نوعية الحياة وعلاقتها بمدة تعاطي المخدرات

أ.د. محمد إبراهيم الدسوقي*

أ. ارنست خليل سليمان**

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مدة تعاطي المخدرات ونوعية الحياة وذلك باتباع المنهج الوصفي على عينة من ١٩ مبحوث ممتنع عن التعاطي المتعدد للمواد المخدرة لفترة تتراوح بين ٣-٦ شهور باستخدام أداة لتقييم نوعية الحياة (إعداد ارنست خليل سليمان) والتي كان لها ثبات وصدق ملائم، واستنتجت الدراسة أن هناك علاقة سلبية بين مدة التعاطي ونوعية الحياة الكلية، بينما لم تظهر نفس العلاقة بشكل دال بين مدة التعاطي وبين المجالات الفرعية لنوعية الحياة (الجسمية- النفسية- الاجتماعية – الاقتصادية- ظروف معيشية) وتم مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة والاطر النظرية والتوصية بأهمية اجراء التدخلات المبكرة في الوقاية والعلاج للحد من التدهور الزائد في نوعية الحياة.

---

*أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنيا

** أخصائي علاج الادمان بصندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي برئاسة الوزراء

نوعية الحياة وعلاقتها بمدة تعاطي المخدرات

أ.د. محمد إبراهيم الدسوقي*

أ. ارنست خليل سليمان**

مقدمة:

يذكر مورجان (٢٠٠٣) Morgan إنه حدث تأخر فى مجال الاعتماد من أنظمة الصحة العقلية والطبية فى تناول نوعية الحياة ضمن العملية العلاجية. حيث يوضح داوسون (٢٠٠٩) Dawson ، وبروى (٢٠٠٧) Preau أن الاستخدام المنظم لمؤشرات نوعية الحياة لمراقبة النتائج تعتبر من الأمور النادرة بالرغم من المدى الواسع الذى يؤثر فيه الاعتماد على المرضى والعائلات والمجتمع (Laudet., 2011).

ويعتبر تعاطى المواد المخدرة والاعتماد عليها المحرض الرئيس في وقوع حوالى ٥% من الجرائم والخلافات الزوجية والعنف، وبحوالي ١٢% في حالات الإيداع بالمستشفيات والانتحار والحوادث والاضطرابات العقلية والوجدانية والسلوكية والاصابة بأمراض معدية وسوء التغذية والذى بدوره يسبب الوفاة (Nady el-Guebaly,& Marc Galanter., 2015).

وتعد التوعية بأضرار تعاطى المواد المخدرة الدور الهام فى اقلاع العديد من الأشخاص الذين يدخلون فى خبرة التعاطي فتشير الاحصاءات أن ٢٦,٧% يتمكنوا من الامتناع التام الناجح وأن نسبة من يحاولون ويخفقون فى الامتناع هي ٢٣,٤% والنسبة الأكبر لمن لم يحاول الامتناع أبداً وهى ٥٠% (Jennifer Harland,& Robert Ali., 2015).

ويعتبر تزايد مدة التعاطي من الأمور التي تفاقم مشكلة تعاطي المخدرات التي تؤثر بدورها على الرغبة في العلاج وبالتالي صعوبة التحسن في شتي مجالات الحياة (هند, ٢٠١٦).

---

*أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنيا

** أخصائي علاج الادمان بصندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي برئاسة الوزراء

ويذكر ويثمان وهوفمان (٢٠٠٥) أنه بالرغم من التطورات الدوائية في علاجات الإدمان ما زالت التدخلات النفسية والاجتماعية تُشكل العناصر الأساسية لأى وضع علاجي مقنن (Weithmann, & Hoffmann., 2005).

وأشار أورلاندو (٢٠٠٦) أن النتائج العلاجية التي يتم دراستها على العملاء تُعد من أهم المؤشرات لجودة الرعاية المقدمة في التدخلات العلاجية مع وجود أداة فعالة لمراقبة التقدم الواقعي في الاجراءات العلاجية، ولكي نفهم تلك النتائج العلاجية نحتاج إلى رؤية شمولية لحياة الشخص الذى لديه مشكلة مع الإدمان، فالهدف من الخبرة العلاجية هو التغيير في أسلوب حياة العميل client's lifestyle ، حيث تقوم التدخلات العلاجية بالدور الحافز لنجاح الوصول إلى ذلك الهدف من خلال التفاعلات الاجتماعية التي تتم بالتدخلات العلاجية وما يترتب على ذلك من تغييرات معرفية ووجدانية وسلوكية لدى العميل (Cooper, 2007).

فالتحسن المنشود للأشخاص لا يقتصر على التحسن الجسدي الذى قد يلاحظه الاطباء فى قياساتهم الفسيولوجية بل يمتد الى جوانب الحياة الأخرى وانعكس هذا المنظور التكاملي فى مفهوم الصحة فى تأكيد منظمة الصحة العالمية فى تعريفها للصحة على أنها حالة كاملة من جودة العيش أو الرفاهية بدنياً ونفسياً واجتماعياً (Fairclough, 2010).

ومن الملاحظ أن هناك احتياج كبير إلى تقييم برامج التدخل لعلاج الادمان، فبحوث فعالية العلاج ما زالت في المراحل الأولية مع التطور الملحوظ في المعرفة في مجال العلاج من الإدمان (Eliason, 2007).

مشكلة الدراسة:

تُعد مشكلة تعاطي المواد المخدرة من المشكلات الضخمة ومن أكبر التحديات في المجتمعات لما تشكله من تهديد خطير على الصحة العامة والتي ترتبط بمشاكل نفسية واجتماعية وقانونية والانخفاض في الأداء التعليمي والمهني أو البطالة، والتورط في مشاكل قانونية والقيام بالجرائم والتشرد (Kathryn Batts, et al., 2014).

وعن مدى انتشار الظاهرة قدرت منظمة الخدمات المعنية بالصحة العقلية وتعاطي المواد النفسية Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) سنة ٢٠٠٤ أن الأشخاص الذين لديهم احتياج للعلاج من الإدمان يقرب عددهم نحو ٢٣,٥ مليون شخص (Cooper, 2007) .

ومن خلال قاعدة البيانات العلاجية Treatment Episode Data Set (TEDS) اتضح أن التغطية العلاجية شملت حوالى ٦٥٦,٥٩٥ شخص ممن تلقوا الخدمة العلاجية لأول مرة سنة ٢٠٠٤، وعلى مدار السنوات ٢٠٠٤، ٢٠٠٥،٢٠٠٦، ٢٠٠٧ تلقى ما يقرب من ٣ مليون شخص الخدمة العلاجية كأول محاولة للعلاج (Kathryn,& et al., 2014, 24).

وقد أوضح أوبرين وماكلالن (١٩٩٦) أن التدخلات العلاجية للإدمان تكون فعالة عند تحقيقها التغيير في خفض تعاطي المواد النفسية بجانب التغييرات الإيجابية النفسية والاجتماعية والبدنية، فالأشخاص الذي يتلقون الخدمة العلاجية ينخفض لديهم الإحساس بالعجز في إدارة الحياة نتيجة تعاطي المواد النفسية مقارناً بالأشخاص الذين لم يتلقوا الخدمة العلاجية (Kathryn,& et al., 2014, 2).

وبالنسبة للجهود الوطنية المبذولة في مجال علاج الادمان أشار المركز الإعلامي لمجلس الوزراء من خلال صندوق مكافحة وعلاج الإدمان , أن محور العلاج والتأهيل, شهد زيادة في أعداد المراكز العلاجية التي تم إنشاؤها منذ إطلاق الخطة في ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨, حيث وصلت لـ (٢٢) مركز علاج خلال عام ٢٠١٨, مقارنة بـ (٢١) مركز علاج خلال عام ٢٠١٧, و (١٧) مركز علاج خلال عام ٢٠١٦, و (١٦) مركز علاج خلال عام ٢٠١٥, و (١٢) مركز علاج خلال عام ٢٠١٤, كما تم زيادة أعداد المرضى المترددين على المراكز العلاجية لطلب العلاج والمتابعة حيث وصل لـ (١١٦٥١٧) مريض خلال عام ٢٠١٨, مقارنة بـ (١٠٣٩٥٠) مريض خلال عام ٢٠١٧, و (٨٣٦٢١) مريض خلال عام ٢٠١٦, و (٧٤٥٩٢) مريض خلال عام ٢٠١٥.

أما عن مراحل التعاطي نذكرها فيما يلي:

١. **تعاطى تجريبى (أو استكشافى)** :عملية تعاطى المواد المخدرة فى أول عهد المتعاطي بها، وهو فى مرحلة استكشافية لأحواله معها، حتى يرتب على ذلك الاستمرار فى تعاطيها، أو الانقطاع عن التعاطي.

٢. **تعاطى متقطع (أو بالمناسبة)** :عملية تعاطى المواد المخدرة كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة، كالحفلات والأفراح، وتختلف هذه العملية فى ارتفاعها باختلاف البيئات الحضارية العريضة، كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التى ينتمى إليها المتعاطي. ويشير التعاطي المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي التجريبي) فى ارتباط المتعاطي بالتعاطي.

٣. **تعاطى منتظم** :عملية التعاطى المتواصل لمادة مخدرة بعينها على فترات منتظمة، يجرى توقيتها بحسب إيقاع (سيكوفيزيولوجى) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية). وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي بالمناسبة) فى تعلق المتعاطي بالتعاطي (سويف, ١٩٩٦).

خسائر الشخص المتعاطي:

من المتوقع أن تزداد خسائر الشخص في حياته مع تقدم مراحل التعاطي، وتلك الخسائر فى عدة جوانب من حياة الفرد كالجانب البدنى، أو النفسى، أو الاجتماعى، والتى سنعرض بعض منها على النحو التالى :

١- **الاحتمالية المتزايدة بالإصابة بأمراض جسمية مزمنة** مثل فيروس سى الكبدى، ومرض نقص المناعة، وإصابات الجلد والأغشية المخاطية نتيجة تكرار الحقن فى الأوردة، الأمر الذى يجعل الشخص المعتمد فى كل مرة يتجه إلى وريد جديد يقوم بحقنه وتأخذ مواضع الحقن لوناً أزرقاً، ويستمر ذلك مع الشخص لفترات طويلة، كذلك فإن الحقن تحت الجلد يترك آثاراً أيضاً فى صورة ندوب، وأحياناً يحدث أن تتطور الحالة سوءاً ويبتر طرف ما نتيجة للمضاعفات التى قد تحدث نتيجة للحقن المتكرر فى مناطق بعينها من الجسم ، وكذلك الإصابة بإضطرابات المسالك البولية والتناسلية، فالكثير من المواد النفسية لها تأثير على الكلى وبالتالى تزايد احتمالية الإصابة بإضطرابات فى المسالك البولية، كما لدى المعتمدين على القات فى اليمن حيث يعاني

معظمهم من مشاكل في الكلى، وأيضاً لدى المعتمدين على المواد الكحولية الذى قد يصابون بالعقم نتيجة تأثير الكحول على مستوى هرمون التستوستيرون مما يؤدى تدريجياً الى حدوث العقم، وكذلك اضطرابات الجهاز الدورى فالاعتماد بشكل عام يؤدى إلى إلتهاب الغلاف المبطن للقلب نتيجة للمواد الفعالة بالمخدرات الذى يؤدى إلى قصور فى شرايين القلب مما يؤدى إلى انخفاض نسبة الدم الواردة لأجهزة الجسم بما فيها الجهاز العصبى الأمر الذى يترتب عليه تدهور فى كافة المراكز الإدراكية العليا، وكذلك اضطرابات الجهاز التنفسى فقد أشارت البحوث الطبية الأمريكية إلى أن أكثر من ٧١% من المعتمدين على كافة المواد المخدرة يصابون بإضطرابات حادة فى الجهاز التنفسى (حسنى, ٢٠١٠).

٢- **الاحتمالية المتزايدة بالاصابة باضطرابات نفسية**، نتيجة لتأثير الاعتماد على الجهاز العصبى، وفى هذا الصدد يوجد العديد من الأدلة على ارتباط القلق والإكتئاب، والتقدير المنخفض للذات، وإنخفاض الكفاءة الذاتية العامة بالاعتماد على المواد المخدرة، بالاضافة إلى الإصابات التى تحدث فى الجهاز العصبى والتى تؤثر على القدرات العقلية للفرد من إنتباه وإدراك وتذكر وقدرة على الحكم وقدرة على حل المشاكل وقد أشارت نتائج الدراسات الطبية أن ما بين (٣٥ إلى ٥٨%) من معتمدى المواد المخدرة بمختلف أنواعها يصابون بإضطرابات شديدة الحدة فى الجهاز العصبى المركزى ينجم عنها ضمور وأعطاب بالخلايا العصبية، كما قد ينجم عنها فى كثير من الأحيان الشلل النصفى، والشلل الرعاش، والعته والخرف المبكر (NIDA, 2012).

٣- **الاحتمالية المتزايدة بظهور مشاكل اجتماعية** إلى أن تصبح المواقف الاجتماعية برمتها مواقف ضاغطة والتى يعتاد فيها الشخص على التعاطى للقيام بهذه المهام وقد تأخذ أشكالاً متباينة ففى البداية يشارك الشخص غالباً بفاعلية مع الأخرين مما يدعم لديه ايجابيات التعاطى، وتظهر الاضطرابات فى العلاقات الاجتماعية عندما يستمر ويزيد من الجرعة التى يأخذها إلى أن يصل إلى درجة من العزوف عن المشاركة فى أى نشاط اجتماعى بدون أخذ المادة المخدرة .مما ينعكس ذلك على تدهور الحالة الوظيفية للشخص

وعلاقاته الاجتماعية عموماً وبالأسرة على وجه الخصوص . ومن الأمثلة على ذلك ما قدمه (سويف) ١٩٩٦ من دراسات وبائية على عينة تمثل ٤ % من جمهور طلاب وطالبات الجامعات المصرية على امتداد القطر كله، ساهمت فى إلقاء الضوء على علاقة الجريمة بالتعاطى، انتهت هذه الدراسة إلى وجود ارتباطات ايجابية قوية بين ارتكاب جميع أشكال سلوكيات الانحراف و بين تعاطى جميع أنواع المواد المخدرة ؛هذا بالإضافة الى وجود ارتباط قوى بين وقوع الحوادث والتعاطى (سويف, ١٩٩٦).

وباستعراض الانتاج العلمي العربي نجد أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت العلاقة بين نوعية الحياة ومدة تعاطي المخدرات، وعليه تتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

١. هل يوجد ارتباط بين مدة التعاطي ونوعية الحياة الكلية؟
٢. هل يوجد ارتباط بين مدة التعاطي ومجال الصحة الجسمية؟
٣. هل يوجد ارتباط بين مدة التعاطي ومجال الصحة النفسية؟
٤. هل يوجد ارتباط بين مدة التعاطي ومجال العلاقات الاجتماعية؟
٥. هل يوجد ارتباط بين مدة التعاطي ومجال الحالة الاقتصادية؟
٦. هل يوجد ارتباط بين مدة التعاطي ومجال الظروف المعيشية؟

أهداف الدراسة:

يتحدد الهدف العام للبحث في التعرف على طبيعة نوعية الحياة لدى متعاطي المواد المخدرة بشكل عام وشكل العلاقة بين نوعية الحياة ومدة التعاطي للمواد المخدرة.

الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

١- تستمد الدراسة الحالية أهميتها من اهتمامها بفئة خاصة فى المجتمع وهى فئة المعتمدين على المواد المخدرة .

٢- الكشف عن دور نوعية الحياة فى التنبؤ بالاعتماد على المواد المخدرة عبر الفترات الزمنية من التعاطي.

٣- المساهمة في وضع تدخلات نوعية في المراحل المبكرة من التعاطي لوقف التدهور في نوعية الحياة وتطوير برامج الوقاية من التعاطي.

ب- الأهمية التطبيقية

١- المساهمة فى تقيم فاعلية برامج التدخل بتقيم الناتج العلاجي للوقوف على نقاط القوة والضعف فى الخدمة المقدمة لتطويرها.

٢- الإسهام فى تطبيق الخطط الوقائية للحد من انتشار اضطراب الاعتماد فى الوقاية المبكرة وكذلك التدابير الوقائية للحد من نسب الانتكاس المتكرر وتوفير إمكانية لتقييم جدوي التدخلات الوقائية.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية والدراسات السابقة:

يرجع تاريخ الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة إلى الفيلسوف اليوناني سقراط الذى قال" أن الحياة التي لا يتم فحصها هي تلك الحياة التي لا تستحق العيش فيها". وفى النصف الأول من القرن العشرين ارتبطت نوعية الحياة بالمستوى المادي الذى يمكن أن تحققه الدولة؛ فكلما ارتفع هذا المستوى كانت الحياة أفضل للمواطنين. وقد أدى ذلك إلى الحاجة لقياس مستوى النوعية، وقد كان أول مقياس لنوعية الحياة من خبراء الاقتصاد الذين قاموا باستخدام معدل الناتج القومي كمؤشر لنوعية الحياة (Laudet, 2011).

وفى عام ١٩٦٠ ظهر الاحتياج إلى ما يتجاوز النمو الاقتصادي عندما أصبح من الواضح أن سعادة المجتمع أو الجمهور لا يمكن تحديدها فقط من البضائع المستهلكة. فأصبح التحرك نحو "المؤشرات الاجتماعية" أكثر انتشارا؛ حيث تم البدء فى استخدام الظروف الاجتماعية الموضوعية مثل الصحة، والحياة المتوقعة، ومعدل البطالة، ومعدل الفقر، والحضور المدرسي، والبيئة كمؤشرات للتقدم المجتمعي، وبالرغم من التقدم فى الظروف الاقتصادية والاجتماعية؛ فإن نتائج البحوث فى الفترة من ١٩٥٧ إلى ١٩٧٢ أظهرت بأن السعادة لدى الجمهور العام بدأت فى التدهور تدريجياً.

وفى عام ١٩٨٠ ظهرت الحاجة إلى مؤشرات جديدة للحياة الجيدة، وبدأ الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة ينتقل من الجمهور إلى المستوى الفردى، حينها بدأت تظهر موضوعات مثل الثقافة، والقيم الشخصية، والتقارير الذاتية بالرضا عن الحياة أو عدم الرضا أو السعادة، والرضا الصحي، والشعور الذاتي بشأن حياة الأفراد، وبعد ذلك أصبح الاهتمام بنوعية الحياة حقيقة تبذل فيها العلوم الاجتماعية والإنسانية جهوداً مركزة فى تعريف، ووصف وفهم نوعية الحياة وحينها بدأت المناحى التصورية لتقييم نوعية الحياة بالظهور (Doga, 2008).

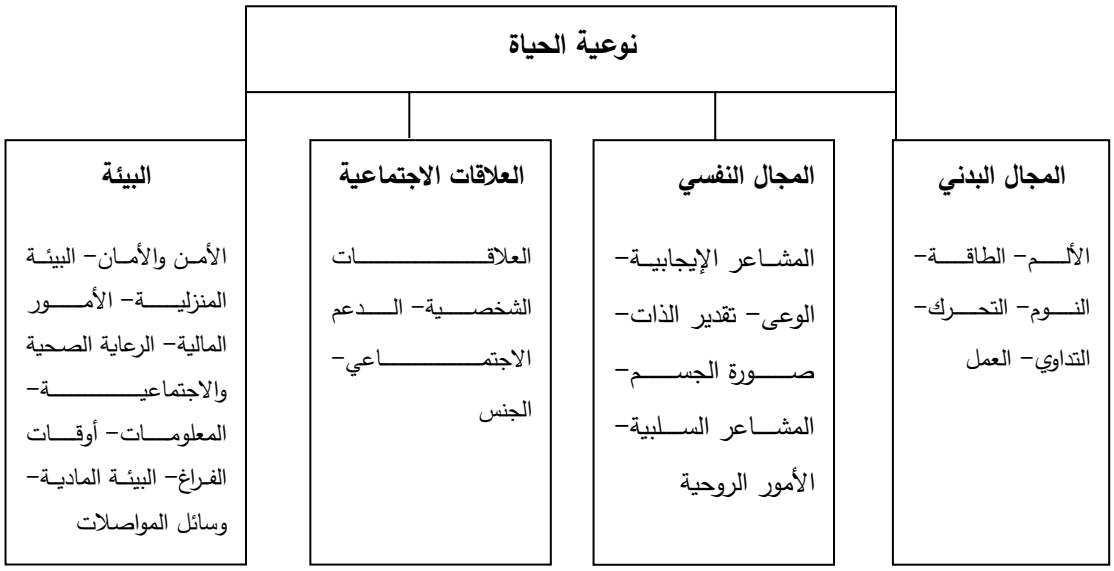
وبالرغم من تعدد البحوث التي أجريت عن نوعية الحياة ، فإنه لا يوجد إطار نظري تعريفي محدد لنوعية الحياة ، أو أداة محددة لقياس نوعية الحياة، وقد تم تعريفها بشكل واسع اجتماعيا ، وموضوعيا ، وبشكل ضيق بمصطلحات الفردية والذاتية. فقد تضمنت فى فترة سابقة موضوعات مثل الدخل ، والوظيفة ، والسكن ، والتعليم ، والظروف البيئية والحياتية الأخرى ، وبعد ذلك تضمنت إدراكات نوعية الحياة عموماً والخبرات الفردية والقيم ، وتضمنت مؤشرات مرتبطة مثل السعادة ، والرضا عن الحياة ، واتضح ذلك أيضاً فى النماذج المفسرة لنوعية الحياة التي لم تتسق فى ذلك، وتراوحت بين الاحتياجات المأخوذة من هرم ماسلو للحاجات الإنسانية وهى الحاجات الفسيولوجية (مثل الجوع والعطش والراحة الجسمية) ،والحاجة للأمن من المخاطر، والحاجة للحب والانتماء ، والحاجة إلى التقدير للإنجاز ،والحاجة للمعرفة والفهم والإتقان، والحاجة لتحقيق الذات إلى الحاجات الفردية مثل الحياة النفسية الطيبة ، والسعادة ،والمعنويات، والتوقعات الاجتماعية أو الإدراكات الذاتية الفريدة (Brown, Bowling, & Flynn,2004,1; Sirgy,2012,530).

وبناء على هذا التنوع والاختلاف في تناول مفهوم نوعية الحياة سنتناول فيما يلى عرض أبرز التعريفات المقدمة لنوعية الحياة:

تعريف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها ادراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والنسق القيمي التي يعيشها مع ارتباط ذلك بالأهداف والتوقعات والمعايير والاهتمامات. فهو مفهوم واسع يتفاعل بطريقة مركبة مع الحالة الصحية الجسدية للشخص، والحالة النفسية، ومستوى الاستقلالية، والعلاقات الاجتماعية، والمعتقدات الشخصية وعلاقتهم بالمظاهر البارزة في بيئتهم (WHOQOL, 1995).

نموذج منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة

ويعد هذا النموذج من النماذج العاملية التي توضح أن مفهوم نوعية الحياة يتشكل من أربعة مجالات وهى (البدني – النفسي– العلاقات الاجتماعية– البيئة) والتي يحتوى كل منها على مجالات حياتية كما تتضح فى الشكل :



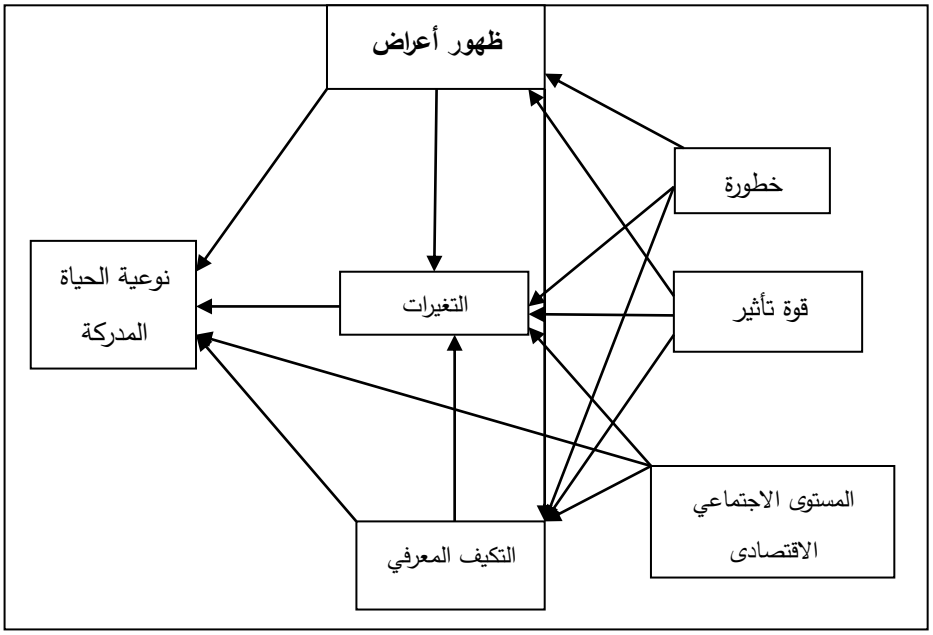
شكل (١)

نموذج منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة (Skevington, Lotfy,& O'Connell, 2004).

نموذج كووان، ويونج جراهام، وكوشرين (١٩٩٢) Cowan, Young-Graham & Cochrane

يعرف هذا النموذج مفهوم نوعية الحياة بأنه" النطاق الذى يقيس مستوى رضا الفرد عن الحياة والشعور بالتنعم بشكل إيجابي" وقدم هذا النموذج نوعية الحياة فى سياق الأمراض المزمنة، ويتكون هذا النموذج من مجموعة من المتغيرات المستقلة المتمثلة فى خطورة المرض، وقوة تأثير العلاج، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومجموعة أخرى من

المتغيرات الوسيطة مثل عرض المشقة، والتغيرات الوظيفية، والتكيف المعرفي، هذه المتغيرات المستقلة فى حالة تفاعل دائم مع المتغيرات الوسيطة لتكون المتغير التابع، ألا وهو إدراك نوعية الحياة، كما يتضح فى الشكل(٢)



الشكل (٢)

(Cynthia,& Pamela.,2003 ,57)

وقد تم اختبار هذا النموذج لدى عينات مرضية من مرضى الذبحة الصدرية، ومرضى الأورام السرطانية، وبالتالي يعد هذا النموذج نموذجاً نظرياً يمكن تعميمه على السياقات المرضية المزمنة الأخرى (هناء أحمد شويخ، ٢٠٠٩ ، ١٢٥).

وبالرغم من أهمية هذا المفهوم وكثرة تناوله بالأخص فى المجالات الطبية فإنه بدأ استخدامه مؤخراً فى الخدمات النفسية لتقييم الاحتياجات فى الخدمة ولتقييم الناتج العلاجي، وإنه مازال فى حاجة إلى مزيد من البحث خاصاً بعد ظهور مقاييس لنوعية الحياة حسب نوع الاضطراب؛ فقد ظهرت أدوات مؤخراً للمعتمدين على المواد المخدرة، والتي يشار إليها على أنها أكثر حساسية فى رصد الاحتياجات

والتغيرات المرتبطة بالمشكلة بخلاف تلك الأدوات العامة التي يمكن أن تجرى على الجمهور العام والتي تكون حساسيتها للتغير المرتبط بالمشكلة بدرجة أقل، وذلك التصور المركب لمفهوم نوعية الحياة يتلاءم مع النظر إلى مشكلات معقدة ومركبة مثل مشكلة الاعتماد على المواد المخدرة والتي يكون لها تأثير على كل من الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية ، سواء فى حالة الاعتماد أو فى حالة التعافي؛ حيث تم إضافة نوعية الحياة الجيدة كشرط أساس للتعافى (Laudet, 2011,44).

دراسات سابقة:

دراسة أجراها زهانج ويانج وليوان وزهانج (٢٠٠٧) لمعرفة العوامل المؤثرة فى نوعية الحياة لدى عينة من المعتمدين على الهيروين وأظهرت النتائج أن العوامل الأساسية المؤثرة فى نوعية الحياة كانت مدة تعاطى المخدر ، والجرعة المأخوذة للمخدر ، والدعم الخارجي من الأسرة ، والدعم الاجتماعي العام ، والاستخدام المشترك للحقن ، والدعم الاقتصادي ، فى حين كان للحالات الزواجية والدعم الداخلي للأسرة ، وطريقة تعاطى المخدر والمرض المزمن ، والتدخين ، وتعاطى أحد أفراد الأسرة للمخدر ، وطريقة الامتناع ووقت الانتكاس كان لها تأثير أقل على نوعية الحياة (Zhang, et al., 2007).

بينما تشير دراسات أخرى لميلسون (٢٠٠٦) أن متغيرات مثل العمر ومدة التعاطي وعدد مرات العلاج السابقة لا ترتبط بشكل واضح بالتنبؤ بنوعية الحياة (Millson P, 2006).

كما أوضح بوردير وأخرون (٢٠٠٩) أن هناك ارتباط بين شدة الإدمان بزيادة التدهور في نوعية الحياة (Borders et al., 2009).

وأشارت دراسات أدمس (٢٠٠٢) أن نوعية الحياة تكون متدهورة لدي المعتمدين مقارناً بغير المعتمدين (Adams, 2002).

كما أستنتج ايكلوند وأخرون (١٩٩٤) أن نوعية الحياة تكون في مستوي أفضل عند التعافي مقارناً بالانتكاس والاستمرار في التعاطي (Eklund, et al., 1994).

وكان للتحسن في نوعية الحياة مؤشر هام لفاعلية تدخلات علاجية مثل المجتمعات العلاجية القائمة على المعايشة وفقاً لقواعد صارمة لتهيئة التعافي (Caputo, 2019).

وكذلك التحسن في مناحي العلاج المعرفي السلوكي القائمة على التثقيف والتوجيه النفسي psychoeducation (Gür, Can Gür, & Okanlı, 2017).

وأظهرت **نتائج الدراسة التي قام بها ارنست (٢٠١٥)** وجود فروق بين المعتمدين والمنتكسين من جهة وبين غير المعتمدين من جهة أخرى فى نوعية الحياة فى اتجاه غير المعتمدين ، ولم تتضح فروق دالة بين المعتمدين والمنتكسين فى نوعية الحياة ككل ما عدا الفروق فى المجال الفرعي لنوعية الحياة الخاص بالحالة الاقتصادية فقد كان هذا المجال اكثر تدهوراً لدى المنتكسين عن المعتمدين، وقد ساهمت نوعية الحياة عموماً فى التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية وبالانتكاس ومن أكثر المجالات المنبئة بالاعتماد والانتكاس هو التدهور فى العلاقات الاجتماعية و التدهور فى الحالة الاقتصادية (ارنست،٢٠١٥،١٣٦).

تعقيب على الدراسات السابقة:

١. هناك تأكيد من الدراسات على التدهور الذى يحدث بسبب التعاطي للمخدرات.
٢. هناك تأكيد من الدراسات على أهمية مؤشر نوعية الحياة في تقييم الناتج العلاجي من الإدمان.
٣. أوضحت الدراسات تدهور نوعية الحياة مع ارتفاع مستوي شدة الإدمان.
٤. أوضحت دراسات التدهور في نوعية الحياة مع زيادة مدة الإدمان (Zhang, et al., 2007). بينما أوضحت دراسات أخرى أن مدة التعاطي ليس مؤشر للتنبؤ بمستوى نوعية الحياة (Millson P, 2006).

فروض الدراسة:

١. يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ونوعية الحياة الكلية.
٢. يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ومجال الصحة الجسمية.
٣. يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ومجال الصحة النفسية.
٤. يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ومجال العلاقات الاجتماعية.
٥. يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ومجال الحالة الاقتصادية.

٦. يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ومجال الظروف المعيشية.

المنهج والاجراءات:

- استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي باستخدام مقياس نوعية الحياة (اعداد ارنست خليل سليمان) وهو عبارة عن ٣٦ بند مقسمين الي مجالات على النحو التالي:
- **مجال الصحة الجسمية :** وهو مكون من ١٠ بنود عبارة عن ٩ بنود للسؤال عن إمكانات الصحة الجسمية (من البند ١إلى ٩) ، وبند واحد يسأل عن الرضا بشأن الصحة الجسمية (وهو البند ١٠).
- **مجال الصحة النفسية :** وهو مكون من ٧ بنود عبارة عن ٦ بنود للسؤال عن إمكانات الصحة النفسية الجيدة (من البند ١١ إلى ١٦)، وبند واحد يسأل عن الرضا عن الصحة النفسية (وهو البند ١٧) .
- **مجال العلاقات الاجتماعية:** وهو مكون من٦ بنود عبارة عن٥ بنود للسؤال عن امكانات العلاقات الاجتماعية الجيدة(من البند ١٨ إلى ٢٢) ، وبند واحد يسأل عن الرضا بشأن هذه العلاقات عموماً (وهو البند ٢٣) .
- **مجال الحالة الاقتصادية:** وهو مكون من ٦ بنود عبارة عن ٥ بنود تسأل عن امكانات الحالة الاقتصادية الجيدة(من البند ٢٤ إلى ٢٨) ، وبند واحد يسأل عن الرضا بشأن الحالة الاقتصادية (وهو البند ٢٩).
- **مجال ظروف المعيشة:** وهو مكون من ٧ بنود عبارة عن٦ بنود تسأل عن امكانات المعيشة الجيدة (من البند ٣٠ إلى ٣٥) ، وبند واحد يسأل عن الرضا بشأن البيئة التي يعيشها عموماً (وهو البند ٣٦).

يجاب على البنود الـ٣٦ في مقياس نوعية الحياة باختيار بديل واحد من بدائل الاستجابة الخمسة

(لا يتوفر مطلقاً = ١، غير متوفر= ٢، غير محدد=٣، متوفر=٤، متوفر بدرجة كبيرة=٥).

الكفاءة السيكوميترية لأداة الدراسة:

أولاً: صدق مقياس نوعية الحياة

جدول (١)

ارتباط البعد بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة

البعد / العينة	متعافين من تعاطي المواد النفسية ن=١٦
الصحة الجسمية	٠,٩١١**
الصحة النفسية	٠,٧١٥**
العلاقات الاجتماعية	٠,٨٦٩**
الحالة الاقتصادية	٠,٩٥٢**
ظروف المعيشة	٠,٧٥٢**

ويتضح من الجدول (١) أن أبعاد مقياس نوعية الحياة ترتبط بصورة مقبولة بالدرجة الكلية

ثانياً: ثبات مقياس نوعية الحياة

جدول (٢)

معاملات الثبات الخاصة بمقياس نوعية الحياة

العينة	متعافين من تعاطي المواد النفسية ن=١٦		
معاملات الثبات	القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار
مقياس نوعية الحياة	٠,٩١٧	٠,٩٠٣	٠,٦٧١

وبالنظر للجدول (٢) يتبين أن لأداة نوعية الحياة معاملات ثبات مرضية.

جدول (٣)

معاملات ثبات بطريقة إعادة الاختبار لأبعاد نوعية الحياة

مجموعات التقنين / الأبعاد	متعافين من تعاطي المواد النفسية ن=١٦
١- الصحة الجسمية	٠,٦٠٢
٢- الصحة النفسية	٠,٥٣٤
٣- العلاقات الاجتماعية	٠,٧١٢
٤- الحالة الاقتصادية	٠,٦٣٥
٥- الظروف المعيشية	٠.٩٣١

وبالنظر للجدول (٣) يتبين أن لأداة نوعية الحياة معاملات ثبات مرضية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الكلية من ١٩ مبحوث **ممتنع عن التعاطي المتعدد للمواد المخدرة** لفترة تتراوح بين ٣-٦ شهور وفيما يلي الخصائص الديموغرافية والخبرة السابقة للعلاج وخصائص نوعية الحياة لدي عينة البحث.

أولاً: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة:

جدول (١)

السن	م(٣٣,٥٢) ع(٥,٩٥)
الحالة الاجتماعية	أعزب ٦ (٣٢%) متزوج ٨ (٤٢%) مطلق ٥ (٢٦%)
التعليم	تعليم متوسط : ٨ (٤٢,١%) تعليم فوق متوسط: ١ (٥,٣%) تعليم عالي: ١٠ (٥٢,٦%)

ثانياً: الخبرة السابقة للعلاج لعينة الدراسة

جدول (٢)

الخبرة السابقة للعلاج	متوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)
عدد المحاولات الذاتية للتعافى	٣,٤٢	٣,٥١
أطول فترة تعافى بعد المحاولات الذاتية بالأيام	١٦,٤٢	١٠,٣٢
محاولات العلاج ببرنامج غير مكتملة	١,٢١	٠,٧٦
أطول فترة تعافى بعد برنامج غير مكتمل	٦٥,٢٦	٤٣,٦٣
محاولات العلاج ببرنامج مكتملة	٠,٨٤	١,٠١
أطول فترة تعافى بعد برنامج مكتمل	١٨٨,٣١	٣٥١,٢٠

ثالثاً: خصائص نوعية الحياة لعينة الدراسة

جدول (٣)

مجالات نوعية الحياة	متوسط (م)	انحراف معيارى (ع)
الصحة الجسمية	٣٩,٥٧	٣,٥١
الصحة النفسية	٢٧,١٠	٣,٢١
العلاقات الاجتماعية	٢٣,٣١	٣,٣٣
الحالة الاقتصادية	٢٠,٢٦	٥,٤٢
ظروف المعيشة	٢٥,٦٨	٤,٤٤
نوعية الحياة الكلية	١٣٥,٩٤	١٣,٢١

نتائج الدراسة:

	مدة التعاطي	الصحة الجسمية	الصحة النفسية	العلاقات الاجتماعية	الحالة الاقتصادية	الظروف المعيشية	نوعية الحياة الكلية
مدة التعاطي	١,٠٠	-٠,٣٧	-٠,٢٨	-٠,٢٧	-٠,٣٨	-٠,٢٨	-٠,٤٩*
الصحة الجسمية	-٠,٣٧	١,٠٠	٠,٢٧	٠,١٩	٠,٠٧	٠,٢٦	٠,٥٠*
الصحة النفسية	-٠,٢٨	٠,٢٧	١,٠٠	٠,١٢	٠,٠٥	-٠,٠١	٠,٣٥٩
العلاقات الاجتماعية	-٠,٢٧	٠,١٩	٠,١٢	١,٠٠	٠,٥٤	-٠,٥٨	-٠,٧٥
الحالة الاقتصادية	-٠,٣٨	٠,٠٧	٠,٠٥	-٠,٥٤	١,٠٠	-٠,٦١	٠,٧٨
الظروف المعيشية	-٠,٢٩	٠,٢٦	-٠,٠١	-٠,٥٨	-٠,١٦	١,٠٠	-٠,٨٠
نوعية الحياة الكلية	-٠,٤٩*	٠,٥٠*	٠,٣٥٩	-٠,٧٥	٠,٧٨	-٠,٨٠	١,٠٠

***الارتباط دال عند مستوي ٠,٠٥**

مناقشة نتائج الدراسة:

تحقق الفرض الأول الذى ينص على انه يوجد ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ونوعية الحياة الكلية وذلك يتفق مع الدراسات السابقة (Zhang, et al., 2007). بينما لم تتحقق الفروض الأخرى فعلى الرغم من وجود ارتباط سلبي بين مدة التعاطي ومجالات نوعية الحياة (الجسمية- النفسية- الاجتماعية- الاقتصادية- المعيشية) إلا أنها لم تصل إلى المستوي الدال وذلك ربما يرجع إلى خصائص عينة الدراسة الحالية من حيث عدد العينة ومرحلة التعافي فربما يصبح الارتباط دال اذا ما كانت العينة في مراحل تعافي حديثة العهد أى أقل في فترة التعافي التي هي عليها عينة الدراسة الحالية. فوفقاً لنموذج كووان وأخرون (١٩٩٢) عن نوعية الحياة في الأمراض المزمنة ترتبط خطورة المرض بأعراض المشقة والتي ترتبط أيضاً بادراك نوعية الحياة(Cynthia,& Pamela.,2003 ,57). فأعراض الإدمان للمخدرات تقل مع فترات التعافي الأطول ويرتبط ذلك بتحسن نوعية الحياة وذلك مقارناً بفترات تعاطي المخدرات سابقة العهد، وقد يتباين الارتباط بين مدة التعاطي ومجالات نوعية الحياة لارتباط مدة التعاطي بالخبرات العلاجية السابقة التي قد تحسن من ادراك نوعية الحياة الكلية دون أن تتحسن المجالات الفرعية لنوعية الحياة. فمدة التعاطي ليست المؤشر الوحيد لتدهور نوعية الحياة بل أن هناك عوامل أخرى مثل توافر الدعم المادي والرصيد الاجتماعي الذى يرتبطان بشكل دال بالتعافي أو الانتكاس (ارنست،١٣٦،٢٠١٥).

وربما ذلك يوضح لماذا بعض الدراسات أشارت أن مدة التعاطي ليس مؤشر للتنبؤ بمستوى نوعية الحياة (Millson P, 2006). وذلك لأسباب ترجع الى لعوامل متداخلة هامة مثل الخبرة العلاجية السابقة وان كانت مدة التعاطي ترتبط سلبياً بنوعية الحياة كما ظهرت في هذه الدراسة.

توصيات الدراسة:

- نوعية الحياة مفهوم مركب يتفاعل مع الخبرات العلاجية التي يتعرض لها الشخص لذا يجب مراعاة الخبرات السابقة للعلاج عند تقييم أثر أي تدخل علاجي في تحسين نوعية الحياة.
- نوعية الحياة مفهوم حساس للمرحلة التي فيها المريض فمن الضروري ذكر أي فترة زمنية فيها الشخص المتعاف فقياس مفهوم نوعية الحياة في المراحل المبكرة للتعافي تختلف عن المراحل المتقدمة للتعافي.
- ضرورة توفير برامج توعية عامة للوقاية من الإدمان.
- ضرورة مراعاة أسلوب حياة الشخص المتوازن الذى يساهم في تطوير نوعية الحياة الأمر الذى يقي الشخص من الدخول في تعاطي المخدرات أو الإدمان السلوكي بشكل عام.
- مراعاة برامج العلاج نوعية الحياة وتطويرها لأن من المتوقع أن تتدهور نوعية الحياة مع طول فترة التعاطي ومن الضروري تقديم الخدمات العلاجية للذين دخلوا في خبرة التعاطي حديثاً وتوفير برامج خاصة لمساعدتهم في تحقيق التوازن في جوانب حياتهم المختلفة لكي لا تتفاقم الخسائر بعد مضي سنوات طويلة في التعاطي.

المراجع العربية والأجنبية:

- ارنست خليل سليمان (٢٠١٥) دور نوعية الحياة في التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية والانتكاس إليه، *رسالة ماجستير* – كلية الآداب– جامعة القاهرة.
- ضياء الدين عادل حسنى (٢٠١٠) الفروق بين المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على الأمفيتامينات وبين الأسوياء فى الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية ، *رسالة ماجستير* – كلية الآداب– جامعة القاهرة.
- مصطفى سويف (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة .
- هناء أحمد شويخ (٢٠٠٩) *برنامج تطبيقى لتحسين المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوى* ، ط١ ، الاسكندرية : دار الوفاء للطباعة والنشر.
- هند المعصب (٢٠١٦). *الدافعية للتدخلات العلاجية في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية* في الكويت (مج٤٤, ع٣): جامعة الكويت – مجلس النشر العلمي.
- Adams, N. J. (2002). Evaluating quality of life, functional capabilities, and coping strategies of people with chronic pain taking opioids versus no opioids. (3060552 *Ph.D.*), The University of Wisconsin - Madison, Ann Arbor. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/305504197?accountid=178282 ProQuest Dissertations & Theses Global database .
- Brown J, Bowling A, Flynn T.(2004) *Models of Quality of life* : Ataxonomy,overview and systematic review of the literature .European forum on population Ageing research .
- Borders, T. F., Booth.; B. M., Falck.; R. S., Leukefeld, C.; Wang, J., & Carlson, R. G. (2009). Longitudinal changes in drug use severity and physical health-related quality of life among untreated stimulant users. *Addictive Behaviors, 34*(11), 959-964. doi:10.1016/j.addbeh.2009.06.002.
- Caputo, A. (2019). The Experience of Therapeutic Community: Emotional and Motivational Dynamics of People with Drug Addiction Following Rehabilitation. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17*(1), 151-165. doi:10.1007/s11469-018-0008-4.

- Cooper, D. N. (2007). *Treatment Success: An Evaluation of the Effectiveness of the Therapeutic Community in one Hospitalization Setting.* (A Dissertation Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy.), Capella University .
- Cynthia R. King, Pamela S. Hinds. (2003) Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives: Theory, Research, practice. Second edition, USA, printed by Malloy Inc.
- Doga, G. (2008). *Evaluation of Quality of Life in Greek Colorectal Cancer Survivors, A thesis submitted to Middlesex University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Philosophy* .
- Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A., & Borg, S. (1994). Detoxification from methadone-maintenance treatment in Sweden - long term outcome and effects on quality of life and life situation. *International Journal of the Addictions, 29*(5), 627-645. doi:10.3109/10826089409047404.
- Eliason, M. J. (2007). *Improving substance abuse treatment: An introduction to the evidence-based practice movement.* . Retrieved from Thousand Oaks, CA: Sage .
- Fairclough. (2010). *Design and Analysis of Quality of life studies in clinical trials* . . Retrieved from USA:Chapman &Hall /CRC is an imprint of Taylor & Francis Group .
- Gür, F., Can Gür, G., & Okanlı, A. (2017). The Effect of the Cognitive-behavioral Model-based Psychoeducation and Exercise Intervention on Quality of Life in Alcohol Use Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(6), 541-548.:https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.005
- Jennifer Harland, L. G., Robert Ali (2015) . Brief Intervention for Illicit Drug Users. In e.-G. e. al. (Ed.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*.
- Kathryn Batts, M. P., Jonaki Bose, Belinda Weimer,Leigh Henderson, Michael Penne, Joseph Gfroerer, Deborah Trunzo, Alex Strashny. (2014). *Comparing and Evaluating Substance Use Treatment Utilization Estimates from the National Survey on Drug Use and Health and Other Data Sources* .

- Laudet, A. B. (2011). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice , Addict Sci Clin Pract. 2011 July; 6(1): 44–55 .
- Millson P, e. a. (2006). Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. European Addiction Research. 2006;12(2):74–82 .
- Nady el-Guebaly, G. C., `Marc Galanter. (2015). *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. London.: Springer New York Heidelberg Dordrecht .
- NIDA. (2012). *Principles of drug Addiction treatment, A research- Based Guide.*
- Skevington SM, L. M., & O'Connell KA (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group Quality of life Research 13:299-310, 2004.
- Weithmann, G., & Hoffmann, M. (2005). *A randomized clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: Primary and secondary outcome measures.*
- WHOQOL .(1995) Group Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine.* 1995;41:1403–1409.
- Zhang B, Y. J.; Luan R,& Zhang Y. (2007). *Study on the quality of life and its impact factors of drug users with opiate dependence in three cities in Sichuan.* Wei Sheng Yan Jiu. 2007 Sep;36(5):591-5 .