

بناء وأثر برنامج علاجي مقترح لتعزيز الكفاءة الذاتية المُدركة

لمدمني المواد النفسية بمستشفى عبد العال الإدريسي بالخرطوم

Construction and Effects of Proposed Therapeutic Program to Reinforce the Perceived Self-efficacy (TPRPS) among Psychoactive Substance Addicts at Abdel Aal Al-Idrisi Hospital in Khartoum State

د. عثمان فضل السيد أحمد فضل السيد

أستاذ العلاج النفسي المشارك، رئيس قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة النيلين، السودان.

Dr. Osman F. A. Faduleseed, Associate Professor in Psychotherapy, Head Department of Psychology, Faculty of Arts, Al -Neelain University- Sudan, osman19790@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2021-03-24 تاريخ القبول: 2021-05-08 تاريخ القبول: 2021-07-29

ملخص:

يهدف البحث الحالي إلى بناء برنامج علاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المُدركة للمُدمنين لمواجهة المواقف عالية الخطورة للاستخدام، ومعرفة خصائصه القياسية، ومعرفة أثره في علاج إدمان المواد النفسية. ولتحقيق ذلك أستخدم الباحث المنهج التجريبي من خلال بناء البرنامج العلاجي - في ضوء الافتراضات النظرية الأساسية لنموذج الكفاءة الذاتية المُدركة - ومقياس إدمان المواد النفسية ومقياس الكفاءة الذاتية المُدركة للمُدمنين لتستخدم أدوات لجمع البيانات من عينة عددها (16) مدمن بمستشفى عبد العال الإدريسي للأمراض النفسية بولاية الخرطوم. بعد جمع البيانات وتحليلها إحصائياً أشارت النتائج إلى بناء برنامج تعزيز الكفاءة الذاتية المُدركة للمُدمنين، وتمتعه بمعامل صدق ظاهري وصدق محتوى وصدق بناء مرتفعة، وتمتعه بأثر فعال في تعزيز الكفاءة الذاتية المُدركة للمُدمنين وعلاج إدمان المواد النفسية، كما وضع الباحث مجموعة من التوصيات بناءً على ما توصل إليه من نتائج، وبعض المقترحات المستقبلية التي تثير مجال البحث الحالي وتوسع من مدياته.

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الذاتية المُدركة؛ الإدمان؛ المواد النفسية؛ العلاج النفسي.

Abstract

The present research aims to construct a therapeutic program to reinforce perceived self-efficacy among psychoactive substance addicts to Confront high-risk situations for use, to know its psychometric characteristics and to know its effect in the therapy of psychoactive substance addiction. To achieve this, the researcher used the experimental approach by constructing the therapeutic program -in light of the basic theoretical principle for the perceived self-efficacy theory- and the psychoactive substance Addiction Scale and the Self-

Efficiency Scale for Addicts. to use tools to collect data from a sample of (16) addicted to Abdel Aal Al-Idrisi Psychiatric Hospital in Khartoum State. After collecting data and analysing them statistically, the results indicated the building of a program to enhance the perceived self-efficacy of addicts, and it has a high factor of apparent validity, content validity and constructive validity, and has an effective effect in enhancing the perceived self-efficacy of addicts and treating addiction to psychological substances. The research outcomes were as follows: the (TPRPS) program has been successfully constructed. They also indicated that the aforementioned program has high levels of face validity, content validity, construct validity. The (TPRPS) has great impact on reducing the dependence syndrome. The (TPRPS) has great impact on raising up the perceived self-efficacy abuse. At the end, the researcher proposes number of suggestions and recommendation for further research in this area of study.

Key words: perceived self-efficacy; Addiction; Psychoactive Substance; Psychotherapy.

1. مقدمة:

يعد إدمان المواد النفسية من أخطر المشكلات التي تواجه الإنسان الحاضر وذلك نظراً للتنفسي الوبائي لتلك الظاهرة في دول العالم المتقدم والمتخلف منها على حد سواء، وآثارها الصحية المتعددة والوخيمة على الجوانب الجسمية والنفسية للمُدمن؛ وإذا لم يجد المدمن الرعاية الطبية والنفسية الكافية فإن الآثار السلبية للإدمان تتضاعف وتزمن وتصل في بعض الحالات إلى الإقامة شبه الدائمة في مستشفيات الاضطرابات النفسية والعقلية أو السجن أو الموت. الأمر الذي دفع المعالجين النفسيين إلى تقديم خدماتهم العلاجية لحماية المدمنين من وطأة الآثار السلبية للإدمان، التي تختلف باختلاف الأهداف التي ترمي لتحقيقها إذ تستخدم بعض الأساليب العلاجية لوقف الاستخدام فيما يستخدم نوع ثانٍ كعلاج مساعد يهدف إلى تهيئة الظروف لتحقيق مستوى أفضل من العلاج بالنوع الأول، غير أنه حدث تغير كبير في توجهات العلاج النفسي في العقدين الأخيرين من القرن المنصرم إذ اتجه الاهتمام إلى العلاج التأهيلي الذي يحول دون حدوث الانتكاسة التي أصبحت تمنح قدراً أكبر من الاهتمام بوصفها عملية قائمة بذاتها والنظر إلى منع حدوثها باعتباره عملية دفاعية للإرادة الذاتية تعمم بهدف تعزيز مرحلة الاستمرارية في تغيير العادات السلوكية، وأسس هذا العلاج هي الأفكار الخاصة بالمواقف عالية الخطورة للاستخدام وعمليات التغلب عليها المتاحة لدى المدمن، وأهم أنواع

العلاج التأهيلي هو تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين (Bandura, 1991; Shunk, 1989).

يفترض رواد نموذج الكفاءة الذاتية المدركة أن الإقلاع النهائي عن استخدام المواد النفسية يتطلب وجود مُدمن يتمتع بكفاءة ذاتية مدركة مرتفعة أو معتدلة على الأقل تمكنه من تخطي المواقف عالية الخطورة للاستخدام، أما الكفاءة الذاتية المنخفضة أو المُتوهمة فكلاهما غير ذي فائدة ويلحقان الضرر بالمدمن المتوقف أو المعتدل، ويوقعانه في استخدام المواد النفسية- حيث إن نقص الكفاءة الذاتية المدركة يعني أن المدمن المتوقف أو المعتدل لا يمكنه تخطي أزمة المواقف عالية الخطورة للاستخدام والتي تحمل تهديداً يفوق قدرته على تخطيها، وكذلك الحال فيما يتعلق بالكفاءة الذاتية المُتوهمة حيث يتوهم المدمن المتوقف أو المعتدل أنه ذو كفاءة تؤهله لاجتياز المواقف عالية الخطورة للاستخدام وإذا به يسقط دون حذر أو ترو أو توقع، وتكون سقطته قوية فهو يهوي عن غفلة- وينتج عن ذلك جرح نفسي شديد يحتاج إلى وقت كي يندمل (Aley, 1992; O'Leary, 1992; Schwerzer, 1992; Bandura, 1994).

2.1. مشكلة البحث:

يوجد لدى الكثير من المدمنين رغبة أكيدة في الإقلاع عن استخدام المواد النفسية والاستمرار في الامتناع، ولكن واقع الحال يفيد أن العديد منهم يحقق نجاحاً مبدئياً ثم يرتدون للاستخدام من جديد، وذلك لأن استخدام المواد النفسية سلوك مقاوم للتغير والإقلاع عنه، وحتى الذين ينجحون في التوقف عنه لفترات زمنية قد تطول وقد تقصر فإنهم غالباً ما يرتدون إليه مرة أخرى نتيجة لتعرضهم لمشكلات حياتية لا يسهم استخدام المواد النفسية في حلها سواء كانت ضوابط اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية- هكذا يمثل العائدون إلى الاستخدام أفراداً أظهروا نجاحاً مبدئياً ولكنهم فشلوا في المراحل اللاحقة في المحافظة على هذا السلوك المرغوب في مواجهة ما صادفهم من مشكلات حياتية، وهذا ما أكدته الملاحظات العيادية للمعالجين النفسيين ودعمته نتائج البحوث في هذا المجال التي أشارت إلى أن هنالك معدل ارتداد شبه ثابت حتى مع أكثر الأساليب العلاجية كفاءة في تغيير سلوك استخدام المواد النفسية مثل بحوث كل

من (Kadden&Litt,2011; Burleson & Kaminer,2005; Warren,et.al, 2007; Greenfield, et,al, 2012)- على سبيل المثال لا الحصر الأمر الذي دعا رواد نموذج الكفاءة الذاتية المدركة إلى افتراض وجود آلية (Mechanism) عامة للارتداد لدى المدمنين يتضمن الكفاءة الذاتية المدركة في مواجهة المواقف عالية الخطورة للاستخدام، وبناء على ذلك رأوا إن الأساليب العلاجية للإدمان يجب أن تقوم على تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين- وهذا ما دفع الباحث في البحث الحالي إلى محاولة بناء برنامج علاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة لمدمني المواد النفسية، ويمكن تحديد مشكلة البحث الحالي على وجه الدقة في التساؤل الآتي:(ما مدى أثر البرنامج العلاجي مكان البناء في تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بمستشفى عبد العال الإدريسي بالخرطوم؟).

3.1. أهمية البحث: تكمن أهمية البحث الحالي في:

1. قلة التراث العلمي في مجال البحث- فحسب إطلاع الباحث- إنه لم يتحصل على مرجع واحد باللغة العربية عن تطبيقات نظرية الكفاءة الذاتية المدركة في علاج الإدمان.

2. النتائج التي يأمل الباحث التوصل إليها هي بمثابة إطار مرجعي تُبنى عليه برامج تثقيفية وتوعوية وإرشادية ووقائية تقوم على أساس علمي دقيق.

3. يقدم البحث الحالي برنامجاً علاجياً يمكن للمؤسسات النفسية استخدامه في علاج الإدمان.

4. يمكن استخدام البرنامج مكان البناء في إجراء البحوث العلمية أو بناء برامج مشابهة.

4.1. أهداف البحث: تتمثل أهداف البحث الحالي في الآتي:

1. بناء برنامج علاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.

2. التعرف على الصدق الظاهري للبرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.

3. التعرف على صدق محتوى البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.

4. التعرف على صدق بناء البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.

5. التعرف على أثر البرنامج العلاجي المقترح في تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.
 6. التعرف على أثر البرنامج العلاجي المقترح في علاج إدمان المواد النفسية.
- 5.1. فروض البحث: تتمثل فروض البحث الحالي في:

1. يمكن بناء برنامج علاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.
 2. يتمتع البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بصدق ظاهري مرتفع.
 3. يتمتع البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بصدق محتوى مرتفع.
 4. يتمتع البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بصدق بناء مرتفع.
 5. يتمتع البرنامج العلاجي بأثر فعال في تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين.
 6. يتمتع البرنامج العلاجي بأثر فعال في علاج إدمان المواد النفسية.
- 6.1. متغيرات البحث الأساسية:

1.6.1. البرنامج العلاجي: Therapeutic Program: مخطط منظم وهاذف يقوم على أسس نظرية محددة بغرض تقديم مجموعة من الخدمات العلاجية بهدف مساعدة المضطربين نفسياً في تحقيق الصحة النفسية (العاسمي، 2015).

2.6.1. الكفاءة الذاتية المدركة: Perceived Self-efficacy: إعتقاد الشخص بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق النتائج المرغوبة - فمرتفعي الكفاءة ذاتية يدركون أنفسهم بأنهم قادرون على تغيير واقع الحياة من حولهم، ومنخفضي الكفاءة ذاتية يدركون أنفسهم بأنهم عاجزون عن إحداث سلوك له آثاره ونواتجه. (Ozer & Bandura, 1990).

3.6.1. الإدمان: Addiction: مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية المتعددة المراحل والتي تحدث للشخص بعد استخدامه لإحدى المواد النفسية، وأن أهم ما يميزها هي الرغبة التي غالباً ما تكون قوية جداً لاستخدام المواد النفسية سواء وصفها الطبيب أو لم يصفها كالكحول والتبغ وغيرها، كما أن هنالك احتمال وجود دليل واضح على رجوع الشخص لاستخدام تلك المواد بعد فترة انقطاع مما يؤدي إلى ظهور هذه الظواهر بأشكال أخرى (فضل السيد، 2005).

4.6.1. المواد النفسية: Psychoactive Substance: كل مادة طبيعية كانت أم مصنوعة تحتوي على جوهر فعال ذي قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة فإنها تؤثر على الجهاز العصبي تنشيطاً أو تثبيطاً، تهدئةً أو تسكيناً، تخديراً أو تغييراً، تنبيهاً أو تنويماً، ومن ثم يؤثر ذلك على وظائف الكائن الحي الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية (فضل السيد، 2005).

2. أدبيات البحث:

تتمثل أدبيات البحث الحالي في المبادئ الأساسية لنظرية الكفاءة الذاتية وتطبيقاتها في علاج الإدمان؛ إذ تتمثل المبادئ الأساسية لنظرية الكفاءة الذاتية المدركة في نشأة وتطوير النظرية وتعريف الكفاءة الذاتية وأبعادها ومصادرها والعوامل المنشطة لها وسمات مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية والكفاءة كمنبئ بالسلوك والكفاءة الجمعية المدركة. بينما تتمثل تطبيقات نظرية الكفاءة الذاتية المدركة في علاج الإدمان في تعريف الكفاءة الذاتية المدركة للاستخدام وتوقعاتها ونماذجها ومراحل علاج الإدمان بها ومستويات إنجازها وخطواته العامة- وسوف يركز الباحث في البحث الحالي على تطبيقات نظرية الكفاءة الذاتية المدركة في علاج إدمان المواد النفسية، وفيما يلي عرض لذلك:

1.2. تعريف الكفاءة الذاتية المدركة للاستخدام: Perceived Self-efficacy of Abuse: عند تعرض المدمن المتوقف أو المعتدل للمواقف عالية الخطورة للاستخدام تتم حدوث عملية معرفية تتضمن توقعات ومعتقدات المدمن الخاصة بخبرات الاستخدام، والتي تتحول إلى حكم شخصي خاص بكفاءته بمدى قدرته على مواجهة المواقف والتأقلم معها- والذي يترجم إلى موقف شخصي يحدد الاستخدام أو الامتناع عن استخدام المواد النفسية (Annis, 1990).

2.2. توقعات الكفاءة الذاتية المدركة للاستخدام:

1.1.2.2. توقعات النتيجة: Outcome Expectancies: تشير إلى توقعات المدمن المتعلقة باحتمال أن يؤدي موقف معين إلى نتائج محددة- وتنقسم إلى الآتي:

2.1.2.2. توقعات نتيجة المثير: Stimulus Outcome Expectancies: فيها تقترن النتائج بالموقف عالي الخطورة للاستخدام من غير الفعل الشخصي- إذ تمثل الاعتقاد بأن العالم يتغير من غير أي تدخل شخصي (, Manning et. al., 1991; Ellickson & Hays, 1993).

3.2.2. توقعات نتيجة الاستجابة: Response Outcome Expectancies: فيها يقترن الفرد بين الموقف عالي الخطورة للاستخدام واستجاباته الشخصية في هذا الموقف (Anis, 1988; Baer: 1993; Bandura et. al., 1988; & Davis, 1988).

4.2.2. توقعات قيمة النتيجة: Outcome Value Expectancies: تشير إلى توقعات المدمن المتعلقة بإعطاء قيمة ذاتية معينة لنتيجة الموقف عالي الخطورة للاستخدام (, Baer, 1993; Bandura et. al., 1988; Ellickson & Hays, 1991).

5.2.2. توقعات الخطر: Danger Expectancies: تشير إلى توقعات المدمن بأنه في خطر المواقف عالية الخطورة للاستخدام والتي سوف تؤثر عليه وتدفعه لا محالة إلى الاستخدام (, Annis & Davis, 1988; Baer, 1993; Bandura et. al., 1988).

2.2.4. توقعات التغير: Change Expectancies: تشير إلى توقعات المدمن بأنه في حاجة لتغيير سلوكياته تجاه المواقف عالية الخطورة للاستخدام ومن ثم التمكن من الإقلاع بصورة نهائية عن الاستخدام (, Ellickson & Hays, 1991; Manning et. al., 1993).

2.2.5. توقعات الكفاءة الذاتية: Self-efficacy Expectancies: تشير إلى توقعات المدمن بأنه قادر بما فيه الكفاية والديمومة بتغيير سلوكياته السابقة تجاه المواقف عالية الخطورة للاستخدام (, Annis & Davis, 1988; Bandura et. al., 1988).

3.2. نماذج الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين: تتمثل نماذج الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين في "خمسة" نماذج، هي:

1.3.2. الكفاءة الذاتية المدركة للمقاومة: Resistance Perceived Self-efficacy: تتعلق بثقة الشخص في قدرته على تجنب الخبرات الأولية لاستخدام المواد النفسية، وعلى

وجه الدقة فإنها تتعلق بثقة الشخص المدركة على مقاومة المؤثرات الاجتماعية من قبل الرفاق الممتثلة في التوقعات الإيجابية للاستخدام التي تولدت عندهم نتيجة لتأثيرات الثقافة الشائعة عن الاستخدام وخرافاتها التي تروج لها شلليات الاستخدام في أوساط المراهقين الذين يستخدمونها من بعد كوسيلة للضغط على أقرانهم (MarLatt, et. al., 1994; Mittag & Schwarzer, 1995).

2.3.2. الكفاءة الذاتية المدركة لتجنب الأذى: Harm-Reduction Perceived Self-efficacy: تتعلق بثقة مسيء استخدام المواد النفسية في قدرته المدركة على تخفيف خطر مظاهر الإدمان وآثاره السلبية ومضاعفاته المترتبة عليه بعد أن أصبح متورطاً في استخدام المواد النفسية، فبمجرد ما يبدأ سلوك الخطر فإن فكرة المقاومة تصبح غير ذات أهمية مدركة وتكون الأهمية الفائقة للقدرة على تخفيف وتجنب الخطر (Bandura et. al., 1989; MarLatt, et. al., 1994; Miller, et. al., 1982).

3.3.2. الكفاءة الذاتية المدركة للعمل: Action Perceived Self-efficacy: تتعلق بثقة المدمن المدركة في تحقيق الامتناع الفعلي عن الاستخدام، فإذا وضع المدمن على سبيل المثال تاريخاً محدداً للامتناع عن الاستخدام والتزم به فإنه يترجم نواياه إلى أفعال للامتناع وبمعنى آخر فهو يعبر عن كفاءته الذاتية المدركة للامتناع عن استخدام المواد النفسية والتي تلعب دوراً كبيراً في التنبؤ بالامتناع (Bandura et. al., 1982; MarLatt, et. al., 1994).

4.3.2. الكفاءة الذاتية المدركة للتكيف: Coping Perceived Self-efficacy: يرتبط هذا النوع من الكفاءة الذاتية المدركة مع التأقلم مع أزمات الانتكاسة- ففي هذه المرحلة فإن المدمنين الممتنعين عن استخدام المواد النفسية تواجههم مواقف عالية الخطورة للاستخدام كمعايشة الوجدان السلبي والإغراءات في المواقف الاجتماعية الجاذبة- وقد تحدث الانتكاسة ما لم يتزود المدمن الممتنع من الاستخدام بمهارات وفنيات التأقلم البديلة. ولذلك فإن اعتقاد الشخص في احتياطي التكيف يساعد في اتخاذ أحكام سليمة وفي القيام باستجابات متوافقة (Bandura et. al., 1982; Marlatt, et. al., 1994).

(Miller, et. al., 1989).

5.3.2. الكفاءة الذاتية المدركة للتعافي: Recovery Perceived Self-efficacy: لها علاقة وثيقة مع الكفاءة الذاتية المدركة للتكيف نظراً لاندراجهما في مستوى الوقاية من الانتكاسة- فإذا حدثت الانتكاسة يقع المدمن المنتكس فريسة لانتهاك قدسية الامتناع التي لم تؤهله قدراته الشخصية للتحكم في ذاته أمام تأثير المواقف عالية الخطورة وبهذا يعزو الانتكاسة إلى عوامل ذاتية، ولكن الأشخاص ذوي الكفاءة الذاتية المدركة للتعافي يتفادون ذلك عملياً بمسؤوليتهم عن المواقف عالية الخطورة للاستخدام وذلك من خلال إيجاد وسائل للتحكم في الضرر واستعادة الأمل (MarLatt, et. al., 1994; Miller, et. al., 1989).

4.2. فلسفة ومراحل علاج الإدمان بتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة: تقوم الفلسفة الأساسية لنموذج الكفاءة الذاتية المدركة في علاج الإدمان على التنبؤ والمبادرة والحفاظ على السلوك المرغوب ويترجم ذلك إلى مخرجات سلوكية عبر "أربعة" مراحل، هي:

1.4.2. مرحلة الدافعية: Motivation Phase: هي أولى المراحل العلاجية وفيها تتولد لدى المدمن الرغبة الأكيدة والعزيمة على اتخاذ التحولات اللازمة لتغيير السلوك الخطر لصالح السلوكيات الصحية لذا تُسمى بمرحلة صنع القرار. وتظهر في هذه المرحلة أهمية توقعات النتيجة السلبية والإيجابية بصورة واضحة للعيان وذلك عندما يزن المدمن بين محاسن ومساوئ الإدمان- وذلك نظراً لأن لكل مدمن أسبابه الخاصة حول لماذا يتوقف عن الاستخدام ولماذا يجد أنه من الأفضل الاستمرار فيه. وتتأثر هذه المرحلة باتجاه الفروق المدركة للمدمن بين محاسن ومساوئ الإدمان (Annis & Davis, 1988; Bandura, et. al., 1990).

2.4.2. مرحلة التخطيط: Planning Phase: هي أولى المراحل الإرادية وتأتي لترجمة نوايا وقرارات المدمن إلى سلوكيات في أرض الواقع المعيش- وذلك من خلال وضع كافة التصورات العقلية اللازمة من الخطط والاستراتيجيات التي تمثل المخارج السلوكية لترجمة نوايا المدمن إلى أفعال عيانية- وهي بذلك مرحلة تخطيط عقلي محض تتوقف حدودها

عند المستوى المعرفي المتمثل في عمليات التنظيم الذاتي التي تتوسط النوايا والأفعال ولا تتعداه لمرحلة النزوع الفعلي للسلوك (Annis & Davis, 1988; Bandura, et. al., 1990).

3.4.2. مرحلة الفعل: Action Phase : هي ثاني المراحل الإرادية تأتي لترجم نوايا المدمن إلى سلوكيات فعلية- وذلك من خلال تنفيذ التصورات العقلية المتمثلة في الخطط التي وضعها المدمن في مرحلة التخطيط إلى سلوكيات عيانية- وهي بذلك مرحلة إرادية تتمثل في ضبط وتنفيذ الأفعال من خلال عمليات التحكم الذاتي التي يتم بموجبها السيطرة على المواقف عالية الخطورة للاستخدام (Annis & Davis, 1988; Bandura, et. al., 1990).

4.4.2. مرحلة الإصلاح: Correction Phase : هي آخر المراحل العلاجية وفيها يتم التأكيد على سلوكيات الكفاءة الذاتية المدركة لثقة المدمن في تنظيم نفسه وللتحكم في المواقف عالية الخطورة للاستخدام من خلال تعزيزها، وتعميمها من المواقف عالية الخطورة للاستخدام إلى المواقف الحياتية الأخرى وذلك بأن يتبع التغيير في السلوكيات الإدمانية تغيرات صحية في أسلوب الحياة العامة للمدمن (Annis & Davis, 1988; Bandura, et. al., 1992).

5.2. مستويات إنجاز علاج الإدمان بتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة: يتم إنجاز علاج الإدمان بتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة في "ثلاثة" مستويات، هي:

1.5.2. مستوى الحث على التغيير وأحداثه: Stimulation of Change : لكي يكون العلاج ذا كفاءة فإنه لابد من أن يستثير بعض التغيير في سلوك المدمن تجاه المواقف عالية الخطورة للاستخدام بدرجة تبين إن تغييراً ما قد طرأ على سلوكياته تجاه المواقف عالية الخطورة للاستخدام (Bandura, 1986; Rychtarik, et, al, 1992).

3.5.2. مستوى المحافظة على السلوك الوظيفي: Preservation of Functional Behavior : لكي يكون العلاج على درجة عالية من الكفاءة فإنه يجب أن يمكن المدمن من المحافظة على السلوك الوظيفي- وذلك لأن نتائج العلاج قد تحدث تغييراً في سلوكيات المدمن تجاه المواقف عالية الخطورة للاستخدام غير أنه قد تضع آثار العلاج

مرور الزمن ويعيد المدمن اكتساب السلوكيات المخلة بوظيفته (Bandura, 1986; Rychtarik, et, al, 1992).

2.53. مستوى تعميم السلوكيات الوظيفية: Generalizing Functional Behavior: هو أكثر أنواع العلاج كفاءة على الإطلاق، وفيه يتم تعميم السلوكيات الوظيفية من المواقف عالية الخطورة للاستخدام إلى المواقف الحياتية العامة- فالمدمن الذي استطاع التحكم في سلوكيات الاستخدام في المواقف عالية الخطورة للاستخدام لا يستطيع أن يتحكم في سلوكياته في تلك المواقف فحسب بل يمكنه تعميم ذلك ليشمل المواقف الحياتية الأخرى (Chavarria, et,al, 1992 ; Rychtarik, et, al, 1992; Bandura, 1986; 2012).

6.2. الخطوات العامة لعلاج الإدمان بتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة: تتمثل في الآتي:

1. تحديد المواقف ذات الخطورة العالية للاستخدام التي تحفز لاستخدام المواد النفسية.
2. ترتيب المواقف عالية الخطورة للاستخدام وتحديد أبعاد خطورتها والعوامل المعززة لها.
3. تحديد توقعات النتيجة السلبية والإيجابية وتوقعات قيمتها.
4. الحث على التغيير وهيئة المدمن لغرس الكفاءة الذاتية المدركة.
5. غرس ونمو الكفاءة الذاتية المدركة.
6. المحافظة والإبقاء على سلوكيات الكفاءة الذاتية المدركة في المواقف عالية الخطورة للاستخدام.
7. تعميم سلوكيات الكفاءة الذاتية المدركة من المواقف عالية الخطورة للاستخدام إلى المواقف الحياتية العامة (Bandura, 1986; Yang, et, al, 2019).
3. منهج البحث وإجراءاته:

1.3. منهج البحث: أستخدم في البحث الحالي المنهج التجريبي تصميم المجموعة الواحدة بقياسين قبلي وبعدي باعتباره أنسب التصميمات البحثية لتحقيق أهداف البحث الحالي.

2.3. مجتمع وعينة البحث: يتمثل مجتمع البحث الحالي في مدمني المواد النفسية المنومين والخاضعين لبرنامج سحب السممية وتفادي أعراض الانسحاب بقسم التأهيل في مستشفى عبد العال الإدريسي للأمراض النفسية بمنطقة "كوبر" بمدينة الخرطوم بحري/ ولاية

الخرطوم/ السودان. وقد تم سحب العينة بطريقة الحصر الشامل، وقد بلغ عددها (16) مدمناً.

3.3. الأدوات المستخدمة: علاوةً على برنامج الـ"TPRPS" استخدم الباحث مقياس إدمان المواد النفسية ومقياس الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين، وفيما يلي نبذة تعريفية عنهما:

1.3.3. مقياس إدمان المواد النفسية: صممه الباحث، ويتكون من (17) فقرة، يجب عليها بـ(نعم- لا) وتقدر الدرجات عليها بإعطاء الإجابة بـ"نعم" درجة واحدة، والإجابة بـ"لا" صفر. علاوة على الدرجة الكلية يقيس المقياس "ثلاث" أبعاد هي بُعد القهر وصعوبة التحكم وبُعد التحمل والإهمال المتزايد وبُعد الانسحاب والاستخدام المضر. ويصحح المقياس ككل تجاه ارتفاع درجات الإدمان. ويتمتع المقياس بمعامل صدق وثبات عالية.

2.3.3. مقياس الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين: صممه الباحث، وتتكون من (100) فقرة، تتضمن كل فقرة من فقراته موقف عالي الخطورة للاستخدام، ويُجاب عليها بـ(بتعاطى- مرات مرات- ما بتعاطى)، وتقدر الدرجات عليها بإعطاء "بتعاطى" درجتين، و"مرات مرات" درجة واحدة، و"ما بتعاطى" صفر، ويقيس المقياس علاوة على الدرجة الكلية "ست" أبعاد فرعية هي المزاج الموجب والمزاج السالب والمشكلات الاجتماعية والمواقف البيئية والتغيرات الجسمية والمواقف الاعتمادية، ويصحح المقياس ككل تجاه انخفاض الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين. ويتمتع المقياس بمعامل صدق وثبات عالية.

4.3. الأساليب الإحصائية: من أجل الوصول إلى نتائج أستخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية واختبار كولوكروف-سميرنوف والاختبار التائي لمجموعتين مستقلتين.

4. عرض ومناقشة النتائج:

1.4. الفرض الأول: للتحقق من الفرض الأول الذي نصه: (يمكن بناء برنامج علاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين) فبعد مراجعة الباحث لأدبيات نظرية الكفاءة الذاتية المدركة وتطبيقاتها في علاج إدمان المواد النفسية من جهة، ومراجعة البحوث

السابقة التي هدفت إلى تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة من جهة أخرى مثل بحوث (Selzler, et.al., 2020,p-p63-74; Ha, et.al., 2018,p-p22-27; Picha, et.al., 2018,p-p233-237; Bay, et.al., 2018,p-p7-11; Alharbi, et.al., 2017,p-p309-317) على سبيل المثال لا الحصر قام بتصميم البرنامج، وفيما يلي عرض لنتائج هذا الإجراء:

هو البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة Therapeutic Program

to Reinforce the Perceived Self-efficacy (TPRPS)، تم تصميمه بناءً على الأدبيات التي وفرتها تصورات وتطبيقات نظرية الكفاءة الذاتية المدركة في علاج إدمان المواد النفسية، يتكون من جزأين؛ يتمثل الجزء الأول في كراسة فنيات الكفاءة الذاتية، وتوجد في نسختين الأولى ورقية والثانية مسجلة علي شريط فيديو، بينما يتمثل الجزء الثاني من البرنامج في كراسة تدريبات الكفاءة الذاتية وتوجد في نسخة ورقية فقط. يضم البرنامج العلاجي (12) فنية علاجية موزعة على (3) محاور أساسية هي التهيئة والاستعداد بواقع (3) فنيات وغرس الكفاءة بواقع (6) فنيات والمحافظة والإبقاء بواقع (3) فنيات. تطبق كل فنية في جلسة علاجية "واحدة"، وتحتوي كل جلسة على (3) مناقشة هي؛ عرض المادة التطبيقية للفنية عبر جهاز الفيديو، ثم مناقشة محتواها من قبل الباحث والمدمنين، وأخيراً التدريب العملي الذي يُطلب فيه من المدمن القيام بإجراءات تدريبات الكفاءة الذاتية التي تتضمنها الفنية، وتتم مراجعة المنشط الأخير في اليوم التالي للجلسة - بهذا فإن تطبيق الجلسة العلاجية ومراجعة تطبيقاتها يتطلب يومين - حيث تعرض التدريبات عبر شريط الفيديو ومناقشة محتواها بصورة جماعية بحضور كل المدمنين في الاستراحة الداخلية لقسم التأهيل، ثم ينصرف المدمنين إلى سكناتهم ويطوف عليهم الباحث ليوزع عليهم النسخة الورقية من فنية وتدريبات الجلسة بالإضافة إلى قلم وملف تحفظ بداخله تلك النسخ، وليتمكن من الجلوس مع كل مدمن بصورة فردية إذا تطلّب الأمر، وفي اليوم الثاني تتم مراجعة تدريبات كل جلسة بصورة فردية داخل السكنات - بهذا فإن تطبيق جلسات البرنامج يستغرق (24) يوماً بالإضافة إلى يومين لتطبيق القياس القبلي والبعدي - للمقياسين المستخدمان في البحث الحالي - أي بمجموع (26) جلسة في فترة شهر "واحد" من غير أيام الجمعة، وفيما يلي عرض لفنيات البرنامج موزعة على

محاورة الأساسية بالفنية والهدف منها ومحتواها وزمن تطبيقها بالدقائق، كما هو موضح أدناه:

الجدول (1) يبين جلسات محور التهيئة والاستعداد بالفنية والهدف منها ومحتواها وزمن التطبيق:

م	الفنية	الهدف من الجلسة	محتوي الجلسة	زمن التطبيق
1	آلية الإدمان	تعديل توقعات النتيجة الإيجابية للاستخدام وتوقعات قيمتها	كيف يصبح الفرد مدمناً؛ التمثللات الحاطلة+ تجربة الإستخدام+ الآثار الأولية+ التزيين الاجتماعي عبر شلة الإستخدام+ توقع الفوائد+ الآلام الجسمية=التعاطي القهري.	30 دقيقة
2	الآثار الضارة	تأكيد توقعات النتيجة السلبية للاستخدام وتوقعات قيمتها	الآثار الضارة للاستخدام؛ علي الجهاز العصبي وبقية أجهزة الجسم+ الأمراض النفسية والعقلية.	37 دقيقة
3	اتخاذ القرار	استثارة الإحساس بخطر الاستخدام والحاجة والاستعداد للتغير	المفاضلة بين الوائد المتوهمة (في الجلسة الأولى) والآثار الضارة(في الجلسة الثانية)-إتخاذ القرار بترك التعاطي أو مجرد التفكير فيه.	19 دقيقة

الجدول (2): يبين جلسات محور غرس الكفاءة بالفنية والهدف منها ومحتواها وزمن التطبيق:

م	القياسات	الهدف من الجلسة	محتوي الجلسة	زمن التطبيق
4	الملاحظة الذاتية	تسمية مهارة مراقبة السلوكيات الذاتية في مواقف الاستخدام	مرسمة الذات. أمام الموقف عالية الخطورة للاستخدام والإسجابة لتلك الموقف: من(١٣) خطوة تبدأ بتحديد الموقف وتنتهي برصد المحاولات السابقة ليقوم مبهذات وإفراءات تلك الموقف والامتصاع عن الاستخدام.	18 دقيقة
5	التقييم الذاتي	تسمية مهارة تقييم السلوكيات الذاتية في مواقف الاستخدام	ملاحظة المرجعية الذاتية في التعامل مع الموقف عالية الخطورة للاستخدام بتقليد الأداء السابق - أداء الآخرين (الأقران) - تحديد قيمة الأداء - عزو الأداء في حالتي النجاح والفشل.	20 دقيقة
6	الاستجابة الذاتية	تسمية مهارة الاستجابة الوعوية للسلوك في مواقف الاستخدام	تحليل ردة الفعل الذاتية تجاه الموقف عالية الخطورة للاستخدام - إسماالات الإسجابة بالنجاح والفشل - عزو النتائج في حالتي النجاح والفشل في إصدار الإسجابة المرغوبة - ترتيب أو تنظيم الذات.	18 دقيقة
7	التخطيط اليومي	تسمية مهارة التحكم في مواقف الاستخدام	إعادة ترتيب الموقف الخارجي بما يقوى العوامل المانعة ويضعف العوامل الدافعة للاستخدام: من(٦) خطوات تبدأ بترتيب الموقف عالية الخطورة تصادياً وتنتهي به تقنية وتعزيز المواقف الإيجابية الدافعة للامتصاع.	10 دقيقة
8	البريعة السلوكية	تسمية مهارة الالتزام بسلوكيات التحكم في مواقف الاستخدام	إبرام عقد سلوكي بين الذات والآخر (المزم الرقيق) بإشراف وتوقيع المعالج يتضمن الإسجابة المرغوب وغير المرغوب فيها تجاه الموقف عالية الخطورة - التعزيز والمغاب الذاتي والبدلي.	17 دقيقة
9	الكفاءة الذاتية	تسمية مهارة القيام بفيات الكفاءة الذاتية مجتمعة	أداء مهارات الجلسات السابقة (١-٨) في (١٠) خطوات أساسية تبدأ من تحديد الموقف عالية الخطورة للاستخدام وتنتهي بالتعزيز الذاتي في حالة النجاح والمحاولة من جديد في حالة عدم النجاح.	17 دقيقة

الجدول (3): يبين جلسات محور المحافظة والإبقاء بالفنية والهدف منها ومحتواها وزمن التطبيق:

2.4. الفرض الثاني: للتحقق من الفرض الثاني الذي نصه: (يتمتع البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بصدق ظاهري مُرتفع) قام الباحث بعرض الصورة الأولية لبرنامج الـ"TPRPS" على (20) خبير من الأساتذة الجامعيين والممارسين المهنيين من حملة الدكتوراة في علم النفس والطب النفسي بغرض تحكيمها، حيث فارق بين آرائهم عن طريق استخدام اختبار كولوموجروف - سميرونوف (مؤيدين - معارضين) وقام باعتماد كل الآراء التي بلغت قيمتها الزائية (1,370) عند قيمة احتمالية (0,050) وفيما يلي بيان لذلك الإجراء:

م	الفنية	الهدف من الجلسة	محتوي الجلسة	زمن التطبيق
10	التنشيط الذاتي	تصحيح توقعات الاستخدام الكفاءة	قولبت توقعات المدمن السابقة بما يؤكد على سلوكيات الكفاءة؛ إعادة تحديد وتعريف المواقف عالية الخطورة+ تقويم العلاقة بين المواقف والإسجابة لها+ تشويه تأثيرات المواقف عالية الخطورة+ التأكيد على الكفاءة الذاتية المدركة.	22 دقيقة
11	التعزيز الذاتي للمتمار	تعزيز التدريب على فيات الكفاءة الذاتية وإيجادها	تعزيز سلوك الكفاءة؛ تفادي مشكالات التعزيز غير المستحق+ تحديد محكات ومستويات التعزيز+ تعزيز الإسجابة الكفاءة الذاتية.	10 دقيقة
12	تعميم الكفاءة الذاتية	تعميم تدريبات الكفاءة من مواقف الاستخدام لمواقف الحياة العامة	تطبيق تدريبات الكفاءة الذاتية في موقف مُهم مختار من حياة المدمن ليس له علاقة بالاستخدام.	14 دقيقة

الجدول (4) يبين الفرق بين المؤيدين والمعارضين في تحكيم برنامج ال"TPRPS":

القيمة الاحتمالية	القيمة الزائفة	آراء الخبراء		النقطة مكان التحكيم
		معارض	مؤيد	
0,001	2,57	0	20	صلاحية البرنامج لتعزيز كفاءة المدمنين.
0,001	2,57	0	20	مطابقة البرنامج لمبادئ نظرية الكفاءة الذاتية.
0,001	2,57	0	20	مناسبة البرنامج لمجتمع البحث.
0,001	2,46	1	19	الوزن النسبي للبرنامج وقياماته وتدريباتها.
0,001	2,27	3	17	صياغة فنية الآثار الضارة للتعاظمي من حيث اللغة.
0,001	2,17	4	16	تسجيل فنيات البرنامج في فيديو.
0,001	2,35	2	18	تطبيق البرنامج بطريقة فردية جماعية.
0,001	2,07	5	15	حذف الجزء الأول من تدريب آلية الإدمان.
0,001	2,57	20	0	إضافة ما هو مناسب.
0,001	2,57	0	20	الشكل العام للبرنامج.

توضح النتيجة المستخلصة من الجدول (4) أن برنامج ال"TPRPS" يتمتع بمعامل صدق ظاهري بدرجة يُمكن من تنمية تعاون المدمنين وتوجيه انتباههم إلى نوع الإجابة المطلوبة منهم عند تطبيق البرنامج عليهم.

3.4. الفرض الثالث: للتحقق من الفرض الثالث الذي نصه: (يتمتع البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بصدق محتوى مرتفع) فبعد قيام الباحث بإجراءات صدق المحتوى الملازمة لبناء برنامج ال"TPRPS" من تحديد الظاهرة مكان البناء وتعريفها وتحديد العناصر التي تضمنها وتحليل هذه العناصر وكتابة مفرداتها وتأمين الخبراء على هذه الإجراءات- قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على مجتمع البحث بغرض معرفة مدى وضوح محتوى برنامج ال"TPRPS" وفيما يلي بيان لذلك:

أشارت نتائج التطبيق إلى أن محتوى البرنامج واضح وسهل الفهم من قِبَل المدمنين- وذلك لعدم حدوث أي سوء فهم في استجاباتهم لفقرات البرنامج العلاجي. وكما قام الباحث بحساب الأوزان النسبية لفنيات البرنامج بناءً على زمن تطبيقها، وفيما يلي عرض لنتائج هذا الإجراء:

الجدول (5) يبين الوزن النسبي المحوري والكلبي للفنيات محسوباً بزمن التطبيق:

المحور	الغنية	زمن التطبيق	الوزن النسبي للغنيات	
			الكلية	الاجزائي
التهيئة والاستعداد	آلية الإدمان	30	%12,99	%35,29
	الآثار الضارة للتعاطي	36,5	%15,80	%42,94
	اتخاذ القرار	18,5	%8,01	%21,99
	التهيئة والاستعداد	85	%36,80	%100
غرس الفعالية الذاتية المدركة	للملاحظة الذاتية	17,5	%7,58	%7,5
	التقييم الذاتي	20	%8,66	%20
	الاستجابة الذاتية	18	%7,79	%18
	التخطيط البيئي	10	%4,33	%10
	برمجة السلوك	15,5	%6,71	%15,5
	الكفاءة الذاتية	19	%8,23	%19
	غرس الكفاءة	100	%43,29	%100
	التشخيص الذاتي	22	%9,52	%47,83
المحافظة والبقاء	التعزيز الذاتي للتمايز	10	%4,33	%21,74
	تعميم الفعالية الذاتية	14	%6,06	%30,43
	المحافظة والإبقاء	46	%19,91	%100
	تعزيز الكفاءة الذاتية	231	%100	%100

توضح النتيجة المستخلصة من الدراسة الاستطلاعية والجدول (5) أن برنامج الـ"TPRPS" يتمتع بمعامل صدق محتوى بدرجة تُمكن من معرفة مستوى وضوح محتواه وسهولة فهمه واكتشاف أي سوء فهم يمكن أن يحدث في طريقة الاستجابة له- ويساعد ذلك الباحث في تفادي خطأ الخبير الذي يتصور من خلاله أن ما هو واضح له وللخبراء هو واضح بالتبعية للمفحوصين.

4.4. الفرض الرابع: للتحقق من الفرض الرابع الذي نصه: (يتمتع البرنامج العلاجي لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين بصدق بناء مُرتفع) قام الباحث بتحليل مواصفات برنامج الـ"TPRPS" من ناحية وتحليل افتراضات نظرية الكفاءة الذاتية المدركة لإدمان المواد النفسية من ناحية أخرى، ثم ناظر بينهما من خلال جداول المواصفات، وفيما يلي بيان لذلك:

الجدول (6) يبين بنية برنامج الـ"TPRPS" ومناظرتها لأهداف وتوقعات الكفاءة الذاتية:

بناء وأثر برنامج علاجي مقترح لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة لمدمي المواد النفسية. عثمان فضل السيد أحمد فضل السيد

الظهور	الفيئات	أهداف تعزيز الكفاءة الذاتية للمدمنين	توقعات الكفاءة
التهيئة والاستعداد	آلية الإدمان	تعديل توقعات النتيجة الإيجابية للاستخدام وتوقعات قيمتها	توقعات النتيجة وقيمتها والخطر والتعثر
	الآثار الضارة	تأكيد توقعات النتيجة السلبية للاستخدام وتوقعات قيمتها	
	اتخاذ القرار	استشارة الإحساس بخطور الاستخدام والحاجة والاستعداد للتغير	
غرس الكفاءة	الملاحظة الذاتية	تنمية مهارة مراقبة السلوكيات الذاتية في مواقف الاستخدام	توقعات الكفاءة
	التقييم الذاتي	تنمية مهارة تقييم السلوكيات الذاتية في مواقف الاستخدام	
	الاستجابة الذاتية	تنمية مهارة الاستجابة الموضوعية للسلوك في مواقف الاستخدام	
	التخطيط اليومي	تنمية مهارة التحكم في مواقف الاستخدام	
	البرجعة السلوكية	تنمية مهارة الالتزام بسلوكيات التحكم في مواقف الاستخدام	
الحفاظة والإبقاء	الكفاءة الذاتية	تنمية مهارة القيام بفيئات الكفاءة الذاتية مجتمعة	تعزيز وتعميم توقعات الكفاءة
	التنشيط الذاتي	تصحيح توقعات الاستخدام الخاطئة وتأكيد توقعات الكفاءة	
	التعزيز الذاتي المتمايز	تعزيز التدريب على فيئات الكفاءة الذاتية وإيجادها	
		تعميم تدريبات الكفاءة من مواقف الاستخدام لمواقف الحياة العامة	

الجدول (7) بنية برنامج الـ"TPRPS" ومناظرتها لمبادئ نظرية الكفاءة الذاتية المدركة:

المحور	المبادئ النظرية لتعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين			
	خطوات العامة للعلاج بالكفاءة	مستويات إنجاز العلاج بالكفاءة	فلسفة تعزيز الكفاءة	مراسل تطوير العلاج بالكفاءة للمدمنين
التهيئة والاستعداد	تحديد وترتيب المواقف عالية الخطورة للاستخدام	البحث على التغير	التبني	الكفاءة المدركة لتخفيف الأذى والكفاءة المدركة للمقاومة
غرس الكفاءة	تنمية مهارات الكفاءة	إحداث التغير	المبادرة	الكفاءة المدركة للعمل
الحفاظة والإبقاء	تطبيق استراتيجيات التكيف الملائمة	التعميم والحفاظة على التغير	الحفاظة	الكفاءة المدركة للتكيف والكفاءة المدركة للتعافي

توضح النتيجة المستخلصة من الجدولين (6) و(7) أن برنامج الـ"TPRPS" يتمتع بمعامل صدق بناء تمكن من تحديد التكوينات الفرضية التي تُفسر تباين استجابة المدمنين عليه وتقديم أدلة منطقية عن مناظرة مكونات بنية البرنامج للمبادئ الأساسية للنظرية المتبناة.

5.4. الفرض الخامس: للتحقق من الفرض الخامس الذي نصه: (يتمتع البرنامج العلاجي بأثر فعال في تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمدمنين)، قام الباحث باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وفيما يلي وعرض لنتائج هذا الإجراء:

الجدول (8) يبين الاختبار التائي لمعرفة الفروق في الكفاءة بين القياسين القبلي والبعدي:

القياس	الهيئة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
قبلي	16	26,06	4,82	12,89	15	0,001
بعدي	16	8,00	4,56			
قبلي	16	32,06	4,33	18,25	15	0,001
بعدي	16	8,25	3,40			
قبلي	16	31,31	3,63	17,99	15	0,001
بعدي	16	8,69	3,72			
قبلي	16	29,26	3,84	13,00	15	0,001
بعدي	16	7,36	4,08			
قبلي	16	13,81	2,17	8,32	15	0,001
بعدي	16	5,19	2,61			
قبلي	16	15,06	2,70	9,17	15	0,001
بعدي	16	5,94	3,71			
قبلي	16	147,56	12,05	46,93	15	0,001
بعدي	16	5,50	1,83			

توضح النتيجة المستخلصة من الجدول (8) الأثر الفعال لبرنامج ال"TPRPS" في تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للمُدمنين- وذلك لأن الهدف الأساسي للبرنامج هو معالجة توقعات الكفاءة الذاتية المدركة المختلفة للمُدمنين؛ ففي أولى مراحلها وهي مرحلة التهيئة والاستعداد يهدف البرنامج إلى معالجة توقعات النتيجة الإيجابية والسلبية للاستخدام وتوقعات قيمتها ويتغير تبعاً لذلك توقعات الخطر وتوقعات التغير وبذلك تتم تهيئة واستعداد المُدمن لمرحلة غرس الكفاءة وهي ثاني المراحل العلاجية والتي هي بدورها تنقسم إلى قسمين حيث يبدأ القسم الأول منها بالمراقبة الذاتية للمُدمن لسلوكياته في المواقف عالية الخطورة للاستخدام ثم مراجعة معاييرها الذاتية واستجابته تجاه تلك المواقف بدرجة تمكنه من ترتيب ذاته، ثم يقدم على المرحلة الثانية والمتعلقة بالتحكم الذاتي والتي تبدأ بالتخطيط البيئي وبرمجة السلوك- وبنهاية المرحلة العلاجية الثانية يتمكن المُدمن من تنظيم ذاته وتحكمه الذاتي في سلوكياته أمام إغراءات وتهديدات المواقف عالية الخطورة للاستخدام وبذلك تتم عملية غرس الكفاءة الذاتية المدركة، أما المرحلة العلاجية الأخيرة فتهدف إلى المحافظة والإبقاء على الكفاءة الذاتية المدركة التي تم اكتسابها خلال مرحلة غرس الكفاءة وذلك من خلال فنيات التنشيط الذاتي والتعزيز الذاتي المتميز فتعميم الكفاءة الذاتية المدركة من المواقف عالية الخطورة للاستخدام إلى مواقف الحياة العامة- وبهذا ترتفع توقعات الكفاءة الذاتية المدركة للاستخدام، وتُعد هذه النتيجة بمثابة البرهان التجريبي الذي يدل على قوة برنامج ال"TPRPS" في رفع الكفاءة الذاتية المدركة للاستخدام وصدق الافتراضات النظرية التي يقوم عليها.

6.4. الفرض السادس: للتحقق من الفرض السادس الذي نصه: (يتمتع البرنامج العلاجي بأثر فعال في علاج إدمان المواد النفسية) قام الباحث باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وفيما يلي وعرض لنتائج هذا الإجراء:

الجدول (9) يبين الاختبار التائي لمعرفة الفروق في الإدمان بين القياسين القبلي والبعدي:

البيعد	القياس	العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
القهر وصعوبة التحكم	قبلي	16	5,00	0,63	13,06	15	0,001
	بعدي	16	1,69	0,87			
التحمل والإهمال للتزايد	قبلي	16	4,38	0,72	8,81	15	0,001
	بعدي	16	1,56	1,03			
الانسحاب والاستخدام للضرر	قبلي	16	4,94	9,93	12,31	15	0,001
	بعدي	16	2,25	0,86			
الإدمان	قبلي	16	14,31	1,49	14,52	15	0,001
	بعدي	16	5,50	1,83			

تؤكد النتيجة المستخلصة من الجدول (9) صحة الافتراض النظري لنموذج الكفاءة الذاتية المدركة في علاج إدمان المواد النفسية والذي يشير إلى أن تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة للاستخدام يقلل من أعراض إدمان لدى المدمن، وذلك لأن السبب الأساسي وراء استخدامه للمواد النفسية ومن ثم لإدمانها هو انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية المدركة لديه، والمتمثلة في اعتقاده وتوقعه بأنه لا يستطيع السيطرة على سلوكياته أمام إغراءات وتهديدات المواقف عالية الخطورة للاستخدام ويترجم ذلك إلى سلوك صريح في أرض الواقع باستجابته لتلك التهديدات والإغراءات باستخدام المواد النفسية عند تعرضه لتلك المواقف، لذا فإن الجهود العلاجية يجب أن توجه نحو قبولية هذه الاعتقادات والتوقعات لدى المدمن وتحويلها من منخفضة إلى مرتفعة أو معتدلة على أقل تقدير، ويتم ذلك من خلال تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة لديه لدرجة تمكنه من تنظيم ذاته وتحكمه الذاتي المسلوب أمام تهديدات وإغراءات المواقف عالية الخطورة للاستخدام ومن ثم يتمكن من الإقلاع عن سلوكيات الاستخدام، وهذا من شأنه أن يفك الرابط الذاتي لدى المدمن بين أعراض الإدمان وسلوكيات الاستخدام التي تعزز تلك الأعراض الأمر الذي يؤدي إلى الضعف التدريجي لهذه الأعراض إلى أن تنطفئ وبهذا تنخفض الأعراض المرضية للإدمان، وتعد هذه النتيجة بمثابة البرهان التجريبي الذي يدل على قوة برنامج الـ"TPRPS" في خفض إدمان المواد النفسية وصدق الافتراضات النظرية التي يقوم عليها.

5. خاتمة البحث: ختاماً لإثراء مجال البحث الحالي وضع الباحث المقترحات المستقبلية الآتية وفقاً للمبادئ النظرية الأساسية لنموذج الكفاءة الذاتية المدركة:

1. بناء وأثر برنامج وقائي من إدمان المواد النفسية يستهدف النشء ولا سيما المراهقين.
2. بناء وأثر برنامج إرشادي لحماية مسيء استخدام المواد النفسية من إدمانها.
3. تتبع أثر برنامج تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة في علاج لعلاج إدمان المواد النفسية.
6. المراجع:

1. العاسمي رياض نايل (2015) التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي، ط1، الأردن: الإعصار العالمي. ص: 27-28.
2. فضل السيد، عثمان فضل السيد أحمد (2005) متلازمة اعتماد المواد النفسية وعلاقتها بمركز التحكم وفعالية الذات، بحث ماجستير، قسم علم النفس، كلية الآداب جامعة النيلين، السودان، ص: 30-34.

3. Alharbi, M., Gallagher, R., Neubeck, L., Bauman, A., Prebill, G., Kirkness, A., & Randall, S. (2017). Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 309-317. <https://doi.org/10.1177/1474515116666475>
4. Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988) *Assessment of Expectancies and Addiction Behavior*, First edition, New York; Guilford.pp84-89.
5. Annis, H. M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 117-124. <https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472537>
6. Baer, J. S. (1993) *Etiology and Secondary Prevention of Alcohol Problems with Young Adult*, Second edition, New Bury Park; Sage.p122.
7. Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C. B., & Brouillard, M. E. (1988). Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of personality and social psychology*, 55(3), 479. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.3.479>
8. Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of personality and social psychology*, 43(1), 5. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.1.5>
9. Bandura. A. (1986) *Self-efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioral Change*, First edition, New York; Psychological Review.p-p12-19.
10. Bandura. A. (1990) *Impact of Perceived Self-efficacy in Coping with Stress*, Second edition, Washington; Hemisphere.p-p12-19.
11. Bandura. A. (1991) *Self-efficacy Conception of Anxiety*, First edition, New York; Harwood.p20.
12. Bandura. A. (1994) *Self-efficacy: The Exercises Control*, First edition, New York; Harwood.p-p27-30.
13. Bay, A., Sandberg, C., Thilén, U., Wadell, K., & Johansson, B. (2018). Exercise self-efficacy in adults with congenital heart disease. *IJC heart & vasculature*, 18, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2017.12.002>

14. Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive behaviors*, 30(9), 1751-1764.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.006>
15. Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The effects of self-regulation and self-efficacy on substance use abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 422-432. <https://doi.org/10.1080/07347324.2012.718960>
16. Ellickson, P. L., & Hays, R. D. (1990). Beliefs about resistance self-efficacy and drug prevalence: do they really affect drug use?. *International journal of the Addictions*, 25(sup11), 1353-1378.
<https://doi.org/10.3109/10826089009068468>
17. Fuchs, R., & Schwarzer, R. (1994). Self-efficacy towards physical exercise: reliability and validity of a new instrument. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, 141-154.
<https://psycnet.apa.org/record/1995-86340-001>
18. Greenfield, B. L., Venner, K. L., Kelly, J. F., Slaymaker, V., & Bryan, A. D. (2012). The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 246. <https://psycnet.apa.org/buy/2012-02609-001>
19. Ha, F. J., Hare, D. L., Cameron, J. D., & Toukhsati, S. R. (2018). Heart failure and exercise: a narrative review of the role of self-efficacy. *Heart, Lung and Circulation*, 27(1), 22-27.
<https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.08.012>
20. Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), 1120-1126.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
21. Marlott, G. A. et al (1994) Self-efficacy and Addictive Behavior, Third edition, Germany; Johann Jacobs Foundation.p-p6-13.
22. Mittag, W., & Schwarzer, R. (1993). Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption: A two-wave study on stressful life transitions. *Psychology and Health*, 8(1), 77-87.
<https://doi.org/10.1080/08870449308403168>
23. O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 229-245.
<https://doi.org/10.1007/BF01173490>
24. Ozer, E. & Bandura A. (1990) Mechanism Governing Empowerment effects: Self-efficacy analysis, First edition, Chicago; University of Chicago Press.p475.
25. Picha, K. J., & Howell, D. M. (2018). A model to increase rehabilitation adherence to home exercise programmes in patients with varying levels of self-efficacy. *Musculoskeletal Care*, 16(1), 233-237.
<https://doi.org/10.1002/msc.1194>
26. Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R., & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 53(5), 435-440. <https://doi.org/10.15288/jsa.1992.53.435>
27. Schwarzer, R. (1992) Self-efficacy in Adoption Maintenance of Health Behaviors, Fourth edition, Washington; Hemisphere.p-p 217-223.
28. Selzler, A. M., Rodgers, W. M., Berry, T. R., & Stickland, M. K. (2020). Coping versus mastery modeling intervention to enhance self-efficacy for exercise in patients with COPD. *Behavioral Medicine*, 46(1), 63-74.
<https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1561411>
29. Shunk D. H. (1989) Self-efficacy and Cognitive Skill, Third edition, Stanford Calife; Standard University Press.p13.
30. Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring

disorders. Drug and alcohol dependence, 89(2-3), 267-274.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.01.009>

31. Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M., & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *Frontiers in psychiatry*, 10, 388. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00388>