الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومعنى الحياة

إعداد

الباحثة/ أمل ناصر مرزوق حسين

اختصاصية نفسية صندوق مكافحة وعلاج الإدمان

كلية الآداب - جامعة أسيوط

أ.د / شعبان جاب الله رضوان

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة القاهرة

أ.م.د/ ساره حمدي التلاوي

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب - جامعة أسيوط

تاريخ الاستلام : ٢٣/ ٨/ ٢٠٢٢م

تاريخ القبول : ٢٢/ ٩/ ٢٠٢٢م

ملخص:

هدف البحث إلى معرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومعنى الحياة. ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق في المقاومة النفسية ومعنى الحياة في ضوء مدة الاعتماد وعدد مواد الاعتماد لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية. وتكونت العينة من مجموعتين: المجموعة الأولى تكونت من (٥٠) منتكساً، أما المجموعة الثانية تكونت من (٥٠) متعافياً من الاعتماد على المواد النفسية، وتراوحت أعمارهم بين (٢٢– ٥٠) سنة، وتمّ استخدام مقياس المقاومة النفسية (إعداد الباحثة)، ومقياس معنى الحياة متعدد الأبعاد إعداد (Edwards, M, 2007) (ترجمة الباحثة)، وتمّ حساب خصائصها السيكومترية المتمثلة في الثبات والصدق. وأسفرت النتائج إلى وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية على مقياس المقاومة النفسية (الدرجة الكلّية) وبعض مكوناته الفرعية في اتجاه المتعافين، ووجدت فروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية على مقياس معنى الحياة (الدرجة الكلّية) وبعض مكوناته الفرعية في اتجاه المتعافين، كما توصلت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق في المقاومة النفسية ومعنى الحياة في ضوء مدة الاعتماد، وعدد مواد الاعتماد لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

الكلمات المفتاحية: المقاومة النفسية، معنى الحياة، الاعتماد على المواد النفسية.

Abstract:

The Present Study aims to find out if there were statistically significant differences between relapsed and recovering from dependence on psychoactive substances in Psychological Resilience and Meaning of Life. And find out if there were statistically significant differences between relapsed and recovering from dependence on psychoactive substances in Psychological Resilience and Meaning of Life, according to duration of dependence (less than 8 years - from 8 years and more) and the number of dependence substances (two substances - multi-subjects) variables and the interaction between them. The sample consists of two groups. The first group consists of (50 recoveries) from recovering from dependence on psychoactive substances, The second group consists of (50 relapses) from relapsing in psychoactive substances, and their ages ranged between (22-50) Years, The psychological resilience scale was applied to them, prepared by researcher, and The Multidimensional Life Meaning Scale prepared by (Edwards, M, 2007) were used, translated by researcher, after calculating its psychometric properties represented in validity and reliability. The results of the study reached the following: there were differences between the relapsed and recovering from dependence on psychoactive substances on the scale of Psychological Resilience (total score) and some of its sub-components in the direction of the recovered. As well as the presence of differences between the relapsed and recovering from dependence on psychoactive substances on the scale of Meaning of Life (total score) and some of its sub-components in the direction of the recovered. The results also found that there were no differences between the relapsed and recovering from dependence on psychoactive substances on the scale of Psychological Resilience and Meaning of Life according to duration of dependence (less than 8 years - from 8 years and more) and the number of dependence substances (two substances - multi-subjects) variables and the interaction between them.

Keywords: Psychological resilience, Meaning of Life, Dependence on psychoactive substances.

أولًا: المقدمة:

تُعتبر مشكلة الاعتماد على المواد النفسية من أكبر المشكلات التي تواجه كافة المجتمعات؛ لما لها من تأثيرات واسعة النطاق وشديدة التعقيد بالنسبة للفرد والمجتمع؛ تؤثر على كلّ جانب من جوانب حياة الفرد، صحته البدنية والنفسية، وعلاقاته الاجتماعية ومهنته ...إلخ. كما أنه مرض مزمن يمكن علاجه ويمكن الانتكاس له وخصوصاً إذا اقتصر العلاج على الجانب الطبي الدوائي فقط.

ويتسم التعافي بمعدلات عالية من الانتكاس وغالبًا ما يستغرق عدة محاولات، ويُقل خطر الانتكاس بنسبة ١٥% بعد (٤- ٥) سنوات من الامتناع المستمر. وهناك نسبة كبيرة قد تتخطى ٩٠% من مرضى الإدمان المتقدمين لطلب العلاج من الإدمان هم بالأساس ليس لديهم رغبة حقيقية في التوقف عن التعاطي. (محمد عبد الله،٢٠١٧، ٣٠ ؛ Corno, C, 2018, 6) .

ويُعد مفهوم الانتكاس من المصطلحات الهامة والرئيسية عند وصف مرض الاعتماد على المواد النفسية؛ وذلك لأنّ الأزمة الحقيقية التي يعيشها المريض ليست في أن يتوقف عن التعاطي، ولكنها تكمن في عودته مرة أخرى إلى التعاطي بعد امتناعه عنه واجتيازه لمرحلة الأعراض الانسحابية. وخصوصاً إذا اقتصر العلاج على الجانب الطبي الدوائي فقط دون الاقتران بالعلاج النفسي وبقية برامج العلاج. حيث نجد أن الإحصاءات العالمية ما زالت تشير إلى تزايد أعداد المنتكسين بعد العلاج (رشا زوبع، ٢٠١٧، ٤٩؛ محمد عبد الله، ٢٠١٧، ٥١).

كما أن التعافي من الاعتماد على المواد النفسية لا يعني بالضرورة التوقف عن تعاطي المخدرات فقط، فبالإضافة إلى ذلك فإنّ التعافي بحاجة إلى اكتساب مجموعة متنوعة من المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعده على تعزيز وتأكيد عملية التعافي وضمانها، وخاصة تلك المهارات والخبرات والسلوكيات التي تدعمه في مواجهة التحديات والمشكلات والصعوبات التي قد تؤدي إلى العودة مرة أخرى إلى تعاطي المخدرات (سليمان الفالح، ٢٠١٧، ٢٧).

وبالاطلاع على التراث النظري والأدبيات السيكولوجية التي تهتم بالتكيف من الظروف الصعبة والتوافق الجيد والتعامل بشكل إيجابي مع تحديات الحياة والتعافي منها برز مفهوم المقاومة النفسية، حيث نجد أن المقاومة النفسية تُسهم بشكل كبير في البناء المعرفي للفرد، وذلك بعد تعرضه للمواقف الضاغطة؛ بما يؤثر على سلوكه (محمد الشافعي، عبد الكريم إسماعيل، ٢٠١٣، ١٦٠).

وتكتسب المقاومة النفسية أهميتها بالنسبة للأشخاص المعرضين للمخاطر مثل من يعيشون في سياق الفقر، أو مناطق الكوارث والحروب، أو من يعانون من ظروف مرضية مزمنة؛ لكونه المعين لهم على المواجهة الفعالة والتعايش الإيجابي مع هذه الظروف، والمقاومة النفسية تكوين ثنائي البُعد يتضمن التعرض للمتاعب والمصاعب، أو حتى الأزمات والصدمات، والتوافق الإيجابي معها.

(ريم سليمون، ٢٠١٥، ٩٢-٩٤).

كما ظهر مصطلح معنى الحياة من خلال إسهامات "فيكتور فرانكل" في مجال العلاج بالمعنى، الذي تتلخص أهدافه في مساعدة الفرد على إيجاد معنى له في الحياة؛ ليستطيع أن يعيش وينجز، ويحقق أهدافه المستقبلية.

(أحمد عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٧، ٢٩٣).

ويرى فرانكل أن الافتقار إلى المعنى هو على الأقل إحدى المشكلات الجذرية التي تسبب الاعتماد على المواد النفسية، حيث إنّ الفراغ الوجودي في حياة الفرد يملؤها بشكل خاطئ بسلوك الاعتماد. فالأفراد غير القادرين على مواجهة صعوبات الحياة يواجهون المسؤوليات من خلال اللجوء إلى السلوك غير التكيفي، مثل: الانتحار، العدوان، وتعاطي المخدرات، والسلوك الاعتمادي بمختلف أنواعه. بينما الأشخاص الأسوياء في المقابل، يستخدمون حريتهم للمساهمة في العالم، والاستفادة من قدراتهم قدر الإمكان، واستخدام طرق تكيفية أخرى في التعامل مع الفراغ الوجودي الذي يواجهونه. (Plesh, B.1999, 6-7) .

كما أوضحت الدراسات أيضاً أن وجود معنى للحياة هو جزء لا يتجزأ من الصحة النفسية الشاملة ومؤشر قوي للرفاهية النفسية وعلى العكس عدم وجود معنى في حياة المرء مرتبط بالاضطرابات النفسية بما في ذلك الاكتئاب، وتعاطي المخدرات، والانتحار.(Puentes, J, 2011, 4) .

وعلى الرغم من توفر دراسات سابقة تناولت المقاومة النفسية ومعنى الحياة في مجال الاعتماد على المواد النفسية إلا أن هذه الدراسات كانت تركز على فئة المراهقين من طلاب الجامعة والمدارس أكثر من فئة المرضى المعتمدين على المواد النفسية والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية ولوحظ وجود ندرة في الدراسات (وخاصة في البيئة العربية) التي تناولت الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومعنى الحياة.

ثانيًا: مشكلة الدراسة:

تُعد ظاهرة الاعتماد على المواد النفسية ظاهرة عالمية تشمل معظم دول العالم، سواء كانت نامية، أو متقدمة، وقد اختارت الأمم المتحدة ٢٦ من شهر يونيو من كلّ عام للتوعية بأضرار المخدرات والمؤثرات العقلية. وتوصلت الإحصائيَّات في عام ٢٠٢٠ إلى أنه يعاني حوالي ٣٥،٦ مليون شخص من اضطرابات الاعتماد على المواد النفسية على مستوى العالم.

(سعيد الفداني،٢٠١٣، ٣ ؛ World Drug Report, 2020).

وتظهر نتائج دراسات تتبعية أن (٤٠-٦٠ %) من المعتمدين على المواد النفسية قد انتكسوا في حد أقصاه بعد سنتين حتى خمس سنوات (نسبة كبير منهم كانوا قد انتكسوا بعد يومين من انتهاء العلاج)

(مطاع بركات، إقبال الحلاق، ٢٠١١، ١٦٤).

وقد بينت دراسة "غوردن" Gordan حول العوامل وراء الانتكاس، أن نقص آليات المواجهة لمواقف الخطر تخفض من التقييم الذاتي الثقة بالنفس، ومن ثمّ ترفع احتمال الانتكاس. وتوصلت نتائج دراسة عبد العزيز حسين ٢٠٠٤ أن هناك ثمانية مشكلات تواجه المدمن المتعافي عند عودته لمحيطه الاجتماعي الذي ينتمي إليه وهي (رفض الأسرة له، ورفض قبوله للعمل، ورفض الأقرباء له، وصعوبة توفير النفقة، ورفض الأصدقاء له، ومشكلة الفراغ، ورفض قبوله للزواج، والنظرة السلبية من بعض الأطباء والمعالجين) (مطاع بركات، إقبال الحلاق، ٢٠١١، ١٦٧-١٦٨).

ومن خلال مراجعة التراث البحثي هناك عدد محدود من الدراسات أثبت أن المقاومة النفسية العالية تساهم في الاستمرار في التعافي. حيث ترتبط المقاومة النفسية المرتفعة ارتباطًا عكسيًّا بإساءة استخدام الكحول وهي تحمي من إساءة استخدام الكحول بمرور الوقت. والأفراد ذوو المقاومة النفسية العالية أقل عرضة للانتكاس وسيكون مفيداً للأطباء تقييم المقاومة النفسية كجزء من تعاطي الكحول، ويمكن أن يوفر هذا التقييم المعلومات ذات الصلة لتخطيط العلاج. وفهم المقاومة النفسية بين الأشخاص الممتنعين عن التعاطي يساعد في تعزيز التعافي.
.(Rathinam, B., & Ezhumalai, S, 2021, 97)

وغالباً ما ينظر إلى الاعتماد على المواد النفسية على أنه يتعارض مع تحقيق الهدف حيث يشير إلى أن الأشخاص الذين حددوا هدفًا شاملًا في حياتهم أقل احتمالًا للانخراط في تعاطي المخدرات. ولقد وجدت العديد من الدراسات أن معنى الحياة يرتبط بانخراط أقل في السلوكيات الخطرة، ففي دراسة (Csabonyi, M., & Phillips, L, 2020) أشارت نتائج إلى أن التدخلات النفسية التي تساعد الأفراد الذين يستخدمون المخدرات، أو الكحول لوضع معنى، أو غرض في حياتهم قد تقلل من مستويات تعاطى المخدرات والكحول، وإنّ عملية البحث عن المعنى قد لا يكون لها تأثير كبير ومباشر على مستويات استخدام المواد، ولكن بمجرد تحديد معنى معين، قد يكون هناك دافع أقل للاستمرار في تعاطي المخدرات والكحول.

وبالنظر إلى بعض الدراسات السابقة لوحظ أن معظم الدراسات التي تناولت الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومعنى الحياة تناولت كلّ مفهوم على حدة، كما أن الدراسات التي تمّ الاطلاع عليها أجريت على البيئة الأجنبية وكانت على عينة من المراهقين وطلاب الجامعة؛ ولذلك يركز البحث الحالي على الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومعنى الحياة، ولكون هذه المتغيرات لم تطرق في أيّ من البحوث والدراسات العربية المرتبطة بالتعافي من الاعتماد على المواد النفسية في حدود علم الباحثين، وأن التركيز على هذه المتغيرات قد يساعد في إيجاد تفسير جزئي لمشكلة الانتكاسة.

ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

أ- هل توجد فروق دالة إحصائيًّا بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية مكوناتها الفرعية؟

ب- هل توجد فروق دالة إحصائيًّا بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في معنى الحياة ومكوناته الفرعية؟

ج- هل تختلف المقاومة النفسية باختلاف مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) وعدد مواد الاعتماد (مادتين- متعدد المواد)، والتفاعل بينهما لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

د- هل تختلف معنى الحياة باختلاف مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) وعدد مواد الاعتماد (مادتين- متعدد المواد)، والتفاعل بينهما لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

ثالثا: أهمية الدراسة:

يستمد البحث أهميته من جانبين، وهما كالآتي:

١- الجانب النظري:

- تستمد الدراسة أهميتها من تركيزها على دراسة بعض المتغيرات الإيجابية: كالمقاومة النفسية، ومعنى الحياة على عينة من المنتكسين مقارنة بالمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- الحداثة النسبية لمتغيرات الدراسة المتمثلة في المقاومة النفسية ومعنى الحياة، وندرة تناولها في البحوث العربية مقارنة بالبحوث الأجنبية، خاصة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- الإسهام في إثراء المكتبة العربية للاختبارات والمقاييس النفسية من خلال إعداد مقياس المقاومة النفسية وترجمة مقياس معنى الحياة متعدد الأبعاد.

٢- الجانب التطبيقي:

- عمل ندوات وبرامج إرشادية تستهدف تنمية المقاومة النفسية التي تساعد الأفراد عامة لمرضى الاعتماد على المواد النفسية خاصة على التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد والصدمات النفسية التي يواجهها الأفراد، سواء كانت مشكلات اجتماعية، أو كوارث طبيعية، أو أمراض مزمنة، أو مشكلات أسرية، أو غيرها من الصدمات العنيفة.
- قد تسهم نتائج الدراسة من الناحية التطبيقية بتوجيه أنظار المهتمين بهذا المجال بتصميم برامج إرشادية توجيهية وتدريبية مناسبة تساعد الشباب عامة والمعتمدين على المواد النفسية خاصة على اكتشاف واستخدام إمكانياتهم وقدراتهم وميولهم والفرص المتاحة أمامهم، واستخدام معرفتهم بنفسهم؛ لتحقيق التوافق ومن ثمّ مساعدتهم على إيجاد معنى لحياتهم وتعزيز المقاومة النفسية لديهم.

- قد تسهم في تصميم برامج وقائية وعلاجية وإرشادية وتأهيلية للمعتمدين على المواد النفسية؛ لرفع نسبة المتعافين.
- قد تسهم نتائج البحث في مساعدة العاملين في المجال على التعرف على منبئات التعافي والحفاظ على التعافي ومن ثمّ تقليل احتمالية الانتكاسة.

رابعًا: مفاهيم الدراسة والإطار النظري:

تناول البحث الحالي المفاهيم التالية: المقاومة النفسية، ومعنى الحياة، والاعتماد على المواد النفسية، والانتكاسة، والتعافي.

أ) مفهوم المقاومة النفسية(١):

يستخدم مصطلح المقاومة النفسية منذ فترة طويلة في علم النفس الاجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي والصحة العامة، ويشار إليه على أنه مفهوم معقد يتكون من مكونات نفسية مختلفة بما في ذلك الصلابة، والقدرة على التكيف، والكفاءة الذاتية، والانفعالات الإيجابية، والدعم الاجتماعي، وأسلوب المواجهة، والمثابرة، ووجود بيئة منظمة. (Parker, et al., 2021, 2541 ؛ Bhatnagar, S, 2021, 937) .

وتعرف المقاومة النفسية والقدرة على التعافي من الإجهاد والمحن الكبيرة والشدائد، والتكيف مع الظروف الصعبة. (Smith, et al., 2008, 2541) .

وكذلك تعرف المقاومة النفسية بأنها "عملية دينامية تتضمن التوافق الإيجابي مع محن ومصاعب الحياة " وتتضمن عاملين أساسيين هما:

١- تعرض المرء لتهديد حقيقي، أو محن شديدة، أو مصاعب، أو أحداث ضاغطة.

٢- تحقيق المرء تكيف، أو مواجهة إيجابية على الرغم من التأثيرات السلبية لهذه المحن على عملية النمو النفسي.

(محمد أبو حلاوة، عاطف الشربيني، ٢٠١٦، ١٠٩ - ١١٧).

ويعرف الباحثون المقاومة النفسية قدرة الفرد على التعامل بشكل ايجابي مع المشاكل والشدائد، والتعافي من تأثيرها.

وتعرف المقاومة النفسية إجرائيًّا: بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد من استجابته لبنود مقياس المقاومة النفسية في البحث الحالي.

أشار هارفي Harvey إلى عدد من خصائص للمقاومة النفسية:

السيطرة على عملية التذكر لتجارب المؤلمة، وتكامل الذاكرة والعواطف، وتنظيم العواطف المتعلقة بالصدمة، السيطرة على الأعراض، تقدير الذات، التماسك الداخلي (الأفكار – المشاعر – الأفعال)، إقامة علاقات آمنة، فهم تأثير الصدمة، إنشاء معنى إيجابي. (Truffino, J, 2010, 146-147).

بعض النماذج والنظريات المفسرة للمقاومة النفسية:

١- نموذج منشأ الصحة:

وضع هذا النموذج أنتونوفسكي Antonovsky سنة ١٩٧٩، واهتم بوصف وتحديد العوامل المتصلة بالصحة. ويفترض هذا النموذج أن غياب السلوك السيئ لا يدل على الصحة؛ لأنّ عوامل الصحة تتطلب عناصر أخرى تتخطى غياب المرض، أو الخطورة. واهتم أيضًا بطرق العلاج والوقاية للسيطرة على العوامل السلبية (منشأ المرض). كما تناول مفهوم الشعور بالترابط[٢]، الذي يشمل القدرة على الفهم، والقدرة على التحكم، والقدرة على إدراك الهدف، ويستطيع الفرد من خلال هذه المكونات الثلاثة للمفهوم أن يواجه الضغوط والمطالب بمقدار مرتفع من الدافعية حتى يمكنه التغلب عليها وإعادة التوافق. (نصرة عبد الحميد، ٢٠١٩، ٥٠٩).

٢- نموذج "ولين" Wolin و "ولين" للمقاومة النفسية الفردية:

قدم النموذج عام ١٩٩٣ من خلال فحص تأثير الاعتماد على الكحول وتعاطي المواد النفسية داخل الأسر، قامت بإجراء مقابلات مع الأفراد الذين استطاعوا التغلب على هذه الصعوبات مثل: العنف، والاعتماد على المواد النفسية، العنصرية، الفقر، الطلاق، إساءة المعاملة، والإهمال كما نظروا إلى هذا التغلب كشكل من أشكال المقاومة النفسية، وتمّ تعريفه "بأنه عملية الاستمرار في مواجهة الشدائد". كما لاحظوا أن المقاومة النفسية تنتج من التفاعل بين العوامل الداخلية والعوامل الخارجية، والتي تشكل مهارات وسلوكيات وكفاءات محددة لتكون المقاومة النفسية التي يستخدمها الأفراد للتغلب على الشدائد، بالإضافة إلى ذلك فإنّ هذه السلوكيات مكتسبة ويمكن تعلمها.

وتتكون المقاومة النفسية من سبعة مكونات أساسية يمكنها أن تساعد الفرد في مراحل حياته المختلفة على مواجهة المحن والشدائد وهي كالآتي: الاستبصار، والاستقلال، والعلاقات، والمبادرة، والحس الفكاهي، والإبداع، والأخلاق، وتتشكل هذه المكونات للمقاومة النفسية خلال ثلاث مراحل تنموية هي: (مرحلة الطفولة، والمراهقة، والرشد) وتنضج مع نضج الفرد. (شعبان رضوان، شيرين محمود، مروة واصف،٢٠٢١، ٢٣٥- ٢٣٤).

٣- النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي:

يفترض هذا النموذج أن الصحة النفسية للفرد، يحددها عاملان هما:

١- **العامل البيولوجي:** له تأثير قوي على مدى حساسية الأفراد للنتائج السلبية، أو المعاكسة للصحة النفسية، في الأفراد قد يرثون الحساسية البيولوجية، ويقومون بتطبيقها على المشكلات الانفعالية كرد فعل متزايد خلال التعرض للانفعالات، أو

بشكل أكثر تحديداً؛ يكون لديهم استعداد وراثي أثناء التعرض لمشكلات الصحة النفسية، مثل: الاكتئاب ثنائي القطب، أو القلق.

٢- **العامل النفسي الاجتماعي:** حيث تتفاعل العوامل البيولوجية للفرد مع الظروف البيئية والاجتماعية المحيطة به، مثل: التعرض لأحداث الحياة المؤلمة، وتحدد العوامل الاجتماعية والثقافية مدى حساسية الفرد للاضطراب الانفعالي.

ويعتبر "النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي" نموذجًا مثاليًّا لمفهوم المقاومة النفسية، حيث يرى هذا النموذج أن المشكلات الإكلينيكية نتاج لأسباب متعددة تتفاعل مع العوامل المساهمة، والمساعدة، التي قد يتعرض الفرد لأحداثها، وأن هذه العوامل البيولوجية النفسية الاجتماعية لا يمكن افتراضها على أنها مستقلة عن بعضها البعض، إنما هي عوامل متداخلة تؤدي إلى البنية النفسية للمقاومة النفسية والتوافق النفسي. (شعبان رضوان، وفاء بركات،٢٠١٧، ٤٠).

٤- نظرية ميستن (٢٠٠١):

وتسمى نظرية عوامل الخطر والعوامل الوقائية، يرى ميستن أن المقاومة النفسية عبارة عن: ظاهرة عامة للتكيف الإيجابي على الرغم من التعرض للمحن والشدائد، وقد قدم ميستن نموذجاً غير مباشر للمقاومة النفسية يتكون من ثلاثة مكونات مهمة، وهي: عوامل الخطر وتعني أي نوع من الشدائد، أو المخاطر، أو المحن التي تحدث مثل زيادة احتمال النتائج السلبية، كالتمييز العنصري، أو الضعف الاجتماعي والمشاكل الصحية وتهديدات البيئة. العوامل الوقائية وهي تلك الأصول التي تخفف من أثر المحنة من خلال التوسط في العلاقة بين الشدائد والنتائج، وتشمل وجهة الضبط الداخلي، وتقدير الذات، وفاعلية الذات والنتائج وتشير إلى أن متغير معين يعتقد أنه يكون خطراً نتيجة لوجود الشدائد والمحن.

(محمد علي، ٢٠١٨، ٣٤١).

وهناك بعض الطرق لبناء المقاومة النفسية وهي:

العلاقات الجيدة مع أفراد الأسرة والأصدقاء والآخرين وتلقي المساعدة منهم وقبولها تساعد على تقوية المقاومة النفسية، وتجنب رؤية الأزمات على أنها مستعصية وقبولها؛ لأنه لا يمكن تغيير حقيقة الأحداث المجهدة، لكن يمكن تغيير تفسير هذه الأحداث والرد عليها، وقبول أن التغيير جزء من الحياة، كما يساعدك قبول الظروف التي لا يمكن تغييرها في التركيز على الظروف التي يمكنك القيام بإحداث تغيير فيها، وضع أهداف واقعية بدلًا من التركيز على الأهداف غير القابلة للتحقيق، والتصرف في المواقف الصعبة واتخاذ قرارات حاسمة قدر ما تستطيع بدلًا من تمني زوالها، والبحث عن فرص تساعد على اكتشاف الذات، وتنمية ثقتك في قدراتك على حل المشكلات ورؤيتك الإيجابية عن نفسك، ورؤية الأمور من منظور واقعي وتجنب فخ التعامل بشكل غير متناسب معها، والحفاظ على التوقعات الإيجابية، حيث إنّ النظرة المتفائلة تمكنك من توقع حدوث أشياء جيدة في حياتك بدلًا من القلق بشأن ما تخشاه، واعتني بنفسك؛ الانتباه لاحتياجاتك ومشاعرك الخاصة والانخراط في الأنشطة التي تستمتع بها حيث يساعدك الاعتناء بنفسك على الحفاظ على عقلك وجسدك مهيئين للتعامل مع المواقف التي تتطلب مقاومة نفسية.
(American Psychological Association, 2014, 2).

ب) مفهوم معنى الحياة[٣]:

يُعد مفهوم معنى الحياة من أهم المفاهيم النفسية التي يتمّ دراستها من قبل أصحاب الاتجاهين الإيجابي والإنساني في علم النفس، وقد جاء ليسدّ النقص في نظريات علم النفس التقليدية؛ الأمر الذي دفع بعلماء علم النفس التحليليين والوجوديين والإنسانيين إلى دراسة هذا المفهوم وتفسيره؛ هادفين إلى تبلور هذا المفهوم عن معنى الحياة لديهم وعلاقته بعلم النفس والعلاج النفسي. وعرف فرانكل معنى الحياة بأنها "حالة يسعى الإنسان للوصول إليها لتضفي لحياته قيمة ومعنى يستحق العيش

من أجله؛ وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى".
(فاتن السكافي، ٢٠١٧، ٢٥-٢٧).

ويعرف المعنى بأنه "مصطلح يشمل القدرة على الأهمية والغرض". وكذلك يعرف معنى الحياة على أنه "المدى الذي يصل إليه الأفراد من خلال رؤية أهمية حياتهم مصحوبة بالدرجة التي يرون أن لديهم هدفًا، أو رسالة وهدفًا شاملًا في الحياة. (Steger, M, 2017,75).

ويعرف إجرائيًّا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد من استجابته لبنود مقياس معنى الحياة متعدد الأبعاد في البحث الحالي.

النظريات التي تناولت معنى الحياة:

١- نظرية فيكتور فرانكل:

فيكتور فرانكل هو واحد من أكثر المنظرين الذين استشهدوا في كثير من الأحيان بمعنى الحياة، ونظرية فرانكل تدعي أهمية البحث عن المعنى في الحياة واكتشافه حيث دعا أن عدم وجود المعنى يؤدي إلى ضائقة نفسية وهي ما تسمى بـ الفراغ الوجودي، ويرى أن عدم وجود معنى في الحياة يرتبط مع أنواع كثيرة من الأمراض النفسية بما في ذلك الاكتئاب والقلق، والانتحار والإدمان.
(Puentes, J, 2011, 4-6).

وكذلك يرى معنى الحياة يختلف من شخص لآخر، وعند الشخص الواحد من يوم ليوم، ومن ساعة إلى أخرى؛ لذا ينبغي ألا نبحث عن معنى مجرد للحياة. فلكل فرد مهنته الخاصة ورسالته الخاصة في الحياة التي تفرض عليه مهاماً محددة عليه أن يقوم بتحقيقها. وفي ذلك لا يمكن أن يحل شخص محل شخص آخر، كما أن حياته لا يمكن أن تتكرر. ومن ثمّ تعتبر مهمة أي شخص في الحياة مهمة فريدة مثلما تعتبر فرصته الخاصة في تحقيقها فريدة كذلك. وكما نستطيع أن نكتشف المعنى في

الحياة بثلاث طرق مختلفة وهي:

١- بواسطة الإتيان بفعل وعمل: وهي طريقة التحقيق، أو الإنجاز، فهي واضحة تماماً.

٢- بواسطة أن نخبر قيمة من القيم: وتتمثل في أن يخبر الفرد شيئا ماً، بعمل من الأعمال المتصلة بالطبيعة، أو الثقافة، وكذلك في أن يخبر شخصاً ما، أي بواسطة الحبّ.

٣- بواسطة أن نعيش حالة من المعاناة: تتمثل في أن معنى الحياة يتضمن المعنى الكامن للمعاناة. (فيكتور فرانكل، ١٩٨٢، ١٤٥-١٥٢).

٢- نظرية يالوم:

تناولت نظرية يالوم معنى الحياة باعتباره ظاهرة وجودية فهي نقطة أساسية في تحدي الإنسان ومواجهته لقضايا وعناصر وجودية، وهي: الحرية، الاغتراب، الموت، افتقاد المعنى، ويعتبر العلاج النفسي معنى الحياة بمثابة وسيلة دفاعية ضد العجز وخواء المعنى، ويُعد استجابة إبداعية في مواجهة الضغوط فهو اختيار إنساني حر، فالفرد يبدع معنى للحياة، ذلك المفهوم غير محدد بغرض ويعتبر عاماً وليس فردياً وخاصة معنى يرتبط بقوة المعتقدات وقيم التسامي كالإخلاص، والسعادة، والغيرة. وفرق يالوم Yalom بين نوعين من معنى الحياة، وهم:

- المعنى الكوني: يشير إلى علاقة البشر بالعالم المادي من حولهم.
- المعنى الشخصي: ويشير إلى التصور الشخصي والفردي لمعنى الحياة.

(بيان صافي، ناديا رتيب، ٢٠١٤، ١٧؛ Yalom, I, 1931, 423-424).

٣- نظرية ألفريد أدلر:

يرى أدلر أن كلّ البشر يعيشون تحت ثلاثة ظروف اضطرارية رئيسية تشكل ماهية ومكونات الحقيقة بصورة اضطرارية، والتعامل مع تلك الظروف

الاضطرارية الثلاثة تشكل مفهومنا لـــمعنى الحياة، ويمكن صياغة تلـــك الظـــروف الاضطرارية على هيئة ثلاث مشاكل، وهما:

١- **المشكلة الأولى:** علينا أن نجد وظيفة تمكننا من الحياة في ظلّ القيود المفروض علينا بحكم وجودنا على كوكب الأرض.

٢- **المشكلة الثانية:** علينا أن نجد لأنفسنا موقعاً – تحت الشمس– يمكننا من التعاون مع باقي أفراد المجموعة التي نعيش فيها بحيث نفيد ونستفيد من بعضنا البعض.

٣- **المشكلة الثالثة:** يجب أن يتسع صدرنا لحقيقة وجود نوعين – رجال ونســـاء– وأن استمرار الجنس البشري يعتمد على العلاقات بين النوعين.

(ألفريد أدلر، ٢٠٠٥، ٢٣ – ٢٨).

ج) الاعتماد على المواد النفسية[٤]:

في عهد قريب وجد الاعتماد على المواد النفسية مقصوراً في الغالب علـــى أماكن معينة وفقًا لتقاليد معينة. أما ما وجد في الآونة الأخيرة فيتمثل في زيادة أنواع المواد التي يجري تعاطيها، وزيادة فعاليتها، واتخاذ طرق أكثر فعاليـــة لمعاقرتهـــا، ونقص الضوابط الاجتماعية المناهضة لمعاقرتها، ومن ثـــمّ زيـــادة نســـبة تعـــاطي المخدرات بين السكان واعتمادهم عليها، بما يترافق مع ذلك من عواقب من صـــحية واجتماعية. (منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ٢٠٠٥،١-٢).

ويقدر أن هناك نحو ٥ % من سكان العالم البالغين، تعاطوا المخدرات مـــرة واحدة على الأقل في عام ٢٠١٥ والأكثر مدعاة للقلق أن نحو ٢٩,٥ مليـــون مـــن متعاطي المخدرات، أو ٠,٦% من سكان العالم البالغين، يعانون مـــن اضـــطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات؛ ممّا يعني أن تعاطيهم للمخدرات ضار إلى درجة أنهم قد يصبحون مرتهنين للمخدرات وبحاجة إلى العلاج.

(مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة،٢٠١٧، ٩).

مفهوم الاعتماد على المواد النفسية وبعض المفاهيم ذات الصلة به:

- **مخـــــدر**[٥]

مركب كيميائي يؤدي إلى الذهول والغيبوبة، أو عدم الإحساس بالألم. ويشير المصطلح عادة الى مشتقات الأفيون الطبيعية، أو التخليقية والتي تسمى المخـــدرات التسكينية. (مصطفى سويف، ٢٠٠٤، ٤)

- **الاعتماد**[٦]

في عام ١٩٦٤ أوصت منظمة الصحة العالمية باستبدال مصـــطلح الإدمـــان بمصطلح آخر هو الاعتماد على الأدوية، أو المخدرات[٧] ويعني التفاعل مع الأدوية وإلحاح الحصول عليها والاتجاه لزيادة الجرعة، وحدوث أعراض انسحابية[٨] عنـــد التوقف الاعتماد نفسيًّا وبدنيًّا، ويستخدم مصطلح معاقرة المـــواد[٩] بـــنفس المعنـــي. (لطفي الشربيني، د.ت، ٤١).

- **المواد النفسية**[١٠]

بأنها مواد طبيعية، أو مصنعة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، ويـــؤثر على النشاط العقلي لدى متعاطيها. (عبد العزيز البريثن، ٢٠٠٢، ١٦).

- **الاعتماد النفسي**[١١]

يشير إلى الحاجة النفسية لذلك العقار وأن هناك رغبة نفسية قوية للحصـــول على نفس التأثير الذي كان يحدثه العقار الذي تمّ الاعتماد على تعاطيه، وحيث يجد الشخص المتعاطي أن تلك الحالة النفسية التي يحدثها التعاطي أساسية لكفالة حســـن الحال لديه. (حسين الغول، ٢٠١١، ١١٦).

- **الاعتماد الجسدي**

هو ظاهرة اضطربت فيها الأعمال الوظيفية الطبيعية لجسم المدمن؛ بسبب استمراره في أخذ عقار مخدر، بحيث أصبح تناول هذا العقار، بشكل طبيعي دائم وضرورة ملحة لاستمرار حياة المدمن ومتوازنة بشكل طبيعي.
(أحمد أبو العزائم، محمود أبو العزائم،٢٠٠١، ١٦)

- **الانتكاس**[١٢]

ويعرف الانتكاس ببساطة بأنه عودة المريض للتعاطي مرة أخرى بعد أن يتوقف عن التعاطي لفترة، ويجتاز خلالها مرحلة الأعراض الانسحابية.
(محمد عبد الله، ٢٠١٧، ٥١).

- **التعافى**[١٣]

وتعرف إدارة إساءة استخدام المواد النفسية والصحة العقلية (SAMHSA) في الولايات المتحدة التعافي كما يلي: هو عملية التغيير التي من خلالها يحقق الفرد الامتناع، وتحسن الحالة الصحية ونوعية الحياة. ويدعم هذا التعريف الأبعاد الأربعة التي تحدد الحياة في التعافي، وهي كما يلي:

١- **الصحة:** التغلب على أعراض المرض الصحية.

٢- **السكن:** من المهم وجود مكان آمن مستقر للعيش فيه.

٣- **الغرض:** ويعني المشاركة في أنشطة يومية ذات معنى والحصول على الاستقلال للمشاركة في المجتمع.

٤- الانخراط في العلاقات الاجتماعية التي توفر الدعم والصداقة، والحبّ والأمل.
(United Nations Office On Drugs And Crime, 2017, 91).

تشخيص الاعتماد على المواد النفسية:

يقوم على أساس توافر ثلاثة عوامل من مجموع العوامل التالية:

١- تناول المادة بصورة متكررة ومتواترة بشكل غير طبيعي، أو بجرعات كبيرة.

٢- فشل الجهود للتقليل من استعمالها، أو التخلص منها.

٣- قضاء وقت طويل في الحصول على المادة، أو استعمالها، أو التخلص من عواقبها.

٤- حدوث أعراض تسمم منها، أو أعراض ناجمة عن انحسارها وذلك بصورة متكررة.

٥- الاهمال في القيام بالواجبات المهنية والاجتماعية بسبب التعاطي.

٦- الاستمرار في تعاطيها على الرغم من تأثيراتها السيئة على الناحية النفسية والفيزيولوجية. (محمد الجاسر،٢٠١١، ١٦٩-١٧٠).

النماذج والنظريات التي تناولت مفهوم الاعتماد على المواد النفسية:

١- نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الاعتماد على المواد النفسية تقوم على أساسين هما:

- صراعات نفسية ترجع إلى:

أ- الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي الذي يرجع أساساً إلى اضطراب علاقات الحبّ والإشباع العضوي، وبخاصة في المرحلة الفمية.

ب- الحاجة إلى الأمن.

ج- الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدها.

وتكرار التعاطي يعني الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات.

- الآثار الكيميائية للمخدر، وهو الذي يميز مرضى الاعتماد على المواد النفسية عن غيرهم، وبذلك فإنّ الأصل في الاعتماد على المواد النفسية وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسي للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد، ومن ثمّ يأتي الدور الذي يلعبه آثار المخدر الكيميائية وخواصها.(عفاف عبد المنعم، ٢٠١٦، ٨٣).

٢- نظرية السمات(١٤):

يفسر أصحاب هذه النظرية الاعتماد على المواد النفسية بأنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأي أعراض مرض عقلي، ويتمثل الاعتماد على المواد النفسية بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى يبطل فعل مراكز الكف في الجهاز المركزي، فيقوم الفرد بعمل أشياء وأمور غير مقبولة، من قبل القيم والتقاليد الاجتماعية، ولا تتفق هذه الأعمال، ولا تتناسب مع طبيعة الموقف الموجود فيه الفرد، إذ تتسم بالغرابة والشذوذ، وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتياد، أو الاعتماد الفسيولوجي في تعاطي المخدر، فإنّ هذه الظاهرة بلا شكّ ترجع لاضطراب في السمات الشخصية للفرد.
(أمل محمود، ٢٠١٨، ٨).

٣- النموذج الأخلاقي:

من خلال هذا المنظور ينظر للمدمن على أنه مجرم وأن الاعتماد على المواد النفسية خطيئة، وينظر هذا النموذج للاعتماد على المواد النفسية على أنه ضعف وعيوب في الشخصية؛ ولذلك نجد هذا النموذج يتعاطف قليلًا مع الأشخاص الذين وصلوا لمرحلة مزمنة في التعاطي، وفقًا لهذا النموذج فإنّ الشخص الذي يمتلك القوة المعنوية سيكون لديه القوة المطلوبة للتوقف عن التعاطي. والإيمان الديني لديه دور كبير للوصول للتعافي من الاعتماد على المواد النفسية؛ ولذلك نجد هذا النموذج

يشبه النموذج الروحي، وبدون الإيمان الروحي كما يعتقد زمالة المدمنين المجهولين (AA) للكحول إرادة الفرد لن تكون قوية كما يجب؛ للتغلب على الاعتماد على المواد النفسية، وهذا النموذج لا ينظر إليه على أنه نموذج علاجي.

.(See, N, 2013, 3)

٤- نموذج سيكوبيولوجي لتفسير الاعتماد على المواد النفسية:

في ضوء المُسلمة التي تؤكد أن الاعتماد على المواد النفسية ظاهرة سلوكية في الأساس، تمثل فيها شدة الدافعية للتعاطي، ودرجة التحكم في سلوك الكائن، المتغير الجوهري وراء تباين مختلف صور الانخراط في خبرة التعاطي، قدم بوزارث Bozarth مخططًا مبسطًا يبين دور مختلف العوامل السيكوبيولوجية في عملية الإدمان (سواء ما اتصل منها بالتفاعل بين الأشخاص، أو بالمتغيرات الاجتماعية، أو بالتوقعات المعرفية، أو بالعوامل الفسيولوجية والنيورولوجية)، وذلك عبر كلّ مرحلة من مرحلتي الاعتماد على المواد النفسية، وهما الاكتساب والاستمرار، ويميز بوزارث بين مرحلتين كبيرتين للإدمان: المرحلة الأولى: هي مرحلة الاكتساب (أي اقتراف السلوكيات المهيئة للوقوع في الإدمان) والمرحلة الثانية: هي مرحلة مواصلة الإدمان (أي الاستمرار فيه). والفرق بين المرحلتين لا تعكس اختلافًا في الميكانيزمات الكامنة وراء كلّ مرحلة منهما، بقدر ما تعكس وجود عوامل مختلفة قد تؤثر في شدة الدافعية والتحكم في سلوك التعاطي عبر كلّ منهما. ومن ثمّ يفترض أن الميكانيزمات البيولوجية تقوم بدور واضح في المرحلتين، وإن كان تأثيرها في المرحلة الثانية أقوى وأكثر بروزًا. ومن ثمّ لا يفضل النظر إلى التقدم من مرحلة الاكتساب إلى مرحلة الاستمرار في الإدمان بوصفه مجرد تغير كمي، ولكنه بالأحرى يمثل تحولًا في الأهمية التي تعطي للعوامل المتنوعة التي تتحكم في ضبط سلوك الكائن وما يصاحبها من زيادة في شدة الدافعية تجاه سلوك التعاطي. (أيمن عامر، ٢٠٠٥، ١٢٩- ١٣١).

وهناك العديد من السمات للتعافي وهي:

١- التعافي هو عملية تغيير، حيث نجد العديد من التعريفات المقترحة للتعافي قد سلط الضوء على أن التعافي ليس حالة ثابتة، لكن يتمّ تحديده بدقة أكبر كعملية.

٢- التعافي متعدد الأبعاد. حيث يشمل التعافي عدة عوامل مشتركة؛ للحفاظ على التعافي وهي: الامتناع وتحسين الصحة، تقليل المشكلات المتعلقة بالمواد، أو السلوكيات غير الاجتماعية وتحسين السلوكيات المؤيدة للمجتمع كلّ هذه العوامل متعددة الأبعاد.

٣- هناك مسارات متعددة للتعافي، منها: العلاج التقليدي، اضطراب الاعتماد على المواد النفسية، استخدام العديد من الأدوية للمساعدة في التعافي، برنامج الـ١٢ خطوة، واستخدام مجموعات الدعم الأخرى. (Corno, C, 2018, 5-7).

خامسًا: الدراسات السابقة:

تمّ تناول الدراسات السابقة في إطار فئتين، وهما:

١- الدراسات التي تناولت المقاومة النفسية والاعتماد على المواد النفسية:

قام كلّ من (Yoshioka, Yamashita, 2016) بدراسة هدفت إلى توضيح الكشف عن الذات ومخاطر الانتكاس المرتبطة بتعزيز مقاومة المرضى الذين يعانون من اضطرابات استخدام الكحول والمشاركة في مجموعات المساعدة الذاتية. وتكونت عينة الدراسة من ٤٨ مريضاً يعانون من اضطرابات استخدام الكحول. وكان من إحدى النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة أن المرضى ذوي المقاومة النفسية العالية أقل عرضة للمخاطر الانتكاس.

وفي دراسة لـ (GhanbariTalab, M, Fooladchang, M, 2015) كان من أهداف الدراسة التعرف على العلاقة بين المقاومة النفسية وإمكانية الدخول في

الإدمان، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، كما تكونت عينة الدراسة من ١٧٢ طالباً بطريقة عشوائية، وأظهرت بعض النتائج أن هناك علاقة سلبية بين المقاومة النفسية وإمكانية الإدمان؛ وهذا يعني أن الأشخاص الذين يتمتعون بالمقاومة النفسية هم أقل عرضة للإدمان.

وهناك دراسة لـ (Hoffman, C. E.2008) هدفت إلى معرفة العلاقة بين المقاومة النفسية والتعافي ومعرفة الفروق بين الجنسين (ذكور- إناث) في المقاومة النفسية، واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي المقارن، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين المقاومة النفسية والتعافي، وكذلك توصلت الدراسة الى عدم وجود فروق بين الجنسين (ذكور-إناث) في المقاومة النفسية.

٢- الدراسات التي تناولت معنى الحياة والاعتماد على المواد النفسية:

هدفت دراسة لـ (Ostafin, B., & Feyel, N, 2019) إلى التعرف على إذا ما كان معنى الحياة يؤدي إلى انخفاض الدافع الباعث ناحية الكحول، وتكونت عينة الدراسة من ٧٠ طالباً جامعيًّا من جامعة هولندية من المعتمدين على الكحول، وتوصلت النتائج إلى أن وجود معنى للحياة عند الطلاب يساعد على قلة الحوافز التي تدفعهم لشرب الكحول.

وفي دراسة لـ (Schnetzer, L, 2011) هدفت إلى التعرف على إذا ما كان هناك علاقة ارتباطية بين معنى الحياة والاكتئاب وتعاطي الكحول، على عينة تكونت من ٢٦٨ طالباً جامعيًّا (متوسط العمر ١٩,١ سنة، ٢٤ % من الذكور، ٧٦% من الإناث) وتوصلت بعض النتائج إلى أن ارتباط المعنى بشكل كبير وسالب مع كلّ من تعاطي الكحول والاكتئاب، كما توصلت أيضاً إلى وجود مستوى أعلى في معنى الحياة لدى الذكور.

وفي دراسة لـ (Nkyi, A, 2010) هدفت إلى معرفة العلاقة بين إساءة استخدام المواد المخدرة والغرض في الحياة والشعور بالوحدة بين المراهقين. وتكونت العينة من ٢٤٤ طالباً من مدرستين ثانويتين في غانا، واستخدمت مقياس الكحول والمخدرات للمراهقين، واختبار الغرض في الحياة، مقياس الوحدة النفسية، وأشارت بعض النتائج التي توصلت إليها إلى وجود علاقة سلبية بين إساءة استخدام المواد المخدرة وبين الغرض في الحياة؛ وهذا يشير إلى زيادة تعاطي الكحول/ المخدرات وستكون مرتبطة بدرجة منخفضة في الغرض في الحياة.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

فيما يلي عدد من الملاحظات على الدراسات السابقة والتي تُعد بمثابة مبررات لإجراء الدراسة الحالية:

- اهتم الباحثون في معظم الدراسات السابقة بدراسة المقاومة النفسية ومعنى الحياة بتعاطي الكحول أكثر من اهتمامهم بدراسة المقاومة النفسية ومعنى الحياة مع مختلف المواد النفسية بشكل عام.
- وكذلك اهتم الباحثون بدراسة المقاومة النفسية لدى عينة من المراهقين وطلاب الجامعة أكثر من اهتمامهم بدراستها لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- وكذلك يتضح ممّا سبق عرضه من الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية، أنها تناولت المقاومة النفسية ومعنى الحياة كلًّا على حدة، كما لوحظ وجود ندرة في الدراسات (وخاصة في البيئة العربية) التي تناولت الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومعنى الحياة.
- كما وجد تضارب في نتائج بعض الدراسات حول دور المقاومة النفسية مثل التعارض بين نتائج الدراسة التي أجراها (Hoffman, C. 2008) حيث توصلت

نتائجها إلى عدم وجود علاقة بين المقاومة النفسية والتعافي، في حين توصلت نتائج الدراسة التي أجراها كلّ من (Yamashita, A. Yoshioka, S, 2016) إلى أن المرضى ذوي المقاومة النفسية العالية أقل عرضة لمخاطر الانتكاس.

- على الرغم من توفر دراسات سابقة تناولت المقاومة النفسية في مجال الاعتماد على المواد النفسية فإنها قليلًا ما تناولت المقاومة النفسية بالدراسة في مجال التعافي من الاعتماد على المواد النفسية، فالدراسة الوحيدة التي تمّ الوصول إليها هي دراسة .(Hoffman, C. E.2008)
- وكذلك على الرغم من توفر دراسات سابقة تناولت معنى الحياة في مجال الاعتماد على المواد النفسية فإنه لا توجد دراسات – في حدود علم الباحثين– اهتمت بتناول معنى الحياة بالدراسة في مجال التعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

سادسًا: فروض الدراسة:

١– توجد فروق دالة إحصائيًّا بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومكوناته الفرعية.

٢– توجد فروق دالة إحصائيًّا بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في معنى الحياة ومكوناته الفرعية.

٣– تختلف المقاومة النفسية باختلاف مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات– من ٨ سنوات فأكثر) وعدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد)، والتفاعل بينهما لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٤– تختلف معنى الحياة باختلاف مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات– من ٨ سنوات فأكثر) وعدد مواد الاعتماد (مادتين– متعدد المواد)، والتفاعل بينهما لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

سابعًا: منهج الدراسة وإجراءاتها:

(أ) منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المقارن؛ لملاءمته لطبيعة الدراسة وأهدافها، واختبار فروضه.

(ب) عينة الدراسة[١٥]:

تكونت عينة الدراسة من الذكور وبلغ عددهم (١٠٠) من المرضى المعتمدين على المواد النفسية بمستشفى أسيوط للصحة النفسية ومستشفى المنيا للصحة النفسية (عيادات الخط الساخن) التابع لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، تراوحت أعمارهم ما بين (٢٢-٥٠)، بمتوسط (٣٢,٥٦) وانحراف معياري (٥,١٩٤).

جدول (١) خصائص عينة الدراسة على المتغيرات الديموجرافية وطبيعة المرض

المتغيرات	الفئة	مجموعه المتعافين		مجموعه المنتكسين	
		ن=٥٠	%	ن=٥٠	%
المستوى التعليمي	مؤهل متوسط	٣١	٦٢%	٢٩	٥٨%
	فوق المتوسط	١٥	٣٠%	١٠	٢٠%
	أقل من المتوسط	٤	٨%	١١	٢٢%
	الإجمالي	٥٠	١٠٠%	٥٠	١٠٠%
الحالة الاجتماعية	أعزب	٢٧	٥٤%	٢١	٤٢%
	متزوج	٢٠	٤٠%	٢٤	٤٨%
	مطلق	٣	٦%	٥	١٠%
	الإجمالي	٥٠	١٠٠%	٥٠	١٠٠%
مدة الاعتماد	اقل من ٨ سنوات	٢٩	٥٨%	٢٣	٤٦%
	من ٨ سنوات فأكثر	٢١	٤٢%	٢٧	٥٤%
	الإجمالي	٥٠	١٠٠%	٥٠	١٠٠%

المتغيرات	الفئة	مجموعه المتعافين		مجموعه المنتكسين	
		ن=٥٠	%	ن=٥٠	%
عدد مواد الاعتماد	مادتين	٣٠	%٦٠	٢٧	%٥٤
	متعدد المواد	٢٠	%٤٠	٢٣	%٤٦
	الإجمالي	٥٠	%١٠٠	٥٠	%١٠٠
مدة التعافي	من (سنتين إلى ثلاثة)	٧	%١٤	–	–
	من (سنة الى سنة ونص)	١٨	%٣٦	–	–
	من (٦ شهور الي سنة)	٢٥	%٥٠	–	–
	أقل من ٦ شهور	–	–	٥٠	%١٠٠
	الإجمالي	٥٠	%١٠٠	٥٠	%١٠٠

(ج) أدوات الدراسة:

١- مقياس المقاومة النفسية (إعداد الباحثة)

خطوات إعداد المقياس:

- لقد قامت الباحثة بالبحث عن الأداة المناسبة لعينة الدراسة، من خلال الاطلاع على بعض المقاييس التي أعدت لقياس المقاومة النفسية، وبعض الأبحاث وبعض المراجع التي تضمنت تراثًا نظريًّا.
- استقر الرأي بعد ذلك على إعداد مقياس للمقاومة النفسية؛ لأنّ المقاييس التي أمكن الاطلاع عليها لم تتناسب مع عينة الدراسة الحالية.
- كما تمّ الاستفادة من بعض عبارات المقاييس السابقة التي تمّ الاطلاع عليها، وكذلك من التراث النظري في صياغة عبارات المقياس، وقد بلغ عدد العبارات (٨٤) عبارة تمثل جميع وحدات مقياس المقاومة النفسية.

- تمّ عرض هذه العبارات على مجموعة من المحكمين[١٦] وعددهم (٩) من أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس بخمس جامعات؛ للحكم على مدى صدق العبارة، وصلاحية الصياغة اللغوية وقد ترتب على ذلك اتفاق المحكّمين على (٧٩) عبارة واستبعاد (٥) عبارات، وتعديل صياغة بعض العبارات.
- وقد تمّ بعد ذلك وضع التعليمات التالية لقياس المقاومة النفسية.

"يتعرض بعض الأشخاص لصعوبات حياتية يومية وما يمرّ به مريض الإدمان في طريق التعافي يؤثر بصورة كبيرة عليه، وتتنوع طرق الاستجابة لتلك الصعوبات، برجاء الإجابة على هذه العبارات بدقة وصدق خدمة للبحث العلمي مع الأخذ في الاعتبار أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالصحيح ما ينطبق عليك فعلًا، ولتكن إجابتك وفقًا للبدائل الآتية: (لا تنطبق، تنطبق إلى حدّ ما، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة، تنطبق بدرجة كبيرة جدًّا)" وعند تصحيح استجابات أفراد العينة تحصل العبارات الإيجابية على الدرجات (٠-١-٢-٣-٤) على التوالي، أما العبارات السلبية فتحصل على الدرجات (٤-٣-٢-١-٠) على التوالي، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى مستوى مرتفع من المقاومة النفسية لدى أفراد العينة.

ولقد قامت الباحثة بحساب ثبات وصدق المقياس كما يلي:

ثبات المقياس:

تمّ حساب ثبات المقياس على عينة مكونة من (٦٠) من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، منهم (٣٠) من المتعافين، (٣٠) من المنتكسين، ماعدا عينة إعادة التطبيق حيث بلغ عددها (٣٠) منهم (١٥) من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، و(١٥) من المنتكسين، ولقد تمّ حساب الثبات بعدة طرق وهي: إعادة التطبيق، ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، وفيما يلي عرض كلّ طريقة منهم:

١- الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق:

تمّ تطبيق المقياس على مجموعة بلغ عددها (٣٠) منهم (١٥) من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، و(١٥) من المنتكسين، ثمّ أعيد تطبيقه مرة أخرى على المجموعة نفسها بفاصل زمني قدره ١٥ يوماً، وتمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المجموعة في التطبيقين وبلغ معامل الارتباط لعينة المتعافين (٠,٨٥٥) وهو معامل ثبات مرتفع، بينما بلغ معامل الارتباط لعينة المنتكسين (٠,٦٢٦) وهو معامل ثبات مقبول؛ ممّا يوضح مناسبة المقياس للاستخدام.

٢- الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ:

جدول (٢) معاملات ثبات مقياس المقاومة النفسية وابعاده الفرعية لعينة المتعافين والمنتكسين باستخدام أسلوب ألفا كرونباخ

عينة المتعافين			عينة المنتكسين		
أبعاد المقياس	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
١- الكفاءة الذاتية	١١	٠,٧٧٦	١- الكفاءة الذاتية	١١	٠,٦٢١
٢- المثابرة	١٣	٠,٧٦٣	٢- المثابرة	١٣	٠,٧٧٣
٣- التحكم في الانفعالات	١٦	٠,٥٥٤	٣-التحكم في الانفعالات	١٦	٠,٥٨١
٤- تقدير الذات	١٣	٠,٦٦٣	٤- تقدير الذات	١٣	٠,٥٦٨
٥- الدعم الاجتماعي	١١	٠,٨٧٧	٥- الدعم الاجتماعي	١١	٠,٨٤٥
٦- التفاؤل	١٥	٠,٨٨٤	٦- التفاؤل	١٥	٠,٨٩٢
٧- المقياس ككل	٧٩	٠,٩٣٦	٧-المقياس ككل	٧٩	٠,٩٢٠

بمراجعة الجدول السابق يمكن ملاحظة أن قيم ثبات ألفا كرونباخ لكلّ بُعد من ابعاد مقياس المقاومة النفسية وأيضاً الدرجة الكلّية لعينة المتعافين تراوحت ما بين (٠,٥٥٤-٠,٩٣٦)، أما عينة المنتكسين تراوحت ما بين (٠,٥٦٨-٠,٩٢٠) وهي معاملات ثبات مرتفعة ومطمئنة؛ وتشير إلى أن المقياس وابعاده الفرعية ثابتة.

ج- الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بتقسيم المقياس إلى عبارات زوجية وعبارات فردية على العينة وقامت بحساب معامل الارتباط بين نصفي المقياس وكان معامل الارتباط لعينة المتعافين (٠,٩١٥)، وتمّ تصحيح الطول باستخدام معادلة (جتمان)؛ لعدم تساوي العبارات في النصفين الفردي والزوجي فبلغ معامل الثبات (٠,٩٥٥). أما عينة المنتكسين بلغ معامل الارتباط (٠,٧٧٦)، وبعد التصحيح بمعادلة جتمان (٠,٨٧٢)؛ ممّا يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

صدق المقياس:

١- صدق المحكّمين:

تمّ عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكّمين وعددهم (٩)؛ لإبداء الرأي حول ملاءمة المقياس للعينة، ومدى مناسبة تعليماته ومفرداته، وكذلك مدى انتماء مفرداته للمكون الذي يقيسه، وفي ضوء آرائهم فقد تمّ تعديل بعض مفردات المقياس، كما أخذت العبارات التي تمّ الاتفاق عليها نسبة (٦٦,٦٧% فما فوق)، وحذفت العبارات التي لم تحصل على هذه النسبة من الاتفاق.

٢- صدق المفهوم:

تمّ حساب معاملات الارتباط بين البُعد والدرجة الكلّية لدى عينة مكونة من (٦٠) منهم (٣٠) من المتعافين، (٣٠) من المنتكسين.

جدول (٣) الاتساق الداخلي بين كلّ بُعد والدرجة الكلّية لمقياس المقاومة النفسية لعينة المتعافين والمنتكسين

عينة المتعافين		عينة المنتكسين	
أبعاد المقياس	معامل الارتباط	أبعاد المقياس	معامل الارتباط
١-الكفاءة الذاتية	٠,٦٢٤**	١- الكفاءة الذاتية	٠,٧٢٣**
٢-المثابرة	٠,٨٤٦**	٢- المثابرة	٠,٦٩٠**
٣- التحكم في الانفعالات	٠,٦٩٠**	٣- التحكم في الانفعالات	٠,٦٤٦**
٤-تقدير الذات	٠,٧٤٦**	٤- تقدير الذات	٠,٧٦٢**
٥-الدعم الاجتماعي	٠,٨٧٧**	٥-الدعم الاجتماعي	٠,٦٨٧**
٦-التفاؤل	٠,٨٨٦**	٦- التفاؤل	٠,٨٨٧**

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين البُعد والدرجة الكلّية كانت دالة، وتراوحت معاملات الارتباط لعينة المتعافين بين (٠,٦٢٤-٠,٨٨٦)، ولعينة المنتكسين (٠,٦٤٦-٠,٨٨٧)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند ٠,٠١.

٢ - مقياس معنى الحياة (إعداد Edwards، ترجمة الباحثة)

قامت الباحثة بترجمة مقياس معنى الحياة متعدد الأبعاد إعداد (Edwards, M, 2007) ويتكون المقياس من (٦٤) بنداً في صورته الأصلية، وبعد أن تمّ عرض المقياس على مجموعة من المحكّمين وتمّ حذف البنود التالية من المقياس الأصلي (٢٤، ٣٦، ٥٥) وتمّ إضافة البنود الآتية (٦٢-٦٣-٦٤-٦٥-٦٦-٦٧)؛ ليصبح عدد بنود المقياس ٦٧ بنداً، وتمّ تصنيف الاستجابات على مقياس مكون من ٥ نقاط تتراوح من: لا تنطبق (٠) إلى تنطبق بدرجة كبيرة جداً (٤). والدرجة العالية تدل على أن

الشخص لديه هدف ومعنى في حياته. ويتكون المقياس من ١٠ مكونات وهم: الإنجاز، الهدف، والتدين، وقبول الموت، الرضا الشخصي، الإثارة والدافعية، العطاء إلى العالم الاجتماعي، الرؤية الواضحة نحو الوجود، العلاقة الحميمية مع الآخرين، والتحكم في مسار الحياة الشخصية.

ولقد قامت الباحثة بحساب ثبات وصدق المقياس كما يلي:

ثبات المقياس:

تمّ حساب ثبات المقياس على عينة مكونة من (٦٠) من المتعافين والمنتكسين من المرضى المعتمدين على المواد النفسية، منهم (٣٠) من المتعافين، و(٣٠) من المنتكسين، ماعدا عينة إعادة التطبيق حيث بلغ عددها (٣٠) منهم (١٥) من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، و(١٥) من المنتكسين، ولقد تمّ حساب الثبات بعدة طرق وهي: التجزئة النصفية، ألفا كرونباخ، وإعادة التطبيق، ويمكن عرض كلّ طريقة منهم كما يلي:

١) الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق:

تمّ تطبيق المقياس على مجموعة بلغ عددها (٣٠) منهم (١٥) من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، (١٥) من المنتكسين، ثمّ أعيد تطبيقه مرة أخرى على المجموعة نفسها بفاصل زمني قدره ١٥ يومًا، وتمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المجموعة في التطبيقين وبلغ معامل الارتباط لعينة المتعافين ٠,٩١٧ وهو معامل ثبات مرتفع، بينما بلغ معامل الارتباط لعينة المنتكسين ٠,٧١٣ وهو معامل ثبات مقبول؛ ممّا يوضح مناسبة المقياس للاستخدام في هذه الدراسة.

الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ:

جدول (٤) معاملات ثبات مقياس معنى الحياة وابعاده الفرعية لعينة المتعافين والمنتكسين باستخدام أسلوب ألفا كرونباخ

عينة المتعافين			عينة المنتكسين		
أبعاد المقياس	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
١-الإنجاز	٧	٠,٧٢٦	١-الإنجاز	٧	٠,٨٣٣
٢-الهدف	٧	٠,٦١٧	٢-الهدف	٧	٠,٧٤٩
٣- التدين	٦	٠,٦٦٥	٣- التدين	٦	٠,٤٧٦
٤- قبول الموت	٦	٠,٥٨٨	٤-قبول الموت	٦	٠,٤٦٩
٥-الرضا الشخصي	٧	٠,٥٠٩	٥-الرضا الشخصي	٧	٠,٧٠٢
٦-الإثارة والدافعية	٦	٠,٦٣٩	٦-الإثارة والدافعية	٦	٠,٥٥١
٧- العطاء إلى العالم الاجتماعي	٦	٠,٦٤٠	٧- العطاء إلى العالم الاجتماعي	٦	٠,٦٩٥
٨-الرؤية الواضحة نحو الوجود	١٠	٠,٦٥٣	٨-الرؤية الواضحة نحو الوجود	١٠	٠,٤٢٥
٩-العلاقة الحميمية مع الآخرين	٦	٠,٦١٣	٩-العلاقة الحميمية مع الآخرين	٦	٠,٧٤١
١٠-التحكم في مسار الحياة الشخصية	٦	٠,٧٦٢	١٠-التحكم في مسار الحياة الشخصية	٦	٠,٦٨٩
١١-المقياس ككل	٦٧	٠,٩٢٧	١١-المقياس ككل	٦٧	٠,٩٣١

بمراجعة الجدول السابق يمكن ملاحظة أن قيم ثبات ألفا كرونباخ لكلّ بُعد من ابعاد مقياس معنى الحياة وأيضًا الدرجة الكلّية لعينة المتعافين تراوحت ما بين (٠,٥٠٩- ٠,٩٢٧)، ولعينة المنتكسين تراوحت ما بين (٠,٤٢٥ -٠,٩٣١) وهي معاملات ثبات مقبولة ومطمئنة؛ وتشير إلى أن المقياس وأبعاده الفرعية ثابتة.

ج) الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية:

تمّ تقسيم المقياس إلى عبارات زوجية وعبارات فردية على العينة، وتمّ حساب معامل الارتباط بين نصفي المقياس وكان معامل الارتباط لعينة المتعافين (٠,٨٣٥)، وتمّ تصحيح الطول باستخدام معادلة (جتمان)؛ لعدم تساوي العبارات في النصفين الفردي والزوجي فبلغ معامل الثبات (٠,٩٠٩)؛ ممّا يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع. ولعينة المنتكسين (٠,٨٤٦) وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة (جتمان) بلغ معامل الثبات (٠,٩١٥)؛ ممّا يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

صدق المقياس:

أ- صدق المحكمين[١٧]:

تمّ عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكّمين وعددهم (٩)؛ لإبداء الرأي حول ملاءمة المقياس للعينة، ومدى مناسبة تعليماته ومفرداته، وكذلك مدى انتماء مفرداته للبُعد الذي يقيسه، وفي ضوء آرائهم فقد تمّ تعديل بعض مفردات المقياس، كما أخذت العبارات التي تمّ الاتفاق عليها نسبة (من ٦٦,٦٧% فما فوق)، وحذفت العبارات التي لم تحصل على هذه النسبة من الاتفاق.

١-صدق المفهوم:

قد تمّ حساب معاملات الارتباط بين البُعد والدرجة الكلّية لدى عينة مكونة من (٦٠) فرداً منهم (٣٠) من المتعافين، (٣٠) من المنتكسين.

جدول (٥) الاتساق الداخلي بين كلّ بُعد والدرجة الكلّية لمقياس معنى الحياة لعينة المتعافين والمنتكسين

عينة المتعافين		عينة المنتكسين	
أبعاد المقياس	معامل الارتباط	أبعاد المقياس	معامل الارتباط
١-الإنجاز	٠,٦٠٦**	١-الإنجاز	٠,٧٣٥**
٢-الهدف	٠,٨٢٩**	٢-الهدف	٠,٨٤٤**
٣- التدين	٠,٥٧٧**	٣- التدين	٠,٥٥٣**
٤-قبول الموت	٠,٥٦٣**	٤-قبول الموت	٠,٤٩٠**
٥-الرضا الشخصي	٠,٨٩٠**	٥-الرضا الشخصي	٠,٧٦٩**
٦-الاثارة والدافعية	٠,٨٩٨**	٦-الاثارة والدافعية	٠,٧٢٠**
٧- العطاء إلى العالم الاجتماعي	٠,٦١٩**	٧- العطاء إلى العالم الاجتماعي	٠,٨٤٠**
٨- الرؤية الواضحة نحو الوجود	٠,٧٤٢**	٨-الرؤية الواضحة نحو الوجود	٠,٧٣٣**
٩-العلاقة الحميمية مع الآخرين	٠,٧٤٢**	٩-العلاقة الحميمية مع الآخرين	٠,٧٦٨**
١٠-التحكم في مسار الحياة الشخصية	٠,٦٥٠**	١٠-التحكم في مسار الحياة الشخصية	٠,٦٨٥**

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين البُعد والدرجة الكلّية كانت دالة، وتراوحت معاملات الارتباط لعينة المتعافين بين (٠,٥٧٧-٠,٨٩٨)، ولعينة المنتكسين (٠,٤٩٠-٠,٨٤٤)، وهي قيم دالة إحصائيًّا عند(٠,٠١).

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

أجريت التحليلات الإحصائية باستخدام حزمة البرامج الإحصائية (SPSS)، وتمّ استخدام الطرق والأساليب الآتية:

١- معامل الارتباط بيرسون.

٢- اختبار "ت" T.Test ؛ لحساب الفروق بين المتوسطات لعينتين مستقلتين.

٣- تحليل التباين الثنائي Univariate Analysis of Variance (ANOVA)

ثامنًا: نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

فيما يلي عرض النتائج لكلّ فرض من فروض الدراسة على حدة:

أولًا: نتائج الفرض الأول:

من أجل التحقق من صحة الفرض الأول، والذي ينصّ على أنه " توجد فروق دالة إحصائيًّا بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية ومكوناته الفرعية"، وللتحقق من هذا الفرض تمّ إجراء اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لعينتي الدراسة على مقياس المقاومة النفسية، ويوضح الجدول (٦) نتائج اختبار "ت" للفروق بين المتوسطات.

جدول (٦) يوضح الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات مجموعتي المنتكسين (ن=٥٠) والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (ن=٥٠) على مقياس المقاومة النفسية ومكوناته الفرعية باستخدام قيمة "ت" لمجموعتين مستقلتين

المقياس	المتعافين ن=٥٠		المنتكسين ن=٥٠		قيمة ت	الدلالة	في اتجاه
	م	ع	م	ع			
المقاومة النفسية الدرجة الكلّية	٢٥٦,٧٦	٢٦,٩٠٨	٢٤٠,٥٤	٢٤,٦٣٩	٣,١٤٤	٠,٠١	المتعافين
١- الكفاءة الذاتية	٣٧,٧٠	٤,٩٢٩	٣٤,٥٦	٤,٣٦٧	٣,٣٧٢	٠,٠٠١	المتعافين
٢- المثابرة	٤١,٨٨	٥,٩٣٠	٤٠,٩٤	٤٠,٩٤٠	٠,٧٩٢	غير دالة	ـــ
٣- التحكم في الانفعالات	٤٩,٢٤	٥,١٣٣	٤٤,٧٠	٤,٧٨٦	٤,٥٧٤	٠,٠٠١	المتعافين
٤- تقدير الذات	٤٥,٠٦	٥,٢٠٤	٤٢,٤٢	٤,٥٤٩	٢,٧٠١	٠,٠١	المتعافين
٥-الدعم الاجتماعي	٣٤,٢٢	٦,٤٧٢	٣٢,٨٢	٦,١٢٧	١,١١١	غير دالة	ـــ
٦- التفاؤل	٤٨,٦٦	٧,٤٣٨	٤٥,١٠	٨,٤٨٣	٢,٢٣١	٠,٠٥	المتعافين

بمراجعة نتائج جدول رقم (٦) يمكن استنتاج ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائيًّا بين مجموعتي: المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، في الدرجة الكلّية لمقياس المقاومة النفسية في اتجاه المتعافين، وكذلك وجود فروق بين مجموعتي البحث في بعض مكونات مقياس المقاومة النفسية وهم (الكفاءة الذاتية، التحكم في الانفعالات، تقدير الذات، التفاؤل) في اتجاه المتعافين.
- وعدم وجود فروق بين مجموعتي المتعافين والمنتكسين في بعض مكونات مقياس المقاومة النفسية (المثابرة، والدعم الاجتماعي) فلم تصل قيمة "ت" مستوى الدلالة الإحصائية؛ وبذلك نجد أن الفرض قد تحقق بشكل جزئي.

وجاءت نتيجة هذا الفرض (أن هناك فروقًا بين المنتكسين والمتعافين في المقاومة النفسية وعلى مكوناته الفرعية ماعدا مكون المثابرة والدعم الاجتماعي في اتجاه المتعافين) مؤيدة لنتيجة دراسة (Yamashita, A. Yoshioka, S. 2016) حيث كانت إحدى نتائجها أن المقاومة النفسية المرتفعة كانت مرتبطة بشكل كبير بانخفاض خطر الانتكاس. ويفسر هذه النتيجة مفهوم التعافي: ويعنى تحسين الصحة، والوظيفة، ونوعية الحياة حيث يشمل التعافي التوقف عن تعاطي المواد المخدرة مع حدوث تغييرات في نمط الحياة والسلوكيات لمعالجة الجوانب البيولوجية والنفسية، المشاكل الاجتماعية والروحية؛ بسبب الاعتماد على المواد النفسية.

.(McQuaid, R. J., et al., 2017, 17)

وتفسر الباحثة نتيجة وجود دلالة على مكون الكفاءة الذاتية والتحكم في الانفعالات وتقدير الذات والتفاؤل: بأنه خلال فترة التعافي يجد المتعافي الدعم والمساندة من خلال برامج التأهيل النفسي التي يتابع معها؛ ممّا يجعل الشخص يقدر

ذاته ويثق بذاته وقدراته ويستطيع التعاطف ومساعدة الآخرين. ويستطيع تحمل المسئولية ويمكن الاعتماد عليه؛ وذلك يزيد من كفاءته الذاتية وتحكمه في انفعالاته وتقديره لذاته ونظرته للمستقبل بتفاؤل وذلك يساعده على تحمل الضغوط والصعاب والتحديات التي تواجهه خلال فترة التعافي، وذلك عكس مرحلة الإدمان النشط التي يكون محور تفكير الشخص المادة المخدرة.

كما يتفق أيضاً مع ما ذكره Landry,١٩٩٤ حيث قسم عمليات تطور التعافي لأربع مراحل تطويرية وهي:

أ-مرحلة استعادة الثبات الجسمي والنفسي والاجتماعي، حيث يتخلص المريض من الآثار الدوائية وآثار السموم من الجسد، ويبدأ في استعادة توازنه الجسدي النفسي.

ب- مرحلة إعادة البناء، ويبدأ المريض في استعادة إيقاعه الشخصي، وتنظيم إدراكاته ومشاعره الجديدة وتطويرها.

ج-مرحلة التعافي الناضج، وتتمثل في اكتساب المريض لقيم معينة، ويعيد بناء شخصيته الخاصة وترتيب أولوياته وفلسفاته ويتحول من شخص أناني إلى شخص يستمتع بمساعدة الآخرين. وكذلك يتميز نمط الحياة بالإتزان على جميع المستويات الشخصية، والاجتماعية، والأسرية.

د- المرحلة الأخيرة من التعافي تبدأ بعد عام، أو عامين من انتهاء العلاج في هذه المرحلة يتخلص المريض من الاتجاهات المشوهة والمعتقدات التي تكون قد تكون تطورت منذ مرحلة الطفولة، وأيضاً تهتم هذه المرحلة بالتغيرات السلوكية وترسيخ القيم الصحيحة والسمات الشخصية.

(لطيفة بنت محمد بن حميد، ٢٠١٩، ٣٣٧).

فالمراحل الأربعة السابقة للتعافي تدعم وتعزز المقاومة النفسية التي تساعد المدمن المتعافي على التغلب على المحن والإجهاد والصعاب والتحديات التي تواجهه في فترة التعافي. وتفسر عدم دلالة مكون (المثابرة)؛ لأنّ المثابرة تظهر من خلال السعي المتواصل لتحقيق الأهداف بعيدة المدى، وتحتاج المثابرة إلى الانتباه والاهتمام والقدرة على الصمود والاستمرار لفترة طويلة تمتد إلى سنوات من العمل الجاد، كما تعتمد على الممارسة والتدريب والتعليم ويتمّ تطويرها وتعزيزها من خلال البرامج التعليمية والدور الأسري. (علاء الشرمان، ٢٠٢١، ١٤٥-١٤٧).

ويمكن تفسيرها كذلك بأنّ المتعافين والمنتكسين يعانون من نفس الضغوط من نظرة الآخرين السلبية لهم وفقدان الثقة فيهم؛ لذلك مكون الدعم الاجتماعي غير دال، كما تؤثر نظرة الآخرين السلبية لهم على قدراتهم على المثابرة. وممّا يفسر نتيجة الفرض كذلك أن عينة البحث الحالي المتعافين معظمهم مدة تعافيهم أقل من ثلاث سنوات وهذه المدة من التعافي لا تستطيع أن توضح الفروق بين المتعافين والمنتكسين في المثابرة. ويدعم نتيجة هذا الفرض نتائج دراسة مناور العنزي (٢٠٢٠) التي توصلت إلى أن العوامل الاقتصادية المؤدية لانتكاسة المدمن المتعافي عدم ثقة الآخرين بمشاركة المتعافي في العمل، ولذلك فمن الأساليب العلاجية التي يتبعها الأخصائيون النفسيون متابعة المتعافين لمنع الانتكاسة على المدى الطويل، زيادة برامج التوعية للمدمنين، وإبعاد المتعافي عن البيئة التي تسبب وقوعه في الإدمان، ومساعدة المدمن المتعافي على المشاركة والتفاعل مع الآخرين، والتنوع في البرامج العلاجية. وكذلك توصلت نتائج دراسة هيفاء الكندري (٢٠١٤) إنّ من أشد الصعوبات التي واجهت المنتكسين بعد التعافي عدم القدرة على المقاومة والرغبة الشديدة في العودة للمخدر، وتليها النظرة السلبية من الآخرين لهم بعد الشفاء.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني:

من أجل التحقق من الفرض الثاني والذي ينصّ على أنه "توجد فروق دالة إحصائيًّا بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في معنى الحياة ومكوناته الفرعية"، وللتحقق من هذا الفرض تمّ إجراء اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لعينتي الدراسة على مقياس المقاومة النفسية، ويوضح الجدول (٧) نتائج اختبار "ت" للفروق بين المتوسطات.

جدول (٧) يوضح الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات مجموعتي المنتكسين (ن=٥٠) والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (ن=٥٠) على مقياس معنى الحياة ومكوناته الفرعية باستخدام قيمة "ت" لمجموعتين مستقلتين

المقياس	المتعافين ن=٥٠		المنتكسين ن=٥٠		قيمة ت	الدلالة	في اتجاه
	م	ع	م	ع			
معنى الحياة الدرجة الكلية	٢١٩,٥٦	٢٣,٣٨١	٢٠٦,٩٨	٢٣,٩٠٨	٢,٦٦٠	٠,٠١	المتعافين
١-الإنجاز	٢٥,١٤	٣,١٦٩	٢٢,٣٨	٤,٣٥٦	٣,٦٢٣	٠,٠٠١	المتعافين
٢-الهدف	٢٥,٧٢	٣,٤٠٥	٢٤,٢٠	٣,٧٥٣	٢,١٢١	٠,٠٥	المتعافين
٣-التدين	٢١,٩٨	٣,٣٢٣	٢٢,٧٦	٢,٧٧٤	-١,٢٧٤	غير داله	–
٤-قبول الموت	١٦,٤٤	٣,٨٣٩	١٥,٩٨	٣,٤٧٣	٠,٦٢٨	غير داله	–
٥-الرضا الشخصي	٢١,٣٨	٣,٤٢٢	١٩,٠٤	٣,٨٦٥	٣,٢٠٥	٠,٠١	المتعافين
٦-الإثارة والدافعية	١٩,٣٨	٣,١٥٥	١٧,٦٦	٢,٨١٨	٢,٨٧٥	٠,٠١	المتعافين
٧-العطاء إلى العالم الاجتماعي	٢٠,١٢	٣,١٩٨	١٧,٤٢	٣,٢٣٩	٤,١٩٤	٠,٠٠١	المتعافين
٨-الرؤية الواضحة نحو الوجود	٢٨,١٦	٣,٩٦٦	٢٧,٣٦	٣,٤٤٥	١,٠٧٧	غير داله	–
٩-العلاقة الحميمية مع الآخرين	١٩,٤٦	٣,٥٧٠	١٩,٢٠	٤,٠٠٠	٠,٣٤٣	غير داله	–
١٠- التحكم في مسار الحياة الشخصية	١٨,٧٠	٢,٩٣٦	١٨,٠٦	٣,٣٢٢	١,٠٢١	غير داله	–

بمراجعة نتائج جدول رقم (٧) يمكن استنتاج ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائيًّا بين مجموعتي (المنتكسين والمتعافين) من الاعتماد على المواد النفسية على مقياس معنى الحياة (الدرجة الكلّية) في اتجاه المتعافين، وكذلك وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في بعض مكونات مقياس معنى الحياة وهي (الإنجاز، الهدف، الرضا الشخصي، الإثارة والدافعية، العطاء إلى العالم الاجتماعي) في اتجاه المتعافين.

- وعدم وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في بعض مكونات مقياس معنى لحياة وهي (التدين، وقبول الموت، الرؤية الواضحة نحو الوجود، العلاقة الحميمية مع الآخرين، التحكم في مسار الحياة الشخصية) فلم تصل قيمة "ت" مستوى الدلالة الإحصائية؛ وبذلك نجد أن الفرض قد تحقق بشكل جزئي.

وجاءت نتيجة هذا الفرض (أن هناك فروقًا بين المنتكسين والمتعافين في معنى الحياة وعلى مكوناته الفرعية ماعدا مكون التدين، وقبول الموت، الرؤية الواضحة نحو الوجود، العلاقة الحميمية مع الآخرين، التحكم في مسار الحياة الشخصية في اتجاه المتعافين) مؤيدة لدراسة قام بها كلّ من (Csabonyi, M., & Phillips, L, 2020) وكان من ضمن أهدافها معرفة ما إذا كان معنى الحياة مرتبط باستخدام الكحوليات والمخدرات لدى الشباب، وأسفرت النتائج إلى أن التدخلات النفسية التي تساعد الأفراد الذين يستخدمون المخدرات، أو الكحوليات لوضع معنى، أو غرض في حياتهم قد تقلل من مستويات تعاطي المخدرات والكحول، وإن عملية البحث عن المعنى قد لا يكون لها تأثير كبير ومباشر على مستويات استخدام المواد، ولكن بمجرد تحديد معنى معين، قد يكون هناك دافع أقل للاستمرار في تعاطي المخدرات والكحوليات. كما توصلت دراسة قام بها (Uba, L, 2019) إلى أنه يرتبط وجود معنى الحياة سلبًا بحدوث أي انتكاسات.

وما يدعم نتيجة هذا الفرض ويفسره، مداخلات المتعافين الذين تمّ علاجهم عن طريق الخط الساخن بالمستشفيات الجامعية، أو التابعة لوزارة الصحة في مناقشة المشكلات التي طرحتها ورقة العمل، حيث عبروا عن المشكلات التي تواجههم في رحلة التعافي من الاعتماد على المواد النفسية وكان من أهم الآراء التي أثيرت ما يلي: يرى أحد المتعافين أن الفراغ هو العامل الرئيسي وراء عدم القدرة على مواصلة طريق التعافي، فالفراغ لا يكون خارجيًّا إنما أقصد الفراغ الداخلي. رغم انشغالي الدائم بالعمل ولم يكن لديّ وقت فراغ كبير إلا أنني وقعت في الإدمان؛ وذلك بسبب الفراغ الداخلي. وعندما تغلبت على هذا الفراغ الداخلي استطعت التعافي من الاعتماد على المواد النفسية، وبالعودة إلى العمل مرة أخرى أصبحت أكثر قدرة على تحمل الضغوط. (ليلى عبد الجواد،٢٠٠٧، ٨٥).

وذلك يتفق مع تعريف معنى الحياة بأنه "إدراك الأمر، والتماسك، وإدراك الأهداف من وجود الإنسان، ومتابعة وتحقيق الأهداف ذات القيمة ومصاحبة ذلك بمشاعر الامتلاء والحيوية. (بدر الأنصاري، ٢٠٠٦، ٤١١) كما يتفق أيضًا مع نظرية فرانكل لمعنى الحياة بأنها "حالة يسعى الإنسان للوصول إليها لتضفي لحياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى". (فاتن السكافي، ٢٠١٧، ٢٦-٢٧).

حيث لا يؤثر فقدان المعنى نتيجة للأحداث الضاغطة، أو السلبية، أو غيرها على وجدان وسلوك الإنسان فقط، بل في الجوانب المعرفية أيضًا لديه سواء على نحو إيجابي، أو على نحو سلبي، فقد تدفع الإنسان إلى محاولة لاكتشاف نفسه مرة أخرى واكتشاف معانٍ أخرى إيجابية يعيش بها ولها، وقد تدفع الإنسان إلى اللجوء إلى طرق أخرى سلبية قد تؤدي به إلى الانتحار المادي المؤدي إلى الموت، أو الانتحار النفسي ممثلًا في الإدمان، أو الانحراف.

وعند كثير من الأفراد يستطيعون تحمل تأجيل الإشباع، أو الحرمان النفسي، أو الاجتماعي والاقتصادي، ولكنه لا يستطيع أن يتحمل خلو الحياة من الهدف، أو المعنى، وعندما يكتشف الإنسان معنى حياته؛ يصبح مستعداً لتحمل المعاناة. (سهير سالم،٢٠٠٥، ٥٩).

ويرى فرانكل أن الافتقار إلى المعنى هو على الأقل إحدى المشكلات الجذرية التي تسبب الاعتماد على المواد النفسية، حيث إنّ الفراغ الوجودي في حياة الفرد يملؤها بشكل خاطئ السلوك الإدماني. فالأفراد غير قادرين على مواجهة صعوبات الوجود، عندما يواجهون المسؤوليات والتحديات يلجؤون إلى السلوك غير التكيفي، مثل: الانتحار، العدوان، وتعاطى المخدرات، والإدمان بمختلف أنواعه. بينما الأشخاص الأسوياء في المقابل، يستخدمون حريتهم للمساهمة في العالم، والاستفادة من قدراتهم قدر الإمكان، والبحث عن طرق فعّالة تساعدهم على التعامل مع الفراغ الوجودي الذي يواجهونه. (Plesh, B, 1999, 6-7).

كما تفسر نتيجة عدم وجود فروق بين المنتكسين والمتعافين في التدين وقبول الموت والرؤية الواضحة نحو الوجود والعلاقة الحميمية مع الآخرين، والتحكم في مسار الحياة الشخصية في ضوء ما توصلت إليه بعض نتائج دراسة (هيفاء الكندري،٢٠١٤) إنّ أهم الدوافع الشخصية التي أدت بجماعة المنتكسين للحصول على العلاج؛ بهدف التوقف عن التعاطي هي تنفيذ حكم قضائي بعد القبض عليهم، ثمّ رغبتهم في التوبة إلى الله.

وكذلك ما توصلت إليه نتائج دراسة (عبد العزيز حسين، ٢٠٠٤) أن هناك ثمانية مشكلات تواجه المدمن المتعافي في محيطه الاجتماعي وهي (رفض الأسرة له، رفض قبوله للعمل، رفض الأقرباء له، صعوبة توفير النفقة، رفض الأصدقاء له، مشكلة الفراغ، رفض قبوله للزواج، النظرة السلبية من بعض الأطباء والمعالجين)، وهي نفس المشكلات التي يواجهها المدمن المنتكس.

وأجرى المركز الكندي حول استخدام المواد المخدرة والإدمان أول مسح وطني على مجموعة ٨٥٥ مشاركًا في حالة تعافى من الاعتماد على المواد النفسية لفحص العوائق التي تحول دون الحفاظ على التعافي وتحديد المشكلات التي تؤثر على رحلة التعافي. توصلت بعض نتائج المسح إلى أن البرامج المكونة من ١٢ خطوة وعاملًا للحفاظ على تعافيهم. إنّ الروحانيات عامل مهم في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائماً بشكل صريح في سياق برامج الـ ١٢ خطوة. ووصف المشاركون إرادتهم في العيش، والرغبة في البقاء على قيد الحياة، والخوف من العودة إلى حياتهم السابقة في الإدمان، أو حتى الموت كعوامل محفزة في الحفاظ على تعافيهم. وآخرون أشاروا إلى رغبتهم في مساعدة الآخرين، أو يكونوا نموذجاً يحتذى به كعوامل تحفيزية مهمة. وكثيراً ما وصفت العلاقات والأسرة بأنها عوامل محفزة تساعد على الحفاظ على التعافي. (McQuaid, R. J., et al, 2017, 18-19)

من خلال ملاحظة الباحثة أثناء التطبيق مع المتعافين والمنتكسين الذين يترددون على عيادات الإدمان رغبة منهم للتعافى وجدت حالة من الضيق والخوف من العبارات التي تناولت قلق الموت، فقد يكون هذا هو سبب استمرار ترددهم على العيادات والاستمرار في متابعة البرامج العلاجية؛ لمساعدتهم على التغلب على عوامل الخطر واللهفة على المخدر، وخوفًا من عودتهم لحياتهم السابقة والموت.

كما ترى الباحثة بالنسبة لمكون الرؤية الواضحة نحو الوجود والتحكم في مسار الحياة الشخصية لا يوجد فروق بين المتعافين والمنتكسين؛ وذلك لأنّ معظم المتعافين خلال السنوات الأولى من التعافى لا يفكرون إلا في أهداف قصيرة المدى ينفذون خطواتها مع متابعة الفريق العلاجي، ويكونوا في حالة اعتماد على الفريق العلاجي ومجموعات المساندة؛ ولذلك لا يشعرون بالتحكم في مسار حياتهم الشخصية ورؤيتهم نحو الوجود لا تتضح إلا بعد فترة طويلة من التعافي. وعينة البحث الحالي من المتعافين معظمهم كانت مدة تعافيهم أقل من ثلاث سنوات وهذه المدة من التعافي

لا تستطيع أن تحدد الرؤية الواضحة نحو الوجود مع الضغوط التي يواجهها المتعافي من (رفض الأسرة له، ورفض قبوله للعمل، ورفض الأقرباء له، وصعوبة توفير النفقة، ورفض الأصدقاء له، ومشكلة الفراغ، ورفض قبوله للزواج، والنظرة السلبية من بعض الأطباء والمعالجين).

ثالثًا: نتائج الفرض الثالث:

من أجل التحقق من الفرض الثالث والذي ينصّ على أنه: "تختلف المقاومة النفسية باختلاف مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر) وعدد مواد الاعتماد (مادتين– متعدد المواد) والتفاعل بينهما لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية". تمّ استخدام تحليل التباين الثنائي وكذلك استخراج البيانات الوصفية لأداء عينة الدراسة (ن=١٠٠) على مقياس المقاومة النفسية.

جدول (٨) المتوسط والانحراف المعياري على مقياس المقاومة النفسية لكلّ المنتكسين (ن=٥٠) والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (ن=٥٠) على مجموعتي (مدة الاعتماد - عدد مواد الاعتماد)

المجموعة		المتعافين ن=٥٠			المنتكسين ن=٥٠		
مدة الاعتماد	عدد مواد الاعتماد	ن	م	ع	ن	م	ع
أقل من ٨ سنوات	مادتين	١٧	٢٥٦,٤١	٢٩,١٦١	١٥	٢٣٤,٤٠	١٥,٧٢٠
	متعدد المواد	١٢	٢٤٩,٥٨	١١,٥٧٢	٨	٢٤٧,٣٨	٢٢,٦٢١
	الإجمالي	٢٩	٢٥٣,٥٩	٢٣,٤٥٧	٢٣	٢٣٨,٩١	١٨,٩٧٣
من ٨ سنوات فأكثر	مادتين	١٣	٢٦٩,٠٨	٣٦,٨٩٧	١٢	٢٤٥,٤٢	٢٦,٧٧٣
	متعدد المواد	٨	٢٤٨,٢٥	١١,٢٧٣	١٥	٢٣٩,١٣	٣١,١٢٨
	الإجمالي	٢١	٢٦١,١٤	٣١,١٢٤	٢٧	٢٤١,٩٣	٢٨,٨٩٩
الإجمالي	مادتين	٣٠	٢٦١,٩٠	٣٢,٧٦١	٢٧	٢٣٩,٣٠	٢١,٦٢١
	متعدد المواد	٢٠	٢٤٩,٠٥	١١,١٧١	٢٣	٢٤٢,٠٠	٢٨,٢٠٥
	الإجمالي	٥٠	٢٥٦,٧٦	٢٦,٩٠٨	٥٠	٢٤٠,٥٤	٢٤,٦٣٩

جدول (٩) تحليل التباين الثنائي لدرجات عينة الدراسة من المنتكسين (ن=٥٠) والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (ن=٥٠) على مقياس المقاومة النفسية حسب متغيري مدة الاعتماد، عدد مواد الاعتماد، والتفاعل بينهما

المجموعة	المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
المتعافين	مدة الاعتماد (أ)	١	٣٧٣,١٩٩	٣٧٣,١٩٩	٠,٥٣١	٠,٤٧٠
	مواد الاعتماد (ب)	١	٢٢٢٢,٧٩٣	٢٢٢٢,٧٩٣	٣,١٦٥	٠,٠٨٢
	التفاعل (أXب)	١	٥٦٩,٥١٢	٥٦٩,٥١٢	٠,٨١١	٠,٣٧٣
	الخطأ	٤٦	٣٢٣٠٥,٤٥٧	٧٠٢,٢٩٣		
	الإجمالي	٥٠	٣٣٣١٧٦٢,٠٠٠			
المنتكسين	مدة الاعتماد(أ)	١	٢٢,٥٣٨	٢٢,٥٣٨	٠,٠٣٦	٠,٨٥٠
	مواد الاعتماد (ب)	١	١٣١,٠٥٩	١٣١,٠٥٩	٠,٢١٢	٠,٦٤٨
	التفاعل (أXب)	١	١٠٨٥,٥١٢	١٠٨٥,٥١٢	١,١٧٥	٠,١٩٢
	الخطأ	٤٦	٢٨٤٩٢,١٢٥	٦١٩,٣٩٤		
	الإجمالي	٥٠	٢٩٢٢٧٢١,٠٠٠			

بمراجعة نتائج الجدول (٩) يمكن ملاحظة الآتي:

١- إنّ قيمة (ف) لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات _ من ٨ سنوات فأكثر) بلغت (٠,٥٣١)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) على مستوى المقاومة النفسية، لدى عينة البحث من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٢- كما أن قيمة (ف) لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين - متعدد المواد) بلغت (٣,١٦٥)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين - متعدد المواد) على مستوى المقاومة النفسية، لدى عينة البحث من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٣- وكانت قيمة (ف) للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر)، ومتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (٠,٨١١)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد، عدد مواد الاعتماد على مستوى المقاومة النفسية، لدى عينة البحث من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٤- أن قيمة (ف) لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) بلغت (٠,٠٣٦)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات-من ٨ سنوات فأكثر) على مستوى المقاومة النفسية، لدى عينة البحث من المنتكسين.

٥- كما أن قيمة (ف) لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (٠,٢١٢)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) على مستوى المقاومة النفسية، لدى عينة البحث من المنتكسين.

٦- وكانت قيمة (ف) للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر)، ومتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (١,١٧٥٣)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد، عدد مواد الاعتماد على مستوى المقاومة النفسية، لدى عينة البحث من المنتكسين.

رابعًا: نتائج الفرض الرابع:

من أجل التحقق من الفرض الرابع وينص على "تختلف معنى الحياة باختلاف مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) وعدد مواد الاعتماد (مادتين- متعدد المواد) والتفاعل بينهما لدى كلّ من المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

جدول (١٠) المتوسط والانحراف المعياري على مقياس معنى الحياة لكلّ المنتكسين (ن=٥٠) والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (ن=٥٠) على مجموعتي (مدة الاعتماد - عدد مواد الاعتماد)

المجموعة		المتعافين ن=٥٠			المنتكسين ن=٥٠		
مدة الاعتماد	مواد الاعتماد	ن	م	ع	ن	م	ع
أقل من ٨ سنوات	مادتين	١٧	٢١٩,٨٨	٢٢,٦٤١	١٥	٢٠٢,٨٠	١٩,٨٤٣
	متعدد المواد	١٢	٢١٠,٠٠	١٣,٣٣٥	٨	٢٠٧,١٣	١٢,٥٦٣
	الإجمالي	٢٩	٢١٥,٧٩	١٩,٦٨٠	٢٣	٢٠٤,٣٠	١٧,٤٧١
من ٨ سنوات فأكثر	مادتين	١٣	٢٢٩,١٥	٣١,٨٤٨	١٢	٢١٢,٤٢	٢٤,٠٨٩
	متعدد المواد	٨	٢١٧,٦٣	١٧,٤٥١	١٥	٢٠٦,٧٣	٣٢,٠٦١
	الإجمالي	٢١	٢٢٤,٧٦	٢٧,٣٥١	٢٧	٢٠٩,٢٦	٢٨,٤١٣
الإجمالي	مادتين	٣٠	٢٢٣,٩٠	٢٦,٩١٤	٢٧	٢٠٧,٠٧	٢١,٩٣٧
	متعدد المواد	٢٠	٢١٣,٠٣	١٥,١٦٠	٢٣	٢٠٦,٨٧	٢٦,٥٤٠
	الإجمالي	٥٠	٢١٩,٥٦	٢٣,٨٣١	٥٠	٢٠٦,٩٨	٢٣,٩٠٨

جدول (١١) تحليل التباين الثنائي لدرجات عينة الدراسة من المنتكسين (ن=٥٠) والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية (ن=٥٠) على مقياس معنى الحياة حسب متغيري مدة الاعتماد، عدد مواد الاعتماد، والتفاعل بينهما

المجموعة	المتغيرات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المتعافين	مدة الاعتماد (أ)	١	٨٢٩,٧٢٤	٨٢٩,٧٢٤	١,٥٦٠	٠,٢١٨
	مواد الاعتماد (ب)	١	١٣٣٢,٣٦٣	١٣٣٢,٣٦٣	٢,٥٠٦	٠,١٢٠
	التفاعل (أX ب)	١	٧,٨٧٩	٧,٨٧٩	٠,٠١٥	٠,٩٠٤
	الخطأ	٤٦	٢٤٤٦١,٣٣٢	٥٣١,٧٦٨		
	الإجمالي	٥٠	٢٤٣٧١١٦,٠٠			
المنتكسين	مدة الاعتماد(أ)	١	٢٤٩,٠٧٥	٢٤٩,٠٧٥	٠,٤١٨	٠,٥٢١
	مواد الاعتماد (ب)	١	٥,٤٠٠	٥,٤٠٠	٠,٠٠٩	٠,٩٢٥
	التفاعل (أX ب)	١	٢٩٣,١٧١	٢٩٣,١٧١	٠,٤٩٢	٠,٤٨٦
	الخطأ	٤٦	٢٧٣٩١,١٢٥	٥٩٥,٤٥٩		
	الإجمالي	٥٠	٢١٧٠٠٤٥,٠٠			

بمراجعة نتائج الجدول (١١) يمكن ملاحظة الآتي:

١- أن قيمة (ف) لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات _ من ٨ سنوات فأكثر) بلغت (١,٥٦٠)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) على مستوى معنى الحياة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٢- كما أن قيمة (ف) لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (٢,٥٠٦)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) على مستوى معنى الحياة لدى عينة البحث من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٣- وكانت قيمة (ف) للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر)، ومتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (٠,٠١٥)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد، عدد مواد الاعتماد على مستوى معنى الحياة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٤- وأن قيمة (ف) لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر) بلغت (٠,٤١٨)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات- من ٨ سنوات فأكثر) على مستوى معنى الحياة لدى عينة المنتكسين.

٥- كما أن قيمة (ف) لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (٠,٠٠٩)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير لمتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) على مستوى معنى الحياة، لدى عينة البحث من المنتكسين.

٦- وكانت قيمة (ف) للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد على المواد النفسية (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر)، ومتغير عدد مواد الاعتماد (مادتين – متعدد المواد) بلغت (٠,٤٩٢)، وهي غير دالة إحصائيًّا؛ وتظهر هذه النتيجة أنه ليس هناك تأثير للتفاعل بين متغيري مدة الاعتماد، عدد مواد الاعتماد على مستوى معنى الحياة لدى عينة البحث من المنتكسين.

يمكن تفسير نتيجة الفرض الثالث والرابع كالآتي:

تتفق نتيجة الفرض الثالث والرابع التي توصلت إلى (عدم وجود تأثير لمتغيري عدد مواد الاعتماد ومدة الاعتماد في المقاومة النفسية ومعنى الحياة) مع نظرية مارلت Marlatt عام ١٩٨١ حيث يرى مارلت أن: أسباب الانتكاسة تتأثر بثلاثة عوامل وهي البيئة، والشخص العائد، والمؤسسة العلاجية. حيث اعتمد في إعداد نظريته على مقابلات ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى من مدمني الهيروين، والثانية من مدمني الكحول، والثلاثة من مدمني التدخين. وحاول الوصول لمعرفة الفروق بينهم، وخرجت الدراسة بأنّ البرنامج العلاجي المستخدم من قبل المدمنين الذين خضعوا للتجربة كانوا أقل في شرب الكحول مقارنة بزملائهم الذين لم يخضعوا للبرنامج العلاجي وبالذات في التقييم للثلاثة أشهر الأولى، وبعد ١٥ شهراً لم تجد الدراسة فرق بين المجموعتين؛ ولذلك توصلت نظرية مارلت أن على الرغم من التاريخ الإدماني والخصائص الديموجرافية والفروق الفردية إلا أن عامل المواقف الشديدة واستجابة الأفراد لها تُعد من أهم العوامل المؤدية للانتكاسة. وعدم معرفة كيفية التعامل مع المواقف الطبيعية يزيد من احتمالية الانتكاسة. وأن الانتكاسة والعودة للتعاطي أصبح معتاداً لمواجهة المواقف الحياتية الضاغطة.

(عبد العزيز الغريب، ٢٠٠٦، ٧٤-٧٥).

وتفسر الباحثة نتيجة الفرض الثالث والرابع بأن معظم عينة الدراسة سواء كانوا يتناولون (مادتين- متعدد المواد) يتعاطون المورفينات والقنيبات فهم يتناولون نفس المواد ويعانون من نفس التأثيرات. ومن خلال ملاحظة المرضى المترددين على العيادة لطلب العلاج لوحظ أن ما يجعل المرضى يتجهون نحو العلاج بأداء جيد والالتزام بالبرامج العلاجية دافعية المريض نحو العلاج، ومدى الدعم والمساندة التي يتلقاها، ومدى الخسائر التي تعرض لها فكثيراً من المرضى يأتون للعلاج بعد الوصول لخسائر في كافة جوانب حياتهم، ويطلق على هذه المرحلة مرحلة القاع؛ ومن هنا يجد المريض أنه ليس أمامه غير طريق الموت، أو السجن، أو العلاج. وبعض من المرضى يأتون للعلاج مع الأهل؛ لتحقيق هدف شخصي مثل وعد الأهل له بالزواج إذا تعافى من الإدمان وبعدما يحقق الهدف، أو لا يتحقق فيعود للتعاطي مرة أخرى.

بعض المرضى ظلوا عشرين عاماً في التعاطي وبعضهم خمسة عشر عاماً، وبعضهم عشر سنوات، وبعد الوصول لمرحلة القاع طلبوا العلاج وما زالوا مستمرين في التعافي، ولذلك فمدة التعاطي وعدد المواد التي يتعاطونها لا تصنع فارقاً بينهم. فقد يكون شخص جرب مادة واحدة مثل الحشيش ومدة التعاطي خمس سنوات، ولكن دائم الانتكاس، وشخص آخر متعدد المواد وصلت مدة تعاطيه لعشرة سنوات، ولكن نجح في الوصول لمرحلة التعافي وما زال مستمر في المتابعة العلاجية. ما يصنع فارقاً بينهم مدى الدافعية والمساندة التي يتلقونها، والعوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بهم، ويؤيد ذلك نتائج دراسة رشا زوبع ٢٠١٧ إلى أن هناك علاقة دالة إحصائيًّا بين العوامل النفسية والاجتماعية وبين الانتكاسة مرة أخرى للتعاطي بعد العلاج، وكانت أكثر أبعاد مواقف الانتكاسة بالترتيب كالتالي (ضغوط رفاق التعاطي، اضطرابات العلاقات بالآخرين، المشكلات الأسرية،

المشاعر غير السارة، الآلام النفسية والبدنية، والقدرة على سيطرة التعاطي، وأخيراً الاشتياق وتلميحات العقار).

لذلك لا يوجد تأثير لمتغيري عدد مواد الاعتماد (مادتين- متعدد المواد)، مدة الاعتماد (أقل من ٨ سنوات – من ٨ سنوات فأكثر) على مقياس المقاومة النفسية ومعنى الحياة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

التوصيات:

- تصميم برامج علاجية لتنمية المقاومة النفسية للمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- تصميم برامج علاجية تساعد المتعافين على إيجاد معنى لحياتهم وتحديد أهداف تجعلهم يستطيعون تحمل المعاناة في طريق التعافي.
- إعداد المزيد من الدراسات حول المقاومة النفسية ومعنى الحياة على المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؛ لمعرفة مدى دور تلك المتغيرات في استمرار التعافي، وكذلك على أسر المتعافين والمعتمدين على المواد النفسية.
- تصميم برامج وقائية وتدريبية وفقًا لعملية التدخل المبكر لتوعية الشباب والمراهقين تدور حول تنمية المقاومة النفسية ومعنى الحياة تساعدهم على تفريغ طاقاتهم بشكل صحي بدلًا من الهروب لسلوكيات غير صحية ومضطربة، مثل: الاعتماد على المواد النفسية.

الهوامش

(1) psychological resilience
(2) Sense of coherence
(3) Meaning of Life
(4) Drug dependence
(5) narcotic
(6) dependence
(7) drug dependence
(8) withdrawal
(9) substance dependence
(10) Psychotropic Substance
(11) Psychic Dependence
(12) Relapse
(13) Recovery
(14) Trait Theory

(١٥) تشكر الباحثة المتعافين والمنتكسين المشاركين في البحث الحالي ولجميع فريق العمل بعيادات الخط الساخن لما قدموه من جهد لخدمة البحث العلمي.

(١٦) تشكر الباحثة السادة المحكمين: أ.د/ أحمد محمد عبد الخالق أستاذ علم النفس الشخصية بكلية الآداب جامعة الأسكندرية، أ.د.م/ أحمد محمد صالح أستاذ علم النفس المعرفي المساعد بكلية الآداب جامعة بني سويف، أ.د.م/ أحمد حسن الليثي أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي المساعد بكلية التربية جامعة حلون، أ.د/ بدرية كمال أحمد أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة المنصورة، أ.د/ خالد محمود عبد الوهاب أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة بني سويف، د/ دعاء هاشم مدرس علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة أسيوط، أ.د.م/ زيزي السيد إبراهيم أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب جامعة الفيوم، أ.د.م/ سيد أحمد الوكيل أستاذ علم الإكلينيكي المساعد بكلية الآداب جمعة الفيوم، أ.د/ عفاف عبد الفادي دانيال أستاذ علم النفس ورئيس قسم العلوم الاجتماعية بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم.

(١٧) تشكر الباحثة السادة المحكمين: أ.د/ أحمد محمد عبد الخالق أستاذ علم النفس الشخصية بكلية الآداب جامعة الإسكندرية، أ.د.م/ أحمد محمد صالح أستاذ علم النفس المعرفي المساعد بكلية الآداب جامعة بني سويف، أ.د.م/ أحمد حسن الليثي أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي المساعد بكلية التربية جامعة حلون، أ.د/ بدرية كمال أحمد أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة المنصورة، أ.د/ خالد محمود عبد الوهاب أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة بني سويف، د/ دعاء هاشم مدرس علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة أسيوط، أ.د.م/ زيزي السيد إبراهيم أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب جامعة الفيوم، أ.د.م/ سيد أحمد الوكيل أستاذ علم الإكلينيكي المساعد بكلية الآداب جمعة الفيوم، أ.د/ عفاف عبد الفادي دانيال أستاذ علم النفس ورئيس قسم العلوم الاجتماعية بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم.

المراجع

أولًا: مراجع باللغة العربية:

أحمد عبد الخالق، مايسة النيال، سهير سالم، حنان سعيد. (٢٠٠٧). معنى الحياة وحب الحياة لدى مجموعات مختلفة من مريضات السرطان (دراسة مقارنة) المؤتمر الإقليمي لعلم النفس، ***رابطة الأخصائيين النفسيين***، ٢١٨-٢٩١.

أحمد جمال أبو العزائم، محمود جمال أبو العزائم. (٢٠٠١). ***الوقاية من الإدمان دليل إرشادي للمرضى وأسرهم***، دار الطباعة والنشر الإسلامية، القاهرة.

أمل مصطفى محمد محمود. (٢٠١٨). عوامل الخطر لدى الراشدين المتعافين وغير المتعافين من إدمان الهيروين (دراسة مقارنة)، ***مجلة البحث العلمي في الآداب***، ١(١٩).

ألفريد أدلر. (٢٠٠٥). معنى الحياة، ترجمة عادل نجيب بشري، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.

أيمن عامر. (٢٠٠٥). الإدمان كعملية سيكوبيولوجية، ***المجلة القومية للتعاطي والإدمان، تصدر عن المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية والمجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان***،٢ (١) ،١٤١-١١١.

بدر محمد الأنصاري. (٢٠٠٦). المرجع في اضطرابات الشخصية، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

بيان صافي، ناديا رتيب. (٢٠١٤). معنى الحياة وعلاقته بالصلابة النفسية على عينة من طلبة جامعة دمشق، ***مجلة جامعة البعث***، ٣٦(٨).

تقرير المخدرات العالمي. (٢٠١٧). ***مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة***.

حسين علي خليفة الغول. (٢٠١١). ***الإدمان الجوانب النفسية والاكلينيكية والعلاجية للمدمن: دراسة سيكومترية – إكلينيكية***، دار الفكر العربي، القاهرة.

رشا عبد العزيز الصادق زوبع. (٢٠١٧). العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة، ***مجلة كلية التربية في العلوم النفسية***، جامعة عين شمس، مصر، ٤١(٢)، ٤٨-١٢٣.

ريم سليمون. (٢٠١٥). الصمود النفسي ومعنى الحياة والتدفق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي دراسة تحليلية لصمود الجيش العربي السوري، ***مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية***، ٣٧(٤).

سهير محمد سالم. (٢٠٠٥). معنى الحياة وبعض المتغيرات النفسية "دراسة ارتباطية مقارنة، ***رسالة دكتوراه***، قسم الإرشاد النفسي، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

سعيد بن احمد بن سعيد الفداني. (٢٠١٣). عوامل الشخصية الكبرى لدى مدمني المخدرات في ضوء بعض المتغيرات بسلطنة عمان، ***رسالة ماجستير***، كلية الآداب، قسم التربية والدراسات الإنسانية، جامعة نزوى.

سليمان بن قاسم الفالح. (٢٠١٧). التعافي من إدمان المخدرات دراسة وصفية على المتعافين المستفيدين من خدمات الجمعية الخيرية للتوعية بأضرار التدخين والمخدرات في جدة والجمعية الخيرية للمتعافين من المخدرات والمؤثرات العقلية بالدمام، ***المجلة الاجتماعية***، السعودية، (١٣)،١٩-٦٠.

شعبان جاب الله رضوان، وفاء إمام عبد الفتاح بركات. (٢٠١٧). العلاقة بين نوعية الحياة والمقاومة النفسية، ***حوليات مركز بحوث الموهبة والإبداع***، الحولية السادسة، الرسالة العاشرة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

شعبان جاب الله رضوان، شيرين عبد القادر محمود، مروة حسين واصف. (٢٠٢١). دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، ***مجلة بحوث ودراسات نفسية***،١٧(٢)، ٢٠٩-٢٩٧.

عبد العزيز بن علي بن رشيد الغريب. (٢٠٠٨). القبول الاجتماعي للمدمن المتعافي: دراسة ميدانية على عينة من أفراد المجتمع بمدينة الرياض، ***مجلة البحوث الأمنية***، ١٦(٣٨)،١٥-٨١.

عبد العزيز بن علي الغريب. (٢٠٠٦). ***ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي***، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

عبد العزيز بن عبد الله البريثن. (٢٠٠٢). ***الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات***، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

عبد العزيز بن محمد أحمد بن حسين. (٢٠٠٤). المشكلات التي يواجهها المتعافي من الإدمان على المخدرات: دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المتعافين بمدينة الرياض، ***شؤون اجتماعية***، ٢١(٨٢)، ٨-١٠٧.

عفاف محمد عبد المنعم. (٢٠١٦). ***الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه***، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

علاء الدين عبد الرزاق الشرمان. (٢٠٢١). مستويات المثابرة والإصرار (GRIT) لدى طلبة المدارس في مديرية تربية لواء المزار الشمالي، ***مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية***، ٢ (١١).

فاتن السكافي. (٢٠١٧). معنى الحياة في علم النفس، ***مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية***، مركز البحث العلمي، الجزائر، (٣٧)، ٢٥-٣٨.

فيكتور فرانكل. (١٩٨٢). ***الإنسان يبحث عن المعنى "مقدمة في العلاج بالمعنى"***، ترجمه طلعت منصور، دار القلم، الكويت.

لطفي الشربيني. (د.ت). ***معجم مصطلحات الطب النفسي***، مراجعة عادل صادق، مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

لطيفه بنت محمد بن عبد الرحمن بن حميد. (٢٠١٩). الضغوط المرتبطة بانتكاسة المدمن بعد التعافي، ***مجلة الخدمة الاجتماعية*** ٦١(١)، ٣١٧- ٣٤٩.

ليلي أحمد عبد الجواد. (٢٠٠٧). ورقة عمل حول: مشكلات إعادة دمج مرضى الإدمان في المجتمع، ***المجلة القومية للدراسات التعاطي والإدمان***، ٤(١)، ٦٥-٨٩.

محمد الدسوقي الشافعي، عبد الكريم رجب إسماعيل. (٢٠١٣). فعالية الذات وعلاقتها بالصمود النفسي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة بغزة، ***مجلة كلية التربية***، جامعة طنطا، مصر، ٣(٥١)،١٥٨-١٨٥.

محمد السعيد أبو حلاوة، عاطف مسعد الحسيني الشربيني. (٢٠١٦). ***علم النفس الإيجابي "نشأته وتطوره، ونماذج من قضاياه"***، عالم الكتب، القاهرة.

محمد طه الجاسر. (٢٠١١). ***أعمال ندوة جهود العلماء المسلمين في مكافحة المخدرات عمان ٧-٩ يوليو ٢٠٠٥***، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، ايسيسكو ISESCO.

محمد عبد القادر عبد الموجود علي. (٢٠١٨). الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء في الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر، ***المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي***، ٦(٣)، ٣٣٧- ٣٧٠.

محمد كمال عبد الله. (٢٠١٧). ***بوابة التعافي من الإدمان***، الأنجلو المصرية، القاهرة.

مصطفى سويف. (٢٠٠٤). ***معجم مصطلحات التعاطي والاعتماد***، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات.

مطاع بركات، إقبال الحلاق. (٢٠١١). أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في دمشق، ***مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية***- سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٣٣(٥).

مناور عبيد العنزي. (٢٠٢٠). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانتكاسة مدمني المخدرات دراسة ميدانية على الأخصائيين النفسيين العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض، ***مجلة كلية الآداب***، جامعة بورسعيد، (١٥).

منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط. (٢٠٠٥). ***ورقة تقنية: تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، اللجنة الإقليمية للشرق المتوسط***، الدورة الثانية والخمسون، البند ٥ (ج) من جدول الأعمال.

مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة. (٢٠١٧). ***تقرير المخدرات العالمي***، الأمم المتحدة.

نصرة منصور عبد الحميد. (٢٠١٩). المقاومة النفسية وتوكيد الذات بصفتهما منبئين بجودة الحياة الزواجية لدى عينة من الزوجات. ***دراسات نفسية***،٢٩(٣)، ٤٩٩-٥٤٨.

هيفاء يوسف الكندري. (٢٠١٤). العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي، ***مجلة العلوم الاجتماعية***، الكويت، ٤٢(٢).

ثانيًا: مراجع باللغة الإنجليزية:

References:

American psychological association. (2014). ***the Road to Resilience***, Washington DC: American Psychological Association.

Bhatnagar, S. (2021). ***Rethinking stress resilience, Trends in Neurosciences***, 44(12).

Csabonyi, M., & Phillips, L. J. (2020). Meaning in life and substance use. ***Journal of Humanistic Psychology***, 60(1), 3-19.

Corno, C. M. (2018). ***Pathways to Success in Early Recovery from Opioid Use Disorder: Comparing the Change Process and Contextual Factors of Recovery between Individuals Using and Not Using Medication***. University of Maryland, Baltimore County.

Edwards, M. J. (2007). The dimensionality and construct valid measurement of life meaning, ***Doctoral dissertation***, Department of Psychology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.

GhanbariTalab, M, Fooladchang, M, (2015): On the Relationship of Resiliency and Subjective Vitality with Addiction Potential among Students, ***Journal of Drug Abuse***, 9(34), http://www.etiadpajohi.ir/

Hoffman, C. E. (2008). Resilience and recovery in substance dependent healthcare professionals, ***A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy***. Capella University.

McQuaid, R. J., Malik, A., Moussouni, K., Baydack, N., Stargardter, M., & Morrisey, M. (2017). Life in recovery from addiction in Canada**.** ***Technical Report,*** published by the Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA), Canada.

Nkyi , A, K, (2010). Relationships Between Substance Abuse, Purpose in Life, and Loneliness Among Senior High School Students in Ghana, ***A Dissertation Presented to Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree***, Doctor of Psychology in Clinical Psychology, University of the Rockies.

Ostafin, B, D, Feyel, N. (2019). the effects of a brief meaning in life intervention on the incentive salience of alcohol, ***journal Addictive Behaviors***, 107–11.

Parker, C & Naliboff, B & Shih, W & Presson, A & Kilpatrick, L & Gupta, A & Liu, C & Keefer, L & Sauk, J & Hirten, R & Sands, B & Chang, L. (2021). The Role of Resilience in Irritable Bowel Syndrome, Other Chronic Gastrointestinal Conditions, and the General Population, ***Clinical Gastroenterology and Hepatology***, 19(12), 2541–2550.

Plesh, A. B. (1999). ***Gambling addiction and life meaning***. University of Nevada, Las Vegas.

Puentes, J. (2011). Meaning in Life and Substance Abuse Treatment, ***Doctoral dissertation***, Psychology Department, College of Arts and Sciences. University Of La Verne.

Rathinam, B., & Ezhumalai, S. (2021). Resilience among Abstinent Individuals with Substance Use Disorder. ***Indian Journal of Psychiatric Social Work***, 96-102.

Schnetzer, L. W. (2011). Meaning in life, depression, and alcohol use in a college sample, ***Presented for the Master of Arts Degree***, Department of Psychology. University of Mississippi.

See, N.J. (2013). Models and Theories of Addiction and the Rehabilitation Counselor, ***Master of Science***, Rehabilitation Institute in the Graduate School, Southern Illinois University Carbondale.

Smith, B & Dalen, J & Wiggins, K & Tooley, E & Christopher, P & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back, ***International Journal of Behavioral Medicine***, 15, 194–200.

Steger, M. F. (2017). ***Meaning in life and wellbeing. Wellbeing, recovery and mental health,*** 75-85.

Truffino, J. C. (2010). ***Resilience: An approach to the concept. Revista de Psiquiatría y Salud Mental*** *(English Edition)*, *3*(4), 145-151.

Uba, L. (2019). The Relationship between Meaning in Life, Self–Forgiveness, Locus of Control, and Relapse to Substance Use Disorders among Recovering Patients in an Opioid Treatment Program in Appalachia, ***in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy,*** Lindsey Wilson College.

United Nations Office On Drugs And Crime. (2017**). *Prevention of Drug Use and Treatment of Drug Use Disorders In Rural Settings***, Vienna.

World Drug Report. (2020). ***Executive Summary Impact of Covid-19 Policy Implications***, United Nations, 7-10.

Yalom, I. (1931) ***Existential psychotherapy***, Library of Congress, United States Of America.

Yamashita, A., Yoshioka, S. i. (2016). Resilience Associated with Self-Disclosure and Relapse Risks in Patients with Alcohol Use Disorders**, *Yonago Acta medica Original Article***, 59 (4):279–287