فعاليّة برنامج علاج جماعي انتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين

د. موسى بن محمد بن إبراهيم المهيمزي

جامعة القصيم

nise26_@hotmail.com

أ.د. أحمد بن عبد الله العجلان

جامعة القصيم

dr.aaalajlan@gmail.com

(قُدم للنشر في ٢٠٢٤/٠٩/٣، وقُبل للنشر في ٢٠٢٤/١٠/٢٠)

مستخلص البحث

هدفت الدراسة إلى قياس مدى فعاليّة برنامج علاجي جماعي انتقائي للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، مع تحليل الفروق بين الاستجابات في مختلف الأبعاد (المعرفية، الثقة بالنفس، الناحية العلاجية، الناحية السلوكية، الناحية النفسية، معنى الحياة، اللهفة وتلميحات العقار). وتضمنت الدراسة قياسات قبلية، وبعدية، وتتبعية لتقييم التغيرات عبر القياسات المتباينة. وتساعد هذه القياسات في تحديد الفروق قبل وبعد التدخل العلاجي، وكذلك استدامة التأثيرات على المدى الطويل. ولإجراء هذه الدراسة تم استخدم المنهج التجريبي، وبلغ حجم مجتمع الدراسة (٦٤) من المدمنين المتعافين، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) فردًا من المدمنين المتعافين مقسمين إلى (٦) مجموعة تجريبية و (٦) مجموعة ضابطة. وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسن في درجات المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ من القياس القبلي إلى القياس البعدي، ومن القياس البعدي إلى القياس التتبعي. وعليه خلصت الدراسة إلى: فعاليّة البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في كل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية (ماعدا بعد معنى الحياة) لمقياس الانتكاسة لصالح المجموعة التجريبية. إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة (ماعدا بعد معنى الحياة) للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية مما يعطي مؤشراً على وجود استمرارية للبرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة.

الكلمات المفتاحية: العلاج الجماعي الانتقائي–الانتكاسة–المدمنين المتعافين.

The Effectiveness of a Selective Group Therapy Program to Reduce Relapse Among Recovering Addicts

Dr. Mousa Mohammed ALmohaimzi

Qassim University
nise26_@hotmail.com

Prof. Ahmad Abdullah Alajlan

Qassim University
dr.aaalajlan@gmail.com

Abstract:

This study aimed to assess the effectiveness of a selective group therapy program in reducing relapses among recovering addicts. It specifically sought to examine differences between the experimental and control groups across various psychological and behavioral dimensions, including cognition, self-confidence, therapeutic engagement, behavior, psychological well-being, sense of life purpose, eagerness, and drug-related cues

The study employed an experimental design with pre-test, post-test, and follow-up measurements to track changes over time and assess the program's lasting impact. The sample consisted of 64 recovering addicts.

Findings revealed that participants in the experimental group demonstrated statistically significant improvements from pre- to post-test and from pre- to follow-up test. These results confirm the program's effectiveness in reducing relapses and enhancing psychological and behavioral outcomes. Additionally, no significant differences were found between post-test and follow-up results, indicating the sustained effectiveness of the intervention over time.

Keywords: Selective Group Therapy, Relapse, Recovering Addicts.

مقدمة

لا يكاد يخلو مجتمع من إدمان المخدرات، وازدياد الإقبال عليها من معظم شرائح المجتمع؛ ليتحول الأمر إلى ظاهرة اجتماعية مرضية تشكل تحديًّا على مستوى دول العالم، كما أنَّها لا تتعلق بمجتمع بعينه، بل تشمل جميع المجتمعات،

وتمتد آثارها إلى جوانب مختلفة: إنسانية، واقتصادية، واجتماعية، وصحية، وأمنية. وتعدُّ ظاهرة الإدمان ذات أثر سلبي وخطير على المجتمعات حيث يختلف انتشارها من مجتمع لآخر، ويتوقف هذا الأثر على طبيعة شخصية المدمن، وطول فترة الإدمان، وطبيعة قوانين هذا البلد وذاك، وقد يكون لنوع المخدر أثر في ذلك أيضًا، إلا أنَّه من الواضح أن المدمن يتأثر ويؤثر بمحيطه الاجتماعي من علاقات وتفاعلات ومشاركات. مما يسبب خللًا في بنيان الأسرة لتمتد آثاره إلى المجتمع بشكل كامل، ومن ثَمَّ تظهر آثاره الاجتماعية والنفسية والأمنية، لذلك فإن مدمن المخدرات يشكل خطرًا وتهديدًا نتيجة لعدم النضج الاجتماعي الذي يمرُّ به نتيجة التعاطي بدءًا من الانطواء إلى ارتكاب أفعال غير أخلاقية بتصرفات غير سوية في المجتمع تسهم في عرقلة مسيرة البناء والتطور في مجالات الحياة، وهذا ما يتنافى مع مبدأ القانون والحقوق المجتمعية وصولًا إلى غياب الأمن الاجتماعي.

وتعتبر الانتكاسة للمدمن بعد مرحلة التعافي من المشكلات التي تواجه المعالجين في مجال الإدمان، وذلك لتعدد المثيرات المسببة للانتكاسة كالأقران، والمشكلات الأسرية، واللهفة والاشتياق، وبالتالي فإن علاج الإدمان يستدعي التركيز على العوامل المتعددة التي تؤدي إلى الانتكاسة تفاديًا لأي ثغرة في فعالية التدخلات والبرامج العلاجية.

ولهذا وظفت الدراسة الحالية العلاج الجماعي الانتقائي القائم على فنيات متعددة من نماذج علاجية ونظريات علمية لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين بحيث يسهم في علاج الجوانب المتعددة للانتكاسة.

مشكلة الدراسة

أظهر تقرير المخدرات العالمي لعام ٢٠٢٤م أن عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات غير المشروعة ارتفع إلى ٢٩٢ مليونًا في عام ٢٠٢٢م، أي بزيادة قدرها ٢٠ % على مدار عشر سنوات. وأوضح أن أغلب المتعاطين في جميع أنحاء العالم يستهلكون القنب (٢٢٨ مليون شخص)، بينما يستهلك ٦٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم المواد الأفيونية، ويتعاطى ٣٠ مليون شخص الأمفيتامينات، و٢٣ مليوناً الكوكايين، و٢٠ مليونًا يتعاطون الإكستاسي (الأمم المتحدة ،٢٠٢٤).

ومن جهة أخرى كشف تقرير صادر عن وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية أن هناك أكثر من ٢٠٠ ألف مدمن على المخدرات في البلاد، فيما تحاول نسبة قليلة منهم اللجوء إلى العلاج، حسب التقرير الصادر بداية عام ٢٠٢٣، فيما يشير التقرير ذاته إلى أن أكثر المواد المخدرة في السعودية تتلخص في: "مادة الحشيش – وحبوب الكبتاجون – ومادة الهيروين"، فيما تتفاوت أنواع المواد المخدرة في درجة تأثيرها على الجهاز العصبي (الدوسري،٢٠٢٤). ورغم ما تقوم به المؤسسات العلاجية من دور فعّال في علاج مرضى الإدمان على المخدرات، إلا

أنَّ هناك مشكلة برزت في مرحلة ما بعد العلاج؛ إذ وجدت أعدادًا كبيرة من المدمنين بدأوا في العودة إلى التعاطي مرة ثانية، وهذا ما يسمى بظاهرة الانتكاسة Relapse"" وهي تعدُّ من أهم الصعوبات التي تواجه المهتمين بعلاج الاعتماد على المواد المخدرة سواء كانوا المعالجين، أو الأهل، أو حتى المرضى (الزهراني، ٢٠١٠، ص.٣).

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في بلدان مختلفة عن ارتفاع معدل انتشار الانتكاسة بين مدمني المخدرات بعد العلاج؛ حيث كانت بنسبة ٣٣٪ في نيبال، وبنسبة ٥٥,٨٪ في الصين، و٦٠٪ في سويسرا، وتوصلت دراسات مماثلة إلى أنَّ الانتكاسة تكون ما بين شهر واحد وسنة واحدة بعد الخروج من برامج العلاج .(Kabisa et al., 2021). فيما أشار تقرير صحيفة الوطن السعودية: "أن نسبة٦٧٪ من المتعافين ينتكسون ويعودون للتعاطي، وذلك وفقًا للمعطيات التي توفرها المراكز والمنشآت الخاصة بعلاج المدمنين، وأن كلفة علاج الفرد من إدمان المخدرات تتراوح بين ١٠٠ و١٢٠ ألف ريال سنويًا تدفعها الدولة" (العيسى والجعيد، ٢٠١٥).

وتتعدد الطرائق العلاجية في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في التعامل مع الإدمان، والعوامل المؤدية إلى الانتكاسة بعد العلاج، ومنها العلاج الجماعي. إذ تبدأ ممارسة الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في العلاج الجماعي إلى التركيز مع العملاء الذين تتشابه مشكلاتهم معًا بضمهم إلى جماعات صغيرة يستغل فيها أثر الجماعة في تغيير سلوك الأفراد، أي أنّه بتأثير التفاعل المتبادل بعضهم بعضًا، وعمل برامج جماعية هدفها تغيير سلوكيات المدمن، والتعليم والتأهيل لخلق جو اجتماعي صحي، وتغيير المفاهيم السلبية التي تدفع المدمن للتعاطي والاستمرار به.

وبناء على ذلك ظهرت الانتقائية من أجل التغلب على الصعوبات التي تعوق نظريات الخدمة الاجتماعية عن تحقيق أهدافها في مجال الممارسة المهنية. والتي عرفها الدامغ (١٩٩٦): " استخدام أكثر من إطار نظري، أو أكثر من نظرية، أو أكثر من نموذج نظري أثناء الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية".

وإشارة إلى ما سبق ذكره ترى الدراسة الحالية أنَّ علاج الإدمان والتعافي مرحلة طويلة تحتاج إلى وضع برامج علاجية تتوافق مع حاجات مريض الإدمان بجوانبه البيئية والذاتية، والتي تسهم في زيادة دافعيته والتغلب على عوامل الانتكاسة بعد انتهاء الفترة العلاجية في مستشفيات علاج الإدمان.

وتختصُّ هذه الدراسة بما يسمى بالمفهوم الانتقائي في علاج الإدمان من خلال العلاج الجماعي، لما له أهمية خاصة في مجال إدمان المخدرات؛ إذ إنّ غالبية المدمنين تعلموا تعاطي المخدرات عن طريق جماعة معينة، وتمتاز هذه الجماعة بالقوة والتأثير. لذلك يتم التخلص من الإدمان بمجموعة من أساليب واستراتيجيات منتقاة من نماذج التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية من خلال الجماعة العلاجية، مما يسهم في التقليل من العودة إلى انتكاسة المدمن المتعافي.

أهمية الدراسة

أ. الأهمية النظرية:

١-تهتم هذه الدراسة بالتصميم التجريبي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين، وذلك بسبب ندرة هذا النوع من الدراسات.

٢-تتوافق هذه الدراسة مع برامج وزارة الصحة وفق رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠م، في تحقيق أهدافها الاستراتيجية، ومنها تحسين جودة الخدمات وكفاءتها.

٣-استجابة لبرامج التحول الوطني في وزارة الصحة فيما يخص مجال الإدمان، وبناء على توصيات دراسات مختلفة ومتنوعة ترى من الضروري العمل على المزيد فيما يخص البحوث النظرية الميدانية لهذا المجال لتوعية المجتمع بذلك.

٤-حجم التكاليف التي تنفقها المملكة العربية السعودية في المكافحة والعلاج تصبح غير ذات جدوى مالم يتم استحداث برامج علاجية متعلقة بالمدمنين.

ب. الأهمية التطبيقية:

١-تهتم الدراسة الحالية في الأدوار المهنية المختلفة للأخصائيين الاجتماعيين في تدخلاتهم المهنية باستخدام العلاج الانتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين.

٢-تقدم هذه الدراسة برنامجًا يعتمد على العلاج الانتقائي لمساعدة المدمنين في علاجهم، وتأهليهم من الإدمان من خلال تطوير المهارات الاجتماعية لديهم.

٣-تعمل الدراسة على فعالية العلاج الانتقائي في تقليل الانتكاسة مما يسهم في تطوير الممارسة الإكلينيكية في الخدمة الاجتماعية.

٤ . أهمية البرنامج الانتقائي للمدمنين وبالأخص مع جماعات التعافي.

أهداف الدراسة

الوقوف على مدى فعالية برنامج علاجي جماعي انتقائي في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، وذلك من خلال:

١ -قياس الفروق في متوسط الرتب للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة .

٢ -قياس الفروق في متوسط الرتب للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

٣-قياس الفروق في متوسط الرتب للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للقياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.

فروض الدراسة

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في كل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة.

وينبثق منه الفروض الفرعية التالية:

أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في البعد المعرفي لمقياس الانتكاسة.

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الثقة بالنفس لمقياس الانتكاسة.

ج- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية العلاجية لمقياس الانتكاسة.

د- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية السلوكية لمقياس الانتكاسة.

هـ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية النفسية لمقياس الانتكاسة.

و- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد اللهفة وتلميحات العقار لمقياس الانتكاسة.

ز. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد معنى الحياة لمقياس الانتكاسة.

٢ -توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

٣-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

مفاهيم الدراسة

١-فعاليّةEffectiveness

الفعاليّة في اللغة: تأتي الفعاليّة لغويًّا من فعل الشيء، أي: عمله، والفعاليّة تعني: مقدرة الشيء على التأثير، كما تعرف في اللغة الإنجليزية(Effectiveness) بمعنى فعاليّ، ومؤثر، ونافذ المفعول (علي،٢٠١٦، ص .٢٢٣)

وتعّرف الفعاليّة اصطلاحًا: هي القدرة على التأثير، وبلوغ الأهداف، وتحقيق النتائج المرجوة (الأحمري ،٢٠٢٠، ص.١٤). ويعّرف معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية الفعاليّة بأنها: الإطار الذي تتحقق من خلاله الأهداف المحددة مسبقًا، وذلك نتيجة لجهود مهنية مبذولة (عوض، ٢٠١١، ص.٨١).

ويقصد بالفاعلية إجرائياً في هذه الدراسة: قدرة البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي على تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين. بأبعادها (المعرفية، والثقة بالنفس، والناحية العلاجية، والناحية السلوكية، والناحية النفسية، ومعنى الحياة، واللهفة وتلميحات العقار) والتي تقاس

بالفروق في القياس القبلي والبعدي على مقياس انتكاسة المدمن بين المجموعة التجريبية والضابطة.

٢-البرنامج:Program

البرنامج: هو الأداء أو العمل الذي تقوم به الجماعة العلاجية من أجل تحقيق أغراضها، وتلبية احتياجات الأعضاء كأفراد وجماعات كنسق. وهو أداة ووسيلة يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في مساعدة أعضاء الجماعة على النمو، وممارسة الأدوار الاجتماعية المطلوبة (مسعود، ٢٠١٠، ص. ١٧١).

ويقصد بالبرنامج إجرائياً في هذه الدراسة: مجموعة من الجلسات العلاجية التي تتضمن عدد من التكنيكيات والاستراتيجيات المنتقاة من نظريات ونماذج علاجية، وذلك من خلال أهداف إجرائية متناسبة مع عينة المدمنين بفترة زمنية محددة، وهي شهران من تطبيق هذا البرنامج بواقع جلستين كل أسبوع لمدة ٤٥ دقيقة، ويتألف من (١٦) جلسة علاجية مكونة من أنشطة مهنية وأساليب علاجية، وذلك للتحقق من فعاليتها في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، والذي يقاس أثره بالأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

٣-العلاج الجماعيّ:Group Therapy

يعرف مدخل العلاج الجماعي على أنّه: أحد المداخل العلاجية الحديثة، والذي يستخدمه الأخصائي الاجتماعي والمشاركون في العملية العلاجية مع عدد من الأعضاء الذين تتشابه مشكلاتهم الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال جماعة علاجية بهدف مناقشة هذه المشكلات، والعمل على حلها(Growther,2018,p.525) .

ويقصد بالعلاج الجماعي إجرائياً في هذه الدراسة:

-مدخل علاجي جماعي قائم على التدخل المهني بمجموعة من الإجراءات المنهجية المنظمة يقوم به الأخصائي الاجتماعي وبمشاركة عينة مدمني المخدرات لتحقيق العملية العلاجية.

-يسهم في تقليل الانتكاسة لعينة المدمنين المتعافين، وذلك من خلال: مساعدتهم على تنمية قدراتهم الذاتيّة، وإيجاد جو من التقبل، وتدعيم الثقة بالذات، وتقديم العلاج والتأهيل.

٤-المفهوم الانتقائي:Eclectic Concept

هو أسلوب حديث نسبيًّا في ممارسة الخدمة الاجتماعية يركز على النظرة الشمولية بين الإنسان وتفاعله مع البيئة المحيطة، ويؤكد هذا المنظور ما يحتاجه الأخصائي الاجتماعي بتحديد المشكلة مستخدمًا فيها الممارس نظريات وطرق متعددة (أبو النصر، ٢٠٠٩، ص. ١٠٣) .

ويقصد بالمفهوم الانتقائي إجرائيًّا في هذه الدراسة: استخدام بعض النماذج العلاجية بطريقة انتقائية في البرنامج العلاجي متمثلة في: (العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الواقعي، والعلاج العقلاني الانفعالي، ونظرية الاتصال، ونموذج الدور الاجتماعي، والعلاج الروحي،

ونموذج التركيز على المهام، والعلاج الأسري، والعلاج الجماعي)

٥-الانتكاسة:Relapse

الانتكاسة لغة: الرجوع إلى الشيء بعد البدء فيه؛ فالرجوع إلى الشيء مرة واحدة على الأقل كافيًا ليسمي الفعل عودًا، والفاعل عائدًا (الريماوي،٢٠١٥، ص. ٩).

والانتكاسة اصطلاحًا مأخوذة من الكلمة اللاتينية (Relapiea)وتعني: العودة إلى السلوكيات السابقة للعلاج، وعودة المدمن للانتكاسة والاستعمال والإدمان بعد الانقطاع لفترة من الزمن (العتيبي،٢٠١٩، ص. ١١٢).

ويقصد بالانتكاسة إجرائيًا في هذه الدراسة أنها: عودة المدمن المتعافي إلى تعاطي المواد المخدرة سواء تلك التي كان يتعاطها أو يتعاطى نوعًا جديدًا بعد تعافيه جزئيًا من تعاطيها، وهي ما يقيسه بالدرجة الكلية التي سوف تحصل عليها عينة الدراسة الحالية وفق مقياس الانتكاسة (حسن ،٢٠٢٣).

الإطار النظري والدراسات السابقة

العلاج الجماعي

تعريف العلاج الجماعي(Group Therapy)

العلاج الجماعي في الخدمة الاجتماعية هو طريقة من طرق التدخل المهني والذي يهدف إلى علاج مشكلات سوء التوافق الاجتماعي، والاضطرابات النفسية عن طريق جمع فردين أو أكثر تحت توجيه الأخصائي الاجتماعي (البريثن، ٢٠٠٢، ص. ٢١٤). وتبرز عدة مزايا للعلاج الجماعي Advantages of Group Therapy والتي يمكن تلخيصها في التالي:

١-تعلم كثير من جوانب السلوك وممارستها داخل الجماعة فقد يتعلم الفرد لأول مرة القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين من خلال النصائح التي يوجهها لأعضاء الجماعة .

٢ -يستغرق العلاج النفسي وقتًا طويلاً وتكاليف باهظة، ويتجه علماء النفس إلى تقصير فترة العلاج ومحاولة علاج عدد كبير من الناس في نفس الوقت وهو ما يحققه العلاج النفسي الجماعي (دمنهوري وآخرون، ١٩٩٩، ص. ٥٢٧).

ويضيف كل من (Wendt & Gone, 2017) مجموعة من المزايا والتي منها:

١-يوفر فوائد محتملة في تعزيز الدعم الاجتماعي، والحد من العزلة والوصمة.

٢-تطوير التواصل الفعّال ومهارات التعامل مع الآخرين.

٣-ممارسة استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو التعافي مع أعضاء المجموعة.

وهناك أهمية لاستخدام العلاج الجماعي مع مدمني المخدرات وهي :

١ .تقلل الجماعة من الشعور بالعزلة الذي غالبًا ما يعاني منه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، إذ يشعرون بالارتياح لاكتشاف أن المدمنين الآخرين كذلك يعانون من مشاكل مماثلة.

٢ .توفر الجماعة فرصة للأعضاء لتعلم كيفية التعامل مع الإدمان على المواد الكيميائية، بالإضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية الأخرى من خلال ملاحظة كيف يمكن للأعضاء الآخرين التعامل مع المواقف المماثلة.

٣. يمكن للجماعة توفير قدر كبير من المعلومات الجديدة للأعضاء من خلال المواد التي يقدمها قائد العمل الجماعي (أخصائي الجماعة) أو عن طريق الميسرين الضيوف والمدربين وغيرهم أفراد(Garvin et , 2004, p260 al).

إدمان المخدرات:

الإدمانAddiction

يعرف الإدمان (Addiction) بأنه: النتيجة الحتمية والنهائية للتعاطي المستمر للمخدرات، وينشأ بسبب التعاطي المتكرر والمستمر للمخدر الطبيعي أو الصناعي، وكان يطلق على الإدمان مصطلح(Addiction) ، وفي عام ١٩٦٤ م استبدلت منظمة الصحة العالمية مصطلح الإدمان بمصطلح الاعتماد (Dependence) (وسيلة،٢٠١٨، ص١١).

أسباب ودوافع الإدمان:

ترتبط مسببات الإدمان بعوامل بيئية ووراثية، ونفسية. وقد يجتمع أكثر من عامل من العوامل للتسبب بالإدمان، أو قد يكون عامل واحد قوي التأثير على الشخص يجعله يبدأ طريق الإدمان (كعكي ،٢٠١٩، ص ٣٠).

وللإدمان على المخدرات أسبابه ومقدماته، ولعل البيئة المحيطة وما تشمله من أسرة، وأصدقاء، ومدرسة، وإعلام وغيرها له تأثير على تعاطي الشباب لأنواع مختلفة من المخدرات (الشمري،٢٠٢٢، ص ٤٠). وبالتالي فإن أسباب الإدمان كثيرة متعددة ومتداخلة ومتفاعلة مع بعضها، إذ يصعب الفصل بينها، وتحديد سبب واحد لها، وإذا قلنا إن الإدمان يرجع إلى ظروف اجتماعية، أو أسباب نفسية، فهل يمكن الفصل بين الظروف النفسية والظروف الاجتماعية أو بمعنى آخر إذا قلنا إن أسباب الإدمان ذاتية –أي شخصية – أو قلنا إن أسبابه بيئية – أي ترجع إلى بيئة المدمن الداخلية أو الخارجية –فكيف يمكن الفصل بين شخصية المدمن وبيئته، والمدمن ما هو إلا نتاج بيئته (غباري، ٢٠٠٢، ص ٤٣).

الانتكاسة:(Relapse)

المدمن المنتكس: هو الشخص الذي عاد إلى التعاطي بعد فترة انقطاع تام عن التعاطي، تلقى فيها العلاج في مراكز علاج المدمنين سواء أكان طوعًا أم إجباريًا (الريماوي،٢٠١٥، ص.٩).

وهناك عدة أسباب للانتكاسة كما يشير زوبع (٢٠١٧) يمكن تلخيصها كما يلي:

١-الأحوال الوجدانية السلبية أو المشاعر السلبية غير السارة.

٢-الأحوال البدنية السلبية والمشاكل الجسمية.

٣-المشاعر السارة (المشاعر الوجدانية الإيجابية).

٤-محاولة اختبار التحكم في الذات أو الإرادة الشخصية.

٥-سوء التوافق مع الآخرين (ص. ٨٠).

ومن الأسباب أيضاً كما يشير بركات والحلاق (٢٠١١):

١-عدم قدرة المدمن على مقاومة ما اكتسبه خلال مراحل تعاطيه للمادة المخدرة من سلوكيات وعادات وأساليب حياة تراكمت لديه، والتخلص منها يحتاج لوقت وتدريب، وتفهم من قبل المتعالج نفسه، ومن قبل المحيطين به وإلا فإنه يكون عرضة للانتكاس.

٢-طبيعة المناخ الأسري غير السوي (ص. ١٦٤).

الانتقائية:Eclecticism

منظومة من الإجراءات التي تتسق فيما بينها وتتضمن عددًا من الفنيات التي تنتمي كل فنية منها إلى نظرية إرشادية علاجية معينة، ويتم اختيار هذه الفنيات بحيث تسهم كل منها في تنمية جوانب الشخصية وفقا لمنهج تكاملي (شوافقة،٢٠٢٢، ص ٢٦).

النظرية الانتقائية للعلاج الجماعي للإدمان

تذكر اليوسفي وآخرون (٢٠١٥) إلى أن هناك عدة أهداف للنظرية الانتقائية منها:

١-تغيير السلوك السلبي إلى سلوك إيجابي فاعل.

٢-تغيير المشاعر السلبية إلى مشاعر إيجابية.

٣-تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية (ص.٢٩٩).

خطوات الانتقائية :

يحدد شهاب (٢٠١٦) خطوات النظرية الانتقائية كما يلي:

١-الاختيار من مصادر متعددة ومعتمدة.

٢-التركيز على ما تم تحديده من هذه المصادر.

٣-اختيار أفضل العناصر دون الالتزام بنظام محدد، ومن ثم توظيفها .

٤-استثمار الأعمال المحددة التي تم الخلوص إليها زمانًا ومكاناً وموضوعًا باستخدام أساليب تاريخية تناسب البيئة الثقافية المحلية والوطنية للعميل (ص. ٨٢-٨٣).

الدراسات السابقة

تعددت الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت العلاج الجماعي والانتكاسة للتعرف على أسباب الانتكاسة، والعوامل المؤثرة في حدوثها، ومدى فعالية العلاج الجماعي في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، وسيتم استعراض

بعض الدراسات المتعلقة في محور الانتكاسة. وتصنيفها على النحو الآتي :

١ –الدراسات المرتبطة بالانتكاسة:

–دراسة McIntosh&McKeganey (2000) حول "التعافي من تعاطي المخدرات: استراتيجيات المدمنين لتقليل مخاطر الانتكاس "هدفت الدراسة إلى التعرف على الطرق التي تمنع الانتكاسة من وجهة نظر المتعافين من الإدمان،إذ شملت العينة (٧٠) من المدمنين المتعافين، باستخدام أداة المقابلة شبه مقننة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: تجنب شبكة تعاطي المخدرات السابقة والأصدقاء السابقين، وكذلك تطوير مجموعة من الأنشطة والعلاقات الداعمة من الاستراتيجيات التي تمنع الانتكاسة .

–دراسة الديدى والسيد (٢٠٠٥): حول" أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيًّا من نزلاء المستشفيات" هدفت الدراسة إلى التعرف على أسباب الانتكاسة، وأسفرت النتائج عن وجود العديد من العوامل المسببة للانتكاسة، أهمها: عوامل خاصة بالاشتياق والتوتر الناتج عن معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى، وعوامل القلق والاكتئاب، والإشارات الدالة على العقار، ووجود العوامل المساعدة على التعاطي من رفاق متعاطين، وتجار يعرضون المخدرات.

–دراسة" Likens (2010) حول الأهمية النسبية لعوامل الخطر التي تؤدي إلى الانتكاس بين الأفراد الذين يتعافون من تعاطي المخدرات" هدفت الدراسة إلى مساعدة الأخصائيين الاجتماعيين على تحديد الأهمية النسبية إلى علامات التحذير من الانتكاس التي تم تحديدها من قبل المختصين في علاج الإدمان؛ حيث شملت الدراسة عينة غير عشوائية مكونة من ١٥٤ شخصًا (٧٢ رجلًا، و٨٢ امرأة). وأشار المشاركون في الدراسة إلى أنَّ العوامل الأكثر مساهمة في الانتكاسة مجموعتان من السلوكيات منها: إعادة الاتصال بالأصدقاء السابقين، والذهاب إلى أماكن التعاطي السابقة، وأيضاً الانسحاب من عوامل الدعم كالأشخاص والبرامج والموارد التي تدعم عملية التعافي.

–دراسة بركات والحلاق (٢٠١١م) بعنوان: " أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين: دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في الرصد الوطني لرعاية الشباب في دمشق" هدفت الدراسة إلى التعرف إلى أسباب الانتكاس، والعودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج. وكانت أهم النتائج: غالبية أفراد العينة قد انتكست وعادت للتعاطي أكثر من مرة. ومن أهم أسباب الانتكاس والعودة للتعاطي هي: "عدم القدرة على مواجهة المشكلات والضغوط "، ثم "ظهور مشكلات نفسية (القلق والاكتئاب)"، و"العودة للاختلاط مع المدمنين و" المشكلات الأسرية".

٢.الدراسات المرتبطة بالعلاج الجماعي الانتقائي .

–دراسة الأحمري (٢٠٢٠) بعنوان: " فعاليّة برنامج علاجي انتقائي تكاملي محوسب لخفض الانتكاسة لدى المدمنين" هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر البرنامج العلاجي الانتقائي التكاملي المحوسب في خفض مواقف

الانتكاسة لدى عينة من المدمنين المتعافين، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد في مرحلة التعافي من إدمان المخدرات، وخضعوا للعلاج في مستشفى الصحة النفسية بأبها؛ وبلغ عدد حالات المدمنين في مرحلة التعافي ١١٨ حالة، و كانت أبرز النتائج: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مواقف الانتكاسة بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مواقف الانتكاسة لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. إضافة إلى أن هناك أثر إيجابي مرتفع مربع إيتا = (η^2) 0.56للبرنامج الانتقائي المحوسب في خفض الانتكاسة لدى المجموعة التجريبية.

-دراسة صبيح (٢٠١١) حول "العلاقة بين استخدام المدخل الروحي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمتعافي من الإدمان " هدفت الدراسة إلى استخدام المدخل الروحي في خدمة الفرد للتخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمتعافي من الإدمان سواء كانت هذه الضغوط (جسدية، أو معرفية، أو نفسية، أو اجتماعية). حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنَّ المتعافين من الإدمان الذين يتراوح أعمارهم من ٢٥_٣٥ عامًا، ويعانون من ضغوط مختلفة جسدية، أو نفسية، أو اجتماعية، أو معرفية يمكن أن يؤدي العلاج باستخدام المدخل الروحي من تخفيف حدة هذه الضغوط التي يعانون منها.

-دراسة Joanning et al., ": (1992) حول "علاج تعاطي المخدرات لدى المراهقين: مقارنة بين أنظمة العلاج الأسري، والعلاج الجماعي، والتثقيف العائلي حول المخدرات" هدفت الدراسة لتقييم الفعاليّة التفاضلية لـ ٣ نماذج علاجية لعلاج تعاطي المخدرات لدى المراهقين في دراسة نتائج خاضعة للرقابة لـ ١٣٤ عائلة، تتكون من أحد الوالدين على الأقل، ومراهق واحد متعاطٍ. وتمت مقارنة علاج الأنظمة الأسرية (FST) مع العلاج الجماعي للمراهقين (AGT) والتثقيف العائلي حول المخدرات (FDE)، وأكدت نتائج الدراسة أنَّ علاج الأنظمة الأسرية أكثر فاعليّة في وقف تعاطي المراهقين للمخدرات، حيث سجل الضعف في عدد المتعافين من المخدرات بالنسبة إلى التثقيف العائلي، وثلاثة أضعاف المتعافين من المخدرات مقارنة مع العلاج الجماعي للمراهقين، بالإضافة إلى أنه لم يظهر أي نموذج علاجي تفوقاً على الآخر في تغيير أنماط أداء الأسرة .

-دراسة Gangai (٢٠١٣): حول:" فعالية العلاج السلوكي المعرفي في الانتكاس بين مدمني الكحول" هدفت الدراسة إلى تقييم فعاليّة العلاج السلوكي المعرفي (cbt) على الانتكاس بين مدمني الكحول. وأشارت نتائج الدراسة إلى فعاليّة أكبر للعلاج المعرفي السلوكي، والاختبار اللاحق

حيث الفرق الكبير في النتائج التي تم الحصول عليها قبل العلاج المعرفي السلوكي وبعده.

الإجراءات المنهجية للدراسة.

١- نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة وفقًا لأهدافها وفرضياتها إلى الدراسات التجريبية، والتي تسعى لاختبار فعالية متغير مستقل "برنامج العلاج الجماعي الانتقائي " على متغير تابع " تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين."

٢-منهج الدراسة:

تماشيًا مع نوع الدراسة وطبيعة فروضها وأهدافها التي تسعى الدراسة لتحقيقها اعتمد الباحث الدراسة على المنهج التجريبي؛ بهدف اختبار فعالية برنامج العلاج الجماعي الانتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، إذ يعتمد على تصميم المجموعتين (تجريبية – وضابطة) بقياس قبلي وبعدي وتتبعي، وبشكل يؤدي إلى تحقيق أهداف الدراسة.

٣ -حدود الدراسة: تتمثل حدود الدراسة في الآتي:

أ-الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة الحالية على قياس فعاليّة برنامج علاج جماعي انتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين.

ب-الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة في قسم الرعاية اللاحقة في مستشفى الطب النفسي بمدينة الملك سلمان بن عبد العزيز الطبية بالمدينة المنورة. وقد وقع هذا الاختيار تحديداً بقسم الرعاية اللاحقة وفقاً للمبررات التالية:

١ -تتكون أفراد عينة الدراسة من المتعافين والذين يترددون على قسم الرعاية اللاحقة من أجل جلسات علاجية.

٢-توافر عينة الدراسة في قسم الرعاية اللاحقة لتسهيل العمل الميداني.

٣ -الباحث الأول أحد العاملين في مستشفى الطب النفسي في مدينة الملك سلمان بن عبد العزيز الطبية.

٤-رغبة الإدارة في إيجاد وتطوير البرامج العلاجية للمدمنين المتعافين.

ج-الحدود البشرية :

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من الذكور المتعافين من إدمان المخدرات والبالغ عددهم ٦٤متعافيًا، والذين أنهوا العلاج الدوائي وتعافوا ويحضرون لقسم الرعاية اللاحقة في مستشفى الطب النفسي بمدينة الملك سلمان بن عبد العزيز الطبية بالمدينة المنورة للحصول على خدمات العلاج النفس الاجتماعية.

العينة الاستطلاعية :

دراسة استطلاعية عن مستوى الانتكاسة للمدمن:

يشير الباحث من خلال الدراسة الاستطلاعية التي أجراها عام ٢٠٢٢ م لعينة من مرضى المدمنين المتعافين والبالغ

عددهم (٦٤) وتبين أن (١٢) منهم لديهم انتكاسة وتنطبق عليهم شروط عينة الدراسة، وكانت الأهداف كالتالي:

١-التعرف على مستوى الانتكاسة للمدمنين المتعافين.

٢-تحديد العينة بشكل دقيق وفق منهج الدراسة.

٣-تحديد البرنامج العلاجي المناسب في الدراسة الحالية.

مستوى الانتكاسة:

١-أشعر باشتياق مستمر نحو التعاطي.

٢-ينتابني نوبات حزن عند العلاج الدوائي.

٣-أتوتر عند مقابلة الطبيب المعالج.

٤-الإدمان الوسيلة الوحيدة لفرحي.

٥-أحاول إخفاء رغبتي للعودة للإدمان عن الآخرين.

٦-أفضل الجلوس وحيداً.

٧-التعاطي أهم من مستقبلي.

٨-أنزعج من أسرتي عند مراقبتها الشديدة لي.

جدول (١) مستوى الانتكاسة عند المدمنين المتعافين للدراسة الاستطلاعية

م	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط	النسبة	الرتب
	دائماً	أحياناً	نادراً				
١	١٠	١	١	٣٥	٢,٢٠	٨٠,٣٢	٦
٢	١١	١	٠	٣٤	٢,٢٢	٨٠,٢١	٧
٣	١٢	٠	٠	٣٧	٢,٣٠	٨٠,٣٣	٥
٤	١٢	٠	٠	٣٨	٢,٣١	٨٠,٧٦	٤
٥	١٠	١	١	٣٩	٢,٣٩	٨٩,٢٢	٣
٦	١١	١	٠	٤٠	٢,٤٠	٩٠,٠٠	٢
٧	١٢	٠	٠	٤٤	٢,٨٠	٩٣,٢٢	١
٨	١١	٠	٠	٣٢	٢,١٩	٨٠,١١	٨
المجموع				٢٩٩	٢,٧٨	٨٦,٩٩	مرتفع

يتضح من الجدول رقم (١) أن مستوى نسبة الانتكاسة للمدمنين المتعافين بلغ (٨٦،٩٩٪) بمستوى مرتفع وبمتوسط حسابي (٢،٧٨) ومجموع الأوزان (٢٩٩) وجاءت العبارات على النحو التالي:

جاء في الترتيب الأول عبارة " التعاطي أهم من مستقبلي" بمتوسط حسابي (٢،٨٠) وبنسبة (٩٣،٨٨) ومجموع الأوزان(٤٤) ، وفي الترتيب الثاني عبارة" الإدمان الوسيلة الوحيدة لفرحي" بمتوسط حسابي (٢،٤٠) وبنسبة (٩٠،٠٠) ومجموع الأوزان(٤٠) ، وفي الترتيب الثالث عبارة" أنزعج من أسرتي عند مراقبتها الشديدة لي" بمتوسط حسابي (٢،٣٩) وبنسبة (٨٩،٢٢) ومجموع الأوزان(٣٩) ، وفي الترتيب الرابع عبارة" أحاول إخفاء رغبتي للعودة للإدمان عن الآخرين" بمتوسط حسابي (٢،٣١) وبنسبة (٨٠،٧٦)ومجموع الأوزان(٣٨) ، وفي الترتيب الخامس عبارة" أشعر باشتياق مستمر نحو التعاطي" بمتوسط حسابي (٢،٣١) وبنسبة (٨٠،٣٣)ومجموع الأوزان(٣٧) ، وفي الترتيب السادس عبارة " أتوتر عند مقابلة الطبيب المعالج" بمتوسط حسابي (٢،٢٠)وبنسبة (٨٠،٣٢)ومجموع الأوزان(٣٥)، وفي الترتيب السابع عبارة" ينتابني نوبات حزن عند العلاج الدوائي" بمتوسط حسابي (٢،٢٢)وبنسبة (٨٠،٢١) ومجموع الأوزان(٣٤)، وفي الترتيب الثامن عبارة" أفضل الجلوس وحيداً " بمتوسط حسابي (٢،١٩)وبنسبة (٨٠،١١)ومجموع الأوزان(٣٢)

ويتضح من خلال ما تم التوصل إليه من الدراسة الاستطلاعية أن المدمنين المتعافين يحتاجون جهود مكثفة، وذلك من خلال العمل على برامج جماعية تهدف إلى الوقاية من الانتكاسة والاستمرار في عملية التعافي.

عينة الدراسة :

طبقت الدراسة على عينة مكونة من (١٢) فرداً نتيجة الدراسة الاستطلاعية بعد أن انطبقت عليهم شروط العينة وفقاً للشروط التالية:

-أن تكون عينة الدراسة من الذكور المتعافين من إدمان المخدرات.

-أن يكون لديهم الرغبة والاستعداد بالتعاون والالتزام في تطبيق الدراسة.

-أنهوا العلاج الطبي الدوائي ويحضرون لقسم الرعاية اللاحقة للحصول على خدمات العلاج النفسي الاجتماعي.

-أن تكون مدة التعافي لا تزيد عن ٦ أشهر.

-أن تكون عينة الدراسة من حيث المستوى التعليمي لا يقل عن ثانوية عامة.

-أن تتراوح أعمار عينة الدراسة من٢٢-٤٢ ووقع الاختيار بناء على جاهزية وتوافر هذه الأعمار بازدياد في قسم الرعاية اللاحقة.

-أن يتم تشخيص عينة الدراسة بإدمان المخدرات فقط.

-أن يُقدم لعينة الدراسة بالتنسيق مع قسم الرعاية اللاحقة "نموذج التزام بالبرنامج" المقدم لهم من فترة التطبيق بشهرين بواقع جلستين لكل أسبوع إلى فترة القياس التتبعي لمدة شهرين.

-أن يتم عزل المتغيرات الدخيلة التي تؤثر على عينة الدراسة في فترة تطبيق البرنامج من: تجنب التشخيص المزدوج لأي اضطرابات أخرى أو أمراض عضوية أو برنامج علاجي آخر.

-أن يتم الحصول على درجة في القياس القبلي لمقياس انتكاسة المدمن (أكثر من ١٠٥درجة) .

-تم توزيع أفراد العينة بين المجموعة التجريبية والضابطة بالطريقة العشوائية البسيطة إلى مجموعتين (٦) أفراد في المجموعة التجريبية و (٦) أفراد في المجموعة الضابطة.

د-الحدود الزمنية: الفترة التي تمت فيها الدراسة من تاريخ ١١-٦-١٤٤٥هـ إلى ١١-٨-١٤٤٥هـ وبعد ذلك قياس تتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

أداة جمع البيانات:

مقياس الانتكاسة للإدمان

قام الباحث باستخدام مقياس الانتكاسة للإدمان من إعداد (عبد الحميد، ٢٠٢٣)، بعد التواصل معه وأخذ الإذن بذلك، إذ يغطي هذا المقياس الأبعاد التي تؤدي إلى الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافي بعد مرور المدمن بفترة من التعافي نتيجة تلقيه علاجًا داخل مؤسسة علاجية.

وصف المقياس

مقياس الانتكاسة للإدمان

يغطي هذا المقياس الأبعاد التي تؤدي إلى الانتكاسة للإدمان لدى المدمن المتعافي بعد مرور المدمن بفترة من التعافي نتيجة تلقيه علاجًا داخل مؤسسة علاجية. وهذا المقياس قائم على بيانات المفحوص من (الاسم ، السن ، مستوى التعليم ، الحالة الاجتماعية ، عدد سنوات الإدمان ، عدد سنوات التعافي، الوضع الاقتصادي، مصدر الدخل ، عدد أفراد الأسرة، نوع المادة المخدرة التي كان يتعاطاها ؛ وذلك بهدف التعرف على درجة تأثير هذه الخصائص في البرنامج العلاجي) ، وأيضا قائم على عبارات تقيس درجة الانتكاسة للإدمان ويتطلب من المفحوص الإجابة عنها حسب تطابق الموقف مع حالته الشخصية وذلك بإجابة تتراوح بين ثلاث مستويات" أحياناً- غالباً -دائماً" ، وأيضاً عبارة عن مواقف حياة الفرد لمجموعة من التصرفات التي قد يستخدمها المفحوص وبناء على استجابته يتوصل الباحث لقياس درجة الانتكاسة للإدمان وهي تقيس سبعة أبعاد رئيسة وهي : (البعد المعرفي ، وبعد الثقة بالنفس ، وبعد الناحية العلاجية ، وبعد الناحية السلوكية ، وبعد الناحية النفسية ، وبعد معنى الحياة ، وبعد اللهفة وتلميحات العقار).

ويعّرف (عبد الحميد، ٢٠٢٣) الانتكاسة بأنها: عودة المدمن إلى تعاطي المواد المخدرة سواء تلك التي كان

يتعاطاها أو يتعاطى نوعاً جديداً بعد تعافيه جزئياً من تعاطيها.

وتعرّف إجرائيًا بأنها: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال تطبيق مقياس الانتكاسة للإدمان.

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الانتكاسة للإدمان، إذ تم حساب الثبات باستخدام طريقتين هما: التجزئة النصفية (باستخدام معادلتي جوتمان، وتصحيح الطول لسيبرمان براون) ومعامل ألفا- كرونباخ، على عينة قوامها (٤٠) فردًا من أفراد المتعافين من الإدمان، والصدق الظاهري (صدق المحكمين): بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية بجامعات (حلوان، الأزهر، القاهرة)، وبلغ عددهم (١٠) محكمين لتحديد مدى ملاءمة كل عبارة من العبارات للهدف الذي وضعت لقياسه، ومعرفة مدى وضوح أسلوب وصياغة كل عبارة، وإبداء الرأي حول ارتباط كل عبارة بالبعد الذي تم تحديدها لقياسه، ومدى ارتباط الأبعاد بموضوع المقياس، وإضافة ما يقترحونه من عبارات جديدة يمكن ضمها للمقياس، وقد أبقى الباحث على المفردات التي وصلت نسبة الاتفاق عليها (٨٠٪) فأكثر من المحكمين من حيث صلاحيتها وملائمتها لقياس البعد الذي وضعت لقياسه، بمراجعة تلك الآراء وإعادة صياغة بعض مفردات المقياس التي تحتاج إلى تعديل، وبهذا لم يتغير عدد مفردات المقياس وإنما تغيرت صياغة بعض المفردات ،وتم حساب الصدق التمييزي على عينة قوامها (٤٠) شخصًا من المتعافين من الإدمان من خلال استخدام اختبار مان ويتني اللابارامتيري-Mann Whitney Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين؛ وذلك للتحقق من دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات (١١) شخصًا من مرتفعي الأداء و(١١) شخصًا من منخفضي الأداء على اختبار الانتكاسة للإدمان وأبعاده الفرعية (البعد المعرفي، والثقة بالنفس، والناحية العلاجية، والناحية السلوكية، والناحية النفسية، واللهفة وتلميحات العقار، ومعنى الحياة)، والصدق التلازمي (صدق المحك) تم تقدير الصدق المرتبط بالمحك من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون بين درجات (٤٠) مفحوصًا من الأشخاص المتعافين من الإدمان على مقياس الانتكاسة للإدمان (إعداد الباحث)، ودرجاتهم على مقياس المحك "مقياس تقدير الحساسية للاشتياق للمخدرات من إعداد أحمد إبراهيم الباسوسى (٢٠١٩)"، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياسين (٠,٩٩٩. "")، وهي قيمة عالية ودالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ وبهذا فإن مقياس الانتكاسة للإدمان يتمتع بدرجة عالية من الصدق؛ لأنه يقيس ما يدعي قياسه من خلال الاتفاق والتوافق الذي اتضح من نتائج الارتباط التلازمي بينه وبين مقياس الحساسية للاشتياق للمخدرات. وقد أسفر عن نتائج تسمح باستخدام المقياس.

ويتكون المقياس من ثلاث مجموعات كالتالي:

المجموعة الأولى :

تتضمن بيانات المفحوص مثل: الاسم، والسن، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الإدمان، ونوع المادة المخدرة التي كان يتعاطاها، والمستوى الاقتصادي. وذلك بهدف التعرف على درجة تأثير هذه الخصائص على درجة الانتكاسة للإدمان. ثم صيغت العبارات وعددها ٦٤ عبارة موزعة إلى مجموعتين كالتالي:

المجموعة الثانية:

وهي عبارة عن عبارات تقيس درجة الانتكاسة للإدمان ويتطلب من المفحوص الإجابة عنها حسب تطابق الموقف مع حالته الشخصية وذلك بإجابة تتراوح بين ثلاثة مستويات هي «دائماً – غالباً – أحياناً «وقد تكونت هذه العبارات في صورتها الأولية من عدد ٥٧ عبارة وهي تقيس سبعة أبعاد رئيسة لدى المفحوص هي: – البُعد المعرفي، وبُعد الثقة بالنفس، وبُعد الناحية العلاجية، وبُعد الناحية السلوكية، وبُعد الناحية النفسية، وبُعد معنى الحياة، وبُعد الاشتياق وتلميحات العقار.

المجموعة الثالثة :

وهي عبارة عن مواقف في حياة الفرد صيغت على هيئة ثلاث عشرة عبارة مكتوب تحتها مجموعة من التصرفات التي قد يستخدمها المفحوص، وبناء على استجابته يتوصل الباحث لقياس درجة الانتكاسة للإدمان لديه وهي تقيس نفس الأبعاد السبعة الرئيسة أيضاً، وذلك للتأكد من مدى مصداقية المفحوص.

أبعاد المقياس:

١ –البُعد المعرفي:

يعّرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس مدى إدراك المفحوص ومعرفته بحقيقة المخدرات والإدمان، وليست تلك الصورة الوهمية التي كان يتبناها بعقله وخيالاته قبل خضوعه للعلاج من الإدمان.

٢ –بُعد الثقة بالنفس:

يعّرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس مدى ثقة المفحوص بنفسه وقدرته على مواجهة المجتمع ومتطلبات الحياة بعد خضوعه للعلاج وعدم عودته مرة أخرى للإدمان، حتى لو تعرض لمثيرات مختلفة.

٣–بُعد الناحية العلاجية:

يعّرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس الناحية العلاجية ومدى رضا المفحوص عن عملية العلاج ونظرته لها.

٤–بُعد الناحية السلوكية:

يعرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس سلوك الفرد المدمن المتعافي وذلك بعد مروره بتجربة العلاج بحيث نتعرف منه هل عاد هذا الشخص كفرد فعّال في المجتمع أم لا زال سلوك الإدمان يسيطر عليه؟

٥-بُعد الناحية النفسية:

يعّرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس الحالة النفسية (الانفعالية والمزاجية) للمدمن المتعافي وذلك بعد مروره بعملية العلاج، وقياس مدى رغبته في العودة لحالته الانفعالية والمزاجية التي كان يمر بها تحت تأثير المخدر.

٦-بُعد الاشتياق وتلميحات العقار:

يعّرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس مدى رغبة المفحوص وأفكاره ومشاعره التي ارتبطت بقوة بمواقف التعاطي، والتي توضح وتشير إلى رغبة المدمن المتعافي في العودة لتعاطى المخدرات .

٧-بُعد معنى الحياة:

يعّرفه الباحث إجرائياً بأنه: قياس معنى الحياة بالنسبة للمفحوص وكيفية نظرته للمستقبل، ومدى تحديد أهدافه في الحياة سواء على المدى القريب أو البعيد، وهل يخطط لتحقيق هذه الأهداف أم لا؟

وقد راعى الباحث عند صياغة المفردات الخاصة بالمقياس عدد اعتبارات من بينها: صياغة المفردات بصورة واضحة ومناسبة للعينة، وأن تقيس المفردة فكرة أو مهارة بعينها بعيد عن الصياغة المركبة.

البرنامج العلاجي

مسمى البرنامج:

فعاليّة برنامج علاج جماعي انتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين. ويعدُّ البرنامج من الأدوات الأساسيّة التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة .

حدود البرنامج

أجريت الدراسة من تاريخ ١١-٦-١٤٤٥هـ إلى ١١-٨-١٤٤٥هـ، ومن ثم قياس تتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي بمعدل جلستين في الأسبوع حيث كان عدد الجلسات العلاجية (١٧) جلسة .

أهداف البرنامج: يتحدد الهدف العام للبرنامج العلاجي في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين باستخدام العلاج الجماعي الانتقائي، ويتحقق الهدف العام من خلاله أهداف هي:

١-اكساب المتعافين أساليب معرفيّة لإدراك متطلبات مرحلة التعافي وخطورة الانتكاسة والعودة للإدمان من خلال استبصار المدمنين المتعافين بخطورة الإدمان، وعوامل الانتكاسة.

٢ -اكساب المتعافين أساليب سلوكيّة للتعامل مع الانتكاسة وسلوك الإدمان.

٣ –اكساب المتعافين القدرة على التعامل مع التقلبات المزاجية والحالات الانفعاليّة نتيجة المواقف الضاغطة التي قد تؤدي إلى الانتكاسة.

٤ –تدريب المتعافين على القدرة على تطبيق الفنيات المعرفية والانفعاليّة والسلوكية للتعامل مع عوامل الانتكاسة لديهم.

جدول (٢) البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	النموذج العلاجي	الأساليب والفنيات المعتمدة	مدة الجلسة
١	التعارف وكسب الثقة	١–توضيح العقد العلاجي. ٢–التعارف وكسب الثقة بين الباحث وأفراد العينة وبين أفراد العينة مع بعضهم البعض. ٣–التعريف بالبرنامج العلاجي ومدى أهميته وفائدته بالنسبة لهم. ٤ –مناقشة مبدأ السرية. ٥ – مناقشة مبدأ المشاركة والتفاعل.	العلاج الجماعي	المناقشة الجماعية التغذية الراجعة.	٦٠دقيقة
٢	الإدمان	١–التعرف على الإدمان وآثاره الاجتماعية والنفسية على المدمن وأسرته. ٢–التعرف على أسباب الإدمان وأعراضه. ٣–إتاحة الفرصة للأعضاء للمشاركة، والتعرف على آرائهم وأفكارهم ومعتقداتهم حول موضوع الإدمان. ٤–استبصار أعضاء المجموعة وتزويدهم بالمعارف والمعلومات التي تزيد لديهم الجانب الإدراكي حول خطورة الإدمان.	العلاج المعرفي السلوكي	–التوضيح –التشجيع –الإقناع –النمذجة –الواجب المنزلي	٦٠دقيقة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	النموذج العلاجي	الأساليب والفنيات المعتمدة	مدة الجلسة
٣	لماذا أنا هنا؟	١-مساعدة المدمن على التعامل مع مشكلاته في الحاضر وعدم التطرق للماضي. ٢-الرفع من درجة التقدير الإيجابي للذات. ٣-التعرف على الطرق التي تلبي احتياجاته من خلال مساعدته على أن يفكر في بدائل واختيارات تلبي احتياجاته بشكل أفضل.	العلاج الواقعي	التركيز على الواقع الحالي (هنا والآن). التغذية الراجعة	٩٠دقيقة
٤	المفاهيم والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالإدمان	١- التعرف على المعتقدات الخاطئة وعلاقتها بالإدمان. ٢- مساعدة أعضاء المجموعة على استبدال المعتقدات الخاطئة بمعتقدات صحيحة.	العلاج المعرفي	تغيير القواعد	٦٠دقيقة
٥	مشاعر وأفكار الاشتياق للمخدر	١-التعرف على مشاعر وأفكار الاشتياق للمخدر. ٢-تحديد الأفكار والمشاعر التي تسبق الانتكاسة. ٣-تحديد الوضعيات (الظروف، الأوقات، الأماكن، المناسبات) التي تدفع إلى الانتكاسة	العلاج العقلاني الانفعالي	١-التخيل العقلاني الانفعالي ٢-اتجاه-AB-C-D-E العلاجي ٣-الواجب المنزلي ٤-التغذية الراجعة	٦٠دقيقة
٦	الدنيا والآخرة	١-التذكير بالغاية من خلق الإنسان. ٢-العلاقة بين الإدمان والبعد عن العلاقة مع الله عز وجل والقيام بالواجبات الشرعية.	العلاج الروحي	١-أداء الشعائر الدينية. ٢-التوبة. ٣-التمسك بالقيم الأخلاقية. ٤-النمذجة ٥-التغذية الراجعة	٦٠دقيقة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	النموذج العلاجي	الأساليب والفنيات المعتمدة	مدة الجلسة
		٣-اكساب المدمنين معتقدات إيجابية تقلل من الاشتياق واللهفة ومن ثم الانتكاسة.			
٧	مهارات الاتصال داخل الأسرة (١)	١-التعرف على مهارات الاتصال الفعّال داخل الأسرة. ٢-التعرف على طرق الاتصال الفعّال.	نظرية الاتصال	إعادة التشكل- اقتفاء الأثر- بناء مهارات الاتصال-لعب الدور	٦٠ دقيقة
٨	دور الأسرة ومهارات الاتصال (٢)	١-التعرف على مهارات الاتصال الفعال داخل الأسرة. ٢-اكساب الأسرة مهارات الاتصال الفعّال مع المدمن.	العلاج الأسري	أساليب الاتصال أساليب التوجيه أساليب الاستبصار	١٨٠ دقيقة
٩	حل المشكلات	١-تبصير أفراد العينة بالمشكلات التي يعانون منها. ٢-مساعدة المدمن بالتعرف على المشكلة الرئيسة وتحديدها. ٣-تعريف المدمنين بأسلوب حل المشكلات وأثره الفعال. ٤-مساعدة المدمنين في وضع الخطوات المناسبة لحل مشكلاتهم.	العلاج المعرفي السلوكي	التدريب على حل المشكلة الواجبات المنزلية التغذية الراجعة	٦٠دقيقة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	النموذج العلاجي	الأساليب والفنيات المعتمدة
١٠	تأثير الانتكاسة على الأدوار الاجتماعية	١-التعرف على طبيعة الأدوار الاجتماعية للمدمنين المتعافين. ٢-التعرف على تأثير الإدمان على الأدوار الاجتماعية للمدمنين المتعافين. ٣-التعرف على كيفية استعادة الدور الاجتماعي للمدمنين المتعافين.	نموذج الدور الاجتماعي	١-تحليل الدور ٢-لعب الدور ٣-تبادل الأدوار ٤-التغذية الراجعة ٥-الواجبات المنزلية
١١	عوامل الانتكاسة	١-يتعلم المبحوثين العوامل المتعددة التي تؤدي إلى الانتكاسة. ٢-يستعرض العملاء مثالاً للمواقف التي قد تعرضهم للانتكاسة.	نموذج التركيز على المهام	التعليمات
١٢	الوقاية من الانتكاسة	التعرف على الطرق المساعدة على الوقاية من الانتكاسة.	نموذج التركيز على المهام	التعليمات
١٣	الرفض الفعّال	١-تعامل المبحوثين مع أشخاص يتعاطون حالياً وقد يعرضون عليهم الكحول أو المخدرات. ٢-تعلم المبحوثين ممارسة مهارات الرفض لعروض للتعاطي.	العلاج العقلاني الانفعالي	دحض الأفكار غير العقلانية لعب الدور-التغذية الراجعة التخيل العقلاني الانفعالي
١٤	التعامل مع الاشتياق والرغبات	١-مناقشة المبحوثين عن الرغبات الملحة والاشتياق التي يشعرون بها اتجاه تعاطي المخدرات. ٢-يتعلم المبحوثين كيفية استبدال الرغبات الملحة والاشتياق بأفكار وسلوكيات إيجابية.	العلاج المعرفي السلوكي	التشجيع التوضيح إعادة البناء المعرفي
١٥	الدعم الاجتماعي	١-تحديد المصادر المحتملة للدعم الاجتماعي. ٢-كيفية تطوير شبكات الدعم الاجتماعي الخاصة بهم أكثر وعلاقة ذلك بمنع الانتكاسة. ٣- أهمية أن يشكل المبحوثين دعماً للآخرين.	العلاج المعرفي	تغيير القواعد
١٦	المعتقدات الخاطئة حول الانتكاسة	١- تحديد ودراسة المعتقدات الخاطئة الشائعة حول الانتكاسة . ٢- شرح خطورة التمسك بهذه المعتقدات .	العلاج المعرفي السلوكي	دحض الأفكار غير العقلانية، المناقشة الجماعية
١٧	التقييم والإنهاء	تطبيق القياس البعدي للتعرف على التحسن الذي طرأ على أفراد العينة، وملخص لما تم اكتسابه من مهارات في الجلسات العلاجية، والتعرف على إيجابيات وسلبيات البرنامج العلاجي. والتذكير باللقاء القادم بعد شهرين للقياس التتبعي.	العلاج الجماعي	المناقشة الجماعية، التغذية الراجعة.

تحليل نتائج الدراسة:

أولاً: البيانات الديموغرافية

يتضح فيما يلي تحليل عينة الدراسة البالغ عددهم (١٢) فرداً من المتعافين من الإدمان في مستشفى الطب النفسي قسم الرعاية اللاحقة بعد أن أنهوا العلاج الطبي الدوائي في أقسام التنويم وتم خروجهم، ويحضرون لقسم الرعاية اللاحقة للحصول على خدمات العلاج النفسي الاجتماعي والتي هي عبارة عن جلسات علاجية تهدف لزيادة الدافعية لدى المدمنين من تقليل الانتكاسة.

جدول (٣): توزيع البيانات الأولية الشخصية للمفحوصين بالمجموعتين الضابطة والتجريبية (ن=١٢)

المتغيرات	الفئات	المجموعة الضابطة (ن=٦)		المجموعة التجريبية (ن=٦)		العينة كاملة (ن=١٢)	
		ن	%	ن	%	ن	%
العمر	من ٢٢- إلى أقل من ٣٢ سنة	٢	٣٣,٣	٣	٥٠,٠	٥	٤١,٧
	من ٣٢- إلى أقل من ٤٣ سنة	٤	٦٦,٧	٣	٥٠,٠	٧	٥٨,٣
محل الإقامة	المدينة المنورة	٥	٨٣,٣	٦	١٠٠,٠	١١	٩١,٧
	حائل	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
مستوى التعليم	الثانوية العامة	٢	٣٣,٣	٢	٣٣,٣	٤	٣٣,٣
	دبلوم ما بعد الثانوية	٢	٣٣,٣	٣	٥٠,٠	٥	٤١,٧
	جامعي	٢	٣٣,٣	١	١٦,٧	٣	٢٥,٠
الحالة الاجتماعية	أعزب	٣	٥٠,٠	٦	١٠٠,٠	٩	٧٥,٠
	متزوج	٣	٥٠,٠	–	–	٣	٢٥,٠
المؤسسة العلاجية	مجمع إرادة للصحة النفسية المدينة المنورة	٥	٨٣,٣	٦	١٠٠,٠	١١	٩١,٧
	مجمع إرادة للصحة النفسية الدمام	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
عدد أفراد الأسرة	٣	٣	٥٠,٠	–	–	٣	٢٥,٠
	٤	–	–	١	١٦,٧	١	٨,٣
	٥	–	–	١	١٦,٧	١	٨,٣
	٦	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣

المتغيرات	الفئات	المجموعة الضابطة (ن=٦)		المجموعة التجريبية (ن=٦)		العينة كاملة (ن=١٢)	
		ن	%	ن	%	ن	%
	٧	١	١٦,٧	٢	٣٣,٣	٣	٢٥,٠
	٩	–	–	٢	٣٣,٣	٢	١٦,٧
	١٠	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
العمل الحالي	لا	٣	٥٠,٠	٣	٥٠,٠	٦	٥٠,٠
	نعم	٣	٥٠,٠	٣	٥٠,٠	٦	٥٠,٠
الوضع الاقتصادي	منخفض	٢	٣٣,٣	٥	١٦,٧	٣	٢٥,٠
	متوسط	٣	٥٠,٠	٥	٨٣,٣	٨	٦٦,٧
	مرتفع	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
مصادر الدخل	الوظيفة	٢	٣٣,٣	٢	٣٣,٣	٤	٣٣,٣
	أعمال حرة	١	١٦,٧	٢	٣٣,٣	٣	٢٥,٠
	وظيفة، حساب المواطن	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
	تأجير عقار، حساب المواطن	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
	لا شيء – مساعدات من الأقارب	١	١٦,٧	–	–	١	٨,٣
	مصروف من الأب، توصيل طلبات	–	–	١	١٦,٧	١	٨,٣
	الأسرة	–	–	١	١٦,٧	١	٨,٣

يتضح من بيانات الجدول رقم (٣) للمفحوصين بالمجموعتين الضابطة والتجريبية أن الغالبية العظمى من المفحوصين كانوا في الفئة العمرية ٣٢–أقل من ٤٣ سنة بنسبة ٥٨,٣٪والفئة العمرية ٢٢–أقل من ٣٢ سنة بنسبة ٤١,٧٪بينما كان محل إقامة المقيمين في المدينة المنورة بنسبة (٩١,٧٪)، بينما كان مفحوص واحد بنسبة (٨,٣٪) مقيم في حائل. وكان مستوى التعليم السائد للمفحوصين هو دبلوم ما بعد الثانوية العامة بنسبة (٤١,٧٪)، يليه الثانوية العامة بنسبة (٣٣,٣٪)، ثم الجامعي بنسبة (٢٥٪)، وكان معظم المفحوصين بما نسبته (٧٥,٠٪) أعزبًا، بينما كان

نسبة (٢٥,٠٪) منهم متزوجين. وقد تم علاج جميع المفحوصين في مجمع إرادة للصحة النفسية في المدينة المنورة، باستثناء مفحوص واحد تم علاجه في مجمع إرادة للصحة النفسية في الدمام. وبلغ أكبر عدد لأفراد أسرة للمفحوصين هو ٣ أفراد بما نسبته (٢٥٪). وبالنسبة للعمل، كان نصف المفحوصين (٥٠,٠٪) يعملون حاليًا، بينما كان النصف الآخر (٥٠,٠٪) غير عاملين. وكان الوضع الاقتصادي المتوسط هو السائد بين المفحوصين بما نسبته (٦٦,٧٪)، يليه الوضع الاقتصادي المنخفض (٢٥٪)، وكانت الوظيفة هي المصدر الرئيسي للدخل لدى (٣٣,٣٪) من المفحوصين، يليها الأعمال الحرة بما نسبته (٢٥٪) والمجموعتان الضابطة والتجريبية متشابهتان إلى حد كبير في معظم المتغيرات. ومع ذلك، هناك بعض الاختلافات الطفيفة، مثل الحالة الاجتماعية، حيث كان جميع المفحوصين في المجموعة التجريبية عزابًا، بينما كان ٢٥,٠٪ من المفحوصين في المجموعة الضابطة متزوجين. وبالنسبة للوضع الاقتصادي، كان الوضع الاقتصادي المتوسط هو السائد في المجموعة التجريبية بما نسبته (٨٣,٣٪) من المفحوصين، مقابل (٥٠,٠٪) من المجموعة الضابطة.

جدول (٤) توزيع بيانات المفحوصين المتعلقة بالتشخيص الإكلينيكي في المجموعتين الضابطة والتجريبية (ن=١٢)

التشخيص الإكلينيكي	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	النسبة
F19.2 (إدمان مواد متعددة)	٥	٥	٨٣,٣٪
F15.2 (إدمان مادة واحدة)	١	١	١٦,٧٪

وفق الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض وهو المستخدم في مستشفى الطب النفسي التخصصي في المدينة المنورة فإن تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية تحت عنوان "الاضطرابات النفسية والسلوكية عن تعاطي المواد النفسانية التأثيرF10-F19 " حيث يوصف "الإدمان" "بمتلازمةالاعتماد :"Dependence Syndrome حيث يلاحظ من خلال الجدول أن معظم المفحوصين في المجموعة الضابطة والتجريبية بنسبة (٨٣،٣٪) لديهم التشخيص الإكلينيكيF19.2)) اضطرابات نفسية وسلوكية بسبب متلازمة إدمان العقاقير المتعددة وتناول مواد أخرى نفسانية التأثير. أي إدمان على مواد مخدرة متعددة، مقابل (١٦،٧) % في المجموعتين الضابطة والتجريبية لديهم التشخيص الإكلينيكي (F15.2) اضطرابات نفسية وسلوكية بسبب متلازمة إدمان منشطات أخرى تشمل الكافيين. أي الإدمان على مادة واحدة. وبالتالي نلاحظ في كافة أفراد العينتين الضابطة والتجريبية لديهم (التشخيص

بالاعتماد أو الإدمان على المواد المخدرة) سواء كانت مادة واحدة أو مواد متعددة كشرط من شروط العينة .

ثانياً: الإجابة عن فرضيات الدراسة

الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

١-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في كل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة.

الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

تم وضع الفرضيات الإحصائية التالية- :

الفرض الصفري: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في كل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة.

الفرض البديل: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في كل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة. وكانت نتائج الاختبار كما هي موضحة بالجدول التالي.

(جدول٥): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الأول (البعد المعرفي)	الضابطة	٦	٩,٥٠	٥٧,٠٠	-٢,٩٠٨	.٠٠٢**
	التجريبية	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
	المجموع	١٢				
البعد الثاني (الثقة بالنفس)	الضابطة	٦	٩,١٧	٥٥,٠٠	-٢,٥٧١	.٠٠٩**
	التجريبية	٦	٣,٨٣	٢٣,٠٠		
	المجموع	١٢				
البعد الثالث (الناحية العلاجية)	الضابطة	٦	٩,٠٠	٥٤,٠٠	-٢,٤٥٤	.٠١٥*
	التجريبية	٦	٤,٠٠	٢٤,٠٠		
	المجموع	١٢				

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الرابع (الناحية السلوكية)	الضابطة	٦	٩,٣٣	٥٦,٠٠	-٢,٧٢٧	.٠٠٤**
	التجريبية	٦	٣,٦٧	٢٢,٠٠		
	المجموع	١٢				
البعد الخامس (الناحية النفسية)	الضابطة	٦	٨,٧٥	٥٢,٢٥	-٢,١٦٩	.٠٢٦*
	التجريبية	٦	٤,٢٥	٢٥,٥٠		
	المجموع	١٢				
البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار)	الضابطة	٦	٨,٦٧	٥٢,٠٠	-٢,١٢٧	.٠٤١*
	التجريبية	٦	٤,٣٣	٢٦,٠٠		
	المجموع	١٢				
البعد السابع (معنى الحياة)	الضابطة	٦	٨,٥٠	٥١,٠٠	-١,٩٦٣	.٠٥٦*
	التجريبية	٦	٤,٥٠	٢٧,٠٠		
	المجموع	١٢				
الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة	الضابطة	٦	٩,٣٣	٥٦,٠٠	-٢,٧٢٢	.٠٠٤**
	التجريبية	٦	٣,٦٧	٢٢,٠٠		
	المجموع	١٢				

*دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥

**دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي، وذلك في ستة من الأبعاد السبعة، وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس ، حيث كانت الفروق كبيرة معنوية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في ستة أبعاد من أبعاد المقياس ماعدا البعد السابع (معنى الحياة) ،حيث كانت متوسطات الرتب للانتكاسة لدى المجموعة الضابطة ٩,٣٣ مقابل ٣,٦٧

للمجموعة التجريبية في القياس البعدي؛ وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠,٠٠٤) وهي أصغر من (٠,٠٥)؛ وكانت متوسطات الرتب لبعد معنى الحياة من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٨،٥٠) مقابل (٤،٥٠) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠٥٦.) وهي أكبر من (٠,٠٥).

وعليه يتم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل: توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في كل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية (ماعدا بعد الحياة) لمقياس الانتكاسة لصالح المجموعة التجريبية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التي استخدمت العلاج الجماعي الانتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين ، مثل: دراسة الأحمري (٢٠٢٠) التي استهدفت استخدام برنامج علاجي انتقائي تكاملي محوسب لخفض الانتكاسة لدى المدمنين ، ويفسر الباحث النتيجة من خلال استفادت المشاركين من فنيات البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي وماورد فيه من أساليب متعددة كالمحاضرات ولعب الدور والنمذجة والواجبات المنزلية التي ساهمت في التفريغ الوجداني للمشاركين وكتابة ما يشعرون به وما يعانون منه ضغوط نفسية قد تؤدي إلى الانتكاسة، وبالتالي أصبح لدى المشاركين قدرة على التعرف على تأثير الأفكار على مشاعرهم وسلوكهم نتيجة الجلسات العلاجية التي تعتمد على النماذج العلاجية بما فيها من فنيات والتي تهدف إلى التعامل مع العوامل المتعددة إلى الانتكاسة سواء عوامل اجتماعية أو نفسية أو غيرها.

ويفسر الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد معنى الحياة لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي بسبب التشابه في نوعية الجلسات العلاجية التي حصل عليها المدمنين المتعافين في البرامج العلاجية أثناء عملية التأهيل من القدرة على فهم معنى الحياة، والقدرة تحديد الأهداف سواء على المدى القريب أو البعيد مع طبيعة البرنامج العلاجي المعد من قبل الباحث ، وهذه النتيجة اتفقت مع الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لبعد معنى الحياة من مقياس الانتكاسة للإدمان بعد تطبيق البرنامج العلاجي . حيث أشار تحليل البيانات الديموغرافية بأنه تم علاج جميع المبحوثين في مجمع إرادة للصحة النفسية في المدينة المنورة بنسبة (٨٣،٣ %)، باستثناء مبحوث واحد تم علاجه في مجمع إرادة للصحة النفسية في الدمام بنسبة (١٦،١ %) مما يدل على أن البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي يتعامل مع الجوانب الذاتية والبيئية المتعددة التي قد تؤدي إلى الانتكاسة.

(جدول ٦): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في البعد المعرفي من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الأول (البعد المعرفي)	الضابطة	٦	٩,٥٠	٥٧,٠٠	-٢,٩٠٨	.٠٠٢**
	التجريبية	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
	المجموع	١٢				

**دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في البعد المعرفي لمقياس الانتكاسة، حيث كانت متوسطات الرتب للبعد المعرفي من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٩,٥٠) مقابل (٣،٥٠) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠،٠٠٢) وهي أصغر من (٠،٠١) وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وبالتالي: توجد هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في البعد المعرفي لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة صبيح (٢٠١١)، إذ انتهت نتائج هذه الدراسة إلى أنَّ المتعافين من الإدمان يعانون من ضغوط مختلفة جسدية، أو نفسية، أو اجتماعية، أو معرفية يمكن أن يؤدي العلاج على المدخل الروحي من تخفيف حدة هذه الضغوط التي يعانون منها. ويفسر الباحث النتيجة من خلال استخدام فنيات العلاج الروحي في الجلسة رقم (٦) ومن خلال استفادت الأعضاء من جلسة العلاج المعرفي السلوكي رقم (٢).

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الثقة بالنفس لمقياس الانتكاسة

(جدول٧): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في بعد الثقة بالنفس من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الثاني (الثقة بالنفس)	الضابطة	٦	٩,١٧	٥٥,٠٠	-٢,٥٧١	.٠٠٩**
	التجريبية	٦	٣,٨٣	٢٣,٠٠		
	المجموع	١٢				

**دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (٧) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الثقة بالنفس لمقياس الانتكاسة. حيث كانت متوسطات الرتب لبعد الثقة بالنفس من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٩،١٧) مقابل (٣،٨٣) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠،٠٠٩) وهي أصغر من (٠،٠١) وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وبالتالي: توجد هناك فروق دالة إحصائيّة بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الثقة بالنفس لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

ويفسر الباحث تلك النتيجة من خلال تنوع الفنيات المستخدمة في جلسات البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي مما كان له الأثر في تقليل الانتكاسة لبعد الثقة بالنفس على مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المدمنين المتعافين أعضاء المجموعة التجريبية. وذلك من خلال جلسة العلاج الواقعي رقم (٣)، وكذلك جلسة العلاج العقلاني الانفعالي رقم (١٣)، وهذا ما أكدته دراسة بركات والحلاق (٢٠١١م) من أسباب الانتكاس والعودة للتعاطي ظهور مشكلات نفسية (القلق والاكتئاب)."

ج- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية العلاجية لمقياس الانتكاسة.

(جدول٨): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في بعد الناحية العلاجية من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الثالث (الناحية العلاجية)	الضابطة	٦	٩,٠٠	٥٤,٠٠	-٢,٤٥٤	.٠١٥*
	التجريبية	٦	٤,٠٠	٢٤,٠٠		
	المجموع	١٢				

*دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥

يتبين من الجدول رقم (٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية العلاجية لمقياس الانتكاسة. حيث كانت متوسطات الرتب لبعد الناحية العلاجية من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٩،٠٠) مقابل (٤،٠٠) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي .وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠،٠١٥) وهي أصغر من (٠،٠٥) وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية .وبالتالي نستنتج : توجد فروق دالة إحصائيّة بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية العلاجية لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Joanning et,. al (1992) التي أكدت فعالية العلاج الجماعي المستخدم مع المدمنين من جهة، ومن جهة أخرى أكدت بأنه لا يوجد نموذج علاجي واحد قادر على التعامل مع مشكلات اضطراب تعاطي المخدرات مما يعني الحاجة إلى التنوع في البرامج العلاجية.

ويفسر الباحث تلك النتيجة لتعدد النماذج العلاجية التي تم الاعتماد عليها في البرنامج حيث تتعدد النماذج العلاجية المستخدمة في هذه الدراسة، وآلية تطبيقها في كل جلسة علاجية. بحيث تتعامل مع العوامل المتعددة للانتكاسة سواء كانت بيئية أو ذاتية.

د- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية السلوكية لمقياس الانتكاسة

(جدول٩): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في البعد الرابع (الناحية السلوكية) من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الرابع (الناحية السلوكية)	الضابطة	٦	٩,٣٣	٥٦,٠٠	-٢,٧٢٧	.٠٠٤**
	التجريبية	٦	٣,٦٧	٢٢,٠٠		
	المجموع	١٢				

**: دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية السلوكية لمقياس الانتكاسة حيث كانت متوسطات الرتب لبعد الناحية السلوكية من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٩،٣٣) مقابل (٣،٦٧) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠،٠٠٤) وهي أصغر من (٠,٠١) وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وبالتالي نستنتج: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية السلوكية لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

وقد أشارت دراسة McIntosh& McKeganey (2000)، ودراسة الديدى والسيد (٢٠٠٥)، ودراسة Likens (2010)، عن العديد من العوامل والضغوطات المؤثرة في سلوكيات المدمن المتعافي مما قد تسبب الانتكاسة مثل: التوتر الناتج عن معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى، وشبكة تعاطي المخدرات السابقة، وإعادة الاتصال بالأصدقاء السابقين، والذهاب إلى أماكن التعاطي السابقة.

وهذا ما ساهم فيه العلاج الجماعي الانتقائي المستخدم في الدراسة من خلال الجلسات العلاجية حيث هدفت

الجلسة العلاجية رقم (٧) و (٨) إلى تعديل سلوك المدمن بمشاركة أسرته من خلال استخدام نظرية الاتصال والعلاج الأسري والجلسة رقم (١١) و(١٢) والتي هدفت إلى التعرف على عوامل الانتكاسة والوقاية من الانتكاسة من خلال التركيز على المهام باستخدام فنية التعليمات والتي تهدف إلى تعديل سلوك المدمن المتعافي.

هـ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية النفسية لمقياس الانتكاسة.

(جدول١٠): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في البعد الخامس (الناحية النفسية) من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الخامس (الناحية النفسية)	الضابطة	٦	٨,٧٥	٥٢,٥٠	-2.169 -٢,١٦٩	*.٠٢٦
	التجريبية	٦	٤,٢٥	٢٥,٥٠		
	المجموع	١٢				

*دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥

يتبين من الجدول رقم (١٠) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية النفسية لمقياس الانتكاسة حيث كانت متوسطات الرتب لبعد الناحية النفسية من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٨،٥٧) مقابل (٤،٢٥) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠،٠٢٦) وهي أصغر من (٠,٠٥) وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وبالتالي نستنتج: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد الناحية النفسية لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة صبيح (٢٠١١)، ودراسة Gangai ((٢٠١٣، في مساهمة العلاج الجماعي الانتقائي في تقليل الانتكاسة في بعد الناحية النفسية على مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المدمنين المتعافين أعضاء

المجموعة التجريبية. ويفسر الباحث النتيجة من خلال تنوع الفنيات المستخدمة في جلسات البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي مما كان له الأثر في تقليل الانتكاسة في بعد الناحية النفسية على مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المدمنين المتعافين أعضاء المجموعة التجريبية وذلك من خلال الجلسة رقم (١٢) وكذلك الجلسة رقم (١٦).

و- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد اللهفة وتلميحات العقار لمقياس الانتكاسة.

(جدول١١): نتائج اختبارات الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار) من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار)	الضابطة	٦	٨,٦٧	٥٢,٠٠	-٢,١٢٧	.٠٤١*
	التجريبية	٦	٤,٣٣	٢٦,٠٠		
	المجموع	١٢				

*دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥

يتبين من الجدول رقم (١١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد اللهفة وتلميحات العقار لمقياس الانتكاسة حيث كانت متوسطات الرتب لبعد اللهفة وتلميحات العقار من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٨،٦٧) مقابل (٤،٣٣) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (٠،٠٤١) وهي أصغر من (٠,٠٥) وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وبالتالي نستنتج: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد اللهفة وتلميحات العقار لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة الأحمري (٢٠٢٠) في المساهمة في تقليل اللهفة وتلميحات العقار كعامل من عوامل الانتكاسة، ويفسر الباحث النتيجة من خلال تنوع الفنيات المستخدمة في جلسات البرنامج العلاجي الجماعي

الانتقائي مما كان له الأثر في تقليل الانتكاسة لبعد اللهفة وتلميحات العقار من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المدمنين المتعافين أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك من خلال الجلسة رقم (٥)، وكذلك الجلسة رقم (١٤).

ز- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد معنى الحياة لمقياس الانتكاسة.

(جدول١٢): نتائج اختبارات الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في البعد السابع (معنى الحياة) من مقياس الانتكاسة للإدمان

أبعاد مقياس الانتكاسة	المجموعة	N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد السابع (معنى الحياة)	الضابطة	٦	٨,٥٠	٥١,٠٠	-١,٩٦٣	.٠٥٦*
	التجريبية	٦	٤,٥٠	٢٧,٠٠		
	المجموع	١٢				

*دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥

يتبين من الجدول رقم (١٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد معنى الحياة لمقياس الانتكاسة حيث كانت متوسطات الرتب لبعد معنى الحياة من مقياس الانتكاسة للإدمان لدى المجموعة الضابطة (٨،٥٠) مقابل (٤،٥٠) للمجموعة التجريبية في القياس البعدي. وجاءت قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار مان ويتني بقيمة (.٠٥٦) وهي أكبر من (٠,٠٥).

وبالتالي نستنتج: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد معنى الحياة لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي.

ويفسر الباحث النتيجة أن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط رتب درجات القياس البعدي في بعد معنى الحياة لمقياس الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي، وذلك بسبب التشابه في نوعية الجلسات العلاجية التي حصل عليها المدمنين المتعافين في البرامج العلاجية أثناء عملية التأهيل من القدرة على فهم معنى الحياة، والقدرة تحديد الأهداف سواء على المدى القريب أو البعيد مع طبيعة البرنامج العلاجي المعد من قبل الباحث ، وهذه النتيجة اتفقت مع الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لبعد معنى الحياة من مقياس الانتكاسة للإدمان بعد تطبيق البرنامج العلاجي . إذ أشار تحليل البيانات الديموغرافية بأنه تم علاج جميع المبحوثين في مجمع إرادة للصحة النفسية في المدينة المنورة بنسبة (٨٣،٣ %)، باستثناء مبحوث واحد تم علاجه في مجمع إرادة للصحة النفسية في الدمام بنسبة (١٦،١ %) مما يدل على أن البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي يتعامل مع الجوانب الذاتية والبيئية المتعددة التي قد تؤدي إلى الانتكاسة.

نتائج اختبار صحة الفرض الثاني:

٢ .-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

حيث تم وضع الفرضيات الإحصائية التالية:

الفرض الصفري: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

الفرض البديل: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

وللإجابة عن هذه الفرضيات تم استخدام الاختبار اللابارمتري ويلككسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test)، وهو بديل اختبار (ت) للعينات المرتبطة، ويوضح الجدول التالي نتائج الاختبار للدرجة الكلية وللأبعاد السبعة.

(جدول١٣): نتائج اختبارات الفرق بين متوسطي درجات القياسين (قبلي- بعدي) لدى المجموعة التجريبية

أبعاد مقياس الانتكاسة		N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الأول (البعد المعرفي) – التجريبية بعدي – البعد الأول (البعد المعرفي) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠١	*٠,٠٢٨
	Negative Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٠				
	Total	٦				
البعد الثاني (الثقة بالنفس) – التجريبية بعدي – البعد الثاني (الثقة بالنفس) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠٧	*٠,٠٢٧
	Negative Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٠				
	Total	٦				
البعد الثالث (الناحية العلاجية) – التجريبية بعدي – البعد الثالث (الناحية العلاجية) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	-٢,٠٣٢	*٠,٠٤٢
	Negative Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	١				
	Total	٦				
البعد الرابع (الناحية السلوكية) – التجريبية بعدي – البعد الرابع (الناحية السلوكية) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠٧	*٠,٠٢٧
	Negative Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٠				
	Total	٦				
البعد الخامس (الناحية النفسية) – التجريبية بعدي – البعد الخامس (الناحية النفسية) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٥	٤,٠٠	٢٠,٠٠	-١,٩٩٢	*٠,٠٤٦
	Negative Ranks	١	١,٠٠	١,٠٠		
	Ties	٠				

أبعاد مقياس الانتكاسة		N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
	Total	٦				
البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار) – التجريبية بعدي – البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	-٢,٠٢٣	٠,٠٤٣*
	Negative Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	١				
	Total	٦				
البعد السابع (معنى الحياة) – التجريبية بعدي – البعد السابع (معنى الحياة) – التجريبية قبلي	Positive Ranks	٥	٣,٣٠	١٦,٥٠	-١,٢٦٥	٠,٢٠٦
	Negative Ranks	١	٤,٥٠	٤,٥٠		
	Ties	٠				
	Total	٦				
مجموع مقياس الرغبة في الانتكاسة / التجريبية – بعدي – مجموع مقياس الرغبة في الانتكاسة / التجريبية – قبلي	Positive Ranks	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠١	٠,٠٢٨*
	Negative Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٠				
	Total	٦				

* دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥

يتبين من نتائج الجدول رقم (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المفحوصين من المجموعة التجريبية (قبلي– بعدي) ، وذلك في ستة من الأبعاد السبعة وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس لصالح القياس البعدي الأعلى في المتوسطات، حيث جاء بعد (معنى الحياة) بدون فرق معنوي بين القياس القبلي والقياس البعدي ،وكانت متوسطات الرتب الموجبة في القياس البعدي أكبر من متوسطات الرتب السالبة في القياس القبلي ، لذا جاءت قيمة دلالة اختبار ويلككسون للدرجة الكلية (٠,٠٢٨) أصغر من مستوى المعنوية (٠,٠٥)، وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية

لمقياس الانتكاسة (ماعدا بعد الحياة) للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي لصالح القياس البعدي.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة الأحمري (٢٠٢٠ م) والتي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مواقف الانتكاسة لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

ويفسر الباحث هذا الانخفاض في درجة الانتكاسة بأثر النماذج العلاجية التي تم استخدامها في الدراسة والتي أثبتت نتائج الدراسات عن فعاليتها في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين كاستخدام المدخل الروحي والتي أثبتت دراسة صبيح (٢٠١١) فعاليته على التخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمتعافي من الإدمان سواء كانت هذه الضغوط (جسدية، أو معرفية، أو نفسية، أو اجتماعية)، والعلاج المعرفي السلوكي كما في دراسة (٢٠١٣) Gangai والتي ساهم العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الانتكاسة بين مدمني الكحول، العلاج الأسري كما في دراسة Joanning et,. al (1992).

ويفسر الباحث عدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لبعد معنى الحياة بسبب التشابه في نوعية الجلسات العلاجية التي حصل عليها المدمنين المتعافين في البرامج العلاجية أثناء عملية التأهيل من القدرة على فهم معنى الحياة، والقدرة تحديد الأهداف سواء على المدى القريب أو البعيد مع طبيعة البرنامج العلاجي المعد من قبل الباحث، إذ أشار تحليل البيانات الديموغرافية بأنه تم علاج جميع المبحوثين في مجمع إرادة للصحة النفسية في المدينة المنورة بنسبة (٨٣،٣ %)، باستثناء مفحوص واحد تم علاجه في مجمع إرادة للصحة النفسية في الدمام بنسبة (١٦،١ %) مما يدل على أن البرنامج العلاجي الجماعي الانتقائي يتعامل مع الجوانب الذاتية والبيئية المتعددة التي قد تؤدي إلى الانتكاسة .

نتائج اختبار صحة الفرض الثالث:

٣ –توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

تم وضع الفرضيات الإحصائية التالية– :

الفرض الصفري: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

الفرض البديل: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية.

(جدول١٤): نتائج اختبارات الفرق بين متوسطي درجات القياسين (بعدي- تتبعي) لدى المجموعة التجريبية

أبعاد المقياس		N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الأول (البعد المعرفي) – التجريبية تتبعي – البعد الأول (البعد المعرفي) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	-١,٦٣٣	٠,١٠٢
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٣				
	Total	٦				
البعد الثاني (الثقة بالنفس) – التجريبية تتبعي – البعد الثاني (الثقة بالنفس) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	٢	١,٥٠	٣,٠٠	-١,٣٤٢	٠,١٨٠
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٤				
	Total	٦				
البعد الثالث (الناحية العلاجية) – التجريبية تتبعي – البعد الثالث (الناحية العلاجية) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	-١,٦٣٣	٠,١٠٢
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٣				
	Total	٦				
البعد الرابع (الناحية السلوكية) – التجريبية تتبعي – البعد الرابع (الناحية السلوكية) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	١	١,٠٠	١,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٥				
	Total	٦				

أبعاد المقياس		N ن	Mean Rank متوسطات الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Z قيمة الاختبار	Asymp. Sig. (2-tailed) الدلالة الإحصائية
البعد الخامس (الناحية النفسية) – التجريبية تتبعي – البعد الخامس (الناحية النفسية) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	-١,٦٣٣	٠,١٠٢
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٣				
	Total	٦				
البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار) – التجريبية تتبعي – البعد السادس (اللهفة وتلميحات العقار) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	٢	١,٥٠	٣,٠٠	-١,٣٤٢	٠,١٨٠
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٤				
	Total	٦				
البعد السابع (معنى الحياة) – التجريبية تتبعي – البعد السابع (معنى الحياة) – التجريبية بعدي	Negative Ranks	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	١,٦٣٣	٠,١٠٢
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٣				
	Total	٦				
مجموع مقياس الرغبة في الانتكاسة / التجريبية – تتبعي – مجموع مقياس الرغبة في الانتكاسة / التجريبية – بعدي	Negative Ranks	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	-١,٦٠٤	٠,١٠٩
	Positive Ranks	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	Ties	٣				
	Total	٦				

يتبين من نتائج الجدول رقم (١٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المفحوصين من المجموعة التجريبية (بعدي- تتبعي)، حيث كانت جميع قيم دلالة اختبار ويلككسون أكبر من مستوى المعنوية (٠,٠٥)

وعليه نقبل الفرض الصفري ونرفض الفرض البديل: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة للمجموعة التجريبية. مما يعطي مؤشراً على وجود استمرارية للبرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة.

ويفسر الباحث تلك النتائج إلى الاختلاف في البرامج العلاجية حيث كان أعضاء المجموعة التجريبية في القياس القبلي لم يتعرضوا لبرنامج علاجي سواء كان أثناء التنويم في الأقسام الداخلية والذي يقوم على (إدارة الغضب ، وزيادة الدافعية ، ومقاومة الاشتياق والرغبات)، وفي القياس البعدي تم استخدام برنامج علاجي جماعي انتقائي متعدد النماذج العلاجية حيث إن تتعدد النماذج العلاجية المستخدمة في هذه الدراسة، وآلية تطبيقها في كل جلسة علاجية ساعدت في تقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، وكذلك استمرارية تأثيره بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة والتي تعود إلى الجلسات العلاجية المستخدمة والتي كان لها أثر علاجي ووقائي ،الجلسة العلاجية رقم (٧) و(٨) و (٩) والتي هدفت إلى اكتساب المدمن المتعافي للاتصال الفعال مع أسرته والتدريب على حل المشكلات، وبالتالي قدرة الأسرة على الاتصال الفعال مع المدمن. مما يحقق الدعم الاجتماعي للمدمن المتعافي كما في الجلسة العلاجية رقم (١٥) وهذا ما أكدته دراسة McIntosh& McKeganey (2000)ودراسة Likens (2010)عن أهمية الدعم الاجتماعي في الوقاية من الانتكاسة .

ويضيف الباحث أن استخدام فنية التعليمات في نموذج التركيز على المهام ساهم في تلك النتيجة حيث تعتبر المهام الموكلة للمدمنين المتعافين بمثابة ماذا يجب أن يقوموا به من خلال التعامل مع المواقف المختلفة التي تعرضهم للانتكاسة؟ وكذلك كيف يمكن أن يتبعوا برنامجاً يومياً يساهم في استمرار تقليل الانتكاسة لديهم؟

توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، خرجت بعدد من التوصيات التي يمكن أن تسهم في تحسين الخدمات العلاجية النفسية الاجتماعية لاضطراب تعاطي المخدرات وهي كالتالي:

١-إعداد برامج نوعية في مجال علاج إدمان المخدرات من خلال التجمعات الصحية بالتعاون مع هيئة التخصصات الصحية .

٢ -عقد الشراكات المجتمعية ما بين الجامعات ومستشفيات الطب النفسي فيما يخص الأبحاث العلمية المتعلقة بإدمان المخدرات.

٣-تدريب الأخصائيين الاجتماعيين على مهارات الانتقائية النظرية في التدخلات المهنية المتعددة مع حالات اضطراب تعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية الأخرى .

٤-ضرورة تطوير دليل السياسات والإجراءات بأقسام الخدمة الاجتماعية من خلال تفعيل التدخلات المهنية القائمة على الأدلة والبراهين.

المراجع :

أولًا: المراجع العربية

١. الأمم المتحدة. (٢٠٢٤). تقرير أممي: قرابة ٣٠٠ مليون شخص يتعاطون المخدرات في العالم، والاتجار في ازدياد .
https://news.un.org/ar/story/2024/06/1132066

٢. أبو النصر، مدحت. (٢٠٠٩). *فن ممارسة الخدمة الاجتماعية*. دار الفجر للنشر والتوزيع.

٣. الأحمري، يسرا بنت سعد علي. (٢٠٢٠). *فعالية برنامج علاجيّ انتقائي تكاملي محوسب لخفض الانتكاسة لدى المدمنين* {رسالة دكتوراه غير منشورة }. جامعة نايف العربيّة.

٤. بركات، مطاع. الحلاق، إقبال. (٢٠١١م). أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين: دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في الرصد الوطنيّ لرعاية الشباب في دمشق. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*،٣٣(٥٥)، ١٥٩-١٨٠.

٥. البريثن، عبد العزيز عبد الله. (٢٠٠٢). *الخدمة الاجتماعية في مجال المخدرات*. أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.

٦. حسن، عاصم عبد الحميد. (٢٠٢٣). *مقياس الانتكاسة للإدمان: كراسة التعليمات*. مكتبة الأنجلو المصرية .

٧. الدامغ، سامي عبد العزيز. (١٩٩٦). التعدد المنهجي: أنواعه ومدى ملاءمته للعلوم الاجتماعية. *مجلة العلوم الاجتماعية*، ٢٤ (٤)،١٠٧-١٢٥

٨. دمنهوري، رشاد صالح، عبد السلام، فاروق سيد، الكفوري، صبحي عبد الفتاح، النجار، علاء الدين السعيد، وبلخي، هاشم عمر (١٩٩٩م). *المدخل إلى علم النفس العام*(ط٢). دار زهران للنشر والتوزيع.

٩. الدوسري، فهد (٢٠٢٤، يونيو ٢٥). *نبراس:٣٣٪ من حالات تعاطي المخدرات نتيجة المشكلات الأسرية*. العربية .
https://www.alarabiya.net/saudi-today/2024/06/25/

١٠. الديدى، رشا عبد الفتاح محمد، وعسكر، رأفت السيد. (٢٠٠٥). *أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيًا من نزلاء المستشفيات*. دراسات نفسيّة، ١٥(٣)، ٣٥٣ – ٣٩٧.

١١. الريماوي، لطيفة محمد. (٢٠١٥). *أسباب الانتكاسة كما يدركها المدمنون داخل مراكز علاج الإدمان في مدينة عمان*{ رسالة ماجستير، جامعة عمان الأهلية} قاعدة معلومات دار المنظومة.

١٢. الزهراني، عبد الله بن أحمد بن عبد الله العمري. (٢٠١٠). *العلاقة بين مواضع الانتكاسة وبعض سمات الشخصيّة لدى عينة من مدمني الكبتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى الأمل بجدة*{ رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى}قاعدة معلومات دار المنظومة.

١٣. زوبع، رشا عبد العزيز الصادق. (٢٠١٧). العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة. *مجلة كلّية التربية في العلوم النفسيّة*،٤١(٢)، ٤٩-١٢٣.

١٤. الشمري، سعود بن عايد بن عياد. (٢٠٢٢). السلوك التوكيدي لدى مدمني الحشيش والكبتاجون: دراسة وصفية مقارنة مطبقة على نزلاء مجمع إرادة الصحة النفسية في مدينة حائل. *مجلة كلية التربية*،٨٥ (١)، ١-٦٠.

١٥. شهاب، نصر الدين عبد الرافع محمد. (٢٠١٦). *واقع الأداء المهني للاختصاصي الاجتماعي المدرسي في ضوء النزعة الانتقائية:* دراسة ميدانية. دراسات تربوية اجتماعية،٢٢(٢) ،٦٧- ١٢٨.

١٦. شوافقة، عروبة نوفان ضيف الله. (٢٠٢٢). *فاعلية برنامج إرشادي جمعي مستند إلى النظرية الانتقائية في خفض مستوى الاكتئاب وتنمية الاتزان الانفعالي لدى السجينات المحكومات بالقضايا الجنائية في الأردن*[أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة العلوم الإسلامية العالمية]. قاعدة معلومات دار المنظومة.

١٧. صبيح، آيات إبراهيم. (٢٠١١، مارس ٩-١٠). *العلاقة بين استخدام المدخل الروحي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالتعافي من الإدمان*. المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية-الخدمة الاجتماعية والعدالة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، حلوان، مصر.

١٨. العتيبي، هند بنت خالد. (٢٠١٩). دور الرعاية اللاحقة في منع الانتكاسة بعد التعافي من الإدمان: برنامج منتصف الطريق أنموذجًا. *مجلة الآداب*، ٣١(٣)، ١٠٩-١٣٠.

١٩. علي، عيد الديب محمود. (٢٠١٦م). فاعلية العلاج الأسريّ في خدمة الفرد في الحد من النزاعات الزوجيّة لدى المتزوجين حديثًا: دراسة مطبقة بمكتب التسوية التابع لمحكمة الأسرة بدار السلام، سوهاج. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، ٦(٥٦)، ٢٢١-٣٦٨.

٢٠. عوض، أحمد محمد. (٢٠١١). دراسة تقويمية للممارسة المهنية لعملية العلاج في المجال الطبي. *مجلة*

دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية،٥ (٣٣)، ٢٣١٧-٢٣٧١.

٢١. العيسى، سامية، والجعيد، منال (٢٠١٥، ديسمبر ١٤).*٦٧٪من المدمنين يتنكسون بعد التعافي* صحيفة الوطن.

https://www.alwatan.com.sa/article/283689

٢٢. غباري، محمد سلامة. (٢٠٠٢). *الإدمان (أسبابه ونتائجه _ وعلاجه) دراسة ميدانية*(ط٢). المكتب الجامعي الحديث .

٢٣. كعكي، فاطمة محمد أحمد. (٢٠١٩). *الوقاية من الإدمان دليل إرشادي لمرضى الإدمان وأسرهم*. شركة تكوين للنشر والتوزيع.

٢٤. مسعود، وائل. (٢٠١٠). *خدمة الجماعة*. الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات.

٢٥. المهيمزي، موسى بن محمد. (٢٠٢٥). *فعالية برنامج علاج جماعي انتقائي لتقليل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين*.{ رسالة دكتوراه غير منشورة} ، جامعة القصيم.

٢٦. وسيلة، رتاب. (٢٠١٨). *فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى مدمنين المخدرات*.{ رسالة دكتوراه منشورة} ، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف. شمعة.

٢٧. اليوسفي، مشيرة عبد الحميد، سليمان، مصطفى أبو المجد، عبد الظاهر، عبد الجابر عبد اللاه،وسباق، أسماء محمود أحمد. (٢٠١٥). الإرشاد الانتقائي (التعريف_النظرية_المبادىء_الفعالية). *مجلة العلوم التربوية*،٢٤ (٢٥)، ٢٨٧-٣١٠.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

28. among alcoholics: A study. *Asian Academic Research Journal of Social Sciences & Humanities, 1*(14), 175-219.
29. Garvin, C. D., Gutierrez, L. M., & Galinsky, M. (2004). *Handbook of social work with groups*. Guilford Press.
30. Growther, J. (2018). *Oxford advanced learner's dictionary*. Oxford University Press.
31. Joanning, H., Quinn, W., Thomas, F., & Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital & Family Therapy, 18*(4), 345-356.
32. Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. D., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: Case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 16* (1), 1–12.
33. Likens, N. (2010). *The relative importance of risk factors leading to relapse among individuals recovering from substance abuse*

[Master's thesis, California State University]. Theses Digitization Project.

34. McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). The recovery from dependent drug use: Addicts' strategies for reducing the risk of relapse. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 7(*2), 179-192.
35. Rahman, M. M., Rahaman, M., Hamadani, J., Mustafa, K., & Shariful Islam, S. M. (2016). Psycho-social factors associated with relapse to drug addiction in Bangladesh. *Journal of Substance Use, 21*(3), 2-7.
36. Razali, A., Ani, F., & Tohar, S. N. A. M. (2019). *Journal of Social Transformation and Regional Development, 1*(2), 16-23.
37. Wendt, D. C., & Gone, J. P. (2017). Group therapy for substance use disorders: A survey of clinician practices. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 12*(4), 243–259.
38. Wenzel, A., Liese, B. S., Beck, A. T., & Friedman-Wheeler, D. G. (2012). *Group cognitive therapy for addictions*. Guilford Press.