

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة

دكتور

محمد حسن محمد عبيد

مدرس بقسم خدمة الفرد

كلية الخدمة الاجتماعية-جامعة أسوان

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات بمدينة اسوان، وشملت الدراسة (٢٠) من مرضى الإدمان بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة اسوان وتم تقسيم هذه العينة عشوائيًا إلى مجموعتين متساويتين: تجريبية وأخرى ضابطة وتكونت كل مجموعة من (١٠) من مرضى الإدمان وطبق عليهم مقياس الدعم الاجتماعي بالإضافة إلى البرنامج العلاجي وتوصلت نتائج البحث إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحقيق الدعم الاجتماعي والوقاية من الانتكاسة لدى عينة البحث. حيث بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، كما بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية، كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث لصالح المجموعة التجريبية، كما بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي والنتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث .

كلمات مفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي - الدعم الاجتماعي - مدمني المخدرات.

Abstract

The study aimed to identify the effectiveness of cognitive behavioral therapy in achieving social support for a sample of drug addicts in Aswan, the study is being conducted (20) of addiction patients at the Mental Health and Addiction Treatment Hospital in Aswan and this sample was randomly divided into two equal groups: experimental and control and each group was formed Of (10) addiction patients, and the social support measure was applied to them in the treatment program. The results of the research reached the effectiveness of the program in achieving social support and the prevention of relapse among the research sample It indicated the presence of statistically significant differences in favor of the post-measurement of the experimental group, as well as the absence of statistically significant differences between the pre- and post-measurements of the control group on the scale of social support and its sub-dimensions, and also indicated the

presence of statistically significant differences between the levels of post-measurement levels of the experimental group The control on the scale of social support and its dimensions for the research sample for the benefit of the experimental group, as well as the absence of statistically significant differences between the levels of the degrees of dimensional and consecutive measurement of the experimental group on the scale of social support and its dimensions for the research sample.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy - Social Support - Drug Addicts.

مشكلة البحث

صاحبت التطورات الحديثة السريعة والمتلاحقة التي تحدث في العالم ظهور المزيد من التقدم العلمي ومظاهر التحضر التي كلما زادت في مجتمع ما يقاس بها مدى تقدمه وتحضره، وكما للتقدم من مظاهر إيجابية فإن له أيضاً مظاهر سلبية وآثار ضارة على الفرد والمجتمع تمثل تحديات جسيمة تواجهها المجتمعات ومن هذه المظاهر السلبية ظاهرة الإدمان.

وتعد مشكلة الإدمان مشكلة ذات ابعاد لا تتعلق بالفرد وحده بل تتعداه لتشمل المجتمع بشكل عام، كما أنها لا تتعلق بمجتمع بعينه وإنما تتعداه إلى المجتمعات كافة وتمتد آثارها إلى جميع الجوانب الإنسانية، الاقتصادية، الاجتماعية، الصحية، الأمنية مما حدا بالجهود الدولية للتكاتف من أجل التصدي لهذه الظاهرة الخطيرة والعمل على مكافحتها على المستوى المحلي والإقليمي والدولي بكافة الوسائل المتاحة (المرشدة، ٢٠١٢، ص ٢٤) ويمثل هذا المبرر الأول لإجراء البحث الحالي.

وقد كشف تقرير أصدره مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة أن العواقب الصحية لتعاطى المخدرات أكثر حدة وانتشاراً مما كان يعتقد سابقاً مشيراً إلى أن حوالي ٣٥ مليون شخص يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات عالمياً وبحاجة إلى خدمات علاجية، كما سلط التقرير الضوء على استمرار الانخفاض في الوقاية والعلاج في كثير من دول العالم حيث يتلقى شخص واحد فقط من بين كل سبعة أشخاص يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات العلاج كل عام، كما ذكر التقرير أن إحصائيات المدمنين على المخدرات في مصر ١٠٪ من إجمالي الذكور، ٥٪ من إجمالي الإناث (مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٩، ص ٢).

كما أشار تقرير صادر عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي بمصر أنه من خلال مسح قومي شامل أطلقتته وزارة التضامن تبين أن نسب تعاطي المخدرات بين المصريين وصلت بشكل رسمي لـ ١٠.٤٪ وهذه النسبة تعتبر أكثر من ضعف المعدل العالمي للتعاطي والتي سيكون حوالي ٤٪ في الدولة الواحدة، كما أشار التقرير إلى أن ٨٧٪ من الجرائم التي حدثت في مصر لعام ٢٠١٨ كان سببها تعاطي المخدرات، وأن الحد العمري الأدنى لتعاطي المخدرات انخفض لسن ٩-١٠ سنوات (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠١٩) ويمثل ذلك المبرر الثاني للقيام بهذا البحث.

وتوجد المخدرات والمؤثرات العقلية في أنواع متعددة من الأشكال والأحجام، والتركيب الكيميائي، ولذلك لا يمكن تحديدها نوعيتها بدقة إلا عن طريق الفحص الكيميائي لمكوناتها.

والمخدرات يمكن تقسيمها إلى أربعة أنواع رئيسية هي: المثبطات (Depressants) وتضم المخدرات التي تجعل الناس يشعرون بالخمول أو الهبوط حيث تبطئ عمل الجهاز العصبي وبالتالي تساعد على النوم، وتخفف حدة الألم، والضيق ومن الأمثلة عليها: الأفيونيات، والكحول، والمهدئات والمنشطات (Stimulants) وتضم المخدرات التي تجعل الناس يشعرون بالأفضل حيث تنبه الجهاز العصبي مما يساعد على تقوية التركيز، والنشاط العقلي، وتقليل الشهية، ومن الأمثلة عليها: الكوكايين الذي يعد من أقوى المنشطات ذات الأصل الطبيعي، ونبات القات الذي له تأثير مزدوج في الجهاز العصبي، حيث يكون في البداية منشطاً، ثم تعقبه حالة هبوط في وظائف الجهاز العصبي، وكذلك الفيتامينات التي تساعد على مقاومة الإرهاق والنعاس، إضافة إلى النيكوتين الموجود في الدخان، والكافيين الموجود في القهوة والمشروبات الغازية، والمهلوسات (Hallucinogens) وتضم المخدرات التي تغير طريقة إدراك الفرد للعالم حيث تؤثر في الرؤية والسمع والمذاق والشم، فتحفز الأوهام والمهلوسات البصرية والسمعية ومنها الماريجوانا، وعقار الهلوسة (LSD) الذي ليس له أي استعمال طبي (Durand & Barlow, 2012, pp, 326-327).

إن التعافي من الإدمان يتطلب جهوداً مضنية وطويلة الأمد فمحاولة التخلص من هذه العادة تعرقها ظاهرة الانتكاسة والعودة إلى تعاطيها من جديد مما يؤدي إلى فشل عملية التعافي من الإدمان سواء كان ذلك بإرادة المدمن أو بعون من أسرته وهو ما أدى بالقول إلى أن خطورة الانتكاسة تفوق خطورة الإدمان ويمثل ذلك المبرر الثالث لإجراء هذا البحث.

حيث لا يمكن الاطمئنان بأن المدمن تعافى نهائياً من الإدمان إلا بعد فترة زمنية يحتاج فيها المدمن المعافى في الدرجة الأولى لدعم وإعانة من المحيطين به، حيث يعاني المدمنين المتعافين إثر إتمام علاجهم من صعوبات تعترض طريقهم للاستمرار في تعافهم

وقد تكون سببًا في الانتكاسة والعودة إلى التعاطي مجددًا خاصة إذا شعر المعافى بعدم تقبل المجتمع لشخصه ومعاملته على أنه منبوذ وسيء (ابن حميد، ٢٠١٩، ص ٥٧).

وهذا ما أشارت إليه دراسة صبيح (٢٠٠٦) والتي هدفت إلى تحديد العوامل المرتبطة بالعودة إلى الإدمان وبينت أهم نتائجها أن هناك عوامل تتعلق بالمحيط الاجتماعي بالمعافى من الإدمان تتمثل في الضغوط التي يتعرض لها في المجتمع والأسرة والتي تهدد تعافيه حيث أن نظرة المجتمع للمدمن تجعله لا يستطيع التخلص من الشعور بالوصمة فيتعامل معه المحيطين به كمدمن وليس كمعافى.

فعلى العكس من ذلك ينبغي على المحيطين بالمدمن المعافى أن يساعده في مواجهة الانتكاسة وتحمل مسؤولياتهم تجاهه ويتمثل ذلك في توفير الدعم الاجتماعي له للوصول إلى تحقيق الهدف وهو الإقلاع عن الإدمان.

فوجود أشخاص مميزون في حياة المدمنين يلجأون إليهم وقت الحاجة يمكنهم مشاركتهم مشاعر الفرح والحزن بجانب الحصول على الدعم الأسرى يساعدهم على تخطي الصعاب والوصول لحل المشكلات، ودعمهم فيما يتخذونه من قرارات (Horvath, 2013, p.8). وهذا ما أشارت إليه دراسة أحمد (٢٠١١) حيث هدفت إلى التعرف على المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى معتمدي المواد المؤثرة نفسيًا، وأظهرت أهم نتائجها عن فعالية المساندة الأسرية في تفادي الانتكاسة لدى عينة من المدمنين.

كما هدفت دراسة جريبين (Green, 2014) إلى محاولة الكشف عن فائدة تقديم الدعم الاجتماعي لمدمني الهيروين، وبينت أهم نتائجها ضرورة تقديم الدعم والمساعدة للمتعافين من الإدمان حيث أنهم كلما تلقوا مساعدات وتفاعلوا مع المحيطين بهم كلما ساعد ذلك في الحفاظ على التعافي والتقدم لمستويات أعلى.

بينما أجرى سمير (٢٠١٧) دراسة هدفت إلى محاولة التعرف على أهم الأسباب التي تقف وراء انتكاسة المدمن، وبينت أهم نتائجها أن ضعف مستوى الدعم الاجتماعي يؤدي إلى حدوث الانتكاسة لدى المدمن.

كما أجرى جيبل (Geibel, 2018) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وعلاقته بحدوث الانتكاسة، وبينت أهم نتائجها أن الحالات التي تلقت الدعم ظلوا متعافين وتجنبوا العودة مرة أخرى للتعاطي.

كما هدفت دراسة عبدالرحمن و ذو الكفل و داوود (Abdul Rahman & Dzulkipli, 2019) إلى التعرف على الدعم الاجتماعي المدرك من قبل

المدمنين، وبينت أهم نتائجها أن الدعم الاجتماعي يعد استراتيجية فاعلة للتغلب على أسباب العودة للإدمان وإعادة تأهيل المدمنين.

وشعور الفرد بالدعم الاجتماعي وخاصة من المحيطين به يشعره بالأمان وله دور في تحسين الصحة النفسية والتغلب على الضغوط التي يواجهها وهذا ما أشارت له دراسة علاء الدين (٢٠١٠)، ودراسة أرورا & فايبي & جستفون & موزر & هاكنز (Arora & Finney & Gustafson & Moser & Hawkins, 2007) حيث بينت أهم نتائجهم أنه من خلال الدعم الاجتماعي يشعر الفرد بتحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي، والشعور بالسعادة والرضا.

لذلك من الضروري العمل على استحداث أساليب جديدة للوقاية والعلاج على حد سواء وهذا ما أشار إليه التقرير العالمي للمخدرات الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة حيث أشار إلى أن الوقاية والعلاج دون المستوى المأمول ويجب العمل على استحداث أساليب جديدة للوقاية والعلاج (مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، تقرير المخدرات العالمي، ٢٠١٩، ص ٢٧).

وهذا من شأنه تأكيد الأهمية التطبيقية لدور الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات حيث يمكن أن تسهم في هذا المجال من خلال طرقها المختلفة ومنها طريقة خدمة الفرد التي تعتمد في تعاملها مع المدمنين على فهم شخصيتهم والوضع الاجتماعي للمدمن بشكل عام عن طريق الاستعانة بنماذج علاجية تتضمن أساليب تدخل تعتمد على تعزيز الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي (البريثن، ٢٠٠٢، ص ١٦٩).

ومن النماذج العلاجية التي أثبتت نجاحاً في التعامل مع المدمنين نموذج العلاج المعرفي السلوكي حيث أنه يقوم على أساس الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي من خلال منظور ثلاثي الأبعاد معرفياً وانفعالياً وسلوكياً (زيدان وآخرون، ٢٠١٥، ص ٧٦). ومن الدراسات التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع المدمنين دراسة (Richard, et. al, 2006) والتي هدفت إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول، وبينت أهم نتائجها فاعلية تأثير العلاج المعرفي السلوكي في المساعدة عن الامتناع عن استخدام المخدرات.

كما هدفت دراسة أحمد (٢٠١٣) إلى التعرف على العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والحد من إدمان المكوفين، وأظهرت أهم نتائجها اختلاف درجات شدة الإدمان قبل وبعد التدخل ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي وانخفاض أعداد ذوى الإدمان الكارثي من ٣ أفراد إلى فرد واحد.

بينما أجرى تشنج & ناجي (Cheung&Nagi,2013) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض تعاطي المخدرات لدى الشباب، وأظهرت أهم نتائجها فاعلية البرنامج العلاجي في معالجة الشباب المدمنين على المخدرات.

بينما هدفت دراسة السيد (٢٠١٧) إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، وبينت أهم نتائجها نجاح برنامج العلاج في تنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان.

كما هدفت دراسة ابو الفتح (٢٠١٩) إلى اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة المواقف شديدة الخطورة لانتكاسة المعافى من الهيروين، وبينت أهم نتائجها فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحديد أساليب مواجهة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة. كما أجرى على (٢٠١٩) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المخدرة، وبينت أهم نتائجها فاعلية برنامج التدخل في تحسن جودة الحياة للمراهقين المعتمدين على المواد المخدرة.

واستنادًا إلى ما سبق يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في التساؤل التالي: ما أثر برنامج قائم على نموذج العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات.

أهمية البحث

١. زيادة حجم مشكلة التعاطي في مصر والتي وصلت إلى ١٠.٤٪ وهي ضعف المعدل العالمي للتعاطي في الدولة الواحدة، وحجم الجرائم التي حدثت في مصر لعام ٢٠١٨ وكان سببها المخدرات، بالإضافة إلى انخفاض الحد العمري للتعاطي لسن ٩-١٠ سنوات (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠١٩).
٢. تتضح أهمية البحث في تناوله لموضوع الدعم الاجتماعي وربطه بظاهرة العودة إلى الإدمان وعلى حد علم الباحث توجد ندرة في الدراسات العربية حول هذا الموضوع.
٣. حجم التكاليف التي تتفوقها الدولة في المكافحة والعلاج تصبح غير ذات جدوى مالم يتم استحداث وتفعيل البرامج العلاجية المتعلقة بالمدمنين.

٤. تتبع أهمية البحث الحالي من أن التعامل مع مخاطرة الانتكاسة الناتجة عن مواجهة المدمن لمواقف ضاغطة تشكل خطورة كبيرة عليه لأنه بعد العلاج ليس لديه أساليب ومهارات للتعامل مع تلك المواقف الضاغطة بمفرده فيحتاج إلى برامج تدخل مهني تهدف لإكسابه تلك الأساليب والمهارات.

٥. يمكن أن تسهم نتائج هذا البحث في صياغة برامج وآليات تساعد في تطوير العملية العلاجية التي تقدم للمدمنين لمساعدتهم على التعافي والتقليل من حالات الانتكاسة وتفعيل دورها في معالجة المدمنين وهذا ما أشار إليه مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة حيث أشار إلى استمرار الانخفاض في الوقاية والعلاج من الإدمان في كثير من دول العالم وضرورة استحداث أساليب علاجية جديدة (مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٩، ص ٢).

أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات الذين سيتعرضوا لجلسات البرنامج العلاجي الذي أعده الباحث، والكشف عن مدى استمرارية تأثيره بعد تطبيقه بفترة زمنية.

مفاهيم البحث

١. العلاج المعرفي السلوكي:

هو مجموعة من المهارات التي تمكن الفرد ليكون على بينة من الأفكار والعواطف وتحديد كيفية تأثير المواقف والسلوكيات، وكذلك تحسين المشاعر من خلال تغيير الأفكار والسلوكيات المضطربة ويتم فيها اكتساب المهارات وعمل الواجبات المنزلية التي تحدد عن طريق العلاج المعرفي السلوكي (Beck, 1993, p, 194).

كما يعرف بأنه عبارة عن علاج نفسي مركز على مشكلة معينة وموجه نحو هدف محدد عن طريق تعليم المريض اكتساب مهارات تكيفية لتمكينه من تعديل عمليات سوء التكيف المعرفي والسلوكي لديه (سعود، ٢٠١٥، ص ٤٢).

وهو تطور العلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال الإجراءات المعرفية (Eysenic, 2000, p. 720).

التعريف الإجرائي:

هو مجموعة من الاجراءات التي اتخذها الباحث من خلال تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة بهدف اىصال أفراد عينة الدراسة إلى حالة من الاستبصار بأسباب ادمانهم من خلال تعليمهم بعض الاستراتيجيات الهامة للتعامل مع أسباب الإدمان لتصبح لديهم ذخيرة سلوكية قائمة على ابنية معرفية كي تتطرق بهم نحو آفاق الحياة.

٢. الدعم الاجتماعي:

هي المصادر الاجتماعية التي يلجأ إليها الأشخاص (الأسرة، الأصدقاء، الأقارب، زملاء العمل) وذلك لمساعدتهم على مواجهة صعوبات الحياة (Thoits,2011,p146). كما يعرف بأنه وجود أشخاص مقربين ممثلين بأفراد الأسرة، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل الذين يقدمون الدعم المعنوي والمشاركة الوجدانية (Leavy,2007,p103). أو الإمكانية المدركة أو الفعالة للمصادر المتاحة في بيئة الفرد الاجتماعية التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال العلاقات الاجتماعية مع الأشخاص الذين له معهم اتصال منظم بشكل أو بآخر ونظم شبكة العلاقات الاجتماعية غالبًا الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل (ملكوش، ٢٠٠٠، ص ١٥٩).

التعريف الإجرائي:

هو الدرجة التي يسجلها الفرد على مقياس الدعم الاجتماعي المستخدم في هذا البحث.

٣. مدمني المخدرات

هم الأشخاص الذين أصبحوا معتادين على استخدام عقار معين يفقدهم السيطرة على انفسهم وتظهر لديهم أعراض الانسحاب في غياب التعاطي (المخيني و حمدى، ٢٠١٧، ص ١١)

التعريف الإجرائي:

الأفراد الذين يتعاطون مادة أو أكثر من مواد الإدمان التي تحدث لهم تأثيرات جسدية ونفسية واجتماعية وتم تشخيصهم على أنهم في مرحلة الإدمان مما دفعهم إلى طلب المساعدة والعلاج في مستشفى اسوان للصحة النفسية وعلاج الإدمان.

البنية النظرية للبحث

العلاج المعرفي السلوكي

يمثل أحد أنواع العلاجات التعليمية قصيرة المدى التي تهتم بالمخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويعد نموذجًا علاجيًا مناسبًا لما يتضمنه من استراتيجيات علاجية حديثة وفعالة (Rosan,1990,481).

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

١. تعليم الأفراد فحص وتحديد وتقييم أفكارهم واتجاهاتهم
٢. تعليم الأفراد استراتيجية سلوكية تساعدهم على التخلص من المشكلات
٣. مساعدة الأفراد على زيادة الدافعية للأداء وزيادة وعيهم بذواتهم وتنمية مهاراتهم (النجار، ٢٠٠٥، ص ١٦٠).

كما يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة المريض على التوافق مع مشكلات الحياة، والتركيز على التحكم في نوعية الحياة في مواقف قد يكون الكم فيها متغيراً لا يمكن التنبؤ به أجل إعطاء المرضى أكثر واقعية وزيادة أنشطتهم اليومية وتحسين توافقهم مع الاضطراب (محمد، ٢٠١٩، ص ٢٣٢).

أساليب العلاج المعرفي السلوكي:

تصنف أساليب العلاج المعرفي السلوكي إلى ثلاث أساليب رئيسية:

١. الأساليب المعرفية: وهي تشمل التعرف على أفكار العميل الخاطئة، ودراسة حديث الذات السلبي، وتحليل الأفكار في ضوء محددات التفكير الموضوعي العقلاني، وطرح الأفكار الجديدة، ومناقشة أضرار الأفكار القديمة، وزيادة ثقة العميل بنفسه، وتنمية المسؤولية الذاتية لدى الفرد، وتدعيم القدرة على اتخاذ القرار، وتشجيع المرونة، وتقبل الاختلاف ومعايشة الواقع (عوض، ٢٠١٨، ص ١٩٨).

٢. الأساليب الانفعالية: وهي تتضمن مجموعة من الأساليب العلاجية التي يستخدمها المعالج مع المريض لتقليل وتهدئة انفعالاته السلبية تجاه موقف إشكالي معين مثل ما يحمله من مشاعر القلق، الغضب، التوتر، الخوف، واستبدالها بمشاعر أكثر ايجابية حتى يتخلص من الاضطراب الانفعالي، وتكوين رؤية ايجابية حول الذات وأن يفكر بمنطقية وصورة متزنة (Sharon, 2005, p 41).

٣. الأساليب السلوكية: يستخدمها المعالج مع المريض حتى يستطيع من خلالها أن يعدل سلوكياته غير السوية واستبدالها بسلوكيات سوية، أو يعمل على تقليل أو زيادة بعض السلوكيات بهدف التخفيف من حدة المشكلات التي يعاني منها المريض وتشمل بعض الفنيات المتمثلة في التدعيم الإيجابي - التدعيم السلبي، النمذجة، لعب الدور، ضبط الذات، الواجبات المنزلية (Bernsten, et. al, 2013, p66).

الدعم الاجتماعي

للدعم الاجتماعي دور هام في تحسين الصحة النفسية والانفعالية للفرد وذلك في التغلب على الضغوط النفسية والاجتماعية التي تنتج عن ظروف ومشكلات ومصاعب الحياة، كما يحقق الاستقرار النفسي ويقدم آثار ايجابية في الفرد (طشطوش، ٢٠١٥، ص ٤٥).

وظائف الدعم الاجتماعي

للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد حيث يؤثر حجم الدعم الاجتماعي ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها وكيفية تعامله مع هذه الأحداث.

ويساهم الدعم الاجتماعي في صحة الفرد ايجابياً إذ أن شبكة الدعم الاجتماعي تتبنى سلوكيات صحية وتشكل نمط صحي، وتقدم شبكة الدعم الاجتماعي سلوك مبادر في أوقات المرض والحاجة، وتقدم المشورة اللازمة وتحفز على القيام بسلوكيات ايجابية (Guerrero, Hishinuma, and Andrade, 2006,p343).

وتتمثل وظيفة الدعم الاجتماعي وأهميته فيما يلي:

١. حماية الذات:

يقوم الدعم الاجتماعي بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفعاليتها بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ولا شك أن هذا الدعم يؤدي دوراً مهماً في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص (Braham,2006,p107).

كما أن للدعم الاجتماعي دوراً ايجابياً في تخفيف حدة التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتلقاها الفرد، وأن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل له تأثير سلبي على التوافق لدى الفرد، وأن للدعم الاجتماعي تأثيراً قوياً على مواجهة الاحباط، وعامل مهم يمنع من الوقوع في العزلة الاجتماعية (بطرس، ٢٠٠٥، ص ٧٢).

٢. الوقاية من الأمراض والاضطرابات:

للدعم الاجتماعي آثار عامة على الصحة البدنية والنفسية حيث أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الفرد بخبرات ايجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تنتقى مكافاة من المجتمع وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة (الشناوي وعبد الرحمن، ٢٠٠٨، ص ١٨).

كما أن للدعم الاجتماعي دورين أساسيين في حياة الفرد وهما (وقائي وإنمائي) ففي الدور الإنمائي يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها وهم من الناحية النفسية أفضل من غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات، أما في الدور الوقائي فإن للدعم الاجتماعي أثراً مخففاً لنتائج الأحداث الضاغطة فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم المؤلمة مثل القلق والاكتئاب لتلك الأحداث تبعاً لافتقادهم لبعض العلاقات الودودة وكذلك الدعم حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كما ونوعاً وقد أضحت ذلك التأثير معروفاً بنموذج الأثر الملطف للدعم الاجتماعي (حواشين وإبراهيم، ٢٠١٨، ص ٣٥٦) وهذا ما أكدته دراسة (Mc Carthy & Anglin, 1990) حيث أوضحت أهم نتائجها أن نقص الدعم يفتح المجال لإدمان المواد المخدرة، وأن الدعم الذي يقدم للمدمن يخفف من تعرضه للاضطرابات النفسية.

٣. مواجهة ضغوط الحياة:

إن الدعم الاجتماعي من الأشخاص المقربين والموثوق بهم له أهمية مباشرة ورئيسية في مواجهة الضغوط لذا يعد الدعم الاجتماعي قادراً على تقليل أو استبعاد المشاكل الصحية من الأحداث (Coyne & Downy, 2014, p143). كما أن للدعم الاجتماعي أثر مخففاً للأحداث الضاغطة فالأشخاص الذين يعانون من التوتر والقلق والاكتئاب يحتاجون مساندة ودودة لهم حيث أنه كلما انخفض مقدار الدعم الاجتماعي تزداد احتمالية التعرض لاضطرابات نفسية (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ص ١٦٧). وهذا ما أشارت إليه دراسة دني (Denny, 2004) حيث بينت أن الصلات الأسرية والأقران يعملن كواق من الاكتئاب.

فروض البحث

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات.

إجراءات البحث

أولاً: نوع البحث

هذا البحث من البحوث شبه التجريبية التي اعتمدت الطريقة العشوائية في الاختيار والتوزيع للمجموعتين التجريبية والضابطة، وتسعى هذه الدراسة لاختبار أثر متغير تجريبي مسقل وهو العلاج المعرفي السلوكي على متغير تابع وهو تحقيق الدعم الاجتماعي لمدمني المخدرات.

ثانياً: منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي بهدف اختبار فاعلية التدريب على العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لدى عينة البحث المستهدفة، حيث اعتمد على تصميم المجموعتين المتكافئتين (تجريبية - ضابطة) بقياس (قبلي - بعدي) للمجموعة الضابطة، وقياس (قبلي - بعدي - تتبعي) للمجموعة التجريبية والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (١) التصميم شبه التجريبي للبحث

توزيع عشوائي	المجموعة	القياس القبلي	تطبيق البرنامج	القياس البعدي	القياس التتبعي
R	G	01	×	02	03
R	التجريبية G1	01	×	02	03
R	الضابطة G2	01		02	

خامساً: مجالات البحث

- أ. **المجال المكاني:** مستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة اسوان وذلك لترحيب إدارة المستشفى بتطبيق البحث لأهميته وأهدافه، توافر العينة.
 - ب. **المجال البشري:** اعتمد الباحث عدة معايير كشرط للانضمام إلى عينة البحث التجريبية إضافة إلى الشرط التالي وهو بقاء المشارك في قسم الإدمان مدة لا تقل عن ٨ أسابيع لاستكمال تطبيق البرنامج وتتضمن الشروط التالية:
 ١. لا يوجد لديهم تشخيص مزدوج لأي اضطرابات أخرى بخلاف الإدمان
 ٢. لا تشمل الحالة الصحية لأفراد العينة أي أمراض عضوية تعوق الاستفادة من البرنامج.
 ٣. ممارسة القراءة والكتابة
 ٤. قدرة المشارك على فهم ما يطلب منه
- وهؤلاء بلغ عددهم (٢٠) فرد من نزل قسم الإدمان بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة اسوان ثم تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين مجموعة تجريبية

وتكونت من (١٠) من مدمني المخدرات، مجموعة ضابطة وتكونت من (١٠) من مدمني المخدرات. والجدول التالي يوضح خصائص العينة:

جدول رقم (٢) خصائص عينة البحث (ن = ٢٠)

الإجمالي		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المتغيرات	
%	ك	%	ك	%	ك		
٥٠	١٠	٢٥	٥	٢٥	٥	٣٠ : ٢٠	الفئة العمرية
٤٠	٨	٢٠	٤	٢٠	٤	٤٠ : ٣٠	
١٠	٢	٥	١	٥	١	٥٠ : ٤٠	
١٠	٢	٥	١	٥	١	أمي	المؤهل
٣٠	٦	١٥	٣	١٥	٣	دبلوم	
٦٠	١٢	٣٠	٦	٣٠	٦	مؤهل عالي	
٠	٠	٠	٠	٠	٠	دراسات عليا	الحالة الاجتماعية
٤٠	٨	٢٠	٤	٢٠	٤	أعزب	
٤٠	٨	٢٠	٤	٢٠	٤	متزوج	
١٠	٢	٥	١	٥	١	مطلق	
١٠	٢	٥	١	٥	١	أرمل	عدد محاولات العلاج
٣٠	٦	١٥	٣	١٥	٣	محاولة واحدة	
٥٠	١٠	٢٥	٥	٢٥	٥	محاولتين علاجيتين	
٢٠	٤	١٠	٢	١٠	٢	ثلاث محاولات علاجية	
٠	٠	٠	٠	٠	٠	أكثر من ثلاث محاولات علاجية	
%٥٠	٢٠	%٥٠	١٠	%٥٠	١٠	الإجمالي	

يلاحظ من الجدول رقم (٢) تجانس المجموعة الضابطة والتجريبية من حيث الفئة العمرية، المؤهل، الحالة الاجتماعية، عدد محاولات العلاج. ثم قام الباحث بالتحقق من تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية من حيث القياس القبلي لمقياس الدعم الاجتماعي كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (٣) اختبار مان ويتني للفروق بين رتب درجات القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية على الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث (ن = ٢٠)

المتغيرات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة	١٠.٨٠	١٠٨.٠٠	٠.٢٣٠	غير دال	-
	١٠.٢٠	١٠٢.٠٠			
الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء	١١.٢٥	١١٢.٥٠	٠.٥٧٩	غير دال	-
	٩.٧٥	٩٧.٥٠			
الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين	١٣.٧٥	١٣٥.٠٠	١.١٤٧	غير دال	-
	٧.٥٠	٧٥.٠٠			
الدرجة الكلية	١٠.٩٥	١٠٩.٥٠	٠.٣٤٣	غير دال	-
	١٠.٠٥	١٠٠.٥٠			

يتضح من خلال جدول رقم (٣) أن قيمة Z بلغت (٠.٢٣٠، ٠.٥٧٩، ١.١٤٧، ٠.٣٤٣) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين والدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك على التوالي وهي قيم جميعها غير دال إحصائياً، مما يعني أن هناك تكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاده الفرعية لدى عينة البحث.

ج. المجال الزمني:

تم تطبيق البرنامج مابين ٢٠١٩/١١/٥ إلى ٢٠٢٠/١/٤ وجلسة المتابعة بعد أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج التدريبي بتطبيق قياس المتابعة ٢٠٢٠/٢/٤،

رابعاً: أدوات البحث

١. مقياس الدعم الاجتماعي (إعداد الباحث):

للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس أمكن حساب الاتساق الداخلي بين درجات البنود الخاصة بكل بعد بالدرجة الكلية للبعد وكذلك أمكن حساب الاتساق الداخلي بين درجة الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٤) الاتساق الداخلي بين البنود والأبعاد الفرعية وبين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي لدى عينة البحث (ن = ٢٠)

الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء		الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة	
الارتباط	البند	الارتباط	البند
**٠.٧١٠	١	**٠.٧٦٥	١
**٠.٧٤١	٢	**٠.٦٢٠	٢
**٠.٨٥٤	٣	**٠.٧٠٤	٣
**٠.٨١٢	٤	**٠.٦٦٩	٤
**٠.٧٥٤	٥	**٠.٨٥٤	٥
**٠.٨٣١	٦	**٠.٦٨٩	٦
**٠.٧٥١	٧	**٠.٧٨٢	٧
**٠.٥٢١	٨	**٠.٧٥٨	٨
**٠.٦٥٨	٩	**٠.٨٧٥	٩
**٠.٧١٠	١٠	**٠.٥٦٩	١٠
**٠.٨٥٥	الدرجة الكلية للبعد	**٠.٨٩٢	الدرجة الكلية للبعد

يتضح من خلال جدول رقم (٤) أن المقياس يتسم باتساق داخلي للمقياس بين البنود ودرجة البعد وبين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس حيث تراوحت معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية للبعد الأول الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة (٠.٥٤٥ إلى ٠.٧٥٤).

كما تراوحت معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية للبعد الثاني
الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء (٠.٥٦٩ إلى ٠.٨٧٥).

كما تراوحت معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية للبعد الثالث
الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين (٠.٥٢١ إلى ٠.٨٥٤) وهي قيم جميعها تدل على
مؤشر كفاءة جيد للمقياس.

كما بلغت معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس وهي الدعم الاجتماعي
المقدم من الأسرة، الأصدقاء، الآخرين بالدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت معاملات
الارتباط (٠.٨٨٥، ٠.٨٩٢، ٠.٨٥٥) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم
الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين على التوالي وهي قيم
جميعها تدل على خصائص مؤشر مرتفع للمقياس الحالي لدى عينة البحث من المدمنين.

كما أمكن حساب الخصائص السيكومترية (الثبات والصدق) بأكثر من طريقة حيث
أمكن حساب الثبات بطريقة الفا كرونباخ والتجزئة النصفية، ويمكن توضيح الثبات من
خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٥) ثبات الفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي لدى عينة البحث (ن = ٢٠)

التجزئة النصفية		معامل الارتباط	الفاكرونباخ	المتغيرات
تصحیح أثر الطول	سبيرمان براون			
٠.٨٨١	٠.٨٨٤	٠.٧٩١	٠.٨٦٧	الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة
٠.٨٣٩	٠.٨٤٠	٠.٧٢٤	٠.٧٨٠	الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء
٠.٨٧٦	٠.٨٨١	٠.٧٨٨	٠.٨٢٨	الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين
٠.٧٢٩	٠.٧٤٥	٠.٥٩٤	٠.٩١٨	الدرجة الكلية

يتضح من خلال جدول رقم (٥) أن المقياس يتمتع بثبات الفاكرونباخ حيث بلغت
قيمة الفاكرونباخ (٠.٨٦٧، ٠.٧٨٠، ٠.٨٢٨، ٠.٩١٨) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم
من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين
على التوالي. كما يتسم المقياس بثبات التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين
النصفين (٠.٧٩١، ٠.٧٢٤، ٠.٧٨٨، ٠.٥٩٤) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من
الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين
والدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك على التوالي.

كما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح أثر الطول للمقياس بمعادلة سبيرمان
براون (٠.٨٨٤، ٠.٨٤٠، ٠.٨٨١، ٠.٧٤٥) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من

الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين والدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك على التوالي.

كما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة جتمان (٠.٨٨١، ٠.٨٣٩، ٠.٨٧٦، ٠.٧٢٩) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين والدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك على التوالي، وهي قيم جميعها يدل على ثبات جيد للمقياس مما يجعل الباحث مطمئن عند استخدام المقياس لدى عينة البحث الحالية.

٢. برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتحقيق الدعم الاجتماعي لمدمني المخدرات (إعداد الباحث):

استغرقت مدة تنفيذ البرنامج (٨) اسابيع تقريباً بواقع عدد (٢) جلسة اسبوعياً وتراوح زمن كل جلسة ما بين ٩٠ دقيقة إلى ١٢٠ دقيقة، وتم جدولة الجلسات في الفترة الصباحية ما بين الساعة ١٠.٠٠ - ١٢.٠٠ ظهراً.

الأسس التي يعتمد عليها البرنامج

١. الإطار النظري للبحث الحالي.
٢. الدراسات المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي والدعم الاجتماعي.
٣. الأهداف التي تسعى الدراسة للتوصل إليها.

أهداف البرنامج:

- يهدف البرنامج إلى تحقيق الدعم الاجتماعي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي للمدمنين ويتم تحقيق الهدف العام من خلال مجموعة من الأهداف الفرعية تتحدد في الآتي:
١. توجيه المتعافين للتعرف على مصادر الدعم الاجتماعي المتوفرة في المجتمع.
 ٢. اكساب المتعافين أساليب معرفية وانفعالية وسلوكية لمواجهة الانتكاسة.
 ٣. تدريب المتعافين على تطبيق الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية لرفع الكفاءة الذاتية.
 ٤. تدريب المتعافين على تطبيق الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية لتحقيق الدعم الاجتماعي.

وتحقيق هذه الأهداف من شأنه أن يحقق:

١. تحديد مثيرات الانتكاسة الداخلية والخارجية.

٢. إكساب المتعافين الأساليب المناسبة للتعامل مع المواقف والضغوط التي تشكل خطراً عليهم.

٣. التأكيد على تحقيق التغيير ورفع الكفاءة الذاتية للمعافى وتحقيق الدعم الاجتماعي.

والجدول التالي يوضح ملخص الجلسات العلاجية للبرنامج:

جدول رقم (٦) يوضح جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الأهداف	الفيئات المستخدمة
الأولى	- التعرف على المجموعة - جمع البيانات قبل البدء بتطبيق البرنامج لتوضيح هدف البرنامج والإجابة عن استفساراتهم	التعرف على المجموعة والاتفاق على جدول الجلسات والأسلوب المتبع في إدارة الجلسات والتأكيد على الالتزام بالحضور	المناقشة- الحوار- التوضيح- مقابلات فردية
الثانية	التعريف بمفهوم الدعم الاجتماعي والنتائج المتوقعة	أن يفهم المشارك الدعم الاجتماعي	المناقشة- الحوار- النمذجة- الواجبات المنزلية
الثالثة والرابعة	- التعرف على مصادر الدعم الاجتماعي من خلال ذكر المشاركين للأفراد الداعمين لهم والموفرين لهم الرعاية والنصح والمساعدة. - تحديد الدعم الذي يقدمه كل فرد من الأفراد المهمين لهم.	- تحديد الدعم الذي يتلقاه المشاركين من المحيطين بهم	التوضيح- الحوار- النمذجة- الواجبات المنزلية- التعزيز- مقابلات فردية
الخامسة	- التعرف على طرق تلقي الدعم الاجتماعي. - العمل على تغيير علاقة المشاركين بالمحيطين بهم	- أن يعي المشارك الطرق التي تساعد على زيادة الدعم الاجتماعي	المناقشة والحوار- التغذية الراجعة- لعب الدور- مقابلة فردية- الواجبات المنزلية
السادسة	التدريب على الاسترخاء العضلي	- خفض التوتر	لعب الدور وقلب الدور
السابعة والثامنة	الانتكاسة والعودة إلى الإدمان. - أثر الصداقات السيئة في حدوث الانتكاسة - مهارات قضاء وقت الفراغ	التعرف على خطر الانتكاسة وأثارها السلبية. - تكوين دائرة صداقات جديدة. - إكساب المشارك القدرة على شغل وقت الفراغ	المحاضرة- الحوار- التعزيز- المناقشة الجماعية- لعب الدور- النمذجة
التاسعة والعاشر	التدريب على مهارة حل المشكلة	القدرة على مواجهة المواقف والضغوط التي تؤدي إلى الانتكاسة	الحوار- الإقناع- التغذية الراجعة
الحادية عشر والثانية عشر	- التدريب على كيفية إعادة الدمج الاجتماعي. - تعزيز الدافعية للإقلاع عن التعاطي	- إبعاد المشارك من السياقات الاجتماعية والأدوار المختلفة التي كان يقوم بها قبل التورط في الإدمان. - صياغة تفاعلات صحيحة في سياق المحيطين بالمشارك	الإقناع- لعب الدور- التعزيز
الثالثة عشر	التدريب على رفع الكفاءة الذاتية	- تعديل الأفكار السلبية وتبني أفكار إيجابية. - التدريب على التحكم في الانفعالات والسلوك	الحوار- الواجبات المنزلية- الإقناع- التغذية الراجعة- استراتيجيات التحكم الذاتي- النمذجة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الأهداف	الفيئات المستخدمة
الرابعة عشر	التقييم الختامي لجلسات برنامج التدخل	- أن يفهم المشاركون البرنامج ومدى الاستفادة منه. - التطبيق البعدي لمقياس الدعم الاجتماعي للتعرف على التحسن الذي طرأ على العينة	التغذية الراجعة- العصف الذهني- المناقشة والحوار.
الخامسة عشر	الترحيب بالمجموعة، إجراء التطبيق التتبعي وذلك بتطبيق مقياس الدعم الاجتماعي وذلك بهدف التعرف على أثر البرنامج بعد مرور فترة زمنية شهر		المناقشة والحوار

المعالجة الإحصائية

استخدمت في البحث الحالي الأساليب الإحصائية الآتية :

أ. معامل الارتباط باستخدام معادلة بيرسون.

ب. اختبار مان ويتني Mann-Whitney لحساب دلالة الفروق.

ج. اختبار ويلكوكسون Wilcoxon test لحساب دلالة الفروق.

نتائج البحث

١. نتائج الفرض الأول:

والذي ينص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات" وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon للفروق بين رتب درجات المجموعات المترابطة، وبعد استخراج الفروق والدلالة الإحصائية أمكن حساب قيمة حجم الأثر، ويمكن توضيح نتائج الفرض في الجدول التالي:

جدول رقم (٧) اختبار ويلكوكسون للفروق بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث (ن = ١٠)

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
دعم الأسرة	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٨٢٩	٠.٠١	البعدي	٠.٩٦	كبير
	الرتب الموجبة	٥.٥٠	٥٥.٠٠					
دعم الأصدقاء	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٨١٤	٠.٠١	البعدي	٠.٩٨	كبير
	الرتب الموجبة	٥.٥٠	٥٥.٠٠					

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
دعم الآخرين	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٨٢٠	٠.٠١	البعدي	٠.٩٨	كبير
	الرتب الموجبة	٥٥.٥٠	٥٥.٥٠					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٨٠٥	٠.٠١	البعدي	٠.٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٥٥.٥٠	٥٥.٥٠					

يتضح من خلال جدول رقم (٧) أنه عند المقارنة بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية حيث بلغت قيمة Z (٢.٨٢٩، ٢.٨١٤، ٢.٨٢٠، ٢.٨٠٥) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي على التوالي وهي قيم تعبر عن وجود فروق جوهرية عند مستوى دلالة ٠.٠١ وكانت الفروق في صالح القياس البعدي مما يعني أن البرنامج كان ذو تأثير فعال في تحقيق الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاده الفرعية لدى عينة البحث، وللتحقق من قيمة أثر البرنامج أمكن حساب قيمة حجم الأثر باستخدام معادلة كوهين حيث بلغت قيمة حجم الأثر (٠.٩٦، ٠.٩٨، ٠.٩٨، ٠.٩٩) لمتغيرات الدعم المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي على التوالي.

٢. نتائج الفرض الثاني:

والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات"، وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon للفروق بين رتب درجات المجموعات المترابطة، وبعد استخراج الفروق والدلالة الإحصائية أمكن حساب قيمة حجم الأثر، ويمكن توضيح نتائج الفرض في الجدول التالي:

جدول رقم (٨) اختبار ويلكوسون للفروق بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث (ن = ١٠)

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
دعم الأسرة	الرتب السالبة	٤.٥٨	٢٧.٥٠	١.٣٥٤	غير دال	-	٠.٢٠	صغير
	الرتب الموجبة	٤.٢٥	٨.٥٠					
دعم الأصدقاء	الرتب السالبة	٥.٠٠	١٥.٠٠	٠.٤٣٩	غير دال	-	٠.٠٤	صغير
	الرتب الموجبة	٤.٢٠	٢١.٠٠					
دعم الآخرين	الرتب السالبة	٤.٥٠	١٣.٥٠	٠.٦٤٧	غير دال	-	٠.١٣	صغير
	الرتب الموجبة	٤.٥٠	٢٢.٥٠					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤.١٢	١٦.٥٠	٠.٤٢٤	غير دال	-	٠.٠٦	صغير
	الرتب الموجبة	٣.٨٣	١١.٥٠					

يتضح من خلال جدول رقم (٨) أنه عند المقارنة بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية حيث بلغت قيمة $Z(1.354, 0.072, 0.424, 0.647, 0.439)$ لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك على التوالي وهي قيم تعبر عن عدم وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، وللتحقق من قيمة أثر البرنامج أمكن حساب قيمة حجم الأثر باستخدام معادلة كوهين حيث بلغت قيمة حجم الأثر (٠.٠٢٠)، (٠.٠٦، ٠.١٣، ٠.٠٤) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي على التوالي، وهي قيم تعبر عن تأثير ضعيف بسبب عدم التدخل بالبرنامج العلاجي في تحسين الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية لدى المجموعة الضابطة.

نتائج الفرض الثالث: والذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث من مدمني المخدرات"، وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين رتب درجات المجموعات المترابطة، وبعد استخراج الفروق والدلالة الإحصائية أمكن حساب قيمة حجم الأثر، ويمكن توضيح نتائج الفرض في الجدول التالي:

جدول رقم (٩) اختبار مان ويتني للفروق بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة والتجريبية على الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث (ن = ٢٠)

المتغيرات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
دعم الأسرة	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠	٣.٧٩٧	٠.٠٠١	التجريبية	٠.٩٧	كبير
	٥.٥٠	٥٥.٥٥					
دعم الأصدقاء	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠	٣.٨٢٠	٠.٠٠١	التجريبية	٠.٩٩	كبير
	٥.٥٠	٥٥.٥٥					
دعم الآخرين	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠	٣.٨١٠	٠.٠٠١	التجريبية	٠.٩٩	كبير
	٥.٥٠	٥٥.٥٥					
الدرجة الكلية	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠	٣.٧٨٧	٠.٠٠١	التجريبية	٠.٩٩	كبير
	٥.٥٠	٥٥.٥٥					

يتضح من خلال جدول رقم (٩) أنه عند المقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاده الفرعية حيث بلغت قيمة Z (٣.٧٩٧، ٣.٨٢٠، ٣.٨١٠، ٣.٧٨٧) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك على التوالي وهي قيم تعبر عن وجود فروق جوهرية عند مستوى دلالة ٠.٠٠١ وكانت الفروق في صالح المجموعة التجريبية مما يعني بأن البرنامج كان ذو تأثير فعال لتحسين وتنمية الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاده الفرعية، وللتحقق من قيمة أثر البرنامج أمكن حساب قيمة حجم الأثر باستخدام معادلة كوهين حيث بلغت قيمة حجم الأثر (٠.٩٧، ٠.٩٩، ٠.٩٩، ٠.٩٩) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي على التوالي، وهي قيم تعبر عن تأثير كبير للبرنامج في تحقيق الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية لدى المجموعة التجريبية.

نتائج الفرض الرابع والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث"، وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon للفروق بين رتب درجات المجموعات المترابطة، وبعد استخراج الفروق والدلالة الإحصائية أمكن حساب قيمة حجم الأثر، ويمكن توضيح نتائج الفرض في الجدول التالي:

جدول رقم (١٠) اختبار ويلكوسون للفروق بين رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي
للمجموعة التجريبية (ن = ١٠)

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
دعم الأسرة	الرتب السالبة	٤.٠٠	١٢.٠٠	٠.٨٥٠	غير دال	-	٠.١٩	صغير
	الرتب الموجبة	٤.٨٠	٢٤.٠٠					
دعم الأصدقاء	الرتب السالبة	٤.٢٠	٢١.٠٠	٠.٤٢٥	غير دال	-	٠.١١	صغير
	الرتب الموجبة	٥.٠٠	١٥.٠٠					
دعم الآخرين	الرتب السالبة	٦.٥٠	١٩.٥٠	٠.٨٣٧	غير دال	-	٠.١٩	صغير
	الرتب الموجبة	٥.٠٧	٣٥.٥٠					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤.٧٠	٢٣.٥٠	٠.٤٠٩	غير دال	-	٠.١٥	صغير
	الرتب الموجبة	٦.٣٠	٣١.٥٠					

يتضح من خلال جدول رقم (١٠) أنه عند المقارنة بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية حيث بلغت قيمة Z (٠.٨٥٠، ٠.٤٢٥، ٠.٨٧٣، ٠.٤٠٩) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، والدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، والدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي على التوالي وهي قيم تعبر عن عدم وجود فروق جوهرية مما يعني بأن تأثير التدخل بالبرنامج الإرشادي له فعالية في الاستمرار في تحسين الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية (الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، والدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، والدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين) مما يعطي مؤشر بأنه بعد تطبيق البرنامج وحدث تحسن نجد أن هذا التحسن مستمر وباقي لدى عينة البحث فيما يخص الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية، وللتحقق من قيمة أثر البرنامج أمكن حساب قيمة حجم الأثر باستخدام معادلة كوهين حيث بلغت قيمة حجم الأثر (٠.١٩، ٠.١١، ٠.١٩، ٠.١٥) لمتغيرات الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة، والدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء، والدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، والدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي على التوالي، وهي قيم تعبر عن تأثير ضعيف بين القياس البعدي والتتبعي.

مناقشة نتائج البحث

١. بينت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية مما يعنى أن برنامج التدخل القائم على العلاج المعرفي السلوكي كان ذو تأثير فعال في تحقيق الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية، ويمكن تفسير تلك النتيجة بأن الأساليب العلاجية والمهارات المستخدمة في البرنامج شاملة نوعاً ما وتغطي جوانب قصور مختلفة لدى عينة البحث حيث أن التدريب عليها يمكن الفرد من التعرف على طرق تحقيق الدعم الاجتماعي ومواجهة الضغوط وبالتالي تسهل إمكانية الوصول إلى أهدافه وتفرغ انفعالاته السلبية بطريقة تكيفية وتتفق تلك النتيجة مع دراسة (Cheung & Nagi, 2013; Richard, et. al, 2006)، ودراسة أحمد (٢٠١٣)، ودراسة أبو الفتوح، (٢٠١٩)، ودراسة على (٢٠١٩)، ودراسة السيد (٢٠١٧) والتي توصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في المساعدة عن الامتناع عن تعاطي المخدرات والوقاية من الانتكاسة.

٢. أوضحت نتائج البحث عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده الفرعية وهي نتيجة منطقية لأن المجموعة الضابطة لم تتعرض لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المستهدف قياس أثره في هذا البحث، مما يعطي مؤشر بأن ترك الأمور بدون التدخل بالبرنامج العلاجي لا يمكن أن يحقق الدعم الاجتماعي لمدمني المخدرات وحمايتهم من الانتكاسة.

٣. أشارت نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث لصالح المجموعة التجريبية حيث تشير تلك النتيجة إلى فاعلية برنامج العلاج في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة البحث من المجموعة التجريبية ويمكن تفسير ذلك باستفادة المشاركين من فنيات البرنامج العلاجي وما ورد فيه من أساليب ومعلومات أفنعت المشاركين من عينة البحث بضرورة التعرف على مصادر الدعم الاجتماعي وتغيير علاقتهم بالمحيطين بهم لسهولة تحقيق الدعم الاجتماعي لهم بخلاف المجموعة

الضابطة التي لم تتعرض لتأثير البرنامج العلاجي وتتفق تلك النتيجة مع دراسة (الجوهى، ٢٠٠٨) والتي أشارت إلى تحسن ملحوظ نتيجة استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع مدمني الهيروين مع المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج.

٤. . بينت نتائج البحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث مما يعطي مؤشر قوي على وجود استمرارية للبرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة لتحسين الدعم الاجتماعي المدرك لدى عينة البحث ويعد استمرار التحسن جانب وقائي يقلل من احتمال حدوث الانتكاسة وهي مشكلة في معالجة الإدمان إذ أن المدمن معرض للعودة إلى الإدمان بعد التوقف عنه بفترة قصيرة ويمكن القول بأن هذا التغيير السلوكي المعرفي الحادث لعينة البحث بات عادة سلوكية راسخة لديهم تتم عن قناعة فكرية داخلية لديهم بأهمية الاستفادة من الجوانب الإيجابية للتعامل مع الآخرين وتحقيق الدعم الاجتماعي، كما أن حرص المشاركين من عينة البحث على حضور جلسات البرنامج في موعدها بانتظام وعدم الغياب واهتمامهم بالمشاركة الفعالة والحوار والمناقشة والتزامهم بالواجبات المنزلية كان من الأسباب الداعمة والمحفزة لاستمرار تأثير البرنامج وفاعليته وتتفق تلك النتيجة مع دراسة ميثيا & وراثا & وريون، ودراسة ريتشارد & Worast (Methpia, 2006; Richard, et. al, 2014; Wirun, 2014) ودراسة السيد (٢٠١٧) والتي أظهرت نتائجهم فاعلية طويلة الأجل للعلاج المعرفي السلوكي والوقاية من الانتكاسة لمدمني المخدرات.

توصيات الدراسة

١. إجراء المزيد من الدراسات التي تستهدف فحص فاعلية البرامج العلاجية مع فئة المدمنين.
٢. العمل على تطوير برامج علاجية للتأهيل ذات طابع شمولي تتناول الجوانب الانفعالية والاجتماعية لمنع أو تقليل الإدمان.

٣. ضرورة تواجد اخصائيين اجتماعيين ونفسيين على مستوى عال من المهارة تتابع هذه الفئة وتقدم لهم المساعدة لهم ولأسرهم في مجال الدعم الاجتماعي.
٤. كثير من مرضى الإدمان يحتاجون تنمية مهاراتهم الحياتية الأساسية مثل التواصل الاجتماعي، التحكم في الضغوط وكيفية مواجهتها.
٥. إجراء دراسات تنبؤية تتعلق بمعرفة مساهمة الدعم الاجتماعي وعوامل أخرى بالتنبؤ بالإدمان.
٦. القيام بحملات توعوية في مختلف وسائل الإعلام وجميع المؤسسات الحكومية والخاصة لتصحيح الوعي الاجتماعي وإيجاد الدعم الاجتماعي للمدمن والتجاوز عن أخطائه خاصة أنه إذ تم التقصير في ذلك فلا داعى للبرامج العلاجية أو الإصلاحية.

مراجع البحث

- ابن حميد، لطيفة بنت محمد بن عبد الرحمن(٢٠١٩). الضغوط المرتبطة بانتكاسة المدمن بعد التعافي، بحث منشور، مجلة الخدمة الاجتماعية، ٦١(١)، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين.
- أبو الفتح، عفاف عادل(٢٠١٩). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة للمتعافين من إدمان الهيروين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية-جامعة حلوان، مصر.
- أحمد، إيمان محمد إبراهيم(٢٠١٣). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للحد من إدمان المكوفين، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان، مصر.
- أحمد، رافت السيد(٢٠١١). المساندة الأسرية وعلاقتها بتقاضي الانتكاسة لدى معتمدي المواد المؤثرة نفسيًا، بحث منشور، مجلة دراسات عربية، ١٠(٢)،
- البريثن، عبد العزيز بن الله(٢٠٠٢). الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- بطرس، حافظ بطرس(٢٠٠٥). المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقليًا ذوي صعوبات القراءة، المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات، م(١)، جامعة عين شمس، مصر.
- الجوهي، عبد الله عمر(٢٠٠٨). أثر برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مدمني الهيروين، بحث منشور، مجلة دراسات عربية، رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، ٤(٧) - أكتوبر.
- حواشين، مفيد نجيب وإبراهيم، جواد سامي موسى(٢٠١٨). التعبير الانفعالي والدعم الاجتماعي المدرك وعلاقتها بالإدمان على الفيسبوك، مجلة العلوم التربوية، ٤(٢)، الأردن.
- زيدان وأخرون(٢٠١٥). نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد، دار السحاب للطباعة، القاهرة.
- سمير، بوخروف(٢٠١٧). دور العلاقة طبيب- مريض والدعم الاجتماعي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن المعافي، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ٤(٤)، الجزائر.
- السيد، فاطمة خليفة(٢٠١٧). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، بحث منشور، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٢(٢٥)، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن، محمد السيد(٢٠٠٨). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية " مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية"، ط٢، مكتبة الانجلو، مصر.
- صبيح، آيات إبراهيم(٢٠٠٦). العوامل المرتبطة بالعودة إلى ادمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها من منظور خدمة الفرد، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان، مصر.

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠١٩). التقرير السنوي للإدمان. طشوش، رامي عبد الله (٢٠١٥). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، المجلة الأردنية للعلوم التربوية، ٤(١١)، الأردن.
عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠١٤). موسوعة الصحة النفسية " علم الأمراض النفسية العقلية" الأسباب والأعراض- والتشخيص والعلاج، ج١، ط٢، زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
علاء الدين، جهاد محمود (٢٠١٠). هل تتنبأ مستويات تقدير الذات ومصادر الدعم الاجتماعي بالعدوان لدى الطلبة الجامعيين، مجلة دراسات العلوم التربوية، ١(٣٧)، الأردن.
على، أحمد محمود (٢٠١٩). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المخدرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.

عوض، عبدالناصر (٢٠١٨). نظريات ونماذج مختارة في خدمة الفرد، مكتبة النهضة المصرية.
محمد، رباب عادل عبد العظيم (٢٠١٩). خفض أعراض القلق الاجتماعي باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى مدمني المخدرات، مجلة البحث العلمي في الآداب، ٢٠(٢)، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.

المخيني، جلال وحمدي، محمد نزيه (٢٠١٧). فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى نموذج ماكينباوم في خفض الرغبة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ١(١٣).
المراشدة، يوسف (٢٠١٢). جريمة المخدرات أفة تهدد المجتمع الدولي، ط١، عمان، دار الحامد، الأردن.
مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة (٢٠١٩). تقرير المخدرات العالمي، المكتب الإعلامي للأمم المتحدة، مصر.

ملكوش، رياض (٢٠٠٠). الدعم الاجتماعي والتكيف الطلابي لدى طلبة الجامعة الأردنية، مجلة دراسات العلوم التربوية، ١(٢٧).

النجار، طارق محمد السيد (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.

Abdul Rahman, R., Dzukifli, M., Dawood, S. & Mohamad., M. (2019). Social support among Malay, Chinese and Indian drug addicts in Malaysia. University Kebangsaan Malaysia alcoholics and nonalcoholics. Journal of Studies on Alcohol, (37).

Arora, N. & Finney, L. & Gustafson, D. & Moser, R. & Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. Psycho Oncology, 6(5)

Beck, A.T (1993): Cognitive Therapy: Past, Present, and Future, Journal of Counseling and Clinical Psychology, 61

Bernstein.D.(2013). Psychology, Australia, Wadsworth Cengage.

Breham, S.(2006). Social Support Processes, boundry,areasing social and developmental psychology, New York: acadmic press.

Cheung, C., & Ngai, S. (2013). Reducing youth's drug abuse through training social workers for cognitive- behavioral integrated treatment. Children & Youth Services Review, 35 (2)

Coyne,J &Downen, G.(2014). Social Factors and Psychology: Stress, Social Support and Coping processes. Annual review of Psychology,(35).

Denny, S.; Clark, T. C., Fleming, T., and Wall, M. (2004). Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. American Journal of

Durand, M., & Barlow, D. (2012).Essentials o Abnormal Psychology, (5th ed). Was worth, Cen gage Learning.

Eysenic· H.(2000).Cognitive Therapy. American Psychologist, Vol"46

Geible, S(2018).The relationship between approach and avoidance coping strategies and substance abuse relapse in adult substance abuses, Ph. D, California, Saybrook Graduate School and Research Center.

- Green, D.*(2014). Relapse among recovering addiction professionals: Prevalence and predictors, Ph. D, USA, The University of Utah.
- Guerrero, A. P., Hishinuma, E. S.; Andrade, N. N., Nishimura, S, T., and Cunanan, V. L.* 2006. Correlations among socioeconomic and family factors and academic, behavioral, and emotional difficulties in Filipino adolescents in Hawai'i. *International Journal of Social Psychiatry.* 52(4).
- Horvath.T.*(2013). *Recovery From Addiction: Social Support*, American Addiction Centers, Inc.
- learning theory and the cognitive behavioral modification concept. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*,152 (7).
- Leavy, R.* (2007).Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11(1).
- M., Chris, R., & Walter, L.* (2006). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches for stimulant- dependent individuals. *Addiction*, 101(2)
- McCarthy, W. J., and Anglin, M. D.* 1990. Narcotics addicts: Effect of family and parental risk factor on timing of emancipation; Drug use onset. *Journal of Drug Issues*,(20)1.
- Methpiya, K., Worarat, P., & Wirun, N.* (2014). A non-formal education program to enhance drug abuse resilience quotient of youth at-risk of drug relapse: The approaching of the transformative *Orthopsychiatry.* 74(2)
- Richard, R., Michel, M., Frank, K., Steven, S., Karen,*
Sharon.M.(2005). *Cognitive behavior therapy in nursing practice*, New York, Springer Publisher Company.
- Thoits, P.* (2011).Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress .*Journal of Health and Social*, 23.

