



جامعة البحرين
كلية التربية
قسم علم النفس
برنامج ماجستير علم النفس الإرشادي

مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين

مشروع بحث ضمن متطلبات درجة الماجستير في برنامج علم النفس الإرشادي

إعداد

حسين حسن طاهر الهاشم

إشراف

الأستاذ الدكتور / مدحت عبد الحميد أبوزيد
أستاذ علم النفس بكلية التربية



مملكة البحرين

١٤٢٧هـ - ٢٠٠٦م

قال تعالى:

بسم الله الرحمن الرحيم

" يا أيها الذين آمنوا إنما
الخمير والميسر والأنصاب
والأزلام رجس من عمل
الشيطان فاجتنبوه "

صدق الله العظيم

سورة المائدة آية ٩٠

كتبته آلاف الكتب والمقالات عما أنفقته على بحوث

الإحسان ملايين الدولارات. وبالرغم من ذلك نجد نقماً

شديداً في الإستراتيجيات المستخدمة لعلاج الإحسان الناجمة.

"أرون بيك"

الإهداء

اهدي هذا العمل المتواضع إلى النبي المصطفى وآله عليه وعليهم أفضل الصلاة والسلام، وإلى أسرتي الكريمة التي وهبتني كل الدعم والطموح للاستمرار في الدراسة والبحث، وإلى زوجتي الغالية التي صبرت على عناء هذا البحث، وإلى المرضى الذين استفدت منهم كثيراً في القرب من واقع المرض الذي كنت أبحث في علاجه.

شكر و تقدير

أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى الأستاذ الدكتور الفاضل والمعالج النفسي مدحت عبد الحميد أبو زيد الذي أنار لي طريقي وساعدني على تخطي الكثير من الصعوبات والعقبات التي واجهتني خلال بحثي الحالي مما جعلني أدرك وبشكل جلي أهمية اكتساب مهارات البحث العلمي لمن يرغب في البحث في مجال القضايا النفسية والاجتماعية.

وكذلك أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى الأستاذة الدكتورة في جامعة البحرين مایسة شكري والتي أخذت بي إلى أولى عتبات طريقي في مسيرة دراستي للماجستير والتي ما زالت تقودني إلى ما هو أبعد من مرحلة الماجستير.

وكذلك أشكر جميع القائمين على إدارة مجمع الأمل للصحة النفسية وعلاج الإدمان بالدمام، وجميع الأخصائيين والمرشدين والعاملين والمرضى في المجمع للجهود التي بذلوها معي من أجل إنجاز هذا البحث، وأخص بالشكر الدكتور محمود رشاد والدكتور خالد عبدالوهاب الإستشاريين النفسيين وكذلك مرشد التعافي حسين اليامي في المجمع على جهودهم التي بذلوها معي في تذليل الصعاب أثناء اجراء هذا البحث.

وأیضا أتقدم بشكري لزملائي في الدراسة الأستاذ سيد كاظم صالح، والأستاذة جمالة عبدالرحمن اللذان تفانا في مساعدتي على تخطي الكثير من الصعاب التي واجهتني خلال هذا البحث.

وكذلك أشكر أخي العزيز الدكتور واصل الهاشم على جهوده التي أثرتني علمياً ومضت بي قدماً نحو الاستمرار في هذا البحث. وأیضا أشكر زوجتي الغالية التي أعطتني من وقتها وجهدها الكثير من أجل توفير الجو الأسري المناسب لتسهيل عملية الاستمرار في هذا البحث.

وأخيراً أتوجه بكامل شكري وامتناني إلى الأستاذ محمد الغنيم مدير الشؤون الإدارية في فرع المطبوعات بوزارة الإعلام ، والأستاذ الفاضل عبدالله بخيت مدير فرع المطبوعات بالمنطقة الشرقية اللذان منحاني الدعم والفرصة والوقت الكافي لمواصلة هذا البحث.

الباحث

قائمة المحتويات

٤	الإهداء.....
٤	شكر وتقدير.....
٦	قائمة المحتويات.....
٨	قائمة الجداول.....
١٠	قائمة الأشكال.....
١١	ملخص الدراسة.....

الفصل الأول

مشكلة الدراسة

١٨	أولاً - مقدمة.....
٢١	ثانياً - مشكلة الدراسة وأهميتها.....
٢٢	ثالثاً - أهداف الدراسة وتساؤلاتها.....
٢٣	رابعاً - التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....
٢٤	خامساً - حدود الدراسة.....

الفصل الثاني

الإطار النظري

٢٧	أولاً - الإدمان وإدمان الأمفيتامينات.....
٦٤	ثانياً - الدافعية ودافعية العلاج.....

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

٨٦	أولاً - مقدمة.....
	ثانياً - المحور الأول: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع متعاطي الكحول والمخدرات.....
٨٦	ثالثاً - المحور الثاني: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع المشخصين ثنائياً.....
٨٩	رابعاً - المحور الثالث: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع فئات غير إدمانية.....
٩١	

- خامساً - المحور الرابع: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع
برامج علاجية أخرى..... ٩٢
- سادساً - المحور الخامس: الدراسات الخاصة بالعوامل المؤثرة في تنمية الدافعية
للقيام بالتغير والامتنال للعلاج..... ٩٥
- سابعاً - تعليق و توظيف..... ٩٧

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

- أولاً - الفروض..... ١٠٠
- ثانياً - منهج الدراسة..... ١٠٠
- ثالثاً - إجراءات الدراسة..... ١٠٠
- رابعاً - عينة الدراسة..... ١٠١
- خامساً - الضبط التجريبي للعينات والمتغيرات..... ١٠٥
- سادساً - أدوات الدراسة..... ١٠٦
- ثامناً - الأساليب الإحصائية المستخدمة..... ١١٥
- سابعاً - بروتوكول البرنامج الإرشادي وإجراءاته..... ١١٥

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

- أولاً - عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها..... ١٣٦
- ثانياً - عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها..... ١٣٦
- ثالثاً - الخلاصة..... ١٤٦
- رابعاً - التوصيات..... ١٤٦
- خامساً - آفاق البحث المستقبلية..... ١٤٦

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
١٠١	جدول توصيف العمر ومدة التعاطي وعدد مرات العلاج للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١).	١.
١٠١	جدول النسب المئوية لتوصيف الحالة الاجتماعية للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١).	٢.
١٠٢	جدول النسب المئوية لتوصيف المستوى التعليمي للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١).	٣.
١٠٢	جدول النسب المئوية لتوصيف تشخيص الإدمان للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١).	٤.
١٠٣	جدول توصيف العمر ومدة التعاطي وعدد مرات العلاج لعينة الدراسة الأساسية الإرشادية (ن=١٧).	٥.
١٠٤	جدول الفرق العمري بين الجماعة الإرشادية والضابطة (ن=١٧).	٦.
١٠٤	جدول النسب المئوية لتوصيف الحالة الاجتماعية للعينة الأساسية الإرشادية (ن=١٧).	٧.
١٠٥	جدول النسب المئوية لتوصيف المستوى التعليمي للعينة الأساسية الإرشادية (ن=١٧).	٨.
١٠٦	جدول معاملات صدق الميزان الداخلي (صدق المفردات) لمقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٥١).	٩.
١٠٧	جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمفردات مقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٥١).	١٠.
١٠٨	جدول المصفوفة الارتباطية لمفردات مقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٥١).	١١.

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
١١٢	جدول معاملات صدق الميزان الداخلي (صدق المفردات) لمقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٠١).	١٢
١٣٦	جدول درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة ما قبل التفكير في التغير).	١٣
١٣٧	جدول درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة التفكير في التغير).	١٤
١٣٧	جدول درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة القيام بالفعل).	١٥
١٣٨	جدول درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة الحفاظ على التغير).	١٦
١٣٩	جدول الدرجات الكلية للدافعية لدى المفحوصين على مقياس (URICA).	١٧
١٣٩	جدول الدرجات الكلية للدافعية لدى المفحوصين على مقياس (الدافعية العلاج).	١٨
١٤٣	جدول دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "مان وتني" للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقاييس الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة.	١٩
١٦٦	جدول معاملات الصدق العملي بين متغيرات مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (ن = ١٠١)	٢٠
١٦٧	جدول درجة شيوع العوامل لمقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (ن = ١٠١)	٢١
١٦٧	جدول التفسير الكلي للمتغيرات مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (ن = ١٠١)	٢٢
١٦٨	جدول مصفوفة العامل الوحيد المستخرج من الصدق العملي لمقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (ن = ١٠١)	٢٣

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
١.	الشكل الخاص بعرض تصنيف الاستمرار على تعاطي المخدرات.	٣٠
٢.	الشكل الخاص بعرض بلورات امفيتامين.	٥١
٣.	الشكل الخاص بعرض بودرة امفيتامين.	٥١
٤.	الشكل الخاص بعرض حبوب امفيتامين.	٥١
٥.	الشكل الخاص بعرض قطع كريستال امفيتامين.	٥١
٦.	الشكل الخاص بعرض التمثيل البياني (ثلاثي الأبعاد) لمتوسطات مفردات مقياس دافعية العلاج (ن=١٥١).	١٠٨

ملخص الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في محاولة تنمية الدافعية للعلاج لدى مرضى الإدمان من أجل تحقيق أقصى استفادة ممكنة من البرامج والخدمات العلاجية المقدمة للمدمن. وقد هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي جماعي تم اقتباسه وتعريبه خاص بتنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام وذلك من خلال مقارنة النتائج ما بين الجماعة الإرشادية والجماعة الضابطة. وقد تكونت عينة الدراسة من عينة الدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة الأساسية الإرشادية، وهي كالآتي:

أولاً - عينة الدراسة الاستطلاعية:

والتي اشتملت على عينة تقنين المقاييس الخاصة بالدراسة المتمثلة في مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA) ومقياس الدافعية للعلاج وقد كان عددها (١٠١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات - مواد متعددة - والأمفيتامينات وكانوا كلهم من الذكور.

وتراوح أعمارهم ما بين (٢١-٥٢) عاماً بمتوسط قدره (٣٤,٨١) بانحراف معياري قدره (٨,٥٦٥) وكان متوسط مدة تعاطيهم (١٥,٦٣) عاماً بانحراف معياري قدره (٨,٣٧٢) وكان متوسط عدد مرات العلاج (٤,٠٤) بانحراف معياري قدره (٣,٤٤).

وكانت النسب المئوية لحالتهم الاجتماعية هي (٤٦,٥%) عزاب، (٣٩,٦%) متزوجين، (١٣,٩%) مطلّقين.

وتراوح مداهم التعليمي ما بين مرحلتين (الإعدادية والجامعية) حيث كانت نسبهم المئوية كالآتي: (٢٧,٧%) في المرحلة الإعدادية، (٢٦,٧%) في المرحلة المتوسطة، (٣٩,٦%) في المرحلة الثانوية، (٥,٩%) في المرحلة الجامعية.

وقد تم اختيارهم عشوائياً من مرضى مجمع الأمل للصحة النفسية وهم من المرضى المنومين داخل المجمع والمتابعين في العيادات الخارجية وكانت نسبهم المئوية كالآتي: (٤٧,٥%) من المعتمدين على تعاطي مواد متعددة من المخدرات، (١٩,٨%) من المعتمدين على تعاطي الكحول، (٣٢,٧%) من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات.

ثانياً - عينة الدراسة الأساسية الإرشادية:

والتي اشتملت على الجماعة الإرشادية والضابطة وقد كان عددها (١٧ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات من الذكور سُحبوا قصداً من العينة الاستطلاعية وفقاً لمحكات نقص معدلات الدافعية لديهم وكانت أعمارهم تتراوح ما بين (٢٢-٥٢) عاماً وقد قسموا إلى جماعتين بحيث كانت الجماعة الأولى هي التجريبية الإرشادية وعددها (٨ مرضى) سيتم تعريضهم للبرنامج الإرشادي بالإضافة إلى البرنامج التقليدي لعلاج الإدمان المطبق في المجمع، والجماعة الثانية هي الضابطة وعددها (٩ مرضى) خاضعين للبرنامج التقليدي لعلاج الإدمان المستخدم في المجمع دون التعرض إلى البرنامج الإرشادي.

وقد كان متوسط أعمار الجماعة الإرشادية يساوي (٣٢,٥٠) بانحراف معياري قدره (٩,٦٨) وكان متوسط مدة تعاطيهم يساوي (١٢,٣٨) عاماً بانحراف معياري قدره (٧,٢٥) وكان متوسط عدد مرات العلاج يساوي (٢,٧٥) بانحراف معياري قدره (٢,٤٤)، بينما كان متوسط أعمار الجماعة الضابطة يساوي (٣٢,٦٧) بانحراف معياري قدره (٦,٧٥) وكان متوسط مدة تعاطيهم يساوي (١٤,٠٠) سنة بانحراف معياري قدره (٩,١٧) وكان متوسط عدد مرات العلاج يساوي (٣,١١) بانحراف معياري قدره (٢,٦٧) كما هو موضح في الجدول رقم (٥).

وقد تم استخدام اختبار "ت" لحساب الفرق العمري بين الجماعة الإرشادية والجماعة الضابطة ولم توجد هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية حيث بلغت قيمة اختبار "ت" (-٠,٠٤٢) وهي قيمة غير دالة عند مستوى (٠,٩٦٧) فقد كان المتوسط العمري للجماعة الإرشادية يساوي (٣٢,٥٠) بانحراف معياري قدره (٩,٦٨) والمتوسط العمري للجماعة الضابطة يساوي (٣٢,٦٧) بانحراف معياري قدره (٦,٧٥) كما هو موضح في الجدول (٦).

وقد كانت النسب المئوية للحالة الاجتماعية للجماعة الإرشادية هي (٦٢,٥%) عزاب، (١٢,٥%) متزوجين، (٢٥%) مطلقين، بينما كانت النسب المئوية للحالة الاجتماعية للجماعة الضابطة هي (٤٤,٤%) عزاب، (٥٥,٦%) متزوجين كما هو موضح في الجدول رقم (٧).

وقد كان مداهم التعليمي ما بين مرحلتين (الإعدادية والجامعية) حيث كانت النسب المئوية لأفراد الجماعة الإرشادية هي (٢٥%) في المرحلة الإعدادية، (٣٧,٥%) في المرحلة المتوسطة، (٢٥%) في المرحلة الثانوية، (١٢,٥%) في المرحلة الجامعية، بينما كانت النسب المئوية لأفراد الجماعة الضابطة هي (٣٣,٣%) في المرحلة الإعدادية، (٣٣,٣%) في المرحلة المتوسطة، (٣٣,٣%) في المرحلة الثانوية كما هو موضح في الجدول رقم (٨).

وقد استخدم الباحث في الدراسة الاستطلاعية الإحصاء البارامترى المتمثل في (المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، والتحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج، ومعاملات ثبات ألفا لكرونباخ)، وكذلك استخدم الإحصاء اللابارامترى في الدراسة الأساسية الإرشادية والمتمثل في (اختبار مان وتني للفرق بين متوسطين غير مرتبطين لجماعة صغيرة، واختبار ويلكوكسن للفرق بين متوسطين مرتبطين لجماعة صغيرة).

وكانت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة تتمثل في مقياسين خاصين بتقييم دافعية العلاج ومراحل القيام بالتغير وهما كالآتي:

أولاً - مقياس (دافعية العلاج):

وهو من إعداد مدحت عبدالحميد ويتكون من (١٦ مفردة) يُجاب عنها بمقياس ثنائي بحيث يختار المفحوص كلمة (صح) أو كلمة (خطأ) في التعبير عن الإجابة على المقياس وقد أظهر هذا المقياس صدقاً جوهرياً عند ما تم حساب معاملات صدق الميزان الداخلي (صدق المفردات) له من خلال تطبيقه على عينة قوامها (١٥١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات حيث بلغت نسبة الصدق لمفرداته (٨٧,٥%) وكذلك أظهر ثباتاً جوهرياً عند ما تم حساب معامل ثبات ألفا لكرونباخ له حيث بلغت قيمته (٠,٦٧٤).

وأيضاً أظهر هذا المقياس صدق جوهري من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية في الدراسة الحالية والتي كان عددها (١٠١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات من السعوديين عند ما تم حساب معاملات صدق الميزان الداخلي (صدق المفردات) له حيث بلغت نسبة الصدق لمفرداته (٧٥%) وكذلك أظهر ثبات جوهري عند ما تم حساب معامل ثبات ألفا لكرونباخ له حيث بلغت قيمته (٠,٧٧٩).

ثانياً - مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA):

وهو من إعداد: مدحت عبدالحميد، والباحث ويحتوي على (٣١ مفردة) يُجاب عنها بمقياس خماسي موزع كالآتي:

- غير موافق تماماً = درجة واحدة
- غير موافق = درجتين
- غير متأكد = ثلاث درجات
- موافق = أربع درجات
- موافق تماماً = خمس درجات

ويحتوي هذا المقياس على أربعة مقاييس فرعية يختص كل واحد منها بقياس مرحلة من مراحل التغيير التالية: مرحلة ما قبل التفكير في التغيير ومرحلة التفكير في التغيير ومرحلة القيام بالفعل ومرحلة الحفاظ على التغيير وقد صمم هذا المقياس على البيئة الأمريكية.

وقد تمتع بثبات جيد حيث بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ (٠,٧٩) عندما طبق على عينة أمريكية قوامها (٢٥٢ طالباً) من طلبة الجامعة الذين يعانون من بعض حالات القلق وكذلك تمتع بصدق جيد من خلال استخدام أسلوب التحليل العاملي للمقياس.

وأيضاً أظهر هذا المقياس ثبات حيث بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ (٠,٦٩) عند ما طبق على العينة الاستطلاعية في الدراسة الحالية والتي كان عددها (١٠١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات من السعوديين وكذلك تمتع بصدق جيد من خلال استخدام أسلوب التحليل العاملي للمقياس.

وقد أسفرت الدراسة الحالية عن عدم تحقق الفرض الأول والذي نصه "وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة الإرشادية في متغير الدافعية للعلاج يشير إلى فعالية البرنامج في شحذها".

وذلك من خلال استخدام اختبار "ويلكسون" للفرق بين متوسطين مرتبطين لجماعة صغيرة عددها (ثمانية) في هذه الدراسة من أجل تقدير الفرق بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة الإرشادية حيث كانت أغلب النتائج غير دالة إحصائياً كما هو موضح في الجداول التالية: جدول رقم (١٣) و جدول رقم (١٤) و جدول رقم (١٥) و جدول رقم (١٦) و جدول رقم (١٧) و جدول رقم (١٨).

وكذلك أسفرت الدراسة عن عدم تحقق الفرض الثاني والذي نصه "وجود فروق جوهرية بين الجماعتين التجريبية الإرشادية، والضابطة في تحسن دافعية العلاج لدى الأولى مشيراً إلى فعالية البرنامج في شحذها".

وذلك من خلال استخدام اختبار "مان وتني" للفرق بين متوسطين غير مرتبطين لجماعة صغيرة في هذه الدراسة من أجل تقدير الفرق في مستوى الدافعية بين الجماعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقاييس الدافعية كما هو موضح في الجدول رقم (١٩) والخاص بدلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "مان وتني" وذلك للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقاييس الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة حيث يشير هذا الجدول إلى أنه لم توجد أية فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في مستوى الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة على مقياس الدافعية للعلاج ومقياس جامعة رود

ايلاند لتقويم التغيير (URICA) ومقاييسه الفرعية ما عدا وجود فرق واحد ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٤) في مستوى الدافعية على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة ما قبل التفكير في الغير) من مقياس (URICA) لصالح المجموعة التجريبية.

وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما أسفرت عنه بعض نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة كل من (بروان، وآخرون، ١٩٩٣)، (بين، وآخرون، ١٩٩٣)، (سواندرز، وآخرون، ١٩٩٥)، (بيرق سميث، وآخرون، ١٩٩٦)، (ديلي، وآخرون، ١٩٩٨)، (هيبير، ١٩٩٨)، (سوانسون، وآخرون، ١٩٩٩)، (ماكنللي، ٢٠٠٣)، (روهنسو، وآخرون، ٢٠٠٤) حيث هدفت جميع هذه الدراسات إلى اختبار مدى فاعلية استخدام برامج علاجية خاصة بشحذ الدافعية للعلاج في تنمية دافعية مجموعة من المدمنين.

وكذلك اختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة سابقة طبقت على نفس بيئة ومجتمع الدراسة الحالية وهو المجتمع العربي السعودي وهذه الدراسة هي دراسة (مدحت عبدالحميد، ٢٠٠٣) والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي مقترح في رفع دافعية الجماعة العلاجية وتقليل أسباب الهروب ومؤثراته لديهم وقد أسفرت نتائجها عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد الجماعة العلاجية على كل من مقياس تقويم الدافعية العلاجية، وقائمة مراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية يرجع لفعالية البرنامج المقترح في زيادة الدافعية وتقليل سلوكيات الهروب وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في دراسة مدحت عبدالحميد والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي العقاقير في تنمية دافعتهم للعلاج.

وأيضاً اختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراستين سابقتين تم تطبيقهما على عينتين من الذين يتعاطون نفس نوع المادة الإدمانية التي يتعاطها أفراد عينة الدراسة الحالية وهي مادة الأمفيتامينات وهاتان الدراستان هما دراسة (بيكر، وآخرون، ٢٠٠١) ودراسة (بيكر، وآخرون، ٢٠٠٥) وقد هدفتا إلى اختبار مدى فعالية استخدام تدخلات علاجية تجمع ما بين كل من المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات في تنمية دافعتهم للعلاج وقد أسفرتا عن وجود فرق واضح بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة العلاجية يرجع لفعالية التدخلات العلاجية التي تجمع ما بين أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي. وهذا يشير إلى فعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات الذين يحضرون برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية دافعتهم للعلاج.

وقد يرجع السبب في عدم فعالية هذا البرنامج المطبق في الدراسة الحالية والخاص بشحذ دافعية عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات السعوديين للعلاج إلى قلة عدد الجلسات العلاجية في هذا البرنامج وكذلك إلى عدم إعداد الباحث بشكل جيد لتطبيق هذا البرنامج، أما بالنسبة للنتائج التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعض المقاييس الفرعية لمقياس (URICA) فقد يرجع ذلك إلى أنه قد تم التركيز على شرح البرنامج أكثر من التركيز على شرح أداة القياس والذي قد يكون سبباً في عدم فهم بعض المرضى لما هو مطلوب من المقياس، وكذلك قد يرجع السبب إلى عدم استفسار المرضى، وايضاً قد يرجع إلى وجود توجس لدى بعض المرضى في التعامل مع مثل هذه المقاييس في المجتمعات العربية، وأخيراً قد يرجع السبب في ذلك إلى الطبيعة الخاصة بالمدمنين والتي تتمثل في المراوغة والكذب.

وأخيراً انتهت الدراسة الحالية إلى أهمية إعداد وتطوير بروتوكول علاجي متكامل في المجتمع العربي بصور مختلفة لبرامج العلاج بتنمية الدافعية من أجل التعامل مع المرضى المعتمدين على تعاطي المخدرات والكحول لكي يتناسب مع متطلبات المجتمع من ناحية الاهتمام بالمواضيع الدينية والعقائدية وأهميتها لدى المدمن العربي، وكذلك إعداد دورات تدريبية للأخصائيين في كيفية تصميم برامج إرشادية خاصة بتنمية الدافعية للعلاج.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة

أولاً - مقدمة

ثانياً - مشكلة الدراسة وأهميتها

ثالثاً - أهداف الدراسة وتساؤلاتها

رابعاً - التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة

خامساً - حدود الدراسة

الفصل الأول

مشكلة الدراسة

أولا - مقدمة

تعد مشكلة إدمان الكحول والمخدرات من أكبر المشكلات الإنسانية التي تواجه الشعوب والدول. فالإدمان في هذه الأيام أصبح من أكثر الاضطرابات انتشاراً. فهو لا يقتصر على نوع معين من السلوكيات أو العادات، بل يتعدى ويتخطى ما هو أبعد من ذلك ليتجاوز كل الحدود والحواجز الحياتية من أمراض وغيره. (Christner, 1993, p: 9)

ومن أجل ذلك فقد قامت مختلف الهيئات الدولية المعنية بالتعامل مع مشكلة الإدمان بإصدار اتفاقياتها التي تتضمن أهمية وضرورة توفير التأهيل والرعاية المناسبة للتعامل مع هذه المشكلة.

فقد ذكر (Ghods, 1997) أنه في الفترة الأخيرة قد ظهر الكثير من التوجه والاهتمام نحو التعامل مع مشكلة الإدمان على الكحول والمخدرات وعلاجها مقارنة مع الفترات السابقة. وهذا يعني أن المجتمعات الحالية بدأت تنظر إلى الإدمان على أنه مشكلة خطيرة يجب التعامل معها بدلاً من تجاهلها. (Alotaibi, 2000, p: 14)

فقد ظهرت على الساحة عدة اتجاهات لفهم ظاهرة إدمان الكحول والمخدرات وعلاجها وقد كان من أوائل هذه الاتجاهات هو الاتجاه الطبي الذي بدأ في القرن الماضي حيث تناول الإدمان بوصفه مشكلة طبية بحتة وأكد على أن المدمن هو شخص مريض ويحتاج إلى تلقي العلاج. وقد جاء اكتشاف عقار "الميثادون" Methadone لتعزيز تناول الطبيب لعلاج الإدمان. (عبدالله عمر، ٢٠٠٤، ص: ١)

وهذا ما أكدته (Abou-Saleh, 2002, p: 1-9) عندما ناقش التطورات الحديثة في بيولوجية الإدمان حيث خلص إلى أن الإدمان هو عبارة عن تغيرات كيميائية تحصل في الدماغ وأكد على دور "الدوبامين" Dopamine كناقل عصبي مهم في حدوث الإدمان، بالإضافة إلى ظهور "الأعراض الانسحابية" Withdrawals عند التوقف عن التعاطي.

وأيضاً ظهر الاتجاه النفسي الذي قدم عدة مصادر يمكن من خلالها التعرف على ظاهرة الإدمان وبحثها وتقديم التدخلات التي تسهم في التعامل معها فقد كان الاتجاه الذي يهتم بمفهوم تركيب سمات الشخصية هو أحد هذه الاتجاهات النفسية والذي

يؤكد على وجود سمات شخصية مهيئة لتعاطي الكحول والمخدرات. فقد قام (Cockett, 1971) بدراسة سمات الشخصية التي تميز المجرمين وقد أسفرت دراسته عن عدم وجود أية سمات إجرامية ولكن مقابل ذلك أسفرت دراسته عن وجود عناصر تدخل في نطاق الاستعداد للتعاطي وقد كان من بين هذه العناصر ضعف الإرادة، والقلق، والاكتئاب، والميل إلى توهّم المرض. (مصطفى سويّف، ٢٠٠٢، ص: ٨٦)

وكذلك من الاتجاهات النفسية الأخرى المفسرة للتعاطي الاتجاه الذي يهتم بالخبرة السابقة لدى الفرد والتي من الممكن أن تجعله يصدر حكماً على حالته بحيث يبدأ الفرد في التمييز بين حالة التخدير وعدمه من خلال مروره بخبرات تعلم سابقة – تكرار التعاطي – بالإضافة إلى خبرات التعلم الاجتماعية المصاحبة لهذه الخبرات والتي يتم من خلالها عملية التأويل والحكم على وضع التعاطي. (المرجع السابق، ص: ٨٣)

وأيضاً ظهر الاتجاه السلوكي كأحد الاتجاهات النفسية المفسرة للإدمان والذي يركز على التعلم والمعززات والعوامل الإشرافية. حيث افترض هذا الاتجاه أن الإدمان أو السلوكيات الإدمانية هي عبارة عن معززات إيجابية ومصدر قوة مؤقتة يبحث عنها الشخص المتعاطي للمخدرات. (Carroll. 1993, p: 2001)

وبشكل عام يمكن تفسير الإدمان من المنظور النفسي على أنه مشكلة تنتج بسبب نقص في التعلم، ووجود اضطرابات في المشاعر والانفعالات لدى متعاطي الكحول أو المخدرات.

بالإضافة إلى هذه الاتجاهات فقد ظهرت عدة اتجاهات أخرى تناولت مشكلة الإدمان من زوايا مختلفة سيتم التحدث عنها لاحقاً ولكن من أبرز هذه الاتجاهات في تفسير الإدمان وعلاجه هو الاتجاه ذو النظرة الشمولية التكاملية والمعروف "بالنموذج النفسي – البيولوجي – الاجتماعي – الروحاني المركب" : Composite Bio-Psycho-Social-Spiritual Model والذي يصور اضطراب الإدمان على أنه مشكلة ترتبط بجميع جوانب الحياة، وخبرات الفرد السابقة، والعادات والتقاليد الاجتماعية والدينية التي نشأ وتربى فيها الفرد. فهذا الاتجاه يؤكد على أن الإدمان هو ليس نتاج اللحظة التي يبدأ فيها المدمن بتعاطي الكحول أو المخدرات ولكن قد توجد وراء ذلك الإدمان سيكولوجية معينة قد بدأت طريقها منذ بداية البناء النفسي للمدمن خلال تاريخ سابق لذلك التعاطي بفترة طويلة وأيضاً يؤكد هذا الاتجاه على أن اضطراب الإدمان مرتبط بعوامل واضطرابات أخرى تسهم في تطويره واستفحاله ومن أجل ذلك ركز هذا الاتجاه على ما هي الأسباب التي أدت إلى الإقدام على التعاطي، وما هي الخبرة الإدمانية التي مر بها الفرد بجميع جوانبها المختلفة سواء كانت بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية أو أخلاقية أو روحانية؟ (مايسة جمعة، ٢٠٠٤، ص: ١٤٩)

من خلال تباين الاتجاهات المفسرة للإدمان فقد تباينت وتعددت البرامج والأساليب العلاجية المستخدمة في التعامل مع اضطراب الإدمان. فقد ظهرت الأجيال العلاجية واحداً تلو الآخر إلى أن ظهر جيل جديد من الباحثين قاموا بتقديم برامج جديدة وأساسية لعلاج مشكلة الإدمان مبنية على تحفيز دافعية المدمن للعلاج.

فقد ذكر (Mook, 1996) أن الدافعية هي أحد المتغيرات الأساسية والمهمة التي تسهم في تغيير السلوك بشكل عام وتزيد أهميتها في تغيير السلوكيات الإدمانية بشكل خاص. وهذا يعني أن دراسة الدافعية تقتضي بحث المبادئ التي تساعد على فهم ما هو السبب الذي يجعل الكائنات الحية من بشر وحيوانات يقومون باختيار نشاط أو سلوك ما والمبادرة بالقيام به في ظروف معينة؟
(Alotaibi, 2000, P: 16)

ومن خلال اهتمام الباحث بموضوع علاج الإدمان، وكذلك من خلال التصور الذي يحمله عن أهمية وجود دافعية لدى المدمن للتغيير لكي تساعد في الحصول على أقصى استفادة ممكنة من البرامج العلاجية المقدمة له، وأيضاً من خلال البحث المستفيض الذي قام به من أجل التعرف على أحدث البرامج المستخدمة في تنمية الدافعية، فقد قام الباحث باختيار برنامج خاص بتنمية الدافعية للعلاج لدى مرضى الإدمان مراعيًا إمكانية تقنيته واستخدامه في المجتمع العربي السعودي.

وهذا البرنامج هو عبارة عن برنامج مقتبس من برنامج جماعي لتنمية الدافعية للعلاج (The SATOE MI/MET Group Model) الذي أعده كل من أنجيرسل وويجنر في عام (١٩٩٧). (Ingersol & Wagner, 1997)

وقد أسس هذا البرنامج بناءً على الفنيات والإستراتيجيات العلاجية والإرشادية الأساسية الخاصة بكل من البرامج الآتية:

١- برنامج تنمية الدافعية للعلاج لدى متعاطي المخدرات Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers (MET) والذي أعده ميلر وزملاءه في عام (١٩٩٥). (Miller, et, al., 1995).

٢- أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية (MI) Motivational Interviewing والذي أعده رولنك وزملاءه في عام (١٩٩٣). (Rollnick, et, al., 1993).

ثانياً - مشكلة الدراسة وأهميتها

إن المشكلة الأساسية لهذه الدراسة تتمثل في تنمية الدافعية للعلاج لدى مرضى الإدمان من أجل تحقيق أقصى استفادة ممكنة من البرامج والخدمات العلاجية المقدمة لهم.

فقد ذكر (Heather, 1992, p: 828) أن مجمل الاضطرابات الإدمانية هي في الأساس متعلقة بالدافعية وهذا ما أكدته المراجعة والبحث في موضوع الدافعية والإدمان، والتي سيتم تفصيلها لاحقاً في الفصل الخاص بالإطار النظري.

فضلاً عن ذلك تتضح مشكلة الدراسة في ندرة الدراسات العربية الفاحصة لمتغيرات دافعية العلاج، حيث أنه من الملاحظ أن معظم الدراسات تنصب مباشرة في الأساليب الوصفية أو التدخلية الإكلينيكية للتعامل مباشرة مع برامج علاجية أو إرشادية أو تأهيلية تتعلق بخفض الأعراض الإدمانية أو تعديل السلوكيات الإدمانية، دون التعرض إلى المتغيرات المتعلقة بدافعية العلاج، والتي من الممكن أن تحدد مستقبلاً مدى استفادة المدمن من أية برامج علاجية أخرى تقدم له.

وحيث أن اضطراب الإدمان هو من الظواهر الاضطرابية التي باتت تهدد أمن المجتمعات وحياتها نظراً لأنه يصيب القوى البشرية التي تعتمد عليها المجتمعات ويؤدي إلى تورط الإنسان في الجريمة التي تقضي على مستقبله وأنه هو أحد أهم الأسباب الرئيسة لأخطر الأمراض الإنسانية والتي منها الإيدز والالتهاب الكبدي الوبائي وكذلك هو يترك أثر نفسي سيء على الفرد المتعاطي حيث يؤدي به إلى الشعور بالذنب اللامتناهي والإحساس بالدونية ومن ثم فقدان سيطرته على الحياة بشكل عام ولا يقتصر أثره على الخسائر البشرية فقط بل يمتد إلى ما هو أبعد من ذلك ليطال اقتصاديات الدول والشعوب وذلك بسبب ما تتكلفه المؤسسات العلاجية والجهات المعنية بالتعامل مع مشكلة الإدمان من مبالغ طائلة تنفق دون تحقيق العائد المرجو منها من هنا أصبح العالم بأسره وبخاصة المهتمين في البحث العلمي يبحثون بشكل دائم ومستمر عن أفضل الأساليب التي تساعد في التعامل مع اضطراب الإدمان.

وبالرغم من البرامج العلمية الحديثة والمتعددة التي يتم التوصل إليها من وقت إلى آخر في علاج اضطراب الإدمان، إلا أن هذا الاضطراب لا يزال في تزايد مستمر وغير محدود فهو لا يتوقف عند مشكلة زيادة عدد المتعاطين وحسب بل يتعدى ذلك ليصل إلى مشكلة أعظم وهي تعرض العديد من المرضى الذين خضعوا للعلاج لأكثر من مرة وفي أماكن متعددة إلى ارتكاسات متكررة ومؤلمة مما ينعكس بالتالي على المدمن وعلى العملية العلاجية وعلى شعور القائمين عليها بعدم جدوى البرامج العلاجية المستخدمة وصعوبة تحقيق التعافي.

هذا ما حدا بالباحث إلى البحث والتعمق في هذا المجال محاولاً الوصول إلى أنسب الطرق والأساليب التي تسهم في حل هذا الاضطراب. فقد اتجه الباحث إلى وجهة نظر جديدة كانت بداياتها في الآونة الأخيرة قبل خمسة عشر سنة والتي تعيد وجهة النظر في موضوع الإدمان وعلاجه وترى أن الخلل هو ليس في البرامج العلاجية المقدمة للمدمن ولا في القائمين على هذه البرامج ولكن يكمن الخلل في نقطة البدء التي يجب أن تعتمد عليها المؤسسات العلاجية قبل تطبيق أي برنامج علاجي. فوجهة النظر هذه ترى أن نقطة البدء يجب أن تركز على استثارة الدافعية لدى المريض وزيادتها لكي يتمكن من الحصول على أقصى استفادة ممكنة من ما سيقدم له فيما بعد. (TIP, 35)

فقد ذكر (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣، ص: ٥٤٣) أنه لا يمكن تصور إجراء جلسات علاجية نفسية سواء كانت فردية أو جماعية أياً كان نوعها دون التعرض إلى عنصر تقوية الدافعية وشحذها وعادة ما يكون ذلك بصورة أساسية في الجلسات الإعدادية لأية برنامج علاجي بغض النظر عن المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها هذا البرنامج أو المذهب الذي ينبثق منه.

وأيضاً أكد (Bohlscheid, 1977) على أن الدافعية هي العائق الأساسي للعلاج سواء كان التدخل العلاجي موجهاً للمريض مباشرة أو موجهاً للجماعة بشكل عام. (المرجع السابق، ص: ٥٤٤)

من هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية في موضوع تنمية الدافعية للعلاج وأيضاً تبرز أهميتها بسبب ندرة البحوث في هذا المجال على مستوى الدول العربية وبخاصة في المجتمع السعودي في - حدود علم الباحث - لذلك اهتم الباحث بدراسة تنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من المدمنين في المجتمع السعودي.

وتستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية البرنامج المقدم في تنمية الدافعية للعلاج لدى المدمنين مما يساعد القائمين على علاج الإدمان على الحصول على قسط من البيانات والمعلومات التي قد تستثير جهودهم في إعداد برامج مشابهة ومناسبة للمجتمع السعودي بشكل خاص وللمجتمع العربي بشكل عام والذي بدوره يؤدي إلى زيادة عدد المرضى ذوي الدافعية العالية للعلاج من خلال توظيف ما لديهم من إمكانيات كامنة من أجل إحداث التغيير والتقدم نحو التعافي والاستمرار فيه.

ثالثاً - أهداف الدراسة وتساؤلاتها

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي جماعي لتنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام وذلك من خلال مقارنة النتائج ما بين الجماعة الإرشادية والجماعة الضابطة. لذا حدد الباحث مجموعتين للدراسة بحيث كانت المجموعة الأولى هي الجماعة الإرشادية والثانية هي الجماعة الضابطة وهم من المرضى المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات الذين يتعالجون في مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام بحيث تتعرض الجماعة الإرشادية للبرنامج الإرشادي بالإضافة إلى البرنامج التقليدي المستخدم في المجمع لعلاج الإدمان بينما تبقى الجماعة الضابطة ضمن البرنامج التقليدي المستخدم في المجمع فقط وذلك لكي يتسنى لنا الإجابة عن تساؤلات الدراسة التالية:

- هل يؤدي تقديم برنامج إرشادي جماعي في الدافعية إلى تنميتها؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الدافعية لدى الجماعة الإرشادية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية لدى الجماعة التجريبية الإرشادية مقارنة مع الجماعة الضابطة بعد انتهاء البرنامج مباشرة؟

رابعاً - التعريفات الإجرائية ومصطلحات الدراسة

١. الدافعية: هي عملية دينامية متعددة الأبعاد يمكن شحذها تتأثر بالاحتياجات والعلاقات الإنسانية فتستثير السلوك أو تؤثر عليه، وتعرف إجرائياً في هذه الدراسة بما يقيسه مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA) والمتمثل في تحديد مراحل التغير التالية: مرحلة ما قبل التفكير في التغير، ومرحلة التفكير في التغير، ومرحلة القيام بالفعل، ومرحلة الحفاظ على التغير.

٢. دافعية العلاج: هي عبارة عن التفكير والسعي من أجل القيام بالتغير والبحث عن حل لمشكلة التعاطي وتعرف إجرائياً في هذه الدراسة بما يقيسه مقياس الدافعية للعلاج والمتمثل في تحديد مدى رغبة المريض في الاستمرار في العلاج والمشاركة الفعالة في البرامج العلاجية المقدمة له.

٣. اضطراب الإدمان: هو التعود على تعاطي أي مادة مبدلة للمزاج عن طريق أي صورة من صور التعاطي (الحقن، الشرب، الشم، وغيره)

وتؤدي إلى اعتماد جسدي أو نفسي أو كليهما معاً، وإذا توقف عنها المتعاطي تظهر عليه الأعراض الانسحابية.

٤. إدمان الأمفيتامينات: هو التعود على تعاطي الأمفيتامينات أو أي مادة مشابهة له مثل (الميثيل فيندات) عن طريق أي صورة من صور التعاطي وتؤدي إلى اعتماد جسدي أو نفسي أو كليهما معاً، وإذا توقف عنها المتعاطي تظهر عليه الأعراض الانسحابية.

٥. المخدرات: هي أي مادة مبدلة للمزاج يتم تعاطيها عن طريق أي صورة من صور التعاطي (الحقن، الشرب، الشم، وغيره) وتؤدي إلى اعتماد جسدي أو نفسي أو كليهما معاً، وإذا توقف عنها المتعاطي تظهر عليه الأعراض الانسحابية.

٦. البرنامج الإرشادي: هو ذلك التدخل الإكلينيكي الخاص بتنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من المدمنين.

خامساً - حدود الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بالمنهج المستخدم، وهو التجريبي الإكلينيكي وكذلك تتحدد بمجموعة من المحددات والتي يمكن تلخيصها في الآتي:

١. حدود المتغيرات: وتتمثل في متغيرات الدراسة المحددة في الدافعية، والبرنامج الإرشادي.

٢. الحدود البشرية: وتحدد في العينات المستخدمة في الدراسة وهي كالآتي:

- العينة الاستطلاعية والتي تشتمل على (١٠١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات لتقنين المقاييس المستخدمة في الدراسة.
- عينة الدراسة والتي تشتمل على مجموعتين من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات وقد قسموا إلى جماعتين متماثلتين هما الجماعة الإرشادية وعددها (ثمانية مرضى)، والجماعة الضابطة وهي مثلها تماماً وعددها (تسعة مرضى).

٣. الحدود السيكمترية: والمحددة في أدوات الدراسة والتي تتضمن مقياس (دافعية العلاج) ومقياس (جامعة رود ايلاند لتقويم التغير URICA).

٤. الحدود الإحصائية: والتي تبدو في الأساليب الإحصائية المحددة في ضوء الفروض المصاغة للتأكد من نتائج الدراسة.

٥. الحدود الزمنية والجغرافية: تتحدد الدراسة الحالية بالفترات الزمنية التي أجريت فيها الدراسة خلال العام (٢٠٠٥م) حيث بدأ تطبيق البرنامج في يوم السبت الموافق ٦ أغسطس ٢٠٠٥ وانتهى تطبيق البرنامج في يوم الاثنين الموافق ١٥ أغسطس ٢٠٠٥ وتتحدد الدراسة جغرافياً بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الدمام في المملكة العربية السعودية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: الإدمان وإدمان الأمفيتامينات

ثانياً: الدافعية ودافعية العلاج

أولاً: الإدمان وإدمان الأمفيتامينات

أ - مقدمة:

ب - تعريف الإدمان:

- (١) التعريف اللغوي للإدمان.
- (٢) تعريف الإدمان اصطلاحاً.

ج - نظرة تاريخية عن الإدمان:

- (١) الاتجاه الأخلاقي.
- (٢) الاتجاه المرضي.
- (٣) الاتجاه المتمثل في السلوكيات الإدمانية.

د - محكات تشخيص الإدمان من (DSM-IV-R) الخاصة بالاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد:

- (١) اضطرابات استخدام المواد:
 - الاعتماد على مادة.
 - سوء تعاطي المواد.
- (٢) الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد:
 - الإنسحاب بمادة.
 - انسحاب مادة.
- (٣) الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الأمفيتامينات (أو المواد الشبيهة بالأمفيتامينات).

هـ - بعض النظريات المفسرة للإدمان:

- (١) النظرية البيولوجية.
- (٢) النظريات النفسية:
 - نظرية التفسير المرضي النفسية للإدمان.
 - نظرية الإدمان كسلوك متعلم.
 - نظرية التحليل النفسي.
 - سمات الشخصية ودورها في الإدمان.
- (٣) النظرية الاجتماعية.

و - علاج الإدمان:

- (١) النموذج الأخلاقي في علاج الإدمان.
- (٢) النموذج الطبي في علاج الإدمان.
- (٣) النموذج الروحاني في علاج الإدمان.

- ٤) النموذج النفسي في علاج الإدمان.
- ٥) النموذج الاجتماعي الثقافي في علاج الإدمان.
- ٦) النموذج البيولوجي - النفسي - الاجتماعي - الروحاني المركب.

ز - إدمان الأمفيتامينات:

- ١) مقدمة تاريخية.
- ٢) تعريف الأمفيتامينات
- ٣) استخدام الأمفيتامينات.
- ٤) آثار الأمفيتامينات.
- ٥) علاج الإدمان على تعاطي الأمفيتامينات:
 - بعض الدراسات التي تعرضت لعلاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات.
 - بعض التدخلات والأساليب التطبيقية والعلاجية الخاصة.
 - العلاج والضوابط الخاصة بالعلاج أثناء التنويم داخل المستشفى.
 - العلاج المقدم في العيادات الخارجية للمعتدين على تعاطي المنشطات.

الإطار النظري

أولاً: الإدمان وإدمان الأمفيتامينات

أ - مقدمة:

عرف الناس استخدام المخدرات والكحول منذ عصور قديمة فقد كانوا يتعاطونها كجزء من العادات والتقاليد والطقوس الدينية. وأيضاً كانوا يستخدمونها أحياناً في بعض الجوانب الطبية لتخفيف الألم وغيره. ولكن فيما بعد أصبحت هذه العادات التي تقود إلى تعاطي المخدرات والكحول من العادات السيئة التي يعاقب عليها القانون وترفضها الأديان.

فمنذ أن بدأ المهتمين بالتعامل مع ظاهرة الإدمان وهم يؤكدون على أنها ظاهرة معقدة يصعب تحديدها في تعريف واحد إلا أنه لا يعني عدم وجود اتفاقاً مطلقاً على تحديد مفهوم هذه الظاهرة. فهناك الكثير من التعاريف التي اتفقت مع غيرها في تصوير مفهوم الإدمان على أنه سوء سلوك ينتهي بمرض. وفي البحث الحالي سوف يتم التعرض إلى بعض التعاريف لهذه الظاهرة من الناحية اللغوية، وكذلك من الناحية الاصطلاحية، كالآتي:

ب - تعريف الإدمان:

(١) التعريف اللغوي للإدمان

يقال أن فلان يدمن الشرب والخمر إذا لزم شربها. فكلمة دمن الشراب تأتي بمعنى لم يقلع عنه. (جمال الدين، ١٩٩٥)

(٢) تعريف الإدمان اصطلاحاً Substance Addiction

قبل طرح أية تعاريف حول الإدمان قد يكون من المفيد جداً التطرق إلى ما هو المقصود بكل من إساءة استعمال المواد Substance Use والإدمان عليها Substance Addiction.

فقد أكد على ذلك Doweiko عند ما تحدث في كتابه عن مفاهيم الاعتماد الكيميائي حيث ذكر أن إساءة استعمال المواد والإدمان عليها هما من المشاكل الاجتماعية الواضحة والجلية وأن لهما لغتهما الخاصة بهما وأنه من المدهش أن الناس لا يفرقون بين إساءة استعمال المادة والاعتماد الكيميائي والإدمان عليها وأن هذه المصطلحات تستخدم بالخطأ على أنها مترادفات لبعضها البعض وقد نجد ذلك حتى

في بعض الدارسات الإكلينيكية ومثل ذلك في دراسة Minkoff عام 1997. وكذلك أكد على إن تعاطي الكحول والمخدرات مثلها مثل الكثير من السلوكيات الإنسانية التي يمكن أن يحصل فيها التعاطي والتعود والاستمرارية حيث أن التعاطي له طرفين نقيضين أحدهما الاعتماد الكيميائي على التعاطي وثانيهما هو التوقف والانقطاع التام عن التعاطي وبين هاتين النقطتين الحديثتين توجد أنماط مختلفة ومتعددة لاستعمال المواد الكيميائية. (Doweiko, 2002, p: 11)

وقد اتضح في دراسة كل من Cattarelo, et, al أن الناس يختلفون في تعاطيهم للمخدرات حيث أن بعضهم لم يتعرض لأية تجربة تعاطي إطلاقاً بينما بعضهم جربها ولكن لم يتعاطها مرة أخرى بينما البعض الآخر قد تعاطها واستمر عليها إلى أن تعرض لبعض نتائج سوء استعمالها. وقد تم تحديد خمسة أنواع لاستعمال المواد الكيميائية وهي كالآتي: أولاً الانقطاع التام، وثانياً الاستخدام لفترة قصيرة وبعدها يتم الانقطاع، وثالثاً الاستخدام الغير المنتظم أو في المناسبات، ورابعاً الاستخدام المنتظم، وأخيراً التعاطي المرضي الإدماني والمتمثل في مرحلتين من التعاطي وهما التعاطي الشديد والمتوسط. في الحقيقة لا توجد حدود واضحة ما بين الأنواع أو التصنيفات الخمسة للتعاطي التي ذكرت سابقاً ولكن يمكننا فقط تحديد الطرفين النهائيين المتمثلين في التوقف التام والاعتماد الكيميائي الفعلي على التعاطي وهذا يفيدنا في تحديد أنماط مختلفة الشدة في التعاطي والذي من خلاله يمكن تصنيف مراحل التعاطي كما هو في الشكل التالي:

شكل رقم (١)

الخاص بتصنيف الاستمرار على تعاطي المخدرات

٤	٣	٢	١	صفر
اعتماد واضح على تعاطي المخدرات	ظهور مشكلات تعاطي شديدة/ بداية للاعتماد على التعاطي	التعاطي يكون شديد/ تعاطي في المناسبات اجتماعية مع مشكلات أولية للتعاطي	التعاطي يكون نادراً / تعاطي في المناسبات الاجتماعية	الانقطاع التام عن تعاطي المخدرات

يتضح من الشكل السابق أن الأشخاص الذين يقعون في المستوى (صفر) والذي يمثل التوقف والانقطاع التام عن تعاطي الكحول والمخدرات أنهم لا يتعاطون أية مخدرات إطلاقاً ولا يمكن ملاحظة أية مخاطر إدمانية عليهم. أما الذين يقعون في المستوى الأول والذي يمثل التعاطي الاجتماعي فهم قد جربوا تعاطي المخدرات ولم تظهر عليهم أية مشكلات إدمانية وهذا التعاطي لا يمثل أية خطورة على حياتهم لأنهم ليسوا فاقدون السيطرة على تعاطيهم. أما بالنسبة للأشخاص الذين يقعون في المستوى الثاني والذي يمثل التعاطي الشديد للمخدرات وقد ظهرت عليهم بعض المشكلات الأولية فهم يتعاطون المخدرات بصورة تزيد عن مستوى التعاطي الاجتماعي ويصاحب ذلك بعض المشكلات الاجتماعية والقانونية الشخصية والمادية ويمكن تصنيفهم على أنهم قد وصلوا إلى مرحلة خطرة من مراحل تعاطي المخدرات ويطلق عليهم المُسبِّين لتعاطي المادة Substance Abusers فهم في هذا المستوى يتخذون خيارات غير مناسبة أثناء تعاطيهم للمواد الكيميائية ولكنهم في نفس الوقت قد تكون لديهم القدرة على التحكم في تعاطيهم فقد نجدهم يحاولون إخفاء أو إنكار المشكلات التي يتعرضون لها والتي نتجت عن تعاطيهم للمخدرات وهم في بعض الأحيان أيضاً يتعلمون من خبراتهم السابقة بحيث يتحاشون مثل هذه المشكلات مستقبلاً لذلك هؤلاء الأشخاص الذين يقعون في هذا المستوى ليسوا مدمنين على تعاطي المخدرات. أما الأشخاص الذين يقعون في المستوى الثالث والذي يمثل التعاطي الشديد والبدائية الأولى للإدمان فهم يتعرضون لمشكلات ظاهرة ويمكن أن يطلق عليهم مدمنين على تعاطي المواد حيث أنهم يتعرضون لمشكلات طبية معقدة مرتبطة بتعاطيهم للمخدرات وتظهر عليهم الأعراض الإنسجائية عندما يضطرون للتوقف عن التعاطي وقد يطلق عليهم بأنهم متورطين في مشكلات التعاطي Engaging in Problem Use فهم عادةً ما يكونون فاقدون السيطرة على تعاطيهم. أما بالنسبة للأشخاص الذين يقعون في المستوى الرابع والذي يمثل اعتماد واضح على تعاطي المخدرات Substance Addiction تظهر عليهم جميع الأعراض المرتبطة بتعاطي المخدرات والتي تشمل على مشكلات اجتماعية وطبية وقانونية ومادية ومهنية وشخصية كنتيجة لتعاطيهم للمخدرات وهم فاقدون السيطرة تماماً على تعاطيهم للمخدرات مع احتمالية وجود شيء من الإنكار لبعض المشكلات المرتبطة بتعاطي المخدرات ولكن في كل الأحوال يطلق على من يقع في هذا المستوى من التعاطي بأنه مدمن Addict على تعاطي المخدرات.

إن هذا التصنيف لمتعاطي المخدرات لا يمثل الكمال فهو مثله مثل التصنيفات الأخرى التي تحاول تحديد موقع المتعاطي ما بين مرحلة عدم التعاطي ومرحلة الاستمرار وعدم القدرة على التوقف عن التعاطي. فمن الصعب تحديد الاختلاف بدقة ما بين المراحل التي يمر بها المتعاطي للمخدرات خلال تعاطيه وهذا ما يجعل من الصعب أيضاً تحديد مرحلة الاعتماد الجسمي على تعاطي المخدرات ولكن يمكن تحديدها بأنها مرحلة أو نمط شديد من تعاطي المخدرات وذلك لأن استعمال وإساءة استخدام المواد وإدمانها أصبحت كلها تعبر عن سلوكيات وليست حالات وعند

الاستمرارية في تعاطيها يمكن تحديد تقدير درجة السلوك ما بين الطرفين سابقى الذكر المتمثلين في التوقف التام والاعتماد الكيميائي الفعلي على التعاطي.
(Ibid, 2002, p: 12-13)

بعد هذه المقدمة حول ما هو المقصود بكل من إساءة استعمال المواد Substance Abuse والإدمان عليها Substance Addiction سيتم التعرض إلى بعض التعريفات التي ذكرت حول تعاطي الكحول والمخدرات سواء كان ذلك التعاطي إدمان Addiction أو اعتماد Dependence أو إساءة Abuse لاستخدامها، وهي كالآتي:

قام كل من (Himmelsbach & Smal) في عام ١٩٣٧ بتعريف الإدمان على تعاطي المادة على أنه عبارة عن ظاهرة تشمل ثلاث ظواهر ترتبط ارتباطاً وثيقاً، ولكنها متميزة عن بعضها البعض، وهي عبارة عن: قوة التحمل، والاعتماد الجسمي، والتعود. (عبدالله عمر، ٢٠٠٤، ص: ٣٦)

وبعد ذلك ظهرت عدة تعريفات في الخمسينات والستينات للإدمان على تعاطي المادة كانت أغلبها تعتمد على ثلاث محاور هي: الاعتماد النفسي، والاعتماد الجسدي، والمقاومة للمادة المستخدمة وهو ما يعرف بالتحمل. فالمتعاطي يستمر بأخذ الجرعة حتى تزداد تدريجياً لكي تحدث نفس الأثر، إلى أن يصل إلى مرحلة تصبح فيها الجرعات لا تحقق له أي أثر إيجابي على الإطلاق، وذلك بسبب كثرة الاستخدام. (عبدالهادي مصباح، ٢٠٠٤، ص: ٢٣)

وقد قام "ديفيد سميث" بتعريف الإدمان على تعاطي المادة على أنه: الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أو الدواء مع الفقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته وعدم قدرته على التحكم في رغباته والاستمرار في التعاطي مع معرفته للآثار السلبية المترتبة على هذا التعاطي. (المرجع السابق)

وبعد ذلك قدمت هيئة الصحة العالمية عام ١٩٧٣م تعريفاً للإدمان على تعاطي المادة: على أنه الحالة النفسية أو العضوية التي تنتج عن تفاعل العقار في جسم الكائن الحي. وأن من خصائص هذا الإدمان أن يجعل المتعاطي في حالة ورغبة ملحة لتعاطي العقار بصورة دورية أو غير دورية للحصول على آثاره النفسية أو لتلافي الآثار المقلقة نتيجة الأعراض الإنسحابية لهذا العقار. (عبدالمجيد سيد، ١٩٨٦، ص: ٢٤)

وأيضا تم تعريف الإدمان على تعاطي المادة على أنه: حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وتنتج بسبب تكرار المتعاطي لاستخدام عقار طبيعى أو مصنع. (محمد سلامه، ١٩٩٩، ص: ١٠)

وكذلك قدم Killer تعريفاً للإدمان على الخمرة على أنه التعود المزمن على تعاطيها حيث يتعدى ذلك التعاطي الحدود المتعارف عليها في المجتمع ويكون هذا التعاطي بكميات تؤثر على صحة الفرد ووضعه الاجتماعي والاقتصادي بصورة سلبية. (صالح الشيخ، ١٩٨٥، ص: ١٧)

وأيضاً قدم (جواد فطير، ٢٠٠١، ص: ٣٣) تعريفاً للإدمان بشكل عام على أنه: "رغبة مرضية جامحة (ولع) من الإنسان نحو الموضوع الإدماني وقد يكون هذا الموضوع الإدماني موضوعاً مادياً كالمواد المخدرة والخمر والحبوب والسجائر وغيره، وقد يكون حدثاً كالقمار والجنس والحب والعمل والكمبيوتر والتلفون المحمول والإنترنت".

وبالتالي يمكن أن يطلق على الفرد أنه مدمن Addict إذا وصل إلى مرحلة متقدمة من التعاطي بحيث يبذل كل وقته وإمكاناته في أنشطة غير هادفة ويصبح من الصعب عليه التوقف عن التعاطي. (Winger, et, al., 2004, p: 3)

وقد جاء تعريف الاعتماد العقاقيري أو الكيميائي Chemical Dependency on Substance وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية للجمعية الأمريكية للطب النفسي الصادر في عام ١٩٩٤م (DSM-4) بأنه:

نمط غير تكيفي لاستخدام عقار يؤدي إلى اضطراب أو عطب واضح إكلينيكي يظهر مصحوباً بثلاث أو أكثر من الأعراض الآتية خلال أي وقت في فترة عام:

١- التحمل: ويعرف بأي من الآتي :

- أ- الحاجة إلى الزيادة الملحوظة في كميات المادة أو العقار للوصول إلى السمية أو التأثير المرغوب.
- ب- النقص الملحوظ لتأثير المادة مع استمرار تعاطيها بالكمية ذاتها.

٢- الانسحاب ، ويعرف بأي من الآتي :

- أ- متلازمة الانسحاب المميزة للمادة نفسها.
- ب- الرغبة في تناول المادة أو ما يشبهها لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب.

٣- تؤخذ المادة غالباً بكميات أكبر أو لفترات أطول مما كان مقصوداً.

٤- وجود رغبة ملحة أو جهد فاشل للتوقف أو لضبط تعاطي المادة.

٥- قضاء أوقات كثيرة في نشاطات تتعلق بالحصول على المادة مثل ، الزيارات المتعددة لكثير من الأطباء، أو قيادة السيارة لمسافات طويلة لمقابلة البائع.

٦- الإقلال أو التخلي عن النشاطات الاجتماعية، والمهنية، والترفيهية المهمة بسبب تعاطي المادة.

٧- يستمر تعاطي المادة رغم إلمام المتعاطي بوجود مشكلات ملحة وراهنة جسمانية أو نفسية ناجمة عن التعاطي مثل الاستمرار في تعاطي الكوكايين رغم تسببه في ظهور الاكتئاب، والاستمرار في تعاطي الكحول رغم تسببه في حدوث قرحة. (مدحت عبدالحميد، ٢٠٠٣، ص: ٧)

بينما جاء تعريف إساءة استعمال المادة Substance Abuse وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية للجمعية الأمريكية للطب النفسي الصادر في عام ١٩٩٤م (DSM-4) بأنه نمط لا تكفي من استخدام المادة يؤدي إلى اختلال أو كرب دال إكلينيكي، كما يتبين في واحدة أو أكثر مما يلي تحدث خلال فترة ١٢ شهراً:

١. استخدام متكرر للمادة يؤدي إلى العجز عن تأدية الواجبات الكبرى في العمل أو المدرسة أو البيت (مثل: الغياب المتكرر، أو ضعف الأداء المهني بسبب تعاطي المادة، الإيقاف أو الطرد من المدرسة، إهمال الأطفال أو الأسرة).

٢. استخدام متكرر للمادة في مواقف ينطوي فيها الاستخدام على مخاطر جسمانية (مثل ذلك أن يقود الشخص سيارة أو يدير آلة وهو تحت تأثير المادة).

٣. يستمر الشخص في استخدام المادة رغم وجود مشكلات اجتماعية وبينشخصية متكررة تم حدوثها أو اشتدادها من جراء تأثير المادة (مثل: مشاحنات مع الزوج أو الزوجة حول عواقب الإنسمام، مشاحنات جسمانية).

٤. لم تستوفي الأعراض على الإطلاق المعايير الخاصة بالاعتماد على مادة Substance Dependence بالنسبة لهذه الفئة من المواد.

(هنادي رستم، ٢٠٠٥، ص: ٢٢)

وكذلك عرف (Winger, et, al., 2004, p: 2) سوء استعمال المادة على أنه نمط غير تكيفي وسطي من إساءة استعمال المادة والذي يؤدي إلى عدم القدرة على التوافق الاجتماعي أو المهني، وحدث أضرار جسمية، ومشاكل قانونية، وخلافات بينشخصية متكررة.

ويتضح من التعريفات السابقة أن كلا من الإدمان على تعاطي المادة Substance Addiction والاعتماد على تعاطي المادة Substance Dependency وإساءة

استعمال المادة Substance Abuse هي مرتبطة بشكل مباشر بأثر تعاطي المواد المخدرة وجميعها يترتب عليها آثار سلبية تختلف في شدتها وحدتها حيث تقل مع إساءة استعمال المادة وتزيد مع الاعتماد والإدمان عليها.

ج - نظرة تاريخية عن الإدمان

للإدمان تاريخ طويل مع مختلف الشعوب منذ القدم من حيث إساءة استعمال المواد المخدرة والكحول من جهة، ومن حيث التعامل مع مشاكلها من جهة أخرى. فقد ظهرت عدة اتجاهات في التفكير حول هذه الظاهرة، نذكر منها الآتي:

(١) الاتجاه الأخلاقي: Moral Model

أكد هذا الاتجاه على أن الإفراط في تعاطي أي مادة أو الإفراط في القيام بأي نشاط بحيث يؤدي إلى تحقيق نوع من الإشباع والارتياح المباشر يمكن أن ينظر إليه على أنه مشكلة في التحكم في النزوة ويمكن أن يوصف الفرد في هذه الحالة على أنه ضعيف في القدرة على القيام بالتحكم المناسب في سلوكياته.

(Marlett, et, 1985, p: 5)

وقد بلغ هذا النوع من التفكير حول هذه الظاهرة أوجه، وظهر بشكل واضح مع الاتجاه الديني السائد في تلك العصور والذي يصور المدمن على أنه شخص يفتقد إلى وجود الجانب الخلقي الطبيعي لمقاومة الإغراءات التي يتعرض لها من خلال إفراطه في سلوك ما أو إفراطه في تعاطي مادة ما. (Ibid)

ولكن قبل ذلك في القرن الرابع عشر، كان الناس ينظرون إلى تعاطي الكحول على أنه شيء طبيعي مثله مثل شرب الماء وأن من يستطيع الحصول عليه بكميات أكبر يُنظر إليه على أنه من الأشخاص الأثرياء. وفي نفس الوقت الذي كان فيه شرب الكحول أمراً طبيعياً ظهر اتجاه جديد عزز الاتجاه الأخلاقي وأكد على أهمية أن يكون الشخص مسؤولاً عن نفسه وعن أخلاقه وعن سلوكياته التي يقوم بها وقد كان ذلك الاتجاه هو الاتجاه السائد في ذلك الوقت حيث كان يهدف إلى انفصال الإنسان عن الطبيعة ونتيجة لذلك اعتبر الفرد شخص قادر على التحكم في سلوكياته، وذلك خلافاً عن الحيوان الذي تحركه وتوجه سلوكياته ودوافعه الفطرية والبيولوجية.

(Ogden, 1996, p: 83-110)

ومن خلال هذا التصور فقد أصبحت جميع سلوكيات الإنسان تعتبر نتاج حرية شخصية في الاختيار وبدأ الناس والقانون ينظرون إلى مشكلة تعاطي الكحول على أنها حرية شخصية في الاختيار وبناءً على ذلك فإن كل من يسلك سلوكيات خاطئة نتاج تعاطيه فإنه يكون تحت طائلة المحاكمة والعقاب، بدلاً من أن يتلقى العلاج.

وكان الهدف الرئيس للاتجاه الأخلاقي هو إدانة الشخص المتعاطي ودفعه للشعور بالذنب لكي يبدأ يلوم نفسه إذا استمر في عملية تعاطيه وذلك من منطلق أخلاقي وديني بحث فهو إذا لم يستطع التوقف عن التعاطي وتغيير سلوكياته فإن ذلك يعود إلى أنه شخص سيء أخلاقياً.

(٢) الاتجاه المرضي: Disease Model

ظهر اتجاه جديد خلال القرن التاسع عشر حول الإدمان على الكحول والمخدرات وقد أكد هذا الاتجاه على أن الكحول والمخدرات لها قوة تأثير على متعاطيها بشكل يتجاوز إرادته الشخصية بحيث يصبح لا يستطيع التحكم فيها وبالتالي يقع ضحية لتعاطيها. وهذا ما جعل الباحثين والعلماء يصفون من يدمن على تعاطي هذه المواد بأنه شخص مريض ويحتاج إلى تدخل من قبل الآخرين لمساعدته على هذا المرض لأن هذه المواد تأخذ الصورة أو الطابع القهري والرغبة التي لا تقاوم من قبل متعاطيها. (Levin, et, al., 1978)

وهذا ما أكدت عليه منظمة الصحة العالمية عندما أعلنت بشكل رسمي أن إدمان تعاطي الكحول والمخدرات يعتبر بحد ذاته مرض وأن من يتعاطها بصورة مستمرة يعتبر خالي المسؤولية ويحتاج إلى المساعدة والتدخلات العلاجية.

(٣) الاتجاه المتمثل في السلوكيات الإدمانية: Addictive Behaviors Model

هذا الاتجاه صور التعاطي أو الإدمان على أنه سلوكيات خاطئة يتعود عليها الفرد ويتعلمها من خلال المحيط الخارجي الذي يعيش فيه. ويتم ذلك بدافع تقليل التوتر والحصول على الراحة والتخلص من القلق الناجم عن المشكلات والضغوطات الاجتماعية التي يواجهها الفرد.

فقد أشار (Marlatt, et, al., 1985) إلى أن هذا الاتجاه قد أعطى تصور آخر يدعم ويساند التصور العلاجي في أهمية تقديم الخدمة العلاجية للمدمن. وذلك عندما صور الإدمان على أنه تعلم سلوكيات خاطئة. وهذا ما أدى إلى التحول من التركيز على لماذا تعاطى هذا المدمن، إلى التركيز على كيف يمكن تغيير سلوك هذا المدمن؟ ويتم ذلك من خلال اكتساب المدمن لسلوكيات جديدة بدلاً عن سلوكياته التي تعلمها سابقاً.

وبهذا نجد أن التاريخ الإدماني قد مر بعدة تصورات واتجاهات مختلفة إلى أن انتهى في أوائل القرن الماضي باتفاق عام يقتضي على أهمية مساعدة المدمن وتقديم التدخلات المناسبة له لمساعدته على التخلص من مشكلات التعاطي والتوجه نحو البحث عن التعافي والاستمرار فيه.

ومن أجل ذلك فقد بدأ التعاون الدولي في مجال علاج ومكافحة ومراقبة المخدرات حيث بذلت الجهود المكثفة من أجل ذلك وبدأ عقد الاتفاقيات الدولية لمكافحة انتشار ظاهرة المخدرات والاستعمال غير المشروع لها ومن هذه الاتفاقيات والمعاهدات الدولية ما ذكره الباحث (محمد عباس، ١٩٩٥، ص: ٩٦-١١٧)، وهي كالآتي:

- اتفاقية لآهاي للأفيون عام ١٩١٢م
- اتفاقية جنيف للأفيون عام ١٩٢٥م
- اتفاقية جنيف للحد من تصنيع المخدرات عام ١٩٣١م
- اتفاقية جنيف لرد الاتجار غير المشروع عام ١٩٣٦م
- الاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام ١٩٦١م
- اتفاقية المؤشرات العقلية عام ١٩٧١م
- اتفاقية الأمم عام ١٩٨٨م

د - محكات تشخيص الإدمان من (DSM-IV-R) الخاصة بالاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد Substance-Related Disorders:

تنقسم الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد إلى مجموعتين: اضطرابات استخدام المواد substance disorders (الاعتماد على المادة، وسوء تعاطي المادة) والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد substance-induced disorders (الإنسمام بمادة، وانسحاب مادة، والهذيان الناتج عن تعاطي مادة، والعتة المستمر الناتج عن تعاطي مادة، واضطراب النسوة المستمر الناتج عن تعاطي مادة، والاضطراب الذهاني الناتج عن تعاطي مادة، واضطراب المزاج الناتج عن تعاطي مادة، واضطراب القلق الناتج عن تعاطي مادة، واختلال الوظيفة الجنسية الناتج عن تعاطي مادة، واضطراب النوم الناتج عن تعاطي مادة).

١) اضطرابات استخدام المواد Substance Use Disorders:

- الاعتماد على مادة Substance Dependence:

هو نمط لا تكفي من استخدام المادة يؤدي إلى اختلال أو كرب ذي دلالة إكلينيكية، كما يتبين في ثلاثة مظاهر (أو أكثر) مما يلي تحدث في أية وقت خلال فترة الإثني عشر شهراً:

١. التحمل Tolerance ويعرف بأي مما يلي:

أ - الاحتياج إلى زيادة كمية المادة بدرجة ملحوظة للوصول إلى الإنسمام أو التأثير المرغوب.

ب - تناقص التأثير بدرجة ملحوظة عند الاستمرار في استخدام نفس الكمية
المادة.

٢. الانسحاب Withdrawal كما يتمثل في أية مما يلي:

أ - زملة الانسحاب المميزة بالنسبة للمادة.
ب - تؤخذ المادة نفسها (أو مادة وثيقة الصلة بها) لإزالة أو تجنب أعراض
الانسحاب.

٣. غالباً ما يتناول الشخص المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزم.

٤. هناك رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة في الإقلال من استخدام المادة أو
التحكم فيها.

٥. ينفق الشخص قدراً كبيراً من وقته في الأنشطة الضرورية للحصول على
المادة (مثل: زيارة أطباء متعددين أو القيادة لمسافات طويلة)، أو في
استخدامها (مثل: التدخين المتتابع)، أو في الإفاقة من تأثيراتها.

٦. يتم التخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية المهمة أو الإقلال
منها بسبب استخدام المادة.

٧. يستمر الشخص في استخدام المادة رغم علمه بوجود مشكلة جسمية أو نفسية
مستمرة أو متكررة يحتمل أن تكون المادة هي سبب حدوثها أو اشتدادها
(مثل: استمرار الشخص في تعاطي الكوكايين رغم ما تبين له من إصابته
باكتئاب ناتج عن تعاطي الكوكايين، أو استمراره في الشراب رغم ما تبين له
من تفاقم قرحة لديه بسبب تعاطي الكحول).

ويجب تحديد ما إذا كان هذا الاستخدام مع اعتماد فسيولوجي أي هناك دلائل على
وجود تحمل Tolerance أو انسحاب Withdrawal أي توافر البند (١) أو (٢) أو
دون اعتماد فسيولوجي، أي ليس هناك ما يدل على وجود تحمل أو انسحاب أي عدم
توافر البند (١) ولا (٢).

هناك ستة محددات للمسار بالنسبة للاعتماد على مادة. أما المحددات الأربعة للهدأة
Remission فلا يمكن تطبيقها إلا بعد التحقق من غياب أي من المعايير الخاصة
بالاعتماد أو سوء الاستخدام طيلة شهر على الأقل. ويعتمد تعريف هذه الأنواع
الأربعة من الهدأة على الفترة الزمنية المنقضية منذ توقف الاعتماد (الهدأة المبكرة
مقابل الهدأة الممتدة)، وعلى ما إذا كان هناك وجود مستمر لبند أو أكثر من البنود
المتضمنة في مجموعات المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي (الهدأة الجزئية

مقابل الهدأة التامة)، ولما كانت الأشهر الإثنا عشر التالية للاعتماد هي فترة تنطوي بصفة خاصة على قدر كبير من خطر الإرتكاس، فإن هذه الفترة تعرف بالهدأة المبكرة Early Remission وبعد انقضاء اثنا عشر شهراً من الهدأة المبكرة دون انتكاس إلى حالة الاعتماد يدخل الشخص في الهدأة الممتدة.

وبالنسبة للهدأتين المبكرة والممتدة، يضاف نعت "تامة" Full إذا خلت فترة الهدأة من أي معيار من معايير الاعتماد أو سوء التعاطي، ويضاف نعت "جزئية" Partial إذا توافر واحد على الأقل من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي، على نحو منقطع أو مستمر، في أثناء فترة الهدأة. أما التفرقة بين الهدأة التامة وبين التعافي والإفاقة (لا يوجد اضطراب استخدام مواد في الوقت الحالي) فتتطلب أن يؤخذ بالاعتبار طول الزمن المنقضي منذ آخر فترة من الاضطراب، والمدة الكلية للاضطراب، ومدى الاحتياج إلى التقييم المستمر. فإذا حدث التعاطي بعد فترة من الهدأة أو التعافي وأصبح الفرد معتمداً على المادة مرة أخرى فإن تطبيق محدد "هدأة مبكرة" يتطلب مرة ثانية انقضاء شهر على الأقل تغيب فيه جميع الموصفات الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي. وهناك محددان إضافيان تم تقديمهما: (على علاج شاد Agonist أي مسابير في مفعوله لمفعول المادة المدمنة وفي بيئة منضبطة. ولكن لكي يكون الفرد أهلاً لـ "هدأة مبكرة" بعد توقفه عن العلاج الشاد Agonist أو إطلاقه من البيئة المنضبطة لابد أن تمر فترة شهر تغيب فيها جميع الموصفات الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي.

لا تنطبق المحددات الآتية للهدأة Remission إلا بعد غياب الموصفات الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي لمدة شهر على الأقل. لاحظ أن هذه المحددات لا تنطبق إذا كان الفرد على علاج شاد أو في بيئة منضبطة، وهي كالاتي:

- هدأة تامة مبكرة Early Full Remission: يستخدم هذا المحدد في حالة غياب جميع المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي لمدة لا تقل عن شهر، ولكن لا تزيد عن ١٢ شهراً.
- هدأة جزئية مبكرة Early Partial Remission: 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.
- هدأة تامة ممتدة Sustained Full Remission: يستخدم هذا المحدد في حالة غياب المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر.
- هدأة جزئية ممتدة Sustained Partial Remission: يستخدم هذا المحدد في حالة توافر واحد أو أكثر من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي (ولكن ليس جميع المعايير) خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر.

- سوء تعاطي المواد Substance Abuse:

وهو نمط لا تكيفي من استخدام المادة يؤدي إلى اختلال أو كرب دال إكلينيكي، كما يتبين في واحدة أو أكثر مما يلي تحدث خلال فترة ١٢ شهراً:

١. استخدام متكرر للمادة يؤدي إلى العجز عن تأدية الواجبات الكبرى في العمل أو المدرسة أو البيت (مثل: الغياب المتكرر، أو ضعف الأداء المهني بسبب تعاطي المادة، الإيقاف أو الطرد من المدرسة، إهمال الأطفال أو الأسرة).

٢. استخدام متكرر للمادة في مواقف ينطوي فيها الاستخدام على مخاطر جسمانية (مثال ذلك أن يفقد الشخص سيارة أو يدير آلة وهو تحت تأثير المادة).

٣. يستمر الشخص في استخدام المادة رغم وجود مشكلات اجتماعية وبينشخصية متكررة تم حدوثها أو اشتدادها من جراء تأثير المادة (مثل: مشاحنات مع الزوج أو الزوجة حول عواقب الإنسمام، مشاجرات جسمانية).

٤. لم تستوفي الأعراض على الإطلاق المعايير الخاصة بالاعتماد على مادة Substance Dependence بالنسبة لهذه الفئة من المواد.

٢) الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد Substance-Induced Disorders:

- الإنسمام بمادة Substance Intoxication وتتضمن ما يلي:

أ - حدوث زملة نوعية متراجعة خاصة بالمادة بسبب تناول المادة (أو التعرض لها) مؤخراً. (ملاحظة: قد تؤدي مواد مختلفة إلى زملات متشابهة أو متطابقة).

ب - حدوث تغيرات نفسية أو سلوكية لا تكيفيه ذات دلالة إكلينيكية بسبب تأثيرات المادة على الجهاز العصبي المركزي (مثل: المشاكسة، تقلب المزاج، الاختلال المعرفي، اختلال ملكة الحكم، اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني، وتنشأ أثناء تعاطي المادة أو بعده بقليل).

- انسحاب مادة Substance Withdrawal ويتضمن ما يلي:

أ - حدوث زملة نوعية خاصة بالمادة بسبب التوقف عن (أو الإقلال من) استخدام للمادة كان مكثفاً وطويلاً.

ب - تؤدي الزملة الخاصة بالمادة إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

ج - ليست الأعراض ناتجة عن مرض جسدي عام، ولا يمكن تحليلها تحليلًا أفضل باضطراب نفسي آخر.

٣) الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الأمفيتامينات (أو المواد الشبيهة بالأمفيتامينات):

اضطرابات استخدام الأمفيتامين Amphetamine Use Disorders
٣٠٤,٤٠ الاعتماد على الأمفيتامين.
٣٠٥,٧٠ سوء تعاطي الأمفيتامين.

الاضطرابات الناتجة عن تعاطي الأمفيتامين Amphetamine-Induced Disorders
٢٩٢,٨٩ الإنسحاب بالأمفيتامين.
٢٩٢,٠ انسحاب الأمفيتامين.
٢٩٢,٨١ هذيان الإنسحاب بالأمفيتامين.

يجب تحديد ما إذا كان ذا بداية أثناء الإنسحاب.
٢٩٢,١٢ اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي الأمفيتامين، ذا هلاوس.

يجب تحديد ما إذا كان ذا بداية أثناء الإنسحاب.
٢٩٢,٨٤ اضطراب المزاج الناتج عن تعاطي الأمفيتامين.

يجب تحديد ما إذا كان ذا بداية أثناء الإنسحاب/ ذا بداية أثناء الانسحاب.
٢٩٢,٨٩ اضطراب قلق ناتج عن تعاطي الأمفيتامينات.

يجب تحديد ما إذا كان ذا بداية أثناء الإنسحاب.
٢٩٢,٨٩ اختلال الوظيفة الجنسية الناتج عن تعاطي الأمفيتامين.

يجب تحديد ما إذا كان ذا بداية أثناء الإنسحاب.
٢٩٢,٨٩ اضطراب نوم ناتج عن تعاطي الأمفيتامين.

يجب تحديد ما إذا كان ذا بداية أثناء الإنسحاب/ ذا بداية أثناء الانسحاب.
٢٩٢,٩ اضطراب مرتبط بتعاطي الأمفيتامين وغير معين على أي نحو آخر:

وهي فئة تشخيصية تختص بالاضطرابات المقترنة بتعاطي الأمفيتامين (أو مادو شبيهة) ولا يمكن تصنيفها كأحد الاضطرابات المدرجة أعلاه.

٢٩٢،٨٩ الإنسام بالأمفيتامين Amphetamine Intoxication ويتضمن ما يلي:

أ - حدث تعاطٍ للأمفيتامين مؤخراً أو لمادة شبيهة (مثل: الميثيل فيندات (Methylphenidate).

ب - وجود تغيرات سلوكية أو نفسية لا تكييفه ذات دلالة إكلينيكية (مثل: الانسراح أو التبدل الوجداني، أو تغيرات في النزعة الاجتماعية، أو فرط اليقظة (التوجس) Hipervigilance ، أو الحساسية البينشخصية، أو القلق أو التوتر والغضب، أو السلوك المكرر، أو اختلال ملكة الحكم، أو اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني)، والتي تحدث أثناء تعاطي الأمفيتامين (أو مادة شبيهة) أو بعد التعاطي بقليل.

ج - اثنان أو أكثر مما يلي يحدثان أثناء تعاطي الأمفيتامين (أو مادة شبيهة) أو بعد التعاطي بقليل: تسرع أو بطء القلب، اتساع حدقة العين، ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم، تعرق أو قشعريرة، الغثيان، أو القيء، نقصان الوزن، التهيج أو التأخر (البطء) النفسحركي Psychomotor Agitation or Retardation ، الضعف العضلي، أو خمود التنفس، أو ألم بالصدر، أو عدم انتظام ضربات القلب (لا نظامية) Arrhythmia. الخلط الذهني Confusion ، أو نوبات الصرع، أو عسر الحركة Diskinesia ، أو خلل التوتر العضلي Dystonia ، أو الغيبوبة.

د - ليست الأعراض ناتجة عن مرض جسمي عام، ولا يمكن تعليلها تعليلاً أفضل باضطراب نفسي آخر. ويجب تحديد ما إذا كان مع اضطراب في الإدراك الحسي: قد يسجل هذا المحدد عندما تحدث هلاوس مع سلامة ملكة اختبار الواقع، أو تحدث خداعات حسية سمعية أو بصرية أو لمسية في غياب الهذيان Delirium ، وتعني سلامة اختبار الواقع Intact Reality Testing أن الشخص يدرك أن الهلاوس محدثة بفعل المادة ولا تمثل حقيقة خارجية. أما في حالة حدوث هلاوس في غياب ملكة اختبار الواقع فيجب النظر في تشخيص "اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي مادة ذو هلاوس" Substance-Induced Psychotic Disorders.

٢٩٢،٠ انسحاب الأمفيتامين Amphetamine Withdrawal ويتضمن ما يلي:

أ - التوقف عن (أو إقلال من) استخدام الأمفيتامين (أو لمادة مشابهة) كان مكثفاً وطويلاً.

ب - حدوث عسر المزاج Dysphoric Mood ، واثنين أو أكثر من التغيرات الفسيولوجية التالية خلال بضع ساعات إلى أيام عديدة بعد المعيار (أ): التعب، أحلام مزعجة ناقصة الوضوح، أرق أو فرط النوم، زيادة الشهية، تأخر (بطء) أو تهيج نفسحركي.

ج - تؤدي الأعراض المذكورة بالمعيار (ب) إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

د - ليست الأعراض ناتجة عن مرض جسمي عام، ولا يمكن تعليلها تعليلًا أفضل باضطراب نفسي آخر. (هنادي رستم، ٢٠٠٥، ص: ١٩-٢٨)

هـ - بعض النظريات المفسرة للإدمان Addiction Theories

إن مشكلة سوء استعمال المخدرات المنتهية بمرض الإدمان تعد من أعقد الظواهر من حيث التفسيرات والعلاج فقد تعددت النظريات المفسرة للسلوك الإدماني نظراً لذلك. فعملية تفسير السلوك الإدماني يدخل فيها عدة جوانب أساسية يؤثر كل منها في الآخر بشكل مباشر أو غير مباشر وهذه الجوانب هي عبارة عن الجانب البيولوجي Biological Aspect والجانب النفسي Psychological Aspect والجانب الاجتماعي Social Aspect وسيتم التحدث عن كل جانب على حده من حيث النظريات المتضمنة له بشكل مختصر من خلال الآتي:

١) النظرية البيولوجية: Biological Theory

هناك عدة نظريات في هذا الاتجاه قامت بتفسير عملية الإدمان ومن أبرز هذه النظرية هي نظرية التكيف العصبي Neuroadaptaion Theory والتي تؤكد على أن الفرد يتمتع بحالة طبيعية من التوازن الداخلي والخارجي. فإذا قام هذا الفرد بتعاطي أي مادة من المواد بشكل زائد عن الوضع الطبيعي فإن ذلك سيؤدي إلى خلل في توازنه الداخلي، وبالتالي سينتج عن ذلك تغيراً في عملية التكيف العصبية المركزية. وإذا استمر هذا الفرد في تناوله لهذه المواد الغريبة لفترات طويلة فإن هذا الاستمرار سيجعل الجسم في حالة احتياج مستمر لهذه المواد الغريبة من أجل الحفاظ على حالة التكيف العصبي الجديدة وكأن المادة الغريبة هي من المتطلبات الأساسية للخلايا العصبية ووظائفها. وأيضاً أكد هذا الاتجاه على أن التوقف عن تعاطي هذه المادة الغريبة سيؤدي إلى خلل في عملية التوازن العصبي وسينتج عن ذلك ما يسمى بالأعراض الانسحابية Withdrawals. (إبراهيم نافع، ١٩٩١، ص: ٨٠)

٢) النظريات النفسية: Psychological Theories

كما أن هناك مجموعة من النظريات التي تفسر الإدمان من الجانب البيولوجي فقد أخذ الجانب النفسي مكاناً كبيراً في تفسيره للسلوك الإدماني حيث ظهرت مجموعة من النظريات النفسية في هذا الصدد، منها الآتي:

- نظرية التفسير المرضي النفسية للإدمان

يمكن تفسير الإدمان أحياناً من خلال التصور المرتبط بالأمراض النفسية والعقلية حيث يلجأ الأفراد المصابين بهذه الأمراض إلى تعاطي العقاقير المخدرة أو الكحول من أجل تخفيف حدة أعراض ما يعانون منه وبذلك يمكن اعتبار الإدمان على أنه عرض من أعراض الحالة المرضية يزول بزوالها وليس حالة مستقلة بحد ذاتها. ومن أكثر الأمراض النفسية والعقلية المرتبطة بتعاطي المخدرات والكحول والتي قد تكون نتيجة أو سبب لهذا التعاطي هي، مرض الاكتئاب، والقلق النفسي، وكذلك الفصام في بدايته. (عبدالمجيد سيد، ١٩٨٦، ص: ٧٣-٧٤)

- نظرية الإدمان كسلوك متعلم Addiction as Learning Behavior

وضحت هذه النظرية أن تعاطي المواد النفسية يعتبر مثيراً غير شرطي يستثير خليطاً من الحالات الوجدانية لدى المتعاطي. وهذه الحالات هي عبارة عن نوعين بعضها يكون سار، وبعضها يكون غير سار أو يمكن أن يعتبر مضاد للحالات السارة. وأيضاً أكدت هذه النظرية على أن مثل هذه الحالات المضادة للحالات السارة قد تظهر في المراحل المتقدمة من التعاطي في صورة الأعراض الانسحابية Withdrawal Symptoms. (أيمن عامر، ٢٠٠٤، ص: ١١٢)

ومن هذا المنطلق يتبين لنا أن الحالة الوجدانية وشدتها تتباين عبر مراحل التقدم في التعاطي. حيث يتوقف تقدير شدة الحالة الوجدانية في مرحلة ما على مقدار الفائض ما بين طرح حالة السرور من الحالة المضادة لها. وهذا يعني أن المدمن في مراحله الأولى من التعاطي تكون لديه الحالة السارة أكبر من الحالة المؤلمة وبالتالي يعيش حالة الراحة والانبساط من تعاطيه وهذا ما يجعله يستمر في التعاطي. أما عندما يصل المدمن إلى مراحل متقدمة في التعاطي يبدأ بالدخول في الحالة المؤلمة إلى أن تزيد حالته ألماً أكثر فأكثر وهذا ما يجعله يبدأ في التفكير في ترك التعاطي. (المرجع السابق، ص: ١١٣)

وكذلك فسرت هذه النظرية آلية عملية ظهور الأعراض الانسحابية، فأتثناء توقف المدمن عن التعاطي فإن الحالة الضارة تكون هي السائدة وتأخذ فترة أطول في التلاشي وذلك لأنها أخذت فترة طويلة في النشوء ويرجع ذلك إلى الطبيعة الدينامية لكل نوع من الحالات الوجدانية السارة والمؤلمة لدى المتعاطي. فأتثناء ظهور

الأعراض الانسحابية تصبح الحالة المؤلمة تدريجياً أكبر من الحالة السارة وهذا يجعل المدمن يعيش حالة الانسحاب التي قد لا يتحملها وبالتالي يجد نفسه بلا مخرج منها ومدفوعاً إلى الاستمرار في تعاطي المخدرات. (المرجع السابق)

- نظرية التحليل النفسي Psychological Theory

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن المدمن يلجأ إلى تعاطي المخدرات والكحول من أجل إشباع حاجات طفليه لا شعورية. حيث أن عدم إشباع هذه الحاجات يرجع إلى حالة من الاضطراب والتوتر في مرحلة الصغر. وعندما يكبر الفرد تظهر على شخصيته صفات مثبته سلبية، منها: الإتكالية وعدم القدرة على تحمل الألم مما يؤدي بالفرد إلى البحث عن أقرب وأسهل الطرق للوصول إلى تحقيق الاتزان النفسي والبعد عن هذا التوتر والألم.

وقد فسر الباحثون النفسيون عملية الإدمان على أنها عبارة عن وسيلة للحصول على اللذة والتخلص من الألم. وأيضاً هي تمثل إشباع لبعض الرغبات الغريزية المكبوتة في اللاشعور. وأن هذه العملية هي امتداد أو نكوص للعمليات الأخرى التي كان يقوم بها الطفل للحصول على الإشباع والتي تعتبر مقبولة في مراحله الأولى.

وأيضاً ترى هذه النظرية أن المدمن يواجه مشاعر عدوانية بسبب فرط الإتكالية وحاجته إلى مساعدة الآخرين ومعاونتهم له فهو يبرر عدوانيته هذه بالأثر الناتج عن تعاطي الكحول. حيث أن هذه النظرية ترى أن من أثر الكحول على المدمن هو الشعور بالذنب والذي يحصل نتيجة العدوان، والذي بدوره يدفع المدمن إلى محاولة تدمير ذاته الأمر الذي قد يؤدي به إلى الانتحار. (عبدالمجيد سيد، ١٩٨٦، ص: ٧٢)

- سمات الشخصية ودورها في الإدمان:

ترى هذه النظرية في تفسيرها للإدمان أن المدمنين لديهم صفات نفسية وشخصية مشتركة بحيث يتسم كل مدمن بخصائص شخصية إدمانية معينة تتمثل في الآتي: عدم القدرة على تأجيل الإشباع، وضعف القدرة على التعاطف، والتمرد على الأنظمة والقوانين وخرقها، والقيام بالكذب وتبليد المشاعر تجاه العقوبات التي تترتب على سلوكيات المدمن.

فقد ذكر (Cloninger, 1987) أن الشخصية الإدمانية لها أبعاد ثلاثة وأن كل بعد منها يرتبط بناقل عصبي معين، وهي كالآتي:

- ١- البعد الأول، ويتمثل في ميل المدمن للبحث عن ما هو جديد ومثير، والذي ينشطه الناقل العصبي المسمى بالدوبامين.

٢- البعد الثاني، ويتمثل في تجنب الألم، والذي ينشطه الناقل العصبي المسمى بالسيروتونين.

٣- البعد الثالث، ويتمثل في النتائج الإيجابية لتعاطي المخدرات والكحول، والذي ينشطه النوربنفرين من أجل تدعيم السلوكيات الإدمانية والاستمرار في القيام بها.

٣) النظرية الاجتماعية Social Theories:

يُفسر علماء الاجتماع جميع السلوكيات الإدمانية أياً كانت في جميع مراحل التعاطي بدءاً من تعاطي أو استعمال المادة إلى إدمانها مروراً بإساءة استعمالها على أنها عبارة عن أنماط اجتماعية. فالفرد يقوم بسلوكياته الإدمانية وتصرفاته الحياتية بشكل عام بناءً على المجتمع الذي يعيش فيه وكيف نشأ وتربى في ذلك المجتمع وما هي فرصه الحياتية وما هي مرحلته العمرية وما هو نوع جنسه وما هي ديانتته ومن أي طبقة هو من طبقات المجتمع، وذلك بغض النظر عن أية عوامل بيولوجية أو سمات شخصية يمكن أن يعتقد أنها تؤثر على سلوكياته. (Borgatta, 2000, p: 93)

و - علاج الإدمان: Addiction Treatment

في بداية التعامل مع اضطراب الإدمان كان الأطباء سابقاً يعتقدون بأن جرعات صغيرة من أحد الأفيونات قد يكون تناولها ضروري من أجل إعادة التوازن الفسيولوجي داخل جسد المدمن المختل وذلك بسبب وجود أجسام مضادة أو وجود مضادات السموم. وأن هذا المدمن لو تناول جرعة بسيطة جداً من الأفيون فإن جسده سيبدأ في الإحساس بأعراض انسحابية نتيجة لمفعول مضادات السموم أو الأجسام المضادة غير المعادلة. وفي حالة تناول جرعة أكبر من اللازم فإن الجسد سيبدأ بالإحساس بالتأثيرات الفسيولوجية للأفيونات. وبناءً على ذلك فقد أكد العلماء على أنه يمكن التحكم في مقدار هذه الجرعة لكي يبقى المدمن شخصاً طبيعياً باستخدام الجرعات المناسبة له من مادة التعاطي. ولكن بعد فترة من الزمن تم اكتشاف خطأ هذه النظرية وتم إيقاف مبدأ علاج المدمنين باستخدام المخدرات. (عبدالله عمر، ٢٠٠٤، ص: ٦٣)

وبعد ذلك ظهرت أهمية البحث في موضوع علاج الإدمان بطرق أكثر فعالية وأكثر قرباً إلى واقع الإدمان والمدمن. فقد ظهرت نماذج وتدخلات كثيرة تنافست فيما بينها من أجل التعامل مع اضطراب الإدمان وتوفير المادة الغنية لتكوين الفنيات والإستراتيجيات الخاصة بالتدخل مع المدمن و مع من تطوله هذه المشكلة وهي كالاتي:

١) النموذج الأخلاقي في علاج الإدمان: Moral Model

يرى أصحاب هذا النموذج أنه يمكن تغيير السلوك الإدماني من خلال تعريض المدمن إلى قوى وضغوطات خارجية من مثل إيقاع العقوبة عليه أو وضعه في السجون. فهذا النموذج يصور الإدمان على أنه انتهاكات أخلاقية ودينية تحصل من قبل المدمن ويكون ذلك باختياره الشخصي. (Wilbanks, 1989, p: 211)

٢) النموذج الطبي في علاج الإدمان: Medical Model

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المدمن يحتاج إلى تدخلات علاجية دوائية وذلك عن طريق دخوله إلى المستشفى أو حصوله على جلسات طبية. ويكون ذلك بعد مروره بمجموعة معينة من التقييمات من أجل تحديد نوع ومدى التسمم لديه To assist detoxification ومن ثم القيام بإعطائه الأدوية المناسبة لتخفيف الأعراض المترتبة على ذلك. (IOM, 1990 b)

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن المسؤولية في القيام بحل مشكلة التعاطي ليست هي مسؤولية المريض وإنما المطلوب من المريض للقيام بالتغيير هو مجرد الاعتراف بأنه فاقد السيطرة تجاه تعاطيه، وبالتالي عليه الالتزام بالأدوية الموصوفة له والمشاركة مع جماعات الرعاية الذاتية. (المرجع السابق)

٣) النموذج الروحاني في علاج الإدمان: Spiritual Model

يولي هذا الاتجاه أهمية بسيطة إلى الأسباب التي أدت إلى الإدمان مقارنة مع الأهمية الكبرى التي يوليها إلى مسألة التعافي من الإدمان. فمن أهم البرامج في هذا الاتجاه هو برنامج الإثنا عشر خطوة والذي يركز على القوة الخارجية أو العليا والتي يطلق عليها كلمة "الله" GOD الخاصة بكل شخص أو مدمن. بحيث يقوم المدمن بالتوجه إلى هذه القوة عن طريق الدعاء وطلب العون والمساعدة من أجل البدء بالتعافي ومن ثم الحفاظ على ما يحققه وينجزه في هذا التعافي. (Toniga, et, al., 1999, p: 45)

٤) النموذج النفسي في علاج الإدمان: Psychological Model

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن مشكلة إساءة استعمال المواد المخدرة هي نتيجة لنقص في التعلم لدى الفرد إضافة إلى ما لديه من اضطرابات في المشاعر والانفعالات. ويمكن علاج هذه المشكلة من خلال تدخلات سلوكية أو من خلال استخدام استراتيجيات التحليل النفسي.

فقد ركز "فرويد" على علاج إساءة استعمال المواد من خلال تناوله لفكرة الميكانزمات الدفاعية مثل (الإنكار، الإسقاط، التبرير) وكذلك ركز على المراحل الأولى من حياة المدمن وهي مرحلة الطفولة.

وقد صور أصحاب التحليل النفسي إساءة استعمال المواد بأنها تُحفز وتزداد من خلال عجز الفرد عن القيام بالتنظيم ما بين حياته الداخلية وسلوكياته الخارجية. لذلك هم يرون أن علاج الإدمان أو القيام بالتغيير هو عبارة عن عملية يتم من خلالها انتقال ما بداخل الفرد إلى الخارج بطريقة منظمة عن طريق معالج أو مختص مما يؤدي به إلى القيام بالسلوكيات المناسبة والعلاقات البينشخصية الصحية.
(Khantizan, 1990, p: 30)

وكذلك أكد بعض الأطباء النفسيين على أن الإدمان هو مرض أو اضطراب عقلي وبالتالي تعتبر العلاجات النفسية بحد ذاتها هي حلاً أو علاجاً لاضطراب الإدمان. فقد أكدوا على أن مشكلة الإدمان لها علاقة بأعراض الأمراض النفسية بشكل معقد حيث وجدوا أن تعاطي المواد الإدمانية أثناء وجود بعض الاضطرابات النفسية لدى المتعاطي قد يؤدي أحياناً إلى زيادة أعراض هذه الاضطرابات، وأحياناً أخرى قد يؤدي إلى تغطية أو إخفاء هذه الأعراض. وأيضاً وجدوا أنه إذا انقطع المدمن عن تعاطي هذه المواد فإنها قد تؤدي إلى أعراض خاصة بأمراض نفسية أو قد تؤدي إلى أعراض مشابهة لها. (Landry, et, al., 1991, p: 402)

أما من وجهة نظر السلوكيين فإن الإدمان هو عبارة عن سلوك متعلم يقوم الفرد بتكراره بناءً على نوعية وعدد المعززات المرتبطة بهذا السلوك. فأصحاب هذا الاتجاه يرون أن السلوك الإدماني يمكن تغييره إذا أصبحت معززات السلوك الإيجابية عديمة القيمة أو تم استبدالها بعواقب سلبية مثل اتخاذ أسلوب العقاب. وكذلك هم يرون أن إمكانية تغيير السلوك تتم من خلال اكتساب الفرد لبعض المهارات والإستراتيجيات الخاصة بالتعامل مع الأوضاع والظروف المؤدية إلى التعاطي.
(McAuliffe, et, al., 1980, p: 138)

وهناك اتجاه نفسي آخر لعلاج الإدمان وهو الاتجاه المعرفي. فقد أكد Bandura على أهمية ادراك الفرد المعرفي لقدراته وفعالية ذاته التي تمكنه من تغيير سلوكياته والتحكم فيها. (Beck, et, al., 1993)

٥) النموذج الاجتماعي الثقافي في علاج الإدمان: Sociocultural Model

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن عملية علاج اضطراب الإدمان وإحداث التغيير فيه تتطلب تدخل يشمل جميع العوامل المرتبطة به، من مثل العلاقات الأسرية، والجماعات والأصدقاء، والقانون، والسياسة والمعايير الاجتماعية. فمن أجل إحداث

هذا التغيير لابد من إنشاء علاقات اجتماعية وأسرية جديدة، وتطوير مهارات وكفاءات اجتماعية مناسبة، والعمل على البنية التحتية الثقافية بشكل عام.
(IOM, 1990 b)

٦) النموذج البيولوجي - النفسي - الاجتماعي - الروحاني المركب: Composite Bio-Psycho-Social-Spiritual Model

يرى أصحاب هذا الاتجاه أهمية التدخل المتكامل في التعامل مع مشكلة الإدمان من أجل الحصول على نتائج علاجية أفضل وكذلك أهمية استخدام مختلف المبادئ والفنيات المستخدمة في النماذج الخاصة بعلاج الإدمان التالية: النموذج البيولوجي، والنموذج النفسي، والنموذج الاجتماعي، والنموذج الروحاني.
(Williams, et, al., 1994, p: 23)

وقد اتضح لنا من خلال العرض السابق للنماذج والأساليب العلاجية الخاصة بعلاج الإدمان أن اضطراب الإدمان هو عملية معقدة تتضمن عدة جوانب متمثلة في جميع مراحل تطور هذا الاضطراب، وهي: الجانب الأخلاقي، والجانب النفسي، والجانب الجسمي، وأخيراً الجانب الاجتماعي. فالإدمان في مرحلته الأولى المتمثلة في أسباب ودوافع البدء في التعاطي، ومرحلته المتوسطة المتعلقة بالانخراط في التعاطي وظهور الأعراض الإدمانية إلى فقدان السيطرة التامة على التعاطي، ومرحلته الأخيرة المتمثلة في الدافعية للعلاج وعملية التعافي، هو يتأثر تأثراً كبيراً ببعض هذه الجوانب إن لم يكن بها كلها جميعاً.

وبمعنى آخر، إن المدمن يبدأ التعاطي ويستمر فيه بسبب عوامل أو ضغوط اجتماعية أو نفسية أو جسمية أو بسبب ضعف في الوازع الديني لديه أو بسبب اجتماع عاملين معاً أو أكثر من هذه العوامل. وفي المقابل عندما يريد العلاج والتعافي من هذا الاضطراب فإنه يحتاج إلى التعامل مع جميع الجوانب المتعلقة بتعاطيه سواء كانت مسببة للتعاطي أو متأثرة بسبب الاستمرار فيه.

من هنا تظهر أهمية استخدام نموذج تدخل شامل في التعامل مع اضطراب الإدمان لمساعدة مدمني الكحول والمخدرات على التعافي من تعاطيهم والتعامل مع المشكلات المترتبة على هذا التعاطي وهذا ما يقوم عليه النموذج البيولوجي - النفسي - الاجتماعي - الروحاني المركب.

ز - إدمان الأمفيتامينات:

نظراً لما لإدمان الأمفيتامينات من أهمية كبرى في بحثنا الحالي فقد تم التطرق إليه من خلال إطار نظري يشمل: تعريف الأمفيتامينات، ونبذة مختصرة عن تاريخها،

واستخداماتها، وآثارها الطبية الجسمية والنفسية، وكذلك كيفية العلاج من الاعتماد على تعاطيها، وذلك كالآتي:

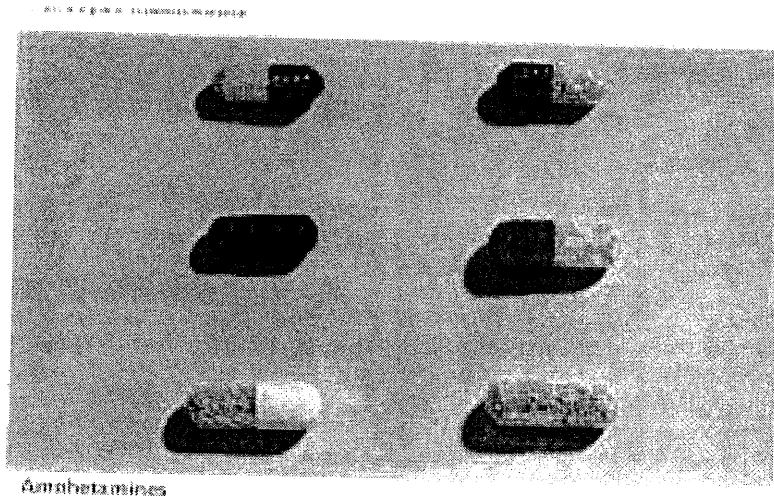
(١) تعريف الأمفيتامينات

الأمفيتامينات Ampetamines: هي عبارة عن مجموعة من المخدرات المصنعة والمركبة المنشطة والمحفزة للجهاز العصبي المركزي. (Shortet, 2002, p:71)

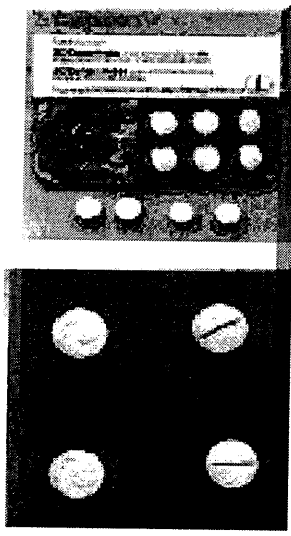
ويقصد بالمنشطات Stimulants جميع المخدرات التي تؤدي إلى تنشيط الجهاز العصبي المركزي وتؤدي إلى نوع من الإحساس والشعور بالنشاط والخفة وتستخدم هذه المنشطات عادة في أغراض علاجية من أجل زيادة الوعي وكذلك قد يساء استخدامها في أغراض غير علاجية من أجل زيادة الطاقة والإنتاجية ومن أمثلتها الكافيين والأمفيتامينات والكوكايين.

وأيضاً عرف (Goldstein, 2001, p:178) الأمفيتامينات على أنها نوع من المخدرات التي تحتوي على مجموعة من المواد المركبة التي تتشابه مع بعضها البعض في التركيب الكيميائي ولها نفس الأثر.

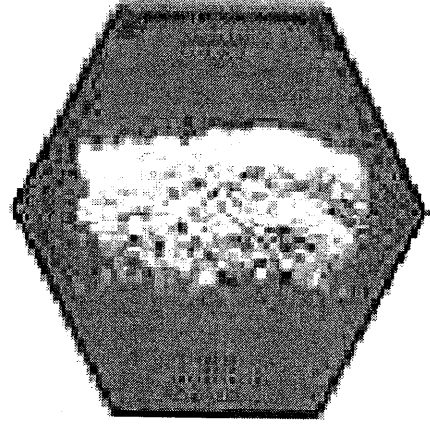
وتشمل مجموعة الأمفيتامينات الآتي : الأمفيتامين، والديكسا مفيتامين، والميثا مفيتامين وهي مجموعة متجانسة نسبياً تتماثل كيميائياً وفارماكولوجياً مع الأفيدين والدرينالين وهي متوفرة في عدة أشكال مختلفة، كالآتي:



شكل رقم (٢) كبسولات امفيتامين



شكل رقم (٤) حبوب امفيتامين



شكل رقم (٣) بودرة امفيتامين



شكل رقم (٥) بلورات امفيتامين

٢) مقدمة تاريخية

إن أول اكتشاف للأمفيتامين كان في عام (١٨٨٧م) ولم يكن في ذلك الوقت قد تم اكتشاف الأثر الذي يتركه على الجهاز العصبي المركزي. ولكن في بداية الثلاثينات (١٩٣٠م) تم اكتشاف بعض الآثار المترتبة على تعاطيه والتي لها القدرة على تنشيط الجهاز العصبي المركزي. وبناءً على ذلك فقد تم استخدامه في العديد من المجالات الطبية للتعامل مع مختلف الأمراض وبدون تسجيل أية مخاطر يمكن أن تؤدي إلى

الاعتماد على تعاطيه حيث تم استخدامه كعلاج للتوقف عن تعاطي الكحول، وللتعامل مع بعض حالات الاكتئاب، وللتعامل مع حالات الغثيان التي تتعرض لها النساء خلال أشهر الحمل، وكذلك تم استخدامه من أجل المساعدة على تقليل الوزن وتخفيف حالات السمنة. وبعد ذلك تم تصنيع بعض مشتقات الأمفيتامينات والتي منها (الميثامفيتامين) والذي أصبح من الممكن استخدامه عن طريق الحقن في الوريد أو عن طريق تناوله مباشرة من خلال الفم حيث بدأ تناول الميثامفيتامين بشكل فردي وبدون الرجوع إلى الاستشارة الطبية والذي بدوره أدى إلى إساءة استخدامه بعد الخمسينات (١٩٥٠م) وبالتحديد خلال الحرب العالمية الثانية عندما بدأ كل من الجنود الأمريكيين والبريطانيين والألمان واليابانيين بتعاطيه كمنشط في الحرب من أجل زيادة القدرة على الانتباه والسهر وتحسين حالتهم المزاجية.
(Carson, 2001, p: 110)

وفي السبعينات (١٩٧٠) زادت إساءة استخدام الأمفيتامينات في الولايات المتحدة الأمريكية حتى وصل استخدامها إلى حد مبالغ فيه وقد وصفت بأنها "وباء" Epidemic حيث كان الأطباء يصفونها من أجل أغراض طبية بحثه ولكن متعاطيها كانوا يستغلون هذه الوصفات بشكل سيء من أجل مساعدتهم على الشعور بالراحة.
(Doweiko, 2002, p: 125)

وقد احتل تعاطي الأمفيتامينات موقع تاريخي مميز وبالتحديد في التاريخ الطبي حيث ذكر المؤرخون الطبيون أن تعاطي الأمفيتامينات وبالخصوص الميثامفيتامين أدى إلى ظهور حالات صحية خطيرة جداً والتي كان من أعراضها الموت السريع، والاكتئاب الشديد، وضيق التنفس، والانتحار، بالإضافة إلى ما يترتب على تعاطيها من عنف شديد وغيره مما أدى إلى تحذير الناس بشكل سريع ومكثف ومستمر عن خطورة تعاطي مثل هذه المواد. (Ibid)

٣ استخدام الأمفيتامينات

يتم تعاطي الأمفيتامينات أو أي من مشتقاتها من مثل مركب الميثامفيتامين، أو غيره من أجل أغراض متعددة ويكون ذلك بشكل مستمر أو متقطع بناءً على الغرض من تعاطيها. فقد يتم تعاطيها من أجل أغراض طبية مشروعة، أو بطريقة غير مشروعة.
(Beers, et, al., 2003)

فمن الممكن أن يتم وصف الأمفيتامينات طبياً لعلاج حالات مرضية متعددة والتي منها حالات الخدار Narcolepsy، وحالات السمنة Obesity، واضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال Childhood Attention Disorder.
(Carson, 2001, p: 111)

وأيضاً قد يقوم البعض بتعاطيها من أجل التعامل مع بعض حالات الاكتئاب التي يتعرضون لها أو يتعاطونها من أجل زيادة الطاقة والنشاط وذلك لأن الأمفيتامينات تؤدي إلى زيادة إطلاق كميات الدوبامين في الدماغ والتي بدورها تؤدي إلى ارتفاع وتغير في المزاج. (Beers, et, al., 2003)

وقد أكد مكتب الأمم المتحدة للجريمة والمخدرات في الآونة الأخيرة على أن استخدام الأمفيتامينات وبالأخص الميثامفيتامين في تزايد مستمر في جميع أنحاء العالم. (Baker, et, al., 2005)

٤) آثار الأمفيتامينات

هناك تجربة جديرة بالملاحظة قد أجريت في جامعة فاندربيلت الأمريكية عام ١٩٧١ والتي تسهم في زيادة التعرف على الآثار المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات حيث تم اختبار أثر الأمفيتامينات في تجربة مع الحيوانات وقد بدت في البداية وكأنها مواد جيدة ومعقولة ولم يكن لها أية أضرار واضحة أثناء الاستخدام الاعتيادي فلم يظهر لها أية أثر على الكبد ولم تؤدي إلى الفشل الكلوي ولم تسبب أية سكتات قلبية ولا أية أمراض سرطانية. وفي تلك الفترة التي كان فيها استخدام الأمفيتامينات بشكل اعتيادي بدأ الباحثين في التقصي عن أثر استخدام هذه الأمفيتامينات على الناحية العقلية حيث كان استخدامها بشكل مفرط يؤدي إلى إضرابات ذهانية Psychotic لدى بعض الحالات ولم يكن معروف في ذلك الوقت هل هي راجعة إلى تعاطي الأمفيتامينات لوحدها أو بسبب تعاطيها مع مواد أخرى.

ومن أجل ذلك قام الباحثون بإجراء تجربة حول أثر تعاطي الأمفيتامينات للتأكد من أنها تؤدي إلى اضطرابات ذهانية لوحدها أو لا. فقد تم اختيار مجموعة من الذين كان لهم تاريخ تعاطي مسبق للأمفيتامينات من دون تعاطي أية مواد أخرى ومن ثم تم اختيار المجموعة الأكثر استقراراً منهم والذين ليس لديهم أي تاريخ مرضي سابق من الأمراض العقلية. وللتأكد من صحة الاختيار تم تنويم المجموعة داخل المستشفى وقد تم مراقبة تسعة أشخاص من الذين تطوعوا في هذه التجربة لمدة ستة أسابيع للتأكد من أن المخدرات قد زالت من أجسامهم وأنهم لم يتعاطوا أية مواد أخرى. وقد تم تطبيق بعض المقاييس والاختبارات الخاصة بقياس الحالة النفسية والجسدية لهم. وبعد ذلك تم إعطائهم جرعات من الأمفيتامينات لمدة خمسة أيام وقد كانت تلك الجرعات عالية منذ البداية ولكنها لم تكن أكبر من متوسط الجرعات التي يتم تعاطيها بين المدمنين بشكل عام. وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن كل أفراد المجموعة قد أظهروا زيادة في ضغط الدم وضربات القلب ونقصان في درجات الحرارة. وفي اليوم الرابع بالتحديد ظهرت بعض الأعراض الذهانية على ثمانية أشخاص حيث أصبحوا عدوانيين Hostile ولديهم شعور بالعظمة Paranoid وقد بدؤوا يشعرون بأن الفاحصين يدبرون لهم مكيدة وكذلك اعتقدوا أنهم مسمومين. وقد اشتكى بعضهم من وجود شيء معلق في الغرفة التي يتواجدون فيها وأنه قد تم وضعه من أجل

مراقبتهم والتحكم في أفكارهم وسلوكياتهم. وأيضا حاول احدهم أن يحمي نفسه بالوقوف أمام النافذة والباب لكي لا يستطيع من يرغب في إيذائه من الدخول إلى داخل الغرفة والوصول إليه. وكذلك اعتقد بعضهم أن ما يتحدثون عنه في التلفزيون هو متعلق بهم، وايضا اعتقد شخص آخر أنه تم تصويره من خلف حواجز زجاجية بحيث لا يستطيع رؤية من قام بتصويره. وكذلك في تجارب أخرى مشابهة لهذه التجربة أسفرت نتائجها عن أعراض مشابهة للأعراض التي تصاحب حالات الفصام Schizophrenia والبارانويا Paranoia وقد تم إيقاف استخدام الأمفيتامينات في تلك التجربة مباشرة بعد ظهور الأعراض الذهانية.

من خلال هذه التجربة يتضح لنا أن تعاطي الأمفيتامينات بشكل مستمر وبجرعات عالية يسبب سلوكيات ذهانية لدى أي شخص، ولا يشترط في ذلك وجود أي ميل أو استعداد فطري أو عدم التوازن النفسي. (Goldstein, 2001, p: 184-186)

ويمكن تحديد بعض الآثار المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات بشكل عام كالآتي: يؤدي تعاطي الأمفيتامينات إلى تنشيط الدماغ والذي بدوره يؤدي إلى خفض الشعور بالتعب والإرهاق ويزيد من القدرة على التركيز ويضعف الشهية وكذلك يؤدي إلى زيادة الأداء الفسيولوجي بشكل عام. وأيضا يؤدي تعاطي الأمفيتامينات إلى زيادة ضغط الدم وزيادة نبضات القلب مما يؤدي إلى الجلطات الدماغية أو القلبية. ويمكن أن تزيد مضاعفات هذه الآثار المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات عندما يقوم المتعاطي بأنشطة جسدية مُجهدة في أماكن حارة وغير مهواة بشكل مناسب، أو عندما يزيد تصبب العرق من المتعاطي من دون الحصول على كميات بديلة وكافية من الماء. (Beers, et, al., 2003)

وكذلك يسبب تعاطي الأمفيتامينات اضطرابات ذهانية ونفسية مثل، القلق، والرهاب، والتشوه في الإدراك، والهلاوس السمعية والبصرية، والضلالات، والشعور بالسلطة المطلقة والنفوذ غير المحدود. وأيضا يؤدي تعاطي الأمفيتامينات بشكل مستمر إلى الاعتماد عليها وإدمانها، وإذا تم التوقف عن تعاطيها يصبح المتعاطي في حالة من التعب، والخمول، والقلق، وأحيانا تكون لديه رغبة في الانتحار. (Ibid)

ويمكن أيضا تحديد الآثار التي تصاحب تعاطي الأمفيتامينات بصورة أكثر دقة من خلال ذكر الأعراض التي تصاحب كل من الإنسمام بالأمفيتامينات وانسحاب الأمفيتامينات وهي كالآتي:

- الأعراض المصاحبة للإنسمام بالأمفيتامينات

والتي تشتمل على وجود تغيرات سلوكية أو نفسية لا تكييفه ذات دلالة إكلينيكية مثل الانسراح أو التبدل الوجداني، أو تغيرات في النزعة الاجتماعية، أو فرط اليقظة

(التوجس) Hipervigilance ، أو الحساسية البيئشخصية، أو القلق أو التوتر والغضب، أو السلوك المكرر، أو اختلال ملكة الحكم، أو اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني، والتي تحدث أثناء تعاطي الأمفيتامين (أو مادة شبيهة) أو بعد التعاطي بقليل، وتسرع أو بطء القلب، اتساع حدقة العين، ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم، تعرق أو قشعريرة، الغثيان، أو القيء، نقصان الوزن، التهيج أو التأخر (البطء) النفسحركي Psychomotor Agitation or Retardation ، الضعف العضلي، أو خمود التنفس، أو ألم بالصدر، أو عدم انتظام ضربات القلب (لا نظامية) Arrhythmia. الخلط الذهني Confusion ، أو نوبات الصرع، أو عسر الحركة Diskinesia ، أو خلل التوتر العضلي Distonia ، أو الغيبوبة.

- الأعراض المصاحبة لانسحاب الأمفيتامينات

والتي تشتمل على حدوث عسر بالمزاج Dysphoric Mood ، وبعض التغيرات الفسيولوجية التالية: التعب، وأحلام مزعجة ناقصة الوضوح، وأرق أو فرط النوم، وزيادة الشهية، وتأخر (بطء) أو تهيج نفسحركي، بالإضافة إلى الهذيان، والاضطراب الذهاني، وكذلك اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى. (هنادي رستم، ٢٠٠٥، ص ص: ٢٦-٢٧)

٥) علاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات

تشير كثير من الأبحاث والدراسات إلى أن تعاطي الأمفيتامينات Amphetamines Use في تزايد مستمر وملحوظ في جميع أنحاء العالم وبالتحديد التعاطي عن طريق الحقن Injecting وأن الأمفيتامينات متوفرة بصورة كبيرة ومن السهل الحصول عليها وبأسعار منخفضة وأن هناك زيادة ملحوظة في عدد حالات دخول المستشفى لمتعاطي الأمفيتامينات الذين يعانون من حالات نفسية Psychiatric Admissions وأن العلاج الدوائي Pharmacotherapy لم يظهر نتائج جيدة لعلاج الاعتماد عليها وأن التدخلات النفسية الاجتماعية Psychosocial Interventions قد أثبتت فعاليتها في التعامل مع المشكلات التي يتعرض لها متعاطي الأمفيتامينات بما في ذلك الاعتماد عليها وفي ما يلي سيتم طرح بعض الدراسات التي تعرضت لعلاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات وطرح بعض التدخلات التطبيقية والأساليب العلاجية الخاصة بالتعامل مع مشكلات تعاطي الأمفيتامينات من حيث العلاج وتقليل الآثار السلبية المترتبة على التعاطي وأخيراً سيتم التطرق إلى بعض الضوابط والاعتبارات الخاصة بالعلاج عن طريق المتابعة في العيادات الخارجية أو التنويم داخل المستشفى كالآتي:

- بعض الدراسات التي تعرضت لعلاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات:

هناك العديد من الدراسات التي بحثت في مجال علاج المنشطات والتي منها الأمفيتامينات وهنا سيتم التطرق إلى بعض هذه الدراسات على سبيل المثال - لا الحصر - والتي أكدت على أهمية التأهيل النفسي والاجتماعي والتركيز على زيادة الوعي بالآثار السلبية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات وذلك من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي والجمع ما بين عدة تدخلات للتعامل مع أكثر من اضطراب نفسي في آن واحد كاستخدام علاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات مع علاج الاعتماد على تعاطي الكحول واستخدام أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية والدعم الأسري وبعض الجلسات التعليمية الخاصة واستخدام المقاييس والاختبارات المناسبة بدقة من أجل الحصول على التشخيص المناسب.

ففي دراسة هاندو، وآخرون (١٩٩٧) والتي هدفت إلى تحديد الأساليب العلاجية المفضلة لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات. ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢٠٠ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات وتم تطبيق بعض المقاييس الخاصة بتحديد اتجاهاتهم نحو العلاج المقدم لهم. وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات عن ارتياح المرضى للأساليب العلاجية المقدمة لهم والتي تهدف إلى تقليل التعاطي وليس إلى الانقطاع التام وكذلك اظهروا ارتياحاً للاستشارة الطبية المقدمة لهم من قبل الطبيب العام بالإضافة إلى العلاج الطبيعي وأخيراً أكدت هذه الدراسة على أهمية استخدام التدخلات العلاجية التي تركز على زيادة الوعي بالأعراض والآثار السلبية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات. (Hando, et, al., 1997)

وكذلك في دراسة فنسينت، وآخرون (١٩٩٩) والتي هدفت إلى تحديد خصائص المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات الذين يبحثون عن المساعدة والعلاج وما هي الطرق التي تسهم في علاجهم. ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (١٠٠ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات وطبق عليهم الاستبيانات الخاصة وبعد ذلك تم اختيار مجموعتين منهم بحيث كانت المجموعة الأولى هم من الذين يرغبون في التوقف التام عن التعاطي وقوامها (١٥ معتمداً) وكانت المجموعة الثانية من الذين لا يرغبون في التوقف التام عن التعاطي وإنما يرغبون في تقليل تعاطيهم فقط وقوامها (٣٧ معتمداً). وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن المجموعة التي كانت ترغب في التوقف التام عن التعاطي كان سبب ذلك هو تعرضهم إلى خبرات سلبية عدوانية وعنف أثناء تعاطيهم للأمفيتامينات وكذلك تعرضهم إلى الإصابة بالاكتئاب والهلاوس ونوبات الهلع مما يعني أنهم كانوا يعانون من اضطرابين نفسيين في آن واحد Psychological Co-morbidity. وقد أكد أصحاب هذه الدراسة على أهمية أن يكون المعالجين لاضطراب الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات هم من المدربين على إجراء التقييمات التشخيصية وتحديد الخدمات العلاجية الأخرى المناسبة لهذه التشخيصات وذلك لأن تقديم العلاج لاضطراب نفسي دون تقديم العلاج

للاضطراب الآخر المصاحب له قد يؤدي إلى حدوث انتكاسة في كلا الاضطرابين.
(Vincent, et, al., 1999)

وايضاً في دراسة كلي، وآخرون (١٩٩٩) والتي هدفت إلى تحديد ما هي العوامل التي تسهم في علاج المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات حيث أكدت هذه الدراسة على أن المشكلات الصحية النفسية Psychological Health Problems التي يتعرض لها المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات مثل البرانويا Paranoia والاعتلال الاجتماعي الشديد Sever Social Dysfunction هي من الأسباب التي تجعل المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات يلجئون إلى العلاج وأن الحفاظ على التعافي يتحقق من خلال الدعم المقدم لهم من قبل المختصين من المعالجين Informal Support والمقدم لهم من غير المختصين Professional Support والذي يقدمه الأصدقاء والأسرة وكذلك زملاء التعافي أثناء العلاج. وأيضاً أكدت هذه الدراسة على أهمية أن تهدف التدخلات المقدمة لعلاج المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات إلى زيادة الوعي الذاتي لديهم بالمشكلة Increase Self-awareness وتقدير الاحتياجات الشخصية ومدى احتمالية التغير لديهم والتركيز على مهارات التعامل والعلاقات البينشخصية Coping and Interpersonal Skills وأخير تطوير بروتوكولات علاجية خاصة بالتعامل مع المشكلات الناتجة عن تعاطي الأمفيتامينات بما فيها الاعتماد عليها. (Klee, et, al., 1999)

كما أن دراسة جون، وآخرون (٢٠٠١) هدفت إلى المقارنة ما بين المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات فقط والمعتمدين على تعاطي الهيروين فقط والمعتمدين على تعاطيهما معاً من حيث العلاج والاضطرابات النفسية. ومن أجل ذلك فقد تم اختيار عينة قوامها (٥٨٣ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات والهيروين وقد طبق عليهم الاختبارات الخاصة بذلك. وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات فقط قد اظهروا بعض الأعراض النفسية مثل البارانويا Paranoia والحقد Hostility واختلال ذهاني Psychotism وكذلك إساءة استعمال شديد للكحول وضعف الرغبة في الدخول في البرامج العلاجية مقارنة مع المعتمدين على تعاطي الهيروين فقط. وأيضاً أكدت هذه الدراسة على أهمية أن يكون المختصين بعلاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات هم من الذين لديهم القدرة على علاج المشكلات النفسية الناتجة عن الاعتماد على تعاطي المنشطات وإساءة استعمال الكحول ومن أجل ذلك فقد حددت هذه الدراسة مجموعة من الاعتبارات العلاجية الخاصة بالتعامل مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات وهي: جذب العميل للعلاج Attracting client وإبقاء العميل في العلاج Retaining Client وتكوين العلاقة المهنية العلاجية Establishing Treatment Partnership ما بين المعالج والعميل ومراقبة Monitoring وتقييم Evaluating الخدمة المقدمة للعميل وكل ذلك يتم من خلال توفير مصادر جيدة لعلاج المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات عن طريق توفير مختصين مدربين على مهارات التعامل مع التعاطي المتعدد

للمخدرات Polydrug Use وعلى علاج الاضطرابات العقلية وعلى استخدام مجموعة متعددة من الأساليب والفنيات العلاجية الإرشادية الخاصة بتقليل التعاطي إلى الوصول إلى الانقطاع التام عن التعاطي. وأخيراً أكدت هذه الدراسة على أهمية استخدام أسلوب المقابلة المحفزة Motivational Interviewing للدافعية مع العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy ك تدخل مناسب في التعامل مع اضطراب الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات بالإضافة إلى الدعم الأسري Family Support وتقديم بعض الجلسات Education Sessions. (John, et, al., 2001)

- بعض التدخلات والأساليب التطبيقية والعلاجية الخاصة:

هناك عدة صور مختلفة لتعاطي المخدرات تتمثل في التعاطي المستمر دون التوقف Continuum Use وهو الاعتماد على عليها، وكذلك التعاطي لفترة تجريبية ومن ثم يتم التوقف Experimental Use، والتعاطي في المناسبات Situational Use، والتعاطي المتكرر الشديد Heavy Infrequent Use ومن أجل ذلك أصبح من الضروري تصميم تدخلات مناسبة لكل عميل على حسب الحالة التي ينتمي إليها ويمكن تحديد بعض القضايا الخاصة بهذه التدخلات كالآتي:

● تدخلات خاصة بالتعامل مع متعاطي الأمفيتامينات بشكل عام:

حيث أن متعاطي الأمفيتامينات هم من ذوي المراحل العمرية المبكرة (الشباب) وأن تعاطي الأمفيتامينات قد يؤدي إلى زيادة الرغبة الجنسية لدى المتعاطين وأن تعاطي الأمفيتامينات قد يتم عن طريق الحقن والذي بدوره يؤدي إلى مشكلات وأمراض جنسية خطيرة مثل الإصابة بالإيدز أو غيره من الأمراض الوبائية المعدية لذلك لا بد أن تحتوي التدخلات الخاصة بالتعامل مع كل متعاطين الأمفيتامينات على الأساليب والفنيات التي تشجعهم على استخدام الطرق الآمنة والصحية أثناء التعاطي عن طريق الحقن وأثناء ممارساتهم الجنسية وكذلك تحتوي على الفنيات التي تسهم في زيادة الوعي بالأعراض والآثار السلبية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات والتي قد تؤدي إلى التوقف التام عن تعاطي الأمفيتامينات أو التقليل من هذا التعاطي. (Hando & Hall, 1993)

● تدخلات خاصة بالتعامل مع متعاطين الأمفيتامينات الذين يتعاطون مواد أخرى:

إن أغلب متعاطي الأمفيتامينات عادة ما يتعاطون مواد أخرى إضافة إلى تعاطيهم للأمفيتامينات مثل تعاطي الكحول والهيروين والبنزوديازبين Benzodiazepine لذلك لا بد من أن تشمل التدخلات العلاجية المقدمة لهم على الفنيات والأساليب

الخاصة بالتعافي من التعاطي المتعدد Polydrug Use في آن واحد وذلك لأن المعتمد على تعاطي الأمفيتامينات قد يكون في مرحلة الأعراض الإنسحابية لمادة أخرى أو قد يكون في مرحلة الحفاظ على التغير لمادة أخرى وهو يتعالج من الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات وبالتالي فإن المعتمدين على تعاطي مواد متعددة هم في حاجة إلى استخدام أسلوب دراسة الحالة Case Study الذي يشتمل على العلاج المعرفي. (Vincent, et, al., 1998)

• تدخلات خاصة بالتعامل مع متعاطي الأمفيتامينات الذين يتعاطون لفترة تجريبية:

حيث أن تعاطي الأمفيتامينات في تزايد مستمر في التحول إلى التعاطي عن طريق الحقن فإن التدخلات العلاجية الخاصة بالتعامل مع الذين يتعاطون الأمفيتامينات لفترة تجريبية ومن ثم يتوقفون عن ذلك التعاطي Experimental Amphetamine Use لا بد أن يركز بصورة أساسية على تقليل التحول إلى التعاطي عن طريق الحقن وذلك من خلال زيادة الوعي بالآثار السلبية المترتبة على التعاطي عن طريق الحقن مثل الإصابة بالإيدز وغيره من الأمراض الوبائية المعدية وكذلك من خلال تشجيعهم على تجنب التعاطي اليومي والتأكيد على أنه لا يوجد حد معين للتعاطي الآمن Safe Use الذي يبقي المتعاطي بعيداً عن المشكلات المرتبطة بتعاطي الأمفيتامينات. (Hando et, al., 1993)

• تدخلات خاصة بالتعامل مع متعاطي الأمفيتامينات الذين يتعاطون بشكل شديد:

إن من الأساليب والتدخلات الهامة في التعامل مع فئة متعاطي الأمفيتامينات بشكل شديد ولكن ليس منتظماً هي التدخلات التي تحتوي على زيادة الوعي بالآثار السلبية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات بشكل شديد وكذلك عدم الجمع ما بين تعاطي الأمفيتامينات والكحول وعدم قيادة السيارة أثناء التعاطي والتأكد من مصدر الحصول على الأمفيتامينات من أجل التأكد من نقاوة هذه المواد ومعرفة ما هي الآثار الجانبية المصاحبة لتعاطي هذه المواد. (Hando & Hall, 1993)

• تدخلات خاصة بالتعامل مع متعاطي الأمفيتامينات الذين يتعاطون من أجل غرض محدد:

إن متعاطي الأمفيتامينات من أجل غرض محدد هم الذين يتعاطونها من أجل ما يترتب عليها فسيولوجياً ونفسياً وليس من أجل المتعة، فمثلاً يتعاطونها من أجل السهر وزيادة النشاط والطاقة. وهذا النوع من التعاطي منتشر ما بين سائقي الشاحنات وطلاب المدارس وأصحاب الوظائف التي يكون فيها الدوام على فترات

متغيرة Shift Work. ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy هو الأنسب في التعامل مع هذا النوع من المتعاطين بالإضافة إلى بعض الجلسات الإرشادية التي تتضمن التعلم من خلال خبرات متعافين آخرين Peer Education. (Hando, et, al., 1997)

• تدخلات خاصة بالتعامل مع متعاطي الأمفيتامينات بشكل منتظم:

إن متعاطي الأمفيتامينات بشكل منتظم Regular Amphetamine Users عادة ما يكون لديهم مشكلات تعاطي شديدة الصعوبة Hazardous أو يكونوا معتمدين على تعاطي الأمفيتامينات Amphetamine Dependence وبالتالي فهم يحتاجون إلى أساليب خاصة أثناء التعامل معهم وتنمية دافعيتهم للقيام بالتغير والعلاج وذلك من خلال استخدام أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية Motivational Interviewing واستخدام بعض التدخلات العلاجية المعرفية التي تتضمن إبراز العلاقة ما بين الاعتماد الشديد على تعاطي الأمفيتامينات والاضطرابات العقلية والجسمية المترتبة على ذلك التعاطي والتي من الممكن أن تؤدي إلى تنمية الدافعية للعلاج ويمكن أن تكون هذه التدخلات أكثر فاعلية عند ما يتم ربطها ببعض المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات بحيث يتم من خلالها زيادة الوعي بالآثار السلبية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات النفسية والاجتماعية والجسمية. وأخيراً لابد من أن لا تشمل هذه التدخلات العلاجية على أساليب إصدار الأحكام التي تشعر المرضى بأنهم تحت التقييم Non-judgmental Interventions وإنما لا بد أن تشمل هذه التدخلات على الأساليب التي تخدم أهداف متعددة مثل التحكم في التعاطي أو تقليله أو التوقف التام عنه.

(Hando, et, al., 1997)، (Vincent, et, al., 1998)

- العلاج والضوابط الخاصة بالعلاج أثناء التنويم داخل المستشفى:

يتم تحويل وإدخال المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات إلى المستشفى لتلقي العلاج الداخلي In-Patient Treatment عندما يكون هناك اعتماد متعدد على تعاطي المواد Polysubstance Dependence أو عندما أن يكون هناك احتمالية ظهور أعراض انسحابية شديدة Sever Withdrawal أو عندما يكون هناك حالات صحية صعبة تحتاج إلى الملاحظة أو العلاج المباشر Close Observation or Treatment أو عندما يكون هناك اضطرابات ذهانية Psychiatric Complications أو عندما يكون هناك صعوبات حياتية خارجية Undesirable Living Conditions بحيث تعيق العلاج أو عندما يكون هناك فشل متكرر في التدخل العلاجي عن طريق العيادات الخارجية أو عندما يكون هناك غياب للدعم الأسري Absence of Social Support. ويمكن أن يتم تحديد مدة البقاء في المستشفى بناءً على حالة المدمن وعلى الهدف المراد تحقيقه من العلاج بحيث

تتضمن مدة البقاء في المستشفى المدة الكافية للتعامل مع الأعراض الانسحابية التي يمر بها هذا المدمن. (Taylor & Gold, 1990)

وأيضاً من الأساليب العلاجية الفعالة في التعامل مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات المنومين داخل المستشفى هو العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy والذي يشتمل على تعلم المهارات الخاصة برفض وتجنب تعاطي المخدرات Drug Refusal and Avoidance وأسلوب حل المشكلات Problem-Solving وكيفية التعامل مع الاكتئاب Depression أو العلاج بطريقة غير مناسبة Unfair Treatment وتعلم مهارات التعامل مع الضغوط الاجتماعية Social Stress Coping Skills وكيفية التعامل مع الزلة والوقوع في التعاطي مرة أخرى Slip وأخيراً تعلم مهارات التعامل مع الظروف والمواقف الشخصية الخطرة والصعبة التي يتعرض لها المدمن. (Hawkings, et, al., 1989)

- العلاج المقدم في العيادات الخارجية للمعتمدين على تعاطي المنشطات:

إن كلا من العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy وبرنامج الإثنا عشر خطوة Twelve-Step Facilitation Therapy يعتبران من البرامج العلاجية التي أثبتت فعاليتها في علاج المعتمدين على تعاطي المنشطات Stimulant Dependence - مثل الكوكايين Cocain - من المتابعين للعلاج في العيادات الخارجية. وحيث أن الأمفيتامينات هي أحد المواد المنشطة للجهاز العصبي المركزي فقد يكون البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وبرنامج الإثنا عشر خطوة هما من البرامج العلاجية المناسبة في العيادات الخارجية لعلاج المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات وذلك لأن الدراسات التي أجريت في مجال تحديد الأساليب العلاجية التي يفضلها المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات قد أثبتت أن أغلب هؤلاء المدمنين قد أظهروا ارتياحاً كبيراً للأساليب الإرشادية المقدمة لهم والتي تشتمل على وجود أهداف متعددة مثل التحكم في التعاطي أو تقليل التعاطي أو الانقطاع التام عن التعاطي وكذلك التي لا تعتمد على أسلوب إصدار الأحكام التي تشعر المرضى بأنهم تحت التقييم Non-Judgmental Intervention . (Carrol, et. Al., 2002)

وقد كان من أكثر الأساليب والنماذج النفسية التي حققت نتائج ايجابية في التعامل مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات أثناء المتابعة في العيادات الخارجية هو نموذج "ماتركس" The Matrix Model والذي أعد في الأساس من أجل علاج إساءة استخدام الكوكايين مع مرضى العيادات الخارجية التابعة لمراكز ماتركس في مدينة لوس انجلوس الأمريكية خلال فترة الثمانينات. وهذا النموذج هو عبارة عن طريقة علاجية مكونة من مجموعة من التدخلات والأساليب العلاجية الخاصة بتحفيز المرضى للبدء بالعلاج وتقليل تعاطيهم للمخدرات. وقد اشتملت هذه الأساليب والتدخلات العلاجية على كل من العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لمدة (٣٦

جلسة) والإرشاد الأسري التعليمي الجماعي لمدة (١٢ جلسة) وأسلوب التدعيم الاجتماعي الجماعي لمدة (٤ جلسات) بالإضافة إلى الحضور المتكرر أسبوعياً مع جماعات التعافي التي تعتمد على برنامج الإثنا عشر خطوة وكانت جميع هذه الأساليب والتدخلات العلاجية تُطبق ويُدار من قبل المعالجين بعيداً عن استخدام أسلوب المواجهة المباشرة Non-Confrontational Style أو أساليب إصدار الأحكام التي تشعر المرضى بأنهم تحت التقييم Non-Judgmental وبدلاً من ذلك كانوا يركزون على استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي للسلوكيات الخاصة بالقيام بالتغيير. (Rawson, et, al., 2004)

يتضح من خلال العرض السابق أن من أهم الأساليب والتدخلات العلاجية التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات سواء كانوا من المرضى المنومين داخل المستشفى أو من المرضى المتابعين في العيادات الخارجية هو العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية وأسلوب الوقاية من الإرتكاسه وبرنامج الإثنا عشر خطوة. وأيضاً يتضح أنه من المهم أن لا يستخدم المعالجين أساليب إصدار الأحكام التي تشعر المرضى بأنهم تحت التقييم Non-Judgmental Interventions وإنما لا بد من أن يستخدموا الفنيات والتدخلات التي تخدم أهداف متعددة كالتحكم في التعاطي أو التقليل من التعاطي أو التوقف والانقطاع التام عن التعاطي أو عدم التحول إلى التعاطي عن طريق الحقن. وكذلك تتضح أهمية تصميم الخطة العلاجية لكل حالة على حسب نوع تعاطيها للمخدرات بحيث يتم تصميم خطة علاجية خاصة تشتمل على علاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات وإساءة استخدام الكحول للمعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات والمسيئين لاستخدام الكحول بدلاً من علاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات فقط، وفي المقابل يتم تصميم خطة علاجية لعلاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات فقط للمعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات فقط. وأخيراً تتضح أهمية تحديد مراحل القيام بالتغيير التي ينتمي إليها المتعاطين للأمفيتامينات من أجل استخدام الإستراتيجيات المناسبة لتحفيز دافعيتهم للعلاج بناءً على المرحلة التي هم فيها فمثلاً لو كانوا قريبين من مرحلة القيام بالفعل فسيتم استخدام طرق العلاج المعرفي السلوكي والتي منها أسلوب الوقاية من الإرتكاسه ومهارات التعامل من أجل تحفيزهم للقيام بالتغيير والعلاج.

ثانياً: الدافعية ودافعية العلاج

أ - مقدمة:

ب - تعريف الدافعية:

- (١) تعريف الدافعية كقوة أو كطاقة
- (٢) تعريف الدافعية كحاجة أو نزوة
- (٣) تعريف الدافعية كحالة أو كعملية أو كاستعداد
- (٤) تعريف الدافعية كعامل أو كمجموعة عوامل

ج - تعريف دافعية العلاج:

- (١) تعريف الدافعية في معجم الموسوعة الطبية
- (٢) تعريف الدافع في معجم الموسوعة الطبية
- (٣) تعريف الدافعية في معجم الصحة والطب والتمريض
- (٤) تعريف الدافعية في القاموس الطبي المصور
- (٥) تعريف جديد لدافعية العلاج اشتمل على عدة مفاهيم

د - مفهوم نظريات الدافعية

هـ - تصنيف نظريات الدافعية:

- (١) التصنيف الذي قدمه (Beck) عن نظريات الدافعية
- (٢) التصنيف الذي قدمه (عماد عبدالرحمن، علي فالح) عن نظريات الدافعية
- (٣) التصنيف الذي يركز على النظريات الأساسية والأكثر شيوعاً في تفسير الدافعية:

- النظرية البيولوجية
- نظريات الدافع- الباعث
- التعلم والدافعية
- الاتجاهات المعرفية في الدافعية:
- ١ - نظرية التنافر المعرفي
- ٢ - نظرية التوقع - القيمة
- ٣ - نظرية التعلم الاجتماعي
- ٤ - نظرية العزو
- نظريات الحاجة
- نظرية دافعية الإنجاز

و - العوامل المؤثرة في الدافعية

ز - مجالات استخدام الدافعية

ح - أنماط التدخلات الدافعية:

- (١) المقابلة المحفزة للدافعية
- (٢) التدخل الدافعي الجماعي
- (٣) العلاج بتنمية الدافعية
- (٤) التدخل الوقائي الدافعي
- (٥) التدخل الجماعي لتنمية الدافعية للعلاج
- (٦) البرنامج العلاجي الجماعي لسوء استعمال المادة

ط - العلاجات التي استخدم معها أسلوب تنمية الدافعية

ثانياً: الدافعية ودافعية العلاج

أ - مقدمة:

يعد موضوع الدافعية Motivation من الموضوعات العامة التي شغلت أذهان الباحثين في مختلف المجالات المهنية والأكاديمية فهي مرتبطة بشكل مباشر بسلوك الكائن الحي وتلعب دوراً كبيراً في تحديد سلوكياته ونشاطاته. (خليل ميخائيل، ٢٠٠١، ص: ٦٥)

فالدافعية لها تأثير على سلوك الكائن الحي رغم تنوع أنشطته وسلوكياته من خلال عدة جوانب والتي تشتمل على كل من الجوانب العقلية، والاجتماعية، والحركية، واللغوية. (علي فالج، وعماد عبدالرحيم، ٢٠٠٢، ص: ٢٤٥)

ونحن نستخدم مفهوم الدافعية عند ما نريد وصف القوة المحركة لسلوكيات الكائن الحي أو الموجهة له وكذلك عند ما نحاول شرح وتفسير الاختلاف الحاصل في شدة هذه السلوكيات حيث يمكن تفسير السلوكيات الشديدة على أنها نتيجة لمستويات مرتفعة من الدافعية. وبناءً على ذلك فنحن نستخدم مفهوم الدافعية للإشارة إلى نوع واتجاه السلوك الذي سنقوم به فمثلاً عند ما نكون في حالة من الجوع فسوف نقوم بسلوكيات معينة من أجل الحصول على الغذاء. (Petri, 1986, p: 3)

من هذه التصورات يمكننا اعتبار أن مفهوم الدافعية هو أحد الجوانب الأساسية والهامة في تفسير السبب الذي يؤدي بنا إلى القيام بسلوك ما في ظروف معينة، بينما لا نقوم بهذا السلوك في ظروف وأوضاع أخرى.

وهذا ما أكد عليه "وينر" في التساؤل الذي طرحه في مقدمة كتابه "الدافعية الإنسانية" عندما تساءل عن لماذا تفكر الكائنات الحية وتسلك بهذه الطريقة؟ (Weiner, 1985, p: 1)

هذا ما جعل للدافعية أهمية كبرى في موضوع الإدمان Addiction وبخاصة إدمان الكحول والمخدرات Alcohol and Drug Addiction والذي هو موضوع الدراسة الحالية. فالدافعية للعلاج تعتبر هي النقطة الأساسية في تحفيز المدمن للقيام بتغيير سلوكه، والتوجه نحو البحث عن العلاج.

وقد ذهب الكثير من المدارس النفسية والاتجاهات المهتمة بدراسة السلوك وعمليات التغيير والعلاج إلى تفسير الدافعية كل من زوايته ووجهة نظره مما أدى إلى تعدد المفاهيم المفسرة للدافعية وتعدد النظريات المنبثقة منها وهذا ما سيتضح لنا من خلال هذا الفصل الذي يشتمل على مفهوم الدافعية وبعض تعريفاتها وبعض المتعلقات

الخاصة باستخداماتها وتطبيقاتها في مختلف المجالات بشكل عام وفي مجال الإرشاد والعلاج النفسي مع المدمنين بشكل خاص.

ب - تعريف الدافعية: Definitions of Motivation

إن معظم الناس يهتمون بالدافعية، حتى ولو كان هذا الاهتمام نابع فقط من مجرد تساؤلهم عن لماذا يتصرف شخص ما بطريقة معينة؟ (Hollyford, 2003, p: 2)

يمكن أن ننطلق من هذا التصور إلى أن مفهوم الدافعية هو مفهوم مهم لدى الكثير من الناس ولكن الأهم من ذلك هو تعريف الدافعية الذي يصعب تحديده في تصور واحد ومجمل وهذا ما يجعل البحث أمام بحر متلاطم من المفاهيم مما يجعل مسألة التسالم أو الاتفاق على تعريف واحد أمر صعب وبعيد المنال لذا فإن البحث لم يجري وراء تعريف جامع شامل لمفهوم الدافعية بل استفاد من الثراء والتعدد للمفاهيم المطروحة عن الدافعية، والتي منها الآتي:

(١) تعريف الدافعية كقوة أو كطاقة

قدم Lindsley تعريفاً للدافعية على أنها مجموعة من القوى التي تحرك السلوك وتوجهه نحو هدف من الأهداف. (صالح حسن، ووهيب مجيد، ١٩٩٩، ص: ٩٥)

وكذلك فسر (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣، ص: ٥٤١) الدافعية على أنها مجموعة من الحوافز الإيجابية Positive Motives والحوافز السلبية Negative Motives التي تدفع الفرد للقيام بسلوك ما.

وقد اتفق (صابر خليفة، ٢٠٠٣) مع (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣) عندما عرف الدافعية على أنها عبارة عن قوى إيجابية تدفع الفرد تجاه موضوع معين أو موقف معين، وقوى سلبية تدفع الفرد بعيداً عن موضوع معين أو موقف معين. (صابر خليفة، ٢٠٠٣، ص: ١١٠)

وكذلك قدم (خير الله، ١٩٨٣) تعريفاً للدافعية على أنها طاقة كامنة في الكائن الحي تستثير سلوكاً معيناً لديه عن طريق اختيار الاستجابة المفيدة وظيفياً له في عملية تكيفه مع بيئته بحيث تكون لهذه الاستجابة الأسبقية على غيرها من الاستجابات. (مصطفى حسين، أمينة إبراهيم، ١٩٩٨، ص: ٧)

٢) تعريف الدافعية كحاجة أو نزوة

عبر (Hull, 1934) عن الدافعية على أنها حاجة نفسية تحفز الفرد للقيام بسلوكيات معينة ينتج عنها إشباع لحاجاته. (Weiner, 1985, p: 92)

وأيضا فسر (Maslow) الدافعية على أنها مجموعة من الحاجات التي تستثير الفرد للقيام بسلوك ما. (مصطفى حسين، أمينة إبراهيم، ١٩٩٨، ص: ١٦)

وكذلك عبر Freud عن الدافعية على أنها عبارة عن النزوة، وعرفها بأنها عملية ديناميكية تتمثل في اندفاع ناتج عن تنبيه جسمي موضعي يؤدي إلى تحريك الجهاز العصبي ليقوم الجسم بسلوك معين بحيث يحقق من خلاله تفرغاً للتوتر الناشئ عن هذا التنبيه. (فيصل عباس، ١٩٩١، ص: ٨٨)

٣) تعريف الدافعية كحالة أو كعملية أو كاستعداد

عرف (Baron, 1974) الدافعية على أنها عبارة عن عمليات داخلية تعمل على إثارة السلوك الإنساني وتوجيهه والمحافظة عليه. (محمد عودة، ٢٠٠٤، ص: ٢٠١)

وأيضا قدم (Wittig, 2001) تعريفاً للدافعية على أنها عبارة عن حالة ما عادةً ما تستثير السلوك وتوجهه وتحافظ عليه إلى أن يتم تحقيق الهدف أو تتم إعاقة هذه الاستجابة.

وكذلك يعرف (Biddle, 1997) الدافعية على أنها حالة توتر أو عدم توازن تحدث عند الكائن البشري بفعل عوامل داخلية أو خارجية، وتثير لديه سلوكاً معيناً وتوجهه نحو تحقيق هدف معين. (عماد عبدالرحيم، علي فالح، ٢٠٠٤، ص: ٣٨٣)

وأيضا يرى Young أن الدافعية هي عبارة عن عملية لاستثارة السلوك وتنظيمه وتعزيزه. (صالح حسن، وهيب مجيد، ١٩٩٩، ص: ٩٥)

وكذلك قدم (Hashemian, 1995, p: 322) تعريفاً عاماً للدافعية على أنها عبارة عن أي شيء يمكن أن يستثير السلوك وقد قسم الدوافع إلى قسمين هما الحاجات والحوافز.

أما بالنسبة لـ (Atkinson, 1978) فإنه يرى أن الدافعية هي استعداد الفرد للمجاهدة في سبيل تحقيق هدف معين وقد اشتمل هذا التعريف على العلاقة ما بين كل من الدافع Motive وتوقع الباعث Incentive Expectation مما يشير إلى أن الدافع

هو عبارة عن وجود حالة من الاستثارة ناجمة عن حاجة قائمة. (خليل ميخائيل، ٢٠٠١، ص: ٦٧)

أما (سكنر، ١٩٣٨) فلم يتجاوز مفهوم الدافعية لديه عن عنصري المثير والاستجابة اللذان يقرران عملية التعلم حيث صور الدافعية على أنها عبارة حالة يتم فيها زيادة احتمال حدوث استجابة ما نتيجة مكافأتها أو تعزيزها مسبقاً. (مصطفى حسين، أمينة إبراهيم، ١٩٩٨، ص: ١٥)

٤) تعريف الدافعية كعامل أو كمجموعة عوامل

عرف (عبد الحميد محمد، ٢٠٠١، ص: ٩١) الدافعية على أنها تلك العوامل التي تنشط السلوك وتزوده بالطاقة وتوجهه نحو هدف معين.

وأيضا يعرف كل من (عبدالرحمن عدس، محي الدين، ٢٠٠٥، ص: ٢٢٧) الدافعية على أنها تلك العوامل التي تمد السلوك بالطاقة وتوجهه نحو تحقيق أهدافه.

وكذلك يرى (ادوارد موري، ١٩٨٩، ص: ٢٨) أن الدافع هو عبارة عن عامل داخلي يستثير الإنسان ويوجهه ويحقق فيه التكامل.

يتضح من التعريفات السابقة أن الدافعية تشتمل على مجموعة من القوى والحاجات والعوامل والحالات والعمليات الداخلية أو الخارجية التي تؤثر على سلوك الكائن العضوي بشكل مباشر أو غير مباشر وقد يكون هذا التأثير بصورة ايجابية أو سلبية عليه بحيث يتم من خلاله استثارة وتوجيه سلوكه والحفاظ عليه مما يؤدي به إلى القيام بسلوك ما دون غيره أو عدم القيام به. وبناءً على ذلك أصبح هناك تعدد وتنوع في الدافعية، نذكر منها على سبيل المثال - لا الحصر- الآتي: دافعية العمل، ودافعية النجاح والإنجاز، ودافعية العلاج، وغيره.

ج - تعريف دافعية العلاج: Motivation to Seek Treatment

نظراً لما لدافعية العلاج من أهمية كبرى في بحثنا الحالي فقد تم التطرق إلى بعض التعريفات الخاصة بالدافعية من مصادر طبية علاجية بحثه، وهي كالآتي:

(١) تعريف الدافعية في معجم الموسوعة الطبية:

الدافعية Motivation هي عبارة عن الدافع الداخلي أو الخارجي المحفز لظهور فكرة ما أو سلوك ما. (Venes, 2001, p: 1380)

٢) تعريف الدافع في معجم الموسوعة الطبية:

الدافع Motive هو عبارة عن الحالة العقلية التي تؤثر على السلوك أو تعدله وتوجهه أو تستثيره. (Ibid)

٣) تعريف الدافعية في معجم الصحة والطب والتمريض:

الدافعية هي عبارة عن الحاجات أو الغرائز أو المعززات أو أية مثيرات أخرى الواعية أو اللاواعية التي تستثير أو توجه أو تبقي سلوكاً معيناً. (Anderson, 2002, p: 1123)

٤) تعريف الدافعية في القاموس الطبي المصور:

الدافعية هي عبارة عن أحد القوى التي تنشط السلوك نحو إرضاء الحاجات أو انجاز الأهداف. (Dorland, 2003, p: 1175)

٥) تعريف جديد لدافعية العلاج اشتمل على عدة مفاهيم:

- الدافعية كمفتاح للتغير.
- الدافعية متعددة الأبعاد.
- الدافعية ديناميكية ومتقلبة.
- الدافعية تتأثر بالعلاقات الاجتماعية.
- الدافعية يمكن تنميتها وتطويرها.
- إن مهمة المعالج هي استثارة الدافعية وتنميتها. (TIP, 35)

من خلال العرض السابق لبعض تعاريف الدافعية ودافعية العلاج يمكن تعريف الدافعية كالآتي:

الدافعية: هي عملية ديناميكية متعددة الأبعاد يمكن شحذها وتتأثر بالاحتياجات والعلاقات الإنسانية بحيث تستثير السلوك أو تؤثر عليه.

د - مفهوم نظريات الدافعية: Motivation Theories Concept

عند الحديث عن النظريات المفسرة للدافعية نجد تساؤلاً هاماً يطرح نفسه وهو ما هو المقصود بنظريات الدافعية؟

النظرية: هي عبارة عن مجموعة من الفروض الرمزية واللفظية التي توضح المتغيرات الهامة لسبب وكيفية حدوث حالة ما.
(Hollyforde, et, al., 2003, p: 5)

لذلك تعتبر نظرية الدافعية هي عبارة عن إجابات لأسئلة الباحثين في حقل ومجال الدافعية ومن أمثلة هذه الأسئلة ما يلي:

- لماذا يختار الناس ما اختاروه؟
- ما هو الذي يجعل شخصاً ما متحمساً لنشاط معين وفي المقابل هو غير مهتم بنشاط آخر؟
- إلى أي مدى يمكن أن تكون حرية الشخص عند اختياره لسلوك ما؟

لقد قدم (Weiner, 1992) افتراضاً يؤكد على أهمية تدخل الباحثين النفسيين بشكل خاص لإعطاء إجابات أكثر عمقاً لمثل هذه الأسئلة وذلك إضافة إلى ما يقدمه المهتمين بموضوع الدافعية من غير المختصين في علم النفس. وقد بدأ "وينر" بالاهتمام بموضوع الدافعية من خلال التساؤل المستمر الذي يطرحه معظم الناس عن ما هو السبب الذي يجعل الآخرين يقومون بما يقومون به؟ وبعد ذلك أكد على أن النظرية الجيدة في الدافعية هي التي يمكن توظيفها للتعامل مع مختلف الحالات.
(Ibid)

هـ - تصنيف نظريات الدافعية:

هناك تساؤل آخر من المفيد الإجابة عنه قبل الدخول في النظريات المفسرة للدافعية وهو ما هي التصنيفات الموجودة لنظريات الدافعية؟

هناك الكثير من الكتب والدراسات التي طرحت تقسيمات مختلفة لتصنيف نظريات الدافعية وذلك بسبب اختلاف الاتجاهات والمدارس التي ينتمي إليها الكتاب والباحثين إلا أن معظم هذه التصنيفات والتقسيمات جاءت بشكل متقارب وسيتم عرض بعض منها - على سبيل المثال لا الحصر - كالآتي:

١) التصنيف الذي قدمه (Beck, 1983) عن نظريات الدافعية، وهو كالآتي:

- التحليل البيولوجي للدافعية: Biological Analyses of Motivation
وقد ركز على كل من: الغريزة، ومحددات نوع السلوك، وسيكولوجية محفزات السلوك، ونظرية الحافز والباعث (نظرية "هل" ونظرية تنبيه الدافع)، والتنشيط والاستثارة.

- التحليل النظري السلوكي للدافعية: Behavioral Theory Analyses of Motivation
وقد ركز على كل من: الإثابة كمعزز، والإثابة كحافز، والمثيرات المنفرة، والقلق، والضغط، والتناقض.

- التحليل المعرفي الاجتماعي للدافعية: Social-Cognitive Analyses of Motivation
وقد ركز على كل من: التعامل والثبات المعرفي، والعدوان، ودافعية الإنجاز، والعزو، والقوة، ودافعية العمل والرضا الوظيفي، والانجذاب الشخصي والجنس.

٢) التصنيف الذي قدمه (عماد عبدالرحمن، علي فالح، ٢٠٠٤) عن نظريات الدافعية، وهو كالآتي:

- النظرية البيولوجية: Biological Theory
- النظرية السلوكية Behavioral Theory
- نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory
- النظرية المعرفية Cognitive Theory
- نظرية العزو Attribution Theory
- نظرية التنافر الاجتماعي Cognitive Dissonance
- النظرية الإنسانية Humanistic Theory
- دافعية التحصيل Achievement Motivation

وبالإضافة إلى هذا النوع من التقسيمات، فقد قدم بعض الباحثين تصورات أخرى يمكن من خلالها تصنيف نظريات الدافعية والتي منها التصور الذي يؤكد على أن سلوك الكائن العضوي يمكن تحفيزه من خلال مؤثرات أو ضغوط خارجية من البيئة المحيطة به من أجل تحقيق التوازن لديه وأيضاً التصور الذي يؤكد على أن سلوك الكائن العضوي يمكن تثبيطه بواسطة عوامل داخلية لدى الفرد.
(Hollyforde, et, 2003, p:6)

٣) التصنيف الذي يركز على النظريات الأساسية والأكثر شيوعاً في تفسير الدافعية:

في هذه الدراسة قام الباحث باختيار تصنيف مقترح لتفسير الدافعية حيث ركز هذا التصنيف على الاتجاهات الأساسية والأكثر شيوعاً في تفسير الدافعية. وهو كالآتي:

- النظرية البيولوجية: Biological Theory

تعد نظرية التوازن الداخلي التي أسست بناءً على الفكرة التي طرحها الباحث (Walter, 1951) في مجال علم النفس من أكثر النظريات التي حاولت تفسير الدوافع على أساس بيولوجي. فهو يرى أن العمليات البيولوجية وأنماط السلوك تخضع إلى حالة الاختلال في التوازن العضوي، الأمر الذي يتسبب في استمرار هذه العمليات حتى يتم تحقيق التوازن. وأيضاً هو يؤكد على أن الحوافز تتولد كنتيجة لحالة الاختلال أو عدم التوازن وذلك بالاشتراك مع عمليات معرفية، الأمر الذي ينتج عنه توليد سلوكاً خاصاً لإشباع الحاجة وإعادة التوازن الداخلي للفرد. ولقد وسع "والتر" مفهوم عدم التوازن أو الاختلال لاحقاً ليشمل مفهومي التوازن النفسي والفسبيولوجي. (عماد عبدالرحمن، علي فالح، ٢٠٠٤، ص: ٢٨٨-٢٨٩)

فيمكن تحديد التصور البيولوجي للدوافع بشكل أكثر عمقاً من خلال التصور الذي قدمه "فرويد" وغيره من الباحثين المتمثل في الغرائز ودورها في تحديد السلوك حيث يمكن تعريف الغريزة "Instinct" على أنها استعداد فطري لا يحتاج إلى تعلم ويدفع بالكائن العضوي إلى القيام بسلوك خاص في موقف معين.

فقد ذكر العالم الشهير "داروين" أن الفرق بين الإنسان والحيوان يكمن في الدرجة وليس في النوع وذلك من خلال أبحاثه التي أجراها حول أصل الأنواع والتطور. وهذا ما جعل العلماء يأخذون بأهمية الغريزة في تأثيرها على السلوك وقاموا بتقديم مجموعة من الغرائز وكان على رأسهم العالم الإنجليزي "ماكدوجل" الذي حاول تفسير السلوك من خلال الغرائز. فقد حدد في عام (١٩٠٨) ثمانية عشر غريزة في تفسير السلوك الإنساني وكان يعتقد بأن دور البيئة والتعلم هو مقتصر فقط على تعديل السلوك. (عبدالرحمن عدس، محي الدين، ٢٠٠٥، ص: ٢٢٨-٢٢٩)

وكذلك قام "ثورندايك" بتقديم قائمة من الغرائز وكان عددها اثنان وأربعون غريزة. وأيضاً قام "فرويد" بتصنيف الغرائز إلى مجموعتين بحيث كانت الأولى هي غرائز الحياة والثانية هي غرائز الموت وقد تمثلت غرائز الحياة في الحاجات الجسمية والتي يكون إشباعها ضرورياً لعيش الإنسان وديمومته. وأيضاً أعتبر "فرويد" أن من أهم غرائز الحياة هي الغريزة الجنسية. أما غرائز الموت فهي التي تتضمن قوى التدمير وينتج عنها التخريب والهدم والعدوان. (صالح حسن، وهيب مجيد، ١٩٩٩، ص: ٩٧-٩٨)

وعلى الرغم من أهمية المفهوم الذي طرحته وجهة النظر البيولوجية في تفسير السلوك، إلا أنه لا يكفي لتفسير كل تصوراتنا عن مفهوم الدافعية فلا يمكن تصور كل محفزات السلوك لدى الكائن البشري على أنها مبرمجة بيولوجياً كما هي في الكائنات

الحية الأخرى وإنما يمكن اعتبار أن البرمجة العضوية لدى الكائن الحي هي إحدى المصادر الأساسية لتحفيز السلوك وتوجيهه. (Petri, 1986, p: 53)

وهذا ما أتاح الفرصة للنظريات الأخرى لتأخذ مكاناً في تفسير السلوك الإنساني من جوانب وزوايا مختلفة مثل نظرية الدافع- الباعث.

- نظريات الدافع- الباعث: Drive-Incentive Theories

لقد فسرت هذه النظرية مفهوم الدافعية من خلال مفهوم الباعث حيث قد قدم (Woodworth, 1918) مفهوماً عن الباعث ووصفه بأنه تلك الطاقة التي تضطر الكائن العضوي إلى الحركة وقد تواجه هذه الحركة بعض العادات التي توجه السلوك في هذا الاتجاه أو ذاك. (ادوارد موري، ١٩٨٨، ص: ٢٦)

وبعد أن قدم "ودورث" هذا المفهوم سرعان ما اتجه الناس في التحدث عن الباعث Incentive وما يتعلق به من أمور تسهم في التأثير على السلوك حيث ظهرت بعد ذلك أنواع متعددة من البواعث والحوافز ومن أمثلتها: حافز الجوع، والجنس، والعطش، وما إلى ذلك. فقد كان التصور العام لهذه البواعث يعبر عن الميل للتوجه نحو أهداف معينة أو للابتعاد عنها. وبذلك أصبحت فكرة البواعث تشبه من عدة وجوه الفكرة التي طرحتها نظرية الغرائز إلا أن معظم علماء النفس كانوا أكثر تقبلاً لنظرية الباعث. (المرجع السابق)

فقد انطلق Clark Hull من هذه النظرية والتي تقوم على افتراض مؤداه أن حالة الاحتياج لدى الكائن الحي هي التي تؤدي إلى تغيير سلوكياته وأنشطته. فعندما تستثار الحالة الداخلية لدى الفرد يتولد لديه الحافز الذي يدفعه إلى تحقيق الحاجة التي تعمل على تخفيض شدة هذا الحافز. وقد عرف "هل" الحاجة بأنها الحالة التي تتطلب نشاط معين لإشباعها. وأكد على أن الحاجة تسبق النشاط وبالتالي فهي التي تقوم باستثارة السلوك أو النشاط الذي يعمل على تخفيض هذه الحاجة والذي يؤدي إلى إشباعها. (مصطفى حسين، أمينة إبراهيم، ١٩٩٨، ص: ١٤)

من هنا اعتبر "هل" أن الحالة الداخلية التي يعيشها الفرد هي التي تظهر الحاجات الأساسية لديه وذلك من خلال التوتر الذي ينشأ عن هذه الحالة الداخلية مما ينشئ الحافز أو الباعث الذي يدفع الفرد إلى القيام بسلوكيات معينة لتحقيق الحاجة التي تقلل من هذا التوتر. لذلك أكد "هل" على أن من صفات الدافعية أو الباعث هو نقل الكائن العضوي من حالة التوتر الداخلي إلى الحالة الطبيعية. (Weiner, 1985, p: 92)

وبالإضافة إلى ما ذكر عن العوامل الداخلية المحفزة للسلوك في هذه النظرية فقد اهتم أصحاب هذه النظرية بشكل كبير بالمصادر الخارجية للدافعية في تفسير ما هو السبب الذي يؤدي إلى استثارة واندفاع الكائن العضوي للقيام بسلوك ما.

وعلى الرغم من أن نظرية الباعث لا تزال تمثل حجر الزاوية في تفسير مفهوم الدافعية إلا أن كثيراً من علماء النفس يرون فيها قصوراً ونقصاً وهذا ما أتاح الفرصة أمام النظريات الأخرى المفسرة للدافعية بالظهور والبروز والتي منها نظرية التعلم والدافعية وغيرها من النظريات التي سيتم طرحها لاحقاً.

- التعلم والدافعية: Learning and Motivation

هناك العديد من النظريات التي بحثت إمكانية تنمية دوافعنا، وكذلك إمكانية توجيهها من خلال ما نلاحظه من حولنا من نماذج مناسبة للقيام بذلك. فقد أكد الكثير من الباحثين على أن معظم سلوكياتنا يمكن تعلمها واكتسابها، ولكن لا يمكن القيام بها حتى يأتي الوقت المناسب لحدوث هذه السلوكيات. (Petri, 1986, p: 138)

فقد قدمت هذه النظرية مجموعة من الاتجاهات المفسرة لدافعية سلوك الكائن الحي والتي منها الآتي:

١- الإشرط الكلاسيكي: Classical Conditioning

اعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للسلوك ومحفزاته على التعلم الإشرطي وهو عبارة عن مجموعة من العمليات التي تستثير وتحفز سلوكيات الكائن الحي بحيث يقوم الكائن الحي باكتساب وتعلم كيفية الاستجابة بطريقة محددة لمثير لم يكن يحدث هذه الاستجابة مسبقاً. فهذا المثير المحايد الذي أصبح يؤدي إلى استجابة معينة قد ارتبط بمثير آخر له القدرة على إحداث نفس الاستجابة واكتسب منه نفس الخاصية. وقد سميت هذه النظرية "بالإشرط البافلوفي" نسبة إلى طريقة العالم الروسي "بافلوف" (Iran Pavlov (1849-1936 والذي يُعد أول من بحث بشكل مكثف في مجال الإشرط الكلاسيكي حيث كرس نفسه للبحث في هذا المجال من التعلم لمدة تزيد عن ثلاثين سنة. (Wittig, 2001, P: 110)

٢ - الإشرط الإجرائي: Operant Conditioning

اعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للسلوك ومحفزاته على الإشرط الإجرائي وهو عبارة عن عملية تعلم يتم خلالها تغيير احتمالية الاستجابة بناءً على النتائج المترتبة على هذه الاستجابة مما يعني أن حدوث هذه الاستجابة مرتبط بشكل مباشر بنتائجها وهذا

على عكس الإشراف الكلاسيكي الذي يكون فيه حدوث الاستجابة مرتبط بالمتغير المسبب لها. (Petri, 1986, p:148)

ولقد كانت بدايات هذا الاتجاه على يد العالم (Thorndike, 1874-1949) عند ما قدم قانون "انخفاض الأثر" الذي وضح من خلاله أن الاستجابة المتبوعة بالارتياح تكون احتمالية تكرارها كبيرة، بينما الاستجابة المتبوعة بعدم السعادة أو بظروف صعبة فإن احتمالية تكرارها تكون أقل. وكذلك أكد "ثورندايك" على أن "انخفاض الأثر" هي عملية اتوماتيكية ما يعني أن الكائن الحي ليس من الضروري أن يفهم الرابط بين كل من الاستجابة والأثر الحاصل. ويطلق على هذا الاتجاه "الإشراف الإسكندري" نسبة إلى العمل الذي قام به العالم الشهير "سكنر" والذي يؤكد على أن الاستجابة هي فكرة أساسية ومساعدة في تحقيق الهدف المنشود. (Wittig, 2001, p: 113)

- الاتجاهات المعرفية في الدافعية: Cognitive Approaches to Motivation

هناك العديد من النظريات التي تناولت تفسير الدافعية، وقد تناولنا منها في ما سبق الاتجاه الذي يركز على التفسيرات التي لا تتطلب التفكير. وبمعنى آخر إن تفسير السلوك لم يكن منصباً على تفكير الكائن الحي وذلك لأن بعض السلوكيات المحفزة له هي ذات طابع ميكانيكي طبيعي وثابت.

أما الآن فسيحاول البحث التطرق إلى بعض النظريات التي تعتمد على التفكير في تفسيرها لمحفزات سلوكيات الكائن الحي والمتمثلة في النظريات المعرفية Cognitive Theories وهي كالآتي:

١- نظرية التنافر المعرفي: Cognitive Dissonance

تؤكد نظرية التنافر المعرفي التي طورها (Festinger, 1957) على أن الدافعية هي عبارة عن سعي الفرد إلى تحقيق التوازن والانسجام المعرفي. وهذه الدافعية هي نتيجة عدم التوازن المعرفي الذي يتكون لدى الفرد أثناء قيامه بعمل ما يتناقض مع معتقداته واتجاهاته وعاداته السلوكية. فالفرد من خلال هذه الدافعية يسعى إلى التخلص من هذا التنافر وذلك من خلال تصوره وإدراكه المعرفي حول ما سيقوم به كأن يقنع نفسه بأن ما سيقوم به من أعمال هي بحد ذاتها مفيدة وتحقق له أهدافه. (عماد حسن، علي فالح، ٢٠٠٤، ص: ٢٩٢)

٢ - نظرية التوقع - القيمة: Expectancy-Value Theory

تطورت هذه النظرية بناءً على نظرية كل من Tolman التي ظهرت في عام (١٩٣٢) ونظرية Lewin التي ظهرت في عام (١٩٣٨) حيث كانت الفكرة الأساسية لهذه النظرية تتمثل في أن السلوك المحفز هو نتاج الجمع ما بين كل من حاجات الفرد وقيمة الأهداف الموجودة في البيئة المحيطة به وقد أكدت هذه النظرية على أن احتمالية حدوث السلوك لم تقتصر فقط على قيمة هدف الفرد، وإنما اعتمدت أيضاً على توقع الفرد لحصوله على هذا الهدف.
(Petri, 1986, p: 217-218)

٣ - نظرية التعلم الاجتماعي: Social learning Theory

تفسر هذه النظرية السلوك على أنه يتأثر بشكل أساسي بعوامل داخلية وعوامل خارجية وهذه العوامل هي عبارة عن حوافز أو دوافع إنسانية مكتسبة من خلال عملية الملاحظة والتقليد وفقاً للنتائج التي تتبع سلوك الآخرين.
(عماد عبدالرحمن، علي فالح، ٢٠٠٤، ص: ٢١٨)

وأيضاً يمكن تمييز هذه العوامل بأنها تحمل الصفة الوسيطة فهي تعتبر بمثابة الوسيلة التي تساعد على تحقيق الحاجات. فمثلاً، العيش في مجتمع ما إذا كان هو الأجدى عائداً والأوفى فائدة فإنه سوف يدفعنا تبعاً للظروف إلى القيام بسلوكيات معينة كأن نتعاون أحياناً ونتخاصم أحياناً أخرى. (فاخر عاقل، ١٩٧٥، ص: ١٩٨)

وأكدت هذه النظرية على أن الأفراد لديهم حافز إلى القيام بتقييم قدراتهم وآراءهم الشخصية من خلال مقارنتها مع الأفراد الآخرين في المجتمع الذي يعيشون فيه بحيث يؤثر هذا التقييم الذاتي على إمكانية تحقيق الأهداف الخاصة بهم.
(Levine, 1978, p: 238)

٤ - نظرية العزو: Attribution Theory

قدم (Kelly, 1967) مفهوماً للدافعية، فقد ذكر أنها هي عبارة عن الحالة التي يكون فيها الفرد مستعداً معرفياً للقيام بعزو كل ما يحدث له إلى البيئة المحيطة به. فيمكن فهم هذا التصور من خلال المثال الذي قدمه Beck وهو إذا كان (جورج) متواجداً مع (هلن) وشعر بالسعادة، فإنه سوف ينسب سبب هذه السعادة ويرجعه إلى تواجده معها. وقد أكد Beck إن عملية العزو يمكن أن يتم تغييرها وذلك بناءً على تكرار هذا الموقف لعدت مرات و تكرار حصول السعادة في كل مرة مما يعني أنه يمكن أن تزيد عملية العزو إذا ازداد التكرار والعكس صحيح. (Beck, 1983, p: 357)

إذا نحن في عملية الغزو نقوم باستنتاج الأسباب من الأحداث التي نلاحظها بالإضافة إلى السلوكيات التي نقوم بها والمشاعر التي نحملها. فنحن دائماً نبحث عن تفسيرات لكل الأحداث التي نمر بها محاولين من خلال ذلك إرجاع الأحداث والظروف التي حدثت لنا إلى أسباب معينة وهذا الأمر بناءً على نظرية الغزو هو الذي يدفعنا بالتوجه نحو سلوك ما دون غيره.

- نظريات الحاجة: Need Theories

لقد ظهرت نظريات الحاجة لكي تفسر السلوك من زاوية ليست ببعيدة عن نظرية الحافز حيث أن رواد هذه النظرية يرون أن السلوك مدفوع بمجموعة من الحاجات وأن الفرد يسعى إلى تحقيق الإشباع لها مما يشير إلى أن هذه النظرية تؤكد على أهمية معرفة مفهوم الحاجة.

فقد ذكر الباحث (Murphy, 1947) تعريفاً للحاجة على أنها عبارة عن الشعور بالنقص نحو شيء معين وإذا ما وجد هذا الشيء فسوف يتحقق الإشباع. (عبد الحميد محمد، ٢٠٠١، ص: ١٢١)

وأيضاً قام كل من (English, English, 1958) بتعريف الحاجة على أنها شعور الكائن الحي بالافتقار إلى شيء معين. (المرجع السابق)

فمن هذه التعريفات يتضح لنا أن الحاجة تعتبر هي الركيزة الأساسية ونقطة البداية لإثارة الدافعية لدى الكائن الحي للقيام بسلوكياته ونشاطاته من أجل إشباع هذه الحاجة. فبناءً على هذا التصور ظهرت العديد من النظريات التي تناولت تفسير السلوك وكيفية تحفيزه للقيام بنشاط ما أو العزوف عنه والقيام بنشاط آخر بناءً على الحاجة و منها على سبيل المثال - لا الحصر - الآتي:

نظرية Fromm في الحاجات والتي ذكر فيها أربع حاجات أساسية للحياة وأنها هي التي تحرك سلوكياتنا وتوجهها وهي عبارة عن الحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى الشموخ والحاجة إلى الهوية والحاجة إلى الانضباط الاجتماعي. (المرجع السابق، ص: ١٠٠)

وكذلك قدم Murry تصنيفاً للحاجات تكونت من عشرين حاجة والتي منها الحاجة إلى الإنجاز والحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى الاستقلال والحاجة إلى تجنب الأذى والحاجة إلى النظام والحاجة إلى الفهم. (المرجع السابق، ص: ١٠١)

وأيضاً قدم عالم النفس الأمريكي Maslow نظريته في تفسير دوافع سلوك الإنسان من خلال الحاجات حيث قسم الحاجات بناءً على أولوياتها إلى هرم سباعي بحيث

تقع في قاعدته الحاجات الفسيولوجية الأساسية وفي قمته الحاجات الحضارية العليا وحاجات تحقيق الذات وهي مرتبة كالاتي: الحاجات الفسيولوجية أولاً، وبعدها حاجات الأمن، ثم حاجات الحياة والانتماء، ثم حاجات تعزيز الذات، ثم حاجات المعرفة والفهم، ثم الحاجات الجمالية، وأخيراً حاجات تحقيق الذات. وقد أكد على أن الحاجات الأربع الأولى هي التي يُفترض أن تُشبع أولاً وأن الدوافع المختلفة الموجودة ضمن هذا الهرم تُحكم بعلاقة دينامية أساسية بحيث تكون الحاجات الأكثر إلحاحاً هي التي تحرك السلوك حتى ولو تعارضت مع أحد الحاجات الأربع التي تقع في قاعدة الهرم. (عبدالرحمن عدس، محي الدين، ٢٠٠٥، ص: ٢٤٣)

- نظرية دافعية الإنجاز: Achievement Theory

تعد دافعية الإنجاز من أحد المكونات الهامة للدافعية وهي لا تقتصر على بدء التعلم والعمل فحسب بل تتعدى ذلك لتصل إلى الحفاظ على اهتمام الفرد وزيادة جهده وهذا بدوره يساهم في توجيه وتحفيز الفرد للقيام بسلوكيات معينة لما لديه من إدراك معرفي حول إمكانياته وقدراته.

هناك الكثير من العلماء والنفسيين الذين بحثوا في موضوع دافعية الإنجاز فبعضهم اكتفى بتعريفها والبعض الآخر أوجد نظرية كاملة عنها وهنا سوف يتم التعرض إلى أحد هذه النظريات بإيجاز وهي نظرية اتكنسون لدافعية الإنجاز.

قد قدم "اتكنسون" Atkison مفهوماً عاماً لدافعية الإنجاز وهو يتلخص في عدة مبادئ أساسية كالاتي:

- إن جميع الأفراد يتمتعون بطاقة هائلة كامنة داخلهم وتوجد لديهم مجموعة من الحاجات أو الدوافع الأساسية والتي يستخدمها الفرد كصمامات أو منافذ توجه تدفق الطاقة الكامنة لديه وتنظمها.
- إن الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث قوة هذه الدوافع فمنهم من تكون دوافعه ذات قوة كبيرة وبالتالي تفتح بسهولة لكي تتدفق الطاقة الكامنة بشكل أكبر ومنهم من يكون على عكس ذلك.
- إن الدوافع الموجودة لدى الأفراد تكون مرتبطة بالمواقف التي يمرون فيها بحيث تفتح الدوافع لكي تخرج الطاقة الكامنة لتتحول إلى سلوكيات مناسبة لتلك المواقف.
- إن كل موقف بما فيه من خصائص يؤدي إلى استثارة دوافع معينة داخل الفرد وهذه الدوافع تؤدي إلى تدفق الطاقة من خلال منافذ مختلفة لذلك نجد أن أي دافع أو أي منفذ للطاقة يكون حساس في استجابته لمجموعة مختلفة من الخصائص الموقفية.

- إذا تغيرت طبيعة الخصائص الموقفية فإنه يتم استثارة دوافع مختلفة وينتج عنها نماذج مختلفة من السلوك.

وأخيراً أكد "اتكنسون" على أن دافعية الإنجاز تكمن في الدافعية المستثارة وهي عبارة عن السعي تجاه نوع معين من الإشباع أو الهدف بحيث تكون هي محصلة لصراع ما بين هدفين متعارضين عند الفرد وهي عبارة عن الميل نحو تحقيق النجاح من جهة والميل نحو الفشل من جهة أخرى. (نائلة حسن، ١٩٩١، ص: ١٤)

يتضح من خلال التعاريف والمفاهيم السابقة المقدمة عن الدافعية وكذلك من خلال النظريات والاتجاهات المفسرة للدافعية أهميتها في تغيير السلوك الإنساني وتوجيهه وأنها تعتبر نقطة البدء في أي عملية علاجية وأنه من خلالها يمكن الوصول إلى أقصى استفادة ممكنة للمتعالج من خلال البرامج العلاجية المقدمة له وهذا ما ستؤكدته لنا الدراسات السابقة حول أهمية تنمية الدافعية في ذلك والتي سيتم عرضها لاحقاً.

و - العوامل المؤثرة في الدافعية:

هناك العديد من العوامل الخارجية والداخلية التي تؤثر في دافعية المدمن للعلاج من حيث اتخاذ القرار في البحث عن العلاج والاستمرار فيه أو عدم التغيير والاستمرار فيما كان عليه مسبقاً. ولكن كما ذكر (Varny, et, al., 1995) أن من أكثر العوامل التي تؤثر في تنمية دافعية المدمن للعلاج هو مدى تقديره للنتائج الإيجابية والنتائج السلبية المترتبة على الاستمرار في التعاطي أو التوقف عنه حيث أن المدمن سوف يبحث عن العلاج إذا شعر بأن المشاركة في العلاج ستحقق له نتائج ايجابية أكثر من عدم المشاركة فيه مما يعني أنه سوف يبحث عن العلاج إذا شعر أن التعافي والعلاج سيحققان له نتائج أفضل من الاستمرار في التعاطي. (Tuker, et, al., 1999, p: 142)

ويمكن تحديد بعض العوامل التي تؤثر في دافعية المدمن للبحث عن العلاج كالآتي:

- الخصائص النفسية والشخصية للمدمن.
- شدة تعاطي المدمن.
- مدة تعاطي المدمن.
- التناقض الوجداني لدى المدمن.
- صعوبة الخبرات والمشكلات التي تعرض لها المدمن خلال حياته السابقة سواء كانت (مشكلات صحية جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو مادية أو قانونية أو حياتية بشكل عام) ومدى احتياجه للمساعدة من أجل التعامل معها.
- توقع المدمن لاحتمالية تكرار التعاطي وزيادة الجرعة.

- البيئة المحيطة بالمدمن.
- الأفكار السابقة لدى المدمن.
- الآثار السلبية التي نتجت عن تعاطي المدمن.
- التعرض لضغوط اجتماعية قوية تدفع بالمدمن إلى البحث عن العلاج.
- مدى إمكانية تحكم المدمن في حياته الحالية وهذا ما أكدت عليه الدراسات التالية: دراسة كل من (Patterson, 2003)، ودراسة (Zange, et, al., 2004)، ودراسة (Nyamathy, et, al., 2004)، ودراسة (Tuker, et, al., 1999)، وكذلك دراسة (Newsom, et, al., 2004).

من الواضح أن الدمن عادةً ما لا يبحث عن العلاج إلا بعد مرور فترة طويلة على تعاطيه بحيث يترتب على تعاطيه آثار سلبية صعبة مما يؤدي به إلى عدم القدرة على تنظيم حياته والتحكم فيها. فقد ذكر (Rayn, et, al., 1995) أن المشكلات الشديدة ترتبط بمستوى عالي من الدافعية للعلاج والرغبة في الدخول في برامج المساعدة الذاتية وهذا ما أكدته عليه أيضاً كل من (Burton & Williamson, 1995) عند ما أكدوا على أن كثرة الآثار السلبية الصعبة المترتبة على التعاطي ارتبطت بسرعة الدخول في العلاج حيث أسفرت نتائج دراستهما عن أن نسبة (٣,٨%) من الكحوليين فقط من الذين تعرضوا لخبرة سلبية واحدة قد دخلوا العلاج بينما زادت نسبة الذين دخلوا العلاج إلى (٤١,٦%) لدى الذين تعرضوا إلى ستة خبرات سلبية سابقة. (Ibid, p: 144)

كل هذا يدفعنا إلى تساؤل جديد يفتح لنا باب آخر وهو ما هي مجالات استخدام الأساليب والعلاجات الدافعية؟

ز - مجالات استخدام الدافعية:

للإجابة على التساؤل السابق قام الباحث بالتقصي والبحث وقد اتضح من خلال ذلك أن مجالات استخدام الدافعية وتوظيفها للتعامل مع المشكلات والأمراض التي تواجه الإنسان كثيرة ومتعددة.

فقد ذكر (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣، ص: ٥٤٤-٥٤٦) مجموعة من هذه الاستخدامات التي طبق فيها مختلف من الأساليب العلاجية للتعامل مع مختلف الأمراض والمشكلات الصحية، وهي كالآتي:

- الأمراض العضوية: فقد استخدمت أساليب العلاج بالدافعية مع كل من مرضى السكر، وضغط الدم المرتفع، والأمراض المزمنة، والإيدز.

- الأمراض العقلية بشكل عام، وبالأخص مع مرضى الفصام.
- الاضطرابات السيكاترية: ومنها الاكتئاب، ومرضى التشخيص المزدوج، وذوي الاحتياجات الخاصة، وحالات السمنة المفرطة، واضطرابات الوزن، وبرامج الإقلاع عن التدخين، وبرامج الحمية، والوسواس القهري، والإدمان، والأطفال المشكلين، وأيضاً مع المرضى السيكوسوماتين.

ح - أنماط التدخلات الدافعية:

إذا استطعنا الإجابة عن التساؤل السابق من خلال طرح بعض المجالات التي تستخدم فيها الأساليب العلاجية الدافعية فقد أصبح من الضروري بحث بعض أنماط التدخلات الدافعية لكي نتعرف على أهم وآخر الأساليب التي توصل إليها الباحثين والعلماء المهتمين بالعلاج بشحذ أو تنمية الدافعية - هذا في حدود علم الباحث - وهي كالآتي:

١ - المقابلة المحفزة للدافعية: Motivational Interviewing (MI)

قام كل من (Rollnick, Miller) بتطوير هذا الأسلوب في مجال الإدمان من أجل مساعدة الأشخاص الذين يتعاملون مع التناقض الوجداني حول تغيير السلوك. فهذا الأسلوب مبني على الافتراض الذي يقول بأن أي مريض يدخل للعلاج لديه قدر من الجاهزية للقيام بالتغيير أياً كان مستواها. وهذا الأسلوب يتعامل بشكل خاص مع الأشخاص ذوي مشكلات تعاطي الكحول والمخدرات، ومشكلات التدخين، ومشكلات التغذية، وأيضاً مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلة عدم القدرة على الاستمرار في التمارين الرياضية. هذا الأسلوب مبني على مجموعة من الإستراتيجيات التي يتم تطبيق كل واحدة منها خلال مدة تتراوح ما بين (٥ - ١٥) دقيقة. وذلك بهدف تنمية دافعية التغير لدى المريض. (Rollnick, 1993, p: 25)

٢ - التدخل الدافعي الجماعي: Group Motivational Intervention (GMI)

هذا البرنامج مكون من أربع جلسات تحتوي على عناصر ستة، وهي:

- ١ - التغذية المرتدة
- ٢ - المسؤولية
- ٣ - النصح
- ٤ - قائمة الاختيارات
- ٥ - التعاطف
- ٦ - فعالية الذات.

وقد أسس هذا البرنامج بناءً على مفهوم نظرية التحديد الذاتي Self-Determination التي وضعها كل من (ديكي، ورويان، ١٩٨٥) وهي تصف الدافعية على أنها داخلية وخارجية. وهي تؤكد على أهمية مفهوم التدعيم Support. (مدحت عبدالحميد، ٢٠٠٣، ص: ٥٤٧-٥٤٨)

٣ - العلاج بتنمية الدافعية: Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers (MET)

هذا الأسلوب وضعه Miller وهو عبارة عن طريقة تدخل لاستدعاء القيام بالتغيير من قبل الشخص نفسه وقد أسست مبادئه بناءً على مبادئ علم النفس الدافعي حيث صمم هذا الأسلوب بهدف إظهار الدافع الداخلي (الذاتي) لدى العميل للقيام بالتغيير ولم يتبع الأسلوب الذي يتم من خلاله توجيه العميل خطوة بخطوة أثناء التعافي. وهذا الأسلوب يمكن أن يستخدم كتدخل علاجي منفرد أو كتدخل إضافي لعلاج آخر فهو مصمم للتعامل مع كل من المرضى المنومين في المستشفى والمتابعين في العيادات الخارجية. (Miller, 1995, p: 1)

وقد أسفرت الدراسات التي قام بها كل من (بيكر، وديكسون، ١٩٩١)، (ساندرز، مع اخرين، ١٩٩١)، (فان بيلسون، ١٩٩١) عن نتائج جيدة وفعالة لهذا الأسلوب في التعامل مع مشكلات تعاطي الكحول. (Ibid)

٤ - التدخل الوقائي الدافعي: Motivational Preventive Intervention

اهتم هذا الأسلوب باستخدام استراتيجيات وفنيات الدافعية في مجال التدخلات الوقائية من الأمراض والاضطرابات العضوية والسيكاتيرية مثل، الإيدز، والأمراض العضال، وكذلك اضطرابات الأكل. (مدحت عبدالحميد، ٢٠٠٣، ص: ٥٤٩)

٥ - التدخل الجماعي لتنمية الدافعية للعلاج: The SATOE MI/MET Group Model

هو أسلوب مقتبس من كل من برنامج تنمية الدافعية (MET) وأسلوب تنمية الدافعية (MI). وقد قام كل من (انجرسل، وويجنر، ١٩٩٧) بإعداد هذا الأسلوب وهو عبارة عن ثلاث نماذج مستقلة وهي كالاتي: الأول يتكون من ثمان جلسات، والثاني يتكون من أربع جلسات، والثالث يتكون من جلسة واحدة فقط لتنمية الدافعية للعلاج ويمكن تطبيق هذه النماذج على كل من الجماعات المفتوحة والجماعات المغلقة. (Ingersoll, Wagner, 1997)

٦) البرنامج العلاجي الجماعي لسوء استعمال المادة

بعد عرض بعض النماذج العلاجية لتنمية الدافعية تجدر الإشارة إلى أنه - كما ذكرنا سابقاً - يمكن تطبيق أسلوب تنمية الدافعية كبرنامج علاجي مكتمل لوحده كما هو معمول به في البرنامج العلاجي الجماعي لسوء استعمال المادة Group Treatment for Substance Abuse والذي قدمه كل من فيلاسكس وزملاءه في عام (٢٠٠١) والذي صمم بناءً على مفهوم مراحل القيام بالتغيير الخمس التالية:

- مرحلة ما قبل التفكير في التغيير Pre-contemplation Stage
 - مرحلة التفكير في التغيير Contemplation Stage
 - مرحلة الإعداد للقيام بالتغيير Preparation Stage
 - مرحلة القيام بالتغيير Action Stage
 - مرحلة الحفاظ على التغيير Maintenance Stage
- (Velasquez, et, al., 2001)

ط - العلاجات التي استخدم معها أسلوب تنمية الدافعية:

يمكن استخدام أسلوب تنمية الدافعية للعلاج من خلال دمج مع أساليب علاجية أخرى. فقد ذكر (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣، ص: ٥٥٧-٥٥٩) مجموعة من العلاجات التي استخدم معها أسلوب تنمية الدافعية، وهي كالآتي:

- مزجه مع العلاج المعرفي Cognitive Therapy
- مزجه مع العلاج السلوكي Behavioral Therapy
- مزجه مع العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy
- مزجه مع العلاجات التدريبية للمهارات الاجتماعية Social Skills Training Therapy
- مزجه مع برامج الإرشاد النفسي والتوعية الغذائية Nutrition Education and Counseling
- مزجه مع العلاج بالمساعدة الذاتية وجماعاتها Self-help Therapeutic Groups
- مزجه مع السيكودراما ولعب الأدوار Psychodrama and Role-play
- مزجه مع العلاج التدعيمي Supportive Therapy
- مزجه مع المجتمعات العلاجية Therapeutic Communities
- مزجه مع برامج الإرشاد الزوجي Marital Counseling
- مزجه مع العلاج الأسري Family Counseling

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً - مقدمة

ثانياً - المحور الأول: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع متعاطي الكحول والمخدرات.

ثالثاً - المحور الثاني: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع المشخصين ثنائياً.

رابعاً - المحور الثالث: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع فئات غير إدمانية.

خامساً - المحور الرابع: الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع برامج علاجية أخرى.

سادساً - المحور الخامس: الدراسات الخاصة بالعوامل المؤثرة في تنمية الدافعية للقيام بالتغيير والامتثال للعلاج.

سابعاً - تعليق وتوظيف

الدراسات السابقة

أولاً - مقدمة

في هذا الفصل سيتم عرض بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية - سواء كانت هذه البرامج مُدمجة مع برامج علاجية أخرى أو بمفردها - ودورها في تحفيز دافعية الفرد بشكل عام والمدمن على تعاطي الكحول والمخدرات بشكل خاص في القيام بالتغيير والبحث عن العلاج.

قد اشتملت هذه الدراسات على دراسة عربية واحدة، وعشرين دراسة أجنبية بمدى زمني يتراوح ما بين (١٩٩٣ إلى ٢٠٠٥) موزعة على خمسة محاور كالآتي:

- المحور الأول، وقد اشتمل على الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع متعاطي الكحول والمخدرات، وعددها خمس دراسات.
- المحور الثاني، وقد اشتمل على الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع المشخصين ثنائياً، وعددها ثلاث دراسات.
- المحور الثالث، وقد اشتمل على الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع فئات غير إدمانية، وعددها ثلاث دراسات.
- المحور الرابع، وقد اشتمل على الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع برامج علاجية أخرى، وعددها خمس دراسات.
- المحور الخامس، وقد اشتمل على الدراسات الخاصة بالعوامل المؤثرة في تنمية الدافعية للقيام بالتغيير والامتنثال للعلاج، وعددها خمس دراسات.

أولاً - المحور الأول والمتمثل في الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع متعاطي الكحول والمخدرات:

١- دراسة بروان، وميلر (١٩٩٣)

والتي هدفت إلى دراسة أثر المقابلة المحفزة للدافعية على المشاركة في العلاج، وعلى نتائجه لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول المنومين في المستشفى.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢٨ معتمداً) على تعاطي الكحول من ذوي الدخول المتكرر في المستشفى وقد اشتملت هذه العينة على (٢١ ذكور) و (٧ إناث)

وقد قُسموا إلى مجموعتين بحيث تتلقى المجموعة الأولى جلستين تشتمل على تطبيق بعض المقاييس والتعرض إلى مقابلات مختصرة محفزة للدافعية وتبقى المجموعة الثانية دون التعرض لهذه الجلستين. وإضافة إلى ذلك فقد تم تطبيق القياس القبلي والبعدي لكلا المجموعتين.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود نقصان ملحوظ في تعاطي الكحول لدى المجموعة التي تعرضت إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية مقارنة مع المجموعة الأخرى. وكذلك أكد المعالجين على أن أفراد المجموعة الأولى قد أظهروا تمسكاً أكبر بالعلاج بعد تعرضهم لأسلوب المقابلة المحفزة للدافعية وهذا يشير إلى فعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحد الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول في تنمية دافعتهم للعلاج. (Brown & Miller, 1993)

٢- دراسة بين، وآخرون (١٩٩٣)

والتي هدفت إلى دراسة أثر أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية في تقليل تعاطي الكحول لدى عينة من مدمني الكحول شديدي التعاطي.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٣٢ معتمداً) على تعاطي الكحول من مرضى العيادات الخارجية ومن ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين كالتالي:

١. المجموعة الأولى هي المجموعة التجريبية والتي تعرضت إلى المقابلة المحفزة للدافعية المختصرة.
٢. المجموعة الثانية هي المجموعة الضابطة والتي بقيت دون التعرض للمقابلة المحفزة للدافعية المختصرة.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة بعد ثلاثة أشهر من التعرض إلى المقابلة المحفزة للدافعية المختصرة عن وجود نقصان ملحوظ في تعاطي الكحول لدى المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحد الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول في تنمية دافعتهم للعلاج. (Bien, et, al., 1993)

٣- دراسة هيلستروم (٢٠٠٣)

والتي هدفت إلى اختبار مدى فعالية المقابلة المحفزة للدافعية في تقليل التدخين لدى عينة من المساجين.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٨١ معتمداً) على تدخين السجائر من المساجين وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين بحيث تتعرض المجموعة الأولى إلى المقابلة المحفزة للدافعية بينما تتلقى المجموعة الثانية معلومات أساسية عن التدخين دون التعرض إلى المقابلة المحفزة للدافعية.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود اختلاف جوهري بين المجموعتين حيث أظهرت المجموعة الأولى نقصان ملحوظ في تعاطيها للتدخين مقارنة مع المجموعة الثانية وذلك يرجع إلى فعالية البرنامج المستخدم في تقليل التدخين. وأيضاً أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هذا الأسلوب قد شجع أغلب المشاركين على القيام بالبحث عن المساعدة والعلاج وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشدذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على التدخين في تنمية دافعتهم للعلاج. (Helstorm, 2003)

٤- دراسة ماكنللي (٢٠٠٣)

والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية التدخلات المحفزة للدافعية في تقليل تعاطي الكحول لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٧٣ معتمداً) على تعاطي الكحول من الراشدين وقد تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين بحيث تتعرض المجموعة الأولى إلى التدخلات المحفزة للدافعية وتبقى المجموعة الثانية بدون.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود نقصان ملحوظ في كمية تعاطي الكحول لدى المشاركين الذين تلقوا التدخلات المحفزة للدافعية مقارنة مع المجموعة التي لم تتعرض لهذه التدخلات وهذا يشير إلى فعالية التدخلات المستخدمة في هذه الدراسة والخاصة بشدذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول في تنمية دافعتهم للعلاج. (McNally, 2003)

٥- دراسة مدحت عبدالحميد (٢٠٠٣)

والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي مقترح في رفع دافعية الجماعة العلاجية وتقليص أسباب الهروب ومؤثراته لديهم.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (١٢ معتمداً) على تعاطي العقاقير من الذين أظهروا نقصاً في معدلات الدافعية لديهم وارتفاع معدلات التفكير في الهروب وعدم الرغبة في العلاج. وكان كلهم ذكور، وكانت أعمارهم تتراوح مما بين (١٩ إلى ١٧ عاماً)، وكان مدى مستواهم التعليمي ما بين مرحلتى الإعدادية والثانوية. وأيضاً قام

الباحث بإعداد برنامج علاجي لشحذ الدافعية وإعداد مقياس خاص بقياس دافعية العلاج وإعداد قائمة لمراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية. وبعد ذلك قام بتطبيق القياس القبلي على المجموعة ومن ثم تطبيق البرنامج الخاص بشحذ الدافعية المقترح وأخيراً قام بتطبيق القياس البعدي عليهم.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد الجماعة العلاجية على كل من مقياس تقويم الدافعية العلاجية وقائمة مراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية يرجع لفعالية البرنامج المقترح في زيادة الدافعية وتقليل سلوكيات الهروب وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي العقاقير في تنمية دافعيتهم للعلاج. (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣)

ثانياً - المحور الثاني والمتمثل في الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع المشخصين ثنائياً:

١- دراسة ديلي، وآخرن (١٩٩٨)

والتي هدفت إلى اختبار أثر الطريقة العلاجية المطورة التي تجمع ما بين كل من أسلوب العلاج بتنمية الدافعية الجمعي، والفردى لدى عينة من المشخصين بالاكتئاب وإساءة استعمال الكوكايين بالنسبة لتمسكهم بالعلاج واستمرارهم فيه.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢٣ معتمداً) على تعاطي الكوكايين من المشخصين بالاكتئاب من المرضى المتابعين في العيادات الخارجية وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين كالتالي:

١. المجموعة الأولى تعرضت إلى أسلوبى العلاج بتنمية الدافعية الجمعي والفردى المبنيان على فكرة زيادة الدافعية الذاتية لدى المريض للقيام بالتغير، بالإضافة إلى العلاج التقليدي للإدمان المطبق في العيادات الخارجية خلال الشهر الأول.
٢. المجموعة الثانية بقيت فقط على العلاج التقليدي للإدمان المطبق في العيادات الخارجية خلال الشهر الأول.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين المجموعتين في عدد أيام الامتناع عن التعاطي والتحسن في المزاج وزيادة عدد مرات حضور الجلسات العلاجية خلال الشهر الأول وذلك يرجع لفعالية الطريقة المقترحة في زيادة التمسك بالعلاج والاستمرار فيه.

وأيضاً بالنسبة إلى ما بعد الشهر الأول فقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين المجموعتين في متابعة العلاج في العيادات الخارجية وفي عدد مرات مراجعة المستشفى عن مشكلات نفسية وذلك يرجع لفعالية الطريقة المقترحة في زيادة التمسك بالعلاج والاستمرار فيه وهذا يشير إلى فعالية الطريقة المستخدمة في هذه الدراسة والخاصة بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على الكوكايين والمُشخصين بالاكتئاب في تنمية الدافعية للعلاج وزيادة تمسكهم به والاستمرار فيه. (Daley, et, al., 1998)

٢- دراسة سوانسون، وآخرون (١٩٩٩)

والتي هدفت إلى اختبار أثر تطبيق المقابلة المحفزة للدافعية على تمسك عينة من المرضى المُشخصين بإساءة استخدام المادة بالإضافة إلى أحد الاضطرابات النفسية بالعلاج ومتابعته.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (١٢١ مريضاً) من المرضى المُشخصين بإساءة استخدام المادة بالإضافة إلى أحد الاضطرابات النفسية وهم من المرضى المنومين داخل المستشفى والذين سيتابعون العلاج فيما بعد في العيادات الخارجية وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين كالتالي:

١. المجموعة الأولى تلقت المعالجة الأساسية والتي تشتمل على علاج دوائي وعلاج نفسي فردي وجمعي وأنشطة علاجية بالإضافة إلى خطة خروج من المستشفى.

٢. المجموعة الثانية تلقت المعالجة الأساسية بالإضافة إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين المجموعتين في حجم عدد الحاضرين لأول جلسة متابعة في العيادات الخارجية لصالح المجموعة الثانية وذلك يرجع لفعالية البرنامج الخاص بزيادة الدافعية للتمسك بالعلاج ومتابعته وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المرضى المُشخصين بإساءة استخدام المادة بالإضافة إلى أحد الاضطرابات النفسية في تنمية دافعيتهم للتمسك بالعلاج والاستمرار فيه. (Swanson, et, al., 1999)

٣- دراسة جيمس، وآخرون (٢٠٠٤)

والتي هدفت إلى اختبار أثر تطبيق برنامج خاص بتنمية الدافعية للعلاج في تقليل تعاطي الكحول على عينة من المُشخصين ثنائياً بالاعتماد على تعاطي الكحول وبأحد الاضطرابات النفسية.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٦٣ معتمداً) على تعاطي الكحول من المشخصين بأحد الاضطرابات النفسية. وبعد إجراء القياس القبلي تم تقسيمهم إلى مجموعتين بحيث تتعرض المجموعة الأولى إلى البرنامج الخاص بتنمية الدافعية لمدة (٩٠ دقيقة) أسبوعياً خلال ستة أسابيع، وتبقى المجموعة الثانية بدون. وبعد ذلك تم إجراء القياس البعدي لكلا المجموعتين.

وقد أسفرت هذه الدراسة عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي يشير إلى وجود نقصان ملحوظ في تعاطي الكحول لدى العينة الأولى يرجع لفعالية برنامج تنمية الدافعية في تقليل تعاطي الكحول وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول من المشخصين بأحد الاضطرابات النفسية في تنمية دافعتهم للعلاج. (James, et, al., 2004)

ثالثاً - المحور الثالث والمتمثل في الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع فئات غير إدمانية:

١- دراسة بيرق سميث، وآخرون (١٩٩٦)

والتي هدفت إلى اختبار أثر استخدام أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية لزيادة التمسك بالحمية الغذائية لدى عينة من المراهقين.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٣٣٤ فرداً) من الذين تلقوا علاجاً أسرياً مسبقاً لتعديل حميتهم الغذائية وبعد ذلك تم اختيار (١٢٧ فرداً) من هذه العينة وطبق عليهم أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية وبقي الآخرون من غير تدخل.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين المجموعتين يرجع لفعالية أسلوب المقابلة المحفزة لدافعية التمسك بالحمية الغذائية وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المراهقة في تنمية دافعتهم للتمسك بحميتهم الغذائية. (Berg-Smith, et, al., 1996)

٢- دراسة تريجوويل، وآخرون (١٩٩٧)

والتي هدفت إلى اختبار أثر تطبيق أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية في تنظيم نسبة السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكر.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٣٦١ مريضاً) بالسكر وقد قُسموا إلى مجموعتين بحيث تعرضت المجموعة الأولى إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية وبقيت المجموعة الثانية بدون.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق ملحوظ في تحسن نسبة السكر في الدم لدى العينة العلاجية يرجع لفعالية البرنامج المستخدم والخاص بتنمية الدافعية لتنظيم نسبة السكر في الدم وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بتنمية الدافعية لتنظيم نسبة السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكر. (Trigwell, et, al., 1997)

٣- دراسة هاربر (١٩٩٨)

والتي هدفت إلى اختبار أثر تطبيق أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية على عينة من الجانحين في تنمية دافعتهم للبعد عن الجريمة.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٦٥ جانحاً) وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين بحيث تتعرض الأولى إلى المقابلة المحفزة للدافعية وتبقى الثانية بدون.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة على مقياس صور الجريمة يرجع لفعالية الأسلوب المستخدم في تنمية الدافعية للبعد عن الجريمة. وهذا يشير إلى فعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحن الدافعية لدى عينة من الجانحين في تنمية دافعتهم للبعد عن الجريمة. (Harper, 1998)

رابعاً - المحور الرابع والمتمثل في الدراسات الخاصة بفاعلية برامج تنمية الدافعية للعلاج مع برامج علاجية أخرى:

١- دراسة فان بيلسون (١٩٩٤)

والتي هدفت إلى اختبار أثر الجمع ما بين مجموعة من التدخلات العلاجية والتي من ضمنها العلاج السلوكي، والمقابلة المحفزة للدافعية، وأيضاً استخدام الدليل المرشد لمسؤولية تعاطي المخدرات على عينة من المعتمدين على تعاطي الهيروين في تقليل تعاطيهم .

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود نجاح كبير في استعادة السيطرة والتحكم في تعاطي المخدرات لفترة (١٨ شهراً) على الأقل لدى عينة الدراسة وهذا يشير إلى

فعالية دمج أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية مع برامج علاجية أخرى لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الهيروين في تنمية دافعيتهم للعلاج. (Van Bilsen, 1994)

٢- دراسة سواندرز، وآخرون (١٩٩٥)

والتي هدفت إلى دراسة أثر التدخلات المختصرة المحفزة للدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الهيروين من الذين يحضرون لبرنامج العلاج بالميثادون في رفع دافعيتهم للعلاج.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (١٢٢ معتمداً) على تعاطي الهيروين وقد قسموا إلى مجموعتين بحيث تلقت المجموعة الأولى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية مع برنامج العلاج بالميثادون، وبقيت المجموعة الثانية على برنامج العلاج بالميثادون فقط. ومن ثم تم تقييمهم من خلال استخدام المقاييس التالية:

- ٣- مقياس الفعالية الذاتية.
- ٤- مقياس مراحل القيام بالتغيير.
- ٥- مقياس توقع النتيجة.
- ٦- مقياس شدة إدمان الهيروين.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد الجماعة العلاجية على كل من مقياس الفعالية الذاتية، ومقياس مراحل القيام بالتغيير، ومقياس توقع النتيجة، ومقياس شدة إدمان الهيروين يرجع لفعالية الجمع ما بين التدخلات المختصرة المحفزة للدافعية وبرنامج العلاج بالميثادون وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشدذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الهيروين الذين يحضرون برنامج العلاج بالميثادون في تنمية دافعيتهم للعلاج المقدم لهم والاستفادة منه. (Saunders, et, al., 1995)

٣- دراسة بيكر، وآخرون (٢٠٠١)

والتي هدفت إلى اختبار أثر تدخلات علاجية تجمع ما بين أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي على عينة من متعاطي الأمفيتامينات في رفع دافعيتهم للعلاج والاستمرار فيه.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢١٤ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات وقد قسموا إلى مجموعتين بحيث تتعرض المجموعة الأولى إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية بالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي بينما تبقى المجموعة الثانية على العلاج المعرفي السلوكي دون التعرض للمقابلة المحفزة للدافعية.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة العلاجية يرجع لفعالية التدخلات العلاجية التي تجمع ما بين أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي وهذا يشير إلى فعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات الذين يحضرون برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية دافعتهم للعلاج. (Baker, et, al., 2001)

٤- دراسة روهسنو، وآخرون (٢٠٠٤)

والتي هدفت إلى اختبار أثر تقديم برنامج خاص بتنمية الدافعية مع التدريب على بعض مهارات التعامل الجماعي لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكوكايين في رفع دافعتهم للعلاج.

ومن أجل تم اختيار عينة قوامها (١٦٥ معتمداً) على تعاطي الكوكايين وقد قسموا إلى مجموعتين كالآتي:

٧- المجموعة الأولى تعرضت إلى جلستين من برنامج تنمية الدافعية، بالإضافة إلى أربع جلسات من التدريب على مهارات التعامل الجماعي.

٨- المجموعة الثانية تعرضت إلى أربع جلسات من التدريب على مهارات التعامل الجماعي فقط. وقد طبق على كلا المجموعتين القياس القبلي والبعدي.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين المجموعتين على القياس القبلي والبعدي الخاص بتقويم الدافعية للعلاج يرجع إلى فعالية الجمع ما بين برنامج تنمية الدافعية والتدريب على مهارات التعامل الجماعي وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكوكايين في تنمية دافعتهم للعلاج. (Rohensow, et, al., 2004)

٥- دراسة بيكر، وآخرون (٢٠٠٥)

والتي هدفت إلى مضاعفة وتمديد دراسة أولية قام بها (بيكر، وآخرون، ٢٠٠١) حول استخدام تدخلات علاجية تجمع ما بين كل من المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات في تنمية دافعتهم للعلاج.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢١٤ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات وقد قُسموا إلى مجموعتين بحيث تتعرض المجموعة الأولى إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية بالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي بينما تتعرض المجموعة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي فقط.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق واضح بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة العلاجية يرجع لفعالية التدخلات العلاجية التي تجمع ما بين أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي وهذا يشير إلى فعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحن الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات الذين يحضرون برنامج العلاج المعرفي في تنمية دافعيتهم للعلاج مما يعزز نتائج الدراسة السابقة التي قام بها (بيكر، وآخرون، ٢٠٠١) حول هذه التدخلات. (Baker, et, al., 2005)

خامساً - المحور الخامس والمتمثل في الدراسات الخاصة بالعوامل المؤثرة في تنمية الدافعية للقيام بالتغير والامتثال للعلاج:

١ - دراسة باترسون (٢٠٠٣)

والتي هدفت إلى بحث ما هي العوامل الأساسية لاستمرار وبقاء العميل في العلاج لدى عينة من النساء المتعلمات على تعاطي المخدرات.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢٢٨ معتمدة) على تعاطي المخدرات وطبق عليهم مجموعة من الاختبارات النوعية والكمية الخاصة بتحديد العوامل المؤثرة على الاستمرار في العلاج.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود عاملين من الممكن أن يؤثر على استمرار أفراد العينة في العلاج، وهما كالآتي:

١ - الخصائص الشخصية للعميل.

٢ - شدة الإدمان.

وهذا يشير إلى أن كل من شدة الإدمان، والخصائص الشخصية هي من العوامل المؤثرة على تنمية الدافعية للقيام بالتغير والاستمرار في العلاج لدى عينة من النساء المعتمديات على تعاطي المخدرات. (Patterson, 2003)

٢ - دراسة فرويدج (٢٠٠٣)

والتي هدفت إلى بحث أثر كل من الدافعية والظروف المحيطة والجاهزية للتغير على طول فترة الاستمرار في العلاج لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول والمخدرات.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٤٩ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات وقد كان كلهم ذكور وكانت أعمارهم تتراوح ما بين (٢٥-٤٥ سنة) وهم من الخاضعين لبرنامج علاجي خاص بالتعافي من تعاطي الكحول والمخدرات وقد طبق عليهم مجموعة من الاستبيانات الخاصة بذلك.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود مجموعة من العوامل التي تؤثر على الاستمرار في العلاج لدى عينة الدراسة، وهي الدافعية، والظروف المحيطة، والجاهزية للتغيير. وهذا يشير إلى أن كل من الدافعية، والظروف المحيطة، والجاهزية للتغيير هي من العوامل التي تؤثر على الامتثال والاستمرار في العلاج لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول والمخدرات. (Froedge, 2003)

٣- دراسة زانغ، وآخرون (٢٠٠٤)

والتي هدفت إلى دراسة ما هي العوامل التي تؤثر على دافعية القيام بالتغيير لدى المرضى النفسيين المعتمدين على تعاطي الكحول.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٣٩٠ معتمداً) على تعاطي الكحول من الجنود المشخصين بأمراض نفسية وقد طبق عليهم مجموعة من الاستبيانات.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود أثر واضح لعامل التناقض الوجداني في التأثير على دافعية المرضى في القيام بالتغيير من أجل تقليل تعاطيهم للكحول وهذا يشير إلى أن التناقض الوجداني هو أحد العوامل الهامة في التأثير على الدافعية للعلاج لدى عينة المرضى النفسيين المعتمدين على تعاطي الكحول. (Zange, et, al., 2004)

٤- دراسة نيوزوم، وآخرون (٢٠٠٤)

والتي هدفت إلى بحث ما هي معوقات الدافعية للقيام بالتغيير لدى عينة من المسنين؟

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (١٧٣٥٤ مسناً)، وطبقوا عليهم كل من استمارة التقرير الشخصي لتغيير السلوك، واستمارة العوائق السابقة للقيام بالتغيير.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود عائق أساسي يؤثر على دافعية أفراد مجموعة الدراسة للقيام بالتغيير وهو مرتبط بالأفكار السابقة لديهم وهذا يشير إلى أن طريقة التفكير هي أحد العوامل المؤثرة على الدافعية للقيام بالتغيير لدى عينة من المسنين وهذا يعزز أهمية وجود برامج لتحفيز الدافعية من أجل القيام بالتغيير تتخطى مجرد الوعظ أو التوجيه. (Newsom, et, al., 2004)

٥- دراسة نايماثي، وآخرون (٢٠٠٤)

والتي هدفت إلى اكتشاف الخصائص النفسية والبيئية المناسبة لتلقي العلاج والاستمرار فيه لدى عينة من النساء الكحوليات اللاتي من غير مأوى.

ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٧٤٨ معتمدة) على تعاطي الكحول من النساء اللاتي من غير مأوى وقد طبق عليهم بعض الاستبيانات الخاصة بتحديد مستوى الدافعية للعلاج والخصائص النفسية والبيئية لديهم.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود خصائص نفسية وبيئية معينة مرتبطة بانخفاض مستوى الدافعية لدى عينة الدراسة من خلال الاستبيانات المطبقة في هذه الدراسة وهذا يشير إلى أن الخصائص النفسية والبيئية هي أحد العوامل المؤثرة على الدافعية للقيام بالتغيير والامتثال للعلاج لدى عينة من المعتمدات على تعاطي الكحول من النساء اللاتي من غير مأوى. (Nyamathy, et, al., 2004)

سابعاً - تعقيب وتوظيف:

لقد اشتملت الدراسات السابقة على مجموعة من الدراسات الأجنبية ودراسة عربية واحدة فقط وكانت كلها تبحث عن مدى فعالية برامج تنمية الدافعية في شحذ دافعية مجموعة من المعتمدين على تعاطي الكحول والمخدرات أو غيرها وكلها أسفرت عن فعالية برامج تنمية الدافعية في شحذ الدافعية للعلاج والقيام بالتغيير.

وقد طبقت هذه الدراسات على فئات ادمانية تعتمد على تعاطي الكحول والمخدرات بأنواعها ما عدا دراستين منهما قد تم تطبيقهما على عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات لمعرفة أثر استخدام أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية في رفع دافعتهم للعلاج والاستمرار فيه مما يشير إلى ندرة الدراسات الخاصة باستخدام أسلوب تنمية الدافعية للعلاج مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات.

وقد كانت تلك الدراستين على النحو التالي: الدراسة الأولى قام بها كل من (بيكر، وآخرون، ٢٠٠١) من أجل معرفة أثر استخدام أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية في تنمية دافعية عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات للعلاج. وبعدها قام (بيكر، وآخرون، ٢٠٠٥) بالدراسة الثانية من أجل مضاعفة وتمديد الدراسة الأولى ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (٢١٤ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات في كلا الدراستين وقد قُسموا إلى مجموعتين بحيث تتعرض المجموعة الأولى إلى أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية بالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي بينما تتعرض المجموعة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي فقط وقد أسفرت نتائج هذه الدراستين عن

وجود فرق واضح بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة العلاجية يرجع لفعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة.

وكذلك اشتملت الدراسات السابقة على دراسة عربية واحدة فقط طبقت على نفس ثقافة ومجتمع الدراسة الحالية وهو (المجتمع السعودي) والتي قام بها (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣) والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي مقترح في شحذ دافعية الجماعة العلاجية وتقليل أسباب الهروب ومؤثراته لديهم. ومن أجل ذلك تم اختيار عينة قوامها (١٢ معتمداً) على تعاطي العقاقير من الذين أظهروا نقصاً في معدلات الدافعية لديهم وارتفاعاً في معدلات التفكير في الهروب وعدم الرغبة في العلاج. وكان كلهم ذكور، وكانت أعمارهم تتراوح مما بين (١٩ إلى ١٧ عاماً) وكان مدى مستواهم التعليمي ما بين مرحلتى الإعدادية والثانوية. وأيضاً قام الباحث بإعداد برنامج علاجي لشحذ الدافعية وإعداد مقياس خاص بقياس دافعية العلاج وإعداد قائمة لمراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية. وبعد ذلك قام بتطبيق القياس القبلي على المجموعة ومن ثم تطبيق البرنامج الخاص بشحذ الدافعية المقترح وأخيراً قام بتطبيق القياس البعدي عليهم. وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد الجماعة العلاجية على كل من مقياس تقويم الدافعية العلاجية وقائمة مراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية يرجع لفعالية البرنامج المقترح في زيادة الدافعية وتقليل سلوكيات الهروب وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي العقاقير في تنمية دافعتهم للعلاج.

ومن خلال نتائج هذه الدراسة المطبقة على البيئة السعودية ونتائج الدراسات الأجنبية يتضح لنا مدى فعالية برامج تنمية الدافعية في شحذ دافعية المدمنين للعلاج مما يعني إمكانية استخدام مثل هذه البرامج عبر الثقافات وأيضاً أهمية إعداد برامج علاجية مشابهة خاصة بتنمية الدافعية بحيث تتناسب مع المجتمع العربي بشكل عام والمجتمع العربي السعودي بشكل خاص.

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

أولاً - الفروض

ثانياً - منهج الدراسة

ثالثاً - إجراءات الدراسة

رابعاً - عينة الدراسة

خامساً - الضبط التجريبي للعينات والمتغيرات

سادساً - أدوات الدراسة

سابعاً - الأساليب الإحصائية المستخدمة

ثامناً - بروتوكول البرنامج الإرشادي وإجراءاته

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

أولاً - فروض الدراسة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة وتساؤلات الدراسة ومشكلتها يمكن صياغة فروض الدراسة كالآتي:

١. وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة التجريبية الإرشادية في متغير الدافعية للعلاج يشير إلى فعالية البرنامج في شحذها.

٢. وجود فروق جوهرية بين الجماعتين التجريبية الإرشادية، والضابطة في تحسن دافعية العلاج لدى الأولى مشيراً إلى فعالية البرنامج في شحذها.

ثانياً - منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج التجريبي الإكلينيكي المقارن في هذه الدراسة من أجل مقارنة الجماعة التجريبية الإرشادية بالجماعة الضابطة وذلك بعد انتهاء البرنامج الإرشادي مباشرة.

ثالثاً - إجراءات الدراسة:

قام الباحث باختيار مجموعة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات من المنومين في المستشفى كعينة للدراسة وقد تم ذلك بناءً على التشخيص الطبي والمعلومات المأخوذة من واقع ملفات المرضى وقدم تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية إرشادية والأخرى ضابطة وقد طبق على كلا المجموعتين القياس القبلي والمتمثل في:

- ١ - تطبيق مقياس الدافعية للعلاج وهو من اعداد مدحت عبدالحميد.
- ٢ - تطبيق مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA) وهو من اعداد مدحت عبدالحميد والباحث.

وبعد ذلك تم تقديم البرنامج الإرشادي للمجموعة التجريبية الإرشادية الخاص بتنمية الدافعية للعلاج والتي هي ضمن البرنامج التقليدي لعلاج الإدمان المستخدم في مجمع الأمل بالدمام ولم يطبق البرنامج الإرشادي على المجموعة الضابطة ولكن بقيت فقط ضمن البرنامج التقليدي لعلاج الإدمان المستخدم في المجمع.

وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي قام الباحث بتطبيق المقاييس السابقة الخاصة بقياس مستوى الدافعية على كلا المجموعتين وذلك من أجل قياس الأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي المستخدم مع المجموعة التجريبية الإرشادية.

رابعاً - عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة على مرحلتين كالآتي:

المرحلة الأولى:

وشملت عينة تقنين المقاييس الخاصة بالدراسة والمتمثلة في مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA)، ومقياس الدافعية للعلاج. وقد كان عددها (١٠١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات - مواد متعددة - والأمفيتامينات وكانوا كلهم من الذكور وكانت أعمارهم تتراوح ما بين (٢١-٥٢) عاماً وكان متوسط أعمارهم يساوي (٣٤,٨١) بانحراف معياري قدره (٨,٥٦٥) وكان متوسط مدة تعاطيهم يساوي (١٥,٦٣) سنة بانحراف معياري قدره (٨,٣٧٢) وكان متوسط عدد مرات العلاج يساوي (٤,٠٤) بانحراف معياري قدره (٣,٤٤) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (١)

توصيف العمر ومدة التعاطي وعدد مرات العلاج للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١)

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
العمر	٣٤,٨١	٨,٥٦٥	٢١	٥٢
مدة التعاطي (بالسنة)	١٥,٦٣	٨,٣٧٢	١	٣٦
عدد مرات العلاج	٤,٠٧	٣,٤٤	١	١٥

وكانت النسب المئوية لحالتهم الاجتماعية هي (٤٦,٥%) عزاب، (٣٩,٦%) متزوجين، (١٣,٩%) مطلّقين كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٢)

النسب المئوية لتوصيف الحالة الاجتماعية

للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١)

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	٤٧	٤٦,٥%
متزوج	٤٠	٣٩,٦%
مطلق	٤١	١٣,٩%
المجموع	١٠١	١٠٠%

وكان مداهم التعليمي ما بين مرحلتين (الإعدادية والجامعية) حيث كانت نسبهم المئوية كالآتي: (٢٧,٧%) في المرحلة الإعدادية، (٢٦,٧%) في المرحلة

المتوسطة، (٣٩,٦%) في المرحلة الثانوية، (٥,٩%) في المرحلة الجامعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٣)
النسب المئوية لتوصيف المستوى التعليمي
للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١)

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
٢٧,٧%	٢٨	إعدادي
٢٦,٧%	٢٧	متوسط
٣٩,٦%	٤٠	ثانوي
٥,٩%	٦	جامعي
١٠٠%	١٠١	المجموع

وقد تم اختيار أفراد العينة من مرضى مجمع الأمل للصحة النفسية وهم من المرضى المنومين داخل المجمع والمتابعين في العيادات الخارجية وكانت نسبهم المئوية كالآتي: (٤٧,٥%) من المعتمدين على تعاطي مواد متعددة من المخدرات، (١٩,٨%) من المعتمدين على تعاطي الكحول، (٣٢,٧%) من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٤)
النسب المئوية لتوصيف التشخيص الإدماني
للعينة الاستطلاعية (ن=١٠١)

النسبة المئوية	التكرار	التشخيص
٤٧,٥%	٤٨	اعتماد على تعاطي (المخدرات)
١٩,٨%	٢٠	اعتماد على تعاطي (الكحول)
٣٢,٧%	٣٣	اعتماد على تعاطي (الأمفيتامينات)
١٠٠%	١٠١	المجموع

ويتضح من العرض السابق أن متوسط أفراد العينة هو في مرحلة الشباب حيث كان متوسطهم يساوي (٣٤,٨١) سنة وأن متوسط مدة تعاطيهم هو في المستوى المتوسط من التعاطي للمخدرات فهو يساوي (١٥,٦٣) سنة وأن متوسط عدد مرات علاجهم هو في المستوى المتوسط فهو يساوي (٤,٠٤) وأن أغلبهم من العزاب حيث كانت نسبتهم تساوي (٤٦,٥%) وأن أغلبهم من الذين درسوا في المرحلة الثانوية حيث

كانت نسبتهم تساوي (٣٩,٦%) وأن أغلبهم من الذين يتعاطون مواد متعددة حيث كانت نسبتهم تساوي (٤٧,٥%).

المرحلة الثانية:

وشملت عينة الدراسة الأساسية الإرشادية والتي كان عددها (١٧ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات من الذكور سُحبوا قصداً من العينة السابقة وفقاً لمحكات نقص معدلات الدافعية لديهم وكانت أعمارهم تتراوح ما بين (٢٢-٥٢) عاماً وقد قسموا إلى جماعتين بحيث كانت الجماعة الأولى هي التجريبية الإرشادية وعددها (٨ مرضى) سيتم تعريضهم للبرنامج الإرشادي بالإضافة إلى البرنامج التقليدي لعلاج الإدمان المطبق في المجمع وكانت الجماعة الثانية هي الضابطة وعددها (٩ مرضى) خاضعين للبرنامج التقليدي لعلاج الإدمان المستخدم في المجمع ولن يطبق عليهم البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة.

وقد كان متوسط أعمار الجماعة الإرشادية يساوي (٣٢,٥٠) عاماً بانحراف معياري قدره (٩,٦٨) وكان متوسط مدة تعاطيهم يساوي (١٢,٣٨) سنة بانحراف معياري قدره (٧,٢٥) وكان متوسط عدد مرات العلاج يساوي (٢,٧٥) بانحراف معياري قدره (٢,٤٤)، بينما كان متوسط أعمار الجماعة الضابطة يساوي (٣٢,٦٧) عاماً بانحراف معياري قدره (٦,٧٥) وكان متوسط مدة تعاطيهم يساوي (١٤,٠٠) سنة بانحراف معياري قدره (٩,١٧) وكان متوسط عدد مرات العلاج يساوي (٣,١١) بانحراف معياري قدره (٢,٦٧) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٥)

توصيف العمر ومدة التعاطي وعدد مرات العلاج لعينة الدراسة الأساسية الإرشادية (١٧=ن)

المتغير	الجماعة الإرشادية (ن=٨)		الجماعة الضابطة (ن=٩)	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
العمر	٣٢,٥٠	٩,٦٨	٣٢,٦٧	٦,٧٥
مدة التعاطي	١٢,٣٨	٧,٢٥	١٤,٠٠	٩,١٧
عدد مرات العلاج	٢,٧٥	٢,٤٤	٣,١١	٢,٦٧

وقد تم استخدام اختبار ت لحساب الفرق العمري بين الجماعة الإرشادية والجماعة الضابطة ولم توجد هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية بين الجماعتين حيث بلغت قيمة ت (-٠,٠٤٢) وهي قيمة غير دالة عند مستوى (٠,٩٦٧) وكان المتوسط العمري للجماعة الإرشادية يساوي (٣٢,٥٠) بانحراف معياري قدره (٩,٦٨) والمتوسط العمري للجماعة الضابطة يساوي (٣٢,٦٧) عاماً بانحراف معياري قدره (٦,٧٥) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٦)
الفرق العمري بين الجماعة الإرشادية والضابطة (ن=١٧)

المتغير	الجماعة	حجم الجماعة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العمر	الإرشادية	٨	٣٢,٥٠	٩,٦٨	١٥	٠,٠٤٢-	٠,٩٦٧
	الضابطة	٩	٣٢,٦٧	٦,٧٥			

وقد كانت النسب المئوية للحالة الاجتماعية للجماعة الإرشادية هي (٦٢,٥%) عزاب، (١٢,٥%) متزوجين، (٢٥%) مطلقيين، بينما كانت النسب المئوية للحالة الاجتماعية للجماعة الضابطة هي (٤٤,٤%) عزاب، (٥٥,٦%) متزوجين كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٧)
النسب المئوية لتوصيف الحالة الاجتماعية
للعيينة الأساسية الإرشادية (ن=١٧)

الحالة الاجتماعية	الجماعة الإرشادية (ن=٨)		الجماعة الضابطة (ن=٩)	
	التكرار	%	التكرار	%
أعزب	٥	٦٢,٥%	٤	٤٤,٤%
متزوج	١	١٢,٥%	٥	٥٥,٦%
مطلق	٢	٢٥%	—	—
المجموع	٨	١٠٠%	٩	١٠٠%

وقد كان مداهم التعليمي ما بين مرحلتي (الإعدادية والجامعية) حيث كانت النسب المئوية لأفراد الجماعة الإرشادية هي (٢٥%) في المرحلة الإعدادية، (٢٥%) في المرحلة المتوسطة، (٣٧,٥%) في المرحلة الثانوية، (١٢,٥%) في المرحلة الجامعية، بينما كانت النسب المئوية لأفراد الجماعة الضابطة هي (٣٣,٣%) في المرحلة الإعدادية، (٣٣,٣%) في المرحلة المتوسطة، (٣٣,٣%) في المرحلة الثانوية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٨)
النسب المئوية لتوصيف المستوى التعليمي
للعينة الأساسية الإرشادية (ن=١٧)

الجماعة الضابطة (ن=٩)		الجماعة الإرشادية (ن=٨)		المستوى التعليمي
%	التكرار	%	التكرار	
٣٣,٣%	٣	٢٥%	٢	إعدادي
٣٣,٣%	٣	٢٥%	٢	متوسط
٣٣,٣%	٣	٣٧,٥%	٣	ثانوي
—	—	١٢,٥%	١	جامعي
١٠٠%	٩	١٠٠%	٨	المجموع

ويتضح من العرض السابق أن متوسط أفراد كل من الجماعة التجريبية الإرشادية والضابطة هو في مرحلة الشباب حيث كان متوسطهم يساوي (٣٢,٥٠) و (٣٢,٦٧) عاماً وأن متوسط مدة تعاطيهم هو في المستوى المتوسط من التعاطي للمخدرات فهو يساوي (١٢,٣٨) و (١٤,٠٠) سنة وأن متوسط عدد مرات علاجهم قريب من المستوى المتوسط فهو يساوي (٢,٧٥) و (٣,١١) وأن أغلب أفراد الجماعة التجريبية الإرشادية هم من العزاب حيث كانت نسبتهم تساوي (٦٢,٥%) بينما كانت نسبة المتزوجين في الجماعة الضابطة أكثر بقليل من نسبة العزاب حيث كانت نسبة العزاب تساوي (٤٤,٤%) بينما نسبة المتزوجين تساوي (٥٥,٦%).

خامساً - الضبط التجريبي للعينات والمتغيرات:

- **ضبط المتغيرات المرتبطة بعينة الدراسة:** تم اختيار أفراد المجموعة بحيث يكونوا كلهم من المرضى المشخصين بالاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات وذوي دافعية منخفضة للعلاج على مقاييس الدافعية المطبقة في الدراسة وأن لا يقل سنهم عن (٢٢ عاماً) ولا يزيد عن (٥٢ عاماً) وأن يكونوا كلهم من الذكور المتعلمين بحيث يكون المؤهل الابتدائي كحد أدنى للتعليم.
- **ضبط المتغيرات المرتبطة بالإجراءات التجريبية:** من أجل ضبط بعض المتغيرات التي تصاحب الموقف التجريبي تم توحيد البرنامج الزمني في (٥ جلسات) بواقع (٩٠ إلى ١٢٠ دقيقة) لكل جلسة خلال أسبوعين وكان موقع تطبيق البرنامج هو مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام وقد قام الباحث شخصياً بتطبيق هذا البرنامج.

سادساً - أدوات الدراسة:

تتمثل أدوات الدراسة في مقياسين هما:

١ - مقياس دافعية العلاج: وهو من إعداد مدحت عبدالحميد وهو مكون من (١٦ مفردة) يجاب عنها بمقياس ثنائي بحيث يختار المفحوص كلمة (صح) أو كلمة (خطأ) في التعبير عن الإجابة على المقياس. وقد أظهر هذا المقياس صدق جوهري وكذلك ثبات جوهري من خلال تطبيقه على عينة قوامها (١٥١ معتمداً) على تعاطي الكحول والمخدرات كالآتي:

أ - صدق المقياس:

يوضح معاملات صدق الميزان الداخلي الجدول التالي:

جدول رقم (٩)
معاملات صدق الميزان الداخلي (صدق المفردات)
لمقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٥١)

رقم المفردة	ر	ب
١	٠,٤٦٥	٠,٠١
٢	٠,٣٧٧	٠,٠١
٣	٠,٢١٧	٠,٠١
٤	٠,٤٤٣	٠,٠١
٥	٠,٠٧٤	—
٦	٠,٤٢٨	٠,٠١
٧	٠,٣٨٧	٠,٠١
٨	٠,٦٣١	٠,٠١
٩	٠,٥٧٤	٠,٠١
١٠	٠,٣٨٤	٠,٠١
١١	٠,٢٣٠	٠,٠١
١٢	٠,٤٤٨	٠,٠١
١٣	٠,٣٥٦	٠,٠١
١٤	٠,٣١٦	٠,٠١
١٥	٠,٣٥٢	٠,٠١
١٦	٠,١٤٣	—

ويتضح من الجدول السابق أن جميع مفردات المقياس صادقة بشكل جوهري فيما عدا المفردة رقم (٥) والمفردة رقم (١٦) وبذلك يمكن احتساب النسبة المئوية لصدق مفردات المقياس بنسبة (٨٧,٥%).

ب - ثبات المقياس:

حُسب معامل ثبات ألفا لكرونباخ للمقياس وقد بلغت قيمته (٠,٦٧٤) وهي قيمة مشيرة إلى ثبات جوهري للمقياس.

د - التركيب العاملي للمقياس:

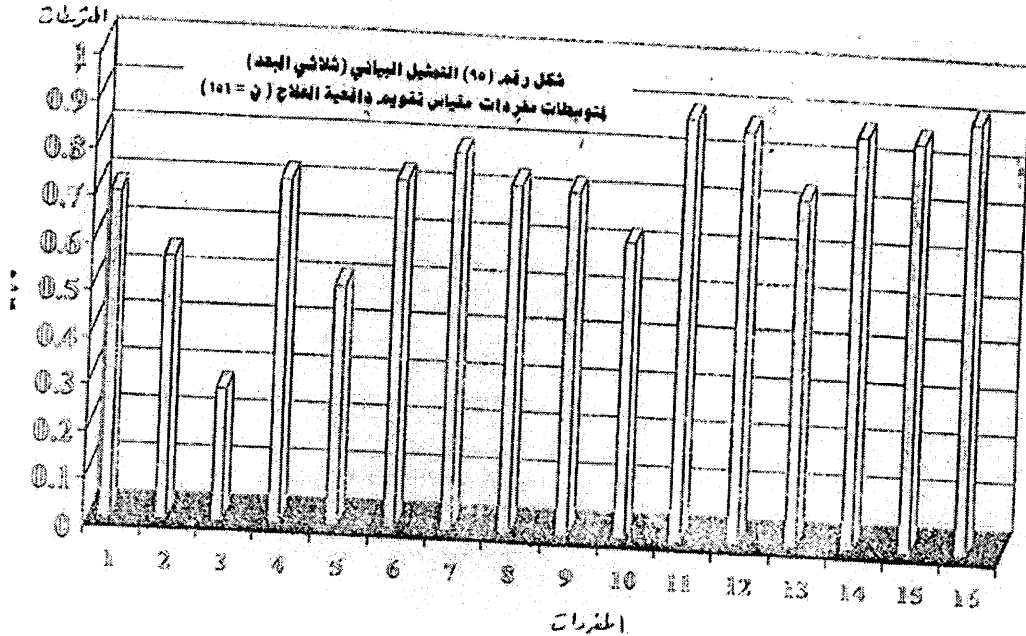
توضح الخطوات التالية حساب البناء العاملي للمقياس. والذي أسفرت النتائج عن احتوائه على خمسة عوامل استقطبت في حملتها نسبة من التباين العاملي قدرها (٥٢,٣٦%) وذلك وفقاً للمحك الافتراضي التحكيمي لجوهرية التشيع أكبر أو يساوي (٠,٤) وسنعرض لقسماتها تباعاً بعد عرض متوسط المفردات وانحرافاتها ومصنفاتها الارتباطية.

جدول رقم (١٠)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمفردات مقياس تقويم
دافعية العلاج (ن=١٥١)

المفردات	م	ع
١	٠,٦٩	٠,٤٦
٢	٠,٥٦	٠,٤٩
٣	٠,٢٨	٠,٤٥
٤	٠,٧٣	٠,٤٤
٥	٠,٥١	٠,٥٠
٦	٠,٧٤	٠,٤٤
٧	٠,٨٠	٠,٤٠
٨	٠,٧٤	٠,٤٣
٩	٠,٧٣	٠,٤٤
١٠	٠,٦٣	٠,٤٨
١١	٠,٩٠	٠,٣٠
١٢	٠,٨٨	٠,٣٢
١٣	٠,٧٤	٠,٤٣
١٤	٠,٨٨	٠,٣١
١٥	٠,٨٧	٠,٣٣
١٦	٠,٩٢	٠,٢٦
الدرجة الكلية	١١,٩٠	٢,٤٢

ويعرض الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لتلك المتوسطات:

شكل رقم (٦) التمثيل البياني (ثلاثي الأبعاد) لمتوسطات مفردات
مقياس دافعية العلاج (ن=١٥١)



جدول رقم (١١) المصفوفة الارتباطية لمفردات مقياس تقويم دافعية العلاج
(ن=١٥١)

جدول رقم (١١)

المصفوفة الارتباطية لمفردات مقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٥١)

المفردات	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦
١	-															
٢	٠,١٧	-														
٣	٠,١٢	٠,١١	-													
٤	٠,٤٥	٠,١٦	٠,٠٨	-												
٥	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠١	-											
٦	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٩	٠,١٥	-										
٧	٠,٠٤	٠,١٦	٠,٠٩	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,١٢	-									
٨	٠,٣٠	٠,٢٠	٠,٢٦	٠,١٦	٠,١٧	٠,١٦	٠,١٦	-								
٩	٠,٠٩	٠,١٩	٠,٠٤	٠,١١	٠,١٣	٠,٢٦	٠,٢٠	٠,٢٩	-							
١٠	٠,١٥	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,١٠	٠,١٠	٠,١٨	٠,١٠	٠,١١	٠,٠٤	-						
١١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,١٠	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	-					
١٢	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠١	٠,١٠	٠,١١	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	-				
١٣	٠,١١	٠,٠٥	٠,١٢	٠,٠٦	٠,١٣	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	٠,٢٢	-			
١٤	٠,٢١	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,١٧	٠,١٦	٠,١٦	٠,١٦	٠,١٦	٠,١٦	٠,١٦	-		
١٥	٠,٢٢	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	-	
١٦	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	-

(٠,٠٥ ≤ ٠,١٧٤ ٠,٢٢٨ ≤ ٠,٠١)

الصورة العاملية:

هوية العامل الأول:

- مسماه / دافعية مقاومة مثيرات الإجازة المنزلية
Therapeutic Home Pass Cause Resistance Motivation
- جذره الكامن/ ١,٩٤
- قطبية العامل/ وحيد القطب
- تشبعاته الجوهرية/ خمسة تشبعات هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
٧	٠,٧٠٣
٩	٠,٦٨٦
٨	٠,٤٨٣
١٢	٠,٤٦٨
٢	٠,٤٢٠

- التشبعات الجوهرية أحادية المعنى/ المفردات (٢,١٢,٩,٧)
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى/ المفردة رقم (٨) حيث تتشبع بدلالة على العاملين الأول والثاني.
- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى/ لا يوجد.

هوية العامل الثاني:

- مسماه/ دافعية الاستشفاء Hospitalization Motivation
- جذره الكامن/ ١,٨٦
- نسبة تباينه/ ١١,٦٢
- قطبية العامل/ وحيد القطب
- تشبعاته الجوهرية/

رقم المفردة	قيمة التشبع
٤	٠,٨٠٠
١	٠,٧٤٧
٨	٠,٥٦٥

- التشبعات الجوهرية أحادية المعنى/ المفردتان (١,٤).

- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى/ المفردة رقم (٨) وتنشعب على العاملين الأول والثاني بدلالة.
- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى/ لا يوجد.

هوية العامل الثالث:

- مسماه/ دافعية مقاومة المثيرات الاجتماعية. Social Cause Resistance Motivation
- جذره الكامن/ ١,٥٩
- نسبة تباينه/ ٩,٩٥%
- قطبية العامل/ وحيد القطب.
- تشبعاته الجوهرية/ ثلاث مفردات هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٥	٠,٨١٦
١٤	٠,٧٥٧
١٣	٠,٥٠٦

- التشبعات الجوهرية أحادية المعنى/ كل المفردات الثلاث السابقة.
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى/ لا يوجد.
- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى/ لا يوجد.

هوية العامل الرابع:

- مسماه/ دافعية المقاومة الذاتية مقابل التحايل.
- Self-resistance Motivation vr. Manipulation
- جذره الكامن/ ١,٤٩
- نسبة تباينه/ ٩,٣٦%
- قطبية العامل/ ثنائي القطب.
- تشبعاته الجوهرية/ ثلاثة مفردات هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
١٦	٠,٧٢١
٣	٠,٦٨٨-
١٣	٠,٤٩٨

- التشبعات الجوهرية أحادية المعنى/ كل المفردات الثلاث السابقة.
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى / لا يوجد.
- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى/ لا يوجد.

هوية العامل الخامس:

- مسماه/ دافعية المشاركة العلاجية الصادقة مقابل الزائفة.
- Therapeutic Participation Motivation: Valid vr. Fales**
- جذره الكامن/ ١,٤٨
 - نسبة تباينه/ ٩,٢٩%
 - تشبعاته الجوهرية/ ثلاثة مفردات هي:

رقم المفردة	قيمة التشبع
١١	٠,٧١٨
٥	٠,٧٠٢-
٦	٠,٤٥٠

- التشبعات الجوهرية أحادية المعنى/ المفردات: (٦,٥,١١).
- التشبعات الجوهرية ثنائية المعنى/ لا يوجد.
- التشبعات الجوهرية متعددة المعنى/ لا يوجد.

تلخيص الصورة العاملية:

- العامل الأول: دافعية مقاومة مثيرات الأجازة المنزلية.
- العامل الثاني: دافعية الاستثناء.
- العامل الثالث: دافعية مقاومة المثيرات الاجتماعية.
- العامل الرابع: دافعية المقاومة الذاتية مقابل التحايل.
- العامل الخامس: دافعية المشاركة العلاجية الصادقة مقابل الزائفة.
- (مدحت عبد الحميد، ص ص: ٥٨٩-٥٩٠)

الدراسة الاستطلاعية لتقنين المقاييس على البيئة السعودية:

أ - صدق المقياس:

يوضح معاملات صدق الميزان الداخلي الجدول التالي:

جدول رقم (١٢)
معاملات صدق الميزان الداخلي (صدق المفردات)
لمقياس تقويم دافعية العلاج (ن=١٠١)

ب	ر	رقم المفردة
٠,٠٥	٠,٢٢٣	١
٠,٠٥	٠,٢١٧	٢
٠,٠١	٠,٤٢٢	٣
—	٠,١٥٠	٤
٠,٠١	٠,٣٦٨	٥
٠,٠٥	٠,٢٤٣	٦
—	٠,١٤٨	٧
٠,٠١	٠,٢٧٤	٨
—	٠,٠٨٧	٩
٠,٠١	٠,٣١٣	١٠
٠,٠١	٠,٤٢٠	١١
٠,٠٥	٠,٢٣١	١٢
٠,٠١	٠,٣١٣	١٣
—	٠,١١٩	١٤
٠,٠١	٠,٢٧٣	١٥
٠,٠٥	٠,٢٤٧	١٦

ويتضح من الجدول السابق أن جميع مفردات المقياس صادقة بشكل جوهري فيما عدا المفردة رقم (٤) والمفردة رقم (٧) والمفردة رقم (٩) والمفردة رقم (١٤) وبذلك يمكن احتساب النسبة المئوية لصدق مفردات المقياس بنسبة (٧٥%).

ب - ثبات المقياس:

حُسب معامل ثبات ألفا لكرونباخ للمقياس وقد بلغت قيمته (٠,٧٧٩) وهي قيمة مشيرة إلى ثبات جوهري للمقياس.

٢ - مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA): وهو من إعداد: مدحت عبدالحميد، والباحث. ويحتوي على (٣١ مفردة) يجاب عنها بمقياس خماسي موزع كالآتي:

- غير موافق تماماً = درجة واحدة
- غير موافق = درجتين
- غير متأكد = ثلاث درجات
- موافق = أربع درجات
- موافق تماماً = خمس درجات

يحتوي المقياس على أربعة مقاييس فرعية يختص كل واحد منها بقياس مرحلة من مراحل التغير، وهي كالآتي:

- أ - مقياس مرحلة ما قبل التفكير في التغير (Pre-Contemplation (PC)
 ب - مقياس مرحلة التفكير في التغير (Contemplation (C)
 ج - مقياس مرحلة القيام بالفعل (Action (A)
 د - مقياس مرحلة الحفاظ على التغير (Maintenance (M)

تصحيح المقياس: يتم تصحيح المقياس عن طريق إتباع الخطوات التالية:

أ - الحصول على متوسط درجة المفحوص لكل مقياس فرعي من خلال الآتي:

مرحلة ما قبل التفكير في التغير (PC)	مرحلة التفكير في التغير (C)	مرحلة القيام بالفعل (A)	مرحلة الحفاظ على التغير (M)
١. _____	٢. _____	٣. _____	٦. _____
٥. _____	٨. _____	٧. _____	١٦. _____
١١. _____	١٢. _____	١٠. _____	١٨. _____
١٣. _____	١٥. _____	١٤. _____	٢٢. _____
٢٣. _____	١٩. _____	١٧. _____	٢٧. _____
٢٦. _____	٢١. _____	٢٥. _____	٢٨. _____
٢٩. _____	٢٤. _____	٣٠. _____	
المجموع ÷ ٧ = (المتوسط) _____	المجموع ÷ ٧ = (المتوسط) _____	المجموع ÷ ٧ = (المتوسط) _____	المجموع ÷ ٦ = (المتوسط) _____

ب - حساب درجة دافعية المفحوص للتغير من خلال المعادلة التالية:

$$\text{درجة الدافعية} = (\text{متوسط C} + \text{متوسط A} + \text{متوسط M}) - \text{متوسط PC}$$

ج - مقارنة درجة الدافعية التي تم استخراجها مع متوسطات المجموعات التالية، ومن ثم تحديد المرحلة التي ينتمي إليها المفحوص والتي تكون هي الأقرب إلى درجة الدافعية المستخرجة من خلال الآتي:

مرحلة التغير	متوسط المجموعة
مرحلة ما قبل التفكير في التغير (PC)	٩,٣
مرحلة التفكير في التغير (C)	١١,٠
مرحلة القيام بالفعل (A)	١٢,٦
مرحلة الحفاظ على التغير (M)	غير موجود

وقد صمم هذا المقياس على البيئة الأمريكية وقد تمتع بثبات جيد حيث بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ (٠,٧٩) عندما طبق على عينة أمريكية قوامها (٢٥٢ طالباً) من طلبة الجامعة الذين يعانون من بعض حالات القلق وكذلك تمتع بصدق جيد من خلال استخدام أسلوب التحليل العاملي للمقياس. (David, et, al., 2004)

الدراسة الاستطلاعية لتقنين المقياس على البيئة السعودية:

أ - صدق المقياس:

تم استخدام أسلوب التحليل العاملي لحساب صدق المقياس وقد أظهرت معاملات ارتباط الصدق الداخلي للمقياس وجود ارتباطات ذات دلالة احصائية بين المقاييس الفرعية لهذا المقياس عند مستويات الدلالة التالية: (-,١٩٦)، (٠,٥٢٠)، (٠,٥٥٣)، (٠,٤٤١) وكذلك أظهرت وجود ارتباطات ذات دلالة احصائية بين الدرجة الكلية للمقياس ومقاييسه الفرعية عند مستويات الدلالة التالية: (٠,٤٦٧)، (٠,٨٠٠)، (٠,٧٠٨)، (٠,٧٣٥) مما يشير إلى تمتع هذا المقياس بصدق جوهري*.

ب - ثبات المقياس:

حُسب معامل ثبات ألفا لكرونباخ للمقياس وقد بلغت قيمته (٠,٦٩١) وهي قيمة مشيرة إلى ثبات جيد للمقياس.

* انظر الملاحق للمزيد من التفاصيل عن صدق مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA).

سادساً - الأساليب الإحصائية المستخدمة:

أ - الأساليب الإحصائية التي استخدمت في الدراسة الاستطلاعية:

الإحصاء البارامترى

١. المتوسطات الحسابية.
٢. الانحرافات المعيارية.
٣. معامل ارتباط بيرسون.
٤. التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج.
٥. معاملات ثبات ألفا لكرونباخ.

ب - الأساليب الإحصائية التي استخدمت في الدراسة الأساسية:

الإحصاء اللابارامترى

١. اختبار مان وتني للفرق بين متوسطين غير مرتبطين لجماعة صغيرة .
٢. اختبار ويلكوكسن للفرق بين متوسطين مرتبطين لجماعة صغيرة.

سابعاً - بروتوكول البرنامج الإرشادي وإجراءاته:

مقدمة

هذا البرنامج مقتبس من برنامج (SATOE) الجمعي والمشتق من برنامج (MET) لتنمية الدافعية للعلاج وبرنامج (MI) المحفز للدافعية. وقد طور هذا البرنامج بواسطة كل من (انجيرسل، ويجنر ١٩٩٧م) وهو مكون من أربع جلسات جماعية تتراوح مدة الجلسة الواحدة ما بين (٩٠ إلى ١٢٠ دقيقة) يمكن تطبيق هذا البرنامج على الجماعات المفتوحة أو على الجماعات المغلقة.

أهمية ومبررات البرنامج:

إن استخدام أسلوب تنمية الدافعية لا يعني إنكار العلاجات والخدمات الأخرى بل بالعكس إن أسلوب تنمية الدافعية يساعد على تحديد مستوى العمل والوصول به إلى المرحلة المناسبة من الدافعية لتلقي العلاج المتاح والاستفادة منه. وهذا بالطبع يزيد من احتمالية النتائج الإيجابية للتعافي من إدمان تعاطي المخدرات.
(Ingersoll, et, al., 1997)

يمكن استخدام أسلوب تنمية الدافعية بالطريقة الفردية لمساعدة العميل على التغيير. ولكن في بعض الأحيان يصعب تحقيق بعض الأهداف في التعامل مع العميل من خلال هذه الطريقة، فيتم استخدام الطريقة الجماعية (الإرشاد أو العلاج الجماعي) حيث يتم فيها استخدام أسلوب التغذية الراجعة التي يتلقاها العميل من زملاءه في المجموعة وكذلك يستطيع أفراد المجموعة أن يحفز كل منهم الآخر ومساعدة بعضهم البعض في الحفاظ على التغيير الذي وصلوا إليه. (Ibid)

في العلاج الجماعي، وبالتحديد أثناء استخدام فنيات وإستراتيجيات تنمية الدافعية فإن العملاء (المسترشدين) يتعلمون خلال هذه الجماعة. حيث هذه الجماعة هي أشبه ما تكون بمرآة يتحصل من خلالها المسترشدين على الشعور المتعلق بكيفية نموهم وتقدمهم. فعندما يقوم أحد أفراد المجموعة باستخدام (أسلوب الاستماع العاكس) مع أحد زملاءه في المجموعة أو عندما يقوم بتوضيح التناقض الوجداني الموجود لديه فإن المجموعة في هذه الحالة تكون كالحياة الحقيقية ولكن في بيئة آمنة. (Leinda, 1999)

فقد أظهر استخدام أسلوب تنمية الدافعية بالطريقة الجماعية فعالية كبيرة مقارنة مع استخدامه بالطريقة الفردية. (Dies, 1994)

وأخيراً يوفر لنا استخدام أسلوب الإرشاد أو العلاج الجماعي الوقت الكثير، ويقلل من التكلفة المبذولة، وكذلك يسهم في تخفيف المجهود الذي يبذله المرشد في التعامل مع المشكلات والاضطرابات الإنسانية.

الأهداف العامة للبرنامج:

١. تنمية الدافعية للعلاج.
٢. تبصير العميل بالعلاقة ما بين أسلوب حياته وتعاطيه للمخدرات.
٣. زيادة الوعي بالأشياء الإيجابية، والأشياء الأقل ايجابية (الآثار السلبية) لتعاطي الكحول والمخدرات.
٤. الوعي بسلبيات الاستمرار في التعاطي كما في السابق، والوعي بالفوائد الإيجابية للقيام بالتغيير.
٥. استبصار المريض بالفارق ما بين سلوكياته الحالية وأمنيته المستقبلية.
٦. وعي المريض بطبيعة التناقض الوجداني ما بين الاستمرار في التعاطي أو القيام بالتغيير.
٧. إظهار الاهتمامات والمخاوف لدى أفراد المجموعة حول تعاطيهم للمخدرات.
٨. الشعور بالمسؤولية الذاتية تجاه التغيير.
٩. الوصول إلى صنع القرار.

الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج:

١. أسلوب الإستراتيجية المفتوحة (التحدث عن: أسلوب الحياة، والضغوط، وتعاطي المخدرات).
٢. أسلوب مناقشة اليوم النموذجي.
٣. أسلوب مناقشة الأشياء الجيدة والأشياء الأقل من الأشياء الجيدة لتعاطي الكحول و المخدرات.
٤. أسلوب تزويد المعلومات.
٥. أسلوب مناقشة المستقبل والحاضر.
٦. أسلوب إظهار المخاوف والهموم.
٧. أسلوب المساعدة على صنع القرار.
٨. فنية الاستماع العاكس.
٩. فنية الأسئلة المفتوحة.
١٠. فنية الشرح والتوضيح.
١١. فنية التغذية الراجعة.
١٢. فنية التلخيص.

الجلسات التطبيقية للبرنامج

الجلسة الأولى:

■ أهداف الجلسة:

١. إقامة علاقة مهنية ما بين المرشد وأفراد المجموعة، وكذلك إقامة علاقة ايجابية وتقوية الثقة ما بين أفراد المجموعة.
٢. شرح هدف هذه الجلسة، وكذلك شرح القواعد والأنظمة للجماعة والجلسة.
٣. تكوين علاقة ما بين الوضع الحالي لأفراد المجموعة (الأساليب الحياتية، والسلوكيات والعادات، والوضع الصحي)، وتعاطيهم للمخدرات.
٤. مساعدتهم على اكتشاف الأساليب الحياتية والأوضاع الصحية لأفراد المجموعة، ومناقشة كيفية تأثير تعاطي المخدرات عليها.

■ إجراءات الجلسة:

١. وضع الجلسة: يجلس أعضاء المجموعة على شكل دائري. وتكون هناك سبورة تعليمية بحيث تكون في مكان يمكن أن يراه جميع أفراد المجموعة

٢. **التعريف:** يبدأ المرشد هذه الجلسة من خلال تقديم نفسه بالتعريف عن اسمه، ومن ثم يطلب من أفراد المجموعة أن يقوم كل واحد منهم بالتعريف عن نفسه من خلال ذكر اسمه الأول، وما هو السبب الرئيسي الذي جاء به إلى هنا.

٣. **شرح قواعد الجلسة:** حيث يقوم المرشد بمراجعة القواعد والأنظمة الأساسية لهذه المجموعة، مثل (السرية، والاحترام). وأيضا يقوم بشرح مدة الجلسة الإرشادية بحيث تكون ما بين (٩٠ إلى ١٢٠ دقيقة). ومن ثم يذكر لهم الهدف من هذه الجماعة وهو مناقشة الأساليب الحياتية، والعادات الصحية التي من الممكن أن تسبب المشكلات لأفراد هذه المجموعة. وأيضا يؤكد المرشد أن هذه المجموعة لا تهدف إلى تحليل التفاعل ما بين أفراد المجموعة، وإنما الهدف منها هو أن يقوم أعضاء المجموعة بتزويد بعضهم البعض بتغذية راجعة. بحيث يدعم كل منهم الآخر من خلال تصورهم واعتقادهم عن الأساليب الحياتية والعادات الصحية المطروحة والتي قد تحتاج إلى تغيير.

٤. **الدخول في العملية الإرشادية:** بعد تقديم تلك الملاحظات، يدخل المعالج في العملية الإرشادية بحيث يطلب من المجموعة أن يشاركوا ببعض المعلومات عن أساليبهم الحياتية، وعن عاداتهم اليومية، وعن أوضاعهم الصحية وذلك بهدف إقامة علاقة ما بين تعاطي المخدرات وهذه الأساليب والعادات والأوضاع الصحية التي هم فيها. وكذلك لكي تفتح باب مناقشة عمليات تغيير السلوك. ويمكن تطبيق ذلك من خلال استخدام أحد الأساليب التالية:

- أسلوب التحدث عن: الأساليب الحياتية، الضغوط، وتعاطي المخدرات.
- أسلوب التحدث عن: الوضع الصحي، وتعاطي المخدرات.

٥. **أمثلة على تطبيق الأساليب:** أن يقوم المرشد بطرح الأسئلة التالية:

س١/ دعونا نتحدث قليلا عن بعض أساليبكم الحياتية؟

س٢/ كيف تقضون أوقاتكم وما هي بعض عاداتكم؟

س٤/ ما هي أوضاعكم الصحية؟

س٣/ ما هي بعض الضغوط التي تواجهونها؟

٦. الاستمرار في هذه الطريقة: على المرشد أن يستمر في هذه الطريقة إلى أن يتوصل إلى المعلومات الكافية لتكوين العلاقة ما بين وضع أفراد المجموعة وبين تعاطيهم للمخدرات. وذلك بعد أن يقوم أغلب أفراد المجموعة بالتطوع بالحديث عن أنفسهم.

٧. استخدام فنيات مساعدة: لكي يستطيع المرشد الوصول بالمجموعة إلى أن يقوموا بذكر تفاصيل أكثر يمكنه استخدام فنية الاستماع العاكس، وفنية طرح الأسئلة المفتوحة: كأن يقول المرشد: "وماذا أيضا من الأساليب الحياتية الأخرى؟"

٨. وبعد ذلك يقوم المرشد بطرح الأسئلة التالية:

س٥/ ماذا عن تعاطيكم للكحول والمخدرات؟

س٦/ أين موضع تعاطيكم للكحول والمخدرات بالنسبة لما تحدثتم عنه؟

س٧/ ما هو دور تعاطيكم للكحول والمخدرات في التأثير على حياتكم وعلى عاداتكم التي تحدثتم عنها؟

٩. الانتقال إلى الأسلوب التالي: على المرشد أن يستمر في استخدام هذا الأسلوب، وذلك من خلال استخدام (فنية الاستماع العاكس). وإذا لاحظ نقطة جوهرية فعلية استخدام (فنية التلخيص). ومن بعدها يقوم بطرح سؤال مفتوح إما للاستمرار في هذا الأسلوب من أجل جمع معلومات أكثر لتدعيم العلاقة ما بين التعاطي والوضع الذي هم فيه، أو من أجل الانتقال إلى الأسلوب الآخر.

اختتام الجلسة: في الدقائق الأخيرة قبل نهاية الجلسة على المرشد أن يقوم بشكر أفراد المجموعة على حسن مشاركتهم في هذه الجلسة. ومن ثم يطلب من أفراد المجموعة أن يساهموا بشكل دائري في طرح ماذا استفادوا من هذه الجلسة. وأخيرا يقوم المرشد بترديد عبارة "إن أفراد المجموعة هم الأشخاص الأنسب للحكم على ما هو مناسب بالنسبة لهم، وكذلك هم الأشخاص الأنسب في تحديد ما إذا كانوا يحتاجون إلى القيام بالتغيير أو لا". وبعده يذكرهم بموعد الجلسة المقبلة، وينهي الجلسة.

الجلسة الثانية:

■ أهداف الجلسة:

١. مواصلة تكوين العلاقة ما بين الوضع الحالي لأفراد المجموعة (الأساليب الحياتية، والسلوكيات والعادات، والوضع الصحي)، وتعاطيهم للمخدرات.
٢. الوعي بالأشياء الإيجابية والأشياء الأقل ايجابية (السلبية) لتعاطي المخدرات.
٣. إظهار مشاعر أفراد المجموعة حول سلوكياتهم وعاداتهم.

■ إجراءات الجلسة:

١. **التعريف:** يبدأ المرشد هذه الجلسة من خلال ذكر اسمه، ومن ثم يطلب من أفراد المجموعة أن يقوم كل واحد منهم بذكر اسمه الأول، وما هو السبب الرئيسي الذي جاء به إلى هنا وذلك من أجل تذكيرهم.

٢. **شرح قواعد الجلسة:** وبعد ذلك يقوم المرشد بمراجعة القواعد والأنظمة الأساسية لهذه المجموعة، مثل (السرية، والاحترام). وأيضاً يقوم بشرح مدة الجلسة الإرشادية بحيث تكون ما بين (٩٠ إلى ١٢٠ دقيقة). ومن ثم يذكر لهم الهدف من هذه الجماعة وهو مناقشة الأساليب الحياتية، والعادات الصحية التي من الممكن أن تسبب المشكلات لأفراد هذه المجموعة. وأيضاً يؤكد المرشد على أن هذه المجموعة لا تهدف إلى تحليل التفاعل ما بين أفراد المجموعة، وإنما الهدف منها هو أن يقوم أعضاء المجموعة بتزويد بعضهم البعض بتغذية راجعة. بحيث يدعم كل منهم الآخر من خلال تصوره واعتقادهم عن الأساليب الحياتية والعادات الصحية المطروحة والتي قد تحتاج إلى تغيير.

٣. **الدخول في العملية الإرشادية:** بعد تقديم هذه الملاحظات خلال الخمس دقائق الأولى، يبدأ المرشد بتطبيق (أسلوب مناقشة اليوم النموذجي) من خلال طرح التساؤل الآتي:

س١/ هل من الممكن أن نقضي مدة (٥ إلى ١٠) دقائق في القيام بالتحدث عن وصف لأحد الأيام التي مررت بها، وذلك من البداية حتى النهاية؟

س٢/ ما هو وضع وتأثير تعاطيكم للمخدرات في ذلك اليوم؟

س٣/ دعونا نبدأ هذا الحديث عن هذا اليوم من بعد استيقاظنا من النوم بعشر دقائق؟

٤. الاستمرار في هذا الأسلوب: على المرشد أن يستمر في هذا الأسلوب، ويحاول مساعدة العميل الذي تم اختياره في الاسترسال في قصته عن يومه. وذلك من خلال التركيز على المشاعر والسلوكيات خلال ذلك اليوم، وأثناء الجلسة. ويتم ذلك من خلال استخدام (الاستماع العاكس). فإذا وجد المرشد أن العميل متقبل ومستمر فعليه أن يقوم (بالتخليص) والتركيز على السلوكيات والمشاعر الجوهرية التي من خلالها يمكن تقوية الرابط ما بين تعاطي المخدرات وما حدث في ذلك اليوم (من سلوكيات، وعادات، وأساليب، ومشاعر، وظروف صحية).

٥. الانتقال إلى الأسلوب التالي: على المرشد أن يتأكد وينتبه إلى أن باقي أفراد المجموعة منخرطة معه. وبعدها ينتقل إلى الأسلوب التالي، وهو (أسلوب مناقشة الأشياء الإيجابية، والأشياء الأقل من الإيجابية لتعاطي المخدرات) أو يمكن أن نطلق عليه أسلوب مناقشة الآثار الإيجابية والآثار السلبية لتعاطي المخدرات. إن الهدف من هذا الأسلوب هو إظهار مشاعر أفراد المجموعة حول سلوكياتهم، وذلك من خلال التساؤل مع مراعاة عدم إشعارهم بأي افتراضات تشير إلى أن هذه المشاعر ستكون مشكلة. ويمكن استخدام هذا الأسلوب مع الأفراد الذين يبدوون عدم الاهتمام والتخوف، لأنه يؤدي إلى تجنب ظهور المقاومة لديهم، وذلك من خلال البدء بالتحدث عن الأشياء الإيجابية لتعاطي المخدرات.

٦. تطبيق هذا الأسلوب: يتم تطبيق هذا الأسلوب من خلال طرح التساؤلات التالية:

س٤/ ما هي الأشياء التي تحبونها والأشياء التي لا تحبونها بالنسبة لتعاطيكم للمخدرات؟

س٥/ دعونا نتحدث عن الأشياء الإيجابية لتعاطي المخدرات؟ وبعد أن يقوم أحد أفراد المجموعة بذكر بعض الإيجابيات، على المرشد أن يقوم بتلخيصها إذا لزم الأمر. ومن ثم ينتقل إلى شخص آخر. وبعد أن يذكر هذا الشخص الإيجابيات للتعاطي، يقوم المرشد بتقديم تلخيص لها. ومن ثم يقوم بذلك مع باقي أفراد المجموعة.

س٦/ دعونا نتحدث عن الأشياء الأقل من الأشياء الإيجابية لتعاطي المخدرات؟
وبعد أن يقوم احد أفراد المجموعة بذكر بعض السلبيات، على المرشد أن يقوم بتلخيصها إذا لزم الأمر. ومن ثم ينتقل إلى شخص آخر ويقدم تلخيص، ومن ثم يقوم بذلك مع باقي أفراد المجموعة مع محاولة استخراج هذه السلبيات بهدف معرفة ما هو السبب الذي جعل هذه الأشياء أقل ايجابية بالنسبة للعميل. ويمكن استخدام فنية (التساؤل المفتوح) مثل:

س٧/ كيف تؤثر هذه الأمور (سلبيات التعاطي) عليك؟

س٨/ ما هو الشيء الذي لا ترغبه في هذه الأمور؟

٧. **ملاحظة:** لقد ذكر (رولنك، وزملاءه ١٩٩١) أن استخدام كلمة (الأشياء الأقل ايجابية أفضل) من استخدام كلمة (الأشياء السلبية) أو كلمة (الأشياء المشكل). وذلك لأنها تؤدي إلى تجنب ظهور المقاومة لدى أفراد المجموعة، وأيضاً تسهل عملية البدء في المناقشة.

٨. **استخدام فنية التلخيص:** يمكن القيام بمناقشة الأشياء الإيجابية والأشياء الأقل ايجابية لتعاطي المخدرات باستخدام فنية التلخيص كالتالي:

كأن يقول المعالج: "إذا أنت تتعاطى الكحول لأنها تساعدك على الاسترخاء... وكذلك أنت تستمتع في القيام بذلك مع أصدقائك... وهي تساعدك بالتحديد عندما تكون مهموماً ومستاء جداً... ولكن في المقابل، أنت تشعر في بعض الأحيان بأنك تحت سيطرة هذه الأمور... وكذلك تشعر أنك في صباح يوم السبت يصعب عليك الانخراط في عملك."

٩. **ملاحظة/** على المرشد أن لا يفترض أن الأشياء الأقل ايجابية هي أشياء مخيفة ومقلقة بالنسبة لأفراد المجموعة، حتى ولو كانت هذه الأشياء مقلقة ومخيفة بالنسبة له شخصياً.

١٠. **الأسلوب الثالث في هذه الجلسة، (أسلوب تزويد المعلومات):** بعد أن ينهي المرشد مناقشة الأشياء الإيجابية والأشياء السلبية مع العضو الذي يتحدث يقوم بعد ذلك بتقديم بعض المعلومات للمجموعة عن تعاطي المخدرات (إذا لزم الأمر). ويمكن أن يبدأ بتطبيق هذا الأسلوب كالاتي:

- أن يختار المرشد اللحظة المناسبة لذلك، ومن ثم يطلب الأذن من المسترشد بأنه سوف يقدم له بعض المعلومات إذا كان يرغب في ذلك.

- أفضل وقت للبدء هو عندما يشعر أن أحد أفراد المجموعة محباً للاستطلاع ويبحث عن معلومات إضافية. أو عندما تكون المجموعة ليست في حالة مزاجية صعبة أو في حالة عناد.

- يمكن أن يأخذ المرشد الأذن لتقديم المعلومات كأن يقول:

س ٩ / "أنا أتساءل، عن ما إذا كنت ترغب في معرفة المزيد عن تأثير تعاطي المخدرات (على المرشد أن يحدد نوع المادة الإدمانية) على المدمن أو الأسرة أو جزء من جسم الإنسان، أو غيره (على المرشد أن يختار أيضاً).

- على المرشد أن يقدم هذه المعلومات بشكل طبيعي وليس بشكل شخصي موجه لنفس الفرد، وإنما بشكل عام لما يمكن أن يحصل لكل الناس الذين يتعاطون هذه المادة وبهذه الطريقة.

- وبعد ذلك يمكن أن يقوم المرشد بطرح هذا التساؤل:

س ١٠ / "أنا أتساءل، كيف تتفق هذه التأثيرات مع تعاطيك للمخدرات؟ وماذا ستعمل حيال ذلك؟ "

١١. **اختتام الجلسة:** في الدقائق الأخيرة قبل نهاية الجلسة على المرشد أن يقوم بشكر أفراد المجموعة على حسن مشاركتهم في هذه الجلسة. ومن ثم يطلب من أفراد المجموعة أن يساهموا بشكل دائري في طرح ماذا استفادوا من هذه الجلسة. وأخيراً يقوم المرشد بترديد عبارة "أن أفراد المجموعة هم الأشخاص الأنسب للحكم على ما هو مناسب بالنسبة لهم، وكذلك هم الأشخاص الأنسب في تحديد ما إذا كانوا يحتاجون إلى القيام بالتغير أو لا". وبعده يذكرهم بموعد الجلسة المقبلة، وينهي الجلسة.

الجلسة الثالثة:

أهداف الجلسة:

١. التحرك بالمجموعة إلى الأمام نحو الجاهزية للتغير.
٢. الاستبصار بالفارق ما بين السلوكيات الحالية والأمنيات المستقبلية.
٣. مناقشة التناقض الوجداني حول الاستمرار في التعاطي أو القيام بالتغير.
٤. إظهار الاهتمامات والمخاوف لدى أفراد المجموعة حول تعاطيهم للمخدرات.

■ إجراءات الجلسة:

٤. بعد أن يقوم احد أفراد المجموعة بإظهار بعض المخاوف والقلق حول وضعه، يمكن للمرشد أن يبدأ هذه الجلسة من خلال استخدام (أسلوب مناقشة الحاضر والمستقبل) لإظهار الفارق ما بين آمانياتهم المستقبلية وسلوكياتهم الحالية وذلك من أجل دفعهم نحو تكوين الجاهزية للتغير.

٥. تقديم ملخص: لكي يستطيع المرشد البدء في هذا الأسلوب عليه القيام بتقديم ملخص يشمل السلوكيات والأساليب الحياتية، وتعاطي المخدرات التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة بما فيها الأمور الإيجابية والسلبية المتعلقة بهذه السلوكيات.

٦. تطبيق (أسلوب مناقشة الحاضر والمستقبل): يبدأ المرشد بتطبيق هذا الأسلوب من خلال التركيز على المستقبل (الأمنيات المستقبلية). وذلك من خلال طرح التساؤل الآتي:
س١/ كيف ترغبوا (تحبوا) أن تكون الأشياء مختلفة في المستقبل؟

٧. استخدام فنية التلخيص: بعد أن يقوم احد أفراد المجموعة بالحديث، يقوم المرشد بتوضيح ما يقوله هذا العميل، ومن ثم يقوم بتلخيص ما فهمه من العميل.

٨. التركيز على الحاضر: وبعد ذلك يقوم المرشد بالتركيز على الحاضر، وذلك بأن يقوم المرشد بطرح تساؤل على العميل كأن يقول:
س٢/ أنا أتساءل ما الذي يمنعك عن القيام بهذه الأشياء (الأشياء التي يتمنونها في المستقبل)؟

٩. استخدام فنية التلخيص: أثناء مشاركة أفراد المجموعة في الإجابة على هذا التساؤل على المرشد أن يتحرى عن عدم ارتياح ورضا المجموعة عن ظروفهم الحالية، أو العوائق التي تحول دون تغيير السلوك لكي يقدم تلخيص عن هذه الأمور المعيقة. بالطبع على المرشد أن يستخدم أسلوب (الاستماع العاكس) لكي يجعل العميل يسترسل في طرح الأشياء المعيقة للقيام بالتغير (أي الأشياء والمعوقات للقيام حالياً بالسلوكيات التي يتمنى أن يقوم بها في المستقبل).

١٠. إظهار المشاعر الحالية: إذا لاحظ المرشد أن العميل لازال متقبل عليه أن يسأل عن الآتي:

س٣/ كيف يؤثر عليك تعاطي (المادة التي ذكرها العميل) في هذا الوقت؟

س٤/ ما هو اثر استعمال (المادة التي ذكرها العميل) عليك في هذه اللحظة؟

١١. الانتقال إلى الأسلوب التالي: إن التساؤل السابق بالطبع سوف يقود المرشد للانتقال إلى الفنية التالية. ولكن إذا وجد المرشد أن المجموعة ليست جاهزة فعليه أن يتوقف ويقدم تلخيص لكل ما ذكر من (مشاعر وأمنيات مستقبلية وظروف وعوائق حالية). ومن ثم ينتقل إلى الفنية التالية.

١٢. أسلوب إظهار المخاوف والهموم: هذا الأسلوب هو جوهر تقنية تنمية الدافعية. فهو الجزء الذي سيتم فيه مناقشة التناقض الوجداني لدى أفراد المجموعة بخصوص التغيير.

١٣. تطبيق هذا الأسلوب: يمكن البدء في هذا الأسلوب بعد تعرض أو طرح احد أفراد المجموعة لأحد المخاوف والهموم لديه. ويكون على الشكل التالي:

- استخدام فنية الأسئلة المفتوحة: كأن يقول المرشد:
س٥/ حدثني عن المخاوف والهموم التي تعتريك حول تعاطيك لـ.....؟

- على المرشد أن يكتشف تفاصيل أكثر عن هذه المخاوف والهموم ولكن بدون أن يقوم بدفع العميل للتقدم، وإنما من خلال استخدام أسلوب الاستماع العاكس، وطرح الأسئلة المفتوحة. كأن يقول المرشد الآتي:

س٦/ كيف يقلقك ذلك؟
س٧/ هل من الممكن أن تعطيني مثالا على ذلك؟
س٨/ ما هو الذي يقلقك أكثر من هذه المخاوف؟

- على المرشد أن يقدم تلخيصاً لهذه الهموم والمخاوف. ويقدم مقارنة ما بين الهموم والمخاوف لدى العميل والأشياء الإيجابية لتعاطي المخدرات.

- يستمر المرشد في هذا الأسلوب من خلال طرح التساؤل الآتي:

س٩/ ما هي المخاوف والهموم الأخرى التي تعتريك حول تعاطيك لـ.....؟

- يقدم المرشد تلخيص يحتوي على المخاوف الجديدة والسابقة، وكذلك يذكر الإيجابيات للتعاطي لهذا العمل.

- يمكن أن يستمر المرشد أيضا من خلال طرح التساؤل الآتي:

س ١٠ / وماذا أيضا؟ وما هي المخاوف الأخرى التي لديك؟

- في النهاية على المرشد أن يقدم تلخيصاً لكل المخاوف والهموم التي تم تغطيتها مع العميل في هذه الفنية. ومن ثم يطرح عليه التساؤل الآتي:

س ١١ / ماذا ستفعل الآن حيال كل ذلك؟

الانتقال إلى الأسلوب التالي: إذا قام العميل بالإجابة على هذا السؤال محاولاً توضيح أو طرح الرغبة أو الحاجة إلى التغيير، فيمكن للمرشد أن ينتقل إلى الفنية التالية (الجلسة التالية). أما إذا لم يقوم العميل بذلك فعلى المرشد أن يتوقف معه إلى هذا الحد ويشكره على هذه المشاركة. ومن ثم يقوم بالتوجه إلى المجموعة للمشاركة في ذلك.

الجلسة الرابعة:

■ أهداف الجلسة:

١. الوصول إلى صنع القرار.
٢. الشعور بالمسؤولية الذاتية تجاه التغيير.

■ إجراءات الجلسة:

١. عندما يتبين بشكل واضح أن العميل لديه مخاوف وهموم، وإن لديه تناقض وجداني حيال القيام بالتغيير، وأيضا تظهر لديه بوادر الرغبة والجاهزية والاهتمام بالقيام بالتغيير يستطيع المرشد أن ينتقل إلى مرحلة صنع القرار. ويتم ذلك من خلال تقديم تلخيص لكل هذه الأمور.

٢. وبعدها يطرح المرشد على المجموعة التساؤلات الآتية:
س ١ / أين يضعك (يضعكم) كل هذا الآن؟

٣. وإذا تم اختيار أحد أفراد المجموعة للتحدث يمكن للمرشد أن يستخدم (أسلوب الأسئلة الموجهة) لتلخيص أفكار العميل كأن يقول المرشد الآتي:

- س٢/ ماذا باعتقادك سوف تعمل؟
- س٣/ اتضح مثل هذه الأمور لك، يفترض أن يكون شيء مزعج. فيا ترى ما هي الخطوة التالية من وجهة نظرك؟
- س٤/ ما هي خياراتك؟
- س٥/ ما هي بعض الأشياء التي ستكون جيدة عند القيام بالتغيير؟
- ستجد أن هذه الأسئلة ستكون غير مباشرة، وفي نفس الوقت مفتوحة بشكل يسهل عملية المناقشة ويجعلها بشكل بناء، بدلا من ظهور المقاومة لدى أفراد المجموعة.

١. **ملاحظته:** على المرشد أن يستمع بحذر، ويتذكر دائما قواعد الاستماع الجيد بدلا من التحول إلى إعطاء النصائح عن كيفية القيام بالتغيير. وكذلك عليه أن يستخدم السؤال المفتاحي النهائي مع إي إستراتيجية يستخدمها وهو:

س٦/ أين يضعك هذا الآن؟

٢. لكي يستطيع المرشد المساعدة في صنع القرار فعليه الالتزام بالتوجيهات الثمانية التي ذكرها (روانك، ١٩٩٢م) وهي:

١. لا تدفع بالعمل للدخول في مرحلة صنع القرار.
٢. قدم أو اعرض عدة خيارات بدلا من طريقة واحدة لاتخاذ الإجراء.
٣. صف ماذا كان عمل الآخرون في الأوضاع المشابهة.
٤. أكد بشكل دائم على أن: "العمل هو الشخص الأنسب للحكم على ما هو مناسب بالنسبة له".
٥. زود أو قدم المعلومات للمجموعة بطريقة طبيعية، وليس بطريقة شخصية.
٦. الفشل في صنع القرار الآن لا يعني استشارة فاشلة، ولا يعني الفشل كليا.
٧. إذا صمم العمل أو قرر على القيام بالتغيير حالا، فحاول أن تعكس له طبيعة التحولات التي تحصل في مستويات الدافعية، وهي (أن إعادة المحاولة في التغيير أحيانا تتعطل، وهذا لا يعني انه إذا تعرض العمل إلى أي أخطاء مستقبلية فانه يتجنب الاتصال بالمرشد).
٨. ابرز ووضح مستويات التحول في الدافعية لدى العمل. (وضح للعمل أن الدافعية تتذبذب من الزيادة إلى الانخفاض وبالعكس، وان عليه أن يتوقع هذا التذبذب).

٣. **اختتام الجلسة:** في الدقائق الأخيرة قبل نهاية الجلسة على المرشد أن يقوم بشكر أفراد المجموعة على مشاركتهم في هذه الجلسة. ومن ثم يطلب من أفراد المجموعة أن يساهموا بشكل دائري في طرح ماذا استفادوا من هذه

الجلسة (يقدموا فيديباك). وبعدها يختتم المعالج الجلسة بأن يذكر أفراد المجموعة بالآتي: "إن أفراد المجموعة هم الأشخاص الأنسب للحكم على ما هو مناسب بالنسبة لهم، وعن ما إذا كانوا محتاجين للقيام بالتغيير أو لا". ومن ثم يشكر المرشد المجموعة على حضورهم، وينهي الجلسة.

ملاحظة/ يمكن للمرشد أن يزود أفراد المجموعة بقائمة بأسماء بعض المصادر، والمختصين من المستشفى لمساعدتهم على القيام بالتغيير إذا وجد أنهم محتاجين إلى ذلك.

الجزء التطبيقي للبرنامج خلال هذه الدراسة

مقدمة

تم اختيار عينة الدراسة من العينة الأساسية الخاصة بتقنين مقاييس الدافعية المستخدمة في هذه الدراسة. حيث تم اختيار عينة قوامها (١٧ معتمداً) على تعاطي الأمفيتامينات من المرضى المنومين بمجمع الأمل والصحة النفسية بالدمام. وهم من المرضى الحاصلين على درجات منخفضة على مقاييس الدافعية. ومن ثم طبق عليهم البرنامج الخاص بتنمية الدافعية للعلاج كآآتي:

الجلسة الأولى: الربط ما بين أسلوب الحياة وتعاطي المخدرات

• أهداف الجلسة:

١. إقامة علاقة مهنية ما بين المرشد وأفراد المجموعة، وكذلك إقامة علاقة ايجابية وتقوية الثقة ما بين أفراد المجموعة.
٢. شرح هدف هذه المجموعة، وكذلك شرح القواعد والأنظمة للجماعة والجلسة.
٣. تكوين علاقة ما بين الوضع الحالي لأفراد المجموعة (الأساليب الحياتية، والسلوكيات والعادات، والوضع الصحي)، وتعاطيهم للمخدرات.
٤. اكتشاف الأساليب الحياتية والأوضاع الصحية لأفراد المجموعة، ومناقشة كيفية تأثير تعاطي المخدرات عليها.

• إجراءات الجلسة:

١. التعرف (١٥ دقيقة): بعد أن جلس أفراد المجموعة بشكل دائري، بدأ الباحث بالتعريف عن اسمه. ومن ثم طلب من أفراد المجموعة أن

يقوم كل واحد منهم بالتعريف عن نفسه من خلال ذكر اسمه الأول، وما هو السبب الرئيسي الذي جاء به إلى هنا.

٢. شرح قواعد الجلسة (١٠ دقائق): : قام الباحث بمراجعة القواعد والأنظمة الأساسية لهذه المجموعة، مثل (السرية، والاحترام). وأيضاً أكد على أن مدة الجلسة الإرشادية هي ما بين (٩٠ إلى ١٢٠ دقيقة). ومن ثم ذكر لهم الهدف من هذه الجماعة وهو مناقشة الأساليب الحياتية، والعادات الصحية التي من الممكن أن تسبب بعض المشكلات لأفراد هذه المجموعة. وأيضاً أكد الباحث أن هذه المجموعة لا تهدف إلى تحليل التفاعل ما بين أفراد المجموعة، وإنما الهدف منها هو أن يقوم أعضاء المجموعة بتزويد بعضهم البعض بتغذية راجعة. بحيث يدعم كل منهم الآخر من خلال تصورهم واعتقادهم عن الأساليب الحياتية والعادات الصحية المطروحة والتي قد تحتاج إلى تغيير.

٣. استخدام أسلوب التحدث عن أسلوب أو نمط الحياة، والضغط، وتعاطي المخدرات (٦٠ دقيقة): فقد قام الباحث بتشغيل هذا الأسلوب من خلال طرح الأسئلة التالية: دعونا نتحدث قليلاً عن بعض أساليبكم الحياتية؟ وكيف تقضون أوقاتكم وما هي بعض عاداتكم؟ وما هي أوضاعكم الصحية؟ ما هي بعض الضغوطات التي تواجهونها؟

بحيث يقوم كل فرد من أفراد هذه المجموعة بالتحدث عن نفسه ويساعده الباحث في الاسترسال من خلال استخدام فنيات مساعدة كأن يقول: وماذا أيضاً؟ أو يعيد عليه طرح تساؤل معين.

وأثناء هذا الطرح كان الباحث يتحين الفرصة المناسبة مع كل فرد من أفراد المجموعة لكي يوجه له التساؤل الخاص بإقامة العلاقة ما بين هذا النمط الحياتي ودور التعاطي فيه. فقد استخدم الباحث التساؤلات التالية: ماذا عن تعاطيك للكحول والمخدرات؟ أين موضع تعاطيك للكحول والمخدرات بالنسبة لما تحدثت عنه؟ ما هو دور تعاطيك للكحول والمخدرات في التأثير على حياتك وعلى عاداتك التي تحدثت عنها؟

٤. التغذية الراجعة Feedback (١٠ دقائق): طلب الباحث من أفراد المجموعة أن يتحدثوا بشكل دائري عن ماذا استفاد كل فرد من هذه الجلسة وما هو الشيء الذي يرغب في التحدث عنه ولم تغطيه هذه الجلسة.

٥. اختتام الجلسة (٥ دقائق): في نهاية الجلسة قام الباحث بتقديم الشكر للمجموعة على حسن مشاركتهم. وبعدها قال لهم العبارة التالية "إن أفراد المجموعة هم الأشخاص الأنسب للحكم على ما هو مناسب بالنسبة لهم، وكذلك هم الأشخاص الأنسب في تحديد ما إذا كانوا في حاجة للقيام بالتغيير أو لا؟". وبعدها ذكرهم بأن موعد الجلسة المقبلة سيكون بعد يوم الغد في تمام الساعة العاشرة صباحاً.

الجلسة الثانية: ايجابيات وسلبيات التعاطي

• أهداف الجلسة:

١. مواصلة تكوين العلاقة ما بين الوضع الحالي لأفراد المجموعة (الأساليب الحياتية، والسلوكيات والعادات، والوضع الصحي)، وتعاطيهم للمخدرات.
٢. الوعي بالأشياء الإيجابية والأشياء الأقل ايجابية (السلبية) لتعاطي المخدرات.
٣. إظهار مشاعر أفراد المجموعة حول سلوكياتهم وعاداتهم.

• إجراءات الجلسة:

١. التعارف وشرح قواعد الجلسة (٢٠ دقيقة): كما هو موضح في الجلسة الأولى.

٢. استخدام أسلوب مناقشة اليوم النموذجي (الاعتيادي) (٥٠ دقيقة):
تعتمد الباحث أن يبدأ الجلسة الثانية بأسلوب يقوي الرابط من بين تعاطي المخدرات ونمط حياة المدمن. فقد طلب الباحث من كل فرد من المجموعة أن يتحدث عن ما هي الأحداث والظروف التي يمر بها خلال يومه من البداية حتى النهاية. حيث كان الباحث يوجه لكل فرد من أفراد المجموعة التساؤل الآتي: هل من الممكن أن نتحدث لمدة (٥ إلى ١٠ دقائق) لكي تصف لنا أحد الأيام التي تعيشها، وذلك من البداية حتى النهاية؟

وفي الأثناء التي يذكر فيها عضو المجموعة قصة يومه يقوم الباحث بالتركيز على المشاعر والسلوكيات والعادات والأساليب في ذلك اليوم من أجل إظهار ارتباطها بالتعاطي. فكان الباحث يطرح التساؤل التالي: ما هو وضع وتأثير تعاطيك للمخدرات في ذلك اليوم؟ ما هو وضعك في ذلك اليوم من غير

تعاطي؟ لماذا لم تقضي وقتك وتؤدي عملك وتكمل يومك من غير تعاطي؟ لماذا لم تؤجل التعاطي إلى يوم آخر؟ ومن ثم يلخص ما قاله العضو مبرزاً العلاقة ما بين تعاطيه ونشاطاته خلال ذلك اليوم.

٣. استخدام أسلوب مناقشة الأشياء الجيدة والأشياء الأقل من الجيدة للتعاطي (٤٠ دقيقة): لقد طلب الباحث من أفراد المجموعة أن يتحدث كل منهم عن ما هي إيجابيات وسلبيات التعاطي، من خلال التساؤل الآتي: ما هي الأشياء التي تحبها والأشياء التي لا تحبها بالنسبة لتعاطيك للمخدرات؟ دعنا نبدأ بالأشياء الإيجابية أولاً!

- اختتام الجلسة (١٠ دقائق): بعد أن انتهى الباحث من مناقشة السلبيات والإيجابيات للتعاطي لدى كل فرد من أفراد المجموعة، قام بتقديم تصور كامل عن ما طرحه أفراد المجموعة مؤكداً على أن تعاطي المخدرات هو نمط حياة المدمن وأن سلبيات التعاطي تفوق إيجابياته بكثير. وبعدها شكر المجموعة على حسن المشاركة، وذكرهم بموعد الجلسة المقبلة.

الجلسة الثالثة: التناقض الوجداني

• أهداف الجلسة:

١. التحرك بالمجموعة إلى الأمام نحو الجاهزية للقيام بالتغيير.
٢. الاستبصار بالفارق ما بين السلوكيات الحالية والأمنيات المستقبلية.
٣. مناقشة التناقض الوجداني حول الاستمرار في التعاطي أو القيام بالتغيير.
٤. إظهار الاهتمامات والمخاوف والانشغالات لدى أفراد المجموعة حول تعاطيهم للمخدرات.

• إجراءات الجلسة:

١. افتتاح الجلسة من خلال تقديم تلخيص (٥ دقائق): قام الباحث بتقديم ملخص سريع، مفاده أن أفراد المجموعة ذكروا أنهم كانوا يكرسون كل جهودهم في البحث عن التعاطي. وذلك أثناء جميع الأنشطة اليومية التي يقومون بها من دون مراعاة للآثار السلبية والمشاكل التي قد تترتب على هذه السلوكيات.
٢. استخدام أسلوب مناقشة الحاضر والمستقبل (٤٠ دقيقة): من أجل دفع المجموعة للتحرك نحو الجاهزية للقيام بالتغيير، حاول الباحث إظهار الفارق ما بين سلوكيات أفراد المجموعة خلال الفترة الماضية والحالية وكذلك الأمنيات المستقبلية.

وذلك من خلال التركيز على الأمنيات المستقبلية أولاً عن طريق طرح بعض التساؤلات التالية على كل فرد من أفراد المجموعة، وهي: "كيف تحب أن تتغير الأشياء لكي تناسبك في المستقبل؟ ما هي الحالة والأوضاع التي تحب أن تكون فيها مستقبلاً؟ ما هي أمنياتك المستقبلية؟"

وبعد الانتهاء من ذكر الأمنيات المستقبلية قام الباحث بتلخيصها مشيراً إلى أن أغلب أفراد المجموعة يرغبون في تحسين أوضاعهم الأسرية والاجتماعية، وكذلك أوضاعهم المادية. ومن ثم طرح الباحث على كل فرد من أفراد المجموعة التساؤل التالي: "أنا أتساءل، يا ترى ما الذي يمنعك عن تحقيق ما ترغب فيه؟"

وبعدها قدم الباحث تلخيصاً للسلوكيات الحالية وللأسباب والمعوقات لتحقيق الأمنيات المستقبلية التي طرحها أفراد المجموعة. والمتمثلة في أن التعاطي لا يعطيهم الفرصة الكافية للقيام بتحقيق ما يرغبون فيه، لذا من المفترض عليهم القيام بشيء ما حيال هذا التعاطي.

٣. استخدام أسلوب إظهار المخاوف والهموم والانشغالات (٥٠ دقيقة): من هذه النقطة بدأ الباحث يبحث مع أفراد المجموعة ما هي الأسباب التي تجعلهم منشغلين بال تجاه التعاطي. وقد تم ذلك من خلال طرح بعض الأسئلة المفتوحة واستخدام فينة الاستماع العاكس، وهي كالآتي: ما هي الأمور التي تشغل بالك تجاه التعاطي؟ ما هو السبب الذي يجعل هذا الأمر يشغل بالك؟ هل من الممكن أن تعطيني مثال؟ ما هو الأمر الذي يشغلك بشدة بالنسبة لما ذكرت؟

ومن أجل الاستمرار في استخراج باقي الأسباب المتعلقة بالمخاوف التي تشغل بال أفراد المجموعة حول التعاطي كان الباحث يتابع طرح نفس التساؤلات السابقة، بعد أن يقدم تلخيصاً سريعاً حول كل ما ذكر. وكانت التساؤلات تطرح بهذه الطريقة: ما هي الأمور الأخرى التي تشغل بالك أيضاً حول التعاطي؟ ما هو السبب الذي يجعل هذا الأمر يشغل بالك؟ هل من الممكن أن تعطيني مثلاً؟ ما هو الأمر الذي يشغل بالك بشدة بالنسبة لما ذكرت؟

٤. اختتام الجلسة (١٠ دقائق): وفي نهاية الجلسة قام الباحث بتقديم تلخيص يتضمن أهم الهموم والمخاوف التي تشغل بال أفراد المجموعة حول التعاطي. وأيضاً يتضمن بعض الإيجابيات الخاصة بالتعاطي التي ذكرها أفراد المجموعة سابقاً. وذلك من أجل إبراز التناقض الوجداني الذي يعيشه أفراد المجموعة لكي يدخلوا في دائرة المقارنة ما بين الاستمرار في التعاطي أو

التوقف عنه. وبعد ذلك شكر الباحث المجموعة على حسن المشاركة وذكرهم بموعد الجلسة المقبلة.

الجلسة الرابعة: صنع القرار

• أهداف الجلسة:

٣. الوصول إلى صنع القرار.
٤. الشعور بالمسؤولية الذاتية تجاه التغيير.

• إجراءات الجلسة:

١. افتتاح الجلسة من خلال تقديم تلخيص (١٠ دقائق): قام الباحث بافتتاح هذه الجلسة من خلال تقديم تلخيص يتضمن أهم الهموم والمخاوف التي ذكرها أفراد المجموعة حول ما يشغل بالهم تجاه التعاطي، وكذلك قام بذكر بعض الأمنيات المستقبلية التي ذكرها أفراد المجموعة سابقاً. ثم طرح عليهم التساؤل التالي: أين يضعكم كل هذا؟

٢. مناقشة صنع القرار (٥٠ دقيقة): من خلال التساؤل السابق عبر كل فرد من أفراد المجموعة عن التناقض الموجود لديه حول التفكير في التغيير أو البقاء على ما هو عليه من تعاطي. ومن أجل مساعدة المجموعة على الوصول إلى مرحلة اتخاذ القرار قام الباحث بطرح مجموعة من الأسئلة على كل فرد من أفراد المجموعة، مبتدئاً بمن كانت لديه المبادرة والجاهزية في التحرك نحو صنع القرار وهي كالاتي:

- ماذا باعتقادك سوف تعمل؟
- اتضح مثل هذه الأمور لك، يفترض أن يكون شيء مزعج. فيما ترى ما هي الخطوة التالية من وجهة نظرك؟
- ما هي خياراتك؟
- ما هي بعض الأشياء التي ستكون جيدة عند القيام بالتغيير؟

٣. تقديم تغذية راجعة (٢٥ دقيقة): لقد طلب الباحث من أفراد المجموعة أن يقدموا ملخصاً سريعاً عن ماذا استفادوا من هذه الجلسة. وكان ذلك بشكل دائري بحيث تحدث كل فرد من أفراد المجموعة عن نفسه شخصياً.

٤. اختتام الجلسة (٥ دقائق): في نهاية الجلسة أكد الباحث على المجموعة بأن الدافعية للقيام بالتغيير تنذبذب من الزيادة إلى الانخفاض وبالعكس. لذلك على الفرد أن يتوقع هذا التذبذب، بل وعليه أن يتوقع أن تتعطل عملية محاولة القيام بالتغيير. ولكن هذا لا يعني أنه إذا تعرض العميل إلى مثل هذه الأخطاء

عدم وجود إمكانية للقيام بالتغير. وبعدها شكر المجموعة وذكرهم بموعد الجلسة المقبلة.

الجلسة السادسة: القياس البعدي

- هدف الجلسة:

١. تطبيق القياس البعدي لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة.

- إجراءات الجلسة:

١. افتتاح الجلسة (٥ دقائق): قام الباحث بشرح الهدف من تطبيق هذه المقاييس موضحاً أن كل ذلك من أجل تحسين البرامج العلاجية وخدمة العملية العلاجية بشكل عام المقدمة للمرضى داخل المستشفى.

٢. تطبيق القياس البعدي (٣٠ دقيقة): في هذه الجلسة قام الباحث مرة ثانية بإعادة تطبيق المقاييس الخاصة بقياس مستوى الدافعية على كلا المجموعتين.

- اختتام الجلسة (٥ دقائق): بعد تطبيق المقاييس قام الباحث بشكر أفراد المجموعة على حسن المشاركة متمنياً لهم بالتوفيق والنجاح في مسيرتهم العلاجية.

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

أولاً - عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها

ثانياً - عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها

ثالثاً - الخلاصة

رابعاً - التوصيات

خامساً - آفاق البحث المستقبلية

عرض النتائج ومناقشتها

أولاً - عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

أ - عرض النتائج

الفرض الأول والذي نصه " وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة الإرشادية في متغير الدافعية للعلاج يشير إلى فعالية البرنامج في شحذها".

تم استخدام اختبار "ويلكسون" للفرق بين متوسطين مرتبطين لجماعة صغيرة عددها (ثمانية) في هذه الدراسة من أجل تقدير الفرق بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة الإرشادية وقد كانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (١٣)
درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس
(مرحلة ما قبل التفكير في التغير)

المفحوص	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي
١	٢,٠٠	١,٧١
٢	٣,١٤	٢,٠٠
٣	٢,٥٧	١,٥٧
٤	٢,٥٧	٢,٤٣
٥	٢,٢٩	٢,٠٠
٦	٢,٥٧	٢,٠٠
٧	٢,٢٩	١,٧١
٨	١,٨٦	٢,٤٣

نتائج اختبار "ويلكسون" على هذا المقياس الفرعي، كالآتي:

متوسط الرتب للقياس القبلي = ١٠,٩٤

متوسط الرتب للقياس البعدي = ٦,٠٦

درجة اختبار "ويلكسون" = ٤٨,٥٠

الدرجة الزائفة = ٢,٠٧٤

مستوى الدلالة = ٠,٠٣٨

حين نفحص نتائج الجدول السابق نجد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٣٨) بين القياسين القبلي والبعدي في (مرحلة ما قبل التفكير في التغير) لصالح القياس البعدي.

جدول رقم (١٤)
درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس
(مرحلة التفكير في التغير)

المفحوص	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي
١	٤,١٤	٤,٥٧
٢	٤,٢٩	٤,٥٧
٣	٤,٠٠	٤,١٤
٤	٣,٤٣	٤,٠٠
٥	٤,٤٣	٤,٤٣
٦	٣,٧١	٤,٢٩
٧	٣,٥٧	٤,١٤
٨	٤,١٤	٤,١٤

نتائج اختبار "ويلكسون" للرتب على هذا المقياس الفرعي، كالآتي:
متوسط الرتب للقياس القبلي = ٦,٤٤
متوسط الرتب للقياس البعدي = ١٠,٥٦
درجة اختبار "ويلكسون" = ٥١,٥٠
الدرجة الزائفة = ١,٧٦٤-
مستوى الدلالة = ٠,٠٨٣

حين نفحص نتائج الجدول السابق نجد أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في (مرحلة التفكير في التغير).

جدول رقم (١٥)
درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس
(مرحلة القيام بالفعل)

المفحوص	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي
١	٣,٢٩	٣,٧١
٢	٣,٨٦	٤,٤٣
٣	٣,٤٣	٤,٢٩
٤	٣,٢٩	٤,٢٩
٥	٣,٢٩	٣,٧١
٦	٣,٤٣	٣,٧١
٧	٢,٨٦	٤,٠٠
٨	٣,٠٠	٣,٠٠

نتائج اختبار "ويلكسون" للرتب على هذا المقياس الفرعي، كالآتي:
متوسط الرتب للقياس القبلي = ٥,٦٩
متوسط الرتب للقياس البعدي = ١١,٣١

درجة اختبار "ويلكسون" = ٤٥,٥٠
 الدرجة الزائفة = ٢,٣٨٢-
 مستوى الدلالة = ٠,٠١٥

حين نفحص نتائج الجدول السابق نجد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١٥) بين القياسين القبلي والبعدي في (مرحلة القيام بالفعل) لصالح القياس البعدي.

جدول رقم (١٦)
 درجات المفحوصين على المقياس الفرعي الخاص بقياس
 (مرحلة الحفاظ على التغير)

المفحوص	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي
١	٤,٠٠	٤,٠٠
٢	٤,١٧	٤,٥٠
٣	٣,٨٣	٤,٥٠
٤	٢,٨٣	٣,٨٣
٥	٤,٠٠	٤,٠٠
٦	٣,٥٠	٤,٠٠
٧	٢,٥٠	٣,٣٣
٨	٢,٨٣	٢,٨٣

نتائج اختبار "ويلكسون" للرتب على هذا المقياس الفرعي، كالآتي:
 متوسط الرتب للقياس القبلي = ٧,٠٦
 متوسط الرتب للقياس البعدي = ٩,٩٤
 درجة اختبار "ويلكسون" = ٥٦,٥٠
 الدرجة الزائفة = ١,٢٣٢-
 مستوى الدلالة = ٠,٢٣٤

حين نفحص نتائج الجدول السابق نجد أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في (مرحلة الحفاظ على التغير).

جدول رقم (١٧)
الدرجات الكلية للدافعية لدى المفحوصين على
على مقياس (URICA)

المفحوص	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي
١	٩,٤٣	١٠,٥٧
٢	٩,١٧	١١,٥٠
٣	٨,٦٩	١١,٣٦
٤	٦,٩٨	٩,٦٩
٥	٩,٤٣	١٠,١٤
٦	٨,٠٧	١٠,٠٠
٧	٦,٦٤	٩,٧٦
٨	٨,١٢	٧,٥٥

نتائج اختبار "ويلكسون" للرتب على هذا المقياس، كالآتي:

متوسط الرتب للقياس القبلي = ٥,٢٥

متوسط الرتب للقياس البعدي = ١١,٧٥

درجة اختبار "ويلكسون" = ٤٢,٠٠

الدرجة الزائفة = ٢,٧٣٣-

مستوى الدلالة = ٠,٠٠٥

حين نفحص نتائج الجدول السابق نجد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي في (الدرجة الكلية للدافعية) على مقياس (URICA) لصالح القياس البعدي.

جدول رقم (١٨)
الدرجات الكلية للدافعية لدى المفحوصين على
مقياس (الدافعية العلاج)

المفحوص	درجة القياس القبلي	درجة القياس البعدي
١	٥,٠٠	٥,٠٠
٢	٩,٠٠	٩,٠٠
٣	٩,٠٠	٩,٠٠
٤	٨,٠٠	٨,٠٠
٥	٤,٠٠	٤,٠٠
٦	٥,٠٠	٥,٠٠
٧	٨,٠٠	٨,٠٠
٨	٩,٠٠	٩,٠٠

نتائج اختبار "ويلكسون" للرتب على هذا المقياس، كالآتي:

متوسط الرتب للمقياس القبلي = ٨,٥٠

متوسط الرتب للمقياس البعدي = ٨,٥٠

درجة اختبار "ويلكسون" = ٦٨,٠٠

الدرجة الزائفة = ٠,٠٠٠

مستوى الدلالة = ١,٠٠٠

حين نفحص نتائج الجدول السابق نجد أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في (الدرجة الكلية للدافعية) على مقياس (الدافعية للعلاج).

ب - مناقشة النتائج

بالنظر إلى نتائج هذا الفرض نجد أنه لا توجد هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في الدرجة الكلية للدافعية لدى المفحوصين على مقياس (الدافعية للعلاج)، وكذلك لم تظهر أية فروق ذات دلالة إحصائية على المقاييس الفرعية لمقياس (URICA) والخاصة بكل من (مرحلة التفكير في التغير، ومرحلة الحفاظ على التغير) كما هو موضح في كل من الجدول رقم (١٨) والجدول رقم (١٤) والجدول رقم (١٦) مما يشير إلى عدم فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة في تنمية دافعية عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات.

وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة كل من (بروان، وآخرون، ١٩٩٣)، (بين، وآخرون، ١٩٩٣)، (سواندرز، وآخرون، ١٩٩٥)، (بيرق سمث، وآخرون، ١٩٩٦)، (ديلي، وآخرون، ١٩٩٨)، (هيبير، ١٩٩٨)، (سوانسون، وآخرون، ١٩٩٩)، (ماكنلي، ٢٠٠٣)، (روهنسو، وآخرون، ٢٠٠٤) حيث هدفت جميع هذه الدراسات إلى اختبار مدى فاعلية استخدام برامج علاجية خاصة بشحذ الدافعية للعلاج في تنمية دافعية مجموعة من المدمنين وقد أسفرت جميع نتائج هذه الدراسات عن فعالية استخدام البرامج الخاصة بشحذ الدافعية في تنمية الدافعية للعلاج لدى أفراد العينات العلاجية الخاصة بهذه الدراسات.

وقد يرجع السبب في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية الإرشادية على المقاييس السابقة إلى قلة عدد الجلسات العلاجية الخاصة بالبرنامج المطبق في هذه الدراسة.

فبالرغم من أن هذا البرنامج قد اشتمل على عدة أساليب وفنيات مهمة وذات صلة وثيقة بتنمية الدافعية للقيام بالتغير والعلاج والتي منها أسلوب التعامل مع التناقض الوجداني والذي أكد على أهميته كل من (Zange, et, al., 2004) في دراستهم

التي هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على دافعية القيام بالتغير لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الكحول حيث أسفرت نتائج دراستهم عن وجود أثر واضح لعامل التناقض الوجداني في التأثير على دافعية المعتمدين على تعاطي الكحول للعلاج، وكذلك اشتمل البرنامج على الأسلوب الذي يشتمل على الفنيات العلاجية التي تركز على زيادة الوعي بالآثار السلبية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات والذي أكد على أهميته كل من (Hando, et, al., 1997) في دراستهم التي هدفت إلى تحديد الأساليب العلاجية المفضلة لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات إلا أن البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية لم يظهر فعاليته مع هذه المجموعة وقد يرجع السبب في ذلك إلى عدم حصول أفراد المجموعة على الوقت الكافي للاستفادة من الفنيات والأساليب العلاجية الجيدة المطبقة في هذا البرنامج والتي تقتضي زيادة عدد الجلسات الإرشادية لكي تتيح الوقت الكافي لتطبيق وتشغيل هذه الفنيات.

ومما يؤكد أيضا على أهمية أن يشتمل البرنامج الإرشادي الخاص بتنمية الدافعية للعلاج على جلسات علاجية كافية بحيث تزيد عن أربع جلسات هو ما توصلت إليه نتائج دراسة (مدحت عبدالحميد، ٢٠٠٣) والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي مقترح في رفع دافعية الجماعة العلاجية وتقليل أسباب الهروب ومؤشراته لديهم لدى عينة من المعتمدين على تعاطي المخدرات من المرضى السعوديين حيث كان البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة مكون من (١٦ جلسة) علاجية وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد الجماعة العلاجية على كل من مقياس تقويم الدافعية العلاجية وقائمة مراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية يرجع لفعالية البرنامج المقترح في زيادة الدافعية وتقليل سلوكيات الهروب مما يشير إلى أهمية أن يكون البرنامج العلاجي الخاص بتنمية الدافعية والمطبق على عينة من البيئة السعودية مشتملاً على جلسات علاجية كافية لكي تتناسب مع تلك العينة.

وفي المقابل أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي في الدرجة الكلية للدافعية لدى الجماعة الإرشادية على مقياس (URICA) حيث كان متوسط رتبهم في القياس القبلي هو (٥,٢٥) بينما كان متوسطهم في القياس البعدي هو (١١,٧٥). وكذلك وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٣٨) و عند مستوى دلالة (٠,٠١٥) على المقاييس الفرعية من هذا المقياس والخاصة بكل من (مرحلة ما قبل التفكير في التغير، ومرحلة القيام بالفعل) حيث كان متوسط الرتب للجماعة الإرشادية على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة ما قبل التفكير في التغير) في القياس القبلي هو (١٠,٩٤) بينما كان متوسطهم في القياس البعدي هو (٦,٠٦)، وكان متوسط الرتب للجماعة الإرشادية على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة القيام بالفعل) في القياس القبلي هو (٥,٦٩) بينما كان متوسطهم في القياس البعدي هو

(١١,٣١) كما هو موضح في كلٍ من الجدول رقم (١٧) والجدول رقم (١٣) والجدول رقم (١٥).

وقد يرجع السبب في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية الإرشادية على مقياس (URICA) إلى أنه قد تم التركيز على شرح البرنامج أكثر من التركيز على شرح أداة القياس والذي قد يكون سبباً في عدم فهم بعض المرضى لما هو مطلوب من المقياس، وكذلك قد يرجع السبب إلى الإنخفاض الشديد لدى المرضى في الإستفسار عن المقاييس.

ثانياً - عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

عرض النتائج

الفرض الثاني والذي نصه "وجود فروق جوهرية بين الجماعتين التجريبية الإرشادية، والضابطة في تحسن دافعية العلاج لدى الأولى مشيراً إلى فعالية البرنامج في شحذها".

تم استخدام اختبار "مان وتني" للفرق بين متوسطين غير مرتبطين لجماعة صغيرة في هذه الدراسة من أجل تقدير الفرق في مستوى الدافعية بين الجماعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقاييس الدافعية وقد كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (١٩)

دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "مان وتني" للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقاييس الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة

مرحلة التغير	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	درجة اختبار "مان وتني"	الدرجة الزائفة	مستوى الدلالة
مرحلة ما قبل التفكير في التغير	٥,٣٨	١٢,٢٢	٧,٠٠	٢,٨٠٦-	<u>٠,٠٠٤</u>
مرحلة التفكير في التغير	١٠,٧٥	٧,٤٤	٢٢,٠٠	١,٣٦٠-	٠,٢٠٠
مرحلة القيام بالفعل	٩,٣٨	٨,٦٧	٣٣,٠٠	٠,٢٩٢-	٠,٨١٥
مرحلة الحفاظ على التغير	٨,١٩	٩,٧٢	٢٩,٥٠	٠,٦٣٦-	٠,٥٤١
درجة الدافعية على مقياس (URICA)	١٠,٨٨	٧,٣٣	٢١,٠٠	١,٤٤٧-	٠,١٦٧
درجة الدافعية على مقياس دافعية العلاج	٨,٣٨	٩,٥٦	٣١,٠٠	٠,٤٩٤-	٠,٦٧٣

حين نفحص نتائج الجدول السابق سنجد أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في مستوى الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة ما عدا وجود فرق واحد فقط ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٤) في مستوى الدافعية على المقياس الفرعي الخاص

بقياس (مرحلة ما قبل التفكير في الغير) من مقياس (URICA) لصالح المجموعة التجريبية الإرشادية.

مناقشة النتائج

بالنظر إلى نتائج هذا الفرض نجد أنه لا توجد هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على كل من مقياس دافعية العلاج ومقياس (URICA) ومقاييسه الفرعية الخاصة بقياس كل من (مرحلة التفكير في التغير) و (مرحلة القيام بالفعل) و (مرحلة الحفاظ على التغير) في مستوى الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة مما يعني عدم تحقق الفرض الثاني.

وقد اختلفت هذه النتائج مع نتائج ما توصلت إليه الدراسات السابقة مثل، دراسة (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣) والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي مقترح في رفع دافعية الجماعة العلاجية وتقليل أسباب الهروب ومؤشراته لديهم والتي طبقت على نفس مجتمع عينة الدراسة الحالية وهو المجتمع السعودي والتي أسفرت نتائجها عن وجود فرق جوهري بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد الجماعة العلاجية على كل من مقياس تقويم الدافعية العلاجية، وقائمة مراجعة أسباب الهروب من المؤسسة العلاجية يرجع لفعالية البرنامج المقترح في زيادة الدافعية وتقليل سلوكيات الهروب وهذا يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي العقاقير في تنمية دافعيتهم للعلاج.

وكذلك اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (بيكر، وآخرون، ٢٠٠٥) والتي هدفت إلى مضاعفة وتمديد دراسة أولية قام بها (بيكر، وآخرون، ٢٠٠١)، حول استخدام تدخلات علاجية تجمع ما بين كل من المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات في تنمية دافعيتهم للعلاج. والتي أسفرت عن وجود فرق واضح بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة العلاجية يرجع لفعالية التدخلات العلاجية التي تجمع ما بين أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية والعلاج المعرفي السلوكي. وهذا يشير إلى فعالية الأسلوب المستخدم في هذه الدراسة والخاص بشحذ الدافعية لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات الذين يحضرون برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية دافعيتهم للعلاج.

وقد يرجع السبب في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على كل من مقياس دافعية العلاج ومقياس (URICA) ومقاييسه الفرعية الخاصة بقياس كل من (مرحلة التفكير في التغير) و

(مرحلة القيام بالفعل) و (مرحلة الحفاظ على التغيير) في مستوى الدافعية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة إلى قلة عدد الجلسات العلاجية الخاصة بالبرنامج المطبق في هذه الدراسة.

وأيضاً قد يرجع السبب في ذلك إلى عدم إعداد الباحث بشكل جيد لتطبيق هذا البرنامج حيث أن الباحث قد قام شخصياً بتطبيق هذا البرنامج على عينة الدراسة الحالية حيث أكد كل من (روتجرز، وزملاءه) عندما فسروا روح المقابلة المحفزة للدافعية The Spirit of Motivational Interviewing على أن الكثير من الذين استخدموا أسلوب المقابلة المحفزة للدافعية في التعامل مع فئات ادمانية أو غير ادمانية عادة ما يدركون بعد انتهائهم من تطبيق البرنامج الخاص بتنمية الدافعية أنهم غير مؤهلين بما فيه الكفاية للتعامل مع العملاء أو (المرضى) الذين يعانون من تناقض وجداني حول سلوك معقد مثل تعاطي الكحول والمخدرات والتي منها الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات. فقد أكدوا على أن العلاقة ما بين المعالج والعميل هي بمثابة معادلة تنتج عنها الدافعية بحيث تكون الدافعية هي حاصل ضرب (مساهمة ومشاركة العميل) في (مهارة المعالج) وهي كالآتي:

$$\text{الدافعية} = (\text{مساهمة العميل} \times \text{مهارة المعالج})$$

ويتضح من المعادلة السابقة أن مهارة المعالج لها دور كبير في تنمية الدافعية فهو لا يضيف دافعية إلى دافعية العميل وإنما هو يضاعف وينمي الدافعية الموجودة لدى العميل حيث أن العميل يأتي إلى العلاج ولديه دافعية للتغيير حتى ولو كانت بسيطة ومن ثم يقوم المعالج بمحاولة مضاعفة وتنمية هذه الدافعية من خلال مهاراته الخاصة التي تسهم في التأثير على العميل للتحرك نحو القيام بالتغيير. (Rotgers, et, al., 2003, pp: 298-299)

وفي المقابل فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٤) في مستوى الدافعية للقيام بالتغيير على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة ما قبل التفكير في التغيير) من مقياس (URICA) حيث كان متوسط رتب المجموعة التجريبية الإرشادية في القياس البعدي هو (٥,٣٨) بينما كان متوسط رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي هو (١٢,٢٢) كما هو موضح من الجدول رقم (١٩).

وقد يرجع السبب في وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٤) في مستوى الدافعية للقيام بالتغيير على المقياس الفرعي الخاص بقياس (مرحلة ما قبل التفكير في التغيير) من مقياس (URICA) إلى وجود توجس لدى بعض المرضى في التعامل مع مثل هذه المقاييس في المجتمعات العربية. وإيضاً قد يرجع السبب إلى الطبيعة الخاصة للمدمنين في المراوغة والكذب.

ثالثاً - الخلاصة:

خلصت هذه الدراسة إلى عدم تحقق الفرض الأول الذي ينص على "وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة الإرشادية في متغير الدافعية للعلاج يشير إلى فعالية البرنامج في شحذها"، وكذلك عدم تحقق الفرض الثاني الذي ينص على "وجود فروق جوهرية بين الجماعتين التجريبية الإرشادية، والضابطة في تحسن دافعية العلاج لدى الأولى مشيراً إلى فعالية البرنامج في شحذها" مما يعني أن الأمر بحاجة إلى مزيد من الدراسات من قبل باحثين آخرين.

رابعاً - التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية أصبح من الضروري:

١. إعداد بروتوكول علاجي متكامل خاص بتنمية الدافعية للعلاج في المجتمع العربي بشكل عام والمجتمع العربي السعودي بشكل خاص بصور مختلفة بحيث يمكن استخدامه مع مختلف الفئات الإدمانية سواء كانوا مرضى منومين داخل المستشفى أو متابعين في العيادات الخارجية من المعتمدين على تعاطي الكحول والمخدرات بشتى أنواعها بحيث تتناسب مع المجتمع العربي بشكل عام والسعودي بشكل خاص ومتطلباتهم من ناحية الاهتمام بالمواضيع الدينية والعقائدية وأهميتها بالنسبة لهم.

٢. إعداد دورات تدريبية للأخصائيين في كيفية تصميم برامج إرشادية خاصة بتنمية الدافعية للعلاج.

خامساً - آفاق البحث المستقبلية

في ضوء تناولنا لموضوع الدراسة يمكن اقتراح بعض الدراسات المؤمل إجراءها مستقبلاً وهي:

١. إجراء دراسات مماثلة لتنمية الدافعية للعلاج تتضمن برامج إرشادية تتناسب مع ثقافة المدمن العربي.
٢. إجراء دراسات لمعرفة العوامل المؤثرة على تنمية الدافعية للعلاج لدى المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات.
٣. تصميم اختبارات أخرى خاصة بقياس مستوى الدافعية للعلاج ذات متغيرات أخرى متعددة.

٤. إجراء دراسات مماثلة على عينات وفئات ادمانية أخرى ومقارنة بعضها ببعضها الآخر لدى عينات ثقافية عبر حضارية تشمل عينات عربية أخرى.

المراجع

قائمة المراجع

١. إبراهيم نافع، (١٩٩١): كارثة الإدمان. مركز الأهرام للترجمة والنشر.
٢. أيمن عامر، (٢٠٠٤): الإدمان كسلوك متعلم: نظرية في الدوافع المكتسبة والعمليات المتضادة. المجلة القومية للتعاوي والإدمان، المجلد الأول، العدد الثاني.
٣. ادوارد. ج موراي، (١٩٨٨): الدافعية والانفعال (ترجمة: احمد عبدالعزيز سلامة، محمد عثمان نجاتي). دار الشروق.
٤. جمال الدين ابن منظور، (١٩٩٥): لسان العرب. بيروت، دار صادر للطباعة والنشر.
٥. جواد فطاير، (٢٠٠١): الإدمان: أنواعه، مراحله، علاجه. القاهرة - مصر، الطبعة الأولى، دار الشروق.
٦. خليل ميخائيل معوض، (٢٠٠١م): علم النفس العام. مركز الإسكندرية للكتاب.
٧. صالح حسن احمد الداهري، وهيب مجيد الكبيسي، (١٩٩٩): علم النفس العام. اربد- الأردن، دار الكندي للنشر والتوزيع.
٨. صالح الشيخ كمر، (١٩٨٥): الإدمان على الكحول. ، الجمهورية العراقية- وزارة الثقافة والإعلام، دائرة الشؤون الثقافية والنشر.
٩. صابر خليفة، (٢٠٠٣): مبادئ علم النفس، الطبعة الأولى. الأردن- عمان، أسامة للنشر والتوزيع.
١٠. عماد عبدالرحيم الزغلول، على فالح الهنداوي، (٢٠٠٤م): مدخل إلى علم النفس، العين، دار الكتاب الجامعي.
١١. علي فالح الهنداوي، عماد عبدالرحيم الزغلول، (٢٠٠٢): مبادئ أساسية في علم النفس. دار حنين للنشر والتوزيع، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
١٢. عبدالله عمر سالم الجوهي، (٢٠٠٤): رسالة دكتوراه عن اثر النموذج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مرضى الإدمان. مصر- جامعة

المنيا.

١٣. عبدالرحمن عدس، محي الدين توق، (٢٠٠٥): المدخل إلى علم النفس. عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

١٤. عبدالحميد محمد شاذلي، (٢٠٠١): علم النفس العام. الأزاربطة الإسكندرية، المكتبة الجامعية.

١٥. عبدالمجيد سيد احمد منصور، (١٩٨٦): الإدمان: أسبابه ومظاهره (الوقاية والعلاج). المملكة العربية السعودية- وزارة الداخلية- مركز أبحاث مكافحة الجريمة، سلسلة كتب مكافحة الجريمة، الكتاب الخامس.

١٦. عبدالهادي مصباح، (٢٠٠٤): الإدمان. القاهرة، الدار المصرية اللبنانية، الطبعة الأولى.

١٧. فيصل عباس، (١٩٩١): التحليل النفسي للذات الإنسانية (النظرية والممارسة). بيروت، دار الفكر اللبناني.

١٨. فاخر عاقل، (١٩٧٥): دراسة التكيف البشري، الطبعة الرابعة. بيروت للنشر.

١٩. مدحت عبدالحميد أبوزيد، (٢٠٠٣): العلاج النفسي وتطبيقاته: بروتوكولات علاجية ودراسات محلية في العلاج التعليمي، وجماعات النمو الخبري، والعلاج بالتفاعل الشخصي الجشطالتي (هنا والآن)، والعلاج بشدذ الدافعية. الأزاربطة - مصر، دار المعرفة الجامعية.

٢٠. مدحت عبدالحميد أبو زيد، (٢٠٠٣): لهفة الإدمان: تشخيصها وعلاجها. الأزاربطة - مصر، دار المعرفة الجامعية.

٢١. مایسة جمعة، (٢٠٠٤): عرض كتاب: التأهيل النفسي والاجتماعي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها. الدليل الأول: مدخل تمهيدي إلى مدمني المخدرات. المجلة القومية للتعاطي والإدمان، المجلد الأول، العدد الثاني، يوليو ٢٠٠٤.

٢٢. مصطفى سويف، (٢٠٠٢): مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. الدار المصرية اللبنانية.

٢٣. محمد عودة الريمائي، (٢٠٠٤): علم النفس العام. عمان، دار المسيرة للنشر والطباعة.

٢٤. مصطفى حسين باهي، أمينة إبراهيم شلبي، (١٩٩٨): الدافعية (نظريات وتطبيقات). القاهرة، مركز الكتاب للنشر.

٢٥. محمد عباس منصور، (١٩٩٥): المخدرات: التجارة المشروعة وغير المشروعة. دار نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.

٢٦. محمد سلامه غباري، (١٩٩٩): الإدمان: أسبابه، ونتائجه، وعلاجه (دراسة ميدانية). الأزاريطة – الأسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

٢٧. نائلة حسن فائق محمود، (١٩٩٩): دراسة تجريبية في تنمية دافعية الإنجاز، مقدمة لكلية البنات- جامعة عين شمس.

٢٨. هنادي احمد راشد رستم، (٢٠٠٥): الخصائص الشخصية التي يتمتع بها المدمنون المتعافون، ماجستير تحت إشراف أ. د. مدحت عبدالحميد - جامعة البحرين.

29. Abo-Saleh, M. T. (2002): Biological Aspects of Addictive Behavior. The Arab Federation of Psychiatrists. Vol. 13, No. 1. p: (1-9).
30. Alotaibi, A. M. M. (2000): Predictors of Motivation Among Opiate Addicts Seeking Methadone Treatment. University of London.
31. Anderson, D. M. Chief Lexicographer (2002): MOSBY'S MEDICAL, NURSING, and ALLIED HEALTH DICTIONARY, sixth edition, by Mosby, Inc, p: 1123.
32. Baker, A. Boggs, T. G. Lewin, T. J. (2001): Randomized controlled of brief cognitive-behavioral interventions among regular users of amphetamine. Journal of Addiction, 96, p: 1279-1287.
33. Baker, A. Lee, N. (2003): A review of psychology interventions for amphetamine use. Journal of Drug and Review, 22, 323-353.

34. Baker, A. Lee, N. Claire, M. Lewin, T. J. Grant, T. Pohlman, S. Saunders, J. B. Kay-Lambkin, F. Constable, P. Jenner, L. Carr, V. J. (2005): Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Journal of Addiction*, 100, 3, p:367-378.
35. Beck, R. C. (1983): *Motivation Theories and Principles*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
36. Beck, A. T. Wright, F. D. Newman, C. F. (1993): *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, New York.
37. Beers, M. H., Fletcher, A. J., Jones, T. V., Porter, P., Berkwits, M., kaplan, J. L. (2003): *The Merck Manual of Medical Information-Second Home Edition*. Merck & Co. Inc. U.S.A.
38. Bien, T. H. Miller, W. R. Boroughs, J. M. (1993): Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
39. Berg-Smith, S. M. Stevens, V. J. Brown, K. M. Van Horn, L. Gernhofer, N. Peters, E. Greenberg, R. Snetselaar, L. Ahrens, L. Smith K. (1996): A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. In press (*Health Education Research*).
40. Borgatta, E. F. (2000): *Encyclopedia of Sociology*, Second Edition, volume 1. Macmillan Reference U.S.A.
41. Brown, J. M. Miller, W. R. (1993): Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
42. Carrol, K. M. Nich, C. Ball, S. A. McCance, E. Frankforter, T. L. Rounsaville, B. J. (2000): One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95, 1335-1349.
43. Carrol, M. E. (1993): The Economic Context of Drug and non-Drug Reinforces Affects Acquisition and Maintenance of Drug-reinforced Behavior and Withdrawal Effects. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 33, 201-210.

44. Christner, A. M. (1993): Reference Guide to Addiction Counseling. Second Edition. Manisses Communication Group. Inc. U.S.A.
45. Daley, D. C. Salloum, I. M. Zuckoff, A. Kirisci, L. Thase, M. E. (1998): Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1611-1613.
46. Doweiko, Harold E (2002): Concepts of chemical dependency. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Thomson Learning.
47. Dorland, (2003): DORLAND'S ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY, 30th edition, by Saunders, Philadelphia, p: 1175.
48. David, J. A. Dozois, A. Henny, A. Westra, B. Kerry, A. Tak, S. Fung, C. Jennifer, K. F. Garry, A. (2004): Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behavior Research and Therapy*, 42, 711-729.
49. Froedge, S. W. (2003): The extent that field dependence/independence and motivation predicts the variability in length of stay in a drug and alcohol treatment facility. WALDEN UNIVERSITY.
50. Goldstein, A. (2001): Addiction From Biology to Drug Policy. Oxford University Press, Inc.
51. Hando, J. Hall, W. (1993): Amphetamine user among young Adults in Sydney, Astralia. Sydney: National Drug and Alcohol Resarch Center.
52. Harper, R. (1998). An Evaluation of Motivational Interviewing. Middlesex Probation Service, London WIP 9LA.
53. Heather, N. (1992) Addiction Disorder are Essentially Motivated Problem. *British Journal of Addiction*. 87, 828-830.
54. Hollyforde, S. Whiddett, S. (2003) The Motivation Handbook.

2ed. Jaico Publishing House.

55. Hashemian, K. (1995) Reading in Psychology. The Center for Studying and Compiling University Books in Humanities (SAMT).
56. Hando, J. Topp, L. Hall, W. (1997): Amphetamine-related harms and treatment preferences of regular amphetamine users in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Dependence*. 46, 105-113.
57. Hall, W. Darke, S. Ross, M. Wodak, A. (1993): Patterns of drug use and risk-taking among injecting amphetamine and opioid drug users in Sydney, Australia. *Addiction*. 88, 509-516.
58. Hawkins, J. Catalano, R. Gillmore, M. Wells, E. (1989): Skills training for drug abusers: generalization, maintenance and effects on drug use. *Consult Clin Psychology*. 57, 559-563.
59. Hando, T. Topp, L. Hall, W. Amphetamine-related harms and treatment preferences of regular users in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend*. 46, 105-113.
60. Helstrom, A. W., (2003) A smoking intervention for high-risk adolescents. University of Colorado at Boulder, U.S.A.
61. Ingersoll, K. A. Wagner, G. G. (1997) A group-based Motivational Enhancement Treatment Manual. Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center.
62. Institute of Medicine, (1990 b) Treating Drug Problems. National Academy Press, Washington, DC.
63. James, W. Preston, N. J. Koh, G. Spencer, S. R. Castle, D. J. (2004). A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomized controlled trial. *Journal of Psychological Medicine*, 34 (6), 983-990.
64. John, D. Kwiatkowski, C. F. Booth, R. E. (2001): Differences among out-treatment drug injectors who use stimulants only, opiates only or both: implications for treatment entry. *Drug Alcohol Dependence*. 64, 165-172.
65. Khantzian, E. J. (1980) An Ego/Self Theory of Substance

Dependence. Government Printing Office, Washington, DC, U.S.

66. Klee, H. Wright, S. Morris, T. (1999): Amphetamine users in treatment: factors associated with sustained abstinence form street. *Addict Res.* 7, 239-265.
67. Levin, J. D. Gordon, N. C. Fields, H. L. (1978) The Mechanism of Placebo Analgesia. *Journal of Lancet.* 2, 645-7.
68. Landry, M. G. Smith, D. E. and Steinberg, J. R. (1991) Anxiety, Depression, and Substance Use Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prescribing Practices. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23 (4): 397- 416.
69. Linda C. Sbell, Consensus Panel Member, (1999) Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment :Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35"
70. Miller, R. W. (1995) Motivation Enhancement Therapy with Drug Abusers. Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center.
71. Marlatt, G. A. Gordon, J. R. (1985) Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behaviors. The Guilford Press. New York.
72. McNally, A. M. (2003) Motivational interventions for problematic alcohol use: In search of the mechanisms of action. BOSTON UNIVERSITY.
73. McAuliffe, W. E. Dordon, R. A. (1980) Reinforcement and The Combination of Effects: Summary of A theory of Opiate Addiction. Government Printing Office, Washington, DC, U.S.
74. Newsom, J. T. Kaplan, M. S. Huguet, N. McFarland, B. H. (2004). Health behaviors in a representative sample of older Canadians: Prevalences, reported change, motivation to change, and perceived barriers. *Journal of The Gerontology*, 44 (2), 193-205.
75. Nyamathi, A. Longshore, D. Galaif, E. R. Leake, B. (2004) Motivation to stop substance use and psychological and environmental characteristics of homeless women. *Journal of*

Addictive Behavior, 29 (9), 1839-1843.

76. Ogden, J. (1996) Health Psychology. Open University Press. Philadelphia.
77. Petri, H. L. (1986) Motivation: Theory and Research. 2.ed. Wodsworth. Inc.
78. Patterson, W. A. (2003) Substance abuse treatment profiling: A case study of the St. Jude Women's Recovery Center (Kentucky). UNIVERSITY OF LOUISVILLE.
79. Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, D., Dikow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., Galloway, G. P., Herrel, J., Huber, A., McCan, M. J., Obert, J., Pennel, S., Reiber, C., Vandersloot, D., Zweben, J., and the methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. (2004) A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. The Journal of Addiction, 99, 705-717.
80. Rollnick, S, Heather, N. Bell, A. (1993) Negotiating Behavior Change in Medical Settings: The Development of Brief Motivational Interviewing. Journal of Mental Health. 1: 25-37.
81. Rohsenow, D. J. Monti, P. M. Martin, R. A. Colby, S. M. Mmyers, M. G. Gulliver, S. B. Brown, R. A. Mueller, T. I. Gordon, A. Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. Journal of Addiction, 99 (7), 862-874.
82. Shorter Oxford English Dictionary (2002). Fifth edition, volume 1 (A-M). Oxford University Press.
83. Swanson, A .J. Pantalon, M.V. Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually-diagnosed patients. Journal of Nervous & Mental Disease, 187, 630-635.
84. Saunders, B. Wilkinson, C. Philips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. Journal of Addiction, 90, 415-424.
85. Sommer, R., Sommer, B., (2002). Behavioral Research: Tools

and Techniques. Fifth Edition, Oxford University Press, Inc.

86. Toniga, J. S. Toscova, R. T. and Connors, G. J (1999) Spirituality and The 12-Step programs: A guide for Calicians. American Psychology Association, Washington, DC.
87. Taylor, W. A. Gold, M. S. (1990): Pharmacologic approaches to the treatment of cocaine dependence. *Western journal med.* 152, 573-577.
88. TIP, 35. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. U.S center for Substance Treatment, TIP Manual 35.
89. Trigwell, P. Grant, P. J. House, A. (1997). Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 307-315
90. Tucker, J. A., Donovan, D. M., Marlatt, G. A. (1999). Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies. The Guilford Press.
91. Vincent, N. Shoobridge, J. Ask, A. Allsop, S. Ali, R. (1998): Physical and mental health problems in amphetamine users from metropolitan, Australia. *Drug Alcohol Review.* 17, 187-195.
92. Van Bilsen, H. P. J. G. (1994). Learning Controlled Drugs Use: A Case Study. *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 87-95.
93. Venes, D. M. (2001) *TABER'S CYCLOPEDIA MEDICAL DICTIONARY*, 19th edition, by F. A. Davis Company, p: 1380.
94. Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., DiClement, C. C. (2001) *Group Treatment for Substance Abuse*. The Guilford Publication, Inc.
95. Vincent, N. Shoobridge, J. Ask, A. Allsop, S. Ali, R. (1999): Characteristics of amphetamine users seeking information, help and treatment in Adelaide, Australia. *Drug Alcohol Review.* 18, 63-73.
96. Weiner, B. (1985) *Human Motivation*. Springer-Verlag New York Inc.

97. Winger, G., Woods, J. H., Hofmann, F. G. (2004). A hand book on Drug and Alcoholic Abuse: The biomedical Aspect, forth edition. Oxford University Press.
98. Wittig, A. F. (2001) Theory and Problems of Introduction to Psychology. 2ed. The McGraw-Hill Companies, Inc.
99. Williams, R. Williams. V. (1994) Anger Kills: Seventeen Strategies for Controlling the Hostility that Can Harm Your Health. Harper Collins, New York.
100. Wilbanks, W. L. (1989) Drug Addiction Should be Treated as a Lack of Self-Discipline. Greenhaven, San Diego.
- 100 Zhang, A. Y. Harmon, J. A. Werkner, J. McCormick, R. A. (2004). Impacts of motivation for change on the severity of alcohol use by patients with severe and persistent mental illness. Journal of Studies On Alcohol, 65 (3), 392-397.

الملاحق

مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA)

ترجمة: د.مدحت عبدالحميد، حسين الهاشم، ٢٠٠٥م

البيانات:

الاسم.....	رقم الملف الطبي.....
الوحدة.....	السن.....
المستوى التعليمي.....	الحالة الاجتماعية.....
المهنة.....	محل الإقامة.....
عدد مرات العلاج.....	عدد مرات الانتكاس.....
مدة البقاء في المستشفى.....	مدة التعاطي.....
التشخيص.....	

التعليمات:

أن كل عبارة في الأسفل تصف شعور الشخص عند بدأ العلاج، أو عند التطرق إلى مشكلاته الحياتية. الرجاء الإشارة إلى مدى الموافقة أو عدم الموافقة مع كل فقرة. في كل إجابة (حالة) ابني اختيارك على شعورك الحالي، وليس بناءً على ما شعرت به في السابق ولا بناءً على ما ترغب في الشعور به لاحقاً. لاحظ أن كل عبارة تشير إلى كلمة "مشكلتك" عليك الإجابة عنها بناءً على مشكلاتك المتعلقة بتعاطي الكحول والمخدرات. أما الكلمات التالية: "هنا" وكلمة "هذا المكان" فهي تشير إلى مركز علاجك (المستشفى).

توجد خمسة احتمالات للإجابة على كل فقرة من فقرات الاستبيان، كالآتي:

- غير موافق تماماً
- غير موافق
- غير متأكد
- موافق
- موافق تماماً

ضع دائرة حول الرقم الذي يعبر عن أفضل وصف لمدى موافقتك أو عدم موافقتك مع كل عبارة من العبارات التالية:

م	المفردة	غير موافق تماماً	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق تماماً
١	بالنسبة لما يهمني فإنه لا توجد عندي أي مشكلات تحتاج إلى التغيير.	١	٢	٣	٤	٥
٢	اعتقد أنني قد أكون مستعداً للقيام ببعض التحسينات في شخصيتي.	١	٢	٣	٤	٥
٣	أنا أقوم ببعض الأشياء حيال المشكلات التي تضايقتني.	١	٢	٣	٤	٥
٤	قد يكون من الجدير بالاهتمام أن اعمل على حل مشكلاتي.	١	٢	٣	٤	٥
٥	أنا لست المشكلة، لذلك لا يعنيني الاهتمام بالتغيير.	١	٢	٣	٤	٥
٦	أن ما يقلقني هو أن أقع في مشكلة قد غيرتها سابقاً، لذلك أنا ابحث عن المساعدة.	١	٢	٣	٤	٥
٧	أنا أقوم ببعض الجهود حيال مشكلتي في الفترة الأخيرة.	١	٢	٣	٤	٥
٨	إنني أفكر انه ربما أنا ارغب في تغيير بعض الشيء عن نفسي.	١	٢	٣	٤	٥
٩	أنا ناجح في التعامل مع مشكلتي، ولكني لست متأكداً من أنني قادر على مواصلة هذه الجهود بمفردي.	١	٢	٣	٤	٥
١٠	في بعض الأحيان تكون مشكلتي، صعبة ولكني مع ذلك أتعامل معها.	١	٢	٣	٤	٥
١١	أن محاولة التغيير مضيعة للوقت إلى حد ما بالنسبة لي، وذلك لأن المشكلة ليس لها علاقة بي.	١	٢	٣	٤	٥
١٢	أتمنى أن أكون قادراً على فهم نفسي.	١	٢	٣	٤	٥
١٣	اعتقد أنه لدي أخطاء، ولكن لا يوجد شيء حقيقي يحتاج للتغيير.	١	٢	٣	٤	٥
١٤	أنا اعمل بشكل جدي من أجل التغيير.	١	٢	٣	٤	٥
١٥	لدي مشكلة، وأنا اعتقد بجدية أنه ينبغي علي أن اعمل عليها.	١	٢	٣	٤	٥
١٦	أنا لم أتابع كما كنت أتمنى ما قمت بتغييره، وأنا أتمنى أن اتقي الانتكاسة في هذه المشكلة.	١	٢	٣	٤	٥
١٧	رغم أنني لم أكن دائم النجاح في التغيير، لكني على الأقل أتعامل مع مشكلتي.	١	٢	٣	٤	٥
١٨	اعتقدت أنني عندما قمت بحل المشكلة سوف أكون حراً منها، ولكني في بعض الأحيان أجد نفسي لا زلت في صراع معها.	١	٢	٣	٤	٥
١٩	أتمنى لو كان عندي أفكاراً إضافية لكيفية حل مشكلتي.	١	٢	٣	٤	٥

م	المفردة	غير موافق تماماً	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق تماماً
٢٠	أنا قد بدأت في التعامل مع مشكلتي، ولكنني أراغب في الحصول على المساعدة.	١	٢	٣	٤	٥
٢١	ربما يستطيع احد ما أو شيء ما مساعدتي.	١	٢	٣	٤	٥
٢٢	قد احتاج حالياً إلى تعزيز لكي يساعدني في الحفاظ على التغيرات التي عملتها.	١	٢	٣	٤	٥
٢٣	قد أكون جزءاً من المشكلة، ولكنني لا اعتقد جدياً أنني المشكلة ذاتها.	١	٢	٣	٤	٥
٢٤	أتمنى لو أن أحدا سيكون لديه نصيحاً جيداً يقدمه لي.	١	٢	٣	٤	٥
٢٥	إن أية شخص يستطيع أن يتحدث عن التغير، أما أنا فحقيقة قد قمت بعمل شيء ما من أجل هذا التغير.	١	٢	٣	٤	٥
٢٦	الحديث عن علم النفس يعد مملاً، وأتساءل لماذا لا يستطيع الناس نسيان مشاكلهم ويكتفون بذلك.	١	٢	٣	٤	٥
٢٧	أنا أصارع نفسي لمنعها من الانتكاسة في مشكلتي.	١	٢	٣	٤	٥
٢٨	انه لشيء محبط، فأنا اشعر أنني سأقع مرة أخرى في المشكلة التي قمت بحلها سابقاً.	١	٢	٣	٤	٥
٢٩	لدي مشاكل ولكن كما فعل الشاب الآخر، لماذا أضيع الوقت في التفكير فيها.	١	٢	٣	٤	٥
٣٠	أنا أتعامل مع مشكلتي بفعالية.	١	٢	٣	٤	٥
٣١	أنا أراغب في التعامل مع أخطائي بدلاً من تغييرها.	١	٢	٣	٤	٥

رقم الاستمارة	
---------------	--

مقياس دافعية العلاج

وضع

أ. د. / مدحت عبد الحميد أبو زيد

أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة الإسكندرية

البيانات:

الاسم.....	رقم الملف الطبي.....
الوحدة.....	السن.....
المستوى التعليمي.....	الحالة الاجتماعية.....
المهنة.....	محل الإقامة.....
عدد مرات العلاج.....	عدد مرات الانتكاس.....
مدة البقاء في المستشفى.....	مدة التعاطي.....
التشخيص.....	

التعليمات:

ضع علامة (√) في إحدى خانتي الإجابة بنعم أو لا وفقاً لما تشعر الآن تبعاً لكل موقف من المواقف التالية:

الدرجة الكلية	المقابل

م	المفردة	(نعم)	(لا)
١	زالت عنك أعراضك الإنسحابية الآن، وتشعر أن حالتك الجسمية أفضل عن ذي قبل، فهل تبادر بطلب الخروج من المستشفى إيماناً منك بأنك قد شفيت؟	(نعم)	(لا)
٢	إذا زادت الأوامر الطبية الصادرة إليك عن الحد الذي تطيقه، وشعرت بالإحباط، وأحسست أن برنامج العلاج لا يناسبك الآن فهل تبادر بطلب الخروج؟	(نعم)	(لا)
٣	عند دخولك المستشفى أخبرك الطبيب بأنك سوف تظل في المستشفى مدة لا تقل عن ثلاثة شهور وأنت مخير الآن بالقبول أو الرفض فهل تقبل أملاً منك بأن هذا الوضع سوف يتغير فيما بعد؟	(نعم)	(لا)
٤	خرجت في إجازة منزلية من المستشفى على أمل الرجوع إليها بعد يومين، ثم شعرت بأنك على ما يرام فهل تقرر عدم العودة لأنك لا ترى داعياً لذلك؟	(نعم)	(لا)
٥	إذا استطعت أن ترضي نفسك، وترضي أسرتك بالبقاء أطول مدة في المستشفى ولكن دون مشاركة صادقة منك فهل تعتقد أن المشاركة هنا لازمة؟	(نعم)	(لا)
٦	إذا تعرضت لانتكاسة وكان بإمكانك تكتم الأمر، وأنت تدرك أن أمرك لن ينكشف لأية أحد، فهل تصر على إخبار طبيبك رغم علمك بأنه سوف يخبر أسرتك؟	(نعم)	(لا)
٧	دخلت المستشفى للعلاج، وعلمت أن من حقاك إجازة منزلية وكنت تحتفظ في منزلك بكمية من العقار الذي تستخدمه.. فهل تخبر أسرتك قبل الخروج بهذا الأمر؟	(نعم)	(لا)
٨	قرر الفريق المعالج حرمانك من الزيارة المنزلية لأسباب علاجية تم شرحها لك ولكنك لم تقتنع بها فهل تفكر في تدبير أية شيء لتحصل على أجازتك في موعدها؟	(نعم)	(لا)
٩	صادفك صديق بمفردك وعرض عليك كمية كبيرة من العقار المفضل لديك مجاناً ووفر لك كل سبل الاستخدام الآمن فهل تقدم على الاستخدام؟	(نعم)	(لا)
١٠	لو كنت على رأس العمل، وتحتاج تقريراً من المستشفى لتقديمه لعملك وأخبرك الطبيب أنه من الممكن إعطائك تقريراً لعملك يفي بالغرض ويخدمك في عمالك دون الحاجة إلى الإقامة في المستشفى فهل تصر على الإقامة في المستشفى مدة طويلة رغم ذلك؟	(نعم)	(لا)

م	المفردة	(نعم)	(لا)
١١	لو كان البرنامج العلاجي في المستشفى يحتوي على نشاطات تُقيم بدرجات وفقاً لحضورك لها، فهل يمكنك حضور جماعة علاجية مثلاً إضافية وتشارك فيها رغم أنك لن تحصل على درجات فيها؟	(نعم)	(لا)
١٢	إذا تقرر لك أجازة منزلية، فهل تقدم فعلاً على استخدام العقاقير مرة أخرى لأنك تعلم أنك عائد إلى الوحدة العلاجية نفسها التي خرجت منها (عنبر ب)؟	(نعم)	(لا)
١٣	إذا أصرت الأسرة على اصطحابك لقضاء واجب اجتماعي أسري (حفلة زواج قريب لك مثلاً) وكنت تعلم أنك ستقابل أصدقاء لك وأن جو الحفلة سوف يثير شجونك للاستخدام مرة ثانية.. فهل ترفض الخروج؟	(نعم)	(لا)
١٤	لديك صديق حميم لا يمكنك الاستغناء عنه وعن صحبته ولكنه مدمناً يرفض العلاج وهو الآن يخيرك بين الاحتفاظ بصحبته والاستمتاع بالاستخدام معه وبين ترك صداقته للامتثال للعلاج.. فهل تفضل الاحتفاظ بصداقته؟	(نعم)	(لا)
١٥	إذا ترك أمر العلاج كله في يدك أنت وحدك دون تدخل الأسرة، ودون تدخل الفريق المعالج في المستشفى فهل ترى أنه من المناسب تفويض الأمر للفريق المعالج؟	(نعم)	(لا)
١٦	إذا كان من حَقك القيام بأجازة منزلية لمدة يومين ووافقت الأسرة على خروجك ولكنك ما زلت تشعر بخوف من الانتكاسة فهل تطلب إلغاء الإجازة بنفسك؟	(نعم)	(لا)

الجزء الخاص بحساب الصديق لمقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغيير (URICA)
في الدراسة الاستطلاعية على البيئة السعودية:

يوضح معاملات الصديق العاملي للمقياس الجدوال التالية:

جدول رقم (٢٠)
معاملات الصديق العاملي بين متغيرات مقياس جامعة رود ايلاند لتقويم
التغيير (URICA) (ن = ١٠١)

الدرجة الكلية الدافعية على مقياس (URICA)	مرحلة الحفاظ على التغيير	مرحلة القيام بالفعل	مرحلة التفكير في التغيير	مرحلة ما قبل التفكير في التغيير	مراحل التغيير
				١,٠٠	مرحلة ما قبل التفكير في التغيير
			١,٠٠	*٠,١٩٦-	مرحلة التفكير في التغيير
		١,٠٠	**٠,٥٢٠	٠,٠١٠-	مرحلة القيام بالفعل
	١,٠٠	**٠,٤٤١	**٠,٥٥٣	٠,٠٢٩-	مرحلة الحفاظ على التغيير
١,٠٠	**٠,٧٣٥	**٠,٧٠٨	**٠,٨٠٠	**٠,٤٦٧-	الدرجة الكلية الدافعية على مقياس (URICA)

* دالة إحصائية عند (P<0.05)

** دالة إحصائية عند (P<0.01) (Sommer& Sommer, 2002, p: 323)

يتضح من الجدول السابق أنه توجد ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس (URICA) ومقاييسه الفرعية عند مستويات الدلالة التالية: (٠,٤٦٧)، (٠,٨٠٠)، (٠,٧٠٨)، (٠,٧٣٥) وكذلك وجود ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين المقاييس الفرعية لهذا المقياس عند مستويات الدلالة التالية: (٠,١٩٦-)، (٠,٥٢٠)، (٠,٥٥٣)، (٠,٤٤١) مما يشير إلى وجود صدقاً جوهرياً لهذا المقياس.

جدول رقم (٢١)
درجة شيوخ العوامل لمقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA)
(ن = ١٠١)

المقياس	درجة الاتساق	درجة المستخلصة
مرحلة ما قبل التفكير في التغير	١,٠٠٠	٠,٩٧
مرحلة التفكير في التغير	١,٠٠٠	٠,٧٢٥
مرحلة القيام بالفعل	١,٠٠٠	٠,٥٧٢
مرحلة الحفاظ على التغير	١,٠٠٠	٠,٥٩٩
الدرجة الكلية الدافعية على مقياس (URICA)	١,٠٠٠	٠,٩٦٩

جدول رقم (٢٢)
التفسير الكلي للمتغيرات لمقياس جامعة رود ايلاند لتقويم التغير (URICA)
(ن = ١٠١)

العناصر	معدل القيمة الداخلية			مجموع التحميل المربع		
	المجموع	نسبة التباين	النسبة التراكمية	المجموع	نسبة التباين	النسبة التراكمية
١	٢,٩٦٢	٥٩,٢٤٣	٥٩,٢٤٣	٢,٩٦٢	٥٩,٢٤٣	٥٩,٢٤٣
٢	١,٠٨٦	٢١,٧١٠	٨٠,٩٥٤			
٣	٠,٥٦٢	١١,٢٣١	٩٢,١٨٤			
٤	٠,٣٩١	٧,٨١٦	١٠٠,٠٠			
٥	٠.١٧- E ٣,٣٦-	٠.١٦E-٦,٧٢-	١٠٠,٠٠			

جدول رقم (٢٣)
مصفوفة العامل الوحيد المستخرج من الصدق العملي لمقياس جامعة
رود ايلاند لتقويم التغير (URICA) (ن = ١٠١)

المقياس	العامل (الجديد)
مرحلة ما قبل التفكير في التغير	-٠,٣١٢
مرحلة التفكير في التغير	٠,٨٥١
مرحلة القيام بالفعل	٠,٧٥٦
مرحلة الحفاظ على التغير	٠,٧٧٤
الدرجة الكلية الدافعية على مقياس (URICA)	٠,٩٨٤

وتم استخراج العامل عن طريق التدوير لحساب الصدق العملي والذي أطلقنا عليه
اسم (الاستعداد والتهيؤ للدافعية)

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Arts



Department of Psychology



**The effectiveness of a counseling program in reducing
psychological stress for mothers of children with motor
disabilities in the Kingdom of Bahrain**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master Degree in Counseling Psychology

Submitted by

Sharifa Abdulrahman Albuainain

20070522

Supervised by

Dr. Ahmed Saad Galal

Associated Professor, Department of Psychology

University of Bahrain

Kingdom of Bahrain

November 2018