



مجلة كلية التربية . جامعة طنطا

ISSN (Print):- 1110-1237

ISSN (Online):- 2735-3761

<https://mkmgmt.journals.ekb.eg>

المجلد (٩١) العدد الثاني ج (١) أبريل ٢٠٢٥



فعالية برنامج علاجي عقلائي انفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين
من إدمان المخدرات

إعداد

أ/ حامد حمدان الرفاعي
باحث الدكتوراة تخصص الارشاد
النفسي والتربوي، جامعة الملك عبدالعزيز

أ.د/ إبراهيم الحسن حكيم
أستاذ علم النفس التربوي
جامعة الملك عبدالعزيز

المجلد (٩١) العدد الثاني ج (١) أبريل ٢٠٢٥ م

المستخلص:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج قائم على العلاج العقلاني الانفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات. تكونت العينة من (١٢) متعافياً من إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية في جدة، بمتوسط عمر (٣٠.٧) عاماً، تراوحت مدة تعافهم بين ٤ و ٧ أشهر. تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (٦ متعافين) وأخرى ضابطة (٦ متعافين)، وقام الباحثان بإعداد مقياس جودة النوم والبرنامج العقلاني الانفعالي، اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي باستخدام تصميم المجموعتين المتكافئتين (التجريبية والضابطة) لقياس تأثير البرنامج على جودة النوم، إلى جانب استخدام التصميم ذو المجموعة الواحدة لقياس استمرارية تأثير البرنامج بعد فترة المتابعة. أظهرت النتائج أن المشاركين في المجموعة التجريبية قد أظهروا تحسناً ملحوظاً في جودة النوم مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستمر التحسن في مرحلة التتبع. استنتجت الدراسة أن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي كان فعالاً في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وأوصت بتوفير فرص تدريبية للمختصين في مراكز العلاج لتطبيق هذه الاستراتيجيات العلاجية مع المتعافين.

الكلمات المفتاحية: العلاج العقلاني الانفعالي، إدمان المخدرات، جودة النوم، المتعافين.



The Effectiveness of a Rational-Emotional Therapeutic Program in Improving Sleep Quality among recovering drug addicts

Professor Dr. Ibrahim Al-Hassan Hakmi

M. Hamed Hamdan Al-Rifai

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a program based on rational emotive therapy to improve sleep quality in recovering drug addicts. The sample consisted of (12) recovering drug addicts residing in the "M" wing (halfway house) at the Erada Mental Health Complex in Jeddah, with an average age of (30.7) years, and their recovery period ranged between 4 and 7 months. The participants were divided into two groups: an experimental group (6 recovering individuals) and a control group (6 recovering individuals). The researchers prepared a sleep quality scale and the rational emotive program. The study relied on the experimental approach using an equivalent two-group design (experimental and control) to measure the effect of the program on sleep quality, in addition to using a single-group design to measure the continuity of the program's effect after the follow-up period.

The results showed that participants in the experimental group exhibited significant improvements in sleep quality compared to the control group, and the improvements were sustained during the follow-up period. The study concluded that the Rational Emotive Therapy-based program was effective in improving sleep quality among drug addicts in recovery, and it recommended providing training opportunities for specialists in treatment centers to apply these therapeutic strategies with recovering addicts.

Keywords: *Rational Emotive Therapy, Drug Addiction, Sleep Quality, Recovering Addicts.*

المقدمة

في كثيرٍ من الأحيان، نمُر جميعًا بلحظاتٍ من التوتر والقلق؛ لكن حين يتعلّق الأمر بالمتعافين من إدمان المخدرات، يُصبح هذا التوتر تحدّيًا يفوق الوصف. فبمُجرد أن تبدأ رحلة التعافي، تتأرجح المشاعرُ بين الأمل والرغبة في حياةٍ أفضل، وبين مخاوف الانتكاسِ وضغوطِ الواقعِ اليومي. خلال هذه الفترة الحساسة، قد تبدو أبسط الأمور اليومية، كالنوم بعمقٍ أو الاستيقاظ براحةٍ، بعيدة المنال. ومع تحسّن الحالة النفسية، يتحسّن أيضًا الجانب الأكثر هشاشةً لدى المتعافين: جودة النوم، التي تُعدّ البوابة الحقيقية لراحة الجسدِ وصفاءِ الذهن.

وتُعدّ اضطرابات النوم من أكثر المشكلات شيوعًا بين الأفراد المتعافين من إدمان المخدرات، حيث تشير الدراساتُ إلى أن ما يقارب ٧٠% من هذه الفئة يعانون من مشكلاتٍ مثل الأرق أو النوم المتقطع. (Peles, Schreiber, & Adelson, 2006)، كما أن هذه الاضطرابات لا تؤثر فقط على جودة الحياة اليومية، بل قد تزيد أيضًا من خطر الانتكاس والعودة إلى تعاطي المخدرات، خاصةً في المراحل المبكرة من التعافي (Brower & Perron, 2010). كما أن ضعف جودة النوم يؤدي إلى العديد من الاضطرابات مثل الأرق ومتلازمة تلمل الساقين، ما يؤثر سلبًا على جودة حياة المتعافين (البهنساوي، ٢٠١٨م).

استجابةً لهذه التحديات، استشعرت المملكة العربية السعودية خطورة مشكلة المخدرات وارتفاع معدلات الانتكاسة بين المتعافين. لذا، تمّ التركيز على إعادة تأهيل المدمنين من خلال تأسيس مستشفيات وعيادات متخصصة وتقديم الرعاية المنزلية لمن لا يستطيعون الذهاب إلى المراكز العلاجية. هذا يتضمن تقديم خدماتٍ بواسطة فرقٍ متخصصة مؤهلة، إلى جانب سنّ قوانين تشجّع المتعافين على التقدّم للعلاج قبل تطبيق العقوبات (العتيبي، ٢٠٢٣م).

بناءً على ما تقدم، يُظهر الوضع القائم ضرورة توفير برامجٍ إرشادية وتدريبية للمتعافين، من بينها العلاج العقلائي، لدعمهم في مواجهة التحديات التي يواجهونها أثناء وبعد فترة التعافي. وفي هذا السياق، يبرز العلاج العقلائي الانفعالي كأحد الأساليب العلاجية الفعالة

في التعامل مع اضطرابات النوم. يعتمد هذا النهج على تغيير الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي تثير المشاعر السلبية، مما يساعد الأفراد على تطوير استجابات انفعالية أكثر تكيفاً. (Ellis & Dryden, 2007). وأشارت دراسة Dryden and Neenan (2015) أن العلاج العقلاني يساعد الأفراد على تحدي الأفكار غير العقلانية التي تثير التوتر، مما يؤدي إلى تحسين الاسترخاء والنوم

بالرغم من فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في معالجة مشكلات الصحة النفسية بشكل عام، إلا أنه لا يزال هناك نقص في الأبحاث التي تستهدف المتعافين من إدمان المخدرات إلا أن المتعافين يواجهون تحديات كبيرة تتعلق بالتوتر واضطرابات النوم، مما يتطلب تصميم برامج علاجية تستهدف هذه الجوانب بشكل محدد. وبالتالي، يهدف هذا البحث إلى تقديم برنامج علاجي عقلاني انفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، مع تقييم فعاليته من خلال مقارنة النتائج مع مجموعة ضابطة تتلقى رعاية تقليدية.

مشكلة الدراسة

أكد التقرير الإحصائي الصادر من المديرية العامة لمكافحة المخدرات في عام ٢٠١٧م أن ما يزيد عن ٥.٥% من سكان العالم يتعاطون المخدرات، وبلغ عدد الوفيات بين المدمنين ما يقارب (٢٠٧,٤٠٠) حالة، بمعدل حالة لكل مليون شخص. كما أشارت الإحصائيات التي تضمنتها دراسة العنزي (٢٠٢٠م) إلى أن ٦٧% من المتعافين من إدمان المخدرات في المملكة العربية السعودية ينتكسون ويعودون للتعاطي، وذلك وفقاً للنتائج الصادرة من المراكز الخاصة بعلاج الإدمان، وبلغ عدد المنومين عام ٢٠٠٨م حوالي (١,٣٤٠) فرداً، ووصل عدد المنتكسين منهم حوالي (٧٠١) فرداً.

والقاسم المشترك بين جميع تلك الدراسات هو: التأكيد على أن التعافي من الإدمان يتطلب جهوداً عديدة وطويلة؛ للتخلص من هذه الآفة الخطيرة، سواء كان ذلك بإرادة المدمن، أو بمساعدة أسرته، أو بالخضوع للعلاج؛ لمساعدتهم في العودة إلى الحياة الطبيعية. ويُعتبر التعافي من إدمان المخدرات مرحلة مهمة من مراحل العلاج، ويتطلب اهتماماً خاصاً من قبل المدمن والمحيطين به، ويتأثر بالعديد من العوامل التي يمكن أن

تؤدي إلى الانتكاس والعودة إلى الإدمان مرةً أخرى، مثل القلق والتوتر الشديد، وما يصاحبهما من اضطراب النوم، والخوف من الرجوع لتعاطي المخدرات (الخصيري ، ٢٠١٧). وتُشير دراسة ديكرز وزملائه (Dekkers et al., 2020) إلى أن العديد من المتعافين من الإدمان يعانون من مشكلات في النوم، مما يتطلب البحث عن تدخلات فعّالة لتحسين جودة نومهم ودعم عملية التعافي . توّضح نتائج دراسة الناصر (٢٠٢٣) أنّ اضطرابات النوم تُشكل تحدياً كبيراً يؤثّر على جودة حياة المتعافين من الإدمان، مما يستدعي تطوير برامج علاجية فعّالة كالعلاج العقلائي الانفعالي لتحسين جودة النوم والحد من الأرق الذي يعاني منه هذه الفئة.

أوضحت دراسة العزب وزملائه (El-Azzab et al., 2022) أنّ انتشار الأفكار اللاعقلانية والتوتر بين المتعافين من الإدمان يشكّل تهديداً لاستمرار تعافهم، حيث يرتبط بارتفاع معدلات الانتكاسة، مما يُبرز الحاجة إلى استخدام علاجات فعّالة كالعلاج العقلائي الانفعالي لتحسين قدرتهم على الحفاظ على التعافي.

بناءً على ما سبق يتضح أنّ اضطرابات النوم تعدّ من التحديات البارزة التي تواجه المتعافين من إدمان المخدرات، حيث تُسهم هذه المشكلة في تعقيد مسارات التعافي. وعلى الرغم من فعالية البرامج العلاجية المتنوعة في معالجة هذه القضايا، إلا أنّها لا تزال هناك فجوة في الأبحاث التي تتناول تأثير العلاج العقلائي الانفعالي على جودة النوم لدى هذه الفئة بشكلٍ محدّد. ومن هنا، تسعى الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي عقلائي انفعالي يهدف إلى تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، مع اختبار فعالية هذا البرنامج وآثاره المستدامة في تحسين حالتهم النفسية والنوم. يُمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيس التالي: ما فعّالية برنامج علاجي عقلائي انفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات؟ ويتفرّع منه الأسئلة الفرعية التالية:

١. كيف يُؤثّر البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي على تحسين جودة النوم لدى مجموعة الدراسة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج؟

٢. ما هي الفروق في مستوى تحسّن جودة النوم بين المجموعة التجريبية والمجموعة

الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي؟

٣. هل يستمر تأثير البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي على مستوى تحسن جودة النوم لدى مجموعة الدراسة التجريبية بعد فترة من انتهاء التطبيق؟
أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى ما يلي:

- التحقق من فعالية برنامج علاجي عقلائي انفعالي في تحسين جودة النوم لدى عينة من المتعافين من إدمان المخدرات، قبل وبعد تطبيق البرنامج، وفي فترة المتابعة.
- مقارنة فعالية البرنامج مع مجموعة ضابطة لم يتم تدريبها على البرنامج في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في جانبين هما:

أ - أهمية نظرية:

- يساهم هذا البحث في توسيع وتطوير النظريات العلاجية المتعلقة بتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات .يوفر فهماً أعمق لكيفية تأثير اضطرابات النوم على عملية التعافي من الإدمان، ويعزز من فهمنا للعوامل التي تؤثر في جودة النوم.
- يساهم البحث في توجيه الأبحاث المستقبلية في مجال تحسين جودة النوم في برامج علاج الإدمان. من خلال توفير أدلة قوية على فاعلية البرنامج العقلائي الانفعالي في تحسين النوم، يمكن تطوير تدخلات أكثر تخصصاً لهذه الفئة.
- يوفر هذا البحث دعماً نظرياً لفاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي في مجال علاج اضطرابات النوم لدى المتعافين من الإدمان .من خلال إثبات فاعلية هذا البرنامج، يتم توفير دعم قوي للاعتماد على هذا النهج في تصميم برامج العلاج النفسي لتحسين النوم للمتعافين.
- يستخدم البحث أداة قياس جديدة لتقييم جودة النوم .حيث يتم استخدام مقياس جودة النوم لتشخيص حالة المرضى وتحديد مستوى تدهور النوم قبل وبعد تطبيق البرنامج.

ب - أهمية تطبيقية:

- يساهم البحث في تقديم برنامج علاجي فعّال لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات .ويُتوقع استمرار هذا التأثير بعد فترة من تطبيق البرنامج.
- يساعد تطبيق البرنامج في تنمية مهارات التحكم في النوم لدى المتعافين .ومن ثم، المساعدة في تحسين قدرتهم على النوم بشكل طبيعي، مما يساهم في تعزيز صحتهم العامة وتقليل المخاطر الصحية المترتبة على اضطرابات النوم.
- يساهم تطبيق البرنامج في تحسين صحة وجودة حياة المتعافين من إدمان المخدرات .من خلال تخفيف معاناتهم من الأعراض المزعجة والمتعلقة بالنوم، مثل الأرق، والتي قد تؤثر سلبًا على تقدمهم في عملية التعافي.
- يساهم تطبيق البرنامج في توفير خدمة نفسية متخصصة للمتعافين من إدمان المخدرات . وتلبية احتياجاتهم وتوقعاتهم من خلال تقديم برنامج مصمم خصيصًا لهذه الفئة، وذلك في إطار التوجه نحو التخصص في العلاج النفسي للمتعافين من الإدمان.

حدود البحث:

اقتصرتِ البحثِ الحالي على الحدودِ التالية:

- حُدودٌ مكانيةٌ: تمَّ إجراءُ البحثِ في مركزِ إدمانِ المخدِّراتِ المقيمينِ في جناحِ "M" (منزلِ منتصفِ الطريقِ) بمجمعِ إرادةٍ للصحةِ النفسيةِ بجدة - خدماتِ إرادةٍ (مستشفى الأملِ سابقاً).
- حُدودٌ زمانيةٌ: تمَّ تطبيقُ أدواتِ البحثِ خلالِ الفصلِ الدراسيِّ الأولِ للعامِ الجامعيِّ ٢٠٢٤.
- حُدودٌ بشريةٌ: تكوَّنتُ عينةُ الدراسةِ من (١٢) متعافياً من إدمانِ المخدِّراتِ المقيمينِ في جناحِ "M" (منزلِ منتصفِ الطريقِ) بمجمعِ إرادةٍ للصحةِ النفسيةِ بجدة - خدماتِ إرادةٍ (مستشفى الأملِ سابقاً). تراوحتُ أعمارُ المشاركونَ الزمنيَّةُ بينَ (٢٢-٣٩) عاماً، تمَّ تقسيمُ المشاركونَ إلى مجموعتينِ متساويتينِ ومتجانستينِ: إحداهما تجريبيةٌ تضمُّ (٦) متعافينَ من إدمانِ المخدِّراتِ، والأخرى ضابطةٌ تضمُّ (٦) متعافينَ من إدمانِ المخدِّراتِ، معَ التأكُّدِ منَ تجانسِهما في جودةِ النومِ كما يتَّضحُ منَ القياسِ القبليِّ.
- حُدودٌ موضوعيةٌ: اقتصرتِ الدراسةُ على تطبيقِ برنامجِ العلاجِ العقلانيِّ الانفعاليِّ في

تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

مصطلحات البحث الإجرائية:

- جودة النوم: "هو شعور الفرد بأنه ينام بسهولة، ويحصل على فترة كافية من النوم؛ ليستيقظ وهو مرتاح، ويكون متوسط النشاط المدة المستغرقة لبداية النوم، وعدد مرات الاستيقاظ خلال النوم وفق كفاءة معينة في الوقت الكلي للنوم، من خلال قراءات جهاز Actigraphy، ونسبة ٢٥% لمعدل كفاءة النوم كحد أدنى، و ٣٠ دقيقة لبداية فترة النوم كحد أقصى كمعيار تقييمي" (البهنساوي، ٢٠٢٠).
- ويمكن تعريف جودة النوم إجرائياً في هذه الدراسة: بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس جودة النوم المستخدم في هذه الدراسة.
- العلاج العقلاني الانفعالي: Rational Emotive وهو أحد الأساليب العلاجية التي قدمها ألبرت إليس (تاريخ الدراسة)، بهدف تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية في سلوك الفرد، وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية، من خلال استخدام فنيات معرفية وانفعالية؛ لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته اللاعقلانية، وما يصاحبها من خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (سعيد وآخرون، ٢٠١٩).
- ويُعرّف إجرائياً بأنه: برنامج علاجي عقلاني انفعالي، موجّه بشكل مباشر ومنظم في ضوء أسس علمية، يقوم على نظرية ألبرت إليس؛ لتقديم بعض الخدمات العلاجية للمتعافين من إدمان المخدرات بهدف مساعدتهم على التخلص من الأفكار اللاعقلانية؛ لتخفيف التوتر لديهم، وتحسين جودة نومهم، والمساهمة في عدم انتكاستهم.
- التعافي من إدمان المخدرات: Recovery from drug addiction عرّفه الدخيل (٢٠٠٩م) بأنه الفرد الذي خضع للعلاج الإكلينيكي والنفسي والاجتماعي، واستطاع التخلص من حالة الاعتماد الجسمي والنفسي على المادة المعطاة، كما أنه نجح في اجتياز الأعراض الانسحابية الناتجة عن تعاطي المواد الإدمانية، كالمخدرات والعقاقير المصنعة منها.
- أما التعريف الإجرائي فهو: توقّف الفرد عن تعاطي المواد المخدرة، وعودته لحالته

الطبيعية بفضل العلاج، وسعيه إلى تحقيق حياة أفضل بعد مرحلة التعاطي (الفالح، ٢٠١٧م).

الإطار النظري ودراسات وبحوث السابقة

أولا الإطار النظري

أولاً : التعافي من إدمان المخدرات

١- مفهوم التعافي من إدمان المخدرات

نظراً لعدم وجود تعريف محدد لمفهوم التعافي من إدمان المخدرات في الأدبيات المتاحة، فإنه من الضروري توضيح هذا المفهوم في هذه الدراسة من خلال استعراض المعنى اللغوي أولاً، ثم التطرق إلى التعريفات المختلفة التي قدّمها الدراسات ذات الصلة. فيما يتعلّق بالمعنى اللغوي لمصطلح "التعافي"، فإنه يشير إلى استعادة الشخص لقواه وصحته بعد تعرّضه للمرض، حيث يُقال: "تعافى المريض" بمعنى أنه شفي تماماً من مرضه وعاد إلى حالته الصحية الطبيعية. ووفقاً لما ورد في "المعجم الوسيط" (1988)، فإنّ التعافي يعني الشفاء، زوال العلة، واسترجاع العافية.

وتشير (Laudet, 2007) إلى أنّ التعافي يتضمّن الامتناع عن جميع المواد التي تُؤثّر على الحالة المزاجية، وهو عملية تهدف إلى تحسين حياة الفرد بشكل عام. كما وضّح (Hansen, Ganley, & Carlucci, 2008) الفرق بين الامتناع والتعافي، حيث يُعدّ الامتناع وفقاً لاستخدام المواد، بينما يُمثّل التعافي عملية مستمرة للنمو الشخصي والتحوّل. وعرّفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) التعافي بأنّه حالة من الاعتدال المستمر تأتي بعد فترة من تعاطي المخدرات. يشير هذا المفهوم إلى تحقيق استقرارٍ نفسي وسلوكي بعد التوقّف عن التعاطي، مع الحفاظ على حالة من الامتناع عن العودة إلى الإدمان. (Vandenbos, 2015)

وعرّفت سليمان وآخرون (٢٠٢٠، ص ١٠٥) التعافي من المخدرات إجرائياً بأنّه "عملية مستمرة ومتغيرة تعكس استرداد الفرد لذاته تدريجياً والعودة إلى حالته الطبيعية التي كان عليها قبل التعاطي والإدمان". يظهر هذا التعافي في جوانب متعدّدة مثل التزام المريض بالعلاج والمواعيد، وتحسّن العلاقات الاجتماعية والروحانية، وحدوث تغييرات

سلوكية تُؤثر على أساليب التعامل في الحياة، مما يُساعد الفرد على تحقيق الاستقرار النفسي والعقلي والدراسي تدريجياً. وفقاً لما ذكره (Carroll, 2020)، يُعد التعافي من الإدمان عملية معقدة ومستمرة تتطلب تغييرات جذرية في الجوانب الجسدية والنفسية للشخص. غالباً ما يُعاني الأفراد الذين يواجهون الإدمان من مشاعر شديدة من الخزي والذنب، مما يُؤدي إلى استمرار تعاطي المخدرات كوسيلة للهروب من هذه المشاعر. لذلك، يجب أن تُركّز استراتيجيات التعافي الفعالة على معالجة هذه المشاعر الموجهة نحو الذات، وخاصة من خلال تعزيز مفهوم "مسامحة الذات". كما عرّف بني سعد وزملاؤه (٢٠٢٠) المتعافي على أنه الشخص الذي اعتمد على تعاطي أحد أنواع المخدرات وخضع للعلاج الطبي، وهو الآن جزء من برنامج نموّ تكميليّ ويُظهر رغبة حقيقية في عدم العودة إلى الإدمان أو الانتكاسة، ويهدف إلى التغيير والنموّ المستمرّ. وعرّف (DiReda and Gonsalvez, 2016) التعافي من الإدمان على أنه عملية إعادة الاتصال بالذات من خلال الروابط الروحية مع قوّة عظمى، بالإضافة إلى إعادة الاندماج مع المجتمع والأسرة ومجموعات المساعدة المتبادلة. غالباً ما يجد الأفراد الباحثون عن التعافي في هذه المجموعات الدعم اللازم للتغلب على التحديات المرتبطة بالإدمان. ويشتمل التعافي من الإدمان على مجموعة الجهود التي يبذلها الفرد المدمن نحو الشفاء، حيث تُعدّ عملية التعافي مستمرة ومتدرّجة تستهدف بناء حياة الفرد أو إعادة بنائها من أجل العيش بسعادة واستقرار. وهذا يعني أنّ التعافي لا يقتصر على التوقّف عن التعاطي فقط، بل يتضمّن جزءاً رئيسياً من العملية يشمل تحقيق مستوى مرضٍ من الاستقرار الجسديّ، النفسيّ، الاجتماعيّ، والأسريّ بعد الانقطاع عن تعاطي المخدرات (الصقور وعربيات، ٢٠٢٣). وعرّف (Patton and Best, 2024) التعافي من الإدمان بأنه عملية ديناميكية تتطوي على تحولاتٍ طويلة الأمدٍ وشخصية معقدة في الهوية والسلوك ونمط الحياة. تشمل هذه التحولات زيادة في الرفاهية والنموّ الشخصي والمشاركة الفعالة في المجتمع. ومع ذلك، تُركّز العديد من الدراسات على الفترة الزمنية للتعافي أو نسبة الأفراد الذين سيتعافون، بينما تظلّ دراسة نقاط التحول والانتقال الضرورية لدعم عملية التعافي مستمرة وقليلة البحث.

٢- النظريات المفسرة للتعافي من إدمان المخدرات

ذكر الفالح (٢٠١٧، ص ص ٣٣-٣٤) أهم النظريات المفسرة للتعافي من إدمان المخدرات، ومنها ما يلي:

١. التعافي من إدمان المخدرات في ضوء النظرية الوظيفية

النظرية الوظيفية، التي نشأت من الفهم العضوي للمجتمع، تنظر إلى المجتمع كنسق اجتماعي يتكوّن من أجزاء مترابطة، حيث يقوم كل جزء بوظيفة معينة تسهم في استقرار وتوازن المجتمع. عند تطبيق هذه النظرية على التعافي من إدمان المخدرات، فإن الجمعيات العلاجية مثل جمعية "كفى" وجمعية "تعافي" يمكن اعتبارها أنساقاً اجتماعية تحتوي على أنساق فرعية تُقدّم خدمات علاجية وتأهيلية. هذه الجمعيات تلعب دوراً وظيفياً مهماً في إعادة تأهيل المدمنين ودمجهم في المجتمع، مما يُعزّز من فرص التعافي الشامل.

٢. التعافي من إدمان المخدرات في ضوء نظرية الأنومي

تنظر نظرية الأنومي إلى الفجوة بين الأهداف الاجتماعية والوسائل المتاحة لتحقيقها، حيث يؤدي هذا الاختلاف إلى سلوكيات انحرافية مثل الإدمان. التعافي، وفقاً لهذه النظرية، يعتمد على إعادة توازن الفرد مع دوره الاجتماعي، بحيث يشعر بالرضا والكفاية في أداء دوره. عندما يفشل الفرد في تحقيق هذا التوازن، قد يلجأ إلى سلوكيات غير سوية مثل الإدمان. تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية ودعم المدمن في تحقيق أهدافه يمكن أن يؤدي إلى التعافي.

٣. التعافي من إدمان المخدرات في ضوء نظرية الاختلاط التفاضلي

توضح نظرية الاختلاط التفاضلي أن السلوك، سواء كان سويًا أو انحرافيًا، يُكتسب من خلال التعلّم من الآخرين. التعافي من الإدمان يمكن أن يُفهم من خلال تأثير جماعات الأصدقاء في الجمعيات العلاجية، حيث إنّ الانخراط مع جماعات المتعافين يدعم استمرارية التعافي ويُقلّل من احتمالية الانتكاس.

٤. التعافي من إدمان المخدرات في ضوء نظرية الوصم

تؤكدُ نظريةُ الوصمِ أنّ المجتمعَ قد يُوصمُ المدمنينَ حتى بعدَ تعافيتهم، مما قد يُعيقُ عمليةَ إعادةِ إدماجهم في المجتمع. هذه الوصمةُ الاجتماعيةُ قد تجعلُ المتعافي عرضةً للانتكاس. ومن هنا، فإنّ قبولَ المجتمعِ للمتعافين ودعمهم يلعبُ دورًا حاسمًا في تعزيزِ استمراريةِ التعافي.

ومن جانبٍ آخر، توجدُ نظريتانِ ركّزتا على التعافي من إدمانِ المخدرات:

– نظرية التعافي الذاتي: (Self-Recovery Theory)

تعدُّ نظريةُ التعافي الذاتيِّ من النظرياتِ الأساسيةِ في تفسيرِ التعافي من الإدمان. وفقًا لـ (Laudet, 2012)، فإنّ التعافي الذاتيَّ يعتمدُ على قدرة الفرد على تغييرِ سلوكياته وأفكاره دونَ الاعتمادِ الكاملِ على التدخلاتِ الخارجية. تُشيرُ هذه النظريةُ إلى أنّ الأفرادَ يمكنهم تحقيقَ التعافي من خلالِ تطويرِ مهاراتِ التأقلم، تحسينِ الدعمِ الاجتماعيِّ، وتعزيزِ الدوافعِ الداخليةِ للتغييرِ. (Laudet, 2012, p. 12) على سبيلِ المثال، يمكنُ أن يُساعدَ تحديدُ الأهدافِ الشخصيةِ وبناءَ شبكةٍ داعمةٍ من الأصدقاءِ والعائلةِ في تعزيزِ عمليةِ التعافي. بالإضافةِ إلى ذلك، تُظهرُ الدراساتُ أنّ الأفرادَ الذين يتمتعونَ بمستوياتٍ عاليةٍ من المرونةِ النفسيةِ هم أكثرُ قدرةً على التغلبِ على التحدياتِ المرتبطةِ بالإدمان.

– نظرية التغيير المرحلي: (Transtheoretical Model of Change)

تعدُّ نظريةُ التغييرِ المرحليِّ، التي طورها (Prochaska & DiClemente, 1983)، أحدَ النماذجِ الأكثرِ استخدامًا في تفسيرِ التعافي من الإدمان. وفقًا لهذه النظرية، فإنّ التعافي يمرُّ بعدةِ مراحلٍ، بما في ذلكِ مرحلةٌ ما قبلِ التأملِ، التأملِ، الإعدادِ، الفعلِ، والمحافظةِ على التغييرِ. (Prochaska & DiClemente, 1983, p. 390) وبالتالي، يرى الباحثان أنّ فهمَ هذه المراحلِ يمكنُ أن يُساعدَ في تصميمِ برامجٍ علاجيةٍ فعّالةٍ تتناسبُ معَ احتياجاتِ الأفرادِ في كلّ مرحلةٍ. على سبيلِ المثال، يمكنُ أن تُساعدَ التدخلاتُ التي تُركّزُ على زيادةِ الوعيِ بمخاطرِ الإدمانِ في مرحلةٍ ما قبلِ التأملِ، بينما يمكنُ أن تُركّزَ التدخلاتُ في مرحلةِ الفعلِ على تطويرِ مهاراتِ التأقلمِ وإدارةِ الرغبةِ الشديدةِ في التعاطي.

٣- التحديات التي يواجهها المتعافون

التعافي من الإدمان هو عملية معقدة وطويلة الأمد، حيث يواجه الأفراد المتعافون العديد من التحديات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي قد تُعيق تقدمهم في رحلة التعافي. تشمل هذه التحديات التعامل مع ضغوط الحياة اليومية، المشاعر السلبية المرتبطة بالإدمان السابق، والوصمة الاجتماعية التي قد تؤدي إلى عزل المتعافين. يتطلب التغلب على هذه التحديات دعماً قوياً من الأسرة والمجتمع، بالإضافة إلى تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع المواقف الصعبة. فيما يلي أبرز التحديات التي يواجهها المتعافون من الإدمان، ومنها ما يلي:

- الوصمة الاجتماعية:

يواجه المتعافون من الإدمان وصمة اجتماعية قوية مرتبطة بتجاربيهم السابقة مع تعاطي المخدرات، حيث غالباً ما يُنظر إليهم بنظرة سلبية مما يؤدي إلى شعورهم بالعزلة الاجتماعية. أشار (Spencer, 2017) إلى أن المتعافين من الإدمان يُعانون من نظرة المجتمع السلبية تجاههم، خاصة في البيئات الأكاديمية، مما يؤثر على قدرتهم على الاندماج والتواصل مع الآخرين.

- التحديات النفسية:

يعاني المتعافون من الإدمان من مشاعر الندم والخزي بسبب الأضرار التي لحقت بهم وبالآخرين نتيجة لتعاطيهم المخدرات. هذه المشاعر قد تُشكّل عقبة أمام تقدمهم في عملية التعافي. وفقاً لما ذكره (Carroll, 2020)، فإن المتعافين يواجهون صعوبات في التعامل مع مشاعر الندم والرغبة في تقديم تعويضات عن الأضرار التي تسببوا بها، مما يجعل عملية التعافي أكثر تعقيداً ويحتاج إلى دعم نفسي مستمر.

- التحديات الاقتصادية:

غالباً ما يعاني المتعافون من الإدمان من مشاكل مالية ناجمة عن سنوات من الإدمان التي قد تشمل فقدان الوظائف أو القدرة على العمل بشكل منتظم. هذا الجانب يُسبب ضغوطاً إضافية على المتعافين أثناء محاولاتهم استعادة حياتهم المستقرة. أشار عبدالكريم والمعالم (٢٠١٧) إلى أن العديد من المتعافين يواجهون صعوبات اقتصادية تؤثر على

قدرتهم على تأمين احتياجاتهم الأساسية واستمرارهم في برامج العلاج.

التكيف مع الحياة الجديدة:

التكيف مع الحياة بعد التعافي يتطلب من المتعافين تبني أساليب حياة جديدة بعيداً عن العادات القديمة، بما في ذلك إيجاد أنشطة جديدة للتعامل مع التوتر والقلق. وفقاً لما ذكره عبدالكريم والمعاملي (٢٠١٨)، فإن الدعم الروحي يُعتبر أداة قوية لمساعدة المتعافين في التغلب على مشاعر القلق والاكتئاب التي قد تُصاحب عملية التعافي.

ثانياً : جودة النوم

١- مفهوم جودة النوم

يُعتبر النوم جزءاً أساسياً من روتين الإنسان اليومي، وهو لا يقل أهمية عن الماء والغذاء للحفاظ على الصحة العامة. يؤثر النوم الجيد على الأداء البدني والمعرفي، ويعزز الرفاهية النفسية. في المقابل، يؤدي اضطراب النوم إلى تأثيرات سلبية على الصحة العقلية والجسدية.

يعرّف (Buysse, 2014) جودة النوم بأنها تشير إلى مدى كفاءة وفعالية النوم في توفير الراحة الجسدية والنفسية للفرد. تُقاس جودة النوم بعدة معايير، بما في ذلك مدة النوم، كفاءة النوم (نسبة الوقت الذي يقضيه الفرد نائماً فعلياً مقارنةً بالوقت الكلي الذي يقضيه في السرير)، واستمرارية النوم (مدى قدرة الفرد على النوم دون انقطاع) بالإضافة إلى ذلك، يُعتبر الرضا الذاتي عن النوم مؤشراً مهماً لجودة النوم، حيث يشعر الفرد بالراحة والانتعاش بعد الاستيقاظ.

كما أن جودة النوم تلعب دوراً حيوياً في الحفاظ على الصحة الجسدية، حيث يُساعد النوم الجيد في تعزيز الجهاز المناعي، تحسين الوظائف المعرفية، وتقليل خطر الإصابة بأمراض مثل السمنة وأمراض القلب. على العكس من ذلك، يُمكن أن تؤدي جودة النوم الضعيفة إلى زيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة وتقليل القدرة على التعافي من الإجهاد الجسدي. (Walker, 2017, p. 12). وفقاً لـ (Krystal et al. (2019; p45)، فإن جودة النوم الجيدة ترتبط بصحة نفسية أفضل، بينما ترتبط جودة النوم الضعيفة بزيادة خطر الإصابة بأمراض مثل الاكتئاب والقلق. تُشير الدراسات إلى أن

اضطرابات النوم مثل الأرق أو النوم المتقطع يُمكن أن تُؤدِّي إلى تفاقم الأعراض النفسية، مما يُؤثِّر سلباً على جودة الحياة اليومية. لدى المتعافين من الإدمان، يُمكن أن تكون جودة النوم الضعيفة أحدَ العوامل التي تزيد من خطر الانتكاس. ويتضمن مفهوم جودة النوم عدة مؤشرات، منها مدة النوم وكفاءته والكمون، بالإضافة إلى الاستيقاظ المتكرر ليلاً. وتعتمد الدراسات في قياس جودة النوم على تقارير ذاتية أو أجهزة قياس موضوعية مثل تخطيط النوم (رفاعي وعبد الحميد، ٢٠٢٣).

٢- مؤشرات جودة النوم

أشار يوسف (٢٠٢٠، ص ٢٣١٣) إلى أن جودة النوم تشمل مظاهر كمية وأخرى كيفية. تتمثل المظاهر الكمية في مدة النوم واستمراريته، بينما تتجلى المظاهر الكيفية في عمق النوم، واستغراقه، ونوعيته، وكفاءته. كما تعبر جودة النوم عن مدى كفاءة استمرارية النوم واستعادة النشاط اليومي، بالإضافة إلى غياب المشاكل السلوكية والاختلالات الوظيفية أثناء النهار. وأشار البهنساوي وإبراهيم (٢٠٢٠، ص ٧) إلى مجموعة من المعايير التي تُعدُّ مؤشرات على جودة النوم. تشمل هذه المعايير: كمون بداية النوم، وهو مقدار الوقت الذي يستغرقه الفرد للدخول في النوم بعد الاستلقاء. كفاءة النوم، وتتمثل في نسبة الوقت الذي يقضيه الفرد نائماً مقارنة بالوقت الذي يقضيه في السرير. من المعايير الأخرى المهمة: الوقت الكلي للنوم، وعدد مرات الاستيقاظ، ومدّة اليقظة بعد بداية النوم، وهي معايير تعكس مدى جودة النوم الذي يحصل عليه الفرد. وأشار حنون والسحار (٢٠١٩، ص ٣٢) إلى أن تقرير National Sleep Foundation لعام ٢٠١٧، الذي استند إلى مراجعة ٢٧٧ دراسة، قدّم معايير محدّدة لجودة النوم، مثل الوقت المستغرق لبدء النوم، وعدد مرات الاستيقاظ التي تزيد عن ٥ دقائق، ووقت الاستيقاظ بعد بداية النوم، وكفاءة النوم. وأكّد التقرير على أن مدّة النوم ليست العامل الوحيد لجودة النوم، بل يشمل أيضاً معايير أخرى تتعلق بكفاءة واستمرارية النوم.

وبناءً على ما سبق يُمكن تحديد مؤشرات جودة النوم فيما يلي:

١. الزمن الكلي للنوم: يتحدّد بناءً على متوسط زمن النوم المناسب للمرحلة العمرية.
٢. استمرارية النوم: خلو النوم من الاستيقاظ المتكرّر.

- ٣ . كفاءة النوم: القدرة على النوم بدون استيقاظٍ متكرّرٍ .
- ٤ . الراحة بعد الاستيقاظ: شعور الفرد بالانتعاش والنشاط.
- ٥ . الأداء اليومي: القدرة على النشاط والحيوية خلال اليوم.
- ٦ . عدم وجود اضطرابات: مثل الأرق، الكوابيس، أو اضطرابات التنفّس.

٣- النظريات المفسرة لجودة النوم

جودة النوم تُعدُّ من المواضيع التي حظيت باهتمامٍ واسعٍ في الدراسات النفسية والبيولوجية، إذ إنّ النوم الجيد يُعدُّ مؤشراً مهماً للصحة النفسية والجسدية. وقد قدّم الباحثون العديد من النظريات لتفسير جودة النوم وتأثيراتها على الفرد. من بين هذه النظريات ما يلي:

- النظرية البيولوجية (التوازن الهرموني):

تشير هذه النظرية إلى أنّ جودة النوم ترتبط بالتوازن الهرموني في الجسم، وخاصة هرمون الميلاتونين الذي يُنظّم دورة النوم واليقظة. إنتاج الميلاتونين يزيد خلال الليل ويقل خلال النهار، مما يُساعد في ضبط أوقات النوم الطبيعية. التغيرات في هذا التوازن تُؤثّر على جودة النوم، حيث يُؤدّي انخفاض إنتاج الميلاتونين إلى اضطرابات في النوم (شقيير، ٢٠١٠).

- نظرية فقر الدم الدماغي:

تقتض هذه النظرية أنّ النوم يحدث نتيجة لتقليل تدفق الدم إلى الدماغ. وقد قام العلماء مثل موسو (Mosso) بدعم هذه النظرية من خلال دراساتٍ حول جريان الدم في الجسم، حيث لاحظ أنّ الدم يقل في الدماغ أثناء النوم. ولكن هذه النظرية تعرّضت للانتقادات من قبل باحثين مثل شيبارد (Sheppard) وكليتمان (Kleitman) الذين أظهروا أنّ حجم الدم في الدماغ لا يرتبط بشكلٍ واضحٍ بعملية النوم (مبارك، ٢٠٠٥).

- النظرية السلوكية:

تركز هذه النظرية على العوامل السلوكية والعادات التي تُؤثّر على جودة النوم. بحسب هذه النظرية، جودة النوم ترتبط بعادات النوم اليومية مثل وقت النوم، الروتين قبل النوم، والنشاطات التي يقوم بها الشخص قبل الذهاب إلى السرير. سلوكيات غير صحية

مثل السهر الطويل أو تناول الكافيين قبل النوم تؤدي إلى تدهور جودة النوم (Ulum & Fauzi, 2023).

النظرية المعرفية:

تشير هذه النظرية إلى أن التوتر والقلق يؤثران بشكل كبير على جودة النوم. عندما يكون الفرد مشغولاً بمخاوفه وأفكاره السلبية قبل النوم، فإن العقل يستمر في العمل النشط، مما يؤدي إلى صعوبة في الاستغراق في النوم. القلق المستمر قد يؤدي إلى الأرق وتدني جودة النوم بشكل عام (Xiao et al., 2023).

النظرية الاجتماعية:

ترتبط هذه النظرية بين العوامل الاجتماعية وجودة النوم. الضغوط الاجتماعية مثل العمل والعلاقات الشخصية قد تؤثر سلباً على النوم. الأشخاص الذين يعانون من ضغوط اجتماعية قد يواجهون صعوبة في الاسترخاء أثناء النوم، مما يؤدي إلى استيقاظ متكرر أو اضطراب في النوم. الدعم الاجتماعي الجيد قد يعزز جودة النوم (Groeger & Hepsomali, 2023).

من خلال ما سبق، يتضح أن النظريات المفصلة لجودة النوم تقدم فهماً متعدد الجوانب حول العوامل التي تؤثر على النوم. هذه النظريات تشمل الجوانب البيولوجية مثل التوازن الهرموني، والعوامل السلوكية مثل العادات اليومية، والمعرفية التي ترتبط بالقلق والتوتر، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية. كل نظرية تسهم في تقديم منظور مختلف حول كيفية تحسين جودة النوم وتقديم اس اضطرابات النوم لدى المتعافين من الإدمان

وتعد اضطرابات النوم من المشكلات الشائعة التي يواجهها المتعافون من الإدمان، حيث تؤثر بشكل كبير على عملية التعافي وتُسبب مضاعفات نفسية وجسدية. تشير الأبحاث إلى أن قلة جودة النوم ترتبط بزيادة خطر الانتكاس والضييق النفسي، مما يعزز الحاجة إلى إدراج هذه المشكلة ضمن استراتيجيات العلاج الشاملة. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن اضطرابات النوم، بما في ذلك الأرق، تؤثر بشكل كبير على الأشخاص المتعافين. فقد أكدت دراسة Valentino and Volkow (2020) أن النوم الرديء يرتبط بزيادة مخاطر الانتكاس والضييق النفسي لدى المتعافين من اضطرابات تعاطي المخدرات.

وأظهرت دراسة (Chakravorty et al., 2016) أنّ الأرق لدى المتعافين من الإدمان ينتشرُ بنسبةٍ تصلُ إلى ٦.٥ أضعافٍ مقارنةً بالسكانِ العامّين. هذا الأرقُ المترامُ يُعدُّ عاملاً أساسياً في زيادة خطر الانتكاسِ وتقادم مشاكلِ الصحةِ النفسية، مثل السلوكِ الانتحاريّ وتراجعِ الأداءِ اليوميّ والرفاهيةِ العامّة. وفي دراسةٍ أجراها Currie et al. (2003)، أظهرت النتائجُ أنّ ٧٩٪ من المتعافين من الإدمان يُعانون من مشاكلٍ في النوم، و٣٣.٩٪ يُعانون من مشاكلٍ تتراوحُ بين المتوسطةِ إلى الشديدةِ حتى بعدَ مرورِ عامٍ على الامتناعِ عن التعاطي. هذه المشاكلُ لا تقتصرُ على التأثيراتِ الجسديةِ فقط، بل تُؤثّرُ بشكلٍ كبيرٍ على الصحةِ النفسيةِ للأفراد، حيثُ ترتبطُ بزيادةِ الرغبةِ في العودةِ إلى تعاطي المخدراتِ، مما يُعزّزُ خطرَ الانتكاسِ.

الأفرادُ الذين يُعانون من اضطراباتٍ نفسيةٍ مترامنةٍ مع اضطراباتٍ تعاطي المخدراتِ يُواجهون صعوباتٍ إضافيةً في الحفاظِ على جودةِ النوم. كما أوضح Judá et al. (2022)، إنّ هؤلاء الأفرادُ يُعانون من أنماطِ نومٍ مُجزّأةٍ وزيادةٍ غيرٍ طبيعيةٍ في مدةِ النوم، مما يزيدُ من تعقيدِ جهودِ التعافي ويؤثّرُ سلباً على الصحةِ الجسديةِ والنفسيةِ. وتحسينُ جودةِ النوم يُعتبرُ عاملاً مهماً في تعزيزِ الصحةِ النفسيةِ والجسديةِ للأفرادِ المتعافين. وفقاً لدراسةِ Fatséas et al. (2016)، فإنّ النومَ الجيدَ يُساعدُ في تقليلِ احتمالاتِ الانتكاسِ ويُعزّزُ قدرةَ المتعافين على التعاملِ مع التحدياتِ النفسيةِ والجسديةِ التي قد تُواجههمُ خلالَ فترةِ التعافي. لذا، يُعتبرُ تحسينُ جودةِ النومِ جزءاً أساسياً من استراتيجياتِ العلاجِ الفعّالةِ للأفرادِ المتعافين من الإدمان.

مما سبق، يتضحُ أنّ اضطراباتِ النومِ تُعتبرُ تحدياً كبيراً في رحلةِ التعافي من الإدمان. فالنومُ السيئُ يُؤثّرُ سلباً على الصحةِ النفسيةِ والجسديةِ، ويزيدُ من مخاطرِ الانتكاسِ لدى الأفرادِ المتعافين. هذا الارتباطُ الوثيقُ بين جودةِ النومِ ونجاحِ التعافي يُوضّحُ أهميةَ دمجِ تحسينِ النومِ كجزءٍ أساسيٍّ في حُطِّ العلاجِ. كما أنّ الدراساتِ تُظهرُ أنّ معالجةَ مشاكلِ النومِ تُقلّلُ من الرغبةِ في العودةِ للإدمانِ وتُعزّزُ فرصَ النجاحِ في الحفاظِ على التعافي طويلِ الأمدِ.

ثالثاً: العلاج العقلاني الانفعالي

أشارت دراسة القحطاني (٢٠٢١، ص ٧٩٧) إلى أنّ "ليس" وضع ثلاثة فروضٍ أساسية لفهم طريقة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. أولها أنّ هناك صلة وثيقة بين التفكير والانفعال، بحيث أنّ كلّاً منهما يُؤثّر في الآخر بشكل متبادل، وفي بعض الأحيان يكونان نفس الشيء. ثانياً، أنّ التفكير والانفعال يميلان إلى أن يكونا في صورة حديث ذاتي أو عباراتٍ داخلية، وأنّ هذه العبارات التي يقولها الأفراد لأنفسهم تُصبح أفكارهم وانفعالاتهم. وبذلك، تُصبح هذه العبارات الداخلية قادرةً على توليد وتعديل الانفعالات.

(١) الفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي

أشارت دراسة بن طبالٍ وجُحارب (٢٠١٩، ص ٤٧) إلى أنّ المعالجين في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يوظفون عدداً من التقنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية وفقاً لطبيعة وحالة كلّ متعالج. تُهدف هذه التقنيات إلى تشجيع العملاء على تحقيق التغيير ومواصلة الجلسات العلاجية. تشمل التقنيات المعرفية الكشَف عن الأفكار غير العقلانية، المُناقشة، والتَمييز بين الرغبات والاحتياجات. بينما تركز التقنيات الانفعالية على قبول المرضى دون شروطٍ واستخدام الفكاهاة والقصص لتخفيف العبء النفسي. أمّا التقنيات السلوكية فتتضمن تنفيذ الواجبات المنزلية وتمارين التحمل والمكافآت والعقوبات لدفع العملاء نحو التغيير الإيجابي. ويمكن توضيح هذه الفنيات فيما يلي

الفنيات المعرفية:

- تُهدف الفنيات المعرفية إلى مساعدة العميل على تغيير أفكاره وطريقة تفكيره اللاعقلانية واستبدالها بتفكيرٍ عقلايٍّ ومنطقيٍّ. تشمل هذه الفنيات رفض الاعتقادات اللاعقلانية ودحضها من خلال مناقشة العميل في معتقداته وأفكاره غير العقلانية والتشكيك في محتواها. يُعتبر تعديل الحوار الذاتي الداخلي جزءاً أساسياً من العملية العلاجية؛ حيث يعكس الحديث الذاتي طريقة تفكير الفرد ومعتقداته، كما يؤثّر في الوقت نفسه على نمط التفكير. العلاقة بين الحوار الذاتي والتفكير هي علاقة تبادلية يصعب فيها تحديد السبب والنتيجة. بالإضافة إلى ذلك، تُعتبر الواجبات المنزلية جزءاً مهماً من العلاج النفسي، حيث يتحمل العميل مسؤولياته تجاه علاجه. هذه الفنيات المعرفية تُضع العميل أمام

مسؤولياته وتُساهم في إنجاح العلاج (إسماعيل، ٢٠١٣، ص ٤٤٧).

- الفِئَاتِ الانفعاليّة:

رغم الانتقادات الموجهة لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بخصوص إهمالها للجوانب الانفعالية، فإنّ المعالجين يعتمدون على العديد من الفِئَاتِ الانفعالية أثناء العملية العلاجية. هذه الفِئَاتِ تُساعد في التعامل مع الجوانب الانفعالية للمشاكل التي يُواجهها العميل، مما يُعزّز فعالية العلاج (إسماعيل، ٢٠١٣، ص ٤٤٧).

- الفِئَاتِ السلوكية

تشمل الفِئَاتِ السلوكية مجموعة متنوعة من الأساليب التي تُساعد العميل على التخلص من السلوك غير المرغوب فيه أو تعديله أو استبداله بسلوك مرغوب فيه. (المطيري والخليفي، ٢٠١٩، ص ١٣-٤٦). من بين هذه الفِئَاتِ تكليف العميل بواجبات منزلية تشمل مراجعة مواقف مخيفة، مع التركيز على التعرف على الأفكار اللاعقلانية وتدوينها. هذه الفِئَاتِ السلوكية تُعتبر جزءاً لا يتجزأ من عملية العلاج، وتُساهم في تعزيز التحسن السلوكي (أبو عمر وآخرون، ٢٠٢٢، ص ١٣٧).

وأكدت دراسة علي (٢٠٢٢، ص ٩) أنّ العلاج العقلاني الانفعالي يتضمّن مجموعة من الفِئَاتِ المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تهدف إلى تحقيق الأهداف العلاجية. تشمل الفِئَاتِ المعرفية الكشف والحوار، حيث يتضمّن الحوار الفِئَاتِ مثل الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه والحوار الذاتي، بالإضافة إلى التمييز وإعادة تأطير المشكلة والدحض. أمّا الفِئَاتِ الانفعالية فتشمل اللعب بالأدوار والنمذجة واستخدام القصص والشعارات والأشعار، وكذلك التخيّل لمراجعة الخبرات الانفعالية. وأخيراً، تتضمّن الفِئَاتِ السلوكية التعزيز والتشجيع، التدريب على الاسترخاء، وتكليف العميل بواجبات منزلية.

ثانياً: الدراسات السابقة

هدفت دراسة (Abbasi et al. (2020 إلى التحقق من فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم لدى عينة من المتعافيات من إدمان المخدرات. شملت العينة (٧٢) متعافية، تمّ تقسيمهنّ إلى مجموعتين متساويتين (٣٦) في كلّ مجموعة. حصلت المجموعة التجريبية على (٨) جلسات من العلاج العقلاني الانفعالي، بينما لم

تحصل المجموعة الضابطة على أي تدخل. استخدم مقياس مؤشر بيتسبرج لجودة النوم (PSQI) لتقييم المشاركات قبلًا وبعديًا وبعد شهر من نهاية التطبيق. أظهرت النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، واستمر التحسن في القياس التتبعي. أوصت الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث حول العلاج العقلاني الانفعالي.

وحاولت دراسة Dekkers et al. (2020) تحديد فاعلية برنامج جماعي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم بين الشباب المتعافين من الإدمان. شاركت في الدراسة عينة مكونة من (٢٠) طالبًا جميعهم من الذكور، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. تم تطبيق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي على المجموعة التجريبية لمدة (٩) أسابيع، وتم قياس جودة النوم قبل وبعد البرنامج. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على كفاءة البرنامج في تحسين جودة النوم. وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث للتحقق من فعالية العلاج.

وركزت دراسة Eddie et al. (2022) فحص كفاءة برنامج جماعي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم بين الأشخاص المتعافين من الإدمان. شملت العينة (٥١) فردًا تتراوح أعمارهم بين (١٩-٢٤) عامًا من أحد مراكز تأهيل الإدمان في البرازيل، وتم اختيارهم بناءً على درجاتهم المنخفضة في استبانة جودة النوم. استخدمت الدراسة استبانة جودة النوم (SQQ) لتقييم التحسن بعد تطبيق البرنامج. أظهرت النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، مما يؤكد كفاءة البرنامج في تحسين جودة النوم والحد من الأرق لدى المتعافين. وأوصت الدراسة بضرورة توسيع تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي لتحسين جودة الحياة النفسية.

وهدفت دراسة Pericot-Valverde et al. (2022) إلى تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين التأهيل النفسي لدى المتعافين من الإدمان وعلاقته بتحسين جودة النوم. شملت العينة (٩٣) شخصًا من المتعافين بمتوسط أعمار (٢٧-٢٩) عامًا من أحد مستشفيات العلاج النفسي في مدريد. تم استخدام مقياس أنماط التأهيل النفسي

(PCMI-I) واستبيان جودة النوم لتقييم تأثير البرنامج العلاجي. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين التأهيل النفسي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي وتحسن جودة النوم، حيث كانت الفروق دالة إحصائياً لصالح التطبيق البعدي. أوصت الدراسة بضرورة استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين التأهيل النفسي للمتعاين من الإدمان.

وحاولت دراسة (Traci et al. (2022) مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأرق مع الرعاية القياسية في تحسين جودة النوم لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والأرق. شملت الدراسة عينة من (٢١) مشاركاً في برامج علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، حيث تلقت مجموعة (١٠) أفراد علاجاً قائماً على العلاج المعرفي السلوكي للأرق، بينما تلقت المجموعة الأخرى (١١) الرعاية القياسية. أظهرت النتائج تحسناً كبيراً في أعراض الأرق في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي للأرق، حيث وصل مؤشر شدة الأرق إلى أقل من (٨) لدى (٨٠%) من المشاركين مقارنة ب (٢٥%) في المجموعة الضابطة. أوصت الدراسة بضرورة معالجة التحديات المرتبطة بتنفيذ هذا النوع من العلاج لتحقيق استدامته في برامج علاج اضطرابات التعاطي.

وهدفت دراسة (Zainab et al. (2022) إلى تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي للأرق في تحسين جودة الحياة عبر مختلف الفئات السكانية وطرق تقديم العلاج. شملت الدراسة تحليلاً منهجياً وميتاً تحليلياً لـ ٢٤ دراسة تضمنت ١٩٧٧ مشاركاً. أظهرت النتائج أن العلاج السلوكي المعرفي للأرق كان له تأثير إيجابي كبير على جودة الحياة، حيث بلغ الفارق المعياري المتوسط الإجمالي ٠.٤٧، مما يشير إلى تحسينات كبيرة مقارنة بالمجموعات الضابطة. توصي الدراسة بتوسيع استخدام العلاج السلوكي المعرفي نظراً لفعاليتها، مع التأكيد على أهمية مراعاة الفروق بين الفئات السكانية المختلفة في تقييم جودة الحياة.

وهدفت دراسة (Chakravorty et al. (2023) إلى تقييم فعالية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم بين المتعاين من إدمان المخدرات. شملت العينة (٢٢) مشاركاً، تم توزيعهم إلى مجموعتين متساويتين (١١) شخصاً في كل مجموعة. حصلت المجموعة التجريبية على برنامج للعلاج العقلاني الانفعالي لمدة (٨)

أسابيع، بينما لم تحصل المجموعة الضابطة على أي تدخل. استخدمت الدراسة مقاييس شدة الأرق (ISI) وجودة النوم والمعتقدات الخاطئة حول النوم. أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، واستمر التحسن بعد (٦) أشهر من انتهاء الدراسة. أوصت الدراسة بتعميم استخدام العلاج العقلاني الانفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من الإدمان.

وفحصت دراسة (Qin et al. (2023) تقييم تأثير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على الأليكسيثيميا، القلق، الاكتئاب، وجودة النوم لدى كبار السن في دور الرعاية. شملت الدراسة عينة مكونة من (٨٦) مشاركًا، تلقى (٤٢) منهم رعاية معتادة (المجموعة الضابطة) و(٤٢) تلقوا رعاية معتادة مع علاج عقلاني انفعالي (المجموعة التجريبية). أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا في الأليكسيثيميا وجودة النوم في المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة خلال فترة المتابعة التي استمرت ثلاثة أشهر، بينما لم يظهر أي تأثير كبير على القلق والاكتئاب. أوصت الدراسة بتطوير هذا العلاج لتحقيق تأثير أوسع في المستقبل.

وهدفت دراسة (Wang et al. (2024) إلى استكشاف فوائد إعادة التأهيل السريري لدمج اليقظة الذهنية مع التمارين الرياضية الهوائية للأشخاص الذين يعانون من اضطراب استخدام الميثامفيتامين. شملت الدراسة (٥٢) مشاركًا ذكورا تم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعتين: مجموعة اليقظة الذهنية والتمارين الهوائية، مجموعة التمارين الهوائية، والمجموعة الضابطة. تم قياس جودة النوم، الرغبة في تعاطي المخدرات، ونشاط الدماغ قبل وبعد التدخل الذي استمر (١٢) أسبوعًا. أظهرت النتائج تحسنا كبيرا في جودة النوم وانخفاض الرغبة في التعاطي في المجموعتين التي مارست التمارين، وكانت المجموعة التي جمعت بين اليقظة والتمارين الهوائية هي الأكثر فعالية. أوصت الدراسة بدمج اليقظة الذهنية مع التمارين الهوائية كنهج فعال لتحسين جودة النوم وتقليل الرغبة في التعاطي لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب استخدام الميثامفيتامين.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

ساهمت الدراسات السابقة في توجيه البحث الحالي وتحديد مشكلته، حيث أكدت على أن جودة النوم تعد من التحديات الرئيسية التي يواجهها المتعافون من الإدمان. كما ساعدت في اختيار الأداة المناسبة لقياس جودة النوم بناءً على الأدوات التي تم استخدامها في الأبحاث السابقة. كذلك، ساهمت هذه الدراسات في تصميم البرنامج العلاجي، حيث اعتمد الباحث على آليات العلاج العقلاني الانفعالي التي أثبتت فعاليتها في الدراسات السابقة. بالإضافة إلى ذلك، وفرت الدراسات السابقة إطاراً معرفياً وأدلة علمية قوية دعمت البحث الحالي، ووجهت الباحث نحو الدراسات والمراجع ذات الصلة، مما ساعد في تكوين فهم شامل للأطر النظرية والتطبيقية المرتبطة بالبحث.

فروض الدراسة:

- في ضوء الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
 - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات ، وذلك لصالح القياس البعدي.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) على مقياس جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات".
- الطريقة والاجراءات

منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي، باعتبارها تجربة هدفها التعرف على فاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي (كمتغير مستقل) لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات (كمتغير تابع)، إلى جانب استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين

المتكافئتين (التجريبية - الضابطة) للوقوف على أثر البرنامج على المتغيرات محلّ الدراسة، فضلاً عن استخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة للوقوف على مدى استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة.

مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة هو مصطلحٌ علميُّ يُستخدمُ للدلالة على مَنْ تنطبقُ عليهم نتائج الدراسة، وفي هذه الدراسة، يُشكّلُ مجتمعُ الدراسة جميعَ المتعافين من إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M"، أو ما يُعرفُ بـ "منزل منتصف الطريق"، في مجمع إرادة للصحة النفسية - خدمات إرادة بجدة، والذي كان يُطلقُ عليه سابقاً اسمُ "مستشفى الأمل".

عينة الدراسة

١- المشاركون في دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

تمت دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على عينة قوامها (٢٠) متعافياً من إدمان المخدرات، من المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة. تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٢٥ - ٤٠) عاماً بمتوسطٍ عمريّ قدره (٣٢.٥)، وانحرافٍ معياريّ قدره (٣.٨).

٢ - المشاركون في الدراسة (العينة الأساسية)

تكوّنت عينة الدراسة من (١٢) متعافياً من إدمان المخدرات المقيمين في جناح "M" (منزل منتصف الطريق) بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة - خدمات إرادة (مستشفى الأمل سابقاً). تراوحت أعمار المشاركين الزمنية بين (٢٢-٣٩) عاماً بمتوسطٍ عمريّ (٣٠.٧) عاماً وانحرافٍ معياريّ (٤.٢٦). وتراوحت مدة تعافيتهم بين ٤ أشهر إلى سبعة أشهر، تمّ تقسيم المشاركين إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين، إحداهما تجريبية تضم (٦) متعافين من الإدمان، والأخرى ضابطة تضم (٦) متعافين من الإدمان، مع التأكد من تجانسهما في مستويات التوتر وجودة النوم كما يتضح من القياس القبلي.

شروط ومواصفات عينة الدراسة:

- أن يكون من المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك من خلال تقرير طبيّ معتمد من مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة.

- أن تكون مدة التعافي لديهم لا تقل عن ٤ أشهر ولا تزيد عن سبعة أشهر .
 - أن يتراوح عمرهم الزمني بين (٢٢-٣٩) عامًا .
 - أن لا يعانون من أي اضطرابات نفسية أو جسدية أخرى تعيق المشاركة في البرنامج العلاجي .
 - أن تكون جودة النوم لديهم منخفضة، وفق قياس جودة النوم باستخدام مقياس أعدّه الباحثان .
 - تكافؤ مجموعتي الدراسة (التجريبية - الضابطة) لضمان عدم تأثير الفروق بينهما على نتائج الدراسة، وتحقيق نتائج موضوعية ودقيقة .
- التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة للمتعافين من إدمان المخدرات تم إجراء التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة للمتعافين من إدمان المخدرات في كل من: (العمر الزمني، مدة التعافي، والقياس القبلي لجودة النوم بجميع الأبعاد والدرجة الكلية). ولتحقيق ذلك، استخدم الباحثان اختبار مان-ويتني *Mann-Whitney*، وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١) دلالة الفروق بين متوسطات رتب مدة التعافي لأفراد المجموعتين التجريبية

والضابطة (التكافؤ) (ن = ٢ = ٦)

البُعد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
العمر الزمني	تجريبية	٣٠.٦٧	٣.٢٧	٦.٦٧	١٧.٠٠	-٠.١٦	٠.٨٧
	ضابطة	٣٠.٨٣	٥.٤٢	٦.٣٣			
مدة التعافي	تجريبية	١١.٥٠	٣.٦٢	٥.٧٥	١٣.٥٠	-٠.٧٢	٠.٤٧
	ضابطة	١٣.٥٠	٥.٠٥	٧.٢٥			

يتضح من جدول (١) أن قيمة Z المحسوبة لمدة التعافي بلغت (-٠.٧٢)، و(-٠.١٦) للعمر الزمني وهي أقل من القيمة الحدية (١.٩٦). وبالتالي يمكن القول إنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب العمر الزمني ومدة التعافي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، مما يطمئن الباحث إلى تجانس العينتين قبل تطبيق البرنامج.

جدول (٢) دلالة الفروق بين متوسطى رتب جودة النوم لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

التباعد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
بداية النوم ومدته	تجريبية	١٤.٥٠	٢.١٧	٧.٦٧	١١.٠٠	-١.١٤	٠.٢٦
	ضابطة	١٣.٠٠	٢.٢٨	٥.٣٣			
كفاءة النوم واستمراريته	تجريبية	١٧.٨٣	٢.٦٤	٦.٥٠	١٨.٠٠	٠.٠٠	١.٠٠
	ضابطة	١٧.٨٣	٣.٧١	٦.٥٠			
النوم الصحي الجيد	تجريبية	١١.٠٠	٢.٦١	٦.٠٨	١٥.٥٠	-٠.٤١	٠.٦٨
	ضابطة	١١.٦٧	٢.٥٨	٦.٩٢			
الأداء اليومي	تجريبية	٩.٠٠	١.٥٥	٦.٤٢	١٧.٥٠	-٠.٠٨	٠.٩٣
	ضابطة	٩.٠٠	١.٢٦	٦.٥٨			
الدرجة الكلية	تجريبية	٥٢.٣٣	٤.٩٧	٦.٤٢	١٧.٥٠	-٠.٠٨	٠.٩٤
	ضابطة	٥١.٥٠	٥.٦٨	٦.٥٨			

يتضح من جدول (٢) أنّ قيمة Z المحسوبة لمستوى جودة النوم بلغت (-٠.٠٨) وهي أقل من القيمة الحديّة (١.٩٦)، وبالتالي يمكن القول أنّه لا توجد فروق دالّة إحصائيًا بين متوسطي رتب مستوى جودة النوم لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، مما يُطمئن الباحث إلى تجانس العينتين قبل تطبيق البرنامج،
ثالثًا: أدوات الدراسة

- مقياس جودة النوم لدى الأفراد المتعافين من إدمان المخدرات (إعداد الباحثان).

- برنامج علاجيّ عقلائيّ انفعاليّ (إعداد الباحثان).

٢- مقياس جودة النوم للمتعافين من الإدمان (اعداد الباحثان)

وصف المقياس وهدفه

يهدف مقياس جودة النوم إلى تقييم مستويات جودة النوم لدى الأفراد في مختلف السياقات الحياتية، ويشمل أبعادًا متعددة لتحديد تأثير جودة النوم على الجوانب الانفعالية،

الفسولوجية، النفسية، السلوكية، والمعرفية. اعتمد الباحثان في إعداد المقياس إلى الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة والمقاييس ذات الصلة بموضوع الدراسة، مثل مقياس جودة النوم ليوسف (٢٠٢٠)، والبيدوي وزملائه (٢٠٢٢) الذين قاموا ببناء وتطبيق مقياس جودة النوم لدى لاعبي الرياضات المختلفة، وعبدالمجيد وزملائه (٢٠٢١) الذين بحثوا الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة النوم في الثقافة المصرية، بالإضافة إلى دراسة البهنساوي (٢٠٢٠) التي تناولت الخصائص السيكومترية لمؤشر جودة النوم لبيتسبرغ لدى عينة من الأمراض المزمنة والأصحاء.

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٣٥) عبارة، تم توزيعها على أربعة أبعاد رئيسية. البعد الأول يتناول بداية النوم ومدته ويتضمن (٩) عبارات، في حين يركز البعد الثاني على كفاءة النوم واستمراريته ويتضمن (١٣) عبارة. أما البعد الثالث فيركز على النوم الصحي الجيد ويتكون من (٧) عبارات. وفيما يتعلق بالبعد الرابع، فإنه يركز على الأداء اليومي ويتكون من (٦) عبارات. يساعد هذا المقياس في فهم تأثيرات النوم على جوانب مختلفة من حياة الأفراد وتحديد مشكلاته وأثره على جودة حياتهم.

يتم تصحيح مقياس جودة النوم للمتعافين من الإدمان عبر ثلاثة خيارات للإجابة: "يحدث باستمرار"، "يحدث أحياناً"، و"لا يحدث أبداً". تُمنح البنود ذات الاتجاه الإيجابي درجات من (١ إلى ٣)، بينما تُعكس الدرجات في البنود ذات الاتجاه السلبي. تُحسب الدرجة الكلية بجمع الدرجات لجميع البنود، حيث تتراوح بين (٣٥ - ١٠٥)، وتعكس الدرجات المنخفضة جودة نوم ضعيفة، بينما تشير الدرجات المرتفعة إلى جودة نوم جيدة. جدول (٣) أبعاد مقياس جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات والعبارات الدالة

على كل بعد

عدد البنود	العبارات	البعد
٩	٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١	بداية النوم ومدته
١٣	٢٢، ٢١، ٢٠، ١٩، ١٨، ١٧، ١٦، ١٥، ١٤، ١٣، ١٢، ١١، ١٠	كفاءة النوم واستمراريته
٧	٢٩، ٢٨، ٢٧، ٢٦، ٢٥، ٢٤، ٢٣	النوم الصحي الجيد
٦	٣٥، ٣٤، ٣٣، ٣٢، ٣١، ٣٠	الأداء اليومي
٣٥		الدرجة الكلية

الخصائص السيكومترية للمقياس

(١) الاتساق الداخلي (المفردات مع الدرجة الكلية)

وذلك من خلال درجات عينة التقنين (الاستطلاعية) بإيجاد معامل ارتباط بيرسون

(Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤) معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية لمقياس جودة النوم

لدى المتعافين من الإدمان (ن = ٢٠)

الأداء اليومي		النوم الصحي الجيد		كفاءة النوم واستمراريته		بداية النوم ومدته	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠.٧٤٢	٣٠	**٠.٧٩٠	٢٣	**٠.٧٤٠	١٠	**٠.٧٠٨	١
**٠.٧٦٥	٣١	**٠.٧٦٨	٢٤	**٠.٧٦٤	١١	**٠.٧٣٥	٢
**٠.٧٥٠	٣٢	**٠.٧٧٤	٢٥	**٠.٧٩١	١٢	**٠.٧٥٢	٣
**٠.٧١٠	٣٣	**٠.٧٦٣	٢٦	**٠.٧٥٥	١٣	**٠.٧٩١	٤
**٠.٧٨٩	٣٤	**٠.٧٥٨	٢٧	**٠.٧٧٠	١٤	**٠.٨٠٢	٥
**٠.٧٧٤	٣٥	**٠.٨٠٢	٢٨	**٠.٧٦٤	١٥	**٠.٧٦٥	٦
		**٠.٧٤٠	٢٩	**٠.٧٨٥	١٦	**٠.٧٤٠	٧
				**٠.٧٥٥	١٧	**٠.٨١٨	٨
				**٠.٧٥٢	١٨	**٠.٧٨٠	٩
				**٠.٨٣٠	١٩		
				**٠.٧٦٥	٢٠		
				**٠.٨٣٥	٢١		
				**٠.٧٧٨	٢٢		

يتضح من جدول (٤) أن جميع مفردات مقياس جودة النوم لدى المتعافين من الإدمان

معاملات ارتباطها دالة إحصائياً عند (٠.٠١)، وهذا يدل على تمتع المقياس بدرجة صدق

مرتفعة.

(٢) الاتساق الداخلي (البعد مع الدرجة الكلية للمقياس)

تمَّ حسابُ معاملاتِ الارتباطِ باستخدامِ مُعاملِ بيرسون (Pearson) بينَ ارتباطِ كلِّ بُعدٍ بالدرجةِ الكليةِ لمقياسِ جودةِ النومِ لدى المتعافين من الإدمانِ، ويوضِّحُ ذلكَ الجدولُ (٥):
جدول (٥) معاملات ارتباطات أبعاد مقياس جودة النوم بالدرجة الكلية لدى المتعافين من الإدمان (ن=٢٠)

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البُعد
٠.٠١	**٠.٧٦٨	بداية النوم ومدته
٠.٠١	**٠.٧٨٥	كفاءة النوم واستمراريته
٠.٠١	**٠.٨١٢	النوم الصحي الجيد
٠.٠١	**٠.٨٩٧	الأداء اليومي

يتَّضحُ منَ جدولِ (٥) أنَّ جميعَ معاملاتِ الارتباطِ دالَّةٌ عندَ مستوى دلالةٍ (٠.٠١)، مما يدلُّ على تمتعِ المقياسِ بالاتساقِ الداخليِّ.
ثانياً: ثبات المقياس:

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

تمَّ حسابُ معاملِ ثباتِ جودةِ النومِ باستخدامِ معاملِ ألفا - كرونباخ، الذي يقيسُ مدى ارتباطِ مجموعةٍ منَ العناصرِ ببعضها البعضِ كمجموعةٍ متسقةٍ، وطريقةِ معاملِ أوميغا، التي تقيسُ مدى ارتباطِ كلِّ عنصرٍ بالمجموعةِ الكليةِ والعواملِ الفرعيةِ، وبيناً ذلكَ في جدولِ (٦).

جدول (٦) قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ ومعامل أوميغا لمقياس جودة

النوم (ن = ٢٠)

التجزئة النصفية	معامل ألفا - كرونباخ	معامل أوميغا	عدد المفردات	البُعد
٠.٨١	٠.٨١٦	٠.٨٣	٩	بداية النوم ومدته
٠.٨١	٠.٨٢١	٠.٨٣٥	١٣	كفاءة النوم واستمراريته
٠.٨	٠.٨٠٤	٠.٨١٨	٧	النوم الصحي الجيد
٠.٧٩	٠.٨٠٥	٠.٨١٢	٦	الأداء اليومي
٠.٨٤	٠.٨٦	٠.٨٧٦	٣٥	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٦) أنّ معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس جودة النوم، باستخدام معامل أوميغا، تتراوح بين (٠.٨١٢) و(٠.٨٣٥)، مما يدل على وجود اتساقٍ داخليّ عالٍ بين مفردات كلِّ بُعدٍ. كما تراوحت قيم معامل ألفا كرونباخ بين (٠.٨٠٤) و(٠.٨٢١)، مشيرةً إلى مستوى عالٍ من الثبات في المقياس. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت قيم معامل التجزئة النصفية مستوىً عالياً من الثبات، حيثُ تراوحت بين (٠.٧٩٠) و(٠.٨١٠). بالنسبة للدرجة الكلية، فقد بلغت قيم معامل أوميغا (٠.٨٧٦) ومعامل ألفا كرونباخ (٠.٨٦٠) ومعامل التجزئة النصفية (٠.٨٤٠)، مما يعزّز موثوقية المقياس في قياس جودة النوم لدى المتعافين من الإدمان.

البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي

مفهوم البرنامج العلاجي:

هو منهج علاجي يستند إلى مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي، ويهدف إلى تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات من خلال تعديل الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وواقعية، مما يساهم في تحقيق التوازن النفسي والبدني. يتضمن البرنامج جلسات علاجية تُقدم في بيئة آمنة وداعمة، مع استخدام أساليب متنوعة مثل التنقيف النفسي، التدريب على المهارات السلوكية والمعرفية، وتقنيات الاسترخاء، مما يساعد المتعافين على تنظيم نومهم وتعزيز جودته بشكل مستدام.

أهداف البرنامج

الهدف العام:

يهدف البرنامج العلاجي إلى تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات من خلال استخدام أساليب العلاج العقلاني الانفعالي، مما يساهم في تحقيق التوازن النفسي وتعزيز الصحة العامة.

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف المشاركون على أفكارهم السلبية والمعتقدات غير العقلانية التي تؤثر على جودة النوم.
- أن يتعلم المشاركون كيفية مواجهة المشكلات بأسلوب إيجابي وفعال.

- أن يكتسب المشاركون تقنيات الاسترخاء كوسيلة لتحسين جودة النوم.
- أن يتمكن المشاركون من استخدام الحديث الإيجابي مع الذات لتعزيز الثقة بالنفس والتقليل من المشاعر السلبية.
- أن يتعرف المشاركون على أهمية النوم الصحي ودوره في تعزيز الصحة النفسية والجسدية.
- أن يكتسب المشاركون معرفة عن عادات النوم الصحية وكيفية تبنيها في حياتهم اليومية.
- أن يتعلم المشاركون أسباب الأرق وآثاره على الصحة النفسية والجسدية.
- أن يتعرف المشاركون على مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي، وخاصة نموذج (A.B.C.D.E)، واستخدامه في تعديل السلوك.
- أن يتدرب المشاركون على تقنية التخيل العقلاني الانفعالي لتحسين استجاباتهم تجاه المشكلات والمواقف الضاغطة.
- أن يتعلم المشاركون تقنيات تعديل التفكير السلبي لتحسين جودة النوم.
- أن يتمكن المشاركون من تشتيت الذهن عن الأفكار السلبية باستخدام أساليب مبتكرة.
- أن يتعلم المشاركون كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة بأفكار إيجابية تدعم الصحة النفسية.
- أن يطبق المشاركون الأنشطة العلاجية عملياً لتحسين جودة النوم.

مصادر محتوى البرنامج

استند الباحث في بناء البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات إلى الدراسات السابقة والإطار النظري للعلاج العقلاني الانفعالي. تم التركيز على العلاقة بين اضطرابات النوم والتدخلات العلاجية الفعالة، حيث اعتمد البرنامج على دراسة شند والدسوقي (٢٠٠٣) حول فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى طلاب الجامعة، ودراسة حنون والسحر (٢٠١٩) التي بحثت فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي لتحسين جودة النوم لدى الطلاب ذوي المشكلات السلوكية، بالإضافة إلى دراسة حنفي ومحمود (٢٠٢٤) التي تناولت تأثير البرامج التدريبية متعددة الأنشطة على تحسين جودة النوم لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

كما استند إلى دراسات علمية مثل دراسة أبو غالي وحجازي (٢٠١٦) التي استعرضت تأثير البرامج الإرشادية في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم. إلى جانب مراجعة الأدبيات العلمية، أجرى الباحثان مقابلات مع متخصصين في علاج الإدمان وأخصائيين نفسيين، إضافة إلى مراجعة تجارب ميدانية لفهم احتياجات المتعافين، مما ساهم في تطوير برنامج شامل يركز على تحسين جودة النوم من خلال تعديل الأفكار غير العقلانية وتعزيز العادات الصحية للنوم.

محتوي البرنامج

يتكون البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات من (١٥) وحدة رئيسية موزعة على (١٥) جلسة علاجية تُعقد بمعدل جلسة أو جلستين أسبوعياً وفق استجابة المشاركين، وتستغرق كل جلسة (٩٠-٦٠) دقيقة. (يشمل البرنامج أنشطة تطبيقية وتمارين تفاعلية تُقدّم في بيئة علاجية داعمة، مع تغذية راجعة وتقييم مستمر لضمان تحقيق أهدافه العلاجية.

الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة

يعتمد البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي على مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية التي تهدف إلى تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وتشمل التفاعل النشط من خلال مناقشات تفاعلية وتمارين تطبيقية لتعزيز التفكير الإيجابي، والنمذجة باستخدام أمثلة واقعية ولعب الأدوار لفهم أساليب التعامل مع المشكلات، بالإضافة إلى التكرار والتعزيز لدعم التقدم في اكتساب المهارات العلاجية. كما يتضمن البرنامج التقييم المستمر لمراقبة تطور جودة النوم، إلى جانب تمارين الاسترخاء مثل التنفس العميق والاسترخاء التدريجي، وتشتيت الذهن عبر تقنيات تساعد على تقليل التفكير السلبي، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية لتعزيز استمرارية التحسن من خلال التطبيق العملي للمهارات المكتسبة.

الأدوات المستخدمة في البرنامج

يستخدم البرنامج مجموعة متنوعة من الأدوات العلاجية لدعم فعاليته، حيث تشمل استمارات التقييم الذاتي لتحليل الأفكار غير العقلانية والعمل على استبدالها بأفكار إيجابية، وتسجيلات صوتية لجلسات استرخاء موجهة وتحسين عادات النوم، إلى جانب

أوراق عمل تساعد المشاركين في توثيق تقدمهم وتسجيل مشاعرهم وانفعالاتهم. كما يعتمد البرنامج على فيديوهات تعليمية لشرح استراتيجيات التعامل مع اضطرابات النوم، ومواد توعوية مثل البروشورات والكتيبات التي توضح العلاقة بين جودة النوم والصحة النفسية، بالإضافة إلى جداول مراقبة السلوك التي تساعد في توثيق التحسن اليومي وتحديد العوامل المؤثرة على جودة النوم.

تقويم البرنامج

تم عرض البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات على مجموعة من المحكمين المتخصصين في العلاج النفسي والإرشاد، وتم تعديل محتواه بناءً على ملاحظاتهم لضمان فاعليته.

- التقويم التكويني: يتم تقييم أداء المشاركين خلال كل جلسة من خلال ملاحظات الباحث ومراجعة الواجبات المنزلية، بالإضافة إلى تغذية راجعة دورية بعد كل ثلاث جلسات لتقييم مدى استيعاب المشاركين للمفاهيم المطروحة وقدرتهم على تطبيقها.

- التقويم البعدي: بعد انتهاء البرنامج، سيتم تطبيق أدوات القياس المستخدمة في الدراسة، مثل مقياس جودة النوم، لمقارنة نتائج المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة، وكذلك مقارنة نتائج المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج.

- التقويم التتبعي: سيتم إجراء قياس تتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء البرنامج لتقييم مدى استمرارية التحسن في جودة النوم لدى أفراد المجموعة التجريبية، والتأكد من فاعلية البرنامج على المدى البعيد.

خطوات الدراسة الإجرائية

في إطار الدراسة التطبيقية حول فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، اتبع الباحث الخطوات التالية:

- تحديد مشكلة الدراسة ومتغيراتها وعينيتها: تم تحديد مشكلة اضطرابات النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، مع التركيز على العلاج العقلاني الانفعالي كوسيلة تدخل.

- مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة: تم الاطلاع على الأبحاث المتعلقة بجودة النوم والعلاج العقلاني الانفعالي لتحديد الأسس النظرية والعلمية لبناء البرنامج.

- إعداد أدوات القياس :تم تصميم مقياس جودة النوم والتحقق من صدقه وثباته لضمان دقة النتائج.
 - بناء البرنامج العلاجي :تم تطوير برنامج علاجي يعتمد على تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي، موزع على جلسات متسلسلة تغطي أهداف البرنامج.
 - اختيار عينة الدراسة :تم اختيار (٢٠) متعافياً من إدمان المخدرات، مقسمين إلى مجموعة تجريبية تخضع للبرنامج ومجموعة ضابطة لا تتلقى أي تدخل.
 - إجراء القياس القبلي :تم تطبيق مقياس جودة النوم على المجموعتين قبل بدء البرنامج لتحديد مستواهم الأساسي.
 - تطبيق البرنامج العلاجي :تم تنفيذ الجلسات العلاجية على المجموعة التجريبية وفق خطة زمنية محددة.
 - إجراء القياس البعدي :بعد انتهاء البرنامج، تم إعادة تطبيق مقياس جودة النوم لتقييم الأثر المباشر للتدخل العلاجي.
 - إجراء القياس التتبعي :بعد ستة أسابيع من انتهاء البرنامج، تم إعادة تقييم جودة النوم لدى المجموعة التجريبية لقياس استمرارية الأثر العلاجي.
 - تحليل البيانات إحصائياً :تم تحليل النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتحديد مدى فعالية البرنامج في تحسين جودة النوم.
 - عرض النتائج :تمت مناقشة وتحليل تأثير البرنامج على المتعافين من الإدمان، مع مقارنة نتائج المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة.
 - صياغة التوصيات :تم تقديم توصيات لتطوير برامج علاجية مستقبلية تركز على تحسين جودة النوم لدى المتعافين من الإدمان.
 - اقتراح بحوث مستقبلية :تم اقتراح دراسات مستقبلية لتعزيز فاعلية البرامج الإرشادية القائمة على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:
- لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي جُمعت، تم استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب الإحصائية باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ،

وذلك بعد أن تمّ ترميزُ البياناتِ وإدخالها إلى الحاسوبِ. والأساليبُ الإحصائيةُ التي

استخدمتُ في هذه الدراسة هي:

- اختبارُ مان - ويتني. Mann-Whitney (U)

- اختبارُ ولكوكسون. Wilcoxon (W)

نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول:

ينصُّ الفرضُ الأولُ على: "توجدُ فروقٌ ذاتُ دلالةٍ إحصائيةٍ بينَ متوسطاتِ رتبِ درجاتِ أفرادِ المجموعةِ التجريبيةِ وأفرادِ المجموعةِ الضابطةِ في القياسِ البعديِّ على مقياسِ جودةِ النومِ لدى المتعافينَ من إدمانِ المخدراتِ، وذلكُ لصالحِ المجموعةِ التجريبيةِ."

وللتحقُّقِ من صحّةِ هذا الفرضِ، تمّ استخدامُ اختبارِ مان-ويتني (Mann-

U) وقيمة (Z) كأحدِ الأساليبِ اللابارامتريّةِ لتحليلِ دلالةِ الفروقِ بينَ

متوسطاتِ رتبِ درجاتِ الأفرادِ في القياسِ البعديِّ. هدفُ هذا التحليلِ إلى التحقُّقِ من أثرِ

البرنامجِ العلاجيِّ العقلانيِّ الانفعاليِّ في تحسينِ جودةِ النومِ لدى المتعافينَ من إدمانِ

المخدراتِ كما تعكسُهُ درجائهمُ على مقياسِ جودةِ النومِ. ويوضِّحُ جدولُ (٧) النتائجِ.

جدول (٧) مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية
وأفراد المجموعة الضابطة وحجم الأثر لمقياس جودة النوم لدى المتعافين
من إدمان المخدرات

حجم الأثر (r _p)	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	قيمة (U)	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموعة	التباعد
١.٠٠٠	٠.٠٠٠	- ٢.٨٩	صفر	٩.٥٠	١.٩٧	٢٢.٣٣	تجريبية	بداية النوم
				٣.٥٠	٢.٧٩	١٣.١٧	ضابطة	ومدته
١.٠٠٠	٠.٠٠٠	- ٢.٨٩	صفر	٩.٥٠	٣.١٩	٣١.١٧	تجريبية	كفاءة النوم
				٣.٥٠	١.٢١	١٥.٦٧	ضابطة	واستمراره
١.٠٠٠	٠.٠٠٠	- ٢.٩١	صفر	٩.٥٠	٢.٠٧	١٧.٥٠	تجريبية	النوم الصحي
				٣.٥٠	١.٧٥	١٢.٦٧	ضابطة	الجيد
١.٠٠٠	٠.٠٠٠	- ٢.٩٠	صفر	٩.٥٠	١.٦٠	١٥.٨٣	تجريبية	الأداء اليومي
				٣.٥٠	١.٦٤	٨.٥٠	ضابطة	
١.٠٠٠	٠.٠٠٠	- ٢.٨٩	صفر	٩.٥٠	٦.١٥	٨٦.٨٣	تجريبية	الدرجة الكلية
				٣.٥٠	٤.٧٣	٥٠.٠٠٠	ضابطة	

يتضح من الجدول (٧) أظهرت النتائج ارتفاع متوسط درجات جودة النوم لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط رتب درجاتها (٩.٥٠) مقارنة بـ (٣.٥٠) للمجموعة الضابطة في القياس البعدي. بلغت قيمة (U) صفرًا عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠)، وهو أقل من (٠.٠٠٥)، مما يشير إلى فرق دالٍ إحصائيًا لصالح المجموعة التجريبية، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات. كما تم قياس حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي (r_{prd})، والذي بلغ (١.٠)، مما يدل على علاقة قوية جدًا وتأثير مرتفع للبرنامج العلاجي على تحسين جودة النوم، مما يعزز من نجاح التدخل العلاجي في تحقيق الأثر المطلوب.

يمكن تفسير هذه النتيجة بالأنشطة والفتيات التي تم تطبيقها خلال البرنامج، مثل الأنشطة التوعوية التي تناولت أهمية النوم ودور النوم في الصحة النفسية والجسدية. فعلى سبيل المثال، تم توزيع بروشورات توعوية تحتوي على إرشادات لتحسين جودة النوم مثل

الالتزام بمواعيد نوم منتظمة، وتهيئة بيئة مريحة للنوم، وتجنب الممارسات التي قد تُعيق النوم، كاستهلاك المنبهات في فترات متأخرة من اليوم. هذه الأنشطة ساعدت في تعزيز إدراك المشاركين لأهمية النوم وحفزتهم على تعديل عاداتهم اليومية، ما أسهم في تحسين جودة نومهم.

إضافةً إلى ذلك، ساعدت فنيات خفض التوتر والتقنيات النفسية التي تم تطبيقها خلال الجلسات المختلفة في خلق بيئة ملائمة للنوم. من أبرز هذه التقنيات، كانت تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي التي تم تدريب المشاركين عليها، حيث ركزت على شد وإرخاء العضلات مع التركيز على التنفس العميق، ما أسهم في تحسين الراحة النفسية والجسدية للمشاركين وبالتالي تحسن جودة نومهم. بالإضافة إلى ذلك، تم تطبيق تقنيات مثل التخيل العقلائي الانفعالي، حيث تم تدريب المشاركين على تخيل مواقف إيجابية قبل النوم، ما ساعدهم على التخلص من الأفكار السلبية التي قد تُعيق نومهم.

اتفقت هذه النتيجة مع عدة دراسات سابقة، حيث أظهرت دراسة *Abbasi et al. (2020)* فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات. كما أكدت دراسة *Dekkers et al. (2020)* نفس الفاعلية لدى المتعافين من إدمان الهيروين. وقد دعمت دراسة *Eddie et al. (2022)* نتائج الدراسة الحالية من خلال الإشارة إلى تحسن جودة النوم وتقليل الأرق لدى المتعافين بعد تطبيق برنامج علاج عقلائي انفعالي. كما أيدت دراسات أخرى، مثل *Pericot-Valverde et al. (2022)* و *Chakravorty et al. (2023)*، فعالية هذا العلاج في تحسين جودة النوم وتقليل الأرق.

نتائج الفرض الثاني:

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

ولاختبار صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (*Wilcoxon*) وقيمة Z كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات

المجموعة التجريبية في مستوى جودة النوم وأبعاده في القياسين القبلي والبعدى لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وجدول (٨) يوضح ذلك.

جدول (٨) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى وحجم الأثر لمقياس جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات

الأبعاد	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
بداية النوم ومدته	قبلي	١٤.٥٠	٢.١٧	الموجبة	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	- ٢.٢١	٠.٠١	كبير جدا
	بعدى	٢٢.٣٣	١.٩٧	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	بعدى	٢٢.٣٣	١.٩٧	التساوي	٠					
كفاءة النوم واستمراريته	قبلي	١٧.٨٣	٢.٦٤	الموجبة	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	- ٢.٢١	٠.٠١	كبير جدا
	بعدى	٣١.١٧	٣.١٩	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	بعدى	٣١.١٧	٣.١٩	التساوي	٠					
النوم الصحي الجيد	قبلي	١١.٠٠	٢.٦١	الموجبة	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	- ٢.٢١	٠.٠١	كبير جدا
	بعدى	١٧.٥٠	٢.٠٧	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	بعدى	١٧.٥٠	٢.٠٧	التساوي	٠					
الأداء اليومي	قبلي	٩.٠٠	١.٥٥	الموجبة	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	- ٢.٢٠	٠.٠١	كبير جدا
	بعدى	١٥.٨٣	١.٦٠	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	بعدى	١٥.٨٣	١.٦٠	التساوي	٠					
الدرجة الكلية	قبلي	٥٢.٣٣	٤.٩٧	الموجبة	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠	- ٢.٢١	٠.٠١	كبير جدا
	بعدى	٨٦.٨٣	٦.١٥	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	بعدى	٨٦.٨٣	٦.١٥	التساوي	٠					

يتضح من جدول (٨) وجود فرق دالٍ إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدى لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس جودة النوم، حيث تراوحت قيمة (Z) بين (-٢.٢٠) و(-٢.٢١) عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠٥)، مما يشير إلى تحسن ملحوظ في جودة النوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي. كما بلغ حجم تأثير البرنامج (١.٠٠) وفق معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r prd)، مما يدل على علاقة قوية جداً وتأثير مرتفع للبرنامج في تحسين جودة النوم، مما يعزز من فاعليته في تحقيق الأثر المطلوب.

يفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء التأثير الإيجابي للبرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات. يعود هذا التحسن إلى توظيف تقنيات متنوعة خلال الجلسات العلاجية التي ساعدت المشاركين على تحسين أنماط نومهم. من بين هذه التقنيات، كان إدراج الاسترخاء العضلي التدريجي أحد الأساليب الفعالة، حيث تم تدريب المشاركين على تمارين لإرخاء العضلات مع تنظيم التنفس، مما ساعد في الوصول إلى حالة من الاسترخاء العميق تسهل الدخول في النوم وتحسن جودته كما أنه تم تدريب المشاركين على استخدام التفكير الإيجابي لإعادة صياغة المعتقدات السلبية المرتبطة بالنوم، مما سمح لهم بتغيير الأفكار التي قد تعيق نومهم. تم أيضًا تعزيز بيئة النوم من خلال إرشادات عملية حول كيفية تهيئة مكان النوم ليكون مريحًا ومناسبًا للنوم الجيد. جميع هذه الأنشطة العملية والجماعية ساهمت في تحسين جودة النوم بشكل ملحوظ، مما يعكس تأثير البرنامج العلاجي في تحسين صحة النوم لدى المتعافين.

اتفقت هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي أظهرت فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات. على سبيل المثال، أظهرت دراسة (Abbasi et al. (2020) أن العلاج العقلاني الانفعالي ساعد في تقليل الأرق وتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، مع استمرار التحسن في القياس التتبعي بعد انتهاء الجلسات. كما أكدت دراسة (Dekkers et al. (2020) نفس النتيجة لدى المتعافين من إدمان الهيروين، حيث ساهم العلاج في الحد من اضطرابات النوم وتحسين جودته. دعمت دراسات أخرى مثل دراسة (Eddie et al. (2022) ودراسة (Chakravorty et al. (2023) نتائج الدراسة الحالية، حيث أظهرتا تحسنًا ملحوظًا في جودة النوم لدى المتعافين من الإدمان بعد تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي. كما أشارتا إلى أن هذا التحسن استمر لفترة طويلة بعد الجلسات العلاجية، مما يبرز أهمية هذا النوع من العلاج في تحسين جودة النوم لدى الأفراد المتعافين من الإدمان.

نتائج الفرض الثالث:

ينصُّ الفرض الثالث على أنه: "لا توجد فروقٌ دالَّةٌ إحصائيًا بينَ متوسّطاتٍ رتبٍ درجاتٍ المجموعةِ التجريبيةِ في القياسينِ البعديِّ والتتبعيِّ (بعدَ شهرٍ من انتهاء البرنامج) على مقياسِ جودةِ النومِ لدى المتعافينَ من إدمانِ المخدراتِ".

تمَّ توضيحُ المتوسطِ الحسابيِّ والانحرافِ المعياريِّ في القياسينِ البعديِّ والتتبعيِّ لمقياسِ جودةِ النومِ وأبعادهِ لدى المجموعةِ التجريبيةِ. وللتأكدِ من صحةِ هذا الفرضِ، تمَّ استخدامُ اختبارِ ويلكوكسون (Wilcoxon) وقيمةِ (Z) كأحدِ الأساليبِ الإحصائيةِ اللابارامتريةِ لتحليلِ الفروقِ بينَ متوسّطاتِ الرتبِ لدرجاتِ المجموعةِ التجريبيةِ في مقياسِ جودةِ النومِ وأبعادهِ في القياسينِ البعديِّ والتتبعيِّ. وكانتِ النتائجُ كما يوضِّحُها جدولُ (٩).

جدول (٩) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس

جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات

الأبعاد	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
بداية النوم ومدته	بعدي	٢٢.٣٣	١.٩٧	الموجبة	٢	٢.٠٠	٤.٠٠	-٠.٥٨	٠.٥٦
	تتبعي	٢٢.٥٠	٢.٥٩	السالبة	١	٢.٠٠	٢.٠٠		
				التساوي	٣				
كفاءة النوم واستمراريته	بعدي	٣١.١٧	٣.١٩	الموجبة	١	٣.٠٠	٣.٠٠	-١.٣٤	٠.١٨
	تتبعي	٣٠.٦٧	٣.٣٩	السالبة	٤	٣.٠٠	١٢.٠٠		
				التساوي	١				
النوم الصحي الجيد	بعدي	١٧.٥٠	٢.٠٧	الموجبة	٢	٣.٠٠	٦.٠٠	-٠.٤٥	٠.٦٦
	تتبعي	١٧.٣٣	٣.٠١	السالبة	٣	٣.٠٠	٩.٠٠		
				التساوي	١				
الأداء اليومي	بعدي	١٥.٨٣	١.٦٠	الموجبة	٢	٣.٠٠	٦.٠٠	-٠.٤٥	٠.٦٦
	تتبعي	١٥.٦٧	١.٦٣	السالبة	٣	٣.٠٠	٩.٠٠		
				التساوي	١				
الدرجة الكلية	بعدي	٨٦.٨٣	٦.١٥	الموجبة	٣	٢.١٧	٦.٥٠	-٠.٨٥	٠.٤٠
	تتبعي	٨٦.١٧	٧.٩٤	السالبة	٣	٤.٨٣	١٤.٥٠		
				التساوي	٠				

يتضح من جدول (٩) عدم وجود فرقٍ دالٍ إحصائياً بين متوسّطي رتب درجات القياسين البعديّ والتتبعيّ في مقياس جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات وأبعاده لدى المجموعة التجريبية. فقد أظهرت نتائج قيمة (Z) تتراوح بين (-١.٣٤) و(-٠.٤٥)، مع مستويات دلالة بين (٠.١٨) و(٠.٦٦)، وهي أكبر من مستوى المعنوية (٠.٠٥). وبالتالي، فإنّ النتائج غير دالّة إحصائياً، مما يُشير إلى عدم وجود فرقٍ ذو دلالة إحصائية بين استجابات المجموعة التجريبية في القياسين البعديّ والتتبعيّ لمقياس جودة النوم وأبعاده المختلفة.

يفسر الباحث هذه النتيجة على أنّ البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي قد أسهم في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات بشكل مستمر بعد انتهاء الجلسات. حيث أن استمرار التحسن في القياس التتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج يعكس فعالية البرنامج في خلق تغييرات مستدامة في أنماط النوم. يُحتمل أن يكون التركيز على تعديل المعتقدات الخاطئة المتعلقة بالنوم، مثل الاعتقاد بأن الشخص لا يستطيع النوم بدون أدوية أو أن الأرق سينتقم بمرور الوقت، قد أسهم في تحسين الحالة النفسية للمشاركين وزيادة ثقتهم في قدرتهم على تحسين جودة نومهم بأنفسهم. كما أن فنيات التدريب على التفكير المنطقي والمناقشات الجماعية ساعدت في تقليل القلق المرتبط بالنوم.

علاوة على ذلك، لعبت تقنيات تنظيم العادات اليومية دوراً محورياً في تحسين جودة النوم، حيث تم تدريب المشاركين على تحسين بيئة النوم، مثل تقليل التعرض للإضاءة قبل النوم، وتحديد وقت محدد للنوم والاستيقاظ، وتجنب المنبهات مثل الكافيين. هذه العادات التي تم تعلمها استمرت كأسلوب حياة، مما ساهم في الحفاظ على تحسن جودة النوم بعد انتهاء الجلسات العلاجية. بالإضافة إلى ذلك، كانت تقنيات الاسترخاء العميق والتخيل الإيجابي، التي تم تعلمها في الجلسات الختامية، جزءاً مهماً من الأدوات التي يمكن للمشاركين استخدامها للحفاظ على حالة هدوء تساعدهم في النوم بشكل أفضل.

اتفقت هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي أكدت فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات. حيث أظهرت دراسات مثل (Abbasi et al. (2020 و (Dekkers et al. (2020 أن التحسن في

جودة النوم استمر بعد انتهاء البرنامج. كما أكدت دراسات أخرى مثل Eddie et al. (2022) و Chakravorty et al. (2023) على استمرارية تأثير العلاج على النوم بعد الجلسات. وأيدت دراسة Pericot-Valverde et al. (2022) هذه النتائج، مشيرة إلى أن التغييرات كانت مستدامة، في حين دعمت دراسة Qin et al. (2023) فعالية العلاج لدى كبار السن. أخيرًا، أكدت دراسة Wang et al. (2024) على تأثير استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي والأنشطة المساندة مثل التمارين الرياضية في الحفاظ على تحسين جودة النوم.

التوصيات المقترحة

في ضوء نتائج البحث، يمكن التوصل إلى التوصيات التالية:

- تشجيع استخدام البرنامج التدريبي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات، وذلك لفعاليتها في تقليل الأرق وتعزيز أنماط النوم السليمة بعد العلاج.
- توفير فرص تدريبية وإشرافية للمعالجين النفسيين في مراكز إعادة التأهيل والمستشفيات لتعلم وتطبيق استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي مع المتعافين من إدمان المخدرات، مع التركيز على تعزيز جودة النوم كجزء من عملية التعافي الشاملة.
- توسيع نطاق البحث لتشمل عينات أكبر وأوسع من المتعافين من إدمان المخدرات، واستخدام مقاييس متعددة لتقييم تأثير العلاج على جودة النوم، ومقارنة فاعلية هذا البرنامج مع برامج علاجية أخرى.
- إجراء دراسات مستقبلية لمتابعة تأثير البرنامج على جودة النوم لدى المتعافين على المدى الطويل، وتحديد العوامل التي تسهم في استدامة التحسينات في النوم مثل البيئة المحيطة والعوامل النفسية.

البحوث المقترحة

- في ضوء ما توصل إليه البحث الحالي، يمكن اقتراح بعض الدراسات المستقبلية، مثل: دراسة تأثير البرنامج التدريبي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي على مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

- دراسة تأثير استخدام تقنيات إضافية مثل التأمل أو التنفس العميق في تعزيز فاعلية البرنامج التدريبي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات.
- دراسة تأثير دمج استراتيجيات إضافية مثل تقنيات الاسترخاء أو التخيل الموجه في تحسين فاعلية البرنامج التدريبي لدى المتعافين من إدمان المخدرات.
- دراسة تأثير تورط أفراد الأسرة أو الأصدقاء في تنفيذ ومتابعة البرنامج التدريبي لتحسين جودة النوم لدى المتعافين من إدمان المخدرات.
- دراسة تأثير تعديل البيئة المحيطة بالمشاركين في البرنامج التدريبي على جودة النوم ومستوى الانتكاسة لدى المتعافين من إدمان المخدرات.

المراجع

المراجع العربية

- أبو غالي، عفاف محمود، و حجازي، جولتان حسن. (٢٠١٦). فعالية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة المدمرة منازلهم أثناء حرب ٢٠١٤. مجلة جامعة النجاح للأبحاث - العلوم الإنسانية، ٣٠(٢)، ٣٠١ - ٣٣٤.
- إسماعيل، حنان محمد سيد. (٢٠١٣). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض النشاط الزائد لدى المراهقين. المؤتمر العلمي العربي السادس: التعليم .. وآفاق ما بعد ثورات الربيع العربي، ١، بنها: الجمعية المصرية لأصول التربية وكلية التربية - جامعة بنها، ٤٤١ - ٤٨٤.
- أنيس، إبراهيم، وآخرون (٢٠٠٤). المعجم الوسيط. مجمع اللغة العربية.
- البديوي، إيهاب محمد فوزي، غازي، مروة فاروق، بلضم، محمد زكريا جزر، غرابة، محمد سعد، و الجمل، آية مشهور. (٢٠٢٢). بناء وتطبيق مقياس جودة النوم لدى لاعبي الرياضات المختلفة. مجلة تطبيقات علوم الرياضة، ١١١، ١٢٧ - ١٤٣.
- بن طبال، بوبكر، و جخراب، محمد عرفات. (٢٠١٩). فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف اعراض الوسواس القهري: دراسة عيادية لأربع حالات بديوان مؤسسات الشباب بورقلة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قاصدي مرياح - ورقلة، ورقلة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1149838>
- بني سعد، أزهار بنت سالم بن ناصر، أحمد، محمد محمد سليم، و النوفلي، حمود بن خميس بن حمد. (٢٠٢٠). أوضاع المتعافين من إدمان المخدرات في سلطنة عمان ودور برامج جماعات المساعدة المتبادلة في تحسينها: برنامج زمالة المدمنين المجهولين نموذجاً (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة السلطان قابوس، مسقط. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1174195>
- البهنساوي، أحمد كمال عبدالوهاب. (٢٠٢٠). الخصائص السيكومترية لمؤشر جودة النوم لبيتسبرغ "PSQI" لدى عينة من الأمراض المزمنة والأصحاء: دراسة سيكومترية مقارنة. مجلة بحوث كلية الآداب، ١٢٢، ٣ - ٢٧.
- البهنساوي، أحمد كمال عبدالوهاب، و إبراهيم، عفاف فتحي محمد. (٢٠٢٠). جودة النوم ومعتقدات أسلوب الحياة الصحي لدى عينة من مرضى السمنة والأصحاء: دراسة ارتباطية مقارنة. مجلة الإرشاد النفسي، ٦٤ع، ١ - ٣٧. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1123944>
- حنفي، عمرو محمد عبدالرازق، و محمود، إسلام السيد. (٢٠٢٤). فعالية برنامج تدريبي متعدد الأنشطة لخفض إدمان الهواتف الذكية وأثره في تحسين جودة النوم لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. المجلة

- التربوية، ١٢٦، ٢٥٧ - ٣٧٧.
- حنون، نادين عبدالوهاب، و السحار، ختام إسماعيل. (٢٠١٩). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة النوم لدى عينة من الطلاب ذوي المشكلات السلوكية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1031375>.
- حنون، نادين عبدالوهاب، و السحار، ختام إسماعيل. (٢٠١٩). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة النوم لدى عينة من الطلاب ذوي المشكلات السلوكية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية (غزة)، غزة.
- الخضيرى، صالح بن إبراهيم. (٢٠١٧). أبعاد ظاهرة إدمان المخدرات في المجتمع السعودي من منظور سوسيولوجي: دراسة تحليلية. مجلة الخدمة الاجتماعية، ٥٧(٢)، ١٧٥ - ٢٢٢.
- رفاعي، عزة محمد صديق، و عبدالحميد، هدى إبراهيم. (٢٠٢٣). الإسهام النسبي لليقظة العقلية في التنبؤ بكل من جودة النوم والاتجاه نحو تعاطي المواد ذات التأثير النفسي لدى طلاب الجامعة. دراسات نفسية، ٣٣(٢)، ٢٧٣ - ٣٥٩. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1403783>.
- سعيد، حنان سعيد علي، أبوسطاش، حواء بشير، و بالحاج، عفاف محمد أحمد. (٢٠١٩). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. مجلة التربوي، ١٥، ٣٤ - ٥٠.
- سليمان، سارة سامي حنفي، هامم، هبة محمد مصطفى جاب الله، و عبدالباقي، سلوى محمد. (٢٠٢٠). الخصائص السيكومترية لمقياس مؤشرات التعافي من الإدمان. دراسات تربوية واجتماعية، 26(4)، ١٠١-١٣٢. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1120899>.
- شقير، زينب محمود. (٢٠١٠). جودة الحياة واضطرابات النوم لدى الشباب. الأعمال الكاملة للمؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين، ٧٧٣ - ٧٩٠.
- شند، سميرة محمد إبراهيم، و الدسوقي، مجدي محمد محمد. (٢٠٠٣). فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، ٢٧(٤)، ٩ - ٨٨.
- الصقور، براء يوسف بشر، و عربيات، أحمد عبدالحليم عبدالمهدي. (٢٠٢٣). هوية الأنا وعلاقتها بالصمود النفسي والهناء الذاتي لدى المتعافين من الإدمان على المخدرات في الأردن (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1407403>.
- عبدالكريم، سامية حسن حسين، و المعامل، إيمان عبدالعزيز عبدالوهاب. (٢٠١٧). برنامج ترويجي لتنمية التفكير الإيجابي لمرضى الإدمان بمستشفى المعمورة للطب النفسي وعلاج الإدمان بمحافظة

- الإسكندرية. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، ٨٠، ١ - ٢٠.
- عبدالمجيد، سمية قاسم، عبدالوهاب، طارق محمد، و محمد، شرين فاروق. (٢٠٢١). الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة النوم في الثقافة المصرية. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، ١٥(١٥)، ١٤٦٢ - ١٤٨٤.
- العتيبي، خالد بن عبدالله. (٢٠٢٣). مدى فاعلية البرامج العلاجية في القضاء على الإدمان في مستشفيات إرادة للصحة النفسية بمنطقة الرياض من وجهة نظر الممارسين الصحيين. مجلة جامعة تبوك للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ٣(٤)، ٣٠٥-٢٨٥. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1465667>
- علي، إيمان شوقي. (٢٠٢٢). فاعلية برنامج قائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لتنمية الأمن النفسي لدى عينة من التلاميذ الإناث اليتامى. مجلة العلوم المتقدمة للصحة النفسية والتربية الخاصة، ١، ١-٢٩. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1439095>
- العنزي، مناور عبيد. (٢٠٢٠). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانكاسة مدمني المخدرات: دراسة ميدانية على الإخصائين العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض. مجلة كلية الآداب، جامعة بورسعيد، ١٥(١٥)، ٤٠٣-٤٤٣.
- الفالح، سليمان بن قاسم. (٢٠١٧). التعافي من إدمان المخدرات: دراسة وصفية على المتعافين المستفيدين من خدمات الجمعية الخيرية للتوعية بأضرار التدخين والمخدرات في جدة والجمعية العمومية للمتعافين من المخدرات والمؤثرات العقلية في الدمام. مجلة الاجتماعية، ١٣(13)، ٦٠-١٩. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/890415>
- القحطاني، عبدالله بن صالح. (٢٠٢١). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مشاعر الندم لدى طلبة جامعة شقراء. مجلة جامعة الطائف للعلوم الإنسانية، ٧، ٧٨٥ - ٨٢٤. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1197363>
- القحطاني، محمد بن راشد، و طعم الله، خميس. (٢٠٠٢). الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة تونس، تونس.
- مبارك، خلف أحمد. (٢٠٠٥). اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض أبعاد الشخصية لدى طلاب الدبلوم العام في التربية بسوهاج. المجلة التربوية، ٢١، ١٧٧ - ٢٢٦.
- مجمع اللغة العربية بالقاهرة. (١٩٨٨). المعجم الوسيط. الطبعة الثانية. القاهرة: مجمع اللغة العربية.
- المطيري، عواطف عوض، و الخليفة، إبراهيم محمد. (٢٠١٩). أثر برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي. المجلة التربوية، ٣٣(١٣٢)، ١٣ - ٤٦.
- الناصر، روان إبراهيم عبدالرحمن. (٢٠٢٣). تعاطي المخدرات وإدمانها: الواقع وأساليب المواجهة

- دراسة مطبقة على أفراد المجتمع السعودي والأخصائيين الاجتماعيين في مجمع إرادة بمدينة الرياض. مجلة الخدمة الاجتماعية، ٧٧(٣)، ٩٩-١١٩.
- يوسف، الطيب محمد زكي. (٢٠٢٠). جودة النوم لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة في ضوء بعض المتغيرات. المجلة التربوية، ٧٧(٧)، ٢٣٠٩ - ٢٣٤٨. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1069668>

المراجع الانجليزية

- Abbasi, S., Alimohammadi, N., & Pahlavanzadeh, S. (2020). Effectiveness of rational emotive therapy on the quality of sleep in recovering addict women: a trial study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(4), 320.
- American Psychological Association (APA). (2023). *Dictionary of Psychology*.
- Brower, K. J., & Perron, B. E. (2010). Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Medical Hypotheses*, 74(5), 928-933. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.10.020>
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: Can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37(1), 9-17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
- Carroll, T. D. (2020). *On the road to recovery from alcohol and drug addiction: A mixed methods investigation of experiences of self-forgiveness in emotion-focused therapy* (Order No. 28027533). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2434548004). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/on-road-recovery-alcohol-drug-addiction-mixed/docview/2434548004/se-2>.
- Chakravorty, S., Chaudhary, N. S., & Brower, K. J. (2016). Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 40(11), 2271-2282. <https://doi.org/10.1111/acer.13217>
- Chakravorty, S., Morales, K. H., Arnedt, J. T., Perlis, M. L., Oslin, D. W., Findley, J. C., & Kranzler, H. R. (2023). Rational Emotive therapy for sleep quality in drugs recovering addicts: a pilot study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(6), 1244-1253.
- Chukwuemeka, N. A., Nwafor, C. E., & Obi-Nwosu, H. (2024). Effectiveness of Group Rational Emotive Therapy on Frequency of Stress among Recovering Addicts. *Practicum Psychologia*, 13(1).
- Currie, S. R., Clark, S., Rimal, S., & Malhotra, S. (2003). Comprehensive assessment of insomnia in recovering alcoholics using daily sleep diaries and ambulatory monitoring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000081622.03973.57>
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplassen, W. (2020). Improving



- sleep quality of recovering addicts through a RET program. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526-536.
- DiReda, J., & Gonsalvez, J. (2016). The role of spirituality in treating substance use disorders. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 6(4), 00365.
 - Dryden, W., & Neenan, M. (2015). *Rational Emotive Behaviour Therapy: 100 Key Points and Techniques* (2nd ed.). Routledge.
 - Eddie, D., Bates, M. E., & Buckman, J. F. (2022). Rational Emotive Therapy (RET) in improving sleep quality among drugs recovering addicts. *Addiction biology*, 27(1), e12958.
 - El-Azzab, I., Othman, M., & Mohamed, S. (2022). Efficiency of Rational Emotive Therapy on Stress and Irrational Ideas among People Recovering from Drug Addiction. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 10(33), 41-53.
 - Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
 - Fatséas, M., Kervran, C., & Auriacombe, M. (2016). Troubles du sommeil et addictions: Impact sur la qualité de vie et le risque de rechute. *Presse Medicale*. <https://doi.org/10.1016/J.LPM.2016.01.022>
 - Giovannetti, C., Garcia Arce, S., Rush, B., & Mendive, F. (2019). Effectiveness of RET to improve stress and self-esteem in a sample of cocaine recovering addicts. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52(5), 472-481.
 - Groeger, J. A., & Hepsomali, P. (2023). Social Deprivation and Ethnicity Are Associated with More Problematic Sleep in Middle-Aged and Older Adults. *Clocks & Sleep*, 5(3), 399–413. <https://doi.org/10.3390/clockssleep5030030>
 - Hansen, E., Ganley, T., & Carlucci, C. (2008). Recovery from addiction: A process of transformation. *Addiction Treatment Review*, 270-271.
 - Kaithuru, P. N. (2020). Efficacy of rational emotive therapy among substance recovering addicts: The impact on stress reduction. *International Journal of Indian Psychology*, 8(3), 173-183.
 - Kim, H. S., Hodgins, D. C., Garcia, X., Ritchie, E. V., Musani, I., McGrath, D. S., & von Ranson, K. M. (2021). Effectiveness of rational emotive therapy on stress reduction and psychological well-being improvement of recovering addicts. *Clinical psychology review*, 89, 102083.
 - Krystal, A. D., Prather, A. A., & Ashbrook, L. H. (2019). The assessment and management of insomnia: An update. *World Psychiatry*, 18(3), 337-352. <https://doi.org/10.1002/wps.20674>
 - Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256.
 - Laudet, A. B. (2012). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-7-12>

-
- Okoiye, O. E., & Adebisi, K. F. (2021). Effects of rational emotive and cognitive behavior therapies on stress reduction among recovering drug addict students. *Br. J. Mark. Stud*, 3, 89-100.
 - Panagiotounis, F., Theodorakis, Y., Hassandra, M., & Morres, I. (2021). Stress reduction and recovery abilities of heroin recovering addicts using rational emotive therapy: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 26(2), 118-124.
 - Patton, D., & Best, D. (2024). Motivations for Change in Drug Addiction Recovery: Turning Points as the Antidotes to the Pains of Recovery. *Journal of Drug Issues*, 54(3), 346-366. <https://081130g8r-1106-y-https-doi-org.mplbci.ekb.eg/10.1177/00220426221140887>
 - Peles, E., Schreiber, S., & Adelson, M. (2006). Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.012>
 - Pericot-Valverde, I., Perez, A., Heo, M., Coleman, A., Ortiz, E., Merchant, K., ... & Litwin, A. (2022). Rational emotive therapy in improving psychiatric rehabilitation improvement as related to quality of sleep among substance recovering addicts. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 28, 100918.
 - Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
 - Qin, N., Li, J., Wu, X., Zhang, C., Luo, Y., Dong, X., Cao, H., Wang, S., Liu, M., Xie, J., & Cheng, A. S. (2023). Effects of rational emotive behavior therapy on alexithymia, anxiety, depression and sleep quality of the elderly in nursing homes: a quasi-experimental study. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2799494/v1>
 - Spencer, K. M. (2017). *Voices of recovery: An exploration of stigma experienced by college students in recovery from alcohol and/or other drug addiction through photovoice* (Doctoral dissertation, University of North Carolina at Greensboro).
 - Traci, J., Speed., Lisa, H., Gavin, T., Evelyn, G., A., Kearson., Luis, F., Buenaver., Michael, T., Smith., Denis, G., Antoine. (2022). A comparison of cognitive behavioral therapy for insomnia to standard of care in an outpatient substance use disorder clinic embedded within a therapeutic community: a RE-AIM framework evaluation. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06885-7>
 - Ulum, N. M., & Fauzi, N. A. (2023). Behaviorism Theory and its Implications for Learning. *Journal of Insan Mulia Education*, 1(2), 53–57. <https://doi.org/10.59923/joinme.v1i2.41>
-



-
- Valentino, R. J., & Volkow, N. D. (2020). Drugs, sleep, and the addicted brain. *Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1038/S41386-019-0465-X>
 - Vandebos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
 - Walker, M. P. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Simon & Schuster.
 - Wang, K., Li, Y., Liu, S., Liu, H., Zhang, T., & Luo, J. (2024). Effects of mindfulness training combined with aerobic exercise in people with methamphetamine use disorder: Evidence from sleep, brain activation, and cravings. *Mental Health and Physical Activity*, 100613. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2024.100613>
 - Xiao, H., Shen, Y., Zhang, W., & Lin, R. (2023). Applicability of the cognitive model of generalized anxiety disorder to adolescents' sleep quality: A cross-sectional and longitudinal analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), 100406. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100406>
 - Zainab, A., Jafari, E., Broström, A., Ohayon, M. M., Lin, C., Griffiths, M. D., Blom, K., Jernelöv, S., Kaldo, V., & Pakpour, A. H. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 64, 101608. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101608>