

الإسهام النسبي للمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة في التنبؤ بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية

هدى إبراهيم عبد الحميد^(٥) رشا هدى عبد الستار^(٥)

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وعلاقتها بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية، كما هدفت إلى التعرف على القدرة التنبؤية للمخططات اللاتوافقية المبكرة بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة، والكشف عن الفروق بين مستخدمي المواد النفسية في متغيرات الدراسة وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية. وتكونت عينة الدراسة الإجمالية من (٦٣) من مستخدمي المواد النفسية تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠-٤٠ عاماً، بمتوسط ٣١،١١ سنة وانحراف معياري $\pm ٥,٩٨$ سنة. وتضمنت أدوات الدراسة مقابلة البيانات الشخصية والاجتماعية، واستخبار الوعي الذاتي (Scheier & Carver, 1985) (ترجمة الباحثان)، واستخبار المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة ليونج (ترجمة: صديق، ٢٠٢١)، ومقياس جودة الحياة (إسماعيل، ٢٠١٣). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الحرمان العاطفي- الهجر- عدم الثقة/ الإساءة- العزلة الاجتماعية) والوعي الذاتي الخاص، وعدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (القصور- الفشل في الإنجاز- الإعتدالية- القابلية للتعرض للأذي- التقييد بالآخرين- الخضوع- التضحية بالذات- القمع الإنفعالي- المعايير الصارمة- الإستحقاق- عدم كفاية ضبط الذات) والوعي الذاتي الخاص. ووجود علاقة موجبة بين مخطط المعايير الصارمة والوعي الذاتي العام، وعدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الحرمان العاطفي- الهجر- عدم الثقة/ الإساءة- العزلة الاجتماعية القصور- الفشل في الإنجاز- الإعتدالية- القابلية للتعرض للأذي- التقييد بالآخرين- الخضوع- التضحية بالذات- القمع الإنفعالي- الاستحقاق- عدم كفاية ضبط

(٥) الاستاذ المساعد بكلية الآداب، جامعة حلوان ترسل dr.hudaibrahim@yahoo.com

(٥) لاستاذ المساعد بكلية الآداب، جامعة حلوان ترسل dr.rasha258@gmail.com

الذات) والوعي الذاتي العام. كذلك أسفرت النتائج عن وجود علاقة سالبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الحرمان العاطفي - العزلة - القصور - الفشل - الإغتمادية - القابلية للأذى - الخضوع - الاستحقاق - عدم كفاية ضبط الذات) وجودة الحياة، وعدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الهجر - عدم الثقة / الإساءة - التقييد بالآخرين - التضحية بالذات - القمع الإنفعالي - المعايير الصارمة) وجودة الحياة، كذلك أسفرت نتائج الدراسة عن وجود قدرة تنبؤية لمخطط الحرمان العاطفي بالوعي الذاتي الخاص، وقدرة تنبؤية لمخطط المعايير الصارمة بالوعي الذاتي العام، وقدرة تنبؤية لمخطط عدم كفاية ضبط الذات، والإغتمادية بجودة الحياة، وأخير أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في الوعي الذاتي العام وفقاً للتعليم والفروق تجاه المستوى التعليمي المتوسط والعالي، ووجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (التقييد بالآخرين / عدم ارتقاء الذات) وفقاً للمهنة والفروق تجاه المهن المرتفعة.

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة - الوعي الذاتي - جودة الحياة - استخدام المواد النفسية.

The Relative Contribution of Early Maladaptive Schemas in Predicting Both Self- Consciousness and Quality of Life among Psychoactive Substance Dependent

**Rasha Mohammed Abd Elsattar(●)
Huda Ebrahim Abd-El Hamid(●)**

Abstract:

The current research aimed to study the relation between Early Maladaptive Schemas, Self- Consciousness and Quality of Life among a Psychoactive Substance Dependent and to identify the relative contribution for Early Maladaptive Schemas in predicting Self- Consciousness and Quality of Life among a Psychoactive Substance Dependent, in addition to identify the differences between the sample in Early Maladaptive Schemas, Self- Consciousness and Quality of Life according to educational level, occupation and marital status, the sample consisted of (63) Psychoactive Substance Dependent , their ages ranged between 20-40 years, their mean age was 31,11 Years with a standard deviation of 5,98 years. They answered Early Maladaptive Schemas by young scale, Self-Consciousness Scale prepared by (Scheier&Carver,1985), and Quality of Life Scale prepared by(Ismaeil,2013). The results of the study revealed a positive statistically significant correlation between Early Maladaptive Schemas (Emotional Deprivation – Nurturance – Abandonment- Mistrust/Abuse – Social Isolation/Alienation) and private Self- Consciousness, and No statistically significant correlation between Early Maladaptive Schemas (Defectiveness/ Shame – failure –dependence – Vulnerability To Harm Or Illness– Enmeshment – Subjugation – Self-Sacrifice – Emotional Inhibition –Unrelenting Standards – Entitlement/ Grandiosity – Insufficient Self-Control) and private Self- Consciousness, a positive statistically significant correlation between Unrelenting Standards and public Self- Consciousness, and No statistically significant correlation between Early Maladaptive Schemas (Deprivation – Abandonment

(●) Assistant Professor of Psychology , Faculty of Arts-Helwan. University, Helwan University

(●)Assistant Professor of Psychology , Faculty of Arts-Helwan, University, Helwan University

-Mistrust/Abuse - Social Isolation/Alienation - Defectiveness/Shame - failure -dependence - Vulnerability To Harm Or Illness - Enmeshment - Subjugation - Self- Sacrifice - Emotional-Inhibition - Entitlement/Grandiosity - Insufficient Self-Control) and public Self- Consciousness, and a negative relationship between Early Maladaptive Schemas(Emotional Deprivation, Social Isolation/Alienation - Defectiveness/Shame- failure -dependence- Vulnerability To Harm Or Illness- Subjugation, Entitlement/Grandiosity, Insufficient Self-Control) and Quality of Life, while the no relationship between Early Maladaptive Schemas(Abandonment - Mistrust/Abuse - Enmeshment- Self-Sacrifice - Emotional Inhibition- Unrelenting Standards) and Quality of Life, also The results of the study showed the ability Early Maladaptive Schemas(Emotional Deprivation)to predict the private Self- Consciousness, and the ability Early Maladaptive Schemas(Unrelenting Standards) and public Self- Consciousness, and the ability Early Maladaptive Schemas (dependence- Insufficient Self-Contro) Quality of Life, Finally, the results showed There are statistically significant differences in public Self- Consciousness according to educational level in favor of those with intermediate/high level, also There are statistically significant differences in Early Maladaptive Schemas(Enmeshment) according to occupation in favor of this high occupation .

Keywords: Early Maladaptive Schemas -Self- Consciousness- Quality of Life -Psychoactive Substance Dependent.

مقدمة

إن تعاطي العقاقير المسببة للإدمان واستخدامها ظاهرة مزمنة ومتكررة لها أضرار جسدية ومالية وعائلية واجتماعية خطيرة. ولا توجد أي ظاهرة تهدد المجتمعات البشرية بقدر استخدام المواد النفسية. فعلى الرغم من وجود العديد من المخاطر والآثار الجانبية للإعتماد، إلا أن أعداد الضحايا في ازدياد (Salemink et al.,2015). فقد كشف تقرير الأمم المتحدة أن نحو ٣٥ مليون شخصاً يعانون من اضطراب تعاطي المواد النفسية عالمياً وبحاجة إلى خدمات علاجية، كما أشار أطلس منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ٣,٥% - ٥,٧% ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة على الصعيد العالمي يستخدمون مخدرات غير مشروعة، ومنهم نسبة تتراوح بين ١٠% إلى ١٥% يصابون بالاعتماد أو سوء الاستخدام (صديق، ٢٠٢١). وتعد هذه القضية من أهم أزمات العالم الحالي التي تهدد الصحة والرفاهية والاستقرار السياسي والاقتصادي والبنية الاجتماعية للعديد من البلدان في جميع أنحاء العالم (Naeemi et al.,2016). ووفقاً للدراسات التي أجريت (Ball & Cecero,2001; Kazemi & Dideh,2010)، تتأثر عمليات الإستخدام بمعتقدات ومواقف المرضى، فالأشخاص ذوو المواقف السلبية تجاه مشاكل الحياة يتخيلون أنفسهم محاصرين في أحداث غير مرغوب فيها تدفعهم لإستخدام المواد النفسية، ومن ثم تؤثر هذه الافتراضات والمخططات على عملية الإدراك والمعلومات (Godin et al.,2011; Davydov et al.,2012) وتعد المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة معتقدات سلبية عميقة تجاه الذات والآخرين والعالم تكونت خلال السنوات الأولى من الحياة . عادة ما تكون هذه المخططات هادئة ولكن بعض الأحداث غير المرغوب فيها تجعلها نشطة وتؤدي مستويات الإثارة المنبعثة المباشرة أو غير المباشرة إلى أنواع مختلفة من الاضطرابات المعرفية التي من بينها استخدام المواد النفسية لأنه من المتصور أنها حل واحد للتعامل مع المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة. لتجنب المشاعر السلبية التي

تحركها المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة مثل الاستياء الشديد أو القلق أو الضيق أو الشعور بالذنب التي تدفع الأفراد عادة إلى استخدام سلوكيات لاتكيفية مثل استخدام المواد النفسية من أجل تجنب إثارة المخططات والشعور بالإثارة المرتبط بها، (Bojed & Nikmanesh, 2016; Naemi et al., 2013).

وقد افترض يونج عام ١٩٩٦ أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة هي جوهر اضطرابات الشخصية ومشاكل المزاج والعديد من الاضطرابات المزمنة. وذلك لأن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تؤثر على الخبرات الحالية للفرد وعلى معرفته بنفسه وبالعالم من حوله، فهي تمثل قواعد تنظيم وتوجه معلومات الفرد وتؤثر على طريقته في إدراك وتقييم الأحداث من حوله، كما أنها تمثل معتقدات راسخة تؤثر على انفعالات الفرد. كما أن وظيفتها هي هدم الذات مما يؤثر على قدرة الفرد على تنظيم ذاته وتقلل من دافعيته فيركز على الجانب السلبي من الحياة وينعكس ذلك على توجهاته في تحديد أهدافه وتركيز طاقته في تحقيق تلك الأهداف (جاب الله وصابر، ٢٠٢١). كذلك ينتج عن المخططات المعرفية اللاتوافقية العديد من الاختلالات المعرقله للجهود التكيفية مثل تكوين روابط تعاونية، وبناء فرق، والتغلب على النزاعات، والتفاوض (Dimaggio, 2015). وعلى هذا نجد أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تشكل تهديداً لجودة حياة الفرد وتؤدي إلى تدهور عام في جودة الحياة، فالاندفاع، والتشتت، وعدم التنظيم، وعدم الرغبة في الاستمرار في المهام الروتينية أو المملة، والتعبيرات الشديدة عن المشاعر، مثل نوبات الغضب أو الهستيريا، والتأخر المعتاد أو عدم الموثوقية. تشترك كل هذه السلوكيات في التقليل من الجودة الكلية للحياة (Bidadian et al., 2011). التي تعني إدراك الفرد لموقعة في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها الفرد وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته (Hadi, 2022).

لذا كان من الضروري أن يعي الأفراد هذه المخططات التي تؤثر بشكل

سلبى على حياتهم الصحية والبدنية والاجتماعية وغيرها، فالأفراد الواعون بذواتهم يتسمون بقدراتهم على إدراك حالاتهم النفسية أثناء معاشتها ويمتلكون الوعي فيما يخص حياتهم الانفعالية وهم شخصيات استقلالية واثقة من إمكاناتها ويتمتعون بصحة جسمية ونفسية جيدة ويمتلكون مهارة الخروج من حالة المزاج السيئ إلى المزاج الجيد إذ تساعدهم عقلانيتهم في إدارة انفعالاتهم بشكل صحيح (سعيد، ٢٠٠٨، ١١٧). فالوعي بهذه المخططات هو هدف علاجي إلزامي في أي علاج (Dimaggio, 2015). وذلك لأن استراتيجيات منع الإستخدام المحتملة تحتاج إلى تحقيق مخططات تكيفية تنتج لدى الأفراد مشاعر وقدرات أفضل وتمكنهم من التعامل بشكل أفضل مع المشكلات (Bojed & Nikmanesh, 2013).

مشكلة الدراسة

يتضح مما سبق أن استخدام المواد النفسية هو اضطراب جسدى وعقلي واجتماعي ونفسي ينشأ عن الاعتقاد بأن تعاطي المواد النفسية سيكون له نتائج مرغوبة، وقد قام رايان وآخرون عام (Ryan et al, 2012). بفحص العلاقة بين تعاطي المواد الأفيونية ومخططات سوء التكيف المبكرة وأكدوا أن جميع المخططات الثمانية عشر المبكرة لسوء التكيف ذات المستويات المختلفة وجدت لدى مستخدمي المواد النفسية، أي أن المخططات اللاتكيفية المبكرة تعمل كبنية تحتية معرفية، تؤدي إلى معتقدات غير عقلانية ولها مكونات معرفية وعاطفية وسلوكية. عندما يتم تنشيطها، سيزداد مستوى الإثارة وهذا، بشكل مباشر أو غير مباشر، يؤدي إلى ضغوط نفسية بما في ذلك الضيق والقلق وعدم القدرة على العمل واستخدام المواد ذات التأثير النفسي والصراع بين الأشخاص، مما يؤدي إلى إضعاف الصحة البدنية للأفراد، والصحة العقلية، والمشاركة المهنية والأمن الاقتصادي، والعلاقات الاجتماعية، وغالبًا ما تتطلب هذه العواقب سنوات من المساعدة والعلاج. وهذا ما أكدته دراسة باخشى ونيكمانش (BAKHSHI&NIKMANESH, 2013) عن ارتباط المخططات المعرفية

اللاتوافقية باستخدام المواد النفسية. ومن ثم فإن تعديل المخططات المعرفية اللاتوافقية التي تكمن خلف سلوك الاستخدام تؤدي إلى تعديل سلوك الاستخدام، كذلك فإن جودة الحياة ليست بديلاً بسيطاً للصحة أو المرض أو تقدم العلاج، على الرغم من تأثرها بلا شك بهذه العوامل، ولكنها أعمق من هذا فهي تقدم فهم أفضل السبل لدعم جودة حياة المرضى، وبناء الشبكات الاجتماعية، والاحتفاظ بالعلاج أي منع الانتكاس، وفهم الآليات السببية في هذه العلاقات (Muller,2017).

بناءً على ما سبق يتضح:

أولاً: أظهرت نتائج الدراسات أن المخططات المعرفية اللاتوافقية ترتفع لدى مستخدمي المواد النفسية مقارنة بغيرهم من غير المستخدمين، وأن المستخدمين يطبقون مخططات الانفصال / الرفض (Brotchie et al.,2004; Ball & Cecero,2001; Kazemi& Dideh,2010; Shaghaghy et al.,2011; Roper et al ,2010; Dale et al.,2010; Shorey et al., 2013-2014; Naemi et al.,2016) وأوضح الدراسات أيضاً أن جودة الحياة تتخفف لدى مستخدمي المواد النفسية (De Maeyer et al.,2013; Hoseinifar et al.,2011; Taylor et al.,2006) و أن استخدام المواد النفسية يرتبط بضعف جودة الحياة (Laudet et al.,2006) (et al. 2009;Muller,2017 Weiss et al., 2014).

كذلك أوضحت الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين المخططات اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة وذلك كما جاء في دراسة كل من بشارت وآخرون (Besharat et al.,2018) التي توصلت إلى أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تؤثر على جودة الحياة، و دراسة هيدريان فار وآخرون (Heydarianfar et al.,2018)، ودراسة، ودراسة بيدادين وآخرون (Bidadian et al.,2011)، ودراسة الينغي وآخرون (Alinaghi et al.,2020)، ودراسة بوجيد ونيكمنشي (Bojed & Nikmanesh,2013) ودراسة بهاتي وفهد (Bhatti, &Fahd, 2022)

التي توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة، ودراسة داربا وآخرون (Darba et al., 2021) التي توصلت إلى أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تتنبأ بنسبة ٨٤% بجودة الحياة، ودراسة كاتبي (Katebi et al., 2021) التي توصلت إلى أن المخططات اللاتوافقية تتنبأ بجودة الحياة.

وعن وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة والوعي الذاتي فقد توصلت دراسة (جاب الله وصابر، ٢٠٢١) إلى وجود علاقة بين الوعي الذاتي ومخطط الانفصال والنبذ. كذلك توصلت دراسة لفتز (Lefter, 2018) إلى وجود علاقة بين الوعي الذاتي والمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة.

ثانياً: عن الفروق بين مستخدمي المواد النفسية في متغيرات الدراسة وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية نجد بالنسبة لمتغير المخططات المعرفية اللاتكيفية أنفقت دراسة كل من (المهيمزى، ٢٠١٢؛ جمال، ٢٠١٥) على عدم وجود فروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية تعزى لمتغير العمر، وهو ما يختلف مع دراسة (العزى، ٢٠٠٩) التي توصلت إلى وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في المخططات المعرفية اللاتكيفية وفقاً للعمر والفروق تجاه المرحلة العمرية (٣٠ إلى أقل من ٤٠)، ودراسة لند (Lund, 2011) التي توصلت إلى وجود فروق تجاه مستخدمي المواد النفسية الأقل عمراً. وعن المستوى التعليمي توصلت دراسة (العزى، ٢٠٠٩) إلى وجود فروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية بين مستخدمي المواد النفسية وفقاً للمستوى التعليمي والفروق تجاه المرحلة الابتدائية.

وفيما يتعلق بالوعي الذاتي توصلت دراسة (الرفاعي، ٢٠٢٢) إلى عدم وجود فروق في الوعي الذاتي تعزى لمتغير العمر.

أما فيما يتعلق بجودة الحياة فقد توصلت دراسة (الغنيمي، ٢٠١٠) إلى عدم وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في جودة الحياة وفقاً للعمر، وأن

المتزوجين أكثر جودة من غير المتزوجين أو المطلقين أو الارامل. وأن العاملين أكثر من العاطلين. كذلك توصلت دراسة (إسماعيل، ٢٠٢١) إلى أن العاملون يشعرون بجودة الحياة عن غير العاملون، وأن المتزوجين أكثر جودة عن غير المتزوجين أو المطلقين، وأن حملة المؤهل العالي أكثر جودة حياة من أقرانهم من حملة مؤهل قبل الجامعي، أو بدون مؤهل، وأن فئة العمر، ٤١-٥٠ أكثر رضا عن باقي الفئات العمرية الأخرى. وتوصلت أيضاً دراسة (عبد الصمد و أحمان، ٢٠١٩) إلى وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في جودة الحياة وفقاً للمستوى التعليمي والفروق تجاه المستوى التعليمي الثانوى.

ثالثاً: وجود فجوة في الدراسات بالمجتمع المصري فيما يتعلق بمعالجة وتناول هذه المتغيرات معاً بالرغم ما تمثله من قيمة كبيرة في حياة مستخدمي المواد النفسية، وتتضح هذه الفجوة من مراجعة الدراسات العربية والأجنبية والتي يتبين منه عدم وجود دراسة قد تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة على مستخدمي المواد النفسية، مما يعطى هذه الدراسة أهميتها باعتبارها الدراسة العربية والمصرية الوحيدة - في حدود علم الباحثان - التي حاولت معالجة هذه المتغيرات وفقاً للتصميم الارتباطي.

وبناءً على ما سبق، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات، هي:

- ١- هل توجد علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية؟
- ٢- هل تسهم المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة في التنبؤ بالوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية؟
- ٣- هل توجد فروق بين مستخدمي المواد النفسية في كل الوعي الذاتي والمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية(التعليم- المهنة- الحالة الاجتماعية) ؟

أهداف الدراسة:

- في ضوء العرض السابق، تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:
- ١- التعرف على العلاقة الإرتباطية بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.
 - ٢- التعرف على القدرة التنبؤية للمخططات اللاتوافقية المبكرة بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.
 - ٣- الكشف عن الفروق بين مستخدمي المواد النفسية في كل من الوعي الذاتي والمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (التعليم - المهنة - الجالة الاجتماعية).

أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة النظرية في النقاط التالية:

- ١- التحقق من الفروض النظرية والتعرف على علاقة المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة.
- ٢- سد الثغرة الناتجة عن ندرة الدراسات العربية والأجنبية - في حدود علم الباحثان- التي تناولت متغيرات الدراسة بالفحص والدراسة.
- ٣- الاهتمام بالعوامل المعرفية للإعتماد لبناء استراتيجيات التدخل المبني على التصور المعرفي للمشكلة.
- ٤- تناول مفهوم جودة الحياة والذي يُعد مفهوم مركب يتوافق مع المشكلات المركبة لمشكلة استخدام المواد النفسية التي تؤثر على كل من الجوانب النفسية والاجتماعية، سواء في حالة الإستخدام أو التعافي، حيث تم إضافة جودة الحياة كشرط أساسي للتعافي. فتحسين جودة الحياة وليس تقليل الاستخدام في حد ذاته، هو الدافع وراء بدء العلاج، كما أنها تستخدم كمؤشر لجودة العلاج (Muller,2017).
- ٥- فهم أساس الإستخدام والمتمثل في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتي تجعل الفرد يعتمد على المواد النفسية كاستراتيجية لحل مشكلاته ومن

ثم القضاء على جذور المشكلة وما يترتب عليها من نتائج سلبية.

أما من الناحية التطبيقية فنتمثل أهمية الدراسة في:

تفيد نتائج الدراسة في وضع برامج إرشادية علاجية أو تنموية ووقائية للمعتمدين على المواد النفسية تهدف لعلاج المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة عن طريق تنمية الوعي الذاتي وفي الوقت نفسه دعم التغيير بواسطة استراتيجيات أكثر تكيفية وعلاج ذكريات الطفولة السلبية الأمر الذي يساعدهم على تحسين جودة حياتهم.

محددات لتعميم نتائج الدراسة:

حدود زمنية: تم تطبيق أدوات الدراسة خلال شهرى ١١ و ١٢ / ٢٠٢٢ .

حدود مكانية: تم تطبيق الدراسة بعيادات الخط الساخن في القاهرة والإسماعيلية، وكذلك المراكز الخاصة المرخصة لعلاج الإدمان (مركز حارس) في القليوبية.

حدود بشرية: اقتصرت الدراسة الراهنة على عينة من الذكور مستخدمي المواد النفسية.

حدود أدائية: تمثلت في الأدوات المستخدمة في قياس متغيرات الدراسة، والتحقق من فروضها وهي (مقياس المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة، ومقياس الوعي الذاتي، ومقياس جودة الحياة).

مفاهيم الدراسة وأطرها النظرية :

أولاً: مفهوم المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة¹

تم تقديم مصطلح المخططات في علم النفس لأول مرة في الفكر المعرفي حيث استخدمه بارتلليت Bartlett عام ١٩٣٢ الذي أوضح أدوار المخططات في تعلم معلومات جديدة واسترجاع الذكريات الماضية واستخدمه بياجيه

1 -Early Maladaptive Schemas

Piget عام ١٩٥٨ لوصف تركيبات معرفية مرتبطة بالأحداث، وأوضح دوره في النمو المعرفي للأطفال (young et al., 2011,p.11).

ويعرفها يونج عام ١٩٩٩ بأنها بنية معرفية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية لفحص المنبهات والخبرات التي يواجهها الفرد وتتكون لديه من خبرات الطفولة وهي مواضيع وأنماط واسعة الانتشار مستقرة للغاية تنشأ من خلال خبرات الطفولة السلبية تتضمن الذكريات والانفعالات والاحاسيس الجسمية التي تتعلق بالفرد وفي علاقته بالآخرين وتتطور خلال مرحلة الطفولة والمراهقة وتتوسع وتظهر معالمها خلال حياة الفرد وتظل معه طوال حياته وتكون مختلة وظيفياً إلى حد كبير، ويضيف يونج بأنها أنماط معرفية محببة للذات وانفعالية، وتشكل الاطار الذي يستخدمه الفرد لفهم ذاته وعالمه وعلاقاته وهي المسئولة عن الطريقة التي ندرك بها الاشياء و الاحداث وطرق الاستجابة لها.

وطور يونج هذا المفهوم ليكون نسقاً متكاملًا في تفسير الاضطرابات النفسية وعلاجها بالتركيز على جميع جوانب شخصية الفرد (المعرفية والسلوكية والانفعالية والاسرية) ، فعرف مفهوم المخطط عدة تعاريفات حيث أعتبر المخطط نموذجاً فرضه الواقع أو الخبرة، والذي يُمكن الافراد من تفسير الحقائق والتعامل مع المواقف المدركة و توجيه استجابات لهذه المواقف وفقاً لهذا المخطط فوفقاً لعلم النفس المعرفي يعد المخطط بروفيلا معرفياً وبرنامج متكامل مجرد وموجه لتفسير المعلومات وحل المشكلات التي يتعرض لها الفرد خلال حياته بل ويحكم أنماط تواصله مع الآخرين وتفسير سلوكياتهم تجاهه (Young et al.,2003,P.7).

تمثل المخططات الأساسية المعتقدات التي يمتلكها الناس عن أنفسهم والآخرين وبيئتهم، وتتبع بشكل طبيعي من عدم تلبية الاحتياجات الأساسية، وخاصة احتياجات الطفولة العاطفية، بالإضافة إلى أن المخططات تعمل على إرساء الأساس لتشكيل المعتقدات غير العقلانية، من ناحية فهي من ناحية أخرى تغطي على المواقف والتفسيرات والتصورات والعواطف (Alipourchushaly and Taghiloo, 2015).

وتنشأ المخططات المعرفية مبكراً في حياة الفرد وبشكل أكثر تفصيلاً
حدد يونج وآخرون أربعة أنواع من الخبرات الحياتية المبكرة التي تساعد في
إكتساب المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة هي:

الأول: الإحباط المؤدى للاحتياجات (وينشأ عندما يخبر الطفل القليل من كل
شئ) وهنا يتم إكتساب المخططات التي تعكس الضعف في البيئة الأولى، فيفتقد
الطفل لشئ مهم وهو الثبات والفهم أو الحب .

والثاني: التعرض للأذى (وهنا يتعرض الطفل للأذى أو يصبح ضحية) وهذا
ينمي مخططاً يعكس الإحساس بوجود الخطر والألم والتهديد، فيتسم الطفل بعدم
الثقة والحذر المبالغ فيه والإحساس باليأس .

الثالث: في هذه الخبرة (يمر الطفل بكثير من كل شئ) وهنا يتميز القائمون
برعاية الطفل - خاصة الوالدين - بالتدليل والحماية الزائدة مع المبالغة في التدخل
في حياته فينمي الطفل مخططاً يتسم بإفتقاده للحدود الواقعية .

الرابع: أخيراً يتعرض الطفل في النوع الرابع إلى التماثل أو التطابق مع الآخرين
ذوى الأهمية في حياته (فيستدخل أفكاراً ومشاعر وسلوكيات وخبرات الرشد
المؤثرة) وهذه العملية أقرب ما يكون إلى النمذجة فيتكون لدى الطفل مخطط يتسم
باضطراب الذاتية . وهناك عوامل أخرى كالحالة المزاجية للطفل والمحتوى الأسرى
والثقافي الذي يعيش فيه (young et al., 2011,p.12).

هذا وقد حدد يونج أبنية ثابتة تسمى المخططات غير التوافقية المبكرة، وأن إحدى
النماذج التي قد تكون مفيدة فيما يتعلق بعلم النفس المرضى هي نظرية المخطط،
ووفقاً لهذا النموذج فإن المخططات غير التوافقية المبكرة تشمل المعارف والذكريات
والمشاعر والانفعالات والإحساسات الجسمية والتي يعتقد أنها تشكلت أثناء الطفولة
بسبب التعرض لتجارب غير سارة مثل صدمات الطفولة والتعلق غير الآمن، ولذلك
فإن المخططات غير التوافقية المبكرة تعتبر أنماطاً غير توافقية مع الذات وفي
التواصل مع الآخرين، وقد وجد أن المخططات غير التوافقية المبكرة تكون مرتفعة

لدى مستخدمي المواد النفسية ومرضى الوسواس القهري والاكتئاب الشديد وكذلك اضطراب الشخصية الحدية. وعرف بيك وآخرون عام ١٩٩٠ المخطط بأنه "بنية معرفية لفحص وترميز وتقييم المعلومات التي يصطدم بها الإنسان من خلال هذه المخططات يكون الفرد قادراً على توجيه ذاته، وعلى تصنيف وتفسير الخبرات بطريقة ذات معنى (جاب الله وصابر، ٢٠٢١).

الأطر النظرية المفسرة لمفهوم المخططات المعرفية اللاتوافقية

١- نظرية المخططات لـ آرون بيك

إن أبرز النماذج النظرية المفسرة للمخططات المعرفية هو النموذج المعرفي الذي يفترض أن مشاعر الأفراد وسلوكياتهم تتأثر بأدراكهم للأحداث، إنه ليس موقفاً بذاته هو الذي يحدد كيف يشعر الناس، ولكنها الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف. ووفقاً لهذا النموذج، فإنه تتكون لدى الأفراد أثناء مرحلة الطفولة معتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، وأن أكثر المعتقدات عمقاً هي مفاهيم أساسية وراسخة وعميقة، بحيث إنهم غالباً لا يعبرون عنها في كلمات حتى لأنفسهم إن هذه الأفكار ينظر إليها الشخص كحقيقة مطلقة، لذا فهي يطلق عليها المعتقدات الجوهرية وهي تمثل المستوى الأساسي من البنية المعرفية، وهي كلية وجامدة ومعممة بطريقة شديدة، أما الأفكار الآلية، أي الكلمات الواقعة أو الأخيلة التي تدور في عقل الشخص هي دائماً متعلقة بالموقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية. أما الجانب المعرفي الذي يصف مجموعة من التشويهاات المعرفية الأخرى فيسمى المعتقدات الوسيطة، وهي تقع بين الاثنين: الفروض والقواعد والاتجاهات. إن المعتقدات الجوهرية تؤثر في رؤية الفرد للمواقف والتي تؤثر بالتالي في كيفية تفكيره وشعوره وتصرفاته (بيك، ٢٠٠٧، ص. ٣٨-٣٩).

٢- نظرية المخططات ليونج

تعد نظرية المخططات التي قدمها ليونج إحدى النظريات التي تهدف إلى تفسير العلاقة بين الخبرات التي يمر بها الفرد في الطفولة والعلاقات الاجتماعية

المتبادلة في الرشد وصيغت هذه النظرية اعتماداً على نظرية بيك المعرفية . اقترح يونج أن خبرات التعلم المبكر ، بالتزامن مع المزاج الفطري، يشكل الأساس للمخططات، والتي لها دور في تكوين اضطرابات المزاج والقلق المستمرة في مرحلة البلوغ.

نظر يونج للمخططات المعرفية على أنها مركبات ثابتة ومستمرة تنشأ مبكراً في الحياة وتشكل مفهوم الفرد لذاته، وتؤثر في معالجة المعلومات التي ترتبط بالذات والبيئة المحيطة بالفرد، وتعد المخططات المعرفية المبكرة اللاتوافقية التي اقترحها يونج تطويراً لأفكار "بيك" حول التشوهات المعرفية وثالوث الاكتئاب.

اقترح يونج وآخرون (٢٠٠٣) أن خبرات الطفولة المبكرة لا تعمل بمفردها في التأثير على تفاعل الطفل مع العالم من حوله. على وجه التحديد، تؤثر الحالة المزاجية الفريدة للطفل، أو الاستعداد الفطري للتفاعل مع البيئة، على الطريقة التي يدرك بها الأطفال أو يتعرضون للمثيرات السلبية. يمكن للمزاج التفاعلي، بالتزامن مع خبرات الطفولة المبكرة، أن يتداخل مع تلبية الاحتياجات الحاسمة لنمو الطفل، وبالتالي يساهم في تكوين نظام الإدارة البيئية. وفقاً ليونغ وآخرون (٢٠٠٣)، يمكن أن يساهم تطوير نظام الإدارة البيئية في مجموعة متنوعة من النتائج النفسية والاجتماعية في مرحلة البلوغ، بما في ذلك الاحتمال الأكبر للإصابة بالاكتئاب (Jesinoski, 2010).

ومن الجدير بالذكر أيضاً، أن سلوك الفرد ليس جزءاً من مخططه الشخصي في حد ذاته، وإنما يعتقد أن السلوكيات اللاتكيفية تنشأ كاستجابة منطقية للمخطط، وعلى ذلك فالمخططات تستثير السلوك ولكنها ليست جزءاً منه، حيث تعكس عديداً من السلوكيات الطريقة التي نواجه بها المخططات. كما أنها متعددة الأبعاد وتعنى أن درجة شدتها متدرجة في طبيعتها، فكلما كانت حادة ازداد عدد المواقف التي يمكن أن تنشطها (young et al., 2011,p.11).

٣- نظرية جون بولبي

يرى جون بولبي أن المخططات هي بناء منظم أو نماذج معرفية تتكون خلال مرحلة الطفولة بالتفاعل مع الوالدين والآخرين، وهي تعمل بطريقة تلقائية لا شعورية وتستقبل من خلال المعلومات الواردة إلينا من البيئة الخارجية عبر أعضاء الحس، كما أنها تحدد تصورتنا عن أنفسنا وعن الآخرين وعن العالم الخارجى وتعمل كقواعد للسلوك وتنظيم الذات والعلاقات الاجتماعية والانفعالية، كما أنها تحدد استراتيجيات مواجهة الضغوط وكذلك الشخصية وطبيعة الاضطرابات التي قد يعانى منها الفرد، فإن إدراك الطفل أن الوالدين يستجيبان لحاجاته ويحترمانه ويقدرانه فإن مخططاته بالنسبة لذاته تكون هي الشعور بالقيمة والثقة والاستحقاق ويشعر أن الآخرين يحبونه ويتقنون فيه والعكس يحدث عندما يشعر الطفل بإهمال الوالدين له أو رفضه فيكون مضمون مخططاته هي إهمال والديه له أو رفضه وعدم محبته فيكون مضمون مخططاته بالنسبة لذاته هي الشعور بعدم الثقة وعدم القيمة وتكون مخططاته تجاه الآخرين عدم الثقة بهم والقلق تجاههم والنظرة السلبية للحياة والمستقبل (على، ٢٠١٥).

خصائص المخططات المعرفية اللاتوافقية

إن للمخططات المعرفية خصائص محددة تتمثل فيما يلي:

- (١) إن المخططات لا تركز فقط على الصدمات المعاشة أثناء الطفولة وإنما هناك عوامل أخرى تسبب تطورها فالتجارب السيئة المكررة أثناء الطفولة و المراهقة يمكن أن تكون من أسباب المخططات.
- (٢) تكافح المخططات من اجل استمرارها، فالمخطط يمثل بالنسبة للفرد شيئاً معروفاً و مألوفاً عنده فرغم انه يجعله يعانى فهو معتاد عليه و يحس بالراحة معه. فالأشخاص تثيرهم الحوادث التي تنشط مخططاتهم وهذا من بين الأسباب التي تجعل المخططات صعبة التغيير.
- (٣) تظهر المخططات خلال الطفولة و المراهقة و تمثل بالفعل خصائص المحيط العائلي للطفل، فالمخطط يمثل بدقة طبيعة المحيط الذي يعيشه

- الطفل فهي تتمحور أو تتمركز حول الواقع فالطفل لا يخطئ إحساسه
لمعاملة الوالدين له و لكن يمكن أن يخطئ في تفسيره أو إيجاد أسباب
لذلك.
- (٤) تؤثر المخططات في طريقة إدراك الأشياء و كيفية التصرف والسلوكيات
تصبح مماثلة للوضعيات التي تشبهها فهي تضع بصمة الماضي و
الطفولة على الحاضر.
- (٥) إن للمخططات أبعاد بمعنى أنها تحتوى على مستويات مختلفة من الشدة
و الخطورة فكلما كان المخطط حاد ينشط أكثر في عدة وضعيات و
الانفعالات المرتبطة بها تكون أكثر سلبية و تترك اثرعلى حياة الفرد.
- (٦) يمكن أن تكون ايجابية أو سلبية،مبكرة أو متأخرة،فالمخططات الايجابية
و المتأخرة هي مخططات تكيفية بينما المخططات السلبية والمبكرة هي
مخططات اختلالية وغير توافقية.
- (٧) يمكن أن تكون إشرافية أو غير إشرافية التي تكون عندما تتطور مبكراً
وتصبح معتقدات أساسية صلبة و لاعقلانية بينما الإشرافية تكون عندما
تتكون مؤخرًا تكون ثابتة و قابلة للتغيير.
- (٨) إن المخططات الإشرافية يمكن أن تكون أحيانا ثانوية ترتبط بالمخططات
غير الإشرافية و تتطور كطريقة للتكيف مع هذه الأخيرة مثل الخضوع
للإجابة عن الإهمال أو الطلبات المثالية أو التضحية للإجابة عن عدم
الإلتقان (Young, et al., 2003 , p.35-51)

ثانياً: مفهوم الوعي الذاتي¹

من الضروري أن نبدأ بتعريفات واضحة للمصطلحات الأساسية، حيث
ينتشر الخلط بين "الوعي" و "الوعي الذاتي" فقد اقترح عالم الاجتماع جورج
هربرت ميد (١٩٣٤) تمييزاً كلاسيكياً بين تركيز الانتباه إلى الخارج تجاه

1 Self- Consciousness

البيئة (الوعي^١)، وإلى الداخل نحو الذات (الوعي الذاتي). عندما أكون "واع"، يمكن للكائن الحي أن ينجح في معالجة المعلومات الواردة من البيئة والاستجابة لها بشكل تكيفي. يشير الوعي الذاتي إلى الانتباه المتمركز حول الذات، في هذه الحالة، يقوم الفرد بإدراك ومعالجة وتخزين المعلومات المتعلقة بالذات بنشاط. التمييز المهم هنا بين الوعي والوعي الذاتي يكمن في: أن الفرد يمكنه أن يدرك ويعالج المنبهات من البيئة (على سبيل المثال، اللون، الطعام) دون أن يعرف صراحة أنه يفعل ذلك (الوعي). ويصبح الفرد مدرِّكًا لذاته عندما يفكر في تجربة إدراك ومعالجة المنبهات (على سبيل المثال، أرى جسمًا أزرق، أنا أكل طعامًا ومذاقه جيدًا). وعلى هذا نجد أن الوعي الذاتي يمثل ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد تشمل مجالات ذاتية مختلفة، بمعنى يمكن للفرد أن يفكر في الماضي (السيرة الذاتية) والمستقبل (التنقيب). وبالمثل، يمكن للفرد أن يركز على عواطفه وأفكاره وسماته الشخصية وتفضيلاته وأهدافه ومواقفه وتصوراته وأحاسيسه ونواياه وما إلى ذلك. فالسمات هي جوانب ذاتية خاصة يمكن تمييزها عن الأبعاد الذاتية العامة - الخصائص المرئية - مثل جسد الفرد، والمظهر الجسدي، والسلوكيات. ويستلزم الوعي الذاتي أيضًا إحساسًا بالاستمرارية كشخص عبر الزمن ويتضمن شعورًا بالذات على أنها متميزة عن بقية البيئة.

وفي هذا الصدد يشير مورين (Morin, 2011) إلى أن الوعي يتكون من أربعة مستويات هي اللاوعي^٢، ويشير إلى عدم الاستجابة للذات والبيئة. والوعي^٣: ويقصد به تركيز الانتباه على البيئة ومعالجة المحفزات الخارجية الواردة. والوعي الذاتي^٤: ويقصد به تركيز الانتباه على الذات ومعالجة المعلومات الذاتية الخاصة والعامة. والإدراك الذاتي للوعي^٥: ويشير إلى

- 1 Self- Consciousness
- 2 Unconsciousness.
- 3 -Consciousness.
- 4 -Self- Consciousness.
- 5 -Meta- self- awareness.

إدراك الفرد لذاته. والإدراك الذاتي للوعي.

يتضح مما سبق أن الوعي الذاتي جزء من الوعي الذي يتطلب وعي الفرد بذاته وبذات الآخرين الاهتمام الكبير من قبل المجتمعات البشرية المختلفة وذلك لأن فهم الأفراد لذواتهم وذوات الآخرين يحدد إلى مدى بعيد السلوك المقبول منهم اجتماعياً.

ويعرف باس عام ١٩٨٠ الوعي الذاتي على أنه قدرة الفرد على توجيه الانتباه أما نحو ذاته أو خارجها (نحو البيئة) وهذا التوجه الانتباهي يسبب حالة من التقويم الذاتي الانسي(المرشدي و جنجون، ٢٠١٧).
كذلك يعرف الوعي الذاتي على أنه معرفة الفرد بذاته وإدراكه لانفعالاته وأسبابها الظاهرة والكامنة وتوظيف معايير الأخلاقية التي تشعره بإنسانيته وتوظيف مبادئه الإنسانية فإنه يجعل من هذه المعرفة أهمية تكسبه مهارات إيجابية في إدارة ذاته وكيفية التعامل مع البيئة وهذا يؤهله لإنجاز رسالته الإنسانية ومهامه الفعالة وطموحاته الشخصية(Hadi,2022).

وقبل الانتهاء من عرض التعريفات يجب أن نشير إلى أن نيون وفوجلبي (Newen & Vogeley 2003) قد ميزوا بين "الوعي الذاتي المفاهيمي"^١، حيث يمكن للفرد أن يمثل نفسه من الناحية المفاهيمية، بما في ذلك حالاته العقلية، و"الوعي الذاتي التمثيلي الفوقي"^٢، والذي يتكون من بناء الفرد لنموذج عقلي لـ نفسه والآخرين، ويتضمن الوصول إلى المعرفة التلقائية (السيرة الذاتية). أي أن الوعي المفاهيمي يتعلق بشكل فريد بالذات وتجاربها العقلية، والوعي التمثيلي الفوقي يتضمن ذكريات الذات والاستنتاجات حول تجارب الآخرين. المستوى النهائي للوعي هو الوعي الذاتي الفوقي - إدراك الفرد أنه مدرك لذاته .

وتعرف الباحثتان الوعي الذاتي إجرائياً وفقاً لتعريف ساشر وكارفر Scheier &

1 -conceptual self-consciousness.

2 -meta-representational self-consciousness.

Carver (1985) الذي نص على أن الوعي الذاتي هو قياس الفروق الفردية في التركيز الذاتي. وذلك وفقاً للدرجة التي يحصل عليها المعتمد على مقياس الوعي الذاتي المستخدم في الدراسة الحالية.

أبعاد الوعي الذاتي

يمكن تصنيف الوعي الذاتي إلى ثلاث أبعاد تتمثل في:

البعد المعرفي: ويقصد به إدراك الفرد للأفكار والانفعالات المتعلقة بالأحداث التي يمر بها من خلال الانتباه لها ومراقبتها وتسميتها، وإدراك العلاقات فيما بينها.

البعد الانفعالي: ويقصد به استبصار الفرد بانفعالاته والتعبير عنها بشكل دقيق.
البعد السلوكي: ويقصد به قدرة الفرد على التعبير عن الوعي بذاته من خلال بناء سلوكيات تتمثل في قدرته على إتخاذ القرارات الخاصة ورصد أفعاله وعواقبها وتحديد نقاط قوته وضعفه والتعبير عن نفسه بثقة (موسي، ٢٠١٧).

وقد أوضحت أبو المجد (٢٠١٦) أن الوعي الذاتي يتكون من الأبعاد التالية:

- **الثقة بالنفس:** ويقصد بها إدراك الفرد لكفاءته وقدرته على التعامل مع المواقف المختلفة مع اعتباره لذاته دون إفراط أو تفريط والاطمئنان الذي يحقق النجاح.
- **مراقبة الأفكار:** ويقصد بها رصد الفرد لأفكاره المسؤلة عن حالته النفسية ومعرفتها بدقة ومعرفة الأسباب الحقيقية لها وتميز الأفكار الإيجابية منها.
- **مراقبة المشاعر:** ويقصد بها تعرف الفرد على مشاعره وقت حدوثها في سكونها وتقلباتها ومعرفة علاقة المشاعر بواقع حياته واستجابته للمواقف.
- **تقييم الذات:** ويقصد بها إصدار الفرد حكم على مشاعره وأفكاره والقدرة على معرفة نواحي القوة والضعف في شخصيته.

كذلك يمكن تصنيف الوعي الذاتي إلى:

- **الوعي الذاتي الخاص¹**: ويقاس الميل إلى الاهتمام بالأفكار والمشاعر والدوافع الداخلية التي لا يمكن للآخرين الوصول إليها بسهولة.
- **الوعي الذاتي العام²**: ويركز على الاهتمام بالجوانب الذاتية التي يتم عرضها للآخرين (الجمهور) مثل المظهر والطبع (Scheier & Carver, 1985). وهذه الأبعاد هي ما ستعتمد عليه الدراسة الراهنة.

النظريات المفسرة للوعي بالذات

نظرية داينر عام ١٩٧٩ Diener

تري هذه النظرية أنه عندما يكون الفرد في مواقف اجتماعية مختلفة أو تمر عليه ظروف حياتية أخرى، كأن يكون في حالة اندماج تام مع أفراد الجماعة، ففي هذه الحالة ينحسر الوعي الذاتي والفهم الذاتي³ الذي يؤدي إلى نشوء حالة اللاتفرد وانتفاء الشعور بالهوية الفردية (الذاتية)، وعندما تنشأ هذه الحالة فقد يفقد الفرد جانباً مهماً من قدراته على التوجيه الذاتي⁴، وهذا قد يؤدي إلى ضعف الضوابط والمعايير السلوكية لدى الفرد، وتضاؤل الاهتمام بما يقوله الآخرون عنه، وما يصدر من الآخرين من أحكام قد تكون قاسية في بعض المواقف أو تتحدد -تتقلص- لدى الفرد القدرة على التفكير العقلاني في عملية التوازن بين وعيه بذاته الخاصة والشعور بها، وبين الوعي بالموضوع الذي يوليه للانتباه نحو الآخرين (مكفلين وغروس، ٢٠٠٢).

نظرية باس عام ١٩٨٠ Buss

صاغ باس عام ١٩٨٠ نظرية الوعي الذاتي لدى الأفراد وهي تضم محورين أساسيين هما، الذات الحسية مقابل الذات المعرفية، والوعي الذاتي الخاص مقابل الوعي الذاتي العام، وقد أكد مدى أهمية التمييز بين الذات

1 -private Self- Consciousness

2 -public Self- Consciousness

3 -Self- Understand

4 -Self-Guidance

الحسية المبكرة وبين الذات المعرفية المتقدمة وترتبط الذات الحسية بالعمليات التي تعتمد على الحواس، فهو يؤكد أن لكل فرد ذاتاً مستقلة عن غيره، وأن ما يحدث للفرد ليس أكثر أهمية من الذي يحدث للأخرين، ويرى أن المجموعة الأولى من الحقائق تشير إلى مفهوم الذات من الأحداث الحسية وأن كل فرد على وعي ومعرفة تامة بحدود جسمه وإمكانه التميز بين الأحداث التي تقع داخل الجسم أو خارجه، بحيث يكون جزءاً فعالاً من الفرد والجزء الأخر منه غير فعال، ويستطيع الفرد أن يميز بين أنا ولست أنا وهو أساس الاستدلال على الذات، وهذه هي الذات الحسية، أما الذات المعرفية فهي تظهر مع تقدم العمر وهي توجد فقط لدى الراشدين وليس الأطفال وتظهر هذه الذات في ثلاثة أنماط رئيسية من السلوك وهي: تقدير الذات، والسلوك الداخلي غير الظاهر، والتميز بين إدراك الفرد وتفسيره لما يدور حوله من أحداث وبين إدراك وتمييز الآخرين لهذه الأحداث (خلال: جاب الله وصابر، ٢٠٢١).

ثالثاً: مفهوم جودة الحياة^١

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي حظيت باهتمام واسع سواء على مستوى الإستخدام العلمي أو الإستخدام العلمي العام في حياتنا اليومية. ووفقاً ل فان وماكنسن عام ٢٠٠٧، Van & Maknsn فإن جودة الحياة مصطلح واسع يغطي مجموعة متنوعة من المفاهيم مثل الحالة الجسدية والتماسك الاجتماعي والحالة العقلية والإدراك الصحي استناداً إلى التقييمات الطبية، بما في ذلك الصحة وأداء المرضى والفعالية العلاج، وفي النهاية جودة وكفاءة العلاج والرعاية (Moghaddam & Jomehri, 2016).

وتعرف جودة الحياة على أنها قدرة الأفراد على التحكم بحياتهم وإدارتها بما يتناسب مع طبيعتهم النفسية والشخصية، وكما يدركون هذه الحياة بجميع أبعادها الصحية، والنفسية، البيئية، وإدارة الوقت مع إجادة التعامل

1 -Quality of Life

معها (العشري، ٢٠١٩).

وتعرف جودة الحياة أيضاً على أنها حالة من المرح والهناء والرضا والإشباع، وهي تنشأ من إشباع الدوافع وتستمر إلى مستوى الرضا النفسي (جابر والكفافي، ١٩٩٠، ص ١٤٨٥).

وقد اعتمدت الباحثتان تعريف جودة الحياة إجرائياً وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بإنها " تصور الأفراد لمكانتهم في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعيشون فيها وفيما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم (WHOQOL Group, 1996). وذلك وفقاً للدرجة التي يحصل عليها مستخدمي المواد النفسية على مقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة الحالية.

مؤشرات جودة الحياة

ظهر خلال العقدين الماضيين نوعان من المؤشرات لجودة الحياة هما: **المؤشرات الموضوعية**: ويهتم بها الأخصائيون والعاملون بأجهزة الدولة والعلماء والمنظمات الدولية المهتمة بالتنمية وتشمل (السكان، المكانة الاجتماعية، العمل، الدخل وتوزيعه، المواصلات، والإسكان، والتعليم، والصحة). **المؤشرات الذاتية**: وتهتم بتقييم جودة الحياة كما يدركها ويستجيب لها الأفراد وما تحققه لهم من إشباعات، ومن ثم مدى شعورهم بالرضا والسعادة، فسعادة الافراد ورضاهم أو تعاستهم وسخطهم هو أفضل مؤشر لجودة الحياة (صالح، ١٩٩٠).

أبعاد جودة الحياة

أن جودة الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد، لان كل منا ينظر إلى جودة حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات، وهو مفهوم نسبي لدى الفرد ذاته وفقاً للمراحل العمرية والمواقف التي يعيشها ويتعايش معها (الراسبي، ٢٠٠٦: ١٣٥)، ونذكر من هذه الأبعاد ما يلي:

يذكر فلس وبيري أن جودة الحياة نموذج ثلاثي الأبعاد يعكس التفاعل بين ظروف الحياة، والرضا عن الحياة، القيم الشخصية، وأوضاعها على النحو التالي:

- **ظروف الحياة:** وتتضمن الوصف الموضوعي للأفراد وللظروف المعيشية لهم.
- **الرضا الشخصي عن الحياة:** ويتضمن ما يعرف بالإحساس بحسن الحال والرضا عن ظروف الحياة وأسلوبها.
- **القيم الشخصية والطموح الشخصي:** ويتضمن القيمة أو الأهمية النسبية التي ينظر بها الفرد لمختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية (نريمان، ٢٠٢٠).

وترى رايف وكيس (1995)، Ryff & Keyes أن جودة الحياة تتكون من الأبعاد التالية:

- **تقبل الذات^١:** وهو تقييمات الفرد الايجابية لذاته، ولحياته الماضية .
 - **العلاقات الايجابية مع الآخرين^٢:** وتعني قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد، والعطاء.
 - **الاستقلالية^٣:** وتعني قدرة الفرد على تقرير مصيره، وتنظيم السلوك الشخصي.
 - **الكفاءة البيئية^٤:** وتعني قدرة الفرد علي إدارة حياته وعالمه المحيط به بفاعلية .
 - **الهدف في الحياة^٥:** وتعني اعتقاد الفرد بأن حياته هادفة وذات معني .
 - **النمو الشخصي^٦:** وهو إحساس الفرد بالنمو، والتطور، المستمر
- ويذكر فينتيجودت عام ٢٠٠٣ أن أبعاد جودة الحياة تتمثل في: **جودة**

1 -Self-Acceptance

2 -Positive Relations With Others

3 -Autonomy

4 Environmental Mastery

5 Purpose in Life

6 Personal Growth

الحياة الذاتية: التي تشمل الشعور بحسن الحال، والرضا عن الحياة، والسعادة، وإيجاد معنى للحياة، و**جودة الحياة الوجودية:** ويقصد بها جودة الحياة على مستوى أعمق، حيث يمتلك الشخص طبيعة تستحق أن تحترم، وأن يعيش في انسجام واتساق مع الأفكار الدينية والروحية التي حددت طبيعة وجوده في العالم، و**جودة الحياة الموضوعية:** وتتضمن الإشباع البيولوجي، وإدراك قوة الحياة، والمعايير الموضوعية مثل المعايير الثقافية، وقد وضعت هذه الجوانب على متصل يمتد من الذاتية إلى الموضوعية مع وضع جودة الحياة الوجودية في المنتصف، حيث تعكس عمق الطبيعة البشرية، ويطلق على هذا المتصل النظرية التكاملية لجودة الحياة لأنه يدمج العديد من نظريات جودة الحياة (أبو حلاوة، ٢٠١٠).

بينما حدد منسي وكاظم (٢٠٠٦، ٧٠) أبعاد نوعية الحياة فى ستة مكونات وهي، نوعية الحياة العامة / نوعية الحياة الأسرية والاجتماعية / نوعية التعليم والدراسة / نوعية العواطف (الجانب الوجداني) / نوعية الصحة النفسية / نوعية شغل الوقت وإدارته.

وتوضح منظمة الصحة العالمية (WHO, 1997) أن جودة الحياة تشتمل على أربعة أبعاد أساسية هي:

- **المجال الجسمي،** يتكون من مجالات أنشطة الحياة اليومية، واستخدام المواد النفسية (العقاقير)، والطاقة والتعب، وقابلية الحركة، والمساعدات الطبية، والألم والمشقة.
- **المجال النفسى،** يتكون من مجالات صورة الجسم ومظهره العام، والمشاعر الإيجابية، والمشاعر السلبية، وتقدير الذات، والجوانب الروحية / الدينية / المعتقدات الشخصية، التفكير والتعلم والتركيز.
- **مجال العلاقات الاجتماعية،** ويتكون من العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، والنشاط الجنسى.

- **المجال البيئي**، ويتكون هذا المجال من الموارد المالية، والحرية والأمن والأمان البيئي، والرعاية الصحية والاجتماعية، البيئة المنزلية "مكان المعيشة"، الفرص المتاحة بغرض اكتساب مهارات ومعلومات جديدة. وهذه الابعاد التي ستعتمد عليها الدراسة الراهنة.

النظريات والنماذج المفسرة لجودة الحياة

النظرية المعرفية

تفسر جودة الحياة بناءً على قاعدتين أساسيتين الأولى: تتوقف درجة شعور الفرد بجودة الحياة على كيفية إدراكه لجوانب الحياة المختلفة. والثانية: كنتيجة للاختلاف بين الأفراد في الإدراك لجوانب الحياة المختلفة، فإن العوامل الذاتية كالأهواء والرغبات والميول والحاجات والخصائص الشخصية هي الأقوى أثراً في درجة شعورهم بجودة الحياة بالمقارنة بالعوامل الموضوعية.

النظرية الإنسانية

ترى أن جودة الحياة ترتبط بمفهوم الذات وتتأثر بالتفاعل المتبادل بين عنصرين أساسيين الأول: وجود كائن ملائم أي قادر على فهم ذاته وحل مشكلاته واتخاذ قراراته بنفسه. والثاني: وجود بيئة جيدة تهيئ للفرد الظروف الملائمة لتنمية ذاته وحل مشكلاته واتخاذ قراراته وتحقيق أقل مستوى له للتطور والارتقاء في الحياة (حافظ، ٢٠١٩).

نظرية ناييس لجودة الحياة

تركز هذه النظرية على الجوانب الذاتية لتقييم جودة الحياة وتتكون من أربعة مكونات لها عدد من الأبعاد هي النشاط، والعلاقات الاجتماعية الجيدة، والتقدير الإيجابي للذات، والسعادة. وتعكس جودة الحياة مفهوم طيب الحال وينبغي أن نركز على النواحي الذاتية وليس الموضوعية المحيطة بالشخص (عبد الخالق، ٢٠١١).

النظرية التكاملية لجودة الحياة

يعرف هذا المنظور جودة الحياة على أنها الحياة الجيدة والتي يمكن تحقيقها من خلال ثلاثة أنماط من العوامل : العوامل الذاتية¹ وترتكز على كيفية شعور الفرد بالحياة الجيدة وتقييمه لها، والعوامل الموضوعية² والتي تعتمد على خصائص العالم الخارجي المحيط بالفرد، والعوامل الوجودية³ فتختص بما تعنيه هذه الحياة الجيدة للفرد (إبراهيم وصديق، ٢٠٠٦). ويمثل الجانب الوجودي لجودة الحياة أعمق جزء للفرد، أما الجانب الإدراكي والتقييمي لجودة الحياة والجانب الموضوعي يحتوي على الخصائص البيولوجية للفرد وإمكانية الحياة الواقعة (Venteegadt,2003).

نموذج مدى الحياة :

أعد هذا النموذج ستارك وفولكينر ١٩٩٦ Stark & Faulkner والذي يوضح أن المتغيرات المهمة التي يفترض تأثيرها على جودة حياة الفرد عبر مراحل العمر المختلفة، وهذه المتغيرات هي : العناية بالصحة، والبيئة التي يعيش فيها الفرد، ومستوى الشعور بالانتماء للأسرة وطبيعة العلاقات داخلها، والعلاقات الاجتماعية /الوجدانية مع الآخرين، والتعليم، وبيئة العمل، والنشاط الذي يمارسه الفرد في وقت فراغه ومدى أستغلاله لهذا الوقت على نحو خلاق. ويطرح هذا النموذج تصوراته الخاصة بنوعية الحياة في خمسة مراحل ارتقائية هي : الطفولة المبكرة، والطفولة المتأخرة، والمراهقة، والرشد المبكر، والرشد المتأخر. ويرى الباحثان أن المساندة الاجتماعية من أهم المتغيرات التي تؤثر على نوعية الحياة، ويصنفاها إلى أربعة مستويات هي المساندة المتقطعة والمساندة المحدودة، والمساندة الممتدة، والمساندة المتواصلة. وتتباين جودة حياة الفرد وحاجاته إلى المساندة الاجتماعية بتباين مجالات

1 -Subjective Spectrum
2 -Objective Spectrum
3 -Existential Spectrum

حياته، ويرى الباحثان أن البيئة المعيشية من أكثر مجالات نوعية الحياة أهمية، حيث تعد مؤشراً رئيسياً لنوعية الحياة لما لها من وقع كبير على الارتقاء الاجتماعي والانفعالي للأفراد. ويضيف الباحثون أبعاد أخرى لنوعية الحياة منها: إمكانية حصول الفرد وأسرته على خدمات تصل إليهم في المنزل، والمشاركة المجتمعية، وبتاح للفرد عديد من الاختيارات في الحياة، وشعور الفرد بالأمان، وقدرة الفرد على تنظيم دخله لتحقيق أهدافه، وشعوره بالعافية. كما أن تفاعل العوامل الشخصية والعوامل البيئية له دور بالغ الأهمية في تشكيل تصور الفرد لنوعية حياته (المغربى، ٢٠١٠).

العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة

يعاني بعض الأفراد من المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة لتجارب الطفولة السلبية التي تؤثر على طريقة تفكيرهم ومشاعرهم و سلوكهم في العلاقات الحميمة اللاحقة وغيرها من جوانب حياته (Heydariyanfar, 2018). المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تخفض من جودة الحياة لأن الشخص الذي يعاني من خلل وظيفي مبكر في المخطط يكون له معتقدات عن نفسه تجعله / لها يشعر بالضعف وعدم الفعالية والعجز، والتوتر المفرط. وهم أكثر تأثراً بأحداث الحياة السلبية. بالإضافة إلى ذلك، يكون لدى الفرد ميل لتجربة المشاعر السلبية، مثل القلق والخوف والغضب والعداء والحزن والشعور بالذنب والكرهية، هو المكون الرئيسي للذهان (Katebi et al., 2021). يشكل وجود هذه المخططات في الشخص تهديداً لنوعية حياته ويؤدي إلى تدهور عام في جودتها فقد وجد أن العزلة الاجتماعية / الاغتراب هو عامل خطر يؤثر على الإدراك الفردي على سبيل المثال، يعتقد المرضى الذين يعانون من هذا المخطط أنهم مختلفون عن الآخرين. وإنهم لا يشعرون بأنهم جزء من معظم المجموعات ويشعرون بالعزلة أو الإهمال أو "النظر من الخارج إلى الداخل". أي شخص يكبر ويشعر بالاختلاف قد يطور المخطط. تشمل الأمثلة الأشخاص الموهوبين، وأفراد العائلات المشهورة، والأشخاص الذين يتمتعون بجمال جسدي كبير أو قبح، والمثليين من الرجال والنساء،

وأفراد الأقليات العرقية، ومدمني الكحول، والناجين من الصدمات، والأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية، والأيتام أو المتبنين، والأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقة الاقتصادية أعلى أو أدنى بكثير من تلك الموجودة حولهم. كذلك فإن الحرمان العاطفي، والفشل، والمعايير الصارمة / الحرجة المفرطة تؤثر على العلاقة الاجتماعية. كما أن هذا الارتباط بين العلاقة الاجتماعية مع هذه المخططات يتوافق مع خصائص هذه المخططات والتي تؤثر على جودة الحياة (Bidadian et al., 2011).

العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة والوعي الذاتي

تعمل المخططات داخل وخارج الوعي. غالبًا ما تكون إجراءات تلقائية توجه التفاعلات، ويتم تفعيلها في ظل وجود الحد الأدنى من الإشارات ووفقًا للإجراءات الروتينية التي تم تعلمها من خلال النمو (Dimaggio, 2015). وفي هذا أشار بيك إلى أن الاستجابة الإنفعالية تتحدد من خلال طريقة الفرد في تنظيم خبراته، وأوضح أن استقبال أي موقف والتعامل معه في ضوء أن هذا الموقف جيد أو سيئ لى، فإن هذا يؤدي على التوالي إلى مشاعر سلبية أو إيجابية، ترتبط بإدراك الفرد لكثير من الأحداث في المواقف الحياتية، وأن الحالة الشعورية للفرد بوصفها استجابة لموقف معين، ما هي إلا انعكاس لطريقة تفسيره وإدراكه للموقف، وعلى هذا فالتعقيد في الاستجابة يحدد درجة تعقيد الأفكار التي تسبقها (Worsfold, 2009, p.220).

كذلك أكد يونج وآخرون عام ٢٠٠٣ على أهمية التركيز على العلاقات التفاعلية بين الخبرات التي يمر بها الفرد في مرحلة الطفولة، وبين وضعه الحالي كمشخص ناضج في رؤيته لذاته وللآخرين وللعالم من حوله، ولذلك طور يونج العلاج بالمخططات للاضطرابات النفسية المزمنة من خلال فحص العلاقة بين الخبرات المبكرة في مرحلة الطفولة والجوانب الفطرية غير التوافقية والوظائف الحالية ومدى تأثيرها على الجوانب الحالية للفرد (الجوهري، ٢٠١٨، ٦٤).

رابعاً: اضطراب استخدام المواد النفسية

جدير بالذكر أنه حُذفت كلمة "إدمان" من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ١٩٨٠، ويرجع ذلك إلى أن التعريف الخاص بها غير مؤكد فضلاً عما تحمله الكلمة من مضمون سلبي، واستخدم بدلاً منها كلمة تعاطي المخدرات^١ أو سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي^٢، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أُسْتُخْدِمَ مصطلح اضطراب استخدام المواد النفسية، بدلاً من سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي أو الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي في الدليل الرابع المعدل، ويستدل عليه من خلال وجود عرضين إلى إحدى عشر عرضاً من الأعراض التالية، التي يجب أن تستمر لمدة ١٢ شهراً، وهي: ١- تناول كمية أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً. ٢- رغبة قوية مستمرة أو جهود فاشلة لتخفيض أو التحكم في الاستخدام. ٣- إنفاق قدر كبير من الوقت للحصول على المادة، أو استخدامها، أو حتى التعافي من آثارها. ٤- ظهور ما يُسمَّى بالاشتياق أو اللهفة للمادة. ٥- عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات في العمل المدرسة أو المنزل. ٦- الاستمرار في تناولها على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة عنها. ٧- التوقف أو التخلي عن أو التقليل من الأنشطة الحياتية المهمة بسبب استخدامها. ٨- الاستخدام المتكرر في المواقف التي تتسم بالخطورة الشديدة. ٩- مواصلة الاستخدام على الرغم من المشاكل الصحية والنفسية التي تنتج، أو تتفاقم بسبب استخدامها. ١٠- ظهور ما يعرف بالتحمل كما يتحدد من خلال: زيادة كمية المادة للوصول للتأثير المرغوب، وتناقص التأثير عند الاستمرار في استخدام الجرعة نفسها. ١١- ظهور أعراض الانسحاب في حالة عدم الاستخدام أو حتى التقليل من الجرعات، وتتجلى في كل من: أعراض الانسحاب المميزة، وتناول المادة ذات الصلة لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب. ولتحديد شدة الاضطراب يقترح

1 Substance Abuse

2 Psychoactive Substance

الدليل التالي: أقل من عرضين (لا يوجد اضطراب) من ٢ إلى ٣ (اضطراب البسيط) ومن ٤ إلى ٥ (اضطراب متوسط) ٦ أعراض فأكثر (اضطراب شديد) (American Psychiatric Association, 2013، صديق، ٢٠٢١).

النماذج والنظريات المفسرة لتعاطي المواد المؤثرة نفسياً:

يمكن تقسيم النظريات والنماذج المفسرة للاعتماد على المواد النفسية إلى:

أ- نظريات العوامل الفسيولوجية والحيوية:

تفترض أن استخدام المواد النفسية هو مرض يصيب المخ يقف وراءه عوامل بيولوجية، وجينية فريدة تسهم في تطور اضطراب تعاطي المواد النفسية، وذلك على النقيض من نموذج المرض الأمريكي، فيعتبر هذا التصور - استخدام المواد النفسية - هو استخدام خصائص المادة في حد ذاتها.

وتبدأ عملية الاعتماد من خلال تنشيط مناطق المخ المسؤولة عن مسار المتعة والمكافأة، وهذا يحدث في حزمة الفص الأمامي التي تمتد من جرع المخ والمخ الأوسط، مروراً بالمهاد التحتاني لتصل لمختلف مناطق الفص الجبهي المسؤولة عن الانفعالات، والدافعية، والمكافأة وصنع القرار. ويُعدّ الدوبامين هو جهاز الإرسال المسئول الذي يصعد إلى مناطق القشرة المخية، والبنائات القشرية للجهاز الطرفي (من الفص الجبهي). ويمارس الدوبامين دور المنظم (المنشط) الثابت لنشاط الخلايا العصبية في الجهاز الطرفي (الحوفي) (جاب الله وصابر، ٢٠٢١).

ب- نظرية التعلم الاجتماعي :

يرى شافي وآخرون، وكومتسيديس أن حفز أو استمرار التعاطي أو الكف عنه من خلال ما يلقاه النموذج من ثواب أو عقاب ؛ فالسلوك ينتج عن تفاعل الفرد والبيئة الاجتماعية، وتتضمن المتغيرات الشخصية العوامل المعرفية (الكفاءات والقدرات العقلية) والاستراتيجيات المعرفية (طرق المواجهة

وتنظيم المعلومات) والتوقعات (حول عواقب السلوك)، والقيم والمعايير، والقواعد والأخلاق، أما المتغيرات البيئية؛ تتضمن تأثير الآخرين والتفاعل بين الفرد والموقف (خلال: صديق، ٢٠٢١).

ج- النظرية المعرفية

تقسم النظرية المعرفية تعاطي المواد النفسية إلى سبعة مكونات، يمثل كل منها حلقة في سلسلة تعمل على استمرار السلوك المُشكل، لذا يوصى بالتدخلات العلاجية لكل منها، وهي على النحو التالي:

١- **المثيرات عالية الخطورة (الميسرة)¹:** وتقسّم إلى نوعين مثيرات خارجية (مثل الأشخاص الذي يتصل بهم الشخص ويتعامل معهم للحصول على المادة المخدرة، والأماكن التي يتعاطى فيها، والأشياء التي يستخدمها للتعاطي)، ولذا ينصح بتجنب العديد من هذه المثيرات وإن كان التجنب الكامل لها أمراً صعباً، وهناك مثيرات معرفية داخلية (تتمثل في الحالات الانفعالية والفسولوجية التي تشكل مثيرات داخلية، وقد استخدمت جماعة الاثنتا عشرة خطوة الحروف الأولى (HALT) للتعبير عنها التي تشير إلى (جائع H)، (غاضب A)، (وحيد L)، (مُجهَد T).) وهي تهيئ للأستخدام المواد النفسية.

٢- **المعتقدات اللا توافقية أو الخاطئة عن المواد النفسية:** وهي أفكار خاطئة يحتفظ بها العديد من مستخدمي المواد النفسية، وتعاطيها ويحتفظون بها، وتتركز معظمها حول مشاعر الارتياح التي سيحققها المخدر، أو الإغراءات القوية له، أو افتراضات غير صحيحة (مثال: أحتاج إلى خطوط بسيطة من الكوكايين بعد العمل لأسترخي، يمكنني شرب البيرة لأنها ليست خمرًا، ما دمت أشم الكوكايين فأنا في مأمن، فالخطورة فقط إذا تم تدخينه أو حقنه...). أو معتقدات ترتبط باضطرابات نفسية؛ فمثلاً مريض الرهاب الاجتماعي قد يلجأ إلى التعاطي حتى يستطيع التعامل مع الآخرين، ومريض الاكتئاب أو

ذوي اضطراب الشخصية الحدية قد يكون لديه معتقد بأنه لا يستحق الحياة،
وعليه بالتعاطي ليقفل نفسه ببطء، وتمثل هذه المعتقدات مجالاً قوياً للتدخل
من خلال التعليم النفسي، وتعليم المرضى مهارات توجيه الذات وإعادة التقييم
المنطقي لمعتقداتهم.

٣- **الأفكار الآلية^١**: وهي أفكار وصور لحظية التي تكون لدى المريض وتؤدي
إلى الشعور بتعاطم الرغبة الفسيولوجية، وتشمل الكلمات الدافعة (مثل وقت
الاحتفال)، وأفكار مرسّبة عن خبرة الثمالة، ويدرك الأفراد أنّها معارف أو
أفكار قهرية من المستحيل تجنبها، ومن أمثلتها "لا يمكنني إيقاف التفكير في
التعاطي"، ويترتب عليها بالطبع التعاطي ومشاعر سلبية كالاكتئاب، وتبقى
هذه الأفكار من خلال المعتقدات التي تدفع السلوك في نفس الاتجاه حتى
إذا تعارض السلوك مع الهدف ألا وهو الإقلاع أو التوقف عن التعاطي،
ومن ثم يجب أن يتغلب المتعاطي على محتوى التفكير، وتغييره، وأن يدرك
أن هناك أفكاراً ومعتقدات لا عقلانية. ويجب أن يكون واعياً بكل فكرة تصل
إليه من عقله، وأن يعي أنّه ليس كل الأفكار التي نسمعها من عقلاًنا
صحيحة، وأن يتعلم كيفية التعامل معها (نيومان، ٢٠٠٦، ٣١٧ - ٣١٩؛
وصديق، ٢٠٢١).

٤- **اللهفة أو الرغبة الملحة^٢**: تُعرف منظمة الصحة العالمية للهِفة بأنّها الرغبة
في خبرة الآثار السابقة للمادة ذات التأثير النفسي، ويعرفها الدليل الإحصائي
والتشخيصي الرابع بأنّها "رغبة قوية لتعاطي المادة المخدرة". وتعد هذه
تعريفات مبسطة للهفة ولا تضع في اعتبارها الطبيعة المعقدة للمفهوم، فهي
حالة قد يثيرها مراكز المكافآت بالمخ، أو الرغبة في إجراء كل الطقوس
السلوكية التي اعتادها الشخص أثناء التعاطي، فضلاً عن الوصول لآثار
التعاطي في حد ذاته، وتشمل كذلك الأفكار والمشاعر والاشتياق وضغوط

1- Automatic Thoughts
2 -Craving And Urges

الأصدقاء والمحظورات المجتمعية التي تيسر أو تعوق الاستجابة للشعور باللهفة، وفي النماذج المعرفية فاللهفة تنشأ عن أنساق معالجة المعلومات، وهي تؤكد أنّ اللهفة ليست حالة أتوماتيكية، بل للوظائف المعرفية العليا دورا فيها (خلال: صديق، ٢٠٢١)

٥- ويعتقد البعض أنّ تعاطي المخدر هو الطريق الوحيد لقمع هذه الرغبات، ومن ثمّ يجب أن يتعلم المريض أرجاء إشباع رغباته الملحة، وأنّ يعي أنّ هذه الأحاسيس سوف تُخمد من تلقاء نفسها حتى لو لم تشبع .

٦- الأفكار الميسرة (المُحرّضة)^١: التي تعمل على تيسير الطريق للمتعاطين، وأنّ يتعاطى دون الشعور بالذنب، وتعرف بالتبرير حيث يرى المتعاطي أنّ هناك سبباً معقولاً للتعاطي، ولا يوجد سبب معقول للإقلاع في الوقت الراهن كأن يقول لنفسه مثلا (أقلعت عنها فترة طويلة، ولن يكون هناك ضررٌ إذا أخذت إجازة قصيرة وتعاطيت اليوم) ومن ثمّ فمن الضروري أن يتعلم المريض فحص أفكاره ويفهم الطبيعة المضللة لهذا النوع من الأفكار .

٧- الاستراتيجيات الوسيئية^٢: ويقصد بها السلوكيات التي يقوم بها المتعاطي لتوفير وتعاطي المخدر، وهنا لا بُد أن يعترف المتعاطي بمثل هذه الإجراءات، ومساعدته على بناء حياته على أن تكون بعيدة قدر الإمكان عن استخدام المواد النفسية، وقد يكون هذا صعبا، خاصة إذا كان يعيش في أسرة أو مع جيران تتداولها .

٨- تعاطي المواد الإدمانية^٣: وهي المرحلة الأخيرة في النموذج، ويقصد بها التعاطي الفعلي للمخدرات أو الخمر، وتعتبر هذه مرحلة في عملية التعاطي وليس مجرد ناتج، فكل ما يفعله المتعاطي يعد نقطة على متصل اتخاذ القرار، ويصبح قرار التوقف عن التعاطي أكثر صعوبة كلما تعرض المتعاطي لمزيد من المواد النفسية، ومن ثم لا بُد من تزويده بوسائل عديدة

1- Permission Giving Thought

2- Instrumental Strategies

3 -Using The Addictive Substance

لملاحظة الذات وعلاج الذات لتحطيم هذه الدائرة (نيومان، ٢٠٠٦، ٣٢٢).

بناءً على ما سبق، يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

فروض الدراسة

١- توجد علاقة ارتباطية بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وكل

من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.

٢- تسهم المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة في التنبؤ بالوعي الذاتي

وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستخدمي المواد النفسية في كل

الوعي الذاتي والمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة في

ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (التعليم- المهنة - الحالة

الاجتماعية).

المنهج والإجراءات:

المنهج : اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لمناسبته

لأهداف الدراسة وفروضها. وفيما يلي شرح لمكونات المنهج:

أولاً: التصميم البحثي اعتمدت الدراسة على التصميم الارتباطي الذي يتيح

الكشف عن العلاقات الارتباطية من ناحية، والكشف عن الفروق بين مستخدمي

المواد النفسية في بعض المتغيرات الديموجرافية.

ثانياً: وصف العينة: تكونت عينة الدراسة الإجمالية من (٧٠) من الذكور

مستخدمي المواد النفسية وتم جمع العينة من عيادات الخط الساخن في القاهرة

والاسماعيلية وكذلك المراكز الخاصة المرخصة لعلاج الاذمان (مركز حارس)

في القليوبية وبعد مراجعة وتصحيح الاستمارات تم استبعاد (٧) استمارات وذلك

لعدم اكتمال الاجابة عليها وبذلك تكونت العينة النهائية من (٦٣) من مستخدمي

المواد النفسية (الترامادول- حشيش- هيروين- استروكس- بانجو- خمور)

ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠-٤٠ عاماً، بمتوسط ٣١،١١ سنة وانحراف معياري $\pm ٥،٩٨$ سنة. ويوضح جدول (١)، توزيع عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموجرافية.

جدول (١)

توزيع العينة وفقاً للمتغيرات الديموجرافية ن = ٦٣

العينة	المتغيرات	ك	%
مستخدمي المواد النفسية	السن	٢٩	٤٦،٠٣
		٣٤	٥٣،٩٦
	المهنة ^١	١٣	٢٠،٦٣
	لايعمل	٢٧	٤٢،٨٥
	منخفضة	١١	١٧،٤٦
	متوسطة	١٢	١٩،٠٤
التعليم	أعلى	٢	٣،١٧
	أمى	٣	٤،٧٦
	يقراً ويكتب	٣٨	٦٠،٣٢
	متوسط	٢٠	٣١،٧٥
الحالة الاجتماعية	عالي	٣٤	٥٤
	أعزب	٢١	٣٣،٣
	متزوج	٨	١٢،٧
السن عند بدء التعاطي	مطلق	٢٢	٣٤،٩٢
	١٢-١٥	٢٧	٤٢،٨٦
	١٦-١٩	١٤	٢٢،٢٢
عدد المواد التي تم تعاطيها	٢٠-٢٥	٩	١٤،٢٩
	مادة واحدة	٣٠	٤٧،٦٢
	٢-٣ مواد	٢٤	٣٨،٠٩
	٤ فما فوق		

١- بالنسبة لمتغير المهنة تم تصنيفه بالاعتماد المذكور في مقياس تقدير المستوى الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة المصرية المعدل: دراسة مقارنة بين عقدي السبعينات والثمانينات (الشخص، ١٩٨٨).

أدوات الدراسة

أولاً: صحيفة جمع البيانات الشخصية والاجتماعية: اشتملت هذه المقابلة المبدئية على بيانات مختلفة كالنوع، والسن، والمهنة، والمؤهل الدراسي، والحالة الاجتماعية، وبداية سن التعاطي، أنواع المواد النفسية التي تم تعاطيها، ومدة التوقف عن التعاطي، العوامل الدافعة للتعاطي (الفضول/ عزومة من الأصدقاء/ التفكك الأسرى/ الفشل الدراسي، التعرض للقسوة من قبل الأسرة/ التدليل الزائد/ إدمان أحد أفراد الأسرة وفاة أحد الوالدين أو كلاهما/ اضطرابات نفسيه/ التغلب على التعب والمشقة). للاستفادة منها في أغراض البحث الحالي.

ثانياً: مقياس الوعي الذاتي (ترجمة الباحثان)

وضعه فنجستين وآخرون (Fenigstein et al., 1975)، تم مراجعته وتقيحه بواسطة شاير وكارفر (Scheier & Carver, 1985). تضمن مقياس الوعي الذاتي ٢٢ بنداً تقيس الوعي الذاتي ويقصد به قياس الفروق الفردية في التركيز الذاتي. وتكون المقياس من ٣ ابعاد فرعية وهي :

- **الوعي الذاتي الخاص** (٩ بنود) ويقاس الميل إلى الاهتمام بالأفكار والمشاعر والدوافع الداخلية التي لا يمكن للآخرين الوصول إليها بسهولة. ويتمثل في البنود (١، ٤، ٦، ٨، ١٢، ١٤، ١٧، ١٩، ٢١).
- **الوعي الذاتي العام** (٧ بنود)، ويركز على الاهتمام بالجوانب الذاتية التي يتم عرضها للآخرين (الجمهور) مثل المظهر والطباع. ويتمثل في البنود (٢، ٥، ١٠، ١٣، ١٦، ١٨، ٢٠).
- **مقياس القلق الاجتماعي** (٦ بنود). مشتق من الوعي العام بالذات ويمثل الخوف من أن يتم تقييمه من قبل الآخرين في سياق اجتماعي. ويتمثل في البنود (٣، ٧، ٩، ١١، ١٥، ٢٢).

ويمكن حساب ثلاثة أبعاد ويمكن استخدام بعد الوعي الذاتي الخاص والعام مقياساً منفصلاً عن المقياس الكلي، ويتم إهمال كل من بعد القلق الاجتماعي

والدرجة الكلية في المعالجات الإحصائية فلا تؤخذ بعين الاعتبار في حال حساب الوعي الذاتي الخاص والعام فقط . وفي حال حساب الدرجة الكلية للوعي الذاتي يحذف بعد الفلق الاجتماعي لأنه وضع ليكشف الإجابات المبالغ بها والمتناقضة بالنسبة للوعي الذاتي وتدل الدرجة المرتفعة فيه على عدم مصداقية المفحوص في الإجابة وتهمل ورقته بناء عليه، وفي هذه الدراسة سنستخدم الوعي الذاتي الخاص والعام. وقد وضعت بدائل الاجابة وفقا لمقياس ليكرت المكون من ٤ نقاط، حيث يمثل الرقم ٤ وعياً ذاتياً عالياً و ١ يمثل وعياً ذاتياً منخفضاً. تبلغ قيمة ألفا كرونباخ للوعي الذاتي الخاص ٠,٧٥، والوعي الذاتي العام هو ٠,٨٤، والفلق الاجتماعي هو ٠,٧٩، على التوالي. وجاءت العلاقة بين الاختبار وإعادة الاختبار للوعي الذاتي الخاص هي ٠,٧٦، والوعي الذاتي العام هو ٠,٧٤، والفلق الاجتماعي هو ٠,٧٩. تم استخدام النسخة الإنجليزية الأصلية من المقياس. وقامت الباحثتان بترجمتها باللغة العربية واعدادها والتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة في البيئة المصرية. ومن الجدير بالذكر أن هذه الأداة تم ترجمتها إلى عدد من اللغات ومنها اللغة الفرنسية،(Rime & Le Bon, 1984) واللغة الألمانية (Heinemann, 1979) واللغة الهولندية (Vleeming & Engelse,) 1981، واللغة الايطالية (Comunian, 1994)، و اللغة الصينية (Chang, 2006) وجاءت إجراءات الثبات والصدق للأداة كالتالي :

تم حساب الإتساق الداخلي كمؤشر لجودة الأداة كإجراء سابق للثبات والصدق من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمكونه الفرعي حيث تراوحت معاملات الارتباط للبعد الأول بين ٠,٣٥ : ٠,٥٥، ماعدا البند ١٩ كان معامل الارتباط أقل من ٠,٣، ولذلك تم حذفه من المقياس اما معاملات ارتباط البعد الثاني تراوحت بين ٠,٣٥ : ٠,٥٨، وهذا الاجراء هو اجراء يسبق حساب الصدق والثبات لذلك أصبح المقياس ١٥ بند (٨ بنود للوعي الخاص و ٧ بنود للوعي العام).

أولاً: الصدق

تم حساب صدق المقياس بطريقة صدق المقارنة الطرفية وجاءت النتائج كما هو موضح في جدول (٢):

جدول (٢)

قيمة ت ودلالاتها للفروق بين المجموعات الطرفية لمقياس الوعي بالذات		المتغيرات				
الدلالة	ت	الإرياعى الأدنى		الإرياعى الأعلى		
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	١١,٣٦	٢,٣١	٢٣,٤٣	٢,٧٨	٩,٨٣	الوعي الذاتي الخاص
٠,٠٠١	٢٥,١٣	١,٢٢	١٩,٢٧	١,٥٠	٦,٠٨	الوعي الذاتي العام

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات الطرفية فى كل من الوعي الذاتى العام والخاص والفروق لصالح المجموعات الأعلى مما يدل على صدق المقياس.

ثانياً: الثبات

تم حساب الثبات بطريقتى التجزئة النصفية وألفا كرونباخ وجاءت نتائج ذلك كما يلى:

جدول (٣)

المقياس	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد التصحيح
الوعي الذاتى الخاص	٠.٧٩	٠.٧٠
الوعي الذاتى العام	٠.٨١	٠.٧٤

يتضح من الجدول السابق تمتع مقياس الوعي بالذات بمعاملات ثبات مقبولة إلى حد ما بين عينة مستخدمي المواد النفسية وذلك من خلال طريقتى القسمة النصفية بعد تصحيح الطول وألفا كرونباخ مما يسمح بإمكانية الاعتماد على هذا المقياس فى إطار الدراسة الحالية.

ثالثاً: مقياس يونج للمخططات المعرفية اللا توافقية المبكرة النسخة المختصرة (SQ-SF) ترجمة (صديق، ٢٠٢١)

اعتمدَ على النسخة المختصرة لمقياس يونج لقياس المخططات اللا توافقية المبكرة، التي كونها عام ١٩٩٨، ولهذه النسخة أهمية عملية للباحثين والإكلينيكين المهتمين بالمعتقدات الجوهرية لدى ذوي الاضطرابات النفسية، كما تستخدم في علاج المخططات، والاستخبار يقيس خمسة مجالات، ويتكون من ٧٥ عبارة، والعبارات موزعة في ١٥ مقياساً فرعياً، يحتوي كل منها على "٥" عبارات، وأُخْتِيرَت هذه العبارات من النسخة المكونة من ٢٠٥ عبارات، ويُطلب من المفحوص أن يضع أمام كل عبارة درجة على مقياس ليكرت والمكون من ٦ درجات تتراوح بين (١= لا تنطبق عليّ) و(٦=تنطبق عليّ تماماً)، وتُحَسَب الدرجة بجمع الدرجات على كل مخطط، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود المخطط، وقد استُخدم المقياس مع عينات من المرضى والأسوياء.

المجال الأول: الانفصال/الرفض: يشير إلى عدم إشباع حاجة الفرد إلى النقبل والأمان والأمن والرعاية، ويتضمن هذا المجال المخططات التالية:

١- **الحرمان العاطفي**^١: ويشير إلى توقعات الفرد لعدم تلقيه الرعاية والعطف والحماية من الآخرين. مثال: لا يوجد في حياتي من يعطف عليّ ويعطيني مشاعر الدفء والمودة"

٢- **الهجر**^٢: وهو اعتقاد الفرد بعدم مصداقية أو استمرار ذوي الأهمية في تقديم الدعم له. مثال " أشعر بالقلق من أن يتركني الأشخاص المقربين مني أو أن يتخلوا عني".

٣- **عدم الثقة/الإساءة**^٣: توقع الفرد بأن الآخرين يعتمدون الإساءة له وإيذاءه. مثال " لا بُد وأن أكون حذراً في وجود الآخرين وإلا سيعتمدون إيدائي".

1 -Emotional Deprivation

2- Abandonment

3 -Mistrust/Abuse

- ٤- العزلة الاجتماعية^١: وهي شعور الفرد بأنه مختلف تماما عن الآخرين، وأنه معزول وليس جزءاً من المجتمع، مثال "أشعر بالغبرة عن الآخرين".
- ٥- القصور^٢: اعتقاد الفرد أنه بطبيعته لديه قصور وعيوب وغير محبوب. مثال "لن يحبني أحد بمجرد رؤيته لعيوبي".

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال/ الاداء: ويشير إلى عدم إشباع الحاجة للاستقلال والانفصال عن الآخرين ويتضمن المخططات التالية:

- ١- **الفشل في الإنجاز**^٣: وهو اعتقاد الفرد بأنه غير كفاء عندما يطلب منه الأداء أو الإنجاز. مثال "لست كفؤاً في إنجاز أي شيء".
- ٢- **الاعتمادية**^٤: يشير إلى الاعتقاد بالاعتماد على الآخرين لإدارة حياته اليومية. مثال "لا أثق في قدرتي على حل المشكلات اليومية التي أقابلها".
- ٣- **القابلية إلى التعرض إلى المرض أو الضرر**^٥: ويشير إلى الاعتقاد بأن هناك كارثة على وشك الوقوع في أي وقت ولا يمكن منعها، مثال "أشعر بأن كارثة (طبيعية، أو جنائية، أو مالية، أو طبية) ستقع في أي لحظة".
- ٤- **التقيد بالآخرين/عدم ارتقاء الذات**^٦: ويشير إلى الاتصال الزائد بالآخرين والاعتقاد بالحاجة الدائمة إليهم ليقدموا له المساعدة عند الحاجة، مثال "لا أستطيع أن أبعث وأستقل عن والدي كما يفعل من هم في مثل عمري".

المجال الثالث: التوجه نحو الآخرين: ويشير إلى المبالغة في اهتمام الفرد بحاجات الآخرين والتضحية بحاجاته الخاصة، ويتضمن المخططات التالية:

- ١- **الخضوع**^٧: وهو الاستسلام المفرط لسيطرة الآخرين وحاجاتهم وانفعالاتهم

1- Social Isolation/Alienation
2- Defectiveness/Shame
3- failure
4- dependence
5- Vulnerability To Harm Or Illness
6- Enmeshment
7- Subjugation

لتجنب غضبهم وانتقامهم منه، وهجرهم له، مثال " ليس لدي أي خيار سوى تلبية رغبات الآخرين، وإلا سيرفضونني أو ينتقمون مني بأي طريقة".

٢- **التضحية بالذات**^١: ويشير إلى المبالغة في التركيز على الوفاء بحاجات الآخرين في مواقف الحياة اليومية على حساب إشباع حاجاته الخاصة، مثال "أنا مشغول جدًا بأمر من أهتم بهم وذلك على حساب نفسي".

المجال الرابع: القمع/ الحذر المبالغ فيه: ويشير إلى قمع الفرد لمشاعره ورغباته التفائنية، ويتكون من المخططات التالية.

١- **القمع الانفعالي**^٢: ويشير إلى مبالغة الفرد في قمع مشاعره أو سلوكياته أو رغبته في التواصل مع الآخرين، وذلك لتجنب عدم الاستحسان، أو للشعور بالخجل، أو لعدم القدرة على التحكم في دفعاته الخاصة، مثال "أسيطر على نفسي جدًا، لدرجة أن الناس تعتقد أنني بدون مشاعر".

٢- **المعايير الصارمة**^٣: ويشير إلى أنه من الضروري أن يكافح الفرد من أجل الوصول إلى معايير داخلية عالية للسلوك والأداء، مثال "لا بد أن أكون الأفضل فيما أفعله، ولا أستطيع أن أقبل ما هو دون ذلك".

المجال الخامس: الحدود المختلة: ويشير إلى وجود مشكله لدى الفرد في الوفاء بالمسئوليات تجاه الآخرين واحترام حقوقهم، ويرجع ذلك لعدم ارتقاء قدرته على ضبط الذات، أو تبادل المصالح، ويتضمن المجال المخططات التالية.

١- **الاستحقاق**^٤: ويشير إلى اعتقاد الفرد بأنه يفوق الآخرين وأنه يتمتع بحقوق وامتيازات خاصة، مثال "أنا شخص مميز ولا يجب أن أقبل القيود المفروضة على الآخرين".

1 -Self-Sacrifice

2- Emotional Inhibition

3- Unrelenting Standards

4- Entitlement/Grandiosity

٢- **عدم كفاية ضبط الذات**^١: ويشير إلى وجود إحساس عام بصعوبة تحمل خبرة عدم إنجاز أهدافه الخاصة، أو عدم ضبط الذات بشكل كاف، أو ضبط انفعالاته. مثال "إذا لم أحصل على ما أريد، أشعر مباشرة بالإحباط واستسلم بسهولة".

وقد قامت (صديق، ٢٠٢١) بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة من متعاطيات المواد النفسية، بالنسبة للثبات تم استخدام الفا كرونباخ والتي تراوحت ما بين ٠,٥٩ - ٠,٨٨ لمجال الانفصال/ الرفض. و ٠,٥٣ - ٠,٨٤ لمجال العجز عن الاستقلال/ الأداء. و ٠,٦٢ - ٠,٨٢ لمجال التوجه نحو الآخرين. و ٠,٧٥ - ٠,٨١ لمجال القمع/ الحذر المبالغ فيه. و ٠,٦٨ - ٠,٧٥ لمجال لحدود المختلة. كما تم حساب الثبات عن طريق الاتساق الداخلي بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية للمقياس وجاءت ٠,٨٩، ٠,٨٧، ٠,٨٠، ٠,٨٧، ٠,٧١، لمجال الانفصال/ الرفض، العجز عن الأستقلال/ الأداء، التوجه نحو الآخرين، القمع/ الحذر المبالغ فيه، الحدود المختلة، على التوالي وهي معاملات تتراوح بين معاملات متوسطة ومرتفعة؛ الأمر الذي يشير إلى ارتباطها جميعا بمكون واحد وهو المخططات اللائقافية المبكرة، وهذا أمر يدعم الاتساق الداخلي للمقياس. أما عن الصدق فقد تم حساب صدق المفهوم وذلك بحساب معامل الصدق بين الدرجات على مقياس المخططات ومقياس بيك للاكتئاب، وأسفرت هذه الخطوة عن معاملات تشير إلى ارتباط إيجابي بين المخططات والاكتئاب تراوحت بين ٠,٣٠ و ٠,٤٩، كذلك تم التحقق من الصدق من خلال الصدق التقاربي والذي أوضح أن هناك ارتباطات متوسطة بين المكونات الفرعية وبعضها بعضاً، الأمر الذي يدعم صدق المفهوم للمقياس؛ أي إنها تقيس مفاهيم متقاربة وليست متطابقة. أما في إطار الدراسة الحالية فقد قامت الباحثتان بحساب ثبات ألفا للمجالات

الفرعية لمقياس المخططات والتي تراوحت ما بين ٠،٨٦ - ٠،٧٤، لمجال الانفصال/الرفض. و ٠،٦١ - ٠،٧٧، لمجال العجز عن الاستقلال/الأداء. و ٠،٦٦ - ٠،٧١، لمجال التوجه نحو الآخرين. و ٠،٥٠ - ٠،٦٦، لمجال القمع/الحذر المبالغ فيه. و ٠،٦٨ - ٠،٧٠، لمجال الحدود المختلة.

وعن الصدق فقد تم حساب صدق التعلق بمحك خارجي بين مقياس المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة ومقياس تقدير الذات (سلامة، ١٩٩١) وذلك استناداً على عدد من الدراسات التي اثبتت وجود علاقة سالبة داله احصائياً بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وتقدير الذات (Mojallal et al., 2014; Sandu et al., 2021; Janbozorgi, 2011; Firoozifar, 2014) وجاءت معاملات الارتباط كالتالي - ٠،٥٠ - ٠،٥٩ - ٠،٣٢ - ٠،٣٢ - ٠،٤٣، لمجال الانفصال/الرفض. و لمجال العجز عن الاستقلال/الأداء و لمجال التوجه نحو الآخرين. و لمجال القمع/الحذر المبالغ فيه. و لمجال الحدود المختلة على التوالي

رابعاً: مقياس جودة الحياة World Health Organization Quality of Life ترجمة (إسماعيل، ٢٠١٣)

أعد هذا المقياس من قبل منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦) وقامت بتعريبه وإعداده (إسماعيل، ٢٠٠٨)، والمقياس يقدم بروفيل مختصر عن مستوى الجودة السائدة في حياة الفرد وهو يتكون من ٢٦ عبارة، منها عبارتين ١،٢ عن جودة الحياة العامة والصحة العامة، و ٢٤ موزعة على أربعة أبعاد فرعية للمقياس هي (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة)، ويتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي حيث تتراوح الدرجات عليه ما بين درجة إلى خمسة درجات واحدة إذا كانت بدائل الإجابة (سيئة جداً= ١، سيئة إلى حد ما= ٢، جيدة إلى حد ما= ٣، لا سيئة ولا جيدة= ٤، جيدة جداً= ٥)، وذلك في حالة الإجابة الإيجابية حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة، وتعكس هذه الدرجات في حال الإجابات السلبية. وقد قامت معرفة المقياس بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس وذلك بحساب الثبات من خلال إعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني ثلاثة أسابيع

وكان معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٨٩، كذلك تم حساب ثبات ألفا كرونباخ وقد تراوحت ما بين (٠,٧٩-٠,٩٣)، وهي معاملات ثبات مرتفعة، كذلك تم حساب ثبات الاتساق الداخلي بين البند والدرجة الكلية لمكونه الفرعي وقد تراوح ما بين ٠,٦٦ - ٠,٨٥، ٠,٦١ - ٠,٧٣، ٠,٧٠ - ٠,٨١، ٠,٦٦ - ٠,٨٥ لبعده الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة على التوالي، كذلك تم حساب معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت ٠,٦٦ - ٠,٧٣، وهي معاملات ثبات مرتفعة. أما عن الصدق فقد تم استخدام التحليل العاملي الذي أسفر عن وجود أربعة عوامل استقطبت ٧٦,٥٧% من التباين الارتباطي الكلي. يتضح مما سبق تمتع المقياس بدرجة كبيرة من الثبات والصدق التي تسمح باستخدامه في الدراسة الحالية.

وفي إطار الدراسة الحالية قامت الباحثتان بحساب ثبات ألفا كرونباخ للمقياس على عينة الدراسة الحالية حيث جاءت معاملات ثبات ألفا الصحة الجسمية ٠,٥٤، الصحة النفسية ٠,٥٢، العلاقات الاجتماعية ٠,٥٦، البيئة ٠,٧٠ وبلغ معامل ثبات ألفا للدرجة الكلية ٠,٨٣.

وعن الصدق فقد تم حساب صدق التعلق بمحك خارجي بين مقياس جودة الحياة ومقياس تقدير الذات وذلك استناداً على عدد من الدراسات التي اثبتت وجود علاقة موجبة داله احصائيا بين جودة الحياة وتقدير الذات (عبد المقصود، ٢٠١٨؛ أبو شمالة، ٢٠١٦؛ الخير، ٢٠١٦؛ حسن وأخرون، ٢٠١٢) وبلغ معامل الارتباط ٠,٥٢.

نتائج الدراسة :

أولاً : نتائج الإحصاء الوصفي:

تم وصف متغيرات الدراسة من حيث قيم المتوسط والوسيط ومعامل الالتواء والتفلطح لتبيان توزيع المتغيرات اعتدالياً، وهذا ما يعرض له الجدول التالي:

جدول (٤)

الاحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	المتوسط	الو سيط	الانحراف لمعياري	الالتواء	التفطح	أدنى درجة	أقصى درجة
الوعي بالذات	٤٠,٧	٤٠	٧,٤٧	٠,٠٦	٠,٧٣	٢٦	٦١
جودة الحياة	٨٢,٥١	٨٨	١٢,٤٠	٠,١٧	٠,٦٤	٦٠	١١٥
الحرمان العاطفي	١٦,٨١	١٦	٥,٨٣	٠,١٩	٠,٤٤	٥	٣٠
الهجر	٢٠,٧٦	٢٢	٥,٦٥	٠,٢٢	٠,٧٩	٨	٣٠
عدم الثقة/ الإساءة	١٩,٠٣	١٩	٥,٦٢	٠,٤٨	٠,٣٥	٦	٢٨
العزلة الاجتماعية	١٧,٧٩	١٧	٥,٩٠	٠,٠٨	٠,١٢	٥	٣٠
القصور	١٦,٠٥	١٦	٥,٧٩	٠,٠١	٠,٥١	٥	٢٩
الفشل في الإنجاز	١٥,٤٠	١٦	٥,٨٢	٠,١٦	٠,٢٤	٥	٣٠
الاعتمادية	١٧,٢٥	١٧	٥,٢٢	٠,٠٩	٠,٣٤	٥	٢٩
القابلية إلى التعرض إلى المرض أو الضرر	١٨,٨٩	١٩	٥,٧٠	٠,١١	٠,١٦	٥	٣٠
التقيد بالآخرين/عدم ارتقاء الذات	١٥,٣٠	١٥	٦,٢٦	٠,١٩	٠,٦٠	٥	٣٠
الخضوع	١٦,٧٨	١٦	٥,١٣	٠,١١	٠,٢٠	٥	٢٨
التضحية بالذات	٢١,٧٦	٢٢	٥,٠٦	٠,٢٣	٠,٧١	١٠	٣٠
القمع الانفعالي	١٨,٢٩	١٨	٤,١٩	٠,٠١	٠,٠١	١٠	٣٠
المعايير الصارمة	٢٠,٠٨	١٩	٥,١٢	٠,٤٢	٠,٣٥	٥	٣٠
الاستحقاق	٢٠,٣٨	٢١	٥,٢٢	٠,٢٠	٠,٨٦	١٢	٣٠
عدم كفاية ضبط الذات	١٨,٧٨	١٩	٥,٣٧	٠,٠٨	٠,٤٥	٧	٢٩

يعتبر في التواء إذا تساوت القيمة أو تجاوزت $\pm ٢,٥٧$

يتبين من الجدول السابق اقتراب قيم كل من المتوسط والوسيط، واقتراب قيم معاملي الالتواء والتفطح من صفر، مما يشير إلى اعتدالية التوزيع للبيانات، ومن ثم الثقة في استخدام الاحصاء المعملّي والذي يتضمن معامل الارتباط الخطّي المستقيم ليبرسون، واختبارات لدلالة الفروق بين عينتين مستقلتين، ومعامل الانحدار التدريجي.

ثانياً: نتائج فروض الدراسة ومناقشتها :

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

للتحقق من الفرض الأول والقائل بأنه "توجد علاقات ارتباطية متبادلة ودالة إحصائية بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية. وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون ويوضح الجدول (٥)، نتائج هذا الفرض.

جدول (٥)

العلاقات الارتباطية بين المخططات المعرفية اللاتوافقية وكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية ن = ٦٣

جودة الحياة	الوعي الذاتي العام	الوعي الذاتي الخاص	المتغيرات
* ٠,٢٨-	٠,١٥	** ٠,٤١	الحرمان العاطفي
٠,٠٣-	٠,٢٣	** ٠,٣٢	الهجر
٠,٠٣	٠,٠٦	* ٠,٢٨	عدم الثقة/ الإساءة
** ٠,٣٩-	٠,١٧	* ٠,٢٦	العزلة الاجتماعية
** ٠,٤٤-	٠,٠٣-	٠,٠٦	القصور
** ٠,٣٣-	٠,٠٤	٠,١١-	الفشل في الإنجاز
** ٠,٤٠-	٠,١٣	٠,٠٦-	الاعتمادية
** ٠,٤٦-	٠,١٥	٠,٠٨-	القابلية إلى التعرض إلى المرض أو الضرر
٠,٠٤-	٠,٠٦	٠,١٠-	التقيد بالآخرين/عدم ارتقاء الذات
** ٠,٣٦-	٠,٠٨	٠,٠٢	الخضوع
٠,٠٢	٠,١٥	٠,٠١	التضحية بالذات
٠,٢٤-	٠,٠١-	٠,٠٥	القمع الانفعالي
٠,١٢-	** ٠,٣٦	٠,١٢	المعايير الصارمة
** ٠,٣١-	٠,٠٩	٠,٠٧	الاستحقاق
** ٠,٥٢-	٠,٢٣	٠,٠٥-	عدم كفاية ضبط الذات

** دالة عند مستوى ٠,٠٥ * دالة عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول السابق ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، بين المخططات المعرفية اللاتوافقية (الحرمان العاطفي - الهجر - عدم الثقة/ الإساءة- العزلة الاجتماعية) والوعي بالذات الخاص لدى مستخدمي المواد النفسية. ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥، بين المخططات المعرفية اللاتوافقية (عدم الثقة/ الإساءة- العزلة الاجتماعية) والوعي بالذات الخاص.
- عدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية (القصور - الفشل في الانجاز - الاعتمادية- القابلية للتعرض للمرض - التقييد بالآخرين- الخضوع- التضحية بالذات- القمع الانفعالي- المعايير الصارمة- الاستحقاق- عدم كفاية ضبط الذات) والوعي الذاتي الخاص لدى مستخدمي المواد النفسية.
- عدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية والوعي الذاتي العام باستثناء مخطط المعايير الصارمة والذي اتضح وجود علاقة بينه وبين مخطط الوعي الذاتي العام لدى مستخدمي المواد النفسية.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، بين المخططات المعرفية اللاتوافقية (الحرمان العاطفي- العزلة الاجتماعية- القصور- الفشل في الانجاز- الاعتمادية- القابلية إلى التعرض للأذى- الخضوع - الاستحقاق- عدم كفاية ضبط الذات) وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية .
- عدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية(الهجر- عدم الثقة/ الإساءة- التقييد بالآخرين- التضحية بالذات- القمع الانفعالي- المعايير الصارمة) وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.

مناقشة نتائج الفرض الأول

قبل التطرق لمناقشة نتائج الفرض يجدر الإشارة إلى أن معاملات

الارتباط الذى أسفر عنها الفرض وإن كانت دالة إلا أنها ليست قوية وهذا ملاحظته الباحثان وقد يُعزى ذلك ربما لغير حجم العينة أو قد يرجع لطبيعة العينة فهي عينة إكلينيكية قد تؤثر طبيعتها في النتائج المرجوة من الفرض.

فيما يتعلق بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الحرمان العاطفي، الهجر، عدم الثقة/ الإساءة، العزلة الاجتماعية) والوعي الذاتي الخاص فيمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشار عليه التراث النظرى من أن الوعي الذاتي الخاص يتضمن التركيز على المظاهر الشخصية والخفية للذات، كإدراكاته، ومشاعره، وانفعالاته، وحالته المزاجية، ومشاعره الداخلية (جاب الله وصابر، ٢٠٢١). أي أن الفرد يركز شعوره وانتباهه على الجوانب الداخلية وغير المشتركة لذاته، ومن ثم يكون لدي الفرد قدره على التعرف على دوافعه وأهدافه ويتصف بكثرة التخيل لذاته، ويعرف نفسه على نحو دقيق نتيجة الاستبطان المتكرر، أما الفرد الذي تكون ميوله ضعيفة للانتباه إلى جوانبه الداخلية وغير المشتركة لذاته فهو نادراً ما يختبر ذاته وقليل ما يتعرف على دوافعه الخاصه بذاته، وبالتالي فهو لا يعرف سوى القليل عن شخصيته (ناجي، عزيز، ٢٠١٦). ومن ثم يعتقد أن حاجاته الانفعالية لن تتم تلبيتها من قبل الآخرين، وأن الآخرين المهمين بالنسبة له لن يتمكنوا من استمرار تقديم الدعم الانفعالي له، وأنهم سيكونون غير قادرين على منحه الدعم والاهتمام، والمحبة بسبب أمور قد لا يمكن التنبؤ بها كالتخلى، وأنه منعزل عن الآخرين وغير متكيف الامع أفراد أسرته، والخوف من الإهانة (مبارك وأخرون، ٢٠٢٢).

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء وجود تأثير مباشر وغير مباشر للوعي بالذات في إدراك العواقب السلبية المترتبة على استخدام المواد النفسية، وأن الأشخاص المنخفضين في الوعي الذاتي الخاص يلجأون إلى استخدام المواد النفسية بناءً على انخفاض الوعي بحالاتهم الداخلية (جاب الله وصابر، ٢٠٢١).

وعن عدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة

(القصور - الفشل في الإنجاز - الاعتمادية-القابلية إلى التعرض إلى المرض أو الضرر-التقيد بالآخرين/عدم ارتقاء الذات-الخضوع- التضحية بالذات- القمع الانفعالي- المعايير الصارمة -الاستحقاق -عدم كفاية ضبط الذات) والوعي الذاتي الخاص، فيمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النظرية المعرفية التي ترى أن المخططات هي أبنية معرفية في عقل الإنسان، ومحتواها هو المعتقدات الجوهرية. وتنقسم هذه المعتقدات الجوهرية إلى مجموعتين الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز، والثانية بعدم الحب، وتنشأ في الطفولة، وتطوّر المعتقدات الجوهرية السلبية على السطح في أوقات الأزمات النفسية، وغالبا ما تكون خفية وعامة وشاملة، وعندما ينشط المعتقد الجوهري يكون من السهل على المريض أن يفعل المعلومات التي تدعمه (بيك، ٢٠٠٧، ٢٥٦). والمخططات اللا توافقية تقوم باختيار وتنقية المعلومات الواردة من البيئة، وتنظم الطريقة التي يفسر بها الفرد خبراته، وهي مخططات متصلة إلى حد كبير، ولا تقبل أي معلومات جديدة، ولا تنظمها ولا تتأملها أو تعيد النظر فيها، ونظراً لأنها تبقى فترة طويلة في حالة من الكمون، فإن نشاطها يزيد بشدة أثناء معاناة الفرد من الاكتئاب، ويصبح مضمون تفكير المريض متصلاً وجامداً لا يلائم الواقع ولا مقتضيات حل المشكلات. ويحاول العلاج المعرفي للاكتئاب مهاجمة هذه المخططات المعرفية السلبية (صديق، ٢٠٢١). خاصة أن مستخدمى المواد النفسية ليس لديهم الدرجة الكافية من الوعي الذاتي بوجود المخططات لديهم.

وفيما يتعلق بعدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية (الحرمان العاطفي- الهجر- عدم الثقة/الإساءة- العزلة الاجتماعية- القصور - الفشل في الإنجاز- الاعتمادية- القابلية للتعرض للمرض- التقيد بالآخرين- الخضوع- التضحية بالذات- القمع الانفعالي- الاستحقاق -عدم كفاية ضبط الذات) والوعي الذاتي العام فيمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن مستخدمى المواد النفسية قد لا يتوافر لديهم درجة كافية من الوعي الذاتي التي

تمكنهم من معرفة أنهم لديهم مجموعة من المخططات غير التوافقية، وهي التي تُعد بمثابة أحد العوامل الهامة التي تدفعهم للإستخدام المواد النفسية، وعدم القدرة عن التوقف عنها، ولذلك عند علاج استخدام المواد النفسية يجب علاج المخططات غير التوافقية الموجودة لديهم وذلك من أجل الحفاظ على التحسن والعلاج لفترات طويلة، ومع ذلك قد يتوافر لدى المُستخدمين على المواد النفسية درجة كبيرة من الوعي الذاتي التي يدركون من خلالها مخاطر استخدام المواد النفسية، ولكنهم يعتقدون أنها الطريقة الأمثل للتخلص من المشكلات والضغوط الحادة التي يتعرضون لها(جاب الله وصاير، ٢٠٢١).

وعن وجود علاقة بين مخطط المعايير الصارمة الوعي الذاتي العام فيمكن تفسير ذلك في ضوء نظرية باص عام ١٩٨٠ الذي يري أن الأفراد ذوو الوعي الذاتي العام يميلون إلى تركيز ذواتهم بوصفها مواضيع اجتماعية، وغالباً ما يكون الظهور أمام الطرف الآخر كافياً لجعل الفرد مهتماً وقلقاً بخصوص ذاته كموضوع اجتماعي(ناجي، عزيز، ٢٠١٦). لاعتقاده المطلق بالكمال، وأنه يجب أن يلبي مطالب داخلية عالية جداً من السلوك والأداء تجنباً للنقد والخزي(مبارك وآخرون، ٢٠٢٢).

وتتفق هذه النتائج مع دراسة(جاب الله وصاير، ٢٠٢١) التي توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين الوعي الذاتي ومخطط الانفصال والنبذ. كذلك توصلت دراسة لفتر (Lefter,2018) إلى وجود علاقة سالبة بين الوعي الذاتي والمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة.

أما عن وجود علاقة سالبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الحرمان العاطفي - العزلة الاجتماعية - القصور - الفشل في الانجاز - الاعتمادية - القابلية إلى التعرض للمرض - الخضوع - الاستحقاق - عدم كفاية ضبط الذات) وجودة الحياة فيمكن القول أن جودة الحياة مرتبطة بالمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وتؤدي دوراً مهماً في الصحة. فوجود المخططات

المعرفية اللاتوافقية المبكرة لدى المرضى يخفض من جودة حياتهم ويعطل أدائهم الاجتماعي. فالفرد الذي لديه مخططات لاتوافقية مبكرة عن نفسه تجعله يشعر بالضعف وعدم الفعالية والعجز. هذا المخطط له تأثيرات مهمة على نوعية حياته، وتؤدي المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة عند المرضى إلى تجربة أحداث سلبية في الحياة، ووجود مثل هذه الأحداث في حياة الفرد يسبب شعورًا بالإجهاد المفرط. فأولئك الذين يستخدمون المخططات المختلة بشكل مفرط يتأثرون بأحداث الحياة السلبية (Katebi et al.,2021).

فالمرضى الذين لديهم درجات أعلى في المخططات المعرفية اللاتوافقية الانفصال والرفض، تؤثر على طريقة تفكيرهم ومشاعرهم والسلوك في العلاقات الحميمة اللاحقة وغيرها وتجعلهم غير قادرين على التواصل بسهولة مع الآخرين، ونقص تلبية الاحتياجات الأساسية، بما في ذلك السلامة، والقبول والحماية والاستقرار والتعاطف والمحبة، بجانب، شعور أضعف بالمسؤولية والأهداف طويلة المدى ومهارات التعاون، الأمر الذي يؤدي بهم إلى انخفاض جودة الحياة لديهم (Heydarianfar et al.,2018).

حيث أن الفرد ذوى المخططات اللاتكيفية المبكرة يشعر بالحرمان العاطفي والوحدة، وأنه غير محبوب، ويتساءل عما إذا كان سيكون لديه علاقة عاطفية، أم أنه غير قادر على ذلك. والمعتقدات المرتبطة بالمخطط تشعره بصحة مشاعره، وبأنه محاصر بالمشاعر غير السارة، ولا يفعل أي شيء إيجابي لتحسين الوضع (صديق، ٢٠٢١). أو يشعر بالعزلة الاجتماعية يشعر بأنه مُهمش، ويتجنب صحبة الآخرين ولا يسعى لتكوين صداقات (إبراهيم، ٢٠١٨)، وقد يعاني من القصور حيث يعتقد أنه غير ذات قيمة ويشعر بالدونية وأنه غير محبوب، ويشعر بالعار والخزى تجاه عيوبه، كالانانية والدوافع العدوانية والارتباك الاجتماعي (Young et al.,2003). ومن ثم ينخفض لديه الشعور بجودة الحياة.

وبالمثل يعتقد ذو مخطط الفشل أنه فاشل ومخفق في جميع المجالات،

ولديه شعور بالنقص إذا قارن نفسه بهم، ودائماً يعتقد أنه مرؤوس من قبل الآخرين (مبارك، ٢٠١٧). ومخطط الاعتمادية الذي يشعر فيه الفرد إنه غير قادر على إدارة مسؤولياته اليومية بمفرده دون مساعدة من الآخرين وأنه غير قادر على اتخاذ القرار (عبد العزيز، ٢٠١٧). والقابلية للتعرض للأذى فنجذ الشخص يشعر بالخوف من وقوع كارثة طبيعية أو مالية وغيرها لا يمكن تجنبها، أو يخاف الإصابة بالأمراض (إبراهيم، ٢٠١٨). والخضوع للآخرين لشعورهم بأنهم مجبورين على ذلك لتجنب الغضب أو الانتقام والهجر، ويعتقدون أن رغباتهم ورائهم ليست ذات أهمية من وجهة نظر الآخرين (عبد العزيز، ٢٠١٧). والاستحقاق ويعتقد الشخص أنه أفضل من غيره ولديه حقوق خاصة به وامتيازات ولا يحترمون قواعد العلاقات الاجتماعية المتبادلة (Young et al., 2003). والشخص الذي لديه مخطط عدم كفاية ضبط الذات يعتقد بأنه غير قادر على ضبط انفعالاته ودوافعه (مبارك، ٢٠١٧). ومهما تنوعت واختلقت المخططات اللاتكيفية المبكرة يظل لها تأثير سلبي على الفرد وعلى حياته بكل مجالاتها وتؤدي به إلى العيش حياة بئسة محبطة خالية من الاستمتاع والبهجة وتتنخفض لديه جودة الحياة .

فالمخططات تؤدي إلى التحيز في تفسيرات الحقائق التي تتضح في شكل سوء الفهم، والمواقف المغلقة، والمنطق الخاطئ، وأهداف وتوقعات غير واقعية (Moghaddam & Jomehri, 2016).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من بشارت وآخرون (Besharat et al., 2018) التي توصلت إلى أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تؤثر على جودة الحياة، و دراسة هيدريان فار وآخرون (Heydarianfar et al., 2018)، ودراسة بيدادين وآخرون (Bidadian et al., 2011)، ودراسة الينغي وآخرون (Alinaghi et al., 2020)، ودراسة بوجيد ونيكمنشي (Bojed & Nikmanesh, 2013) ودراسة بهاتي وفهد (Bhatti, & Fahd, 2022) التي

توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة.

وأخيراً فيما يتعلق بعدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الهجر - عدم الثقة / الإساءة - التقييد بالآخرين - التضحية بالذات - القمع الانفعالي - المعايير الصارمة) وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية. فيمكن تفسير هذه العلاقة في ضوء خصائص كل مخطط عدم الثقة / الإساءة وفيه نجد الأفراد يخافون من الإهانة والإصابة والإعتداء وسوء المعاملة من الغير (إبراهيم، ٢٠١٨). ومخطط التضحية بالذات ويتكون من التأكيد المفرط على التلبية الطوعية لاحتياجات الآخرين ورغباتهم على حساب متعتهم الشخصية فالأشخاص الذين يقعون في هذا المخطط يلبون احتياجات الآخرين دون إجبار لكي يتجنبوا الشعور بالذنب أو لكي يحافظوا على علاقاتهم مع الآخرين الذين يحتاجون لذلك (عبد العزيز، ٢٠١٧). كذلك الحال بالنسبة للأفراد ذوى مخطط الهجر ويعتقد فيه الشخص أن الآخرين المهمين في حياته لن يتمكنوا من استمرار تقديم الدعم الانفعالي له، والمعايير الصارمة الذي يعتقد فيه الشخص الكمال المطلق، والقمع الانفعالي الذي يعتقد فيه الشخص أن عليه قمع انفعالاته لتجنب النبذ والرفض، وهكذا نجد أن الأشخاص ذوى هذه المخططات يعيشون في خوف ومحاولة تجنب الشعور بالذنب دون الالتفات إلى أنفسهم ومتعتها ولا يفكرون في أنهم يعيشون حياة جيدة أم لا.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة كل من بشارت وآخرون (Besharat et al., 2018) التي توصلت إلى أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تؤثر على جودة الحياة، و دراسة هيدريان فار وآخرون (Heydarianfar et al., 2018)، ودراسة، ودراسة بيدادين وآخرون (Bidadian et al., 2011)، ودراسة الينغي وآخرون (Alinaghi et al., 2020)، ودراسة بوجيد ونيكمنشي (Bojed & Nikmanesh, 2013)، ودراسة بهاتي وفهد (Bhatti, & Fahd, 2022) التي

توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة وجودة الحياة.

وبناءً على ما تم التوصل إليه من علاقات ارتباطية في الفرض الأول سيتم تناول العلاقات التنبؤية في الفرض الثاني .
ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

للتحقق من الفرض الثاني والقائل بأنه " تسهم المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة في التنبؤ بالوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية. وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام معامل الانحدار التدريجي المتعدد بطريقة ستيب وايز ويوضح الجدول (٦)، نتائج هذه الخطوة.

جدول (٦)

تحليل الانحدار التدريجي المتعدد المخططات المعرفية اللاتوافقية كمتغيرات منبئة، والوعي بالذات وجودة الحياة كمتغيران (تابعين) لدى مستخدمي المواد النفسية ن = ٦٣ .

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط البسيط R	نسبة الاسهام R ²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعيارى Beta	قيمة "ف"	الدلالة	قيمة "ت"	الدلالة	المقدار الثابت
الوعي الذاتى الخاص	الحرمان العاطفي	٠,٤١	٠,١٦	٠,٣٨	٠,٤١	١٢,٠٧	٠,٠١	٥,٣٦	٠,٠٠١	٢٣,٨٠
الوعي الذاتى العام	المعايير الصارمة	٠,٣٦	٠,١٣	٠,٣٥	٠,٣٦	٩,٠٦	٠,٠٠٤	٢,٥٩	٠,٠٠٤	١٨,٩٩

يتضح من جدول (٦) أن مخطط الحرمان العاطفي يتنبأ بالوعي الذاتى الخاص، ومخطط المعايير الصارمة تتنبأ بالوعي الذاتى العام لدى مستخدمي المواد النفسية.

جدول (٧)

تحليل الانحدار التدريجي المتعدد المخططات المعرفية اللاتوافقية كمتغيرات منبئة،
وجودة الحياة كمتغير استجابته محكى (تابع) لدى مستخدمي المواد النفسية ن = ٦٣

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط البسيط R	نسبة الاسهام R ²	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة الدلالة "ف"	قيمة الدلالة "ت"	الدلالة المقدر الثابت
جودة الحياة	عدم كفاية ضبط الذات	٠.٥٠	٠.٢٤	٠.١٤	٠.٠٥	٠.٠٠٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠٠٠	٠.٧٥٠٠
	الاعتمادية	٠.٥٠	٠.٢٤	٠.١٤	٠.٠٥	٠.٠٠٠٠٠٠	٠.٠٠٠٠٠٠	٠.٧٥٠٠

ينتضح من جدول (٧) أن المخططات المعرفية اللاتوافقية (عدم كفاية الذات - الاعتمادية) اسهما إسهاما دالا في التنبؤ بجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.

مناقشة نتائج الفرض الثاني

أسفرت نتائج الفرض الثاني عن وجود قدرة تنبؤية لمخطط الحرمان العاطفي بالوعي الذاتي الخاص، ومخطط المعايير الصارمة تتنبأ بالوعي الذاتي العام، ومخطط عدم كفاية ضبط الذات والاعتمادية يتنبأ بجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية.

يمكن تفسير وجود قدرة تنبؤية للمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة بالوعي الذاتي الخاص والعام من خلال ما أوضحه بيك من أن تلك المخططات عوامل مسؤلة عن الحكم، والإنفعال السريع وغير المنطقي وعن التشويشات المعرفية مما يؤدي إلى تفسيرات غير توافقية مع الذات ومع الآخرين وتؤدي إلى ظهور الأفكار الألية وتمنع المواجهة التكيفية للأحداث مما يدفع الفرد نحو الاضطراب (دنقل، ٢٠١٧). لذلك فإن المخططات غير التوافقية المبكرة تُعد

أنماطاً غير توافقية مع الذات وفي التواصل مع الآخرين، ومن ثم تتكون أفكار ومعتقدات معقدة وثابته عن الذات والآخرين والعالم والمستقبل، وتصبح هذه المخططات وسيطاً بين مشكلات الطفولة والاضطرابات النفسية اللاحقة(جاب الله وصاير، ٢٠٢١).

وعن وجود قدرة تنبؤية لمخطط الحرمان العاطفي بالوعي بالذات الخاص فيمكن تفسير ذلك في ضوء أن الحرمان العاطفي يندرج ضمن مجال الانفصال/الهجر وإن الأشخاص الذين يتميزون بمخططات في هذا المجال هم غير قادرين على تشكيل علاقات أو روابط آمنة أو واثقة و مُرضية مع الآخرين ويعتقد أن حاجاتهم للاستقرار والأمان والاهتمام والحب والانتماء لا يتم إشباعها أبداً، فهم يركزون على ذواتهم ويكون الانتباه إلى الداخل، فالشخص يميل إلى التفكير في الجوانب الأكثر سرية وخفاء من الذات .

وعن وجود قدرة تنبؤية لمخطط المعايير الصارمة بالوعي الذاتي العام فيمكن تفسير ذلك في ضوء اعتقاد الفرد المطلق بالكمال، وأنه يجب أن يلبي مطالب داخلية عالية جداً من السلوك والأداء تجنباً للنقد والخزي(مبارك وآخرون، ٢٠٢٢). فهو يهتم بجوانب الذات التي يستطيع النظر إليها من قبل الآخرين. فالوعي الذاتى العام يهتم بالجوانب الذاتية التى يتم عرضها للآخرين مثل المظهر والطبع وذلك يفسر هذه القدرة التنبؤية لمخطط المايير الصارمة الذى يكافح فيه الشخص للوصول إلى معايير داخلية عالية للسلوك والاداء.

واخيراً فيما يتعلق بوجود قدرة تنبؤية لمخططى(عدم كفاية ضبط الذات - والاعتمادية) بجودة الحياة فيمكن تفسير ذلك في ضوء أن نظرة الإنسان إلى نفسه، وإلى مستقبله والعالم المحيط به تتوقف على ما يمتلكه من أفكار ومعتقدات وبُنى معرفية خاصة به، وفي ضوء هذه المعتقدات يتمكن من تفسير الأحداث، وفهم مواقف التفاعل الاجتماعي، ويعطيها معان، وعليه فإن الحياة بمجالاتها المختلفة تبنى على أفكار الشخص، وما يمتلكه من خبرات،

ومعتقدات، وهذه المعتقدات ليست مجموعة حقائق أو وقائع منفصلة عن مشاعره وتصرفاته، ولكنها جزء من تركيبته المعرفية والتي تندمج بصورة عامة في مخططاته المعرفية ذات التأثير التوجيهي له في الحياة (مبارك وآخرون، ٢٠٢٢).

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء النظرية المعرفية التي ترى أن المعتقدات المعرفية اللاتوافقية المبكرة أو الخاطئة عن المواد النفسية: هي أفكار خاطئة يحتفظ بها العديد من مستخدمي المواد النفسية، وتعاطيها ويحتفظون بها، تتركز معظمها حول مشاعر الارتياح التي سيحققها المخدر، أو الإغراءات القوية له، أو افتراضات غير صحيحة (مثال: أحتاج إلى خطوط بسيطة من الكوكايين بعد العمل لأسترخي، يمكنني شرب البيرة لأنها ليست خمرًا، ما دمت أشم الكوكايين فأنا في مأمن، فالخطورة فقط إذا تم تدخينه أو حقنه...) أو معتقدات ترتبط باضطرابات نفسية؛ فمثلاً مريض الرهاب الاجتماعي قد يلجأ إلى التعاطي حتى يستطيع التعامل مع الآخرين، ومريض الاكتئاب أو ذوي اضطراب الشخصية الحدية قد يكون لديه معتقد بأنه لا يستحق الحياة، وعليه بالتعاطي ليقتل نفسه ببطء (صديق، ٢٠٢١). ومن ثم ينخفض مستوى جودة الحياة.

كذلك يمكن تفسير العلاقة بين عدم كفاية ضبط الذات وجودة الحياة إلى خصائص ذلك المخطط والذي يشير إلى الاعتقاد بأن الفرد غير قادر على تحقيق التحكم الذاتي الكافي الذي تتطلبه حياته فهو غير قادر على تحمل مسؤولياته تجاه أهدافه أو التحمل لتحقيق تلك الأهداف (حسيني، ٢٠٢٠، ص. ٢٨). الأمر الذي ينخفض معه جودة حياته.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة داربا وآخرون (Darba et al., 2021) التي توصلت إلى أن المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة تتنبأ بنسبة ٨٤% بجودة الحياة، ودراسة كاتبي وآخرون (Katebi et al., 2021) التي توصلت إلى أن المخططات اللاتوافقية تتنبأ بجودة الحياة.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

للتحقق من الفرض الثالث والقائل بأنه " توجد فروق دالة إحصائية بين مستخدمي المواد النفسية في كل من المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة والوعي الذاتي وجودة الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. تم استخدام تحليل التباين الاحادي ويوضح الجدول (٨)، نتائج هذه الخطوة.

جدول (٨)

نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لدرجات مستخدمي المواد النفسية في المخططات المعرفية اللاتوافقية والوعي الذاتي وجودة الحياة وفقاً لمتغيرات (التعليم - المهنة - الحالة الاجتماعية)

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	المتوسط المربعات	قيمة F	المتغيرات	الدلالة
الوعي الذاتي الخاص	التعليم	بين المجموعات	١٧,٨٥١	٣	٥,٦٩	غير دال	,١٩
		داخل المجموعات	١٨١٧,٨١٨	٥٩	٣٠,٨١		
	الكلية	١٨٣٤,٨٩	٦٢				
	المهنة	بين المجموعات	١٠٨,٢٣	٣	٣٦,٠٧	غير دال	١,٢٣
		داخل المجموعات	١٧٢٦,٦٦	٥٩	٢٩,٢٧		
	الكلية	١٨٣٤,٨٩	٦٢				
الوعي العام	الحالة	بين المجموعات	١١٠,٤٩	٢	٥٥,٢٤	غير دال	١,٩٢
	الاجتماعية	داخل المجموعات	١٧٢٤,٤٠	٦٠	٢٨,٧٤		
	الكلية	١٨٣٤,٨٩	٦٢				
	التعليم	بين المجموعات	٢٨٧,٦٤	٣	٩٥,٨٨	غير دال	٠,٠١
		داخل المجموعات	١٢١١,٧٨	٥٩	٢٠,٥٣		
	الكلية	١٤٩٩,٤٢	٦٢				
الوعي العام	المهنة	بين المجموعات	٨٠,١٠٤	٣	٢٦,٧٠	غير دال	١,١١
		داخل المجموعات	١٤١٩,٣٢	٥٩	٢٤,٠٥		
	الكلية	١٤٩٩,٤٢	٦٢				
	الحالة	بين المجموعات	٤٨,٣٠	٢	٢٤,١٥	غير دال	٠,٩٩
	الاجتماعية	داخل المجموعات	١٤٥١,١٢	٦٠	٢٤,١٨		
	الكلية	١٤٩٩,٤٢٩	٦٢				

دراسات نفسية (٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢)

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	المتوسط المربعات	قيمة ف	المتغيرات	الدلالة		
التعليم	بين المجموعات	١٢٥,٧٦٦	٣		٤١,٩٢٢	غير دال	٠,٢٦٣		
	داخل المجموعات	٩٤١١,٩٨٠	٥٩		١٥٩,٥٢٥				
	الكلي	٩٥٣٧,٧٤٦	٦٢						
	بين المجموعات	٧٤٢,٧٦٣	٣		٢٤٧,٥٨٨			غير دال	١,٦٦١
	داخل المجموعات	٨٧٩٤,٩٨٣	٥٩		١٤٩,٠٦٨				
	الكلي	٩٥٣٧,٧٤٦	٦٢						
المهنة	بين المجموعات	٣٥٣,٠٠٣	٢		١٧٦,٥٠١	غير دال	١,١٥٣		
	داخل المجموعات	٩١٨٤,٧٤٣	٦٠		١٥٣,٠٧٩				
	الكلي	٩٥٣٧,٧٤٦	٦٢						
	بين المجموعات	١٣٩,٥٣٤	٣		٤٦,٥١١			غير دال	١,٤٨٧
	داخل المجموعات	١٨٤٥,٨٩٥	٥٩		٣١,٢٨٦				
	الكلي	١٩٨٥,٤٢٩	٦٢						
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٥٠,٩٤٤	٣		١٦,٩٨١	غير دال	٠,٥١٨		
	داخل المجموعات	١٩٣٤,٤٨٥	٥٩		٣٢,٧٨٨				
	الكلي	١٩٨٥,٤٢٩	٦٢						
	بين المجموعات	٦٦,٩٩٧	٢		٣٣,٤٩٩			غير دال	١,٠٤٨
	داخل المجموعات	١٩١٨,٤٣١	٦٠		٣١,٩٧٤				
	الكلي	١٩٨٥,٤٢٩	٦٢						
التعليم	بين المجموعات	١٣٤,٨٩٤	٣		٤٤,٩٦٥	غير دال	١,٤٥٠		
	داخل المجموعات	١٨٢٩,٠٤٢	٥٩		٣١,٠٠١				
	الكلي	١٩٦٣,٩٣٧	٦٢						
	بين المجموعات	٦٢,٥٨٢	٣		٢٠,٨٦١			غير دال	٠,٤٧٠
	داخل المجموعات	١٩٠١,٣٥٤	٥٩		٣٢,٢٢٦				
	الكلي	١٩٦٣,٩٣٧	٦٢						
المهنة	بين المجموعات	٦٧,٨٥١	٢		٣٨,٢٩٠	غير دال	٢,٠٥١		
	داخل المجموعات	١٨٨٧,٣٥٦	٦٠		٣١,٤٥٦				
	الكلي	١٩٦٣,٩٣٧	٦٢						

الإسهام النسبي للمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة في التنبؤ بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	المتغيرات	الدالة	
تعليم	التعليم	بين المجموعات	٥٣,١٨٨	٣	١٧,٧٢٩	غير دال	٠,٤٩٧	
	داخل المجموعات	٢١٠,٥١٣	٥٩	٣٥,٦٨٠				
	الكلي	٢١٥٨,٣١٧	٦٢					
	المهنة	المهنة	بين المجموعات	٥٠,٣٣٥	٣	٦٩,٠٥٢	غير دال	٢,٠٥١
		داخل المجموعات	٢١٠,٧,٩٨٢	٥٩	٣٣,٦٧٠			
		الكلي	٢١٥٨,٣١٧	٦٢				
الحالة الاجتماعية		الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	١٣٨,١٠٤	٢	١٦,٧٧٨	غير دال	٠,٤٧٠
		داخل المجموعات	٢٠٢,٠٢١٤	٦٠	٣٥,٧٢٩			
		الكلي	٢١٥٨,٣١٧	٦٢				
	التعليم	التعليم	بين المجموعات	١٨,٣٩٨	٣	٦,١٣٣	غير دال	٠,١٧٥
		داخل المجموعات	٢٠٦٢,٤٥٩	٥٩	٣٤,٩٥٧			
		الكلي	٢٠٨٠,٨٥٧	٦٢				
المهنة		المهنة	بين المجموعات	٦٥,٥٢٣	٣	٢١,٨٤١	غير دال	٠,٦٣٩
		داخل المجموعات	٢٠١٥,٣٣٤	٥٩	٣٤,١٥٨			
		الكلي	٢٠٨٠,٨٥٧	٦٢				
	الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	١١٧,٤٣٠	٢	٥٨,٧١٥	غير دال	١,٧٩٤
		داخل المجموعات	١٩٦٣,٤٢٧	٦٠	٣٢,٧٢٤			
		الكلي	٢٠٨٠,٨٥٧	٦٢				
التعليم		التعليم	بين المجموعات	٣٣,٦٣٤	٣	١١,٢١١	غير دال	٠,٣٢٠
		داخل المجموعات	٢٠٦٧,٤٤٦	٥٩	٣٥,٠٤١			
		الكلي	٢١٠١,٠٧٩	٦٢				
	المهنة	المهنة	بين المجموعات	٧,٩٤٦	٣	٢٣,٦٤٩	غير دال	٠,٦٨٧
		داخل المجموعات	٢٠٣٠,١٣٣	٥٩	٣٤,٤٠٩			
		الكلي	٢١٠١,٠٧٩	٦٢				
الحالة الاجتماعية		الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٧,٤٣٧	٢	٣,٧١٨	غير دال	٠,١٠٧
		داخل المجموعات	٢٠٩٣,٦٤٣	٦٠	٣٤,٨٩٤			
		الكلي	٢١٠١,٠٧٩	٦٢				

دراسات نفسية (٣٣، ٣٤ يوليو ٢٠٢٣ ص ٥٣١- ٦١٢)

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	المتوسط المربعات	قيمة ف	المتغيرات	الدلالة		
التعليم	بين المجموعات	٩٣,٩٢١	٣		٣١,٣٠٧	غير دال	١,١٥٧		
	داخل المجموعات	١٥٩٦,٠١٦	٥٩		٢٧,٠٥١				
	الكلي	١٦٨٩,٩٣٧	٦٢						
	بين المجموعات	٧١,٢٥٨	٣		٢٣,٧٥٣			غير دال	٠,٨٦٦
	داخل المجموعات	١٦١٨,٦٧٨	٥٩		٢٧,٤٣٥				
	الكلي	١٦٨٩,٩٣٧	٦٢						
المهنة	بين المجموعات	٤,٧٠٦	٢		٢,٣٥٣	غير دال	٠,٠٨٤		
	داخل المجموعات	١٦٨٥,٢٣١	٦٠		٢٨,٠٨٧				
	الكلي	١٦٨٩,٩٣٧	٦٢						
	بين المجموعات	٨١,٧٤٠	٣		٢٧,٢٤٧			غير دال	٠,٨٣٢
	داخل المجموعات	١٩٣٢,٤٨٢	٥٩		٣٢,٧٥٤				
	الكلي	٢٠١٤,٢٢٢	٦٢						
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٢٠٩,٦٤٠	٣		٦٩,٨٨٠	غير دال	٢,٢٨٥		
	داخل المجموعات	١٨٠٤,٥٨٢	٥٩		٣٠,٥٨٦				
	الكلي	٢١٠٤,٢٢٢	٦٢						
	بين المجموعات	٢٧,٦٣٠	٢		١٣,٨١٥			غير دال	٠,٤١٧
	داخل المجموعات	١٩٨٦,٥٩٢	٦٠		٣٣,١١٠				
	الكلي	٢٠١٤,٢٢٢	٦٢						
التعليم	بين المجموعات	١٩٧,٧٥١	٣		٦٥,٩١٧	غير دال	١,٧٣٨		
	داخل المجموعات	٢٢٣٧,٥١٩	٥٩		٣٧,٩٢٤				
	الكلي	٢٤٣٥,٢٧٠	٦٢						
	بين المجموعات	٣٠٩,٦٧٧	٣		١٠٣,٢٢٦			غير دال	٠,٠٤٤
	داخل المجموعات	٢١٢٥,٥٩٢	٥٩		٣٦,٠٢٧				
	الكلي	٢٤٣٥,٢٧٠	٦٢						
المهنة	بين المجموعات	١٢,٤٨٤	٢		٦,٢٤٢	غير دال	٠,١٥٥		
	داخل المجموعات	٢٤٢٢,٧٨٦	٦٠		٤٠,٣٨٠				
	الكلي	٢٤٣٥,٢٧٠	٦٢						

الإسهام النسبي للمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة في التنبؤ بكل من الوعي الذاتي وجودة الحياة لدى مستخدمي المواد النفسية

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	المتغيرات	الدالة
مجموع الكل	التعليم	بين المجموعات	٤١,١٠٦	٣	١٣,٧٠٢	غير دال	٠,٥٠٧
		داخل المجموعات	١٥٩٣,٧٨٢	٥٩	٢٧,٠١٣		
		الكل	١٦٣٤,٨٨٩	٦٢			
	المهنة	بين المجموعات	١٣٦,٠٨٦	٣	٤٥,٣٠٦	غير دال	١,٧٨٥
		داخل المجموعات	١٤٩٨,٨٢١	٥٩	٢٥,٤٠٤		
		الكل	١٦٣٤,٨٨٩	٦٢			
مجموع الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٨٧,٨٩٣	٢	٤٣,٩٤٧	غير دال	١,٧٠٤
		داخل المجموعات	١٥٤٦,٩٩٥	٦٠	٢٥,٧٨٣		
		الكل	١٦٣٤,٨٨٩	٦٢			
	التعليم	بين المجموعات	٥٣,١٥٩	٣	١٧,٧٢٠	غير دال	٠,٦٨١
		داخل المجموعات	١٥٣٤,٢٦٩	٥٩	٢٦,٠٠٥		
		الكل	١٥٨٧,٤٢٩	٦٢			
مجموع المهنة	المهنة	بين المجموعات	٥٩,٩١٠	٣	١٩,٩٧٠	غير دال	٠,٧٧١
		داخل المجموعات	١٥٢٧,٥١٩	٥٩	٢٥,٨٩٠		
		الكل	١٥٨٧,٤٢٩	٦٢			
	الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٢,٢٤١	٢	١,١٢٠	غير دال	٠,٠٤٢
		داخل المجموعات	١٥٨٥,١٨٨	٦٠	٢٦,٤٢٠		
		الكل	١٥٨٧,٤٢٩	٦٢			
مجموع التعليم	التعليم	بين المجموعات	٢٢,٦٨٨	٣	٧,٥٦٣	غير دال	٠,٤١٧
		داخل المجموعات	١٠٧٠,١٦٩	٥٩	١٨,١٣٨		
		الكل	١٠٩٢,٨٥٧	٦٢			
	المهنة	بين المجموعات	٢٤,٣٦١	٣	٨,١٢٠	غير دال	٠,٤٤٨
		داخل المجموعات	١٠٦٨,٤٩٧	٥٩	١٨,١١٠		
		الكل	١٠٩٢,٨٥٧	٦٢			
مجموع الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٤٥,٧٢٢	٢	٢٢,٨٦١	غير دال	١,٣١٠
		داخل المجموعات	١٠٤٧,١٣٦	٦٠	١٧,٤٥٢		
		الكل	١٠٩٢,٨٥٧	٦٢			

دراسات نفسية (٣٣، ٣٤ يوليو ٢٠٢٣ ص ٥٣١- ٦١٢)

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	المتوسط المربعات	قيمة ف	المتغيرات	الدلالة	
متغير (١٣٣٦٣٤١)	التعليم	بين المجموعات	١٢٠,٧١١	٣	٤٠,٢٣٧	غير دال	١,٥٧٦	
		داخل المجموعات	١٥٠,٥,٨٩٢	٥٩	٢٥,٥٢٤			
		الكلي	١٦٢٦,٦٠٣	٦٢				
	المهنة	بين المجموعات	٧١,٠٦٠	٣	٢٣,٦٨٧	غير دال	٠,٨٩٨	
		داخل المجموعات	١٥٥٥,٥٤٤	٥٩	٢٦,٣٦٥			
		الكلي	١٦٢٦,٦٠٣	٦٢				
	الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٣,١٠٠	٢	١,٥٥٠	غير دال	٠,٠٥٧	
		داخل المجموعات	١٦٢٣,٥٠٣	٦٠	٢٧,٠٥٨			
		الكلي	١٦٢٦,٦٠٣	٦٢				
	متغير (١٣٣٦٣٤٢)	التعليم	بين المجموعات	٣٥,٦٦٧	٣	١١,٨٨٩	غير دال	٠,٤٢٣
			داخل المجموعات	١٦٥٩,١٩٠	٥٩	٢٨,١٢٢		
			الكلي	١٦٩٤,٨٥٧	٦٢			
المهنة		بين المجموعات	٥٢,٤٨٨	٣	١٧,٤٩٦	غير دال	٠,٦٢٩	
		داخل المجموعات	١٦٤٢,٣٦٩	٥٩	٢٧,٨٣٧			
		الكلي	١٦٩٤,٨٥٧	٦٢				
الحالة الاجتماعية		بين المجموعات	٧٨,٤٤٠	٢	٣٩,٢٢٠	غير دال	١,٤٥	
		داخل المجموعات	١٦١٦,٤١٧	٦٠	٢٦,٩٤٠			
		الكلي	١٦٩٤,٨٥٧	٦٢				
متغير (١٣٣٦٣٤٣)		التعليم	بين المجموعات	١٩٧,١٢٣	٣	٦٥,٧٠٨	غير دال	٢,٤٢٩
			داخل المجموعات	١٥٩٥,٧٦٦	٥٩	٢٧,٠٤٧		
			الكلي	١٧٩٢,٨٨٩	٦٢			
	المهنة	بين المجموعات	٥٢,٤٧٨	٣	١٧,٤٩٣	غير دال	٠,٥٩٣	
		داخل المجموعات	١٥٩٥,٧٦٦	٥٩	٢٩,٤٩٨			
		الكلي	١٧٩٢,٨٨٩	٦٢				
	الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٦٧,٦٩٧	٢	٣٨,٣٤٩	غير دال	١,٣٤١	
		داخل المجموعات	١٧١٦,١٩٢	٦٠	٢٨,٦٠٣			
		الكلي	١٧٩٢,٨٨٩	٦٢				

يتضح من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في الوعي بالذات العام وفقا لمتغير التعليم، كما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في المخطط المعرفي اللاتوافقي (التقييد بالآخرين / عدم ارتقاء الذات) وفقا لمتغير المهنة وبناءً على هذه النتائج، وسوف يتم حساب L.S.D لتحديد اتجاه الفروق وجاءت النتائج كما هو موضح بالجدولين (٩، ١٠).

جدول (٩)

قيم L. S. D ودلالات الفروق في المخطط المعرفي اللاتوافقى (التقيد بالآخرين/ عدم ارتقاء الذات) بين المجموعات الأربعة لمتغير المهنة

المتغير	مجموعات المقارنه	العدد	م	ع	المجموعات الأربعة		
					لا يعمل	منخفض	متوسط مرتفع
التقيد بالآخرين/ عدم	لا يعمل	٢٩	١٥,١٧	٥,٨٦			
	منخفض	١١	١١,٩١	٧,٣٢	٣,٢٦		
	متوسط	١٢	١٥	٥,٣٩	٠,١٧	٣,٠٩-	
ارتقاء الذات	مرتفع	١١	١٩,٣٦	٥,٢٩	٤,١٩-	٧,٤٤٥-*	٤,٣٦-

*دالة عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات درجات مستخدمي المواد النفسية أصحاب المهن المرتفعة وأصحاب المهن المنخفضة في التقيد بالآخرين/ عدم ارتقاء الذات والفروق في اتجاه مستخدمي المواد النفسية أصحاب المهن المرتفعة.

جدول (١٠)

قيم L. S. D ودلالات الفروق في الوعي بالذات بين المجموعات الأربعة لمتغير

التعليم

المتغير	مجموعات المقارنه	العدد	م	ع	المجموعات الأربعة		
					أوى	يقراً ويكتب	متوسط عالى
الوعي	أوى	٢	٥	٢,٨٢			
	يقراً ويكتب	٣	٨,٦٧	٢,٨٨	٣,٦٦-		
بالذات العام	متوسط	٣٨	١٢,٧٤	٤,٩٢	٧,٧٣-*	٤,٠٧-	
	عالى	٢٠	١٥,٢٥	٣,٩١	١٠,٢٥-*	٦,٥٨-*	٢,٥١-*

*دالة عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات درجات مستخدمي المواد النفسية وفقاً لمتغير التعليم والفروق في اتجاه مستخدمي المواد النفسية ذوى التعليم المتوسط و العالى في الوعى بالذات العام.

فيما يتعلق بوجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في مخطط التقيد بالآخرين/ عدم ارتقاء الذات والفروق تجاه المهن العليا يمكن تفسير ذلك في ضوء أن الأفراد الذين يعانون من المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة ينجذبون نحو وظائف ذات ديناميكيات وهياكل مماثلة للبيئات والعلاقات المبكرة المختلفة التي خلقتهم. ويحاولون توظيف بيئة العمل بما يتوافق مع مخططاتهم (Bamber & McMahon, 2008)، إلا أن محاولة تكيفهم تتأثر بظروف وطبيعة العمل وما يفرضه من شروط وقوانين تؤثر سلباً على توافقهم المهني (النجار، ٢٠١٨). وعندما يترقى الفرد وينتقل مناصب عليا تقع عليه مسؤولية وعبء أكثر فيحدث صراع بين اشباع احتياجاته وبين ظروف البيئة الخارجية، لاعتقاده أنه غير قادر على ضبط انفعالاته ودوافعه خصوصاً وهو تحت تأثير المخدر.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مقدم وجوميري & Moghaddam (2016) التي توصلت إلى أن المعتقدات تؤدي إلى مواقف مختلفة تجاه الآخرين والحياة وهي تتأثر بالمهنة.

وفيما يتعلق بعدم وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (الحرمان العاطفي - الهجر - عدم الثقة - الإساءة - العزلة الاجتماعية - القصور - الفشل في الإنجاز - الإعتمادية - القابلية للتعرض للأذى - الخضوع - التضحية بالذات - القمع الإنفعالي - المعايير الصارمة - الإستحقاق - عدم كفاية ضبط الذات) وفقاً للتعليم والمهنة والحالة الاجتماعية فيمكن تفسير ذلك في ضوء نظرية جون بولبي الذى يرى أن المخططات هي بناء منظم أو نماذج معرفية تتكون خلال مرحلة الطفولة بالتفاعل مع الوالدين والآخرين، وهي تعمل بطريقة تلقائية لا شعورية وتسنقل من

خلال المعلومات الواردة إلينا من البيئة الخارجية عبر أعضاء الحس، كما أنها تحدد صورتنا عن أنفسنا وعن الآخرين وعن العالم الخارجي وتعمل كقواعد للسلوك وتنظيم الذات والعلاقات الاجتماعية والانفعالية، كما أنها تحدد استراتيجيات مواجهة الضغوط وكذلك الشخصية وطبيعة الاضطرابات التي قد يعاني منها الفرد، فإن إدراك الطفل أن الوالدين يستجيبان لحاجاته ويحترمانه ويقدرانه فإن مخططاته بالنسبة لذاته تكون هي الشعور بالقيمة والثقة والاستحقاق ويشعر أن الآخرين يحبونه ويتقنون فيه والعكس يحدث عندما يشعر الطفل بإهمال الوالدين له أو رفضه فيكون مضمون مخططاته هي إهمال والديه له أو رفضه وعدم محبته فيكون مضمون مخططاته بالنسبة لذاته هي الشعور بعدم الثقة وعدم القيمة وتكون مخططاته تجاه الآخرين عدم الثقة بهم والقلق تجاههم والنظرة السلبية للحياة والمستقبل (على، ٢٠١٥).

فالمخططات تتكون من الطفولة وتنتظر ما يستتريها لتُنشِط بدورها الانفعالات والمعارف والذكريات السلبية والأحاسيس الجسمية، التي تستمر بفعل التشويهات المعرفية وأنماط السلوك وأساليب المواجهة غير التوافقية والمدمرة للذات بصرف النظر عن تعليم الفرد ومهنته وحالته الاجتماعية .

وفيما يتعلق بالفروق بين مستخدمي المواد النفسية في الوعي الذاتي العام وفقاً للتعليم والفروق تجاه التعليم المتوسط والعالي فيمكن تفسير ذلك في ضوء ما أشار إليه التراث النظري من أن الوعي الذاتي العام هو ميل الفرد لتركيز الانتباه على ذاته كموضوع اجتماعي، والذات مفهوم ينمو من الخبرات الجزئية والمواقف التي يمر بها الفرد في أثناء محاولاته للتكيف مع البيئة المحيطة، ومثل هذه الخبرات هي التي يترتب عليها نمو التنظيمات السلوكية المختلفة، بالإضافة إلى عملية التعلم، التي تساعدهم على الوعي بقدراتهم وإمكاناتهم، وتوجيه سلوكياتهم في الإتجاه السليم وتحديد مواطن الضعف والقوة في أفكارهم وسلوكياتهم من أجل علاج الضعف، وتنمية مواطن القوة (النجار، ٢٠١٨) .

وتتوافق هذه النتيجة مع ما أشار إليه التراث النظري من أن الوعي الذاتي العام يختلف باختلاف المستويات التعليمية التي مروا بها والخبرات والمعلومات التي تم إكتسابها، وسواء مستوى التعليم المتوسط أو العالي فكلاهما يخضع للعلاج وهذا يدل على درجة الوعي التي تزيد من الثقافة والوعي بمخاطر استخدام المواد النفسية، ويدفعهم للتعافي من الاعتماد وهذا يدل على أن الإستخدام رحلة شخصية يمكن أن تتخذ العديد من الطرق (عبد الصمد وأحمان، ٢٠١٩).

وفيما يتعلق بعدم وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في الوعي الذاتي العام والخاص وفقاً للمهنة والحالة الاجتماعية فيمكن تفسير ذلك في ضوء أن مستخدمي المواد النفسية قد يلجأون للاعتماد بسبب انخفاض الوعي لديهم وعدم إدراك معتقداتهم ومشاعرهم السلبية، والشعور بالقلق إزاء ما يفكر به الآخرون عنهم، وكيف يظهرون أمامهم، وتجنب الرفض من الآخرين وكلها عوامل تدفعهم للإستخدام لتجنبها والهروب منها (جاب الله و صابر، ٢٠٢١).

وتعزو الباحثان هذه النتيجة إلى خصائص عينة البحث الحالي حيث ترتفع النسبة المئوية للمهن المنخفضة ٢٤،٨٥% مقارنة بالمهن المرتفعة ١٩،٠٤ والمتوسطة ١٧،٤٦، بالإضافة إلى أن معظم أفراد العينة من العزاب ٥٤% مقارنة بالمتزوج ٣٣،٣ والمطلق ١٢،٦، وأخيراً صغر حجم العينة ٦٣ الأمر الذي أدى إلى عدم إيضاح فروق بينهم.

وعن عدم وجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في جودة الحياة وفقاً للتعليم والمهنة والحالة الاجتماعية فقد جاءت هذه النتيجة مخالفة جزئياً لما أو أضحة نموذج مدى الحياة الذي أعده ستارك وفولكينر ١٩٩٦ Stark & Faulkner الذي يوضح أن المتغيرات المهمة التي يفترض تأثيرها على جودة حياة الفرد عبر مراحل العمر المختلفة، هي : العناية بالصحة، والبيئة التي يعيش فيها الفرد، ومستوى الشعور بالانتماء للأسرة وطبيعة العلاقات داخلها، والعلاقات الاجتماعية/ الوجدانية مع الآخرين، والتعليم، وبيئة العمل، والنشاط

الذي يمارسه الفرد في وقت فراغه ومدى أستغلاله لهذا الوقت على نحو خلاق. وقد نعزو هذا الإختلاف إلى أن هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الحياة بخلاف التعليم والمهنة والحالة الاجتماعية التي منها الطفولة المبكرة التي نشأ فيها الفرد ومزاجه فقد اقترح يونج وآخرون (٢٠٠٣) أن خبرات الطفولة المبكرة لا تعمل بمفردها في التأثير على تفاعل الطفل مع العالم من حوله. على وجه التحديد، تؤثر الحالة المزاجية الفريدة للطفل، أو الاستعداد الفطري للتفاعل مع البيئة، على الطريقة التي يدرك بها الأطفال أو يتعرضون للمثيرات السلبية. يمكن للمزاج التفاعلي، بالتزامن مع خبرات الطفولة المبكرة، أن يتداخل مع تلبية الاحتياجات الحاسمة لنمو الطفل، وبالتالي يساهم في تكوين نظام الإدارة البيئية. وفقاً ليونغ وآخرون (٢٠٠٣)، يمكن أن يساهم تطوير نظام الإدارة البيئية في مجموعة متنوعة من النتائج النفسية والاجتماعية في مرحلة البلوغ، بما في ذلك الاحتمال الأكبر للإصابة بالاكنتاب (Jesinoski, 2010). الذي تنخفض معه جودة الحياة.

بالإضافة إلى أن جودة الحياة تتأثر بإمكانية حصول الفرد وأسرته على خدمات تصل إليهم في المنزل، والمشاركة المجتمعية، وبتاح للفرد عديد من الاختيارات في الحياة، وشعور الفرد بالأمان، وقدرة الفرد على تنظيم دخله لتحقيق أهدافه، وشعوره بالعافية. كما أن تفاعل العوامل الشخصية والعوامل البيئية له دور بالغ الأهمية في تشكيل تصور الفرد لجودة حياته (المغربي، ٢٠١٠).

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النظرية المعرفية التي تفسر جودة الحياة بناءً على قاعدتين أساسيتين الأولى: تتوقف درجة شعور الفرد بجودة الحياة على كيفية إدراكه لجوانب الحياة المختلفة. والثانية: كنتيجة للإختلاف بين الأفراد في الإدراك لجوانب الحياة المختلفة، فإن العوامل الذاتية كالأهواء والرغبات والميول والحاجات والخصائص الشخصية هي الأقوى أثراً

في درجة شعورهم بجودة الحياة بالمقارنة بالعوامل الموضوعية (حافظ، ٢٠١٩).
وتعزو الباحثان هذه النتيجة أيضاً إلى أن جودة الحياة تتوقف على درجة
دافعية أفراد العينة للتعافي واستعدادهم لتقبل العلاج، بغض النظر عن المستوى
التعليمي والمهني وحالتهم الزوجية.
وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (عبد الصمد وأحمان، ٢٠١٩) التي
توصلت لوجود فروق بين مستخدمي المواد النفسية في جودة الحياة وفقاً للتعليم.

قائمة المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية

- إبراهيم، عيسى. (٢٠١٨). المخططات المبكرة غير المتكيفة في ضوء متغيري الجنس والسن لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، ٧(٢)، ٣٦-٥٤.
- إبراهيم، محمد؛ صديق، سيدة. (٢٠٠٦). دور الأنشطة الرياضية فى جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان، ٢٧٧ - ٢٨٨.
- أبو المجد، علياء. (٢٠١٦). الإبداع الإنفعالي وعلاقته بالوعي بالذات ومهارات اتخاذ القرار لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية*، ١٦(٢)، ١٧٢-٢١٢.
- أبو حلاوة، محمد. (٢٠١٠). جودة الحياة المفهوم والأبعاد. *المؤتمر العالمي السنوى، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ*، ١-٣٠.
- أبو شمالة، رجاء. (٢٠١٦). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والمهارات الحياتية لدى زوجات الشهداء في قطاع غزة. *رسالة ماجستير (منشورة)*، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- إسماعيل، بشرى. (٢٠١٣). مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- إسماعيل، غنيمة. (٢٠٢١). تقييم جودة الحياة لدى عينة من المتعافين من الإدمان أو السلوكيات الإدمانية بدول الخليج العربي. *مجلة التربية في القرن ٢١ للدراسات التربوية والنفسية*، كلية التربية جامعة مدينة السادات، ١٨، ١٥٤-٢٠٢.
- بيك، جوديث. (٢٠٠٧). *العلاج المعرفى الأسس والأبعاد*، (ترجمة) طلعت مطر. القاهرة: المركز القومى للترجمة.

جاء الله، شعبان؛ صابر، ياسمين. (٢٠٢١). العلاقة بين الوعي بالذات والمخططات غير التوافقية لدى المعتمدين على المواد النفسية. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٩(٤)، ٧٥٧-٨٠٤.

جابر، عبدالحميد؛ الكفافي، علاء الدين. (١٩٩٠). *معجم علم النفس*، ج٣، القاهرة، دار النهضة العربية.

جمال، فيليب. (٢٠١٥). الأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على الكحول والمخدرات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية الآداب، جامعة عمان الأهلية.

الجوهري، أيمن. (٢٠١٨). العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة واضطراب الشخصية الحدية والشخصية المضادة للمجتمع لدى المعتمدين على المواد النفسية، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة حلوان.

حافظ، داليا. (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوى الاضطرابات السيكوسوماتية. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٥٨(١)، ١٢٤-١٨٦.

حسن، إيمان؛ عز الدين، إيمان؛ عباس، آية؛ الدليمي، ناهدة. (٢٠١٢). تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لدى طالبات جامعة بابل. *مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية*، ٢٠(٤)، ١١٢٦-١١٤٢.

حسيني، منى. (٢٠٢٠). دور المخططات غير التوافقية وصورة الجسم في التنبؤ بمظاهر اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

الخير، إيمان. (٢٠١٦). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلاب جامعة النيلين. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية الآداب، جامعة النيلين.

دنقل، عبير. (٢٠١٧). شفاء المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بإستخدام

- علاج جيفري يونج وأثره في خفض حدة بعض الاضطرابات النفسية
(دراسة حالة واحدة). **مجلة الإرشاد النفسي**، مركز الإرشاد النفسي،
جامعة عين شمس، ٥٠ (٣)، ١٠٥ - ١٨٢.
- الراسبي، خميس. (٢٠٠٦). تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة
المتعلمين بمدارس السلطنة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.
جامعة السلطان قابوس، مسقط ١٧-١٩ ديسمبر، ١٦٠-١٣٣.
- الرفاعي، موسى. (٢٠٢٢). الوعي الذاتي وعلاقته بالقلق في ضوء بعض
المتغيرات الديموجرافية لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة ينبع. رسالة
(منشورة) كلية الآداب، جامعة الملك عبد العزيز.
- سعيد، سعاد. (٢٠٠٨). **سيكولوجية التفكير والوعي بالذات**. عمان، عالم الكتب.
سلامة، ممدوحة. (١٩٩١). المعاناة الاقتصادية في تقدير الذات والشعور بالوحدة
النفسية لدى طلبة الجامعة، **مجلة دراسات نفسية**، ١ (٣)، ٦٧٩ - ٧٠٢.
- الشخص، عبد العزيز. (١٩٨٨). مقياس تقدير المستوى الاجتماعي - الاقتصادي
للأسرة المصرية المعدل: دراسة مقارنة بين عقدي السبعينات
والثمانينيات. **دراسات تربوية**، ٣ (١٢)، ٢٥٣ - ٢٦٤.
- صالح، ناهد. (١٩٩٠). مؤشرات نوعية الحياة: نظرة عامة على المفهوم
والمدخل. **المجلة الاجتماعية القومية**، ٢٧ (٢)، ٥٣ - ٨١.
- صديق، عزة. (٢٠٢١). المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة لدى مستخدمات
المواد ذات التأثير النفسي وغير المستخدم لها. **دراسات نفسية**،
٣١ (٢)، ٢٤٩ - ٣١٨.
- عبد الخالق، أحمد. (٢٠١١). معدلات نوعية الحياة لدى عينة من الموظفين
الكويتيين. **مجلة دراسات نفسية**، ١٠ (١)، ١٧ - ١.
- عبد الصمد، صورية؛ أحمان، لبند. (٢٠١٩). جودة الحياة لدى عينة من الشباب
المدمن على المخدرات. **مجلة دراسات نفسية وتربوية**، ١٢ (٢)، ١١١ -
١٢٠.

عبد العزيز، نادية. (٢٠١٧). المخططات المعرفية اللاتكيفية كمتغير وسيط بين الخبرات النفسية في الطفولة واضطراب الشخصية التجنبية لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر*، ١٧٥ (٣)، ٢٢٩ - ٣٠٦.

عبد المقصود، حسنية. (٢٠١٨). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والتوافق الأسري لدى طفل ما قبل المدرسة. *مجلة البحث العلمي في التربية*، ١٩، ١٥٩-١٨٢.

العشري، حسن. (٢٠١٩). الذكاء الوجداني وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين بمدينة مصراته الليبية. *دراسات عربية*، ١٨ (٣)، ٤٥٥ - ٥١٥.

عكاشة، أحمد؛ عكاشة، طارق. (٢٠١٠). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة، مكتبة الأنجلو.

على، هبه محمد. (٢٠١٥). المخططات المعرفية اللاتوافقية المنبئة باضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من الشباب الجامعي، *مجلة كلية الآداب*، جامعة بنها، ٤١ (١)، ٣٦٧-٣٨٧.

العزى، خالد. (٢٠٠٩). الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني الحشيش والأمفيتامين لنزلاء مستشفى الأمل للصحة النفسية مقارنة بالعاديين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الغني، سهير. (٢٠١٠). نوعية الحياة في مرضى سوء استخدام العقاقير، تأثير اضطرابات الشخصية. *المجلة العربية للطب النفسي*، ٢١ (٢)، ١٦٤ - ١٧٦.

فايد، حسين. (٢٠٠٨). *الاضطرابات السلوكية: تشخيصها، أسبابها، علاجها*، ط ٢، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

مبارك، خلف؛ عبد الحميد، هبة؛ عباس، أسماء. (٢٠٢٢). المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة سوهاج لشباب الباحثين*، ٢ (٤)، ١٨٠ - ٢٠٦.

المرشدي، عماد؛ جنجون، محمد. (٢٠١٧). الوعي الذاتي لدى الطلبة المتميزين

وأقرانهم العاديين في المرحلة الاعدادية. مجلة كلية التربية الأساسية
للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، ٣٥، ١١٩٦-١٢١٠.
المغربى، الطاهرة. (٢٠١٠). نوعية الحياة وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة
المشكلات لدى عينة من السيدات العاملات المتزوجات، حوليات مركز
البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٦ (٩)، ٧١
- ١٢٥.

مكفلين، روبرت؛ وغروس، ريتشارد. (٢٠٠٢). مدخل إلى علم النفس
الاجتماعي، ترجمة ياسمين حداد؛ موفق الحمداني. عمان، دار وائل.
منسي، محمود؛ كاظم، على. (٢٠٠٦). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة.
وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط،
١٧-١٩ ديسمبر.

المهيمزى، صالح. (٢٠١٢). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالقلق لدى المدمنين
على المخدرات وغير المدمنين بمدينة الرياض. رسالة ماجستير (غير
منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
ناجي، ناجي؛ عزيز، تقي. (٢٠١٦). الوعي الذاتي لدى طلبة الجامعة. مجلة
كلية التربية، الجامعة المستنصرية، ٤، ١٥٥ - ١٨٠.

النجار، يحيى. (٢٠١٨). الوعي الذاتي وعلاقته بالتوافق المهني لدى معلمي
المدارس الخاصة بمحافظات قطاع غزة. مجلة جامعة الأقصى، ٢١،
٣٢-١.

نريمان، هيبنة. (٢٠٢٠). جودة الحياة، قراءة في المفهوم، الأبعاد والقياس. مجلة
آفاق للعلوم، ٥ (٤)، ١٤٢-١٥٠.

نيومان، كوري، ف. (٢٠٠٦). تعاطي المواد النفسية (المخدرات). الفصل الحادي
عشر في روبرت ليهي. دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي
المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة يوسف ومحمد نجيب
الصبوة. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع، ٣١٢ - ٣٤٠.

ثانياً: مراجع باللغة الاجنبية: References

- Alinaghi, S., Mohsseni Pour, M., Aghaei, E., Zarani, F., Fathabadi, J. & Firouzeh, M. (2020). The Relationships Between Early Maladaptive Schemas, Quality of Life and Self-care Behaviors in a Sample of Persons Living with HIV: The Potential Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *The Open AIDS Journal*, 14, 100-107
- Alipourchushaly, G., & Taghiloo, S. (2015). The mediating role of early maladaptive schemas in relation between personality traits and subjective well-being. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 5 (52), 161-168.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* London: Washington, DC.
- Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*, 4(1), e21250.
- Ball, A., Cecero, J. (2001). Addicted patients with personality disorders: traits, schemas, and presenting problems. *Journal Pers Disord*, 15(1), 72-83.
- Bakhshi, F., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *Int J High Risk Behav Addict*, 2(2), 72-6.
- Bamber, M., & McMahan, R. (2008). Danger-early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology and Psychotherapy Clin. Psychol. Psychother*, 15(2):96-112.
- Besharat, M. A., Keshavarz, S., Lavasani, M. G., & Arabi, E. (2018). Mediating role of perceived social support between early maladaptive schemas and quality of life. *Journal of Psychology*, 22(3), 256-270.
- Bhatti, R., & Fahd, S. (2022). The relationship between schemas and quality of life of HIV patients: Role of social connectedness as a mediator. *Indonesian Journal of Psychological Research*, 3(2), 63-70.
- Bidadian, M., Bahramizadeha, H., Poursharifi, H. (2011). Obesity and Quality of Life: The Role of Early Maladaptive Schemas.

- Obesity_and_Quality_of_Life_The_Role_of_Early_Mala.pdf,1
8/9/2022,2:41PM.
- Bojed, F., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, September, 2(2), 72-76.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *Br Journal of Clin Psychol*, 43(3), 337-42.
- Chang, L. (2006). The Self-Consciousness Scale in Chinese College Students. *Journal of Applied Social Psychology* .28(6), 550-561.
- Comunian, A. L. (1994). Self-consciousness scale dimensions: An Italian adaptation. *Psychological Reports*, 74, 483-489.
- Dale, R., Power, K., Kane, S., Stewart, M., & Murray, L. (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition, *Arch Suicide Res*, 14(4), 311-28.
- Darba, M., Mahmoudpour A., Ejade, S., Yoosefi, N. (2021). The Relationships of Early Maladaptive Schemas to Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Substance-Dependent Spouses. *Scientific Quarterly of Research on Addiction Prresidential Drug Control Headquarters Department for research and Education*, 15(60), 373-393.
- Davydov, M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2012). Depressed mood and bloodpressure: the moderating effect of situationspecific arousal levels. *International Journal of Psychophysiology* , 85(2), 212-23.
- Dimaggio, G. (2015). Awareness of Maladaptive Interpersonal Schemas as a Core Element of Change in Psychotherapy for Personality Disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 39-44.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F. & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Firoozifar, (2014) : The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Self-Esteem among High School. *S Damghan* 3(11), 33-43.

- Godin, O., Tzourio, C., Maillard, P., Mazoyer, B., Dufouil, C. (2011). Antihypertensive treatment and change in blood pressure are associated with the progression of white matter lesion volumes. *Circulation*, 123(3), 266–73.
- Hadi, E. (2022). The relationship of self-awareness to the quality of life of kindergarten teachers. *Journal of College of Education*, 46 (3), 395- 414.
- Heinemann, W. (1979). The assessment of private and public self-consciousness: A German replication. *European Journal of Social Psychology*, 9, 331-337.
- Heydarianfar, N., Mahmudi, L., Zadeh, S., Bashiri, Y., & Zadeh, S. (2018). Investigating the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Quality of Life with Mediating Religious Commitment in Isfahan Women. *Journal of Research in Medical & Dental Science*, 6(3), 400-407.
- Hoseinifar, J., Zirak, R., Shaker, A., Meamar, E., Moharami, H., & Siedkalan, M. (2011). Comparison of quality of life and mental health of addicts and non-addicts. *Procedia Soc Behav Sci*, 30, 1930–1934.
- Ickes, W., Wicklund, R., & Ferris, C. (1973). Objective self awareness and self esteem. *Journal of Experimental Social Psychology* 9(3):202-219.
- Janbozorgi, D. (2011): The effect of parenting style and early maladaptive schemas on children's self-esteem. *Journal of Behavioral Sciences*, 50, (2), 165-172.
- Jesinoski, M. (2010). "Young's Schema Theory: Exploring the Direct and Indirect Links Between Negative Childhood Experiences and Temperament to Negative Affectivity In Adulthood. PHD. UTAH STATE UNIVERSITY Logan, Utah
- Katebi, H., Golkar, M., Ataefar, R. (2021). Predicting Quality of Life Based on Early Maladaptive Schemas and Personality Traits in Women with Breast Cancer. article_118409_65d8e4198c54f9a4e548338155e6bd64. pdf (razavihospital.ir), 18/9/2022. 2:54 pm.
- Kazemi, R., Dideh, S. (2010). Comparison of early maladaptive schemas and mental health in substance abuse among ordinary people. *Journal Psychia Clinic Psycho thought behave*, 16 (3), 335-42.

- Laudet, A. B., Becker, B. & White, W. (2009). "Don't Wanna Go Through That Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug Misuse." *Subst Use Misuse* 44(2), 227-252.
- Lefter, S. (2018). Study Regarding the Early Maladaptive Cognitive Schemas From the Perspective of Awareness Capacity. *Romanian Journal of Psychological Studies (RJPS)*, 6(1), 32-42.
- Lund, I. (2011). Irrational beliefs revisited: Exploring the role of gambling preferences in the development of misconceptions in gamblers. *Addiction Research & Theory*, 19(1), 40-46.
- Maeyer, J., van Nieuwenhuizen, C., Bongers, L., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2013). Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: a latent class analysis. *Int J Drug Policy*, 24(4), 342-350.
- Moghaddam, S., & Jomehri, F. (2016). Cross-Cultural Comparison of Early Maladaptive Schemas, Resilience and Quality of Life in Students. *Review of European Studies*, 8(2), 236-244.
- Mojallal, M., Khosrojauid, M., Pakzad, F., & Ghanbari, M. (2014). Early maladaptive schemas, body image, and self-esteem in Iranian patients undergone cosmetic surgery compared with normal individuals. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 201-210.
- Morin, A. (2011). Self-Awareness Part 1: Definition, Measures, Effects, Functions, and Antecedents. *Social & Personality Psychology Compass* 5(10), 807-823.
- Muller, A. (2017). *Quality of life, substance use disorders, and social lives*. The Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF), Institute of Clinical Medicine University of Oslo.
- Naeemi, N., Gheyarani, B., & Ghahari, S. (2016). The Role of Early Maladaptive Schemas in Prediction of Dysfunctional Attitudes toward Drug Abuse among Students of university. *International Journal of Medical Research & Health Sciences* 5, (7), 571-575
- Newen, A., & Vogeley, K. (2003). Self-representation: Searching for a neural signature of self-consciousness. *Consciousness and Cognition*, 12, 529-543.

- Rime, B., & Le Bon, C. (1984). Le concept de conscience de soi et ses operationalisations. *L'Annee Psychologique*, 84, 535-553.
- Roper, L., Dickson, M., Tinwell, C., Booth, G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cog The Res*, 34(3), 207-215.
- Ryan, C., Scott, E., & Gregory, L. (2012). *Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults*. US National Library of Medicine National Institutes of Health.
- Ryff, C., & Singer, J. H. (1998). The structure of psychological well-being Revisited. *Journal of personality & social psychology*, 69(4), 719-727.
- Salemink, E., Van Lier, A. C., Meeus, W., Raaijmakers, F., & Wiers, S. (2015). Implicit alcohol-relaxation associations in frequently drinking adolescents with high levels of neuroticism. *Addictive Behaviors*, 45, 8-13.
- Sandu, M. L., Calin, M. F., & Mogos, N. (2021). The Relationship between Maladaptive Cognitive Patterns and Self-Esteem in Adolescents. *Technium Soc. Sci. J.*, 17, 259- 267.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 5, 687-699.
- Shaghaghay, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., & Soltanynejad, A. (2011). The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. *Addiction Health*, 3, 1-2.
- Shorey, C., Anderson, S., & Stuart, L. (2013). Early maladaptive schemas of substance abusers and their intimate partners. *Journal Psychoactive Drugs* 45, 266-275.
- Shorey, C., Stuart, L., & Anderson, S. (2014). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clin Psychol Psychother*, 21, 21-28.
- Taylor, R., Thanawala, S., Shiraishi, Y., & Schoeny, M. (2006). Long-term outcomes of an integrative rehabilitation program on quality of life: A follow-up study. *Journal of psychosomatic Research*, 61(6), 835-839.
- Venteegadt, S.; Merrick, J. & Andersen, N. (2003): Quality of life I.

- The Iq of Theory. An integrative theory of the global quality of life concept. *The scientific world journal*, 3, 1030-1040.
- Vleeming, R. G., & Engelse, J. A. (1981). Assessment of private and public self-consciousness: A Dutch replication. *Journal of Personality Assessment*, 45, 385-389.
- Weiss, L., Gass, J., Gan, D., Ompad, C., Trezza, D. & Vlahov, D. (2014). "Understanding prolonged cessation from heroin use: findings from a community-based sample." *J Psychoactive Drugs* 46(2): 123-132.
- WHOQOL Group (1996). "What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment." *World health forum*, 17(4), 354 - 356.
- WHOQOL Group. (1997). The world health organization quality of life assessment: Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1049.
- Worsfold, K. E. (2009). The body in clinical cognitive theory: from beck to mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 10(2), 220-240.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Young, J., Rafaeli, E., & Bernstein, D. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. London: Taylor & Francis Group.