

الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق

إعداد

سارة محمود حسين محمد

أخصائية نفسية

أ.د. / شعبان جاب الله رضوان

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص :

تهدفُ الدراسةُ الراهنةُ إلى التعرف على الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق، وبلغت عينة الدراسة (١٥٠) (٥٠ من المنتكسين و ٥٠ من المتعافين و ٥٠ من الأسوياء) من الاعتماد على المواد النفسية، وتتراوح أعمارهم بين (٢١-٤٠) عامًا، وبلغ متوسط عمر المنتكسين (٣٠,٨٦ ± ٣,١٣) سنة، وبلغ متوسط عمر المتعافين (٢٩,١٠ ± ٣,٢٩)، كما بلغ متوسط عمر الأسوياء (٣٠,٦٨ ± ٣,٤٩) سنة. وطبق عليهم مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط ومقياس المساندة الاجتماعية ومقياس أعراض التوافق إعداد الباحثين. وتم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، وأسفرت نتائج الدراسة وجد فروقٌ بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط. كما أظهرت النتائج على وجد فروقٌ بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في المساندة الاجتماعية. بالإضافة إلى وجد فروقٌ بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في أعراض اضطراب التوافق.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات مواجهة الضغوط - المساندة الاجتماعية - أعراض

اضطراب التوافق.

مُدخل إلى مشكلة الدراسة :

تهدفُ الدراسةُ الراهنةُ إلى الكشف عن الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق.

لم تعد مشكلة المخدرات مشكلة اجتماعية فحسب بل أصبحت مشكلة نفسية وبدنية واقتصادية وأخلاقية، ما يثير الخوف والقلق لدى الجهات المتخصصة في مجال المخدرات (Popova et al., 2017).

إن هناك فردًا واحد من كل عشرين فردًا راشدًا تعاطى مادة نفسية واحدة على الأقل في عام (٢٠١٤)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (١٥ : ٦٤) سنة (في: إيناس راضي، ٢٠١٧، ٥)، كما أشارت الدراسات في مصر إلى أن هناك ازديادًا تدريجيًا في تعاطي الكحوليات، مع توقع بأن يكون أكثر في السنوات القليلة المقبلة (عماد حمدي وآخرون، ٢٠١١). كما أوضحت البحوث والتقارير الصادرة عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي نسبة انتشار تعاطي المواد النفسية في مصر، حيث بلغت سنة (٢٠١٤) (٢,٤%) (صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي، ٢٠١٤، ١٠). كما بلغت نسبة انتشار التعاطي للمواد النفسية سنة (٢٠٢٢) (٥,٩%)، وبلغت نسبة المدخنين (٢٧,٩%)، ونسبة التعاطي العالمي وفقًا للأمم المتحدة (٥,٦%) (صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي، ٢٠٢٢، ٥).

ويصبح المعتمدون على المواد النفسية أكثر اضطرابًا على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي بالمحيطين بهم ولديهم نسبة أعلى في عدم القدرة على مواجهة الضغوط الحياتية كما أنهم أكثر عرضة للتجنب والعزلة، ونجدهم أقل قدرة على التوافق مع المجتمع المحيط بهم (Roozen et al., 2020).

ومن ثم يحتاجون إلى البرامج العلاجية النفسية والتي تهدف إلى تنمية مجموعة من المهارات الإيجابية التي تساعد مرضى الإدمان على فهم طبيعة سلوكياتهم الإدمانية وأفكارهم وكيفية تعديلها والتدريب على كيفية الوصول للتعافي والتوافق مع أنفسهم والمحيطين بهم والاستمرار على ذلك النحو (Martin & Carla, 2008). والتي تساعد في توفير جماعة دعم ومساندة والاندماج في الحياة الطبيعية بكفاءة، والتعامل مع مشكلاتهم وضغوطاتهم بشكل سوي يعتمد على المواجهة والتوافق الفعال (Marlett, 2000).

فإذا كان المعتمد على المواد النفسية عاجزًا عن مواجهة المواقف الخطرة بنجاح، فإنه قد يكون مفتقرًا إلى مهارات المواجهة، أو الاستجابة المناسبة لهذه المواقف التي قد تم كفها نتيجة لشعوره بالخوف أو القلق، أو قد تكون الخبرة الإيجابية المسجلة في ذاكرة المتعاطي حول الآثار السريعة المخفضة للتوتر، أقوى من مستوى الخبرة الإيجابية المكتسبة من المواجهة الناجحة مع مواقف الانتكاسة، ومن ثم تجعله يتجاهل الآثار السلبية المتراكمة التي يسببها التعاطي وهذا من شأنه أن يسبب نقصًا في الكفاءة الذاتية مع الشعور بالعجز والضغط، وقلة الحيلة لمواجهة المواقف الخطرة (Kamarajan et al., 2016).

ومن مصادر المشقة التي يخبرها المعتمدون وأسرهم؛ والتي يفترض أنها تهيئهم لإصدار سلوكيات غير توافقية: شيوخ العنف الأسري. حيث تؤكد نتائج بعض الدراسات أن تعاطي الآباء يزيد من احتمالات تعرض الأبناء للإيذاء البدني والجنسي، ويزيد أيضًا من احتمالات مشاهدة الأبناء للعنف والإيذاء داخل الأسرة، سواء كان هذا العنف موجّهًا نحو الأم أو الأخوة وزيادة المشكلات مع الجيران وعدم القدرة على التوافق بشكل سوي في البيئة التي يعيشون بها، والذي يجعلهم يشعرون بضغط بشكل دائم مع عدم القدرة على مواجهته وعدم القدرة على التوافق مع المحيطين به بسبب كثرة المشكلات معهم، والاستمرار في الانتكاس (Kamarajan et al., 2016).

كما يُعاني المعتمدون على عدة مواد نفسية من الشعور بالضغط وعدم القدرة على التوافق، ودرجات مرتفعة من التوتر، ويؤثر ذلك في التماسك الأسري، وعلى علاقات الشخص بمحيطه بصفة عامة، ويزيد من احتمال إصابته بالاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية المتفاقمة التي قد تصل للسجن (Guiney, 2015).

تشير معظم الدراسات إلى وجود علاقة بين ارتفاع معدلات تعاطي الكحوليات والأحداث الضاغطة والعجز عن التوافق معها (مايسة جمعة، ٢٠٠٣، ٨)، فقد يلجأ البعض إلى شرب الكحوليات أو تعاطي المواد النفسية كوسيلة لمواجهة هذه الأحداث الضاغطة والقدرة على التوافق النفسي والاجتماعي مع المجتمع المحيط به (Kathleen & Susan, 1999).

وفي دراسة أجراها "جيبيل" Gibel (٢٠٠٠) عن العلاقة بين استراتيجيات الإقدام - الإحجام كأسلوب لمواجهة الانتكاسة لدى المتعاطين للمواد النفسية عند البالغين، تكونت العينة من (٤٠) مدمناً متعافياً ومنكسماً تمت معالجتهم في مستشفى لعلاج الإدمان، أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة في أساليب المواجهة بين المنتكسين ومجموعة الأفراد الذين يقللون من المخدرات، حيث يستخدم الأشخاص الذين يقللون من جرعات التعاطي استراتيجية الإقدام، بينما يستخدم الأشخاص المنتكسون إستراتيجية التجنب أكثر، ومن ثم فقد تبين أن أحد العوامل المهمة التي تساهم في الانتكاس هو التجنب للآثار السلبية للضغوط (Gibel & Jeffrey, 2000).

وقد أجرى "هيدر" Heather (٢٠٠١) دراسة عن العوامل المصاحبة للانتكاس الفورية للذين يتعاطون الهيروين بعد الخروج من مراكز الإدمان، وذلك على عينة تكونت من (٤٠) من المرضى الذكور بمتوسط عمري (٣٢) سنة ممن تلقوا برنامجاً علاجياً من إدمان المخدرات. أشارت النتائج إلى أن أسباب الانتكاس كانت في معظمها متعلقة بالمزاج السلبي والمواقف المتعلقة بالتعاطي والافتقار لمهارات مواجهة الضغوط والتوافق الإيجابي (Heather, 2001).

كما أن أغلب النظريات الرئيسة للاعتماد تفترض أن أحداث الحياة الضاغطة تمارس دوراً هاماً في زيادة التعاطي والانتكاسة (Sinha, 2001).

ونجد أنه غالبًا ما كان يخفي المعتمدون على المواد النفسية اعتمادهم على المحيطين بهم مثل الأصدقاء والعائلة وغيرهم من الجيران خوفًا من ردود أفعالهم وخوفًا من عدم الحصول على المساندة الاجتماعية التي كانوا يحصلون عليها (Nielsen et al., 2010). حيث يعانون من مشكلات السكن والإقامة بسبب رفض المؤجرين لهم، ومشكلات في التوافق الاجتماعي والنفسي والقدرة على التوافق مع المحيطين بهم فيقوموا بمواجهة تلك الضغوط بالتعاطي المستمر والانتكاس الدائم (Perlick et al., 2001).

كما أشار "هامير" Harmer (٢٠٢٠) في دراسته أن تعرض المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، والكحول لخبرات سلبية من الأسر وتعرضهن للضغوط وعدم التوافق النفسي، والضغوط من الآباء والأمهات واستخدام طرق التربية غير السوية من العدوان الجسدي واللفظي، وتلقوا مساندة اجتماعية أقل، ومستويات مرتفعة من الإهمال والتوتر والضغط من قبل الآباء واستخدام طرق سلبية في حل المشكلات الحياتية أثر ذلك على طرق تربيتهم لأبنائهم؛ حيث يتبعون الطرق السلبية نفسها التي تمت النشأة عليها منذ الصغر، وذلك بالمقارنة بغير المعتمدين على المواد النفسية والكحول، وكان لذلك الأثر الأكبر في الاستمرار في التعاطي وكثرة الانتكاسات لديهم (Harmer et al., 2020).

ويدعم ذلك بعض الأبحاث في الولايات المتحدة التي وجدت أن (٥٤%) من السكان يعتقدون أن الأشخاص المعتمدين على الكحول يتحملون مسؤولية مشكلاتهم الشخصية ولا يتم مساندتهم من المحيطين بهم فيصبح لديهم ضغوط بدرجة أكبر ويصبحوا أكثر عرضة للانتكاس، وقصر فترات التعافي لديهم (Crisp et al., 2005).

كما نجد نتائج التراث النظري الذي يشير إلى أن المعتمدين على المواد النفسية يصبحون أكثر اضطرابًا في التوافق النفسي، والاجتماعي بالمحيطين بهم ولديهم نسبة أعلى في الانتكاس، ونجدهم أقل قدرة على التوافق مع المجتمع المحيط بهم مقارنة بالمتعافين (Roosen et al., 2020).

ويُعاني المنتكسون من عدة مواد نفسية من شدة الإحساس بالضغط، وعدم القدرة على التوافق، ودرجات مرتفعة من التوتر، وذلك يزيد من تكرار الانتكاسات وعدم الاستمرار في التعافي. فكلما كان لديهم قدرة على التوافق المعرفي، والسلوكي ساعدهم ذلك على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، والقدرة على الاستمرار في التعافي، وهذا ما يتبعه المتعافون من الاعتماد على المواد النفسية، وذلك وفقًا لما تم تعلمه من البرامج العلاجية المتخصصة للمتعافين، والتي تساعدهم على الاستمرار في التعافي والقدرة على التعامل مع الضغوط (Guiney, 2015).

وامتدادًا لذلك نجد أن المتعافين والمنتكسين الذين يتلقون مساندة اجتماعية مرتفعة، ولديهم أقران كثيرون، ويبنون علاقات إيجابية مع الآخرين، يميلون إلى أن يكونوا أكثر قدرة على التوافق

النفسي والاجتماعي، واتخاذ القرار حيث تعد المساندة الاجتماعية إحدى أهم مصادر التوافق الفعالة، والتعامل مع الضغوط التي يمرون بها في فترات تعافهم (Jia, 2024).

وتؤكد النظريات، والنماذج النظرية دور المساندة الاجتماعية في القدرة على المحافظة على التعافي. حيث نجد النظرية البنائية تهتم بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية، وتعدد مصادرها، وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي في البيئة المحيطة بالفرد، وأن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية يقوم على افتراض أن المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، وتلعب دورًا هامًا في تعزيز المواجهة الإيجابية، والقدرة على التوافق دون إحداث أي آثار سلبية على الصحة النفسية للفرد (من خلال: حسين فايد، ٢٠٠٦، ٢٤١). وبناءً على ذلك، فإن هذه النظرية تركز على كمية مصادر المساندة الاجتماعية التي يتم الحصول عليها من أفراد الأسرة، والأقارب والأصدقاء والجيران وغيرها، وتوظيفها من أجل مساعدة الفرد على التوافق الفعال ومواجهة الضغوط، والقدرة على المحافظة على التعافي وعدم تكرار الانتكاسات للمعتمدين على المواد النفسية.

كما تؤيد نتيجة دراسة "طارق عزيز" التي توصلت إلى أن الرفض الأسري وعدم وجود مساندة اجتماعية من الأسباب الرئيسة للانتكاس (طارق عزيز، ٢٠٢٠).

كما نجد أن النظريات الخاصة بالتوافق، واستراتيجيات المواجهة أيدت إنه كلما وجدنا المتعافين قادرين على المحافظة على تعافهم نجد ذلك نتيجة لاستخدامهم الأساليب الإيجابية 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 والاستمرار في التعافي (Corrigan, 2004; Louw & Viviers, 2010).

ومن هنا نجد أن الضغوط الداخلية وضغوط المجتمع المحيط بالمعتمدين على المواد النفسية ترتبط باضطراب التوافق لديهم مع عدم وجود جماعات دعم ومساندة سواء كان ذلك للمنتكس أو للمتعافي حيث تمثل تلك الجوانب عوامل خطورة، ويتضح ذلك من خلال وجود قصور في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى المعتمدين للتغلب على الضغوط الحياتية وفقدان المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والمحيطين بهم بشكل كبير لدى المعتمدين، كل هذا من شأنه أن يدفع المعتمد الذي قرر التوقف عن التعاطي أن يعود للانتكاس مرة أخرى ويصبح غير متوافق مع المجتمع المحيط به، ونجد هنا أهمية دور متغيرات الدراسة، استراتيجيات مواجهة الضغوط، وأعراض اضطراب التوافق، والمساندة الاجتماعية في الانتكاس والتعافي المستمر.

ومن ثمّ تتضح أهمية دراسة الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في كل من استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق.

أسئلة الدراسة :

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

- ١ - هل توجد فروق بين كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط ؟
- ٢ - هل توجد فروق بين كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في المساندة الاجتماعية؟
- ٣ - هل توجد فروق بين كلٍّ مِنْ المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في التوافق ؟

الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة :

- ١ - تبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها واحدة من الدراسات التي اهتمت بدراسة الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والتوافق.
- ٢ - الإسهام في التأسيس النظري لمفاهيم الدراسة وتوضيح التعريفات الخاصة بها، والأطر النظرية المفسرة لها.
- ٣ - تناول فئة جديدة بالدراسة تمثل خطراً حقيقياً على المجتمعات؛ ما يفتح المجال لإجراء مزيد من الدراسات عنها، وزيادة التأسيس النظري حوله.
- ٤ - التحقق من الفروض النظرية للدراسة.
- ٥ - إعداد برامج وقائية وإرشادية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض التوافق للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- ٦ - إعداد أدوات عربية لقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض التوافق للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

مفاهيم الدراسة وأطرها النظرية :

يشتمل هذا الجزء على المفاهيم الخاصة باستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والشعور بالوصمة وأعراض اضطراب التوافق والانتكاسة والاعتماد على المواد النفسية والنظريات والنماذج المفسرة لكل مفهوم على حدة.

أولاً : استراتيجيات مواجهة الضغوط :

مفهوم الضغوط :

يشير "فاروق السيد" إلى الضغوط باعتبارها: تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج من ذلك من آثار

جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداق والإحباط والحرمان والقلق (فاروق السيد، ٢٠٠١، ٩٦).

ويعرف الباحثان الضغوط بأنها تلك المواقف والأحداث المثيرة للمشقة التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية، وتقوم إمكاناته الشخصية وتتطلب منه التوافق معها.

وتشير 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 وموقفية، وتنقسم إلى المواجهة المرتكزة على الانفعال والمواجهة المرتكزة على المشكلة (Moser & Uzzell, 2003).

ويتبنى الباحثان التعريف السابق لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.

وتصنف أساليب المواجهة إلى :

[١] المواجهة الإيجابية :

المواجهة الإيجابية تحدث عندما تحدد مشكلة ويتولد عنها حلول بديلة وتنفذ تلك البدائل بالأفعال، وتتضمن طلب المساعدة من الأشخاص الداعمين مثل: موجه أو صديق. تشمل الطرق الإيجابية الأخرى للمواجهة الإيجابية التأمل وكتابة اليوميات وممارسة الرياضة (McLeod, 2009).

حيث يشتمل على :

أ) الأساليب الإقلامية (على المستوى المعرفي)، والذي يهتم هذا الأسلوب بتوجيه الانتباه إلى جانب واحد فقط من الموقف، ويقوم الفرد بمحاولات معرفية لفهم الموقف، وكذلك معرفة أسبابه وأيضاً تحديدها بناءً على الخبرات السابقة والهاديات العقلية التي تربط الأحداث بالتوقعات والنواتج المحتملة، وقبول حقيقة الموقف والوضع الراهن له باعتباره أفضل الأوضاع، كذلك تضم محاولات الفرد لفحص الخبرات الماضية للوقوف على بعض الجوانب الإيجابية للموقف وإعادة تقييمها (McLeod, 2009).

ب) الأساليب الإقلامية (على المستوى السلوكي) وتتضمن: طلب النصيح والتوجيه والمساندة والتعامل المباشر مع الموقف ونتائجه. حل المشكلة وذلك من خلال وضع الفرد للخطط والإجراءات المناسبة لحل المشكلة (McLeod, 2009).

ج) أسلوب تنظيم الانفعال (على المستوى الانفعالي)، والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الجهود المباشرة لمحاولة السيطرة الواعية على الحالة الانفعالية (جيهان حمزة ، ٢٠٠٢).

[٢] المواجهة السلبية: تشير المواجهة السلبية إلى التعامل مع الأحداث الضاغطة والخارجة عن السيطرة، أو عندما يتعذر الفرد عن الفعل بسبب موانع خارجية فتتضمن السلبية في التعامل

مع الضغوط حيث يهاجم فيه الشخص الآخرين ويجعلهم غير متوافقين (McLeod, 2009).
حيث تشمل على :

أ (الأساليب التجنبية (على المستوى المعرفي): هي محاولات تحويل انتباه الفرد عن المواقف والمشكلات الضاغطة دون التعامل معها (Goldstein & Wallace, 1997; McLeod, 2009) ويضم استراتيجيتين هما :

- الإنكار: حيث ينكر الفرد الواقع ويتجاهل المشكلة، ويرفض الاعتراف بوجودها.
- التخيل: حيث ينشغل الفرد بأوهامه التخيلية بدلاً من التفكير الواقعي، والمنطقي في المشكلة وفي عواقبها السلبية والسئية.

ب (الأساليب التجنبية (على المستوى الانفعالي) والتي تضم :

- التقبل والاستسلام: حيث يتعامل الفرد مع المشكلة كما هي ويتقبل الواقع كما هو، ويظهر هذا الأسلوب في الأحداث التي لا يمكن أن تتغير ولا يستطيع الفرد أن يتعامل معها؛ لأنها أعلى من إمكانياته.
- التفريغ أو التنفيس الانفعالي: ويعني المحاولات التي يقوم بها الفرد بهدف خفض درجة التوتر من خلال استخدام طرق سلبية كال بكاء، أو الصراخ، أو اللجوء إلى الدعاية والسخرية.
- الغضب: ويعرفه بأنه حالة وجدانية تتكون من مشاعر تتفاوت في شدتها بين الضيق والاستثارة البسيطة إلى التهيج والغضب الشديد (Moos & Schaefer, 1993; Louw & Viviers, 2010).

ج (الأساليب التجنبية (على المستوى السلوكي) وهي : تتمثل في البحث عن مصادر بديلة للرضا والإشباع حيث يقوم الفرد فيها بتغيير أهدافه ونشاطاته تعويضاً عما فقده أثناء الأزمات، والبحث عن أنشطة أخرى جديدة ومصادر جديدة للرضا للتعويض عن عجزه عن مواجهة المشكلة والتعامل معها (Moos & Schaefer, 1993; Louw & Viviers, 2010).

[٣] 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) . فالمواجهة الدينية تشتمل على مدى واسع من استراتيجيات المواجهة . حيث يدمج بها أساليب المواجهة (الشخصية أو الاجتماعية). فأداء الصلوات مثلاً يمكن استخدامه كأسلوب مواجهة لشخص يعاني من الانفعال بسبب مروره بخبرة محزنة، في حين أنها قد تكون بالنسبة لآخر بمثابة أسلوب من أساليب مواجهة مشكلة لخفض مستوى الإثارة لدى الفرد الذي لديه مشكلة (Klaassen et al., 2006).

نموذج "موس" Moos لتفسير العلاقة بين الضغوط والمواجهة :

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

فيوضح النموذج التفاعل المستمر بين البيئية والفرد، فالبيئة تشتمل على المناخ الاجتماعي والضغوط الدائمة والأسس التي تنشأ منها مجالات الحياة المختلفة مثل العمل والعائلة، ويتأثر الفرد بالبيئة ومصادرها وبقدراتها المعرفية، وسماته الشخصية وكفاءتها الاجتماعية والثقة بالنفس (Louw & Viviers, 2010).

والتي يتعرض لها والأفراد يقيمون الظروف التي يتعرضون لها حسب درجة التهديد أو التغيير، ويكون الأفراد مزودين بمصادر بيئية وشخصية للتعامل مع الموقف، وتبعاً لذلك يرى النموذج أساليب المواجهة، بأنها تلك الأساليب التي يمكن أن توصف حسب السياق بأنها (المواجهة) (الإقدام) - التجنب (الإحجام) وحسب الأسلوب (معرفي - سلوكي).

ومن نقاط القوة في هذا النموذج أنه يقود إلى التركيز على العوامل السياقية في عملية الضغوط والمواجهة، كما يصور النموذج أيضاً العلاقات التبادلية بين عناصره، ويظهر في التفاعل بين النظام البيئي والنظام الشخصي ويقترح أن السياق 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 الأحداث ويتوافقون معها وكيف يؤثر ذلك في صحتهم وحسن حالهم.

وتبعاً لذلك فإن عمليتي الضغوط والمواجهة في المستوى البيئي يمكن أيضاً أن تغير الثقافة. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الدور للنظام الثقافي لا يتمثل في الضغوط والمواجهة الحالية فقط حيث يضع النموذج إدارة الموارد في الحسبان، حيث أكد على تأثير النظام الثقافي في عملية المواجهة والضغوط (Louw & Viviers, 2010; Moos & Schaefer, 1993).

ويتبنى الباحثان نموذج موس في تفسير العلاقة بين الضغوط واستراتيجيات مواجهتها، كما تم الاعتماد على تصنيف "الازاروس وفولكمان" في تصنيف استراتيجيات مواجهة الضغوط وتم إضافة الاستراتيجية الدينية باعتبارها واردة في عدد كبير في الدراسات السابقة، ونموذج "موس" ليس للاستراتيجيات فقط، ولكن حول العلاقة بين الاستراتيجيات والضغوط.

ثانياً : مفهوم المساندة الاجتماعية^١ :

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

(1) Social Support.

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).

ويعرفها "شعبان جاب الله" بأنها "مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي ومادي، من خلال الآخرين في 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^٢ :

تشير "كاترونا" Cutrona (١٩٩٠) إلى أن هناك خمسة أنماط أساسية للمساندة الاجتماعية

تظهر في معظم النماذج وهي :

- أ) المساندة الوجدانية وتبدو في اظهار الشعور بالراحة.
- ب) التكامل الاجتماعي ويشير إلى مساندة شبكة العلاقات الاجتماعية كالعضوية في الجماعة.
- ج) مساندة التقدير من خلال دعم الشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.
- د) المساعدة المادية كما تتمثل في تقديم خدمات أو أشياء عينية.
- هـ) المساعدة المعرفية مثل التوجيه واعطاء النصيحة (شعبان جاب الله، عادل هريدي، ٢٠٠١، ٨٥).

النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية :

[١] نظرية التبادل الاجتماعي^٣ :

صاغ هذه النظرية "ثيبوت" و"كيلى" Thibaut & Kelley حيث يشيران إلى أن العلاقة بين الأفراد هي علاقة تبادل للفوائد، وأن الأفراد في العلاقات التبادلية يقومون بتقديم المساندة الفائدة مع توقع تلقيها في الوقت نفسه، كما تتوقع النظرية أن وجود أى اضطراب في توقع تلقي الفائدة أو تقديمها سوف يؤدي إلى عوائد نفسية سيئة (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 أكدوا أن الفرد يقيم الإشباع التي يحصل عليها من الجماعة في ضوء محكين هما :

- المحك الأول : المقارنة الشخصية، ويتمثل في تحقيق الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة.

- المحك الثاني: المقارنة بين البدائل، ويقصد به مقارنة الإشباع التي يتم الحصول عليها من علاقة معينة، بالإشباع التي يمكن الحصول عليها من خلال علامة أخرى بديلة، ويسعى

(2) Types of Social Support.

(3) Social Exchange.

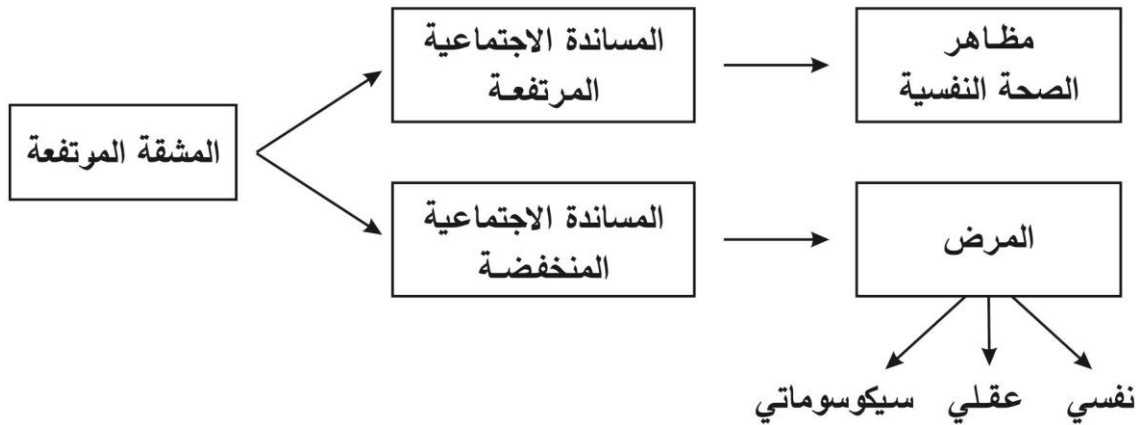
الفرد نحو العلاقة التي تحقق له أكبر قدر من الإشباع في ضوء مايلتقاه من إثابات وتكاليف مادية ونفسية (شعبان جاب الله ، ٢٠٠٦ ، ١٧٤).

فالعلاقات الاجتماعية المتبادلة تتم بطريقة إرادية تساعد على تحقيق الصحة النفسية للفرد، وتحقيق عدد من الوظائف النفسية منها شعور الفرد بالرضا عن الذات، والتقبل الاجتماعي، وتساعد 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 أحداثاً مثيرة للمشقة.

شكل (١) نموذج الوقاية من المشقة



ويشير الشكل السابق 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).

ويتبنى الباحثان هذا النموذج لأنه يربط بين المساندة الاجتماعية ونتائجها على الصحة النفسية.

ثالثاً : أعراض اضطراب التوافق :

يتبنى الباحثان تعريف التوافق الذي يتضمن، توافق الفرد مع ذاته، وتوافقه مع الوسط المحيط به، وكل المستويين لا ينفصل عن الآخر، وإنما يؤثر فيه ويتأثر به. فالفرد المتوافق هو المتوافق ذاتياً، اجتماعياً، وأسرئاً ومهنيئاً، وصحئاً. فالتوافق هو قدرة الفرد على التوافق بين ذاته وبين أدواره الاجتماعية والحياتية.

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب التوافق^٤، من خلال أعراضه وهي على النحو التالي :

أ (تطور أعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لضغط (ضغوط) يمكن تحديدها، وتحدث في غضون (٣) أشهر من بداية ظهور العوامل الضاغطة.

ب) هذه الأعراض أو السلوكيات دالة إكلينيكيًا، كما يستدل عليها بواحد من البعدين الآتيين أو كليهما :

١ - إحباط ملحوظ وصريح لا يقارن بشدة وحدة الكرب. مع مراعاة السياق الخارجي والعوامل الثقافية والتي قد تؤثر على شدة الأعراض والحالة.

٢ - انخفاض شديد في الأداء الاجتماعي أو المهني ومجالات الأداء المهمة الأخرى.

ج) لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة معايير اضطراب عقلي آخر، ولا يعد فقط تفاقماً لاضطراب عقلي سابق.

د (لا تمثل الأعراض حالات الفقد (الموت).

هـ) عندما تنتهي حالة الكرب (أو عواقبه) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من ٦ أشهر إضافية.

(American Psychiatric Association, 2013, 286-287)

النظريات المفسرة للتوافق :

[١] النظرية السلوكية :

يرى السلوكيون أن التوافق هو اكتساب مجموعة من العادات المناسبة والفعالة في التعامل مع الآخرين وتلك العادات تمت بناء على تعلمها من المحيطين به، حيث يحدث التوافق بدرجة أكبر عندما تكون نتائجه إيجابية، ويقل عندما تكون نتائجه سلبية، ويرى كثير من العلماء أن التوافق سلوك مُتعلم، ويفسرونه في ضوء نظرية التعلم بالتشريط الكلاسيكي أو الإجرائي، ويرى السلوكيون أن التوافق، يمكن تشكيله أو تعديله وفقًا لقوانين التعلم (Leyla & Sayil, 2006).

كما ركزت نظرية التعلم الاجتماعي على تشكيل السلوك من خلال النمذجة وتقليد سلوك الآخرين، وتفسر التوافق بأنه مُتعلم عن طريق التجربة المباشرة والنمذجة، أو من خلال المشاهدة لسلوك الآخرين، وما يترتب عليه من مكافأة، وقد يقل التوافق، إذا شوهد النموذج يُعاقب؛ أي إنَّ التعزيز والعقاب يؤديان دورًا كبيرًا في اكتساب السلوك والاحتفاظ به. وقد يكون النموذج هو العائلة أو أحد الجيران أو من خلال الإعلام (Robinson et al., 2014).

[٢] النظرية المعرفية للتوافق :

يرى المنظرون المعرفيون أنه عند مواجهة أحداث خطيرة تهدد الحياة مثل مرض قاتل أو وفاة أحد أفراد الأسرة المقربين، يحاول الأفراد أن يتوافقوا مع واقعهم الجديد وتفترض نظرية التوافق

(4) Adjustment Disorder.

المعرفي "لتايلور" Taylor أن البشر يتعاملون مع التهديدات في حياتهم من خلال خلق مجموعة من الأفكار الإيجابية التي تعمل على حماية صحتهم النفسية. ويُظهر غالبية البالغين الأصحاء تحيزات إيجابية في وجهات نظرهم عن الذات والعالم (Cummins & Nistico, 2002). واستعادة هذه التصورات الإيجابية هي جزء من التوافق المعرفي للأحداث التي تهدد الحياة. كما يتضمن التوافق تغيير الإدراك في ثلاثة مجالات: البحث عن معنى أعمق في الخبرة التي يمر بها الفرد، وزيادة التحكم الشخصي، واستعادة وجهات النظر الذاتية الإيجابية وتشمل نتائج هذه الإدراكات المعرفية المتغيرة الحفاظ على الصحة العقلية في سياق الأحداث التي تهدد الحياة وكذلك الحماية المحتملة لبعض جوانب الصحة البدنية (Taylor et al., 2000).

وبالتالي، فإن استعادة الصورة الذاتية الإيجابية للفرد هي جزء مهم لإعادة الشعور بالتوازن والرفاهية. ويعتقد الأفراد الأكثر توافقاً الأكثر قدرة على التفكير الإيجابي أنهم يصبحون أفضل حالاً مما كانوا عليه قبل الحدث. كما إنهم يميلون إلى تذكر تغييرات أكثر إيجابية أو حيادية، كما يعتقدون أن مستقبلهم سيكون أفضل. علاوة على ذلك، يتم تعزيز احترام الذات من خلال إجراء مقارنات اجتماعية، أي تتم تلك المقارنة بين الذات والآخرين الذين يعانون من أحداث أسوأ (Taylor & Brown, 1994; Czajkowska, 2017) يُعد اختيار البعد الصحيح الذي يمكن من خلاله مقارنة الذات بالآخرين، أو الوضع السابق للفرد الذي يبدو أسوأ من الحالة الحالية للشخص أمراً أساسياً؛ لتحقيق وجهات النظر الذاتية المعدلة والأكثر توافقاً. فأحداث الحياة السلبية لديها القدرة على زعزعة عالم الفرد، لكن البشر الأصحاء نفسياً، والأكثر مرونة قادرون على خلق أفكار معرفية إيجابية؛ لإعادة الإحساس بالنظام والتوازن والرفاهية. ينتج عن عملية التوافق المعرفي هذه لدى الأفراد شعور أقوى بالإنقاذ؛ للمواقف والتفاعل تجاه الذات والعالم والمستقبل؛ بالإضافة إلى إحساس عالٍ بتقدير الذات (Czajkowska, 2017) ويتبنى الباحثان التفسير المعرفي السلوكي للتوافق.

رابعاً : مفهوم الاعتماد^٥ على المواد النفسية :

يعرف الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحياناً تكون عضوية، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القهرية في أن يتعاطى الكائن مواد نفسية معينة، على أساس مستمر أو دوري من حين لآخر. وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها، وقد يُصاحبها تحمل أو لا يصاحبها. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر، وتتوقف الإمكانية الاعتمادية^(٦) على تلك الخصائص التي تتوافر في أي مادة نفسية، بناءً على ما لها من تأثير فارماكولوجي في الوظائف النفسية أو العضوية، يرفع احتمالات الاعتماد (مصطفى سويف، ١٩٩٠، ١٨).

(5) Dependence.

(6) Dependence Potential.

ويتبنى الباحثان هذا التعريف للاعتماد على المواد النفسية.

وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، محكات تشخيص الاعتماد على المواد النفسية والذي يشترط وجود عرضين أو أكثر من ١١ عرضًا وذلك خلال عام كامل وتندرج داخل أربع فئات، على النحو التالي :

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 - تعاطي 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.

وتظهر 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 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 المواد 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 أن الاعتماد على المواد النفسية عملية مُتعلمة ومُكتسبة من البيئة التي يعيش فيها الفرد. ومن 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 أبنائها يفتقدون بتلك النماذج ويحاكونها، ويتعلم الفرد تلك السلوكيات ويحتفظ بها، وتُسندعى لاختبارها. وبمجرد اختبارها يحدث الارتباط الشرطي^(٧)، فتصبح معززات سلوكية نتيجة للتزاوج المتكرر مع التعزيز الأولي المتعلق بتعاطي المواد النفسية. وعلى هذا النحو أيضًا فإن المنبهات المرتبطة بشكلٍ مُنظم بأعراض الانسحاب تكتسب خواص إشرافية مؤلمة؛ فالاعتماد على المواد النفسية ينتج عنه تدعيم؛ وذلك بسبب النشوة التي يحصل عليها المعتمد، فيقوم بزيادة الجرعة لكي يحصل على نفس درجة النشوة. وتتفق النتائج مع الملاحظات الإكلينيكية على استجابات المعتمدين الذين يصفون حالة التوق أو 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 بالنشوة، 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 مقارنة بأقرانهم، وهنا يتضح أهمية دور نموذج القدوة في تفعيل اعتماد الفرد على المادة المخدرة (World Health Organization, 2004, 43).

[٣] النموذج المعرفي :

في هذا النموذج قُسمت ظاهرة الاعتماد على المواد النفسية إلى ستة مكونات، يمثل كل منها حلقة في سلسلة 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**^(٨) : هي تصورات خاطئة يحتفظ بها المعتمدون عن المواد النفسية وتعاطيها.

(7) Conditioning.

(8) aladaptive Beliefs About Drugs.

(ج) **الأفكار الآلية^(٩)** : هي الأفكار والصور اللحظية التي تكون لدى المعتمدين عندما يكونون على وشك الشعور بتعاطم الرغبة الفسيولوجية، ويسعون إلى استخدام المواد النفسية.

(د) **اللهفة والرغبات الملحة^(١٠)** : وهي الإحساسات الفسيولوجية التي يذكر المعتمدون على المواد النفسية أنها تجعلهم يشعرون بعدم الارتياح، وتصبح عليهم مهمة التوقف عن تعاطي المواد النفسية.

(هـ) **الأفكار المحرصة** : تعرف هذه الظاهرة باسم (التبرير)، والتي من خلالها يعتقد المعتمد ضمناً أو صراحة بأن هناك سبباً معقولاً لتعاطي المواد النفسية.

(و) **الاستراتيجيات الوسيطة^(١١)** : تشير إلى الخطوات السلوكية التي يتخذها متعاطو 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.

(ز) **الانتكاسة^{١٢}** : الانتكاسة هي العودة مرة أخرى لنفس الحالة السابقة وعودة المرض والعادات السلوكية السلبية، فهي تجربة شائعة بين الأفراد الذين يسعون إلى تغيير السلوكيات المرتبطة بالسلوك الإدماني. وسواء حدث ذلك بعد وقت قصير جداً من بدء محاولة التغيير أو بعد عدة سنوات من تغيير السلوك المستمر، فقد يكون محبطاً للمرضى والأطباء على حد سواء. وعلى الرغم من وجود ميل في مجال الرعاية الصحية لمحاولة تجاهل الفشل، فإننا نفترض أن المضي قدماً بسرعة كبيرة يؤدي إلى إهدار الفرص لتعلم الدروس الحاسمة التي قد تعزز التغيير الناجح في المستقبل (DiClemente & Crisafulli, 2022).

[٤] نموذج مارلات Marlatt في تفسير الانتكاسة :

يفترض مارلات أن النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات والانتكاسة ليس نموذجاً لنشأة المرض، لأن الأسباب العميقة لتعاطي المخدرات متعددة ومتباينة ومتفاعلة، فالاستعداد الوراثي والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، وضغوط الحياة، والاتجاهات والمعتقدات نحو تأثير المادة المخدرة، والتعرض للمواقف عالية الخطورة المهيئة للتعاطي والانتكاسة، وعوامل أخرى عديدة يمكنها أن تفسر حدوث تعاطي المخدرات وكذلك الانتكاسة من شخص لآخر ولدى الشخص الواحد من مرة أخرى (Maralt, 2000, 210).

(9) Automatic Thoughts.

(10) Cravings and Urges.

(11) Instrumental Strategies.

(12) Relapse.

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

١ - **المحددات المباشرة أو القريبة**^{١٣} : وتتكون هذه المحددات من سلسلة من الحلقات تتمثل أولها في أن يواجه المتعافي بعد إنقطاعه عن التعاطي لفترة أحد المواقف المهددة أو المثيرة للتعاطي مرة أخرى ، ويطلق على هذه المواقف مواقف الخطر أو الاستهداف^{١٤}.

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

أ (المواقف الانفعالية السلبية.

ب) مواقف الصراع مع الآخرين.

ج) المواقف التي تتضمن ضغوطاً اجتماعية.

د (المواقف الانفعالية الإيجابية ، أو التعرض لبعض المنبهات المرتبطة بالتعاطي وتشمل: (مرودة حسين، ٢٠٢١؛ Larimer & Marlatt, 1999).

- استجابة مواجهة فعالة - زيادة الشعور بكفاءة الذات ومن ثم انخفاض احتمالات الانتكاسة.

- مواقف عالية الخطورة - استجابة مواجهة غير فعالة - انخفاض الشعور بكفاءة الذات أو التوقعات الإيجابية عن تأثيرات التعاطي ومن ثم تحدث الكبوة أي انتهاك مبدأ الانقطاع والتوقعات التعاطي وزيادة احتمالات الانتكاسة التامة. 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.

والكفاءة الذاتية المنخفضة - بالإضافة إلى التوقعات الإيجابية - تدخل المعتمد في الحلقة الرابعة وهي الكبوة (أي التعاطي الفعلي لأول مرة بعد الانقطاع) غير أن هذه الكبوة قد تدخل المعتمد الناقه إلى الحلقة الأخيرة وهي الانتكاسة التامة.

وقد أوضح "مارلات" في نموذجها 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

(13) Immediate or Proximal Determinants.

(14) High-Risk Situations.

وثابتة مثل (ضعف الإرادة أو الفشل)، لذلك فغالباً ما يقع فريسة للتشويه المعرفي بين إدراكه لصورته كمعتمد متعافي قد شفي تماماً من الاعتماد وبين انجرافه إلى سلوك التعاطي الذي يتعارض أو يتناقض مع هذه الصورة.

وهذا التشويه المعرفي يؤدي لديه إلى الشعور 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 الانحراط 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 وتغاضيه 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.

٢ - مفهوم التعافي^{١٥} : 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 غالباً 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^{١٦} 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 طبياً، وخضع لبرنامج علاجي متكامل ساعده في العودة إلى حالته الطبيعية بعد تلقي العلاج اللازم من مؤسسة مختصة في العلاج (عبدالرحمن محمد، ٢٠١٠).

فالتعافي من الاعتماد على المواد النفسية هي عملية مستمرة ومتغيرة تعبر عن استرداد الفرد المدمن لنفسه تدريجياً والعودة إلى حالته الطبيعية التي كان عليها قبل الاعتماد على المواد النفسية وتظهر في الالتزام والمتابعة بالبرنامج العلاجي، والدعم الاجتماعي، ومحاولة ايجاد معنى لحياته، وتعلمه لبعض القيم الروحية، مما ينعكس بالإيجاب على سلوكياته وتعامله مع الآخرين المحيطين

(15) Recovery.

(16) Recovering Addict.

به من أفراد أسرته وأصدقائه وزملائه في العمل والمجتمع ككل والتي من شأنها أن تصل به تدريجياً لحالة من الاستقرار النفسي والزواجي والأسري والاجتماعي (رانيا سامي، ٢٠٢٢).

كما أن التعافي من الاعتماد على المواد النفسية هي عملية تغيير وليس حدث ثابتا حيث يتم فيها العمل على مساعدة الفرد على امكانية 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 المتعافي 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. والهدف من العلاج الطبي 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 النفسي من أهم الجوانب التي تركز عليها في علاج المدمنين والسعى للوصول بهم إلى التعافي 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 بنفسه وإشعاره بأن له قيمة في الحياة والمجتمع.

- **المحور الثالث: العلاج الاجتماعي:** يبدأ العلاج الاجتماعي 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 ستعرض مجموعة من الدراسات السابقة ذات الصلة بمشكلة الدراسة الحالية، والتي يمكن عرضها من خلال تصنيفها أربع فئات؛ هي:

- **الفئة الأولى:** الدراسات التي غُيّت بدراسة استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء.

- **الفئة الثانية:** الدراسات التي غُيّت بدراسة المساندة الاجتماعية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء.

- **الفئة الثالثة:** الدراسات التي عُتبت بدراسة التوافق النفسي ومظاهر اضطرابه لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء.

أولاً : الدراسات التي عُتبت بدراسة استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء :

لفحص علاقة التنشئة الوالدية^{١٧} باستراتيجيات مواجهة الضغوط ومدى فاعليتها في التوافق لدى أطفال الأسر المعتمدة على الكحوليات، أجرى "سميث" Smith (٢٠٠٦) دراسة طولية استمرت المتابعة بها لمدة خمسة عشر عاماً، تكونت عينة الدراسة من (١٨٠) أسرة أحد الوالدين أو كلاهما له تاريخ من الاعتماد على الكحول وعلى (٢٩٣) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين (٥-١٣) عاماً (١٤٨) أنثى و(١٤٥) ذكراً. وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الأكبر سناً لديهم القدرة على استراتيجيات مواجهة الضغوط وفقاً لنتائج مقاييس الأبناء والوالدين، وارتبطت التنشئة الوالدية السلبية المتضمنة العنف الأسري والصراع بين الزوجين والعنف مع الأبناء وطول مدة التعاطي وكثافته بانخفاض القدرة على المواجهة للوالدين وللابناء، كما ارتبطت التنشئة الوالدية الإيجابية ومدة على مواجهة الضغوط الحياتية بدرجة أعلى (Smith et al., 2006).

اهتمت دراسة "داشورا" Dashora وآخرين (٢٠١١) بفحص دور استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الشباب المعتمدون على المواد النفسية، وذلك على عينة مكونة من (٢٦٨) من المعتمدين على المواد النفسية. وأشارت النتائج إلى أن المعتمدين الذين لديهم استراتيجيات مواجهة إيجابية هم أقل انحرافاً وأكثر في التعافي وأقل في الاعتماد على المواد النفسية وفي الانتكاسات، في حين أن أولئك الذين لديهم استراتيجيات مواجهة وجدانية مرتفعة كانت مستويات القلق/ الاكتئاب والجروح أعلى لديهم. كما أن الشباب الذين يستخدمون استراتيجيات المواجهة التجنبية بدرجة كبيرة كانت سلوكياتهم أقل خطراً واصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية أقل، كما كانت أعراضاً للقلق/ الاكتئاب لديهم أقل، وكذلك كانوا أقل تعاطياً للكحول وأقل في الانتكاسات (Dashora et al., 2011).

وللتحقق من دور استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى النساء كبيرات السن في التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية والكحول، أجرى "بلاك" Black (٢٠١٥) دراسة على عينة تكونت من النساء في منتصف العمر (٣٥-٤٩) عاماً كعينة ضابطة، والنساء الأكبر سناً في منتصف العمر (٥٠-٦٤) عاماً. وأشارت النتائج إلى أنه مع تقدم النساء الأكبر سناً ولديهن مشكلات صحية وعقلية لديهم عدم قدرة على مواجهة الضغوط بدرجة أكبر ويزدن من تعاطي المواد النفسية والكحول بالمقارنة بالنساء الأقل سناً (Black & Brown, 2015).

(17) Relations to parent socialization.

كما اهتمت دراسة "كابيللا" Capella (٢٠١٧) بفحص علاقة سن بداية التعاطي باستراتيجيات المواجهة لدى المعتمدين على المواد النفسية ومدى تأثيره على العلاج والانتكاسات، وذلك على عينة مكونة من (١٢٢) من الذكور المراهقين مما لا يقل عن ثلاثة أشهر من الامتناع عن التعاطي. مقسمة إلى مجموعتين، مجموعة (٦٠) معتمداً على أن يكون بداية سن التعاطي عند سن (١٦) عاماً فأقل، ومجموعة (٦٢) معتمداً على أن يكون بداية سن التعاطي عند سن (١٧) عاماً فأكثر. وأشارت النتائج إلى أن مرضى (١٦) عاماً فيما أقل كانوا يعانون مشكلات أسوأ وأكثر كما يعانون من عدم القدرة على استخدام استراتيجيات التوافق، وبالنسبة لمرضى سن (١٧) عاماً فيما أعلى لديهم قدرة أعلى على استخدام الاستراتيجيات التوافق بالمقارنة بمرضى (١٦) عاماً فيما أقل، كما أن مرضى (١٦) عاماً فيما أقل لديهم مشكلات حياتية بشكل أكبر ولديهم مساندة اجتماعية أقل ويقومون باستخدام استراتيجيات التجنب والانسحاب الاجتماعي كما أن لديهم انتكاسات بشكل أكثر ويقومون باستخدام استراتيجيات التوافق السلبية بشكل أكبر (Capella & Adan, 2017).

ولفحص الفروق بين المعتمدين على الأفيون والخاضعين للعلاج والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط والقدرة على التنظيم الوجداني، أجرى "عزيز" Azizi (٢٠١٩) وآخرين دراسة تكونت من (٤٣) من المعتمدين على الأفيون وعلى (٤٥) من الخاضعين للعلاج و(٤٣) من الأسوياء. وأشارت النتائج إلى أن المعتمدين على الأفيون والخاضعين للعلاج لديهم صعوبات في تنظيم الانفعالات والقدرة المنخفضة في استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة مقارنة بالأسوياء وأن المعتمدين على الأفيون لديهم صعوبات بدرجة أكبر في تنظيم الانفعالات والقدرة على استخدام استراتيجيات المواجهة حيث يقوموا باستخدام الاستراتيجيات التجنبية بدرجة كبيرة (Azizi, 2019).

كما اهتمت دراسة "جيوتا" Gueta وآخرين (٢٠٢٠) بفحص دور استراتيجيات المواجهة في قدرة الحفاظ على التعافي، وذلك على عينة مكونة من (٢٢٩) من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية. وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين المجموعتين من حيث الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والشخصية، وكذلك في قدرة الحفاظ على التعافي. حيث وجد أن من استخدموا استراتيجيات المواجهة الإيجابية كان خطر الانتكاس لديهم مرتبطاً بالاعتماد على الذات ومن استخدموا استراتيجيات المواجهة السلبية، كان خطر الانتكاس لديهم مرتفع ومرتبطة بالكفاءة الذاتية المحدودة. كما أن السياق الشخصي والاجتماعي للمتعافين قد لعب دوراً أساسياً في استراتيجيات المواجهة لديهم وفي الانتكاسة (Gueta, 2020).

ثانياً : الدراسات التي غنيت بدراسة المساندة الاجتماعية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء :

وقد هدفت دراسة "بريس" Bruce وآخرين (٢٠٠٤) إلى دراسة دور المساندة الاجتماعية في تعاطي السيدات للمواد النفسية والانتكاس في الأماكن العلاجية. وذلك على عينة مكونة من

(١٧٥٨) من المعتمدات على تعاطي المواد النفسية، تم اختيار المبحوثات من الأماكن العلاجية ذات الإقامة لمدة (٦) شهور، وقد تمت متابعة (١١٨١) من النساء بعد ٦ أشهر من الخروج من العلاج. أشارت النتائج إلى أن الأنشطة والأدوار الإيجابية مثل تماسك العائلات ومساعدة بعضها البعض ووجود مساندة اجتماعية إيجابية من الأزواج خلال فترة ما بعد الخروج 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 وتعاطي المواد النفسية والنشاط الإجرامي من قبل الأصدقاء إلى زيادة احتمالية الانتكاس. كما أدى تعاطي الكحول والمواد النفسية الأخرى على فترات متباعدة بعد الخروج من المستشفى إلى زيادة كبيرة في احتمالية الانتكاس المستمرة (Bruce et al., 2004).

اهتمت دراسة "دافيز" Davis و"جاسون" Jason (٢٠٠٥) بفحص الفروق بين الذكور والإناث المعتمدين على المواد النفسية في المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية، وذلك على عينة مكونة من (٨٧) معتمدًا مقسمة إلى (٣٨ أنثى و٤٩ ذكر). وأشارت النتائج 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. 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 الإقامة في الأماكن العلاجية قلت لديهم المساندة الاجتماعية وزادت الانتكاسة لدى الجنسين، كما ارتبط طول فترة الإقامة في الأماكن العلاجية وزيادة المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية بطول فترة التعافي من الاعتماد على المواد النفسية والكحول لدى الإناث أكثر من الذكور (Davis & Jason, 2005).

كما اهتمت دراسة "لاديت" Laudet (٢٠٠٦) بفحص دور المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة والجانب الروحاني والديني وضغوط الانتماء إلى زمالة المدمنين المجهولين ومدى الرضا عن التعافي والاستمرار فيه. وذلك على عينة مكونة من (٣٥٣) من المتعافين من إدمان الهيروين. وأشارت النتائج إلى أن هناك علاقة بين طول فترة التعافي وانخفاض الضغط وارتفاع جودة الحياة. حيث ارتبطت مستويات الإجهاد المرتفعة بشكل كبير بانخفاض التعافي وانخفاض الضغط وارتفاع جودة الحياة. حيث ارتبطت مستويات الروحانية، وانخفاض الأنشطة الدينية، وانخفاض حضور الاجتماعات ومشاركتهم في زمالة المدمنين المجهولين، وانخفاض جودة الرضا عن الحياة. كما ارتبط التعافي لمدة أطول بالضغط الأقل، وكان أكثر مكون ارتبط بالتعافي لمدة أطول هو نوعية الحياة ووجود مساندة اجتماعية، وروحانية أعلى ومشاركة بشكل أكثر في زمالة المدمنين المجهولين (Laudet et al., 2006).

وركزت دراسة "بول" Paul وآخرين (٢٠١٣) على الفروق بين الجنسين في أحداث الحياة الضاغطة، والضغوط المدركة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى متعاطي الكحول من كبار السن.

تكونت عينة الدراسة من (٤٣٦٠) من الذكور والإناث من المعتمدين على الكحول، وذلك في عمر (٦٠) عامًا فما فوق. أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والمساندة الاجتماعية وزيادة تعاطي الكحول حسب الجنس، حيث ارتبطت الضغوط المدركة وقلة المساندة الاجتماعية بدرجة أكبر بانخفاض التعاطي لدى الإناث، وارتبطت بزيادة المشكلات السلوكية الخاصة باضطراب الانتباه والتركيز عند الذكور (Paul et al., 2013).

وللتعرف على العلاقة بين شبكة التواصل الاجتماعي^{١٨}، والمساندة الاجتماعية المدركة، والاكتئاب، وتعاطي الكحول، أجرى "بيرسي" Peirce وآخرين (٢٠١٦) دراسة طولية على عينة تكونت من (١٩٢) من المعتمدين على الكحول. أشارت النتائج إلى أن التواصل الاجتماعي كان مرتبطًا ارتباطًا إيجابيًا بالمساندة الاجتماعية المدركة والقدرة على التوافق، وارتبطت بالمساندة الاجتماعية المدركة سلبًا بالاكتئاب، كما ارتبط الاكتئاب إيجابيًا بتعاطي الكحول لمدة عامين من بداية الدراسة الطولية، وأدت زيادة تعاطي الكحول إلى انخفاض التواصل الاجتماعي بالأسرة والأصدقاء وانخفاض المساندة الاجتماعية والقدرة على التوافق مع البيئة المحيطة بالمعتمدين (Peirce et al., 2016).

كما اهتمت دراسة "نيوكومب" Newcomb و"بنتلر" Bentler (٢٠١٦) الطولية بفحص تأثير تعاطي المراهقين للمواد النفسية ودور المساندة الاجتماعية على مشكلات التوافق لدى المراهقين، وذلك على عينة مكونة من (٦٥٤) من المراهقين المعتمدين على تعاطي المواد النفسية وذلك ابتداءً من المراهقة المبكرة حتى المراهقة المتأخرة. وأشارت النتائج إلى أن الاستقرار لم يكن موجودًا عبر تلك الأجيال، ويوجد لدى أسرهم انخفاض في الدعم الاجتماعي لهم، كما أن المراهقين كان لديهم مشكلات سلوكية في مرحلة المراهقة المبكرة، مستويات أعلى من ضعف التفاعل والتوافق الاجتماعي، وعدم الاستقرار الأسري، ولديهم مشكلات في التفاعلات الاجتماعية والعلاقات الأسرية، كما يعانون التجنب والخوف من الهجر بصفة عامة (Newcomb & Bentler, 2016).

وركزت دراسة "جاي" Jia وآخرين (٢٠٢٤) على العلاقة بين المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية ونوعية الحياة والميل للانتكاسة. تكونت عينة الدراسة من (٤١٥) من المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية وتم أخذهم من مركزين كانوا مقيمين به لمدة ٣ أشهر، أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة إيجابية بين والمساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية، ونوعية الحياة، وعلاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية، ونوعية الحياة والميل للانتكاسة، وأن المساندة الاجتماعية ذات التأثير الأكبر على الميل للانتكاسة، وأن المساندة الاجتماعية المبكرة، مفيدة ليس فقط لتقليل السلوكات الملحة والسلبية للانتكاس ولكن أيضًا لتعزيز نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من الاعتماد على المواد النفسية (Jia, 2024).

(18) Social network.

ثالثاً : الدراسات التي غُنت بدراسة التوافق النفسي ومظاهر اضطرابه لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء :

اهتمت الدراسة التي أجراها "مينهان" Minehan وآخرين (٢٠٠٨) عن تعاطي المراهقين للمواد النفسية ودور مهارات التوافق والأهداف الحياتية في التنبؤ بالقدرات المعرفية. حيث إن الأهداف الحياتية ومهارات التوافق تتوسط العلاقة بين القدرات المعرفية (مثل الذكاء السائل والمتبلور) وتعاطي المواد النفسية (مثل الكحول والسجائر والقنب والأدوية النفسية). وذلك على عينة مكونة من (١٤٤) طالباً في المرحلة الإعدادية والثانوية، تراوح عمر العينة من (١٢-١٧) عاماً حيث تم اختيار العينة بطريقة عشوائية من المدارس. وأشارت النتائج إلى أنَّ القدرات المعرفية المنخفضة تنبأت بتعاطي أقل للسجائر والمواد النفسية؛ وتنبأ بضعف مهارات التوافق بمزيد من تعاطي المواد النفسية ؛ وتنبأت القدرات المعرفية المرتفعة بمزيد من تعاطي المواد النفسية (Minehan et al., 2008).

كما اهتمت دراسة "فيرتاني" وآخرين Virtanen (٢٠١٠) طويلة المدى بتأثير الفروق الاجتماعية - الاقتصادية في ظهور الاضطرابات النفسية والاعتماد على المواد النفسية وعدم القدرة على التوافق في العمل وتأثيرها على التعافي والانتكاسة، وذلك على عينة مكونة من (١٤٩١٧) من الموظفين وذلك على دراسة استمرت من (١٩٩٧-٢٠٠٥). تم استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي العاشر. وأشارت النتائج إلى أن (٣٩٣٨) من المشاركين عانوا من اضطراب في التوافق في العمل طويل المدى. وعانى (٧٤٣) من اضطراب التوافق في الأداء المهني (العمل) مع وجود نوبات متكررة من الانتكاس والتعافي. حيث ارتبط الجانب الاجتماعي والاقتصادي ارتباطاً عكسياً بعدم القدرة على التوافق وذلك لمرضى اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق والاضطرابات الشخصية واضطرابات تعاطي المواد النفسية. وارتبط التوافق الاجتماعي والاقتصادي مع القدرة على العودة للعمل بعد التعافي من الاعتماد على المواد النفسية (Virtanen et al., 2010).

وللتعرف على دور التوتر والتوافق لدى أبناء الوالدين المعتمدين على الكحول في مرحلة المراهقة إلى الرشد، أجرى "حاسونج" Hussonga و"شاسنب" Chassinb (٢٠١١) دراسة طويلة على عينة تكونت من (٣٤٠) مُراهقاً من أبناء المعتمدين على الكحول، وذلك في مرحلة عمرية من (١١-٢٣) عاماً (٥٠% ذكور، ٥٠% إناث). وأشارت النتائج إلى انخفاض مستوى القدرة على التكيف المعرفي، وأنَّ التكيف المعرفي يتزايد عبر الزمن، وكان المراهقون من أبناء المعتمدين على الكحول بمعدل مرتفع، أكثر انطوائية، وأكثر اندفاعية وعرضة للإجهاد وضغوط الحياة والعمل، وأكثر تعرضاً للتعاطي، وأنَّهم يكونون أكثر توتراً ويزداد لديهم التوتر ويتفاقم في مرحلة الرشد، وكما يزداد لدى الأبناء في علاقات غير رسمية مقارنة بالمتزوجين (Hussonga & Chassinb, 2011).

هذفت دراسة "حلمي" Helmy وآخرين (٢٠١٦) لفحص عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإدمان والانتكاس للمعتمدين على المواد النفسية، وذلك على عينة مكونة من (٨٠) من المعتمدين

على المواد النفسية في المستشفيات. وأشارت النتائج إلى أن أكثر عوامل الخطر شيوعاً للإدمان هي المشكلات النفسية وضعف الإرادة والأصدقاء المنحرفين سلوكياً والمشكلات العائلية والضغط في العمل والمشاكل الجسدية وتدخين السجائر على التوالي، وكان الانتكاس أعلى عند الذكور منه عند الإناث مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية حيث تم التوصل إلى أن المشكلات النفسية وضغط الأصدقاء وتدخين السجائر والمشاكل الأسرية من الأسباب الأساسية لعدم وجود توافق اجتماعي أو نفسي والتي أدت إلى الإدمان والانتكاس. كما أن عوامل الخطر الخاصة بعدم القدرة على التوافق والأكثر شيوعاً لحدوث الإدمان والانتكاس والمشاكل النفسية، وضعف الإرادة والسلطة، والأصدقاء المنحرفين سلوكياً، والمشكلات الأسرية، والضغط في العمل، والمشكلات الجسدية وتدخين السجائر. كما أن هناك علاقة سلبية بين التوافق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية وحدوث الانتكاس (Helmy et al., 2016).

واهتمت دراسة "كلير" Clair (٢٠١٦) بفحص المتغيرات المرتبطة بتوافق الآباء المعتمدين على الكحول. وذلك على عينة مكونة من (٣٠) من الأبناء لآباء معتمدين على الكحول، ومن (٤٠) من أبناء لوالدين من غير المعتمدين، وأشارت النتائج إلى أن أبناء الوالدين المعتمدين على الكحول لديهم نسبة عالية من الاكتئاب ووصفوا أسرهم بأنها أكثر اختلالاً وظيفياً وأفادوا أنهم يتلقون إرشادات أقل من الآخرين، مقارنة بأبناء الوالدين غير المعتمدين، وأن الأبناء والآباء المعتمدين على الكحول لديهم صعوبات في التوافق أكبر، مقارنة بالأبناء والآباء غير المعتمدين على الكحول (Clair & David, 2016).

وللتعرف على دور العوامل النفسية والاجتماعية في التعافي والانتكاس، أجرى "موي" Moe (٢٠٢٣) دراسة طولية لمدة خمسة سنوات على عينة تكونت من (٢٠٨) من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية. أشارت النتائج إلى أن هناك فروق بين الانتكاسات المبكرة والمتأخرة وأن العامل الأساسي في الانتكاس هو التوافق النفسي ويأتي بعده العوامل الاجتماعية فكلما كان هناك تحسن في العوامل النفسية والقدرة على التوافق النفسي كان هناك تأخر في الانتكاسة، وقدرة الحافظة على التعافي طوال فترة الخمس سنوات كان مرتبطاً أولاً بالتوافق النفسي ثم توافق اجتماعي وأن من أسباب الانتكاسة المبكرة انخفاض التوافق النفسي (Moe, 2023).

تعليق عام على الدراسات السابقة :

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

١ - عدم وجود دراسات تجمع متغيرات الدراسة في تصميم واحد، حيث لم توجد دراسة - في حدود علم الباحثين - تناولت المتغيرات الثلاثة؛ وهي: واستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة

- الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق لدى المنتكسين والمتعافين والأسوياء؛ 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 الفروق بين المنتكسين والمتعافين والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق.
- ٣ - معظم الدراسات التي تم عرضها كانت عن العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة، ودراسات قليلة كانت عن الفروق بين المتغيرات.
- ٤ - لم تشر أغلب الدراسات إلى مدة تعاطي المواد النفسية، كما في دراسة "دافيز" Davis (٢٠٠٥)، ودراسة "لاديت" Laudet (٢٠٠٦)، دراسة "بريس" Bruce وآخرين (٢٠٠٤)، دراسة "حلمي" Helmy (٢٠١٦)، دراسة "فيرتاني" Virtanen (٢٠١٠)، دراسة "مينهان" Minehan (٢٠٠٨).
- ٥ - هناك تعارض في نتائج بعض الدراسات السابقة، حيث وجدت دراسة "بايل" Paul (٢٠١٣) أن التوافق الاجتماعي مرتفع لدى الذكور فقط، وهذا عكس ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، كما ارتبطت قلة المساندة الاجتماعية بدرجة أكبر بانخفاض التعاطي لدى الإناث، في حين بينت دراسة "بيرس" Peirce (٢٠١٦) أنه لا توجد علاقة بين المساندة وكل من الإفراط في شرب الكحوليات والتوافق النفسي والاجتماعي، وكذلك بينت دراسة "نيوكومب" Newcomb (٢٠١٦) أن المساندة الاجتماعية لها تأثير ضئيل على أداء المراهقين في المراهقة المتأخرة.
- ٦ - أجريت أغلب الدراسات عن الاعتماد على الكحول فقط؛ مثل الدراسة التي أجراها "سميث" Smith (٢٠٠٦). دراسة "بايل" Paul (٢٠١٣)، دراسة "بيرس" Peirce (٢٠١٦)، Clair.
- ٧ - لم يتوازن حجم المجموعات، سواء في المجموعة المرضية أو الأسوياء، كما في دراسة أجراها "دافيز" Davis (٢٠٠٥)، دراسة "بريس" Bruce وآخرين (٢٠٠٤)، دراسة "بايل" Paul (٢٠١٣)، ودراسة "بيرس" Peirce (٢٠١٦).
- ٨ - بعض الدراسات تناولت العينات مع عدم مراعاة البيانات الديموجرافية مثل الفصل بين الذكور والإناث ودون تحديد العمر، وذلك مثل الدراسة التي أجراها "سميث" Smith (٢٠٠٦). ودراسة "لاديت" Laudet (٢٠٠٦)، دراسة "فيرتاني" Virtanen (٢٠١٠)، دراسة "مينهان" Minehan (٢٠٠٨).
- ٩ - بعض الدراسات التي كانت تضم الذكور والإناث معًا كانت توضح العدد الكلي للعيينة، ولا توضح عدد كل من الذكور والإناث داخل الدراسة، كما في دراسة "بايل" Paul (٢٠١٣)، دراسة "فيرتاني" Virtanen (٢٠١٠)، دراسة "مينهان" Minehan (٢٠٠٨).
- ١٠ - بعض الدراسات لم تحدد العينة الضابطة، وذلك مثل دراسة "داشورا" Dashora (٢٠١١)، دراسة "حلمي" Helmy (٢٠١٦)، دراسة "فيرتاني" Virtanen (٢٠١٠).

- ١١- لم توضح بعض الدراسات عدد الانتكاسات ومدة التعافي، كما في الدراسة التي أجراها "لاديت" Laudet (٢٠٠٦)، دراسة "فيرتاني" Virtanen (٢٠١٠)، دراسة "مينهان" Minehan (٢٠٠٨).
- ١٢- تمت أغلب الدراسات على الوالدين سواء أحدهما أو كليهما من المعتمدين على المواد النفسية دون تثبيت فرد واحد منهم فقط، كما في دراسة "هاسونج" Hussonga (٢٠١١)، ودراسة دراسة "كلاير" Clair (٢٠١٦).
- ١٣- بعض الدراسات لم يتم فيها تحديد مدى سن العينة، وذلك في دراسة "كابيللا" Capella (٢٠١٧)، ودراسة "داشورا" Dashora (٢٠١١)، ودراسة "دافيز" Davis (٢٠٠٥)، دراسة "بريس" Bruce وآخرين (٢٠٠٤)، دراسة "حلمي" Helmy (٢٠١٦)، دراسة "فيرتاني" Virtanen (٢٠١٠).

فروض الدراسة :

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

- ١ - توجد فروق بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط.
- ٢ - توجد فروق بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسياء في المساندة الاجتماعية.
- ٣ - توجد فروق بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسياء في التوافق.

منهج الدراسة :

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الفارقي؛ نظرًا لاهتمام الدراسة الحالية باكتشاف الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسياء في كل من استراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية وأعراض اضطراب التوافق.

عينة الدراسة وخصائصها :

تكونت عينة الدراسة من (١٥٠) من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسياء، موزعين كالتالي (٥٠) من المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية (٥٠) من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (٥٠) من الأسياء، وتراوح المدى العمري لهم بين (٢١-٤٠) عامًا، وبلغ متوسط عمر المنتكسين (٣٠,٨٦±٣,١٣) سنة، وبلغ متوسط عمر المتعافين (٢٩,١٠±٣,٢٩)، كما بلغ متوسط عمر الأسياء (٣٠,٦٨±٣,٤٩) سنة، وتم الحصول على أفراد العينة من مستشفى دار الشفاء التخصصي للطب النفسي وعلاج الإدمان، ومستشفى الطريق للإدمان، ومستشفى الوادي (عمر شاهين).

وقد روعي توافر عدة شروط في أفراد العينة هي :

- ١ - المستوى التعليمي: تراوح المستوى التعليمي لأفراد عينة الدراسة بين التعليم المتوسط كحد أدنى إلى التعليم الجامعي.
- ٢ - أن تكون عينة المنتكسين من الاعتماد على المواد النفسية قد تعرضت لبرنامج علاجي وقد انتكسوا بعد تعرضهم 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 الأسوياء غير مشخصين بالإصابة بأي اضطرابات نفسية، ولم يسبق لهم التعاطي لأي مادة نفسية.
- ٥ - أن يكون جميع أفراد العينة من الذكور.

توضح الجداول التالية الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة الأساسية.

جدول (١) التكافؤ بين المجموعات الثلاث في العمر

المجموعات	متوسط	انحراف معياري	ت	الدلالة
أسوياء	٣٠,٨٦٠٠	٣,٤٩٠١٦	٤,٢٨٣	٠,٠١٦
منتكسون	٣٠,٨٦٠٠	٣,١٣٦٤٢		
متعافون	٢٩,١٠٠٠	٣,٢٩٠٣٧		

يتضح من الجدول وجود فروق بين المجموعات الثلاث في العمر عند مستوى معنوية ٠,٠٥

جدول (٢) شيفية للعمر للمجموعات الثلاث

المجموعات	متوسط الفروق	الدلالة
أسوياء	منتكسون	٠,٩٦٤
أسوياء	متعافون	٠,٠٦١
منتكسون	متعافون	٠,٠٣٢

يوجد فروق بين المنتكسين والمتعافين في اتجاه المنتكسين في العمر عند مستوى ٠,٠٥

جدول (٣) الفروق في مستوى التعليم بين المجموعات الثلاث

المجموعات	التعليم	التكرارات	النسب	كا ^٢	الدلالة
أسوياء	ثانوي أو دبلوم	٢٦	٥٢,٠	٤,٥٠٠	٠,٠٠٠١
	جامعي	٢٤	٤٨,٠		
منتكسون	ثانوي أو دبلوم	١٧	٣٤,٠		
	جامعي	٣٣	٦٦,٠		
متعافون	ثانوي أو دبلوم	١٧	٣٤,٠		
	جامعي	٣٣	٦٦,٠		

يتضح من الجدول السابق أن نسبة الجامعيين أعلى (٦٦,٧%) لدى المنتكسين والمتعافين، وارتفاع نسبة ثانوي أو دبلوم (٣٣,٣%) لدى الأسوياء.

جدول (٤) الفروق بين المجموعات الثلاث في العمل

المجموعات	العمل	التكرارات	النسب	كا ^٢	الدلالة
أسوياء	يعمل	٤٢	٨٤,٠	٢٢,٧٠٥	٠,٠٠٠١
	لا يعمل	٨	١٦,٠		
منتكسون	يعمل	٣٢	٦٤,٠		
	لا يعمل	١٨	٣٦,٠		
متعافون	يعمل	٥٠	١٠٠,٠		
	لا يعمل	--	--		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المجموعات الثلاث في العمل، حيث أن نسبة من يعملون لدى المتعافين أعلى ثم الأسوياء ثم المنتكسين.

جدول (٥) الفروق بين المجموعات الثلاث في الحالة الزوجية

المجموعات	الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسب	كا ^٢	الدلالة
أسوياء	أعزب	١٨	٣٦,٠	٤٦,٨٧٦	٠,٠٠٠١
	متزوج	٣٢	٦٤,٠		
منتكسون	أعزب	٣٢	٦٤,٠		
	متزوج	٥	١٠,٠		
	مطلق	١٣	٢٦,٠		
متعافون	أعزب	٣٥	٧٠,٠		
	متزوج	٩	١٨,٠		
	مطلق	٦	١٢,٠		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في الحالة الزوجية، حيث أن نسبة الأعزب أعلى لدى المتعافين ثم المنتكسين، ونسبة المتزوجين أعلى لدى الأسوياء ونسبة المطلقين أقل لدى المتعافين مقارنة بالمنتكسين، ولا يوجد مطلقون لدى الأسوياء.

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

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

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

جدول (٧) عدد مواد التعاطي للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

المجموعات المتغيرات		مجموعة المنتكسين ن=٥٠		مجموعة المتعافين ن=٥٠		النسبة الحرجة ودالاتها
عدد مواد التعاطي	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة النسبة	الدالة
٢ فأقل	٣١	٦٢	٢٧	٥٤	٠,٨١٠	٠,٤١٧
أكثر من ٢	١٩	٣٨	٢٣	٤٦	٠,٨١٠-	٠,٤١٧

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين في عدد مواد التعاطي.

جدول (٨) مدة التعافي للمتغافين من الاعتماد على المواد النفسية

مدة التعافي		متعافون	
		التكرارات	النسب
من سنه إلى ٢		٢٥	%٥٠
أكثر من ٢ إلى ٥ سنوات		٢٥	%٥٠

أدوات الدراسة :

١ - مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط. (إعداد الباحثين).

٢ - مقياس التوافق. (إعداد الباحثين).

٣ - مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحثين).

واستمارة البيانات الأساسية لجمع البيانات الديموجرافية.

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

تم إعداد هذا المقياس 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 عبدالنعم" (٢٠١٤).
 - مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الممرضين في مدينة ورقلة "جلاب محمد" (٢٠١٩).
 - مقياس استراتيجيات المواجهة لدى طلبة الجامعة في بغداد "أسماء عبد المجيد" (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, 2001) التحليل العاملي لمقياس المواجهة.

- مقياس "إستيرو رالف" (Ralf, 1999) لقياس المواجهة الإيجابية.

تم البحث عن مقياس "لازاروس وفولكمان" ولكن لم يتم التوصل إليه ولكن تم التوصل إلى مقاييس قامت بالاعتماد عليه.

وبفحص المقاييس السابقة تبين الآتي :

- اختلاف بعض هذه المقاييس من حيث الاستراتيجيات عن مقياس الدراسة الحالية.
- صممت المقاييس في سياقات أخرى وعدم ملائمتها 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 تُستخدم 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 الأولى :

يتكون مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط من (٧٦) بنداً في صورته الأولى، موزعة على ثلاثة مكونات رئيسية، هي: استراتيجيات المواجهة الإيجابية (٤١) بنداً، واستراتيجيات المواجهة السلبية (١٩) بنداً، واستراتيجيات المواجهة الدينية (١٦) وتحتوي المقاييس الفرعية بنوداً معكوسة.

الكفاءة السيكومترية للمقياس

تم التحقق من صدق المقياس وثباته على عينة من (ن=٩٠) مبحوثاً، (٣٠ منتكساً، ٣٠ متعافياً، ٣٠ أسوياء) تراوحت أعمارهم بين (٢١-٤٠) سنة، وبلغ متوسط عمر المنتكسين (٣٠،٨٦±٣،١٣) سنة، وبلغ متوسط عمر المتعافين (٣،٢٩±٢٩،١٠)، كما بلغ متوسط عمر الأسوياء (٣،٤٩±٣٠،٦٨) 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 :

أولاً : 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^{١٩} 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.

وأُسفر 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 اتفاق (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 إن تغير معناه المقصود وإلغاء بعض البنود التي تؤدي لنفس المعنى، وأصبح المقياس (٧١) بندًا.

ب (صدق التمييز :

في الدراسة الحالية تم حساب الصدق التمييزي من خلال الفروق بين الأسوياء والمنتكسين والمتعافين في الاستراتيجيات الثلاثة ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (٩) الفروق بين المجموعات الثلاث على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط

المتغيرات	المجموعات	متوسط	انحراف معياري	ف	الدلالة
المواجهة الإيجابية (١٤ بندًا)	أسوياء	١٦٨,٨٠٠٠	٢٠,٧٤٠٣٨	٩٣,٩٣٧	٠,٠٠٠١
	منتكسون	١٠٣,١٤٠٠	٢٣,٧١١٧١		
	متعافون	١٤٨,٤٠٠٠	٢٨,٤٧٦٢٧		
المواجهة السلبية (١٩ بندًا)	أسوياء	٤٣,٢٦٠٠	٦,٢٣٩٤٧	٧٨,٥٩٢	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٦٠,٩٦٠٠	١١,١٦١٠٨		
	متعافون	٤٢,٠٢٠٠	٧,١٢٤٢٣		
المواجهة الدينية (١١ بندًا)	أسوياء	٣٨,٩٨٠٠	٦,٤٦٣٣٧	٤٦,٨٩٦	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٢٤,٧٢٠٠	٩,١٧٦٣٧		
	متعافون	٢٤,٣٠٠٠	٩,٨٦٩٠٤		

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

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الأسوياء والمنتكسين والمتعافين في المواجهة الإيجابية وذلك في اتجاه الأسوياء، ثم المتعافين، وتوجد فروق بينهم في المواجهة السلبية في اتجاه المنتكسين، وتوجد فروق بينهم في المواجهة الدينية في اتجاه الأسوياء عند مستوى ٠,٠١ .

ثانيًا : ثبات المقياس:

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

جدول (١٠) معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ ومعامل ثبات القسمه النصفية لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط للعينة الاستطلاعية

المجموعات		مجموعة الأسوياء		مجموعة المنتكسين		مجموعة المتعافين	
		معامل ألفا	القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمه النصفية بعد تصحيح الطول
المواجهة الإيجابية (١٤ بندًا)		٠,٩٤٧	٠,٨٦١	٠,٩٢٥	٠,٩٤٠	٠,٩٥٦	٠,٨٧٢
المواجهة السلبية (١٩ بندًا)		٠,٤٧٩	٠,٥٩٢	٠,٨١٩	٠,٨٢٧	٠,٦٣١	٠,٧١٥
المواجهة الدينية (١١ بندًا)		٠,٧٨٨	٠,٧٩٢	٠,٩١٨	٠,٩١٥	٠,٩٣٠	٠,٨٩٥

يتضح من الجدول السابق أن ثبات ألفا كرونباخ والقسمه النصفية مقبول لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط، لدى الأسوياء والمنتكسين 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 رئيسية، هي: استراتيجيات المواجهة الإيجابية (٤١) بندًا، واستراتيجيات المواجهة السلبية (١٩) بندًا، واستراتيجيات المواجهة الدينية (١١) بندًا، وبداخل المقاييس الفرعية بنود معكوسة، وبدائل الإجابة (لا ينطبق، ينطبق إلى حد ما، ينطبق بدرجة متوسطة، ينطبق بدرجة كبيرة).

[٢] مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحثين) :

تم إعداد هذه المقاييس وفقا 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 الكريم" (٢٠٠٠).
- مقياس المساندة الاجتماعية "تسرين 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 التي تضمنتها الأدوات المتاحة في التراث قام الباحثان بإعداد المقاييس التي يتوفر فيه الخصائص التالية :

- أ (تصميم مقياس للمساندة الاجتماعية يغطي 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 الأولى :

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

الكفاءة السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من صدق المقياس وثباته على العينة المشار إليها من قبل (ن=٩٠٠)، (٣٠ منتكساً، ٣٠ متعافياً، ٣٠ أسوياء) تراوحت أعمارهم بين (٢١-٤٠) عاماً، وذلك على النحو التالي :

أولاً : صدق المقياس : 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 سابقاً؛ 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.

وأُسفر 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 التي أدخلت على صياغة بعض البنود ضمن هذه المقاييس الفرعية، واستبدال بعض الكلمات أو إضافة كلمات أخرى بحيث تعدل من البند دون أن تغير من معناه المقصود وفصل البند إلى بندين منفصلين، وأصبح المقياس (٧٢) بندًا موزعة على أربع مكونات فرعية.

ب) صدق المفهوم :

حسب صدق المفهوم لمقياس المساندة الاجتماعية، من خلال الارتباط بين الدرجة على المكون الفرعي، والدرجة الكلية على المقياس لدى المجموعات الثلاث.

جدول (١١) معاملات ارتباط المكونات الفرعية لمقياس المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية للمجموعات الثلاث

المجموعات المتغيرات	مجموعة الأسوياء	مجموعة المنتكسين	مجموعة المتعافين
المساندة السلوكية (١٦ بندًا)	**, ٨٠٢	**, ٨١٩	**, ٦٦٢
المساندة المادية (١١ بندًا)	**, ٧٢٢	**, ٨٢١	**, ٨٨٢
المساندة المعرفية (٢٢ بندًا)	**, ٨٧٢	**, ٧٧٤	**, ٨٣٥
المساندة الوجدانية (٢٣ بندًا)	**, ٨٤٥	**, ٨٤٧	**, ٨٧٧

يتضح من الجدول السابق وجود معاملات ارتباط مرتفعة ودالة عند مستوى ٠,٠١ بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية على المقياس، لدى الأسوياء والمنتكسين 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 المساندة الاجتماعية لدى المجموعات الثلاث

المجموعات		مجموعة الأسوياء		مجموعة المنتكسين		مجموعة المتعافين	
		معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
المساندة السلوكية (١٦ بنداً)		٠,٨٥٣	٠,٨٩٥	٠,٨٦٨	٠,٨٠٧	٠,٧٤٠	٠,٧٥٥
المساندة المادية (١١ بنداً)		٠,٨١٩	٠,٧٠٣	٠,٧٤٥	٠,٧٦٣	٠,٦٩٦	٠,٦٠١
المساندة المعرفية (٢٢ بنداً)		٠,٨٤٣	٠,٨٣٧	٠,٥١٧	٠,٤٠١	٠,٥٠٢	٠,٥١٦
المساندة الوجدانية (٢٣ بنداً)		٠,٨٧٦	٠,٦٩٧	٠,٧٦٩	٠,٦٧٣	٠,٧٧٢	٠,٥٧٧
المساندة الكلية (٧٢ بنداً)		٠,٩٣٩	٠,٩٠٧	٠,٩٠٢	٠,٨٨٥	٠,٨٨١	٠,٧٥٥

يتضح من الجدول السابق أن ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية مقبول لمقياس المساندة الاجتماعية، لدى مجموعة الأسوياء والمنتكسين والمتعافين.

وصف المقياس في صورته النهائية :

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

ثالثاً : مقياس التوافق ((إعداد الباحثين) :

تم إعداد هذه المقاييس وفقاً للإجراءات الآتية :

١ - مراجعة التراث البحثي وطرق القياس، والنماذج والنظريات المختلفة لتفسير التوافق وأبعادها المختلفة.

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

- مقياس "قرناندا وبارثولوميو" Bartholomeu & Fernanda (٢٠٠٣) لقياس القدرة على التوافق مع البيئة المهنية.
- مقياس التوافق النفسي الاجتماعي لطلبة الجامعة "بوشاشي سامية" (٢٠١٣).
- مقياس التوافق النفسي الاجتماعي لأبناء العاملات "أماني حمدي" (٢٠١١).
- مقياس التوافق النفسي لطلبة الجامعة "ياسمين مختار" (٢٠٢١).
- مقياس التوافق النفسي على البيئة الجزائرية "لطيفة جامع" (٢٠١٧).
- مقياس التوافق النفسي "زينب شقير" (٢٠٠٢).
- مقياس التوافق العام على التلاميذ "على عدة" (٢٠١٤).
- مقياس التوافق "شناه وسنيف" (Shiha, Singh) (1967).

وبفحص المقاييس السابقة تبين الآتي :

- اختلفت بعض هذه المقاييس في أنواع التوافق عن مقياس الدراسة الحالية.
- صممت المقاييس في سياقات أخرى وعدم ملاءمتها لمجال الاعتماد على المواد النفسية.
- قامت بعض الدراسات بتعديل مقياس معين من خلال إضافة بنود جديدة، وحذف بنود لتلائم طبيعة العينة؛ لذا تم الوقوف على أكثر المكونات التي استخدمها الباحثون للمقياس، وبناءً على ذلك تم تصميم مقياس يلائم الدراسة الراهنة.
- غموض صياغة بعض البنود، وعدم وضوح ارتباطها بمكونات المقياس.
- اعتمد بعض الدراسات على عينات مختلفة عن العينة 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 الأبعاد.
- ب (صياغة البنود بطريقة واضحة يسهل فهمها، وتلائم المعتمدين على المواد النفسية.

وصف المقياس في صورته الأولية :

يتكون مقياس التوافق الحالي الذي أعده الباحثان من (٩٨) بنداً في صورته الأولية، موزعة على خمسة أبعاد رئيسية، هي: التوافق النفسي (٢٧) بنداً، والتوافق الاجتماعي (٢٤) بنداً، التوافق الأسري (٢١) بنداً، والتوافق الصحي (١٠) بنود، والتوافق الوظيفي (١٦) بنداً تتضمن المقاييس الفرعية بنوداً معكوسة.

الكفاءة السيكمترية للمقياس :

تم التحقق من صدق المقياس وثباته على العينة المشار إليها من قبل، (٣٠ منتكساً، ٣٠ متعافياً، ٣٠ أسوياء) تراوحت أعمارهم بين (٢١-٤٠) عاماً، وذلك على النحو التالي:

أولاً : صدق المقياس :

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 السابق ذكرهم؛ 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.

وأُسفر تحكيم مقياس التوافق عن ارتفاع نسب الاتفاق بين المحكمين، حيث تراوحت نسب الاتفاق بين المحكمين بنود المقياس عن حصول (٨٣) بنداً على نسبة اتفاق (١٠٠%)، وحصول (١٤) بنداً على نسبة اتفاق (٩٠%)، وحصول (١) بنداً على نسبة اتفاق (٨٠%). ووجود اتساق واضح بين مضمون كل مقياس فرعي من المقاييس النوعية المكونة للمقياس، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها، فيما عدا إضافة بعض التعديلات القليلة التي أدخلت على صياغة بعض البنود ضمن هذه المقاييس الفرعية، واستبدال بعض الكلمات أو إضافة كلمات أخرى بحيث تعدل من البند دون أن تغير من معناه المقصود وفصل البند إلى بندين منفصلين، وأصبح المقياس ١٠٦ بنداً.

ب) صدق المفهوم :

حساب صدق المفهوم لمقياس التوافق، من خلال الارتباط بين الدرجة على المكون الفرعي، والدرجة الكلية على المقياس لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

جدول (١٣) يوضح معاملات الارتباط الفرعية
بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التوافق للعينة الاستطلاعية

المجموعات المتغيرات	مجموعة الأسوياء	مجموعة المنتكسين	مجموعة المتعافين
التوافق النفسي (٣٣) بنداً	**٠,٧٧٥	**٠,٧٧٩	**٠,٨٩٢
التوافق الاجتماعي (٢٦) بنداً	**٠,٧٨٠	**٠,٥٠٥	**٠,٤٢٥
التوافق الأسري (٢١) بنداً	**٠,٧٢٣	**٠,٧٧٣	**٠,٨٢٨
التوافق الصحي (١٠) بنداً	**٠,٧٣٩	٠,٠٥٠-	**٠,٥٨١
التوافق الوظيفي (١٦) بنداً	**٠,٥٤٢	**٠,٤٧٦	*٠,٣٠٣

يتضح من الجدول السابق وجود معاملات ارتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية على مقياس التوافق، لدى الأسوياء والمنتكسين والمتعافين. فيما عدا بعد التوافق الصحي لدى المنتكسين.

ثانياً : ثبات المقياس :

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

جدول (١٤) معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ
ومعامل ثبات القسمة النصفية لمقياس التوافق للعيينة الاستطلاعية

المجموعات		الأسوياء		المنتكسين		المتعافون	
المتغيرات	معامل ألفا	معامل ألفا	معامل ألفا	معامل ألفا	معامل ألفا	معامل ألفا	معامل ألفا
التوافق النفسي (٣٣) بنداً	٠,٩٢٠	٠,٧٨٦	٠,٩١٧	٠,٨١٨	٠,٩٠٤	٠,٨٣٥	٠,٨٣٥
التوافق الاجتماعي (٢٦) بنداً	٠,٩٠٦	٠,٨٣٣	٠,٥٤٠	٠,٤١٠	٠,٣٢٨	٠,٤٠٧	٠,٤٠٧
التوافق الأسري (٢١) بنداً	٠,٨٧٣	٠,٨٥٤	٠,٨٨١	٠,٨٦٧	٠,٧٩٢	٠,٨٤٣	٠,٨٤٣
التوافق الصحي (١٠) بنداً	٠,٨٨٨	٠,٨١٢	٠,٨٣٥	٠,٩٠٤	٠,٨٠٦	٠,٨٢٥	٠,٨٢٥
التوافق الوظيفي (١٦) بنداً	٠,٨٤٢	٠,٨٤١	٠,٥٢٢	٠,٦٦٨	٠,٦٦٨	٠,٧٣٧	٠,٧٣٧
التوافق النفسي الكلي (١٠٦) بنود	٠,٩٥٠	٠,٦٩٧	٠,٨٦٦	٠,٩٢٦	٠,٩٠٤	٠,٧٠٤	٠,٧٠٤

يتضح من الجدول السابق أن مستوى ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية ذات ثبات مقبول لمقياس التوافق، لدى مجموعة الأسوياء والمنتكسين والمتعافين.

وصف المقياس في صورته النهائية :

يتكون مقياس التوافق الحالي الذي أعده الباحثان في صورته الأولية كان من (٩٨) بنداً تم اقتراح إضافة (٨) بنود وشمل المقياس في صورته النهائية (١٠٦) بنود، موزعة على خمسة أبعاد رئيسية، هي: التوافق النفسي (٣٣) بنداً، والتوافق الاجتماعي (٢٦) بنداً، التوافق الأسري (٢١) بنداً، والتوافق الصحي (١٠) بنداً، التوافق الوظيفي (١٦) بنداً وبداخل المقاييس الفرعية بنود معكوسة، وتم تصحيح المقياس في اتجاه التوافق أي أن الدرجة المرتفعة تشير إلى التوافق، وبدائل الإجابة (لاينطبق، ينطبق إلى حد ما، ينطبق بدرجة متوسطة، ينطبق بدرجة كبيرة).

نتائج الدراسة :

نعرض فيما يلي 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 :

الفرض الأول :

ينص على "توجد فروق بين كل من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسي والأسوياء في استراتيجيات مواجه الضغوط"

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين في اتجاه واحد لمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاثة في مقياس استراتيجيات المواجهة ومكوناته:

جدول (١٥) الفروق بين المجموعات الثلاث في مقياس استراتيجيات المواجهة

المتغير	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفريط	ف	الدلالة
مواجهة إيجابية	أسوياء	١٦٨,٨٠	٢٠,٧٤	٠,٥٤٥-	٠,٤٧٥-	**٩٣,٩٣٧	٠,٠٠٠١
	منتكسون	١٠٣,١٤	٢٣,٧١	١,٤٢١	١,٢٤٧		
	متعافون	١٤٨,٤٠	٢٨,٤٨	٠,٠٧٤-	١,٠٧٠-		
مواجهة سلبية	أسوياء	٤٣,٢٦	٦,٢٤	٠,٠٧١	١,٠٣١-	**٧٨,٥٩٢	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٦٠,٩٦	١١,١٦	٠,٨٥٠-	٠,٢٨٦		
	متعافون	٤٢,٠٢	٧,١٢	١,٩٢١	٦,٣٢١		
مواجهة دينية	أسوياء	٣٨,٩٨	٦,٤٦	٠,٤٠٤-	٠,٥٢٢-	**٤٦,٨٩٦	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٢٤,٧٢	٩,١٨	٠,٣٥٤-	١,٠٢٦-		
	متعافون	٢٤,٣٠	٩,٨٧	٠,٢٦٤-	١,٣٣٩-		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المجموعات الثلاث (الأسوياء والمنتكسين والمتعافين) في استراتيجيات المواجهة.

جدول (١٦) شيفيه بين المجموعات الثلاث في استراتيجيات مواجهة الضغوط

المتغير التابع	المجموعات	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
مواجهة إيجابية	أسوياء	منتكسون	٤٠,٣٤٨	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	٤٠,٣٤٨	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	٤٠,٣٤٨	٠,٠٠٠١
مواجهة سلبية	أسوياء	منتكسون	١٧,٧٠٠٠-	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	١,٢٤٠٠٠	٠,٧٦٤
	منتكسون	متعافون	١٨,٩٤٠٠٠	٠,٠٠٠١
مواجهة دينية	أسوياء	منتكسون	١٤,٢٦٠٠٠	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	١٤,٦٨٠٠٠	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	١٤,٢٠٠٠	٠,٩٧١

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- ١ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المواجهة الإيجابية في اتجاه الأسوياء.
- ٢ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المواجهة الإيجابية في اتجاه الأسوياء.
- ٣ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المواجهة الإيجابية في اتجاه المتعافين.
- ٤ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المواجهة السلبية في اتجاه المنتكسين .
- ٥ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المواجهة السلبية .
- ٦ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المواجهة السلبية في اتجاه المنتكسين.
- ٧ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المواجهة الدينية في اتجاه الأسوياء.
- ٨ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المواجهة الدينية في اتجاه الأسوياء.
- ٩ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المواجهة الدينية.

الفرض الثاني :

ينص على "توجد فروق بين كل من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في المساندة الاجتماعية".

جدول (١٧) الفروق بين الأسوياء والمنتكسين والمتعافين في المساندة الاجتماعية

المتغيرات	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفطح	ف	الدلالة
المساندة السلوكية	أسوياء	٦٥,٨٨٠٠	٨,٨٨	٠,٦٣١-	٠,٧٦٠-	**١٣٤,٠٦٦	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٣٥,٦٠٠٠	٩,٨٨	٠,٢٤٩	٠,٦٤١		
	متعافون	٤٩,٩٢٠٠	٨,٩٤	١,٠١٣	٠,٥٠٨		
المساندة المادية	أسوياء	٤٣,١٢٠٠	٦,٨٢	٠,٤٧٧-	٠,٩٢٩-	**١٠٣,٣٨٥	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٢٤,٠٨٠٠	٦,٨٩	٠,١١٨	٠,٧٥٧-		
	متعافون	٣١,٨٦٠٠	٦,٢٣	٠,١٢٧-	١,٠٨٨-		
المساندة المعرفية	أسوياء	٧٥,٦٨٠٠	١٠,١٠	٠,٣٧٣-	٠,٨٣٣-	**١٧٧,٢٣١	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٤٥,٠٦٠٠	٦,٨٢٥	٠,٠٨٠	٠,٥٧٤		
	متعافون	٥٨,٥٦٠٠	٧,١١	٠,٣١٦	١,٢٠٣-		
المساندة الوجدانية	أسوياء	١٠٣,٣٠٠٠	١٢,٩	١,٢٤٢-	١,٩٠٧	**١٥٥,٤٨١	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٦٠,٣٦٠٠	١١,٧٤	٠,٨١٤	٠,١٩٥-		
	متعافون	٧٤,٨٤٠٠	١٢,٣٩	٠,١٤٦-	٠,٦٢٩-		
المساندة ككل	أسوياء	٢٨٧,٩٨٠٠	٣١,٨٤	٠,٩٤٦-	٠,٥٨٩	**٢١٥,٩٤٦	٠,٠٠٠١
	منتكسون	١٦٥,١٠٠٠	٢٨,٩٩	٠,٥٨٨	٠,٢٦٠-		
	متعافون	٢١٥,١٨٠٠	٢٨,٢٤	٠,١١٥-	١,٣٨٢-		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المجموعات الثلاث (الأسوياء والمنتكسين والمتعافين) في المساندة.

جدول (١٨) شيفيه بين المجموعات الثلاث في المساندة الاجتماعية

المتغيرات	المجموعات	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
المساندة السلوكية	أسوياء	٣٠,٢٨٠٠٠	١,٨٥٠٠٩	٠,٠٠٠١
	أسوياء	١٥,٩٦٠٠٠	١,٨٥٠٠٩	٠,٠٠٠١
	منتكسون	١٤,٣٢٠٠٠-	١,٨٥٠٠٩	٠,٠٠٠١
المساندة المادية	أسوياء	١٩,٠٤٠٠٠	١,٣٣١٤٦	٠,٠٠٠١
	أسوياء	١١,٢٦٠٠٠	١,٣٣١٤٦	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٧,٧٨٠٠٠-	١,٣٣١٤٦	٠,٠٠٠١
المساندة المعرفية	أسوياء	٣٠,٦٢٠٠٠	١,٦٣٠١٦	٠,٠٠٠١
	أسوياء	١٧,١٢٠٠٠	١,٦٣٠١٦	٠,٠٠٠١
	منتكسون	١٣,٥٠٠٠٠-	١,٦٣٠١٦	٠,٠٠٠١
المساندة الوجدانية	أسوياء	٤٢,٩٤٠٠٠	٢,٤٧٧٧٠	٠,٠٠٠١
	أسوياء	٢٨,٤٦٠٠٠	٢,٤٧٧٧٠	٠,٠٠٠١
	منتكسون	١٤,٤٨٠٠٠*	٢,٤٧٧٧٠	٠,٠٠٠١
المساندة الكلية	أسوياء	١٢٢,٨٨٠٠٠*	٥,٩٤٦٤٠	٠,٠٠٠١
	أسوياء	٧٢,٨٠٠٠٠*	٥,٩٤٦٤٠	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٥٠,٠٨٠٠٠*	٥,٩٤٦٤٠	٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق مايلي :

- ١ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المساندة السلوكية في اتجاه الأسوياء.
- ٢ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المساندة السلوكية في اتجاه الأسوياء.
- ٣ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المساندة السلوكية في اتجاه المتعافين.
- ٤ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المساندة المادية في اتجاه الأسوياء.
- ٥ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المساندة المادية في اتجاه الأسوياء.
- ٦ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المساندة المادية في اتجاه المتعافين.
- ٧ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المساندة المعرفية في اتجاه الأسوياء.
- ٨ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المساندة المعرفية في اتجاه الأسوياء.
- ٩ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المساندة المعرفية في اتجاه المتعافين.
- ١٠ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المساندة الوجدانية في اتجاه الأسوياء.
- ١١ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المساندة الوجدانية في اتجاه الأسوياء.
- ١٢ - أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المساندة الوجدانية في اتجاه المتعافين.
- ١٣ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في المساندة في اتجاه الأسوياء.
- ١٤ - أن هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في المساندة في اتجاه الأسوياء.
- أن هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في المساندة في اتجاه المتعافين.

الفرض الثالث :

ينص على "توجد فروق بين كل من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في التوافق".

جدول (١٩) الفروق بين المجموعات الثلاث في التوافق

المتغيرات	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفطح	ف	الدلالة
التوافق النفسي	أسوياء	١٣٤,٥٢٠٠	١٧,٨٩١١٠	٠,٦٢٢-	٠,٨٤٤-	**١٢٤,٣٩٠	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٧٤,١٤٠٠	١٩,٣١٩٠٣	٠,٣٦١	٠,٣٩٩		
	متعافون	١٠٧,٧٤٠٠	٢٠,٢٥٩٣٥	٠,٢٣٥-	١,٤٤٢-		
التوافق الاجتماعي	أسوياء	٦٥,٢٤٠٠	٩,٩٣٧٦٨	٠,٢٨٤-	٠,٩٥٦-	*١٧٥,٤٠٤	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٣٧,١٦٠٠	٦,٠٤٨٦٥	٠,٠٤٩	٠,٦٣٨-		
	متعافون	٤٩,٩٨٠٠	٥,٨٠١٠٩	٠,٥١٣	٠,٥٨٨		
التوافق الأسري	أسوياء	٨٨,٣٠٠٠	١١,٤٨٧٧٩	١,٤٦٤-	٣,٥٥٥	**١٠٧,٨٥٠	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٥٢,٦٢٠٠	١٥,٣٣٨٢١	٠,٤٦٨	١,٢٥٤-		
	متعافون	٥٩,٥٢٠٠	١١,٤٤١٤٩	٠,٣٢٢-	١,٣٧٧-		
التوافق الصحي	أسوياء	٧٩,٦٠٠٠	١٢,٣٧٦٧٤	٠,٢٥٣-	١,٠٣٨-	**٧٨,٥٣٣	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٥٠,٥٤٠٠	١٢,٢٤٩٤٦	٠,٢١٠	٠,٢١٥-		
	متعافون	٥٥,٦٦٠٠	١٢,٥٠٥٦٩	٠,٣٣٦	٠,٤٩٩-		
التوافق الوظيفي	أسوياء	٥٩,٣٤٠٠	١٠,١٣٩٠٥	٠,٦٩٢	١,٠٨٩-	**٧٧,٩٥٠	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٣٨,٨٨٠٠	٦,٥٨٢٧٢	٠,١١٣-	٠,٨٦٧-		
	متعافون	٤٧,٢٠٠٠	٧,٥٨٨٩٣	٠,٢٩١-	١,١٨٥-		
التوافق الكلي	أسوياء	٤٢٧,٠٠٠٠	٤٤,٥٧٠٥١	٠,٨٧٩-	٠,٧٤٣	**٢٤٩,٨٦٤	٠,٠٠٠١
	منتكسون	٢٥٣,٣٤٠٠	٣٢,٤٧٠١٥	٠,٣٣٦	٠,٤٩٩-		
	متعافون	٣٢٠,١٠٠٠	٣٩,٥٧١٣٠	١,٠٥٥	٢,٧٦٧		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المجموعات الثلاث (الأسوياء والمنتكسين والمتعافين)

في التوافق ومكوناته.

جدول (٢٠) شيفيه بين المجموعات الثلاث في التوافق

المتغيرات	المجموعات	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
التوافق النفسي	أسوياء	منتكسون	٣,٨٣٦٢٤	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	٣,٨٣٦٢٤	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	٣,٨٣٦٢٤	٠,٠٠٠١
التوافق الاجتماعي	أسوياء	منتكسون	١,٥٠١٠٩	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	١,٥٠١٠٩	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	١,٥٠١٠٩	٠,٠٠٠١
التوافق الأسري	أسوياء	منتكسون	٢,٥٧٧١٨	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	٢,٥٧٧١٨	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	٢,٥٧٧١٨	٠,٠٠٠١
التوافق الصحي	أسوياء	منتكسون	٢,٤٧٥٥٥	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	٢,٤٧٥٥٥	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	٢,٤٧٥٥٥	٠,٠٠٠١
التوافق الوظيفي	أسوياء	منتكسون	١,٦٤٨١٣	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	١,٦٤٨١٣	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	١,٦٤٨١٣	٠,٠٠٠١
التوافق الكلي	أسوياء	منتكسون	٧,٨٣٧٢٩	٠,٠٠٠١
	أسوياء	متعافون	٧,٨٣٧٢٩	٠,٠٠٠١
	منتكسون	متعافون	٧,٨٣٧٢٩	٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق أنه :

- هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في التوافق النفسي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في التوافق النفسي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في التوافق النفسي في اتجاه المتعافين.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في التوافق الاجتماعي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في التوافق الاجتماعي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في التوافق الاجتماعي في اتجاه المتعافين.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في التوافق الأسري في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في التوافق الأسري في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في التوافق الأسري في اتجاه المتعافين.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في التوافق الصحي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في التوافق الصحي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في التوافق الصحي في اتجاه المتعافين.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في التوافق الوظيفي في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في التوافق الوظيفي في اتجاه الأسوياء.

- هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في التوافق الوظيفي في اتجاه المتعافين.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمنتكسين في التوافق في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين الأسوياء والمتعافين في التوافق في اتجاه الأسوياء.
- هناك فروقاً بين المنتكسين والمتعافين في التوافق في اتجاه المتعافين.

مناقشة النتائج :

ستتم فيما يأتي مناقشة النتائج بالتفصيل في ضوء نتائج الدراسات السابقة، ومحاولة ربطها بالأطر النظرية المفسرة لها.

مناقشة نتائج الفرض الأول :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروقٌ بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط".

وكشفت نتيجة الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض كلياً، حيث أظهرت النتائج وجود فروقٍ بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط.

وعندما نتجه إلى مناقشة هذا الفرض نجد أنَّ هذه النتيجة التي تشير إلى أن هناك فروقاً بين كلٍّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في استراتيجيات مواجهة الضغوط،، اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقاً لنتائج دراسات (Black & Brown, 2015; Dashora et al., 2011; Capella & Adan, 2017; Smith et al., 2006).

حيث اتسقت نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الراهنة حيث إن المنتكسين يقومون باستخدام استراتيجيات التجنب والانسحاب الاجتماعي كما أن لديهم انتكاسات بشكل أكثر ويقومون باستخدام استراتيجيات التوافق السلبية بشكل كبير (Capella & Adan, 2017)، كما أن المتعافين لديهم استراتيجيات مواجهة إيجابية بدرجة أعلى وذلك لتعلمهم أساليب علاجية تساعدهم في التعامل مع أي ضغوط يمرون بها بطرق وتكنيكات يتم تعلمها من برامج العلاج التي يخضعون لها (Dashora et al., 2011). وذلك لأن الجزء الأكبر من الاستمرار في التعافي معتمد على مواجهة الضغوط بطرق إيجابية وفقاً لبرامج العلاج النفسي والاجتماعي التي يمرون بها والتي يستمرون في المتابعة عليها من حين لآخر والتي تساعدهم على اتباع طرق جديدة في التعامل مع المواقف الضاغطة وأي مشاعر سلبية وذلك بتكنيكات علاجية صحيحة، أما بالنسبة للأسوياء فيقومون بالتعامل في المواقف الضاغطة وفقاً لخبراتهم الذاتية وتجاربهم المسبقة ولكن ليس وفقاً لتكنيكات علاجية متعلمة ومقننة كما يقوم بها المتعافون؛ ومن هنا نجد أنهم أكثر قدرة على التعامل على المواجهة الفعالة مع المواقف الضاغطة التي يمرون بها.

كما أشارت الدراسات السابقة إلى أنه إذا كان الفرد عاجزاً عن مواجهة المواقف الضاغطة والخطرة بنجاح فإنه قد يكون مفتقراً إلى مهارات المواجهة أو الاستجابة المناسبة لهذه المواقف التي تم كفها نتيجة لشعوره بالخوف أو القلق، أو قد تكون الخبرة الإيجابية المسجلة في ذاكرة المتعاطي حول الآثار السريعة المخفضة للتوتر، أقوى من مستوى الخبرة الإيجابية المكتسبة من المواجهة الناجحة مع مواقف الانتكاس، ومن ثم تجعله يتجاهل الآثار السلبية المتراكمة التي يسببها التعاطي وهذا من شأنه أن يسبب نقصاً في الكفاءة الذاتية مع الشعور بالعجز وقلة الحيلة لمواجهة المواقف الخطرة (Kamarajan et al., 2016).

ومن ثم، يؤدي ذلك إلى مزيد من الانتكاسات وعدم القدرة على المواجهة الإيجابية والاستمرار في النمط السلبي من المواجهة غير الفعالة للمنتكسين كما نجد أن المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية أكثر قدرة على المواجهة بشكل إيجابي وذلك نتيجة لمرورهم بخبرات علاجية تسمح لهم بالقدرة على التعامل والمواجهة بشكل إيجابي للضغوط وأقل في التعامل بطرق سلبية لمواجهة الضغوط وذلك لمرورهم بخبرات علاجية تسمح لهم بتحديد أسباب ومثيرات الانتكاس ومن ضمنها التعامل مع الضغوط بشكل سلبي وغير فعال وجعلها تتراكم حتى تؤدي بهم إلى الانتكاس.

وانتقلت أيضاً تلك النتائج مع التراث النظري حيث يتضح ذلك في نموذج "موس Moos فيوضح النموذج التفاعل المستمر بين البيئة والفرد، فالبيئة تشتمل على المناخ الاجتماعي والضغوط الدائمة والأسس التي تنشأ منها مجالات الحياة المختلفة فنجد العامل الأكبر لتأثيرات السياق البيئي المستمر كأحداث الحياة الضاغطة تُظهر كيف يمكن أن تؤثر على صحة الفرد وحسن حاله وكيف يمكن أن تكون سبباً في ظهور اضطرابات ومشكلات نفسية لديه وكذلك كيف يمكن أن تكون سبباً في استمرار وجود الاضطراب وعدم القدرة على المواجهة بشكل إيجابي (Louw & Viviers, 2010).

وهناك مجموعة من الباحثين يفضلون التعامل مع أساليب المواجهة عن طريق تقسيمها إلى أساليب إقدامية وأساليب إجمامية (Moos & Schaefer, 1993) ^{٢٠}.

فالأفراد ذوو الأساليب الإقدامية عندما يواجهون أزمة أو موقفاً ضاغطاً فإنهم يتصدون للموقف الضاغط ويقومون بمواجهتها والتعامل معها بشكل فعال، أما الأفراد ذوو الأساليب الإجمامية عندما يتعاملون مع الموقف الضاغط يتعاملون معها من خلال اتباع أساليب تجنبية تؤدي بهم إلى تراكم الضغوط والصعاب وكثرة المشكلات لدى غير القادرين على التعامل معها (رجب شعبان، ١٩٩٠).

ومزيداً من الدعم للنتائج، تُشير نتائج بعض الدراسات إلى أن المنتكسين يقومون باستخدام استراتيجيات التجنب والانسحاب الاجتماعي كما أن لديهم انتكاسات بشكل أكثر كما أنهم يقومون باستخدام استراتيجيات المواجهة السلبية بشكل أكبر وهذا عكس مايقوم به المتعافون (Capella & Adan, 2017).

مناقشة نتائج الفرض الثاني :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروقٌ بين كلِّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في المساندة الاجتماعية".

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض كلياً، حيث أظهرت النتائج وجود فروقٍ بين كلِّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في المساندة الاجتماعية ومكوناتها الفرعية.

وعندما نتجه إلى مناقشة هذا الفرض نجد أنَّ هذه النتيجة التي تشير إلى أن هناك فروقاً بين كلِّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في المساندة الاجتماعية، اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقاً لنتائج دراسات (Davis & Jason, 2005; Laudet et al., 2006;) (Bruce et al., 2004; Paul et al., 2013; Peirce et al., 2016; Newcomb & Bentler, 2016).

حيث اتسقت نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الراهنة فقد وجد أن كثرة الانتكاسات كانت تحدث لافتقارهم المساندة الاجتماعية التي تشجعهم على متابعة البرامج العلاجية والرعاية اللاحقة لديهم (عبد الله عسكر، أحمد البراك، ١٩٩٠).

وقد أشار العديد من الدراسات السابقة إلى أن الأفراد الذين لديهم 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).

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 فيما بعد (Marlett, 2000).

كما تُقدم نظرية التبادل الاجتماعي تفسيراً للعوامل الدافعة للانضمام إلى الجماعة، حيث تشير إلى أن الأفراد ينضمون إلى الجماعات لإشباع حاجات خاصة وعلى الرغم من أنهما لم يحددا طبيعة هذه الحاجات، فقد أكدوا أن الفرد يقيم الإشباع التي يحصل عليها من الجماعة في ضوء محكين وهما:

- **المحك الأول :** المقارنة الشخصية، ويتمثل في تحقيق الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة.

- **المحك الثاني :** المقارنة بين البدائل، ويقصد به مقارنة الإشباع التي يتم الحصول عليها من علاقة معنية، بالإشباع التي يمكن الحصول عليها من خلال علامة أخرى بديلة، ويسعى الفرد نحو العلاقة التي تحقق له أكبر قدر من الإشباع في ضوء ما يتلقاه من إثباتات وتكاليف مادية ونفسية (شعبان جاب الله، ٢٠٠٦، ١٧٤).

تجدر الإشارة إلى أنه كلما كان المنتكسون بداخل بيئة غير داعمة اجتماعيًا لهم نجدهم يقومون بالانضمام للمجموعات التي تقوم بكف تلك الاحتياجات وتفرغها بشكل غير صحي عن طريق التعاطي والاستمرار في نمط محاولة التعافي ولكن يقومون بالعودة مره أخرى نتيجة لوجود بيئة غير داعمة لهم، كذلك نجد المتعافين والذين لديهم قدرة على الاستمرار في التعافي فترات طويلة لديهم بيئة مساندة اجتماعيًا ومصدر يقومون بالعودة إليه بشكل دائم في حالة وجود مشكلات لديهم وانضمام المتعافين والمستمرين في التعافي لفترات طويلة لمجموعات الدعم والمساندة للمدمنين المجهولين.

كما تفترض أيضًا النظرية الوظيفية وظائف العلاقات المتداخلة 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 المتداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد (ندا حسين، ٢٠١٢، ٢٣).

ويدعم بعض الدراسات هذه النظرية، منها الدراسة التي تشير إلى أنه كلما كان هناك نقص في المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة ومن الأصدقاء وزملاء العمل والجيران في الظروف الصعبة، لجأ المتوقف عن التعاطي أحيانًا إلى الانسحاب والعزلة عن الآخرين وتفضيل الخلوة مع الذات واعتزال الآخرين، يومًا بعد يوم ومن ثم يلجأ إلى العودة مرة أخرى للتعاطي والانتكاس (Barber, 1992).

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق بين كلٍ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في التوافق".

وكشفت نتيجة الدراسة الراهنة عن تحقق الفرض كليًا، حيث أظهرت النتائج وجود فروق بين كلٍ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في التوافق.

وعندما نتجه إلى مناقشة هذا الفرض نجد أن هذه النتيجة التي تشير إلى أن هناك فروقًا بين كلٍ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والأسوياء في التوافق، اتفقت مع التراث البحثي، وذلك وفقًا لنتائج دراسات (Helmy et al., 2016; Virtanen et al., 2010; Minehan et al., 2008; Hussonga & Chassinb, 2011; Clair& David, 2016).

حيث اتسقت نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الراهنة حيث وجد أن ضعف مهارات التوافق يتنبأ بمزيد من تعاطي المواد النفسية والأدوية المتعددة (Minehan et al., 2008).

وقد أشار العديد من الدراسات السابقة إلى أن المنتكسين مرات متعددة عانوا من اضطراب في التوافق على مدى طويل، كما أن عدم التوافق الاجتماعي يزيد من النوبات المتكررة للانتكاس وعدم القدرة على الاستمرار في التعافي (Virtanen et al., 2010). كما تشير معظم الدراسات إلى وجود علاقة بين ارتفاع معدلات الانتكاس وعدم القدرة على التوافق (مايسة جمعة، ٢٠٠٣، ٨).

واتفقت أيضًا تلك النتائج مع التراث النظري الذي يشير إلى أن المعتمدين على المواد النفسية يصبحون أكثر اضطرابًا في التوافق النفسي والاجتماعي بالمحيطين بهم ولديهم نسبة أعلى في الانتكاس، ونجدهم أقل قدره على التوافق مع المجتمع المحيط بهم مقارنة بالمتعافين (Roizen et al., 2020).

كما تُقدم نظرية التعلم الاجتماعي التي ركزت على تشكيل السلوك من خلال النمذجة وتقليد سلوك الآخرين، تفسير التوافق بأنه مُتعلّم عن طريق التجربة المباشرة والنمذجة، أو من خلال المشاهدة لسلوك الآخرين، ما يترتب عليه من مكافأة، وقد يقل التوافق، إذا شوهذ النموذج يُعاقب؛ أي إنَّ التعزيز والعقاب يؤديان دورًا كبيرًا في اكتساب السلوك والاحتفاظ به. وقد يكون النموذج العائلة أو أحد الجيران أو الأصدقاء.

ومن هنا نفسر الانتكاسات التي تحدث بأنها مُتعلّمة عن طريق التجربة المباشرة والنمذجة أو من خلال المشاهدة لسلوك الآخرين والأقرآن وكذلك الاستمرار في التعافي فكلما كان المحيط أكثر توافق كانت التوابع الاستمرار في التعافي.

وينتج عن التوافق المعرفي لدى الأفراد شعور أقوى بالإتقان؛ للمواقف والتقاؤل تجاه الذات والعالم والمستقبل؛ بالإضافة إلى إحساس عالٍ بتقدير الذات (Czajkowska, 2017) وبالتالي تحدد النظرة للمواقف التي يمر بها الفرد الاستمرار في النمط السلبي غير التوافقي الذي يؤدي لتعدد الانتكاسات أو إعادة صياغة تلك النظرة في الاتجاه الإيجابي والتعافي ومن ثم التوافق واستمراره كما لدى الأشخاص الأسوياء.

التوصيات :

- ١ - تصميم برامج علاجية لتنمية مهارات المساندة الاجتماعية والتي تتمثل في طلب المساندة واستقبالها وتقديمها.
- ٢ - تصميم برامج علاجية للتوافق والتي تتمثل في التوافق النفسي والاجتماعي.
- ٣ - تصميم برامج وقائية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط والمساندة الاجتماعية والتوافق للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية لتجنب الانتكاسة.
- ٤ - تصميم برامج إرشادية وعلاجية للمنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية خاصة باستراتيجيات مواجهة الضغوط.
- ٥ - تصميم برامج تدريبية للأخصائيين النفسيين في مجال العلاج النفسي والإرشاد النفسي بهدف تنمية مهاراتهم في التعامل مع المعتمدين على المواد النفسية، وخاصة المنتكسين والمتعافين.
- ٦ - تصميم برامج إرشادية للأسر من الآباء المنتكسين، مما يساعدهم على تقديم مزيد من المساندة والدعم للأبناء والزوجات.

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أحمد عكاشة، طارق عكاشة (٢٠١٠). الطب النفسي المعاصر، ط١٥، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
إيمان على حسن (٢٠١٨). فاعلية الذات كمتغير وسيط في العلاقة بين الضغوط المهنية والتوافق الزوجي لدى الممرضات المتزوجات العاملات في القطاع الصحي الحكومي في محافظة غزة. رسالة ماجستير (غير منشورة).

حامد عبدالسلام زهران (٢٠٠٣). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة : عالم الكتاب.

حسين فايد (٢٠٠٦). دراسات في الصحة النفسية، القاهرة : مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

حسين فايد (٢٠٠٦). دراسات في الصحة النفسية، القاهرة : مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

خالد محمود (٢٠٠٩). مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، مجلة دراسات عربية في علم النفس، ع١٤، ص١٣٧.

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).

ريم الدولية (٢٠٢٠). التوافق الأسري. دار القلم: الكويت.

سعيد جمال (٢٠١٨). مدخل إلى التوافق النفسي، دار الحدث للنشر والتوزيع، ص١٥٦.

سميرة عبد الله (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية، دراسات عربية في علم النفس، ١١(١)، ص ص ١٥٣-٢٠٢.

شعبان جاب الله (٢٠٠٦). دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصامين والاكثابيين، 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 الاجتماعية وكل من مظاهر الإكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة . مجله علم النفس، ع(٥٨)، مج(١٥)، أبريل

- مايو - يونيه، ص ص ٧٢-١٠٥.

- صالح سمير (٢٠١٣). ماهية الإدمان والنظريات المفسرة له، ليبيا: مكتبة جامعة الجبل الغربي.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠٢٢). تقرير فني عن أنشطة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. القاهرة: وزارة التضامن الاجتماعي وصندوق مكافحة الإدمان والتعاطي.
- 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، ع(٢٠).
- عبدالرحمن محمد (٢٠١٠). تصور مقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان. (رسالة ماجستير). جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. قاعدة معلومات دار المنظومة.
- عفاف دنيال (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية، دراسات عربية في علم النفس، ١١(١)، ص ص ١٥٣-٢٠٢.
- فاروق السيد (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- كوري ف. نيومان (٢٠٠٦). العلاج النفسي المعرفي: في الاضطرابات النفسية، ترجمة: جمعة سيد، محمد الصبوة، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر.
- مايسة جمعة (٢٠٠٣). تقدير الذات كمتغير معدل للعلاقة بين المشقة النفسية وتعاطي المواد النفسية بين طلاب الجامعة الذكور. رسالة دكتوراة (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- محمد الشناوى، ومحمد السيد (١٩٩٤). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة: الانجلو المصرية.
- محمد موحان (٢٠١١). السلوك التوكيدي وعلاقته بالتوافق الاجتماعي لدى طلبة معهد إعداد المعلمين في محافظة كربلاء. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية. جامعة كربلاء.
- مروة حسين واصف (٢٠٢١). دور المقاومة النفسية والمساندة الاجتماعية وبعض متغيرات السياق الاجتماعي في التنبؤ بالتعافي لدى المعتمدين على المواد النفسية، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- مصطفى سويف (١٩٩٠ب). الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ١٥٥-١٥٧.
- ندا حسين (٢٠١٢). إدراك المساندة الاجتماعية وتقدير الذات: كمنبئات بأعراض الاكتئاب لدى المصابين بالايذ، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder** (5 Ed). Washington, Dc: Author.
- Andreas, J.B. & O'Farrell, T. (2010). **Alcoholics Anonymous attendance following 12-step treatment participation as a link between alcoholic fathers' treatment involvement and their children's externalizing problems**. NIH Public Access Author Manuscript. 36(1): 87, pp 180-200.
- Azizi, S.; Maghsoudloo, A. & Baheshmat, S. (2019). Comparison of coping strategies and emotion regulation tendencies among opium users, methadone maintenance treatment clients and normal individuals. **J Research Health**, 9(6): 533-543
- 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**. pp 462-471 .
- 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.
- Bruce, E.; Bernichon, T.; Ping, Y.; Roberts, T. & MHerrell, J. (2004). **Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women**. Center for Substance Abuse Treatment, 5515, USA.
- Capella, M.D.M. & Adan, A. (2017). **The age of onset of substance use is related to the coping strategies to deal with treatment in men with substance use disorder**. Additional Information and Declarations can be found on. p 13.
- Casey. P. (2012). **Adjustment Disorder Epidemiology, Diagnosis and Treatment**. CNS Drugs. Vol. 23, pp 927-938.
- Clair, G. & David, M. (2016). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. **Journal ArticleDatabase: APA PsycInfo**.
- Crisp, A.H.; Gelder, M.G.; Rix, S.; Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. (2005). Stigmatization of people with mental illness. **British Journal of Psychiatry**, 177, 47.
- Cummins, R.A. & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. **Journal of Happiness Studies**, 3(1), 37-69.
- Czajkowska, Z. (2017). **Theory of Cognitive Adaptation**. Research Gate. PERS SOC PSYCHOL RE.
- Dashora, P.; Erdem, G. & Slesnick, N. (2011). Homeless youth Better to bend than to break: Coping strategies utilized by substance abusing. **Journal of Health Psychology**.

- 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.
- Dehn, J. (2009). Paternal Alcoholism: Consequences for Female Children. **Journal Addiction**, New York, NY. The Forum on Public Policy, Vol. 19, No. 2, 198-209.
- DiReda, J. & Gonsalvez, J. (2016). The role of spirituality in treating substance use disorders. **Journal of Psychology and Clinical Psychiatry**, 6(4), 00365
- Fiasse, C. & Grosbois, N.N. (2012). Perceived social acceptance, theory of mind and social adjustment in children with intellectual disabilities. **Research in Developmental Disabilities** Vol. 33, Issue 6, pp 1871-1880.
- Fleishman, J.A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. **J. Health Social Behav.** 25: 229-244.
- Geibel, S. Jeffrey, (2000). **The Relationship Between Approach And Avoidance Coping Strategies And Substance Abuser Relapse In Adults Substance Abusers**, Vol. 6, No. 196.
- Gueta. K.; Chen. G. & Ronel. N. (2020). Maintenance of long-term recovery from substance use: a mixed methods study of self- and treatment-changers.** Journal homepage. pp 511-522.
- Guiney, E. (2015). Helping teenagers to cope with A Parent's Problem Drug or Alcohol Use. **Ireland: J Series Child and Family Agency.**
- Heather, N. (2001). importance of substance cues in relapse among heroin users: comparison of two methods of investigations. **J addictive behaviors**, Vol. (16), pp 14-49.
- Helmy, T.I.; El-Malk, M.I. & Salem, G.M. (2016). **The Risk Factors That Lead to Addiction and Relapse among Addicted Patients.** MNJ, Vol. 1, No. 2, Nov 2016, pp 9-23.
- Hussonga, A. & Chassinb, L. (2011). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. **Psychopathology**, 16, 985-1006.
- Jia, D.; Zhang, K. & Xu, Y. (2024). The Relationship Between Social Support and Relapse Tendency Among Those Who Struggle With Drug Addiction: Multiple Mediators of Exercise Self-Efficacy and Health-Related Quality of Life. **Journal of Drug**, Issue 1.
- Kamarajan, C.; Pandey, A.K.; Chorlian D.B.; Manz, N.; Stimus, A.T.; Bauer, L.O.; Hesselbrock, V.M.; Schuckit, M.A.; Kuperman, S.; Kramer, J. & Porjesz, B. (2016). Reward processing deficits and impulsivity in high-risk offspring of alcoholics: A study of event-related potentials during a monetary gambling task. **Int. J Psychophysio.** 98(2 Pt 1): 182-200.

- Kathleen, B. & Susan, S.C. (1999). The role stress in a Alcoholism, treatment and relapse. **Alcohol Res Health**, Vol. 23, 4, 263-271 .
- 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.; Morgen, K. & White, W. (2006). The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. **National Development and Research Institutes**.
- Leyla A.K. & Sayil, M. (2006). **Three Different Types of Elementary School Students' School Achievements, Perceived Social Support, School Attitudes and Behavior-Adjustment Problems**. Letiflim Hizmetleri Tic.
- 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 .
- Mallonga, J.P. & Man, R.L. (2004). **PROFESSIONAL ADJUSTMENT NOTES - PROFESSIONAL ADJUSTMENT. PROFESSION** - special knowledge, by training or experience or by both, so that they may guide or advise or serve others in that special field.
- 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.
- Minehan. J.A.; Newcomb, M.D. & Galaif , E.R. (2008). Predictors of Adolescent Drug Use: Cognitive Abilities, Coping Strategies, and Purpose in Life.**Journal of Child & Adolescent Substance Abuse**. Vol. 10, Issue 2. pp 33-52.
- Moe, F.D. (2023). Some psychological and social factors in relapse after long-term abstinence in substance use disorder. **University of Stavanger**, No. 4036 Stavanger.

- 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.
- Newcomb, M.D. & Bentler, P.M. (2016). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. **Journal of Abnormal Psychology**, 97(1), 64-75.
- Nielsen, S.; Cameron, J. & Pahoki, S. (2010). **Over the counter codeine dependence.** Retrieved from Melbourne.
- 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.
- Paul, S.; Bucholz, K.K. & Harrington, D. (2013). Gender Differences in Stressful Life Events, Social Support, Perceived Stress, and Alcohol Use Among Older Adults: **Results From a National Survey.** pp 456-465.
- 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.
- Popova, S.; Lange, S.; Probst, C.; Gmel, G. & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and metaanalysis. **The Lancet Global Health**, 5(3), e290-e299. **recovery consensus group: A vision of recovery.** UKDPC.
- Robinson, K.E.; Zaragoza, S.F.; Dennis, M.; Taylor, H.G.; Bigler, E.D.; Rubin, K.; Vannatta, K.; Gerhardt, C.A.; Stancin, T. & Yeates, K.O. (2014). **Executive Functions and Theory of Mind as Predictors of Social Adjustment in Childhood Traumatic Brain Injury.**
- Roozen, S.; Stutterheim, S.E.; Bos, A.E.R.; Kok, G. & Curfs, L.M.G. (2020). **Understanding the Social Stigma of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: From Theory to Interventions.** *Foundations of Science*, Vol. 10, pp 1007.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse?. Smelser, N. & Baltes, B. (Eds.). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences.* **Journal of Psychopharmacology**, 158(4), 343-359. New York: Elsevier Science.

- 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.
- Smith, C.L.; Eisenberg, N.; Spinrad, T.; Chassin, L.; Morris, A.S.; Kupfer, A.Y.; Liew, J.; Cumberland, A.; Valiente, C. & Kwok, M. (2006). Children's coping strategies and coping efficacy: Relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. **Development and Psychopathology**. 18: 445-469.
- Stewart, W.F. (2004); Emotional and Behavioral Problems of Children Living With Drug-Abusing Fathers: Comparisons With Children Living With Alcohol-Abusing and Non-Substance-Abusing Fathers. **Journal American Psychological Association**, Vol. 18, No. 2, 319-33.
- Taylor, S.E.; Kemeny, M.E.; Reed, G.M.; Bower, J.E. & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. **American Psychologist**, 55(1), 99-109.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2009). **Protecting Children in Families Affected by Substance Use Disorders ICF International**. Administration on Children, Youth and Families Office on Child Abuse and Neglect.
- United Kingdom Drug Policy Commission. (2008). **The UK drug policy commission**.
- Virtanen, M.; Kawachi, I.; Oksanen, T.; Salo, P.; Tuisku, K.; Pulkki-Råback, L.; Pentti, J.; Elovainio, M.; Vahtera, J. & Kivimäki, M. (2010). **Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence**. Institute of Occupational Health.
- World Health Organization (2004). **Neuroscience of Psychoactive substance Use and Dependence**. Printed in Switzerland.

The Differences between Relapsing and Recovered From Dependence on Psychoactive Substances and Normals in Coping Strategies, Social Support and Symptoms of Adjustment Disorder

By

Shaaban Gaballa Radwan

Dept. Psychology - Cairo University

Sara Mahmoud Huseen

Clinical Psychologist

Abstract:

The study aims to examine The Differences between Relapsing and Recovered From Dependence on Psychoactive Substances and Normals in Coping Strategies, Social Support and Symptoms of Adjustment Disorder. The sample consists of 150 (50 Recovered and 50 Dependence and 50 normals). On Psychoactive Substances with range age (21-40) years with mean age Relapsing (30.8600 ± 3.13) years and mean age Recovered (29.1000 ± 3.29037) years, mean age normal (30.68003 ± 3.49016) years. The participants completed self-report measures of Coping Strategies and Social Support, the Symptoms Adjustment. The results showed differences between Relapses and Those Recovering from Dependence on Psychological Substances and Normals In Coping Strategy. It also showed Relapses and Those Recovering From Dependence On Psychological Substances and Normals In Social Support, it also showed Relapses and Those Recovering From Dependence on Psychological Substances and Normals In Symptoms Adjustment Disorder.

Key Words: Coping Strategy - Social Support - Symptoms Adjustment Disorder.