الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
كلية العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس
قسم علم النفس الصحة

مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر علم النفس الصحة

دور المؤسسات الإستشفائية في تطوير الصحة النفسية لدى مدمني المخدرات

دراسة عيادية لثلاث حالات بالمستشفى الاستشفائي لمعالجة مدمني المخدرات بوهران

من إعداد الطالب :
- بن يامنة زين الدين إياد

تحت إشراف الدكتور :
- بقال أسماء

لجنة المناقشة :
- لصقع حسنية
- طالب سوسن
- طباز

السنة الجامعية: 2018–2019

شكر و تقدير

بِسۡمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحۡمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ .

نحمد الله حمدا كثيرا و نشكره شكرا جزيلا .

يا من خلق الخلق بغير مثال و يا من دبر الأمور بغير وزير و يا من يرزق الخلق بغير مشير .

أنا احمد الله كثيرا واشكره شكرا جزيلا و اسأله التوفيق و السداد كما وفقني لانجاز هذه المذكرة و الصلاة و السلام على سيدنا المصطفى و صحابته أجمعين.

أتقدم بالشكر إلى كل من ساعدني و لم يبخل علي بالمساعدة .

إلى بعض الأساتذة الكرام و كل من علمني و عمل على نجاحي و بالأخص الأستاذة المؤطرة بقال اسماء

إلى بعض الأساتذة الذين درسوني طيلة مشواري الجامعي، إلى عض الطلبة و العاملين بالجامعة.

إلى كل من ساعدني من موظفين في مكان تربصي و بالأخص الأرشيفي .

إلى كل أصدقائي و أفراد عائلتي و كافة المتربصين و المتربصات بالجامعة .

إهداء

باسم كل كلمة طيبة من فمي و حركة من دمي يلفظها لساني و يكتبها قلمي اهدي ثمرة جهودي إلى ذي الجودة والإحسان و الكرم الذي علم نور الهدى جميع خلقه فله الفضل احمده سبحانه و تعالى على ما أعطانا من نعم و اشكره على ما أورثنا من الحكم .

إلى من أرسله الله رحمة للعالمين و بشرى لجميع الخلق و فاتحا لكل خير سيدنا محمد بن عبد اله صلى الله عليه و سلم .

إلى كل أفراد عائلتي الأحباء .

إلى كل أصدقائي أساتذتي الكرام و كل موظفي الجامعة .

و بصفة اشمل اهدي هذا العمل المبذول إلى كافة من ساعدني لتخطي الصعاب من اجل انجاز المذكرة .

قائمة المحتويات

- شكر وتقدير
- إهداء

الفصل التمهيدي مدخل الدراسة

1. مقدمة 01

2. فرضيات الدراسة 02

3. أهمية الدراسة 02

4. أهداف الدراسة 03

5. تحديد المفاهيم الإجرائية 03

6. الدراسات السابقة 04

الجانب النظري

الفصل الأول:المستشفيات

تمهيد

1. تعريف المستشفيات 14
2. تصنيف المستشفيات.....15
3. وظائف المستشفيات.....17
4. المعايير التخطيطية للمستشفيات.....18
5. تعريف مركز العلاج الادمان.....20
6. أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين.....21
7. ادوار الفريق العلاج في المؤسسات العلاجية للمدمنين 23
8. دور الاخصائي النفسي الاكلينيكي 24
9. دور الاخصائي الاجتماعي.....25
10. دور الاخصائي او مرشد التاهيل 25
11. خطوات العلاج.....25
12. العلاج بالوسائل متعددة الجوانب 27
13. العوامل التي تؤثر على نتائج العلاج 27

خلاصة

الفصل الثاني: الصحة النفسية

تمهيد

1-مفهوم الصحة النفسية.....30
2-النظريات المفسرة للصحة النفسية.....33
3-اجراءات الصحة النفسية.....35
4-نسبية الصحة النفسية.....36
5-أهمية الصحة النفسية.....38
6-خصائص الشخصية المتعلقة بالصحة النفسية.....39
7-معايير الصحة النفسية.....39
خلاصة.....41

الفصل الثالث:ادمان المخدرات

تمهيد.....44
1-تعريف المخدرات.....44
2-تعريف الادمان.....45
3-لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات.....46
4-واقع تعاطي المخدرات في الجزائر.....48
5-العوامل التي تدفع الشباب والمراهقين الي تعاطي المخدرات.....49
6-تصنيف المخدرات.....53
7-أنواع المخدرات.....54
8-خصائص الإدمان.....55
9-أضرار المخدرات.....55
10-انواع الإدمان.....57
11-المرأة المدمنة.....58
12-خصائص شخصية المدمن.....59

13-مضعفات الإدمان.....64
14-المخدرات والإحساس باضطهاد لدي الفرد.....65
15-الوقاية.....66
16-تخطيط العلاج.....68
خلاصة.....72

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الدراسة الاستطلاعية

1-الدراسة الاستطلاعية.....76
2-الدراسة الأساسية.....76

3-منهج الدراسة.....76
4-حالات الدراسة.....77
5-حدود الدراسة.....78
6-أدوات الدراسة.....79

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.....84
1-عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولي.....84
2-عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية 86

3-عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة.....88
4-التحليل العام للمقابلات.....90
5-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....90
6-مناقشة الفرضية الجزئية الأولي.....90
7-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.....91
8-مناقشة الفرضية العامة.....91
خلاصة.....91
إقتراحات 92
الخاتمة.....94
قائمة المرجع.....97
الملاحق.....101

ملخص الدراسة

_عنوان الدراسة:الي اي مدي يكمن دور المؤسسات الاستشفائية في تطوير الصحة النفسية لمدمنين علي المخدرات؟

_هدف الدراسة: معرفة دورالمؤسسات الاستشفائية في تطويرالصحة النفسية للمدمنين عليالمخدرات.

_مشكلة الدراسة:الي أي مدي يمكن دور المؤسسات الاستشفائية في تطوير الصحة النفسية لمدمنين علي المخدرات؟

_التساؤلات الفرعية:

_هل للمؤسسات الاستشفائية دور في تحقيق أعراض القلق للمدمنين علي المخدرات؟

_هل للمؤسسات الاستشفائية دور من الحد من تعاطي الإدمان علي المخدرات؟

_الفرضية العامة للدراسة:تساهم المؤسسات الاستشفائية في تطوير الصحة النفسية لدي المدمنين وهذا من خلال المؤشرات .

الفرضيات الجزئية:

_تساهم المؤسسات الاستشفائية في تخفيض الأعراض القلق لدي المدمنين

_تساهم المؤسسات الاستشفائية في الحد من ظاهرة الإدمان علي المخدرات

_اجراءات الدراسة الميدانية: تم اختيار الحالة قصديا، وتمثلت في 03حالات لمدمني للمخدرات اتموا نصف مدة العلاج.

_المجال الزماني والمكاني:أجريت الدراسة الميدانية علي الماكثين بالمركز الوسيط لمعالجة المدمنين علي المخدرات والذين فاقت مدة علاجهم 15يوم.

_المنهج المستخدم:اعتمدنا علي المنهج العيادي وذلك لملائمة طبيعية البحث.

_الادوات المستعملة: اعتمدنا علي مقياس الصحة النفسية كولد بيرغ والمقابلة الموجهة.

_النتائج المتوصل اليها:أن المؤسسات الاستشفائية دور في تطوير الصحة النفسية للمعالجة المدمنين.

_ النتائج المتوصل اليها:أن المؤسسات الاستشفائية دور في تطوير الصحة النفسية للمعالجين الادمان.

مقدمة:

إن التطور الهائل للعالم وتمركزه علي الفرد في اطار علائقي وسيرورة التغيرات الفيزيولوجية والنفسية على اثر ثنائية الزمان والمكان تؤثر سلبا علي الفرد مما استدعي إلى استخدام بدائل التي تساهم في تعديل السلوك الفرد وجعله اجتماعي بكل أبعاده مما أدى بالحكومات إلي التدخل العاجل للحد من المشاكل والآفات الاجتماعية وفق الميكانيزمات والمنظومات الصحية مدعمة بجملة من القوانين وهياكل صحة داعمة لجهاز الصحي للفرد وتعتبر آفة الإدمان من أكثر المشكلات الاجتماعية الموجودة في العالم، وأكثرها خطورة علي الفرد مما استدعي بالمؤسسات العالمية التابعة للأمم المتحدة إلي دق ناقوس الخطر وهذا من خلال البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات في العالم إن أكثر من 70بالمائة منهم من المدمنين أي ما يعادل200 مليون شخص يتناولون المخدرات وتعتبر هذه الاخيرة المسئولة عن فقدان أربعة سنوات من العمر.

تعتبر فئة المراهقة أكثر عرضة لتعاطي المخدرات نظرا للتغيرات الفيزيولوجية والنفسية واجتماعية التي تتسم بها هذه الفئة من خلال ضعف الاتزان الانفعالي والحساسية العالية اتجاه المواقف الضاغطة والرغبة في الاستعراض والميل إلي التمرد و التحدي للحصول علي الإثارة والمتعة.

ظاهرة المخدرات أصبحت الشغل الشاغل لجميع الدول العربية وعلي رأسها الجزائر التي سنت ترسانة من القوانين والتشريعات للمحاربة هذه الظاهرة من خلال المراقبة الدائمة علي الحدود وإنشاء مؤسسات استشفائية لمكافحة المخدرات والحد منها فانشأت المصاحات العقلية التي تقوم بعلاج جميع أمراض العقلية والعصبية والمدمنين علي المخدرات وكذا إنشاء مراكز الذي له علاقة مباشرة مع الأشخاص المدمنين ومحاولة علاجهم بطرق دوائية نفسية وعليه نطرح الإشكالية التالية:

-الي أي مدي يكمن دور المؤسسات الاستشفائية في تطوير الصحة النفسية لمدمنين علي المخدرات؟

انطلاقا من الإشكالية المطروحة يمكن صياغة التساؤلات الفرعية التالية :-

-هل للمؤسسات الاستشفائية دور في تخفيف من أعراض القلق لدي المدمنين علي المخدرات؟

-هل للمؤسسات الاستشفائية دور في التخفيف من أعراض الاكتئاب لمدمنين علي المخدرات؟

2-الفرضيات الدراسة:

2-1الفرضية الرئيسية:

- تساهم المؤسسات الاستشفائية في تخفيف من أعراض الاكتئاب لمدمنين علي المخدرت

-تساهم المؤسسات الاستشفائية في التخفيف من اعراض الاكتئاب لمدمنين علي المخدرات

-تساهم المؤسسات الاستشفائية في تطوير الصحة النفسية لدي المدمنين وهذا من خلال المؤشرات التالية:

_ تقوم المؤسسة بالدعم النفسي

_ تقوم المؤسسة.بالتكفل النفسي

_. تقوم المؤسسة بالعلاج الطبي

3-أهمية الدراسة:

3-1- الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية دراستنا من خلال الاهمية المؤسسات الاستشفائية في العناية الصحية والنفسية الموكلة لها حيث توفرالدولة جميع الوسائل المادية والبشرية لتحقيق الصحة لدي الفرد وخاصة المتعلقة بمحاربة الإدمان لدي فئة الشباب فهوا جيل المستقبل الذي تبني عليه حضارة شعوب فهذا لا يتم إلا بتحقيق الصحة النفسية في حياة الافراد و خاصة عنصر الشباب الذي تلقى على عاتقه مسألة، التقدم والرقي في المجتمع.

تناولنا في هذه الدراسة دور الصحة النفسية التي لها قوة بالغة في أداء الفرد ، وتزيد من مردوديته في شتى المجالات العلمية والعملية مما يسمح بتطوير قدراته العقلية والجسديةوهذه الاخيرة تتأثر عند استهلاكها للمخدرات فتفقد فعاليتها في المجتمع مما ادى للاهل الاختصاص الي اجراء بحوث علمية لقيام بدراسات تطبيقية وميدانية تهدف إلي الحد منها و إيجاد حلول ملموسة لمحاربة هذه الظاهرة داخل المجتمع.

2-3-الأهمية النظرية :

وضع مؤشرات وبرامج خاصة للمستشفيات النفسية المختصة في علاج المدمنين ومعرفة أهمية المؤشرات التي تساعد علي العلاج والوقاية النفسية والجسدية.

4-أهداف الدراسة :

_ الهدف من الدراسة في بحثنا هو معرفة دور المؤسسات الاستشفائية في تحسين الصحة النفسية للمدمنين علي المخدرات بعد دخولهم للبرمجة العلاجية.

_ معرفة دورا لمستشفيات في التخفيف من حدة أعراض القلق لدي المدمنين الذين خضعوا للبرمجة العلاجية لاتقل مدتها عن 15 يوم.

معرفة دور المستشفيات في تحقيق المؤشرات الثلاث من خلال:

_ الدعم النفسي

_ التكفل النفسي

_ العلاج الطبي

5-تحديد المفاهيم لاجرائية :

من الخصائص المميزة للعلم أنه يعتمد علي الموضوعية والدقة وعلي هذا الأساس فهو يعتمد علي وضع تعريفات واضحة ومحدد ولكل مفهوم ومصطلح يستخدمه العلماء في كتابتهم

وبحوثهم ودراستهم الأكاديمية وهذا لتجنب اللبس والخلط للمفاهيم وعدم توجيه البحث لأهدافه الصحيحة التي بنيت عليه لذلك تمثلت أهم المفاهيم والمصطلحات التي تميزت تحديدها أساسيا لفهم موضوع هذا البحث تمثلت فيما يلي :

5-1-المؤسسات الاستشفائية : المركز الوسيط لمعالجة المدمنين على المخدرات بوهران يقوم بالدعم النفسي والتكفل النفسي والعلاج الطبي وتحسين أداء الفرد داخل المجتمع والمساهمة الفعلية في العملية العلاجية

5-2 تطوير الصحة النفسية : من خلال الدعم النفسي المتمثل في الإرشاد النفسي التدخلات العلاجية للأخصائيين وهذا بتحسين السيرورة النفسية للفرد من خلال عملية التكفل النفسي المتمثل في المقابلات العيادية وتقنيات الفحص النفسي وتدعمه بالعلاج الطبي من خلال مراقبة حالة الإدمان والتحكم في العقاقير والتركيز على فاعلية الأدوية في العلاج

5-3 الإدمان : الشباب الذين يستهلكون الحشيش والأقراص المهلوسة التي تنعكس أثرها على الفرد والأسرة والمجتمع من خلال أعراض الإدمان المسحوبة بالقلق والتوتر واختلال في التوازن النفسي.

6 – الدراسات السابقة: يعتبر البحث العلمي سلسلة مترابطة الأجزاء ولابد إن يستعين الباحث فيها بكافة البحوث والدراسات التي تناولت نفس الظاهرة التي تم اختيارها من طرفه فالدراسات السابقة هي كل الدراسات والأطروحات والأبحاث والرسائل الجامعية التي تناولت نفس الظاهرة التي يتناولها الباحث. وللدراسات السابقة دور حيوي بالنسبة للبحوث فهي تمد الباحث بالفروض وتوضح المفاهيم تمكنه من اختيار الحقائق المتعلقة بموضوع البحث وتمكن الباحث من وضع دراسته بين نتائج الدراسات السابقة ويستطيع عن طريق المقارنات إن يكتشف أوجه الاتفاق والاختلاف.

6-1دراسات متعلقة بمتغير الصحة النفسية:

6-1-1-الدراسات العربية في الصحة النفسية:

6-1-2-دراسة ابتسام احمد ابوالعمرين 2008: مستوي الصحة النفسية للعاملين لمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة,وعلاقتها بالمستوي أدائهم, اختيرت العينات بصورة عشوائية حيث مثلت 20بالمئة من المجتمع الدراسي, استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي كما استخدمت أدوات الدراسة,مقياس الصحة النفسية للممرضين من إعداد الباحث ونموذج تقيم الأداءالمعتمد بوزارة الصحة الفلسطينية ومن ثم تم إجراءا لمعالجات الإحصائية المناسبة باستخدام لمعالجة البيانات والتي بينت، التمتع العالي بالصلة برنامج.

6-1-3-قام بني يونس2007:بدراسة هدفت الكشف عن كل من مستويات الصحة النفسية وأبعاد التوجه الزمني لدي عينة بلغت 118 طالبا وطالبة من مختلف كليات الجامعة الأردنية. وأظهرت نتائج الدراسة أن أغلبية أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوي المتوسط للصحة النفسية بنسبة مئوية بلغت58,5بالمئة.

6-1-4-**دراسةالشخانية2005:**هدفت إلي تحديد مصادر الإحباط وأساليب التكيف ومستويات الصحة النفسية لدي العاملين في شركة الاسمنت الأردنية,لدي عينة بلغت208 عمال وعاملات إداريين وإنتاجيين.ودلت نتائج الدراسة علي إن العاملين في شركة الاسمنت الأردنية يتمتعون بمستويات سوية من الإحباط والصحة النفسية.

6-1-5-**دراسة محمد بني يونس 2005:**تحت عنوان علاقة مستويات الصحة النفسية بأبعاد التوجه الزماني عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية استهدف الدراسة التعرف

علي العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية وأبعاد التوج الزماني عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية علي عينة مكونة من 118طالبا طبق عليهم مقياس الصحة النفسية.

وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام المتوسطات الحسابية, الانحرافات المعيارية التكرارات النسب المئوية ومعامل الارتباط **بيرسون** أظهرت النتائج أن مستوي الصحة النفسية متوسط لدي طلبة الجامعة الأردنية.

6-1-6-دراسة الجعافرة2003:التي هدفت الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية للعاملين من جهة,وبعض المتغيرات لدي عينة بلغت 250عاملا وعاملة في مصانع الأدوية بمدينة عمان في الأردن. وأشارت الدراسة إلي نتائج عديدة, منها أن العاملين والعاملات في مصانع الأدوية في الأردن يتمتعون بصحة نفسية أعلي من المتوسط الفرضي ب 22 درجة.

6-1-7-دراسة الزبيري وكامل علوان 2000 :الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدي أعضاء الهيئة التدريبية في الجامعة,وقد طبق الباحث ثلاث مقاييس لكل من الضغوط النفسية والرضا المهني والصحة النفسية علي عينة من أساتذة الجامعة وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط **بيرسون** والاختبار التائي وتحليل التبياني توصلت الدراسة إلي أن عينة البحث من ذكور ولإناث يعانون من ضغوط نفسية,والذكور أكثر معانات من الإناث وان متوسط الحسابي لدرجات الرضا المهني اقل من المتوسط الفرضي أما متوسط الحسابي في مقياس الصحة النفسية اعلي من المتوسط الفرضي وان عضو هيئة التدريس يتمتع بالصحة النفسية.

6-1-8-دراسة الزبيري والهزاع 1997: بناء علي مقياس الصحة النفسية ومعرفة دلالية الفروق بين الذكور والإناث لمقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثان وبعد

تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط **بيرسون** والوسط الحسابي والاختبار التائي الثنائي لعينتين مستقلتين, أظهرت النتائج الآن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية والتي تشكل لهم أزمات نفسية ولا يوجد فروق في الصحة النفسية بين الذكور ولإناث.

6-1-9-دراسة د.ايمان زكي محمد ود. عبير محمد الصبان: مشكلات الطالبات وعلاقتها بمؤشرات الصحة النفسية والتحصيل الدراسي لدي عينة من طالبات كلية التربية الإعداد المعلمات استخدمت المنهج المسيحي وقداستعمل استبيان مشكلات الدراسة,ومقياس الصحة النفسية وتكونت العينة من 385طالبة تم اختبارهم عشوائيا تراوحت أعمارهم من 18-27سنة وتوصلت للنتائج التالية بعد المعالجة إحصائيا وجد أن أكثر المشكلات لدي طالبات كانت ضيق وقت الاستراحة بين المحاضرات وأنه لتوجد مشكلات مع أعضاء التدريس.

6-1-10-دراسة بشري احمد جاسم العكاشي1984:استهدفت هذه الدراسة التعرف علي العلاقة الارتباطين بين الصحة النفسية والذكاءالانفعالي لدي الشابات الجمعيات في كلية التربية للبنات ,حيث طبقت علي عينة مؤلفة من 100 طالبة مختارة بطريقة عشوائية,طبق عليهم مقياس الصحة النفسية ومقياس الذكاء الانفعالي,معتمدة في ذلك علي المنهج الوصفي وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل **الارتباط بيرسون** والاختبار التائي لعينتين مستقلتين أظهرت النتائج أن الشابات الجمعيات يتمتعن بالصحة النفسية.

7-الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير إدمان المخدرات:

7-1-الدراسات المحلية:تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري وعلاقة المتعاطي بأسرته من خلال تأثره بالجو العام داخل هذه الوحدة ,**عبد القادر حمر راس ,**

البليدة1993 اعتمد الباحث في دراسته علي نوعين من المناهج,المنهج الامبرنيقي و المنهج دراسة الحالة,وقد استعمل الباحث مجموعة من الأدوات نذكرها الملاحظة بكل أنواعها والمقابلة الموجهة والمنظمة واستمارة استبيانية وتكون العينة من 200 حالة اختيرت بأسلوب العينة العريضة,وأظهرت النتائج ما يلي أن 42بالمئة من المتعاطين ولدوا خارج مدينة البليدة ومعظمهم هاجروا مع عائلاتهم أو بمفردهم وسجلت اعلي نسبة من المنحرفين لم يتجاوزا مرحلة التعليم المتوسط,و 25بالمئة وصلوا إلي مرحلة الثانوية من التعليم و30 بالمائة إلي مرحلة جامعية, و05بالمئةأميين ,وان غالبية المنحرفين المدمنين ينحدرون من أسرة كبيرة العدد حيث أن70 بالمئة من هذه الاسرة لديها من 13_17 طفل.

7-2-دراسة الخدمة الاجتماعية الأسرية وظاهرة تعاطي المخدرات _المسيلة_:2011

وقد طبق الباحث منهج دراسة حالةعلى عينة خمسة حالات من متعاطين المخدرات و قد طبق الباحث وسيلتي الملاحظة و المقابلةوأسفر،الباحث علي **النتائج التالية:**

هناك علاقة بين نقص الخدمة الاجتماعية الأسرية وإقبال الأفراد علي التعاطي و أن هناك خلافات داخل الأسرة و تبين أن معظم الأسر المتعاطين لايوجد بها توازن بين حجم و مستوى الدخل و المعانات في نقص في الشروط السكنية المناسبة.

7-3-دراسة البروفيل النفسي للمدمن علي الحشيش في الجزائر جابر نصر الدين بوسنه و عبد الوافي :أعتمد الباحثين علي منهج دراسة الحالة و الملاحظة الإكلينيكية و المقابلات نصف موجهة و الاختبارو الإحباط **لروزتوزفايلت**, وسلم بيك الثاني للاكتئاب علي عينة حالتين وأسفرت الدراسةعلي النتائج التالية:

النظرة السلبية نحو الذات والنظرة السلبية تجاه العالم الخارجي والنظرة السلبية تجاه المستقبل.

7-4-دراسة الإدمان علي المخدرات وعلاقتها بالتلاميذ المراهقين في المدرسة الجزائرية ديب فهمي بن حميد وش نور الدين ,ميهوبي حورية:أعتمد الباحثون في دراستهم علي المنهج الوصفي والعينة المقصودة 21تلميذ وكانت وسائل جمع البيانات مجموعة من البنود الموجهة إلي التلاميذ المراهقين علي المخدرات والنتائج الدراسة أسفرت **:** بأن ظاهرة الإدمان علي المخدرات و التي كان يعتقد أنها تمس إلا فئة الشباب و كذلك خارج المؤسسات التعليمية .

7-5-دراسة الإدمان علي المهلوسات بعد صدمة فقدان أحد الوالدين عراب كريم:

إعتمدت في دراستها علي المنهج الإكلينيكي وكانت العينة من مستشفي فراسفانوا بالبليدة و قد تم إختيار العينة بطريقة مقصودة وهي تضع 5 حالات وقد إعتمدت الباحثة علي اختبار تفهم الموضوع و أسفرت علي النتائج التالية:

كل حالت بعد تعرضها للصدمة لجأت للإدمان علي المهلوسات ووجدت حالتين تعرضت لصدمة عاطفية بفقدان أحد الوالدين ورغم الجهودالمبذولة للقضاءعلي هذه الظاهرة المدمرة قد ألهفهم اكتشاف عالم الخيال الذي يدخلهم لهذا الوباء.

8-الدراسات العربية:

الإدمان دراسة نفسية أسبابه و نتائجه دكتورة عفاف محمد عبد المنعم الإسكندرية مصر1983:دراسة نظرية ميدانية تتناول موضوع المخدرات وإدمانها,وتمثلت إشكالية بحثها في التساؤل عما إذا كانت هناك علاقة بين الإدمان والعوامل النفسية والاجتماعية المؤدية اليه ،حيث ركزت علي المدمن نفسه وطرحت

تساؤلات حول سماته الشخصية والعقلية وكذا الظروف الاجتماعية المحيطة بيه،وقد اعتمدت الباحثة علي المنهج الوصفي الإحصائي،حيث قامت باستخدام الإحصاء الوصفي لبيان دلالة الفروق بين مجموعات العينة المختارة.

9-تعقيب علي الدراسات السابقة:من خلال استعراضنا للدراسات السابقة لاحظنا وجود عناصر مشتركة مع بحثنا, كما لايمكن إغفال جوانب أو عناصرالاختلاف وفما يلي نستعرض أهم نقاط التشابه ولاختلاف بين دراستنا والدراسات السابقة:

9-1-من حيث المنهج المستخدم: إن دراستنا الحالية تتشابه من حيث المنهج المستخدم مع الخدمة الاجتماعية ةالاسرية وظاهرة تعاطي المخدرات التي استخدمت المنهج الوصفي.

9-2-من حيث الأدوات المستعملة: استعملت دراسة كل من بشري أحمد جاسم, الزبيدي وابتسام أحمد أبو العمري مقياس الصحة النفسية وهو ما قمنا باستعماله في دراستنا.

الفصل الأول:

المستشفيات

تمهيد

1-تعريف المستشفيات.

2-تصنيف المستشفيات.

3-وظائف المستشفيات

4-المعايير التخطيطة للمستشفيات

5-تعريف مركزالعلاج الادمان

6-أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين

7-أدوارالفريق العلاج في المؤسسات العلاجية للمدمنين

8-دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي

9-دورالأخصائي الاجتماعي

10-دور الأخصائي أو مرشد التأهيل

11-خطوات العلاج

12-العلاج بالوسائل متعددة الجوانب

13-العوامل التي تؤثر علي نتائج العلاج

خلاصة

تمهيد:

المستشفي منظمة صحية بالغة التعقيد فهي تتضمن جزءا فنيا يضم الأجهزة والمعدات الطبية وأخري وغيرطبية الطبية كما يضم قوة عاملة عالية المهارة والثقافة، وقوة عاملة فنية متوسطة إدارية إلي جانب قوة عاملة بلا مهارة مثل المستخدمين في قطاع النظافة ولاتصالات والمراسلات وهؤلاء جميعا يؤدون أدوار مختلفة ولكنها متداخلة تهدف في النهاية إلي تحقيق أهداف المستشفي المتمثلة في تقديم خدمات العلاج والوقاية والوصول إلي الغايات التي أنشأت لها والمتمثلة في توفير الخدمات الصحية بشكل ملائم لاحتياجات السكان الصحية وتتكون منظومة المستشفيات من مستشفيات تابعة للدول ومستشفيات تابعة للقطاع للخاص ومستشفيات تابعة لمنظمات المجتمع المدني مثل المستشفيات الخيرية ولابد لهذه المستشفيات أن تحتوي علي طاقم طبي متخصص ومواد علاجية معدة وفق معايير أساسية نظر لطبيعة المهمة التي تؤديها ونوعية المستعملين ونوعية الأثاث سواء الثابت أو المتحرك

1– تعريف المستشفيات :

هو مبنى أو جزء من مبنى يستخدم للرعاية الطبية أو النفسية أو التوليد أو أجزاء من العمليات الجراحية و يستمر العمل فيه طيلة 24 ساعة لعدد من المرضى الداخلين لا يقل عن أربعة .
حيث أنه لم يعد دور المستشفى في عصرنا الحالي يقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية ، و لم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى و المصابين ، كما كان في الماضي

حيث كان أقدم و أبسط تعريف للمستشفى هو أنه مكان لإيواء المرضى و المصابين

حيث يتم شفاؤهم ، ولكن المستشفى الحديث يعد تنظيما طبيا متكاملا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل ، وقاية و علاجا و تعليما طبيا إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها .

و يتميز المستشفى عن غيره من المؤسسات الصحية كالمصتوصفات و العيادات في كونه يحتوي على أسرة للنوم .

1-1-تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى بأنه :

جزء أساسي من تنظيم طبي و اجتماعي ، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجيا ووقاية و تمدد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية ، و المستشفى هو أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين و للقيام ببحوث اجتماعية و بيولوجية .

ورأت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية في عام 1967 م من الضروري تعريف المستشفى بصورة عملية بحيث يكون التعريف بسيطا و شامل لكي ينطبق على شتى المستشفيات مهما كان نوعها و في أي مكان تكون.

ولذلك فقد عرفت هذه اللجنة المستشفي بأنه "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية و التمريض"

ولكن اللجنة استدركت أنه يمكن التوسع في التعريف حتى يشمل المستشفيات التي تؤدي أعمالا أخري مثل التعليم و التدريب و البحوث الطبية و الوبائية و الاجتماعية و التنظيمية".

إن الهدف الأساسي للمستشفي هو تقديم أنواع العلاج المختلفة للمرضى,وهي الوظيفة الأساسية و التقليدية (العلاج و الخدمات و الرعاية الطبية) كما أن للمستشفي وظائف أخري مثل تعليم وتدريب الأطباء في مختلف التخصصات,و إجراء البحوث العلمية و الطبية .

ومن الصعب الفصل بين الأهداف الثلاثة السابقة للمستشفي ,بل من الواجب أن تتكامل جميعها في عملية التخطيط لأي مستشفى.

2_تصنيف المستشفيات:

تتعدي أساليب تصنيف المستشفيات وفقا لمعايير التصنيف المستخدمة وأهم هذه المعايير الملكية,الحجم,التخصصية ,نوع خدمة المستشفي ,مدة الإقامة ,السعة السريرية توفر مقومات التعليم الاعتراف المهني ,ويمكن توضيح هذه التصنيفات كما يلي:

1_2_حسب التخصصات الطبية,وتقسم المستشفيات إلي:

1_1_2_ المستشفي العام:

هو الذي يضم معظم التخصصات مثل:(الطوارئ ,الأمراض الباطنية,الجراحة العامة ,أمراض النساء والولادة, أمراض القلب ,الأمراض الجلدية و التناسلية,الأنف الأذن والحنجرة, العظام).

2-1-2- المستشفي التخصصي:

وهومؤسسة تعالج نوع معين من الأمراض ,كأمراض العظام أو أمراض الأورام **(السرطان)** أو الأمراض النفسية أو الأمراض المعدية ,أو المستشفي التخصص في علاج فئة معينة في المجتمع مثل النساء و الأطفال أو أن يكون المستشفي التخصصي متخصص في علاج أمراض جزء معين من جسم الإنسان,مثل المستشفي التخصصي لأمراض العظام. وفي ظل التزايد الكبير والسريع لتكاليف الخدمات الصحية واختلال التوازن بين تكاليف الخدمات الصحية ومواردها,أصبح الاتجاه السائد في التخطيط لإقامة المستشفيات إلي إنشاء المستشفي العامة ذات التخصصات الطبية المتعددة.

2-2- تبعا للملكية وتشمل:

2-2-1- المستشفي الحكومي:

هو الذي يدار بواسطة جهة حكومية ، قد تكون وزارة الصحة أو وزارة الدفاع أو وزارة الداخلية أو الجامعات ، أو غيره و هذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في تنظيماتها و لوائحها المالية و الإدارية و الجزائية ، و أن كان تشغيل بعض هذه المستشفيات يتم عن طريق شركات خاصة ،ويدار هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارية العامة ولا يستهدف تحقيق الربح.

2-2-2 المستشفى التعليمي :

هو الذي يرتبط بمؤسسة تعليمية و هدفه الأساسي التعليم الطبي و يقوم في ذات الوقت تقديم خدماته الطبية لفئات المجتمع المختلفة ، و المستشفى الحكومي يكون مملوكا قد تديره مباشرة أو عن طريق شركة متخصصة .

2_2_3 المستشفي الخاص:

وهو المملوك لشخص أو مجموعة من أشخاص أو شركة اهلية ويستهدف تحقيق الربح المادي مقابل خدمات علاجية

2-2-4 – المستشفى الخيري :

هو مبنى الذي تملكه أحد المؤسسات الخيرية و لا يستهدف الربح ، و يقدم خدمات صحية للمحتاجين وفق معايير تحددها إدارة المستشفى أو مالكيه ، وقد يكون المالك مؤسسة أو جمعية خيرية أو دينية أو أحد المستثمرين .

03 – وظائف المستشفيات :

أصبحت في عصرنا الحديث تتجاوز محدودية الخدمات العلاجية و تمتد إلى الخدمات الوقائية و التعليمية و البحثية ، و تشمل على مايلي:

3_1تقديم الخدمات العلاجية:

ويأتي في مقدمة أهدافها في تقديم خدماته للمرضي من خلال طواقم بشرية متخصصة من أطباء وفنيين وممرضين وإداريين.

2-3- التعليم و التدريب:

لقد اقتضت المتغيرات الطبية و التقنية التي تتسم بسرعة التطور إلي وجود حاجة ماسة لمهارات و قدرات جديدة في الطواقم البشرية العامة فيها,لذلك تعتبر المستشفيات مراكز تعليمية تتوافر فيها

الإمكانيات التدريبية و التعليمية اللازمة لإكساب الجيل الجديد من الطاقم الطبي بالمعلومات و المهارات الميدانية لإكسابهم القدرة علي تسليم مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة وإتقان.

ويتم تدريب طلبة كليات الطب ومعاهد التمريض في المستشفيات لإكسابهم الخبراء والمهارات الميدانية,ويكون ذلك أثناء فترة دراستهم ,وكذلك يمضي طلبة الطب سنة كاملة من التدريب في المستشفيات بعد التخرج من الجامعات وقبل تسلمهم أعمالهم في المستشفيات فيها يعرف بسنة الامتياز, والتي تعتبر متطلبا أكاديميا أخيرا لكي يحصل الطالب علي صفه طبيب مؤهل.

وهناك نوع من التعليم يسمي التعليم الطبي المستمر والذي تعرفه منظمة الصحة العالمية "التعليم أو التدريب الذي يتلقاه الطبيب بعد انتهاء دراسته الطبية الأساسية أو التخصصية " ويعتبر التعليم الطبي المستمر عبارة عن صيانة العقل البشري يتم من خلال المستشفيات.

3-3- إجراء البحوث الصحية:

تعتبر المستشفيات مكانا خصبا لإجراء الدراسات و الأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية و الفحوصات الخبرية العلميات الجراحية, ويساعد وجود نظام السجلات الطبية المنتظمة في المستشفيات

4- المعايير التخطيطية للمستشفيات

4-1- موقع المستشفي:

يحاط عادة بصور يفصل بين المناطق التابعة للمستشفى و بين المناطق السكنية ماعدا منطقة.و يفصل أن تزيد هذه المسافة (مابين المناطق التابعة للمستشفى و المناطق السمنية المجاورة له) عن ضعف ارتفاع المبني المجاور.كما يجب أن تلاحظ المسافة بين المستشفى و الأبنية المجاورة , و في بعض الأحيان تؤخذ العلاقة التالية لدراسة المسافة المناسبة:

(l< -2 2.5 H) حيث المسافة المطلوبة =ل,إرتفاع مبنى المستشفى =ه

2-4-نطاق خدمة المستشفى:

-المستشفى العام علي مستوى المدينة يخدم المناطق المحيطة بيه على بعد 8-4 كم حول المستشفى .

-المستشفى العام على مستوى إقليم المدينة يخدم من 20 إلي 30 كم كحد أقصى حول المستشفى –المستشفى التخصصي و نطاق الخدمة منه غير محدودة , و ذلك كون المستشفى التخصصي يعنى بتقديم خدمة طبية و فندقية متميزة و شاملة لجميع التخصصات للمجتمع المحلي و الخارجي

-الشروط التخطيطية للموقع:

1- طبيعة المنطقة التي سيتم إنشاء المؤسسة الصحية فيها من حيث أسعار الأرض و ترخيص البناء من قبل البلديات و وزارة الحكم المحلي .

2- السياسة الصحية في مدينة التي سيتم إنشاء المؤسسة فيها

3- المستوى الثقافي و الإجتماعي للسكان وسلوكهم إتجاه المؤسسات الصحية في تلك المدينة .

4- أن يكون موقع المستشفى مخصصا لمرفق صحي حسب المخطط المعتمد.

5- موافقة وزارة الصحة علي الموقع

6- أن يكون الموقع قريبا من الخدمات العامة الأساسية مثل خطوط الكهرباء و الهاتف و التصرف الصحي متصل بشبكات الطرق الرئيسية و محطات المواصلات العامة.

7- يفضل إختيار الأماكن المرتفعة و الخلوية لإنشاء المستشفى.

8- أن يكون الموقع بعيدا عن مناطق الضباب و التلوث والروائح الكريهة.

9-شكل الأرض بنسبة2:1 أو2:3 بحيث يكون الضلع الأكبر في إتجاه شرق غرب أوشمال شرق-جنوب غرب.

10-هناك علاقة بين مسافة الأرض وعدد الأسرة في المستشفى حيث يخصص عادة مساحة مابين 120-125 م مربع لكل سرير كما يخصص 15 م مربع لكل سرير من الحدائق .

11-يتحكم كل من الشمس و الرياح في توجيه المستشفى فيوجه مبنى المستشفى بالاتجاه الرياح السائدة و ذات الأثر الجيد في حين يكون المبنى موازيا للرياح الغير مرغوب فيها,أما بالنسبة لصالات الخدمة و المعالجة يفضل الشمال الشرقي إلي الشمال الغربي, أما توجيه غرف المرضى فيكون جنوبيا أو جنوبيا غربيا, حيث تكون الشمس نظيفة عند الصباح تجمع الحرارة بشكل ضعيف مع توفير الشمس .

12- يجب أن تبعد المستشفى 40 م عن الطريق التابعة للمستشفى و 80 م عن الطريق العام و يجب أن يكون للمستشفى مدخلا وحيدا للسيارات من الشارع و يكون باتجاه واحد مع موقف للسيارات و يكون له إمكانية التوسيع و يفضل تعدد الطرق الموصلة للمستشفى لتجنب الإزدحام داخل المستشفى و بالأخص لسيارات الإسعاف ,و يجب أن تكون منطقة الدخول غير مسورة, و كذلك يفضل وجود مدخل رئيسي للمشاة و يلحق بيه مركز للإستعلام و التوجيه

ومكان لبيع الزهور , و كما يوجد مدخل للسيارات الإسعاف و يكون بعيدا عن الأنظار و متصلا مباشرة بقسم الإستقبال الطوارئ ...

13- مراعيات إمكانية التوسع المستقبلي

(أفنان محمد أحمد حمدان ،2009،ص18_23)

5- تعريف مركز العلاج لإدماني:

يختص المستشفى في معالجة الإدمان بكافة أشكاله على الكحول و المهدئات و الهيروين و المنشطات و الكوكايين الأمفيامين والمواد ويتم التعامل مع المرضى الإدمان بالسرية المطلقة وضمن قانون المخدرات و المؤثرات العقلية لعام 1988 والذي يحظر علي المستشفي إبلاغ سلطات الأمن باسم أي مدمن أو متعاطي وبالتالي فالمدمن الذي يتقدم للعلاج من تلقاء نفسه يتمتع بحماية كاملة , يشمل علاج الإدمان علي مرحلتين

5-1- المرحلة الأولي (مرحلة الفطام): وفيها يتم إيقاف المادة التي أدمن عليها المريض بوضع برنامج علاجي لوقف الأعراض الإنسحابية ومعالجة أي أثار نفسية أو عصبية أو جسدية من تأثير الإدمان, ونأخذ هذه الفترة مابين أسبوع إلي أربعة أسابيع اعتماد علي شدة ومدة الإدمان.

5-2- المرحلة الثانية (مرحلة التأهيل): والتي تشمل علي العلاج النفسي والفردي والعائلي و الجمعي والعلاج السلوكي و الاجتماعي والديني والتي قد تمتد من بضعة أسابيع إلي ستة شهور أو سنة وذلك حسب شدة الحالة ودرجة الخلل الذي أصاب حياة المدمن , ويتوفر في مركز علاج المدمنين إمكانيات فحص المواد المخدرة مخبريا .

(فاروق عبد السلام 1977،ص15)

6- أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين:

تهدف جل المؤسسات العلاجية إلي التوصل إلي نتيجة واحدة في أخر العلاج من تعاطي المخدرات ومساعدة المريض علي الإقلاع التام عن المخدرات بتصفية دمه من هذه السموم ثم توجيهه نفسيا بمساعدة أخصائيين نفسانيين ثم الأخير دعمه علي الاندماج الاجتماعي خصوصا بعد العلاج.

إن الحوار مع الناقهين من المخدرات يهدف إلي تركيز علي مواجهة الصعوبات التي تواجهه الناقهين في أيام علاجهم الأولى وهذه الجلسات يجب أن تركز علي أربعة أهداف منها:

الهدف الأول: الاستمرار علي المخدرات، وذلك من خلال:

_الملف عن الإدمان ومواجهة الإلحاح و الرغبة في العودة إليه.

_تفهم مواقف ومواطن الخطر التي تدفع قد تدفع الإدمان مرة أخرى

_كيف يتعامل الناقهون من الآلام و الأعراض التي قد تظهر في فترة الأولى

_كيفية التغلب علي الإلحاح للعودة إلي المخدرات

(دردار احمد:2005,ص 115)

الهدف الثاني: كيف نتعامل مع الأحداث الحزينة و المفرحة:

أن تدريب علي مواجهة هذه الموافق هام جدا فهناك من يعود للمخدرات فورا بعد أول مشكلة أو طارئ و آخرون قد يعودون للمخدرات نتيجة لإحداث سعيدة كالأفراح وذلك من خلال تدريبهم علي:

_كيفية الحصول علي السعادة و الاطمئنان بدون مخدرات.

_كيف تواجهه الأوقات و المواقف الشديد من دون مخدرات.

_كيف تواجه الألم

(دردار احمد:2005,ص 116)

الهدف الثالث: العلاقات الاجتماعية:

و الهدف من التجريب هنا هو مواجهة المشاكل الاجتماعية التي تواجه الناقهين من المخدرات خاصة في الأيام الأولى بعد التوافق وذلك من خلال تدريبهم علي:

_تدعيم علاقتهم الاجتماعية الناضجة.

_تكوين صداقات جديد.

_مراجعة علاقتهم المختلفة وانتقاء الصالح.

_الأسرة وأهميتها للنقاهة وأهمية النقاهة للأسرة.

_كيف تكون أفضل الجماعات.

_مواجهة الأصدقاء أو الأهل المتعاطين للمخدرات.

_التطوع لخدمة مجتمعه في فترة النقاهة.

_كيف نغرس أهداف وسلوكيات.

الهدف الرابع: العودة و العمل و النضوج

والهدف من التدريب هنا هو إظهار أن العمل و النضوج هو الوسيلة الصحية للسعادة و الاطمئنان وان العكس يؤدي إلي الإدمان وذلك من خلال مناقشة المجموعة في:

_مناقشة النقاهة من المخدرات كخطوة أولى في العودة للعمل و الانتباه و النضوج.

_حسن اختيار مجالات العمل من واقع الخبرات العملية وخبرات الآخرين.

_كيف التغلب علي مشاكل العمل.

(ويكيبيديا الموسوعة الحرة)

وقد كان من بين أهم أهداف المؤسسات ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات و المؤثرات العقلية بتطوير الخطط و البرامج العلاجية الحالية وذلك:

1_ فتح ما يلزم من أقسام الطبية و إنشاء ما يلزم من المستشفيات لضمان علاج المتعاطين و المدمنين.

2_ دراسة البرامج العلاجية السابقة وتقويمها وتطويرها.

3_ وضع برنامج تأهيلي علاجي نفسي موحد الأهداف متنوع الأساليب

4_ وضع خطط وبرامج للتأهيل الاجتماعي للمتعافين و تنفيذها.

5_ مشاركة القطاع الخاص و العام في تأهيل المدمنين و المتعاطين ودمجهم في المجتمع.

(عادل الدمرداش,2003,ص115)

7- أدوار الفريق العلاجي في المؤسسات العلاجية للمدمنين:

أثبتت الدراسات أن العلاج الداخلي في المراكز الإدمانية و المؤسسات يعد مناسبا وملائما بشكل أفضل لمعالجة اللهفة و الإدمان مقارنة بالعلاج الخارجي مثل العيادات الخارجية ففي روما بإيطاليا توصل كاجوزي مع آخرين 1982 إلى أن العلاج الداخلي أفضل في التعامل مع اللهفة

من العلاج الخارجي حيث استفاد المرضي الداخليون أكثر و سجلوا معدلات أقل في اللهفة عن المخدرات من المرضى الخارجين.

و في نيوهقن 1984 توصل هربرت كليبر بالإشتراك مع توماس كوستين إلى أن العلاج الداخلي يعد أفضل من العلاج الخارجي في التعامل ولعل السبب في ذلك يرجع إلى العلاج الداخلي يكون المريض تحت رعاية صحية و إشراف نفسي علي مدار الساعة و في العلاج الداخلي تمنح للمريض فرصة أطول و أفضل للتأمل و تدارك مشكلاته.

(عفاف عبد المنعم بدون تاريخ ،ص 96)

8- **دورا لأخصائي النفسي الإكلينيكي**:ويتخلص دوره في:

_معرفة الدوافع التي دفعة الشخص إلى الإدمان هذا العقار أو ذلك .

_معرفة ماذاالشخص يعاني من أي اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت إليه.

_معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته.

_ معرفة شكل علاقاته الاجتماعية وما إذا كانت لديه مهارة اجتماعية أم لا.

_التعرف على سمات شخصيته وهل يعاني مثلا من أي اضطراب و تأثيره على السلوك .
_تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلال حسه الإكلينيكي أنها تجيب عن العديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص)

_العلاجات الفردية و الجماعية للمدمن ,ومن خلال خبرة الباحث في هذا المجال وجد أن العلاجات السلوكية و العلاج العقلاني الانفعالي هي أنسب الأساليب في التعامل مع المدمن, وكذافي استخدامها (كفنيات علاجية) في العلاج النفسي الجماعي.

(عادل الدرماش:بدون تاريخ,ص118)

9- دور الأخصائي الاجتماعي: ويتلخص دوره:

_تعرف طبيعة التكوين الأسري للمدمن (سواء أسرته أو أسرة الميلاد).

_تعرف مقدار الأضرار التي لحقت به من جراء الإدمان, وانعكاس ذلك علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة والعمل.

_تعرف مقدار التدعيمات الأسرية أو عدمها لدى المدمن.

_تعرف شبكة العلاقات الضاغطة للفرد المدمن والتي قد تكون محرضة له على استمرار التعاطي (حتى ولو مرة بتجربة العلاج).

_تعرف مقدار انعكاس فعل الإدمان وهل هذا المدمن كان (المعمر وكبش الفداء عن جو اسري غير صحي سائد) أم إن الشخص هنا بإدمانه قد فجر العلاقات (الهشة) داخل الأسرة .

_الاشتراك مع الأخصائي النفسي في العلاج الأسري .

10 – دور الأخصائي أو مرشد التأهيل :

- تعرف هوايات الشخص التي كان يمارسها قبل أن ينخرط في الإدمان .
- تعرف كيفية قضاء هذا الشخص لوقت فراغه .
- تعرف الميول و الاهتمامات .
- توجيه الشخص إلى نوع الهوايات التي تحقق له الإشباع بعيدا عن المخدرات .

11 – خطوات العلاج :

بعد تحدي مشاكل المريض نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف و المخطط ولكيفية التعامل مع المشاكل عن طريق الخطوات التالية :

الخطوة الأولى :

- **إختيار المشكلة** : حيث يتناول الإكلينيكي من خلال التقويم أهم المشاكل الأساسية و المشاكل الثانوية التي يعاني منها المريض المدمن ولكي تكون الخطة فعالة لابد من تناول المشاكل الأساسية و المشاكل الثانوية التي يعاني منها المريض المدمن و لكن تكون الخطة فعالة لا بد من تناول المشاكل الأساسية و بصورة مركز

(محمد حسن غانم ، ص 90)

الخطوة الثانية:

تعريف المشكلة:

حيث يتباين المدمنون في عرض مشكلاتهم لذا تحتاج كل مشكلة نختارها لتركيز العلاج عليها إلى تعريف مفصل ، و كذا إمكانية الربط بين النمو الأعراض وتشخيصية و أرقام كودية مثل تلك الموجودة في الدليل التشخيصي الرابع أو التصنيف الدولي للإمراض.

الخطوة الثالثة:

تطوير الأهداف: حيث نحدد في هذه الخطوة العريضة لحل المشاكل محددة ولا يحتاج الأمل هنا إلى صياغة قابلة للقياس بل ما نحتاجه هو وصف عام للأهداف البعيدة مع توضيح إمكانية تحديد المآل الايجابي المتوقع من آليات العلاج.

الخطوة الرابع:

الأهداف المرحلية: على عكس الأهداف البعيدة تستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس إذ توضح ما إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها و لذا تصر منظمات الإدارة الصحية و الرعاية الموجه على أن مآل العلاج النفسي قابلا للقياس كما يراعي عند تصميم كل هدف مرحلي يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف لأشمل.

الخطوة الخامسة:

اختيار التدخل :التدخلات هي الأفعال التي بها الإكلينيكي لمساعدة مريضه على استكمال تحقيق الأهداف المرحلية يجب أن يكون لكل هدف مرحلي تدخل واحد على الأقل وفي حالة عدم تحقيق المريض الهدف بعد أو تدخل تضاف تدخلات أخرى جديد إلى الخطة, كما يتم اختبار التدخلات وفق احتياجات المريض وإمكانيات العلاج.

الخطوة السادسة:

تحديد التشخيص: يعتمد تحديد التشخيص المناسب على تقويم الإكلينيكي الكامل لحالة المريض ,إضافة إلى الأمراض النفسية الموصوفة في الدليل الرابع ,إضافة إلى إمكانية اللجوء إلى التشخيص الفارق على الرغم من صعوبته المعروفة في مجال التشخيص.

12- العلاج بالوسائل متعددة الجوانب:

تعتمد هذه الوسائل التي تخطط خلال جلستين جماعتين مدة كل جلسة 90 دقيقة في كل أسبوع لمدة أربعة أسابيع (04) وفق الخطوات التالية:

_نشرح لكل مدمن الخطوات العلاجية ومدة الاسترخاء.

_ندرب المدمنين على تصور أنفسهم بأن نقول لأحدهم تصور نفسك في موقف من المواقف التي تسبب القلق.

_ثم يدرب على تحليل المسلكي بتعليمه أسس نظرية التعلم وتطبيقها العملي عن طريق مسرحيات صغيرة مبسطة.

_يتعلم التحكم في السلوك حيث يقوم بتطبيق القواعد التي تعلمها ليغير سلوك زوجته أو أقاربه تجاهه.

_في الجلسات النهائية نعلمه كيفية التفكير المنطقي بأن نصحح أخطائه في التفكير كالنمطية.

(عادل الدمرداش,بدون تاريخ,ص76)

13- العوامل التي تؤثر على نتائج العلاج:

_تقل فرص نجاح العلاج كلما كان المدمن صغير السن.

_استجابة النساء المدمنات للعلاج أسوأ من الذكور.

_كلما كان المدمن صريحا مع نفسه واعترف بإدمانه.

تقبل العلاج يؤدي إلي نتائج أفضل

_ ترتفع نسبة الانتكاس في الشهور الأولي بعد مغادرة المدمن المستشفي.

وأخيرا فان العمل مع المدمن عمل متعب وشاق ويحتاج إلي مختص رحب الصدر ولا يعرف اليأس ومؤمن برسالته

(محمد حسن غانم ،2007ص115)

الفصل الثاني:

الصحة النفسية

فصل الصحة النفسية

تمهيد

1-مفهوم الصحة النفسية

2-النظريات المفسرة للصحة النفسية

3-مناهج الصحة النفسية

4-نسبية الصحة النفسية

5-أهمية الصحة النفسية

6-خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

7-معايير الصحة النفسية

الخلاصة

تمهيد:

تعتبر الصحة النفسية بعدا أساسيا من الأبعاد الخاصة بشخصية كل فرد, فهي التي تحدد الاتزان أو الاضطراب عنده, فالصحة النفسية تحقق السعادة و الراحة لدى الفرد وتهيئه الخارجية (أصدقاء- أقارب-علاقات اجتماعية).فيعتبر التقدم الحضاري من صنع الإنسان فهو الذي يحسن استخدام المصادر الطبيعية و فقا للقوانين الطبيعية والنفسية لأن هذا الإنسان متميز عن بقية الكائنات بما منحه الله من عقل ونفس, فا لإنسان يتعامل مع متطلبات البيئة الطبيعية لذا لابد من استغلاله لقدراته العقلية و تكويناته النفسية المتميزة .إن هذا الإنسان يحاول تحقيق ذاته بتحديد أهدافه في مجالات العمل والإنتاج مستخدما أسلوب العلاقات الإنسانية و الاجتماعية مستغلا لطاقاته و قدراته .

1-مفهوم الصحة النفسية :

ينظر إلى معنى الصحة النفسية على أنها البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي وهو تعريف سلبي لأنه يقصر مفهوم الصحة النفسية على الخلو من أعراض المرض النفسي أو العقلي فهذا المفهوم يقصر على معنى الصحة النفسية على جانب واحد من جوانب الصحة النفسية .

(الحكمي 1424:19)

كما يعرفها "فهمي" بأنها قدرة الفرد على التوافق مع النفس و مع المجتمع الذي يعيش فيه ، و هذا يؤدي بيه إلى تمتع بحياة خالية من التأزم و الاضطراب ، مليئة بالتحمس و يعني هذا أن هذا يضر الفرد على نفسه ، وأن يقن ذاته كما يتقبل الآخرين ، فلا يبدوا منه ما يدل على عدم توافق الاجتماعي، كما لايسلك سلوكا اجتماعيا شاذا بل يسلك سلوكا معقولايدل على الاتزان و الانفعال العاطفي والعـقل ،في ظل مختلف مجالات ، وتحت تأثير جميع الظروف.

أما الصحة النفسية فتعرف بأنها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعـــــيش فيه ، و هذا يؤدي إلى تمتع بحياة خالية من التأزم والاضطرابات .

الصحة النفسية على أنها تكون أحيانا القدرة على العطاء والحب دون انتظار للمقابل و تفسر على أنها التوازن بين الغرائز،الرغبات الخاصة ،والذات،والضمير،وأحيانا أخرى تعرف الصحة النفسية

يعرف على أنها القدرة على التأرجح بين الشك واليقين،فالتأرجح يمنح الإنسان مرونة فلا يتطرف إلى حدّ الخطأ..ولا يتذبذب إلى حد الانسجام عن اتخاذ أي قرار .فالتأرجح يوفر للفرد المعادلة و القوة اللازمة للانطلاق و الخلق و التمتع و التكييف .

(عكاشة :2008،ص 123)

-كما تعرف الصحة النفسية بأنها مفهوم ثقافي ونسبي بطبيعته ،وهو متغير بتغيير ما يجدمن المعلومات عن الحياة وما ينبغي أن نكون عليه كما انه يتغير بما نكشفه عن أنفسنا وسلوكناو ما نحب أن نصل إليه في حياتنا "

1-2- نظرية علم النفس الفردي :

اعتبر "أدلر" أن العصاب على انه شكلا خاطئ من أسلوب الحياة و الشذوذ الاجتماعي" و هو يرى أن المجتمع أو المحيط يشكل بنية أساسية للمخلوق الإنساني لا يمكن إلغائها أو إبطالها، فقد حدد علم النفس الفردي مصطلح الشعور الجمعي معيار للصحة و التفريق بين العصاب (اضطراب) و السواء ، وقد نظر "أدلر " لتصرفات الفرد من المنظور المستقبل البعيد لجماعة المستقبلية البعيدة لجماعة مستقبلية مثالية و قاسها عليه ، إلا أنه عندما يهتم الإنسان بالآخرين على أساس التساوي بينهم ، و التعاون ، يمكن اعتباره من وجهه نظر علم النفس الفردي قد شفي و توجد ثلاثة مجالات حياتية تعبر الصحة النفسية على نفسها من خلالها ، وهذه المجالات هي:

- الحب / الشراكة
- العمل /المهنة
- المجتمع / الصداقة

فحسب "أدلر" لا يمكن اعتبار الإنسان سليما نفسيا إلا عندما يتناسب طموحه مع سعادة المجتمع ، و يلتزم أخلاقيا بتحقيق عالم أكثر إنسانية ، فلا يوجد تعرض بين فردية الشخـــص و التصرفات الاجتماعية في عالم النفس الفردي فالتحقيق الذات و التأهيل المستمر و التقدم المهني و التوسيع مجالات الحرية الشخصية تحتل عند " أدلر" المرتبة نفسها التي يحتلها التضـــامن و الاستعداد للمساعدة و الروح الجماعية ، إذ إن سيرورة الإنسان ترتبط بالالتزام الاجتماعي بالآخرين .

(سامر جميل رضوان :2007،ص35-36)

1-3- نظرية الصحة النفسية لدى مدرسة السلوكية:

ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من بيئة ، و إن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود دافع و المثـــــير و الاستجابة ، بمعنى إذا وجد الدافع و المثير حدث الاستجابة (السلوك) ، و لكي تقوي الربط بين المثير و الاستجابة لابد من تعزيز ، أما إذا تكررت استجابة دون تعزيز ، كان عاملا على إضعاف الرابطة بين المثير و الاستجابة أي إضعاف التكلم ، و التقرير هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز .

ولقد عرفت "منظمة الصحة العالمية" الصحة النفسية بأن مجرد غياب الاضطرابات النفسية , بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد أدرآك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية و العمل بشكل منتج و مفيد وإلا سهام في مجتمعه المحلي".

(موقع منظمة الصحة العالمية, 2005)

وعرفها بأنها " حالة يفهم فيها الفرد نفسه من جميع النواحي مثل دافعه لتقدير ذاته وهويته وسعيه نحو النمو وتنمية قدراته وتحقيق ذاته بقدر ما يستطيع, وحافظته علي وحدة شخصية وتماسكها وتحكم الفرد في ذاته ومواجهته الظروف المحيطة بيه واتخاذ قراراته المتصلة بحياته ضمن الظروف البيئية التي يعيشها والعمل على تنفيذ هذه القرارات" .

(العزة:2004،ص48)

وتناولها على أنها "حالة عقلية انفعالية إيجابية ،مستقرة نسبيا، تعتبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة ،وتوازن القوي الداخلية و الخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما و مرحلة نمو معينة ،وتمتعه بالعافية النفسية و الفاعلية الاجتماعية .

(القريطي:1998،ص28)

3-1-للصحة النفسية شقان كما عبر عنهما حامد زهران هما :

شق نظري علمي:يتناول الشخصية و الدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق،وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة ،وإعداد و تدريب الأخصائيين و القيام بالبحوث العملية.

شق تطبيقي عملي :يتناول الوقاية من المرض النفسي و تشخيص وعلاج الامرض النفسية.

(زهران 2005:ص9)

2- النظريات المفسرة للصحة النفسية :

تعددت النظريات و الاتجاهات العلمية في تفسير منشأ الاضطرابات النفسية و العصبية في ميدان علم النفس الصحة ،فكل اتجاه يحاول تأكيد أن رأيه فيما يخص سبب المرض و التالي تصوره لحالة الصحة، بما أن الاتجاهات النظرية كثيرة ومتعددة ، فسنحاول عرض بعض تلك الاتجاهات النظرية و الأكثر شيوعا في أوساط الباحثين و الأخصائيين النفسيين العاديين وذلك بطريقة مختصرة وهي كالتالي:

2-1- نظرية التحليل النفسي:

في نظر "فرويد"(1926)Freud الإنسان السليم نفسيا هو الإنسان الذي يملك الأنا" لديه قدرتها الكاملة عمى التنظيم و الانجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء "الهو" ويستطيع ممارسة تأثيره عليه، ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا و الهو،انهما ينتميان لبعضهما البعض ولا يمكن فصميما عف بعضهما في حالة الصحة.

ويشكل الأنا الأجزاء الواعية و العلانية من الشخص ،في حين تتجمع الدافع و الغرائز اللاشعورية في الهو، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب(الاضطراب النفسي) وتكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة . كما ويضم النموذج الأنا الاعلي والدي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر ،وهنا يفترض "فرويد" انو في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية ومبهجة في حيث تكون في حالة العصاب مثارة و متهيجة من خلال تصورات أخلاقية جامدة ومرهقة.

وفيما يتعلق بالبعد الجنسي Sexuallite، أكد "فرويد، على أن الإنسان السليم نفسيا هو الذي يستطيع الاستمتاع بيه دون مشاعر الذنب و الخجل ،ويرى كذلك أن نجاح عملية التنشئة الاجتماعية للكفل يمكن قياسها من خلال قرته على الانجاز بالمعنى الاجتماعي... ولا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها ،وانما تتجلى الصحة النفسي من خلال الخطة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها.

إن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة

أي استجابات بعيدة عن القلق والتوتر, وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية و فقا لهذه

الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد و تتطلبها هذه

البيئة . **(حنان عبد الحميد العناني : 2000,ص15-16).**

2-2-النظرية الإنسانية:

كارل روجرز :

وضع هذا العالم نظرية الذات في علم النفس, ويرى أن كل فرد قادر على أدراك ذاته وتكوين مفهوم أو فكرة عنها,وينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الاجتماعي جنبا إلى جانب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات .

لكي يحقق الإنسان ذاته لابد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقا , وعليه فإن الإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه , الشخص الذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومع مفهومه عن ذاته .

(حنان عبد الحميد العناني : 2000, ص 18)

يظهر أن الباحثين اختلفوا في تفسيرهم للاضطراب النفسي ,كما أنهم اختلفوا في تصورهم للصحة النفسية , وهذا ما يؤثر حتما في تصورهم في الكفالة النفسية و الوقاية من الاضطرابات .

3-3-إجراءات تحقيق:

3-3-1-إجراءات الصحة النفسية :

هناك ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية (ألفريد أدلر: 2006, ص 147-148)

3-3-2الأجراء الإنمائي :

وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة و الكفاية والتوافق لدى الأسوياء و العاديين خلال رحلة نموهم حني يتحقق الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية , ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانات وقدرات الأفراد و الجماعات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا),ومن خلال رعاية مظاهر النمو (جسميا وعقليا و اجتماعيا و انفعاليا) بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو للنضج و التوافق و الصحة النفسية .

3-3-3-الإجراء الوقائي :ويتضمن الوقاية من الوقوع في مشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية,ويهتم بالأسوياء و الأصحاءقبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولابأول,ويرعى نوهم النفسي السوي ويهيئ

الظروف التي تحقق الصحة النفسية وللمنهج الوقائي مستويات ثلاث تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض, ثم تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان, ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمانه, وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة و النواحي الناسلية والاجراءت الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو والمهارات الأساسية للحياة والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة, والتنشئة الاجتماعية السليمة,والإجراءات الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية, والتقييم والمتابعة, والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية .

3-3-4-الاجراءالعلاجي :ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية,حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية,ويتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسي وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية

4-نسبية الصحة النفسية :لايوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي ,كذلك لايوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي ,والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية,فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لايكدا يكون له وجود ولكن درجة إخلال هذا التوافق هي التي تميز حالة المرض عن حالة الصحة ,كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة أمر لايكاد يكون له وجود ,ودرجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها .

ومفهوم الصحة النفسية مفهوم نظري مثالي أو كما يقال خرافة , فليس هناك كائن بشري بغير صراعات وشيء من الانحرافات,ويتضح ذلك عند تصنيف الناس إلى أصحاء معافين والى معوقين ,ان كلا منا المعوق بشكل أو بأخر فما من أحد منا يستطيع كل شيء وما من أحد لايستطيع شيئا.

(ابو اسحاق سامي وابونجيلة سفيان1997ص23)

-وسنتعرض لنسبة الصحة النفسية من عدة نواحي:

4-1-الناحية الفردية :الصحة والمرض,السواء واللاسواء , مفهومان نسبيان حيت لايمكن فهم الواحد إلا بالقياس إلى الأخر من جهة ,ومن جهة أخرى ليس هناك خط فاصل بين المرضى والأسوأ,فتقسيم الناس إلى فئتين أسوياء في مقابل المرضى أمر لم يعد مقبولا اليوم وذلك لاعتبارين :

الاعتبار الأول :ليس هناك حد أقصى أو نهائي للصحة النفسية .

الاعتبار الثاني:المضطربون يختلفون في درجة الاضطراب ,فالاضطراب يبدأ من المشكلات السلوكية وينتهي إلي الاضطرابات الذهنية الكبرى .

ولقد بينت العديد من البحوث أن الفروق بين الأصحاء والمرضى فروق كمية وليست كيفية ,فروق في الدرجة لا في النوع ,فالصحة النفسية بعد يتوزع عليه الناس في صورة خط مستقيم متخذ شكل متصل شكل تتفاوت درجاته كما هو الحال بالنسبة للصحة الجسمية , فكما أن هناك نسبية في الصحة الجسدية , فهناك أيضا نسبية في الصحة النفسي أيضا هناك أصحاء اقرب إلى المرض وهناك مرضى اقرب إلى المرض وهناك مرضى اقرب إلى الصحة ,كما انه ليس من هو في مرض كامل أو في صحة كاملة .

4-2- الناحية الاجتماعية :مفهوم الصحة النفسية يحدد من خلال العادات و التقاليد و القيم السائدة في المجتمع فالمجتمعات تختلف عن بعضها البعض و من ثم فان مظاهر السلوك و أشكاله المعبرة عن الصحة النفسية حتما مختلفة من مجتمع لأخر طالما أن هذه المجتمعات مختلفة ثقافيا

فالسلوك الذي يبدو غير سوي في ثقافة ما قد يكون مقبولا تماما في غيرها من الثقافات مثال ذلك إقامة علاقة بين صبي وفتاة يعتبر علامة صحة في مجتمع يؤدي غيابها إلى القلق و طللب العلاج و التدخل من جانب الطب النفسي, بينما يعتبر ظهورها كارثة و علامة من علامات الانحراف في مجتمع أخر, فالنسبة الثقافية تتضح هنا, فليس سواء مطلق او لا سواء مطلق .

4-3-الناحية التاريخية :يتحدد السلوك الدال على الصحة النفسية وفقا لعدد من المتغيرات ومن هذه المتغيرات الزمان الذي حدث فيه السلوك, فما هو سري اليوم لم يكن كذلك بالأمس وقد لا يكون كذالك في الغد , وما كان شاذا وغير صحي بالأمس , لا يعد كذالك اليوم و العكس صحيح , و لأمثلة عديدة ومتنوعة ومنها قيام أحد الأساتذة الأمريكيين بفصل طالبة جامعية منذ خمسون عاما بسبب إصرارها على التدخين داخل قاعة المحاضرة وذلك لاتيان هذه الطالبة سلوكا مخالفا للمألوف, وطريق أن نفس الجامعة فصلت هذا الأستاذ نفسه

بعد ثلاثون عاما وقد أصبح عميدا فيها بسبب إصراره على ونع الطالبات من التدخين وهو أمر اعتبرته الجامعة تدخلا غير مألوف في حريات الطلاب الشخصية .

(أبو إسحاق , سامي وأبو نجيلة, سفيان, 1997,ص24)

5- **أهمية الصحة النفسية :** تساعد الصحة النفسية الفرد على التوافق السليم و الناجح في دراسته و عمله و علاقته و ترشده إلى طريق الذي يجعله يتغلب على أي خلل من تكوينه النفسي و تجعل الفرد أكثر تحملا للضغوط النفســية و تساعد الصحة النفسية الفرد على :

- أن يكون سعيدا منتجا الاجتماعية
- عدم قبوله بان يعيش تحت سطوة الاستبداد .
- استمتاعه بالجمال الذي يساعده على الراحة و الهدوء
- الاستقلالية و الفردية الإحساس بالمسؤولية و إدراكه لانفعالاته
- الثقة المعتدلة بالذات تمكنه من التحمل اكبر قدرة من الإحباط و التوتر و التقليل من انزلاقه إلى سلوك مظطرب
- أن يكون جديرا بان يعيش في العالم و يساعده على الاستفادة من إمكانيته و قدرته
- ألا لا يشعر بالغربة النفسية في وطنه فهو يحب الناس جميعا لأنه يستخدم عقله ليفهم الواقع بموضوعه مع احتفاظه بفرديته
- تقدير الحياة حيث يستقبلها بالتفاؤل و الأمل
- إتباع أساليب التربوية المناسبة مع الأفراد سواء أم مريضا ذي عاهة ، ذكيا أم غبي .

6-خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

6-1- القدرة علي مواجهة مطالب الحياة :

النظرة السليمة الموضوعية للحياة و مطالبها و مشكلاتها اليومية و المرونة و الايجابية في مواجهة الواقع' و القدرة علي مواجهة احباطات الحياة اليومية 'وتقدير وتحمل مسؤولية السلوك الشخص و الترحيب بالأفكار الجديدة .

6-2-التكامل النفسي :

الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميا و عقليا و انفعاليا و اجتماعيا) و التمتع والمظاهر النمو العادي .

3-6-السلوك العادي :

السلوك العادي المعتدل المألوف الغالب علي حياة غالبية الناس العاديين و القدرة علي التحكـــــم في الذات و الضبط النفس.

4-6-جودة العيش:

التمتع بالصحة النفسية و الصحة الجسمية و الصحة الاجتماعية ' والسلام الداخلي و الخارجي و الإقبال بوجه عام و التمتع بهاو التخطيط للمستقبل بثقة وأمل.

(حامد عبد السلام زهران:1997'ص12)

7- معايير الصحة النفسية :

تتحدد معايير الصحة النفسية بنمط في واقع الأفراد وما يواجههم من ضغوطات'وتتحدد بمدى غياب عناصر الشعور بالأمن المادي الاقتصادي و الاجتماعي فالصحة النفسية نمط إنساني اجتماعي يرتبط بوجود الإنسان وواقعة 'ومن معايير قياس الصحة النفسية مايلي:

1-7- المعيار الإحصائي :

أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائيا للتوزيع ألاعتدالي' بمعني أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة أعلى من الموسط و الدرجات منخفضة اقل من المتوسط.

وبهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حسن يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى اللاسوية.

فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع ألاعتدالي.ومن المأخذ على هذا المعيار انه قد يصلح عند الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول والوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي، لان القياس النفسي يقوم على أسس معينة غن لم يتم مراعاتها يصبح الرقم الذي نخرج بيه رقما مضللا ولامعنى له،

لان القياس النفسي هو قياس نسبي غير مباشر، فمثلا عند قياس الذكاء فنحن نفترض وجود الذكاء ولكنه بشكل واقعي غير ملموس ولكن نستدل عليه من صفات الفرد

7-2-المعيار الذاتي(الظاهري):

السوية تحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر بها الفرد ويراها من خلال نفسه، فالسوية هنا هي إحساس داخلي وخيرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فانه يعد وفقا لهذا المعيار غير سوي، فمن الصعب الاعتماد على هذا المعيار كليا معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات.

7-3-المعيار الاجتماعي:

تتحدد السوية في العادات والتقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف بيه اجتماعيا، ويعني ذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه بعد دراسة ثقافة الفرد.

ويخلو هذا المعيار من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء في حين يعتبر غير المسايرين هم الأبعد عن السوية، فهناك خصائص لا سوية كالانتهازية.

تكتسب مشروعيتها في إطار من الرغبة الاجتماعية , فالمسايرة الزائدة في حد ذاتها سلوك غير سوي (أبو إسحاق و أبو نجيلة سفيان 1997ص 100

(أبو إسحاق و أبو نجيلة سفيان 1997 ص 100)

تمهيد:

نظرا لتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات في العديد من المجتمعات العربية و الاسلامية اصبحت ظاهرة ادمان افراد المجتمع للمخدرات "خاصة الشباب". ظاهرة اخطر من الغزو الثقافي ذلك الان الغزو الثقافي انما يستهدف العقول للنيل منها و السيطرة عليها بينما الدمتن و ترويج المخدرات بين الشباب انما يهدف الي القضاء علي العقول الشباب وابدانهم في ان واحد و هذا امر ان تمكن من نشب اظفاره في شباب المجتمع و افراده عامة ولذلك اصبحت ظاهرة ادمان المخدرات من اخطر المشكلات التي تشغل بال السؤولين في جميع انحاء العلم.

ويوم بعد يوم يستفحل جديدة من الشباب صغيري السن من تلاميذ المدارس.

كما يستفحل خطر الادمان يوم بعد اخر الان الفئات المدمنة تعاطي المخدرات المختلفة مثل الهيروين والكوكايين وهي ما تعرف بالمخدرات البيضاء و لا تأتي ادمان الشباب لها من فراغ فلا يحدث ان يدمن الشخص مباشرة و لكنه يبدا بأنواع اي منها بإغرائه يمنح الجرعة الاولي بلا مقابل مادي ويوهم بانه نوع افضل من الذي يعتاده وبعد اول مرة او بعد الثانية يحدث الادمان فيعود اليه الثانية ولكن هذه مرة بالمقابل ويصبح زبونا مدمنا للمخدر .

هذه الخطوة الاولي لإدمان تبدا من الجرعة اولي علي شكل مجاملة عفوية. ويظل مع قرناء السوء حتي ينقلب الامر عليه و يصير طالبا ولا مطلوب. ومستدعيا لعا لا مدعوا ويهلك فيها نفسه و ماله و يخسر كل من حوله و يستدين في سبيلها بل يسرق و يقامر و قتل ابتغاء للوصول لمراده ومن ثم يصير بؤرة فساد و مجموعه من الاخطاء و خطر علي كل من حولهخطر الادمان الانه يزداد كل يوم انخفاض سن الادمان ودخوله نوعيات

ان لم يودع مصلحة للعلاج الطبي و النفسي.

- تعريف المخدرات

1-1-التعريف اللغوي للمخدرات :

كلمة المخدرات مشتقة أصلا من الفعل "خدر" الذي يعني كا ما يؤدي الي الفتور و الكسل و الاسترخاء و الضعف و النعاس و الثقل في الأعضاء وقد يمنع الأ كثيرا أو قليلا

(درداراحمد : بدون تاريخ،ص 17)

2-1-التعريف العلمي :

"كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الفرد عند تناولها كالنعاس ، أو غياب الوعي المصحوب بتسكن الألم **".** **(زموري حميدة وبن زطة بلدية : 2008 ،ص 283)**

3-1- التعريف القانوني:

فهو خاص بكل دولة على حدى لكنه و حسب " هنري شابرول 2001" فان القانونيين يتفقون على أنها " مجموعة من المواد التي تتسبب في الادمان و تسمم الجهاز العصبي ويحضر تناولها أو زرعاتها أو تصنيعها الاغراض يحددها القانون ولا تستعمل الا بواسطة من يرخص له بذلك وتشمل :العقلقير ، المنشطات ، الأفيونومشتقاته ، الكوكايين ،و الحشيش

باستثناء الخمور و المهدئات و المنومات على الرغم من قابليتها الاحداث الادمان ".

(عمور عمر وآخرون ،2008،ص210)

4-1- التعريف الطبي " الفارماكولجي" للمخدرات :

الباحثون في المجال الطب و الصيدلية يعرفون المخدرات بأنها :" مواد تستعمل في

المجال العلاجي ولكن الافراط في تعاطيها بغرض غير طبي مشروع يؤدي لحلة من المجال العلاجي و لكن الفراط في تعاطبها بغرض غير طبي مشروع يؤدي لحالة من الاعتماد الجسمي و النفسي مع الضطراب للنشاط العقلي والادراك و السلوك و الوعي ".

(GRINSPOON :1995,P 102)

الفصل الثالث:

إدمان المخدرات

-تمهيد

1-تعريف المخدرات

2-تعريف الادمان

3-لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات

4-واقع تعاطي المخدرات في الجزائر

5-العوامل التي تدفع الشباب والمراهقين الي تعاطي المخدرات

6-تصنيف المخدرات

7-أنواع المخدرات

8-خصائص الادمان

9-أضرار المخدرات

10-أنواع الادمان

11-المرأة المدمنة

12-خصائص شخصية المدمن

13-مضاعفات الادمان

14-المخدرات ولإحساس باضطهاد لدي الفرد

15- الوقاية

16-التخطيط العلاج

تمهيد: ان تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات في العديد من المجتمعات العربي والإسلامية أصبحت ظاهرة إدمان أفراد للمخدرات "خاصة الشباب" اخطر من الغزو الثقافي لأن الغزو الثقافي يستهدف العقول للنيل منها والسيطرة عليها بينما الإدمان وترويج المخدرات بين الشباب إنما يهدف إلى القضاء على العقول الشباب وأبدانهم في أن واحد وهذا أمر تمكن من نشب أظفاره في شباب المجتمع وأفراده عامة ولذلك أصبح إدمان على المخدرات من اخطر المشكلات التي تشغل بال المسؤولين في جميع أنحاء العالم . ويوم بعد يوم يستفحل خطر الإدمان لأنه يزداد كل يوم مع انخفاض سن الإدمان ودخوله نوعيات جديدة من الشباب صغيري السن من تلاميذ المدارس. كما يستفحل خطر الإدمان الفئات المدمنة لتعاطي المخدرات المختلفة مثل الهيروين والكوكايين وهي ما تعرف بالمخدرات البيضاء ولا يأتي إدمان الشباب لها من فراغ فلا يحدث أن يدمن الشخص مباشرة ولكنه يبدأ بأنواع أي منها بإغرائه إن يمنحه الجرعة الأولى بلا مقابل مادي ويوهمه بأنه نوع أفضل من الذي يعتاده وبعد أول مرة أو بعد الثانية يحدث الإدمان فيعود إليه ثانية ولكن هذه المرة بالمقابل ويصبح زبونا مدمنا للمخدر. وهذه الخطوة الأولى للإدمان تبدأ من الجرعة أولى على شكل مجاملة عفوية. ويظل مع قرناء السوء حتى ينقلب الأمر عليه ويصير طالبا لها لا مطلوبا. ومستدعيا لها لا مدعوا ويهلك فيها نفسه وماله ويخسر كل من حوله ويستدين في سبيلها بل يسرق ويقامر وقتل ابتغاء للوصول لمراده ومن ثم يصير بؤرة فساد ومجموعه من الأخطاء وخطر على كل من حوله أن لم يودع مصلحة للعلاج الطبي والنفسي

1- تعريف المخدرات :

1_1التعريف اللغوي للمخدرات :

كلمة المخدرات مشتقة أصلا من الفعل "خدر" الذي يعني كل ما يؤدي إلى الفتور والكسل والاسترخاء والضعف والنعاس والثقل في الأعضاء وقد يمنع الألم كثيرا أو قليلا.

(در دار أحمد : بدون تاريخ ،ص17)

1_2التعريف العلمي : "كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الفرد عند تناولها كالنعاس ، النوم ، أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم ".

(زموري حميدة وبن زطةبلدية:2008،ص283)

1_3_التعريف القانوني :

فهو خاص بكل دولة على حدي لكنه وحسب "هنري شابرول2001" فإن القانونيين يثفقون على أنها "مجموعة من المواد التي تتسبب في الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحضر تناولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا أعراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك وتشمل : العقاقير،المنشطات،الأفيون ومشتقاته،الكوكايين،والحشيش باستثناء الخمور والمهدئات والمنومات على الرغم من قابليتها لإحداث الإدمان".

(عمور عمر وآخرون ،2008،ص210)

1_4_التعريف الطبي "الفارماكولوجي"للمخدرات:

الباحثون في مجال الطب والصيدلة يعرفون المخدرات بأنها :"مواد تستعمل في المجال العلاجي ولكن الإفراط في تعاطيها بغرض غير طبي مشروع يؤدي لحالة من الاعتماد الجسمي والنفسي مع اضطراب للنشاط العقلي والإدراك والسلوك والوعي ".

(Grinspoon ;1995,p102)

1_5_التعريف العام للمخدرات :

وهو التعريف الخاص بالأفراد غير مختصين في مجال المخدرات حيث اتفق أغلب الباحثين غير المتخصصين بأن المخدرات هي كل ما يشوش ويخدر العقل وقد ينام الفرد من جراء تعاطيه وهو كل مادة مهبطة أو منشطة أو مهلوسة استعملت في غير غرضها وحجمها الصحيح ودون مسؤولية ورقابة طبية

(نافع إبراهيم :1989،ص36)

2_تعريف الادمان:

2_1التعريف اللغوي للإدمان :

أدمن معناه "إدمان المسكرات" إفراط في المشروبات الكحولية يؤدي إلى اضطرابات فيزيولوجية المنجد الأبجدي دار الشروق ، بيروت لبنان.

هو المداومة على عادة التعاطي لمواد معينة أو القيام نشاطان معينة لمدة طويلة يقصد الدخول في حالة من النشوة أو استعادة الحزن والاكتئاب.وكلمة TOXICOMANIEهي كلمة تتكون من لفظين TOXIQUE وMANIEوهي حالة تحدث للشخص عند استهلاكه مادة صيدلانية بقدر زائد.و TOXIQUEلها أصل لاتيني TOXICIEN بمعنى سم نطلي بيه الاسم ثم عم استعمالها للإشارة إلى السم بشكل عام. MANIEظهرت في فرنسا عام 1393 لها أصل يوناني وتعني جنون وغضب فمنذ 20 سنة كلمة TOXICOMANIE وDROGUE استعملت للإشارة إلى أفراد يستهلكون المخدرات.

(خرخاش أسماء وآخرون :2008، ص 480)

2_2_التعريف الطبي للإدمان ADDICTION:

تعريف منظمة الصحة العالمية L'OMS 1969 حالة نفسية وفي بعض المرات جسدية تتميز بتغيرات في السلوك الذي يتزامن مع نزوة التنازل المخدر من أجل تحصيل أثاره أو في مرات أخرى لتجنب الإزعاج من عدم تناوله ،وله خصائص (التبعية النفسية،التبعية الجسدية،الإعتيا دACCOUTUMACE ،الإحتمال أو الخضوع TOLERANCE).

(خرخاش أسماء وأخرون :2008،ص480)

3- لمحة تاريخية عن تعاطى المخدرات:

إن ظاهرة انتشار المخدرات و تعاطيها 'قديمة قدم الإنسانية 'فيحدثنا التاريخ أن الإنسان عرف المخدرات منذ العصور الأولى ،حيث استخدمتها بعض القبائل في طقوسها الدينية،واستخدمتها كثير من المجتمعات في معالجة العديد من الأمراض 'و كما روى المؤرخ "هيرونت" أن قبائل الست البربرية منذ 500سنة قبل الميلاد كانت تقوم بحرق حبوب القنب الهندي لاستنشاق الأدخنة المتصاعدة منه.وقد عرفت البشرية الأفيون منذ الحضارة السومرية 'حيث ظهر الأفيون في لوحة سومرية يوصف فيها بأنه نبات السعادة وهذا في سنة 400 قبل الميلاد'ووصفوا فيها الأفيون كدواء يمنع الأطفال من الإفراط في

البكاء ’وقد استعمل العرق الأفيون ووصفه البيروني وبين أعراض الإدمان عليه سنة1000قبل الميلاد’كما برع ابن سينا في استخدامه للعلاج.

(حامد عبد السلام زهران:2000،ص67)

عرف إدمان الأفيون طريقة إلى أمريكا بعد انتهاء الحرب الأهلية ’حيث كان الجنود يلجئون لاستعماله من أجل التخفيف من الالام التي يعانون منها نتيجة الحرب وسمي الإدمان عليه في ذلك الوقت ب:"داءالجيش"ومما لاشك فيه أن الاستعمار لعب دورا هاما في انتشار الأفيون في كثير من البلدان ’وخاصة مع ظهور التنافس الأوربي على المستعمرات ’واستنزاف ثرواتها واستغلال أراضيها ,حيت شنت بريطانيا حربا ضارية على الصين سميت بحرب الأفيون ’وهذا كرد فعل على الهند الصينية التي سنت تشريعا يحرم على الناس تعاطى المخدرات .

والاتجار فيها ’كما عرفت ؟ألمانيا الأفيون على يد الصيدلي "سبرتيريز" عندما اشتق المورفين من الأفيون وكذا الكواديين ’كما تم تصنيع الهيروين كمشتق من مشتقات الأفيون,وفي أواخر القرن18استخدم الهيروين كدواء مأمون من الناحية الطبية ’كما استخدم المورفين في الحرب الأهلية الأمريكية ’وفي القرن19عرفت أوروبا الكوكايين عندما اكتشف الصيدلي "ماريانى"تأثيره التخديري. ولقد عرفت مادة الكوكايين في الأصل عن طريق هنود الأنكا منذ 500 سنة قبل الميلاد ، وعرفته مصر أثناء الحرب العالمية الثانية نتيجة للاستعمار الذي أحضره معه من الغرب.أما عن مادة الحشيش ’فلقد وردت أول إشارة عنه في كتاب صيدلية ألفه الإمبراطور الصيني "شنج يانج" سنة273 قبل الميلاد سمي ب:(المحررين الاثام)كما عرفة المصريون القدماء قبل القرن 13ميلادي وعرفه أيضا الاشوريين والفرس و الهنود و الصينيون ’ويعتبر الحشيش أكثر المواد انتشارا في العالم ويكثر تعاطيه بين الشباب والمراهقين .ومع تطور علم الكيمياء اكتشفت العديد من العقاقير ذات التأثير التخديري على الفرد ,منها ما مشتق من مخدرات طبيعية كما هو الحال بالنسبة للأفيون والمشتقات التي استخرجت منه ,ومنها ما هو مركب من بعض المواد الكيميائية مثل : **LSD**(الليسيرجايد ديثيتلاميد).وبعد تطرقنا لظاهرة انتشار وتعاطى المخدرات في

بعض أنحاء من العالم ,نحاول الآن إلقاء الضوء على ظاهرة تعاطي المخدرات وجذورها في الجزائر 'حيت تعود هذه الظاهرة إلى عهد الاحتلال والدليل على ذلك الرواية التي كتبها الرحالة (هايزيش فون مالتسان)بعنوان"مدخنو الحشيش في الجزائر"والتي تحدث فيها عن حياة الجزائريين في ذلك العهد'كما تطرق إلى أنواع المواد المتعاطات في تلك الفترة والتي من بينها العرق والإبسنت الذي أدخله الفرنسيون والذي يؤدي إلى حالة من السكر الفظيع 'كما يشير الراوي إلى أن تعاطي الحشيش في الجزائر ترجع جذوره إلى العهد العثماني 'حيت كان تعاطيه مباحا والدليل على ذلك تعاطيه العلني في المقاهي'كما أنه كان أكثر انتشارا بين المتقدمين في السن والفقراء.ومن خلال مسبق يتبين أن الاستعمار كان له الأثر البارز في انتشار تعاطي المخدرات في الجزائر 'وهذا ما نعكس بدوره على مرحلة الاستقلال 'خاصة بعد فشل السلطة في تنمية مختلف القطاعات الحيوية في البلاد وعجزها عن تحقيق احتياجات السكان 'وخاصة الشباب الذين انتشرت بينهم هذه الآفة كنتيجة لتعقد الحياة لاجتماعية وزيادة وحدة مشكلات البطالة، السكن، التعليم، التكوين و الترفيه ، و استغلال أوقات الفراغ كل هذه الظروف هيأت الجو لاستفحال الانحراف في الجزائر على أن الفئة التي يكثر في أوساطها تعاطي المخدرات و الإنحراف بأشكاله هي فئة الشباب .

و على العموم فإن تعاطي المخدرات في الجزائر يشكل نسبة ضعيفة إذا ما وفرن بالنسبة المرتفعة الموجودة في الدول الأوروبية المصنعة ، غير أن هذا لا يمنع من الإشارة إلى أن هذه الظاهرة تتجه نحو التطور و الارتفاع.

(حامد عبد السلام زهران : 2000 ، ص70)

4- واقع تعاطي المخدرات في الجزائر :

الرغم من هذا تاريخ المخدرات في العالم بصفة عامة ، و في الجزائر بصفة خاصة إلا أن طهورها بهذه الحدة التي نراها في السنوات الأخيرة لم يحدث أبدا من قبل ، فحسب معلومات أجهزة الأمن و الدرك الوطني ، و الجمارك ، فإن رواج المخدرات بأ سنة 1985 ففي هذه السنة تم حجز 342 كلغ من المخدرات موجهوة للإستهلاك المحلي و 581 كلغ على الحدود.و حسب تقرير المديرية العامة للجمارك الجزئرية ، و شاركت بيه في أيام

دراسية عقدت بالحامة سنة2007 ، فإن مجمل ما حجزته الجمارك على المستوى الوطني هو 17.877.132 كلغ من الكف في العشر سنوات الأخيرة ....، و في سنة 2010 ضبط ما مجمله 5.542.619 كلغ من القنب ، و هي كمية مهمة ، و حالة و واحدة ضبط الهيروين فيها كانت في مطار الجزائر في أوت2012 ن على متن طائرة قادمة من اسطنبول.أما في نوفمبر 2013 فقد احتجزت كمية تقدر بـ : 20 طن من القنب (الشيرة) كانت ستدخل من المغرب الجزائري ... و في ديسمبر 2016 حجزت على نفس الحدود 35قنطار و في عين تيموشنت حجزت المصالح الأمنية 175 كلغ من الكيف المعالج ، و بعد أيام قليلة حجزت نفس المصالح 100.25 كلغ من الكيف على شكل 401 صفائح ، و كل واحدة تزن250غ ’وفي فيفري 2015حجزت 53طن من الحشيش في تلمسان

ومن هنا نستنتج أن عملية تهريب المخدرات تزداد سنة بعد أخرى’وهذا ما يتضح جليا في نسب التي ذكرت من قبل ، كما تدل عليه الجهود المبذولة من طرف أجهزة الدولة.

هذه الآفة الخطيرة ,ألا أن الكميات التي يتم ضبطها تشكل نسبة ضئيلة من الكميات المطروحة ’وهنا يقول : البروفيسور ريدوح أن على الجزائر أن تأخذ مأخذ الجد "الادمان وتصنفه كخطر اقتصادي واجتماعي على الإنسانية ، خاصة على ضوء تلك الأرقام المذهلة التي كشف عنها مصالح الأمن حول الكميات المحجوزة ،الأمر الذي يؤكد أن عدد المدمنين في تصاعد مستمر تصاعد موازن لتلك الاكتشافات اليومية التي يقدمها علماء الكيمياء من مواد مختلفة لها تأثيرها النفسي من منبهات أو مهدئات أو مثيرات للهلاوس وفي الأخير يمكن أن القول أن الأمر مقلق جدا بالنسبة للجزائر ،خاصة وأن هذه الآفة غير المألوفة بدأت تستفحل بصورة خاصة في أواسط الشباب’كما أن الجزائر تعتبر بلدا ناميا يحتاج إلى الطاقات البشرية الممكنة لانجاح عملية التنمية ،واستفحال هده الآفة يؤدى إلى عكس ذلك.

5-العوامل التي تدفع الشباب والمراهقين إلى تعاطي المخدرات:

مما يزيد من ضخامة مشكلة المخدرات أن كثيرة من شبابنا العربي ومرهقين واهم ما يزالون في عمر الزهور يسقطون في مستنقع الإدمان وتتعدد العوالم و الأسباب التي قد تدفع إلى هاوية الإدمان ومن ذلك مايلي:

- مجارات رفقاء السوء في المناسبات الاجتماعية إظهار للرجولة أو النضج بمعنى حب التقليد و المحاكاة.

- الرغبة في خوض غمار هذه التجربة وتذوق مذاق الخمر أو المخدر لدى المريض فيجره التيار ولا يستطيع العودة إلى بر الأمان.

-الاعتقادات الزائفة بأن المخدرات تساعد على نسيان الهموم والمشاكل فالتعاطي يكون هروبا من المشكلة أو الأزمة أو الكارثة.

- الرغبة في النشوة الزائفة أو الفرحة أو الابتهاج

- التأثر باعتقاد خاطئ مؤداه أن المخدرات فاتحة للشهية مع أنها في الحقيقة يؤدى إلى فقدان الشهية، ومن ثم أمراض سوء التغذية كفقر الدم ،بل أن المخدرات تؤدى إلى حالة من البؤس والكآبة والضيق والالام وفقدان الوعي والإدراك و التوازن والتماسك.

-قد تؤدي العوامل الثقافية المحلية إلى انتشار ظاهرة الإدمان بين طوائف معينة من أنباء المجتمع.

- قد يؤدى سوء التوافق النفسي أو الاجتماعي إلى اللجوء إلى المخدرات ،في حالة تعرض الإنسان إلى كارثة شديدة كفقدان عزيزة،الامراض النفسية أو الذهنية أو الاضطرابات الخلقية أي السيكوباتية قد تؤدي بأصحابها إلى الإدمان.

-المشاكل الأسرية بما في ذلك التصدع والصراع والطلاق والانفصال والخيانة وما الى ذلك.

- من العوامل الرئيسية في حدوث الإدمان وقلة الوعي أو الجهل بأخطاره.

-المعانات من الأمراض المؤلمة قد تدفع بصاحبها لاستخدام العقاقير المخدرة لتسكين الالام فيحدث الإدمان.

- قد يتعاطى بعض الناس المخدرات اعتقادا منهم بأنها تزيد من النشاط الجنسي ، وخاصة ممن يعانون من الاضطرابات الجنسية كضعف الانتساب أو سرعة القذف.

- نشأة الفرد في جو عائلي يتعاطى المخدرات ،فلقد وجد أباء المدمنين كانوا أيضا مدمنين.

(عبد الرحمان العيسوي:1992،ص226-227)

- ضعف المشاعر الدينية والوعي الديني وعدم احترام المجتمع وتقاليده وقوانينه.

- حرمان الطفل أو المراهق من المتابعة الو الدية أو الإشراف الأبوي الدقيق لسبب انشغال الأب أو غيابة.

- الإسراف في تدليل الطفل وتلبية كافة متطلباته،أينما ومتى شاء ،ويدخل في هذا النطاق الإسراف في إعطاء النقود لمراهق ما يمكنه من العبث بها.

- تعرض الفرد لكثير من المواقف الفشل والإحباط الإعاقة والإحساس بالظلم الاجتماعي.

- من العوامل البيئية ذات الأفكار السلبية الكثير مثل البطالة التي يتعرض لها الشباب اساءة استعمال الحرية المعطاة للشباب.

وتؤكد شعبة المخدرات التابعة لهيئة الأمم المتحدة في كتابها الذي نشرته سنة1983من الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير أن الأسباب التي تؤدي إلى إساءة استعمال المواد المخدرة كثيرا متباينة ولعل أكثرها تأثيرا حسب الاستطلاع الذي أجرته على الشباب هو:

- ضغط الجماعة وسوء الصحبة في المدرسة أو الجامعة أو النادي أو في مكان العمل أو في السكن.

-الأفكار الخادعة لقدرة المخدرات على زيادة الإشباع الجنسي وأتاحه المتعة والسرور والانشراح.

-عوامل الهجرة والتحضير السريع والبطالة ونمو الأحياء الفقيرة هي تمثل مجموعة عوامل متشابكة مؤدية إلى اختلال النظام الاجتماعي والنفسي.

-وقد يؤدي الإحساس بان الفرد الغير مرغوب فيه والفقر والتوترات التي تخلفها البيئة أيضا إلى إساءة استعمال المواد المخدرة كوسيلة للهروب ،كما يبدوا أن هناك علاقة بين تعاطي العقاقير وبنية المؤسسات الاجتماعية وكيفية عملها.

(عبد الرحمان العيسوي:1992،ص228-229)

1-1-5 ومن هذه العوامل :

2-1-5-عوامل خاصة بالمادة المتعاطات :

زادت نسبة انتشار التعاطي لوفرة المادة في متناول المتعاطين إضافة إلى قلة ثمنها أي اصب حريصا في متناول جميع الفئات مما سهل انتشارها.

(حسان هشام ،علول البتول:2009،ص28)

3-1-5-عوامل اقتصادية :

-ارتفاع مستوى المعيشة مما يلقي أعباء كثير على كاهل الأسرة والفرد تجعله عاجزا اتجاهها ،مما يدفعه إلى تعاطي المخدرات كمحاولة للهروب من الواقع.

- البطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة ،وتوفر الفراغ لدى الشباب.

- ازدياد متطلبات الحياة بصورة عامة لتنمية مستلزمات الحياة الضرورية وعدم توفر الدخل الكافي.

- تأثير وسائل الإعلام لما تعرضه من إعلانات ودعايات يتأثر بها الشباب ضعاف النفوس.

4-1-5-عوامل نفسية وتشمل :

- الضغوط النفسية الكبيرة نتيجة الإحباط في العمل أو عدم تحقيق الحاجات ملحة لدى الفرد.

- الشعور بمركب النقص نتيجة عاهة أو إعاقة أو عدم مجارات آخرين في المستويات.

- الشعور بالفشل وضعف القدرة والكفاءة.

- وجود رغبة شخصية في التجريب أو حب الاستطلاع أو وجود توهم بأن التعـاطي للمخدرات يدل على الاستقلالية وقوة الشخصية.

- عدم الرضا في الحياة.

- الاغتراب عن المجتمع والتقاطع مع قيمه.

- صعوبة تقبل السلطة أو انخفاض التحصيل الدراسي عن المتوقع.

5-1-5-عوامل اجتماعية وتشمل :

- دور رفقاء في الترغيب أو الحث أو التوريط أو التقليل أو التيسير فرص ذلك.

-التفكك الأسري مثل النزاعات والصراعات الأسرية أو أجواء التوتر بين أطراف الأسرة.

-التنشئة الاجتماعية الفاسدة حيث لا يمارس الأب أو الأم كلاهما دوره في التنشئة الأسرية والتوجيه الصحيح لأبنائهم.

- المحاكاة وتقليد شخص معين.

-تأثير الحي السكن ،فطبيعة المنطقة السكانية لها التأثير على الأشخاص.

- تأثير وسائل الإعلام لما تعرضه من وسائل سيئة أو برامج يغيب عنها الوعي اللازم للأفراد.

- ضعف الوازع الديني وعدم التمسك بالجانب الأخلاقي والسلوك الحر.

- سوء استعمال أوقات الفراغ ، يعد عامل لفرص الانحراف وتعاطي المخدرات.

- الجهل وضعف التوعية لأخطار المخدرات.

-الحروب والصراعات الداخلية بين أفراد المجتمع تحرم الشباب من الاستقرار الأسري.

(ماجدة بهاء الدين السيد عبيد : 2008،ص270-271)

6_تصنيف المخدرات: اقتصر اسم المخدر في الماضي على المخدرات التقليدية التي تشمل الأفيون ومشتقاته ، ثم أضيف الكوكايين والقنب الهندي إلى القائمة ، ووضعت هذه المركبات في الجدول الصيدلاني الذي يقضي بعدم صرف الدواء إلا بناءا على وصفة طبية خاصة بعد أن كانت تعتبر من انجح الأدوية المسكنة للألأم وخلال السنين القريبة هرت في الأسواق مركبات جديدة تتمتع بتأثير واضح على الجملة العصبية الدماغية وتؤدي إلى انحراف عقلي ظاهري حتى أن كثيرا منها إلى الإذعان والاستبعاد.

نتيجة للاستعمال المستمر والحاجة الماسة التي تنشأ عن هذا الاستعمال ، وقد أشار الإحصاء الأخير الذي تم حديثا في فرنسا إلا هذه المواد يفوق عددها الخمسمائة مركب تتصف جميعها بالسيطرة على المريض. وتؤدي إلى الاضمحلال البدني ، والانهيار العصبي والنفسي والضعف العقلي ، وتؤدي أيضا إلى نتائج متقاربة بحيث يصعب على الفاحص تشخيصها بصورة سريريه.

(عبد المنعم يوسف السنهوري : 1995،ص136-137)

ونظرا لوفرة هذه المركبات واختلاف مصادرها وتعقيد تركيبها كان من العسر الاعتماد على تصنيف بسيط يجمع بينهما جميعا وهناك تصنيف حديث اتبع في معظم الأبحاث العلمية وهذا التصنيف قسم المخدرات والعقاقير إلى خمسة مجموعات هي :

6-1-1**مسببات الإدمان والمهديات الحياة العاطفية :** وتضم الأفيون ومشتقاته،الهيروبين والكرك والكوكايين.

أ_**المهلوسات :** وتظم المكسكالين والقنب الهندي والبنج.

ب_**المكسرات** : وتظم الأثير والكلورفون والبنزين.

ج_**المنومات :** وتظم الكلورال ، الباريبيتون ، والبارالدهيد.

د_**المنبهات:**وتظم العقاقير التي تحتوي علي الكافيين،والكافو والتيغ.

وهناك نماذج أخرى لتصنيف المخدرات منها ما يقسم المخدرات لثلاثة مجموعات هي .

المجموعة الأولى : هي مثبطات العصبية المركزية وتظم المنومات ، المهدئات ، الأدوية العصبية ، المسكنات ، الأفيون ، المورفين ، الهيروبين ...إلخ.

المجموعة الثانية : المنبهات وتشمل المنبهات الصغرى مثل : الكافين ،الكوكايين المنبهات العظمى مثل الامقيتاميين ومنبهات المزاج مثل مضادات الوهن العصبي.

المجموعة الثالثة : مولدات الاضطراب وتشمل :الحشيش ،المهلوسات والمذيبات الطيارة ومركبات أخرى ومما سبق يتضح أن هناك تصنيفات متنوعة للمخدرات والعقاقير الطبية وتختلف هذه التصنيفات حسب تخصص كل باحث باتجاهاته.

(محمد محمود هواري : 1407ه،ص24)

7_أنواع المخدرات :

للمخدرات أنواع كثيرة وتصنيفاتها متعددة وهي حسب تأثيراتها يمكن أن تصنف من حيث مصدرها إلى :

7-1-مخدرات طبيعية : وهي مستخلصة من النباتات المخدرة كالأفيون المستخرج من شجرة الخشخاش المستخلص من القنب الهندي .

2-7-مخدرات تركيبية : وهي التي تحضر في المختبرات عن طريق بعض التفاعلات الكيميائية ثم تقدم على شكل حبوب أو كبسولات أو حقن ، مثل المخدرات البيضاء وأكثرها خطورة مثل الهيروين المحضر من المورفين.

تصنيفها من حيث تأثيرها تقسم إلى :

3-7-المنشطات أوالمنبهات :وهي العقاقير التي تسبب الزائد وعدم الشعور بالتعب لأنها تعمل على زيادة تنبيه الجهاز العصبي وتنشيط فعاليته ومن أخطرها الكوكايين ، القات، وحبوب الأنزيتامين ولذلك يتعاطاها الكثير من الشباب غير أنها في النهاية تقوم بتخريب خلايا الجهاز العصبي والحسي.

4-7-المثبطات : وهي العقاقير والأدوية المثبطة لنشاط الجهاز العصبي والعضلي والجهاز الغدي.

5-7المهلوسات : وهي المواد التي تؤدي بتعاطيها إلى الحالة المسماة بخداع الحواس وإختلالها ،حيث يحصل لدى المريض إضطراب في جهازه الحسي.

8_خصائص الإدمان :

1_الرغبة القهرية والمتسلطة لمواصلة التعاطي .

2_الحاجة الماسة للزيادة في الجرعة ،عقب النقصان التدريجي لمفعولها.

3_صعوبة مواصلة النشاط في غياب المادة المخدرة (أنها تؤثر على الجهاز العصبي).

4_التأثير السيء والواضح على صح المدمن الجسمية والنفسية والعقلية والسلوكية (الأخلاقية).

5_.الأثار الاجتماعية للفرد على جماعته ووسطه (أب عائلة –مراهق ووالديه-عامل).

(حمايدية علي :2008،ص 406)

بالإضافة إلى أعراض خاصة بكل عقار .

9_أضرار المخدرات :

أولا: الأضرار الجسمية:

1_فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال ،والضعف العام المصحوب باصفرار الوجه أو اسوداده لدى المتعاطي ،كما تسبب قلة النشاط والحيوية وضعف المقاومة

للمرض الذي يؤدي إلى دوار وصداع مزمن مصحوب باحمرار في العينين ، ويحدث اختلال في التوازن والتآزر العصبي في الأذنيين.

2_يحدث تعاطي المخدرات تهيج موضعي للأغشية المخاطية في الجيب الأنفية ،والشعب الهوائية وذلك نتيجة تكون مواد كربونية تترسب في تلك الشعب، وينتج عن ذلك التهابات رئوية قد تصل إلى الإصابة بالدرن الرئوي ،والسرطان وتوقف التنفس الفجائي.

3_.يحدث تعاطي المخدرات اضطرابا في الجهاز الهضمي والذي ينتج عنه سوء الهضم وكثرة الغازات والشعور بانتفاخ،وامتلاء والتخمة ،والتي عادة ماتنتهي إلى حالات من الإسهال أو الإمساك خاصة عند تناول مخدر الأفيون ،كذلك يسبب التعاطي التهاب المعدة المزمن حيث تعجز عن القيام بوظيفتها في هضم الطعام ،كما يسبب التهابا في غدة البنكرياس التي تفرز هرمون الأنسولين ،والذي يقوم بتنظيم مستوى السكر على مستوى الدم.

4_إتلاف الكبد وتلفيه،حيث يحلل المخدر(الأفيون) مثلا خلايا الكبد،ويحدث بها تلفا وزيادة في نسبة السكر ،مما يسبب التهابا وتضخما في الكبد وتوقف عمله بسبب السموم التي تعجز الكبد عن تخليص الجسم منها .

5_التهاب المخ وتحطيم وتأكل ملايين الخلايا العصبية التي تكونه ،مما يؤد إلى فقدان الذاكرة ،ويوجد الهلاوس السمعية والبصرية والشيمة والذوقية.

6_يسبب إدمان المخدرات اضطرابات في عمل القلب ، والأوعية الدموية ،مرض القلب الخولي،والذبحة الصدرية ،وارتفاع ضغط الدم ،وانفجار الشرايين وفقر الدم الشديد وتكسر **كرات** الدم الحمراء،وتسمم نخاع العظام الذي يضع تلك الكرات ،والتأثير على النشاط الجسمي حيث تنقص المخدرات إفرازات الغدد الجنسية ،مما يقلل من القدرة الجنسية.

7_التورم المنتشر وسيلان الدم وارتفاع الضغط الدموي في الشريان الكبدي.

8_الإصابة بنوبات صرعية بسبب التوقف عن استخدام المخدرات دون علاج وذلك لاعتماد الجسم عليها.

9_يسبب تعاطي المخدرات للحوامل المدمنات مشاكل صحية مثل اضطرابات في الدورة الشهرية وفقر الدم ،ومرض القلب ،والسكري،والتهاب الرئتين ،والكبد والإجهاض العفوين

ووضع مقلوب للجنين الذي يولد ناقص النمو،هذا إن لم يمت في رحم الأم ، مع إمكانية حدوث تشوهات لدى الأطفال حديثي الولادة.

يسبب إدمان المخدرات الإصابة بأسد الأمراض خطورة مثل السرطان ،ويمكن أيضا أن تنتقل الإصابة بفيروس الايدز(مرض نقص المناعة)بسبب الأدوات المستخدمة في الحقن والتعاطي ،كما يسبب الإدمان تضخما في الغدد اللمفاوية بسبب اضطراب الجهاز المناعي

ثانيا : أضرار النفسية والاجتماعية .

يحدث تعاطي المخدرات اضطرابا في الإدراك الحسي العام وخاصة إذا ما تعلق الأمر بحواس السمع والبصر حيث يحدث تحريفا عاما في المدركات ،هذا بالإضافة إلى خلل في إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء،واختلال إدراك المسافات ، بالإتجاه نحو الطول ،واختلال إدراك الحجم بإتجاه نحو التضخم.

يؤدي تعاطي المخدرات إلى اختلال في التفكير العام ، وصعوبة وبطء فيه ويؤدي ذلك إلى فساد في الحكم على الأمور والأشياء ويصاحب ذلك تصرفات غريبة ،إضافة إلى الهذيان والهلوسة وعدم التركيز وربما أدى الأمر إلى فقدان الذاكرة.

تؤدي المخدرات إلى نتائج نفسية مثل القلق والخوف والتوتر المستمر،والشعور بعدم الاستقرار والشعور بالانقباض مع عصبية وحدة في المزاج ،وإهمال المظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه.

تحدث المخدرات اختلالا في الاتزان والذي يحدث بدوره بعض التشنجات والصعوبات في النطق ،والتعبير عما يدور في ذهن المتعاطي ،بالإضافة إلى التثاقل والصعوبة في المشي .تسبب المخدرات في حدوث العصبية الشديدة والحساسية الزائدة،و التوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التكيف ،والتوافق الاجتماعي

10_أنواع الإدمان :

10-1-الإدمان الفيسيولوجي :

وتحدث هذه الاعتمادية إلى جانب بقية مشاكل استعمال العقار ،وماينجم عنها من مشكلات الإدمان بهذا الشكل يعني اعتماد الجسم على العقار ،وهو بذلك عملية فسيولوجية أي مرتبطة بوظائف الأعضاء ،حيث يستجيب جسم المدمن استجابات معينة.

10-2-الإدمان الفسيولوجي أو الاعتمادية النفسية :

إن العمليات الداخلية المسؤولة عن عمليتي الانسحاب والاحتمال مازالت غامضة نسبيا ،ولكن الغريب أن جسم الإنسان لايحدث له هذه الاعتمادية بالنسبة للعقاقير الأخرى التي يتناولها الإنسان فترات طويلة وبانتظام ،نحن لا ندمن تناول السمك أو المشويات مثلا، ومن ثم لا تظهر الأعراض الإنسحابية عند منعها ومن أجل ذلك قام العلماء باسم الاعتماد السيكولوجي أو النفسي في مقابل الفسيولوجية أي جسمية.

10-3-الإدمان المزدوج :

ومما يزيد الطين بله في حالت بعض المدمنين أنهم لا يتعاطون عقارا واحدا وإنما يدمنون مجموعة من المخدرات دفعة واحد وبذلك تتضاعف التأثيرات السلبية عليهم بسبب تفاعل المخدرات مع بعضها البعض ،ونتاج تأثير مضاعف أيضا فعلى سبيل المثال خلط المنومات مع الكحول يؤدي إلى الانتحار.وإذا كنا نميز بين الاعتماد السيكولوجي و الفيسيولوجي فان ذلك لا يعني بأية حال من الأحوال أن الاعتماد السيكولوجي يستهان بيه وان صاحبه لايعاني من الألام والقلق والتوتر والصداع والبؤس والحزن والشقاء فالتمييز بين نوعين من الاعتمادية ليقلل من خطر أحدهما.

11_المرأة المدمنة :

تختلف أعراض الإدمان في النساء إلى الحد الذي دفع بعض الباحثين أي وصفة كحالة مستقلة،ومن أسباب ذلك نظرة المجتمع الذي يبيح التعاطي للرجال ويحرمه على النساء

جدول رقم (10):يبين اختلاف العوامل المثيرة للإدمان في النساء عنها في الرجال

النساء	الرجال
الخلافات الزوجية	أعراض الاكتئاب
المشاكل الأسرية	المشاكل الاقتصادية
أعراض الاكتئاب	البطالة
المشاكل الاقتصادية	المشاكل

12_خصائص شخصية المدمن:

12-1-سمات الشخصية المدمن الاجتماعية :

فيما يلي وصف لمسات النتعاطين الاجتماعية كما أوضحتها البحوث و الكتابات :

1_سن المدمنين : تدل معظم الدراسات على الإدمان على المخدرات تنتشر بين الشباب أو ما يقل أعمارهم عن أربعين سنة فيزداد التعاطي لما ريخوانا في الولايات المتحدة بين صغار السن ، و انتشار الإ مفيبتامين بين طلاب المدارس الثانوية ، و تقدر نسبة تعاطي المخدرات فيما يقل سنهم عن 25 سنة إلى 50 %من نسبة هذه المجموعة.

و قد أوضحت الدراسات التي قام بها المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية إلى أن انتشار تعاطي المخدرات (الحشيش) يوجد في فئة عمرية تمتد من 20 إلى 30 سنة فما فوق و قد أوضحت الدراسات الحالية أن متوسط سن المدمنين مخدرات 41 سنة على أن الإدمان عادة ما يبدأ في سن مبكرة عن ذلك بكثير

2_جنس المدمنين :

تنتشر القاقير و المخدرات بين الذكور من الإناث ، باستثناء مجموعة الباربيتوارت و الإمفيتامينات **Barbiturates and Amphitaminaes** و التي تنتشر أكثر بين الإناث متوسطات الأعمار لما لها من خاصية نقص الوزن.و قد اتضح من دراسة ايزيدور **Isiodor Chien** و التي انتشرت بعنوان " الطريق إلى المخدرات : تعاطي المخدرات و الجنح و السياسة العامة " و التي قام فيها بدراسة توزيع و تعاطي الحشيش في مدينة نيويورك فوجدنا أن 85 % منهم من الذكور و في الهند اتضح من بحث كوبرا أن تعاطي المخدرات أكثر انتشارا بين الذكور و الإناث و تتفق الأبحاث المصرية لساعد المغربي ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية مع نتائج هذه الدراسات ، و أن الإدمان ينتشر بمصر بين الذكور.

(عفاف محمد عبد المنعم : 2003 ، ص 95)

فالسلوك الإنحرافي بما فيه ادمان المخدرات بين الجماعات المختلفة عن تأثير اختلا الثقافة على كل من هذه الجماعات في ارتفاع الإدمان لدى الذكور عنه لدى الإناث يرجع إلى الحماية النسبية التي لدى الإناث من التعرض للازمات الانفعالية و الاقتصادية و التنافس و لاختلاف أدوارهن في المجتمع عن الذكور و حين تتساوى النساء في التعرض لهذه الأزمات مع الرجال تميل الانحرافات إلى الانتشار بينهن بالمثل.

3_الحالة المهنية و التعليمية للمدمن :

تأكد معظم الدراسات أن المدمنين ممن لديهم مشكلات دراسية و قفت في طريق تقدمهم الأكاديمي ، و كذلك أثبتت نتائج أبحاث المركز القومي و ساعد المغربي أن تعاطي الحشيش منتشر بين الأمين و نسبة قليلة ممن يعرفون القراءة و الكتابة و ذوي التعليم المنخفض أكثر من غيرها من الفئات ، و كذلك أوضح فاروق عبد السلام 1982 أن تعاطي الأفيون ينتشر بين الأميين. كما ينتشر الإدمان وفقا للدراسات السابقة في معظم الفئات الإجتماعية و لكن أكثر الفئات تعاطيا و انتشارا في مصر هي فئة العمال و المهنيين و الفلاحين.

يوضح بيسكور Bescor في المقابلة بعنوان " التحليل الإحصائي لسجلات مدمني المخدرات بالمستشفيات" ، من أن الإدمان منتشر بين الأطباء و الممرضات الصيادة ،، وارتفاع الإدمان في فئات المشتغلين بالأعمال المنزلية و الخدمات و معظم مدمني الهيروين من الشباب العاطلين عن العمل ، و نسبة من يعمل منهم 26%جميعهم من الطبقات الاجتماعية الدنيا .

(عفاف محمد عبد المنعم : 2003 ، ص 96)

12-2-الحالة الأسرية :

تعتبر الأسرة التي تفشل في توفير الحاجات الأساسية لأبنائها مثل المحافظة على صحتها الحيوية و اكتسابهم العادات الإجتماعية السليمة و كيفية تكوين العلاقات مع الآخرين و فرض ضوابط على دوافعهم الجنسية و إشباع حاجاتهم الإنفاعلية اسر معتلة ، مما

يؤدي إلى انحراف أفرادها بصورة أو أخرى و تكون إحدى صور الانحراف هي تعاطي أو إدمان المخدرات فقد ثبت أن أبناء الأسرة المفتتة أو المنهارة تدمن على المخدرات أكثر من غيرها عند الكبر وكذلك الاسرة التي تعتبر الأم فيها الشخصية الرئيسية ،تؤثر علي نمو السمات التي تؤدي الي الاستعداد للادمان فالملاحظ في معظم اسرة المدمنين أن الأب. الغائب معظم الوقت ولايمارس دوره في الحياة الأسرية ولام المتملكة والمسيطرة ومن صفات هذا النوع من الأمهات الاضطراب الانفعالي والشعور با لذنب، العدوانية، السيطرة.

وقد اثبت سمارتsmartأن استعمال احد الوالدين للمخدر يوميا يؤثر ثأثيرا كبيرا علي استعداد الطفل الاستعمال المخدرات، واتضح من دراسته أن60%من الأطفال يستخدمون نفس المخدر الذي استعمله الأب أو الأم.

وقد أوضح ويلكر walkerان هناك عاملين مرتبطين ارتباط بادمان المخدرات عند الاطفال عند وصولهم الي سن المراهقة وهما:

1_ صراعات خاصة بالرغبة في الاتكالية ويشمل:

_تذ بذ ب الأم بين العطف والحنان من جهة والنبذ من جهة أخري.

_تهرب الأم من الأزمات الاسربة ولجوئها إلي الخمر أو الانغماس للجنس.

_انحراف سلوك الام

_اهانة الأب للام.

_تنافر الولدين.

_سخط الأم وعدم تقبلها للامومة

_2_عدم قدرة الطفل علي إدراك دوره في المجتمع ويشمل عدة عوامل خاصة بهذا العجز هي:

_نبذ الولدين للطفل

_تهرب الأب من المسؤولية

_انعدام مراقبة الطفل والإشراف عليه.

_ضعف الضوابط التي تفرضها الأم علي سلوك الطفل

(عفاف محمد عبد المنعم:2003ص97)

_سمات شخصية المدمن كما توضحها نتائج مقابلة مع المدمن:

_الانقياد والانصياع الأوامر الجماعة.

_السلبية في التعامل مع الواقع

_الاتكالية والجمود

_عدم القدرة علي تحمل الالام والمتابع والظروف الضاغطة.

_عدم القدرة علي إرجاع رغباته وغرائزه ومطالبه.

_وجودهم في بيئات تتميز با لانحطاط الاجتماعية، والتفكك الأسري وانتشار العادات السلوكية الشاذة.

_تشوش الإدراك وفساد بعض العمليات العقلية كالتذكر والإحساس البصري والسمعي والذوقي .....الخ.

_اضطراب التفكير وجمود ، وانحطاطه.

_اضطراب الذاكرة.

_ التردد في التصرفات والخوف والتشكك والافتقار الي المبادرات.

_التوتز وعدالقدرة علي التوفيق بين رغباته وواقعه.

_الانسحاب من الواقع والهروب.

_ضعف قدرته علي العمل وانعدامها في بعض الاحيان ، الارق والهزال وفقدان الشهية للطعام

_الميل الارتكاب الجرائم، الاضطراب الجنسي.

_التفكك الأسري وانعدام القيم في بيئته الأسرية ، وخروجه من يبئات تتميز با لفقر.

_الشعو بالعجز ونقص والدونية استخدام الحيل الدفاعية لمدارات ما يقوم به من سلوك شاذ.

_عدم القدرة علي اقامة علاقات اجتماعية سليمة.

_عدم القدرة علي اقامة علاقات اجتماعية سليمة.

_عدم القدرة علي التعامل بايجابية مع من حوله

12-3-شخصيةالمدمن النفسية والبيولوجية:

حاول أصحاب هذا الرأي أثبات وجود أنواع معينة من الشخصيات أو سمات خاصة في الافراد لبدين يصابون بالا دمان وهذا النوع من الشخصية نادر بين الناس بصورة عامة ،ولم يتوصل الباحثون حتي الان الي اثبات وجود مثل هذا النوع من شخصية الافراد الذين يدمنون، فقد استطاع الباحثون التواصل الي جزء من هذه السمات عن طريق أسلوب التحليل النفسي، ووصف الشخصية وفق المنهج المتعلق با لطب النفسي ودراسة الشخصية لمجموعة من الاطفال علي مدار السنين ثم المقارنة من يدمن منهم عند البلوغ بغيره المدمنين منهم.

(عادل الدمرداش1982ص34)

وتصنيف الطب النفسي للشخصية الادمانية كثيرة أهمها:

1_**غير ناضج:** لا يستطيعالاعتماد علي نفسه والاستقلال بنفسه علي الاخرين

2_**منغمس في الذات:** الذي يصر علي تحقيق مايريده فورا واشباع رغباته

3_**عقابي الذات:**تتكون هذه الشخصية نتيجة الاسلوب في التربية يعاقب الطفل عنذ اظهاره الاشياء أو الغضب المشروع.

4_ **الشخصية المكروبة:** وهي شخصية قلقة ومتوترة تلجأ الي العقاقير والمسكنات لتسكين الالم والقلق، الامر الذي يؤدي تكراره الي الادمان.

وتتلخص الشخصيات التي تلجأ الي الادمان فيما يلي: التركيز علي اللذة عن طريق الفم، عدم النضوج الجنسي، الميل الي تدمير الذات العداء ولاكتئابّ،ومما يؤدي ذلك الي استخدام الا فيون بين المراهقين الذكور الانه مادة فعالة في تسكين المشاعر الجنسية والعدوانية التي يعاني منها كثير من المراهقين.

13_مضا عفات الإدمان:فمن مضاعفاته:

_فقدان الشهية والهزال

_الضعف الجنسي

_اظطراب الدورة الشهرية

_تقيح الجلد

_تسمم الدم

_التهاب الكبد أو غشاء القلب المبطن

_الاصابة بالزهري

_ الامراض المعدية الاخري نتيجة الاستخدام الحقن غير المعقمة فمن يحقنون أنفسهم بالوريد، كذلك التسمم والانتحار

_حوادث السير

_ السرقة

_الدعارة

_تدني المستوي الدراسي والكذب.

_ الاهمال والغش من أجل الحصول علي المخدرات

_وتدني الكفاءة والانزواء والانتاج والاختلاط فقط بالمدمنين

(عادل الدمرداش1982ص107)

14_المخدرات والاحساس باضطهاد لدي الفرد:

ان الاكثار من تعاطي هذه العقاقير ينتج حالةتشبه فصام الاضطهاد أي جنون الاضطهاد حيث يتوهم المدمن أن الناس تحيك له الؤامرات وتدبر لقتله، أوالانتقام منها ويشعر انه مضطهد من قبل المجتمع والمحطين به وتكمن الخطورة في جنونه هذا قد يدفع للتخلص ممن يتوهم أنهم خصومة فيقتلهم وفي هذه الحالة يعاني المريض من الهذاءات أو الضلا لات أي تتسلط علي ذهنه لأ فكار الزائفة التي لاجود لها في مخيلته المريضة.

ويؤدي الإفراط في التعاطي إلي تدمير المخ وتزداد القدرة علي احتمال العقار بسرعة فائقة، بحيث يصبح المريض في حاجة إلي تعاطي كميات كبيرة للحصول علي التأثير المنشط المطلوب واذا زادت احتمالية المريض، فانه يتوقف عن تعاطي الأقراص بالفم ويبدأ بأخذ العقار في شكل حقن بالوريد ويعتبر عقار الميثدارين قوي هذه العائلة من العقاقير المنشطة، وقد تصل حالة المريض من الحد الذي يجعله يعيش علي العقار وحده ولا يأكل أو يشرب غيره،فتضعف صحته ويشعر بالتعب و الإرهاق و الإنهاك والأرق والاكتئاب وقد ينام بعدها

لعدة أيام ثم تبدأ الدورة من جديد وهكذا تتدهور حالته ووظائف الاجتماعية،ويتسم سلوكه بالعدوان والشرود والضلال وعدم الانتظار والخطأ.

(عبد الرحمان عيسوي:1992،ص95)

15_الوقاية:

يتم تحد د المشكلة وحجمها وأبعادها وضع خطة وطنية أو إقليمية(وعالمية ما أمكن) لوقاية المجتمع من هذه ا لأ فة ويجب أن تتضمن هذه الخطة ما يلي:

15-1-_ضبط المجتمع وتحصينه من دخوله هذه المواد ليه سواء عن طريق التهريب أو الانتاج وتشمل ما يلي:

أ_ضبط الحدود باجراءات امنية عالية الكفاءة وفاعلة بحيث يستحيل تمرير هذه البضاعة الي داخل المجتمع.

ب_ضبط البلاد من الداخل بحيث تراقب أي محاولة لزراعة النبات التي ينتج منها

ج_ضبط البلاد من الداخل حتي لايتم تصنيع أي من هذه البضاعة داخل البلاد.

د_ولتنفيذ البنود أعلاه لابد من تطوير وسائل سريعة ودقيقة لتحليل هذه المواد دون الاضرار بالمواطننين وتعطيل مصالحهم.

(خالد أحمد الصرابرة2008ص33_32)

15-2-وضع خطة اعلامية لتوعية المجتمع توعية كاملة بكل فئاته لمعرفة أضرار هذه الأفات ومضاعفة وقدرتها التد ميرية للانسان والمجتمع وتشمل هذه الخطة:

أ_استخدام وسائل الاعلام سواء كانت مرئية أومسموعة أو مقروءة، استخدام امثلا ، بحيث تبث المعلومات بطريقة غير ملحة حتي تطلعلاعليها المجموعات المهددة ب الانحراف وذويهم،

ب_استخدام السينما في بث بعض الافلام القصيرة، قبل عروضها العادية ،بطريقة شيقة بعيدة عن الروتين والخطب.

ج_تفعيل دور المساجد ودور العبادة الاخري، وتكوين فروق من لمرشدين ذوي الكفاءة العالية التي تمكنهم ان يوصلوا رسالتهم الي المعنيين وذويهم بطريقة بعيدة عن الوعظ التقليدي الذي ينفر جيل الشباب من الاستماع اليه.

د_المطبوعات حيث يتم نشر الكتب بعد قراءتها وتدقيقها وتنقيحها ولا يسمح بنشر أي معلومات عن هذا الموضوع الابعد دراسة وتدقيق.

ه_المحاضرات والندوات في مراكز تجمع الشباب الافادتهم والقائمين علي شؤونهم ومساعدتهم للتعامل مع المعطيات هذا الموضوع من جميع جوانبه.

(خالد احمد الصرايرة:2008،ص33)

15-3-وضع خطة تربوية لتثقيف المجتمع ثقافة معمقة أكثر عن هذه الآفة ويتم ذلك علي محورين:

أ_النشاط المنهجي: بتقرير مواد دراسية كجزء من مقررات التربية الوطنية في المدارس

كمواد إجبارية تدرس في الجامعات.

ب_النشاط اللامنهجي: بحيث تشملها الجامعات ببرامج نشاطاتها سواء الاجتماعية أو الثقافية أو الفنية بطرق مباشرة في المحاضرات والندوات واستقدام الخبراء والمحاضرين الأكفاء بهذا الموضوع وغير مباشرة من خلال تضمينها في القصص والتمثيليات والأغاني و الأناشيد.

(خالد احمد صرايرة:2008ص34)

16_تخطيط العلاج:

قبل الشروع في برامج في برامج العلاج يجب أن نضع في اعتبارنا بعض القضايا التي تؤثر علي تصميمها وتنفيذها، فتحديد هذه العوامل يؤدي الي برامج أقل تكلفة وأكثر فعالية لتحقيق أفضل استخدام للمواد البشرية العاملة والمنشآت القائمة في المجتمع.

أهم ما يخطط له في العلاج من المخدرات هو الهدف المباشر له، وهو العمل علي تخفيض

المضاعفات الطبية والنفسية والمرتبطة بالاستعمال غير المشروع للمخدرات ومن العوامل المؤثرة علي محصلة العلاج مايلي :

أ_تحفيز وتشجيع أسرة المدمن ليشرع في العلاج أو يستمر فيه.

ب_ازالة التسمم الناتج عن تناول المخدرات غير كاف للشفاء ، بل يجب تشجيع المدمنين علي بذل كل الجهد لمواصلة العلاج وإعادة التأهيل.

ج_ تفعيل دور الطاقم الطبي المكلف بالعلاج علي دعم وتعزيز رغبة المدمنين(المرضي)

د_ان تفهم الطاقم المكلف بالعلاج لمعني استخدام الفرد للمخدر،والحالة النفسية المترتبة عن ذلك تجعله في موقع أفضل لمساعدته خاصة المدمن المزمن علي استعادة حياة طبيعية أكثر صحة.

لذلك لابد من ربط العلاج بالتأهيل واعادة الاندماج الاجتماعي لأنه لا يكفي وحده لمساعدة المعتمدين علي المخدرات في الوصول إلي حالة من التحرر والاستقلالية النفسية، وهو بذلك خطوة مبكرة في عملية أطول وأعقد ، ومن أهم التدابير التأهيلية التي تحقق ذلك في إيجاد طرق بديلة للحياة والتي تعتبر من أهم جوانب برامج التأهيل التي تهدف إلي تعلم الخبرات النفسية والاجتماعية السوية الأكثر ديمومة من خبرات تعاطي المخدرات، وأحد طرق تعلم هذه الخبرات السوية يكون من خلال تعلم خبرات

بديلة، وهذا الأمر يختلف من فرد الأخر بحسب الفروق الفردية،فهناك من يتجه لتعلم مهارات سلوكية جديدة، أو الميل إلي نشاطات بدنية كا لرياضة أو نفسية كا الإستماع الي الموسيقي والاتجاه إلي كل ماهو فني وجمالي أو اللجوء الي تطوير وعي أكبر بذواتهم أو بالآخرين،وقد يبدي البعض اهتماما أكبر بالنواحي الدنية ودروس العلم من خلال ما يعرف بالبرامج التأهيلية المعرفية.

فالجانب الطبي في العلاج لايلغي دور بقية الجوانب الأخرى السيكولوجية والسلوكية التي تساعد كثيرا المريض (المدمن) علي تعديل ادراكه لذاته واللاخرين لأن إزالة التسمم الناتج عن المخدرات بداية فقط لتقبل بقية الاجراءات النفسية والسلوكية التي تؤكد عزم المدمن علي الاقلاع عن هذا الاعتماد المرضي والعمل علي تكيفه مع واقع المجتمع ايجابيا.وتدعمه نفسيا

16-1-العلاج الطبي:اذا ضاعت منا فرصة وقاية أبنائنا وبنا تنا خطر المخدرات، لابد لنا من التمسك بفرصة العلاج كضرورة وواجب لتحصيلهم من أضرارها الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية المدمرة ، والانقاذهم من معاناة وألأم مرحلة الانسحاب.

ان العلاج الادمان له مراحل متتتالية لايمكن تجزئته بالاكتفاء بمرحلة منه دون أخري أو تطبيق بعضه دون بعض ، فكما انه واحدة فغنه أيضا عمل جماعي يبدأ من المدمن ذاته الذي يجب انب نتج له الفرصة ليشارك ايجابيا في انجاحه، ويصدق هذا القول حتي وان كان العلاج بغير ارادة المدمن، كان يكون بحكم قضائي أو تحت ضغط الأسرة التي تكون مشاركتها في كل مراحل العلاج الطبي ضرورية، مع محاولتخا الجادة لعلاج مشاكلها سواء كانت هذه المشاكل مسببة للادمان أو ناتجة عنه.

(سفاري ميلود، بلقرمي سهام:2008،ص329)

ومن الضروري كذلك ألا يقتصر كذلك العلاج علي كل ذلك، بل يجب أن تتكامل التخصصات العلاجية وتتحدد وصولا إلي النتيجة المطلوبة، وهي الشفاء التام وليس الشفاء،

الجزئي أو المحدد ،وذلك أن الشفاء، الحقيقي لا يكون مقصورا فقط علي علاج أعراض الانسحاب ثم يترك المدمن بعد ذلك ليقع الانعكاس، بل يجب الوصول معه إلي استرداد عافيته الأصلية من جميع وجوهها الجسمية والنفسية والاجتماعية، مع ضمان عودته الفاعلة إلي أحضان المجتمع ووقايته من النكسات في مدة لا تقل عن ستة أشهر في الحالات الجديدة، أو سنة أو سنتين في الحالات التي سبق لها أن عانت من نكسات متكررة.

وعلي العموم، فانه كلما ازداد عدد النكسات وزادت خطورة المادة المدمن عليها كلما وجب التشدد في معايير الشفاء حني في الحالات التي يصحبها اضطراب كبير في الشخصية أو التي ارتكبت فعلا اجراميا مهما كان محددا، وتكون مراحل العلاج علي النحو التالي:

16-2-مرحلة التخلص من السموم:

هي مرحلة طبية في الأساس، ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية و إنما يتخلص تلقائيا من السموم، لذلك فالعلاج المبرمج للمدمن في هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد علي القيام بدوره الطبيعي،وأيضا التخفيف من اللام الانسحاب مع تعويضه عن السؤائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب وقد تتداخل هذه المرحلة مع المرحلة التالية لها وهي العلاج النفسي والاجتماعي،ذلك أنه من المفيد البدء مبكرا بالعلاج النفسي الاجتماعي وفور تحسن الحالة الصحية للمدمن.

16-3-مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي:

إن كون الإدمان ظاهرة اجتماعية ونفسية أساسا، جعل من العلاج و التكفل النفسي والاجتماعي ضرورة لأنها العلاج الحقيقي للمدمن، حيث تنصب علي المشكلة ذاتها بغرض القضاء علي أسباب الإدمان.

وتتضمن هذه المرحلة العلاجية، العلاج الفردي للمتعاطي،ثم تمتد إلي الأسرة ذاتها لعلاج الاضطرابات التي تكون قد أصابت علاقات أفرادها، سواء كانت هده الاضطرابات من مسببات التعاطي أو من مضاعفاته.

كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات عملية للمدمن علي كيفية اتخاذ القرارات وحل المشكلات ومواجهة الضغوط، وكيفية الاسترخاء والتنفس والتأمل والنوم الصحي، كما تتضمن أيضا علاج السبب الأصلي لحالات التعاطي كعلاج الاكتئاب مثلا وإذا وجد أو غيره من المشكلات النفسية.

كما يتم تدريب المتعاطي علي المهارات الاجتماعية لمن يفتقده لمن يفتقد منهم القدرة والمهارة كما تتضمن أخيرا العلاج الرياضي الاستعادة المدمن كفاءته البدنية وثقته بنفسه، وقيمة احترام حق جسده عليه.

16-4-مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة:تنقسم هذه المرحلة الي ثلاثة مراحل جزئية هي:

أ_مرحلة التأهيل العملي:

تستهدف هذه العملية استعادة المدمن لقدرته وفا عليته في مجال عمله، وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلي العمل، أما إذا لم يتمكن من هذه العودة فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آ خر مفتاح، حتي يمارس العمل بشكل طبيعي.

(سفاري ميلود، سهام:2008،ص 330)

ب_ التأهيل الاجتماعي:

تستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع،من خلال علاج ظاهرة الهلع، حيث هلع المدمن من شخبطة العلاقات الأسرية الاجتماعية ، ويعتمد العلاج هنا علي تحسين العلاقة بين الطرفين(المدمن من ناحية، ولأسرة والمجتمع من ناحية أخري) وتدريبها علي تقبل وتفهم كل منهما للأخر ،ومساعدة المدمن علي استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه،واعطاءه فرصة جديدة لإثباتات حديثة وحرصه علي الشفاء والحياة الطبيعية.

ج_الوقاية من النكسات:

ويقصد بها المتابعة العلاجية لمن شفي لفترات تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج مع تدريبه وأسرته علي الاكتشاف المبكر للعلامات المنذرة لاحتمالات النكسة لسرعة التصرف الوقائي تجاهلها.

إن تعاطي المخدرات في النهاية هو سلك وخيار فردي موجه ومتأثر بعوامل شخصية واجتماعية محلية ودولية،وعلي هذا ينبغي النظر إلي التعاطي بهذا النظار السلوكي والبيئي الشامل،واليه باعتباره مرضا والتعامل مع المتعاطي علي أنه مريض ، وعليه ينبغي إعطاء علاج المدمنين مكانه المناسب مع الاعتماد علي جميع مجهودات الفرد نفسه والمجتمع المحلي والتعاون الدولي لمكافحته والقضاء عليه.

(سفاري ميلود، بلقرمي سهام2008ص331)

خلاصة:

بعد التطرق إلي مختلف العوامل والأسباب المؤدية إلي تعاطي المخدرات، وكذا الآثار المدمرة الناتجة عنها، يتبين أن هذه الظاهرة الخطيرة ساهمت في وجودها وتفاقمها عدة مؤسسات، وما ينتج عنها من هلاك للصحة النفسية والجسدية للفرد،مما أدي بهم إلي مثل هذه السلوكيات الانحرافية ، إضافة إلي عدم اهتمام الهيئات الحكومية بإنشاء مختلف المؤسسات والمراكز التي تعمل علي البحث في شؤونهم ومعرفة نوع الخدمات والرعاية التي يحتاجونها، والتي لها علاقة مباشرة بظهور تعاطي المخدرات.

الفصل الرابع:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

3- منهج الدراسة

4- حالات الدراسة

5- حدود الدراسة

6-أدوات للدراسة

خلاصة

1-الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولي التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة عامة حول جوانب الدراسة الميدانية لبحثه,وتهد ف الدراسة الاستطلاعية إلي التأكد من ملائمة دراسة البحث والتحقيق من مدى صلاحية الأداة المستعملة في جمع المعلومات ومعرفة الزمان المناسب والمتطلب لأجرائه وتم إجراء الدراسة الاستطلاعية في المركز الوسيط لمعالجة المدمنين المتواجد بوهران للحصول علي الموافقة الإجراء الدراسة ومن ثم تم التقرب من الطاقم الطبي و النفسي وشرح لهم كيفية الدراسة وما نحتاجه في البحثنا وذلك لتعاون معهم.

وقبل التطبيق الميداني للمقياس قمنا بدراسة استطلاعية وذلك بمسح وحصر كل لإمكانيات المادية والبشرية المتعلقة بموضوع الدراسةوتعتبر هذه الدراسة كقاعدة للدراسة الميدانية وقد أفادتنا في الإحاطة بجوانب الموضوع

أ-حالات الدراسة:: تمثلت الدراسة في ثلاث حلات تم اختيارهم من المدمنين الذين يعالجون حاليا بمركز العلاج للمدمنين بوهران .

ب-أداتها: تمثلت في تطبيق .

1_مقياس الصحة النفسية.

2_المقابلة الموجهة

2- الدراسة الأساسية :

2-1 – منهج الدراسة :

أ- تعريف المنهج :

إن الطبيعة الموضوع تفرض نفسها وتجبرنا على الاعتماد على المنهج العيادي الذي يتضمن لأسلوب دراسة الحالة ، حيث يعتبر المنهج الشائع لوصف الحالات الفردية ، كما يوفر لنـــا المزيد من العمق والتفصيلات التي لا تساعدنا فقط على فهم الحالة ، وإنما يوفر لنا البيانات التي تساهم في إختيار صحة فروضنا ، كما يتلاءم تطبيقه على كل حالة بما يوافق ظروفها الخاصة .

2-2اسلوب دراسة الحالة : من خلاله أردنا التعرف على التعرف على خصائص ومضمون حالة او ظاهرة واحدة وبصورة مفصلة ودقيقة عنها كخطوة ثانية وتحليل المعلومات التي تم جمعها بطريقة علمية وموضوعية للحصول علة نتائج محددة واقتراح أساليب معالجة لها على حالات أخرى مشابهة ومنه يمكن تعريف أسلوب دراسة الحالة بأنه عبارة عن بحث معمق لحالة محددة بهدف الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها على حالات أخرى مشابهة

ويمتاز منهج دراسة الحالة بعمق والتركيز على الطاهرة او موضوع محدد وعدم الاكتفاء بالوصف الخارجي للحالة وموضوع الاهتمام ذلك ان المنهج يهتم بالموقف الكلي من خلال تحليل مختلف العوامل المؤثرة في الحالة بصورة ديناميكية تاخد في اعتبارها تاثير البيئة الخارجية على الحالة موضوع الاهتمام

3 -2 حالات الدراسة :

يعتبر استخدام حالات الدراسة من الأمور الشائعة في مجال البحوث والدراسات العلمية سواء الاجتماعية أو الطبيعية إن اختيار الحالات لإجراء الدراسة عليها قد يكون مفضلا على دراسة كامل المجتمع الأصلي نظرا لما في ذلك من توفير للوقت والمال والجهد المبذول

ويتم في هذه الدراسة اختيار حالات بالطريقة القصدية اي ان الحالات التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوفير بعض الخصائص في أولائك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي الأمور الهامة بالنسبة للدراسة كما يتم اللجوء لهذا النوع من الحالات في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي

محمد عبيدات واخرون :**1999 ص92**

وعليه تمثلت الدراسة الحالية في ثلاث حالات يعالجون بالمركز الاستشفائي للإدمان بوهران ومضى على دخولهم للبرنامج العلاجي 15يوم.

ب-خصائص حالات الدراسة:

تتميز حالات الدراسة بمجموعة من الخصائص الموضحة في الجدول التالي :

عدد الحالات	الجنس	السن	المستوى التعليمي	مدة العلاج	الولاية تعاطى فيها	اول مرة	الحالة الاج
01	ذكر	34	ثالثة ثانوي	18 يوم	سعيدة	19سنة	مطلق
02	ذكر	28	جامعي	15يوم	البيض	23سنة	متزوج
03	ذكر	22	ثانية متوسط	20يوم	معسكر	15سنة	اعزب

جدول رقم 2 يوضح خصائص حالات الدراسة

2-4 حدود الدراسة:

يقصد به الحيز الذي أجريت فيه الدراسة الميدانية للبحث والمبحوثين الذين يشكلون وحدات الدراسة ومصدر المعلومات الظاهرة لموضوع الدراسة وكما تشير إلى الإطار الزماني المستغرق في الدراسة

2-4-1 المجال الجغرافي للدراسة :

يقصد به النطاق الميداني لإجراء الدراسة قصد التمكن من جمع المعلومات العلمية حول موضوع الدراسة ونظرا لان موضوع الدراسة هو دور المؤسسات الاستشفائية في تحسين الصحة النفسية لدى مدمني المخدرات تم إجراء الدراسة في المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ب سيد الشحمي بوهران والذي تم تأسيسه في سنة 1985

2-4-2 المجال البشري للدراسة :

يقصد بالمجال البشري هم الأشخاص المدمنين الذين يعالجون بالمركز الوسيط لمعالجة حالات الإدمان المتواجد ب سيد شحمي بوهران والذين فاقت مدة استشفائهم 15يوم حيت تم اختيار ثلاث بطريقة قصدية من اجل إجراء الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات

2-4-3 المجال الزمني للدراسة :

ويقصد به المدة الزمنية التي استغرقها الباحث في اجراء الدراسة وعليه فكانت الفترة الزمنية لاجراء الدراسة من يوم 12ماي 2019 الى 13 جوان 2019

2-5-1 أدوات الدراسة :

تم اعتماد في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات البحثية تنوعت حسب الهدف المراد من الدراسة ومن بين هذه الأدوات مايلي :

2_5_1 –1- المقابلة :

هي عبارة عن موقف تفاعلي وعلاقة دينامكية ، وتفاعل بين شخصين أو أكثر تتـــم وفـــق غـــرض محدد ولتحقيق أهداف محددة

(خالد عبد الرزاق النجار : 2008 ص 53)

وتم في هذه الدراسة الاعتماد على المقابلة العيادية التي يتعرف على أنها :

محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي العيادي ، غايتها العمل على جل المشكـــلات التي يواجهها العميل والإسهام في تحقيق توافقه ، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج، وتختلف المقابلة الإكلينيكية عن المحادثة العادية في أنها طريقة مهنية لها هدف

(لويس كامل مليكة : 1992 ص 64)

ومن بين أنواع المقابلات استخدمنا المقابلة الموجهة ، لأنها الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة وتعرف بأنها المقابلة التي تكون أسئلتها تسلسل طرح هذه الأسئلة محددين مسبقا من قبل الباحث، وبالتالي فإن الأسئلة نفسها تطرح في كل مقابلة وفي الغالب بحسب التسلسل نفسه ، إلا أن ذلك لا يمنـــع من طرح أسئلة غير مخطط لها إذا رأى الباحث ضرورة لذلك أو إذا أثارت إجابـــة المبحـــوث بعض التساؤلات الهامة .

وكذلك إتباع أسلوب الملاحظة التي تعرف بأنها عبارة عن عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر، والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات، والتنبؤ ب سلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته .

(محمد عبيدات وآخران : 1999 ص 57 -73)

2_5_1_2 - مقياس كولدبيرغ للصحة النفسية :

تم إعتماد علي مقياس غولدبيرغ ويليام في الصحة العامة (GOLDBERG * 1991 WILIAM)

وقامت باستعماله الجعافرة (2003) ، إضافة إلى (الشخانبة 2005) الذي قام ، وهو يتمتع بدرجـات

صدق وثبات مناسبة تفي بأغراض الدراسة الحالية . ويتألف هذا المقياس من (60) فقرة ، والذي قننه

على البيئة اليمنية ، وفيه سبعة محاور تغطي تؤشر للصحة النفسية . وكل بعد يقيس أعراض سلوكيـة

أو نفسية والدرجة الكلية للمقياس تؤشر مستوى الصحة النفسية للفرد .

البدائل / العبارات	نعم	إلى حد ما نعم	إلى حد ما لا	لا
العبارات السلبية	1	2	3	4
العبارات الإيجابية	4	3	2	1

جدول رقم (03) يوضح درجات العبارات مقياس الصحة النفسية .

ويتم تقسيم بنود المقياس إلى سبعة (7) محاور فرعية وهي :

1- أعراض سيكوسوماتية 9-3-16 .

2- أعراض النوم واليقظة 33-29-34-3-10-17-51-39-43-10 .

3- أعراض السلوك الملاحظ والسلوك الشخصي 18-11-4-35-30-24-44-40-52-10-48 .

4- أعراض السلوك الملاحظ المتعلق بالآخرين (الإجتماعي) 12-5-25-19-11 .

5- أعراض المشاعر الذاتية (عدم الكفاية ، التوتر، المزاج) 13-6-31-26-41-36-44-45-60-58- 54-53-14-20.

6-أعراض المشاعر الذاتية الخاصة بالقلق والإكتئاب بصورة رئيسية -44-7-37-32-27-5-42-59- 57 -21-12-46-55 .

طريقة الحساب :

أوزان البدائل فإنها جميعا تتروح من 4-1

الدرجات تتروح بين (60-240) والدرجة الكلية هي مجموع الدرجات المعطاة على عبارات المقياس .

يمكن إستعمال الأرباعيات لتقدير مستوى الصحة النفسية على النحو التالي

60 فأقل مستوى منخفض .

61-120 مستوى متوسط .

121-180 مستوى فوق المتوسط .

181-240 مستوى عالي .

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة :

لقد تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصداقية هذا المقياس وكانت على النحو التالي :

1- ثبات الاتساق الداخلي :

لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الإتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسات في البيئة الأردنية كدراسة وتطبيقه على عينة من الأفراد العاملين في مصانع الأدوية الأردنية باستعماله وتطبيقه على عينة من الأفراد العاملين في مصانع الأدوية الأردنية ، باستعماله وتطبيقه على عينة من العاملين في مصانع الإسمنت الأردنية ، كما استعمله على عينة من طلبة الجامعة الأردنية وكان معامل ألفا 0.99 .

الفصل الخامس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1-عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولي

2-عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية

3-عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة

4-التحليل العام للمقابلات

5-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

6-مناقشة الفرضية الجزئية الأولي

7-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية

8-**مناقشة الفرضية العامة**

خلاصة

تمهيد:

في الفصل التمهيدي تم تقديم فرضية عامة وفرضيتان جزئيتان وقد مرت الدراسة بعدة خطوات من أجل التحقق من صحة الفرضيات ومن خلال الجانبين النظري والميداني وتمت الاستعانة بمقياس الصحة النفسية وثلاث مقابلات عيا دية من أجل جمع البيانات الميدانية اللازمة والتحقق من صحة الفرضيات .

عرض وتحليل نتائج الدراسة :

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى

1_2- دراسة الحالة الأولى :

1_3– المعطيات البيوغرافية :

الجنس : ذكر .

السن : 34 سنة

أول مرة تعاطي فيها : 19 سنة .

المستوى الدراسي : ثالثة ثانوي .

الحالة الإجتماعية : مطلق .

ولاية :سعيدة.

مدة العلاج : 18 يوم .

1-4– ملخص المقابلة العيادية مع الحالة الأولى :

أبدت الحالـــة رغبـــة كبيـــرة في التحـــدث إلينـــا وتســـاءل عما نود معرفته حيث قال: (مرحبابيكم ،بينا نتلاقاو بناس كيما أنتم باه نفهموا الشباب الصغير ونوعوه)، وعن سؤالنا عن حالته الصحية قبل دخوله للمستشفى وأثناء فترة إدمانه وبعد دخوله للمستشفى خاصة إنه تبقى ثلاث أيـــام لمغادرته فكان مرتاح ومطمئن على حاله وما هو وضعه النفسي الآن وجاء في حديثه (جسم ميت كل حاجة توجع فيا ، ولات عندي لا تونسيو وسكر وشحال من مرة ندخل للسبيطار)، (ضروك راني هايل بعد تريتمو معول نبقى نعالج عند بسيكولوق).

أما عن سؤالنا عن نفسيته فجاء في حديثه (كنت كاره حياتي كنت مكتئب،نخمم نقتل روحي وشحال من مرة ومنقدرش نشوف روحي في المراية علا بالك منحبش نتسأل

على اسمي بيا مانيش نشوف في روحي إنسان) وأما الآن فهو يرى نفسه أنه بحالة جيدة وله تقدير ذاتي جيد وجاء ذلك في حديثه (راني وليت إنسان عندو حياة لازمو يحافظ عليها وجسم مميز وروح أمانه من الله ووش يصرا مانيش رايح نرجع نتعاطى راني نبقى نتبع عند وحد العيادة بسعيدة مع أخصائي نفساني) .

1-5– عرض وتحليل نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية كولدبيرغ مع الحالة الأولـــى :

-الحالة الأولى : استنادا إلى مختلف إجابات مقياس كولديبرغ للصحة النفسية والذي يعكس حقيقة صحته النفسية من خلال مختلف ما تقدم بيه من إجابات حول محاور التي قدمت له خلال مختلف ما تقدم بيه من إجابات حول محاور التي قدمت له خلال المقابلة التي أجريت معه ، فاتضح لنا من خلال إجابته حول المحور الأول الذي مفاده الصحة العامة ومن خلال إجابته على البند رقم (01) المتمثل في (تشعر بارتياح تام وبصحة جيدة) والذي أجاب عنه بالبديل (إلى حد ما نعم) ، والذي يمنحه درجة 3 على البند إضافة إلى البند رقم (8) والمتمثل في (تخشى الإصابة بانهيار في كل مكان عام) والذي أجاب عليه بالبديل إلى حد ما لا ، ما يمنحه له درجة 3 على البند ، كما أن هذه الحالة يلاحظ عنها دلائل ومؤشرات التحسن في صحته النفسية فيما صحته النفسية فيما يخص أعراض السيكوسوماتية ، وذلك من خلال إجابته على البند رقم (3) والمتمثل في (تشعر بتوعك أو إرهاق) والذي أجاب عنه بالبديل (لا) والذي تمنحه الدرجة (4) ، إضافة إلى البند رقم (9) والمتمثل في (تصاب بنوبات الحرارة والبرودة) ، حيث أجاب بالبديل (إلى حد ما لا) والذي يمنحه الدرجة (3) بينما البند رقم (16) والمتمثل في (تفقد الكثير من ساعات نومك بسب الهم)، والذي أجاب عنه بالبديل (لا) ، حيث تمنحه الدرجة (4) في الإجابة على هذا البند .

كما أن هذه الحالة يلاحظ عليها دلائل ومؤشرات التحسن في صحته النفسية من حيث أعراض النوم واليقظة ، وذلك من خلال إجابته عن البند رقم 20 الذي مفاده (تحلم أحلاما بغيضة ومرعبة) ، والذي أجاب عنه بالبديل (لا) ، والذي نمنحه درجة (4) لإجابته على هذا البند .

إضافة إلى البند رقم 17 والمتمثل في (تأرق في الليل) والذي أجاب عنه بالبديل (إلى حد ما) ما يعطي له درجة (3) في الإجابة على هذا البند .

2– عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية :

2_2- دراسة الحالة الأولـــــى :

2_3– المعطيات البيوغرافيـــة :

الجنس : ذكر.

السن: 28 سنة .

أول مرة تعاطي فيها : 23 سنة .

المستوى الدراسي : جامعي .

الحالة الإجتماعية : متزوج .

ولاية :البيض .

2-4- تحليل المقابلة مع الحالة الثانية :

تمت الموافقة من طرف الحالة ورحب بطلبنا وبدا أكثر ارتياحا وإنبساطا كما أنه بدأ أكثر ثقة في نفسه طلبنا من الحالة أن يحدثنا عن حالته الصحية الجسدية ونفسية قبل دخوله للمستشفى للعلاج ، فأجاب أنه كان منزعج كثيرا من صحته فا الأمراض لا تغادره ومناعته ضعيفة جدا ، حيث قال (ضرك ما نقدر ندير والو ظاهر عمري 60 عام والكحه هلكتني) أيضا صرح على حالته النفسية التعبة حيث قال (كنت نخمم نقتل روحي لكان مش مرتي ووليدي طول مديقوتي كاره عايش غير باه نجيب الزطلة لا هدف ولا حلم) أما عند سؤالنا عن حالته المادية والإجتماعية فقد كان حديثه (واش تحبي كي تشيع عليك بلي زطايلي ماكاش سرقة كاش حاجة خايبة تتمسح فيك وبعت طونوبيل ديالي على جالها خلاتني) أما عن سؤالنا له عن كيفية دخوله للمستشفى قال (تعبت ودمرت وضرك عندي طفل ومرا لازم نتوله بيهم) ، ويبدو أن الحالة كان له سند ودعم في قرار العلاج في حديثه (مرتي كورجتني ومحبتش تتخلى عليا) كما أننا سألنا الحالة عن ما بعد دخوله للعلاج ومروره بالعلاج الطبي والنفسي فقال أنه يشعر بتحسن جيد وأنه متفائل وسعيد وأنه لم يعد قلق ومتوتر أو يشعر بعصبية وإكتئاب .

2-5- عرض وتحليل نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية كولدبيرغ مع الحالة الثانية :

من خلال النظر إلى مختلف الإجابات على بنود مقياس الصحة النفسية اتضح لنا حقيقة هناك تقدم ملحوظ فيما يخص صحته النفسية ، وذلك من خلال إجاباته حول المحاور التي قدمت له خلال إجاباته حول المحاور التي قدمت له خلال المقابلة التي أجريت معه فأتضح لنا من خلال إجابتـــــه على المحور الأول وفي بنده رقم (28) والذي يتمثل العبارة (تفقد الرغبة في أداء نشاطاتك اليومية) بالإجابة على البديل (إلى حد ما لا) ، والذي تمنح له الدرجة (3) إضافة إلى الإجابة على البديل البند رقم (1) ، والمتمثل في العبارة (تشعر بإرتياح تام وصحة جيدة) بالإجابة على البديل (إلى حد ما نعم) والذي تعطى له درجة (3) لإجابته على البند .

كما أن هذه الحالة يلاحظ عليه مؤشرات الصحة النفسية من خلال الإجابة على محور الأعراض السيكوسوماتية في البند رقم (3-9-16) بالإجابة على البدائل (إلى حد ما لا) والذي نمنحه درجة (3) . أما عن أعراض النوم واليقظة والتي أجاب عنها بالبندين (18) و(17) والمتمثلين في العبارة (تعاني صعوبة في البدء بالنوم) والعبارة (تأرق ليلا) بالإجابة على البديل (إلى حد ما) والذي نمنحه درجة (3) وهذا تظهر مؤشرات إيجابية في الصحة النفسية .

أما عن محور السلوك الملاحظ الشخصي فكانت إجابته عن البند رقم (24) وكانت عبارته(تؤدي أعمالك على نحو جيد بشكل عام) بالإجابة على البديل (إلى حد ما لا) والـذي نعطي له درجة (2) أما عند البند رقم (30) وهي (تبذل جهدا عند إقتناء ملابسك كالسابق) والذي كانت إجابته (إلى حد ما نعم) ونمنحه درجة (2) وهذه الإجابات على هذه البنود من المؤشرات على الصحة النفسية .

كما أن إجابته حول محور أعراض المشاعر الذاتية بعرضي التوتر المزاج وعدم الكفاية فإجابته على البند رقم (33) في العبارة (تمضي وقتا طويلا ممتعا في التحدث مع الآخرين) والذي أجاب عنه بالبديل (إلى حد ما نعم) ونمنحه الدرجة (2) أما البند رقم (34) والذي عبارته (تخاف أن تخبر الناس عن شيء في حالة ارتكباك حماقة ما) وكانت إجابته في البديل (إلى حد ما لا) ونمنحه درجة (3)

3- عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة :

3-1- دراسة الحالة الثالثة:

- المعطيات البيوغرافيـــة :

الجنس : ذكر.

السن :22 سنة .

الإقامة:معسكر.

المستوى الدراسي : ثانية متوسط.

الحالة الإجتماعية : أعزب .

أول مرة تعاطى فيها :سن 15 سنة .

مدة العلاج : 20 يوم .

3-2تحليل محتوى المقابلة العيادية للحالة الثالثة :

بعد موافقة الحالة على إجراء المقابلة صرح أنه يرى نفسه بأحسن حال بعد دخوله للمستشفى وبعد القيام بعملية العلاج الطبي والنفسي ومروره ببرنامج مكثف أما عن الحالة النفسية قبل بداية الإدمان فأجاب أنه كان مدمر بحديث (راني حاولت ننتحر مرتين والله تعبت بزاف على العام نكون متقلق ومنوليش الأزم و24/24 سا منرفز) أما عن سؤاله عن مآل وضعيته الإجتماعية بعد دخوله لعالم الإدمان فجاء في حديثه (ابيبه ولا ناس قاع يخافو مني ويكرهوني واحد ما يحبني حتى لا فامي محتقريني يشوفو فيا ولد حرام كبير وسراق) أما عن سؤالنا عن التأثير المادي في هذه المرحلة قال (وصلت نسرق قريب نقتل على جدالها كنت نسرق) أما عن سؤالنا له عن كيفية إقتناعه بالعلاج قال أنه كانت له رغبة كبيرة في ذلك لكن تقديره لذاته المنخفض ورؤيته لنفسه أن شخصيته ضعيفة وأن المخدر أقوى منه وأن والديه ساندوه طوال هذه السنوات وأخيرا تشجع لهذه العملية العلاجية وتطرقنا معه مما يشعر به نفسيا و جسديا بعد خضوعه للبرنامج العلاجي وخاصة أنه بقي له يوم واحد لخروجه فأبدى سعادة كبيرة لخروجه وإنهاءه العلاج بنجاح وأنه حقيقة يشعر بالتحسن فهو لم يعد مكتئب ومتوتر وحاد للمزاج حتى نوم أصبح ينام جيدا وكان شاكرا وممتن جدا للطقم الطبي وأبدى محبة كبيرة لهم .

3-3عرض وتحليل نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية كولدبيرغ مع الحالة الثالثة :

من خلال النظر إلى مختلف الإجابات على بنود مقياس الصحة النفسية اتضح لنا حقيقة هناك تقدم ملحوظ فيما يخص صحته النفسية ، وذلك من خلال إجاباته حول المحاور التي قـــدمت له خلال المقابلة التي أجريت معه فأتضح لنا من خلال إجابته على المحور الأول وفي بنده رقم (01) والمتمثل في العبارة (تشعر بإرتياح تام وصحة جيدة) بالإجابة على البديل (نعم) والذي تعطى له درجة (4) أما إجابته على البند رقم (5) وعبارته (أشعر بصداع) بالبديل (لا) ونعطي له درجة (4) وهذه تعتبر مؤشرات إيجابية، إضافة على إجابته حول المحور الثانـــي عن الأعراض السيكوسوماتيـــة والمتمثـــل في رقم (9-3-16) بالإجابة على البدائل (لا) والذي نمنحه درجة (4) ، وهذه مؤشرات إيجابية .

كما نلاحظ إجابته في محور النوم واليقظة على البند رقم (11) وعبارته (لا تتمكن من النوم ثانية بعد إستيقاظك المبكر جدا من موعد استيقاظك الإعتيادي) وأجاب عنه بالبديل (لا) ونمنحه درجة (4) ، أما عن البند رقم (20) وعبارته تقول (تحلم أحلاما بغيضة) والذي أجاب عنه بالبديـل (نعم) ونمنحه درجة (1) أما عن محو المشاعر الذاتية والمشاعر المتعلقة بالأخرين الإجتماعية فكانت كلها إجابات ايجابية عن البنود البند (60) وعبارته (لا تستطيع في بعض الأحيان عمل أي شيء لأن أعصابك متعبة جدا)

والإجابة على البديل (لا) ونمنحه درجة (4) والبند رقم (25) وعبارته (راض على أسلوب الذي تنجز به مهماتك) وكانت الإجابة في البديل (إلى حد ما لا) ونعطيه درجة (3)، وهذه دلائل على مؤشرات إيجابية حول هذه الأعراض .

كما أن الإجابات حول عرضي القلق والإكتئاب والتي جاءت أرقامها من 52 إلى غاية البند (59) كانت كلها في البديل (لا) ومنحت لها درجة (4) .

ومن خلال تحليل إستجابات الحالة الثانية ، وبالرجوع إلى مفتاح تصحيح الصحة النفسية عموما لا سيما عرضي القلق والإكتئاب فقد كانت النتيجة (213) وهذه الدرجة تعد مستوى عالي من الصحة النفسية .

4- التحليل العام للمقابلات :

تظهر نتائج الدراسة الحالية من خلال المعطيات المتحصل عليها استنادا لنتائج تحليل المحتوى المقابلة العيادية ونتائج مقياس الصحة لنفسية المطبق حيث أظهر جميع الحالات كان العامل الأساسي لتعاطيهم هم رفقاء السوء وأظهرت المعاناة النفسية التي مروا بها خلال فترة الإدمان فقد تميز تاريخهم الشخصي قبل الإدمان بتعرض لعدة أحداث ضاغطة أثرت في صحتهم النفسية من مجمل تلك الأحداث الضاغطة مثل التفكك الأسري وأزمة المراهقة والفراغ كل هذه الظروف الضاغطة وولوج عالم الإدمان والإجرام اثر بشكل كبير على صحتهم النفسية إلى غاية تقدمهم للبرنامج العلاجي

5- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات :

6- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى :

تنص الفرضية الجزئية الأولى على :

" المؤسسات الاستشفائية دور ايجابي في التخفيف من أعراض القلق لدى المدمنين المعالجين "بناءا على تحليل المقبلة مع الحالات الأولى والثانية والثالثة وبالرجوع إلى نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية كولديبرغ يتبين ظهور مجموعة من مؤشرات تحسن فيما يخص أعرض القلق وهذا ما تدل عليه مختلف إجاباته التي طرحت عليه أثناء المقابلة مع هذه الحالات الثلاثة .

ومن هنا يمكن القول بأن الفرضية الجزئية الأولى تحققت بالشكل المطلوب .

وهذا ما ينافي دراسة : عبد الله بن احمد الوايلي 2003 بالسعودية والتي هدفت لمعرفة فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات بالرغم من تلقيهم للعلاج إلا أنهم لم يتحسنوا وذلك راجع إلى البرنامج العلاجي الذي سطر لهم كان برنامجا نظريا فقط .

وهذا ما يختلف اختلافا تاما مع دراستنا الحالية ، فالملاحظ أن البرنامج المطبق لعلاج مدمني المخدرات برنامج علاجي تطبيقي وهذا دليل على أن الفرضية الجزئية الأولى تحققت بالإيجاب .

7- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية : على أن " للمؤسسات الاستشفائية دور ايجابي في الحد من ظاهرة الادمان علي المخدرات .بناءا على ما أسفرت عنه نتائج المقابلة التي أجريت مع الحالات الثلاث با المركز الوسيط لمعالجة المدمنين علي المخدرات بـــوهران ورجوعا إلى النتائج المحصل عليها من خلال تطبيق مقياس الصحة النفسية كولديبرغ والذي يظهر لنا مجموعة جيدة من مؤشرات التحسن في ما يخص أعراض الإكتئاب عند مدمني المخدرات المعالجين وهذا ما استنتجها من خلال جمع وتحليل بيانات المقابلة التي أجريت نع الحالات السالفة الذكر وهذا ما يدل فعلا على أن الفرضية الجزئية الثانية لهذه الدراسة قد تحققت بالشكل المطلوب .

وبالنظر إلى الدراسة السابقة التي أجريت حول البروفيل النفسي للمدمنين على الحشيش لصاحبها بوسنة عبد الوافي حيث طبق فيها دراسة وحالة ، والمقابلة وإختبار الإحباط لروزفالت وسلم بيك للإكتئاب والتي أسفرت نتائجها على النظرة السلبية نحو الذات والعالم الخارجي والمستقبل فهي تشابه إلى حد ما دراستنا الحالية إلا أن الإختلاف يكمن في أنهم درسوا الإكتئاب عند مدمن الحشيش قبل خضوعهم للبرنامج العلاجي أما الباحثة في هذه الدراسة فقد درسن المدمنين على المخدرات بعد خضوعهم للبرنامج العلاجي التطبيقي .

8- مناقشة الفرضية العامة :

التي مفادها " تساهم المؤسسات الاستشفائية في تطويرالصحة النفسية لدالمدمنين علي المخدرات " بما أن عرضي القلق والإكتئاب هما من أهم مؤشرات لصحة النفسية وبما أن الحالات الثلاثة التي أجريت عليهم الدراسة الحالية أظهروا أن تحسنا ملحوظا فيما يخص مؤشري الصحة النفسية (القلق والإكتئاب) وبالنظر إلى تحقق الفرضية الجزئية الأولى بالإيجاب ومثيلتها الفرضية الجزئية الثانية بالإيجاب أيضا هذا ما يدل دلالة فعلية على أن الفرضية العامة للدراسة الحالية التي تناولت موضوع مدمني المخدرات المعالجين بالمركز الوسيط لمعالجة المدمنين علي المخدرات فقد تحققت بالشكل المطلوب .

خلاصة :من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل مكن القول أن نتائج الدراسة قد تحققت ، بالإضافة إلا أن الدراسة الحالية تخص فقط هذه الحالات وكانت النتائج المتحصل عليها متوازية مع طرح الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة.

اقتراحات :

1- إنشاء مصحات خاصة بعلاج المدمنين من طرف الدولة لأن المصحات التي تم زيارتها هي مصحات الأمراض العقلية في الأصل توجد بها مصحات خاصة بعلاج المدمنين .

2- عدم قصر الخطط العلاجية على المراكز العلاجية بل يجب إشراك كل المؤسسات التربوية في مكافحة هذه الظاهرة ومساعدة الأشخاص الذين وقعوا في هذه الآفة بعدم الحكم الفوري عليهم ثم مساعدتهم على إستئناف أدوارهم وحياتهم الإجتماعية .

3- الإستفادة من تجارب الآخرين في مجال التأهيل خاصة تلك المؤسسات الخاصة بعلاج المدمنين فقط في دول العالم كافة ..

4- النظر إلى عملية إعادة إستيعاب المدمن الذي هو في فترة النقاهة من طرف المجتمع بجدية أكثر بحيث الإستخفاف بها من شأنه أن يساعده على زيادة فرص الإنتكاس والرجوع إلى ماكان عليه .

5- يجب التنسيق المستمر بين المؤسسات العلاجية للإدمان والأسرة وهذا تحاشيا لوقوع الأفراد غير المدمنين في هذه الآفة ، أما بالنسبة للذين ةقعوا ضحية الإدمان فإن هذا التنسيق بين هاتين المؤسستين سوف يسهل من عملية تعافي المدمن بسر.

خاتمـــــــة:

إن البعد الإستراتيجي لكل دولة في هي الحفاظ علي الاستقرار وموساتها سواء مدنيا أو عسكرية مما ينعكس إيجابا علي المجتمع في هذا السياق وتعتبر المؤسسات الصحية ضرورية للحفاظ علي الصحة الأفراد سواء الجانب الجسدي أو النفسي ولهذا فإن الدولة خصصت مبالغ ضخما لتوفير مؤسسات صحية قادرة على مواجهة الأمراض الجسدية أو النفسية فهي دوما تركز على المورد البشري قصد تطوير قدراتها لحماية مجتمعها من أي آفات تحدق بها ومنها آفة المخدرات بكل أنواعها التي انتشرت انتشارا رهيبا في الاونة الأخيرة من خلال السموم العابرة حدود مما أدى الى ظهور آفات الإدمان التي تعصف بالمجتمع ككل مما أدى بالمجتمع الجزائري إلى سن القوانين لحد منها من خلال العقاب والزجر و كذا الوقاية من خلال تحويل الأفراد إلى المصحات النفسية قصد العلاج فيما تحمل عدة دلالات من خلال جانب المؤسساتي للعلاجوكذا المحيط الاستشفائي، المساعد للعملية العلاجية بكل جوانبها من خلال الهياكل الاستقبال الإقامة ، الأماكن الترفيه ..... إلخ و العلاج المؤسسائي يمتاز بالجدية و المتابعة المستمرة للحالة و تلبية جميع متطلباته البيولوجية و النفسية فعلية العلاجية دوما في تطوير، لأنها تحت المراقبة من قبل الأخصائيين التابعين لها فدور المؤسسات الإستشفائية في تطوير الصحة النفسية و خاصة الفئات المدمنة يكون من خلال ثلاث مؤشرات الموجودة في الفراضيات فالمؤشر العلاجي الذي هو العنصر الفعال في المؤسسات الإستشافئية لأنها بكل بساطة وظيفتها العلاج لايجاد الحلول لمشاكل النفسية التي يتخبط فيها الفرد وكذا إعطاء برامج علاجية للأفراد.

أما بخصوص الشق الطبي فهو له دور فعال في العملية العلاجية فهو عامل مساعد لتخفيف التوتر و القلق الذي يعيش فيه الفرد المدمن والحد من التبعية للإدمان ومحاولة إعطاء برنامج دوائي مستقر للحالة و الوقوف عليها فالمتابعة الطبية ضرورية للمدمن وخاصة في بداية العلاج و هذا يتم بتقديم الدواء البديل لعملية الإدمان و يكون على مستوى العضلي عن طريق الوريد أو عن طريق أقراص يتناولها الفرد عن طريق الفم أو عن طريق قطرات من الدواء في الماء و كل هذه الطرق الدوائية تتم بمقادير محدودة من طرف الطبيب المعالج الذي يتابع عن قرب الحالة و تكيفها وتطورها مع العلاج .

أما بخصوص المؤشرالدعم والتكفل النفسي فهو من أهم المراحل العلاجية التي يعتمد عليها المؤسسة الإستشفائية في العملية العلاجية لأن لها دور فعال في القضاء و الحد من تناول المخدرات فالعمل الأخصائيين النفسانيين يتم في استقبال الحالة و قيام بعلاجها عن طريق المقابلة العيادية واجراء حصص عيادية معها و محاولة فهم المعاش النفسي و استعمال و سائل و تقنيات مختلفة لتخفيض القلق ،من خلال الاسترخاء النفسي التنويم، نشاط بدني و كلها تساهم في محاولة كسب ثقة الحالة قصد إعطاء لها الدافعية لترك المخدرات و فهم لذاتها و تركيز على الأنا قصد لتقوتيه و كسب الثقة في نفسها و المساهمة في إعطاء دافعية في العلاج و هذا التقبل الشفاء و التركيز علي المستقبل وكذا يستعمل أخصائي النفساني طرق شتى لتفعيل العملية العلاجية تؤدي للحالة من دافعية في العلاج و التقاء و معرفة ذاته و الصورة الجسدية و النفسية لديه ، مما يساهم في تحديد الأعراض و تشخيصها قصد الوقوف على النقاط السلبية و الايجابية لدى الحالة و معرفة تقبل للعملية العلاجية بطريقة شتى و سلسلة مما يسمح لسيرورة النفسية لديها من مواكبة الظروف الطارئة و التكيف معها في إطار سليم ومتباين و عصم استعمال المخدرات كطريقة للهروب الوحي للمواجهة السلبية نحو الذات و تمركز حولها و عدم تقبل أراء الآخر و البعد على النزع الديني و مصاحبة رفاق السوء واحد من طرقه النفسية و الجسدية و تموقع مع الجوانب السلبية و تمركز عليها دون شعور بالأخر لذا فإن جميع المؤشرات الثلاث فهي فعلا تساعد المؤسسة الاستشفابية في تحسين الصحة النفسية لدى المدمن فكلهم يرمون إلى هدف واحد و هو العلاج و الشفاء المدمن و دخوله حياته الطبيعية في كفن أسرته و محيطه الاجتماعي و محاولة تكيف معه بصورة إيجابية و عدم التهرب من المسؤولية و الطعن في مستقبله فهذا ما يطرح لنا الاشكالية إلى أي مدى الفرد المدمن عند خروجه من المؤسسات الاستشفايةفي استطاعته الغدوا على الإدمان و إستقامته مع رغم أن بيئته لم تتغير و مستوى المعيشي و مشاكله اليومية في تدهور كل هذه المتغيرات أصبحت ضده فهل يستطيع التحمل أولا ؟

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع والمصادر:

المصادر :

القرآن الكريم

الكتب :

1- ابراهيم نافع : كارثة الإدمان ، القاهرة مركز الأهرام للترجمة ةالنشر طبعة أولى .

2- أبو اسحاق سامي وأبو نجيلة سفيان : محاضرات في الصحة النفسية ، الجامعة الإسلامية .غزة فلسطين .

3- أحمد الدردار: الإدمان المخدرات ، الخمر ، التبغ ، الجزائر بدون دار نشر .

4-أحمد عبد الخالق : أصول الصحة النفسية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1991 .

5-ألفريد آدلر : معنى الحياة ، ترجمة وإعداد عادل نجيب بشرى الهيئة العامة للكتاب 2006 .

6_ حامد عبد السلام زهران: الادمان دراسة نفسيةواجتماعية،دار المعرفة الجامعية، القاهرة،1998.

7-حامد عبد السلام زهران: الجريمة والادمان، دار الراتب الجامعية، بيروت ط1،200

8-حامد عبدالسلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبيعة الثالثة، عالم الكتب1997.

9-حامد عبد السلام زهران: دراسات في الصحة النفسية والارشاد النفسي، الطبعة الاولي، بيروت

10-حسين فايد سيكولوجيا الإدمان ، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع بدون طبعة

11- حنان عبد الحميد العناني ، الصحة النفسية ، عمان ، دار الفكر للطباعة و النشر ، ط 1 ، 2000

12-الداهري صالح ، العبيدي ناظم : الشخصية ةالصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط 2 ، عالم الكتب ،القاهرة ،1977 .

13-زهران عبد السلام حامد: الصحة النفسية والعلاج النفسي،ط2عالم الكتب، القاهرة1977

14-سامر جميل رضوان: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث،2007.

15-صبره محمد أشرف محمد: الصحة والنفسية وتوافق النفسي ، دار المعرف الجامعية القاهرة،2004.

16- عادل الدمرداش: الادمانمظاهره وعلاجه ، الكويت ، عالم المعرفة 1982

17- عبد الرحمان العيسوي: الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت1992

18- عبدالحكيم العفيفي: الادمان نشرالزهراء للاعلام العربي القاهرة مصرالطبعةالاولي 1986ص 67

19-عبد الغفار عبد السلام: مقدمة في الصحة النفسية،دار النهضة العربية ،مصر2001.

20-عبد فؤاد بهي السيد: الاسس النفسيةللنمو،دار الفكر العربية القاهرة 1ط،1997.

21-عصام احمد محمد: جرائم المخدرات فقها وقضاء، القاهرة،بدون دار نشر1983.

22-عفاف محمد عبد المنعم: الادمان دراسة نفسية لاسبابه ونتائجه، الاسكندرية،دار المعرفة الجامعية،2003.

23-غريب غريب:علم الصحة النفسية،ط1،مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

24-فاروق عبد السلام: الادمان،كلية التربية،جامعة الملك عبد العزيز، القاهرة1977.

25- فوزر محمد: الصحة النفسية المكتب العلمي للنشروالتوزيع، الاسكندرية،1997.

26-كاملة وتيم، عبد الجابر: الصحة النفسية للطفل،ط1،دار صفاء للنشروالتوزيع، 1997م.

27- محمد نجيب الملامح : الادمان علي المخدرات، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة،1983م.

28-محمد وهبي:عالم المخدرات،دار الفكر اللبناني، الطبعة الاولي،1990.

29-مصطفي أحمد: الإنسان وصحته النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة،1970.

30-هاني عرموش: المخدرات امبراطورية الشيطانة،نشر دار النفائس بيروت لبنان الطبعة الاولي 1993ص115.

_الملتقيات:

31-اسماعيلي يامنة:الادمان علي المخدرات الاسباب والمضا عفات والعلاج،مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحوتصور جديد للتكفل بفئة المدمنين علي المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر،2008.

32-خرخاش أسماء وآخرون: الكفالة النفسية علي المدمن علي المخدرات والوقاية من معاودةالتعاطي ،مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين علي المخدرات،جامعة المسيلة ،الجزائر2008.

34_سعد المغربي:ظاهرة تعاطي المخدرات:تعريفها نبذة تاريخية عنها ،بحث مقدم للندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات،4_10مايو1971م، المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي ، القاهرةص211.

35-سفاري ميلود بلقرمي سهام: المخدرات رؤية اجتماعية لواقع الظاهرة وسبل الوقاية، دور الارشاد الأسري في الوقاية من المخدرات مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين علي المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر، 2008،ص329

36- عمور عمر وأخرون، المخدرات واشكالية الادمان مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين علي المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر2008

مواقع انترنت:

37_موقع منظمة الصحة العالمية،مكتب الشروق الاوسط،الاحد/16:53

http://www.emro.who.int/ar/entity/mental-health/index.htm1

38-وكيبديا الموسوعة الحرة،15.10

الملاحق

الملحق(01).

محاور المقابلة:

المحور الأول:

أسئلة حول أسباب دخوله لعالم المخدرات.

-ماهي المادة المدمن عليها؟

-لماذا هذه المادة بالتحديد؟

-كم عدد المرات التي تتعاطى فيها المخدرات؟

-مع من تفضل أن تتعاطى المخدرات؟

-أين كنت تتعاطى؟

-ما الأسباب التي تدفع الشخص أن يدمن من وجهة نظرك؟

-ما الأسباب المؤدية إلي الإدمان علي المخدرات وتتعلق بك؟

-حاولت أن تتوقف علي إدمان المخدرات؟

المحور الثاني:أسئلة حول تأثير الإدمان علي المخدرات علي حياته الصحية والاجتماعية والنفسية والمادية؟

-ما كان تأثير الإدمان علي المخدرات علي صحتك؟

-واجتماعيا ما كان تأثيرها؟

-ونفسيا كيف كنت تشعر بداخلك؟

-وما كان تأثيرها ماديا؟

-المحور الثالث:

سؤال حول تأثير البرنامج العلاجي بالمستشفي عليه

-ماذا تري نفسك الآن بعد خضوعك لبرنامج العلاجي؟

-ملحق رقم(02).

المقابلة كما وردت مع الحالة الأولي:

1س.ما هي المادة التي تتعاطاها؟

2ج. زطلة.

3س.لماذا الزطلة بالتحديد؟

4ج.الزطلة وين دور تلقاها وتع الزوالي.

5س.كم عدد المرات التي تتعاطى فيها باليوم؟

6ج.قيمة50ألف في النهار.

7س.مع من تفضل التعاطي؟

8ج.أواه وحدي مانيش مخلط في الغاشي.

9س.أين تتعاطى؟

10ج.كنت قبل في الدار وكي طلقت،وليت في لاتيراس تع الدار كبيرة.

11س.ماهي الأسباب التي تدفع في رأيك بالإنسان أن يتجه للإدمان؟

12ج.ضعف الشخصية والواحد ميكونش يعرف ربي (الصغر وقلة العقل)

13س.السبب الذي دفعك للتعاطي ماهو برأيك؟

14ج.مكانش علي راسي واحد كبير يفهمني و وين كنا نسكنوا بلاصه خاسرة ومشي تع فامليات كنت مقلق في ذيك البيريود جاني واحد علابلو بلي الشيخ يشرب د واوات قالي نعطيك الدراهم وجيبلي دواوات تاعوا وبدات هاك ووحدة المرة د بزت مع الدار هربت رحتلوا عطالي قاروا باش ننسي.

15س.حاولت تتوقف علي الإدمان من قبل؟

16ج. واه حبيت نحبس مي مقدرتش.

17س.ماذا فعلت عند المحاولة؟

18ج.رحت لطبيب عام، عطاني أدوية مي مكملتهمش.

19س.ماتأثير المخدرات علي صحتك؟

20ج.مرض واش من مرض؟ قولي جسم ميت كل حاجة توجع فيك تولي مشتاق للماكلة العرق تاعك غير ريحه دواء ولات عندي لاتونسيوا وسكر ووشحال من مرة ندخل للسبيطار.

21س. واجتماعيا ماكان تأثير الادمان؟

22ج.ماعنديش مشاكل من قبل، مكنتش مخلط في العباد ومشي عارفيني بلي مدمن، حتي تزوجت وطلقت شعت في لا فامي،بيها تقربلي,

23س.ومن الداخل كيف كنت تري نفسيتك؟

24ج.كاره حياتي كنت مكتئب نخمم نقتل روحي وشحال من مرة منقدرش نشوف روحي في المراية .علابالك منحبش نتسأل علي اسمي،بيا كنت نشوف في روحي مانيس عبد.

25س.ومداديا كيفاه كان تأثير هذا العالم عليك؟

26ج.كل مرة حالة في الوقت لول دراهم من عند العجوز وأمنبعد أختي المزوجة ومرتاحة ماديا كنت نجيب من عندها جامي تبخلني وساعات نخدم ونقرش شوي.

27س.ماذاتري نفسك الأن بعد خضوعك للبرنامج العلاجي؟

28ج.انسان يمتلك حياة عليه لحفاظ عليها،وجسم مميز جدا وروح امانة من الله، وواش يصرا مانيش رايح نرجع نتعاطي،راني رايح نبقي نتبع في وحد العيادة بسعيدةمع أخصائي نفساني، كان دخولي للمركز هوا أفضل حاجة درتها في حياتي، مكنتش نتوقع أني نبرا هاك ونرجع إنسان جديد.

الملحق رقم(03).

المقابلة كما ورد ت مع الحالة الثانية:

1س.ماهي المادة التي تتعاطاها؟

2ج.زطلة.

3س.لماذاالزطلة بالتحديد؟

4ج.هي الي طحت بسبتها في الفخة وساهلة قاع الغاشي تلقاها عندهم وهي أسهل **5س**.كم عدد المرات التي تتعاطي فيها باليوم؟

6ج.15قارو في النهار.

7س.مع من تفضل التعاطي؟

8ج.مع صحابي.

9س. أين تتعاطي؟

10ج.كل مرة كيفاه. أغلب الوقت في دار وواحد صاحبنا هو الي يبيع أغلب الوقت نزطلوا عندو.

11س. ماهي الأسباب التي تدفع في رايك بالانسان أن يتجه للادمان؟

12ج. قلة الرأي،والرأي تالف وهلاك الصحبة.

13س.السبب الذي دفعك للتعاطي ماهو برأيك؟

14ج.العسكر كي رحت نفوت في سارفيس تاعي كان ثمه جماعة يزطلوا وتعرف مع ديقوطاج وضيقت الروح راحتلي في حشوة كانو يزطلوا وأنا نشم في ريحتها أنا وليت زطايلي معاهم.

15س. حاولت تتوقف علي الادمان من قبل؟

16ج.بغيت برك بصح جامي سعيت ولا تكورجت. كنا نخافوا من حكاية تقعد في سبيطار.

17س.والأن تغير احساسك؟

18ج.اييهمش كيما كان في بالي خسارة ضيعت وقت كبير بصح الحمد الله ضرك

19س.هل كان للمخدرات تأثير علي صحتك؟

20ج.كنت سبورتيف نلعب البالوا وشونبيوافي الجري وضرك مانقدر ندير والوا.نحس عندي60سنة والكحة هلكتني بزاف.

21س واجتماعيا ماكان تأثير الادمان؟

22ج.واش تحبي كي تشيع عليك زطايلي هاكاش سرقة كاش أي حاجة خايبة تتمسح فيك مي مانيش محلبهم.

23س.ومن الداخل كيف كنت تري نفسيتك؟

24ج.نخمم نقتل روحي طول الوقت بكري لوكان مشي ولدي ومرتي طول الوقت مديقوتي كاره عايش غير باه نجيب الزطلة لا هدف لا حلم في حياتي قبل ماندخل هنا.

25س. وماديا كيفاه كان تأثير هذا العالم عليك؟

26ج. بعت طونوبيل تاعي علي جالها خلاتني.

27س.ماذاتري نفسك الأن بعد خضوعك للبرنامج العلاجي دخولك للمركز؟

28ج. ايه كاين هنا قروب كبير وهايل الله يبارك حاجة ما تخصك صح في لول تتعب باش الخماج يخرج من جسمك بصح أمبعد اواه راحة كبيرة.

الملحق رقم(04).

المقابلة كما ورد ت مع الحالة الثالثة:

1س.ماهي المادة التي تتعاطاها؟

2ج.زطلة ضرك وقبل خلطت كلش.

3س.لماذا الزطلة بالتحديد؟

4ج.لخطرش هي ثم ثم نلقاها ورخيصة وقاع الغاشي عندهم.

5س.كم عدد المرات التي تتعاطي فيها باليوم؟

6ج.كل مرة كيفاه وعلي حساب جيبي المهم منقلش علي 7 قاورة وفي النهار.

7س.مع من تفضل التعاطي؟

8ج.مع صحابي بلابيهم مكانتش تحلي.

9س.أين تتعاطي؟

10ج. في الخلي كاين بلاصة في الخرجة والوقت لول كنت نخدم عساس في الليل قبل ما يفيقولي ويزعكوني.

11س. ماهي الأسباب التي تدفع في رأيك بالانسان أن يتجه للادمان؟

12ج.اووه كل واحد كيفاه وكل واحد وظروفومي مكانش اللي معندوش ظروف وأسباب.

13س.السبب الذي دفعك للتعاطي ماهوا برأيك؟

14ج.أنا حكايتي حكاية كي كان عمري14عام حبيت طفلة ومكنتش نعرف بلي نحكي معا ها في تليفون مالا صاحبي عطاني الزطلة باه نعود نعرف كيفاه نحكي معاها.

15س.حاولت تتوقف علي الادمان من قبل؟

16ج.أممم لا لا ، مكنتش نقدر نتخيل روحي نقدر عليها ونحبسها.

17س.ما تأثير المخدرعلي صحتك؟

18ج.ايييه هلاك تولي متقدرش تمشي بزاف أو ديرسبور وتولي تسعل وعلي مكان والوا تمرض,

19س.واجتماعيا ماكان تأثير الادمان؟

20ج.ايه ولاو الناس الكل يخافومني ويكرهوني واحد ما يحبني حتي لافامي يشوفو فيا نجس ولد حرام كبير وسراق مكانوش غالطين فيا أنا كنت هاك بصح ضرك يشوفو انسان جديد.

21س. ومن الداخل كيف كنت تري نفسيتك؟

22ج. علابالك حاولت ننتحر مرتين والله كنت تعبان بزاف علي العام كنت مقلق ومتوليش ألاز24/24ساعة منرفز ورأسي كي الموتور يخمم كيفاه نقدر نجيبها.

23س. وماديا كيفاه كان تأثير هذا العالم عليك؟

24ج. وصلت نسرق وقريب نقتل علي جالها كنت عساس في الليل وناس تثيق فيا ووليت كي نعس نسرق ونبروفيتي حتي ماما سرقتها وبطيتها علي جال تعطيني دراهم.

25س.ماذا تري نفسك الأن بعد خضوعك للبرنامج العلاجي؟

26ج.كي دخلت هنا كنت منسواش وغير حاب ندخل مي والله الخوف كان كبير بصح ضرك حاجة كبيرة مزالي نهار ونخرج راني أنتيك وفرحان إن شاء الله قاع المدمنين ربي يهد يهم.