تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات

إعداد

أ.م.د/ طارق محرم صدقى السيد عبد اللّه

أستاذ مساعد بقسم خدمة الفرد

كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعتبر مشكلة تعاطى المواد المتعددة للمخدرات من المشكلات النفسية الاجتماعية الخطيرة التى تؤثر على المجتمع بصفة عامة وعلى الفرد بصفة خاصة مما يترتب عليها آثار نفسية واجتماعية واقتصادية سيئة، وتكمن خطورة هذه المشكلة فى أنها تنتشر لدى الأبناء الذين يمثلون قوة بشرية أساسية فى المجتمع، كما أنه لم يعد الفرد يتعاطى عقاراً واحداً بل أصبح يتعاطى أكثر من عقار فى الوقت ذاته (١).

وقد أشار تقرير منظمة الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة لعام ٢٠٠٩ إلى أن إجمالى عدد الأفراد المتعاطين قدر بحوالى (٢٧٢) مليون فرداً حول العالم، وبنسبة تمثل (٣.٣%) من إجمالى سكان العالم، أو (٦.١%) من إجمالى الأفراد فى المرحلة العمرية ما بين (١٥-٦٤) سنه (٢).

وأشار (زكى ٢٠٠٥) إلى أن المواد المخدرة تؤثر بأنواعها المختلفة على الحالة النفسية المزاجية للأشخاص عن طريق تأثيرها على الجهاز العصبى المركزى فيؤدى ذلك إلى حدوث إضطرابات ذهنية شديدة وإضطراب فى الإدراك، وحدوث تغيرات سلوكية ونفسية فيصاب المتعاطى بالإكتئاب والقلق وإضطراب النوم والخوف، كما يحدث تشويش فى الذاكرة وتدنى القدرة على التركيز والاستيعاب والتذكر وتقلب الانفعالات وسرعة الإثارة والتهيج (٣).

ويتميز المعتمد العقاقيرى بمتغيرات وجدانية سالبة مثل نقص دافعية التغير والشعور باليأس والعجز والمزاج الإكتئابى والإتجاه المؤيد للتعاطى وللعقاقير والضعف والسلبية وعدم الثبات الإنفعالى والإندفاعية والاغتراب ونقص التدعيم والشعور بالألم والاحباط ونقص الدافعية للإنجاز وسوء التوافق والشعور بالذنب والوحدة (٤).

ويعانى متعاطو المواد النفسية من فقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية سواء فى الأسرة أو العمل أو على المستوى الإجتماعى العام (٥).

وتشير الإحصاءات إلى إرتفاع معدلات العودة للتعاطى أو ما يعرف بالإنتكاسة بعد فترة من التوقف على الرغم من نجاح العلاج داخل المصحة (٦)، حيث يُنتكس (٨٠%) من المتعالجين بعد السنة الأولى من العلاج، والأسوأ أن ثلثى هؤلاء المنتكسين يعودون للتعاطى خلال الثلاثة أشهر الأولى من إنتهاء العلاج (٧)، وقد أوضحت دراسة (الريس ١٩٩٤) (٨): أهمية دور الرعاية اللاحقة للحد من عودة المدمن المتعافى لإدمان وتعاطى المخدرات، حيث بينت أن غالبية العائدين إلى المخدرات أفادوا أن المستشفى لم تقم بدور متابعتهم بعد تعافيهم.

وقد بينت دراسة (فيصل محمد خير الزراد ٢٠٠٩) (٩): أن الإنتكاسة ترتفع لدى الأفراد الذين يجبرون على ترك المواد المخدرة مقارنة مع الأفراد الذين يتركونها عن قناعة،

الأفراد الذين يتوقفون عن الإدمان نتيجة برنامج علاجى مقابل الأفراد الذين يتوقفون عن التعاطى بدونه، كما أن الإنتكاسة ترتفع للأفراد الذين لا يدركون حجم العواقب الخطيرة للإدمان على صحتهم.

واستعرض (عجلان العجلان ٢٠١٢) (١٠): الأسباب الواقية من إنتكاسة المدمنين وتضمنت: الرحمة والشفقة بالمدمن والحرص على هدايته واستقامته، مراعاة الجوانب الاجتماعية، إصلاح المدمن وتحفيزه على العمل ومساعدته على ذلك، تعزيز الرقابة الداخلية وتحمل المسئولية لدى المدمن التائب، وإعطاءه الثقة ليندمج فى المجتمع، كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات لتجنب إنتكاسة المدمنين منها: تكوين هيئة خاصة لشؤون المتعافين من الإدمان تضم العلماء الشرعيين والأطباء النفسيين والمربين تتركز مهامها فى جدولة أعمال وبرامج تعنى بالمدمنين المتعافين والتنسيق مع المؤسسات المعنية فى المجتمع، تسهيل عملية إشراك التائب من الإدمان فى الإندماج فى المجتمع وجعله يداً عاملة ومنجزة.

وأوضح (عبد العزيز عبد الله الدخيل ٢٠١٢) (١١): أهمية دور مؤسسات المجتمع المدنى فى الحد من إنتكاسة المدمنين، وأوضح احتياجات المتعافى وكيفية تلبيتها من خلال مؤسسات المجتمع المدنى لمنع الإنتكاسة منها: القدرة على حل المشكلات ، القدرة على التعامل مع الأحداث الحياتية الكبرى، القدرة على التعامل مع التواترات الحياتية، الدعم الأسرى، تحسين العلاقات الأسرية، تحسين العلاقات الاجتماعية، حسن التعامل مع الضغوط والإحباطات، الشعور بتقدير الذات، الدعم المجتمعى، دعم الجماعات ممن لديهم نفس المشكلة، الدعم المالى، الدعم المهنى والوظيفى.

ومن أهم النتائج التى توصل إليها (رضا أحمد المزغنى ٢٠١٢) (١٢): المتعلقة بدور الأسرة فى مواجهة عوامل الإنتكاسة لدى الأبناء المتعافين تمثلت فى: ضمان إطار عائلى متوازن متمثل فى (المحافظة على التماسك الأسرى، أساليب التعامل مع المتعافى، إخراج المتعافى من عزلته، التوعية) فضلاً عن التأهيل الصحى والاجتماعى للإبن المتعافى.

وتناول (سليمان عبد الرزاق الغديان ٢٠١٢) (١٣): العوامل المؤدية للإنتكاسة للمتعافين وتضمنت: مهارات شخصية ومنها قصور فى مهارات التعامل مع الضغوط الاجتماعية وعدم القدرة على التعامل مع مشكلة العلاقة مع الآخرين وقصور فى مهارات التعامل مع المواقف الصعبة، عوامل اجتماعية وثقافية: مثل عدم وجود أنظمة دعم وقطع العلاقة مع الأصدقاء والعجز عن تكوين صداقات، عوامل أسرية: مثل الغياب المستمر للوالدين وضغط فى العلاقة بين الابن والوالدين وفقدان أحد أفراد الأسرة، عوامل شخصية: مثل الشعور بالعزلة وعدم القدرة على التحكم فى القلق والغضب والإكتئاب، كما تناول البحث طرق مواجهة العود للتعاطى من خلال العلاج الشامل المتعدد والذى اشتمل على العلاج

الطبى والعلاج النفسى من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدينى والعلاج الأسرى وتقديم علاج جماعى للمدمن.

وتوصل (أحسن مبارك طالب ٢٠١٢) (١٤): إلى العوامل الأساسية للإنتكاسة وهى: قصور المفهوم الشائع للإدمان على المخدرات، طبيعة البرامج العلاجية فى مجال الإدمان حيث ينظر إليها على أنها برامج علاجية طبية، عدم توافر الرغبة والقناعة فى الالتحاق بالبرامج العلاجية، تأثير غياب المفهوم الاجتماعى للإدمان على المخدرات فى البرامج العلاجية، إهمال آلية التشخيص الاجتماعى للإدمان على المخدرات، إهمال المهارات الاجتماعية فى البرامج العلاجية والإكتفاء بالبرامج الطبية.

وتوصل (أحمد فخرى هانى ٢٠١٦) (١٥): إلى أهم المؤشرات والعلامات المنذرة أو التحذيرية للإنتكاسة وتضمنت: **علامات معرفية مثل:** ضعف القدرة على إتخاذ القرار الإيجابى وضعف القدرة على التفكير بشكل منطقى والأفكار الانهزامية وضعف القدرة على التركيز والشرود والسرحان وضعف الطموح، **العلامات النفسية مثل:** المعاناة النفسية والإنفعال المصطنع وتغيرات المزاج وتقلباته الفجائية والميل للوحدة والسلوك الإندفاعى وزيادة الاستثارة، عدم الرضا عن الحياة، فقدان الثقة بالنفس تماماً والتوتر والكآبة، **العلامات الاجتماعية مثل:** ضعف القدرة على الأداء بفاعلية والفشل فى إقناع مدمنين آخرين بالتوقف عن التعاطى ومحاولة الإكتفاء بأصدقاء التعاطى القدامى وكثرة المشكلات مع الآخرين، **العلامات العلاجية مثل:** عدم الانتظام فى الجلسات العلاجية وتناول عقاقير طبية للتأقلم ونقص الاعتناء بالذات، **العلامات الجسمانية مثل:** التعب ونقص الشعور بالراحة وإضطرابات النوم وإضطراب نظام التغذية والمشكلات الصحية والإجهاد العام الشديد، **العلامات الدينية مثل:** عدم الوفاء بالوعود وكثرة الوقوع فى الأخطاء وزيادة التجاوزات وضعف الوازع الدينى وزيادة الأكاذيب والخداعات والمراواغات.

ويؤكد (الحميدان ٢٠٠٨) (١٦): على أن دور الرعاية اللاحقة فى التعافى من الإدمان يأتى بتحجيم العوامل المهيأة لتعاطى المخدرات، والتغيير والتعديل فى التوقعات المعرفية من خلال المساعدة على حل المشكلات وتغيير سلوك المتعاطى ورفع كفاءته المعرفية الأمر الذى يساعد على تخفيف الضغوط وإعادة الإتزان وتحمل المسئولية عند متعاطى المخدرات.

وتهتم الدراسة الحالية بالمتعافين من إدمان المخدرات، ويمكن التمييز بين التوقف عن التعاطى وبين التعافى، حيث أن التوقف يعنى أن الشخص ممتنع عن التعاطى بالصدفة أو لسبب ما ومن ثم فإن هذا التوقف فى أغلب الأحيان يكون محكوماً بالفشل والنتيجة الطبيعية والحتمية هى العودة مرة أخرى إلى التعاطى من جديد. أما التعافى من الإدمان فيكون فيه التوقف مبرمجاً تحت إشراف معالج له خبرة ودراية كبيرة فى مجال علاج الإدمان، لذلك

فالتوقف فى هذه الحالة يكون خطوة مهمة جداً، ولكن لا يكون التوقف هو الهدف فى حد ذاته بل تتبعه خطوات عديدة تمكن المدمن من المحافظة على هذا التوقف، ويفيد التعافى فى أن الشخص المدمن يجد تغييراً كاملاً فى مناح حياته إلى الأفضل بحيث يتم إعداده لمرحلة حياتية جديدة يكون فيها قادراً على التفاعل والتواصل مع محيطه من جديد (١٧).

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث حول المتعافين من الإدمان، فقد قام (مصطفى الحسينى النجار ٢٠٠٣) (١٨): بدراسة عن تقدير ذات المتعافين من إدمان المخدرات ومقترح لزيادته بالعلاج البيئى فى خدمة الفرد، واستهدفت الدراسة الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من تقدير الذات وحالات التعافى والإدمان والأصحاء لدى ثلاث عينات من المتعافين والمدمنين والإصحاء، التعرف على الفروق فى تقدير الذات بينهم، والتوصل إلى تصور مقترح للعلاج البيئى فى خدمة الفرد لمساعدة المتعافين على زيادة وتنمية تقدير الذات لديهم، اشتملت عينة الدراسة (١٧٣) مفردة مكونة من ثلاث مجموعات: عينة المتعافين (٥٦) متعافياً، عينة المدمنين (٥٦) مدمناً للمخدرات، عينة الأصحاء (٦١) مفردة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية فى تقدير الذات بين المتعافين والمدمنين لصالح المتعافين، أوضحت النتائج عدم وجود فروق حقيقية بين متوسط درجات المتعافين والأصحاء على مقياس تقدير الذات، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات تقدير الذات بين الإصحاء ومدمنى المخدرات على مقياس تقدير الذات، توصلت الدراسة إلى تصور مقترح لإستخدام العلاج البيئى فى خدمة الفرد لزيادة تقدير الذات لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

وأشارت دراسة (مايكل أليسون ٢٠٠٥) (١٩): والتى استهدفت النظرة إلى نمط الحياة لمجموعة من الأشخاص فى مرحلة التعافى من الإدمان، وتوصلت الدراسة إلى أن الصفاء فى الحياة والمعارف المكتسبة من ذوى الخبرة لا تؤثر فقط على التعافى ولكن تؤثر أيضاً فى نواحى الحياة المختلفة.

وقام (عايد على الحميدان ٢٠٠٨) (٢٠): بدراسة عن دور الرعاية اللاحقة فى إعادة المتعافين، واستهدفت الدراسة الكشف عن ماهية دور الرعاية اللاحقه فى إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً، وطبقت الدراسة على عينة من المدمنين الملتحقين ببرامج الرعاية اللاحقة بلغ عددهم (١١٧) مدمناً متعافياً، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: هناك مشكلات تواجه العلاقة بين العاملين فى مجال الرعاية اللاحقة وإعادة تأهيل المدمنين، هناك أزمة ثقة بين المدمنين المتعافين الملتحقين ببرامج الرعاية اللاحقة وإعادة التأهيل والعاملين فى مجال الرعاية اللاحقة، أهم العوامل التى تقف عائقاً فى وجه برامج الرعاية اللاحقة فى تأهيل المدمنين اجتماعياً: عدم تحقيق الأنشطة والبرامج الثقافية والاجتماعية للفائدة المرجوة منها فى

برامج إعادة تأهيل المتعافين من المخدرات، النقص الكبير فى الكوادر المتخصصة فى مجال الرعاية اللاحقه وإعادة التأهيل.

وتوصل (عبد المجيد طاش نيازى ٢٠٠٨) (٢١): إلى تصور مقترح لأبرز برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين منها: برامج تنمية المهارات النفسية والاجتماعية للمتعافين وأسرهم وتشمل البرامج المهارية الخاصة بالمدمنين والمتعافين وشملت (برنامج التهيئة النفسية والاجتماعية- برنامج تعديل السلوك- برنامج تنمية المسئولية الأخلاقية والاجتماعية- برنامج التوجيه والإرشاد التعليمى والمهنى) وبرامج جماعات المساعدة الذاتية.

واستهدفت دراسة (شريف رمضان سلطان ٢٠١١) (٢٢): تحديد المشكلات الاجتماعية التى تواجه المريض النفسى المتعافى لعودته إلى حياته الطبيعية وأدوار الأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى مواجهتها، وتوصلت الدراسة إلى تحديد أهم المشكلات التى تواجه المريض النفسى المتعافى وهى: المشكلات الاقتصادية ومشكلة المرض الشديد والتردد على العيادات الخارجية والمشكلات النفسية ومشكلات العلاقات الاجتماعية.

واستهدفت دراسة (أيمن إسماعيل محمود يعقوب ٢٠١٢) (٢٣): وضع تصور مقترح لآليات يمكن استخدامها لتفعيل برامج الرعاية اللاحقة للمدمنين المتعافين وتضمن ما يلى: الهدف العام من الإطار المقترح (إيجاد أسس علمية لتنمية وتفعيل برامج الرعاية اللاحقه للمتعافين من تعاطى المخدرات، الأهداف الفرعية للإطار التصورى المقترح (التأكيد على أهمية برامج الرعاية اللاحقه للمتعافين- تدعيم فكرة الاعتمادية المتبادلة بين كافة المؤسسات الحكومية والأهلية فى مجال الرعاية اللاحقه للمتعافين)، المحتوى الذى يتضمنه الإطار التصورى المقترح (الاهتمام بالجانب التشخيصى للمتعافين من الإدمان- زيادة الدعم المادى والمعنوى للمتعافين من الإدمان- توعية المجتمع بتقبل المتعافين من الإدمان- توفير الكوادر الفنية والبشرية المؤهلة للتعامل بشكل جيد مع المتعافين من الإدمان- تفعيل دور البرامج النفسية المقدمة للمتعافين من الإدمان- توفير الخدمات الاجتماعية المناسبة للمتعافين من الإدمان).

أشارت دراسة (آن رالى بيركنز ٢٠١٤) (٢٤): إلى العمليات المتعلقة بمرحلة المتعافى من الإدمان من بداية تعاطى المخدرات إلى الإدمان من خلال عمليات التعافى، وكان الهدف من الدراسة معرفة التحديات والإحتياجات المتعلقة بمرحلة التعافى، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التوتر الذى يصيب الفرد والعزلة الاجتماعية من العوامل المؤثرة سلبياً على عملية التعافى.

واستهدفت دراسة (عبير حسن مصطفى علام ٢٠١٦) (٢٥): تحديد الأدوار الحالية للأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى الرعاية اللاحقه للمدمن المتعافى، التوصل إلى تصور

مقترح لدور الأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى الرعاية اللاحقه للمدمن المتعافى، واعتمدت الدراسة على الدراسة الوصفيه بإستخدام منهج المسح الاجتماعى بطريقة العينة، وطبقت الدراسة على عينه عمدية من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بعيادات الخط الساخن بمستشفى الصحة النفسية بالعباسية وبلغ عددهم (١٠)، وعينة من المدمنين المتعافين المترددين على عيادات الخط الساخن وقت إجراء الدراسة بلغ عددهم (٨٠) متعافياً، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أوضحت نتائج الدراسة أهم الخدمات الصحية للمدمن المتعافى من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين (التعاون مع الفريق العلاجى للمتعافين – مساعدة المدمن المتعافى فى حضور جلسات العلاج – مساعدة المتعافين من الإدمان بتوضيح الخدمات الطبية) أما من وجهة نظر المدمنين المتعافين (يسهل لى الأخصائى إجراءات عمل التحاليل – يساعدنى الأخصائى فى عمل الكشف الدورى)، أوضحت النتائج الخدمات الاجتماعية للمدمن المتعافى من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين (التعرف على المشكلات الاجتماعية التى تواجه المدمن المتعافى – تشجيع المدمن على ممارسة أدواره الاجتماعية قبل الإدمان)، أما من وجهة نظر المدمنين المتعافين (التأكيد على عدم الإرتباط بالأصدقاء السابقين – التعرف على المشكلات الاجتماعية التى تواجهنى ويعمل على حلها)، أوضحت النتائج الخدمات النفسية للمدمن المتعافى من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين (تعريف المدمن بالآثار الإيجابية للتعافى – تحفيز المدمن المتعافى على الاستمرار فى برامج الرعاية اللاحقة)، أما من وجهة نظر المدمنين المتعافين (يساعدنى الأخصائى على التخلص من المشاعر السلبية)، أوضحت النتائج المعوقات التى تحد من أدوار الأخصائى الاجتماعى فى الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافى من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين (عدم استجابة المدمن المتعافى للعلاج الطبى – عدم توفير مناخ أسرى سليم لإستقبال المدمن – تقديم المؤسسات لبرامج غير واضحة لمساعدة المتعافى على الاستمرار – عدم قدرة الأخصائى على تخليص المدمن المتعافى من إحساسه بالقلق والخوف والإحباط واليأس والحزن)، أما المعوقات من وجهة نظر المدمنين المتعافين (رفض المدمن المتعافى المشاركة فى المناسبات الاجتماعية – ضعف الرقابة الأسرية – عدم القدرة على إقناع المدمن المتعافى فى الاستمرار فى برامج الرعاية اللاحقة)، وتوصلت الدراسة إلى إطار تصورى مقترح لأدوار الأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافى من الإدمان.

وقد تعددت وتنوعت الجهود والبرامج والخدمات المقدمة للمتعالجين من الإدمان والتى تهدف لمنع الإنتكاسة، بينما ركز البعض على المريض المتعافى من خلال إكسابة لمهارات معينة.

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث فى الخدمة الاجتماعية بإستخدام نظريات ونماذج علمية مثل: دراسة (ناهد عباس حلمى ١٩٨٢) (٢٦): بعنوان دراسة تجريبية لتحديد فعالية استخدام أساليب العلاج فى خدمة الفرد فى العمل مع المدمنين للإستفادة من البرنامج للمؤسسة، دراسة (السيد متولى العشماوى١٩٨٧) (٢٧): بعنوان الجوانب الاجتماعية لظاهرة الاعتماد على العقاقير التخليقيه ودور خدمة الفرد فى مواجهتها، دراسة (زينب حسين أبو العلا ١٩٨٧) (٢٨): بعنوان العلاج الأسرى فى خدمة الفرد كمدخل اجتماعى لتحقيق التوافق النفسى الاجتماعى للطلاب المتعاطين للعقاقير المخدرة، دراسة (عادل جوهر ١٩٨٧) (٢٩): بعنوان العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد وتأثير ذلك على الأداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش، دراسة (عبد الصبور إبراهيم سعدان ١٩٨٩) (٣٠): بعنوان مقياس إتجاه الشباب نحو إدمان المخدرات ومدخل اجتماعى مقترح من منظور متكامل لطريقة خدمة الفرد، دراسة (عادل جوهر ١٩٩٠) (٣١): بعنوان مقياس نمو العلاقة المهنية بين الأخصائى الاجتماعى والمدمن فى إطار خدمة الفرد، دراسة (إسماعيل مصطفى سالم ١٩٩٢) (٣٢): بعنوان فعالية نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعى لمدمنى العقاقير المخدرة، دراسة (جمال شكرى محمد عثمان ١٩٩٣) (٣٣): بعنوان فعالية برنامج لزيادة مهارات خدمة الفرد للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الإدمان، دراسة (ثريا عبد الرؤوف جبريل ١٩٩٤) (٣٤): بعنوان أسباب تعاطى المخدرات كما يدركها المتعاطى ونموذج العلاج الواقعى فى خدمة الفرد للتغلب عليها، دراسة (عادل جوهر ١٩٩٤) (٣٥): بعنوان نحو نموذج إسلامى لعلاج إدمان المخدرات من منظور خدمة الفرد، دراسة (صلاح محبوب ١٩٩٦) (٣٦): بعنوان العلاقة بين استخدام اتجاه سيكولوجيه الذات والحد من تعاطى المخدرات لدى الشباب، دراسة (فتحى عبد الواحد أمين ١٩٩٨) (٣٧): بعنوان العلاقة بين ممارسة خدمة الفرد وتأهيل الأسرة اجتماعياً لإستقبال المدمن بعد العلاج، دراسة (وجيه الدسوقى المرسى ٢٠٠٤) (٣٨): بعنوان العلاقة بين استخدام المنظور البيئى فى خدمة الفرد وزيادة المساندة الاجتماعية لبعض فئات الاعتماد العقاقيرى لإعادة إدماجهم فى المجتمع.

وقام (محمود ناجى محمود السيسى ٢٠٠٣) (٣٩): بدراسة العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد ودافعية الإنجاز لمدمنى المخدرات فى مرحلة الإنسحاب، وأكدت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهنى بإستخدام نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد على مقياس دافعية الإنجاز لمدمن المخدرات بالنسبة للأبعاد التالية (الرضا عن الذات – التفاؤل والاتجاه الإيجابى نحو الحياة – المثابرة – الثقة فى إمكانية العلاج من الإدمان).

قام (كامل كمال، أحمد الكتامى ٢٠١٦) (٤٠): بدراسة عن الدمج المجتمعى للمتعافين من الإدمان، وطبقت الدراسة على عينة عمدية قوامها (٩٠) مفردة من المتعافين، وروعى فى إختيارهم تمثيل برامج علاجية مختلفة، وقسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات بواقع (٣٠) مفردة لكل مجموعة، على أن تمثل الأولى برنامج العلاج الذى يطبق فى مستشفى العباسية ويتبنى العلاج المعرفى السلوكى وتمثلت المجموعة الثانية فى المتعافين المطبق عليهم العلاج بالعمل الذى يستخدم فى واحة الأمل التابعة لجمعية (كاريتاس) الأهلية، وكانت المجموعة الثالثة من المتعافين الذين تم علاجهم فى مستشفيات خاصة تطبق برنامج زمالة المدمنين المجهولين الأثنى عشر خطوة، وتوصلت الدراسة للنتائج التالية: تأكيد غالبية المتعافين على أهمية العمل كآلية لتعزيز التعافى، غالبية أفراد عينة الدراسة لديهم تصورات إيجابية عن أهمية العمل كآلية لإعادة إدماجهم مرة ثانية فى المجتمع، ما يزيد عن ثلثى أفراد العينة حضروا برامج للرعاية اللاحقه بهدف تأهيليهم نفسياً واجتماعياً، أكدت النتائج أن (٧٧.٨%) من أفراد العينة تشير إلى أن المجتمع لا يساعد المتعافى على الإندماج.

ونجد هناك من استخدام العلاج الدوائى للحد من الإنتكاسة، كما ركز آخرون على علاج تعزيز الدوافع، وفى الوقت الذى يرى فيه معالجون أن العلاج الجماعى هو علاج فعال للحد من الإنتكاسة (٤١).

وقد أكدت بعض الدراسات فى المجتمع المصرى على فاعلية العلاج الجماعى مع حالات النزاعات الزواجية، وحالات المرضى بأمراض مزمنة، وحالات التوافق الزواجى لمريضات سرطان الثدى، وحالات مرضى شلل الأطفال، التلاميذ منخفض التحصيل الدراسى (٤٢).

ويتضمن العلاج الجمعى (الجماعى) تجمعاً من الأفراد يتراوح ما بين سته أشخاص وثمانية يجتمعون مرة أو مرتين كل أسبوع فى العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة، والجماعة التى تتألف فى العادة من الغرباء تلتقى بإنتظام لمدة تتراوح ما بين ستة أشهر وسنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعة فيها نسبة من المرضى (كجماعة من المدخنين أو الإكتئابيين)، ويمكن أن تكون المجموعة غير متجانسة، أو أن الدور الأكبر فى التغيير يقع على عاتق الجماعة العلاجية (٤٣).

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث بإستخدام العلاج الجماعى مع فئات المدمنين.

فقد استخدمه (فاروق عبد السلام ١٩٧٧) (٤٤): فى دراسته بعنوان العوامل النفسية والعلاجية المرتبطة بتعاطى الأفيون، وتكونت عينة دراسته من (٤٢) حالة واستمرت الدراسة لمدة (٦) شهور، وقد استخدم العديد من الاختبارات النفسية وعقد (١٧) جلسة علاجية مع المدمنين، واعتمدت على المناقشات الجماعية، وفيما يتعلق بنتائج المجموعة التى حضرت

جلسات العلاج الجمعى: فقد زادت درجة استبصارهم بأنفسهم والتى انعكست فى نظرتهم إلى البيئة بصورة أقل عدائية وفى رغبتهم فى التعامل بنجاح مع المحيطين بهم، وكذلك زادت لديهم درجة الطمأنينة الإنفعالية والتخفيف من مشاعر الإثم والقلق والإكتئاب، ولعل هذه النتائج الإيجابية قد ظهرت فى المجموعة التى حضرت جلسات العلاج النفسى الجمعى مقارنة بالمجموعة التى لم تحضر حيث قلت لديهم ظهور مثل هذه النتائج الإيجابية.

وقد طبقه (عمرو أحمد إبراهيم ١٩٨٧) (٤٥): فى دراسته بعنوان علاقة استخدام خدمة الفرد الجماعية بمستوى أداء الأدوار المدرسية للطلاب المتعاطين للعقاقير المخدرة.

وقام (لطفى فطيم ١٩٩٤) (٤٦): بتجربة عن جماعات العلاج الجمعى لمدمنى المخدرات، وأوضح فى تجربته طبيعة المسئوليات التى تقع على عاتق من يقود العلاج الجمعى لجماعات المدمنين فى الخطوات التالية: لا تشبه جماعات المدمنين العلاجية بقية جماعات العلاج الجمعى التقليدى، يجب خلق جو من الاهتمام والرعاية ولا يجب استخدام المواجهة حتى يتضح الجو العائلى، على قائد الجماعة أن يدرك أن هناك سلسلة من المهام المتتالية وأول هذه المهام هى التخلص من استعمال المخدر، على قائد الجماعة أن يقود كل عضو بحيث يمر بما نسميه بالخبرة الإنفعالية التصحيحية أى إعادة المرور بالخبرة بصورة جديدة.

وقام (يحيى الرخاوى) (٤٧): بإستعراض خبرته فى العلاج الجمعى مع المدمنين، وتحدث عن المحاور المختلفة للعلاج الذى يقدم للمدمن ومنها العلاج النفسى الجمعى حيث يذكر من خلال الخبرة الملاحظات الآتية: أغلب المدمنين يحرصون على حضور جلسات العلاج الجمعى، يتفاعل المدمن فى العلاج الجمعى بسهولة، يتحاور المدمن أكثر من المرضى الآخرين غير المدمنين أثناء العلاج الجمعى، الإندماج فى العلاج الجمعى إلى درجة العمق تقود إلى الإمتناع عن التعاطى.

وقد طبقته (صفاء صديق خريبة ١٩٩٨) (٤٨): فى دراستها بعنوان مدى فعالية العلاج الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرض الإدمان.

وقام (مدحت أبو زيد ١٩٩٨) (٤٩): بدراسة عن الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهم المشكلات التى تمنع الإستفادة من العلاج النفسى الجمعى فى المشكلات الآتية: خبرة فشل سابقة فى العلاج النفسى الجمعى مثل تعرضه لنقد عنيف، وفشل المريض فى التواصل مع أعضاء الجماعة العلاجية وشعوره بالذنب، اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسى الجمعى، ضعف الاستعداد للقيام بالواجبات العلاجية المطلوبة، زيادة مستوى الإنطوائية والإنعزالية، إنعدام الثقة فى الجماعة العلاجية، نقص

المهارات الاجتماعية، الصمت، انخفاض مستوى الدافعية للمشاركة، الخوف من مواجهة الغرباء فى الجماعة العلاجية، الخوف من الشعور بالنبذ داخل الجلسة العلاجية الجماعية، الخوف من سخرية أعضاء الجماعة العلاجية.

وقام (عبد الله أحمد الوايلى ٢٠٠٣) (٥٠): بدراسة عن فاعلية العلاج النفسى الجماعى فى خفض درجة القلق لدى مدمنى المخدرات، وأكدت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة القلق قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج النفسى الجماعى بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة، أوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى القياسين القبلى والبعدى بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة لمتغير المهنة ونوع التعاطى والحالة الاجتماعية للمبحوثين وبين مستوى درجة القلق.

وتتجه الدراسة الحالية إلى التركيز على العلاج الجماعى بإستخدام إحدى الجماعات العلاجية وهى جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

وتعتبر جماعات المساندة (المساعدة) الذاتية شكل من أشكال الجماعات التى تنظم عن طريق الأفراد الذين يتأثرون بظروف نفسية وفسيولوجية ضاغطة ومشتركة ويرغبون التزامل والمساعدة فى الأزمات وتحقيق المعونة التبادلية وتنمية الذات والعمل الجماعى، وتركز هذه الجماعات على قوة الأعضاء فى مساعدة أنفسهم أكثر من إعتمادهم على المساعدة المهنية، ويعتبر برنامج "المدمن المجهول" من البرامج العالمية الدالة على استخدام جماعات المساندة الذاتية لمساعدة المتعافين على إستمراريتهم فى التخلص من الإدمان وتقوية شخصياتهم وتغيير أنماط سلوكهم ومعيشتهم ليصبحوا أشخاص أسوياء يندمجون فى الحياة الطبيعية للمجتمع (٥١).

وتتألف جماعة المساندة الذاتية من مدمنين سابقين يعيشون بعيداً عن المخدرات، ومن أهم الوظائف التى ينتظر منهم القيام بها هو تزويد العضو الجديد الراغب فى الإبتعاد عن المخدرات بما يؤكد له أن الرجوع للحياة المتحررة من المخدرات أمر يمكن تحقيقه وذلك من خلال تنمية الشعور بالإنتماء إلى الجماعة، وهى جماعة تعطى عوناً كبيراً للمدمن فى محاولة التغلب على القلق والخوف إزاء حياته (٥٢).

ويرى (Zastrow 1991) (٥٣) أن جماعات المساعدة (المساندة) الذاتية هى أكثر أنواع الجماعات إنتشاراً وشيوعاً وأنها الأكثر نجاحاً فى مساعدة الأفراد الذين يواجهون مشكلات شخصية أو اجتماعية. وفى هذا الجانب اهتم البعض بجماعات الدعم الذاتى أو المساندة الذاتية مثل جماعات الكحولين مجهولى الاسم وجماعات متعاطى المخدرات مجهولى الاسم (٥٤)، فضلاً عن تحسين البيئة الاجتماعية للمتعافى مثل الظروف الأسرية والظروف المعيشية والتوظيف(٥٥).

وقد أجريت بعض الدراسات والبحوث القليلة المتعلقة بجماعات المساندة الذاتية، فقد قام (ماجدى عاطف محفوظ ٢٠٠٣) (٥٦): بدراسة بعنوان استخدام أسلوب المساعدة الذاتية فى توجيه ديناميات جماعات المدمن المجهول و استمرارية التعافى من الإدمان، وتضمنت عينة الدراسة (٣٥) متعافى ينتمون إلى جماعات المدمن المجهول وتم اختيار العينة بصورة عشوائية، ومن أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة: هناك علاقة بين أهداف جماعات المدمن المجهول وتنمية قدرة الأعضاء على التعافى من الإدمان ويرجع ذلك إلى أن أهداف جماعات المدمن المجهول تنصب حول هدف محورى هو الاستمرارية فى التعافى، هناك علاقة بين القيادة ونمط الاتصال وتنمية قدرة الأعضاء على التعافى من الإدمان وعدم الإنتكاسة ويرجع ذلك إلى وجود إتصالات ودية مفتوحة بين الأعضاء ووجود قيادات لديهم خبرة مرتبطة بالهدف الأساسى الذى تكونت من أجله الجماعة.

وقام (عبد العزيز بن عبدالله الدخيل ٢٠٠٨) (٥٧): بدراسة حول معايير معالجة الإدمان بين العالمية وواقع المعالجة فى الخليج العربى، وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى على المستوى العالمى يحصلون على خدمات استشارية وتأهيلية لفترة أطول وكذلك المشتركين فى جماعات الدعم الذاتى يحصلون على نتائج إيجابية أكثر من غيرهم، أما فى المجتمع الخليجى يوجد لدى بعض دول الخليج برامج الرعاية اللاحقه، وتوصلت الدراسة لبعض التوصيات منها: دعم برامج جماعات الدعم الذاتى وتشجيع المتعافين من الإدمان على الإنضمام لتلك الجماعات، لابد من وجود مؤسسات تقدم برامج تكميلية تساعد المتعافى على تعلم مهارات التعافى وممارستها فعلياً فى ظل البيئة الحقيقية.

وقام (عبد الودود خربوش ٢٠١٢) (٥٨): بعرض التجربة المغربية فى علاج الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، وقد ركز البحث على برامج العلاج النفسى دون التطرق للعلاج الطبى الدوائى، وتناول البحث عدة طرق علاجيه مستوحاة من نماذج دولية ومن بينها (مجموعات الدعم الذاتى) أو المساندة الذاتية، وفيها يكون المتعافى عضواً ضمن مجموعة من الأفراد الذين يعانون من نفس المشكلة أو الذين يتواجدون فى نفس الوضعية بحيث يتم استعراض المعارف والتجارب السابقة لكل منهم مع إشتراط إجبارية المساعدة المتبادلة لكل الأعضاء، ويتم خلال البرنامج إدماج بعض الأهداف الشخصية للتغيير أو إعداد برنامج للتغيير، كما يتم إبراز أهمية الجانب الروحى والدينى للأفراد، وأوضحت الدراسة أهمية مجموعات الدعم ودورها فى تقليل الاضطرابات النفسية والمعاناه المرتبطة بالإدمان.

وتتجه الدراسة الحالية إلى وضع تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى باستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان على إعتبار أن المتعافين من الإدمان يحتاجون إلى عودة ثقتهم بأنفسهم مرة أخرى التى افتقدوها بعد إدمانهم للمخدرات.

وتشير (مريم سليم ٢٠٠٣) (٥٩): إلى أن نتائج الدراسات دلت على أن الثقة بالنفس هى إحدى عوامل الشخصية الأساسية التى ترتبط بالتكيف العام للفرد، كما اتضح من النظريات المتعلقة بنمو الشخصية أن الثقة بالنفس تبدأ فى النمو فى سن مبكرة وتساعد الفرد على إشباع حاجاته، كما تمكنه من تحقيق التكامل النفسى والاجتماعى، لذلك تعتبر الثقة بالنفس إحدى معايير الشخصية السوية.

ويعرف (دوبرن Dubrin 1994) الثقة بالنفس بأنها تعنى إعتقاد المرء بقدرته على تحقيق الأهداف التى يريدها فى كثير من المواقف أو فى موقف معين (٦٠).

ويعرف (فريج العنزى ٢٠٠١) الثقة بالنفس بأنها قدرة الفرد على أن يستجيب استجابات توافقية تجاه المثيرات التى تواجهه وإدراكه تقبل الآخرين له وتقبله لذاته بدرجة مرتفعة (٦١).

وأوضح (تايلور Taylor 2007) أن الثقة بالنفس تعتمد على بعض العوامل أهمها: مجموعة الخبرات المتراكمة التى يستخدمها الفرد لبناء مجموعة من المهارات، الإتجاهات الإيجابية من الأخرين ذو الأهمية نحو الفرد وتعليقاتهم بشأنه، التعامل مع مجموعة من الأفراد الذين يتمعتون بمستوى مرتفع من الثقة بالنفس، مواجهة المواقف الصعبة التى يستطيع الفرد التغلب عليها ويشعر بعدها بالراحة، قيمة الاحترام التى يتمتع بها من جانب الآخرين، التمتع بقدر من النجاح فى الحياة العملية (٦٢).

ومما لاشك فيه أن مثل هذه العوامل السابقة يمكن تحقيقها من خلال إنضمام الفرد لجماعة المساندة الذاتية والتى تؤدى إلى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث المتعلقة بالثقة بالنفس فى مجالات مختلفة: مثل دراسة (أيمن أحمد المحمدى ٢٠٠١) (٦٣): بعنوان فعالية الدراما للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية وأثره فى تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة، ودراسة (إنتصار مزهر الدفاعى ٢٠٠٤) (٦٤): بعنوان أثر برنامج إرشادى نفسى مقترح فى تنمية الثقة بالنفس وعلاقته بمستوى الإنجاز الرياضى، ودراسة (إيلين Ellen 2006) (٦٥)، ودراسة (حسيب محمد حسيب ٢٠٠٨) (٦٦): بعنوان فعالية برنامج إرشادى لتنمية الثقة بالنفس وخفض إضطراب اللجلجة فى الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية، ودراسة (سمية مصطفى رجب على ٢٠٠٩) (٦٧): بعنوان فعالية برنامج إرشادى مقترح لتنمية الثقة بالنفس لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، ودراسة (أمل عبد الكريم يونس ٢٠١٠) (٦٨): بعنوان فاعلية برنامج لتنمية الثقة بالنفس لدى طفل الروضة، ودراسة (عواد بن صغير العنزى ٢٠١٢) (٦٩): بعنوان فعالية برنامج إرشادى فى تنمية الثقة بالنفس لدى الأيتام بالمرحلة المتوسطة، ودراسة (عبدالله عادل راغب شُراب ٢٠١٣) (٧٠): بعنوان فعالية برنامج

لتنمية الثقة بالنفس كمدخل لتحسين المسئولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، ودراسة (نجمة بلال ٢٠١٤) (٧١): بعنوان الذكاء الوجدانى وعلاقته بالثقة بالنفس لدى طلاب الجامعة، ودراسة (شفيقة داود ٢٠١٥) (٧٢): بعنوان العوامل المؤثرة على مستوى الثقة بالنفس لدى المراهق المتمدرس.

وبإستعراض الإطار النظرى والدراسات السابقة نجد ما يلى:

١- هناك دراسات وبحوث ركزت على إنتكاسة المدمنين مثل دراسة كل من: عبد العزيز ناصر الريس ١٩٩٤، فيصل محمد خير الزراد ٢٠٠٩، وعجلان العجلان ٢٠١٢، وعبد العزيز عبد الله الدخيل ٢٠١٢، ورضا أحمد المزغنى ٢٠١٢، وسليمان عبد الرزاق الغديان ٢٠١٢، وأحسن مبارك طالب ٢٠١٢، وأحمد فخرى هانى ٢٠١٦.

٢- هناك دراسات وبحوث ركزت على المتعافين من الإدمان مثل دراسة كل من: مصطفى الحسينى النجار ٢٠٠٣، ومايكل أليسون ٢٠٠٥، وعايد على الحميدان ٢٠٠٨، وعبد المجيد طاش نيازى ٢٠٠٨، وشريف رمضان سلطان ٢٠١١، وأيمن إسماعيل محمود يعقوب ٢٠١٢، وآن رالى بيركنز ٢٠١٤، وعبير حسن مصطفى علام ٢٠١٦.

٣- معظم الدراسات والبحوث التى أجريت فى الخدمة الاجتماعية تعاملت مع المدمنين فى مرحلة العلاج بإستخدام نماذج ونظريات علمية مختلفة غير العلاج الجماعى مثل دراسة كل من: ناهد عباس حلمى ١٩٨٢، والسيد متولى العشماوى ١٩٨٧، زينب حسين أبو العلا ١٩٨٧، وعادل جوهر ١٩٨٧، وعبد الصبور إبراهيم سعدان ١٩٨٩، وعادل جوهر ١٩٩٠، وإسماعيل مصطفى سالم ١٩٩٢، وجمال شكرى محمد عثمان ١٩٩٣، وثريا عبد الرؤوف جبريل ١٩٩٤، وعادل جوهر ١٩٩٤، وصلاح محبوب ١٩٩٦، وفتحى عبد الواحد أمين ١٩٩٨، ومحمود ناجى محمود السيسى ٢٠٠٣، ووجيه الدسوقى المرسى ٢٠٠٤، وكامل كمال وأحمد الكتامى ٢٠١٦، وقد استخدمت هذه الدراسات نماذج واتجاهات ونظريات علاجيه مع المدمنين مثل العلاج النفسى الاجتماعى، العلاج الأسرى، نظرية الدور، نموذج التركيز على المهام، العلاج الواقعى، النموذج الإسلامى، اتجاه سيكولوجية الذات، المنظور البيئى، العلاج المعرفى السلوكى، العلاج بالعمل، نموذج عملية المساعدة فى خدمة الفرد، استخدام المدخل متعدد الإتجاهات.

٤- هناك دراسات وبحوث فى الخدمة الاجتماعية طبقت العلاج الجماعى مع فئات مختلفة غير المدمنين مثل دراسة كل من: نهلة السيد ١٩٩٤، عبد المنعم يوسف السنهورى ١٩٩٦، صفاء عادل مدبولى ١٩٩٧، حياة رضوان على صالح ٢٠٠١، ممدوح محمد دسوقى ٢٠٠٤.

٥- هناك دراسات وبحوث طبقت العلاج الجماعى مع فئات المدمنين فى مرحلة العلاج وكان معظم هذه البحوث (نفسية) مثل دراسة كل من: فاروق عبد السلام ١٩٧٧، لطفى فطيم ١٩٩٤، يحيى الرخاوى ١٩٩٣، صفاء صديق خريبة ١٩٩٨، مدحت أبو زيد ١٩٩٨، عبد الله أحمد الوايلى ٢٠٠٣، ولا توجد غير دراسة واحدة فى الخدمة الاجتماعية استخدمت العلاج الجماعى مع فئات الطلاب المتعاطين للعقاقير المخدرة وهى دراسة (عمرو أحمد إبراهيم ١٩٨٧).

٦- هناك دراسات قليلة جداً فى الخدمة الاجتماعية استخدمت جماعات المساندة الذاتية مع المتعافين من الإدمان ومن أمثلتها دراسة (ماجدى عاطف محفوظ ٢٠٠٣)، ودراسة (عبد العزيز عبد الله الدخيل ٢٠٠٨) والتى ركزت على أهمية جماعات الدعم الذاتى للمتعافين من الإدمان وكذلك دراسة (عبد الودود خربوش ٢٠١٢) التى ركزت على أهمية مجموعات الدعم فى تقليل الاضطرابات النفسية والمعاناه المرتبطة بالإدمان.

٧- هناك دراسات وبحوث استخدمت برامج مختلفة لتنمية الثقة بالنفس لفئات مختلفة غير المدمنين مثل دراسة كل من: أيمن أحمد المحمدى ٢٠٠١، إنتصار مزهر الدفاعى ٢٠٠٤، إيلين ٢٠٠٦، حسيب محمد حسيب ٢٠٠٨، سمية مصطفى رجب على ٢٠٠٩، أمل عبد الكريم يونس ٢٠١٠، عواد بن صغير العنزى ٢٠١٢، عبد الله عادل راغب شراب ٢٠١٣، نجمة بلال ٢٠١٤، شفيقة داود ٢٠١٥.

وقد طبقت هذه الدراسات مع الأطفال المكفوفين، إضطراب اللجلجة فى الكلام للأطفال، طلاب الجامعة، طفل الروضة، الأيتام، طلاب المرحلة الثانوية، المراهقين، ومعظم هذه الدراسات (نفسية).

وبناء على ماسبق يتضح عدم وجود دراسة واحدة (فى حدود علم الباحث) فى إطار تخصص خدمة الفرد تناولت العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

وبناء على ما تقدم من معطيات نظرية ونتائج بعض الدراسات السابقة يمكن صياغة مشكلة الدراسة على النحو التالى "تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان".

ثانياً: أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة فى النقاط التالية:

١- أشارت الإحصاءات إلى إرتفاع معدلات العودة للتعاطى أو ما يعرف بالإنتكاسة بعد فترة من التوقف، حيث ينتكس (٨٠%) من المتعالجين بعد السنة الأولى من العلاج، كما أن

ثلثى هؤلاء المنتكسين يعودون للتعاطى خلال الثلاثه أشهر الأولى من إنتهاء العلاج، لذلك تهتم هذه الدراسة بالمتعافين من الإدمان من خلال إلحاقهم بأحد الجماعات العلاجية وهى جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لديهم.

٢- قلة الدراسات والبحوث فى الخدمة الاجتماعية عامة وخدمة الفرد خاصة التى استخدمت جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من الإدمان.

٣- المساهمة فى تطوير البرنامج العلاجى بمستشفيات (العباسية – الخانكة – الدمرداش – بهمان) من خلال إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بهذه المستشفيات.

٤- تهتم الدراسة الحالية بالتعرف على دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان، وكذلك الاستفادة من التصور المقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- تحديد أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من الإدمان.

٢- تحديد دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

٣- تحديد أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى.

٤- تحديد أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من الإدمان.

٥- التوصل إلى تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

رابعاً: مفاهيم الدراسة:

أ. المتعافى من الإدمان (المدمن المتعافى):

المدمن المتعافى هو عودة الفرد إلى حالته الطبيعية بعد تلقى العلاج اللازم من مؤسسة مختصة فى العلاج، فالمدمن المتعافى هو الشخص الذى سبق أن أدمن على استخدام المخدرات ثم خضع لبرنامج علاجى مختص وتماثل للشفاء (٧٣).

ويعرف أيضاً المدمن المتعافى بأنه الشخص الذى تلقى العلاج فى مصحة متخصصة فى علاج الإدمان، ولديه الرغبة فى التوقف عن التعاطى، ولكنه لا يزال فى حاجة إلى تأهيل ليمارس دوره الاجتماعى فى الحياة الطبيعية (٧٤).

ويعرف المدمن المتعافى إجرائياً فى إطار هذه الدراسة:

هو الفرد الذى توقف عن التعاطى والإدمان، وتم دخوله فى برنامج علاجى فى إحدى مستشفيات علاج الإدمان، ويحتاج إلى برامج لإعادة تأهيله مرة أخرى لكى يتم دمجه اجتماعياً حتى يستطيع ممارسة أدواره ومسئولياته الاجتماعية بشكل إيجابى كما كان عليه قبل إدمانه.

ب. جماعة المساندة الذاتية:

عرف (Katz and Bender 1987) جماعات المساعدة (المساندة) الذاتية بأنها جماعات صغيرة العدد اختيارية تتشكل عادة من مجموعة من الأقران الذين يجتمعون بهدف مساعدة بعضهم بعضاً وإشباع حاجاتهم المشتركة والتغلب على صعوبات متنوعة أو إحداث تغييرات شخصية أو اجتماعية مرغوبة، وتعمل هذه الجماعات على توفير المساعدة والدعم والمساندة العاطفية لأعضائها (٧٥).

تقوم فكرة جماعات الدعم الذاتى على خلق نوع من الأشكال الإنسانية التى توفر الحماية للأفراد من الضغوط والتوترات النفسية، حيث ينضم إلى هذا النوع من الجماعات أفراد يشتركون فى نوع معين من المشكلات، بحيث يقوم الأعضاء بتوفير الدعم الاجتماعى والنفسى للأعضاء المشاركين، ويختلف هذا النوع من الجماعات عن الجماعات الآخرى فى الشكل الطبيعى وغير الرسمى للجماعة، فليس هناك إلتزام معين بحضور كل الجلسات الخاصة بالجماعة أو شكل معين للتفاعل بين الأعضاء، حيث تبدو الجماعة كمجموعة من الأصدقاء أكثر من جماعة تدخل، وقد يرجع ذلك لخاصية هامة تتميز بها هذه الجماعات وهى (التنظيم والإدارة الذاتية) لأن هذه الجماعات لا تحتاج أو لا تعتمد على قائد رسمى (أخصائى اجتماعى) حيث يتولى أعضاء الجماعة بأنفسهم أو من ينوب عنهم مسئولية الإدارة والترتيب للقاءات الجماعة وأنشطتها (٧٦).

ويلخص (Hepworth and Larsen 1986) فوائد جماعات المساعدة (المساندة) الذاتية فى التالى (٧٧):

١- الحصول على الدعم والمساندة الاجتماعية من خلال التواجد مع مجموعة من الأشخاص الذين يشتركون فى الاهتمامات والمشكلات.

٢- إكتساب الإحساس بالأمل وذلك من خلال معرفة وجود أشخاص يعانون من نفس المشكلة ويمرون بنفس الخبرات والصعوبات.

٣- إكتساب المهارات التى تساعد على التكيف مع الصعوبات والمشكلات.

٤- مواجهة المشكلات وتقبل تحمل المسئولية.

٥- عرض المشكلات والإستفادة من معارف وخبرات ومهارات الآخرين.

وتعرف جماعة المساندة الذاتية إجرائياً فى إطار هذه الدراسة:

١- جماعة المساندة الذاتية هى شكل من أشكال جماعات التدريب التى تحاول أن توفر لأعضائها (الذين يشتركون فى بعض الاهتمامات) الدعم والتعاطف.
٢- تساعد جماعة المساندة الذاتية أعضائها فى التعامل مع المشكلات والضغوط والتهديدات والتحديات بفاعلية مؤثرة.
٣- تتكون جماعة المساندة الذاتية من الأشخاص الذين يرتبطون مع بعضهم البعض بفترة زمنية طويلة نسبياً لمساعدة بعضهم على التكيف وحل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية التى يواجهونها من خلال الجهود المشتركة والتعاون والتعاطف والمساندة المتبادلة.
٤- تعمل جماعات المساندة الذاتية على تأكيد الإستقلال الذاتى لأعضائها واستثمار مصادر الجماعة الذاتية.

ج. العلاج الجماعى:

يعرف العلاج الجماعى إجرائياً فى إطار هذه الدراسة:

بأنه أسلوب علاجى يهدف إلى مساعدة الأفراد من خلال ضمهم فى جماعات علاجية، وتعتمد على تفاعل أعضاء الجماعة لحل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية المشتركة والمتشابهة وسوء التوافق الاجتماعى من خلال عرض آرائهم وخبراتهم ومهاراتهم والتعبير عن أحاسيسهم ومشاعرهم داخل الجماعة.

د. الثقة بالنفس:

يرى (على عسكر ٢٠٠٠) أن الثقة بالنفس تدل على الشعور الذاتى للفرد بإمكاناته وقدرته على مواجهة الأمور المختلفة فى الحياة، وتنمو هذه الثقة من خلال تحقيق الأهداف الشخصية التى تبدأ كأفكار فى ذهن الفرد وتجد طريقها إلى أرض الواقع بالتخطيط والإستفادة من مخزون الخبرات (٧٨).

وتعرف الثقة بالنفس بأنها من السمات الأساسية للشخصية، وتقوم أساساً على حسن تكيف الفرد مع نفسه ومع ما يحيط به، كما أنها تعتمد على قدرات الفرد العقلية والجسمية والنفسية(٧٩).

ويعرف (فايز الناطور ٢٠١١) الثقة بالنفس بأنها الثقة بوجود الإمكانات والأسباب التتى أعطاها الله للإنسان، فهذه ثقة محمودة وينبغى أن يتربّ عليها الفرد ليصبح قوى الشخصية، أما عدم تعرفه على ما معه من إمكانيات ومن ثم عدم ثقته فى وجودها فإن ذلك من شأنه أن ينشأ فرد مهزوز الشخصية لا يقدر على إتخاذ القرار (٨٠).

وقد أشار (الناطور ٢٠١١) أن هناك عدة أسباب نؤدى إلى فقدان الثقة بالنفس **منها** (٨١):

١- **الشعور بالنقص:** وهو الإحساس الداخلى الذى يملك الإنسان ويشعره بالقصور والنقص إزاء الأخرين فيفقد ثقته بنفسه تماماً.

٢- **التركيز على الآخرين:** حيث يربط الإنسان حياته بالأخرين.

٣- **المكاسب الوهمية:** فى كثير من الأحيان قد يشعر الإنسان بأنه يحقق الكثير من المكاسب نتيجة عدم ثقته بنفسه.

٤- **الصورة الذهنية:** عندما يعتقد الإنسان أنه لا يستطيع أن يحقق النجاح الذى حققه الأخرون، فأصدر حكماً على نفسه بالفشل ومن ثم سيحصل الفشل.

وذكر(عبد الرحمن على الدوسرى ٢٠١٠) أن من أهم الأساليب التى تنمى الثقة بالنفس(٨٢):

١- التشجيع وإعطاء الفرد الفرصة لإبداء رأيه فى الموضوعات التى تخصه وتحيط به.

٢- إسناد بعض المسئووليات للفرد وتعويده على تحمل المسئولية.

٣- عدم توبيخ الفرد أو وصفه بصفات غير مرغوب فيها.

٤- إتاحة الفرصة للفرد أن يعتمد على نفسه فى أداء بعض الأعمال التى تخصه.

٥- إتاحة الفرصة للفرد أن يتحدث عما يجول فى ذهنه دون ردعه.

ويعرف (مجدى الدسوقى ٢٠٠٨) الثقة بالنفس بأنها إدراك الفرد لكفاءته ومهاراته وقدرته على أن يتفاعل بفاعلية مع المواقف المختلفة التى يتعرض لها (٨٣).

وذكر (فريح العنزى ١٩٩٩) بعضاً من مظاهر ضعف الثقة بالنفس **كما يلى** (٨٤):

١- الإحساس بالعجز عن مواجهة المشكلات والاعتماد على الغير فى الأمور العادية.

٢- الميل إلى التردد والتراجع.

٣- الحساسية للنقد الاجتماعى والشك فى أقوال الآخرين وأفعالهم.

٤- الخوف من المنافسة والشعور بنقص الجدارة والخجل والإرتباك.

٥- القلق حول التصرفات والصفات الشخصية.

وذكرت (فادية كامل ٢٠٠٢) أن هناك أسباب عديدة تؤدى إلى ضعف ثقة الفرد بنفسه من أهمها: عدم الإحساس بالأمان، الشعور بالفشل، الإنتقاد، الشعور بالخجل، الشعور بالأذى من الآخرين، الشعور بالغضب، الشعور بالإحباط، الشعور بخيبة الأمل، الشعور بالذنب، الشعور بالوحدة، الشعور بالنبذ، التعرض للعقاب (٨٥).

وتقاس الثقة بالنفس للمتعافى من الإدمان إجرائياً فى إطار الدراسة الحالية من خلال البعد الخاص بالثقة بالنفس الموجود فى أداة الدراسة **ويتضمن:**

١- الشعور بالأهمية أثناء حضور المتعافى من الإدمان لجماعة المساندة الذاتية.

٢- التقدير النفسى للمتعافى.

٣- شعور المتعافى بمعنى لوجوده بين أعضاء جماعة المساندة الذاتية.
٤- شعور المتعافى بالراحة النفسية.
٥- عدم شعور المتعافى بالوحدة.
٦- شعور المتعافى بمكانه متميزة مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية.
٧- الحصول على صداقات عميقة وهادفة.
٨- الشعور بالأمل.
٩- القدرة على إثبات الذات بين الآخرين.
١٠- مواجهة مشكلاتى بنفسى دون مساعدة.
١١- الشعور بالقيمة.
١٢- الشعور بالرضا.
١٣- القدرة على التعامل مع المواقف الجديدة.
١٤- الشعور بأننى أفضل من قبل.
١٥- الشعور بتقدير الآخرين لى.
١٦- القدرة على المشاركة فى النقاش والحوار مع الأعضاء.
١٧- الشعور بالكفاءة الشخصية.

ه. <u>التصور المقترح:</u>

يمكن تعريف التصور المقترح إجرائياً فى إطار هذه الدراسة:

بأنه الجهود والمهام والمسئوليات والأنشطة والبرامج العلاجية والأساليب والتكنيكات العلاجية والأدوار التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى من منظور العلاج الجماعى باستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

ويتضمن هذا التصور المقترح الأبعاد **التالية:**

البعد الأول: التعريف بجماعة المساندة الذاتية للمتعافين من إدمان المخدرات فى إطار هذا التصور.

البعد الثانى: فلسفة العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور.

البعد الثالث: الهدف من برنامج جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور.

البعد الرابع: طبيعة برنامج جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور.

البعد الخامس: أهداف جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور.

البعد السادس: أنواع اجتماعات جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور.

البعد السابع: طبيعة اجتماعات جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور.

البعد الثامن: المدة الزمنية لجماعة المساندة الذاتية للمتعافين من الإدمان فى إطار هذا التصور.

البعد التاسع: محتوى جماعة المساندة الذاتية للمتعافين من الإدمان وأساليب التدخل المقترحة فى إطار هذا التصور.

البعد العاشر: دور الأخصائى الاجتماعى مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية المتعافين من الإدمان.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

خامساً: نوع الدراسة:

تدخل هذه الدراسة ضمن تصنيف الدراسات الوصفية **وذلك للأسباب التالية:**

١- تعتبر الدراسات الوصفية من أصلح أنواع الدراسات لإجراء هذه الدراسة لأنها تهتم بتقرير خصائص ظاهرة معينة قائمة بالفعل فى الواقع الميدانى، فهذه الدراسة تهدف إلى التوصل إلى تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان.

٢- وجود بعض الدراسات السابقة فى هذا المجال.

٣- تهدف الدراسة للوصف الكمى والكيفى لأهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من الإدمان، تحديد دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من الإدمان، تحديد أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى، تحديد أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من الإدمان.

سادساً: منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على منهج المسح الاجتماعى بطريقة العينة العمدية للمتعافين من إدمان المخدرات الذين تم علاجهم بمستشفيات العباسية والخانكة والدمرداش وبهمان.

سابعاً: تساؤلات الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة على **التساؤلات التالية:**

١- ما الخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات؟

٢- ما أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات؟

٣- ما دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات؟

٤- ما أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات؟

٥- ما أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات؟

٦- ما التصور المقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات؟

ثامناً: أدوات الدراسة:

أ- اعتمدت الدراسة على أداة **استبيان:**

وتضمنت استمارة استبيان للمتعافين من إدمان المخدرات حول أهمية استخدام جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

١- قام الباحث بتصميم استمارة استبيان للمتعافين من إدمان المخدرات **تضمنت الأبعاد التالية:** أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات، دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات، أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات، أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات، وتم الرجوع إلى الإطار النظرى والدراسات المتصلة بموضوع الدراسة لتحديد العبارات التى ترتبط بكل بعد من الأبعاد الخاصة بالدراسة.

٢- **الثبات:**

تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستمارة استبيان المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك لعينة قوامها (١٠) مفردات من المتعافين من الإدمان (مجتمع الدراسة)، وقد جاءت النتائج كما هى موضحة فى الجدول التالى:

جدول (١)

يوضح ثبات إستمارة إستبيان المتعافين من إدمان المخدرات

بإستخدام معامل (ألفا كرونباخ) **(ن= ١٠)**

م	المتغيرات	معامل (ألفا كرونباخ)
١	ثبات إستمارة إستبيان المتعافين من إدمان المخدرات ككل	٠.٨٦

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات للأداة تتمتع بدرجة عالية من الثبات حيث بلغت (٠.٨٦)، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها وأصبحت الأداة فى صورتها النهائية.

٣- **الصدق:**

لإختبار صدق إستمارة إستبيان المتعافين من إدمان المخدرات تم حساب معاملات الصدق الظاهرى والصدق الإحصائى.

أ- الصدق الظاهرى:

تم عرض الأداة على عدد (٥) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة حلوان، وتم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (٨٠%)، وتم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض الآخر، وبناء على ذلك تم صياغة الاستمارة فى صورتها النهائية.

ب. الصدق الإحصائى:

يبين الجدول التالى قيمة معاملات الصدق الإحصائى للإستبيان، ويعرف معامل الصدق الإحصائى بأنه الجذر التربيعى لمعامل الثبات.

جدول (٢)

يوضح معاملات الصدق الإحصائى لإستمارة استبيان

المتعافين من إدمان المخدرات (ن= ١٠)

م	المتغيرات	معامل (ألفا كرونباخ)
١	إستمارة إستبيان المتعافين من إدمان المخدرات ككل	٠.٩٢٧

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل الصدق الإحصائى لإستمارة إستبيان المتعافين من إدمان المخدرات بلغت (٠.٩٢٧)، وتعد هذه القيم مرتفعة ومقبولة وتفى بأغراض الدراسة.

ب-أساليب التحليل الإحصائى:

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلى باستخدام برنامج (SPSS.V.17.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد تم تطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

١- **التكرارات والنسب المئوية:** وذلك لوصف خصائص مجتمع الدراسة.

٢- **المتوسط الحسابى:** للحكم على مستوى أهمية استخدام جماعات المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثى: موافق (ثلاث درجات)، موافق إلى حد ما (درجتين)، غير موافق (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلى، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثى (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة – أقل قيمة (٣-١=٢)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (٣/٢= ٠.٦٧)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة فى المقياس أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلى:

جدول (٣)

يوضح مستوى المتوسطات الحسابية

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١: ١.٦٧	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من١.٦٧: ٢.٣٥	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٢.٣٥: ٣	مستوى مرتفع

٣- **الإنحراف المعيارى:** ويفيد فى معرفة مدى تشتت أو عدم تشتت استجابات المبحوثين، كما يساعد فى ترتيب العبارات مع المتوسط الحسابى، حيث أنه فى حالة تساوى العبارات فى المتوسط الحسابى فإن العبارة التى انحرافها المعيارى أقل تأخذ الترتيب الأعلى.

٤- **المدى:** ويتم حسابه من خلال الفرق بين أكبر قيمة أو أقل قيمة.

٥- **معامل ثبات (ألفا كرونباخ):** لقيم الثبات التقديرية لأدوات الدراسة.

٦- **الصدق الإحصائى:** الجذر التربيعى لمعامل الثبات.

٧- **معامل إرتباط بيرسون:** وذلك لإختبار العلاقة بين متغيرين كميين، وكذلك لإيجاد المصفوفة الارتباطية بين متغيرات الدراسة.

تاسعاً: مجالات الدراسة:

١- المجال المكانى:

قام الباحث بتطبيق دراسته فى كل من مستشفى العباسية ومستشفى الخانكة ومستشفى الدمرداش وذلك من خلال التنسيق والتعاون مع الخط الساخن لعلاج الإدمان والتعافى، وتم إختيار هذه المستشفيات لأنها تتعامل مع المدمنين بصفة عامة والمتعافين من الإدمان بصفة خاصة، فضلاً عن توافر أعداد كبيرة من المتعافين من إدمان المخدرات الذين تعافوا من خلال الاستمرار فى برامج الرعاية الممتدة وحضور جماعات المساندة الذاتية بالمستشفى، كما طبقت الدراسة أيضاً فى مستشفى بهمان بحلوان لتوافر أعداد من المتعافين وتوافر جماعات المساندة الذاتية بها أيضاً، وتم أخذ الموافقة على جمع البيانات فى المستشفيات الثلاث الأولى من مدير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، وتم أخذ موافقة مدير قسم الإدمان بمستشفى بهمان على جمع البيانات من عينة الدراسة.

٢- المجال البشرى:

تكونت عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات الذين التحقوا ببرامج الرعاية الممتدة، والذين سبق مشاركتهم فى جماعات الدعم الذاتى فى المستشفيات سالفة الذكر، وطبقت الدراسة على عينة عمدية من المترددين على عيادات الخط الساخن وقت إجراء الدراسة فى مستشفى العباسية ومستشفى الخانكة ومستشفى الدمرداش بلغ عددهم (٤٥) متعافى من

الإدمان، وطبقت الدراسة أيضاً على عينة عمدية أيضاً من المتعافين المترددين بمستشفى بهمان وبلغ عددهم (١٠) من المتعافين وبلغ إجمالى عينة الدراسة (٥٥) متعافى.

وتم إختيار عينة الدراسة وفقاً للشروط التالية:

١. أن تكون عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات.
٢. أن يكونوا قد سبق لهم حضور جلسات العلاج الجماعى بالمستشفى.
٣. أن يكونوا قد سبق لهم الانضمام لجماعات المساندة الذاتية بالمستشفى.
٤. ألا تقل مدة التعافى عند ثلاث شهور.
٥. أن تكون عينة الدراسة من الذكور نظراً لكثرة أعداد المتعافين من الذكور وصعوبة جمع البيانات من الإناث.

٣- المجال الزمنى:

استغرقت فترة جمع البيانات من عينة الدراسة فى مستشفى بهمان من ٢٠١٦/٣/٢٠ إلى ٢٠١٦/٤/١٥، واستغرقت جمع البيانات من عينة الدراسة فى مستشفى العباسية ومستشفى الخانكة ومستشفى الدمرداش من ٢٠١٦/٥/١ حتى ٢٠١٦/٥/٣٠.

عاشراً: النتائج المتعلقة بالإجابة على تساؤلات الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

التساؤل الأول: ما الخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات؟

جدول (٤)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب السن (الفئة العمرية) ن= ٥٥

م	الفئة العمرية	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	٢٠- أقل من ٢٥ سنة	٧	١٢.٧٣
٢	٢٥- أقل من ٣٠ سنة	١٥	٢٧.٢٧
٣	٣٠- أقل من ٣٥ سنة	١٨	٣٢.٧٣
٤	٣٥- أقل من ٤٠ سنة	٩	١٦.٣٦
٥	٤٠- أقل من ٤٥ سنة	٤	٧.٢٧
٦	٤٥- أقل من ٥٠ سنة	١	١.٨٢
٧	٦٠ سنة فأكثر	١	١.٨٢
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات حسب الفئة العمرية، حيث تمثل الفئة من ٣٠- أقل من ٣٥ سنة أعلى نسبة من المتعافين بنسبة ٣٢.٧٣%، وتلتها الفئة من ٢٥- أقل من ٣٠ سنة بنسبة ٢٧.٢٧%، ثم الفئة من ٣٥- أقل

من ٤٠ سنة بنسبة ١٦.٣٦%، ثم الفئة من ٢٠- أقل من ٢٥ سنة بنسبة ١٢.٧٣%، ويعتبر أقل الفئات العمرية من المتعافين من إدمان المخدرات الفئات العمرية من ٦٠ سنة فأكثر، ٤٥ أقل من ٥٠ سنة بنسبة ١.٨٢%ثم الفئة العمرية من ٤٠- أقل من ٤٥ سنة بنسبة ٧.٢٧%. أما الفئات من ٥٠- أقل من ٥٥ سنة، ٥٥- أقل من ٦٠سنة لم تشملهم عينة الدراسة، ويتضح من هذا الجدول أن أغلب عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات تقع فى الفئات العمرية من ٢٠- أقل من ٤٠ سنة بنسبة ٨٩.١% وهى تمثل مرحلة الشباب، وأقل عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات تقع فى الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر بنسبة ١.٨٢% وهى تمثل مرحلة الكبر، وتؤكد نتائج هذا الجدول أهمية الاهتمام بفئات الشباب المختلفة من خلال عمل البرامج العلاجية المختلفة للمتعافين من إدمان المخدرات، وهذا يتفق مع دراسة كلاً من زينب حسين أبو العلا ١٩٨٧ من خلال استخدامها للعلاج الأسرى كمدخل اجتماعى لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين للعقاقير المخدرة، ودراسة صلاح محبوب مينا ١٩٩٦من خلال استخدامه لإتجاه سيكولوجية الذات فى الحد من تعاطى المخدرات لدى الشباب، ونلاحظ أن كلا الدراستين اهتمت بفئة الشباب من المدمنين، ولكن اختلفت الدراسة الحالية مع كلا الدراستين فى تعاملها مع فئة المتعافين من إدمان المخدرات.

جدول (٥)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية ن= ٥٥

م	الحالة الاجتماعية	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	متزوج	٢٧	٤٩.٠٩
٢	أعزب	٢٦	٤٧.٢٧
٣	مطلق	٢	٣.٦٤
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات حسب الحالة الاجتماعية، حيث بلغت نسبة المتعافين من الإدمان من المتزوجين ٤٩.٠٩%، ونسبة المتعافين من الإدمان من العزاب ٤٧.٢٧%، ونسبة المتعافين من الإدمان المطلقين ٣.٦٤%. ويوضح هذا الجدول تقارب نسب المتزوجين والعزاب من المتعافين من الإدمان.

جدول رقم (٦)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمى ن= ٥٥

م	المستوى التعليمى	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	مؤهل أقل من المتوسط	١٦	٢٩.٠٩
٢	مؤهل متوسط	٢٢	٤٠
٣	مؤهل جامعى	١٧	٣٠.٩١
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات حسب المستوى التعليمى، حيث بلغت نسبة المؤهل المتوسط من المتعافين من إدمان المخدرات ٤٠%، تلاها المؤهل الجامعى بنسبة ٣٠.٩١%، وأخيراً المؤهل أقل من المتوسط بنسبة ٢٩.٠٩% ويتضح من هذا الجدول أن أغلب عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان تقع فى مؤهل أقل من المتوسط والمؤهل المتوسط بنسبة ٦٩.٠٩%، بينما تقل فى المؤهل الجامعى بنسبة ٣٠.٩١%.

جدول رقم (٧)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب العمل (الوظيفة) ن= ٥٥

م	العمل (الوظيفة)	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	طالب	٢	٣.٦٤
٢	وظيفة حكومية	٢	٣.٦٤
٣	وظيفة فى قطاع خاص	٨	١٤.٥٥
٤	أعمال حرة	٢٩	٥٢.٧٣
٥	لا يعمل	١٤	٢٥.٤٥
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات حسب العمل (الوظيفة)، حيث كانت أعلى نسبة فى وظيفة أعمال حرة بنسبة ٥٢.٧٣%، تلاها المتعافين الذين لا يعملون بنسبة ٢٥.٤٥%، ثم فى وظيفة فى قطاع خاص بنسبة ١٤.٥٥%، وتساوت عينة الدراسة فى وظيفة طالب وفى وظيفة حكومية بنسبة ٣.٦٤%.

ويتضح من هذا الجدول أن غالبية عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان تقع فى وظيفة أعمال حرة ووظيفة فى قطاع خاص بنسبة ٦٧.٢٨%، بينما أقل عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان تقع فى وظيفة طالب ووظيفة حكومية بنسبة ٧.٢٨%، ويرجع هذا

التفاوت إلى إرتفاع دخول عينة الدراسة فى وظيفة فى قطاع خاص والأعمال الحرة مما يسهل من عملية الحصول على المخدر عكس عينة الدراسة فى وظيفة طالب أو فى وظيفة حكومية.

جدول (٨)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الدخل الشهرى ن= ٥٥

م	الدخل الشهرى بالجنية	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	أقل من ١٠٠٠	٥	٩.٠٩
٢	١٠٠٠- أقل من ٢٠٠٠	١٣	٢٣.٦٤
٣	٢٠٠٠- أقل من ٣٠٠٠	٩	١٦.٣٦
٤	٣٠٠٠- أقل من ٤٠٠٠	٤	٧.٢٧
٥	٤٠٠٠- أقل من ٥٠٠٠	٥	٩.٠٩
٦	٥٠٠٠- أقل من ٦٠٠٠	٣	٥.٤٥
٧	٦٠٠٠- أقل من ٧٠٠٠	٣	٥.٤٥
٨	٧٠٠٠- أقل من ٨٠٠٠	٢	٣.٦٤
٩	٩٠٠٠ جنيهاً فأكثر	١	١.٨٠
١٠	لا يوجد	١٠	١٨.١٨
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من إدمان المخدرات حسب الدخل الشهرى حيث كانت أكثر الفئات الفئة من ١٠٠٠- أقل من ٢٠٠٠ بنسبة ٢٣.٦٤%، ثم تلاها لا يوجد دخل بنسبة ١٨.١٨%، ثم الفئة ٢٠٠٠- أقل من ٣٠٠٠ بنسبة ١٦.٣٦%، ثم كلاً من الفئة أقل من ١٠٠٠ والفئة من ٤٠٠٠ إلى أقل من ٥٠٠٠ بنسبة ٩.٠٩%، ثم الفئة من ٣٠٠٠- أقل من ٤٠٠٠ بنسبة ٧.٢٧%، ثم كلاً من الفئة ٥٠٠٠- أقل من ٦٠٠٠، الفئة ٦٠٠٠- أقل من ٧٠٠٠ بنسبة ٥.٤٥%، ثم الفئة من ٧٠٠٠- أقل من ٨٠٠٠ بنسبة ٣.٦٤%، وأخيراً الفئة من ٩٠٠٠ جنيهاً فأكثر بنسبة ١.٨٢.

ويتضح من هذا الجدول أن نسبة الدخول المرتفعة لعينة الدراسة من المتعافين من الإدمان تقع فى الفئات من ٣٠٠٠ إلى ٩٠٠٠ جنيهاً فأكثر بنسبة ٣٢.٧٣% ويتفق ذلك مع نتائج جدول (٧) التى أوضحت أن نسبة من يعملون فى وظيفة أعمال حرة ووظيفة فى قطاع خاص كانت ٦٧.٢٨% وهم من أصحاب الدخول المرتفعة، ثم تلاها من حيث الدخل الفئات من ٢٠٠٠- أقل من ٣٠٠٠ بنسبة ١٦.٣٦%، ثم الفئة من ١٠٠٠- أقل من ٢٠٠٠بنسبة

٢٣.٦٤%، ثم الفئة أقل من ١٠٠٠بنسبة ٩.٠٩%، كما أوضحت النتائج أن نسبة من ليس لهم دخل بلغت ١٨.١٨%.

جدول (٩)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب نوع السكن ن= ٥٥

م	نوع السكن	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	شقة تمليك	٣٧	٦٧.٢٧
٢	فيلا تمليك	١	١.٨٢
٣	فيلا إيجار	١	١.٨٢
٤	شقة إيجار قديم	٧	١٢.٧٣
٥	شقة إيجار جديد	٨	١٤.٥٥
٦	سكن مع الأسرة	١	١.٨٢
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة حسب نوع السكن، حيث يتضح من الجدول أن أغلب عينة الدراسة يقيمون فى شقة تمليك بنسبة ٦٧.٢٧%، تلاها المقيمون فى شقة إيجار جديد بنسبة ١٤.٥٥%، ثم المقيمون فى شقة إيجار قديم بنسبة ١٢.٧٣%، ثم تساوت عينة الدراسة المقيمين فى كل من فيلا تمليك، فيلا إيجار، سكن مع الأسرة بنسبة ١.٨٢%.

وتتفق نتيجة هذا الجدول مع نتائج جدول (٧) الخاص بتوزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة حيث أن أغلب عينة الدراسة تعمل فى وظيفة قطاع خاص و أعمال حرة، ونتيجة جدول (٨) الذى أوضح أن نسبة الدخول المرتفعة لعينة الدراسة بلغت ٣٢.٧٣% وهذا يتفق مع نتيجة هذا الجدول الذى أوضح أن نسبة المقيمين فى شقة تمليك بلغ ٦٧.٢٧%، أما أقل عينة الدراسة الذين يقيمون فى شقة إيجار قديم وشقة إيجار جديد أو المقيمين مع الأسرة بلغت نسبتهم ٢٩.١%.

جدول (١٠)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب محل الإقامة ن= ٥٥

م	محل الإقامة	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	القاهرة	٢٥	٤٥.٤٥
٢	الجيزة	١٦	٢٩.٠٩
٣	القليوبية	١٢	٢١.٨٢
٤	الأسكندرية	١	١.٨٢
٥	الاسماعيلية	١	١.٨٢
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان حسب محل الإقامة، حيث بلغت نسبة المقيمين فى القاهرة ٤٥.٤٥%، تلاها المقيمين فى الجيزة بنسبة ٢٩.٠٩%، ثم المقيمين فى القليوبية بنسبة ٢١.٨٢%، ثم تساوت نسبة المقيمين فى كلاً من الأسكندرية والاسماعيلية حيث بلغت ١.٨٢%.

ويتضح من هذا الجدول أن أغلب عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان يقيمون فى القاهرة والجيزة والقليوبية بنسبة ٩٦.٣٦% وهذا يرجع إلى قرب إقامتهم من مستشفيات الإدمان (مستشفى العباسية، مستشفى الخانكة، ومستشفى الدمرداش ومستشفى بهمان بحلوان)، بينما نسبة قليلة من عينة الدراسة تقيم فى الأسكندرية والاسماعيلية بنسبة ٣.٦٤% وهى أماكن بعيدة عن هذه المستشفيات.

جدول (١١)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات التعاطى ن= ٥٥

م	عدد سنوات التعاطى	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	أقل من ٥ سنوات	٤	٧.٢٧
٢	٥- أقل من ١٠	١٣	٢٣.٦٤
٣	١٠- أقل من ١٥	١٥	٢٧.٢٧
٤	١٥- أقل من ٢٠	١٨	٣٢.٧٣
٥	٢٠- أقل من ٢٥	٣	٥.٤٥
٦	٢٥- أقل من ٣٠	١	١.٨٢
٧	٣٠ سنه فأكثر	١	١.٨٢
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان حسب عدد سنوات التعاطى، حيث بلغت نسبة المتعاطين من عينة الدراسة فى الفئة من ١٥- أقل من ٢٠سنه ٣٢.٧٣%، تلتها الفئة من ١٠- أقل من ١٥ سنه بنسبة ٢٧.٢٧%، ثم الفئة من ٥- أقل من ١٠ سنوات بنسبة ٢٣.٦٤%، ثم الفئة أقل من ٥ سنوات بنسبة ٧.٢٧%، ثم الفئة من ٢٠- أقل من ٢٥ سنه بنسبة ٥.٤٥%، ثم كلاً من الفئة ٢٥- أقل من ٣٠ والفئة من ٣٠ سنه فأكثر بنسبة ١.٨٢.

ويتضح من نتائج هذا الجدول إرتفاع عدد سنوات التعاطى لأغلب عينة الدراسة حيث بلغت نسبة المتعاطين من ٥ سنوات إلى أكثر من ٣٠ سنة ٩٢.٧٣%، بينما قلت عدد سنوات التعاطى لأقل من ٥ سنوات لنسبة قليلة من عينة الدراسة بلغت ٧.٢٧%.

جدول (١٢)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات التعافى ن= ٥٥

م	عدد سنوات التعافى	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	أقل من ٦ شهور	١٨	٣٢.٧٣
٢	٦ شهور – أقل من سنة	١١	٢٠
٣	سنة – أقل من سنة ونصف	١٠	١٨.١٨
٤	سنة ونصف – أقل من سنتين	٢	٣.٦٤
٥	سنتين – أقل من سنتين ونصف	٥	٩.٠٩
٦	سنتين ونصف – أقل من ثلاث سنوات	٣	٥.٤٥
٧	ثلاث سنوات – أقل من ثلاث سنوات ونصف	٣	٥.٤٥
٨	ثلاث سنوات ونصف – أقل من أربع سنوات	٢	٣.٦٤
٩	٤ سنوات فأكثر	١	١.٨٢
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان حسب عدد سنوات التعافى، حيث بلغت نسبة المتعافين من الإدمان فى الفئة أقل من ٦ شهور ٣٢.٧٣%، تلتها الفئة من ٦ شهور – أقل من سنة ٢٠%، والفئة من سنة – أقل من سنة ونصف بنسبة ١٨.١٨%، والفئة من سنتين – أقل من سنتين ونصف بنسبة ٩.٠٩%، وتساوت الفئتين من سنتين ونصف – أقل من ثلاث سنوات، وثلاث سنوات – أقل من ثلاث سنوات ونصف بنسبة ٥.٤٥%، وتساوت الفئتين من سنه ونصف – أقل من سنتين، وثلاث سنوات ونصف – أقل من أربع سنوات بنسبة ٣.٦٤%، وأخيراً الفئة من أربع سنوات فأكثر بنسبة ١.٨٢%.

ويتضح من نتائج هذا الجدول أن نسبة ٧٠.٩١% من عينة الدراسة تبلغ مدة التعافى لديهم من أقل من ٦ شهور إلى أقل من سنة ونصف، أما باقى عينة الدراسة تبلغ مدة التعافى لديهم من سنة ونصف إلى أربع سنوات فأكثر بنسبة ٢٩.٠٩%.

جدول (١٣)

يوضح توزيع عينة الدراسة حسب نوع مواد الإدمان ن= ٥٥

م	نوع مواد الإدمان	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	الحشيش	٣٦	٦٥.٤٥
٢	الهيروين	٣٥	٦٣.٦٤
٣	الكوكايين	٥	٩.٠٩
٤	الحبوب المنشطة (الكبتاجون)	٢٠	٣٦.٣٦
٥	المواد الطبية المخدرة	١٨	٣٢.٧٣

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة حسب نوع مواد الإدمان، حيث بلغ نسبة تعاطى الحشيش ٦٥.٤٥%، والهيروين ٦٣.٦٤%، والحبوب المنشطة (الكبتاجون) ٣٦.٣٦%، والمواد الطبية المخدرة ٣٢.٧٣%، وأخيراً الكوكايين ٩.٠٩%.

ويتضح من نتائج هذا الجدول أن أعلى مواد الإدمان بالنسبة لعينة الدراسة تمثلت فى الحشيش والهيروين، وتقاربت نسب تعاطى الحبوب المنشطة (الكبتاجون) والمواد الطبية المخدرة، وكانت أقل مواد الإدمان بالنسبة لعينة الدراسة تمثلت فى الكوكايين.

جدول (١٤)

يوضح توزيع عينة الدراسة على مستشفيات الإدمان ن= ٥٥

م	المستشفيات	التكرار (ك)	النسبة المئوية (%)
١	مستشفى العباسية	٢٤	٤٣.٦٤
٢	مستشفى الخانكة	١٠	١٨.١٨
٣	مستشفى الدمرداش	١١	٢٠
٤	مستشفى بهمان بحلوان	١٠	١٨.١٨
	المجموع	٥٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع عينة الدراسة من المتعافين من الإدمان على مستشفيات الإدمان، حيث كانت أعلى نسبة من عينة الدراسة كانت فى مستشفى العباسية بنسبة ٤٣.٦٤%، تلتها مستشفى الدمرداش بنسبة ٢٠%، وتساوت نسب عينة الدراسة فى كلا من مستشفى الخانكة ومستشفى بهمان حيث بلغت ١٨.١٨%.

ويتضح من الجدول السابق تفاوت أعداد ونسب عينة الدراسة فى مستشفيات الإدمان وهذا يرجع إلى شروط عينة الدراسة التى ركزت على المتعافين الذين سبق لهم حضور جلسات العلاج الجماعى بالمستشفى والذين سبق لهم الإنضمام لجماعات المساندة الذاتية بالمستشفى.

التساؤل الثانى: ما أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات؟

جدول (١٥)

يوضح أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات ن= ٥٥

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	الترتيب
		موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	يكسبنى العلاج الجماعى المهارات الاجتماعية اللازمة.	٥٢	٩٤.٥	٣	٥.٥	–	–	٢.٩٥	٠.٢٣	٢
٢	يؤثر العلاج الجماعى بشكل إيجابى فى سلوك المدمن المتعافى.	٥٤	٩٨.٢	١	١.٨	–	–	٢.٩٨	٠.١٣	١
٣	نستطيع إحداث التغييرات المرغوبة فى سلوك المدمن المتعافى عن طريق العلاج الجماعى.	٤٨	٨٧.٣	٦	١٠.٩	١	١.٨	٢.٨٥	٠.٤	٨
٤	يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى فى التعبير عن حاجاته ومشاعره وانفعالاته وأفكاره.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	٥
٥	يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى على التفاعل مع الآخرين والاستجابة لمشاعرهم وحاجاتهم وأفكارهم وانفعالاتهم.	٥١	٩٢.٧	٤	٧.٣	–	–	٢.٩٣	٠.٢٦	٣
٦	يشعر العلاج الجماعى المدمن المتعافى بإنتمائه لجماعة تساعده على إشباع حاجاته الأساسية.	٤٤	٨٠	٨	١٤.٥	٣	٥.٥	٢.٧٥	٠.٥٥	١٣
٧	يساعد العلاج الجماعى	٤١	٧٤.٥	١٤	٢٥.٥	–	–	٢.٧٥	٠.٤٤	١٢

	المدمن المتعافى على أداء أدواره الاجتماعية.									
٨	يساعد العلاج الجماعى فى إعادة تشكيل شخصية المدمن المتعافى.	٤٧	٨٥.٥	٨	١٤.٥	–	–	٢.٨٥	٠.٣٦	٧
٩	يساهم العلاج الجماعى فى تكوين العلاقات مع الآخرين والمحافظة عليها.	٤٨	٨٧.٣	٦	١٠.٩	١	١.٨	٢.٨٥	٠.٤	٨
١٠	يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى على تعلم السلوك الاجتماعى السوى والمقبول اجتماعياً.	٤٨	٨٧.٣	٧	١٢.٧	–	–	٢.٨٧	٠.٣٤	٦
١١	يمنح العلاج الجماعى القدرة على التأثير فى الآخرين وإقناعهم بطريقة مقبولة.	٤٨	٨٧.٣	٧	١٢.٧	–	–	٢.٨٧	٠.٣٤	٦
١٢	يساعدنى العلاج الجماعى فى تنمية مهاراتى وقدراتى.	٥١	٩٢.٧	٤	٧.٣	–	–	٢.٩٣	٠.٢٦	٣
١٣	يساعدنى العلاج الجماعى فى إكتساب مهارات حل المشكلات.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٩
١٤	يساهم العلاج الجماعى بشكل كبير فى الحصول على الدعم والتعاطف.	٤٣	٧٨.٢	١٢	٢١.٨	–	–	٢.٧٨	٠.٤٢	١١
١٥	يساعدنى العلاج الجماعى على التخلص من مشاعر القلق والإحباط.	٤٥	٨١.٨	١٠	١٨.٢	–	–	٢.٨٢	٠.٣٩	١٠
١٦	يساعدنى العلاج الجماعى على التعبير عن المشاعر والأفكار.	٥٠	٩٠.٩	٥	٩.١	–	–	٢.٩١	٠.٢٩	٤
١٧	يساعدنى العلاج الجماعى فى إكتساب المهارات الشخصية والاجتماعية	٤٧	٨٥.٥	٨	١٤.٥	–	–	٢.٨٥	٠.٣٦	٧

	المختلفة.								
١٨	يمنح العلاج الجماعى المدمن المتعافى التعلم والحصول على المعلومات والخبرات.	٥٠	٩٠.٩	٥	٩.١	–	–	٢.٩١	٠.٢٩	٤
	المتغير ككل							٢.٨٧	٠.١٩	مستوى مرتفع

يوضح الجدول السابق أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات، **حيث كانت أعلى الإستجابات من حيث أهمية العلاج الجماعى للمتعافين من إدمان المخدرات:** يؤثر العلاج الجماعى بشكل إيجابى فى سلوك المدمن المتعافى، يكسبنى العلاج الجماعى المهارات الاجتماعية اللازمة، يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى على التفاعل مع الآخرين والإستجابة لمشاعرهم وحاجاتهم وافكارهم وإنفعالاتهم، يساعدنى العلاج الجماعى فى تنمية مهاراتى وقدراتى، يساعدنى العلاج الجماعى على التعبير عن المشاعر والأفكار، يمنح العلاج الجماعى المدمن المتعافى التعلم والحصول على المعلومات والخبرات، يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى فى التعبير عن حاجاته ومشاعره وانفعالاته وأفكاره، يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى على تعلم السلوك الإجتماعى السوى والمقبول إجتماعياً، يمنح العلاج الجماعى القدرة على التأثير فى الآخرين وإقناعهم بطريقة مقبولة، **وكانت أقل الإستجابات من حيث أهمية العلاج الجماعى للمتعافين من إدمان المخدرات:** يُشعر العلاج الجماعى المدمن المتعافى بإنتمائه لجماعة تساعده على اشباع حاجاته الأساسية، يساعد العلاج الجماعى المدمن المتعافى على آداء أدواره الإجتماعية، يساعد العلاج الجماعى بشكل كبير فى الحصول على الدعم والتعاطف، يساعدنى العلاج الجماعى على التخلص من مشاعر القلق والإحباط.

وتشير بيانات الجدول السابق أن مستوى أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات (مرتفع) حيث بلغ المتوسط الحسابى (٢.٨٧).

وتتفق الدراسة الحالية مع ما توصل إليه Douaihy و Stowell حول أهمية العلاج الجماعى حيث أشاروا إلى أن العلاج الجماعى علاج فعال للحد من الإنتكاسة، وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية حول أهمية العلاج الجماعى للمتعافين من الإدمان.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (فاروق عبد السلام ١٩٧٧) حول أهمية العلاج الجماعى فى التخفيف من مشاعر الإثم والقلق والإكتئاب للمدمنين، وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية حيث أوضحت إستجابات المبحوثين من المتعافين من الإدمان أن العلاج الجماعى قد ساعدهم على التخلص من مشاعر القلق والإحباط.

وتتفق الدراسة الحالية أيضاً مع دراسة (لطفى فطيم ١٩٩٤) التى أوضحت أهمية العلاج الجماعى فى إكساب العضو المدمن الخبرة الإنفعالية التصحيحية وهذا ماتوصلت إليه نتائج الدراسة الحالية التى أوضحت أن العلاج الجماعى يمنح المدمن المتعافى التعلم والحصول على المعلومات والخبرات، كما يساعد على إكتساب المهارات الشخصية والاجتماعية المختلفة، كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (يحيى الرخاوى ١٩٩٣) التى أوضحت أن المدمن يتفاعل فى العلاج الجمعى بسهولة، وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية التى أكدت أن العلاج الجماعى يساعد المدمن المتعافى على التفاعل مع الآخرين كما يساعد فى تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والمحافظة عليها. وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (عبد الله أحمد الوايلى ٢٠٠٣) حول أهمية العلاج الجماعى فى خفض درجة القلق لدى مدمنى المخدرات. كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (سليمان الغديان ٢٠١٢) التى تناولت طرق مواجهة العود للتعاطى من خلال العلاج الشامل المتعدد والذى من بينه تقديم علاج جماعى للمدمن المتعافى. وتختلف الدراسة الحالية مع كافة الدراسات السابقة المتعلقة بالعلاج الجماعى، حيث ركزت الدراسة الحالية على المتعافين من إدمان المخدرات بينما ركزت الدراسات السابقة على المدمنين فى مرحلة العلاج، كما تختلف الدراسة الحالية مع الدراسات والبحوث فى الخدمة الاجتماعية التى طبقت العلاج الجماعى حيث تعاملت هذه الدراسات مع فئات مختلفة غير المدمنين مثل دراسة نهلة السيد ١٩٩٤، عبد المنعم يوسف السنهورى ١٩٩٦ صفاء عادل مدبولى ١٩٩٧، حياة رضوان ٢٠٠١، ممدوح محمد دسوقى ٢٠٠٤، بينما تعاملت الدراسة الحالية مع المتعافين من الإدمان.

التساؤل الثالث: ما دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات؟

جدول (١٦)

يوضح دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس

لدى المتعافين من إدمان المخدرات ن= ٥٥

	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	الترتيب
		موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	أشعر بأهميتى أثناء حضورى لجماعة المساندة الذاتية.	٤٣	٧٨.٢	١١	٢٠	١	١.٨	٢.٧٦	٠.٤٧	٨
٢	يزيد حضورى لجماعة	٤٤	٨٠	١٠	١٨.٢	١	١.٨	٢.٧٨	٠.٤٦	٧

	المساندة الذاتية من تقديرى لنفسى.									
٣	أشعر بمعنى لوجودى بين أعضاء جماعة المساندة الذاتية.	٤٩	٨٩.١	٥	٩.١	١	١.٨	٢.٨٧	٠.٣٩	٣
٤	أشعر بالراحة النفسية عندما أكون فى جماعة المساندة الذاتية.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
٥	لا أشعر بالوحدة عندما أكون فى جماعة المساندة الذاتية.	٤٤	٨٠	١٠	١٨.٢	١	١.٨	٢.٧٨	٠.٤٦	٧
٦	أشعر بمكانة متميزة مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية.	٤١	٧٤.٥	١٢	٢١.٨	٢	٣.٦	٢.٧١	٠.٥٣	١٢
٧	ساعدتنى جماعة المساندة الذاتية فى الحصول على صداقات عميقة وهادفة.	٤١	٧٤.٥	١٣	٢٣.٦	١	١.٨	٢.٧٣	٠.٤٩	١١
٨	تزيد جماعة المساندة الذاتية من ثقتى بنفسى.	٤٨	٨٧.٣	٧	١٢.٧	–	–	٢.٨٧	٠.٣٤	٢
٩	ثقة أعضاء جماعة المساندة الذاتية فى أنفسهم تبعث الأمل فى نفسى.	٤٦	٨٣.٦	٨	١٤.٥	١	١.٨	٢.٨٢	٠.٤٣	٦
١٠	تمنحنى جماعة المساندة الذاتية القدرة على إثبات ذاتى بين الآخرين.	٤٥	٨١.٨	٧	١٢.٧	٣	٥.٥	٢.٧٦	٠.٥٤	٩
١١	ساعدتنى جماعة المساندة الذاتية على تعلم كيفية مواجهة مشكلاتى بنفسى دون مساعدة.	٣٣	٦٠	١٥	٢٧.٣	٧	١٢.٧	٢.٤٧	٠.٧٢	١٤
١٢	تلقى أفكارى تقدير أعضاء جماعة المساندة الذاتية.	٤٢	٧٦.٤	١٢	٢١.٨	١	١.٨	٢.٧٥	٠.٤٨	١٠
١٣	أشعر بأن لى قيمة مثل الآخرين فى جماعة المساندة الذاتية.	٤٤	٨٠	١٠	١٨.٢	١	١.٨	٢.٧٨	٠.٤٦	٧

١٤	تشعرنى جماعة المساندة الذاتية بالرضا.	٤٢	٧٦.٤	١٢	٢١.٨	١	١.٨	٢.٧٥	٠.٤٨	١٠
١٥	جعلتنى جماعة المساندة الذاتية أثق فى قدرتى على التعامل مع المواقف الجديدة.	٣٩	٧٠.٩	١٥	٢٧.٣	١	١.٨	٢.٦٩	٠.٥	١٣
١٦	كل ما أحضر جماعة المساندة الذاتية أجد نفسى أفضل من قبل.	٤٧	٨٥.٥	٨	١٤.٥	–	–	٢.٨٥	٠.٣٦	٤
١٧	أكون سعيداً عندما يطلب منى أعضاء الجماعة المساعدة.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	١
١٨	تشعرنى جماعة المساندة الذاتية بتقدير الآخرين لى.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
١٩	منحتنى جماعة المساندة الذاتية القدرة على المشاركة فى النقاش والحوار مع الأعضاء.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
٢٠	تدعم جماعة المساندة الذاتية الشعور بالكفاءة الشخصية لدى المدمن المتعافى.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
	المتغير ككل							٢.٧٨	٠.٢٧	مستوى مرتفع

يوضح الجدول السابق دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات، **حيث كانت أعلى الإستجابات من وجهة نظر المتعافين من إدمان المخدرات:** أكون سعيداً عندما يطلب منى أعضاء الجماعة المساعدة، تزيد جماعة المساندة الذاتية من ثقتى بنفسى، أشعر بمعنى لوجودى بين أعضاء جماعة المساندة الذاتية، كل ما أحضر جماعة المساندة الذاتية أجد نفسى أفضل من قبل، أشعر بالراحة النفسية عندما أكون فى جماعة المساندة الذاتية، تشعرنى جماعة المساندة الذاتية بتقدير الآخرين لى، منحتنى جماعة المساندة الذاتية القدرة على المشاركة فى النقاش والحوار مع الأعضاء، تدعم جماعة المساندة الذاتية الشعور بالكفاءة الشخصية لدى المدمن المتعافى، ثقة أعضاء جماعة المساندة الذاتية فى أنفسهم تبعث الأمل فى نفسى، يزيد حضورى لجماعة المساندة

الذاتية من تقديرى لنفسى، لا أشعر بالوحدة عندما أكون فى جماعة المساندة الذاتية، أشعر بأن لى قيمة مثل الآخرين فى جماعة المساندة الذاتية، أشعر بأهميتى أثناء حضورى لجماعة المساندة الذاتية، تمنحنى جماعة المساندة الذاتية القدرة على إثبات ذاتى بين الآخرين، تشعرنى جماعة المساندة الذاتية بالرضا، تلقى أفكارى تقدير أعضاء جماعة المساندة الذاتية. **وكانت أقل الإستجابات من وجهة نظر المتعافين من إدمان المخدرات:** ساعدتنى جماعة المساندة الذاتية على تعلم كيفية مواجهة مشكلاتى بنفسى دون مساعدة، جعلتنى جماعة المساندة الذاتية أثق فى قدرتى على التعامل مع المواقف الجديدة، أشعر بمكانة متميزة مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية، ساعدتنى جماعة المساندة الذاتية على الحصول على صداقات عميقة وهادفة.

وتشير بيانات الجدول السابق أن مستوى دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات (مرتفع) حيث بلغ المتوسط الحسابى (٢.٧٨).

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (عجلان العجلان ٢٠١٢) حول أهمية تنمية الثقة بالنفس للمتعافين من إدمان المخدرات ليندمجوا فى المجتمع من خلال برامج تهتم بالمدمنين المتعافين، والدراسة الحالية اهتمت بمعرفة دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات. كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (رضا المزغنى ٢٠١٢) فى أهمية إخراج المدمن المتعافى من عزلته، وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية حيث أوضحت استجابات المبحوثين المتعافين من إدمان المخدرات أنهم لا يشعرون بالوحدة عندما يكونوا فى جماعة المساندة الذاتية. وتتفق أيضاً الدراسة الحالية مع دراسة (أحمد فخرى هانى ٢٠١٦) فى بعض العلامات المنذرة أو التحذيرية للإنتكاسة للمدمن المتعافى منها عدم الرضا عن الحياة وفقدان الثقة بالنفس والتوتر والكآبة، وأكدت استجابات المبحوثين من المتعافين من الإدمان فى الدراسة الحالية أن جماعة المساندة الذاتية لها دوراً هاماً فى زيادة الثقة بالنفس والشعور بالرضا لدى المتعافين من الإدمان. وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (مصطفى النجار ٢٠٠٣) بشأن أهمية تقدير ذات المتعافين من إدمان المخدرات، حيث توصلت نتائج الدراسة الحالية من خلال استجابات المبحوثين إلى أهمية دور جماعة المساندة الذاتية فى زيادة قدرة المتعافى على إثبات ذاته بين الآخرين، وشعور المتعافى بأن له قيمة مثل الآخرين من خلال جماعة المساندة الذاتية والشعور بتقدير الآخرين والكفاءة الشخصية من خلال جماعة المساندة الذاتية.

وتتفق الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه دراسة (آن رالى بيركنز ٢٠١٤) بشأن تأثير العزلة الاجتماعية سلبياً على عملية التعافى، وتوصلت الدراسة الحالية من خلال استجابات

المبحوثين أن جماعة المساندة الذاتية لها دوراً فى مساعدة المتعافى على الإندماج مع الآخرين.

وتختلف الدراسة الحالية مع دراسة (مصطفى النجار ٢٠٠٣) فى البرنامج العلاجى المستخدم حيث قام بوضع تصور مقترح لإستخدام العلاج البيئى فى خدمة الفرد لزيادة تقدير الذات لدى المتعافين من إدمان المخدرات، بينما استهدفت الدراسة الحالية وضع تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

التساؤل الرابع: ما أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات؟

جدول (١٧)

يوضح أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات. ن

= ٥٥

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	الترتيب
		موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	يعتبر وجود مثل هذه الجماعة مهم جداً فى البرنامج العلاجى.	٥٢	٩٤.٥	٣	٥.٥	–	–	٢.٩٥	٠.٢٣	١
٢	تعتبر جماعة المساندة الذاتية شكل من أشكال المساعدة التى يتلقاها المدمن المتعافى فى البرنامج العلاجى.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	٣
٣	يمكن أن تساهم جماعة المساندة الذاتية فى تطوير البرنامج العلاجى للمدمن المتعافى.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	٣
٤	تساعد جماعة المساندة الذاتية فى دمج المدمن المتعافى داخل البرامج العلاجية المختلفة.	٤٤	٨٠	١٠	١٨.٢	١	١.٨	٢.٧٨	٠.٤٦	١٣

٥	تحسن جماعة المساندة الذاتية من أساليب الخدمة العلاجية المقدمة للمدمن المتعافى.	٤٥	٨١.٨	٩	١٦.٤	١	١.٨	٢.٨	٠.٤٥	١١
٦	أصبح وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى له دور كبير فى مساعدة المريض على التعافى.	٤٧	٨٥.٥	٧	١٢.٧	١	١.٨	٢.٨٤	٠.٤٢	٦
٧	يحصل المدمن على التعاطف من أعضاء جماعة المساندة الذاتية بما يساهم فى عملية تعافيه من الإدمان.	٤٥	٨١.٨	١٠	١٨.٢	–	–	٢.٨٢	٠.٣٩	٨
٨	أرى بأن تكون مثل هذه الجماعة فى البرنامج العلاجى بالمستشفى.	٤٦	٨٣.٦	٨	١٤.٥	١	١.٨	٢.٨٢	٠.٤٣	٩
٩	تساعد جماعة المساندة الذاتية فى دمج المدمن المتعافى فى شبكة العلاقات الاجتماعية داخل المستشفى.	٤٣	٧٨.٢	١٢	٢١.٨	–	–	٢.٧٨	٠.٤٢	١٢
١٠	يعتبر وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى له دور كبير فى العملية العلاجية.	٥٠	٩٠.٩	٥	٩.١	–	–	٢.٩١	٠.٢٩	٢
١١	تقديم جماعة المساندة الذاتية الدعم للمدمن لإكمال البرنامج العلاجى.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
١٢	تقدم جماعة المساندة الذاتية التوجيه والإرشاد للمدمن لكيفية التغلب على العوامل المؤدية للإدمان.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
١٣	تساعد جماعة المساندة الذاتية فى التوجيه المهنى للمدمن المتعافى على كيفية التغلب على المشكلات النفسية والاجتماعية.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥

١٤	يقدم أعضاء جماعة المساندة الذاتية المشاركة الوجدانية للمدمن لمساعدته على العلاج.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٥
١٥	تعتبر جماعة المساندة الذاتية أسلوب لمساعدة المدمن المتعافى بقصد التأثير فى الموقف الذى دفع به إلى الإدمان.	٤٤	٨٠	١١	٢٠	–	–	٢.٨	٠.٤	١٠
١٦	تزود جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى بكافة المعلومات عن مخاطر الإدمان وكيفية التغلب عليها.	٤٨	٨٧.٣	٦	١٠.٩	١	١.٨	٢.٨٥	٠.٤	٤
١٧	تعتبر جماعة المساندة الذاتية أحد أساليب تدعيم الذات للمدمن المتعافى لمساعدته فى التقدم بالعلاج.	٥٠	٩٠.٩	٥	٩.١	–	–	٢.٩١	٠.٢٩	٢
١٨	يساعد وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى على تقديم المعونة النفسية للمدمن المتعافى.	٤٨	٨٧.٣	٥	٩.١	٢	٣.٦	٢.٨٤	٠.٤٦	٧
المتغير ككل								٢.٨٥	٠.١٩	مستوى مرتفع

يوضح الجدول السابق أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات، **حيث كانت أعلى الاستجابات من وجهة نظر المتعافين من إدمان المخدرات:** يعتبر وجود مثل هذه الجماعة مهم جداً فى البرنامج العلاجى، يعتبر وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى له دور كبير فى العملية العلاجية، تعتبر جماعة المساندة الذاتية أحد أساليب تدعيم الذات للمدمن المتعافى لمساعدته فى التقدم بالعلاج، تعتبر جماعة المساندة الذاتية شكل من أشكال المساعدة التى يتلقاها المدمن المتعافى فى البرنامج العلاجى، تساهم جماعة المساندة الذاتية فى تطوير البرنامج العلاجى للمدمن المتعافى، تزود جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى بكافة المعلومات عن مخاطر الإدمان وكيفية التغلب عليها، تقدم جماعة المساندة الذاتية الدعم للمدمن لإكمال البرنامج العلاجى، تقدم جماعة المساندة الذاتية التوجيه والإرشاد للمدمن

لكيفية التغلب على العوامل المؤدية للإدمان، تساعد جماعة المساندة الذاتية فى التوجيه المهنى للمدمن المتعافى على كيفية التغلب على المشكلات النفسية والاجتماعية، يقدم أعضاء جماعة المساندة الذاتية المشاركة الوجدانية للمدمن لمساعدته على العلاج، أصبح وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى له دور كبير فى مساعدة المريض على التعافى، يساعد وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى على تقديم المعونة النفسية للمدمن المتعافى، يحصل المدمن على التعاطف من أعضاء جماعة المساندة الذاتية بما يساهم فى عملية تعافية من الإدمان.

وكانت أقل الإستجابات من وجهة نظر المتعافين من إدمان المخدرات: تساعد جماعة المساندة الذاتية فى دمج المدمن المتعافى داخل البرامج العلاجية المختلفة، تساعد جماعة المساندة الذاتية فى دمج المدمن المتعافى فى شبكة العلاقات الاجتماعية داخل المستشفى، تحسن جماعة المساندة الذاتية من أساليب الخدمة العلاجية المقدمة للمدمن المتعافى.

وتشير بيانات الجدول السابق أن مستوى أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات (مرتفع) حيث بلغ المتوسط الحسابى (٢.٨٥).

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (الريس ١٩٩٤) حول أهمية دور الرعاية اللاحقه للحد من عودة المدمن المتعافى لإدمان المخدرات من خلال البرامج العلاجية المختلفة، ولكن تختلف الدراسة الحالية فى نتائجها عن نتائج (دراسة الريس) حيث أوضحت غالبية استجابات المبحوثين المتعافين من إدمان المخدرات أن وجود جماعات المساندة الذاتية مهم جداً فى البرنامج العلاجى بالمستشفى، فضلاً عن وجود جماعة المساندة الذاتية فى البرنامج العلاجى له دور كبير فى العملية العلاجية بالمستشفى، كما أن جماعة المساندة الذاتية تعتبر شكل من أشكال المساعدة التى يتلقاها المدمن المتعافى فى البرنامج العلاجى بالمستشفى، بينما نجد أن نتائج دراسة (الريس) أكدت أن غالبية العائدين إلى المخدرات أفادوا أن المستشفى لم تقم بدور متابعتهم بعد تعافيهم من خلال البرامج العلاجية المختلفة.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (فيصل محمد خير الزراد ٢٠٠٩) حول أهمية البرامج العلاجية للمتعافين من الإدمان وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الحالية من خلال استجابات المبحوثين التى أكدت أهمية جماعات المساندة الذاتية كأحد أشكال الجماعات العلاجية فى تنمية الثقة بالنفس للمتعافين من إدمان المخدرات. كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (عجلان العجلان ٢٠١٢) التى أكدت أهمية عمل برامج تعنى بالمدمنين المتعافين من خلال التنسيق مع المؤسسات المعنية فى المجتمع، وهذا ما أوضحته نتائج الدراسة الحالية من خلال استجابات المبحوثين التى أكدت أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن

البرنامج العلاجى بالمستشفى. وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (عبد المجيد طاش نيازى ٢٠٠٨) بشأن تحديده لأبرز برامج الرعاية اللاحقه للمتعافين من إدمان المخدرات ومنها برامج جماعات المساندة الذاتية، وهذا ما تناولته الدراسة الحالية من خلال اختيار جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس للمتعافين من إدمان المخدرات كما تختلف الدراسة الحالية مع دراسة (كامل كمال، أحمد الكتامى ٢٠١٦) حيث قاما بإستخدام برامج علاجية مختلفة مع المتعافين من الإدمان مثل العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعمل، ولكن الدراسة الحالية قامت بوضع تصور مقترح من منظور العلاج الجماعى بإستخدام أحد الجماعات العلاجية المتمثلة فى جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من الإدمان.

التساؤل الخامس: ما أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات؟

جدول (١٨)

يوضح أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات ن= ٥٥

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	الترتيب
		موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق				
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	أرى أهمية التحاق المدمن المتعافى بجماعة المساندة الذاتية.	٥١	٩٢.٧	٤	٧.٣	–	–	٢.٩٣	٠.٢٦	٢
٢	تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى على التوقف عن التعاطى لفترات طويلة.	٤٣	٧٨.٢	١١	٢٠	١	١.٨	٢.٧٨	٠.٤٧	١١
٣	تشجع جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى على مواجهة الضغوط التى أدت به إلى الإدمان.	٤٦	٨٣.٦	٩	١٦.٤	–	–	٢.٨٤	٠.٣٧	٧
٤	تعمل جماعة المساندة الذاتية على تغيير منظومة التفاعل لدى المدمنين المتعافين.	٤٨	٨٧.٣	٦	١٠.٩	١	١.٨	٢.٨٥	٠.٤	٦
٥	تدعيم أساليب الاتصال الإيجابية بين أعضاء جماعة المساندة الذاتية.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	٤
٦	تغيير أنماط التفكير غير	٤٤	٨٠	١١	٢٠	–	–	٢.٨	٠.٤	٩

	المرغوبة لدى المدمنين المتعافين.								
٧	تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمنين المتعافين على أداء أدوارهم الاجتماعية بفاعلية.	٤٢	٧٦.٤	١٢	٢١.٨	١	١.٨	٢.٧٥	٠.٤٨	١٣
٨	تكسب جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى مهارات التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية.	٤١	٧٤.٥	١٤	٢٥.٥	–	–	٢.٧٥	٠.٤٤	١٢
٩	تساهم جماعة المساندة الذاتية فى نجاح الخطة العلاجية للمدمن المتعافى.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	٤
١٠	تمنحنى جماعة المساندة الذاتية الدعم والمساندة والتشجيع للاستمرار فى التعافى.	٥٣	٩٦.٤	١	١.٨	١	١.٨	٢.٩٥	٠.٣	١
١١	تساعد جماعة المساندة الذاتية فى حماية المدمن المتعافى من الانتكاسة.	٤٦	٨٣.٦	٨	١٤.٥	١	١.٨	٢.٨٢	٠.٤٣	٨
١٢	تساهم جماعة المساندة الذاتية بشكل كبير فى تعافى المدمن من المخدرات.	٤٨	٨٧.٣	٧	١٢.٧	–	–	٢.٨٧	٠.٣٤	٥
١٣	تساعد جماعة المساندة الذاتية فى تحقيق التوافق الاجتماعى بين المدمن المتعافى والمحيطين.	٤٥	٨١.٨	٩	١٦.٤	١	١.٨	٢.٨	٠.٤٥	١٠
١٤	تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى على عرض مشكلته والاستفادة من معارف وخبرات ومهارات الآخرين.	٤٩	٨٩.١	٦	١٠.٩	–	–	٢.٨٩	٠.٣١	٤
١٥	تشعر جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى بأنه لم يعد وحيداً فى مواجهة مخاطر	٤٨	٨٧.٣	٧	١٢.٧	–	–	٢.٨٧	٠.٣٤	٥

	الإدمان.									
١٦	تساعد جماعة المساندة الذاتية المتعافى على إعادة توثيق العلاقات الإيجابية بينه وبين أعضاء الجماعة.	٥٠	٩٠.٩	٥	٩.١	–	–	٢.٩١	٠.٢٩	٣
	المتغير ككل							٢.٨٥	٠.٢١	مستوى مرتفع

يوضح الجدول السابق أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات، **حيث كانت أعلى الاستجابات من وجهة نظر المتعافين من إدمان المخدرات:** تمنحنى جماعة المساندة الذاتية الدعم والمساندة والتشجيع للاستمرار فى التعافى، أرى أهمية التحاق المدمن المتعافى بجماعة المساندة الذاتية، تساعد جماعة المساندة الذاتية المتعافى على إعادة توثيق العلاقات الإيجابية بينه وبين أعضاء الجماعة، تدعيم أساليب الإتصال الإيجابية بين أعضاء جماعة المساندة الذاتية، تساهم جماعة المساندة الذاتية فى نجاح الخطة العلاجية للمدمن المتعافى، تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى على عرض مشكلته والاستفادة من معارف وخبرات ومهارات الآخرين، تساهم جماعة المساندة الذاتية بشكل كبير فى تعافى المدمن من المخدرات، تشعر جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى بأنه لم يعد وحيداً فى مواجهة مخاطر الإدمان، تعمل جماعة المساندة الذاتية على تغيير منظومة التفاعل لدى المدمنين المتعافين، تشجع جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى على مواجهة الضغوط التى أدت به إلى الإدمان، تساعد جماعة المساندة الذاتية فى حماية المدمن المتعافى من الإنتكاسة.

وكانت أقل الإستجابات من وجهة نظر المتعافين من إدمان المخدرات: تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمنين المتعافين على أداء أدوارهم الاجتماعية بفاعلية، تكسب جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى مهارات التعامل مع المشكلات النفسية و الاجتماعية، تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى على التوقف عن التعاطى لفترات طويلة.

وتشير بيانات الجدول السابق أن مستوى أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات (مرتفع) حيث بلغ المتوسط الحسابى (٢.٨٥).

وتتفق الدراسة الحالية مع بعض الأطر النظرية التى استخدمت برنامج المدمن المجهول التى استخدمت جماعة المساندة الذاتية لمساعدة المتعافين على زيادة استمراريتهم فى التخلص من الإدمان وتغيير أنماط سلوكهم، ويؤكد ذلك استجابات المبحوثين المتعافين من إدمان المخدرات المتمثلة فى: تمنح جماعة المساندة الذاتية الدعم والمساندة والتشجيع للاستمرار فى التعافى، وأيضاً تساعد جماعة المساندة الذاتية فى حماية المدمن المتعافى من الإنتكاسة.

كما تتفق الدراسة الحالية مع ما توصل إليه (Zastrow 1991) فى أن جماعة المساندة الذاتية تساهم فى مساعدة الأفراد الذين يواجهون مشكلات شخصية واجتماعية، وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية أن جماعة المساندة الذاتية تشجع المدمن المتعافى على مواجهة الضغوط التى أدت به إلى الإدمان، وأيضاً تكسب جماعة المساندة الذاتية المدمن المتعافى مهارات التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية.

وتتفق الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (ماجدى عاطف محفوظ ٢٠٠٣) فيما يتعلق بتدعيم أساليب الاتصال الإيجابية بين أعضاء جماعة المساندة الذاتية وتغيير منظومة التفاعل لدى المتعافين من الإدمان. كما تتفق الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (عبد العزيز الدخيل ٢٠٠٨) فيما يتعلق بأهمية دعم برامج جماعات الدعم الذاتى وأهمية تقديم برامج تساعد المتعافى على تعلم مهارات التعافى وممارستها فى البيئة الطبيعية.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (عبد الودود خربوش ٢٠١٢) فيما يتعلق بأهمية جماعات المساندة الذاتية ودورها فى تقليل الاضطرابات النفسية والمعاناة المرتبطة بالإدمان.

جدول (١٩)

يوضح المصفوفة الارتباطية بين متغيرات الدراسة "استخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات" ن= ٥٥

م	المتغيرات / المتغيرات	أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات	دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات	أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات	أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات
١	أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات.	١			
٢	دور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات.	٠.٧٠٦**	١		
٣	أهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات.	٠.٥٨٠**	٠.٦٣٠**	١	
٤	أهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات.	٠.٥٧٠**	٠.٦٢٦**	٠.٨٥٢**	١

** معنوى عند (٠.٠١)

*معنوى عند (٠.٠٥)

يوضح الجدول السابق وجود علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠١) بين متغيرات الدراسة (أهمية العلاج الجماعى مع المتعافين من إدمان المخدرات، ودور جماعة المساندة الذاتية فى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وأهمية إدراج جماعة المساندة الذاتية ضمن البرنامج العلاجى بالمستشفى للمتعافين من إدمان المخدرات، وأهمية جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من إدمان المخدرات)، وقد يرجع ذلك إلى وجود ارتباط طردى قوى بين هذه المتغيرات وأنها جاءت معبرة عما تهدف الدراسة إلى تحقيقه.

التساؤل السادس: ما التصور المقترح من منظور العلاج الجماعى باستخدام جماعة المساندة الذاتية لتنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات؟

يقوم هذا التصور على نتائج الدراسات السابقة والدراسة الحالية والإطار النظرى، ويهدف فى النهاية إلى تنمية الثقة بالنفس لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

ويتضمن هذا التصور المقترح الأبعاد التالية:

البعد الأول: التعريف بجماعة المساندة الذاتية للمتعافين من إدمان المخدرات فى إطار هذا التصور:

جماعة المساندة الذاتية هى جماعة علاجية تهدف إلى توفير الدعم والمساندة الاجتماعية للمتعافين من إدمان المخدرات، وتعليمهم بعض الجوانب المرتبطة برعاية أنفسهم، ومساعدتهم على التكيف مع أوضاعهم، وإكسابهم مهارات حل المشكلات خاصة تلك المشكلات المرتبطة بظروفهم وأوضاعهم.

البعد الثانى: فلسفة العلاج الجماعى باستخدام جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور:

تقوم فلسفة العلاج الجماعى باستخدام جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور على أن المشاركة الفعالة للمتعافين من إدمان المخدرات فى اجتماعات جماعات المساندة الذاتية تعد جزءاً حيوياً فى استمرار التعافى، لذلك فالذين يلتزمون بإجتماعات جماعة المساندة الذاتية عادة يبقون متعافين، أما الذين لا يحضرون الاجتماعات فهم غالباً ما ينتكسون بعد فترة قصيرة من التعافى، ولذلك فإن الحضور المنتظم للاجتماعات ضرورى.

البعد الثالث: الهدف من برنامج جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور:

مساعدة المتعافين من إدمان المخدرات الذين تلقوا علاجهم فى المستشفى على التحسن وعدم الرجوع إلى المخدرات مرة أخرى.

البعد الرابع: طبيعة برنامج جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور:

يمثل برنامج جماعة المساندة الذاتية للمدمنين المتعافين جزءاً مهماً من وسائل علاج الإدمان والقائمة على دعم المتعافين من الإدمان بعضهم بعضاً من خلال خبراتهم ومعاناتهم مع الإدمان والعزم على تجنب المخدرات، فمدمن المخدرات يمر بمراحل سحب السموم من الجسم سواء فى المستشفى أو العيادات الخارجية، ثم يبدأ التأهيل العلاجى كى يستمر فى التعافى من الإدمان وهو أحد برامج التأهيل وهو برنامج المساندة الذاتية للمدمنين المتعافين حيث يلتحق المتعافى بأحد المجموعات العلاجية ليبدأ فى تطبيق الخطوات الإثنى عشر للتعافى من خلال الاجتماعات والالتزام بتقاليد البرنامج الإثنى عشر.

البعد الخامس: أهداف جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور:

١- تقوم جماعة المساندة الذاتية بتوفير الدعم والمساندة لأعضائها من المدمنين المتعافين خلال الجلسات الرسمية وبين كل جلسة وأخرى.
٢- تتيح هذه الجماعة للأعضاء المتعافين من الإدمان فرصاً للتحدث عن اهتماماتهم ومشكلاتهم فى جو يتميز بالثقة والدعم والتعاطف.
٣- تعمل هذه الجماعة على تعزيز قدرات الأعضاء المتعافين من الإدمان وزرع الثقة فى نفوسهم.
٤- تعمل جماعة المساندة الذاتية على إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية لأعضائها.
٥- تساهم جماعة المساندة الذاتية فى حماية حقوق ومصالح الأعضاء المتعافين من الإدمان على المستوى الرسمى أو غير الرسمى.
٦- تساعد جماعة المساندة الذاتية المدمنين المتعافين فى البحث عن نماذج وأساليب بديلة لنمط وأسلوب الحياة والمعيشة.

البعد السادس: أنواع اجتماعات جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور:

١- **اجتماع مفتوح:** ويحضره أى شخص سواء أكان مدمن متعافى أم لا، وقد يضم أفراد الأسرة والأصدقاء.
٢- **اجتماع مقيد:** ويحضره فقط أعضاء برنامج المساندة الذاتية للمتعافين من إدمان المخدرات فقط.

البعد السابع: طبيعة اجتماعات جماعة المساندة الذاتية فى إطار هذا التصور:

١- اجتماع مناقشة:

حيث يشار فى هذا الاجتماع لموضوع مختار من الأعضاء أو أحدهم يتعلق بالتعافى من المخدرات.

٢- اجتماع حديث:

حيث يطلب من أحد الأعضاء المتعافى من الإدمان الحديث عن خبراته وآماله من خلال قصته مع الإدمان والمشكلات التى تعرض لها بسبب التعاطى، ويمكن أن يشارك بعض الأعضاء فى وقت قصير ممن لديهم خبرات متشابهة.

٣- اجتماع قراءة:

ويشتمل القراءة من أى كتاب علاجى معتمد خاص بالبرنامج يتحدث عن كيفية الإقلاع وشحذ الهمم فى مواصلة التعافى والسيطرة على المخدرات والبعد عنها ويتم قراءة جزء منه ومناقشة مع الأعضاء المتعافين من الإدمان.

٤- اجتماع دراسة الخطوات الإثنى عشر:

ويتم قراءة وتدريس خطوة أو أكثر من الخطوات الإثنى عشر الخاصة بالبرنامج لفهمها والسعى لتطبيقها.

٥- استماع الأعضاء الجدد:

وهم المتعافين من الإدمان الذين خرجوا من المستشفى حديثاً أو تم تحويلهم للإلتحاق بالبرنامج حيث يتم شرح البرنامج لهم وتوجيههم للإنضمام إلى عضويته، ويتم فى الاجتماع مناقشة الخطوات الثلاث الأولى، كما يتكلم الأعضاء عن شعورهم فى بداية انضمامهم إلى برنامج جماعة المساندة الذاتية.

٦- **فى النهاية:** يتم توجيه الأعضاء المتعافين على الحرص على حضور الاجتماع والالتزام به وإدراك أهميته وفعاليته فى العلاج والتعافى.

البعد الثامن: المدة الزمنية لجماعة المساندة الذاتية للمتعافين من الإدمان فى إطار هذا التصور:

تجتمع جماعة المساندة الذاتية للمتعافين من الإدمان لمدة (١٢) أسبوعاً، بمعدل جلسة كل أسبوع، ومدة كل جلسة ساعتان خلال الثمان جلسات الأولى، وتقل مدة الجلسات فى الأربع جلسات الأخيرة.

البعد التاسع: محتوى جماعة المساندة الذاتية للمتعافين من الإدمان وأساليب التدخل المقترحة فى إطار هذا التصور:

يتضمن محتوى جماعة المساندة الذاتية للمتعافين من الإدمان الجوانب التالية:

أولاً: المساندة (عناصر المساندة):

من أساليب التدخل المقترحة فى هذا الجانب ما يلى:

١- التعبير عن المشاعر والخبرات والمواقف المسببة للضغوط فى بيئة داعمة ومتفهمة.

٢- تفعيل وتعديل الخبرات المتشابهة.

٣- التأكيد على القدرات التكيفية لمواجهة المواقف المختلفة.

٤- التأكيد على أهمية رعاية النفس.

٥- توفير الدعم والتفهم خلال المواقف والخبرات الضاغطة والصعبة.

٦- بث الأمل فى المستقبل.

٧- تشجيع التعاون والدعم المتبادل بين الأعضاء المتعافين من الإدمان داخل وخارج الجماعة.

٨- **تدريب الثقة بالنفس للمتعافى من الإدمان وذلك من خلال التمرين التالى:**

أ. توجيهات للشخص المتعافى بأن يكون تلقائياً فى التعبير عن مشاعره داخل الجماعة ونحو الأعضاء الآخرين.

ب. لعب الأدوار.

ج. تشكيل الصوت من مرتفع إلى هامس.

د. تمثيل الإنفعالات بالوجه والجسم مثل الغضب والعدوان والمودة والحب.

وسيتم التعامل مع جميع العناصر السابقة والتركيز عليها أثناء الجلسات الجماعية كلما دعت الحاجة لذلك.

ثانياً: التعليم (عناصر التعلم):

تتلخص العناصر التعليمية التى ستركز عليها جماعة المساندة الذاتية للمتعافين من إدمان المخدرات خلال (٣٠ إلى ٤٠ دقيقة) الأولى من كل جلسة فى الجوانب التالية:

الجلسة الأولى: تقديم عن طبيعة عمل جماعة المساندة الذاتية.

الجلسة الثانية: التركيز على الحالة الإنفعالية ومشاعر أعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان.

الجلسة الثالثة: التركيز على استجابات أعضاء الجماعة المتعافين نحو أوضاعهم.

الجلسة الرابعة: التركيز على كيفية رعاية أعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان لأنفسهم مع تحملهم مسئولياتهم وأداء أدوارهم الاجتماعية المختلفة.

الجلسة الخامسة: التركيز على أساليب وعمليات الإتصال بين أعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان وأفراد أسرهم وغيرهم من المحيطين بهم.

الجلسة السادسة: التركيز على الموارد والخدمات والبرامج المجتمعية.

الجلسة السابعة: التركيز على الحاجات الطبية والنفسية والاجتماعية لأعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان.

الجلسة الثامنة: التركيز على أساليب إدارة المنزل وأساليب تعديل البيئة المحيطة.

ومن الجوانب المهمة التى يجب التركيز عليها الخطوات الإثنى عشر التى تشكل المبادئ التى يتم خلالها التعافى وتتضمن ما يلى:

١- اعترافنا أننا فقدنا الإرادة أمام إدماننا وفقدنا السيطرة على حياتنا.

٢- آمنا بأن (الله سبحانه وتعالى) هو القادر على أن يعيدنا لصوابنا.

٣- قررنا أن نوكل أمور حياتنا لله وحده جل شأنه.

٤- قمنا بجرأة وصدق بالتأمل والتقصى لكل سلوكنا وأخلاقنا وتدوين ذلك.

٥- اعترافنا لله تعالى وأقررنا لأنفسنا ولشخص نثق به بحقيقة أخطائنا.

٦- نحن موقنون بأن (الله سبحانه وتعالى) سيخلصنا من كل عيوبنا الشخصية.

٧- تضرعنا إلى (الله سبحانه وتعالى) بخشوع أن يخلصنا من عيوبنا.

٨- وضعنا قائمة بأسماء كل الأشخاص الذين أسأنا لهم وعقدنا العزم على رد الحق لهم جميعاً.

٩- قمنا برد حقوق هؤلاء الأشخاص مباشرة ما استطعنا.

١٠- واصلنا عملية التقصى والمحاسبة الأخلاقية لأنفسنا واعترفنا بأخطائنا أولاً بأول.

١١- سعينا من خلال الدعاء والتدبر والعبادة إلى تقوية صلتنا (بالله عزوجل).

١٢- نتيجة لتحقيق صحوة إيمانية لدينا بإتباع هذه الخطوات حاولنا نقل هذه الرسالة للمدمنين وممارسة هذه المبادئ فى جميع أمورنا.

ثالثاً: التكيف (عناصر التكيف):

من الأنشطة وأساليب التدخل المقترحة لمساعدة أعضاء الجماعة من المتعافين من إدمان المخدرات للتكيف مع أوضاعهم ما يلى:

١- الوعظ والإرشاد.

٢- التدريب على أساليب الاسترخاء.

٣- إعادة بناء الجانب العقلى المعرفى لأعضاء الجماعة المتعافين.

٤- ملاحظة النفس.

٥- التوجيه الشخصى.

وسيعمد قائد الجماعة إلى عرض مجموعة متنوعة من أساليب التعامل مع الضغوط وتشجيع أعضاء الجماعة المتعافين لاستخدام هذه الأساليب والاستفادة منها خاصة تلك الأساليب التى تتفق مع حاجاتهم وظروفهم ويتم ذلك من خلال الجلسات على النحو التالى:

الجلسة الأولى: يركز القائد على الجوانب التالية:

١- إشعار أعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان بأن استجاباتهم للمشكلات والضغوط النفسية والاجتماعية هى استجابات طبيعية ومألوفة.

٢- شرح مفهوم الضغوط والاستجابات والتكيف.

٣- مناقشة استجابات الأعضاء المتعافين من الإدمان تجاه الضغوط وأساليب التكيف التى استخدموها للتعامل مع هذه الاستجابات.

الجلسة الثانية: يركز القائد على الجوانب التكيفية التالية:

١- مساعدة أعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان على تحديد وتصنيف انفعالاتهم واستجاباتهم التكيفية ودورهم فى رعاية أنفسهم والمحيطين بهم.

٢- تحديد المواقف المسببة للضغوط.

٣- تشجيع وتعزيز المهارات التكيفية الإيجابية.

٤- تشجيع أعضاء الجماعة المتعافين لتغيير مهاراتهم غير التكيفية.

الجلستين الثالثة والرابعة: يبدأ القائد باستخدام أسلوبين من أساليب الاسترخاء التى تهدف إلى مساعدة أعضاء الجماعة المتعافين للتكيف والتعامل مع المواقف الضاغطة وهى:

١- أسلوب التنفس العميق.

٢- أسلوب الاسترخاء العضلى.

ويتدرب أعضاء الجماعة المتعافين على هذين الأسلوبين أو التمرينين من خلال عرض أشرطة مسجلة وممارسة التمرين فعلياً داخل جماعة المساندة الذاتية.

الجلسات من الخامسة وحتى الثامنة: وتركز الجماعة فى هذه الجلسات من الجزء الأول فى العمل الجماعى على أساليب إعادة بناء الجانب العقلى المعرفى لأعضاء الجماعة المتعافين وذلك من خلال ما يلى:

١- مساعدة أعضاء الجماعة المتعافين لإكتشاف الإشارات الأولى التى تدل على بداية ظهور الضغوط.

٢- استخدام هذه الإشارات كمدلولات للحاجة إلى سرعة التدخل والتعامل مع الموقف واستخدام أساليب تكيفية فاعلة.

٣- تعليم أعضاء الجماعة المتعافين طريقة المناقشة الداخلية (التحدث مع النفس) للتخطيط وتحديد أساليب التكيف المناسبة لكل موقف.

رابعاً: حل المشكلات (عناصر حل المشكلة):

خلال جلسات الجماعة يقوم القائد بتعليم أعضاء الجماعة المتعافين إحدى أساليب حل المشكلات وذلك بهدف تحسين مهاراتهم وأساليبهم التكيفية، وسيعمد القائد إلى تشجيع كل عضو فى الجماعة لاستخدام أسلوب حل المشكلة والإستفادة منه فى التعامل مع مشكلاته الخاصة ومشكلاته المرتبطة بالمحيطين به.

ويتلخص أسلوب حل المشكلة المقترح تعليمه لأعضاء الجماعة المتعافين من الإدمان فى الخطوات التالية:

١- معرفة المشكلة وتحديدها بكل دقة ووضوح.

٢- تقدير حجم المشكلة وأسبابها وآثارها والأشخاص المتأثرين بها والعوامل المرتبطة بها.

٣- البحث عن بدائل وحلول مناسبة للمشكلة.

٤- مناقشة الحلول والبدائل المطروحة ومناقشة مدى إمكانية تطبيقها.

٥- إختيار الملائم من هذه الحلول وتطبيقه.

٦- تقويم فعالية كل حل.

البعد العاشر: دور الأخصائى الاجتماعى مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية المتعافين من الإدمان:

أ. يمارس الأخصائى الاجتماعى دوره مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية المتعافين من الإدمان فى إطار المحددات التالية:

١- تكوين جماعة المساندة الذاتية من الأعضاء المتعافين من إدمان المخدرات الذين يعانون من ظروف أو مشكلات مشتركة يسعون إلى حلها.

٢- إتاحة الفرصة لجماعة المساندة الذاتية لأن تتولى تنظيم نفسها وتحقيق أهدافها.

٣- إمداد الأعضاء المتعافين من إدمان المخدرات بالاستشارات والمعلومات التى تساعدهم على مساعدة بعضهم البعض.

٤- يستخدم الأخصائى الاجتماعى جماعة المساندة الذاتية مع المتعافين من الإدمان كمدعم للعلاج الذى يتلاقاه عضو الجماعة المتعافى فى الجماعات الرسمية.

٥- يتدخل الأخصائى الاجتماعى لمساعدة الأعضاء المتعافين من الإدمان إذا طلبوا منه ذلك، ثم ينسحب مرة أخرى ليتيح الفرصة لنمو أعضاء جماعة المساندة الذاتية.

ب. ويقوم الأخصائى الاجتماعى بأدوار أخرى مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية المتعافين من الإدمان على النحو التالى:

١- توفير الدعم والمساندة لأعضاء الجماعة المتعافين وذلك من خلال التشجيع على تكوينها لخدمة المتعافين من الإدمان، والعمل على ضمان استمرارها من خلال توفير الدعم المادى والمعنوى.

٢- القيام بدور الوسيط بين جماعة المساندة الذاتية والخدمات المجتمعية المتاحة.

٣- توفير الاستشارة.

٤- الإشراف والتوجيه.

ج. وهناك سته أدوار أساسية يقوم بها الأخصائى الاجتماعى مع أعضاء جماعة المساندة الذاتية المتعافين من إدمان المخدرات:

١- المساعدة فى ترتيب مكان الاجتماع.

٢- المساعدة فى البحث عن مصادر التمويل.

٣- تحويل الأعضاء إلى هذه الجماعة.

٤- المساعدة فى تدريب أعضاء جماعة المساندة الذاتية المتعافين من الإدمان والقياديين.

٥- قبول حالات التحويل.

٦- المساعدة فى الحصول على دعم وموافقة الجهات الرسمية والمهنية.

وقد استفاد الباحث من بعض المصادر والمراجع والدراسات والبحوث فى وضع هذا التصور المقترح منها على سبيل المثال (٨٦)، هذا بالإضافة إلى تصورات وأفكار الباحث واستنتاجاته وأيضاً نتائج الدراسة الحالية.

حادى عشر: مراجع الدراسة:

١. مصطفى عبد الباقى عبد المعطى: دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للإنحراف وتعاطى المخدرات لدى المراهقين، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٧١، ٧٢)، ٢٠٠٦، ص:١١٦.

2. World Drug Report, United Nation, New York, 2011, P.13.

٣. نادية جمال الدين ذكى: الآثار الصحية لتعاطى وإدمان المخدرات فى "تعاطى المخدرات بين الحقيقة والوهم"، القاهرة، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠٠٥، ص:٤٩.

٤. مايسة أحمد النيال: بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيرى فى ريف مصر وحضرها، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٤٨)، ١٩٩٨، ص: ٧٨.

٥. أسامة أبو سريع: الاقتران بين تعاطى المواد النفسية وفقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية لدى عينة ممثلة لعمال الصناعة الذكور فى مصر، المجلة الاجتماعية القومية، يصدرها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة، مجلد (٢٨)، عدد (١)، ص: ١٣٣- ١٦٤.

6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) High Lights From The 10th Special Report To Congress Alcohol Research, Health 24, 2000.

7. Brunswig, K. A.; T.M. Penik, etal, Relapse Prevention, Encyclopedia of Psychotherapy, H. Editors – in – Chief: Michel and S. William, New York, Academic Press, 2002, 499 – 505.

٨. عبد العزيز ناصر الريس: العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعود إلى تعاطى المخدرات بعد العلاج، المملكة العربية السعودية، الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، ١٤١٥هـ، ١٩٩٤م.

٩. عبد الودود خربوش: التجربة المغربية فى علاج الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، بحث منشور ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات"، المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضى عياض، ٩- ٢٠١٢/٧/١١.

١٠. عجلان العجلان: المخدرات والأسباب الواقية من إنتكاسة التائبين، دراسة تأصيلية شرعية، بحث منشور ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات"، المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضى عياض، ٩ – ٢٠١٢/٧/١١.

١١. عبد العزيز عبد الله الدخيل: مؤسسات المجتمع المدنى ودورها فى الحد من العود لتعاطى المخدرات، ورقة بحث منشورة ضمن أعمال الندوة العلمية " عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات" المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضى عياض، ٩-١١ /٧/٢٠١٢.

١٢. رضا أحمد المزغنى: دور الأسرة فى مواجهة عوامل الإنتكاسة لدى الأبناء المتعافين، بحث منشور ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات"، المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضى عياض، ٩ – ٢٠١٢/٧/١١.

١٣. سليمان عبد الرزاق الغديان: الإنتكاسة للمتعافين "المفاهيم والعوامل المؤدية وطرق مواجهة العود للتعاطى"، ورقة بحث منشورة ضمن أعمال الندوة العلمية" عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات"، المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضى عياض، ٩ – ٢٠١٢/٧/١١.

١٤. أحسن مبارك طالب: عوامل الإنتكاسة لدى الملتحقين ببرامج علاج الإدمان على المخدرات، ورقة بحث منشورة ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات"، المملكة المغربية، مراكش، جامعة القاضى عياض، ٩ – ١١/ ٧/ ٢٠١٢.

١٥. أحمد فخرى هانى: العلامات المنذرة بالإنتكاسة، ورقة بحث منشورة فى المؤتمر الدولى الحادى والأربعون للإحصاء وعلوم الحاسب الآلى وتطبيقاتها، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، القاهرة، ١٩ – ٢٠ إبريل، ٢٠١٦.

١٦. عايد على الحميدان: سياسة المواجهة وطرق الوقاية من المخدرات والخمور، الكويت، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، ٢٠٠٨، ص:٦.

١٧. عبد الودود خربوش: التجربة المغربية فى علاج الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، مرجع سبق ذكره، ص:٣ – ٤.

١٨. مصطفى الحسينى النجار: تقدير ذات المتعافين من إدمان المخدرات ومقترح لزيادته بالعلاج البيئى فى خدمة الفرد، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الرابع عشر، الجزء الثانى، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، إبريل ٢٠٠٣.

19. Alison Mikell: The Unitary Life Pattern of a Group of people Experiencing Serenity in Recovery From Addiction to Alcohol / Drugs in 12- step programs, Virginia CommonWealth University, U.S.A, Virginia, 2005.

٢٠. عايد على الحميدان: دور الرعاية اللاحقة فى إعادة المتعافين، بحث منشور ضمن أعمال الندوة العلمية "الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم فى قضايا المخدرات بين النظرية والتطبيق"، الأردن، عمان، ١٧ – ٢٠٠٨/١١/١٩.

٢١. عبد المجيد طاش نيازى: برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان، ورقة بحث منشورة ضمن أعمال الندوة العلمية "الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم فى قضايا المخدرات بين النظرية والتطبيق"، الأردن، عمان، ١٧ – ٢٠٠٨/١١/١٩.

٢٢. شريف رمضان سلطان: المشكلات الاجتماعية التى تواجه المريض النفسى المتعافى لعودته إلى حياته الطبيعية وأدوار الأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى مواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠١١.

٢٣. أيمن إسماعيل محمود يعقوب: برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين فى مواجهة الإنتكاسة، ورقة عمل منشورة ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الإنتكاسة لدى مدمنى المخدرات"، المملكة المغربية، جامعة القاضى عياض، ٩ – ٢٠١٢/٧/١١.

24. Perkins, Anne Raleigh: Experiences of Addiction: From onset Recovery a Phenomenological Investigation of Six Adult Men in Substance Abuse Treatment Programs Concerning Their Experiences of Addiction, Pacifica Graduate Institute, U.S.A, California, 2014.

٢٥. عبير حسن مصطفى علام: تصور مقترح لأدوار الأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافى، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الدولى التاسع والعشرون للخدمة الاجتماعية "الخدمة الاجتماعية والمشروعات القومية"، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٣٠ – ٣١ مارس٢٠١٦.

٢٦. ناهد عباس حلمى: دراسة تجريبية لتحديد فعالية استخدام أساليب العلاج فى خدمة الفرد فى العمل مع المدمنين للإستفادة من البرنامج للمؤسسة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٢.

٢٧. السيد متولى العشماوى: الجوانب الاجتماعية لظاهرة الاعتماد على العقاقير التخليقية ودور خدمة الفرد فى مواجهتها، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٨٧.

٢٨. زينب حسين أبو العلا: العلاج الأسرى فى خدمة الفرد كمدخل اجتماعى لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين للعقاقير المخدرة، بحث منشور فى مجلة كلية الآداب، جامعة المنيا، العدد الخامس، ١٩٨٧.

٢٩. عادل محمد موسى جوهر: العلاقة بين ممارسة نطرية الدور فى خدمة الفرد وتأثير ذلك على الأداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٧.

٣٠. عبد الصبور إبراهيم سعدان: مقياس إتجاه الشباب نحو إدمان المخدرات ومدخل اجتماعى مقترح من منظور متكامل لطريقة خدمة الفرد، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السنوى الثانى، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٩.

٣١. عادل محمد موسى جوهر: مقياس نمو العلاقة المهنية بين الأخصائى الاجتماعى والمدمن فى إطار خدمة الفرد، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السنوى الثالث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٠.

٣٢. إسماعيل مصطفى سالم: فعالية نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعى لمدمنى العقاقير المخدرة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلون، ١٩٩٢.

٣٣. جمال شكرى محمد عثمان: فعالية برنامج لزيادة مهارات خدمة الفرد للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الإدمان، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٣.

٣٤. ثريا عبد الرؤوف جبريل: أسباب تعاطى المخدرات كما يدركها المتعاطى ونموذج العلاج الواقعى فى خدمة الفرد للتغلب عليها، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٤.

٣٥. عادل محمد موسى جوهر: نحو نموذج إسلامى لعلاج إدمان المخدرات من منظور خدمة الفرد، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية، العدد (٣٨)، السنة الثانية عشر، يناير ١٩٩٤.

٣٦. صلاح محبوب مينا: العلاقة بين استخدام اتجاه سيكولوجية الذات والحد من تعاطى المخدرات لدى الشباب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٦.

٣٧. فتحى عبد الواحد أمين: العلاقة بين ممارسة خدمة الفرد وتأهيل الأسرة اجتماعياً لإستقبال المدمن بعد العلاج، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٨.

٣٨. وجيه الدسوقى المرسى: العلاقة بين استخدام المنظور البيئى فى خدمة الفرد وزيادة المساندة الاجتماعية لبعض فئات الاعتماد العقاقيرى لإعادة إدماجهم فى المجتمع، بحث

منشور فى المؤتمر العلمى السابع عشر "طموحات الخدمة الاجتماعية وقضايا التحديث"، المجلد الأول، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٤- ٢٠٠٤/٣/٢٥.

٣٩. محمود ناجى محمود السيسى: العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد ودافعية الإنجاز لمدمنى المخدرات فى مرحلة الإنسحاب، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الرابع عشر، الجزء الثانى، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، إبريل ٢٠٠٣.

٤٠. كامل كمال، أحمد الكتامى: الدمج المجتمعى للمتعافين من الإدمان "العمل كآلية للدمج"، ورقة بحث منشورة فى المؤتمر الدولى الحادى والأربعون للإحصاء وعلوم الحاسب الآلى وتطبيقاتها، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، القاهرة، ١٩ – ٢٠ إبريل ٢٠١٦.

41. Douaihy, A.; K.R.Stowell, etal, Relapse Prevention: Clinical Strategies For Substance Use Disorders, Therapist's Guide to Evidence – Based Relapse Prevention, A.W. Katie and G. A. Marlatt, Burlington, Academic press, 2007, p. 37- 71.

٤٢. أمثلة لهذه الدراسات:

- نهلة السيد: فاعلية خدمة الفرد الجماعية فى علاج النزاعات الزواجية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٤.
- عبد المنعم يوسف السنهورى: نحو ممارسة أكثر فاعلية لخدمة الفرد الجماعية، دراسة مطبقة على المرضى بأمراض مزمنة، بحث منشور فى المؤتمر العلمى التاسع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٣-١٥ مارس١٩٩٦.
- حياة رضوان على صالح: فعالية ممارسة خدمة الفرد الجماعية فى زيادة التوافق الزواجى لمريضات سرطان الثدى، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الثانى، ٢٠٠١.
- صفاء عادل مدبولى: فاعلية خدمة الفرد الجماعية فى تنمية السلوك الاستقلالى لمرضى شلل الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٧.
- ممدوح محمد دسوقى: العلاقة بين ممارسة خدمة الفرد الجماعية وزيادة دافعية الإنجاز لدى التلاميذ منخفضى التحصيل الدراسى "دراسة مطبقة على تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسى، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السابع عشر "طموحات الخدمة

الاجتماعية وقضايا التحديث"، المجلد الأول، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٤-٢٠٠٤/٣/٢٥.

٤٣- محمد حسن غانم: العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق، القاهرة، بدون جهة نشر، ٢٠٠٣، ص: ٤٧.

٤٤-فاروق عبد السلام: العوامل النفسية والعلاجية المرتبطة بتعاطى الأفيون، رسالة دكتوراه غير منشورة، ١٩٩٧.

٤٥-عمرو أحمد إبراهيم: علاقة استخدام خدمة الفرد الجماعية بمستوى أداء الأدوار المدرسية للطلاب المتعاطين للعقاقير المخدرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٧.

٤٦-لطفى فطيم: العلاج النفسى الجمعى، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٤، ص: ١٩١- ٢١٨.

٤٧-يحيى الرخاوى: الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمع العلاجى، القاهرة، بدون جهة نشر، ١٩٩٣، ص: ٢٠١- ٢٠٣.

٤٨-صفاء صديق خريبة: مدى فعالية العلاج الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٩٨.

٤٩-مدحت أبو زيد: الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى، بحث منشور فى مجلة الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، عدد (٨)، ١٩٨٨، ص: ٢٠٩- ٢٩٣.

٥٠-عبد الله أحمد الوايلى: فاعلية العلاج النفسى الجماعى فى خفض درجة القلق لدى مدمنى المخدرات، المملكة العربية السعودية، الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ٢٠٠٣.

٥١-ماجدى عاطف محفوظ: طريقة خدمة الجماعة " الأسس – التكنيكات – المواقف "، المملكة العربية السعودية، الرياض، دار الزهراء، ٢٠١٠، ص:٨٧.

٥٢-صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى: دليل الأخصائى النفسى فى الوقاية والعلاج من الإدمان، القاهرة، بدون جهة نشر، ٢٠٠٤، ص: ١٤١.

53- Zastrow, C; Social Work With Groups, (2nd), Chicago: Nelson-Hall Publishers, 1991.

54- Booth, J. and J. E. Martin, Spiritual and Religious Factors in Substance Use, Dependence, and Recovery, Handbook of Religion

and Mental Health, G. K. Harold, San Diego, Academic press, 1998, P.175-200.

55- Witkiewitz, K. and G.A. Marlatt, therapist's Guide to Evidence – based Relapse Prevention, Amsterdam; Boston, ElsEvier Academic Press, 2007.

٥٦- شذى بنت حمد عبد الله الراشد: معوقات تكوين جماعات الدعم الذاتى واستمرارها ودور الخدمة الاجتماعية للحد منها "دراسة مطبقة على بعض المستشفيات والمؤسسات الخيرية بمدينة الرياض"، المملكة العربية السعودية، الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، ٢٠١٢.

٥٧- عبد العزيز بن عبد الله الدخيل: معايير معالجة الإدمان بين العالمية وواقع المعالجة فى الخليج العربى، ورقة بحث منشورة ضمن أعمال الندوة العلمية "الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم فى قضايا المخدرات بين النظرية والتطبيق"، الأردن، عمان، ١٧ – ٢٠٠٨/١١/١٩.

٥٨- عبد الودود خربوش: التجربة المغربية فى علاج الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، مرجع سبق ذكره.

٥٩- مريم سليم: تقدير الذات والثقة بالنفس، دليل المعلمين، القاهرة، دار النهضة العربية، ٢٠٠٣، ص: ٣٠.

60- Dubrin, A. J;: LeaderShip, Research Findinfs, Practice, Skills, Houghton Mifflin Company, Boston, 1994, P. 430.

٦١- فريح العنزى: المكونات الفرعية للثقة بالنفس والخجل، دراسة إرتباطية عاملية، مجلة العلوم الاجتماعية، عدد (٣)، مجلد (٢٩)، ٢٠٠١، ص: ٥١.

٦٢- حسيب محمد حسيب: فاعلية برنامج إرشادى لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطرابات اللجلجة فى الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، المركز القومى للإمتحانات والتقويم التربوى، ٢٠٠٨، ص: ٩٢٩.

٦٣- أيمن أحمد المحمدى: فعالية الدراما للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية وأثره فى تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٢٠٠١.

٦٤- إنتصار مزهر الدفاعى: أثر برنامج إرشادى نفسى مقترح فى تنمية الثقة بالنفس وعلاقته بمستوى الإنجاز الرياضى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة بغداد، ٢٠٠٤.

65- Ellen, L.; Inviting confidence in School: Invitation as a Critical Source of The Academic Self-Efficacy Beliefs of Entering School Students, Journal of Invitational Therapy and Practice, Vol. (12), 2006, P.7-16.

٦٦- حسيب محمد حسيب: فعالية برنامج إرشادى لتنمية الثقة بالنفس وخفض إضطرابات اللجلجة فى الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية، مرجع سبق ذكره.

٦٧- سمية مصطفى رجب على: فعالية برنامج إرشادى مقترح لتنمية الثقة بالنفس لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، كلية التربية، قسم علم النفس، ٢٠٠٩.

٦٨- أمل عبد الكريم يونس: فاعلية برنامج لتنمية الثقة بالنفس لدى طفل الروضة، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ٢٠١٠.

٦٩- عواد بن صغير العنزى: فعالية برنامج إرشادى فى تنمية الثقة بالنفس لدى الأيتام بالمرحلة المتوسطة، رسالة ماجستير غير منشورة، فى التوجيه والإرشاد التربوى، المملكة العربية السعودية، جامعة الملك عبد العزيز بجدة، ٢٠١٢.

٧٠- عبد الله عادل راغب شُراب: فعالية برنامج لتنمية الثقة بالنفس كمدخل لتحسين المسئولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، ٢٠١٣.

٧١- نجمة بلال: الذكاء الوجدانى وعلاقته بالثقة بالنفس لدى طلاب الجامعة، دراسة ميدانية على عينة من طلاب القطب الجامعى، تامدة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة مولود معمرى، تيزى وزو- ٢٠١٤.

٧٢- شفيقة داود: العوامل المؤثرة على مستوى الثقة بالنفس لدى المراهق المتمدرس، بحث منشور فى مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادى، الجزائر، العدد (١٢)، سبتمبر ٢٠١٥.

٧٣- أيمن إسماعيل محمود يعقوب: برامج الرعاية اللاحقه للمتعافين فى مواجهة الإنتكاسة، مرجع سبق ذكره، ص: ٩.

٧٤- عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية فى مجال إدمان المخدرات، ط١، المملكة العربية السعودية، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ٢٠٠٢، ص:٢٦.

75- Katz, A; and Bender, E; The Strength in Us: self- Help Groups in The Modern World, Oakland, CA: Third Party Associates, 1987.

٧٦- حسين حسن سليمان، هشام سيد عبد المجيد، منى جمعة البحر: الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، لبنان، بيروت، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، ٢٠٠٥، ص: ١٢١- ١٢٢.

77- Hepworth, D; Larsen, J;: Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Chicago, ILL: Dorsey Press, 1986.

٧٨- على عسكر: ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة، دار الكتاب الحديث، ٢٠٠٠، ص: ١٥٧.

٧٩- أمل المخزومى: التنشئة الاجتماعية والثقة بالنفس، مجلة المنهل، العدد (٥٧٨)، مجلد (٦٣)، ٢٠٠٢، ص: ١٢٣.

٨٠- فايز الناطور: التحفيز ومهارات تطوير الذات، عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، ٢٠١١، ص: ٢٦.

٨١- فايز الناطور: المرجع السابق، ص: ٨.

٨٢- عبد الرحمن على الدوسرى: كيف نزرع الثقة فى أنفسنا وفى من حولنا، السعودية، الرياض، دار الحضارة للنشر والتوزيع، ٢٠١٠، ص: ١٥٦.

٨٣- مجدى محمد الدسوقى: دراسات فى الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، مجلد (٢)، ٢٠٠٨، ص: ١٩.

٨٤- فريح عويد العنزى: الثقة بالنفس وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى فى الشخصية، دراسات نفسية، مجلد (٩)، عدد (٣)، القاهرة، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسية المصرية، ١٩٩٩، ص: ٤١٨.

٨٥- فادية كامل حمام: مشكلات الأطفال السلوكية والتربوية وكيفية مواجهتها ومعالجتها من منظور إسلامى وتربوى، السعودية، الرياض، دار الزهراء، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢، ص: ١٠٠-١٠٤.

٨٦- أمثلة لهذه المصادر والمراجع والدراسات والبحوث التى استعان بها الباحث فى إعداد هذا التصور المقترح:

- عبد الإله الشريف: مدير مكافحة المخدرات للشؤون الوقائية، مكافحة المخدرات، لـــ "الرياض": برنامج الدعم الذاتى أثبت فاعليته، المملكة العربية السعودية، جريدة الرياض، العدد: ١٦٦٥٠، الجمعة ٢٣ ربيع الأول ١٤٣٥هـــ - ٢٤ يناير ٢٠١٤م.
- شبكة الوهم التوعوية: برنامج الدعم الذاتى للمدمنين، الخميس ٢٠٠٧/٨/١٨.
- عبد المجيد طاش نيازى: برامج الرعاية اللاحقه للمتعافين من الإدمان، مرجع سبق ذكره.

- ماجدى عاطف محفوظ: طريقة خدمة الجماعة "الأسس – التكنيكات – المواقف"، مرجع سبق ذكره.
- شذى بنت حمد عبد الله الراشد: معوقات تكوين جماعات الدعم الذاتى واستمرارها ودور الخدمة الاجتماعية للحد منها، مرجع سبق ذكره.