

العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين

تاريخ التسليم ٢٠٢١/٢/١٠
تاريخ الفحص ٢٠٢٢/٢/٢٥
تاريخ القبول ٢٠٢٢/٣/٧

إعداد

د. محمد عبد الفتاح عبد الفتاح

مدرس التخطيط الاجتماعي

كلية الخدمة الاجتماعية _ جامعة حلوان

د. أحمد حمدان محمد أحمد

مدرس التخطيط الاجتماعي

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالشرقية

العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين اعداد وتنفيذ

د. محمد عبد الفتاح عبد الفتاح

مدرس التخطيط الاجتماعي
كلية الخدمة الاجتماعية _ جامعة حلوان

د.أحمد حمدان محمد أحمد

مدرس التخطيط الاجتماعي
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالشرقية

ملخص البحث باللغة العربية :

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين بمراكز العزيمية , كذلك تحديد المعوقات التي تواجه تفعيل العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان وتحديد مقترحات لتفعيل العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان بمراكز العزيمية , تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات التقييمية , تعتمد هذه الدراسة على منهج دراسة الحالة والحالة مركز العزيمية لتأهيل مرضى الإدمان بمركز سمالوط بمحافظة المنيا , توصلت الدراسة إلى أن قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الإدمان مستوى (مرتفع) , كذلك قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الإدمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية مستوى (مرتفع) , قدرة البرنامج على حماية المتعافين من الانتكاسة مستوى (مرتفع) , مستوى التمكين الاجتماعي للمتعافين (مرتفع) مستوى التمكين النفسي للمتعافين (مرتفع) مستوى التمكين الاقتصادي للمتعافين (مرتفع) .

الكلمات المفتاحية: العائد الاجتماعي- تأهيل مرضى الإدمان - التمكين

" The Social Return of the Addiction Rehabilitation Program to Empower the Recovered

Abstract

The current study aimed to determine the level of social return for the program for the rehabilitation of addicted patients to enable the recovering in the centers of resolve, as well as to identify the obstacles facing the activation of the social return for the rehabilitation program for addicted patients, and to identify proposals for activating the social return for the program for the rehabilitation of addicted patients in the centers of resolve. The study is based on the case and case study method. Here is the Azima Center for Rehabilitation of Addiction Patients in Samalout Center, Minya Governorate.

The study found that the program's ability to earn work value and bear responsibility for addiction patients is at a (high) level, as well **as the program's ability to** rehabilitate addicted patients for the labor market and train them in craft professions **at a (high) level, the program's ability to protect the recovering from relapse (high),** level Social empowerment of the recovered (high) The level of psychological empowerment of the recovered (high) The level of economic empowerment of the recovered (high).

Keywords: social return - rehabilitation of addiction patients – empowerment

أولاً: مدخل مشكلة الدراسة :

تعد ظاهرة إدمان المخدرات من الظواهر الخطيرة على كل المستويات لآثارها المدمرة على الفرد والأسرة والمجتمع، إذ تدل الإحصاءات والبيانات الدولية على التزايد المستمر في أعداد المتعافين والمدمنين (فهمي ، ١٩٩٨ ، ص ٢١٨).

ويعتبر الإدمان من أخطر ما تواجهه المجتمعات المعاصرة من مشكلات ، حيث تستهدف أبنائها وتستنزف ثرواتها ، حتى أصبحت مشكلة عالمية مما دفع كافة المجتمعات والدول إلى البحث عن أنسب السبل لمواجهة تلك المشكلة ، ومحاربة هذه الأفة بكل أشكالها وعلى كافة المستويات والبحث عن الوسائل التي تسهم في الحد من انتشارها والتي من أهمها المؤسسات الاجتماعية.(الحميدان ، ٢٠٠٧ ، ص ١٤)

والإدمان مشكلة متعددة الجوانب، سواء بالنسبة للفرد من حيث تكيفه مع غيره، ومن حيث ارتباط المشكلة وتفاعلها، وعلاقتها بالآخرين، ومن حيث انتشارها كظاهرة عامة، تشمل معظم فئات المجتمع وطبقاته. والإدمان كمشكلة اجتماعية ينظر لها من جوانبها المتعددة فهي مشكلة قانونية، ومشكلة جسمية، ونفسية، ومشكلة اقتصادية، ومشكلة سياسية (غباري ، ١٩٩٩ ، ص ١٦).

ويعتبر الإدمان من المشكلات الاجتماعية التي تمثل جزءاً من الحياة الاجتماعية نفسها ، وتخضع للعلاج مثل سائر المشكلات الاجتماعية الأخرى ، والتي تؤثر على بناء المجتمع وأفراده ، بما يترتب عليها من آثار اجتماعية واقتصادية

ونفسية وصحية تؤثر على كل من الفرد والأسرة والمجتمع ، وتتضح خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المدمنين على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والقانونية في المجتمع الذي يعيشون فيه (عبد اللطيف، ٢٠٠٣، ص ١١).

ومنذ منتصف السبعينيات من القرن العشرين تحولت ظاهرة إنتشار تعاطي المخدرات والإدمان من مجرد ظاهرة اجتماعية سلبية إلى مشكلة قومية وإقليمية ودولية معقدة ذات تكلفة اقتصادية وصحية واجتماعية وأمنية باهظة ، مما ينعكس سلباً على الطاقة البشرية الموجودة في المجتمع بصورة مباشرة وغير مباشرة ، وعلى خطط وبرامج التنمية الاجتماعية والاقتصادية . (أبوالنصر، ٢٠٠٨ ، ص ١٧)

وتعتبر مشكلة الإدمان وتعاطي المخدرات من أخطر المشكلات الاجتماعية ، حيث يمكن النظر إليها من خلال عدة مؤشرات تتمثل في مقدار الإنفاق من المال على تعاطي المخدرات وكذلك علاج المتعاطي ، كذلك فقد العمل الناجم عن التعاطي في كافة ميادين الإنتاج والعمل الاجتماعي ، وكذلك الخسارة المادية والبشرية الناجمة عن تعاطي المخدرات والإدمان . (متولى ، ١٩٩٩ ، ص ٣٥٧)

كما حظيت مشكلة الإدمان على المخدرات باهتمام العديد من قطاعات المجتمع نظراً لتفاقمها الشديد ولما لها من تأثيرات سلبية على المجتمع حيث لم تعد المشكلة بصورتها البسيطة ثنائية الأبعاد الأخلاقية والجنائية بل اتسعت حدود المشكلة وأصبحت ذات أبعاد أكثر وأعرق تأثيراً بالسلب

في المجتمع بمختلف طبقاته وطوائفه بل سنكون غير منصفين إذا لم نعتبرها مشكلة تهدد المجتمعات النامية والمتقدمة على حد السواء. (الأصاري, ٢٠٠٨, ص ٨٢).

وأكدت دراسة " المشعان ٢٠٠٣ " على أهمية أعداد برامج وقائية من تعاطي المخدرات وفقا لخطط متطورة تشارك فيها كافة قطاعات المجتمع لتواكب تنامي المشكلة حتى تحقق المواجهة المثلى . مع تكثيف برامج التوعية الموجهة للشباب وإيجاد وسائل جذب لاحتواء طاقاتهم ضمن برامج تثقيفية وترفيهية لاستثمار أوقات فراغهم ، وذلك لدمجهم إجتماعيا .

خصوصاً بعد الزيادة الواضحة في نسبة المدمنين في كل دول العالم متقدم أو نامي . ولقد لوحظ في الفترة الأخيرة انتشار ظاهرة تعاطي وادمان المخدرات في مجتمعاتنا العربية ، وخاصة بين بعض الشباب (ابوالنصر, ٢٠٠٤, ص ٣٨)

و توصلت دراسة الطويسي وآخرون (٢٠١٣) إلى أن أكثر فئات الشباب تعاطياً وعودة إلى الإدمان هم العاطلون عن العمل، يليهم طلبة الجامعات.

والإدمان في مصر مشكلة لم تكن بعيدة عن التغيرات التي يموج بها المشهد الدولي فإن المؤشرات وفقا لتقارير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي . ووزارة الصحة والسكان، والإدارة العامة لمكافحة المخدرات تشير إلى زيادة نسبة المدمنين وأن أهم الأسباب الرئيسية لمشكلة الإدمان ترجع إلى اضطراب الشخصية والانسحاق وراء الأقران والمشاكل الأسرية .

وقد أشار تقرير الامم المتحدة الصادر في عام ٢٠١٥ إن عدد الأشخاص البالغين الذين يتناولون المخدرات في عام ٢٠١٥ قدر بنحو (٣٢) مليون شخص أي بنسبة ٥.٥ % من عدد البالغين من سكان العالم

وذكر تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات أن نسبة المدمنين للمخدرات في العالم العربي تتراوح ما بين ٧-١٠%، وأن معظم المدمنين من فئة الشباب، وأن رواج هذه السموم بين الشباب يعود في المقام الأول إلى المتغيرات التي حصلت في السنوات الأخيرة على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي، وقد نتج عن هذه التغييرات تحولات كثيرة طالت مقومات المجتمع العربي . (خليل وآخرون ٢٠١٥، ص ٦)

ويمكن تفسير هذا التزايد في أعداد المدمنين أن الدخول إلى طريق إدمان المخدرات يعد أمراً سهلاً وسريعاً، ذلك أنها تسبب اعتماداً نفسياً واعتماداً فسيولوجياً؛ مما يحدث تغيرات بيوكيماوية في الجسم لهذا النوع من السموم، بحيث تسبب هذه التغيرات ما يسمى بالإطالة أو الاحتمال الذي يعني زيادة الجرعة حتى تؤدي الدور الذي تؤديه الجرعة الأولى من تأثيرات مختلفة (محمود, ١٩٩٧ ص ٢١٠).

أما رحلة العودة من هذا الطريق، فهي بطيئة ومليئة بالمصاعب، ذلك أن التعافي من إدمان المخدرات يعتمد على برنامج علاج منظم يوافق حاجات مريض الإدمان ونموه النفسي والاجتماعي والديني، ودافعية تعبر عن رغبة مريض الإدمان في الحفاظ على تعافيه بعد انتهاء فترة تأهيله . (السهي ١٤٣٦ هـ، ص ٣٦).

فاتخاذ القرار بعدم تعاطي المواد المخدرة ليس بالبساطة التي يظنها الكثيرون . فالتعافي في الواقع هو طريق طويل وصعب ، يتطلب المتابعة والاستمرار في إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي للمدمن المتعافي ، وعلاج جذور المشكلة ، واليقظة المستمرة فما دامت الظروف الاقتصادية والاجتماعية والنفسية التي أفرزت المشكلة قائمة لم يتم علاجها نهائياً ، فلنا أن نتوقع أن انتكاسة المدمن أو عودته إلى المخدر ستكون محتملة ما لم يكن هناك برنامج للمتابعة والرعاية اللاحقة بعد تمام التعافي والتأهيل . (حسين ، ٢٠٠٣ ، ص ٣٨)

حيث أكدت دراسة القحطاني (٢٠٠٩) على أن غالبية المنتكسين واجهوا بعض المشكلات والضغوط الاجتماعية، وأن أفراد المجتمع ليس لديهم رغبة في التعامل معهم، كذلك الظروف الاقتصادية كفقد العمل والمنزل، بالإضافة إلى عدم الانتظام في برامج الرعاية المستمرة.

و أشارت دراسة جبريل (٢٠١٥) على أن هناك العديد من العوامل التي تدفع الشخص المتعافي إلى العودة للإدمان مرة أخرى منها نظرة المجتمع السلبية، والتي تقف حائلاً بينه وبين اندماجه في هذا المجتمع مرة أخرى، كذلك الأوضاع الأسرية والخلافات وفقد العائد والإهمال وغيرها من العوامل .

وتعتبر الانتكاسة في مرض الإدمان من المشاكل التي تتعامل معها معظم البرامج العلاجية حيث إن الانتكاسة تمثل جزء من مرض الإدمان ، كما أكد المختصون أن نسبة انتكاسة المدمن عالية جداً إذا لم يخضع لبرامج تأهيلية و أكدوا أن نسبة

الانتكاسة عالمياً تعتبر عالية جداً وتقل هذه النسبة في حال خضوع المريض لبرامج تأهيلية ودعم ذاتي بعد العلاج، لافتاً إلى أنه كلما زادت هذه المدة قلت نسبة الانتكاسة .(غانم ، ٢٠١٤ ، ص ١٠٤).

حيث اشارت دراسة بدوي & سعادات (٢٠١٦) إلى أن نسبة العود للإدمان المخدرات عالمياً مرتفعة جداً وخاصة عندما يكون العلاج مقتصرًا على الجانب الطبي، وهذا ما يطلق عليه (الانتكاسة) وهي مشكلة تواجهها كثير من المجتمعات، وذلك يعني أن المجتمع لم ينجح من خلال نظمه وقوانينه في إعادة المتعافي من الإدمان إلى حالته الطبيعية لكي يعيش حياة سوية مرة أخرى. وهذا يمثل مؤشراً خطيراً على المجتمع، وتعتبر ظاهرة مناهضة للأهداف العلاجية والوقائية. كما أنها أيضاً تشكل تحد لل مراكز العلاجية والتأهيلية. حيث أن العلاج والمكافحة، وإعادة التأهيل، واستيعاب المدمنين في المستشفيات والمراكز المتخصصة لعلاج الإدمان، تصبح كلها غير مجدية ما لم يتم السيطرة على هذه الظاهرة.

وفي بيان للإدارة العامة لمكافحة المخدرات حول الإنتكاسات فإن نسبة الإنتكاسات في مستشفيات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة المصرية بعد الثلاثة أشهر الأولى في العلاج بلغت ٥% وبعد الستة أشهر بلغت ٨% وبعد السنة الأولى بلغت ٣٣% (الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ٢٠١٥) .

ونظراً لخطورة مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان والعودة إلى الإدمان بعد التعافي فإن مواجهتها

لمشكلة الإدمان، وتضمن لهم الاندماج داخل المجتمع .

وأكدت دراسة (محمود، ٢٠١٧) على أهمية برامج التدخل المهني لمساندة المتعافين من تعاطي المخدرات لضمان عدم عودتهم إلى استخدام المواد المخدرة مرة ثانية، وكشفت الدراسة عن عدد من الأدوار المهمة التي تقوم بها مؤسسات المجتمع المدني في دعم استراتيجيات الدمج الاجتماعي للمتعافين من الإدمان، والمساعدة في تخطيط برامج توظيف تحاول من خلالها مساعدة المتعافين من الإدمان في الحصول على فرص عمل مناسبة، كذلك تلعب مؤسسات المجتمع المدني دورا مهما في مجال التوعية والتثقيف، وتخفيف النظرة السلبية للمتعافين من قبل المجتمع والمحيطين بهم .

وتوصلت دراسة مرسى ٢٠٠٣: إلى فاعلية برنامج التدخل المهني مع حالات من مدمني الهيروين وتحقيق التأهيل الاجتماعي للمدمنين وأسره، وذلك لمساعدتهم على عدم الانتكاسة مرة أخرى.

إن الرؤى المختلفة لسبل علاج الإدمان تعطي أهمية كبيرة لعملية التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي للمدمن لتحقيق فعالية العلاج، كما تعطي أهمية أكبر لعملية المتابعة والرعاية اللاحقة له بعد التعافي لمساعدته على مواجهة ما قد يعترض مسيرته من مشكلات، سواء أكانت مشكلات نفسية أم أسرية، أم مشكلات مرتبطة بالدراسة أو العمل، أو في علاقاته الاجتماعية الأخرى، أو غيرها من أدواره الطبيعية .

ليست مسئولية فرد بعينه أو وزارة معينة أو جهاز من الأجهزة وإنما مسئولية المجتمع بأسره ومنظماته المختلفة سواء حكومية أو أهلية ومن هنا تظهر حتمية التعاون بين الأجهزة والمنظمات للوقاية من خطر الإدمان وتعاطي المخدرات وأثارها المدمرة . الأمر الذي يتطلب تضافر كل الجهود من أجل الحد من هذه الظاهرة أو القضاء عليها بأسلوب علمي وفق خطة قومية (فهى، ١٩٩٨، ص ٢١٣).

وتبذل كل الدول جهوداً وقائية وعلاجية لمواجهة مشكلة تعاطي وادمان المخدرات ومنع العودة للإدمان (الانتكاسة)، ووضعت خطاً أمنياً وصحية واجتماعية واقتصادية وقانونية لمواجهة هذه المشكلة بالشكل العلمي والمهني السليم (أبوالنصر، ٢٠٠٨، ص ٩٣)

وأوضحت دراسة مناور (٢٠٢٠) أن التخلص من الإدمان بشكل نهائي يتطلب إحداث تغيير في نمط حياة المتعافي وتكوين استراتيجيات إيجابية لديه لمواجهة المواقف والضغوط التي يتعرض لها أثناء العلاج أو بعد تعافيه من الإدمان.

وتهدف استراتيجيات الوقاية الأولية إلى إيجاد البيئة الآمنة وتركز على الأسباب الجذرية والظروف البيئية ومن أمثلة البرامج الوقائية الأولية برامج التأهيل والتدريب المهني والتوظيف، وتوفير الإسكان الملائم، وبرامج الترفيه .

(رضا، ١٩٩٨، ١١٦)

حيث توصلت دراسة " حنفى " (٢٠٠٢) إلى وضع برنامج مقترح للوقاية من الإدمان في أندية الشباب يضم مجموعة من الأهداف والتكتيكات الوقائية التي تدعم وتشجع الشباب على التصدي

وتبدو مهمة التأهيل فيما يتصل بالأدوار الطبيعية في الحياة ذات شقين يتمثل أولهما في تدريب المدمن على ممارسة الأدوار الطبيعية بكل مقتضياتها ولوازمها ، ويتمثل ثانيهما في تسكينه في نسيج الحياة لممارسة هذه الأدوار وهو مسلح بإمكانات ممارسة الأدوار المختلفة وبالرغبة في ممارستها ، ومن هنا تأتي أهمية الرعاية اللاحقة والمتابعة المستمرة للمتعافين لإدماجهم في نسيج الحياة بالتزاماتها المختلفة .

(عبدالجواد ، ٢٠٠٧ ، ص ١٢٩)

ووجود المتعافى في علاقة مستمرة مع معالج أو مؤسسة علاجية ، ووجود آلية تسمح بتوفير بتوفير اختيارات أخرى لحياة مشبعة ومتزنة بعيدا عن الإدمان ، وتعلم واكتساب مهارات نفسية وفكرية جديدة ، كل هذا يساعد على تجنب الانتكاسة والاستمرار في طريق التعافى ، ولا بد ألا يقتصر دور هذه الآلية فقط على مجابهة المشكلات ، بل يجب أن تسعى إلى محاولة تجنب المدمن المتعافى أية مشكلات محتملة ، فعلى سبيل المثال ، من المتوقع أن يكون المدمن قد فقد عمله أو دراسته ، ولن يستطيع أن يحصل على عمل أو ينتظم في دراسته دون اجتياز برنامج للتأهيل المهني يسمح له بالعودة مرة أخرى إلى سوق العمل .

(عكاشة ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٤٨)

وعلى الرغم من أن الخطة التنفيذية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات في مصر أولت اهتماما واضحا بمحور الحماية والوقاية إلا أن هذا لا يتناقض مع أهمية محور العلاج والتأهيل

في تطهير المجتمع من مشكلة الإدمان، فعلى الجانب الفني ركزت الخطة على:

- دمج مكون خاص بالأنشطة التأهيلية في جميع المؤسسات التي تعالج الإدمان (علاج فردي وجماعي - تأهيل أسرى - برامج رعاية نهارية - إرشاد ديني ومهني) إضافة إلى الأنشطة الرياضية والاجتماعية والفنية.

- تبنى برنامج للإرشاد الأسرى يتم من خلاله إمداد الأسر بالمعلومات التي ترشد سلوكها تجاه المتعاطي أو المدمن لمساعدته في استكمال رحلة العلاج والوقاية من الانتكاسة.

- تطوير ومتابعة الخدمات العلاجية والتأهيلية المقدمة إلى المدمنين وأسراهم وإدخال نظام مراقبة الجودة لتطوير الأداء وتحسين الخدمات المقدمة.

- الاهتمام بعملية التأهيل الاجتماعي والمهني للمدمنين من خلال الشراكة مع الجمعيات الأهلية ومؤسسات المجتمع المدني

(النيال، ١٩٩٨ م ص ٦٦).

وتوصلت دراسة براك (٢٠١٤) : إلى أن لبرامج الرعاية الصحية والرياضية النفسية اللاحقة دورا ايجابيا في مساعدة المرضى في منع الانتكاسة، كما أوضحت النتائج أن هناك قصورا في متابعة الحالات بعد انتهاء فترة العلاج والتعافى كما أن برامج التأهيل الوظيفي كانت ضعيفة جدا .

وهدف دراسة الحوسني(٢٠٠٨) : إلى تقييم فاعلية خدمات الرعاية الاجتماعية للمدمنين على الكحول والمخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة، وطبقت على مجموعة من المتعافين من

الإدمان بالمركز الوطني لتأهيل مرضى الإدمان على الكحول والمخدرات، وتوصلت النتائج إلى أن غالبية أفراد العينة من المتزوجين ، ومستواهم التعليمي أقل من المرحلة الثانوية، وأعمارهم تتراوح ما بين (٣٠_ ٣٩) عاما وغالبيتهم خضعوا للتأهيل أكثر من مرة تراوحت بين مرتين إلى أكثر من ثلاث مرات بسبب عودتهم للتعاطي، أما بالنسبة لتقييم المرضى لخدمات المركز فقد تبين أن المستوى العام لكفاية البرامج العلاجية والتأهيلية وجودتها كانت بمستوى جيد جدا ، وعبر المرضى عن رضاهم الكامل عن خدمات المركز، وقد دلت النتائج على أن عدم تدريبهم على حرف يدوية، وعدم وجود أشخاص مؤهلين، و المعوقات القانونية، والصعوبات النفسية، والاجتماعية التي تواجه المدمنين بعد العلاج والشفاء هي أحد أهم العوامل المؤثرة في الانتكاسة.

وأكدت دراسة شيونج لى Cheung,C (&Lee,T, 2003) على أن غالبية المتعافين من الإدمان قد استفادوا من العلاج المعرفي السلوكي في تعزيز الثقة، وفهم الأفكار، وتمكينهم نفسياً، ومعرفة ضرر المخدرات، واكسابهم مهارة التفكير العقلاني، وضبط النفس، والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة، القدرة على التعامل مع الأحداث، والقدرة على حل المشاكل، كما أكدت الدراسة على أن العلاج المعرفي السلوكي لا يعني إهمال برامج إعادة التأهيل الأخرى . كما أجرى (Lian&Chu,2015) مقابلات متعمقة مع (١٧) متعافيا في مراكز التأهيل من الإدمان في ماليزيا وهدفت الدراسة إلى تقييم

برامج التأهيل من وجهة نظر النزلاء، وكذلك التنبؤ بمعدل الانتكاسة، وأظهرت النتائج أن تقييم المشاركين راضون تماما عن جميع الخدمات والبرامج المقدمة لهم .

ومن المشكلات التي تواجه المدمن المتعافي أثناء التعافي هي :

١. الرغبة في العودة للمخدرات خاصة وأنه يستمر معه لعدة أشهر بعد العلاج نظراً للشعور بالاعتیاد على مجموعة من الأصدقاء والأماكن التي يذهب إليها.

٢. مشاكل التأقلم مع الحياة واكتساب طرق جديدة للإشباع بعيداً عن المخدرات وأنماط جديدة من السلوك وتحمل ظروف الحياة والتأقلم مع المشاكل ومواجهتها.

٣. الحاجة إلى علاقات جديدة تدفعه للاعتماد على النفس أكثر من اعتماده على الآخرين أو اعتماده على المواد المخدرة.

ويحتاج المدمن في طريقه للتعافي المساعدة للتغلب على التهديد الذي يواجهه في الحياة، وأن فكرة العمل والرغبة في تبديل نمط الحياة بوسيلة إيجابية تساعدهم في البعد عن العودة مرة أخرى للتعاطي، فوسائل التدعيم والمساندة والتوجيه غير المباشر من أهم الوسائل التي تساعد مريض الإدمان أثناء رحلة العلاج والتعافي من الإدمان .

ومما لا شك فيه أن دور الرعاية اللاحقة يتركز على مساعدة المدمن المتعافي في إعادة الثقة في نفسه وتقديره لذاته، ويرى "هوفمان Hoffman" أن المتعافين لديهم انخفاض شديد في تقديرهم لذاتهم بدون العقار ويعانون من الاكتئاب والقلق الناتج عن الإدمان (الحמידان، ٢٠٠٦، ص ٥٣).

وأن دور الرعاية اللاحقة في التعافي تأتي بتحجيم العوامل المهيئة لتعاطي المخدرات، والتغيير والتعديل في التوقعات المعرفية من خلال المساعدة على حل المشكلات وتغيير سلوك المتعاطي، ورفع كفاءته المعرفية الأمر الذي يساعد على تخفيف الضغوط وإعادة الاتزان وتحمل المسؤولية عند متعاطي المخدرات (نيازي ، ١٤٢٨ ، ص ٣٢)

وهناك العديد من العوامل المؤثرة على الانتكاسة، منها تعقد عملية التعافي من الإدمان ، كونه مرتبطا بالعلاجات الطبية ، و النفسية ، و الاجتماعية ، و مرتبطا بأدوار العديد من المؤسسات المجتمعية، كما أنها مرتبط بجهود أسرة المريض، وجهود الرعاية اللاحقة، ووجود أي خلل في هذه الأدوار قد يؤثر على الانتكاسة. ولعل ذلك ما دفع مؤسسات رسمية وجمعيات خيرية إلى إنشاء مراكز تهتم بالمتعافين وإبعادهم عن كل الأجواء التي تكون سبباً في عودتهم إلى طريق المخدرات، ومساعدتهم على التعافي من إدمان المخدرات والعودة بوصفهم أعضاء فاعلين في المجتمع، وقد اتجهت المؤسسات العلاجية إلى اعتماد العديد من البرامج العلاجية والتأهيلية لمرضى الإدمان إلا أن المشكلة التي تواجه البرامج العلاجية هي مشكلة الانتكاسة أو العودة إلى التعاطي بعد فترات من الإقلاع .

(الديدي ، ٢٠٠٨ ، ص ٣٥٤)

ويتضح هذا الاهتمام من خلال البرامج المتنوعة التي تدعمها الدولة لعلاج الإدمان وتعاطي المخدرات وتأهيل المتعافين ومن هذه البرامج برنامج تأهيل مرضى الإدمان بمراكز

العزيمة، وأنشئ مركز العزيمة للتأهيل كمركز متخصص لعلاج وتأهيل المدمنين على المخدرات بجميع أشكالها ، ويقوم بتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية بفريق عمل متخصص في مجال علاج وتأهيل مدمني المخدرات، حيث يشتمل الفريق على الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمعالجين الآخرين في هذا المجال وذلك لتوفير خدمات تأهيلية واجتماعية لمرضى الإدمان والمتعافين لضمان استمرار تعافيتهم وتيسير إعادة دمجهم الاجتماعي وتأهيلهم نفسياً واجتماعياً ومهنياً . (وزارة التضامن الاجتماعي ، ٢٠١٩)

وتقوم المراكز العلاجية الخاصة بالإدمان بتقديم الخدمات العلاجية، والنفسية، والاجتماعية، والتأهيلية، عبر مراحل زمنية تختلف من مريض لآخر؛ لتساعدهم في الشفاء والامتناع عن التعاطي ، وتحقيق التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمتعافين من الإدمان وكذلك تحقيق التمكين الاقتصادي والاجتماعي للمتعافين .(حسين ، ٢٠٠٣ ، ص ١٥)

ويهدف التمكين إلى مساعدة الأفراد للتغلب على الضغوط والمعوقات البيئية لزيادة إستجابة البيئة الاجتماعية لإحتياجات الأفراد وتحقيق أهدافهم وخاصة الفئات المهمشة أو من يعانون من الظلم الاجتماعي ويهدف إلى تشجيع الناس على بناء وإستخدام المعارف الخاصة من أجل التمكين الذاتي (Bubils ، 2005 ، ص 26)

وهدفت دراسة (موسى ،أميرة محمود ٢٠٠٩) إلى تحديد أنسب الآليات الاقتصادية والاجتماعية التي تساهم بها الجمعيات الأهلية فى التمكين

الاجتماعي والاقتصادي للأسر الفقيرة وأشارت نتائج الدراسة أن من هذه الآليات توفير فرص عمل والتي تساعد الأسر الفقيرة على تمكينها اقتصاديا والخدمات المرتبطة بالتأهيل المهني والتي تساعد الأسر الفقيرة على تمكينها اقتصاديا.

كما توصلت دراسة (حامد، وردة باشير ٢٠٠٨) إلى عدة مؤشرات لإسهامات جمعيات سيدات الأعمال في تمكين الأسر محدودة الدخل وهي تقديم قروض ميسرة تحسن من أحوال ودعم مشروعات أخرى قائمة للأسر محدودة الدخل والتنوع بأهمية التغيير في أسلوب المعيشة والتدريب على كيفية تحقيق الاكتفاء الذاتي وذلك لتحقيق التمكين الاجتماعي.

كما يساهم التمكين على تقوية الفقراء والضعفاء للدفاع عن أنفسهم ويساعدهم على التحكم في ظروفهم ويعمل على تقوية العملاء لإستخدام إمكانياتهم الخاصة ويتحكموا في ذاتهم وأيضاً هي العملية التي تزيد من قدرة الأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات حتى تتمكن من إتخاذ إجراءات لتحسين حالتهم وظروفهم وتستند أيضاً على مبدأ تقوية المواطنين للمشاركة في إتخاذ القرارات التي تؤثر على رفاهيتهم (Lambert , 2001 , , 28)، فقد أوضحت دراسة (فالسالا كوماري , Valsala, Kumari , ٢٠١١)، مدى إسهام القروض الصغيرة في التخفيف من حدة الفقر وتحقيق التمكين الاقتصادي لدى الفئات المختلفة، لذلك يعتبر قياس العائد من الأساليب التقويمية الهامة التي تهتم بقياس نتائج البرامج والمشروعات

الاجتماعية الهامة، والتي لها تأثير إيجابي على سلوكيات وأفعال الأفراد داخل المجتمع، مما يساهم في تحقيق النمو في مستوى المعيشة والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المختلفة (Hurteau,Marthe&others,2007,p57)،

حيث تناولت دراسة (أيمن ، أحمد ٢٠٢١) قياس العائد الاجتماعي لمشروع تكافل وكرامة للأسر المصرية، وتحديد مستوى العائد الاجتماعي لبرنامج تكافل وكرامة للأسر المصرية من خلال المؤشرات التالية: تحسين الظروف الاجتماعية للأسر المصرية، تحسين المستوى الصحي للأسر المصرية، تنمية قيمة المشاركة المدنية لدى الأسر المصرية، توعية الأسر المستفيدة من المشروع بأهمية التعليم، وكذلك تحديد الصعوبات التي تواجه تحقيق العائد الاجتماعي لبرنامج تكافل وكرامة للأسر المصرية كمدخل لتطوير شبكات الأمان الاجتماعي، وتحديد مقترحات تفعيل العائد الاجتماعي لبرنامج تكافل وكرامة للأسر المصرية كمدخل لتطوير شبكات الأمان الاجتماعي، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى العائد الاجتماعي برنامج تكافل وكرامة متوسط، كما خرجت الدراسة بتصوير تخطيطي لتفعيل العائد الاجتماعي لمشروع تكافل وكرامة(رمضان أحمد، أيمن ٢٠٢١).

كما يعتبر تحليل العائد والتكلفة من الأساليب التخطيطية الحديثة التي تستخدم لتقدير فعالية البرامج والمشروعات الاقتصادية والاجتماعية عن طريق مقارنة تكاليف تلك البرامج والمشروعات بالعائد منها وأثره على تنمية

المجتمع بما يحقق الهدف بأقل تكلفة وأعلى حد من الفعالية (عويس & الألفندي ١٩٩٩، ص ٣٣٠)، وهو ما إتضح في دراسة (عادل، هبه الله ٢٠٢١) والتي هدفت إلى قياس العائد الاجتماعي لبرنامج التحول الرقمي بالأجهزة التخطيطية علي المستوي القومي، وتحديد الصعوبات والمقترحات التي تدعم العائد الاجتماعي لبرنامج التحول الرقمي بالأجهزة التخطيطية علي المستوي القومي، والتوصل إلى آليات لتفعيل العائد الاجتماعي لتنفيذ البرنامج، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوي العائد الاجتماعي لتنفيذ البرنامج مرتفعاً.

ثانياً: صياغة مشكلة الدراسة :-

بناء على ما تقدم من معطيات نظرية ونتائج لبعض الدراسات السابقة يمكن للباحثان تحديد قضية الدراسة في تحديد مستوى العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين ، كذلك تحديد المعوقات التي تواجه تفعيل العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان و بعض المقترحات لمواجهتها، كما أكدت الدراسات على ضرورة تأهيل مرضى الإدمان نفسياً واجتماعياً ومهنيًا وتنمية قدراتهم لإدماجهم في المجتمع وسوق العمل. وفي ضوء ذلك تتحدد مشكلة الدراسة الراهنة في ما مستوي العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين ؟

ثالثاً: أهمية الدراسة:

١_ تحتل مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات الصدارة بين المشكلات التي تعاني منها المجتمعات المعاصرة بصفة عامة والمجتمع

المصري بصفة خاصة الأمر الذي يهدد سلامة الفرد والأسرة والمجتمع .

٢_ تزايد أعداد المدمنين طبقاً للإحصائيات الواردة في تقارير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات حيث أثبتت احصائية للتقرير السنوي لوزارة الداخلية لعام ٢٠١٨ أن مدمني المخدرات وصل إلى ٨ ملايين مدمن .

٣_ الآثار السلبية للإدمان مما يؤثر على الطاقات البشرية وتعطيلها مما يؤثر سلباً على الانتاج والاقتصاد القومي والتنمية الشاملة ، لذا دعت الحاجة لإنشاء المؤسسات العلاجية ووضع برامج لتأهيل مرضى الإدمان للاستفادة من هذه الطاقات البشرية .

٤_ ما تتحمله الدولة جراء مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان يحتاج إلى تضافر كل الجهود الحكومية والأهلية للقضاء عليها ، مما يستدعي وجود مؤسسات علاجية و برامج لتأهيل مرضى الإدمان .

٦_ تزايد الاهتمام من قبل الدولة بتأهيل مرضى الإدمان نفسياً واجتماعياً ومهنيًا وإدماجهم في المجتمع .

٧_ لقد أهتمت الدولة المصرية بمواجهة مشكلة الإدمان وتعاطي المخدرات والتصدي لها وحماية المتعافين من الانتكاسة من خلال الاهتمام بإنشاء المؤسسات العلاجية ووضع برامج لتأهيل مرضى الإدمان .

٩_ يعد برنامج تأهيل مرضى الإدمان " أحد البرامج التي تقدمها وزارة التضامن الاجتماعي وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي ،

لتأهيل مرضى الإدمان نفسياً واجتماعياً ومهنيًا
ودمجهم بالمجتمع .

١٠- تتجلى أهمية الدراسة فى ندرة الدراسات
التي تتناول تأهيل المدمن المتعافى نفسياً
واجتماعياً ومهنيًا لمنع الانتكاسة والعودة إلى
الإدمان

١١- قد تسهم نتائج هذه الدراسة فى زيادة
فاعلية برنامج تأهيل مرضى الإدمان فى تحقيق
الإدماج الاجتماعى لهم والتكيف مع الأسرة
والمجتمع وتأهيلهم لسوق العمل .

رابعاً : أهداف الدراسة:

١- تحديد مستوى العائد الاجتماعى لبرنامج
تأهيل مرضى الإدمان بمراكز العزيمة .

٢- تحديد درجة التمكين لدى المتعافين من
الإدمان بمراكز العزيمة .

٣- تحديد الصعوبات التي تواجه تحقيق العائد
الاجتماعى لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان بمراكز
العزيمة .

٤- تحديد مقترحات لتفعيل العائد الاجتماعى
لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان بمراكز العزيمة

خامساً: فروض الدراسة:

الفرض الأول للدراسة: من المتوقع ان يكون
مستوي برنامج تأهيل مرضى الادمان متوسط "
ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال المؤشرات
التالية:

١. قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعى
لمرضى الادمان

٢. قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل
المسئولية لمرضى الادمان

٣. قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الادمان

لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية

٤. قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني
والعلاج بالرياضة

٥. قدرة البرنامج على حماية المتعافين من
الانتكاسة

الفرض الثانى للدراسة: من المتوقع ان يكون
مستوي تمكين المتعافين متوسط.

ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال المؤشرات
التالية:

١. التمكين الاجتماعى للمتعافين.

٢. التمكين النفسى للمتعافين.

٣. التمكين الاقتصادى للمتعافين.

الفرض الثالث : توجد علاقة طردية ذات دلالة
إحصائية بين أبعاد برنامج تأهيل مرضى الإدمان
وتحقيق التمكين المتعافين.

الفرض الرابع للدراسة: لا توجد فروق ذات دلالة
احصائية بين المقيمين بالمدن والمقيمين بالقرى
من المتعافين فيما يتعلق بتحديددهم لمستوى
تمكينهم من برنامج تأهيل مرضى الادمان.

سادساً : مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم العائد الاجتماعى:

قياس العائد الاجتماعى هو أحد الأساليب العلمية
المستخدمة فى تقييم البرامج والمشروعات
واختيار القرار المناسب عند اتخاذ القرارات
الخاصة بالسياسات والخطط

والبرامج والمشروعات الاجتماعية (حمزة ،

٢٠١٣، ص ٣٨)

عرفته دائرة المعارف العلمية: بأنه الأثر أو الآثار
الاجتماعية المرتبطة بتحديد النتيجة المستقبلية (

للأفراد _ المنظمات _ النظام الاجتماعي). (خليفة , ١٩٩٢, ص ٢٦٠)

ويعرف العائد أيضا على أنه كل ما يكتسبه الناس من معارف وما استطاعوا تنميته من مهارات، وما حققوه من نمو ونضج، وما تبنوه من قيم واتجاهات صالحة، وكذلك ما أدخله البرنامج أو المشروع في المجتمع من أنشطة جديدة (اقتصادية واجتماعية وقيم وتقاليد جديدة، وتحسين معدلات التنمية من خلال التأثير في المتغيرات الخاصة). (هاشم , ١٩٩٥, ص ١٠).

ويعرف العائد الاجتماعي إجرائياً بأنه:

المخرج النهائي الذي يتحقق من برنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين ويتمثل في:

١. قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الادمان

٢. قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الادمان

٣. قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الادمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية

٤. قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني والعلاج بالرياضة

٥. قدرة البرنامج على حماية المتعافين من الانتكاسة

٢_ مفهوم التعافي من الإدمان :

عرف حسين: المدمن المتعافي بأنه الشخص الذي سبق أن أدمن على استخدام المخدرات، ثم خضع لبرنامج علاجي متخصص، وتمائل للشفاء من داء الإدمان على المخدرات؛ سواء كان ذلك الإدمان على مواد أفيونية، منشطات، مهلوسات، أو خمور. (حسين , ٢٠٠٤, ص ٢٤)

المدمن المتعافي : هو الفرد الذي سبق له الإعتماد على المواد ذات التأثير النفسي ثم خضع إلي برنامج علاجي متخصص يشمل العلاج النفسي والطبي والإجتماعي ويتابع إجتماعات المدمنين المجهولين ويتبدى التعافي فى التغيير الإيجابي الذي يحدث لنمط شخصية هذا الفرد وسلوكياته وإسلوب حياته وعلاقته بأسرته ومجتمعه والبيئة التي يعيش فيها (جابر , ١٩٩٨ , ص ٧٦)

وعرف الطايفي وآخرون المتعافين بأنهم: "أولئك الأفراد المتوقفون عن تعاطي المواد المخدرة بفضل العلاج ويسعون إلى تحقيق حياة أفضل لهم بعد مرحلة التعاطي". (الطايفي وآخرون , ١٤٣٣هـ. ص ١٦)

وعرف التعافي بأنه: "عودة الفرد إلى حالته الطبيعية بعد تلقي العلاج اللازم من مؤسسة مختصة في العلاج. (سويف, ٢٠٠٤, ص ١٨٣) ويرى نيازي: أن التعافي من الإدمان لا يعني بالضرورة التوقف عن تعاطي المخدرات فقط، فبالإضافة إلى ذلك فإن التعافي بحاجة إلى اكتساب مجموعة متنوعة من المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعده على تعزيز وتأكيد عملية التعافي وضمانها، خاصة تلك المهارات والخبرات والسلوكيات التي تدعمه في مواجهة التحديات والمشكلات والصعوبات التي قد تؤدي به إلى العودة مرة أخرى إلى تعاطي المخدرات

(نيازي, ١٤٢٩هـ. ص ٢)

وهناك من وسع مفهوم التعافي ليشمل مجموعة الجهود التي يبذلها الفرد المدمن نحو

الشفاء، فالتعافي عملية مستمرة متدرجة نحو بناء حياة الفرد، أو إعادة بنائها بهدف العيش بسعادة، واستقرار؛ وهذا يعني أن التعافي لا يعني التوقف عن التعاطي فقط، بل يتضمن بوصفه جزءاً رئيساً في عملية التعافي، الوصول إلى مستوى مرض من الاستقرار الجسدي والنفسي والاجتماعي والأسري بعد الانقطاع عن التعاطي. (بن حميد، ١٤٣٦هـ. ص ١٣).

ـ مراحل علاج الإدمان (التعافي من الإدمان) : يعرف التعافي علي أنه مجموعة الإجراءات التي تتخذ مع مدمني المخدرات ومتعاطيها لإعدادهم نفسياً وإجتماعياً وطبياً لممارسة أدوارهم الإجتماعية والمهنية. (حسين، ٢٠٠٣، ص ١٤)

وفيما يلي نعرض لمراحل العلاج بشكل تفصيلي :
أـ مرحلة أعراض الانسحاب : من المراحل التي يمر بها المعتمد في علاجه هي ما يسمى بمرحلة أعراض الانسحاب، وهي المرحلة التي يتم فيها تخليص الجسم من سموم المادة النفسية التي يعتمد عليها

بـ مرحلة الدافعية : يُعد خلق أو زيادة دافعية المعتمد للعلاج من أهم الخطوات في علاج الاعتماد وفي حالة إدراك المعتمد وجود خلل نتيجة للتدهور الذي يصيبه في جميع شئون حياته (الوصول للنقاع) يجعله يدرك بوجود مشكلة حقيقية ولكن الإنكار يتحول إلى عدم إمكانية العلاج وأنه لا حول له ولا قوة في اكتساب المرض (الاعتماد) أو التخلص منه، ويكون على المعالج بالنسبة للمشكلة الأولى(إنكار المعتمد

لوجود ما يستدعي العلاج). (الباسوسى ، ٢٠٠٧ ، ص ٧٩)

جـ مرحلة التأهيل : يعرف التأهيل علي أنه مجموعة الإجراءات والأساليب العلاجية وتشتمل على العلاج الدوائي والعلاج النفسي مروراً بالعلاج السلوكي والمعرفي وفيها يتم تقديم الدعم للمدمن من خلال الكشف عن الصراعات والدوافع اللاشعورية المكبوتة لديه وكذلك تعديل السلوكيات والمعتقدات الخاطئة المسيطرة عليه وتنمية المهارات اللازمة لمنع الإنتكاسة وتحقيق الإستمرارية في التعافي.

ـ التأهيل النفسي الاجتماعي للإدمان يهدف التأهيل إلى إيقاف المعتمد عن نهجه في الحياة الذي دفعه للإدمان ليعود من خلال عدد من الإجراءات إلى الإطار الاجتماعي الذي يضمه متسلحاً بمجموعة من المهارات والإمكانيات التي تعينه على التفاعل مع هذا الإطار بقدر معقول من التفاعل

وتعد مرحلة التأهيل من أهم المراحل التي يصبح الفرد فيها قادراً على التفاعل مع البيئة الاجتماعية المحيطة به، وقادراً على أن يعيد تواصله معها قبل الإدمان، فالتعرف على الظروف البيئية والاجتماعية التي يعيشها المتعاطي تساعد في إعادة بناء وتحقيق التكيف الاجتماعي المنشود للفرد المدمن المتعافي وذلك مع أسرته وبيئته الاجتماعية وعليه أن يستعين بمن يراه قادراً على المساعدة وتقديم يد العون له. (حسين، ٢٠٠٣، ص ١٩)

• الوقاية من الإنتكاسة :

أما الجانب الآخر والذي نقصد به الوقاية من الانتكاسة فإننا نود التركيز فيه على أمرين؛ يتعلق الأمر الأول بمعنى الإنتكاسة حيث يختلف معناها كما يشير وانيجاراتني ٢٠٠٦ Wanigaratne وآخرون في مجال مرض الإدمان عن باقي الأمراض، فالانتكاسة في المرض تعني عودة الأعراض بينما يقصد بها هنا عودة المريض إلى السلوكيات الاعتمادية وهو معنى أوسع من المعنى الضيق للأعراض بالمفهوم الطبي. (عبدالبر , ٢٠٠٤, ص ٩٦)

٣_ مفهوم التمكين :

التمكين هو العملية التي يقوم بها الممارس المهني لمساعدة أفراد المجتمع على تحقيق مطالبهم المشروعة وذلك لمساعدتهم على أن يصبحوا قادرين على التواكب مع الضغوط والمواقف والجولات التي يمارسها المجتمع من خلال زرع الأمل. (مطر , ٢٠١٧ , ص ١٤٩) ويعرف البنك الدولي التمكين بأنه عملية تهدف إلى تعزيز قدرات الأفراد أو الجماعات لطرح خيارات معينة وتحويلها إلى إجراءات تهدف في النهاية لرفع الكفاءة والنزاهة التنظيمية لمؤسسة أو تنظيم ما (قنديل , ٢٠٠٨ , ص ٩٩) .

ويعرف التمكين إجرائياً بأنه:

١. عملية تعزيز قدرات الشباب المتعافين من الادمان.

٢. تتعلق بتحقيق المطالب المشروعة للشباب من خلال تحقيق أبعاد التمكين المختلفة والتي تتمثل في:

١. التمكين الاجتماعي للمتعافين.

٢. التمكين النفسي للمتعافين.

٣. التمكين الاقتصادي للمتعافين.

٤_ مركز العزيمة لتأهيل مرضى الإدمان :

يتضمن المركز صالات ألعاب رياضية وملعب كرة قدم «خماسي» وتأهيل بدني وتنس طاولة وبللياردو، كما يتضمن مجمع ورش «تدريب مهني، ورش نجارة، خياطة، وورشة حدادة»، بما يتفق مع المعايير الدولية المعتمدة من الأمم المتحدة، إذ تصل نسبة الإنشاءات إلى ٤٠% و ٦٠% مساحات ترفيه للنزلاء، ويتضمن أماكن متنوعة لمزاولة الأنشطة الرياضية والفنية، بالإضافة إلى أنشطة التدريب المهني.

ويستخدم المركز برنامج التأهيل بالعمل، والذي يهدف إلى تعليم المرضى لقيمة العمل وتحمل المسؤولية والعمل الجماعي وكسر الاعتمادية على الغير وتدريبهم على حرف ومهن يطلبها سوق العمل، إذ يتم ربط المركز بمبادرة «بداية جديدة» للتمكين الاقتصادي لمرضى الإدمان بتوفير قروض لدعم مشروعاتهم الصغيرة. لاسيما أن التمكين الاقتصادي إحدى أهم الوسائل التي تساعد في الحد من الانتكاسة .

كما يتم توفير خدمات تأهيلية واجتماعية لمرضى الإدمان والمتعافين لضمان استمرار تعافهم وتيسير إعادة دمجهم الاجتماعي،

الخدمات التي يقدمها المركز:

أ_ الخدمات العلاجية:

يخضع المريض لعدد من التقييمات الطبية والجسمية لتشخيص أي أمراض عضوية مصاحبة أو ناتجة عن سوء استخدام المخدرات . ويتم وضع برنامج علاجي متكامل للمريض يضم

سابعاً : الإجراءات المنهجية للدراسة:

١_ نوع الدراسة : تعد هذه الدراسة من الدراسات التقويمية والتي تهتم بجمع المعلومات والحقائق التي تساعد على تحسين أداء وممارسة تقديم البرامج بهدف تحسين نوعية الخدمات المقدمة، ومن ثم فإن هذه الدراسة تستهدف قياس العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين.

٢_ المنهج المستخدم : تعتمد هذه الدراسة على منهج دراسة الحالة والحالة مركز العزيمة لتأهيل مرضى الإدمان بمركز سمالوط بمحافظة المنيا.

٣_ أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على أداة الاستبيان لتحديد العائد الاجتماعي لبرنامج تأهيل مرضى الإدمان لتمكين المتعافين ، وقد تم بناء الأداة من خلال الاطلاع على المراجع العلمية ذات الصلة بمتغيرات الدراسة، وعلي الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال، والاستبيانات والمقاييس التي صممت في البحوث والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، وقد اعتمد الباحثان على الصدق الظاهري وقام بعرض أدوات الدراسة على عدد من أساتذة الخدمة الاجتماعية، وبناءً على ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض الأسئلة، حيث تم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (٨٥%)، وبناءً على ذلك تم صياغة الأداة في صورته النهائية، وتم عمل صدق الاتساق الداخلي لأبعاد الأداة وكذلك التأكد من ثباتها باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينه قوامها(١٠) مفردات من المتعافين مجتمع الدراسة.

العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، والعلاج الجماعي، والعلاج العائلي.

ب_ الخدمات التأهيلية:

تقدم مجموعة من الخدمات التأهيلية للمريض المتعافى من الإدمان وذلك بعد الإنتهاء من المرحلة الحرجة وإزالة السموم من جسم المريض. وتهدف الخدمات التأهيلية لبناء الثقة والمهارات الخاصة بشخصية المريض المتعافى من الإدمان ليصبح أكثر قابلية على الإدماج في المجتمع. وتشتمل الخدمات التأهيلية على البرامج التالية:

(برنامج التأهيل الوظيفي والتدريب المهني، البرنامج الديني، البرنامج الرياضي، البرنامج التعليمي، برنامج تلافي الإبتكاسة، البرنامج الترفيهي، برنامج التأهيل النفسي)

أهداف برنامج تأهيل مرضى الإدمان بمراكز العزيمة :

١. قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الإدمان
 ٢. قدرة البرنامج على إكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الإدمان
 ٣. قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الإدمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية
 ٤. قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني والعلاج بالرياضة
 ٥. قدرة البرنامج على حماية المتعافين من الانتكاسة
- (وزارة التضامن الاجتماعي ، ٢٠١٩)

جدول رقم (١) يوضح حساب معامل الارتباط بين درجات مجموع كل بعد، وبين المجموع الكلي لدرجات المقياس.
(ن=١٠)

معامل الارتباط بيرسون	البعد
**٠.٧٩٦	برنامج تأهيل مرضى الإدمان
**٠.٨١٣	تمكين المتعافين

جدول (٢) يوضح معامل الثبات لأبعاد مقياس

(ن=١٠)

معامل ثبات (جثمان) للتجزئة النصفية	الأبعاد
٠.٨٠١	برنامج تأهيل مرضى الإدمان
٠.٧٢٩	تمكين المتعافين
٠.٧٨٣	الأداة ككل

مركز سمالوط خلال فترة تطبيق البحث وعددهم

(١٢٤). طبقاً للشروط التالية:

- أن يكون المتعافين من فئة البالغين (١٨ عام) فأكثر.

- أن يكون المتعافين قد استفادوا من خدمات برنامج تأهيل مرضى الإدمان .

- أن يكون قد تعدى فترة ثلاثة شهور من الاستفادة خدمات برنامج تأهيل مرضى الإدمان.

• المجال الزمني : فترة جمع البيانات من ٢٠٢١/٨/٣ وحتى ٢٠٢١/٨/٣٠ م.

ويتضح من نتائج الجدول السابق أن معامل ثبات (جثمان) يساوي (٠.٧٨٣)، مما يشير إلى ثبات الأداة وإمكانية الاعتماد عليه في القياس وإمكانية الاعتماد على النتائج التي يتم التوصل إليها باستخدامها.

٤- مجالات الدراسة:-

المجال المكاني: مركز العزيمة لتأهيل مرضى الإدمان بمركز سمالوط بمحافظة المنيا وتم اختيار المجال المكاني للدراسة للمبررات الاتية:

أ- مركز العزيمة بالمنيا من أولى المراكز التي تقوم بتنفيذ برنامج تأهيل مرضى الإدمان بصعيد مصر .

ب- رغبة واستعداد المسؤولين في مساعدة الباحث لإجراء الدراسة .

المجال البشري : حصر شامل للمتعافين المترددين على مراكز العزيمة - بمحافظة المنيا-

ثامناً: نتائج الدراسة الميدانية:

جدول رقم (٣) يوضح وصف مجتمع الدراسة (المتعافيين)

(ن = ١٢٤)

م	الإقامة	ك	%
١	قرية	٢٧	٢١.٨%
٢	مدينة	٩٧	٧٨.٢%
م	السن		
	متوسط السن	٢٨.٣١	
	الانحراف المعياري	٦.٣٦	
م	المؤهل العلمي	ك	%
١	أمي	٢٣	١٨.٥%
٢	يقرأ ويكتب	٤٦	٣٧.١%
٣	تعليم متوسط	٣٩	٣١.٤%
٤	تعليم جامعي	١٤	١١.٣%
٥	تعليم فوق الجامعي	٢	١.٦%
م	الحالة الاجتماعية	ك	%
١	أعزب	٨٩	٧١.٨%
٢	متزوج	٢٢	١٧.٨%
٣	مطلق	١٣	١٠.٤%
٤	أرمل	-	-
م	العمل	ك	%
١	لا أعمل	٣٥	٢٨.٢%
٢	قطاع حكومي	١٦	١٢.٩%
٣	قطاع خاص	٢٤	١٩.٤%
٤	مستقل	٤٩	٣٩.٥%
م	عدد أفراد الأسرة	ك	%
١	٣ - ٥ أفراد	٤٤	٣٥.٥%
٢	٥ - ٧ أفراد	٥٨	٤٦.٨%

٣	٧ افراد فاكثر	٢٢	%١٧.٧
---	---------------	----	-------

- بالنسبة للحالة الاجتماعية جاء فى الترتيب الاول أعزب بنسبة(٧١.٨%)، يليه فى الترتيب الثاني متزوج بنسبة(١٧.٨%) وفى النهاية مطلق بنسبة(١٠.٤%).

- بالنسبة لطبيعة العمل جاء فى الترتيب الاول عمل مستقل بنسبة(٤٤.٤%)، يليه فى الترتيب الثاني لا يعمل بنسبة(٢٨.٢%) وفى النهاية قطاع حكومي بنسبة(١٢.٩%).

- اما بالنسبة لعدد افراد الاسرة فقد جاء فى الترتيب الاول ٥ - ٧ افراد بنسبة(٤٦.٨%)، يليه فى الترتيب الثاني ٣ - ٥ افراد بنسبة (٣٥.٥%) وفى النهاية ٧ افراد فاكثر بنسبة(١٧.٧%).

ب: ابعاد برنامج تأهيل مرضى الادمان:

جدول رقم (٤) يوضح قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الادمان

(ن=١٢٤)

م	العبارة	الاستجابات			المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
		نعم	الى حد ما	لا			
		ك	ك	ك			
١	ساهم البرنامج في تغيير بعض سلوكياتي	٨٩	٢٨	٧	٢.٦٦	٠.٥٨٢	١
٢	ساهم البرنامج في تعديل بعض اتجاهاتي السلبية	٨٥	٣٣	٦	٢.٦٣	٠.٥٧٥	٢
٣	ساهم البرنامج في تحسين مكاتي الاجتماعية	٨٣	٣١	١٠	٢.٥٨	٠.٦٣٧	٥
٤	ساعدني البرنامج في مواجهة	٨٧	٢٧	١٠	٢.٦٢	٠.٦٣٢	٣

						بعض مشكلات الحياة اليومية	
٤	٠.٦٧٣	٢.٥٩	١٣	٢٤	٨٧	مكنني البرنامج من الحصول على افضل الخدمات المجتمعية من البيئة	٥
٧	٠.٦٨٠	٢.٤٩	١٣	٣٧	٧٤	ساعدني البرنامج علي المشاركة في الانشطة الاجتماعية المختلفة	٦
٦	٠.٦٦٤	٢.٥٧	١٢	٢٩	٨٣	وفر لي البرنامج الاشتراك في الاندية الرياضية	٧
مرتفع	٠.٤٠٦	٢.٥٦	المتغير ككل				

جاء في نهاية الترتيب (ساعدني البرنامج علي المشاركة في الانشطة الاجتماعية المختلفة) بمتوسط وزني (٢.٤٩)، حيث أكدت علي ذلك دراسة المشعان (٢٠٠٣) والتي أشارت إلي أهمية إعداد برامج وقائية وتوعوية وإيجاد وسائل ترفيه لتحقيق الدمج الاجتماعي للشباب، وتناولت دراسة حنفي ٢٠٠٢ أهمية صياغة برامج وقائية تتضمن العديد من الأهداف والتكتيكات وذلك لدمج الشباب المتعاطي إجتماعيا داخل المجتمع.

يوضح الجدول السابق : قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الإدمان حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٥٦) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (ساهم البرنامج في تغيير بعض سلوكياتي) بمتوسط وزني (٢.٦٦)، يليها في الترتيب الثاني (ساهم البرنامج في تعديل بعض اتجاهاتي السلبية) بمتوسط وزني (٢.٦٣)، وفي الترتيب قبل الأخير جاء (وفر لي البرنامج الاشتراك في الاندية الرياضية) بمتوسط وزني (٢.٥٧)، بينما

جدول رقم (٥) يوضح قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الادمان

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٦	٠.٨٢٩	٢.٢٧	٣٠	٣٠	٦٤	يمكنني الالتزام بأداء الأعمال المختلفة التي توكل إلي	١
١	٠.٥١١	٢.٧٦	٥	١٩	١٠٠	أمتلك القدرة علي فهم ما يطلب مني من أعمال مختلفة	٢
٣	٠.٦٥٥	٢.٥٤	١١	٣٥	٧٨	أبحث عن أساليب وطرق متعددة لتحقيق المهام المطلوبة مني	٣
٢	٠.٦٦٥	٢.٥٦	١٢	٣٠	٨٢	ساعدني البرنامج علي أداء الواجبات في المواقف المختلفه	٤
٥	٠.٦٣٠	٢.٤٧	٩	٤٧	٦٨	أكسبني البرنامج قيمة الولاء والانتماء لما أقوم به من اعمال	٥
٤	٠.٥٨٩	٢.٥٤	٦	٤٤	٧٤	أعتر كثيرًا بما أمارسه من أعمال مختلفة	٦
مرتفع	٠.٣٨٢	٢.٥٢	المتغير ككل				

المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (أمتلك القدرة علي فهم ما يطلب مني من أعمال مختلفة) بمتوسط وزني (٢.٧٦)، يليها في الترتيب الثاني (ساعدني البرنامج علي أداء الواجبات في

يوضح الجدول السابق : قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الادمان حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٥٢) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب

المواقف المختلفة) بمتوسط وزني (٢.٥٦)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (أكسبني البرنامج قيمة الولاء والانتماء لما أقوم به من اعمال) بمتوسط وزني (٢.٤٧) بينما جاء في نهاية الترتيب (يمكنني الالتزام بأداء الأعمال المختلفة التي توكل إلي) بمتوسط وزني (٢.٢٧). حيث يتفق هذا مع نتائج دراسة الطويسى وآخرون (٢٠١٣) إلى أن أكثر فئات الشباب تعاطياً

وعودة إلى الإدمان هم العاطلون عن العمل، مما استدعى ضرورة أعداد وصياغة البرامج الاجتماعية المختلفة لوقاية الشباب من خطر الادمان والتعاطي، كما تناولت دراسة محمود ٢٠١٧ أهمية المساعدة في تخطيط برامج التوظيف لمساعدة المتعافين من الإدمان في الحصول على فرص عمل مناسبة.

جدول رقم (٦) يوضح قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الادمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية

(ن=١٢٤)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٢	٠.٤٣٨	٢.٧٧	١	٢٦	٩٧	أكتسبت مهارات يدوية مختلفة تساعدني علي أداء عمالي	١
٤	٠.٦٢١	٢.٦٦	١٠	٢١	٩٣	تتوافق الحرف اليدوية التي تعلمتها مع تطلعاتي	٢
٥	٠.٥٦٠	٢.٦٣	٥	٣٥	٨٤	تقوم المؤسسة بمتابعتي بشكل مستمر في بيئة العمل	٣
٣	٠.٤٦٦	٢.٧٥	٢	٢٦	٩٦	دائما ما أكون علي دراية بالمهارات والأعمال المطلوبة في المجتمع	٤
١	٠.٤٦٦	٢.٨١	٤	١٥	١٠٥	أكسبني البرنامج مهارات القيادة في المواقف المختلفة	٥
٦	٠.٦٤٣	٢.٥٢	١٠	٣٩	٧٥	مكنني البرنامج من تنظيم وإدارة وقتي لتحقيق أهدافي	٦

						العملية
مرتفع	٠.٣١٨	٢.٦٩	المتغير ككل			

العمل) بمتوسط وزني (٢.٦٣) و جاء في نهاية الترتيب (مكنني البرنامج من تنظيم وادارة وقتي لتحقيق أهدافي العملية) بمتوسط وزني (٢.٥٢)، حيث دلت نتائج دراسة الحوسني ٢٠٠٨ أن عدم تدريب المتعافين علي حرف يدوية، و المعوقات القانونية، والصعوبات النفسية، والاجتماعية التي تواجه المدمنين بعد العلاج والشفاء هي أحد أهم العوامل المؤثرة في الانتكاسة، مما يستدعي الاهتمام بإكسابهم الحرف اليدوية التي تتوافق مع قدراتهم.

يوضح الجدول السابق : قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الادمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٦٩) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (أكسبني البرنامج مهارات القيادة في المواقف المختلفة) بمتوسط وزني (٢.٨١)، يليها في الترتيب الثاني (أكتسبت مهارات يدوية مختلفة تساعدني علي أداء أعالي) بمتوسط وزني (٢.٧٧)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (تقوم المؤسسة بمتابعتي بشكل مستمر في بيئة

جدول رقم (٧) يوضح قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني والعلاج بالرياضة

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعيارى	المتوسط الوزنى	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٢	٠.٤٩٩	٢.٧٢	٣	٢٨	٩٣	أكسبني البرنامج مهارات ممارسة الرياضيات المختلفة	١
٣	٠.٦١٦	٢.٥٤	٨	٤٠	٧٦	حصلت علي جلسات علاج رياضي داخل المؤسسة	٢
٧	٠.٦٠٣	٢.٥٣	٧	٤٤	٧٣	ساعدني البرنامج علي تحسين اللياقة البدنية لدي	٣
٤	٠.٦٤٢	٢.٥٤	١٠	٣٦	٧٨	نفذ معي برامج مختلفة للتخفيف من الألم الذي أعاني منه	٤

٥	تتوافر الأجهزة الرياضية المناسبة لممارسات الرياضات المختلفة	٨٤	٢٤	١٦	٢.٥٤	٠.٧١٤	٦	
٦	توفر لى المؤسسة متخصصين لمساعدتي علي ممارسة الانشطة الرياضية	٧٩	٣٣	١٢	٢.٥٤	٠.٦٦٧	٥	
٧	يتوافر متخصصين في العلاج الطبيعي وأنظمة التغذية داخل المؤسسة	٩٥	٢٥	٤	٢.٧٣	٠.٥١١	١	
المتغير ككل							٠.٣٣٧	مرتفع

يوضح الجدول السابق : قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني والعلاج بالرياضة حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٥٩) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (يتوافر متخصصين في العلاج الطبيعي وأنظمة التغذية داخل المؤسسة) بمتوسط وزني (٢.٧٣)، يليها في الترتيب الثاني (أكسبني البرنامج مهارات ممارسة الرياضيات المختلفة) بمتوسط وزني (٢.٧٢)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (تتوافر الأجهزة الرياضية المناسبة لممارسات الرياضات المختلفة) بمتوسط

وزني (٢.٥٤) و جاء في نهاية الترتيب (ساعدي البرنامج علي تحسين اللياقة البدنية لدي) بمتوسط وزني (٢.٥٣)، ويتفق هذا مع نتائج دراسة براك (٢٠١٤) : والتي توصلت إلي أن لبرامج الرعاية الصحية والرياضية والنفسية اللاحقة دورا ايجابيا في مساعدة الشباب علي عدم الانتكاسة.

جدول رقم (٨) يوضح قدرة البرنامج على حماية المتعافين من الانتكاسة

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبرة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٤	٠.٦٢٧	٢.٦٤	١٠	٢٤	٩٠	يتواصل معي أعضاء المؤسسة بإستمرار بعد تلقي العلاج	١
٣	٠.٦٠٥	٢.٦٧	٩	٢٢	٩٣	يتوافر فريق عمل متخصص لتقديم المشورة اليومية لي	٢
٧	٠.٦٧٦	٢.٤٢	١٣	٤٥	٦٦	يقدم لي البرنامج خدمات نفسية بعد إنتهاء فترة العلاج	٣
٦	٠.٦٢٧	٢.٥٦	٩	٣٦	٧٩	يتواصل أعضاء المؤسسة مع أصدقائي بشكل مستمر	٤
١	٠.٥٦٩	٢.٧٠	٧	٢٣	٩٤	توجد حلقة تواصل بين المؤسسة وأسرتي	٥
٥	٠.٦٢٦	٢.٥٧	٩	٣٥	٨٠	يحاول أعضاء المؤسسة تذليل الضغوط التي تواجهني	٦
٢	٠.٥٤٩	٢.٦٧	٥	٣٠	٨٩	يوجد جدول زمني محدد للتواصل مع المؤسسة بعد العلاج	٧
مرتفع	٠.٣٧٤	٢.٦٠	المتغير ككل				

المؤسسة وأسرتي) بمتوسط وزني (٢.٧٠)،
يليهما في الترتيب الثاني (يوجد جدول زمني محدد
للتواصل مع المؤسسة بعد العلاج) بمتوسط وزني
(٢.٦٧)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير
(يتواصل أعضاء المؤسسة مع أصدقائي بشكل

يوضح الجدول السابق : قدرة البرنامج على
حماية المتعافين من الانتكاسة حيث بلغ المتوسط
الوزني (٢.٦٠) وهو مستوي (مرتفع)
ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني:
جاء في الترتيب الأول (توجد حلقة تواصل بين

المهني مع حالات من مدمني الهيروين وتحقيق
التأهيل الاجتماعي للمدمنين وأسرتهم، وذلك
لمساعدتهم علي عدم الانتكاسة مرة أخرى.

ج- ابعاد التمكين للمتعافين

مستمر) بمتوسط وزني (٢.٥٦) بينما جاء في
نهاية الترتيب (يقدم لي البرنامج خدمات نفسية
بعد إنتهاء فترة العلاج) بمتوسط وزني (٢.٤٢)،
ويتفق هذا مع ما توصلت اليه دراسة مرسى
٢٠٠٣ والتي أكدت علي وضع برنامج التدخل

جدول رقم (٩) يوضح التمكين الاجتماعي للمتعافين

(ن=١٢٤)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبرة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٨	٠.٧١٥	٢.٥١	١٦	٢٨	٨٠	١	نمي لدي البرنامج المهارات الحياتية المختلفة
٧	٠.٧٢٦	٢.٤٦	١٧	٣٢	٧٥	٢	أصبح لدي درجة وعي بالمشكلات والظواهر الاجتماعية المختلفة
٩	٠.٧٢٣	٢.٣٥	١٨	٤٤	٦٢	٣	لدي رؤية واعية بحقوقى في المجتمع
٣	٠.٥١٢	٢.٦٩	٣	٣٢	٨٩	٤	أصبحت أدرك الواجبات التي يجب أن أقوم بها في المجتمع
٦	٠.٦٣٨	٢.٥٨	١٠	٣٢	٨٢	٥	أمتلك المعرفة بأماكن تقديم الخدمات التي أحتاج اليها
٤	٠.٥٨٤	٢.٦٥	٧	٢٩	٨٨	٦	أمتلك مهارات التواصل الفعال مع الأجهزة والمؤسسات المجتمعية
١	٠.٤٧٠	٢.٧٥	٢	٢٧	٩٥	٧	يمكنني تكوين علاقات إيجابية مع كافة الأفراد في المجتمع
٢	٠.٤٨٣	٢.٧٥	٣	٢٤	٩٧	٨	أستطيع المشاركة في الابحاث

						والدراسات التي تجريها المؤسسة	
٥	٠٠.٦٠٢	٢.٦٣	٨	٢٩	٨٧	يمكنني إبداء المشورة والنصائح لزملائي	٩
مرتفع	٠٠.٣٢٨	٢.٦٠	المتغير ككل				

المجتمع (بمتوسط وزني (٢.٣٥)، ويتفق هذا مع دراسة (موسى، أميرة محمود ٢٠٠٩) والتي أشارت إلى مجموعة من الآليات الاقتصادية والاجتماعية التي تساهم بها الجمعيات الأهلية في التمكين الاجتماعي والاقتصادي للفئات التي تحتاج لذلك، كما تؤكد علي ذلك دراسة (حامد، وردة باشير ٢٠٠٨ إلى أهمية التغيير في أسلوب المعيشة والتدريب على كيفية تحقيق الاكتفاء الذاتي وذلك لتحقيق التمكين الاجتماعي للفئات المختلفة داخل المجتمع.

يوضح الجدول السابق : مستوي التمكين الاجتماعي للمتعافين حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٦٠) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (يمكنني تكوين علاقات إيجابية مع كافة الأفراد في المجتمع) بمتوسط وزني (٢.٧٥)، يليها في الترتيب الثاني (أستطيع المشاركة في الأبحاث والدراسات التي تجريها المؤسسة) بمتوسط وزني (٢.٧٥)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (نمي لدي البرنامج المهارات الحياتية المختلفة) بمتوسط وزني (٢.٥١) بينما جاء في نهاية الترتيب (لدي رؤية واعية بحقوقني في

جدول رقم (١٠) يوضح التمكين النفسي للمتعافين

(ن=١٢٤)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبرة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٣	٠٠.٥٧٥	٢.٦٣	٦	٣٣	٨٥	مكنني البرنامج من إستعادة قدراتي وإمكانياتي	١
١	٠٠.٥١٩	٢.٧٥	٥	٢١	٩٨	أصحت أدرك ذاتي بشكل إيجابي	٢
٢	٠٠.٥٧٢	٢.٦٩	٧	٢٤	٩٣	يمكنني التعامل مع الجميع	٣

						بشكل متوازن وإيجابي	
٦	٠.٧٢٤	٢.٤٣	١٧	٣٦	٧١	أستطيع إتخاذ القرارات الايجابية في المواقف المختلفة	٤
٩	٠.٨٢٢	٢.٢٨	٢٩	٣١	٦٤	أصبحت أمتلك الثقة الكافية في المؤسسات المجتمعية المحيطة بي	٥
٤	٠.٦٩١	٢.٥٣	١٤	٣٠	٨٠	مكنني البرنامج من إستغلال أوقات الفراغ	٦
٧	٠.٧٧٤	٢.٤٠	٢٢	٣٠	٧٢	أمتلك الدافعية بعدم اللجوء إلي طريق الادمان مره اخري	٧
٥	٠.٦٦٦	٢.٤٥	١٢	٤٤	٦٨	أتطلع دائما لبذل الجهد وتحقيق أهدافي	٨
٨	٠.٧٣٣	٢.٣٤	١٩	٤٣	٦٢	أتكيف دائما مع الظروف التي تطرأ علي	٩
مرتفع	٠.٤٠٠	٢.٥٠	المتغير ككل				

المؤسسات المجتمعية المحيطة بي) بمتوسط وزني (٢.٢٨)، حيث علي ذلك دراسة شيونج لي (Cheung,C &Lee,T, 2003) على أن غالبية المتعافين من الإدمان قد استفادوا من العلاج المعرفي السلوكي في تعزيز الثقة، وفهم الأفكار، وممارسة الأنشطة لتمكينهم نفسياً، ومعرفة ضرر المخدرات، واكسابهم مهارة التفكير العقلاني، وضبط النفس، والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة، القدرة على التعامل مع الأحداث، والقدرة على حل المشكلات.

يوضح الجدول السابق : مستوى التمكين النفسي للمتعافين حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٥٠) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (أصبحت أدرك ذاتي بشكل إيجابي) بمتوسط وزني (٢.٧٥)، يليها في الترتيب الثاني (يمكنني التعامل مع الجميع بشكل متوازن وإيجابي) بمتوسط وزني (٢.٦٩)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (أتكيف دائما مع الظروف التي تتطراً علي) بمتوسط وزني (٢.٣٤) بينما جاء في نهاية الترتيب (أصبحت أمتلك الثقة الكافية في

جدول رقم (١١) يوضح التمكين الاقتصادي للمتعايفين

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبرة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٧	٠.٧٥٤	٢.٤١	٢٠	٣٣	٧١	١	ساهم البرنامج في إيجاد مصدر دخل مناسب
٢	٠.٧٤١	٢.٥٥	١٠	٣٥	٧٩	٢	يضمن لي البرنامج تسويق المنتجات المختلفة
٤	٠.٦٠٢	٢.٥٤	٧	٤٢	٧٥	٣	يوفر لي البرنامج ضمانات كافية للحصول على القروض التي إحتاجها
١	٠.٥٧٨	٢.٦٢	٦	٣٥	٨٣	٤	ينمي البرنامج لدي مهارات إدارة المشاريع الخاصة المختلفة
٦	٠.٦٥٦	٢.٥٠	١١	٣٩	٧٤	٥	يرشدني البرنامج للمشروعات التي تقدمها الجمعيات الأهلية والمؤسسات المختلفة
٥	٠.٦٧٩	٢.٥٤	١٣	٣١	٨٠	٦	يكسبني البرنامج مهارات التخطيط الجيد للمشروعات الإنتاجية
٣	٠.٥٨٩	٢.٥٤	٦	٤٤	٧٤	٧	يقدم البرنامج دورات تدريبية لإقامة مشروعات إنتاجية
مرتفع	٠.٣٧٦	٢.٥٣	المتغير ككل				

وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (ينمي البرنامج لدي مهارات إدارة المشاريع الخاصة المختلفة) بمتوسط وزني

يوضح الجدول السابق : مستوي التمكين الاقتصادي للمتعايفين حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٥٣) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك

(٢٠٦٢)، يليها في الترتيب الثاني (يضمن لي البرنامج تسويق المنتجات المختلفة) بمتوسط وزني (٢٠٥٥)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (يرشدني البرنامج للمشروعات التي تقدمها الجمعيات الأهلية والمؤسسات المختلفة) بمتوسط وزني (٢٠٥٠) بينما جاء في نهاية الترتيب (ساهم البرنامج في إيجاد مصدر دخل مناسب) بمتوسط وزني (٢٠٤١)، ويتفق هذا مع دراسة (موسى، أميرة محمود ٢٠٠٩) والتي أشارت إلي

مجموعة من الآليات الاقتصادية والاجتماعية التي تساهم بها الجمعيات الأهلية في تحقيق التمكين الاجتماعي والاقتصادي للفئات التي تحتاج لذلك، وأشارت دراسة (فالسالا كوماري ، Valsala, Kumari ٢٠١١)، إلى أهمية وجود آليات لتحقيق التمكين الاقتصادي للفئات المختلفة داخل المجتمع.

د: الصعوبات

جدول رقم (١٢) يوضح الصعوبات المرتبطة بالعنصر البشري

(ن=١٢٤)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبرة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٥	٠.٦٨٠	٢.٥٠	١٣	٣٦	٧٥	عدم وجود مهام محددة للقائمين علي تنفيذ البرنامج	١
٣	٠.٧١٥	٢.٥٢	١٦	٢٧	٨١	عدم وجود خطة لتنظيم الأعمال المطلوبة	٢
١	٠.٦١٦	٢.٥٤	٨	٤٠	٧٦	عدم تحديد مهام وانشطة كل عضو من اعضاء فريق العمل	٣
٦	٠.٧٢١	٢.٤١	١٧	٣٩	٦٨	ضعف ثقافة المسؤولية لدي القائمين	٤
٤	٠.٧٧٠	٢.٥١	٢١	١٨	٨٥	ضعف المهارات القيادية لدي المسؤولين	٥
٢	٠.٦٦٨	٢.٥٢	١٢	٣٥	٧٧	قلة توافر التخصصات المختلفة لتنفيذ أنشطة البرنامج	٦

مرتفع	٠.٣٨٧	٢.٥٠	المتغير ككل
-------	-------	------	-------------

تنفيذ البرنامج بمتوسط وزني (٢.٥٠)، بينما جاء في نهاية الترتيب (ضعف ثقافة المسؤولية لدي القائمين) بمتوسط وزني (٢.٤١)، حيث دلت نتائج دراسة الحوسني (٢٠٠٨) على أن عدم تدريب المدمنين علي الحرف اليدوية، وعدم وجود أشخاص مؤهلين، و المعوقات القانونية، والصعوبات النفسية، والاجتماعية التي تواجه المدمنين بعد العلاج والشفاء هي أحد أهم العوامل المؤثرة في الانتكاسة.

يوضح الجدول السابق : مستوي الصعوبات المرتبطة بالعنصر البشري حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٥٠) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (عدم تحديد مهام وانشطة كل عضو من اعضاء فريق العمل) بمتوسط وزني (٢.٥٤)، يليها في الترتيب الثاني (قلة توافر التخصصات المختلفة لتنفيذ أنشطة البرنامج) بمتوسط وزني (٢.٥٢)، وجاء في الترتيب قبل الأخير عدم وجود مهام محددة للقائمين علي

جدول رقم (١٣) يوضح الصعوبات المرتبطة بالامكانيات

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعيارى	المتوسط الوزنى	الاستجابات			العبرة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٢	٠.٦٤٢	٢.٥٤	١٢	٣٥	٧٧	١	قلة الموارد والامكانيات داخل المؤسسة
٣	٠.٦٩٢	٢.٥٢	١٤	٣١	٧٩	٢	عدم وجود قواعد بيانات ومعلومات للإعتماد عليها عند تنفيذ البرنامج
٦	٠.٧١٦	٢.٣٧	١٧	٤٣	٦٤	٣	ضعف مصادر التمويل التي يتم الاعتماد عليها
٥	٠.٦٣٩	٢.٤٢	١٠	٥١	٦٣	٤	تعقد الاجراءات الادارية لصرف الموارد المالية
١	٠.٥٧٠	٢.٦٥	٦	٣١	٨٧	٥	عدم وجود خطة مالية محددة لنبود الاتفاق والصرف

٤	٠.٧٥٩	٢.٤٦	٢٠	٢٦	٧٨	عدم ملائمة المكان المخصص للأنشطة	٦
مرتفع	٠.٤١٧	٢.٤٩	المتغير ككل				

المؤسسة) بمتوسط وزني (٢.٥٤)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (تعقد الاجراءات الادارية نصرف الموارد المالية) بمتوسط وزني (٢.٤٢) بينما جاء في نهاية الترتيب (ضعف مصادر التمويل التي يتم الاعتماد عليها) بمتوسط وزني (٢.٣٧).

يوضح الجدول السابق : مستوي الصعوبات المرتبطة بالامكانيات حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٤٩) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (عدم وجود خطة مالية محددة لبنود الاتفاق والصرف) بمتوسط وزني (٢.٦٥)، يليها في الترتيب الثاني (قلة الموارد والامكانيات داخل

جدول رقم (١٤) يوضح الصعوبات المرتبطة بالبيئة المحيطة

(ن=١٢٤)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
١	٠.٦٠٠	٢.٦٩	٩	٢٠	٩٥	النظرة السلبية للمجتمع تجاه من يعانون من الادمان	١
٢	٠.٦٣٠	٢.٦٢	١٠	٢٦	٨٨	عدم تدعيم المجتمع المحيط لما تقدمه من أنشطة	٢
٤	٠.٦٥١	٢.٥٨	١١	٣٠	٨٣	قلة توافر المعرض للمنتجات التي تصنع	٣
٦	٠.٦٦٨	٢.٤٩	١٢	٣٩	٧٣	قلة الشراكات بين الأجهزة في المجتمع لمساعدتنا	٤
٧	٠.٧٤٠	٢.٣٨	١٩	٣٨	٦٧	غياب الدافعية لدي جماعات القوي داخل المجتمع لمساعدتنا	٥
٥	٠.٧٠٤	٢.٥٠	١٥	٣٢	٧٧	النظرة السلبية التي يروجها	٦

						الاعلام لمن هم وقعوا في طريق الادمان	
٣	٠.٦٦٥	٢.٥٦	١٢	٣٠	٨٢	النظرة لمدمن المتعافي علي أنه شخص غير سوي داخل المجتمع	٧
مرتفع	٠.٤٠٦	٢.٥٤	المتغير ككل				

نقدمة من أنشطة) بمتوسط وزني (٢.٦٢)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (قلة الشراكات بين الأجهزة في المجتمع لمساعدتنا) بمتوسط وزني (٢.٤٩) بينما جاء في نهاية الترتيب (غياب الدافعية لدي جماعات القوي داخل المجتمع لمساعدتنا) بمتوسط وزني (٢.٣٨).

هـ: المقترحات

جدول رقم (١٥) يوضح المقترحات المرتبطة للمسئولين

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٦	٠.٦٦٢	٢.٥٨	١٢	٢٧	٨٥	وجود توصيف لمهام القائمين علي تنفيذ البرنامج	١
٣	٠.٤٧١	٢.٨٠	٤	١٦	١٠٤	رسم خطة لتنظيم الأعمال المطلوبة	٢
١	٠.٤١٦	٢.٨٥	٣	١٢	١٠٩	تحديد مهام وانشطة كل عضو من اعضاء فريق العمل	٣
٥	٠.٥٩٥	٢.٧٠	٩	١٨	٩٧	تنمية ثقافة المسؤولية الاجتماعية لدي القائمين	٤

٤	٠.٥٣٧	٢.٧٠	٥	٢٦	٩٣	تنمية المهارات القيادية لدي المسؤولين	٥
٢	٠.٤٢٣	٢.٨٢	٨	٢٠	٩٦	توفير التخصصات المختلفة لتنفيذ أنشطة البرنامج	٦
مرتفع	٠.٢٩٩	٢.٧٤	المتغير ككل				

أنشطة البرنامج) بمتوسط وزني (٢.٨٢)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (تنمية ثقافة المسؤولية الاجتماعية لدي القائمين) بمتوسط وزني (٢.٧٠) بينما جاء في نهاية الترتيب (وجود توصيف لمهام القائمين علي تنفيذ البرنامج) بمتوسط وزني (٢.٥٨).

يوضح الجدول السابق : مستوي المقترحات المرتبطة للمسؤولين حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٧٤) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (تحديد مهام وانشطة كل عضو من اعضاء فريق العمل) بمتوسط وزني (٢.٨٥)، يليها في الترتيب الثاني (توفير التخصصات المختلفة لتنفيذ

جدول رقم (١٦) يوضح المقترحات المرتبطة بالامكانيات

(ن=١٢٤)

الترتيب	الاحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٢	٠.٤١٠	٢.٨١	١	٢١	١٠٢	توفير الموارد والامكانيات داخل المؤسسة	١
٤	٠.٧٠٩	٢.٥٩	١٦	١٨	٩٠	إنشاء قواعد بيانات ومعلومات للاعتماد عليها عند تنفيذ البرنامج	٢
٥	٠.٦٨٩	٢.٥٦	١٤	٢٦	٨٤	إيجاد مصادر التمويل مختلفة يتم الاعتماد عليها	٣
٦	٠.٦٤٣	٢.٤٨	١٠	٤٤	٧٠	تيسير الاجراءات الادارية لصرف الموارد المالية	٤
١	٠.٣٧٦	٢.٨٣	-	٢١	١٠٣	رسم خطة مالية محددة	٥

						لبنود الاتفاق والصرف	
٣	٠.٤٦١	٢.٧٦	٢	٢٥	٩٧	توفير مكان مخصص لممارسة الأنشطة	٦
مرتفع	٠.٢٧٥	٢.٦٧	المتغير ككل				

المؤسسة) بمتوسط وزني (٢.٨١)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (إيجاد مصادر التمويل مختلفة يتم الاعتماد عليها) بمتوسط وزني (٢.٥٦) بينما جاء في نهاية الترتيب (تيسير الاجراءات الادارية لصرف الموارد المالية) بمتوسط وزني (٢.٤٨).

يوضح الجدول السابق : مستوي المقترحات المرتبطة بالامكانيات حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٦٧) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (رسم خطة مالية محددة لبنود الاتفاق والصرف) بمتوسط وزني (٢.٨٣)، يليها في الترتيب الثاني (توفير الموارد والامكانيات داخل

جدول رقم (١٧) يوضح المقترحات المرتبطة بالبيئة المحيطة

(ن=١٢٤)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الوزني	الاستجابات			العبارة	م
			لا	الى حد ما	نعم		
			ك	ك	ك		
٣	٠.٥٤٦	٢.٦٨	٥	٢٩	٩٠	ضمان الاهتمام الكافي من جانب سكان المجتمع ممن كانوا يعانون من الادمان	١
٤	٠.٥٤٩	٢.٦٧	٥	٣٠	٨٩	ضمان دعم المجتمع المحيط للأنشطة التي تقدم	٢
٥	٠.٦٤٦	٢.٦١	١١	٢٦	٨٧	إنشاء المعارض للمنتجات التي تصنع	٣
٦	٠.٦٥٥	٢.٥٢	١١	٣٧	٧٦	إنشاء شراكات بين الأجهزة في المجتمع لتحقيق الأهداف المرجوه	٤
٢	٠.٥٧٢	٢.٦٩	٧	٢٤	٩٣	محاولة التنسيق بين	٥

مرجع	٠.٣٣٠	٢.٦٤	المتغير ككل		
٦	٠.٦٥٦	٢.٥٠	١١	٣٩	٧٤
٧	٠.٤٦٤	٢.٧٩	٣	٢٠	١٠١
جماعات القوي داخل المجتمع لمساعدة المتعافين					
إتشاء برامج وحملات إعلانية لتدعيم المتعافين من الإدمان					
محاولة تعديل الانماط الثقافية السلبية تجاه المتعافين					

شراكات بين الأجهزة في المجتمع لتحقيق الأهداف المرجوه) بمتوسط وزني (٢.٥٢) بينما جاء في نهاية الترتيب (إتشاء برامج وحملات إعلانية لتدعيم المتعافين من الإدمان) بمتوسط وزني (٢.٥٠).

(و): النتائج المرتبطة باختبار الفروض.

١- الفرض الاول : من المتوقع ان يكون مستوي برنامج تأهيل مرضى الإدمان متوسط.

يوضح الجدول السابق : مستوي المقترحات المرتبطة بالبيئة المحيطة حيث بلغ المتوسط الوزني (٢.٦٤) وهو مستوي (مرتفع) ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط لوزني: جاء في الترتيب الأول (محاولة تعديل الانماط الثقافية السلبية تجاه المتعافين) بمتوسط وزني (٢.٧٩)، يليها في الترتيب الثاني (محاولة التنسيق بين جماعات القوي داخل المجتمع لمساعدة المتعافين) بمتوسط وزني (٢.٦٩)، بينما جاء في الترتيب قبل الأخير (إتشاء

جدول (١٨) يوضح مستوى برنامج تأهيل مرضى الإدمان

م	ابعاد البرنامج	المتوسط الوزني	الانحراف المعياري	المستوي
١	قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الإدمان	٢.٥٩	٠.٤٠٦	مرتفع
٢	قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الإدمان	٢.٥٢	٠.٣٨٢	مرتفع
٣	قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الإدمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية	٢.٦٩	٠.٣١٨	مرتفع
٤	قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني والعلاج	٢.٥٩	٠.٣٣٧	مرتفع

م	ابعاد البرنامج	المتوسط الوزني	الانحراف المعياري	المستوي
	بالرياضة			
٥	قدرة البرنامج على حماية المتعافيين من الانتكاسة	٢.٦٠	٠.٣٧٤	مرتفع
	متوسط ابعاد البرنامج ككل	٢.٦٠	٠.٢٦١	مرتفع

يوضح الجدول السابق:

(٢.٦٠)، بينما جاء الترتيب الاخير (قدرة البرنامج على اكساب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الادمان) بمتوسط وزني (٢.٥٢).

مما يجعلنا نرفض الفرض الاول للدراسة جزئيا ومؤداه : من المتوقع ان يكون مستوي برنامج تأهيل مرضى الادمان متوسط

٢- الفرض الثاني : من المتوقع ان يكون مستوي تمكين المتعافين متوسط.

أن مستوي برنامج تأهيل مرضى الادمان جاء مرتفعا بمتوسط وزني حيث بلغ (٢.٦٠) بانحراف معياري (٠.٢٦١)، وقد جاء في الترتيب الأول (قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الادمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية) بمتوسط وزني (٢.٦٩)، يليه في الترتيب الثاني (قدرة البرنامج على حماية المتعافيين من الانتكاسة) بمتوسط وزني

جدول (١٩) يوضح مستوى تمكين المتعافين

م	ابعاد التمكين	المتوسط الوزني	الانحراف المعياري	المستوي
١	التمكين الاجتماعي للمتعافيين	٢.٦٠	٠.٣٢٨	مرتفع
٢	التمكين النفسي للمتعافيين	٢.٥٠	٠.٤٠٠	مرتفع
٣	التمكين الاقتصادي للمتعافيين	٢.٥٣	٠.٣٧٦	مرتفع
	متوسط ابعاد التمكين ككل	٢.٥٤	٠.٢٦٩	مرتفع

يوضح الجدول السابق:

(٢.٥٣)، بينما جاء الترتيب الاخير (التمكين النفسي للمتعافيين) بمتوسط وزني (٠.٤٠٠). مما يجعلنا نرفض الفرض الثاني للدراسة جزئيا ومؤداه : من المتوقع ان يكون مستوي تمكين المتعافين متوسط

٣- الفرض الثالث : توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد برنامج تأهيل مرضى الإدمان وتحقيق التمكين المتعافين.

أن مستوي برنامج تمكين المتعافين جاء مرتفعا بمتوسط وزني حيث بلغ (٢.٥٤) بانحراف معياري (٠.٢٦٩)، وقد جاء في الترتيب الأول (التمكين الاجتماعي للمتعافيين) بمتوسط وزني (٢.٦٠)، يليه في الترتيب الثاني (التمكين الاقتصادي للمتعافيين) بمتوسط وزني

جدول (٢٠) العلاقة بين برنامج تأهيل مرضى الإدمان وتحقيق التمكين المتعافين

ن = (١٢٤)

م	التمكين ابعاد البرنامج	التمكين الاجتماعي للمتعافين	التمكين النفسي للمتعافين	التمكين الاقتصادي للمتعافين	التمكين ككل
١	قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الإدمان	**٠.٣٣٤	**٠.٣٢.٣	٠.٠٦١	**٠.٣٢٥
٢	قدرة البرنامج على اسباب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الإدمان	**٠.٤١٩	٠.١٤٦	٠.١٠٧	**٠.٢٩٣
٣	قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الإدمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن الحرفية	*٠.٢٠٥	*٠.٢٨٣	٠.١١١	**٠.٢٧٧
٤	قدرة البرنامج على تحقيق التأهيل البدني والعلاج بالرياضة	*٠.١٧٧	*٠.١٨٤	٠.١٢٠	*٠.٢١٩
٥	قدرة البرنامج على حماية المتعافين من الانتكاسة	**٠.٢٨٩	٠.١٤٤	**٠.٢٩٩	**٠.٣٢٥
	ابعاد البرنامج ككل	**٠.٤٠٧	**٠.٣٠٢	*٠.١٩٢	**٠.٤٠٥

** معنوي عند (٠.٠١)

* معنوي عند (٠.٠٥)

يتضح من الجدول السابق:

وجود علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى
معنوية (٠.٠١) بين برنامج تأهيل مرضى
الإدمان وتحقيق التمكين المتعافين حيث بلغت

قيمة الارتباط (**٠.٤٠٥) وقد يرجع ذلك إلى
وجود ارتباط طردي قوي بين هذه الأبعاد وأنها
جاءت معبرة عن ما تهدف الدراسة لتحديد طبيعة
العلاقة بين المتغيرات.

جدول (٢١) نتائج تحليل الانحدار المتعدد للعلاقة بين برنامج تأهيل مرضى الإدمان وتحقيق التمكين المتعافين

ن = (١٢٤)

معامل التحديد R ²	معامل الارتباط R	اختبار (ف) F-Test		اختبار (ت) T-Test		معامل الانحدار B	المتغيرات المستقلة
		القيمة المعنوية	القيمة	القيمة المعنوية	القيمة		
٠.١٧٩	٠.٤٢٤	٠.٠٠	٥.١٦٠	٠.٠٠	٦.١٩٣	١.٤٦٦	قدرة البرنامج على تحقيق الدمج الاجتماعي لمرضى الإدمان
				٠.٩٩٧	٠.٠٤	٠.٠٠	قدرة البرنامج على اسباب قيمة العمل وتحمل المسؤولية لمرضى الإدمان
				٠.٩٢٠	٠.١٠١	٠.٠١٢	قدرة البرنامج على تأهيل مرضى الإدمان لسوق العمل وتدريبهم على المهن

الحرفية			
		٠.١٢٣	٠.٩٩٩
		٠.٠٥٩	٠.٥٣٩
		٠.٤٦٤	١.٣١٠

يوضح الجدول السابق:

قيمة معامل الارتباط المتعدد بين المتغير المستقل (برنامج تأهيل مرضى الإدمان) والمتغير التابع (تمكين المتعافين) حيث بلغ (٠.٤٢٤) وهي تدل على وجود ارتباط طردي بين المتغيرات. وقد بلغت نتيجة اختبار ف (F=5.160) وهي معنوية وبالتالي فهي تشير إلى معنوية نموذج الانحدار المتعدد، وبلغت قيمة معامل التحديد (٠.١٧٩)، أي أن برنامج تأهيل مرضى الإدمان تفسر (١٧.٩%) من التغيرات في تمكين المتعافين من الإدمان.

وتوضح نتيجة اختبار (ت) تأثير كل بعد فرعي من ابعاد برنامج تأهيل مرضى الإدمان في تمكين

المتعافين ، حيث بلغت قيمتها (٥.١٦٠) وهي معنوية عند (٠.٠٠١).

وبالنظر الى نتائج الجدولين السابقين يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة ومؤداه: توجد علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين ابعاد برنامج تأهيل مرضى الإدمان وتحقيق التمكين المتعافين. الفرض الرابع للدراسة: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المقيمين بالمدن والمقيمين بالقرى من المتعافين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تمكينهم من برنامج تأهيل مرضى الإدمان.

جدول (٢٢) يوضح الفروق بين المقيمين بالمدن والمقيمين بالقرى من المتعافين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تمكينهم من برنامج تأهيل مرضى الإدمان.

م	المتغير	المجتمع	N	المتوسط الوزني	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة F	قيمة T
١	مستوى تمكين المتعافين من برنامج تأهيل مرضى الإدمان	المدن	٩٧	٢.٥٣	٠.٢٨٧	122	٠.٤٧٠	٠.٩١٦
		القرى	٢٧	٢.٥٨	٠.١٨٦			

** معنوى عند ٠.٠٠١

يوضح الجدول السابق:

عدم وجود فروق معنوية بين المقيمين بالمدن والمقيمين بالقرى من المتعافين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تمكينهم من برنامج تأهيل مرضى الإدمان حيث بلغت قيمة اختبار T

* معنوى عند ٠.٠٠٥

(٠.٩١٦) وهي غير داله معنويا عند درجة حرية (١٢٢).

مما يجعلنا نقبل الفرض الرابع للدراسة والذي مؤداه: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المقيمين بالمدن والمقيمين بالقرى من المتعافين

تاسعاً: توصيات الدراسة:

فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تمكينهم من برنامج
تأهيل مرضى الإدمان.

م	الموضوع	الآليات
١	توصيات خاصة بالعنصر البشري	١. تصميم بطاقات وصف وظيفي لجميع العاملين داخل مؤسسات علاج وتأهيل المدمنين. ٢. تحديد مهام وواجبات كل عضو داخل المؤسسة ، مع ارتباطه بتوقيتات زمنية محددة. ٣. عقد الدورات وورش العمل لتنمية المهارات القيادية والإدارية لدى المسؤولين. ٤. وضع آليات للامتيازات التي يحصل عليها عضو المؤسسة في حالة تميزه، وبدون للعقاب في حالة عدم الانجاز. ٥. ربط التدرج الوظيفي بمقدار الجهد المبذول وليس بالسن. ٦. ضمان توفير التخصصات المختلفة داخل مؤسسات علاج وتأهيل المدمنين.
٢	توصيات مرتبطة بالموارد والإمكانيات	١. عقد شراكات مع المؤسسات المجتمعية المحيطة لتوفير الموارد والإمكانيات اللازمة. ٢. صياغة خطط محكمة في ضوء الموارد والإمكانيات المتوفرة. ٣. استثمار العنصر البشري داخل مؤسسات علاج وتأهيل المدمنين. ٤. توقيع برتوكولات مع المعارض الخاصة ومعارض الأسر المنتجة لتسويق الأعمال اليدوية والحرفية والمشغولات.
٣	توصيات مرتبطة بأجهزة الدولة والبيئة المحيطة	١. سن القوانين والتشريعات التي تكفل بعض الامتيازات للمدمن المتعافي. ٢. تشكيل لجان من جماعات القوي والمصالح داخل المجتمع للتوعية بكيفية التعامل مع ظاهرة الإدمان. ٣. تغليظ العقوبات علي ممن ينتهج سلوك سلبي نحو المتعافيين من الإدمان.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- www.moss.gov.eg, وزارة التضامن الاجتماعي المصرية (٢٠١٨)
- أبو النصر , مدحت محمد (٢٠٠٤) : الإعاقة الاجتماعية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية , القاهرة, مجموعة النيل العربية .
- أبو النصر , مدحت محمد (٢٠٠٨) : "مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات "العوامل والآثار والمواجهة" مع الإشارة إلى تجارب من مصر والإمارات والكويت وأمريكا" , الجيزة , ط ١ , دار العالمية للنشر والتوزيع .
- الباسوسي, أحمد إبراهيم (٢٠٠٧): طريقة للتغلب على الانتكاس بعد العلاج ,الإسكندرية مركز الإسكندرية للكتاب
- الحوسني (٢٠٠٨):تقييم فاعلية خدمات الرعاية الاجتماعية للمدمنين على الكحول والمخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة, دراسة حالة المركز الوطني للتأهيل بإمارة ابو ظبي, رسالة ماجستير غير منشورة, علم الاجتماع, الجامعة الأردنية, عمان .
- الحميدان ,عابد (٢٠٠٦) : سياسة المواجهة وطرق الوقاية من المخدرات والخمور, الإدارة العامة لمكافحة الخدرات
- الحميدان ,عابد (٢٠٠٧) : "أثر الحروب في انتشار المخدرات", (الرياض : مكتبة الملك فهد الوطنية).
- الديدي, رشا (٢٠٠٥): أسباب الانتكاسة كما يدركها مرض سوء استخدام المواد المؤثرة

- نفسياً من نزلاء المستشفيات, مصر, مجلة الدراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية .
- الزراد , فيصل (٢٠٠٩) : الإدمان على الكحول والمخدرات, لبنان, دار العلوم.
- السهلي, عبدالله والنمير, متعب (١٤٣٦هـ) : رسائل من المتعافين إلى المجتمع, مجلة جمعية تعافي الخيرية , الجمعية الخيرية للمتعافين من المخدرات والمؤثرات العقلية, العدد الأول, الدمام.
- الطويسي, باسم وآخرون (٢٠١٣) : اتجاهات الشباب نحو المخدرات (دراسة ميدانية في محافظة معان) عمادة البحث العلمي, الجامعة الأردنية .
- الطايفي, عبده كامل, وآخرون (١٤٣٣هـ) : إسهام رجال الأعمال السعوديين في توظيف المتعافين للوقاية من العود إلى المخدرات, عمادة البحث العلمي, جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية, الرياض
- العراي, حكمت (١٩٩٩): العوامل المؤدية إلى إدمان الشباب السعودي على المخدرات , بحث منشور , مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية , العدد السابع , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة حلوان .
- الغريب, عبدالعزيز (١٤٢٨هـ) : القبول الاجتماعي للمدمن المتعافى: دراسة ميدانية على عينة من أفراد المجتمع, مجلة البحوث الأمنية, كلية الملك فهد الأمنية, الرياض.
- القحطاني, على عايش (٢٠٠٩): الرعاية المستمرة لمدمني المخدرات وأسره, الدورة التدريبية الخاصة, خفض الطلب على المخدرات

لمنسوبي الحرس الملكي، الرياض :جامعة نايف
العربية للعلوم الأمنية .

المشعان , عويد سلطان (٢٠٠٣): مشكلات
المخدرات بين الشباب في دولة الكويت " الأسباب
والوقاية " , المؤتمر الدولي الرابع حول الحاجات
النفسية والاجتماعية والتربوية للشباب في
مجتمعات مجلس التعاون الخليجي , الكويت ,
مكتب الانماء الاجتماعي

النيال، مایسة أحمد (١٩٩٨): بعض المتغيرات
الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيري
في ريف مصر وحضرها، مصر، مجلة علم
النفس، العدد ٤٨ .

الأصاري ،أحمد (٢٠٠٨): فعالية برنامج
معرفي سلوكي وبرنامج إرشادي أسري للوقاية
من الإنتكاسة لعينة من المراهقين المدمنين
المنتكسين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية
التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة كفر الشيخ.
براك، يوسف (٢٠١٤) : مدى فاعلية برامج
الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم
اجتماعيا :دراسة ميدانية على مستشفى الصحة
النفسية في منطقة حائل، رسالة دكتوراه غير
منشورة،، علم الاجتماع، الجامعة الأردنية،
عمان .

بدوي، أمينه إبراهيم & سعدات، محمود فتوح
(٢٠١٦): الأثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب
الجامعة للمواد المخدر، غزة جامعة فلسطين .

بن حميد، لطيفة بنت محمد (١٤٣٦هـ) :
الضغوط المرتبطة بانتكاسة المدمن بعد التعافي،
رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم

الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود
الإسلامية، الرياض .

جبريل، أيمن(٢٠١٥): العوامل الاجتماعية
والاقتصادية والنفسية ودورها في عودة مدمني
المخدرات المتعالجين إلى تعاطي المخدرات بعد
تلقيهم العلاج، رسالة دكتوراه؛ الأردن، جامعة
مؤته .

حنفي ، ماجد محمد (٢٠٠٢) : نحو برنامج
لزيادة فاعلية دور أندية الشباب السعودية في
الوقاية من إدمان المخدرات , بحث منشور ,
المؤتمر العلمي الخامس عشر , الخدمة
الاجتماعية والسلام الاجتماعي , القاهرة , كلية
الخدمة الاجتماعية , جامعة حلوان

حسين، محي الدين (٢٠٠٣) : التأهيل النفسي
والاجتماعي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها، الدليل
الأول ، مدخل تمهيدي، إلى تأهيل مدمني
المخدرات. القاهرة. المجلس القومي لمكافحة
الإدمان والتعاطي .

حسين، عبدالعزيز(٢٠٠٤) : المشكلات
الاجتماعية التي يواجهها المتعافون من الإدمان
على المخدرات : دراسة ميدانية على عينة من
المدمنين المتعافين بمدينة الرياض ، مجلة شؤون
اجتماعية، الإمارات العربية المتحدة ، العدد ٨٢ .

حامد . وردة باشير(٢٠٠٨): أسهامات جمعيات
سيدات الأعمال في تمكين الأسر محدود الدخل،
رسالة ماجستير غير منشورة جامعة حلوان، كلية
الخدمة الأجتماعية،

حسن ، أميرة محمود موسى(٢٠٠٩): آليات
الجمعيات الأهلية في تمكين الأسر الفقيرة،

(رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

حمزة , أحمد إبراهيم (٢٠١٣) : تقويم المشروعات الاجتماعية , الدمام , المملكة العربية السعودية.

خليفة, محروس محمد(١٩٩٢) دليل تحليلي لإدارة المؤسسات الاجتماعية, القاهرة , الأمانة العامة لجامعة الدول العربية .

خليل وآخرون ,نجوى حسين (٢٠١٥): "الخطوة التنفيذية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات في مصر, القاهرة, المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان , صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

رضا, عبدالحليم (١٩٩٨): رسم سياسة اجتماعية للوقاية من الإدمان , القاهرة , دار عمان للخدمات العلمية .

رمضان أحمد, أيمن(٢٠٢١):العائد الاجتماعي لمشروع تكافل وكرامة كمدخل لتطوير شبكات الأمان الاجتماعي,مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة الفيوم,العدد الثالث والعشرون.

سويف , مصطفى (٢٠٠٤): معجم مصطلحات الإدمان والإعتماد على المواد المؤثرة نفسياً, القاهرة, المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية

عبد اللطيف, رشاد أحمد(٢٠٠٣): الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية " ,المكتب الجامعي الحديث, الإسكندرية.

عويس, مني محمود& الأفيدي, عبلة(١٩٩٩):التخطيط الاجتماعية والسياسة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق , القاهرة, دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

عادل, هبه الله(٢٠٢١): لبرنامج التحول الرقمي بالأجهزة التخطيطية علي المستوى القومي, مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة الفيوم,العدد الثاني والعشرون, الجزء الثالث.

عكاشه ,أحمد (٢٠٠٤): أضواء على التجربة المصرية في علاج الإدمان , المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان, القاهرة , المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

عبدالجواد , ليلى أحمد (٢٠٠٧): مشكلات إعادة دمج مرضى الإدمان في المجتمع , القاهرة, المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان , المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية , . عبد البر, هند:(٢٠٠٤) الوقاية من الانتكاسة, المجلة القومية للتعاطي والإدمان العدد (٩٢), مجلد (٢), المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية القاهرة.

عبد الحميد , جابر (١٩٩٨): معجم علم النفس والطب النفسي, الجزء الثاني, القاهرة, دار النهضة العربية.

عبد الوهاب , ميرفت صدقي(٢٠١٣): العوامل المؤثرة على التمكين الاقتصادي والاجتماعي للمرأة المعيلة (دراسة حالة قرية السماحة بوادي الصعايدة محافظة أسوان, جامعة القاهرة, كلية الآداب,

غانم، محمد حسن (٢٠١٤) : الوقاية من
المخدرات والتدخين، القاهرة، دار غريب للطباعة
والنشر.

غانم ، محمد حسن (١٩٩٨) : المدمنون
وقضايا الإدمان، دراسة نفسية استطلاعية، مجلة
علم النفس، العدد ٤٦، القاهرة، الهيئة العامة
للكتاب.

غباري ، محمد سلامة (١٩٩٩) : الإدمان "
أسبابه ونتائجه وعلاجه ، الإسكندرية ، المكتب
الجامعي الحديث .

فهمي ،محمد سيد (١٩٩٨) : الرعاية
الاجتماعية والأمن الاجتماعي ، الإسكندرية ،
المكتب الجامعي الحديث .

قنديل ،أماني (٢٠٠٨) : الموسوعة العربية
للمجتمع المدني، سلسلة العلوم الاجتماعية،
القاهرة، مكتبة الأسرة.

مرسى ،أحمد زكى (٢٠٠٣) : " استخدام
الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق
التأهيل الاجتماعي لمدمني الهيروين" ، القاهرة ،
رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الخدمة
الاجتماعية ، حلوان .

محمود، مرتضى : (٢٠١٧) : دور مؤسسات
المجتمع المدني في الحد من ظاهرة العود لتعاطي
المخدرات، مجلة الفكر الشرطي، جامعة عين
شمس، المجلد ٢٦ ، العدد ١٠٢ .

محمود ،عبد الحليم (١٩٩٧):"مشكلة المخدرات
في الوطن العربي"، الرياض : مكتبة الملك فهد
الوطنية.

مطر ، حازم محمد ابراهيم(٢٠١٧): العدالة
والسياسة الاجتماعية ، عمان، دار الحامد للنشر
والتوزيع .

مناور، عبيد العنزي (٢٠٢٠): العوامل
الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانتكاسة مدمني
المخدرات (دراسة ميدانية على الإخصائيين
العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض)
كلية علوم الجريمة، جامعة نايف العربية للعلوم
الأمنية.

نيازي، عبدالمجيد طاش (١٤٢٩هـ) : برامج
الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان، مركز
الدراسات والبحوث، أعمال الندوة العلمية الرعاية
اللاحقة للمفرج عنهم في قضايا المخدرات بين
النظرية والتطبيق، جامعة نايف العربية للعلوم
الأمنية، الرياض.

هاشم ، محمد عبدالمنعم(١٩٩٥) : تقويم
المدخلات والمخرجات، القاهرة، المعهد القومي
لتقويم البرامج .

وزارة الداخلية (٢٠١٥): الإدارة العامة لمكافحة
المخدرات، التقرير السنوي للعام السابع
والثمانين.

المراجع الأجنبية:

_ Brenda Bubils, kar le krogs
sudmiley social work and
Empowerment profesion pearson
Boston, 2005,p26.

_ Cheung,C &Lee,T (2003) Factors
in Successful Relapse
PreventionAmong Hong Kong Drug
Addicts, *Treating Substance*

_ Lambert General: list practice with individual Groups and Family Brooks / cole Thomson Leaner, 2001.

_ Valsala, kumari: Microcredit as A poverty Alleviation Strategy, Women's Empowerment and Gender Relations, PhD, The State University of New Jersey- New Brunswick, 2011.

Hurteau,Marthe&others: Monitoring & Evaluation for Results Evaluation Ethics What to expect from your evaluators,London,Biddies I.t2007.

Abusers in Correctional Contexts: New Understandings, New Modalities.

-Landry,M,J,Understanding Drugs Of Abuse :The Processes Of Addiction Treatment And Recovery .American Psychiatric Press .Inc , Washington,D,C,1994

_ Lian ,T Chu,F (2015) A Qualitative Study on Drug Abuse Relapse in Malaysia: Contributory Factors and Treatment Effectiveness, International Journal of Collaborative Research

