وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة المستنصرية
كلية التربية الأساسية
قسم التربية الرياضية

منـــهاج تـأهيلي
وتأثيره في شفاء وتحسين دور النقاهة الصحية والنفسية والوظيفية لمدمنين (المخدرات والكحول)

بحث تجريبي

((على عينة من المدمنين على المخدرات والكحول للأعمار 20 لغاية 40 سنة
في مستشفى ابن الرشد))

مقدم من قبل

م الدكتور
معد سلمان إبراهيم

2008

الفصل الأول

1. التعرف بالبحث

1-1 مقدمة البحث وأهميته:

مع تطور المجتمعات المدنية وتعقيد العلاقات الاجتماعية وتفشي ظاهرة البطالة تظهر الحاجة إلى أشغال أوقات الفراغ وخصوصا عند الشباب، فيذهب البعض إلى ممارسة بعض العادات السيئة وأخطرها تعاطي المخدرات والكحول وبعض العقاقير المهدئة للأعصاب والمحظورة طبيا، وخصوصا بغياب الرقابة الحكومية والأهلية والأمنية ومؤسسات ذات العلاقة. مع مرور الاستخدامات السيئة لها يصاب مستخدميها (بالإدمان) مما يؤدي إلى صعوبة تخطي هذه الظاهرة ألا من خلال عمليات استشفاء بالغة التعقيد وتحت سيطرة ورعاية طبية وحجر صحي على المصابين بالإدمان واستخدام أساليب طبية متعددة وعقاقير بالغة الثمن. وقد يفشل الكثير من هؤلاء المدمنين من الشفاء مع تردي الوضع الصحي للمصابين.

تعد مشكلة المخدرات من أعقد المشاكل التي تواجه المجتمع في الوقت الحاضر، ولا يكاد يفلت منها أي مجتمع سواء أكان متقدما أو ناميا. وتبدو أهمية هذه المشكلة في أنها تمس حياة المدمن الشخصية والاجتماعية من جميع جوانبها فحسب، (فهي تمس علاقته بنفسه من حيث تحديد اهتماماته وأهدافه. كما تمس صلته مع أفراد عائلته)، وإنما تتمثل أهمية المشكلة بالنسبة للمجتمع في أنها تحيط به وتمسه في جميع جوانبه الرئيسية. واهم هذه الجوانب هو امن المجتمع، حيث أدى انتشار الإدمان إلى زيادة نسبة جرائم العنف في المجتمع من حيث جرائم السطو المسلح والاغتصاب. وغيرها من الجرائم التي ترتكب تحت تأثير الإدمان والتي تنشر في الصحف اليومية.

لذا تعد مشكلة الإدمان من اخطر آفات المجتمع إذ تعطي نتائج سلبية وتحد من تقدم المجتمعات ورقيها، وقد تلعب الأنظمة السياسية دورا فعالا للحد من هذه المشكلة وفرض العقوبات الرادعة لمروجيها حتى تصل إلى عقوبة الإعدام في بعض القوانين.

2-1 مشكلة البحث:

تحتل مشكلة الإدمان مكانة الصدارة بين المشكلات الطبية النفسية في كثير البلدان العالم بالرغم من هناك جمعيات وأجهزة إعلامية ومواد قانونية تكافح مداولتها، لكن تلاقي دعما ماليا كبير لمروجيها من خلال مبيعاتها، وقد تدعم من قبل الجهات المستفيدة من هذه العملية سواء كانت مالية أو سياسية او غير ذلك. وفي الآونة الأخيرة تفشت هذه الظاهرة بشكل ملحوظ في العراق بغياب الأمن وعدم السيطرة على المنافذ الحدودية.

أن علاج الإدمان من أي نوع كان، يستهدف السحب الكامل للمخدر وتعويد المريض تدريجيا على الاستغناء عنه استغناء تاماً. ولقد كان هذا الأمر يتم بصورة فجائية في المستشفيات والسجون والمحاجر الصحية وغيرها من المؤسسات التي يوضع فيها المدمنون، ولقد تبين الآن إن المنع الآني والفجائي للمخدر على المدمن أمر مؤلم جداً ويؤدي إلى ظهور أعراض الانسحاب المتزامنة. كما أن الإيقاف المفاجئ للمخدر يسبب الارتعاش والانتفاض وعدم الراحة والقلق والتوعك الصحي (والإسهال والتقلصات والتشنجات المؤلمة) وضعف الإرادة الشخصية (التوسل من اجل الحصول على المخدر) والسلوك الغير سوي. لذا يؤكد علماء والأطباء ذات الاختصاص بضرورة السحب التدريجي للمخدر واستبداله بتركيب كيماوي غير ضار وإعطاء المهدئات العصبية عند الضرورة القصوى وغير ذلك من المساعدات الكيماوية والطبية.[1]

هذا بالإضافة إلى ظهور وهن في الصحة العامة للمريض تستدعي وجود برنامج تأهيلي مرافق للعلاج الأمرين هما: الأول أعطاء المريض القدرة البدنية على تخطي العلاج . والثانية هي أشغال المريض عن طريق ممارسة الألعاب الرياضية والترفيهية لتلافي المصاعب النفسية المؤثرة، ودعم قوة الإرادة الشخصية وهي من أهم مستلزمات العلاج.

([1]) فاخر عاقل . أصول علم النفس وتطبيقاته. بيروت . دار العلم للملايين ط1 1973 .ص 162

ومن خلال زيارة الباحث لموقع مستشفى ابن الرشد للإمراض النفسية والإدمان على المخدرات والكحول. لاحظوا من الضروري جدا أن يكون هناك برنامج تأهيلي يصاحب عملية العلاج وخصوصا افتقار المستشفى إلى الكثير من المستلزمات الترفيهية والرياضية ولا يوجد هناك متخصصون.

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

1. التعرف على أهمية المناهج التاهيلية للمصابين بالإدمان.
2. التعرف على صلاحية المناهج التاهيلية المقترحة في شفاء المصابين بالإدمان وتحسين دور النقاهة الصحية والنفسية والوظيفية.

1-3 فروض البحث:

يفترض الباحث:

1. ضرورة خضوع المصابون بالإدمان للمناهج التاهيلية المقترحة.
2. هناك فروق ذات دلالة إحصائية للخاضعين لبرامج تاهيلية في شفائهم وسرعة تحسين حالتهم الصحية والنفسية والوظيفية.

1-4 مجالات البحث:

1-5-1 المجال البشري:

عينة من المصابين بالإدمان على المخدرات والكحول في مستشفى ابن الرشد للإمراض النفسية.

1-5-2 المجال الزماني:

للفترة من 2 أب لغاية 2 كانون الأول 2008.

1-5-3 المجال المكاني:

ساحات الرياضية ومختبرات الطبية والقاعات وصالات الحجر الطبي في مستشفى ابن الرشد للإمراض النفسية - بغداد.

الفصل الثاني

2. الدراسات النظرية والدراسات السابقة

2-1 الدراسات النظرية.

2-1-1 إدمان المخدرات:

الإدمان كلمة كثيراً ماتطلق جزافا وتستخدم خارج معناها العلمي. فتناول أي عقار فترة متصلة من الزمن كثيراً ما يوصف بالإدمان، ولكن الإدمان بمعناه العلمي المتفق علية لا بد أن تتوافر له الشروط الآتية؛[2]

1. زيادة احتمال الشخص للعقار المخدر، مما يؤدي إلى أطراد الزيادة في الجرعة اللازمة لإحداث التخدير.
2. اعتماد الشخص بدنياً على العقار، أي تكون حاجة بدنية ملحة تدعو إلية وليس من المستطاع إغفال تلبيتها، ومن تم التعليق الشديد بالعقار المخدر والعجز عن الغناء عنه.
3. ظهور أعراض الانقطاع على نحو عنيف يتعذر على الأكثرين من الناس تحملها دون رعاية طبية مباشرة دقيقة، وقد تصل هذه الأعراض في بعض الأحيان إلى درجة تنطوي على تهديد مباشر للحياة.

اتسمت الجهود الدولية لمراقبة المخدرات في الماضي بدرجة كبيرة من الاستقطابية فمن ناحية كانت هناك البلدان المنتجة لهذه المخدرات ومن ناحية أخرى كانت هناك البلدان المستهلكة. وقد تغيرت هذه الصورة جذريا في الفترة الأخيرة بسبب التوافر المتزايد للمواد الصيدلية الباعثة للاضطرابات النفسية، واليوم أصبحت غالبية الدول التي صادفت المشاكل المرتبطة بالمخدرات دولا منتجة ومستهلكة على حد سواء . وكان على البلدان النامية والمتقدمة أن تواجها داخل حدودها الخاصة المشاكل الدولية المرتبطة فيما بينها والمتعلقة بالعرض غير المشروع والطلب غير المشروع والمتاجرة الغير مشروعة في المخدرات. أن العرض (ويتضمن التهريب) والطلب يعززان ويدعمان الواحد منهما الآخر في تنمية استعمال المخدرات والإبقاء

[2] صبري جرجيس . الطب النفسي في الحياة العامة. القاهرة. دار النهضة العربية. ط1 . 1961 ص 90

عليها ، وتواصل الدائرة المفرغة للطلب والعرض المتزايدين، خلق الأنشطة غير المشروعة في المخدرات والمشاكل المرتبطة بها. وينبع هذا إلى حد كبير من طبيعة الطلب على المخدرات، الذي يتسم غالبا بسمتين مميزتين[3]:

الأولى هي الدافع الذي لا يقاوم من جانب المستعمل لتعاطي المخدر بشكل مستمر، أو دوري ليختبر تأثيره النفسي أو ليتجنب مشقة غيابه.

الثانيـة هـي تطـور القـدرة علـى تحملـه ومـن ثـم تصـبح كميتـه متزايـدة ومطلوبة لتحقيق الآثار المرغوبة

ويفسر هاتان الميزتان الدافع الذي لا يقاوم لاستمرار الاستعمال وتطور القدرة على الاحتمال ، ولماذا تفشل باستمرار سياسات مراقبة المخدرات التي تستبعد تدابير خفض الطلب.

2-1-2 الوقاية من الإدمان

للوقاية من الإدمان في مجتمعنا يجب اتخاذ مجموعة من الإجراءات التي تساعد في الوصول إلى هذا الهدف. والهدف العام لهذه الإجراءات هو إيقاف الاستعمال غير المشروع للمخدرات. وذلك أمر متميز عن القضاء على الاستعمال للمخدرات الذي ثبت أنه أقل واقعية وغير قابل للتحقيق عادة . ومع ذلك فأن الخفض يمكن تحقيقه إذا أنقصنا إلى الحد الممكن [4]:

- مستوى الاستعمال غير المشروع للمخدرات .
- مستوى الاستعمال غير المشروع لمخدرات معينة تثير مشاكل(مثل الهيروين)
- عدد الحالات الجديدة للاستعمال غير المشروع .

ولا يمكن إجراء خفض الطلب على نحو فعال دون فرض ضوابط على عرض المخدرات . وبصفة خاصة، ينبغي فرض ضوابط تنفيذية على توافر كل من المخدرات التقليدية التي يساء استعمالها والمنتجات الصيدلانية الجديدة التي يمكن تحويلها من المصادر المشروعة إلى السوق السوداء. وبالإضافة إلى هذه الضوابط ،

---

(3) احمد جمال أبو العزائم – موقع الانترنيت YAHOO- واحة النفس المطمئنة ترحب بكم .الأسرة والوقاية من الإدمان.

(4) احمد جمال أبو العزائم. المصدر السابق ذكره.

يتعين توجيه الاهتمام إلى تلك التدابير التي يكون تطبيقها متوازيا ومتمشيا لخفض الطلب غير المشروع على المخدرات.

وأهم هذه التدابير :

- تدابير وقائية .
- تدابير علاجية وتأهيل المدمنين على المخدرات وإعادة اندماجهم اجتماعياً.

1-2-1-2 التدابير الوقائية:

تتطلب الوقاية من الاستعمال غير المشروع للمخدرات عناصر محفزة وعناصر رادعة على السواء وتسعي العناصر المحفزة إلى :

- تحسين قدرات الفرد على مواجهة مشاكله الصحية والاجتماعية والنفسية بصورة بناءة .
- تغيير العوامل الاجتماعية غير المواتية والتي يمكن أن تؤدي إلى إساءة استعمال المخدرات .

أما العناصر الرادعة فهي :

- التهديد بالعقاب .
- الخوف من الضرر الشخصي الناجم عن استعمال المخدرات .

أهداف الوقاية

تتمثل الأهداف الرئيسية للتدابير الوقائية فى :

- زيادة معرفة وتفهم المخدرات واستعمالها وأضرارها .
- تنشئة مواقف وسلوك سليم فيما يتعلق باستعمال المخدرات .
- تطوير القدرات الفردية على المواجهة لمقاومة الضغوط من أجل الانغماس فى الاستعمال غير المشروع للمخدرات .
- تعميم مشاركة الفرد والجماعة والمجتمع في البرامج التثقيفية التي تهدف إلى خفض الطلب غير المشروع للمخدرات .

استراتيجيات للوقاية :

لغرض بحث مجموعة واسعة من التدابير. وفيما يلي أكثرها شيوعاً:

1. تدابير إعلامية:

وتتضمن نقل المعلومات الواقعية والدقيقة عن المخدرات واستعمالها .

وهى تتضمن بصفة عامة نهجين :

- **الأول:** نهج الترويع الذي يفترض أن زيادة الخوف من عواقب استعمال المخدرات سيردع من تسول له نفسه تجربتها ، أو أن يواصل استعمالها .
- **الثاني:** النهج الواقعي الذي يفترض أن معرفة دقيقة ومتوازنة عن أثار استعمال المخدرات ستؤدي إلى استحداث المواقف التي تعزز الوقاية وتثني عن استعمال المخدرات .

2- البرامج التربوية:

وتتضمن هذه مقررات دراسية مصممة وبرامج للتأثير بطريقة إيجابية على دوافع الفرد ، ومواقفه وسلوكه بالنسبة إلى استعمال المخدرات وكذلك البرامج التي تهدف إلى تحقيق هذه الأهداف من خلال التطوير العام للقدرات على المواجهة . وتتضمن هذه المناهج ماياتي :

- منهج تعليمية مبرمجة .
- إدراج منهج تعليمية متكاملة عن المخدرات فى المناهج الدراسية .
- منهج تعليمية عن الصحة .
- برامج تركز على التنمية الصناعية .

3- برامج قائمة على المجتمع:

وتتضمن الجهود المتناسقة الاستخدام المناسب للموارد الحكومية والخاصة ، في مجتمع لخفض الطلب على المخدرات . وتشمل على سبيل المثال :

- إنشاء مراكز لتقديم النصح والمشورة .
- توفير وسائل الإقامة للشباب المشردين .
- تقديم بديل لاستعمال المخدرات .

- تطـوير بـرامج اختيـار الوظـائف المناسـبة والبـرامج الاستشـارية والتدريبية .

2-1-2-2 تدابير علاجية وتأهيل المدمنين وإعادة اندماجهم اجتماعياً:

إن علاج تأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي للمدمنين على المخدرات ، سلسلة متصلة من التدابير التى تهدف إلى تحقيق وجود متحرر من المخدرات وإعادة وضع هؤلاء الأشخاص فى المجتمع مع توفير طريقة حياة كريمة لهم . ورغم أن هذه التدابير قد تختلف عن بعضها البعض ، فأنها تترابط فيما بينها ، ويتعين قبل كل شئ إيجاد وثيقة بين مختلف البرامج في مجتمع ما .

ويتناول العلاج الآثار الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية الناجمة عن إساءة الفرد لاستعمال المخدرات، وكذلك يشير إلى التدابير التي تهدف إلى مساعدة المستعمل، رجلا كان أم امرأة، على أن يتحكم أو يسيطر على استعماله للمخدرات وذلك بهدف تيسير إعادة اندماجه الاجتماعي.

ويهدف التأهيل وإعادة الاندماج إلى الوصول بالفرد إلى حالة يستطيع أو تستطيع فيها من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية مواجهة نفس المشاكل التي يواجهها الآخرون في مجموعته العمرية ، وأن يستفيد من الفرص المتاحة في المجتمع.

2-1-3 تعريف مصطلح الأدوية

نتيجة لازدياد الأثر الاجتماعي والطبي للأدوية أضيفت مصطلحات جديدة إلى لغة الدواء . فعرف الدواء بأنه مادة تؤخذ للوقاية أو العلاج من المرض . ولم يمض وقت طويل حتى سميت عملية تناول الأدوية التى تتسبب فى إلحاق ضرر اجتماعي أو صحي بمن يتناولها "إساءة استعمال الدواء " . وكان الإدمان على الأفيون ومشتقاته من المشكلات الأولي التى نجمت عن إساءة استعمال الأدوية وقد اشتقت مصطلحات كثيرة تتعلق بالدواء من حيث تعريف تلك المشكلة وعلاجها . وعرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) المدمن والإدمان . ولكن مع زيادة استعمال أدوية أخرى تبعث النشوة فى النفس نشأت مصطلحات أخرى . فوصف منظمة الصحة العالمية للمدمن مثلا لا ينطبق على المدمنين ممن يستعملون الأدوية المؤثرة نفسانياً

فقد وصفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة التزم معها المدمن بالمخدر جسمانيا وعقليا وارتقي سلم قوة الاحتمال بثبات وأصبحت مشكلة اجتماعية. على أن كثيراً من الأدوية الجديدة لم تسفر عن اعتماد جسماني . ولكن الدافع العقلي إلى تناولها لا يزال قوياً وبه ضراوة تصعب مقاومتها .

2-1-3-1 العقار والمخدر :

ذكر هانى عرموش - في كتاب المخدرات - العقار بأنه " أي مادة إذا تناولها الكائن الحي أدت إلى تغيير وظيفة أو أكثر من وظائفه الفسيولوجية ... أما المخدر فهو العقار الذي يؤدي تعاطيه إلى تغيير حالة الإنسان المزاجية وليس الجسدية".

ومن التعريفين السابقين يتضح لنا أن أية مادة مخدرة هى عقار ، ولكن ليس كل عقار هو مادة مخدرة .

2-1-3-2.ظاهرة التحمل :

يقوم الجسم بتحطيم وطرد كل ما يدخله من عقاقير . ومن البديهي أن مقدرة الأجسام على فعل ذلك تختلف بين شخص وآخر تجاه نفس العقار . وعندما يتناول المرء عقاراً مخدراً فإن ما يحدث داخل جسمه يمكن توضحيه على النحو التالي :

1. يقوم الجسم، في المرة الأولي لتناول العقار بتحطيمه وطرده إلى خارج الجسم، ولدى تكرار تناوله فإن مقدرة الجسم على تحطمه وطرده تزداد بسب النشاط الزائد للأنزيمات المحطمة لهذا العقار فى الكبد، مما يستدعي زيادة الكمية المأخوذة في المرات اللاحقة، وباستمرار، للحصول على نفس المفعول الحادث فى المرات السابقة.
2. ومن جهة ثانية، إذا استمر نفس الشخص بتناول نفس الكمية السابقة من نفس العقار، فإن خلايا جهازه العصبي تعتاد على ذلك العقار ولا تعود تتأثر به كالسابق، وبالتالي تحتاج إلى كمية أكبر للحصول على التأثير السابق نفسه.

وخلاصه القول: إن زيادة مقدرة الجسم على تحطيم العقار من جهة، وتعوده عليه من جهة أخرى، وبالتالي حاجته إلى كمية أكبر للحصول على نفس التأثير السابق هو ما يسمي بظاهرة التحمل .

2-1-3-3 سوء استعمال العقاقير :

سوء استخدام العقاقير هو الإسراف فى تناول العقاقير دون أخذ رأي الطبيب، وغالباً ما يؤدي سوء الاستعمال هذا إلى إدمان العقار المستعمل. وبمعني آخر هو سوء الاستعمال الذي يتم دون رأي الطبيب والذي يؤدي إلى الاعتماد النفسي، والجسدي أو كليهما معاً .

2-1-3-4 ظاهرة الاعتماد :

عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1973 الاعتماد بما معناه: "هو حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو"المصنع" ويتصف بقدرته على إحداث رغبة، أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها، للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأية وسيلة ممكنة، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة".

ويضاف إلى التعريف السابق ما يلي :

1. يؤدي الاعتماد إلى حدوث رغبة ملحة فى الاستمرار على تعاطي العقار والحصول عليه بأية وسيلة.
2. ضرورة زيادة الجرعة بالتدريج وباستمرار، لتعود الجسم عليه، وإن كان بعض المدمنين يداوم على جرعة ثابتة.
3. حدوث اعتياد نفسي واعتماد جسدي على العقار المستعمل.
4. ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة.
5. تظهر الآثار الضارة على المدمن وعلى المجتمع معاً.

كل ذلك يعني أن إدمان الشيء هو الاعتماد عليه فى الحياة، واعتماد الشخص على العقار يعني أن نشاطه العادي وحياته اليومية مرتبطتان بتناول ذلك العقار

ليحافظ على وجوده فى دمه بنسبة ثابتة وبشكل دائم، فإذا انخفضت هذه النسبة فى دم المدمن، أدى ذلك إلى توقفه عن العمل وعن كل نشاط سوى البحث عن العقار المطلوب، وذلك يعني بوضوح، اعتماد الشخص فى كل أنشطته الحياتية على استمراره فى تناول العقار وهذه هي ظاهرة الاعتماد.

الفصل الثالث

3. منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

3-1 منهجية البحث:

لدراسة أي مشكلة من مشاكل التي تتعلق بالبحث العلمي تتحدد بالمنهج الصحيح الذي يتبعه الباحث للوصول إلى حلول المشكلة فاختيار المنهج الصحيح الذي يتبع لحل المشكلات يعتمد على المشكلة نفسها وعلى طبيعتها [5]. وطبيعة مشكلة هذا البحث تتصف بمنهاج تأهيلي على المصابين بالإدمان أي المنهج التجريبي، والذي تتناسب مع طبيعة البحث.

3-2 عينة البحث:

تم حصر مجتمع البحث الذي يتمثل مرضى المصابون بالإدمان في مستشفى ابن الرشد للإمراض النفسية والإدمان بواقع (24) مدمن مخدرات و (26) مدمن كحول. وتم اختيار العينة بالطريقة العمدية، لما يلائم وطبيعة البحث حيث تم اختيار العينة على أساس العمر مابين (25 - 40) وذلك لتناسب مع قدرة المصاب البدنية للمنهاج التاهيلي وكذلك اختيار المصابون ذوي القدرة البدنية السليمة (القادرون على الحركة) ومنهم (12) مدمن مخدرات و(16) مدمن كحول. وتم استبعاد الباقون للأضرار الشديدة المصاحبة للعلاج وعدم القدرة على الحركة والذين بحاجة إلى علاج طبيعي قبل إدخالهم البرنامج التدريبي. وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة (عشوائيا). ولغرض تكافؤ العينتين وتم اختبار العينة باستشارة

([5]) احمد بدر : أصول البحث العلمي ومناهجه، ط4، الكويت ، وكالة المطبوعات. 1978 ص 279.

الكادر الطبي المتخصص، نظرا لمستوى الحالة المرضية ودرجة الإدمان بشكل متساوي بين أفراد العينة. حيث شملت .

1. المجموعة التجريبية:

المجموعة الأولى: (6) مدمنين مخدرات.

المجموعة الثانية: (8) مدمنين كحول.

2. المجموعة الضابطة:

المجموعة الأولى: (6) مدمنين مخدرات.

المجموعة الثانية: (8) مدمنين كحول.

3-3 أدوات ووسائل جمع المعلومات:

تم استخدام الوسائل التالية في خطوات تنفيذ البحث:-

1. المراجع والمصادر العربية والأجنبية ذات العلاقة.
2. معلومات من شبكة الاتصالات العالمية (الانترنيت).
3. المقابلات الشخصية مع ذوي الاختصاص .
4. استمارات تسجيل الخاصة بالاختبارات والقياسات، ملحق(1).
5. استمارة استطلاع رأي الخبراء بالنسبة للاختبارات النفسية والفسيولوجية، ملحق (2).
6. البيانات المتوفرة من خلال البطولات المحلية السابقة.
7. فريق المساعد.(*)
8. اللجنة الطبية للقياس والتقويم.

فيما تم استخدام الأدوات التالية لتمثيل البحث:-

1. سماعة طبية.
2. دراجة مونارك الارجومتري (monark) شكل (1)

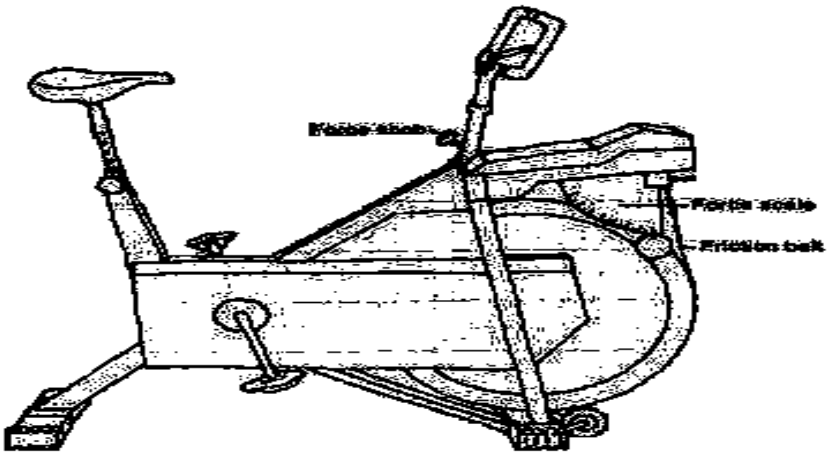
(*) **الفريق المساعد:**

1. أ.م. د عباس فاضل الخزعلي – اختصاص فسيولوجية تدريب – جامعة ديالى.
2. أ.م.د علي سلمان عبد – اختصاص تدريب الرياضي- جامعة المستنصرية.
3. د. طبيب خالد امين احمد – طبيب مقيم.
4. د. طبيب مقيم رائد سمير الجادرجي – سؤول ردهة الإدمان.

3. ساعة توقيت الكترونية.
4. استمارة تسجيل.
5. مسجل.
6. مؤقت.
7. فاحص نبض ضربات القلب.

شكل (1)

دراجة مونارك الارجومتري (monark)



3-4 خطوات تنفيذ البحث:

بعد عرض المشروع على أدارة المستشفى وأستحصال الموافقات الأصولية لتنفيذ مشروع البحث، قام الباحث بتصميم الاستمارات الخاصة بالبحث، ملحق (1-2) وتوزيعها على المختصين لجمع البيانات اللازمة لتنفيذ البحث.

3-4-1 التجربة الاستطلاعية:

قام الباحث بأجراء التجربة الاستطلاعية بغية التعرف على محتويات وأدوات وظروف المكانية والزمانية للاختبار ومدى نجاح الاختبارات والتأكد من فريق العمل وتلافي الصعوبات وفحص أجهزة الاختبارات يوم 2008/8/19 .

3-4-2 الفحوصات والاختبارات:

قام الباحث بأجراء اختبارات وفحوصات نفسية والفسيولوجية على عينة البحث يوم 8/26/ 2008 بمساعدة فريق المساعد.

3-4-2-1 الفحوصات النفسية والصحية:

تم تشكيل لجنة الفحص وتقييم ذاتي للحالة الصحية والنفسية من قبل الفريق طبي اختصاصي(*) بأجراء فحوصات دورية أسبوعية، وقد اعتمد الباحث الاختبار القبلي والبعدي فقط. وقد استبعد الباحث الفحوصات المختبرية للدم والإدرار وذلك لتدخل عوامل العقار في نتائجه.

التقييم الذاتي:

اتخذت اللجنة الطبية للفحص والتقييم للحالة الصحية والنفسية عشرة مستويات صحية وإعطاء درجة شفاء (1- 10) نقاط لكل مختبر، ضمن اعتبارات خاصة باللجنة.

3-4-2-2 الاختبارات الوظيفية:

استخدم الباحث مؤشر الكفاءة الوظيفية بعد عرض استمارة استطلاع الرأي على خبراء الفسيولوجية الرياضية، ملحق (2) وتم تحديد الاختبار الكفاءة الوظيفية pwc 170:-

الاختبار الكفاءة الوظيفية pwc_{170}:(6)

إن مؤشر الكفاءة الوظيفية يعطي البيانات الصحيحة لعمل أجهزة الجسم الداخلية (سعة الجهاز الدوري) من خلال قراءة سرعة نبض الدم بعد جهد بدني فوق معدل النبض (170 نبض) في الدقيقة. ولإيجاد الفروق في قياس الكفاءة الوظيفية بين المختبرين اختار الباحث اختبار دراجة مونارك الارجومتري (monark) بعد أعطاء جهدين مختلفين على الدراجة لارجومترية وقياس الكفاءة الوظيفية. تحسب النتائج في ضوء المعادلة التالية: (7)

(*) الفريق طبي اختصاصي:

1. د. طبيب استشاري عدنان محمد صالح- مدير المستشفى.
2. د. طبيب استشاري وسام صبحي خلف- اختصاص طب نفسي .المعاون الفني.
3. د. طبيب استشاري سمير محمد الجنابي – المعاون الإداري.
4. د. طبيب خالد أمين احمد – طبيب مقيم.
5. د. طبيب مقيم رائد سمير الجادرجي – سؤول ردهة الإدمان.

(6) معد سلمان إبراهيم: **دراسة مقارنة في بعض التكيفات الوظيفية والمؤشرات الانثروبومترية بين الرياضيين المتقدمين في المصارعة الحرة والرومانية وغير الرياضيين**: اطروحة دكتوراه، جامعة بغداد: كلية التربية الرياضية، 2006.

(7) أبو العلا عبد الفتاح ومحمد صبحي: **فسيولوجيا ومورفولوجيا الرياضي وطرق القياس والتقويم**، القاهرة، دار الفكر العربي ،ط1، 1997 ،ص281 . ص281

$$PWC_{170} = N1 + (N_2 - N_1)\left(\frac{170 - F_1}{F_2 - F_1}\right)$$

حيث تمثل N_1 شدة الحمل الأول، N_2 شدة الحمل الثاني، F_1هي معدل القلب الأول بعد شدة الحمل الأول، F_2 معدل القلب الثاني بعد شدة الحمل الثاني. وقد استخدم الباحث شدة الحمل الأول حسب أوزان المختبرين وحسب الجدول(1) التالي وبوقت خمس دقائق وبراحة بعد الجهد الأول (3 دقيقة). ويؤدي المختبرون الحمل الثاني بعد الراحة بشدة أعلى من الأول، وتحدد شدة تبعا لنتيجة معدل ضربات القلب، وبمدة خمس دقائق أيضا.[8] والجدول (1) يحدد شدة الحمل الأول وشدة الحمل الثاني.[*]

جدول (1)

العمر	شدة الحمل الأول (كغم.م/د)	شدة الحمل الثاني				
		معدل ضربات القلب				
		89 -80	99 -90	109 -100	119 -110	129 -120
25- 30 سنة	500	1000	900	800	700	600
30- 35 سنة	400	900	800	700	600	500
35- 40 سنة	300	800	700	600	500	400

يمثل شدة الحملين الأول والثاني للاختبارPWC_{170}

طريقة الاختبار:

- تجرى عملية الوزن لإفراد العينة.
- يتم عرض نموذج بطريقة صحيحة في الأداء .
- إعطاء مدة قصيرة للتدريب على الاختبار .

([8]) أبو العلا عبد الفتاح ، محمد صبحي حسانين مصدر سابق نفسه.ص282.
(*) تم تعديل الجدول شدة الأحمال (الجهد) من قبل الباحث وحسب إمكانيات المصابين.

- يكون زمن الأدائيين الأول والثاني (5 دقائق) وتكون شدة الأدائيين الأول والثاني(حسب الجدول (1) وبمدة راحة (3د).
- بعد الانتهاء من الاختبار مباشرة يقاس النبض لمدة (15 ثانية) ثم التسجيل في الاستمارة المعدة لذلك.

3-5 المنهاج التاهيلي:

تم أعداد برنامج التاهيلي من خلال احتياجات الخاصة للياقة البدنية والصحة النفسية للمدمنين على ضوء التقارير الطبية لحالة المرضى وقد شمل المنهاج التاهيلي منهاج تدريبي للياقة البدنية والأخر ترفيهي فضلا عن توعية نفسية ودينية وثقافية. أجرى المنهاج للفترة من 8/30 لغاية 2008/10/31، ولمدة شهرين.

3-5-1 منهاج اللياقة البدنية:

تضمن منهاج اليومي من الساعة (9-10) صباحا ممارسة التمارين البدنية حيث تم التركيز على التمارين الهوائية منخفضة الشدة تركزت على الهرولة البطيء مع أحيانا المسير وتخللها بعض الألعاب الصغيرة لغرض التشويق واستخدام الأجهزة الثابتة (المولتجم، والسير المتحرك، والدراجة الثابتة). حيث تركزت في الأسابيع الأولى حركات جدا بطيئة وكانت بين يوم وأخر لمدة ثلاثة أسابيع الأولى للمنهاج. أما في ما بعد كان التدريب يوميا مع تغير بسيط بمحتوى المنهاج استنادا لاختبارات بدنية مسبقة للوقوف على الكفاءة البدنية للمرضى قبل أعداد المنهاج، مع الأخذ بنظر الاعتبار التقارير الطبية. قام بتنفيذ التدريب البدني والرياضي مدرب رياضي متخصص باللياقة البدنية [9].

3-5-2 منهاج الترفيهي:

شمل على ممارسة بعض الألعاب الفردية والجماعية والهوايات وكرست من الساعة (11-1) بعد الظهر. إذ استخدم المرضى اللعاب الحاسوب الإلكتروني والشطرنج والدومينو وأورق اللعب والبليارد وممارسة الهوايات كالرسم والخط والكتابة والشعر والعزف على الآلات الموسيقية والاستماع إلى الموسيقى .

9 السيد علي حسين – بكالوريوس تربية رياضية - مدرب اللياقة البدنية لكرة القدم.

أما من الساعة (5- 6) مساءا كان هناك الألعاب رياضية مثل كرة القدم، والسلة، والطائرة، وبعض الألعاب الصغيرة.

أما في المساء بعد وجبة العشاء فكان هناك بعض العروض الأفلام فديوية هادفة.

3-5-3 المنهاج الثقافي والتربوي والديني.

شمل هذا المنهاج على إلقاء المحاضرات النفسية والدينية والتربوية في مضار استخدام المخدرات وكانت يومان في الأسبوع من الساعة (10-11) ق.ض. آذ كانت مدة الدرس (45 دقيقة).

3-6 الاختبارات البعدية:

أجرى الباحث الاختبارات البعدية لعينة البحث بعد انتهاء من المنهاج يوم 2008/11/1.

3-7 الوسائل الإحصائية.

استخدم الباحث الوسائل والطرق الإحصائية الآتية للحصول على النتائج:

1. **الوسط الحسابي** $\bar{س} = \frac{مجـ س}{ن}$

2. **الانحراف المعياري** $ع = \sqrt{\frac{مجـ س^2 - \frac{(مجـ س)}{ن}}{ن - 1}}$ ...([10])

3. **قانون (T-Test):**

$$T = \frac{س1 - س2}{ع هـ}$$

حيث أن

$$ع هـ = \sqrt{\frac{ن1 + ن2}{ن1 \times ن2} \times \frac{ع1 (ن1-1) + ع2 (ن2 - 1)}{ن + ن2 - 2}}$$

([10]) سعد جلال : القياس النفسي . القاهرة . دار الفكر العربي 1985.

الفصل الرابع

4. عرض النتائج ومناقشتها

4- 1 عرض نتائج المجموعة التجريبية في اختبارين القبلي والبعدي ومناقشتها:

من خلال الاختبارات والفحوصات النفسية والصحية و الوظيفية للعينتين (المصابين بالإدمان الكحول والمخدرات) للمجموعة التجريبية للاختبارين القبلي والبعدي. أجرى الباحث معالجة إحصائية (**T-Test**) لمعرفة الفروق الإحصائية للأوساط الحسابية بين الاختبارين لمعرفة التطور في النواحي الصحية والنفسية والبدنية على مدى تطبيق منهاج التأهيلي.

4-1-1 عرض نتائج الفحوصات النفسية والصحية لمجموعة التجريبية ومناقشتها.

من خلال النتائج المبينة في الجدول (2) وجد أن هناك فروق بين الأوساط الحسابية والانحراف المعياري للاختبار القبلي والبعدي لمجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية في فحوصات والاختبارات النفسية والصحية.

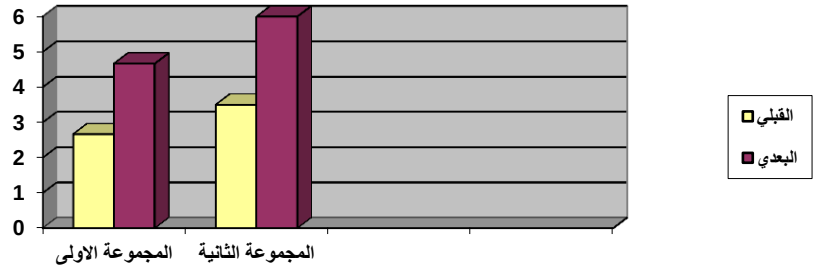
جدول (2)

يوضح قيم الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

الإحصائية / المجاميع	المجموعة التجريبية				قيمة (T) المحتسبة	قيمة (T) الجدولية	دلالة الفروق
	قبلي		بعدي				
	سَ	ع	سَ	ع			
المجموعة الأولى عينة مدمنين المخدرات	2,666	0,816	4,666	1,211	6,198	(*) 2.447	معنوي
المجموعة الثانية عينة مدمنين الكحول	3,5	0,925	6,0	1,195	4,859	(**) 2,306	معنوي

(*) درجة حرية 6 وباحتمال خطاء 0,5

(**) درجة حرية 8 وباحتمال خطاء 0,5



إذ ظهر الوسط الحسابي للاختبار القبلي لمجموعة الأولى (المخدرات)(2,666) وبانحراف معياري (0,816) وكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (4,666) وبانحراف معياري (1.211). فحين ظهر الوسط الحسابي للاختبار القبلي للمجموعة الثانية (الكحول)(3,5) وبانحراف معياري (0,925) وكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (6,0) وبانحراف معياري (1,195).

وبعد معالجة هذه الأوساط لتعرف على مدى الفروق فيما بينهما باستخدام اختبار (T-Test). فكانت (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الأولى (عينة مدمنين المخدرات) (6.198) بينما كانت الجدولية (2,447) تحت درجة حرية (6) وباحتمال خطاء (0,5) وكانت قيمة (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الثانية (مدمني الكحول) (4,859) بينما كانت الجدولية (2,306) تحت درجة حرية (8) وباحتمال خطاء (0,5). ولما كانت (T) المحتسبة للمجموعتين الأولى والثانية هي اكبر من الجدولية أذن دلالة الفروق معنوية لصالح الاختبار البعدي للمجموعتين كما في جدول (2).

معنى ذلك هناك تحسن في الحالة الصحية والنفسية للمجموعتين التجريبيتين (عينة الإدمان على المخدرات والكحول) من خلال البرنامج التاهيلي المقترح أي هناك تأثير على عينة البحث في تحسين الحالة الصحية والنفسية أي تحقيق الفرضية الأولى والثانية للبحث من الناحيتين الصحية والنفسية.

4-1-2 عرض نتائج الاختبار الكفاءة الوظيفية (pwc_{170}) لمجموعة التجريبية ومناقشتها:

من خلال النتائج المبينة في الجدول (3) وجد أن هناك فروق بين الأوساط الحسابية والانحراف المعياري للاختبار القبلي والبعدي لمجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية في الاختبار الكفاءة الوظيفية (pwc_{170}).

جدول (3)

يوضح قيم الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار الكفاءة الوظيفية (pwc_{170}).

الإحصائية / المجاميع	المجموعة التجريبية				قيمة (T) المحتسبة	قيمة (T) الجدولية	دلالة الفروق
	قبلي		بعدي				
	سَ	ع	سَ	ع			
المجموعة الأولى عينة مدمنين المخدرات	649,66 كغم/م.د	27,75	797,33 كغم/م.د	11,89	4,85	(*) 2.447	معنوي
المجموعة الثانية عينة مدمنين الكحول	649,62 كغم/م.د	21,68	802,58 كغم/م.د	19,21	6,79	(**) 2.306	معنوي

(*) درجة حرية 6 وباحتمال خطاء 0.5

(**) درجة حرية 8 وباحتمال خطاء 0.5

إذ ظهر الوسط الحسابي للاختبار القبلي لمجموعة الأولى (المخدرات)(**649,66**) وبانحراف معياري (**27,75**) وكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (**797,33**) وبانحراف معياري (**11,89**). فحين ظهر الوسط الحسابي للاختبار القبلي للمجموعة الثانية (الكحول)(**649,62**) وبانحراف معياري (**21,68**) وكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (**802,5**) وبانحراف معياري (**19,21**).

وبعد معالجة هذه الأوساط لتعرف على مدى الفروق فيما بينهما باستخدام اختبار (T-Test). فكانت (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الأولى (عينة مدمنين المخدرات) (**4,85**) بينما كانت الجدولية (**2.447**) تحت درجة حرية (6) وباحتمال خطاء (0,5) وكانت قيمة (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الثانية (مدمني الكحول) (**6,79**) بينما كانت الجدولية (**2,306**) تحت درجة حرية (8) وباحتمال خطاء (0,5). ولما كانت (T) المحتسبة للمجموعتين الأولى والثانية هي

اكبر من الجدولية أذن دلالة الفروق معنوية لصالح الاختبار البعدي للمجموعتين كما في جدول (3).

معنى ذلك هناك تحسن في الحالة الوظيفية للمجموعتين التجريبيتين (عينة الإدمان على المخدرات والكحول) من خلال البرنامج التاهيلي المقترح أي هناك تأثير على عينة البحث في تحسين الحالة الوظيفية أي تحقيق الفرضية الأولى والثانية للبحث من الناحيتين الوظيفية.

4- 2 عرض نتائج للمجموعة التجريبية والضابطة في اختبارين البعدين ومناقشتها:

لأجل معرفة تأثير المنهاج التاهيلي على من غيره لابد أن نجري الاختبارات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبارين البعدية لهما. ومن خلال الاختبارات والفحوصات النفسية والصحية و الوظيفية للعينتين (المصابين بالإدمان الكحول والمخدرات) للمجموعة التجريبية والضابطة في اختبارين البعدين. أجرى الباحث معالجة إحصائية (T-Test) لمعرفة الفروق الإحصائية للأوساط الحسابية بين الاختبارين لمعرفة التطور في النواحي الصحية والنفسية والوظيفية بين المجموعة التي استخدمت المنهاج ألتأهيلي والمجموعة التي لم تستخدم المنهاج ألتأهيلي. لمعرفة تأثير المنهاج ألتأهيلي على المصابين.

4-2-1 عرض نتائج الفحوصات النفسية والصحية لمجموعتين التجريبية والضابطة في اختبارين البعدين ومناقشتها.

ومن خلال النتائج المبينة في الجدول (4) وجد أن هناك فروق بين الأوساط الحسابية والانحراف المعياري للاختبارين البعدي لمجموعتين التجريبية والضابطة الأولى والثانية في فحوصات والاختبارات النفسية والصحية.

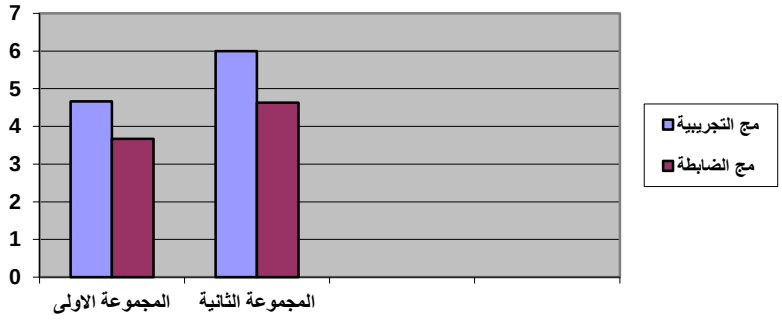
جدول (4)

يوضح قيم الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق بين الاختبار والبعدي للمجموعة التجريبية والضابطة للفحوصات النفسية والصحية.

الإحصائية / المجاميع	الاختبار البعدي				قيمة (T) المحتسبة	قيمة (T) الجدولية	دلالة الفروق
	التجريبية		الضابطة				
	سَ	ع	سَ	ع			
المجموعة الأولى عينة مدمنين المخدرات	4,666	1,21	3,666	1,211	5,339	(*) 2,447	معنوي
المجموعة الثانية عينة مدمنين الكحول	6,0	1,195	4,625	1,06	5,339	(**) 2,306	معنوي

(*) درجة حرية 6 وباحتمال خطاء 0,5

(**) درجة حرية 8 وباحتمال خطاء 0,5



إذ ظهر الوسط الحسابي للاختبار البعدي لمجموعة الأولى (المخدرات) للمجموعة التجريبية (4,666) وبانحراف معياري (1,21). أما الضابطة فكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (3,666) وبانحراف معياري (1,211) . فحين ظهر الوسط الحسابي للاختبار البعدي للمجموعة الثانية (الكحول) للمجموعة التجريبية (6,0) وبانحراف معياري (1,195). أما الضابطة فكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (4,625) وبانحراف معياري (1,06).

وبعد معالجة هذه الأوساط لتعرف على مدى الفروق فيما بينهما باستخدام اختبار (T-Test). فكانت (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الأولى (عينة مدمنين المخدرات) (5,339) بينما كانت الجدولية (2,447) تحت درجة حرية

(6) وباحتمال خطاء (0,5) وكانت قيمة (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الثانية (مدمني الكحول) (2,591) بينما كانت الجدولية (2,306) تحت درجة حرية (8) وباحتمال خطاء (0,5). ولما كانت (T) المحتسبة للمجموعتين الأولى والثانية هي اكبر من الجدولية أذن دلالة الفروق معنوية لصالح اختبار البعدي للمجموع التجريبية للمجموعتين كما في جدول (4).

معنى ذلك هناك تحسن في الحالة الصحية والنفسية للمجموعتين التجريبيتين (عينة الإدمان على المخدرات والكحول) من خلال البرنامج التاهيلي المقترح أي هناك تأثير على عينة البحث في تحسين الحالة الصحية والنفسية أي تحقيق الفرضية الأولى والثانية للبحث من الناحيتين الصحية والنفسية.

4-1-2-1 عرض نتائج الاختبار الكفاءة الوظيفية (pwc $_{170}$) لمجموعتين التجريبية والضابطة في اختبارين البعدين ومناقشتها.

ومن خلال النتائج المبينة في الجدول (5) وجد أن هناك فروق بين الأوساط الحسابية والانحراف المعياري للاختبارين البعدي لمجموعتين التجريبية والضابطة الأولى والثانية في فحوصات والاختبارات النفسية والصحية.

جدول (5)

يوضح قيم الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق بين الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة في اختبار الكفاءة الوظيفية (pwc $_{170}$).

الإحصائية / المجاميع	الاختبار البعدي				الاختبار البعدي	قيمة (T) الجدولية	دلالة الفروق
	التجريبية		الضابطة				
	سَ	ع	سَ	ع			
المجموعة الأولى عينة مدمنين المخدرات	797,33 كغم/م.د	11,89	641,33	10,4	4,24	(*) 2.447	معنوي
المجموعة الثانية عينة مدمنين الكحول	802,58كغم/م.د	19,21	656,25	14,05	6,79	(**) 2.306	معنوي

(*) درجة حرية 6 وباحتمال خطاء 0,5

(**) درجة حرية 8 وباحتمال خطاء 0,5

إذ ظهر الوسط الحسابي للاختبار البعدي لمجموعة الأولى (المخدرات)(**797,33**) وبانحراف معياري (**11,89**) وكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (641,33) وبانحراف معياري (**10,4**). فحين ظهر الوسط الحسابي للاختبار البعدي للمجموعة الثانية (الكحول)(**802,5**) وبانحراف معياري (**19,21**) وكان الوسط الحسابي للاختبار البعدي لنفس المجموعة (656,25) وبانحراف معياري (**14,05**).

وبعد معالجة هذه الأوساط لتعرف على مدى الفروق فيما بينهما باستخدام اختبار (T-Test). فكانت (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الأولى (عينة مدمنين المخدرات) (4,24) بينما كانت الجدولية (**2,447**) تحت درجة حرية (6) وباحتمال خطاء (0.5) وكانت قيمة (T) المحتسبة للمجموعة التجريبية الثانية (مدمني الكحول) (6,79) بينما كانت الجدولية (**2,306**) تحت درجة حرية (8) وباحتمال خطاء (0.5). ولما كانت (T) المحتسبة للمجموعتين الأولى والثانية هي اكبر من الجدولية أذن دلالة الفروق معنوية لصالح اختبار البعدي للمجموع التجريبية للمجموعتين كما في جدول (5).

معنى ذلك هناك تحسن في الحالة الوظيفية للمجموعتين التجريبيتين (عينة الإدمان على المخدرات والكحول) من خلال البرنامج التاهيلي المقترح أي هناك تأثير على عينة البحث في تحسين الحالة الوظيفية أي تحقيق الفرضية الأولى والثانية للبحث من الناحيتين الوظيفية.

الفصل الخامس

5. الاستنتاجات والتوصيات

5-1 الاستنتاجات:

واستنتج الباحث:

1. أن هناك فروق ذات دلالة معنوية لعينة البحث التجريبية للمجموعتين الأولى (إدمان مخدرات) والثانية (إدمان الكحول) للاختبارين القبلي والبعدي في الفحوصات النفسية ولصالح البعدي. ويأتي هذا من خلال العلاج بالبرامج التاهيلية.
2. وهناك فروق ذات دلالة معنوية لعينة البحث الضابطة والتجريبية مجموعتين الأولى والثانية ولصالح الاختبار البعدي التجريبية مما يؤكد على صلاحية المناهج التاهيلية.
3. واستنتج الباحث إلى أن هناك ضرورة قصوى لخضوع المدمنين لبرامج التاهيلية كجزء من العلاج.

5-2 التوصيات:

1. أنشاء مركز تخصصي لعلاج الإدمان وعزله على مرضى الحالات النفسية تتوفر فيه جميع المستلزمات التأهيل الصحي والنفسي.
2. تطوير مستشفى ابن ارشد وإنشاء الساحات والملاعب الرياضية وقاعات الجمنيزيوم وأجهزة التسلية الالكترونية.
3. تعيين مدربون متخصصون في التدرب الرياضي للإشراف على المناهج التاهيلية.
4. أنشاء دار للمدمنين يسكنه بعد الاستشفاء لفترة معينة لغرض الابتعاد عن العادات السيئة وعدم الرجوع الى الادمان.

المصادر:

1. أبو العلا عبد الفتاح ومحمد صبحي: فسيولوجيا ومورفولوجيا الرياضي وطرق القياس والتقويم، القاهرة، دار الفكر العربي ،ط1، 1997.
2. احمد بدر : أصول البحث العلمي ومناهجه، ط4، الكويت ، وكالة المطبوعات. 1978
3. احمد جمال أبو العزائم – موقع الانترنيت YAHOO- واحة النفس المطمئنة .الأسرة والوقاية من الإدمان.
4. صبري جرجيس . الطب النفسي في الحياة العامة. القاهرة. دار النهضة العربية. ط1 . 1961
5. فاخر عاقل . أصول علم النفس وتطبيقاته. بيروت . دار العلم للملايين ط1 1973.
6. معد سلمان إبراهيم: دراسة مقارنة في بعض التكيفات الوظيفية والمؤشرات الانثروبومترية بين الرياضيين المتقدمين في المصارعة الحرة والرومانية وغير الرياضيين: اطروحة دكتوراه، جامعة بغداد: كلية التربية الرياضية، 2006.