



كلية التربية

مجلة شباب الباحثين



جامعة سوهاج

**الذكاء الوجداني البين- شخصي والدافعية للعلاج كمتغيرين
وسيطين بين فعالية برنامج مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع
الانتكاسة: دراسة على عينة من المتعافين من المؤثرات العقلية.**

إعداد

أ / منى عبدالهادي السالمي

حاصلة على درجة الماجستير (الارشاد الإكلينيكي فى الصحة النفسية)
جامعة باى باث - بالولايات المتحدة الأمريكية

تاريخ الاستلام: ١٧ مارس ٢٠٢٢ - تاريخ القبول: ١١ يونيو ٢٠٢٢

DOI :10.21608/JYSE. 2022.

الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر العلاقة بين متغيري الذكاء الوجداني البيد -شخصي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين على فعالية برنامج مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي المسحي، حيث تم الحصول على البيانات المطلوبة من خلال تطبيق مقياس الذكاء الوجداني البين -شخصي ومقياس الدافعية على عينة مكونة من (١٥) فرداً من المتعافين من المؤثرات العقلية في مدينة جدة، والذين تم إخضاعهم لبرنامج مراحل التغيير، ومن خلال تحليل بيانات الدراسة وتفسير نتائجها، فقد خلصت الدراسة إلى أن الذكاء الوجداني البينشخصي بأبعاده (الوعي الانفعالي بالذات، احترام الذات، توكيد الذات، الاستقلالية وتحقيق الذات) تتوفر بدرجة عالية لدى المتعافين من المؤثرات العقلية، ويدل على ذلك قيم المتوسطات الحسابية حيث جاءت على التوالي (٢.٨٣، ٢.٥٣، ٢.٦١، ٢.٦٥، و ٢.٨٥) ، كما بينت النتائج وجود مستوى مرتفع للدافعية للعلاج لدى المتعافين من المؤثرات العقلية حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام (٢.٧٨) . كما بينت النتائج أن ارتفاع مستوى الذكاء الوجداني البين -شخصي لدى المتعافين يساهم بشكل إيجابي في خفض معدل الانتكاسة لدى أفراد العينة، ويدعم ذلك قيمة معامل بيتا حيث بلغت (-٠.٦٧٢) ، مما يبين وجود تحسن في مستوى الاستجابة للعلاج وبالتالي منع الانتكاسة والعودة مرة أخرى للإدمان. كما بينت النتائج أنه على الرغم من أن متغيري الذكاء الوجداني والدافعية للعلاج يفسران نسبة ٤٢.٠% من التغيرات في سلوك المتعافين، إلا أن أثر الدافعية للعلاج - مستقلاً - غير دال إحصائياً. كما كشفت النتائج أن متغيري الذكاء الوجداني والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين يفسران نسبة ٦٠% من التغيرات في مرحلة التعافي، حيث بينت النتائج أن هناك علاقة ارتباط موجب دال عند مستوى المعنوية (٠.٠١) بين الذكاء الوجداني والتعافي، بينما غير دالة بين الدافعية للعلاج والتعافي. ولقد أوصت الدراسة بأهمية تحفيز المتعافين وذلك من خلال تبني برامج علاجية باستخدام مراحل التغيير مع الحرص على تعزيز الذكاء الوجداني البيد -شخصي وتحفيز الدافعية للعلاج، حيث تبين أن تطبيق مراحل التغيير يساهم في منع الانتكاسة. كما أوصت الدراسة على ضرورة متابعة المتعافين لفترة لا تقل عن ثلاثة اشهر بعد الانتهاء من فترة الاعراض الانسحابية الحادة ومرحلة التأهيل المكثفة حتى تساهم تلك المتابعة في التدخل السريع في حالة تعرض المتعافي لأي ضغوط تدفعه الى الانتكاسة لا سمح الله ، كما أوصت

الدراسة بأهمية استخدام تقنيات متعددة مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي، وذلك من خلال تعزيز الدافعية للعلاج والحد من فرص العودة مرة أخرى للإدمان.

الكلمات المفتاحية: الذكاء الوجداني - الدافعية - مراحل التغيير - الادمان - الانتكاسة

Intrapersonal Emotional Intelligence and Treatment Motivation as moderator Variables between the Effectiveness of Changing- stages Program for Addiction Treatment and Relapse Prevention:

a Study among a Sample of recovered from psychotropic Substances

Bay path university

Clinical mental health counseling

Abstract

The study aimed to examine the impact of the relationship between the two moderator variables (Intrapersonal emotional intelligence and treatment motivation) on the effectiveness of changing stages program for addiction treatment and relapse prevention. To achieve the research objectives (descriptive survey methodology) has been used. The required data obtained through implementing the intrapersonal emotional intelligence subscale (Haridy, 2001) and treatment motivation scale on a selected sample (15) who recovered from psychotropic substances in Jeddah city, who have been enrolled in the program of changing stages. Based on data analysis and interpretation (the study concluded that (the intrapersonal emotional intelligence with its all five dimensions (Emotional Self-Awareness, self-regard, Independency, self Assertiveness, independence, and self-actualization) are available at a high level among the recovered sample, as the response mean values come successively as (2.83, 2.53, 2.61, 2.65, and 2.85). The results also show that (there is a high level of treatment motivation among subjects of the study, as the response mean value is reaching (2.78). The results also reveal that (the high level of intrapersonal emotional intelligence for the sample of the study contributed positively on preventing relapse, which was supported by beta value

(-0.672) ،meaning that there is a noticeable improvement in the level of response for treatment ،and preventing relapse. The results also show that ،although the two moderator variables explain around 42.0% of the changes in the behavior of the recovered individuals ، but the effect of treatment motivation is not significant. Furthermore ،the results show that ،the intrapersonal emotional intelligence ،and treatment motivation as moderator variables explain around 60% of the changes in stages of recovery. In addition to that ،there is a positive significant relationship at the (0.01) level between the high level of intrapersonal emotional intelligence and recovery among sample of the study. The study recommended that ، it is necessary to incentive the recovered individuals through adoption of treatment programs by implementing the changing stages ،and give attention for enhancing the intrapersonal emotional intelligence and treatment motivation. The study also recommend that ،it is necessary that ،community members ،and in particularly family ،should deal positively with the persons recovered ،in order to supoort them not to relapse.

Keywords: emotional intelligence - motivation - stages of change - addiction - relapse

مقدمة:

إن مشكلة تعاطي وإدمان المؤثرات العقلية مشكلة لا يلمسها أفراد المجتمع السعودي فحسب بل المجتمعات ككل، وتعد من أخطر المشاكل التي تهدد صحة الشباب النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية، ومجتمعنا السعودي حاله حال المجتمعات الأخرى يعاني من هذه الآفة الفتاكة والتي تتجلى خطورتها فيما تحدثه من أضرار خطيرة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع ولا سيما أنها تهدد كيان المجتمع ألا وهم الشباب (ربيع، ٢٠١٠).

ومع ظهور مفهوم الذكاء الوجداني الذي يعتبر من أهم المفاهيم التي اكتسبت مزيداً من الشهرة لمساهمته ودوره البارز في حل الكثير من الأزمات والمشكلات ويساهم في سهولة التواصل مع الأفراد من خلال استعمال الشعور الوجداني، وكما تشير بعض الدراسات الحديثة كدراسة (الخليفي، ٢٠١٠) أن الأفراد ذوو الذكاء الوجداني المرتفع غالباً ما يتصفون بالوعي الانفعالي والتوكيدي واحترام الذات وتحقيق الذات والاستقلالية وهذه أمور جميعها هامة يحتاجها الأفراد في التفاهم والتفاعل فيما بينهم فعندها يكونوا قادرين على الإدراك والمرونة والحيوية وتقوم بينهم علاقات جيدة ، تساهم في الاستمرارية على التغيير بشكل مستمر .

كما أوضحت دراسة السمدوني (٢٠٠٧) أن الذكاء الوجداني يتضمن في أبعاده القدرة على الصلابة وتوقع الأزمات وتجاوز أحداث الحياة السلبية، والكفاية الشخصية التي تدل على إدراك الفرد لقدراته وفعاليته في مواجهة مراحل التغيير، والتفاوض واحترام الذات والاستقلالية والنظرة الإيجابية للحياة والثقة بالقدرة على تحقيق الذات والأهداف وإدراك معنى الحياة والرضا عنها، والقدرة على مواجهة الضغوط النفسية أو الاضطرابات النفسية والتغلب عليها.

كما توصلت دراسة عيسى ورشوان (٢٠٠٦) إلى إمكانية التنبؤ بالتوافق والرضا عن الحياة من خلال الذكاء الوجداني، حيث تشير نتائج هذه الدراسة إلى تفوق الأفراد مرتفعي الذكاء الوجداني في التوافق ، والرضا عن الحياة، وفي حل المشكلات، وتحمل الضغوط مقارنة بالأفراد منخفضي الذكاء الوجداني، وبينت دراسة قام بها بار اون (Bar- On-2005) فاعلية الذكاء الوجداني في تحسين جودة الحياة وتنمية الرضا عن الحياة وتحقيق مستوى أفضل من السعادة الشخصية.

وفى ضوء ما تقدم تري الباحثة أن تأثيراً إيجابياً محتملاً للذكاء الوجداني ، يمكنه البين شخصي، وأبعاده الفرعية (الوعي الانفعالي بالذات، احترام الذات، التوكيدية، الاستقلالية،

تحقيق الذات)، يمكن أن يفيد في استجابة مدمني المؤثرات العقلية لبرامج العلاج، بما يعجل بتعافيهم، ووقايتهم من الانتكاس .

الانتكاسة والعودة إلى تعاطي المواد المخدرة وارتدان وبشكل كبير جداً لدى المتعالجين وهذا ما يعاني منه معظم العاملين في مجال علاج الإدمان وغالبية التقارير بالمراكز العلاجية في المملكة العربية السعودية تؤكد أن نسبة المتعافين قليلة جداً مع نسبة المنتسبين للعلاج، وفي حين أوضحت دراسة الرندي (١٩٩٨م) أن نسب العودة للإدمان بعد الثلاثة أشهر الأولى بلغت ٥% والستة أشهر بلغت ٨.١٢% ويعد عام بلغت نسبة العائدون إلى الإدمان ٣٣%، وهذا في ظل توفر برامج علاجية ناجحة وعوامل مساندة فعالة.

كما بين (مشاقبة، ٢٠٠٧) " أن الانتكاسة ظاهرة طبيعية يعيشها المدمنون المتعافون من الإدمان في المراحل الأولى بعد انتهاء العلاج، حيث يمر المدمن بشعور قوي للانتكاسة، وتشير الدراسات إلى أنه من (٤٠% - ٦٠%) من الأفراد الذين يتم علاجهم يمرون بمرحلة الانتكاسة خلال السنة الأولى من العلاج، والانتكاسة هنا ليست اختيارية لان المدمن لا يستطيع السيطرة على الظروف الاجتماعية المحيطة به بعد العلاج".

مشكلة الدراسة:

تكمن مشكلة الدراسة في الآتي:

إن مشكلة تعاطي المؤثرات العقلية تتسبب في تدهور الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحانية والبيئية لدى المتعاطي، ومن المعروف إن مشكلة المدمن لا تنتهي حين يتوقف عن التعاطي فقط فالتوقف هو مرحلة أساسية وأولية في العلاج وتعتبر النقطة الأولى للانطلاق للحياة الحقيقية التي سيعيشها وقد أشار أوتو ماكل في كتابه المترجم من قبل الدكتور بلال سالم (٢٠١٣) (الكحول والتبغ) إلى أهمية التحفيز التي ستؤدي بدورها إلى انخفاض في سلوك الاستهلاك للمواد المخدرة وربما الامتناع بشكل تام عن التعاطي، فمن الدراسات الحديثة التي تناولت متغير تعاطي المؤثرات العقلية دراسة ربيع (٢٠١٠) التي هدفت إلى التعرف على درجة الانتكاسة والعودة لتعاطي المؤثرات العقلية عند المدمنين المتعالجين والمتعافين بعد المرور بتجربة علاجية، ودراسة جمعة (٢٠٠٧) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة الشاقة وتعاطي المواد النفسية (سجائر وأدوية ومخدرات طبيعية وكحوليات) لدى طلاب الجامعات الذكور ودراسة دور تقدير الذات كمتغير معدل للعلاقة بين أحداث الحياة الشاقة وتعاطي المواد النفسية لدى طلاب الجامعات الذكور،

ودراسة السببي (٢٠٠٦) والتي هدفت إلى التعرف على أهم برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود إلى تعاطي المؤثرات العقلية، ودور برامج الرعاية في الحد من العود لتعاطي المؤثرات العقلية، ودراسة عمر (٢٠٠٤) والتي هدفت إلى التعرف على الفروق في المتغيرات النفسية (ضبط الذات العام ومقاومة الذات للإحباط واليأس والإحساس بالوحدة النفسية) بين المتعاطين وغير المتعاطين وبين المتعاطين المترددين على المستشفى للعلاج والمتعاطين المسجونين وبين المتعاطين لأنواع المختلفة من المؤثرات العقلية.

ومن خلال تجربة الباحثة العملية في مجال علاج الإدمان على المؤثرات العقلية والاحتكاك المباشر مع المدمنين وأسرههم خلال فترة العلاج الأولية والممتدة لأكثر من اثني عشر سنة والتي كان يركز فيها على تزويد المتعافين والأسرة بمهارات التعامل مع الحياة بشروطها والتأقلم مع الضغوط التي تحتويها، لكي لا يعود المتعافين إلى دائرة التعاطي من جديد بسبب عدم إتقان المهارات التي تحسن من أدائهم في الحياة وتجعل لهم مجموعة من القدرات الشخصية التي يستطيعون بواسطتها تحقيق ذاتهم وإيجاد هوية حقيقية لأنفسهم وقدرة فعلية على التعامل مع مشاعرهم وأفكارهم ومواقف الحياة الضاغطة والتي من الممكن أن تؤدي إلى الانتكاس من جديد، وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي: ما مدى خطورة تعاطي المؤثرات العقلية وخاصة بين العاملين في المؤسسات ونسعى من خلال توظيف برامج علاجية أو وقائية مع المدمنين المتعافين والمتعافين لوقايتهم وحمايتهم من خطر الانتكاسة.

وينفرج من السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

١. ما علاقة الذكاء الوجداني البينشخصي ومستوى الدافعية كمتغيرين وسيطين على فعالية نموذج مراحل التغيير (TTM)؟
٢. ما دور نموذج مراحل التغيير لدى أفراد العينة من متعاطي (المؤثرات العقلية) للوقاية من الانتكاسة؟

فروض الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء البين-شخصي في مستوى الاستجابة للعلاج .
 ٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية للعلاج بين مرتفعي الذكاء البين-شخصي من مدمني المؤثرات العقلية.
 ٣. توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى الدافعية للعلاج والذكاء الوجداني البين شخصي لدى مدمني المؤثرات العقلية.
- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الآتي:

١. الكشف عن علاقة الذكاء الوجداني البين-شخصي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين بفعالية نموذج مراحل التغيير على عينة من متعاطي المؤثرات العقلية.
 ٢. الكشف عن دور نموذج مراحل التغيير (TTM) في تحسين الدافعية للعلاج لدى أفراد العينة من متعاطي المؤثرات العقلية.
 ٣. الكشف عن دور نموذج مراحل التغيير (TTM) في منع الانتكاسة لدى أفراد العينة من متعاطي المؤثرات العقلية.
 ٤. التعرف على أهمية الذكاء الوجداني البينشخصي في التوقف عن التعاطي ومنع الانتكاسة لدى أفراد العينة.
- أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة إلى الأهمية النظرية والتطبيقية على النحو التالي:

الأهمية النظرية:

- أ- تنبثق أهمية الدراسة الحالية لكونها تفحص موضوعاً مهماً في عالم الإدمان على مستوى الفرد، وخصوصاً أن مشكلة التعاطي وإدمان المؤثرات العقلية بدأت تأثيراتها الكبيرة على الأفراد والمجتمع المحيط بهم، وفي المقابل أن الجهود المبذولة على المستوى الأهلي والرسمي للحد من هذه الآفة مقارنتاً بمستوى انتشارها يعتبر محدودة وبسيطة ويحتاج إلى دراسات متطورة للحد من انتشارها وعلاج آثارها.
- ب- الإسهام في تقديم برامج ودراسات علمية للكشف عن أهمية العلاقة بين الذكاء الوجداني البينشخصي ومستوى الدافعية للعلاج من خلال برامج مبنية على الأدلة والبراهين.

ج- اهتمام العاملين في مجال علاج الإدمان بالحد من العوامل والمؤثرات التي تحد من الاستمرار في التعافي والامتناع عن التعاطي وفقد كل الجهود التي تبذل خلال فترات العلاج الأولية وإيجاد برامج علاجية وتأهيلية تسهم بدورها في تحسين أسلوب الحياة وتفادي المسببات الضاغطة على المتعافين المؤدية لانكاستهم من جديد.

الأهمية التطبيقية:

أ- يؤمل من النتائج التي ستسفر عنها الدراسة الحالية المساهمة في إمكانية استحداث برامج تطبيقية تهتم ببناء الدافعية للعلاج من الإدمان على المواد المخدرة ومنع الانتكاس لدى أفراد العينة.

ب- كما يؤمل من نتائج هذه الدراسة الحالية أن تفيد المسؤولين في التخطيط لكيفية علاج تعاطي المواد المخدرة وتحسين جودة الحياة لدى منسوبيهم من خلال تصميم برامج تسهم في تحسين جودة الحياة لديهم.

ج- تزويد العاملين في مجال علاج الإدمان من خلال مخرجات البحث بمجموعة من التكنيكات والأساليب العلاجية الفعالة لتقديمها للمستفيدين.

مصطلحات الدراسة،

وتعريفاتها الإجرائية:

١. الذكاء الوجداني البين-شخصي:

عرف (عثمان ورزق، ٢٠٠١م) الذكاء الوجداني البين-شخصي بأنه "القدرة على الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الشخصية وفهمها وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقاً لمراقبة وإدراك دقيق لانفعالات الآخرين ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية إيجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي والمهني وتعلم المزيد من المهارات الايجابية للحياة" حيث يركز التعريف على خمسة جوانب رئيسية هي المعرفة الانفعالية، إدارة الانفعالات، تنظيم الانفعالات التعاطف، التواصل الاجتماعي.

٢. الدافعية:

يعرفها (ربيع ٢٠١٠) بأنها حالة داخلية نفسية أو جسمية تثير السلوك في ظروف معينة وتحدده وتواصله حتى تحقيق غاية محددة، وهو حالة من الاستثارة والتوتر الداخلي وفقد التوازن بهدف إرضاء الدافع وإزالة التوتر ويصاب الكائن الحي بالإحباط إذا لم يرض الدافع.

تعريف الدافعية إجرائياً: هي حاجات الفرد ورغباته غير المشبعة، التي تؤثر على التفكير وعدم إدراكه لكثير من الأمور، والدافع يعني حاجة يسعى الفرد إلى إشباعها أي أنه ينظر إلى الدافع باعتباره قوة داخلية تتبع من نفس الفرد وتوجهه للتصرف في اتجاه معين وبقوة محددة.

٣. الإدمان:

يشير (الفالح، ١٤٠٧هـ) إلى إدمان المؤثرات العقلية بأنه: تناول أدوية أو مواد مخدرة للحصول على آثارها المسكنة والمخدرة أو المنبهة أو المنشطة وتسبب حالة من الاستمرار في التعاطي تضر بالفرد والمجتمع جسماً ونفسياً واجتماعياً.

تعريف الإدمان إجرائياً بأنه: "استخدام مخالف لأنظمة المعمول بها في المملكة لأي عقار مخدر بأي صورة من الصور للحصول على تأثير نفسي أو عضوي".
٤. المؤثرات العقلية:

تعرف المؤثرات العقلية بأنها: "كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والمجتمع جسماً ونفسياً واجتماعياً". (الحيالي، ٢٠٠٤).

تعريف المؤثرات العقلية إجرائياً: مجموعة من المواد الضارة التي تسبب الإدمان، وتضر الجهاز العصبي، وتحدث تأثيراً سيئاً على العقل والحواس، يؤدي تعاطيها إلى حالة من الإدمان النفسي أو الجسدي أو الاثنين معاً، مما يضر بالفرد والمجتمع ويحظر اقتناءها أو زراعتها، أو تداولها إلا لأغراض يحددها النظام المعمول به في المملكة العربية السعودية.
٥. المدمن:

يعرف (البستاني، ٢٠٠٣) فقد عرف المدمن بأنه هو كل فرد يتعاطي مادة مخدرة فيتحول تعاطيه إلى تبعية جسدية ونفسية أو الاثنين معاً.
تعريف المدمن إجرائياً: هو الشخص الذي تعاطي مادة مخدرة وأصبح معتمداً عليها نفسياً أو جسدياً أو كليهما معاً وأثرت على حياته نفسياً واجتماعياً واقتصادياً وسلوكياً، وكانت لديه محاولات علاجية باءت بالفشل وما زال يكرر المحاولة.

٦. الانتكاسة:

الانتكاسة حسب (الغريب، ٢٠٠٦) تعني انتكاسة المريض بشكل عام عودة أعراض المرض مرة أخرى بعد الشفاء أي أن الانتكاسة تعتمد أساساً على تلقي العلاج قبل حدوثها أو تصبح أثراً للتعاطي.

تعريف الانتكاسة إجرائياً: الانتكاسة لدى المدمن هي عودة المدمن المتعافي الذي انقطع عن تعاطي المواد المخدرة لفترة من الزمن مرة ثانية بغض النظر عن نوع المخدر الذي عاد لتعاطيه.

محددات الدراسة:

يمكن إجمال هذه الحدود في النقاط التالية:

١. الحدود الموضوعية للدراسة: تتناول هذه الدراسة موضوع الذكاء الوجداني البين-شخصي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين بين فعالية نموذج مراحل التغيير ومنع الانتكاس.

٢. الحدود البشرية: تتناول هذه الدراسة موضوع الذكاء الوجداني البين-شخصي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين بين فعالية نموذج مراحل التغيير ومنع الانتكاس على عينة من المتعافين من المؤثرات العقلية بمدينة جدة بالسعودية.

٣. الحدود الزمنية للدراسة: تم تطبيق هذه الدراسة خلال العام ١٤٤٣ هـ ٢٠٢٢ م.

٤. الحدود المكانية: مدينة جدة.

أدبيات الدراسة:

أولاً: الإدمان:

تعريف الإدمان:

أ- يشير إدمان المؤثرات العقلية إلى ذلك التعلق الشديد للمدمن بالمادة المخدرة التي يتعاطها، فهو إذن لا يملك القدرة على التخلي عن المادة المخدرة ولا يستطيع التوقف عن تناولها، فهو دوماً يحتاج إلى مضاعفة الجرعات حتى يشعر بالراحة والهدوء، وأن غياب المؤثرات العقلية أو تخفيف جرعتها يأتي له القلق والتوتر وعدم الهدوء.

ب- إن حالات الإدمان على المؤثرات العقلية تحدث بسبب تكرار تعاطي مخدر أو عقار فتحدث حالة من التعود أي ضرورة المداومة والاستمرار في تعاطيه، وفيما يلي مجموعة من التعريفات الخاصة لظاهرة الإدمان.

- ج- تعريف معجم المصطلحات في علم النفس ونظرية المعرفة (حجازي، ٢٠١٠) هو كما يلي: "الإدمان اعتماد الفرد على آثار عقار من طلب الزيادة المستمرة من جرعاته، ويتعرض الفرد إلى حالة من التوتر إذا حيل بينه وبين تعاطي العقار".
- د- وتشير الباحثة إلى إن الإدمان هو الخضوع والحاجة المستمرة لاستخدام المؤثرات العقلية بحيث لا يمكن الاستغناء عنها ويجعل الشخص يتعاطى بصورة مستمرة بلا انقطاع ولا تحكم حتى يصل إلى مرحلة التي يصبح فيها الفرد غير قادر على التخلص من هذه المادة المخدرة دون مساعدة.
- هـ- الإدمان" حالة من الانقياد لعقار طبيعي أو تركيبى التي تؤدي إلى حالة ملحة وتعلق نفسي وجسمي (٧٩: ٥٦) فالمؤثرات العقلية مهما كانت طبيعتها من مهدئة أو منومة أو مهلوسة، ومهما كان مصدرها من نباته أو مصنعه فكلما تسبب حالة من التعود أو الاعتياد، حيث يتكيف معها الجسم وتشكل مركز اهتمامه وهدف حياته.
- و- ويمكن تعريف الإدمان كما يلي: (عيسوي، ١٩٩٣) هو حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر أو أي مادة أخرى.
- ز- تعريف منظمة الصحة العالمية: هو حالة نفسية وأحيانا جسمية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء أو المخدر، يتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر الشخصي في تناول المادة الإدمانية تتاولا مستمرا أو متقطعا وذلك من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتجنب الانزعاج النفسي أو العضوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب، وفي تعاطي المادة المحدث للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعة مع الزمن، وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخدرة التي يتعاطاها الفرد.(حجار، ١٤١٣ هـ).

أسباب الإدمان:

هناك بعض الأسباب التي تكمن في المدمن نفسه والتي تدفعه إلى الإدمان وترجع هذه الأسباب التالية:

- أ- المعاناة مع بعض الأمراض النفسية والعقلية: والتي قد تمتد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة وتشمل مجموعة العوامل النفسية المسؤولة عن الإدمان في مجموعة الأمراض النفسية كالاكتئاب - القلق - الخوف - الوسواس - التوتر واضطراب

الشخصية (أحمد، ٢٠٠٦)، فهؤلاء الذين يعانون من هذه الاضطرابات قد يلجؤون إلى بعض العقاقير للتخفيف من القلق والتوتر وجلب الشعور بالراحة والارتياح.

ب- المعاناة من بعض الأمراض الجسمية: إن المعاناة من الآلام الجسمية والإصابة بالأمراض العضوية كالسرطان الكلوية والمرارية تدفع المريض إلى استعمال بعض العقاقير لتسكين الآلام (غرموش، ٢٠١٢) فتكرار أحد العقاقير المهدئة والمسكنة للآلام

تسبب الإدمان للمريض ولا يقوى على غيابها.

العوامل المؤدية للإدمان على المؤثرات العقلية:

أ- العوامل الوراثية:

تهتم بحوث الوراثة بثلاثة مجالات: مجال البحوث في كون الظاهرة موضع البحث (وهي هنا إدمان المؤثرات العقلية) يغلب وجودها بشكل لافت للنظر داخل عائلات بعينها، ومجالا بحوث التوائم، ثم مجال بحوث التبنى وجدير بالذكر أن بحوث عوامل الوراثة تناولت إدمان الكحوليات أكثر نسبياً من التي تناولت إدمان سائر المواد النفسية، ونحن نعم نتائجها رغم ما ينطوي عليه هذا التعميم من احتمالات الخطأ (سويف، ٢٠٠٣م)

ب- العوامل النفسية:

كما يذكر بعض الباحثين أن لشخصية المدمن تأثير كبير في تعاطي المؤثرات العقلية والإدمان عليها، فالشخصية الضعيفة أو غير المتكاملة تبدو منها سلوكيات منحرفة قد تتمثل هذه السلوكيات في تعاطي أنواع معينة من المؤثرات العقلية، ويعتقد جيلينيك بأن الإدمان هو عبارة تكامل بناء شخصية الفرد حيث يكون الشخص غير مهياً لحل المشاكل التي تواجهه في الحياة بصورة طبيعية (البريثن، ٢٠٠٢م).

ج- جماعة الرفاق والأقران :

لجماعة الرفاق والأقران تأثير فعال في شخصية كل عضو من أعضاء الجماعة وتمثل جماعة الرفاق بيئة اجتماعية صغيرة تؤثر بشكل ما على شخصية كل فرد وعن طريق التفاعل مع جماعة الرفاق تنتقل الأفكار وتتعلم السلوكيات سواء كانت ايجابية أو سلبية كشراب الدخان وتعاطي المؤثرات العقلية وقد أثبتت دراسات عديدة أن بداية تعاطي المؤثرات العقلية بين الشباب كانت بدعوة من صديق، أو محابة لجمعة الرفاق. (البريثن، ٢٠٠٢م).

د- الأسرة:

للأسرة دور كبير في تشكيل شخصية الأبناء والتقصير في ذلك قد يكون أحد المؤثرات التي يمكن التنبؤ من خلالها بتعاطي المؤثرات العقلية والإدمان عليها أو الانحراف بشكل عام فالاضطراب الأسري والخلافات العنيفة فيها وتعاطي أو إدمان أحد الأبوين أو أحدهما للمخدرات، وضعف الرقابة الأسرية، وانعدام الضبط الأسري تمثل صورا قد تدفع بشكل أو بآخر إلى تعاطي المؤثرات العقلية لقد أثبتت دراسات عديدة بأن وجود شخص آخر في التعاطي أو الإدمان إما تقليدا للشخص الأكبر أو بتشجيع أو حتى تغاض منه أو يكون الترويج عاندا إلى حالة التشابه في الظروف الداعية للتعاطي أو الإدمان. (منصور، الشرييني، ٢٠٠٣).

هـ - عوامل ثقافية وحضارية:

هي مجموعة القيم المعنوية والأخلاقية والدينية التي تسود الجماعة ولاشك أن إتباع الجماعة لتعاليم الشرائع السماوية وفهمها الصحيح يؤدي إلى تأكيد القيم السائدة واتخاذ الجماعة موقف الاستهجان من كل سلوك يضر به وذلك فإن التوعية بتحريم الشرائع السماوية للمخدرات له الأثر الكبير في التقليل من حجم الظاهرة أما ضعف القيم فإنه سيعمل على زيادة الإقبال عليه. (عباس، ١٩٨٩م).

و - العوامل الاقتصادية:

تنتشر المؤثرات العقلية في الدول المتقدمة الغنية والدول النامية الفقيرة على حد سواء فمن ليس له مال يهرب إلى المؤثرات العقلية كي ينسي آلامه ، ومن يتوفر لديه المال يهرب إلى المؤثرات العقلية بحثا عن اللذة فالإدمان لا يعتمد على المستوى الاقتصادي بقدر اعتماده على الحصول على المادة المخدرة مهما يكن الثمن. (متولى، ٢٠٠٣).

خصائص الإدمان:

على الرغم من اختلاف أسباب الإدمان، واختلاف المواد المسببة له، واختلاف أعراضه وعلاماته، وسهولة أو صعوبة علاجه، إلا أن هناك مجموعة خصائص تتميز بها ظاهرة الإدمان على المؤثرات العقلية يمكن حصرها فيما يلي:

أ - يتمثل الإدمان على المؤثرات العقلية في حالة من السعي وراء الحصول على المخدر باستمرار المدمن يشعر برغبة قهرية ودافع كبير باتجاه التعاطي.

ب- الاتجاه المستمر لزيادة الجرعة فالمدمن لا يبقي على تعاطي نفس الجرعة من المخدر يجب مضاعفتها لكي يحصل على التأثير التحذيري المطلوب المتمثل في الإحساس بالهدوء والراحة.

ج- الاعتماد النفسي ويحدث الإدمان على المؤثرات العقلية اعتمادا نفسيا على المخدر (تعليق شديد به).

د- الاعتماد الجسمي يحدث الإدمان على المؤثرات العقلية أعراض جسمية مزعجة وتعطيل وظائف الجسم عن عملها الطبيعي بسبب انسحاب المخدر.

هـ- تمتاز ظاهرة الإدمان بظهور أعراض الانسحاب، أي تلك الأعراض التي تظهر على المدمن من تغيرات نفسية وجسمية وانفعالية وعقلية جراء غياب العقار أو التخفيف كميته. (زهران، ١٩٨٥).

تشخيص إدمان المؤثرات العقلية:

قسمت منظمة الصحة العالمية مفهوم الإدمان فيما يتعلق بالتشخيص إلى نوعين التعاطي الضار ومتلازمة الاعتماد، ولكل دلائله التشخيصية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩).

أولاً: الدلائل التشخيصية للتعاطي الضار:

يتطلب التشخيص أن يكون هناك ضرر فعلي أصاب الصحة النفسية أو الجسدية لمتعاطي العقار وكثيرا ما ينتقد الآخرون أنماط التعاطي الضار، الأمر الذي تصحبه في أغلب الأحيان عواقب اجتماعية وخيمة مختلفة الأنواع.

ثانياً: الدلائل التشخيصية لمتلازمة الاعتماد:

لا ينقرر التشخيص المؤكد للاعتماد إلا إذا شعر المريض أو أبدي ثلاثة أو أكثر من الظواهر التالية، في أي وقت خلال السنة الماضي:

أ- رغبة قوية أو شعور قوي بالاضطرار إلى تعاطي المادة النفسانية التآني.

ب- صعوبة في التحكم في سلوك تعاطي المادة النفسانية التأثير سواء من حيث الشروع فيه أو الانصراف عنه أو مستويات التعاطي.

- ج- حدوث حالة الامتناع الفيزيولوجية عند وقف استعمال المادة النفسانية التأثير أو إنقاص كميتها، كما يتضح في متلازمة الامتناع عن تعاطي المادة النفسانية التأثير أو تعاطي نفس المادة (أو مادة مماثلة) بغرض تخفيف أعراض الامتناع أو تجنبه.
- د- دليل على بلوغ المتعاطي درجة التحمل، كأن تستعمل جرعات كبيرة من المادة النفسانية التأثير لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها جرعات أقل قبل ذلك.
- هـ- الانصراف بدرجة متزايدة عن وسائل المتعة أو الاهتمامات البديلة وبسبب تعاطي المادة النفسانية التأثير أو زيادة الوقت اللازم للحصول عليها أو تعاطيها، أو الشفاء من آثار تعاطيها.
- و- الإصرار على تعاطي المادة النفسانية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة كالأضرار بالكبد بسبب الإفراط في الشرب، أو كحالات المزاج الاكتنابي التي تحدث بعد فترات من الإفراط في تعاطي المادة النفسانية التأثير، أو خلل في الوظائف المعرفية يتعلق بتعاطي العقار.
- علاج الإدمان:
- يعطي للمدمن بعض المهدئات التي ليست لها خاصية الانسحاب مثل: الكلور برد مارين (ناكين، ٢٠٠٦م: ٤٦٣) أي يعطي للمدمن مخدرا بديل عن المخدر الذي يسبب له الإدمان حيث يكون هذا المخدر البديل لا يحدث أعراض الامتناع، ومثال عن ذلك يعطي لمدمن المورفين عقار الميثادون بدلاً من المورفين (ناكين، ٢٠٠٦) ويمكن تلخيص العلاج الطبي في حالات الإدمان على المؤثرات العقلية كما يلي:
- أ- العلاج الجسمي: يتم العلاج الجسمي بإعطاء المدمن الفيتامينات والمقويات وأطعمة مفيدة لتقوية وضعه الصحي، وذلك لتعويض ما فقده الجسم بسبب فقدان الشهية والامتناع عن الطعام، حيث أن معظم المدمنين على المؤثرات العقلية يعانون من الهزال والضعف والوهن. (غرموش، ٢٠١٢).
- ب- العلاج عن طريق حظر المخدر.
- ج- العلاج بالتنويم والتحذير.
- د- علاج حالات الاكتئاب.
- هـ- العلاج بالصدمات الكهربائية. (أحمد، ٢٠٠٦).

و- العلاج النفسي: يتمثل العلاج النفسي في استعمال تقنيات علم النفس وأساليبه في سبيل مساعدة المدمن للخروج من الحالة المرضية التي يعيشها، ويقوم بهذه المهمة مجموعة من المتخصصين في فروع عديدة من ميدان علم النفس، ويعتبر العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء أفضل طرق العلاج (العيسوي، ١٩٩٩).

ز- العلاج الجماعي: يعتمد العلاج الجماعي على الجماعة أي مجموعة الأفراد يعانون من نفس المشكل أو مصابون بنفس المرض وأما العلاج الجماعي في حالات الإدمان على المؤثرات العقلية فيتلخص كما يلي (زيغور، ١٩٨٦).

ح- العلاج المعرفي: يركز العلاج المعرفي في حالات الإدمان على تصحيح الأفكار الخاطئة التي تدفع إلى الإدمان واستبدالها بالأفكار الصحيحة التي تنفر من التعاطي (زهران، ١٩٨٥) فبعض المدمنين يعتقدون بأن تعاطي المؤثرات العقلية تساعدهم على مواجهة الواقع بمشاكله وتنسيبهم همومهم، وهذه الأفكار الخاطئة يتم استبدالها بالأفكار الصحيحة بأن المؤثرات العقلية تسبب الأذى للفرد ولغيره وتؤدي به إلى الموت.

ط- العلاج الاجتماعي: يقوم العلاج الاجتماعي على إصلاح ما سببه الإدمان، ومعرفة الظروف التي أدت إلى ذلك فهو يبحث عن الأسباب ويحاول تصحيحها وإصلاحها وتوفير ظروف الأمن والاستقرار للفرد داخل الأسرة.

ثانياً: الانتكاسة:

تعريف الانتكاسة:

التعريف الأول: للانتكاسة عام ويمكن تطبيقه على أي مرض فالانتكاس هو العودة إلى الحالة السابقة أو الرجوع إلى مرحلة نشطة من المرض بعد تعافي جزئي وهذا يعني أنه ما لم يكن الشخص قد حقق فترة من التعافي من مرض ما فإنه لا يمكن الحديث عن الانتكاس.

التعريف الثاني: يتعلق بمرض الإدمان إن الانتكاس في مرض الإدمان هو الرجوع إلى مواقف وأفكار ومشاعر وانفعالات وسلوكيات تؤدي إلى الإدمان النشط وهو شيء وارد بشكل كبير لدى المدمن. (ممدوح ، ٢٠٠٣م).

التعريف الثالث: هو عرض عام وشامل من أعراض الإدمان، وهو عملية دينامية ومتطورة ومؤثرة، وهو أيضا قرار بشكل أو بآخر، وهو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة، كما أنه إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك.

إن معظم الأشخاص المتعافين قد يكونوا مستعدين للاعتراف بأنهم أحيانا يعودوا إلى نماذج سلوكهم أو إلى أساليب تفكيرهم القديمة، وما لم يتغير هذا التفكير فإنه عادة ما يؤدي إلى العودة للتعاطي. (غانم، ٢٠٠٥م).

المواقف التي تدفع إلى الانتكاس:

أ- المواقف المتعلقة بالحالات المزاجية والنفسية: إن المواقف الخاصة بالحالات المزاجية باعتبارها موقف ذات خطورة عالية بالنسبة للانتكاس تعد كثيرة ومتعددة وذات فاعلية كبيرة في إحداث الانتكاس والحالات المزاجية تنقسم إلى قسمين:

١. حالات المزاج السالبة: كالشعور بالغضب والثورة والتبرم، والشعور بالحزن، والاكتئاب والشعور بالذنب والإثم والشعور بالإحباط واليأس، والشعور بالخجل والملل، والشعور بالظلم والقهر، والشعور بالقلق.

٢. حالات المزاج الايجابية: قد يحدث الانتكاس نتيجة الثقة الزائدة والشعور بالسيادة، فالفرد إذا نجح في تخطي أزمة موقف مخاطرة الانتكاس تراء له أنه يستطيع مجابهة مواقف التعاطي فيشعر يحاج إلى مكافئة وأفضل مكافئة هي جرعة من المخدر المفضل.

ب- الانهزامية وضعف تقدير الذات: ويشعر خلالها المدمن بأنه مهزوم مقهور ليس له قيمة وينخفض تقديره لذاته شيئاً فشيئاً ويشعر بألم شديد حيل هذا الأمر ولا يستطيع مقاومته ويلجأ على المخدر لتخفيف آلامه ومن الثابت أيضاً أن المدمن إذا لم يتعلم في مرحلة التوقف مهارات التأقلم المناسبة فإنه يواجه شعوراً بعدم الكفاءة فضلاً عن افتقاده لأي رصيد خبري ايجابي، وقد يضاف على ذلك عدم توفر المدمن على هوايات أو اهتمامات فيقع بذلك فريسة سهلة للملل، والضيق ومشاعر عدم تأكيد الذات، فالمدمن في هذه الحالة ليس لديه من هواية أو حرفة سوى تناول المؤثرات العقلية. (الشريف، ٢٠٠٨م).

ج- مواقف الضغوط الاجتماعية: يعرف الضغط النفسي: بأنه يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو جزء منه بدرجة تولد لديه الحساس بالتوتر، وتشوه في تكامل شخصيته، وحينما تزداد هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد ويضيف على ما سبق شاكر قنديل (ان للضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد وهو حالة يعانيتها الفرد حين يواجه بمطالب ملحة فوق وحدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد). (طه، ١٩٩٣م).

مواقف ذات طبيعة علاجية: وتتحصر في التالي:

- أ- الشعور المبكر بالشفاء: وهو شفاء يفتقد إلى النضج، يحتوي على شعور وهمي خاطئ بتمام الشفاء والتعافي.
- ب- الإحساس بعدم جدوى العلاج: وهو إحساس موقفي قد يعتري المريض قبل بداية العلاج أو بعد بدايته بفترة ما قد تقصر أو تطول قليلا وفقا لدافعية المدمن وقد يغير هذا الإحساس عن انخفاض الدافعية وارتفاع مقاومة المدمن للعلاج وازدياد اشتياقه لتناوله المادة المخدرة مع شعور موقفي باليأس والضجر وهذا قد يدفع المدمن إلى الانتكاس من جديد.
- ج- تقبل العلاج ولكن بشروط: يعد هذا الموقف أيضا مؤثرا في حدوث الانتكاس حيث تقبل العلاج وإتباعه دون شروط من المدمن مسبقا ويعد هذا من قبيل المقاومة والدفاعية الزائدة من المدمن.
- د- عدم إتباع الخطة العلاجية: ويعبر هذا الموقف والذي يمكن أن يكون عن قصد أو غير قصد على انخفاض دافعية المدمن للعلاج، ومقاومة وعدم وضوح الدور العلاجي الخاص به، وقد يكون عن قصد عن طريق رفض المدمن العلاج، أو رفض الدواء، أو اختيار ما يناسبه من العلاج فقط، أو التدخل في الأمور العلاجية التي يجهلها أو قد يكون الأمر غير مباشر، وعن غير قصد، أو تعمدًا من المدمن فتراه ينسى مواعيد الجلسات العلاجية أو تنتابه رغبة عارمة في النوم لساعات طويلة أو غير ذلك مما ينبئ باحتمالية حدوث الانتكاس.
- هـ- الإقامة الغير مناسبة في المؤسسة العلاجية: ويقصد بهذا الموقف الإقامة القصيرة جدا، أو الطويلة جدا وكلاهما خطأ علاجي من المدمن أو المؤسسة العلاجية، فإن قدم المدمن لطلب العلاج لأيام معدودات فقط فإنه بهذا لم يكمل علاجه وانتكاسه أصبح أمرا يقينيا، أو المدمن الذي يقيم في المؤسسة العلاجية لفترة طويلة جدا قد يكون معرضا عند الخروج إلى خطر الانتكاس، لأنه لم يعتاد الواقع الخارجي بضغطاته المختلفة. (غانم، ٢٠٠٥).

مثيرات الانتكاس الادماني:

تنقسم المثيرات إلى: مثيرات بصرية، مثيرات سمعية، مثيرات ذوقية، مثيرات شممية، مثيرات لمسية. (أبو زيد، ٢٠٠٣)

- أ- المثيرات البصرية: وهي المثيرات التي تتعامل مع حاسة البصر، وهي كثيرة ومتنوعة ولعل أبرزها تلك المتعلقة بأدوات التعاطي، وهي تختلف باختلاف الشخص ومدى استعماله لها وتختلف من مكان إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى، وأيضاً تختلف باختلاف المخدر نفسه ، فكل مخدر الأدوات الخاصة به، ومع ذلك فهناك بعض الأدوات التي يشيع استخدامها مع أكثر من مخدر.
- ب- المثيرات الشممية: وهي أيضاً كثيرة ومتعددة وتعتمد على حاسة الشم ، مثل شم رائحة نفاذة شم رائحة المخدر نفسه، شم رائحة تشبه مخدر معين أو مادة طيارة مثل بنزين السيارة أو أنواع الدهن وكل هذا من شأنه أن يثير ويهيج المدمن للانتكاس العودة من جديد إلى الإدمان على المؤثرات العقلية.
- ج- المثيرات السمعية: تعتمد هذه المثيرات على حاسة السمع مثل سماع موسيقى كان قد ألف أن يسمعها خلال فترة الإدمان أو كانت ترافق عملية التعاطي، أو حديث عن المؤثرات العقلية وقصص التعاطي، أو الاجتماع مع رفاق الإدمان وسرد القصص الخوالي ومغامرات الإدمان على المؤثرات العقلية، هذه أيضاً من المثيرات التي تستدعي ذكريات الإدمان وتخلق لدى المدمن اشتياق ولهفة للعودة إلى سابق عهده مع الإدمان ، فيقع في مشكلة الانتكاس.
- د- المثيرات الذوقية: وتشمل كل المثيرات التي تؤثر على المتوقف عبر حاسة التذوق مثل تذوق ما له طعم مر أو تذوق مادة تشبه مخدر معتاد تذوق المخدر نفسه بحكم اختبار القدرة على التحكم في النفس، وتعد هذه المثيرات في بعض الأحيان أقل تأثيراً مقارنة بالمثيرات الأخرى خاصة المثيرات البصرية.
- هـ- المثيرات اللمسية: تعتمد المثيرات اللمسية على حاسة اللمس وتشمل كل المثيرات التي تحدث أثراً من خلال لمس أي شيء يتصل من قريب أو بعيد إلى المواد المخدرة مثل لمس مادة ناعمة أو خشنة.

مؤشرات الانتكاس الادماني:

أولاً: المؤشرات النفسية: تتمثل في النقاط التالية:

- أ- عودة أو ازدياد السلوك القهري.
- ب- تجدد المعاناة النفسية.
- ج- فقدان ضبط السلوك.
- د- تغيرات المزاج وتقلباته الفجائية.
- هـ- الميل إلى الوحدة والعزلة الاجتماعية.
- و- زيادة الاستثارة.
- ز- الرفض العلني لأي مساعدة.
- ح- زيادة مشاعر الضعف والعجز.

ثانياً: المؤشرات الاجتماعية: نوجزها في النقاط التالية:

- أ- محاولات الاتصال مع أصدقاء قدامي لازالوا مدمنين.
- ب- ضعف أداء الواجبات الاجتماعية.
- ج- كثرة المشكلات مع الآخرين.
- د- مشكلات العمل.
- هـ- الفشل في التوصل إلى أنظمة تدعيمه بين شخصين، حيث يتوقف المدمن التعافي عن ود الأصدقاء وأفراح الأسرة أو لقاءات العائلة ويبدأ في الاختفاء عن الأنظار ويقل شعوره بالتعظيم الأسري. (لاري، ٢٠٠٢م)

ثالثاً: المؤشرات العلاجية وتتمثل في:

- أ- انخفاض الدافعية للعلاج، وهو من المؤشرات العلاجية الدالة على اقتراب الانتكاس فالمدمن المتوقع يظهر عليه الاهتمام بالجلسات العلاجية، والمشاركة الفعالة وعدم الاكتراث واللامبالاة.
- ب- الحضور غير المنتظم للاجتماعات العلاجية.
- ج- تناول عقاقير طبية للتأقلم أو للتخفيف من آلام الانسحاب التدريجي.
- د- خلق الاشتياق الشخصي: حيث يوم المتوقع بخلق الاشتياق بنفسه من خلال التفكير في التعاطي والتفكير أكثر في المؤثرات العقلية وكيفية تعاطيها والآثار النفسية التي

يتركبها المخدر وهذا الأمر هو دلالة أكيدة على الوقوع في الانتكاس إذا ما استمر في هذه الحالة. (لاري، ٢٠٠٢م)
محددات أشكال التعافي:

١. إمتناع تام مبكر يستخدم هذا المحدد في حالة غياب جميع المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي لمدة لا تقل عن شهر ولكن لا تزيد عن ١٢ شهراً.
٢. امتناع جزئي مبكر يستخدم هذا المحدد في حالة توافر واحد أو أكثر من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي ولكن ليس جميع المعايير لمدة لا تقل عن شهر ولكن لا تزيد عن ١٢ شهراً.
٣. امتناع تام ممتد يستخدم هذا المحدد في حالة غياب المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر.
٤. امتناع جزئي ممتد يستخدم هذا المحدد في حالة توافر واحد أو أكثر من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي (ولكن ليس جميع المعايير) فترة ١٢ شهراً أو أكثر (أبو زيد، ٢٠٠٣).

ثالثاً: الذكاء الوجداني:

الذكاء الوجداني بوصفه مسئولاً - وظيفياً - عن الحالات المزاجية التي تعترى الفرد من خلال إدارته لوجداناته، فإنه مع حسن تلك الإدارة وكفاءتها، تتحقق مشاعر الرضا والسرور والوفاق والطمأنينة والتفاؤل والسعادة ، بينما يؤدي سوء إدارة تلك الوجدانات إلى سيطرة مشاعر السخط والغضب والتوتر والنفور والخوف والتشاؤم والتعاسة، لذا وفي ضوء ندرة الدراسات التي تبحث في الوجدانات الإيجابية وتأثيرها على أعراض الاعتلال الجسمي، تنتهج الباحثة نموذج بار - أون، ومن ثم الربط بين الذكاء الوجداني البين- شخصي بأبعاده الخمسة وبين الدافعية للعلاج والتعافي وعدم الانتكاسة، وذلك وفق ترتيب الأبعاد الرئيسية، وأبعادها الفرعية وفق تصور بار - أون.

أبعاد الذكاء الوجداني البين- شخصي Intrapersonal Ei.

يشير (عادل هادي، ٢٠١٨ تحت الطبع) أن الذكاء الوجداني البين-شخصي يتضمن:

الوعي الانفعالي بالذات، واحترام الذات، التوكيدية، الاستقلالية، تحقيق الذات .

١ - الوعي الانفعالي بالذات Emotional Self-Awareness.

يشير (عادل هريدي، ٢٠٠١) بأن الوعي الانفعالي بالذات هو إحساس الفرد الداخلي بمشاعره الخاصة، وقدرته على التمييز بينها، والتعرف على مصدرها واتجاهها. وعليه فإن مرتفعو الدرجات على هذا المقياس الفرعي يتمتعون بقدرة على الإدراك اللحظي والدقيق بمشاعرهم الخاصة، والتمييز بينها بدقة، والتعرف على وجهة منشئها ومسارها، وغايتها.

٢ - احترام الذات Self-Regard.

يشير (عادل هريدي، ٢٠٠١) بأن احترام الذات هو السلوك الشخصي في ضوء تقييم وتقويم الفرد لنفسه: كمحصلة لإدراكه عيوبه من جهة، وإدراكه لقدراته وخصائصه الإيجابية من جهة أخرى في ضوء التغذية - النفسية / الاجتماعية الراجعة المستمرة. وعليه فإن مرتفعو الدرجات على هذا المقياس على نحو يشير إلى تقييم وتقويم الواحد منهم لنفسه، كمحصلة لإدراكه عيوبه من جهة، وإدراكه لقدراته وخصائصه الإيجابية من جهة أخرى في ضوء التغذية النفسية/ الاجتماعية الراجعة المستمرة.

٣ - التوكيدية: Assertiveness

يشير (عادل هريدي، ٢٠٠١) بأن التوكيدية هي ما يتوافر لدى الفرد من مهارات التواصل والتأثير الاجتماعي، ومنها القدرة على توجيه النقد، إبداء الإعجاب، إظهار الاختلاف، التعبير عن الغضب، الاستقلالية، ضبط النفس، المصارحة، الاعتذار العلني، الكفاح من أجل حقوقه والدفاع عنها.

٤ - الاستقلالية: Independency

يشير (عادل هريدي، ٢٠٠١) بأن الاستقلالية هي اعتداد المرء بهويته الشخصية، وبقدرته على المبادرة، وإدارة شئونه بنفسه، والحصول على الرضا من مصادر داخلية، ورفضه أن يكون تابعاً أو إمعة. وعليه فإنه يعتمد مرتفعو الدرجات على هذا المقياس بهويتهم الشخصية، ولديهم المقدرة على المبادرة، وإدارة شئونهم بأنفسهم، وحصولهم على الرضا من مصادرهم الشخصية، ويرفضون التبعية أو الإمعية.

٥- تحقيق الذات: self-actualization

يشير (عادل هريدي، ٢٠٠١) عملية دائمة لدى بعض الأفراد لتفعيل إمكاناتهم ومقدراتهم ومواهبهم من أجل الانتقال من الحاجات الضرورية للبقاء إلى حاجات الارتقاء، نزوعاً نحو الوحدة والتكامل .

رابعاً: مراحل التغيير:

١. مرحلة ما قبل التفكير: -presented platoon

وتبدأ عملية التغيير بشخص لا يعي شيئاً عن الحاجة إلى التغيير وإذا ما كانت هناك مشكلة فهو على الأرجح يتجاهلها أو لا يأخذها بعين الاعتبار ومتى لم يعد في الوسع تجاهل المشكلة يشرع هو أو هي في التفكير فيما يمكن عمله حيالها فإذا ما استمرت المشكلة وتطورت وضعت الخطط الحاسمة لأجل التغيير وما إن احتشدت قوى الفرد العقلية والبدنية والاجتماعية يبدأ هو في مقاومة المشكلة واتخاذ إجراء من أجل التغيير فإذا نجح في ذلك عمل هو على المحافظة على الوضع الجديد وفي بعض الأحيان ينزلق الأشخاص إلى السلوك الذي أفضى إلى المشكلة ولكن في كثير من الأحيان يتعلم البعض من محاولات التغيير التي أقدموا عليها. (فيلاسكيز، ١٤٣٤هـ).

٢. مرحلة التفكير والتأمل، Contemplation:

في مرحلة الدراسة يعي الشخص أن لديه مشكلة يشرع في التفكير في حلها بجدية ويجتهد من أجل استيعاب المشكلة وإدراك أسبابها والتفكير في الحلول الممكنة.

٣. مرحلة التحضير والإعداد Preparation:

في مرحلة التحضير والإعداد Preparation يكون الأشخاص على استعداد للتغيير في القريب العاجل فهم على شفا اتخاذ إجراء وقد يكون الأفراد في هذه المرحلة حاولوا التغيير من قبل وأخفقوا في ذلك ، ولكن قد اكتسبوا غالباً دروساً قيمة من محاولات التغيير الماضية ويحتاج الأفراد في مرحلة التغيير هذه إلى وضع خطة تعمل لصالحهم ومن ثم الالتزام الصارم بمتابعة الخيار الفعلي الذي قرروا اختياره وتمثل عمليات التغيير الأكثر ملاءمة لهذه المرحلة: الفعالية الشخصية، التحرر الشخصي، السيطرة على التحفيز، التغذية الراجعة "استخدام مجموعة من الفنيات لإنهاء رد فعل غير مرغوب فيه لإحلال محله رد فعل إيجابي" والعلاقات المساندة في حين تمثل الأساليب المقترحة لاستنباط تلك العمليات: إعداد الهدف (P/C/P) جلسة ١١ و ١٢) (A/M جلسة ١٢) (P/C/P جلسة ١٣) الصياغة وحل المشكلة.

٤. مرحلة الأداء الفعل Action :

في هذه المرحلة يقدم غالبية الأشخاص على تعديل سلوكهم بشكل صريح حيث يقومون بالإقلاع عن التدخين واستبعاد جميع أنواع الحلويات من قائمة البيت وسكب ما تبقى من كحول في مياه الصرف أو التسجيل ببرنامج معالجة باختصار: يتخذون إجراء لتنفيذ الخطة التي قد وضعوها.

٥. مرحلة المحافظة أو المداومة والالتزام Maintenance :

المحافظة والالتزام هي آخر مراحل عملية التغيير حيث تعد المحافظة على سلوك التغيير أمر عسير وفي مرحلة المحافظة والالتزام يعمل الفرد لتعزيز ما اكتسبه خلال مرحلة الأداء ويقاوم من أجل كبح الانتكاس فعملية التغيير لا تنتهي بانتهاء مرحلة الأداء ويقاوم من أجل كبح الانتكاس فعملية التغيير لا تنتهي بانتهاء مرحلة الأداء والعمل على الرغم من أن العلاج التقليدي تري المحافظة والالتزام كمرحلة ساكنة ينظر إليها نموذج مراحل التغيير "TTM" بشكل حاسم كمتابعة مهمة قد تستغرق من ٦ أشهر إلى ما دامت الحياة وبدون التزام شديد تجاه المحافظة والالتزام سيكون هناك انتكاس بالتأكيد وفي كثير من الأحيان لا يتم تثبيت التغيير بشكل كامل حتى بعد مرور ٦ أشهر أو نحو ذلك .
الدراسات السابقة:

تستعرض الباحثة الدراسات السابقة التي تناولت الذكاء الوجداني والإدمان والمؤثرات العقلية والانتكاسة من خلال محورين وذلك كما يلي :

تناول العنزي (٢٠١٠) بدراسة هدفت إلى التعرف على الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، وتكون مجتمع الدراسة على المنتكسين على المخدرات الذين خضعوا للعلاج أكثر من مرة، وغير المنتكسين المتوقفين عن تعاطي المخدرات والذين يراجعون الرعاية اللاحقة، وتم استخدام المنهج الوصفي لكونه الأنسب لفهم هذه الظاهرة حيث يشمل ضمن أجزائه الأسلوب المقارن، وكانت أهم نتائج الدراسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح المنتكسين، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في وجهة الضبط (الداخلية - الخارجية) بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح غير المنتكسين ذوي وجهة ضبط داخلية، وأهم المتغيرات التي تنبئ بالانتكاسة على المخدرات هي وجهة الضبط بعد إدارة

الانفعالات، واهم التوصيات اكتساب المهارات العلاجية للمنتكسين لتوظيف الذكاء الانفعالي ليتحقق التعافي من تعاطي المخدرات.

قام يوسف (٢٠١٠) بدراسة تهدف لتحديد مظاهر الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان، والعوامل المرتبطة بالعودة إلى الإدمان، وتحديد مدي تأثير عملية المتابعة في خدمة الفرد علي مستوى الانتكاسة لدي المتعافين من الإدمان، ومحاولة الإسهام في دعم الجانب النظري والميداني فيما يتعلق بإجراء عملية المتابعة في خدمة الفرد مع المتعافين من الإدمان، وذلك من خلال وضع مجموعة من الخطوات الملائمة لإجراء عملية المتابعة مع فئة المتعافين من الإدمان، واعتمدت هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بالعينة حيث إنه يعد بمثابة أداة منهجية لتصوير الواقع الاجتماعي من خلال ما يوفره من بيانات يمكن استغلالها، وقامت الباحثة باستخدام استمارة مقابلة المتابعة في خدمة الفرد ودورها في الحد من حالات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان قامت بإعدادها لجمع البيانات الخاصة بالدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: تحديد العوامل المرتبطة بالانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان، وتحديد الدور الواجب على الإحصائي الاجتماعي أن يقوم به لإجراء عملية المتابعة في خدمة الفرد لدى المتعافين من الإدمان، وتحديد المعوقات التي تواجه الإحصائي الاجتماعي في عملة مع المتعافين من الإدمان.

وأجرى ربيع (٢٠١٠) دراسة تهدف إلى التعرف على درجة الانتكاسة والعودة لتعاطي المؤثرات العقلية عند المدمنين المتعالجين والمتعافين بعد المرور بتجربة علاجية، وأكثر العوامل تأثيراً في الانتكاسة والعودة إلى المواد المخدرة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تحديد مجتمع وعينة الدراسة، فإن مجتمع الدراسة يتكون من المدمنين والمتعافين الموجودين في مراكز العلاج ومراكز الإصلاح والتأهيل حيث بلغت حجم العينة (١٠٩) مدمناً، وبينما بلغت نسبة عينة المتعافين (٥٣)، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وذلك لمناسبته لطبيعة الدراسة، وقد استخدمت استبيان مواقف الانتكاسة (١٠٠) من إعداد عسكر وآخرين (٢٠٠٥) حيث يغطي هذا الاستبيان مواقف خطيرة تؤدي إلى الانتكاسة لتعاطي المواد المخدرة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الانتكاسة تعزي للتفاعل بين الوضع (مدمن متعالج ومتعافي) والمستوى التعليمي للمدمنين المتعالجين والمتعافين، إن المدمنين المتعالجين لديهم رضا أعلى حيث أصبحوا أكثر نضجاً

وإدراكا لاحتياجاتهم من البرامج العلاجية وخصوصاً بعد مواجهة تحديات الواقع التي ما زال المدمن المتعالج بعيداً عنها.

وتناولت دراسة قام بها (الخرزاعي، ٢٠١٠): بعنوان " التوقف عن إدمان المؤثرات العقلية وأثره على تحسن نوعية الحياة، دراسة اجتماعية تطبيقية"، والتي هدفت الدراسة إلى معرفة اثر التوقف عن إدمان المؤثرات العقلية على تحسن نوعية الحياة، استخدمت الباحثة في الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل، وطبقت على المدمنين الذين توقفوا عن تعاطي المؤثرات العقلية بعد انتهاء فترة العلاج في مستشفيات ومراكز العلاج في الأردن والبالغ عددهم (٢٠٣) متوقفاً عن الإدمان، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة مدمني المؤثرات العقلية الذين توقفوا عن الإدمان كانت بين الذكور أكثر من الإناث، والعزاب أكثر فئات المدمنين، ويتراوح الثلث من بين فئات الأعمار (٢٥-٣٩) سنة، واكبر نسبة من الذين مستواهم التعليمي اقل من الثانوية، وكلما ارتفع الدخل كلما ارتفعت نسبة المدمنين، ويتراوح الثلث من العاملين في القطاع الخاص والأعمال الحرة.

قامت القاسم (٢٠١١م) بدراسة هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الذكاء الوجداني وكل من السعادة والأمل، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي للدراسة ، وقد تكونت العينة من (٤٠٠) من طالبات جامعة أم القرى بواقع (٢٠٠ علمي ٢٠٠ أدبي) وتراوحت أعمارهن من (١٨-٢٥ سنة) وقد استخدم مقياس الذكاء الوجداني لعثمان ورزق (٢٠٠١) وقائمة اكسفورد للسعادة إعداد عبد الخالق (٢٠٠٣) ومقياس الأمل إعداد عبد الخالق (٢٠٠٤) وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الذكاء الوجداني والسعادة والأمل، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات السعادة والأمل ببعديه لدى (مرتفعات - منخفضات) في اتجاه مرتفعات الذكاء الوجداني.

وتناول بركات، والحلاق (٢٠١١) بدراسة تهدف إلى التعرف إلى أسباب الانتكاس والعودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، والتعرف إلى الفروق في أسباب الانتكاس والعودة إلى التعاطي بحسب المادة المخدرة وبحسب المستوى التعليمي، وقد تم إعداد استبيان يتكون من أربعة أقسام. يضم القسم الأول البيانات الشخصية، والقسم الثاني معلومات عن المستوى الاقتصادي الاجتماعي، القسم الثالث معلومات حول الإدمان، القسم الرابع معلومات عن الانتكاس، وتكونت عينة البحث من ١٤٥ مدمناً منتكساً من المرصد الوطني لرعاية الشباب،

وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لتفسير النتائج، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: غالبية أفراد العينة قد انتكست وعادت للتعاطي أكثر من مرة، وأهم أسباب الانتكاس والعودة للتعاطي فهي: "عدم القدرة على واجهة المشكلات والضغوط"، ثم "ظهور مشكلات نفسية (القلق والاكتئاب)"، و"العودة للاختلاط مع المدمنين"، و"المشكلات الأسرية" لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في أسباب الانتكاس لدى عينة البحث بحسب متغير المستوى التعليمي، ولا بحسب نوع المادة المتعاطاة ماعدا مادة الكحول والهيروين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

أولاً: من حيث الموضوع:

اهتمت بعضها بدراسة الذكاء الوجداني وعلاقته بمتغيرات الدراسة (مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة) مثل دراسة العنزي (٢٠١٠) ودراسة يوسف (٢٠١٠) ودراسة ربيع (٢٠١٠) ودراسة بركات، والحلاق (٢٠١١).
ثانياً: من حيث الأهداف:

هدفت بعض الدراسات إلى محاولة التعرف على الذكاء الوجداني وعلاقته بمتغيرات الدراسة (مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة) دراسة العنزي (٢٠١٠) ودراسة يوسف (٢٠١٠) ودراسة ربيع (٢٠١٠) ودراسة بركات، والحلاق (٢٠١١) وهو ما يتوافق مع أهداف الدراسة الحالية، حيث هدفت الدراسة الحالية إلى دور الذكاء الوجداني في منع الانتكاسة.

ثالثاً: من حيث المجتمع والعينة:

هناك اختلاف في أنواع العينة التي بحثت الذكاء الوجداني وعلاقته بمتغيرات الدراسة ما بين طلاب وطالبات كدراسة السليمان (٢٠٠٧)، ودراسة القاسم (٢٠١١م)، ودراسة جمعة (٢٠٠٧) والبيت والمدرسة كدراسة (الخراعي، ٢٠١٠)، ودراسة (الخراعي، ٢٠١٠) ودراسة ربيع (٢٠١٠). بينما الدراسة الحالية تتمثل في مجتمع مركز الرعاية اللاحقة بعينة مختلفة عن باقي الدراسات السابقة .

رابعاً: من حيث المنهج:

اعتمدت معظم الدراسات على المنهج الوصفي التحليلي، مثل دراسة العنزي (٢٠١٠) ودراسة ربيع (٢٠١٠) ودراسة بركات، والحلاق (٢٠١١) ودراسة القاسم (٢٠١١م) في حين اعتمدت كل من هذه الدراسات مثل دراسة (الخراعي، ٢٠١٠) على منهج المسح الاجتماعي

الشامل، ودراسة يوسف (٢٠١٠) على منهج المسح الاجتماعي، وبينما الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج الوصفي المسحي .
خامساً: من حيث الأدوات:

الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة تختلف عن بعضها البعض منها من استخدمت مقاييس مثل ، ودراسة القاسم (٢٠١١م) استخدمت مقياس الذكاء الوجداني لعثمان ورزق (٢٠٠١) وقائمة اكسفورد للسعادة لإعداد عبد الخالق (٢٠٠٣) ومقياس الأمل إعداد عبد الخالق (٢٠٠٤)، وهناك بعض الدراسات استخدمت أداة الاستبيان مثل: دراسة العنزي (٢٠١٠) ودراسة ربيع (٢٠١٠) ودراسة بركات، والحقاق (٢٠١١) ودراسة (الخراعي، ٢٠١٠) ودراسة يوسف (٢٠١٠) ، بينما درستنا الحالية استخدمت مقياس الذكاء الوجداني البين شخصي إعداد عادل هريدي، ومقياس الدافعية للعلاج من إعداد يزيد الشهري.

سادساً: من حيث النتائج:

اتفقت الدراسات السابقة على أن الذكاء الوجداني له دوراً مهماً بمتغيرات الدراسة (مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة) كما في دراسة العنزي (٢٠١٠) ودراسة يوسف (٢٠١٠) ودراسة ربيع (٢٠١٠) ودراسة بركات، والحقاق (٢٠١١) ودراسة (الخراعي، ٢٠١٠) ودراسة القاسم (٢٠١١).
خامساً: أوجه الاستفادة من هذه الدراسة:

١. تحديد المتغيرات المناسبة للدراسة.
٢. تعريف المصطلحات.
٣. بناء الإطار النظري للدراسة الحالية.
٤. تحديد أبعاد المقاييس وبناء أدوات الدراسة المناسبة.
٤. تحديد الإجراءات المناسبة للدراسة.
٦. تحديد المنهج والأساليب الإحصائية.

الإجراءات المنهجية للدراسة: منهج الدراسة:

نظراً لطبيعة الدراسة فقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المسحي ، حيث شمولية كافة أفراد البرنامج العلاجي، وذلك من أجل تحقيق أهداف الدراسة. مجتمع الدراسة والعينة:
يتمثل مجتمع الدراسة الحالية في المتعافين من المؤثرات العقلية في مدينة جدة . عينة الدراسة:

عينة قصدية انتقائية تم تحديدها من الأفراد من المتعافين من المؤثرات العقلية بإحدى مؤسسات الاستشفاء، حيث بلغ حجم العينة (١٥) فرداً، سيبدأ إخضاعهم لبرنامج مراحل التغيير، شروعاً في علاجهم من الإدمان. وبالتالي فقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأفراد الذين لديهم تجربة مع التعاطي وتم انتقائهم للبرنامج بعد الانتهاء من مرحلة الأعراض الانسحابية الحادة ومن ثم تعريضهم للبرنامج. أدوات الدراسة:

في سبيل تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة، وهو التعرف على دور الذكاء الوجداني البيد - شخصي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين في فعالية برنامج مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة، فقد لجأت الباحثة إلى استخدام أكثر من أداة للحصول على البيانات التي تدعم تحقيق أهداف الدراسة، حيث استخدمت الباحثة مقياس الذكاء الوجداني البيد-شخصي من إعداد عادل هريدي (٢٠٠١) ووصف مقياس الذكاء الوجداني وأبعاده، ينتظم المقاييس في أربعة أبعاد رئيسية ، وهذه الأبعاد الرئيسية تقاس بسبع مقاييس فرعية في مقياس المراهقين وفيما يلي عرض المقاييس التي تقيس كل بعد:

١- البعد الأول إدراك الوجدان **Perceiving Emotion** : ويشير هذا البعد إلى قدرة الشخص على معرفة المحتوى الوجداني والذي يوجد في مشيرات متعددة وتتمثل في مجموعة من الوجوه والتصميمات والقصص.

٢- البعد الثاني استيعاب الوجدان **Assimilating Emotions** يقاس هذا البعد من خلال الآتي : أحكام الإدراك المصاحب (راشدين ومراهقين) **Synesthesia Judgments** يتكون من (٦ انفعالات × ١٠ أحاسيس = ٦٠ بندا)

٣- البعد الثالث: فهم الوجدان **Understanding Emotions**: يقاس هذا البعد من خلال المقاييس الآتية: فهم مزيج المشاعر **Blends** (٨ مفردات "مراهقين - راشدين)

ويعنى قدرة الشخص على تحليل الانفعالات المعقدة، ويقدم للشخص ثمانية بنود ويطلب منه أن يختار اختيار من أربعة اختيارات .

٤- البعد الرابع إدارة الوجدان **Managing Emotions** يقاس هذا البعد من خلال : فى مقياس المراهقين فقط : إدارة الوجدان فى الذات والآخريين (٦ قصص × ٤ أسئلة = ٢٤ مفردة) ، ومقياس الدافعية للعلاج من الإدمان من إعداد يزيد الشهري (١٤٣١) والذي تم تعديل بعض فقراته من قبل الباحثة لاسباب موضوعية واجرائية.

ثبات مقياس الذكاء الوجداني البينشخصي

تم التحقق من ثبات المقياس فى صورته المقننة فى البيئة السعودية بالدراسة الحالية عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ، لدرجات أفراد العينة، وذلك لتقدير الثبات الكلي للمقياس، والذي بلغت قيمته (٠.٧٤٣).

ثانياً: الأهلية السيكومترية لمقياس الدافعية للعلاج

وصف المقياس: مقياس الدافعية للعلاج من إعداد (يزيد الشهري، ١٤٣١هـ) ويتكون المقياس من عدد (٥٤) بند أو عبارة ، حيث يهدف المقياس إلى قياس حاجات الفرد ورغباته غير المشبعة والتي تؤثر على التفكير وعدم إدراكه لكثير من الأمور. ويعرف الدافع إجرائياً بأنه الحاجة التي يسعى الفرد إلى إشباعها أي أنه ينظر إلى الدافع باعتباره قوة داخلية تنبع من نفس الفرد وتوجهه للتصرف فى اتجاه معين وبقوة محددة.

ويتكون هذا المقياس فى الأساس من تسعة أبعاد، تشتمل على عدد (٩٨) فقرة أو بند. وفى الدراسة الحالية قام الباحثة باختصار أبعاد المقياس إلى ثمانية أبعاد، بعد حذف

البعد السابع

وبالتالى أصبح عدد الأبعاد ثمانية أبعاد، حيث احتوى كل بعد من الأبعاد على ٦ فقرات، بينما البعد الأخير احتوى على عدد (١٢) فقرة. وبالتالى أصبح المقياس يحتوى على (٥٤) فقرة. والسبب وراء حذف البعد السابع (الفاعلية الشخصية) هو وجود تشابه كبير بن فقرات البعد المحذوف ومضمون الأبعاد الأخرى فى المقياس فلا حاجة لتكرار الفقرات التي تؤدي الى نفس المعنى.

ويُقاس الدافع اجرائياً فى هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص فى مقياس (الدافعية للعلاج) والملتحق ببرنامج إعادة التأهيل بمركز الرعاية اللاحقة والذي يتكون من (٥٤) فقرة. يتكون المقياس من عدد "ثمانية" أبعاد هي: تحمل المسؤولية، الاستقلال،

الاستبصار بمشكلة الإدمان، الدافعية الايجابية، المثابرة والتوجه للمستقبل، الشعور بأهمية الزمن، الحاجة إلى التقبل، التعافي الإيجابي. ويحتوي كل بعد من الأبعاد السبعة الأوائل على عدد (٦) فقرات، بينما البعد الأخير التعافي الإيجابي فقد احتوى على عدد (١٢) فقرة.

وفيما يلي تناولت الباحثة مؤشرات الثبات لمقياس الدافعية للعلاج، كما يلي:
ثبات مقياس الدافعية للعلاج:

للتحقق من ثبات مقياس الدافعية تم استخدام معامل ألفا كرونباخ وذلك لحساب الثبات الكلي للمقياس، وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول رقم (٤-٢) معامل ألفا كرونباخ للثبات الكلي لمقياس الدافعية للعلاج، ومقاييسه الفرعية.

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول: تحمل المسؤولية	٦	٠.٨٠٥
البعد الثاني: الاستقلالية	٦	٠.٨٨٠
البعد الثالث: الاستبصار بمشكلة الإدمان	٦	٠.٨٩٧
البعد الرابع: الدافعية الايجابية	٦	٠.٨٤٢
البعد الخامس: المثابرة والتوجه للمستقبل	٦	٠.٦٨٦
البعد السادس: الشعور بأهمية الزمن	٦	٠.٨٩٦
البعد السابع: الحاجة إلى التقبل	٦	٠.٨٦٠
البعد الثامن: التعافي الإيجابي	١٢	٠.٩٣٤
الثبات الكلي	٥٤	٠.٩٦٦

ويتضح من الجدول رقم (٤-٢) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت (٠.٩٦٦) وهذا يدل أن مقياس الدافعية للعلاج قد حقق درجة عالية من الثبات، مما يبين صلاحية المقياس للتطبيق وجمع المعلومات التي تساهم في تحقيق أهداف الدراسة.
مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الدافعية للعلاج :

للتحقق من مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الدافعية للعلاج، قامت الباحثة بحساب درجة ارتباط كل عبارة من عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول رقم (٤-٣) معاملات الارتباط لقياس درجة ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس الدافعية

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع		البعد الخامس	
رقم العبرة	معامل الارتباط								
١	*0.614	7	**0.791	13	**0.913	19	**0.825	25	0.366
٢	**0.866	8	**0.747	14	**0.924	20	0.473	26	0.445
٣	**0.672	9	**0.803	15	**0.857	21	**0.906	27	*0.586
٤	**0.878	10	**0.879	16	**0.698	22	**0.663	28	**0.642
٥	**0.664	11	**0.770	17	**0.799	23	**0.777	29	**0.752
٦	*0.573	12	**0.760	18	**0.819	24	**0.812	30	**0.886
					البعد السابع		البعد الثامن		
31	*0.616	37	**0.904	43	**0.775	49	**0.929		
32	**0.737	38	**0.869	44	**0.668	50	**0.748		
33	**0.946	39	0.215	45	**0.762	51	**0.859		
34	**0.952	40	**0.676	46	*0.637	52	**0.718		
35	**0.864	41	**0.858	47	**0.773	53	**0.853		
36	**0.799	42	**0.942	48	**0.757	54	**0.853		

* تشير إلى أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠.٠١)

* تشير إلى أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)

ويتبين من النتائج بالجدول رقم (٤-٣) أن جميع فقرات مقياس الدافعية للعلاج ترتبط على نحو دال إحصائياً مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، حيث تراوحت القيم ما بين (٠.٥٧٣ - ٠.٩٥٢). باستثناء العبارات ٢٠ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٣٩ وبالتالي نستنتج من ذلك أن فقرات المقياس تحقق الأهداف المرجوة منها بصفة عامة ، مما يدعم مصداقية المقياس وموثوقيته في قياس مستوى الدافعية.

كذلك قامت الباحثة بحساب درجة ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس الدافعية للعلاج مع الدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي :

جدول رقم (٤-٤) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الدافعية للعلاج مع الدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
البعد الأول: تحمل المسؤولية .	٠.٨٤٣**	٠.٠٠
البعد الثاني: الاستقلالية.	٠.٨٢٣**	٠.٠٠
البعد الثالث: الاستبصار بمشكلة الإدمان.	٠.٦٢٦*	٠.٠١٣
البعد الرابع: الدافعية الإيجابية.	٠.٧٩٨**	٠.٠٠
البعد الخامس: المثابرة والتوجه للمستقبل.	٠.٧٩١**	٠.٠٠
البعد السادس: الشعور بأهمية الزمن.	٠.٨١٦**	٠.٠٠
البعد السابع: الحاجة إلى التقبل.	٠.٩٤١**	٠.٠٠
البعد الثامن: التعافي الإيجابي.	٠.٧٨٨**	٠.٠٠

ويتضح من النتائج بالجدول أعلاه أن جميع أبعاد مقياس الدافعية للعلاج في هذه الدراسة ترتبط على نحو دال إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس، وهذا يبين أن جميع أبعاد المقياس تحقق أهداف القياس.

تقدير الدرجات في مقياس الدافعية للعلاج :

تتدرج استجابات المبحوث على المقياس وفق التدرج الرباعي (تنطبق تماماً، تنطبق، لا تنطبق، لا تنطبق أبداً) حيث أعطيت الدرجات ٤، ٣، ٢، ١ على التوالي. الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات:

لتحليل بيانات الدراسة تحليلاً مؤسساً على المبادئ العلمية تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي بالحزمة الإحصائية (SPSS) حيث تم إدخال بيانات الدراسة والتي تم الحصول عليها والتي تشتمل على استجابات أفراد العينة على (مقياس الذكاء الوجداني البين - شخصي، ومقياس الدافعية للعلاج والبيانات المتعلقة بتحليل مراحل العلاج التي قدمت لأفراد العينة من مدمني المؤثرات العقلية)، في البرنامج تم معالجتها إحصائياً من خلال ترميزها، حيث أعطيت الإجابات حسب تدرج القياس الرباعي (تنطبق تماماً، تنطبق، لا تنطبق، لا تنطبق أبداً) حيث أعطيت الدرجات (٤، ٣، ٢، ١) للبندود إيجابية المضمون ، بينما العكس بالنسبة للبندود سلبية المضمون.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

أولاً: تحليل استجابات العينة المتعلقة بمستوى الذكاء الوجداني البين-شخصي:
جدول رقم (٥-١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقدير استجابات أفراد العينة حول بعد الاستقلالية كأحد أبعاد الذكاء الوجداني البين-شخصي

رقم	بعد الاستقلالية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	تنطبق بدرجة	ترتيب
١	أراني تعبر بصدق عن آرائي الحقيقية	٢.٦٧	١.١١	عالية	٤
٢	أستطيع حل مشكلاتي بنفسى	٢.٤٠	١.١٢	ضعيفة	٦
٣	أنا راض عن طريقتي في النظر للأمور	٢.٤٧	٠.٨٣	ضعيفة	٥
٤	أفضل أن يتخذ لي الآخرون قراراتي	٢.٠٧	٠.٩٦	ضعيفة	١٠
٥	أجد صعوبة في أن أبدأ أنشطة جديدة بمفردي	٢.٢٧	٠.٨٠	ضعيفة	٨
٦	أوافق أو أرفض حسب رأي المجموعة	٢.٠٧	٠.٨٨	ضعيفة	٩
٧	في أوقات فراغى، أفضل ممارسة هواياتي الخاصة	٢.٨٠	٠.٩٤	عالية	٣
٨	أرفض تدخل الآخرين في أموري الخاصة	٣.٤٠	٠.٧٤	عالية جداً	١
٩	يصفني الناس بأننى شخص عصامي (أعتمد على نفسي)	٢.٣٣	١.١١	ضعيفة	٧
١٠	إذا لم أوافق على قرار ما، وافق عليه الآخرين أعلن اعتراضي فوراً	٢.٩٣	١.٠٣	عالية	٢
	المتوسط الحسابي المرجح العام	٢.٩٩	٠.٣١	عالية	

يتضح من النتائج بالجدول رقم (٥-١) أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام لاستجابات أفراد العينة حول مدى توفر توكيد الذات لديهم قد بلغت (٢.٩٩) وانحراف معياري قدره (٠.٣١).

وفيما يلي نتناول أبرز وأهم المؤشرات التي تبين الاستقلالية لدى أفراد العينة:

كما أظهرت النتائج بالجدول رقم (٥-١) أن العبارة رقم (٣٨)، والتي نصت على " أرفض تدخل الآخرين في أموري الخاصة" قد حازت على المرتبة الأولى من بين عناصر الاستقلالية، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٣.٤٠) وانحراف معياري قدره (٠.٧٤). وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة من المتعافين من المؤثرات العقلية ينشدون الاستقلالية في أمورهم الخاصة وبدرجة عالية جداً ولذلك يرفضون التدخل من الآخرين في الأمور الخاصة بهم.

كما بينت النتائج بالجدول رقم (٥-١) أن العبارة رقم (٤٠)، والتي نصت على " إذا لم أوافق على قرار ما، وافق عليه الآخرين أعلن اعتراضي فوراً" قد حازت على المرتبة الثانية من بين عناصر الاستقلالية، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٢.٩٣) وانحراف معياري

قدره (١.٠٣). وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة لديهم الاستقلالية في الرأي في تبني القرار الذي يعتقدون أنه الصواب.

ومن جانب آخر فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-١) أن العبارة رقم (٣٧)، حيث نصت على "في أوقات فراغي، أفضل ممارسة هواياتي الخاصة" قد جاءت في المرتبة الثالثة، ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة حيث بلغت (٢.٨٠) وانحراف معياري قدره (٠.٩٤). وبالتالي يتبين مما سبق أن غالبية أفراد العينة يمارسون الهوايات الخاصة المفضلة لديهم في أوقات الفراغ، مما يدعم توفر مفهوم الاستقلالية لديهم.

كما كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-١) أن العبارة رقم (٣٦)، حيث نصت على "أوافق أو أرفض حسب رأي المجموعة" قد جاءت في المرتبة قبل الأخيرة، ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة حيث بلغت (٢.٠٧) وانحراف معياري قدره (٠.٨٨). وبالتالي نستنتج من ذلك أن غالبية أفراد العينة المشاركين في البرامج العلاجية أنهم لا يوافقون أو يرفضون أي قرار حسب رأي المجموعة، مما يبين أن لدى الغالبية الاستقلالية في الرأي في الموافقة على أو الرفض لأي قرار قد تتخذه المجموعة.

وأخيراً، فقد كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-٤) أن العبارة رقم (٣٤)، حيث نصت على "أفضل أن يتخذ لي الآخرون قراراتي" قد جاءت في المرتبة الأخيرة، ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة حيث بلغت (٢.٠٧) وانحراف معياري قدره (٠.٩٤). وبالتالي نستنتج من ذلك أن غالبية أفراد العينة المشاركين في البرامج العلاجية لا يفضلون أن يتخذ الآخرون نيابة عنهم القرارات الخاصة بهم، وهذا أيضاً يشير إلى توفر مفهوم الاستقلالية لدى أفراد العينة.

جدول رقم (٥-٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة لفقرات بُعد تحمل المسؤولية

رقم العبارة	تحمل المسؤولية			القياس القبلي			القياس البعدي		
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	٢.٩٣	٠.٥٩	٣	٣.٦٠	٠.٥١	١	٢.٩٣	٠.٥١	١
٢	٢.٦٠	٠.٥١	٥	٣.٢٠	٠.٦٨	٢	٢.٦٠	٠.٦٨	٢
٣	٢.٤٠	٠.٧٤	٦	٣.٠٧	٠.٨٠	٣	٢.٤٠	٠.٨٠	٣
٤	٣.٣٣	٠.٦٢	١	٢.٦٧	٠.٩٨	٤	٣.٣٣	٠.٩٨	٤
٥	٣.٠٧	٠.٨٠	٢	٢.٣٣	٠.٧٢	٥	٣.٠٧	٠.٧٢	٥
٦	٢.٨٧	٠.٩٢	٤	٢.١٣	٠.٩٢	٦	٢.٨٧	٠.٩٢	٦
	٢.٨٧	٠.٢٩		٢.٨٣	٠.٢٨		٢.٨٧	٠.٢٨	

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٢) استجابات أفراد العينة حول مدى تحمل المسؤولية، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس القبلي بلغت (٢.٨٧) من إجمالي درجات (٤) ، بانحراف معياري (٠.٢٩)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لتحمل المسؤولية في القياس البعدي (٢.٨٣) وانحراف معياري (٠.٢٨). وبالتالي نستنتج بشكل عام أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية عينة البحث الحالي يعتقدون أنهم يتحملون المسؤولية بدرجة عالية في القياس القبلي والقياس البعدي.

كما بينت النتائج أن من أهم عناصر تحمل المسؤولية في القياس البعدي حيث حازت على المرتبة الأولى تمثلت في العبارة رقم (١) والتي نصت على (أتحمل مسؤولية ما أقوم به من أفعال)، حيث يتضح أن أفراد العينة يؤكدون وبدرجة عالية جدا أنهم يتحملون مسؤولية ما يقومون به من أفعال ، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي حيث بلغت (٣.٦٠) وانحراف معياري (٠.٥١)، بينما كانت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٢.٩٣) وانحراف معياري (٠.٥٩). وهذا يعني وجود تحسن في تحمل مسؤولية القيام بأي فعل.

ويلى العبارة السابقة من حيث الترتيب العبارة رقم (٢) حيث نصت على (أنجز ما أكلف به من أدوار ومسؤوليات) حيث جاءت في المرتبة الثانية في القياس البعدي بمتوسط حسابي

قدره (٣.٢٠) وانحراف معياري قدره (٠.٦٨). بينما كان المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٢.٦٠) وانحراف معياري (٠.٥١). وبالتالي نستنتج مما سبق وجود تحسن ملحوظ في القياس البعدي في درجة إنجاز أفراد العينة لما يكلفون به من أدوار ومسئوليات وهذا يعكس ارتفاع في درجة تحمل المسؤولية.

كما كشفت النتائج في الجدول أن العبارة رقم (٥) والتي نصت على: (أشعر بالعجز في تدبير أمور حياتي والتحكم بها) قد حازت على المرتبة قبل الأخيرة في المقياس البعدي ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٢.٣٣) وانحراف معياري (٠.٧٢). بينما نالت في المقياس القبلي المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٣.٠٧) وانحراف معياري (٠.٨٠). وبالتالي نستنتج مما سبق أن غالبية أفراد العينة في القياس البعدي لا يشعرون بالعجز في تدبير أمور حياتهم والتحكم بها، وهذا يدل على أهمية برامج تحسين الدافعية للعلاج التي تم إخضاعهم لها.

بينما يتضح من النتائج بالجدول أن العبارة رقم (٦) والتي نصت على "استمرار التوقف عن التعاطي يحتاج جهد كبير يفوق قدرتي) قد جاءت في المرتبة الأخيرة بين عناصر تحمل المسؤولية في القياس البعدي بمتوسط حسابي قدره (٢.١٣) وانحراف معياري (٠.٩٢). بينما كان المتوسط الحسابي لهم في القياس القبلي (٢.٨٧) وانحراف معياري (٠.٩٢). وبالتالي نستنتج من ذلك أن هناك تحسن ملحوظ في نظرة أفراد العينة حيث أن الغالبية لا يعتقدون أن استمرار التوقف عن التعاطي يحتاج إلى جهد كبير يفوق قدراتهم وبإمكانهم تحقيق التعافي لو استمروا في تطبيق أساسيات البرامج العلاجية.

جدول رقم (٣-٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول الاستبصار بمشكلة الإدمان في القياس لقبلي والبعد

رقم العبارة	البعد الثالث: الاستبصار بمشكلة الإدمان	القياس القبلي		القياس البعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	أنا بحاجة للعلاج من إدمان المؤثرات العقلية.	٣.٤٧	٠.٩٢	٣.٧٣	٠.٥٩
٢	أعلم أن معظم مشاكلي الحالية بسبب تعاطي المؤثرات العقلية	٣.٧٣	٠.٤٦	٣.٣٣	٠.٩٠
٣	تعاطي المؤثرات العقلية أصابني بأضرار جسمية ونفسية واجتماعية.	٣.٨٧	٠.٣٥	٣.٦٧	٠.٦٢
٤	أستطيع إن أسيطر على كمية ووقت وطريقة التعاطي وأتحكم بها	١.٢٠	٠.٤١	١.٢٠	٠.٤١
٥	أستطيع أن أتوقف عن التعاطي بدون مساعدة الآخرين.	١.٦٠	٠.٦٣	١.٤٠	٠.٧٤
٦	ذهابي إلى أماكن وجود المؤثرات *العقلية ومقابلتي للأشخاص الذين يتعاطون لن يدفعني للانتكاسة	١.٥٣	٠.٧٤	١.٨٠	١.٠٨
٧	المتوسط الحسابي المرجح العام	٢.٥٧	٠.٢٠	٢.٥٢	٠.٤٣

بينت النتائج بالجدول رقم (٣-٥) استجابات أفراد العينة حول الاستبصار بمشكلة الإدمان، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٥٢) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٤٣)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٢.٥٧) بانحراف معياري (٠.٢٠). وبالتالي نستنتج بشكل عام أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية عينة البحث الحالي يعتقدون أن لديهم درجة عالية حول الاستبصار بمشكلة الإدمان.

بينت النتائج بالجدول رقم (٣-٥) أن العبارة رقم (١٣) حيث نصت على (أنا بحاجة للعلاج من إدمان المؤثرات العقلية) تعد من أهم العناصر التي تفسر الاستبصار بمشكلة الإدمان لدى أفراد العينة و قد جاءت في المرتبة الأولى في القياس البعدي بمتوسط حسابي قدره (٣.٧٣) وانحراف معياري قدره (٠.٥٩)، بينما نالت المرتبة الثالثة في القياس القبلي

بمتوسط حسابي قدره (٣.٤٧) وانحراف معياري (٠.٩٢). وهذا يشير إلى أن غالبية أفراد العينة يرون أنهم بحاجة للعلاج من إدمان المؤثرات العقلية بدرجة عالية جداً. كما أظهرت النتائج بالجدول رقم (٥-٣) أن من أهم العناصر التي تفسر الاستبصار بمشكلة الإدمان لدى المتعافين حيث حازت على المرتبة الثانية تمثلت في العبارة رقم (١٥) والتي نصت على (تعاطى المؤثرات العقلية أصابني بأضرار جسمية ونفسية واجتماعية)، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي حيث بلغت (٣.٦٧) وانحراف معياري (٠.٦٢) في القياس البعدي ، بينما نالت المرتبة الأولى في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٨٧) وانحراف معياري (٠.٣٥) . وهذا يبين أن الغالبية من المتعافين من المؤثرات العقلية يدركون بدرجة عالية جدا مدى الضرر الذي أصابهم جراء التعاطي الذي تمثل في الأضرار الجسمية، والنفسية والاجتماعية.

كما كشفت النتائج في الجدول رقم (٥-٣) أن العبارة رقم (١٤) والتي نصت على: (أعلم ان معظم مشاكل الحالية بسبب تعاطي المؤثرات العقلية) قد نالت المرتبة الثالثة في القياس البعدي ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٣.٣٣) وانحراف معياري (٠.٩٠)، بينما نالت المرتبة الثانية في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٧٣) وانحراف معياري (٠.٤٦). وهذا يدل على أن أفراد العينة المتعافين من المؤثرات العقلية يعلمون وبدرجة عالية جدا أن معظم مشاكلهم الحالية بسبب تعاطي المؤثرات العقلية، وبالتالي لديهم استبصار نحو مشكلة الإدمان، مما يبين وجود الرغبة لديهم للتوقف عن التعاطي.

وفي ذات السياق، فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٣) أن العبارة رقم (١٧) والتي نصت على: (أستطيع أن أتوقف عن التعاطي بدون مساعدة الآخرين) قد نالت المرتبة قبل الأخيرة في القياس البعدي ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي (١.٤٠) وانحراف معياري (٠.٧٤)، بينما نالت المرتبة الرابعة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (١.٦٠) وانحراف معياري (٠.٦٣). ونستنتج من ذلك أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية المشاركين في الدراسة يعتقدون أن توقفهم عن التعاطي لن يتحقق الا بمساعدة الآخرين مثل المتخصصين، والاسر، والمراكز العلاجية، مما يبين مدى حاجتهم للعلاج بوسطة أطراف عدة لتقديم المساندة والدعم لهم.

وأخيرا فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٣) أن العبارة رقم (١٦) والتي نصت على: (أستطيع أن أسيطر على كمية ووقت وطريقة التعاطي والتحكم بها) قد نالت المرتبة الأخيرة ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي حيث بلغت (١.٢٠) وانحراف معياري (٠.٤١) في كلا من القياس القبلي والبعدى. ونستنتج من ذلك أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية يرون أنه ليست لديهم الاستطاعة للسيطرة على كمية ووقت وطريقة التعاطي والتحكم فيها، مما يبين مدى استبصارهم بعجزهم وعدم قدرتهم على السيطرة على حياتهم وحاجتهم للمساعدة من قبل الآخرين.

جدول رقم (٥-٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول فقرات بعد الدافعية الإيجابية للعلاج

رقم العبارة	البعد الرابع: الدافعية الإيجابية للعلاج	القياس القبلي			القياس البعدى	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	أقوم بالتواصل مع معالجي باستمرار	٣.٢٧	٠.٥٩	١	٣.٥٣	٠.٦٤
٢	أشعر بأنني لا احتاج إلى الأنشطة العلاجية	٢.٩٣	٠.٨٠	٥	٣.٤٠	٠.٥١
٣	أحرص على حضور مجموعات التعافي بشكل مستمر	٣.٠٧	٠.٨٠	٢	٣.٤٧	٠.٦٤
٤	أجد إنني انسحب من المواقف الصعبة ولا أحاول السعي لتحقيقها	٢.٩٣	٠.٨٨	٤	٢.٢٧	١.١٦
٥	عند محاولتي للتوقف عن تعاطي المواد المخدرة أجد أنني غير جدي في قراري	٢.٩٣	١.٢٢	٣	٢.٧٣	١.٠٣
٦	عندما تواجهني صعوبات أو إغراءات تمنعني عن التوقف فأنتي أسعى بكل جد لتجاوزها	٢.٨٧	٠.٨٣	٦	٣.٢٧	٠.٥٩
	المتوسط الحسابي المرجح العام	٣.٠٠	٠.٤٢		٣.١١	٠.٢٩

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٤) استجابات أفراد العينة حول الدافعية الإيجابية، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام بلغت (٣.٠٠) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٤٢)، في القياس القبلي، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣.١١) وانحراف معياري (٠.٢٩) في القياس البعدى. وبالتالي نستنتج أن غالبية المتعافين عينة

البحث الحالي لديهم دافعية إيجابية بدرجة عالية، مما يعزز من فرص العلاج والتوقف عن التعاطي.

كما أظهرت النتائج بالجدول رقم (٥-٤) أن من أهم العناصر التي تفسير الدافعية الإيجابية لدى المتعاطين حيث حازت على المرتبة الأولى في القياس البعدي و القبلي تمثلت في العبارة رقم (١٩) والتي نصت على (أقوم بالتواصل مع معالجي باستمرار)، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٣.٥٣) وانحراف معياري (٠.٦٤) في القياس البعدي، بينما بلغت قيمته في القياس القبلي (٣.٢٧) و انحراف معياري (٠.٥٩) . وهذا يبين أن الغالبية من المتعاطين يعتقدون أن لديهم حرص باستمرار التواصل مع المعالجين بدرجة عالية جدا.

كما بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٤) أن العبارة رقم (٢١) حيث نصت على (أحرص على حضور مجموعات التعافي بشكل مستمر) قد حازت على المرتبة الثانية في القياس القبلي والبعدي ويدعم ذلك المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (٣.٤٧) وانحراف معياري قدره (٠.٦٤) في القياس البعدي، ويمتوسط حسابي (٣.٠٧) وانحراف معياري (٠.٨٠) في القياس القبلي. وهذا يبين أن هناك حرص من غالبية أفراد العينة على حضور مجموعات التعافي بشكل مستمر، مما يبين وجود الرغبة للغالبية للتوقف عن التعاطي.

كما كشفت النتائج في الجدول رقم (٥-٤) أن العبارة رقم (٢٠) والتي نصت على: (أشعر بأنني لا احتاج الى الأنشطة العلاجية) قد نالت المرتبة الثالثة في القياس البعدي و بمتوسط حسابي (٣.٤٠) وانحراف معياري (٠.٥١)، بينما نالت المرتبة الخامسة في القياس القبلي وبمتوسط حسابي قدره (٢.٩٣) وانحراف معياري (٠.٨٠). وهذا يدل على وصول غالبية أفراد العينة لحد الكفاية من الأنشطة العلاجية التي تم إخضاعهم ، مما يبين وجود درجة عالية جدا من التحسن في الوضع الصحي لهم في القياس البعدي.

وفي ذات السياق، فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٤) أن العبارة رقم (٢٣) والتي نصت على: (عند محاولتي للتوقف عن تعاطي المواد المخدرة أجد انني غير جدي في قراري) قد نالت المرتبة قبل الأخيرة في القياس البعدي بمتوسط حسابي (٢.٧٣) وانحراف معياري (١.٠٣)، بينما في القياس القبلي قد نالت المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (٢.٩٣) وانحراف معياري (١.٢٢).

عليه يتبين مما سبق أنه من الطبيعي أن يتردد الشخص المدمن في اتخاذ قرار حاسم بشأن التوقف عن تعاطي المؤثرات العقلية خصوصاً إذا تعرض لضغوط خارجية اثره على مستوى تعافيه مثل الخلافات الزوجية او رفض المجتمع له، مما سيجعله عرضة للانتكاسة مرة أخرى.

وأخيراً، فقد أظهرت النتائج بالجدول رقم (٥-٤) أن العبارة رقم (٢٢) والتي نصت على: (أجد انني انسحب من المواقف الصعبة ولا أحاول السعي لتحقيقها) قد نالت المرتبة الأخيرة من بين عناصر الدافعية الإيجابية في القياس البعدي و بمتوسط حسابي(٢٠.٢٧) وانحراف معياري (١.١٦)، بينما نالت المرتبة الرابعة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٢٠.٩٣) وانحراف معياري (٠.٨٨). وبناء على المؤثرات السابقة يمكن القول أن غالبية أفراد العينة من المتعافين من المؤثرات العقلية في القياس البعدي أنهم لا ينسحبون من المواقف الصعبة بل يحاولون السعي لتحقيقها وهذا مؤشر جيد يدل على التحسن وتوفر الدافعية الإيجابية. جدول رقم (٥-٥) تابع : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول فقرات بُعد المثابرة والتوجه للمستقبل

رقم العبارة	البعد الخامس: المثابرة والتوجه للمستقبل	القياس القبلي			القياس البعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	عدم صبري يعيقني في تحقيق أهدافي.	٣.٦٧	٠.٦٢	١	٣.٢٠	٠.٧٧
٢	استثمر وقت فراغي لكي أنجز ما هو مفيد.	٢.٦٠	٠.٩١	٥	٢.٦٠	٠.٧٤
٣	أتنازل عن أهدافي إذا واجهتني صعوبات في تحقيقها	٢.٤٠	١.١٢	٦	٢.١٣	١.٠٦
٤	أشعر بالملل وعدم الرغبة في إكمال العلاج من الإدمان	٢.٩٣	٠.٩٦	٣	٢.٠٧	٠.٨٨
٥	أشعر أنني لا أستطيع إكمال ما خططت له من أهداف لحياتي	٢.٦٧	٠.٩٨	٤	١.٧٣	٠.٨٨
٦	لا أشعر بملل من العمل المتواصل لحل مشكلة حتى أجد لها حلاً مناسباً.	٣.٠٠	٠.٨٥	٢	٣.٦٠	٠.٥١
	المتوسط الحسابي المرجح العام	٢.٨٨	٠.٣٢		٢.٥٦	٠.٣٧

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٥) استجابات أفراد العينة حول المثابرة والتوجه للمستقبل، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٥٦) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٣٧)، بينما في القياس البعدي بلغت قيمته (٢.٨٨) وانحراف معياري قدره (٠.٣٢). وبالتالي نستنتج أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية عينة البحث الحالي لديهم درجة عالية للمثابرة والتوجه للمستقبل، مما يعزز من فرص العلاج والتوقف عن التعاطي.

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٥) أن العبارة رقم (٣٠) حيث نصت على (لا أشعر بملل من العمل المتواصل لحل مشكلة حتى أجد لها حلاً مناسباً) قد حازت على المرتبة الأولى في القياس القبلي، ويدعم ذلك المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (٣.٦٠) وانحراف معياري قدره (٠.٥١). بينما حازت على المرتبة الثانية في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٠٠) وانحراف معياري (٠.٨٥). وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة من المتعافين من المؤثرات العقلية يرون أنهم لا يشعرون بالملل من العمل المتواصل لحل مشكلة ما حتى يجدون الحل المناسب لها، وهذا يبين مدى توفر المثابرة والبحث عن الحلول في المستقبل من جانب المتعافين من المؤثرات العقلية.

كما كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-٥) أن العبارة رقم (٢٥) والتي نصت على: (عدم صبري يعيقني في تحقيق أهدافي) من أهم العناصر التي تفسر المثابرة والتوجه للمستقبل، حيث حازت على المرتبة الثانية في القياس البعدي بمتوسط حسابي قدره (٣.٢٠) وانحراف معياري (٠.٧٧). بينما نالت المرتبة الأولى في القياس القبلي بمتوسط (٣.٦٧) وانحراف معياري (٠.٦١). وهذا يبين أن الغالبية من أفراد العينة المشاركين في الدراسة الحالية يعتقدون أن عدم الصبر قد أعاقهم بدرجة عالية في تحقيق أهدافهم.

كما كشفت النتائج في الجدول رقم (٥-٥) أن العبارة رقم (٢٦) والتي نصت على: (استثمر وقت فراغي لكي أنجز ما هو مفيد) قد نالت المرتبة الثالثة في القياس البعدي بمتوسط حسابي (٢.٦٠) وانحراف معياري (٠.٧٤). بينما نالت المرتبة الخامسة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٢.٦٠) وانحراف معياري (٠.٩٢). وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يؤكدون أنهم يستثمرون وقت الفراغ لإنجاز ما هو مفيد سواء لهم أو لغيرهم مما يبين توفر المثابرة والتوجه نحو المستقبل من خلال استثمار وقت الفراغ.

وفي ذات السياق، فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٥) أن العبارة رقم (٢٧) والتي نصت على: (أشعر بالملل وعدم الرغبة في إكمال العلاج من الإدمان) قد نالت المرتبة قبل الأخيرة بمتوسط حسابي (٢.٠٧) وانحراف معياري (٠.٨٨) في القياس البعدي. بينما حازت على المرتبة الثالثة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٢.٩٣) وانحراف معياري (٠.٩٦). عليه يتبين من قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي أن غالبية أفراد العينة يعتقدون أنهم لا يشعرون بالملل وعدم الرغبة في إكمال العلاج من الإدمان، عكس ما كان لديهم في القياس القبلي. وهذا يدل على وجود رغبة لدى المتعافين في العبور إلى مستقبل أفضل.

وأخيراً، فقد كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-٥) أن العبارة رقم (٢٩) والتي نصت على: (أشعر أنني لا أستطيع إكمال ما خططت له من أهداف لحياتي) قد نالت المرتبة الأخيرة في القياس البعدي و بمتوسط حسابي (١.٧٣) وانحراف معياري (٠.٨٨). بينما حازت على المرتبة الرابعة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٢.٦٧) وانحراف معياري (٠.٩٨). وبالتالي يتضح مما سبق أن هناك تحول إيجابي في الشعور لإكمال ما خطط لتحقيقه من أهداف تتعلق بالحياة، وهذا عكس ما كان قبل تناول الأنشطة الداعمة للعلاج ، وبالتالي هناك نظرة إيجابية نحو إكمال العلاج.

جدول رقم (٥-٦) تابع: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول فقرات بعد الشعور بأهمية الزمن

رقم العبارة	البعد السادس: الشعور بأهمية الزمن	القياس القبلي			القياس البعدي		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	أعتقد أن الوقت لازال مبكراً لتوقفي عن التعاطي	٢.١٣	١.١٣	٦	١.٣٣	٠.٦٢	٦
٢	أفضل ساعات يومي هي التي أقضيها بين أصدقائي	٢.٢٧	٠.٨٠	٥	٣.٣٣	٠.٨٢	١
٣	لدي المعرفة والقدرة على تنظيم وقتي وجدولة مهامي اليومية	٢.٦٠	٠.٧٤	٣	٢.٨٧	٠.٧٤	٤
٤	أستطيع أن أتخلص من المغريات التي تستنفد وقتي بدون فائدة	٢.٣٣	٠.٨٢	٤	٢.٩٣	٠.٧٠	٣
٥	الانشغال بالتعاطي والمهام المتعلقة به يستهلك وقت كبير من حياتي	٣.٦٧	٠.٦٢	١	٢.٧٣	١.٢٨	٥
٦	كثيراً ما أجد نفسي غير قادر على استثمار وقت فراغي في شيء مفيد	٣.١٣	٠.٩٩	٢	٣.٠٠	١.٠٠	٢
	المتوسط الحسابي المرجح العام	٢.٦٩	٠.٣٨		٢.٧٠	٠.٢٨	

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٦) استجابات أفراد العينة حول الشعور بأهمية الزمن، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٧٠) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٢٨). بينما في القياس القبلي بلغت (٢.٦٩) وانحراف معياري (٠.٣٨). وبالتالي نستنتج أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية عينة البحث الحالي لديهم شعور بدرجة عالية بأهمية الزمن مما يعزز لديهم دافعية إيجابية نحو مواصلة العلاج.

كشفت النتائج في الجدول رقم (٥-٦) أن العبارة رقم (٣٢) والتي نصت على: (أفضل ساعات يومي هي التي أقضيها بين أصدقائي) قد نالت المرتبة الأولى من بين العبارات المفسرة لأهمية الزمن لدى أفراد العينة من المتعافين ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي حيث بلغت في القياس البعدي (٣.٣٣) وانحراف معياري (٠.٨٢). بينما نالت المرتبة الخامسة في القياس القبلي بمتوسط حسابي قدره (٢.٢٧) وانحراف معياري (٠.٨٠).

وبالتالي فإن قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي بعد التعرض للأنشطة العلاجية تدل على أن غالبية أفراد العينة يؤكدون وبدرجة عالية جدا أن أفضل ساعات اليوم هي التي يتم قضاؤها بين الأصدقاء. ولذلك فإن الاحتفاظ بالعلاقة الإيجابية مع الأصدقاء تعزز الدافعية نحو العلاج.

كما بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٦) أن العبارة رقم (٣٦) حيث نصت على (كثيراً ما أجد نفسي غير قادر على استثمار وقت فراغي في شيء مفيد) قد حازت على المرتبة الثانية في القياس البعدي والقبلي ، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي (٣.٠٠) وانحراف معياري (١.٠٠). بينما في القياس القبلي بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣.١٣) وانحراف معياري (٠.٩٩). وهذا يبين أن لتعاطي المؤثرات العقلية آثار سلبية عديدة تقود الشخص المتعافي منها إلى النسيان وضياح الوقت وعدم القدرة على استثماره فيما يفيد.

وفي ذات السياق، فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٦) أن العبارة رقم (٣٤) والتي نصت على: (أستطيع أن أتخلص من المغريات التي تستنفد وقتي بدون فائدة) قد نالت المرتبة الثالثة في القياس البعدي بمتوسط حسابي (٢.٩٣) وانحراف معياري (٠.٧٠)، بينما حازت على المرتبة الرابعة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٢.٥٣) وانحراف معياري (٠.٨٢). وعليه يتبين مما سبق أن هناك عزيمة لدى المتعافين للتخلص من المغريات التي تستنفذ الوقت بدون فائدة.

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٦) أن العبارة رقم (٣٥) والتي نصت على: (الانشغال بالتعاطي والمهام المتعلقة به يستهلك وقت كبير من حياتي) من بين العناصر المفسرة لشعور المتعاطي بأهمية الزمن، حيث حازت على المرتبة قبل الأخيرة في القياس البعدي بمتوسط حسابي قدره (٢.٧٣) وانحراف معياري (١.٢٨). بينما نالت المرتبة الأولى في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٦٧) وانحراف معياري (٠.٦٢). وهذا يبين أن غالبية من أفراد العينة يدركون وبدرجة عالية بأن الانشغال بالتعاطي والمهام المتعلقة به يستهلك منهم وقت كبير في حياتهم.

وأخيراً، فقد كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-٦) أن العبارة رقم (٣١) والتي نصت على: (أعتقد أن الوقت لازال مبكراً لتوقفي عن التعاطي) قد نالت المرتبة الأخيرة في القياس البعدي والقبلي ، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي (١.٣٣) وانحراف معياري

(٠.٦٢)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٢.١٣) وانحراف معياري (١.١٣). وبالتالي يتضح مما سبق أن غالبية أفراد العينة لا يعتقدون أن الوقت لا زال مبكراً لتوقف عن التعاطي. وهذا يبين مدى استعدادهم للاستمرار في البرامج العلاجية من أجل الخروج من مأزق تعاطي المؤثرات العقلية.

جدول رقم (٧-٥) تابع : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول فقرات بعد الحاجة للتقبل

رقم العبارة	البعد السابع: الحاجة للتقبل	القياس القبلي			القياس البعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	أشعر بأنني ليس لي قيمة بين أهلي ومعارفي .	٢.٦٧	٠.٩٨	٦	٢.٤٠	٠.٩٩
٢	أشعر بالحزن عندما ينظر الناس الي بأني مدمن	٣.١٣	١.١٩	٤	٢.٤٠	١.١٢
٣	أدرك بأنني أسأت لسمعة أسرتي بتعاطي المؤثرات العقلية	٣.٦٧	٠.٦٢	١	٣.٦٠	٠.٦٣
٤	أرغب في تغيير حياتي من أجل تغيير نظرة الناس عني	٢.٩٣	٠.٩٦	٥	٢.٨٧	٠.٩٩
٥	مشاركتي للمجتمع - بعد التعافي - تحد من نظرهم السلبية لي.	٣.٣٣	٠.٦٢	٣	٣.٦٠	٠.٥١
٦	أدرك بأن تغيير عاداتي السلبية القديمة أثر كبير في تقبل المجتمع لي	٣.٥٣	٠.٥٢	٢	٣.٨٠	٠.٤١
	المتوسط الحسابي المرجح العام	٣.٢١	٠.٤٧		٣.١١	٠.٤٣

بينت النتائج بالجدول رقم (٧-٥) استجابات أفراد العينة حول الحاجة للتقبل، حيث يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٣.١١) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٤١)، بينما في القياس القبلي بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣.٢١) وانحراف معياري (٠.٤٧). وبالتالي نستنتج أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية عينة البحث الحالي لديهم حاجة بدرجة عالية للتقبل من الآخرين سواء أكان مجتمع أو أسرة أو أصحاب أسوياء.

كما أظهرت النتائج بالجدول رقم (٧-٥) أن العبارة رقم (٤٢) والتي نصت على: (أدرك بأن تغيير عاداتي السلبية القديمة أثر كبير في تقبل المجتمع لي) من أهم العناصر المفسرة

للحاجة إلى التقبل، حيث حازت على المرتبة الأولى في القياس البعدي بمتوسط حسابي (٣.٨٠) وانحراف معياري (٠.٤١)، بينما في القياس القبلي نالت المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره (٣.٥٣) وانحراف معياري (٠.٥٢). وبالتالي نستنتج من ذلك أن غالبية أفراد العينة يدركون وبدرجة عالية جداً أن تغييرهم لعاداتهم السلبية القديمة له أثر كبير في تقبل المجتمع لهم.

كما بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٧) أن العبارة رقم (٣٩) حيث نصت على (أدرك بأنني أسأت لسمعة أسرتي بتعاطي المؤثرات العقلية) قد حازت على المرتبة الثانية في القياس البعدي بمتوسط حسابي قدره (٣.٦٠) وانحراف معياري (٠.٦٣)، بينما نالت المرتبة الأولى في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٦٧) وانحراف معياري (٠.٦٢). وهذا يبين أن غالبية أفراد العينة المتعافين من تعاطي المؤثرات العقلية المشاركين في الدراسة يدركون وبدرجة عالية جداً أنهم قد أساءوا لسمعة أسرهم بتعاطي المؤثرات العقلية وهذا يعتبر تغيير إيجابي مما يعزز فرص العلاج والاستجابة للبرامج العلاجية.

وفي ذات السياق، فقد كشفت النتائج في الجدول رقم (٥-٧) أن العبارة رقم (٤١) والتي نصت على: (مشاركتي للمجتمع - بعد التعافي - تحد من نظرتهم السلبية لي). قد نالت المرتبة الثالثة في القياس البعدي ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٣.٦٠) وانحراف معياري (٠.٥١)، بينما نالت المرتبة الثالثة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٣٣) وانحراف معياري (٠.٦٢). وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يؤكدون أن مشاركتهم للمجتمع بعد التعافي لها دور كبير جداً في الحد من نظرة المجتمع السلبية تجاههم.

كما بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٧) أن العبارة رقم (٣٨) والتي نصت على: (أشعر بالحزن عندما ينظر الناس الي بأنني مدمن) قد نالت المرتبة قبل الأخيرة في القياس البعدي بمتوسط حسابي (٢.٤٠) وانحراف معياري (١.١٢)، بينما حازت على المرتبة الرابعة في القياس القبلي بمتوسط حسابي قدره (٣.١٣) وانحراف معياري (١.١٩). عليه يتبين مما سبق أن غالبية المتعافين في القياس القبلي يشعرون بالحزن عندما ينظر الناس إليهم على أنهم مدمنون، إلا أن هذا الحزن قد تغير الآن بعد وصولهم إلى مرحلة التعافي.

وأخيراً، فقد كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-٧) أن العبارة رقم (٣٧) والتي نصت على: (أشعر بأنني ليس لي قيمة بين أهلي ومعرفي) قد نالت المرتبة الأخيرة في القياس القبلي

والبعدي، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٢.٦٧) وانحراف معياري (٠.٩٨)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي (٢.٤٠) وانحراف معياري (٠.٩٩). وبالتالي فإن استجابات أفراد العينة في القياس القبلي تشير إلى أنهم يشعرون بأنه ليست لهم قيمة بين أهلهم ومعرفهم، إلا أن هذا النظرة قد تغيرت في القياس البعدي بعد تعرضهم للأنشطة العلاجية ، حيث أدت إلى تحسن ملحوظ.

جدول رقم (٥-٨) تابع : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول فقرات بعد التعافي الإيجابي

رقم العبارة	البعد السابع: التعافي الإيجابي	القياس القبلي		القياس البعدي		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	لا أستفيد من الجلسات العلاجية لأنها غير فعالة	١.٦٠	٠.٨٣	١٢	١.٢٧	٠.٤٦
٢	منعي من التدخين لن يساعديني في إكمال العلاج	٢.٢٧	١.١٦	٧	٢.٢٧	١.١٠
٣	أدرك ان نجاحي في العلاج يتطلب مني اجتهاد وتعب	٣.٦٧	٠.٦٢	١	٣.٩٣	٠.٢٦
٤	البرامج العلاجية الحالية ضرورية لعلاجي من الإدمان.	٣.٢٠	٠.٧٧	٤	٣.٧٣	٠.٥٩
٥	وجودي في المستشفى لن يكون سبباً لتوقفي عن التعاطي	٣.٢٧	١.٠٣	٣	٢.٩٣	٠.٩٦
٦	مشكلتي في عدم الإقناع بالعلاج أنه ليس هناك أحد يفهمني	٢.٢٠	١.٠١	١٠	١.٨٧	١.٢٥
٧	خسارتي لأشيائي المهمة في حياتي تجعلني لا ارجب في العلاج	٢.٢٧	٠.٩٦	٨	٢.١٣	٠.٨٣
٨	أشعر برغبة في المشاركة في جميع الأنشطة العلاجية المقدمة لي	٢.٩٣	٠.٨٨	٥	٣.٤٠	٠.٨٣
٩	أشعر بعدم القدرة على التوقف عن المؤثرات العقلية بسبب حياتي التعيسة	٢.٢٠	١.١٥	٩	١.٨٠	٠.٦٨
١٠	عدم توفير بعض الخدمات في المصحة لا يمنعي من مواصلة علاجي	٢.٧٣	١.١٠	٦	٢.٧٣	١.٠٣
١١	قرار العلاج من المؤثرات العقلية قراري وحدي ولا يمكن ان يتخذه شخص آخر نيابة عني	٣.٢٧	١.٠٣	٢	٣.٤٧	٠.٩٩
١٢	البرامج العلاجية المقدمة هنا، هي المسنولة عن عدم أقناعي بالتوقف عن المؤثرات العقلية	٢.٠٧	١.٠٣	١١	١.٦٧	٠.٧٢
	المتوسط الحسابي المرجح العام	٢.٦٤	٠.٣٦		٢.٦٠	٠.٣٢

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٨) استجابات أفراد العينة حول التعافي الإيجابي، حيث يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٦٠) من إجمالي درجات (٤)، بانحراف معياري (٠.٣٢) بينما بلغت في القياس القبلي (٢.٦٤) وانحراف معياري (٠.٣٦). وبالتالي نستنتج أن غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية عينة البحث الحالي يشعرون بدرجة عالية من التعافي الإيجابي.

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٨) أن العبارة رقم (٤٥) والتي نصت على: (أدرك ان نجاحي في العلاج يتطلب مني اجتهاد وتعب) من أهم العناصر المفسرة للتعافي الإيجابي في القياس البعدي والقبلي، حيث حازت على المرتبة الأولى، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي حيث بلغت (٣.٩٣) وانحراف معياري (٠.٢٦)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٣.٦٧) وانحراف معياري (٠.٦٢). وبالتالي نستنتج من ذلك أن غالبية أفراد العينة المتعافين يدركون وبدرجة عالية جداً أن نجاحهم في العلاج يتطلب منهم اجتهاد وتعب. كما كشفت النتائج في الجدول رقم (٥-٨) أن العبارة رقم (٤٦) والتي نصت على: (البرامج العلاجية الحالية ضرورية لعلاجي من الإدمان) قد نالت المرتبة الثانية في القياس البعدي بمتوسط حسابي (٣.٧٣) وانحراف معياري (٠.٥٩)، بينما نالت المرتبة الرابعة في القياس القبلي بمتوسط حسابي قدره (٣.٢٠) وانحراف معياري (٠.٧٧). وهذا يبين أن غالبية أفراد العينة يؤكدون وبدرجة عالية جداً أن البرامج العلاجية الحالية ضرورية للعلاج من الإدمان.

وفي ذات السياق، فقد بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٨) أن العبارة رقم (٥٣) والتي نصت على: (قرار العلاج من المؤثرات العقلية قراري وحدي ولا يمكن ان يتخذه شخص آخر نيابة عني) قد نالت المرتبة الثالثة من بين العبارات المفسرة للتعافي الإيجابي في القياس البعدي و بمتوسط حسابي قدره (٣.٤٧) وانحراف معياري (٠.٩٩). بينما نالت المرتبة الثانية في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٣.٢٧) وانحراف معياري (١.٠٣). وبالتالي نستنتج مما سبق أن غالبية المتعافين المشاركين في الدراسة الحالية يؤكدون أن قرار العلاج من المؤثرات العقلية هو قرار فردي ولا يمكن ان يتخذه غيرهم بالإنابة، وهذا يبين مدى الوعي لدى المتعافين بأهمية الالتزام بقرار العلاج.

كما أشارت النتائج بالجدول رقم (٥-٨) أن العبارة رقم (٥٠) والتي نصت على: (أشعر برغبة في المشاركة في جميع الأنشطة العلاجية المقدمة لي) قد نالت المرتبة الرابعة من بين العبارات المفسرة للتعافي الإيجابي القياس البعدي ويعزز ذلك قيمة المتوسط الحسابي (٣.٤٠) وانحراف معياري (٠.٨٣).، بينما حازت على المرتبة الخامسة في القياس القبلي بمتوسط حسابي (٢.٩٣) وانحراف معياري (٠.٨٨). وبالتالي نستنتج مما سبق أن غالبية المتعافين المشاركين في الدراسة الحالية يشعرون وبدرجة عالية أن لديهم الرغبة في المشاركة في جميع الأنشطة العلاجية المقدمة لهم.

ومن جانب آخر، يتضح أن العبارة رقم (٥٤) والتي نصت على: (البرامج العلاجية المقدمة هنا، هي المسؤولة عن عدم أفعائي بالتوقف عن المؤثرات العقلية) قد نالت المرتبة قبل الأخيرة في القياس البعدي بمتوسط الحسابي (١.٦٧) وانحراف معياري (٠.٧٢). كما نالت المرتبة قبل الأخيرة في القياس القبلي بمتوسط حسابي قدره (٢.٠٧) وانحراف معياري (١.٠٣) وبالتالي يتضح مما سبق أن غالبية أفراد العينة لا يرون أن البرامج العلاجية المقدمة هي المسؤولة عن عدم إقناعهم بالتوقف عن المؤثرات العقلية، وهذا يدل على قناعة الغالبية بالبرامج العلاجية من أجل الوصول على مرحلة التعافي والتي تتطلب صبرا وجهدا وتركيزاً

وفي ذات المسار، فقد كشفت النتائج بالجدول رقم (٥-٨) أن العبارة رقم (٤٣) والتي نصت على: (لا أستفيد من الجلسات العلاجية لأنها غير فعالة) قد نالت المرتبة الأخيرة في القياس البعدي والقبلي ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي (١.٢٧) وانحراف معياري (٠.٤٦) في القياس البعدي، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (١.٦٠) وانحراف معياري (٠.٨٣). وبالتالي يتضح مما سبق أن غالبية أفراد العينة لا يوافقون أنهم يشعرون بعدم القدرة على التوقف عن المؤثرات العقلية بسبب حياتهم التعيسة.

جدول رقم (٥-٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة لأبعاد مقياس الدافعية للعلاج في القياس القبلي والبعدى

الترتيب	القياس البعدى		الترتيب	القياس القبلي		أبعاد الدافعية للعلاج	رقم البعد
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
٣	٠.٢٨	٢.٨٣	٤	٠.٢٩	٢.٨٧	تحمل المسؤولية	١
٨	٠.٤٥	٢.٤٦	٨	٠.٣٣	٢.٤٦	الاستقلال	٢
٧	٠.٤٣	٢.٥٢	٧	٠.٢٠	٢.٥٧	الاستبصار بمشكلة الإدمان	٣
٢	٠.٢٩	٣.١١	٢	٠.٤٢	٣.٠٠	الدافعية الإيجابية	٤
٦	٠.٣٧	٢.٥٦	٣	٠.٣٢	٢.٨٨	المثابرة والتوجه للمستقبل	٥
٤	٠.٢٨	٢.٧٠	٥	٠.٣٨	٢.٦٩	الشعور بأهمية الزمن	٦
١	٠.٤٣	٣.١١	١	٠.٤٧	٣.٢١	الحاجة إلى التقبل	٧
٥	٠.٣٢	٢.٦٠	٦	٠.٣٦	٢.٦٤	التعافي الإيجابي	٨
	٠.١٩	2.74		٠.١٤	٢.٧٩	المتوسط الحسابي المرجح العام	

بينت النتائج بالجدول رقم (٥-٩) استجابات أفراد العينة حول مقياس الدافعية للعلاج وأبعاده، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام بلغت (٢.٧٤) من إجمالي درجات (٤) في القياس البعدى بانحراف معياري (٠.١٩)، بينما بلغت قي القياس القبلي (٢.٧٩) بانحراف معياري قدره (٠.١٤). وهذا يبين أن هناك مستوى مرتفع من الدافعية للعلاج لدى أفراد العينة من المتعافين من المؤثرات العقلية. كما يتضح من النتائج من أن بعد الحاجة إلى التقبل يعد من أهم الأبعاد لدى أفراد العينة، حيث يتبين أن هناك حاجة بدرجة عالية للتقبل، يليه في المرتبة الثانية بعد الدافعية الإيجابية ويلى ذلك في المرتبة الثالثة بعد تحمل المسؤولية في القياس البعدى بمتوسط حسابي، بينما نال في القياس القبلي المرتبة الرابعة، بينما بعد الشعور بأهمية الزمن نال المرتبة الرابعة في القياس البعدى والخامسة في القياس القبلي. كما جاء في المرتبة الخامسة بعد التعافي الإيجابي في القياس البعدى، بينما نال المرتبة السادسة في القياس القبلي.

نتائج الدراسة:

في ضوء تحليل بيانات الدراسة، فقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

١. أظهرت نتائج الدراسة أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام لاستجابات أفراد العينة حول مدى توفر توكيد الذات لديهم قد بلغت (٢.٩٩) وانحراف معياري قدره (٠.٣١).
٢. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول مدى تحمل المسؤولية، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس القبلي بلغت (٢.٨٧) من إجمالي درجات (٤)، بانحراف معياري (٠.٢٩)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لتحمل المسؤولية في القياس البعدي (٢.٨٣) وانحراف معياري (٠.٢٨).
٣. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول الاستبصار بمشكلة الإدمان، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٥٢) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٤٣)، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي في القياس القبلي (٢.٥٧) بانحراف معياري (٠.٢٠).
٤. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول الدافعية الإيجابية، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام بلغت (٣.٠٠) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٤٢)، في القياس القبلي، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣.١١) وانحراف معياري (٠.٢٩) في القياس البعدي.
٥. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول المثابرة والتوجه للمستقبل، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٥٦) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٣٧)، بينما في القياس البعدي بلغت قيمته (٢.٨٨) وانحراف معياري قدره (٠.٣٢).
٦. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول الشعور بأهمية الزمن، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٧٠) من إجمالي درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٢٨). بينما في القياس القبلي بلغت (٢.٦٩) وانحراف معياري (٠.٣٨).
٧. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول الحاجة للتقبل، حيث يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٣.١١) من إجمالي

- درجات (٤) بانحراف معياري (٠.٤١)، بينما في القياس القبلي بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣.٢١) وانحراف معياري (٠.٤٧).
٨. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول التعافي الإيجابي، حيث يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام في القياس البعدي بلغت (٢.٦٠) من إجمالي درجات (٤)، بانحراف معياري (٠.٣٢) بينما بلغت في القياس القبلي (٢.٦٤) وانحراف معياري (٠.٣٦).
٩. أظهرت نتائج الدراسة أن استجابات أفراد العينة حول مقياس الدافعية للعلاج وأبعاده، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام بلغت (٢.٧٤) من إجمالي درجات (٤) في القياس البعدي بانحراف معياري (٠.١٩)، بينما بلغت في القياس القبلي (٢.٧٩) بانحراف معياري قدره (٠.١٤).
١٠. أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي لمتغير الذكاء الوجداني البين شخصي على التعافي لدى المتعافين من المؤثرات العقلية، بينما بينت النتائج أنه ليس هناك أثر دال إحصائياً لمتغير الدافعية للعلاج في مرحلة التعافي. كما أشارت النتائج أن المتغيرين الوسيطين الذكاء الوجداني البين-شخصي والدافعية للعلاج يفسران نسبة ٦٠% من التغيرات لدى المتعافين من المؤثرات العقلية في مرحلة التعافي.
١١. بينت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء الوجداني البين شخصي في مستوى التعافي، وقد يعزى ذلك إلى تطبيق الأنشطة العلاجية من خلال حضور الجلسات العلاجية، حيث أسهم ذلك في تعزيز الذكاء الوجداني لهم الذي أدى إلى رفع مستوى التعافي.
١٢. كشفت نتائج الدراسة أنه ليست هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية (٠.٠١) بين مرتفعي ومنخفضي الدافعية للعلاج في مستوى التعافي، وقد يعزى ذلك لأسباب التغيب وعدم الانتظام في جلسات الأنشطة المتعلقة بالعلاج.
١٣. أظهرت النتائج أنه لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين الوسيطين مستوى الذكاء الوجداني البين -شخصي ومستوى الدافعية للعلاج لدى المتعافين من المؤثرات العقلية.

توصيات الدراسة:

من أجل الوصول إلى برامج علاجية فعالة والحد من ظاهرة تعاطي المؤثرات العقلية توصي الباحثة بما يلي:

١. أوصت الدراسة على أهمية تحفيز المتعافين من المؤثرات العقلية وذلك من خلال تبني برامج علاجية باستخدام مراحل التغيير مع الحرص على تعزيز الذكاء الوجداني البيد - شخصي وتحفيز الدافعية للعلاج، حيث تبين أن تطبيق مراحل التغيير يساهم في منع الانتكاسة.
 ٢. ضرورة التعامل الإيجابي من جانب أفراد المجتمع وعلى وجه الخصوص الأسرة، مع المتعافين من المؤثرات العقلية، وذلك حتى يتم إبعادهم عن مسببات الانتكاسة.
 ٣. هناك أهمية لزيادة جلسات العلاج الخاصة بالمتعافين من المؤثرات العقلية، من خلال تطبيق مراحل التغيير، حتى يتم ضمان تعديل السلوك مع مراعاة تجانس جماعة المتعافين من حيث الجوانب العقلية والمعرفية.
 ٤. كما اثبت النتائج ان جاهزية المتعافين لبرامج التأهيل تعتمد بشكل كامل على انتهاء المستفيدين مرحلة اعراض الانسحاب الأولية لكي يكونو قادرين على تلقي المعلومات والتفاعل مع البرامج التأهيلية التي تبدأ بعد فترة انسحاب السموم من الجسم.
 ٥. بث الأمل بين المتعافين الذين يخضعون لبرامج علاجية من أجل تعزيز الثقة لديهم وإتباع أساليب التوجيه المناسبة مع فتح المجال للتنفيس عن المشاعر في بداية الجلسات.
- ضرورة استخدام تقنيات متعددة مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي، وذلك من خلال تعزيز الدافعية للعلاج والحد من فرص العودة مرة أخرى للإدمان

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو زيد، مدحت (٢٠٠٣) لهفة الإدمان تشخيصها وعلاجها، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة.
- أحمد، سهير كامل (٢٠٠٦) الشخصية المدمنة، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.
- أوتو مايكل (٢٠١٣) الكحول والتبغ، الجوانب الطبية والاجتماعية للاستخدام والتعاطي والإدمان، ترجمة وتحقيق: بلال سالم، وأيمن اللبان، دار العلم للملايين للنشر والتوزيع.
- البستاني، انطوان لطف الله (٢٠٠٣) المخدرات والمسكرات والمهدئات ، مدخل عالم إلى الإدمان والعلاج والتأهيل، دار النهار ، بيروت.
- البريشن، عبد العزيز بن عبد الله، (٢٠٠٢) الخدمة الاجتماعية في مجال إيمان المؤثرات العقلية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض.
- بركات، مطاوع، والحلاق إقبال (٢٠١١) أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في دمشق، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد ٣٣، العدد ٥.
- حريم، حسين (٢٠٠٢) السلوك التنظيمي وسلوك الافراد في المنظمات، دار زهران للنشر والتوزيع، الاردن.
- حنفي، صفوت وفيق، (٢٠٠٥) مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة. القاهرة، دار العلم والثقافة. ط ١.
- الحيالي، وليد ناجي، (٢٠٠٤) قياس التكاليف المادية لتعاطي المخدرات في الأردن، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد ١٥، العدد ٢٩، ٤٣ - ٧٨.
- الحراشة، أحمد حسن، الجزازي، جلال علي (١٩٨٩) إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- حجار، محمد حمدي، (١٤١٣) الأرضية العلمية والإرشادية العلاجية للإدمان وفقاً للنظرية الانفعالية والمدرسة السلوكية ، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- حجازي ، سمير سعيد (٢٠١٠) معجم المصطلحات في علم النفس وعلم الاجتماع ونظرية المعرفة، دار الكتب العلمية ، بيروت ، لبنان.
- جمعة ، محمد (٢٠٠٧) تعاطي المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات، علم النفس الأكاديمي المعاصر، مكتبة الدار العربية للكتاب، الطبعة الأولى.
- الخليفي، حنان ناصر (٢٠١٠) الرضا الوظيفي وعلاقته بالذكاء الوجداني لدى عينة من معلمات المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية.

- الخلف، عمر بن ناصر بن محمد، (٢٠٠٧) مستوى التوافق الانفعالي والاجتماعي لدى المتعاطين وغير المتعاطي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، رسالة ماجستير غير منشورة.
- الخزاعي، حسين (٢٠١٠) التوقف عن إدمان المخدرات واثرة على تحسن نوعية الحياة ، دراسة اجتماعية تطبيقية، المجلة الجزائرية للدراسات السوسولوجية ، العدد ٤، حزيران (جوان) الريس ، عبد العزيز ناصر، (١٤١٥ هـ) العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعود إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود، الرياض.
- الرندي ، نوفل عصام الدين (١٩٩٨) اتجاه طلبة المرحلة المتوسطة نحو مشكلة المخدرات في دولة الكويت: دراسة ميدانية، المؤتمر العالمي الأول حول دور الدين و الأسرة في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات، في الفترة ١٦-١٨ مارس، الكويت.
- ربيع، عفاف عبد الكريم مرشد (٢٠١٠) درجة الانتكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس ، عمادة الدراسات العليا، فلسطين.
- السيبي، منصور عبد الله ، (٢٠٠٦) دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود لتعاطي المخدرات، جامعة نايف للعلوم الأمنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض.
- السمادوني، السيد إبراهيم (٢٠٠٧) الذكاء الوجداني أسسه، تطبيقاته ، تنميته ، ط١، مكتبة دار الفكر، عمان.
- الشريف، حمود (٢٠٠٨) العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المؤثرات العقلية ، إصدارات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض.
- طه ، فرج عبد القادر وآخرون، (٢٠٠٨) معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى.
- عبدالعزیز، سعود التركي، (١٤٠٩) العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمنظور الإسلامي لمواجهتها، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، العدد الأول.
- عمر، أحمد محمد (٢٠٠٤) دراسة لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية ذات العلاقة بتعاطي المخدرات، مجلة كلية التربية وعلم النفس، (٢٨) الجزء الثالث مكتبة زهراء الشرق، ٢٨٣-٣١٨.
- العززي، يوسف بن سطاتم، (٢٠١٠) الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، كلية الدراسات العليا ، قسم العلوم الاجتماعية، الرياض.
- العيسوي، على محمد (١٩٩٩) علم النفس الشواذ والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى.

هريدي، عادل (١٩٩٤) التوجه إزاء الحياة وعلاقته بالاعتداد بالذات وبالأعراض الجسمية والحالات المزاجية اليومية في ضوء بعض المتغيرات . مجلة بحوث كلية الآداب - جامعة المنوفية ، ع ٢٠ ، ص ٧٧-١١٣ .

هريدي، عادل (١٩٩٦) علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات : دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين . مجلة كلية الآداب - جامعة المنوفية ، ع ٢٦ ، ٢٦٧-٣٢٢ .

هريدي، عادل (١٩٩٩) سيكولوجية حل المشكلات وأحادية الرؤية، مراجعة نقدية (غير منشورة) مقدمة للجنة الدائمة لترقية أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس .

هريدي، عادل (٢٠٠١) الفروق الفردية في الذكاء الوجداني. دراسات عربية في علم النفس ، م . ٢ ، ع ٢٠ ،

عثمان، فاروق السيد ، ورزق، محمد عبد السميع (٢٠٠١) الذكاء الانفعالي مفهومه وقياسه، مجلة علم النفس ، العدد (٥٨) .

سويف، مصطفى، (٢٠٠٣) مشكلة تعاطي المخدرات - بنظرة علمية ، علم النفس في حياتنا الاجتماعية ٣، الدار المصرية اللبنانية.

سويف، مصطفى، (١٩٩٢) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، سلسلة عالم المعرفة عدد رقم ٥٠٥، الكويت.

سلام، وسام عزت (٢٠٠٩) سوء التوافق النفسي والشعور بالاغتراب وعلاقته بالانتكاسة لدى مدمني المواد المخدرة التخليقية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنها، كلية الآداب ، قسم علم النفس، القاهرة.

السليمان، ليلي عبدالله (٢٠٠٧) علاقة هوية الأنا بفاعلية الذات والذكاء الوجداني لدى عينة من المراهقات الموهوبات والعاديات بمكة المكرمة.

الشريبي، زكريا أحمد (١٩٨٨) [المستويات الاقتصادية الاجتماعية الثقافية: دراسة عاملية لتقديرها في العلوم الإنسانية](#) القاهرة، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

عباس، محمد (١٩٨٩) المخدرات والإدمان، المواجهة والتحدي، أخبار القاهرة ، القاهرة. عبد المنعم، عفاف، (١٩٩٩) الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٤) الصيغة العربية لمقياس سنادير للأمل ، مجلة دراسات نفسية، مج ١٤ ، عدد ٢، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين ، القاهرة.

عبد الخالق، أحمد محمد، (٢٠٠٣) معدلات السعادة لدى عينات مصرية مختلفة في المجتمع الكويتي، مجلة دراسات النفسية، المجلد الثالث عشر، العدد الرابع، تصدر عن رابطة الاخصائيين النفسيين.

عيسوي، عبدالرحمن، (١٩٩٣) سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت ، لبنان.

غرموش، هاني، (٢٠١٢) المؤثرات العقلية، إمبراطورية الشيطان، التعريف ، الإدمان، والعلاج، دار النفائس للطباعة والنشر ، بيروت، لبنان.

غانم، محمد (٢٠٠٥) العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة. الغريب ، عبد العزيز على (٢٠٠٦) ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض.

فيلاسكيز، ماري مارتن، (١٤٣٤هـ) العلاج الجمعي لإساءة استخدام العقاقير المخدرة، دليل العلاجي لمراحل التغيير، مؤسسة المشعل الخيرية ، الرياض.

الفالح، سليمان بن قاسم (١٤٠٧هـ) عوامل تعاطي المخدرات في المجتمع السعودي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، قسم علم الاجتماع ، السعودية.

فايد ، حسين (٢٠٠٦) علم النفس المرضي، مؤسسة للنشر والتوزيع، القاهرة. القاسم، موزي محمد (٢٠١١م) الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من السعادة والأمل لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى ، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى.

لاري، آر، سكوابر وآخرون، (٢٠٠٢) الذاكرة من العقل إلى الجزيئات ، تعريب سامر عرار، مكتبة العبيكان ، الرياض.

مشاقبة، محمد أحمد (٢٠٠٧) الإدمان على المخدرات - الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع.

مياسا، محمد (١٩٩٧) مأساة الإدمان، الإدمان سيكولوجيا وقاية وعلاجاً، الطبعة الأولى دار الجليل، بيروت.

مدحت، أبو زيد (١٩٩٨) الارتكاس العقاقيري، دار المعرفة الجامعية، القاهرة. منصور، عبد المجيد، زكريا أحمد الشرييني، (٢٠٠٣) ، سلوك الإنسان بين الجريمة والإدمان، دار الفكر العربي ، القاهرة، الطبعة الأولى.

متولي، فؤاد بسيوني، (٢٠٠٣) التربية وظاهرة انتشار وإدمان المؤثرات العقلية، مركز الإسكندرية ، للكتاب ، الكتاب الخامس.

ممدوح ، عبد المطلب، (٢٠٠٣) جرائم تعاطي المؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لدول الإمارات ،
المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد ٣٢، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية،
الرياض.

محمد، رضوي العامري (٢٠٠٠) دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي المتمركز على
العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب، معهد الدراسات والبحوث التربوية ،
القاهرة.

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض - تصنيف الاضطرابات
النفسية والسلوكية، المكتب الإقليمي لحوض البحر الابيض المتوسط، الاسكندرية.
ناكين، كرايج، (٢٠٠٦) الشخصية المدمنة، ترجمة إنس محمد أحمد قاسم، مركز الإسكندرية للكتاب،
القاهرة.

وهبي، محمد (١٩٩٠) عالم المخدرات بين الواقع والخيال، دار الفكر العربي ، لبنان.
يوسف، مني محمد سليمان، (٢٠١٠) المتابعة في خدمة الفرد ودورها في الحد من حالات الانتكاسة
لدى المتعافين من الإدمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم ، كلية الخدمة
الاجتماعية ، الفيوم.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Bar-On ،R. (1999). Bar-On Emotional QuatirntInventory : User's manual.
Toronto : multi – Health systems .
- Bar-On ،R. (2000) Applications of EmotionallIntelligence : Research to
Everday life. In J. Ciarrochi ،J. Forrgas ،and J. Mayer. (Eds) ،Emotionall
Intelligence in Everday life. Philadelphia : psychology press
- Bar- On ،R. ،(2005): The impact of emotional intelligence on subjective well-
being. Personality in education ،vol. 23 (2) 41- 62
- Barrett, L. F.; Gross, J. Christensen, T; & Benvenuto (2001) Knowing What
You're Felling and Knowing What to do about it : Mapping the relation
between emotion differentiation and emotion regulation Cognition and
Emotion, (6), 713 – 724 .
- Bar-On ،R. (2001). Emotional intelligence and self-actualization. In Joseph
Ciarrochi ،Joe Forgas ،& John D. Mayer (eds.): Emotional intelligence in
everyday life: a scientific inquiry. New York: Psychology Press.