مجلة كلية التربية – جامعة بورسعيد العدد (٤٤) – اكتوبر ٢٠٢٣ م
الترقيم الدولي للنسخة المطبوعة: ٥٣١٩ - ٢٠٩٠ الترقيم الدولي للنسخة الالكترونية: ٣٢٦٨-٢٦٨٢
الموقع الالكتروني : website : https://jftp.journals.ekb.eg

# المرونة المعرفية وعلاقتها بالإنتكاس و التعافي لدى مدمني الحشيش و الهيروين

أ. د / منال محمود عاشور
أستاذ علم النفس
كلية الآداب – جامعة حلوان

أ.م.د / هدى إبراهيم عبد الحميد
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب – جامعة حلوان

عمر خالد عبد الحميد عثمان
باحث ماجستير في علم النفس الاكلينيكي
بكلية الاداب جامعة حلوان

تاريخ استلام البحث : ١٨ / ٥ /٢٠٢٣ م
تاريخ قبول البحث : ٤ / ٧ /٢٠٢٣ م
البريد الالكتروني للباحث :omar.khaled@edu.psu.edu.eg

DOI: JFTP-2310-1328

## الملخص

**هدفت الدراسة الى محاولة التعرف على علاقة المرونة المعرفية بالإنتكاس و بالتعافي لدى مدمني الهيروين و الحشيش، كما هدفت الى معرفة ما اذا كان هناك قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الانتكاس و التعافي لدى مدمني الحشيش و لدى مدمني الهيروين. تكونت عينة الدراسة من ٦٠ فردا من الذكور موزعين على مجموعتين: المجموعة الأولى تكونت من٣٠ مشارك من المتعافين من الحشيش و الهيروين بمدة لا تقل عن خمس اشهر الى سنة ،بينما المجموعة الثانية تكونت من٣٠ مشارك من المنتكسين من الحشيش و الهيروين بمدة لا تقل عن خمس اشهر الى سنة ، ممن تلقوا العلاج في مستشفيات ومراكز علاج الادمان(المركز الوطني الوطني لعلاج الادمان – مستشفى أحمد جلال – مستشفى العباسية للصحة النفسية – مركز العزيمة للتأهيل ببورفؤاد – مستشفى الخانكة للصحة النفسية). و تراوحت أعمارهم ما بين ٢٧ – ٣٧ عاما وذلك بمتوسط عمر قدره ٣٢ عام وانحراف معياري قدره ± ٢.٢٥. استخدمت الدراسة كلا من مقياس المرونة المعرفية من اعداد الباحث، مقياس التعافي اعداد سارة حنفي ، مقياس الانتكاس من اعداد الباحث و مقياس شدة الإدمان من اعداد سكنر. كشفت نتائج الدراسة الى وجود فروق دالة إحصائياً بين المتعافين وبين المنتكسين من مدمني الحشيش و الهيروين في المرونة المعرفية لصالح المتعافين. توجد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث التعافي لدى مدمني الحشيش و الهيروين. توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث الإنتكاس لدى مدمني الحشيش و الهيروين. توجد قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الإنتكاس و على التعافي لدى مدمني الحشيش و لدى مدمني الهيروين. وقد نوقشت النتائج في ضوء مدى تحقق فروض الدراسة و التراث البحثي المتاح. وأخيرا اثارت الدراسة بعض الأسئلة التي أدت الى نتائج تستحق المزيد من البحث في المستقبل .**

**الكلمات المفتاحية** :

**المرونة المعرفية ، الإنتكاس ، التعافي ، مدمني الحشيش و الهيروين**

# Cognitive flexibility and its relationship to relapse and recovery among cannabis and heroin addicts
## Supervision


## ABSTRACT

**The study aims to identify the relationship of cognitive flexibility between relapse and recovery in cannabis and heroin addicts. Also, it aimed to find out whether there is a predictive ability of cognitive flexibility on relapse and recovery in cannabis addicts and heroin addicts. The study sample consisted of 60 male participants divided into two groups: the first group is consisted of 30 participants who are recovering from cannabis and heroin for at least five months till one year whereas, the second group is consisted of 30 participants who are relapsing from cannabis and heroin for at least five months till one year, who receive treatment in hospitals and centers addiction treatment (National Center hospital for addiction treatment – Ahmed Jalal hospital – Abbassiya hospital for mental health – Azima Rehabilitation Center in Port Fuad – Khanka hospital for mental health ). Their ages ranged between 27-37 years old, with an average age of 32 years and a standard deviation of ± 2.25. The study used both of the cognitive flexibility scale prepared by the researcher, the recovery scale prepared by Sarah Hanafi, the relapse scale prepared by the researcher and the addiction severity scale prepared by Skinner. The results of the study revealed statistically significant differences between recoveries and relapsed participants from cannabis and heroin addicts in cognitive flexibility in direction for recoveries. There is a positive statistically significant correlation between cognitive flexibility performance and recovery in cannabis and heroin addicts. There is a statistically significant negative correlation between cognitive flexibility performance and relapse in cannabis and heroin addicts. There is a predictive ability of cognitive flexibility to relapse and recover in cannabis addicts and heroin addicts. The results were discussed as to what extent the study hypotheses and the available literature have been validated . Finally the study raises questions indicating results that are worthy of further research in the future.**


**KEY WORDS :**

**Cognitive flexibility, relapse, recovery, cannabis and heroin addicts**

**مقدمة** :

**تعد ظاهرة الإدمان من أكبر و أخطر المشاكل الأجتماعية التي تعاني منها كافة دول العالم و تسعى جاهدة لمحاربتها حيث 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 أيضا مظاهر سلبية وآثار ضارة على الفرد والمجتمع تمثل تحديات جسيمة تواجهها المجتمعات ومن هذه المظاهر السلبية ظاهرة الإدمان ، الذي يعد 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، الأقتصادية، الإجتماعية، الصحية، الأمنية مما حدا بالجهود الدولية للتكاتف من أجل التصدي لهذه الظاهرة الخطيرة والعمل على مكافحتها على المستوى المحلى والإقليمي والدولي بكافة الوسائل المتاحة ، فقد أشار تقرير صادر عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي سنة ٢٠١٥ بمصر أنه من خلال مسح قومي شامل أطلقته وزارة التضامن تبين أن نسب تعاطى المخدرات بين المصريين وصلت بشكل رسمي لـ ١٠،٤ ٪ وهذه النسبة تعتبر أكثر من ضعف المعدل العالمي للتعاطي والذي يكون حوالى٤ ٪في الدولة الواحدة، كما أشار التقرير إلى أن ٨٧٪ من الجرائم التي حدثت في مصر لعام ٢٠١٨ كان سببها تعاطى المخدرات، وأن الحد العمرى الأدنى لتعاطى المخدرات انخفض الى سن ٩-١٠سنوات ( صندوق مكافحة و علاج الإدمان و التعاطي ، ٢٠١٥ ) .**

**وبالرغم من التزايد الكبير في البرامج العلاجية في دول العالم لمعالجة مدمني المخدرات الا ان هناك نسبة كبيرة من المدمنين المتعافين عادوا الى الإدمان مرة أخرى حيث تشير دراسة جرابر و آخرون (Gruber, 2000)الى ان ( ٦٥% : ٨٠ % )من الأشخاص المعالجين إنتكسوا بعد السنة الأولى من العلاج وان اهم عوامل إنتكاستهم وعودتهم لتعاطي المخدرات هي الضغوط الإجتماعية التي يواجهها المتعافي إذ بينت الدراسة ان ثلاثة أشخاص من بين أربعة أشخاص من المتعافين ينتكسون بسبب الضغوط النفسية و الإجتماعية التي يتعرضون لها في محيطهم الإجتماعي وأشارت الدراسة الى أن الذكور هم أكثر عرضة للإنتكاسة من الإناث . فبعد مرحلة الشفاء من الإدمان يواجه المدمن المتعافى مرحلة جديدة يطلق عليها الباحثون مرحلة إعادة الدخول أي العودة للتكيف مع المجتمع و هي المرحلة التي يواجه فيها المدمن المتعافي تحديات و ضغوطات كثيرة ناتجة من رغبته في العودة الى الإندماج مع الأسرة و الأولاد و الاهل كما انها مرحلة جديدة للعودة الى الوظيفة السابقة او الحصول على وظيفة جديدة ولكن التحديات و الضغوطات تمنع المتعافين من وضع اقدامهم على بداية الطريق للبدء بحياة جديدة و تمنعهم أيضا من التكيف و الاندماج في الحياة مما قد يترتب عليه العودة الى الإدمان أي الانتكاسة .**

**وقد اشارت إحصائية محلية عن مجمع الامل الطبي للصحة النفسية بالرياض بان نسبة المنتكسين الذين عادوا الى الإدمان عام ( ١٩٩٥ ) بلغت ( ٦٢ % ) و عام ( ١٩٩٦ ) بلغت ( ٦٤ % ) كما بلغت عام ( ٢٠٠٠ ) ( ٥١ % ) فيما بلغت عام ( ٢٠٠٢ ) ( ٥٣ % ) و بلغ عدد المنتكسين الذين عادوا بعد العلاج ( ٩٣٥٢ ) حالة من اصل ( ١٦٤٠٣ ) تلقوا العلاج بمجمع الامل بالرياض ما بين ١٩٩٥ وعام ٢٠٠٢ أي بنسبة ( ٥٧ % ) من مجموع المتعالجين ( رتاب وسيلة ، ٢٠١٨ )**

**كذلك أوضح تقرير الأمم المتحدة عام ( ٢٠٠٣ ) بأنه بلغ عدد المدمنين في العالم ( ١٨٥,٠٠٠,٠٠٠ )شخص وبينت إحصائية منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإنتكاسة على المخدرات عالميا ً تصل الى ٩٠ % ( مناور عبيد ، ٢٠٢٠ ) .**

**وعلى هذا نجد ان دراسة سلوك الإنتكاسة من أهم الدراسات التي من الممكمن أن تسهم فى الكشف عن دوافع العودة الى سلوك الإدمان و إمكانية وضع خطة متكاملة للتنمية البشرية و السياسية و الإجتماعية و إعادة تطوير البرامج العلاجية و التأهيلية و الوقائية الخاصة بالمدمنين إذ إن الدولة تنفق الملايين من الموازنة العامة على الخدمات و البرامج العلاجية لمكافحة الإدمان و مازالت هناك نسبة كبيرة من المنتكسين و المدمنين بالمجتمع المصري ولا شك إنه يعتبر عقبة في طريق التنمية ومن ثم فالأهتمام بدراسة الإنتكاسة يدخل ضمن إهتمامات جميع مؤسسات الدولة التي لابد أن تتضافر جهودها معا من أجل علاج المشكلة في إطار خطة التنمية الشاملة .**

**والدراسة الحالية تحاول الكشف عن العلاقة بين الإنتكاس و التعافى وبين المرونة المعرفية لدى مدمنى الحشيش والهيروين ، حيث ان المرونة المعرفية واحدة من الوظائف التنفيذية و التي تقوم يتم ربط المعرفة السابقة بالمعلومات الجديدة ، والتي تعتمد على مدى قدرة الفرد على فهم المحتوى وإنتاج ترابطات وتمثيلات للمفاهيم المتعددة ، وتتحقق عندما تعمل جميع المخططات على بناء فهم عميق لجميع جوانب الموقف أو المشكلة. كما تتضمن المرونة المعرفية التحول بين خيارات صحيحة وسريعة، والاستجابة السريعة للأخطاء والمواقف الطارئة، وتعد بمثابة نظام معقد يشمل جميع خبرات الفرد الواقعية والمتخيلة، وهذه الموضوعات لا تعمل منعزلة ( نافز احمد ، ٢٠١٣ ) .**

**و يعرفها بوكي و بوهلين (Brocki & Bohlin,2004) بأنها قدرة الفرد على إدراك و تقبل و تفسير المواقف الصعبة و الجديدة التي تواجهه بهدف تفسيرها و السيطرة و التحكم فيها.**

**وتزداد الحاجة الى المرونة المعرفية حينما تكثر المنبهات و المشتتات في البيئة المحيطة او حينما تكثر المهام ( نايف قطامي ، ٢٠٠٤ ) .**

**و تعد الوظائف التنفيذية مظلة عامة لكل المهارات الضرورية للتكيف وسلوك التوجه نحو الهدف وهي مهارات ضرورية للنجاح في أداء مهام الحياة اليومية وحل المشكلات وتقييم المواقف و التكيف مع المواقف غير المتوقعة و الضغوط اليومية كما تساعد الفرد في تنظيم سلوكه وضبط انفعالاته و مشاعره لاكمال المهمة و التصرف بطريقة مرنة بما يتوافق مع الظروف الراهنة من أجل تحقيق الهدف كما تجعل الفرد يفكر في عواقب سلوكه قبل القيام به فالفرد الذي لديه قصور او خلل في الوظائف التنفيذية قد يواجه صعوبة في بدء المهمة او النشاط مما يؤثر على أداء أنشطته اليومية ، أي يمكن اعتبار الوظائف التنفيذية كصمام امان لجميع العمليات المعرفية بشكل عام وللتنسيق بين ما هو ذهني معرفي وبين ما هو إستجابي سلوكي فهي تنسق و تنظم وتخطط و تراقب و تكبح وتعدل كل الاتصالات العصبية في الدماغ وبين جميع أجزائه المتداخلة و المترابطة لا لشئ الا لضمان التكيف الجيد للفرد وسط بيئته و الإستفادة من جميع الخبرات التي يتعرض لها دون أن يواجه صعوبات تحول دون ذلك ( محمد الشقيرات ، ٢٠١٥ ) .**

**فبدون هذه الوظائف والقدرات لا يمكن التخطيط أو حل المشكلات، أي أنه من الصعب للغاية إحداث التوافق مع متطلبات الحياة (Krasnegor & Lyon, 2005) .**

**و يؤكد كل من بيريز و آخرون (Perez et al .,2016) أن ضعف الوظائف التنفيذية يؤدي إلى زيادة التوتر و ضغوطات الحياة وعدم الإلتزام بالعلاج .**

**و يعرفها أيضاً ديك و ويسهرت (Deak & Wiseheart, 2015) بإنها قدرة الفرد على تغيير تفكيره من حالة إلى أخرى ومواجهة المتطلبات المختلفة للأحداث غير المتوقعة، وتعد المرونة المعرفية أحد مظاهر عملية تجهيز ومعالجة المعلومات، وتتضمن تفعيل وتعديل العمليات المعرفية استجابة للمتطلبات المتغيرة للمهام وعوامل السياق، وتشمل القدرة على تحويل الإنتباه وانتقاء الإستجابات المناسبة.**

**وعلى هذا الجانب فالمرونة المعرفية ترتبط بصورة سالبة بالضغوط الاجتماعية وبالضغوط النفسية وبالقلق والاكتئاب وبالتعب و الاجهاد وبالجمود الفكري وبالنشاط الزائد و قصور الانتباه وهذا ما يشير اليه خلل الوظائف التنفيذية .**

**ويعد الخلل الوظيفي التنفيذي مصطلح يستخدم لوصف التحديات المعرفية والعاطفية والسلوكية التي ترتبط بشكل عام بإصابة أو ضعف الفصوص الأمامية للدماغ. نظراً لأن الفصوص الأمامية للدماغ مرتبطة بمهارات الأداء التنفيذي ، فإن الضرر الذي يلحق بهذه المنطقة – سواء كان ذلك بسبب الإصابة أو التغيرات في الدماغ الناتجة عن تعاطي المخدرات – يمكن أن يجعل إدارة جوانب الحياة اليومية أمراً صعباً. وتؤكد دراسة داي و آخرون (Clark et al., 2015) انه توجد علاقة بين**

**الوظائف التنفيذية و تعاطي المواد النفسية كما يمكن ان يكون ضعف الوظائف التنفيذية نذيراً قويا لتعاطي المواد النفسية.**

**وفي هذا الصدد هناك العديد من الدراسات كدراسة هيجن و آخرون ( Hagen et al., 2016) التي أشارت إلى ان متعاطي المواد الأفيونية عانوا من ضعف الوظائف التنفيذية المرتبطة باتخاذ القرار، وهذا ما أكدته ايضاً دراسة داي و آخرون (Clark et al., 2015) من إن أكثر الوظائف التنفيذية تاثراً بنتيجة تعاطي الكحول هي إتخاذ القرار و المرونة المعرفية، . و ايضاً أكد كل من تشينر (Teichner,2000) أن الوظائف التنفيذية ضرورية لنجاح أي برنامج علاجي يستخدم مع مدمني المواد النفسية وتسهم بدورها في التأثير و إعادة تأهيل المدمنين .**

**مشكلة الدراسة** :-

**إستناداً لما سبق عرضه و من خلال ملاحظة الباحث في مجال عمله في مراكز الإدمان إن كثيراً من متعاطي و مدمني المخدرات يشكون من نقص الأنتباه ، الإدراك و القدرة على حل المشكلات و العديد من المشاكل المرتبطة بالجوانب العقلية وإن ذلك قد يسهم بشكل أساسي في عملية التعافي لديهم و الإنتكاس و لذلك تلخصت مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلأت التالية:-**

**تساؤلات الدراسة** : -

**١ – هل توجد علاقة بين اداء المرونة المعرفية وبين حدوث التعافي لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش ؟**

**٢ – هل توجد علاقة بين اداء المرونة المعرفية وبين حدوث الانتكاس لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش ؟**

**٣ – هل يختلف المتعافين عن المنتكسين في أداء المرونة المعرفية لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش ؟**

**٤ – هل توجد قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الانتكاس و على التعافي لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش ؟**

**هدف الدراسة**:-

**هدفت الدراسة الحالية الى محاولة التعرف على علاقة المرونة المعرفية بالإنتكاس و بالتعافي لدى مدمني الهيروين و الحشيش ، كما هدفت الى معرفة ما اذا كان هناك قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الانتكاس و التعافي لدى مدمني الحشيش و لدى مدمني الهيروين**

**أهمية الدراسة** : -

**تلخصت أهمية الدراسة الحالية فيما يلى :-**

**أولاً : الأهمية النظرية : -**

**من الممكن أن تشكل الدراسة الحالية إضافة وإسهام جديد عما هو موجود من أبحاث وأدبيات في مجال الإدمان ومجال المرونة المعرفية حيث إن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت المرونة المعرفية و علاقتها بكل من الإنتكاس و التعافي لدى مدمني الهيروين و الحشيش و ذلك في حدود علم الباحث، كما أنه من الممكن أن تسهم في القاء مزيد من الضوء على هذه العلاقة.**

**ثانياً : الأهمية التطبيقية : -**

**١ - قد تسهم نتائج الدراسة الحالية في إعداد برامج إرشادية وتدريبية و تأهيلية في تنمية المرونة المعرفية لمنع الإنتكاسة وما سوف تسهم عنه زيادة نسبة التعافي لدى مدمني الحشيش و الهيروين بشكل خاص و المدمنين لمواد أخرى بشكل عام .**

**٢ - اعداد مقياس للمرونة المعرفية يصلح تطبيقة للسياق المحلي و العربي في المجال الإكلينيكي .**

## الإطار النظري

### أولاً : المرونة المعرفية

**تعد المرونة المعرفية واحدة من أهم المهارات الحياتية من خلال القدرة على التكيف والانسجام وخلق بدائل وخيارات في أسلوب الحياة لدي الافراد والجماعات على حد سواء . وقد حظى موضوع المرونة المعرفية باهتمام العديد من الباحثين والدارسين في ميدان علم النفس المعرفي والعصبى والاجتماعي والشخصي حتى بات من ً من مكونات التفكير ً أساسيا ً باعتباره مكونا أكثر الموضوعات النفسية المعرفية دراسة وبحثا والتكيف والشخصية والاتصال الإنساني (موفق سليم ،٢٠٢٠)**

**فى المرونة المعرفية يتم ربط المعرفة السابقة بالمعلومات الجديدة والتي تعتمد على مدى قدرة الفرد على فهم المحتوى وإنتاج ترابطات و تمثيلات للمفاهيم المتعددة وتتحقق عندما تعمل جميع المخططات على بناء فهم عميق لجميع جوانب الموقف أو المشكلة كما تتضمن المرونة المعرفية التحول بين خيارات صحيحة و سريعة والإستجابة السريعة للأخطاء و المواقف الطارئة وتعد بمثابة نظام معقد يشمل جميع خبرات الفرد الواقعية و المتخيلة وهذه الموضوعات لا تعمل منعزلة و تؤدي المرونة المعرفية دوراً مهماً و مستمراً في معظم نواحي التعلم الإنساني من معرفة ولغة وإدراك وتعليم فهى تعمل على تعبئة الطاقة لدى الفرد وتحفزه نحو الهدف ، كذلك توجه سلوكه وتساعده على تغيير وتنويع طرق التعامل العقلى مع المشكلات (محمد عبد العزيز ، ٢٠٢٠)**

**و يعرف كاناس و اخرون (Canas et al., 2005) المرونة المعرفية بالقدرة على تغيير الإستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الفرد لمعالجة الظروف والمواقف الجديدة وغير المتوقعة، وهذا التعريف يتكون من ثلاثة عناصر أساسية، أولاً أن المرونة المعرفية قدرة وبالتالي يمكن أن تكتسب من خلال التدريب، ثانياً يشير إلى تغيير في الإستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الفرد، والتي تعتبر سلسلة من العمليات التي تبحث في حل المشكلة، وتشمل تقييم الخصائص المختلفة للمثير وتوليد البدائل والمفاضلة بينها ومن ثم اختيار البديل المناسب ثالثاً: هذا التغيير يحدث لمواجهة الظروف والمواقف الجديدة وغير المتوقعة في البيئة .**

**بانها قدرة الفرد على سرعة انتاج (Dibbets& Jolle ,2006 ) بينما يعرفها ديابيتس و جولي الأفكار وتنوعها ، وتحول وجهته الذهنية بما يتلائم مع المواقف المختلفة ، وتعد المرونة المعرفية احد المتطلبات الضرورية لدى الفرد في مواجهة المواقف المتباينة التي تعترضه وما يترتب عليها من تغيرات غير متوقعة ، وعليه ان يواجه تلك المواقف باساليب متباينة تتلاءم مع المتغيرات التي تتعلق بها ، وان يتمتع بالمرونة و السلاسة في أفكاره و قدرته على التنقل من فكرة لاخرى .**
**و توصل كل من سعيد عبد الغني و عبد العزيز سليم في دراستهما الى وجود علاقة بين القدرة على حل المشكلات و المرونة المعرفية ( سعيد عبد الغني ، عبد العزيز سليم ، ٢٠١٠ ) .**
**كما يعرفها دينيس وفاندر (Dennis & Vander, 2009) بأنها قدرة الفرد على التحول الذهني للتكيف و التوافق مع المؤثرات البيئية المتغيرة و القدرة على إنتاج حلول بديلة متعددة للمواقف الصعبة .**
**وأيضاً عرف سامر رافع ( ٢٠١٧ ) المرونة المعرفية بإنها تعد سمة مميزة للمعرفة الانسانية و السلوك الذكي وعرفت في النماذج المبكرة للذكاء و الابداعية و هناك عديد من السلوكيات التي تعبر عن المرونة منها المهام المتعددة و الحل المرن للمشكلات و هناك عدة سلوكيات ينظر إليها باعتبارها مرونة معرفية منها نقل الإنتباه من مهمة الى أخرى و تغيير السلوك في ضوء قواعد جديدة و إيجاد حلول جديدة للمشكلة .**
**يقوم الأفراد ذوي المرونة المعرفية المرتفعة بتوليد ذاتي للمعرفة لتحقيق أهداف محددة من خلال التعديل في المعرفة التي يستقبلونها في ضوء خبراتهم السابقة فيتكيفون بسهولة مع المواقف الجديدة ويمكنهم التعامل مع الضغوط وتتدنى مخاوفهم وتزداد قدرتهم على حل المشكلات و إدارة الغضب ، كما يظهرون تفكير ما وراء معرفي يتضمن التخطيط و المراقبة و الحكم على الأداء الذاتي كما أنهم أكثر وعيا بمعرفة ما يوظفون من عمليات معرفية وتزداد لديهم القدرة على توظيف الاستراتيجيات المعرفية للتنظيم الذاتي فينتبهون بفاعلية لما يقدم من خبرات ويقومون بإدماج الخبرة و التدريب عليها من أجل استدعائها في صورة تناسب الموقف ( بندر متعب ، ٢٠١٩ ) .**

**أ - أنواع المرونة المعرفية** :

**١ – المرونة التكيفية Adaptive Flexibility**

**تشير المرونة التكيفية إلى قدرة الفرد على التغيير في أساليب تفكيره حينما تواجهه مشكلة معينة وتتطلب حالاً وذلك من خلال التغيير في وجهته المعرفية ، وتظهر من خلال مواجهه الفرد مواقف الحياة العملية والتي تكون له بمثابة مشكلات تتطلب الوصول إلى حلول غير تقليدية لتلك المشكلات .**

**٢ – المرونة التلقائية Spontaneous Flexibility**

**تشير المرونة التلقائية إلى قدرة الفرد على انتاج أكبر قدر ممكن من الافكار المتنوعة حول موقف ما والانتقال من فكرة إلى أخرى حول مشكلة ما ومدى تنوع الافكار والحلول التي أنتجها دون التقيد باطار معين حول الموقف أو المشكلة التي تواجهه (Fiore et al., 2012) .**

**ومن ثم يمكن أن نستنتج أن المرونة التكيفية تعبر عن قدرة الفرد على تغيير وجهته المعرفية تجاه مشكلة أو موقف ما قد يواجهه أما المرونة التلقائية فهي تعبر عن قدرة الفرد على إنتاج العديد من الافكار مستخدما إمكاناته العقلية و الانفعالية وفي وقت قصير تجاه موقف معين ً (McNulty et al., 2012) .**

**ب - مكونات المرونة المعرفية** :

**١ – الترميز المرن : ويعنى قدرة المتعلم على ترميز كل مثير بإستعمال تعريفات متعددة .**

**٢ – التجميع المرن : و يعني توليد تكتيكات متعددة للحل من خلال إستخدام التفكير الإستقرائي أى البدء بالعناصر المتوفرة و الإنتهاء بالحل (Dennis & Vander, 2009) .**

**٣ – المقارنة المرنة : وتعني تغيير الحلول التكتيكية كلما حدث تغيير في الحلول التكتيكية (Dennis & Vander, 2009) .**

**جـ - أهمية المرونة المعرفية** :

**يمكن تحديد أهمية المرونة المعرفية في عده نقاط كما يلي:**

**١ – تساعد الفرد في أن يكون متوازنا في أمور حياته و يبتعد عن التطرف في الحكم على الامور وإتخاذ القرارات ومسايرة الاخرين في بعض المواقف وفق قناعته التي تتطلب نهجا ديموقراطيا .**

**٢ – تجعل المتعلم أكثر إيجابية في تعامله مع ما يدور حوله من موجودات فالنظرة الايجابية في الحياة هى التي تحدد أيضا مكانته وقيمته الاجتماعية في الحياة لانها سبب في العمل و الحركة فالنظرة إلى الاشياء عند الفرد ينبغي أن تتسم بالايجابية والتطلع والاستفسار عن الاشياء الغامضة أي يكون لديه حب الاستطلاع ( مروة صالح ، ٢٠١٧)**

**٣ – تجعل لدى الفرد قابلية لتفهم الطرف الاخر وتفتح باب الحوار وتوسع مجال الصراحة بين الافراد و تهون الأمور وتجعل الفرد يرى كل موقف يوضع فيه من جهة إيجابية فعالة مما يساعده في التوازن المعرفى (رمضان علي ،٢٠١٥)**

**٤ – المرونة المعرفية توفر لسلوك الفرد السيطرة الارادية على استيراتيجياته المعرفية وتشجعه على الاستمرار في مواجهة الصعوبات**

**٥ – وظيفة عقلية أدائية تساعد الفرد على تغيير وتنويع طرق التعامل العقلي مع الأمور بحسب طبيعتها، بتحليل صعوبتها إلى عوامل يمكن الاحاطة بها والاستفادة منها في إيجاد الحلول (Dennis & Vander, 2009)**

**تعد المرونة المعرفية احدى اهم الوظائف التنفيذية التي يستخدمها الانسان دوما للوصول الى ضبط سلوكياته وتنظيمها وصولا الى الهدف المنشود من السلوك ( نافز احمد ، ٢٠١٣ ) .**

**حيث يعرف سينجر (Singer,2007 ) الوظائف التنفيذية بأنها بمثابة عملية الادراك العليا للمخ و التي تعمل على تنظيم و إدارة الأنشطة التعليمية و السلوكية للفرد و تعمل على توجيه الفرد وارشاده بطريقة العمل حيث تتحكم وتنظم قدرات الفرد المعرفية و سلوكياته وتعد ضرورة للسلوك وتشتمل على البدء و التوقف وتغيير السلوك حسب الحاجة .**

**ويعرف دايموند ( Diamond,2012) الوظائف التنفيذية على انها عبارة عن مجموعة وظائف منفصلة و مستقلة تعمل بشكل مترابط ككتلة واحدة .**

**وأيضا تعرف كل من ميراندا و آخرون (Miranda et al .,2017 ) الوظائف التنفيذية على انها مجموعة من العمليات العصبية و النفسية المتعلقة بالسلوك المقصود و التحكم المعرفي فهي تشتمل على العمليات المعرفية مثل الذاكرة العاملة و المرونة المعرفية و الإنتباه وغيرها من الوظائف المعقدة مثل القدرة على حل المشكلات و الاستدلال .**

**ويشير سوهلبرغ ( Sohlberg) وماتير ( Mateer) الى ان القصور في الوظائف التنفيذية بأنه حالة خلل يكون فيه نمط تفكير الشخص متميزاً بالجمود وعدم التجريد، ويواجه الشخص صعوبة في إنشاء وتكوين الأفكار بطلاقة، وأن تكون هذه الحالة أصيلة، بالإضافة إلى التغييرات في السلوك والشخصية (محمد الشقيرات، ٢٠١٥).**

**ويؤدي القصور في أداء الوظائف التنفيذية إلى خلل في عملية الاستدعاء والانتباه الإرادى و ضعف التحكم بالسلوك وكف الاستجابات الفائقة وعدم القدرة على تطوير الإستراتيجيات المعرفية التي تُشكل أساساً مهماً لعملية إكتساب المعرفة ( Milisavljevic et al.,2010). بالإضافة إلى عدم قدرة الفرد على رعاية نفسه بصورة مقبولة ، و يكون غير قادراً على القيام بأعمال مفيدة من تلقاء نفسه أو أن يحتفظ بعلاقات إجتماعية طبيعية بصرف النظر عن مدى سلامة قدراته المعرفية ، ويغلب أن يتضمن**

**الخلل في الوظائف المعرفية مجالات محددة في حين يكون الخلل في الوظائف التنفيذية عاما ويؤثر في جميع جوانب السلوك ( احمد الحسيني ، شهدان عثمان ، ٢٠١٢ ).**

**ومن المظاهر التي قد تكون مألوفة ومؤشرة على الخلل في الوظائف التنفيذية والتي تشكل علامة بارزة على التلف الدماغي : علامات ضعف القدرة على ضبط الذات أو توجيه الذات ، القابلية للهياج أو الإستثارة ، الإندفاعية ، الإهمال، و صعوبة في تحويل الإنتباه و السلوك الحالي وتدهور في المظهر الشخصي و النظافة ومع ذلك هناك جوانب أخرى يصعب ملاحظتها في العيادات وربما يكون أخطرها خلل القدرة على بدء نشاط ما ، و الافتقار إلى الدافعية أو غيابها و الافتقار إلى التخطيط وتنفيذ الخطوات في تسلسلها في سلوك هادف . (محمد الشقيرات، ٢٠١٥).**

**و الوظيفة التنفيذية ليست بناءاً واحداً و لكنها مجموعة من العمليات المستقلة المتفاوتة في الكم و الكيف من شخص لآخر ولا تقتصر الوظيفة التنفيذية على العمليات المعرفية فقط ولكنها تشمل الاستجابات الانفعالية و السلوكية وتتضمن الوظائف التنفيذية مما يلي:-**

**١ – كف الاستجابة او كف السلوك : يعد بمثابة عملية تنفيذية جوهرية تسهم في توجيه السلوك نحو تحقيق الهدف عن طريق كبح المعلومات غير ذات الصلة بالموضوع وتنقية المدخلات و الإبقاء على المناسب منها و التعرف على الأهداف الأساسية و الفرعية التي يجب إنجازها و ترتيبها في مدرج لتكوين خطة استراتيجية للاداء بغرض كف أي إستجابة غير مناسبة للافكار و للأفعال و تقويم الأداء للسماح بأداء أي تعديلات في الخطط الموضوعية . (Huizinga et al ,2006)**

**٢ – المرونة المعرفية : هي قدرة الفرد على الانتقال من فكرة الى فكرة أخرى ومن عمل الى آخر وفقا لتغير الموقف و تقديم أفكار متنوعة و تحويل مسار التفكير بما يتفق مع خططه و أهدافه و تحويل الإنتباه و التنقل بين الحواس السمعية و البصرية . (Leazak ,2012)**

**٣ – المبادأة : وهي القدرة على بدء مهمة او نشاط بشكل مستقل و إيجاد إستراتيجيات جديدة لحل المشكلات و ضعف المبادأة لا يعكس بالضرورة قلة او إنخفاض الاهتمام بمهمة محددة ولكن يعكس العجز عن البدء فيها فهناك مشكلات في بدء الواجبات أو المهمات فضلاً عن الحاجة الى متطلبات متكررة . (Kegel,2010)**

**٤ – التخطيط : هو القدرة على إتخاذ قرارات مستقبلية بشأن أهداف يراد تحقيقها و تعيين النشاطات المطلوبة للوصول الى الأهداف مع معرفة الزمن المطلوب و التكلفة و خفض المخاطر الى أدنى حد لغرض استثمار الموارد المتاحة بالصورة الأمثل . (Geurts et al,2005)**

**٥ – الذاكرة العاملة : هي نظام مؤقت لتجهيز المعلومات و تخزينها لفترة قصيرة وهي تؤدي دوراً مهماً في النشاط المعرفي للفرد مثل التعلم ، الإنتباه ، التفكير ، الفهم ، حل المشكلات، و للذاكرة العاملة أثر**

**في التفاعل الاجتماعي و هي وظيفة أساسية لتنفيذ أنشطة متعددة الخطوات او إكمال العمليات الحسابية او إتباع التعليمات المركبة . ( بشرى خطاب، عباس عبد الرحمن، ٢٠١٩ )**

**٦ – الاتزان الانفعالي : يقيس القدرة على ضبط الإستجابة الإنفعالية للتخلص من تباينات المزاج بما يتناسب مع وضع أو مصدر الإنفعال و في حالة حدوث خلل وظيفي فستكون الإستجابة سرعة الغضب مما يؤدي الى أحداث صغيرة و استجابات انفعالية كبيرة . (Jahromi et al.,2012)**

**٧ – القدرة على حل المشكلات : هي مجموعة من العمليات التي يقوم بها الفرد مستخدماً المعلومات و المعارف التي سبق له تعلمها و المهارات التي إكتسبها للتغلب على موقف جديد و غير مألوف بهدف الوصول لحل لهذا الموقف . ( بشرى خطاب، عباس عبد الرحمن، ٢٠١٩ )**

**٨ – المراقبة : قدرة الفرد على المراقبة الذاتية للحفاظ على مسار السلوك مع الآخرين و المحافظة على الاستمرار في أداء المهمة وتقييم الأداء أثناء العمل و بعد الإنتهاء منه لضمان الدقة في تحقيق الهدف . (Stasolla et al.,2014)**

## سادساً : النظريات المفسرة للمرونة المعرفية :

**هناك العديد من التوجهات النظرية التي فسرت مفهوم الوظائف التنفيذية ويمكن توضيح هذه التوجهات على النحو التالي :**

**أ – نظرية لوريا ( Luria)**

**يرى لوريا إن الدماغ يتضمن ثلاث وحدات وظيفية ترتبط ببعضها بطريقة تفاعلية وتساهم بعمل الوظيفة التنفيذية هي : –**

**الأولى : تشمل تراكيب جذع المخ المسؤولة عن مستوى الطاقة و عمل القشرة الدماغية وتنظيم و إستمرارية النشاط .**

**الثانية : القشرة الخلفية تشمل المناطق الجدارية و الصدغية و القفوية وهي المسؤولة عن إستقبال و معالجة المعلومات الواردة من المصادر البصرية و السمعية و الحركية .**

**الثالثة : تقع في المنطقة الأمامية من المخ وتتكون من القشرة الدماغية الامامية ووظيفتها تشكيل الأهداف و البرمجة و تنظيم و تقييم السلوك الإنساني (Shamnon et al.,1994) .**

**ب – نظرية ستاوس و بنسون ( staous , benson )**

**يرى أصحاب هذه النظرية أن الوظائف تعمل من خلال ما يسمى بالإنتباه الألي و الإنتباه المسيطر ومن وجهة نظر كل من ستاوس و بنسون إن هناك ثلاثة مدرجات هرمية للنظام الإنتباهي و هي :**

**١ – النظام الإنتباهي الألي المتمثل بالمستوى الأدنى إذ يقوم بعمل ترابطات بين التمثيلات الحسية و التمثيلات الأخرى ويدار بواسطة المناطق الخلفية من الدماغ**

**٢ – النظام الإنتباهي الإشرافي المتمثل بالمستوى الأوسط إذ يدير العمليات التنفيذية ويستعمل في حل المشكلات و يوجد في الفص الجبهي (Lamberts, 2007) .**

**٣ – النظام ما وراء المعرفة المتمثل بالمستوى الثالث إذ يتضمن التخطيط و تحديد المصادر و التفحص و تمييز الأخطاء و تصحيح المسار و إن المسؤول عن هذا نظام القشرة الأبتدائية الجبهية ففي حل المشكلات يقوم نظام ما وراء المعرفة بتقييم فيما إذا كانت الإستراتيجية الخاصة تعمل بشكل صحيح وإذا أقرت بان تلك الاستراتيجية لا تعمل بالشكل الصحيح يتم إستبدالها بأخرى أكثر فاعلية (Lamberts, 2007).**

**جـ – نظرية بادلي ( baddely)**

**توصل بادلي الى نموذج وضع من خلاله كيفية عمل الذاكرة ويتألف النموذج من ثلاثة مكونات أثنين من تلك المكونات مسؤولين بشكل أساسي عن إنتاج الكلام المتضمنة للمعلومات الفونولوجية و المعلومات البصرية و السمعية آما المكون الثالث فيدعى بالمركز التنفيذي وهو مسؤول عن السيطرة و التنظيم للمعلومات المعرفية وعادة ما يرتبط عمل هذا المركز التنفيذي بالفص الجبهي إذ يعمل المركز التنفيذي على مساعدة الفرد في الإحتفاظ على حالة التوجه نحو الهدف أثناء حدوث توقف (Witzki et al.,2001).**

**أو إنشغال بأهداف أخرى دون أن يؤثر ذلك في إستمرارية حالة التوجه السابقة نحو الهدف و يتعرض الضبط التنفيذي لإنخفاض مستوى الكفاءة عند ظهور مثيرات قوية و شديدة الدقة تجعل من الصعب الحفاظ على حالة التوجه نحو الهدف (Witzki et al.,2001 ).**

**د – نظرية بتروفيلد و البرتسون ( Berofeld , Albertson )**

**طور كلاً من بتروفيلد و البرتسون نظرية معرفية جديدة تؤدي فيها الوظيفة التنفيذية دوراً مركزياً إذ يرون إن هناك ثلاث مكونات أساسية هي المعرفة و التي تتكون من المعرفة و الإستراتيجيات التي توجد في الذاكرة طويلة المدى وهذه المعلومات و المعرفة ضروريين من أجل كفاءة حل المشكلات وما وراء المعرفة وهو الوعي بمستوى المعرفة و يحتوي على نماذج للعمليات المعرفية المتعددة و كذلك فهم لكيفية الاتصال بين المعرفة و الإستراتيجيات حيث تنظم الوظيفة التنفيذية العلاقة بين مستوى المعرفة و الوظيفة التنفيذية آما مستوى ما وراء المعرفة يكون عن طريق المراقبة و التحكم في آستعمال المعرفة و الإستراتيجيات في تجانس و مستوى ما وراء المعرفة ويظهر أثر الوظيفة التنفيذية عبر العمليات المختلفة في إنه يراقب ويتحكم في كل خطوات حل المهمة (Krasnegor & Lyon, 2005) .**

**ثانياً : الإدمان** Addiction

**تعد ظاهرة الإدمان من أكبر و أخطر المشاكل الإجتماعية التي تعاني منها كافة دول العالم و تسعى جاهدة لمحاربتها حيث 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 وآثاراً ضارة على الفرد والمجتمع تمثل تحديات جسيمة تواجهها المجتمعات ومن هذه المظاهر السلبية ظاهرة الإدمان.**

**وقدّر المعهد الوطني لتعاطي المخدرات التكاليف السنوية المرتبطة بتعاطي المخدرات بأنها تزيد عن ٧٥٠ مليار دولار سنويًا. (Galati, 2020).**

- **تعريف الإدمان**

**تُعرف فتِيحة ( ٢٠١١ ) الإدمان بأنه حالة تعلق او إعتماد شديد من جانب شخص ما على تناول مادة بغرض إحداث تغيرات من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي .**

**وهناك مصطلحات عديدة ترتبط بذلك مثل :-**

- **التعود Used .**

**ويعني حالة تنتج من جراء الإستهلاك المستمر لعقار ما ، وتتصف بالخصائص التالية :**

**١ – رغبة غير قهرية للإستمرار في التعاطي.**

**٢ – ميل ضئيل لزيادة الجرعة، وقد لا ينشأ هذا الميل إطلاقاً .**

**٣ – درجة ما من الأعتماد النفسي مع عدم وجود اعتماد جسمي او اعراض الانسحاب**

**وتقتصر آثار الإعتياد على الفرد فقط ( محمد إسماعيل ، ٢٠١٩ ) .**

- **الاعتماد Dependence :**

**يوجد هناك نوعين من الاعتماد :**

**١ – الاعتماد الجسمي Physical dependence :**

**ظهوراعراض الانسحاب والانقطاع عن تناول المخدر على الجسم**

**٢ – الاعتماد النفسي Psychic Dependence :**

**فيشير إلى الرغبة الجارفة الالزامية العارمة أو الحاجة المستمرة للتعاطي، التي تكون مقدرة تقديرا ذاتياً عالياً بمدى التأثيرات التي يُحدثها المخدر ( محمد إسماعيل ، ٢٠١٩ ) .**

- **التحمل Tolerance :**

**ويعني زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل.**

- **التسمم Intorication :**

**وهو حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية .**

- **التكيف العصبي Neuroadaptation :**

**ويعني مجموع التغيرات العصبية المصاحبة لكل من التحمل وظهور أعراض الانسحاب .( Who,1988)**

**اللهفة Craving**

**وهي حالة يشعر معها المريض الإدمان برغبة مباشرة في تعاطي المخدر و الحاجة الملحة الى الإشباع الفوري لتلك الرغبة و غالبا ما يسبق تلك الحالة شعورا بالحنين او الإشتياق الى المخدر ( محمد كمال ، ٢٠١٦ ) .**

**يمكن تصنيف المخدرات الى الأنواع التالية :**

**أ – المخدرات الطبيعية: وهي ذات الأصل النباتي، والمادة الفعالة بها تتركز في جزء أو أجزاء من النبات، مثل نبات الخشخاش الأفيون أو القنب أو القات أو الكوكا .**

**ب – المخدرات نصف التخليقية: وهي مواد مستخلصة من النباتات وتم إدخال بعض التفاعلات الكيميائية عليها والمادة الناتجة من ذلك هي مادة ذات تأثير فعال وقوي، مثل الهيروين الناتج من المورفين المستخلص من نبات الأفيون .**

**ج – المخدرات التخليقية: وهي مواد يتم إنتاجها من التفاعلات الكيميائية المعقدة فيما بين المركبات الكيميائية المختلفة، ويتم ذلك بمعامل شركات كبيرة مثل شركات الأدوية ومراكزالبحوث وهي ليست من أصل نباتي ( خالد حمد ، ٢٠١٣ ) .**

**المواد المؤثرة نفسيا ( الهيروين ، الحشيش ) :**

**– تعريف الهيروين**

**يعرف ( صفوت محمود ، يسرى ياقوت ، ١٩٩٣ ) الهيروين بأنه هو العقار المشتق من الأفيون او المورفين بعملية كميائية تسمى ( الآستلة ) ويعرف كميائياً بثاني خلات المورفين، و الهيروين من حيث التأثير يندرج تحت أنواع المواد المخدرة التي تبطئ من النشاط الذهني ، وقوته تتراوح بين أربعة أمثال و عشرة أمثال قوة المورفين .**

**ويتم تعاطيه عن طريق الحقن ، والاستنشاق أو عن طريق الفم أو عم طريق استنشاق البخار.**

**وهو اسم لاتيني يعني البطولة وهو من مشتقات الأفيون مشتق من الأفيون بعملية كيميائية تسمى الآستلة أقوى من المورفين بخمس مرات وسيطرته سريعة على المتعاطي وقد زاد الإقبال عليه في العديد من دول العالم ( دلال ملحس ، ٢٠١٢ ) .**

**- تأثير مادة الهيروين**

**ومن آثاره الشعور بالدوار قلة النوم الهبوط العام القئ التشنج انخفاض الحرارة تصلب الشرايين انخفاض ضغط الدم الضعف تليف الكبد .**

**- الحشيش :**

**إن أول من أشار للحشيش واستعمالاتها الطبية في كتاب آلفه الأمبراطور الصيني شن يونغ سنة ٢٧٣٧ قبل الميلاد وسمى كتابه المحرورين الآثام وكانت له آثار وفوائد طبية متعددة كما عرفه الاشوريون و الفرس واستعملته الهند في أغراض دينية قبل أن يستعمل لأغراض طبية ( فاطمة محمد ، ٢٠١٤ ) .**

**- تعريف الحشيش :**

**يعرِف عادل الدمرداش ( ١٩٨٢ ) الحشيش بأنه مادة صمغية تستخرج من نبات القنب الهندي و يؤثر تأثيراً مهبطاً على الجهاز العصبي و يحتوي الحشيش على مواد فعالة كثيرة أشهرها تتراهيد روكانابيتول ويسبب الحشيش الشعور بالدوخة ، عدم إدراك الزمن ، أختلاط الحواس ، تقلب الإنفعالات و إنخفاض القدرة على القيام بالحركات العضلية التي تحتاج مهارة .**

**القنب الهندي وهو المفهوم العلمي لكلمة حشيش أو ماريجوانا وهو مادة نباتية يستخلص من زهرة القنب ويكون على شكل مسحوق بني أو أخضر ويسمى بودرة الحشيش أو يكون على شكل سائل لزج يمكن إذابته في محلول كحولي يستخرج منه زيت الحشيش ( هاني عمارة ، ٢٠١٠ ) .**

**وقد إستعمله الإنسان للإنتفاع من اليافه في صناعة الحبال ونسج الأقمشة وإستعمِل لأغراض دينية دخلت تحت باب الشعوذة والسحر وخاصة من قبل كهنة المعابد و الزعماء الدينيين للسيطرة على مشاعر وعقائد عامة للناس ، ويتم تعاطيه عن طريق التدخين ،عن طريق الاستنشاق (سعدي صبيح ، ٢٠٠٦ ) .**

**- تأثير مادة الحشيش :**

**ومن آثاره جفاف الفم ، التهاب الحلق ، زيادة ضربات القلب ، إنخفاض ضغط الدم أو أرتفاع ضغط الدم و آحمرار وإتساع العين .**

**- الأسباب التي تؤدي الى تعاطي المواد المؤثرة نفسياً :**

**يرى خالد محمد (٢٠١٣) أن الأسباب التي تدفع بالشباب الى تعاطي المخدرات تشترك فيها كافة المجتمعات، و هذه العوامل او الأسباب تشكل دافع أو حافز قوي للتعاطي ، ولا يوجد سبب واحد وبشكل منفرد يمكن أن يكون هو الدافع الحقيقي للتعاطي على الرغم من إنه ظاهرياً هكذا يبدو ، وتقسم هذه الأسباب الى ثلاث فئات هي : العوامل التي تعود للفرد . و العوامل الناتجة عن الاسرة . و العوامل التي تتعلق بالمجتمع او البيئة الإجتماعية ( خالد محمد . ٢٠١٣ ) .**

**وفيما يلى عرض لهذه الأسباب :-**

**أ - أسباب تتعلق بالفرد المتعاطي :**

**تعتبر العوامل الفردية المتعلقة بالشخص المتعاطي نفسه من أهم الدوافع والأسباب لتعاطي المخدرات ، وتختلف هذه العوامل من فرد لأخر بإختلاف عوامل التنشئة الإجتماعية و الأسرية ومن اهم هذه الأسباب :-**

**١ – رفقاء السوء : حيث يتأثر الفرد بتوجهات ومعتقدات زملائه وأصدقائه ، ويكون ضغط الأقران هنا من مجموعة من الأصدقاء بإتجاه أحد أفرادها مما لا يترك له الخيار فإما أن يندمج مع المجموعة في عملية التعاطي وإما أن يتخذ القرار الأصعب بالإنفصال عن المجموعة .**

**٢ – ضعف الشخصية : حيث يكون الشخص مسلوب الإرادة وغير قادر على إدارة حياته اليومية بشكل مستقل عن الآخرين، وغيرقادر على إتخاذ معظم القرارات الخاصة به مما يجعله هدفاً سهلاً لمروجي المخدرات .**

**٣ – الفضول و حب التجريب : حيث يحاول المتعاطين إكتشاف وفهم ما يدور حوله دون الأهتمام للنتائج المحتملة، وغالبا ما يقع هؤلاء فريسة لمروجي المخدرات نتيجة إندفاعهم وتسرعهم .**

**٤ – الاوهام الخاطئة : خاصة ما يتعلق بقدرة المخدرات على زيادة القدرة الجنسية و الجسدية.وإنها تساعد على السهر و المذاكرة .**

**٥ – الفراغ : يتيح التفكير بمسائل غير معتادة كالمخدرات خاصة إذا ما إقترن ذلك بالبطالة و الإكتئاب .**

**٦ – حب التقليد : يلجأ المتعاطي الى تقليد شخصيات أحبها وإتخذها نموذجاً في سلوكياتهم وأسلوب حياتهم مثل تقليد الممثلين أو حتى نماذج في الحي ممن يتعاطون المخدرات.**

**٧ – الهموم و المشكلات الإجتماعية والعاطفية: حيث يلجأ المتعاطى الى الهروب من واقعه بتعاطي المخدرات .**

**٨ – إنخفاض مستوى التعليم : حيث أن معظم متعاطي المخدرات هم من ذوي مستويات التعليم المنخفض ، ولكن يتم في بعض الأوقات ضبط متعاطين من مستويات تعليمية وتخصصية عليا.**

**٩ – خصائص وسمات شخصية المتعاطي : مثل إرتفاع سمة العصبية والتوتر والقلق والاكتئاب ، أو الخجل والشعور بالنقص وعدم التوافق النفسي والإجتماعي الجيد، وعدم الثقة بالنفس، وقلة الإحساس بالأمن، وعدم القدرة على خلق علاقات وثيقة مع الآخرين، وقسوة الحياة وتفكك القيم الإجتماعية وكثرة الأوهام والخوف وإختلال القدرات العقلية، قد تكون أحد الأسباب أو العوامل المساعدة على التعاطي ( هاجر محمد ، ٢٠٢٠ ) .**

**ب – أسباب تتعلق بالأسرة :-**

**تعتبر الاسرة من أهم عوامل التنشئة الإجتماعية للفرد التي تعمل على تشكيل شخصيته وتحديد إتجاهاته الفكرية والعقلية والنفسية والأخلاقية. و هنالك عوامل أسرية تسهم في تكوين شخصية مضطربة لديها الأستعداد للتعاطي و الادمان، ومن أهم هذه العوامل:**

**١ – القدوة السيئة من قبل الوالدين تجاه أبنائهم وربما كان أحد الوالدين مدمناً .**

**٢ – إنشغال الوالدين عن الأبناء وغياب رقابتهم عليهم.**

**٣ – التفكك الأسري وخاصة مع الطلاق .**

**٤ – قلة الحوار الداخلي في الأسرة .**

**٥ – زيادة عدد أفراد الأسرة قد تكون احد العوامل المهيئة للتعاطي ( محمد حسون ، ٢٠١٦ ) .**

**ج – أسباب تتعلق بالمجتمع :-**

**١ – إنتشار المواد المخدرة و سهولة الحصول عليها و السماع عن المخدرات و الرؤية المباشرة لها .**

**٢ – قلة الدور الذي تقوم به وسائل الإعلام في محاربة المخدرات بل وربما لعب بعضها دوراً سلبياً ترويجياً من خلال الأفلام التي تقدمها عن أبطال و قادة يظهرون على إنهم مدمني مخدرات .**

**٣ – عدم وجود قوانين صارمة ضد المخدرات ( جمال عبد السلام ، ٢٠١٩ ) .**

**سابعا : النظريات المفسرة للإدمان**

**أ – نظرية التحليل النفسي :**

**بالرجوع الى نظرية التحليل النفسي من الممكن تفسير تعاطي و إدمان المخدرات من خلال مفاهيم النظرية بأنه نكوصاً الى المرحلة الفمية و المدمن يشعر بسعادة ولذة وهو يشرب المخدرات لأنه يستثير منطقة شبقية في الجسم وهي الشفاة و الفم كذلك يمكن إعتبار إن الإدمان إندفعات مرضية والباعث وراء هذه الإندفاعات هو الحاجة الى الحصول على شيء يضمن لا مجرد الاشباع و اللذه فقط ولكن يضمن ايضاً الشعور بالأمن وتأكيد الذات فالإدمانات بناءاً على نظرية التحليل النفسي يمكن تفسيرها على انها بدائل للشبقية الطفليه الذاتيه النكوصية، و الشعور بتأكيد الذات وان كان بشكل سلبي في هذه الدائره الإدمانيه تصبح الرغبة في اللذة مشبعه ولكن فقط بمصاحبة الذنب و إنخفاض الذات وتنتج هذه المشاعر قلقاً غير محتمل يؤدي بدوره الى تكرار السلوك لإيجاد الإشباع .**

**ويمر مدمن المخدرات بثلاث مراحل نفسية متعاقبة الحالة الأولى هي حالة الشعور و الوعي التام بكل ما يجري في محيطه الخارجي و محيطه الداخلي و الحالة الثانية هي عندما يحين موعد الجرعة حيث يرتب أموره فيما يتصل (محمد السيد ، ١٩٩٧ ) .**

**بشؤونه اليومية من ناحية العمل و الأسرة و المجتمع ويفضل أن يكون مع أصدقائه في مكان بعيد عن الأعين وبإبتهاج يأخذ الجرعة فيبدأ الإقلاع رويداً رويداً في رحلة السعادة اليومية وهذه هي حالة ما**

قبل الشعور ثم تبدأ الخيالات و الصور السارة تمر أمامه من بعيد وكلما إقتربت ينحسر الوعي شيئاً فشئ وما هي إلا لحظات حتى يغوص في منطقة اللاشعور وهنا يتخيل المدمن نفسه و كأنه في حلم وقد يضحك بشكل هستيري و يكثر كلامه و تعليقاته الجنسية وهذه هي اللذة التي يتحدث عنها المدمن والتي لا تلبث أن تنتهي بعد وقت قصير جداً وهنا يبدأ بالصعود الى مرحلة الشعور حين إنتهاء رحلة السراب و الأحاسيس الحالمة وتبدأ لديه الأحاسيس المؤلمة و الإنهاك الشديد في جميع أعضاء جسمه .

ويمكن أيضاً تفسير ذلك بناءاً على فرضية أن القلق النفسي و الإحباط الناتج عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دوراً كبيراً في بدء التعاطي فإذا استمرت و زادت فإنها تساعد على الأستمرار بل و المبالغة في التعاطي ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي قد يظن إنه المخلص الوحيد من الألآم النفسية كذلك الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة و السرور عن طريق المخدر أو بعبارة أخرى التخفيض من حالة الإكتئاب التي يعاني منها المدمن وليس مجرد إزالة التوترات الفسيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر فتعاطي المواد المخدرة لدى المدمن هو إنسحاب و هروب من واقع مؤلم فالادمان هو تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة وهو تعويض عن إحباط شديد ينتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية و هو أيضاً نتاج تنشئة إجتماعية ناقصة و سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية.

كما يمكن تفسيرسلوك الإدمان أيضاً بالرجوع الى نظرية ادلر( Adlar) ومفاهيمه التحليلية ومن منظور التحليل النفسي فى إن كثيراً من المدمنين يحاولون علاج أنفسهم من القلق الشديد و الاكتئاب بواسطة العلاج الذاتي وهو المخدرات (محمد السيد ، ١٩٩٧ ) .

وقد يكون اللجوء الى التعاطي كضرب من ضروب التعويض السلبي و الشاذ عند المعاناة من نقص معين يشعر به المريض ولكنه تعويض زائف يؤدي الى مزيد من الشعور بالنقص و الإعتماد المرضي على العقار المخدر (محمد السيد ، ١٩٩٧ ) .

ب – نظرية القوة power theory

يؤكد ميكلاند( Mcclelland ) إن الرجال الذين لديهم حاجات شخصية و غير إجتماعية وقوة بارزة يشربون المخدرات بإفراط ولديهم قوة متخيلة أثناء الشرب و التي تعبرعن طلب الإثارة و العدوانية و نشاطات ضد المجتمع فيتم التعبير عن رغبة الهيمنة الشخصية على الآخرين و الرغبة في الحصول على القوة و المجد الأمر الذي يؤدي الى حالة من القلق تدفعه الى التعاطي بحيث يكون التعاطي بمثابة تعويض للفرد المتعاطي عن قوته الاجتماعية المصطنعة.

فالتعاطي هنا للبحث عن القوة و التأثير من المادة المتعاطاة أي الحصول على قوة وهمية يقنع بها نفسه بأنه قادر على السيطرة على الآخرين وهذا بدوره يدفعه الى تكرار التجربة للحصول على الإحساس بالقوة و التأثير ( مدحت أبو زيد ، ٢٠٠٣ ) .

ج – نظرية خفض التوتر :

يمكن تفسير الإدمان أو تعاطى المخدرات من خلال هذه النظريه بأنه وسيلة متعلمة لخفض التوتر و القلق لأن المخدرات إحدى المدعمات التي تخفض الحالات الإنفعالية فإن إستمرار مثل هذه الحالات يجعل الإصرار على الإستخدام و بذلك يكون بداية إستخدام المخدرات للتخلص من مشاعر التوتر و الضيق ومن ثم يصبح التعاطي و الإستمرار فيه لخفض التوتر الناتج عن الإنسحاب من المادة و بذلك يكون قد إرتبط التوتر بالتعاطي (عفاف عبد الكريم ، ٢٠١٠ ) .

د – نظرية التعلم الاجتماعي :

من خلال مفاهيم نظرية التعلم الاجتماع يمكن تفسير سلوك الإدمان وتعاطى المخدرات بأنه سلوك متعلم من خلال مخالطة الشخص لمجموعة من المدمنين بحيث يقدم الشخص على التعاطي لشعوره بالإنتماء لهذه المجموعة و توهمه بأن التأثيرات المباشرة لتعاطي المخدرات قد تحدث لديه شعوراً باللذة و إعتقاده بأن التعاطي له فائدة تتفق مع معاييره الشخصية ، حيث إن عملية الدافعية للإدمان تتحدد بثلاثة عوامل رئيسية هي إزالة الألم و إدخال النشوة و محاولة تحقيق قبول بواسطة الجماعة ( مدحت أبو زيد ، ٢٠٠٣ ) .

**علاج الإدمان** :

هناك عدة طرق لعلاج الإدمان وفقا للنظريات المختلفة في علم النفس وهي كما يلي :

أولاً : العلاج المعرفي السلوكي

يعد هذا النوع أحد أنواع العلاجات التعليمية قصيرة المدى التي تهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويعد نموذجاً علاجياً مناسباً لما يتضمنه من إستراتيجيات علاجية حديثة وفعالة ( عوض عبد الناصر ، ٢٠١٨ ) .

**أهداف العلاج المعرفي السلوكي:**

١ – تعليم الأفراد فحص وتحديد وتقييم أفكارهم وإتجاهاتهم .

٢ – تعليم الأفراد إستراتيجية سلوكية تساعدهم على التخلص من المشكلات .

٣ – مساعدة الأفراد على زيادة الدافعية للأداء وزيادة وعيهم بذواتهم وتنمية مهاراتهم ( طارق محمد ، ٢٠٠٥ ) .

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 متغيرا لا يمكن التنبؤ به لزيادة أنشطتهم اليومية وتحسين توافقهم مع الإضطراب ( محمد عبد الرحمن ، ٢٠١٤ ) .

## أساليب العلاج المعرفي السلوكي:

تصنف أساليب العلاج المعرفي السلوكي إلى ثلاث أساليب رئيسية :

١ – الأساليب المعرفية: وهى تشمل التعرف على أفكار العميل الخاطئة، ودراسة حديث الذات السلبى، وتحليل الأفكار في ضوء محددات التفكير الموضوعي العقلاني، وطرح الأفكار الجديدة، ومناقشة أضرار الأفكار القديمة (Sharon, 2005) .

٢ وزيادة ثقة العميل بنفسه، وتنمية المسئولية الذاتية لدى الفرد، وتدعيم القدرة على إتخاذ القرار، وتشجيع المرونة، وتقبل الاختلاف ومعايشة الواقع (Sharon, 2005) .

٣ – الأساليب الإنفعالية: وهى تتضمن مجموعة من الأساليب العلاجية التي يستخدمها المعالج مع المريض لتقليل وتهدئة إنفعالاته السلبية تجاه موقف إشكالي معين مثل ما يحمله من مشاعر القلق و الغضب و التوتر و الخوف وإستبدالها بمشاعر أكثر إيجابية حتى يتخلص من الإضطراب الانفعالي، وتكوين رؤية إيجابية حول الذات وأن يفكر بمنطقية وصورة متزنة ( Sharon, 2005) .

٤ – الأساليب السلوكية : يستخدمها المعالج مع المريض حتى يستطيع من خلالها أن يعدل سلوكياته غير السوية وإستبدالها بسلوكيات سوية، أو يعمل على تقليل أو زيادة بعض السلوكيات بهدف التخفيف من حدة المشكلات التي يعانى منها المريض وتشمل بعض الفنيات المتمثلة في التدعيم الإيجابي و التدعيم السلبى و النمذجة و لعب الدور و ضبط الذات و الواجبات المنزلية ( مفيد حواشين ، جواد سامى ، ٢٠١٨ ) .

## ثانيا : : الدعم الاجتماعي:

هي المصادر الإجتماعية التي يلجأ إليها الأشخاص(الأسرة، الأصدقاء، الأقارب، زملاء العمل) وذلك لمساعدتهم على مواجهة صعوبات الحياة ، كما يعرف بأنه وجود أشخاص مقربين ممثلين لأفراد الأسرة، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل الذين يقدمون الدعم المعنوي والمشاركة الوجدانية 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 غالبا الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل ( محمد الشناوي ، محمد السيد ، ٢٠٠٨ )

**ويمثل الدعم الاجتماعي دوراً هاماً في تحسن الصحة النفسية والإنفعالية للفرد وذلك في التغلب على الضغوط النفسية والإجتماعية التي تنتج عن ظروف ومشكلات ومصاعب الحياة، كما يحقق الإستقرار النفسي ويقدم آثار إيجابية في الفرد ( رياض ملكوش ، ٢٠٠٠ ) .**

## وظائف الدعم الاجتماعي

**للدعم الإجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد حيث يؤثر حجم الدعم الإجتماعي ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها وكيفية تعامله مع هذه الأحداث. ويساهم الدعم الاجتماعي في صحة الفرد إيجابياً إذ أن شبكة الدعم الإجتماعي تتبنى سلوكيات صحية وتشكل نمط صحى ( Thoits,2011) .**

**وتقدم شبكة الدعم الاجتماعي سلوك مبادر في أوقات المرض والحاجة، وتقدم المشورة اللازمة وتحفز على القيام بسلوكيات إيجابية ( Thoits,2011) .**

**ثالثاً : التعافي** Recovery

**تعد فكرة العلاج والرجوع من طريق التعاطي والمخدرات من الأفكار المهم حدوثها والصعب تحقيقها، حيث إنها تقوم على تضافر الجهود والخدمات التي تقدم لمريض الإدمان سعياً للتوفيق بين إحتياجاته في كافة الجوانب النفسية، السلوكية، الإجتماعية ... وغيرها، وبين دافعيته للعلاج والتعافي، وهذه الخدمات المقدمة تحتاج للكثير من الوقت والجهد، كما تعتمد على التغيير المستمر والدائم، فكل مريض يختلف عن الآخر في أسباب وقوعه في الإدمان، وفي كيفية تقبله للتغير السلوكي والحياتي، وإستجاباته للعلاج، وإنطلاقاً من تعدد تلك العوامل تأتي أهمية التعافي كمرحلة تحتاج للعمل والتخطيط المستمر للوصول بالمريض إلى التعافي والتخلص من أسر الإدمان.**

**أولا : تعريف التعافي**

**عرف جواد فطاير ( ٢٠٠١ ) التعافي على إنه عملية تغيير وترقية لسلوك الإنسان في كافة جوانب حياته، وإمكانية البعد عن المخدرات بألا يصبح الفرد منقاداً لرغبته في العودة للتعاطي كما سبق. وعرف التعافي كذلك إنه الشفاء ويعني العيش مثل الآخرين ، متحرراً من إستعباد الإدمان .**

**و يعرف عبد العزيز بن محمد ( ٢٠٠٢ ) المتعافي على إنه هو الشخص الذي سبق له أن أدمن إستخدام المخدرات ، ثم خضع لبرنامج علاجي متخصص وتماثل للشفاء من داء إدمان المخدرات سواء كان ذلك إدمان مواد أفيونية ، أم منشطات ، أو مهلوسات ، أو خموراً.**

**وأيضا يعرف التعافي في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه إسترداد أو إستعادة العافية، وقد يكون الشفاء تلقائياً أو بواسطة التدخل العلاجي ( لطفي الشربيني ، ٢٠٠٦ ) .**

**وتشير فوزية عبد الله ( ٢٠١٣ ) الى المتعافي بانه هو الشخص الذي سبق له الإعتماد على المواد ذات التاثير النفسي ثم خضع لبرنامج علاجي متخصص و تماثل للشفاء و إستطاع الإقلاع عن تعاطي المواد المخدرة .**

**وكذلك تعرِف عفاف عادل ( ٢٠١٨ ) التعافي على إنه مصطلح يطلق على خبرات العلاج من الأمراض المزمنة بشكل عام وإدمان المواد المخدرة، وهو عملية مستمرة طويلة المدى لا بد أن تتضمن تغيراً متزايداً في السلوك والتفكير والعلاقات بالمحيطين.**

**ثانيا : مراحل التعافي من إدمان المخدرات**

**يعود تاريخ وضع أسس لمراحل التعافي والتمييز بين كل مرحلة وأخرى لبروتشاسكا وديكليمينتي فيعود الفصل لهم في تحديد التعافي في مراحل متتابعة ( وليام ميلر ، ٢٠١٢ )**

**ومتتالية والفصل بين طبيعة وسمات كل مرحلة. وقد إختلفت المسميات في تسميتها والتعريف بها وقد تم ذكرها بدافعية التعافي، الإستعداد للتعافي، الرغبة في العلاج، القابلية أو الإستعداد للتغيير . وفيما يلي عرض لنموذج من نماذج مراحل التعافي :**

**نموذج لمراحل التعافي من إدمان المخدرات في علاج الأفراد:**

**أن فترة التعافي من الإدمان لدى الافراد المدمنين الذين يخضعون للعلاج الفردي تختلف عن طبيعة وملامح التعافي في العلاج الجماعي لأنه من الطبيعي والمنطقي أن علاج الفرد بمفرده يختلف تماماً عن وجوده في جماعة ومن هنا قسمت إلى خمسة مراحل كما يلي :**

- **المرحلة الأولى : مرحلة ما قبل التأمل :**

**وتتسم هذه المرحلة بسيادة مشاعر القلق عند المريض، وتكون فكرة العلاج والتعافي أو الامتناع عن التعاطي بعيدة كل البعد عن محور تفكيره، بل يعتقد البعض منهم أحياناً أن مشكلة الإدمان غير موجودة من الأساس، فكل ما يشعر به هو القلق والضعف.**

- **المرحلة الثانية : مرحلة التأمل :**

**وهي مرحلة إتخاذ القرار من جانب المريض بأن يتعافى من إدمانه، وتعد هي نقطة البداية للعلاج حيث ينطلق التفكير في العلاج بعد مواجهة الفرد لأحداث وظروف لا يستطيع التعامل معها ويرفض وجودها**

**كالطلاق أو الرسوب أو فقدان المال ... الخ. ويقع مريض الإدمان في هذه المرحلة في صراع قوي حيث الرغبة الملحة للتعاطي كما إعتاد، وبين الدافعية والعزيمة الداخلية للعلاج والتعافي مما هو عليه الآن.**

- **المرحلة الثالثة : مرحلة التجهيز :**

**وتأتي هذه المرحلة كنتيجة لإدراك المريض أهمية أن يتوقف عن إدمانه وتعاطيه ويبدأ فيها التخطيط للتغيير والتعافي الحقيقي، ويمكن أن نطلق عليها مرحلة التخطيط من أجل العمل والفعل، والبحث في كيفية تطبيق ما وضعه لنفسه.**

- **المرحلة الرابعة : مرحلة الفعل :**

**في هذه المرحلة يبدأ المريض في إتخاذ خطوات فعلية لتحقيق الخطة التي وضعها مسبقاً، حيث يتخلص تدريجياً من السموم في جسمه التي نتجت عن تعاطي المخدرات، وذلك من خلال العقاقير الطبية الموصوفه له من قبل الطبيب المعالج وطاقم العلاج والمتابعة، وتستمر هذه الفترة من ٣ إلى ٦ شهور ( وليام ميلر ، ٢٠١٢ ) .**

- **المرحلة الخامسة : مرحلة الصيانة :**

**هي المرحلة الأخيرة والأكثر أهمية، فلن يصل إليها المريض إلا في حالة استمراره وحفاظه على بعده عن الإدمان والتعاطي، وفي هذه المرحلة يتصرف المريض وفق معايير سلوكية معينة ومنظمة، ويدرك أهمية تعافيه، ويشعر بالراحة النفسية تجاه ما يعيشه ، كما يبدأ في القيام بأعمال وأنشطة متعددة تفيده، وهذه المرحلة تتسم بالاستمرارية فليست محددة بوقت معين ( وليام ميلر ، ٢٠١٢ ) .**

## ثالثاً : محاور التعافي من إدمان المخدرات :

**وتقوم عملية علاج الإدمان والسعي بالمريض إلى التعافي على ثلاثة محاور : الطبي، النفسي، الاجتماعي:**

### المحور الأول : العلاج الطبي للإدمان:

**هو المحور الأول في العلاج حيث يقوم في أساسه على الأدوية الطبية، وفيه يتم إعطاء المريض بعض الأدوية التي من شأنها أن تقلل درجة الاعتماد البدني على المخدر، والعلاج الطبي الدوائي يطبق على كل فرد على حدة نظراً لاختلاف الحالة البدنية لكل فرد وطبيعة ونوع المخدر الذي يتعاطاه، وفترة التعاطي وكمية المخدر. والهدف من العلاج الطبي هو: التهدئة العامة للمريض والقضاء على الأمراض التي تعرض لها كنتيجة لتعاطيه وإدمانه، والحماية من الأمراض التي يحتمل أن يتعرض لها (حيث إن**

**كل نوع مخدر له أعراض جانبية متعددة)، تطهير الجسم من المخدر وتقليل درجة الاعتمادية، تقوية الجسم والوصول به إلى الوضع الطبيعي.**

**المحور الثاني : العلاج النفسي :**

**والعلاج النفسي من أهم الجوانب التي يركز عليها في علاج المدمنين والسعي للوصول بهم إلى التعافي ، حيث يقوم هذا الجانب إلى إعادة هيكلة البنية النفسية للمريض حيث تنمية الجوانب الشخصية الإيجابية والثقة بالنفس والتوعية بمواطن القوة والضعف وغيرها من الأمور من أجل تنظيم الفرد وإعادة ترتيبه للوضع الطبيعي، ويعد اشتراك المريض في وضع الخطة العلاجية في تلك المرحلة من أهم عوامل النجاح في العلاج، والهدف من العلاج النفسي هو: مساعدة الفرد على استرداد ثقته بنفسه، وإشعاره بأن له قيمة في الحياة والمجتمع وأن وجوده مؤثر، ومساعدة المريض على التغير التدريجي، والأخذ بيده بعيداً عن كل ما له علاقة بالإدمان، ومساعدة الفرد على النظر للحياة والمجتمع نظرة مختلفة عما كانت عليه مسبقاً والتمتع بنظرة تتسم بالواقعية والتقبل والمسئولية ، كما تهدف إلى مساعدة الفرد على تنمية قدرته على الاستقلال واتخاذ القرار بدلاً من خضوعه لأسر الإدمان والمخدر، ويعد الهدف الأخير والأساسي للعلاج النفسي هو استرجاع الشخصية الإنسانية لما كانت عليه قبل الإدمان حيث الاعتدال(عفاف عادل ، ٢٠١٨).**

**المحور الثالث : العلاج الإجتماعي:**

**يبدأ العلاج الإجتماعي دوره بعد إنتهاء العلاج الطبي والنفسي حيث "التكافل الإجتماعي للفرد المدمن" وذلك بإقناع الشخص بضرورة الإستمرار على ما هو عليه للإستمرار في التعافي وذلك من خلال الأصدقاء والأقارب والأهل والأسرة والإخوة. ويتركز الهدف من العلاج الاجتماعي على ما يلي: توجيه الفرد إلى تذليل مجهوداته فبدلاً من أن يسعى وراء المخدر يسعى إلى الاستقرار الاجتماعي حيث العلاقات الجيدة مع الأهل والأصدقاء، السكن، الدراسة، العمل وغيرها من الجوانب، ومساعدة الفرد على تجنب السلوكيات السيئة والإندماج في الحياة الإجتماعية السوية، وإعادة الإندماج إجتماعياً بداية من الحصول على أوراق تعريف صحيحة وسارية وصولاً إلى رخصة قيادة وغيرها ومساعدته (عفاف عادل ، ٢٠١٨).**

**أن يكون عضواً نافعاً في مجتمعه و الاندماج المهني حيث دفعه لمهنة جديدة تتفق مع ميوله وإحتياجاته أو مساعدته على العمل بالمهنة التي كان عليها (عفاف عادل ، ٢٠١٨).**

**رابعا : النظريات المفسرة للتعافي من إدمان المخدرات :**

**أ - نظرية الأعتدال :**

**مؤسس هذه النظرية بينجامين رش وقد بدأ العمل بها منذ أربعينيات القرن التاسع عشر ، ويقوم هذا النموذج كمواجهة لفكرة أن الإدمان إن تمكن من الفرد فإنه يدمر كل ما فيه، ويجب مساعدة مرضى**

**الإدمان على إنهاء إستخدامهم للمادة بسرعة وبشكل كامل، ومن هذا يرى أن الإرادة والدافعية هما الخلاف الوحيد للتعافي من الإدمان، كما أنهم إعترضوا على تسمية مريض الإدمان مريضاً أو شخصاً مدمناً من الأساس، ووجهوا إليها الكثير من الانتقادات نظراً لأنه يرى ان الفرد كثير التعاطي هو فقط من يستحق مساعدته على أن يتعافى ، أما من يتعاطى مخدرات أو كحوليات بدرجات متوسطة فعلينا أن نتركه وشأنه.**

**ب – النظرية الأخلاقية :**

**ترى هذه النظرية أن الإدمان كمشكلة سلبية ينظر إليه من وجهات نظر عديدة، فهناك منظور للإدمان على أنه إجرامي ، وهناك منظور روحي، ويتجه هذا النموذج الأخلاقي في النظر إلى مشكلة الإدمان والوقوع فيها من منظور أخلاقي، لأنها مشكلة خلقية سلوكية، وترى أن التعافي من الإدمان إنما يبدأ من وجهة خلقية أي عودة الفرد إلى صوابه وخلقه ويتجه هذا العلاج هنا إلى إصلاحات وتعديلات شخصية أولاً قبل أي شيء في شخصية المريض حتى يتمكن من التعافي. وفقاً للنموذج الأخلاقي، فإن الشخص الذي يمتلك القوة الأخلاقية سيكون لديه القوة المطلوبة لوقف الإدمان.**

**ج – نظرية التربية والتعلم الاجتماعي:**

**ترى نظرية التربية والتعلم الإجتماعي هنا أن مشكلة الإدمان كما أنها سلوك مكتسب إجتماعياً ولكي يتم التعافي والعلاج علينا أن نبدأ بالعمل المجتمعي للمواجهة، ويبدأ العمل هنا من منع تداول المخدرات نهائياً في المجتمعات ( Diclemente et al,2004 ) .**

**كما تشير إلى أهمية الدور الذي تلعبه العوامل البيئية في مساعدة الفرد على التعافي، فالأسرة والمدرسة أو الجامعة والعمل وكذلك المعارف والرفاق لهم الدور الأكبر في مساعدة الفرد على التعافي، فالتعافي من وجهة نظر المدرسة التربوية هنا هو سلوك إجتماعي أولاً وأخيراً ليس للفرد شأن فيه وعلى المجتمع وكل فرد فيه مواجهة وحل المشكلة ( Diclemente et al,2004 )**

**رابعاً : الإنتكاسة** Relapse

**يواجه العاملون في مجال الإدمان و علاجه ، مشكلات عديدة ومن أهمها إنتكاس المرضى وعودتهم الى الإدمان مرة أخرى بعد فترة العلاج ، فالعلاج الطبي وتطهير جسم المريض من المواد السامة و إنسحاب المواد المخدرة لا يعني الشفاء التام ، ومراكز العلاج في أنحاء العالم تشهد نسب كبيرة من تكرار الإنتكاسة و عودة المريض مرة أخرى لطلب العلاج .**

**أولا : تعريف الانتكاسة**

يرى شونج (Chong, 2007) الإنتكاسة بانها مرحلة الرجوع الى إستخدام المخدرات بعد إقرار الفرد بأنه مصاب بمرض الإدمان ومعرفة إحتياجه للامتناع عن إستخدام المخدرات بالإضافة الى ذلك يتخد قرار بأن يعالج نفسه ويكون هادئا و متزنا مع مساعدة البرنامج الإرشادى.
و يعرف محمد كمال ( ٢٠١٦ ) الإنتكاسة بأنها عودة مريض الإدمان للتعاطي مرة أخرى بعد أن يتوقف عن التعاطي لفترة يجتاز خلالها مرحلة الاعراض الإنسحابية .

**ثانيا : الأسباب الدافعة للإنتكاسة :**

من أهم الأسباب الدافعة للانتكاسة ما يلي :

١ – حالات إنفعالية سلبية : من أسباب الإنتكاسات المواقف التي يخبر فيها المرء حالات إنفعالية سلبية أو ( غير سارة ) مثل الإحساس بالإحباط ، الغضب ، القلق ، الإكتئاب و الملل .

٢ – الصراعات في العلاقات الشخصية المتبادلة : من أسباب الإنتكاسة أيضاً الصراعات التي تتضمن صراعات بين الأزواج و الأصدقاء و أفراد الأسرة و رؤساء العمل و المحاولات و المواجهات التي تحدث بين الأشخاص تلك الصراعات التي تحرك الغضب و التوتر وتشكل عاملاً خطراً لتعاطي جرعة من المادة التي كان قد اقلع عنها بهدف التهدئة او التغلب على الآثار النفسية المرتبطة بتوتر العلاقات بالآخرين ( عبد الغاني تيايبيه ، ٢٠١٨ ) .

٣ – الضغوط الإجتماعية : تتمثل في ضغوطات إقتصادية مباشرة أو فقد العمل او البطالة و التعرض للضغوط من رفقاء التعاطي أو المروجين او القدوة الذين يشكلون عوامل خطورة ( عبد الغاني تيايبيه ، ٢٠١٨ ) .

٤ – عوامل الإشتياق ( اللهفة ) وحالات الألآم البدنية مثل الأعراض الإنسحابية .

وتعرف اللهفة بانها رغبة جامحة ملحة عارمة للمادة المخدرة و الحصول على تأثيراته النشوية وتتصف اللهفة بعدة صفات منها :

١ – تحدث على كافة المستويات الوظيفية : الوجدانية ، المزاجية ، المعرفية ، الفيزيولوجية و الإجتماعية

٢ – عملية دينامية و متطورة .

٣ – مقاومة للتغيير و التعديل .

٤ – ذات طبيعة دورية متكررة .

٥ – شديدة و قوية و ملحة و مؤثرة .

٦ – في كثير من الأحيان تكون مشروطة بمثيرات معينة و عوامل معينة .

**٧ – لا تنتهي بإنتهاء الإدمان ( عبد الغاني تيايبيه ، ٢٠١٨ ) .**

**ثالثاً : النظريات المفسرة لحدوث الانتكاسة :**

**تعددت الإتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة الإنتكاسة ويمكن القول إن التفسيرات النظرية للإنتكاسة خرجت من الإتجاهات النظرية لسلوك الإنحراف عموما وسلوك الإدمان على وجه الخصوص خاصة فيما يتعلق بالإتجاهات النفسية و الإجتماعية .**

**ومن الواضح أن هناك الكثير من التفسيرات يمكن تصنيفها ضمن إتجاهين رئيسيين وهما :**

**أولا : الاتجاه العصبي الفيزيولوجي :**

**مفاداه أن الإختلالآت التي يعاني منها الفرد تعود الى خلل أو عطب أصاب بعض أعضائه قد يكون هذا العطب ناتج عن تلف بفعل الإصابة بمرض أو بفعل دخول سموم كالمخدرات ويتضمن هذا الإتجاه عدة نظريات تتمثل في :**

**أ – نظرية العطب العصبي :**

**إقترحها كل من جوزكي و ميلر حيث عرفا الإنتكاسة بأنها عملية تحدث داخل المريض المعتمد وتظهر من خلال نمط تطوري للسلوك الذي يسمح لأعراض المرض بالظهور من جديد لدى شخص إستطاع في السابق أن يتخلص من تلك الأعراض حيث إن أعراض ما بعد الإنسحاب الحاد تؤثر على العمليات المعرفية وتحدث تلفاً في التفكير التجريدي و التركيز و الذاكرة و وتزيد من الإنفعالية أو ردود الأفعال المبالغ فيها و النتيجة العصبية هي التي تدفع الشخص الى الإنتكاسة .**

**وأقترح كل منهما نمطاً معروفاً و شائعاً للإنتكاسة يتضمن خوفاً داخلياً و شعور بعدم الثقة و شعور بعدم التأكد من مواصلة الإمتناع مع وجود إنكار و إحباط وعزلة و ضغوط و مشكلات و إكتئاب و صداع و توتر و أرق و غضب ثم في النهاية الإعتقاد بأنه لا مفر من أحد الثلاثة وهي : التعاطي ، الأنتحار ، الجنون ثم يختار أول الحلول لأنه إعتاد عليه من قبل ( رتاب وسيلة ، ٢٠١٧ ) .**

**ب – نظرية الكيميائية العصبية :**

**تفسر الإنتكاسة بشكل جزئي في ضوء التغيرات الفيزيقية في مقاومة الأغشية العصبية في الدماغ والذي ينتج عنه التاثير الإكلينيكي لنقص الدوبامين ويظهر في صورة سيكولوجية هي الإشتياق والذي بدوره يؤدي الى الإنتكاسة حيث إن نقص الدوبامين في الخلايا العصبية في منطقة قرن أمون في الدماغ يمكن أن ينتج عنه زيادة الحساسية وشدتها تلقائياً عند أدنى مستوى للإستثارة وتحتوي هذه المنطقة بالجهاز الطرفي على وظيفة الذاكرة في حالات الإسترجاع و حالات الدافعية الموجودة في الجهاز الطرفي متعدد مثل الجنس ، الجوع ، المزاج فالإسترجاع مرتبط بالدوافع وتأثير العقاقير على الدوافع تصبح ذاكرة مختزنة تسترجع بسهولة نظراً لإرتباطها بالعقار ، ويمكن للأنتكاسة أن يكون لها**

صلة ما بالإثارة التلقائية للخلايا العصبية الخاصة بالدوبامين وبذلك ينتج عنها إستدعاء حالات الحفز المرتبة بالعقاقير و للعقاقير تأثيرات على المخ للتوصل الى تعبير غير المكف للدوافع و الحوافز خصوصاً في الفص الجبهي من الجهاز الطرفي المتعلق بوظائف نفسية و سلوكية مختلفة كإصدار الأحكام ، الدافعية ، التخطيط وغيرها من الوظائف المتأثرة بتعاطي العقاقير ( رتاب وسيلة ، ٢٠١٧).

ومن الجانب النفسي و الجانب الفيزيولوجي العصبي فان هناك إبطاء يحدث في تلك الوظائف المهمة و بالتالي يحدث نوعاً من عدم الكف و التحرر الكامل في التعبير عن الدوافع و المحفزات ( رتاب وسيلة ، ٢٠١٧ ) .

**ثانيا : الاتجاه السيكولوجي**

آختلفت أراء ووجهات نظر السيكولوجيين في تفسير الإدمان و الإنتكاسة وذلك وفق عدة توجهات نظرية أهمها ( إسماعيل عبد الحميد ، ١٩٩٨ ) .

أ – نظرية الإشراط الكلاسيكي :

فسرت دافعية الإشتياق من حيث إن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة مثل رائحة المخدر ، أوراق التبغ ، الأبر ، صديق مستمر بالتعاطي أو مكان التعاطي وهي كلها قادرة على إستدعاء حالة الدافعية للتعاطي بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته ويفسر هذا النموذج الصعوبة التي يجدها المعتمدون المتعافون في الإبتعاد عن التعاطي في بيئاتهم التي تطور فيها إعتمادهم للعقار ( إسماعيل عبد الحميد ، ١٩٩٨ ) .

ب – نظرية فستنجر( Vestenger ) :

حسب فستنجر فإن الإنتكاس يحدث نتيجة للتعزيز السلبي الذي يحدث عند المتوقف عن الإدمان الذي إعتاد أن يتغلب على صراعاته وشعوره بالذنب بالتعاطي ففي حالة ما إذا واجه موقفا يحتوي على صراعات جديدة وشعور بالذنب فأنه سرعان ما ينتكس لأن لديه تعزيزاً سلبياً سابقاً في التخلص من الصراعات و الذنب بأن يتعاطى العقار من جديد ( إسماعيل عبد الحميد ، ١٩٩٨ ) .

ج – النظرية السلوكية :

أن سلوك تعاطي المخدرات بالنسبة لهذه النظرية يقوم على مبدأ مؤكد مفاده أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها وسوف يمتنعون عن تلك التي عوقبوا عليها وقد طبق مبدأ التعلم على إستخدام و سوء إستخدام العقاقير .

ويعتبر ويكلر( weklar) أو من طبق مبادئ نظرية الإشراط الكلاسيكي لبافلوف (baflof ) لتفسير إكتساب سلوك تعاطي العقاقير و المخدرات وإستمراره و إنطفائه ( اشرف البيومي ، ٢٠١٩ ) .

لأحظ ويكلر (weklar) أن الأعراض الإنسحابية لدى معتمدي الهيروين تظهر من جديد بعد مرور عدة اشهر من زوال الاعراض الفيزيولوجية الإنسحابية وهذه الأعراض تشجع المعتمد وتدفعه للتعاطي

**من جديد تخفيفاً للألآم من هذه الأعراض وقد إقترح نظريته ذات العاملين لتفسير الإنتكاسة في ضوء إن تكرار التعرض لمثير بيئي يمكن أن يصبح مثيراً شرطياً يتسبب في ظهور الأعراض الإنسحابية التي تؤدي نشاطاً اجرائياً لتعاطي العقار الذي سيخفف من الآم الأعراض وبذلك تزداد إحتمالية سلوك التعاطي وإستمراره في المستقبل من جديد كما أشار ستولرمان ( ١٩٩١ ) ان التناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير الإدمانية يمكن أن تؤدي الى تدعيمات إيجابية في شكل مكافئات في تجارب شرطية ( اشرف البيومي ، ٢٠١٩ ) .**

**د – نظرية المواقف الشديدة :**

**يعد مارلت ( Marlt )مؤسس النظرية العقلية المعرفية ويرى أن العودة للإدمان يتأثر بثلاثة عوامل وهي : البيئة ، الشخص العائد و المؤسسة ، حيث قام بتطبيق برنامجاً قارن من خلاله بين ثلاث مجموعات من المدمنين و توصل الى إن الضغوط الحياتية غير المتوقعة كحالات الوفاة و الخلافات الزوجية لها دور كبير في العودة الى المخدرات**

**كذلك يفسر مارلت العودة للادمان بأنه ناتج عن عوامل البيئة ، الشخص العائد و المؤسسة وتقوم هذه النظريات على الفرضيات الاتية :**

**١ – المواقف الشديدة و إستجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المحرضة على الإنتكاسة .**

**٢ – عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من إحتمالية العودة الى الإدمان.**

**٣ – العودة للإدمان ناتج عن مواجهة المواقف الضاغطة في الحياة ( اشرف البيومي ، ٢٠١٩ ) .**

**الدراسات التي تناولت المرونة المعرفية و علاقتها بالانتكاس**

**أجرى شان (Chan, 2001) دراسة بعنوان تأثير الهيروين على الوظائف التنفيذية الأمامية، هدفت الى معرفة أثر تعاطي الهيروين على أداء الوظائف العقلية التنفيذية المتمثلة بالمرونة العقلية و التفكير المجرد و الإنتباه و التحكم في النزوة ، وذلك على عينة مكونة من ( ٥٥ ) فردا ( ٣٠ ) مدمنا على مادة الهيروين و ( ٢٥ ) فردا لا يتعاطون هذه المادة المنشطة ، وقد طبق عليهم كل من مقياس للوظائف التنفيذية ، و توصلت النتائج الى أن مدمني الهيروين كان اداؤهم اسوء في التحكم و بالنزوة مقارنة بالافراد الاسوياء في حين لم تظهر أية تأثيرات على باقي الوظائف العقلية التنفيذية المتمثلة بالإنتباه و التفكير المجرد و المرونة المعرفية .**

**كذلك نجد دراسة محمد الزهراني( ٢٠٠٥ ) بعنوان الإدمان وعلاقته ببعض الوظائف النفسية و التي هدفت الى التعرف على مدى تأثر الوظائف العقلية التنفيذية بنوع المخدر و مدة التعاطي ، وذلك على عينة مكونة من ( ١٥٤ ) من المرضى موزعين في ثلاث مجموعات فرعية وفقاً لنوع المنشطة النفسية المستخدمة ( ٤٩ مدمن هيروين ، ٥٦ مدمن كحول ، ٤٩ مدمن امفيتامينات ) ، وعينة ضابطة**

شملت ( ١٠٠ ) فرد من الأسوياء ليس لديهم أي إضطرابات نفسية او إدمان ، ، وقد طبق عليهم كل من مقياس التحكم في السلوك و مقياس المرونة المعرفية ، وتوصلت نتائج الدراسة الى أن المدمنين يعانون من إضطراب واضح في القدرة على تصحيح الأخطاء ذاتياً ، و الفشل و البطء في القدرة على التناوب و التبديل من حالة الى أخرى و إنخفاض القدرة على التحكم في السلوك و المرونة المعرفية لدى المدمنين كما يتصف المدمن بشكل عام ببطء الإستجابة مما ينبئ بحدوث الانتكاسة.

كذلك نجد دراسة ماريا واخرون (Maria et al., 2009) بعنوان العواقب العصبية النفسية لتعاطي الكحول هدفت الى تحليل المساهمة التفاضلية للكحول مقابل تعاطي الكوكايين والهيروين والقنب في أداء الوظائف التنفيذية . وتكونت العينة من ٦٠ فردا من مدمني المواد المخدرة و ٣٠ فرد ممن يتمتعون بصحة جيدة . ةتكونت الادوات من مقاييس الطلاقة والذاكرة العاملة والتفكير التناظري والتدخل والمرونة المعرفية واتخاذ القرار والتنظيم الذاتي . ومن اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة ان اداء الافراد المدمنين على المواد المخدرة بمخلف أنواعها كان اضعف بكثير من اداء الافراد العاديين في جميع الوظائف التنفيذية التي اهتمت بها الدراسة .

و أيضاً أجرت سوزان و آخرون( Suzan et al ., 2011 ) دراسة بعنوان مقارنة المرونة المعرفية و الإنتباه و سرعة العقلية المعالجة لدى مدمني المواد الأفيونية والميثامفيتامين و غير المدمنين ، وهدفت الدراسة الى تقييم لبعض الوظائف التنفيذية لدى المنتكسين و الأشخاص العاديين ، تكونت العينة من ١٥٥ من الذكور تتراوح أعمارهم من ٢٥ – ٣٥ عاما ، وتم تقسيمهم الى ثلاث مجموعات ، مدمني الافيون ( ٤٠ فرد ) مدمني الهيروين ( ٦٣ فرد ) مدمني الميثامفيتامين ( ٥٢ فرد ) و تم إختيار مجموعة ضابطة تتناسب مع المدمنين من حيث الجنس والعمر و التعليم و الوضع الإقتصادي ، وتكونت الأدوات من بطارية الوظائف التنفيذية ، ومن أهم نتائج الدراسة التي توصلت اليها الدراسة إن المدمنين كان أداؤهم أسوء بكثير مقارنة بأداء الأفراد الطبيعية ( غير المدمنين ) على جميع الوظائف التنفيذية التي تم قياسها .

و هدفت أيضاً دراسة عبد الله وآخرون (Abdallah et al., 2020) بعنوان مقارنة الوظائف التنفيذية لدى الشباب المدمنين و طلاب الجامعة الى مقارنة أداء الشباب الدمنين و طلاب الجامعة فى الوظائف التنفيذية ، وتكونت العينة من مجموعتين كل مجموعة مكونة من ٣٠ فرد ، المجموعة الأولى الشباب المدمنين و المجموعة الثانية هم طلاب الجامعة ، تتراوح أعمارهم بين ١٦ – ٢١ عاما ، وتكونت الأدوات من اختبار ويسكينسون و إختبار ستروب ، تشير نتائج الدراسة الى ان أداء طلاب الجامعة كان أفضل من أداء الشباب المدمنين على جميع الوظائف التنفيذية .

الدراسات التي تناولت المرونة المعرفية و علاقتها بالتعافي .

أجرى اني و آخرون (Anne et al., 2009) دراسة بعنوان التغييرات في الذاكرة العرضية والوظائف التنفيذية لدى ممتنعي ومنتكسي الكحول لأكثر من ٦ شهور ، التي هدفت الى قياس كل من الذاكرة العرضية و التثبيط و المرونة لدى ممتنعي و منتكسي الحكول ، وذلك على عينة مكونة من ( ٥٤ ) فرد ممتنع و كان متوسط اعمارهم( ٤٨.٦٨ ) و بإنحراف معياري( ١٣.٨٣ )و ( ٥٤ ) منتكس وكان متوسط أعمارهم( ٤٧.٢٧ ) و بإنحراف معياري ( ٦.٨٠ ) ، وقد طبق عليهم كل من إختبار التذكير الإنتقائي من إعداد ( Grober & Buschke, 1987) ) وإختبار استروب (Stroop, 1935) ، وإختبار الإنتباه من إعداد (Zimmermann & Fimm, 1993) ، وتوصلت النتائج الى أن الذاكرة العرضية للممتنعين على مدى ٦ أشهر و الوظائف التنفيذية عاد أدائهم الى الأداء الطبيعي، في حين كان أداء المنتكسين أقل في المرونة المعرفية .

كما هدفت دراسة هيدلي وآخرون ( Headley et al ., 2020) بعنوان إستعادة الوظيفة المعرفية في مجتمع تعاطي المخدرات ، الى التعرف على الفروق بين المتعافين و المدمنين في الوظائف التنفيذية ، وتكونت العينة من ٢٨ متعافي من المواد المخدرة و ١٥ منتكسا ، وتكونت الأدوات من مقياس للإنتباه و مقياس للذاكرة العاملة و مقياس للمرونة المعرفية ، وتشير نتائج الداسة الى ان أداء المتعافين كان أفضل من أداء المنتكسين على جميع الوظائف التنفيذية التي إهتمت بها الدراسة .

الدراسات التي تناولت المرونة المعرفية و علاقتها بالإدمان و تعاطي المخدرات .

دراسة بعنوان تاثير (Antonio et al., 2005)أجرى انتونيو وآخرون الإكستاسي و الكوكايين و الحشيش على مكونات الوظائف التنفيذية ، هدفت الدراسة الى تحليل العلاقة بين شدة إستهلاك الأدوية المختلفة والأداء النفسي العصبي في المهام الحساسة للضعف في العمليات الفرعية التنفيذية للذاكرة العاملة ، وتثبيط الإستجابة ، والمرونة المعرفية ، والتفكير المجرد ، وذلك على عينة مكونة من ( ٣٨ ) فرد من متعاطي المواد المتعددة ، بمتوسط عمري ( ٣٠.٥٥ ) و بانحراف معياري قدره ( ٥,٦٧ ) ، وقد طبق عليهم كل من مقياس الذاكرة العاملة ، تثبيط الاستجابة ، المرونة المعرفية ، معالجة المعلومات من إعداد الباحثين ، توصلت النتائج الى وجود تأثيرًا تفاضليًا لشدة تعاطي الإكستاسي على الذاكرة العاملة ومؤشرات التفكير المجرد ، وشدة الكوكايين على مؤشر التحكم المثبط والقنب على مؤشر المرونة المعرفية .

وتؤكد دراسة ميكايلا و اخرون ( Michaela et al .,2009 ) بعنوان هل يرتبط الاستخدام المعتدل للمواد المخدرة بتغيير الأداء التنفيذي لدى عينة سكانية من الشباب ؟ ، إلى معرفة تأثير استخدام المواد المخدرة على الوظائف التنفيذية ، وتكونت العينة من ( ٢٨٤ ) من الشباب مدمني المواد المخدرة ( الاكستاسي ، الحشيش و الكحوليات ) ، وتكونت الأدوات من مقياس للوظائف التنفيذية ، ومن اهم النتائج التي اسفرت عنها الدراسة ان الأفراد المدمنين كان أداؤهم ضعيف على جميع الوظائف التنفيذية .

**تعليق على الدراسات السابقة** :-

**إتضح من خلال عرض الدراسات السابقة التي تناولت المرونة المعرفية و علاقتها بالإنتكاسة و المرونة المعرفية و علاقتها بالتعافي ما يلي :**

**١ – قلة عدد الدراسات التي إهتمت بدراسة العلاقة بين أداء المرونة المعرفية و علاقتها بالإنتكاس و التعافي و ذلك في حدود علم الباحث .**

**٢ – تتفق دراسة ( محمد الزهراني ، ٢٠٠٥ ) مع دراسة ( Chan,2001 ) على ان المخدرات تؤثر في القدرة على التحكم بالسلوك .**

**٣ – ولكن يظهر تعارض بين دراسة ( محمد الزهراني ، ٢٠٠٥ ) مع دراسة ( Chan,2001 ) في ان المخدرات تؤثر في المرونة المعرفية ، حيث تؤكد دراسة ( محمد الزهراني ، ٢٠٠٥ ) ان المخدرات تؤثر في المرونة المعرفية ولكن تنظر دراسة ( Chan,2001 ) الى ان المخدرات لا تؤثر على المرونة المعرفية .**

**٤ – تؤكد دراسة (Suzan,2011 ) و دراسة (Abdallah,2020 ) على ان المخدرات تؤثر على جميع الوظائف التنفيذية .**

**٥ – نلاحظ هنا في دراسة دراسة ( محمد الزهراني ، ٢٠٠٥ ) ، عدم تساوي عدد المنتكسين لعدد الاسوياء مما يؤثر على النتائج**

**٦ – تجتمع دراسة ( Anne et al ,2008 ) و دراسة ( Headley et al ,2020 ) في النتائج على ان أداء المتعافين افضل من أداء المنتكسين في المرونة المعرفية و الاتزان الانفعالي**

**٧ – نجد في دراسة ( Antonio et al ,2005 ) قلة عدد افراد العينة مقارنة بدراسة ( Michaela ,2009 ) .**

**فروض الدراسة**

**١ – يوجد فروق دالة إحصائياً بين المتعافين وبين المنتكسين من مدمني الهيروين و الحشيش في المرونة المعرفية.**

**٢ – توجد علاقة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث التعافي لدى مدمني الهيروين و الحشيش .**

**٣ – توجد علاقة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث الإنتكاس لدى مدمني الهيروين و الحشيش .**

**٤ – توجد قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الإنتكاس و على التعافي لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش .**

**منهج الدراسة**

**استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن حيث أنه يلائم موضوع الدراسة الحالية ومشكلتها و أهدفها فالبحوث الارتباطية تصف درجة العلاقة بين المتغيرات وصفاً كمياً لأن الغرض من جمع البيانات هو تحديد الدرجة التي ترتبط بها متغيرات كمية بعضها مع بعض ويعبر عن درجة العلاقة بين المتغيرات بمعامل الارتباط .**

**ثانيا : عينة الدراسة :**

**تكونت عينة الدراسة من عينيتن هما:**

**١ – عينة حساب الكفاءة السيكومترية :**

**لحساب ثبات و صدق المقاييس التي تم اعدادها بواسطة الباحث و الأدوات الأخرى في الدراسة وتكونت من مجموعتين :**

**١ – عينة المتعافين من الحشيش و الهيروين : وقد تكونت من ( ٤٠ ) فرداً من الذكور المتعافين من الحشيش و الهيروين بمدة لا تقل عن خمس اشهر الى سنة ممن يترددون على مستشفيات ومراكز علاج الادمان(مستشفى المركز الوطني – مستشفى أحمد جلال – مستشفى العباسية للصحة النفسية – مركز العزيمة للتأهيل ببورفؤاد – مستشفى الخانكة للصحة النفسية)، تراوحت أعمارهم ما بين ٢٧ – ٣٧ عاما وذلك بمتوسط عمر قدره ٣٣ عام و انحراف معياري قدره ± ٢.٣٥ .**

**وقد تم اختيار افراد عينة الدراسة وفقا للمحكات التالية :**

**١ – ان يكون مستوى التعليم متوسط او عالي**

**٢ – ان تكون الحالة الاجتماعية اعزب او متزوج**

**٣ – ان تتراوح عدد مرات الانتكاسة من مرة واحدة الى اربع مرات**

**٤ – ان تتراوح جرعة المادة المخدرة كانت من ( واحد الى اثنين ونصف جرام ) بالنسبة لمتعافي و منتكسي الهيروين و كانت ( سجارة واحدة الى اربع سجائر) بالنسبة لمتعافي و منتكسي الحشيش**

**٥ – ان تكون طريقة التعاطي بالنسبة لمتعافي الهيروين كانت هي الاستنشاق او الحقن وبالنسبة لمتعافي الحشيش كانت هي التدخين**

**٦ – ان يتراوح عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة من سنتين الى ١٣ سنة**

**٢ – عينة المنتكسين من الحشيش و الهيروين: وقد تكونت من ( ٤٠ ) فردا من الذكور المنتكسين على الحشيش و الهيروين بمدة لا تقل عن خمس اشهر الى سنة ممن يترددون على مستشفيات ومراكز علاج الادمان(مستشفى المركز الوطني – مستشفى أحمد جلال – مستشفى العباسية للصحة النفسية – مركز العزيمة للتأهيل ببورفؤاد – مستشفى الخانكة للصحة النفسية) و تراوحت أعمارهم ما بين ٢٧ – ٣٧ عاما وذلك بمتوسط عمر قدره ٣٢ عام وانحراف معياري قدره ± ٢.٢٥ .**

**وقد تم اختيار افراد عينة الدراسة وفقا للمحكات التالية :**

**١ – ان يكون مستوى التعليم متوسط او عالي**

**٢ – ان تكون الحالة الاجتماعية اعزب او متزوج**

**٣ – ان تتراوح عدد مرات الانتكاسة من مرة واحدة الى اربع مرات**

**٤ – ان تتراوح جرعة المادة المخدرة كانت من واحد الى اثنين ونصف جرام بالنسبة لمتعافي الهيروين و كانت سجارة واحدة الى اربع سجائر بالنسبة لمتعافي الحشيش**

**٥ – ان تكون طريقة التعاطي بالنسبة لمتعافي الهيروين كانت هي الاستنشاق او الحقن وبالنسبة لمتعافي الحشيش كانت هي التدخين**

**٦ – ان يتراوح عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة من سنتين الى ١٣ سنة**

**٢ – عينة الدراسة الأساسية :**

**تكونت عينة الدراسة من مجموعتين هما:**

**١ – عينة المتعافين من الحشيش و الهيروين : وقد تكونت من ( ٣٠ ) فرداً من الذكور المتعافين من الحشيش و الهيروين بمدة لا تقل عن خمس اشهر الى سنة ممن يترددون على مستشفيات ومراكز علاج الادمان(مستشفى المركز الوطني – مستشفى أحمد جلال – مستشفى العباسية للصحة النفسية – مركز العزيمة للتأهيل ببورفؤاد – مستشفى الخانكة للصحة النفسية)، تراوحت أعمارهم ما بين ٢٧ – ٣٧ عاما وذلك بمتوسط عمر قدره ٣٢ عام و انحراف معياري قدره ± ٢.٢٥ .**

**وقد تم اختيار افراد عينة الدراسة وفقا للمحكات التالية :**

**١ – ان يكون مستوى التعليم متوسط او عالي**

**٢ – ان تكون الحالة الاجتماعية اعزب او متزوج**

**٣ – ان تتراوح عدد مرات الانتكاسة من مرة واحدة الى اربع مرات**

**٤ – ان تتراوح جرعة المادة المخدرة كانت من ( واحد الى اثنين ونصف جرام ) بالنسبة لمتعافي و منتكسي الهيروين و كانت ( سجارة واحدة الى اربع سجائر) بالنسبة لمتعافي و منتكسي الحشيش**

**٥ – ان تكون طريقة التعاطي بالنسبة لمتعافي الهيروين كانت هي الاستنشاق او الحقن وبالنسبة لمتعافي الحشيش كانت هي التدخين**

**٦ – ان يتراوح عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة من سنتين الى ١٣ سنة**

**٢ – عينة المنتكسين من الحشيش و الهيروين: وقد تكونت من ( ٣٠ ) فردا من الذكور المنتكسين على الحشيش و الهيروين بمدة لا تقل عن خمس اشهر الى سنة ممن يترددون على مستشفيات ومراكز علاج الادمان(مستشفى المركز الوطني – مستشفى أحمد جلال – مستشفى العباسية للصحة**

**النفسية – مركز العزيمة للتأهيل ببورفؤاد – مستشفى الخانكة للصحة النفسية) و تراوحت أعمارهم ما بين ٢٧ – ٣٧ عاما وذلك بمتوسط عمر قدره ٣٢ عام وانحراف معياري قدره ± ٢.٢٥ .**

**وقد تم اختيار افراد عينة الدراسة وفقا للمحكات التالية :**

**١ – ان يكون مستوى التعليم متوسط او عالي**

**٢ – ان تكون الحالة الاجتماعية اعزب او متزوج**

**٣ – ان تتراوح عدد مرات الانتكاسة من مرة واحدة الى اربع مرات**

**٤ – ان تتراوح جرعة المادة المخدرة كانت من واحد الى اثنين ونصف جرام بالنسبة لمتعافي الهيروين و كانت سجارة واحدة الى اربع سجائر بالنسبة لمتعافي الحشيش**

**٥ – ان تكون طريقة التعاطي بالنسبة لمتعافي الهيروين كانت هي الاستنشاق او الحقن وبالنسبة لمتعافي الحشيش كانت هي التدخين**

**٦ – ان يتراوح عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة من سنتين الى ١٣ سنة**

**كما روعي التجانس في الخصائص السابقة بين عينتي الدراسة ( عينة حساب الكفاءة السيكومترية و العينة الأساسية )**

**وتوضح الجداول (١، ١٠) توزيع عينة الدراسة ( المتعافين ، المنتكسين ) وفقا للمتغيرات الديموجرافية كما يلي :**

**جدول ( ١ )**

**توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر**

| العينة | عينة المتعافين (٣٠ ) | | عينة المنتكسين( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| الفئات | ك | % | ك | % |
| ٢٧ ـ ٣٠ سنة | ١٠ | % ٣٣.٣ | ١٠ | % ٣٣.٣ |
| ٣١ ـ ٣٤ سنة | ١٤ | % ٤٦.٧ | ١٤ | % ٤٦.٧ |
| ٣٥ ـ ٣٧ سنة | ٦ | % ٢٠ | ٦ | % ٢٠ |
| الدرجة الكلية | ٣٠ | %١٠٠ | ٣٠ | %١٠٠ |

**يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير العمر الفئة من ٣١ – ٣٤ وقد بلغت النسبة ٤٦.٧ % ، يليها الفئة العمرية من ٢٧ – ٣٠ حيث بلغت ٣٣.٣ % ، ثم الفئة من ٣٥ – ٣٧ وقد بلغت ٢٠ % وذلك بالنسبة للمنتكسين على المواد النفسية .**

**و يتضح ايضا ان اعلى فئة في متغير العمر الفئة من ٣١ – ٣٤ وقد بلغت النسبة ٤٦.٧ % ، يليها الفئة العمرية من ٢٧ – ٣٠ حيث بلغت ٣٣.٣ % ، ثم الفئة من ٣٥ – ٣٧ وقد بلغت ٢٠ % وذلك بالنسبة للمتعافيين على المواد النفسية .**

**جدول ( ٢ )**

**توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى التعليم**

| العينة | | |
|---|---|---|

| | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| الفئات | ك | % | ك | % |
| متوسط | ١٥ | ٥٠ % | ١٣ | ٥٠ % |
| عالي | ١٥ | ٥٠ % | ١٧ | ٥٠ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان متغير مستوى التعليم سواء فئة متوسط او عالي نسبتهم متساويتين حيث بلغت كل منهما ٥٠ % وذلك بالنسبة لمجموعتي الدراسة المنتكسين والمتعافين. جدول ( ٣ )

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

| العينة | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| الفئات | ك | % | ك | % |
| اعزب | ١٥ | ٥٠ % | ١٥ | ٥٠ % |
| متزوج | ١٥ | ٥٠ % | ١٥ | ٥٠ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان متغير الحالة الاجتماعية سواء فئة اعزب او متزوج نسبتهم متساوية حيث بلغت كل منهما ٥٠ % وذلك بالنسبة لمجموعتي الدراسة المنتكسين والمتعافين.

جدول ( ٤ )

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير المادة المخدرة

| العينة | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| الفئات | ك | % | ك | % |
| الحشيش | ١٥ | ٥٠ % | ١٥ | ٥٠ % |
| الهيروين | ١٥ | ٥٠ % | ١٥ | ٥٠ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان متغير المادة المخدرة سواء فئة الحشيش او الهيروين نسبتهم متساوية حيث بلغت كل منهما ٥٠ % وذلك بالنسبة لمجموعتي الدراسة المنتكسين والمتعافين.

جدول ( ٥ )

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير مدة التعافي

| العينة | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|
| الفئات | ك | % |
| ٥ ــ ٧ شهور | ٨ | ٢٦.٧ % |

| | | |
|---|---|---|
| ٨ – ١٠ شهور | ١٣ | ٤٣.٣ % |
| ١١ – ١٢ شهر | ٩ | ٣٠ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير مدة التعافي الفئة من ٨ – ١٠ وقد بلغت النسبة ٤٣.٣ % ، يليها الفئتين من ١١ – ١٢ وقد بلغت النسبة ٣٠ % و يليها الفئة من ٥ – ٧ حيث بلغت ٢٦.٧ % .

جدول ( ٦ ) توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير مدة الانتكاسة

| العينة / الفئات | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|
| | ك | % |
| ٥ – ٧ شهور | ٨ | ٢٦.٧ % |
| ٨ – ١٠ شهور | ١٣ | ٤٣.٣ % |
| ١١ – ١٢ شهر | ٩ | ٣٠ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير مدة التعافي الفئة من ٨ – ١٠ وقد بلغت النسبة ٤٣.٣ % ، يليها الفئتين من ١١ – ١٢ وقد بلغت النسبة ٣٠ % و يليها الفئة من ٥ – ٧ حيث بلغت ٢٦.٧ % .

جدول ( ٧ ) توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد مرات الانتكاسة

| العينة / الفئات | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|
| | ك | % |
| ١ – ٢ مرة | ١٩ | ٦٣.٣ % |
| ٣ – ٤ مرة | ١١ | ٣٦.٧ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير عدد مرات الانتكاسة الفئة من ١ – ٢ وقد بلغت النسبة ٦٣.٣ % ، يليها الفئة من ٣ – ٤ حيث بلغت ٣٦.٧ % .

جدول ( ٨ )

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير جرعة المادة المخدرة

| العينة / الفئات | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| ١ – ١.٥ جرام | ٦ | ٢٠ % | ٦ | ٢٠ % |
| ٢ – ٢.٥ جرام | ٩ | ٣٠ % | ٩ | ٣٠ % |
| ١ – ٢ سجارة | ٥ | ١٦.٧ % | ٥ | ١٦.٧ % |
| ٣ - ٤سجارة | ١٠ | ٣٣.٣ % | ١٠ | ٣٣.٣ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير جرعة المادة المخدرة الفئة من ٣ – ٤ وقد بلغت النسبة ٣٣.٣ % ، يليها الفئة من ٢ – ٢.٥ حيث بلغت ٣٠ % ، ثم الفئة من ١ – ١.٥ وقد بلغت ٢٠ % ، ثم الفئة من ١ – ٢ وقد بلغت ١٦.٧ % وذلك بالنسبة للمنتكسين على المواد النفسية.

و يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير جرعة المادة المخدرة الفئة من ٣ – ٤ وقد بلغت النسبة ٣٣.٣ % ، يليها الفئة من ٢ – ٢.٥ حيث بلغت ٣٠ % ، ثم الفئة من ١ – ١.٥ وقد بلغت ٢٠ % ، ثم الفئة من ١ – ٢ وقد بلغت ١٦.٧ % وذلك بالنسبة للمتعافين المواد النفسية.

جدول ( ٩ )

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير طريقة تعاطي المادة المخدرة

| العينة / الفئات | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| التدخين | ١٥ | ٥٠ % | ١٥ | ٥٠ % |
| الاستنشاق | ١٠ | ٣٣.٣ % | ١٠ | ٣٣.٣ % |
| الحقن | ٥ | ١٦.٧ % | ٥ | ١٦.٧ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير طريقة تعاطي المادة المخدرة هي فئة التدخين وقد بلغت النسبة ٥٠ % ، يليها فئة الاستنشاق حيث بلغت ٣٣.٣ % ، ثم فئة الحقن وقد بلغت ١٦.٧ % وذلك بالنسبة للمنتكسين على المواد النفسية.

ويتضح ايضا ان اعلى فئة في متغير طريقة تعاطي المادة المخدرة هي فئة التدخين وقد بلغت النسبة ٥٠ % ، يليها فئة الاستنشاق حيث بلغت ٣٣.٣ % ، ثم فئة الحقن وقد بلغت ١٦.٧ % وذلك بالنسبة للمتعافين على المواد النفسية .

جدول ( ١٠ )

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة

| العينة / الفئات | عينة المتعافين ( ٣٠ ) | | عينة المنتكسين ( ٣٠ ) | |
|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % |
| ٢ – ٣ سنوات | ٤ | ١٣.٣ % | ٤ | ١٣.٣ % |
| ٤ – ٥ سنوات | ٨ | ٢٦.٧ % | ٨ | ٢٦.٧ % |
| ٦ – ٧ سنوات | ٣ | ١٠ % | ٣ | ١٠ % |
| ٨ – ٩ سنوات | ٥ | ١٦,٧ % | ٥ | ١٦,٧ % |
| ١٠ – ١١ سنة | ٦ | ٢٠ % | ٦ | ٢٠ % |
| ١٢ – ١٣ سنة | ٤ | ١٣.٣ % | ٤ | ١٣.٣ % |
| الدرجة الكلية | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

**يتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة الفئة من ٤ – ٥ وقد بلغت النسبة ٢٦.٧ % ، يليها الفئة من ١٠ – ١١ حيث بلغت ٢٠ % ، ثم الفئة من ٨ – ٩ وقد بلغت ١٦.٧ % ، ثم الفئة من ١٢ – ١٣ و الفئة من ٢ – ٣ قد بلغت كل منهما ١٢.٥ % ، ثم الفئة من ٦ – ٧ وقد بلغت ٧.٥ % ، وذلك بالنسبة لمنتكسي المواد النفسية .**

**ويتضح من الجدول السابق ان اعلى فئة في متغير عدد سنوات تعاطي المادة المخدرة الفئة من ٤ – ٥ وقد بلغت النسبة ٢٦.٧ % ، يليها الفئة من ١٠ – ١١ حيث بلغت ٢٠ % ، ثم الفئة من ٨ – ٩ وقد بلغت ١٦.٧ % ، ثم الفئة من ١٢ – ١٣ و الفئة من ٢ – ٣ قد بلغت كل منهما ١٢.٥ % ، ثم الفئة من ٦ – ٧ وقد بلغت ٧.٥ % ، وذلك بالنسبة لمتعافي المواد النفسية .**

**ثالثا : أدوات الدراسة :**

**تكونت أدوات الدراسة من :**

**أ – استمارة جمع البيانات**

**ب – مقياس المرونة المعرفية ( إعداد الباحث )**

**ج – مقياس الانتكاسة ( اعداد الباحث )**

**د – مقياس التعافي إعداد ( سارة حنفي ، ٢٠٢٠ )**

**هـ – مقياس اختبار تعاطي المخدرات إعداد (Skinner, 1982) ترجمة وتقنين هشام جمعة**

**وفيما يلي وصف لهذه الأدوات وحساب الخصائص السيكومترية لكل أداة على حده كما يلي :**

**أ – مقياس المرونة المعرفية ( اعداد الباحث ) :**

**هو أداة لقياس المرونة المعرفية لدى مدمني و متعافي المواد النفسية ولاعداد المقياس قام الباحث بالخطوات التالية :**

**١ – الاطلاع على التراث النظري و المقاييس المتاحة .**

**٢ – اعداد المقياس الحالي ( الأداة في صورتها المبدئية ) .**

**٣ – إجراءات التحقق من صلاحية الأداة للاستخدام .**

**٤ – الأداة في صورتها النهائية .**

**أ – الاطلاع على التراث النظري و المقاييس المتاحة :**

**قام الباحث بالاطلاع على عدد من المقاييس المتاحة لتصميم المقياس الحالي وهي:**

**١ – مقياس المرونة المعرفية اعداد دينيس وفاندروول ٢٠٠٩ ترجمة رندة محمد ٢٠١٧ ، ويهدف إلى قياس المرونة المعرفية ، ويتكون المقياس من ٣٣ بند، ويتم تصحيح المقياس وفقا لمقياس ليكرت الخماسي ( موافق بشدة =٥ – غير موافق بشدة = ١).**

ولم يستخدم هذا المقياس لاختلاف عمر و طبيعة العينة التي تم تطبيق المقياس عليها حيث انه تم تطبيقه على تلاميذ الصف الثاني الاعدادي .

ولم يستخدم هذا المقياس لصعوبة و عدم وضوح الصياغة التعبيرية لبنود المقياس .

٢ – مقياس المرونة المعرفية اعداد عيسى سلطان ٢٠١٥ ، ويهدف الى قياس المرونة المعرفية ، ويتكون المقياس من ٣٢ بند مقسمين على بعدين الأول هو المرونة التلقائية و الثاني هو المرونة التكيفية ، ويتم تصحيح المقياس وفقا لمقياس ليكرت الخماسي الأبعاد حيث تتراوح الدراجات بين ( ٥ الى ١ ) و تتراوح بدائل الإجابة بين ( تنطبق تماماً – تنطبق كثيراً – تنطبق أحياناً – تنطبق قليلاً – لا تنطبق مطلقا ) .

ولم يستخدم هذا المقياس لصعوبة و عدم وضوح الصياغة التعبيرية لبنود المقياس .

٣ – مقياس المرونة المعرفية اعداد هناء عوده ، احمد يحيى ٢٠٢١ ، ويهدف الى قياس المرونة المعرفية ، ويتكون المقياس من ٢٦ بند مقسمين على بعدين الأول هو البدائل و الثاني هو التحكم ، ويتم تصحيح المقياس وفقا لمقياس ليكرت الخماسي الأبعاد حيث تتراوح الدراجات بين ( ٥ الى ١ ) و تتراوح بدائل الإجابة بين(موافق بشدة – موافق– موافق الى حد ما – غير موافق – غير موافق بشدة) .

ولم يستخدم هذا المقياس لاختلاف عمر و طبيعة العينة التي تم تطبيق المقياس عليها حيث انه تم تطبيقه على تلاميذ المرحلة الثانوية .

مبررات اعداد المقياس الحالي :

١ – اختلاف طبيعة و خصائص عينة الدراسة

٢ – اختلاف عمر عينة الدراسة

٣ – طول المقاييس التي تم الاطلاع عليها

٤ – صعوبة الصياغة التعبيرية للمقاييس التي تم الاطلاع عليها

ب – اعداد المقياس الحالي : الأداة في صورتها المبدئية :

١ – المرونة المعرفية : ويعرفها الباحث على أنها قدرة الفرد على المرونة و التحول الذهني للتكيف و التوافق مع المؤثرات البيئية المتغيرة و المختلفة و القدرة على انتاج حلول بديلة متعددة للمواقف الصعبة. ويتكون من ( ٩ ) بنود .

جـ – إجراءات التحقق من صلاحية الأداة للاستخدام :

قبل القيام بعمل إجراءات الثبات والصدق للمقياس؛ قام الباحث بحساب الاتساق الداخلى كمؤشر أوّلى لجودة الأداة المعدة، وتوضح الجداول (١١ – ١٢ – ١٣) معاملات الاتساق الداخلي لمقياس

**المرونة المعرفية من خلال حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس، وارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس لدى مجموعتي الدراسة وذلك كما يلي:**

**جدول ( ١١ )**

**معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس المرونة المعرفية لدى مجموعة المتعافين(٤٠)**

| المرونة المعرفية | | |
|---|---|---|
| م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| ١ | ٠.٤٦٨ | ٠.٠١ |
| ٢ | ٠.٤٩٣ | ٠.٠١ |
| ٣ | ٠.٥٦١ | ٠.٠١ |
| ٤ | ٠.٥٢٤ | ٠.٠١ |
| ٥ | ٠.٦٥٩ | ٠.٠١ |
| ٦ | ٠.٤٩١ | ٠.٠١ |
| ٧ | ٠.٦١٨ | ٠.٠١ |
| ٨ | ٠.٤٦٨ | ٠.٠١ |
| ٩ | ٠.٣٦١ | ٠.٠٥ |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية جاءت دالة احصائياً عند مستوى ( ٠.٠٥ – ٠.٠١ )**

**جدول ( ١٢ ) معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس المرونة المعرفية لدى مجموعة المنتكسين(٤٠)**

| المرونة المعرفية | | |
|---|---|---|
| م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| ١ | ٠.٨١٥ | ٠.٠١ |
| ٢ | ٠.٤٩٧ | ٠.٠١ |
| ٣ | ٠.٩١٣ | ٠.٠١ |
| ٤ | ٠.٧٩٧ | ٠.٠١ |
| ٥ | ٠.٨٣٩ | ٠.٠١ |
| ٦ | ٠.٧٥٦ | ٠.٠١ |
| ٧ | ٠.٧٠٦ | ٠.٠١ |
| ٨ | ٠.٣٦٤ | ٠.٠٥ |
| ٩ | ٠.٧٢٩ | ٠.٠١ |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية جاءت دالة احصائياً عند مستوى ( ٠.٠٥ – ٠.٠١ )**

**وبالنسبة لما يخص الثبات و الصدق :**

**أولا : الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين هما :**

**١ – الفا كرونباخ : Cronbach's Alpha Coefficient**

**تم تطبيق المقياس على عينة قوامها ( ٨٠ ) فرد من منتكسي و متعافي المواد النفسية .**

**٢- القسمة النصفية : Half Division**

**تقوم هذه الطريقة في تقدير الثبات على فكرة تطبيق الاختبار مرة واحدة على عينة من الأفراد ثم تقسيم مفردات الاختبار إلى نصفين متساويين ثم يتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على نصفي الاختبار ومعامل الارتباط الناتج في هذه الحالة يعبر عن معامل ثبات الأداء على نصفي الاختبار ويطلق عليه معامل ثبات القسمة النصفية. وجاءت النتائج كما يوضحها جدول(١٣)**

**جدول ( ١٣ )**

**معاملات ثبات الفا والقسمة النصفية لمقياس المرونة المعرفية لدى مجموعتي الدراسة**

| المقياس | ثبات الفا | | القسمة النصفية | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | عينة المتعافين ( ن = ٤٠ ) | | عينة المنتكسين ( ن = ٤٠ ) | |
| | عينة المتعافين ( ن = ٤٠ ) | عينة المنتكسين ( ن = ٤٠ ) | قبل التصحيح | بعد التصحيح | قبل التصحيح | بعد التصحيح |
| المرونة المعرفية | ٠.٦٩ | ٠.٨٧ | ٠.٦٩ | ٠.٨٢ | ٠.٨٣ | ٠.٩١ |

**يتضح من الجدول السابق ارتفاع معامل الثبات لمقياس الوظائف التنفيذية وابعادة الفرعية سواء بطرقة الفا والقسمة النصفية لدى مجموعتي الدراسة المتعافين والمنتكسين.**

**ثانيا : الصدق :**

**تم حساب الصدق بطريقتين هما:**

**١-صدق المضمون :**

**تم عرض مقياس الوظائف التنفيذية في صورته الأولية على تسعة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في علم النفس(ملحق رقم ١) لابداء الراي حول مدى ارتباط المفردات بالبعد الفرعي الذي تقيسه وفقا للتعريف الاجرائي له ، وإدخال التعديلات اللازمة على العبارات التي تتطلب ذلك واقتراح ما يمكن اضافته من عبارات لكل بعد من الابعاد الفرعية وقد اسفر هذا الاجراء على استبعاد بعض العبارات وتعديل صياغة البعض الاخر كما تم إضافة بعض العبارات التي اقترحها السادة**

**المحكمون ، وقد استبقيت بقية العبارات التي ابرزت عملية التحكيم صلاحيتها و اتفق عليها بنسبة ٨٨.٩% فأكثر .**

**٢-صدق الارتباط بمحك خارجي :**

**تم حساب معمل الارتباط بين مقياس الوظائف التنفيذية ومقياس تعاطي المخدرات إعداد سكنر و ترجمة هشام جمعة وبلغت قيمة معامل الارتباط -٠,٦٨ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١.**

**د - الأداة في صورتها النهائية :**

**تكون المقياس في صورته النهائية من ( ٩ ) بنود ، ويصحح وفقاً لثلاثة بدائل للإجابة وهم : موافق = ٣ ، محايد = ٢، غير موافق = ١ ، باستثناء بعض العبارات التي تصحح في الاتجاه العكسي وهي ( ٢ ، ٥ ، ١١ ، ١٤ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢٥ ، ٢٦ ) موافق = ١ ، محايد = ٢، غير موافق = ٣ .**

**ب - مقياس الانتكاسة ( اعداد الباحث ) :**

**هو أداة لقياس الانتكاسة لدى منتكسي المواد النفسية ولاعداد المقياس قام الباحث بالخطوات التالية :**

**١ – الاطلاع على التراث النظري و المقاييس المتاحة .**

**٢ – اعداد المقياس الحالي ( الأداة في صورتها المبدئية ) .**

**٣ – إجراءات التحقق من صلاحية الأداة للاستخدام .**

**٤ – الأداة في صورتها النهائية .**

**أ – الاطلاع على التراث النظري و المقاييس المتاحة .**

**قام الباحث بالاطلاع على عدد من المقاييس لتصميم المقياس الحالي وسوف يتم عرض هذه المقاييس وهي :**

**١ – مقياس درجة الانتكاسة اعداد عاصم عبد الحميد ٢٠٢١ ، ويهدف الى قياس درجة الانتكاسة ، ويتكون المقياس من ٧٠ بند موزعة على سبعة ابعاد البعد الأول هو البعد المعرفي و البعد الثاني بعد الثقة بالنفس و البعد الثالث هو بعد الناحية العلاجية و البعد الرابع هو بعد الناحية السلوكية و البعد الخامس هو بعد الناحية النفسية و البعد السادس هو بعد معنى الحياة و البعد السابع هو بعد الاشتياق و تلميحات العقار ، ويتم تصحيح المقياس عن طريق استخدام مفتاح تصحيح ثلاثي حيث يختار المفحوص بين ثلاثة بدائل ( غالبا – احيانا – نادرا ) وتتراوح الدرجات بين ( ٣ – ٢ – ١ ) .**

**ولم يستخدم هذا المقياس لطول المقياس و صعوبة الصياغة التعبيرية للبنود.**

**٢ – مقياس دوافع الانتكاسة اعداد عبد الله عسكر ، رأفت عسكر ، رشا الديدي ٢٠١٥ ، ويهدف الى قياس دوافع الانتكاسة ، ويتكون المقياس من ١٠٠ بند موزعة على ثمانية ابعاد البعد الأول**

**هو الاشتياق البعد الثاني هو السيطرة البعد الثالث هو ضغوط الرفاق البعد الرابع هو المشاعر السارة البعد الخامس هو المشاعر غير السارة البعد السادس هو اضطرابات العلاقات البعد السابع هو المشكلات الاسرية البعد الثامن هو الالام البدنية ، ويتم تصحيح المقياس عن طريق استخدام مفتاح تصحيح ثنائي حيث يختار المفحوص بين بديلين ( تنطبق – لا تنطبق ) وتتراوح الدرجات بين ( ١ – صفر ) .**

**ولم يستخدم هذا المقياس لطول المقياس .**

**مبررات أعداد المقياس الحالي :**

**١ – طول المقاييس التي تم الاطلاع عليها .**

**٢ – صعوبة الصياغة التعبيرية للمقاييس التي تم الاطلاع عليها .**

**٣ – الاهتمام بابعاد أخرى مختلفة عن الابعاد التي تم الاهتمام بها في المقاييس الأخرى .**

**ب – اعداد المقياس الحالي : الأداة في صورتها المبدئية :**

**تكون المقياس من ثلاث أبعاد وهي :**

**١ – البعد الأول : البعد المعرفي : ويقصد به مدى إدراك المفحوص واعتقادة ومعرفته بحقيقة المخدرات والادمان عليها وافكارة المرتبطة بمواقف التعاطي. ويتكون من ( ٩ ) بنود وهي ( ١ – ٤ – ٨ – ١١ – ١٤ – ١٧ – ٢٠ – ٢٣ – ٢٩)**

**٢ – البعد الثاني : البعد الانفعالي : ويقصد به الحالة الانفعالية والمزاجية للمدمن المتعافي بعد المرور بتجربة العلاج وقياس مدى ثقته بنفسه وقدراته على المواجهة ومدى رغبته في العودة لحالته الانفعالية أثناء التعاطي ويتكون من ( ١٣ ) بند وهي ( ٢ – ٥ – ٧ – ٩ – ١٣ – ١٥ – ١٨ – ٢١ – ٢٤ – ٢٦ – ٢٨ – ٣٠ – ٣٢ )**

**٣ – البعد الثالث : البعد السلوكي : ويقصد به قياس سلوك الفرد بعد مرورة بالتجربة العلاجية ومدى رضاه عن العملية العلاجية ونظرته لها ويتكون من ( ١٠ ) بنود وهي ( ٣ – ٦ – ١٠ – ١٢ – ١٦ – ١٩ – ٢٢ – ٢٥ – ٢٧ – ٣١ )**

**جـ – إجراءات التحقق من صلاحية الأداة للاستخدام :**

**وقبل القيام بعمل إجراءات الثبات والصدق للمقياس؛ قام الباحث بحساب الاتساق الداخلى كمؤشر أوّلى لجودة الأداة المعدة، وتوضح الجداول (١٤ – ١٥ – ١٦ ) معاملات الاتساق الداخلي لمقياس الانتكاسة من خلال حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس، وارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس لدى مجموعتي الدراسة وذلك كما يلي:**

**جدول ( ١٤ )**

**معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي لمقياس الانتكاسة لدى مجموعة المتعافين(٤٠)**

| البعد المعرفي | | | البعد الانفعالي | | | البعد السلوكي | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| ١ | ٠.٦٣٨ | ٠.٠١ | ٢ | ٠.٤٤٤ | ٠.٠١ | ٣ | ٠.٤١٧ | ٠.٠١ |
| ٤ | ٠.٦٩٣ | ٠.٠١ | ٥ | ٠.٥١٨ | ٠.٠١ | ٦ | ٠.٥٥٦ | ٠.٠١ |
| ٨ | ٠.٥٨٥ | ٠.٠١ | ٧ | ٠.٥١٨ | ٠.٠١ | ١٠ | ٠.٥٤٦ | ٠.٠١ |
| ١١ | ٠.٤١٣ | ٠.٠١ | ٩ | ٠.٥٩٢ | ٠.٠١ | ١٢ | ٠.٥٢٣ | ٠.٠١ |
| ١٤ | ٠.٣٥٧ | ٠.٠٥ | ١٣ | ٠.٤٩٣ | ٠.٠١ | ١٦ | ٠.٥٥٨ | ٠.٠١ |
| ١٧ | ٠.٤٠٢ | ٠.٠٥ | ١٥ | ٠.٧٧٠ | ٠.٠١ | ١٩ | ٠.٣٦٩ | ٠.٠٥ |
| ٢٠ | ٠.٥٨٢ | ٠.٠١ | ١٨ | ٠.٣٤٥ | ٠.٠٥ | ٢٢ | ٠.٥٧٢ | ٠.٠١ |
| ٢٣ | ٠.٧٤٤ | ٠.٠١ | ٢١ | ٠.٦٤١ | ٠.٠١ | ٢٥ | ٠.٣٥٣ | ٠.٠٥ |
| ٢٩ | ٠.٧٤٣ | ٠.٠١ | ٢٤ | ٠.٣٢٥ | ٠.٠٥ | ٢٧ | ٠.٤٣١ | ٠.٠١ |
| | | | ٢٦ | ٠.٥٤٢ | ٠.٠١ | ٣١ | ٠.٣٤٠ | ٠.٠٥ |
| | | | ٢٨ | ٠.٥١٥ | ٠.٠١ | | | |
| | | | ٣٠ | ٠.٥١٥ | ٠.٠١ | | | |
| | | | ٣٢ | ٠.٣٩١ | ٠.٠٥ | | | |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي جاءت دالة احصائياً عند مستوى ( ٠.٠٥ – ٠.٠١ )**

**جدول ( ١٥ )**

**معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي لمقياس الانتكاسة لدى مجموعة المنتكسين(٤٠)**

| البعد المعرفي | | | البعد الانفعالي | | | البعد السلوكي | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| ١ | ٠.٣٢٨ | ٠.٠٥ | ٢ | ٠.٣٧٨ | ٠.٠٥ | ٣ | ٠.٤١٣ | ٠.٠١ |
| ٤ | ٠.٤٣٨ | ٠.٠١ | ٥ | ٠.٤٠٨ | ٠.٠١ | ٦ | ٠.٤٥١ | ٠.٠١ |
| ٨ | ٠.٣١٧ | ٠.٠٥ | ٧ | ٠.٣٥٢ | ٠.٠٥ | ١٠ | ٠.٥٣٧ | ٠.٠١ |
| ١١ | ٠.٣٢٨ | ٠.٠٥ | ٩ | ٠.٤٢٧ | ٠.٠١ | ١٢ | ٠.٤١٣ | ٠.٠١ |
| ١٤ | ٠.٣٦٩ | ٠.٠٥ | ١٣ | ٠.٤٧٨ | ٠.٠١ | ١٦ | ٠.٦٣٦ | ٠.٠١ |
| ١٧ | ٠.٣٦٩ | ٠.٠٥ | ١٥ | ٠.٤٦٩ | ٠.٠١ | ١٩ | ٠.٥٢٤ | ٠.٠١ |
| ٢٠ | ٠.٤٣٨ | ٠.٠١ | ١٨ | ٠.٣٧٨ | ٠.٠٥ | ٢٢ | ٠.٦٥٨ | ٠.٠١ |
| ٢٣ | ٠.٣٢٩ | ٠.٠٥ | ٢١ | ٠.٣٧٦ | ٠.٠٥ | ٢٥ | ٠.٣٥٧ | ٠.٠٥ |
| ٢٩ | ٠.٤٧٨ | ٠.٠١ | ٢٤ | ٠.٣٣٧ | ٠.٠٥ | ٢٧ | ٠.٣٩٨ | ٠.٠٥ |
| | | | ٢٦ | ٠.٤٧٨ | ٠.٠١ | ٣١ | ٠.٥١٢ | ٠.٠١ |
| | | | ٢٨ | ٠.٣٧٨ | ٠.٠٥ | | | |
| | | | ٣٠ | ٠.٤٧٨ | ٠.٠١ | | | |
| | | | ٣٢ | ٠.٣٧٨ | ٠.٠٥ | | | |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي جاءت دالة احصائياً عند مستوى ( ٠.٠٥ – ٠.٠١ )**

**جدول (١٦)**

**معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة لدى مجموعتي الدراسة**

| العينة | المتعافين(٤٠) | المنتكسين(٤٠) |
|---|---|---|

| المتغيرات | | |
|---|---|---|
| الدرجة الكلية للانتكاسة | | |
| البعد المعرفي | ٠.٦٦٣ | ٠.٤١٢ |
| البعد الانفعالي | ٠.٨٥٥ | ٠.٦٥٠ |
| البعد السلوكي | ٠.٥٦٦ | ٠.٦٦٣ |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية دالة عن مستوى ( ٠.٠١ ) وبالنسبة لما يخص الثبات و الصدق :**

**أولا : الثبات : تم حساب الثبات بطريقتين هما:**

**١- الفا كرونباخ : Cronbach's Alpha Coefficient**

**تم تطبيق المقياس على عينة قوامها ( ٨٠ ) فرد من منتكسي و متعافي المواد النفسية .**

**٢- القسمة النصفية : Half Division**

**تقوم هذه الطريقة في تقدير الثبات على فكرة تطبيق الاختبار مرة واحدة على عينة من الأفراد ثم تقسيم مفردات الاختبار إلى نصفين متساويين ثم يتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على نصفي الاختبار ( البنود الفردية و البنود الزوجية ) ومعامل الارتباط الناتج في هذه الحالة يعبر عن معامل ثبات الأداء على نصفي الاختبار ويطلق عليه معامل ثبات القسمة النصفية . وجاءت النتائج كما يوضحها جدول(١٧)**

**جدول ( ١٧ )**

**معاملات ثبات الفا والقسمة النصفية لمقياس الانتكاسة لدى مجموعتي الدراسة**

| المقياس وابعاده | ثبات الفا | | القسمة النصفية | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | عينة المتعافين (ن = ٤٠) | | عينة المنتكسين (ن = ٤٠) | |
| | عينة المتعافين (ن = ٤٠) | عينة المنتكسين (ن = ٤٠) | قبل التصحيح | بعد التصحيح | قبل التصحيح | بعد التصحيح |
| البعد المعرفي | ٠.٨٤ | ٠.٧٣ | ٠.٧٥ | ٠.٨٦ | ٠.٧٤ | ٠.٨٥ |
| البعد الانفعالي | ٠.٨١ | ٠.٨٩ | ٠.٧٤ | ٠.٨٥ | ٠.٩٠ | ٠.٩٥ |
| البعد السلوكي | ٠.٧٣ | ٠.٧٣ | ٠.٦٥ | ٠.٧٨ | ٠.٧٢ | ٠.٨٤ |
| الدرجة الكلية للانتكاسة | ٠.٧٦ | ٠.٨٠ | ٠.٥٧ | ٠.٧٠ | ٠.٨٨ | ٠.٩٣ |

**يتضح من الجدول السابق ارتفاع معامل ثبات الفا والقسمة النصفية لدى مجموعتي الدراسة المتعافيين والمنتكسين.**

**ثانيا : الصدق : تم حساب الصدق بطريقتين هما:**

**١- صدق المضمون :**

**قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على تسعة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في علم النفس(ملحق رقم ٢) لابداء الراي حول مدى ارتباط المفردات بالبعد الفرعي الذي تقيسه وفقا للتعريف الاجرائي له ، وإدخال التعديلات اللازمة على العبارات التي تتطلب ذلك واقتراح ما يمكن اضافته من عبارات لكل بعد من الابعاد الفرعية وقد اسفر هذا الاجراء على استبعاد بعض العبارات وتعديل صياغة البعض الاخر كما تم إضافة بعض العبارات التي اقترحها السادة المحكمون ، وقد استبقيت بقية العبارات التي ابرزت عملية التحكيم صلاحيتها و اتفق عليها بنسبة ٨٨.٩% .**

**٢-صدق الارتباط بمحك خارجي :**

**تم حساب معمل الارتباط بين مقياس الانتكاسة ( اعداد الباحث ) ومقياس تعاطي المخدرات إعداد سكنر و ترجمة و تقنين هشام جمعة وبلغت قيمة معامل الارتباط ٠,٩١ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١.**

**د – الأداة في صورتها النهائية :**

**تكون مقياس من ( ٣٢ ) بند موزعة على ثلاثة ابعاد وهم : البعد المعرفي ( ٩ ) بنود ، البعد الانفعالي ( ١٣ ) بنود ، والبعد السلوكي ( ١٠ ) بنود ، ويصحح وفقاً لبديلين للإجابة وهم : نعم = ٢ ، لا = ١، باستثناء بعض العبارات التي تصحح في الاتجاه العكسي وهي ( ٢ ، ٥ ، ١١ ، ١٤ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢٥ ، ٢٦ ) موافق = ١ ، محايد = ٢، غير موافق = ٣ .**

**جـ – مقياس التعافي ( اعداد سارة حنفي ، ٢٠٢٠) :**

**اعدت هذا المقياس (سارة حنفي ، ٢٠٢٠ ) لقياس التعافي من المواد النفسية ويتكون المقياس من ( ٤١) عبارة تتم الإجابة عنها وفقا لتصنيف ثنائي ( ترتبط = درجة ، لا ترتبط = صفر ) موزعة على ستة ابعاد هي :**

**_ البعد الأول : الالتزام بالبرنامج العلاجي : ويعبر عن مدى انضباط و اهتمام المريض بالبرنامج الخاضع له و التزامه بتنفيذ التعليمات العلاجية و انضباطه في حضور الجلسات مع المختص القائم بالعلاج و المتابعة ، و يتكون من ( ١٠ ) بنود ، تتخذ ارقام ( ١ ، ٦ ، ٧ ، ١٠ ، ١١ ، ١٦ ، ٢١ ، ٢٦ ، ٣١ ، ٣٥ ) .**

**_ البعد الثاني : العلاقات الاجتماعية : يعبر عن مختلف التفاعلات الإنسانية بين المريض ومن حوله من افراد و التطور الحادث في دائرة علاقاته و اتجاهاته في المعاملات المجتمعية ، و يتكون من (٨) بنود ، تتخذ ارقام ( ٢ ، ٧ ، ١٢ ، ١٧ ، ٢٢ ، ٢٧ ، ٣٢ ) .**

**_ البعد الثالث : التغيرات السلوكية : يعبر عن السمات و الأنماط السلوكية التي تعبر عن تطور الفرد و استعداداته للتعامل مع المواقف المختلفة ، ويتكون من ( ٨ ) بنود ، تتخذ ارقام ( ٣ ، ٨ ، ١٣ ، ١٨ ، ٢٣ ، ٢٨ ، ٣٣ ، ٣٦ ) .**

**_ البعد الرابع : أسلوب الحياة : يعبر عن نمط و طريقة العيش الذي يعيش بهم الفرد حيث مجموعة العادات و السلوكيات التي يسلكها في حياته بشكل مستمر ، ويتكون من ( ٨ ) بنود ، تتخذ ارقام ( ٤ ، ٩ ، ١٤ ، ١٩ ، ٢٤ ، ٢٩ ، ٣٤ ، ٣٧ ) .**

**_ البعد الخامس : المواجهة الروحية : يعبر عن علاقة المريض بربه و عباداته ومدى شعوره بالرضا عن نفسه وعن حياته وعلاقته بالله ، ويتكون من ( ٦ ) بنود ، تتخذ ارقام ( ٥ ، ١٠ ، ١٥ ، ٢٠ ، ٢٥ ، ٣٠) .**

**_ البعد السادس : الوضع الدراسي : يعبر عن اتجاهات المريض في الدراسة و مدى التقدم الذي يحرزه فيها ، ويتكون من ( ٤ ) بنود ، تتخذ ارقام ( ٥ ، ١٠ ، ١٥ ، ٢٠ ، ٢٥ ، ٣٠) .**

**ويطبق المقياس بشكل فردي او جماعي ، ويتم إعطاء درجات من ( ١ = ترتبط الى صفر = لا ترتبط ) ، وتشير الدرجة المرتفعة الى التعافي والتغيير**

**تم حذف البعد السادس لانه لا يتلائم مع عمر عينة الدراسة .**

**وقد قامت الباحثة بالتحقق من الثبات باستخدام التجزئة النصفية حيث تبين ان معامل الثبات من خلال طريقة التجزئة النصفية هو (٠,٧٥) واستخدمت أيضا طريقة ألفا كرونباخ وتبين ايضا ان معامل الثبات من خلال طريقة ألفا كرونباخ هو (٠,٩٢). مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة، مما يؤكد صلاحيته للتطبيق.**

**وعن الصدق فقد تحققت منه الباحثة من خلال صدق المضمون الذي أسفر عن نسبة اتفاق٩٠% على كل بند من البنود. واستخدمت أيضا التحليل العاملي والذي أسفر عن وجود (٦) عوامل جميعها جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح، وقامت أيضا بحساب الصدق من خلال الاتساق الداخلي حيث تم حساب معاملات الارتباط بين البنود ودرجة البعد والدرجة الكلية. وأشارت الطرق المستخدمة لحساب الصدق أن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق.**

**وفي اطار الدراسة الحالية وقبل القيام بعمل إجراءات الثبات والصدق للمقياس؛ قام الباحث بحساب الاتساق الداخلى كمؤشر أوّلى لجودة الأداة المعدة، وتوضح الجداول ( ١٨ – ١٩ – ٢٠ ) معاملات الاتساق الداخلي لمقياس التعافي من خلال حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس، وارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس لدى مجموعتي الدراسة وذلك كما يلي:**

**جدول ( ١٨ )**

**معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي لمقياس التعافي لدى مجموعة المتعافين(٤٠)**

| الالتزام بالبرنامج العلاجي | | | العلاقات الاجتماعية | | | التغيرات السلوكية | | | أسلوب الحياة | | | المواجهة الروحية | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| ١ | ٠.٦١٢ | ٠.٠١ | ٢ | ٠.٤٥٥ | ٠.٠١ | ٣ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ٤ | ٠.٧٠٩ | ٠.٠١ | ٥ | ٠.٥٣٩ | ٠.٠١ |
| ٦ | ٠.٣١٧ | ٠.٠٥ | ٧ | ٠.٣٤٨ | ٠.٠٥ | ٨ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ٩ | ٠.٣٦٧ | ٠.٠٥ | ١٠ | ٠.٤٥٥ | ٠.٠١ |
| ١١ | ٠.٦١٠ | ٠.٠١ | ١٢ | ٠.٧١٦ | ٠.٠١ | ١٣ | ٠.٤١٣ | ٠.٠١ | ١٤ | ٠.٤٤٥ | ٠.٠١ | ١٥ | ٠.٦٢٤ | ٠.٠١ |
| ١٦ | ٠.٦٩٤ | ٠.٠١ | ١٧ | ٠.٦٧٢ | ٠.٠١ | ١٨ | ٠.٦٢٦ | ٠.٠١ | ١٩ | ٠.٣٢٥ | ٠.٠٥ | ٢٠ | ٠.٦٢٠ | ٠.٠١ |
| ٢١ | ٠.٥٤٣ | ٠.٠١ | ٢٢ | ٠.٣٤٨ | ٠.٠٥ | ٢٣ | ٠.٤١٣ | ٠.٠١ | ٢٤ | ٠.٣٢٥ | ٠.٠٥ | ٢٥ | ٠.٤٦٣ | ٠.٠١ |
| ٢٦ | ٠.٣١٧ | ٠.٠٥ | ٢٧ | ٠.٧٦١ | ٠.٠١ | ٢٨ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ٢٩ | ٠.٧٨٧ | ٠.٠١ | ٣٠ | ٠.٦٣٧ | ٠.٠١ |
| ٣١ | ٠.٥٦٠ | ٠.٠١ | ٣٢ | ٠.٧١٦ | ٠.٠١ | ٣٣ | ٠.٤١٣ | ٠.٠١ | ٣٤ | ٠.٧٦١ | ٠.٠١ | | | |
| ٣٥ | ٠.٦١٢ | ٠.٠١ | | | | ٣٦ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ٣٧ | ٠.٥٥٣ | ٠.٠١ | | | |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي جاءت دالة احصائياً عند مستوى ( ٠.٠٥ – ٠.٠١ )**

**جدول ( ١٩ )**

**معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي لمقياس التعافي لدى مجموعة المنتكسين(٤٠)**

| الالتزام بالبرنامج العلاجي | | | العلاقات الاجتماعية | | | التغيرات السلوكية | | | أسلوب الحياة | | | المواجهة الروحية | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | م | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| ١ | ٠.٤٣٧ | ٠.٠١ | ٢ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ٣ | ٠.٤١٠ | ٠.٠١ | ٤ | ٠.٣٨٥ | ٠.٠٥ | ٥ | ٠.٦٩٦ | ٠.٠١ |
| ٦ | ٠.٤٣٧ | ٠.٠١ | ٧ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ٨ | ٠.٤٩٢ | ٠.٠١ | ٩ | ٠.٨١٥ | ٠.٠١ | ١٠ | ٠.٥٤٧ | ٠.٠١ |
| ١١ | ٠.٣٨٨ | ٠.٠٥ | ١٢ | ٠.٤٩٥ | ٠.٠١ | ١٣ | ٠.٥٦٨ | ٠.٠١ | ١٤ | ٠.٣٧٣ | ٠.٠٥ | ١٥ | ٠.٣٨٢ | ٠.٠٥ |
| ١٦ | ٠.٦٢٦ | ٠.٠١ | ١٧ | ٠.٦٨٧ | ٠.٠١ | ١٨ | ٠.٣٥٢ | ٠.٠٥ | ١٩ | ٠.٨١٥ | ٠.٠١ | ٢٠ | ٠.٦٩٦ | ٠.٠١ |
| ٢١ | ٠.٣٨٨ | ٠.٠٥ | ٢٢ | ٠.٦٨٨ | ٠.٠١ | ٢٣ | ٠.٤٤٥ | ٠.٠١ | ٢٤ | ٠.٣٧٨ | ٠.٠٥ | ٢٥ | ٠.٥٠٢ | ٠.٠١ |
| ٢٦ | ٠.٦٢٦ | ٠.٠١ | ٢٧ | ٠.٤٩٥ | ٠.٠١ | ٢٨ | ٠.٥٥٥ | ٠.٠١ | ٢٩ | ٠.٣٩٤ | ٠.٠٥ | ٣٠ | ٠.٦٤٥ | ٠.٠١ |
| ٣١ | ٠.٣٨٨ | ٠.٠٥ | ٣٢ | ٠.٥٥٩ | ٠.٠١ | ٣٣ | ٠.٤١٠ | ٠.٠١ | ٣٤ | ٠.٨١٥ | ٠.٠١ | | | |
| ٣٥ | ٠.٥٨١ | ٠.٠١ | | | | ٣٦ | ٠.٣٨٧ | ٠.٠٥ | ٣٧ | ٠.٣٧٣ | ٠.٠٥ | | | |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البند بمكونه الفرعي جاءت دالة احصائياً عند مستوى ( ٠.٠٥ – ٠.٠١ ) .**

**جدول ( ٢٠ )**

**معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية لمقياس التعافي لدى مجموعتي الدراسة**

| العينة / المتغيرات | المتعافين(٤٠) | المنتكسين(٤٠) |
|---|---|---|
| الدرجة الكلية للتعافي | | |
| الالتزام بالبرنامج العلاجي | ٠.٨١٩ | ٠.٨٠١ |
| العلاقات الاجتماعية | ٠.٧٥١ | ٠.٦٦٢ |
| التغيرات السلوكية | ٠.٦٦٣ | ٠.٧٢٧ |
| أسلوب الحياة | ٠.٨٠١ | ٠.٨١٣ |
| المواجهة الروحية | ٠.٦٣٢ | ٠.٥٤٧ |

**يتضح من الجدول السابق ان جميع معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية دالة عن مستوى( ٠.٠١)**

**وبالنسبة لما يخص الثبات و الصدق :**

**أولا : الثبات : تم حسابة بطريقتين هما:**

**١- الفا كرونباخ : Cronbach's Alpha Coefficient**

**تم تطبيق المقياس على عينة قوامها ( ٨٠ ) فرد من منتكسي و متعافي المواد النفسية حيث بلغ ٢- القسمة النصفية : Half Division**

**تقوم هذه الطريقة في تقدير الثبات على فكرة تطبيق الاختبار مرة واحدة على عينة من الأفراد ثم تقسيم مفردات الاختبار إلى نصفين متساويين ( البنود الفردية و البنود الزوجية ) ثم يتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على نصفي الاختبار ومعامل الارتباط الناتج في هذه الحالة يعبر عن معامل ثبات الأداء على نصفي الاختبار ويطلق عليه معامل ثبات القسمة النصفية . وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول (٢١)**

**جدول ( ٢١ )**

**معاملات ثبات الفا والقسمة النصفية لمقياس التعافي لدى مجموعتي الدراسة**

| المقياس وابعاده | ثبات الفا | | القسمة النصفية | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | عينة المتعافين (ن = ٤٠) | | عينة المنتكسين (ن = ٤٠) | |
| | عينة المتعافين (ن = ٤٠) | عينة المنتكسين (ن = ٤٠) | قبل التصحيح | بعد التصحيح | قبل التصحيح | بعد التصحيح |
| الالتزام بالبرنامج العلاجي | ٠.٦١ | ٠.٦٩ | ٠.٥٦ | ٠.٧١ | ٠.٥٧ | ٠.٧٣ |
| العلاقات الاجتماعية | ٠.٧٤ | ٠.٦٥ | ٠.٧٦ | ٠.٨٦ | ٠.٥٩ | ٠.٦٤ |
| التغيرات السلوكية | ٠.٨١ | ٠.٦٩ | ٠.٦٧ | ٠.٨٠ | ٠.٦٧ | ٠.٨٠ |
| أسلوب الحياة | ٠.٧١ | ٠.٨٠ | ٠.٧٣ | ٠.٨٤ | ٠.٨٢ | ٠.٩٠ |
| المواجهة الروحية | ٠.٧١ | ٠.٧١ | ٠.٥٥ | ٠.٧٠ | ٠.٦٢ | ٠.٧٦ |
| الدرجة الكلية للتعافي | ٠.٧١ | ٠.٦٨ | ٠.٦٥ | ٠.٧٧ | ٠.٦٩ | ٠.٨٣ |

**يتضح من الجدول السابق ارتفاع معامل ثبات الفا كرونبا والقسمة النصفية لمقياس التعافي لدى مجموعتي الدراسة.**

**ثانيا : الصدق : تم حساب الصدق عن طريق**

**١- صدق الارتباط بمحك خارجي :**

**تم حساب معمل الارتباط بين مقياس التعافي اعداد سارة حنفي ومقياس تعاطي المخدرات إعداد سكنر و ترجمة هشام جمعة وبلغت قيمة معامل الارتباط -٠,٨٤ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١.**

**جـ – مقياس اختبار تعاطي المخدرات:**

**اعد هذا المقياس( Skinner, 1982) وقام هشام جمعة بترجمة المقياس وتقنينه (٢٠٢٢).**

**ويتكون المقياس من ( ١٠ ) عبارات تتم الإجابة عنها من خلال الاختيار بين بديلين ( نعم = درجة ، لا = صفر )**

**ويطبق المقياس بشكل فردي او جماعي ، ويتم إعطاء الدرجات من ( ١ – صفر ) وتشير الدرجة المرتفعة الى ادمان المواد النفسية**

**وقد قام الباحث بالتحقق من الثبات باستخدام التجزئة النصفية حيث تبين ان معامل الثبات من خلال طريقة التجزئة النصفية هو (٠,٨٢) واستخدمت أيضا طريقة ألفا كرونباخ وتبين ايضا ان معامل الثبات من خلال طريقة ألفا كرونباخ هو (٠,٧٤). مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة، مما يؤكد صلاحيته للتطبيق.**

وعن الصدق فقد تحقق منه الباحث من خلال صدق المحكمين والذي أسفر عن نسبة اتفاق ٦٢.٥ % لكل بند من البنود.

**رابعا : الأساليب الإحصائية :**

بعد ان جمع الباحث البيانات من مجموعتي الدراسة ، اجريت التحليلات الإحصائية من خلال معالجة البيانات باستخدام حزم البرامج الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية و المعروفة باختصار باسم SPSS وتم الاستعانة بالاساليب الإحصائية اللابارامترية التالية للتحقق من فروض الدراسة :

١ – التكرارات و النسب المئوية .

٢ – حساب المتوسطات و الانحرافات المعيارية .

٣ – معاملات الارتباط .

٤ – اختبار ( ت ) لدلالة الفروق بين المجموعتين .

٥ – معامل الانحدار البسيط .

## نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول وتفسيرها :

١ – الفرض الأول وينص على " يوجد فروق دالة إحصائياً بين المتعافين وبين المنتكسين من مدمني الهيروين و الحشيش في المرونة المعرفية " .

للتحقق من الفرض تم حساب قيمة " ت " لدلالة الفروق بين متوسطات درجات منتكسي و متعافي الهيروين و الحشيش في المرونة المعرفية وفيما يلي عرض النتائج :

جدول ( ٢٢ ) نتائج حساب قيمة " ت " لدلالة الفروق بين متوسطات درجات منتكسي و متعافي الهيروين و الحشيش في المرونة المعرفية

| المتغير | المفحوص | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | ف | مستوى الدلالة | عدد العينة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| المرونة المعرفية | متعافين | ٢.٩٤ | ٠.١٢٩ | ٢٦.٣٦ | ٠.٠٠١ | ٣٠ |
| | منتكسين | ١.٤٤ | ٠.٣٦٢ | | | |

تؤكد النتائج الحالية بتحقق و قبول الفرض الأول الذي نص على أنه : يوجد فروق دالة إحصائياً بين المتعافين وبين المنتكسين من مدمني الهيروين و الحشيش في المرونة المعرفية.

**حيث يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة احصائيا بين المتعافي وبين المنتكبين من مدمني الحشيش و الهيروين في المرونة المعرفية وذلك لصالح المتعافين ، حيث توجد فروق بين متعافي و منتكسي الحشيش و الهيروين في المرونة المعرفية وذلك بنسبة ٢٦.٣٦ وذلك عند مستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .**

**وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Anne et al., 2009) و دراسة ( Headley et al ., 2020) والتي تؤكد ان المتعافين كان أدائهم افضل من أداء المنتكسين في المرونة المعرفية ، و دراسة (Egon et al., 2017) والتي تؤكد ان المتعافين كان أدائهم افضل من أداء المنتكسين في الاتزان الانفعالي وكذلك نجد دراسة ماجدة حسين ( ١٩٩١ ) تؤكد ايضاً ان المنتكسين يتميزون بعدم الإتزان الإنفعالي ، كما تؤكد دراسة عبد العزيز الريس ( ١٩٩٣ ) و دراسة ماجدة حسين ( ١٩٩١ ) على إن المنتكسين لديهم ضعف في القدرة على حل المشكلات وأكدت دراسة (Verdejo et al., 2007 ) إرتفاع معدل إنتشار الخلل في الوظائف التنفيذية لدى منتكسي المواد المخدرة .**

**وذلك قد يرجع الى تاثير المخدرات على قدرة الانتباه حيث يشير الانتباه الى استخدام الطاقة العقلية في العمليات المعرفية و التركيز في شيء معين استعداد لملاحظته او أدائه او التفكير فيه حيث تؤدي المخدرات الى خلل في القدرة على الانتباه وبما ان الانتباه هو يشترك في جميع العمليات المعرفية فان الانتباه يكون ضعيف لدى المنتكسين مما يؤدي الى ضعف المرونة المعرفية لدى المنتكسين وهذا ما تؤكد عليه دراسة ( Lorren , 1984 ) ، ( Acker et al , 1985 ) ، ودراسة (Narayan , 1993 ) ان المنتكسين يعانون من ضعف في القدرة على الانتباه .**

**نتائج الفرض الثاني وتفسيرها :**

**٢ – الفرض الثاني وينص على " توجد علاقة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث التعافي لدى مدمني الهيروين و الحشيش " .**

**للتحقق من الفرض تم حساب معامل الارتباط بين درجات منتكسي و متعافي الحشيش و الهيروين على المرونة المعرفية و بين التعافي وفيما يلي عرض النتائج :**

**جدول ( ٢٣ ) نتائج حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات منتكسي و متعافي الحشيش و الهيروين على المرونة المعرفية و بين التعافي**

| النوع | عدد العينة | المتغير | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| المتعافين | ٣٠ | المرونة المعرفية | التعافي | ٢.٩٤ | ٠.١٢٩ | ٠.٦٨٨ | ٠.٠٠١ |
| المنتكسين | ٣٠ | المرونة المعرفية | التعافي | ١.٤٤ | ٠.٣٦٢ | -٠.٥١١ | ٠.٠٠١ |

تؤكد النتائج الحالية بتحقق و قبول الفرض الثاني الذي نص على أنه : توجد علاقة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث التعافي لدى مدمني الهيروين و الحشيش .

حيث تشير نتائج الجدول السابق يتضح وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين أداء المرونة المعرفية وبين حدوث التعافي لدى مدمني الحشيش و الهيروين حيث بلغ قيمة معامل الارتباط بين المرونة المعرفية و التعافي ٠.٦٨٨ وذلك عند مستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .

وايضا توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا لدى منتكسي الحشيش و الهيرين بين الأداء على المرونة المعرفية و التعافي ، حيث بلغ قيمة معامل الارتباط بين المرونة المعرفية و التعافي ٠,٥١١ – وذلك عند مستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Anne et al., 2009) و دراسة (Egon et al., 2017) و دراسة ( Headley et al ., 2020) والتي يؤكدون ان هناك علاقة إيجابية بين الوظائف التنفيذية و التعافي حيث تشير هذه الدراسات الى ان المتعافين كان اداؤهم افضل من أداء المنتكسين على الوظائف التنفيذية .

ذلك قد يرجع الى ان الوظائف التنفيذية تساعد المتعافين على التكيف مع الأوضاع الجديدة و الطارئة التي تظهر في حياة الفرد ، قدرة الفرد على التحكم في الانفعالات وكذلك قدرة الفرد على حل المشكلات التي تواجهه وذلك من خلال الاعتراف بالمشكلة أي يقوم بمواجهة المشكلة و عدم الهروب منها ثم جمع معلومات حول هذه المشكلة ويقوم الفرد بتوليد البدائل لحل هذه المشكلة و يختار الفرد البديل المناسب لها وهذا ما تتفق عليه دراسة ( Macvane et al , 1982 ) ، ( Cipolli & Galliani , 1988 ) و دراسة ( Gillen et al , 1998 ) مما يساعد الفرد على التعافي حيث يشير التعافي الى الامتناع عن التعاطي بكافه انواعه و التغيير في أسلوب الحياة وتتمثل الوظائف التنفيذية التي يقوم بها المتعافي التغيير في أسلوب الحياة .

نتائج الفرض الثالث وتفسيرها :

٣ – الفرض الثالث وينص على " توجد علاقة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث الانتكاس لدى مدمني الهيروين و الحشيش " .

للتحقق من الفرض تم حساب معامل الارتباط بين درجات منتكسي و متعافي الحشيش و الهيروين على المرونة المعرفية و بين الانتكاس وفيما يلي عرض النتائج :

**جدول ( ٢٤) نتائج حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات منتكسي و متعافي الحشيش و الهيروين على المرونة المعرفية و بين الانتكاس**

| النوع | عدد العينة | المتغير | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| المتعافين | ٣٠ | المرونة المعرفية | الانتكاس | ١.٤٤ | ٠.٣٦٢ | ٠.٤٩٢ | ٠.٠٠١ |
| المنتكسين | ٣٠ | المرونة المعرفية | الانتكاس | ٢.٩٤ | ٠.١٢٩ | -٠.٤٥٠ | ٠.٠٠١ |

**تؤكد النتائج الحالية بتحقق و قبول الفرض الثالث الذي نص على أنه : توجد علاقة دالة إحصائياً بين أداء المرونة المعرفية و بين حدوث الانتكاس لدى مدمني الهيروين و الحشيش .**

**حيث أوضحت نتائج الجدول السابق يتضح وجود علاقة دالة احصائيا بين أداء المرونة المعرفية وبين حدوث التعافي لدى مدمني الحشيش و الهيروين ، حيث توجد علاقة عكسية موجبة دالة احصائيا لدى متعافي الحشيش و الهيروين بين الأداء على المرونة المعرفية و الانتكاس ، حيث بلغ قيمة معامل الارتباط بين المرونة المعرفية و الانتكاس ٠.٤٩٢ وذلك عند مستوى دلالة ( ٠.٠٠١).**

**وايضا توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا لدى منتكسي الحشيش و الهيرين بين الأداء على المرونة المعرفية و الانتكاس ، حيث بلغ قيمة معامل الارتباط بين المرونة المعرفية و الانتكاس ٠.٤٥٠ – وذلك عند مستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .**

**وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة محمد الزهراني( ٢٠٠٥ ) و دراسة هنري شابرول ( ٢٠٠٦ ) و دراسة (Maria et al., 2009) و دراسة ( Suzan et al ., 2011 ) و دراسة (Abdallah et al., 2020) و دراسة (Mariana et al., 2021) و التي يؤكدون ان هناك علاقة سالبة بين الوظائف التنفيذية و الانتكاس أي ان الافراد المنتكسين كام اداؤهم ضعيف على الوظائف التنفيذية .**

**من المحتمل ان يرجع ذلك ان ضعف الوظائف التنفيذية لدى المنتكسين تتمثل في عدم القدرة الفرد على تحمل مصاعب الحياة و الأوضاع الجديدة و المتغيرة ، الانفعال بسرعة لأتفه الأسباب ، الهروب من مواجهة المشكلات ، التشبث بالراي و الحساسية الزائدة وان هذه السمات سوف تكون عقبة لدى الفرد في قدرة الفرد على الاندماج الاجتماعي و التكيف النفسي وهذا أيضا ما تؤكد عليه دراسة ( Nobel , 1983 ) ، ( John et al , 1989 ) وكذلك ( مصري حنورة ، ١٩٩٣ ) .**

**نتائج الفرض الرابع وتفسيرها :**

**٤ – الفرض الرابع وينص على " توجد قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الإنتكاس و على التعافي لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش " .**

**للتحقق من الفرض تم حساب قيمة معامل للانحدار للتحقق ما اذا كان للمرونة المعرفية قدرة تنبؤية على الإنتكاس و على التعافي لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش وفيما يلي عرض النتائج:**

**جدول ( ٢٥ ) نتائج حساب قيمة معامل الانحدار للتعافي لدى المتعافين**

| العينة | المتغيرات | وزن الانحدار | معادلة الانحدار | نسبة فائية F | مستوى الدلالة | معامل التحديد |
|---|---|---|---|---|---|---|
| متعافين | المرونة المعرفية | ٢.٤٣ | التعافي = ٢.٤٣ + ٠.٥٩ = ( المرونة المعرفية ) | ٢٥,٢١ | ٠.٠٠١ | ٠.٤٧٤ |
| | التعافي | ٠.٥٩ | | | | |

**يلاحظ من الجدول السابق تنبؤ المرونة المعرفية بالتعافي حيث يكون اسهامها بنسبة ٤٧.٤ ولقد تبين ان المرونة المعرفية تفسر ٣.٠٢ من التباين الحاصل في التعافي حيث كلما زاد درجة الفرد في المرونة المعرفية بمقدار ٢.٤٣ زاد درجة الفرد في التعافي بمقدار ٠.٥٩ وذلك بمستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .**

**جدول ( ٢٦ ) نتائج حساب قيمة معامل الانحدار للتعافي لدى المنتكسين**

| العينة | المتغيرات | وزن الانحدار | معادلة الانحدار | نسبة فائية F | مستوى الدلالة | معامل التحديد |
|---|---|---|---|---|---|---|
| منتكسين | المرونة المعرفية | ١.٦٩ | التعافي = ١.٦٩ + -١.٢٤ = ( المرونة المعرفية ) | ٢.١٩ | ٠.٠٠١ | ٠.٠٧٢ |
| | التعافي | -١.٢٤ | | | | |

**يلاحظ من الجدول السابق تنبؤ المرونة المعرفية بالتعافي حيث يكون اسهامها بنسبة ٧.٢ ولقد تبين ان المرونة المعرفية تفسر ٠.٤٥ من التباين الحاصل في التعافي حيث كلما زاد درجة الفرد في المرونة المعرفية بمقدار ١.٦٩ قل درجة الفرد في التعافي بمقدار ١.٢٤- وذلك بمستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .**

جدول ( ٢٧ ) نتائج حساب قيمة معامل الانحدار للانتكاس لدى المتعافين

| العينة | المتغيرات | وزن الانحدار | معادلة الانحدار | نسبة فائية F | مستوى الدلالة | معامل التحديد |
|---|---|---|---|---|---|---|
| متعافين | المرونة المعرفية | ٢.٠٦ | الانتكاسة = ٢.٠٦ + ٠.٠٨ = ( المرونة المعرفية ) | ٧.١٠ | ٠.٠٠١ | ٠.٢٤٢ |
| | الانتكاسة | -٠.٠٨ | | | | |

يلاحظ من الجدول السابق تنبؤ المرونة المعرفية بالانتكاسة حيث يكون اسهامها بنسبة ٢٤.٢ ولقد تبين ان المرونة المعرفية تفسر ١.٩٨ من التباين الحاصل في الانتكاسة حيث كلما زاد درجة الفرد في المرونة المعرفية بمقدار ٢.٠٦ قل درجة الفرد في الانتكاسة بمقدار ٠.٠٨- وذلك بمستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ) .

جدول ( ٢٨ ) نتائج حساب قيمة معامل الانحدار للانتكاس لدى المنتكسين

| العينة | المتغيرات | وزن الانحدار | معادلة الانحدار | نسبة فائية F | مستوى الدلالة | معامل التحديد |
|---|---|---|---|---|---|---|
| منتكسين | المرونة المعرفية | ٦.٠٤ | الانتكاسة = ٦.٠٤ + ٢.٣٥- = ( المرونة المعرفية ) | ٧.١٠ | ٠.٠٠١ | ٠.٢٠٢ |
| | الانتكاسة | ٢.٣٥- | | | | |

يلاحظ من الجدول السابق تنبؤ المرونة المعرفية بالانتكاسة حيث يكون اسهامها بنسبة ٢٠.٢ ولقد تبين ان المرونة المعرفية تفسر ٣.٦٩ من التباين الحاصل في الانتكاسة حيث كلما زاد درجة الفرد في المرونة المعرفية بمقدار ٦.٠٤ قل درجة الفرد في الانتكاسة بمقدار ٢.٣٥- وذلك بمستوى دلالة ( ٠.٠٠١ ).

تؤكد النتائج السابقة الحالية بتحقق و قبول الفرض الرابع الذي نص على أنه : توجد قدرة تنبؤية للمرونة المعرفية على الإنتكاس و على التعافي لدى مدمني الهيروين و لدى مدمني الحشيش .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة يوسف بن سطام ( ٢٠١٠ ) و دراسة محمد الزهراني( ٢٠٠٥ ) على ان ضعف أداء الفرد على الوظائف التنفيذية ينبئ بحدوث الانتكاسة وان هناك الكثير من الدراسات مثل دراسة دراسة (Anne et al., 2009) ، دراسة ( Headley et al ., 2020 ، و دراسة (Egon et al., 2017) ، دراسة ماجدة حسين ( ١٩٩١ ) ، دراسة عبد العزيز الريس ( ١٩٩٣ ) ، دراسة ماجدة حسين ( ١٩٩١ ) ، دراسة (Verdejo et al., 2007) ان أداء المتعافين

على الوظائف التنفيذية كان مرتفعا من أداء المنتكسين مما ينبئ بالتعافي و ذلك لأهمية الوظائف التنفيذية حيث تؤكد دراسة (Perez et al .,2016) أن ضعف الوظائف التنفيذية يؤدي إلى زيادة التوتر و ضغوطات الحياة وعدم الإلتزام بالعلاج و تؤكد (M. Day et al., 2015) ان ضعف الوظائف التنفيذية نذيراً قويا لتعاطي المواد النفسية .

من واقع خبرة الباحث الاكلينيكية ذلك قد يرجع الى الفرد ما اذا كان قد اتخذ قرار بالتعافي ام لا فاذا كان الفرد اتخذ قرار التعافي سوف يقوم الفرد بالتكيف مع ضغوطات الحياة ، القدرة على التناسب الانفعالي و القدرة على التفكير في حلول للمشكلات وعدم الاندفاعية حتى وان كان الفرد غير مقتنع بأهمية هذه المهارات في البداية ولكنه فيما بعد سوف يرى نتائج هذه المهارات و ان ذلك ينبئ بالتعافي ، وأيضا من خلال المواقف و الخبرات التي يمر بها الفرد والتي تظهر عدم قبول الأوضاع الجديدة ، عدم تقدير عواقب الأمور و الإحساس المستمر بالخوف فان ذلك ينبئ بالانتكاسة .

## توصيات البحث :

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج يعرض الباحث عدة توصيات هي :

١ – توسع الدولة في انشاء المصحات المتخصصة في العلاج و التأهيل .

٢ – توفير برامج علاجية مقننة و مدروسة ذات فاعلية .

٣ – الاهتمام بالتوعية باضرار المخدرات في سن مبكر .

٤ – ضرورة الاهتمام بالارشاد الاسري لاهل المريض .

٥ – تشجيع مؤسسات المجتمع المدني بالمساعدة في العملية العلاجية .

٦ – الاهتمام بمتابعة للمدمنين بعد خروجهم من المراكز العلاجية لمعرفة مدى استمرار التحسن لديهم.

٧ – العمل على توعية المتعافين على أهمية المرونة المعرفية .

## البحوث المقترحة :

١ – فاعلية برنامج لتنمية المرونة المعرفية لدى متعافي و منتكسي المواد النفسية

٢ – التشوهات المعرفية وعلاقتها بادمان المواد النفسية .

٣ – العوامل المنذرة بالانتكاسة للوقاية من الانتكاسة .

٤ – الإضرابات النفسية المرتبطة بادمان المواد النفسية .

## المراجع

**أولاً : المراجع العربية :-**

**_ ابتسام السطيحة . ( ٢٠٠٨ ) . سعة الذاكرة العاملة لدى الاطفال ذوي صعوبات الفهم القرائي . مجلة كلية التربية بالاردن . ٣٨ ( ١ ) ، ٣٥٦-٤٠٦ .**

**_ احمد رمضان. ( ٢٠١٨ ) . سعة الذاكرة العاملة و علاقتها بالمرونة المعرفية الاكاديمية لدى طلاب الناطقين بغير اللغة العربية مرتفعي و منخفضي التحصيل الدراسي . مجلة العلوم التربوية ، (٢ ) ، ٢ ، ٢٥-٨١ .**

**_ احمد عكاشة ، طارق عكاشة . ( ٢٠١٥ ) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .**

**_ إسماعيل عبد الحميد. ( ١٩٩٨ ) . عوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج و الاستشفاء . مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية . ( ٩ ) ، ٧٩ – ١١٢ .**

**_ اشرف البيومي. ( ٢٠١٩ ) . فاعلية برنامج معرفي بيئي لتنمية المهارات الإجتماعية والسلوك التوافقي لدى عينة من مدمني المخدرات المتعافين . مجلة كلية التربية في العلوم النفسية . ٤٣ ، ( ٤ ) ، ١٥ – ٦٥ .**

**_ اقبال الحلاق . ( ٢٠١٣ ) . فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مهارات ادارة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مدمني المخدرات دراسة تجريبية لدى عينة من المدمنين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في محافظة دمشق . رسالة دكتوراه (منشورة ) . كلية التربية ، جامعة دمشق .**

**_ أنور احمد . ( ٢٠١٦ ) . التفسيرات السيسوثقافية لتعاطي وإدمان المخدرات . حوليات آداب عين شمس ، ٤٤، ١٣ – ٧٧ .**

**_ السيد رمضان. ( ٢٠١٧ ) . الاسهام النسبي للمرونة المعرفية في التنبؤ بالتكيف الاجتماعي و الاكاديمي لدى الطلاب الوافدين من جامعة الملك سعود . المجلة التربوية الدولية المتخصصة ، ( ١ ) ، ٩٥ – ١٠٧ .**

**_ الغالية بنت زاهر. ( ٢٠١٦ ) . فاعلية برنامج تدريبي في تحسين الذاكرة العاملة لدى طالبات صعوبات تعلم القراءة في محافظة مسقط . رسالة ماجستير (منشورة ) . كلية العلوم و الاداب ، جامعة نزوي .**

**_ بشرى خطاب. عباس عبد الرحمن. ( ٢٠١٩ ) . الوظائف التنفيذية و علاقتها ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة . رسالة ماجستير (منشورة ) . كلية التربية للبنات ، جامعة تكريت.**

**_ بندر متعب. ( ٢٠١٩ ) . المرونة المعرفية لدى الطلبة المتفوقين في محافظة أضم . مجلة كلية التربية جامعة أسيوط ، ٣٥ ( ١٢ ) ، ١ – ٢٠ .**

ـ جمال عبد السلام . ( ٢٠١٩ ) . أسباب تعاطي المخدرات بين طلبة المرحلة الإعدادية . ليبيا : إدارة الخدمات الصحية .

ـ جواد فطاير . ( ٢٠٠١ ) . الإدمان انواعه و مراحله و علاجه . القاهرة : دار الشروق .

ـ خالد حمد . ( ٢٠١٣ ) . المخدرات و اثارها النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية . الدوحة : مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات .

ـ دلال ملحس. ( ٢٠١٢ ) . المشكلات الاجتماعية . عمان : دار وائل للنشر .

ـ رتاب وسيلة . ( ٢٠١٨ ). فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من اعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات . رسالة دكتوراه (منشورة ). كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف.

ـ رجاء أبو علام . ( ٢٠١١ ) . مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية . القاهرة : دار النشر للجامعة .

ـ رمضان على حسن . ( ٢٠١٥ ) . اثر برنامج تدريبى قائم على عمل الدماغ فى تنمية المرونه المعرفيه لدى تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الاساسي ، مجله التربيه للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية ، ١٦٣( ٤ )٣٦٦ـ ٤٧١ .

ـ رمزي محمد . ( ٢٠١٤ ) . الاتزان الانفعالي وعلاقته بضبط الذات لدى طلبة جامعة اليرموك . رسالة ماجستير ( منشورة ) . جامعة اليرموك ، كلية التربية.

ـ رندة محمد . ( ٢٠١٧ ) . الاسلوب المعرفي ( التصلب – المرونة ) لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة و علاقته بمعالجة المعلومات . رسالة ماجستير ( منشورة ) . جامعة القدس ، كلية الدراسات العليا .

ـ رياض ملكوش .( ٢٠٠٠ ). الدعم الاجتماعي والتكيف الطلابي لدى طلبة الجامعة الأردنية، مجلة دراسات العلوم التربوية، ١( ٢٧ ) ، ٢٢ – ٤٣ .

ـ سامر رافع . ( ٢٠١٧ ) . فاعلية استخدام استراتيجيات التعلم النشط المستندة الى النظرية المعرفية الاجتماعية في تنمية المرونة المعرفية و دافعية الانجاز الاكاديمي لدى طلاب قسم علم النفس في جامعة حائل . مجلة جامعة القدس المفتوحة . ( ١٨ ) ، ١٥٩ – ١٧٥ .

ـ سامي عبد القوي . ( ٢٠١١ ) . علم النفس العصبي الأسس و طرق التقييم . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

ـ سعدي صبيح. ( ٢٠٠٦ ) . رحلة في الموت الثاني الرعاية الروحية لمدمني المخدرات . الأردن : دار التكوين للطباعة و النشر و التوزيع .

_ سعد رياض. ( ٢٠١٩ ) . الجمود الفكري والاتزان الانفعالي لدى عينة من طلاب جامعة الطائف . مجلة العلوم التربوية و النفسية . ٣ ( ٣٢ ) ، ١٥٢-١٦٧ .

_ سعيد عبد المغني ، عبد العزيز سليم . ( ٢٠١٠ ) . التنبؤ بالحل الإبداعي للمشكلات في ضوء المرونة المعرفية و الفعالية الذاتية لدى عينة من طلاب الجامعة المتفوقين دراسيا . مجلة كلية التربية بدمنهور ، ٢ ( ١ ) ، ٦ – ٢٥ .

_ شادية عثمان . ( ٢٠٠٤ ) . الاتزان الانفعالي لدى طلاب الصفين السابع و الثامن بمرحلة الأساس و علاقته بالتقبل الوالدي و الحاجات النفسية . رسالة دكتوراه (منشورة ) . كلية التربية ، جامعة ام درمان الإسلامية .

_ صفاء محمد ، مرفت العدروس . ( ٢٠١٨ ) . فعالية برنامج قائم على بعض مهارات الوظائف التنفيذية في تحسين الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد . مجلة كلية التربية جامعة الإسكندرية ، ( ١ ) ٢٨ ، ٣٥ – ٥٢ .

_ صفوت محمود، يسرى ياقوت . ( ١٩٩٣ ) . الهيروين دعوة الى الموت . الإسكندرية : مطابع جريدة السفير .

_ صلاح مهدي. ( ٢٠١٨ ) . فاعلية برنامج سلوكي معرفي جمعي في تحسين بعض الوظائف العقلية التنفيذية لدى مستخدمي المنشطات النفسية . رسالة ماجستير (منشورة ) . كلية الدراسات العليا ، جامعة الكويت .

_ صندوق مكافحة و علاج الإدمان و التعاطي – التقرير السنوي لعام ٢٠١٥ – جمهورية مصر العربية .

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

_ عادل العدل . ( ٢٠٠٠ ) . اثر الاسلوب المعرفي و استراتيجية تجهيز المعلومات على الذاكرة العاملة . مجلة كلية التربية . ٢٤ (٣ ) ، ٢٥٣-٣٣١.

_ عاني عبد القادر. ( ٢٠١٠ ) . السموم و المخدرات بين العلم و الخيال . الأردن : دار زهران .

_ عبد العزيز الريس . ( ١٩٩٢ ) . العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعودة الى تعاطي المخدرات بعد العلاج . رسالة ماجستير (منشورة ) . كلية الاداب ، جامعة الملك سعود .

_ عبد العزيز بن عبد الله . ( ٢٠٠٢ ) . الخدمة الاجتماعية في مجال ادمان المخدرات . مجلة جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية . ( ٢٣٦ ) ٢١ ، ٦٧ – ٦٩ .

**_ عبد العزيز بن محمد. ( ٢٠٠٤ ) . المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المتعافي من الإدمان على المخدرات . رسالة ماجستير (منشورة ) ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .**

**_ عبد العزيز حسين . ( ٢٠٠٤ ) . المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المتعافي من الإدمان على المخدرات . مجلة الشؤون الاجتماعية ، ٢١( ٨٢ ) ، ٨٧- ١٠٧ .**

**_ عبد العزيز علي. ( ٢٠٠٦ ) . ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي . . رسالة ماجستير (منشورة ) . مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .**

**_ عبد العزيز علي. ( ٢٠٠٨ ) . نظريات علم الاجتماع . الرياض : دار الزهراء .**

**_ عبد العزيز محمد. ( ٢٠٠٤ ) . المشكلات الإجتماعية التي يواجهها المتعافي من الإدمان على المخدرات . مجلة جمعية الاجتماعيين في الشارقة . ٢١ ( ٨٢ ) ، ٨٧ – ١٠٧ .**

**_ عبد الغاني تيايبيه . ( ٢٠١٨ ) . الإدمان على المخدرات: دراسة نفسية في ضوء متغير لهفة الإدمان . مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة قصدي مرباح ، ١٠ ( ٥ ) ، ١٣ – ٢٤ .**

**_ عبد الله عسكر . ( ٢٠٠٥ ) . الإدمان بين التشخيص و العلاج . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .**

**_ عبدالناصر عوض .( ٢٠١٨ ). نظريات ونماذج مختارة في خدمة الفرد. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.**

**_ عبد الودود خربوش . ( ٢٠١٢ ) . التجربة المغربية في علاج الانتكاسة لدى مدمنين المخدرات . *ندوة مراكش* ، المغرب .**

**_ عفاف عادل. ( ٢٠١٨ ) . تصور مقترح بإستخدام العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع مخاطر انتكاسة المتعافيين من ادمان الهيروين . مجلة الخدمة الاجتماعية ، (٦٠) ٩ ، ٣٣٣-٣٤٨ .**

**_ عفاف عبد الكريم. ( ٢٠١٠ ) . درجة الانتكاسة لدى عينة من المتعافين و المدمنين على المخدرات . رسالة ماجستير (منشورة ) . عمادة الدراسات العليا ، جامعة القدس .**

**_ -عماد الزغول . ( ٢٠٠٣ ) . نظريات التعلم . عمان : دار الشروق .**

**_ عمر سعود . ( ٢٠١٨ ) . مستويات الاتزان الانفعالي لدى طلبة علم النفس التطبيقي بكلية الاميرة رحمة الجامعية في ضوء متغير متوسط الدخل الشهري لأسرهم . رسالة ماجستير ( منشورة ) . جامعة البلقاء التطبيقية ، كلية الارشاد النفسي و التربوي .**

**_ عيسى سلطان . ( ٢٠١٥ ) . المرونة المعرفية لدى طلبة المرحلة الثانوية في بئر السبع و علاقتها بالتنظيم الذاتي . رسالة ماجستير ( منشورة ) . جامعة عمان العربية . كلية العلوم التربوية و النفسية .**

_ فاطمة محمد. ( ٢٠١٤ ) . الحشيش بين الواقع و الخيال . القاهرة : دار سيبويه للطباعة و النشر و التوزيع .

_ فتحي الزيات . ( ١٩٩٨ ) . الأسس البيولوجية و النفسية للنشاط العقلي المعرفي . القاهرة : دار النشر للجامعات .

_ فتحي عبد الرحمن . ( ١٩٩٩ ) . تعليم التفكير – مفاهيم و تطبيقات . عمان : دار الكتاب الجامعي .

_ فتيحة سليماني . (٢٠١١ ) . الإدمان على المخدرات و اثره على الوسط الاسري . رسالة ماجستير (منشورة ) . كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة وهران .

_ لطفي الشربيني . ( ٢٠٠٦ ) . معجم مصطلحات الطب النفسي . القاهرة : مركز تعريب العلوم الصحية .

_ ماجدة حسين. ( ١٩٩١ ) . سيكولوجية المدمن العائد دراسة نفسية اجتماعية . رسالة ماجستير ( غير منشورة ) ، كلية البنات ، جماعة عين شمس .

_ محمد إسماعيل . ( ٢٠١٩ ) . الطبقة الاجتماعية و تعاطي المخدرات في دولة الامارات العربية المتحدة : دراسة ميدانية على عينة من مدمني المركز الوطني للتأهيل بامارة أبو ظبي . مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية و الاجتماعية ، (٢ ) ١٧ ، ٢-٤٠ .

حسن_ محمد الزهراني . ( ٢٠٠٥ ) . الإدمان و علاقته ببعض الوظائف النفسية العصبية . رسالة دكتوراه (منشورة ) . كلية الاداب ، جامعة المنيا.

_ محمد السيد. ( ١٩٩٧ ) . الدوافع النفسية و الاجتماعية لتعاطي المخدرات لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية و الثانوية . رسالة ماجستير ( غير منشورة ) . معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

_ محمد الشقيرات . ( ٢٠١٥ ) . الوظائف التنفيذية للدماغ عند عينة من طلبة الجامعة الأرمنية و علاقتها بالنوع الاجتماعي . مجلة للبحوث و الدراسات – العلوم الإنسانية و الاجتماعية بالأردن ، (٤ ) ٣٠ ، ٣٧ – ٦٦ .

_ محمد الشناوي ، محمد السيد( ٢٠٠٨ ). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية . القاهرة : مكتبة الانجلوالمصرية .

_ محمد حسون . ( ٢٠١٦ ) . أسباب و اثار جريمة تعاطي المخدرات . مجلة العلوم الإنسانية . ( ٤ ) ٢٣ ، ١ – ٢٢ .

_ محمد عبد الرحمن .( ٢٠١٤ ). علم الأمراض النفسية العقلية الأسباب والأعراض- والتشخيص والعلاج . القاهرة : زهراء الشرق .

ـ محمد عبد الرحمن . ( ٢٠١٥ ) . الوظائف التنفيذية للدماغ عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية وعلاقتها بالنوع الاجتماعي . مجلة سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، ( ٤ ) ٣٠ ، ٣٧ – ٦٦ .

ـ محمد عبدالعزيز نورالدين جمعة . (٢٠٢٠ ) . فاعلية برنامج تدريبى قائم على نظرية الحل الابتكاري للمشكلات TRIZ فى تنمية المرونة المعرفية ومفهوم الذات الاكاديمية لدى طالب الدراسات العليا بكلية التربية النوعية بالمنيا ، مجلة دراسات عربية فى التربية وعلم النفس ، ( ١٢٣ ) ، ٢٩٩ – ٣٤٠ .

ـ محمد كمال . ( ٢٠١٠) . الاتزان الانفعالي و القدرة على اتخاذ القرار لدى ضباط الشرطة الفلسطينية. رسالة ماجستير ( منشورة ) . الجامعة الإسلامية بغزة ، كلية التربية .

ـ محمد محمود . ( ٢٠٠٤ ) . علاقة الإتزان الانفعالي بمستويات تأكيد الذات عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية . مجلة جامعة النجاح الوطنية ، (٣) ١٩ ، ٩٢٥ – ٩٥٢ .

ـ مدحت أبو زيد . ( ٢٠٠٣ ) . لهفة الإدمان تشخيصها و علاجها . القاهرة : دار المعرفة الجامعية .

ـ مدحت عبد الحميد. ( ١٩٩٨ ) . الارتكاس العقاقيري . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

ـ مصري حنورة . ( ١٩٩٣ ) . سيكولوجية تعاطي المخدرات و الكحوليات . الكويت : جامعة الكويت .

ـ مروه صالح إبراهيم سعادة . (٢٠١٧ ) . عادات العقل المنبئه وعلاقتها بدافعية الاتقان والمرونة المعرفية لدى طالب المرحلة الثانوية، مجلة دراسات عربية فى التربية وعلم النفس ، (٨٧ )٢٧٧ـ ٣٥٢ .

ـ مسعد ابو الديار . ( ٢٠١٢ ) . الذاكرة العاملة و صعوبات التعلم . الكويت : مركز تعليم و تقويم الطفل .

ـ مسعد أبو الديار ، جاد البحيري ، عبد الستار محفوظي . ( ٢٠١٢ ) . قاموس صعوبات التعلم و مفرداتها . الكويت : مطبعة سلسلة مركز تقويم وتعميم الطفل .

ـ مفيد حواشين ، جواد سامى . ( ٢٠١٨ ). التعبير الانفعالي والدعم الاجتماعي المدرك وعلاقتهما بالإدمان على الفيسبوك، مجلة العلوم التربوية، ٢( ١٩) ، ٦٥ – ١١٥ .

ـ موفق سليم بشارة . (٢٠٢٠ ) . العلاقة بين المرونة المعرفية والتحصيل الاكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الحسين بن طلال، مجله جامعه الحسين بن طلال للبحوث ، ٦ (٢) ، ٣١٣ ـ ٣٣٢ .

ـ نافز احمد. ( ٢٠١٣ ) . ما وراء الذاكرة و المرونة المعرفية لدى طلبة السنة الجامعية الأولى . مجلة العلوم التربوية و النفسية ، ١٤ ( ٣ ) ، ١٨٧ – ٢٢٠ .

_ -نايف قطامي . ( ٢٠٠٤ ) . الاستراتيجيات المعرفية للتعلم المنظم ذاتيا للطلبة الجامعيين وعلاقتها بمتغير التحصيل الدراسي و المرونة المعرفية و الدافعية المعرفية . مستقبل التربية العربية ، ١٠ ( ٣٢ ) ، ٣١٠ – ٣٤٠ .

_ هاجر محمد . ( ٢٠٢٠ ) . الأسباب والآثار لظاهرة تعاطى المخدرات على الشباب داخل المجتمع المصرى . مجلة القراءة و المعرفة . ٢٢٣ ، ٣٩١ – ٤٢١ .

_ هادي صالح . ( ٢٠١٢ ) . الاتزان الانفعالي لدى المرشدين التربويين . مجلة جامعة زكريت للعلوم الإنسانية ، ( ١٠) ١٩ ، ٥٣٢ – ٥٦٧ .

_ هناء عوده ، احمد يحيى . ( ٢٠٢٠) . مستوى المرونة المعرفية لدى طلاب المرحلة الثانوية في ضوء بعض المتغيرات . مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية . ( ٢٩) ٣ ، ٤٢٤ – ٤٤١.

## ثانياً: المراجع الإنجليزية

**_Abdallah,S.Mghsoud,N.&Marym,J.(2020). Comparison of Executive Functions in Addicted Young People Who Referred to Addiction Treatment Camps with Students. Cogent Psychology,(1)7, 160 - 175.**

**_ Acker,C. Acker,W. & Shaw,G. (1985 ) . Assessment of Cognitive Function in Alcoholics by Computer : A Control Study . Alcohol and Alcoholism , 3, 223 – 233 .**

**-Ahmad, S. Ahmad, H. & Bindra, G. (1989). Cognitive Impairment in Chronic Heroin Addicts. Journal of Personality and Clinical Studies, 5(2), 237–240.**

**-Anne, L. Julia, R. Helene, B. Francois, V. Beatrice, D. & Francis, E.(2008). Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month Period . Clinical and Experimental Research , 33(3) , 490-498.**

**-Antonio, J.& Verdejo,G.(2005). Differential Effects of MDMA, Cocaine, and Cannabis use Severity on Distinctive Components of the Executive Functions in Polysubstance users: A Multiple Regression *Analysis* . Addictive Behaviors, 30, 89 – 101.**

**_ Blakemore, S. & Choudhury, S. (2006). Developmental of the Adolescent brain: Implications for Executive Function and Social Cognition. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 3-4.**

**- Boundy,D.&Colello,T.(1998).Preventing Relapse Among Inner-City Recovering Addicts . Drug and Alcohol Dependence , ( 3 ) 57 ,211 – 223.**

**_ *Breham, S.(2006).* Social Support Processes, Boundry,Areasing Social and Developmental Psychology. New York: acadmic press.**

**_ Brocki, K.& Bohlin, G.(2004) Executive Functions in Children aged 6 to 13: A Dimensional and Developmental study. Developmental Neuropsychology,26, 571–593.**
**_ Canas, J. Fajardo, I. Antoli, A. & Salmeron, L. (2005). Cognitive Inflexibility and the Development and Use of Strategies for Solving Complex Dynamic Problems: Effects of Different Types of Training. Theoretical Issue in Ergonomics Science, 6 (1), 95- 108.**

**-Chan,F.(2001).The Impact of Heroin on Frontal Executive Functions . Archives of Clinical Neuropsychology,17, 663 – 670 .**
**_ Chong,J.&Lopez,D. (2008). Predictors of Relapse for American Women After Substance Abuse Treatment . American Indian and Alaska Native Mental Health Research , (14) 3, 24 – 48 .**
**_ Cipolli,C. & Galliani,I . ( 1988 ) . Addiction Time and Intellect Impairment in Heroin Users . Psychological Reports , 60 ( 3 ) , 1099 – 1105 .**
**_ Clark,S. kahler,C. Ahern,D.& Day,A.(2015). Executive Functioning in Alcohol Use Studies: A Brief Review of Findings and Challenges in Assessment . Bentham Science , 8(1),26-40.**

**_ Deak, O. (2003). The Development of Cognitive Flexibility and Language Abilities. Advances in Child Development and Behavior, 31 (1), 271- 327.**

**_ Deak, G. & Wiseheart, M. (2015). Cognitive Flexibility in Young Children: General or task-Specific Capacity?. Journal of Experimental Child Psychology, 138, 31- 53.**
**- Dennis,J&Vander,J.( 2010). The cognitive Flexibility Inventory Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity .**

**Cogniyive Therapy and Research , 34 ( 3 ) , 241 – 253 .**

**_ Diamond, A. (2012). Executive Functions. Annual Review of Psychology ,64,135-168.**
**_ Dibbets,P.& Jolles,J.(2006). The Switch Task for Children: Measuring Mental Flexibility in Young Children. Journal Cognitive Development, 21 (1), 60-71.**
**_ Farrant,M. Maybery,T. &Fletcher,J. (2012). Language Cognitive Flexibility and Explicit False Belief Understanding Longitudinal Analysis in Typical Development and Specific Language Impairment . Child Development , (1)83, 223 – 235 .**
**_ Fiore,S. Ross,k.& Jentsch, F. (2012). A Team Cognitive Readiness Framework for Small-Unit Training. Journal of Cognitive Engineering and Decision Making,6 (3), 325-349.**
**_ Friedenberg, J.& Silverman, G. (2006). Cognitive Science. Sage publishing, United States of America: Sage publishing .**

**_Geurts,H.,Verte,S.,Osterlaan,J.,Roeyers,H.&Sergeant,A.(2005).ADHD Subtypes ; Do they Differ in their Executive Functioning Profile ?.Archives of Clinical Neuropsychology , 20 , 457 – 477 .**

**_ Gillen,R. Kranzier,H. Bauer,L. Burleson,J. Sarnarel,D. & Morisson,D . ( 1998 ) . Neuropsychologic Finding in Cocaine – Dependnt Outpatient . Journal of Neuro- Psychopharmacology and Diological Psychiatry , 22 ( 7) , 1061 – 1076 .**

**_ Goldstein, J. Seidman, L. Goodman, J. Koren, D. Lee, H. Weintraub, S. & Tsuang, M. (1998). Are there Sex Differences in Neuropsychological Functions Among Patients with Schizophrenia? The American Journal of Psychiatry, (10)155, 1358-1364.**

**_ Gunduz,B. (2013). The Contributions of Attachment Styles Irratiomal Beliefs and Psychological Symptoms to the Prediction of Cognitive Flexibility.Educational Sciences Theory Practice,(4)13,2079 – 2085.**

**_ Hagen,E. Ergaa, A. Hagen, K. Nesvag, S. Mckay, J. LunderVold, A. &Walderha, E.(2016). Assessment of Executive Function in Patient With Substance use Disorder. Journal of Substance Abuse Treatment ,66,1-8.**

**_ Headley,S.Landers,E.&Ford,A.(2020). Recovery of cognitive function in a substance abuse population. National Library Of Medicine . 5(2 ) , 4 – 14 .**

**_Huizinga, M. Dolan, C.& Molen, M.(2006). Age-Related change in Executive Function: Developmental Trends and a Latent Variable Analysis. Neuropsychologia,44, 2017–2036.**

**_ Jahromi, B. Meek, E. & Reynolds, S. (2012): Emotion Regulation in the Context of Frustration in Children with High Functioning Autism :and Their Typical Peers. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53,pp .1250–1258 .**

**_ John,A. Louis,M. Verginia,W. & Deborah,C. ( 1989 ) . Assessment of Cognitive Functioning in Poly- Substance Abusers . Journal of Clinical Psychology , 2 , 346 – 351 .**

**_ Kegel, N. (2010): Executive Functioning In Asperger's Disorder And Nonverbal Learning Disabilities . ( Published doctoral Thesis ) , University Duquesne .**

**_ Kim,B. &Omizo,M. ( 2005 ) . Asian and European American Cultural Values Collective Self Esteem Acculturative Stress Cognitive Flexibility and General Self Efficacy among Asian American College Students . Journal of counseling Psychology , (3)52, 412 – 419 .**

**_ Lazak, M. & Loring, D.(2014). Neuropsychological Assessment . New York : Oxford University Press.**

**_ Lorren,M. ( 1984 ) . Marijuana Acute Effects on the Human Memory Pharmacology and Therapeutic Aspects . New York : Academic Press .**

**_ Lyon, G. &Krasnegor, N. (1999).Attention, Memory and Executive Function. New York: Maple Press**

**_ Macvane ,J. Butters,N. Montgomry,K. & Farber,J. ( 1982 ) . Cognitive Functioning in Men Social Drinkers : A Replication Study . Journal of Studies on Alcohol , 43 ( 1 ) , 81 – 95 .**
**_ Maria ,J,Miguel,P.& Jacqueline,S.(2009). Neuropsychological Consequences of Alcohol and Drug Abuse on Different Components of Executive Functions . Journal of Psychopharmacology . 24 , 1317 – 1332 .**
**_ Mayer,D.&Salovey,P.(1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. Intelligence,17(4),433-442.**
**_ Michaela,P . Friedrich ,I . Marcel ,D . Christoph ,G. Roselind ,L. Hildegard ,P. Oliver ,T . Klaus,W. ,Hans ,W&Christian,G.(2009) . Is Moderate Substance Use Associated with Altered Executive Functioning in a Population-Based Sample of Young Adults ? . Human Psychopharmacology , (8)24 , 650 – 665 .**
**_ Milisavljevic,M.& Petrovic,D. ( 2010 ) . Executive Functions in Children with Intellectual Disability . The Britch Journal of Developmental Disabilities ,(107 ) 54, 113 – 121 .**
**_ Miranda,D.Diniz,L., & Oliveira, R. (2017). Editorial: Excutive Functions in Psychiatric Disorders .*Frontiers in Psychology*,( 8) , 1 – 3 .**
**_McNulty, J. P., Ryan, J. T., Evanoff, M. G., & Rainford, L. A. (2012). Flexible image evaluation. Academic Radiology, 19(8), 1023–1028 .**
**_ Narayan,R. ( 1993 ) . Cognitive Performance of Heroin Addicts . Pharmacopsychological , 6 ( 1 ) , 11 – 14 .**
**_ Nobel,E. ( 1983 ) . Social Drinking and Cognitive Function : A Review . Substance and Alocohol Action Misuse, 4 (2 ) , 205 – 216 .**
**_ Papagno,C.Eizzo, S.Ligori, L.Lima,J. &Riggio, A. (2003) . Memory and Excusive functions in Aneurysms of the Anterior Communicating Artery. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology,25(1),24-35 .**
**- Perez, K. Patel, N. Lord, J. Savin, K. Monzon, A. & Whittemore , R. (2016). Executive Function in Adolescents with type 1 Diabetes: Relationship to Adherence, Glycemic Control, and Psychology Outcomes. Journal Pediatr Psychology, 42, 636-646 .**
**_ Pohjasvaara, T. Leskela, M. Vataja, R. Kalska, H. Ylikoski, R. Hietanen, M. Leppavuori, A. Kaste, M. & Erkinjuntti, T. (2002). Post Stroke Depression, Executive Dysfunction and Functional Outcome, *European Journal of Neurology*, 9(3), 269-278.**
**_ Raul,G.Antoine,B.&Eileen,M.(2007). Executive Functions Among Individuals with Methamphetamine or Alcohol as Drugs of Choice: Preliminary Observations. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology , (2)29,155 – 159.**
**_ Rose,A. ( 2011) . Restorative Environments Influence on Cognitive Flexibility in Developing Adults .( published Master Thesis ) , the University of Utah .**

**_ Shamnon, B. &Tollman, S. (1994).ANeuropsychological Examination of Multible Sclerosis and its Imbact upon Higher Mental Functions, South African Journal of psychology,24(3),152-162.**
**_ *Sharon.M.*(2005). Cognitive Behavior Therapy in Nursing practice. New York: Springer Publisher Company.**
**_ Shugars, L. (2007). A Functional Assessment of Executive Functioning: the Hamburger Turning Tasks (published Master Thesis), University of Pittsburgh.**
**_ Singer, M. (2007). Three Types of Source Monitoring by Children with and Without Autism. The Role of Executive Function . Journal of Autism and Developmental Disorders, 35(1), 75-89 .**
**_ Sliwinski,J. ( 2011) . Computer Game Based Multimedia Training and Cognitive Flexibility . ( Published Master Thesis Published ), University of Berlin .**
**_ Solberg, L. Roach, A. & Segerstrom, S. (2009). Executive Functions, Self – Regulation, and Chronic Pain: A review. Annals of Behavioral Medicine, (2)37, 173-183.**
**_ Suzan,H. Zahra, A . Afsane , M . Hamed , E & Sara ,B. ( 2011) . Cognitive Flexibility, Attention and Speed of Mental Processing in Opioid and Methamphetamine Addicts in Comparison with Non-Addicts . Neur Scince , 2 ( 2 ) , 12 – 19 .**
**_ Teichner G.(2000). The Relationship of Neuropsychological Function to Measures of Substances Use in an Adolescent Drug-Abusing Sample. International Journal of Neuroscience.104(1),113-124.**
**_ *Thoits, P.* (2011).Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress .Journal of Health and Social, (2) 23 , 154 – 159.**
**- Verdejo ,A. Perales, J. Perez, M. (2007). Cognitive Impulsivity in Cocaine and Heroin Polysubstance Abusers. Addict Behavior , 32 (5) , 950 - 966.**
**_ Welsh, M. & Pennington, B. (1988). Assessing Frontal Lobe Functioning in Children: Views from Developmental Psychology .Developmental Neuropsychology, 4 (3), 199-230 .**
**_ WHO( 1988) . dictionary of substance use terms. Geneva.**
**_ Witzki, H. &Howerter, A. (2001).Cognitive Psychology . New York: Maple Press**
**_ Wolfe, E. (2004). Executive Function Processes: Inhibition, working Memory, Planning and Attention in Children and Youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder . (published Doctoral Thesis ). Texas A & M University .**