

تنمية استراتيجيات مجابهة حل المشكلات  
لدى المدمنين المتعافين

إعداد

شيماء إسماعيل حامد إبراهيم

طالبة دكتوراه قسم علم النفس كلية البنات جامعة عين شمس

إشراف

أ.د. نبيلة أمين علي أبو زيد

أستاذ علم النفس

كلية البنات جامعة عين شمس

أ.د. عزة صالح الألفي

أستاذ علم النفس

كلية البنات جامعة عين شمس

### مستخلص

هدف البحث التعرف على أساليب مجابهة حل المشكلات لدى المدمنين المتعافين والكشف عن مدى اختلاف أساليب مجابهة حل المشكلات وذلك بإعداد برنامج إرشادي تكاملي عن مجابهة أساليب حل المشكلات لدى المدمنين المتعافين ومدى استمرارية تأثير البرنامج بعد التطبيق البعدي والتتبعي. ولقد تم تطبيق أدوات البحث على عينة مكونة من (20) من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (25-35) سنة مقسمين كالاتي :

العينة التجريبية ن = 10 والعينة الضابطة ن = 10

وتمثلت أدوات الدراسة في كل من :

- مقياس أساليب مجابهة المشكلات (اعداد/ الباحثة).
  - برنامج إرشادي تكاملي لتنمية استراتيجيات مجابهة حل المشكلات (اعداد/ الباحثة)، وقد خلص البحث إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات، بينما توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لصالح القياس البعدي في حين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات.
- واستناداً إلى نتائج البحث فقد تم اقتراح بعض التوصيات منها : دراسة أسلوب حل المشكلات وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى عينة من المدمنين وأيضاً إجراء دراسة مقارنة بين الذكور والإناث في تأثير البرامج الإرشادية التكاملية.

**الكلمات المفتاحية :** أساليب مجابهة حل المشكلات البرنامج الإرشادي التكاملي – المدمن المتعافى.

مقدمة :

يعد الإدمان مرض نفسي عضوي يرتبط عادة بإدمان المواد المخدرة واستخدام العقاقير ذات التائي النفسي والعقلي، ويعتبر هذا المرض من أهم المشكلات التي تترك آثاراً ضارة على الفرد والأسرة والمجتمع، الأمر الذي يتطلب تضافر جهود جميع المؤسسات المختلفة من أجل الحد من هذه الظاهرة وإمكانية القضاء عليها.

والمشكلة بوجه عام حالة من عدم توافق الإنسان مع الموقف الذي يواجهه في الحياة، وتبدأ المشكلة في الظهور عندما يحدث خلل في حالة الاتزان مما يعنى حدوث خلل في مستوى الاستقرار المعتاد والمألوف وبالتالي ظهور التوتر في الأدوار، وأن أساليب المجابهة تعنى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الموقف أو المشكلة وصولاً إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصدها (محمد هلال، 2003، 66).

ومصادر المجابهة coping resources هي بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً، حيث ينظر البعض إلى استراتيجيات المجابهة بأنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي أثناء الفترات الضاغطة من حياته.

وبحسب البعض فإن أسلوب حل المشكلات وثيق الصلة بالتفكير الإبداعي، لأن حل المشكلات يحدث عندما نكون بحاجة إلى أن نذهب إلى أبعد من المعلومات المتاحة، مما يتطلب معه نشاطاً فكرياً ذكائياً جديداً. واستراتيجيات حل المشكلات تعنى مجموعة من الأساليب التي يستخدمها الفرد لفهم واستحضار المعلومات المرتبطة بالموقف المشكل التي ينبثق منها خطط للحل وتقييمها بشكل أكثر مرونة وفاعلية (أمينة شلبي، 1999، 89).

وكل من الأزمات النفسية الشديدة أو الصدمات الانفعالية العنيفة أو اضطرابات في علاقة الفرد مع غيره على مستوى البيت أو العمل أو المجتمع ككل وغير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي يواجهها الفرد في حياته والتي تدفع به إلى حالة من الضيق والتوتر والقلق تخلق لديه البحث عن الوسيلة لاستيعاب الموقف والتفاعل معه بنجاح، فيتخذ أسلوب لحل تلك الأزمة وفقاً لاستراتيجيات نفسية خاصة تتناسب مع شخصيته.

ومن جهة أخرى يعد الإرشاد النفسي أحد فروع علم النفس التطبيقي التي شهدت نمواً وتطوراً وينظر للإرشاد النفسي بشكل إنساني لتقديم المساعدة والخدمة المنظمة لشخص يبحث عن هذه المساعدة لتنمية القوى واستثمار الطاقات وتحقيق أقصى درجات النمو والتوافق والصحة النفسية.

وترى الباحثة أن هناك حاجة ملحة لاستخدام الإرشاد النفسي التكاملي لتحديد استراتيجيات خاصة لمجابهة حل المشكلات لتحقيق التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي للوصول بالمدمن المتعافى إلى الشعور

بالرضا عن الحياة وتحقيق صحة نفسية مما يقلل من فرص مخاطر الانتكاسة والرجوع مرة أخرى إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسياً ومن ثم إلى دائرة الإدمان النشط.

مشكلة البحث :

تحدد مشكلة البحث الحالي في دراسة تنمية استراتيجيات مجابهة حل المشكلات لدى المدمنين المتعافين وذلك بسبب ندرة الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات مجتمعة، فقد تناولت كل من الدراسات العربية والأجنبية هذه المتغيرات منفصلة وعلاقتها بمتغيرات أخرى، وهذا في حدود علم الباحثة حيث لم تجد دراسة تناولت هذين المتغيرين.

وعليه تمثل مشكلة البحث الحالي التحقق من وجود فروق بين متغيرات البحث وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات الآتية :

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي مع مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات ؟
- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لصالح القياس البعدي ؟
- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات ؟

أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث الحالي في كونه يبحث في إمكانية الكشف عن استراتيجيات مجابهة حل المشكلات لدى المدمنين المتعافين، ومن خلال المنهج التجريبي وما تضمنه البحث من أدوات قامت الباحثة بإعدادها، وهوة مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات (اعداد/ الباحثة)، وبرنامج إرشادي تكاملي (اعداد/ الباحثة) مع الحرص على توفر جميع الخصائص السيكومترية المطلوبة، كما تكمن أهمية البحث في الفئة المستهدفة بالدراسة من المجتمع والممثلة في المدمنين المتعافين بمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية.

أهداف البحث :

يهدف البحث إلى دراسة استراتيجيات مجابهة حل المشكلات لدى المدمنين المتعافين ومناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

مصطلحات البحث :

### (1) استراتيجيات مجابهة حل المشكلات **Coping with problems**

وتشير الباحثة بأنها مجموعة من الأساليب أو الاستراتيجيات يستخدمها الفرد لتنظيم انفعالاته وسلوكياته ومعارفه تبعاً لما يقتضيه الموقف المتغير والتي يمكن قياسها من خلال مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات الذي يستخدم في هذه الدراسة.

### (2) البرنامج الإرشادي التكاملى **Counseling program Integration**

ويعرفه (حامد زهران، 1980) بأنه برنامج مخطط منظم على أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم فى تحقيق النمو السوى والقيام بالاختيار الواعى المتعقل وتحقيق التوافق النفسى داخل المؤسسة وخارجها (حامد زهران، 1980، 239).

وتعرفه الباحثة بأنه برنامج يضم مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات المستمدة من بعض النظريات النفسية التى تقوم على إحداث تغيير فى البنية المعرفية لإيجاد حالة شعورية داخلية تساعد فى حل المشكلة. وتعرفه الباحثة إجرائياً فى هذه الدراسة بأنه الشخص المتوقف عن تعاطى العقاقير ذات التأثير النفسى والعضوى وتحديداً (الهيروين) مدة لا تقل عن ثلاثة شهور ويتراوح عمره الزمنى من (25-35) سنة. الإطار النظرى والدراسات السابقة :

أولاً : استراتيجيات مجابهة حل المشكلات :

يعتبر لازورس Lazarus من أشهر رواد المواجهة فقد أشار إليها وعرفها بأنها المجهودات التى يبذلها الفرد فى تعامله مع الأحداث الضاغطة إلى مواجهة مركزة على المشكلة ومواجهة مركزة على الانفعال (Lazarus, 2000, 670).

والمشكلة بوجه عام تعنى حالة من عدم توافق الإنسان مع الموقف الذى يواجهه فى الحياة، وتبدأ المشكلة فى الظهور عندما يحدث خلل فى حالة الاتزان مما يعنى حدوث خلل فى مستوى الاستقرار المعتاد والمألوف وبالتالي ظهور التوتر فى الأدوار، وعليه فهى تعنى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الموقف وصولاً إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة الذى هو بصدددها (محمد هلال، 2003، 66).

وتعد مصادر المواجهة **Coping resources** بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً، بشرط أن يعى الفرد كيفية التحمل، فالعمليات أو الاستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما ينظر إليها البعض بأنها عوامل الاستقرار التى تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسى والاجتماعى أثناء الفترات الضاغطة من حياته (لطفى عبد الباسط إبراهيم، 1994، 96).

وترى الباحثة أن المشكلة تعنى مدى تعرف الفرد على أبعاد الموقف العائق من خلال تحديد العناصر والبيانات المعطاة وتحديد الهدف والغاية المرجوة منه ومدى تفاعل الفرد مع هذا الموقف بطريقة واقعية وعملية التعبير عنها مستخدماً في ذلك لغة محددة ورموز وأرقام.

أما استراتيجيات حل المشكلات تعنى مجموعة من الأساليب التي يستخدمها الفرد لفهم واستحضار المعلومات المرتبطة بالموقف المشكل والتي ينبثق منها بناء لخطط الحل وتقييمها بشكل أكثر مرونة وفاعلية (أمينة شلبي، 1999، 89).

واستراتيجيات مجابهة حل المشكلات هي نمط من الاستراتيجيات المعرفية وتعد نوعاً من المهارات العقلية التي من خلالها ينظم الفرد عملياته في معالجة الموقف المشكل ومحدداته وخاصة تلك المشكلات التي لم يسبق مرورها في خبرات الفرد، وينطبق على استراتيجيات حل المشكلات ما ينطبق على الاستراتيجيات المعرفية من حيث قابليتها للتعميم والتطبيق غير أنها تختلف باختلاف خصائص الموقف من حيث البساطة أو التعقيد أو أن الموقف يتطلب حلاً واحداً أم حلولاً متعددة وهل الحل المطلوب قائم على الاستدعاء أم على الانتاج (فتحى الزيات، 2006، 403).

ولقد تعددت طرق تصنيف أساليب المواجهة لتتنفق مع افتراض أن المواجهة تسعى إلى تعديل أو تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة لتقليل الضرر الانفعالي.

ولقد أوضح موس Moss أن للمواجهة نوعين هما المواجهة الأدمية Approach coping والمواجهة الاحجامية Avoidance coping فالأفراد ذو المواجهة الأدمية يستخدمون عدة أساليب وتسمى (التحليل المنطقي) منها إعادة التقييم الإيجابي، البحث عن المساعدة والمعلومات، وحل المشكلة، أما ذو المواجهة الإجمامية فيستخدمون أساليب (الإجمام المعرفي، التقبل أو الاستسلام، البحث عن الإثبات البديلة، التنفيس الانفعالي) (رجب شعبان ورجب على، 1990، 7).

في حين هناك من قسم استراتيجيات المواجهة إلى كل من : المواجهة المتمركزة نحو المشكلة والمواجهة المتمركزة نحو الانفعال ثم التقييم.

أما المواجهة المتمركزة نحو المشكلة وفيها يحاول الفرد وضع خطط واقعية متماسكة للتفاعل ويجهد نفسه للتحكم المباشر في المشكلة قدر المستطاع (بشرى إسماعيل، 2004، 83).

وذلك مثل تحليل المشكلة والكشف عن العلاقات القائمة بينهما وإيجاد حلول وبدائل نحو الذات مثل : الدافعية – معالجة المشكلة – تبنى اتجاهات ومعتقدات جديدة .... إلخ والأخيرة تؤدي إلى تعديلات على المستوى المعرفي والانفعالي (Lazarus & Folkman, 1984).

أما المواجهة المتمركز نحو الانفعال ويقصد بها تنظيم الانفعالات الضاغطة وذلك عن طريق الأفكار لتخفيف التأثير العاطفي مثل : التجنب ، القبول، الإنكار، وكلا من طلب الدعم أو المساندة أو التنفيس الانفعالي والتجنب يعتبر من استراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال.

أما التقييم فيقصد به التعرف على مدى قدرة الفرد على إخضاع استنتاجاته للحل واستخداماته لهذا الحل أو فشله في ضوء الأهداف المحددة والمعايير المستخدمة وهناك التقييم الأولي والتقييم الثانوي.

التفسيرات النظرية لمفهوم المواجهة

- نظرية التحليل النفسى :

يرى القائلون على هذه النظرية ومنهم فرويد أن الميكانيزمات الدفاعية بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعورياً للتخفيف من التوترات والقلق والصراعات الداخلية، ومن أمثلة هذه الميكانيزمات الكبت، الإنكار، التبرير، التجنب، النكوص، الإسقاط... وذلك لكى تقلل من حدة الضغوط النفسية لدى الفرد (Moss and Schaefer, 1993, 243)

وأن كان هناك من تلك الميكانيزمات ما هو فاشل يعمل على تحريك الواقع كثير فى حين يوجد منها ما هو غير فاشل والذي يساعد الفرد على إدراك الفرد للأحداث الضاغطة التى يواجهها.

- النظرية التفاعلية :

وأكدت هذه النظرية على أن المواجهة عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد وأن الاستجابة للضغوط تظهر كنتيجة تفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه، وتمثل عملية التقييم المعرفى مفهوماً أساسياً فى هذه النظرية ويوجد نوعين من التقييم (التقييم الأولي والتقييم الثانوي).

ويقوم الفرد الموقف على أنه ضاغط فى التقييم الأولي عندئذ يستخدم التقييم الثانوي ليحدد خيارات المواجهة والمصادر المتاحة لديه للتعامل مع المواقف.

وبهذا النموذج يقوم على مبدأ تكاملى حيث يقوم على طريقتين للتفكير تؤثر على عملية المواجهة.

الأولى : احتمال وجود استعدادات ثابتة للمواجهة يحملها الفرد.

الثانية : المحيط والمتغيرات البيئية فكلاهما متغيرين لعلاقة دينامية ثنائية الاتجاه، فالموقف المتأزم من شأنه يولد قدرات مواجهة جديدة تؤدي بدورها إلى البحث عن وسائل اجتماعية وشخصية جديدة تخلق موقف تفاعلى دينامى بين الوسائل الاجتماعية والوسائل النفسية.

(Holahan and et al., 1996, 33)

- النظرية المعرفية :

تهتم النظريات المعرفية أساساً بالتفكير والعمليات المعرفية والتي تعتمد على تفسيرها للسلوك الإنسانى على أن البنية المعرفية هي المحددة لبنية التفكير، وفي هذا الإطار يعرف البنين المعرفى بأنه : الجانب التنظيمى للتفكير، والذي ينظم ويوجه استراتيجيه واختيار الأفكار(لويس مليكة، 1994، 171).

ولقد تعددت الأطر والتصورات النظرية الخاصة بالأساليب المعرفية متضمنة بذلك العمليات المعرفية الأساسية مثل : الإدراك، التذكر، حل المشكلات.

والاستراتيجيات المعرفية عبارة عن طريقة يلجأ إليها الفرد أثناء تعرضه للمواقف بحيث تختلف نوعية الاستراتيجيه وتتغير حسب الموقف، وتعد استراتيجيات حل المشكلات نوع من المهارات العقلية التي من خلالها ينظم الفرد عملياته المعرفية فى معالجة الموقف المشكل، وهناك محددات معرفية للمواجهة ومن بين هذه المحددات المعتقدات : مثل (الذات – العالم – الموارد والقدرات – حل المشكلات).

**الدوافع العامة :** مثل : (القيم – الأهداف – الفوائد ....)

**موقع الضبط :** سواء (خارجى – داخلى).

- النموذج المتعدد الأبعاد لجرانز فورت :

ويقوم هذا النموذج على وجهة النظر الخاصة بأن المواجهة عملية معقدة تتكون من أبعاد أساسية وهى كالتالى :

- **السياق الاجتماعى :** يتأثر بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي يوصف السياق الاجتماعى بعدم الثبات.
- **القيم الثقافية والمعتقدات السائدة :** وتلعب دورا هاما فى تحديد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد.
- **هوية الفرد :** وتعنى شعور الفرد بالاستمرارية والتفرد فى تفاعله مع السياق الاجتماعى.
- **المواجهة :** يتم تحديد استراتيجياتها من خلال القيم الثقافية والمعتقدات السائدة والسياق الاجتماعى حيث يحدث التفاعل فيما بينهم (إيمان القماح، 2002، 150).

ثانياً : البرنامج الإرشاد التكاملى

تتعدد طرق الإرشاد النفسى بتعدد نظريات علم النفس فهناك نظرية التحليل النفسى، والنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ونظرية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى، والنظرية الوجودية ... إلخ ولكل نظرية أسس وفلسفة تقوم عليها مجموعة من التقنيات والفنيات التي يتم استخدامها لتطبيق النظرية الخاصة بها، ومن هنا يمكن الالتفات إلى أن إتباع نظرية واحدة والتمسك فيها فقط يعد نوعاً من التحيز العلمى الغير مرغوب، ولقد بدأ الاتجاه فى مناهج الإرشاد والعلاج النفسى استخدام الأسلوب الانتقائى التكاملى على يد فريدريك



ثورن بعدما أعجب بتكامل العلوم الطبية ونظامها القائم على الممارسات العلمية مما دفعه للعمل على الجمع بين مناهج الإرشاد النفسى المختلفة فى أسلوب انتقائى تكاملى يمكن أن يشكل الأساس لخبرة متقنة (نادر فهمى، 1998، 311).

ويمثل الإرشاد التكاملى الإرشاد فى ثوبه الجديد المتكامل الناضج والتيار الإرشادى المرن والمنفتح لكل إضافة ولكل إسهام جاد فى الإرشاد النفسى ليكون النظام المتناسق الذى يقوم بإنتقاء ودمج الأساليب والفنيات الإرشادية لتحقيق أفضل النتائج. (عبد الله بن على، 2008: 24)

ويعرف البعض الإرشاد التكاملى بأنه الأسلوب المتمس بالمرونة ولديه القابلية للتكيف لإستخدام الطرق والأساليب الإرشادية والعلاجية المختلفة فى إطار العملية الإرشادية.

فى حين يعرف (فرج عبد القادر طه، 2006) الإرشاد التكاملى بأنه منهج نظرى يقوم على الإختيار والتوفيق بين العناصر المتعارضة بالتفسير والفهم الأشمل للطواهر، ففى مجال العلاج النفسى يلجأ المعالج أو المرشد إلى الاستعانة بمعارف منتقاة من نظريات مختلفة وإجراءات متنوعة لكى يدمجها فى أسلوب علاجى توفيقى (فرج عبد القادر طه، 2006، 126).

أما (بكر فرج، 2008) يرى أن الإرشاد النفسى التكاملى إتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو على مستوى إنتقاء الفنيات العلاجية، وهو بصورة عامة يعتبر منحى علاجياً لا يتقيد ولا يلتزم بنظرية علاجية أثناء العملية العلاجية بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظرية العلاجية المختلفة من خلال دمجها فى نموذج علاج تكاملى شرط أن يكون هناك إنسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملى من نظريات أو فنيات مختلفة (بكر فرج، 2008، 14).

**ولقد أشار ثورن أن تنظيم الشخصية يتضمن عدداً من الدوافع هى :**

- دافع إلى تنظيم أعلى للإنسان ويتضمن حاجته لتعظيم نفسه، وتوظيف كامل لقواه وإمكاناته.
- الدافع إلى تحقيق الثبات فى التنظيم وهذا الدافع يتضمن حفظ الذات، والاتزان الفيزيائى البدنى، وضبط السلوك.
- الدافع إلى تكامل الوظائف المتعارضة فى نظام يمكن للفرد من إعادة التوازن ولكن ليس من الضروري تجنب التوترات.

وقد أعتبر ثورن أن تطور الشخصية يرتبط بعدد من العوامل منها :

أ - المحددات البيولوجية لبنية الجسم.

ب - العوامل الثقافية.

ج - تحقيق الذات ويتضمن تحديد الذات. (نادر فهمي، 1998: 313-314)

كما يقدم ثورن نظامه في علم النفس التكاملي في مسلمات أساسية بلغت (57) مسلمة نذكر منها ما

يلى :

- التكامل هو الثمة المركزية للحياة في كل أشكالها وبصفة خاصة في مظاهر السلوك العليا.
- أن علم النفس التكاملي قادر وحده على توضيح طبيعة وأسباب الحالة النفسية.
- إن محور الشخصية هو مفهوم الذات فهو عامل تكاملي هام حيث أن مفهوم الذات يعكس كلاً من الخبرات الشخصية والاجتماعية.
- إن علم النفس التكاملي يحاول أن يوحد وينظم كل ما هو صالح وثابت من كل المدارس والنظم السيكولوجية في إتجاه تكاملي موحد.
- أعلى مستويات التكامل تنشق من عوامل الذكاء، الإبداع، إمكانية التفكير العقلاني المنطقي.
- مراحل الإرشاد في علم النفس التكاملي تتمثل في :

أ - اكتشاف المشكلة : إن معرفة اهتمامات المسترشد واستجاباته وتشجيعه على الكلام وتوليد الثقة لديه، وتعزيزه من أجل الحديث عن مشكلته تساعد على اكتشاف المشكلة التي يعانى منها.

ب- تعريف المشكلة : وتعنى إتفاق كلاً من المرشد والمسترشد على تحديد ماهية المشكلة ووضعها في صيغة محددة.

ج- تحديد البدائل : يدرس المرشد البدائل المتوافرة ويعرضها على المسترشد ليختار ما يلائمه من هذه البدائل.

د - التخطيط : ويعنى مساعدة المسترشد في تحديد كم من البدائل الملائمة له من خلال خبراته السابقة والحالية، ويأخذ المرشد دور المدرس والموجه في تحديد العوامل اللازمة للتخطيط.

هـ- التنفيذ : يقوم المرشد بإعطاء خطوات عملية للمسترشد من أجل تنفيذها، ويقرر المسترشد أى من هذه الخطوات سيقوم بها مراعيًا في ذلك الزمن والواقعية وقدراته الإنفعالية.

و - التقييم والتغذية الراجعة : يلخص المسترشد عادة التقدم الذى حصل معه بناء على الأعمال التى يكلف بها، ويراجع المرشد والمسترشد مستوى الأهداف التى تم تحقيقها حسب حاجات وشعور المسترشد وحسب ما تتطلبه حالته. (سعيد حسنى، جودت عزت، 1999: 200-205).

وتعرف الباحثة إجرائياً البرنامج العلاجي الإرشادي التكاملي وهو الذى يضم مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات المستمدة من بعض النظريات النفسية التى تقوم على إحداث تغيير في البنية المعرفية لإيجاد حالة شعورية داخلية تساعد في خفض الانتكاسة وإيجاد علاقة تكاملية تبادلية يقصد منها إحداث أفضل الأثر

لما استخدمت له، بغض النظر عن الأصول النظرية لكل فنية من الفنيات المختارة وذلك بأسلوب انتقائي تكاملي يفيد عينة الدراسة.

ثالثاً : المدمن المتعافى :

يعتبر المدمن هو نتاج ظاهرة تعاطى وإدمان العقاقير ذات التأثير النفسى والتي ينظر إليها بأنها إحدى المشكلات الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية التي تجتاح المجتمع المصرى والذي شهد فى السنوات الأخيرة تزايد فى معدل تعاطى المواد المخدرة وانخفاض فى متوسط سن التعاطى وذلك حسب ما اشارت إليه بعض الدراسات.

(UNDOC, 1999, Okasha, 2001, Fawzi, 2010).

والتعافى هو التوقف المدروس عن تعاطى جميع أنواع المخدرات والعمل على التغيير فى جميع شؤون الحياة نحو الأفضل، فالتعافى النفسى هو عملية مستمرة طويلة المدى من النمو والنضج النفسى والروحي يتضمن تغيير متزايد فى السلوك والتفكير والعلاقات ومدمن المخدرات لا يحدث له الشفاء المطلق من المخدرات، وإنما يستطيع أن يعيش حياة بناءة وفعالة مثل أى شخص فى المجتمع ولكن لكى يعيش حياة بناءة بهذه الصورة عليه أن يتجنب أماكن معينة، علاقات معينة وأن يواظب على التأملات والقراءات وحضور مجموعات واجتماعات التعافى ويحافظ على علاقة حية وفعالة فى مجتمع متعافى.

ويتبلور مفهوم التعافى وتتمثل أهميته فى عدد من النقاط :

(1) احترام الضعف الإنسانى : ويعنى احترام الضعف والعجز والاعتراف المستمر به يعد أساس الاستمرار فى التعافى.

(2) إدراك الاحتياج المستمر للصراع مع الخطيئة والضعف.

(3) إدراك الاحتياج المستمر للنضوج.

ويبقى بعد ذلك العمل على محاولة تدريب المدمن على تحديد أهداف قريبة وأهداف بعيدة المدى والعمل على تنفيذها بصورة مستمرة، هذا بالإضافة إلى كيفية التعامل مع واقع المشكلة وكيفية حلها لضمان عدم العودة إلى التعاطى مرة أخرى.

ويشير البعض أن نهج التعافى من الإدمان يتبع أربع عمليات نفسية واجتماعية ذات صلة بالإدمان وبعملية الانتكاس وهى كالاتى :

(1) الكفاءة الذاتية : وتشير إلى قدرة الفرد على التعامل بكفاءة وفاعلية مع الحالات المعرضة لخطر الانتكاس المثيرة.

(2) النتيجة المتوقعة : وتشير إلى توقعات الفرد حول الآثار النفسية للمادة التي تسبب الإدمان.

(3) **الصفات السببية attribution of causality** وتعنى الرجوع إلى نمط الفرد في المعتقدات التي تؤدي إلى الانتكاس وتعاطي المخدرات وهي نتيجة لأسباب داخلية وخارجية.

(4) **صنع القرار** : وهي التي تكون نتيجة قرارات مجتمعه تؤدي إلى التورط والرجوع إلى التعاطي. ولقد أشار أرون بيك من خلال العلاج المعرفي لتعاطي المخدرات إلى وجود عدد من المعتقدات الأساسية السلبية لدى المريض المدمن مما ينشط مفهوم الرغبة الملحة للتعاطي. وعلى كلاً فالمدمن المتعافي كما ترى الباحثة : هو مريض الإدمان توقف عن تعاطي جميع أنواع المخدرات مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

وتعد مرحلة التأهيل من أهم المراحل التي يصبح الفرد فيها قادراً على التفاعل مع البيئة الاجتماعية المحيطة به، وقادراً على أن يعيد تواصله معها قبل الإدمان، فالتعرف على الظروف البيئية والاجتماعية التي يعيشها المتعاطي تساعد في إعادة بناء وتحقيق التكيف الاجتماعي المنشود للفرد المدمن المتعافي وذلك مع أسرته وبيئته الاجتماعية وعليه أن يستعين بمن يراه قادراً على المساعدة وتقديم يد العون له.

وليس الهدف من التأهيل النفسي الاجتماعي لمدمن المخدرات هو إعادة المدمن إلى الحالة التي كان عليها قبل التورط في خبرة الإدمان إذ صار من المسلم به على ضوء الدراسات المعنية ببيان أن الحالة التي تسبق التورط في خبرة الإدمان تعتبر حالة مهينة لهذه الخبرة ودافعة إليها، ومن ثم يبدو عبثاً أن يتحدد الهدف من جهود خبراء التأهيل إعادة المدمن إلى حالة التهيؤ التي تمهد الطريق أمام الإقدام على خبرة التعاطي ثم الإدمان بعد ذلك. (محي الدين حسين، 2003، 15-16)

ومن المشكلات التي تواجه المدمن المتعافي أثناء التعافي هي :

(1) الرغبة في العودة للمخدرات خاصة وأنه يستمر معه لعدة أشهر بعد العلاج نظراً للشعور بالاعتقاد على مجموعة من الأصدقاء والأماكن التي يذهب إليها.

(2) مشاكل التأقلم مع الحياة واكتساب طرق جديدة للإشباع بعيداً عن المخدرات وأنماط جديدة من السلوك وتحمل ظروف الحياة والتأقلم مع المشاكل ومواجهتها.

(3) الحاجة إلى علاقات جديدة تدفعه للاعتماد على النفس أكثر من اعتماده على الآخرين أو اعتماده على المواد المخدرة.

ويحتاج المدمن في طريقه للتعافي المساعدة للتغلب على التهديد الذي يواجهه في الحياة، وأن فكرة العمل والرغبة في تبديل نمط الحياة بوسيلة إيجابية تساعدهم في البعد عن العودة مرة أخرى للتعاطي، فوسائل التدعيم والمساندة والتوجيه غير المباشر من أهم الوسائل التي تساعد مريض الإدمان أثناء رحلة العلاج والتعافي من الإدمان.

ومما لا شك فيه أن دور الرعاية اللاحقة يركز على مساعدة المدمن المتعافى فى إعادة الثقة فى نفسه وتقديره لذاته، ويرى هوفمان Hoffman أن المتعاطين لديهم انخفاض شديد فى تقديرهم لذاتهم بدون العقار ويعانون من الاكتئاب والقلق الناتج عن الإدمان (عابد الحميدان، 2006، 23).

وأن دور الرعاية اللاحقة فى التعافى تأتى بتحجيم العوامل المهيئة لتعاطى المخدرات، والتغيير والتعديل فى التوقعات المعرفية من خلال المساعدة على حل المشكلات وتغيير سلوك المتعاطى، ورفع كفاءته المعرفية الأمر الذى يساعد على تخفيف الضغوط وإعادة الاتزان وتحمل المسؤولية عند متعاطى المخدرات (عابد الحميدان، 2006، 6)

فغالباً ما يتجه المدمن إلى المشاعر والأحاسيس التى تحمل اللذة بالرغم من أنها مشاعر وتجارب مؤلمة. وبحسب الدليل التشخيصى الإحصائى الدافع للاضطرابات النفسية الـDSMIV فهناك أربعة محددات للهدأة (الامتناع عن التعاطى) remission يمكن تحقيقها عند محاولة التوقف الكامل عن التعاطى، ويعتمد تعريف هذه الأنواع من الهدأة على الفترة الزمنية المنقضية منذ توقف الاعتماد (والهدأة المبكرة مقابل الهدأة الممتدة)، وإذا كان هناك وجود مستمر لبند أو أكثر من البنود المتضمنة فى مجموعة المعايير الخاصة بالاعتماد أو بسوء التعاطى (الهدأة الجزئية مقابل الهدأة التامة)، ولما كانت الأشهر الأثنا عشر التالية للاعتماد تنطوى بصفة خاصة على قدر كبير من خطر الانتكاس، فإن هذه الفترة تعرف بالهدأة المبكرة Early Remission، وبعد انقضاء اثنى عشر شهراً من الهدأة المبكرة دون الانتكاس يدخل الشخص فى الهدأة الممتدة.

وبالنسبة لكلتا الهدأتين المبكرة والممتدة يضاف نعت تامة full إذا ظلت فترة الهدأة من أى معيار من معايير الاعتماد أو سوء التعاطى، ويضاف نعت جزئى partial إذا توافر واحد على الأقل من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطى أثناء فترة الهدأة، وبذا فيمكن القول أن هناك أربعة أنواع من الهدأت (التعافى) وهى :

- (1) **هدأة تامة مبكرة Early full Remission** : ويستخدم هذا المحدد فى حالة غياب جميع المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطى لمدة لا تقل عن شهر ولا تزيد عن 12 شهر.
- (2) **هدأة جزئية مبكرة Early partial remission** : ويستخدم هذا المحور فى حالة توافر واحدة أو أكثر من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطى ولمدة لا تقل عن شهر ولكن لا تزيد عن 12 شهر.
- (3) **هدأة تامة ممتدة Sustainer full remission** : ويستخدم هذا المحدد عند غياب كافة المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطى خلال فترة 12 شهر أو أكثر.

4) **هدأة جزئية ممتدة Sustained partial remission** : ويستخدم هذا المحدد في حالة توافر واحد أو أكثر من المعايير الخاصة بالاعتماد أو سوء التعاطي خلال فترة 12 شهر أو أكثر. في حين أشار الدليل التصنيفي الدولي للأمراض النفسية والسلوكية (ICD/10) بأن متلازمة الامتناع والتي أوضحها بعدد من الرواميز والتصنيفات تتمثل في كل من : F1X.20 : ممتنع حالياً.

F1X.21 : ممتنع حالياً ولكن في بيئة تكفل له الوقاية (مثلاً في مستشفى، أو بيئة علاجية أو سفر .... إلخ).

F1X.22 : ممتنع حالياً تحت الإشراف السريدي الإكلينيكي على نظام مداومة أو إحلال (الاعتماد تحت السيطرة) (مثل الميثادون و صمغ أو لطخة النيكوتين).

F1X.23 : ممتنع حالياً، ولكنه يتلقى أدوية منفرة أو محصورة (مثل نالتركسون أو دايسلفيرام).

وأشار إلى أن حالات الامتناع تختلف من حيث درجة الشدة فهناك الامتناع المطلق أو النسبي عن تعاطي مادة ما.

ويقرر ترميز حالة الامتناع للشخص كتنخيص رئيسي إذا كانت حالة المريض تحت المعالجة، وتختلف الملامح الشائعة للامتناع باختلاف المادة المستعملة.

وهناك عدد من الاضطرابات النفسية المصاحبة لحالات الامتناع مثل (القلق – الاكتئاب – اضطرابات النوم). (منظمة الصحة العالمية، 1999، 85)

وتعد ظاهرة تعاطي وإدمان العقاقير ذات التأثير النفسي والعقلي من المشكلات التي لوحظ انتشارها، حيث ازداد معدل تعاطي الهيروين والكوكايين وأيضاً مخدر الحشيش والبانجو وهم الأكثر شيوعاً منذ بداية القرن العشرين، يليهم في ذلك عقار الترامدول. (UNDOC, 1999, Fawzi, 2010)

ولقد تم وضع بعض المصطلحات من قبل منظمة الصحة العالمية عام 1998 وتم الاتفاق على التعريفات الآتية :

1) **الاستخدام الغير مشروع Illicit Drugs use** : وهو تعاطي أية عقاقير قد لا يقرها ولا يجيزها المجتمع والقانون الخاص بالدولة.

2) **سوء استخدام المواد المخدرة والمغيرة للعقل Substance Missuse** : وهو تعاطي أية عقاقير تؤدي لحدوث خلل في الصحة النفسية والوظيفة الاجتماعية.

3) اضطرابات نفسية أو عضوية نتيجة لسوء استخدام المواد المخدرة والمغيرة للعقل Mental Disorder & Organic Disorder due to the use of Substance.

وبناء على ما سبق سوف يتم عرض جانباً من الدراسات التي أهتمت بكل من استراتيجيات مجابهة حل المشكلات وبرامج علاج الإدمان.

فدراسة هيجنز وأندرلر (Higgins & Endler, 1999) أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب المواجهة الخاص بالتوجه نحو الانفعال وبين القدرة على التنبؤ بالضغط والانزعاج، وأن أسلوب المواجهة الخاص بالتجنب ذو علاقة ارتباطية موجبة ببعض مقاييس الضيق والضغط.

أما دراسة انجل وآخرون (Angel and et al., 2003) هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقات البنائية لأبعاد الاحتراق النفسى واستراتيجيات المواجهة للتحكم فى الضغوط المهنية، وتكونت عينة الدراسة من (127) معلم ومعلمة، وتم تطبيق مقياس ماسلاش للاحتراق النفسى ومقياس طريق المواجهة، ومن نتائج الدراسة تبين وجود علاقة ارتباطية بين الشعور بالانجاز الشخصى التغلب على مشاعر الانهاك لدى الفرد المحترق نفسياً.

فى حين دراسة بيانشى (Bianchi, 2004) فقد هدفت إلى التعرف على تحديد مصادر الضغوط وأساليب وطرق التعامل معها، وتكونت عينة الدراسة من (76) مريض، وقد تم تطبيق استبانة الضغوط النفسية فى العمل واستبانة المواجهة وأشارت النتائج إلى أن الاستراتيجيات الأكثر استخداماً هو التقويم الإيجابى ثم طلب الدعم والمساعدة الاجتماعية ثم الضبط الذاتى ثم استراتيجيات التجنب والهروب.

أما دراسة أزالور وآخرون (Aszalor and et al., 1999) فقد هدفت إلى التعرف على مدى تحسن المعاناة لدى مرضى مدمنى الهيروين سواء من حيث المشكلات الصحية والاجتماعية وذلك باستخدام العلاج التكاملى، وتكونت عينة الدراسة من (67) مريض مدمن هيروين تراوحت أعمارهم ما بين (18-59) سنة، حيث تم تطبيق برنامج متعدد الأبعاد متمثلاً فى عقار الميثادون والعلاج النفسى والجماعى اليومي والعلاج الفردى والاستشارة الطبية والنفسية وتقديم الخدمات الاجتماعية وتحليل عينات البول لمدة (6) اشهر قد توصلت نتائج الدراسة أن الدمج بين العلاج النفسى الاجتماعى والعقاقيرى فعال وجوهري.

وأيضاً دراسة (عبد الصبور محمد، 2001) والتي هدفت إلى التعرف إلى مدى تأثير البرنامج الإرشادى فى علاج الإدمان، ولقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (18) طالباً تراوحت أعمارهم ما بين (18-23) سنة، ثم تطبيق كلاً من استمارة البيانات الأولية، استمارة تعاطى المخدرات، برنامج إرشادى للطلاب المدمنين، برنامج إرشادى لأباء الطلاب المدمنين، ومن أبرز ما توصلت إليه النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدى الخاص باستبيان لصالح المجموعتين (مجموعة : العلاج الطبى وإرشاد الطلاب) (ومجموعة: العلاج الطبى وإرشاد الطلاب وآبائهم).

فى حين كشفت دراسة (خالد عبد الوهاب، 2009) والتي هدفت التعرف إلى مدى يمكن لبرامج الرعاية المستمرة أن تساهم فى تنمية أبعاد الصحة النفسية والشعور بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الإدمان، وتكونت عينة الدراسة من (200) فرد من مرضى الإدمان، وتم تطبيق كل من : مقياس الصحة النفسية، اختبار الشعور بالكفاءة الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج المتعافين فى كل من التطبيق القبلى (قبل بداية برنامج الرعاية المستمرة) والتطبيق البعدى لصالح التطبيق البعدى.

فروض البحث :

(1) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات .

(2) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لصالح القياس البعدي .

(3) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات .

منهج البحث :

اعتمد البحث الحالي على المنهج التجريبي وذلك للكشف عن أثر برنامج إرشادي تكاملي استراتيجيات مجابهة حل المشكلات .

عينة البحث :

بلغت عينة البحث (20) من المدمنين المتعافين ذكوراً، تراوحت أعمارهم ما بين (25-35) سنة، مقسمين إلى :

العينة التجريبية ن : 10، العينة الضابطة ن : 10 .

أدوات البحث

أولاً : مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات (اعداد/ الباحثة)

روعي في عملية بناء المقياس عدد من الاعتبارات تمثلت في الآتي :

(1) الإطلاع على الأطر النظرية المتعلقة بأساليب حل المشكلة لدى فئات مختلفة .

(2) مراجعة عدد من المقاييس والاختبارات التي لها علاقة بأساليب حل المشكلة وطريقة تطبيقها وتصحيحها .

وصف المقياس :

يتكون المقياس في صورته النهائية من (73) بند مستخدماً أسلوب التقرير الذاتي واحتوى هذا المقياس على ستة أبعاد تمثلت في (تحديد المشكلة – حل المشكلة – طلب الدعم والمساندة – التنفيس الانفعالي – التجنب والهروب – التقييم).

## جدول (1)



## يوضح مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات

المجموع	أرقام العبارات	البعد
14	68، 65، 59، 58، 51، 50، 43، 37، 31، 25، 19، 13، 7، 1	تحديد المشكلة
12	69، 66، 60، 52، 44، 38، 32، 26، 20، 14، 8، 2	حل المشكلة
10	70، 53، 45، 39، 33، 27، 21، 15، 9، 3	طلب الدعم والمساندة
11	71، 61، 54، 46، 40، 34، 28، 22، 16، 10، 4	التنقيس الانفعالي
15	62، 56، 55، 48، 47، 41، 35، 29، 23، 17، 11، 5، 72، 67، 63	التجنب والهروب
11	73، 64، 57، 49، 42، 36، 30، 24، 18، 12، 6	التقييم
73	المجموع	

الخصائص السيكومترية لمقياس أساليب مجابهة حل المشكلات :

للتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس قامت الباحثة بحساب معاملات الصدق والثبات للمقياس وستقوم الباحثة بعرض النتائج.

## (أ) معاملات الصدق لمقياس أساليب مجابهة حل المشكلات :

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقتين وهما : صدق المحكمين، وصدق المجموعات الطرفية ومقارنة الربيع الأدنى بالربيع الأعلى وسوف يتم عرضها بالتفصيل من خلال التالي :

## أولاً : صدق المحكمين :

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين من المختصين في المجال السيكلوجي والممارسين للعمل الإرشادي والعلاجي والعاملين في المجال الأكاديمي النفسي، ولقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين وقامت بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم وبذلك خرج المقياس ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية ثم كل من العينة التجريبية والضابطة.

## ثانياً : صدق المجموعات الطرفية :

للتحقق من معاملات صدق المقياس تم استخراج صدق المجموعات الطرفية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس وقيمة (ت) ومستوى دلالة كل بعد، والنتائج سوف توضح من خلال الجدول التالي :

## جدول (2)

## يوضح صدق المجموعات الطرفية وحساب قيمة (ت)

الدلالة	قيمة (ت)	العليا		الدنيا		الأبعاد
		ع	م	ع	م	

0.01	8.52	0.51	14.40	0.86	12.20	تحديد المشكلة
0.01	8.08	1.46	15.87	1.25	11.87	حل المشكلة
0.01	5.16	0.46	9.73	1.16	8.07	طلب الدعم والمساعدة
0.01	9.70	0.80	13.06	1.53	8.73	التنفيس الانفعالي
0.01	9.16	1.58	15.73	1.45	10.87	التجنب والهروب
0.01	12.47	0.72	12.33	1.21	7.80	التقييم
0.01	11.44	2.51	71.0	1.45	40.65	الدرجة الكلية

تبين من الجدول السابق بأن أبعاد مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات تتمتع بقدرة تمييزية ومن ثم درجة صدق قوية وهذا ما أوضحه جدول (7) والذي يشير إلى معامل الصدق بالمقارنة بين المجموعة الطرقية الأدنى في الدرجات (15) مفردة والمجموعة الأعلى في الدرجات (15) مفردة على كل بعد من أبعاد المقياس ومنه يتبين وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين عند مستوى دلالة (0.01).

ثالثاً : مقارنة الربيع الأدنى والربيع الأعلى :

تم حساب مقارنة الربيع الأدنى والربيع الأعلى بمقياس مان ويتني (Man - Whitney) لحساب صدق مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات وكانت قيمة (Z) على التوالي : (5.22 ، 4.6 ، 5.3 ، 3.98 ، 3.81 ، 4.16)

والجدول التالي يوضح النتائج كالاتي :

### جدول (3)

صدق مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات  
مقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى بمقياس مان - ويتني

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة U	الربيع الأعلى			الربيع الأدنى			الأبعاد
			مج الرتب	متوسط الرتب	ن	مج الرتب	متوسط الرتب	ن	
0.01	5.22	0.0	494	26	19	136	8.5	16	تحديد المشكلة
0.01	4.61	0.0	301	21.5	14	105	7.5	14	حل المشكلة
0.01	5.03	0.0	330	30	11	300	12.5	24	طلب الدعم والمساعدة
0.01	3.98	0.0	176	16	11	55	5.5	10	التنفيس الانفعالي

0.01	3.81	0.0	145	14.5	15	95	5	9	التجنب والهروب
0.01	9.16	0.0	208	16	13	95	5	9	التقييم

ويتبين من الجدول السابق فروق الرتب بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى في أبعاد مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات وجميعها دالة عند مستوى (0.01) مما يعني قدرة المقياس على التمييز ومن ثم صدقه.

#### (ب) معاملات الثبات للمقياس :

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس، قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتين، وهما طريقة الفا-كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وسوف نعرضها بالتفصيل :

#### أولاً : معاملات الثبات بطريقة ألفا-كرونباخ :

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (36) من المدمنين المتعافين، بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا-كرونباخ لقياس الثبات حيث وجد أن قيمة الفاكرونباخ للمقياس الكلي تساوي (0.72)، حيث تراوحت بين (0.70 – 0.73)، وهذا يدل على أن مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لدى المدمنين المتعافين يتمتع بمعامل ثبات مقبول.

#### ثانياً : معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية :

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (36) من المدمنين المتعافين، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث بلغ الارتباط لبيرسون لمقياس أساليب مجابهة حل المشكلات بهذه الطريقة (0.03)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان – براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.77)، وهذا يدل على أن مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة، حيث تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس بين (0.75 – 0.79)، مما سبق تبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات مقبول، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك تعتمد الباحثة على هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

#### جدول (4)

معاملات الثبات بطريقة الفا-كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية  
لمقياس أساليب مجابهة حل المشكلات

الرقم	البعد	التجزئة النصفية	
		قبل التعديل	بعد التعديل
	الفاكرونباخ		

0.79	0.65	0.70	تحديد المشكلة	1
0.77	0.63	0.47	حل المشكلة	2
0.78	0.64	0.73	طلب الدعم والمساندة	3
0.77	0.63	0.74	التنفيس الانفعالي	4
0.75	0.60	0.72	التجنب والهروب	5
0.77	0.61	0.73	التقييم	6
0.77	0.63	0.72	المقياس الكلي	

ثانياً : البرنامج الإرشادي :

**\*\* مقدمة البرنامج :**

قامت الباحثة من خلال الأسس والفروض والمبادئ الأساسية المستمدة من التأصيل النظري للدراسة الحالية، ومن خلال خبرة الباحثة في التعامل مع الحالات والمشكلات النفسية والسلوكية والمعرفية الإدمانية المختلفة، ومن خلال إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات السابقة والبرامج المختلفة في إعداد برنامج خاص في التدخل الإرشادي والتدخلات العلاجية الخاصة المختلفة، قامت الباحثة بتصميم برنامج ذو مجموعة من الفنيات تنطلق من نظريات الإرشاد النفسي بطريقة تكاملية انتقائية.

ولقد تعددت مفاهيم وطرق وآليات التدخلات الإرشادية غير أنها جميعاً اتفقت على هدف عام هو تحقيق أعلى درجات التوافق النفسي والاجتماعي والبيئي للفرد، ويتركز الإرشاد النفسي على أفراد ذاته أو على جماعة ذاتها بهدف إحداث التغيير في التفكير وفي المشاعر والاتجاهات نحو المشكلة ونحو الموضوعات التي ترتبط بها ونحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة.

ومن هنا كانت أهمية العملية الإرشادية في المجال الفردي والجماعي حيث أن هدف العملية الإرشادية لا تقف عند مساعدة الفرد والجماعة في حل المشكلة أو التخفيف منها ولكنه يمتد إلى توفير معرفة الفرد بذاته وبالبيئة المحيطة به، وبالتالي زيادة قدرته في السلوك البناء الإيجابي ومما لا شك فيه أن القدرة على إتيان السلوك الإيجابي يمكن الفرد من مواجهة المشكلات في المستقبل بل وفي اختيار السلوك الأنسب الذي يحقق له توافق تبني وجهات النظر التي تيسر له الشعور بالكفاية والرضا ومن ثم الصحة النفسية (حامد زهران، 1998 ، 222 : 224)، ولقد أضحى الإرشاد والعلاج النفسي والبرامج الخاصة من الأمور المهمة لازدياد حاجة الفرد إلى من يساعده خاصة المدمنون المتعافون الذين يعانون من كثير من المشكلات نظراً لطبيعة مرضهم المزمن وشخصيتهم وسلوكهم الإدماني السابق وما يترتب على ذلك من ظهور آثار سلبية ومشكلات حياتية.

وقد ورد العديد من التعاريف للبرامج الإرشادية والعلاجية في عنايات العلماء والباحثين لما لهذه التعاريف من أهمية، حيث تعتبر منطلق لتصميم برامج واضحة وناجحة، ومن بين هذه التعاريف المهمة للبرنامج تعريف (حامد زهران، 1998، 439) الذي عرفه بأنه برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً بهدف مساعدة الأفراد في تحقيق التوافق والنمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعلق ولتحقيق التوافق النفسي.

ويرى (علاء جراه، 2012، 143) أن التدخل الإرشادي يعتمد على أسس وركائز التدخل المختلفة في الأنشطة والفنيات وليس بالهدف العام فقط، وأنه عبارة عن مجموعة من الخدمات الانتقائية التكاملية النفسية والاجتماعية والتربوية المبنية على أسس علمية هادفة، تتضمن العديد من الأنشطة، حيث يقوم بها شخص خبير متمرس يمتلك مهارة عالية بأساليب وفنيات الإرشاد والتوجيه النفسي بهدف تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي والتربوي للفرد.

وتعرفه الباحثة في هذه الدراسة بأنه : برنامج يضم مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات المستمدة من بعض النظريات الفلسفية التي تقوم على إحداث تغيير في البنية المعرفية لإيجاد حالة شعورية داخلية تساعدهم في حل المشكلة مما يؤثر في خفض معدل الانتكاس لديهم وإيجاد علاقة تبادلية بين هذه الفنيات بقصد إحداث أفضل الأثر لما استخدمت له وبغض النظر عن الأصول النظرية لكل فنية من الفنيات المختارة وذلك بأسلوب انتقائي تكاملي يفيد عينة الدراسة.

### \*\* أهمية البرنامج :

تتضح أهمية البرنامج من خلال اعتماده على الاتجاه التكامل في الإرشاد النفسي في محاولة للاستفادة من كافة النظريات بمرونته وانفتاحه عليها حيث لا يعتمد على أسلوب إرشادي بعينه لكنه يحدث عملية تكامل بين نظريات الإرشاد المتعددة كالإرشاد المعرفي والإرشاد السلوكي والإرشاد المعرفي السلوكي والإرشاد الديني وذلك بهدف :

- 1) مساعدة المدمن المتعافي في التعرف على المشكلة وكيفية مجابهة حل المشكلة.
- 2) تعليم المدمن المتعافي المعتقدات اللاعقلانية (الخاطئة والأعراض السلبية لذلك من حيث الشعور بعدم السيطرة وعدم القدرة على حل المشكلة.
- 3) تدريب المدمن المتعافي على الاسترخاء العضلي الذي يساعد في التغلب على حالات التوتر والضييق السلبي الضاغط.
- 4) تدريب المدمن المتعافي على التعبير عن مشاعره (التنفيس) وتأكيد الذات.
- 5) تدريب المدمن المتعافي على تحديد المعتقدات اللاعقلانية (الخاطئة) وعلى تعميق الاقتناع بالمعتقدات العقلانية (المنطقية) وتطبيقها على المواقف المثيرة للضغط.

(6) الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي لتحقيق هدف البحث.

### \*\* أهداف البرنامج

يهدف البرنامج إلى تنمية بعض الخصائص الإيجابية في الشخصية لدى المدمنين المتعافين من خلال تنمية استراتيجيات مجابهة حل المشكلات وذلك بالتدريب على ممارسة كلا من التفكير الإيجابي والسلوكيات الإيجابية في حل المشكلات وذلك في ضوء بعض النظريات الإرشادية فهو برنامج إرشادي تكاملي يتضمن العديد من الفنيات المأخوذة من نظريات متعددة مثل النظرية السلوكية والمعرفية والعقلانية والانفعالية السلوكية وفنيات تتناسب مع أهداف البرنامج مثل : النمذجة، والنقاش، والحوار، لعب الدور، الملاحظة، الانفتاح على الخبرة...إلخ.

### \*\* الأسس العامة لبناء البرنامج :

- وجود أساس نظري يعتمد على الإرشاد النفسي التكاملي مدعماً بالبحوث النظرية والتجريبية.
  - تنظيم جلسات البرنامج ومراعاة التسلسل المنطقي في الجلسات بحيث تكون جلسات البرنامج متتابعة، بمعنى أن ترتبط كل جلسة بالتي تليها أو تسبقها ارتباطاً منطقياً.
  - بالإضافة إلى تنظيم جلسات البرنامج بما يحقق أهدافه ويجعل مادته عاملاً لجذب المشاركين بما يتضمنه من معرفة ومهارة.
  - مدونة السلوك الإنساني وقابليته للتغيير والتعديل.
  - الحرص على إقامة علاقة إرشادية يسودها الألفة والثقة والتعاون.
  - تقديم التعزيز المستمر من أجل تشجيع أفراد العينة على التطور.
  - مراعاة آداب عملية الإرشاد النفسي وأخلاقياته وأأسسه.
- مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة الجلسة وكان التطبيق :**

يتكون البرنامج من (20) جلسة جماعية لمدة (10) اسابيع بواقع جلستان أسبوعياً، كل جلسة تتراوح بين 60-75 دقيقة.

وتم تطبيق البرنامج بحجرة مخصصة للاجتماع بأعضاء البرنامج الإرشادي تم تخصيصها من قبل إدارة المستشفى.

محتوى البرنامج :

### المرحلة الأولى : المرحلة التمهيديّة :

- تعريف أفراد العينة بالمعلومات اللازمة عن البرنامج وتوضيح الهدف منه وشرح خطة العمل داخل البرنامج.

• توضيح للمدمنين المتعافين المطلوب منهم فى البرنامج.

### **المرحلة الثانية : المرحلة الانتقالية :**

ويتم فيها التركيز على المشكلة الرئيسية وهى تنمية بعض المهارات والاستراتيجيات الخاصة بحل المشكلات الخاصة بالمدمنين المتعافين والعمل على خفض الانتكاسات الإدمانية من خلال التعرف على حدة المشكلات التى قد تؤثر على سلوك هؤلاء المتعافين.

### **المرحلة الثالثة : مرحلة الإنهاء :**

فى هذه المرحلة تتم بلورة الأهداف المكتسبة وتهيئة المشاركون لإنهاء البرنامج والتطبيق البعدي لأدوات الدراسة.

### **\*\* تحكيم البرنامج :**

بعد أن تم تصميم محتوى البرنامج عرض على عدد من أساتذة علم النفس والصحة النفسية وذلك لإبداء رأيهم حول خطواته التى تم تحديدها، كذلك للتحقق من دقة الصياغة اللفظية والعلمية للبرنامج ومدى شمولية الأبعاد لتنمية المهارات والإستراتيجيات الخاصة بحل المشكلات، وكذلك مدى مناسبة الجلسات، ولقد تم بناء البرنامج الحالي فى أربع مداخل أساسية تتضمن ما يلى :

### **\*\* جلسات البرنامج :**

تم تنظيم الجلسات وترتيبها بشكل يتناسب مع طبيعة العينة حيث تم انتقاء محتوى الجلسات والفنيات الإرشادية على أساس أهداف البرنامج التى تم تحديدها والجدول التالي يوضح سير جلسات البرنامج حيث يتضمن رقم كل جلسة وعنوانها وأهدافها والفنيات المستخدمة فى كل منها وزمن كل جلسة.

جدول (5)  
خطة سير جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن كل جلسة
الأولى	جلسة تمهيدية وتعريف	(1) التعارف بين أفراد المجموعة والباحثة وبناء جسور الثقة. (2) التعريف بالبرنامج الإرشادي وجلساته. (3) بناء القواعد الأساسية التي تحكم عمل المجموعة طوال جلسات البرنامج	التعزيز. عصف ذهني. المناقشة والحوار.	60 دقيقة
الثانية والثالثة	التعريف بالبرنامج وتنمية مهارات حل المشكلات والتنفيس الانفعالي	(1) توضيح المعالم الأساسية للبرنامج. (2) توضيح مفهوم وأنواع المشكلة. (3) التعريف بمهارة حل المشكلات وكيفية التعامل مع مواجهة المشكلة.	الحوار والمناقشة. العصف الذهني. المحاضرة. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي.	60 دقيقة لكل جلسة
الرابعة والخامسة	إبعاد الاتزان الانفعالي	(1) تعريف الاتزان الانفعالي. (2) سمات الشخص المتزن انفعالياً. (3) مكونات الاتزان الانفعالي.	المحاضرة. الشرح. النقاش. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي. إعادة التلخيص.	60 إلى 75 دقيقة في الجلسة
السادسة والسابعة	الاسترخاء	(1) التعرف على (1) التعرف على معنى الاسترخاء وأهميته. (2) التدريب على الاسترخاء العضلي. (3) التعرف على ممارسة الاسترخاء السريع.	الشرح. النقاش والحوار. النمذجة. الواجب المنزلي	60 دقيقة لكل جلسة
الثامنة	الإرشاد الديني والعوز والمبادئ الروحية	(1) التعرف على المبادئ الروحية العامة. (2) الحكمة من وجود المشكلة والضغط من خلال المنظور الديني والتدريب على ذلك	المحاضرة. المناقشة والحوار التغذية الراجعة. الواجب المنزلي	60 دقيقة
التاسعة	التفكير الخاطئ	(1) التعرف على ماهية التفكير. (2) معرفة الأنواع الخاطئة من التفكير.	المحاضرة. النمذجة. لعب الدور. المناقشة والحوار. الواجب المنزلي	60 دقيقة
العاشرة	إدارة الحوار الذاتي	(1) تنمية مفهوم الذات بشكل إيجابي. (2) التعرف على ماهية الحوار الذاتي.	المحاضرة. الشرح والنقاش.	60 دقيقة



رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن كل جلسة
		(3) التدريب على إيجاد بدائل للتفكير في المشكلة.	التغذية الراجعة. الواجب المنزلي.	
الحادية عشر	شرح الفخاخ النفسية	(1) التعرف على الفخ النفسي. (2) كيفية التعامل مع تلك الفخوخ النفسية.	المحاضرة. العصف الذهني. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي.	60 دقيقة
الثانية عشر	مراحل التعافي	(1) التعرف على مراحل التعافي. (2) تحديد قائمة التعافي.	المحاضرة. الانفتاح على الخبرة. الحوار والمناقشة. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي	60 دقيقة
الثالثة عشر	التوقعات وعلاقتها بالمشكلات	(1) معنى التوقعات. (2) توقعات الفرد المدمن. (3) علاقة التوقعات بوجود بعض المشكلات.	المناقشة والحوار. العصف الذهني. الانفتاح على الخبرة. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي.	60 دقيقة
الرابعة عشر	الانتكاسة	(1) تعريف الانتكاسة. (2) الفرق بين الزلة والانتكاسة. (3) التعرف على أسباب الانتكاسة.	المحاضرة. الشرح والنقاش. الملاحظة. الأسئلة المفتوحة. الواجب المنزلي.	60 دقيقة
الخامسة عشر	التوكيدية	(1) التعرف على معنى التوكيدية. (2) معرفة الفرق بين العدوانية والتوكيدية والسلبية.	المحاضرة. المناقشة والحوار. لعب الدور. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي. إعادة التلخيص.	60 دقيقة
السادسة عشر	المساندة الاجتماعية	(1) التعرف على معنى المساندة الاجتماعية. (2) التعرف على أهمية المساندة الاجتماعية.	المحاضرة. المناقشة والحوار. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي.	60 دقيقة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن كل جلسة
السابعة عشر والثامنة عشر	مهارات التواصل	(1) معنى التواصل. (2) مكونات التواصل وأركانه. (3) تنمية مهارة التواصل الوجداني. (4) التفاعل الاجتماعي.	المحاضرة. لعب الدور. المناقشة والحوار. التغذية الراجعة. الواجب المنزلي.	60 دقيقة لكل جلسة
التاسعة عشر والعشرون	الجلسة الختامية والمتابعة	(1) التقييم. (2) تطبيق المقياس البعدي. التأكيد على ما ورد من الجلسات السابقة.	التلخيص. المناقشة والحوار. التعزيز. التغذية الراجعة.	60 دقيقة لكل جلسة

ومن خلال عرض الجلسات السابقة تتفق الباحثة مع وجهة النظر التي ترى أن الشخصية كل متكامل لا ينبغي ولا يجوز الفصل بين أجزائها، والتي تهتم وتشير إلى أهمية أن المرشد النفسي يمتلك عدداً من النظريات التي يعمل في إطارها وبالتالي فعليه استخدام أكثر من فنية إرشادية في الوقت ذاته على أساس أنه لا توجد نظرية شاملة متكاملة تفسر جميع الظواهر النفسية والسلوك البشري لذا اتجهت الباحثة للإرشاد التكاملي الذي يتبنى وجهة النظر التي ترى أن إتباع نظرية واحدة والتمسك بها يعد نوعاً من التحيز والجمود العلمي غير المرغوب فيه، وهنا يأتي دور الإرشاد الانتقائي الذي يهدف إلى الاستفادة من النظريات الإرشادية بما يتلاءم مع طبيعة المشكلة المطروحة، وهذا الاتجاه يسمح للمرشد أن يكون نظرة إيجابية أكثر شمولاً من خلال إطلاعه على النظريات الأخرى ومحاولة الاستفادة منها.

#### الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي

- **النمذجة** : وفي هذا الأسلوب يقدم المرشد أسلوب تعلم عن طريق التقليد والتعلم بالملاحظة حيث يعطى المتعلم فرصة لملاحظة النموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج وهذه الاستراتيجية تفيد في اكتساب السلوك الاجتماعي السوي.
- **الاسترخاء** : وهذه العملية ضرورية لمن يعاني من مشكلات أو اضطرابات، والاسترخاء التدريجي لعضلات الجسم يؤدي إلى استرخاء تدريجي لأثر نشاط انفعالي، وفي الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسي الذي يؤدي إلى زيادة الكفاءة والثقة في قدرة الفرد على مواجهة الحياة.

- **الحوار والمناقشة** : ويعتمد على هذا الأسلوب على أساس (المنهج الديناميكي) وتقوم المناقشة الجماعية على التفاعل الذي تثيره المادة العلمية المقدمة في المحاضرة وتجعل المدمنون المتعافون يعدلون من سلوكهم باقتناع وتجعل السلوك أكثر ثباتاً.
- **التعزيز** : يقصد بالتعزيز تقوية الاستجابة الإيجابية المرغوبة وكف الاستجابة غير المرغوبة حيث تقوم الباحثة بتشجيع وتعزيز التغيير أو أي تحسن يطرأ على أداء المدمن المتعافى خلال تطبيق البرنامج الإرشادي.
- **الإقناع اللفظي** : حيث يهتم بتحقيق ضبط النفس وإقناع المدمن المتعافى بضرورة الالتزام به والتفكير بطريقة موضوعية وأن يكون أكثر إيجابية من خلال تنفيذ الأفكار.
- **المحاضرة** : وفي هذا الأسلوب يقدم المسترشد المعلومة بصورة مباشرة أو غير مباشرة والتي قد تكون سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة، مستخدم في ذلك الحكايات والنوادر أو ذكر موقف من مواقف الحياة العادية، وكل ذلك حتى تسترعى انتباه المدمن المتعافى.

### \*\* تقييم البرنامج :

تم تقييم نتائج البرنامج بصورة موضوعية ودقيقة لمعرفة فاعليته وأثره على أفراد المجموعة التجريبية من خلال طريقتين :

**الطريقة الأولى** : تم تطبيق المقياس البعدي الخاص بمقياس "أساليب مجابهة حل المشكلات" وذلك لتقييم البرنامج بعد الانتهاء من تطبيقها مباشرة.

وتطبيق القياس التتبعي بعد مرور شهرين من القياس البعدي أي منذ توقف جلسات البرنامج وذلك لتقييم وتحديد مدى استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي في تحقيق أهدافه.

**الطريقة الثانية** : قامت الباحثة بتقييم البرنامج من خلال استمارة التقييم الخاصة بالبرنامج والتي تتكون من ثلاثة صور :

الصورة (أ) : يتم تطبيقها على المدمن المتعافى.

الصورة (ب) : يتم تطبيقها على الوالدين أو أحدهما.

الصورة (ج) : يتم تطبيقها على المعالج.

مناقشة النتائج

فيما يلي عرض النتائج التي توصل إليها البحث في ضوء فروضه.

الفرض الأول :

**نص الفرض الأول على أنه** : لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات.

وللتحقق من هذا الغرض فقد تم استخدام مقياس مان ويتني (Mann - Whitney) للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعات، ويوضح الجدول التالي ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

### جدول (6)

دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على مقياس أساليب المجابهة بمقياس مان ويتني

الدالة	قيمة Z	قيمة U	الضابطة			التجريبية			
			مج الرتب	متوسط الرتب	ن	مج الرتب	متوسط الرتب	ن	
غير دال	1.0	37	118	11.80	10	92	9.20	10	تحديد المشكلة
غير دال	0.19	47.5	102.5	10.25	10	107.5	10.75	10	حل المشكلة
غير دال	0.33	46	101	10.10	10	109	10.9	10	طلب الدعم والمساندة
غير دال	0.96	38	117	11.7	10	93	9.3	10	التنفس الانفعالي
غير دال	0.88	38.5	116.5	11.65	10	93.5	9.35	10	التجنب والهروب
غير دال	0.19	47.5	102.5	10.25	10	107.5	10.75	10	التقييم

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في متوسط رتب درجات كل من أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات قبل تطبيق البرنامج الإرشادي الانتقائي، وللتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكل من المجموعة التجريبية والضابطة، فقد قامت الباحثة باستخدام مقياس مان ويتني (Mann - whitney) للتعرف على دلالة هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية، وقد كانت قيمة (Z) بين المجموعة التجريبية والضابطة على التوالي : (1.0) ، (0.19) ، (0.33) ، (0.96) ، (0.88) ، (0.19) وهي قيم غير دالة إحصائياً.

وتتفق الباحثة في ذلك مع ما قامت به كل من (منى محمد العمري، 2000) والتي اهتمت بدراسة مدى فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي – والعلاج المتمركز على العميل في بعض حالات الإدمان، وأيضاً (عبد الصبور محمد، 2001) والذي اهتم بمدى دراسة فاعلية الإرشاد النفسي في علاج الإدمان من حيث استخدامهما لكل من المجموعة الضابطة مقابل مجموعتين تجريبيتين

الفرض الثاني :

**نص الفرض الثاني على أنه :** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لصالح القياس البعدى.

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام مقياس ويلكوكسون Wilcoxon للكشف عن مدى الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية وقيمة (Z) في متوسطات الرتب على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات ويوضح الجدول التالي ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

**جدول (7) دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده على مقياس أساليب المجابهة بمقياس ويلكوكسون**

الدلالة	قيمة Z	الرتب المتماثلة	التجريبية بعد			التجريبية قبل			
			مج الرتب السالبة	متوسط الرتب السالبة	ن	مج الرتب السالبة	متوسط الرتب السالبة	ن	
0.01	2.88	0	55	5.5	10	0	0	0	تحديد المشكلة
0.05	2.03	5	15	3	5	0	0	0	حل المشكلة
0.01	2.59	2	36	4.5	8	0	0	0	طلب الدعم والمساندة
غير دال	0.26	3	12.5	3.13	4	15.5	5.17	3	التنفيس الانفعالي
0.05	2.38	3	0	0	0	28	4	7	التجنب والهروب
0.01	2.55	2	36	4.5	8	0	0	0	التقييم

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات، حيث تم استخدام مقياس ويلكوكسون اللابارمترى (Wilcoxon.t) للتعرف على مدى دلالة هذه الفروق، وكما يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي حيث كانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، وكانت قيمة (Z) على التوالي بين المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي كالتالي : (2.88) ، (2.03) ، (2.59) ، (0.26) ، (2.38) ، (2.55) ، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ما بين (0.01) ، (0.05) ما عدا البعد الخاص بالتنفيس الانفعالي فقد كان غير دال إحصائياً.

ونستنتج من ذلك وجود تحسناً في استخدام أساليب مجابهة حل المشكلات أي أن البرنامج الإرشادي كان له الأثر الإيجابي في تحسين استخدام الاستراتيجيات والفنيات والأنشطة التي يتضمنها البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، ومن ثم التدريب على اكتساب مهارات وسلوكيات إيجابية والتي كان تتمثل فيها العديد من التدخلات العلاجية مثل (التدعيم ، المحاضرات ، المناقشة والحوار ، التواصل ، الإرشاد الديني والروحاني)، حيث قامت الباحثة بانتقاء ما يتناسب مع أفراد العينة المستهدفة وما تضمنته الجلسات من تعديل للأفكار الخاطئة واللاعقلانية – التكيف والمساندة الاجتماعية والنمذجة والاسترخاء.

وتتسق هذه النتائج مع ما أسفرت إليه نتائج الدراسات السابقة والتي أوضحت مدى فاعلية برامج العلاج والإرشاد من حيث التوجه التكاملية في تحسن وخفض معدلات الانتكاسة لدى المدمنين، كما أشار إليه تكستور (Textor, 1987) في التأكيد على أهمية العلاج الأسري بتوضيح عدد من المفاهيم المهمة والعمل

على تطبيقها وأيضاً (كوثر رزق، 1996) في أهمية الإرشاد الأسري وأيضاً يتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (عبد الصبور محمد، 2001، وأحمد فخرى، 2006) في أهمية الإرشاد النفسي والأسري في علاج الإدمان وفاعلية التدخل التجريبي، والتي أكدت على وجود فروق دالة إحصائياً لكل من المجموعتين التجريبية المجموعة التجريبية الأولى الخاصة بالعلاج الطبي والإرشاد النفسي للطلاب وكذلك المجموعة التجريبية الثانية الخاصة بالعلاج الطبي والإرشاد النفسي وأبائهم وأيضاً تتسق مع ما ذكرته (منى محمد العامري، 2000)، والتي أكدت على فاعلية كل من البرنامجين : البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي والبرنامج العلاجي المتمركز حول العميل في زيادة الشعور بالطمأنة الانفعالية لدى كل من المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالضابطة.

الفرض الثالث :

نص الفرض الثالث : على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات، وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام مقياس ويلكوكسون *Wilcoxon* للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة (Z) في متوسطات الرتب على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات في القياسين البعدي والتتبعي، ويوضح الجدول التالي ما تم الوصول إليه من نتائج.

### جدول (8)

دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية بعد تنفيذ البرنامج وتتبعه في مقياس أساليب المجابهة بمقياس ويلكوكسون

الدالة	قيمة Z	الرتب المتماثلة	التجريبية بعد			التجريبية قبل			
			مج الرتب السالبة	متوسط الرتب السالبة	ن	مج الرتب السالبة	متوسط الرتب السالبة	ن	
غير دال	1.0	9	0	0	0	1	1	1	تحديد المشكلة
غير دال	1.41	8	0	0	0	3	1.5	2	حل المشكلة
غير دال	1.0	9	0	0	0	1	1	1	طلب الدعم والمساندة
غير دال	1.0	9	0	0	0	1	1	1	التفيس الانفعالي
غير دال	1.41	8	3	1.5	2	0	0	0	التجنب والهروب
غير دال	1.41	8	0	0	0	3	1.5	2	التقييم

دال									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات رتب درجاتهم في القياس التتبعي، ولقد تم استخدام مقياس ويلكوكسون (Wilcoxon.t) للتعرف على مدى دلالة هذه الفروق، وكما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي، حيث كانت قيمة (Z) بين المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على التوالي: (1.0) ، (1.41) ، (1.0) ، (1.0) ، (1.41) ، (1.0) ، وهي قيم غير دالة إحصائياً. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (خالد عبد الوهاب، 2009) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مدى فاعلية برنامج الرعاية المستمرة لدى كل من التطبيق البعدي والتتبعي.

التوصيات :

- إقامة ندوات ومناقشات وحملات توعية على مستوى الجمهورية.
- التركيز من خلال برامج التوعية الإعلامية والدينية عن مرض الإدمان.
- تصميم برامج إرشادية علاجية لمواجهة مرض الإدمان.
- الاهتمام بالإرشاد التكاملي.

## المراجع العربية :

- (1) أمينة شلبي، 1999، الأسلوب المعرفى الاعتمادى – الاستقلال عن المجال وأثرها على الاستراتيجيات المعرفية المتعلقة بالاسترجاع وحل المشكلات لدى طلاب المرحلة الجامعية، بحث غير منشور، كلية التربية النوعية، جامعة المنصورة.
- (2) إيمان القماح، 2002، علاقة مفهوم الذات بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الراشدين المصريين والإماراتيين، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، 13(12)، ص ص: 125-163.
- (3) بشرى إسماعيل، 2004، ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- (4) بكر فرج، 2008، مدى فاعلية برنامج علاج نفسى تكاملى فى علاج الاكتئاب النفسى، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
- (5) حامد زهران، 1980، التوجيه والإرشاد النفسى، عالم الكتب، القاهرة.
- (6) خالد عبد الوهاب، 2009، برامج الرعاية المستمرة وفعاليتها فى تنمية الصحة النفسية والشعور بالكفاءة الاجتماعية لدى عينة من مدمنى الإدمان (دراسة تتبعية)، دراسات نفسية، مج: 19، 4(3) ص ص : 575 : 623.
- (7) رجب شعبان ورجب على، 1990، مقياس أساليب استيعاب المواقف الضاغطة، مكتبة أم القرى، الفيوم.
- (8) سعيد حسنى وجودت عزت، 1999، نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، ط: 1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
- (9) عبد الصبور محمد، 2001، مدى فاعلية الإرشاد النفسى فى علاج الإدمان، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، عدد: (45).
- (10) عابد الحميدان، 2006، سياسة المواجهة وطرق الوقاية من المخدرات والخمور، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات.
- (11) عبد الله بن على، 2008، فاعلية الإرشاد الانتقائى فى خفض مستوى سلوك العنف لدى المراهقين – دراسة تجريبية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- (12) علاء جراده، 2012، دراسة فى التدخل الإرشادى بعض حالات التبول اللا ارادى لدى الأطفال الفلسطينيين، رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- (13) فتحى الزيات، 2006، الأسس المعرفية للتكوين العقلى وتجهيز المعلومات، ط: 2، دار النشر للجامعات، القاهرة.



- (14) فرج عبد القادر طه، 2006، أصول علم النفس الحديث، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض.
- (15) كوثر رزق، 1996، الإرشاد الأسرى لحالات تعاطى الأدوية غير الطبية من طلاب الجامعة، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، مج: 26، العدد: 15.
- (16) لويس مليكه، 1994، *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*، ط: 2، القاهرة.
- (17) لطفى عبد الباسط ابراهيم، 1994، عمليات تحمل الضغوط وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين، *مجلة البحوث التربوية*، جامعة قطر، 2: (15)، ص ص: 95: 128 .
- (18) منظمة الصحة العالمية، 1999، *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض – تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية أوصاف السريرية (الأكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية*، ترجمة: أحمد عكاشة وآخرون، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.
- (19) منى محمد العمرى، 2000، دراسة فعالية الإرشاد النفسى العقلانى والعلاج المتمركز حول العميل فى علاج بعض حالات الإدمان بين طلاب فى دولة الإمارات العربية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والأبحاث التربوية، قسم الإرشاد.
- (20) محمد هلال، 2003، *مهارات اتخاذ القرار والإبداع والابتكار فى حل المشكلات*، ط: 1، مركز تطوير الأداء والتنمية، القاهرة.
- (21) محى الدين حسين، 2003، التأهيل النفسى والاجتماعى لمدمن المخدرات ومتعاطيها، *الدليل الأول*، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، القاهرة.
- (22) نادر فهمى الزيود، 1998، *نظريات الإرشاد والعلاج النفسى*، دار الفكر، عمان.

المراجع الأجنبية :

- 1) Aszalor and et al., 1999, Hospitalizes heroin dependent patients into substance abuse treatments, **Journal of substance abuse treatment**, v.17(1), p.p: 149-158.
- 2) Angel and et al., 2003, Burn out syndrome and coping strategies : A structural relations model, **Psychology in Spain**, V. 7(1), p.p: 46-55.

- 3) Bianchi E., 2004, Stress and coping Among cardiovascular nurses :A survey in Brazil, **Issues in Mental Health Nursing**, V. 25(7), p.p: 737-795.
- 4) Fawzi M., 2010, Some Medicolegal Aspects, concerning tramadol abuse, the new middle east youth plague, An Egyptian Overview, **Egyptian Journal of Forensic Sciences**.
- 5) Higgins J.E & Endler N.S., 1995, coping life stress and psychological and somatic distress, **European of Personality**, v. 4(9), p.p: 253-270.
- 6) Holo han and et al., 1996, **Coping stress reistance and Growth conceptualizing adaptive functioning in Zeidner M. & Endlers (eds) hand book of coping theory, research applications**, New York, p.p.: 24-93.
- 7) Lazarus & Folkman, 1984, coping as mediator of emotion, **Journal of personality and social Psychology**, 54, 966-975.
- 8) Lazarus R., 2000, toward better research on stress and coping, **American psychologist**, p.p: 665-673.
- 9) Moss R.H and Schaefer J.A, 1993, **coping resources & processes : current concepts 8 measures in : L. Goldberger & S. Breznitz (eds), Handbook of stress : Theoretical & Clinical Aspects**, Maxwell Macmillan International, New York, p.: 234-257.
- 10) Okasha, 2001, **History of mental health in the Arab world in images in psychiatry and Arab perspective**, A. Okasha and M. Maj (eds), World Psychiatric Association, p: 1-20.
- 11) Textor M.R. 1987, Family therapy with drug addicts an integrate approach, **American Journal of Psychiatry**, V. 57(9), p.p: 995-504.
- 12) UNDOC, 1999, **Strengthening treatment and Rehabilitation services for drug abusers in Egypt**, New York, NY, United Nations for Drug Control and Crime Prevention.