دور استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

إعداد

أ.د./ شعبان جاب الله رضوان
قسم علم النفس – جامعة القاهرة

د./ سارة محمود حسين محمد
أخصائية نفسية

ملخص :

تهدفُ الدراسةُ الراهنة إلى التعرف على دور استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، وبلغت عينة الدراسة (١٠٠) (٥٠ من المنتكسين و٥٠ المتعافين) من الاعتماد على المواد النفسية، وتتراوح أعمارهم بين (٢١-٤٠) عامًا، وبلغ متوسط عمر المنتكسين (٣٠,٨٦ ± ٣,٤٩) سنة، وبلغ متوسط عمر المتعافيين (٢٩,١٠ ± ٣,٢٩) سنة. وطبق عليهم مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط ومقياس المساندة الاجتماعية ومقياس الشعور بالوصمة إعداد الباحثين. وتم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المتعافين ولا يوجد علاقة لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية. وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية. بالإضافة إلى تنبؤ استراتيجيات مواجهة الضغوط بالشعور بالوصمة لدى المتعافين ولا تتنبئ لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية. كذلك تنبؤ المساندة الاجتماعية بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات مواجهة الضغوط – المساندة الاجتماعية – الشعور بالوصمة.

مقـدمة :

من التحديات الكبرى التي تواجه علاج المعتمدين على المواد النفسية سواء على المستوى المحلي أو على المستوى العالمي، مشكلة العودة للتعاطي من جديد أي حدوث الانتكاس (هند طه، ٢٠٠٤). حيث تدل المؤشرات العالمية والقومية على تفاقم مشكلة الاعتماد على المواد النفسية وزيادة انتشارها، ومع ارتفاع هذه المؤشرات، وما تؤدي إليه تلك المشكلة من تداعيات، لعل أهمها ما يتحمله المجتمع من تكلفة، تستقطع من إجمالي الموارد المخصصة للتنمية (أحمد مجدي وآخرون، ٢٠٠٢)، فهي مشكلة بحاجة إلى مزيد من الاهتمام، وخصوصًا أن العمر الذي يبدأ فيه الأفراد بتعاطي المواد النفسية بدأ في التناقص بشكل تدريجي ملحوظًا خلال الـ (٣٠) سنة الأخيرة، فقد توصلت إحدى الدراسات إلى أن (٨٠%) من إجمالي (٦٠٠) حالة من الحالات التي طلبت العلاج، وبعد حدوث انتكاسات عديدة لها، بدأت في استخدام الحشيش قبل سن (١٥) سنة، وأكدت هذه الدراسات أيضًا أن المراهق الصغير ما بين (١٢-١٣) سنة يبدأ التدخين في هذا العمر ويتحرك تدريجيًا نحو تعاطي المخدرات (هند طه، ٢٠٠٤).

كما أنه لا تقتصر تلك المشكلة على النتائج التي يتحملها المجتمع وعلى ما ينفق على شراء المادة النفسية، وإنما ما يتحمله من إنفاق على جوانب أخرى متعددة، منها الإنفاق على الدواعي الأمنية، للحد من تجارة هذه المواد، والإنفاق الصحي لعلاج المعتمدين على المواد النفسية، والإنفاق على تفعيل القانون ومحاكمة التجار، بالإضافة إلى انخفاض الإنتاجية (أحمد مجدي وآخرون، ٢٠٠٢: ١٣٧). مما يشير إلى خطورة المشكلة وأهميتها، نظر لانضمام صغار السن إلى عالم المخدرات والذي يكسبهم عديدًا من المشكلات السلوكية (هند طه، ٢٠٠٤). والمشكلات الأمنية والاقتصادية والصحية والاجتماعية فمشكلات الاعتماد على المواد النفسية كثيرة، على المدى القريب أو البعيد والتي تؤثر على الفرد والمجتمع تأثيرًا سلبيًا ومدمرًا للمجتمعات (نجوى الفوال، جمعة يوسف، ٢٠٠٧).

فالاعتماد على المواد النفسية، والانتكاس والتعافي هي عمليات مستمره وليست حدثًا ثابتاً. حيث تتم مساعدة الفرد من الجهات المتخصصة في امكانية الابتعاد عن المواد النفسية، واسترداده لنفسه من حيث التحسن في الصحة النفسية والعقلية والوصول لحالة من الاستقرار النفسي والرفاهية النفسية، وهي طريقة جديدة للوصول للتعافي والقدرة على عيش المدمن المتعافى حالة من الأمل والتفاؤل فيما هو قادم **(DiReda & Gonsalvez, 2016)**.

ويُعد اضطراب الاعتماد على المواد النفسية من أكثر الاضطرابات انتشارًا على مستوى العالم (في: سهى سامي، ٢٠١٦) كما إنها إحدى أهم المشكلات التي تواجه العالم بأسره ويسعى إلى مواجهتها والتصدي لها وذلك لما تحدثه من أضرار بالغة على الفرد والمجتمع **(Reyes, 2023)**

ولهذا لابد من الوقوف على طبيعة هذه المشكلة وكذلك الأسباب التي تدفع بالمدمن إلى العودة مرة أخرى للتعاطي (الانتكاس) بعد التعافي **(Marllet, 2000)**.

مَدخلٌ إلى مشكلةِ الدراسةِ :

تُعد الانتكاسة من التحديات الكبرى التي تواجه علاج المعتمدين على المواد النفسية فهي مشكلة بحاجة إلى مزيد من الاهتمام، وخصوصًا بعد حدوث انتكاسات عديدة للمدمنين الذين يحاولون العلاج (هند طه، ٢٠٠٤).

فالتأهيل النفسي والاجتماعي للمعتمدين على المواد النفسية، هو إجراء متمم لأي خدمة طبية محدودة كانت في حجمها أو متسعة؛ فالعكس هو الصحيح، إذ أن أي خدمة طبية، سواء تمثلت في عملية تطهير الجسم من السموم، أو احتواء اضطرابات ترتبت على خبرة الاعتماد على المواد النفسية ليست إلا خطوة من بين خطوات عديدة، تتخذ لإعداد المعتمد إلى ممارسة الحياة، في سياقها الطبيعي، الذي لا يقضي بأي اعتماد على أي مادة من المواد النفسية، ومن ثم، يقضي مفهوم التأهيل بضرورة خلق التوازن بين النموذج الطبي الذي يرى في التأهيل إجراء متممًا للخدمة الطبية، ونموذجًا آخر، وهو النموذج النفسي الاجتماعي (محيى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٣: ١٥). والذي يرى ضرورة الوقوف عند الأساليب التي تساعده في الاندماج في الحياة الطبيعية بكفاءة، والتعامل مع مشكلاته وضغوطاته بشكل سوي يعتمد على المواجهة والمساندة الاجتماعية الفعالة **(Marlett, 2000)**.

ومن ثم، يجب الاهتمام بوجود منظومة دعم ومساندة اجتماعية تحيط المعتمد المتعافي للاستمرار في التعافي ووجود أساليب مواجهة للضغوط فعالة، حيث يساعدهم ذلك على ارتفاع المقاومة والرغبة في البقاء والاستمرار في التعافي واتباع الطريقة الصحية في التعامل في مختلف مجالات الحياة **(Cooper & Nielsen, 2016)**.

وقد أشار عديد من الدراسات السابقة إلى أن الأفراد الذين لديهم مساندة اجتماعية مرتفعة، ولديهم أقرآن كثيرون، ويبنون علاقات إيجابية مع الآخرين، يميلون إلى أن يكونوا أكثر قدرة على مواجهة الضغوط واتخاذ القرار حيث تُعد المساندة الاجتماعية إحدى أهم مصادر المواجهة الفعالة **(Yalcin & Malkoc, 2014)** كما تساعد المساندة الاجتماعية المعتمدين على المواد النفسية على أن يتعاملوا مع الأحداث الضاغطة والصادمة بشكل أكثر فاعلية **(Marlett, 2000)**.

هناك مجموعة من السمات والخصال الشخصية المهيئة للتعاطي والانتكاسات المتكررة، مثل السلبية والاعتمادية وعدم القدرة على المواجهة وإدارتها بشكل صحيح وعدم القدرة على إقامة علاقات شخصية فعالة، كما لاتوجد في البيئة المحيطة منظومة دعم اجتماعي بالإضافة إلى شعور المعتمد بأنه شخص منبوذ وموصوم اجتماعيًا من المحيطين به **(Martin & Carla, 2008)**

كما نجد أن الوصمة لا تؤثر على الفرد المعتمد فحسب، بل تؤثر أيضًا على أفراد أسرته (**Link & Phelan, 2001**) ولهذا فإن لم يتم التعامل مع تلك الجوانب من خلال البرامج العلاجية النفسية والتي تهدف إلى تنمية مجموعة من المهارات الإيجابية التي تساعد مرضى الاعتماد على فهم طبيعة سلوكياتهم الإدمانية وكيفية تعديلها والتدريب على كيفية الوصول للتعافي والاستمرار فيه؛ فلن تجدي مع المعتمدين على المواد النفسية تلك البرامج التي تعتمد على إزالة السموم فقط **(Martin & Carla, 2008).**

كما أوضحت دراسات عديدة وجود أثر واضح للوصمة على تفاقم تعاطى المواد النفسية ليصل إلى الاضطراب حيث يؤدى إلى الخوف من الوصمة فلا يطلب المساعدة الطبية أو النفسية **(Link, 1987).**

فكلما قلت شبكة الدعم الاجتماعي التي يحتاج لها المعتمدون على المواد النفسية قلت معها المكاسب التي يستطيعون أن تحقيقها من خلال مراحل العلاج وقلت معها القدرة على مواجهة الضغوط **(Faleck, 2016)** .

وقد تبين في إحدى الدراسات الحديثة أن الذين يتعاطون الكوكايين والكحول بمعدل أعلى في الفترة التي سبقت الدراسة يظهرون شغفًا أكبر بالمادة المخدرة وشعورًا بدرجة مرتفعة بالضغط مقارنة بمن يتعاطونها بمعدل أقل، وهذا يجعلهم عرضة بدرجة أكبر للعودة إلى تعاطي المواد المخدرة في فترة العلاج أو بعد ذلك (حمود الشريف، ٢٠٠٧).

كما أن أغلب النظريات الرئيسية للاعتماد تفترض أن أحداث الحياة الضاغطة تمارس دورًا مهمًا في زيادة التعاطي والانتكاسة **(Sinha, 2001).** فالضغوط الاجتماعية قد ساهمت بنسبة (٢٨%) من حيث كونها أحد العوامل المهمة للانتكاس. كما أكدت نتائج الدراسات أن الضغوط والتأثيرات الأجتماعية لها دورها الفعال في حدوث الانتكاسة (مدحت عبدالحميد، ١٩٩٨: ٩٣).

وفي دراسة أجراها كل، من "عبدالله عسكر وأحمد البراك" (١٩٩٠) عن غياب الدعم الأسري وعلاقته بالانتكاسة، أشارت النتائج بها إلى أن نسبة المراجعين للعيادات الخارجية كانت (٤٨%) ممن لديهم دعم أسري وخاصة من الزوجة والأم، مما يشير إلى ارتفاع معدلات الإقلاع عن التعاطي مع وجود الدعم الأسري، في حين أن بعض أفراد العينة الذين لم يراجعوا العيادات الخارجية قد اعترفوا بالانتكاسة لافتقادهم المساندة الاجتماعية التي تشجعهم على متابعة البرامج العلاجية والرعاية اللاحقة وتراكم الضغوطات لديهم.

كذلك أشارت دراسة "اسكوبل" **Esquibel** و"بوركان" **Borkan** (٢٠١٤) إلى أنه بسبب الكثير من التجارب الخاصة بالمعتمدين المتعافين وارتباط التعافي والانتكاسة لديهم يحدث ارتباط لدى الأفراد المحيطين بهم بوصمة مدركة لديهم بأنه كلما تعافي المعتمد سينتكس مرة أخرى مع وجود

شعور بعدم الثقة بهم وضعف التواصل معهم وقلة المساندة الاجتماعية لهم (**Esquibel & Borkan, 2014**).

ونجد في دراسة "كوبر ونيلسين" **Cooper & Nielsen** (٢٠١٦) عن الشعور بالوصمة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المعتمدين على المواد الأفيونية[1] تمت دراسة الشعور بالوصمة والمساندة الاجتماعية الخاصة بالأسرة والأزواج والأصدقاء. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الشعور بالوصمة يرتبط بتعاطي المواد النفسية، حيثُ يتبنى المعتمدون السرية التامة والإخفاء التام لوجود مشكلة بدلاً من طلب الدعم والمساندة. كما وجد أن هناك فجوة في المعرفة الحالية بوجود مشكلة في الاعتماد على المواد النفسية والبيئة المحيطة بالأشخاص الذين يعتمدون على الأفيون حيث هناك عزلة وعدم وجود مساندة اجتماعية لدى المعتمدين، ولديهم شعور بالخوف من أن يتم وصم الشخص بالاعتماد، وكان اللوم العامل الأساسي لديهم للشعور بالوصمة **(Cooper & Nielsen, 2016)**.

كما قام "كياس" **Keyes** (٢٠١٠) بفحص مدى إدراك الوصمة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الاعتماد على الكحول، لدى عينة من الراشدين يعيشون في الولايات المتحدة، أشارت النتائج إلى أن الأشخاص المصابين باضطراب الاعتماد على الكحول أدركوا الوصمة بشكل كبير عن الأشخاص الذين يتعاطون الكحول في المناسبات الاجتماعية، كما كانوا أقل استفادة من العلاج المقدم وأكثر احتياجًا للمساندة الاجتماعية من المحيطين بهم **(Keyes et al., 2010)**.

كما قام "ديرنج" **Dearing** بدراسة العلاقة بين الشعور بالوصمة والاعتماد على المواد النفسية، أشارت النتائج إلى أن الشعور بالخزي والخجل كان مرتبطًا بشكل دال بمشكلات عدم القدرة على مواجهة الضغوط والاعتماد على الكحول لم يرتبط بمشكلات الاعتماد على باقي المواد النفسية **(Dearing et al., 2005)**.

وعن علاقة مستويات الوصمة بمدة التعاطي قام "رؤو" **Rao** بدراسة لفحص الوصمة تجاه المعتمدين على المواد النفسية وبين متخصصين في الصحة. أشارت النتائج إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الاعتماد على المواد النفسية من حديثي الاعتماد كانوا أكثر سلبية وأقل مواجهة للضغوط من متعددي الانتكاسات وخضعوا لبرامج علاجية **(Rao et al., 2009)**

ومن هنا نجد تراكم الضغوط لدى المعتمدين من المجتمع المحيط بهم يصبح لديهم عدم القدرة على المواجهة بطرق فعالة مع عدم وجود جماعات دعم ومساندة سواء كان ذلك للمنتكس أو للمتعافي حيث تمثل تلك الجوانب عوامل خطورة، ويتضح ذلك من خلال مقاومتهم للعلاج والبقاء في حالة تجنب للوصمة ولاستمرار التعاطي والانتكاسات، بالإضافة إلى قصور في استخدام استراتيجيات المواجهة لديهم للتغلب على الضغوط الحياتية وفقدان المساندة الاجتماعية من قبل

(1) Pharmaceutical Opioid (PO).

الأسرة والمحيطين بهم وشعورهم بالخزي والعار الدائم من نظرة المحيطين بهم، كل هذا من شأنه أن يدفع المريض الذي قرر الإقلاع عن التعاطي أن يعود للانتكاس مرة أخرى ويصبح منبوذًا من المجتمع المحيط به.

ومِن ثمَّ تتضح أهمية دراسة دور استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

أسئلة الدراسة :

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة أسئلة الدراسة الحالية على النحو التالي :

١ – هل توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

٢ – هل توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

٣ – هل تسهم استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

٤ – هل تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

أهداف الدراسة الراهنة :

ثمة مجموعةٌ مِن الأهداف لإجراء الدرسة الحالية نعرضها على النحو الآتي :

١ – الكشف عن تحديد الإسهام لدى استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٢ – تحديد الإسهام النسبي للمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٣ – تحديد نوع علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٤ – الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة :

١ – تبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها واحدة من الدراسات التي اهتمت بدراسة استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٢ – الإسهام في التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة وتوضيح التعريفات الخاصة بها، والأطر النظرية المفسرة لها.

٣ – تناول فئة جديرة بالدراسة تمثل خطرًا حقيقيًّا على المجتمعات؛ ما يفتح المجال لإجراء مزيدٍ من الدراسات عنها، وزيادة التأصيل النظري حوله.

٤ – التحقق مِن الفروض النظرية للدراسة.

٥ – إعداد برامج وقائية وارشادية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٦ – إعداد أدوات عربية لقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

مفاهيم الدراسة وأُطُرها النظرية :

يشتمل هذا الجزء على المفاهيم الخاصة باستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة والانتكاسة والاعتماد على المواد النفسية والنظريات والنماذج المفسرة لكل مفهومٍ عَلى حدة.

أولًا : استراتيجيات مواجهة الضغوط :

تشير استراتيجيات المواجهة كما يعرفها" الازاروس وفولكمان "إلى تغيرات معرفية متسقة وجهود سلوكية متواصلة بهدف السيطرة على معارف نوعية خارجية أو داخلية تدرك بأنها شديدة الوطأة، تتجاوز إمكانات الفرد، وهي تعتمد على عوامل شخصية وموقفيه، وتنقسم إلى المواجهة المرتكزة على الانفعال والمواجهة المرتكزة على المشكلة **(Moser & Uzzell, 2003)** .

ويتبنى الباحثان التعريف السابق لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.

فالمواجهة هي "استجابات معرفية أو سلوكية" لتقليل أو القضاء على الكرب النفسي أو الظروف المجهدة، وهي طرق التعامل مع تلك المواقف، تتحدد طرق استجابة وتفاعل الفرد معها حسب الخصال الشخصية والاجتماعية والثقافية **(Fleishman, 1984).**

وتصنف أساليب المواجهة إلى :

أ) المواجهة الإيجابية في مقابل المواجهة السلبية[1] :

قد تكون المواجهة إيجابية أو سلبية، حيث تتضمن أساليب ناجحة، وأخرى غير ناجحة، فالمواجهة الإيجابية تحدث عندما تحدد مشكلة ويتولد عنها حلول بديلة وتنفذ تلك البدائل بالأفعال.

تتضمن طلب المساعدة من الأشخاص الداعمين، مثل موجه أو صديق. وتشمل الطرق الأخرى للمواجهة الإيجابية التأمل وكتابة اليوميات وممارسة الرياضة، في حين تشير المواجهة السلبية إلى التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة بأساليب سلبية لا تؤدي إلى حلول للمشكلات، وتجعل الأفراد غير متوافقين **(McLeod, 2009).**

ب) المواجهة الدينية :

هي وسائل محددة ذات مرجعية دينية يمكن من خلالها لبعض الأفراد دمج حزمة كاملة من السلوكيات والمشاعر والمعارف والعلاقات للتعامل مع مجموعة متنوعة من المواقف الضاغطة **(Pargament et al., 2001).**

ويشير "فاروق السيد" إلى الضغوط باعتبارها: تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعًا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج من ذلك من آثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداع والإحباط والحرمان والقلق (فاروق السيد، ٢٠٠١: ٩٦)، وتتبنى الباحثة هذا التعريف للضغوط.

نموذج "موس" Moos لتفسير العلاقة بين الضغوط والمواجهة :

ربما يكون نموذج **Moos** هو الإطار النظري الأكثر شمولاً لتفسير التفاعل بين المواجهة والضغوط، فضلاً عن إمكانية التحكم المتصورة للفرد من حيث الموارد الشخصية والاجتماعية للحفاظ على الصحة البدنية والعقلية في مثل هذه العملية.

فيوضح النموذج التفاعل المستمر بين البيئة والفرد، فالبيئة تشتمل على المناخ الاجتماعي والضواغط الدائمة والأسس التي تنشأ منها مجالات الحياة المختلفة مثل العمل والعائلة، والفرد مكون من البيئة ومصادرها مثل قدرات الأفراد المعرفية، وسماتهم الشخصية والكفاءة الاجتماعية والثقة بالنفس **(Louw & Viviers, 2010).**

وتتضمن الظروف العابرة لأحداث الحياة الضاغطة والتغيرات التي تواجه الفرد، والأفراد يقيمون هذه الظروف حسب درجة التهديد أو التغيير، وعلى أي حال يكون الأفراد مزودين بمصادر بيئية وشخصية للتعامل مع الموقف، وتبعًا لذلك سيوظف النموذج تأثيرات تقييم أساليب المواجهة، بأنها تلك الأساليب التي يمكن أن توصف كمصطلحات حسب السياق (المواجهة (الإقدام) – التجنب (الإحجام) وحسب الأسلوب (معرفي – سلوكى). يؤدي نجاح المواجهة بعد ذلك في صحة الفرد وحسن حاله.

(1) Positive and negative coping.

ومن نقاط القوة في هذا النموذج أنه يقودنا إلى التركيز على العوامل السياقية في عملية الضغوط والمواجهة، كما يصور النموذج أيضًا العلاقات التبادلية بين عناصره، ويظهر في التفاعل بين النظام البيئي والنظام الشخصي ويقترح أن المناخ الاجتماعي وسمات الشخصية يمكن أن يؤثر كل منهما في الآخر. كما أن النموذج يقترح أنه بالإضافة إلى النموذج الشخصي فإن تأثيرات السياق البيئي المستمر كأحداث الحياة تُظهر كيف يقيم الأشخاص ويتوافقون مع هذه الأحداث وكيف يؤثر ذلك في صحتهم وحسن حالهم. فالثقافة واحدة من السمات الأساسية للمجتمع والتي تؤثر في كل من البيئة والفرد. وعلى الرغم من أن الثقافة تُعد جزءًا من النظام البيئي فقد تميزت عن المناخ الاجتماعي الأدنى والذي يشمل أطرًا محددة (العمل – الأسرة – الجيرة) والضواغط المستمرة والمصادر. ويمكن تصور الثقافة كنظام بيئي أو اجتماعي كبير؛ لذا فالثقافة تؤثر في كل النماذج وتخدم السياق العام في هذا النموذج **(Louw & Viviers, 2010).**

وتبعاً لذلك فإن عمليتي الضغوط والمواجهة في المستوى البيئي الكبير يمكن أيضًا أن تغير الثقافة. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الدور للنظام الثقافي لا يتمثل في الضغوط والمواجهة الحالية فقط فلا يستثني النموذج إدارة الموارد، حيث أكد تأثير النظام الثقافي في عملية المواجهة والضغوط **. (Louw & Viviers, 2010)**

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثين يتبنيان نموذج موس في تفسير العلاقة بين الضغوط واستراتيجيات مواجهتها.

ثانيًا : مفهوم المساندة الاجتماعية[1] :

تباينت مفاهيم المساندة الاجتماعية من حيث العمومية، والنوعية، ومن حيث توجهات الباحثين النظرية، فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص، وركز البعض الآخر على جوانب محددة في هذه العلاقات باعتبارها تمثل جوهر المساندة، كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات، أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات، وكذلك المساهمات المالية (شعبان جاب الله، عادل هريدي، ٢٠٠١: ٨٤).

والمساندة الاجتماعية هي تلك الأفعال التي يؤديها الآخرون بهدف مساعدة شخص معين (شعبان جاب الله، عادل هريدي، ٢٠٠١).

ويعرفها "محمد الشناوي" و"محمد السيد" على أنها مفهوم يشمل مكونين أساسيين :

- **الأول:** أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص فى شبكة علاقاته الاجتماعية يمكن الرجوع إليهم والاعتماد عليهم عند الحاجة.

(1) Social Support.

- **الثانى:** أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا عن المساندة الاجتماعية المتاحة له والقناعة بجدواها (محمد الشناوي، محمد السيد، ١٩٩٤، ٤).

كما يعرفها "شعبان جاب الله" (٢٠٠٦) بأنها "مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي ومادي، من خلال الآخرين فى بيئته الاجتماعية، عندما يخبر أحداثاً أو مواقف يمكن أن تثير المشقة لديه" (شعبان جاب الله، ٢٠٠٦: ٨٦) ويتبنى الباحثان هذا التعريف للمساندة الاجتماعية.

أنواع المساندة الاجتماعية :

تشير "كاترونا" **Cutrona** (١٩٩٠) إلى أن هناك خمسة أنماط أساسية للمساندة الاجتماعية تظهر فى معظم النماذج وهى :

أ) **المساندة الوجدانية** وتبدو فى اظهار الشعور بالراحة.

ب) **التكامل الاجتماعى** ويشير إلى مساندة شبكة العلاقات الاجتماعية كالعضوية فى الجماعة.

ج) **مساندة التقدير** من خلال دعم الشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.

د) **المساعدة المادية** كما تتمثل فى تقديم خدمات أو أشياء عينية.

هـ) **المساعدة المعرفية** مثل التوجيه واعطاء النصيحة (من خلال: شعبان جاب الله، عادل هريدى، ٢٠٠١: ٨٥).

النظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية :

نعرض فيما يلي النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية :

[١] نظرية التبادل الاجتماعي :

صاغ هذه النظرية "ثيبوت" و"كيلى" **Thibaut & Kelley** حيث يشيران إلى أن العلاقة بين الأفراد هى علاقة تبادل للفوائد، وأن الأفراد فى العلاقات التبادلية يقومون بتقديم المساندة ذات الفائدة مع توقع تلقيها فى نفس فى الوقت، كما تتوقع تلك النظرية أن وجود أى اضطراب فى توقع تلقى الفائدة أو تقديمها سوف يؤدى إلى استجابات سيئة (من خلال: عفاف دانيال، ٢٠١٢: ١٦٠).

كما تفسر هذه النظرية العوامل الدافعة للإنضمام إلى الجماعة، حيث تشير إلى أن الأفراد ينضمون إلى الجماعات لإشباع حاجات خاصة وعلى الرغم من أنهما لم يحددا طبيعة هذه الحاجات، فقد أكدا أن الفرد يقيم الاشباعات التى يحصل عليها من الجماعة فى **ضوء محكين وهما:**

- **المحك الأول** : المقارنة الشخصية، ويتمثل فى تحقيق الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية فى الجماعة.
- **المحك الثانى:** المقارنة بين البدائل، ويقصد به مقارنة الإشباعات التى يتم الحصول عليها من علاقة معنية، بالاشباعات التى يمكن الحصول عليها من خلال علامة أخرى بديلة، ويسعى

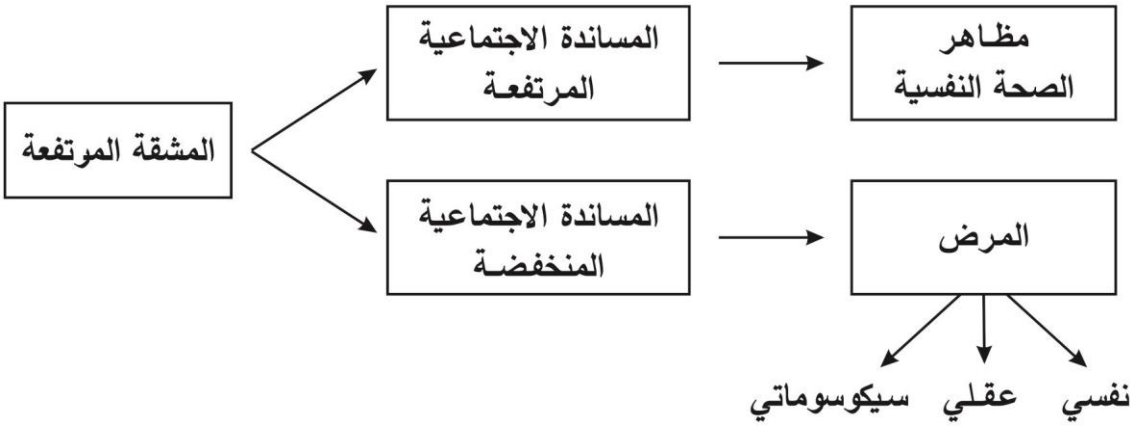
الفرد نحو العلاقة التى تحقق له أكبر قدر من الاشباع فى ضوء مايتلقاه من اثابات وتكاليف مادية ونفسية (من خلال: شعبان جاب الله، ٢٠٠٦: ١٧٤).

فالعلاقات الاجتماعية المتبادلة تتم بطريقة إرادية تساعد على تحقيق الصحة النفسية للفرد، وتحقيق عدد من الوظائف النفسية منها شعور الفرد بالرضا عن الذات، والتقبل الاجتماعى، وتساعده على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ومن ثم يحقق له السلامة النفسية والجسمية.

[٢] نموذج الوقاية من المشقة :

يفترض هذا النموذج أن أحداث الحياة المثيرة للمشقة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية، ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد وتحول دون حدوث التأثيرات السلبية للمشقة عليه، ومن ثم فإن المساندة الاجتماعية في ضوء هذا النموذج ترتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يخبرون أحداثًا مثيرة للمشقة.

شكل (١) نموذج الوقاية من المشقة



(شعبان جاب الله عادل هريدى، ٢٠٠١؛ سميرة عبدالله، ٢٠١٢)

ويشير هذا الشكل إلى أن المشقة المرتفعة تمارس دورها في إحداث المرض في ظل الدرجة المنخفضة للمساندة الاجتماعية فقط، أما في ظل الدرجة المرتفعة من المساندة الاجتماعية فإن تأثيرها يتبدد أو يتوقف (شعبان جاب الله، عادل هريدى، ٢٠٠١؛ سميرة عبدالله، ٢٠١٢).

نستخلص من هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على تحقيق الصحة النفسية والعقلية، أما في حالة غياب المساندة أو انخفاضها تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السلبية التي يتعرض لها الفرد، بما يؤدى إلى اختلال الصحة النفسية لديه ويتبنى الباحثان هذا النموذج لأنه يربط بين المساندة الاجتماعية ونتائجها على الصحة النفسية.

ثالثًا : الشعور بالوصمة[1] :

الوصمة هي إلحاق مسميات/ أوصاف غير مرغوب فيها بالفرد من الآخرين على نحو يحرمه من التقبل الاجتماعي أو تأييد المجتمع له، وذلك لأنه شخص مختلف عن بقية الأشخاص المحيطين به في المجتمع، وذلك الاختلاف يمكن أن يكون في خاصية من خصائص الجسم أو اضطرابات عقلية أو اضطرابات نفسية أو مشكلات سلوكية أو مشكلات اجتماعية مما تجعله مغتربًا عن المجتمع الذي يعيش فيه ومرفوضًا منه، من ثم، يشعر أنه شخص أقل من المحيطين به في الاستقرار النفسي والاجتماعي **(Serani, 2011)** .

كما أن الوصمة هي حالة من الخزي[2] أو العار أو الشعور بالإهانة[3]. التي تؤثر على الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى أنفسهم وكيف يدركون أن الآخرين سينظرون إليهم. ولذلك تؤثر الوصمة على طرق معاملة الأفراد من قبل الشخصيات التي تمثل سلطة بالنسبة لهم، أو حتى من قبل جيرانهم **(Breen, 2014)** .

والتعريف الَّذي تتبناه الدراسة الحالية هو تعريف "جوفمان" للوصمة بأنها شعور الفرد بالخزي والعار والدونية وذلك الشعور يشوه صورته أمام نفسه، ويجعله يشعر بأنه أقل ممن حوله مما يعوق تفاعل الفرد مع الجماعة التي ينتمي إليها، فينتج عنه العديد من المشاعر السلبية.

وقد حدد "جوفان" الوصمة في ثلاثة أنماط وهي :

أ) وصمة الإعاقة الجسمية الظاهرة.

ب) الوصمة المتعلقة بالاضطرابات العقلية وإدمان الكحول والجنسية المثلية.

ج) الوصمة الطبقية وتعتمد على العرق أو الدين أو النسل **(Corrigan & Watson, 2002)** .

فالوصمة تتضمن التمييز[4] بجميع أنواعه والمعتقدات النمطية وفقدان المكانة الاجتماعية والعزلة الاجتماعية[5] **(Herek, 2002, 515)**

كما تم التمييز بين الوصمة كسلوك والوصمة كاتجاه، حيث إن الوصمة كسلوك هو سلوك الأشخاص تجاه الفرد الموصوم وطريقة التعامل معه وبما يفكرون به تجاهه وانفعالاتهم ومعتقداتهم نحوه، أما الوصمة كاتجاه فهي أن أي شخص مخالف لأفكار الجماعة أو قيمهم فيكون هناك اتجاه للوصمة نحوه **(Deacon, 2006, 418)**.

(1) Stigma.
(2) Disgrace.
(3) Dishonor.
(4) Labeling.
(5) Loss of Status and Social isolation.

أشكال الوصمة :

أ) **وصمة الاضطرابات النفسية :** وهي عبارة عن الوصمة المرتبطة بإصابة الفرد بأحد الاضطرابات النفسية، كما ينظر للوصمة في مجال اضطراب تعاطيالمواد النفسية كأحد الاضطرابات النفسية وذلك بسبب العوامل المشتركة بين الاضطرابات النفسية واضطرابات الاعتماد على المواد النفسية **(Kessler et al., 1994; Link et al., 1999)** .

ب) **الوصمة الاجتماعية**[٦]: يمكن إرجاع المفاهيم الحديثة للوصمة كظلم اجتماعي إلى إرفنج جوفمان، الذي وضع وصمة العار كعلامة تؤدي إلى "الهوية الفاسدة[٧]". حيث رأى أن وصمة العار بجميع أنواعها (المتعلقة بالعرق والجنس والتوجه الجنسي والعمر والمرض) هي سمة تشوه سمعة المجتمع وتتسبب في رفض الناس للموصوم ظلمًا له **(Corrigan, 2000).**

فالاتجاه الاجتماعي السلبي الذي يلتصق بخصائص فرد ما نتيجة لاعتبارات قصور أو اضطراب عقلي أو بدني أو اجتماعي أو نفسي وتتضمن الوصمة عدم القبول الاجتماعي ويمكنها أن تؤدي إلى التمييز غير العادل ضد الموصوم وعزله **(Boss, 2007, 894)** .

ج) **الوصمة الذاتية**[٨] : تحدث عندما يستوعب الشخص المصاب بمرض عقلي أو اضطراب تعاطي المواد النفسية الوصمة ومايواجهه من تحيز وتمييز **(Link, 1987) .**

النظريات والنماذج المفسرة للوصمة :

نعرض فيما يلي بعض النظريات المفسرة للوصمة :

[١] نظرية الهوية الاجتماعية[٩] **:**

تتحدد هوية الأفراد وفقًا للجماعات الاجتماعية التي ينتمون لها، ومثل هذه الانتماءات تمثل عوامل حماية وتعزيز للهوية الذاتية للفرد. فيتم تكون هوية الفرد وفقًا لتصنيفه في مجموعة، ويتم الحكم على الأفراد هنا وفقًا للجماعة التي ينتمي لها إذا كان متسقًا مع المعايير المجتمعية أم غير متسق **(Teo, 2014)** .

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الوصمة تشمل كلاً من الوصمة المتعلقة بالشخصية، والمتعلقة بالفئات الاجتماعية الموروثة مثل العرق والوصمات القبلية. **(Phelan et al., 2008).**

كما يري "جوفمان" أن الوصمة هي وصمة اجتماعية عامة والتي تركز على الكيفية التي يواجه بها الأشخاص الموصومون قيودًا في إدارة التفاعلات الاجتماعية، بغض النظر عن نوع الوصمة التي يواجهونها **(Clair, 2018).**

(6) Social Stigma.
(7) Spoiled Identity.
(8) Self-Stigma.
(9) Social Identity Theory (SIT).

[٢] نظرية الوصمة الذاتية [١٠]

تُعد الوصمة الذاتية العملية التي يقيم بها الفرد ذاته، حيث يكون ذلك التقييم مبنيا على الأعراف المجتمعية، ويتضمن ذلك الحكم التقليل من الذات وعدم احترام الفرد لذاته، ويرى نفسه أقل ممن حوله وغير كفء، فإذا كانت الكفاءة منخفضة ساهم ذلك في وصم الفرد لنفسه بالدونية والتقليل من الذات **(Corrigan, 2004)** بالإضافة لذلك يشعر الفرد بكرهه لذاته والشعور بالخزي والعار والخجل وانخفاض تقدير الذات **(Black & Brown, 2015)**.

ويرى "كوريجان" وآخرون أن الوعي بالمعتقدات النمطية للآخرين هي نقطة انطلاق لتشكيل المواقف الشخصية مثل الوصمة الذاتية **(Corrigan et al., 2006)**. فقد أدت الوصمة تجاه الأشخاص الذين يعانون من مشاكلات الاعتماد على الكحول إلى انخفاض طلب العلاج **(Keyes et al., 2010)**.

أن الوصمة الذاتية تتضمن نمطين معرفيين هما انخفاض تقدير الذات والذي يعكس الصورة النمطية السلبية والأحكام الداخلية، والخوف من أن يكون هدفًا للوصمة المعلنة من الآخرين. فتأثير الوصمة الذاتية هنا يعتمد على الفرد ذاته وطرقه المعرفية في التفكير **(Schomerus etal., 2011)**.

[٣] النظرية البنائية [١١] :

تعتمد هذه النظرية في رؤيتها للوصمة، والطرق التي تعمل بها الوصمة في البناء الاجتماعي، وتنظر إلى الطرق التي ينكر بها المجتمع حقوق المرضى العقليين والنفسيين، فيجدون صعوبة في التوظيف والعلاقات الاجتماعية ويصبح لديهم مشكلات متعددة نتيجة لذلك **(Johnstone, 2001)**.

فتعرض الأفراد للوصمة في المؤسسات التي تقيد عن قصد أو عن غير قصد فرص الأشخاص الذين يعانون مثلا من اضطراب الاعتماد على المواد النفسية قد يؤثر على الوصمة العامة لهم **(Rivera et al., 2014)**.

وتشمل الوصمة البنائية تشمل ثلاثة مكونات، أولًا الإشارات وهي العملية المعرفية الاجتماعية التي يتم من خلالها معرفة الشيء الذي يختلف به الفرد عن الآخرين، والتي تجعل الشخص موصوما، وتنشيط الصور النمطية، والنبذ أو الرفض والتمييز تجاه الشخص **(Merrill, 2015)**، ثانيًا: التنميط والمعتقدات النمطية التي يفرضها المجتمع في رؤيته للأشخاص الذين يحملون هذه الإشارات، فترتبط هذه الخطوة بالمجتمع ورؤيته للفرد، ثالثًا النبذ والتمييز حيثُ يشعر الفرد أنه منبوذ وسط الجماعة التي يعيش فيها، أما التمييز فهو استجابة سلوكية يقوم بها الفرد على مستوى انفعالاته وأفكاره وهي رد فعل انفعالي مرتبط بشعوره بالوصمة **(Corrigan, 2004)**.

(10) Self – Stigma.

(11) Structural Theory.

[٤] نموذج "ماير" Meyer's لتفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية والوصمة :

المساندة الاجتماعية هي الوسيط المحتمل للتقليل من الشعور بالوصمة، والذي يمكن من خلاله تغيير اتجاهات الأفراد الموصومين إلى اتجاهات أفضل، حيثُ افترض النموذج أن المساندة الاجتماعية والأسرية يمكن أن تعمل على حماية الأفراد الموصومين من الشعور بالاكتئاب والقلق والتوتر، وترفع مستوى الصحة النفسية للأفراد **(Meyer & Monti, 2015).**

ويتناول هذا النموذج الإجهاد والتوافق وتأثيرهما على الصحة العقلية والنفسية. حيث يقع الإجهاد على الأقليات ضمن الظروف البيئية العامة، والتي قد تتضمن مزايا وعيوبا تتعلق بعوامل مثل الحالة الاجتماعية والاقتصادية. ويتمثل أحد هذه الجوانب المهمة لهذه الظروف في البيئة في وضع الشخص كأقلية وكشخص موصوم وصمة طبقية. حيث يتداخل الضغط والوصمة مع بعضهما البعض فعلى سبيل المثال، ترتبط ضغوط الأقليات بالنسبة لرجل مثلي الجنس من الفقراء بفقره؛ وستحدد هذه الخصائص معًا تعرضه للمشقة والوصم وعدم القدرة على التوافق. وتؤدي ظروف البيئة المحيطة به لتعرضه للضغوط، بما في ذلك الضغوطات العامة، مثل فقدان الوظيفة أو وفاة شخص حميم، وضغوط الأقليات والانتماء إلى مجموعة الأقليات، كما يعرضه ذلك للتمييز في التوظيف. ويتم تصوير عوامل المشقة على أنها متداخلة ومترابطة **(Meyer, 2007).**

ويتبنى الباحثان نموذج ماير لتفسير الوصمة لأنه يربط بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد وشعوره بالوصمة.

رابعًا : مفهوم الاعتماد[١٢] على المواد النفسية :

يعرف الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحيانًا تكون عُضوية، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدورِ استجابات أو سلوكيات تحتوي دائمًا على عُنصر الرغبة القهرية في أن يتعاطى الكائن مواد نفسية معينة، على أساس مستمر أو دوري من حين لآخر. وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحيانًا لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها، وقد يُصاحبها تحمل أو لا يصاحبها. كما أنَّ الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر، وتتوقف الإمكانية الاعتمادية[١٣] على تلك الخصائص التي تتوافر في أي مادة نفسية، بنًاء على ما لها من تأثير فارماكولوجي في الوظائف النفسية أو العضوية، يرفع احتمالات الاعتماد (مصطفى سويف، ١٩٩٠: ١٨) ويتبنى الباحثان هذا التعريف للاعتماد على المواد النفسية.

وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، يشترط في التشخيص وجود عرضين أو أكثر من ١١ عرضاً وذلك خلال عام كامل وتندرج داخل أربع فئات، على النحو التالي :

(12) Dependence.

(13) Dependence Potential.

أ) صعوبة السيطرة على التعاطي، ويظهر ذلك في :

١ – زيادة التعاطي بكمية أكبر ولمدة أطول، مما كان يتعاطى المريض.

٢ – بذل المجهود والفشل في تقليل التعاطي.

٣ – أخذ وقت أطول للحصول على المادة أو لتعاطيها أو للتعافي منها.

٤ – ظهور اللهفة النفسية.

ب) الاختلال الاجتماعي، ويتضح ذلك في:

١ – عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات الرئيسية في الحياة بسبب التعاطي.

٢ – تناول المادة النفسية على الرغم من كثرة المشكلات وتفاقمها الناتجة عن التعاطي.

٣ – التوقف والتقليل من النشاطات الحياتية المهمة بسبب التعاطي.

ج) الاستخدام الخطر للمادة النفسية، ويتضح ذلك في :

١ – تعاطى متكررًا للمادة النفسية في مواقف شديدة الخطورة.

٢ – استمرار التعاطي برغم من وجود مشكلات صحية ونفسية تنتج بسبب التعاطي.

د) الاعتمادية الدوائية، يظهر ذلك في :

١ – ظهور التحمل لآثار مادة.

٢ – ظهور أعراض الانسحاب عند التوقف أو التقليل من الجرعة.

تظهر تلك الأعراض كمؤشر لوجود اضطراب بسيط في حالة ظهور (٢–٣) من الأعراض، ووجود اضطراب متوسط في حالة ظهور (٣–٥) من الأعراض، أما في حالة ظهور ستة أعراض أو أكثر فيكون دليل على الاضطراب الشديد (شعبان جاب الله، ٢٠١٧؛ **American Psychiatric Association, 2013, 490-491**).

بعض النظريات والنماذج المفسرة للاعتماد :

[١] النظريات الحيوية :

ترى النظرية الحيوية أنَّ الاعتماد ما هو إلا مرضٌ وراثي ذو أساس جيني، حيث تم الوصول إلى تلك النتائج من خلال الدراسات التي تمت على التوائم المتطابقة والمتشابهة، ودراسة أبناء المعتمدين على المواد النفسية. حيث أشارت نتائج الدراسات التي أجريت على أطفال من أسر المعتمدين على الموادِ النفسية في كل من شمال أمريكا وغرب أوروبا إلى أن الأطفال الذين ينتمون إلى آباء معتمدين على الكحول يشيع بينهم نسبة التعاطي لديهم نحو أربعة أمثال من معدل الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير معتمدين (صالح سمير، ٢٠١٣: ٣٥).

[٢] النظريات السلوكية :

يرى السلوكيون أنَّ الاعتماد على المواد النفسية عَملية مُتعلمة ومُكتسبة من البيئة التي يعيش فيها الفرد. ومِن الأسباب التي تُسهم في استمرار الاعتماد: توافر وسهولة الحصول على المواد النفسية وغياب القدوة، وخفض القلق الذي يتعرض له الفرد، وضغط الأقران. وحين يوجد في الأسرة فردٌ معتمد على المواد النفسية ينشأ أبناؤها يقتدون بتلك النماذج ويحاكونها، ويتعلم الفرد تلك السلوكيات ويحتفظ بها، وتُستَدعى لاختبارها. وبمجرد اختبارهَا يحدث الارتباط الشرطي[١٤]، فتصبح معززات سلوكية نتيجة للتزاوج المتكرر مع التعزيز الأوّلي المتعلق بتعاطي المواد النفسية. وعلى هذا النحو أيضًا فإنَّ المنبهات المرتبطة بشكلٍ مُنتظم بأعراض الانسحاب تكتسب خواص إشراطية مؤلمة؛ فالاعتماد على المواد النفسية ينتج عنه تدعيم؛ وذلك بسبب النشوة التي يحصل عليها المعتمد، فيقوم بزيادة الجرعة لكي يَحصلُ عَلى نفس درجة النشوة. وتتفق النتائج مع الملاحظات الإكلينيكية على استجابات المعتمدين الذين يصفون حالة اللهفة إلى المواد النفسية، حينما يزورون أماكن ترتبط ببيع العقاقير والمخدرات أو تعاطيها. وهنا تمارس الاستجابات الشرطية للعقار دورًا في تفسير حالات التحمل والاعتماد على المواد النفسية **(Smith, 2003)**.

كما يُصاحب تعاطي المواد النفسية تدعيم إيجابي، وهو الشعور بالبهجة، أو قد يكون مدعمًا سلبيًا عند خفض القلق والاكتئاب وأعراض الانسحاب التي قد تظهر في حال التوقف عن التعاطي، حيث تحدث اللهفة لديهم بارتباطها بأماكن وأشخاص أو أشياء مرتبطة بخبرة التعاطي سابقًا، كما تظهر الأدلة أن أبناء الآباء المتعاطين أكثر عرضة للتعاطي مُقارنة بأقرانهم، وهنا يتضح أهمية دور نموذج القدوة في تفعيل اعتماد الفرد على المادة المخدرة **(World Health Organization, 2004, 43)**.

[٣] النموذج المعرفي :

يرى هذا النموذج أن الاعتماد على المواد النفسية يتضمن ستة مكونات، يمثل كل مِنها حَلقَة في سلسلةِ الأحداث التي تؤدي إلى استمرار الاعتماد وذلك على النحو التالي :

أ) **المثيرات الميسرة** : وتشمل المثيرات الخارجية، والمثيرات المعرفية الداخلية.

ب) **المعتقدات غير التوافقية عن المخدرات**[١٥] : هي تصورات خاطئة التي يحتفظ بها العديدُ من المعتمدين عن المواد النفسية وتعاطيها.

ج) **الأفكارُ الآلية**[١٦] : هِي الأفكار والصور اللحظية التي تَكون لدى المعتمدين عندمَا يكونون على وشك الشعور بتعاظم الرغبة الفسيولوجية، ويسعون إلى استخدام المواد النفسية.

(14) Conditioning.

(15) Maladaptive Beliefs about Drugs.

(16) Automatic Thoughts.

د) **اللهفة والرغبات الملحة**[١٧] : وهي الإحساسات الفسيولوجية التي يذكر المعتمدون على المواد النفسية أنَّها تجعلهم يشعرون بعدم الارتياح، وتصعب عليهم مهمة الإقلاع عن تعاطي المواد النفسية.

هـ) **الأفكار المحرضة** : تعرف هذه الظاهرة باسم (التبرير)، التي مِن خلالها يحتج المعتمد ضمنًا أو صراحة بأن هناك سببًا معقولًا لتعاطي المواد النفسية.

و) **الاستراتيجيات الوسيلية**[١٨] : تشير إلى الخطوات السلوكية التي يتخذها متعاطي المواد النفسية من أجل توفير وتعاطي المواد النفسية (جمعة يوسف، محمد الصبوة، ٢٠٠٦: ٣١٦).

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه يصعب تبني أحد هذه التصورات السابقة، ولكن يمكن القول بأنها تتكامل فيما بينها لتفسير الاعتماد على المواد النفسية من منظور بيولوجي وسلوكي ومعرفي ونفسي اجتماعي.

خامسًا : الانتكاسة[١٩] :

تشير كلمة انتكاسة إلى الارتداد إلى الحالة السابقة بعد التحسن، أو هي ارتداد وعودة المرض وكذلك الردة لممارسة العادات السيئة **(Walton, 1995)**.

ومن أهم التعريفات المتاحة في التراث للانتكاسة ، التعريف الذي قدمه "أنيس"، حيث تعني الانتكاسة الفشل في الاحتفاظ بالسلوك الذي يكون قد تعافي **(Annis, 1986)** .

ويرى كل من "دالي ومارلت" (١٩٩٢) أن الانتكاسة هي العودة إلى نفس قوة أو شدة تعاطي المواد المخدرة بعد فترة من التوقف ويتبنى الباحثان هذا التعريف للانتكاسة.

وتحدث عملية الانتكاسة هذه عبر مرحلتين أساسيتين هما :

أ) **الزلة** : وهي ما يمكن أن يطلق عليه الكبوة بأنها نوبة أولية لتعاطي المادة المخدرة بعد فترة انقطاع أو استخدام معتدل.

ب) **الانهيار التام أو الانتكاسة الكاملة** : حيث يعرف الانهيار التام أو الانتكاسة الكاملة بتكرار حدوث الانتكاسة بشكل مستمر **(Marllat & Barrett, 1994)** .

نموذج مارلات Marlatt لتفسير الانتكاسة :

يفترض مارلات أن النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات والانتكاسة ليس نموذجًا لنشأة المرض، لأن الأسباب العميقة لتعاطي المخدرات متعددة ومتباينة ومتفاعلة، فالاستعداد الوراثي والعوامل

(17) Cravings and Urges.

(18) Instrumental Strategies.

(19) Relapse.

الاجتماعية والاقتصادية، وضغوط الحياة، والاتجاهات والمعتقدات نحو تأثير المادة المخدرة، والتعرض للمواقف عالية الخطورة المليئة بالتعاطي والانتكاسة، وعوامل أخرى عديدة يمكنها أن تفسر حدوث تعاطي المخدرات وكذلك الانتكاسة من شخص لآخر ولدى الشخص الواحد من مرة أخرى **(Maralt, 2000, 210)**.

ويرى مارلات أن تفسير الانتكاسة تعتمد على نوعين من المحددات هما :

[١] المحددات المباشرة أو القريبة[٢٠] :

وتتكون هذه المحددات من سلسلة من الحلقات تتمثل أولها في أن يواجه المتعافي بعد انقطاعه عن التعاطي لفترة أحد المواقف المهددة أو المثيرة للتعاطي مرة أخرى، ويطلق على هذه المواقف مواقف الخطر أو الاستهداف[٢١].

وتبعًا للتصنيف الذي توصل إليه مارلنت وزملاؤه بعد دراستهم لمجموعات من المعتمدين الناقهين الذي مررا بخبرة الكبوة أو الكبوات بعد علاجهم، فإن أهم ما تشمله هذه المواقف ما يلى :

أ) المواقف الانفعالية السلبية.

ب) مواقف الصراع مع الآخرين.

ج) المواقف التي تتضمن ضغوطًا اجتماعية.

د) المواقف الانفعالية الإيجابية، أو التعرض لبعض المنبهات المرتبطة بالتعاطي **(Larimer & Marlatt, 1999)**.

[٢] المحددات غير المباشرة :

وتتمثل في مهارات المواجهة حيث لا تُعد مواقف الاستهداف في حد ذاتها السبب في زيادة احتمال وقوع المعتمد الناقه في التعاطي مرة أخرى ولكن المهم استجابته لهذه المواقف. فإذا كانت لديه مهارات مواجهة فعالة في هذه المواقف يرتفع شعوره بكفاءة الذات وتنخفض احتمالات عودته للتعاطي مرة أخرى. أما إذا لم تكن لديه مهارات المواجهة هذه فإن الأرجح أن شعوره بكفاءة الذات ينخفض وخاصة إذا كانت لديه توقعات إيجابية عن تأثير التعاطي.

وقد أوضح "مارلات" في نموذجه أن هذا يتوقف على ما أسماه بأثر انتهاك مبدأ الانقطاع عن التعاطي ومؤداه أن الفرد الذي يستجيب إلى الكبوة قد يعزوها إلى أسباب شخصية عامة وثابتة مثل (ضعف الإرادة أو الفشل)، لذلك يكون معرضًا للتشويه المعرفي بين إدراكه لصورته كمعتمد **ناقه** قد شفي تماماً من الاعتماد وبين انجرافه إلى سلوك التعاطي الذي يتعارض أو يتناقض مع هذه الصورة.

(20) Immediate or Proximal Determinants.

(21) High-Risk Situations.

وهذا التشويه المعرفي يخلق لديه شعور بالذنب ومشاعر أخرى سلبية لا يستطيع تحملها، مما يدفعه إلى التخلي عن مبدأ الانقطاع عن التعاطي تماماً، وخاصة إذا كانت لديه توقعات إيجابية نتيجة لخبراته السابقة قبل العلاج بأن الانغماس في التعاطي مرة أخرى سيخلصه من هذه المشاعر السلبية ومن التشويه المعرفي. لكن إذا استجاب الفرد للكبوة بأن عزاها إلى أسباب غير شخصية خارجة عن إرادته وذات طبيعة خاصة ومؤقتة فإنه يستطيع عندئذ أن يعتبرها مجرد خطأ وقع فيه ويمكن التعلم منه وتفاديه في المستقبل، ومن ثم لا ينتهي الأمر إلى الحلقة الأخيرة وهي الانتكاسة التام **(Marllat, 2000, 609)** .

ويتبنى الباحثان نموذج مالات في تفسير الانتكاسة لشموليته وتأكيده مراحل الانتكاسة ودوافعها.

سادسًا : مفهوم التعافي[٢٢] :

تعددت التعاريف حول التعافي من الاعتماد على المواد النفسية، ولا يوجد تعريف متفق عليه، فقد عُرف أنه عملية العوده للذات، والاتصال مرة أخرى بالمجتمع والأسرة، وبمجموعات المساعدة، والتي غالبًا ما يجد فيها الأشخاص الذين يبحثون عن التعافي القوة والأمل والخبرة التي تعينهم على مواصلة التعافي **(DiReda & Gonsalvez, 2016)**.

كما أن عملية التعافي تتميز برغبة ذاتية من الشخص في السيطرة على التعاطي والتخلص منه، والامتناع التام للمدمن المتعافي[٢٣] عن التعاطي، وهذا بدوره يزيد من معدلات الصحة والرفاهية والمشاركة في المسؤولية المجتمعية، وأداء أدواره الاجتماعية **(United Kingdom Drug Policy Commission, 2008)**.

فالمدمن المتعافي هو الشخص الذي اعتمد على إدمان أي نوع من أنواع المواد النفسية، وتم علاجه طبيًا، وخضع لبرنامج علاجي متكامل ساعده في العودة إلى حالته الطبيعية بعد تلقي العلاج اللازم من مؤسسة مختصة في العلاج (عبدالرحمن محمد، ٢٠١٠).

فالتعافى من الاعتماد على المواد النفسية هي عملية مستمرة ومتغيرة تعبر عن استرداد الفرد المدمن لنفسه تدريجيًا والعودة إلى حالته الطبيعية التي كان عليها قبل الاعتماد على المواد النفسية وتظهر في الالتزام والمتابعة بالبرنامج العلاجي، والدعم الإجتماعي، ومحاولة إيجاد معنى لحياته، وتعلمه لبعض القيم الروحية، مما ينعكس بالإيجاب على سلوكياته وتعامله مع الآخرين المحيطين به من أفراد أسرته وأصدقائه وزملائه في العمل والمجتمع ككل والتي من شأنها أن تصل به تدريجيًا لحالة من الاستقرار النفسي والزواجي والأسرى والاجتماعي (رانيا سامي، ٢٠٢٢).

(22) Recovery.

(23) Recovering Addict.

كما أن التعافي من الاعتماد على المواد النفسية هي عملية تغيير وليس حدث ثابتاً حيث يتم فيها العمل على مساعدة الفرد على إمكانية الابتعاد عن المواد النفسية واسترداده لنفسه من حيث التحسن في الصحة النفسية والعقلية والوصول لحالة من الاستقرار النفسي والرفاهية النفسية وهي طريقة جديدة لعيش المدمن المتعافى حالة من الأمل والتفاؤل فيما هو قادم **(DiReda & Gonsalvez, 2016)**.

محاور التعافي من الإدمان :

- **المحور الأول: الطبي للإدمان** هو محور العلاج حيث يقوم على أساسه على الأدوية الطبية ويتم فيه اعطاء المريض بعض الأدوية والتي من شأنها تقليل درجة الاعتماد البدني على المخدر. والهف من العلاج الطبى تهدئة المريض والقضاء على الأمراض التي تعرض لها وتطهير الجسم من المواد النفسية وتقليل درجة الاعتماد وتقوية الجسم والوصول به إلى حالة طبيعية (رانيا سامي، ٢٠٢٢؛ **Beckwith, 2019**).
- **المحور الثاني: العلاج النفسي** والعلاج النفسى من أهم الجوانب التي تركز عليها فى علاج المدمنين والسعى للوصول بهم إلى التعافى حيث يقوم هذا الجانب على إعادة هيكلة البيئة النفسية للمريض حيث تنمية الجوانب الشخصية الإيجابية والثقة بالنفس والهدف من العلاج هو مساعدة الفرد على استرداد ثقته بنفسة وإشعاره بأن له قيمة في الحياة والمجتمع.
- **المحور الثالث: العلاج الاجتماعي:** يبدأ العلاج الإجتماعي دوره بعد انتهاء العلاج الطبي والعلاج النفسي حيث التكامل الاجتماعي بالمدمن المتعافي وذلك باقناع الشخص بضرورة الاستمرار في التعافي وذلك من خلال الأصدقاء والأقارب والأسرة والأخوة يركز العلاج الاجتماعي على توجيه الفرد إلى زيادة مجهوداته فبدلاً من أن يسعى وراء المواد النفسية يسعى إلى الاستقرار الاجتماعي حيث العلاقات الجيدة مع الأهل والأصدقاء، وتجنب السلوكيات السلبية والاندماج في الحياة الاجتماعية (رانيا سامي، ٢٠٢٢؛ **Beckwith, 2019**).

الدراسات السابقة :

فيما يلي ستُعرض مجموعةٌ من الدراسات السابقة ذات الصلة بمشكلةِ الدراسة الحالية، والتي يمكن عرضها من خلال تصنيفها فئتين؛ هي :

- **الفئة الأولى:** الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- **الفئة الثانية:** الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

<u>الفئة الأولى</u>: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية :

للتحقق من دور الشعور بالوصمة واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى النساء من كبار السن في التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية والكحول، أجرى "بلاك" **Black** (٢٠١٥) دراسة على عينةٍ تَكونت من النساء في منتصف العمر (٣٥-٤٩) عامًا كعينة ضابطة، والنساء الأكبر سناً في منتصف العمر (٥٠-٦٤) عامًا. وأشارت النتائج إلى أنَّ النساء الأكبر سنًا وكان لديهن مشكلات صحية وعقلية وعدم القدرة على مواجهة الضغوط ويقمن بتفعيل أساليب مواجهة سلبية وكان شعورهن بالوصمة بدرجة أكبر ويزدن من تعاطي المواد النفسية والكحول بالمقارنة بالنساء الأقل سنًا **(Black & Brown, 2015)**.

اهتمت دراسة "اريكو" **Arrico** وآخرين (٢٠١٦) بفحص دور استراتيجيات المواجهة لدى المعتمدين على المواد النفسية والمتعافيين الذكور مع وجود اضطرابات نفسية وهم تحت تأثير العلاج والمتابعين للعلاج لمدة عام، وذلك على عينة مكونة من (٢٢٣) من الذكور مقسمة إلى ثلاث مجموعات (٨٠) من المعتمدين على المواد النفسية مع اضطراب الاكتئاب، (٨٠) من المعتمدين على المواد النفسية مع اضطراب الفصام، (٦٣) من مرضى الاكتئاب والفصام. وأشارت النتائج إلى أن مرضى الاكتئاب والمعتمدين على المواد النفسية لديهم نقد ذاتي مرتفع واستراتيجيات تجنب للضغوط، كما أن المعتمدين على المواد النفسية لا يقومون باستخدام استراتيجيات المواجهة الإيجابية ويقومون باستخدام استراتيجيات المواجهة السلبية فقط، وبالنسبة للمساندة الاجتماعية كانت السبب الأول للتنبؤ بالانتكاسة سواء لمرضى الاكتئاب والمتعافيين من الاعتماد على المواد النفسية ظهر ذلك في المتابعة المستمرة لمدة عام، وكذلك عدم القدرة على استخدام استراتيجيات المواجهة الإيجابية وكان النمط السائد هو استخدام الاستراتيجيات السلبية والتي لها تأثير على اضطرابات تعاطي المخدرات، والانتكاسات التي تحدث به **(Arrico et al., 2016)**.

وأجرى "شهزادي" **Shahzad** و"بهاتي" **Bhati** (٢٠٢٣) دراسة عن العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة مع الاكتئاب والوصمة كمتغير وسيط لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد الأفيونية، وذلك على عينةٍ تَكونت من (٣٥٧) معتمدًا من مختلف المستشفيات ومراكز إعادة التأهيل في باكستان والذين لديهم تاريخ من الانتكاس مرة واحدة على الأقل. وذلك في عمر (٢٠-٦٥) عامًا، أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة سلبية بين استراتيجيات المواجهة والاكتئاب والشعور بالوصمة لدى المنتكسين من المعتمدين على المواد الأفيونية. ويؤدي الشعور بالوصمة إلى انخفاض نوعية الحياة بين المعتمدين على المواد الأفيونية **(Shahzadi & Bhati, 2023)**.

<u>الفئة الثانية</u>: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية :

أجرى "باتشانكيس وآخرون" **Pachankis** (٢٠١٤) دراسةً بهدف بحث دور الشعور بالوصمة والرفض الاجتماعي للأقليات في التنبؤ بالاعتماد على الكحول والتبغ. وتكونت عينة الدراسة من (١١٩) مبحوثًا من الأقليات المعتمدين على الكحول والتبغ. أشارت النتائج إلى أن الشعور بالوصمة ارتبط بالرفض الاجتماعي وأن عدم وجود مساندة اجتماعية تتنبأ بالتعاطي مرة أخرى للتبغ والكحول. في المقابل لم يتوسط الشعور بالرفض العلاقة بين الشعور بالوصمة وتعاطي المواد النفسية **(Pachankis et al., 2014).**

كما اهتمت دراسة "سونج" **Song** (٢٠١٥) بتأثير الشعور بالوصمة لدى الأسر المعتمدة على الكحول، تكونت عينة الدراسة من (١٠٦) معتمدين أكملوا مؤخرًا برنامج إعادة التأهيل بعد تشخيصهم وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، و(٦٠) من أفراد أسرة المتعافين من الاعتماد على الكحول. وأشارت النتائج إلى أن الشعور بالوصمة التي يدركها أفراد الأسرة أعلى بكثير من إدراك أقاربهم للشعور بالوصمة، وكان الشعور بالوصمة من الإناث المعتمدات على الكحول أعلى من الذكور، وكان الدور الاجتماعي والمساندة الاجتماعية لأفراد الأسرة أقل من أقاربهم **(Songet al.,2015)** .

كَمَا أجرى "بيرتيل" **Birtel** (٢٠١٧) دراسةٍ عن تأثير الشعور بالوصمة والمساندة الاجتماعية في علاج المعتمدين على المواد النفسية وتأثيرها على الصحة والنفسية والعقلية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٤) من المعتمدين على المواد النفسية والكحول، وذلك في عمر (١٨–٦٤) عامًا. وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ الشعور بالوصمة المدركة ارتبط بانخفاض تقدير الذات وزيادة الاكتئاب والقلق واضطراب النوم. كما ارتبطت المساندة الاجتماعية المدركة بزيادة تقدير الذات، وانخفاض الاكتئاب والقلق، وقلة اضطراب النوم. وارتبط الشعور بالوصمة الداخلية والشعور بالخزي والعار بانخفاض المساندة الاجتماعية ومشكلات في الصحة العقلية والنفسية **(Birtel et al., 2017).**

وللتحقق من تأثير الشعور بالوصمة المدركة والمساندة الاجتماعية بين الشباب الذين يتلقون العلاج من اضطراب الاعتماد على المواد النفسية[٢٤] والقائمين على رعايتهم، أجرى "ايمشاو" **Earnshaw** (٢٠١٩) دراسة على عينةٍ تكونت من (١٩) مريضًا من المعتمدين المتعافين، و(١٥) من مقدمي الرعاية في البرنامج الخاص باضطرابات الاعتماد على المواد النفسية، تم تقييم مدى الشعور بالوصمة المدركة والمساندة الاجتماعية، وأشارتْ النتائج إلى أنَّ هناك تباينًا في خبرات الشعور بالوصمة المدركة، وذلك للأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب فرط الحركة في

(24) Substance Use Disorders (SUD).

الصغر، والمشاعر حول معرفة الآخرين بالعلاج من اضطراب الاعتماد على المواد النفسية. بعد الإفصاح عن أنهم يقومون بالعلاج، وعانى المرضى ومقدمو الرعاية من الوصم. وكان لتشجيع المرضى والمساندة الاجتماعية من قبل مقدمي الرعاية دور لاستمرار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية **(Earnshaw et al., 2019).**

واهتمت دراسة "سكويس" **Skewes** وآخرين (٢٠٢١) بفحص محددات الانتكاس والاعتماد على المواد النفسية. وذلك على عينةٍ مكونة من (٣٥) مبحوثًا مقسمة إلى (١٠) من القادة الثقافيين، و(٥) من مقدمي علاج الاعتماد على المواد النفسية، و(١٠) من الأشخاص الذين يعانون من الاعتماد على المواد النفسية، و(١٠) من أفراد الأسر المتضررين من الاعتماد على المواد النفسية. وأشارت النتائج إلى أن القادة الثقافيين رأوا أن الانتكاس أحد الأعراض الأساسية للعلاج من الاعتماد على المواد النفسية، في حين وجدت مجموعات مقدمي العلاج الانتكاس مرتبطا بعوامل الخطر الفردية والشخصية مثل تأثير الأقران، ونقص المساندة الأسرية، وعدم القدرة على مواجهة الضغوط **(Skewes et al., 2021)** .

وللتحقق من دور المساندة الاجتماعية في تقليل الوصمة على عينة من الريف والحضر في علاج الاعتماد على الأفيون، أجرى "برومان" **Broman** وآخرون (٢٠٢٢). دراسة على عينةٍ تَكونت من (٢٦٧) من البالغين حيث أجرى الباحثون مسحًا على شبكة الإنترنت لمتعاطي الأفيون، وتم تقييم المساندة الاجتماعية العامة، ودعم الأصدقاء، والمتغيرات الديموغرافية ، والوصمة المرتبطة بالاعتماد على المواد الأفيونية، وتكرار سماع التعليقات السلبية حول العلاج، والاعتماد على المواد الأفيونية في العام الماضي، وأشارتْ النتائج إلى ارتباط جنس الذكور ارتباطًا عكسياً بالمساندة الاجتماعية العامة. ارتبطت الوصمة بالاعتماد على المواد الأفيونية. كما ارتبطت الوصمة سلبيًا بالعلاج وبالمساندة الاجتماعية العامة ودعم الأصدقاء **(Broman et al., 2023)** .

تعليق عامٌ على الدراسات السابقة (مبررات اجراء الدراسة) :

بناءً على ما سبق عرضه من دراسات سابقة يوجد عددٌ من القضايا المنهجية والملاحظات، والتي تُعد بمثابة مبررات لإجراء الدراسة الحالية، ونُجمِلُها فيما يلي :

١ – عدم وجود دراسات تجمع متغيرات الدراسة في تصميم واحد، حيث لم توجد دراسة – في حدود علم الباحثان – تناولت المتغيرات الثلاثة؛ وهي: استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين؛ حيث إن الدراسات السابقة كانت تهتم بمتغير أو اثنين فقط من المتغيرات موضوع الاهتمام الحالي، دون أن تمتد إلى متغيرات أكثر في دراسة واحدة.

٢ – ندرة الدراسات التي اهتمت بدراسة التنبؤ بالشعور بالوصمة بين المنتكسين والمتعافين من خلال استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية.

٣ – أجريت أغلب الدراسات عن الاعتماد على الهروين فقط؛ مثل دراسة "ليوديت" **Laudet** (٢٠٠٩)، دراسة "برومان" **Broman** وآخرين (٢٠٢٢).

٤ – لم تشر أغلب الدراسات إلى مدة تعاطي المواد النفسية، كما في دراسة "ليوديت" **Laudet** (٢٠٠٩)، ودراسة "اريكو" **Arrico** (٢٠٠٧)، ودراسة "ايمشاو" **Earnshaw** (٢٠١٩)، ودراسة "بيرتيل" **Birtel** (٢٠١٧)، ولم توضح بعض الدراسات عدد الانتكاسات ومدة التعافي، كما في الدراسة التي أجراها "سكويس" **Skewes** (٢٠٢١).

٥ – بعض الدراسات التي أجريت كانت تُجرى على المعتمدين على المواد النفسية، دون تحديد نوع مادة الاعتماد مثل دراسة "اريكو" **Arrico** (٢٠٠٧)، ودراسة "بيرتيل" **Birtel** (٢٠١٧)، ودراسة "ايمشاو" **Earnshaw** (٢٠١٩).

٦ – أجريت بعض الدراسات على النساء فقط دراسة "بلاك" **Black** (٢٠١٥)، دراسة "جريلا" **Grella** (٢٠١١).

٧ – هناك تعارض في نتائج بعض الدراسات السابقة، حيث وجدت الدراسة التي أجراها "باتشانكيس" **Pachankis** (٢٠١٤) أن الشعور بالرفض لم يتوسط العلاقة بين الشعور بالوصمة وتعاطي المواد النفسية، وهذا عكس ما توصلت له بعض الدراسات السابقة مثل دراسة "بيرتيل" **Birtel** (٢٠١٧)، ودراسة "سونج" **Song** (٢٠١٥).

٨ – أجريت أغلب الدراسات عن الاعتماد على الكحول فقط؛ مثل دراسة "باتشانكيس" **Pachankis** (٢٠١٤)، ودراسة كل من دراسة "سونج" **Song** (٢٠١٥).

٩ – لم يتوازن حجم العينة، بين المجموعة المرضية والأسوياء، كما في دراسة أجرها "اريكو" **Arrico** (٢٠١٦)، دراسة "سونج" **Song** (٢٠١٥)، ودراسة "ايمشاو" **Earnshaw** (٢٠١٩).

فروض الدراسة :

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي :

١ – توجد علاقة سالبة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط الإيجابية والشعور بالوصمة في حين توجد علاقة موجبة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط السلبية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٢ – توجد علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٣ – تسهم استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٤ – تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

منهج الدراسة :

اعتمد الباحثان في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تهتم الدراسة بالكشف عن دور أستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافيين من الاعتماد على المواد النفسية.

عينة الدراسة وخصائصها :

تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) من المنتكسين والمتعافيين من الاعتماد على المواد النفسية، وتم تقسيمهم كالآتى (٥٠) من المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية (٥٠) من المتعافيين من الاعتماد على المواد النفسية، وتراوح المدى العمري لهم بين (٢١–٤٠) عامًا، وبلغ متوسط عمر المنتكسين (٣٠,٨٦ ± ٣,٤٩) سنة، وبلغ متوسط عمر المتعافيين (٢٩,١٠ ± ٣,٢٩)، وتم الحصول على أفراد العينة من مستشفى دار الشفاء التخصصي للطب النفسي وعلاج الإدمان، ومستشفى الطريق للإدمان، ومستشفى الوادي (عمر شاهين).

وقد زوعي توافر عدة شروط في أفراد العينة هي :

١ – المستوى التعليمي : ألا يقل عن الثانوية وما يعادلها.

٢ – أن تكون عينة المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية قد خضعت لبرنامج علاجي ثم حدثت الانتكاسة بعد التعرض للعلاج الدوائي والنفسي.

٣ – أن لا يقل التعافي لدى عينة المتعافين عن عام وألا يزيد عن خمسة أعوام من التعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

٤ – أن يكونوا غير مشخصين بالإصابة بأي اضطرابات نفسية.

٥ – أن يكون جميع أفراد العينة من الذكور.

توضح الجداول التالية الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة الأساسية.

جدول (١) توزيع عينة الدراسة وفقًا لعمر للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات	متوسط	انحراف معياري	ت	الدلالة
منتكسون	٣٠,٨٦٠٠	٣,١٣٦٤٢	٤,٢٨٣	٠,٠١٦
متعافون	٢٩,١٠٠٠	٣,٢٩٠٣٧		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين في العمر عند مستوى ٠,٠٥ في اتجاه المنتكسين.

جدول (٢) الفروق في مستوى التعليم للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	منتكسون ن=٥٠		متعافون ن=٥٠		النسبة الحرجة ودلالتها	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة النسبة	الدلالة
مستوى التعليم :						
ثانوي أو دبلوم	١٧	٣٤,٠	١٧	٣٤,٠	٠,٠٠٠١	غير دالة
جامعي	٣٣	٦٦,٠	٣٣	٦٦,٠	٠,٠٠٠١	غير دالة

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق بين المنتكسين والمتعافين في مستوى التعليم.

جدول (٣) الفروق في العمل للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	منتكسون ن=٥٠		متعافون ن=٥٠		النسبة الحرجة ودلالتها	
العمل	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة النسبة	الدلالة
يعمل	٣٢	٦٤,٠	٥٠	١٠٠,٠	٤,٦٨٥٢-	٠,٠٠٠١
لا يعمل	١٨	٣٦,٠	--	--	٤,٦٨٥٢	٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين في العمل، حيث إن نسبة من يعملون لدى المتعافين أعلى من المنتكسين.

جدول (٤) الفروق في الحالة الزواجية بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	منتكسون ن=٥٠		متعافون ن=٥٠		النسبة الحرجة ودلالتها	
الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة النسبة	الدلالة
أعزب	٣٢	٦٤,٠	٣٥	٧٠,٠	٠,٦٣٨-	٠,٥٢٢
متزوج	٥	١٠,٠	٩	١٨,٠	١,١٥٢-	٠,٢٥٠
مطلق	١٣	٢٦,٠	٦	١٢,٠	١,٧٨٤	٠,٢٥٠

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق بين المنتكسين والمتعافين في الحالة الزواجية.

جدول (٥) مدة التعاطي بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	منتكسون ن= ٥٠		متعافون ن=٥٠		النسبة الحرجة ودلالتها	
مدة التعاطي	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة النسبة	الدلالة
أقل من ٥ سنوات	١١	٢٢,٠	١٤	٢٨,٠	١,٩٦	٠,٠٥
٥ سنوات فأكثر	٣٩	٧٨,٠	٣٦	٧٢,٠	٠,٦٩٢	٠,٤٩٠

يتضح من الجدول السابق أن نسبة مدة التعاطي أقل من ٥ سنوات أعلى لدى المتعافين ولاتوجد فروق بين المنتكسين والمتعافين في نسبة ٥ سنوات فأكثر في مدة التعاطي.

جدول (٦) عدد مواد التعاطي للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	منتكسون ن= ٥٠		متعافون ن=٥٠		النسبة الحرجة ودلالتها	
عدد مواد التعاطي	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة النسبة	الدلالة
٢ فأقل	٣١	٦٢	٢٧	٥٤,٠	٠,٨١٠	٠,٤١٧
أكثر من ٢	١٩	٣٨	٢٣	٤٦,٠	-٠,٨١٠	٠,٤١٧

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق بين المنتكسين والمتعافين في عدد مواد التعاطي.

أدوات الدراسة :

١ – مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط (إعداد الباحثين).

٢ – مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحثين).

٣ – مقياس الوصمة. (إعداد الباحثين).

واستمارة البيانات الأساسية لجمع البيانات الديموجرافية.

[١] مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط (إعداد الباحثين) :

تم إعداد هذا المقاييس وفقا للإجراءات الآتية :

أ) مراجعة التراث البحثي، والنماذج والنظريات المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.

ب) الاطلاع على ما هو متاح من مقاييس عربية وأجنبية تقيس استراتيجيات مواجهة الضغوط، وهي:

- مقياس استراتيجيات المواجهة للطالبات الجامعيات في مدينة ورقلة "حنان مقداد" (٢٠١٥).
- مقياس استراتيجيات التعايش لدى أمهات أطفال التوحد "منصور عبدالنعيم" (٢٠١٤).
- مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الممرضين في مدينة ورقلة "جلاب محمد" (٢٠١٩).
- مقياس استراتيجيات المواجهة لدى طلبة الجامعة في بغداد "أسماء عبدالمجيد" (٢٠١٦).
- مقياس استراتيجيات التعايش لدى مريضات التهاب المفاصل الروماتويدي "سارة سيد" (٢٠١٩).
- مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط "جابر محمد" (٢٠١٩).

وفيما يخص المقاييس الأجنبية تم الاطلاع على بعض المقاييس، وهي :

- مقياس "سعيد" **Seidl** (٢٠٠٢) لقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط.
- مقياس "إليان" و"بارثولوميو" و"سيليا" **Eliane, Bartholomeu, Célia** (٢٠٠١) التحليل العاملي لمقياس المواجهة.
- مقياس "إستيرو "رالف" **Ralf** (١٩٩٩) لقياس المواجهة الإيجابية.

وبفحص المقاييس السابقة تبين الآتي :

- اختلاف بعض هذه المقاييس من حيث الاستراتيجيات عن مقياس الدراسة الحالية.
- صممت المقاييس في سياقات أخرى وعدم ملاءمتها لمجال الاعتماد على المواد النفسية.
- قامت بعض الدراسات بتعديل مقياس معين لاستخدام من خلال إضافة بنود جديدة، وحذف بنود لتلائم طبيعة العينة التي تُستخدم لها؛ لذا تم الوقوف على أكثر الاستراتيجيات التي قاسها الباحثون، وبناءً عليها تم تصميم مقياس يلائم الدراسة الراهنة.
- غموض صياغة بعض البنود، وعدم وضوح ارتباطها بأبعاد المقياس.
- لم يمثل بعض هذه المقاييس المكونات الفرعية ببنود تغطيها.
- معظم المقاييس السابقة كانت تُستَخدم على عينات مختلفة عن العينة الموجودة في الدراسة الراهنة.

ونظراً للمشكلات التي تضمنتها الأدوات المتاحة في التراث قام الباحثان بإعداد المقاييس التي يتوفر فيه الخصائص التالية :

أ) تصميم المقاييس لاستراتيجيات مواجهة الضغوط لتغطي معظم المكونات.

ب) صياغة البنود بطريقة واضحة يسهل فهمها.

وصف مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط في صورته الأولية :

يتكون مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط من (٧٦) بندًا في صورته الأولية، موزعة على ثلاثة مكونات رئيسة، هي : استراتيجيات المواجهة الإيجابية (٤١) بندًا، واستراتيجيات المواجهة السلبية (١٩) بندًا، واستراتيجيات الموجهة الدينية (١٦) وتحتوي المقاييس الفرعية بنودًا معكوسة.

إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من صدق المقياس وثباته على عينة من (ن=٦٠) مبحوثًا، (٣٠ منتكساً، ٣٠ متعافيًا) تراوحت أعمارهم بين (٢١–٤٠) سنة، وبلغ متوسط عمر المنتكسين (٣٠,٨٦ ± ٣,٤٩) سنة، وبلغ متوسط عمر المتعافيين (٢٩,١٠ ± ٣,٢٩) سنة وقد تم الحصول عليهم من الأماكن المشار إليها من قبل، وقد روعي في هذه العينة الخاصة بالصدق والثبات توفر الخصائص نفسها للعينة الأساسية من حيث العمر والتعليم والعمل والحالة الزوجية :

أولًا : صدق المقياس :

تم التحقق من صدق المقياس من خلال طريقتين هما :

أ) صدق المحكمين :

تم حساب صدق المحكمين على بنود المقياس ومدى تمثيلها لأنماط المقاييس وأبعادها؛ حيث عرض المقياس على عشرة محكمين[٢٥] من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة القاهرة؛ قدم لهم تعريف مكونات المقياس، كما قدمت لهم البنود الممثلة لكل منها، ثم طلب منهم تحديد مدى ملاءمة البنود لكل مكون من مكونات المقياس، ومدى وضوح صياغتها، مع إضافة أي مقترحات.

وأسفر تحكيم مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط عن ارتفاع نسب الاتفاق بين المحكمين، حيث تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على بنود المقياس بين ٧٠-١٠٠% حيث حصل (٤٥) بندًا على نسبة اتفاق (١٠٠%)، وحصل (١٤) بندًا على نسبة اتفاق (٩٠%)، وحصل (٥) بند على نسبة اتفاق (٨٠%) وحصل (٧) بنود على نسبة اتفاق (٧٠%). و(٥) بنود على نسبة اتفالق (٥٠%) تم استبعادها. ووجود اتساق واضح بين مضمون كل مقياس فرعي من المقاييس النوعية المكونة للمقياس، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها، فيما عدا إضافة بعض التعديلات التي أدخلت على صياغة بعض البنود ضمن هذه المقاييس الفرعية، واستبدال بعض الكلمات أو إضافة كلمات أخرى بحيث تعدل البند دون أن تغير معناه المقصود وإلغاء بعض البنود التي تؤدي لنفس المعني، وأصبح المقياس (٧١) بندًا.

ب) صدق التمييز :

في الدراسة الحالية تم حساب الصدق التمييزي من خلال الفروق بين المنتكسين والمتعافيين في الاستراتيجيات الثلاثة ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء :

جدول (٧) الفروق بين المنتكسين والمتعافين على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين		مجموعة متعافين		قيمة	مستوى
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري	ت	الدلالة
المواجهة الإيجابية (٤١بندًا)	١٠٣,١٤٠٠	٢٣,٧١١٧١	١٤٨,٤٠٠٠	٢٨,٤٧٦٢٧	٨,٦٣٧-	٠,٠٠٠١
المواجهة السلبية (١٩بندًا)	٦٠.٩٦٠٠	١١,١٦١٠٨	٤٢,٠٢٠٠	٧,١٢٤٢٣	١٠,١١٤	٠,٠٠٠١
المواجهة الدينية (١١ بندًا)	٢٤,٧٢٠٠	٩,١٧٦٣٧	٢٤,٣٠٠٠	٩,٨٦٩٠٤	٢٢٠	٠,٨٢٦

(٢٥) يتقدم الباحثان بوافر الشكر والعرفان لجميع الأساتذة الذين قاموا بتحكيم هذه الأدوات د./ آية سليمان، د./ مي إدريس، أ.د./ الطاهرة المغربي، أ.م.د./ صفاء إسماعيل، د./ يمان رمضان، د./ كاميليا سعد، د./ نصرة منصور، د./ آمال الدسوقي، د./ نيرة شوشة، د./ أماني يحيي. جزاهم الله كل خير.

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين في المواجهة الإيجابية وذلك في اتجاه المتعافين عند مستوى معنويه ٠,٠١، ويوجد فروق بينهم في المواجهة السلبية لصالح المنتكسين، بينما لا يوجد فروق بينهم في المواجهة الدينية.

ثانيًا : ثبات المقياس :

تم تقدير ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية على النحو التالي :

جدول (٨) معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ ومعامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط للعينة الاستطلاعية

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين		مجموعة المتعافين	
	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
المواجهة الإيجابية (٤١بندًا)	٠,٩٢٥	٠,٩٤٠	٠,٩٥٦	٠,٨٧٢
المواجهة السلبية (١٩بندًا)	٠,٨١٩	٠,٨٢٧	٠,٦٣١	٠,٧١٥
المواجهة الدينية (١١ بندًا)	٠,٩١٨	٠,٩١٥	٠,٩٣٠	٠,٨٩٥

يتضح من الجدول السابق أن ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية مقبول لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط، لدى مجموعة المنتكسين والمتعافين.

وصف مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط في صورته النهائية :

يتكون مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط الحالي الذي أعده الباحثان في صورته الأولية كان من (٧٦) بندًا، وتم حذف (٥) بنود وشمل المقياس في صورته النهائية (٧١) بندًا، موزعة على ثلاثة مكونات رئيسة، هي: استراتيجيات المواجهة الإيجابية (٤١) بندًا، واستراتيجيات المواجهة السلمبية (١٩) بندًا، واستراتيجيات الموجهة الدينية (١١) بندًا، وبداخل المقاييس الفرعية بنود معكوسة، وبدائل الإجابة (لا ينطبق، ينتطبق إلى حد ما، ينطبق بدرجة متوسطة، ينطبق بدرجة كبيرة).

[٢] مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحثين) :

تم إعداد هذه المقاييس وفقاً للإجراءات الآتية :

١ – مراجعة التراث البحثي، والنماذج والنظريات المختلفة المفسرة للمساندة الاجتماعية.

٢ – الاطلاع على ما هو متاح من مقاييس عربية وأجنبية، وهي :

- مقياس المساندة الاجتماعية للمسنين "مروى محمد " (٢٠٠١).
- مقياس المساندة الاجتماعية للمسنين "محمد محروس، سامي محمد" (٢٠١٢).
- مقياس المساندة الاجتماعية "شعبان جاب الله" (٢٠٠٢).

- مقياس المساندة الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين "عزة عبدالكريم" (٢٠٠٠).
- مقياس المساندة الاجتماعية "نسرين صلاح" (٢٠٠٨).
- مقياس المساندة الاجتماعية "مروان عبدالله" (٢٠٠٦).
- مقياس المساندة الاجتماعية "هارتر" **Harter** (٢٠١٢).

وبفحص المقاييس السابقة تبين الآتي :

- اختلفت الأنواع الفرعية للمساندة في هذه المقاييس عن الدراسة الحالية.
- صممت المقاييس في سياقات أخرى وعدم ملاءمتها لمجال الاعتماد على المواد النفسية.
- لم يميز أغلب المقاييس أنواع المساندة الاجتماعية ومصادرها.
- اعتمد بعض الدراسات على عينات مختلفة عن العينة الدراسة الراهنة.
- لم تغط بنود بعض هذه المقاييس المكونات التي تقيسها.

ونظراً للمشكلات التى تضمنتها الأدوات المتاحة فى التراث قام الباحثان بإعداد المقاييس التي يتوفر فيه الخصائص التالية :

أ) تصميم مقياس للمساندة الاجتماعية يغطى معظم أنواع المساندة الاجتماعية المختلفة.

ب) صياغة البنود بطريقة واضحة يسهل فهمها تراعي خصائص عينة الدراسة من المعتمدين على المواد النفسية.

وصف المقياس في صورته الأولية :

يتكون مقياس المساندة الاجتماعية الحالي الذي أعده الباحثان من (٦٧) بندًا في صورته الأولية، موزعة على أربعة مكونات رئيسة، هي: المساندة السلوكية (١٦) بندًا، والمساندة المادية (١١) بندًا، المساندة المعرفية (٢٠) بندًا، والمساندة الوجدانية (٢٠) بندًا، وبداخل المقاييس الفرعية بنود معكوسة.

إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من صدق المقياس وثباته على العينة المشار إليها من قبل (ن=٦٠)، (٣٠ منتكسًا، ٣٠ متعافيًا) تراوحت أعمارهم بين (٢١-٤٠) عامًا، وذلك على النحو التالى :

<u>أولًا</u> : <u>صدق المقياس</u> :

تم التحقق من صدق المقياس من خلال طريقتين هما :

أ) صدق المحكمين :

تم حساب تقديرات المحكمين على بنود المقياس ومدى تمثيلها لأنماط المقاييس وأبعادها؛ وبناءً على ذلك تم عرض المقاييس للتحكيم من خلال عشرة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة القاهرة المشار إليهم سابقًا؛ حيث قدم لهم تعريف لأبعاد المقاييس، كما قدمت لهم البنود الممثلة لكل مكون من المكونات الخاصة بالمقياس، ثم طلب منهم تحديد مدى ملاءمة البنود لكل بعد من أبعاد المقياس، ومدى وضوح صياغتها، مع إضافة أى مقترحات.

وأسفر تحكيم مقياس المساندة الاجتماعية عن ارتفاع نسب الاتفاق بين المحكمين، حيث تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على بنود المقياس عن حصول (٤٧) بندًا على نسبة اتفاق (١٠٠%)، وحصول (١٤) بندًا على نسبة اتفاق (٩٠%)، وحصول (٦) بنود على نسبة اتفاق (٨٠%). ووجود اتساق واضح بين مضمون كل مقياس فرعي من المقاييس المكونة للمقياس، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها، فيما عدا إضافة بعض التعديلات التى أدخلت على صياغة بعض البنود ضمن هذه المقاييس الفرعية، واستبدال بعض الكلمات أوإضافة كلمات أخرى بحيث تعدل من البند دون أن تغير من معناه المقصود وفصل البند إلى بندين منفصلين، وأصبح المقياس (٧٢) بندًا.

ب) صدق المفهوم :

حسب صدق المفهوم لمقياس المساندة الاجتماعية، من خلال الارتباط بين الدرجة على المكون الفرعى، والدرجة الكلية على المقياس لدى المجموعتين.

جدول (٩) معاملات ارتباط المكونات الفرعية لمقياس المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية لدى مجموعتي الدراسة الاستطلاعية

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين	مجموعة المتعافين
المساندة السلوكية (١٦ بندًا)	٠,٨١٩**	٠,٦٦٢**
المساندة المادية (١١ بندًا)	٠,٨٢١**	٠,٨٨٢**
المساندة المعرفية (٢٢ بندًا)	٠,٧٧٤**	٠,٨٣٥**
المساندة الوجدانية (٢٣ بندًا)	٠,٨٤٧**	٠,٨٧٧**

** دال عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط مرتفعة بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية على المقياس، لدى المنتكسين والمتعافين.

ثانيًا : ثبات المقياس :

تم تقدير ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية ونعرضها على النحو التالي :

جدول (١٠) معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ ومعامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس المساندة الاجتماعية لدى مجموعتي الدراسة

المجمـوعات / المتغـيرات	مجموعة المنتكسين		مجموعة المتعافيين	
	معـامل ألفـا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معـامل ألفـا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
المساندة السلوكية (١٦ بندًا)	٠,٨٦٨	٠,٨٠٧	,٧٤٠	٠,٧٥٥
المساندة المادية (١١ بندًا)	٠,٧٤٥	٠,٧٦٣	٠,٦٩٦	٠,٦٠١
المساندة المعرفية (٢٢ بندًا)	٠,٥١٧	٠,٤٠١	٠,٥٠٢	٠,٥١٦
المساندة الوجدانية (٢٣ بندًا)	٠,٧٦٩	٠,٦٧٣	٠,٧٧٢	٠,٥٧٧
المساندة الكلية (٧٢ بندًا)	٠,٩٠٢	٠,٨٨٥	٠,٨٨١	٠,٧٥٥

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بالنسبة للدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية تعد مقبولة، ولكنها تميل إلى الإنخفاض قليلًا في المكونات الفرعية، لدى مجموعة المنتكسين والمتعافين.

وصف المقياس في صورته النهائية :

يتكون مقياس المساندة الاجتماعية الحالي الذي أعده الباحثان في صورته الأولية كان من (٦٧) بندًا وتم اقتراح إضافة (٥) بنود أصبح المقياس (٧٢) بندًا، موزعة على أربعة مكونات رئيسة، هي: المساندة السلوكية (١٦) بندًا، والمساندة المادية (١١) بندًا، المساندة المعرفية (٢٢) بندًا، والمساندة الوجدانية (٢٣) بندًا، وبداخل المقاييس الفرعية بنود معكوسة، وبدائل الإجابة (لا ينطبق، ينتطبق إلى حد ما، ينطبق بدرجة متوسطة، ينطبق بدرجة كبيرة).

[٣] مقياس الوصمة (إعداد الباحثين) :

تم إعداد هذه المقاييس وفقاً للإجراءات الآتية :

١ – مراجعة التراث البحثي والنماذج والنظريات المفسرة للوصمة.

٢ – الاطلاع على ما هو متاح من مقاييس عربية وأجنبية، وهي : مقياس الوصمة "مروة ناهض" (٢٠١٧)، ومقياس "ذياب البداينة" (٢٠١١)، ومقياس "أحمد عبدالملك" (٢٠٢٠)، ومقياس "سميرة الحسون" (٢٠٢٠)، ومقياس "حاتم سليمان" (٢٠١٨)، ومقياس "مشيل" **Michael** (٢٠١٣)، ومقياسه "جيسون" **Jason** (٢٠١٣)، مقياس "فيسر" **Visser** (٢٠٠٨)، ومقياس "داي" **Day** (٢٠٠٧)، ومقياس "راي" **Rie** (٢٠٠٨)، ومقياس "كاتلود" **Cataldo** (٢٠١١) ومقياس "كاتلود" **Boyle** (٢٠١٣).

وبفحص المقاييس السابقة تبين الآتي :

- باختلاف عض هذه المقاييس في مكونات المفهوم عن المكونات في الدراسة الحالية.

- غموض صياغة بعض البنود، ارتباطها بأبعاد المقياس.
- باستخدم عض الدراسات عينات مختلفة عن العينة الموجودة في الدراسة الراهنة.

ونظرًا للمشكلات التي تضمنتها الأدوات المتاحة في التراث قام الباحثان بإعداد المقاييس التي يتوفر فيه الخصائص التالية :

أ) تصميم المقاييس للشعور بالوصمة لتغطي مكونات المفهوم.
ب) صياغة البنود بطريقة واضحة يسهل فهمها.

وصف مقياس الشعور بالوصمة في صورته الأولية :

يتكون مقياس الشعور بالوصمة من (٦٤) بندًا في صورته الأولية، موزعة على ثلاثة مكونات رئيسة، هي: الوصمة الاجتماعية (٣٨) بندًا، والوصمة الأسرية (١٣) بندًا، والوصمة الذاتية (١٣) بندًا.

إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من صدق المقياس وثباته على العينة المشار إليها من قبل (ن=٦٠)، (٣٠ منتكسًا، ٣٠ متعافيًا) تراوحت أعمارهم بين (٢١–٤٠ عامًا) وذلك على النحو التالى :

<u>أولًا</u> : <u>صدق المقياس</u> : تم التحقق من صدق المقياس من خلال طريقتين هما :

أ) صدق المحكمين :

تم حساب تقديرات المحكمين على بنود المقياس ومدى تمثيلها لأنماط المقاييس وأبعادها؛ وبناءً على ذلك تم عرض المقاييس للتحكيم من خلال عشرة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة القاهرة المشار إليهم سابقًا؛ حيث قدم لهم تعريف لأبعاد المقاييس، كما قدمت لهم البنود الممثلة لكل مكون من المكونات الخاصة بالمقاييس، ثم طلب منهم تحديد مدى ملاءمة البنود لكل بعد من أبعاد المقاييس، ومدى وضوح صياغتها، مع إضافة أى مقترحات.

وأسفر تحكيم مقياس الوصمة عن ارتفاع نسب الاتفاق بين المحكمين، حيث تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على بنود المقياس إلى حصول (٤٣) بندًا على نسبة اتفاق (١٠٠%)، وحصول (١٤) بندًا على نسبة اتفاق (٩٠%)، وحصول (٧) بنود على نسبة اتفاق (٨٠%)؛ مما يشير إلى تمثيل البنود للمجال الذي تقيسه في كل مكون من مكونات المقياس، ووجود اتساق واضح بين مضمون كل مقياس فرعي من المقاييس النوعية المكونة للمقياس، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها، فيما عدا إضافة بعض التعديلات اليسيرة التي أدخلت على صياغة بعض البنود ضمن هذه المقاييس الفرعية، واستبدال بعض الكلمات أو إضافة كلمات أخرى بحيث تعدل من البند دون أن تغير معناه المقصود وفصل البند إلى بندين منفصلين، وأصبح المقياس (٧٣) بندًا.

ب) صدق المفهوم :

حساب صدق المفهوم لمقياس الشعور بالوصمة، من خلال الارتباط بين الدرجة على البعد الفرعي، والدرجة الكلية على المقياس لدى العينة المرضية.

جدول (١١) معاملات ارتباط المكونات الفرعية لمقياس الشعور بالوصمة بالدرجة الكلية للمقياس لدى مجموعتي الدراسة

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين	مجموعة المتعافين
الوصمة الاجتماعية (٤٣ بندًا)	٠,٩٣٧**	٠,٩٧٧**
الوصمة الأسرية (١٥ بندًا)	٠,٩١٧**	٠,٩٦٧**
الوصمة الذاتية (١٥ بندًا)	٠,٨٥٩**	٠,٨٩٢**

** دال عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط مرتفعة عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية على المقياس، لدى المنتكسين والمتعافين.

ثانيًا : ثبات المقياس :

تم تقدير ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية ونعرضها على النحو التالي.

جدول (١٢) معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ ومعامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس الشعور بالوصمة لدى مجموعتي الدراسة

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين ن=٣٠		مجموعة المتعافين ن=٣٠	
	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
الوصمة الاجتماعية (٤٣ بندًا)	٠,٨٨٩	٠,٧٨٤	٠,٩٣٦	٠,٩٣٧
الوصمة الأسرية (١٥بندًا)	٠,٨٩٥	٠,٨٣٣	٠,٩٢٥	٠,٩٢٠
الوصمة الذاتية (١٥ بندًا)	٠,٧٨٧	٠,٦١٣	٠,٨٠٨	٠,٨٠٢
الدرجة الكلية للوصمة (٧٣ بندًا)	٠,٩٤٦	٠,٨٨٩	٠,٩٦٧	٠,٩٥٦

يتضح من الجدول السابق أن مستوى ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية ذات ثبات مقبول للشعور بالوصمة، لدى مجموعة المنتكسين والمتعافين.

وصف المقياس في صورته النهائية :

يتكون مقياس الشعور بالوصمة الحالي الذي أعده الباحثان في صورته الأوليه كان من (٦٤) بندًا وتم اقتراح إضافة (٩) بنود وشمل المقياس في صورتة النهائية (٧٣) بندًا، موزعة على ثلاثة مكونات رئيسة، هي: الوصمة الاجتماعية (٤٣) بندًا، والوصمة الأسرية (١٥) بندًا، والوصمة الذاتية (١٥) بندًا.

التحليلات الإحصائية :

١ – الإحصاءات الوصفية.

٢ – معاملات الارتباط المستقيم.

٣ – تحليل الانحدار التدريجي.

نتائج الدراسة :

نعرض فيما يلى نتائج التحليلات الإحصائية التي أجريت على بيانات الدراسة الراهنة، ومدى إسهامها في الإجابة عن أسئلة الدراسة وفروضها، وكذلك تفسير النتائج المستخرجة، وذلك على النحو الآتي :

أولًا : الإحصاءات الوصفية :

يتمثل عرض الإحصاءات الوصفية في المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة وذلك لدى العينة.

جدول (١٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة

المجموعات / المتغيرات	المنتكسون ن=٥٠				المتعافون ن=٥٠			
	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفلطح	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفلطح
الدرجة الكلية للشعور بالوصمة	٢١٦,٥٨٠٠	٤١,٦٥٧٠٥	٠,٨١٧	٠,٠٥٠–	١٥٠,٢٢٠	٤٩,٢٧٦٩٣	٠,١٢٠	١,٧٥١–
الوصمة الاجتماعية	١٠٢,٧٦٠٠	١٩,٦٢٥٦٤	٠,٥١٠	٠,٧١٢–	٦٤,٨٠٠	٢٢,٧٤٦١٦	٠,١٠٨	١,٥٨٤–
الوصمة الأسرية	٧٢,١٠٠٠	١٥,٩٥١٧٨	٠,٧٧٢	٠,٦٧٩	٥١,٦٠٠	١٨,٥٩٦٦٩	٠,٠١١	١,٦٤٨–
الوصمة الذاتية	٤١,٧٢٠٠	١٠,٠٥٥٠٣	٠,٤٥٢	٠,١٩٧–	٣٣,٨٢٠	١٠,١٦٧٣٥	٠,٢٠٦–	١,١٦٥–
الدرجة الكلية للمساندة	١٦٥,١٠٠٠	٢٨,٩٩	٠,٥٨٨	٠,٢٦٠–	٢١٥,١٨٠	٢٨,٢٤	٠,١١٥–	١,٣٨٢–
المساندة السلوكية	٣٥,٦٠٠٠	٩,٨٨	٠,٢٤٩	٠,٦٤١–	٤٩,٩٢٠	٨,٩٤	١,٠١٣	٠,٥٠٨
المساندة المعرفية	٤٥,٠٦٠٠	٦,٨٢٥	٠,٠٨٠	٠,٥٧٤	٥٨,٥٦٠	٧,١١	٠,٣١٦	١,٢٠٣–
المساندة الوجدانية	٦٠,٣٦٠٠	١١,٧٤	٠,٨١٤	٠,١٩٥–	٧٤,٨٤٠	١٢,٣٩	٠,١٤٦–	٦٢٩,٠
المواجهة الإيجابية	١٠٣,١٤	٢٣,٧١	١,٤٢١	١,٢٤٧	١٤٨,٤٠	٢٨,٤٨	٠,٠٧٤–	١,٠٧٠–
المواجهة السلبية	٦٠,٩٦	١١,١٦	٠,٨٥٠–	٠,٢٨٦	٤٢,٠٢	٧,١٢	١,٩٢١	٦,٣٢١
المواجهة الدينية	٢٤,٧٢	٩,١٨	٠,٣٥٤	١,٠٢٦–	٢٤,٣٠	٩,٨٧	٠,٢٦٤–	١,٣٣٩–

بالنظر في الجدول السابق يتبين أن معاملات الالتواء لمتغيرات الدراسة لم تصل إلى مستوى الدلالة، ومن ثم فإن التوزيع يكون اعتداليًا، وأيضًا معامل التفلطح لم يصل إلى (٣) ومن ثم يكون التوزيع على فئات وليس توزيعًا مدببًا.

ثانيًا : نتائج فروض الدراسة ومناقشتها :

نتائج الفرض الأول :

ينص على "توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

جدول (١٤) معاملات الارتباط بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين ن=٥٠			مجموعة المتعافين ن=٥٠		
	مواجهة ايجابية	مواجهة سلبية	مواجهة دينية	مواجهة ايجابية	مواجهة سلبية	مواجهة دينية
الوصمة الاجتماعية	٠,١١٦	٠,١٤٤	٠,١١٠	٠,٧٠٣**	٠,٢٠٨	٠,٣٩٣**
الوصمة الاسرية	٠,١٢٧	٠,٠٤٠	٠,١٧٦	٠,٦٩٢**	٠,١٤٠	٠,٤٣٢**
الوصمة الذاتية	٠,٠٨٤	٠,١٥٠	٠,١٤١	٠,٦٠٨**	٠,٢٠٠	٠,٣٧٠**
درجة الوصمة الكلية	٠,١٢٣	٠,١١٩	٠,١٥٣	٠,٧١١**	٠,١٩٠	٠,٤٢١**

** دال عند ٠,٠١

يتبين من نتائج الجدول الآتي :

بالنسبة لعينة المنتكسين:

لا يوجد ارتباط بين مكونات الوصمة والدرجة الكلية واستراتيجيات المواجهة بمكوناتها الثلاثة.

بالنسبة لعينة المتعافيين :

١ – يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الاجتماعية وكل من المواجهة الإيجابية، والمواجهة الدينية. عند مستوى معنوية ٠,٠١، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة الاجتماعية والمواجهة السلبية.

٢ – يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الأسرية وكل من المواجهة الإيجابية، والمواجهة الدينية. عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة الأسرية والمواجهة السلبية.

٣ – يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الذاتية وكل من المواجهة الإيجابية، والمواجهة الدينية. عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة الذاتية والمواجهة السلبية.

٤ – يوجد ارتباط سالب بين درجة الوصمة الكلية وكل من المواجهة الإيجابية، والمواجهة الدينية. عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة درجة الوصمة الكلية والمواجهة السلبية.

نتائج الفرض الثاني :

ينص على "توجد علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

جدول (١٥) معاملات الارتباط بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات / المتغيرات	مجموعة المنتكسين ن=٥٠					مجموعة المتعافين ن=٥٠				
	المساندة السلوكية	المساندة المادية	المساندة المعرفية	المساندة الوجدانية	المساندة الكلية	المساندة السلوكية	المساندة المادية	المساندة المعرفية	المساندة الوجدانية	المساندة الكلية
الوصمة الاجتماعية	-٠,٣٩٧**	-٠,٣١٩*	-٠,٢٨٦*	-٠,٠٣٠	-٠,٢٩١*	-٠,٠٣٥	-٠,٥٤٨**	-٠,٠٠٠**	-٠,٧٣٢**	-٠,٦١٧**
الوصمة الأسرية	-٠,٢٤٣	-٠,١٣٦	-٠,١٨٤	-٠,٠٣٨	-٠,١٧٤	-٠,٠٠٣	-٠,٦١١**	-٠,٧٠٢**	-٠,٨٠٣**	-٠,٦٦٥**
الوصمة الذاتية	-٠,١٤٨	-٠,٠٦٥	-٠,١٩٨	٠,٠١٠	-٠,١٠٩	-٠,١١١	-٠,٦١٢**	-٠,٥٥٤**	-٠,٧٦١**	-٠,٦٤٣**
درجة الوصمة الكلية	-٠,٣١٦*	-٠,٢١٨	-٠,٢٥٣	-٠,٠٢٧	-٠,٢٣٠	-٠,٠٤٠	-٠,٦١٠**	-٠,٦٨٠**	-٠,٧٩٨**	-٠,٦٦٩**

** دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

يتبين من نتائج الجدول الآتي :

بالنسبة لعينة المنتكسين :

١ – يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الاجتماعية وكل من المساندة السلوكية، والمساندة المادية، والمساندة المعرفية، ودرجة المساندة الكلية، عند مستوى معنوية ٠,٠١، ٠,٠٥، لا يوجد ارتباط بين الوصمة الاجتماعية والمساندة الوجدانية.

٢ – لا يوجد ارتباط بين الوصمة الأسرية وكل من المساندة السلوكية، والمساندة المادية، والمساندة المعرفية، والمساندة الوجدانية، ودرجة المساندة الكلية.

٣ – لا يوجد ارتباط بين الوصمة الذاتية وكل من المساندة السلوكية، والمساندة المادية، والمساندة المعرفية، والمساندة الوجدانية، ودرجة المساندة الكلية.

٤ – يوجد ارتباط سالب بين الدرجة الكلية للوصمة والمساندة السلوكية، عند مستوى معنوية ٠,٠٥، ولا يوجد ارتباط بين الدرجة الكلية للوصمة وكل من المساندة المادية، والمساندة المعرفية والمساندة الوجدانية والدرجة الكلية للمساندة.

بالنسبة لعينة المتعافيين :

- يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الاجتماعية وكل من المساندة المادية، والمساندة المعرفية. والمساندة الوجدانية، والمساندة الكلية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة الاجتماعية والمساندة السلوكية.
- يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الأسرية وكل من المساندة المادية، والمساندة المعرفية. والمساندة الوجدانية، والمساندة الكلية عند مستوى معنوية ٠,٠١، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة الأسرية والمساندة السلوكية.

- يوجد ارتباط سالب بين الوصمة الذاتية وكل من المساندة المادية، والمساندة المعرفية. والمساندة الوجدانية، والمساندة الكلية عند مستوى معنوية ٠,٠١، ولا يوجد ارتباط بين الوصمة الذاتية والمساندة السلوكية.
- يوجد ارتباط سالب بين الدرجة الكلية للوصمة وكل من المساندة المادية، والمساندة المعرفية، والمساندة الوجدانية، والمساندة الكلية عند مستوى معنوية ٠,٠١، ولا يوجد ارتباط بين الدرجة الكلية للوصمة والمساندة السلوكية.

نتائج الفرض الثالث :

ينص على "تسهم استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المتعافين والمنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية".

لاختبار هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار التدريجي المتعدد لمعرفة مدى إسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، وذلك على النحو الموضح فيما يأتي :

جدول (١٦) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية لدى المتعافين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المتعافون	المواجهة الإيجابية	الوصمة الاجتماعية	٠,٧٠٣	٤٩,٤	-٠,٥٦١	٠,٧٠٣	٦,٨٣٩ ٠,٠٠٠١	٤٦,٧٧ ٠,٠٠٠١	١٤٨,٠٧٦

بالنسبة لعينة المتعافين :

١ – تسهم استراتيجيات المواجهة الإيجابية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية بنسبة ٤٩,٤%. وذلك عند ٠,٠١.

٢ – لم تسهم باقي استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالوصمة الاجتماعية.

بالنسبة لعينة المنتكسين :

لا تسهم استراتيجيات المواجهة بأنواعها الثلاثة في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية.

جدول (١٧) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة الأسرية لدى المتعافين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المتعافون	المواجهة الإيجابية	الوصمة الأسرية	٠,٦٩٢	٤٧,٩	-٠,٤٥٢	-٠,٦٩٢	-٦,٦٤٦ ٠,٠٠٠١	٤٤,١٦٨ ٠,٠٠٠١	٦٨٩,١١٨

بالنسبة لعينة المتعافين :

١ – تسهم استراتيجيات المواجهة الإيجابية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الأسرية بنسبة (٤٧,٩%)، وذلك عند ٠,٠١.

٢ – لم تسهم باقي استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالوصمة الأسرية.

بالنسبة لعينة المنتكسين :

لم تسهم استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالشعور بالوصمة الأسرية.

جدول (١٨) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية لدى المتعافين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المتعافون	المواجهة الإيجابية	الوصمة الذاتية	٠,٦٠٨	٣٦,٩	-٠,٢١٧	-٠,٦٠٨	-٥,٣٠١ ٠,٠٠٠١	٢٨,٠٩٦ ٠,٠٠٠١	٦٦,٠١٦

بالنسبة لعينة المتعافين :

١ – تسهم استراتيجيات المواجهة الإيجابية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية بنسبة ٣٦,٩%. وذلك عند ٠,٠١.

٢ – لم تسهم باقي استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالوصمة الذاتية.

بالنسبة لعينة المنتكسين :

لم تسهم استراتيجيات المواجهة بأنواعها الثلاثة في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية.

جدول (١٩) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المتعافون	المواجهة الإيجابية	الدرجة الكلية للوصمة	٠,٧١١	٥٠,٥	١,٢٣٠-	٠,٧١١-	٧,٠٠٣ ٠,٠٠٠١	٤٩,٠٤٦** ٠,٠٠٠١	٣٣٢,٧٨٠

** دال عند ٠,٠١

بالنظر في الجدول السابق يتبين ما يلي :

بالنسبة للمتعافين :

تسهم استراتيجيات المواجهة الإيجابية في التنبؤ بالشعور بالوصمة بنسبة ٥٠,٥%. وذلك عند ٠,٠١.

بالنسبة للمنتكسين :

لا تسهم استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالشعور بالوصمة.

نتائج الفرض الرابع :

ينص على "تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

تم استخدام تحليل الانحدار المتدرج لمعرفة إسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كل من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

جدول (٢٠) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية لدى المتعافين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المتعافون	المواجهة الإيجابية	الوصمة الاجتماعية	٠,٧٣٢	٥٣,٥	١,٣٤٢-	٠,٧٣٢	٧,٤٣٥- ٠,٠٠٠١	٥٥,٢٧٥ ٠,٠٠٠١	١٦٥,٢٥٩

بالنظر في الجدول السابق يتبين ما يلي :

بالنسبة للمتعافين :

١ – تسهم المساندة الوجدانية في التنبؤ بالوصمة الاجتماعية بنسبة (٥٣%)، وذلك عند ٠,٠١.

٢ – لم تسهم باقي أنواع المساندة في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية.

جدول (٢١) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية لدى المنتكسين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المنتكسون	المواجهة الإيجابية	الوصمة الاجتماعية	٠,٣٩٧	١٥,٨	٠,٧٨٩	٠,٣٩٧	-٣,٠٠١ ٠,٠٥	*٩,٠٠٦ ٠,٠٥	١٣٠,٨٦٥

* دال عند ٠,٠٥

بالنظر في الجدول السابق يتبين ما يلي :

بالنسبة لعينة المنتكسين :

١ – تسهم المساندة السلوكية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية بنسبة (١٥,٨%)، وذلك عند ٠,٠٥.

٢ – لم تسهم باقي أنواع المساندة في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية.

جدول (٢٢) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الأسرية لدى المتعافين

المتغير المنبئ		المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
نموذج (١)	المساندة الوجدانية	الوصمة الأسرية	٨٠,٣	٦٤,٥	١,٢٠٥	-٠,٨٠٣	-٩,٣٣٥ ٠,٠٠٠١	٨٧,١٣٦	١٤١,٧٤٩
نموذج (٢)	المساندة الوجدانية		٨٣,٧	٧٠,١	١,٣١٠	-٠,٨٧٣	-١٠,٤٨٧ ٠,٠٠٠١	٥٤,٩٨٦ ٠,٠٠٠١	١٢٤,٠٧٥
	المساندة السلوكية				٠,٥١٢	٠,٢٤٦	٢,٩٥٩ ٠,٠٠٥		
نموذج (٣)	المساندة الوجدانية		٨٧,٣	٧٦,١	-٠,٩٢٩	-٠,٦٢٠	-٥,٨٧٣ ٠,٠٠٠١	٤٨,٩٥١ ٠,٠٠٠١	١١٧,٢١٥
	المساندة السلوكية				٠,٩٠٥	٠,٤٣٥	٤,٦٧٢ ٠,٠٠٠١		
	المساندة المادية				١,٢٩٤	-٠,٤٣٤	-٣,٤٢٧ ٠,٠٠٠١		
نموذج (٤)	المساندة الوجدانية		٨٨,٩	٧٩,١	-٠,٦٦٧	-٠,٤٤٥	-٣,٦٤٤ ٠,٠٠٠١	٤٢,٤٦٧ ٠,٠٠٠١	١٣٣,٢٧٥
	المساندة السلوكية				٠,٩٥٥	٠,٤٦٠	٥,١٧٥ ٠,٠٠٠١		
	المساندة المادية				١,١٩٨	-٠,٤٠٢	-٣,٣٢٩ ٠,٠٠٠١		
	المساندة المعرفية				-٠,٧٠٥	-٠,٢٧٠	-٢,٥٠٠ ٠,٠٠٠١		

بالنظر في الجدول السابق يتبين ما يلي :

بالنسبة للمتعافين :

١ – تسهم المساندة الوجدانية في التنبؤ بالوصمة الأسرية بنسبة (٦٤,٥%)، وذلك عند ٠,٠١.

٢ – تسهم المساندة الوجدانية والمساندة السلوكية في التنبؤ بالوصمة الأسرية بنسبة (٧٠%)، وذلك عند ٠,٠١.

٣ – تسهم المساندة للمساندة الوجدانية والمساندة السلوكية والمساندة المادية في التنبؤ بالوصمة الأسرية بنسبة (٧٦%)، وذلك عند ٠,٠١.

٤ – تسهم المساندة الوجدانية والمساندة السلوكية والمساندة المادية والمساندة المعرفية في التنبؤ بالوصمة الأسرية بنسبة (٧٩%)، وذلك عند ٠,٠١.

بالنسبة للمنتكسين : لم تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الأسرية.

جدول (٢٣) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية لدى المتعافين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المتعافون	المواجهة الإيجابية	الوصمة الذاتية	٧٦,١	٥٧,٩	٠,٦٢٤	٠,٧٦١	٨,١٢٠- ٠,٠٠٠١	٦٥,٩٣٥ ٠,٠٠٠١	٨٠,٥١٣

بالنظر في الجدول السابق يتبين ما يلي :

بالنسبة لعينة المتعافين :

١ – تسهم المساندة الوجدانية في التنبؤ بالوصمة الذاتية بنسبة (٥٧,٩%)، وذلك عند ٠,٠١.

٢ – لم تسهم باقي أنواع لمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية.

بالنسبة لعينة المنتكسين : لم تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية.

جدول (٢٤) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المتعافين

المتغير المنبئ		المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
نموذج (١)	المساندة الوجدانية	الدرجة الكلية للوصمة	٠,٧٩٨	٦٣,٦	٣,١٧١–	٠,٧٩٨–	٩,١٦٥– ٠,٠٠٠١	٨٣,٩٨٩ ٠,٠٠٠١	٣٨٧,٥٢١
نموذج (٢)	المساندة الوجدانية		٠,٨٢١	٦٧,٥	١,١٢٣	٠,٢٠٤	٢,٣٤٩ ٠,٠٠٠١	٤٨,٧٠٥ ٠,٠٠٠١	٣٤٨,٧٦٥
	المساندة السلوكية				٣,٤٠٢–	٠,٨٥٦–	٩,٨٥٨– ٠,٠٠٠١		
نموذج (٣)	المساندة الوجدانية	الدرجة الكلية للوصمة	٠,٨٥١	٧٢,٤	٢,٠٥٦	٠,٣٧٣	٣,٧٢٢ ٠,٠٠٠١	٤٠,١٣٤ ٠,٠٠٠١	٣٣٢,٤٥٣
	المساندة السلوكية				٢,٤٩٧–	٠,٦٢٨–	٥,٥٣١– ٠,٠٠٠١		
	المساندة المادية				٣,٠٧٦–	٠,٣٨٩–	٢,٨٥٦– ٠,٠٠٠١		

بالنظر في الجدول السابق يتبين ما يلي :

بالنسبة للمتعافين :

١ – تسهم المساندة الوجدانية في التنبؤ بالوصمة بنسبة (٦٣,٦%)، وذلك عند ٠,٠١.

٢ – تسهم المساندة الوجدانية والمساندة السلوكية في التنبؤ بالوصمة بنسبة (٦٧,٥%)، وذلك عند ٠,٠١.

٣ – تسهم المساندة للمساندة الوجدانية والمساندة السلوكية والمساندة المادية في التنبؤ بالوصمة بنسبة (٧٢,٤%)، وذلك عند ٠,٠١.

جدول (٢٥) تحليل الانحدار التدريجي لإسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين

المجموعات	المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	ت ودلالتها	ف ودلالتها	القيمة الثابتة
المنتكسون	المساندة السلوكية	الدرجة الكلية للوصمة	٠,٣١٦	١٠	١,٣٣٣–	٠,٣١٦–	٢,٣٠٨ ٠,٠٠٠١	٥,٣٢٩٠ ٠,٠٠٠١	٢٦٤,٠٢٢

بالنسبة للمنتكسين :

تسهم المساندة السلوكية في التنبؤ بالوصمة بنسبة (١٠%)، وذلك عند ٠,٠١.

مناقشة النتائج :

مناقشة نتائج الفرض الأول :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض جزئيًا، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية ولا توجد علاقة لدى المنتكسين.

وعندما نتجه إلى مناقشة هذا الفرض نجد أنَّ هذه النتيجة التي تشير إلى أن هناك علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، تتفق مع التراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسات **(Laudet & White, 2009; Black & Brown, 2015)**.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن المتعافيين أكثر قدرة في الوعي بمشاعرهم والقدرة على إدارتها والاستعانة بجماعات الدعم والمساندة والفرق العلاجية لمساعدتهم على استخدام طرق مواجهة فعالة والقدرة على التعامل مع المشكلات لديهم سواء المعرفية أو الحياتية وهذا بدورة يساعدهم على الاستمرار في التعافي ومواجهة الضغوط والتعامل مع أي مشاعر سلبية لديهم بشكل أكثر نضوجًا.

وقد أشار التراث البحثي إلى أنه كلما زادت أساليب المواجهة الفعالة، ساعد ذلك المتعافين على ارتفاع المقاومة والرغبة في البقاء والاستمرار في التعافي واتباع الطريقة الصحية في التعامل في مختلف مجالات الحياة والتعامل مع المشاعر السلبية التي يمورون بها **(Cooper & Nielsen, 2016)**.

كما نجد أنَّ نظرية منحى عمليات المواجهة التي ترى أن الأفراد ذوي الأساليب الإقدامية عندما يواجهون أزمة أو موقفًا ضاغطًا فإنهم يتصدون للمواقف الضاغط من خلال التحليل المنطقي للموقف، وإعادة التقييم الإيجابي له، والبحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط واستخدام أسلوب حل المشكلة للتصدي للأزمة ولتداعياتها بصورة مباشرة (رجب شعبان، ١٩٩٠). وهذا ما يتبعه المتعافون من الاعتماد على المواد النفسية وذلك وفقًا لما تم تعلمه من البرامج العلاجية المخصصة للمتعافين والتي تساعدهم على الاستمرار في التعافي.

كما نجد نظرية الهوية الاجتماعية للوصمة التي تحدد هوية الأفراد وفقًا للجماعات الاجتماعية التي ينتمون لها، ومثل هذه الانتماءات تمثل عوامل حماية وتعزيز للهوية الذاتية للفرد. فيتم تكوين هوية الفرد وفقًا لتصنيفه في مجموعة، ويتم الحكم على الأفراد هنا وفقًا للجماعة التي ينتمي لها **(Teo, 2014)** فكلما كانت الجماعة التي ينتمى لها المتعافون تمثل حماية وتعزيزًا للتعافي كان الحكم على الفرد وفقًا للجماعة التي ينتمون لها.

ووفقًا للنظرية الذاتية للوصمة فإن الوصمة تتضمن نمطين معرفين هما انخفاض تقدير الذات والذي يعكس الصورة النمطية السلبية المستخدمة والأحكام الداخلية، والخوف من أن نكون الوصمة مُعلنة من الآخرين. فتأثير الوصمة الذاتية هنا يعتمد على الفرد ذاته وطرقه المعرفية في التفكير وعلى المواقف المرتبطة بالوصمة وعلى الطرق التي يرتبط بها الناس بأفكارهم **(Schomerus et al., 2011)** وبالنظر إلى ما يتبعة المتعافون نجدهم أكثر قدرة على التعامل مع التوتر والنبذ ولديهم رضا عن نوعية الحياة، وضغط أقل وقدرة على التعامل مع الضغوط بشكلٍ فعال **(Laudet & White, 2009)**.

وعندما نتجه إلى مناقشة عدم وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والشعور بالوصمة لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية، نجد أن هذه النتيجة اتفقت مع بعضالتراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسة **(Arrico, 2016)**.

حيث أشار التراث البحثي إلى أن هناك مجموعة من السمات والخصال الشخصية المهيئة للانتكاسات المتكررة، مثل المواجهة السلبية والاعتمادية وعدم القدرة على المواجهة وإدارتها بشكل صحيح، بالإضافة إلى شعور الفرد بأنه شخص منبوذ وموصوم اجتماعيًا من المحيطين به **(Martin & Carla, 2008)**.

كما أن أغلب النظريات الرئيسية للاعتماد تفترض أن أحداث الحياة الضاغطة وعدم القدرة على المواجهة تمارس دورًا هامًا في زيادة الانتكاسة **(Sinha, 2001)**.

وعندما نتجه لنتائج الدراسات السابقة نجد أنه بسبب الكثير من الخبرات الخاصة بالمنتكسين فقد ارتبط التعافي بالانتكاس لديهم، حيث ارتبط التعافي لدى الأفراد المحيطين بهم بوصمة مدركة عنهم حيث كلما تعافى المعتمد سينتكس مرة أخرى مع وجود شعور بعدم الثقة بهم (**Esquibel & Borkan, 2014**). ومن ثم، يؤدي ذلك إلى مرور المنتكسين بضغوط وتراكم تلك الضغوط لديهم مع تجاهلها وتجنبها وعدم القدرة على استخدام المواجهة لديهم بطريقة فعالة بما يؤدي بهم مع مرور الوقت إلى ظهور تبلد انفعالي لديهم وعدم التأثير بنبذ المحيطين لهم ومن ثم عدم شعورهم بالوصمة أو اللوم كما إن أى مشاعر لديهم تكون لحظية ومؤقتة وتنتهي بالتعاطي مرة أخرى.

وفي دراسة أخرى وجد أن تكرار الانتكاسات يحدث بسبب رفض المتابعة لبرامج العلاج والرعاية اللاحقة وتراكم الضغوطات مع تجاهلها التام والتعامل معها بسلبية وتجاهل أي مشاعر خزى أو عار يمر بها المعتمدون (عبدالله عسكر، أحمد البراك، ١٩٩٠).

كما وجد في دراسة عن العلاقة بين الشعور بالوصمة والاعتماد على المواد النفسية وتكرار الانتكاسات، أن الشعور بالخزي والخجل كان مرتبطًا بمشاكلات عدم القدرة على مواجهة الضغوط والاعتماد على الكحول ولم يرتبط بمشكلات الاعتماد على باقي المواد النفسية حيث إن المعتمدين على المواد النفسية ليس لديهم شعور بالوصمة مهما تراكمت عليهم الضغوط **(Dearing et al., 2005)**.

ومع تراكم الضغوط لدى المعتمدين من المجتمع المحيط بهم يصبح لديهم عجز عن المواجهة بطرق فعالة حيث تمثل تلك الجوانب عوامل خطورة، ويتضح ذلك من خلال مقاومتهم للعلاج والبقاء في حالة تجنب وتجاهل لأي شعور بالوصمة ولاستمرار في التعاطي والانتكاسات.

كما نجد أنَّ نموذج مارلات "**Marlla**" المعرفي للانتكاسة يفترض أن التشويه المعرفي يثير لدى الفرد شعورًا بالذنب ومشاعر أخرى سلبية لا يستطيع تحملها، مما يدفعه إلى التخلي عن مبدأ الانقطاع عن التعاطي تمامًا، وخاصة إذا كانت لديه توقعات إيجابية نتيجة لخبراته السابقة قبل العلاج بأن الانغماس في التعاطي مرة أخرى سيخلصه من هذه المشاعر السلبية ومن التشويه المعرفي ومن هنا يحدث الانتكاس لديه، وفي فترة الانتكاس والتعاطي للمواد النفسية يكون لديه تبلد انفعالي ويتخلص من أي مشاعر سلبية ويكفها بالمادة المخدرة **(Marllat, 2000, 609)**.

وتؤيد تلك النتائج النظريات الخاصة بالوصمة حيث ترى نظرية الوصمة الذاتية أن هوية الفراد تتحدد وفقًا لتقييم الفرد لذاته، حيث يكون ذلك التقييم مبنيًا على الأعراف المجتمعية، ويتضمن ذلك الحكم التقليل من الذات وعدم احترام الفرد لذاته، ويرى نفسه أقل ممن حوله وغير كفء، فإذا كانت الكفاءة منخفضة يساهم ذلك في وصم الفرد لنفسه بالدونية والتقليل من الذات **(Corrigan, 2004)** بالإضافة لذلك يشعر الفرد بكراهيته لذاته والشعور بالخزي والعار والخجل وانخفاض تقدير الذات وذلك يجعل الفرد يشعر بأنه ليس لديه القدرة على أن يعيش مثل باقي الأفراد ويمارس حياته بشكل طبيعي سواء كان ذلك فى الزواج أو مع أسرته أو في وظيفة **(Black & Brown, 2015)** فيقوم الفرد بالتعاطي مرة أخرى للتخلص من هذه المشاعر السلبية.

ويؤكد ذلك نموذج **Moos** في الإطار النظري حيث يشير إلى التركيز على تأثيرات السياق البيئي المستمر كأحداث الحياةالتي تُظهر كيف يقيم الأشخاص ويتوافقون مع هذه الأحداث وكيف يؤثر ذلك في صحتهم وحسن حالهم، وتبعًا لذلك سيوظف النموذج تأثيرات تقييم أساليب المواجهة، بأنها تلك الأساليب التي يمكن أن توصف حسب السياق (المواجهة – الإقدام) (التجنب – الإحجام) وحسب الأسلوب (معرفي – سلوكى). فنجاح المواجهة بعد ذلك يؤثر في صحة الفرد وحسن حاله (**Louw & Viviers, 2010**). حيث نجد أن أكثر الأساليب التي يستخدمها المنتكسون في فترات تراكم الضغوط هي أساليب التجنب والإقدام على كف المشاعر بالتعاطي والتخلص من أي مشاعر سلبية لديهم.

مناقشة نتائج الفرض الثاني :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

وكشفت نتيجة الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض كليًا، حيث أظهرت النتائج وجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

وعندما نتجه إلى مناقشة نتائج هذا الفرض نجد أنَّ هذه النتائج، اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسات (**Grella, 2011; Pachankis et al., 2014; Song et al., 2015; Birtel et al., 2017; Earnshaw et al., 2019; Skewes et al., 2021; Broman et al., 2023**).

حيث اتسقت نتائج هذه الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الراهنة فقد أشارت النتائجها إلى أن الشعور بالوصمة يرتبط بالشعور بالرفض الاجتماعي وعدم وجود مساندة اجتماعية ومن ثم يتنبأ بالتعاطي مرة أخرى **(Pachankis et al., 2014)**.

وقد أشار العديد من الدراسات السابقة إلى أن الأفراد الذين يتلقون مساندة اجتماعية مرتفعة، ولديهم أقران كثيرون، ويبنون علاقات إيجابية مع الآخرين، يميلون إلى أن يكونوا أكثر قدرة على الاستمرار في التعافي حيث تعد المساندة الاجتماعية أحد أهم المصادر الفعالة للحفاظ على التعافي **(Yalcin & Malkoc, 2014)**.

كما أكدت دراسة "اريكو" أن ضعف المساندة الاجتماعية يهم في التنبؤ بالانتكاسة ومن ثم يؤدي إلى الشعور بالوصمة والانتكاسات التي تحدث للمعتمدين **(Arrico, 2016)**.

واتفقت أيضاً تلك النتائج مع التراث النظري الذي يشير إلى أن المساندة الاجتماعية تساعد المعتمدين على المواد النفسية والمنتكسين على أن يتعاملوا مع الأحداث الضاغطة والصادمة بشكل أكثر فاعلية ويكونون أقل في احتمال الانتكاس لديهم فيما بعد وأكثر قدرة على التعامل مع النبذ **(Marlett, 2000)**.

كما يُقدم نموذج "ماير" **Meyer's** لتفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية والوصمة بأن المساندة الاجتماعية هي الوسيط المحتمل للتقليل من الشعور بالوصمة، والمتغير الذي يمكنه تغيير اتجاهات الأفراد الموصومين إلى اتجاهات أفضل، حيثُ افترض النموذج أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تعمل على حماية الأفراد الموصومين من الاضطرابات، وترفع مستوى الصحة النفسية للأفراد **(Meyer & Monti, 2015)**.

كما أوضحت العديد من الدراسات وجود أثر واضح بعدم طلب المساعدة الطبية أو النفسية للمعتمدين على المواد النفسية للخوف من الوصمة لديهم **(Link, 1987)**.

وفي دراسة أجراها كل، من "عبدالله عسكر وأحمد البراك" (١٩٩٠) عن غياب الدعم الأسري وعلاقته بالانتكاس للاعتماد على المواد النفسية، أشارت النتائج إلى أن نسبة المراجعين للعيادات الخارجية كانت (٤٨%) ممن لديهم دعم أسري وخاصة من الزوجة والأم، مما يشير إلى ارتفاع معدلات الإقلاع عن التعاطي مع وجود الدعم الأسري، في حين أن بعض أفراد العينة الذين لم يراجعوا العيادات الخارجية قد اعترفوا بالانتكاسة لافتقادهم المساندة الاجتماعية التي تشجعهم على متابعة البرامج العلاجية والرعاية اللاحقة.

كما يشير بعض الدراسات إلى أن الشعور بالوصمة يرتبط بتعاطي المواد النفسية والانتكاس، حيثُ يتبنى المعتمدون السرية التامة والإخفاء التام لوجود مشكلة بدل من طلب الدعم والمساندة. كما وجد أنهم يعانون من العزلة وعدم وجود مساندة اجتماعية، ولديهم شعور بالخوف من أن يتم وصم الشخص بالاعتماد وكان اللوم للذات العامل الأساسي لديهم للشعور بالوصمة والانتكاس مرة أخرى **(Cooper & Nielsen, 2016)**.

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

ينص هذا الفرض على أنه "تسهم استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

وكشفت نتيجة الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض جزئيًا، حيث أظهرت النتائج إسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط الإيجابية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المتعافين ولا تسهم استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية.

وعندما نتجه إلى مناقشة هذا الفرض نجد أنَّ هذه النتيجة التي تشير إلى إسهام استراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المتعافين، اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسات **(Laudet & White, 2009; Black & Brown, 2015)**.

ويكشف التراث البحثي أن هناك عديدًا من الدراسات السابقة التي وجدت أن الأفراد الذين لديهم قدرة على مواجهة الضغوط واتخاذ القرار ولديهم قدرة على المواجهة الإيجابية، كانوا أكثر قدرة على الحفاظ على التعافي من الاعتماد على المواد النفسية، وأكثر قدرة على التعامل مع الأحداث الضاغطة والصادمة وأي نبذ بشكل أكثر فاعلية مقارنة بمن يفتقدون هذه القدرة (**Marlett, 2000; Yalcin & Malkoc, 2014**).

كما إنه كلما كان لديهم استراتيجيات مواجهة إيجابية وفعالة كان لديهم القدرة على مواجهة أي نبذ أو وصم من المحيطين بهم بطريقة فعالة وتوافقية والقدرة على التعامل مع المواقف الضاغطة.

ونجد أنَّ نظرية منحى عمليات المواجهة التي تفسر أن الأفراد ذوي الأساليب الإقدامية عندما يواجهون أزمة أو موقفًا ضاغطًا فإنهم يتصدون للمواقف الضاغطة من خلال، التحليل المنطقي للموقف، وإعادة التقييم الإيجابي للموقف، والبحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط واستخدام أسلوب حل المشكلة للتصدي للأزمة ولتداعياتها بصورة مباشرة (رجب شعبان، ١٩٩٠). وهذا ما يتبعه المتعافون من الاعتماد على المواد النفسية وذلك وفقًا لما تم تعلمه من البرامج العلاجية المخصصة للمتعافين والتي تساعدهم على الاستمرار في التعافي.

كما نجد أن النظريات الخاصة بالوصمة واستراتيجيات المواجهة أيدت تلك النتيجة حيث إنه كلما وجدنا المتعافين قادرين على المحافظة على تعافيهم نجد ذلك نتيجة لاستخدامهم الأساليب

الإقدامية في المواجهة ووعيهم أن نجاح المواجهة بعد ذلك يؤثر في صحة الفرد وحسن حاله، وأن هوية الأفراد تتحدد وفقًا لتقييم الفرد لذاته، فكلما كان قادرًا على تقييم نفسه تقييمًا إيجابيًا فذلك يساعده على زيادة الكفاءة الذاتية والقدرة على المواجهة بطرق فعالة (**Corrigan, 2004; Louw & Viviers, 2010**).

وعندما نتجه إلى مناقشة عدم وجود إسهام لاستراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين، نجد أنها اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسات كل من **(Arrico, 2016; Black & Brown, 2015)**.

حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى أن المنتكسين غير قادرين على استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة ويقومون باستخدام أساليب تجنبيه للمواجهة والنمط التوافقي لهم في مواجهة النبذ أو الوصم هو السلبية والتجاهل.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن هناك فروقًا ثقافية بين الدراسة الراهنة والدراسات الأخرى، وذلك مثل دراسة "شهزادي" **Shahzad** (٢٠٢٣) التي تمت على عينة من ثقافة مختلفة وعلى مدى عمري أكبر، وهنا لا نستطيع أن نستدل على أن النتائج تعود لفروق ثقافية وعمرية وكذلك أجريت على المعتمدين على الأفيون فقط، كذلك دراسة "بلاك" **Black** (٢٠١٥) أجريت على الإناث فقط الأكبر سنًا ولديهم مشكلات صحية وعقلية، توجد فروق ثقافية واختلاف الفئة العمرية، كما أن دراسة "اريكو" **Arrico** (٢٠١٦) أجريت على عينة بتشخيص مزدوج من الاعتماد مع الاكتئاب ومع الفصام.

ومن هنا يمكن تفسير نتيجة الدراسة الراهنة المتعلقة بعدم وجود إسهام لاستراتيجيات مواجهة الضغوط في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين، من خلال الملاحظات الإكلينيكية على عينة الدراسة، وذلك من خلال ما ذكره العدد الأكبر من المنتكسين بأنَّهم أصبحوا يستخدمون استراتيجيات التجنب واللامبالاة والسلبية عند مواجهتهم أي ضغوط حياتية ومن ضمن تلك الضغوط وجود نبذ ولوم من المحيطين بهم، وذلك عن طريق محاولة الانعزال الدائم عن البيت أو مع الأقرآن طوال النهار، ومِن هنا نجد أنهم يحاولون الهروب وتجنب أي ضغوط أو نقد أو لوم أو أي ظروف معيشية ضاغطة، ومن مشاعر اللوم والنبذ والوصم، وفِي النهاية نذكر أن محاولة تسليط الضوء على التجنب أو خلق المشكلات هي محاولة من الباحثين لتفسير عدم تحقق الفرض من خلال الملاحظات الإكلينيكية على عينة الدراسة.

ويؤيد تلك الملاحظات بعض الدراسات السابقة التي تشير إلى أن وجود منتكس ومتعدد الانتكاسات، يؤدي إلى التجاهل للمشكلات التي يمر بها ويرى أنه لا يوجد جدوى من أي شيء، والهروب الدائم من المحيطين به، والاتصال الدائم بأقران السوء، وكثرة الصراعات والنزاعات اليومية مع المحيطين به، وعدم التزامهم في حياتهم، وعدم شعورهم بأن أساليب المواجهة لها أي تأثير على

أي مشاعر سلبية أو الشعور بالوصمة لديهم أو أن لها جدوى **(Esquibel & borkan, 2014; Martin & Carla, 2008; Sinha, 2001)**

مناقشة نتائج الفرض الرابع :

ينص هذا الفرض على أنه "تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

وقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض جزئيًا، حيث أظهرت النتائج وجود إسهام للمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية ويوجد إسهام جزئي لإسهام المساندة الاجتماعية لدى المنتكسين. حيث تسهم المساندة السلوكية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الاجتماعية لدى المنتكسين بنسبة (١٥,٨%)، كما تسهم المساندة السلوكية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين بنسبة (١٠%)، ولا يوجد أي إسهام لباقي أنواع المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالوصمة الأسرية وبالوصمة الذاتية لدى المنتكسين.

وعندما نتجه إلى مناقشة هذا الفرض نجد أنَّ هذه النتيجة التي تشير إلى وجد إسهام للمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسات (**Laudet & White, 2009; Earnshaw et al., 2019; Esquibel & borkan, 2014**).

كما اتسقت نتائج الدراسة الراهنة مع ما أشير إليه في التراث حول أهمية منظومة الدعم ومساندة الاجتماعية التي تحيط المتعافين للاستمرار في التعافي، حيث يساعدهم ذلك على ارتفاع المقاومة والرغبة في البقاء والاستمرار في التعافي والقدرة على التعامل مع أي وصم يمرون به بطرق فعالة، واتباع الطريقة الصحية في التعامل في مختلف مجالات الحياة **(Cooper & Nielsen, 2016).**

وامتدادًا لتفسير النتائج نجد أن عديدًا من الدراسات السابقة توصل إلى أن المتعافين الذين يتلقون مساندة اجتماعية مرتفعة، ولديهم أقرآن كثيرون، ويبنون علاقات إيجابية مع الآخرين، يميلون إلى أن يكونوا أكثر قدرة على مواجهة الضغوط واتخاذ القرار حيث تعد المساندة الاجتماعية إحدى أهم مصادر المواجهة الفعالة والتعامل مع أي نبذ يمرون به خلال فترات تعافيهم **(Yalcin & Malkoc, 2014).**

واتساقًا مع تلك التفسيرات تؤكد النظريات والنماذج النظرية دور المساندة الاجتماعية للقدرة على المحافظة على التعافي حيث نجد نموذج "ماير" **Meyer's** لتفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية والوصمة حيث يرى بها أن المساندة الاجتماعية هى الوسيط المحتمل للتقليل من الشعور بالوصمة، والمتغير الذي يمكنه تغيير اتجاهات الأفراد الموصومين إلى اتجاهات أفضل، حيثُ افترض النموذج

أن المساندة الاجتماعية والأسرية يمكن أن تعمل على حماية الأفراد الموصومين من الإصابه بالاضطرابات، وترفع مستوى الصحة النفسية للأفراد **(Meyer & Monti, 2015).**

بالنسبة لعدم إسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الأسرية لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة **(Song et al., 2015)** التي أوضحت أن الشعور بالوصمة التى يدركها أفراد الأسرة أعلى بكثير من إدراك أقاربهم للشعور بالوصمة، والمساندة الاجتماعية لأفراد الأسرة أقل من دور أقاربهم.

ونجد أنَّ نتائج معظم الدراسات التي تُشير إلى إسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالشعور بالوصمة لدى المنتكسين، وذلك مثل دراسة **(Broman et al., 2023).** اختلفت عن الدراسة الراهنة، حيث توجد فروق ثقافية بين الدراسة الراهنة وتلك الدراسة، والتي لم يتم فيها تحديد أي نوع من أنواع المساندة أو الوصمة وتمت على المعتمدين على المواد الأفيونية وتم التقييم عبر الإنترنت. وكذلك دراسة "سكويس وآخرين"**Skewes et al.,** (٢٠٢١) أجريت على عينة مكونة من (٣٥) فردًا فقط، وكذلك دراسة "باتشانكيس وآخرين" **Pachankis et al., (2014)** حيث أجريت على المعتمدين على الكحول فقط، وكذلك الدراسة التي أجراها "جريلا" **Grella** (٢٠١١) أجريت على النساء في فترة الولادة والمصابات باضطرابات عقلية. ومِن هنا يجب الإشارة إلى أن اختلاف النتائج قد يرجع إلى اختلاف العوامل الثقافية، واختلاف العينات التي تم التطبيق عليها أو الأدوات أو إلى طرق التطبيق.

كما يمكن تفسير نتيجة الدراسة الراهنة من خلال نتائج دراسة "طارق عزيز" التي توصلت إلى أن من الأسباب الرئيسية للانتكاس الرفض الأسري والشعور الدائم بالوصم بدرجة أكبر حتي وإن كان المحيطون بالمعتمدين مساندين لهم (طارق عزيز، ٢٠٢٠)، وذلك بسبب فقدان الأمل في استمرارهم في التعافي شعورهم أنهم سبب في نظرة المحيطين بهم نظرة سلبية سبب في المشكلات مع المحيطين بهم من جيران أو مشكلات أمنية أو مشكلات أسرية مثل سرقة من داخل المنزل أو اعتداء على أحد أفراد الأسرة، حيث تكون هناك صلة واضحة بين الاعتماد على المواد النفسية وكثرة الانتكاسات والاعتداء على الزوجة، والأبناء، حيث إنَّ تاريخ الأسرة من العنف والاعتماد مرتبطان بالمشاكل السلوكية والسلوكيات العدوانية، التي تظهر وتزداد وتتفاقم مع كثرة الانتكاسات **(Epstein-Ngo, et al., 2015; Choate, 2015; Grant, 2009)**

وبالنسبة لعدم تنبؤ المساندة الوجدانية بالشعور بالوصمة الذاتية لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية، حيث أسفرت نتائج دراسة أميرة، سعود (٢٠٢١) عن وجود علاقة بين الوصمة الذاتية واضطراب صورة الذات، إذ تؤثر النظرة العامة سلبًا في الأفراد، وتؤدي الصفات السلبية إلى شعورهم السلبي الذاتي، مما يؤدي إلى انخفاض احترام الذات ونجد أن الصورة الذاتية للمنتكس تكون سلبية بسبب كثرة المحاولات في التعافي والفشل فيها بما يؤدي إلى صورة ذاتية مشوهة تكون

أفكاره حول ذاته يصاحبها خجل وخيبة أمل وشعورة بفساد حياته والإحراج والنبذ فتترسخ بداخلة تلك الأفكار (أميرة سليمان، سعود نامي، ٢٠٢١).

وقد أشارت دراسة "اسكوبل وبوركان" **Esquibel & borkan** (٢٠١٤) إلى أنه بسبب الكثير من الخبرات الخاصة بالمنتكسين وارتباط التعافي والانتكاسة لديهم، نشأ ارتباط الانتكاسة بوصمة ذاتية مدركة بأنه كلما تعافوا سينتكسون مرة أخرى مع شعور المحيطين بهم بعدم الثقة بهم وضعف التواصل معهم وقلة المساندة لهم وأي مساعدة لهم تتم بشكل سطحي نتيجة لكثرة الخبرات السلبية معهم وشعورهم بالإحباط منهم **(Esquibel & borkan, 2014)**.

وتجدر الإشارة إلى أنه في حدود علم الباحثين لم تجد دراسة تتعلق بإسهام المساندة الوجدانية في التنبؤ بالشعور بالوصمة الذاتية لدى المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية، حيث إن الدراسات السابقة أشارت إلى المساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة دون التطرق لتلك المكونات، وذلك مثل دراسة (**Grella, 2011; Pachankis et al., 2014; Song et al.,2015; Birtel et al., 2017; Earnshaw et al., 2019; Skewes et al.,2021; Broman et al., 2023**).

ويمكن تفسير نتيجة الدراسة الراهنة في ضوء احتياج المنتكسين للمساندة الفعلية وليس الحاجة لمساندة في جانب المشاعر فقط فالمساندة بشكل عملي وسلوكي أكثر جدوى بالنسبة للمنتكسين وتساعدهم على تعديل أفكارهم واتجاهاتهم حول ذواتهم وحول الأفكار الخاصة بالنبذ وشعورهم بالوصم.

وفيما يتعلق بتفسير نتيجة إسهام المساندة السلوكية في التنبؤ بالشعور بالوصمة والشعور بالوصمة الاجتماعية لدى المنتكسين، فقد أشارت العديد من الدراسات السابقة إلى أن الأفراد الذين يتلقون مساندة اجتماعية مرتفعة، ولديهم أقرآن كثيرون، ويبنون علاقات إيجابية مع الآخرين، يميلون إلى أن يكونوا أكثر قدرة على مواجهة الضغوط واتخاذ القرار حيث تعد المساندة الاجتماعية أحد أهم مصادر المواجهة الفعالة **(Yalcin & Malkoc, 2014; Peirce et al., 2016)** كما تساعد المساندة الاجتماعية المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية على أن يتعاملوا مع الأحداث الضاغطة وأي نبذ أو وصم بشكل أكثر فاعلية **(Marlett, 2000)**. حيث تساعدهم في توفير جماعة دعم ومساندة والاندماج في الحياة الطبيعية بكفاءة، والتعامل مع مشكلاتهم وضغوطاتهم بشكل سوي يعتمد على المواجهة والتوافق الفعال والتعامل مع الشعور بالنبذ نتيجة لوجود جماعات دعم تقوم بأنشطة فعلية لمساندتهم في الخروج من المشاعر السلبية التي يمرون بها **(Marlett, 2000)**.

كما أشارت نتائج دراسة "دافيز" **Davis** (٢٠٠٥) إلى أن امتناع الذكور والإناث عن تعاطي المواد النفسية والكحول كان مرتبطًا بوجودهم وسط مجموعات دعم ومساندة اجتماعية، كما ارتبط طول فترة الإقامة في أماكن علاجية بزيادة الدعم وارتفاع الكفاءة الذاتية وقلة الشعور بالوصم. فكلما زادت فترة الإقامة في الأماكن العلاجية سواء لمدمني الكحول أو لمدمني المواد النفسية زادت

لديهم المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية بدرجة كبيرة وزادت فترة التوقف عن التعاطي، وكلما قلت فترة الإقامه في الأماكن العلاجية قلت لديهم المساندة اجتماعية وزادت الانتكاسة لدى الجنسين، كما ارتبطت طول فترة الإقامه في الأماكن العلاجية بزيادة المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية بقلة الانتكاسات وطول فترة التعافي **(Davis & Jason, 2005)**.

وأشارت نتائج دراسة "بريس" **Bruce** وآخرين (٢٠٠٤) إلى أنَّ الأنشطة والأدوار الإيجابية مثل مشاركة العائلات ومساعدة بعضها البعض ووجود مساندة اجتماعية إيجابية من الأزواج خلال فترة ما بعد التخرج من المصحة العلاجية أدت إلى تقليل احتمالية الانتكاس بشكل كبير، بينما أدت الأنشطة والأدوار السلبية وقلة المساندة الاجتماعية وكثرة المشكلات وذلك مثل المشاجرات والصراعات العائلية والعدوان البدني واللفظي والنشاط الإجرامي من قبل الأصدقاء إلى زيادة احتمالية الانتكاس **(Bruce et al., 2004)**.

كما أكدت دراسة "اريكو" أن للمساندة الاجتماعية الدور الأساسي في التنبؤ بالانتكاسة وأن انخفاضها له دور في الشعور بالوصمة والانتكاسات التي تحدث للمعتمدين **(Arrico et al., 2016)**.

واتفقت أيضًا تلك النتائج مع التراث النظري الذي يشير إلى أن المساندة الاجتماعية تساعد المعتمدين على المواد النفسية والمنتكسين على أن يتعاملوا مع الأحداث الضاغطة والصادمة بشكل أكثر فاعلية ويكونون أقل في احتمال الانتكاس لديهم فيما بعد وأكثر قدرة على التعامل مع النبذ **(Marlett, 2000)**.

وتجدر الإشارة إلى أنه كلما كان المنتكسون بداخل بيئة داعمة اجتماعيًا لهم حيث يقومون بالانضمام لمجموعات الدعم والمساندة للمدمنين المجهولين ويقومون بأنشطة اجتماعية تساعدهم في الاستمرار في التعافي وحضور الاجتماعات والاستشارات المتخصصة التي تساعدهم في التعامل مع أي شعور بالوصم أو شعور سلبي يمرون به، كانوا أقل عرضة للانتكاسة.

كما تدعم أيضًا النظرية الوظيفية أهمية العلاقات في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والتي تعمل على مساندته في الظروف الصعبة التي يواجهها في بيئته، وتركز هذه النظرية أيضًا على تعزيز أنماط السلوك التفاعلي في شبكة العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد (ندا حسين، ٢٠١٢: ٢٣).

كما يشير نموذج "ماير" **Meyer** لتفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية والوصمة بأن طرق المساندة العملية تعمل على حماية الأفراد الموصومين من المشاعر السلبية التي يمرون بها، وترفع مستوى الصحة النفسية للأفراد **(Meyer & Monti, 2015)**.

وبهذا ننتهي من مناقشة وتفسير النتائج في ضوء مدى تحقق الفروض، والتراث البحثي والنظري للدراسة.

التوصيات :

١ – تصميم برامج علاجية لتنمية مهارات المساندة الاجتماعية والتي تتمثل في طلب المساندة واستقبالها وتقديمها.

٢ – تصميم برامج ارشادية ووقائية حول الاستراتيجيات الإيجابية لمواجهة الضغوط وتنمية مهارة المساندة الاجتماعية وخفض الشعور بالوصمة للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية لتجنب الانتكاسة.

٣ – تصميم برامج تدريبية للأخصائيين النفسيين في مجال العلاج والإرشاد النفسي بهدف تنمية مهاراتهم في التعامل مع هذه الفئة الذين يسعون للحصول على الخدمة النفسية.

٤ – تصميم برامج إرشادية للأسر من الآباء المنتكسين، مما يساعدهم على تقديم مزيدٍ مِن المساندة والدعم للأبناء والزوجات لتجنب حدوث الانتكاسة.

دراسات مقترحة :

ما تثيره الدراسة من تساؤلات قابلة للدراسة في المستقبل :

١ – هل هل توجد فروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية الذكور والإناث في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة؟

٢ – هل توجد فروق بين بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة في ضوء المستوى الاقتصادي والمستوى التعليمي؟

٣ – ما العوامل والمتغيرات الأخرى التي قد تسهم في تطور واستمرار التعافي؟

٤ – ما العوامل والمتغيرات الأخرى التي قد تسهم في واستمرار الانتكاس؟

هل تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة باختلاف الاضطرابات النفسية؟

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أحمد عكاشة، طارق عكاشة (٢٠١٠). **الطب النفسي المعاصر**، ط١٥، القاهره، مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد مجدي، ماجد عثمان، نسرين البغدادي، نيفين جمعة، آمال هلال (٢٠٠٢). **الشباب المصري وظاهرة المخدرات دراسة ميدانية لعينة من شباب الأندية ومراكز الشباب بمدينة القاهرة.** القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

أسماء عبدالمجيد (٢٠١٦). استراتيجيات المواجهة لدى طلبة الجامعة، **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية، جامعة المستنصرية.

أماني حمدي (٢٠١١). دراسة مقارنة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى أبناء العاملات وغير العاملات في المؤسسات الخاصة في مدينة غزة. **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة الإسلامية في غزة.

أميرة سليمان، سعود نامي (٢٠٢١). وصمة الذات لدى عينة من المدمنين وأسرهم دراسة مقارنة بين المصريين والكويتيين، **مجلة الآداب والعلوم الإنسانية**. عدد ٧١.

جلاب محمد (٢٠١٩). استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات، **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم نفس، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

حسين فايد (٢٠٠٦). **دراسات في الصحه النفسية**، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

حمود الشريف (٢٠٠٧). **العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المخدرات**. الرياض: جامعة الملك سعود.

حنان مقداد (٢٠١٥). الصلابة النفسية لدى طالبات الجامعيات المقيمات دراسة استكشافية بمدينة ورقلة، **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم نفس، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

ذياب البداينة (٢٠١١). تطوير مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي. **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة مؤتة.

رانيا سامي (٢٠٢٢). البناء النفسي لمدمن متعافي من إدمان بعض المواد ذات التأثير النفسي. **رسالة ماجستير** (غير منشورة). جامعة حلوان.

رجب شعبان (١٩٩٠). الفروق والعمرية بين الجنسين في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة، **مجلة علم النفس**، (٣٤).

سارة سيد (٢٠١٩). دور فاعلية الذات والمخططات المعرفية غير التوافقية في التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى مريضات التهاب المفاصل الروماتويدي. **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

سميرة عبدالله (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية، **دراسات عربية فى علم النفس**، ١١(١) ، ص ص ١٥٣-٢٠٢ .

سهى سامي (٢٠١٦). دور اضطرابات النوم في التنبؤ بالانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية، **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، جامعة القاهرة، قسم علم النفس.

شعبان جاب الله (٢٠٠٦). دور المساندة الإجتماعية فى الإفصاح عن الذات والتوجه الإجتماعى لدى الفصاميين والاكتئابيين، **دراسات نفسية علمية ربع سنوية محكمة**، ١٦(٢)، ١٧١-٢٢١.

شعبان جاب الله (٢٠١٧). **علم النفس المرضي**، القاهرة: مركز جامعة القاهرة.

شعبان جاب الله، عادل هريدي (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الإجتماعية وكل من مظاهر الإكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. **مجله علم النفس**، ع٥٨، مج١٥، أبريل – مايو – يونيه، ص ص ٧٢-١٠٥.

صالح سمير (٢٠١٣). **ماهية الإدمان والنظريات المفسرة له**، ليبيا: مكتبة جامعة الجبل الغربي.

طارق عزيز (٢٠٢٠). تصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية لأسر العائدين للإدمان، **مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية**، جامعة الفيوم، عدد ٢٠.

عبدالله عسكر، أحمد البراك (١٩٩٠). **غياب الدعم الأسري لبرامج علاج الإدمان وعلاقته بارتفاع معدلات الانتكاسة**. المؤتمر السنوي للخدمة الاجتماعية والطبية، جدة.

عبدالرحمن محمد (٢٠١٠). تصور مقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافيين من الإدمان، **(رسالة ماجستير)**. جامعة الإمام محمد بن سعود الاسلامية. قاعدة معلومات دار المنظومة.

عزة عبدالكريم فرج (٢٠٠٠). استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسى والاجتماعى والصحى لدى المسنين، **رسالة دكتوراة** (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عفاف دنيال (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية، **دراسات عربية فى علم النفس**، ١١(١)، ص ص ١٥٣-٢٠٢ .

فاروق السيد (٢٠٠١). **القلق وادراة الضغوط النفسية**، القاهره : دار الفكر العربي.

كوري ف. نيومان (٢٠٠٦). **العلاج النفسي المعرفي: في الاضطرابات النفسية**، ترجمة: جمعة سيد، محمد الصبوة، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر.

محمد الشناوى، ومحمد السيد (١٩٩٤). **المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية**، القاهرة: الأنجلو المصرية.

محيي الدين أحمد حسين (٢٠٠٣). التأهيل النفسي والاجتماعي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها، **الدليل الأول، مدخل تمهيدي إلى تأهيل مدمني المخدرات الجيزة**، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

مدحت عبدالحميد (١٩٩٨). **لهفة الإعتماد العقاقيري والإبر الصينية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مروان عبدالله (٢٠٠٦). دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية في غزة.

مصطفى سويف (١٩٩٠ب). **الطريق الاخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ١٥٥–١٥٧ .

مكي فتحي (٢٠١٢). مدى فعالية برنامج إرشادي لرفع مستوى المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي لمرضى سرطان القولون: دراسة تجريبية بقطاع غزة. **رسالة دكتوراة** (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم درمان الإسلامية.

منصور عبدالنعيم جاد (٢٠١٤). استراتيجيات التعايش والكفاءة الذاتية في علاقتهما بجودة الرعاية لدى أمهات الأطفال التوحديين. **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

نجوى الفوال وجمعة يوسف (٢٠٠٧). **الإستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات في مصر**. القاهرة : المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

ندا حسين (٢٠١٢). إدراك المساندة الاجتماعية وتقدير الذات: كمنبئات بأعراض الاكتئاب لدى المصابين بالايدز، **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

هند طه (٢٠٠٤). الوقاية من الانتكاسة. **المجلة القومية للتعاطي والإدمان**، مج١، ع٢، ص ١١–٧٣.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder** (5^{ed}). Washington, Dc: Author.

Annis, H.M., (1986), relapse to substance abuse: empirical findings within a cognitive social learning approach, **Journal of psychoactive drugs.**

Arrico, J.E.M.; Martínez, L.R.; Navarro, J.F.; Prat, G.; Forero, D.A. & Adan, A. (2016). Coping Strategies in Male Patients under Treatment for Substance Use Disorders and/or Severe Mental Illness: Influence in Clinical Course at One-Year Follow-Up. **J. Clinical Psychology and Psychobiology,** Passeig de la Vall d'Hebrón 171,

Beckwith, M.; Best. D.; Savic. M.; Haslam. C.; Bathish. R. & Dingle. G. (2019). Social Identity Mapping in Addiction Recovery (SIM-AR): extension and application of a visual method. **Research Article**. Pages 462-471.

Birtel, M.D.; Wood, L. & Kempa, N.J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. **Psychiatry Research,** Vol. 252, pp. 1-8.

Black, P. & Brown, A.D. (2015). **Is Fifty Really the New Thirty? The Stigma of Age as a Form of Strain and its Role in Drug and Alcohol Abuse and Dependence by Women**. pp. 1052-1063.

Boss, V.G.R. (2007). APA Dictionary of psychology, APA Press. **American Psychological Association,** NEWashington, DC.

Boyle, M.P. (2013). Assessment of Stigma Associated With Stuttering: Development and Evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). A American Speech-Language-Hearing. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**. Vol. 56, 1517-1529 .

Breen C.D. (2014). The Encyclopedia of Theoretical Criminology Stigma. Special Products: **All Wiley Journals FF**.

Broman, M.J.; Pasman, E.; Brown, J.J.; Agius, E. & Resko, S.M. (2023). Social support is associated with reduced stigma and shame in a sample of rural and small urban adults in methadone treatment**. Journal Addiction Research & Theory.** Volume 31, 2023 - Issue 1.

Bruce, E.; Bernichon, T.; Ping Y.; Roberts, T.M. & HerreIl, J. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women**. Center for Substance Abuse Treatment,** 5515, USA**.**

Cataldo, J.K.; Slaughter, R.; Jahan, T.M.; Pongquan, V.L. & Hwang, W. (2011**). Measuring Stigma in People With Lung Cancer: Psychometric Testing of the Cataldo Lung Cancer Stigma Scale**. 1, 38(1): E46-E54.

Choate, P.W. (2015). Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents. **Journal behavioral sciences**. Vol. 18, No. 5, 461-476;

Clair, M. (2018). **Stigma**. Core Concepts in Sociology, Sociology and (by courtesy) Law, Stanford University.

Cooper, S. & Nielsen, S. (2016). Stigma and Social Support in Pharmaceutical Opioid Treatment Populations: a Scoping Review Springer Science, **Int. J. Ment Health Addiction**. 15: 452-469.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. **American psychologist**, 50(7), 614- 625.

Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 7, 48-67.

Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002). The paradox of self- stigma and mental illness. **Clin Psychol Sci Pract.** 9: 35-53.

Corrigan, P.W.; Watson, A.C. & Barr, E. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self- efficacy. **J. Soc. Clin Psychol.** 25: 875-884.

Davis, M. & Jason, L.A. (2005). Sex Differences in Social Support and Self-Efficacy Within a Recovery Community**. American Journal of Community Psychology**, Vol. 36.

Day, E.N.; Edgren, K. & Eshleman, A. (2007). Measuring Stigma Toward Mental Illness: Development and Application of the Mental Illness Stigma Scale. **Journal of Applied Socail Psychology**

Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. **Journal of Community & Applied Social Psychology,** 16, 418-425.

Dearing, R.L.; Stuewing, J. & Tangeny, J.P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt. Relations to problematic drug and alcohol use. **J. Addict Behav** 30: 1392-1404.

DiReda, J. & Gonsalvez, J. (2016). The role of spirituality in treating substance use disorders. **Journal of Psychology and Clinical Psychiatry**, 6(4), 00365

Earnshaw, V.A.; Bogart, L.M.; Menino, D.D.; Kelly, J.F.; Chaudoir, S.R.; Reed, N.M. & Levy, S. (2019). Disclosure, Stigma, and Social Support Among Young People Receiving Treatment for Substance Use Disorders and Their Caregivers: a Qualitative Analysis. **International Journal of Mental Health and Addiction.** Vol. 17, pp. 149.

Epstein-Ngo, Q.M.; Walton, M.A.; Sanborn, M.; Kraus, S.; Blow, F.; Cunningham, R. & Chermack, S.T. (2015). Distal and Proximal Factors Associated with Aggression Towards Partners and Non-Partners among Patients in Substance Abuse Treatment. **Author manuscript HHS Public Access.** 47(4): 282-292.

Esquibel, A.Y. & Borkan, J. (2014). **Doctors and patients in pain: conflict and collaboration in opioid prescription in primary care**. Pain, 155(12), pp. 2575-2582.

Fleishman, J.A. (1984). Personality characteristics and coping patterns**. J. Health Social Behav**. 25: 229-244.

Grant, J.D.; Heath, A.C.; Scherrer, J.F.; Duncan, A.E.; Sartor, C.E.; Haber, J.R.; Jacob, T. & Bucholz, K.K. (2009). **Educational Attainment is Predited by the Timing of alcohol use Transitions, Not the Transitions Themselves.** Washington University School of Medicine.

Greenglass E.; Schwarzer, R.; Jakubiec, D.; Fiksenbaum, L. & Taubert, S. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI**): A Multidimensional Research Instrument**, York University Toronto, Canada Department of Psychology. North York.

Grella, C.E. (2011). Services for Perinatal Women with Substance Abuse and Mental Health Disorders: The Unmet Need. **Journal of Psychoactive Drugs.** Vol. 29, Issue 1.

Herek, G.M. (2002). Thinking about AIDS and stigma: A psychologist'sperspective. **The Journal of Law, Medicine and Ethics**, 30(4), 594-607.

Johnstone, M.J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. Australian and New Zealand. **Journal of Mental Health Nursing**, 10, 200-209.

Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M. & Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, 51, 8-19.

Keyes, K.M.; Hatzenbuehler, M.L.; McLaughlin, K.A.; Link, B.; Olfson, M.; Grant, B.F. & Hasin, D. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. American. **Journal of Epidemiology**, 172(12), 1364-1372.

Klaassen, W.; McDonald, M. & James, S. (2006). **Advance in the Study of Religious and Spiritual Coping.** Wong, P. & Wong, L. (Eds). Handbook of Multicultural Perspectives on stress and Coping International and Cultural Psychology, (pp. 105-132). New York. Spring.

Landry, M.J. (1994). Understating drugs abuse. Washington: **American Psychiatric**. Perss, Inc.

Larimer, P. & marlatt, G.A. (1999). Application of relapse prevention wit moderation goals, **journal of psychoactive drugs**. Vol. (22). No. (2), pp. 189-195.

Laudet, A.B. & White, W.L. (2009). Recovery Capital as Prospective Predictor of Sustained Recovery, Life Satisfaction, and Stress among Former Poly-Substance Users. **Journal home Substance Use & Misuse,** Vol. 43, Issue 1, 27-54

Link, B.G.; Phelan, J.C.; Bresnahan, M.; Stueve, A. & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. **American Journal of Public Health,** 89, 1328-1333.

Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment**. American Sociological Review,** 52: 96-112**.**

Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment**. American Sociological Review,** 52: 96-112**.**

Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001) Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology** 27: 363-385.

Louw, G.J. & Viviers, A. (2010). An evaluation of a psychosocial stress and coping model in the police work context. **SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir. Bedryfsielkunde**, 36(1), Art. 442, p. 11 .

Luoma, J.B.; Nobles, R.H.; Drake, C.E.; Hayes, S.C.; O'Hair, A.; Fletcher, L. & Kohlenberg B.S. (2013). Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. Department of Psychology, University of Nevada, **J. Psychopathol Behav Assess**, 35: 223-234

Marlatt, G.A. (2000). Relapse Prevention Therapy: A Cognitive-Behavioral Approach. University of Washington Seattle.

Marlatt, G.A. & Barrett, K. (1994**). Relapse Prevention in Galanter,** and Kleber, (Eds.) Text Book of Substance Abuse Treatment. Washingtion: The American Psychiatric Press (pp. 285-299).

Martin, H. & Carla, T. (2008). Managing People with Mental Health Problems in Every day Life: Drug Treatment Clients Self-Care Strategies**. International Journal of Mental Health Addiction.** 4(3), 112-137.

McLeod, S.A. (2009). Emotion focused coping. What Is Adaptive and Maladaptive Coping?, **Psychological Bulletin**, 135(1), 121.

Meyer, I.H. (2007). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: **Conceptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull**; 129(5): 674-697.

Meyer, J.E. & Monti, P.M. (2015). **Influencers of the Stigma Complex toward Substance Use and Substance Use Disorders.** Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University .

Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1993). **Coping resources and processes: Current concepts and measures.** In Goldberger, L. and Breznitz, S. (eds.), Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects (2nd ed.). Free Press, New York.

Moser, G. & Uzzell, D. (2003). **Environmental Psycholog.** In (Eds) T. MILLO & M. Lerner (Eds). Hand book of Psycholog 5. (pp. 419-445). New Jersey: Wiley & Sons, Inc.

Pachankis, J.E.; Hatzenbuehler, M.L. & Starks, T.J. (2014). The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men's daily tobacco and alcohol use. **Social Science & Medicine** Vol. 103, Pages 67-75.

Pargament, K.I.; Tarakeshwar, N.; Ellison, C.G. & Wulff, K.M. (2001). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and wellbeing in a national sample of Presbyterian clergy, elders, members**. Journal for the Scientific Study of Religion,** 4u, 497-513.

Peirce, R.S.; Frone, M.R.; Russell, M. & Cooper, M.L. (2016). Financial stress, social support, and alcohol involvement: A longitudinal test of the buffering hypothesis in a general population survey. **Health Psychology**, 15(1), 38-47.

Phelan, J.C.; Link, B.G. & Dovidio, J.F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? **Social Science, Medicine**, 67(3), 358-367.

Pinheiro, F.A.; Tróccoli, B.T. & Tamayo, M.R. (2003). **Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional**. Universidade de Brasília, Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 19, No. 2, pp. 153-158

Rao. H.; Mahadevappa, H.; Pillay, P.; Sessay, M. & Abraham, A. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. **J. Psychiatr Ment Health Nurs.** 16: 279-284.

Reyes, B.P. (2023). **Sixty-Sixth Session of the Commission on Narcotic Drugs at the Vienna International Center**. Secretary General of Colombo Plan Intervention Statement.

Rie, A.V.; Sengupta, S.; Pungrassami, P.; Balthip, Q.; Choonuan, S.; Kasetjaroen, Y.; Strauss, R.P. & Chongsuvivatwong, V. (2008). Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. **European Journal Tropical medicine international health.**

Rivera, A.V.; DeCuir, J.; Crawford, N.D.; Amesty, S. & Lewis, C.F. (2014). Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City. **Drug and Alcohol Dependence,** Vol 144, 259-264.

Schomerus, G.; Corrigan, P.W.; Klauer, T.; Kuwert, P. & Freyberger, H. (2011) Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking refusal self- efficacy. **Drug Alcohol Depend** 114: 12-17.

Seidl, E.M.F.; Tróccoli, B.T.; Lana, C.M. & Zannon, C. (2002). **Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento**. sicologia: Teoria e Pesquisa, Universidade de Brasília ,Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 17, No. 3, pp.225-234.

Serani, D. (2011). **Living with Depression. Definition-of-Stigma-Arabic Doctors of the World Spain**.

Shahzadi, M. & Bhati, K.M. (2023). Relationship between Coping Strategies and Quality of Life with Mediating Role of Depression and Stigmatization among Patients with Opioid Use Disorder (OUD) With Relapse Condition. **Journal of Humanities and Social Sciences** 11(3), 3499-3506-3499-3506,

Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse?. **Journal of Psychopharmacology,** 158(4), 343-359.

Skewes, M.C.; Gameon, J.A.; Montes, R.H. & Ricker, A. (2021). Determinants of Relapse and Opportunities for Growth: Perspectives on Substance Use among American Indian Community Members. **Journal of Psychoactive Drugs,** Vol. 53, 2021 - Issue 5.

Smelser, N. & Baltes, B. (Eds.). **International encyclopedia of the social and behavioral sciences.** New York: Elsevier Science Direct and spirituality, tam Salud Ltd. (2001).

Smith, A. M. (2003). **Existential Theory of Addiction**, New York: Wiley Books Press.

Song, H.; Shin, H. & Kim, Y. (2015). **Perceived stigma of alcohol dependency: comparative influence on patients and family members.** Pp. 155-161 .

Teo, T. (2014). Social Identity Theory, In book: Encyclopedia of Critical Psychology . **Critical Psychology and Business Ethics**. pp. 1781-1783.

United Kingdom Drug Policy Commission (2008). **The UK drug policy commission recovery consensus group: A vision of recovery**. UKDPC.

Visser, M.J.; Kershaw, T.; Makin, J.D. & Forsyth, B.W.C. (2008**). Development of Parallel Scales to Measure HIV-Related Stigma**. Department of Pediatrics, Yale University School of Medicine,New Haven,12: 759-771.

Walton, M.A. (1995). Social Setting and Addiction Relapse, **Journal Substance Abuse,** Vol. 7, No. 223-233.

World Health Organization (2004**). Neuruscience of Psychoactive subsmive Use and Dependence.** Printed in Switzerland.

Yalcin, I. & Malkoc, A. (2014). The Relationship Between Meaning in Life and Subjective Well-Being: Forgiveness and Hope as Mediators. **Journal of Happiness Studies 16(4)**.

The Role of Coping Strategies and Social Support in Predicting the Stigma among Relapsing and Recovered From Dependence on Psychoactive Substances

By

Shaaban Gaballa Radwan
Dept. Psychology - Cairo University

Sara Mahmoud Huseen
Clinical Psychologist

Abstract:

The study aimes to exameined the role of Coping Strategies and Social Support in Predicting the Stigma Among Relapsing and Recovered From Dependence on Psychoactive Substances. The sample consists of 100 (50 Recovered and 50 Dependence) on Psychoactive Substances with range age (21-40) years with mean age Relapsing (30.8600 ± 3.49016) years, mean age Recovered (29.1000 ± 3.29037) years. The participants completed self-report measures of Coping Strategies and Social Support, the Stigma. The results showed correlation between Coping Strategies and the Stigma of Recovered and no correlation of Relapsing From Dependence on Psychoactive Substances.It also showed correlation between Social Support and the Stigma Among Relapsing and Recovered From Dependence on Psychoactive Substances. The results confirmed the role of Coping Strategies in predicting the Stigma of Recovered and no predicting of Relapsing from Dependence on Psychoactive Substances. As well as the results confirmed the role of Social Support in predicting the Stigma among Relapsing and Recovered from Dependence on Psychoactive Substances.

Key Words: Coping Strategies - Social Support - Stigma.