

العلاقة بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من المدمنين المنتكسين

هبة شفيق عبد الجواد داود
باحثة دكتوراه- قسم علم نفس
كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر
Heba.shafik@hotmail.com & he.shafik@gmail.com

د / شيماء عرفه عبد الجواد
مدرس علم النفس
كلية البنات للآداب والعلوم والتربية-
جامعة عين شمس، مصر

Shimaa.elmoshy@women.asu.edu.eg

إ.د / أسماء عبد المنعم
استاذ علم النفس
كلية البنات للآداب والعلوم والتربية-
جامعة عين شمس، مصر

asmaa.abdelmoniem@women.asu.edu.eg

المستخلص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى مجموعة من المدمنين المنتكسين. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (42) من المدمنين المنتكسين المعتمدين على المواد النفسية جميعهم من الذكور، تراوحت أعمارهم بين (20 إلى 45) عامًا تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تكونت كل مجموعة منهما من (21) فرد، وتمثل المجموعة الأولى مجموعة المنتكسين بعد ثلاثة أشهر من العلاج، أما المجموعة الثانية فتمثل المنتكسين بعد ستة أشهر من العلاج. وتمت الاستعانة بالأدوات التالية: قائمة الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة، وقائمة استراتيجيات المواجهة، وقد أشارت نتائج الدراسة الراهنة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة، بالإضافة إلى نتيجة الفرض الثاني التي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة المنتكسين بعد ثلاثة أشهر ومجموعة المنتكسين بعد ستة أشهر في الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة.

الكلمات الدالة: الانتكاسة، استراتيجيات المواجهة، الفاعلية الذاتية، المواقف عالية الخطورة.

مقدمة :

على مدار السنوات العشر الأخيرة نُظر إلى مشكلة تعاطي المواد النفسية على أنها مشكلة هامة تتعلق بالصحة (Christine, 2009, 1) فقد أولت المؤسسات العلاجية الرسمية والخاصة والأهلية اهتماماً خاصاً لمواجهة تلك المشكلة من خلال وضع برامج وقائية وعلاجية، حيث تتلازم اضطرابات تعاطي المواد المؤثرة نفسياً مع اضطرابات الشخصية واضطرابات القلق والاكتئاب. وهناك من يعتبرها مشكلة نفسية في المقام الأول وأنها محاولة للتداوي الذاتي من الاضطرابات النفسية، والتي تتطلب علاجاً نفسياً. يرى البعض أنها عادات سلوكية مُتعلمة وفقاً للسياق الاجتماعي، لذا تعتمد هذه المؤسسات على البرامج العلاجية المتكاملة الطبية والنفسية والاجتماعية في التعامل مع تلك المشكلة.

إلا أن المشكلة التي تُواجه البرامج العلاجية لمرضى الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً هي مشكلة الانتكاسة أو العودة إلى التعاطي بعد فترة من الإقلاع. خاصة لدى متعاطي الأفيونات والخمور والكوكايين والمهدئات الصغرى. إذ تتراوح نسبة الانتكاسة بين (30 إلى 70%) طبقاً لنوع التعاطي، وتتراوح مدة الإقلاع ما بين أقل من يوم بعد العلاج، وقد تستمر لخمس سنوات حسب تقارير المتابعة التي تعتمد عليها المؤسسات الدولية في علاج الإدمان. بينما تشير تقارير أخرى إلى أن نسبة (40-60%) ممن يعالجون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة ينتكسون على مدار العام التالي للعلاج (رشا الديدي، رأفت عسكر، 2005، 253، 254).

ومن تحليل نوبات الانتكاسات وجد (مارلات وجوردون، 1980، 1985، 1996) قدرًا كبيرًا من التشابه بين المرضى في أسباب الانتكاسات عبر مختلف السلوكيات الإدمانية، حيث وجد أن المواقف عالية الخطورة المرتبطة بالانتكاسة تتشابه بغض النظر عن نوع المشكلة الإدمانية سواء كان إدمان للكحوليات، أو التدخين، أو القمار، أو الهيروين، أو النهم. (Lisowski, 1999, 9).

وتُعرف المواقف عالية الخطورة بشكل واسع بأنها "أي موقف يمكن أن يُشكل تهديدًا لقدرة الفرد على السيطرة على سلوكه ويزيد من خطر احتمال حدوث الانتكاسة". ويبدو بذلك وكأن هناك آليات مشتركة تقع تحتها عمليات حدوث الانتكاسة عبر السلوكيات الإدمانية والتي يمكن أن تُؤدي إلى إدمان المخدرات (Lisowski, 1999, 9).

وفي ضوء التصعيد المستمر لاستعمال المواد المخدرة يفترض الباحثون أن هناك آلية معرفية لدى متعاطي المخدرات تتفاعل مع قرار استخدام المخدرات، وهي الفاعلية الذاتية، حيث تتضمن الفاعلية الذاتية المدركة قدرة الفرد على تنظيم ميكانيزمات معرفية متعددة مثل: التخطيط، والتفكير النقدي، واتخاذ القرارات التي تُؤثر على النتائج السلوكية المباشرة (Williams, 2009, 2)

لذلك تلعب الفاعلية الذاتية دورًا مهمًا في مساعدة المرضى الذين يسيئون استعمال المواد النفسية على مقاومة الانتكاسة، وذلك باعتقادهم حول قدراتهم على التعامل بفاعلية مع مواقف الانتكاسة عالية الخطورة. وهي أيضًا تلعب دورًا مهمًا في اختيار نوع استجابة المواجهة المناسبة التي يستخدمها المرضى في التعامل مع هذه المواقف (Coenen, 2006, 2, 3).

ويُعد نموذج "الوقاية من الانتكاس" لمارلات عام (1985) الأبرز في الاهتمام بموضوع العودة للتعاطي مرة أخرى في السنوات الثلاثين الماضية، حيث يُؤكد على أهمية دور المواقف عالية الخطورة المنبئة بالانتكاسة في التعافي، وهي بذلك تلعب دورًا محوريًا أيضًا كمنبئات بالانتكاسة للشخص المتعاطي. فالأشخاص المتعاطين الذين لديهم توقعات إيجابية تجاه تأثيرات الكحوليات أو المواد المخدرة يكون لديهم فاعلية ذات منخفضة ومهارات محدودة للمواجهة مع هذه المواقف عالية الخطورة، ويفترض بذلك أن لديهم استعدادًا عاليًا للعودة إلى التعاطي مرة أخرى بعد فترة علاج. على العكس فإن الأشخاص المتعاطين الذين لديهم توقعات سلبية تجاه تأثيرات الكحوليات أو المواد المخدرة، فإنه يتكون لديهم فاعلية ذات مرتفعة ومهارات مواجهة ناجحة في التعامل مع هذه المواقف. ويفترض بذلك أنهم أقل عرضة للعودة إلى التعاطي. (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999, 153).

مشكلة الدراسة:

تُعد مشكلة الانتكاسة من أهم المشاكل التي يتعرض لها مريض الإدمان خاصةً بعد مروره بخبرة علاجية، وهي تعتبر مرحلة من مراحل التغيير في حياة مريض الإدمان أثناء تعافيه وقد تطول أو تقصر، ولذلك تناول هذه القضية -الانتكاسة- يعد أمرًا غاية في الأهمية، وكذلك المواقف عالية الخطورة المنبئة بحدوث الانتكاسة، ففي حالة عدم التعامل مع مثل هذه المواقف بشكل فعال فقد يؤدي ذلك إلى الوقوع في الانتكاسة، وقد أوضحت بعض الدراسات السابقة أن المدمنين الذين نجحوا في التعامل مع المواقف عالية الخطورة كانوا يمتلكون فاعلية ذاتية مرتفعة ويجيدون استخدام استراتيجيات مواجهة إيجابية وفعالة. ومما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

أسئلة الدراسة:

1- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى مجموعة من المدمنين المنتكسين؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر في الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة؟
أهداف الدراسة : هدفت الدراسة الحالية إلى:

1_ الكشف عن العلاقة بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة وذلك لدى مجموعة من المدمنين المنتكسين.

2_ معرفة إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر في الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة.
الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة الراهنة:

1- التحقق من الفروض النظرية التي وردت في الإنتاج الفكري النفسي الخاص بوجود علاقة بين فاعلية الذات في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من المعتمدين على المواد النفسية المنتكسين.

2- قد تُسهم نتائج هذه الدراسة في إعداد برامج لمنع الانتكاسة في البيئة العربية يمكن تطبيقها في مجال علم نفس الصحة الإكلينيكي لدى المعتمدين على المواد النفسية.

3- المساهمة في تصميم برامج وقائية للمرضى المتعافين للحد من الانتكاس أو تخفيف معدلات الانتكاسة تهدف لتنمية الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة، والتدريب على استراتيجيات المواجهة الفعالة.

4- إمكانية توظيف نتائج هذه الدراسة وغيرها من الدراسات المماثلة في وضع خطط للعلاج المعرفي، تقوم على زيادة الفاعلية الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى المعتمدين في التعامل مع المواقف ذات الخطورة المرتفعة والمنبئة بالانتكاس.

مصطلحات الدراسة:

أولاً: الفاعلية الذاتية: Self- Efficacy

يعتبر باندورا (1977) أول من أشار إلى مفهوم فاعلية الذات في علم النفس، إذ أوضح أن الفرد يُكون ويطور مجموعة من المعتقدات الذاتية حول قدراته تُؤثر في الأهداف التي يحددها لنفسه ويسعى إلى تحقيقها كما تُؤثر في مدى قدرته على التحكم في بيئته بما يتناسب مع تحقيق أهدافه؛ وفي ضوء هذا التوجه يُعرف "باندورا" مفهوم "الفاعلية الذاتية" بأنها الدرجة التي يشعر عندها الفرد بالثقة والقدرة على اتخاذ سلوك معين في موقف محدد (Bandura, Vittorio & Barbaranelli, 2011, 42)

التعريف الإجرائي لمفهوم الفاعلية الذاتية:

يمكن تعريفها على أنها " ثقة الأفراد المدمنين المنتكسين حول قدرتهم على التعامل مع المواقف الضاغطة التي تستثير إحساس اللهفة والاشتياق لديهم والرغبة في العودة للتعاظم مرة أخرى، وذلك بتفعيل السلوكيات اللازمة للتعامل معها دون استخدام المواد المخدرة ". حيث يُقيّم الفرد درجة المواقف عالية الخطورة الداخلية والخارجية المنبئة بحدوث انتكاسة، وكذلك يُقيّم درجة ثقته وقدراته في التعامل بفاعلية مع المواقف عالية الخطورة التي قد تؤدي به للانتكاسة وذلك من خلال المقياس المستخدم في الدراسة، وكلما ارتفعت النسبة دل ذلك على أنه يتمتع بفاعلية ذاتية عالية.

ثانياً: مفهوم المواجهة: Coping

تعددت تعريفات المواجهة، فيعرفها "وايت" White بأنها التوافق في ظل ظروف صعبة نسبياً ووفقاً لوايت تعددت محاولات المواجهة والتعايش ظاهرياً، وهي التي تُركز على الجهود المستمرة للمواجهة في ظل ظروف صعبة وغير عادية (Livneh & Martz, 2007, 9). بينما يعرفها "سيلفر Silver وورتمان" Wortman بأنها مختلف الاستجابات التي تصدر عن الفرد عند تعرضه أو مواجهته لمواقف مؤذية أو مؤلمة (جيهان حمزة، 2013، 74).

وقد عرف "فريدمان" Friedman المواجهة بأنها "العملية المتبناة من قبل الفرد لمواجهة مهددات البناء النفسي، وذلك ليستطيع الفرد من خلالها القيام بوظائفه بشكل فعال. أما "ميرفي" Murphy فيعرفها بأنها "العملية التي تشمل الجهود المبذولة من قبل الفرد، والتي تتجه إلى حل المشكلة أو إلى تنظيم الاستجابات والتحكم فيها. ويشير "سارافينو" إليها بأنها "العملية التي من خلالها يسعى الفرد إلى تدبر التشبث المدرك بين كل من مطالبه ومصادره في موقف المشقة النفسية" (هنا شويخ، 2004، 34، 35).

وقد أشار "لازاروس" إلى مفهوم المواجهة ووصفه بأنه مجموعة من الجهود التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة وصنفها إلى: مواجهة مرتكزة على حل المشكلة ومواجهة مرتكزة على الانفعال (Lazarus, 2000, 665).

التعريف الإجرائي لمفهوم المواجهة:

تُعرف المواجهة الفعالة بأنها "عملية تتضمن الطرق المتعددة التي تُوجه استجابات الفرد للتصدي للمواقف عالية الخطورة، وهذه الاستجابات إما أن تكون في اتجاه الوفاء ببعض المطالب المدركة الخاصة بتلك المواقف بهدف التخفيف من مشاعر التوتر الناتجة عن تلك المواقف، أو قد تسير في الطريق العكس

الذي يزيد من حدة التوتر". وذلك من خلال الإجابة على بنود قائمة استراتيجيات المواجهة، كلما ارتفعت النسبة دل ذلك على أنه يمتلك استراتيجية فعالة.

ثالثاً: مفهوم الانتكاسة: Relapse

يُشير مصطلح الانتكاسة إلى الفشل في المحافظة على نمط التغييرات الذي طرأ على السلوك بعد العلاج، ولا تُشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي تم من خلاله التعاطي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي وإنما أيضاً الجهل بمجموعة العلامات المنذرة والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي سواء كانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية، أو الاشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي (محمد غانم، 2005، 39).

التعريف الإجرائي لمفهوم الانتكاسة:

يقصد بها الرجوع لتعاطي المواد النفسية المخدرة مرة أخرى وهي (الحشيش والهيروين) وذلك بعد تعافيم منها لمدة ثلاثة أشهر للعينة الأولى وستة أشهر للعينة الثانية.

رابعاً: المواقف عالية الخطورة: High risk situations

وتعتبر المفهوم الرئيسي لنموذج الوقاية من الانتكاس والتي تُعد منبئات مباشرة للتعاطي الأولي أو المبدئي (الكبوة أو الهفوة) وأهم ما تشمله هذه المواقف:

- أولاً: مواقف أو متغيرات تتعلق بالفرد (مواقف داخلية) وتتضمن كلاً من:
- أ- الحالات الانفعالية: سواء كانت سلبية أو إيجابية التي يختبرها الفرد وكذلك الأفكار التي تدور بذهنه حول التعاطي والذكريات الداخلية.
 - ب- مواقف التعرض لبعض الحالات الفسيولوجية المؤلمة: (مثل: أعراض الانسحاب الجسمية، أو الإحساس بالألم الجسمي الناتج عن بعض الأمراض).

ثانياً: مواقف التفاعل بين الأفراد (مواقف خارجية) وتتضمن كلاً من:

- أ – مواقف الصراع مع الآخرين.
- ب – مواقف تتضمن الضغوط الاجتماعية من قبل الآخرين للإقبال على التعاطي مرة أخرى.
- ج- مواقف ترتبط بالأماكن أو الأشخاص أو الأدوات التي تستثير الشعور باللهفة والعودة للتعاطي (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999, 153).

التعريف الإجرائي للمواقف عالية الخطورة: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد في قائمة الفاعلية الذاتية، والتي تعكس درجة خطورة الموقف بين المواقف عالية الخطورة المنبئة بحدوث انتكاسة

سواء كان موقف داخلي أم خارجي، وكلما ارتفعت النسبة دل ذلك على تعرضه لمواقف عالية الخطورة.

الإطار النظري:

أولاً: الفاعلية الذاتية:

تعد فاعلية الذات من أكثر المفاهيم النفسية أهمية في علم النفس الحديث، والتي وضعها عالم النفس الأمريكي "البرت باندورا" Bandura تحت اسم توقعات الفاعلية الذاتية Self- Efficacy أو معتقدات الفرد عن قدراته لتحقيق هدف أو إنجاز مهمة معينة أو مجموعة من السلوكيات (Bandura, 1982, 122).

وفي تطور آخر للنظرية يرى "باندورا" (1995) أن الفاعلية الذاتية هي اعتقاد الأفراد في قدراتهم الشخصية لتقوية الدافع، والمصادر المعرفية، ومسارات العمل اللازمة لممارسة السيطرة على مجموعة متنوعة من المهام، وأنها تمثل درجة من الثقة في قدرة الفرد على تنفيذ هدف معين (Williams, 2009, 26).

وقد أشار "باندورا" في دراساته (1997) إلى فاعلية الذات على أنها مكون متعدد الأبعاد يتباين في شدته وعموميته ومستواه (أو صعوبته)، ويوضح أيضاً أن الفاعلية الذاتية ليست محدداً كافياً للسلوك، ولكن لا بد أن يكون هناك قدر من الاستطاعة الفسيولوجية أو العقلية، ويضيف أن معتقدات الفاعلية لها تأثير على كل من المبادرة والمثابرة في حل المشكلات وأن من مظاهرها أيضاً الاستبصار والثقة بالنفس ودافعية الإنجاز (Bandura, 1997, 195).

وفي تطور آخر يعرفها "باندورا" (2000) بأنها "اعتقادات الأفراد بكفاءتهم في الأداء بأساليب تمكنهم من التحكم في الأحداث المؤثرة في حياتهم، كما تؤثر هذه الاعتقادات في الإسهام في تشكيل أسس قدرتهم على التحمل، ودافعيتهم للأداء" (Bandura, 2004, 143)

ويشير "فتحي الزيات" إلى أن الفاعلية الذاتية هي اعتقاد الفرد وإدراكه لمستوى إمكاناته وقدراته الذاتية، وما تنطوي عليها من مقومات عقلية معرفية، وانفعالية دافعية وحسية فسيولوجية عصبية لمعالجة المواقف أو المهام أو المشكلات أو الأهداف التي تواجه الفرد، والتأثير في الأحداث لتحقيق إنجاز ما في ظل المحددات البيئية القائمة (فتحي الزيات، 2001، 501).

ويعرفها "جاميس مادوكس، 2012" بأنها هي ما يعتقد الشخص عن نفسه حول إمكانياته وقدراته على فعل أي شيء يقوم به، وهي ليست اعتقاداته عن مهاراته وقدراته فقط ولكنها أيضًا اعتقاداته عن قدراته الخاصة على تنسيق وتنظيم مهاراته في المواقف المتغيرة والصعبة (Maddux, 2012, 335). أما "أحمد عبدالخالق" فيعرفها بأنها معتقدات الفرد بأنه قادر على القيام بنجاح بتيسير الأمور المطلوبة للتعامل مع المواقف المستقبلية التي تضمن كثيرًا من العناصر الغامضة وغير المتوقعة والضاغطة، بعبارة أخرى هي الاعتقاد في كفاءتنا السلوكية في موقف معين (أحمد عبدالخالق، مایسة النبال، 2018، 91).

كما عرفها (Cheng, 2020) بأنها اعتقادات الفرد عن نفسه حول دافعيته وقدراته على تنظيم ذاته والتركيز على هدفه والتخطيط له عند إنجاز مهمة معينة. (Cheng, 2020, 289)

النظرية المعرفية الاجتماعية المفسرة لمفهوم الفاعلية الذاتية:

يُعد مفهوم فاعلية الذات من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي التي وضع أساسها باندورا (1977) وحظيت في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مختلف مجالات علم النفس، ففاعلية الذات هي عبارة عن المعرفة القائمة حول الذات وتحتوي على توقعات ذاتية حول قدرة الشخص على التغلب على الصعوبات في مواقف ومهام متنوعة بطريقة ناجحة، كما أنها تُعد من أبعاد الشخصية يتسم بالدوام النسبي، يتمثل في معتقدات ذاتية حول القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي قد تُواجه الفرد، حيث أوضح أنه يجب النظر للإنسان على أنه كائن حي قادر على المبادرة والتفكير والتأمل وعلى تنظيم وإدارة ذاته وليس بكائن سلبي تتم استثارته من خلال الدوافع الداخلية والمؤثرات الخارجية، وفي هذا السياق قد أشار إلى أن الفرد يمتلك مجموعة من المعتقدات الذاتية تمكنه من التحكم في أفكاره ومشاعره وسلوكه وتُشكل نظامًا ذاتيًا لديه يُسهم في تفاعله مع مصادر التأثيرات الخارجية في تحديد وتوجيه سلوكه (Bandura, 1977, 193,194).

وتقوم النظرية المعرفية الاجتماعية على مفهوم الحتمية المتبادلة، حيث تقترض أن سلوك الإنسان يتحدد بتفاعل ثلاثة أنواع من المؤثرات بشكل تبادلي هي العوامل الشخصية والسلوكية والبيئية، ويُشير باندورا لعدم وجود أفضلية لأي من هذه العوامل الثلاثة في إعطاء ناتج السلوك الإنساني النهائي، بالرغم من التفاعل المتبادل بينهم، فسلوكنا جميعًا وبشكل أولي مدفوع إلى تحقيق هذا الكفاءة والفاعلية، ولا فرق في هذا بين سلوك معرفي أو حركي أو انفعالي أو اجتماعي، فحاجة الفرد إلى التفاعل بكفاءة وفعالية مع بيئته هي حاجة أولية ولا فرق في ذلك بين بيئته المادية والاجتماعية، ولذلك قدم باندورا نظريته حول

كفاءة الذات والاجتماعية وأطلق على هذه العملية (الدافعية إلى الفعالية) من خلال نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي (Bandura, 1997, 194).

ويرى "باندورا 1977" في نظريته أن العلاقة بين ما يتوقعه الأشخاص لأنفسهم وما هم قادرين على عمله يُعد قوة دافعة، فاعتقاد الفرد في قوته يجعل أداءه قوياً، وإدراك الناس لفعاليتهم يُؤثر في الخطط التي يُعدونها مسبقاً أو يُكررونها، فهؤلاء الذين لديهم تقدير مُرتفع لفاعلية ذواتهم يضعون خططاً ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية للنجاح، بينما يميل الآخرون الذين يحكمون على أنفسهم بعدم الفاعلية إلى وضع خطط فاشلة (Deming & Johnson, 2019, 204).

وتُنظم معتقدات فاعلية الذات المدركة من خلال ثلاث عمليات رئيسية، هي:

1- **العمليات المعرفية:** حيث تُؤثر معتقدات فاعلية الذات المدركة على العمليات المعرفية بأشكال عديدة، فهي توجه وتنظم كثير من مظاهر السلوك الإنساني الذي يتحدد في ضوء أهداف مُدركة يجسدها تفكير سابق، والذي يشكله التقدير الذاتي للقدره وبالتالي، فإن وضع الأهداف الشخصية يتأثر بمثل هذه المعتقدات.

وقد وجد بعض الباحثين أن فاعلية الذات تعمل على مستوى واسع من خلال الاستخدام الأكثر فاعلية لاستراتيجيات الوعي بالمعرفة، والتي تتضمن (التخطيط، وتنظيم الذات، والمهارات والتي تصبح أكثر أهمية كلما تقدم الفرد في مستويات التعلم)، فما وراء المعرفة تتضمن تقييم وضبط الأنشطة المعرفية لدى الفرد واستغلال كل المصادر المتاحة لتحقيق الهدف.

2- **العمليات الدافعية:** تؤدي معتقدات فاعلية الذات دوراً محورياً في التنظيم الذاتي للدافعية، وذلك من منطلق تأثيرها على المثبرات الدافعية المعرفية وهي (أنماط العزو السببي، وتوقع النتيجة، والأهداف المدركة).

وقد أكد باندورا (1997) أن فاعلية الذات تُؤثر بشكل قوي على التأثيرات الدافعية من خلال الأهداف المدركة، فالأهداف تُعد الأساس للتنظيم الذاتي فهي تمدنا بمعيار أو مستوى للحكم على مدى صلاحية أو ملاءمة وفاعلية الهدف ذات الصلة بالجهد والاستراتيجية (Banadura, 1997, 24).

ويرى باندورا (1994) أن معتقدات فاعلية الذات تُسهم في الدافعية بأشكال عديدة، فهي تحدد الأهداف التي يضعها الفرد لذاته، وكم ومقدار الجهد الذي يمكن بذله، وإلى أي مدى يمكن للفرد المثابرة في مواجهة الصعوبات والتحديات (Banadura, 1994, 77).

3- العمليات الوجدانية: يشير باندورا (1994) إلى الدور المهم الذي تلعبه معتقدات الذات في التأثير على الجوانب الوجدانية للفرد، فالفرد الذي يعتقد أن لديه القدرة العالية على التحكم في مصادر التهديد المُحتملة لا يكون أنماط تفكيره مُثيرة للقلق، في حين من يعتقد أن لديه قدرة منخفضة في التحكم في تلك التهديدات ينتابه درجة مرتفعة من الإحساس بالقلق، ويركز تفكيره حول عجزه عن التوافق، ويدرك أن العديد من جوانب بيئته مشحونة بالمخاطر التي نادراً ما تحدث.

ويذكر باندورا أيضاً (1994) أن معتقدات الفرد تُؤثر على قدراته وإمكاناته على المكابدة وعلى مقدار الضغط والكبت الذي يشعر به في مواقف التهديد والمواقف الصعبة، بالإضافة إلى مستوى دافعيته، كما تلعب فاعلية الذات المدركة دوراً رئيسياً في استثارة القلق، فالإحساس المُخفض بالفاعلية يولد لدى الفرد الكبت والقلق، وترتبط أيضاً فاعلية الذات بالقدرة على استخدام استراتيجيات صنع القرار، وحل المشكلات الفعالة، والتخطيط، وإدارة الإمكانيات أو القدرات الشخصية بطريقة أكثر فاعلية، كما تلعب دوراً مهماً في الضبط والتحكم في المتغيرات الضاغطة في المواقف المختلفة (Banadura, 1994, 78).

وفقاً للنظرية الاجتماعية المعرفية فإن الفاعلية الذاتية سمة ثابتة نسبياً تتحدد وتعديل من خلال أربعة مصادر هي:

(أ) إتقان الخبرات أو الإنجازات الأدائية Performance Accomplishments

(ب) الخبرات البديلة Vicarious Experience

(ج) الإقناع اللفظي Verbal Persuasion

(د) الحالة النفسية والسيولوجية Psychological and Physiological (كريمة سيد خطاب، 2011).

وفيما يلي شرحهم بالتفصيل:

(أ) إتقان الخبرات أو الإنجازات الأدائية: Performance Accomplishments

تُعد الإنجازات الأدائية أو خبرات الإتقان أهم مصادر معتقدات الفاعلية الذاتية وأكثرها تأثيراً في فاعلية الذات، وهي تتعلق بالخبرات السابقة للنجاح والفشل في محاولات الفرد لتحقيق النتائج المرغوبة (Pajares, Schunk, 2002, 9).

ويرى "باندورا" أن أهمية هذا المصدر إنما يرجع إلى أن الخبرات النشطة السائدة في حياة الفرد تُقدم الأدلة على مدى إمكان سيطرة الفرد أو نجاحه فيما يسعى لتحقيقه (Bandura, 1997, 80) ويُعني ذلك أن نجاح الفرد في اجتياز اختبار الفيزياء وحصوله على درجات مرتفعة يتولد لديه إحساس بالثقة في قدراته كما يتولد لديه توقعات مرتفعة بالنجاح والتفوق في الاختبارات القادمة، ذلك لأن تعزيز فاعلية الذات يقود إلى التعميم في المواقف الأخرى.

ويُضيف باندورا أن الأشخاص الذين لديهم إحساس منخفض بفاعلية الذات يبتعدون عن المهام الصعبة ويتجهون إلى إدراكها كتهديدات شخصية، ويمتلكون مقدرة ضعيفة في تحقيق أهدافهم، والأداء بنجاح لديهم يتوقف على العقبات التي تواجههم حيث يعززون الإخفاق إلى نقص قدراتهم وضعف مجهوداتهم في المواقف الصعبة، مما يُؤخر استرداد الإحساس بفاعلية الذات بعد الإخفاق.

وعلى العكس فالأشخاص الذين لديهم إحساس مرتفع بفاعلية الذات يقتربون من المهام الصعبة كنوع من التحدي وترتفع مجهوداتهم في المواقف الصعبة، ولديهم سرعة في استرداد الإحساس بفاعلية الذات بعد الإخفاق، ويؤكد باندورا على وجود علاقة سببية بين الثقة بفاعلية الذات والإنجازات الأدائية، فالمستويات المرتفعة من فاعلية الذات تلازم المستويات المرتفعة من الإنجازات الأدائية، ويتضح الدور الذي تلعبه فاعلية الذات من خلال الآتي:

- 1- أن النجاح في الأداء يزيد من مستوى فاعلية الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو العمل.
- 2- أن الأعمال التي يتم إنجازها من قبل الفرد مُعتمداً على نفسه أكثر تأثيراً على فاعلية ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين.
- 3- أن الإخفاق المُتكرر يؤدي في أغلب الأحيان انخفاض فاعلية الذات، وخاصةً عندما يعلم الشخص أنه قد بذل أفضل ما لديه من جهد (جابر عبدالحميد، 1990، 443).

ويعتمد مدى تأثير هذا المصدر من الفاعلية الذاتية على عدد من المحددات وهي:

- الفكرة المسبقة: كلما مالت الفكرة المسبقة عن إمكانات الفرد وقدراته ومعلوماته نحو الإيجابية، كلما زاد شعوره بارتفاع مستوى الفاعلية الذاتية أكثر.
- صعوبة المهمة: كلما كان إنجاز الفرد ومستوى أدائه للمهام أكثر صعوبة، كلما كان شعوره بارتفاع مستوى فاعليته لذاته أكثر والعكس.

- المساعدات الخارجية: كلما كان حجم ونوع المساعدات الخارجية التي يتلقاها الفرد خلال أدائه للمهام أكبر كلما تضاعف شعوره بارتفاع مستوى فاعليته الذاتية.
- الجهد الذاتي: كلما كان مستوى أداء وإنجاز الفرد قائمًا على الجهد الذاتي, كلما كان شعوره بارتفاع فاعليته الذاتية أكبر.
- ظروف الأداء: فكلما كان مستوى الإنجاز أعلى في ظل ظروف أقل إيجابية أو ضاغطة, كلما كان شعور الفرد بارتفاع مستوى فاعليته الذاتية أعلى, ومعنى ذلك أن الأفراد الذين يحققون إنجازًا ملموسًا رغم ظروفهم الصعبة يكون إحساسهم بذواتهم أفضل ويشعرون بقوة فاعليتهم الذاتية أعلى.
- خبرات النجاح والفشل: إن تكرار خبرات النجاح عبر مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بارتفاع مستوى فاعلية الذات, كما أن تكرار خبرات الفشل عبر مدى واسع ومتنوع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بانخفاض مستوى فاعلية الذات.
- طبيعة ومستوى المعرفة والمهارة: بزيادة مستوى المعرفة والمهارة الذاتيين من العوامل القوية المدعمة للشعور بفاعلية الذات.
- مصداقية بناء الخبرة والوعي: تُؤثر مصداقية بناء الخبرة والوعي بها في ظل تكرار خبرات الإنجاز أو ارتفاع مستوى الأداء على الشعور بالفاعلية الذاتية للفرد تأثيرًا إيجابيًا, فيزيد الشعور بارتفاع مستوى فاعلية الذات مع تزايد درجة المصداقية والعكس صحيح (فتحي الزيات، 2001، 398، 399).

(ب) الخبرات البديلة: Vicarious Experience

- ويشير هذا المصدر إلى الخبرات الغير مباشرة التي يُمكن أن يحصل عليها الفرد, فرؤية أداء الآخرين للأنشطة والمهام الصعبة يمكن أن تنتج توقعات مرتفعة مع الملاحظة الجيدة, , ويطلق على هذا المصدر (التعلم بالنموذج) وملاحظة الآخرين فالأفراد الذين يلاحظون نماذج ناجحة يمكنهم استخدام هذه الملاحظات لتقدير فاعليتهم الخاصة (Bandura,1982, 140).
- وتكسب تلك الخبرات من خلال ملاحظة الفرد لأداء الآخرين وأنشطتهم الناجحة, فملاحظة الآخرين وهم ينجحون يزيد من فاعلية الذات, أما ملاحظة فرد آخر بنفس الكفاءة وهو يخفق في أداء المهام المؤكدة إليه يؤدي إلى انخفاض فاعلية الذات (محمد عبدالسلام, 2002, 96).
- ويعتمد مدى تأثير هذا المصدر من مصادر فاعلية الذات على:

- مدى تشابه أو اختلاف النموذج, فكلما كان النموذج مُشابهًا وقريبًا من المستوى والقدرة من الملاحظ زادت حساسية الملاحظ لتلك الخبرات, بينما يقل تأثير تلك الخبرات كلما زاد اختلاف النموذج عن الملاحظ.

- مدى ثقة الملاحظ في قدراته ومدى توافر خبرات الأداء الذاتي لديه فبوجه عام يكون تأثير الخبرات البديلة على معتقدات الفاعلية الذاتية أضعف من تأثير خبرات الإتيان, إلا أن ضعف ثقة الفرد في ذاته أو غياب أو نقص خبرات الإتيان لديه قد يزيد من حساسيته للخبرات البديلة, (Pajares, schunk, 2002, 3).

إن آثار النمذجة بصفة عامة ليست في قوة الأداء الشخصي من حيث تأثيرها في رفع مستويات الفاعلية, إلا أنها قد تؤثر بقوة في إنقاص الفاعلية, فملاحظة شخص له نفس مستوى مهاراته وقدراتك وهو يُحقق في إنجاز عمل معين قد يفتعل بالإقلاع عن محاولة القيادة بنفس العمل, وقد يبقى تأثير تلك الخبرة فترة طويلة من الزمن لديك (جابر عبد الحميد, 1990, 444).

(ج) الإقناع اللفظي: Verbal Persuasion

وهو الذي يُشكل محورًا مهمًا من محاور الفاعلية الذاتية والمعتقدات الشخصية, وهو يعني بخبرات معينة للآخرين, ويتم ذلك عن طريق الحوار اللفظي مما يكسب الفرد ترغيبًا في الأداء ويؤثر على سنوات الشخص أثناء محاولاته لأداء المهمة. (Bandura, 1977, 200).

ويعتمد مدى تأثير هذا المصدر على:

- مدى إيمان الشخص القائم على الإقناع والنماذج أو التحذيرات.

- مدى دافعية عملية الإقناع ومدى ارتباطه بحصيلة الفرد السلوكية وقدراته, إذ لا يوجد إقناع لفظي يستطيع أن يكبر حجم شخص على فاعليته بعمل يستحيل أدائه فيظل مقتضات الموقف الفعلي (جابر عبد الحميد, 1988, 444, 445).

(د) الحالة النفسية والسيولوجية: Psychological and Physiological

وهي التي تُحدد التصور الشخصي من الفاعلية أو عدم الفاعلية الذاتية (William, 2009, 26) وتُعني العوامل الداخلية التي تتحدد للفرد, إذا كان يستطيع تحقيق أهدافه أم لا. ويُشير باندورا إلى القلق بوصفه أحد العوامل المؤثرة في فاعلية الذات, ويُلاحظ أن العلاقة بينهما عكسية. كما أن قوة الانفعال

غالبًا ما تنخفض درجة فاعلية الذات، ويُلاحظ أن البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تُؤثر تأثيرًا
عامًا على فاعلية الذات لدى الفرد، ويرجع ذلك لثلاثة أساليب رئيسية من شأنها إثراء الفاعلية الذاتية
وهي:

أ- تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية.

ب- خفض مستويات الضغوط والنزعات أو الميول الانفعالية السالبة.

ج- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم. (Bandura, 1997, 101,102)

ومن هنا فإن اعتقادات الأفراد حول فاعليتهم الذاتية يُمكن أن تنشأ من خلال هذه المصادر الأربعة وذلك
من خلال الخبرات الجيدة التي يمر بها الأفراد، فإذا مر الفرد بخبرات نجاح سهلة يكون لديه توقع بنتائج
سريعة وسهلة ويقبل الإحساس بالفشل، كذلك فإن الإحساس بالفاعلية يتطلب خبرات يمر بها الفرد للتغلب
على العقبات التي تواجهه خلال قيامه بجهد فيه مثابرة.

ثانيًا: استراتيجيات المواجهة:

عرف " لازاروس (2000)" المواجهة على أنها تغيير معرفي وسلوكي مستمر وجهود وجدانية لإدارة
المتطلبات التي تُقِيم على أنها تزيد عن الإمكانيات أو تُجهد الإمكانيات (Lazarus, 2000, 667)
أما "رودلف موس (1982)" فقد عرف أساليب المواجهة بأنها الأساليب التي يستخدمها الفرد
بوعي في تعامله مع مصدر الضغط وصنفها إلى مواجهة إقدامية وأخرى إجمامية (Moos, 1988).
أما "لازاروس وفولكمان" (Lazarus & Folkman, 1984) فيعرفان المواجهة بأنها "الجهود
السلوكية والمعرفية المُتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، و التي تم تقديرها
من جانب الفرد على أنها مُرهقة وشاقة وتتجاوز مصادره وإمكاناته، حيث أشار "لازاروس وفولكمان"
إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق
أو للتعامل مع المطالب البيئية، ولذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين
من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولي، و تُحدث عندما يُقِيم الفرد الموقف على أنه
ضاغط ومُهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يُحدد إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف
تُخفف الموقف الضاغط أو لا. وعلى هذا، فالمواجهة طبقًا للنموذج التفاعلي عن الضغوط عند
لازاروس وفولكمان " هي عملية وليست سمة، وهي أيضًا عملية أكثر من كونها نتيجة.

كما أنها تُشير إلى تغيرات معرفية متسقة، وجهود سلوكية متواصلة بهدف السيطرة على مطالب
نوعية خارجية أو داخلية تدرك بأنها شديدة الوطأة، أو تتجاوز إمكانات الفرد (Lazarus &
Folkman, 1984, 129).

كما يعرف "عبدالله السهلي 2010" المواجهة بوصفها استراتيجية بأنها مجموعة النشاطات التي يقوم
بها الفرد سواء كانت سلوكية أو معرفية والتي يسعى من خلالها لمواجهة الموقف الضاغط لحل المشكلة،
أو التخفيف من التوتر الانفعالي المترتب عليها، وبمعنى آخر فهي محاولة جادة من جانب الفرد لاستخدام
استراتيجية تتناسب مع مطالب البيئة في التعامل مع المواقف الضاغطة في محاولة لمنع الآثار السلبية،
والتعايش بشكل أفضل (عبدالله السهلي، 2010، 10).

وتعرفها "هناء شويخ 2012، 151" بأنها "أي سلوك أو شيء تقوم به الأفراد لإدارة المشكلات أو
الاستجابات الانفعالية ويصف بعض الباحثين عملية المواجهة بأنها "الاستجابة الواعية أو رد الفعل
للأحداث الخارجية الشاقة أو السلبية، وبعبارة أخرى، تتكون عملية المواجهة من (الأفكار والسلوكيات
التي يستخدمها الأفراد لإدارة المطالب الداخلية والخارجية للمواقف التي يتم تقييمها بأنها شاقة).

بينما تعرفها "إلهام عثمان، 2017، 439" بأنها ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية
والسلوكية والانفعالية من إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي يقيمها الفرد بأنها ترهق أو تفوق
إمكاناته.

وقد عرفتها "نورة عشعش (2018)" بأنها الجهود التي يبذلها الفرد للسيطرة أو التحكم في المطالب
الداخلية والخارجية التي تُسببها المواقف الضاغطة (نورة عشعش، 201، 409).

النظرية الظاهرية (العمليات الإدراكية) المُفسرة لمفهوم المواجهة:

قدم هذه النظرية "لازاروس" وزملاؤه (1960) من خلال نظريتهم المعروفة بالعمليات التقييمية
والتعاملات، وتُسمى بنظرية الشخصية لأنها تُركز على خصائص الشخصية كمتغير مهم في عملية
المواجهة، وأكدت النظرية على أن المواجهة عملية أكثر من كونها سمة أو استعداداً لدى الفرد، وأن
استجابة الضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب والصادر
الشخصية لديه.

وقد بدأت النظرية من خلال التسليم بتنوع استجابات الأفراد للمشقة، فعند تعرض الأفراد لأحداث
تتعارض مع مستقبلهم، نجد بعضهم يقف كالعاجز، بينما يجمع بعضهم الآخر إمكاناته الاجتماعية
والشخصية لمواجهة الحدث. ويبدو أن هذا التسليم يستند على معادلة معروفة مؤداها أن الاستجابة هي
دالة للتفاعل بين متغيرات البيئة مع متغيرات الفرد (الكائن الحي) $R=F(O \times S)$ ، حيث يشير حرف (S)

إلى المنبه أو الحدث أو مصدر المشقة، أما (O) فيشير إلى متغيرات الكينونة، وهي كل ما يملكه الفرد من سمات شخصية وقدرات عقلية ومهارات اجتماعية، أما (R) فهي استجابة الفرد للحدث.

لذا حاول "لازاروس" وضع نظرية تحتوي على هذه المكونات التي توضح العلاقة الدينامية بين الفرد والبيئة، ولتفسر التنوع والاختلاف الظاهر بين الأفراد في استجاباتهم لمصادر المشقة (Lazarus & Folkman, 1984).

وأوضح كلاً من "فولكمان ولازاروس (1985)" أن الشعور بالضغط ينشأ عندما يُقيم الفرد مصدرًا ما على أنه مُهدد له أو ضاغط عليه، ويقدر عجزه عن التعامل أو مواجهته لهذا المصدر الضاغط، وفقاً لذلك فإن التقييم بوصفه عملية معرفية تتوسط بين المصدر الضاغط والاستجابة له (تقييم المصدر الضاغط وإعطائه معنى)؛ يعتمد بدرجة كبيرة على الخبرة المعرفية للفرد، وذلك لتمييز هذا المصدر الضاغط والحكم عليه، ومن ثم اختباره. ويرى لازاروس أن المشقة قد ينظر لها على أنها أشبه بصفحة بين الفرد والبيئة، وهي تُشير إلى العلاقة بين الفرد والبيئة من خلال تقديره وتقييمه لأهمية ما يمر به من أحداث في حياته وكذلك المتطلبات التي يريدها ويسعى للوصول إليها من خلال مصادر ومهارات المواجهة المتاحة لديه (Folkman & Lazarus, 1988)

ويؤكد لازاروس أن عملية التقييم هذه تُمثل وجهة النظر المعرفية في تناول المواجهة والتي تقوم على أساس عملية عقلية، هي الطريقة التي يقدر بها الفرد الموقف أو ما أطلق عليه عملية تقييم أو تقدير الموقف المُهدد من قبل الفرد، فبناء على التقدير الذي يضعه الفرد للموقف يتحدد مستوى الضغوط، ومن ثم تتحدد استراتيجية المواجهة التي سيستخدمها الفرد، ويُعد مفهوم التقييم أحد المفاهيم الأساسية في نموذج (لازاروس وفولكمان) لمواجهة الضغوط، فهو أحد المفاهيم التي ارتبطت في ميدان علم النفس بالانفعالات بوجه عام وبالضغوط تحديداً.

وتتكون عملية التقييم من عمليتين فرعيتين هما: عملية التقييم الأولي، وعملية التقييم الثانوي. وتتمثل عملية (التقييم الأولي) في تقييم معنى المصدر الضاغط الذي يتعرض له الفرد، وهو ما أطلق عليه لازاروس بالتهديد المُدرك، هذه العملية يُمكن عنونها بالسؤال الآتي: ماذا يعني هذا المصدر بالنسبة للفرد؟ فالتقييم الأولي لمصادر الضغوط يتمثل في الأحكام التي مؤداها أن موقفاً ما أو مؤثراً ما غير مناسب أو ضاغط. فالتقييمات الضاغطة قد تكون ضرراً أو فقداً، أو قد تكون تهديداً أو تحدياً، فتقييم الفرد للمصدر الضاغط على أنه ضار يُعني ذلك أن الضرر أو الخسائر قد حدثت بالفعل مثل فقدان شخص عزيز، أو الفصل عن العمل أو الإصابة بالمرض، وإذا كان تقييم الفرد للمصدر الضاغط على أنه مُهدد. فإن ذلك يُعني أن الخطر الذي يفرضه هذا المصدر يفوق قدرة الفرد على المواجهة الفعالة؛ مما

يؤدي به إلى الشعور بالتوتر والخوف والقلق. أما عملية (التقييم الثانوي) فهي تشير إلى تقييم الفرد لإمكانياته الفعلية المتاحة لمواجهة التهديد المدرك، والتي يُمكن عنونها بالسؤال الآتي: ماذا يمكن أن يفعل الفرد للمواجهة مع هذا المصدر الضاغط وإعداد الاستجابة الممكنة والملائمة لمواجهته؟ وقد أُطلق فولكمان ولازاروس على هذه العملية. (عملية تقييم إمكانات المواجهة)، إذ تركز عملية التقييم الأولي على تقييم مصدر التهديد، في حين تركز عملية التقييم الثانوي على جمع المصادر المتاحة للفرد للمواجهة مع هذا التهديد.

وكلتا العمليتين المعرفيتين (الأولية والثانوية) لا يسيران أو يحدثان على نحو متعاقب أو تسلسلي، بل إن عملية التقييم الثانوي قد تبدأ في بعض المواقف أو لا سيما في المواقف ذات الخبرة السابقة للفرد والمرتبطة بالتهديد، حينها لا يقوم بعملية التقييم الأولي بل يبدأ في عملية التقييم الثانوي من خلال جمع مصادر المواجهة مع هذا الموقف المُهدد، وبالتالي فإن العلاقة بين هاتين العمليتين (الأولية والثانوية) ليست بالضرورة مُتتابة أو متتابعة، بقدر ما هي علاقة تفاعلية، أي أنهما عمليتان تتأثران بعدد من المصادر المتفاعلة. وهي:

1- طبيعة المصدر الضاغط إذا كان مألوفاً أو جديداً بالنسبة للفرد، ودرجة وضوحه أو غموضه، وشدته، وتكراره، والسياق الذي يظهر فيه.

2- نوع الفرد (ذكر أو أنثى) وعمره، والخبرة السابقة له، وسمات شخصيته، ومركز التحكم أو الضبط (الداخلي/الخارجي)، والتفاؤل، إضافة إلى معتقداته وقيمه وخبراته الوجدانية والصحة البدنية للفرد، فضلاً عن مستوى تعليمه ودخله.

3- السياق الاجتماعي والمصادر الاجتماعية والتي تمثلها شبكة العلاقات الاجتماعية المتاحة للفرد، وأنظمة المساندة الاجتماعية (كالأسرة والأصدقاء) التي تدعمه بالمعلومات والمساعدات الملموسة والوجدانية. (Folkman & Lazarus, 1988)

ويتضح من العرض السابق أن نظرية التقييمات والتعاملات تُعد تطبيقاً للاتجاه المعرفي في كيفية مواجهة الفرد مع مصادر الضغوط المختلفة. وهي تُعد من النماذج النظرية الأكثر شمولاً ووضوحاً في تناولها لعملية المواجهة.

ثالثاً: الانتكاسة:

تعريف مفهوم الانتكاسة:

عرف كلاً من (Annis & Davis, 1991) الانتكاسة بأنها عرض عام وشامل من أعراض الإدمان أو الاعتماد الكيميائي أو الدوائي خاصةً، وهي عملية دينامية ومتطورة ومؤثرة وهي حدث مباشر أو غير

مباشر وهي قرار بشكل أو بآخر، وهي نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة وهي هدف يسعى المدمن المتوقع أو المعتدل مع معالجيه للنيل منه، والوقاية منه . وعلى ذلك يمكن تعريف الانتكاسة "بأنها مجرد إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك، وليس فشلاً في تغيير السلوك" (Annis, 1991, 117). كما يعرفها (Dalcy, Marlatt, 1992) بأنها إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك القديم عبر الوقت والزمن. (Dalcy, Marlatt, 1992, 533) وتعرف عند (Marlatt & Barrett, 1994) بأنها انتهاك لقاعدة أو مبدأ سامي مفروض ذاتياً، أو مجموعة من القواعد التي تحكم معدل أو نمط سلوك هدف تم اختياره (Marlatt & Barrett, 1994, 287).

كما تعرف الانتكاسة بأنها نقطة نهاية سلبية، عندما يعود الفرد إلى أنماط الفكر وسلوك التعاطي، ويعتبر الفرد منتكساً بعد أول استخدام لأي مادة من المواد النفسية (Gordon, 2003, 5). ويُشير مصطلح الانتكاسة إلى الفشل في المحافظة على نمط التغييرات الذي طرأ على السلوك بعد العلاج، ولا تُشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي تم من خلاله التعاطي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي وإنما أيضاً الجهل بمجموعة العلامات المنذرة والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي سواء كانت هذه العلامات مُثيرات من البيئة الخارجية، أو الاشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي (محمد غانم، 2005، 39).

ويعرفها (Shahan, 2020, 9) بأنها عودة الشخص بعد فترة من الالتزام بالامتناع عن تعاطي المواد المُخدرة لسلوك غير مرغوب فيه وذلك لعدم قدرته على الحفاظ على بعض الأسس والقواعد العلاجية الوقائية.

المفاهيم المتداخلة مع مفهوم الانتكاسة:

1- الهفوة (الزلة أو الكبوة): Lapse

تعرف بأنها نوبة أولية لتعاطي العقار بعد فترة انقطاع، وتشافي أو استخدام معتدل، وتكرار الهفوة يعني الانتكاس، وهي أيضاً مُشتقة من الأصل اللاتيني (Labi) ويعني الكبوة أو الانزلاق، وهي أول تعاطي أو استخدام للعقار بعد فترة انقطاع (Dalcy, Marlatt, 1992, 533).

وقد فرق "مارلات" بين نوعين من التعاطي الذي يحدث بعد فترة من الانقطاع، النوع الأول: وهو الهفوة أي التعاطي لأول مرة بعد الانقطاع، أما النوع الثاني: فهو التعاطي المُستمر الذي يتميز بنفس المستوى السابق على العلاج، واسماه الانتكاس التام أو الانهيار التام، ويمكن النظر إلى النوع الأول أي الهفوة كخطأ أو سقطة، يمكن تداركها قبل أن تتفاقم وتصل إلى الانتكاس التام، بل ويمكن اعتبار هذه

الكبوة بمثابة الفرصة لتعلم المدمن المتعافي مزيداً من المهارات سواء المعرفية أو السلوكية التي تُحصنه في المستقبل، وتقيه من الانتكاس التام والعودة إلى مستوى الإدمان مرة أخرى. ويرى مارلت أن عملية الانتكاس هذه تبدأ حتى قبل أن يُمارس المدمن المتعافي التعاطي مرة أخرى، وتستمر بعد ذلك (هند طه، 2004).

وتختلف الهفوة أو الزلة تمامًا عن الانتكاسة لأنها ليست العودة التامة للاعتماد على المواد النفسية أو السلوك الذي يُقرب الشخص أكثر إلى الانتهاك أو السلوك السابق في الإدمان، وهي ترجع إلى فشل الشخص المتعافي في استخدام أو تطبيق إحدى مهارات أو استراتيجيات المواجهة، وذلك عندما يتعرض إلى موقف ضاغط خارجي أو داخلي، أو عندما لا يستطيع المدمن استخدام هذه المهارات بفاعلية عند تعرضه لهذه الهفوة فسوف يكون مُعرضاً بشكل أكبر إلى العودة أو الانتكاس التام (هند طه، 2004).

2- الكبوة الأمامية: (Prolapse)

وهي تشتق من الأصل اللاتيني (Prolabi) ويعني الإنزلاق للأمام، وهي مرحلة تعقب مرحلة الهفوة تتميز بأنها مرحلة وسطى بين الانتكاس والتشافي ويُمكن تجاوزها إلى مرحلة التشافي إذا استطاع الفرد استجماع قواه مرة ثانية (مدحت أبو زيد، 1998، 7).

وتشير كثير من نماذج الانتكاسة التي تستند إلى النظريات المعرفية السلوكية إلى أن الانتكاسة عملية انتقالية وسلسلة من الأحداث التي تقع عبر الوقت تنتهي بمعاودة التعاطي. وفقاً لهذه النماذج فإن الانتكاسة ما إلا عملية قد تبدأ أثناء فترات العلاج وتستمر حتى أول تعاطي مرة أخرى (Meyer & Christine, 1999).

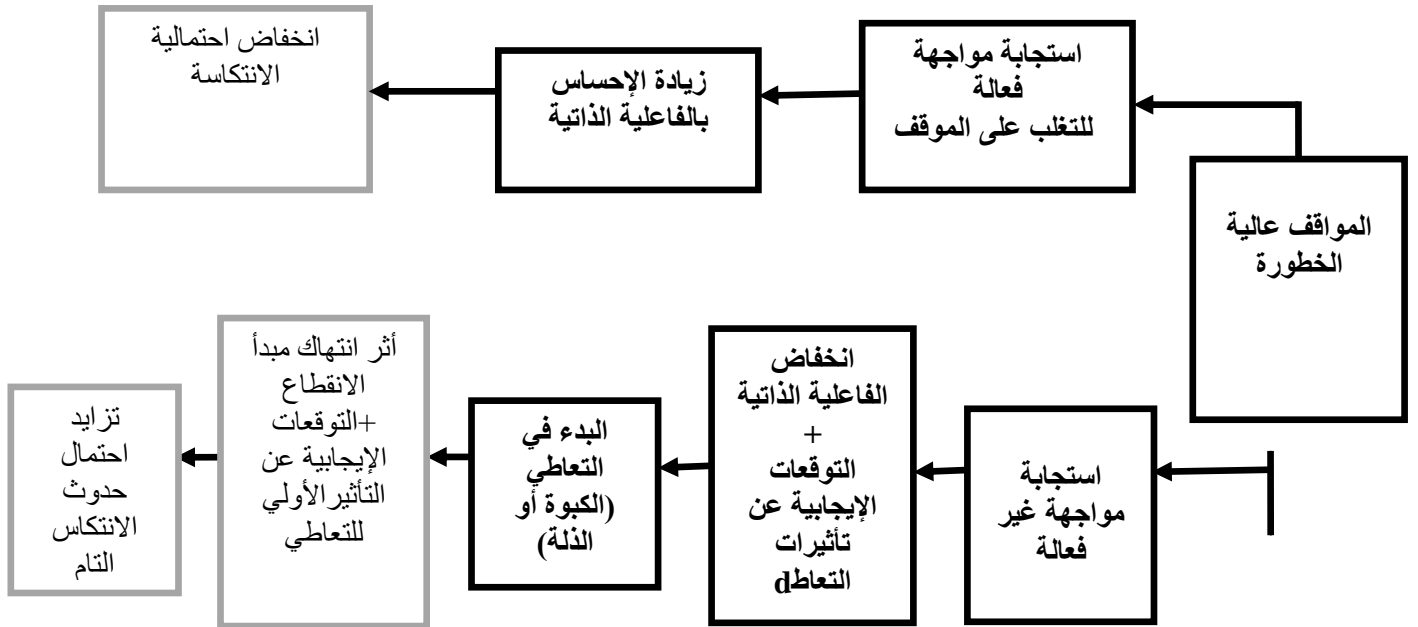
النموذج المعرفي السلوكي المُفسر لمنع الانتكاسة لمارلت :

افترض (مارلت 1985) نموذجاً معرفياً سلوكياً لعملية الانتكاس ركز فيه على مواقف الاستهداف لخطر الانتكاس واستجابة الفرد لتلك الموقف (Marlatt & Witkiewitz, 2004, 224).

ويُركز هذا النموذج على استجابة الفرد في المواقف عالية الخطورة، فإذا كان الفرد يمتلك استجابة مواجهة فعالة، فإن ذلك يزيد من فاعليته الذاتية وثقته في التعامل مع هذه المواقف ومن ثم تقل احتمالية حدوث الانتكاس، وعلى العكس من ذلك إذا كان لدى الفرد استجابة مواجهة غير فعالة في التعامل مع تلك المواقف فإن فاعليته الذاتية تكون منخفضة ومع توافر توقعات إيجابية للتعاطي السابق، فإن احتمالية الوقوع في هفوة وما يعقبها من أثر لانتهاك الامتناع يزيد من احتمالية الانتكاس التام (Marlatt & Donovan, 2005, 3)

ويُعد النموذج المعرفي السلوكي شكلاً من أشكال التدخل الذي صُمم لمنع الانتكاس وإدارته لدى الأفراد الذين تلقوا، أو مازالوا يتلقون العلاج من مشكلات السلوك الإدماني، حيث تبدأ المناحي العلاجية الموجهة للوقاية من الانتكاس بفحص المواقف التي يحتمل أن تكون مُعرضة لخطر الانتكاس، ويطلق عليها المواقف عالية الخطورة وتعرف بأنها ظروف تتعرض فيها محاولة الفرد عند الامتناع عن سلوك مُعين للتهديد. تشمل هذه الظروف الأشخاص (مثل المروجين) والأماكن (البارات المفضلة) وبعض الأحداث (الحفلات والمناسبات)، وقد تتباين هذه المواقف من شخص لشخص أو حتى لدى الشخص الواحد.

ويوضح الشكل رقم (1) نموذج مارلت في تفسير الانتكاسة



(Larimer, Palmer & Marlatt, 1999, 155)

وتتمثل محددات الانتكاسة في نموذج مارلات إلى:

- (أ) الفاعلية الذاتية: حيث تُعد المستويات المرتفعة من الفاعلية الذاتية وسيلة تنبؤية بالنواتج الجيدة لعلاج تعاطي المخدرات وهي تُعد بوجه عام منبئة بالناتج عبر كل أنواع السلوكيات الإدمانية.
- (ب) توقعات النتائج: وتُوصف بأنها استباق الفرد لآثار الخبرات المستقبلية فتؤثر هذه التوقعات على الاستجابة السلوكية مُعتمدة على قوة وتكافؤ هذا التوقع مع التأثيرات السابقة للمادة النفسية، وقد

أظهرت الدراسات التجريبية أن توقعات الفرد تؤدي دورًا رئيسيًا في الخبرة الذاتية بالمادة النفسية بغض النظر عما إذا كانت هذه المادة النفسية عقارًا حقيقيًا أم مجرد عقار وهمي.

(ج) اللمفة: حيث تبين أن استمرار التوقعات الإيجابية التي تسبق التعاطي ترتبط جوهريًا بالتقارير الذاتية عن تزايد اللمفة. قد افترض "درموند Drummond" وآخرون (2002) أن الخبرة الذاتية لللمفة قد لا تنبئ مباشرة بتعاطي المواد النفسية، غير أنه يمكن التنبؤ بالانتكاس من خلال مصاحبات اللمفة والآليات التي تقف خلفها (جمعة يوسف, 2004).

(د) المواجهة: إن استجابة المواجهة للمواقف هي التي تُحدد إذا كان الشخص سيخبر الزلة أم لا (أي البدء في التعاطي) فسلوك تعامل الشخص في المواقف عالية الخطورة يعتبر المُحدد الحاسم للنتيجة المحتملة. لذا الشخص الذي يستطيع تنفيذ استراتيجيات المواجهة الفعالة (على سبيل المثال الاستراتيجيات السلوكية كترك المواقف، أو الاستراتيجيات المعرفية مثل الحديث الإيجابي للذات) يكون لديه احتمال أقل من الانتكاسة مقارنة بشخص يفتقر لمثل هذه المهارات. وزيادة على ذلك فإن الأشخاص الذين يستطيعون أن يتعايشوا بنجاح مع المواقف عالية الخطورة من المفترض أن يُخبروا تزايدًا في شعور الفاعلية الذاتية في التعامل مع مواقف الخطر، وعلى العكس الأشخاص الذي لديهم إدراك منخفض للفاعلية الذاتية يفتقرون للدافعية أو القدرة على مقاومة المواقف عالية الخطورة للتعاطي (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002, 24)

وقد أوضح " ليت Litt" وآخرون (2003) أن الفاعلية الذاتية والمواجهة كانتا منبئتين بشكل مُستقل بالنواتج العلاجية الناجحة وأن المستويات المرتفعة من الاستعداد للتغيير دعمت استخدام مهارات المواجهة (جمعة يوسف, 2004).

(هـ) أثر انتهاك الامتناع¹: وصف (مارلت، وجوردون 1980, 1985, Marlatt, Gordon) نمط استجابة المتعاطي للزلة بأثر انتهاك الامتناع الذي ربما يؤثر في جعل الزلة انتكاسة، فتلك الاستجابة تُركز على مشاعر المتعاطي كاستجابة للزلة الأولى والأسباب التي يُعطل بها الشخص للزلة. فالأشخاص الذين يعزؤون الزلة إلى فشلهم الشخصي من المحتمل أن يخبروا مشاعر الذنب كما أن الانفعالات السلبية يُمكن أن تتحول إلى مزيد من التعاطي كمحاولة أخرى للتجنب أو الهروب من مشاعر الذنب أو الفشل، أما الأشخاص الذين يعزؤون الزلة لعوامل ثابتة أو عامة أو خارجية بعيدًا عن سيطرتهم ف لديهم احتمالية أعلى في التخلي عن هدف الامتناع (ويخبرون الانتكاس الكلي) عن أولئك الأشخاص الذين يعزؤون الزلة

¹ Intrapersonal- environmental determinants

لعدم مقدرتهم على المواجهة بفاعلية مع المواقف النوعية عالية الخطورة (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999, 155)

رابعاً: المواقف عالية الخطورة:

وضع مارلت ثمانى فئات من المواقف عالية الخطورة والتي تؤدي إلى حدوث انتكاسة، وتدرج هذه الفئات تحت عنصرين أساسيين وهما:

العنصر الأول: المحددات البيئية- والشخصية عالية الخطورة:

وتتضمن خمسة أنواع من الفئات المرتبطة بالعوامل الخاصة بالفرد وردود أفعاله تجاه الأحداث البيئية التي يمر بها أو يتعرض لها، وهي تتضمن:

أ- الحالات الانفعالية السلبية. وتتضمن بعض المشاعر السلبية غير السارة، وهي نوعان:

1- المشاعر السلبية المرتبطة بكيفية التعامل مع المرور بخبرات الفشل أو عدم تحقيق هدف مباشر ومن أمثلتها مشاعر الإحباط، والغضب، والعدائية أو العدوان، وبعض مشاعر الذنب، والإزعاج. (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002, 11)

2- مشاعر انفعالية سلبية أخرى كمشاعر القلق، والتوتر، والاكتئاب، والوحدة، والحزن، والملل، والخوف، والكآبة، والأسى، وهي تتضمن ردود الأفعال التي تنتج عن المشقة والكرب الذي ينتج عن صراعات بيئية وفشل في مواقف حياتية كالفشل في الامتحانات أو الحصول على وظائف أو ترقيات أو حدوث خسائر مالية.

ب- الحالات الفسيولوجية الجسمية السلبية. وتتضمن ردود الأفعال الجسمية المؤلمة وهي نوعان:

1- الأعراض الانسحابية للمخدر.
2- الحالات الجسمية السلبية الأخرى والتي تكون مرتبطة بمرض أو مختلف الآلام الجسمية أو إجراء جراحة أو الصداق أو الآلام المتعلقة بالأسنان.

ج - تحسين الحالات الانفعالية الإيجابية²:

وذلك من خلال استخدام المواد المخدرة لزيادة المشاعر الإيجابية مثال (السرور والبهجة في الاحتفالات والمناسبات والأعياد وعند السفر والعطلات والإجازات وغيرها).

د- اختبار التحكم الشخصي³:

² Enhancement of positive emotional states
³ Testing personal control

قد يلجأ الشخص إلى تعاطي المواد المُخدرة بهدف اختبار قدرته الشخصية على التحكم عن طريق أخذ جرعة من المخدر مرة واحدة فقط لكي يرى ماذا يحدث له؟ وأنه بذلك يستطيع الامتناع مرة أخرى والالتزام بالتعافي، أو أنه قد يلجأ للتعاطي المعتدل ويتوقع العودة مرة أخرى إلى التعاطي التام، وهو بذلك يختبر إرادته الشخصية دون التأثيرات العلاجية. (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002, 12).

هـ- الاستسلام لإغراءات التعاطي:

وفيها يستخدم الشخص المخدرات كاستجابة إلى حوافز داخلية تتمثل في إغراءات يتعرض لها أو يمر بها ومنها يتولد لهفة ورغبة قوية في التعاطي، وهذه الإغراءات تتمثل في رؤية بعض الأشياء أو الأدوات التي تُذكر الشخص بأيام التعاطي أو رؤية بعض الإعلانات أو الصور عن بعض المواد المخدرة (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002, 13).

العنصر الثاني: العوامل الخاصة بالعلاقات الشخصية المتبادلة:

وهي المحددات التي تتعلق بوجود تأثير من الأفراد الآخرين المحيطين بالشخص على الإقبال على تناول المواد النفسية وتعاطيها والاعتماد عليها. مثل الصراع بين الأشخاص أو ردود الأفعال تجاه الأحداث التي حدثت في الماضي البعيد نسبياً وتتضمن:

أ- **الصراع في العلاقات البين شخصية:** وهو يتضمن أنواع من الصراع الحالي أو الحديث نسبياً، وهو يرتبط بأي علاقة شخصية مثل الزواج والصدقة والعلاقات العائلية أو المهنية وما يرتبط بها من مشاعر قد تكون بسبب هذا النوع من الصراع مثل مشاعر الإحباط والغضب أو غيرها من المشاعر السلبية.

ب- **الضغط الاجتماعي:** وهو يتضمن الاستجابة لتأثير فرد آخر أو مجموعة أفراد سواء كان هذا الضغط مباشر أو غير مباشر، بحيث يدفعه إلى التعاطي مرة أخرى.

ج- **تحسين الحالات العاطفية الإيجابية:** ويستخدمها هنا الشخص بهدف زيادة المشاعر الإيجابية المبهجة والإحساس بالسعادة، ويحدث ذلك في الاحتفالات أو المناسبات الخاصة وفي الممارسات الجنسية أو بهدف التودد أو التقرب لشخص ما (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002, 13,14).

الدراسات السابقة:

قام "روبنسون ووالش عام 1994" بدراسة للعوامل المعرفية المؤثرة في الحفاظ على التوقف عن التعاطي لدى عينة من المراهقين المُتعاطين لمواد متعددة بلغت 86 مراهقاً موزعين على ثلاث مجموعات (31 فرداً لايزالون يتعاطون، و24 منتكساً، و31 متوقفاً)، وقد تم استخدام مقياس للفاعلية

الذاتية ومهارات التعامل مع المشكلات كاستراتيجية مواجهة. وقد توصلت الدراسة إلى أن المراهقين الذين نجحوا في الاستمرار في التوقف والمحافظة على التعافي يمتلكون عديد من المهارات الجيدة في التعامل مع أنفسهم ومع مشكلاتهم الحياتية مما أدى إلى شعورهم بالفاعلية الذاتية والكفاءة الشخصية، وكذلك وجد أن احتمالات الانتكاسة لديهم كانت ضعيفة حتى في المواقف التي تنسم بالاحتمالية العالية للتعاطي مقارنة بغيرهم ممن عادوا للتعاطي أو المستمرين دون توقف (Robinson & Walsh 1994).

وفي دراسة "ديلهانت 1995" عن المواجهة والفاعلية الذاتية وأحداث الحياة الشاقة عبر مراحل التغيير لدى مجموعة من الرجال المحاربين والذين لديهم اعتماد على المواد النفسية (ن=150) جاءوا للعلاج من الاعتماد على المخدرات والتحكم في أحداث الحياة الشاقة داخل أحد المراكز الطبية الحربية، كان علاجهم يتم من خلال برنامج الـ12 خطوة، وتضمن البرنامج جلسات علاجية فردية وجماعية، واستمر لمدة 4 أسابيع بعد العلاج، حيث تمت قياسات للعينة قبل وأثناء وبعد العلاج. وكانت الأدوات المستخدمة هي قائمة المواجهة مع المواقف عالية الخطورة، واستبيان المواقف المثيرة للثقة، واستبيان تقييم التغيير وهو يقيس استعداد الأفراد لتغيير سلوكياتهم إلى سلوكيات توافقية. وأشارت النتائج إلى أن الأشخاص الذين نجحوا في التعامل مع المواقف عالية الخطورة وأحداث الحياة الشاقة عندما كانوا يمتلكون فاعلية ذاتية مرتفعة واستراتيجيات مواجهة إيجابية (مثل: التركيز على مهمة ما، والتركيز على المشاعر، وهي استراتيجية تكيفية يستخدمها الأفراد في بداية مراحل التغيير المبكرة) وارتبطت أيضاً بالنتائج بارتفاع الفاعلية الذاتية عبر مراحل التغيير، وكذلك حدوث تحسن في استخدام استراتيجيات المواجهة واستمرار التعافي، واحتمالات ضعيفة في حدوث الانتكاسة (Delehant, 1995).

كما أجرى "ميلر وآخرون" 1996 دراسة عن مُنبئات الانتكاسة، لدى عينة مكونة من 122 مريضاً من المترددين على المستشفى للعلاج من الاعتماد على الكحوليات؛ وباستخدام اختبار المواقف المثيرة للثقة المعدل لقياس الفاعلية الذاتية تم القياس عبر عدة مراحل على النحو التالي (خط الأساس، ثم بعد 6 أسابيع، ثم بعد 12 أسبوعاً، ثم بعد 24 أسبوعاً من الإقلاع عن تعاطي المخدرات)، وقد أظهرت النتائج أنه تم التعامل بشكل كُفء مع مواقف الاستهداف عالية الخطورة (الاستمرارية في الإقلاع عن التعاطي) اعتماداً على فاعليتهم الذاتية، وقد كانت قياسات الفاعلية الذاتية في كل مراحل العلاج مرتبطة بالإقلاع عن المخدرات بشكل جوهري، بينما كانت مُنبئاً غير جوهري فيما بعد عن التوقف عن تناول المخدرات والإقلاع عنها نهائياً (Christine, 2009).

كما قام "ماتو وزملاؤه 2009" بدراسة للعوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالانتكاسة عند الذكور المعتمدين على الكحوليات والأفيونات، وقد تكونت العينة من (30) من المرضى المنتكسين من المعتمدين على الكحوليات، والأفيونات بعد 6 شهور من التوقف، وقد تمت مقارنة بعينة أخرى عددها (30) مريضاً من القادرين على التحكم في أنفسهم بشكل جيد لكي يظلوا مُمتنعين عن التعاطي وهم أصحاء لأكثر من 6 شهور بعد العلاج ويتعرضون لمتابعات دورية تتراوح المدى العمري للمجموعتين من (18- 65) سنة. تم الحصول على تاريخ شامل ومُفصل عن حياتهم الإدمانية كما تم رصد بعض الملاحظات عن المرضى، ومنبئات الانتكاسة، واستراتيجيات المواجهة، والفاعلية الذاتية، وأحداث الحياة الشاقة وتلقي المساندة الاجتماعية لمجموعة المعتمدين على الكحوليات والأفيونات، وقد تم التقييم من خلال استخدام البيانات الديموجرافية والإكلينيكية التي تم الحصول عليها من خلال المرضى ومن خلال المقاييس التالية (مقياس اختبار شدة الاعتماد على الأفيونات، ومقياس اختبار شدة الاعتماد على الكحوليات، ومقياس قائمة منبئات الانتكاسة، ومقياس لقياس قائمة سلوكيات المواجهة، ومقياس الفاعلية الذاتية لقياس معدل الفاعلية الذاتية، وأخيراً مقياس أحداث الحياة الشاقة) وقد أظهرت النتائج أن المرضى الذين تعرضوا للانتكاسة كانوا يتسمون بوجود تاريخ عائلي مُشجع لتعاطي المخدرات، وأكثر عرضة لحدوث انتكاسات سابقة، ويستخدمون استراتيجيات للمواجهة والتكيف سيئة، كما كشفوا أن لديهم استعداداً مُرتفعاً للتعرض لمواقف الاستهداف عالية الخطورة للعودة للتعاطي، وانخفاضاً في الفاعلية الذاتية، وتعرضوا لمواجهة أحداث حياتية شاقة وغير مرغوبة بدرجة كبيرة، بينما أولئك الذين بقوا ممتنعين عن التعاطي كانوا أكثر ميلاً لاستخدام استراتيجيات مواجهة فعالة، وأكثر ثقة في قدرتهم على الامتناع عن التعاطي (Mattoo, Chakrabarti & Anjaiah, 2009).

وفي دراسة "رينشارد بون 2012" عن العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وشدة الانتكاسه لدى مجموعة من مدمني الخمر بلغت (109) مبحوثاً من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم من (21- 90)، بهدف فحص العلاقة بين ثماني استراتيجيات للمواجهة هي (استراتيجية الابتعاد والتجنب، والتحكم الذاتي، والبحث عن الدعم الاجتماعي، وتقبل المسؤولية، وتجنب الهروب، ووضع خطة لحل المشكلة، وإعادة النظر بشكل إيجابي، والمواجهة)، وبين نسبة عودتهم مرة أخرى (شدة الانتكاسة) وذلك في إطار ثلاثة متغيرات للانتكاسة هي: عدد أيام الامتناع عن الكحول منذ آخر مرة للشرب أو التعاطي (الوقت) وعدد المشروبات الكحولية التي استهلكها الشخص أثناء الفترة التي تعقب على الأقل الأسبوع الأول من بعد الامتناع (الكمية). أما المتغير الثالث فيمثل عدد أيام الشرب أو التعاطي أثناء فترة الانتكاسة بعد

الأسبوع الأول من الامتناع (المدة). وأظهرت النتائج أن أكثر المشاركين قد استخدموا استراتيجية الابتعاد والتجنب عن المواقف الخطرة التي تُنبئ بحدوث انتكاسة، وأن العدد الأصغر منهم هو الذي تجنب الهروب من المواقف الخطرة مما أدى إلى وقوعهم في الانتكاسة، وهذا ما يُفسر تأثير الآخرين الذين يتعاطون في حدوث الانتكاسة أثناء مواجهة الموقف الضاغط (Richard, 2012).

كما قام "إبراهيم وأغا 2016" بدراسة هدفت إلى فحص دور استراتيجيات المواجهة في التعامل مع الانتكاسة والإقلاع عن تعاطي المواد المُخدرة، حيث أُجريت الدراسة على (70) فرداً من المرضى المترددين على أحد المراكز الخاصة لعلاج الإدمان بشمال إيران، وقد تراوحت أعمارهم بين (18-24) عامًا، حيث تم الاعتماد في تلك الدراسة على تقارير ذاتية بهدف تقييم مهارات المواجهة التي سوف يستخدمها المرضى في التعامل مع المواقف التي تستثير لديهم رغبة العودة للتعاطي ومن ثم حدوث الانتكاسة. قد أظهرت النتائج أن أكثر استراتيجيات المواجهة التي استخدمها المرضى بدرجة متوسطة هي استراتيجيات التجنب في التعامل مع المواقف الخطرة التي تُؤدي إلى الوقوع في الانتكاسة، مما أدى إلى زيادة مهارات الفاعلية الذاتية لهؤلاء المرضى من خلال تعليمهم وتدريبهم على مهارات المواجهة، وبالتالي قدرتهم على التعافي (Ebrahim & Agha, 2016).

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة التي تم عرضها؛ تتمثل في:

تحديد متغيرات الدراسة، ففي إطار تناول وتحليل الدراسات والبحوث السابقة تم حصر متغيرات الدراسة في أربع متغيرات وهي (الفاعلية الذاتية، استراتيجيات المواجهة، الانتكاسة، المواقف عالية الخطورة).

أ. تحديد عينة الدراسة، وذلك من خلال الاطلاع على هذه الدراسات السابقة، فقد استطاعت الباحثة تحديد حجم العينة المناسب لهدف هذا البحث.

ب. استخلاص المفاهيم الإجرائية لكل مُتغير من متغيرات الدراسة ومكوناته، وهو ما تم ذكره سابقاً في تعريف مصطلحات الدراسة.

ج. إعداد أدوات الدراسة، وهو ما سوف نوضحه تفصيلاً في موضع لاحق.

د. طرح الفروض في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات من قضايا اتفاق واختلاف.

فروض الدراسة :

يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة على النحو التالي:

- 1- توجد علاقة ارتباطية بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر في الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

(1) منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لتحقيق أهداف البحث والإجابة على تساؤلاته والتحقق من فروضه من خلال الأساليب الإحصائية التي تناسب حجم العينة وطبيعة الفروض المطروحة والأدوات المستخدمة.

(2) عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (42) من الذكور المدمنين المنتكسين المقيمين والمترددين على مستشفيات خاصة بعلاج الإدمان بمحافظة القاهرة، تراوحت أعمارهم بين (20-45) عامًا. وتم تقسيمهم إلى مجموعتين على النحو التالي:

المجموعة الأولى: تمثل مجموعة المنتكسين بعد ثلاثة أشهر، وتضم الأفراد الذين عادوا إلى تعاطي المواد النفسية عودة كاملة بعد خضوعهم لبرنامج علاجي نفسي ودوائي مدته شهرين على الأقل، وكان عددهم (21) مُنتكسًا من الذكور، الذين بلغ متوسط أعمارهم (27-32) سنة بانحراف معياري قدره (2,82) سنة.

المجموعة الثانية: تمثل مجموعة المنتكسين بعد ستة أشهر، وتضم الأفراد الذين عادوا إلى تعاطي المواد النفسية عودة كاملة بعد خضوعهم لبرنامج علاجي نفسي ودوائي مدته شهرين على الأقل، وكان عددهم (21) مُنتكسًا من الذكور، الذين بلغ متوسط أعمارهم (29) سنة بانحراف معياري قدره (6,49) سنة.

وقد روعي في انتقاء العينة عدة شروط أساسية تمثلت على النحو الآتي:

1- تنطبق عليهم محكات تشخيص اضطراب الاعتماد على المواد النفسية كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل, وأن يتم التشخيص من قبل طبيب متخصص, وألا توجد لديهم أية أعراض ذهانية أو عضوية ترتبط بالجهاز العصبي.

2- أن يكون جميعهم من الذكور, ويرجع سبب اختيار عينة الدراسة من الذكور فقط إلى زيادة عدد الذكور المعتمدين على المواد النفسية, حيث تُشير البيانات الصادرة عن آخر تقرير لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان إلى أن نسبة الذكور المعتمدين عام 2013 تبلغ 97,6% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان 2013).

3- أن يكون المدى العمري للعينة من (20 إلى 45) عامًا, ويرجع اختيار تلك الفئة العمرية إلى ما تُشير إليه البيانات من أن الغالبية العظمى من المعتمدين على المواد المخدرة كانت تتركز في الفئة العمرية التي تتراوح بين (20-45) عامًا (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان 2013).

4- أن تكون المرحلة الثانوية هي الحد الأدنى للمستوى التعليمي للمشاركين وذلك لكي تضمن فهمهم لطبيعة الاختبارات.

5- تلقى برنامج علاجي دوائي ونفسي لمدة تتراوح من شهرين إلى ثلاثة شهور, على أن يشمل العلاج النفسي تعليم المريض أساسيات خاصة بمرض الإدمان وأعراضه وكيفية التعامل مع المواقف عالية الخطورة وكذلك الوقاية من الانتكاس.

6- أن تكون آخر المواد المُتعاطاه هي (الهيروين, والحشيش), وذلك نظرًا لاتجاه أغلب المرضى المدمنين في الفترة الأخيرة إلى نمط التعاطي المتعدد, حيث تعاطي معظم أفراد العينة جميع المواد النفسية خلال مراحل التعاطي ولم يكتفوا بمادة واحدة, وكان الهيروين والحشيش أكثر انتشارًا بينهم.

7- أن يُمر كلاً من مجموعتي المنتكسين بمرحلة نزع السموم من الجسم, وتجاوزها بفترة زمنية لا تتجاوز سبعة أيام من تاريخ انتهاء مرحلة نزع السموم من الجسم, وذلك لسبب رئيسي, وهو أن المعتمدين في هذه المرحلة يتسمون بتقلب حاد ومفاجيء في المزاج, هذا بالإضافة إلى وجود بعض حالات التهيج العصبي المصحوبة بميول عدوانية لفظية, الأمر الذي يجعلهم غير مُهيئين لتقبل أية تعليمات خاصة بإجراء فحوصات وتقييمات نفسية أو مُقابلات مطولة بهدف التقييم النفسي, أو حتى الامتثال إلى التعليمات الطبية الخاصة بتناول العقاقير العلاجية في أوقات محددة. هذا بالإضافة إلى تفاقم عامل الالهفة لتعاطي

المخدر أثناء تلك الفترة، حيث يسعى المعتمد بشكل مباشر وغير مباشر إلى التركيز على طلب الخروج لتعاطي المادة لكف هذه الحالة أكثر من طلب العلاج، خاصةً إذا كان الامتثال إلى العلاج نتيجة طلب الأسرة، أي رغماً عنه ودون إرادته.

وفيما يلي وصف للمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة:

جدول (1) وصف للمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

النسبة المئوية (%)	التكرار (ن)	المجموعات الفرعية	المتغير الديموجرافي
%100	42	5.16 ± 28.47 45-20	العمر (م/ح) المدى
%4.8	2	متوسط	المستوى التعليمي
%19	8	فوق المتوسط	
%76.2	32	جامعي	
%23.8	10	متزوج	الحالة الاجتماعية
%76.2	32	غير متزوج	
%50	21	بعد ثلاثة أشهر	فترة الانتكاسة
%50	21	بعد ستة أشهر	
%100	42	5.52 ± 11.97 31-3	سنوات التعاطي (م/ح) المدى

(3) أدوات الدراسة :

اشتملت أدوات الدراسة على :

1- قائمة الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة. Situational Confidence Questionnaire (SCQ)

وهي من إعداد (Annis & Graham, 1988)، ترجمة الباحثة (هبة شفيق عبدالجواد، 2017).

2- قائمة استراتيجيات المواجهة. Coping Strategies

وهي من إعداد "بروشسكا وزملاؤه (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988)

ترجمة الباحثة (هبة شفيق عبدالجواد، 2017).

هذا بالإضافة إلى البيانات الأولية واستمارة خاصة بالتعاطي من إعداد الباحثة، وقد مرت عملية إعداد أدوات الدراسة حتى وصلت إلى صورتها النهائية بعدة مراحل وهي:

أولاً: قائمة الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة (ترجمة وتعديل الباحثة)

وهي من إعداد (Annis & Graham, 1988)، ترجمة الباحثة (هبة شفيق عبدالجواد، 2017).

وتهدف إلى قياس درجة خطورة كل موقف من المواقف عالية الخطورة التي قد تتسبب في حدوث
انتكاسة وكذلك درجة فاعلية الشخص في التعامل مع كل موقف من هذه المواقف كل على حده، وتتكون
من (46) موقفًا مقسمين إلى جزئين :

الجزء الأول : المواقف عالية الخطورة.

ويتعلق بتحديد ما إذا كان الموقف خطير أم غير خطير فكانت بدائل الاستجابة هي (نعم أم لا). وقد
تم تصنيفها إلى نوعين من المواقف هما:

أ- مواقف خارجية عالية الخطورة وهي تتمثل في الأماكن أو الأشخاص أو الأدوات التي تستثير
الشعور بالهفة والعودة للتعاطي وكان عددها (22) موقفًا خارجيًا.

ب- مواقف داخلية عالية الخطورة وتتمثل في المشاعر السلبية أو الإيجابية التي يختبرها الفرد
والأفكار التي تدور بذهنه حول التعاطي والذكريات الداخلية وكان عددها (24) موقفًا داخليًا.

أما الجزء الثاني: الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة:

ويتعلق بمدى ثقة الفرد في قدرته على التعامل مع هذه المواقف عالية الخطورة بفاعلية، وذلك من خلال
تحديد المريض درجة ثقته من صفر إلى 100% من نفسه بدون الاختيار بين بدائل.

الكفاءة السيكومترية للقائمة:

1- حساب الثبات بطريقة الفا كرونباخ:

قام مُعد القائمة بالتأكد من ثباتها باستخدام معامل الفا كرونباخ حيث كان معامل الثبات (0,97) وهو
معامل ثبات مرتفع.

وقد تم حساب صدق التكوين من خلال حساب معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية لكل مقياس
وبعضها البعض، فكان معامل الارتباط بين المواقف الداخلية عالية الخطورة والمواقف الخارجية عالية
الخطورة هو (0,82)

وكان معامل الارتباط بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف الخارجية عالية الخطورة والفاعلية
الذاتية في التعامل مع المواقف الداخلية عالية الخطورة هو (0,84).

التعديلات التي قامت بها الباحثة على القائمة هي:

بالنسبة للجزء الأول: المواقف عالية الخطورة:

تم تعديل صياغة بنود القائمة من قبل الباحثة بحيث تكون بنوداً موجهة لفحص مدى درجة خطورة الموقف على أن تتراوح درجة الخطورة من (صفر% إلى 100%) وذلك من خلال ستة بدائل مختلفة للإجابة وهي (0% , 20% , 40% , 60% , 80% , 100%). ويعني ذلك أن درجة (صفر%) هي أن الموقف أقل خطورة أما (100%) فهي أعلى خطورة للموقف.

أما الجزء الثاني: الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة:

والذي يقيس مقدار الثقة لدى المدمن في التعامل مع المواقف عالية الخطورة التي تم تحديدها في الجزء الأول على أن تتراوح درجة الثقة من (صفر % إلى 100%) وذلك من خلال ستة بدائل مختلفة للإجابة وهي (0% , 20% , 40% , 60% , 80% , 100%). ويعني ذلك أن درجة صفر% هي أنه أقل فاعلية وثقة في التعامل مع مواقف الخطورة أما 100% فتعني أن لديه فاعلية ذاتية عالية جداً في التعامل مع الموقف. وكان يتم التطبيق من خلال تقدير الفرد أولاً لخطورة كل موقف على حدة ثم يقوم ثانياً بتحديد درجة ثقته في التعامل معه أيضاً من خلال البدائل الستة السابقة. بالإضافة إلى بعض المواقف التي أضافتها الباحثة وذلك من خلال دراستها الاستطلاعية لمجموعة من المرضى عما أكثر المواقف عالية الخطورة التي من الممكن أن تتسبب في حدوث انتكاسة وكان عدد المواقف هو (21) موقفاً إضافي عالي الخطورة يختلف عن تلك المواقف المذكورة في المقياس المترجم.

تم تجميع تلك المواقف وتصنيفها وإضافتها إلى المواقف المترجمة من القائمة، حيث أصبحت المواقف عالية الخطورة في شكلها النهائي (67) موقفاً، تنقسم فيما بينها إلى :

- المواقف الخارجية عالية الخطورة وبلغ عددها (33) موقفاً خارجياً.

- المواقف الداخلية عالية الخطورة وبلغ عددها (34) موقفاً داخلياً.

وبذلك تكون القائمة في صورتها النهائية تعكس درجتين، الدرجة الأولى: درجة خطورة الموقف تتراوح من (0% إلى 100%)

والدرجة الثانية: هي درجة الثقة في التعامل مع هذا الموقف الخطير وتتراوح من (0% إلى 100%)

ثانياً: قائمة استراتيجيات المواجهة:

وهي من إعداد "بروشسكا وزملاؤه (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988) ترجمة الباحثة (هبة شفيق عبدالجواد، 2017).

- اعتمدت الباحثة على قائمة استراتيجيات المواجهة لدى المعتمدين على الكحوليات والتي قدمها لنا بروشسكا وزملاؤه (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988).
- وقامت الباحثة بترجمتها، وهي تتكون من (59) بنداً يُقيّم فيه المريض مدى قدرته على استخدام استراتيجيات المواجهة في التعامل مع المواقف عالية الخطورة، وتعتمد القائمة على تصنيف لازاروس، وهو يتكون من نوعين من استراتيجيات المواجهة وهما:
 - أ- الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة: وهي استراتيجيات المواجهة بالواجهة، والمساندة الاجتماعية، والتخطيط لحل المشكلة، وقد شملت (24) بنداً.
 - ب- الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال: وهي استراتيجيات ضبط النفس، والتنفيس الانفعالي، وإعادة التقييم الإيجابي، وتقبل المسؤولية، والتجنب وقد شملت (35) بنداً.وتتكون بدائل الإجابة على كل بند من بنود القائمة من أربعة بدائل للاستجابة هي (أبدأ، نادراً، أحياناً، كثيراً). بحيث تكون أبدأ هي أقل درجة وتعني أن الشخص أقل استخداماً لاستراتيجيات المواجهة، أما كثيراً فهي تمثل أعلى درجة، وتعني أنه أكثر استخداماً لهذه الاستراتيجية.

الكفاءة السيكومترية للقائمة:

1- حساب الثبات بطريقة الفا كرونباخ: قام مُعد القائمة بالتأكد من ثباتها باستخدام معامل الفا كرونباخ حيث كان معامل الثبات (0,92) وهو مُعامل ثبات مرتفع.

2- حساب الصدق بصدق التكوين:

وقد تم حساب صدق التكوين من خلال حساب معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية لكل مقياس وبعضها البعض، فكان معامل الارتباط بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال هو (0,71)

التعديلات التي قامت بها الباحثة على القائمة:

فقد قامت الباحثة بتوجيه سؤال مفتوح للمدمنين هو ما الذي تقوم به ليساعدك على التغلب على المشاعر أو الأفكار التي تذكرك بالعودة للتعاطي مرة أخرى؟ وبناءً على إجابة المدمنين على هذا السؤال لم يتم إضافة أي بنود إلى القائمة، ولكن التعديل الوحيد الذي قامت به كان في بدائل الاختيارات لتصبح بدائل الاستجابة الخمسة هي (أبدأ، نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً). بدلاً من

(أبدأ، نادرًا، أحيانًا، كثيرًا)، وتعكس أقل درجة وهي (أبدأ) عدم استخدامه لهذه الاستراتيجيات نهائيًا في تعافيه مسبقًا أما أعلى درجة وهي (دائمًا) فهي تعكس استخدامه الدائم لهذه الاستراتيجيات وأنها أكثر فاعليه في تعافيه.

التحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة:

قامت الباحثة بتطبيق القائمتين على عينة مكونة من (30) مبحوثًا مقسمة إلى (15) من المنتكسين بعد ثلاثة أشهر، و(15) من المنتكسين بعد ستة أشهر، وهي عينة مُشابهة للعينة الأساسية، وقد تمثلت خطوات التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات فيما يلي:

أ- الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين البعد الفرعي للمقياس والدرجة الكلية للمقياس الكلي كما هو موضح في جدول (2) الآتي:

جدول (2) معاملات الارتباط بين البعد الفرعي والدرجة الكلية

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
المقياس الأول البعد الأول: الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية والدرجة الكلية	*0.952	0.000
البعد الثاني: الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية والدرجة الكلية	*0.940	0.000
المقياس الثاني البعد الأول: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة والدرجة الكلية	*0.975	0.000
البعد الثاني: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والدرجة الكلية	*0.986	0.000

دال عند 0.01

يتبين من الجدول السابق ارتباط كل من أبعاد مقياس الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية والخارجية بدرجته الكلية، كما تبين أيضًا أن هناك ارتباط بين أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الانفعال ودرجته الكلية وكانت جميع المعاملات الارتباطية دالة إحصائيًا.

ب- حساب معاملات الثبات: وقد تم حساب الثبات بطريقتين هما:

1- إعادة الاختبار:

تم إعادة التطبيق على العينة مرة أخرى بعد مرور فترة زمنية تراوحت من شهر إلى شهر ونصف، وكانت معاملات الثبات مرتفعة، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (3)

حساب معاملات الثبات بإعادة الاختبار لمقياسي الدراسة (ن=30)

معامل الثبات	المقاييس
963,	المواقف عالية الخطورة الخارجية
956,	المواقف عالية الخطورة الداخلية
950,	الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية
930,	الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية
946,	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة
923,	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال

يتضح من الجدول السابق أن مقاييس الدراسة تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة.

2- حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:

تم حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ لمقياسي الدراسة، وهذا ما يوضحه لنا جدول (4) على النحو التالي:

جدول (4)

حساب الثبات عن طريقة حساب معامل ألفا كرونباخ لمقياسي الدراسة

معامل ألفا (عينة منتكسون بعد ستة أشهر)	معامل ألفا (عينة منتكسون بعد ثلاثة أشهر)	مكوناته	المقياس
,612	,881	المواقف الخارجية	المقياس الأول: الجزء الأول: المواقف عالية الخطورة
,927	,911	المواقف الداخلية	

العلاقة بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من المدمنين المنتكسين



,842	,894	المواقف الخارجية	الجزء الثاني: الفاعلية الذاتية (ثقة الفرد في التعامل مع المواقف عالية الخطورة)
,929	,920	المواقف الداخلية	
,942	,834	الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة	المقياس الثاني استراتيجيات المواجهة
,786	,712	الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال	

ويُلاحظ من الجدول السابق أن قيمة معامل ألفا كانت مرتفعة لكافة الأبعاد الفرعية لمقاييس الدراسة.

الوصف الإحصائي:

وذلك من خلال حساب المتوسطات والوسيط والانحرافات المعيارية ومعامل الالتواء والمنوال لكل متغير من متغيرات الدراسة، وذلك ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (5) الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	المنوال
استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة	68.40	70	19.78	0.05	70
استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال	100.36	103	26.16	0.07	91
الدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة	172.76	174	45.06	0.006	121
الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية	1798.10	1850	461.36	-0.41	1560
الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية	1651.57	1730	416.15	-0.36	1680
الدرجة الكلية للفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة	3449.67	3640	830.54	-0.42	1860

ويتبين من جدول (5) أن هناك شواهد أولية لاعتدالية توزيع البيانات؛ حيث نجد أن الانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة لم تتعد جميعها متوسطاتها الحسابية، مما يشير إلى اعتدالية التوزيع، وتراوحت معاملات الالتواء لدرجات أفراد العينة لكل متغير وأبعاده بين (-0.42 و 0.07) أي لا تتجاوز ± 1 وهذا دليل على اعتدالية التوزيع.

نتائج الدراسة تفسيرها ومناقشتها:

الفرض الأول:

وينص على إنه " توجد علاقة ارتباطية بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من المدمنين المنتكسين"
ولاختبار صحة الفرض تم استخدام معامل الارتباط المستقيم (بيرسون)، كما هو موضح في جدول (6)
الآتي:

جدول (6)

العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة وأبعادها
الفرعية والدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة وأبعادها الفرعية

المتغيرات	معامل الارتباط	الدلالة
الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة	0.184	غ. دال
الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة	0.289	غ. دال
الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال	0.259	غ. دال
الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال	0.354*	0,021
الدرجة الكلية للفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الكلية لاستراتيجيات المواجهة	0.314*	0,044

*دال عند 0.05

تبين من جدول (6) قبول الفرض الأول حيث أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لقائمة الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة والدرجة الكلية لقائمة استراتيجيات المواجهة، أي أنه كلما زادت الفاعلية الذاتية لمريض الإدمان في التعامل مع المواقف عالية الخطورة كلما زادت قدرته على استخدام استراتيجيات مواجهة إيجابية أفضل في التعامل مع هذه المواقف، والذي قد يسهم بدوره في الوقاية من الانتكاس واستمرار مكاسب العلاج.

وقد تبين أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

ولم يتضح وجود ارتباط دال بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة أو المتمركزة حول الانفعال.

وترى الباحثة أنه قد يرجع تفسير ذلك إلى طبيعة المواقف نفسها فالمواقف عالية الخطورة الخارجية والتي تتمثل في الأماكن أو الطرق التي يمر بها المريض، وكذلك رؤيته لأشخاص معينين يذكره بالتعاطي سواء كانوا يتعاطون معه أو ارتبط وجودهم بتعاطيه السابق، بالإضافة إلى رؤية الأدوات التي كان يستخدمها في التعاطي والأشياء المادية المرتبطة بتعاطيه، إن هذه المواقف الخارجية تستثير لديه اللمفة والرغبة في التعاطي بشكل مباشر ومبالغ فيه مما تجعل المريض يفر ويلجأ للتفيس عما بداخله كي لا يقع في فخ التعاطي مرة أخرى، خاصة في الفترة الأولى من التعافي، ويطلق عليها لكمة مباشرة وصريحة في مجال العمل الإكلينيكي، وذلك لشدها وقوتها التي قد تدفعه إلى الانتكاسة الفعلية بشكل مباشر، وهنا يأتي دور استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والتي تتمثل في ضبط النفس والتفيس الانفعالي عن مشاعر المريض ومعاناته النفسية من شدة اللمفة القوية سواء بالتحدث مع معالجه الخاص أو حضور جلسة علاج جماعي أو بالتحدث مع مدمن متعافي للتخفيف من حدة المشاعر السلبية الناتجة عن هذه اللمفة، بالإضافة إلى استراتيجية التجنب من البداية لمثل هذه المواقف. لذلك فإن شدة هذه المواقف الخارجية ومعاناة المريض منها في هذه المرحلة تتطلب منه فاعلية ذاتية عالية مما تجعله يتعامل معها باستخدامه لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، ذلك لأنها الأنسب والأفضل للتعامل مع مثل هذه المواقف.

أما المواقف عالية الخطورة الداخلية فهي من أكثر المواقف التي لا يمكن التنبؤ بها وبالتالي يجد المدمن صعوبة في التعامل معها بفاعلية، وذلك لأنها تتمثل في الأفكار والمشاعر الداخلية الخاصة بالمريض مما يصعب عليه التعرف عليها بسهولة وخاصة في بداية التعافي، لأن طبيعة المشاعر والأفكار في هذه الفترة تكون مشوشة، وسيطرة ذكريات التعاطي عليه قد لا تمكنه من استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة بشكل سليم.

وبالنسبة لعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية للفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية أو الخارجية وبين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة، ترى الباحثة أنه قد يرجع ذلك إلى فترة التعافي نفسها، ذلك لأن طبيعة عينة الدراسة هم منتكسون بعد ثلاثة أشهر ومنتكسون بعد ستة أشهر. أي أنه كلما زادت فترة التعافي كلما زادت كفاءة المرضى في التعامل مع المواقف عالية الخطورة بنوعها بفاعلية ذاتية مُرتفعة وبالتالي زاد استخدامهم لاستراتيجيات مواجهة أكثر فاعلية خاصة

استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة وذلك لأنها تتطلب من الشخص مهارات حل المشكلة واتخاذ القرار المناسب وطلب المساعدة، وإتقان هذه المهارات يتطلب فترة من التعافي لتتولد لديه الخبرة الكافية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة بنوعيتها، وبالتالي تقل احتمالية الانتكاسة.

وقد توافقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Robinson & Walsh, 1994) والتي اهتمت بدراسة العوامل المعرفية المؤثرة في الحفاظ على التوقف عن التعاطي لدى عينة من المراهقين المتعاطين لمواد متعددة، وأظهرت النتائج أهمية الفاعلية الذاتية ومهارات المواجهة في التعامل مع مواقف الانتكاسة الخطرة وبالتالي احتمالية التعافي.

وكذلك دراسة (Delehant, 1995) التي ارتبطت نتائجها بارتفاع الفاعلية الذاتية واستراتيجيات المواجهة واستمرار التعافي، واحتمالات ضعيفة في حدوث الانتكاسة.

كما اتفقت أيضاً نتائج هذه الدراسة مع ما قدمه ماتو وزملاؤه (2009) في دراسته للعوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالانتكاسة عند الذكور المعتمدين على الكحوليات والأفيونات، حيث وجد أن المرضى الذين تعرضوا للانتكاسة كانوا يستخدمون استراتيجيات للمواجهة والتكيف سيئة وكان لديهم فاعلية ذاتية منخفضة في التعامل مع المواقف عالية الخطورة، بينما أولئك الذين امتنعوا عن التعاطي كانوا أكثر ميلاً لاستخدام استراتيجيات مواجهة فعالة، وأكثر ثقة في قدرتهم على الامتناع عن التعاطي، فكلما كان استخدام الفرد لاستراتيجيات مواجهة إيجابية كانت فاعليته الذاتية مرتفعة واستمر في تعافيه والعكس صحيح في حالة إذا ما استخدم استراتيجيات مواجهة سلبية (Mattoo, Anjaiah, 2009).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما افترضه (معاوية أبو غزالة، وشفيق فلاح، 2010) في أن الفاعلية الذاتية تعمل كمعينات أو معوقات ذاتية في أسلوب مواجهة وحل المشكلات باعتباره استراتيجية مواجهة، فالفرد الذي لديه ثقة بفاعليته الذاتية يُركز اهتمامه على مواجهته للمشكلة وتحليلها بغية الوصول إلى حلول مناسبة لها، أما إذا تولد لديه الشك بفاعليته الذاتية فسوف يتجه تفكيره نحو الداخل بعيداً عن مواجهته للمشكلة فيركز على جوانب الضعف وعدم الكفاءة وتوقع الفشل.

كما تتفق تلك النتيجة مع ما وجدته دراسة "رشا الديدي ورأفت عسكر، 2005" من أن الانفعالات السلبية تشكل دوراً مهماً في الانتكاس، حيث أن عدم التعامل معها بفاعلية يؤدي بالشخص إلى العودة للإدمان مرة أخرى، وهي تُشكل خطراً كبيراً على تعافي المريض، وهي تمثل (35%) من أسباب الانتكاسات وفقاً لنموذج مارلت.

نتائج الفرض الثاني: والذي ينص على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر في الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة " ولاختبار صحة الفرض تم الاستعانة باختبار (ت) لعينتين مستقلتين من خلال المقارنة بين المجموعتين (المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر) في كل متغير على حده، كما هو موضح في جدول (7).

جدول (7)

نتائج اختبار (ت) بين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر في الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة المستخدمة كل منهما على حده

الدلالة	T قيم (ت)	والمنتكسين بعد ستة أشهر ن = 21		المنتكسين بعد ثلاثة أشهر ن = 21		المجموعات المتغيرات
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
غ. دال 0.333	0,981-	385.30	1714.57	445.22	1588.57	المقياس الأول الجزء الأول: الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الخارجية
غ. دال 0.228	1,225-	469.71	1884.76	447.14	1711.42	الجزء الثاني: الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة الداخلية
غ. دال 0.248	1,173-	810.64	3599.33	842.56	3300	الدرجة الكلية للفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة
غ. دال 0.662	0,440-	20.54	69.76	19.38	67.04	المقياس الثاني الجزء الأول استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة
غ. دال 0.308	1,033-	28.67	100.19	23.32	100.19	الجزء الثاني استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال
غ. دال 0.434	0,791-	48.53	178.28	41.74	167.23	الدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة

تبين من جدول (7) قبول الفرض الثاني بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر في الدرجة الكلية للفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة وكافة أبعادها (المواقف عالية الخطورة الخارجية والداخلية) والدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة وكافة أبعادها (استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الانفعال).

العلاقة بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من المدمنين المنتكسين

وترى الباحثة أنه قد يرجع تفسير ذلك إلى ما تراه في مجال عملها الإكلينيكي إلى أن المرضى المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر يتشابهون غالبًا في نمط انتكاساتهم وفي نفس المواقف عالية الخطورة التي يواجهونها سواء كانت مواقف داخلية أو خارجية والتي قد تسبب في انتكاساتهم عندما لا يملكون الفاعلية الذاتية في التعامل معها باستخدام استراتيجيات المواجهة سواء كانت المتمركزة حول المشكلة أو المتمركزة حول الانفعال، فبالنسبة للمواقف عالية الخطورة الداخلية والتي تتمثل في الأفكار حول ذكريات التعاطي والمشاعر السلبية غير السارة التي تنتابهم في هذه الفترة منذ بداية أول يوم امتناع عن المخدرات وتستمر إلى ستة أشهر من الامتناع تكون مشابهة للعينتين من حيث شدتها وقوتها، ولذلك فإن أغلب البرامج العلاجية سواء التي تقوم على العلاج المعرفي السلوكي أو برنامج ال12 خطوة يتم التنويه على المرضى منذ بداية علاجهم أنه لا يجوز اتخاذ أية قرارات مصيرية في حياتهم بناءً على مشاعرهم في هذه الفترة، لأنها تكون مغمورة بذكريات التعاطي واللهفة المستمرة والاستيقاق للمخدر، وأن عليهم الالتزام بالمتابعة العلاجية والتنفيس عن مشاعرهم السلبية ومشاركة المعالجين في حل مشكلاتهم واتخاذ القرارات المهمة.

أما المواقف عالية الخطورة الخارجية فهي تتمثل في الأشخاص والأماكن ورؤية أدوات أو أشياء مرتبطة بالتعاطي، ومثل هذه المواقف أيضًا تستثير اللهفة بشكل صريح ومباشر في الفترة الأولى من العلاج ولمدة ستة أشهر، لذلك لا يوجد فروق بين العينتين المنتكسين بعد ثلاثة أشهر والمنتكسين بعد ستة أشهر من العلاج في التعامل مع المواقف عالية الخطورة، وذلك لأن ضغط هذه المواقف بنوعها الداخلية والخارجية في هذه الفترة من بداية العلاج وحتى ستة أشهر يتشابه بين عيني المنتكسين بعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر وبالتالي تتشابه أيضًا استراتيجيات المواجهة بنوعها المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الانفعال التي يستخدمونها والتي لا يستخدمونها.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة "خالد عبدالوهاب 2006" والتي أشارت إلى وجود فروق دالة بين عينة المتعافين وعينتي المنتكسين في استخدام استراتيجيات المواجهة، وذلك لدراسة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتعامل مع المواقف الضاغطة لمرضى الإدمان وقد أكدت النتائج عن فاعلية وكفاءة البرنامج من خلال استمرار الأفراد في التعافي لاستخدامهم استراتيجيات مواجهة فعالة وكان ذلك لصالح عينة المتعافين لأكثر من سنة وأنه لا يوجد فروق بين عينتي المنتكسين سواء بعد ثلاثة أشهر أو ستة أشهر (خالد عبدالوهاب, 2006).

وهذا يعنى أيضًا أن المتعافين لأكثر من عام كان لديهم ثقة أكبر في التعامل مع المواقف عالية الخطورة تمكنهم من استخدام استراتيجيات مواجهة ملائمة للحفاظ على أنفسهم واستمرار تعافيتهم وذلك

بالمقارنة لعينتي المنتكسين بعد ثلاثة أشهر أو ستة أشهر، وهذا ما يجعلهم نماذج قدوة لغيرهم من المنتكسين للحفاظ على تعافيتهم، فالطريق الأمثل لتكوين وتقوية معتقدات الفاعلية الذاتية يكون من خلال الخبرات المستمدة من النماذج الاجتماعية (رؤية ناس يشبهون الشخص نفسه في تحقيق نجاحات معينة ويبدلون جهد ثابت باعتقاداتهم حول ذواتهم بفاعليتهم الذاتية، فتأثير النمذجة على الفاعلية الذاتية المدركة يُعد تأثيرًا قويًا لإدراك التشابه بين الشخص نفسه والشخص الآخر النموذج (القدوة له) (Bandura, 1994, 2,3)

ومن هنا تأتي أهمية وجود الشخص المتعافي في الأماكن العلاجية المختلفة ليكون القدوة لباقي المرضى الآخرين، من خلال تبادل الخبرات الخاصة بالمواقف التي قد تدفع بالفرد إلى الشعور باللهفة للعودة للإدمان أو للطرق التي قد تساعد على استمرار التعافي ولعل ذلك هو السبب في نجاح مجموعات المدمنين المجهولين كأحد الطرق العلاجية التي يتم استخدامها في علاج ظاهرة الاعتماد على المواد النفسية.

ويتفق ذلك مع ذكره (باندورا، 1977) في نظريته أن العلاقة بين ما يتوقعه الأشخاص لأنفسهم وما هم قادرين على عمله يعد قوة دافعة، فاعتقاد الفرد في قوته يجعل أداءه قويًا، وإدراك الناس لفاعليتهم يؤثر في الخطط التي يعدونها مسبقًا أو يكررونها، فهؤلاء الذين لديهم تقدير مرتفع لفاعلية ذواتهم يضعون خططًا ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية للنجاح، بينما يميل الآخرون الذين يحكمون على أنفسهم بعدم الفاعلية إلى وضع خطط فاشلة (Deming & Johnson, 2019, 204).

توصيات الدراسة:

على ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحثة توصي بما يلي:

- الحرص على تنمية الفاعلية الذاتية لدى المدمنين المنتكسين في بداية تعافيتهم في التعامل مع المواقف عالية الخطورة، وذلك من خلال توفير كتيبات لشرح معنى الفاعلية الذاتية وأنواعها ومصادرها، بجانب إمدادهم بنماذج لأشخاص متعافين استخدموا فاعليتهم الذاتية في الحفاظ على تعافيتهم.

- تضمين أنواع من استراتيجيات المواجهة داخل البرنامج العلاجي المتبع والحرص على تطبيقه في بداية التعافي، على أن يشمل التدريب على استراتيجيات معرفية مثل: (حل المشكلات واتخاذ القرار، والبحث عن مساندة اجتماعية)، بالإضافة إلى استراتيجيات انفعالية مثل: (التنفيس الانفعالي، ضبط النفس، التحكم في المشاعر وبشكل خاص المشاعر السلبية)، وكذلك تدريبهم على استراتيجيات سلوكية تتضمن: (مهارات وسلوكيات إيجابية تساعد على تعافيتهم وتسهل من

تشنتيتهم عن المشاعر والأفكار السلبية التي تزعجهم أو تستثير الالهفة لديهم مثل ممارسة أنواع من الرياضة والأنشطة الحركية، وكذلك أنشطة مسلية وممتعة لديهم بالإضافة إلى تدريبهم على الاسترخاء العضلى والتنفسى).

مقترحات الدراسة:

تقدم الباحثة فيما يلي بعض البحوث المقترحة المرتبطة بموضوع الدراسة في ضوء ما توصلت إليه
الدراسة الحالية من نتائج:

- 1- فعالية برنامج للتدخل المبكر لتوعية المدمنين الذين يتعرضوا لبرنامج علاجى لأول مرة لتوعيتهم بالمواقف عالية الخطورة الداخلية والخارجية.
- 2- فعالية برنامج تدريبي قائم على تدريب المدمنين المنتكسين على استراتيجيات مواجهة فعالة للتعامل مع المواقف عالية الخطورة المنبئة بحدوث انتكاسة قادمة.
- 3- فعالية برنامج لتنمية الفاعلية الذاتية وذلك لزيادة ثقتهم فى التعامل مع المواقف عالية الخطورة.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- أحمد عبدالخالق, مایسة النیال (2018). السعادة وعلاقتها بالفاعلية الذاتية لدى عينة من طلاب الجامعة فی مصر ولبنان. *مجلة العلوم الاجتماعية*, 46 (1), 81-108.
- إلهام جلال عثمان (2017). الذكاء الروحي وأساليب مواجهة الضغوط كمنبأ للتحصیل الأكاديمی لدى طالبات كلية التربية, *مجلة كلية الدراسات العليا للتربية*, جامعة القاهرة, مج 25, العدد الثالث.
- جابر عبدالحمید جابر (1990). *معجم علم النفس والطب النفسی*, القاهرة, دار النهضة العربية.
- جمعة سيد يوسف (2004). مشكّة الوقاية من الانتكاس فی حالات تعاطی الكحولیات والمخدرات. *دراسات عربية فی علم النفس*, 3 (4), 199-210.
- جيهان حمزة (2013). المهارات الحياتية والاستراتيجيات التعايشية لدى المرتعین فی الأفكار الآلية والمنخفضين فيها من أطفال الشوارع المساء معاملتهم. رسالة دكتوراه, كلية الآداب, جامعة القاهرة.
- خالد محمود عبدالوهاب (2006). مدى فاعلية برنامج علاجی فی تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضی الإدمان السعوديين. *دراسات عربية فی علم النفس*, 5 (1), 79-144.
- رشا عبد الفتاح الديدی, رأفت السيد عسكر (2005). اسباب الإنتكاسة كما يدركها مرضی سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا من نزلاء المستشفيات. *دراسات نفسية*, 3 (15), 353-397.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (2013). *المخدرات، أوهام، أخطار، حقائق، شارع المبتديان، الجيزة*.
- عبدالله بن حميد السهلي (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضی المترددين على بالمدينة مستشفى الطب النفسی بالمدينة المنورة وغير المرضی. رسالة دكتوراه, السعودية.
- على الشكعة (2009). استراتيجيات مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة فی محافظة نابلس, *مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)*, 23 (2).
- فتحی مصطفى الزيات (2001). *البنية العاملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها*, سلسلة علم النفس المعرفی (6), القاهرة, در النشر للجامعات.

- كريمة سيد محمود خطاب (2011). فعالية الذات كمحدد نفسى. دراسات عربية فى علم النفس, 10 (1), 119-154.
- محمد حسن غانم (2005). العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد عبدالسلام (2002). الاتجاهات الحديثة فى دراسة فعالية الذات, المجلة المصرية للدراسات النفسية, العدد (36) يوليو, ص32-54.
- مدحت عبد الحميد أبو زيد (1998). الارتكاس العقاقيرى. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- معاوية أبو غزالة، شفيق فلاح (2010). العدالة المدرسية وعلاقتها بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الأساسية فى محافظة إربد: دراسة تطورية. مجلة جامعة دمشق، جامعة اليرموك. الأردن، 26(4), 285-317.
- نورة محمود حسنين عشعش (2018). أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة, مجلة كلية التربية, جامعة بورسعيد, العدد 23.
- هبه شفيق عبدالجواد (2017). استراتيجيات التعايش وفاعلية الذات المدركة فى التعامل مع المواقف عالية الخطورة كمتغيرات مُنبئة بالانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير, كلية الآداب, جامعة القاهرة.
- هناء أحمد محمد شويخ (2004). استراتيجيات التعايش والمساندة النفسية الإجتماعية فى علاقتها ببعض الاختلالات النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية. رسالة ماجستير, كلية الآداب, جامعة القاهرة.
- هناء أحمد محمد شويخ (2012). علم النفس الصحى. القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.
- هند طه (2004). الوقاية من الانتكاس : المجلة القومية للتعايش والإدمان, المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية. 2 (1), 61-79.
- Annis, M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical Findings a Cognitive- Social Learning approach *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 22 (2), 117-124.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. Vol. 84 (2), 191-215.

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in human Agency. *Journal of American Psychologist*. Vol. 37 (2), 103-121.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. Inv. S. Ramachaudran (Ed), *Encyclopedia of Human Behavior*. New York, Academic Press. 4, 71-81.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, Te Exercise of Control*. New York, Stanford University W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A., (2004). Health Promotion By Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*. 31 (2), 143-164.
- Bandura, A., Vittorio, G., & Barbaranelli, C. (2011). Impact of Family Efficacy Beliefs On Quality of Family Functioning And Satisfaction with Family life. , *Applied Psychology: An International Review*. 60 (3), 421-448.
- Cheng, Y. (2020). Academic self-efficacy and assessment. *Educational Psychology*. Vol. 40 (4), 389-391.
- Christine, E. (2009). The role of self-efficacy in cocaine abstinence. *Master of Arts*, George Mason University. Fairfax, VA.
<http://www.proquest.com>
- Coenen, P. (2006). Substance abuse counseling students and relapse patients beliefs regarding relapse prevention and the readiness for change. *Doctor of education*. University of South Dakota educational admistration.
- Dalcy, D. & Marlatt, G.(1992). Relapse Prevention: Cognitive & Behavioral Interventions in: Lowinsom, J,H. et.al. (Ed), *Substance Abuse: Comprehensive Textbook*.
- Delehant, C. (1995). Coping, self-efficacy and stressful life events across stages of change in inpatient male veterans diagnosed with a substance use disorder. *Doctor of psychology*, Chicago, Illinois.

- Deming, P., Johnson, L.L. (2019). An Application of Bandura's Social Learning: A New Approach to Deaf Blind Support Groups. *JADARA*, Nov; 24(4): 203-209.
- Ebrahim, S., Agha, F. (2016). Relapse Coping Strategies in Young Adults Addicts: A Quantitative Study in Iran. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Jan-Feb; 38(1): 46–49.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S (1988). *Ways of coping questionnaire: sampler set (manual, test booklet, scoring, key)*. Consulting psychologists press, Inc.
- Gordon, M. (2003). *Relapse and recovery: Behavioral strategies for change*. Wernersville, PA: Caron Foundaation.
- Larimer, E., Palmer, R., & Marlette, A. (1999). Relapse prevention: An overview of marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*. Vol. 23 No. (2). 151-160.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal And Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward Better Research on stress And Coping. *American Psychologist*, Vol. 55, No. 6, 665-673.
- Lisowski, M.a., (1999). The use of cognitive-Behavioral relapse model in understanding individuals with relapse in inhalant abuse: A preliminary study. *Master of education*. University of Manitoba.
- Livne, H., & Martz, E., (Eds). (2007). *Copimn wih Chronic Illness And Disability: Theoretical, Emprical, And Clinical Aspects*. Springer.
- Maddux, J. E., (2012). Self-Efficacy: The Power of Believing you can. *Handbook of positive psychology*, Oxford University.pp (335-343).
- Marllat, G.A. & Barrett, K. (1994). *Relapse Prevention*, In: Galanter, M. & Kleber, H.D., (Eds.): The American Psychiatric Press text book of Substance abuse treatment, Washington: American *Psychiatric press, Inc*.

- Marlatt, G., Parks, G., & Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, Washington University.
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (2004). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, Washington University.
- Marlatt, G., & Donovan, M. (2005) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. USA. Guilford press.
- Mattoo, S., & Anjaiah, M. (2009). *Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence*. Department of Psychiatry, Postgraduate Institute of Medical Education & Research; Chandigarh, India J Med 130, December. 702-708.
<http://www.proquest.com>
- Meyer, D., & Christine R. (1999). The Treatment of Drug Abuse: Changing the paths in: Hartel, C., & Glantz, M. (Eds). *Drug Abuse corgins & Intervention*. New York: American Psychological Association.
- Moos, H., (1988). Life Stressors and Coping Resources in flounce Health and Well-being. *American Psychological Association*, 41 (4), 325-335.
- Pajares, k. & Schunk, D. (2002). *Self beliefs and school success: Self-efficacy, Self concept and School achievement*. In Riding, R & Rayner. S, London 21.
- Raj, H., & Prakash, B. (2000). Relapse precipitants in opiate addiction: Assesment in community treatment setting. *Indian journal of psychiatry*, 42(3), 253-257
- Richard, B. (2012). The Relationship Between Coping Processes and Alcohol Relapse Severity. *Doctor of psychology*, Walden University.
<http://www.proquest.com>.

-
- Robinson, S., Walsh J. (1994). *Cognitive factors affecting abstinence among adolescent poly substance abusers*. Psychological report. 579-589. <http://www.sciencedirect.com>.
 - Shahan, T., (2020). Relapse: An Introduction. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 113(1): 8-14.
 - Williams, K. (2009). The relationship between coping self-efficacy and substance abuse treatment provided to individuals in the new jersey drug court program. *Doctor of philosophy psychology*, Walden University. <http://www.proquest.com>.

The Relation between Self-Efficacy in responding to high risk situations and coping strategies among a sample of relapsed Addicts

Heba Shafik Abdelgawad Dawood

(PHD) Degree – Psychology Department

Faculty of Women for Arts, Science & Education

Ain Shams University - Egypt

He.shafik@gmail.com

Heba.shafik@hotmail.com

Prof. Dr. Asmaa Abdelmoneim Ibrahim

Dr. Shaimaa Arafa Abdelgawad

Professor of Psychology

Lecturer of Psychology

Faculty of women for Arts, science and
education- Ain Shams University

Faculty of women for Arts, science and
education- Ain Shams University

asmaa.abdelmoniem@women.asu.edu.eg

Shimaa.elmoshy@women.asu.edu.eg

Abstract

The aim of the current study is to reveal the relationship between self-efficacy in responding to high risk situations and coping strategies among a group of relapsed addicts. This study is conducted over a sample consisting of 42 relapsed addicts who depend on psychological material; all of them are males whose ages are ranging between 20 to 45 years old and they were divided into two groups. Each group consisted of 21 individual. The first group represents a group of addicts who relapsed after three months of treatment, while the second group represents addicts who relapsed after six months of treatment. The study used the following tools: List of self-efficacy in responding to high risk situations and a list of coping strategies. The results of the current study referred to the existence of a positive associative relationship which is statically significant between self-efficacy in responding to high risk situations and coping strategies among the sample members, in addition to the result of the second assumption which indicated that there is no significant differences between the group of addicts relapsed after three months and the group of addicts relapsed after six months as for self-efficacy in responding to high risk situations and coping strategies.

Key Words: Relapse, Coping Strategies , Self-efficacy, High-risk Situations.