



فعالية بعض فنيات العلاج بالقبول والالتزام لتنمية المرونة النفسية لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد في الأردن

مروان ابراهيم سلامة*

كلية الآداب جامعة عين شمس القاهرة مصر
salamamrwan259@gmail.com

المستخلص:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على فنيات العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في تنمية المرونة النفسية لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) في الأردن. وتكونت عينة الدراسة من (20) مريض ذكر من مرضى سوء استخدام المواد، تم تسقيهم (10) تجريبية و (10) ضابطة. واستخدمت الدراسة مقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة لقياس المرونة النفسية إعداد لاوما وآخرون في (2011م) قام الباحث بتقنيه على البيئة الأردنية. وكانت منهجية الدراسة، المنهج التجريبي بالطريقة شبه التجريبية ذات القياسات القبلية والبعدي بتصميم المجموعتين التجريبية والضابطة. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على المرونة النفسية لصالح القياس البعدي. كما توصلت أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على المرونة النفسية لصالح المجموعة التجريبية. وتوصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي للمرونة النفسية لصالح القياس التبعي.

الكلمات المفتاحية: اضطراب سوء استخدام المواد، العلاج بالقبول والالتزام، المرونة النفسية.

تاريخ الاستلام: 2023/11/05

تاريخ قبول البحث: 2024/01/01

تاريخ النشر: 2024/06/30

مقدمة:

في العصر الحديث أصبح اضطراب سوء استخدام المواد ((Substance Use Disorder (SUD)) المشكلة وباء عالمي، منتشرة بشكل واسع في مختلف دول العالم، حيث يشير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)) في تقريره لسنة (2022م) الى أن هناك حوالي (284) مليون شخص في سن (15-64) عاماً قد تعاطوا مواد مخدرة في عام (2020م)، وشكل الذكور الغالبية العظمى منهم، وأصيب (13.5%) منهم باضطراب سوء استخدام المواد. ويقدر التقرير نسبة انتشار الاضطراب لدى الفئة العمرية (15-64) عاماً حول العالم حوالي (0.76%). كما أشار التقرير الى أن مادة القنب ما زلت المادة الأكثر تعاطي حول العالم، تليها المواد الأفيونية، ثم الأمفيتامينات، الإيكستاسي "النشوة"، والكوكائين. (UNODC, 2022 : 16)

أما حجم المشكلة في الأردن فلقد شهد ارتفاعاً ملحوظاً بالقضايا المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة في السنوات الأخيرة، حيث يشير التقرير الإحصائي الجنائي الصادر عن مديرية الأمن العام (2022م)، تم تسجيل (18334) حالة متعلقة بالمخدرات في عام (2022م)، وتسجيل (19122) حالة في عام (2021م). وفي عام (2020م) تم تسجيل (20055) حالة مقارنة (19500) حالة في عام (2019م)، وأخيراً في عام (2018م) تم تسجيل (18400) حالة. (مديرية الأمن العام الاردني، 2022 : 51)

ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية النسخة الخامسة المعدلة (DSM-5-TR) أن المواد التي يمكن تدرج تحت اضطراب سوء المواد (SUD) تشمل (10) فئات منفصلة من المواد: الكحول (Alcohol)؛ مادة الكافيين (Caffeine)؛ القنب (Cannabis)؛ المهلوسات (Hallucinogens)؛ المستنشقات (Inhalants)؛ المواد الأفيونية (Opioids)؛ المرخيات أو المهدئات أو المنومات (Sedatives, or Anxiolytics)؛ المنشطات (Stimulants)؛ التبغ (Tobacco)؛ والمواد أخرى (أو غير معروفة) (Other or unknown Substances). (A.P.A., DSM-5-TR, 2022 : 544)

ومن عرض لهذه الحقائق ندرك أن الإدمان بشكل عام واضطراب سوء استخدام المواد (SUD) بوجه خاص من أخطر المشاكل الاجتماعية التي تواجه المجتمعات الحديثة. كما تتضح هذه المشكلة في أثر سلوك المصاب بهذا الاضطراب على جميع النواحي في المجتمع، فمن الناحية القانونية قد يؤدي هذا الاضطراب إلى السرقة أو القتل أو حتى الاغتصاب، أما من الناحية المرضية فهو يرتبط بالاضطرابات العقلية والنفسية وكذلك بالأمراض الجسدية، ومن الناحية الاقتصادية فإنهم يعتبرون من الأشخاص ضعيفين الإنتاج مما يؤدي إلى إعاقة تنمية المجتمع. (محمد عيد، 2022: 16)

وفي ضوء ذلك تظهر ضرورة تحقيق العلاج للشخص المصاب باضطراب سوء استخدام المواد والاهتمام ليس فقط بالعلاج الطبي وإنما أيضاً تقديم العلاج النفسي الذي يهتم بعلاج الأسباب النفسية التي أدت به إلى الإصابة بهذا الاضطراب واستخدامه لحل مشكلاته ضمن حدود شخصيته وإمكانياته.

ومن الطرق العلاجية النفسية التي تستخدم حديثاً في علاج اضطراب سوء استخدام المواد هي العلاج بالقبول والالتزام ((Acceptance And Commitment Therapy (ACT)) الذي يعتبر أحد تيارات الموجة الثالثة للعلاج

المعرفي السلوكي الذي يركز على تعديل العلاقة بين الفرد وأفكاره وقبورها بدلاً من تجنبها، من أجل زيادة المرونة النفسية والصلابة النفسية، وخلق حياة غنية ذات معنى للفرد.

وتعتبر المرونة النفسية (Psychological Flexibility (PF)) الهدف الرئيسي الذي يهدف علاج القبول والالتزام (ACT) الوصول إليه باعتبارها أحد المؤشرات الرئيسية للصحة النفسية والرفاهية، حيث أن تحسين المرونة النفسية للفرد يعزز من صحته النفسية ويساعده على اتخاذ إجراءات بما يتوافق وقيمه في الحياة. لذلك جذبت المرونة النفسية انتباه الباحثين النفسيين، كما أظهرت نتائج الدراسات إلى أن المرونة النفسية المنخفضة (Psychological Inflexibility) أثرت سلباً على الأفراد. وأن الشخص الذي لا يتمتع بالمرونة النفسية يكون عرضة لعدد من المشاكل والاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطراب سوء استخدام المواد، الاكتئاب، الإجهاد، الاضطرابات الأكل، الضيق النفسي، الأحتراق الوظيفي. (Doorely, et al., 2020: 2)

ويشير الأدب النفسي إلى العديد من التعريفات للمرونة النفسية منها تعريف ستيفن هايز وآخرون (2006م) والتي يتم تعريفها على أنها الاتصال باللحظة الحالية كإنسان واع، وبناءً على ما يوفره هذا الموقف، يتصرف وفقاً للقيم المختارة. (Hayes, et al., 2006: 7) أما مارشال وبروكمان (2016م) فيذهب إلى تعريف المرونة النفسية بقدرة الفرد على تحمل الضغط والانفتاح والتحكم في النفس. وبعبارة أخرى، يمكن للشخص المرن نفسياً التصرف وفقاً للموقف بناءً على قيم المعتقدات، يكون قادراً على التعامل مع المواقف المحبطة، ويمكنه التحكم في سلوكه. كما أن المرونة النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرفاهية. هذا يعني، لتحقيق حالة مثالية من الرفاهية، يحتاج الناس إلى تطوير المرونة النفسية في الحياة. (Marshall & Brockman, 2016: 65)

يلاحظ من تعريف المرونة النفسية أنها تركز على قدرة الفرد على تحمل الضغوطات ومواجهة الأحداث المحبطة والاتصال باللحظة الحالية والتصرف وفقاً للقيم المختارة. لذلك ينظر إلى المرونة النفسية على أنها أحد العوامل التي يمكن أن تزيد من قدرة الناس على محاربة اضطراب سوء استخدام المواد.

مشكلة الدراسة:

أن جوهر المشكلة في اضطراب سوء استخدام المواد بأنه من أكثر الاضطرابات تعقيداً نفسياً وفسولوجياً واجتماعياً، حيث أصبح علاج اضطراب سوء استخدام المواد المخدرة مسألة علاجية اجتماعية (Socio-Therapeutic Matter) لأن العواقب الجسدية والنفسية لهذا الاضطراب تقلل من جودة الصحة النفسية، جودة الحياة، الرضا، والأفعال الفردية. لذلك يلاحظ كثرة شكاوى المصابين باضطراب سوء استخدام المواد (SUD) من أزمات عديدة تفقدتهم بأنفسهم وتقدرهم لذاتهم وقيمتهم في الحياة لأنهم في هذه الاضطراب يتخبطون سعياً وبحثاً عن أهداف في الحياة تعطيتهم معنى لحياتهم وقد يخطئون في اختيار هذه السبل لعدم خبرتهم الكافية وتأثير المواد المخدرة على قدراتهم العقلية في إيجاد معنى حقيقي لحياتهم مما يعرض العديد منهم لأزمات نفسية وانفعالية.

(Hashemi, et al., 2022 : 2)

لذلك فإن تحسين مستوى المرونة يلعب دوراً جوهرياً في قدرة الأفراد على التعرف على المواقف المختلفة والتكيف معها، وتغيير العقلية أو السلوك، الحفاظ على التوازن، الوعي، الانفتاح، والالتزام بالسلوك وفقاً لما يتمسك به بقوة القيم. (kashdan&Rottenberg, 2010 : 879)

وفي هذا الصدد يلعب العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) دوراً هاماً في خلق حياة غنية وذات مغزى، مع قبول الألم الذي يصاحبها حتماً، لأن هذا العلاج يتعلق باتخاذ إجراءات فعالة مسترشدة بأعمق قيمنا والتي نتواجد فيها ونشارك فيها بشكل كامل. فقط من خلال العمل اليقظ يمكننا أن نخلق حياة ذات معنى. لذلك يصنف العلاج بالقبول والالتزام بأنه علاج سلوكي معرفي وجودي إنساني يهدف الى تحسين المرونة النفسية. (Hayes, et al., 2006 : 13)

ومن هنا تم اختيار العلاج بالقبول والالتزام كأسلوب علاجي لتنمية المرونة النفسية لدى مرضى سوء استخدام المواد. وتتمثل المشكلة الرئيسية في البحث الحالي في الإجابة عن السؤال التالي: هل يؤدي استخدام بعض فنيات العلاج بالقبول والالتزام الى زيادة مستويات المرونة النفسية لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد في الأردن؟ ويتفرع من هذا السؤال أربع تساؤلات فرعية هي:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية في المرونة النفسية قبل تطبيق البرنامج القبول والالتزام؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية في المرونة النفسية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المرونة النفسية بين القياس القبلي، والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة المرونة النفسية بين القياس البعدي، والتبعي لدى المجموعة التجريبية؟

أهداف الدراسة:

• اختبار فعالية استخدام بعض فنيات العلاج بالقبول والالتزام لزيادة مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد الذكور.

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في جانبين نظري وتطبيقي على الوجه التالي:

- الأهمية النظرية:

أ. دراسة المرونة النفسية دراسة علمية وتحديد الدور الذي تلعبه في علاج هذا الاضطراب.

ب. قلة الدراسات العربية في مجال فحص فعالية علاج القبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد الذكور.

- الأهمية التطبيقية:

- أ. تقدم هذه الدراسة تقييم برنامجاً علاجياً مصمماً في البيئة العربية (المجتمع الأردني) لعلاج مشكلة مرضية وهي اضطراب سوء استخدام المواد لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد الذكور.
- ب. المساهمة في علاج اضطراب نفسي وهو اضطراب سوء استخدام المواد من خلال تنمية المرونة النفسية والعمل على تخفيف المعاناة النفسية وإعادة دمجهم داخل المجتمع بصورة تسمح لهم بممارسة دورهم بشكل طبيعي.

مصطلحات الدراسة:**• اضطراب سوء استخدام المواد (Substance Use Disorder (SUD):**

تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2022م) اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) على أنه مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسولوجية التي تشير إلى استمرار الفرد في استخدام المادة على الرغم من المشكلات الكبيرة المتعلقة بالمواد. وطبقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي النسخة الخامسة المعدلة والأخيرة للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM-5-TR) يمكن تصنيف المواد المسببة للإدمان إلى:

1- الكحوليات (Alcohol)

2- الكافيين (Caffeine)

3- التبغ (Tobacco)

4- الماريجوانا (Marijuana)

5- المهلوسات (Hallucinogens)

6- المواد الأفيونية (Opioids)

7- المهدئات أو المرخيات أو المنومات (Sedatives, or hypnotics, or anxiolytics)

8- المنشطات (Stimulants)

9- المستنشقات (Inhalants)

10- المواد الأخرى أو المواد الغير معروفة (Other (or Unknown) Substance)

(A.P.A., DSM-5-TR, 2022 : 546)

ويعرف اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) إجرائياً بأنه التشخيص الطبي من قبل الطبيب النفسي المختص في

المركز الوطني لتأهيل المدمنين في العاصمة الأردنية عمان.

• العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance Therapy (ACT) and Commitment:

ويعرف ستيفن هايز (2006م) العلاج بالقبول والالتزام (ACT) بأنه أسلوب علاجي وظيفي، يركز على نظرية الإطار العلائقي (RFT) التي ترى أن السبب الرئيسي لمشكلة العميل هو عدم المرونة النفسية والجمود النفسي، ويستهدف العلاج تقديم تدخلات علاجية لفظية غير مباشرة، من خلال التقبل وتحسين التسامي بالذات، والتركيز على الحاضر والاهتمام بالقيم. (Hayes, et al., 2006 : 7)

ويعرف البرنامج العلاجي المستند على (ACT) إجرائياً بأنه الطريقة التي يقوم الباحث باستخدامها لزيادة مستويات المرونة النفسية لدى عينة من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد الذكور، ويتناول تقبل أفكارهم المزعجة بدلا من تجنبها، وفك الاندماج المعرفي بدلا من الانصهار بأفكارهم، والذات كسياق بدلا من الذات كمحتوى، واليقظة الذهنية من أجل الاتصال باللحظة الحالية، واستكشاف قيمهم، والالتزام بأفعال مسترشدة بهذه القيم مما يؤدي بهم بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج إلى الحصول على درجات مرتفعة عن ذي قبل في مقياس المرونة النفسية (مقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة).

• المرونة النفسية (Psychological Flexibility(PF))

يتبنى الباحث تعريف ستيفن هايز وآخرون (2006م) والتي يتم تعريفها على أنها الاتصال باللحظة الحالية كإنسان واع، بشكل كامل وبدون قلق لا داعي له، ومواصلة السلوك أو تغييره في خدمة القيم المختارة. وبطريقة بسيطة للتفكير في المرونة النفسية على أنها القدرة على الاستجابة للحياة بطريقة عملية تمكننا من عيش حياة حيوية وهادفة. وتتكون المرونة النفسية من ست عمليات هي: القبول، فك الاندماج المعرفي، الذات كسياق، الالتزام السلوكي، القيم، والاتصال باللحظة الحالية. (Hayes, et al., 2006 : 7)

وتعرفها المرونة النفسية إجرائياً: بأنها الدرجة التي يحققها الفرد على مقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة الذي طوره البرفسور لاوما وآخرون في (2011م).

الإطار النظري:

أولاً: اضطراب سوء استخدام المواد (SUD)

يعرف اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) على أنه نمط أو حالة من الاستخدام الخطير للمؤثرات العقلية التي تحتوي على الكحول والمواد المخدرة الغير المشروعة. كما ذكر (DSM-5-TR) أن العلامة الأساسية المميزة لاضطراب سوء استخدام المواد هي مجموعة من الأعراض الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية والتي تشير إلى أن الفرد يستمر في استخدام المادة بغض النظر عن المشاكل والعواقب السلبية المتعلقة بالاستخدام المتكرر للمواد المخدرة. (A.P.A., DSM-5-TR, 2022: 546)

ويعرف مصطلح سوء الاستخدام في اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) على أنه نمط أو حالة من الاستخدام الضار لأي مادة من أجل إحداث تغيير في الحالة المزاجية. وتتضمن هذه المواد الكحوليات أو المواد المخدرة الأخرى. ويمكن أيضاً حدوث "سوء استخدام" للمادة من خلال استخدامها بالطريقة أو الكمية الغير موصى بها عند الاستخدام. (McLellan, 2017: 113-114)

وتعرف المادة في اضطراب سوء استخدام المواد حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس على أنها استخدام المواد المخدرة (مثل الكحول، القنب، الكوكايين، المستنشقات)، أو الأدوية مثل المهدئات ومضادات القلق، أو أي مادة قادرة على إحداث آثار جانبية ضارة عند تناولها أو دخولها إلى الجسم. (APA Dictionary, 2015: 1045)

وقامت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2022م) بنشر النسخة الخامسة المعدلة (DSM-5-TR) وعرفت فيه اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) على أنه مجموعة من الأعراض الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية والتي تشير إلى استمرارية الفرد في استخدام المادة على الرغم من المشاكل والعواقب المتعلقة باستخدام المادة. وأدرج هذه الاضطرابات تحت فصل الاضطرابات المتعلقة بمادة والسلوكيات الأدمانية. كما قسمت هذا الاضطراب إلى مجموعتين:

- **اضطرابات سوء استخدام المواد (Substance Use Disorders):** وهي أنماط من الأعراض الناتجة عن الاستمرار في استخدام مادة، على الرغم من التعرض للمشاكل نتيجة ذلك.

- **الاضطرابات المحدثة بالمواد (Substance-Induced Disorders):** وهي الحالات التي تتضمن ما يلي: الانسحاب بالمواد (Substance Intoxication)، والانسحاب من المواد (Substance Withdrawal)، والاضطرابات العقلية المحدثة بمادة أو دواء (Substance/ Medication-Induced Mental Disorders). والتي تحدث بسبب تأثير المواد، والتي تتضمن الاضطرابات التالية: الاضطرابات الذهانية، الاضطرابات ثنائية القطب وما يتصل بها، الاضطرابات الاكتئابية، اضطرابات القلق، الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة، اضطرابات النوم، الاختلالات الجنسية، الهذيان، والاضطرابات المعرفية العصبية.

وحدد الدليل التشخيصي والإحصائي النسخة الخامسة المعدلة والأخير للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM-5-TR) أن المواد المسببة للإدمان واضطراب سوء استخدام المواد تنقسم إلى عشرة فئات هي:

1- الكحوليات (Alcohol)

2- الكافيين (Caffeine)

3- التبغ (Tobacco)

4- الماريجوانا (Marijuana) (القنب الهندي أو الحشيش)

5- المهلوسات (Hallucinogens) وتحتوي على الإيكستاسي "النشوة" LSD، عقار الفيتسيكلدين (PCP)

6- المواد الأفيونية (Opioids)

7- المهدئات أو المرخيات أو المنومات (Sedatives, or hypnotics, or anxiolytics) مثل: البنزوديازيبينات، الأدوية الشبيهة بالبنزوديازيبين (مثل الزولبيديم والزابيلون)، الكاربامات (مثل الجلوتيثيميد والميروبامات)، الباربيتورات (مثل سيكوباربيتال)، المنومات الشبيهة بالباربيتورات (على سبيل المثال، الجلوتيثيميد، الميروبامات، البروبوفول).

8- المنشطات (Stimulants): وتحتوي على (الإمفيتامينات، الميثامفيتامين، الكوكائين)

9- المستنشقات (Inhalants): وتضم استنشاق المواد كالهيدروكربونات المتطايرة، والتي تشمل على غازات سامة من المواد اللاصقة والوقود والدهانات والمركبات المتطايرة الأخرى.

10- المواد الأخرى أو المواد الغير معروفة (Other (or Unknown) Substance)

(A.P.A., DSM-5-TR, 2022: 544)

- المعايير التشخيصية لاضطراب سوء استخدام المواد حسب (APA, 2022):

- يعتبر اضطراب سوء استخدام المواد من الاضطرابات التي تضم مجموعة متنوعة من المشكلات الناجمة عن سوء استخدام المواد، لذلك حددت إحدى عشر معياراً للتشخيص هي:
- 1- استخدام وتناول المادة بكميات أكبر أو لفترات أطول مما هو محدد.
 - 2- الرغبة في تقليل أو التوقف عن استخدام المادة ولكن دون النجاح في ذلك.
 - 3- الانشغال وقضاء الكثير من الوقت من أجل الحصول على المادة أو استخدامها أو التعافي منها.
 - 4- الرغبة الملحة والشديدة والحث على استخدام المادة.
 - 5- عدم القدرة على القيام بالواجبات سواء في العمل أو المنزل أو المدرسة بسبب سوء استخدام المواد المخدرة.
 - 6- الاستمرار في استخدام المادة، على الرغم من مشاكل في العلاقات.
 - 7- الابتعاد عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية المهمة بسبب سوء استخدام المواد المخدرة.
 - 8- الاستخدام المتكرر للمواد المخدرة على الرغم من المخاطر التي قد تسببها.
 - 9- الاستمرار في الاستخدام، حتى عندما يدرك الفرد أنه يعاني من مشكلة جسدية أو نفسية يمكن أن تكون سببها أو تفاقت بسبب المادة.
 - 10- الحاجة إلى زيادة الجرعة للمادة للحصول على التأثير الذي كانت تحدثه في السابق (التحمل).
 - 11- تطور أعراض انسحابية، والتي يمكن تخفيفها عن طريق تعاطي المزيد من المادة.
- ويمكن تصنيف المعايير الموضحة أعلاه في أربع فئات: فقدان السيطرة (المعايير 1-4)، المشكلات الاجتماعية (المعايير 5-7)، الاستخدام الخطر للمواد (المعايير 8-9) والخواص الدوائية للمواد (المعايير 10-11)

- شدة اضطراب سوء استخدام المواد:

- يوفر (DSM-5-TR) للأطباء أو المعالجين النفسيين القدرة على تحديد مدى خطورة أو حجم مشكلة اضطراب سوء استخدام المواد، اعتماداً على عدد الأعراض التي يتم تحديدها، على النحو التالي:
- خفيف (Mild): هناك عرضان أو ثلاثة من الأعراض التي تشير إلى اضطراب بسيط من سوء استخدام المواد.
 - متوسط (Moderate): أربعة أو خمسة من الأعراض التي تشير إلى اضطراب معتدل من سوء استخدام المواد.
 - شديد (Sever): ستة أعراض أو أكثر التي تشير إلى اضطراب شديد من سوء استخدام المواد.

(A.P.A., DSM-5-TR, 2022: 544-555)

- النظريات النفسية المفسرة لاضطراب سوء استخدام المواد:

- 1- **التحليل النفسي:** يفسر التحليل النفسي اضطراب سوء استخدام المواد في ضوء الاضطرابات التي صاحبها المصاب في طفولته المبكرة والتي لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياته، وتجادل مدرسة التحليل النفسي أن ظاهرة استخدام المواد المخدرة ترجع في الأساس إلى اضطراب علاقة الحب في الطفولة الأولى بين المتعاطي ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (الثنائية الوجدانية)، وهذه الثنائية تسقط وتنقل

على المواد، وتصبح المادة رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب مع والده. (سعد المغربي، 1963: 408)

2- النظرية السلوكية: تعتقد المدرسة السلوكية أيضاً أن سوء استخدام المواد وإدمانها من السلوكيات المكتسبة. حيث إذا كان الشخص متوتراً وقلقاً وتعاطى الكحول أو المواد المخدرة، فسيشعر بالهدوء والسكينة. ويعتبر هذا الإحساس جزءاً داعماً أو معززاً لتناول هذه المواد في المرات اللاحقة، ومع استمرار الاستخدام يتعلم الشخص تناول هذه المادة لتخفيف الآثار المزعجة من الأعراض الانسحابية، والمعروف في التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويل ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيز سلبى أو إيجابى. (جميل عطا & كمال الحوامدة، 2008: 196)

أما الموجة الثالثة من السلوكية المتمثلة بالسياقية الوظيفية (Contextual Behavioral Science) يعتقد أصحاب هذه التيار من السلوكية أن وظيفة كلا من اللغة والإدراك والسلوك تتأثر بالسياق الذي تحدث من خلاله، فهو نموذج سياقي شامل يسعى إلى تحديد المتغيرات السياقية، المحددة تاريخياً وظرفياً، والتي تسمح بالتأثير على جميع تصرفات الإنسان (والتي تشمل أيضاً الأنشطة الداخلية مثل التفكير والشعور).

(Hayes, et al., 2012: 979)

3- النظرية المعرفية: قدم أرون بيك من خلال نموده المعرفي الدورة الكاملة لفهم اضطراب سوء استخدام المواد، والتي تبدأ من المثير على سبيل المثال صعوبات تواجه الفرد في حياته، ينشط هذا المثير المعتقدات والأفكار اللاعقلانية بشكل تلقائي (لا أحد يقدر مجهودي، إذا أنا فاشل)، والتي بدورها تولد ردود الفعل الفسيولوجية والعاطفية (الحزن، الغضب، الإحباط، الرعدة). وتعتبر هذه المشاعر والأفكار، منشطاً للأفكار والمعتقدات المسببة لاستخدام المواد (كأس واحد من الكحول سوف يجعلني أشعر بتحسن) مما يؤدي بالفرد إلى البحث عن المواد واستخدامها. وبالتالي فإن استخدام المواد الانتكاسة يخلق روابط جديدة تشكل ذكريات متعلقة بالمادة والتي تعمل بدورها كمثيرات جديدة لبدء دورة استخدام المواد من جديد. (Silva, et al., 2018: 816-822)

ثانياً: العلاج بالقبول والالتزام (ACT) :

وهو إحدى علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، وقد بدأ بتطويره عالم النفس الأمريكي ستيفن هايز في عام (1982م) من أجل إيجاد نموذج علاجي يجمع المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي وتحليل السلوك، وبشكل خاص معرفة التأثير السلبي لكلا من اللغة والإدراك على السلوك الإنساني وطريق تعديلها. ويعتبر من أحد فروع السلوكية الذي يعرف باسم "السلوكية الراديكالية"، التي تعتبر أن كل ما يفعله الكائن الحي هو عبارة عن سلوك. وبناءً عليه، تعتبر العمليات مثل التفكير والعواطف والذكريات، كلها أشكالاً من السلوك.

(Waltaz&Hayas, 2010: 155-156)

- ثالثاً: المرونة النفسية:

ينظر إلى المرونة النفسية على أنها العنصر الرئيسي والمركزي في فهم علاج القبول والالتزام وتطبيقه بشكل صحيح. ويعتمد فهم نموذج المرونة النفسية على السياقية الوظيفية ونظرية الأطر العلائقية. ومن خلال هذا المنظور ينقسم

نموذج المرونة النفسية إلى جزأين هما: عدم المرونة النفسية الذي ينظر إليه على أنه المسبب للاضطرابات النفسية، والجزء الآخر هو المرونة النفسية الذي ينظر إليه كنموذج يؤدي إلى الأداء أفضل والرفاهية النفسية وأخيراً ازدهار الإنسان. وتتألف عدم المرونة النفسية من ست عمليات أساسية هي: الانتباه غير المرن، الاندفاعية أو تسويق الأعمال والمهام، الذات المفاهيمية، الاندماج المعرفي، التجنب التجريبي وتعطيل القيم المختارة. بمقابل هذه العمليات هناك ست عمليات سداسية الشكل للمرونة النفسية وهي: مرنة الانتباه إلى اللحظة الحالية (اليقظة الذهنية) والقبول، والذات كسياق، وفك الاندماج المعرفي والقيم المختارة، والعمل الملتزم. لذلك يعرف تتهان أحمد المرونة النفسية على أنها قدرة الفرد على التكيف مع المواقف المختلفة، وتغيير وجهات النظر عند الحاجة لذلك، وتحقيق التوازن بين احتياجات الفرد ورغباته. (Tanhan, 2019: 199 – 200)

أما ستيفن هايز وآخرون (2006م) فيذهب في تعريف المرونة النفسية على أنها الاتصال باللحظة الحالية كإنسان واع، بشكل كامل وبدون قلق لا داعي له، ومواصلة السلوك أو تغييره في خدمة القيم المختارة. ويمكن النظر في المرونة النفسية بطريقة بسيطة على أنها القدرة على الاستجابة لمتطلبات الحياة بطريقة عملية تمكن الفرد من عيش حياة ذات معنى وحيوية وهادفة. ويتفق كلا من ستيفن هايز وتتهان أحمد أن المرونة النفسية تتكون من ست عمليات المذكورة أعلاه. (Hayes, et al., 2006: 7)

الدراسات السابقة:

وسيقوم الباحث بعمل حصر لبعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة، وقد تم تصنيفها إلى ثلاث محاور أساسية وهي:

1) الدراسات التي تناولت اضطراب سوء استخدام المواد.

2) الدراسات التي تناولت فعالية علاج القبول والالتزام في علاج اضطراب سوء استخدام المواد.

3) الدراسات التي تناولت فعالية علاج القبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية.

أولاً: الدراسات التي تناولت اضطراب سوء استخدام المواد.

درست العديد من الأبحاث النفسية اضطراب سوء استخدام المواد في محاولة لفهم هذا الاضطراب بشكل إكلينيكي معمق، حيث هدفت دراسة مكابياستييان وآخرون (2022) لمعرفة الآثار الطويلة الأمد لاضطراب سوء استخدام المواد من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد، حيث شملت العينة (5371) فرداً تم متابعتهم من سن (18) عاماً إلى عمر (50) عاماً. وقد أظهرت النتائج أن معظم من عانى من اضطراب سوء استخدام المواد في مرحلة المراهقة، عانى من عرضين أو أكثر من أعراض هذا الاضطراب في مرحلة الرشد.

(McCabe, et al., 2022)

وقام كلا من نسليهان بوزداغ و دوندوشهدار (2021) بدراسة هدفت لتحديد العلاقة بين الوصم الداخلي والكفاءة الذاتية وكذلك الدافع العلاجي لدى مرضى اضطراب سوء استخدام المواد. شملت العينة (181) مريضاً في مقاطعة غازي

عنتاب في تركيا. خلصت الدراسة إلى أن انخفاض مستويات الكفاءة الذاتية مرتبط مع زيادة مستويات الوصم الداخلي للمرضى، وزاد مستوى الدافع للعلاج مرتبط مع زيادة مستوى الوصم الداخلي.

(Bozdağ&Çuhadar, 2021)

ولقد بين محمد بيسوني وآخرون (2022) مخاطر الانتحار والتفكير في الانتحار بين مرضى اضطرابات سوء استخدام المواد في مصر، كشفت النتائج أن (27%) من المرضى الذين يعانون من اضطرابات سوء استخدام المواد لديهم أفكار انتحارية، و (22%) لديهم خطر الانتحار، و (9%) لديهم تاريخ من محاولات الانتحار.

(Bassiony, et al., 2022)

وأشارت دراسة خليل أبو حماد وآخرون (2022) أن عوامل الخطورة التي قد تساهم في الإصابة بهذا الاضطراب في الأردن للشباب هي: نوعية الأصدقاء وزملاء الدراسة تعتبر من العوامل المسهلة للإصابة بهذا الاضطراب. بالإضافة إلى العوامل التالية: نقص وافتقار المراقبة الأبوية، وقلة الوعي حول مخاطر المواد غير المشروعة، والقدرة المالية العائلية، سلوكيات الجيران وتوافر المواد في المجتمع، وأخيرا الفضول وتقليد الآخرين. (Abuhammad, et al., 2022)

ولقد استهدفت دراسة (Albals, et al., 2021) تقييم أكثر المواد التي يستخدمها مرضى اضطراب سوء استخدام المواد شبيوعياً في الأردن، فأظهرت النتائج أن ما يقرب من نصف الحالات التي أحيلت إلى العلاج كانت لمستخدمي الجوكر (Joker)، وفي المرتبة الثانية جاءت لمستخدمي مادة الحشيش (Hashish)، تليهم مستخدمو مادة الترامادول (Tramadol)، وفي المرتبة الرابعة جاء مستخدمو الهيروين (Heroin)، وحتلت كلا من مادتين الماريجوانا (Marijuana) والكحول (Alcohol). وأخيراً فقد جاءت مواد المورفين (Morphine)، الكبتاجون (Captagon)، والمذيبات المتطايرة (Volatile Solvents) أقل النسب المئوية لجميع الحالات المحولة للمركز للعلاج. أما الفئة العمرية التي كانت تعاني من اضطراب سوء استخدام المواد من جميع الحالات المسجلة كانت أعمارهم تتراوح بين (30: 20) سنة. (Albals, et al., 2021: 2-3)

وفي البحث عن الاعتلال المشترك بين كلا من بين اضطرابات سوء استخدام المواد (SUDs) واضطرابات الشخصية (PDs) قام مصطفى نعمان وآخرون (2022) بدراسة على عينة تكونت من (120) مريضاً من الذكور البالغين، تم إدخالهم في وحدة إدارة الإدمان بمستشفى جامعة أسيوط خلال الفترة الزمنية من ديسمبر (2016م) حتى نهاية نوفمبر (2017م). وقد استوفوا جميع المرضى المعايير التشخيصية لاضطراب سوء استخدام المواد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة. أما المجموعة الضابطة تكونت من (100) شخص من الذكور البالغين الأصحاء ومطابقين لمجموعة التجريبية بالنسبة للعمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية. وخضعت المجموعتين لمقابلة عصبية نفسية دولية مصغرة للاضطرابات النفسية المستبعدة (The Mini-International Neuropsychiatric Interview). كما خضعت المجموعة التجريبية لفحص البول للكشف عن المواد المخدرة وكذلك للمقاييس التالية: مؤشر شدة الإدمان (ASI)، مقابلة منظمة لنموذج العوامل الخمسة (SIFFM)، والمقابلة السريرية المنظمة. أما المجموعة

الضابطة فحضعت لفحص البول للكشف عن المواد المخدرة وكذلك لمقياس العوامل الخمسة (SIFFM) أظهرت النتائج أن لدى غالبية المرضى اعتماد على أكثر من مادة واحدة (58%)، ونسبة الاعتماد على الترامادول في (30%) من المرضى. وكشفت النتائج أن أكثر اضطرابات الشخصية شيوعاً بين أفراد المجموعة التجريبية كانت المعادية للمجتمع، والشخصية التجنبية، والشخصية المرتابة (17.5%) لكل منهما، في حين أن السمة الأكثر شيوعاً هي العصابية والضمير. وكانت الشخصية المعادية للمجتمع هي الأكثر شيوعاً مع سوء استخدام المواد المتعددة (20%)، بينما كانت الشخصية المعادية للمجتمع هي الأكثر شيوعاً مع سوء استخدام الترامادول. (Noaman, et al., 2022)

ثانياً: الدراسات التي تناولت فعالية العلاج بالقبول والالتزام في علاج اضطراب سوء استخدام المواد.

بحث العديد من الدراسات مدى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في علاج الاضطرابات النفسية وخاصة اضطراب سوء استخدام المواد ومدى تمكن هذه البرامج القائمة على فنيات هذا العلاج المختلفة في علاج هذا الاضطراب، وهذا ما أشارت إليه دراسة تهماسيبي زاده وآخرون (2021) حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية علاج القبول والالتزام وتنظيم العاطفة التدريب على الاندفاع وتحمل الضيق في الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الإصابة في هذا الاضطراب، وتكونت العينة من (63) مريض، وتضمنت أدوات التقييم مقياس بارات للاندفاع (BIS) ومقياس تحمل الضيق النفسي (DTS) وتم تطبيق البرنامج على العينة التجريبية ومقارنتها بالعينة الضابطة، وأشارت نتائج إلى أنه يمكن للأخصائيين النفسيين علاج اضطراب سوء استخدام المواد من خلال استخدام العلاج بالقبول والالتزام. (Tahmasebizadeh, et al., 2022)

ولنفس الصدد جاءت دراسة حسين زاهد ناهد وآخرون (2022) لتؤكد نتائجها نتائج دراسة تهماسيبي زاده وآخرون والتي اقتصرتها فيها عينة الدراسة فيها على (30) من الأمهات اللاتي يعتمدن تعاطي المواد المخدرة، وأظهرت نتائج أن الاستشارة السلوكية المعرفية التي تعتمد على القبول والالتزام كانت فعالة في المرونة النفسية للأمهات المدمنات. (Hashemi, et al., 2022)

ولقد قامت أوساجي جوي وآخرون (2020) بدراسته لمراجعة الدراسات التي نشرت بالفترة الزمنية (2011-2020) لتقييم فعالية علاج القبول والالتزام لدى المصابين باضطراب سوء استخدام المواد. ولقد شملت الدراسة مراجعة (22) دراسة حول الموضوع. وقد أظهرت نتائج معظم الدراسات أن علاج القبول والالتزام كان فعالاً في معالجة اضطراب سوء استخدام المواد، كما تظهر أدلة مهمة على انخفاض في استخدام المواد أو التوقف التام مع عدم الانتكاسة. وقد خلصت الدراسة إلى أن النجاح قد تحقق باستخدام علاج القبول والالتزام إما كعلاج وحيد أو بالاشتراك مع علاج آخر في علاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب سوء استخدام المواد. (Osaji, et al., 2020)

ثانياً: الدراسات التي تناولت دور المرونة النفسية في الصحة النفسية.

درست العديد من الدراسات دور المرونة النفسية في الصحة النفسية، كدراسة مينديز أنا وآخرون (2022) التي هدفت إلى استكشاف أدوار مواقف التعاطف مع الذات والمرونة النفسية في الارتباط بين الذكريات المتأصلة المبكرة والمشاعر الحالية للأمان الاجتماعي والرفاه النفسي للفتيات. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (221) مراهقة، تتراوح

أعمارهن بين (12) و(18) عاماً. أظهرت النتائج أن الذكريات المبكرة وتجربة الشعور بالأمان في العلاقات الاجتماعية الحالية كانت مرتبطة بشكل إيجابي بالرفاهية النفسية لمراهقات من خلال مستويات أعلى من التعاطف مع الذات والمرونة النفسية. وتشير هذه النتائج إلى أن مؤشرات الانفعالات ليست فقط مهمة للرفاهية النفسية للفتيات ولكن أيضاً لوجود عمليات تنظيم عاطفة تكيفية محددة. (Mendes, et al., 2022)

ولقد قام كلا من أرسلان غوكمين & ألين كيللي (2021) بدراسة عنوانها " استكشاف العلاقة بين الإجهاد الناتج عن فيروس كورونا، والمعنى في الحياة، والمرونة النفسية، والرفاهية الذاتية". وهدفت هذه الدراسة إلى التحقيق في الرفاهية، ومعنى الحياة، والمرونة النفسية فيما يتعلق بضغط الناتج عن جائحة كورونا. تألفت العينة في الدراسة من (417) طالباً من إحدى الجامعات الحكومية في تركيا، وكان نسبة الذكور (40.3%)، ونسبة الإناث (59.7%)، وتراوحت أعمارهم من (18: 40) عاماً. أشارت نتائج الدراسة إلى أن المعنى في الحياة والمرونة النفسية توسط في تأثير ضغط فيروس كورونا

على رفاهية الطالب. كما خففت المرونة النفسية من تأثير الإجهاد على معنى الحياة. (Arslan & Allen, 2021) وأيضاً دراسة روزين كريستين وآخرون (2020) هدفت إلى فحص الألم، والمرونة النفسية (اليقظة، القبول، والقيم)، واستمرار تعاطي المواد المخدرة بين عينة من البالغين من أصل لاتيني بلغ عددها (100) شخص تم علاجهم بالميثادون مع الألم المزمن. ومن أجل أهداف الدراسة تم تطبيق الأدوات التالية: البطارية المختصرة للألم، مقياس الوعي والانتباه اليقظ، مقياس المرونة النفسية الذاتي. تشير النتائج إلى أن المرونة النفسية مرتبطة باستمرار استخدام المواد في هذه العينة التي كانت سائدة من أصل لاتيني من البالغين الذين عولجوا من اضطراب استخدام المواد الأفيونية مع الألم المزمن المترام.

(Rosen, et al., 2020)

فروض الدراسة:

وبناءً على ما تقدم من عرض للدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو الآتي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التطبيق القبلي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المرونة النفسية.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التطبيق البعدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المرونة النفسية.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي / البعدي لصالح التطبيق البعدي.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس البعدي / التبعي في المرونة النفسية.

الإجراءات المنهجية:

أولاً: العينة :

يعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج التجريبي بالطريقة شبه التجريبية ذات القياسات القبلية والبعدي بتصميم المجموعتين " التجريبية والضابطة"، وتكونت العينة من 20 مريض من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد الذكور وتم اختيارهم بطريقة عمدية من سن (20-30) سنة، من المترددين على المركز الوطني لتأهيل المدمنين في الأردن،

مقسمين إلى مجموعتين يعانون من تدني المرونة النفسية، (10) تجريبية وسوف يقوم الباحث بتطبيق البرنامج علاجي بالقبول والالتزام (ACT) عليهم. (10) ضابطة ولن يتم تطبيق أية برامج علاجية من قبل الباحث. خصائص عينة الدراسة:

قد تم فصل المجموعتين بشكل إحصائي عن طريق مضاهاة الدرجات داخل المجموعتين في العديد من متغيرات التالية وذلك لضمان تجانس العينتين وذلك كما توضحه الجداول الآتية :
خصائص العينة من حيث العمر:

قام الباحث باستخدام اختبار مان-وتني لعينتي مستقلتين (Mann-Whitney) للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة لمتغير العمر بالشهور قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (1) نتائج تجانس المجموعتين بالنسبة لمتغير العمر.

جدول (1)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر بالشهور قبل تطبيق البرنامج.

المتغير	الإحصاءات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
العمر بالشهور	المجموعة التجريبية	10	10.30	103.00	-0.152	غير دالة (0.879)
	المجموعة الضابطة	10	10.70	107.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة Z بلغت (-0.152) لمتغير العمر بالشهور، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، مما يدل على عدم وجود فرق دلالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة على متغير العمر بالشهور، وهذا يشير أيضاً إلى تجانس مجموعتي الدراسة في متغير العمر بالشهور قبل تطبيق البرنامج. خصائص العينة من حيث المستوى الاقتصادي:

المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وقيمة ودلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى الاقتصادي.

جدول رقم (2)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى الاقتصادي قبل تطبيق البرنامج.

المتغير	الإحصاءات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المستوى الاقتصادي	المجموعة التجريبية	10	11.15	111.50	-0.492	غير دالة (0.623)
	المجموعة الضابطة	10	9.85	98.50		

يتضح من الجدول رقم (2) أن قيمة Z بلغت (-0.492) لمتغير المستوى الاقتصادي، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، مما يدل على عدم وجود فرق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبيية والضابطة على متغير المستوى الاقتصادي، وهذا يشير أيضاً إلى تجانس مجموعتي الدراسة في متغير المستوى الاقتصادي قبل تطبيق البرنامج.

خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

مستوى التعليم لدى أفراد كلا من المجموعة التجريبيية والضابطة.

جدول رقم (3)

المستوى التعليمي لدى أفراد كلا من المجموعة التجريبيية والضابطة

المؤهلات عليا	تعليم متوسط	الثانوية العامة	ن	
3	4	3	10	التجريبيية
3	4	3	10	الضابطة

يتراوح مستوى التعليم لأفراد العينة بين ما بين الثانوية العامة، وتعليم متوسط (دبلوم)، والمؤهلات عليا (جامعي)، ويتضح من الجدول التالي تساوي كلا من المجموعة التجريبيية، والضابطة في مستوى التعليم حيث كان عدد المشاركين من المجموعة التجريبيية (3 من ذكور حصلوا على الثانوية العامة)، (4 من ذكور حصلوا على دبلوم)، (3 من ذكور حصلوا على المؤهلات عليا)، وكذلك بالنسبة للمجموعة الضابطة كان عدد المشاركين ممن حصلوا على الثانوية العامة (3) ومن حصلوا على دبلوم (4)، وممن حصلوا على المؤهلات عليا (3).

خصائص العينة من حيث المستوى الاجتماعي:

المستوى الاجتماعي لدى أفراد كلا من المجموعة التجريبيية والضابطة.

جدول رقم (4)

المستوى الاجتماعي لدى أفراد كلا من المجموعة التجريبيية والضابطة

المجموعة	ن	أعزب	متزوج	مطلق
التجريبيية	10	6	3	1
الضابطة	10	6	3	1

يتراوح المستوى الاجتماعي لأفراد العينة بين ما بين أعزب، ومتزوج، ومطلق، ويتضح من الجدول التالي تساوي كلا من المجموعة التجريبيية، والضابطة في المستوى الاجتماعي حيث كان عدد المشاركين من المجموعة التجريبيية (6 من ذكور أعزب)، (3 من ذكور متزوجين)، (1 من ذكور مطلق)، وكذلك بالنسبة للمجموعة الضابطة كان عدد المشاركين من الذكور أعزب (6) ومتزوجين (3)، ومطلق (1).

خصائص العينة من حيث المستوى نوع المادة:

نوع المادة لدى أفراد كلا من المجموعة التجريبيية والضابطة.

جدول رقم (5)

نوع المادة المخدرة لدى أفراد كلا من المجموعة التجريبية والضابطة

نوع المادة المجموعة	كريستال	الحشيش	الهيروين	الكتاجون	الكوكائين
التجريبية	2	3	2	2	1
الضابطة	2	3	2	2	1

تتراوح نوع المادة لأفراد العينية ما بين (كريستال، الحشيش، الهيروين، الكبتاجون، الكوكائين)، ويتضح من الجدول الساب تساوي كلا من المجموعة التجريبية، والضابطة في نوع المادة حيث كان عدد المشاركين من المجموعة التجريبية (2) أسوا استخدام مادة الكريستال، 3 أسوا استخدام مادة الحشيش، 2 أسوا استخدام الهيروين، 2 أسوا استخدام الكبتاجون، 1 أسا استخدام الكوكائين). وكذلك بالنسبة للمجموعة الضابطة (2 أسوا استخدام مادة الكريستال، 3 أسوا استخدام مادة الحشيش، 2 أسوا استخدام الهيروين، 2 أسوا استخدام الكبتاجون، 1 أسا استخدام الكوكائين).

- خصائص العينة من حيث مدة الإصابة باضطراب سوء استخدام المواد (فترة المرض بالشهور):

قام الباحث باستخدام اختبار مان-وتني لعينتي مستقلتين (Mann-Whitney) للتحقق من دلالة الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة لمتغير فترة الإصابة بالاضطراب بالشهور قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (6) نتائج تجانس المجموعتين على المقياس.

جدول (6)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

في متغير فترة الادمان بالشهور قبل تطبيق البرنامج

المتغير	الإحصاءات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
فترة الادمان بالشهور	المجموعة التجريبية	10	8.70	87.00	-1.400	(0.162) غير دالة
	المجموعة الضابطة	10	12.30	123.00		

يتضح من الجدول (6) أن قيمة Z بلغت (-1.400) لمتغير فترة الإصابة بالاضطراب بالشهور، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، مما يدل على عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة على متغير فترة الإصابة بالاضطراب بالشهور، وهذا يشير إلى تجانس مجموعتي الدراسة في متغير فترة الإصابة بالاضطراب بالشهور قبل تطبيق البرنامج.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

وقد قام الباحث باستخدام الأدوات التالية :

1- استمارة جمع البيانات الاجتماعية والديموغرافية (أعداد الباحث) ولقد قام الباحث بتطبيق هذه الاستمارة لجمع البيانات الأولية عن أفراد العينة.

2- مقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة (Acceptance and Action Questionnaire - Substance Abuse) (تعريب/ الباحث 2023) وتشير الدرجة المنخفضة به إلى عدم تمتع الفرد المصاب باضطراب سوء استخدام المواد بالمرونة النفسية والعكس صحيح.

وقد تم عمل ثبات وصدق للمقياس على عينة الدراسة الحالية من قبل الباحث:

ويتم حساب الثبات لتأكد من صلاحية المقياس للاستخدام في الدراسة الحالية.

- صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية (على عينة الدراسة الحالية من قبل الباحث):

ويتم حساب الصدق والثبات لتأكد من صلاحية المقياس للاستخدام في الدراسة الحالية بالطريقة التالية:

- ثبات المقياس :

استخدم الباحث طريقة معادلة كرونباخ (معامل ألفا) لحساب ثبات المقياس وذلك على عينة استطلاعية مقدارها (30) مريض من مرضى اضطراب سوء استخدام المواد الذكور في المركز الوطني لتأهيل المدمنين في العاصمة الأردنية عمان. وكانت نتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (7)

قيمة كرونباخ ألفا القبول لمقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة

الفقرات الفرعية لمقياس	قيمة كرونباخ ألفا
التزام بالقيم	0.878
قبول الانفصال المعرفي	0.90
المقياس الكلي	0.896

يتضح من الجدول رقم (7) المواد ان أعلى قيمة كانت (0.90) وأقل قيمة كانت (0.878). وقيمة الكلية للمقياس (0.896). وهذه القيم تشير إلى ارتفاع قيمة كرونباخ ألفا، مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

- صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس باستخدام الطرق الآتية:

أ- الصدق الظاهري (المحكمين): بعد الحصول على مقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة للبرفسور لاوما وآخرون (2011م)، وبما أنه تم الحصول على المقياس باللغة الانجليزية، قام الباحث بترجمة المقياس إلى اللغة العربية من خلال الاستعانة بأساتذة مختصين، كما تم إعادة ترجمته للغة الانجليزية وهذا أيضا بمساعدة اساتذة مختصين. وبعد أن تمت الموافقة عليه كليا من طرف الأساتذة تم اعتماد المقياس للتحكيم.

ثم تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين وعددهم (5) لتحديد مدى ملائمة تلك العبارات لقياس المرونة النفسية لدى مرضى اضطراب سوء استخدام المواد، لتعديل وإضافة ما يروونه مناسبا من عبارات، مع مراعاة ألا تقل نسبة الاتفاق بين المحكمين على (100%)، وقد أوصى المحكمون بتعديل صياغة (6) عبارات.

ب- الصدق الاتساق الداخلي: تم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه كل على حدة، ومعامل الارتباط بين درجة كل بعد ودرجة المقياس ككل، وذلك ما يوضحه جدول (8)، (9):

جدول رقم (8)

معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه في مقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة.

(ن=30)

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط
التزام بالقيم	1	0.838**
	4	0.565**
	5	0.519**
	7	0.722**
	9	0.761**
	10	0.834**
	11	0.838**
	12	0.617**
	13	0.835**
	قبول الانفصال المعرفي	2
3		0.894**
6		0.738**
8		0.620**
14		0.926**
15		0.598**
16		0.753**
17		0.489**
18	0.753**	

جدول رقم (9)

معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية لمقياس التقبل والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة (ن=30)

البعد	الارتباط	التزام بالقيم	قبول الانفصال المعرفي
الدرجة الكلية للمقياس القبول والالتزام لمتعاطي المواد المخدرة	0.930**	0.735**	
عدد الفقرات	9	9	9

يتضح من جدول رقم (8) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (0.01)، وبذلك تصبح الصورة النهائية للمقياس مكونة من (18) فقرة، كما تبين من جدول رقم (9) أن معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى ان هناك درجة عالية من التجانس داخل المقياس. من خلال قيم الثبات والصدق السابقة يتضح ان المقياس يتمتع بمعاملات صدق وثبات مرتفعة، وبذلك يتضح صلاحية استخدامه مع عينة الدراسة.

3- البرنامج العلاج بالقبول والالتزام (إعداد الباحث):

بعد الاطلاع على الإطار النظري، وإجراء مقابلات مع العديد من المرضى تمهيداً للوصول إلى جلسات البرنامج الحالي تم تحديد بعض الفنيات التي سيقوم عليها البرنامج مثل المحاضرة، المناقشة، الحوار، الاستعارات، اليقظة الذهنية، مصفوفة المرونة النفسية، الواجبات المنزلية. وبناءً على ذلك قام الباحث بصياغة بنود الجلسات، ثم تم تحديد المدة الزمنية للبرنامج (شهر ونصف) لكل حالة إذا تم تطبيق البرنامج بواقع جلستين أسبوعياً مع التكليف ببعض الواجبات المنزلية بين

الجلسات، والتي يتم مناقشة كلا منها في الجلسة التالية، وكانت كل جلسة تعقد مع خمس حالات يوميا بحيث يتم الاجتماع بالمرضى بشكل فردي، ومدة كل جلسة (60) دقيقة، وبذلك يكون البرنامج قد تكون من (أربعة عشر) جلسة، وقد اعتمد الباحث في تقديرها لعدد هذه الجلسات على فترة الزمنية التي يمكثها المريض داخل المركز وهي شهرين، وأيضا اعتمد على تقدم في بروتوكولات العلاج بالقبول والالتزام (البروتوكول العلاجي - قصير المدى) الذي يمتد عدد جلسات البرنامج من (8-16) جلسة حسب طبيعة الدراسة، وهو الأكثر شيوعاً في الدراسات قريبة الشبه بالدراسة الحالية مع وضع خصوصية كلا من عينة الدراسة، منهج الدراسة، ومتغيراتها في الاعتبار.

جدول رقم (10)

البرنامج العلاج بالقبول والالتزام

رقم الجلسة	الموضوعات المقترحة لجلسات البرنامج "الأهداف"	الفنيات	الوسائل	الزمن	الملاحظات
الأولى	- تعارف وتخفيف حدة التوتر الناشي عن الجلسة الأولى - شرح نظام الجلسات العلاجية وأخلاقياتها والتعرف على الغرض من انضمامهم لها - شرح طبيعة البرنامج وما يهدف اليه وعدد جلساته وقوانينه - الاتفاق على مكان، وزمن عقد الجلسات - تطبيق نموذج الحالة	- الحوار والمناقشة - التعريف بالبرنامج - استعارة الجبلين	- أوراق واقلام - نموذج دراسة الحالة - تطبيق نموذج تقييم المرضى للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الثانية	- التنقيف النفسي حول اضطراب سوء استخدام المواد، وآخر الإحصائيات حول الاضطراب. - شرح شجرة الإدمان - شرح الأسباب البيولوجية للاضطراب - عرض الأرقام والاحصائيات حول الاضطراب - عرض فيديو هات (اليوتيوب) لبعض الحالات المرضية والتي تم شفائها من اضطراب سوء استخدام المواد	- شرح شجرة الإدمان - شرح الأسباب البيولوجية للاضطراب - عرض الأرقام والاحصائيات حول الاضطراب - عرض فيديو هات (اليوتيوب) لبعض الحالات المرضية والتي تم شفائها من اضطراب سوء استخدام المواد			
الثالثة	- شرح مفهوم مصفوفة المرونة النفسية ومصفوفة انعدام المرونة - شرح مفهوم الصلابة النفسية وكيفية بناءها	- تمرين التنفس الواعي - مصفوفة المرونة النفسية - خطوات بناء الصلابة النفسية	- نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الرابعة	- تعريف المريض بمشكلة أجندة التحكم ولما لها من أثار سلبية على حياة المريض - تعريف المريض بطريقة تفكيك المشكلة	- تطبيق الأسئلة الخاصة بالتحكم هو المشكلة - نموذج تفكيك المشكلة - الواجب المنزلي	- نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الخامسة	- استكمال تعريف المريض بمشكلة أجندة التحكم ولما لها من أثار سلبية على حياة المريض - القيام بعمل قائمة بالموافق التي يتجنبها المريض ومناقشتها - مناقشة المريض حول توقعاته	- تمرين التنفس الواعي - استعارة الصراع في الرمال المتحركة. - استعارة خدش الجرح	- نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده

رقم الجلسة	الموضوعات المقترحة لجلسات البرنامج "الأهداف"	الفنيات	الوسائل	الزمن	الملاحظات
	من جلسات ومخاوفه منها - تمرين في اليقظة الذهنية				
السادسة	- شرح عملية القبول (التقبل) الأفكار والمشاعر والانفعالات المؤلمة - أمثلة على عملية القبول (التقبل) الأفكار والمشاعر والانفعالات المؤلمة من واقع مشكلات المريض والتي تم التعرف عليها أثناء إجراء المقابلة وقبل التطبيق البرنامج	- بتطبيق تمرين الكرة - تطبيق استعارة دولتان في حرب (القبول مقابل الاستسلام / التحمل) - تمرين التفكير مقابل الملاحظة - الواجب المنزلي	- تطبيق نموذج تقييم المريض للجلسة - تطبيق نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
السابعة	- شرح طبيعة عملية فك الاندماج (الانفصال المعرفي) - أمثلة على عملية فك الاندماج من واقع مشكلات المريض والتي تم التعرف عليها أثناء إجراء المقابلة وقبل التطبيق البرنامج	- استعارة الاوراق على المجرى المائي - تقنية تمرين أكل حبة العنب بوعي تام/ بيقظة - عرض فيديوهات (اليوتيوب) لعملية فك الاندماج (الانفصال المعرفي) - الواجب المنزلي	- المحاضرة والشرح - يوتيوب - نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الثامنة	- الوعي بأهمية مهارة اليقظة الذهنية والاتصال باللحظة الحالية - التدريب على تمارين اليقظة الذهنية	- تمرين التنفس الواعي - تمرين أكل حبة العنب بوعي تام/ بيقظة - تمرين المرساة - عرض فيديوهات (اليوتيوب) لتمرين أكل حبة العنب بوعي تام، وتمرين المرساة - الواجب المنزلي	تطبيق نموذج تقييم المريض لجلسة - يوتيوب - نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
التاسعة	- استكمال الوعي بأهمية مهارة اليقظة الذهنية - استكمال التدريب على تمارين اليقظة الذهنية	- تمرين لاحظ خمسة أشياء - شرح مصفوفة القبول والالتزام - الواجب المنزلي	- تطبيق نموذج تقييم المريض للجلسة - بوربوينت - تطبيق العملي لتمرين اليقظة الذهنية - نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
العاشرة	- شرح مفهوم الذات كسياق (الملاحظة) - التخلص من فكرة سيطرة الذات المفاهيمية (الذات كمحتوى)	- تمرين في اليقظة الذهنية - استعارة رقعة الشطرنج - تقنية خشبة المسرح - تقنية المصباح - الواجب المنزلي	- بوربوينت - تطبيق العملي لتمرين اليقظة الذهنية - نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الحادية عشر	- استكمال تمارين الذات كسياق - التأكيد على التخلص من فكرة الذات كمحتوى	- تمرين في اليقظة الذهنية - تمرين تحدث وأصغي - تمرين كهذا تتحرك افكارك - تمرين لاحظ من يلاحظ - استعارة السماء والطقس	- نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
	- توضيح الفرق بين القيم	- تمرين أكل حبة العنب بوعي	- بطاقات		

رقم الجلسة	الموضوعات المقترحة لجلسات البرنامج "الأهداف"	الفنيات	الوسائل	الزمن	الملاحظات
الثانية عشر	والاهداف - مساعدة المريض على استكشاف قيمه	- استعارة طفلين - استعارة آلة السفر - شد الحبل مع الوحش - تمارين لإيضاح القيم (الخطاب) - نموذج بوصلة الحياة - الواجب المنزلي	الخطاب - بطاقات القيم - نموذج بوصلة الحياة - نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الثالثة عشر	- عرض خطة الاستعداد والالتزام على المريض ومناقشته بها - مساعدة المريض على ربط فنية القيم بأفعاله وسلوكياته	- تمرين في اليقظة الذهنية - تعبئة خطة الاستعداد والالتزام - الواجب المنزلي	- أوراق وأقلام - نموذج خطة الاسـتعداد والالتزام - نموذج تقييم المريض للجلسة	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده
الرابعة عشر	- الجلسة الختامية	- تقييم البرنامج وسوف يتم ذلك من خلال تقديم استمارة تقييم البرنامج - تطبيق القياس البعدي لمعرفة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة	- أوراق وأقلام - نموذج تقييم المريض للجلسة - نموذج تقييم المريض للبرنامج	60 دقيقة	تم مقابلة كل مريض على حده

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض على انه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التطبيق القبلي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المرونة النفسية).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار مان-وتني لعينتين مستقلتين (Mann-Whitney) للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المرونة النفسية قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (11) نتائج تجانس المجموعتين على المقياس.

جدول (11)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المرونة النفسية قبل تطبيق البرنامج.

المتغير	الإحصاءات		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	المجموعة	المجموعة					
المرونة النفسية	المجموعة التجريبية	105.00	10	10.50	105.00	0.000	غير دلالة (1.000)
	المجموعة الضابطة	105.00	10	10.50	105.00		

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التطبيق البعدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المرونة النفسية).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney)

اللابارامتري (Nonparametric) لتحديد دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية، وجدول (12) يوضح ذلك.

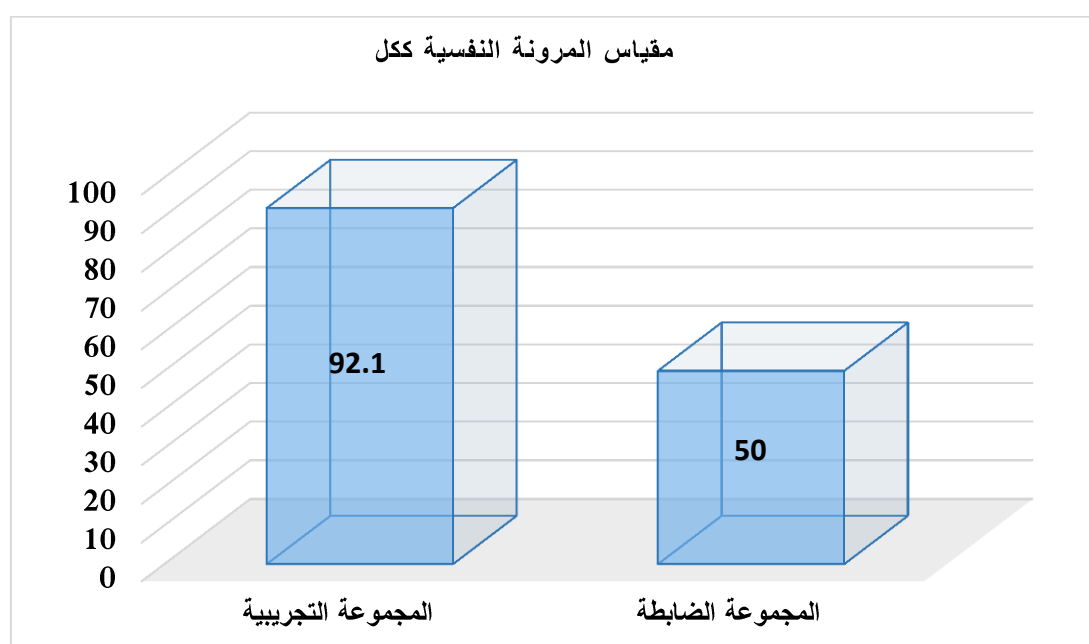
جدول (12)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس المرونة النفسية (ن₁=ن₂=10).

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
المرونة النفسية	المجموعة التجريبية	10	92.10	8.399	0.000	-	0.000	0.849
	المجموعة الضابطة	10	50.00	5.944				

يتضح من جدول (12) وجود فرق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.001) بين متوسطي رتب درجات

أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس المرونة النفسية ، وذلك في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ؛ مما يعني ارتفاع درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين شاركوا في جلسات البرنامج مقارنة بدرجات أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لجلسات البرنامج، وهذا يشير إلى تحقق الفرض الثالث للدراسة، ويوضح الشكل البياني (5) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المرونة النفسية ، وهذا ما يشير إلى نجاح وفعالية البرنامج العلاجي في تنمية المرونة النفسية في عينة الدراسة (أفراد المجموعة التجريبية) ، وعلى أثر فعالية البرنامج العلاجي بفنيات وتقنيات العلاج بالقبول والالتزام في تنمية مستويات المرونة النفسية لصالح المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي عليهم، مقارنة مع المجموعة الضابطة التي بقيت نتائجها منخفضة في المرونة النفسية، حيث أنها لم تتلق أي مساعدة نفسية منظمة أو علاج نفسي.



شكل بياني (1) الفروق في أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المرونة النفسية بعد تطبيق البرنامج.

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على انه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي / البعدي لصالح التطبيق البعدي).

ولاختبار صحة هذا الفرض، ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المرونة النفسية، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوسون للبارامترية (Wilcoxon Signed-Rank Test)؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال جدول التالي:

جدول (13)

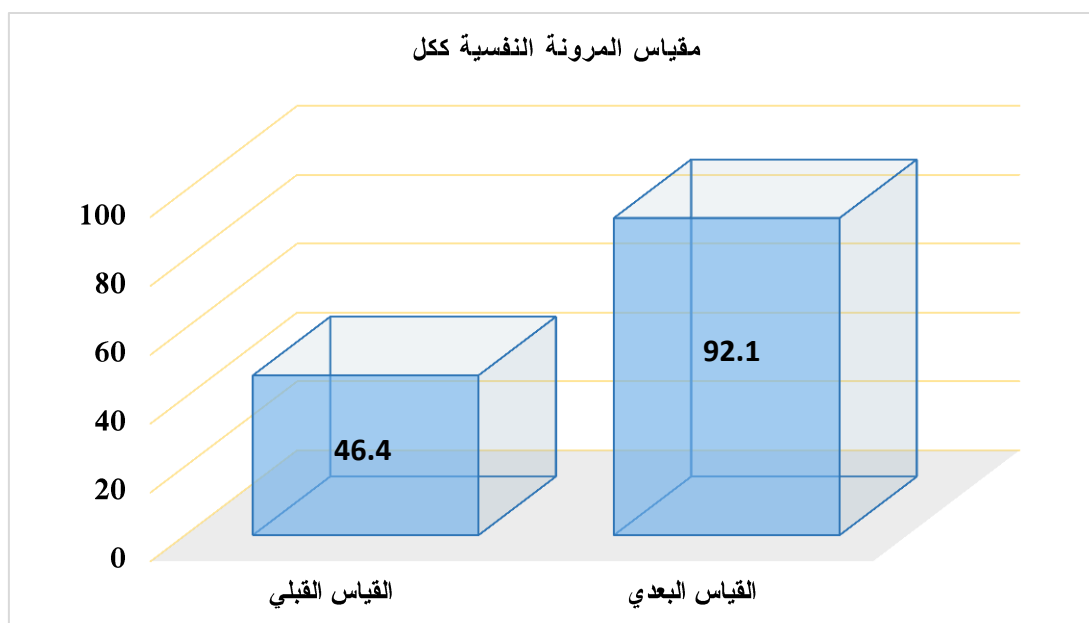
نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس المرونة النفسية (ن=10).

المتغير	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة	حجم الأثر
المرونة النفسية	قبلي / بعدي	الرتب السالبة	0.00	0.00	-2.805	(0.005) دال عند 0.01	(0.627) تأثير قوي
		الرتب الموجبة	10	5.50			
		الرتب المتساوية	0				

يتضح من الجدول (13) أن قيمة (Z) بلغت (-2.805)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)؛ وهذا يشير إلى وجود فرق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس المرونة النفسية، مما يعني ارتفاع مستوى المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتعرضهم للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، كما يدل ذلك على تحقق الفرض الأول، كما يتضح من خلال الجدول (18) أن حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في تنمية المرونة النفسية التي تم حسابها من خلال المعادلة الآتية:

$$r = Z / \sqrt{N}$$

حيث (r) حجم التأثير، (Z) النسبة الحرجة، (N) حجم العينة، وبلغت قيمة حجم تأثير البرنامج العلاجي لدى أفراد المجموعة التجريبية (0.627)، وهي قيمة ذات تأثير قوي وفقاً لمحك كوهين (Cohen, 1988) لقيم حجم التأثير (r) = 0.1 تأثير ضعيف، و (r) = 0.30 تأثير متوسط، و (r) = 0.50 تأثير قوي (ln: Pallant, 2011, 230-232)، ويوضح الشكل البياني رقم (3) الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية:



شكل بياني (2) الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس المرونة النفسية. كما قام الباحث بحساب معدل التغير بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في متغير المرونة النفسية، وهو ما توضحه نتائج جدول (14) فيما يلي:

جدول (14)

معدل التغير الحادث بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية.

المتغير	القياس القبلي	القياس البعدي	الفرق بين المتوسطين	معدل التغير/التحسن
	س1	س2		
مقياس المرونة النفسية ككل	46.4	92.1	-45.7	%98.49

يتضح من جدول (14) أن هناك معدلات تغير وتحسن حادثة بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية لصالح القياس البعدي، حيث بلغ معدل التغير الحادث (%98.49)، وهو معدل تغير مرتفع يدل على وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي نتيجة التعرض للبرنامج العلاجي، ويعني هذا أن هناك تحسناً وارتفاعاً في درجات مرضى اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) على مقياس المرونة النفسية في القياس البعدي.

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس البعدي / التتبعي في المرونة النفسية).

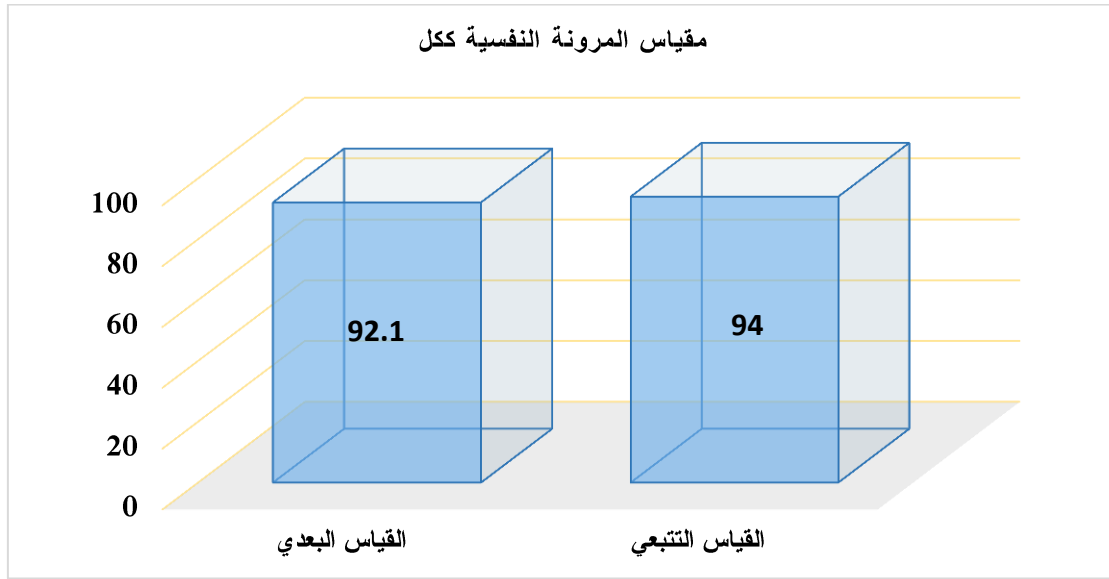
ولاختبار صحة هذا الفرض، ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في المرونة النفسية، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون للبارامترية (Wilcoxon Signed-Rank Test)؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال جدول التالي:

جدول (15)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس المرونة النفسية (ن=10).

المتغير	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة
المرونة النفسية	بعدي/ تتبعي	الرتب السالبة	0.00	0.00	2.264-	0.024) دال عند مستوى 0.01
		الرتب الموجبة	3.50	21.00		
		الرتب المتساوية				
		4				

ويتضح من جدول (15) عدم تحقق الفرض الخامس، حيث بلغت قيمة (Z) بلغت (-2.264)، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)؛ مما يشير إلى وجود فرق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس المرونة النفسية في اتجاه القياس التتبعي؛ وهذا يدل على استمرار فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية في تنمية المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية، ويوضح الشكل البياني (7) الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية:



شكل بياني (3) الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المرونة النفسية. كما قام الباحث بحساب معدل التغير بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في متغير المرونة النفسية، وهو ما توضحه نتائج جدول (16) فيما يلي:

جدول (16)

معدل التغير الحادث بين متوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية.

المتغير	القياس البعدي	القياس التتبعي	الفرق بين المتوسطين	معدل التغير/ التحسن
	س1	س2		
مقياس المرونة النفسية ككل	92.1	94	1.9-	2.06%

يتضح من جدول (16) أن هناك مُعدلات تغير وتحسن حادثة بين متوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية، حيث بلغ معدل التغير الحادث (2.06%)، وهو معدل تغير منخفض؛ وهذا يعني أن هناك ثبات نسبي في درجات مرضى اضطراب سوء استخدام المواد (SUD) على مقياس المرونة النفسية في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تؤكد على فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية في تنمية المرونة النفسية لدى المرضى الذكور الذين يعانون من اضطراب سوء استخدام المواد، يمكن تقديم التوصيات التالية:

- ضرورة استهداف البرامج العلاجية للمرونة النفسية بصفة خاصة لما لهم من دور في عملية العلاج.
- الاهتمام بالعملية التجنب التجريبي والاندماج المعرفي في جميع مراحل العلاج، وذلك لزيادة قدرة المريض على مواجهة هذا الاضطراب.

- الاهتمام بالقيم وتحديدها لدى مرضى سوء استخدام المواد، وذلك لما لها من دور في جعل حياته ذات مغزى بعيدة عن هذا الاضطراب.

- في ضوء نتائج الدراسة الحالية، يوصى الباحث بالاهتمام بعملية اليقظة الذهنية والتقبل لدى مرضى سوء استخدام المواد من خلال التدريب على تمارين تشمل القبول واليقظة الذهنية في أفضل السبل للوصول إلى قدرة المريض إلى ممارستها بشكل يومي، والعمل على تطوير وضوح وتحديد القيم التي يعاني مرضى سوء استخدام المواد من عدم وجودها أو وضوحها في حياتهم، وذلك من خلال تقديم الأنشطة والتمارين والاستعارات لمساعدة المرضى على تنمية المرونة النفسية على حد سواء.

- كما يوصى الباحث بأهمية تدريب المعالجين النفسيين في مجال علاج اضطراب سوء استخدام على العلاج بالقبول والالتزام وطرق توظيفه في إكساب مرضاهم المهارات النفسية لتنمية المرونة النفسية.

Abstract**Effectiveness of an acceptance and commitment therapy program for developing psychological flexibility (PF) in a sample of patients with substance abuse disorder (SUD) in Jordan****By Marawan Ibrahim Salama**

The current study aims to verify the effect of a therapy program based on Acceptance and commitment therapy (ACT) on the development of psychological flexibility (PF) in a sample of patients with substance use disorder (SUD) in Jordan. The study sample consisted of (20) male patients with substance use disorder, aged (20-30) years from patients diagnosed with substance use disorder. The study used the scale of the acceptance and commitment of substance users to measure psychological flexibility (PF). The study's methodology was experimental in the semi-experimental method of two pre and post-testes, with the design of the experimental and control groups, the researcher used statistical tests (Wilcoxon, Man Whitney). The results have shown there are no statistically significant differences between the score ranks mean of the experimental and control groups in the pre-test, also showed There are statistically significant differences between the scores ranks mean of the experimental group in the pre-and post-measurements on psychological flexibility in favor of the post-measurement. It also found statistically significant differences between the scores ranks mean of the experimental and control groups after applying the program on psychological flexibility in favor of the experimental group. It was found that there were statistically significant differences between the scores ranks mean of the experimental group members in the post- and follow-up measurements of psychological flexibility in favor of the follow-up measurement.

Keywords: Substance Use Disorder, Psychological Flexibility, Psychological Resilience.**المراجع:**

- 1- إدارة المعلومات الجنائية، الأمن العام الأردني (2022): التقرير الإحصائي الجنائي، الأردن.
- 2- جميل عطا، كمال الحوامدة (2008): الشباب الجامعي وآفة المخدرات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 3- سعد المغربي (1963): ظاهرة تعاطي الحشيش. دراسة نفسية اجتماعية، دار المعارف، القاهرة.
- 4- محمد فتحي عيد (2002): التقنيات الحديثة في مجال مكافحة المخدرات، جامعة نايف للعلوم الأمنية - الرياض.
5. Abuhammad, S., Hatamleh, R., Alrawashdeh, M., Alrabadi, N., Mukattash, T., Abuhammad, M., & Howard, K. (2022). Personal attributes and attitudes to substance use disorder: A study among Jordanian Undergraduate Medical Majors Students. *PLOS ONE*, 17(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263442>
6. Albals, D., Yehya, A., & Wazaify, M. (2021). Psychoactive substances use in Jordan: Descriptive study of data from anti-narcotic department (and), 2014-2018. *Journal of Substance Use*, 1-6. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1941354>.
7. Arslan, G., & Allen, K.-A. (2021). Exploring the association between coronavirus stress, meaning in life, psychological flexibility, and subjective well-being. *Psychology, Health & Medicine*, 27(4), 803-814. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1876892>.
8. Bassiony, M. M., Seleem, D., Khalil, Y., & Saad, A. (2022). Suicide risk and ideation among patients with substance use disorders in Egypt. *Journal of Substance Use*, 27(6), 667-673.

9. Bozdağ, N., &Çuhadar, D. (2021). Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 27(2), 174–180. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916846>.
10. Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. In *Psychological bulletin* .
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. (2022). American Psychiatric Association Publishing.
12. Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1–11. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>.
13. Hashemi, Z., Eyni, S., Ebadi, M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in depression and anxiety in people with substance use disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.110135>
14. Hashemi, Z., Eyni, S., Ebadi, M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in depression and anxiety in people with substance use disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.110135>.
15. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
16. Hayes, S. C., Pistorello, J., Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>.
17. Kashdan, T. B., &Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>.
18. Marshall, E.-J., & Brockman, R. N. (2016). The Relationships Between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>.
19. McCabe, S. E., Schulenberg, J. E., Schepis, T. S., McCabe, V. V., &Veliz, P. T. (2022). Longitudinal analysis of substance use disorder symptom severity at age 18 years and substance use disorder in adulthood. *JAMA Network Open*, 5(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.5324>.
20. Mendes, A. L., Canavarro, M. C., & Ferreira, C. (2022). The roles of self-compassion and psychological flexibility in the psychological well-being of adolescent girls. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02438-4>.
21. Noaman, M. M., Hassan, W., AbdELazeem, D., &Abdelrahman, A. (2022). Personality disorders in patients with substance use disorders. *Journal of Current Medical Research and Practice*, 7(2), 151–156. https://doi.org/10.4103/JCMRP.JCMRP_186_19.
22. Pallant, J. *SPSS survbival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS (4th Edition)*. Australia: Allen & Unwin (2011)
23. Tahmasebizadeh, B., Kooshki, S., NematTavousi, M., &Oraki, M. (2021). The effectiveness of acceptance-commitment therapy and emotion regulation training on impulsivity and distress tolerance in people with a history of drug addiction. *Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal*, 11(2), 65–74.
24. Tanhan, A. (2019). Acceptance and Commitment Therapy with Ecological Systems Theory: Addressing Muslim Mental Health Issues and Wellbeing. *Journal of Positive School Psychology*, 3(2), 197–219. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v3i2.1722>.

25. Rosen, K. D., Curtis, M. E., & Potter, J. S. (2020). Pain, psychological flexibility, and continued substance use in a predominantly Hispanic adult sample receiving methadone treatment for opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107681. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107681>.
26. Silva, D. C., Boff, R. D., Wendling, M. I., & Oliveira, M. D. (2018). Sintomas internalizantes, Externalizantes e Relações Interpessoais de Adolescentes em tratamento para dependência química. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(3), 816–830. <https://doi.org/10.12957/epp.2016.31676>.
27. Waltz, Thomas J.; Hayes, Steven C. (2010). "Acceptance and Commitment Therapy". In Kazantzis, Nikolaos; Reinecke, Mark A.; Freeman, Arthur (eds.). *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*. New York: Guilford Press. pp. 155–156. ISBN 978-1-60623-342-9. OCLC 31792732
28. World Drug Report 2022. (2022). World Drug Report.