

الخصائص السيكومترية لاستبيان المثيرات المنبئة بالانتكاسة SRRS لدى عينة من مستخدمي المواد النفسية

علياء عبد المنعم محمد*

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لاستبيان المثيرات المنبئة بالانتكاسة SRRS لدى مستخدمي المواد النفسية، إذ تكونت العينة من (١٣١ منكبًا-١٠٠ متعاف) من الذكور المعتمدين على المواد النفسية، وتراوحت أعمارهم بين (١٩-٥٦) سنة، ثم تم تطبيق استبيان SRRS للمثيرات المنبئة بالانتكاسة، وباستخدام التحليلات الإحصائية توصلت نتائج الدراسة إلى أن الاستبيان يتميز بمؤشرات صدق وثبات جيدة، كما أوضحت النتائج قدرته التمييزية بين عينات الدراسة؛ مما يجعله صالحًا للاستخدام والتطبيق كأداة للتنبؤ بالانتكاس في البرامج العلاجية كوسيلة لمتابعة المرضى.

الكلمات المفتاحية: الخصائص السيكومترية- استبيان المثيرات المنبئة بالانتكاسة SRRS- الانتكاس.

مقدمة

نجد أن من التحديات الكبرى التي تواجه علاج المعتمدين على المواد النفسية (المدمنين)، سواء على المستوى المحلى أو المستوى العالمى، مشكلة ارتفاع نسبة الانتكاس إلى تعاطى المواد النفسية بعد الانقطاع عن تعاطيها لفترة (عسكر، ٢٠١٦)، فالانتكاسة أو العودة إلى التعاطى بعد فترات من الامتناع من أكبر المشكلات التي تواجه البرامج العلاجية لمرضى الاعتماد على المواد النفسية، وخاصة لدى المعتمدين على الأفيونات والخمور والكوكايين والمهدئات الصغرى. إذ تتراوح نسبة الانتكاسة بين ٣٠٪ إلى ٧٠٪ طبقًا إلى نوع الاعتماد (رشا الديدى، ورأفت عسكر، ٢٠٠٥). كما ظهر الاهتمام فى السنوات الأخيرة بموضوع الانتكاسة أى العودة إلى تعاطى العقار بعد العلاج، وبدأت الدراسات والأبحاث بشكل منظم تبحث فى طبيعة عملية الانتكاسة، إذ تعد الانتكاسة واحدة من المبادئ المهمة والمؤثرة فى علاج تعاطى المواد المخدرة، وتهدف إلى أن يتعلم المتعافى كيف يتوقع الانتكاسة ويتجنبها، فالانتكاسة عملية معقدة، لا يمكن تفسيرها ببساطة،

* اختصاصى نفسى بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، تحت إشراف: أ. م. د. زيزى السيد إبراهيم، أستاذ علم النفس المساعد، كلية الآداب، جامعة الفيوم، د. شيرين عبد الوهاب أحمد، مدرس علم النفس، كلية الآداب، جامعة الفيوم.
المجلة القومية لدراسات التعاطى والإدمان، المجلد الواحد والعشرون، العدد الأول، يناير ٢٠٢٤

وهناك العديد من النواحي والمواقف عالية الخطورة التي من الضروري استيعابها والتي تزيد من خطر حدوث الانتكاسة (باوه، ٢٠١٧).

وبالرجوع إلى التعريفات الأساسية للإدمان كما ورد ذكرها في (منظمة الصحة العالمية)، يتضح تأكيد هذه التعريفات على تصنيف الإدمان باعتباره مرضًا مزمنًا قابلاً للانتكاس، وأن نحو (٩٠%) من المعتمدين سيتعثرون في الأشهر الثلاثة الأولى بعد ترك العلاج. بينما ينتكس ما يقرب من (٦٠%) من المعتمدين في الأثنى عشر شهرًا الأولى بعد العلاج، ويدعو هذا إلى ضرورة وضع تصور دقيق لمفهوم الانتكاس لدى المعتمدين. ذلك أنَّ هناك وجهتي نظر شائعتين بشأن هذا المفهوم الذى يمثل القاعدة فى الاعتماد وليس الاستثناء. وترى وجهة النظر الأولى ضرورة النظر إلى الانتكاس باعتباره جزءًا طبيعيًا ومتوقعًا لعملية التغيير والتعافى، وذلك بتناولها لمفهوم الزلة أى تناول مشروب مرة واحدة فقط. إلا أن وجهة النظر الثانية فى السبعينيات، رأت الانتكاس باعتباره رغبات شديدة قد تسيطر على الفور (صلاح، ٢٠٢٠).

وفى هذا الصدد أشارت تقارير الخط الساخن التابع لإدارة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان إلى أن نسب الانتكاسة فى الاعتماد على المواد النفسية خلال عام ٢٠٠٩ إلى مارس ٢٠١٠ كانت ٤٢,١% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٠). كما أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أنَّ نسبة الانتكاس لدى المعتمدين الذين مروا بتجربة التعافى تتراوح بين ٦٠-٨٠%، وأنهم ينتكسون على الأقل مرة عبر مراحل تعافيتهم. وتشير تقارير أخرى إلى أن نحو ٤٠-٦٠% ممن يعالجون من اضطرابات تعاطى المواد النفسية ينتكسون على مدار العام التالى للعلاج (حسين، ٢٠١٢).

مشكلة الدراسة

تعد الاختبارات النفسية من أهم الوسائل التى تعتمد عليها البحوث النفسية وتعتبر أيضًا من أهم الأدوات الأساسية لنجاح أى برنامج علاجى، ونظرًا لندرة الاختبارات التى تستخدم للتنبؤ بالانتكاس أعطى أهمية لترجمة الاختبارات وإعادة تقنينها لتناسب مع البيئة المصرية، كما تتوقف أهمية الدراسة الراهنة على مدى صدق وثبات الأداة المستخدمة حتى يتم تعميم استخدام الاختبار وتطبيقه فى البرامج العلاجية، إن صدق وثبات الاختبار الخاصية الأكثر أهمية بين خصائص الاختبار الجيد، فالثبات صمم ليقدّم تقديرًا كمّيًا لاتساق القياس أو دقته، ويشير إلى قدر الثقة الذى يمكننا أن

نضعه فى نتائج اختبارائنا، ويكون الاختبار صادقاً كلما كانت مؤشراتته- أى مفرداته- تعبر عنه (مرعى، ٢٠٢١).

وفى ضوء ما سبق يمكن صياغة تساؤل الدراسة على النحو التالى:

- ما الخصائص السيكومترية لمقياس المثيرات المنبئة بالانتكاسة SRRS لدى مستخدمى المواد النفسية؟

الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة

- هذه الدراسة محاولة لتوفير أداة قياس تتوافر فيها الشروط السيكومترية الملائمة للبيئة المصرية.
- الحاجة لأدوات ذات خصائص سيكومترية جيدة تصل للاستخدام فى التنبؤ بالانتكاس لدى عينة من المتعافين.
- إثراء التراث السيكلوجى بمقاييس جديدة مقننة من أجل سهولة استخدامها فى مجالات بحثية لاحقة.
- الحاجة إلى أدوات موضوعية للتنبؤ بالانتكاس لدى المرضى فى الأماكن العلاجية أو فى المتابعة بعد مدة من التعافى.
- ارتفاع نسبة انتشار مستخدمى المواد النفسية والانتكاس، حيث أشارت تقارير الخط الساخن التابع لإدارة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان إلى أن نسب الانتكاسة فى الاعتماد على المواد النفسية خلال عام ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٠ كانت ٤٢,١% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٠)، الأمر الذى يتطلب التعرف على الكثير من المعلومات حول أسبابه بهدف التقليل من نسبة انتشار الانتكاس.
- استخلاص بعض التوصيات بناءً على ما ستسفر عنه النتائج، التى قد تقيد المتخصصين لوضع الخطط التى تساعد العاملين فى المجال للتدخل الفعال.
- المساهمة فى تقييم فاعلية برامج التدخل بتقييم الناتج العلاجى للوقوف على نقاط القوة والضعف فى الخدمة المقدمة.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها

١- مفهوم الانتكاسة

إن التحديات التي تواجه علاج المدمنين - سواء على المستوى المحلى أو المستوى العالمى - هي مشكلة ارتفاع نسبة الانتكاس أى العودة مرة أخرى إلى التعاطى أو ما يسمى بأزمة الانتكاسة، وتعتبر الانتكاسة من أعراض الإدمان على العقاقير المخدرة أو الشراب. وقد أشار كثير من المتخصصين فى مجال الاعتماد على المواد النفسية إلى أنّ أحد الأسباب الرئيسية التى تقف وراء هذه المشكلة، هو الاكتفاء بالنموذج الطبى الفارماكولوجى، الذى يقتصر على علاج زملة أعراض الانسحاب، والاضطرابات أو المضاعفات الطبية/ الانفعالية المترتبة على ذلك، من خلال ما يعرف بإجراءات تخليص الجسم من السموم، أو إعطاء بعض العلاجات الكيميائية دون الموازنة بين هذا النموذج الطبى الفارماكولوجى والنموذج النفسى الاجتماعى عند علاج حالات الاعتماد على المواد النفسية، ومن ثمّ فإنّ الهدف الحقيقى للبرامج العلاجية هو منع حدوث الانتكاس (رأفت السيد، ٢٠١١).

إذ ظهر الاهتمام فى السنوات الأخيرة بموضوع الانتكاسة التى لم تكن موجودة قبل عام ١٩٧٠، ومن أوائل الدراسات التى اهتمت بدراسة الانتكاسة، هي دراسة مارلت (Marlatt, 1973) ودراسة أنيس (Annis, 1990) التى أكدت أهمية الوقاية من الانتكاسة حيث تعتبر الانتكاسة واحدة من المبادئ المهمة والمؤثرة فى علاج تعاطى المواد المخدرة (محمد السليم، ٢٠٠٥). فيرى مارلت (Marlatt, 1973) أن علاج الإدمان يجب ألا يتوقف بمجرد انتهاء العلاج، لأن المريض سيجد نفسه فى مواجهة مواقف تشتمل على مخاطر عديدة من الممكن أن تدفعه للتعاطى من جديد؛ ولهذا من الضرورى التعرف على العوامل التى تدفع المدمن المتعافى إلى العودة إلى تعاطى المخدرات (الشريف عوض، ٢٠١٦).

بداية تشير كلمة انتكاسة إلى "زلة" وهي الارتداد إلى نفس الحالة السابقة بعد التحسن، أو هي عودة المريض للتعاطى لمرة واحدة وكذلك العودة إلى ممارسة العادات السيئة (آمال حسين، ٢٠١٢)، فمصطلح الانتكاسة باللُّغة الإنجليزية (Relapse) مشتق فى الأصل من مصطلح لاتينى (Relapi) والذى يعنى الانزلاق أو السقوط (زينب الشراوى، ٢٠١٤).

وهناك العديد من التعريفات التي قدمها الباحثون فيما يتعلق بمفهوم الانتكاسة، فعلى سبيل المثال: تعريف جورسكى وميللر (Goreski & Miller, 1986) للانتكاسة بأنها؛ العودة إلى تعاطي الكحول أو المخدر، كما أنها تتضمن الاختلال الوظيفي في الاعتدال، وقد يؤثر هذا الاختلال على الصحة البدنية، والصحة النفسية، أو الاجتماعية، وأن الانتكاسة تظهر قبل أن يبدأ التعاطي، فمتى يبدأ التعاطي يكون نتيجة عملية الانتكاسة التي تحدث بالفعل، والتعاطي هو السبيل لمداواة الألم الناجم عن الاختلال الوظيفي، الذي يبدأ كعملية عقلية، ويفضى ذلك إلى تغير في السلوك، وأخيرًا يؤدي إلى السلوك المختل وظيفيًا والذي يفضى إلى التعاطي (باوه، ٢٠١٧).

كما عرف محمد حسن غانم عام ٢٠٠٥ الانتكاسة بأنها الفشل في المحافظة على نمط التغيرات، الذي طرأ على السلوك، ولا تشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي جرى من خلاله التعاطي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي، وإنما أيضًا (الجهل) بمجموعة العلامات المنذرة التي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بعض الاشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي (أى المتوقع حاليًا عن فعل التعاطي) (غانم، ٢٠٠٥). كما تعرف (الديدي وعسكر، ٢٠٠٥) الانتكاسة بأنها انتهاك للقواعد التي تحكم معدل أو نمط السلوك المفروض القيام به، ويشير هنا إلى الإقلاع التام أو الكامل عن تعاطي المواد المؤثرة نفسيًا.

وأخيرًا يعرفها (باوه، ٢٠١٧) بأنها "عودة المدمن المتعافي لتعاطي مادة مخدرة ولو لمرة واحدة أو عودته بعد فترة انقطاع للسلوكيات الإدمانية بعد أن أمضى فترة من البرنامج العلاجي أو أتم علاجه من الإدمان بأحد المراكز العلاجية المتخصصة للعلاج الطبي والتأهيل النفسى والاجتماعى لمرضى الإدمان".

٢- التعريف الإجرائى لمفهوم الانتكاسة

تعرفها بأنها عودة المتعافي لتعاطي المواد المخدرة مرة أخرى بعد فترة توقف وتغيير سلوكي، وتلقى برنامج علاجي استمر مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر، وذلك من خلال درجته على مقياس الانتكاس المستخدم في الدراسة.

ما العلامات المنذرة بالانتكاسة:

- الخوف من الاستمرار في الحياة دون مخدر.
- الإنكار وعدم تقبل الواقع وإلقاء المسؤولية على الآخرين.

- التظاهر بالطاعة المبالغ فيها (ينفذ بلا مناقشة).
- إجبار الآخرين على الطاعة، الرفض التام لأى مساعدة.
- الميل إلى السلوك الدفاعى و(تجهيز) المبررات لكل سلوك.
- التدخل فيما لا يعنيه، وكأنه يريد إصلاح الكون والآخرين.
- اكتئاب خفيف والشعور بعدم الراحة أو الإرهاق.
- النظرة الضيقة للأمور، الأسف على النفس والأسى عليها.
- تزايد الإحساس باللامبالاة.
- عدم الانتظام فى مواعيد الأكل.
- المرور بفترات من الارتباك (وعدم القدرة على تحديد الأمور).
- سرعة الغضب والتوتر السريع لأى مثيرات.
- فقدان القدرة على التفكير المنظم والتخطيط القائم على (معطيات) من الواقع.
- السخط وعدم الرضا عن أى شىء موجود فى هذه الحياة.
- الشعور بأنه عاجز وضعيف.
- التفكير فى التعاطى وتبدأ هذه الحيلة بأن يتعاطى - مثلا هكذا يقول لنفسه - كمية ضئيلة.
- عودة بعض السلوكيات إدمانية (كالكذب - التحوير - الاندفاعية).
- فقدان الثقة فى النفس (غانم، ٢٠٠٥).

٣- النظريات المفسرة للانتكاسة

هناك عدد من التصورات والنماذج النظرية التى حاولت تفسير الانتكاس، التى أثرت فى فهمنا لظاهرة الانتكاس من زوايا مختلفة، فمنها من ركز على التفسير العصبى والفسىولوجى، ومنها من ركز على التفسير المعرفى والسلوكى وكلاهما معاً، ومنها من ركز على السياق الاجتماعى ومهارات المواجهة فى المواقف الخطرة، وسنتناول بعضاً من هذه النماذج والتفسيرات فيما يلى:

٤- النظرية الكيمائية العصبية

يرجع الانتكاس لسبب النقص الذى يحدث فى الدوبامين فى المخ، الذى يظهر فى صورة سيكولوجية مثل الاشتياق الذى يؤدى إلى الانتكاس، فنقص الدوبامين فى الخلايا العصبية فى منطقة قرن آمون يمكن أن ينتج عنه زيادة الحساسية وشدة التلقائية عند أدنى مستوى من الإثارة.

وتحتوى منطقة قرن آمون فى الجهاز العصبى الطرفى على وظيفة الذاكرة فى عمليات الاسترجاع، الذى يحدث فيها تبدلات وظيفية مرتبطة بمراكز الإثابة. فيصبح تعاطى العقاقير متأثراً ومرتبباً بالدوافع الأساسية مثل: البقاء، والجنس، والطعام، والمزاج. وللعقاقير تأثيرات على الفص الجبهى للجهاز العصبى الطرفى فى بعض الوظائف النفسية والسلوكية مثل: إصدار الأحكام، والدافعية، والأحكام الخلقية، والتخطيط، وغير ذلك من الوظائف التى تتأثر بتعاطى العقاقير. ويفسر دونوفان وشانى Donovan & Chaney (١٩٨٥) الانتكاس على أنه يرجع إلى حدوث تلف فى الجهاز العصبى المركزى، فضلاً عن الضغوط النفسية، والتوتر العصبى الشديد الذى يدفع بالمتعافى إلى الانتكاس (خليل، ٢٠١٥).

٥- النظرية السلوكية

إنّ الانتكاس عملية متعلمة والبيئة التى يوجد فيها الفرد لها دور فعّال فيها، إذ يُمكن أن تتوافر عدة ظروف أو متغيرات تُهيئ الفرد للانتكاس مثل: توافر المخدر وسهولة الحصول عليه، وضغط الرفاق، وكذلك عدم توافر النموذج والقدوة فى بيئة المعتمد المنتكس. وبناء على ذلك نجد أن الاعتماد من العادات التى أخذت مع التكرار شكلاً أكثر رسوخاً، وأن التخلص من هذه العادات لن يكون هيناً، وخصوصاً أن الاعتماد على المواد المخدرة يعد اضطراباً سلوكياً ينتج عن أثر الدعم الذى تحدثه المادة المخدرة للفرد، مما يحكم سلوكه فيما بعد. وعلى هذا الأساس يمكن وصف الاعتماد على أنه شكل من أشكال السلوك المفرط يحدث عندما يصاحبه دعم متوقع قد يتمثل فى النشوة المصاحبة للمادة أو التأثير المرغوب للمتعافى الذى تحدثه المادة، ويسعى إلى تثبيته من خلال الزيادة التدريجية للجرعة أو لسلوك الحصول على المادة، متحدياً فى ذلك كل المنبهات المعوقة فى البيئة. (Frederick,1980)

يعد ويكلر Wikler (١٩٦٥) أول من طبق مبادئ نظرية التشريط الكلاسيكى لبافلوف لتفسير اكتساب سلوك تعاطى العقاقير والمخدرات واستمراره وانطفائه، فتقوم النظرية السلوكية على مبدأ مفاده أنّ الأشخاص سوف يكررون الأفعال التى كوفئوا عليها، وسوف يمتنعون عن تلك التى عوقبوا عليها، فلاحظ ويكلر أنّ الأعراض الانسحابية لدى معتمدى المخدرات تظهر من جديد بعد مرور عدة أشهر من زوال الأعراض الفيزيولوجية الانسحابية. وتشجع هذه الأعراض المعتمد وتدفعه إلى التعاطى من جديد تخفيفاً للألام من هذه الأعراض. وقد اقترح نظريته لتفسير الانتكاسة فى ضوء أن تكرار التعرض لمثير بيئى يمكن أن يصبح مثيراً شرطياً يتسبب فى ظهور الأعراض

الانسحابية التي تؤدي نشاطاً إجرائياً لتعاطى العقار الذى سيخفف من آلام الأعراض، وبذلك تزداد احتمالية سلوك التعاطى واستمراره فى المستقبل من جديد. (Wikler,1980).

كما تشير نظرية فستنجر إلى أن الانتكاسة تحدث نتيجة التعزيز السلبي الذى يحدث لدى المتعاطى الذى اعتاد أن يتغلب على صراعاته وشعوره بالذنب بالتعاطى، ففي حالة ما إذا واجه موقفاً يحتوى على صراعات جديدة وشعور بالذنب فإنه سرعان ما ينتكس لأن لديه تعزيزاً سلبياً سابقاً فى التخلص من الصراعات والذنب بالتعاطى. (أبو زيد، ١٩٩٩)

من النظريات السلوكية المفسرة للانتكاس نظرية التداوى الذاتى إذ تفسر الانتكاس من خلال خلل فى نظام التحفيز أو ما يطلق عليه نظام المكافأة بالمخ، وهذا الخلل لا يحدث بسبب الإدمان فقط، بل يمكن أن يحدث نتيجة الاندفاعية أو شذوذ فى نظام التحفيز الناجم عن التعاطى والبيئات المرضية التى تسهم فى خلل هذه الأنظمة التحفيزية؛ فعندما يتم إقران معزز ما بحافز بشكل متكرر، يجرى تحفيز هذا العامل بعد ذلك. وتعرف هذه الظاهرة باسم الاشتراط الكلاسيكى. وتؤدي هذه العملية دورها فى الانتكاس بطرائق عديدة. إذ يؤدي حدوث وتكرار ارتباطات معينة داخل نظام التحفيز إلى إنشاء روابط تحفز السلوك الإدمانى، فتكرار ارتباط المخدر بتسكين الألم أو النشاط الزائد أو الإحساس بالمتعة أو تحسين القدرة الجنسية من شأنه أن يصبح الدافع وراء الانتكاس للحصول على نفس التأثير والمكافأة السابقة (Khantzian,1997).

كما تزداد صعوبة تنفيذ قرار التوقف عن التعاطى كلما زادت فترة التعرض وتعاطى المواد ذات التأثير النفسى. وذلك يرجع كما ذكرنا وفقاً إلى بافلوف بسبب تيسير إنشاء مسارات الروابط داخل نظام التحفيز بين المادة المخدرة والحافز "النشوة". ويرد ذلك المتعاطى إلى الخطوة الأولى من دائرة التعاطى، ويفسر ذلك السلوك القهرى كاستجابة للأقران والاشتراط ما بين المثبر (المادة) والاستجابة (النشوة) ما يؤدي إلى تكرار الفعل، وبمجرد العودة إلى التعاطى مرة أخرى تبدأ مشاعر الاكتئاب والإحباط والخزى بسبب التعاطى. حتى إذا استمر المعتمد على المواد ذات التأثير النفسى فى قرار التوقف عن التعاطى ما يلبث حتى تنتشط لديه مشاعر الخزى والإحباط والاكتئاب والضيق نتيجة لأعراض الانسحاب النفسية التى يمر بها، أو لاستبصاره بكم الخسائر التى لحقت به، ومع كم هذه المشاعر، ولأن المتعاطى لا يمتلك المهارات اللازمة لإدارة هذه المشاعر، فسوف يؤدي ذلك إلى رجوعه مرة أخرى للخطوة الأولى فى دائرة الإدمان (صلاح، ٢٠٢٠).

٦- النظرية المعرفية

تفسّر تلك النظرية الانتكاس بناء على العمليات المعرفية الإدراكية، والأساس فى السلوك الإدمانى ليس الظروف والعوامل الخارجية والأحداث المهيئة كتوافر المخدر أو وجود أصدقاء مدمنين فحسب، وإنما المعتقدات الخاطئة والبيئة المعرفية المتمثلة فى (المعتقدات اللا عقلانية والمخططات المعرفية اللا تكيفية)، من العوامل الدافعة للإدمان والانتكاس، فتلك المعتقدات الخاطئة والمخططات المعرفية اللا تكيفية هى المسيطرة على المدمن. فيرى المدمن أنّ احتياجه للمخدر ضرورى لإحداث قدر من التوازن النفسى والانفعالى، وأنّ أداءه الاجتماعى والوظيفى يتحسن بتعاطى المخدر (سلام، ٢٠٠٩).

ومن النظريات المعرفية المفسرة للانتكاس نظرية بيك وزملائه Beck, et al عام (١٩٩٣) إذ افترضوا أنّ الانتكاس يرجع إلى نظم من الاعتقادات الإدمانية. ويشير هذا المصطلح إلى مجموعة من الأفكار التى تركز على البحث عن المتعة، وحل المشكلات، أو الهروب منها. كما يرون أنّ المعتقدات الأساسية قد تكون خامدة، ولكنها تصبح فى حالة استثارة عندما تتعرض لمثيرات مصحوبة بتصورات خاطئة مثل (أنّ التعاطى يجعلنى أتعامل مع مشكلتى بصورة أحسن)، (وأنا متعاط كنت أحسن كنت بأعرف اشتغل وأتكلم). ومن ثمّ فإنّه وبمجرد أن تنشط تلك المعتقدات والأفكار فإنّ الخبرات الشخصية تزيد من درجة الاشتياق. ويحاول المريض إجراء عملية التحكم الذاتى التى تفشل بسبب الكثير من الظروف المهيئة والمرتبطة بتلك الأفكار. ومن تلك الأفكار التى يحدث المدمن نفسه بها "أستطيع أنّ أتعاطى مرة واحدة ثم أتوقف بعد ذلك"، أنا أقدر أتحكم/ أنا أقدر أسيطر على التعاطى/ طالما قدرت أوقف المدة ده يُبقى أقدر أتعاطى مرة فقط وأرجع أوقف تانى". لذلك فإنّ استمرار الصراع بين تلك الأفكار والمعتقدات المرتبطة بالتعاطى والنتائج المشبعة أو الحوافز المرجوة من التعاطى يزيد من احتمالات العودة إلى التعاطى (Beck, et al, 1993).

كما قدّم "سانشز كريج" Sanchez Craig 1976 نموذج التقييم المعرفى الذى يشير فيه إلى أن للإدراك الشخصى والتأويل محددات أساسية فى تقييم المواقف، فليس الموقف فى حد ذاته هو ما يُعرض الفرد للانتكاسة ولكن تقييم الفرد للمواقف، ولاستجابته لها بأنّها سلبية أو إيجابية أو محايدة، هو ما يؤدى إلى الانتكاسة (سامى، ٢٠١٦). ويتفق هذا مع نظرية التقويمات المعرفية التى اقترحها كراج Craig التى تفسر الانتكاسة فى ضوء التقييم المعرفى الخاطئ للموقف الذى يمر به

المتعافى؛ فيقيم الفرد الموقف بشكل مبالغ فيه، وفي الوقت نفسه يحط من قدر ذاته تجاه ذلك الموقف والنتيجة هي الانتكاسة (رتاب، ٢٠١٨).

فالمعتقدات الخاطئة والمخططات المعرفية اللا تكيفية تُكون نسقًا من التفكير تسيطر على المدمن، فيرى مير وسبرستن Meyer & Cbristine عام ١٩٩٩ أن احتياجه من المخدر ضروري لإحداث قدر من التوازن النفسى والانفعالى، وأن أداءه الاجتماعى والوظيفى يتحسن بتعاطى المخدر وقدرة المخدر على التغلب على مشاعر الضيق والملل التى تنتابه، لذا تعتمد معظم الاتجاهات العلاجية الحديثة على النظرية المعرفية لمنع الانتكاس، من خلال تصحيح تلك المعتقدات الخاطئة عن طريق مناقشة تلك المعتقدات والأفكار اللا عقلانية، وبناء نسق من المخططات المعرفية والمعتقدات العقلانية الجديدة كبديل عن المعتقدات الخاطئة والمخططات اللا تكيفية (سلام، ٢٠٠٩).

٧- النظرية المعرفية السلوكية

افترض كل من جوردين ومارلت (١٩٨٥) Marlatt & Gorden أن الإقدام على تعاطى العقاقير المخدرة يخلق إحساسًا وشعورًا بالتحكم فى الذات وفعاليتها. وكلما استمرت فترة الامتناع عن المخدر؛ أصبح إدراك الذات أكثر فاعلية وتأثيرًا، فالنموذج المعرفى السلوكى لجوردين ومارلت ١٩٨٠ يركز على استجابة الفرد فى المواقف عالية الخطورة؛ فإذا كان لدى الفرد الاستجابة التعايشية الفعالة أو ثقة التعامل مع المواقف فإن كفاءته الذاتية تكون فى حالة تزايد، ومن ثمَّ تصبح الاحتمالية للانتكاسة أقل عما إذا كانت لديه استجابات تعايشية غير فعالة فى مواجهة المواقف الخطر فإن كفاءته الذاتية تكون فى حالة انخفاض، ومع توفر وجود توقعات إيجابية للتعاطى لدى الشخص فإن احتمالية الوقوع فى زلة وما يعقبها من أثر لانتهاك الامتناع يزيد من احتمالية الانتكاس.

ويفسر مارلت وزملاؤه ١٩٨٠ الانتكاسة فى ضوء التفاعل الحادث بين العديد من العوامل المعرفية السلوكية مثل (القلق الاجتماعى- والغضب غير المتوقع- وحالات المزاج السلبى- وضغوط الأقران- والنموذج السبئى- ومستوى الضغوط- ومستوى الإحساس بالضبط- ومستوى مهارات التأقلم- وانخفاض الكفاءة الذاتية- وتجنب المشاعر غير السارة) (Marlatt & Gordon, 1985).

٨- النظرية العقلانية الانفعالية

ويرتكز الهدف الأول في الاستراتيجية العلاجية القائمة على العلاجات العقلانية الانفعالية على ما نسميه المعتقدات الخاطئة في الأفكار والمشاعر التي يحملها المريض المدمن تجاه إدمانه، والتي تجعله مرتبطاً بسلوكه الإدماني؛ ومن ثمَّ ينتقل التركيز العلاجي إلى المشكلات السلوكية الأخرى التي كثيراً ما تظهر أنماط السلوك المضطرب التي تخلق الشخصية المدمنة، وتكون ممثلة في مجموعة أفكار لا عقلانية مماثلة. وقد طرح "إليس Eliss" تعبيراً أسماه "قلق الانزعاج" أو اضطراب الانزعاج في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعتري المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إدمانه ويفعل التحمل المنخفض للإحباط الناجم عن امتناعه عن المخدر، ويتصف هذا القلق المزيج في توقع المدمن للألم والكدر والقلق، وهذا التحمل المنخفض للإحباط الذي يفتت إرادة الكف عن التوقف (عوض، ٢٠١٦).

فالنظرية العقلانية تسعى إلى أن تحمل المدمن على أن يتخلى عن أفكاره غير المنطقية، فهو يركز على تصحيح المعتقدات الخاطئة التي يعتقد بها المدمن إزاء إدمانه على المخدرات، ولا شك أنَّ الاشتياق للمخدر الذي يصاب به المدمن عند توقفه المفاجئ عن التعاطي عامل مهم في حدوث الانتكاسة، فالمدمن فقد الاستبصار حين أقدم على الانتكاسة دون النظر إلى النتائج السلبية للمخدر، فسبب الانتكاسة يكمن في الأفكار والمشاعر، اعتقاداً منه أن التعاطي يبعد هذه العوامل، والعلاج هنا يركز حول تغيير هذه المشاعر والأفكار التي يحملها، أي تبديل سلوك المدمن من خلال تغيير أفكاره ومشاعره (باوه، ٢٠١٧).

يرى ألبيرت أليس أنَّ أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية إلى جانب عدد من الأفكار اللا عقلانية، والأفكار العقلانية تقود الفرد إلى السواء عكس الحال عندما يتبنى الشخص الأفكار غير العقلانية، والانتكاس يحدث نتيجة التقييم المعرفي الخاطئ للموقف الذي يمر به المتوقف عن التعاطي؛ إذ يتسم تقييم الموقف بالمبالغة المفرطة، وفي الوقت نفسه لا يستطيع الشخص مواجهته ويقلل من قدر ذاته في هذا الموقف وتكون النتيجة المحتملة هي الانتكاس.

(غانم، ٢٠٠٥)

وقامت دراسة (Ogaietal, 2007) بتطوير اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة (SRRS) بناء على استبيان الالهفة للماريجوانا ومناقشة ثلاثة أطباء نفسيين، بدأ الاختبار بـ٤٨ بنداً، وبعد تطبيقه على ١٠٠ مريض (٧١ من الذكور و٢٩ من الإناث)، من المرضى المتعاطين للمنشطات

المحجوزين في المستشفى، وبتطبيق اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة SRRS، ومقياس اللهفة للمخدرات VAS ومؤشر شدة الإدمان ASI وجمع بيانات عن الانتكاس في غضون 3-6 أشهر بعد تطبيق الاختبار للتحقق من كفاءته في قياس ما أعد لقياسه. وبإجراء التحليل العاملي توصلنا إلى وجود ستة عوامل وهي (القلق والدافعية للتعاوى المخدرات (AI)، المشكلات الانفعالية (EP)، الرغبة القهرية لتعاوى المخدرات (CD)، التوقعات الإيجابية للمخدر، عدم السيطرة على التعاوى (PL)، قلة التوقعات السلبية للعقار، تراوح معامل ألفاكرونباخ لكل مقياس فرعى من 0,55 إلى 0,82، بينما معامل ألفاكرونباخ للمقياس الكلى كان 0,86، ما يشير إلى الاتساق الداخلى للاختبار. كما ارتبط بُعد AI و CD و PL بإجمالى اختبار SRRS بشكل كبير كما ارتبط اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة باختبار شدة الإدمان (ASI)؛ ما يشير إلى صدق مرتفع للاختبار كما ارتبطت أبعاد الاختبار ارتباطاً كبيراً بالانتكاس؛ ما يدل على صحتها التنبؤية فهو يقيم الجوانب المنشطة للانتكاسة.

الإجراءات المنهجية للدراسة

فروض الدراسة

- يتسم مقياس SRRS للانتكاسة بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة.

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفى المقارن.

ثانياً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ المجموعة الأولى تكونت من (131) شخصاً منتكساً من الذكور، تراوحت أعمارهم بين (19-56) سنة، وذلك بمتوسط عمرى قدره (33,44) سنة وبانحراف معيارى (7,03) سنة، وتكونت المجموعة الثانية من (100) من الذكور المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية بمتوسط عمرى قدره (37,30) سنة بانحراف معيارى قدره (7,24) سنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من المرضى المترددين على عيادات الخط الساخن التابع لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان.

وقد روعي التكافؤ بين مجموعتي الدراسة وذلك من حيث:

- ١- المتغيرات الديموجرافية تم التحقق من التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات الديموجرافية (متغير العمر - المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية - المهنة - المستوى الاجتماعي الاقتصادي)، وتوصلت لعدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة.
- ٢- أما بالنسبة للتكافؤ بين أفراد العينتين في المتغيرات المتعلقة بالاعتماد على المواد النفسية، كنوع المادة المتعاطاة، والسن عند بداية التعاطي، وعدد سنوات التعاطي، توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة.

ثالثاً: أدوات الدراسة

اعتمدت الباحثة على اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة (SRRS) Stimulant Relapse Risk Scale (SRRS) ٢٠٠٧، وقد قامت بترجمته، وجرى تطوير اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة (SRRS) بناء على استبيان الالهفة للماريجوننا ومناقشة ثلاثة أطباء نفسيين، بدأ الاختبار بـ٤٨ بنداً، وبعد تطبيقه على ١٠٠ مريض (٧١ من الذكور و٢٩ من الإناث)، من المرضى المتعاطين للمنشطات المحجوزين في المستشفى، وتطبيق اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة SRRS، ومقياس الالهفة للمخدرات VAS ومؤشر شدة الإدمان ASI وجمع بيانات عن الانتكاس في غضون ٣-٦ أشهر بعد تطبيق الاختبار للتحقق من كفاءته في قياس ما أعد لقياسه. وبإجراء التحليل العاملي توصلنا إلى وجود ستة عوامل وهي (القلق والدافعية للتعاطي المخدرات (AI)، وتمثل بنوده (١-٢-٦-١٢-٢٢-٢٧-٣٣-٣٥)، المشكلات الانفعالية (EP) وبنوده كالآتي (٣-٥-٧-١٠-١٦-١٩-٢٣-٢٥)، الرغبة القهرية لتعاطي المخدرات (CD) وبنوده هي (٨-٢٨-٣١-٣٤)، التوقعات الإيجابية للمخدر وبنوده هي (١٨-٢٠-٢٤-٢٩-٣٠-٣٢)، عدم السيطرة على التعاطي (PL) وتتمثل في البنود التالية (٩-١٤-١٧-٢١)، قلة التوقعات السلبية للعقار وبنوده هي (٤-١١-١٣-١٥-٢٦).

تراوح معامل ألفا كرونباخ لكل مقياس فرعي من ٠,٥٥ إلى ٠,٨٢ بينما معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي كان ٠,٨٦ ما يشير إلى الاتساق الداخلي للاختبار. كما ارتبط بُعد AI و CD و PL بإجمالي اختبار SRRS بشكل كبير كما ارتبط اختبار المثيرات المحفزة للانتكاسة باختبار شدة الإدمان (ASI)؛ ما يشير إلى صدق مرتفع للاختبار كما ارتبطت أبعاد الاختبار ارتباطاً كبيراً بالانتكاس؛ ما يدل على صحتها التنبؤية فهو يقيم المثيرات المحفزة للانتكاسة (Ogaietal, 2007). وجرى اختيار هذا الاختبار دون غيره من الاختبارات، لسهولة بنوده وعددها المناسب، كما جرى استخدامه في دراسات سابقة عديدة، وتميزه بكفاءة سيكومترية مرتفعة.

إجراءات التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات

بعد ترجمة اختبار الانتكاس SRRS من قبل الباحثة إلى اللغة العربية، جرى مراجعة بنوده وتصحيحها لغوياً، ثم عرضها على عدد من المحكمين تراوح بين ثمانية من أعضاء هيئة التدريس وطبيبة نفسية تعمل في مجال الإدمان وستة من الأخصائيين النفسيين الحاصلين على درجة الدكتوراه في مجال الإدمان وخبرة في المجال لا تقل عن عشر سنوات. وبعد عمل تعديلات المحكمين من صياغة أو توضيح معنى للبنود، جرى عرض الاختبار في صورته النهائية على خبير لغوي وطبيبة نفسية لإعادة الترجمة (الترجمة العكسية) ومطابقة المعنى بين الثلاث صياغات ومدى المطابقة بين الثلاث صياغات، وجرى التوصل إلى الاختبار في صورته النهائية.

التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقاييس

ثبات اختبار الانتكاسة

حُسب معامل الثبات لاختبار الانتكاسة بطريقة الاتساق الداخلي وألفا كرونباخ للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمجموعتي الدراسة، وتوضح الجداول التالية قيمة الثبات لاختبار الانتكاسة:

الاتساق الداخلي

حُسب الاتساق الداخلي عن طريق ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للأبعاد الفرعية للاختبار، وذلك على النحو التالي:

جدول (1)

ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة لدى عينة المنتكسين

رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية
١	**٠,٣٤٢	١٠	**٠,٤١٢	١٩	*٠,١١٧	٢٨	**٠,٨١٠
٢	**٠,٥٥٦	١١	**٠,٤٠٤	٢٠	**٠,٦٧٠	٢٩	**٠,٦٤٠
٣	**٠,٤٠٣	١٢	**٠,٣٤٢	٢١	٠,١٦٩	٣٠	**٠,٧٢٥
٤	٠,١٠٧	١٣	**٠,٣٨١	٢٢	**٠,٧٠٧	٣١	**٠,٧١٤
٥	**٠,٤٠٤	١٤	٠,٠٥١-	٢٣	**٠,٥٢٢	٣٢	**٠,٦٤٣
٦	*٠,٢١١	١٥	**٠,٤١٩	٢٤	**٠,٧٦٦	٣٣	**٠,٤٩١
٧	**٠,٤٨٦	١٦	**٠,٤٢١	٢٥	**٠,٥٦٥	٣٤	**٠,٧٥٠
٨	**٠,٦٣٩	١٧	*٠,٢١٣-	٢٦	**٠,٣٥٨	٣٥	**٠,٦٤٦
٩	**٠,٣٧٥-	١٨	**٠,٧١٧	٢٧	**٠,٨١٢		

* معامل الارتباط الدال عند مستوى ٠,٠٥ **معامل الارتباط الدال عند مستوى ٠,٠١

بالنظر إلى الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

- ١- كانت معاملات الارتباط بين غالبية البنود والدرجة الكلية للمقياس دالة، إذ اعتمدت الدراسة الراهنة على محك ٠,٢٠ لاستبعاد البنود غير الملائمة.
- ٢- ارتبطت البنود التالية ارتباطاً ضعيفاً بالدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة لدى المنتكسين، وهي: ٤ و ١٤ و ٢١، بناءً على ذلك حُذفت تلك البنود.

جدول (٢)

ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة لدى عينة المتعافين

رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية
١	**٠,٥٧٢	١٠	**٠,٤٤٧	١٩	**٠,٥١٤	٢٨	**٠,٦٠٤
٢	**٠,٧١٩	١١	**٠,٣٨٥	٢٠	**٠,٥٨٥	٢٩	**٠,٧٦٧
٣	**٠,٤٩٠	١٢	**٠,٢٦٨	٢١	٠,١٣٨	٣٠	**٠,٦٨٦
٤	-٠,١٥٧	١٣	**٠,٢٧٦	٢٢	**٠,٤٤٣	٣١	**٠,٥٢٤
٥	**٠,٤٤٠	١٤	-٠,١٨٧	٢٣	**٠,٥٦٣	٣٢	**٠,٦٩٧
٦	**٠,٤١٣	١٥	٠,٠٨٦	٢٤	**٠,٥٩٦	٣٣	**٠,٥٠٧
٧	**٠,٦٥٦	١٦	**٠,٦٣٤	٢٥	**٠,٦٥٩	٣٤	**٠,٥٩٦
٨	**٠,٤٩٤	١٧	-*٠,٢٤٣	٢٦	**٠,٣٣٥	٣٥	**٠,٥٦٥
٩	-**٠,٤٠١	١٨	**٠,٤٣٦	٢٧	**٠,٥٥٢		

*معامل الارتباط الدال عند مستوى ٠,٠٥ **معامل الارتباط الدال عند مستوى ٠,٠١

بالنظر إلى الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

- ١- كانت معاملات الارتباط بين غالبية البنود والدرجة الكلية للمقياس دالة، إذ اعتمدت الدراسة الراهنة على محك ٠,٢٠ لاستبعاد البنود غير الملائمة.
- ٢- ارتبطت البنود التالية ارتباطاً ضعيفاً بالدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة لدى المنتكسين، وهي: ٤ و ٩ و ١٤ و ١٥ و ٢١، بناءً على ذلك حُذفت تلك البنود.

معامل ثبات ألفا كرونباخ

جدول (٣)

معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الانتكاس لدى عينة الدراسة

معامل الثبات ألفا كرونباخ		معاملات ألفا كرونباخ
عينة المتعافين ن=١٠٠	عينة المنتكسين ن=١٣١	الأبعاد
٠,٦٦٤	٠,٧٣٨	القلق والدافعية لتعاطي المخدرات
٠,٨٥٣	٠,٧١٧	المشكلات الانفعالية
٠,٨٦٧	٠,٨٦٦	القهر لتعاطي المخدرات
٠,٨٢٣	٠,٨٥٨	التوقعات الإيجابية
٠,٦٨١	٠,٦٩٤	عدم السيطرة على التعاطي
٠,٦٧٩	٠,٧٣٣	عدم الاستبصار بمشكلة التعاطي
٠,٨٤٥	٠,٨٩٣	اختبار الانتكاسة

من الجدول السابق يتضح أن أبعاد اختبار الانتكاس يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة.

صدق اختبار الانتكاسة

وحسب صدق هذا المقياس بطريقتين وهما:

صدق المضمون (صدق المحكمين)

حُسب صدق المضمون لهذا المقياس من خلال عرضه على عدد من المحكمين تراوح بين ثمانية من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال علم النفس بكلية الآداب جامعات (القاهرة- الفيوم- حلوان)، وطبيبة نفسية تعمل في مجال الإدمان وستة من الأخصائيين النفسيين الحاصلين على درجة الدكتوراه في مجال الإدمان وخبرة في المجال، لا تقل عن عشر سنوات. وذلك بهدف التأكد من مدى انتماء البند لمُكونه الفرعي في ضوء التعريف الإجرائي لكل مقياس فرعي، وقد أسفرت هذه الخطوة عما يلي:

- جرى تعديل صياغة بعض البنود إما تعديلاً لغوياً وإما بإضافة بعض الكلمات التي تزيد البند وضوحاً وفهماً أو حذف بعضها، وذلك في ضوء مقترحات المُحكمين حتى تتناسب مع عينة الدراسة.

- تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على البنود بين ٨٠ إلى ١٠٠٪.

الصدق التكويني

باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، حُسِبَ ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للأبعاد الفرعية للمقياس، وحساب معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاختبار، وفيما يلي وصف لنتائج الاتساق الداخلي لمقاييس الدراسة:

جدول (٤)

ارتباط البند بالدرجة الكلية للأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة لدى عينة الدراسة

البنود									الأبعاد
معاملات ارتباط البنود بالأبعاد الفرعية لاختبار الانتكاسة									
١	٣٥	٣٣	٢٧	٢٢	١٢	٦	٢	١	
**٠,٧٣٠	**٠,٤٥٥	**٠,٥٢٦	**٠,٥٧٨	**٠,٤٤٣	**٠,٣٤٩	**٠,٥٨٠	**٠,٨٠٢	**٠,٧٣٠	القلق
**٠,٤٨٠	**٠,٦٨٩	**٠,٦٠٧	**٠,٧٨٧	**٠,٧٠٨	**٠,٤٠٢	**٠,٣٠٤	**٠,٦٧٦	**٠,٤٨٠	المتعافين والدافعية للتعاظم
٣	٢٥	٢٣	١٩	١٦	١٠	٧	٥	٣	المشكلات الانفعالية
**٠,٤٣٩	**٠,٨٤١	**٠,٧٨٠	**٠,٧١٥	**٠,٧٢٩	**٠,٥٣٣	**٠,٨١٤	**٠,٧١١	**٠,٤٣٩	المتعافين
**٠,٥٢٨	**٠,٦٢٤	**٠,٦٤٤	**٠,٣٨٢	**٠,٦٣٢	**٠,٥٥٧	**٠,٦٧٠	**٠,٥٨٦	**٠,٥٢٨	المنتكسين
					٣٤	٣١	٢٨	٨	القهر لتعاظم المخدرات
					**٠,٩٢٨	**٠,٨١٨	**٠,٨٩٧	**٠,٧٣٩	المتعافين
					**٠,٨٦٠	**٠,٨٥٤	**٠,٨٩٩	**٠,٧٦٤	المنتكسين
			٣٢	٣٠	٢٩	٢٤	٢٠	١٨	التوقعات الإيجابية
			**٠,٧٩٤	**٠,٨٠١	**٠,٨٣٣	**٠,٦٣٧	**٠,٦٥٩	**٠,٦٣٦	المتعافين
			**٠,٧٧١	**٠,٧٧٤	**٠,٧٣٣	**٠,٨١٦	**٠,٧٠٨	**٠,٧٩١	المنتكسين
					٢١	١٧	١٤	٩	عدم السيطرة على التعاضد
					**٠,٤٨٣	**٠,٥٧٤	**٠,٦٧٣	**٠,٤٥٣	المتعافين
					**٠,٤٧٩	**٠,٦٦٤	**٠,٦٢١	**٠,٥٠٠	المنتكسين
				٢٦	١٥	١٣	١١	٤	عدم الاستبصار
				**٠,٥٤٥	**٠,٥٧٤	**٠,٦٧٠	**٠,٤٤١	**٠,٣٤٥	المتعافين
				**٠,٥٧٣	**٠,٧٢٣	**٠,٦٦٠	**٠,٥٠٨	**٠,٥٣٥	المنتكسين

** معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١

وبالنظر إلى الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

- كانت معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة دالة بدرجات مرتفعة.

صدق المجموعات المحكية

جدول (٥)

الفروق في اختبار الانتكاس بين المجموعتين للتحقق من الصدق التمييزي للمقياس

نوع الدلالة	مستوى الدلالة	قيم (ت)	عينة المتعافين ن=١٠٠		عينة المنتكسين ن=١٣١		الأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاس
			ع	م	ع	م	
دالة	٠,٠٠١	-٩,٦٠٦	٤,٧٦٨	١٤,١٨	٦,٣٦٥	٢١,٤٩	بعد القلق والدافعية لتعاطي
دالة	٠,٠٠٨	-٦,٩٩٨	٧,٤٢٢	١٨,٩٠	٦,٠٣٧	٢٥,١٠	بعد المشكلات الانفعالية
دالة	٠,٠٠٠	-٨,٦٨٩	٣,٤٦٥	٥,٥٨	٥,٣٩٢	١٠,٩٥	بعد القهر لتعاطي المخدرات
دالة	٠,٠٠٠	-٩,٢٣١	٥,٣٠٣	٩,٨٠	٧,٢٠٦	١٧,٧١	بعد التوقعات الإيجابية لتعاطي المخدرات
غير دالة	٠,٨٨٢	٤,١٣٣	٣,٠٣٣	١١,٥٠	٣,٠٤٤	٩,٨٣	بعد عدم السيطرة على التعاطي
غير دالة	٠,١٠٩	-٢,٨٤٠	٣,٤٩٧	١٤,٥٥	٣,٩٢١	١٥,٩٦	بعد عدم الاستبصار بمشكلة التعاطي

يتضح من جدول (٥) وجود فروق دالة إحصائية بين المنتكسين والمتعافين في أبعاد مقياس الانتكاس في (بعد القلق والدافعية لتعاطي-وبعد المشكلات الانفعالية- وبعد القهر لتعاطي المخدرات- وبعد التوقعات الإيجابية لتعاطي المخدرات)، بينما لا توجد فروق دالة إحصائية بين العينتين في أبعاد (عدم السيطرة على التعاطي- وعدم الاستبصار بمشكلة التعاطي).

صدق المفهوم

جرى التحقق منه من خلال حساب معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها بعضاً لدى عينة الدراسة.

جدول (٦)

معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاس وبعضها بعضاً لدى عينة المنتكسين

عدم الاستبصار بمشكلة التعاطي	عدم السيطرة على التعاطي	التوقعات الإيجابية	القهر لتعاطي المخدرات	المشكلات الانفعالية	بعد القلق والدافعية لتعاطي المخدرات	الارتباط
**٠.٤١٧	**٠.٢٨٩	**٠.٧٩٧	**٠.٧٧٦	**٠.٥٦٤	١	بعد القلق والدافعية لتعاطي المخدرات
**٠.٢٢٦	**٠.٣٢٠	**٠.٥٩٢	**٠.٤٩٦	١	**٠.٥٦٤	المشكلات الانفعالية
**٠.٤١٢	**٠.٢٢٥	**٠.٧٥٠	١	**٠.٤٩٦	**٠.٧٧٦	القهر لتعاطي المخدرات
**٠.٤٤٦	**٠.٣٣٣	١	**٠.٧٥٠	**٠.٥٩٢	**٠.٧٩٧	التوقعات الإيجابية
**٠.٢٠٤	١	**٠.٣٣٣	**٠.٢٢٥	**٠.٣٢٠	**٠.٢٨٩	عدم السيطرة على التعاطي
١	**٠.٢٠٤	**٠.٤٤٦	**٠.٤١٢	**٠.٢٢٦	**٠.٤١٧	عدم الاستبصار بمشكلة المخدرات

يتضح من الجدول السابق أنّ الأبعاد الفرعية للاختبار ترتبط بعضها ببعض بمعاملات ارتباط مرتفعة.

خامساً: أساليب التحليلات الإحصائية

١- حساب الإحصاءات الأولية الوصفية لمتغيرات الدراسة وتشمل المتوسطات والانحرافات المعيارية.

٢- اختبار "ت" للكشف عن دلالة اتجاه الفروق بين المتوسطات الدالة إحصائياً.

٣- معامل الارتباط الخطى المستقيم لبيرسون.

مناقشة النتائج

يتضح من الجداول السابقة أن الاختبار يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة ومقبولة مما يعنى أن الاختبار يتسم بالثبات في قياس المتغير؛ بحيث لا يتغير بمرور الزمن أو باختلاف الظروف، كما يتمتع بمؤشرات صدق مرتفعة، والتي تؤكد أن الاختبار يقيس ما أعد لقياسه، مما يؤكد على إمكانية الاعتماد على الاختبار في التشخيص والمتابعة، كما اتضح من الجداول السابقة إمكانية الاختبار في التمييز بين المتعافين والمنتكسين، وبالتالي يمكن استخدامه كأداة للتنبؤ بالانتكاس قبل حدوثه.

المراجع

- عسكر، إبراهيم، (٢٠١٦). المتغيرات الاجتماعية والفيزيائية للمنتكسين من علاج الإدمان (دراسة ميدانية لعينة من الشباب العائد للتعاظم). رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة عين شمس، معهد الدراسات والبحوث البيئية: قسم العلوم الإنسانية البيئية.
- خليل، أرنت، (٢٠١٥). دور نوعية الحياة فى التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية، والانتكاس إليه. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة: كلية الآداب: قسم علم نفس.
- حسين، أمال، (٢٠١٢). بعض المحددات النفسية الاجتماعية المنبئة بالانتكاس لدى المعتمدين على المواد المؤثرة فى الحالة النفسية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب: قسم علم نفس.
- السيد، رأفت، (٢٠١١). المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادى الانتكاسة لدى معتمدى المواد المؤثرة نفسياً. دراسات عربية فى علم النفس. ١٠ (٢)، ٢٩١-٣٥٨.
- وسيلة، رتاب، (٢٠١٨). فاعلية برنامج علاجى جماعى للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات. رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف، الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس وعلوم التربية.
- الديدى، رشا؛ عسكر، ورأفت، (٢٠٠٥). أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات. مجلة دراسات نفسية. ٣ (١٥)، ٣٦٧-٤٠٠.
- الشرقاوى، زينب، (٢٠١٤). المتغيرات الاجتماعية والثقافية للعود للمخدرات. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب: قسم علم نفس.
- سامى، سهى، (٢٠١٦). دور اضطرابات النوم فى التنبؤ بالانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة. كلية الآداب: قسم علم نفس.
- عوض، الشريف، (٢٠١٦). ديناميات زمنى الانتكاسة لدى عينة من المعتمدين على المواد النفسية. رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة عين شمس. كلية الآداب: قسم علم نفس.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان (٢٠١٠). التقرير السنوى "المرحلة الاولى". القاهرة.
- صلاح، عمر، (٢٠٢٠). الذكاء الوجدانى (الشخصية والانتكاسة). القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

السليم، محمد، (٢٠٠٥). علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة: دراسة على المعتمدين المنتكسين من المنومين بمجمع الأمل بالرياض. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة الإمام محمد بن سعود، كلية العلوم الاجتماعية: قسم علم نفس.

باوه، محمد، (٢٠١٧). فاعلية العلاج الجمعي (السيكودراما) في خفض مؤشرات الانتكاسة لدى المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة حلوان، كلية الآداب: قسم علم نفس.

غانم، محمد حسن، (٢٠٠٥). العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مرعى، محمد، (٢٠٢١). الخصائص السيكومترية لاستبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة ليونج (YSQ) وفق نموذج راش لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة العلوم التربوية. ٤(١)، ١٩٣-٢٣١.

أبو زيد، مدحت، (١٩٩٩). "الارتكاس العقاقيري" قلقه ومثيراته وعوامله والاتجاه نحوه ونحو العقار البديل في ضوء حجر الارتكاسات السابقة لدى عينة من مدمنى الهيروين. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

سلام، وسام، (٢٠٠٩)، سوء التوافق النفسي والشعور بالاغتراب وعلاقتها بالانتكاسة لدى مدمنى المواد المخدرة التخيلية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة بنها: كلية الآداب: قسم علم نفس.

Beck. A., Wright. F., Newman. C. & Liese. B.(1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford press. NY. USA.

Frederick, C.J.(1980). Drug Abuse as Learned Behavior. IN. D. J. Lettieri, M. Sayers, H. W. Pearson (Ed). Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives. (pp.191-195) Washington, D. C. U.S. Government Printing Office.

Khantzian, E.J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. Journal of Harvard Review of Psychiatry. 4(5)231-244.

Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). Relapse Prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York. Gwilford press. p. 368.

Ogai, Y., Haraguchi. A., Kondo, A., Ishibashi, Y., Umeno, M., Kikumoto, H., Hori, T., Komiyama, T., Kato, R., Aso, K., Asukai, N., Senoo, E., Ikeda, K.(2007). Development and Validation of the Stimulant Relapse Risk Scale for Drug Abusers in Japan. Journal Of Drug and Alcohol Dependence.88(2-3),174-181.

Wilker, A. (1980). A theory of Opioid Dependence.IN. D. J. Lettieri, M. Sayers, H. W. Pearson (Ed). Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives. (PP.174-180) Washington, D. C. U.S. Government Printing Office.

اختبار SRRS

التعليمات

من فضلك قم بوصف حالتك خلال الشهر الماضي من خلال الإجابة على كل العبارات الآتية، بوضع دائرة حول الإجابة التي تصف حالتك بأدق وصف، وبالنسبة لكلمة المخدرات التي ترد في العبارات تعامل معها على أنها تشير إلى المخدر الذي أفرطت في استخدامه.

٥	٤	٣	٢	١	البند
كثيرًا جدًا	تنطبق بشكل كبير	تنطبق بدرجة متوسطة	قليلاً جدًا	نادرًا	
					١- أحيانًا ما تراودني المشاعر التي اعتدت الشعور بها وأنا أتعاطى المخدر
					٢- أرغب في تعاطى المخدرات من حين لآخر
					٣- لدى احتياج مستمر لعمل سلوكيات التعاطى دون أن أتعاطى (مثل أضع شيئًا ما في فمى أو أستمتع بإحساس الوخز بدبوس.....)
					٤- يمكن أن أتوقف عن تعاطى المخدرات بدون مساعدة
					٥- أشعر بالضيق من كلام الآخرين
					٦- أشعر بالقلق من العودة لتعاطى المخدرات
					٧- أشعر بالضيق.
					٨- قد أفعل أى شىء من أجل التعاطى
					٩- تناول العقار يجعلنى أشعر بتحسن فى حالتى
					١٠- ليس لدى الدافع لفعل أى شىء
					١١- سأكون فى حالة جيدة بدون مخدرات
					١٢- عندما أفكر فى عائلتى، أرى أنه لم يعد بإمكانى تعاطى المخدرات مرة أخرى.
					١٣- لقد تعافيت بالفعل من إدمان المخدرات
					١٤- أخشى أن تتأبنى الهلاوس نتيجة لتعاطى المخدرات
					١٥- أنا واثق أننى لن أتعاطى مرة أخرى
					١٦- أشعر بالوحدة.
					١٧- لن أستطيع السيطرة على نفسى إذا تعاطيت مرة أخرى.
					١٨- إذا عرض على أحد المخدرات فإننى لا أستطيع رفضها.
					١٩- أشعر بالقلق على مستقبلى.

					٢٠- سأتعاطى المخدرات إذا كنت بمفردى.
					٢١- إذا تعاطيت المخدرات، فسيؤثر ذلك بشكل سيء على عملي/ دراستي
					٢٢- إذا أعطاني صديقي مخدرات، فسأتعاطى حتى لو كنت في المستشفى.
					٢٣- لا أستطيع السيطرة على مشاعري
					٢٤- إذا وضعت المخدرات أمامي، فسأتعاطاها
					٢٥- أشعر بالتعب والإرهاق بسبب نفاذ صبري
					٢٦- اعتقد أني مدمن
					٢٧- إذا توفر معي المال، فإنني أرغب في شراء مخدرات.
					٢٨- قد أفعل أي شيء للحصول على المال لشراء المخدر.
					٢٩- إذا تعاطيت المخدرات، سأكون أقل توترًا
					٣٠- إذا تعاطيت المخدرات، فقد أشعر أن كل شيء يسير على ما يرام
					٣١- أرغب في الحصول على المخدرات حتى لو اضطررت للسرقة
					٣٢- إذا تعاطيت المخدرات، سأشعر بالنشاط
					٣٣- سوف أتعاطى المخدرات في المستقبل القريب
					٣٤- أريد الحصول على المخدرات حتى بشكل غير قانوني
					٣٥- قد أقدم على تناول المخدرات حتى وأنا أعلم أنه قد يتم القبض عليّ

Abstract

Psychometric Properties of the Stimulants Predicting Relapse Questionnaire (SRRS) Among A Sample of Psychological Substance Users

Aliaa Abd El manam Mohammed

The aim of this study is to identify the psychometric properties of the Stimulant Relapse Risk Scale (SRRS) questionnaire for relapse among users of psychological substances. The sample consisted of 131 relapsed - 100 recovered males dependent on psychological substances, whose ages ranged between 19-56 years. Then the SRRS questionnaire for triggers was applied predictors of relapse. Using statistical analyses, the results of the study concluded that the questionnaire is characterized by good validity and reliability indicators. The results also showed its discriminatory ability among the study samples, which makes it suitable for use and application as a tool for predicting relapse in treatment programs and as a means of following up on patients.

Keywords: Psychometric Properties- Stimulant Relapse Risk Scale(SRRS)- Relapse.