

# استخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات للدراسة مطبقة على مستشفى الصحة النفسية بمحافظة أسيوط

Using the relapse prevention model from the perspective of generalist practice in social work to modify irrational thoughts that lead to relapse into drug addiction "A study applied to a mental health hospital in Assiut Governorate"

**دكتور صلاح عبد الحكيم أحمد آدم**

أستاذ مساعد بقسم مجالات الخدمة الاجتماعية

كلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسيوط



## ملخص الدراسة

تعتبر مشكلة العودة لإدمان المخدرات من أعقد المشكلات التي تواجه المجتمعات في الوقت الحاضر، نظراً لأن ضررها لا يقف على من يتعاطاها فقط بل تتجاوز ذلك لتلحق الضرر بأسرته وبمجتمعه ، وتعتبر الأفكار اللاعقلانية هي أول العوامل التي تعود بالمدمن إلى السلوك الإدماني، وتكتسب هذه الأفكار اللاعقلانية من خلال مرور الفرد بمواقف وخبرات خلال سدىن حياته، تكون إطاراً مرجعياً مسبقاً تجعل سلوكه غير عقلاني وتشير بوجود تأثيرات إيجابية لإدمان المخدرات علي المدمن سواء كانت صحية أو اجتماعية أو نفسية، واستهدفت الدراسة اختبار فاعلية نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات، واعتمد الباحث علي دراسة تقدير عائد التدخل المهني والمنهج التجريبي وذلك باستخدام التجربة القبليّة البعديّة باستخدام مجموعة واحدة والقياس القبلي - البعدي لهذه المجموعة التجريبيّة وتكونت عينة الدراسة من (15) مفردة، وأعتمد الباحث علي مقياس لجمع البيانات من أفراد المجموعة التجريبيّة في القياسين القبلي والبعدي، وتوصلت الدراسة إلي فاعلية برنامج التدخل المهني لنموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

الكلمات المفتاحية: نموذج الوقاية من الإبتكاسة،الأفكار اللاعقلانية،العودة لإدمان المخدرات

**Using the relapse prevention model from the perspective of generalist practice in social work to modify irrational thoughts that lead to relapse into drug addiction "A study applied to a mental health hospital in Assiut Governorate"**

### Study summary

The problem of returning to drug addiction is considered one of the most complex problems facing societies at the present time, given that its harm does not stop only on the one who abuses it, but goes beyond that to harm his family and society. During the individual's passage of attitudes and experiences during the years of his life, they constitute a prior frame of reference that makes his behavior irrational and indicates the existence of positive effects of drug addiction on the addict, whether health, social or psychological. These models are the relapse prevention model, which seeks to

modify the irrational thoughts of the addict by modifying cognitive strategies (related to thinking) and behavioral strategies (related to action). To study the assessment of the return of the occupational intervention and the experimental approach using the pre-post experience using one group and the pre-post measurement for this experimental group. The study sample consisted of (15) individuals The effectiveness of the occupational intervention program of the relapse prevention model from the perspective of generalist practice to modify irrational thoughts leading to relapse into drug addiction.

**Keywords:** relapse prevention model, irrational thoughts, drug addiction relapse

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعد ظاهرة إدمان المخدرات من الظواهر التي تستحق الدراسة كما أن تعاطيها وأستعمالها، من أهم المشكلات الاجتماعية والإنسانية، حيث تعتبر إحدى مشكلات العصر وأحتلت مكاناً بارزاً في أهتمامات الرأي العام المحلي والعالمي، وتكمن خطورة هذه المشكلة في كونها تصيب الطاقة البشرية في أي مجتمع بشكل مباشرة أو غير مباشرة، فتصيب حاضر هذه المجتمعات وتخيم الظلام علي مستقبلها، وتؤثر علي موارد الثروة الطبيعية والبشرية مما يعرقل أي جهود خاصة بالتنمية الشاملة في المجتمع ( فايد، 2005، ص 9).

ولقد كان للتقدم الهائل في العلوم أثره البالغ في تفاقم مشكلة إدمان المخدرات، فبعد أن كان المصدر الوحيد للمخدرات بعض النباتات الطبيعية التي لها خاصية التأثير على الجهاز العصبي مثل نبات القنب والخشخاش وغيرها ، فإننا نجد اليوم أن هذا التقدم العلمي قد أفرز أنواعاً جديدة من المركبات والمواد المخدرة التي لها أيضاً تأثير على الجهاز العصبي (علي، 2003، ص 203). وقد أشار التقرير العالمي للمخدرات (2023) الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلي أن هناك تزايداً ملحوظاً في أعداد متعاطي المواد المخدرة وأن هناك ما يقرب من (296 مليون) شخص أستخدموا المخدرات بمختلف أنواعها، حيث وصلت النسبة إلي (5.6%) (التقرير العالمي للمخدرات، 2022)، أما علي المستوي المحلي فأشار تقرير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان إلي أن نسبة تعاطي المخدرات في مصر قد بلغت ضعف المعدلات العالمية وأن هناك نحو (5.9%) من المصريين يتعاطون المخدرات، وأن أقرص الترامدول هي أكثر

أنواع المخدرات أنتشاراً بنسبة (65,6%) ثم الحشيش بنسبة (58%) ثم الهيروين بنسبة (26,7%) ثم الاستروكس بنسبة (20,7%)، بينما نسبة الإدمان (3.3%) (التقرير السنوي لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان، 2022) وهذا ما أكدته دراسة جازبارا وآخرون (Gazibara et al, 2018) والتي توصلت إلي أن من أكثر أنواع المخدرات استخداماً كان الحشيش.

وهذه الأحصائيات وتلك التقارير تشير إلي خطورة هذه المشكلة مما دفع كل الدول للقيام بجهود وقائية وعلاجية، ووضع خططاً أمنية وصحية واقتصادية واجتماعية وقانونية لمواجهةها بالشكل العلمي والمهني السليم (أبو النصر، 2016، ص2)، ولكن توجد بعض التحديات التي تواجه الدول والمجتمعات في علاج المدمنين وتتمثل في العودة للإدمان المخدرات مرة أخرى بعد الانقطاع عنها، والعودة إلى نفس السلوك الإدماني بكل تبعاته (عسكر، 2005، ص175)، فمشكلة العودة لإدمان المخدرات من أعقد المشكلات التي تواجه المجتمعات في الوقت الحاضر ولا يكاد يفلت منها أي مجتمع سواء كان متقدماً أو نامياً، نظراً لأن ضررها لا يقف على من يتعاطاها فقط بل تتجاوز ذلك لتلحق الضرر بأسرته وبمجتمعه بشكل عام (يعقوب، 2012، ص5).

ومما لا شك فيه أن العودة للإدمان المخدرات بعد التعافي يمثل من الناحية المجتمعية ظاهرة خطيرة، وذلك بسبب أن العودة للإدمان معناه أن المجتمع لم ينجح من خلال نظمه الاجتماعية والاقتصادية وقوانينه العقابية في إعادة المدمن إلي حالته الصحية لكي يعيش حياة سوية لصالحة وصالح مجتمعة، حيث أن نجاح العملية العلاجية يعتمد علي تكامل عدة أنساق تتمثل في المدمن والمستشفيات العلاجية والأسرة والمجتمع، وإذا فشل أحد هذه الأنساق في قيامها بدورها يؤدي إلي فشل العلاج بشكل كامل وبالتالي العودة إلي إدمان المخدرات (الهبابة، 2015، ص2)، وقد يرجع عودة المدمن للإدمان المخدرات للعديد من الاسباب منها التركيز في علاج إدمان المخدرات سواء في المستشفيات أو في مراكز علاج الإدمان علي الطرق الدوائية والطبية فقط، ويحقق هذا العلاج المنقوص هدفاً واحداً وهو إزالة التسمم الحاد المرتبط بالمخدرات أو حماية المدمن من أعراض انسحاب المخدر فقط وليس بتبديل سلوكه الإدماني، لذا تحدث الانتكاسة والعودة للإدمان بنسبه تقارب 90% (الحجار، 1412، ص11)، وهذا ما أكدت عليه دراسة بدوي، سعدات، (2016) حيث توصلت إلي أن نسب العودة إلي الإدمان مرتفعة

وخاصة عندما يكون العلاج مقتصرًا علي الجانب الطبي فقط ، وكذلك دراسة تاوسيند Townsend (1997) والتي توصلت إلي عدم وجود برامج متكاملة ذات تأثير فعال مع المدمنين يؤدي إلي العودة للإدمان ، وكذلك دراسة الفالغ ، (2017) والتي كشفت أن الخدمات العلاجية المقدمة إلي المتعافين لا بد أن تتمثل في أسلوب علاجي متكامل طبي ونفسي واجتماعي، وكذلك دراسة ماكهمون McMahon (2001) والتي أوضحت أن هناك احتمالاً كبيراً للعود إلي الإدمان إذا لم يتم العلاج من خلال فريق عمل يضم كافة التخصصات في المؤسسات العلاجية.

وهناك من يرجع العودة لإدمان المخدرات إلي عدم قدرة المدمن على مقاومة ما اكتسبه خلال مراحل تعاطيه للمخدرات من سلوكيات وعادات تراكمت لديه، والتخلص منها يحتاج لتدريب وتفهم من قبل المدمن نفسه، ومن قبل المحيطين به (Kim,2001,P:134) وهناك من يرجع عوامل العودة لإدمان المخدرات إلي بعض المثيرات الموجودة في البيئة كتوافر العقار، أو بعض الأفكار اللاعقلانية الموجودة بذهن المدمن والمرتبطة بالأفكار التي تعزز من فكرة الإدمان تعزيز إيجابي وأنه له العديد من الفوائد سواء كانت صحية أو اجتماعية أو نفسية على سبيل المثال أن يفترض المدمن أن تعاطي المخدرات يحدث لديه نوع من الشعور بالنشوة والسعادة، أو قد يكون هذا التعزيز سلبي كأن يعتقد المدمن أن تعاطي العقار يساهم في إزالة بعض الآثار السلبية كخفض القلق (Kadden & Cooney, 2005,P: 416) وهذا ما اكدته دراسة الشحي والعموش، (2020) والتي توصلت إلي وجود علاقة قوية بين الأسباب الاقتصادية والصحية وبين العودة لإدمان المخدرات.

ومما سبق تعتبر الأفكار اللاعقلانية من العوامل التي تعود بالمدمن إلي السلوك الإدماني ، وتتمثل في مجموعة المواقف والعوامل المهددة والتي تتضمن خطراً وإنذاراً بالانتكاسة لدي المدمن وهي متعددة نفسية أو جسمية أو اجتماعية، أو سلوكية، أو صراعات، أو تأثيرات بيئية... الخ ، وكلما زادت استجابات المدمن لهذه الأفكار دل ذلك على استهدافه لمواقف الانتكاسة وعواملها (أبو زيد،2011، ص 57)، ونكتسب هذه الأفكار اللاعقلانية من خلال مرور الفرد بمواقف وخبرات سيكولوجية خلال سنيين حياته الأولى، من خلال تشويش للأفكار محددة تدخل البناء المعرفي له لتكون إطاراً مرجعياً مسبقاً، وتسبب للفرد المشكلات المعقدة التي تجعل سلوكه غير عقلائي، وتؤثر

في توافقه مع المجتمع (الشاوي، وقاسم، 2000، ص2)، حيث تشير الأفكار اللاعقلانية للمدمن بوجود تأثيرات إيجابية لإدمان المخدرات، فمعظم الأفراد بدأت فكرة استخدامهم للمخدرات بمثابة تخفيف الآلام المزمنة، وحدوث النشوة والنوم العميق وانخفاض مشاعر القلق والخوف، بالإضافة إلى الاعتقاد بأن تعاطي المخدرات يزيد من القدرة الجنسية، بالإضافة إلى أنه يخفف من الأعراض النفسية المتصلة بالإجهاد مثل الصداع والاكنتاب وبعض الأعراض العصبية (Salem, et al., 2008, P: 188). وهذا ما أكدت عليه دراسة الصفهان، (2005) والتي توصلت إلي أن الأفكار اللاعقلانية لها دور كبير في إدمان المخدرات، كما توصلت إلي فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدي مدمني المخدرات، وللأفكار اللاعقلانية تبعات سيئة علي الفرد حيث يصبح غير قادر علي التقدير السليم للمواقف التي تحدث من حوله، مما يؤدي إلي حدوث العديد من الانفعالات والخلل الوظيفي، والنقص الشديد في القبول الذاتي الخاص بالفرد (Davies, 2008, P: 45).

وتبذل الدولة جهوداً واضحة في مجال الوقاية والعلاج من مخاطر إدمان المخدرات والعودة إليها، من خلال التزايد المستمر في إنشاء المستشفيات المراكز العلاجية المتخصصة والأساليب الحديثة المستخدمة في علاج وتأهيل المدمن (بدوي، سعادت، 2016، ص34)، ويتطلب نجاح هذه الجهود في الوقاية والعلاج من الإدمان التكامل بين العديد من التخصصات والمهن، ومن هذه المهن مهنة الخدمة الاجتماعية التي تقوم بدور كبير في نجاح البرنامج العلاجي، وتمثل الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات أحد مجالات الخدمة الاجتماعية، التي تتطلب وجود أخصائي اجتماعي يستخدم معارف الخدمة الاجتماعية ومبادئها وقيمها، ويوظف مهارات الممارسة المهنية للعمل على مستوى الوحدات الكبرى والمتوسطة والصغرى، لإرتباط الإدمان بمشكلات فردية وأسرية وجماعية ومجتمعية (البريثن، 2002، ص9)، حيث تعد مهنة الخدمة الاجتماعية أحد المهن الإنسانية التي تهتم بالإنسان وخاصة الفئات الأكثر تعرضاً للخطر ومنهم فئة مدمني المخدرات لما تركز عليه من قاعدة نظرية علمية ومهارات مهنية لمساعدة الفئات المستضعفة لتمكينهم من التعامل مع المواقف والازمات، وتسعي لحمايتهم من المخاطر الاجتماعية والنفسية والصحية التي قد يتعرضون لها (السنهوري، 2007، ص34)، ومن هنا طورت مهنة الخدمة الاجتماعية نظرتها إلى طبيعة مشكلات العملاء وأساليب التعامل

معها من خلال الإرتباط بالعديد من النظريات العلمية والنماذج التطبيقية التي شكلت في النهاية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية (عبد المجيد وآخرون، 2008، ص3) وتعتبر الممارسة العامة منظور حديث لممارسة الخدمة الاجتماعية يهتم بتحقيق العديد من الأهداف من خلال عملية المساعدة وذلك باستخدام المداخل والنظريات والنماذج الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي يقوم بها الممارس العام لتحسين الأداء الاجتماعي للعملاء ومساعدتهم علي إحداث تغييرات في بيئاتهم الاجتماعية ومحاولة إيقاف السلوك غير المرغوب وقيامهم بأدوار متعددة مع متصل الانساق ( أفراد، أسر، جماعات، مجتمعات محلية، مجتمعات) لتعزيز قدراتهم ومهاراتهم لمواجهة الأزمات الاجتماعية التي قد يتعرض لها العملاء ووقايتهم من المخاطر والأضرار ( خليل، 2001، ص18)، ويتبين من العرض السابق أن مواجهة مخاطر العودة لإدمان المخدرات يتطلب الاستعانة بنماذج وقائية وعلاجية تتضمن أساليب تدخل مهني تعمل على تغيير منظومة الأفكار والمعتقدات الخاطئة ( حافظ، 2018، ص340)، ومن النماذج الوقائية التي تستند إليها الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية عند التعامل مع العملاء نموذج الوقاية من الإبتكاسة لمدمني المخدرات، حيث يعتبر نموذجاً حديثاً يقوم على فكرة الدمج بين كلاً من نظرية التعلم الاجتماعي والنموذج النفسي الاجتماعي، والعلاج المعرفي السلوكي (Nelson, 2012, P: 126)، وهذا ما أكدت عليه دراسة باربارا Barbara (2012) والتي توصلت إلي ضرورة استخدام منهج متعدد الأبعاد لمنع العودة لتعاطي المخدرات، ويتمثل ذلك المنهج في النموذج النفسي الاجتماعي من خلال توفير الدواء والتثقيف النفسي للمدمن، وكذلك دراسة محمد، (2003) والتي أشارت إلي أهمية الاهتمام بالدور الوقائي المتمثل في ضرورة اهتمام الأخصائي الاجتماعي بوقاية الطلاب من تعاطي المخدرات وتعريفهم بأثارها المدمرة.

ويري هذا النموذج أن على الأفراد الذين عادوا لإدمان المخدرات أن يتقبلوا حقيقة أنهم في حاجة إلى من يعيدهم إلى المسار السليم من خلال التدريب على المهارات المعرفية والسلوكية التي تساعدهم في مواجهة الأفكار اللاعقلانية وذلك للوقاية من حدوث الإبتكاسة (Brownell, et al., 1986, P:765) وهذا ما أكدت عليه دراسة ستيفن Steven (2015) والتي توصلت إلي أن هناك أربع أفكار رئيسية لمنع الإبتكاسة تتمثل أولها في الإبتكاسة عملية تدريجية، ثانيهما التعافي هو عملية نمو شخصي، ثالثهما



الأدوات الرئيسية للوقاية من الإبتكاسة هي العلاج المعرفي واسترخاء العقل والجسم، رابعهما يمكن أن يساعد تثقيف العملاء من خلال التركيز على ما هو مهم. وقد عرض كلا من مارلت وجوردن أن الوقاية من الإبتكاسة ليس من المفترض أن تحدث بعد انتهاء العلاج للمدمن، لأنها من المتوقع أن تحدث أيضاً أثناء العلاج، لذلك لا بد من التعامل معها أثناء العلاج (Parks, et al, 2001,P:34)، وهذا ما أشارت إليه دراسة مناور، (2020) والتي أوضحت إلي أن التخلص من الإدمان يتطلب إحداث تغيير في نمط حياة المتعافي وتكوين إستراتيجيات إيجابية لديه لمواجهة الضغوط التي يتعرض لها أثناء العلاج أو بعد تعافيه من الإدمان.

ويهدف هذا النموذج أيضاً إلى تدريب المدمنين علي كيفية التعامل مع مظاهر الإبتكاسة ورفض العودة للإدمان، وذلك من خلال تشجيع العملاء على التفكير في سلوكهم الإدماني وكذلك التدبر في النتائج المترتبة على هذا السلوك من خلال وضع برامج لإدارة الإبتكاسة والوقاية منها أثناء مراحل العلاج. (Park & Marlatt, 2000,P: 201) وهذا ما أشارت إليه دراسة فاديفالي (Vadival 2019) والتي توصلت إلي كيف يساعد نموذج الوقاية من الإبتكاسة القائم على اليقظة العملاء على فهم رغباتهم وكيفية تغيير الأفكار اللاعقلانية من أجل التعامل مع الرغبة الشديدة وبالتالي منع الإبتكاسة، وقد أشار النموذج إلي أن أستجابة المدمن للعودة للإدمان مرتبطة بعوامل تتمثل في التاريخ الأسري، أو عوامل أخرى مثل الرغبة والإشتياق للعودة للإدمان والتي تتفاعل مع كلاً من الاستجابة الفردية للمثير والأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالعودة للإدمان، والعمليات السلوكية الخارجية والبدنية وكيف أن تفاعل هذه العوامل يسبب للعملاء الضغط المستمر والذي يؤدي في نهاية المطاف لتعرضهم للعودة لإدمان المخدرات (Witkewitz & Marlatt, 2004,P: 22).

ومن خلال ما سبق يتضح خطورة العودة لإدمان المخدرات حيث تمتد آثارها السلبية إلي المجتمع فالمدمن العائد لإدمان المخدرات يصبح عضواً غير منتج وغير قادر علي العيش بمستوي مقبول، وقد يهدد المجتمع بالفساد والجريمة، فالمجتمع الذي يكثر فيه مدمني المخدرات يهبط مستوي أنتاجه ويضعف أقتصاده ويعتريه التفكك، ويصبح مسرحاً للمشاكل والصعوبات، وبذلك فإن العودة لإدمان المخدرات أيأ كان نوعها هي مواد ذات خطورة كبيرة وأضرارها المباشرة وغير المباشرة تشمل المجتمع ككل، وتضر باستقراره

ومصادر عيشه، فضلاً عن نزيف الأموال المهذرة التي تتكبدها الدولة في إنشاء مؤسسات علاج الإدمان وضياع كل هذا سدي (سويف، 2000، ص 67) وهذا ما أكدت عليه دراسة بيتي Betty (2010) والتي توصلت إلي أن أنتشار ظاهرة المخدرات تؤدي إلي ارتفاع معدلات الجريمة وأن هناك الكثير من الوسائل التي يجب استخدامها من أجل منع انتشار التعاطي.

### ثانياً : صياغة مشكلة الدراسة:

وبناءً علي ما سبق تناوله من مدخل مشكلة الدراسة والدراسات السابقة يتضح أن العودة لإدمان المخدرات بعد الانقطاع عنها من المشكلات الخطيرة التي ترجع للعديد من الأسباب منها الأفكار اللاعقلانية التي ينتهجها المدمن وتجعله يعتقد أن لإدمان المخدرات تأثيرات إيجابية علي الناحية الصحية والاجتماعية والنفسية، مما يؤدي هذا للعديد من المخاطر التي تؤثر علي المدمن نفسه وأسرته ومجتمعه، مما يتطلب الاستعانة بنماذج وقائية تتضمن أساليب تدخل تعمل علي تغيير منظومة الأفكار اللاعقلانية المشوشه، وذلك لوقاية المدمن من العودة لإدمان المخدرات أثناء وبعد فترة العلاج ، وفي إطار ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة الراهنة في استخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

### ثالثاً: أهمية الدراسة:

(1) تفاقم مشكلة إدمان المخدرات محليا ودوليا، حيث أكدت تقديرات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن عدد مستخدمي المخدرات (296 مليون) شخص (التقرير العالمي للمخدرات، 2023) أما علي المستوي المحلي فأشار تقرير صندوق مكافحة وعلاج الأدمان والتعاطي إلي أن نسبة تعاطي المخدرات في مصر قد بلغت نحو(5.9%) من المصريين يتعاطون المخدرات ، مما يستدعي ضرورة إجراء بحوث ودراسات تهتم بدراسة تعاطي المخدرات والتعرف على أسبابها وتأثيراتها وكيفية الوقاية والعلاج منها.

(2) إمكانية الاعتماد علي معطيات نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة في تعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات من خلال وضع برامج لإدارة الإبتكاسة والوقاية منها أثناء وبعد مراحل العلاج.

(3) تكثيف الأهتمام بموضوع العودة لإدمان المخدرات والذي لم يجد الأهتمام الكافي في دراسات الخدمة الاجتماعية بالرغم من خطورته الشديدة والنتائج السلبية المترتبة عليه.

#### رابعاً: أهداف الدراسة:

يتحدد الهدف الرئيسي للدراسة في: " اختبار فاعلية نموذج الوقاية من الأنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات".  
وينبثق من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

- (1) اختبار فاعلية نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي للمخدرات علي الناحية الصحية.
- (2) اختبار فاعلية نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي للمخدرات علي الناحية الاجتماعية
- (3) اختبار فاعلية نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي للمخدرات علي الناحية النفسية.

#### خامساً: فروض الدراسة:

تسعي هذه الدراسة إلى اختبار صحة فرض رئيسي مؤداه " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات" وينبثق من هذا الفرض الرئيسي ثلاثة فروض فرعية هي :

- (1) " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات "
- (2) " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات ".

(3) " توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات ".  
سادسا: مفاهيم الدراسة:

### (1) مفهوم نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة:

يعد نموذج الوقاية من الإبتكاسة أحد أشكال العلاجات الحديثة الذي وضعه مارلت وزملائه، من أجل وضع برامج لإدارة وتفسير الإبتكاسة والوقاية منها أثناء العلاج من الإدمان (Parks., and Marlatt, 2001, P:201)، حيث عرف نموذج الوقاية من الإبتكاسة علي أنه برنامج للمعالجة الذاتية للمدمن من أجل تقوية وتعزيز مرحلة الحفاظ والإبقاء علي عملية تغيير السلوك من حالة الإدمان إلي حالة الإمتناع ، بهدف زيادة الوعي لدي المدمن بالعادات والسلوكيات والمعارف الإدمانية (زوبع، 2017، ص55)، كما عرف بأنه أسلوب قائم على المعارف والسلوكيات والمهارات يتطلب من الأخصائيين تحديد العوامل التي تعرض المدمن لخطر العودة لإدمان المخدرات سواء كانت متعلقه بالمدمن نفسه مثل الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بإدمان المخدرات أو متعلقه بالعوامل الخارجية مثل الأشخاص الذين يربطهم الشخص بإدمان المخدرات، بعد ذلك يعمل المدمن والأخصائي علي تطوير الاستراتيجيات المعرفية (المتعلقة بالتفكير) والسلوكية (المتعلقة بالفعل) ، لتعديل وعلاج تلك العوامل (Grant, S et al,P:63) ، ويعرف أيضا بأنه نموذج يركز علي تغيير العادات والأفكار للمدمن، من خلال التدخل المبكر مستخدماً تقنيات تدخل مصممة لتعليم المدمن توقع حالات الإبتكاسة المحتملة والتعامل معها بشكل فعال وتحسين مهارات التأقلم الشاملة (Marlatt and George,1994,P:261)

ومن خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف نموذج الوقاية من الإبتكاسة إجرائياً

### في الآتي

- 1- نوع من أنواع العلاج القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي .
- 2- يهدف إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.
- 3- وذلك من خلال استخدام العديد من التكنيكات والإستراتيجيات والأدوار والأنشطة.
- 4- يتم ذلك في إطار مكاني وزمني محدد ببرنامج التدخل المهني.

## (2) مفهوم الأفكار اللاعقلانية للمدمن المخدرات:

عرفت كلمة فكرة على أنها مجموعة من التصورات الذهنية في عقول الناس يعززون صحتها في صور لفظية أو سلوكية (Long man, 2000,P:334)، بينما عرفت الأفكار اللاعقلانية على أنها الأفكار التي تتضمن جوانب غير منطقية، اتجاه الفرد والعالم المحيطة به، ترجع نشأتها إلى التعلم المبكر الذي يتلقاه الطفل من والديه ومن البيئة الثقافية التي يعيش فيها (الراوي، 2002، ص 12)، كما تعرف بأنها تلك الأفكار التي تعيق الأهداف المحددة وتؤدي إلى نتائج سلبية (Bryce & Danica, 2001, P: 53)، كما تعرف بأنها أفكار غير واقعية وغير منطقية، ناتجة عن أفكار وتوقعات مبنية على مزيج من الظن والتهويل والمبالغة، وتعود إلى القلق، وتسبب المشكلات النفسية (David, Ellis A, 2010, P: 102)، وعرفت أيضا بأنها تلك الأفكار التي تكون نتاج عملية التعلم، إذ يتم اكتسابها منذ الصغر إذ يكون الطفل غير قادر على التفكير بشكل واضح، ويستمد حقائقه من تخيله للعديد من المخاوف، واعتماده على الآخرين لتخطيط حياته، وكذلك من الموروث المحيط به من الخرافات والاتجاهات المتعصبة (Evans, 2004, P: 114)، كما عرفت بأنها أفكار خيالية سلبية وغير واقعية تصبحها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية مضطربة وغير مرغوبة مثل القلق والغضب والعدائية والإكتئاب (عبد الله، ٢٠٠٨، ص ٢٩)

ومن خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف الأفكار اللاعقلانية إجرائيا في الآتي:

- (1) تلك التصورات والمعتقدات التي تتضمن جوانب خاطئة غير منطقية للمدمن.
- (2) يتبناها نتيجة التعلم غير السليم وفهمه غير المنطقي للأحداث التي تمر به في حياته.
- (3) يعتقد المدمن من خلالها بوجود تأثيرات إيجابية للمخدرات صحية واجتماعية ونفسية.

## (3) مفهوم العودة لإدمان المخدرات:

يعرف العود لغويا بفتح العين وسكن الواو ومن عاد- يعود عود وعوداً بمعنى رجوع فنقول مثلاً في عاد إلى الشيء بمعنى رجع إليه بعد أن بدأه أول مره ويكفي الرجوع إلى الشيء مرة واحدة ليسي عوداً فاعله عائداً (ابن منظور، 1994، 315)، بينما يعرف العود لإدمان المخدرات إصطلاحاً بأنه الرجوع لتعاطي أي نوع وبأي كمية وذلك نتيجة للأخفاق في المحافظة على تغيير السلوك القديم عبر التوقف عن التعاطي (Daiey & Marlatte, 1992, P: 53) كما يعرف علي أنه الرجوع إلي تعاطي الماد الإدمانية بعد

التعافي بحيث يكون هذا الاستخدام بشكل منظم (الدخيل، 2005، ص170)، كما يعرف بأنه مرحلة تعرض المدمن مرة أخرى إلي تعاطي المخدرات كما كانت من قبل وقد يلجأ المدمن إلي تناول الجرعات التي كان يتناولها من قبل وزيادة الجرعات أو مرات التعاطي. (WWW//.dailmedicalinfo.com/view) ، وعرف أيضا بأنه الشخص الذي عاد للتعاطي المخدرات مرة أخرى بعد علاجه من الإدمان وتم خروجه من مؤسسة علاجية بعد تلقيه برنامجاً علاجياً (عبد البر، 2004، ص61)، ويعرف أيضا بأنه إنغماس كامل في الأفكار المرتبطة بالإدمان وعاداته والعودة إليها والعودة للبيئة التي كان يتعاطي فيها الشخص المدمن والارتباط بالأصدقاء القدامي (Fauziah & Naresh, 2006, P:47)

**ومن التعريفات السابقة يمكن تعريف العودة لإدمان المخدرات إجرائيا في الآتي:**

- (1) رجوع المدمن المتعافي الذي أُنقِطع عن إدمان المخدرات إلي التعاطي مرة أخرى.
- (2) بغض النظر عن نوع المخدر الذي عاد لتعاطيه.
- (3) وتم دخوله المستشفى بشكل إجباري أو اختياري ليتم علاجه مرة أخرى.

**سابعاً: الموجهات النظرية للدراسة:**

**(1): النظرية المعرفية السلوكية:** يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات رفع المهارات الاجتماعية والكفاءة الذاتية والتحكم الداخلي للأحداث والتغلب علي الضغوط واستبدال الافكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية معرفية، والتدريب علي الاسترخاء وذلك لمساعدة المدمن علي خفض معدلات الاستيقاق والتعامل بكفاءة. (سليمان، 2008، ص70)

**ثامناً: الإجراءات المنهجية للدراسة:**

**(1) نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلي دراسات تقدير عائد التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية، وذلك من خلال استخدام التصميم التجريبي الذي يهتم بدراسة العلاقة بين متغيرين أحدهما متغير مستقل وهو "استخدام نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية" والأخر تابع وهو "تعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات

**(2) المنهج المستخدم:** اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي وذلك باستخدام التجربة القبلية البعدية باستخدام مجموعة واحدة والقياس القبلي - البعدي لهذه المجموعة التجريبية لمعرفة الفرق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية

ويتم إرجاع النتيجة إلى المتغير التجريبي وهو برنامج التدخل المهني لنموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة وسوف يتبع الباحث الخطوات التالية:

(أ) المرحلة التمهيديّة: وتشمل تحديد المجموعة التجريبية، وتكوين علاقة مهنية بين الباحث والمجموعة التجريبية، وتحديد موعد تنفيذ برنامج التدخل المهني، وتطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات (القياس القبلي).

(ب) المرحلة التنفيذية: ويتم في هذه المرحلة تنفيذ أنشطة برنامج التدخل المهني الذي تهدف إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

(ج) المرحلة النهائية: يتم التحقق من فاعلية التدخل المهني الذي طبقه الباحث وذلك من خلال تطبيق القياس البعدي وحساب الفروق بينه وبين القياس القبلي للمجموعة التجريبية.

(3) أدوات الدراسة: وتم استخدام أدوات بحثية فرضتها نوع الدراسة والمنهج المستخدم من جهة وأهداف الدراسة من جهة أخرى وهذه الأدوات هي:

(أ) مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

(ب) برنامج التدخل المهني (إعداد الباحث) وسيتم عرض الأدوات كما يلي:

(أ) مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات (5):

وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

1- تم بناء المقياس في صورته الأولية اعتماداً على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة المرتبطة إلى جانب الاستفادة من بعض المقاييس واستمارات الاستبيان المرتبطة بموضوع الدراسة لتحديد العبارات التي ترتبط بأبعاد الدراسة.

2- قام الباحث بتحديد أبعاد المقياس والتي تمثلت في ثلاثة أبعاد وهي: بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية، بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان لمخدرات علي الناحية الاجتماعية، بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية.

■ عبارات أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات تعبر عن أفكار لاعقلانية لدى المبحوثين يتم في ضونها تعاطي المخدرات ويكون اتجاه المقياس سلبي بشكل كامل.

3- قام الباحث بإنتقاء العبارات التي يمكن أن يقيسها كل بعد من أبعاد المقياس والتي وجد أنها ترتبط بموضوع القياس وهو الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

4- قام الباحث بتصنيف وصياغة العبارات وقد أخذ في اعتباره عند الصياغة ما يلي:  
 (أ) ألا تعبر العبارة إلا عن متغير واحد.

(ب) أن تكون العبارة مرتبطة بموضوع الدراسة ومصاغة باللغة العربية صياغة صحيحة.

(ج) أن تكون العبارة محددة المعني ومختصرة.

3- قام الباحث بصياغة العبارات الخاصة بكل بعد، والذي بلغ عددها (30) عبارة كالتالي:

جدول رقم (1) يوضح توزيع عبارات مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان

م	الأبعاد	عدد العبارات	أرقام العبارات
1	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية	10	1 - 10
2	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان لمخدرات علي الناحية الاجتماعية	10	11 - 20
3	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية	10	21 - 30

4- اعتمد المقياس على التدرج الثلاثي، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (نعم، إلى حد ما، لا) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة)، فالاستجابات تأخذ الأوزان التالية: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة).

5- طريقة تصحيح مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات: تم بناء المقياس وتقسيمه إلى فئات حتى يمكن التوصل إلى نتائج الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي حيث تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (3-1 = 2)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (2/3 = 0.67) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:



جدول رقم (2) يوضح مستويات أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات:

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى أقل من 1.67
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.67 إلى أقل من 2.35
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3

#### 6- صدق الأداة:

(أ) الصدق الظاهري للأداة: تم عرض الأداة على عدد (12) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان وجامعة أسيوط، وجامعة الفيوم وجامعة بني سويف وذلك لإبداء الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة اللغوية للعبارة والارتباط، وقد تم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (80%)، وقد تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض، وبناءً على ذلك تم صياغة المقياس في صورته النهائية.

(ب) صدق المحتوي "الصدق المنطقي": وللتحقق من هذا النوع من الصدق قام الباحث بما يلي: الإطلاع على الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة بصفة عامة وأبعاد المقياس بصفة خاصة، تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة المرتبطة بمشكلة الدراسة، وذلك لتحديد أبعاد الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

(ج) الصدق العاملي (الاتساق الداخلي): حيث اعتمد الباحث في حساب الصدق العاملي على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من مدمني المخدرات (خارج إطار عينة الدراسة، والتي توافرت فيهم شروط اختيار عينة الدراسة)، وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول رقم (3) الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس ودرجة المقياس ككل. (ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
1	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية	0.951	**
2	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية	0.969	**
3	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية	0.955	**

\* معنوي عند (0.05)

\*\* معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن: أبعاد الأداة دالة عند مستوى معنوية (0.01) لكل بعد، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

7- ثبات الأداة: تم حساب ثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test . R . Test)، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من مدمني المخدرات (خارج إطار عينة الدراسة، والتي توافرت فيهم شروط اختيار عينة الدراسة) وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4) نتائج ثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار Test . R . Test (ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدالة
1	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية	0.878	**
2	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان لمخدرات علي الناحية الاجتماعية	0.885	**
3	بعد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية	0.837	**
	أبعاد المقياس ككل	0.850	**

\*\* معنوي عند (0.01) \* معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن: معظم معاملات الثبات للمتغيرات تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها وبذلك أصبحت الأداة في صورتها النهائية.

##### 5: مجالات الدراسة:

(1) المجال البشري: تمثل مجتمع البحث في إجمالي (34) مفردة من مدمني المخدرات طبقاً للسجلات الموجودة بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمحافظة أسيوط ، وبعد تطبيق شروط العينة تم أستبعاد (10) مفردات لتطبيق الثبات عليهم، فتبقي (24) مفردة، تم استبعاد (4) مفردة بسبب عدم رغبتهم في التعاون مع الباحث، وأستبعاد (3) مفردة من تعدي عمرهم فوق أربعون عام، وأستبعاد (2) مفردة من خارج محافظة أسيوط، لتصبح عينة الدراسة (15) مفردة، وتم تطبيق برنامج التدخل المهني عليهم كمجموعة التجريبية.

وتمثلت شروط اختيار عينة الدراسة في الآتي:

(أ) أن يتراوح عمر المدمن من 20-40 عاماً، وهي الفترة التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات

(ب) أن يكون مدمن لأي نوع من أنواع المخدرات وجاء للمستشفى للتعافي منها.

(ج) أن يوافق المدمن على التعاون مع الباحث في تنفيذ أنشطة برنامج التدخل المهني.

(د) أن يكون المدمن من المقيمين بمدينة أسيوط حتي يسهل التوصل معه.

**(2) المجال المكاني:** وتم تطبيق الدراسة بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان

بمحافظة أسيوط ، ويرجع اختيار هذا المكان لمجموعة من الأسباب وهي كالتالي:

(أ) كثرة تردد الحالات علي المستشفى لطلب العلاج والتعافي.

(ب) موافقة إدارة المستشفى على تطبيق برنامج التدخل المهني والتعاون مع الباحث.

(د) سهولة حضور المبحوثين للمشاركة في أنشطة التدخل وأستعدادهم للتعاون مع

الباحث.

(هـ) قرب المؤسسة من محل إقامة الباحث وملائمة المكان والموارد لتطبيق برنامج

التدخل.

**(3)المجال الزمني:**أستغرق تطبيق برنامج التدخل المهني للدراسة ثلاثة شهور من 9/3/

2023 إلي 2023/6/10، مقسما علي 12 أسبوعا بواقع يومين في الاسبوع، بمعدل

أربعة ساعات يوميا.

#### 6- أساليب التحليل الإحصائي:

تم معالجة البيانات من خلال الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية،

المتوسط الحسابي، معامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت).

#### 7- الصعوبات التي واجهت الباحث اثناء تطبيق الدراسة:

(أ) ضعف الموارد وضيق وقت المسؤولين بالمستشفى المشاركين ببرنامج التدخل المهني.

(ب) الصعوبة في إقناع عينة الدراسة في المشاركة في برنامج التدخل المهني.

(د) الصعوبة في التحديد الدقيق لمواعيد أنشطة التدخل المهني مع القائمين عليها.

تاسعاً: برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

**(1): الأسس التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني:**

نتائج الدراسات السابقة العربية والأجنبية وما أنتهت إليه من نتائج وتوصيات، الإطار النظري للخدمة الاجتماعية والممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، ونموذج الوقاية من الإبتكاسة بصفة خاصة، نظرية الأنساق الايكولوجية والعلاج المعرفي السلوكي.

**(2): أهداف برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة :**

(أ) تعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات" وينبثق من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

- تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي للمخدرات علي الناحية الصحية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

- تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي للمخدرات علي الناحية الاجتماعية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

- تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي للمخدرات علي الناحية النفسية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

**(3) أنساق التدخل المهني في البرنامج:**

(أ) نسق العمل: وهم المدمنين كأفراد وكمجموعة.

(ب) نسق الهدف: وهو إحداث تعديل في الأفكار اللاعقلانية للمدمنين والوصول بهم إلي أعلي درجات الوعي بعدم وجود أي تأثيرات إيجابية للمخدرات تعود عليهم بالنفع.

(ج) نسق الفعل: ويتضمن فريق العمل الذي يتعاونون مع الباحث من الخبراء والمتخصصين والأكاديميين وفريق العمل بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان .

(د) نسق محدث التغيير: ويتمثل في الباحث الذي لديه القدرة علي تنفيذ برنامج التدخل المهني بالتعاون مع فريق العمل بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان.

**(4): مراحل برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة:**

**(أ) مرحلة بناء العلاقة المهنية:** وفي هذه المرحلة يقوم الباحث ببناء علاقة مهنية مع المدمنين عينة الدراسة لكي يقوم كل منهم بأداء المهام التي تهدف إلي تعديل أفكاره اللاعقلانية المؤدية للعودته للإدمان، وتتضمن هذه الخطوة وصف للعلاج والهدف منه.

**(ب) مرحلة التقدير:** تحديد العوامل والأسباب التي دفعت المدمن للعودة للإدمان، وتحديد الأفكار اللامنطقية حتي يتم تعديلها واستبدالها وبأفكار واعتقادات أخرى تنسجم باللاعقلانية.

**(ج) مرحلة التعاقد:** من خلال قيام الباحث بالتعاقد التحريري أو الشفهي مع المدمنين حالات الدراسة حيث يقوم بتوضيح برنامج التدخل المهني وما يحتوي عليه من أهداف وأنشطة وبرامج، وتوضيح أدوار ومهام كلاً من المدمن والأخصائي الاجتماعي.

**(د) مرحلة التنفيذ:** ويتم من خلالها مساعدة المدمن علي تنفيذ المهام التي تم الاتفاق عليها في مرحلة التعاقد، من خلال استخدام العديد من الإستراتيجيات والتقنيات والأدوار.

**(هـ) مرحلة الإنهاء والتقييم:** يجب مراعاة التوقيت المناسب للإنهاء وتحديد ما يجب أن يفعله المدمن حتى يحتفظ بالمكاسب التي حققها، كذلك تقييم ما تم إنجازه فيما يتعلق بتعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالعودة للإدمان، التأكد من تحقيق الأهداف المتفق عليها.

**(و) مرحلة المتابعة:** ويتم من خلالها متابعة المدمنين حالات الدراسة بعد إيقاف برنامج التدخل المهني وذلك للتأكد من عدم عودة المدمن لتعاطي المخدرات ، ومتابعة مدي الزيادة في وعي المدمن تجاه الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالعودة للإدمان المخدرات.

**(5) الإستراتيجيات العلاجية المستخدمة في برنامج التدخل المهني:**

**(أ) إستراتيجية الاستعراض المعرفي:** من خلال قيام الباحث باتاحة الفرصة للمدمن للتحدث عن أفكاره اللاعقلانية الخاطئة التي يعتقد من خلالها بوجود تأثيرات إيجابية للمخدرات، والعمل علي تعديلها وتوضيح لامنطقيتها وما يترتب عليها من مخاطر.

**(أ) إستراتيجية إعادة البناء المعرفي:** من خلال إعادة التفكير في تصوراتهم ومعتقداتهم الخاطئة نحو المخدرات والرغبة في العودة لتناولها والنتائج المرتبة علي ذلك، وإمدادهم بالمعارف والمعلومات لإستبدالها بأفكار وتصورات منطقية واقعية.

**(ج) إستراتيجية التعاون:** من خلال التعاون مع أسرة وأصدقاء المدمن علي فحص طبيعة الاضطرابات الأسرية والأفكار والمعتقدات الخاصة بالأسرة، بهدف إعادة التوان الأسري وتحسين مستوى التواصل ورفع مستوى أستبصار الأسرة بطبيعة العودة للإدمان وخطورته.

**(ب) إستراتيجية تعزيز الكفاءة الذاتية:** من خلال تعزيز المسؤولية الاجتماعية لتعديل السلوك الإدماني الناتج عن تلك الأفكار، وتغيير العادات عن طريق إكساب المهارات كقوة الإرادة.

**(ب) إستراتيجية التحكم في النفس:** من خلال تغيير نمط الحياة وتغيير التشوهات المعرفية للأفكار التي تؤدي إلي العودة لإدمان المخدرات.

**(د) إستراتيجية التعامل مع تأثيرات الأوهام المرتبطة بالعود للإدمان:** من خلال التخفيف من الاضطرابات الانفعالية والنفسية التي هي نتاج تفكيره بطريقة غير منطقية وغير عقلانية المتمثلة في وجود تأثيرات إيجابية من الممكن أن تحدث له عند تناول المخدرات.

**(هـ) إستراتيجية إدارة الهفوات:** وتستخدم عندما يسقط المدمن في الهفوات المؤدية للعودة للتعاطي، يتم الاتصال بالأخصائي الاجتماعي ليرشده ماذا يفعل من خلال إرشادات مكتوبة تساعد في البعد عن هذه الهفوات والذلات التي من الممكن أن يقع فيها.

**(و) إستراتيجية إعادة توازن نمط الحياة:** وذلك لمساعدتهم علي العودة للقيام بالأنشطة والهوايات والتدريب على بعض تكنيكات العلاج المعرفي السلوكي مثل والتدريب على إدارة الضغوط فهذه المهارات تساعد المدمن في تحقيق أكبر قدر من التوازن بين نمط الحياة.

**(6): التكنيكات العلاجية المستخدمة في برنامج التدخل المهني:**

**(أ) تكنيك إيقاف التفكير الخاطئ:** من خلال مساعدته علي ضبط الأفكار غير العقلانية عن طريق قمعها والتخلص منها عندما تراوده أفكار خاطئة وخواطر غير واقعية

**(ب) تكنيك تنبيه العقل:** وهو تكنيك صمم بشكل خاص مع مدمني المخدرات لمحاولة تغيير مضمون أفكار العميل تجاه العودة لإدمان المخدرات.

**(ج) تكنيك التحكم الذاتي:** بهدف زيادة سيطرة المدمن على نفسه وزيادة قدرته لإحداث التغيير المطلوب على سلوكه.

(د) **تكنيك الحوار السقراطي:** ويتم من خلاله توجيه الأسئلة من جانب الأخصائي الاجتماعي للمدمن حول الجوانب اللامنطقية لأفكاره والغير متسقة مع الواقع.

(هـ) **تكنيك التركيز على الواقع الفعلي:** من خلال توضيح أن الأفكار اللاعقلانية التي يتمسك بها المدمن لا يمتوا للواقع ، ولتحقيق هذا يستخدم المعالج الأسئلة التي يطلب خلالها من المدمن أن يقدم الدليل العملي على صدق اعتقاداته اللاعقلانية نحو إدمان المخدرات.

(و) **تكنيك الحديث الإيجابي مع الذات:** من خلال تدريب المدمن على التعرف على أحاديث الذات السلبية التي يحدث بها المدمن نفسه، واستبدالها بأفكار إيجابية أخرى.

(ز) **تكتيك ترك الأفكار اللاعقلانية للمدمن:** من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن عن فوائد إدمان المخدرات وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي بالإستناد إلى المعلومات والمعارف العلمية الخاصة بالآثار السلبية التي تعقب الآثار الإيجابية المؤقتة للإدمان.

(ح) **تكنيك الاستبصار والتأمل:** من خلال استرجاع المدمن أسباب مشكلته التي يعاني منها ويتأمل هذه الأسباب ليكتشف أن أفكاره اللاعقلانية هي السبب في مشكلته، والتركيز بطريقة واعية على الأفكار الإيجابية المدعمة للذات لمقاومة الاستغراق في الأفكار السلبية.

(ك) **تكنيك حل المشكلة:** ويشمل تنمية مهارات المدمن في حل المشكلات التي تواجهه التي قد تكون سبب في العودة للإدمان المخدرات.

(ش) **التعزيز الاجتماعي:** يتضمن الثناء على المدمن من قبل الأخصائي والأسرة والأصدقاء عند أتقان الاستجابة المرغوب فيهما والتخلي عن هذه الأفكار غير المنطقية.

#### (7) أدوار الأخصائي الاجتماعي في برنامج التدخل المهني:

(أ) **دور المعلم:** من خلال تعليم المدمن مهارات المواجهة سواء المتعلقة بالأفكار اللاعقلانية أو السلوكيات للتعامل مع المشكلات التي تلي مرحلة العلاج من الإدمان مباشرة.

(ب) **دور المعالج:** من خلال تزويد المدمنين بخراط الإبتكاسة والتي توضح أماكن ومواقف الإغراء والأفكار اللاعقلانية والتي من الممكن أن تؤدي إلى العودة للإدمان.

(ج) **دور الموجه:** يقوم الأخصائي بتوجيه أفكار المدمنين إلي إشارات التحذير المبكر والتي تنبه المدمن إلى خطر العودة للإدمان بما في ذلك الحيل الدفاعية كالإنكار والتبرير.

(د) دور الممكن: من خلال تمكين المدمن من إجراء تغييرات في نمط الحياة اليومية بحيث يتم استبدال الإشباع الذي يحصل عليه المدمن من خلال سلوكيات أخرى غير سلبية.  
 (هـ) دور المرشد: من خلال إرشاد المدمن لتصحيح الأخطاء، سواء كان على مستوى السلوك أم على مستوى التفكير.

### (8) الأدوات المهنية المستخدمة في برامج التدخل المهني:

قام الباحث بالاستعانة بمجموعة من المتخصصين والاكاديميين في الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع وعلم النفس والخبراء في مجال الدفاع الاجتماعي لتوعية المدمنين بالمخاطر المترتبة علي العودة للإدمان المخدرات وتدريبهم علي كيفية التخلي عن الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات وتتمثل هذه الأدوات في:

(أ) المقابلات الفردية والجماعية: قام الباحث بإجراء ستة مقابلات فردية وجماعية لإجراء القياسات القبلية والبعديّة مع المجموعة التجريبية، وشرح برنامج التدخل المهني وأهدافه وأنشطته وعمل تعاقد مع المدمنين حالات الدراسة.

(ب) الاجتماعات: قام الباحث بعمل أربعة اجتماعات مع الأسر والأصدقاء وفريق العمل بالمستشفى لتوضيح أهداف برنامج التدخل المهني وإقناعهم بالتعاون مع الباحث في تنفيذه.

(ج) المحاضرات: قام الباحث بعمل ستة محاضرات حيث تم الاستعانة بأساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس بهدف تزويد المدمنين بالمعارف والمعلومات الصحيحة حول مخاطر الإدمان والعودة إليه وكانت عناوين هذه المحاضرات:

(1) أسباب تعاطي المخدرات	(2) تنمية الكفاءة الذاتية لدي المدمن
(3) أضرار تعاطي المخدرات	(4) كيفية الوفاية من العودة لإدمان المخدر
(5) التفكير الإيجابي وتحمل المسؤولية	(6) مهارات الاتصال والعلاقات السليمة

(د) الندوات: قام الباحث بعمل أربعة ندوات حيث تم الاستعانة بأساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع وخبراء الدفاع الاجتماعي لزيادة وعي المدمن بمخاطر عملية العودة لإدمان المخدرات وكيفية التعامل معها وكانت عناوين هذه الندوات:

(1) مخاطر العودة لإدمان المخدرات	(2) مهارات رفض تعاطي المخدرات
(3) كيفية التعامل مع الاشتياق للمخدرات	(4) مهارات حل المشكلات

(هـ) ورش العمل: قام الباحث بعمل ستة ورش عمل حيث تم الاستعانة بأساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس وخبراء الدفاع الاجتماعي وذلك لتعديل الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة للمدمن تجاه مزايا إدمان المخدرات وكانت عناوين هذه الورش كالتالي:



(1) المفاهيم الخاطئة المودية للإدمان	(2) المحيطين ودورهم في ترسيخ الإدمان
(3) تدعيم الجانب الروحي في حياة المدمن	(4) بناء تصورات جديدة عن أضرار المخدرات
(5) كيفية ضبط الذات والتفكير الخاطي	(6) التدريب علي مهارات تقدير الذات

(و) المناقشة الجماعية: قام الباحث بعمل أربعة مناقشات حيث تم الاستعانة بأساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس وذلك لتعزيز دافعية المدمن في ممارسة أنشطة محببة لديه ومناقشة المشاعر والانفعالات التي يمر بها المدمن وتمثلت موضوعات المناقشة في الآتي:

(1) تحسين علاقة المدمن بالمحيطين	(2) ممارسة الأنشطة المفضلة للمدمن
(3) الأفكار الخاطئة المودية للإدمان	(4) مناقشة والانفعالات التي يمر بها المدمن

(9) الفترة الزمنية لبرنامج التدخل المهني: حيث استغرق برنامج التدخل المهني (12)

أسبوع، بواقع يومين أسبوعياً بمعدل أربعة ساعات يومياً.

(10) مكان تطبيق برنامج التدخل المهني: تم تطبيق برنامج التدخل المهني بمستشفى

الصحة النفسية وعلاج الأدمان بمحافظة أسيوط.

عاشرا: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية:

يتم عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية من خلال مجموعة من المحاور وهي كالتالي:

المحور الأول: عرض وتحليل الجداول والنتائج المرتبطة بخصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (5) يوضح البيانات الأولية لعينة الدراسة

السن	تكرار	النسبة المئوية	الحالة الاجتماعية	تكرار	النسبة المئوية
أقل من 25 سنة	5	33.3%	أعزب	5	33.3%
من 25 : أقل من 30 سنة	4	26.7%	متزوج	7	46.7%
من 30 : أقل من 35 سنة	3	20%	مطلق	2	13.3%
من 35 سنة فأكثر	3	20%	أرمل	1	6.7%
المجموع	15	100%	المجموع	15	100%
الحالة التعليمية	تكرار	النسبة المئوية	المهنة	تكرار	النسبة المئوية
يقرأ ويكتب	2	13.3%	مزارع	4	26.7%
طالب	4	26.7%	موظف حكومي	2	13.3%
حاصل على مؤهل متوسط	5	33.3%	أعمال حره	6	40%
حاصل على عالي	4	26.7%	حرفي	3	20%
المجموع	15	100%	المجموع	15	100%
الحصول علي المخدرات	تكرار	النسبة المئوية	مدة تعاطي المخدر	تكرار	النسبة المئوية
من تاجر مخدرات	4	26.7%	أقل من عامين	4	26.7%
من الأصدقاء	8	53.3%	من 2 إلى أقل من 4 أعوام	6	40%
من الصيدلية	3	20%	من 4 لآقل من 6 أعوام	3	20%
المجموع	15	100%	من 6 أعوام فأكثر	2	13.3%
			المجموع	15	100%

### يتضح من الجدول السابق:

- (1) أن النسبة الأكبر من المدمنين عينة الدراسة يقعون في الفئة العمرية (أقل من 25 سنة) بنسبة (33.3%)، والنسبة الأصغر الذين يقعون في الفئة العمرية (من 30 : أقل من 35 سنة) و (35 سنة فأكثر) بنسبة (20%)، وهذا يوضح أن هذه الفئات العمرية تمثل مرحلة الشباب التي تنتشر فيها المفاهيم المغلوطة والتقاليد السودا وحب الاستطلاع والتجريب والانطلاق.
- (2) النسبة الأعلى من المدمنين عينة الدراسة متزوجين بنسبة (46.7%)، بينما بلغت النسبة الأقل المدمنين الأرامل (6.7%) وهذا يؤثر علي الاستقرار الأسري وينذر بحدوث الكير من حالات الانفصال والطلاق.
- (3) أرتفاع المستوي التعليمي للمدمنين حيث كانت النسبة الأكبر حاصلين علي مؤهل متوسط بنسبة (33.3%) في حين بلغت النسبة الأقل الذين يقرأون ويكتبون (13.3%)
- (4) النسبة الأعلى من المدمنين عينة الدراسة العاملين بأعمال حرة بنسبة (40%)، بينما بلغت النسبة الأقل المدمنين الموظفين حكوميا (13.3%)، وهذا قد يرجع إلى الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالإدمان تتمثل في أن المخدر يزيد من القدرة على العمل والتخفيف من الشعور بالألم الجسمية، بالإضافة إلي وجود مصادر للأنفاق علي شراء المخدرات.
- (5) النسبة الأعلى من المدمنين حصلوا علي المخدرات من الأصدقاء بنسبة (53.3%)، في حين بلغت النسبة الأقل المدمنين الذين حصلوا علي المخدرات من الصيدليات (20%)، وهذا يوضح التأثير الكبير لأصدقاء السوء في غرس أفكار لاعقلانية غير منطقية لأصدقائهم تعود عليهم بأضرار خطيرة تؤثر عليهم وعلي أسرهم وعلي مجتمعهم.
- (6) النسبة الأعلى من المدمنين مدة تعاطيهم للمخدرات (من 2 إلى أقل من 4 أعوام) بنسبة (40%)، بينما النسبة الأقل مدة تعاطي المخدرات أكثر من 6 أعوام بلغت نسبتها (13.3%)، مما يوضح مدي الصعوبة التي قد تواجه المدمنين في ترك السلوك الإدماني.

المحور الثاني: عرض وتحليل النتائج المرتبطة بفروض الدراسة والخاصة بأبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية للمدمن المؤدية للعودة لإدمان المخدرات:  
 جدول رقم (6) يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لُبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية باستخدام اختبار "ت" ن = 15

حجم الأثر (إيتا تربيع)	ت المحسوبة	متوسط الفرق	الفرق	مجم درجات القياس البعدي	مجم درجات القياس القبلي	الْبعد الأول
0.98	**40.3	60.4	130	248	378	الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي على الناحية الصحية

\* معنوية عند (0.05)

\*\* معنوية عند (0.01)

يتضح من الجدول السابق ثبوت صحة الفرض الفرعي الأول بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً عند مستوي معنوية 0.01 بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية للصالح القياس البعدي، حيث بلغ مجموع درجات عينة الدراسة في القياس القبلي (378)، وبلغ مجموع درجات عينة الدراسة في القياس البعدي (248) بمتوسط فرق (60.4)، وبلغت قيمة "ت" (40.3) وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوي 0.01 ، وللتعرف على حجم الأثر تم استخدام معادلة إيتا تربيع حيث بلغت قيمتها (0.98) وهي قيمة كبيرة، مما يعني أن برنامج التدخل المهني الذي أعده الباحث قد أحدث تغييراً إيجابياً للجماعة التجريبية

جدول رقم (7) يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لُبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية باستخدام اختبار "ت" ن = 15

حجم الأثر (إيتا تربيع)	ت المحسوبة	متوسط الفرق	الفرق	مجم درجات القياس البعدي	مجم درجات القياس القبلي	الْبعد الثاني
0.97	**37.4	52.4	151	234	385	الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي على الناحية الاجتماعية

\* معنوية عند (0.05)

\*\* معنوية عند (0.01)

يتضح من الجدول السابق ثبوت صحة الفرض الفرعي الثاني بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً عند مستوي معنوية 0.01 بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية للصالح القياس البعدي، حيث بلغ مجموع درجات عينة الدراسة في القياس القبلي (385)، وبلغ مجموع درجات عينة الدراسة في القياس البعدي (234) بمتوسط فرق (52.4)، وبلغت قيمة "ت" (37.4) وهي قيمة دالة احصائياً عند مستوي 0.01، وللتعرف على حجم الأثر تم استخدام معادلة إيتا تربيع وبلغت قيمتها (0.97) وهي قيمة كبيرة، مما يعني أن برنامج التدخل المهني الذي أعده الباحث قد أحدث تغييراً إيجابياً للجماعة التجريبية.

جدول رقم (8) يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية باستخدام اختبار "ت"  $n=15$

البعد الثالث	مجم درجات القياس القبلي	مجم درجات القياس البعدي	الفرق	متوسط الفرق	ت المحسوبة	حجم الأثر (إيتا تربيع)
الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي علي الناحية النفسية	388	235	153	51.4	**39.5	0.98

\* معنوية عند (0.05)

\*\* معنوية عند (0.01)

يتضح من الجدول السابق ثبوت صحة الفرض الفرعي الثالث بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً عند مستوي معنوية 0.01 بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية للصالح القياس البعدي، حيث بلغ مجموع درجات عينة الدراسة في القياس القبلي (388)، وبلغ مجموع درجات عينة الدراسة في القياس البعدي (235) بمتوسط فرق (51.4)، وبلغت قيمة "ت" (39.5) وهي قيمة دالة احصائياً عند مستوي 0.01، وللتعرف على حجم الأثر تم استخدام معادلة إيتا تربيع وبلغت قيمتها (0.98) وهي قيمة كبيرة مما يعني أن برنامج التدخل المهني الذي أعده الباحث قد أحدث تغييراً إيجابياً للجماعة التجريبية.

جدول (9) يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات باستخدام اختبار "ت"  $n=15$

المقياس ككل	مج درجات القياس القبلي	مج درجات القياس البعدي	الفرق	متوسط الفرق	ت المحسوبة	حجم الأثر (إيتا تربيع)
الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات	1151	717	434	166.6	**69.4	0.98

\* معنوية عند (0.05)

\*\* معنوية عند (0.01)

ويتضح من الجدول السابق ثبوت صحة الفرض الرئيسي للدراسة بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً عند مستوي معنوية 0.01 بين درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لأدمان المخدرات لصالح القياس البعدي، حيث بلغ مجموع درجات القياس القبلي لعينة الدراسة على مقياس (1151)، وبلغ مجموع درجات القياس البعدي لعينة الدراسة في القياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لأدمان المخدرات بمتوسط فرق (166.6)، وبلغت قيمة "ت" (69.4) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي 0.01 ، وللتعرف على حجم الأثر تم استخدام معادلة إيتا تربيع حيث يتضح من الجدول السابق أن قيمة إيتا تربيع بلغت (0.98) وهي قيمة كبيرة. مما يعني أن برنامج التدخل المهني الذي أعده الباحث قد أحدث تغييراً إيجابياً للجماعة التجريبية.

المحور الثالث: عرض وتحليل النتائج المرتبطة بالتغيرات التي أحدثها برنامج التدخل المهني على الأبعاد الثلاثة لمقياس الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات

+++++

### يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى بعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية والمؤدية للعودة للإدمان بالقياس القلبي مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.5)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول أشعر بالإنبساط عندما أتناول المخدرات بمتوسط حسابي (2.7)، وجاء بالترتيب الثاني تخفف المخدرات من شعوري بالألم الجسدي بمتوسط حسابي (2.6)، وأخيراً تساعدني المخدرات في عدم الذهاب للأطباء و تعاطي المخدرات يزيد من شهيتي نحو الأكل والشرب بمتوسط حسابي (2.3).

- مستوى بعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية والمؤدية للعودة للإدمان بالقياس البعدي منخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.64)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول تعاطي المخدرات يزيد من شهيتي نحو الأكل والشرب بمتوسط حسابي (2.3)، وجاء بالترتيب الثاني تساعدني المخدرات في عدم الذهاب للأطباء بمتوسط حسابي (1.7)، وأخيراً أنام بأستمتاع عند تناول المخدرات بمتوسط حسابي (1.4).

وهذا يوضح نجاح برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة في إحداث تغييرات إيجابية علي المجموعة التجريبية في تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات، بما تضمنه من النظريات التي أستند إليها الباحث كموجة نظري كنظرية الأنساق الايكولوجية والنظرية المعرفية السلوكية ونظريات التعلم الاجتماعي، وما نتج عنها من إستراتيجيات للتدخل المهني مثل إستراتيجية الاستعراض المعرفي وذلك لأتاحة الفرصة للمدمن للتحدث عن أفكار اللاعقلانية الخاطئة التي يعتقد من خلالها بوجود تأثيرات إيجابية للمخدرات وإعادة التفكير فيها، وإستراتيجية التعاون وذلك للتعاون مع الأسرة والجيران والأصدقاء لتقديم الدعم الاجتماعي له في حماية المدمن المتعافي من العودة للإدمان، وإستراتيجية التحكم في النفس من خلال تغيير نمط الحياة وتغيير التشوّهات المعرفية للأفكار والتي تؤدي إلي العودة لإدمان المخدرات، إستراتيجية إدارة الذلات والهفوات من خلال ارشاده بماذا يفعل من خلال إرشادات مكتوبة تساعده في البعد عن هذه الهفوات ، إستراتيجية إعادة توازن نمط الحياة وذلك لمساعدتهم علي العودة للقيام بالأنشطة والهوايات السليمة المحببه لنفوسهم، كما أستند الباحث إلي

بعض التكنيكات مثل تكنيك إيقاف التفكير الخاطئ من خلال مناقشة الأفكار غير العقلانية لدى المدمن وتبصيره بها وقمعها والتخلص منها، تكنيك الاستبصار والتأمل من خلال إسترجاع المدمن أسباب مشكلته التي يعاني منها ويتأمل ويفند هذه الأسباب، والتركيز بطريقة واعية على الأفكار الإيجابية الداعمة للذات ومواجهة الاستغراق في الأفكار السلبية الهدامة للذات خاصة التأمّلات في الماضي، تكنيك تنبيه العقل وهو تكنيك صمم بشكل خاص مع مدمني المخدرات لمحاولة تغيير مضمون أفكار المدمن تجاه العودة لإدمان المخدرات، كما أستند الباحث على دوره كمرشد ومعلم وموجه ومعالج، ومن خلال أستخدامه للوسائل المهنية المختلفة مثل المقابلات والاجتماعات الندوات والمحاضرات وورش العمل والمناقشات الجماعية مما أدى إلي تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات، وبالنظر إلي الجدول السابق نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط الحسابي لبعء الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية بالقياس القبلي مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.5) وانخفض المتوسط الحسابي للبعء بالقياس البعدي إلي (1.64) ، مما يدل علي وجود فروق بين القياسين القبلي - والبعدي للجماعة التجريبية لصالح القياس البعدي مما يشير إلي أن التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية قد حقق نجاحاً في تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات، وهذا ما اكدت عليه دراسة الشحي والعموش (2020) والتي توصلت إلي وجود علاقة قوية بين الأسباب الصحية وبين العودة لتعاطي المخدرات، وكذلك دراسة العامري (2000) والتي توصلت إلي أن الأسباب الجسمية والصحية من أهم الأسباب التي تؤدي إلي العودة لتعاطي مرة أخرى .



+++++

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى بعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية والمؤدية للعودة لأدمان المخدرات بالقياس القبلي مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.55)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول يساعدني تعاطي المخدرات على إضاعة وقت الفراغ بمتوسط حسابي (2.8)، وجاء بالترتيب الثاني يساعدني تعاطي المخدرات علي نسيان الماضي بمتوسط حسابي (2.7)، وأخيراً يشعرني تعاطي المخدرات بالرجولة وتحمل المسؤولية ويشعرنني تناول المخدرات بالجرأة والثقة بمتوسط حسابي (2.5).

- مستوى بعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات بالقياس البعدي منخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.53)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول يشعرني تناول المخدرات بالجرأة والثقة بمتوسط حسابي (1.7)، وجاء بالترتيب الثاني يشعرني تناول المخدرات بأي ذوق تقدير من المحيطين بمتوسط حسابي (1.8)، وأخيراً يساعدني تعاطي المخدرات علي نسيان الماضي بمتوسط حسابي (1.4).

وهذا يوضح نجاح برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة في إحداث تغييرات إيجابية علي المجموعة التجريبية في تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات، بما تضمنه من النظريات التي أستند إليها الباحث كنظرية الأنساق الايكولوجية والنظرية المعرفية السلوكية وما نتج عنها من إستراتيجيات للتدخل المهني مثل إستراتيجية إعادة البناء المعرفي من خلال إعادة التفكير في تصوراتهم ومعتقداتهم الخاطئة نحو المخدرات والرغبة في العودة لتناولها وامدادهم بالمعارف والمعلومات لاستبدالها بأفكار وتصورات منطقية واقعية، وإستراتيجية التعاون وذلك للتعاون مع أسرة وأصدقاء المدمن علي فحص طبيعة الأفكار والمعتقدات الخاصة بالأسرة، بهدف تحسين مستوي التواصل ورفع مستوي أستبصار الأسرة بطبيعة العودة للإدمان وخطورته، وإستراتيجية تعزيز الكفاءة الذاتية من خلال تعزيز المسؤولية الاجتماعية فيما يتعلق بتغيير السلوك الإدماني والعادات الناتجة عن تلك الأفكار اللاعقلانية، إستراتيجية إعادة توازن نمط الحياة وذلك لمساعدتهم علي العودة للقيام بالأنشطة والهوايات السليمة مرة أخرى، كما أستند الباحث إلي بعض التكنيكات مثل تكنيك

التحكم الذاتي بهدف زيادة سيطرة المدمن على نفسه وزيادة قدرته لإحداث التغيير المطلوب على سلوكه، وتكنيك التركيز على الواقع الفعلي ولتحقيق هذا يستخدم المعالج الأسئلة التي يطلب خلالها من المدمن أن يقدم الدليل العملي على صدق اعتقاداته اللاعقلانية نحو إدمان المخدرات، تكنيك حل المشكلة ويشمل تنمية مهارات المدمن في حل المشكلات التي تواجهه التي قد تكون سبب في العودة لإدمان المخدرات، وتكنيك التعزيز الاجتماعي الذي يتضمن الثناء على المدمن من قبل الأخصائي الاجتماعي والأسرة والأصدقاء عند أتيان الاستجابة المرغوب فيها والتخلي عن هذه الأفكار غير المنطقية، كما أستند الباحث على دوره كمعلم وموجه وممكن، ومن خلال استخدامه للوسائل المهنية المختلفة مثل المقابلات والاجتماعات الندوات والمحاضرات وورش العمل والمناقشات الجماعية مما أدى إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات، وبالنظر إلي الجدول السابق نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط الحسابي لبعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية بالقياس القبلي مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.55) وانخفض المتوسط الحسابي للبعد بالقياس البعدي إلي (1.53) ، مما يدل علي وجود فروق بين القياسين القبلي - والبعدي للجماعة التجريبية لصالح القياس البعدي مما يشير إلي أن التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإنتكاسة من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية قد حقق نجاحاً في تعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات، وهذا ما اكدت عليه دراسة الريس،(1993) والتي كشفت الدراسة أن غالبية المنتكسين واجهوا بعض المشكلات والضغوط الاجتماعية بعد خروجهم من المستشفى، وكذلك دراسة هيزر Heather (2002) والتي توصلت إلي أن عوامل الإنتكاسة كانت بأسباب اجتماعية متعلقة بالمزاج السلبي والتلميحات المتعلقة بالتعاطي والأفتقاد لمهارات مواجهه وغيرها، وكذلك دراسة مناور،(2020) والتي أوضحت ضرورة تكوين إستراتيجيات إيجابية لدي المدمن لمواجهة المواقف والضغوط التي يتعرض لها أثناء العلاج أو بعد تعافيه من الإدمان.

+++++

يوضح الجدول السابق أن: مستوى بعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات بالقياس القبلي مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.57)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول يقلل تعاطي المخدرات من أحاسي بالملل بمتوسط حسابي (2.8)، وجاء بالترتيب الثاني يساعدني تناول المخدرات علي الهروب من الواقع بمتوسط حسابي (2.7)، وأخيراً يخفف تعاطي المخدرات من قلقي علي مستقبلي و يشعرني تعاطي المخدرات بعدم الوحدة بمتوسط حسابي (2.4)، ومستوى بعد الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات بالقياس البعدي منخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.56)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: جاء في الترتيب الأول يقلل تعاطي المخدرات من إنفعالاتي علي المحيطين بمتوسط حسابي (1.8)، وجاء بالترتيب الثاني يخفف تعاطي المخدرات من قلقي علي مستقبلي. بمتوسط حسابي (1.7)، وأخيراً يشعرني تعاطي المخدرات بالنشوة بمتوسط حسابي (1.3)، مما يدل علي وجود فروق بين القياسين القبلي - والبعدي للجماعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وهذا يوضح نجاح برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة في إحداث تغييرات إيجابية علي المجموعة التجريبية في تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية والمؤدية للعودة لإدمان المخدرات، بما أستند إليها الباحث من موجهاً نظرية كمنظرة الأنساق الايكولوجية والنظرية المعرفية السلوكية وما نتج عنها من إستراتيجيات للتدخل المهني مثل استراتيجيات التعامل مع تأثيرات الأوهام المرتبطة بالعود للإدمان من خلال التخفيف من الاضطرابات النفسية التي هي نتاج تفكيره بطريقة خاطئة المتمثلة في وجود تأثيرات إيجابية تحدث له عند تناول المخدرات، وإستراتيجية إدارة الذلات وتستخدم عندما يسقط المدمن في الهفوات المؤدية للإبتكاسة ، من خلال توفير إرشادات مكتوبة تساعد المدمن في البعد عن هذه الهفوات، إستراتيجية إعادة توازن نمط الحياة كالتدريب علي بعض تكنيكات العلاج المعرفي السلوكي مثل الاسترخاء والتدريب علي إدارة الضغوط ، وإستراتيجية التعاون من خلال إعداد برامج إرشادية تشارك فيها الأسرة والاصدقاء لأهمية دورهم في تقديم الرعاية للمدمن المتعافي ، كما أستند الباحث إلي بعض التكنيكات مثل تكنيك الحوار السقراطي ويتم من خلاله توجيه الأسئلة للمدمن حول الجوانب اللامنطقية لأفكاره والغير متسقة مع الواقع ، تكنيك دحض الأفكار اللاعقلانية للمدمن من خلال تعديل التوقعات والأفكار اللاعقلانية للمدمن عن التأثيرات الإيجابية لإدمان المخدرات وذلك من خلال

إعادة البناء المعرفي بالاستناد إلى المعارف العلمية الخاصة بالآثار السلبية التي تعقب الآثار الإيجابية المؤقتة للإدمان، وتكثيف التعزيز والتشجيع يتضمن الثناء والتشجيع الدائم للمدمن من قبل فريق العمل والمحيطين عند حدوث الاستجابة المرغوبه حول الأفكار غير المنطقية، كما استند الباحث على دوره كمرشد ومعلم وموجه ومنسق وممكن ومعالج، ومن خلال استخدامه للوسائل المهنية المختلفة مثل المقابلات والاجتماعات الندوات والمحاضرات وورش العمل والمناقشات الجماعية مما أدى الي تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية والمؤدية للعودة لأدمان المخدرات، وهذا ما أكدت عليه دراسة الهباهية، (2015) والتي توصلت إلي أن أكثر العوامل المؤدية للعودة للإمان المخدرات العوامل النفسية، وكذلك دراسة الديدي، عسكو، (2005) والتي أسفرت نتائجها عن وجود العديد من العوامل النفسية المسببة للإنتكاسة المتمثلة في الاشتياق والتوتر والقلق والإشارات الدالة على العفار.

جدول (9) مستوى أبعاد الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات

م	الأبعاد	القياس القبلي				القياس البعدي			
		المتوسط الحسابي	النسبة %	المستوى	الترتيب	المتوسط الحسابي	النسبة %	المستوى	الترتيب
1	الأفكار اللاعقلانية والتأثير الإيجابي علي الناحية الصحية	2.5	83.3%	مرتفع	3	1.64	54.7%	منخفض	1
2	الأفكار اللاعقلانية والتأثير الإيجابي علي الناحية الاجتماعية	2.55	85%	مرتفع	2	1.53	51%	منخفض	3
3	الأفكار اللاعقلانية والتأثير الإيجابي علي الناحية النفسية	2.57	85.7%	مرتفع	1	1.56	52%	منخفض	2
الأبعاد ككل		2.54	84.7%	مستوي مرتفع		1.57	52.6%	مستوى منخفض	

يوضح الجدول السابق أن: مستوى أبعاد الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات ككل بالقياس القبلي مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.54)،

ومستوى أبعاد الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات ككل بالقياس البعدي منخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.57)، ويوضح ذلك انخفاض المتوسط الحسابي بالقياس البعدي عنه للقياس القبلي ويرجع ذلك إلى فاعلية برنامج التدخل المهني لنموذج الوقاية من الانتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات، حيث أستند الباحث علي مجموعة من الإستراتيجيات مثل إستراتيجية الاستعراض المعرفي وإستراتيجية إعادة البناء المعرفي وإستراتيجية التعاون وإستراتيجية تعزيز الكفاءة الذاتية وإستراتيجية التحكم في النفس وإستراتيجية التعامل مع تأثيرات الأوهام المرتبطة بالعود للإدمان وإستراتيجية إدارة الذلات وإستراتيجية إعادة توازن نمط الحياة وذلك لإتاحة الفرصة للمدمن للحديث عن أفكاره اللاعقلانية وإمدادهم بالمعارف الصحيحة لاستبدالها بأفكار منطقية عقلانية وتغيير العادات عن طريق إكساب المهارات كقوة الإرادة والحفاظ على توازن الحياة وتعزيز المسؤولية الاجتماعية ، وذلك من خلال التعاون مع فريق العمل والأسرة والأصدقاء، وأيضاً استند الباحث علي مجموعة من التقنيات مثل تكنيك إيقاف التفكير الخاطئ وتكنيك التحكم الذاتي وتكنيك الحوار السقراطي وتكنيك التركيز على الواقع الفعلي وتكنيك دحض الأفكار اللاعقلانية للمدمن وتكنيك الاستبصار والتأمل وتكنيك حل المشكلة وتكنيك التعزيز الاجتماعي، وذلك لمناقشة الأفكار غير العقلانية لدى المدمن وتبصيره بها بهدف زيادة سيطرة المدمن على نفسه وزيادة قدرته لإحداث التغيير في سلوكه ، وأيضاً أستند الباحث علي مجموعة من الأدوار المهنية كدور المعلم والمنسق والموجه الممكن ودور المعالج والمرشد ، بالإضافة إلي إستناد الباحث علي مجموعة من الأدوات مثل المقابلات الفردية والجماعية والاجتماعات والمحاضرات والندوات والمناقشات الجماعية وورش العمل، وهذا ما أكدت عليه دراسة الصفهان،(2005) والتي توصلت إلي فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الأفكار اللاعقلانية لدي مدمني المخدرات، وكذلك دراسة فاديفال Vadivale (2019) والتي توصلت إلي كيف يساعد نموذج الوقاية من الإنتكاسة القائم على اليقظة العملاء على فهم رغباتهم وكيفية تغيير الأفكار اللاعقلانية ، وكذا دراسة بن عمر،(2005) والتي أشارت إلي فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات ، وكذا دراسة محمد،(2006) والتي توصلت إلي أن العلاج المعرفي السلوكي أثبت فاعليته في علاج المدمنين المنتكسين، وكذا دراسة مينوم وكانداسمي Menon and Kandasamy (2018) والتي توصلت إلي أن نموذج الوقاية من الإنتكاسة منهج أساسي قائم علي العلاج السلوكي المعرفي ، لحد من إحتمالية وشدة الإنتكاسة بعد التوقف أو الحد من السلوكيات الإدمانية.

### حادي عشر: النتائج العامة للدراسة:

#### أولاً: النتائج المرتبطة بخصائص مدمني المخدرات:

أشارت النتائج أن النسبة الأكبر من المدمنين عينة الدراسة يقعون في الفئة العمرية (أقل من 25 سنة) بنسبة (33.3%)، فيما أظهرت نتائج الدراسة النسبة الأعلى من المدمنين عينة الدراسة متزوجين بنسبة (46.7%)، بينت أيضاً نتائج الدراسة ارتفاع المستوى التعليمي للمدمنين عينة الدراسة حيث كانت النسبة الأكبر حاصلين علي مؤهل متوسط بنسبة (33.3%)، وكذلك أظهرت نتائج الدراسة أن النسبة الأعلى من المدمنين عينة الدراسة العاملين بأعمال حرة بنسبة (40%)، فيما أوضحت النتائج أن النسبة الأعلى من المدمنين يحصلوا علي المخدرات من الأصدقاء بنسبة (53.3%)، وأظهرت نتائج الدراسة أن النسبة الأعلى من المدمنين مدة تعاطيهم للمخدرات (من 2 إلى أقل من 4 أعوام) بنسبة (40%).

#### ثانياً: النتائج المرتبطة بالتحقق من صحة فروض الدراسة:

أوضحت نتائج الدراسة صحة الفرض الرئيسي للدراسة بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات.

(1) أوضحت نتائج الدراسة صحة الفرض الأول للدراسة بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الصحية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات لصالح القياس البعدي

(2) أوضحت نتائج الدراسة صحة الفرض الثاني بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية الاجتماعية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات لصالح القياس البعدي



(3) أوضحت نتائج الدراسة صحة الفرض الثالث بوجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية فيما يتعلق باستخدام نموذج الوقاية من الإبتكاسة من منظور الممارسة العامة لتعديل الأفكار اللاعقلانية للمدمن المرتبطة بالتأثير الإيجابي لإدمان المخدرات علي الناحية النفسية المؤدية للعودة لإدمان المخدرات لصالح القياس البعدي.

### مراجع الدراسة

- البريثن، عبدالعزيز بن عبدالله (2002). الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- ابن منظور الإفريقي المصري (1994). ط3، مج 13، لسان العرب، بيروت، دار صادر.
- أبو النصر، مدحت محمد (2016). مكافحة مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات تجارب أجنبية وعربية ناجحة، المنصورة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2011). الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان، بحوث في الشخصية الإدمانية، الجزء الأول، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- التقرير السنوي لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (2022). القاهرة، وزارة التضامن
- التقرير العالمي للمخدرات (2023). مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، فيينا.
- الحجار، محمد (1412). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- الدخيل، عبد العزيز (2005). إدمان الكحول والمشكلات والحلول، الرياض، مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- الديدي، رشا عبد الفتاح وعسكر، أفت السيد عسكر (2005). أسباب الإبتكاسة كما يدركها مرض سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات، بحث منشور، القاهرة، صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي.
- الراوي، ميسون ظاهر (2002). أساليب المعاملة الولادية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بغداد.
- الريس، عبد العزيز (1993). العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
- السنهوري، أحمد محمد (2007). موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرين الميلادي، القاهرة، دار النهضة العربية.
- الشاوي، رعد لفته، وقاسم، محمد سمور (2020). العلاقة بين السلوك الديني والأفكار العقلانية واللاعقلانية لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك، مجلة كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- الشحي، راشد بن أحمد، العموش، أحمد فلاح (2020). الأسباب الاقتصادية والصحية للعودة للمخدر في دولة الإمارات العربية المتحدة، مجلة كلية الآداب، جامعة بغداد.
- الصفهان، ناصر بن عبد العزيز (2005). تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى ممني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2005.
- العامري، مني صالح (2000). فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة، رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد البحوث والدراسات التربوية جامعة القاهرة.
- الفالح، سليمان بن قاسم (2017). التعافي من إدمان المخدرات دراسة على المتعافين المستفيدين من خدمات الجمعية الخيرية للتوعية باضرار والمخدرات، بحث منشور، مجلة العلوم الاجتماعية، الجمعية السعودية لعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، السعودية.

الهبائية، أيمن جبريل (2015). العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية ودورها في عودة مدمني المخدرات المتعافين إلى تعاطي المخدرات بعد تلقيهم العلاج، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة مؤتة.

بدوي، أمينة إبراهيم، سعدات، محمود فتوح (2017). الأثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب الجامعة للمواد المخدرة، بحث منشور، مؤتمر كلية الشريعة السادس: تعاطي المخدرات، الأسباب والآثار والعلاج من منظور إسلامي واجتماعي وقانوني، فلسطين.

بن عمر، ناصر بن عبد العزيز (2005). تقييم فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

حافظ، عفاف عادل أبو الفتح (2018). تصور مقترح باستخدام العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع مخاطر إنتكاسة المتعافين من إدمان الهيروين، بحث منشور، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، القاهرة.

خليل، زكنية عبد القادر (2011). مدخل الممارسة العامة في مجالات الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

زوبع، رشا عبدالعزيز الصادق (2017). العلاج من الإدمان والوقاية من الإنتكاسة، بحث منشور، مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، جامعة عين شمس.

سليمان، محمد فتحي (2018). فاعلية برنامج سلوكي معرفي لتحسين مفهوم الذات لدى مدمني الهيروين، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بنها.

سوييف، مصطفى (2000). مشكلة تعاطي المخدرات، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.  
عبد البر، هند (2004). الوقاية من الإنتكاسة، بحث منشور، المجلة القومية للتعاطي والإدمان، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

عبد الله، هشام إبراهيم (٢٠٠٨). العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي -أسس وتطبيقات التفكير وتأثيره على انفعالات الفرد وسلوكه، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

عبد المجيد، هشام سيد وآخرون (2008). المدخل إلى الممارسة العامة في خدمة الفرد، القاهرة، دار المهندس للطباعة.

عسكر، عبد الله (2005). الإدمان بين التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.  
علي، ماهر أبو المعاطي (2003). الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

فايد، حنين ( 2005). سيكولوجية الأدمان، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

محمد، أحمد فخري (2006). فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي وتعديل البيئة لتحسين حالة مدمني المخدرات المنتكسين، بحث منشور، القاهرة، صندوق مكافحة الإدمان.

محمد، محمد رشدي، (2003). دور الخدمة الاجتماعية في الحد من مشكلة تعاطي المخدرات، بحث منشور، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

مناور، عبيد العنزي (2020). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لإنتكاسة مدمني المخدرات، بحث منشور، كلية علوم الجريمة، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

يعقوب، أيمن إسماعيل محمود (2012). برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين في مواجهة الانتكاسة، بحث منشور، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

Brownell, K. D., et al. (1986). Under-standing and preventing relapse. Journal of American Psychologist. Vol 41, NO 5.

Bryce, F & Danica, L.(2001). The role of narcissism, Self esteem and irrational beliefs in predicting aggression. Journal of Social Behavior and Personality, Vol 16 ,NO1,

Daley .D.C& Marlatt G.A (1992).. relapse prevention cognitive and Behavioral intervention in J.lowinson et al (eds) substance abuse.

Evans, S. (2004). Adolescent depression and externalizing problems, USA, Spring.

- Fauziah, Ibrahim, & Naresh, Kumar (2006). **The Influence of Community on Relapse**, UK, European Journal of Social Sciences, Vol 11, No3.
- Grant, S (2015). **Mindfulness-Based Relapse Prevention for substance use disorders: A systematic review**, Rand National Defense Research Institute Repor
- Heather Martin (2002). **Importance of Substance Cues in Relapse among heroin users Comparison of two methods**, Vol 16, No.14.
- Horwitz ,Betty.(2010). **The Role of the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD)**, University of Miami.  
<https://WWW//.dailmedicalinfo.com/view>
- Kadden, R.M., & Cooney, N.L (2005). **Treating alcohol problems relapse prevention**, NY, USA: Guilford Press.
- Kim, S.; Leslle, W,(2001).**Algorithms for Resource Allocation of Substance Abuse**. Journal of Drug Education. Vol. 28, N 4.
- Long Man(2000). **Active Study Dictionary of English**, 3rd ed, Paper Colour, 334. M J B
- Lynn, David D, S & Ellis A (2010). **Rational and Irrational Beliefs**, Research, Theory, and Clinical Practice, Oxford University Press.
- Marlatt, Alan & George, William H (1994). **Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model**, British Journal of Addiction. Volume79, Issue4.
- Martin, Davies (2007). **irrational beliefs and unconditional self- acceptance**. Journal of relational emotive & cognitive behavior therapy Vol26, No2.
- McMahon, R. (2001). **Personality, Stress, and Social Support in Cocaine Relapse Predication**, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol 77, NO 87.
- Menon, Jayakrishnan & Kandasamy, Arun (2018). **Relapse prevention, psychiatry.Indian JPsychiatry** , Vol.36, NO.18.
- Melemis, Steven M (2015), **Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery**, Yale J Biol Med Free PMC article
- Milic Gazibara, T., ,et al (2018). **drug use and academia in North Kosovo: Prevalence, patterns, predictors and health-related quality of life**. Pols One, Vol 13, NO7.
- Nelson, Anna (2012). **Social Work with Substance Users**, London, SAGE Publications Ltd
- Parks, G.A., & G.A. Marlatt (2000). **Relapse prevention therapy**. The Independent Newspaper from <http://nationalpsychologist.com>
- Parks, G. A., et al (2001). **Cognitive-Behavioral Alcohol Treatment**, England, John Wiley & Sons, Ltd.
- Salem EA, et al (2008). **Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation** .Journal of Sex Med, Vol 9, No 3.
- Townsend, Nancy, Crouter (1997). **An outcome Evaluation of project smile: A school Bossed Early Intervention ear at Risk Youth**, California, U.S.A.
- Vadivale, Anita, Mary, et al (2019). **Mindfulness-based relapse prevention – A meta-analysis**, Cogent Psychology , Volume 6, Issue
- Wallace, Barbara C. (2012). **Treating Crack Cocaine Dependence: The Critical Role of Relapse Prevention**, Journal of Psychoactive Drugs, Volume 24, - Issue 2.

Witkiewitz Katie & G.Marlatt (2011). Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse, New York, John Wiley Sons, Inc