



العدد (٢٢)، الجزء الأول، مارس ٢٠٢٥، ص ١ - ٤٩

فعالية برنامج علاجي عقلاي انفعالي في خفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات

إعداد

حامد حمدان الرفاعي

باحث الدكتوراة، تخصص الإرشاد النفسي والتربوي
جامعة الملك عبدالعزيز

أ.د/ إبراهيم الحسن حكيمي

استاذ علم النفس التربوي
جامعة الملك عبدالعزيز

فعالية برنامج علاجي عقلائي انفعالي في خفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات

أ.د/ إبراهيم حكيم (*) & أ/ حامد الرفاعي (**)

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات. استخدم المنهج التجريبي وتم اختيار عينة عمدية تتألف من (١٢) مشاركاً، بمتوسط عمر (٣٠.٧) سنة وانحراف معياري (٤.٢٦) سنة، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، كل منها تضم (٦) مشاركين. استخدم مقياس التوتر، وبرنامج علاجي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي، كأدوات للدراسة. أظهرت النتائج أن المشاركين في المجموعة التجريبية حققوا انخفاضاً ملحوظاً في مستويات التوتر مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن هذا التأثير استمر في مرحلة التتبع. واستنتجت الدراسة أن البرنامج كان فعالاً في تحسين حالة المشاركين، وأوصت بتوفير فرص تدريبية وإشرافية للمعالجين والمستشارين النفسيين في المؤسسات الصحية لتعلم وتطبيق استراتيجيات العلاج العقلائي الانفعالي مع المتعافين من إدمان المخدرات.

الكلمات المفتاحية: العلاج العقلائي الانفعالي، التوتر، المتعافين من إدمان المخدرات.

(*) استاذ علم النفس التربوي، جامعة الملك عبدالعزيز.

(**) باحث الدكتوراة، تخصص الارشاد النفسي والتربوي، جامعة الملك عبدالعزيز.

The effectiveness of a rational-emotional therapeutic program in reducing stress among recovering drug addicts

Prof Dr. Ibrahim Hakmi & Hamed Al-Rifai

Abstract □

This study aimed to evaluate the effectiveness of a treatment program based on Rational Emotive Therapy in reducing stress levels among individuals recovering from drug addiction. The experimental method was used, and a purposive sample of (12) participants was selected, with an average age of (30.7) years and a standard deviation of (4.26) years. They were randomly assigned into two groups: an experimental group and a control group, each consisting of (6) participants. The study utilized a stress scale and a treatment program based on Rational Emotive Therapy as research tools. The results showed that participants in the experimental group experienced a significant reduction in stress levels compared to the control group, and this effect persisted during the follow-up phase. The study concluded that the program was effective in improving the participants' condition and recommended providing training and supervisory opportunities for therapists and psychological counselors in healthcare institutions to learn and apply Rational Emotive Therapy strategies with individuals recovering from drug addiction.

Keywords: Rational Emotive Therapy, Stress, Individuals Recovering from Drug Addiction.

□

مقدمة:

في كثير من الأحيان، نمر جميعا بلحظات من التوتر والقلق؛ لكن حين يتعلق الأمر بالمتعافين من إدمان المخدرات، يصبح هذا التوتر تحديا يفوق الوصف. فبمجرد أن تبدأ رحلة التعافي، تتأرجح المشاعر بين الأمل والرغبة في حياة أفضل، وبين مخاوف الانتكاس وضغوط الواقع اليومي. إن التحدي الأكبر في هذه المرحلة يكمن في كيفية التكيف مع التوتر والقلق المستمرين، حيث تؤثر هذه المشاعر سلبا على قدرة المتعافين في التعامل مع التغيرات التي يمرون بها. يتطلب الأمر علاجا عقليا انفعاليا يساعد على تقليل التوتر وتحقيق التوازن النفسي، مما يساهم في تعزيز قدرة المتعافين على مواجهة الضغوط اليومية بثقة أكبر.

ويعد إدمان المخدرات من أخطر القضايا التي تهدد الصحة العامة والمجتمع ككل، إذ يؤثر سلبا على مختلف جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية، ويسهم في زيادة معدلات الجرائم المرتبطة بتعاطي المخدرات في ظل انتشار هذه المشكلة عالميا، تزايدت أعداد المتعافين والمروجين عبر الحدود الدولية، مما يستدعي فهما عميقا للعوامل المؤدية إلى الإدمان وآليات تطورها للتصدي لهذا الخطر (العتيبي، ٢٠٢٣).

كما تشير الأبحاث إلى أن الاضطرابات النفسية الناتجة عن التوتر تعتبر من أبرز عوامل الانتكاسة لدى المتعافين، حيث يواجه العديد منهم صعوبة في التكيف مع التغيرات الجديدة، مما يدفع البعض للعودة للتعاطي كوسيلة لتخفيف الضغوط (Giovannetti et al., 2019). توضح أن الضغوط الاجتماعية التي تواجه المتعافين بعد مغادرتهم لمراكز العلاج تؤثر سلبا على حالتهم النفسية، مما يبرز الحاجة لتقديم دعم اجتماعي ونفسي مكثف من الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل. (Okoiye et al., 2021).

في هذا السياق، يعتبر التوتر من أكثر التحديات شيوعا بين المتعافين، خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من انخفاض تقدير الذات وتبني أفكار غير عقلانية. ورغم أن التوتر حالة طبيعية، إلا أنه يصبح من عوامل الخطر عندما يتجاوز المستوى الطبيعي، مما يؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية (De Leon et al., 2020).

بناء على ما تقدم، يظهر الوضع القائم ضرورة توفير برامج إرشادية وتدريبية للمتعافين، من بينها العلاج العقلاني، لدعمهم في مواجهة التحديات التي يواجهونها أثناء وبعد فترة التعافي. وفي هذا السياق، يبرز العلاج العقلاني الانفعالي (Rational Emotive Behavior Therapy - REBT) كأحد الأساليب العلاجية الفعالة في التعامل مع التوتر والقلق. يعتمد هذا النهج على تغيير الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي تثير المشاعر السلبية، مما يساعد الأفراد على تطوير استجابات انفعالية أكثر تكيفا. (Ellis & Dryden, 2007) أظهرت الدراسات الحديثة أن تطبيق REBT يمكن أن يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية بشكل عام، بما في ذلك خفض مستويات التوتر وتحسين جودة النوم. (David et al., 2018) على سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها Dryden and Neenan (2015) أن استخدام REBT ساعد الأفراد على تطوير مهارات تأقلم أفضل، مما أدى إلى تحسين نوعية النوم لديهم. (Dryden & Neenan, 2015)

وبالرغم من فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج المرضى بشكل عام، إلا أن هناك نقصاً في الأبحاث التي تستهدف المتعافين من إدمان المخدرات. فقد أشارت دراسة — (Giovannetti et al., 2019) إلى أن هذه الفئة تواجه تحديات خاصة تتعلق بالضغط النفسية والاجتماعية، وأنها تحتاج إلى برامج علاجية مصممة خصيصاً لتلبية احتياجاتها وظروفها. ولذلك، يهدف هذا البحث إلى سد هذه الفجوة في الأدبيات، ولهذا الغرض، تهدف هذه الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي، لخفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وتقييم فعاليته من خلال مقارنته مع مجموعة ضابطة تتلقى علاجاً تقليدياً.

مشكلة الدراسة:

على الرغم من توفر العديد من العلاجات النفسية والدوائية للمتعافين من إدمان المخدرات، إلا أن التوتر يظل يشكل تحدياً كبيراً لصحتهم النفسية واستقرارهم. حيث يتسبب في اضطرابات في المزاج والسلوك والفكر، تؤثر على قدرتهم على التكيف مع الحياة اليومية والابتعاد عن الانتكاسة. وقد أظهرت الأبحاث أن معدل انتشار التوتر بين المتعافين من الإدمان يتراوح بين مستويات مرتفعة، مما يزيد من مخاطر الانتكاسة والعودة إلى التعاطي.

ومن بين التدخلات النفسية المستخدمة لعلاج التوتر، يبرز العلاج العقلائي الانفعالي كواحد من أكثرها فعالية. هذا العلاج هو نوع من التدخلات المستندة إلى المهارات، التي تهدف إلى تعزيز قدرات المتعافين على التحكم في مشاعرهم وسلوكهم وفكرهم، من خلال تعلم مهارات في مجالات رئيسية مثل: التفكير العقلائي، والتنظيم الانفعالي، والتفاعل الاجتماعي الفعال، والتسامح مع الضغوط. وقد أثبتت الأبحاث أن العلاج العقلائي الانفعالي يحقق نتائج إيجابية في خفض مستويات التوتر وتحسين تقدير الذات لدى المتعافين من الإدمان (Giovannetti et al., 2019). كما أظهرت دراسة أخرى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستوى التوتر لدى الأشخاص المتعافين من إدمان المخدرات. (Kaithuru et al., 2020) وأظهرت دراسة (De Leon et al., 2020) أن العلاج العقلائي الانفعالي والتدريب التوكيدي يساهمان في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من الإدمان. وأثبتت دراسة Okoie et al. (2021) فعالية دمج العلاج العقلائي الانفعالي مع العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستويات التوتر بين الطلاب المتعافين من إدمان المخدرات. وأظهرت دراسة Panagiotounis et al. (2021) فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر وتحسين قدرات الاستشفاء لدى مجموعة من المتعافين من إدمان الهيروين. كما أظهرت دراسة Kim et al. (2021) فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر وتحسين التوافق النفسي بين المتعافين من الإدمان. وأظهرت دراسة El-Azzab et al. (2022) فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر والأفكار اللاعقلانية لدى مجموعة من المتعافين من إدمان المخدرات. وأثبتت دراسة (Aghataher et al., 2023) أن برنامج جماعي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي يساهم في تحسين مفهوم الذات وخفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات. وأظهرت دراسة (Chukwuemeka et al., 2024) فعالية برنامج جماعي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي في خفض حدة التوتر بين الأشخاص المتعافين من الإدمان.

ولكن رغم فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي لدى المتعافين من الإدمان بشكل عام، فإن هناك نقصا في الأبحاث التي تخصصه لفئة المتعافين من إدمان المخدرات، وتقيس أثره على

مستويات التوتر لديهم. ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في محاولة وضع برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي، يساعد على خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، واختبار فاعلية هذا البرنامج، وإمكانية استمرار أثره لدى المتعافين، خاصة أن التوتر يمثل مشكلة صحية ونفسية خطيرة تؤثر على استقرارهم. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي:

- ما مدى فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات؟

ويتفرع منه الأسئلة الفرعية التالية:

- ١- كيف يؤثر البرنامج العلاجي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي على مستوى التوتر لدى مجموعة الدراسة التجريبية قبل وبعد التطبيق؟
- ٢- ما هي الفروق في مستوى التوتر بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي؟
- ٣- هل يستمر تأثير البرنامج العلاجي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي على مستوى التوتر لدى مجموعة الدراسة التجريبية بعد فترة من انتهاء التطبيق؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- التحقق من فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، قبل وبعد تطبيق البرنامج، وفي فترة المتابعة.
- مقارنة فعالية البرنامج مع مجموعة ضابطة لم يتم تدريبها على البرنامج في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في جانبين هما:

أ) أهمية نظرية:

- تساهم هذه الدراسة في توسيع وتطوير النظريات العلاجية المتعلقة بخفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات. توفر فهما أعمق لطبيعة التوتر وأسبابه المحتملة، وتعزز فهمنا للعوامل التي تؤثر في شدته وتكراره.
- تساهم الدراسة في توجيه الأبحاث المستقبلية في مجال خفض التوتر لدى المتعافين من الإدمان. من خلال توفير أدلة قوية على فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستويات التوتر.
- توفر هذه الدراسة دعما نظريا لفاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في مجال خفض التوتر لدى المتعافين من الإدمان. من خلال إثبات فاعلية هذا البرنامج، يتم توفير دعم قوي للاعتماد على هذا النهج في تصميم برامج العلاج وتوجيهات الممارسة العلاجية. يمكن لهذه النتائج أن تؤدي إلى تعزيز قبول هذا البرنامج كمدخل فعال للمتعافين من الإدمان.
- تستخدم الدراسة أداة قياس جديدة لتقييم مستويات التوتر لدى عينة من المتعافين من إدمان المخدرات، وهو مقياس التوتر، وذلك لتشخيص حالة المشاركين وتحديد مستوى شدته وتكراره.

ب) أهمية تطبيقية:

- تساهم الدراسة في تقديم برنامج علاجي فعال في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وفي استمرار هذا التأثير بعد فترة من تطبيق البرنامج.
- يساعد تطبيق البرنامج في تنمية مهارات العلاج العقلاني الانفعالي لدى المتعافين من إدمان المخدرات، ومن ثم المساعدة في تغيير نظرتهم إلى أنفسهم ومشاعرهم وأفكارهم، وزيادة قدرتهم على التحكم في مشاعرهم وسلوكهم وفكرهم.

- تساهم الدراسة في تحسين صحة وجودة حياة المتعافين من إدمان المخدرات، وتخفيف معاناتهم من الأعراض المزعجة والمضاعفات المحتملة للتوتر، مثل: الانتكاسة، والعنف، والانخفاض في الأداء الوظيفي والاجتماعي.
- تساهم الدراسة في توفير خدمة نفسية متخصصة للمتعافين من إدمان المخدرات، وتلبية احتياجاتهم وتوقعاتهم من خلال تقديم برنامج مصمم خصيصاً لهذه الفئة، وذلك في إطار التوجه نحو التخصص في العلاج النفسي.

حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود التالية:

- **حدود مكانية:** تم إجراء الدراسة في مركز إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة - خدمات إرادة (مستشفى الأمل سابقاً).
- **حدود زمانية:** تم تطبيق أدوات الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي ٢٠٢٤.
- **حدود بشرية:** تكونت عينة الدراسة من (١٢) متعافياً من إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة - خدمات إرادة (مستشفى الأمل سابقاً). تراوحت أعمار المشاركين الزمنية بين (٢٢-٣٩) عاماً، تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين: إحداهما تجريبية تضم (٦) متعافين من إدمان المخدرات، والأخرى ضابطة تضم (٦) متعافين من إدمان المخدرات، مع التأكد من تجانسهما في مستويات التوتر كما يتضح من القياس القبلي.
- **حدود موضوعية:** اقتصرت الدراسة على تطبيق برنامج العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

مصطلحات البحث الإجرائية:

التوتر Tension:

يعرف التوتر: "بأنه مجموعة من المؤثرات غير السارة، والتي يقيّمها الفرد على أساس أنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتتطوي هذه المؤثرات على اختلال في الوظائف النفسية والفسولوجية لدى الفرد". ويعتبر التوتر المزمن عامل خطر للعديد من الأمراض النفسية والجسدية، بما في ذلك الاكتئاب، القلق، أمراض القلب، واضطرابات النوم. (McEwen, 2017, p. 481)

ويعرف التوتر إجرائيا في هذه الدراسة بأنه: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس التوتر المستخدم في هذه الدراسة.

العلاج العقلائي الانفعالي Rational Emotive:

وهو أحد الأساليب العلاجية التي قدمها ألبرت إليس (تاريخ الدراسة)، بهدف تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية في سلوك الفرد، وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية، من خلال استخدام فنيات معرفية وانفعالية؛ لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته اللاعقلانية، وما يصاحبها من خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (سعيد وآخرون، ٢٠١٩).

ويعرف إجرائيا بأنه: برنامج علاجي عقلائي انفعالي، موجه بشكل مباشر ومنظم في ضوء أسس علمية، يقوم على نظرية ألبرت أليس؛ لتقديم بعض الخدمات العلاجية للمتعاين من إدمان المخدرات بهدف مساعدتهم على التخلص من الأفكار اللاعقلانية؛ لتخفيف التوتر لديهم، وتحسين جودة نومهم، والمساهمة في عدم انتكاستهم.

التعافي من إدمان المخدرات Recovery from drug addiction:

عرفه الدخيل (٢٠٠٩) بأنه الفرد الذي خضع للعلاج الإكلينيكي والنفسي والاجتماعي، واستطاع التخلص من حالة الاعتماد الجسدي والنفسي على المادة المعطاة، كما أنه نجح في اجتياز الأعراض الانسحابية الناتجة عن تعاطي المواد الإدمانية، كالمخدرات والعقاقير المصنعة منها.

أما التعريف الإجرائي فهو: توقف الفرد عن تعاطي المواد المخدرة، وعودته لحالته الطبيعية بفضل العلاج، وسعيه إلى تحقيق حياة أفضل بعد مرحلة التعاطي (الفالح، ٢٠١٧).

الإطار النظري ودراسات وبحوث السابقة:**المحور الاول: التعافي من الإدمان:****مفهوم التعافي من إمان المخدرات:**

نكر (Laudet, 2007) أن التعافي يتضمن الامتناع عن جميع المواد التي تؤثر على الحالة المزاجية، وهو عملية تهدف إلى تحسين حياة الفرد بشكل عام. كما وضح (Hansen, Ganley, & Carlucci, 2008) الفرق بين الامتناع والتعافي، حيث يعد الامتناع وقفا لاستخدام المواد، بينما يمثل التعافي عملية مستمرة للنمو الشخصي والتحول.

وعرفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) التعافي بأنه حالة من الاعتدال المستمر تأتي بعد فترة من تعاطي المخدرات. يشير هذا المفهوم إلى تحقيق استقرار نفسي وسلوكي بعد التوقف عن التعاطي، مع الحفاظ على حالة من الامتناع عن العودة إلى الإدمان (Vandenbos, 2015).

في ضوء ما سبق، استنتج الباحثان أن عملية التعافي من الإدمان تعد عملية شاملة ومعقدة تتطلب العديد من الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية لتحقيق استقرار دائم. في حين يعتبر الامتناع عن تعاطي المخدرات نقطة انطلاق أساسية، إلا أن التعافي يتطلب أيضا تحولات مستمرة في سلوك الفرد وأسلوب حياته، مع أهمية التركيز على معالجة مشاعر الخزي والذنب التي قد ترافق الشخص أثناء مراحل التعافي. كذلك يظهر أن التعافي يتطلب دعما اجتماعيا قويا، خاصة في العلاقات الأسرية والمجتمعية، لضمان استدامة هذه العملية. كما تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورا أساسيا في نجاح التعافي، فالعوامل مثل تعزيز احترام الذات، الاكتفاء الذاتي، والمشاركة في الأنشطة المجتمعية تعتبر من المكونات الجوهرية التي تسهم في استقرار التعافي على المدى الطويل. إضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسة أن بعض الأفراد قد يلجؤون إلى استراتيجيات بديلة، مثل استبدال المواد الأكثر ضررا بمواد أقل تأثيرا، وهو ما يثير تساؤلات حول فعالية هذه الأساليب في تحقيق تعاف مستدام ويؤكد الحاجة إلى مزيد من البحث حول تأثير هذه البدائل على الصحة النفسية والبدنية على المدى البعيد.

١- مراحل التعافي من الإدمان:

يمر طريق التعافي بعدة مراحل، بدءاً من الامتناع عن المخدرات ووصولاً إلى التنمية الشخصية وإعادة بناء العلاقات الاجتماعية. يبرز (Kearney, 1998) أن العمل في مسار التعافي يتضمن التعرف على السلوكيات الضارة، وتبني استراتيجيات مواجهة صحية، وبناء علاقات ذات معنى مع الأسرة والمجتمع. تجدر الإشارة إلى أن هذه العملية ليست خطية، حيث قد يتعرض العديد من الأفراد للانتكاسات، وهي جزء طبيعي من رحلة التعافي الطويلة الأمد. وذكر (Melemis, 2015) أن مرحلة التعافي تمثل مرحلة تأقلم مع نمط حياة جديد، حيث يحدث خلالها نمو وتغيير في الشخصية. ولكل مرحلة مخاطر قد تؤدي إلى الانتكاسة، كما تتطلب كل مرحلة مهاماً تنموية خاصة تساعد الشخص على الانتقال إلى المرحلة التالية. ومن الجدير بالذكر أن الفترات الزمنية التي يقضيها الأشخاص في كل مرحلة تختلف من شخص لآخر حتى يتمكنوا من تجاوزها والانتقال إلى المرحلة التالية. وأشارت العديد من الدراسات إلى أن مراحل التعافي تتمثل في ثلاث مراحل، وهي كما يلي:

أ) مرحلة الامتناع (الانتقال):

تبدأ مرحلة الامتناع فور توقف المدمن عن تعاطي المخدرات، حيث تركز هذه المرحلة على مواجهة الرغبة الشديدة في العودة إلى التعاطي. تركز هذه المرحلة أيضاً على تحسين الرعاية الذاتية الجسدية والعاطفية، إذ إن نقص الرعاية الذاتية يمكن أن يؤدي إلى الانتكاسة. على المستوى السلوكي، تتميز هذه المرحلة بالتحول من حالة التعاطي إلى حالة الامتناع التام. أما على المستوى المعرفي، يتحول اعتقاد المدمن من أنه ليس مدمناً إلى قبول حقيقي بأنه يعاني من الإدمان، مع إقرار بفقدان السيطرة أمام المخدرات، مما يمهد الطريق للانتقال إلى المرحلة التالية من التعافي.

ب) مرحلة الإصلاح (التعافي المبكر):

تعد هذه المرحلة الثانية في رحلة التعافي، وتتركز بشكل كبير على مواجهة الأضرار التي تسببها الإدمان، سواء كان ذلك في العلاقات الاجتماعية، الوظائف، أو حتى تقدير

الذات. غالبا ما يعاني المدمنون في هذه المرحلة من مشاعر سلبية، مثل الشعور بالذنب والنظرة الدونية للذات، حيث يشعرون بأن الإدمان قد ألحق بهم أضرارا كبيرة تجعلهم غير قادرين على الشعور بالفرح أو الثقة بأنفسهم. كما يواجهون تحديات في تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين، مما يجعلهم يترددون في التواصل والانخراط في المجتمع (*Gretchen et al., 2017*)، ويتطلب الأمر في هذه المرحلة التركيز على بناء علاقات صحية والتغلب على تلك المشاعر السلبية التي قد تعرقل مسار التعافي.

ج) مرحلة النمو (التعافي المستمر):

تعتبر هذه المرحلة من التعافي ضرورية لتطوير المهارات التي قد يكون المدمن قد فشل في تعلمها خلال فترة الإدمان. تتضمن هذه المرحلة أيضا التعامل مع مشكلات الأسرة والصدمات التي قد يكون تعرض لها المدمن. ورغم أن المدمنين قد يشعرون برغبة في معالجة هذه القضايا مبكرا، إلا أن التعامل معها في وقت مبكر قد يؤدي إلى الانتكاسة، حيث لم يكتسبوا بعد المهارات اللازمة للتعامل مع تلك التحديات بشكل صحي. من المهام الضرورية في هذه المرحلة تقديم الدعم للآخرين، وتحديد الأفكار السلبية ومحاولة تغييرها، بالإضافة إلى التركيز على تخفيف القلق والتوتر من خلال تقنيات مثل الاسترخاء الجسدي والعلاج المعرفي (*Thomas et al., 2023*).

وللحفاظ على مسار التعافي والاستمرار في حياة خالية من الإدمان، يحتاج المدمن إلى إجراء تغييرات في نمط حياته، بما في ذلك تطوير اهتمامات وهوايات جديدة تمنحه شعورا بالرضا وتبعده عن التفكير في المخدرات. يعتبر الانخراط في الأنشطة الرياضية، مثل اليوغا، وسيلة فعالة لتحقيق الانسجام بين الجسم والعقل والروح، مما يساعد في تحسين المزاج وتقليل المشاعر السلبية التي قد تراود المدمن خلال مراحل تعافيه، مثل الخوف والقلق (*Ryan, 2019*). كما يعد الالتزام بعادات الأكل الصحي ضروريا للحفاظ على الصحة الجسدية والعقلية، حيث يمكن أن تساهم التغذية الجيدة في تعزيز الطاقة والحفاظ على التوازن العاطفي (*Thomas et al., 2020*).

التوتر لدى المتعافين من الإدمان:

بناء على العديد من العوامل الشخصية والبيئية، حيث قد يكون ما يعتبره أحدهم مرهقا، يمكن أن يكون غير مؤثر بالنسبة لشخص آخر أو قد يكون حتى محفزا. وأكدوا أن التوتر يمكن أن يكون مفيدا في الجرعات الصغيرة، حيث يعزز الأداء تحت الضغط ويزيد من الإنتاجية. ومع ذلك، عندما يتجاوز التوتر مستويات معينة، يبدأ في التسبب في آثار سلبية على الصحة العامة، والمزاج، والأداء الوظيفي، والعلاقات الشخصية، ونوعية الحياة بشكل عام. التوتر طويل الأمد والمستمر يمكن أن يؤدي إلى مشاكل صحية مزمنة مثل اضطرابات القلب والجهاز العصبي.

وممكن النظر إلى التوتر كعامل خطر للانتكاس، فإن التوتر المزمن يمكن أن يؤدي إلى زيادة الرغبة الشديدة في التعاطي وتقليل القدرة على التحكم في السلوكيات. هذا يجعل التوتر أحد العوامل الرئيسية التي تزيد من خطر الانتكاس لدى المتعافين من الإدمان (Sinha, 2008). على سبيل المثال، يمكن أن تؤدي المواقف العصيبة إلى إثارة ذكريات مرتبطة بتجارب التعاطي السابقة، مما يزيد من الرغبة في العودة إلى المخدرات.

وأبضا، التوتر كحالة من عدم التوازن، التوتر بين متطلبات البيئة الخارجية وقدرة الفرد على التكيف معها. لدى المتعافين من الإدمان، يمكن أن تكون هذه الحالة أكثر تعقيدا بسبب التغيرات في دوائر المكافأة في الدماغ، مما يجعلهم أكثر عرضة للشعور بالإرهاق النفسي (McEwen, 2017). هذا الإرهاق يمكن أن يؤثر سلبا على قدرتهم على الحفاظ على التعافي على المدى الطويل.

ويوجد تعريف للتوتر وتأثيره على الصحة النفسية، يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الأعراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق، مما يجعل عملية التعافي أكثر صعوبة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤثر التوتر سلبا على جودة النوم والوظائف المعرفية، مما يزيد من التحديات التي يواجهها المتعافون (Volkow et al., 2020). هذه التأثيرات يمكن أن تؤدي إلى انخفاض جودة الحياة وزيادة خطر الانتكاس.

بناء على التعريفات السابقة يتضح أن تعدد التعريفات المقدمة للتوتر النفسي يشير إلى مدى تعقيد هذا المفهوم وتنوع السياقات التي يرصد فيها. فالتوتر ليس مجرد شعور عابر أو ردة

فعل بسيطة، بل يبدو كحالة حيوية شاملة تلامس الجوانب الذهنية والجسدية والانفعالية للفرد. هذه التعريفات تبين بوضوح أن ما يعده شخص ما أمراً محتملاً أو حتى محفزاً، قد ينظر إليه آخر على أنه عبء لا يطاق. وهذا التفاوت في استقبال الضغوط يلفت الانتباه إلى ضرورة فهم التجارب الفردية لكل شخص.

١- أنواع التوتر:

يعد التوتر استجابة طبيعية للضغوط الداخلية أو الخارجية التي يواجهها الفرد، وتختلف استجابة الأشخاص للتوتر بناءً على شخصياتهم وطبيعة الظروف المحيطة بهم. هناك أنواع متعددة من التوتر، حيث يمكن أن يكون بعضها إيجابياً، مثل التوتر الذي يحفز الأفراد على الأداء الجيد تحت الضغط، فيما يمكن أن يتحول التوتر في حالات أخرى إلى عامل سلبي يؤدي إلى تأثيرات صحية جسدية ونفسية خطيرة. وبناءً على ذلك، تختلف الآثار النفسية والجسدية لهذه الأنواع وفقاً لطبيعة وشدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد كما أشار (الخرابشة وأبو سليمان، ٢٠٢٣، ص ٣٠-٣١) إلى أهم أنواع التوتر فيما يلي:

١- **التوتر الحاد:** يعد التوتر الحاد أكثر أشكال التوتر شيوعاً، ويأتي عادة نتيجة ضغوط قصيرة الأجل مثل الأزمات اليومية أو المهام الملحة. هذا النوع من التوتر لا يدوم لفترة طويلة ولا يتسبب في أضرار جسيمة للجسم، كما أنه يمكن التحكم فيه بسهولة من خلال بعض الاستراتيجيات الصحية.

٢- **التوتر الحاد العرضي:** يحدث هذا النوع من التوتر لدى الأفراد الذين يعانون من توترات متكررة ومكثفة. يتميز هؤلاء الأفراد بالإثارة المفرطة وسرعة الانفعال، وغالباً ما يواجهون صعوبات في العلاقات الشخصية والعملية نتيجة ردود أفعالهم السريعة والتموترة. هذا النوع من التوتر قد يتطور مع مرور الوقت ليصبح توتراً مزمناً.

٣- **التوتر المزمن:** يحدث نتيجة تراكم الضغوط على مدار فترات طويلة من الزمن، مما يؤدي إلى استنزاف الجسم والعقل والروح. التوتر المزمن قد يعتاد عليه الفرد، بحيث يصبح جزءاً طبيعياً من حياته اليومية دون أن يدرك أنه يؤثر سلباً على صحته.

٤- توتر ما بعد الصدمة: ينشأ هذا النوع من التوتر بعد مواجهة الفرد لتجربة صادمة أو مواقف مؤلمة. يتعرض الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لأعراض مثل اليقظة المفرطة، التجنب، والكوابيس المتكررة، مما يؤثر بشكل كبير على حياتهم اليومية.

٢- أعراض التوتر:

يظهر التوتر بعدة أشكال مختلفة تؤثر على الجوانب المعرفية، الانفعالية، الجسدية، والسلوكية لدى الأفراد. ويختلف تأثيره بناء على حدة التوتر واستجابة الجسم له. فبعض الأعراض قد تكون مؤقتة وعابرة، بينما يمكن أن تتطور لتؤدي إلى مضاعفات جسدية ونفسية طويلة الأمد إذا لم يتم التعامل معها بشكل مناسب. أشار الخرابشة وأبو سليمان (٢٠٢٣) إلى أن التوتر يظهر أعراضا في العديد من الجوانب، تتضمن ما يلي:

- **الأعراض المعرفية:** تشمل مشاكل في الذاكرة، صعوبة التركيز، ضعف القدرة على اتخاذ القرارات، الأفكار المتسارعة أو القلقة، والقلق المستمر.
- **الأعراض الانفعالية:** تتضمن التهيج وسرعة الغضب، الشعور بعدم القدرة على الاسترخاء، الإرهاق الدائم، الشعور بالعزلة والوحدة، والاكتئاب أو الحزن العام.
- **الأعراض الجسدية:** تظهر على شكل آلام جسدية متكررة، صداع، اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الإسهال أو الإمساك، الغثيان، الدوخة، آلام الصدر، تسارع ضربات القلب، فقدان الرغبة الجنسية، ونزلات البرد المتكررة.
- **الأعراض السلوكية:** تشمل اضطرابات في الأكل، مشاكل في النوم، الميل إلى المماثلة أو إهمال المسؤوليات، اللجوء إلى الكحول أو السجائر أو المخدرات كوسيلة للاسترخاء، وظهور عادات عصبية مثل قضم الأظافر.

٣- النظريات المفسرة للتوتر لدى المتعافين من الإدمان:

- يوجد العديد من النظريات المفسرة للتوتر لدى المتعافين من الإدمان، منها ما يلي:
- **النظرية السلوكية:** تفترض النظرية السلوكية أن التوتر لدى المدمنين المتعافين هو استجابة شرطية للمحفزات البيئية المرتبطة بالإدمان السابق. تشير هذه النظرية إلى أن مواجهة الأماكن أو الأشخاص المرتبطين بتعاطي المخدرات قد تؤدي إلى زيادة التوتر

- والرغبة في العودة للإدمان. تشير نظرية الرقابة الاجتماعية إلى أن الدعم الاجتماعي يساعد في تقليل تأثير هذه المحفزات. (Muhammad et al., 2023)
- **نظرية الإجهاد والتكيف:** تؤكد هذه النظرية أن التوتر ينشأ عندما تتجاوز متطلبات الحياة قدرة الفرد على التكيف. المتعافون من الإدمان يواجهون تحديات مثل البطالة والتوتر الأسري، مما يزيد من الضغوط النفسية. واستراتيجيات التكيف الفعالة يمكن أن تخفف من التوتر وتعزز القدرة على التكيف. (Ningrum & Intansari, 2023; Григоренко, 2023).
 - **نظرية التعلق:** تشير هذه النظرية إلى أن العلاقات المبكرة تؤثر على التنظيم العاطفي في مرحلة البلوغ. أنماط التعلق غير الآمنة تؤدي إلى زيادة التوتر لدى المتعافين. يساعد فهم هذه العلاقات في تصميم استراتيجيات دعم فعالة. (Gavazzi & Lim, 2023)
 - **النظرية الاجتماعية:** تلعب العوامل الاجتماعية مثل وصمة العار والعزلة الاجتماعية دورا كبيرا في زيادة التوتر. يؤدي التمييز في التوظيف إلى زيادة الضغوط المالية والنفسية، مما يزيد من تعقيد عملية التعافي. (Doğutaş, 2023; Harper & Cook, 2021)
 - **نظرية التنافر المعرفي:** تؤكد هذه النظرية أن التنافر بين المعتقدات والسلوكيات السابقة يؤدي إلى التوتر. إعادة بناء الهوية تساعد في تقليل هذا التنافر وتحسين الشعور بالتحكم في التعافي. (Athaya, 2022; Dai, 2023)

في ضوء ما سبق، استنتج الباحثان ما يلي:

١- التوتر عامل معيق للتعافي:

يعد التوتر من أبرز التحديات التي تواجه المتعافين من الإدمان، حيث يؤثر سلبا على استمرارية التعافي ويزيد من خطر الانتكاس، فإن الضغوط الجسدية الناتجة عن الأضرار الصحية التي خلفها الإدمان، مثل ضعف جهاز المناعة والإرهاق المستمر، تجعل عملية التكيف مع الحياة اليومية أكثر صعوبة. بالإضافة إلى أن المشاعر السلبية مثل الندم والذنب تقاوم التوتر النفسي، مما قد يؤدي إلى اضطرابات مثل اضطراب ما بعد الصدمة.

٢ - الحاجة إلى استراتيجيات دعم متكاملة:

لمواجهة التوتر، يحتاج المتعاقدون إلى استراتيجيات دعم متكاملة تشمل الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية. الدعم الأسري والمجتمعي، إلى جانب التدخلات العلاجية الفعالة مثل العلاج النفسي والتأمل، يمكن أن تعزز مرونة المتعاقدين وتساعدهم على التكيف مع التحديات

المحور الثاني: العلاج العقلائي الانفعالي

تعددت تعريفات العلماء والباحثين حول مفهوم العلاج العقلائي الانفعالي، رغم اختلاف هذه التعريفات في الصياغة، إلا أنها تتفق في المضمون. فإن العلاج العقلائي الانفعالي (Rational Emotive Behavior Therapy - REBT) هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يركز على تحديد الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي تثير المشاعر السلبية والسلوكيات غير الصحية. يعتمد هذا النهج على فكرة أن الأفكار غير العقلانية، مثل الاعتقاد بأن الأمور "يجب" أن تسير بطريقة معينة أو أن الفرد "يجب" أن يكون مثاليا دائما، هي السبب الرئيسي للتوتر والاضطرابات النفسية. من خلال تحدي هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومرونة، يمكن للأفراد تحسين صحتهم النفسية وتطوير سلوكيات أكثر تكيفا (Ellis & Dryden, 2007, p. 45).

وأشارت دراسة القحطاني (٢٠٢١، ص ٧٩٧) إلى أن "إليس" وضع ثلاثة فروض أساسية لفهم طريقة العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي. أولها أن هناك صلة وثيقة بين التفكير والانفعال، بحيث أن كلا منهما يؤثر في الآخر بشكل متبادل، وفي بعض الأحيان يكونان نفس الشيء. ثانياً، أن التفكير والانفعال يميلان إلى أن يكونا في صورة حديث ذاتي أو عبارات داخلية، وأن هذه العبارات التي يقولها الأفراد لأنفسهم تصبح أفكارهم وانفعالاتهم. وبذلك، تصبح هذه العبارات الداخلية قادرة على توليد وتعديل الانفعالات.

وأشارت دراسة بن طبال وجخراب (٢٠١٩، ص ٤٢) إلى أن المبدأ الأساسي لنظرية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي يقوم على أن المعرفة هي العامل الأهم في تحديد الانفعالات الإنسانية. تتضمن هذه النظرية تفسير الأفراد للأحداث التي يمرون بها، وكيفية تأثيرها على استجاباتهم الانفعالية. ورغم أن الأحداث الخارجية تلعب دورا في إحداث الانفعالات، إلا أن

تأثيرها يكون غير مباشر، في حين تكون المفاهيم الذاتية، أخطاء التفكير، والمعتقدات غير العقلانية هي الأسباب الرئيسية للتوترات الانفعالية. كما توضح النظرية أن الأفراد يشعرون بالسعادة عند تحقيق أهدافهم، وأن البشر يمتلكون قدرة على تجاوز التفكير غير العقلاني من خلال العمل على تعديل معتقداتهم.

الفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي:

أشارت دراسة بن طبال وجذاب (٢٠١٩، ص ٤٧) إلى أن المعالجين في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يوظفون عددا من التقنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية وفقا لطبيعة وحالة كل متعالج. تهدف هذه التقنيات إلى تشجيع العملاء على تحقيق التغيير ومواصلة الجلسات العلاجية. تشمل التقنيات المعرفية الكشف عن الأفكار غير العقلانية، المناقشة، والتمييز بين الرغبات والاحتياجات. بينما تركز التقنيات الانفعالية على قبول المرضى دون شروط واستخدام الفكاهة والقصص لتخفيف العبء النفسي. أما التقنيات السلوكية فتتضمن تنفيذ الواجبات المنزلية وتمارين التحمل والمكافآت والعقوبات لدفع العملاء نحو التغيير الإيجابي.

١- دور العلاج في خفض التوتر وتحسين جودة النوم:

يعد العلاج العقلاني الانفعالي من أكثر الأساليب العلاجية التي أثبتت فعاليتها في تحسين الصحة النفسية وخفض مستويات التوتر لدى المتعافين من الإدمان. يركز هذا العلاج على تعديل الأفكار غير المنطقية التي تسهم في زيادة التوتر والضغط النفسية، مما ينعكس إيجابيا على استجابات الأفراد المتعافين وقدرتهم على التكيف مع المواقف الضاغطة. وتتجلى فعالية هذا العلاج في العديد من الدراسات التي أظهرت نجاحه في تخفيف حدة التوتر وتعزيز التعافي.

أكدت نتائج دراسة Chukwumeka et al. (2024) على دور العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من الإدمان، من خلال تعزيز التفكير العقلاني وتعديل الأفكار غير المنطقية التي تزيد من حدة التوتر، مما ساعد المشاركين على تحسين استجاباتهم النفسية والانفعالية أثناء مراحل التعافي. وبدورها، دعمت دراسة Okoie et al. (2021) هذه النتائج، مشيرة إلى أن دمج العلاج العقلاني الانفعالي مع العلاج المعرفي

السلوكي أدى إلى تحسين قدرة الطلاب المتعافين على التعامل مع التوترات النفسية من خلال استهداف الأفكار غير العقلانية والسلوكيات غير المناسبة.

وبالمثل، أشارت دراسة (El-Azzab et al. (2022) إلى أن العلاج العقلائي الانفعالي يسهم بشكل كبير في تقليل مستويات التوتر وتحسين الاستجابة الانفعالية للمتعافين من إدمان المخدرات. من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية، ساهم العلاج في تقليل الضغوط النفسية، مما عزز من مرحلة التعافي واستدامتها. هذه النتائج جاءت متوافقة مع ما توصلت إليه دراسة (Kaithuru et al. (2020، حيث أشارت إلى أن استبدال الأفكار غير العقلانية بأخرى أكثر منطقية ساهم في تحسين مشاعر التقبل والرضا النفسي لدى المتعافين، مما أدى إلى خفض مستويات التوتر بشكل ملحوظ.

الدراسات السابقة:

هدفت دراسة (Giovannetti et al. (2019 إلى التعرف على أثر العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر وتحسين تقدير الذات لدى عينة من المتعافين من إدمان الكوكايين. شملت الدراسة عينة من (٥٢) شخصا تتراوح أعمارهم بين (٢٠-٣٠) عاما، حيث تم تطبيق جلسات العلاج العقلائي الانفعالي على المجموعة التجريبية. استخدمت الدراسة مقياس مؤشرات التوتر ومقياس تقدير الذات لروزنبرج. أظهرت النتائج فروقا دالة إحصائيا لصالح القياس البعدي في كل من خفض التوتر وتحسين تقدير الذات. وأوصت الدراسة بتعميم استخدام العلاج العقلائي الانفعالي في برامج تأهيل المتعافين من الإدمان.

وحاولت دراسة (Kaithuru et al. (2020 فحص كفاءة العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستوى التوتر لدى الأشخاص المتعافين من إدمان المخدرات. شملت العينة (٥٠) مشاركا تم اختيارهم بأسلوب العينة القصدية على أساس إظهارهم مستويات مرتفعة من التوتر. تم تطبيق برنامج علاجي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي لمدة (٨) جلسات. أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية في مستويات التوتر لصالح القياس البعدي. أوصت الدراسة بزيادة الاعتماد على العلاج العقلائي الانفعالي لتحسين جودة الحياة النفسية لدى المتعافين من الإدمان.

وهدفت دراسة **De Leon et al. (2020)** إلى فحص كفاءة العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض مستويات التوتر لدى المتعافين من الإدمان. شملت العينة (٤٦) مشاركا من المتعافين من الإدمان (ذكورا وإناثا)، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. حصلت المجموعة التجريبية الأولى على برنامج العلاج العقلاني الانفعالي، بينما حصلت المجموعة الثانية على التدريب التوكيدي. أظهرت النتائج فروقا دالة إحصائية لصالح المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة، مع عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبيتين. أوصت الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث للتحقق من الكفاءة العلاجية للعلاج العقلاني الانفعالي.

وهدفت دراسة **Okoiye et al. (2021)** إلى التعرف على فعالية دمج العلاج العقلاني الانفعالي مع العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستويات التوتر بين الطلاب المتعافين من إدمان المخدرات. شملت العينة (١٢٠) طالبا متعافين من الإدمان (٥٠٪ إناث)، تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين، تجريبية وضابطة. تم استخدام مقياس مؤشر التوتر (SII) لتقييم المشاركين قبل وبعد البرنامج العلاجي الذي استمر لمدة ٨ أسابيع. أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على كفاءة البرنامج العلاجي. وأوصت الدراسة بزيادة الاعتماد على العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج المعرفي السلوكي لتحسين الجوانب النفسية للمتعافين.

وحاولت دراسة **Panagiotounis et al. (2021)** دراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستويات التوتر وتحسين قدرات الاستشفاء لدى مجموعة من المتعافين من إدمان الهيروين. شملت العينة (١٠) أفراد من المتعافين (٥٠٪ إناث، متوسط العمر ما بين ١٨-٢٩ عاما)، حيث حصلوا على برنامج علاجي يتكون من (١٠) جلسات. تم استخدام مقياس مؤشرات التوتر (SII) ومقياس قدرات الاستشفاء لتقييم التحسن. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يدل على فعالية البرنامج في تحسين الحالة العامة للمشاركين. أوصت الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث حول كفاءة العلاج العقلاني الانفعالي.

وهدفت دراسة **Kim et al. (2021)** إلى فحص كفاءة العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر وتحسين التوافق النفسي بين المتعافين من الإدمان. شملت الدراسة عينة مكونة من (٦٠) فردا من المتعافين، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. تم استخدام مقياس الاكتئاب والقلق والتوتر (DASS 21) لجمع البيانات، وأجريت القياسات القبلية والبعدي والتتبعية. أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي في خفض التوتر وتحسين التوافق النفسي. وأوصت الدراسة بتعميم العلاج العقلائي الانفعالي على المتعافين من الإدمان.

وهدفت دراسة **El-Azzab et al. (2022)** إلى تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستويات التوتر والأفكار اللاعقلانية لدى مجموعة من المتعافين من إدمان المخدرات. شملت العينة (٥٥) مشاركا من المتعافين من الإدمان لمدة لا تقل عن ستة أشهر، بمتوسط عمر (٣٤) عاما. تم تطبيق برنامج العلاج العقلائي الانفعالي على مدى (١٤) جلسة، مع إجراء القياسات قبلية وبعديا باستخدام مقياس تايلور لأعراض التوتر واستبيان الأفكار العقلانية واللاعقلانية. أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية في خفض مستويات التوتر والأفكار اللاعقلانية لصالح القياس البعدي. أوصت الدراسة بتعميم استخدام العلاج العقلائي الانفعالي مع هذه الفئة.

وهدفت دراسة **Aghataher et al. (2023)** إلى فحص تأثير برنامج جماعي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي في تحسين مفهوم الذات وخفض مستويات التوتر لدى عينة من المتعافين من إدمان المخدرات. شملت العينة (٣٠) مشاركا، نصفهم من الإناث، وتم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين تجريبية وضابطة. تم استخدام مقياس روجرز لمفهوم الذات ومقياس مؤشرات التوتر (SII) لتقييم المشاركين قبل وبعد العلاج. أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية التي حصلت على العلاج، مما يعكس فعالية البرنامج في تحسين مفهوم الذات وخفض التوتر. أوصت الدراسة بإجراء مزيد من الأبحاث على عينات أكبر.

وركزت دراسة **Yongmei et al. (2023)** على تقييم تأثير برنامج قصير المدى لتقليل التوتر القائم على اليقظة الذهنية على جودة النوم لدى المرضى الذكور الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول بعد مرحلة الانسحاب. شملت الدراسة (٩١) مريضاً تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعة علاجية ومجموعة ضابطة. تم قياس جودة النوم باستخدام مؤشر اقتران القلب والرئة. أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في إجمالي وقت النوم ووقت النوم المستقر، بالإضافة إلى انخفاض في متوسط مؤشر انقطاع التنفس لدى المجموعة التي تلقت العلاج القائم على اليقظة الذهنية. أوصت الدراسة باستخدام تقنيات اليقظة الذهنية كبديل للعلاجات التقليدية للأرق في مرضى اضطراب تعاطي الكحول.

وهدف دراسة **Chukwuemeka et al. (2024)** إلى التحقق من فعالية برنامج جماعي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض حدة التوتر بين الأشخاص المتعافين من الإدمان. شملت الدراسة عينة من ٢٠ شخصاً، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين، تجريبية وضابطة، حيث تلقت المجموعة التجريبية ١٠ جلسات علاجية مدتها ٩٠ دقيقة. تم استخدام مقياس التوتر (CES-D) للتقييم المشاركين. أظهرت النتائج انخفاضاً في حدة التوتر لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد انتهاء البرنامج واستمرار الانخفاض بعد شهر من انتهاء الجلسات. أوصت الدراسة باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي في مراكز تأهيل المتعافين من الإدمان.

التعليق على الدراسات والبحوث السابقة:

تناولت الدراسات السابقة التي تمت مراجعتها للبرامج القائمة على العلاج العقلاني الانفعالي من خلفيات نظرية متعددة ومتغيرات مختلفة، فجاءت هذه الدراسة لتبين "فاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي في خفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات"، ولهذا فهناك تقاطع بين بعض الدراسات السابقة والدراسة الحالية، كما يوجد اختلافات مع البعض الآخر من حيث المتغيرات، والمنهجية، والبيئة الاجتماعية والتعليمية لعينة الدراسة ويمكن توضيح ذلك فيما يلي:

- **حجم وطبيعة العينة:** تفاوتت هذه الدراسات في حجم العينة، والمتوسط الكبير والصغير، في حين تعد عينة هذه الدراسة من الحجم الصغير نسبياً نظراً لكونها تشمل ١٢ متعافياً من إدمان المخدرات. كما اختلفت هذه الدراسات في طبيعة عيناتها، حيث تضمنت

- بعضها عينات من مرضى نفسيين، أو مدمنين، أو طلاب، أو مراهقين، في حين تضمنت هذه الدراسة عينة من المتعافين من إدمان المخدرات.
- **أدوات جمع المعلومات:** استخدمت هذه الدراسات أدوات مختلفة لجمع المعلومات مثل (الاستبانة، المقاييس المقابلة، بطاقة الملاحظة، دراسة الحالة). في حين استخدمت هذه الدراسة مقياس التوتر كأداة رئيسية لقياس مستوى التوتر لدى المشاركين قبل وبعد التطبيق.
 - **الأطر والاستراتيجيات النظرية:** أكدت معظم الدراسات السابقة على وجود اتجاهات إيجابية نحو استخدام استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي لتحسين الحالة النفسية وخفض التوتر. في حين تركز هذه الدراسة على استخدام استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي لخفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات.
 - **المنهجية والإجراءات:** تبعت بعض الدراسات المنهج الوصفي، وبعضها المنهج التجريبي. في حين اتبعت هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم المجموعات المكافئة ما قبل وما بعد التطبيق مع متابعة. كما اختلفت هذه الدراسات في طول ومحتوى وطريقة تطبيق البرامج العلاجية، حيث استخدمت بعضها جلسات فردية أو جماعية أو عبر الإنترنت، وبعضها استخدم تمارين، أو نشاطات، أو محادثات، أو مشاهدة فيديوهات، وبعضها استغرق أسابيع أو شهور.
 - **النتائج والتوصيات:** أظهرت نتائج تلك الدراسات توافقاً من حيث أهمية تطبيق فنيات العلاج العقلاني الانفعالي في خفض التوتر وتحسين الحالة النفسية للمشاركين. كما خلصت تلك الدراسات إلى توصيات ومقترحات لزيادة فاعلية هذه البرامج ونشرها بشكل أوسع.
- أما أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة فإن الباحث يرى أن هذه الدراسات بمثابة المصدر الأساسي لكثير من المعلومات المهمة، التي وجهته في دراسته الحالية من حيث اختيارها وتحديد مشكلتها ومنهجيتها والإجراءات الملائمة لتحقيق أهدافها. هذا بالإضافة إلى أن تلك الدراسات وجهت الباحث نحو العديد من البحوث والدراسات والمراجع المناسبة ومكنته من تكوين تصور شامل عن الأطر النظرية التي ينبغي أن تشملها الدراسة الحالية.

فروض الدراسة:

- في ضوء الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإجراءيين القبلي والبعدي على مقياس التوتر عند مستوى (٠.٠٥) لصالح القياس البعدي.
 - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس التوتر عند مستوى (٠.٠٥) لصالح المجموعة التجريبية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإجراءيين البعدي والتتبعي على مقياس التوتر عند مستوى (٠.٠٥).

منهج البحث وإجراءاته:**أولاً: منهج الدراسة:**

اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي، باعتبارها تجربة هدفها التعرف على فاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي (كمتغير مستقل) في خفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات (كمتغير تابع)، إلى جانب استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين المتكافئتين (التجريبية - الضابطة) للوقوف على أثر البرنامج على المتغيرات محل الدراسة، فضلا عن استخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة للوقوف على مدى استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة هو مصطلح علمي يستخدم للدلالة على من تنطبق عليهم نتائج الدراسة، وفي هذه الدراسة، يشكل مجتمع الدراسة جميع المتعافين من إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M"، أو ما يعرف بـ "منزل منتصف الطريق"، في مجمع إرادة للصحة النفسية - خدمات إرادة بجدة، والذي كان يطلق عليه سابقاً اسم "مستشفى الأمل".

ثانيا: عينة الدراسة

١- المشاركون في دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة: تمت دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على عينة قوامها (٢٠) متعافيا من إدمان المخدرات، من المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة. تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٢٥ - ٤٠) عاما بمتوسط عمري قدره (٣٢.٥)، وانحراف معياري قدره (٣.٨).

٢- المشاركون في الدراسة (العينة الأساسية): تكونت عينة الدراسة من (١٢) متعافيا من إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة - خدمات إرادة (مستشفى الأمل سابقا). تراوحت أعمار المشاركين الزمنية بين (٢٢-٣٩) عاما بمتوسط عمري (٣٠.٧) عاما وانحراف معياري (٤.٢٦). وتراوحت مدة تعافيتهم بين ٤ أشهر إلى سبعة أشهر، تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين، إحداهما تجريبية تضم (٦) متعافين من الإدمان، والأخرى ضابطة تضم (٦) متعافين من الإدمان، مع التأكد من تجانسهما في مستويات التوتر كما يتضح من القياس القبلي.

شروط ومواصفات عينة الدراسة:

- أن يكون من المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك من خلال تقرير طبي معتمد من مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة.
- أن تكون مدة التعافي لديهم لا تقل عن ٤ أشهر ولا تزيد عن سبعة أشهر.
- أن يتراوح عمرهم الزمني بين (٢٢-٣٩) عاما.
- أن لا يعانون من أي اضطرابات نفسية أو جسدية أخرى تعيق المشاركة في البرنامج العلاجي.

- أن يكون مستوى التوتر لديهم مرتفعاً، وفق قياس مستوى التوتر باستخدام مقياس خاص أعده الباحث.
- تكافؤ مجموعتي الدراسة (التجريبية - الضابطة) لضمان عدم تأثير الفروق بينهما على نتائج الدراسة، وتحقيق نتائج موضوعية ودقيقة.

خطوات اختيار عينة الدراسة:

- اختار الباحث جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة لاختيار عينة الدراسة، وبلغ عدد المتعافين المبدئي (٢٠) متعافياً تتراوح أعمارهم بين (٢٢-٣٩) عاماً.
- تم استبعاد (٤) متعافين يعانون من اضطرابات نفسية أو جسدية أخرى تعيق المشاركة في البرنامج العلاجي، وأصبح بذلك حجم العينة (١٦) متعافياً.
- تم تطبيق مقياس مستوى التوتر، وتم استبعاد (٢) من ذوي مستويات التوتر المنخفضة غير المناسبة للدراسة، ليصبح حجم العينة (١٤) متعافياً.
- تم تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر، ومدة التعافي، ومستوى التوتر قبل تطبيق البرنامج العلاجي، والتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في هذه المتغيرات.
- تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين: المجموعة التجريبية وتضم (٦) متعافين، والمجموعة الضابطة وتضم (٦) متعافين.

التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة للمتعافين من إدمان المخدرات:

تم إجراء التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة للمتعافين من إدمان المخدرات في كل من: (العمر الزمني، مدة التعافي، القياس القبلي لمستوى التوتر، بجميع الأبعاد والدرجة الكلية). ولتحقيق ذلك، استخدم الباحث اختبار مان-ويتني *Mann-Whitney*، وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (1)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب التوتر لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

المتغيرات	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
العمر الزمني	تجريبية	٢٠,٦٧	٣,٢٧	٦,٦٧	١٧,٠٠	٠,١٦-	٠,٨٧
	ضابطة	٢٠,٨٢	٥,٤٢	٦,٣٢			
مدة التعافي	تجريبية	١١,٥٠	٣,٦٢	٥,٧٥	١٣,٥٠	٠,٧٢-	٠,٤٧
	ضابطة	١٣,٥٠	٥,٠٥	٧,٢٥			
البعد الانفعالي	تجريبية	٢٥	٢,٢٨	٥,٥٨	١٢,٥٠	٠,٩٠-	٠,٣٧
	ضابطة	٢٦	١,٧٩	٧,٤٢			
البعد الفسيولوجي	تجريبية	٢٨,٨٣	١,٤٧	٤,٨٣	٨,٠٠	١,٦٨-	٠,٠٩
	ضابطة	٢٩,٨٣	١,٤٧	٨,١٧			
البعد النفسي	تجريبية	٢٦,١٧	٢,٨٦	٦,٧٥	١٦,٥٠	٠,٢٦-	٠,٨٠
	ضابطة	٢٥,٥	١,٩٧	٦,٢٥			
البعد السلوكي	تجريبية	١٧,٥	١,٥٢	٧,٦٧	١١,٠٠	١,١٧-	٠,٢٤
	ضابطة	١٦,٦٧	١,٠٣	٥,٣٣			
البعد المعرفي	تجريبية	١٦,٨٣	٠,٩٨	٥,٠٨	٩,٥٠	١,٤٠-	٠,١٦
	ضابطة	١٨	١,٥٥	٧,٩٢			
الدرجة الكلية	تجريبية	١١٤,٣	٤,١٣	٥,٧٥	١٣,٥٠	٠,٧٢-	٠,٤٧
	ضابطة	١١٦	٢,٤٥	٧,٢٥			

يتضح من جدول (1) أن قيمة Z المحسوبة للتوتر بلغت (-٠.٧٣) وهي أقل من القيمة الحدية (١.٩٦)، وبالتالي يمكن القول إنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب التوتر لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، مما يطمئن الباحث إلى تجانس العينتين قبل تطبيق البرنامج.

١- مقياس التوتر للمتعافين من الإدمان:

وصف المقياس وهدفه:

يهدف مقياس التوتر إلى تقييم مستويات التوتر لدى الأفراد المتعافين من إدمان المخدرات، ويشمل أبعاداً متعددة لتحديد تأثير التوتر على الجوانب الانفعالية، الفسيولوجية، النفسية، السلوكية،

والمعرفية. تم الاعتماد على المعايير التشخيصية لاضطراب أعراض القلق العام وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات بنسخته الخامسة (DSM-5,1994) يتكون المقياس من (٢٨) عبارة في صورته النهائية، موزعة على خمسة أبعاد: البعد الأول: التوتر الانفعالي، ويتكون من (٦) عبارات. البعد الثاني: التوتر الفسيولوجي، ويتضمن (٧) عبارات. البعد الثالث: التوتر النفسي، ويتضمن (٧) عبارات. البعد الرابع: التوتر السلوكي، ويتكون من (٤) عبارات. البعد الخامس: التوتر المعرفي، ويتكون من (٤) عبارات. تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس (١٠ محكمين) لتقييم البنود التي صممها الباحث. وقد تم إجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون على مفردات المقياس بناء على آرائهم وملاحظاتهم. ويتم استبعاد أي عبارة تقل عن نسبة اتفاق اقل من (٨٠٪).

تصحيح مقياس التوتر:

تم تحديد طريقة الإجابة على مقياس التوتر للمتعاين من الإدمان بحيث تشمل خمس استجابات لكل بند، حيث تعطى الدرجة "٥" للإجابة "دائما"، و"٤" للإجابة "غالبا"، و"٣" للإجابة "أحيانا"، و"٢" للإجابة "نادرا"، و"١" للإجابة "أبدا". تم وضع بعض البنود في الاتجاه الإيجابي، حيث تأخذ الاختيارات الخمسة المتاحة (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) درجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) على الترتيب.

جدول (٢)

أبعاد مقياس التوتر لدى المتعاين من إدمان المخدرات والعبارات الدالة على كل بعد

العدد البنود	العبارات	البعد
٦	٦ ، ٥ ، ٤ ، ٣ ، ٢ ، ١	البعد الانفعالي
٧	١٣ ، ١٢ ، ١١ ، ١٠ ، ٩ ، ٨ ، ٧	البعد الفسيولوجي
٧	٢٠ ، ١٩ ، ١٨ ، ١٧ ، ١٦ ، ١٥ ، ١٤	البعد النفسي
٤	٢٤ ، ٢٣ ، ٢٢ ، ٢١	البعد السلوكي
٤	٢٨ ، ٢٧ ، ٢٦ ، ٢٥	البعد المعرفي
٢٨		الدرجة الكلية

الخصائص السيكومترية للمقياس:

للووصول إلى الصورة النهائية، قام الباحث بتطبيق مفردات المقياس على (٢٠) من المتعافين من الإدمان بغرض التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس.

١- الاتساق الداخلي (المفردات مع الدرجة الكلية)

وذلك من خلال درجات عينة التقنين (الاستطلاعية) بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية لمقياس التوتر لدى المتعافين من الإدمان ن = ٢٠

البعد الانفعالي		البعد الفسيولوجي		البعد النفسي		البعد السلوكي		البعد المعرفي	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	**٠,٧٣٧	٧	**٠,٨٨٩	١٤	**٠,٦٧٣	٢١	**٠,٨٠٩	٢٥	**٠,٧٩١
٢	**٠,٨٠٤	٨	**٠,٧٠٦	١٥	**٠,٦٨٠	٢٢	**٠,٨٧٦	٢٦	**٠,٨٥٨
٣	**٠,٨٧١	٩	**٠,٧٧٣	١٦	**٠,٧١١	٢٣	**٠,٦٩٣	٢٧	**٠,٦٧٥
٤	**٠,٦٨٨	١٠	**٠,٨٤٠	١٧	**٠,٧٣٧	٢٤	**٠,٧٦٠	٢٨	**٠,٧٤٢
٥	**٠,٧٥٥	١١	**٠,٥٧٢	١٨	**٠,٨٢٧				
٦	**٠,٨٢٢	١٢	**٠,٥٤٣	١٩	**٠,٨٠٤				
		١٣	**٠,٦٦٠	٢٠	**٠,٨٧١				

يتضح من جدول (٣) أن جميع مفردات مقياس التوتر لدى المتعافين من الإدمان معاملات

ارتباطها دالة إحصائية عند (٠.٠١)، وهذا يدل على تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة.

٢- الاتساق الداخلي (البعد مع الدرجة الكلية للمقياس)

تم حساب معاملات الارتباط باستخدام معامل بيرسون (Pearson) بين ارتباط كل بعد

بالدرجة الكلية لمقياس التوتر لدى المتعافين من الإدمان، وجدول (٤) يوضح ذلك:

جدول (٤)

معاملات ارتباطات أبعاد مقياس التوتر بالدرجة الكلية لدي المتعافين من الإدمان (ن=٢٠)

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الانفعالي	**٠,٨٢٤	٠,٠١
البعد الفسيولوجي	**٠,٨٥٧	٠,٠١
البعد النفسي	**٠,٨١٢	٠,٠١
البعد السلوكي	**٠,٧٩٦	٠,٠١
البعد المعرفي	**٠,٨٤٧	٠,٠١

يتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)،

مما يدل على تمتع المقياس بالاتساق الداخلي.

ثانياً: ثبات المقياس:

١- الثبات عن طريقة معامل ألفا كرونباخ، وطريقة معامل أوميغا:

تم حساب معامل ثبات التوتر باستخدام معامل ألفا - كرونباخ، الذي يقيس مدى ارتباط مجموعة من العناصر ببعضها البعض كمجموعة متسقة، وطريقة معامل أوميغا، التي تقيس مدى ارتباط كل عنصر بالمجموعة الكلية والعوامل الفرعية، وبيان ذلك في جدول (٥).

جدول (٥)

قياس معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ ومعامل أوميغا لمقياس التوتر (ن = ٢٠)

البعد	عدد المفردات	معامل أوميغا	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
البعد الانفعالي	٦	٠,٨٦٥	٠,٨٧٢	٠,٨٧
البعد الفسيولوجي	٧	٠,٨٤٧	٠,٨٥٦	٠,٨٤٩
البعد النفسي	٧	٠,٨٥٧	٠,٨٦١	٠,٨٦٤
البعد السلوكي	٤	٠,٨٥	٠,٨٥٤	٠,٨٤٧
البعد المعرفي	٤	٠,٨٧٣	٠,٨٧٦	٠,٨٧٤
الدرجة الكلية	٢٨	٠,٨٧	٠,٨٧٤	٠,٨٧٢

يتضح من جدول (٥) أن معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس التوتر، باستخدام معامل أوميغا، تتراوح بين (٠.٨٤٧) و(٠.٨٧٣)، مما يدل على وجود اتساق داخلي عال بين مفردات كل بعد. كما تراوحت قيم معامل ألفا كرونباخ بين (٠.٨٥٤) و(٠.٨٧٦)، مشيرة إلى مستوى عال من الثبات في المقياس. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت قيم معامل التجزئة النصفية مستوى عاليا من الثبات، حيث تراوحت بين (٠.٨٤٧) و(٠.٨٧٤). بالنسبة للدرجة الكلية، فقد بلغت قيم معامل أوميغا (٠.٨٧٠) ومعامل ألفا كرونباخ (٠.٨٧٤) ومعامل التجزئة النصفية (٠.٨٧٢)، مما يعزز موثوقية المقياس في قياس التوتر للمتعافين من الإدمان.

٣- برنامج علاجي عقلائي انفعالي

أولاً: مفهوم البرنامج العلاجي

البرنامج العلاجي المقترح هو برنامج مبتكر يستند إلى الأسس النظرية للعلاج العقلائي الانفعالي، يهدف إلى خفض التوتر لدى الأفراد المتعافين من إدمان المخدرات. يركز البرنامج على تعديل الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار إيجابية وواقعية، مما يساهم في تقليل التوتر وتحسين التوازن النفسي والبدني.

يتضمن البرنامج مجموعة من الجلسات العلاجية التي تقدم في بيئة آمنة وداعمة، حيث تستخدم أساليب متنوعة مثل التنقيف النفسي، والتدريب على المهارات السلوكية والمعرفية، وتقنيات الاسترخاء، مما يساعد على تحقيق الأهداف العلاجية.

ثانياً: أهداف البرنامج:

الهدف العام: يهدف البرنامج العلاجي إلى خفض مستوى التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات من خلال استخدام أساليب العلاج العقلائي الانفعالي، مما يساهم في تحقيق توازن نفسي وتعزيز الصحة العامة.

أهداف البرنامج التدريبي الإجرائية:

- أن يتمكن المشاركون من التعرف على أفكارهم السلبية والمعتقدات غير العقلانية التي تؤدي إلى زيادة التوتر.

- أن يتعلم المشاركون كيفية مواجهة الصعوبات والمشكلات بأسلوب فعال وإيجابي.
- أن يكتسب المشاركون تقنيات الاسترخاء كوسيلة لخفض التوتر.
- أن يتمكن المشاركون من استخدام الحديث الإيجابي مع الذات لتقليل المشاعر السلبية وتعزيز الثقة بالنفس.
- أن يتعرف المشاركون على أهمية النوم ودوره في تحسين الصحة النفسية والجسدية.
- أن يكتسب المشاركون معرفة عن عادات النوم الصحية وكيفية تبنيها في حياتهم اليومية.
- أن يتعلم المشاركون أسباب الأرق الانفعالي وآثاره على الصحة النفسية والجسدية.
- أن يتعرف المشاركون على مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي، وخاصة النموذج (A.B.C.D.E) واستخدامه في تعديل السلوك.
- أن يتدرب المشاركون على تقنية التخيل العقلاني الانفعالي لتغيير استجاباتهم تجاه المشكلات والمواقف الضاغطة.
- أن يتعلم المشاركون تقنية البنية المعرفية الفكرية لفهم وتغيير أنماط التفكير السلبي.
- أن يتمكن المشاركون من تشتيت الذهن عن الأفكار الضاغطة باستخدام أساليب مبتكرة ومناسبة.
- أن يتعلم المشاركون كيفية التخلي عن المعتقدات الخاطئة واستبدالها بأفكار إيجابية تدعم الصحة النفسية.
- أن يطبق المشاركون الأنشطة العلاجية بشكل عملي والتقليل من حدة التوتر.

خطوات إعداد البرنامج:

١- محتوى البرنامج:

يتكون البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي لخفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات من (١٥) وحدة رئيسية، موزعة على (١٥) جلسة علاجية. يتم تطبيق الجلسات بمعدل جلسة واحدة أو جلستين أسبوعياً حسب استجابة المشاركين، حيث تستغرق كل جلسة حوالي (٦٠-٩٠ دقيقة). يتضمن البرنامج أنشطة تطبيقية وتمارين تفاعلية تقدم في بيئة علاجية داعمة، بالإضافة إلى التغذية الراجعة والتقييم المستمر لضمان تحقيق أهداف البرنامج.

استراتيجيات والفنيات المستخدمة:

في إطار البرنامج الإرشادي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي لخفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، سيتم تبني مجموعة من الفنيات التي تدعم تحقيق الأهداف العلاجية بفعالية. تشمل هذه الفنيات:

- **التفاعل النشط:** إشراك أفراد المجموعة في مناقشات تفاعلية وتمارين تطبيقية لتحفيزهم على التفكير الإيجابي وتعديل المعتقدات الخاطئة.
- **النمذجة:** استخدام أمثلة واقعية وعرض مواقف حية من خلال لعب الأدوار لتوضيح كيفية التعامل مع المواقف الضاغطة بشكل عقلائي.
- **التكرار والتعزيز:** تكرار المهارات المكتسبة وتعزيز الأداء الإيجابي باستخدام التشجيع والثناء لتحفيز المتعافين.
- **التقييم المستمر:** مراقبة التقدم الذي يحرزه المشاركون بشكل دوري لتحديد مدى فعالية التدخلات العلاجية وإجراء التعديلات عند الحاجة.
- **تمارين الاسترخاء:** تدريب المشاركين على تقنيات الاسترخاء مثل التنفس العميق والاسترخاء التدريجي لخفض التوتر.
- **تشتيت الذهن:** تعليم المشاركين تقنيات لتشتيت الانتباه عن الأفكار السلبية مثل الانخراط في أنشطة مفضلة أو ممارسة هوايات.
- **الواجبات المنزلية:** تقديم مهام منزلية تعزز من التطبيق العملي لما تم تعلمه خلال الجلسات، مما يدعم الاستمرارية في التغيير الإيجابي.

الأدوات المستخدمة في البرنامج:

في إطار البرنامج الإرشادي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي لخفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، سيتم استخدام مجموعة من الأدوات التي تدعم تحقيق أهداف البرنامج بشكل فعال. وتشمل هذه الأدوات:

- **استمارات تقييم ذاتي:** نماذج (A.B.C.D.E) لتحليل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والعمل على استبدالها بمعتقدات عقلانية.

- تسجيلات صوتية: جلسات استرخاء موجهة تتضمن موسيقى مهدئة أو إرشادات للتنفس العميق والاسترخاء التدريجي.
- أوراق عمل: تشمل جداول لتسجيل المشاعر، التقدم في تعديل السلوك، وأدوات لتوثيق التغيرات السلوكية والانفعالية.
- فيديوهات تعليمية: مواد مرئية لشرح كيفية التعامل مع المواقف الضاغطة ومفهوم التفكير العقلاني الإيجابي.
- بروشورات وكتيبات: مواد توعوية عن العلاقة بين التوتر وكيفية تحسين الصحة النفسية من خلال تعديل الأفكار.
- سبورة وأقلام: لاستخدامها في توضيح المفاهيم أثناء الجلسات الجماعية وتقديم التمارين التوضيحية.
- أدوات التمرين العملي: مثل بطاقات تفاعلية تحتوي على أمثلة لمواقف حياتية واقعية لتحليلها ومناقشتها.
- جداول مراقبة السلوك: لتوثيق التغيرات اليومية في مستوى التوتر وتحديد الأنماط السلوكية المؤثرة.

زمن البرنامج:

سيتم تنفيذ البرنامج الإرشادي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي لخفض التوتر وتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات على مدى ٣ أشهر، ويشتمل على ١٥ جلسة إرشادية يتم تنفيذها بمعدل جلستين أسبوعياً. تستغرق كل جلسة ٤٥ دقيقة، باستثناء جلسة واحدة تمتد إلى ٦٠ دقيقة. تم تصميم الجلسات بحيث تركز كل واحدة منها على هدف علاجي محدد يدعم تحقيق الأهداف العامة للبرنامج.

الفئة المستهدفة:

يستهدف البرنامج الإرشادي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي لخفض التوتر وتحسين جودة النوم مجموعة من المتعافين من إدمان المخدرات الذين يتلقون خدمات علاجية

في مجمع إرادة للصحة النفسية بمدينة جدة. يتم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية التي تتكون من (٦) أفراد يخضعون للبرنامج الإرشادي، والمجموعة الضابطة التي تتكون من (٦) أفراد لا يخضعون للبرنامج. تتراوح أعمار المشاركين بين (٢٢-٣٩ عاماً)، وتم اختيارهم بناء على معايير محددة، تشمل استقرار حالتهم الصحية، واستعدادهم للمشاركة في البرنامج، مع مراعاة الشروط الأخلاقية والالتزام بمبدأ السرية التامة.

تقويم البرنامج:

تم عرض البرنامج الإرشادي القائم على العلاج العقلائي الانفعالي لخفض التوتر وتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات على مجموعة من المحكمين المتخصصين في العلاج النفسي والإرشاد، وتم إجراء تعديلات على البرنامج بناء على ملاحظاتهم لضمان فاعليته.

- **تقويم تكويني:** يتم تقييم أداء المشاركين في كل جلسة من خلال ملاحظات الباحث ومراجعة الواجبات المنزلية. كما يتم إجراء تغذية راجعة دورية بعد كل ثلاث جلسات لتقييم مدى استيعاب المشاركين للمفاهيم المطروحة وقدرتهم على تطبيقها.
- **تقويم بعدي:** بعد انتهاء البرنامج، سيتم تطبيق أدوات القياس المستخدمة في الدراسة، مثل مقياس التوتر ومقياس جودة النوم، لمقارنة نتائج المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة، وكذلك مقارنة نتائج المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج.
- **تقويم تتبعي:** سيتم إجراء قياس تتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء البرنامج لتقييم مدى استمرارية التحسن في خفض التوتر وتحسين جودة النوم لدى أفراد المجموعة التجريبية، والتأكد من فاعلية البرنامج على المدى البعيد.

خطوات الدراسة الإجرائية:

في إطار الجانب التطبيقي للدراسة المتعلقة بفعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي لخفض التوتر وتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، اتبع الباحث الخطوات التالية:

- **تحديد مشكلة الدراسة ومتغيراتها وعينتها:** تم تحديد مشكلة التوتر واضطرابات النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات وتأثيرهما على جودة حياتهم، مع التركيز على استخدام العلاج العقلائي الانفعالي كوسيلة تدخل.

- **مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة:** تم الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بالتوتر، اضطرابات النوم، والعلاج العقلاني الانفعالي، لتحديد الأسس النظرية والعلمية لبناء البرنامج.
- **إعداد أدوات القياس المناسبة:** تم تصميم مقياسين لقياس مستوى التوتر لدى المتعافين، مع التحقق من صدقهما وثباتهما.
- **بناء برنامج إرشادي:** تم تطوير برنامج إرشادي يعتمد على تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي، مع تقسيمه إلى جلسات متسلسلة تغطي أهداف البرنامج.
- **اختيار عينة الدراسة:** تم انتقاء عينة مكونة من ١٢ متعافيا من إدمان المخدرات، مقسمة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تخضع للبرنامج، ومجموعة ضابطة لا تخضع له.
- **إجراء القياس القبلي:** تم تطبيق مقياسي التوتر على أفراد المجموعتين لتحديد مستواهما قبل بدء البرنامج.
- **تطبيق البرنامج الإرشادي:** تم تنفيذ البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية خلال فترة زمنية محددة.
- **إجراء القياس البعدي:** تم إعادة تطبيق مقياسي التوتر على أفراد المجموعتين بعد انتهاء البرنامج لتقييم الأثر المباشر للبرنامج.
- **إجراء القياس التتبعي:** تم إعادة تقييم مستوى التوتر لدى المجموعة التجريبية بعد ستة أسابيع من انتهاء البرنامج لقياس استمرارية الأثر العلاجي.
- **تحليل البيانات إحصائيا:** تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتحديد مدى فعالية البرنامج في خفض التوتر.
- **عرض النتائج:** تم تفسير النتائج ومناقشة تأثير البرنامج الإرشادي على المتعافين، مع مقارنة النتائج بين المجموعة التجريبية والضابطة.
- **صياغة التوصيات:** تم تقديم توصيات تتعلق بتطوير البرامج العلاجية المستقبلية وخفض التوتر لدى المتعافين من الإدمان.
- **اقتراح بحوث مستقبلية:** تم وضع مقترحات بحثية لدراسات مستقبلية تهدف إلى تعزيز فاعلية البرامج الإرشادية القائمة على العلاج العقلاني الانفعالي.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي جمعت، تم استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب الإحصائية باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وذلك بعد أن تم ترميز البيانات وإدخالها إلى الحاسوب. والأساليب الإحصائية التي استخدمت في هذه الدراسة هي:

- اختبار مان - وتيني. (U) Mann-Whitney
- اختبار ولكوكسون. (W) Wilcoxon

نتائج الدراسة ومناقشتها:

١- نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك لصالح المجموعة التجريبية."

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار مان-ويتني (U) Mann-Whitney وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية لتحليل دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأفراد في القياس البعدي. هدف هذا التحليل إلى التحقق من أثر البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي في خفض مستوى التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات كما تعكسه درجاتهم على مقياس التوتر. ولحساب حجم تأثير البرنامج كما أشار (عزت عبد الحميد، ٢٠١١)، في حالة اختبار مان-ويتني لعينتين مستقلتين باستخدام معامل الارتباط الثنائي للرتب الذي يحسب من المعادلة التالية:

$$r_{rp} = \frac{2(Mr_1 - Mr_2)}{n_1 + n_2}$$

حيث: (Mr_1) تعني متوسط رتب المجموعة الأولى (المجموعة التجريبية)، و (Mr_2) تعني متوسط رتب المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة)، و (n_1) تعني عدد أفراد المجموعة الأولى (المجموعة التجريبية)، و (n_2) تعني عدد أفراد المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة).

تشير قيم حجم الأثر وفقا للمحكات المحددة إلى وجود علاقة ضعيفة إذا كانت قيمة (r prd) أقل من (٠.٤)، كما تدل القيم التي تتراوح بين (٠.٤) و(٠.٧) على وجود علاقة متوسطة. وعندما تتراوح القيمة بين (٠.٧) و(٠.٩)، فإنها تشير إلى وجود علاقة قوية، بينما تشير القيم التي تساوي أو أكبر من (٠.٩) إلى وجود علاقة قوية جدا. توضح هذه النتائج بشكل دقيق مدى تأثير المتغيرات المدروسة، مما يساعد في فهم العلاقات بينها بشكل أفضل. وجدول (١٧) يوضح النتائج.

جدول (٦)

مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة وحجم الأثر لقياس التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات

حجم الأثر	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	قيمة (U)	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموعة	البعد
١,٠٠-	٠,٠١	٢,٩٠-	صفر	٣,٥٠	٢,٤٣	١١,٥٠	تجريبية	البعد الانفعالي
				٩,٥٠	٣,٨٢	٢٣,١٧	ضابطة	
١,٠٠-	٠,٠١	٢,٩٢-	صفر	٣,٥٠	٢,٣٧	١٢,٠٠	تجريبية	البعد الفسيولوجي
				٩,٥٠	٢,٤٢	٢٩,٣٣	ضابطة	
١,٠٠-	٠,٠١	٢,٩٠-	صفر	٣,٥٠	٣,٤٤	١١,٦٧	تجريبية	البعد النفسي
				٩,٥٠	٢,٠٧	٢٦,٦٧	ضابطة	
١,٠٠-	٠,٠١	٢,٩٣-	صفر	٣,٥٠	١,٩٧	٥,٦٧	تجريبية	البعد السلوكي
				٩,٥٠	٠,٧٥	١٦,٨٣	ضابطة	
١,٠٠-	٠,٠١	٢,٩٠-	صفر	٣,٥٠	١,١٧	٦,١٧	تجريبية	البعد المعرفي
				٩,٥٠	١,٠٥	١٧,٥٠	ضابطة	
١,٠٠-	٠,٠١	٢,٨٨-	صفر	٣,٥٠	٥,٢٢	٤٧,٠٠	تجريبية	الدرجة الكلية
				٩,٥٠	٤,٤٢	١١٣,٥٠	ضابطة	

يتضح من الجدول (٦) انخفاض متوسط كل بعد من أبعاد مقياس التوتر، حيث بلغ متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (٣.٥٠)، بينما بلغ متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة (٩.٥٠) في القياس البعدي لمقياس التوتر. قيمة (U) في مقياس التوتر ككل بلغت (صفرًا) ومستوى الدلالة هو (٠.٠١)، وهو أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥)، أي أن النتائج دالة إحصائياً، وبالتالي يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين استجابات المجموعتين في

القياس البعدي لمقياس التوتر لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي في خفض مستوى التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات. وللتأكد من أثر البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي في خفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، تم تحديد حجم تأثيره في خفض التوتر وقوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع. تم استخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb})، وبحساب قوة تلك العلاقة التي تشير إلى حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي) على خفض التوتر، اتضح أن قيمة (r_{prb}) بلغت (-0.1)، وهو ما يدل على علاقة قوية جدا وحجم تأثير قوي جدا من المتغير المستقل (البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي) على المتغير التابع (مستوى التوتر)، مما يعزز من فعالية البرنامج في تحقيق الأثر المطلوب..

٢- نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك لصالح القياس البعدي".

ولاختبار صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مستوى التوتر وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

فقد اعتمدت الباحثة في حسابه في حالة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين باستخدام معامل الارتباط الثنائي (r_{prb}) للرتب الذي يحسب من المعادلة التالية.

$$r_{prb} = \frac{4T}{n(n+1)} - 1$$

حيث (T) تعني مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة، و (n) تعني عدد أزواج الدرجات. وتشير قيم حجم الأثر وفقا للمحكات المحددة إلى وجود علاقة ضعيفة إذا كانت قيمة (r_{prb}) أقل من (0.4)، كما تدل القيم التي تتراوح بين (0.4) و(0.7) على وجود علاقة متوسطة.

وعندما تتراوح القيمة بين (٠.٧) و(٠.٩)، فإنها تشير إلى وجود علاقة قوية، بينما تشير القيم التي تساوي أو أكبر من (٠.٩) إلى وجود علاقة قوية جدا.

توضح هذه النتائج بشكل دقيق مدى تأثير المتغيرات المدروسة، مما يساعد في فهم العلاقات بينها بشكل أفضل.

جدول (٧)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وحجم الأثر لقياس التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات

الأبعاد	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
البعد الانفعالي	قبلي	٢٥,٠٠	٢,٢٨	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠-	٠,٠٥	١,٠٠-
	بعدي	١١,٥٠	٢,٤٣	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
				التساوي	٠					
البعد الفسيولوجي	قبلي	٢٨,٨٣	١,٤٧	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١-	٠,٠٥	١,٠٠-
	بعدي	١٢,٠٠	٢,٣٧	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
				التساوي	٠					
البعد النفسي	قبلي	٢٦,١٧	٢,٨٦	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١-	٠,٠٥	١,٠٠-
	بعدي	١١,٦٧	٣,٤٤	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
				التساوي	٠					
البعد السلوكي	قبلي	١٧,٥٠	١,٥٢	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١-	٠,٠٥	١,٠٠-
	بعدي	٥,٦٧	١,٩٧	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
				التساوي	٠					
البعد المعرفي	قبلي	١٦,٨٣	٠,٩٨	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١-	٠,٠٥	١,٠٠-
	بعدي	٦,١٧	١,١٧	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
				التساوي	٠					
الدرجة الكلية	قبلي	١١٤,٣٣	٤,١٣	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠-	٠,٠٥	١,٠٠-
	بعدي	٤٧,٠٠	٥,٢٢	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
				التساوي	٠					

يتضح من جدول (٧) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات كل من القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في كل بعد من أبعاد مقياس التوتر، ووجود

فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس التوتر ككل. حيث كانت قيمة (Z) تتراوح بين (-2.20) و(-2.21)، ومستوى الدلالة أقل من مستوى المعنوية (0.05)؛ مما يشير إلى أن النتائج دالة إحصائياً، وبالتالي يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي في مقياس التوتر ككل لصالح القياس البعدي.

هذه الفروق تشير إلى التأثير الإيجابي للبرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي على خفض مستوى التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات. فقد تبين أن جميع أبعاد مقياس التوتر، بما في ذلك البعد الانفعالي، الفسيولوجي، النفسي، السلوكي، والمعرفي، شهدت انخفاضاً ملحوظاً في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، مما يعكس الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي في تقليل التوتر لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وللتأكد من حجم تأثير البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي في خفض التوتر، تم استخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r prd)، وقد أظهرت الحسابات أن حجم تأثير البرنامج بلغ (-1.0)، وهو ما يشير إلى علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً للبرنامج العلاجي في تقليل التوتر، مما يعزز فعالية البرنامج في تحقيق الأثر المطلوب.

٣- نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) على مقياس التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات".

تم توضيح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التوتر وأبعاده لدى المجموعة التجريبية. وللتأكد من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وقيمة (Z) كأحد الأساليب الإحصائية اللابارامترية لتحليل الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس التوتر وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي. وكانت النتائج كما يوضحها جدول (٨).

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التوتر

لدى المتعافين من إدمان المخدرات

الأبعاد	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
البعد الانفعالي	بعدي	١١,٥٠	٢,٤٣	الموجبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٤١-	٠,١٦
	تتبعي	١٠,١٧	٣,٦٠	السالبة	٤	٣,١٣	١٢,٥٠		
				التساوي	١				
البعد الفسيولوجي	قبلي	١٢,٠٠	٢,٣٧	الموجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠	٠,٩٧-	٠,٣٣
	بعدي	١٠,١٧	٢,٩٣	السالبة	٣	٣,٦٧	١١,٠٠		
				التساوي	١				
البعد النفسي	قبلي	١١,٦٧	٣,٤٤	الموجبة	٥	٣,٥٠	١٧,٥٠	١,٦٣-	٠,١٠
	بعدي	١٢,٣٣	٣,٧٢	السالبة	١	٣,٥٠	٣,٥٠		
				التساوي	٠				
البعد السلوكي	قبلي	٥,٦٧	١,٩٧	الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٨-	٠,٥٦
	بعدي	٥,٥٠	٢,٤٣	السالبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
				التساوي	٣				
البعد المعرفي	قبلي	٦,١٧	١,١٧	الموجبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠-	٠,٣٢
	بعدي	٥,٨٣	١,٣٣	السالبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
				التساوي	٢				
الدرجة الكلية	قبلي	٤٧,٠٠	٥,٢٢	الموجبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	٠,٩٥-	٠,٣٤
	بعدي	٤٤,٠٠	٩,١٤	السالبة	٣	٥,٠٠	١٥,٠٠		
				التساوي	٠				

يتضح من جدول (٨) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات

القياسين البعدي والتتبعي في مقياس التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات وأبعاده لدى

المجموعة التجريبية. فقد أظهرت نتائج قيمة (Z) تتراوح بين (-١.٦٣) و(-٠.٥٨)، مع

مستويات دلالة بين (٠.١٠) و(٠.٥٦)، وهي أكبر من مستوى المعنوية (٠.٠٥). وبالتالي، فإن النتائج غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية بين استجابات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التوتر وأبعاده المختلفة. هذه النتائج تدل على أن تأثير البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي في خفض التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات لا يزال مستمرا بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج، مما يشير إلى استدامة التأثير الإيجابي للبرنامج في تقليل التوتر لدى أفراد المجموعة التجريبية.

توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة، يمكن التوصل إلى التوصيات التالية:

- تشجيع استخدام البرنامج العلاجي القائم على العلاج العقلائي الانفعالي لخفض مستويات التوتر لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك لفاعليته في تحسين مستوى التوتر وخفض احتمالية الانتكاسة.
- توفير فرص تدريبية وإشرافية للمعالجين والمستشارين النفسيين في المؤسسات الصحية لتعلم وتطبيق استراتيجيات العلاج العقلائي الانفعالي مع المتعافين من إدمان المخدرات.
- توسيع نطاق البحث لتضمن عينات أكبر وأوسع من المتعافين من إدمان المخدرات، واستخدام مقاييس أخرى لقياس مستوى التوتر، ومقارنة فاعلية البرنامج مع برامج أخرى للعلاج.
- إجراء دراسات مستقبلية لمتابعة تأثير البرنامج على المشاركين على المدى الطويل، وتحديد عوامل التحدي والدعم التي تؤثر على استمرارية تطبيق المهارات المكتسبة.

البحوث المقترحة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية، يمكن اقتراح بعض الدراسات المستقبلية، مثل:

- دراسة تأثير البرنامج العلاجي القائم على العلاج العقلائي الانفعالي على مستوى التكيف والاندماج الاجتماعي للمتعافين من إدمان المخدرات.

- دراسة تأثير استخدام تطبيقات الهاتف المحمول أو وسائل التواصل الاجتماعي في تعزيز تطبيق المهارات المكتسبة من خلال البرنامج العلاجي للمتعافين من إدمان المخدرات.
- دراسة تأثير دمج استراتيجيات أخرى مثل التأمل أو التنفس العميق أو التخيل الموجه في تحسين فاعلية البرنامج العلاجي للمتعافين من إدمان المخدرات.
- دراسة تأثير تورط أفراد الأسرة أو الأصدقاء في تنفيذ ومتابعة البرنامج العلاجي للمتعافين من إدمان المخدرات.
- دراسة تأثير تعديل البيئة المحيطة بالمشاركين في البرنامج العلاجي للمتعافين من إدمان المخدرات على مستوى التوتر والانتكاسة.



قائمة المراجع

المراجع العربية:

الخرابشة، جهاد محمود عليان، وأبو سليمان، بهجت عبدالمجيد محمود. (٢٠٢٣). اضطرابات النوم وعلاقتها بمستوى التوتر لدى نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن. مجلة جامعة عمان العربية للبحوث - سلسلة البحوث التربوية والنفسية، ٨(٣)، ٢٩٣ - ٣١٧. مسترجع من:

<http://search.mandumah.com/Record/1441228>.

العتيبي، خالد بن عبدالله. (٢٠٢٣). مدى فاعلية البرامج العلاجية في القضاء على الإدمان في مستشفيات إرادة للصحة النفسية بمنطقة الرياض من وجهة نظر الممارسين الصحيين.

مجلة جامعة تبوك للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ٤(٣)، ٢٨٥-٣٠٥. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1465667>

الفالح، سليمان بن قاسم. (٢٠١٧). التعافي من إدمان المخدرات: دراسة وصفية على المتعافين المستفيدين من خدمات الجمعية الخيرية للتوعية بأضرار التدخين والمخدرات في جدة والجمعية العمومية للمتعافين من المخدرات والمؤثرات العقلية في الدمام. مجلة الاجتماعية، ١٣(١)، ١٩-٦٠. مسترجع من:

<http://search.mandumah.com/Record/890415>

القحطاني، عبدالله بن صالح. (٢٠٢١). فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مشاعر الندم لدى طلبة جامعة شقراء. مجلة جامعة الطائف للعلوم الإنسانية، ٧، ٧٨٥ - ٨٢٤. مسترجع من:

<http://search.mandumah.com/Record/1197363>

بن طبال، بوبكر، و جخراب، محمد عرفات. (٢٠١٩). فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف اعراض الوسواس القهري: دراسة عيادية لأربع حالات بديوان مؤسسات الشباب بورقلة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قاصدي مرياح - ورقلة، ورقلة. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1149838>

سعيد عمرو علي محمد، وسعفان محمد أحمد محمد إبراهيم. (٢٠٢٣). فعالية برنامج قائم على نظرية الطاقة الحيوية في خفض التوتر النفسي لدى الراشدين المضطربين سيكوسوماتيا (رسالة ماجستير غير منشورة). مسترجع من:

<http://search.mandumah.com/Record/1384936>

المراجع الانجليزية:

- Aghataher, A., & Mahani, K. N. (2023). The effect of rational emotive group therapy on self-concept and stress in recovering drug addicts. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 7(1), 317-323.
- Athaya, F. H. (2022). Cognitive Dissonance pada Konteks Berkomunikasi dan Mencari Informasi di Ruang Digital: Fenomena Selective Exposure. *Jurnal Lensa Mutiara Komunikasi*, 6(1), 61-72. <https://doi.org/10.51544/jlmk.v6i1.2535>
- Chukwuemeka, N. A., Nwafor, C. E., & Obi-Nwosu, H. (2024). Effectiveness of Group Rational Emotive Therapy on Frequency of Stress among Recovering Addicts. *Practicum Psychologia*, 13(1).
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 304-318. <https://doi.org/10.1002/jclp.22514>
- De Leon, G., & Unterrainer, H. F. (2020). The effectiveness of rational-emotive therapy and assertive training in reducing stress of recovering addicts. *Frontiers in psychiatry*, 11, 786.
- Doğutaş, A. (2023). Sociological Influences on Addiction: Culture and Ethnicity. *Open Journal of Social Sciences*, 11(09), 617-629. <https://doi.org/10.4236/jss.2023.119038>
- Dryden, W., & Neenan, M. (2015). *Rational Emotive Behaviour Therapy: 100 Key Points and Techniques* (2nd ed.). Routledge.
- El-Azzab, I., Othman, M, & Mohamed, S. (2022). Efficiency of Rational Emotive Therapy on Stress and Irrational Ideas among People Recovering from Drug Addiction. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 10(33), 41-53.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

- Gavazzi, S. M., & Lim, J. (2023). Attachment theory. *Advancing Responsible Adolescent Development*, 61-73. https://doi.org/10.1007/978-3-031-43407-5_6
- Giovannetti, C., Garcia Arce, S., Rush, B., & Mendive, F. (2019). Effectiveness of RET to improve stress and self-esteem in a sample of cocaine recovering addicts. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52(5), 472-481.
- Gretchen, Hope, Miller, Heery. (2017). Addiction Recovery Through Photovoice: Qualitative Study. 1(2).
- Hansen, E., Ganley, T., & Carlucci, C. (2008). Recovery from addiction: A process of transformation. *Addiction Treatment Review*, 270-271.
- Harper, D., & Cook, P. (2021). Social Impact of Addiction Recovery: A Case Study of the Challenges and Support Systems. *Journal of Addiction and Mental Health*, 35(2), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.jamh.2021.01.001>
- Kaithuru, P. N. (2020). Efficacy of rational emotive therapy among substance recovering addicts: The impact on stress reduction. *International Journal of Indian Psychology*, 8(3), 173-183.
- Kearney, M. H. (1998). Truthful self-nurturing: A grounded formal theory of women's addiction recovery. *Qualitative Health Research*, 8(4), 495-512. doi:10.1177/104973239800800405.
- Kim, H. S., Hodgins, D. C., Garcia, X., Ritchie, E. V., Musani, I., McGrath, D. S., & von Ranson, K. M. (2021). Effectiveness of rational emotive therapy on stress reduction and psychological well-being improvement of recovering addicts. *Clinical psychology review*, 89, 102083.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256.

- McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, 1, 1-11.
- Melemis, S. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88, 325-332.
- mindfulness-based stress reduction on sleep quality in male patients with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.928940>
- Muhammad, D., Dasris, A., Razali, N., Eshah, N., Tom, A., & Wahab, A. (2023). Models and Theories of Relapse Among Former Drug Addicts. *Journal of Social Transformation and Regional Development*, 5(1). <https://doi.org/10.30880/jstard.2023.05.01.003>
- Ningrum, S., & Intansari, F. (2023). Penyesuaian Diri Mahasiswa Perantau di Universitas Aisyah Pringsewu Tahun 2023. *Jurnal Psikologi: Media Ilmiah Psikologi*. <https://doi.org/10.47134/pjp.v1i1.1953>
- Okoieye, O. E., & Adebisi, K. F. (2021). Effects of rational emotive and cognitive behavior therapies on stress reduction among recovering drug addict students. *Br. J. Mark. Stud*, 3, 89-100.
- Panagiotounis, F., Theodorakis, Y., Hassandra, M., & Morres, I. (2021). Stress reduction and recovery abilities of heroin recovering addicts using rational emotive therapy: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 26(2), 118-124.
- Ryan, Kemp. (2019). Addiction and addiction recovery: a qualitative research viewpoint. 4(2), 167-179. <https://doi.org/10.33212/JPT.V4N2.2019.167>
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>

- Thomas, Martinelli., Diana, Roeg., Lore, Bellaert., D., van, de, Mheen., Gera, E., Nagelhout. (2023). Understanding the Process of Drug Addiction Recovery Through First-Hand Experiences: A Qualitative Study in the Netherlands Using Lifeline Interviews. *Qualitative Health Research*.
<https://doi.org/10.1177/10497323231174161>
- Thomas, Martinelli., Gera, E., Nagelhout., Lore, Bellaert., David, Best., Wouter, Vanderplasschen., Dike, van, de, Mheen. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 27(5), 387-396. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1779182>
- Vandenbos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2020). The neuroscience of drug reward and addiction. *Physiological Reviews*, 100(1), 361-412. <https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2019>
- Yongmei, W., Cuiping, C., Lina, G., Yi, Z., Yanhong, S., Gao, G., Yayun, X., Liangjun, P., & Lianyin, X. (2023). Effect of short-term
- Григоренко, О. В. (2023). Functional adaptation theory of stress (fats). <https://doi.org/10.54775/pp1.2023.35.53.001>.