وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم: علم النفس

الرقم: ..... /2014

دور المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لدى مدمني المخدرات

دراسة ميدانية بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة

مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

جفال آمنة

إشراف:

د/ مخلوف سعاد

لجنة المناقشة:

أ/ ..... رئيسيا

د/ مخلوف سعاد مشرفا

أ/ ..... عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2014/2013

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وامتنان

نشكر الله عز وجل الذي وفقنا في انجاز هذا البحث

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من قدم لنا يد المساعدة في إتمام هذا البحث المتواضع ونخص بالذكر الأستاذ الفاضل بن جعفر رمضان الذي لم يبخل علينا بعطائه العلمي وأرائه وأفكاره ونصائحه وإرشاداته من خلال مراحل هذا البحث منذ أن كان فكرة حتى صار بحث، ولا ننسى أساتذتنا الكرام بقسم علم النفس، الدكتورة إسماعيلي يامنة و الدكتورة مخلوف سعاد والأستاذة بن زطة بلدية والدكتور عمور عمر وإلى كل أساتذة قسم علم النفس ونحن نكن لهم فائق التقدير والاحترام ونشكرهم جزيل الشكر على ما قدموه لنا طوال فترة الدراسة

كما لا يفوتنا أن نشكر كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز العمل المتواضع.

والله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه و شكرا

آمنة

الإهداء

يعجز القلم عن الرفع و يعجز اللسان عن المدح و تعجز الكلمات عن الفصح أما بعد

أهدي ثمرة العمل إلى من ضحى بالنفيس و بالغالي و الرخيص حتى أتمكن من الوصول إلى قمة الجبل حين منحني العطف و الحنان ,حين أعطاني الحب و الأمان ,فأوقد في داخلي شعلة التطلع الى العنان ,حتى و صلت إلى الجنان ,قرة عيني "أبي الحنون"

إلى من كلما عدت من رحلتي أو بالأحرى حين يعود القلب إلى يعود الطير إلى وكره أشعر بقشعريرة الحياة نسمتها تدب أوصالي و كأني في ثوب جديد تنبعث سيمفونية الحياة في قلبي و يشع نورها في عيني فأشعر بحقيقة وجودي . و أشعر أني أحلق في السماء بلا قيود ,و ترفرف روحي بلا حدود إلى حيث أريد . إلى من تنجلي في حضنها كل الأوهام و تزول الهموم و تختفي الظلام . يا شمسا ترسل أشعتها الذهبية كل صباح فتنير الكون صفاء و ودا و نقاء , نور العين "أمي العزيزة "

لاشيء في الدنيا أحب لناظري من منظر الخلان و الأصحاب و ألذ موسيقى تسير على مسامعي صوت البشر: الأصدقاء الذين كانوا بنسبة لي مفتاح الصمود " شرف الدين، زين الدين، حسين، وطاقم مقهى انترنت TOCQUE VILLE فلولاهم لما أكتمل هذا العمل والى رفقائي في النجاح الشركاء من Q-NET

كما لا أنسى كل من قلبي و لم يذكرهم قلمي كل من قرأ هذا الإهداء. فأقول عش بالأمل عش بالحب عش بالوفاء عش بالمحبة عش للحياة . فوجهكم نور و محياكم نورا و كلكم نور على وجوه مثل قرص الشمس نور يداوي القلب الكئيب فدمتم للعروبة خير ذخر و أشهدكم بأني لكم حبيب .

فهرس المحتويات

شكر وإمتنان .....

إهداء.....

فهرس المحتويات .....

مقدمة .....

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

إشكالية الدراسة وتساؤلاتها 01

فرضيات الدراسة 04

أهمية الدراسة 04

أهداف الدراسة 05

تحديد المصطلحات إجرائيا.....05

الدراسات السابقة 07

الفصل الثاني: المستشفيات

تمهيد .....

تعريف المستشفيات.....14

تصنيف المستشفيات.....15

وظائف المستشفيات 17

المعايير التخطيطية للمستشفيات 18

تعريف مركز العلاج الإدمان.....20

أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين 21

ادوار الفريق العلاجي في المؤسسات العلاجية للمدمنين.....23

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي 23
دور الأخصائي الاجتماعي 24
دور الأخصائي أو مرشد التأهيل 24
خطوات العلاج.....25
العلاج بالوسائل متعددة الجوانب 26
العوامل التي تؤثر على نتائج العلاج 27
خلاصة .....

الفصل الثالث: الصحة النفسية

تمهيد .....
مفهوم الصحة النفسية 29
النظريات المفسرة للصحة النفسية 31
مناهج الصحة النفسية 34
نسبية الصحة النفسية.....35
أهمية الصحة النفسية.....37
خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية.....38
معايير الصحة النفسية.....39
الخلاصة.....

الفصل الرابع: إدمان المخدرات

تمهيد .....
تعريف المخدرات 42
تعريف الإدمان 43
لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات 44

واقع تعاطي المخدرات في الجزائر 46
العوامل التي تدفع الشباب والمراهقين إلى تعاطي المخدرات 48
تصنيف المخدرات 51
أنواع المخدرات 53
خصائص الإدمان 53
أضرار المخدرات 54
أنواع الإدمان 56
المرأة المدمنة 57
خصائص شخصية المدمن 58
مضاعفات الإدمان 63
المخدرات والإحساس باضطهاد لدى الفرد 64
الوقاية 65
تخطيط العلاج 67
خلاصة .....

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد .....
الدراسة الاستطلاعية 73
الدراسة الأساسية 74
منهج الدراسة 74
عينة الدراسة 75
حدود الدراسة 76
أدوات الدراسة 77
خلاصة .....

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد .....
عرض وتحليل نتائج الدراسة 82
عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى 82
عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس مع الحالة الأولى 83
عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية 85
عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس مع الحالة الثانية 86
عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة 87
عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس مع الحالة الثالثة .....
تحليل عام للحالات 90
مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات 91
مناقشة الفرضية الجزئية الأولى 91
مناقشة الفرضية الجزئية الثانية 92
مناقشة الفرضية العامة 93
خلاصة .....
اقتراحات 95
خاتمة 96
ملاحق .....

ملخـص الدراسـة

- عنوان الدراسة: دور المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لدى مدمني المخدرات .
- هدف الدراسة: معرفه دور المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات .
- مشكلة الدراسة: هل للمستشفيات دور في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات ؟
- التساؤلات الفرعية:

– هل للمستشفيات دور في تخفيف من أعراض القلق لدى المدمن المعالج من الإدمان.

– هل للمستشفيات دور في تخفيف من أعراض الاكتئاب لدى المدمن المعالج من الإدمان.

- الفرضـية العامـة للدراسـة: تسـاهم المستشـفيات فـي تحسـين الصـحة النفسـية لمـدمني المخدرات .
- الفرضيات الجزئية:
  - للمستشفيات دور في التخفيف من أعراض القلق للمدمن المعالج .
  - للمستشفيات دور في التخفيف من أعراض الاكتئاب للمدمن المعالج .
- إجراءات الدراسـة الميدانيـة: تـم اختيـار العينـة قصـديا، وتمثلـت فـي 03 حـالات لمـدمني للمخدرات أتموا نصف مدة العلاج .
- المجـال الزمـاني والمكـاني: أجريـت الدراسـة الميدانيـة علـى المـاكثين بالمستشـفى الجـامعي فرانتز فانون بالبليدة والذين فاقت مدة علاجهم 15 يوم.
- المنهج المستخدم: اعتمدنا على المنهج العيادي وذلك لملائمة طبيعة البحث.
- .الأدوات المستعملة: اعتمدنا على مقياس الصحة النفسية كولدبيرغ والمقابلة الموجهة.

– النتـائج المتوصـل إليهـا: أن للمستشـفيات دور فـي تحسـين الصـحة النفسـية للمعـالجين مـن الإدمان.

– للمستشفيات دور في تخفيف من أعراض القلق لدى المعالجين من الإدمان.

– للمستشفيات دور في تخفيف من أعراض الإكتئاب لدى المعالجين من الإدمان.

résumé de l'étude

le titre de l'étude: Le rôle des hôpitaux dans l'amélioration de la santé mentale des toxicomanes

objectif de l'étude: Connaître le rôle des hôpitaux dans l'amélioration de la santé mentale des toxicomanes

problématique de l'étude: Est-ce que les hôpitaux ont un rôle dans l'amélioration de la santé mentale des toxicomanes.

les sous -questions:

- Est-ce que les hôpitaux ont un rôle dans le soulagement des symptômes de l'anxiété chez le thérapeute de la dépendance.

- Est-ce que les hôpitaux ont un rôle dans le soulagement des symptômes de la dépression chez le thérapeute de la dépendance.

Hypothèse générale de l'étude:

Les Hôpitaux contribuent à l'amélioration de la santé mentale des toxicomanes.

Les hypothèses partielles: Les Hôpitaux ont un rôle dans le soulagement des symptômes de l'anxiété chez le thérapeute de la dépendance.

• les procédures de l'étude de terrain:

: Le choix de l'échantillon délibère .qui se résume en trois cas toxicomanes qui ,ont terminé la moitié de la durée du traitement

: Domaine temporel et spatial:

: L'étude a été menée sur les hospitalisées dans le CHU Frantz Fanon à Blida et qui ont dépassé la durée de traitement de 15 jours.

: méthodologie utilisée.

Dans notre recherche, nous avons adopté l' approche clinique qui est adaptées à la nature de la recherche.

: Instruments utilisés:

: Nous avons adopté dans notre recherche l' échelle de santé mentale Koldberg et l'interview dirigé.

Les résultats obtenus:

Les 'hôpitaux ont un rôle dans l'amélioration de la santé mentale des thérapeutes de la dépendance.

Les hôpitaux ont un rôle dans le soulagement des symptômes de l'anxiété chez les thérapeutes de la dépendance.

مقدمة

مـقدمة

بـالرغم مـن التكـاليف الباهظـة التـي تنفق سـنويا لمكافحـة انتشـار المخـدرات والتوعيـة بإضـرارها وعـلاج المـدمنين التـي تقدر ب 120 مليـار دولار سـنويا إلا أن الطلـب علـى هذه المـادة فـي تزايـد مستمر ممـا أدى إلـى زيـادة فـي العرض وفـي تنـوع المـواد المعروضـة واتسـاع في طرق التهريب وتنوع في طرق الترويج .

كمـا أصـبحت تمثـل تجـارة المخـدرات حـوالي 08% مـن مجمـوع التجـارة العالميـة، أمـا عن حجم التجارة في العالم ففي تقديم للبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة بلغ حوالي 500 مليار دولار سنويا فهـي تفوق تجـارة النفط ولا يسبقها فـي الحـج غير تجـارة السـلاح حيث وصـلت فوائد المخدرات الطبيعية ما بين 1000 إلى 2500% .

أمـا عن مـا ينفقـه المستهلكون فيركد مركز التنميـة البشرية (1994) انـه يفوق النـاتج المحلي الإجمالي لأكثر من 80 بلدا ناميا.

أي أن مشـكلة المخـدرات أصـبحت ذات أبعـاد اقتصـادية ونفسـية وبالتـالي يصـبح مـن الصعب أن لم نقل من المستحيل القضاء عليها.

أن هذه المعطيـات دفعـت بالبـاحثين إلـى تبنـي اسـتراتيجيات مختلفـة للتعامـل مـع هذه المشكلة أهم هذه الاستراتيجيات التوجه نحو الدراسات الإبديميولوجية التـي ترتكز علـى مفهوم الخطـر أي تحديـد العوامـل التـي مـن شـأنها أن تـدفع بالشـباب إلـى تعـاطي المخـدرات أو الاسـتمرار فيهـا أو الإدمـان عليهـا وفـي المقابـل تحويـل النظـر نحـو الأشـخاص الـذين لا يتعاطون المخدرات وبالتالي تحديد العوامل التي ساهمت في وقايتهم من تعاطي المخدرات هذه لعوامل أي عوامل الخطر والوقاية تساعد علـى بنـاء برامج وقائيـة وتجهيز الأشـخاص الذين يعيشون فـي ظـروف خطـر تدفعهم لتعـاطي المخـدرات بآليـات نفسـية تعمـل علـى إزالـة تأثير عوامل الخطر.

تكمن أهميـة هذا النموذج في انـه يقتصد الكثير من المال وكذا الجهد كما يولد لدى الشخص المعرض لخطر تعاطي المخدرات حصانة نفسية ضد المخدرات مدام القضاء على المخدرات صعب جدا حتى لا نقول غير ممكن.

ومما لا شك فيه فإن المخدرات تؤثر على متعاطيها على نحو خطير في بدنه وعقله وسلوكه خاصة على صحته النفسية، ويمكن إجمالها في الخمول وفقدان المسؤولية والتهور اضطراب الإدراك والتسبب في حوادث مرورية وإصابات عمل وتجعل المدمن قابلا لأمراض النفسية والبدنية والعقلية والشعور بالقلق والاكتئاب. ولا يستطيع التوقف وتتوالى عليه المشاكل اللامتناهية التي تصل للقتل والفقدان العقل إن لم يتجه للعلاج. وطلبه للمساعدة ودخوله للمستشفى الخاص والمستشفيات هي مبنى أو جزء من مبنى يستخدم للرعاية الطبية أو النفسية ويستمر العمل فيه طوال أربعة وعشرين ساعة للعدد المرضى الداخلين لا يقل عن أربعة. وتعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية والمستشفى هو أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية وبيولوجية، والمستشفيات الخاص بالمدمنين يسمى بالمستشفيات النفسية والعقلية الذي نجد فيه مصلحه وفرع خاص بعلاج الإدمان.

وارتأينا في دراستنا أن نفهم دور هذه المستشفيات في مساعدة المدمن وتقسم دراستنا إلى باب نظري وباب تطبيقي

الباب الأول: يشمل فصل تمهيدي ونطرح فيه الإشكالية الدراسة و وتساؤلاتها وفرضيات الدراسة و أهميته الدراسة و أهداف الدراسة و تحديد المصطلحات إجرائيا، الدراسات السابقة.

الجانب النظري: والذي يحوي على ثلاث فصول متمثلة في:

فصل حول المستشفيات عموما، فصل حول الصحة النفسية، فصل حول إدمان المخدرات

الجانب التطبيقي: والذي يحتوي فصلين:

فصل إجراءات الدراسة الميدانية، أين تطرقنا فيه إلى الدراسة الاستطلاعية و الدراسة الأساسية التي تحتوي على منهج الدراسة، عينة الدراسة، حدود الدراسة، أدوات الدراسة.

و الفصل الثاني فيه عرض النتائج وتحليلها ومناقشة النتائج المتحصل عليها، يتبعها استنتاج عام.

وفي الأخير خاتمة كانت فيها أهم الاقتراحات للاستمرار في معالجة هذه الظاهرة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة وتساؤلاتها
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا
6. الدراسات السابقة

أولا: إشكالية الدراسة وتساؤلاتها:

يعد إدمان المخدرات وتعاطيها من أشد المشكلات النفسية والاجتماعية خطورة وأعظمها أثرا في صحة الإنسان النفسية والبدنية على حد سواء حتى استأهل أن يصنف بوصفه واحداً من الأمراض النفسية، ضمن أدلة تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية العالمية. وتشير الإحصائيات الصادرة عن البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات التابع للأمم المتحدة (undcp) إلى أن هناك (200) مليون شخص يستخدمون المخدرات في العالم اليوم، يمكن عدّ (70%) منهم مدمنين، أي بما يعادل (3%) من مجموع سكان العالم تقريبا. وتقع أكثر من ثلث تلك النسبة في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أمريكا اللاتينية وتظهر الإحصاءات أن تعاطي المخدرات مسئولة عن فقدان 4 سنوات من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لكل 1000 شخص. وان تعاطي المخدرات مسئول عن 09 وفيات بين كل 100 ألف شخص . **(منظمة الصحة العالمية :2011)**

وتؤكد الهيئات الدولية أن إدمان المخدرات أضحى السبب في مشكلات لا حصر لها على شتى الأصعدة الصحية والاجتماعية والاقتصادية والقانونية والسياسية، فأمراض مثل نزف الدماغ والجلطات الدموية والتهابات القلب والأمعاء والمعدة والكبد، والإصابة بمرض الايدز من جراء تعاطي الحقن الملوثة تعد جميعاً نتائج مباشرة لتعاطي المخدرات، فضلاً عما تتسبب فيه من حوادث مختلفة يذهب ضحيتها الآلاف سنوياً، حتى باتت تلك الظاهرة تحقق معدلات في الوفيات أكثر من أي ظاهرة أخرى. ومن جانب اقتصادي، يتكبد العالم سنوياً خسائر تفوق حدود التصور، إذ اتضح أن هناك ما يقارب (4) ملياراً دولار تهدر سنوياً على تعاطي وزراعة وتصنيع تلك المواد وأضعاف هذا المبلغ هو مجموع ما يلحق من أضرار بالممتلكات والمنشات من جرائه. ومن جانب اجتماعي، فأن تلك الظاهرة تعد سبباً في ضياع عائلات، وتشريد صبية صغار وإشاعة أشكال من العنف العائلي والاجتماعي وانهيار مجتمعات. أما من الجانب القانوني، فقد أضحت المخدرات أساساً في إشاعة الجريمة بأنواعها، كالسرقة، والقتل العمد، والمتاجرة بالجنس والمقامرة، ومن جانب سياسي فأن تلك الظاهرة أصبحت مسؤولية عن تهديد أمن وسيادة حدود الكثير من البلدان وإثارة البلبلة والفتن والحروب بين المجتمعات والصرف على حملات الانتخاب وتوريط شخصيات

سياسية رفيعة، وبالتالي التحكم في القرار السياسي بما يخدم المصالح الأنانية الضيقة لتجار المخدرات على حساب الحقوق المشروعة للشعوب.

وتشير المعطيات الموثقة في مجتمعات كثيرة، إلى انتشار تعاطي المخدرات بشكل خاص بين الأفراد بأعمار المراهقة والشباب المبكر في الغالب، نظراً إلى ما تتصف به هذه المراحل العمرية من مظاهر نفسية وسلوكية غير مستقرة، مثل تقلب المزاج، وضعف الاتزان الانفعالي والحساسية العالية تجاه المواقف الضاغطة، ومحاكاة الكبار، والرغبة في الاستعراضية، والميل للتمرد والتحدي,والرغبة في الحصول على الإثارة والمتعة، والتأثر بالأقران هذه المظاهر تعد نتيجة لما يسود الشخص في تلك المرحلة من عمليات النمو الجسدي والنفسي يكون معها اقل نضجاً وأكثر اندفاعاً,مما يؤدي به إلى اتخاذ بعض السلوكيات الخارقة للأنظمة الاجتماعية، قد يكون سلوك تعاطي المخدرات والعقاقير أحدها وليس العالم العربي بمنأى عن هذه الظاهرة، إذ أصبح يحتل جزءاً مهماً ضمن منحنى انتشارها. وتفيد التقارير الصادرة عن المكتب العربي لشؤون المخدرات عن شيوعها في بلدان مصر ولبنان وتونس ودول الخليج بشكل بارز مؤخراً، وكذلك اليمن الذي يأخذ منزلة خاصة بسبب انتشار تعاطي مخدر القات في مجتمعه حتى أصبح يعد من سلوكيات الحياة اليومية هناك، ويقدر ما يخسره هذا البلد سنوياً بـ (3500) مليون ساعة عمل، يهدرها أبناؤه في مضغ القات.

وفي العراق الذي كان يصنف ضمن البلدان شبه النظيفة من المخدرات، نظراً لوقوعه في أسفل سلم انتشار هذه الظاهرة في العالم، إذ كان نمط الإدمان فيه يكاد ينحصر بالعقاقير المخصصة لمعالجة الاضطرابات النفسية والعقلية، أمثال الفاليوم، والارتين، والسومادريل والموكادون، وكذلك الشرابات المحتوية على مخدر الكودائين كالساملين، والبلموكودين بالإضافة إلى استنشاق الغازات الطيارة كالبانزين والثنر والسيكوتين وخصوصاً من قبل الصبيان، إلا أن انفتاح حدود البلد بشكل غير مسبوق جراء الحرب الأخيرة، أدى إلى غزوه بظواهر لم يألفها من قبل، كالإرهاب والاختطاف والاغتيالات وإدمان المخدرات، ولعل الأخيرة هي الأخطر وفقاً لطبيعتها القائمة على الانتشار والبقاء وأثرها في إدامة زخم ما موجود من مشكلات أمنية وأخلاقية في شارعنا العراقي، بما يطيل حالة الفوضى والتدهور الماثلة فيه، ولنا في تجارب الشعوب عبرة، ومنها المجتمع الأفغاني الذي نشأت فيه هذه

الظاهرة أولاً بشكل محدود، ثم انتشرت، فسادت المشكلات الناجمة عنها بشكل جعل السيطرة عليها أمرا شبه مستحيل. **(ويكيبديا الموسوعة الحرة: 2012. 16:55)** .

ونطرح التسائل الرئيسي:

هل للمستشفيات النفسية دور في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات؟

وانطلاقا من الإشكالية المطروحة يمكن صياغة تساؤلات فرعية:

- هل للمستشفيات النفسية دور التخفيف من أعراض القلق لمدمني المخدرات؟
- هل للمستشفيات النفسية دور التخفيف من أعراض الاكتئاب لمدمني المخدرات؟

ثانيا: فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

- تساهم المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات .

والفرضيات الثانوية:

- تساهم المستشفيات في التخفيف من أعراض القلق لدى مدمنين المخدرات.
- تساهم المستشفيات في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مدمنين المخدرات

ثالثا: أهمية الدراسة:

1- الأهمية التطبيقية:

تنبع أهمية دراستنا في كون أن الصحة النفسية مهمة في حياة الناس عامة والشباب بصفة خاصة الذين يشكلون شريحة واسعة ومهمة في المجتمع، فهم الجيل الواعد بتحقيق ما لم ينجز إلى الآن، وعلى سلامة صحتهم النفسية والجسمية يتوقف مدى التقدم والازدهار في المجتمع، فالصحة النفسية ضرورة لا بد من تحقيقها في جوانب حياة الشباب، كما تتجلى أهمية هذه الدراسة في ضرورة الاهتمام بالشباب المدمن وعلاجه نفسيا فهو جيل المستقبل الذين يتحملون مسؤولية النهوض بالمجتمع والمساهمة في رقيه وازدهاره من خلال توفير جميع الظروف النفسية والاجتماعية الملائمة وليكون إنسانا منتجا خلاقا ومبدعا، لا إنسانا مستهلكا خاملا ومتخاذلا، ضف إلى ذلك فإن الدراسة الحالية تتضح أهميتها من خلال تناولها للصحة النفسية التي لها تأثير بالغ في أداء الفرد وتزيد من إنتاجيتهم في شتى المجالات علمية كانت أو سياسية أو اقتصادية ... إلخ. وأهمية موضوع المخدرات باعتباره أحد المواضيع الهامة التي تشغل بال الحكومات والهيئات ، والمختصين حيث كان هذا الموضوع ولا يزال تربة خصبة تدور حولها البحوث العلمية وتجري في نطاق مجالها الكثير من الدراسات الميدانية التي تهدف إلى إيجاد الطرق والسبل الكفيلة لمكافحتها .

2- الأهمية النظرية:

وضع برامج خاصة للمستشفيات النفسية المختصة بعلاج المدمنين ومعرفه قوة البرامج العلاجية المتوفر للمدمنين لتجاوز ومنع الانتكاسة وكذلك الوقاية .

رابعا: أهداف الدراسة:

- إن الهدف من هذا البحث هو معرفة دور المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات بعد دخولهم للبرنامج العلاجي
- معرفة دور المستشفيات في التخفيف من حدة أعراض القلق لدى المدمن الذي خضع لبرنامج علاجي لا تقل مدته على 15 يوم .
- معرفة دور المستشفيات في التخفيف من حدة أعراض القلق لدى المدمن الذي خضع لبرنامج علاجي لا تقل مدته على 15 يوم

خامسا: تحديد المصطلحات إجرائيا:

من أهم خصائص العلم التي تميزه عن غيره من ضروب المعرفة،الدقة والموضوعية ومن مستلزمات الدقة في العلم وضع تعريفات واضحة ومحددة لكل مفهوم أو مصطلح يستخدمه العلماء في كتاباتهم أو بحوثهم أو دراساتهم ،مهما كانت هذه المفاهيم بسيطة وذلك لتجنب أي لبس يواجه الباحث في دراسته ،لذلك فقد تمثلت أهم المفاهيم والمصطلحات التي أعتبر تحديدها أساسيا لفهم موضوع هذا ألبحث فيما يلي:

1- تعريف المستشفيات:

نحدد في دراستنا المستشفيات النفسية وهي إحدى المجالات الكثيرة التي يعمل بها الأخصائي النفسي, حيث يساهم في عملية تشخيص الاضطرابات إضافة إلى دورة في الوقاية منها.

2- تعريف الصحة النفسية:

يعرف "شنايدر" "Schneiders" الصحة النفسية على أنها حالة من الكفاية العقلية والنفسية والتحكم والتكامل بينهما والتحكم في العواطف والصراع والإحباط، وهي حالة من الهدوء الفعلي والموقف السليم عن الذات والوعي المناسب لها والعلاقات مع الواقع

أما إجرائيا: الصحة النفسية هي الدرجة التي يتحصل عليها المستجيب على مقياس الصحة النفسية كولدبيرغ المستخدم في هذا البحث

3- تعريف المخدرات:

مجموعة من العقاقير على النشاط الذهني و الحالة النفسية لمتعاطيها ، أما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطاء نشاطه ، أو بما يؤدي إليه من هلوسة وتخيلات و يؤدي تعاطي المخدرات إلى حالة من التعود الملزم و الإدمان يضر بالصحة و يؤدي إلى مشكلات اجتماعية متعددة وضارة تنعكس أثراها على الفرد و الأسرة و المجتمع .

4- تعريف الإدمان:

إدمان المخدرات يقصد به الاستعمال أو الاستهلاك المتكرر للعقاقير أو المواد المخدرة الذي استعمالها إلى الاعتماد الجسدي حيث يعتمد الجسم على هذه المواد في أداء وظائفه بصورة مريحة ، وفي حالة منع أو امتناع الشخص عن تعاطي هذه المواد تظهر عليه إعراض المنع المعروفة .

5- تعريف مدمن المخدرات :

يتميز أن المدمن يتعاطى المخدرات بفترات متقاربة جدا و يسيطر المخدر على حياته سيطرة تامة بحيث يصبح الشيء الأهم بالنسبة له ، فيصبح معظم أو كل وقته وتفكيره وطاقته و إرادته في سبيل الحصول على المخدر . لذلك فإن الإدمان يعتبر ظاهرة مرضية . ونشير في دراستنا إلى الحالات المتمثلة في الأفراد العينة وعددها ثلاثة (03) وهي حالات من مستشفى فرانتز فانون بالبليدة .

سادسا: الدراسات السابقة:

يعتبر البحث العلمي سلسلة مترابطة الأجزاء ولا بد أن 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 وتمكنه من اختيار الحقائق المتعلقة بموضوع البحث، وتمكن الباحث من وضع دراسته بين نتائج الدراسات السابقة، ويستطيع عن طريق المقارنات أن يكتشف أوجه الاتفاق والاختلاف.

1- دراسات متعلقة بمتغير الصحة النفسية:

أ- الدراسات العربية في الصحة النفسية:

- **دراسة ابتسام احمد أبو العمرين 2008:** مستوى الصحة النفسية للعاملين لمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة، وعلاقتها بالمستوى أدائهم، اختيرت العينة بصورة عشوائية حيث مثلت 20% من المجتمع الدراسي، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي كما استخدمت أدوات الدراسة، مقياس الصحة النفسية للممرضين من إعداد الباحثة ونموذج تقييم الأداء المعتمد بوزارة الصحة الفلسطينية ومن ثم تم إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج spss لمعالجة البيانات والتي بينت: التمتع العالي بالصحة النفسية لدى العينة، وارتفاع مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات بالرغم من ظروف صعبة وعدم وجود علاقة بين الصحة النفسية والأداء الوظيفي لدى الممرضين .

- **قام بني يونس (2007)** بدراسة هدفت الكشف عن كل من مستويات الصحة النفسية وأبعاد التوجه الزمني لدى عينة بلغت (118) طالباً وطالبةً من مختلف كليات الجامعة الأردنية. وأظهرت نتائج الدراسة أن أغلبية أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى المتوسط للصحة النفسية بنسبة مئوية بلغت (58.5٪).

- **دراسة الشخانبة (2005)** هدفت إلى تحديد مصادر الإحباط وأساليب التكيف ومستويات الصحة النفسية لدى العاملين في شركة الإسمنت الأردنية، لدى عينة بلغت (208) عمال وعاملات إداريين وإنتاجيين. ودلت نتائج الدراسة على أن العاملين في شركة الإسمنت الأردنية يتمتعون بمستويات سوية من الإحباط والصحة النفسية.

- **دراسة محمد بني يونس (2005): تحت عنوان** "علاقة مستويات الصحة النفسية بأبعاد التوجه الزماني عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية"

استهدفت الدراسة التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية وأبعاد التوجه الزماني عند طلبة الجامعة الأردنية على عينة مكونة من 118 طالبا، طبق عليهم مقياس الصحة النفسية .

وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية التكرارات والنسب المئوية ومعامل الارتباط بيرسون أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية متوسط لدى طلبة الجامعة الأردنية.

- **دراسة الجعافرة (2003)** التي هدفت الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية للعاملين من جهة، وبعض المتغيرات لدى عينة بلغت (250) عاملاً وعاملةً في مصانع الأدوية بمدينة عمّان في الأردن. وأشارت الدراسة إلى نتائج عديدة، منها أن العاملين والعاملات في مصانع الأدوية في الأردن يتمتعون بصحة نفسية أعلى من المتوسط الفرضي بـ(22) درجةً.

- **دراسة الزبيري وكامل علوان 2000:** الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريبية في الجامعة، وقد طبق الباحث ثلاث مقاييس لكل من: الضغوط النفسية والرضا المهني والصحة النفسية، على عينة من أساتذة الجامعة، وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط بيرسون والاختبار التائي وتحليل التباييني توصلت الدراسة إلى أن عينة البحث من ذكور والإناث 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 أعلى من المتوسط الفرضي وان عضو هيئة التدريس يتمتع بالصحة النفسية .

– **دراسة الزبيري و الهزاع 1997:** بناء على مقياس للصحة 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 لان طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية والتي تشكل لهم أزمات نفسية ولا يوجد فروق في الصحة النفسية بين الذكور والإناث .

– **دراسة د. إيمان زكي محمد و د.عبير محمد الصبان:** مشكلات الطالبات وعلاقتها بمؤشرات الصحة النفسية والتحصيل الدراسي لدى عينة من طالبات كلية التربية لإعداد المعلمات استخدمت المنهج المسحي وقد استعمل استبيان مشكلات الدراسة، ومقياس الصحة النفسية وتكونت العينة من 385 طالبة تم اختبارهم عشوائيا تراوحت أعمارهم من 18– 27 سنة وتوصلت للنتائج التالية:

– بعد المعالجة إحصائيا وجد أن أكثر المشكلات لدى طالبات كانت ضيق وقت الاستراحة بين المحاضرات وانه لا توجد مشكلات مع أعضاء التدريس .

– **دراسة بشرى أحمد جاسم العكايشي (1984):** استهدفت هذه الدراسة التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والذكاء الانفعالي لدى الشابات الجامعيات في كلية التربية للبنات، حيث طبقت على عينة مؤلفة من 100 طالبة مختارة بطريقة عشوائية، طبق عليهم مقياس الصحة النفسية ومقياس الذكاء الانفعالي، معتمدة في ذلك على المنهج الوصفي وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط بيرسون والاختبار التائي لعينتين مستقلتين أظهرت النتائج أن الشابات الجامعيات يتمتعن بالصحة النفسية.

2- الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير إدمان المخدرات:

أ- الدراسات المحلية:

- تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري وعلاقة المتعاطي بأسرته من خلال تأثره بالجو العام داخل هذه الوحدة، عبد القادر حمر رأس، البليدة 1993: اعتمد الباحث في دراسته على نوعين من المناهج، المنهج الأمبرنيقي و منهج دراسة الحالة، وقد استعمل الباحث مجموعة من الأدوات نذكرها: الملاحظة بكل أنواعها، والمقابلة الموجهة والمنظمة واستمارة استبيانيه وتكون العينة من 200 حالة اختيرت بأسلوب العينة العرضية، وأظهرت النتائج ما يلي: أن 42% من المتعاطين ولدوا خارج مدينة البليدة ومعظمهم هاجروا مع عائلاتهم أو بفردهم، وسجلت أعلى نسبة من المنحرفين لم يتجاوزا مرحلة التعليم المتوسط، و25% وصلوا إلى مرحل الثانوية من التعليم و 30% إلى مرحلة جامعية، و05% أميين، وان غالبية المنحرفين المدمنين ينحدرون من اسر كبيرة العدد حيث أن 70% من هذه الأسر لديها من 13-17 طفل .

- دراسة الخدمة الاجتماعية الأسرية وظاهرة تعاطي المخدرات- المسيلة- (2011)

وقد طبق الباحث المنهج دراسة الحالة على عينة 05 حالات من متعاطي المخدرات وقد طبق الباحث وسيلتي الملاحظة والمقابلة، وأسفر الباحث على النتائج التالية: أن هناك علاقة بين نقص الخدمة الاجتماعية الأسرية وإقبال الأفراد على تعاطي، وان هناك خلافات داخل الأسرة وتبين أن معظم اسر المتعاطين لا يوجد بها توازن بين حجم ومستوى الدخل ومعانات في نقص في الشروط السكنية المناسبة .

- دراسة البروفيل النفسي للمدمن على الحشيش في الجزائر جابر نصر الدين بوسنة عبد الوافي: اعتمد الباحثين على منهج دراسة الحالة والملاحظة الإكلينيكية والمقابلات نصف الموجهة والاختبار والإحباط لروزتوفايلت، وسلم بيك الثاني للاكتئاب على عينة حالتين

وأسفرت الدراسة على النتائج التالية: النظرة السلبية نحو الذات والنظرة السلبية اتجاه العالم الخارجي والنظرة السلبية اتجاه المستقبل .

– **دراسة الإدمان على المخدرات وعلاقتها بالتلاميذ المراهقين في المدرسة الجزائرية: ديب فهمي، بن حميدوش نور الدين، ميهوبي حورية:** اعتمد الباحثون في دراستهم على المنهج الوصفي والعينة المقصودة 21 تلميذ وكانت وسائل جمع البيانات مجموعة من البنود الموجهة إلى التلاميذ المراهقين على المخدرات، ونتائج الدراسة أسفرت: بان ظاهرة الإدمان على المخدرات والتي كان يعتقد أنها تمس إلا فئة الشباب وكذلك خارج المؤسسات التعليمية.

– **دراسة الإدمان على المهلوسات بعد صدمة فقدان احد الوالدين "وعراب كريمة":** وقد اعتمدت في دراستها على المنهج الإكلينيكي وكانت العينة من مستشفى فرانس فانون بالبليدة وقد تم اختيار العينة بطريقة مقصودة وهي تضع 05 حالات وقد اعتمدت الباحثة على اختيار تفهم الموضوع T.A.T وأسفرت على النتائج التالية: كل الحالات بعد تعرضها للصدمة لجأت للإدمان على المهلوسات ووجد حالتين تعرضت لصدمة عاطفية وفقدان احد الوالدين ورغم كل الجهود المبذولة للقضاء على هذه الظاهرة المدمرة قد ألهفهم لاكتشاف عالم الخيال الذي يدخلهم لهذا الوباء.

الدراسات العربية:

الإدمان دراسة نفسية أسبابه ونتائجه، الدكتورة عفاف محمد عبد المنعم الإسكندرية، مصر، 1983: دراسة نظرية ميدانية تتناول موضوع المخدرات وإدمانها ، وتمثلت إشكالية بحثها في التساؤل عما إذا كانت هناك علاقة بين الإدمان والعوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إليه ،حيث ركزت على المدمن نفسه ،وطرحت تساؤلات حول سماته الشخصية والعقلية وكذا الظروف الاجتماعية المحيطة به.

وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الإحصائي،حيث قامت باستخدام الإحصاء الوصفي لبيان دلالة الفروق بين مجموعات العينة المختارة

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراضنا للدراسات السابقة لاحظنا وجود عناصر مشتركة مع بحثنا، كما لا يمكن إغفال جوانب أو عناصر الاختلاف، وفيما يلي نستعرض أهم نقاط التشابه والاختلاف بين دراستنا والدراسات السابقة:

– **من حيث المنهج المستخدم:** إن دراستنا الحالية تتشابه من حيث المنهج المستخدم مع الخدمة الاجتماعية والأسرية وظاهرة تعاطي المخدرات التي استخدمت المنهج الوصفي.

– **من حيث الأدوات المستعملة:** استعملت دراسة كل من بشرى أحمد جاسم، الزبيدي وابتسام أحمد أبو العمري مقياس الصحة النفسية وهو ما قمنا باستعماله في دراستنا.

– **من حيث العينة:** تتفق دراستنا من حيث العينة مع دراسة عبد القادر حمر الرأس ، الذين اختارا فئة المدمنين المقيمين في مستشفى فرانتز فانون بالبليدة . في حين تختلف دراستنا مع باقي دراسات فهي تناولت المدمن في بيئته الاجتماعية .أما أوجه الاستفادة من هذه الدراسات فتكمن في:

- الاستفادة من المراجع التي ركزت على الصحة النفسية.
- الاستفادة من البحوث التي تناولت الصحة النفسية فيما يتعلق بالجانب المنهجي للدراسة وتحديد المنهج وأدوات جمع البيانات.

الاستعانة ببعض نتائج هذه الدراسات في ظل النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة ومقارنة نتائج هذه الدراسات بالنتائج المتوصل إليها في بحثنا.

الفصل الثاني

المستشفيات

تمهيد

1- تعريف المستشفيات.

2- تصنيف المستشفيات.

3- وظائف المستشفيات .

4- المعايير التخطيطية للمستشفيات.

5- تعريف مركز العلاج الإدمان.

6- أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين .

7- ادوار الفريق العلاجي في المؤسسات العلاجية للمدمنين.

8- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

9- دور الأخصائي الاجتماعي.

10- دور الأخصائي أو مرشد التأهيل.

11- خطوات العلاج.

12- العلاج بالوسائل متعددة الجوانب.

13- العوامل التي تؤثر على نتائج العلاج.

خلاصة

تمهيد:

المستشفى منظمة صحية بالغة التعقيد، فهي تتضمن جزءًا فنيًا يضم الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية، كما يضم قوى عاملة عالية المهارة والثقافة وقوى عاملة فنية متوسطة وأخرى إدارية، إلى جانب قوى عاملة بلا مهارة مثل المستخدمين في قطاع النظافة والاتصالات والمراسلات، وهؤلاء جميعًا يؤدون أدوار مختلفة ولكنها متداخلة تهدف في النهاية إلى تحقيق أهداف المستشفى المتمثلة في تقديم خدمات العلاج والوقاية والوصول إلى الغايات التي أنشأت لها والمتمثلة في توفير الخدمات الصحية بشكل ملائم لاحتياجات السكان الصحية.

وتتكون منظومة المستشفيات من مستشفيات تابعة للدولة، ومستشفيات تابعة للقطاع الخاص، ومستشفيات تابعة لمنظمات المجتمع المدني مثل المستشفيات الخيرية، ولابد لهذه المستشفيات أن تحتوي على طاقم طبي متخصص ومواد علاجية معدة وفق معايير أساسية نظرًا 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 للتوليد أو لإجراء العمليات الجراحية ويستمر 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، ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى والمصابين كما كان في الماضي، حيث كان أقدم وأبسط تعريف للمستشفى هو أنه مكان لإيواء المرضى والمصابين حيث يتم شفاؤهم، ولكن المستشفى الحديث يعد تنظيمًا طبيًا متكاملا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل، وقاية وعلاجا وتعليمًا طبيًا إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها.

ويتميز المستشفى عن غيره من المؤسسات الصحية كالمستوصفات والعيادات في كونه يحتوي على أسرة للنوم.

تعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجًا ووقاية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى هو أيضًا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية وبيولوجية.

ورأت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية في عام 1967 م أن من الضروري تعريف المستشفى بصورة عملية بحيث يكون التعريف بسيطًا وشام لا كي ينطبق على شتى المستشفيات مهما كان نوعها وفي أي مكان تكون، ولذلك فقد عرفت هذه اللجنة المستشفى بأنه "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض" ولكن اللجنة استدركت أنه يمكن التوسع في التعريف حتى يشمل المستشفيات التي تؤدي أعمالا أخرى مثل التعليم والتدريب والبحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية".

إن الهدف الأساسي للمستشفى هو تقديم أنواع العلاج المختلفة للمرضى، وهي الوظيفة الأساسية والتقليدية (العلاج والخدمات والرعاية الطبية) كما أن للمستشفى وظائف أخرى مثل تعليم وتدريب الأطباء في مختلف التخصصات، وإجراء البحوث العلمية والطبية

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

2- تصنيف المستشفيات:

تتعدد أساليب تصنيف المستشفيات وفقًا لمعايير التصنيف المستخدمة وأهم هذه المعايير الملكية، الحجم، التخصصية، نوع خدمة المستشفى، مدة الإقامة، السعة السريرية توافر مقومات التعليم، الاعتراف المهني، ويمكن توضيح هذه التصنيفات كما يلي:

2-1- حسب التخصصات الطبية، وتقسم المستشفيات إلى:

2-1-1- المستشفى العام:

وهو المستشفى الذي يضم معظم التخصصات مثل: (الطوارئ، الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، أمراض النساء والولادة، أمراض القلب، الأمراض الجلدية والتناسلية، الأنف والأذن والحنجرة، العظام).

وعادة لا يقدم هذا المستشفى خدمة لعلاج الأمراض المعدية، وإن كان هناك مستشفيات تضم أقسام لعلاج هذه الأمراض.

2-1-2- المستشفى التخصصي:

وهو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض، كأمراض العظام أو أمراض الأورام (السرطان) أو الأمراض النفسية أو الأمراض المعدية، أو المستشفى المتخصص في علاج فئة معينة في المجتمع مثل النساء والأطفال أو أن يكون المستشفى التخصصي متخصص في علاج أمراض جزء معين من جسم الإنسان، مثل المستشفى 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 إلى إنشاء المستشفيات العامة ذات التخصصات الطبية المتعددة.

2-2- تبعًا للملكية وتشمل:

2-2-1- المستشفى الحكومي:

وهو المستشفى الذي يدار بواسطة جهة حكومية، قد تكون وزارة الصحة أو وزارة الدفاع أو وزارة الداخلية أو الجامعات، أو غيره. وهذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في تنظيماتها ولوائحها المالية والإدارية والإجرائية، وأن كان تشغيل بعض هذه المستشفيات يتم عن طريق شركات خاصة، ويدار هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة، ولا يستهدف تحقيق الربح.

2-2-2- المستشفى التعليمي:

وهو المستشفى الذي يرتبط بمؤسسة تعليمية طبية، وهدفه الأساسي التعليم الطبي ويقوم في ذات الوقت تقديم خدماته الطبية لفئات المجتمع المختلفة، والمستشفى الحكومي يكون مملوكًا للدولة قد تديره مباشرة أو عن طريق شركة متخصصة.

2-2-3- المستشفى الخاص:

وهو المستشفى المملوك لشخص أو مجموعة أشخاص أو شركة أهلية ويستهدف تحقيق الربح.

2-2-4- المستشفى الخيري:

وهو المستشفى الذي تملكه أحدى المؤسسات الخيرية ولا يستهدف الربح، ويقدم خدمات صحية للمحتاجين وفق معايير تحددها إدارة المستشفى أو مالكيه، وقد يكون المالك مؤسسة أو جمعية خيرية أو دينية أو أحد المستثمرين.

3- وظائف المستشفيات:

أصبحت وظائف المستشفى في عصرنا الحديث تتجاوز محدودية الخدمات العلاجية وتمتد إلى تقديم الخدمات الوقائية والتعليمية والبحثية، ولذلك فإن وظائف المستشفى الحديث تشم كالتالي:

3-1- تقديم الخدمات العلاجية:

ويأتي تقديم الخدمات الطبية العلاجية في مقدمة أهداف المستشفى حيث يقدم المستشفى خدماته للمرضى من خلال كوادر بشرية متخصصة من أطباء وفنيين وممرضين وإداريين.

3-2- التعليم والتدريب:

لقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بسرعة التطور إلى وجود حاجة ماسة لمهارات وقدرات جديدة في الكوادر البشرية العاملة في المستشفيات، لذلك تعتبر المستشفيات مراكز تعليمية تتوافر فيها الإمكانيات التدريبية والتعليمية اللازمة لإكساب الجيل الجديد من الطاقم الطبية بالمعلومات والمهارات الميدانية لإكسابهم القدرة على تسلم مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة وإتقان.

ويتم تدريب طلبة كليات الطب ومعاهد التمريض في المستشفيات لإكسابهم الخبرات 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 فيما يعرف بسنة الامتياز، والتي تعتبر متطلبا أكاديميا أخيرا لكي يحصل الطالب على صفه طبيب.

وهناك نوع من التعليم يسمى 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 مكانًا خصبًا لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة لا سيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية، ويساعد وجود نظام السجلات الطبية المنتظمة في المستشفيات تعزيز البحوث الطبية وإغنائها بالحالات الدراسية بكل سهولة ويسر، وكذلك يساعد وجود نظام إحصائي متكامل في دعم جهود البحث العلمي وتوفير الوقت والجهد على الباحث.

4- المعايير التخطيطية للمستشفيات

4-1- موقع المستشفى:

يحاط موقع المستشفى عادة بسور يفصل بين المناطق التابعة للمستشفى وبين المناطق السكنية ماعدا منطقة، ويفضل أن تزيد هذه المسافة (مابين المناطق التابعة للمستشفى والمناطق السكنية المجاورة له) عن ضعف ارتفاع المبنى المجاور. كما يجب أن تلاحظ المسافة بين المستشفى والأبنية المجاورة، وفي بعض الأحيان تؤخذ العلاقة التالية لدراسة المسافة المناسبة:

($L \geq 2 - 2.5\ H$) حيث المسافة المطلوبة = L، ارتفاع مبنى المستشفى= H.

4-2- نطاق خدمة المستشفى:

- المستشفى العام على مستوى المدينة يخدم المناطق المحيطة به على بعد 4-8 كم حول المستشفى.
- المستشفى العام على مستوى إقليم المدينة يخدم من 20 إلى 30 كم كحد أقصى حول المستشفى.
- المستشفى التخصصي ونطاق الخدمة منه غير محدودة، وذلك كون المستشفى التخصصي يعني بتقديم خدمة طبية وفندقية متميزة وشاملة لجميع التخصصات للمجتمع المحلي والخارجي.

الشروط التخطيطية للموقع:

1- طبيعة المنطقة التي سيتم إنشاء المؤسسة الصحية فيها من حيث أسعار الأرض وترخيص البناء من قبل البلديات ووزارة الحكم المحلي.
2- السياسة الصحية في المدينة التي سيتم إنشاء المؤسسة فيها.
3- المستوى الثقافي والاجتماعي للسكان وسلوكهم تجاه المؤسسات الصحية في تلك المدينة.
4- أن يكون موقع المستشفى مخصصا لمرفق صحي حسب المخطط المعتمد.
5- موافقة وزارة الصحة على الموقع.
6- أن يكون الموقع قريبًا من الخدمات العامة الأساسية مثل خطوط الكهرباء والهاتف والصرف الصحي ومتصل بشبكات الطرق الرئيسية ومحطات المواصلات العامة.
7- يفضل اختيار الأماكن المرتفعة والخلوية لإنشاء المستشفى.
8- أن يكون الموقع بعيدًا عن مناطق الضباب والتلوث والروائح الكريهة.
9- شكل الأرض بنسبة 2:1 أو 3:2 بحيث يكون الضلع الأكبر في اتجاه شرق غرب أو شمال شرق – جنوب غرب.
10- هناك علاقة بين مسافة الأرض وعدد الأسرة في المستشفى حيث يخصص عادة مساحة ما بين 120-125 م ^{2} لكل سرير كما يخصص 15 م ^{2} لكل سرير من الحدائق.
11- يتحكم كل من الشمس والرياح في توجيه المستشفى فيوجد مبنى المستشفى باتجاه الرياح السائدة وذات الأثر الجيد في حين يكون المبنى موازيًا للرياح غير المرغوب فيها، أما بالنسبة لصالات الخدمة والمعالجة يفضل الشمال الشرقي إلى الشمال الغربي، أما توجيه غرف المرضى فيكون جنوبيًا أو جنوبيًا غربيًا، حيث تكون الشمس نظيفة عند الصباح تجمع الحرارة بشكل ضعيف مع توفير الشمس.
12- يجب أن تبعد المستشفى 40 م عن الطريق التابعة للمستشفى و80 م عن الطريق العام ويجب أن يكون للمستشفى مدخلا وحيدًا للسيارات من الشارع ويكون باتجاه واحد مع موقف للسيارات ويكون له إمكانية التوسع ويفضل تعدد الطرق الموصلة للمستشفى لتجنب الازدحام داخل المستشفى وبالأخص لسيارات الإسعاف، ويجب أن تكون منطقة الدخول غير مسورة، وكذلك يفضل وجود مدخل رئيسي للمشاة ويلحق به مركز استعلامات

ومكان لبيع الزهور، وكما يوجد مدخل لسيارات الإسعاف ويكون بعيدًا عن الأنظار ومتصلا مباشرة بقسم استقبال الطوارئ...

13- مراعاة إمكانية التوسع المستقبلي.

(أفنان محمد أحمد حمدان، 2009،ص18-23)

5- تعريف مركز العلاج الإدمان:

يختص المستشفى في معالجة الإدمان بكافة أشكاله على الكحول والمهدئات والهيروبين والمنشطات والكوكايين الامفيامين والمواد ويتم التعامل مع المرضى الإدمان بالسرية المطلقة وضمن قانون المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988 والذي يحظر على المستشفى إبلاغ سلطات الأمن باسم أي مدمن آو متعاطي وبالتالي فالمدمن الذي يتقدم للعلاج من تلقاء نفسه يتمتع بحماية كاملة ، يشمل علاج الإدمان على مرحلتين

5-1- المرحلة الأولى (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 إلى أربعة أسابيع اعتماد على شدة ومدة الإدمان.

5-2- المرحلة الثانية (مرحلة التأهيل): والتي تشمل على العلاج النفسي والفردي والعائلي والجامعي والعلاج السلوكي والاجتماعي والديني والتي قد تمتد من بضعة أسابيع إلى 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، ص 15)

6- أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين:

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

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

الهدف الأول: الاستمرار على المخدرات: وذلك من خلال:

- الملف عن الإدمان ومواجهة الإلحاح والرغبة في العودة إليه .
- تفهم مواقف ومواطن الخطر التي تدفع قد تدفع الإدمان مرة أخرى
- كيف يتعامل الناقهون من الآلام والأعراض التي قد تظهر في فترة الأولى
- كيفية التغلب على الإلحاح للعودة إلى المخدرات

(دردار احمد: 2005، ص 115)

الهدف الثاني: كيف نتعامل مع الأحداث الحزينة والمفرحة:

أن تدريب على مواجهة هذه المواقف هام جدا فهناك من يعود للمخدرات فورا بعد أول مشكلة أو طارئ وآخرون قد يعودون للمخدرات نتيجة لإحداث سعيدة كالأفراح وذلك من خلال تدريبهم على:

- كيفية الحصول على السعادة والاطمئنان بدون مخدرات .
- كيف تواجهه الأوقات والمواقف الشديدة من دون مخدرات .
- كيف تواجه الألم **(دردار احمد: 2005، ص 116)**

الهدف الثالث: العلاقات الاجتماعية:

والهدف من التجريب هنا هو مواجهة المشاكل الاجتماعية التي تواجه الناقهين من المخدرات خاصة في الأيام الأولى بعد التوقف وذلك من خلال تدريبهم على:

- تدعيم علاقتهم الاجتماعية الناضجة .
- تكوين صداقات جديدة .
- 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 والعمل والنضوج:

والهدف من التدريب هنا هو إظهار أن العمل والنضوج هو الوسيلة الصحية للسعادة والاطمئنان وان العكس يؤدي إلى الإدمان وذلك من خلال مناقشة المجموعة في:

- مناقشة النقاهة من المخدرات كخطوة أولى في العودة للعمل والانتباه والنضوج .
- حسن اختيار مجالات العمل من واقع الخبرات العملية وخبرات الآخرين.
- كيف التغلب على مشاكل العمل. **(ويكيبيديا الموسوعة الحرة)**

وقد كان من بين أهم أهداف المؤسسات ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية بتطوير الخطط والبرامج العلاجية الحالية وذلك:

1. فتح ما يلزم من أقسام الطبية وإنشاء ما يلزم من المستشفيات لضمان علاج المتعاطين والمدمنين .
2. دراسة البرامج العلاجية السابقة وتقويمها وتطويرها .
3. وضع برنامج تأهيلي علاجي نفسي موحد الأهداف متنوع الأساليب
4. وضع خطط وبرامج للتأهيل الاجتماعي للمتعافين وتنفيذها .
5. مشاركة القطاع الخاص والعام في تأهيل المدمنين والمتعاطين ودمجهم في المجتمع .

(عادل الدمرداش، 2003، ص 115)

7- ادوار الفريق العلاجي في المؤسسات العلاجية للمدمنين:

أثبتت الدراسات أن العلاج الداخلي في المراكز الإدمانية والمؤسسات يعد مناسبا وملائما بشكل أفضل لمعالجة اللهفة والإدمان مقارنة بالعلاج الخارجي مثل العيادات الخارجية OPD ففي روما بايطاليا توصل كاجوزي cagossi مع آخرين 1982 إلى أن العلاج الداخلي أفضل في التعامل مع اللهفة من العلاج الخارجي حيث استفاد المرضى الداخليون أكثر وسجلوا معدلات اقل في اللهفة عن المخدر من المرضى الخارجيين .

وفي نيوهيقن 1984 توصل هربرت كليبر Kelber.h.d بالاشتراك مع توماس كوستين Kosten إلى أن العلاج الداخلي يعد أفضل من العلاج الخارجي في التعامل ولعل السبب في ذلك يرجع إلى: في العلاج الداخلي يكون المريض تحت رعاية صحية

وإشراف نفسي على مدار الساعة وفي العلاج الداخلي تمنح للمريض فرصة أطول وأفضل للتأمل وتدارك مشكلاته **(عفاف عبد المنعم ، بدون تاريخ، ص 96)**.

8- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي: ويتخلص دوره في:

- معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى الإدمان هذا العقار أو ذلك.
- معرفة ماذا كان الشخص 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 مهارات اجتماعية أم لا .
- التعرف على سمات شخصيته وهل يعاني مثلا من أي اضطراب وما شدة ذلك وتأثيره 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 والجماعية للمدمن، ومن خلال خبرة الباحث في هذا المجال وجد أن العلاجات السلوكية والعلاج العقلاني الانفعالي هي أنسب الأساليب في التعامل

مع المدمن، وكذا في استخدامها (كفنيات علاجية) في العلاج النفسي الجمعي، وأن المجال يتسع لإستعاب عديد من الفئات العلاجية الأخرى

(عادل الدرماش: بدون تاريخ، ص 118)

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 (المعبر 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 والاهتمامات .
- توجيه الشخص إلى نوع الهوايات التي تحقق له الإشباع بعيدا عن المخدرات.
- إمكانية تدريب الشخص على هوايات جديدة يشغل بها وقت فراغه أو تحقق له السعادة بعيدا عن تعاطي المخدرات.

11- خطوات العلاج:

بعد تحدي مشاكل المريض نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع المشاكل عن طريق الخطوات التالية:

الخطوة الأولى:

اختيار المشكلة: حيث يتناول الإكلينيكي من خلال التقويم أهم المشاكل الأساسية والمشاكل الثانوية التي يعاني منها المريض المدمن ولكي تكون الخطة فعالة لابد من تناول المشاكل الأساسية والمشاكل الثانوية التي يعاني منها المريض المدمن ولكي تكون الخطة فعالة لابد من تناول المشاكل الأساسية وبصورة مركزة

(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، وكذا إمكانية الربط بين النمو
الأعراض وتشخيصية وأرقام 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 الأمر 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 ولذا تصر منظمات الإدارة الصحية والرعاية الموجه على أن مآل العلاج النفسي قابلا للقياس كما يراعي عند تصميم كل هدف مرحلي يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف الأشمل.

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 جديدة إلى الخطة، كما يتم اختيار 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 بان 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، ص 76).**

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 مستقرا اجتماعيا ازدادت فرص علاجه.
- كلما كان الدافع قويا للعلاج لكما كان المدمن صريحا مع نفسه واعترف بإدمانه.
- تقبل العلاج يؤدي إلى نتائج أفضل.
- ترتفع نسبة الانتكاس في الشهور الأولى بعد مغادرة المدمن المستشفى.

وأخيرا فان العمل مع المدمن عمل متعب وشاق ويحتاج إلى مختص رحب الصدر ولا يعرف اليأس ومؤمن برسالته **(محمد حسن غانم، 2007، ص115)**

الفصل الثالث

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 بعداً أساسيا من الأبعاد الخاصة بشخصيه كل فرد، فهي التي تحدد مدى الاتزان أو الاضطراب عنده، فالصحة النفسية تحقق السعادة والراحة لدى الفرد وتهيئه لجو العمل المنتج في أي مجال من مجالاته، وهى التي تحقق التوافق النفسي مع البيئة الخارجية (أصدقاء- أقارب- علاقات اجتماعية).

فيعتبر التقدم الحضاري من صنع الإنسان فهو الذي يحسن استخدام المصادر الطبيعية وفقا للقوانين الطبيعية والنفسية لأن هذا الإنسان متميز عن بقية الكائنات بما منحه الله من عقل ونفس، فالإنسان يتعامل مع متطلبات البيئة الطبيعية لذا لا بد من استغلاله لقدراته العقلية وتكويناته النفسية المتميزة.

إن هذا الإنسان يحاول تحقيق ذاته بتحديد أهدافه في مجالات العمل والإنتاج مستخدماً أسلوب العلاقات الإنسانية والاجتماعية مستغلاً لطاقاته وقدراته

1- مفهوم الصحة النفسية:

أولا: المفهوم الأول:

ينظر إلى معنى الصحة النفسية على أنها البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي وهو تعريف سلبي لأنة يقصر مفهوم الصحة النفسية على الخلو من أعراض المرض النفسي أو العقلي فهذا المفهوم يقصر معنى الصحة النفسية على جانب واحد من جوانب الصحة النفسية **(الحكيمي، 1424 : 19)**

ثانياً: المفهوم الثاني:

كما يعرفها " فهمي" بأنها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب، مليئة بالتحمس .ويعني هذا أن يرضا الفرد عن نفسه، وأن يقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي، كما لا يسلك سلوكًا اجتماعيًا شاذًا بل يسلك سلوكًا معقولا يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي، في ظل مختلف المجالات، وتحت تأثير جميع الظروف

أما الصحة النفسية فتعرف بأنها " قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب

الصحة النفسية على أنها تكون أحيانا القدرة على العطاء والحب دون انتظار لمقابل وتُفسر على أنها التوازن بين الغرائز، والرغبات الخاصة، والذات، والضمير؛ وأحياناً أخرى تُعرف الصحة النفسية.

يعرف على أنها القدرة على التأرجح بين الشك واليقين ؛ فالتأرجح يمنح الإنسان المرونة فلا يتطرف إلى حد الخطأ.. ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أي قرار فالتأرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكييف.

(عكاشة: 2008، ص123)

كما تعرف الصحة النفسية بأنها "مفهوم ثقافي ونسبي بطبيعته، وهو متغير بتغير ما يجد علينا من معلومات عن الحياة، وما ينبغي أن نكون عليه كما أنه يتغير بما نكتشفه عن أنفسنا وسلوآنا وما نحب أن نصل إليه في حياتنا" **(عبد الغفار: 1976 ص 25)**

ولقد عرفت "منظمة الصحة العالمية" الصحة النفسية بأنها ليست مجرد غياب الاضطرابات النفسية، بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوّتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام 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، ومحافظته على وحدة شخصيته وتماسكها وتحكم الفرد في ذاته ومواجهته الظروف المحيطة به 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، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.
(القريطي: 1998، ص28)

للصحة النفسية شقان كما عبر عنهما حامد زهران هما:
شق نظري علمي: يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق، وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وإعداد وتدريب الأخصائيين والقيام بالبحوث العلمية.
شق تطبيقي عملي: يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية.
(زهران 2005: ص9)

2- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

تعددت النظريات والاتجاهات العلمية في تفسير منشأ الاضطرابات النفسية والعصابية في ميدان علم النفس الصحة، فكل اتجاه نظري يحاول تأكيد أن رأيه فيما يخص سبب المرض و بالتالي تصوره لحالة الصحة، بما أن الاتجاهات النظرية كثيرة ومتعددة، فسنحاول عرض بعض تلك الاتجاهات النظرية والأكثر شيوعا في أوساط الباحثين والأخصائيين النفسيين العياديين و ذلك 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 والإنجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء " الهو" ويستطيع ممارسة تأثيره عليه، ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا و الهو، إنهما ينتميان لبعضهما البعض ولا يمكن فصميما عف بعضهما في حالة الصحة.

ويشكل الأنا الأجزاء الواعية و العقلانية من الشخص، في حين تتجمع الدوافع والغرائز اللاشعورية في الهو، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي) وتكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة. كما ويضم النموذج "الأنا الأعمى" والذي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر، وهنا يفترض "فرويد" أنو في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية ومبهجة في حيث تكون في حالة العصاب مثارة ومتهيجة من خلال تصورات أخلاقية جامدة ومرهقة.

وفيما يتعلق بالبعد الجنسي Sexuallité، أكد "فرويد"، على أن الإنسان السليم نفسيا هو الذي يستطيع الاستمتاع به دون مشاعر الذنب والخجل، ويرى كذلك أن نجاح عملية التنشئة الاجتماعية للكفل يمكن قياسها من خلال قدرته على الإنجاز بالمعنى الاجتماعي... ولا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها، وإنما تتجلى الصحة النفسي من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها.

2-2- نظرية علم النفس الفردي:

اعتبر "أدلر" أن العصاب على أنه "شكلا خاطئ من أسلوب الحياة" و"الشذوذ الاجتماعي" وهو يرى أن المجتمع أو المحيط يشكل بنية أساسية للمخلوق الإنساني لا يمكن إلغاؤها أو إبطالها، فقد حدد علم النفس الفردي مصطلح "الشعور الجمعي" معيارا للصحة والتفريق بين العصاب (الاضطراب) والسواء، وقد نظر "أدلر" لتصرفات الفرد من منظور المستقبل البعيد لجماعة مستقبلية البعيد لجماعة مستقبلية مثالية وقاسها عليه، إلا أنه عندما يهتم الإنسان بالآخرين على أساس التساوي بينهم، والتعاون، يمكن اعتباره من وجهة نظر علم النفس الفردي قد شفي، وتوجد ثلاثة مجالات حياتية تعبر الصحة النفسية عن 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، ويلتزم أخلاقيا بتحقيق عالم أكثر إنسانية، فلا يوجد تعرض بين فردية الشخص والتصرفات الاجتماعية في علم النفس الفردي، فتحقيق الذات والتأهيل المستمر والتقدم المهني وتوسيع مجالات الحرية الشخصية تحتل عند "ادلر" المرتبة نفسها التي يحتلها التضامن والاستعداد للمساعدة و روح الجماعية، إذ أن سيرورة الإنسان ترتبط بالالتزام الاجتماعي بالآخرين. **(سامر جميل رضوان: 2007، ص35-36).**

2-3- نظرية الصحة النفسية لدى المدرسة السلوكية:

ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة، وأن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والاستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك)، ولكي تقوي الربط بين المثير والاستجابة لابد من التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز، كان عاملا على إضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة أي إضعاف التعلم، وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز.

إن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة أي استجابات بعيدة عن القلق والتوتر، وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقا لهذه الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد وتتطلبها هذه البيئة. **(حنان عبد الحميد العناني: 2000،ص 15-16).**

2-4- كارل روجرز:

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

ولكي يحقق الإنسان ذاته، لابد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا، 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 والوقاية من الاضطرابات.

3- مناهج الصحة النفسية:

هناك ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية (**ألفريد آدلر: 2006، ص 147-148**)

3-1- المنهج الإنمائي:

وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسياً وتربوياً ومهنياً) ، ومن خلال رعاية مظاهر النمو (جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً)، بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو تحقيقاً للنضج والتوافق والصحة النفسية.

3-2- المنهج الوقائي:

ويتضمن الوقاية من الوقوع في مشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولاً بأول، ويرعى نموهم 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 والنواحي التناسلية والإجراءات 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- المنهج العلاجي:

ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية، ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسي وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية.

4- نسبية الصحة النفسية:

لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكدا يكون له وجود ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة المرض عن حالة الصحة، كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة أمر لا يكاد يكون له وجود، ودرجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها.

ومفهوم الصحة النفسية مفهوم نظري مثالي أو هو كما يقال خرافة، فليس هناك كائن بشري بغير صراعات وشيء من الانحرافات، ويتضح ذلك عند تصنيف الناس إلى أصحاء معافين وإلى معوقين، وذلك أن كلا منا المعوق بشكل أو بآخر، فما من أحد منا يستطيع كل شيء، وما من أحد لا يستطيع شيئا.

(أبو إسحاق سامي وأبو نجيلة سفيان: 1997، ص 23)

وسنتعرض لنسبة الصحة النفسية من عدة نواحي:

4-1-الناحية الفردية:

الصحة والمرض، السواء و اللاسواء، مفهومان نسبيان حيث لا يمكن فهم الواحد إلا بالقياس إلى الآخر 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 إلى الاضطرابات الذهاني 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 متصل تتفاوت درجاته كما هو الحال بالنسبة للصحة

الجسمية، فكما أن هناك نسبية في الصحة الجسدية، فهناك أيضا نسبية في الصحة النفسي أيضا هناك أصحاء أقرب إلى المرض وهناك مرضى أقرب إلى الصحة، كما أنه ليس من هو في مرض كامل أو في صحة كاملة.

4-2- الناحية الاجتماعية:

مفهوم الصحة النفسية يحدد من خلال العادات والتقاليد والقيم السائدة في المجتمع فالمجتمعات تختلف عن بعضها البعض ومن ثم فإن مظاهر السلوك وأشكاله المعبرة عن الصحة النفسية حتما مختلفة من مجتمع لآخر 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 وطلب العلاج والتدخل من جانب الطب النفسي، بينما يعتبر ظهورها كارثة وعلامة من علامات الانحراف في مجتمع آخر، فالنسبة الثقافية تتضح هنا، فليس سواء مطلق أو 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 كذلك في الغد، وما كان شاذا وغير صحي بالأمس، لا يعد كذلك اليوم والعكس صحيح، والأمثلة عديدة ومتنوعة ومنها قيام أحد الأساتذة الأمريكيين بفصل طالبة جامعية منذ خمسون عاما بسبب إصرارها على التدخين داخل قاعة المحاضرة وذلك لإتيان هذه الطالبة سلوكا مخالفا للمألوف، والطريق أن نفس الجامعة فصلت هذا الأستاذ نفسه بعد ثلاثون عاما وقد أصبح عميدا فيها بسبب إصراره على منع 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 والناجح في دراسته وعمله وعلاقاته وترشده إلى الطريق الذي يجعله يتغلب على أي خلل في تكوينه النفسي وتجعل الفرد أكثر تحملاً للضغوط النفسية وتساعد الصحة النفسية الفرد على:

- أن يكون سعيدا منتجاً في بيئته الاجتماعية
- عدم قبوله بأن يعيش تحت سطوة الاستبداد.
- استمتاعه بالجمال الذي يساعده على الراحة والهدوء.
- الاستقلالية والفردية والإحساس بالمسئولية وإدراكه لانفعالاته
- الثقة المعتدلة بالذات تمكنه من تحمل أكبر قدر من الإحباط والتوتر وتقلل من انزلاقه إلى السلوك المضطرب.
- أن يون جديرا بأن يعيش في العالم ويساعده على الإستفاده من إمكانياته وقدراته
- ألا لا يشعر بالغربة النفسية في موطنه فهو يحب الناس جميعاً لأنه يستخدم عقله ليفهم الواقع بموضوعيه مع احتفاظه بفرديته.
- تقدير الحياة حيث يستقبلها بالتفاؤل والأمل.
- إتباع الأساليب التربوية المناسبة مع الأفراد سواء أم مريضاً ذي عاهة ، ذكياً أم غبي.

6- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

يرى زهران (2005، 12-14) فيذكر خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية كالتالي:

6-1- التوافق :

يتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الأسري والتوافق المدرسي والتوافق المهني والاجتماعي

6-2- الشعور بالسعادة مع النفس :

إشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها ، ونمو مفهوم موجب للذات وتقديرها.

6-3- الشعور بالسعادة مع الآخرين :

التعاون وتحمل المسؤولية الاجتماعية حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين، والقدرة علي إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة الانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي السليم، والقدرة علي التضحية وخدمة الآخرين، الاستقلال الاجتماعي، والسعادة الأسرية.

6-4- تحقيق الذات واستغلال القدرات :

فهم النفس، وتقبل الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد وتقدير الذات، واستغلال القدرات والطاقات إلي أقصي حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات
طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها، وتنوع النشاط وشموله، وبذل الجهد في العمل، والشعور بالسعادة بالنجاح فيه والرضا عنه.

6-5- القدرة علي مواجهة مطالب الحياة :

النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية والمرونة والايجابية في مواجهة الواقع، والقدرة علي مواجهة احباطات الحياة اليومية، وتقدير وتحمل مسؤولية السلوك الشخص والترحيب بالأفكار الجديدة.

6-6- التكامل النفسي :

الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا) والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

6-7- السلوك العادي :

السلوك العادي المعتدل المألوف الغالب علي حياة غالبية الناس العاديين والقدرة علي التحكم في الذات وضبط النفس

6-8- العيش في سلامة وسلام :

التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية، والسلام الداخلي والخارجي والإقبال علي الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل

(حامد عبد السلام زهران: 1997، ص12)

7- معايير الصحة النفسية:

تتحدد معايير الصحة النفسية بنمط ما يدور في واقع الأفراد وما يواجههم من ضغوطات، وتتحدد بمدى غياب عناصر الشعور بالأمن المادي والاقتصادي والاجتماعي فالصحة النفسية نمط إنساني اجتماعي يرتبط بوجود الإنسان وواقعه، ومن معايير قياس الصحة النفسية ما يلي:

7-1- المعيار الإحصائي:

أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائيا تتوزع وفقا للتوزيع الإعتدالي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة أعلى من المتوسط ودرجات منخفضة أقل 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 الإعتدالي. ومن المآخذ على هذا المعيار أنه قد يصلح عند الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول والوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي، لأن القياس النفسي يقوم على أسس معينة غن لم يتم مراعاتها يصبح الرقم الذي نخرج به رقما مضللا ولا معنى له، لأن 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. **(عبد فؤاد بهي السيد: 1997، ص272).**

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 فإنه يعد وفقا لهذا المعيار غير سوي، فمن الصعب الاعتماد على هذا المعيار كليا معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات.

(أبو إسحاق وأبو نجيلة سفيان، 1997، ص98).

7-3- المعيار الاجتماعي:

تتحدد السوية في ضوء العادات والتقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف به اجتماعيا، ويعني ذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه إلا 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 وأبو نجيلة سفيان: 1997، ص100).**

الفصل الرابع

إدمان المخدرات

تمهيد

1. تعريف المخدرات
2. تعريف الإدمان
3. لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات
4. واقع تعاطي المخدرات في الجزائر
5. العوامل التي تدفع الشباب والمراهقين إلى تعاطي المخدرات
6. تصنيف المخدرات
7. أنواع المخدرات
8. خصائص الإدمان
9. أضرار المخدرات
10. أنواع الإدمان
11. المرأة المدمنة
12. خصائص شخصية المدمن
13. مضاعفات الإدمان
14. المخدرات والإحساس باضطهاد لدى الفرد
15. الوقاية
16. تخطيط العلاج

خلاصة

تمهيد:

نظرا لتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات في العديد من المجتمعات العربية والإسلامية أصبحت ظاهرة إدمان أفراد المجتمع للمخدرات "خاصة الشباب". ظاهر اخطر من الغزو الثقافي ذلك لان الغزو الثقافي إنما 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 أن تمكن من نشب أظفاره في شباب المجتمع وأفراده عامة ولذلك أصبحت ظاهرة إدمان المخدرات من اخطر المشكلات التي تشغل بال المسئولين 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 يوم بعد أخر لان الفئات المدمنة تدمن تعاطي 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 .

هذه 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:

1-1- التعريف 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

(دردار احمد: بدون تاريخ، ص 17)

1-2- التعريف العلمي:

"كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الفرد عند تناولها كالنعاس، النوم، أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم". **(زموري حميدة وبن زطة بلدية: 2008، ص283)**

1-3- التعريف القانوني:

فهو خاص بكل دولة على حدى لكنه وحسب "هنري شابرول 2001" فإن القانونيين يتفقون على أنها "مجموعة من المواد التي تتسبب في الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحضر تناولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض 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, p 102)

1-5- التعريف العام للمخدرات:

وهو التعرف الخاص بالأفراد غير مختصين في مجال المخدرات حيث اتفق غلب الباحثين غير المتخصصين بان 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، ص 36)**

2- تعريف الإدمان:

2-1- التعريف 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 بنشاطات معينة لمدة طويلة، يقصد الدخول في حالة من النشوة أو استعادة الحزن والاكتئاب.

وكلمة TOXICOMANIE هي كلمة تتكون من لفظين TOXIQUE و MANIE وهي حالة تحدث للشخص عند استهلاكه مادة صيدلانية بقدر زائد.

و TOXIQUE لها أصل لاتيني TOXICIEN بمعنى سم نطلي به الاسم ثم عم استعمالها للإشارة إلى السم بشكل عام.

MANIE ظهرت في فرنسا عام 1393 لها أصل يوناني وتعني جنون وغضب فمنذ 20 سنة كلمة TOXICOMANIE و DROGUE استعملت للإشارة إلى أفراد يستهلكون المخدرات.

(خرخاش أسماء وآخرون:2008 ، ص480).

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 التناول المخدر من أجل تحصيل آثاره أو في مرات أخرى لتجنب الإزعاج من عدم تناوله، وله خصائص (التبعية النفسية، التبعية الجسدية، الاعتياد ACCOUTUMACE، الإحتمال أو الخضوع TOLERANCE).

(خرخاش أسماء وآخرون: 2008، ص480).

3- لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات:

إن ظاهرة انتشار المخدرات وتعاطيها، 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، وكما روى المؤرخ "هيرونت " أن قبائل الست البربرية منذ 500 سنة 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 ،كما استخدمه قدماء المصريين حسب ما ورد في بردية إبيترز منذ 1500 سنة قبل الميلاد، ووصفوا فيها الأفيون كدواء يمنع الأطفال من الإفراط في البكاء، وقد استعمل العرق الأفيون ووصفه البيروني وبين أعراض الإدمان عليه سنة 1000 قبل الميلاد، كما برع ابن سينا في استخدامه للعلاج . **(حامد عبد السلام زهران: 2000، ص67)**

عرف إدمان الأفيون طريقه إلى أمريكا بعد انتهاء الحرب الأهلية، حيث كان الجنود يلجئون لاستعماله من أجل التخفيف من الآلام التي يعانون منها نتيجة الحرب وسمي الإدمان عليه في ذلك الوقت ب: "داء الجيش" ومما لا شك فيه أن الاستعمار لعب دورا هاما في انتشار الأفيون في كثير من البلدان، وخاصة مع ظهور التنافس الأوربي على المستعمرات، واستنزاف ثرواتها واستغلال أراضيها، حيث شنت بريطانيا حربا ضارية على الصين سميث بحرب الأفيون، وهذا كرد فعل على الهند الصينية التي سنت تشريعا يحرم على الناس تعاطي 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 القرن 18 استخدم الهيروين كدواء مأمون من الناحية الطبية، كما استخدم المورفين في الحرب الأهلية الأمريكية، وفي القرن 19 عرفت 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 صيدلة ألفه الإمبراطور الصيني "شنج يانج" سنة 273 قبل الميلاد سمي بـ: (المحررين الآثام) كما عرفه المصريون القدماء قبل القرن الـ 13 ميلادي وعرفه أيضا الآشوريين والفرس والهنود والصينيون، ويعتبر الحشيش أكثر المواد انتشارا في العالم ويكثر تعاطيه بين الشاب 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 وتعاطي المخدرات في بعض أنحاء من العالم، نحاول الآن إلقاء الضوء على ظاهرة تعاطي المخدرات وجذورها في الجزائر، حيث 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 والإبسنث الذي أدخله الفرنسيون والذي يؤدي إلى حالة من السكر الفضيع، كما يشير الراوي إلى أن تعاطي الحشيش في الجزائر ترجع جذوره إلى العهد العثماني، حيث كان تعاطيه مباحا والدليل على ذلك تعاطيه العلني في المقاهي، كما أنه كان أكثر انتشارا بين المتقدمين في السن والفقراء .

ومن خلال ما سبق يتبيَن 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 الاجتماعية وزيادة حدة مشكلات البطالة، السكن، التعليم، التكوين والترفيه، واستغلال أوقات الفراغ كل

هذه الظروف هيأت الجو لاستفحال الانحراف في الجزائر على أن الفئة التي يكثر في أوساطها تعاطي المخدرات والانحراف بأشكاله هي فئة الشباب.

وعلى العموم فإن تعاطي المخدرات في الجزائر يشكل نسبة ضعيفة إذا ما فورن بالنسب المرتفعة الموجودة في الدول الأوروبية المصنعة، غير أن هذا لا يمنع من الإشارة إلى أن هذه الظاهرة تتجه نحو التطور والارتفاع.

(حامد عبد السلام زهران: 2000، ص70)

4- واقع تعاطي المخدرات في الجزائر:

بالرغم من قد تاريخ المخدرات في العالم بصفة عامة، وفي الجزائر بصفة خاصة إلا أن ظهورها بهذه الحدة التي نراها في السنوات الأخيرة لم يحدث أبدا من قبل .فحسب معلومات أجهزة الأمن والدرك الوطني، والجمارك، فإن رواج المخدرات بدأ سنة 1985 ففي هذه السنة تم حجز 342 كلغ من المخدرات موجهة للاستهلاك المحلي و 581 كلغ على الحدود.

ولقد نشرت جريدة " مشوار الأسبوع " في عددها رقم 63 (جويلية 1994) والاستناد إلى مصادر أمنية أن تلك المصالح قد أوقفت سنة 1993 (28 امرأة من بينهن 22 يتعاطين المخدرات و4 تتاجرن بها، أما في الثلاثي الأول من سنة 1994 أوقفت 9 نساء من بينهن 7 تتعاطين المخدرات و2 تتاجران بها).

وحسب تقرير المديرية العامة للجمارك الجزائرية، شاركت به في أيام دراسية عقدت بالحامة سنة 1997 ،فإن مجمل ما حجزته الجمارك على المستوى الوطني هو 17.877.132 كلغ من الكيف في العشر سنوات الأخيرة ...، وفي سنة 1992 ضبط ما مجمله 5.542.619 كلغ من القنب، وهي كمية مهمة، وحالة واحدة ضبط الهيروين فيها كانت في مطار الجزائر في أوت 1996، على متن طائرة قادمة من اسطنبول

أما في نوفمبر 1997 فقد احتجزت كمية تقدر ب: 20 طن من القنب (الشيرة) كانت ستدخل من المغرب الجزائري... وفي ديسمبر 1997 حجزت على نفس الحدود 86 كلغ وفي عين تيموشنت حجزت المصالح الأمنية 175 كلغ من الكيف المعالج، وبعد أيام قليلة حجزت نفس المصالح 100.25 كلغ من الكيف على شكل 401 صفائح، كل واحدة تزن

250 غ، وفي فيفري 1998 حجزت 5 طن من الحشيش في ميناء الجزائر، وفي مارس 1998 حجزت مصالح الدرك الوطني في عنابة 171 كلغ من القنب كانت قد دخلت من المغرب عبر طريق مغنية، وكميات أخرى بتبسة، و16 كلغ من المخدرات في شكل صفائح في أم الطبول بالطارف.

ومن هنا نستنتج أن عملية تهريب المخدرات تزداد سنة بعد أخرى ،وخذا ما يتضح جليا في النسب التي ذكرت من قبل، وكما تدل عليه الجهود المبذولة من طرف أجهزة الدولة هذه الآفة الخطيرة، إلا أن الكميات التي يتم ضبطها تشكل نسبة ضئيلة من الكميات المطروحة، وهنا يقول: البروفيسور ريدوح أن على الجزائر أن تأخذ مأخذ الجد "الإدمان" وتصنفه كخطر اقتصادي واجتماعي على الإنسانية، خاصة على ضوء تلك الأرقام المذهلة التي كشفت عنها مصالح الأمن حول الكميات المحجوزة، الأمر الذي يؤكد أن عدد المدمنين في تصاعد مستمر، تصاعد مواز لتلك الاكتشافات اليومية التي يقدمها علماء الكيمياء من مواد مختلفة لها تأثيرها النفسي من منبهات أو مهدئات أو مثيرات للهلاوس.

وفي الأخير يمكن 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 لإنجاز عملية التنمية، واستفحال هذه الآفة يؤدي إلى عكس ذلك.

5-العوامل التي تدفع الشباب والمراهقين إلى تعاطي المخدرات:

مما يزيد من ضخامة مشكلة المخدرات أن كثيرا من شبابنا العربي ومرهقينا وهم ما يزالون في عمر الزهو يسقطون في مستنقع الإدمان وتتعدد العوالم والأسباب التي قد تدفع إلى هاوية الإدمان ومن ذلك ما يلي:

- مجارات رفقاء السوء في المناسبات الاجتماعية إظهارا للرجولة أو للنضج بمعنى حب التقليد والمحاكاة.
- الرغبة في خوض غمار هذه التجربة وتذوق مذاق الخمر أو المخدر لدى المريض فيجره التيار ولا يستطيع العودة إلى بر الأمان.
- الاعتقادات الزائفة بان المخدرات تساعد على نسيان الهموم والمشاكل فالتعاطي يكون هروبا من المشكلة أو أزمة أو كارثة.
- الرغبة في النشوة الزائفة أو الفرحة أو الابتهاج

- التأثر باعتقاد خاطئ مؤداه أن المخدرات فاتحة للشهية مع أنها في الحقيقة تؤدي إلى فقدان الشهية، ومن ثم أمراض سوء التغذية كفقر الدم، بل إن المخدرات تؤدي بعدها إلى حالة من البؤس والكآبة والضيق والآلام وفقدان الوعي والإدراك والتوازن والتماسك
- قد تؤدي العوامل الثقافية المحلية إلى انتشار ظاهرة الإدمان بين طوائف معينة من أبناء المجتمع.
- قد يؤدي سوء التوافق النفسي أو الاجتماعي إلى اللجوء إلى المخدرات، في حالة تعرض الإنسان إلى كارثة شديدة كفقدان عزيز، الأمراض النفسية أو الذهنية أو الاضطرابات الخلقية أي السيكوباتية قد تؤدي بأصحابها إلى الإدمان
- المشاكل الأسرية بما في ذلك التصدع والصراع والطلاق والانفصال والخيانة وما إلى ذلك.
- من العوامل الرئيسية في حدوث الإدمان قلة الوعي أو الجهل بأخطاره
- المعانات من الأمراض المؤلمة قد تدفع بصاحبها لاستخدام العقاقير المخدرة لتسكين الآلام 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 آباء المدمنين كانوا أيضا مدمنين.
(عبد الرحمان العيسوي: 1992، ص 226– 227)

– ضعف المشاعر الدينية والوعي الديني وعدم احترام المجتمع وتقاليده وقوانينه.
– حرمان الطفل أو المراهق من المتابعة الوالدية أو الإشراف الأبوي الدقيق لسبب انشغال الأب أو غيابه.
– الإسراف في تدليل الطفل وتربة كافة متطلباته، أينما ومتى شاء، ويدخل في هذا النطاق الإسراف في إعطاء النقود لمراهق ما يمكنه من العبث بها.
– تعرض الفرد لكثير من مواقف الفشل والإحباط الإعاقة والإحساس بالظلم الاجتماعي.
– من العوامل البيئية ذات الأفكار السلبية الكثير مثل البطالة التي يتعرض لها الشباب.
– إساءة استعمال الحرية المعطاة للشباب .

وتؤكد شعبة المخدرات التابعة لهيئة الأمم المتحدة في كتابها الذي نشرته سنة 1983 من 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 وإتاحة المتعة والسرور والانشراح.
– عوامل الهجرة والتحضر 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 تخلقها البيئة أيضا إلى إساءة استعمال المواد المخدرة كوسيلة للهروب، كما يبدو أن هناك علاقة بين تعاطي العقاقير وبنية المؤسسات الاجتماعية وكيفية عملها
(عبد الرحمان العيسوي: 1992، ص 228– 229)

ومن هذه العوامل:

1. 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)

1.1. عوامل اقتصادية:

– ارتفاع مستوى المعيشة مما يلقي أعباء كثير على كاهل الأسرة والفرد تجعله عاجزا تجاهها، 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.

1–2–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 بان التعاطي للمخدرات يدل على الاستقلالية و قوة الشخصية

– عدم الرضا في الحياة

– الاغتراب عن المجتمع والتقاطع مع قيمه.

– صعوبة تقبل السلطة أو انخفاض التحصيل الدراسي عن المتوقع.

1.3. عوامل اجتماعية وتشمل:

- دور رفقاء السوء 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 أو 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، ص 270-271)

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 للآلام وخلال السنين القريبة هرت في الأسواق مركبات جديدة تتمتع بتأثير واضح على الجملة العصبية الدماغية وتؤدي إلى انحراف عقلي ظاهري حتى أن كثيرا منها يؤدي إلى الإذعان والاستعباد

نتيجة للاستعمال المستمر والحاجة الماسة التي تنشا عن هذا الاستعمال، وقد أشار الإحصاء الأخير الذي تم حديثا في فرنسا إلا أن 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، ص 136-137)

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:

1. **مسببات الإدمان والمهديات الحياة العاطفية:** وتضم الأفيون ومشتقاته، الهيروبين والكرك والكوكايين.
2. **المهلوسات:** وتظم المكسكالين والقنب الهندي والبنج
3. **المسكرات:** وتظم الأثير والكلورفون والبنزين.
4. **المنومات:** وتظم الكلورال، الباربيتون، والبارالدهيد.
5. **المنبهات:** وتظم العقاقير التي تحتوي على الكافيين، والكافو والقات والتبغ .

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

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

المجموعة الثانية: المنبهات وتشمل المنبهات الصغرى مثل: الكافيين، 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: 1407، ص 24)

7- أنواع المخدرات:

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

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

2. 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. المنشطات أو المنبهات: وهي العقاقير التي تسبب النشاط 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. المثبطات: وهي العقاقير والأدوية المثبطة لنشاط الجهاز العصبي والعضلي والجهاز الغدي.

5. المهلوسات: 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 السيئ والواضح على صح المدمن الجسمية والنفسية والعقلية والسلوكية (الأخلاقية).
5. الآثار الاجتماعية للفرد على جماعته ووسطه (أب عائلة – مراهق ووالديه – عامل).

(حمايدية علي: 2008، ص406)

6. بالإضافة إلى أعراض خاصة بكل عقار.

9- أضرار المخدرات:

أولا: الأضرار الجسمية:

1. فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال، والضعف العام المصحوب بإصفرار 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 الأذنين.

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 ما تنتهي 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 وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكونه، مما يؤد إلى فقدان الذاكرة، ويوجد الهلاوس السمعية والبصرية والشمية 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، التأثير 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 بالإتجاه نحو البطء، واختلال إدراك المسافات، بالاتجاه نحو الطول، واختلال إدراك الحجم بإتجاه نحو التضخم.

يؤدي تعاطي المخدرات إلى إختلال 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 بعدم الاستقرار والشعور بالانقباض مع عصبية وحدة في المزاج، وإهمال المظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه.

تحدث المخدرات اختلالا في الإتزان 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، والتوتر 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، وما ينجم عنها من مشكلات الإدمان بهذا الشكل يعني اعتماد الجسم على العقار، وهو بذلك عملية فيسيولوجية أي مرتبطة بوظائف الأعضاء، حيث يستجيب جسم المدمن استجابات معينة .

10-2- الإدمان السيكولوجي أو الاعتمادية النفسية:

إن العمليات الداخلية المسؤولة عن عمليتي الانسحاب والاحتمال مازالت غامضة نسبيا، ولكن الغريب أن جسم الإنسان لا يحدث 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 اجل 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 والفيسيولوجي فان ذلك لا يعني بأية حال من الأحوال أن الاعتماد السيكولوجي يستهان به وان صاحبه لا يعاني من الآلام والقلق والتوتر والصداع والبؤس والحزن والشقاء فالتمييز بين نوعين من الاعتمادية لا يقلل من خطر احدهما.

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 (01): 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 الأسرية

12- خصائص شخصية المدمن:

12-1- سمات الشخصية المدمن الاجتماعية:

فيما يلي وصف لسمات المتعاطين الاجتماعية كما أوضحتها البحوث والكتابات:

1. سن المدمنين: تدل معظم الدراسات على الإدمان على المخدرات تنتشر بين الشباب أو من تقل أعمارهم عن أربعين سنة فيزداد التعاطي لماريخوانا في الولايات المتحدة بين صغار السن، وانتشار الامفيتامين بين طلاب المدارس الثانوية، وتقدر نسبة تعاطي المخدرات في من يقل سنهم عن 25 سنة إلى 50% من نسبة هذه المجموعة.

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

2. جنس المدمنين:

تنتشر العقاقير والمخدرات بين الذكور أكثر من الإناث، باستثناء مجموعة الباربيتورات والامفيتامينات Barbiturates and Amphitaminaes والتي تنتشر أكثر بين الإناث متوسطات الأعمار لما لها من خاصية نقص الوزن.

وقد اتضح من دراسة ايزيدور Isiodor chien والتي انتشرت بعنوان "الطريق إلى المخدرات: تعاطي المخدرات والجناح والسياسة العامة" والتي قام فيها بدراسة توزيع وتعاطي الحشيش في مدينة نيويورك فوجدنا أن 85% منهم من الذكور وفي الهند اتضح من بحث كوبرا أن تعاطي المخدرات أكثر انتشارا بين الذكور من الإناث وتتفق الأبحاث المصرية لساعد المغربي، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية مع نتائج هذه الدراسات، وان الإدمان ينتشر بمصر بين الذكور **(عفاف محمد عبد المنعم: 2003، ص 95)**

فالسلوك الإنحرافي بما فيه إدمان المخدرات بين الجماعات المختلفة عن تأثير اختلاف 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 والاقتصادية والتنافس ولاختلاف أدوارهن في المجتمع عن الذكور وحين تتساوى النساء في التعرض لهذه الأزمات مع الرجال تميل الانحرافات إلى الانتشار بينهن بالمثل.

3. الحالة المهنية والتعليمية للمدمن:

تأكد معظم الدراسات أن المدمنين ممن لديهم مشكلات دراسية وقفت في طريق تقدمهم الأكاديمي، وكذلك أثبتت نتائج أبحاث المركز القومي وساعد المغربي أن تعاطي الحشيش منتشر بين الأميين ونسبة قليلة ممن يعرفون القراءة والكتابة وذوي التعليم المنخفض أكثر من غيرها من الفئات، وكذلك أوضح فاروق عبد السلام 1982 أن تعاطي الأفيون ينتشر بين الأميين

كما ينتشر الإدمان وفقا للدراسات السابقة في معظم الفئات الاجتماعية ولكن أكثر الفئات تعاطيا وانتشارا في مصر هي فئة العمال والمهنيين والفلاحين.

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 والخدمات ومعظم مدمني الهيروبين من الشباب العاطلين عن العمل، ونسبة من يعمل منهم 26% جميعهم من الطبقات الاجتماعية الدنيا **(عفاف محمد عبد المنعم: 2003، ص 96)**

12-2- الحالة الأسرية:

تعتبر الأسر التي تفشل في توفير الحاجات الأساسية لأبنائها مثل المحافظة على صحتها ووظائفهم الحيوية واكتسابهم العادات الاجتماعية السليمة وكيفية تكوين العلاقات مع الآخرين وفرض ضوابط على دوافعهم الجنسية وإشباع حاجاتهم الانفعالية اسر معتلة، مما يؤدي إلى انحراف أفرادها بصورة أو أخرى وتكون إحدى صور الانحراف هي تعاطي أو إدمان المخدرات فقد ثبت أن أبناء الأسر المفتتة أو المنهارة تدمن على المخدرات أكثر من

غيرها عند الكبر وكذلك الأسر التي تعتبر الأم فيها الشخصية الرئيسية، تؤثر على نمو السمات التي تؤدي إلى الاستعداد للإدمان فالملاحظ في معظم اسر المدمنين أن الأب الغائب معظم الوقت ولا يمارس دوره في الحياة الأسرية والأم المتملكة والمسيطرة ومن صفات هذا النوع من الأمهات الاضطراب الانفعالي والشعور بالذنب، العدوانية، السيطرة.

وقد اثبت **سمارت Smart** أن استعمال احد الوالدين للمخدر يوميا يؤثر تأثيرا كبيرا على استعداد الطفل لاستعمال المخدرات، واتضح من دراسته أن 60% من الأطفال يستخدمون نفس المخدر الذي استعمله الأب أو الأم.

وقد أوضح **ويلكر Walker** أن هناك عاملين مرتبطين ارتباطا بإدمان المخدرات عند الأطفال عند وصولهم إلى سن المراهقة وهما:

1. صراعات خاصة بالرغبة في الإتكالية ويشمل:

- تذبذب الأم بين العطف والحنان من جهة والنبذ من جهة أخرى.
- تهرب الأم من الأزمات الأسرية ولجوئها إلى الخمر أو الانغماس للجنس.
- انحراف سلوك الأم
- إهانة الأب للام.
- تنافر الوالدين.
- سخط الأم وعدم تقبلها للأمومة

2. عدم قدرة الطفل على إدراك دوره في المجتمع ويشمل عدة عوامل خاصة بهذا العجز هي:

- نبذ الوالدين للطفل
- تهرب الأب من المسؤولية
- انعدام طموحات الأبوين فيما يتعلق بمستقبل الطفل.
- انعدام مراقبة الطفل والإشراف عليه.
- ضعف الضوابط التي تفرضها الأم على سلوك الطفل

(عفاف محمد عبد المنعم: 2003، ص 97)

سمات شخصية المدمن كما توضحها نتائج مقابلة مع المدمن:

- الانقياد والانصياع لأوامر الجماعة.
- السلبية في التعامل مع الواقع
- الإتكالية والجمود
- عدم القدرة على تحمل الآلام والمتابع والظروف الضاغطة.
- عدم القدرة على إرجاع رغباته وغرائزه ومطالبه.
- وجودهم في بيئات تتميز بالانحطاط الاجتماعية، والتفكك الأسري وانتشار العادات السلوكية الشاذة.
- تشوش الإدراك وفساد بعض العمليات العقلية كالتذكر والإحساس البصري والسمعي والذوقي... الخ.
- اضطراب التفكير وجموده، وانحطاطه.
- اضطرابات الذاكرة.
- التردد في التصرفات والخوف والتشكك والافتقار إلى المبادرات.
- التوتر وعد القدرة على التوفيق بين رغباته وواقعه.
- الانسحاب من الواقع والهروب.
- ضعف قدرته على العمل وانعدامها في بعض الأحيان، الأرق والهزال وفقد الشهية للطعام.
- الميل لارتكاب الجرائم، الاضطراب الجنسي.
- التفكك الأسري وانعدام القيم في بيئته الأسرية، وخروجه من بيئات تتميز بالفقر.
- الشعور بالعجز ونقص والدونية واستخدام الحيل الدفاعية لمدارات ما يقوم به من سلوك شاذ.
- عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة.
- عدم القدرة على التعامل بايجابية مع من حوله

(عفاف محمد عبد المنعم: 2003، ص 222-223)

12-3- شخصية المدمن النفسية والبيولوجية:

حاول أصحاب هذا الرأي إثبات وجود أنواع معينة من الشخصيات أو سمات خاصة في الأفراد الذين يصابون بإدمان وهذا النوع من الشخصية نادر بين الناس بصورة عامة، ولم يتوصل الباحثون حتى الآن إلى إثبات وجود مثل هذا النوع من شخصية الأفراد الذين يدمنون، فقد استطاع الباحثون التوصل إلى جزء من هذه السمات عن طريق أسلوب التحليل النفسي، ووصف الشخصية وفق المنهج المتعلق بالطب النفسي ودراسة الشخصية لمجموعة من الأطفال على مدار السنين ثم المقارنة من يدمن منهم عند البلوغ بغير المدمنين منهم.
(عادل الدمرداش: 1982، ص 34)

وتصنيف الطب النفسي للشخصية الإدمانية كثيرة أهمها:

1. **غير ناضج:** لا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال بنفسه على الآخرين
2. **منغمس في الذات:** الذي يصر على تحقيق ما يريده فورا وإشباع رغباته
3. **عقابي الذات:** تتكون هذه الشخصية نتيجة لأسلوب في التربية يعاقب الطفل عند إظهاره الأشياء أو الغضب المشروع.
4. **الشخصية المكروبة:** وهي شخصية قلقة ومتوترة تلجأ إلى العقاقير والمسكنات لتسكين الألم والقلق، الأمر الذي يؤدي تكراره إلى الإدمان.

وتتلخص الشخصيات التي تلجا إلى الإدمان فيما يلي: التركيز على اللذة عن طريق الفم، عدم النضوج الجنسي، الميل إلى تدمير الذات، العداء والاكتئاب، ومما يؤدي ذلك إلى استخدام الأفيون بين المراهقين الذكور لأنه مادة فعالة في تسكين المشاعر الجنسية والعدوانية التي يعاني منها كثير من المراهقين.

13- مضاعفات الإدمان:

فمن مضاعفاته :

- فقدان الشهية والهزال
- -الضعف الجنسي
- اضطراب الدورة الشهرية
- تقيح الجلد
- تسمم الدم
- التهاب الكبد أو غشاء القلب المبطن
- الإصابة بالزهري
- الأمراض المعدية الأخرى نتيجة لاستخدام الحقن غير المعقمة فمن يحقنون أنفسهم بالوريد، كذلك التسمم والانتحار
- حوادث السير
- السرقة
- الدعارة
- تدني المستوى الدراسي والكذب .
- الإهمال والغش من اجل الحصول على المخدر
- وتدني الكفاءة والانزواء والإنتاج والاختلاط فقط بالمدمنين

(عادل الدمرداش: 1982، ص 107)

14- المخدرات والإحساس باضطهاد لدى الفرد:

إن الإكثار من تعاطي هذه العقاقير ينتج حالة تشبه فصوم الاضطهاد أي جنون الاضطهاد حيث يتوهم المدمن أن الناس تحيك له المؤامرات وتدبر لقتله، أو الانتقام منها ويشعر انه مضطهد من قبل المجتمع والمحيطين به وتكمن الخطورة في جنونه هذا قد يدفع للتخلص ممن يتوهم أنهم خصومه فيقتلهم وفي هذه الحالة يعاني المريض من الهذاءات أو الضلالات أي تتسلط على ذهنه الأفكار الزائفة التي لا وجود لها في مخيلته المريضة.

ويؤدي الإفراط في التعاطي إلى تدمير المخ وتزداد القدرة على احتمال العقار بسرعة فائقة،بحيث يصبح المريض في حاجة إلى تعاطي كميات كبيرة للحصول على التأثير المنشط المطلوب وإذا زادت احتمالية المريض، فانه يتوقف عن تعاطي الأقراص بالفم ويبدأ بأخذ العقار في شكل حقن بالوريد ويعتبر عقار الميثدارين Methedarine قوى هذه العائلة من العقاقير المنشطة، وقد تصل حالة المريض من الحد الذي يجعله يعيش على العقار وحده ولا يأكل أو يشرب غيره، فتضعف صحته ويشعر بالتعب والإرهاق والإنهاك والأرق والاكتئاب وقد ينام بعدها لعدة أيام ثم تبدأ الدورة من جديد وهكذا تتدهور حالته ووظائفه الاجتماعية، ويتسم سلوكه بالعدوان والشرود والضلال وعدم الانتظام والخطأ .

(عبد الرحمان عيسوي: 1992، ص 95)

15- الوقاية:

يتم تحديد المشكلة وحجمها وإبعادها وضع خطة وطنية أو إقليمية (وعالمية ما أمكن) لوقاية المجتمع من هذه الآفة ويجب أن تتضمن هذه الخطة ما يلي:

1- ضبط المجتمع وتحصينه من دخول هذه المواد إليه سواء عن طريق التهريب أو الإنتاج وتشمل ما يلي:

أ- ضبط الحدود بإجراءات شرطية عالية الكفاءة وفاعلة بحيث يستحيل تمرير هذه البضاعة إلى داخل المجتمع.

ب- ضبط البلاد من الداخل بحيث تراقب أي محاولة لزراعة النباتات التي ينتج منها

ج- ضبط البلاد من الداخل حتى لا يتم تصنيع أي من هذه البضاعة داخل البلاد.

د- ولتنفيذ البنود أعلاه لابد من تطوير وسائل سريعة ودقيقة لتحليل هذه المواد دون الإضرار بالمواطنين وتعطيل مصالحهم . **(خالد احمد الصرايرة: 2008 ص 33-32)**

2- وضع خطة إعلامية لتوعية المجتمع توعية كاملة بكل فئاته لمعرفة أضرار هذه الآفات ومضاعفة وقدرتها التدميرية للإنسان والمجتمع وتشمل هذه الخطة:

أ- استخدام وسائل الإعلام سواء كانت مرئية أو مسموعة أو مقروءة، استخدام امثلا، بحيث تبث المعلومات بطريقة غير ملة حتى تطلع عليها المجموعات المهددة بالانحراف وذويهم.

ب- استخدام السينما في بث بعض الأفلام القصيرة، قبل عروضها العادية، بطريقة تثقيفية شيقة بعيدة عن الروتين والخطب.

ج- تفعيل دور المساجد ودور العبادة الأخرى، وتكوين فرق من لمرشدين ذوي الكفاءة العالية التي تمكنهم أن يوصلوا رسالتهم إلى المعنيين وذويهم بطريقة بعيدة عن الوعظ التقليدي الذي ينفر جيل الشباب من الاستماع إليه.

د- المطبوعات حيث يتم نشر الكتب بعد قراءتها وتدقيقها وتنقيحها ولا يسمح بنشر أي معلومات عن هذا الموضوع الأبعد دراسة وتدقيق.

هـ- المحاضرات والندوات في مراكز تجمع الشباب لإفادتهم والقائمين على شؤونهم ومساعدتهم للتعامل مع المعطيات هذا الموضوع من جميع جوانبه .

(خالد احمد الصرايرة: 2008، ص 33)

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

أ- **النشاط المنهجي:** بتقرير مواد دراسية كجزء من مقررات التربية الوطنية في المدارس وكمواد 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 والأناشيد. **(خالد احمد صرايرة: 2008، ص 34)**

16- تخطيط العلاج:

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

أهم ما يخطط له في العلاج من المخدرات هو الهدف المباشر له، وهو العمل على تخفيض المضاعفات الطبية والنفسية المرتبطة بالاستعمال غير المشروع للمخدرات ومن العوامل المؤثرة على محصلة العلاج ما يلي:

أ- تحفيز وتشجيع أسرة المدمن ليشرع في العلاج أو يستمر فيه.

ب- إزالة التسمم الناتج عن تناول المخدرات غير كاف للشفاء، بل يجب تشجيع المدمنين على بدل كل الجهد لمواصلة العلاج وإعادة التأهيل.

ج- تفعيل دور الطاقم الطبي المكلف بالعلاج على دعم وتعزيز رغبة المدمنين (المرضى) في التحرر من الاعتماد على المخدرات، والحرص على قبولهم في حالة حدوث انتكاس ثم عادوا لمواصلة برنامج العلاج.

د- إن تفهم الطاقم المكلف بالعلاج لمعنى استخدام الفرد للمخدر، والحالة النفسية المترتبة عن ذلك تجعله في موقع أفضل لمساعدته خاصة المدمن المزمن، على استعادة حياة طبيعية أكثر صحة.

لذلك لابد من ربط العلاج بالتأهيل وإعادة الإندماج الاجتماعي لأنه لا يكفي وحده لمساعدة المعتمدين على المخدرات في الصول إلى حالة من التحرر والاستقلالية النفسية، وهو بذلك خطوة مبكرة في عملية أطول وأعقد، ومن أهم التدابير التأهيلية التي تحقق ذلك إيجاد طرق بديلة للحياة والتي تعتبر من أهم جوانب برامج التأهيل التي تهدف إلى 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 لآخر بحسب الفروق الفردية، فهناك من يتجه لتعلم مهارات سلوكية جديدة، أو الميل إلى نشاطات بدنية كالرياضة أو نفسية كالإستماع إلى الموسيقى والاتجاه إلى كل ما هو فني وجمالي أو اللجوء

إلى تطوير وعي أكبر بذواتهم أو بالآخرين، وقد يبدي البعض اهتماما أكبر بالنواحي الدينية ودروس العلم من خلال ما يعرف بالبرامج التأهيلية المعرفية.

فالجانب الطبي في العلاج لا يلغي دور بقية الجوانب الأخرى السيكولوجية والسلوكية التي تساعد كثيرا المريض (المدمن) على تعديل إدراكه لذاته وللآخرين لأن إزالة التسمم الناتج عن المخدرات بداية فقط لتقبل بقية الإجراءات النفسية والسلوكية التي تؤكد عزم المدمن على الإقلاع عن هذا الاعتماد المرضى والعمل على تكيفه مع واقع المجتمع إيجابيا.

16-1- العلاج الطبي:

إذا ضاعت منا فرصة وقاية أبناءنا وبناتنا خطر المخدرات، لابد لنا من التمسك بفرصة العلاج كضرورة وواجب، لتحصيلهم من أضرارها الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية المدمرة، ولإنقاذهم ن معاناة وآلام مرحلة الانسحاب.

إن علاج الإدمان له مراحل متتالية لا يمكن تجزئته بالاكتفاء بمرحلة منه دون أخرى أو تطبيق بعضه دون بعض، فكما أنه واحدة، فغنه أيضا عمل جماعي يبدأ من المدمن ذاته الذي يجب أن نتاج له الفرصة ليشارك إيجابيا في إنجاحه، ويصدق هذا القول حتى وإن كان العلاج بغير إرادة المدمن، كان يكون بحكم قضائي أو تحت ضغط الأسرة التي تكون مشاركتها في كل مراحل العلاج الطبي ضرورية، مع محاولتها الجادة لعلاج مشاكلها سواء كانت هذه المشاكل مسببة للإدمان أو ناتجة عنه.

(سفاري ميلود، بلقرمي سهام: 2008، ص329)

ومن الضروري كذلك ألا يقتصر كذلك العلاج على كل ذلك، بل يجب أن تتكامل التخصصات العلاجية وتتحدد وصولا إلى النتيجة المطلوبة، وهي الشفاء التام وليس الشفاء الجزئي أو المحدد، ذلك أن الشفاء، الحقيقي لا يكون مقصورا فقط على علاج أعراض الانسحاب ثم يترك المدمن بعد ذلك ليقع الإنعكاس، بل يجب الوصول معه إلى استرداد عافيته الأصلية من جميع وجوهها الجسمية والنفسية والاجتماعية، مع ضمان عودته الفاعلة إلى 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.

وعلى العموم، فإنه كلما ازداد عدد النكسات وزادت خطورة المادة المدمن عليها كلما وجب التشدد في معايير الشفاء حتى في الحالات التي يصحبها اضطرب كبير في الشخصية أو التي ارتكبت فعلا إجراميا مهما كان محددا، وتكون مراحل العلاج على النحو التالي:

16-2- مرحلة التخلص من السموم:

هي مرحلة طبية في الأساس، ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية إنما يتخلص تلقائيا من السموم، لذلك فالعلاج المبرمج للمدمن في هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد على القيام بدوره الطبيعي، وأيضا التخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الإنسحاب 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 للمدين.

16-3- مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي:

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

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

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

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

16-4- مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة: تنقسم هذه المرحلة إلى ثلاث مراحل جزئية هي:

أ- مرحلة التأهيل العملي:

تستهدف هذه العملية استعادة المدمن لقدرته وفاعليته في مجال عمله، وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل، أما إذا لم يتمكن من هذه العودة فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آخر مفتاح، حتى يمارس العمل بشكل طبيعي.

(سفاري ميلود، بلقرمي سهام: 2008، ص330)

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 على تحسين العلاقة بين الطرفين (المدمن من ناحية، والأسرة والمجتمع من ناحية أخرى) وتدريبها على تقبل وتفهم كل منهما للآخر، ومساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه، وإعطاءه فرصة جديدة لإثبات حديثه وحرصه على الشفاء والحياة الطبيعية.

ج- الوقاية من النكسات:

و يقصد بها المتابعة العلاجية لمن شفي لفترات تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج مع تدريبه وأسرته على 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، وعلى هذا ينبغي النظر إلى التعاطي بهذا النظار السلوكي والبيئي الشامل، إليه باعتباره مرضا والتعامل مع المتعاطي على أنه مريض، وعليه ينبغي إعطاء علاج المدمنين مكانه المناسب مع الاعتماد على جميع مجهودات الفرد نفسه والمجتمع المحلي والتعاون الدولي لمكافحته والقضاء عليه.

(سفاري ميلود، بلقرمي سهام: 2008، ص331)

(عدوان يوسف وآخرون: 2008، ص362)

خلاصة :

بعد التطرق إلى مختلف العوامل والأسباب المؤدية إلى 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 أدى بهم إلى مثل هذه السلوكيات الانحرافية، إضافة إلى عدم اهتمام الهيئات الحكومية بإنشاء مختلف المؤسسات والمراكز التي تعمل على البحث في شؤونهم ومعرفة نوع الخدمات والرعاية التي يحتاجونها، والتي لها علاقة مباشرة بظهور تعاطي المخدرات

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. الدراسة الأساسية
3. منهج الدراسة
4. عينة الدراسة
5. حدود الدراسة
6. أدوات الدراسة

خلاصة

الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة عامة حول جوانب الدراسة الميدانية لبحثه، وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التأكد من ملائمة دراسة البحث والتحقق من مدى صلاحية الأداة المستعملة في جمع المعلومات ومعرفة الزمن المناسب والمتطلب لإجرائها.

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية حيث توجت الباحثة إلى المستشفى الجامعي **فرانتز فانون** بالبليدة في دولة الجزائر، للحصول على الموافقة لإجراء الدراسة ومن ثم توجيهي إلى مركز العلاج والوقاية من المخدرات، وقد تم التقرب من الطاقم الطبي النفسي وشرح لهم الدراسة وما تحتاجه الباحثة من تعاون.

وقبل التطبيق الميداني للمقاييس قمنا بدراسة استطلاعية، وذلك بمسح وحصر كل الإمكانيات المادية والبشرية المتعلقة بموضوع الدراسة.

وتعتبر هذه الدراسة كقاعدة للدراسة الميدانية، وقد أفادتنا في الإحاطة بجوانب الموضوع.

العينة: تمثلت العينة الاستطلاعية في المدمنين الذين يعالجون حاليا بمركز العلاج و الوقاية بالمستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة/ الجزائر.

أداتها: تمثلت في تطبيق:

1- مقياس الصحة النفسية .

2- المقابلة الموجهة.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- منهج الدراسة :

أ. تعريف المنهج:

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

أسلوب دراسة الحالة: يهدف إلى تعرف على خصائص ومضمون حالة أو ظاهرة واحدة وبصورة مفصلة ودقيقة، ويرتكز منهج دراسة الحالة إلى تحديد حالة محددة بعينها كخطوة أولى ومن ثم جمع معلومات مفصلة ودقيقة عنها كخطوة ثانية، وتحليل المعلومات التي تم جمعها بطريقة علمية وموضوعية للحصول على نتائج محددة يمكن تعميمها، واقتراح أساليب معالجتها 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 بالعمق والتركيز على الظاهرة أو موضوع محدد وعدم الاكتفاء بالوصف الخارجي للحالة موضوع الاهتمام، ذلك أن المنهج يهتم بالموقف الكلي من خلال تحليل مختلف العوامل المؤثرة في الحالة بصورة ديناميكية تأخذ في اعتبارها تأثير البيئة الخارجية على الحالة موضوع الاهتمام.

2-2- عينة الدراسة :

يعتبر استخدام العينة من الأمور الشائعة في مجال البحوث و الدراسات العلمية سواء الاجتماعية أو الطبيعية، إن اختيار العينة لإجراء الدراسة عليها قد يكون مفضلا على دراسة كامل المجتمع الأصلي نظرا لما في ذلك من توفير للوقت و المال و الجهد المبذول.

أ. تعريف العينة:

هي ذلك الجزء المستخدم و المختار للدراسة و الذي يشتغل من اجل الحكم على الكل فهي جزء من المجتمع كلي أو مجتمع الدراسة، ويتم اللجوء إليها عندما تصعب دراسة كل وحدات المجتمع الأصلي وعلى هذا فهي تخضع لطبيعة الدراسة.

(رشيد الزرواتي: 2007،ص340)

ويتم في هذه الدراسة انتقاء العينة بالطريقة القصدية أي أنها العينة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينات في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة، لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي. **(محمد عبيدات، وآخرون:1999،ص92)**

- ✓ وعليه تمثلت عينة الدراسة الحالية في ثلاث **(03)** حالات مقيمين بمستشفى فرانتز فانون يعالجون من الإدمان، و مضى على دخولهم للبرنامج العلاجي **15** يوم.

ب. خصائص عينة الدراسة:

تتميز عينة الدراسة بمجموعة من الخصائص الموضحة في الجدول التالي:

عدد الحالا	الجنس	السن	المستوى التعليمي	مدة العلاج	الولاية	أول مرة تعاطى فيها	الحالة الاجتماعية
01	ذكر	34	ثالثة ثانوي	18 يوم	غرداية	19 سنة	مطلق
02	ذكر	28	جامعي	15 يوم	تقرت	23 سنة	متزوج
03	ذكر	22	ثانية متوسط	20 يوم	سكيكدة	15 سنة	أعزب

جدول رقم (2) يوضح خصائص عينة الدراسة

2-3- حدود الدراسة:

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

2-3-1- المجال الجغرافي للدراسة:

يقصد به النطاق الميداني لإجراء الدراسة قصد التمكن من جمع الماجدة العلمية حول موضوع الدراسة ونظرا لان موضوع الدراسة هو دور المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لدى مدمني المخدرات،

تم إجراء الدراسة في مركز الوقاية وعلاج المدمنين المتواجد بالمستشفى الجامعي "فرانتز فانون "بالبليدة ، الجزائر، والذي تم تأسيسه في 14 ديسمبر 1996 .

2-3-2- المجال البشري للدراسة :

يقصد بالمجال البشري هم الأشخاص المدمنين الذين يعالجون بمركز الوقاية وعلاج الإدمان المتواجد بالمستشفى الجامعي" فرانتز فانون " بالبليدة والذين فاقت مدة استشفائهم 15 يوم . حيث تم اختيار ثلاث (03) حالات بطريقة قصديه من اجل إجراء الدراسة و التحقق من صحة الفرضيات.

2-3-3- المجال الزماني للدراسة:

ويقصد به المدة الزمنية التي استغرقها الباحث في إجراء الدراسة وعليه فكانت الفترة الزمنية لإجراء الدراسة يوم : 13- 14 ماي 2014.

2-3-4- أدوات الدراسة:

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

2-3-4-1- المقابلة:

هي عبارة عن موقف تفاعلي وعلاقة دينامية، وتفاعل بين شخصين أو أكثر تتم وفق غرض محدد و لتحقيق أهداف محددة أهداف محددة. **(خالدعبد الرزاق النجار:2008،ص53)**

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

محادثة تتم وجها لوجه بين العميل و الأخصائي النفسي العيادي، غايتها العمل على جل المشكلات التي يواجهها العميل و الإسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج، وتختلف المقابلة الإكلينيكية عن المحادثة العادية في أنها طريقة مهنية لها هدف **(لويس كامل مليكة: 1992،ص64)**

ومن بين أنواع المقابلات استخدمنا المقابلة الموجهة، لأنها الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة وتعرف بأنها المقابلة التي تكون أسئلتها وتسلسل 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 يمنع من طرح أسئلة غير مخطط لها إذا رأى الباحث ضرورة لذلك أو إذا أثارت إجابة المبحوث بعض التساؤلات الهامة.

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

(محمد عبيدات، واخران:1999،ص57-73)

2-3-4-2- مقياس كولديبرغ للصحة النفسية:

تم اعتماد مقياس **غولدبيرغ** و **ويليام** في الصحة العامة (Goldberg & William 1991) وقامت باستعماله الجعافرة (2003) ، إضافةً إلى (الشخانبة، 2005) الذي قام ، وهو يتمتع بدرجات صدق وثبات مناسبة تفي بأغراض الدراسة الحالية. ويتألف هذا المقياس من (60) فقرةً، و الذي قننه على البيئة اليمنية (علي وادي) عام 1999 ضمن دراسته حول اثر إفراط في تناول القات في الصحة النفسية لطلبة الجمهورية اليمنية، وفيه سبعة محاور تغطي تؤشر للصحة النفسية . و كل بعد يقيس أعراض سلوكية أو نفسية و الدرجة 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 (الاجتماعي) 12-5-25-19-11 .

5- أعراض المشاعر الذاتية (عدم الكفاية، التوتر، المزاج) 13 -6 -31-26-41-36-44-45-60-58-56-54-53-14.

6-أعراض المشاعر الذاتية (عدم الكفاية، التوتر، المزاج....الخ) 13-6-31-26-41-36-44-45-60-58-56-54-53-14-20.

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

طريقة الحساب:

أوزان البدائل فأنها جميعا تتراوح من 4 – 1

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

يمكن استعمال الأرباعيات لتقدير مستوى الصحة النفسية على النحو الأتي:

60 فأقل مستوى منخفض.

61-120 مستوى متوسط.

121-180 مستوى فوق المتوسط.

181-240 مستوى عالي

الدرجة الخام على مقياس الصحة النفسية = ...

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 الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسات في البيئة الأردنية كدراسة 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.

2-الثبات بإعادة التطبيق المقياس:

لقد تم تطبيق المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة إكلينيكية في عدة دراسات وتم إعادة الاختبار بعد شهر وكان معامل الارتباط 0.86 وقيمة الدلالة الإحصائية.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة
2. عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى
3. عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس مع الحالة الأولى
4. عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية
5. عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس مع الحالة الثانية
6. عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة
7. عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس مع الحالة الثالثة
8. تحليل عام للحالات
9. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
10. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى
11. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
12. مناقشة الفرضية العامة

خلاصة

تمهيد:

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

أولا: 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 الاجتماعية: مطلق .

ولاية: غرداية.

مدة العلاج: 18 يوم.

1-4- ملخص المقابلة العيادية مع الحالة الأولى :

أبدت الحالة رغبة كبيرة في التحدث إلينا وتساءل عما نود معرفته حيث قال (مرحبا بيكم وماذا بينا نتلاقاو بناس كيما نتم باه نفهموا الشباب الصغير ونوعوه)، وعن سؤالنا عن حالته الصحية قبل دخوله للمستشفى و أثناء فترة إدمانه و بعد دخوله للمستشفى خاصة انه تبقى ثلاث أيام لمغادرته فكان مرتاح ومطمئن على حاله وما هو وضعه النفسي الآن وجاء في حديثه (جسم ميت كل حاجه توجع فيا، ولات عندي لاتونسيو وسكر وشحال من مرة ندخل للسبيطار)، (ضرك راني هايل بعد تريتمو معول نبقى نعالج عند بسيكولوج) أما عن سؤالنا عن نفسيته فجاء في حديثه (كنت كاره حياتي كنت مكتئب . نخمم نقتل روحي وشحال من مرة ومنقدرش نشوف روحي في المراية علابالك منحبش نتسأل على اسمي بيا مانيش نشوف في روحي انسان) وأما الآن فهو يرى نفسه انه 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 بغرداية مع اخصائي نفساني).

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

الحالة الأولى : استنادا إلى مختلف إجابات مقياس كولديبرغ للصحة النفسية و الذي يعكس حقيقة صحته النفسية من خلال مختلف ما تقدم به 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) و المتمثل في (تخشى الإصابة بانهيار في كل مكان عام) والذي أجاب عليه بالبديل إلى حد ما لا ، ما يمنحه له درجة 3 على البند، كما ان 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) و المتمثل في (تشعر بتوعك أو إرهاق)، و الذي أجاب عنه بالبديل (لا) والذي تمنحه درجة (4)، إضافة إلى البند رقم (9) و المتمثل في (تصاب بنوبات الحرارة و البرودة)، حيث أجاب بالبديل (إلى حد ما لا) والذي يمنحه الدرجة (3) بينما البند رقم (16) و المتمثل في (تفقد الكثير من ساعات نومك بسبب 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 و اليقظة ، 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 و المتمثل في (تأرق في الليل) والذي أجاب عنه بالبديل (الى حد ما) ما يعطي له درجة (3) في الإجابة على هذا البند .

فيما يخص أعراض السلوك الشخصي في البند رقم (30) والذي محتواه (تبذل جهدا عند انتقاء ملابسك كالسابق) والذي أجاب عليه بالبديل (نعم)، والذي نمنحه الدرجة 4 لإجابته على هذا البند.

فيما يخص أعراض السلوك الاجتماعي المتعلق بالآخرين و الذي يشمله البند (33) الذي محتواه (تمضي وقتا طويلا ممتعا مع الآخرين) والذي أجاب عنه بالبديل (إلى حد ما نعم) وتعطى له بذلك درجة (3) لإجابته على هذا البند، إضافة إلى البند رقم (34) و المتمثل في (تخاف أن تخبر الناس عن شيء في حالة ارتكاب حماقة ما) والذي نمنحه الدرجة (4) على هذه الإجابة نلاحظ أن المؤشرات واضحة حول تحسن صحته النفسية .

كما نجد أن الحالة تتمتع بمؤشرات للصحة النفسية فيما يخص (المشاعر الذاتية كالتوتر وعدم الكفاية)، وتمثلت في إجابته على البند رقم (6) وجاء فيه (تشعر بالشد والضغط في راسك) والذي أجاب عليه بالبديل (إلى حد ما لا) و الذي نعطي له درجة (3)، بينما تمثلت إجابته على البند رقم (31) الذي محتواه (تشعر بالعلاقة الحميمية نحو المقربين إليك) والذي أجاب عليه بالبديل (نعم) وتعطيه الدرجة (4).

كما أن هذه الحالة يلاحظ عليها تحسن كبير في مؤشرات الصحة النفسية من أعراض المشاعر الذاتية المتضمنة القلق و الاكتئاب بصورة رئيسية، وذلك من خلال إجابته على البنود 54-55-56-57-58-59-60 وذلك بالإجابة على البديل (لا) الذي نمنحه الدرجة (4).

ومن خلال تحليل استجابات الحالة الأولى، وبالرجوع إلى مفتاح الصحة النفسية عموما لا سيما عرضي القلق والاكتئاب فقد كانت النتيجة (208) وهذه الدرجة تعد مستوى عالي من الصحة النفسية.

2- عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية:

2-2- دراسة الحالة الأولى:

2-3- المعطيات البيوغرافية:

الجنس: ذكر.

السن: 28 سنة.

أول مرة تعاطي فيها: 23 سنة.

المستوى الدراسي: جامعي.

الحالة الاجتماعية: متزوج .

ولاية: تقرت (ورقلة).

مدة العلاج: 15 يوم

2-4- تحليل المقابلة مع الحالة الثانية:

تمت الموافقة من طرف الحالة ورحب بطلبنا وبدا أكثر ارتياحا وانبساطا كما انه بدا أكثر ثقة في نفسه طلبنا من الحالة أن يحدثنا عن حالته الصحية الجسدية ونفسية قبل دخوله للمستشفى للعلاج، فأجاب انه كان منزعج كثيرا من صحته فالأمراض 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 و الاجتماعية فقد كان حديثه (وش 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 ولازم نتوله بيهم)، يبدو 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 انه يشعر بتحسن جيد وانه متفائل و سعيد وانه لم يعد قلق ومتوتر أو يشعر بعصبية واكتئاب .

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 المقابلة التي أجريت معه فأتضح لنا من خلال إجابته 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 البند رقم (1)، و المتمثل 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 لا) و الذي نمنحه درجة (3) وهنا تظهر مؤشرات ايجابية 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) والذي نعطي له درجة (2) أما عن البند رقم (30) وهي (تبذل جهدا عند اقتناء ملابسك كالسابق) و الذي كانت إجابته (إلى حد ما نعم) و نمنحه درجة (2) وهذه الإجابات على هذه البنود من المؤشرات على الصحة النفسية .

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

كما أن أهم محور والذي تضمن عرضي القلق والاكتئاب فكانت إجاباته حول البنود من 54 إلى غاية البند 60 كانت إجابات ايجابية تدل على تحسن ايجابي حول مؤشري القلق والاكتئاب فقد كانت كل الإجابات في البند (لا) والذي نعطيه درجة (4) فقد كانت عبارة سلبية .

ومن خلال تحليل استجابات الحالة الثانية ، وبالرجوع إلى مفتاح تصحيح الصحة النفسية عموما لا سيما عرضي القلق والاكتئاب فقد كانت النتيجة (108) وهذه الدرجة تعد مستوى فوق المتوسط من الصحة النفسية وهي مقارنة بحالته التي كان عليها فهو في تحسن ايجابي ونظرا لمرور 15 يوم على علاجه .

عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة:

دراسة الحالة الثالثة:

المعطيات البيوغرافية:

الجنس: ذكر

السن: 22 سنة

الإقامة: برج بوعريريج

مستوى الدراسي: ثانية متوسط

الحالة الاجتماعية: أعزب

أول مرة تعاطى فيها : سن 15 سنة

مدة العلاج :20 يوم .

تحليل محتوى المقابلة العيادية للحالة الثالثة:

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

عرض 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 قدمت له خلال المقابلة التي أجريت معه فأتضح لنا من خلال إجابته على المحور الأول وفي بنده رقم (01) و المتمثل في العبارة (تشعر بإرتياح تام وصحة جيدة) بالإجابة على البديل (نعم) والذي تعطى له درجة (4) أما إجابته على البند ر قم (5) وعبارته (اشعر بصداع) بالبديل (لا) ونعطي له درجة (4) وهذه تعتبر مؤشرات ايجابية .

إضافة على إجابته حول المحور الثاني عن الأعراض السيكوسوماتية و المتمثل في رقم (9-3-16) بالإجابة على البدائل (لا) والذي نمنحه درجة (4)، وهذه مؤشرات ايجابية.

كما نلاحظ إجابته في محور النوم واليقظة على البند رقم (11) وعبارته (لا تتمكن من النوم ثانية بعد استيقاظك المبكر جدا من موعد استيقاظك الاعتيادي) و أجاب عنه بالبديل (لا) و نمنحه درجة (4)، أما عن البند رقم (20) وعبارته تقول (تحلم أحلاما بغيضة) والذي أجاب عنه بالبديل (نعم) ونمنحه درجة (1)

أما عن محو المشاعر الذاتية و المشاعر المتعلقة بالآخرين الاجتماعية فكانت كلها إجابات ايجابية عن البنود مثل البند (60) و عبارته (لا تستطيع في بعض الأحيان عمل أي شيء لان أعصابك متعبة جدا) والإجابة على البديل (لا) ونمنحه درجة (4) و البند رقم (25) وعبارته (راض على أسلوب الذي تنجز به مهماتك) و كانت الإجابة في البديل (إلى حد ما لا) ونعطيه درجة (3)، وهذه دلائل على مؤشرات ايجابية حول هذه الأعراض.

كما أن الإجابات حول عرضي القلق و الاكتئاب و التي جاء ت 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 والاكتئاب فقد كانت النتيجة (213) وهذه الدرجة تعد مستوى عالي من الصحة النفسية.

التحليل العام للمقابلات :

تظهر نتائج الدراسة الحالية من خلال المعطيات المتحصل عليها استنادا لنتائج تحليل المحتوى المقابلة العيادية ونتائج مقياس الصحة لنفسية المطبق حيث اظهر جميع الحالات كان العامل الأساسي لتعاطيهم هم رفقاء السوء وأظهرت المعانات 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.

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

1- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى :

تنص الفرضية الجزئية الأولى على:

" للمستشفيات دور ايجابي في التخفيف من أعراض القلق لدى المدمنين المعالجين"

بناءا على تحليل المقبلة مع الحالات الأولى و الثانية والثالثة و بالرجوع الى 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 .

مناقشة الفرضية الجزئية الثانية على أن:

" للمستشفيات النفسية دور ايجابي في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى مدمني المخدرات المعالجين "

بناءا على ما أسفرت عنه نتائج المقابلة التي أجريت مع الحالات الثلاث بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة، ورجوعا إلى النتائج المحصل عليها من خلال تطبيق مقياس الصحة النفسية كولديبرغ و الذي يظهر لنا مجموعة جيدة من مؤشرات التحسن في ما يخص أعراض الاكتئاب عند مدمني المخدرات المعالجين وهذا ما استنتجنها من خلال جمع وتحليل بيانات المقابلة التي أجريت مع الحالات السالفة الذكر وهذا ما يدل فعلا على أن الفرضية الجزئية الثانية لهذه الدراسة قد تحققت بالشكل المطلوب .

و بالنظر إلى الدراسة السابقة التي أجريت حول البروفيل النفسي للمدمنين على الحشيش لصاحبها بوسنة عبد الوافي حيث طبق فيها دراسة حالة، و المقابلة و اختبار الإحباط لروزفالت و سلم بيك للاكتئاب والتي أسفرت نتائجها على النظرة السلبية نحو الذات و العالم الخارجي و المستقبل فهي تشابه إلى حد ما دراستنا الحالية إلا أن الاختلاف يكمن في أنهم درسوا الاكتئاب عند مدمن الحشيش قبل خضوعهم للبرنامج العلاجي أما الباحثة في هذه الدراسة فقد درسن المدمنين على المخدرات بعد خضوعهم للبرنامج العلاجي التطبيقي .

ثالثا: مناقشة الفرضية العامة:

التي مفادها " للمستشفيات دور في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات"

بما أن عرضي القلق و الاكتئاب هما من أهم مؤشرات الصحة النفسية وبما أن هذه الحالات الثلاثة التي أجريت عليهم الدراسة الحالية أظهروا تحسنا ملحوظا فيما يخص مؤشري الصحة النفسية (القلق و الاكتئاب) و بالنظر 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 بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة فقد تحققت بالشكل المطلوب .

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل مكن القول أن نتائج الدراسة قد تحققت، بالإضافة إلى 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 وتوجد 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 الاجتماعية.

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

4- النظر إلى عملية إعادة استيعاب المدمن الذي هو في فترة النقاهة من طرف المجتمع بجدية أكثر بحيث الاستخفاف بها من شأنه أن يساعده على زيادة فرص الانتكاس والرجوع إلى ما كان عليه.

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

خاتمة

خـاتمة:

رغم أن هذه الدراسة الحالية التي تناولت دور المستشفيات النفسية في تحسين الصحة النفسية لمدمني المخدرات أشارت إلى أن عرضي القلق و الاكتئاب لدى مدمني المخدرات المعالجين قد أبدت تحسنا ملحوظا وايجابيا على مستوى الصحة النفسية للمدمنين، وهذا ما أظهرته مختلف النتائج المحصل عليها من خلال تحليل المقابلة التي أجريت معهم بعد فترة علاجهم والتي توضح فعلا بأن هناك تحسنا ظهر جليا من خلال المظهر والسلوك، ومن خلال تحسن معاملتهم للآخرين وكذا قبولهم للحوار معنا، و أبدوا رغبة كبيرة في مواصلة علاجهم لدى المختصين النفسانيين، ونبذهم لعالم المخدرات والذين يطلقون عليهم اسم "عالم الموت".

وهم يأملون في تقديم يد العون و المساعدة للآخرين من خلال توعية المراهقين على خطورة هذه الآفة إذا رغم كل هذا هذه الدراسة ونظرا للخصوصية التي يتمتع بها كل فرد ونظرا لطبيعة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية التي تمتاز النسبية والتقريب، وذلك لتعقد ظواهر النفس وتشابك عوامل لا حصر لها في تشكيلها، فان النتائج المتوصل لها في الدراسة الحالية لا يمكن تعميمها.

قَائِمَة المَرَاجِع

المراجع و المصادر:

المصادر:

القرآن الكريم

الكتب:

1. ابراهيم نافع: كارثة الإدمان، القاهرة مركز الاهرام للترجمة والنشر طبعة اولى
2. أبو إسحاق 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 معرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.
5. ألفريد آدلر: معنى الحياة ، ترجمة وإعداد عادل نجيب بشرى الهيئة العامة للكتاب 2006.
6. حامد عبد السلام زهران: الإدمان دراسة نفسية و اجتماعية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1998.
7. حامد عبد السلام زهران: الجريمة و الإدمان، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط1، 2000.
8. حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية و العلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب 1997.
9. حامد عبد السلام زهران: دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، بيروت.
10. حسين فايد: سيكولوجيا الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر و التوزيع بدون طبعة.
11. حنان عبد الحميد العناني: الصحة النفسية، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر، ط1، 2000.
12. الداهري صالح، العبيدي ناظم: الشخصية والصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع، أربد الأردن. (1999)
13. زهران عبد السلام حامد: الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة. 1977

14. سامر جميل رضوان: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2007.
15. صبره محمد ، أشرف محمد: الصحة و النفسية وتوافق النفسي ، دار المعرف الجامعية القاهرة ، 2004.
16. عادل الدمرداش : الادمان مظاهره وعلاجه، الكويت، عالم المعرفة ، 1982
17. عبد الحكيم العفيفي: الإدمان.نشر الزهراء للإعلام العربي القاهرة مصر الطبعة الاولى1986.ص 67.
18. عبد الرحمن العيسوي: الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت،1992
19. عبد الغفار عبد السلام: مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، مصر،2001
20. عبد فؤاد بهي السيد: الأسس النفسية للنمو، دار الفكر العربية القاهرة، ط1، 1997.
21. عصام أحمد محمد: جرائم المخدرات فقهاً وقضاء، القاهرة ،بدون دار نشر، 1983
22. عفاف محمد عبد المنعم : الإدمان دراسة نفسية لأسبابه 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، القاهرة، 1977.
25. فوزر محمد: الصحة النفسية المكتب العلمي للنشر و التوزيع ، الإسكندرية، 1997.
26. كاملة وتيم، عبد الجابر: الصحة النفسية للطفل، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، 1997م.
27. محمد نجيب الملاح: الإدمان على المخدرات، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1983م
28. محمد وهبي:عالم المخدرات، دار الفكر اللبناني، الطبعة الأولى ،1990.
29. مصطفى أحمد: الإنسان وصحته النفسية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، 1970.

30. هاني عرموش:المخدرات إمبراطورية الشيطانة، نشر دار النفائس بيروت لبنان الطبعة الاولى1993.ص115

الملتقيات :

31. إسماعيلي يامنة: الإدمان على المخدرات الاسباب و المضاعفات و العلاج، مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين على المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر،2008.

32. خرخاش أسماء وآخرون: الكفالة النفسية على المدمن على المخدرات والوقاية من معاودة التعاطي، مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين على المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر،2008.

33. زموري حميدة وبن زطة بلدية: دور الإرشاد الأسري في الوقاية من المخدرات. مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين على المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر،2008

34. سعد المغربي: ظاهرة تعاطي المخدرات: تعريفها نبذة تاريخية عنها، بحث مقدم للندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات، الفترة4-10مايو1971م،المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي، القاهرة ص211

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

36. عمور عمر وآخرون،المخدرات وإشكالية الإدمان، مداخلة مقدمة لمؤتمر الدولي نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين على المخدرات، جامعة المسيلة، الجزائر،2008

مواقع انترنت :

37. موقع منظمة الصحة العالمية، مكتب الشرق الاوسط ، الأحد ./ 16:53
http://www.emro.who.int/ar/entity/mental-health/index.htm l

38. وكيبديا الموسوعة الحرة ،10.15

الملاحق

الرقم	العبارات	نعم	إلى حد ما نعم	إلى حد ما لا	لا
01	تشعر بارتياح تام وصحة جيدة				
02	تشعر بحاجة إلى مقويات				
03	تشعر بتوعك أو إرهاق				
04	تشعر بأنك مريض				
05	تشعر بصداع				
06	تشعر بالشد والضغط في راسك				
07	قادر على أن تركز فيما تقوم به من أعمال				
08	تخشى الإصابة بانهيار في مكان عام				
09	تصاب بنوبات الحرارة والبرودة				
10	تتعرق بغزارة				
11	لا تتمكن من النوم ثانية بعد استيقاظك المبكر جدا من موعد استيقاظك الاعتيادي				
12	نهضت من نومك غير منتعش (غير مرتاح)				
13	تشعر بأنك في كامل طاقتك (قوتك)				
14	تشعر بنشاط ذهني ويقظة تامة				
15	تشعر بالتعب إلى درجة انك لا تستطيع تناول طعامك				
16	تفقد الكثير من ساعات نومك بسبب الهم.				
17	تأرق في الليل				
18	تعاني صعوبة في البدء بالنوم				
19	تجد صعوبة في العودة إلى النوم عند استيقاظك لسبب ما				
20	تحلم أحلاما بغيضة ومرعبة				
21	تتمكن من جعل نفسك مندمجا أو منشغلا بعمل ما				
22	تخرج من البيت في الوقت المعتاد				

23	تتمكن من فعل ما يفعله الناس الذين في نفس ظروفك				
24	تؤدي أعمالك على نحو جيد بشكل عام				
25	راض عن الأسلوب الذي تنجز به مهماتك				
26	تأخذ وقتا أطول مما تعودت لقضاء أعمالك.				
27	تتأخر في البدء بعمل واجباتك البيتية				
28	تفقد الرغبة بأداء نشاطاتك اليومية				
29	تفقد الاهتمام بمظهرك الشخصي				
30	تبذل جهدا عند انتقاء ملابسك كالسابق				
31	تشعر بالعلاقة الحميمة والمودة نحو المقربين إليك				
32	تنسجم مع الآخرين بسهولة				
33	تمضي وقتا طويلا ممتعا في التحدث مع الآخرين				
34	تخاف أن تخبر الناس من شي في حالة ارتكابك حماقة ما				
35	تؤدي دورا مفيدا في أي شيء				
36	قادر على اتخاذ القرارات بشان الأمور التي تواجهك				
37	غير قادر تماما على البدء بأي عمل				
38	تشعر برهبة عندما تعمل كل شيء				
39	منفعل وسريع الغضب				
40	تشعر كان الناس يراقبونك				
41	تشعر بأنك مشدود دائما				
42	لا تستطيع التغلب على مصاعبك				
43	تشعر أن الحياة عبارة عن صراع دائم				
44	تستمتع بنشاطاتك الاعتيادية يوميا				
45	تأخذ الأمور بجدية				
46	تصاب بالخوف الشديد والرعب دون سبب وجيه				
47	قادر على مواجهة مشكلاتك				

48	كل الأشياء تتراكم على راسك				
49	تشعر بالتعاسة والاكتئاب				
50	أخذت تفقد الثقة في نفسك				
51	أخذت تفكر بأنك شخص تافه				
52	تشعر بان الحياة ميئوس منها				
53	تحس بالأمل حول مستقبلك				
54	تشعر بالسعادة الكافية بصورة عامة				
55	تحس انك عصبي ومتوتر على الدوام				
56	تشعر بان الحياة لا تستحق العيش				
57	تفكر في الإقدام على الانتحار				
58	تتمنى الموت والهروب من الحياة تماما				
59	تفكر باستمرار في التخلص من حياتك				
60	لا تستطع في بعض الأحيان عمل أي شيء لان أعصابك متعبة جدا				

الملحق رقم (01).

محاور المقابلة:

المحور الأول:

أسئلة حول أسباب دخوله لعالم المخدرات .

- ما هي المادة المدمن عليها؟
- لماذا هذه المادة بالتحديد ؟
- كم عدد المرات التي تتعاطى فيها المخدر؟
- مع من تفضل ان تتعاطى المخدر؟
- اين كنت تتعاطى؟
- ما الاسباب التي تدفع الشخص ان يدمن من وجهة نظرك؟
- ما الأسباب المؤدية الى الادمان على المخدرات وتتعلق بك؟
- حاولت ان تتوقف على ادمان المخدرات؟

المحور الثاني:

اسئلة حول تاثير الادمان على المخدرات على حياته الصحية و الاجتماعية و النفسية والمادية؟

- ما كان تأثير الادمان على المخدرات على صحتك ؟
- و إجتماعيا ماكان تأثيرها .
- ونفسيا كيف كنت تشعر بداخلك ؟
- و ماكان تأثيرها ماديا ؟

المحور الثالث :

سؤال حول تأثير البرنامج العلاجي بالمستشفى عليه

- ماذا ترى نفسك الآن بعبد خضوعك للبرنامج العلاجي؟

ملحق رقم (02).

المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى:

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. قيمة خمسين نلف في النهار.

7س. مع من تفضل التعاطي ؟

8ج. آواه وحدي مانيش مخلط في الغاشي .

9س. اين تتعاطى ؟

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

11س. ماهي الاسباب التي تدفع في رايك بالانسان ان يتجه للإدمان؟

12ج. ضعف الشخصية و الواحد ميكونش يعرف ربي صغر وقلة العقل

13س. السبب الذي دفعك للتعاطي ماهو برأيك ؟

14ج. مكانش على راسي واحد كبير يفهمني ووين كنا نسكنوا بلاصه خاسرة ومش تع فاميليات كنت مقلق في ذيك البيريود جاني واحد علابالو بلي الشيخ يشرب دواوات قالي نعطيك الدراهم وجيبلي دواوات تاعوا وبدات هاك ووحد المرة دوست مع الدار هربت رحتلوا عطالي قاروا باش ننسى .

15س. حاولت تتوقف على الادمان من قبل ؟

16ج. انعم ايه جيت نحبس ومقدرتش .

17س. ماذا فعلت عند المحاولة ؟

18ج. رحت لطبيب عام . عطاني ادوية مي مكملتهمش.

19س. ما تأثير المخدر على صحتك؟

20ج. مرض وش من مرض؟ قولي جسم ميت كل حاجة توجع فيك تولي مشتاق للماكلة العرق تاعك غير ريحه دواء ولات عندي لاتونسيو وسكر ووش حال من مرة ندخل للسبيطار.

21س. وإجتماعيا ماكان تأثير الادمان ؟

22ج. ماعنديش مشاكل قبل، بيا مكنتش مخلط في العباد ومش عارفيني بلي مدمن ، حتان تزوجت وطلقت شعت في لافامي ، بيها تقربلي.

23س. ومن الداخل. كيف كنت ترى نفسيتك ؟

24ج. كاره حياتي كنت مكتئب نخمم نقتل روحي وشحال من مرة منقدرش نشوف روحي في المراية. علابالك منحبش نتسأل على إسمي . بيا كنت نشوف في روحي مانيش عبد .

25س. وماديا كيفاه كان تاثير هذا العالم عليك؟

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

27س. ماذا ترى نفسك الآن بعبد خضوعك للبرنامج العلاجي؟

28ج. انسان يمتلك حياة عليه الحفاظ عليها . وجسم مميز جدا و روح امانة من الله، ووش يصرا مانيش رايح نرجع نتعاطى، راني رايح نبقى نتبع في وحد العيادة بغرداية مع اخصائي نفساني،.. كان دخولي للمستشفى هو افضل حاجة درتها في حياتي، مكنتش نتوقع اني نبرا هاك ونرجع انسان جديد .

المحلق رقم (03).

المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية:

1س.ما هي المادة التي تتعاطاها ؟

2ج. زطلة.

3س. لماذا الزطلة بالتحديد؟

4ج.هي الي طحت بسبتها في الفخة وساهلة قاع الغاشي تلقاها عندهم وهي اسهل من تجيبي الخبز .

5س. كم عدد المرات التي تتعاطى فيها باليوم؟

6ج. 15 قارو في النهار.

7س. مع من تفضل التعاطي ؟

8ج.مع صحابي.

9س. اين تتعاطى ؟

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

11س. ماهي الاسباب التي تدفع في رايك بالانسان ان يتجه للإدمان؟

12ج. قلة الراي، والراي تالف وهلاك الصحبة .

13س. السبب الذي دفعك للتعاطي ماهو برأيك ؟

14ج. العسكر كي رحت نفوت في سارفيس تاعي كان ثمه جماعة يزطلوا وتعرفي مع ديقوتاج زضيقة الروح راحتلي في حشوة كانو يزطلوا وان نشم في ريحتها ان وليت زطايلي معاهم.

15س. حاولت تتوقف على الادمان من قبل ؟

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

17س. والآن تغير إحساسك ؟

18ج.اييه مش كيما كان في بالي خسارة ضيعت وقت كبير بصح الحمد لله ضرك.

19. هل كان للمخدر تأثير على صحتك؟

20ج. كنت سبورتيف نلعب البالو و شونبيو في الجري وضرك مانقدر ندير والو . ظاهر عمري 60 سنة والكحة هلكتني.

21س. وإجتماعيا ماكان تأثير الادمان ؟

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

23س. ومن الداخل. كيف كنت ترى نفسيتك ؟

24ج. نخم نقتل روحي طول الوقت بكري لوكان مش بني ومرتي طول الوقت مديقوتي كاره عايش غير باه نجيب الزطلة لاهدف لا حلم في حياتي قبل ماندخل هنا.

25س. وماديا كيفاه كان تاثير هذا العالم عليك؟

26ج.بعت طونوبيل تاعي على جالهاخلاتني .

27س. ماذا ترى نفسك الآن بعبد خضوعك للبرنامج العلاجيو دخولك للمستشفى؟

28ج.اييه كاين هنا قروب كبير وهايل الله يبارك حاجة ماتخصك صح في لول تتعب باش الخماج يخرج من جسمك بصح امبعد اوه راحة كبيرة .

الملحق رقم (04).

المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة:

1س.ما هي المادة التي تتعاطاها ؟

2ج. زطلة ضرك وقبل خلطت كلش.

3س. لماذا الزطلة بالتحديد؟

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

5س. كم عدد المرات التي تتعاطى فيها باليوم؟

6ج.كل مرة كيفاه وعلى حساب جيبي المهم منقلش على 6 قاوارو في النهار.

7س. مع من تفضل التعاطي ؟

8ج. مع صحابي بلا بيهم مكانتش تحلى.

9س. اين تتعاطى ؟

10ج.في الخلى كاين بلاصة في الخرجة و الوقت لول كنت نخدم عساس في الليل قبل مايفيقولي ويزعكوني.

11س. ماهي الاسباب التي تدفع في رايك بالانسان ان يتجه للإدمان؟

12ج. اووه كل واحد كيفاه وكل واحد وظروفو مي مكانش الى معندوش ظروف واسباب

13س. السبب الذي دفعك للتعاطي ماهو برأيك ؟

14ج. انا حكايتي حكاية كي كان عمري 14عام جبيت طفلة ومكنتش نعرف بلي نحكي معاها في تلفون مالا صاحبي عطاني الزطلة باه نعود نعرف كيفاه نحكي معاها.

15س. حاولت تتوقف على الادمان من قبل ؟

16ج. أممم لالا. مكنتش نقدر نتخيل روحي نقدر عليها ونحبسها.

17س. ما تأثير المخدر على صحتك؟

18ج.اييييه هلاك تولي متقدرش تمشي بزاف او دير سبور وتولي تسعل وعلى مكانش تمرض.

19س. وإجتماعيا ماكان تأثير الادمان ؟

20ج.ايه ولاو الناس الكل يخافو مني ويكرهوني واحد ما يحبني حتى لافامي يشوفو فيا نجس ولد حرام كبير وسراق زصح مكانوش غالطين فيا انا كنت هاك بصح ضرك يشوفو انسان جديد.

21س. ومن الداخل. كيف كنت ترى نفسيتك ؟

22ج.علابالك حاولت ننتحر مرتين والله كنت تعبان بزاف على العام كنت مقلق ومتوليش آلاز و 24/24سا منرفز وراسك كي الموتور يخمم كيفاه نقدر نجيبها .

23س. وماديا كيفاه كان تاثير هذا العالم عليك؟

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

25س. ماذا ترى نفسك الآن بعبد 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 انتيك وفرحان ان شاء الله قاع المدمنين ربي يهديهم.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم: 2014/ق.ن.ع/

المسيلة في / 30 أفريل 2014

إلى السيد :.مستشفى.....

علاج إدمان المخدرات

بالبليدة

الموضوع : طلب التماس مساعدة

في إطار إجراء الدراسات ذات الطابع الميداني للطلبة.

يشرفنا أن نلتمس من سيادتكم المحترمة تقديم المساعدة والعون للطلبة المذكورين أدناه؛ الاستفادة من جميع المعلومات والبيانات التي تخدم دراستهم وهذا على مستوى مصالحكم وكذا الإطلاع على المراجع والوثائق التي تخدم بحثهم .

وشكرا مسبقا لكم على مد يد العون.

الرقم	لقب واسم الطالب	تاريخ ومكان الميلاد	رقم التسجيل
01	جغال آمنة	1987/08/02 بالأغواط	192./M.PC/60
02			
03			

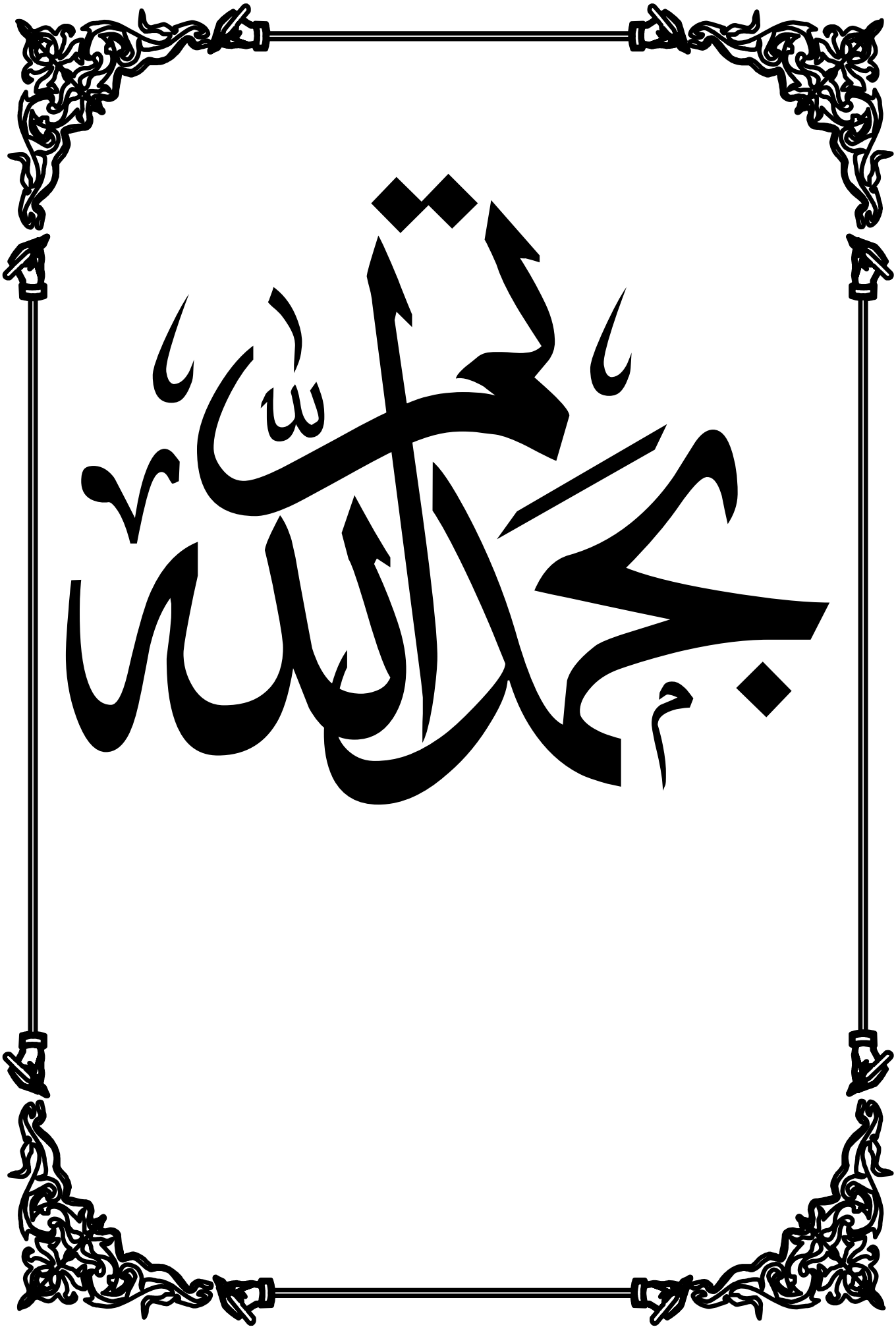
خلال الفترة الممتدة من :2014.05.15 إلى :2014.06.10

في انتظار ذلك تقبلوا مني فائق الاحترام والتقدير

رئيس القسم

رئيس قسم علم النفس
د. عيسور عمر

Dr. HARIBECHE Abderrahmane
Maître Assistant en Psychiatrie
Chef de Service
de Lutte Contre la Toxicomanie


تم بحمد الله