة" (UNODC)، التابع للأمم المتحدة، أن نسبة متعاطى ومدمنى المخدرات قد ارتفع من 250 مليون شخصاً في العالم عام 2016 (https://ra-seef22.com/life)، إلى 269 مليون شخص عام 2020،وذلك بارتفاع المعدل ٪7.6 وهى نسبة مرتفعة، أيضاً أثرت جائحة كورونا على إمدادات المخدرات غير المشروعة حيث أن القيود التى فرضت على الحدود بالإضافة للققيود الأخرى المرتبطة بالجائحة أدت بالفعل إلى نقص فى المخدرات فى الشارع مما ترتب عليه تناقص نقاء المخدرات وارتفاع أسعارها أضف إلى ذلك الانكماش الاقتصادى التى تعانى منه الدول مع زيادة معدل البطالة وقلة فرص العمل قد يؤدى إلى ارتفاع معدل تعاطى المخدرات وبالتالى زيادة معدل الجريمة (webcache.googleusercontent.com)

* أما بالنسبة للوطن العربى فإن نسبة المدمنين تزيد عن 10 ٪ من عدد السكان . وجاء ترتيب مصر فى المركز الأول بنسبة 10 ٪ من عدد السكان (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى) (https: / /raseef22.com /life/)

* بالاضطلاع على البحوث والدراسات السابقة التى تناولت قضية الإدمان، أكدت معظمها على أن الخطورة الأكبر تكمن فى أن عدد كبير من المدمنين والذين يخضعوان لبرامج علاجية فإنهم وبعد شفائهم تماماً تحدث لهم عمليات انتكاسة .. والعودة مرة اخرى للإدمان .

* كما أكدت الدراسات أن الانتكاسة غالباً تحدث خلال ال (90) يوماً الأولى من الشفاء وأن العديد من الدراسات والبحوث مثل دراسة هانت وزملاؤه والتى أشارت إلى أن ثلثى حالات الانتكاسة حدثت خلال ال 90 يوماً الأولى من متابعة العلاج (أحمد الباسوسى: 2007،ص49) .. ودراسة عبدالعزيز الغريب 2008 وهذا ما أكدته الدراسة التى قام بها Aziz Kassani and et al. عام 2015م والتى أكدت أن 95 ٪ من حالات الانتكاسة تحدث خلال الستة أشهر الأولى من التعافى (Aziz Kassani & et al. 2015.p2) ... إلخ، أجمعت على أنه يكمن وراء الانتكاسة إما أسباب نفسية أو أسباب تعود لأسرة المدمن.

وفى ضوء ماسبق يمكننا أن نحدد مشكلة الدراسة فى السؤال التالي:

* ما عوامل الانتكاسة من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان ؟

* هل هناك اختلاف فى أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى بناء على نوع العمل (طبيب – إخصائى نفسى – تمريض – إخصائى اجتماعى – موجه) الذى يقوم به القائمين على علاج الإدمان ؟

أهداف الدراسة:

1 – التعرف على أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان .

2 – التعرف على ترتيب أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان .

3 – التعرف على مدى اختلاف أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى بناء على عدد سنوت الخبرة للقائمين على علاج الإدمان .

4 – التعرف على مدى اختلاف أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى بناء على نوع العمل (طبيب – إخصائى نفسى – تمريض – إخصائى اجتماعى – موجه) الذى يقوم به القائمين على علاج الإدمان .

أهمية الدراسة

يمكن إبراز أهمية الدراسة الحالية من خلال جانبين:

أ- الأهمية النظرية:

1 – التوصل إلى أسباب وعوامل الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى .

2 – تحديد مدى الحاجة لبرامج إرشادية للوقاية من العودة للادمان بعد التعافى .

ب – الأهمية التطبيقية:

1 – البحث ينتمى لفئة البحوث الوصفية التى تقوم على قياس درجة ظاهرة معينة وهى الانتكاسة للإدمان .

2 – يمكن للآباء والمسؤولين و المختصين الاستفادة من هذا البحث فى التعرف على عوامل الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى.

3 – يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة فى تصميم برامج للوقاية من العودة للادمان بعد التعافى وذلك عن طريق التصدى للعوامل التى تؤدى للانتكاسة للإدمان .

فروض الدراسة

1 – لا توجد فروق ذات دلالة احصائية فى أسباب الانتكاسة للإدمان لدى عينة البحث حسب نوع العمل (طبيب – إخصائى نفسى – إخصائى اجتماعى – ممرض – موجه).

2 – توجد فروق ذات دلالة احصائية فى أسباب الانتكاسة للإدمان لدى عينة البحث حسب عدد سنوات الخبرة فى مجال العمل .

مصطلحات الدراسة

الادمان:

تعريف منظمة الصحة العالمية

بحسب ال DSM –IV، يعرَّف "تعاطي المواد نفسية التأثير" بأنه "نمط من أنماط الاستعمال سيئة التكيف يُعبر عنه ب ... الاستمرار في الاستعمال رغم المعرفة بمواجهة مشاكل اجتماعية أو مهنية أو سيكولوجية أو بدنية – مستمرة أو متكررة – تنجم أو تتفاقم عن طريق استعمال [أو عن طريق] الاستعمال المتكرر، في حالات يكون فيها خطِراً من الناحية البدنية". وهو فئة باقية، مع أخذ مصطلح الاعتماد الأولويةَ عند الاقتضاء.

بينما تعرف Nora D. Volkow, M.D الإدمان بانه الانتكاس المزمن للدماغ، او هو المرض الذي يتميز بالسعى القهري للمخدرات واستغلالها على الرغم من العواقب الضارة، لذا هو يعتبر مرض عقلي لأن المخدرات تغيرالدماغ و تغير تركيبته والطريقة التي يعمل بها مثل انخفاض عملية التمثيل الغذائي في المخ في شخص يسيء استعمال المخدرات، هذه التغيرات في الدماغ قد تكون طويلة الأمد، ويمكن أن ينتج عنها سلوكيات ضارة بحيث يمكن ملاحظتها على من يتعاطون المخدرات .(Nora D. Volkow, M.D:2014 .p40).

الانتكاسة:

يقصد بها العودة للمرض أو الردة إلى حالة الإدمان أو هى الارتداد إلى نفس الحالة السابقة بعد التحسن (أحمد الباسوسى: 2007، ص47) .

حدود الدراسة

1 – حدود أكاديمية:

* قياس درجة الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى .

2 – الحدود البشرية: الطلاب المدمنين من سن 15 الى 21 سنة ؛ نظراً لضرورة مراعاة مدة التعاطى ونوع المخدرات وليس السن فقط .

3 – الحدود المكانية:

– مستشفى جامعة القاهرة " قصر العينى – مستشفى جامعة عين شمس "الدمرداش"

– مستشفيات الدكتور جمال ماضى أبو العزايم بالقاهرة – الأكاديمية المهنية للعلاج النفسى

4 – الحدود الزمانية: تتمثل فى المدة التى سيتم فيها إجراء الدراسة وهى ثمانية أشهر بدأت من يناير 2019 وانتهت فى يونيو 2019.

الإطار النظرى

الانتكاسة

هناك العديد من المصطلحات المرتبطة بعملية الانتكاسة أهمها:الانتكاسة، الزلة، الاشتياق نوضح تعريفها كالتالى:

تعريف الانتكاسة:

ترى داليا على حسن أن الانتكاسة هى عبارة عن: تلك المرحلة الأولى من الاعتياد على المخدر والتى يعود إليها الفرد بعد وصوله لمرحلة من الاستغناء عن المادة المخدرة .(داليا علي حسن: 2014، ص551) .

ويعرفها الغريب بأنها: انتكاسة المريض بشكل عام، وبأنها عودة أعراض المرض مرة أخرى بعد الشفاء، أى أن الانتكاسة تعتمد أساساً على تلقى العلاج قبل حدوثها أو تصبح آثاراً للتعاطى (عبد العزيز الغريب: 2006، ص 27) .

ويعرفها الباحث اجرائياً بأنها:

عودة المدمن المتعافى إلى تعاطى المواد المخدرة سواء تلك التى كان يتعاطاها أو يتعاطى نوعاً جديداً بعد تعافيه جزئياً من تعاطيها .

الزلة Lapse: تعنى حدوث نوبة أولى من التعاطى بعد فترة من التوقف .

الاشتياق " اللهفة " Craving:

فى اللغة: هو نزاع النفس إلى الشئ، والتشوق هو هيجان الشوق .

يعرفها خالد الصالح الاشتياق أواللهفة بأنهاً:

الرغبة للوصول إلى آثار المخدر أو المشروب الكحولى

(خالد الصالح: 2000، ص 16)

بينما يعرف Adi Jaffe الاشتياق بأنه يقصد به:

الرغبة الشديدة وهي استجابة مبرمجة للإشارات البيئية التي تم ربطها بتعاطي المخدرات من خلال التجربة.والتى هي ذكريات قوية ترتبط بتأثير المخدرات على كيمياء الدماغ العصبية. في الواقع . (Adi Jaffe: 2010)

مثيرات الاشتياق Craving Cues

عبارة عن أشياء أو أحداث أو أفكار أو مشاعر تكرر ارتباطها مع تقديم المثير غير الشرطي (المخدر أو الكحول) حتى اكتسبت خاصية المثير الشرطي، وأصبحت قادرة على اظهار استجابة شرطية في غياب المثير غير الشرطي.

المعدل الزمنى لحدوث الانتكاسة

فى بحث أجراه Hunt وزملاؤه عن المعدل الزمنى لحدوث الانتكاسات بعد اتمام البرامج العلاجية بالنسبة للمدخنين والكحوليين ومدمنى الهيروين، توصل الباحثون إلى أن ثلثى الانتكاسات حدثت خلال ال (90) يوماً من متابعة العلاج، وتبين أيضاً تشابه منحنيات الانتكاسة للمجموعات الثلاث (التوباك، الكحول، والهيروين) فيما يتعلق بالفترة الزمنية للانتكاسات (أحمد الباسوسى: 2007، ص 48) .

أيضاً هناك دراسة قام بها Aziz Kassani وزملاؤه حول تحليل معدل مدة التعافى بعد الشفاء من الإدمان قبل الانتكاس والعودة لتعاطى المخدرات فى مراكز علاج الإدمان بإيران، وقد طبقت الدراسة على عينة قدرها 140 مدمناً ؛ وقد توصل الباحثون إلى أن نسبة معدل الانتكاس كانت 30.42 ٪ من المتعافين وأن 83 ٪ منهم انتكسوا خلال الثلاثة اشهر الأولى Aziz Kassani & et al.: 2015 .(p6) .

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن نسبة الانتكاسة تكون مرتفعة خاصة خلال فترة ال 90 يوماً الأولى من التعافى من الإدمان .. وذلك يرجع لعدة عوامل تختلف من شخص لآخر .

دوافع الانتكاسة:

هناك العديد من الدوافع والعوامل التى تدفع بالمدمن المتعافى نحو الانتكاسة مرة أخرى والعودة للإدمان حيث كشفت دراسة قام بها مطاوع بركات و إقبال الحلاق حول أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين أن أهم أسباب الانتكاس والعودة لتعاطى المخدرات هى:

1 – عدم القدرة على مواجهة المشكلات والضغوط .

2 – ظهور مشكلات نفسية (القلق والاكتئاب) .

3 – العودة للاختلاط مع المدمنين

4 – المشكلات الأسرية . (مطاوع بركات وإقبال الحلاق: 2011، ص164)

5 – عوامل خاصة بالاشتياق والتوتر الناتج عن معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى.

6 – وجود العوامل المساعدة على التعاطي من رفاق متعاطين وتجار يعرضون المخدرات

7 – قصور الكفاية الشخصية في اختبار قدرته على التحكم في مستوى التعاطي، مع العديد من العوامل التي تدعم الانتكاسة.(رشا عبد الفتاح الديدي و رأفت السيد عسكر: 2005، ص22) .

8 – وهناك من يرجع الانتكاسة إلى عدم قدرة المدمن المتعافى على مقاومة ما كاتسبه خلال مراحل تعاطيه للمادة المخدرة من سلوكيات وعادات وأساليب حياة تراكمت

لديه، والتخلص منها يحتاج لوقت وتدريب وتفهم من قبل المريض ومن قبل المحيطين به، وإلا فإنه عرضة للانتكاس (Kim:2001,p 134)

النظريات المفسرة للإدمان والانتكاسة

هناك العديد من النظريات والآراء التى تناولت ظاهرة الإدمان وذلك نظراً لأهميتها وانتشارها وتأثيرها ومن أهم هذه التفسيرات النظرية مايلى:

1 – النظرية العصبية الفسيولوجية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن تفسير الإدمان والانتكاسة يحدث فى ضوء الآتى:

1 – إن استمرار المدمن فى التعاطى يتسبب فى تكوين أفكار معينة عنده ذات دورانات عصبية معنية خاصة بها تستمر وتدوم حتى إذا توقف المتعاطى لفترة ؛ ولكن مقاومة المدمن المتوقف للتعاطى ومحاولته المستمرة التخلص من هذه الأفكار يمكنه أن يحدث خللاً واضطراباً فى محيط تلك الدورانات العصبية ويخلق بدوره دورانات عصبية جديدة New Neural Circuits .

2 – أن الأفكار المتعلقة بالتعاطى واللهفة "الاشتياق" تكون ذات طبيعة قهرية و إلحاحية وذلك لأنها تكون ضمن الأعمال غير المنتهية فى أجندة الجهاز العصبى، ولذلك يغرس فيها العقل ويبحث عنها باستمرار ؛ فالمدمن يبحث عن العقار وما يتعلق به على المستويين النفسى والعصبى .

3 – أن تعاطى العقاقير يحدث خللاً فى العمليات المتعلقة بالموصلات أو الناقلات العصبية Neurotansmitters وفى إفراز الإندروفينز Endrophins لذلك يكون الجسم بحاجة إلى إعادة التوازن وإكمال الناقص الناتج عن هذا الخلل والاضطراب فتنتج اللهفة وتوابعها . (مدحت أبوزيد: 2003، ص 75) .

2 – نظرية الإشراط الإجرائى:

يرى أصحاب هذه النظرية أنه يتم تفسير عملية الإدمان والانتكاسة بناءً على مبدأ التعزيز الإيجابى والتعزيز السلبى، حيث أن الأشخاص يميلون لتكرار الأفعال التى كوفئوا عليها ويمتنعون عن الأفعال التى لم يكافئوا عليها، أو عوقبوا عليها (عفاف عبدالكريم: 2010، ص 31). ومن هنا يكون سلوك الإدمان هو سلوك مُتعلَّم .

فالإدمان من وجهة نظرهم يحدث نتيجة لارتباط المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه المخدر من آثار مبهجة وإنهاؤه لحالات متفاوتة من الضيق واليأس والقلق، يكون القضاء عليها بمثابة (مكافأة) وكذلك وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطى المخدرات، وتثير فى المتعاطى الرغبة فى المخدر، مثل البيئة وما ينتمى إليها من أشياء خاصة بالمخدرات، كذلك آلام المنع عند مقاطعة المخدر، وزوال هذه الآلام بتعاطى الجرعة من المخدر (عفاف عبدالمنعم: 2016، ص 82) ؛ وهنا يتلقى تعزيزات إيجابية ولكنها من نوع جديد هذه المرة حيث أنها لا تتمثل فى المكافأت النفسية الإيجابية فحسب .. بل تمتد لتكون مكافأت اجتماعية تتمثل فى الصداقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من مدمنى العقاقير، وهذا فى حد ذاته يدعم المكافأت الإيجابية لاستخدام العقار والمساهمة فى أسلوب حياة تعاطى العقاقير.

3 – نظرية التحليل النفسى:

ويفسر أصحاب هذه النظرية ظاهرة إدمان المخدرات والانتكاسة فى ضوء الاضطرابات التى تعترى المدمن فى طفولته المبكرة والتى لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، بالإضافة إلى أن هذه الظاهرة ترجع فى أساسها إلى اضطراب فى العلاقات الحبية فى الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه، اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أى الحب والكراهية للوالد فى نفس الوقت، هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر الذى يصبح رمزاً لموضوع الحب الأصلى الذى كان يمثل الخطر والحب معاً (عفاف عبدالمنعم: 2016، ص 83) .فتعاطى المخدرات والإدمان عليها وفق هذه النظرية هو نتيجة احباط لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعى مناسب، سواءً أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط، أو لاستعداد نشوئى قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط، والأغلب أن يكون ذلك مزيجاً من العاملين معاً فتؤدى نتائج الإحباط الصدمى للنفس إلى توتر يؤدى إلى النكوص، وظهور أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحبط، ولذا فإن التعاطى أو الإدمان ماهو إلا عملية هروبية، تعنى تدمير جانب من جوانب الموضوعات وجانب من المشاعر، ومن الأنا الذى يخبئ هذه المشاعر، أى تزوير الواقع النفسى و إنكاره . (إكرام جابر: 2017، ص 38) .

4 – نظرية التعلم الاجتماعى:

تفسر هذه النظرية الإدمان باعتبار أنه سلوك متعلم يتم من خلال مخالطة الشخص لمجموعة من المدمنين، بحيث يشعر الفرد بانتمائه لهذه المجموعة (عفاف عبدالكريم: 2010، ص 33). ويبدأ الفرد فى الشعور بالرغبة فى تجربة تعاطى المخدر وذلك لأنه يعرف أن غيره يتعاطون المخدر للوصول إلى حالة اللذة أو النشوة، بينما هو لم يعرف ماهية هذه الحالة، وبدافع حب الاستطلاع للتعرف على هذه الخبرة التى لا يعرف نتيجتها ؛ وبالانغماس فى خطوات التجربة وتكوين الاتجاهات اللازمة التى تنشأ خلالها، يصبح راغباً فى استعمال المخدر من أجل الحصول على اللذة (عفاف عبدالمنعم: 2016، ص 89) .

وقد عزى أصحاب هذه النظرية انزلاق الفرد فى دائرة الإدمان إلى مجموعة من الأسباب أهمها ما يلى:

1 – أن التأثير المباشر لتعاطى العقار أو المخدر قد يحدث عند الفرد شعوراً باللذة (تدعيم إيجابى) .

2 – اعتقاد الفرد بأن للتعاطى فائدة تتفق مع معايير الشخصية (وسيط معرفى) .

3 – أن الفرد قد يتعلم التعاطى من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم (النمذجة أو المحاكاة) (أحمد الباسوسى: 2007، ص 22، 23) .

أما بالنسبة للانتكاسة فإن نظرية التعلم الاجتماعى ترى أن العلاج لا يقوم على وجوب الامتناع الكلى طالما أنه من الممكن تعديل العوامل الفاعلية أو المؤثرة، حيث وجد أن المدخنين كلياً والشاربين العاديين لديهم فرص متساوية فى تجنب الانتكاسةحيث لم يكن الامتناع عن الشرب كهدف علاجى هو العامل الوحيد فى هذا التحسن بل كانت عوامل أخرى ساعدت فى تحسينهم، كالعمر والحالة الاجتماعية والعمل (عفاف عبدالكريم: 2010، ص 33).

5 – نظرية العلاج المعرفي السلوكي:

هذا الاتجاه يركز في تفسيره لظاهرة الإدمان على مبدأين أساسين هما القهر والتوقعات بحيث"يرى المعالجون السلوكيون– المعرفيون القهر باعتباره مبنيًا على التوقعات والتعلم، إنهم يوافقون

على أن مدمني الكحول والعقاقير سوف يشعرون غالبًا أنهم لا يستطيعون التحكم في أي شيء، ويقدم هذا واحدًا من أهم المفاهيم الذي قدمها هذا النموذج لمجال الكحول والعقار، كما أن تعاطي الأفراد للكحول والعقاقير إنما يتحدد جزئيًا على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثيرالكحول والعقاقير والأنظمة الاجتماعية التي تحكم ردود أفعال الفرد والجماعة للكحول والعقاقيروأن هذا بمثابة محور أكثر أهمية من الإلحاح البدني لشيء ما يمكن أن يسمى "الاشتهاء" للعقار

يمكن أن يعتبر استعمال المخدرات كسلوك لحل يخفي غياب الرد التكيفي المناسب، خاصة تجاه

مهمات النمو والاستقلالية والاندماج المدرسي والاجتماعي واكتساب الدور الجنسي.

بإمكان تعاطي المخدرات أن يستخدم لتسهيل الاندماج الاجتماعي وتصحيح مشاعر الدونية واضطرابات العواطف الناجمة عن فشل التكيف أو عن شروط معيشية غير ملائمة إن الخلل في المهارة الاجتماعية وقصور مسارات التحكم وخلل الوظائف المعرفية قد تساهم في صعوبات التكيف وفي الاضطرابات العاطفية وتجعل المراهق حساسًا للتأثيرات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص، ما يدعو إلى استهلاك المخدرات . بذلك يسلم أنصار الاتجاه السلوكي- المعرفي بأن استخدام الكحول والعقاقير في موقف انسحابي قد يرجع تمامًا إلى التوقع بأن الاستخدام سيخفض الأعراض الانسحابية الواقعة والمتوقعة وليس لأن الشخص يستجيب لا إراديًا إلى الاحتياجات الجسمية لظاهرة الاشتهاء (عفاف عبدالكريم: 2010، ص32، 33).

دراسات سابقة

هناك العديد من الدراسات العربية والأجنبية التى تناولت عملية الانتكاسة والأسباب المؤدية إليها

وسيقوم الباحث فى هذا الفصل بعرض الدراسات التى تناولت الانتكاسة للإدمان ..وقد تم تقسيم هذه الدراسات إلى:

1 – دراسات عربية . 2 – دراسات أجنبية .

أولاً الدراسات العربية:

دراسة منى محمد صالح على العامرى (2000) هدفت الدراسة إلى تعرف الأسباب التى تؤدى إلى انتكاس المدمن وعودته إلى المخدر، وإلى دراسة فعالية العلاج النفسى العقلانى الانفعالى و العلاج النفسى المتمركز حول العميل فى علاج بعض حالات الإدمان وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (9) حالات من المدمنين على المخدرات وقد قسموا إلى (3) مجموعات تكونت كل مجموعة من (3) أفراد، تلقت المجموعة الأولى العلاج النفسى العقلانى الانفعالى بينما تلقت المجموعة الثانية العلاج النفسى المتمركز حول العميل، بينما كانت المجموعة الثالثة " ضابطة " بحيث لم تتلقى أى نوع من البرامج ؛ وقد توصلت الدراسة إلى أن الأسباب الشخصية من أهم الأسباب التى تؤدى إلى العودة لتعاطى المخدرات يليها الأسباب الاجتماعية والاقتصادية ثم الأسباب الثقافية والدينية ثم الأسباب الأسرية ؛ أيضاً دراسة عبد العزيز علي الغريب (2006) التى هدفت إلى التعرف على حجم ظاهرة العود للإدمان في بعض الدول العربية والتعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للعائدين للإدمان وما هي العوامل المؤثرة على العود للإدمان وكذلك التعرف عن سبل مواجهة ظاهرة العود إلى الإدمان من خلال أراء المسئولين في مراكز العلاج في الدول العربية ؛ وقد استخدم الباحث استبيان لقياس لحجم الظاهرة في العالم العربي وخصائص العائدين للإدمان، وقد طبقت الدراسة على (22) مؤسسة من المؤسسات العلاجية الخاصة بمعالجة الإدمان في بعض الدول العربية (8 دول عربية) وهي المملكة العربية السعودية والجمهورية العربية السورية والجمهورية اللبنانية والجمهورية السودانية ودولة قطر ومملكة البحرين والمملكة الأردنية الهاشمية وسلطنة عمان ؛ وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك ارتفاع في أعداد المدمنين في المؤسسات العلاجية في السنة التي تم فيها إجراء البحث عن السنوات السابقة في الدول العربية عينة الدراسة، وأن أكثر المواد الإدمانية التى تحدث لها الانتكاسة في الدول العربية هى الهيروين في المرتبة والحشيش في المرتبة الثانية علمًا بأن عدد مرات العودة للإدمان

جاء في المرتبة الأولى هم من عادوا من ثلاث إلى أربع مرات وفي المرتبة الثانية من عادوا خمس مرات، وقد كانت عودتهم خلال الثلاثة أشهر الأولى بعد إنهاء العملية العلاجية هي الأكثر، بينما من عادوا في الستة أشهر الأولى بعد العملية العلاجية كانوا في المرتبة الثانية ومن عادوا في السنة الأولى كانوا في المرتبة الثالثة أما حول خصائص العائدين للإدمان فقد كانت حسب الفئة العمرية من جيل 20 سنة إلى أقل

من 30 كانوا في المرتبة الأولى ؛ أما بخصوص المستوى التعليمي فقد كان من يحملون المؤهل الابتدائي (تعليمهم متدني) هم في المرتبة الأولى من نسبه العائدين، أما من حيث الوضع الاجتماعي فقد كان العزاب هم في المرتبة الأولى من نسبة العائدين للإدمان وكذلك العاطلين عن العمل أيضًا يحتلون المرتبة الأولى في العودة للإدمان وكذلك ذوي الدخل المنخفض هم أيضًا كونوا أعلى نسبة من العائدين إضافة إلى الذين يقيمون في مساكن شعبية هم في المرتبة الأولى ضمن العائدين أما حسب الجنس فقد كان الذكور في المرتبة الأولى.دراسة منصور عبدالله السبيعي (2006) التى هدفت إلى التعرف على أهم برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العودة لتعاطي المخدرات، و توضيح الفروق الإحصائية بين أفراد الدراسة تجاه دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العودة لتعاطي المخدرات حسب متغيراتهم الشخصية وكذلك التعرف على المشكلات التي تواجه برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العودة لتعاطي المخدرات إضافة إلى مقترحات من وجهة نظر العينة المدروسة لمواجهة المشكلات التي تحد من دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من تعاطي المخدر ؛ وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت الدراسة على (225) فردًا من المتعافين الذين استفادوا من البرامج العلاجية بمستشفى الأمل في الدمام، وقد توصلت الدراسة إلى أن أهم برامج الرعاية اللاحقة التي تحد من العودة للإدمان هو البرنامج الطبي ثم البرنامج النفسي ثم البرنامج الديني ثم البرنامج الرياضي و البرنامج الاجتماعي في المرتبةالخامسة، كما أظهرت الدراسة أن إهمال الحالة الاجتماعية التي تتصل بأسرة المتعاطي تكون سببًا في ترك المتعاطي للعلاج والخروج من الرعاية اللاحقة وقد يصل الأمرإلى العودة مرة أخرى للتعاطي والإدمان ؛ وفى دراسة عفاف ربيع (2010) التى هدفت إلى التعرف على

درجة الانتكاسة والعودة لتعاطي المخدرات عند المدمنين المتعالجين والمتعافين بعد المرور بتجربة علاجية، وأكثر العوامل تأثيرًا في الانتكاسة والعودة إلى المواد المخدرة، وقد طبقت الدراسة على عينة قدرها (162) مبحوثًا بواقع (53) من المدمنين المتعافين منذ أكثر من عامين وعلى علاقة مع برامج متابعة وإرشاد ورعاية لاحقة في المؤسسات العلاجية، و(109) من المدمنين المتعالجين الموجودين في مركز علاج داخلي ومراكز الإصلاح والتأهيل البالغ عددها (7)، الواقعة في المحافظات الشمالية والوسطى التابعة للسلطة الفلسطينية ؛ وقد استخدمت الباحثة مقياساً لقياس ثمانية أبعاد للانتكاسة هى: الاشتياق وتلميحات العقار، واختبار القدرة على السيطرة على الانفعالات، وضغوط رفاق التعاطي، والمشاعر السارة، والمشاعر غير السارة، واضطراب العلاقات بالآخرين، والمشكلات الأسرية، والآلام النفسية والبدنية والوهن؛ وقد أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في درجة الانتكاسة عند المدمنين المتعالجين مقارنة مع المتعافين في الأبعاد الثمانية للانتكاسة، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة الانتكاسة تعزى للتفاعل بين الوضع (مدمن متعالج ومتعافي) والحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق) كما ظهرت الانتكاسة أعلى على بعد المشكلات الأسرية والآلام النفسية والوهن مع حالة المطلقين عند المدمنين المتعالجين والمتعافين ولا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الانتكاسة والمستوى التعليمي أو الوضع الاقتصادي أومكان السكن للمدمنين المتعالجين والمتعافين ؛ وأهمية إطالة فترة العلاج مع تزويد المدمن المتعالج بالتحصين النفسي للوقاية من الانتكاسة مستقبلا ؛ ودراسة: عبد الودود خربوش (2012) التى هدفت إلى استعراض تجربة المغرب في علاج الانتكاسة من خلال عرض تجربة ميدانية بمركز وطني لعلاج الإدمان الطب النفسي ؛ وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن علاج الانتكاسة بالمغرب يعتمد على التركيز على برامج العلاج النفسي دون التطرق للعلاج الطبي الدوائي على اعتبار أنه علاج لأعراض الانسحاب فقط دون أن يمس بالجوانب النفسية للمدمن، ودافعيته نحو التعاطي، ومن ثمة فالعلاج الطبي هو علاج مؤقت، ولا يغير السلوك الإدماني لدى الفرد، ومن بين أسباب الانتكاسة التركيز على هذا العلاج دون ربطه بالعلاج النفسي الإرشادي. و دراسة داليا علي حسن (2014) التى هدفت إلى محاولة الكشف عن مؤشرات مخاطر احتمالات الانتكاسة التي يتعرض لها عينة

من مدمني البانجو في مرحلة التعافي ؛ و إعداد وتطبيق برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من مدمني البانجو في مرحلة التعافي، وبيان مدى فاعليته ؛ وقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبى على عينة عددها (10) طلاب من المدمنين على البانجو فى مرحلة التعافى ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18 – 22) سنة . وقد استخدمت الباحثة مقياس احتمالات الانتكاسة ثم تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي ؛ وقد اظهرت النتائج فعالية البرنامج الإرشادى فى خفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى افراد المجموعة التجريبية ؛ و عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة المستخدم في الدراسة .

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

دراسـة1998) Bondy & Coello) التى هدفت إلى التعرف على الضغوط الاجتماعية التى يواجهها المدمن المتعافى وإلى نسبة الانتكاس بعد العلاج وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه تبلغ نسبة الانتكاس للمدمنين المتعافين بعد السنة الأولى من العلاج من ٪65 إلى 80 ٪ وأن أهم عوامل الانتكاس هى الضغوط النفسية – الاجتماعية التى يتعرض لها المدمن فى محيطه الاجتماعى . أيضاً هناك دراسة 2002) Foster et al): التى هدفت الدراسة لمعرفة مدى الانتكاسة لدى مجموعتين من الذين تلقوا العلاج من خلال النالتكسون لمدة شهر بعد عام من العلاج، وقد بلغت عينة الدراسة) 101) المجموعة الأولى تكونت من(٪55) مزروعًا بالنالتكسون خضعت المجموعتان لعملية زرع نالتكسون تحت الجلد بعد إزالة السموم الأفيونية من الجسم تحت تخدير كلي بعد المتابعة تبين أن النتائج كانت إيجابية إذ لم تبلغ المستشفيات عن أي أثار أفيونية في نتائج فحوصات العينة وذلك خلال 5 أسابيع وذلك أثبت أن إعطاء المرضى (500 ملجم (من النالتكسون النقي يوفر قدرًا أكبر من الحماية و الوقاية من انتكاسة مبكرة وهذا بدوره يزيد من احتمالات علاجية مفيدة في فترات الامتناع عن تعاطي الأفيونات . و دراسة Ste-phens & Collrell) 2006) حيث هدفت الدراسة إلى متابعة 200 مدمن للتعرف على درجة الانتكاسة بينهم وأسبابها في ضوء بعض المتغيرات منها العمر، سنوات الإدمان

وقد خرجت نتائج الدراسة أنه لا يوجد علاقة بين طول مدة الإدمان والانتكاس ولكن تبين أن المدمنين تحت سن 30 عامًا يستخدم المخدرات بشكل منظم وبمعدلات أعلى بكثير من المدمنين الذين يزيد أعمارهم عن 30 عامًا، كذلك تبين أن نسبة 87 ٪ من المدمنين لديهم انتكاسة، وقد تبين أن من العوامل المشتركة في الانتكاسة للمخدرات هو التخفيف من حدة التوتر والعامل الثاني هو بسبب الاشتياق للمادة والعامل الثالث كان بسبب الإحباط وعدم القدرة على مواجهة مشاكله . وفى دراسة Rudolf H. Moos & Bernice S. Moos (2006) والتى هدفت إلى بحث معدلات التعافى من الادمان لمدة 3 سنوات، وبعد ذلك 16 عاما والتنبؤ بمدى حدوث الانتكاس بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول و الذين لم يحصلوا على المساعدة و بين مجموعة من المدمنين الذين حصلوا على العلاج خلال السنة الأولى، وقد تكونت عينة الدراسة من (461) فرداً واستخدم فى دراستهم منهج المسح وتم مراقبتهم خلال أربعة مراحل فى دراسة طولية بدأت المرحلة الأولى بعد مرور عام واحد ثم ثلاث سنوات ثم على مدار ثمانى سنوات ثم 16 عاماً فيما بعد، وقدم المشاركون معلومات عن تاريخ حياتهم مع الشرب والأداء المرتبط بالكحول وتكيفهم مع سياق الحياة . وقد أكدت النتائج أن المجموعة الأولى (الذين خضعوا لبرامج إرشادية) تعافياً لمدة 3 سنوات مع استهلاك أقل من الكحول وعدد أقل من مشاكل الشرب، وكفاءة ذاتية أكثر، مع زيادة فى التكيف مع الواقع، أما أولئك الذين لم يتلقوا برامج إرشادية فقد تناولوا المزيد من الكحول وأصبح شربهم مشكلة كبيرة وكانوا أقل فى الكفاءة الذاتية وكانوا أقل تكيفاً مع الواقع وبالتالى أصبحوا اكثر تعرضاً للانتكاس قبل 16 عاماً . دراسة Fisher et at (2006) التى هدفت إلى تحديد ما إذا كانت سمات الشخصية ترتبط بالعودة إلى الانتكاسة و الإفراط في شرب الخمر أو تعاطي المخدرات بعد العلاج، وقد طبقت الدراسة على عينة (180) مريضًا مقيمين في المستشفيات لعلاج الإدمان على المخدرات، وقد تم تطبيق الدراسة وتتبعها لمدة سنة وتم تفريغ النموذج بعد سنة من العلاج وقد تبين في الدراسة أن نسبة احتمال خطر الانتكاسة أكبر لدى المرضى الذين لديهم ارتفاع وانخفاض حاد في مجال (Neuroticism)، لذلك أوصت الدراسة أنه من المهم أثناء العلاج العمل وبشكل

واسع على تطوير هذه المجالات و الوعي لدى المرضى لمساعدتهم على وقاية و حماية أنفسهم من العودة إلى تعاطي المخدرات وهذا يتم من خلال مشاركتهم في نقاش الإدمان و الآثار المترتبة على التعاطي ومقارنتها بالآثار المترتبة على العلاج وعوامل الخطر والتردد التي تراود المريض أثناء العلاج وبعده ؛ دراسة 2009) Ibrahim) والتى هدفت إلى فحص العلاقة بين دعم المجتمع والانتكاسة إلى تعاطي وإدمان المخدرات حيث بلغت عينة الدراسة من (400) مدمن للمخدرات يعالجون ضمن ثمانية مراكز علاج وتأهيل مدمني المخدرات في جميع أنحاء ماليزيا ؛ وطبقت الدراسة على العينة من خلال مقياس مارلوت وجوردن لسنة 1985 وهو يقيس التوجهات نحو الانتكاسة للإدمان بين المدمنين وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين دعم المجتمع والانتكاسة نحو الإدمان وأن الغالبية العظمى من المبحوثين تلقوا دعمًا مجتمعيًا من المستوى المتوسط، كذلك بينت الدراسة أن معظم أفراد المجتمع لا زال يصعب عليهم تقبل المدمن السابق بسبب سلوكه غير القانوني ؛ لذلك أوصت بأن التعاون والتعامل مع المدمن المتعافى كإنسان عادي من شأنه أن يساهم في الحد من انتكاسة المدمن. وهناك أيضاً دراسة (Raghda mohamed elgamil 2010) والتى هدفت الدراسة إلى محاولة تقييم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من 60 مريض من الأقسام الداخلية فى وحدة إعادة التأهيل بمستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة (مستشفى المطار) ما بين سن 18 – 50 سنة من الذكور .. وقد تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية و مجموعة ضابطة) بواقع 30 مريض لكل مجموعة، وقسمت المجموعة التجريبية إلى مجموعتين بواقع (15 مريض لكل مجموعة) ليطبق معهم العلاج المعرفى السلوكى فى صورة 16 جلسة علاج جمعى على مدار 8 أسابيع هى فترة الدراسة بمعدل جلستين اسبوعياً، وقد توصلت الدراسة إلى وجود ترابط واضح بين استخدام العلاج المعرفى السلوكى وبين تقدم المرضى من خلال مراحل التغيير المختلفة، كما أظهرت النتائج وصول مرضى مجموعة الدراسة لمراحل متقدمة من التغيير متمثلة فى مرحلة التحضير، فى حين لم يتجاوز مرضى المجموعة الضابطة مرحلة عقد العزم على التغيير وأخيراً دراسة Aziz

Kassani & et al.(2015) التى هدفت إلى تقدير وقت الانتكاس (معدل مدة التعافى بعد الشفاء من الإدمان وقد أجرى هذا البحث فى اربعة مراكز لعلاج الإدمان فى مدينة إيلام – إيران على عينة قدرها (140 مدمناً) وقد أوضحت النتائج إلى أنه كان متوسط معدل الانتكاس بنسبة ٪30.42 من المتعافين وأن 83 ٪ منهم انتكسوا خلال الثلاثة أشهر الأولى لذا أكد الباحثون على ضرورة الإشراف ورصد عملية العلاج من خلال الموظفين فى مراكز علاج الإدمان جنباً إلى جنب مع إشراك أسر المدمنين للحد من معدل الانتكاس .

التعليق على الدراسات السابقة:

تم عرض مجموعة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية فى حدود علم الباحث وسوف يقوم باستعاض جوانب الاستفادة منها فى الدراسة الحالية .. حيث يتحدد أوجه الاستفادة فى النقاط التالية:

* كان الهدف الكشف عن مؤشرات مخاطر احتمالات الانتكاسة التي يتعرض لها عينة من مدمني البانجو في مرحلة التعافي ؛ و إعداد وتطبيق برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من مدمني البانجو في مرحلة التعافي (دراسة داليا علي حسن: 2014) و (منى محمد صالح على العامرى: 2000) والكشف عن العلاقة القائمة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات (دراسة: سامية ابريعم: 2013) والتعرف على أسباب الانتكاس والعودة إلى تعاطى المخدرات بعد العلاج، والتعرف على الفروق فى أسباب الانتكاس والعودة إلى التعاطى بحسب المادة المخدرة وبحسب المستوى التعليمى والتعرف على أكثر العوامل تأثيراً فى الانتكاسة (دراسة مطاوع بركات واقبال الحلاق: 2011) و (دراسة عفاف ربيع: 2010) و (دراسة: gordan & marlatt: 1999) والتعرف على حجم ظاهرة العود للإدمان في بعض الدول العربية والتعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للعائدين للإدمان (دراسة عبد العزيز علي الغريب: 2006).

أما الدراسة الحالية فهى تهدف إلى:

1 – التعرف على أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان .

2 – التعرف على ترتيب أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان .

3 – التعرف على مدى اختلاف أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى بناء على عدد سنوت الخبرة للقائمين على علاج الإدمان .

4 – التعرف على مدى اختلاف أسباب الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافى بناء على نوع العمل (طبيب – إخصائى نفسى – تمريض – إخصائى اجتماعى – موجه) الذى يقوم به القائمين على علاج الإدمان .

❋ أما من ناحية العينة فقد تفاوت حجم العينة فى هذه الدراسات بين عينات كبيرة تتكون من (416) مدمناً دراسة Rudolf H. Moos and Bernice S. Moos:2006 و (400) مدمناً ؛ دراسة (2009) :Ibrahim و (225) مدمناً ؛ دراسة منصور عبدالله السبيعي (2006) و (216) مدمناً (دراسة: سامية ابريعم: 2013) و (209) مدمناً ؛ ؛ دراسة 2006) Stephens & Collrell) و (180) مدمناً (دراسة Fisher et at: 2006) و (162) مدمناً (دراسة عفاف ربيع: 2010) و (145) مدمناً ؛ (دراسة مطاوع بركات واقبال الحلاق: 2011) و (140) مدمناً ؛ (دراسة: Aziz Kassani and et al: 2015) ؛ وهناك دراسات ذات عينة متوسطة الحجم تراوحت بين 40 إلى 120 مفردة، منها دراسة 101) Foster et al: 2002) مدمناً و دراسة 100) wells:1994) مدمناً ؛ دراسة: على مفتاح:1996 (90) مدمناً ؛ و دراسة عبدالله عمر الجوهى: 2008 (80) مدمناً ؛ و دراسة علياء عفان عثمان: 2006 (67) مدمناً ؛ ودراسة: Raghda mohamed el-gamil: 2010 و دراسة 60) Dickerson:1994) مدمناً ؛ و دراسة عبد العزيز حسين: 2004 (47) مدمناً. وهناك دراسات طبقت على عينات صغيرة أقل من 40 مفردة منها دراسة حازم قواقنة: 2007 (30) مدمناً . و دراسة داليا علي حسن: 2014) (10) مدمناً

. و دراسة منى محمد صالح على العامرى: 2000 (9) مدمناً . وهذا التفاوت فى حجم العينة الخاصة بهذه الدراسات يرجع لتفاوت طبيعة الدراسات وموضوع بحثها ؛ فنجد أن الدراسات التشخيصية و الإرشادية تتميز بصغر حجم العينة ؛ بينما نجد فى المقابل أن الدراسات الارتباطية والعلاقية فإنها تميزت بتطبيقها على عينات متوسطة وكبيرة الحجم.

بينما الدراسة الحالية قد تمت على عينة عددها (48 فرداً) من القائمين على علاج الإدمان (طبيب – إخصائى نفسى – تمريض – إخصائى اجتماعى – موجه).

* أما من حيث الأدوات فقد اعتمد بعضها على استخدام الاستبانة مثل دراسة مطاوع بركات واقبال الحلاق: 2011 و دراسة عبد العزيز علي الغريب: 2006 و دراسة: رشا عبد الفتاح الديدي و رأفت السيد عسكر: 2005 و دراسة عادل سلامة ويوسف شراب: 1997 ؛ ومقياس احتمالات الانتكاسة مع برنامج ارشادى مثل: دراسة داليا علي حسن: 2014 و دراسة عفاف ربيع: 2010، ومقياس المخدرات مثل: دراسة: سامية ابريعم: 2013 و دراسة: Raghda mohamed elgamil: 2010 .واستخدام المقابلة مثل دراسة عبد العزيز حسين: 2004 و دراسة: Aziz Kassani and et al: 2015 .والاعتماد على الملاحظة مثل دراسة Rudolf H. Moos and Bernice S. Moos:2006

بينما اعتمدت الدراسة الحالية على: استبيان لتحديد عوامل الانتكاسة من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان يتضمن نوع الوظيفة وسنوات الخبرة إعداد الباحث "

* أما من حيث المنهج فقد تنوعت المناهج التى استخدمت فى الدراسات فمنها ما اعتمد على منهج المسح مثل دراسة أيمن جبريل الهباهبة: 2015 و دراسة Rudolf H. Moos and Bernice S. Moos:2006 و دراسة: على مفتاح:1996 و دراسة Ibrahim: 2009 . ومنها ما استخدم المنهج التجريبى مثل: دراسة داليا علي حسن: 2014 و دراسة: Raghda mohamed elgamil: 2010 و دراسة عبدالله عمر الجوهى: 2008 و دراسة حازم قواقنة: 2007 و دراسة منى محمد صالح على العامرى: 2000 و دراسة: ناصر عبد العزيز عمر 2005: و دراسة: أحمد فخري محمد 2006: . ومنها ما استخدم المنهج الوصفى مثل دراسة: سامية ابريعم: 2013 و دراسة مطاوع بركات واقبال الحلاق: 2011 و دراسة عبد العزيز علي الغريب: 2006 و دراسة منصور عبدالله السبيعي: 2006 و دراسة عفاف ربيع: 2010 و دراسة علياء عفان عثمان: 2006.

أما الدراسة الحالية فإنها تستخدم المنهج الوصفى

* أما من حيث النتائج فقد توصلت الدراسات السابقة إلى النتائج التالية:

– توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتفاع في أعداد المدمنين في المؤسسات العلاجية.

كما أن أكثر المواد الإدمانية التى تحدث لها الانتكاسة في الدول العربية هى الهيروين في المرتبة الأولى والحشيش في المرتبة الثانية علمًا بأن عدد مرات العودة للإدمان جاء في المرتبة الأولى هم من عادوا من ثلاث إلى أربع مرات وفي المرتبة الثانية من عادوا خمس مرات، وقد كانت عودتهم خلال الثلاثة أشهر الأولى بعد إنهاء العملية العلاجية هي الأكثر، بينما من عادوا في الستة أشهر54 الأولى بعد العملية العلاجية كانوا في المرتبة الثانية ومن عادوا في السنة الأولى كانوا في المرتبة الثالثة.

– وقد أوضحت نتائج بعض الدراسات الأجنبية إلى أنه كان متوسط معدل الانتكاس بنسبة ٪30.42 من المتعافين وأن 83 ٪ منهم انتكسوا خلال الثلاثة اشهر الأولى لذا أكد الباحثون على ضرورة افشراف ورصد عملية العلاج من خلال الموظفين فى مراكز علاج الإدمان جنباً إلى جنب مع إشراك أسر المدمنين للحد من معدل الانتكاس .

– وتوصلت نتائج دراسة أخرى إلى أنه: تبلغ نسبة الانتكاس للمدمنين المتعافين بعد السنة الأولى م العلاج من ٪65 إلى 80 ٪ وأن أهم عوامل الانتكاس هى الضغوط النفسية –الاجتماعية التى يتعرض لها المدمن فى محيطه الاجتماعى

– وأوضحت النتائج أيضاً إلى أن القائمين على تقديم الخدمات العلاجية بالمؤسسات التي تقدم برامج رعاية وتأهيل متعاطي المخدرات، أغلبيتهم غير مؤهلين علمياً في مجالات هذه البرامج، وغير مدربين التدريب الفني اللازم للتعامل مع ظاهرة تعاطي المخدرات بأبعادها المتعددة والمتنوعة. كما أن هناك قصوراً في أعداد الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، بالإضافة إلى أن هناك عدة جنسيات تعمل في هذا المجال، وليس لديها الوعي والعمق الاجتماعي المطلوب لمواجهة ظاهرة مجتمعية ترتبط –إلى حد ما – بظروف وتغيرات محلية معينة.

منهج البحث (الطريقة والإجراءات)

العينة:

تم تطبيق الدراسة على عينة عددها (48) فرداً من القائمين على علاج الإدمان (أطباء نفسيين، أخصائيين نفسيين، أخصائيين اجتماعيين، تمريض، موجهين) ويقصد بالموجه: هو فرد كان مدمناً ثم تلقى العلاج واستشفى وهو الآن يساعد زملاؤه فى الحصول على الاستشفاء .

تم تطبيق البحث فى مستشفيات:

1 – مستشفيات جامعة القاهرة (القصر العينى

2 – مستشفيات جامعة عين شمس (الدمرداش).

3 – مستشفيات الدكتور جمال ماضى أبو العزايم بالقاهرة

4 – الأكاديمية المهنية للعلاج النفسى .

توزيع العينة:

تم تطبيق البحث على عينة مكونة من الأتى:

جدول (1)

يوضح توزيع العينة تبعاً للوظيفة

الوظيفة	أخصائي نفسى	طبيب نفسى	تمريض	أخصائى اجتماعى	موجه	المجموع
العدد	10	12	10	6	10	48
النسبة المئوية	٪ 20.8	٪ 25	٪ 20.8	٪ 7.7	٪ 20.8	٪100

يتضح من جدول (1) أن أغلب العينة من الأطباء النفسيين بنسبة 25 ٪ بينما يحتل الأخصائيين المركز الأخير بنسبة 7.7 ٪ من جملة عدد العينة .

توزيع العينة على المستشفيات:

جدول (2)

يوضح توزيع العينة تبعاً لمستشفيات التى يعملون بها

وقد تم تصنيف العينة حسب الخبرة كالتالى:

جهة العمل (المستشفى)	أخصائي نفسى	طبيب نفسى	تمريض	أخصائى اجتماعى	موجه
مستشفيات جامعة القاهرة (القصر العينى)	2	4		2	
2 – مستشفيات جامعة عين شمس (الدمرداش)			2		6
3 – مستشفيات الدكتور جمال ماضى أبو العزايم بالقاهرة	7	8	8	4	4
4 – الأكاديمية المهنية للعلاج النفسى	1				
المجموع	10	12	10	6	10

جدول (3)

يوضح توزيع العينة تبعاً لعدد سنوات الخبرة فى العمل

عدد سنوات الخبرة	العدد	النسبة
أقل من 5 سنوات	21	43.75
من 5 سنوات حتى 10 سنوات	7	14.58
من 11 سنة حتى 20 سنة	9	18.75
أكثر من 20 سنة	11	22.91
المجموع	48	٪ 100

يتضح من الجدول السابق أن اكثر أفراد العينة من الذين ينتمون لفئة الخبرة من عام حتى أقل من خمس سنوات بنسبة ٪43.75، يليها فى المركز الثانى أفراد العينة من الذين ينتمون لفئة الخبرة لأكثر من عشرين عاماً 22.91 ٪، يليه فى المركز الثالث أفراد العينة

من الذين ينتمون لفئة الخبرة من 11 سنة حتى 20 سنة بنسبة 18.75 ٪، وجاء فى المركز الرابع والأخير أفراد العينة من الذين ينتمون لفئة الخبرة من 5 سنوات حتى 10 سنوات بنسبة 14.58 ٪ من إجمالى أفراد العينة .

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفى التحليلى لإجراء البحث

طريقة والإجراءات التى قام بها الباحث لإعداد الدراسة:

قام الباحث بدراسة النظريات والأبحاث التى تناولت الإدمان وأسبابه وعلاجه، أيضاً قام الباحث بدراسة الانتكاسة للإدمان وحجمها على مستوى مصر والوطن العربى، ثم قام الباحث بإعداد استبيان مفتوح عن عوامل الانتكاسة للإدمان من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان ..

الهدف من الاستبيان:

التعرف على عوامل الانتكاسة للإدمان من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان ..

عناصر الاستبيان:

يتصدر الاستبيان مجموعة من البيانات للتعرف على المهنة وسنوات الخبرة وجهة العمل، ثم يلى ذلك سؤال مفتوح وهو: من وجهة نظرك، ماهى أكثر العوامل شيوعاً حول الانتكاسة إلى المخدرات بعد الشفاء ؟

بحيث تترك له الحرية فى الإجابة على السؤال لأفراد العينة، وقد تم توزيع الاستبيان على عينة من القائمين على علاج الإدمان والذن ينتمون لمهن مختلفة ويشتركون فى علاج الإدمان وهم فئات: الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين وهيئة التمريض والأخصائيين الاجتماعيين وأخيراً الموجهين . وكان ذلك فى المستشفيات المذكورة فى الجزء الخاص بالعينة ..

وأخيراً حصل الباحث على 49 مفردة كإجابة على السؤال موضوع الاستبيان، قام الباحث بتقسيمهم إلى تسعة عوامل رئيسية للانتكاسة للإدمان، هى:

1 – عوامل تتعلق بالعلاج . 2 – عوامل شخصية 3 – عوامل تتعلق بالأصدقاء

4 – عوامل جنسية . 5 – عوامل تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت

6 – عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة 7 – عوامل اجتماعية 8 – عوامل أسرية 9 – عوامل اقتصادية

وفيما يلى عدد تكرارات كل دافع أو عامل من عوامل الانتكاسة مع عدد تكرارات كل مفردة:

جدول (6)

يوضح العوامل التى تتعلق تتعلق بالعلاج وعدد التكرارات التى حصل عليها الباحث لكل مفردة .

	م	العبارة	معدل التكرار لكل مفردة				
			نفسي	أطباء	تمريض	اجتماعى	موجه
1- العوامل التى تتعلق بالعلاج .	1	الابتعاد عن اجتماعات المدمنين المجهولين NA	3	4	4	0	2
	2	الفشل فى خطوة 1 من برنامج ما بعد التعافى	1	0	0	0	0
	3	عدم استكمال المدمن برنامج التأهيل والعلاج- عدم اكتمال الرعاية اللاحقة بعد الخروج من المستشفى	2	4	4	2	2
	4	ترك المتابعة العلاجية والدواء	1	4	2	4	0
	5	عدم الالتزام بالبرنامج العلاجى – البعد عن المجتمع العلاجى – عدم اقتناع المدمن بجدية العلاج	2	6	6	0	4
	6	وجود مرض نفسى آخر مصاحب للإدمان – عدم معرفة المدمن باضطراباته الخاصة	0	4	2	2	2
	7	وجود أمراض جسمية مصاحبة للإدمان مثل آلام الأورام وخلافه	0	2	0	0	0
	8	أفراد الفريق العلاجى الغير مدربين تدريباً كافياً	0	2	0	0	0
	9	التشخيص المزدوج	0	2	0	0	0
		مجموع	9	28	18	8	10

جدول (7)

يوضح عدد التكرارات التى حصل عليها الباحث لكل مفردة من مفردات العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة والعوامل الاجتماعية والعوامل الأسرية

	م	العبارة	معدل التكرار لكل مفردة				
			نفسي	أطباء	تمريض	اجتماعى	موجه
2- عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة.	1	التواجد فى أماكن محظورة	1	2	2	0	0
	2	وجود مثيرات مشجعة على الانتكاسة فى محيط الفرد (المقاهى – تجار المخدرات) البيئة المحيطة بالمدمن – توافر المخدرات	2	0	4	2	2
		مجموع	3	2	6	2	2
3- عوامل اجتماعية العوامل الأسرية.	1	الضغوط الاجتماعية مثل الفشل والطرد من العمل	3	0	0	0	0
	2	النزول للعمل (مبكراً) قبل السماح له من الفريق العلاجى	1	0	0	0	0
	3	ضغط العمل العمل لما يزيد عن 8 ساعات – عدم الحصول على عمل بعد مرور 6 شهور من التعافى	1	0	4	0	0
	4	عدم تقبل الآخرين له – نظرة الاشمئزاز فى عيون الآخرين	1	2	0	2	2
	5	عدم اهتمام الآخرين بالمدمن – وعدم شعوره بأهميته الشخصية	1	0	0	0	0
		مجموع	7	2	4	2	2
4- العوامل الأسرية	1	إدمان أحد أفراد الأسرة – المشاكل الأسرية المستمرة	1	2	2	0	0
	2	عدم تعاون الأسرة ومقدار سيطرتهم على المدمن – التفكك الأسرى	3	2	6	2	2
	3	فشل الزواج – مشكلات الحياة الزوجية – مشكلات الأطفال (الأولاد)	1	0	0	2	2
	4	الزواج قبل سنة من التعافى	1	0	0	0	0
	5	عدم تقبل الآخرين له – نظرة الاشمئزاز فى عيون الآخرين – التشدد من قبل الأسرة	1	2	0	2	2
	6	عدم اهتمام الآخرين بالمدمن – وعدم شعوره بأهميته الشخصية	1	0	0	0	0
		مجموع	8	6	8	6	6

جدول (8)

يوضح عدد التكرارات التى حصل عليها الباحث لكل مفردة من مفردات العوامل الشخصية والعوامل التى تتعلق بالأصدقاء والعوامل الجنسية والعوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت

	م	العبارة	معدل التكرار لكل مفردة				
			نفسي	أطباء	تمريض	اجتماعى	موجه
2- العوامل الشخصية	1	اللهفة والاشتياق الشديد للتعاطى	2	0	4	2	0
	2	تجنب الأعراض الانسحابية النفسية مثل: القلق – الاكتئاب – التوترات النفسية العميقة – الضغوط النفسية	5	0	0	0	0
	3	مفاهيم خاطئة مثل تعاطى مرة واحدة ليفك الخرمة ولن يضر شيئاً (يقصد بالخرمة تجنب الاعراض الانسحابية النفسية)	1	0	0	0	1
	4	الفراغ العقلى (الذهنى) الفقر الشديد فى ممارسة انشطة ايجابية	1	0	2	0	2
	5	الكذب وتوقيع الأمانات	2	0	0	0	0
	6	الثقة الزائدة بالنفس (فخ الثقة) توهم السيطرة على النفس تجاه المخدرات	2	0	0	0	0
	7	عدم تعلم كيفية التعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية بطريقة صحيحة – عدم وجود خطة مفصلة لحل مشكلاته الشخصية	1	4	0	0	2
	8	موت عزيز	1	0	0	0	0
	9	التوقعات الوهمية للمرض	1	0	0	0	0
	10	الأرق (قلة النوم) – وجود مشاكل صحية كثيرة	1	0	0	0	0
	11	ادمان السلوكيات الإدمانية كبديل للمخدرات – رجوع المريض للسلوكيات المرفوضة	1	0	2	2	0
	12	عدم وجود اهداف طويلة المدى أو العمل على تغييره بعد النجاح فيه	1	0	0	0	0
	13	عدم الثقة بالنفس	2	0	0	0	0
	14	عدم تحقيق الذات	1	0	0	0	0
	15	اليأس من الحياة – ومن عدم تغير الحياة – ومن عدم رجوعه للحياة الطبيعية	1	0	0	4	0
	16	الهروب من الواقع المؤلم – الوحدة	0	2	0	2	0
	17	عدم وجود النية الجادة للعلاج عند المدمن- دخول العملية العلاجية مجبراً	0	2	4	0	2
	18	غياب الوازع الدينى	0	0	0	0	2
	19	وجود اضطرابات فى الشخصية مائلة للإدمان –	0	0	0	2	2
	20	عدم الاشتراك فى أنشطة إيجابية	0	0	2	0	0
	21	عدم شعور المدمن المتعافى بأهميته الشخصية	1	0	0	0	0
		مجموع	24	8	14	12	11
3- عوامل تتعلق بالأصدقاء.	1	الأصدقاء المتعاطين	4	2	6	2	8
	2	عدم وجود أصدقاء جدد غير أصدقاء التعاطى	1	0	4	0	0
	3	التواجد مع أفراد متعاطين	1	2	0	2	0
		مجموع	6	4	10	4	8
4- العوامل الجنسية	1	حدوث مشاكل فى العلاقة الجنسية	1	0	0	0	0
	2	العلاقات الجنسية غير الشرعية (انتكاسة أخلاقية)	1	0	0	0	0
		مجموع	2	0	0	0	0
5- عوامل تتعلق بالإعلام والانترنت	1	مشاهدة أفلام او مسلسلات بها مشاهد تعاطى مخدرات (ضرب) التعرض لمثيرات الانتكاسة	4	0	0	0	1
		مجموع	4	0	0	0	1

جدول (9)

يوضح العوامل الاقتصادية وعدد التكرارات التى حصل عليها الباحث لكل مفردة .

	م	العبارة	معدل التكرار لكل مفردة				
			نفسي	أطباء	تمريض	اجتماعى	موجه
9-العوامل الاقتصادية	1	عدم إدارة النقود (الحصول على الأموال فى بداية الفترة العلاجية)	1	0	2	0	2
	2	الضغوط الاقتصادية والاحتياج لكوت اليوم (الفقر الشديد) – المشكلات المادية	1	0	0	2	0
		مجموع	2	0	2	2	2

المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث فى معالجة النتائج: النسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية واختبار كا2 كالتالى:

جدول (10)

يوضح نسب وعدد تكرارات كل عامل من عوامل الانتكاسة للإدمان من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان

م	العوامل	عدد التكرارات	النسبة المئوية
1	عوامل شخصية	69	٪ 27
2	عوامل اجتماعية	17	٪ 6.6
3	عوامل أسرية	34	٪ 13.3
4	عوامل اقتصادية	8	٪ 3.1
5	عوامل تتعلق بالأصدقاء .	32	٪ 12.3
6	عوامل تتعلق بالعلاج .	73	٪ 28.6
7	عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة .	15	٪ 5.8
8	عوامل تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت .	5	٪ 1.9
9	عوامل جنسية .	2	٪ 0.7
	المجموع	254	٪ 100

يتضح من الجدول السابق أن عدد التكرارات التى حصل عليها الباحث = 254 تكرار كمجموع كلى للعوامل . وأن المتوسط الحسابى للعوامل يساوى 28.3 درجة، كما

يتضح أيضاً أن هناك تباين فى ترتيب العوامل، حيث جاء فى المركز الأول العوامل التى تتعلق بالعلاج بنسبة 28.6 ٪ وهو أعلى من المتوسط، ثم جاء العوامل الشخصية فى المركز الثانى بنسبة 27 ٪

بينما احتلت العوامل الأسرية المركز الثالث بنسبة 13.3 ٪ وجاء فى المركز الرابع العوامل التى تتعلق بالأصدقاء بنسبة 12.3 ٪، ثم جاءت العوامل الاجتماعية لتحتل المركز الخمس بنسبة 6.6 ٪، بينما احتلت العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة المركز السادس بنسبة 5.8 ٪، وجاءت العوامل الاقتصادية فى المركز السابع بنسبة 5.8 ٪، ثم حتلت العوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت المكز الثامن بنسبة 1.9 ٪، وفى النهاية احتلت العوامل الجنسية المركز الأخير بنسبة 0.7 ٪ كما قام الباحث بحساب عدد تكرارات عوامل الانتكاسة حسب تصنيف الخبرات فكانت كالتالى:

جدول (11)

يوضح نسب وعدد تكرارات كل عامل من عوامل الانتكاسة للإدمان حسب عدد سنوات الخبرة للقائمين على علاج الإدمان

م	العوامل	أقل من 5 سنوات		من 5: 10 سنوات		من 10: 20 سنة		أكثر من 20 سنة	
		ت	النسبة المئوية	ت	النسبة المئوية	ت	النسبة المئوية	ت	النسبة المئوية
1	عوامل شخصية	26	28.57143	9	26.47059	17	27.41935	16	23.8806
2	عوامل اجتماعية	13	14.28571	5	14.70588	8	12.90323	8	11.9403
3	عوامل أسرية	2	2.197802	2	5.882353	2	3.225806	2	2.985075
4	عوامل اقتصادية	8	8.791209	4	11.76471	5	8.064516	15	22.38806
5	عوامل تتعلق بالأصدقاء .	8	8.791209	2	5.882353	1	1.612903	4	5.970149
6	عوامل تتعلق بالعلاج	7	7.692308	5	14.70588	3	4.83871	2	2.985075
7	البيئة المحيطة	25	27.47253	3	8.823529	25	40.32258	20	29.85075
8	وسائل الإعلام والانترنت	2	2.197802	2	5.882353	1	1.612903	0	0
9	عوامل جنسية .	0	0	2	5.882353	0	0	0	0
	المجموع	91	100	34	100	62	100	67	100

نتائج الدراسة:

للوصول لنتائج الدراسة استخدم الباحث فى معالجة النتائج الأساليب الإحصائية التالية: النسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقانون كا2 كالتالى:

جدول (12)

يوضح نسب وعدد تكرارات كل عامل من عوامل الانتكاسة للإدمان

م	العوامل		معدل التكرار لكل مفردة					مجموع
			نفسي	أطباء	تمريض	اجتماعى	موجه	
1	عوامل تتعلق بالعلاج .	التكرارات	9	28	18	8	10	73
		النسبة لتكرارات العامل	12.3٪	38.4٪	24.7٪	11.0٪	13.7٪	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	14.1٪	56.0٪	29.0٪	22.2٪	23.8٪	28.7٪
		النسبة للمجموع	3.5٪	11.0٪	7.1٪	3.1٪	3.9٪	28.7٪
2	عوامل شخصية	التكرارات	23	8	14	12	11	68
		النسبة لتكرارات العامل	33.8٪	11.8٪	20.6٪	17.6٪	16.2٪	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	35.9٪	16.0٪	22.6٪	33.3٪	26.2٪	26.8٪
		النسبة للمجموع	9.1٪	3.1٪	5.5٪	4.7٪	4.3٪	26.8٪
3	عوامل أسرية	التكرارات	8	6	8	6	6	34
		النسبة لتكرارات العامل	23.5٪	17.6٪	23.5٪	17.6٪	17.6٪	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	12.5٪	12.0٪	12.9٪	16.7٪	14.3٪	13.4٪
		النسبة للمجموع	3.1٪	2.4٪	3.1٪	2.4٪	2.4٪	13.4٪
4	عوامل تتعلق بالأصدقاء	التكرارات	6	4	10	4	8	32
		النسبة لتكرارات العامل	18.8٪	12.5٪	31.3٪	12.5٪	25.0٪	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	9.4٪	٪ 8.0	16.1٪	٪ 11.2	19.0٪	12.6٪
		النسبة للمجموع	2.4٪	٪ 1.58	3.9٪	٪ 1.58	3.1٪	12.6٪

5	عوامل اجتماعية	التكرارات	7	2	4	2	2	17
		النسبة لتكرارات العامل	41.2٪	11.76٪	23.53٪	11.76٪	11.76٪	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	10.9٪	٪4	6.45٪	4.76٪	5.55٪	6.7٪
		النسبة للمجموع	2.8٪	8٪.0	٪1.58	8٪.0	8٪.0	6.7٪
6	عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة	التكرارات	3	2	6	2	2	15
		النسبة لتكرارات العامل	٪20	٪13.33	40.0٪	٪13.33	٪13.33	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	4.68٪	٪4	9.7٪	4.76٪	5.55٪	5.9٪
		النسبة للمجموع	1.57٪	8٪.0	2.4٪	8٪.0	8٪.0	5.9٪
7	العوامل الاقتصادية	التكرارات	2	0	2	2	2	8
		النسبة لتكرارات العامل	٪25	٪0	٪25	٪25	٪25	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	3.12٪	٪0	3.22٪	4.76٪	5.55٪	3.1٪
		النسبة للمجموع	٪0.8	٪0	٪0.8	٪0.8	٪0.8	3.1٪
8	عوامل تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت	التكرارات	4	0	0	0	1	5
		النسبة لتكرارات العامل	80.0٪	٪0	٪0	٪0	20.0٪	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	٪6.25	٪0	٪0	٪0	2.38٪	2.0٪
		النسبة للمجموع	٪1.58	٪0	٪0	٪0	٪0.42	2.0٪
9	عوامل جنسية	التكرارات	2	0	0	0	0	2
		النسبة لتكرارات العامل	100.0٪	٪0	٪0	٪0	٪0	100.0٪
		النسبة لتكرارات الوظيفة	3.12٪	٪0	٪0	٪0	٪0	٪0.8
		النسبة للمجموع	٪0.8	٪0	٪0	٪0	٪0	٪0.8
	المجموع	مجموع التكرارات	64	50	62	36	42	254
		النسبة للمجموع	25.2٪	19.7٪	24.4٪	14.2٪	16.5٪	100.0٪

يلاحظ من الجدول (17) أن السبب الأول للعودة للإدمان من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان هى العوامل التى تتعلق بالعلاج بنسبة ٪28.7.ثم يأتى فى المرتبة الثانية العوامل الشخصية بنسبة ٪26.8، ثم جاءت العوامل الأسرية فى المرتبة الثالثة بنسبة ٪13.4، أما العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فقد احتلت المرتبة الرابعة بنسبة

٪12.6، وجاءت العوامل الاجتماعية فى المرتبة الخامسة بنسبة ٪6.7، ثم العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة فى المرتبة السادسة بنسبة ٪5.9، ثم العوامل الاقتصادية فى المرتبة السابعة بنسبة ٪3.1، ثم العوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت فى المرتبة الثامنة بنسبة ٪2.0، ثم العوامل الجنسية فى المرتبة التاسعة والأخيرة بنسبة 0.8 ٪ .

مناقشة نتائج الفرضيات:

الفرض الأول: ينص الفرض الأول على:

-1 لا توجد فروق ذات دلالة احصائية فى أسباب الانتكاسة للإدمان لدى عينة البحث حسب نوع العمل (طبيب – إخصائى نفسى – إخصائى اجتماعى – ممرض – موجه) .

ويمكن التحقق من صدق الفرض الأول من خلال الجدول التالى:

جدول (13)

يوضح قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى لعوامل الانتكاسة حسب وظيفة القائمين على علاج الإدمان

ن	254
المتوسط الحسابى لتكرارت العينة حسب الوظيفة	11.9921
الانحراف المعيارى	8.02909

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابى لتكرارت القائمين على علاج الإدمان حسب الوظيفة قد بلغ 11.9921، بينما بلغت قيمة الانحراف المعيارى 8.02909 .

شكل رقم (1) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى لتكرارات القائمين على علاج الإدمان على عوامل انتكاسة تبعاً للوظيفة

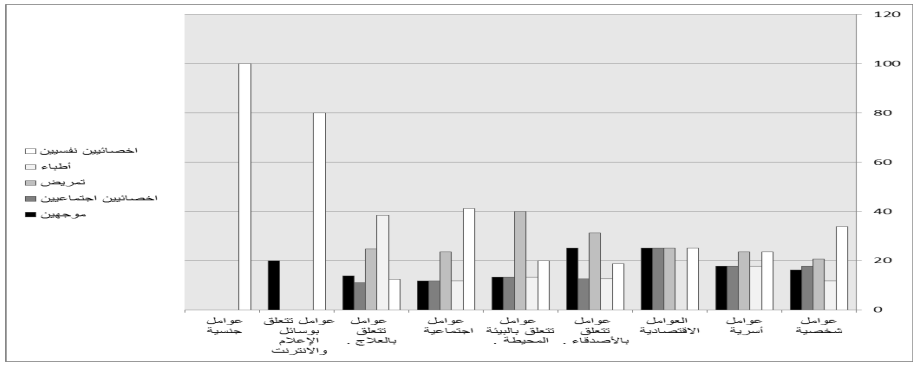
جدول (14)

يوضح قيمة كا2 ومستوى الدلالة للفرض الأول

اختبار كا2

	القيمة	د.ح	مستوى الدلالة
Pearson Chi-Square	49.713a	32	024.
Likelihood Ratio	49.499	32	025.
Linear-by-Linear Association	780.	1	377.
N of Valid Cases	254		

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة كا2 بلغت 49.713 ومستوى الدلالة 0.024، وهى دالة عند 0.05 .. مما يعنى عدم ثبوت الفرض الصفرى، وضرورة قبول الفرض البديل وهو أنه يوجد فروق ذات دلالة احصائية فى أسباب الانتكاسة للادمان لدى عينة البحث حسب نوع العمل والوظيفة كما فى الشكل البيانى التالى:



شكل رقم (2) رسم بيانى يوضح تمثيل تكرارات القائمين على علاج الإدمان على عوامل انتكااسة تبعاً للوظيفة

حيث أنه تشير النتائج إلى أنه بالنسبة للأخصائيين النفسيين جاءت العوامل الشخصية فى المركز الأول بنسبة 35.9 ٪

من تكرارت الأخصائيين النفسيين، ثم جاء فى المركز الثانى العوامل التى تتعلق بالعلاج بنسبة ٪14.1، ثم العوامل الأسرية بنسبة ٪12.5، ثم العوامل الاجتماعية فى المركز الرابع بنسبة ٪10.9، ثم العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فى المركز الخامس بنسبة

٪9.4، ثم العوامل التى تتعلق بالانترنت وسائل الإعلام فى المركز السادس بنسبة 6.25 ٪، ثم فى المركز السابع العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة بنسبة ٪4.68، بينما جاءت العوامل الاقتصادية والعوامل الجنسية بالتساوى فى المركز الأخير بنسبة ٪3.12 .

أما بالنسبة لوظيفة طبيب نفسى فإن العوامل التى تتعلق بالعلاج جاءت فى المركز الأول بنسبة ٪56.0، وجاءت العوامل الشخصية فى المركز الثانى بنسبة ٪16.0، ثم العوامل الأسرية فى المركز الثالث بنسبة ٪12.0، ثم العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فى المركز الرابع بنسبة 8.0 ٪، ثم جاءت العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة و العوامل الاجتماعية فى المركز الخامس بالتساوى بنسبة 4 ٪ لكل منهما، بينما لم تحصل العوامل الاقتصادية و العوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت والعوامل الجنسية على أي تكرارات بالنسبة لوظيفة (طبيب نفسى) .

أما بالنسبة لوظيفة التمريض فإن العوامل التى تتعلق بالعلاج جاءت فى المركز الأول بنسبة ٪29.0 من تكرارات الوظيفة، وجاءت العوامل الشخصية فى المركز الثانى بنسبة ٪22.6، ثم جاءت العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فى المركز الثالث بنسبة ٪16.1، ثم العوامل الأسرية فى المركز الرابع بنسبة ٪12.9، ثم جاءت العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة فى المركز الخامس بنسبة ٪9.7، ثم العوامل الاجتماعية فى المركز السادس بنسبة ٪6.45، ثم العوامل الاقتصادية فى المركز السابع والأخير بنسبة ٪3.22، بينما لم تحصل العوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت والعوامل الجنسية على أية تكرارات بالنسبة لوظيفة (ممرض بقسم الطب النفسى) .

و بالنسبة لوظيفة إخصائى اجتماعى فإن العوامل الشخصية جاءت فى المركز الأول بنسبة ٪33.3، والعوامل التى تتعلق بالعلاج فى المركز الثانى بنسبة ٪22.2، ثم جاءت العوامل الأسرية فى المركز الثالث بنسبة ٪13.4، ثم العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فى المركز الرابع بنسبة 11.2 ٪، بينما جاءت العوامل الاجتماعية والعوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة والعوامل الاقتصادية فى المركز الخامس بالتساوى بنسبة ٪5.55 لكل منهم، بينما لم تحصل العوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت و العوامل الجنسية على أية تكرارات بالنسبة لوظيفة الإخصائى الاجتماعى .

وفى النهاية وظيفة الموجه التى جاءت العوامل الشخصية فى المركز الأول بنسبة ٪26.2، والعوامل التى تتعلق بالعلاج فى المركز الثانى بنسبة ٪23.8، ثم جاءت العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فى المركز الثالث بنسبة ٪19.0، ثم العوامل الأسرية فى المركز الرابع بنسبة ٪14.3، بينما جاءت العوامل الاجتماعية والعوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة والعوامل الاقتصادية فى المركز الخامس بالتساوى بنسبة ٪4.76 لكل منهم، ثم جاءت العوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت فى المركز السادس بنسبة ٪2.38، بينما لم تحصل العوامل الجنسية على أية تكرارات بالنسبة لوظيفة الموجه .

ويرجع الباحث هذا الاختلاف فى تقدير العوامل إلى طبيعة عمل الأشخاص وإلى طبيعة الجانب العلاجى الذى تحتمه وظيفة كل شخص فى العملية العلاجية والخبرات التى اكتسبوها خلال مدة عملهم، فالأطباء النفسيون والممرضون يرون أن العامل الأساسى للانتكاسة للإدمان هو العوامل التى تتعلق بالجانب العلاجى والتى تشمل الابتعاد عن اجتماعات المدمنين المجهولين NA وعدم استكمال المدمن برنامج التأهيل والعلاج- عدم اكتمال الرعاية اللاحقة بعد الخروج من المستشفى و ترك المتابعة العلاجية والدواء و عدم الالتزام بالبرنامج العلاجى - البعد عن المجتمع العلاجى - عدم اقتناع المدمن بجدية العلاج ووجود مرض نفسى آخر مصاحب للإدمان - عدم معرفة المدمن باضطراباته الخاصة ؛ وذلك نظراً لإن اهتمامهم الأساسى ينصب على العلاج والأدية التى ينبغى على المدمن المتعافى متابعة تناولها بعد الحصول على الشفاء فى فترة اقامته بالمستشفى ؛ أما بالنسبة للإخصائيين النفسيين والإخصائيين الاجتماعيين والموجهين فإن العوامل الشخصية هى من جاءت فى المركز الأول

الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على:

2 - لا توجد فروق ذات دلالة احصائية فى أسباب الانتكاسة للإدمان لدى عينة البحث حسب عدد سنوات الخبرة فى مجال العمل .

ويمكن التحقق من صدق الفرض الأول من خلال الجدول التالى:

جدول (15)

يوضح قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى لعوامل الانتكاسة حسب خبرة القائمين على علاج الإدمان

ن	254
المتوسط الحسابى	15.0157
الانحراف المعيارى	8.40853

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابى حسب خبرة القائمين على علاج الإدمان قد بلغ 15.0157، بينما بلغت قيمة الانحراف المعيارى 8.40853 .

شكل رقم (3) رسم بيانى يوضح متوسط تكرارات القائمين على علاج الإدمان على عوامل انتكاسة تبعاً لسنوات الخبرة

جدول (16)

يوضح قيمة كا2 ومستوى الدلالة للفرض الثانى

اختبار كا2			
	القيمة	د.ح	مستوى الدلالة
Pearson Chi-Square	41.741a	24	014.
Likelihood Ratio	38.033	24	034.
Linear-by-Linear Association	087.	1	767.
N of Valid Cases	254		

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة كا2 بلغت 41.741 ومستوى الدلالة 0.014، وهى دالة عند 0.05 .. مما يعنى عدم ثبوت الفرض الصفرى، وضرورة قبول الفرض البديل وهو أنه يوجد فروق ذات دلالة احصائية فى أسباب الانتكاسة للادمان لدى عينة البحث حسب عدد سنوات الخبرة فى مجال العمل كما فى الشكل البيانى التالى:

شكل رقم (4) رسم بيانى يوضح تمثيل تكرارات القائمين على علاج الإدمان على عوامل انتكااسة تبعاً لسنوات الخبرة

حيث يتضح من الشكل السابقً أنه اختلفت عدد التكرارات لكل عامل تبعاً لكل فئة، فبالنسبة لفئة الخبرة أقل من 5 سنوات فقد جاءت العوامل الشخصية فى المركز الأول بنسبة ٪28.57 من إجمالى تكرارات أفراد عينة الفئة ؛ ثم جاءت العوامل التى تتعلق يبالبيئة المحيطة فى المركز الثانى بنسبة 27.47 ٪، ثم جاءت العوامل الاجتماعية فى المركز الثالث بنسبة 14.2 ٪، ثم العوامل الاقتصادية والعوامل التى تتعلق بالأصدقاء فى المركز الرابع بنسبة 8.79 ٪ لكل منهما، وفى المكز الخامس جاءت العوامل التى تتعلق بالعلاج بنسبة 7.69 ٪ وفى المركز السادس جاءت العوامل الأسرية والعوامل المتعلقة بوسائل الإعلام بنسبة ٪2.19 بينما حتلت العوامل الجنسية المركز الأخير بنسبة 0 ٪ من تكرارات أفراد عينة الخبرة أقل من 5 سنوات .

وأما بالنسبة لفئة الخبرة من 5 إلى 10 سنوات فإن العوامل الشخصية أيضاً جاءت فى المركز الأول بنسبة 26.47 ٪ من إجمالى تكرارات أفراد عينة الفئة، ثم جاء فى المركز الثانى العوامل الاجتماعية والعوامل التى تتعلق بالعلاج بنسبة 14.7 ٪ لكل منهما، ثم جاءت العوامل الاقتصادية فى المركز الثالث بنسبة 11.76 ٪، وجاءت العوامل المتعلقة بالبيئة المحيطة فى المركز الرابع بنسبة 8.82 ٪، ثم جاء فى المركز الخامس العوامل الأسرية والعوامل التى تتعلق بالأصدقاء والعوامل الجنسية والعوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت بنسبة 5.88 ٪ لكل عامل من تكرارات أفراد عينة الخبرة أقل من 5 سنوات .

وبالنسبة لفئة الخبرة من 11 إلى 20 سنة فإن العوامل التى تتعلق بالبيئة المحيطة جاءت فى المركز الأول بنسبة 40.32 ٪، ثم جاءت العوامل الشخصية فى المركز الثانى بنسبة 27.41 ٪، بينما احتلت العوامل الاجتماعية المركز الثالث بنسبة ٪12.9، ثم العوامل الاقتصادية فى المركز الرابع بنسبة 8.6 ٪، كما احتلت العوامل التى تتعلق بالعلاج المركز الخامس بنسبة ٪4.83، وجاءت العوامل الأسرية فى المركز السادس بنسبة 3.22 ٪، وجاء فى المكز السابع العوامل التى تتعلق بالأصدقاء والعوامل التى

تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت بنسبة 1.61 ٪ لكل منهاما، أما العوامل الجنسية فلم تحصل على أية تكرارات.

أيضاً فئة الخبرة لأكثر من 20 عاماً احتلت لديها العوامل المتعلقة بالبيئة المحيطة المركز الأول بنسبة 29.85 ٪ من معدل التكرارات، واحتلت العوامل الشخصية المركز الثانى بنسبة 23.88 ٪، وجاءت العوامل الاقتصادية فى المركز الثالث بنسبة 22.38 ٪، ثم احتلت العوامل الاجتماعية المركز الرابع بنسبة 11.94 ٪، أما العوامل التى تتعلق بالأصدقاء فإنها احتلت المركز الخامس بنسبة 5.97 ٪، ثم جاءت العوامل الأسرية والعوامل التى تتعلق بالعلاج فى المركز السادس بنسبة 2.98 ٪ لكل منهما، أما العوامل الجنسية والعوامل التى تتعلق بوسائل الإعلام والانترنت فإنها لم تحصل على أية تكرارات .

الصورة النهائية

جامعة حلوان

كلية التربية

الدراسات العليا

قسم الصحة النفسية

استبيان

عوامل الانتكاسة من وجهة نظر القائمين على علاج الإدمان

اعداد الباحث

عاصم عبد الحميد محمود حسن

للحصول على درجة الدكتوراة فى فلسفة التربية

اشراف

ا.د سهام على عبدالحميد شريف
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية
جامعة حلوان

ا. م.د عزة خضرى عبدالحميد
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية
جامعة حلوان

الاســـم ..... المه
نة..... .....

جهة العمل ..... ســنـوت الخبرة
.....

من وجهة نظرك، ماهى أكثر العوامل شيوعاً حول الانتكاسة إلى المخدرات بعد الشفاء ؟

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

المراجع

1. أحمد ابراهيم الباسوسى (2013) استراتيجية العلاج النفسى المعرفى فى علاج الذهان المبكر والحاد – الاسكندرية – مركز الاسكندرية للكتاب .
2. أحمد ابراهيم الباسوسى (2007) علاج الإدمان على الهيروين المخدر طريقة للتغلب على الانتكاس بعد العلاج – الاسكندرية – مركز الاسكندرية للكتاب .
3. أحمد فخري محمد 2006:: فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي وتعديل البيئة لتحسين حالة مدمني المخدرات المنتكسين، بحوث ودراسات ذات أبعاد نفسية – صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي – القاهرة .
4. أرنولد واشطن ودونا باوندى (2003) إرادة الإنسان فى شفاء الإدمان – ترجمة صبرى محمد حسن – القاهرة – المجلس الأعلى للثقافة .
5. إكرام جابر سليمان: 2017: برنامج مقترح فى التشكيل المجسم لتأهيل الناقهين من الإدمان – رسالة ماجستير، كلية التربية النوعية – جامعة القاهرة .
6. إلهام أحمد عبدالفتاح: 2017: المساندة الأسرية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى شرائح عمرية متباينة من الطلاب متعافى الإدمان – رسالة ماجستير – كلية التربية – جامعة حلوان .
7. أيمن أحمد الكريمين: 2010: العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطين والمشرفين في مركز علاج وتوقيف المدمنين التابع لإدارة المخدرات في الأردن – رسالة ماجستير – عمادة الدراسات العليا – جامعة مؤتة – الأردن .
8. أيمن جبريل الهباهبة: 2015: العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية ودورها في عودة مدمني المخدرات المتعالجين إلى تعاطي المخدرات بعد تلقيهم العلاج – رسالة دكتوراة – عمادة الدراسات العليا – الكرك – الأردن .
9. جواد فطاير (2001) . حياة فى أزمة الإدمان أنواعه، مراحله، علاجه – القاهرة – دار الشروق .

10. حازم محمد صالح قواقنة: 2007: فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمنى المخدرات، رسالة ماجستير، عمادة البحث العلمى و الدراسات العليا، الجامعة الهاشمية، الأردن .

11. حسام الدين عزب (2002) فعالية برنامج علاجى تفاوضى تكاملى فى التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين – أبحاث المؤتمر السنوى التاسع لمركز الإرشاد النفسى – جامعة عين شمس: المجلد 2: 1 – 81 .

12. حسين على فايد: 2006: سيكولوجية الإدمان – مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع – القاهرة .

13. خالد احمد الصالح: 2000: الإدمان مرض العصر – مؤسسة الكويت للتقدم العلمى – الكويت .

14. داليا علي حسن: 2014: برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الشباب مدمني البانجو في مرحلة التعافي – مجلة الإرشاد النفسي – مركز الإرشاد النفسي – العدد 73 – يناير 2014.

15. رشا عبد الفتاح الديدي و رأفت السيد عسكر: 2005: أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات، بحوث التعاطي والإدمان، القاهرة: صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي .

16. سالمة راشد سالم الحجرى (2011) . فاعلية برنامج إرشاد جمعى فى تنمية تقدير الذات لدى المعاقين بصرياً فى سلطنة عمان – رسالة ماجستير – كلية العلوم والآداب – جامعة نزوى – سلطنة عمان .

17. سامية ابريعم: الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات دراسة مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين – مجلة دراسات نفسية وتربوية – جامعة قاصدى مرباح – الجزائر – عدد 11 –2013– ديسمبر 2013 / ص 127 – 109 .

18. سليمان فايز: 2006:: الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات "البانجو" في مراكز الإصلاح والتأهيل في غزة، رسالة دكتوراه، معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة الدول العربية.

19. عادل الدمرداش: 1999: الإدمان مظاهره وعلاجه – ط 2، الكويت – عالم المعرفة.

20. عبدالحليم سواس: 2011: مفسدات التوازن الحيوى فى الإنسان المخدرات بين المفهوم اللغوى والحيوى – السجل العلمى لندوة المخدرات حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج، من ص 9 إلى ص 68 – المنعقد فى الفترة بين 22 – 23 / 10 / 2011 م . المملكة العربية السعودية .

21. عبد الرحمن محمد العيسوى: 2005: المخدرات وأخطارها – دار الفكر الجامعي – الإسكندرية .

22. عبد الصبور منصور محمد: ٢٠٠١: مدى فاعلية الإرشاد النفسي في علاج الادمان – مجلة كلية التربية بالمنصورة – عدد ٤٥ / ص ٢٠٧ – ٢٣٩

23. عبد العزيز حسين: 2004: المشكلات الاجتماعية التى يواجهها المتعافى من الإدمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المتعافين بمدينة الرياض، مجلة شئون اجتماعية، الشارقة، العدد 22 / ص 87 – 107.

24. عبد العزيز علي الغريب) 2006 (ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي – جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية– الرياض – المملكة العربية السعودية .

25. عبدالله أحمد عبدالله العمرى الزهرانى: 2010: العلاقة بين مواضع الانتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمنى الكبتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى الأمل بجدة – رسالة ماجستير – كلية التربية – جامعة أم القرى – مكة المكرمة – المملكة العربية السعودية .

26. عبدالله عمر الجوهى: 2008: أثر برنامج للعلاج المعرفى السلوكى فى علاج عينة من مدمنى الهيروين – مجلة دراسات عربية فى علم النفس – مصر، العدد 4، أكتوبر 2008/ ص –881 934 .

27. عبد الودود خربوش:2012: التجربة المغربية في علاج الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، ورقة بحثية، المملكة المغربية، ندوة مراكش، يوليو.

28. عفاف عبدالمنعم: 2016: الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه – الإسكندرية – دار المعرفة الجامعية .

29. على على مفتاح:1996: العوامل النفسية لتعاطى المواد المخدرة لدى عينة من نزلاء مستشفيات علاج الإدمان – مجلة كلية التربية – جامعة بنها – عدد يوليو 1996/ ص 212- .

30. علياء عفان عثمان (2006) المشكلات الاجتماعية الناتجة عن ظاهرة ادمان المخدرات واقتراح العلاج: دراسة ميدانية ودور مقترح للعلاج من منظور خدمة الفرد – رسالة ماجستير – كلية الخدمة الإجتماعية – جامعة الفيوم .

31. مايسة جمعة: 2007: تعاطى المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات – دار عالم المعرفة الجامعى – الإسكندرية .

32. -32 مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، تقرير المخدِّرات العالمي ٢٠١٧ .

33. محمد مدحت أبوبكر الصديق (1992) فعالية العلاج الأسري في خدمة الفرد مع علاج العائدين إلى إدمان الهروبين: دراسة تجريبية مطبقة بمستشفى أبو العزائم للأمراض النفسية والعصبية وعلاج الإدمان – كلية الخدمة الإجتماعية – جامعة حلوان .

34. -34 مطاوع بركات واقبال الحلاق: 2011: أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين فى المرصد الوطنى لرعاية الشباب فى دمشق – مجلة تشرين للبحوث والدراسات العلمية – سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية – مجلد 33 – عدد 5 – دمشق – سوريا .

35. منى محمد صالح على العامرى (2000) ." دراسة فعالية الارشاد النفسى العقلانى الانفعالى والعلاج المتمركز على العميل فى علاج بعض حالات الادمان بين الطلاب فى دولة الإمارات العربية المتحدة " دراسة كلينيكية " "– رسالة دكتوراة – معهد الدراسات والبحوث التربوية – جامعة القاهرة .

36. منصور عبد الله السبيعي (2006) . دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود لتعاطي المخدرات – جامعة نايف للعلوم الأمنية – الرياض (رسالة ماجستير).

37. وصال البشير (2013) . فاعلية برنامج إرشاد نفسي في تحسين التوافق النفسى لدي طالبات السكن الخاص بصندوق القومى لرعاية الطلاب بولاية الخرطوم – رسالة ماجستير – كلية التربية جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا .

38. وفقى حامد (2003) . ظاهرة تعاطى المخدرات . الأسباب، الآثار، العلاج – الكويت – وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية .

39. وفيق صفوت مختار: 2005: مشكلة تعاطى المواد النفسية المخدرة الأفيون المورفين الهيروين الباربيتورات المنومات المهدئات – دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع – القاهرة .

40. مروة جمال سيد حسانين: 2010: صورة الذات وبعض المتغيرات النفسية السالبة المرتبطة بالاعتماد على المخدر لدى عينة من المتعاطين للترامادول، رسالة ماجستير، كلية الاداب – جامعة أسيوط .

41. ناصر عبد العزيز عمر 2005:: تقييم فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

المراجع الأجنبية:

42. addiction to drug use: Evidence from Malaysia - European Journal of Social Sciences, 11(3),471-476.

43. Adi Jaffe Ph.D.: 2010: Craving: When the brain remembers drug use. Retrieved from https://www.psychologytoday.com .

44. Aziz Kassani and et al. (2015) Survival Analysis of Drug Abuse Relapse in Addiction Treatment Centers – Shiraz University of Medical Sciences- Shiraz – Iran

45. Bondy.D & Coello.T: 1998:preventing relapse among inner-city recovering addicts. Rearch report .National Instituteon Drug Abuse .new York.246.

46. Cuneyt, Evren & Bilge, Evren (2005): Self Mutilation In Substance Dependent Patients And Relationship With Childhood Abuse And Neglect, Alexithymia And Temperament And Character Dimensions Of Personality. Istanbul, Turkey .

47. Fisher, L, Elias, J.W Ritz, K. (2006): Predicting Relapse to Substance abuse as a function of Personality Dimensions, Journal of Addiction,22(5), p.1047.

48. Gebhard, Husler (2005): Psychosocial Predictors Of Cannabis Use In

49. Adolescents At Risk, Prevention Science, Vol (6), No.3.

50. Gordan . f.r & Marlatt, n.: 1999: Assertive behavior: theory, Research and training. Routledge, London, 375.

51. Haro, G. & Valderrama, J.C & Matau, C., (2004): The Role Of Personality Disorders On Drug Dependence Treatment Outcomes Following Inpatient Detoxification, University Of Valencia, Spain

52. KIM, S.; LESLIE, W: 2001: Algorithms for Resource Allocation of Substance Abuse Prevention Funds Based on Social indicators, A case Study on Social indicators, Acase on state of Florida-par3. Journal of Drug Education. VOL. 28, N 4,

53. Laura Carim-Todd, Suzanne H. Mitchell, Barry S. Oken (2013): Mind – body Practices An alternative, drugfree treatment for smoking cessation? A of the literature Review Article systematic review

54. Nora D. Volkow, M.D. (2014) Drugs, Brains, and Behavior The Science of Addiction- National Institute on Drug Abuse – Washington, DC- USA .

55. Ibrahim, F.Kumar,N. (2009):The influence of community on relapse

56. Raghda mohamed elgamil: 2010: Role Of cognitive behavioral therapy in coping with craving as important therapeutiic tool in relapse prevention of addiction .(M.B.B.BC) Cairo University .

57. Spooner, Catherine (2001): Structural Determinants Of Youth Drug Use, The Australia. National Drug And Alcohol Research Center,

58. Stephens, R. Cottrell, E (2006): Follow-up study of 200 Narcotic Addicts committed for treatment Under the Narcotic Addict Rehabilitation, Journal of Addiction, 67(1), 45-53.

مواقع من الانترنت:

59. https://raseef22.com/life تم الاسترجاع بتاريخ 25 / 12 / 2017

60. المركز المصرى لبحوث الرأى العام (بصيرة) http://www.baseera.com.eg.

61. استرجعت بتاريخ 23 / 8 / 2018

62. وكالة الأنباء السعودية https://www.spa.gov.sa استرجعت بتاريخ 23 / 8 / 2018

63. جريدة المساء العربى http://www.mesaaraby.com تاريخ الاسترجاع 20/ 7 / 2018م الساعة 7 مساءً .

64. جريدة الوطن https://www.elwatannews.comتاريخ الاسترجاع 20/ 7 / 2018م الساعة 7 مساءً .

65. موقع البوابة http://www.albawabhnews.com تاريخ الاسترجاع السبت 9 / يونيو/ 2018 – الساعة 12:25 م

66. اليوم السابع https://www.youm7.com تاريخ الاسترجاع 20/ 7 / 2018م الساعة 7 مساءً .

67. بوابة الفجر http://www.elfagr.com تاريخ الاسترجاع 20/ 7 / 2018م الساعة 7 مساءً .

68. webcache.googleusercontent.com تم الاسترجاع بتاريخ 6 / 9 / 2020