

جامعة ابن خلدون تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل. م. د
في علم النفس العيادي

واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين
على المخدرات
(دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الاستشفائية)

الإشراف:

د- قليل محمد رضا

إعداد الطالبان:

بن مبارك فاطيمة الزهرة

بن سويح رتيبة

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الاستاذ (ة)
رئيسا	استاذة محاضرة أ	بوغندوسة سهام
مشرفا ومقررا	استاذ محاضر أ	قليل محمد رضا
مناقشا	استاذ محاضر أ	دوارة احمد

السنة الجامعية: 2021-2022

إهداء

إلى قرة العين إلى من الجنة تحت قدميها إلى التي حرمت نفسها وأعطتني ومن
نبع حنانها وسقنتني إلى من وهنتني الحياة، منحتني الحب والحنان، ربنتني بلطفه
وعلمتني كلمتي الشرف والحياء إلى تلك المرأة العظيمة أمي الحنونة إلى أعظم
الرجال صبرا ورمز العطاء إلى الذي تعبد كثيرا من أجل راحتني وأفنى حياته من
أجل تعليمي إلى ذلك الرجل الكريم أبي العزيز إلى من جمعهم معي ظلمة الرحم
إلى من يعيش في ظل وجودهم أُملي إختوتي وأختواتي إلى من كانوا لي عوناً
وسندا طول مساري الدراسي إلى من شاركني عناء هذا البحث إلى كل طلبة
السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي ومن لم يدخر جهدا في مساعدتي ولم
يكونه قلمي.

عرفانا لكم جميعا أهدي ثمرة جهدي هذا.

الشكر والتقدير

رب أوزعنا أن نشكر نعمتك التي أنعمت علينا وعلى والدينا الحمد والشكر لله الذي وفقنا لإتمام هذا العمل أتوجه بآيات الشكر وخالص الثناء إلى كل الأساتذة على ما قدموه لنا من أنوار أضاءت درب مشوارنا الدراسي وأخص بالذكر من امتدت أياديه في احتضان ما أنجزناه مراجعة منه وتمحيصها وإشرافنا "الدكتور قليل محمد رضا" كما نتقدم بالشكر إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على الملاحظات القيمة المقدمة حول هذا البحث المتواضع كما لا ننسى التوجه بالشكر والامتنان إلى أفراد عائلتنا الذين دعمونا وحفزونا بشكل متواصل في سبيل تحقيق هذا العمل. وإلى كل من ساهم في ذلك من قريب أو بعيد لكم جميعاً شكرنا الخالص.

ملخص:

تهدف الدراسة الى معرفة واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات و لتحقيق اهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي و دراسة حالة باستخدام المقابلة العيادية النصف موجهة و الملاحظة العيادية و مقياس تايلور للقلق الصريح وكوبر سميث لتقدير الذات اجريت الدراسة على عينة متكونة من ثلاث اخصائيين نفسانيين وثلاث رؤساء مكتب و الحالة تم اختيارهم بطريقة قصدية في كل من مستشفى الامراض العقلية "محفوظ بوسبسي " بالعاصمة و "حمداني عدة " بتيارت و المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت.

بعد الدراسة المعمقة للحالات تم التوصل إلى النتائج التالية:

■ أن واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر يختلف من حيث فعالية التكفل بالمدمنين على المخدرات

■ أن في بعض المؤسسات الاستشفائية هناك نقص في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.

■ أن لتوفر الوسائل والإمكانيات اللازمة دور في تحقيق التكفل النفسي.

فهرس المحتويات

إهداء

شكر وتقدير

ملخص الدراسة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

1..... مقدمة

الفصل الاول

مدخل الدراسة

5..... اشكالية الدراسة

7..... فرضيات الدراسة.

7..... اهداف الدراسة.

8..... أهمية الدراسة.

8..... أسباب اختيار الموضوع.

9..... التعاريف الإجرائية.

10..... الدراسات السابقة.

16..... التعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

المؤسسات الاستشفائية والتكفل النفسي.

19..... تمهيد

19..... أولاً: المؤسسات الاستشفائية.

19..... مفهوم مؤسسات الاستشفائية.

20..... تصنيف المؤسسات الاستشفائية.

22..... وظائف المؤسسات الاستشفائية.

23..... تعريف مركز الإدمان.

24..... ادوار الفريق العلاجي.

24	دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المركز العلاجي.
25	دور الأخصائي ومرشد التأهيل.
26	ثانياً: التكفل النفسي.
26	مفهوم التكفل النفسي.
27	التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة.
28	أهمية التكفل النفسي.
29	مجالات التكفل النفسي.
30	التكفل النفسي بالمدمنين داخل المركز العلاجي.
39	خلاصة.

الفصل الثالث الادمان على المخدرات.

41	تمهيد.
42	أولاً: المخدرات.
42	نبذة تاريخية عن المخدرات.
43	مفهوم المخدرات.
46	تصنيف المخدرات.
48	تعريف تعاطي المخدرات.
49	أنواع تعاطي المخدرات.
51	أنواع المواد الإدمانية وتأثيرها على المتعاطي.
57	ثانياً: الإدمان.
57	تعريف الإدمان.
59	مراحل الإدمان.
62	أسباب الإدمان.
71	آثار الإدمان على المدمن.
75	شخصية المدمن.
78	المقاربات النظرية المفسرة للسلوك الإدماني.

86.....خلاصة

الفصل الرابع الاجراءات المنهجية للدراسة.

89.....تمهيد

89.....الدراسة الاستطلاعية.

90.....الدراسة الأساسية.

90.....1-2 منهج الدراسة.

91.....2-2 عينة الدراسة

91.....3-2 حدود الدراسة.

92.....4-2 ادوات الدراسة.

99.....5-2 الخصائص السيكمترية.

102.....خلاصة

الفصل الخامس عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

104.....تمهيد

104.....عرض نتائج الدراسة.

104.....تقديم حالات الدراسة.

121.....تحليل نتائج الدراسة.

121.....مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات

127.....الاستنتاج العام للدراسة.

128.....خلاصة

130.....الخاتمة

131.....توصيات واقتراحات الدراسة

133.....قائمة المصادر والمراجع

141.....الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
94	دليل المقابلة الخاص بالاختصاصيين	01
96	دليل المقابلة الخاص بالطاقم الاداري	02
97	دليل المقابلة الخاص بالحالة	03
98	تصنيف درجات القلق لمقياس تايلور للقلق الصريح	04
104	إجابات الطاقم الطبي خلال المقابلات بالمؤسسات الاستشفائية	05
109	إجابات الطاقم الإداري خلال المقابلات بالمؤسسات الاستشفائية	06
117	تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح	07
119	تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات	08

مقدمة

بالرغم من التكاليف الباهظة التي تتفق سنويا لمكافحة انتشار المخدرات والتوعية بأضرارها وعلاج المدمنين التي تقدر بالملايير سنويا وأن الطلب على هذه المادة في تزايد مستمر مما أدى إلى زيادة في العرض وفي تنوع المواد المعروضة واتساع في طرق التهريب وتنوع في طرق الترويج ويرجع تعقد هذه الظاهرة إلى تعدد وتشابك العوامل المؤدية إليها فأسبابها لا تنحصر في الأسباب الاجتماعية ونفسية أو الإقتصادية أو الثقافية وحتى على مستوى الأسر والعائلات نجد نسبة من المدمنين رغم تعرض أفراد الأسرة نفسها للأساليب التربوية والظروف نفسها وهذا ما يبين إرتباط الظاهرة بالبنية النفسية للفرد وما تعتريه من اضطرابات. فالمخدرات أصبحت ذات أبعاد اقتصادية ونفسية من المستحيل القضاء عليها، مما لاشك فيه فإنها تؤثر على متعاطيها على نحو خطر على بدنه وعقله وسلوكه خاصة على حالته النفسية ويمكن إجمالها في الخمول وفقدان المسؤولية والتهور واضطراب الإدراك وتجعل المدمن قابل للأمراض النفسية والبدنية والشعور بالقلق وفقدان تقدير الذات، إدمان هو سبب ونتيجة لمشاكل نفسية كثيرة تتراوح بين الإجهاد العادي البسيط وصولا إلى حالات ذهانية خطيرة والتوترات بمختلف أنواعها. يظهر جليا أن معدل انتشار ظاهرة الإدمان في ارتفاع عالمي حيث أشارت التقارير والإحصائيات العالمية إلى اجتياح المخدرات والعقاقير النفسية معظم الدول العالم عن طريق استخدام أساليب علمية مبتكرة في التصنيع والتهريب وساعد في ذلك التطوير الحاصل في وسائل الإتصالات عبر جميع أنحاء العالم حيث أوضح تقرير الأمم المتحدة 185 مليون مدمن سنويا وبينت إحصائية منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتكاسة على المخدرات 90%. وهذا ما دفع جميع الدول وخاصة الجزائر جاهدة إلى محاربة ظاهرة الإدمان والتصدي لها بشتى الطرق فسنت قوانين خاصة تحكمها، وبنيت مصحات ومستشفيات تعمل لمعالجة مستخدميها فالمدمن قابلا للأمراض النفسية والبدنية والعقلية ولا يستطيع التوقف وتتوالى عليه المشاكل اللامتناهية التي تصل إلى القتل وفقدان العقل إن لم

يتجه للعلاج وطلبه للمساعدة ودخوله للمستشفى الخاص فهو مبني أو جزء من مبنى يستخدم للرعاية الطبية والنفسية ويستمر العمل فيه طول أربعة وعشرين ساعة لعدد المرضى الداخليين وتعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وأخصائيين النفسانيين، للقيام ببحوث بيولوجية ونفسية والمستشفيات الخاص بالمدمنين يسمى بالمستشفيات النفسية العقلية الذي نجد فيه مصلحة وفرع خاص بعلاج الإدمان لتكفل النفسي الذي هو من الخدمات النفسية التي تقدم للمدمن لتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية والعقلية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تقديره لذاته ويتضمن ميادين متعددة أسرية، شخصية، مهنية ويتحقق كل هذا بأساليب والتقنيات العلاجية النفسية من أبرزها العلاج المعرفي السلوكي والوسائل الترفيهية التي يقدمها الأخصائي النفسي العيادي في مستشفى الأمراض العقلية بمصلحة الخاص بالعلاج الإدمان أو المركز الوسيط لعلاج المدمنين بهدف تأهيل المدمنين ومساعدتهم على تخطي مشاكلهم النفسية والسلوكية وإعادة إدماجهم.

هذا وقد تضمنت الدراسة هذه خمسة فصول مفصلة كالآتي:

الفصل الاول: والذي يضم اشكالية الدراسة، تحديد فرضيات الدراسة، أسباب اختيار الموضوع، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، دواعي اختيار الموضوع، تحديد المفاهيم الاجرائية المستعملة في الدراسة، تقديم الدراسات السابقة، التعقيب على الدراسات السابقة

أما الفصل الثاني: خصص هذا الفصل المؤسسات الاستشفائية والتكفل النفسي.

أولا: المؤسسات الاستشفائية.

مفهوم مؤسسات الاستشفائية، تصنيف المؤسسات الاستشفائية، وظائف المؤسسات الاستشفائية، تعريف مركز الإدمان، ادوار الفريق العلاجي، دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المركز العلاجي، دور الأخصائي ومرشد التأهيل.

ثانياً: نتاولنا فيه التكفل النفسي.

مفهوم التكفل النفسي، التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة، أهمية التكفل النفسي، مجالات التكفل النفسي، التكفل النفسي بالمدمنين داخل المؤسسات العلاجية.

الفصل الثالث: الادمان على المخدرات.

أولاً: المخدرات.

نبذة تاريخية عن المخدرات، مفهوم المخدرات، تصنيف المخدرات، تعريف تعاطي المخدرات، أنواع تعاطي المخدرات، أنواع المواد الادمانية وتأثيرها على المتعاطي.
ثانياً: الادمان.

تعريف الإدمان، مراحل الإدمان، أسباب الإدمان، أثار الإدمان على المدمن، شخصية المدمن، المقاربات النظرية المفسرة للسلوك الإدماني.

اما الجانب التطبيقي اشتمل على فصلين:

الفصل الرابع: تتاول الإجراءات المنهجية للدراسة.

الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، منهج الدراسة، عينة الدراسة، حدود الدراسة، أدوات الدراسة.

الفصل الخامس: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة.

ويضم عرض النتائج ومناقشتها للخروج باستنتاج عام يدعم أو يدحض فرضية البحث يتلى بتقديم اقتراحات.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

اشكالية الدراسة:

تعاني المجتمعات البشرية من مشكلة خطيرة تهدد أمن أفرادها وتتسبب في إيجاد عدة ظواهر مرضية ونفسية واجتماعية وينتج عنها معاناة قاسية للفرد والمجتمع وهي تتمثل في ظاهرة الإدمان التي تحتل صدارة الهرم الاجتماعي بالنسبة للباحثين المهتمين بالظواهر الاجتماعية والنفسية نظرا لما تخلقه هذه الظاهرة من اثار بليغة داخل المجتمعات من جهة وللديمومة التي تتميز بها وسرعة انتشارها واكتمالها كظاهرة نفسية واجتماعية وأخلاقية من جهة أخرى، زيادة على أنها لا تمثل فقط تهديدات لمنجزات الإنسان المادية والاجتماعية وإنما تهدد أيضا كيانه وشخصيته ومدى تقديره لذاته حيث يعاني المدمن من اضطرابات تدفعه إلى الحزن الشديد ولوم الذات والميل إلى العزلة عن الآخرين مما يؤدي إلى تدهور شخصيته ومن أشهر هذه الاضطرابات القلق والتوتر الدائم الذي يدفع به للجوء إلى المسكرات من أجل التخلص منه وقد عرفت منظمة الصحة العالمية سنة (1973) بأن الإدمان هو حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصه استجابات وأنماط سلوكية مختلفة تشمل الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بالإثارة النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره والإدمان يعتمد على خواص العقار وطبيعة المدمن وكذا خواص بيئته.

(دمرداش 1982: 20)

ولهذا فهو من الضروري التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات داخل المؤسسات الإستشفائية والتي تعتبر مؤسسة للتكفل بالمريض داخليا ومأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض وتقديم أنواع العلاجات المختلفة للمرضى كما أن لها وظائف أخرى مثل تعليم وتدريب الأطباء في مختلف التخصصات وإجراء البحوث العلمية والطبية.

وتهدف المؤسسات العلاجية الخاصة بالمدمنين إلى التوصل إلى نتيجة واحدة في آخر العلاج من تعاطي المخدرات هي مساعدة المدمن على الإقلاع التام على المخدرات بتصفية دمه من هذه السموم ثم توجيهه نفسيا ودعمه على الاندماج الاجتماعي خصوصا بعد العلاج. (دردار:2005:115)

وقد هدفت دراستنا إلى محاولة التعرف على واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات، والطرق والأساليب النفسية المتبعة لعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم داخل المؤسسات الإستشفائية وكذا التعرف على الاحتياجات النفسية للمدمن وهنا تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال إبراز أهمية التكفل النفسي ودوره في إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي للمدمنين والإشارة إلى ضرورة اتخاذ الأساليب اللازمة للتخفيف من معاناتهم وعدم تكيفهم وقد فسرت نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة التي لا تتجاوز الثلاث أو الأربع الأولى وعلى أساسين، الأساس الأول الصراعات النفسية (الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى إثبات الذات والإشباع الجنسي النرجسي) والأساس الثاني الآثار الكيميائية للمخدر، كما يصف علماء التحليل النفسي الإدمان أنه عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فمية في الطفولة. وأن تعاطي المخدرات يساعد على تجاوز القلق والحزن والشعور بالذنب والإحساس الذاتي بالارتياح أي رفع من مستوى تقدير الذات ويمكن أن يعاش لأشعوريا كالتحسين لصورة الأهل وإعادة توحيدها.

(شابرول 2001: 83)

وأهم الدراسات التي درست العلاقة بين تقدير الذات والقلق لدى المتعاطين دراسة Alnajjar_M charke (1996) التي كانت على عينة (321) من المتعاطين وغير المتعاطين من الذكور، حيث أظهرت النتائج أن الذين يتعاطون المخدرات هم أكثر قلقا وأقل تقديرا لذواتهم من غير المتعاطين.

ودراسة جلولي سناء (2011_2012) التي هدفت إلى معرفة واقع التكفل النفسي بالمدمنين داخل المؤسسات العلاجية وتمثلت عينة الدراسة من (3) أخصائيين نفسانيين عاملين بمركز علاج الإدمان وأظهرت النتائج أنه يوجد تشابه في الخطة العلاجية المتبعة التي تركز على العلاج المعرفي السلوكي وأنه يوجد نقص في الإمكانيات حيث يتوجب على الأخصائيين استعمال وسائلهم الشخصية كالاختبارات.

وكانت الجزائر من الدول التي أعطت اهتماما كبيرا بالمدمنين وهذا من خلال برامج توعوية وإنشاء مراكز علاجية متخصصة لعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم بغية التكفل بهذه الفئة من المجتمع ومساعدتهم على استعادتهم كأشخاص طبيعيين أصحاء غير أن هناك صعوبات تحيل دون تحقيق ذلك منها ما يتعلق بالأخصائيين النفسانيين ومدى كفاءتهم وقدراتهم ومدى توفر الإمكانيات اللازمة للتكفل بالمدمن على المخدرات وبناءا على ذلك نصل إلى طرح التساؤل العام والمتمثل في:

- ما واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر وما دورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات؟

- فيما تتمثل مساهمة المؤسسات الاستشفائية في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات؟

الفرضيات:

1. تساهم المؤسسات الاستشفائية في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.
2. تتمثل مساهمة المؤسسات الاستشفائية في خفض قلق المدمن والرفع من تقدير الذات لديه.

أهداف الدراسة:

- 1) معرفة دور المستشفيات في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات بعد دخولهم في المؤسسات الاستشفائية.

(2) من أهداف العلمية لهذا الموضوع هو لفت الانتباه لضرورة دراسة واقع التكفل النفسي بالمدمنين في الجزائر.

(3) التعرف على الطرق والأساليب النفسية المتبعة لعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم داخل المؤسسات الاستشفائية.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في :

- (1) إبراز أهمية التكفل النفسي ودوره في إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي للمدمنين.
- (2) معرفة دور المؤسسات الاستشفائية في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.
- (3) الإشارة إلى ارتفاع نسبة المدمنين على المخدرات وضرورة اتخاذ الأساليب اللازمة للتخفيف من معاناتهم وعدم تكيفهم.

(4) لفت الانتباه إلى أهمية التكفل النفسي في علاج مدمني المخدرات.

دوافع الدراسة:

من دواعي اختيار الموضوع:

(1) الرغبة في الاطلاع على آفة الإدمان على المخدرات والبحث فيها والكشف عن كل ما يتعلق بها من كل النواحي.

(2) التعرف على الصعوبات التي يواجهها الأخصائي في التكفل النفسي على المخدرات داخل المؤسسات الاستشفائية.

(3) التعرف على طرق علاج المدمنين المستخدمة في المؤسسات الاستشفائية.

(4) التعرف على فعالية البرامج العلاجية التي يخضع لها المدمن، ومدى ملاءمتها له.

التعريف الإجرائية :

المدمن: ذلك الشخص الذي يستخدم مخدرا أو عقارا معيناً بنسب متزايدة وبشكل منتظم إذا ما توقف عن تعاطي هذا المخدر يشعر بأعراض نفسية وجسمية مقلقة ومؤلمة تدفعه إلى سلوك إدماني، فالفرد يتعرض في حياته لضغوطات ومشاكل أسرية تجعل منه شخص منحرف وهذا ماهو واضح في الحالة التي تطرقنا إليها في دراستنا حيث أن الإدمان على المخدرات كان بسبب الظروف العائلية القاهرة ومرافقة أصدقائه المدمنين.

التكفل النفسي: هو كل الطرق والأساليب العلاجية النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي للمعالجة النفسية العيادية والرعاية وإعادة التأهيل للمدمن على المخدرات داخل المؤسسات الإستشفائية.

المؤسسات الإستشفائية: هي إحدى المجالات الكثيرة التي يعمل بها الأخصائي النفسي حيث يساهم بعملية تشخيص الاضطرابات إضافة إلى دوره في الوقاية منها، حيث تتوفر هذه المؤسسات الإستشفائية على مصلحة للتكفل بالمدمنين على المخدرات وفي دراستنا تحدثنا على مستشفى الأمراض العقلية محفوظ بوسبسي بالعاصمة، ومستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة بتيارت، والمركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت.

المخدرات: كل مادة طبيعية ومصنعة لها تأثيرات منبهة أو منشطة أو مثبطة أو مهلوسة أدخلت للجسم بطرق مختلفة وأثرت في وظائف الجهاز العصبي وألحقت أضرار نفسية أو صحية أو اجتماعية أو اقتصادية على مستوى الفرد وأسرته كما أنها مصنعة على أساس مواد محرمة دينيا وممنوعة قانونيا تؤدي بالمتعاطي إلى دخول المصحة للعلاج.

الدراسات السابقة:

دراسات تخص المخدرات:

✓ الدراسات محلية:

1 - دراسة فريد طايبي ورشيد المسيلي 1998: المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات وهي عبارة عن دراسة منشورة في مجلة علم النفس وقضايا المجتمع الحديث تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على المميزات النفسية لدى متعاطي المخدرات ومقارنتها مع غير المتعاطي ولقد تكونت عينة الدراسة من 200 شاب موزعين على مجموعتين وتتراوح أعمارهم ما بين 17_32 سنة ينتمون إلى وسط اقتصادي متوسط أغلبيتهم من العزاب ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على استبيان الغرض منه الكشف عن المميزات الديموغرافية وعلى الاختبارات النفسية التالية: اختبار تصنيف الإفراط في تعاطي المخدرات_ مقياس بيك الاكتئاب_ مقياس اليأس قائمة استراتيجيات المقاومة ومن أهم النتائج المتوصل إليها الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئاب من الشباب غير متعاطي للمخدرات، وجود فرق واضح بين المتعاطين في مشاعر اليأس وجود ثلاث استراتيجيات فقط في نمط الاستراتيجيات المركزة على الانفعال تميز بين المتعاطين وغير المتعاطين.

3- جابر نصر الدين بوسنة عبد الوافي دراسة البروفيل النفسي للمدمن على الحشيش في الجزائر اعتمد الباحثين على المنهج دراسة حالة والملاحظة العيادية والمقابلات نصف الموجهة كأداة والاختبار لروزتوقاليت وسلم بيك الاكتئاب لدى حالتين أسفرت على النتائج التالية: النظرة السلبية نحو الذات والنظرة السلبية اتجاه العالم الخارجي والنظرة السلبية اتجاه المستقبل.

✓ دراسات عربية:

1- سلمان عبد الله الرويس (2008) الرياض: الضبط الذاتي وعلاقته بتعاطي المخدرات وقد أجريت هذه الدراسة على فئتين، الأولى من الأشخاص المتعاطين

للمخدرات في إصلاحية الحائر بمدينة الرياض وقوامها (205) متعاطي للمخدرات والثانية من الأشخاص غير المتعاطين للمخدرات ويمثلهم طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وطلاب جامعة الملك سعود بالرياض وقوامها (310) طالب. كما استخدم الباحث الأسلوب التحليلي التفسيري الذي يستند على تحليل وتفسير الظاهرة المدروسة والذي يقوم على منهج المسح الاجتماعي وكيفية اختيار عينة الدراسة وخطواتها حيث استخدمت العينة العنقودية للحصول على عينة متجانسة تمثل مجتمع الدراسة من كلا الفئتين من المتعاطين له، استخدم الباحث مقياس كلي للفئتين. مقياس الإشراف الأسري ومقياس الضبط الذاتي ومقياس مستوى التدخين، ومن بين النتائج المتحصل عليها:

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الخصائص الاجتماعية بين فئة المتعاطين للمخدرات وفئة غير المتعاطين.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المتعاطين للمخدرات وفئة غير المتعاطين في الإشراف الأسري لصالح غير المتعاطي للمخدرات.

_ وجود فروق في الضبط الذاتي ذات دلالة إحصائية بين فئتين لصالح غير المتعاطين المخدرات.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المتعاطين للمخدرات وفئة غير المتعاطين المخدرات في مستوى التدخين.

2 - دراسة مصري عبد الحميد حنورة (1993) الكويت: سيكولوجية تعاطي

المخدرات والكحوليات طبقت على المتعاطين في السجن المركزي الكويتي ومستشفى الطب النفسي ومنافذ أخرى يمكن الوصول إليها بعد استئذان جهات الاختصاص في الكويت وشمل مجتمع البحث 365 مبحوثا 145 ضابطة والبقية من المتعاطي المخدرات.

إعتمدت الدراسة منهج المسح الاجتماعي استخدم الباحث فيه اداة الاستبانة توصل الباحث إلى النتائج التالية:

_ اتضح أن سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات سلم متعلم وان النمذجة هي الأسلوب الأكثر انتشارا للانخراط في التعاطي.

_ اتضح أن معظم المتعاطين للمخدرات والكحوليات ينتمون إلى عائلات يشيع بين أفرادها سلوك تعاطي المخدرات وكحوليات.

_ اتضح أن الحصول على المخدرات والكحوليات يتم بتسهيل من الأصدقاء والأقارب.

_ اتضح ان هناك نسبة كبيرة من المتعاطين بدأت التعاطي قبل سن العشرين استمرت في تعاطي مع وقف للبعض وعودته مرة أخرى إلى التعاطي.

أما من أساليب المكافحة فقد تباينت الاتجاهات ما بين عقاب المتعاطي (ضابطه) وعقاب التجار وقد حظيت بمنزلة متقدمة في إجابات جميع الفئات.

3 - عبد الرحمن عبيد العازمي جامعة مؤته (2008) السعودية: التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالإدمان لدى عينة من نزلاء المصحات النفسية في السعودية تكونت عينة الدراسة من (180) نزيلة من مختلف الأعمار في مجمع الأمل الطبي في مدينة الرياض استخدم الباحث المنهج الوصفي طبق الباحث مقياس التوافق النفسي والاجتماعي ومقياس شدة الإدمان أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجودة بين التوافق النفسي وبعديه الجسمي والنفسي وشدة الإدمان حيث كانت العلاقة سلبية بين التوافق النفسي على البعد الأسري وشدة الإدمان، وجود علاقة إيجابية بين الإدمان على المخدرات والتوافق الجسمي والنفسي والاجتماعي، عدم وجود فروق في شدة الإدمان تعزى إلى العمر ومدة الإدمان أي أن هناك من يصل إلى حالة الاعتماد الجسمي على المخدر بعد تناوله تلك

المادة لمرات قليلة بينما لا يصلها شخص آخر رغم تناوله المخدر لفترة أطول وعدة مرات أكثر بحيث لا تظهر عليه أي أعراض إنسحابية عند تركها، عدم وجود فروق في شدة الإدمان تعزى لعدة أنواع المخدرات.

✓ دراسات أجنبية:

1 - دراسة Matthew (2010) أمريكا: الأسباب التي تدفع الشباب في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تعاطي المخدرات والمواد المخدرة خلصت الدراسة إلى أن أهم الأسباب التي دفعت الشباب للتعاطي هي الضجر(السأم) والإحباط وعدم قبول الشباب من قبل الآخرين أو الأهل بالإضافة إلى المتغيرات الاجتماعية الأخرى مثل الطلاق بسوء المعاملة وتناولت الدراسة أنواع المخدرات التي يتناولها الشباب في المجتمع مثل : المارجوانا والكوكايين وبعض الفيتامينات التي تؤدي إلى الهلوسة والمنبهات والاستنشاق لبعض المواد الكيميائية وقد بين الباحث في دراسته الآثار السلبية الناتجة عن تناول المخدرات مثل: سرعة التنفس والتثبيط والإحباط وزيادة سرعة ضربات القلب وتغيرات في المزاج ووفاة في بعض الأحيان.

2 - الباحثين patrick,Andrew and kath بريطانيا: مشكلة تعاطي

المخدرات من قبل الشباب والمراهقين في المدارس الابتدائية والطلاب في المدارس الثانوية، هدفت دراسة للكشف عن مشكلة تعاطي المخدرات من قبل الشباب والمراهقين في المدارس الابتدائية والطلاب في المدارس الثانوية فوق سن 15 شملت أربع آلاف طالب في المدارس الابتدائية من ذكور وإناث كما ركزت الدراسة على انتشار المخدرات بين المراهقين في المدارس الثانوية والجهود المبذولة من قبل الحكومة البريطانية في وضع الإستراتيجية مناسبة للحد من انتشار المخدرات بين الشباب، وبينت نتائج الدراسة دور أولياء الأمور في تجنب أولادهم تعاطي المخدرات وخصوصا إذا تم الكشف عن تعاطي المخدرات في وقت مبكر.

3 - دراسة Nathan (2000) أستراليا: ظاهرة انتشار المخدرات من قبل الشباب في المدارس الاسترالية مقارنة مع طلبة من جامعة ملبورن هدفت الدراسة إلى معرفة ظاهرة انتشار المخدرات من قبل الشباب في المدارس الاسترالية مقارنة مع الطلبة جامعة ملبورن إتمدت منهجية الدراسة على توزيع إستبائية على عدد من الطلاب (650) طالب تحتوي الاستبائية على مجموعة من الأسئلة ذات العلاقة بمشكلة تعاطي المخدرات استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن توصلت إلى أن ظاهرة انتشار المخدرات من القضايا الأمنية التي تهتم أمن كل دولة وتؤثر على شخصيتها الوطنية وبينت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة وفاة بين الشباب المتعاطيين.

دراسات تخص التكفل النفسي

✓ الدراسات محلية:

1- سناء رحال (2010 2011): فعالية التكفل النفسي في تحقيق التوافق النفسي لدى مرضى السرطان اعتمدت المنهج الاكلينيكي متضمن دراسة حالة وهو أدق المناهج وافعلها واقدرها على دراسات المعمقة على الحالات فردية استخدم الملاحظة والمقابلة النصف موجهة كاداة، انتقاء العينة كان بطريقة قصدية أي أنها عينة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود وتتكون من 4 حالات حالتين خاضعتين للتكفل وحالتين غير خاضعتين للتكفل تتراوح أعمارهم ما بين (50_17) سنة في المستشفى الجامعي أليس عبد الهادي بباتنة، وكانت نتائج الدراسة متماشية ومتوازنة مع الطرح الذي جاء في الفرضية التي انطلقوا منها في دراستهم.

2- علي حمايدية (2015_2016): التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن اعتمدت المنهجين التجريبي والاكلينيكي متضمن دراسة حالة، انتقاء العينة بطريقة قصدية متمثلة في 8 حالات 4 ذكور 4 اناث تتراوح أعمارهم ما بين (16_ 50) سنة في مستشفى مكافحة سرطان سطيف، مصلحة الأمراض المعدية سعادة

عبد النور سطيف ومصلحة علاج سرطان بالمستشفى الجامعي ابن باديس قسنطينة استخدمت كأدوات المقابلة العيادية، دراسة حالة، البروتوكول العلاجي مصمما خصيصا لهذا البحث أظهرت النتائج أن التدخل العلاجي مع الحالات المدروسة قد نجح في مرافقتها إلى تجاوز الصدمة واستكمال مراحل الحداد مع حل المشكلات الطارئة عليها ضمن تلك السيرة.

2- شهرزاد نوار (2018_2019) ورقة: تقييم واقع التكفل النفسي بالأمراض المزمنة عبارة عن دراسة في مجلة الباحث في علوم الإنسانية والاجتماعية استخدمت المنهج الوصفي الاستكشافي استكشاف الظاهرة ما في الواقع وتصورها كما هي، شملت عينة الدراسة (32) أخصائي نفسي عاملين في المصالح الاستشفائية بورقلة اعتمدت على الاستبيان كأداة وبناءا على نتائج هذه الدراسة قدم الممارسين بعض الاقتراحات لتحسين عمل الأخصائي النفسي وهو يتم قبل كل شيء: التكوين المكثف والرسكلة، تعزيز التربصات الميدانية خلال فترة الدراسة، تحسين ظروف العمل، العمل كفريق متكامل والاحتكاك أكثر مع الفريق المعالج وخاصة الأطباء.

3- جلولي سناء (2011، 2012) بسكرة: واقع التكفل النفسي بالمدمنين داخل المؤسسات العلاجية تمثلت عينة الدراسة من 3 أخصائيين نفسانيين عاملين بالمركز علاج الإدمان استخدمت الباحثة المنهج العيادي بما له من خصائص ومميزات تخدم الموضوع الذي درسته، إتمدت على الأدوات التالية الملاحظة العلمية، المقابلة النصف موجهة وأظهرت النتائج أنه يوجد تشابه في الخطة العلاجية التي تركز على العلاج المعرفي السلوكي وأنه يوجد نقص في الإمكانيات حيث يتوجب على الأخصائيين استعمال وسائلهم الشخصية مثل "مقياس هاملتون، روشاخ، SAX..

✓ دراسة اجنبية:

4- Alnajjar_M charke (1996): العلاقة بين تقدير الذات والقلق لدى المتعاطين التي كانت على عينة (321) من المتعاطين وغير المتعاطين من الذكور، حيث أظهرت النتائج أن الذين يتعاطون المخدرات هم أكثر قلقا وأقل تقديرا لذواتهم من غير المتعاطين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال إستعراضنا للدراسات السابقة وفيما يلي نستعرض أهم نقاط التشابه والإختلاف.

من حيث المنهج المستخدم:

- تم إستخدام المنهج الوصفي في معظم الدراسات وبمختلف أنواعه (الإستكشافي، المقارن) خاصة في الدراسات المتعلقة بالمخدرات، أما بعض الدراسات إعتمدت على المنهج الإكلينيكي مثل دراسة (سنة 2010_2011) ودراسة (علي حمادية 2015_2016) متضمن دراسة حالة بإستثناء دراسات أضافت المنهج التجريبي ومسح الإجتماعي.

من حيث الأدوات المستخدمة:

- تتوقف الأدوات والمقاييس المستخدمة طبقا لهدف كل دراسة فهناك تنوع من حيث الادوات هناك دراسات إستخدمت مقاييس مثل (مقياس الضبط الذاتي، مقياس مستوى التدين، مقياس مقياس التوافق النفسي، مقياس شدة الإدمان.. الخ) كما استعانوا بالمقابلات نصف موجهة كأداة وكذلك الإستبانة.

من حيث العينة:

- نلاحظ في الدراسات الخاصة بالمخدرات كانت حجم العينات من 40 فما فوق أما بقية الدراسات إنتقاء العينة بطريقة قصدية من حالتين حتى 8 حالات في دراسات التي إعتمدت المنهج الإكلينيكي.

من حيث النتائج:

لقد تعددت نتائج الدراسات السابقة حسب متغيرات بحث كل دراسة، كونها تشترك في بعض النتائج التي تخدم موضوع بحثنا الحالي كالدارسة (جلولي سناء 2011_2012) التي توصلت أنه يوجد تشابه في الخطة العلاجية التي تركز على العلاج المعرفي السلوكي ونقص في الإمكانيات بحيث يستعمل الاخصائيين وسائلهم الشخصية مثل مقياس هاملتون، روشاخ، Sax.

ودراسة (شهرزاد نوار 2018) التي خلصت تحسين عمل الأخصائي النفسي وهو يتم قبل كل شيء، التكوين مكثف والرسكلة، تعزيز التربصات الميدانية خلال فترة الدراسة تحسين ظروف العمل.

دراسة (Nathan2000) توصلت أن ظاهرة إنتشار المخدرات من القضايا الأمنية التي تهتم أمن كل دولة وتؤثر على شخصيتها الوطنية وبينت نتائج إرتفاع نسبة وفاة بين الشباب المتعاطين.

الفصل الثاني

المؤسسات الاستشفائية والتكفل النفسي

تمهيد:

يقوم التكفل النفسي على طرق ومنهجيات ونفسية وذهنية إجرائية وحتى المبذولة المستخدمة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية والعضوية ويعتبر العلاج النفسي للمدمن من أصعب المهام حيث تؤدي الآثار النفسية للمخدر إلى أعراض إنسحابية نفسية وجسدية جراء التعاطي المستمر وهنا يتجلا دور المؤسسات الاستشفائية على جملة من الأساليب العلاجية يستخدمها مجموعة من المختصين النفسانيين باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه أو مساعدته في حل مشاكله.

أولاً: المؤسسات الاستشفائية.**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. 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 متكاملًا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل، وقاية وعلاجًا 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 بسيطاً وشاملاً 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 أعمالاً 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.

(سيد محمد 1997: 50)

تصنيف المستشفيات:

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

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

1-1-2-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).

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- تبعاً 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، 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 بتقديم خدماته الطبية لفئات المجتمع المختلفة، والمستشفى الحكومي يكون مملوكاً 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 إحدى المؤسسات الخيرية ولا يستهدف الربح، ويقدم خدمات صحية للمحتاجين وفق معايير تحددها إدارة المستشفى أو مالكيه، وقد يكون المالك مؤسسة الجمعية الخيرية أو الدينية أو أحد المستثمرين. (بطرس 2007: 27)

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 تشمل التالي:

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 الطبي المعلومات والمهارات الميدانية والقدرة على استلام مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة وإتقان.

ويتم تدريب طلبة كليات الطب ومعاهد التمريض في المستشفيات لإكسابهم الخبرات والمهارات الميدانية، وذلك 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 صفة طبيب.

3-3- إجراء البحوث الصحية:

تعتبر المستشفيات مكاناً خصباً 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 واثرائها بالحالات الدراسية بكل سهولة ويسر، وكذلك يساعد وجود نظام إحصائي متكامل في دعم جهود البحث العلمي وتوفير الوقت والجهد على الباحث.

(ساعاتي 1998: 19-18)

4- تعريف مركز العلاج الإدمان:

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

4-1 المرحلة الأولى (مرحلة الفطام): وفيها يتم إيقاف المادة التي أدمن عليها

المريض

بوضع برنامج علاجي لوقف الأعراض الإنسحابية ومعالجة أي آثار نفسية أو عصبية أو

جسدية من تأثير الإدمان، وتأخذ هذه الفترة ما بين أسبوع إلى أربع أسابيع اعتمادا على شدة ومدة الإدمان.

2-4 المرحلة الثانية (مرحلة التأهيل): والتي تشمل على العلاج النفسي والفردى

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.

(عبد السلام 1977: 15)

5- ادوار الفريق العلاجي في المؤسسات العلاجية للمدمنين:

أثبتت الدراسات أن العلاج الداخلي في المراكز الادمانية والمؤسسات يعد مناسباً وملائماً 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.

(محمد عبد المنعم 2003: 96)

6- دورا لأخصائي النفسي الإكلينيكي: ويتلخص دوره في:

- معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذلك.

- معرفة ماذا كان الشخص يعاني من 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 ستجيب عن العديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص).
- العلاجات الفردية والجماعية للمدمن، ومن خلال خبر 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. (الدمراش 1982: 118)

8- دور الأخصائي أو مرشد التأهيل:

- تعرف هوايات الشخص التي كان يمارسها قبل أن ينخرط في الإدمان.
- تعرف كيفية قضاء هذا الشخص لوقت فراغه.
- التعرف على ميولاته واهتماماته.
- 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. (زهران: 22-23)

ثانيا: التكفل النفسي.

1- تعريف التكفل النفسي:

لغة: كفل، يكفل، تكفيلًا، أو كفالة فلان في حالة وانفق عليه وقام بأمره وحافظ عليها.

(المعيري 1984: 210)

اصطلاحا:

هو عملية يقوم بها المجتمع لتحقيق مجموعة من الأهداف للوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحسان بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال.

(الحازمي 2007: 124)

- ويعرفه عزت على أنه هي مجموعة من الخدمات النفسية الي تقدم للفرد لتمكن من تخطيطي لمستقبل حياته وفقا لإمكانيته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشجع حاجاته يحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة أسرية، شخصية، مهنية، وهو عادة يهدف الى الحضر والمتقبل مستفيدا من ماضي وخبراته.

(جودت وآخرون 1999: 14)

تعريف آخر:

هي مجملة الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد وبهدف علاجه مساعدته في حل مشكلة ما.

كما أعطى لها مفهوم الحصص التي برمجها المختص النفسي على ساس قواعد عملية ونظرية تأخذ بعين الاعتبار نمو الطفل، إدراكه لحاجياته، إمكانياته الذاتية والمحيط الذي يعيش فيه وكذلك الجانب النفسي.

(الخطاب 2004: 77)

2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

إن مصطلح التكفل النفسي متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفريق بين المصطلحات.

2-1- التأهيل: ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975) بأنه مجموعة

العمليات والأساليب التي يقصد به محاولة تربية الشبان. (غانم 2009: 195)

كما يعرف أيضا على انه " إعادة شخص غير سوي إلى وضع طبيعي".

(الهاشم 2003: 15)

وحسب انطوان ستور"انه فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة

الشخصية

المهنية".

كما انه عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى حالة التي تتيح بدنيا ونفسيا واجتماعيا

بأن ينهض بما تتطلبه المواقف المحيطة. (غانم 2009: 43)

2-2- الرعاية: هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة، يمتلك القائمين عليها بها القدرة

والمعرفة والمهارة التي يؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسين منهم على

معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض. (قاسم أبو الخير 2002: 21)

2-3- التوافق: ويعرف في المعجم المصطلحات الطب النفسي بأنه " تحدث

اضطرابات نتيجة للتعرض لمواقف الضاغطة في الحياة، وتظهر علامات الاضطراب

خلال 3 شهور من التعرض لهذه الضغوط في الصورة اضطراب في الحياة الاجتماعية أو

العلمية والدراسية. (الشربيني: 03)

يعرف التوافق على أنه عملية ديناميكية كلية مستمرة يحاول بها الفرد عن طريق تغيير سلوكه تحقيق التوافق بينه وبين نفسه، وبين بيئته المحيطة به، بغية الوصول إلى حالة الاستقرار النفسي والبدني والتكيف الاجتماعي. (الداهري 2008: 189)

2-4- التكيف:

لغة: يعني كلمة التآلف والتقارب، فهي نقيض التخالف والتنافر أو التصادم.

(أبو الدلو 2008: 77)

ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه: "هو القدرة على التعبير للدلالة على تكيف الحواس المؤثرات أو التكيف للضغوط النفسية". (الشربيني: 03)

3- أهمية التكفل النفسي:

- إن التكفل النفسي له دورا أساسيا ومهم في تطوير مختلف القدرات الخفية عند الطفل المصاب خاصة، وتنمية شخصيته نموا سليما ومعالجة اضطراباته النفسية والسلوكية قدر الإمكان. (عبد المعطي 1998: 108)

- يعد التكفل النفسي بالمضطربين نفسيا هو ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية.

- الإيجابية بين الناس، وحماية المرضى وأولادهم من التشرد والضياع.
- ترميم الشخصية وإعادة بنائها فقد يكون أيضا إعادة الاتزان النفسي والتكيف مع المحيط.

- دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة الحفاظ المجتمع على الفكر الايديولوجي المطلوب وتربية أبناء.

- المجتمع على القيم والمبادئ والنظريات والموالية للمجتمع والتي تحافظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق.
- من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي:
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع وشدة المنافسة بين أبناء المجتمع.
- ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغيير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاعتصاب.
- العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة.
- ازدياد مشاكل الأسرة ونفاقمها، وضعف سلطتها ورقابتها وقدرتها في توجيه ابنائها مما يؤدي إلى الانحراف.

(العيساوي 1997: 21-23)

4- مجالات التكفل النفسي:

4-1- التكفل الاجتماعي: والهدف منه تحقيق التكامل في التكفل بهذه الفئة بين المؤسسة المسؤولة والأسرة المدمن ومحيطه الخارجي ويلعب الأخصائي الاجتماعي دور الوسيط بين الأسرة والمركز فهو يقوم بالعديد من الأعمال أهمها عند التسجيل أي مدمن للاستفادة من خدمات المركز يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء تحقيق مطول عن المدمن وأسرته والبيئة المحيطة به ويحتوي هذا التحقيق على: معلومات عامة عن المدمن - الحالة المدنية للأولياء - الوضعية الاجتماعية للعائلة - الحالة الصحية للوالدين، الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للعائلة.

التاريخ التطويري للحالة، نظرة الأسرة اتجاه المدمن واخيرا بعض الاقتراحات من قبل المشرف الاجتماعي وخالصة ما وصل إليه هذا تقرير ويرفق هذا التقرير في الملف.

4-2- التكفل الطبي:

تتكون من فرقة تحتوي على طبيب وعدد من الممرضين

المساعدين حيث يستقبل الطبيب المريض ويتم فحصه جسديا ويسجل البيانات العامة حول

المريض في بطاقة الطبية، كتاريخ الدخول والخروج ورقم الملف وتكون معلقة على سرير المريض، كما يتضمن علاجاً كاستعمال التخدير المهدئة والمعالجة بالفيتامينات والأدوية المهدئة.

4-3- التكفل الوقائي الاندماجي: هو ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبواقبه وأضراره فضلاً عن التدخل لإعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية وترفيهية والجلسات لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن والعودة للحياة العادية بالتقليل من ظاهرة العود. (سيف الدين 1998: 02)

التكفل النفسي بالمدمنين داخل المراكز العلاجية :

أولاً: العلاج الطبي (مرحلة التخلص من السموم):

يتم العلاج الجسمي بإعطاء المدمن فيتامينات ومقويات وأطعمة مفيدة لتقويه وضعه الصحي وذلك لتعويض ما فقده الجسم، إذ أن المدمنين يعانون من الهزال بسبب انقطاع الشهية وضعف الوهم.

كما يعطى للمدمنين بعض المهدئات ليس لها خاصية الانسحاب أي يعطى للمدمن مخدراً بديلاً عن المخدر الذي يسبب له الإدمان إذ يكون هذا المخدر البديل لا يحدث أعراض الامتناع، ويمكن تلخيص طرق العلاج الطبي بما يأتي:

- العلاج عن طريق حظر المخدر.

- العلاج بالتنويم والتخدير.

- علاج حالات الاكتئاب.

- العلاج بالصدمات الكهربائية.

ثانيا: الاستراتيجيات السلوكية المعرفية في علاج الإدمان

يسعى العلاج السلوكي المعرفي إلى التغيير والتطوير والنمو (تغيير الاعتقادات الخاطئة نحو الذات_العالم_المستقبل ما يعرف بالثلاثية المعرفية) لعل السؤال المطروح في تناول المعرفي السلوكي لعلاج الإدمان هو: ما هي الأفكار النمطية أثناء تناول المخدرات؟ ما الذي يحدث في أذهان المدمنين وهم يواصلون اخذ المخدرات مع علمهم بالآثار السلبية؟

إن الأجوبة عن هذه التساؤلات تؤكد أن المدمنين لديهم عمليات معرفية خاصة، اعتقادات مسبقة كما يملكون مؤثرات نشطه التي تشكل عوامل الخطورة.

تدل الخبرات العيادية حسب اليس 1988 Ellis أن المدمنين على المخدرات تعزيرهم العديد من المعتقدات الخاطئة حيال خبراتهم وتجاربهم الانفعالية. المعتقد الخاطئ السائد هو: لا يستطيع تحمل ذلك عندما اشعر بنزوع ملح لأخذ المخدر أو الكحول في حين لا ارغب في تناوله، انه لمؤلم جدا أن امتع. وقد تبلورت عن العلاج السلوكي المعرفي مجموعة من التقنيات العلاجية يسعى من خلالها الأخصائي النفسي إلى تغيير السلوك السلبي وهو سلوك الإدمان كما يسعى إلى تبديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة واهم هذه التقنيات :

1. التدريب على المهارات الاجتماعية:

أشارت دراسات عديدة إلى أن الإدمان على المخدرات يحدث في المواقف التي تتطلب سلوكيات تفاعلية معينة وكذلك المواقف الضاغطة وكذلك في مرحلة المراهقة التي تتميز باضطراب في لعب الأدوار والبحث عن الهوية وتبين من ذلك أن مدمني المخدرات يعانون من :

- نقص أو خلل في المهارات الاجتماعية وبالتالي لا يحصلون على تدعيم اجتماعي مناسب.

- يزداد التعاطي لديهم في مواقف التفاعل التي لا يستطيعون مواجهتها بكفاءة.

- تغيير أنماط السلوك التفاعلي (غير مستقرين على أنماط سلوكية).

وهكذا يسعى الأخصائي النفسي إلى تدريب المدمنين على السلوك التوكيدي أي سلوك الثقة بالنفس حتى يتعلمون الدفاع عن حقوقهم ونقل مشاعرهم للآخرين ومواجهه مشكلاتهم ويتكون التدريب من:

- التعليمات العلاجية.

- المحاكاة (الاقتداء).

- لعب الدور.

وهكذا يتمكن المدمن من رفض العودة للتعاطي تحت ضغط المواقف الاجتماعية ومنع حدوث الانتكاس.

2. تنمية مهارات حل المشكلات :

يسعى الأخصائي النفسي من خلال التدريب على حل المشكلات إلى:

- تنمية التوجيه العام ومساعدة المدمن على تحديد المشكلات وصياغتها بوضوح وتدريب على وضع بدائل وحلول ممكنة.

- تشجيع المدمن على اتخاذ القرار واختيار الحلول والتحقق من ملاءمة هذه الاختيارات.

ويمارس الأخصائي النفسي هذه التقنية مع المدمنين مباشرة بعد مرحلة إزالة التسمم حتى يمكنهم من إعادة التأهيل.

3. المهارات المهنية والعلاج بالعمل:

يدرك الأخصائي النفسي انه من الآثار السلبية للإدمان :

- مشكلات في العمل تتراوح بين التغيب والتشاجر والتعرض للحوادث ثم الطرد والفصل.

- كما يعرف الأخصائي النفسي بعض المشاكل التي تواجه المدمن بعد المرحلة الأولى من العلاج، حيث يتعذر عليه العودة لعمل، كما يتعرض للتجنب من طرف زملاء العمل، فيميل المدمن للانسحاب وأحيانا العودة للتعاطي.

وهكذا يسعى الأخصائي النفسي إلى تطبيق برنامج إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني ويتم ذلك مع فريق متخصص. ويضم هذا البرنامج:

التدريب على مهن وأعمال تتفق مع ظروف المدمن حتى يقاوم مختلف الضغوط التي تدفعه للانتكاسة بالإضافة إلى الإرشاد والتوجيه المهني.

4. الرعاية الذاتية:

يسعى الأخصائي النفسي من خلال هذه التقنية إلى تدريب المدمن على الاهتمام بعلاجه، خاصة في المراحل الأخيرة.

- تعلم تحليل أنماط السلوكية وتحديد الأهداف من خلال هذه الأنماط السلوكية.

- إعادة ترتيب محددات السلوك الواقعية ثم التعامل مع مختلف الاستجابات لهذا السلوك وهكذا يكون المدمن الخاضع للعلاج هو المسؤول عن تنظيم وتوجيه معالم سلوكه.

5. العلاج العقلائي الانفعالي:

هي تقنية أليس Ellis ويسعى الأخصائي النفسي من خلال هذه التقنية إلى مساعدة المدمن على إعادة بناء تفكيره أو بنيته المعرفية ومناهضة الأفكار والمعتقدات الخاطئة، وتتبلور مناهضه المعتقدات الخاطئة من خلال :

- ملاحظه تعابير الإلزام والجبرية والمطالب.

- مناهضه تعابير الحتمية واليأس.

- مناهضه تعابير تفخيم الحوادث الحياتية.

يتدرب من خلال هذه التقنية على :

- تعلم مهارات التعامل والتصدي والحديث مع الذات العقلائي والمنطقية. يكون

الحديث الذاتي كالاتي:

- يذكر المدمن مع نفسه مساوى المخدرات ومحاسن الإقلاع عنها.

- توفير المال والتمتع بصحة جيدة وكسب الأصدقاء.

6. تغيير الاتجاهات وتعديل السلوك :

يسعى الأخصائي النفسي من خلال إعداد برنامج تغيير الاتجاهات وتعديل السلوك، فمثلا يستعين باستخدام المحاضرات والأفلام ومختلف وسائل المحادثة. كل هذه الوسائل تتحدث عن مساوى ومخاطر هذه المواد المخدرة وإظهار أشخاص أصحاء حتى يكون مثال النمذجة يحتذي بها المدمن المشاهد، وتستعمل هذه التقنية مع الجماعات الهشة لتغيير اتجاهاتهم وتحصينهم ضد الوقوع في مشكل الإدمان.

7. الاسترخاء:

يحاول الأخصائي النفسي من خلال هذه التقنيات تمكين المدمن ومساعدته على الإقلاع على التعاطي والإدمان، وهناك أشكال الاسترخاء يتم تعليمها للمدمن منها :

- التفكير التأملي مع التكرار الصوتي والمخفض لكلمة أو لعبارة معينة، مثل: أريد الإقلاع عن المخدرات مع الاحتفاظ بالجسم في حاله الاسترخاء.

- الاسترخاء التدريجي العميق للعضلات.

- قراءه وترتيل بعض الآيات القرآنية يساعد على الاسترخاء.

8. الجماعات العلاجية:

هو العلاج ضمن الجماعة العلاجية فالجماعة العلاجية تمثل الصورة المصغرة للمجتمع، هو علاج يقوم على برنامج فيه احتواء ذاتي ومتكامل التركيب، يقدم العلاجات الهادفة إلى إعادة تأهيل المدمنين على المخدرات، وهؤلاء المرضى المدمنين المقيمين يتلقون العلاج الفردي والجماعي ويتعلمون تطوير مهاراتهم المهنية ويتعلمون المسؤولية وينمون مهارات التفاعل الاجتماعي.

وأهم التقنيات العلاجية في جماعة العلاج التي يقدمها الأخصائي النفسي هي العلاج العقلاني الانفعالي حيث يسعى من خلالها لإعادة التأهيل ونشر فلسفة عقلانية تشجع المدمنين على تحمل المسؤولية بالنسبة لماضيهم ومن إحداث التغيير في بناهم المعرفية.

يمثل الأخصائي النفسي في جماعة العلاج دور المعالج والصديق والمرشد وقائد الجماعة: إنها علاقة علاجية تفاعلية نهايتها الوصول إلى النمو الشخصي للمدمنين. وحتى يقوم الأخصائي النفسي بدور فعال في التكفل بالمدمنين وتقديم برنامج العلاج الشامل بمختلف تقنيات العلاج ضمن فريق العمل (الطبيب العقلي، الأخصائي الاجتماعي،

المرشد) المشرف على علاج المدمنين يشترط منه أن يتميز ببعض الخصائص الشخصية التي تزيد من فعالية تدخله العلاجي.

وهذا بالإضافة إلى تكوينه الأكاديمي والتطبيقي العملي، تعتبر هذه الخصائص في نفس الوقت مهارات يمتلكها كل أخصائي نفسي فعال ومتمرن وهي كالتالي:

- الاهتمام الجاد والحيوي في مساعدة المدمن.
- القبول المشروط للمدمن كفرد مريض يعاني يحتاج إلى تفهم ومساعدة.
- الوثوق من قدرته العلاجية وتقنيات التدخل والتكفل بالمدمنين.
- لديه القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته.
- يتمتع بالصفات الأخلاقية والمهنية وبروح المسؤولية.
- مهني وله مكانته في الوسط العلاجي مع زملائه من طبيب عقلي، ممرض، أخصائي اجتماعي.

ثالثاً: العلاج الاجتماعي:

مرحلة العلاج الاجتماعي تأتي بعد مرحلة العلاج النفسي وبعد أن يصبح الفرد قادراً على التفاعل مع البيئة الاجتماعية المحيطة به وقادراً على أن يعيد تواصله معها على النحو الذي كانت عليه قبل إقدامه على التعاطي، والأخصائي الاجتماعي هو المعني بهذه المرحلة بالدرجة الأولى، إذ تقتضي عملية العلاج معرفة الشروط الاجتماعية والبيئية التي يعيشها المتعاطي ومن ثم إعادة تكيفه معها من جديد، قد يكون الإدمان نتيجة العلاقات السيئة بين الشاب وأبويه أو نتيجة تفكك الأسرة أو أسباب أخرى، والأخصائي الاجتماعي معنى بمعرفة هذه الشروط والعمل على إعادة بنائها بالشكل الذي يحقق التكيف الاجتماعي المنشود للفرد المتعاطي مع أسرته وبيئته الأصلية وقد يستعين الأخصائي الاجتماعي في

هذه المرحلة بعالم الدين لشرح الأبعاد الدينية والأخلاقية وعملية التعاطي وأثارها الصحية والاجتماعية.

رابعاً: مرحلة التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي للمدمن

وتستهدف هذه العملية استعادة المدمن لقدراته وفعالياته في مجال عمله، وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل، أما إذا لم يتمكن من هذه العودة فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آخر متاح، حتى يمارس الحياة بشكل طبيعي.

ومن الضروري ألا يقتصر العلاج على ذلك، بل أن تتكامل التخصصات العلاجية وتتحدد وصولاً إلى النتيجة المطلوبة وليس الشفاء الجزئي أو المحدود: ذلك أن الشفاء الحقيقي لا يكون مقصوراً فقط على علاج أعراض الانسحاب ثم ترك المدمن بعد ذلك لينتسكس، إنما يجب أن نصل معه إلى استرداد عافيته الأصلية في وجوهها الثلاث، النفسية الجسدية والاجتماعية، مع ضمان عودته الفعالة إلى المجتمع ووقايته من الانتكاسة 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 الإدمانية يجب التشدد في معايير الشفاء حتى في الحالات التي يصحبها اضطراب جسيم في الشخصية التي وقعت في السلوك الإجرامي مهما كان محددًا. ويظهر دور الأخصائي في هاتين المرحلتين واضحاً.

إن علاج الأمراض النفسية عامة والإدمان خاصة، يقتضي التعاون والتواصل بين أفراد فريق العمل يضم الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وحتى رجل الدين إن أمكن، وذلك حتى يصل المدمن إلى الشفاء وإعادة الإدماج الاجتماعي والمهني.

إذا كان هناك جدل ومناقشه حول إمكانية مساهمة الأخصائي النفسي في علاج المدمنين والتكفل بهم، فإن لا يمكن ان ننكر دوره الحيوي في العمل الوقائي بمستوياته الثالثة:

1) مستوى الوقاية الأولية: يقوم الأخصائي النفسي بتحسين نوعية الحياة، لتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية مثل المدارس والثانويات والنوادي الرياضية (دور منع حدوث الإدمان).

2) مستوى الوقاية الثانوية: يعمل الأخصائي النفسي على اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للإدمان (الجماعات الهشة) الأسر والأفراد المحتاجين للمساعدة قبل وقوعهم في الإدمان. ويقوم هنا الأخصائي بدراسة السلوكيات الأولى المؤشرة لوجود حالة التعاطي لدى التلاميذ المتمدرسين، سلوكيات في البيت والمدرسة.

3) أما على المستوى الوقاية الثلاثية: يعمل الأخصائي النفسي على رصد الانتكاسة ومساعدة المريض على عدم الرجوع للإدمان وإعداد المتعافي لإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني وتثبيت الدافعية للبقاء بعيدا عن تعاطي المخدرات.

خلاصة:

تعد العلاجات والخطط العلاجية وإعادة التأهيل الاجتماعي المطبقة داخل المؤسسة العلاجية لعلاج المدمنين كنموذج متكامل لتحقيق الرعاية اللازمة للمدمن وإخراجه من الحالة النفسية والتدهور الصحي بسبب الإدمان على المخدرات وأثارها النفسية والجسدية. وذلك من خلال عمل مختصين النفسين بتطبيق العلاجات النفسية والتي تعمل على التقليل من الاضطرابات النفسية والتوترات وكذلك إعادة الدمج الاجتماعي للمدمن للرجوع إلى الحياة الاجتماعية والقيام بنشاطاته بصورة طبيعية وبالتالي تحقيق التوافق النفسي للمدمن.

الفصل الثالث

الإدمان على المخدرات

تمهيد

تعد مشكلة الإدمان بوجه عام وتعاطي المخدرات بوجه خاص واحدة من أخطر المشكلات الاجتماعية التي تواجه المجتمع المدني، نظرا لما تحمله هذه الظاهرة من خطورة على المدمن بشكل خاص وعلى المجتمع المدني والدولة بشكل عام، وبما أن الإدمان يسبب الكثير من المشكلات في معظم بلاد العالم مما يحمل الدول مبالغ طائلة للعلاج والمكافحة، وسن القوانين الصارمة لمكافحة الاتجار وتداول تلك المدمنات، مما حتم على الباحثين والعلماء في جميع الميادين البحث والعمل الدعوى على حل لتلك المشكلات التي تؤدي إلى انهيار المجتمع.

كما تتضح خطورة هذه المشكلة في اثر سلوك المتعاطين على جميع النواحي في المجتمع، فمن الناحية القانونية يؤدي الإدمان إلى السرقة والقتل والاعتصاب إلى الخ، ومن الناحية المرضية فهو يرتبط بالاضطرابات العقلية والنفسية وكذلك الأمراض العضوية، ومن الناحية الاقتصادية فإنهم يعتبرون أشخاص ضعيفي الإنتاج مما يؤدي إلى إعاقة تنميه المجتمع.

ومن ثم تظهر ضرورة تحقيق العلاج للشخص المتعاطي والاهتمام ليس بالعلاج الطبي فقط وإنما العلاج النفسي أيضا والذي يهتم بعلاج حالته النفسية التي أدت به إلى الإدمان واستخدامه لحل مشكلاته بدلا من وضع حلول ملائمة لها.

1 - نبذة تاريخية عن المخدرات:

عرف الإنسان المخدرات منذ فجر التاريخ، وقد سجلت كتابات المؤرخين أن الإنسان منذ العصر الحجري توصل إلى اكتشاف نبات الخشخاش (الأفيون) والقنب (الحشيش)، حيث تم استخدامه من طرف الآشوريين قبل 4000 سنة قبل الميلاد والفرس وسكان آسيا للحصول على الانشراح (الكيف).

ولقد أشارت العديد من الدراسات أن ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات عرفت في الحضارات القديمة كالحضارة الفرعونية والرومانية واليونانية والصينية.

ومنذ العصر الحجري تم اكتشاف الكحول وشربه، وهناك عشرات النباتات والفطريات التي تحتوي على كيميائيات ذات خصائص كثيرة للعقل، أما الأمفيتامينات والمنومات والمنشطات فقد تم اكتشافها في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، حيث صنع أول عقار منشط في ألمانيا عام 1887.

وفي المنطقة العربية يعتبر الفراعنة أول من عرف المخدرات، وأعتبر ابن البيطار الحشيش أنه يسبب التخدير حيث كان استعماله بعيدا عن الإدمان، حيث استخدم في مجال الطب.

فمنذ 2700 ق.م كان القنب الهندي معروفا لدى إمبراطور الصين (شن ننج)، وكان يوصف لعلاج الإمساك والذهول. ولقد أطلق الأفيون على لوحة سامريه تعود ل 4000 ق.م، ووصف بنبات السعادة، كما استعمله قدماء المصريين كدواء لعلاج الأطفال كثيري البكاء، ولقد زين الإغريق إله النوم عندهم (هينوس) بثمار الخشخاش، وكذلك فعل الرومان (سوهوس).

كما عرف العرب المنبهات (القهوة) قبل 900 عام، في حين عرفت أمريكا اللاتينية المهلوسات منذ 3500 ق. م، وعرف الهنود القنب قبل 3000 عام. فمنذ 2700 ق، م.

(البداينة 2012: 10-11)

ويوضح لنا ذلك أن استخدام المخدرات قديم قدم البشرية حيث عرفته أقدم الحضارات في العالم فقد وجدت لوحة سومرية يعود تاريخها إلى الألف الرابعة قبل الميلاد، تدل على استعمال السومريين للأفيون وكانوا يطلقون عليه (نبات السعادة)، وعرف الهنود والصينيون الحشيش منذ الألف الثالث قبل الميلاد كما وصفه هوميروس في الأوديسا.

(المهندي 2013: 21-22)

أما مع بداية القرن الحالي أخذت إساءة استعمال المخدرات تشغل بال المسؤولين حيث بدأت تتدفق على البلدان كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان، وأقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، بعد أن كان التعاطي محصوراً في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضيعة في المدن، وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى مصر وتقديمه للطبقة العليا، ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين بسرعة، امتدت إلى باقي الطبقات الأخرى من الشعب.

فالمخدرات داء شمل كل بلدان العالم بالرغم من تقدمها اقتصادياً وعلمياً إلا أن هذا لم يحد من انتشار هذه الآفة الضارة.

(المهندي 2013: 21-22)

2- مفهوم المخدرات:

إن تعريف المخدرات يختلف باختلاف النظرة إليها، فلا يوجد تعريفاً يتفق عليه العلماء يوضح مفهوم المخدرات، نظراً للتداخل في معنى الكلمة وفي تحديد بين ما هو مخدر وغير

مخدر، وقد يرجع كذلك لاختلاف التعريف فهناك التعريف العلمي والتعريف الطبي والقانوني إلى غير ذلك وعليه ويمكن تعريف المخدرات من خلال الجوانب التالية:

• **المعنى اللغوي:**

يرجع أصل اشتقاق كلمة "المخدرات" في اللغة إلى مادة خدر وهي بكسر الخاء، وكل ما يستر الشيء. خدر العضو بفتح الخاء إذا استرخى فلا يطيق الحركة، وخدرت عينه ثقلت من قذى أو غيره، والخدره والضعف والفتور يصيب الأعضاء والبدن. كذلك في لسان العرب الخدر من الشراب، والدواء فتورا يعتري الشارب وضعف، والخدر الكسل والفتور، وفتور فتورا لأنت مفاصله وضعفت. (سواس 2011: 34)

• **المعنى الاصطلاحي:**

كما ذكرنا سابقا لا يوجد تعريف متفق عليه بين العلماء للمخدرات وعليه يمكن ادراج بعض التعاريف والتي نذكر منها:

عرفت منظمة الصحة العالمية (1973) العقاقير المخدرة بأنها أي مادة يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية.

وأشار المغربي (1963) إلى أن المادة المخدرة هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة، أن تؤدي إلى حالة التعود والإدمان عليها بما يضر بالفرد والمجتمع.

(عبد المعطي 2004: 141)

في حين يعرف فاروق عبد السلام (1977) المخدرات " بأنها أي مادة طبيعية أو مصنعة تفعل في جسم الإنسان وتؤثر عليه، فتغير إحساساته وتصرفاته وبعض وظائفه، وينتج عن تكرار استعمالها نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذ على البيئة والمجموعة". (نافع 1989: 36)

• **التعريف العلمي للمخدرات**

تعرف المخدرات علمياً بأنها كل مادة كيميائية يؤدي تناولها إلى النعاس والنوم أو غياب الوعي، المرفوق بالآلام. (شيلي 2008: 500)

وتعرف كذلك أنها أي مادة كيميائية تعمل عند تناولها وبكميات قليلة على إحداث واحد أو أكثر من التغيرات التالية:

- التأثير على حالة الشخص الفسيولوجية، بما في ذلك مستوى النشاط، الوعي، التوازن.

- التأثير على الأحاسيس الواردة للمخ.

- التأثير على مستوى الإدراك والقدرة على تحليل المنبثرات الواردة أو تغييرها.

- تغيير حالة الشخص المزاجية. (القذافي 1999: 258)

• **التعريف القانوني للمخدرات:**

يعرف المشرع القانوني المخدرات على أنها "كل مادة مسكرة أو مفرطة طبيعية أو مستحضرة كيميائياً، من شأنها أن تزيل العقل جزئياً أو كلياً، وتناولها يؤدي للإدمان بما ينتج عنه تسمم في الجهاز العصبي فتضر الفرد والمجتمع، ويحظر تداولها أو زراعتها، أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، وبما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية. " أي أنها مجموعة المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر زراعتها وتداولها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستخدم إلا لمن يرخص له ذلك. (حوري 2003: 511)

• **التعريف الاجتماعي للمخدرات:**

تعرف بأنها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتناولها إلى السلوك الجانح، وهي تلك المواد التي تذهب العقل وتدفع متعاطيها للسلوك المنحرف. (الغريب 2006: 33)

في ضوء ما سبق ذكره من مفاهيم مختلفة للمخدرات نجد أن هذا المفهوم ظهر بأبعاد وأنواع جديدة، والسبب وراء ذلك تنوع أشكال وأنواع المخدرات فالتالي لم تكن مخدراً في

السابق أصبحت مخدرا بعد الإساءة في استخدامها، فقد ظهرت المنبهات وأصبح العديد من المراهقين يلجئون إليها بحجة التنبيه والقدرة على مراجعة دروسهم، وظهرت المنشطات أيضا واستخدمها المراهقين بحجة القدرة على الحاجة، وظهرت العقاقير المسكنة للألام، والتي أساء استخدامها الصغير والكبير دون مراجعة الطبيب.

ومن هنا يمكن إعطاء تعريف للمخدرات بأنها كل مادة خام مصنعة أو مستحضرة كيميائيا تحدث تأثيرا على جسم الإنسان تظهر أعراضا خاصة، تلحق الضرر بالفرد وبالمجتمع.

(بن يونس 2008: 436)

تصنيف المخدرات:

هناك عدة معايير لتصنيف المخدرات وهذا ناتج لتعدد أنواعها ولتأثيراتها ومكوناتها ومناطق إنتاجها، فقد تصنف وفق اللون، وقد تصنف وفق الأثر، وقد تصنف وفق المصدر. فأما العقاقير المصنفة وفق اللون، فمنها البيضاء (مورفين، هيروين، كوكايين)، ومخدرات سوداء (حشيش والأفيون).

(لفايد 2001: 2006)

1. التصنيف حسب المصدر:

1-المخدرات الطبيعية: هي المخدرات التي يتم استخراجها من الطبيعة، بمعنى أنها نباتات التي تحتوي أوراقها وثمارها على المادة المخدرة الفعالة التي ينتج عنها فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة، مثل نبات القنب الهندي (الحشيش) والكوكا، والخشخاش (الأفيون) والقات.

(بن شيخ 2010: 09)

2-المخدرات المصنعة: هي التي تستخلص من المواد المخدرة الطبيعية السابقة وتجري عليها عمليات كيميائية لتصبح أكثر تركيزا وأشد أثرا مثل: المورفين، والكوكايين، والهيروين، ومسكنات الآلام وأدوية السعال.

(مجدي 2003: 764)

3-المخدرات التخليقية: وهذه المخدرات ناتجة عن تفاعلات كيميائية، تمت جميع م ا رحل صنعها في المعامل من مواد كيميائية، لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية، وإن كانت تحدث آثار مشابهة للمخدرات الطبيعية خاصة حالة الإدمان، ومنها: المنومات (الباربيتورات)، والمنبهات (الأمفيتامينات)، والمهدئات، والفاليوم، وعقاقير الهلوسة. (العيساوي 2001: 98)

- وتصنف بحسب تأثيرها إلى مهبطات (كمسكنات الألم، والمنومات والمهدئات) ومنشطات، وعقاقير الهلوسة، وصنفتها القوانين والأنظمة والاتفاقات الدولية تصنيفات أخرى، أو عددها تعدادا وهي بشكل عام تقسم إلى مجموعات: مسكنة أو مهدئة من الأفيون ومشتقاته، والمخدرات المسكنة غير الأفيون والمنبهة أو المنشطة، ولكل نوع آثاره.

(الزحيلي 2008: 764)

- تصنيف منظمة الصحة العالمية :تصنف منظمة الصحة العالمية المخدرات كالاتي:

أ- مجموعة العقاقير المنبهة: مثل الكافيين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات مثل البانزين.

ب- مجموعة العقاقير المهدئة: وتشمل المخدرات مثل المورفين والهيروين والأفيون والباربيتورات وبعض المركبات الصناعية مثل الميثاوان وتضم هذه المجموعة الكحول.

ج- مجموعة العقاقير المثيرة للأخاييل (المغيبات) ويأتي على رأسها القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش والماريغونا.

د- بحسب التركيب الكيماوي :وهناك تصنيف آخر تتبعه منظمة الصحة العالمية، يعتمد على التركيب الكيماوي للعقار وليس على تأثيره ويضم هذا التصنيف ثماني مجموعات هي:

- الأفيون.
 - الحشيش.
 - الكوكا.
 - المثيرات للآخاييل.
 - الأمفيتامينات.
 - الباربيتورات.
 - القات.
 - الفولاتيل.
- (قماز 2009: 28)

1. تعريف تعاطي المخدرات:

يعتبر مفهوم تعاطي المخدرات من المفاهيم الأكثر موضوعية كونه لا يقدم أي حكم، وليس له أي دلالة على الإدمان.

حيث يعرف التعاطي بأنه: " رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف - إراديا أو عن طريق المصادفة - على آثارها المسكنة والمخدرة أو المنبهة والمنشطة، تسبب حالة من الإدمان، تضر بالفرد جسميا، نفسيا واجتماعيا".

(رشاد 1992: 40)

من هذا المنطلق فإن تعريف تعاطي المخدرات كونه "رغبة غير طبيعية" أو "استعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي"، نجد فيه مبالغة كبيرة، فهذا التعريف لا ينطبق على حالات من المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات للتجريب فقط، ففي هذه الحالة فإن الشخص الذي يتعاطي المخدرات تحت ضغط الأصدقاء أو للامتثال، ويمكن أن يتعاطاه مرة واحدة ويتوقف عن تعاطيها فيما بعد، وبهذا فإن هذا الشخص لم يتعاطها لأنه يشعر برغبة غير طبيعية هذا من جهة، وتعاطي المخدرات مرة واحدة لا يؤدي إلى إتلاف الجانب الجسمي والعقلي.

كما يعرف الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) التعاطي (Substance Abuse) بحدوث سوء تكيف ناتج عن تعاطي المخدرات، يقود إلى تشويش إكلينيكي يظهر من خلال واحدة أو أكثر من المعايير التالية لمدة إثني عشر شهرا متتالية وهذه المعايير هي:

- الفشل في الإنجاز في المدرسة أو العمل بسبب تعاطي المخدرات.
- التعاطي في بعض المواقف الاجتماعية أو بالصدفة.
- دخول السجن أو الاعتقال بسبب تعاطي المخدرات.
- حدوث مشاكل عائلية أو شخصية بسبب تعاطي المخدرات، والتعاطي لا يصل إلى مستوى الإدمان في الاعتماد على المخدر.

ومن التعاريف السابقة للتعاطي يمكن تعريفه بأنه أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي المادة المخدرة بالصدفة، أو التسلية أو لتقليد أصدقائه، ولكن غيابها لا يسبب له أية مشاكل نفسية، أو جسدية، والتعاطي هنا يكون في أوقات مختلفة وأماكن مختلفة. (مشاقبة 2007: 21)

6- أنواع تعاطي المخدرات:

ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمن عليها، من هذا المنطلق فقد تم إدخال المتعاطين للمخدرات في ثلاثة فئات وهي:

6-1 التعاطي التجريبي أو الاستكشافي Usage Experimental

يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاط فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاثة مرات في حياته، دوافعه غالبا ما تكون فضولية، لاستكشاف أحوالها، وقد يتوقف المجرب من أول مرة أو مرتين، أو قد يترتب عن ذلك استمرار تعاطيه. (القشعان 2002: 82)

2-6 التعاطي العرضي أو الظرفي: Usage occasionnel

يعني أن الشخص يتعاطى المخدرات من وقت لآخر، وقد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر فلا يشعر بتبعية نحوه، ولا يتعاطاه إلا في حالة توفرها بسهولة، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبرا، وقد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية، ويشير التعاطي الظرفي إلى مرحلة متقدمة من مرحلة التعاطي التجريبي.

(الغول 2011: 101)

3-6 التعاطي المنتظم: Usage Regulier

يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحلتين السابقتين في تعلق المتعاطي بالمخدرات.

ويقصد به التعاطي المتواصل والمنتظم للمخدرات، وتعتبر هذه المرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي.

ويرتبط وصول المتعاطي لهذه المرحلة بالعوامل النفسية مثل الاكتئاب، والقلق واليأس والإحباط أكثر من ارتباطه بالعوامل الخارجية مثل وسائل الإعلام وتأثير الأصدقاء.

(الغول 2011: 101)

4-6 التعاطي الكثيف أو القهري Pharmaco Dépendance

إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، كما قد يتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، فالمدمن هو أي فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا، بحيث يضر بصحته كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة للإدمان.

(الدسوقي 1988: 29)

تعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل المركزي في التعاطي القهري، ويكون الفرد تابعا نفسيا وفي بعض الأحيان جسديا للمخدر، وقد تظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية وتبدأ علاقاته تسوء مع أسرته وأصدقائه والمحيطين به.

أنواع المواد الإدمانية وتأثيرها على المتعاطي:

7-1-1- زمرة الأفيون ومشتقاته:

7-1-1-1- الأفيون: وهو من أخطر أنواع المخدرات يتم الحصول عليه بإجراء شقوق

في ثمار

الخشخاش غير الناضجة، فيسيل على شكل عصارة تجمع وتجفف لها طعم مر وتجمع في تركيب عدد من العقاقير، ويتعاط الأفيون ببلعه مع الماء أو القهوة أو الشاي أو تدخينه مع السجائر ويشعر متعاطيه في البدء بالنشاط والقدرة على التخيل والكلام، لكن هذا لا يدوم طويلا إذ تضطرب الحالة النفسية ويبطئ التنفس وينتهي الأمر إلى النوم العميق والسبات. ويصاب الشخص بالإدمان بعد تعاطيه للأفيون ومستحضراته، والحقن هي الطريقة الأكثر شيوعا لتعاطي الأفيون. (ديلاينيكيفا 2001: 199)

والأفيون إذا تعود عليه الشخص صار جزءا من حياته لا تستطيع جسمه أداء وظائفه دون تناول الجرعة المعتادة، ويشعر بالآم حادة إذا لم يتناول الجرعة وتتدهور صحته، وتضعف ذاكرته وتضمحل عضلاته، وتقل شهيته للطعام، ويحدث بطء في التنفس، وزرقة في العينين، وينقص وزنه. (الغريب 2006: 38)

7-1-2- المورفين:

وهو أحد مشتقات الأفيون، ولقد تم استخلاص هذه المادة على يد العالم الألماني سيرتونر Sertuner عام 1804، والمورفين عبارة عن مسحوق أبيض بلوري، كما يمكن أن يكون على شكل أقراص، أو محاليل الحقن، ويتدرج لونه من الأبيض إلى الأصفر

أو البني تبعا لنقاوته، وهو مر المذاق. وقد انتشر استخدام المورفين في الأغراض الطبية في العالم الغربي خاصة الولايات المتحدة الأمريكية. (مشاقبة 2007: 51)

فأستعمل لعلاج الألم والإسهال الشديد والسعال عن طريق الحقن، والتوقف عن استخدامه يحدث أعراضا كاحمرار العينين والتعرق والنعاس. (قازان 2005: 31)

وآلام في البطن والعضلات والتقيؤ والغثيان والإسهال وتسارع ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم والأرق. (شابرول 2001: 38)

كما أن الأثر الأساسي للمورفين هو زيادة التأثير الكافي (المانع) لقشرة المخ على مراكز الإحساس بالتلاموس، ومن ثم يقل الشعور بالألم ولا يوجد في الطب الآن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسمية. (عكاشة: 553)

ويتم تعاطي المدمن لمادة المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل، ونادرا ما يأخذ عبر البلع، لأنه إذا أخذ بهذه الطريقة يلزم تعاطي كميات كبيرة منه وهذا يحتاج إلى تكاليف باهظة، وعادة ما يلجأ المدمن في حالات الإدمان المتقدم إلى الحقن في الوريد مباشرة، حيث تكون فاعليته أسرع من الحقن تحت الجلد.

(مشاقبة 2007: 51)

3-1-7 الحشيش (الماريجوانا):

يحضر الحشيش من نبات القنب، وهو المصطلح الشعبي للمادة المخدرة المستخرجة من نبات القنب سواء من أزهاره، أو سيقانه أو جذوره، وله عدة أسماء تختلف باختلاف البلد الذي يستخرج فيه والحشيش أو ما يعرف " الماريجوانا" ليس له أي استعمال طبي.

(سواس 2011: 171)

ويسبب تعاطي الحشيش شعورا بحسن الحال وخفة الرأس ونشوة مع كثرة الكلام، وزيادة القدرة الحركية مع اضطراب على تعرف الزمان والمكان، وانعدام الإحساس بمرور الزمن، وإذا زادت الجرعة سببت إرهاقا واختلاطا عقليا.

وقد وجد سويف 1967 في بحثه عن الحشيش في مصر أنه غالبا ما يبدأ المرضى في تعاطي الحشيش، قبل سن العشرين وسبب ذلك الإنضمام إلى مجموعة الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الاستطلاع، ومحاولة تقمص دور الرجل. (عكاشة: 553)

كما يؤدي تعاطي الحشيش إلى زيادة في ضربات القلب، وشعور بضغط وانقباض الصدر واتساع العينين، وبرودة في اليدين والقدمين، واصفرار الوجه، وعدم التوازن الحركي، أما تعاطيه لفترة طويلة فله آثار صحية وعقلية وجسدية سيئة وضارة، حيث تؤدي إلى الإدمان النفسي. (شحاتة 2006: 82-83)

فقد حدد العلماء حديثا أن المركب الكيميائي في الماريجوانا الذي ينتج الفاعلية النفسية وهو (THC)، وتختلف كمية هذا المركب في الماريجوانا باختلاف نوع النبتة وموقع نموها وظروف النمو. وعمل الماريجوانا كمسكر معتدل أو كعامل مهلوس بناء على الكمية المستخدمة وعلى تحمل الشخص لاستعمالها. ويشعر المدمن بأثر العقار بعد 15 دقيقة من تدخين السجارة ويستمر أثرها لمدة تتراوح بين ساعتين أو أربع وتتفاوت ردود الفعل بين الشعور بالاكتئاب والشعور بالإثارة. (شفيير 2008: 502-503)

7-1-4- القات:

لقد أدرجت منظمة الصحة العالمية القات ضمن المواد المخدرة، وهي عبارة عن شجيرات دائمة الخضرة، وأول من وصفها باسمها العلمي هو عالم النبات السويدي بير فورسكال Per Forsskal عام 1763، أما الاسم العلمي الذي أطلقه على هذا النبات هو Catha edulis ويتراوح طول شجرة القات بين خمسة وعشر أمتار.

(سويف 1996: 40)

وتكمن المادة المخدرة في أوراقه ويتم تعاطيه عن طريق مضغ الأوراق، مضغاً بطيئاً حيث تخزن في فم المدمن ساعات طويلة يتم من خلالها امتصاص عصارتها، ويتخلل هذه العملية شرب الماء بين الحين والآخر.

ويؤدي تعاطي القات إلى الشعور بالرضا والسعادة لدرجة نسيان الأخبار المؤلمة، وقد يصل به الحد إلى نسيان الشعور بالجوع، وبعد عدة ساعات من التعاطي يشعر المدمن بالخمول والكسل الذهني والبدني، كما يعاني من اضطرابات في الهضم، والتهابات في المعدة، ونوبات من الإمساك وارتفاع في ضغط الدم. كما أن المدمن يعاني من اضطرابات نفسية متمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي.

(شحاتة 2006: 77)

7-2- المنبهات (المثيرات) :

7-2-1- الكوكايين:

يعتبر الكوكايين من أكثر المواد المسببة للإدمان وأخطرها، ويتم استخلاصه من نبات الكوكا بطحن أوراقه، وينمو نبات الكوكا في أمريكا الجنوبية.

كما كانت إشارة فرويد Freud الأولى عن الكوكايين في إحدى رسائله سنة 1884، حيث اعتبره مشروعاً علاجياً، فأختبر تلك المادة على نفسه وقد لاحظ نتائج مذهلة، فقد بددت الشعور بالإعياء والتعب، والجوع، هذا بالإضافة إلى إزالة الشعور بالكآبة بالنشاط والحيوية التي لم يعاهاهما في نفسه سابقاً. ولهذا عمم استخدام هذا المخدر على أصدقائه وعائلته ومرضاه، كما عقد عليه الكثير من الآمال كقدرته على علاج أمراض العصاب، لذا كتب العديد من الدراسات حول مستحضر الكوكايين وطرق استعماله في مجالات عدة.

ولقد صنف الكوكايين ضمن المخدرات في عام 1914، وذلك بعد ظهور آثاره كمادة إدمان ويتم تعاطي مسحوق الكوكايين عن طريق الاستنشاق باستخدام أنبوب، أو بلف ورقة

عادية على شكل أنبوب يتم عن طريقها استنشاقه. كما يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد أو تحت الجلد أو بالعضل، وذلك بعد إذابته بالماء أو عصارة الليمون.

(محمد 2011: 60-61)

ويشعر المدمن في البداية بنوع من النشوة والسعادة والنشاط المتدفق، كما أن هذه الحالة لا تدوم طويلاً، إذ سرعان ما يعقبها الكسل واللامبالاة والضعف العام. فيحاول أن يتغلب عليها وذلك بتعاطي جرعة أخرى من المخدر، فيدخل المرحلة الثانية وهنا تظهر عليه اضطرابات سلوكية منها الهلوسات بكل أنواعها سمعية وبصرية ولمسية، وهنا يشعر المدمن أن كل ما يحيط به يتحرك، وكذلك يدخل المدمن في حالة الشعور أنه مراقب، ومن هنا يدخل في المرحلة الثالثة، وغالبا ما تحدث هذه المرحلة بعد مرور سبع سنوات من تعاطي الكوكايين وأهم سماتها انحطاط تام لجميع وظائف الجسم وتفكك الشخصية.

(شحاتة 2006: 90)

كما أن زيادة استنشاقه أو تعاطيه بالحقن يسبب التسمم، وهذا ما يؤدي أحيانا إلى اضطرابات قلبية وتنفسية مع موت مفاجئ بسبب شلل عضلات القلب، ويؤدي لتدمير خلايا المخ، وفقدان السيطرة والتحكم في النفس.

(سحر 2005: 300)

7-2-2- الأمفيتامين:

عقار تم تحضيره لأول مرة عام 1887م حيث أستخدم في العلاج الطبي ومعالجة بعض الأمراض، كاحتقان الأنف إلا أنه بعد مدة عرف الأثر الذي تسببه للمتعاطي لها، وذلك بظهور أضرار واضحة على المرضى بعد استخدامها.

ويتم تعاطي هذه المواد عن طريق البلع على شكل أقراص، أو عن طريق الحقن، كما

يمكن تناولها على شكل سائل يبلع عن طريق الفم. (مرسي 2005: 114)

ويحدث لمتعاطيه الشعور بالراحة والغبطة والتيقظ الكامل والقوة، كما يؤدي إدمانه إلى الاكتئاب النفسي. (المطيري 2011: 56)

وكذا الشعور بالتوتر والقلق والهلع وكثرة التحرك وأفكار العظمة والهلاوس وأفكار الاضطهاد والعدوانية وممارسة أفعال عنيفة، وإدمانه يؤدي إلى تسارع في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وتصيب العرق والغثيان، وعندما تزول هذه الآثار يحل محلها إحساس بالتعب ورغبة في إعادة استخدام التسمم. (شابروول 2011: 37)

كما تسبب الأمفيتامين الاعتماد النفسي فقط ولا تسبب الاعتماد العضوي، كما أنها تسبب التحمل. (الدمراش 1990: 123)

7-2-3- المخدرات المهلوسة:

عبارة عن مجموعة المواد النفسية التي تثير عند من يتعاطاها بعض الهلوسات، وهي مواد مخدرة تعمل على تشويه الرؤية الحقيقية للأشياء. وهي متنوعة وتتباين فقط في مدة بدأ التأثير ومدة استمراره وشدته وأشدّها عقار (L.S.D) ويتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن الوريدي.

كما لم يتوقف الأمر عن إنتاج هذا العقار، بل صنعت المختبرات الطبية عقاقير أخرى أشد خطورة كعقار (المسكالين Mescaline)، وعقار آخر أشد خطورة وهو (S. T. P) وهي اختصار لكلمات ثلاث (الصفاء والهدوء والسلام).

تؤدي إدمان العقاقير المهلوسة إلى مخاطر نفسية تتمثل في تغيرات إدراكية كالتغيرات البصرية والسمعية، وتغيرات في إدراك الزمن، وتغيرات نفسية كالتغير في الحالة المزاجية والابتهاج النفسي والشعور بالبعد والغربة والقلق والخوف المرضي والسلوكيات العنيفة والشك وفقدان السيطرة. (السيد 2012: 126)

بالإضافة إلى ظهور الهلاوس وتغيير النظرة إلى البيئة المحيطة.

7-2-4- المنومات:

هي أدوية تعمل بقدرتها الخافضة للجهاز العصبي المركزي فتؤدي إلى تهدئة الشخص وتثويمه وتسبب بعض المنومات إدمانا نفسيا عليها وخاصة الباربيتوريات.

كما تشتق المنومات أو الباربيتورات من حمض الباربيتوريك وتستخدم كمسكنات، ولكن أسئ استخدامها، وبالنسبة لتأثيرها فيتوقف على نوع المنوم، فهناك منوم قصير المفعول مثل البنثوثال وآخر متوسط المفعول مثل الأميتال، وثالث طويل المفعول مثل الفينوباربيتال.

وتؤخذ هذه المنومات في الغالب على شكل أقراص أو كبسولات، ومن الآثار السلبية لإدمانها على المدى الطويل تقليل الحركات المعدية والمعوية وتناقص إفرازاتها، كما تؤثر على المخ، حيث تهبط وظائفه فتضعف القدرة على التركيز والانتباه، وتتنقص القدرة على قيادة المركبات بكفاءة والمهارات الحركية الأخرى. (بن خدة 2008: 04)

وتؤثر على الإبصار والسمع وصواب الحكم على الأمور والشعور بسرعة مرور الزمن. (القحطاني 2006: 44)

ثانيا: الإدمان

1- تعريف الإدمان:

إن التعاطي المتكرر للمخدرات يمكن أن يتسبب في الإدمان ذلك بسبب تعلق المتعاطي بالمخدر وهذا ما يشعره بالراحة في حالة تناوله، فالشخص المتعاطي لأول مرة يشعر باللذة والنشوة وهذا ما يجعله يعاود التجربة ولكن في هذه الحالة يحتاج لجرعة أكبر حتى يصل إلى إحساس مشابه ويتكرر هذه العملية ينشأ الإدمان. (الحجازي 2012: 54)

يقصد بإدمان المخدرات التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يشعر عجز أو رفض عن الانقطاع، أو

لتعديل تعاطيه وكثيرا ما يظهر عليه الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:

❖ ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.

❖ اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.

❖ حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

❖ رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي

وسيلة.

❖ تأثير مدمر على الفرد وعلى المجتمع. (سويف 1996: 13)

ويعرف كذلك بأنه حالة التسمم الدوري أو المزمّن الذي يؤثر على الفرد وعلى من

يعاشره، وذلك نتيجة التعاطي المستمر للعقار. (منصور 1989: 2011)

ويعرف أحمد عكاشة الإدمان بأنه " حالة التسمم الدوري أو المزمّن والذي يؤثر على

الفرد والمجتمع من جراء التعاطي المستمر." (متولي 2000: 24)

في حين يذهب سويف في تعريف الإدمان بأنه " :التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد

نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو

رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب".

(غانم 2007: 39)

أما من الجانب النفسي يعرف هنري Henrie. Ey (1978) الإدمان على أنه: حالة

شاذة تتمثل في النكوص إلى الشكل البدائي بحثا عن اللذة، كما هي في صورتها الأولية عند

الرضيع بعد الحصول على هذه اللذة تعقبها مباشر حالة معاناة شديدة وتعب الأمر الذي

يجعل المدمن يبحث عن اللذة من جديد. (Henrie 1978: 194)

كما يعرف الإدمان حسب: DSM-V بأنه نمط غير قادر على التأقلم من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض والتي تحدث في أي وقت في فترة 12 شهرا وهي كالآتي:

- ✓ الحاجة إلى زيادة بشكل ملحوظ كميات من المواد لتحقيق التسمم أو التأثير المطلوب.
- ✓ استمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة.
- ✓ هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات.

(جمعية الطب النفسي الأمريكية 2004: 50)

✓ في كثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم.
من خلال ما تقدم نجد أن للإدمان تعاريف متعددة لكن خلاصتها هو إحساس الشخص بحاجة شديدة إلى تناول المادة التي كان يتعاطاها، فإن لم يتناولها انتابه تغير جسدي ونفسي شديد. وهي ظاهرة مرضية خطيرة تحصل لمتعاطي المخدرات بشكل متكرر، فيتعود الجسم على المخدر ويعتمد عليه، بحيث يضطر الشخص لزيادة الجرعة بشكل مستمر للحصول على نفس المفعول، وإشباع رغبة نفسه وجسمه. وقد يدمن الشخص على مادة واحدة، وقد يدمن على أكثر.

(الزين 2011: 1009)

2- مراحل الإدمان:

2-1- التحمل: Tolerance

وهو حاجة المدمن لزيادة لعقار يوما بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها، والمدمن قد يتجرع كمية من العقار لكي يصل إلى غايته، وعملية الحصول على العقار بأية طريقة يعني السلوك الذي يستبيح كل شيء للوصول إلى العقار فممكن الكذب إلى الغش والتزوير والخداع إلى السرقة قد ينتهي للجريمة للحصول على المادة المخدرة.

2-2- الاعتياد Habituation:

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية (1957) الاعتياد بأنها " حالة فرد يستهلك على نحو معتاد عقار (منتجا ساما في الحد الأدنى على وجه العموم كالمنتجات الباربيتورية، والأمفيتامين أو كلورال) يرغب في أن يتناولها مجددا، بسبب الراحة التي يشعر بها ولكنه لا يشعر بأنه مرغم على أن يتناولها، وليس لديه الرغبة في أن يزيد جرعاتها، وإذا كان في حالة التعب النفسية بصددها فإنه يبدي تبعية جسمية، لذلك أنه يمكنه أن يوقف استهلاكها دون أن تبدو الاضطرابات الجسمية والنفسية التي يكون " تناذر الامتناع ".

(سيلامي 2001: 265)

2-3- الاعتماد: dependence

عرفت هيئة الصحة العالمية (1973) الاعتماد بأنه " حالة نفسية وأحيانا عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار. ومن خصائصها إلحاح الحصول عليها والاتجاه لزيادة الجرعة، وحدوث أعراض انسحابية.

كما يؤدي إلى استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية، أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره. وهناك بعض المواد تسبب اعتمادا نفسيا فقط، أما العقاقير التي تسبب اعتمادا عضويا فهي تسبب أيضا اعتمادا نفسي.

(الحميدان 2008: 08)

وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة ومن خصائصه:

- الرغبة الملحة في الاستمرار على تعاطي العقار والحصول عليه بأية وسيلة.
- زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على العقار، وإن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة.

➤ الاعتماد النفسي والعضوي على العقار.

➤ ظهور أعراض نفسية وجسدية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة.

(الدمراش 1990: 20)

وهناك نمطين من الاعتماد هما:

❖ الاعتماد النفسي: Psychological Dependence

يشير إلى رغبة نفسية قوية للحصول على التأثير نفسه الذي كان يحدثه العقار الذي تم الاعتماد على تعاطيه، إذ يجد الشخص المتعاطي أن تلك الحالة النفسية التي يحدثها التعاطي أساسية لكفالة حسن الحال لديه.

كما يعرف على أنه " حالة عقلية تتميز برغبة قهرية تتطلب استخدام دوري أو مستمر لعقار معين لغرض المتعة أو إلغاء التوتر". (Mohamed 2004 :03)

وتتباين العقاقير فيما تحدثه من تأثير، فالهروين مثلا يؤدي إلى كل من الاعتماد العضوي والنفسي، في حين أن الكوكايين يؤدي فقط في أغلب الأمر إلى اعتماد نفسي.

(العباجي 2008: 16-17)

❖ الاعتماد العضوي Physiological Dependence

ويشير إلى حاجة الجسم للعقار الذي تم الاعتماد على تعاطيه. ويعرف الاعتماد العضوي على أنه تغير في الحالة الفسيولوجية للجسم، يحدثه تكرار التعاطي لأحد العقاقير، الأمر الذي يستلزم الاستمرار في تعاطيه، حتى يتوقف ظهور أعراض جسدية مزعجة وقد تكون مميتة. ويتميز بشيئين خطيرين:

التعود: ويحدث نتيجة تكرار تعاطي المخدر، والذي بدوره يؤدي لتغييرات عضوية في جسم الإنسان، ويصاحب ذلك زيادة الجرعة.

الأعراض الإنسحابية :

وهي عبارة عن رد فعل فسيولوجي تظهر بتوقف المتعاطي للمخدر فجأة، وتختلف هذه الأعراض باختلاف نوع المخدر وضعفه ودرجة الاعتماد عليه، وتتمثل هذه الأعراض في: فقدان، الشهية، عدم الهدوء، ضعف العضلات، الانفعال والتنفس.

(متولي 2000: 25)

3- أسباب الإدمان

لقد بينت نتائج الدراسات بأن هناك العديد من الأسباب التي جعلت الفرد مدمنا منها الرغبة في التجريب، مجارات الأصدقاء، وحب الاستطلاع، والهرب من المشاكل وزيادة القدرة الجنسية، وأحيانا قد يلجأ المدمن إلى التعاطي من أجل أن يحقق عددا من الفوائد من وجهة نظره، مثل زيادة ثقته بذاته وسهولة التواصل. ويمكن تصنيف هذه العوامل والأسباب إلى ثلاث مجموعات منها ما يعود إلى الفرد نفسه، ومنها ما يعود للأسرة، ومنها ما يعود إلى المجتمع، وفي ما يلي استعراض هذه الأسباب:

3-1 الأسباب التي تعود للفرد: هناك عدة أسباب تكمن وراء الإقدام على إدمان الفرد

على المخدرات ويمكن تقسيمها كآتي:

أ - ضعف الوازع الديني لدى الفرد:

إن ابتعاد بعض الشباب خاصة المراهقين عن الالتزام بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف قد يقود إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

وصدق الله العظيم إذ يقول: ﴿وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنْسَاهُمْ أَنْفُسَهُمْ أُولَئِكَ هُمُ

الْفَاسِقُونَ﴾ "سورة الحشر، الآية 19".

في هذا الصدد يقول "عزة حجازي" إن ما يزيد تعقيدا أن ما يتعلمه المراهق من كتب ووسائل الإعلام، ومن الراشدين عما يجب أن يفعله يتناقض مع واقع الحياة اليومية،

وان كان يستطيع أن يحمل في شبابه من القيم التي حملها في طفولته فان إدراكه لمستقبله غير ثابت، مما يعرضه لصراع وتوتر يشندان كلما كانت هذه القيم وما يترتب على الصراع بينهما من مشكلات هي مركز رئيسي في حياته، وكل هذا يقودنا إلى أهمية زرع القيم الإسلامية والإيمان بالله في نفوس المراهقين والشباب من خلال المؤسسات والجمعيات العامة.

فانعدام الوازع الديني السليم لدى كثير من المراهقين، أفقدهم المرجعية التي يقيم من خلالها المراهقين سلوكهم واتجاهاتهم وأفكارهم، كما زرع ثقتهم في عاداتهم وتقاليدهم، وكل ذلك وغيره خلق نوعية من المراهقين والشباب تتسم بسهولة الانقياد والتأثر بأفكار الآخرين المنحرفة والمضللة وغير العقلانية في تعاطي المخدرات.

فالمخدرات تؤدي إلى نبذ الأخلاق وفعل كل منكر وقبيح لذلك نجد أن الكثير من الحوادث تقع تحت تأثير المخدر.

(العباي 2008: 38)

ب - مجالسة رفقاء السوء:

لا شك أن الحاجة إلى الأصدقاء تقع في قاعدة الحاجات الاجتماعية، فكل إنسان يحتاج إلى الرفقة، لأن الرفقة حاجة نفسية متأصلة في النفس البشرية منذ أن بدأ يدرك ويفهم ما يدور حوله، فإذا صلح الأصدقاء استقام الشخص وإذا حدث العكس انحرف. لذلك تكاد تجمع الدراسات النفسية والاجتماعية التي أجريت على أسباب إدمان المخدرات على أن الفضول وإحاح الأصدقاء يعتبر أهم حافز على التجربة، كأسلوب من أساليب المشاركة الوجدانية مع الأصدقاء.

كما أظهرت تحليل بيانات مستمدة من عينة ضخمة من المراهقين (12-18 سنة) أن استعمال الأقران للمواد المخدرة، يشرح أعلى نسبة من التباين في تكرار استعمال المراهقين للمواد المخدرة غير شرعية.

(الشنبري 2007: 15)

في حين يشير تقرير الأمم المتحدة لعام (1978) إلى أهمية الدور الذي يلعبه الأصدقاء كعوامل مسؤولة عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فمستخدمو العقاقير مثل غيرهم من الناس يبحثون عن استحسان سلوكهم مع أقرانهم، وذلك لكي يقتنع الآخرين بمشاركتهم في عاداتهم كطريقة للبحث عن المكانة بينهم ويدفعهم ذلك للخروج عن القواعد القيمة المعترف بها في المجتمع.

كما أن تفسير كثير من حالات الإدمان لدى المراهقين يتأثر بتأثير جماعة أصدقاء السوء، حيث غالبا ما يحدث أن يتعاط أحد المراهقين المدمنين جرعة من صديقه، أو ربما يضطر المراهق للامتثال للفئة التي ينخرط فيها ويجاريهم ويتناول المخدر معهم.

في دراسة قام بها عبد الرحمن العيسوي عام 2005 أن معايشرة أصدقاء السوء الذين يشكلون خطورة على المراهقين الأسوياء تمثل نسبة 50%، حيث يميلون إلى تقليد السلوك المنحرف والإنصياع لضغوط جماعة الأقران والزملاء.

ولتوضيح أهمية الدور الذي يلعبه أصدقاء السوء في الإقدام على التعاطي قام " مصطفى سويف وآخرون" بإجراء دراسة على طلبة الثانوية العامة، وآخر لطلبة الجامعة توصل إلى تأييد الدور الذي يقوم به الأصدقاء في دعم تعاطي المواد المخدرة، حيث كان واضحا لدى جميع أفراد العينة، كما أن الفروق كانت كبيرة بين المتعاطين وغير المتعاطين.

(الغول 2011: 252)

لذلك فإن مجالسة الرفقاء لها دورها في تشكيل شخصية هذا المراهق صلاحا أو عكسه وقد تكون هي الإطار المرجعي له في سلوكياته. لذلك حذرنا سبحانه وتعالى من أتباع أهواء المضللين في قوله تعالى: { ولا تتبعوا أهواء قوم قد ضلوا من قبل وأضلوا كثيرا وأضلوا عن سواء السبيل } سورة المائدة الآية 77"

ج- الشعور بالفراغ:

إن وجود الفراغ مع عدم توفر الأماكن الصالحة التي تمتص طاقة المراهقين والشباب إيجابياً تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

(عطا 2008: 142)

كما تعد أنشطة الفراغ والترويح من العوامل المهمة الواقية من الانحراف والسأم وتشنت الفكر وبعض ظواهر الاغتراب، التي يعاني منها المراهقين والشباب، ومن أكثر الظواهر اللافتة للنظر أن هؤلاء المراهقين والشباب لا ينجذبون إلى المناهج الدراسية، وذلك لأنها لا تثير اهتمامهم أو تشبع رغباتهم، ولذا يبحثون عن مجالات أخرى لإشباع هذه الرغبات مثل تبني الأفكار المستوردة والسلوك المنحرف. (العباجي 2008: 34)

وهكذا فإن الفراغ الذي أحدثه توقف الدراسة لم تستطع استيعابه الأسرة أو الأنشطة الاجتماعية العامة والدينية في غالب الأحيان، كما أن زيادة نسبة البطالة عن العمل أدت إلى رفع نسبة استخدام المخدرات، فانتشر الإدمان بشكل ملحوظ. (سواس 2011: 54)

د - حب التقليد:

قد يرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة لإثبات ذاتهم وسعيهم للوصول إلى الرجولة قبل أو أنها عن طريق تقليد الكبار، وخاصة الأفعال المتعلقة بتعاطي المخدرات من أجل إطفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء أو الجنس الآخر.

(الحراشة 2012: 36)

هـ - انخفاض مستوى التعليم:

إن سوء العملية التعليمية التي تركز على حشو الرأس وقهر الطفل والمراهق وجعله في موقف المتلقي السلبي، وهذا الأمر ينمي إيماديته والقابلية للاستهواء، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير.

(عكاشة: 563)

3-2- الأسباب التي تعود للأسرة:

لقد توصل العديد من الباحثين إلى أن المناخ الأسري غير السوي يعد من العوامل المساهمة في تعاطي المخدرات، فعدم الاستقرار داخل الأسرة وانعدام الوفاق بين الوالدين وتأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات إلى درجة الهجرة والطلاق أحيانا. وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة مع انعدام التوجيه الأسري، واكتساب الفرد قيما ومفاهيم خاطئة خلال تنشئته الأسرية كالتدخين وتعاطي المخدرات. (الفقي 2005: 15)

وعليه سوف نتعرض لأهم العوامل المساهمة في تعاطي المخدرات والإدمان عليها:

• التفكك الأسري :

تعتبر الأسرة خط الدفاع الأول للوقاية من المخدرات، وذلك من خلال بناء مقاومة داخلية في النشء من قبل الأسرة، هذه الوقاية تشمل جهودا مختلفة وواسعة لمساعدة المراهقين والشباب في اكتساب خبرات ومهارات حتى يكتسبوا الثقة في النفس والتعلق بالقيم، والأصل في برامج الوقاية أن تهتم بتعليم المراهق أهمية احترام دينهم وأجسامهم، وغرس القيم التي تولد أهمية الحياة الصحية السليمة. (الزين 2011: 261)

يذهب محمد عبد الوهاب عبد المقصود (1982) إلى " أن التفكك الأسري وعدم الاستقرار العائلي والاضطراب الذي يصيب حياة أفرادها، يلعب دورا كبيرا في دفع الأبناء إلى الإدمان وخاصة إذا كانوا في مرحلة المراهقة، التي تتميز بالتغيرات المفاجئة والحاجة إلى الإحساس بالقوة، فالمخدرات من وجهة نظرهم تمنحهم الإحساس بالقوة وهذه المرحلة في بداية الحياة العملية بما تحمله من ضغوط وصعوبات، ويجدون الهروب في المخدرات". (الغول 2011: 249)

وقد أوضح رولنز وهولدن Rollins & Holden (1972) أيضا أن المراهقين الذين يعيشون في بيوت محطة لديهم زيادة كلية في استعمال المخدرات، أكثر من المراهقين الذين يعيشون في أسر سليمة. وبالنسبة لجميع أنواع المخدرات، فإن المراهقين

الذين يعيشون مع الأم فقط يستعملون المخدرات أكثر من نظرائهم الذين يعيشون مع الأب والأم.

وفي نفس السياق يستخلص Seldin (1972) أنه عند ابتعاد الأب، فإن الأم تميل إلى السيطرة على الحياة العائلية. فالأم تكون غير مستقرة من الناحية العاطفية ومتضاربة بسبب تشبثها بدورها في الأسرة، وهذا الموقف يؤدي بدوره إلى اتجاه سلبي في أطفالها، مما يؤدي إلى زيادة المدمنين. (عبد المعطي 2004: 149)

كما كشفت دراسة قام بها مصطفى سويف (1992) على عينة تتألف من 14656 تلميذا تمثل تمثيلا دقيقا مجموع تلاميذ المدارس الثانوية، تبين أن نسبة المتعاطين للمخدرات الطبيعية المقيمين مع أسرهم (منسوبة إلى مجموع المتعاطين الذين لا يقيمون مع أسرهم) ، وكشفت عن وجود ارتباط قوي بين إقدام التلميذ في هذه السن المبكرة على تعاطي المخدرات والإقامة بعيدا عن الأسرة. (الغول 2011: 249)

ويؤكد كل من أليينور Eleanor وشلدون Shelden أن متعاطي المخدرات من الأحداث ومرتكبي السلوك المنحرف غالبا ما يكونوا من أسر لا يتوافر فيها وجود الأبوين، ويشوبها التفكك الأسري بسبب الطلاق أو الهجر، كما يتسم الأطفال متعاطون المخدرات بعدم احترامهم للوالدين وعدم التزامهم بالقيم العائلية، وتتميز الأسر التي يعيشون فيها بتفككها القيمي وضعف الرقابة، وانعدام وسائل التسلية والترويح داخل الأسرة.

(المحمداوي 2011: 602)

• ضعف الرقابة الوالدية:

ففي دراسة أجراها ولصون Wilson (1980) عن ضعف التوجيه والإشراف الوالدي وانحراف الأحداث، أظهرت نتائجها أن غياب دور الوالدين في الإشراف والعناية بسلوك أبنائهم من العوامل التي تسبب تعاطي المخدرات، حيث ترتبط ارتباط وثيق بانعدام الرقابة الوالدية، وعدم سؤال الوالدين عن الأبناء عند غيابهم.

وأجرى التوهامي المكي (1981) دراسة عن ظاهرة تعاطي المخدرات في المغرب، توصل فيها إلى أن هذه الظاهرة تنتشر بين الشباب في مقتبل العمر بالمدن المكتظة بالسكان، والذين يقطنون بالمناطق الشعبية، وأن جميع أفراد العينة كانوا يعانون من ظروف الحياة القاسية، وتقل رقابة الأسرة عن الأبناء. وتؤكد هذه النتائج ما توصل إليه جمال الدين بلال (1982) أن أهم العوامل الأسرية التي تساعد على تعاطي المخدرات، انشغال الوالدين المستمر بالكسب المادي، أو لتحقيق نجاح شخصي على حساب الأبناء وهكذا يحرمون من التوجيه السليم، بالإضافة إلى كثرة المشكلات العائلية مما يجعل الجو الأسري مملوءا بالاضطراب.

(عبد المعطي 2004: 148)

• سوء المعاملة الوالدية:

في دراسة اجراها لوريس Louris (1977) عن ظاهرة إدمان المراهقين على 258مراهقا مدمننا من مجتمعات شبه حضرية، أوضحت أن العوامل المرتبطة بالنمو منذ الطفولة وكيفية المواجهة الأسرية لها من العوامل التي تكمن في انتشارها، فالمراهقون المدمنون لديهم مشاكل نمائية في مجالات الضبط الأسري والإحساس بالانفصال، وأن الوالدين قد مارسا ادوارا سلبية في مواجهة أزمات النمو المرتبطة بالمرحلة العمرية لأبنائهم.

(عبد المعطي 2004: 149)

إن المشكلة تكمن في عدم اهتمام الأبوين بمكان تواجد الأبناء وعدم حرصهم على جماعة الأصدقاء التي ينتمون إليها، متجاهلين بذلك مختلف تأثيراتها السلوكية عليهم (الأبناء) إن درجة تأثر الأبناء بنمط ثقافة جماعة الرفاق، يتوقف ويتحدد بمستوى الإشباع، فكلما كانت درجة إشباعها لحاجات الفرد كان تأثيرها أقوى ليتبنى نمطها السلوكي الثقافي، لأن ذلك يساهم في زيادة درجة إنتمائته بها، وكذا درجة تماسكها مقارنة بدرجة تأثره بالثقافة الأسرية التي تتسم بالهشاشة والضعف مرجع ذلك إلى عجز الأسرة عن تحقيق متطلباته وحاجاته وتوكيد ذاته خاصة المراهق.

(بوبيدي 2012: 53)

وتوصل كل من حسن مصطفى وراوية الدسوقي (1993) في دراسة عن أساليب المعاملة الوالدية لدى متعاطي الأفيون، إلى أن قسوة الأب وتدخله الزائد وحماية الأم الزائدة للأبناء ثم إشعار الأب لهم بالذنب، والتدخل الزائد للأم وتفضيلها للأقوى، ثم حماية الأب الزائدة للأبناء والرفض وقسوة الأم ورفضها تعد أهم محددات المعاملة الوالدية لدى متعاطي المخدرات.

3-3- الأسباب التي تعود للمجتمع :

• توافر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين ويعتبر هذا العامل من أهم العوامل التي تعود للمجتمع، والتي تجعل تعاطي المخدرات سهلا وميسورا بالنسبة للمراهقين والشباب ويرجع ذلك كون كل مجتمع يحوي أفرادا ضالين فاسدين يحاولون إفساد غيرهم من أبناء المجتمع.

• الانفتاح الاقتصادي حيث يحاول بعض ضعاف النفوس من الأفراد استغلال الانفتاح الاقتصادي استغلالا سيئا، فبدلا من قيامة باستيراد السلع الضرورية للأفراد يقومون بتهرب المخدرات بطرق غير مشروعة لكونها تحقق لهم أرباحا كبيرة وبأقل الجهود.

• قلة الدور الذي تلعبه وسائل الإعلام المختلفة، حيث أن لها دورا فعلا في انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمعات، حيث أن بث المعلومات والأفلام وعرض صور مضللة مما يجذب المراهقين إليها. (العباي 2008: 33)

فوسائل الإعلام قد تقوم بطريقة غير مباشرة بالدعاية لتعاطي المخدرات حين توجيهها البرامج وعرضها لطرق مكافحتها، لقد سجلت الإحصائيات أن نسبة كبيرة من الصغار تعرفوا على المخدرات من خلال وسائل الإعلام وعرضها لها، ولم يروها لعدم توافرها فتكون وسائل الإعلام ملفتة للنظر إلى هذه المركبات عند الصغار وأحيانا لدى الكبار.

ولقد ذكرت الإحصائيات بالدول الغربية أن مجرد ذكر المخدرات بالأحاديث أو النقاش فيها له تأثير على زيادة استخدامها. (سواس 2011: 54)

• ومما لا شك فيه أن لوسائل الإعلام الواسعة الانتشار الدور الفعال والرئيسي، حيث يقضي كثير من الناس معظم أوقاتهم في الاستماع إليها أو مشاهدتها خاصة في مجتمعنا العربي، كذلك الانبهار بالحضارة الغربية وتقليدها ظاهرة شديدة التأثير في مجتمعنا، وهي فيه أقوى منها في المجتمعات الأخرى، لذلك لا بد من ترشيد الإعلام حول المخدرات والحذر من الإفراط في العرض، أو إبراز جانب دون آخر وبخاصة حينما تكون الثقة بين الجمهور ووسائل الإعلام ضعيفة، مما قد يدفع البعض إلى ردة فعل عكسية، كما يجب تعميق مفهوم الإعلام الأمني من خلال غرس القيم وتأسيس الوعي وتربية الضمير وتنمية الأخلاق الفاضلة. (سواس 2011: 55)

• التساهل في استخدام العقاقير المخدرة وتركها دون رقابة، فقد يكون التساهل في استيراد بعض الأدوية المخدرة اللازمة للاستخدام في المستشفيات، دون تجديد رقابة عليها من قبل وزارة الصحة في المجتمع سبب من أسباب استخدامها في غير الأغراض الطبية التي خصصت لها. (الحراشة 2012: 39-41)

وعليه تكون نتيجة التعاطي وصول الشخص المدمن إلى حالة من الضياع والشعور باللامبالاة، والاعتراب عن الأسرة والأصدقاء والمجتمع، ومن هنا يتضح لنا أن الإدمان مرض معقد يتأثر بالعديد من العوامل المتشابكة، منها العوامل الأسرية وقد تكون أسباب متعلقة بالفرد نفسه أو المجتمع الذي يعيش فيه، لكن كلها عوامل تساهم في حدوث الإدمان. وإذا نظرنا للميدان التعليمي نجد أن أهم الأسباب التي قد تدفع تلاميذ المرحلة الثانوية لتعاطي المخدرات كالتالي:

- انتشار المخدرات وسهولة الحصول عليها، ويمكن اعتباره هو السبب الرئيسي لتوفر هذا الداء في متناول التلاميذ، وهنا يمكن إرجاع المسؤولية على عاتق المؤسسة الدراسية.
- توفر المال لدى التلاميذ.
- الشعور بالفراغ الروحي والعاطفي لدى تلاميذ المدارس الثانوية.

- الأصدقاء.
 - وسائل الإعلام.
 - غياب الوازع الديني وعدم التمثل بالقيم الدينية.
 - انشغال الوالدين عن الأبناء.
- 4- آثار الإدمان على المدمن:

إن من أهم خصائص الإدمان خاصة الحدوث المتدرج، بحيث تتقدم خلال مراحل متعددة، لأنه نادراً أن يصبح المتعاطي مستخدماً دائماً مباشراً، حيث يبدأ المراهق مجرباً، وربما تحت ضغط الرفاق يتبع ذلك مرحلة التعاطي الاجتماعي ثم التعاطي في ظروف أو مواقف معينة، وتصبح المادة المتعاطاة محور تركيز المراهق. ومن ثم الإدمان عليها وتكون نتيجة ذلك ظهور العديد من الآثار سواء الصحية والنفسية والاجتماعية وهذا ما سوف نتطرق إليه:

4-1- الآثار الصحية (الجسمية)

لتعاطي المخدرات العديد من الآثار الجسمية والصحية على الفرد المتعاطي ومنها فقدان الشهية للطعام، مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار الوجه، إلى جانب اضطراب في الجهاز الهضمي، والذي ينتج عنه سوء الهضم، وإتلاف الكبد وتليفه حيث يحلل المخدر (الأفيون مثلاً) خلايا الكبد ويحدث بها تليفاً وزيادة في نسبة السكر، مما يسبب التهاب وتضخم في الكبد وتوقف عمله بسبب السموم التي تعجز الكبد عن تخليص الجسم منها كما يحدث تعاطي المخدرات التهاب في المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكون المخ، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة واضطرابات في القلب، وارتفاع في ضغط الدم، كما أن لها تأثيرها على النشاط الجنسي حيث تقلل من القدرة الجنسية، وتنقص من إفرازات الغدد الجنسية. (الزين 2011: 712)

كما تؤدي إلى تأثر أنشطة المخ، رجفة الأطراف، صداع مزمن وتدني القدرات الحسية كالسمع والإبصار، نقص المناعة الطبيعية نتيجة لتضرر الكريات الدموية البيضاء.

4-2- الآثار النفسية:

يؤدي التعاطي آثار نفسية مثل القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار، والشعور بالانقباض والهبوط مع عصبية وحدة في المزاج، وإهمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه.

كما تحدث اختلالاً في الاتزان والذي يحدث بعض التشنجات والصعوبات في النطق والتعبير عما يدور بذهن المتعاطي، بالإضافة إلى صعوبة المشي، كما يحدث اضطراب في الوجدان، حيث ينقلب المتعاطي عن حالة المرح والنشوة والشعور بالرضا والراحة بعد تعاطي المخدر، ويتبع هذا ضعف في المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه، فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة والنشوة والعيش في جو خيالي وغياب عن الوجود وزيادة النشاط والحيوية ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة والنشوة إلى ندم وواقع مؤلم وفتور وإرهاق مصحوب بخمول واكتئاب.

حيث يؤكد بعض الباحثين على أن كلا من الإدمان والمرض النفسي على علاقة وثيقة ببعض وتتبين أبعاد هذه العلاقة مما يلي:

- قد ينشأ كل منهما من نفس الأسباب التي تدفع شخصاً بذاته، ونوعية المرض النفسي قد تدفع شخصاً آخر إلى الإدمان.
- الإدمان قد يكون محاولة من الفرد للتغلب على الصعوبات التي تواجهه وذلك بالهروب منها.
- الإدمان قد يكون محاولة دفاعية من المدمن ضد المرض النفسي المهدد وكأنه بديل عن المرض النفسي.
- الإدمان عادة ما تصاحبه اضطرابات نفسية مختلفة نتيجة للتسمم بالعقار.

(العقيل 2009: 23)

- الإدمان عادة ما ينتهي باضطرابات نفسية مختلفة.
- عدم تكيف الفرد مع نفسه ومع غيره.
- تذبذب المزاج بين قمة الابتهاج إلى أقصى درجة الكآبة والتعاسة مما يؤدي إلى تحطيمه نفسياً.

وقد توصلت دراسات عديدة إلى أن تعاطي المخدرات ينتهي غالباً إلى الإدمان، الذي يحدث أسوأ الآثار في المستوى الخلقي والنفسي لضحاياه، فيتميز أغلبهم بانهيار العاطفة وعدم الإحساس بالمسئولية الاجتماعية والعائلية وضعف الإرادة، والجبن وكرهية العمل وزيادة الاضطرابات النفسية والسلوكية.

وللمخدرات تأثير ضار على الناحية النفسية، سواء في المراحل الأولى من تعاطيها أو في المرحلة المتأخرة منها وهي الإدمان، فعندما يبدأ الشخص في تعاطي المخدرات يختلط عنده التفكير، ولا يحسن التمييز ويكون سريع الانفعال، ثم تتبدل عواطفه وحواسه بعد ذلك وبتكرار التعاطي يصبح الشخص كسولاً قليل النشاط يضيع وقته في أحلام اليقظة، ولا يمكنه أن يخفي هذه الظواهر عن المجتمع فليلجأ إلى الخداع والغش والكذب والتزوير وحيل نفسية متعددة وخرق القانون.

4-3- الآثار الاجتماعية:

يعتبر إدمان المخدرات من الآفات التي تصيب الفرد والمجتمع، فهي تؤثر على البنیان الاجتماعي حيث تتصدع الروابط الأسرية وتتدنى قدرة الفرد على العمل، ويعجز الشباب عن مواجهة الواقع والارتباط بمتطلباته. (الروماني 2004: 58)

ذلك أن إدمان المخدرات يؤدي إلى فساد الأخلاق، فكثير من حوادث الفساد تقع عندما يكون الفرد تحت سيطرة المخدرات، مما يؤدي إلى تفكك الأسرة وارتكاب الجرائم. فكم من جريمة ارتكبتها أصحابها وهم تحت تأثير المخدرات.

كما أن للإدمان آثار خطيرة كمشكلة البطالة وحوادث الطرق وما يترتب عليها من مشكلات اجتماعية، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات الميدانية فقد أكدت أن الإدمان يسبب مجموعة من المشكلات الاجتماعية، مثل تدهور مستوى الأداء في العمل وارتفاع حالات البطالة، وقصور الدافع للعمل والتسرب الدراسي، والانهيار الأسري، وارتفاع معدلات الهجرة، والطلاق، وارتفاع معدلات الجريمة، والعنف والسرقة والتزوير والاعتصاب والقتل.

(ال معجون 1991: 159)

ولهذا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار خطورة هذه الآثار وعدم التهاون في هذه الأمور، لأن أضرارها لا تتوقف عند حدود المدمن بل تمتد لتشمل المحيطين به.

كما أن العامل الاجتماعي المتردي يدفع بالهروب إلى تدمير الذات، وإلى الانحراف بارتكاب الجرائم لأن الدخل المحدود للمدمن يجبره على سلك كل الطرق غير المشروعة كي يحصل على ما يريد.

(محمد 1994: 25)

4-4- الآثار الاقتصادية:

كما تفتك المخدرات بالجسم، فهي تفتك أيضا بالمال، مال الفرد ومال الأمة، فالمخدرات تذهب بأموال شاربها والفرد الذي يقبل على المخدر يضطر إلى استقطاع جانب كبير من دخله لشراء المخدر.

فانتشار تعاطي المخدرات يؤدي إلى إنفاق تكاليف مادية كبيرة من أجل مكافحتها على مستوى العلاج ورعاية المدمنين، إذ يتطلب ذلك جهودا كبيرة ومعدات ووسائل نقل واتصال وغيرها مما يكلف الدولة قدرا كبيرا من النفقات التي يعجز عنها الكثير من الدول النامية. كما يؤثر التعاطي في حركة رأس المال ضمن الدولة الواحدة، فالمخدرات شأنها من الناحية الاقتصادية شأن السلع الأخرى، حيث يؤدي ترويجها غير المشروع إلى إحداث خلل في بنية اقتصاد الدولة وإلى اضطرابه.

(الاصفر 2004: 114)

المظاهر السلوكية لمتعاطي المخدرات تتمثل فيما يلي:

- ✓ الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
- ✓ الهياج لأي سبب.
- ✓ الانطوائية والميل إلى الانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية.
- ✓ الإهمال وعدم الاهتمام بالمظهر.
- ✓ شحوب الوجه والعرق ورعشة الأطراف.
- ✓ الإهمال الواضح في الأمور الذاتية، وعدم الانتظام في الدراسة والعمل.
- ✓ إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية.
- ✓ اللجوء إلى الكذب والسرقة والحيل الخادعة للحصول على المال لشراء المخدرات.

(عكاشة 1997: 118)

5- شخصية المدمن:

تشير العديد من الدراسات أن البيئة المحيطة بالإنسان لها أثر كبير في جعله مدمنًا أو سويًا فهي تلقي بكل العبء على البيئة فقط. فالإدمان ينتقل من الأب المدمن إلى ابنه غير المدمن نفسيًا وجسميًا حيث يكون استعداده للإدمان بشكل أكبر. (شحاتة 2006: 101)

وتوصل رجيعة أن المعتمد العقاقيرى يتميز بمتغيرات وجدانية سالبة مثل نقص دافعية التغير، الشعور باليأس، الشعور بالعجز، المزاج الاكتئابي، الاتجاه المؤيد للتعاطي وللعقاقير الضعف السلبية، الميول الانتحارية، القلق، عدم الثبات الانفعالي، الاندفاعية، الاغتراب، نقص التدعيم، الشعور بالالم، والكدر ومفهوم الذات السالب، والإحباط، نقص الدافعية للإنجاز، سوء التوافق والعدائية، الشعور بالذنب، الشعور بالوحدة، وتقلبات المزاج.

(عبد المعطي 2002: 47 - 48)

ووجد أن هناك ملاح معينة تميز شخصية المدمن منها:

- **عدم النضوج الانفعالي:** كما يتميز المدمن بعدم قدرته الاعتماد على نفسه.
 - **الشخصية النرجسية:** فالشخص المدمن يتميز بشخصية نرجسية تريد أن تحقق كل ما تريده فوراً وفي الحال.
 - **الشخصية المريضة جنسيا:** في هذه الحالة يكون الإنسان (الشخص المدمن) مصاب بالضعف الجنسي، فيخدر نفسه هرباً من مشاكله.
 - **التمتع بعقاب الذات:** وتتكون هذه الشخصية نتيجة أسلوب في التربية، حيث يعاقب الطفل عدم إظهار الاستياء أو الغضب المشروع.
 - **الشخصية القلقة:** صاحب هذه الشخصية يعاني من القلق والتوتر الدائم، ولذلك يلجأ للمسكرات والأدوية لتسكين هذا التوتر. (شحاتة 2006: 102)
- هذا وقد اتفق علماء النفس والاجتماع والخدمة الاجتماعية على أن الإدمان يكون أكثر انتشاراً بين أربع أنواع من الشخصيات هي:

أ- الشخصية الاكتئابية: Depressive Personality

المكتئب شخص يميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التي تثير حماس واهتمام الناس، وهذا الإنسان معرضاً لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها، لكن لا يجد إلا هذه المادة التي يعرف بأنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم. (المهني 2013: 50)

ب- الشخصية المتهيبة اجتماعيا Schizoid Personality

المتهيب أو الهيباج اجتماعيا Socially Phobic شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات، ولا يقوى على مواجهتهم ولا يقوى على التعبير عن رأيه ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس في ظروف اضطرارية، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله، وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه، فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل، ويجد نفسه مضطرا لاستعمال هذه المادة كلما اضطرت الظروف لمواجهة مسؤولياته مع الناس.

(عطا 2008: 141)

وهذا ما يجعله يلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس.

(المهندي 2013: 58)

د- الشخصية السيكوباتية: Psychopathic Personality

ما يميز أصحاب هذه الشخصية عدم الإحساس بما هو صواب وما هو خطأ، فهم يميلون إلى معيشة اللحظة الراهنة فقط ويرغبون في لذة فورية من الدوافع العابرة دون تأجيل.

وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع، ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وارضاء نزواته على حساب أي إنسان، وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه، فهو يسرق يرتشي، يؤذي، يدمن يفعل أي شيء دون أن يتحرك لديه أدنى إحساس بألم أو ندم وبشكل عام فإن السيكوباتي لا يتعلم من أخطائه ولا يجدي معه العقاب.

(المهندي 2013: 60)

وقد تطرق العديد من العلماء لدراسة خصائص الشخصية السيكوباتية منهم " رابين
"الذي حدد هذه الخصائص فيما يلي:

- نقص الضمير.
 - عدم الاستفادة من التجارب السابقة.
 - عدم وجود خطة ثابتة للحياة.
 - العجز عن الحب.
- (القحطاني 2006: 140)

في حين أكدت العديد من الدراسات على أهم الأسباب المؤدية لهذا النوع من
الاضطراب وأهمها ما أورده دافيدوف (1983).

- الوراثة التي تلعب دورا في هذه المشكلة.
 - وجود خلل بيولوجي في مخ المصابين وعدم انتظام في عمل القلب.
 - الجهاز العصبي لديهم يجعلهم غير قادرين على اكتساب أنماط المخاوف التي تقيد
وتوقف مرتكبي الأخطاء.
 - للبيئة اثر كبير في هذا الاضطراب عن طريق التعلم والنمذجة.
 - وبحسب التحليل النفسي فان السيكوباتي يقوم بأفعال قهرية تحت سيطرة فكرة أو
مجموعة أفكار أو تحت سيطرة نمط سلوكي متكرر وملح وقسري ولا يملك الشخص سبيلا
لمقاومتها ويبقى متوترا حتى يقوم بها.
- (المنصور 2014: 110)

6- النظريات المفسرة للإدمان:

تعددت الاتجاهات والنظريات المفسرة لظاهرة للإدمان بشكل عام، ولا شك أن
المنطلقات النظرية مرتبطة ببعضها البعض. وبشكل عام يمكن القول أن النظريات المفسرة
لظاهرة الإدمان تتمحور في ثلاث اتجاهات رئيسية وهي المنظور الطبي والمنظور النفسي
والمنظور الاجتماعي.

6-1- المنظور الطبي:

يشير هذا المنظور إلى أن المدمن شخص وقع فريسة سهلة لتغيرات فسيولوجية، بسبب الإدمان ولا يجد نفسه إلا متجها نحو تعاطي المخدر، حتى في حالة الاكتئاب بسبب نقص المادة نفسها.

كما أن العقاقير نفسها تحدث تغيرات واضطرابات في حركة ووظائف أعضاء الجسم. وبسبب هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية، أو أجبر عن الامتناع المؤقت عن المخدر أو الإقلاع عنه. وفي هذا الصدد يرى ميلر 1996 Mille أن المنظور الطبي ينطلق من منطلقات بيولوجية بحتة ترى أن الاعتماد الجسمي على التعاطي يكون أكبر وأشد نتيجة التفاعلات الكيميائية داخل المخ والجسم.

وتفسر النظريات الفسيولوجية العلاقة الوثيقة بين التعاطي والنشوة التي يحدثها المخدر ومع الاستمرار في التعاطي، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي عهدها الجسم من المخدر. وهنا يحدث اعتماد الجسم عليه، حيث تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا الجسم، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم ويصعب الاستغناء عنه.

وحسب نظرية العطب العصبي Theory Neurological Impairment فإن الإدمان عملية تحدث داخل المريض المدمن، والتي يظهر معها من خلال نمط سلوك يسمح لأعراض المرض بالظهور والنشاط من جديد، عند شخص كان في السابق يستطيع أن يتحكم في التخلص من تلك الأعراض، وبالتالي ترى هذه النظرية أن للعوامل البيولوجية لها دور كبير في حدوث الإدمان لدى الشخص، حيث وجد أن تعاطي بعض أنواع المخدرات يمكن أن تثير كثيرا من خلايا المخ المعروفة بمراكز الثواب، وهذا يخلق الإدمان على المخدر بيولوجيا لدى المدمن.

(عبد الاله 2011: 40)

6-2- النظرية السلوكية:

لقد فضل أصحاب هذه النظرية استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في (خفض التوتر) ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخفصوا من مشاعر الألم، والغضب والضيق، وخاصة القلق وبالتالي يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي positive Reinforcement، فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية.

(عبد المنعم 2007: 77)

كما تفترض هذه النظرية أن تعاطي المخدرات وإدمانها سلوك يتعلمه الإنسان، فإذا شعر شخص بالقلق والتوتر وتعاط مخدرا أو خمرا يشعر بالهدوء والسكينة ويعتبر الإحساس الأخير جزءا أو دعما لتناول هذه المواد في المرات اللاحقة، ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الامتناع المزعجة، والمعروف في التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويلا ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيز سلبى أو ايجابى.

(عطا 2008: 196)

وقد أجريت دراسة لتوضيح المشكلة المتعلقة بأخذ المخدر أو سوء استخدامه لخفض التوتر، فقد أجري كل من Palwy , Schunman & Gralson تجربتهم على المتطوعين، وقد أوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر، وفي هذه الدراسات كان الألم يتمثل في أن يتلقى المفحوصين صدمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطي المخدر، وبعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطي المخدر.

ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه على الدور التعزيزي الذي تلعبه المواد المخدرة في تطوير السلوك الإدماني ودعمه، فالعقاقير بها خصائص تعززية تتضح من خلال تعاطيها مرة أخرى، فالمدمنون يتعاطون المواد المخدرة بغية الحصول على النشوة والاسترخاء والسعادة وفي ذلك تعزيز إيجابي، هم يتعاطونها أيضا بغية تجنب الأعراض الانسحابية ولخفض الألم والقلق وفي ذلك تعزيز سلبى. إضافة إلى ذلك فإن المثيرات الاجتماعية التي

ترتبط بتناول العقاقير هي الأخرى تكتسب خصائص تعزيزية لأنها تقترن بالمشيرات التعزيزية (العقاقير).

ويرتبط الشعور السار أو التعزيز الايجابي الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيه المخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة، وتصبح بمثابة مشيرات شرطية تحث الإنسان على التعاطي فرؤية مكان التعاطي أو الأصدقاء أو المخدر أو بائع المخدر. الخ من المشيرات التي تدفع المدمن الممتع الى الشعور بالرغبة الملحة والعودة إلى تعاطي المخدر. ويحدث الإدمان وفقا للسلوكيين نتيجة لارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه من آثار مبهجة، وإنهاؤه لحالات متفاوتة من الضيق واليأس والقلق، يكون القضاء عليها بمثابة (المكافأة) ، وكذلك وجود مشيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر، تثير في المتعاطي الرغبة في المخدر مثل البيئة وما ينتمي إليها من أشياء خاصة بالمخدرات، كذلك حدوث الألم عند مقاطعة المخدر وزوال هذه الآلام بتعاطي الجرعة من المخدر.

(عبد المنعم 2007: 80-81)

6-3- نظرية التحليل النفسي (Psycho - analysis Theory)

تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، يتمثل الأساس الأول في صراعات نفسية تعود إلى: الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى إثبات الذات، والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي. وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات، فإنه يلجأ إلى التعاطي، ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر.

(عبد المنعم 2007: 83)

بشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدئ التعاطي، فإذا استمرت وزادت فإنها تساعد على الاستمرار، والمبالغة في التعاطي يصبح الفرد فريسة

للعقار الذي يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر. حيث لتركيبية الشخص دوراً مؤثراً في الميل أو الاعتمادية على سلوك معين، فالشخصية قلقة التحمل للضغوط الاجتماعية، أو التي لديها نزعة قلق، والشخصية سليمة التأثير أو المنقادة، يمكن أن تتجه للإدمان عند مواجهتها للإدمان لأي مشكلة أو عند تأثرها بالأصدقاء. (الغريب 2006: 170)

وترجع مدرسة التحليل النفسي Psychoanalytical Theory أن الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور، عن طريق المخدر، أو بعبارة أخرى التخفيف من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن، وليس مجرد إزالة التوترات الفسيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر، فالاتجاهات الشخصية لتعاطي المخدر مشحونة بشحنات انفعالية شديدة. وتفسر الإدمان بأنه:

➤ تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.

➤ تعويض عن إحباط شديد ينتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

➤ ناتج عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاضعة.

➤ سلوك شخصي يشكل عصاباً.

➤ سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية.

وتوضح هذه النظرية أن الإدمان يتطور عندما يتعاطى الأفراد الكحول والمخدرات، لتتولد لديهم مشاعر السعادة ومشاعر الهروب من الألم. ويمكن أن يدفع الصراع بين الهو (ID)، والأنا (Ego) والأنا الأعلى (Super-ego) يتعاط الفرد المخدرات في سبيل التخلص من القلق ومن مطالب الأنا الاهتمام بالذات وحفظها من الأذى. الاضطرابات الذاتية وهدم الذات من خلال الإدمان هي إشارات لإضعاف مطالب الأنا، والأنا تقوم بتنظيم المشاعر أيضاً. (الحراشة 2012: 43)

وبناء على نظرية التحليل النفسي فإن النقص في الاهتمام بالذات، وفي تقدير الذات وعدم الإحساس بالسعادة يساهم في دفع الأفراد للإدمان.

كما يصف علماء التحليل النفسي الإدمان على أنه عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إجابات فميه في الطفولة، لذا فإن المدمن بأساسه التكويني شخص يوصف بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) وكثرة المطالب، فالتعاطي يحقق للمدمن أدواراً متعددة فيعمل كمسكت للإحباط والغضب ووسيط نشط للتنفيس عن العدائية الكامنة لدى المدمن، وكذلك وسيلة للتخلص من احتقار الذات الماسوشي وإشباع رمزي لحاجة الحب والعطف.

ويكتشف المراهق أن تعاطي المخدرات يساعده على تجاوز القلق والحزن والشعور بالذنب وحالات الصد المرتبطة بها. والإحساس الذاتي بالارتياح يمكن أن يعاش لا شعوريا كتحسين لصورة الأهل وإعادة توحيدها.

فالإدمان يمثل أحد أشكال الدفاع ضد التبعية الغيرية والتهديد النرجسي الذي تسببه، فالتبعية فيه تتحدد بالتوظيف المضاد لشبه موضوع بديل يأخذ مقامه المخدر. لقد أمكن اعتبار المخدر "كموضوع انتقالي مرضي" لا يخلق تغيراً دائماً للبنية النفسية ويجب البحث عنه باستمرار في العالم الخارجي "كبدل رمزي للألم في مرحلة الطفولة الأولى" فيعتقد المراهق أنه يتوصل إلى حالة الاكتفاء الذاتي ولا يعود يتبع رغبة الآخر، ولكنه حين يريد التحرر من سلطة الموضوع سوف يقع في عبودية التبعية للمخدرات.

(شابروول 2001: 84-85)

6-4- المنظور الاجتماعي:

تركز هذه النظريات على دور الأسرة والبيئة الثقافية والعوامل الاجتماعية الأخرى في تطور وتفسير السلوك الإدمان، وأن ثمة ضغوط اجتماعية تدفع إلى الانحراف وبشكل عام إلى إدمان المخدرات.

ومن بين النظريات الاجتماعية التي تفسر سلوك الإدمان نظرية العائلة/ الأسرة (Family Theory) حيث تعارض هذه النظرية بأن يكون المرض أو صعوبات الفرد هي مقدمة الإدمان. (دريفل 2011/2010: 22)

وتركز هذه النظرية على إسهامات الأسرة في سلوك الإدمان، وكيف تؤثر المشاكل على كل عضو في الأسرة؟ وما هو تأثير الإدمان على الأسرة كوحدة متماسكة؟ وتفترض هذه النظرية أن الإدمان هو أحد الطرق التي تستخدمها الأسرة لتلبية حاجات الأسرة وتحدياتها، وأن الإدمان وسيلة تكيف مع ظروف الحياة والسلوك المسموح به وغير المسموح به في الأسرة التي تدعم سلوك الإدمان، والطقوس التي تتبناها الأسرة والقوانين التي تفرضها كلها تساهم في مشكلة الإدمان كما أن الاتصال غير الفعال، والتعبير المحدود عن المشاعر داخل الجو العائلي هي صفات وخصائص للأسر التي تعاني من الإدمان أن تفاعلات الآباء وتوقعاتهم غير المتناسقة وسلوكهم القصري مع الأطفال تدفع إلى سلوك الإدمان كما أن السلبية والإهمال والغضب هي من مسببات الإدمان.

(مشاقبة 2007: 64)

فقد يساهم تطور البنية العائلية بتشجيع استعمال المخدرات من قبل المراهقين، فالتحول الذي مس الأسرة وتغييرها من أسرة نووية إلى أسرة صغيرة جعلها تعتمد على احد الوالدين فقط، مع إضعاف الحاجز بين الأجيال يزيدان التبعية ومآزم الاستقلالية التي يضعف حلها من نتيجة للتبخيس الاجتماعي للآباء أزمة القيم التربوية، فالأهل في مجتمعنا الذي يعيشون غالبا مصاعب اقتصادية واجتماعية وزوجية أو شخصية يشكون بقيمهم

ودورهم وبالأهداف التربوية التي ينشدهونها يستطيعون التوصل إلى تجنب النزاعات مع المراهقين بدلاً من تحملها فيحرمونهم من الحدود والمعالم والنماذج المطمئنة.

(شابرول 2001: 91)

وعند تطور الاعتمادية وتقدم الإدمان، يصبح الإدمان في هذه الحالة مفرط ويصعب السيطرة عليه، وعندها تصبح استجابات الأسرة خارج السيطرة، وتبدأ الأسرة بالبحث عن زيادة السيطرة، في هذه الحالة يزداد الضغط عليها.

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن مشكلة المخدرات وتعاطيها قد عرفت تناميا رهيبا وانتشارا واسع النطاق بين الأفراد مما جعلها تمثل خطرا كبيرا وهاجسا يؤرق جميع المجتمعات الإنسانية الحديثة ويهدد أمنها واستقرارها لاسيما إذا تحول الأفراد من متعاطين لها إلى مدمن عليها. والإدمان على المخدرات كما هو معروف يعني صعوبة أو استحالة انقطاع المدمن عن تناولها وبالتالي يصبح في حال تبعية لها ويترتب عن محاولة انقطاعه أعراض خطيرة كاضطرابات هضمية تنفسية ازدياد معدل دقات القلب. الخ نفسه الأمر الذي يدفع بالمدمن من أجل الحصول على المخدرات إلى القيام بأي تصرف حتى وإن عرض نفسه بسببها للخطر. والجدير بالذكر أن آثار السلبية لتعاطي المخدرات والإدمان عليها لا تطل المدمن أو المتعاطي فحسب فيلحق الأذى بنفسه وعقله وبدنه بل تمتد لتشمل المجتمع ككل، لذلك أضحى من الضروري بحث هذه الظاهرة والكشف عن أسبابها الحقيقية وإيجاد سبل لعلاجها والوقاية منها.

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

إذا كان الجانب النظري خافية أساسية يستند عليها الباحث في دراسته من خلال تحديد الأطر النظرية لمتغيرات الدراسة، فإن الجانب التطبيقي يمثل المعيار المحدد لنجاح سير البحث انطلاقاً من ضبط الإجراءات المنهجية للدراسة والذي يتضمن المنهج وعينة الدراسة بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة، والتأكد من صدقها وثباتها.

1- 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 المستعملة في جمع المعلومات ومعرفة الزمن المناسب المتطلب لإجرائها. (سالم 2012: 88)

-تم إجراء الدراسة الاستطلاعية من 15-01-2022 الى 15-02-2022 حيث توجهنا في كلا المستشفيات الثلاث مستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة بتيارت، محفوظ بوسبسي الجزائر العاصمة، المركز الوسيط لعلاج الإدمان تيسمسيلت، وقد تم الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة والتقرب من الطاقم الطبي النفسي وشرح لهم الدراسة وما نحتاجه من تعاون. وقبل التطبيق الميداني للمقاييس قمنا بدراسة استطلاعية وذلك بمسح وحصر كل الإمكانيات المادية والبشرية المتعلقة بموضوع الدراسة تعتبر هذه الدراسة كقاعدة للدراسة الميدانية وقد أفادتنا في الإحاطة بجوانب الموضوع.

-**العينة:** العينة الاستطلاعية من أخصائيين، مدراء، مدمنين مقيمين بالمراكز.

- **أدواتها:** تمثلت في التطبيق.

■ المقابلة نصف موجهة.

■ دراسة حالة.

■ تطبيق مقاييس (مقياس تقدير الذات، مقياس القلق لتايلور)

2- الدراسة الأساسية:

2-1 منهج الدراسة:

المنهج الوصفي:

يعرف المنهج الوصفي بأنه مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج تعميمات عن الظاهرة أو موضوع محل الدراسة على الرغم من أن الوصف الدقيق المتكامل هو الهدف الأساسي للبحوث الوصفي إلا أنها كثيرا ما تتعدى الوصف إلى تفسير وذلك في حدود الإجراءات المنهجية المتبعة وقدرة الباحث على تفسير والاستدلال.

وقد اتبعنا المنهج الوصفي لأنه يساعد في اجراء مقارنات بين طبيعة الظاهرة في اكثر من مكان وهذا ما تطرقنا له في دراستنا حيث قمنا بالمقارنة بين ثلاث (03) مؤسسات استشفائية في ولايات مختلفة " العاصمة، تيارت، تيسمسيلت " وذلك لمحاولة معرفة واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

منهج دراسة حالة:

ن طبيعة الموضوع تفرض نفسها وتجبرنا على الاعتماد على المنهج العيادي الذي يتضمن أسلوب دراسة حالة 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 اختبار صحة فروضنا، كما يتلاءم تطبيقه على كل حالة لما يوافق ظروفها الخاصة. (سالم 2012: 203).

من اجل معرفة واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات من وجهة نظر المدمن بحد ذاته المقيم بالمؤسسات الاستشفائية، قمنا بجمع معلومات عن الحالة والمؤسسة الاستشفائية واخذ اجابات دقيقة وصريحة.

2-2 عينة الدراسة:

يعتبر استخدام العينة من الأمور الشائعة في مجال البحوث والدراسات العلمية سواء الاجتماعية أو الطبيعية، إن اختيار العينة لإجراء الدراسة عليها قد يكون مفضلاً على دراسة كامل المجتمع الأصلي نظراً لما في ذلك من توفير الوقت والمال والجهد المبذول

تعريف العينة: هي ذلك الجزء المستخدم والمختار للدراسة والذي يشتغل من أجل 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.

ويتم انتقاء العينة بطريقة قصديه أي أنها العينة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظراً لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي.

(ملحم 2000: 269)

وعليه تمثلت عينة الدراسة الحالية من 3 أخصائيين نفسانيين و3 مدراء المراكز العلاجية المطبق فيها البحث وحالتين في مستشفى الأمراض العقلية بتيارت، الجزائر العاصمة، تيسمسيات.

2-3 حدود الدراسة:

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

المجال الجغرافي للدراسة: يقصد به النطاق الميداني لإجراء الدراسة قصد التمكن من جمع المادة العلمية حول موضوع الدراسة ونظراً لأن موضوع دراسة واقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.

-تم إجراء الدراسة في مستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة بتيارات ومحفوظ بوسبسي بالعاصمة ومركز وسيط لعلاج المدمنين بتسمسيلات.

المجال البشري للدراسة: يقصد بالمجال البشري هم الأخصائيين النفسانيين مدراء أشخاص مدمنين الذين يعالجون بالمستشفيات ومركز وسيط لعلاج المدمنين، حيث تم اختيار الحالات بطريقة قصدية من أجل إجراء الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات.

المجال الزماني للدراسة: يقصد به المدة الزمنية التي استغرقها الباحث في إجراء الدراسة وعليه فكانت الفترة الزمنية لإجراء الدراسة

✓ بالعاصمة يوم: 2022/03/03

✓ بتيارات: 2022/03/25

✓ تسمسيلات: 2022/04/10

2-4 أدوات الدراسة: تم الاعتماد في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات البحثية

تنوعت حسب الهدف المراد من الدراسة ومن بين هذه الأدوات ما يلي:

• **الملاحظة العيادية:** تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على انها مصطلح عام يرمي إلى ادراك وتسجيل دقيق، ومصمم لعمليات تخص موضوعات، حوادث، وافراد في وضعيات معينة، فالملاحظة تكشف الكثير من الخصائص الشخصية للعميل والتي يحتمل ان تؤثر في نتائج الاختبار. (أبو علام 2004: 85)

وقد استعنا بالملاحظة العيادية من أجل محاولة التعرف على واقع المؤسسات الاستشفائية من الامكانيات المتوفرة وما إذا تتوفر مصلحة خاصة للتكفل بالمدمن وقد لاحظنا نقص كبير من الجانب الأمني بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت وكذلك نقص في الطاقم الطبي، كما لاحظنا عدم توفر مصلحة خاصة للتكفل النفسي بالمدمنين في مستشفى الامراض العقلية بتيارات. أما في مستشفى الأمراض العقلية بالعاصمة لاحظنا صرامة في التعامل مع الدخلاء من أجل المحافظة على سرية المرضى والأمن الداخلي بالمستشفى.

• **المقابلة العيادية:** هي علاقة لفظية حيث يتقابل شخصان، فينقل الواحد منهما معلومات خاصة للآخر حول موضوع أو موضوعات معينة، فهي نقاش موجه وهو إجراء اتصالي للحصول على معلومات ذات علاقة بأهدافه المحددة. (زغدي 2013:56)

ومن خلال مقابلتنا قمنا بطرح الأسئلة على كل من الطاقم الإداري والأخصائيين النفسانيين والحالة وعلى ضوء أجوبتهم استنتجنا أنه يوجد اختلاف بين المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.

• **المقابلة نصف موجهة:** هي التي تكون الأسئلة فيها مزيجا من نوعين (مقفل ومفتوح) وفيها تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة اخرى والطلب من المستجيب المزيد من التوضيح. (ملحم 2000:298)

طبقتنا المقابلة النصف موجهة على ثلاث أخصائيين وثلاث رؤساء من الطاقم الإداري كل على حدى في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بهم وعلى الحالة، ولإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة البسيطة والواضحة الموجزة وذات هدف واضح ووضعناها في صورة دليل مقابلة خاص بكل فئة كل دليل يحتوي على عدة أبعاد وكل بعد له مجموعة من الأهداف وهو بدوره يضم مجموعة من الأسئلة وهذا ما سنوضحه في الجداول التالية:

جدول رقم (01) توضيحي لدليل المقابلة الخاص بالأخصائيين

الاسئلة	الاهداف	الابعاد
<p>1-بصفتك أخصائي نفسي كيف يتم التكفل النفسي بالمدمن داخل المصحة (من قبلك)؟</p> <p>3-هل يمارس التكفل داخل المصحة؟ (المكتب) لماذا؟</p> <p>8-فيما تكمن أهمية التكفل النفسي بهذه الفئة؟</p>	<p>- معرفة التكفل النفسي بالمؤسسات الاستشفائية</p> <p>- معرفة كيف يتم هذا التكفل.</p> <p>- معرفة ان كان هناك تكفل نفسي في المؤسسات الاستشفائية</p>	<p>التكفل النفسي</p>
<p>2-على أي اساس توضع الخطة العلاجية وما هي التقنيات المستخدمة؟</p> <p>4-هل هناك تجاوب مع العلاجات المطبقة؟ كيف ذلك؟</p> <p>5-ما هي التقنيات التي أثبتت ذلك؟</p> <p>6-هل يلتزم المرضى بمواعيد الجلسات العلاجية داخل المصحة؟</p> <p>7-متى يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي وان هذا الأخير أعطى نتيجة؟</p>	<p>- معرفة التقنيات المستخدمة داخل المؤسسات الاستشفائية</p> <p>- معرفة أساس وضع الخطة العلاجية.</p> <p>- معرفة أن كان هناك نتائج وتجاوب مع العلاج.</p>	<p>الخطة العلاجية وفعاليتها</p>
<p>9-ما هي الإرشادات التي تقدم للمريض وأسرته قبل خروجه من المصحة بالنسبة للمريض؟ بالنسبة للأسرة؟</p> <p>10-هل تأتي أسر المرضى عند خروجهم؟</p>	<p>- معرفة الارشادات التي تقدم للأسرة والمدمن.</p> <p>- معرفة ان كانت الاسر تأتي لاجراجهم.</p> <p>- توعية الاسرة بطريقة التعامل مع المدمن بعد خروجه.</p>	<p>الإرشادات المقدمة</p>

<p>11- هل يمكن التكفل نفسي أن يساهم في عدم انتكاسة المريض وتحسين حالته النفسية؟</p> <p>12- في حالة انتكاسة المريض كيف يتم التعامل معه من قبل المركز؟</p> <p>13- في حالة العقاب كيف يتم ذلك؟</p>	<p>- معرفة أن كان التكفل يساعد في عدم الانتكاسة.</p> <p>- كيفية التعامل مع المدمن في حالة الانتكاسة.</p>	<p>الانتكاسة</p>
<p>14- ما هي الصعوبات التي يواجهها الفريق في القيام بعملية التكفل؟</p> <p>18- ما هي النقائص التي يجب توفرها في المركز؟</p> <p>19- برأيك، ما هي صعوبات ومعوقات التكفل النفسي بالمدمن في المركز؟</p> <p>20- هل المركز يوفر لكم جميع الاحتياجات والوسائل اللازمة لسير العملية العلاجية؟</p> <p>21- ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟</p>	<p>- معرفة النقائص في المؤسسات الاستشفائية.</p> <p>- معرفة الصعوبات التي يواجهها الفريق في التكفل بالمدمن.</p> <p>- الإحاطة باحتياجات المدمن وما توفر له المصلحة.</p>	<p>الصعوبات والنقائص الغير متوفرة</p>
<p>15- ما هو الفرق بين المدمن المتكفل به نفسيا والمدمن الغير متكفل به؟</p> <p>16- هل يوجد علاقة بين نجاح التكفل وإرادة المدمن في العلاج؟ كيف ذلك؟</p> <p>17- متى يتم التكفل بالمدمن خارج المركز؟</p>	<p>- معرفة دور التكفل النفسي بالمدمن.</p> <p>- معرفة ما اذا كان نجاح التكفل مرتبط بإرادة المدمن.</p>	<p>فعالية المؤسسات العلاجية</p>

جدول رقم (02) توضيحي لدليل المقابلة الخاص بالطاقم الإداري

الأبعاد	الأهداف	الأسئلة
إحصائيات حول المؤسسة الاستشفائية	- معرفة عدد المدمنين بالمركز والمادة الأكثر إدمانا. - معرفة الجنس المتواجد بكثر في المركز.	1- ما هو عدد المدمنين داخل المركز؟ 2- ما هي المادة الأكثر إدمانا بين مدمني المركز حسب الجنس والفئة العمرية؟ 3- الفئة العمرية المتواجدة بكثرة داخل المصحة؟(نساء/رجال)
الإمكانات المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية	- معرفة الإمكانيات التي يوفرها المركز. - معرفة جودة الرعاية الطبية. - معرفة احتياجات المدمن وهل يوفرها المركز.	4- ما مدى جودة الرعاية الطبية بالمدمن؟ 5- هل تتوفر الإمكانيات المالية والبشرية اللازمة لاحتياجات التكفل النفسي بالمدمنين؟ 8- ما هو الفريق الذي يعمل مع المدمنين داخل المركز ؟ 9- كيف يتم ذلك التعاون؟ 10- هل الاحتياجات النفسية للمدمن متوفرة من قبل المركز ؟ 13- ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز ؟
تكوين الممارسين	- معرفة ان كان هناك تدريب للممارسين وهل القائمين على المستشفى يقومون بالبحث العلمي.	6- هل هناك تعليم وتدريب للممارسين؟ 7- هل تقوم المستشفى والقائمين عنه بالبحث العلمي في مختلف مجالات الصحة؟ 12- ما هو دور الأخصائي النفسي في المركز؟

جدول رقم (03) توضيحي لدليل المقابلة الخاص بالحالة

الأبعاد	الأهداف	الأسئلة
معلومات الحالة	- معرفة المادة المتعاطاة والمدة. - معرفة الظروف التي ادت به الى التعاطي.	1- ماهي المادة التي تتعاطاها؟ 2- كم كان عمرك عندما تعاطيت المادة لأول مرة؟ 3- من شجعك وماهي الظروف التي ادت بك الى تعاطي المخدرات ؟ 6- كم عدد المرات التي تتعاطاها فيها باليوم؟
أسباب التعاطي	- معرفة الاسباب التي دفعت الحالة الى التعاطي	9- ماهي الأسباب التي تدفع في رأيك بالإنسان إلى أن يتجه للإدمان ؟ 10- ماهي الأسباب التي دفعتك لتعاطي ؟
تأثير الادمان وطريقة التعاطي	- معرفة طريقة ووقت ومع من يتعاطى الحالة المخدرات. - معرفة تأثير الادمان على الحالة.	4- ماهي الطريقة التي من خلالها تحصل على المخدرات؟ 5- هل لديك وقت او مكان محدد لتعاطي المخدرات؟ 7- مع من كنت تفضل التعاطي؟ 8- حاولت ان تتوقف على الادمان من قبل؟ 12- ما تأثير الادمان عليك نفسيا وعضويا ؟
التكفل في المؤسسة الاستشفائية	- معرفة راي الحالة في العلاج داخل المركز. - معرفة ان كان المركز يوفر احتياجات الحالة. - معرفة ما هي النقائص وماذا يريد الحالة من المركز.	11- الاسباب التي دفعتك الى دخول المركز؟ 13- ماذا ترى نفسك الآن بعد خضوعك للعلاج داخل المستشفى ؟ 14- هل تشعر بالأمان عند تعاملك مع ممارسين بالمركز؟ 15- هل يقدم لك المركز احتياجاتك ؟ 16- من الناحية الطبية هل المركز موفر احتياجاتك ؟ 17- ماذا تريد من المركز ان يوفر لك وماهي النقائص ؟

• الاختبارات النفسية:

قمنا باختيار مقياس تايلور للقلق الصريح وكوبر سميث لتقدير الذات لأن معظم المدمنين يعانون من قلق مرتفع وانخفاض في تقدير الذات وكان الغرض منه محاولة معرفة فعاليات التكفل النفسي بالمؤسسات الاستشفائية وذلك من خلال خفض القلق ورفع من تقدير الذات.

✓ مقياس تايلور للقلق الصريح:

وصف المقياس: يعد مقياس تايلور للقلق أحد المقاييس الهامة التي تقيس القلق النفسي من خلال ما يشعر به الأفراد من أعراض ظاهرة كانت أو باطنية وهو يصلح لجميع الأعمار، حيث قام مصطفى فهمي بترجمته إلى العربية مع التأكد من خصائصه السيكومترية.

طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق الإختبار على الأشخاص البالغين من (10 سنوات) فأكثر.
- من بين الـ (50) عبارة هناك عبارات عكسية تصحح بشكل عكسي وهي (3.13.17.20.22.29.32.38.48.50).

- كل عبارة أمامها بديلين (نعم_لا) يتم الاختيار فيما بينها الإجابة المناسبة.

- تعطى الإجابة بالبديل نعم درجة واحدة (1).

- تعطى الإجابة بلا (صفر).

- في العبارات العكسية نعم تأخذ (صفر) ولا تأخذ درجة واحدة

جدول رقم (04) تصنيف درجات القلق لمقياس تايلور للقلق الصريح

قلق خفيف.	22- 12
قلق متوسط.	34-23
قلق فوق متوسط.	37-35
قلق شديد.	40-37
قلق حاد.	40- فما فوق

الخصائص السيكومترية لمقياس القلق:

1- صدق المقياس:

صدق المحتوى: قام عبد الستار إبراهيم من التحقق من صدق محتوى المقياس من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين في كلية التربية بجامعة دمشق للتأكد من سلامة لغة بنود المقياس وأن بنوده تقيس ما وضعت لقياسه، وقد إتفق المحكمون على أن البنود تقيس ما وضعت لقياسه.

الصدق البنوي والظرفي: وذلك من خلال دراسة الإتساق الداخلي بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية.

2- ثبات المقياس:

تم حساب معامل الثبات لمقياس تايلور للقلق في البيئة العربية باستخدام معامل التجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط سبيرمان براون بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية لأفراد عينة الدراسة.

✓ مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith :

قد استخدمنا في دراستنا هاته مقياس تقدير الذات لكوبر سميث صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي كوبر سميث 1976 لقياس الإتجاه التقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية العائلية الشخصية وقد تم ترجمته من طرف الباحث فاروق عبد الفتاح سنة 1981. تكون هذا الإختبار من (25) بند موجبة وسالبة. الموجبة تضم 09 بنود (01_04_05_08_09_14_19_20_24) السلبية تضم 16 بند

(02_03_06_07_10_11_12_13_15_16_17_18_21_22_23_25)

تعليمية تطبيق الإختبار: إذا كانت العبارة ما تشعر به عادة تضع علامة (×) داخل المربع في الخانة "تنطبق"، أما إذا كانت العبارة لاتصف ما تشعر به فضع علامة (×)

داخل المربع في خانة "لا تنطبق". - لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة إنما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي.

طريقة التصحيح: يتم تصحيح إجابات المفحوص على هذا المقياس بإعتبار الخطوات

التالية:

- إذا كانت إجابة المفحوص لا تنطبق على العبارات السالبة بمنحه (1) أما إذا كانت تنطبق تمنحه (0).

- إذا كانت إجابة المفحوص تنطبق على العبارات الموجبة بمنحه (1)، إذا كانت لا تنطبق بمنحه (0).

- يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات لتصحيح وضرب التقدير الكلي للدرجات الخام في العدد (4).

- تصنف درجة المتحصل عليها إلى 03 مستويات :

(1) تقدير الذات المنخفض من 20 إلى 40.

(2) تقدير الذات المتوسط من 40 إلى 60.

(3) تقدير الذات المرتفع من 60 إلى 80.

الخصائص السيكومترية لمقياس لتقدير الذات:

1- ثبات المقياس:

طبق على عينة من التلاميذ الصفوف الأولى إعدادي إلى الثالثة ثانوي، والتي تتكون من 370 تلميذ و156 تلميذة تتراوح أعمارهم ما بين 13 و18 سنة وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.797) وهذا يعني أن الإختبار ثابت بإختلاف سن جنس الأفراد المطبق عليهم.

كما قامت الباحثة علاونة ربيعة بتكليف المقياس على البيئة الجزائرية وتوصلت إلى أن الإختبار ثابت حيث قدر معامل الثبات ب(0.79).

2- صدق المقياس:

صدق المحكمين: عرضت نسخة الإختبار على 10 محكمين من العلم النفس التربوي والقياس النفسي (كل على حدى)، وطلب منهم تحديد ما إذا كانت العبارات تنتمي إلى مقياس تقدير الذات، وما إذا كانت موجبة أو سالبة وإتفاق المحكمين على ذلك لم يقل عن (0.80) في تأكيدهم على أن جميع العبارات تنتمي إلى تقدير الذات إلى جانب إتفاقهم على إحتواء المقياس على (09) عبارات موجبة وهي:

(04_05_08_09_11_14_19_24_20) وعلى 16 عبارة سالبة وهي:

(01_02_03_06_07_10_12_13_15_16_17_18_21_22_23_25).

الصدق التجريبي: تم حساب معدل الارتباط بين درجات تقدير الذات في دراسة كوبر سميث المطبق على (152) تلميذ و (88) تلميذة في الصف الثالث ثانوي ودرجاتهم في مقياس تقبل الذات الذي تم إعداده من طرف عماد الدين إسماعيل 1961 وقد بلغت قيمة معدل الإرتباط (0.788) وبما أن قيمة معامل الإرتباط عالية بين الرائزين فهذا يعني أن رائز كوبر سميث صادق.

خلاصة:

الدراسة التطبيقية لها دور أساسي في كل بحث فبواسطتها يتمكن الباحث اثبات او نفي ما ساغه في بداية البحث كما انها طريقة جيدة يتعرف بها على امكانياته في الجانب الميداني والتطبيقي للباحث.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تهميد

سننتاول في هذا الفصل النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، وذلك لتوضيح مشكلة البحث وتبيان وواقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات، حتى نتمكن من صحة الفرضيتين من خلال عرض نتائجهما ومناقشتهما.

I- عرض نتائج الدراسة:

قمنا بالمقابلات مع كل من رئيس مصلحة الطب العقلي ومكافحة الإدمان (م.ع) والأخصائية النفسانية (ج.م) بمستشفى الأمراض العقلية بولاية تيارت والأخصائية النفسانية (ب.خ) بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين وكان الهدف منها معرفة واقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر وفيما يلي تفصيل المقابلات مع كل الأخصائيين.

جدول رقم (05) يوضح إجابات الأخصائيين خلال المقابلات بالمؤسسات الاستشفائية.

الابعاد	رئيس مصلحة الطب العقلي ومكافحة الادمان في مستشفى الامراض العقلية "محفوظ بوسبسي العاصمة"	الاخصائية النفسانية في مستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة تيارت"	الاخصائية النفسانية بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت
البعد الاول التكفل النفسي	الاستقبال عن طريق الاخصائي للقيام بالمقابلات واخذ الادوية. -التكفل النفسي متواجد داخل المصلحة -معرفة الاسباب التي ادت الى الادمان	لا تحتوي المؤسسة على مصلحة خاصة بالادمان . -يكون التكفل في مكتب الفحص النفسي .	لا يتم التكفل النفسي داخل المصلحة لان المركز لا تتوفر فيه الشروط ، هناك تكفل خارجي . -معرفة الاسباب التي تؤدي الى الادمان
البعد الثاني : الخطة العلاجية وفعاليتها	-الجانب الطبي :تحاليل بيولوجية. -الجانب النفسي :التقنيات المستخدمة TCC الاسترخاء تختلف استعمالها من حالة الى حالة على اساس مثلث الادمان .	TCC والعلاجات النسقية . -خطة علاجية على اساس مثلث الادمان " المادة ، الشخصية ، المحيط " . -يختلف الالتزام من حالة الى	TCC العلاج النسقي . -لا توجد قاعة مجهزة لتقنية الاسترخاء . -الاغلبية يأتي لآخذ الادوية فقط .

	<p>حالة. يرتبط الحكم بالاقلاع على الادمان</p>	<p>-اغلبية المدمنين يلتزمون بالمواعيد . -الحكم على الفعالية عندما يتأقلم المدمن مع العلاج.</p>	
<p>المريض: تعليمه السير الحسن للحياة اليومية . -الاسرة : الاحتواء التعاون ،الثقة بالنفس.</p>	<p>-استخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي "تسيير اوقات الفراغ، الرياضة ،الابتعاد على بوؤر الادمان. -لايوجد مصلحة مخصصة لحالات الادمان. -الحالات اغلبها تخرج بمرافقة الاهل .</p>	<p>للمريض: شرب الدواء بانتظام ،يبقى في اتصال مع المصلحة . -الاسرة:الاحتواء من طرف الاسرة والمرافقة . -تأتي الاسر عند خروجهم واقامة جلسة معهم لتفادي المشاكل العائلية .</p>	<p>البعد الثالث : الارشادات المقدمة</p>
<p>- يساهم حسب كل حالة . - اعادة العلاج من البداية - لا يوجد عقاب</p>	<p>-يمكن ان يساهم التكفل بعدم انتكاسة المريض . -معرفة اسباب الانتكاسة والتكفل به من جديد . - في حالة العقاب تنبيهات شفهية.</p>	<p>يساهم التكفل بعدم انتكاسة المريض . -معرفة اسباب الانتكاسة والرجوع منذ البداية -في حالة العقاب وضعه بصفة اجبارية في مركز علاج الادمان</p>	<p>البعد الرابع : الانتكاسة</p>
<p>-النقائص :قلة الوسائل ،قلة الامن،ضيق المساحة،عدم توفر الاختبارات النفسية ، عدم توفير التكوينات ، قلة الاخصائيين ، الممرضين ، طبيب الامراض العقلية . -مركز غير مهئ للتكفل بالمدمنين -لايوفر المركز الوسائل -يحتاج المدمن الى التكفل والارشادات</p>	<p>-لا توجد مصلحة خاصة بالادمان . -يجب توفير مصلحة خاصة بعلاج الادمان - ومن الصعوبات :انتكاسات المدمن وعدم الرغبة في العلاج -تتوفر معظم الوسائل -يحتاج المدمن الى جو هادئ مكان خال من المواد المخدرة.</p>	<p>-يجب ان يكون الفريق ممارسين . -نقائص بشرية من ناحية الممارسين في علاج الادمان -صعوبات عندما يكون المدمن لديه مدة في تناول المخدرات -ان يعاني المدمن من امراض عضوية والتفكير العقلي المتاثر -يحتاج المدمن الى شئ معنوي ،احتواء الامان - توفير الوسائل</p>	<p>البعد الخامس: الصعوبات والنقائص الغير متوفرة</p>

<p>- الغير متكفل به اقل خبرة في العلاج والتكفل به العكس . -علاقة تكاملية بين ارادة المدمن والعلاج . -يكون التكفل في اطار المكتيب فقط.</p>	<p>-المدمن المتكفل به اقل خطر على الاخرين عكس الغير المتكفل به. -اكيد توجد علاقة بين الارادة والشفاء . - التكفل لا يكون الا في اطار المؤسسة.</p>	<p>هناك فرق شاسع بين المدمن المتكفل به والغير متكفل به ،فالتكفل به قادر على توعية مدمن مثله وتحفيزه على العلاج -الارادة يجب ان تكون هي بداية العلاج -عدد كبير من المدمنين يتبعوا العلاج خارج المركز</p>	<p>البعد السادس : فعالية المؤسسات الاستشفائية</p>
---	--	---	---

استنتاج عام عن المقابلات مع الأخصائيين النفسانيين:

من خلال مقابلاتنا مع الأخصائيين النفسانيين في المستشفيات التالية: "محفوظ بوسبسي" في العاصمة، مستشفى الأمراض العقلية " حمداني عدة "بتيارت، المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت ومن خلال تقسيمنا لدليل المقابلة إلى أبعاد توصلنا إلى ما يلي:

فيما يخص بعد التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات فهومتواجد بمصلحة العاصمة الذي يكون عن طريق الإستقبال من طرف الأخصائيين لمعرفة الأسباب التي أدت إلى الإدمان والقيام بمقابلات وأخذ الأدوية، أما بالنسبة لمستشفى الأمراض العقلية لولاية تيارت لا يحتوي على مصلحة خاصة بالإدمان ويكون الفحص النفسي بالمكتب الخاص بالأخصائي، على غرار ولاية تيسمسيلت لا يتم التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات داخل المركز (اقامي) لأن الشروط اللازمة للعلاج غير متوفرة لكن يوجد تكفل خارجي.

أما بالنسبة للخطة العلاجية التابعة للبعد الثاني بمستشفى "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة نجد طريقتهم في العلاج تعتمد على جانبين منه الجانب الطبي: المتمثل في التحاليل البيولوجية والجانب النفسي: المتمثل في العلاج المعرفي السلوكي TCC وبه عدة تقنيات من بينها الإسترخاء، الحصص الترفيهية، وتعليمهم بعض الحرف، يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي بتأقلم المدمن على العلاج والالتزام بمواعيده.

يوجد تشابه بتقنيات العلاج بين مستشفى العاصمة وولاية تيارت، والحكم على فعالية التكفل النفسي مرتبط بالإقلاع عن الإدمان والالتزام بالمواعيد على حسب الحالة، أما في مركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت يتم استخدام العلاج المعرفي السلوكي والعلاج النسقي مع نقص وسائل تطبيقه وعدم وجود قاعة مجهزة للاسترخاء لهذا أغلبية المدمنين لم يتوصلوا للعلاج ويأتون لأخذ الأدوية فقط.

وفيما يخص بعد الإرشادات المقدمة في مستشفى العاصمة ومن أهم الإرشادات التي تقدم للمدمن هي شرب الدواء بانتظام ويبقى على اتصال بالمصلحة، أما إرشادات أسرته تتمثل في الاحتواء، المرافقة، وعند انتهاء العلاج يجب على أسرته المجيء لإخراجه وإقامة جلسة لتفادي المشاكل العائلية، أما عن إرشادات أخصائية مستشفى تيارت متمثلة في ملئ أوقات الفراغ، الابتعاد عن بؤر الإدمان، الرياضة والاندماج في المجتمع. بالرغم من عدم وجود مصلحة لعلاج الإدمان إلى أن المدمنين أغلبيتهم يخرج بمرافقة الأهل، أما إرشادات مركز تيسمسيلت للمدمن هو عيش حياته اليومية بالعمل، الدراسة، القيام بالعلاقات إجتماعية... أما عن أسرته التأكيد على الإحتواء، التعاون وزيادة الثقة بالنفس.

وبالنسبة للإنتكاسة فيساهم التكفل النفسي في عدم إنتكاسة المدمن وتحسين حالته النفسية وإن حدث ذلك يقوم الأخصائي بالعاصمة بمعرفة أسباب الإنتكاسة والرجوع منذ البداية للعلاج وعقابه بوضعه بصفة إجبارية بمركز علاج الإدمان وفي ولاية تيارت كان جواب الأخصائية بأنه يمكن للتكفل النفسي المساهمة في عدم إنتكاسة المدمن بمعرفة أسبابها والتعامل معه من جديد ويتم عقابه عن طريق تنبيهات شفوية، أقرت أخصائية مركز تيسمسيلت أن التكفل النفسي يساهم في عدم إنتكاسة المدمن وإن حدثت إنتكاسة فيتم إعادة العلاج من أوله.

بعد الصعوبات والنقائص الغير متوفرة في مستشفى العاصمة من نقائصها توفير فريق ممارس ومدرب في علاج الإدمان وعدد كبير من المراكز الخاصة بعلاج المدمنين عبر

التراب الوطني وتتمثل الصعوبات في أن يكون للمدمن مدة في تناول المخدرات ويعاني من أمراض عضوية وتفكيره العقلي متأثر ويحتاج المدمن من المؤسسة الإستشفائية توفير الحاجات المعنوية، الإحتواء، الإدمان والوسائل اللازمة للعلاج لتخطي علة المخدرات. وفي ولاية تيارت هي توفير مصلحة خاصة لعلاج المدمنين وتوفير الوسائل اللازمة للعلاج ومن الصعوبات التي صرحت بها الأخصائية أن عدم الرغبة في العلاج تؤدي لإنتكاسات للمدمن، ويجب توفير جو هادئ ومكان خال من المواد المخدرة. في تيسمسيلت لاحظنا العديد من النقائص مثل ضيق المساحة، قلة الأمن والمركز غير مهيب للعلاج نقص الوسائل والإمكانات العلاجية.

بعد فعالية المؤسسات الاستشفائية: في مستشفى العاصمة "محفوظ بوسبسي" أكد الأخصائي بأن هناك فرق شاسع بين المدمن المتكفل به والمدمن غير المتكفل به فالتكفل به قادر على توعية مدمن مثله وتحفيزه على العلاج "إرادة المدمن هي بداية العلاج" فهناك عدد كبير من المدمنين يتبعون العلاج خارج المركز خوفا من دخوله. فالأخصائية في مستشفى ولاية تيارت تقول أن المتكفل به أقل خطر على الآخرين وغير المتكفل به أكثر خطر على الآخرين، و"الإرادة تلعب دور كبير في الشفاء" والتكفل عندهم يكون في إطار مؤسساتي. أما بالنسبة لأخصائية المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت هناك علاقة تكاملية بين إرادة المدمن والعلاج فيكون التكفل بهم في إطار مؤسساتي، فنجد أن غير المتكفل به أقل خبرة في العلاج والمتكفل أكثر خبرة في ذلك.

- في الأخير نقول أن واقع المؤسسات الإستشفائية في الولايات الثلاث (تيسمسيلت، تيارت، العاصمة) بمستشفى العاصمة هناك مصلحة خاصة بالمدمنين على المخدرات وعدد الأخصائيين النفسانيين كافي للوصول إلى فعالية في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات. أما بمستشفى تيارت فلا توجد مصلحة خاصة بالمدمنين والتكفل لديهم غير كافي مقارنة بمستشفى العاصمة. وفعالية التكفل تكون على حسب الحالة، أما مركز ولاية

تيسمسلت. فهو مركز غير مهيء بالإضافة إلى ضيق المساحة لأنه منقسم إلى مركز وسيط لعلاج المدمنين وجهة للتأهيل الحركي مع نقص الوسائل المادية والبشرية ونقص في التكفل النفسي من ناحية الإمكانيات والتقنيات العلاجية.

قمنا بالمقابلات مع كل من رئيس إدارة المستخدمين (ب.س) بمستشفى الأمراض العقلية "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة والمدير الفرعي للنشاطات الصحية المكلف (ب.ط) لمستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة" بتيارت، ورئيس المركز الوسيط لعلاج المدمنين (ن.ب).

جدول رقم (06) يوضح إجابات الطاقم الإداري خلال المقابلات بالمؤسسات الاستشفائية

الإبعاد	رئيس مكتب تسيير الموارد البشرية بمستشفى الأمراض العقلية "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة	المدير الفرعي للنشاطات الصحية في مستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة "تيارت"	رئيس المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسلت
البعد الأول: احصائيات حول المؤسسة الاستشفائية.	-يتوفر المركز على اعداد كبيرة من المدمنين ، من ناحية الجنس الغالب ذكور (17-45) . -المادة الاكثر ادمانا : الكيف ، الهيروين ، ليريك ، ليكستازي. -عدد الاخصائيين كافي 12 نفساني متفرعين بالمؤسسة.	-لا يوجد مركز خاص بالادمان ، عدد المدمنين في السنة 162 مدمن ، الاغلبية ذكور تتراوح امارهم (17-45). -المادة الاكثر ادمانا : الكيف ، ليريك ، الحشيش ، ادوية عضوية . عدد الاخصائيين غير كافي للتكفل بالمدمنين.	عدد المدمنين 133 مدمن في السنة . الاغلبية ذكور . -المادة الاكثر ادمانا : الكيف الحشيش ليريك .

<p>-لا توجد جودة لان المركز غير مهيء . -تتوفر الامكانيات البشرية والمالية ، لكن المركز منقسم 8 مكاتب للمركز الوسيط والباقي للتأهيل الحركي . - كل الفريق يعمل مع المدمن . -كل الاحتياجات متوفرة لكنه يأتي لاخذ الادوية فقط وليس له لرغبة في العلاج .</p>	<p>مستشفى الامراض العقلية ليس له اهتمام بالمدمنين . -الامكانيات المالية والبشرية متوفرة . -كل الفريق يعمل مع المدمن . - يوفر له الادوية فقط من ناحية الاحتياجات . -يحتاج المدمن من المركز ادوية للتهدئة فقط.</p>	<p>-الجودة الطبية : اقامة مجهودات من اجل تحسين الجودة . -كل الفريق يعمل مع المدمن نفسانيين ، اطباء للتحاليل الطبية، اطباء الامراض العقلية، ممرضين . -معظم احتياجات المدمن متوفرة . -معظم الامكانيات المالية والبشرية متوفرة لاحتياجات المدمن . -يحتاج المدمن ان يوفر له المركز العلاج وجو مهيء .</p>	<p>البعد الثاني: الامكانيات المتوفرة بالمؤسسة الاستشفائية</p>
<p>-التكوين غير موجود ونقص البحث العلمي في مجالات الصحة</p>	<p>-هناك تعليم وتدريب للممارسين . قلة التكوينات نظرا لجائحة كوفيد 19</p>	<p>-التكوين عن طريق المحاضرات -التكوين داخل وخارج الوطن من اجل الاطلاع على التقنيات الطرق الجديدة للعلاج . -البحث العلمي يتوفر في مختلف مجالات الصحة .</p>	<p>البعد الثالث: التكوين للممارسين</p>

استنتاج عام عن المقابلات مع الطاقم الاداري:

من خلال مقابلاتنا مع الطاقم الإداري بالمؤسسات الإستشفائية الثلاث مستشفى الأمراض العقلية "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة، مستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة" بتيارت، المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت.

- بعد الإحصائيات حول المؤسسات الاستشفائية: فمستشفى العاصمة يحتوي على عدد كبير من المدمنين وأغلبية ذكور والمادة أكثر إدمانا عليها هي الكيف، الإيريكا، الهيروين، إستازي، وأحيانا الكوكايين عدد الأخصائيين كافي لعلاج المدمن 12 نفساني، مستشفى ولاية تيارت لا توجد مصلحة خاصة بإدمان عددهم 162 مدمن ذكور والمادة أكثر إدمانا عليها الكيف، إيريكا، حشيش، أدوية العضوية عدد الأخصائيين كافي لكنه ليس

ممارس للتكفل بالمدمن لأن المدمن عندما يدخل للمستشفى على أساس مريض عقلي، أما بمركز تيسمسيلت عددهم 133 مدمن هناك تشابه كبير من حيث المواد عدد اخصائيين قليل جدا لتكفل بالمدمن لأنه مركز خاص بهم.

- بعد الإمكانيات المتوفرة من ناحية الإمكانيات المالية والبشرية للتكفل بالمدمن المتوفرة في مستشفى العاصمة أما بالنسبة لإحتياجات المدمن كل الفريق يعمل من أجل أن يوفر ما يحتاجه جو مهيب للعلاج. في ولاية تيارت ليس هناك إهتمام كبير بالمدمنين بالمستشفى كل الفريق يعمل مع المدمن لتوفير الأدوية التي يحتاجها ويطلب بها لتهدئة فقط. أما تيسمسيلت المركز غير مهيب تتوفر الإمكانيات البشرية والمالية على قوله ومركز منقسم إلى مركز وسيط لعلاج المدمنين والتأهيل الحركي، يعمل المدمن مع الطبيب المختص في الأمراض العقلية لأخذ الأدوية وليس رغبة في العلاج.

- بعد تكوين الممارسين في العاصمة هناك تكوين من طرف رئيس المصلحة وتكوين داخل وخارج الوطن من أجل معرفة تقنيات وطرق علاج جديدة والبحث العلمي في مختلف مجالات الصحة، في ولاية تيارت هناك تعليم وتدريب لطاقم الطبي كل ثلاثي في السنة في كل مجالات الصحة. بتيسمسيلت ليس هناك تكوين خصوصا منذ جائحة كورونا لقلة الأخصائيين والإمكانيات.

وفي الأخير نستنتج في مستشفى الأمراض العقلية محفوظ بوسبسي هناك جودة وفعالية بالتكفل بالمدمن من الناحية الإدارية والطبية مقارنة بولاية تيارت هناك نقص الإهتمام بالمدمن وإدخاله على أساس مريض عقلي وفي مركز تيسمسيلت هناك إهمال كبير من كلا الطرفين الطبي وإداري يجب وضع خطط لتحسين المركز.

تقديم وعرض الحالة:

تقديم الحالة:

(أ) البيانات الأولية للحالة

الاسم: ك.م.

الجنس: ذكر.

السن: 34 سنة.

السكن: تيسمسيلت.

المستوى المعيشي: متوسط.

المستوى التعليمي: الثانية ثانوي.

المهنة: البناء وأعمال مختلفة.

عدد الإخوة: 08.

الترتيب بين الإخوة: 02.

الأب: متوفى.

الأم: على قيد الحياة.

(ب) المواصفات العرضية للحالة:

البنية المورفولوجية: طويل القامة، اسمر البشرة، نحيف الجسم.

ملامح الوجه: تظهر عليه ملامح الحزن والتعب.

اللباس: كان يبغي عليه اللون الاسود.

الاتصال: كان الحالة ذا اتصال جيد معنا، لبق في الكلام، كثير المزاح.

اللغة: لغته جيدة وسهلة الفهم.

محتوى التفكير: يفكر الحالة في مستقبله كثيرا، أفكاره مترابطة وتدل على فهمه عميق واستبصار لا بأس به بالواقع.

المرض: الام في المعدة، صداع، اضطرابات في الاكل (فقدان الشهية) الام في الظهر.

عرض الحالة:

الحالة(ك.م) يبلغ من العمر 34 سنة، يقطن في ولاية تيسمسيلت يعيش مع عائلته المكونة من 9 أفراد يعمل في البناء واعمال اخرى مختلفة "حرة"، لقد كانت حالته الصحية شبه متدهورة، اذ كان يعاني من الام في المعدة والظهر وصداع، وبعض الاضطرابات في الأكل ويعلق على ذلك بقوله "حالي متعجش راني عايش قدرة وخلص تعودت على السطر كل يوم مضرار" اما عن رايه في بيئته الأسرية وأوضاعه المادية فقد كان متشائما حيث يقول "ما نكذبش عليك اختي وضعنا المادي كان متوسط والديا مهمش قاريين يعني الله غالب كانوا شوية مفرطين بصح اللي زاد الطين بلة كيما يقولو المشاكل تاع لافامي اللي حاولوا يفرقوا بين الوالدة والشيخ" ويقول أيضا ان علاقته مع والده كانت دائما متوترة منذ ان كان صغيرا، وقد كانت أول تجربة له مع المخدرات في سن السابعة عشر، ليعيد الكرة بعدها عدة مرات حتى أصبح مدمن وعن شعوره يومها يقول "من جيهة تفكرت الوالدة اللي كانت دايمما تتمنى تشوف اولادها حاجة في المستقبل من جيهة وليت كبير بعيون اصحابي" حيث وصل عدد المرات التي تناول فيها المخدرات في اليوم ثلاث مرات ويقول "سييت قاع المسكرات"

يشعر الحالة (ك.م) كما يقول بالندم والذنب ويحاول جاهدا للإقلاع عن الإدمان حيث يقول "أكثر من 3 مرات وأنا نحاول نتهنى من هذا المرض بصح صعب الحال".

أما عن زيارته للمراكز الصحية لعلاج الإدمان يقول " اي خراطي كنت نعالج في تيسمسيلت ودائما نرجع للمخدرات حتى جيت هنا لتيارت وقبضوني راني نشوف وعجبني الحال وان شاء الله نريح" عند سؤالنا عن آثار الإدمان عليه فيقول " مشاكل بزاف يا ختي مين نبدالك الأولى خسرت قرابتي والزوجة خسرت صحتي وجمالي اللي كنت عليه. يضحك- وخسرت دراهمي وبعض اصحابي وخسرت اهم حاجة ماتقدرش نقول لك عليها وخسرت وخسرت "فالحالة يدرك تمام مخاطر ما يقدم عليه والآثار التي ترتب على الإدمان وله رغبة في العلاج لكن لم يجد الحل لمواجهة يمر به كما يقول.

عرض المقابلات مع الحالة:

المقابلة الأولى: يوم 24 / 03 / 2022 دامت 35دقيقة وكان الهدف منها التعرف على الحالة وجمع البيانات الاولية والاحاط بالحالة الصحية له، وكانت بمثابة اتصال أولي قدمنا فيه أنفسنا للحالة وشرحنا له ما يتضمنه موضوع دراستنا، كما طمئنا ه على أن المعلومات تبقى سرية.

ومن خلال بعض الأسئلة التي تخص البعد الأول من دليل المقابلة توصلنا إلى أن الحالة تعاطى المخدرات لأول مرة في سن 17 سنة، وعند سؤالنا عن المادة التي يتعاطها قال " كل شيء مهم مخدر" بعد ذلك سألناه عن عدد المرات التي يتعاطى فيها المخدرات باليوم فأجاب " وصل عدد المرات التي تناولت فيها في النهار ثلاث مرات وسييت كاع المسكرات"

أتاحت لنا هذه المقابلة الفرصة للتعرف على الحالة والحصول على المعلومات الأولية عنه، لاحظنا ان الحالة الصحية له شبه متدهورة اذ كان يعاني من آلام في الرأس والمعدة والظهر.

المقابلة الثانية: يوم 18 / 04 / 2022 دامت حوالي 45 دقيقة وكان الهدف منها توطيد العلاقة مع الحالة وكسب ثقته كما تم الرجوع إلى دليل المقابلة لجمع معلومات أكثر عن الحالة ومعرفة أسباب تعاطيه للمخدرات وما هي الآثار الناجمة عنها.

ومن خلال طرحنا للأسئلة التابعة للبعد الثاني والثالث الذي تناولنا فيه تأثير الإدمان على الحالة وأسباب تعاطيه فتلخصت الإجابات فيما يلي، عند سؤالنا عن مصدر حصوله على المخدرات ومع من يتعاطى اخبرنا انه يحصل على المخدرات من أصدقائه ويفضل التعاطي معهم وبعدها قمنا بطرح سؤال عن الأسباب التي دفعته للإدمان وما آثاره عليه فكان جوابه كالآتي "حبست القرابة وكانوا المشاكل بزاف وخصوصا الوالدة والشيخ، من جهة تفكرت الواليدة اللي كانت دائما تتمنى تشوف اولادها حاجة في المستقبل ومن جبهة كبرت في عينين صحابي" وأما عن آثار الإدمان عليه قال "مشاكل بزاف ياختي منين نبدا لك الأولى خسرت قرابتي الزاوجه خسرت صحتي وجمالي لي كونت عليه. ... يضحك وخسرت دراهمي وبعض أصحابي وخسرت أهم حاجه ما نقدرش نقولك عليها وخسرت وخسرت" وبعد ذلك سألناه عن ما إذا حاول التوقف عن الإدمان فأجاب انه حاول لأكثر من ثلاث مرات ولكن لم ينفذ ذلك.

المقابلة الثالثة: يوم 18 / 04 / 2022 دامت 25 دقيقة هدفها كان جمع المعلومات حول المركز وما إذا كان يوفر له احتياجاته وما هي النقائص من خلال طرحنا لأسئلة بعد التكفل النفسي في المركز العلاجي، حيث سألناه عن رأيه في المراكز العلاجية وكان جوابه كالآتي: "كنت نعالج في المركز الوسيط العلاج الإدمان ودائما نرجع للمخدرات" بعدها كان سؤالنا ما اذا كان المركز يقدم له احتياجاته من الناحية العامة والطبية فقال: "طبة هنا ملاح صار متهلين فيا، بصح أنا خاصني نريح صاي مطقتش وعيت" أما في ما يخص سؤالنا عن ما هي نقائص المركز وماذا يريد أن يتوفر له فيه قال "تحسه مهمش

مهتمين بنا مخلصين مع المهبله، نورمالمو يديرونا رواحنا" حيث أن الحالة يعالج في ولاية تيارت إذ لا تتوفر مصلحه مخصصه لعلاج الإدمان.

استنتاج عام عن الحالة من خلال المقابلات:

من خلال مقابلاتنا مع الحالة (ك.م) في مستشفى الأمراض العقلية بولاية تيارت كان هذا ملخص الملاحظة والمقابلة التي أجريناها:

- غياب دور الوالدين وتحميل الحالة(ك.م) مسؤولية أكبر من طاقته خاصة بغياب الوالد وهذا ما أدى إلى وجود اضطراب في البنية الأسرية وخلل في التواصل.

- غياب رقابة الأب الذي يعتبر اللبنة الأساسية ومصدر للسلطة في الأسرة حتى أننا لاحظنا أن العلاقة متوترة مع الأب منذ الصغر.

- تأثير جماعة الرفاق على الحالة والتي تعتبر مصدر هام من مصادر التنشئة الاجتماعية، وتعاطف الحالة معهم لأنهم يمرون بنفس ظروفه وهنا تم اختيار المخدرات للهروب من الواقع.

- لاحظنا على الحالة ملامح الحزن والألم، خاصة عند كلامه عن امه ودراسته في قوله" تفكرت الوالدة اللي كانت دائما تتمنى تشوف ولادها حاجة في المستقبل" دون أن ننسى الملابس السوداء التي كانت تغطي جسمه.

- تظهر عليه سمات القلق وعدم الارتياح وقد لاحظنا هذا من خلال توتره ومراقبة الوقت أثناء المقابلات الاولى، كما لاحظنا عليه كثره التنهت عند الكلام عن الأيام الأولى لتناوله المخدرات وهذا راجع للشعور بالندم وعدم الرضا على إدمانه.

- بالرغم من الظروف التي مر بها وإدمانه على المخدرات إلا أن شخصيته انبساطية وهو كثير المزاح، نبرة صوته هادئة وليس لديه مشكلة في التواصل.

كذلك لاحظنا ان افكاره مفهومة ومترابطة وهي تدل على فهم عميق واستبصار لا باس به بالواقع، خاصة انه يدرك مخاطر ما يفعله هو يحاول التخلص منه.

عرض نتائج الاختبارات المطبقة مع الحالة:

تم تطبيق مقياسي كل من القلق وتقدير الذات وشرحها له فكانت النتائج المتحصل عليها في كالاتي:

جدول رقم (07) تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح على الحالة

الرقم	الفقرات	نعم	لا
01	نومي مضطرب ومتقطع		×
02	مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي		×
03	يمر على ايام لا انام بسبب القلق	×	
04	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين	×	
05	اعاني كل عدة ليالي من الكوابيس مزعجة	×	
06	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان	×	
07	كثيرا جدا لاحظ ان ايادي ترتعش عندما اقوم باي عمل	×	
08	اعاني من إسهال كثيرا جدا	×	
09	تثير قلقي امور العمل والمال	×	
10	تصيبني نوبات من الغثيان	×	
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا	×	
12	دائما اشعر بالجوع		×
13	انا لا اثق بنفسي	×	
14	اتعب بسهولة		×
15	الانتظار يجعلني عصبى جدا		×
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	×	
17	عادة لا اكون هادئا واي شيء يستثيرني		×

	×	تمر بي فترات من التوتر لا استطيع الجلوس طويلا	18
	×	انا غير سعيد في كل اوقات	19
×		من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل	20
	×	دائما اشعر بالقلق دون مبرر	21
	×	عندما أشاهد مشاجرة ابتعد عنها	22
	×	اتمنى ان اكون سعيدا مثل الاخرين	23
	×	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة	24
	×	اشعر بانني عديم الفائدة	25
	×	كثيرا اشعر بانني سوف انفجر من الضيق والضرر	26
	×	اعرق كثيرا بسهولة حتى في ايام الباردة	27
×		الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	28
×		انا مشغول دائما اخاف من المجهول	29
	×	انا بالعادة اشعر بالخجل من نفسي	30
	×	كثيرا ما اشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
×		ابكي بسهولة	32
	×	خشيت اشياء واشخاص لا يمكنهم ايدائي	33
	×	أتأثر كثيرا بالأحداث	34
	×	اعاني كثيرا من الصداع	35
	×	اشعر بالقلق على امور واشياء لا قيمة لها	36
×		لا استطيع التركيز في شيء واحد	37
×		من السهل جدا ان ارتبك واغلط لما اعمل شيء ارتبك بسهولة	38
	×	اشعر بانني عديم الفائدة اعتقد احيانا اني لا اصلح بالمرّة	39
	×	انا شخص متوتر جدا	40
	×	عندما ارتبك احيانا اعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقتني	41

	×	يحمر وجهي خجلا عندما اتحدث للأخرين	42
×		انا حساس اكثر من الاخرين	43
	×	مرت بي اوقات عصبية لم استطيع التغلب عليها	44
	×	اشعر بالتوتر اثناء قيامي في العادة	45
	×	يديا وقدماي باردتان في العادة	46
	×	انا غالبا احلم بحاجات من الافضل الا اخبر احد بها	47
	×	تتقصني الثقة بالنفس	48
	×	قليل ما يحصل لي حالات امسك تضايقتي	49
×		يحمر وجهي من الخجل	50

الدرجة الكلية لمقياس تايلور للقلق هي 39 درجة وعليه فان الحالة تنتمي الى فئة القلق الشديد المحصورة بين (37_40).

الدرجة	المقياس
39	تايلور للقلق الصريح

جدول رقم (08) تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات على الحالة

الرقم	الفقرات	تنطبق	لا تنطبق
01	لا تضايقتني الأشياء عادة	×	
02	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام زملائي في العمل	×	
03	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		×
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي		×
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي	×	
06	أضايق بسرعة في المنزل		×
07	أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء		×

الدرجة	الجديده	
08	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني	×
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة	×
10	استسلم بسهولة	×
11	تتوقع عائلتي مني الكثير	×
12	من الصعب جدا أن أظل كما أنا	×
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي	×
14	يتبع الناس أفكارني عادة	×
15	لا أقدر نفسي حق قدرها	×
16	أود كثيرا لو أترك المنزل	×
17	أشعر بالضيق من عملي غالبا	×
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	×
19	إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة	×
20	تفهمني عائلتي	×
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	×
22	أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	×
23	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من أعمال	×
24	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	×
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	×

الدرجة الكلية لسلم تقدير الذات هي 23 درجة وعلى فإن الحالة تنتمي الى فئة منخفضة تقدير ذات المحصورة بين (20-40).

الدرجة	المقياس
23	كوبر سميث لتقدير الذات

II-تحليل نتائج الدراسة:

يمس الإدمان على المخدرات حياة المدمن الشخصية والاجتماعية فهي تعد مصدر للقلق وتهديد لأمنه وسلامته واستقراره نتيجة الآثار السلبية التي تترتب على تعاطيها لهذا يجب التكفل بهم، ويعتبر التكفل النفسي جملة الإجراءات الوقائية والعلاجية التي يستخدمها الأخصائيين النفسانيين بالتعاون مع الطاقم الإداري وباستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي من خلالها يتم التركيز على المدمن بهدف علاجه ومساعدته لتخطي علة المخدرات.

1)مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الأولى:

تساهم المؤسسات الإستشفائية في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.

وللتحقق من هذه الفرضية كان لابد من الرجوع إلى الجانب التطبيقي، الذي من شأنه إظهار الجوانب الأساسية لهذه الدراسة، فمن خلال تحليل نتائج المقابلات مع الأخصائيين النفسانيين في كل من مستشفى الأمراض العقلية "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة، مستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة" بتيارت، والمركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت. توصلنا إلى أن التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات بمستشفى الأمراض العقلية بالعاصمة ذو جودة وفعالية نظرا لوجود مصلحة خاصة لعلاج الإدمان وهذا لتوفرها على عدد كافي من الأخصائيين النفسانيين (12أخصائي نفسي) الذين يعتمدوا في علاجهم على جانبين، منها الجانب المتمثل في التحاليل البيولوجية والأدوية المهدئة والجانب النفسي الذي يركز على العلاج المعرفي السلوكي الذي به عدة تقنيات مطبقة على المدمن من بينها الاسترخاء والحصص الترفيهية وتعليمهم بعض الحرف وذلك من أجل دمجهم في المجتمع بعد خروجهم من المصلحة والحد من الانتكاسة.

أما بالنسبة لمستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة" بولاية تيارت فهو لا يحتوي على مصلحة لعلاج الإدمان، فكل مدمن يتوجه إلى المستشفى يتم إدخاله على أساس أنه مريض عقلي ويخضع للفحص النفسي في مكتب الأخصائية هذا على الرغم من توفر الإمكانيات

المادية والبشرية، وفيما يخص العلاج المتبع فهو يركز أيضا على العلاج المعرفي السلوكي وكذا الأسري ويتم تطبيق عدة تقنيات من بينها الاسترخاء، تسيير أوقات الفراغ، الرياضة... وهذا يختلف من حالة إلى أخرى حسب مثلث الإدمان الذي يتمثل في "الشخصية - المحيط - المادة المخدرة".

أما بالنسبة للمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية تيسمسيلت فهو ضيق المساحة نظرا لإنقسامه مع مصلحة التأهيل الحركي والتكفل النفسي فيه يكون غير إقامي لعدم توفر الإمكانيات المادية والبشرية ونقص في الوسائل اللازمة لتطبيق التقنيات العلاجية الضرورية، عدم تهيئة قاعة الاسترخاء وعدم وتوفير الاختبارات أما بالنسبة للطاقم الطبي والإداري فهو قليل حسب رأي الأخصائية الممارسة فيه وبالنسبة للعلاج الذي تتبعه الأخصائية مع الحالات هو العلاج المعرفي السلوكي فقط، ومعظم الحالات تأتي إلى المركز من أجل أخذ الأدوية وليس بدافع التكفل بهم.

من خلال المقابلات مع الأخصائيين في المستشفيات الثلاث نستنتج أن العلاج الفعال في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات هو العلاج المعرفي السلوكي بمعظم تقنياته وهذا ما تشابهت فيه المستشفيات الثلاث، ومن خلال تحليل نتائج المقابلات مع الطاقم الإداري في كل من مستشفى الأمراض العقلية "محمود بوسبسي" بالعاصمة، ومستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة" بتيارت والمركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت، مستشفى العاصمة يتكفل بعدد هائل من المدمنين في السنة على غرار ولاية تيارت وتيسمسيلت التي هي في حدود (130_170) مدمن في السنة، وهناك تشابه من ناحية المواد المدمن عليها كالحشيش، ليريك، الكيف، الأدوية العضوية وفيما يخص الجنس الغالب في مصالحي علاج الإدمان هو الذكور، أما بالنسبة للإمكانيات التي تتوفر بالمستشفيات نجد بالعاصمة توفر معظم الإمكانيات من ناحية الفريق العلاجي والوسائل اللازمة للعلاج لتلبية إحتياجات المدمن من علاج وجو مهيب، أما بالنسبة لمستشفى

الأمراض العقلية لولاية تيارت ليس لهم إهتمام بالمدمنين بالرغم من توفر الإمكانيات البشرية والمادية. وفي المركز الوسيط لعلاج الإدمان بتيسمسلت فقد صرح رئيس المركز بتتوفر الإمكانيات المادية والبشرية وكل احتياجات المدمن وأن المدمن يحضر فقط لأخذ الدواء.

وهنا كان تضارب الآراء بين رئيس المركز والأخصائية الممارسة به التي صرحت أن عدد الأخصائيين والأطباء غير كافي وعدم توفر الأمن اللازم وضيق المساحة.

وبالرجوع الى الاطار النظري الذي تبنته الطالبتان والذي من شأنه اظهار الجوانب الاساسية لهذا الموضوع والذي يندرج تحت وظائف المؤسسات الاستشفائية التي من بينها تقديم الخدمات العلاجية للمرضى من خلال كوادر بشرية متخصصة من أطباء وفنيين وممرضين وأخصائيين وإداريين وكذا وظيفة التعليم والتدريب لاكتساب جيل جديد من طاقم طبي بمعلومات ومهارات ميدانية لاكتسابهم القدرة على تسلم مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة وإتقان وتتمثل الوظيفة الثالثة في إجراء البحوث الصحية، ومن أجل نجاح عملية التكفل النفسي يجب أن توفر المؤسسات الإستشفائية جل احتياجات المدمن والوسائل اللازمة للعلاج والإمكانيات المادية والبشرية وتوفير طاقم طبي متكامل ومكون وتوفير الأمن وتهيئة المحيط لراحة المدمن، ويجب على الأخصائيين النفسانيين تبني خطة علاجية تجمع بين كل أنواع العلاجات من العلاج المعرفي السلوكي، الطبي، اجتماعي وكذلك التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي للفرد المدمن هذا ما يوضحه الجانب النظري.

وهنا كان التضارب بين الجانب النظري لدراستنا والجانب التطبيقي حيث أنه يوجد نقص في المؤسسات الاستشفائية من ناحية الخدمات المتوفرة وشح في اجراء البحوث والتعليم والتدريب نظرا لجائحة "كورونا" وقد لاحظنا ان معظم الأخصائيين النفسانيين بالمؤسسات الإستشفائية يعتمدون على العلاج المعرفي السلوكي فقط نظرا لنقص الوسائل والإمكانيات اللازمة.

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها جاءت دراستنا الحالية بناء على موضوع أثار فضول الطالبان وهو احتياجات المدمن وما يعانيه وما توفره المؤسسات الإستشفائية، وقد اعتمدنا في الدراسة الحالية المنهج الوصفي ودراسة حالة على غرار معظم الدراسات السابقة تبنت المنهج الوصفي بمختلف أنواعه (إستكشافي، المقارن) بإضافة إلى المنهج التجريبي والمنهج الإكلينيكي كل على حدى.

جاءت كل من دراسة "سنا رحال" فعالية التكفل النفسي في تحقيق التوافق النفسي لدى مرضى السرطان ودراسة "علي حمادية" التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن، ودراسة "شهرزاد نوار" واقع التكفل النفسي بالأمراض المزمنة فقد تشابهت من حيث نوع العلاج المطبق وهو العلاج المعرفي السلوكي وهنا كان التشابه مع دراستنا حيث أن كل الأخصائيين النفسانيين يعتمدون على العلاج المعرفي السلوكي للتكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات في المؤسسات الإستشفائية.

أما فيما يخص دراسة "جلولي سناء" تحت عنوان واقع التكفل النفسي بالمدمنين داخل المؤسسات العلاجية كان هناك تشابه من حيث العينة التي أختيرت بحيث تم إجراء مقابلات مع 3 أخصائيين وهذا ما تطرقنا له في الدراسة الحالية بالإضافة إلى الطاقم الإداري والحالة وكذا كان تشابه من حيث الأدوات التي تمثلت في المقابلة العيادية والملاحظة العلمية وفيما يخص النتائج كذلك يوجد تشابه في الخطة العلاجية المتبناة في المراكز العلاجية والمؤسسات الإستشفائية وهو العلاج المعرفي السلوكي وأنه يوجد نقص في الإمكانيات من حيث الوسائل اللازمة لسير الخطة العلاجية مما توجب على الأخصائيين استعمال وسائلهم الشخصية وهذا ما توافق مع دراستنا.

(2) مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الثانية:

تتمثل مساهمة المؤسسات الاستشفائية في خفض قلق المدمن والرفع من تقدير الذات لديه.

من خلال تحليلنا لنتائج المقابلات مع الحالة (ك.م) وتطبيقنا لمقياس تايلور للقلق الصريح وكوبر سميث لتقدير الذات نستنتج أن الحالة الذي يعالج بمستشفى الأمراض العقلية بولاية تيارت مدمن منذ 17 سنة وهو مستبصر بحالته إذا أنه حاول العلاج عدة مرات من قبل ولكن لم ينجح ذلك بسبب عدم توفر احتياجاته في المراكز العلاجية والظروف العائلية القاهرة وتحمله مسؤولية العائلة خاصة بغياب الوالد وكذا تأثير جماعة الرفاق عليه، وهذا ما أكدته مقياس كوبر سميث لتقدير الذات حيث تحصل على 23 درجة في سلم المقياس وهذا ما يوضح أن الحالة تعاني من انخفاض في تقدير الذات.

وتظهر على الحالة سمات القلق وعدم الارتياح وهذا ما أكدته نتائج مقياس القلق الصريح لتايلور إذا أن الحالة تحصلت على 39 درجة في سلم المقياس وهذا ما يوضح أن الحالة تعاني من قلق شديد.

وبالرجوع إلى الإطار النظري الذي تبنيه والذي من شأنه إظهار الجوانب الأساسية لهذا الموضوع الذي يندرج تحت النظريات المفسرة للإدمان سار البحث في ضوء نظرية التحليل النفسي التي تفسر ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة التي لا تتجاوز الثلاث أو الأربع الأولى على أساسين الأساس الأول الصراعات النفسية (الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى إثبات الذات والإشباع الجنسي النرجسي) والأساس الثاني الآثار الكيميائية للمخدر، كما يصف علماء التحليل النفسي الإدمان أنه عصاب إندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فمية في الطفولة، وهذا ما توافق مع تصريحات الحالة:

- الوضع المادي كان متوسط.

- عدم إهتمام الأولياء به.

- علاقة متوترة مع الوالد خاصة في طفولة.

وكذلك عدم مساندة الأسرة للمدمن يزيد من سوء الحالة النفسية له وهذا ما لاحظناه عند الحالة لأن أعضاء الأسرة يلعبون دورا هاما في تشجيعهم للمدمن للعناية بنفسه وإمداده بوسائل العلاج، فإذا كانت تسود الأسرة ضغوطات وصراعات فإن هذا حتما يخلق ثغرات من القلق وسوء تقدير الذات للمدمن فيصبح يشعر دائما بعدم السعادة والطمأنينة ويزيد من تعاطيه للمادة المخدرة.

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة نجد دراسة "مصري عبد الحميد" سيكولوجية تعاطي المخدرات والكحوليات اظهرت النتائج ان سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات سلوك متعلم وأن النمذجة هي الأسلوب الأكثر انتشارا للانخراط في التعاطي وام الحصول على المخدرات والكحوليات يتم بتسهيل من الأصدقاء والأقارب وهذا ما تشابه مع الدراسة الحالية في أن الحالة كان سبب تعاطيه للمخدرات هو النمذجة السيئة من أصدقائه وتسهيلهم لحصوله على المخدرات.

وجاءت دراسة "Patrick" مشكلة تعاطي المخدرات من قبل الشباب والمراهقين في المدارس الإبتدائية والطلاب في المدارس الثانوية وقد أسفرت النتائج على أن لأولياء الأمور أهمية بالغة في تجنب أولادهم تعاطي المخدرات خصوصا إذا تم الكشف عن تعاطي المخدرات في وقت مبكر وهذا ما لم يتوافق مع الحالة التي تطرقنا إليها بحيث أن غياب الرقابة الوالدية وتأثير الظروف المعيشية عليه كانت الدافع والمحفز لإدمانه.

وقد تطابقت دراسة "Alnajjar_M charke" التي درست العلاقة بين تقدير الذات والقلق لدى المتعاطين التي كانت على عينة (321) من المتعاطين وغير المتعاطين من

الذكور، حيث أظهرت النتائج أن الذين يتعاطون المخدرات هم أكثر قلقا وأقل تقديرا لذواتهم من غير المتعاطين، حيث أسفرت نتائج دراستنا ان الحالة يعاني من قلق شديد وتقدير ذات منخفض.

إستنتاج عام

نستنتج مما سبق من عرض ومناقشة وتحليل نتائج الدراسة المتحصل عليها من خلال المقابلة النصف موجهة مع الطقم الطبي والإداري أن الفرضية الأولى قد تحققت في المؤسسة الإستشفائية "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة لتوفر معظم الإمكانيات اللازمة مما أدى إلى جودة التكفل النفسي أما عن مستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة" بتيارت فلا توجد مصلحة مخصصة للتكفل بالمدمنين على المخدرات بل يتم التكفل بالمدمن على أساس مريض عقلي وهنا تحققت نوعا ما الفرضية لأن التكفل داخل مؤسسة الأمراض العقلية "بتيارت" فعال.

وبالنسبة للمركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت الفرضية لم تتحقق نظرا للإهمال الواضح من كلا الطرفين الطبي والإداري وعدم توفر معظم الوسائل والإمكانيات اللازمة في المركز وهذا ما أدى إلى نقص جودة وفعالية التكفل النفسي لديهم.

أما فيما يخص الفرضية الثانية ومن خلال نتائج الدراسة وتطبيق مقياس تايلور للقلق ومقياس كوبرسميث لتقدير الذات والمقابلة النصف موجهة مع الحالة، أن الحالة لديه قلق شديد وإنخفاض في تقدير الذات وهذا راجع لعدم إستجابة الحالة للعلاج من قبل بسبب عدم تلقيه لتكفل نفسي فعال.

وقد توصلت الدراسة الحالية إلى الهدف المنشود منها وهو: محاولة معرفة واقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.

خلاصة:

قمنا في هذا الفصل بعرض ومناقشة نتائج الدراسة، وفي ضوء ما يتعلق بواقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات، واعتمادا على النتائج المتحصل عليها تم إستخلاص النتائج والتحقق من فرضية البحث والوصول إلى الهدف المنشود منه، أن واقع المؤسسات الإستشفائية يختلف من حيث فعالية التكفل بالمدمنين على المخدرات، وفي بعض المؤسسات الإستشفائية هناك نقص في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات، وأن لتوفر الوسائل والإمكانيات اللازمة دور في تحقيق التكفل النفسي.

حائزة

خاتمة

وفي الختام وصلنا إلى نهاية البحث الذي حاولنا من خلاله معرفة واقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات وهذا الأخير الذي لا يزال يشغل الكثير من الأخصائيين والمعالجين سواء في المجال النفسي أو الطبي الذي يركز على علاج الدوائي من الدرجة الأولى والعلاج النفسي تقديم توجيهات وإرشادات للمدمن وأسرتة بإضافة إلى المساندة النفسية متمثلة في تطبيق تقنيات العلاجية وإختبارات نفسية وعليه فلتكفل النفسي بالمدمن يحتاج إلى متابعة نفسية معمقة وشاملة من قبل الأخصائي النفسي الذي بدوره أن يكون ملما كل الإلمام بأساليب العلاج النفسي وتقنياته بإضافة إلى التكوين الجيد والخبرة السيكولوجية هذا من جهة ومن جهة أخرى توفير الإمكانيات المادية وتغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسات الإستشفائية. ومن خلال نتائج البحث تم الوصول إلى أن واقع المؤسسات الإستشفائية في الجزائر يختلف من حيث الفعالية في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات وأن بعض المؤسسات الإستشفائية هناك نقص في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات ان لتوفر الوسائل والإمكانيات اللازمة دور في تحقيق التكفل النفسي. وفي الأخير أن مسألة الصواب والخطأ وإرادة في كل بحث علمي، الشئ الذي يفتح المجال لأبحاث ودراسات أخرى القادمة سواء حول هذا الموضوع أو أي موضوع آخر في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية عامة وعلم النفس العيادي خاصة.

التوصيات والاقتراحات

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية وعلى ضوء الملاحظات تم إدراج بعض التوصيات والاقتراحات التي يرجى أن تؤخذ بعين الاعتبار:

1. إنشاء مراكز لعلاج الإدمان وتزويدها ببرامج علاجية.
2. إنشاء مخابر نفسية خاصة بدراسات حول الإدمان على المخدرات.
3. إقامة دورات تدريبية للأخصائيين النفسيين لتطبيق بعض التقنيات العلاجية لإكتساب التكوين والخبرة للقيام بالتكفل الفعال بالمدمنين على المخدرات.
4. يرجى إهتمام بهذه الفئة في المجتمع من الناحية النفسية وذلك من أجل التقليل من الضغوطات النفسية لمدمني المخدرات
5. إشراك الأسرة في مساعدة أبنائهم للإقلاع عن إدمان المخدرات
6. تغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسات الإستشفائية من ضرورة إقامة أماكن لترفيهه، ورفع نسبة العاملين داخل المصلحة على رأسهم أعوان الأمن لحماية المرضى.

المواضيع مقترحة:

في ضوء ما أسفرت إليه نتائج الدراسة، واكتمالاً للجهد الذي بذلته الطالبتان اقترحنا بعض المواضيع التي من الممكن المزيد من البحث فيها:

- ✓ فعالية برنامج علاجي إدماجي إنتقائي في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.
- ✓ فعالية العلاج الجماعي لتخفيف من حدة القلق لدى مدمني المخدرات.
- ✓ واقع التكفل النفسي لمرضى القصور الكلوي داخل المؤسسات الإستشفائية.
- ✓ واقع التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات داخل السجون.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

القران الكريم

المعاجم:

1. سلامي ن (2001) المعجم موسوعي في علم النفس (وجيه أصدع مترجم)، ط1، سوريا، منشورات وزارة الثقافة.

2. مدحت عبد الرزاق الحجازي (2012) معجم المصطلحات علم النفس عربي/ إنجليزي/ فرنسي، ط1، لبنان، دار الكتب العلمية.

الكتب:

1. أحمد عبد العزيز الأصفر (2004) عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في الوطن العربي، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع.

2. أحمد عبد المجدي (2003) السلوك الاجتماعي ودينامياته محاولة تفسيرية، ط1، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

3. أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مصر، مكتبة لأنجلو المصرية.

4. تايلور شيلي (2008) علم النفس الصحي، ط1، عمان، دار حامد.

5. جمعية الطب النفسي الأمريكية (2004) المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (تسير حسون مترجم)، دمشق.

6. حامد عبد السلام زهران، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط1، بيروت.

7. حسن جلال علي جزاري الحراشة (2012) إدمان المخدرات والكحوليات أساليب العلاج، ط1، الأردن دار حامد للنشر والتوزيع.

8. حسين أحمد شحاتة (2006) التدخين والإدمان وإعاقة التنمية، ط1، القاهرة، مكتبة دار المعرفة.

9. حسين علي خليفة الغول (2011) الإدمان الجوانب العلاجية النفسية الإكلينيكية والعلاجية للمدمن، ط1، دار الفكر العربي.
10. حمود القشعان (2002) العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات، الكويت، مجلة تربوية.
11. دياب موسى البداينة (2012) الشباب والانترنت والمخدرات، ط1، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
12. ديلاينيكيفا (2001) علم النفس العملي للمراهقين (مصطفى دليلة مترجم)، ط1، دمشق، دار الحوار للنشر والتوزيع.
13. رمضان محمد القذافي (1999) علم النفس الفيزيولوجي، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.
14. سليم بطرس جلدة (2007)، إدارة مستشفيات والمراكز الصحية، ط 1، عمان، دار الشروق.
15. سيد محمد جاد الرب (1997)، إدارة المنظمات الصحية والطبية - منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة القاهرة، دار النهضة العربية.
16. شابروول - ه - (2001) الإدمان في سن المراهقة (فؤاد شاهين مترجم)، بيروت، عويدات للنشر والتوزيع.
17. شفير تيريشا هوارد- م (2008) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها (نزيه حمدي ونسيمة داود مترجم)، ط1، الأردن، دار الفكر.
18. عابد علي الحميدان (2008) دور الرعاية اللاحقة في رعاية المتعافين، الرياض جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
19. عادل الدمراش (1982) الإدمان ومظاهره وعلاجه، ط1، الكويت عالم المعرفة.
20. عادل الدمراش (1990) الإدمان مظاهره وعلاجه، الكويت، دار المعرفة.

21. عبد الإله الساعاتي (1998) مبادئ إدارة المستشفيات، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
22. عبد الرحمن العيساوي (2001) المخدرات وأخطارها، القاهرة، منشأة المعارف.
23. عبد السلام فاروق (1977) سيكولوجية الإدمان، كلية التربية، جامعة الملك عبد العزيز، القاهرة، عالم الكتب.
24. عبد الغني سحر (2005) الأطفال وتعاطي المخدرات، ط1، القاهرة، مكتبة المصرية.
25. عبد الله محمد قازان (2005) إدمان المخدرات والتفكك الأسري، ط1، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
26. عبد المعطي حسن المصطفى (2004) الأسرة ومشكلات الأبناء، ط1، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع.
27. عبير هادي المطيري (2011) جريمة المخدرات وجنوح الأحداث، دار آمنة للنشر والتوزيع.
28. عطا جميل بني كمال حوامدة (2008) الشباب الجامعي وآفة المخدرات، ط1، دار الكنوز المعرفية العلمية للنشر والتوزيع.
29. عفاف محمد عبد المنعم (2003) الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
30. علي محمود السيد (2012) المخدرات وتأثيرها وطرق التخلص والأمن منها، ط1، الرياض، فهرسة مكتبة فهد الوطنية.
31. غسان محمد غانم المنصور (2014) الاتجاهات السيكوباتية وعلاقتها ببعض المتغيرات الدراسية لدى عينة من الطلاب جامعة دمشق، مجلة الاتحاد الجامعات العربية للتربية علم النفس 12 (3) 110.

32. فؤاد متولي بسيوني (2000) التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، مصر، مركز الإسكندرية للكتاب.
33. كمال الدسوقي (1988) ذخيرة علوم النفس، القاهرة، دار الدولية للنشر والتوزيع.
34. لامية بوبيدي (2012) واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري ن مجلة العلوم الإنسان والمجتمع (3).
35. لحسين بن شيخ ملويا (2010) المخدرات والمؤثرات العقلية للدراسة القانونية التفسيرية، ط1، الجزائر، دار هومه.
- أطروحات دكتوراه ورسائل ماجستير:
1. وناس امزيان (2007) استراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك، اطروحة دكتوراه، جامعة مولود الإخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
2. سعدة دريفل (2011/2010) تعاطي المخدرات في الجزائر واستراتيجية الوقاية اطروحة دكتوراه في علم النفس الاجتماع الثقافي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
3. فريدة قماز (2008) عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير جامعة القدس، فلسطين.
- المجلات:**
1. محمد احمد مشاقبة (2007) الإدمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع.
2. محمد الزحيلي (2008) أحكام التحذير والمخدرات الطبية والفقهية، مجلة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية.

3. محمد حسن غانم (2007) بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، القاهرة، دار غريب للنشر والتوزيع.
4. محمد محمد فتحي (2011) إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيال، ط1، القاهرة، مكتبة لأنجلو المصرية.
5. محمد محمود بن يونس (2008) الأسس الفيزيولوجية للسلوك، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع.
6. محمود مرسي (2005) الإدمان تبغ خمور مخدرات، ط1، الأردن، مؤسسة الطريق.
7. محي الدين حوري (2003) الجريمة وأسبابها ومكافحتها، دمشق، دار الفكر للنشر والتوزيع.
8. مصطفى سويف (1996) المخدرات والمجتمع، الكويت، عالم المعرفة.
9. موفق عمر بشير العباجي (2008) الإدمان والانترنت، ط1، عمان، دار المجدلاوي للنشر والتوزيع.
10. نسيم ياسين عبيد، علاج وتأهيل المدمنين على المخدرات، دراسة ميدانية لنزلاء موقف الرصافة الثانية ومستشفى ابن رشد، مجلة علمية محكمة، العدد السابع والعشرون، كلية التربية للبنات جامعة بغداد.
11. يحسين نفايد (2001) الإضطرابات السلوكية تشخيصها أسبابها علاجها، ط1، القاهرة، المؤسسة الطبيعية للنشر والتوزيع.

الدراسات:

1. إبراهيم بن محمد الزين (2011) دور الجامعات في وقاية الطلاب من المخدرات بحث مقدم في ندوة المخدرات حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج، جامعة نايف العربية السعودية.

2. حلود سامي ال معجون (1991) مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، المركز العربي للدراسات الأمنية
3. حمزة بن خدة (08/07-أفريل 2008) جريمة المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري بحث مقدم في مؤتمر جامعة بوضياف، المسيلة، الجزائر.
4. خالد محمد المهدي (2013) المخدرات وأثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، قطر، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات، لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.
5. دليلة زناد، دور الاخصائي النفسي الصحي في التكفل بالشباب المدمن على المخدرات، نماذج لحالات عيادية، مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، جامعة الجزائر 2.
6. ربيع طاحوس القحطاني (2006) الوضع الحالي لظاهرة المخدرات في الجزائر، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها، تلمسان.
7. سليمان عبد الله العقيل (30 مارس - 01 افريل 2009) المخدرات والامن الاجتماعية نبحت مقدم في الندوة العلمية لمركز الدراسات والبحوث جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
8. الشريف حمود بن هزاع بن عبد الله الشنبري (2007) العوامل النفسية ذات صلة باستعمال المخدرات بحث مقدم لندوة المؤسسات التربوية ودورها في الحد من استعمال المخدرات المنعقد في جامعة نايف للعلوم الأمنية السعودية.
9. عبد الحليم سواس (2011) مفسدات التوازن الحيوي في الإنسان المخدرات بين المفهوم اللغوي والحيوي بحث مقدم لندوة المخدرات (حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج)، جامعة نايف للعلوم الأمنية.

قائمة المصادر والمراجع

10. عبد العزيز بن علي الغريب (2006) ظاهرة التعود على الإدمان في المجتمع العربي، الرياض، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
11. عبد اللطيف رشاد (1992) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، الرياض، المركز للدراسات الأمنية والتدريب.
12. منصور عبد المجيد سيد أحمد (1989) المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية الاجتماعية والنفسية، وموقف الشريعة الإسلامية، الرياض، مركز العربي دراسات الأمنية والتدريب.

المراجع الاجنبية:

1. Henrie.E.Bernard. P. et brisset.C (1978) Manwal de la psychiatrie de l'onfant. Paris. Masson
2. Mohamed. A.(2004) toxicomanie sida la consemation des drogues chez l'adolescente. alger. Institut national de la santé publique.

المواقع:

- 1.حسن المحداوي (2012) اغتراب المراهقين الإيمو نموذجا تم استرجاعه يوم 2022/02/11 من الموقع التالي: www.elnoore se/article/osp ?id =147094

الله لا حقا

الملحق رقم (01)

المقابلة كما وردت مع الأخصائية في مستشفى الأمراض العقلية "حمداني عدة" تيارت

- الاسم: ج.م

- السن: 43 سنة.

- المنصب: نفسانية عيادية رئيسية لصحة العمومية.

- الخبرة: 19 سنة

- مستوى التعليمي: الثانية ماستر علم النفس العيادي وطالبة الدكتوراه.

س1: بصفتك أخصائي نفساني كيف يتم التكفل بالمدمن داخل المصحة ؟

ج1: لا تحتوي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية على مصلحة خاصة لعلاج الإدمان والتكفل يتم فقط على مستوى الفحص الخارجي الطبي الذي يتمثل في علاج الأعراض الناتجة عن الإدمان أو أعراض الانسحاب (كالقلق والتوتر والاكتئاب) وأن أغلب الحالات توجه إلى مصالح متخصصة بغرض الاستشفاء العلاجي أما فيما يخص النفساني العيادي فعلمه الأكبر يركز على الوصول بالشخص المدمن إلى الاستبصار بحالته وبالمعاني الكثيرة المرتبطة بادمانه.

س2: على أي اساس توضع الخطة العلاجية وما هي التقنيات المستخدمة؟

ج2: غالبا ما تعتمد على العلاجات المعرفية السلوكية. العلاجات النسقية (العائلية).

- كل التقنيات المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي والعائلي.

- نوع التقنية أو أسلوب الذي تركز عليه يختلف من حاله الى اخرى.

- توضع الخطة العلاجية بناءا على تحليل العوامل التالية_ : شخصيه المدمن (هشاشه

نفسية، صدمات، اضطرابات في الشخصية الخ_ (طبيعة المادة او الموضوع الادمان

(مخدرات خفيفة، مخدرات ثقيلة، مهلوسات_ (الظروف المرتبطة بالادمان (تقليد الاخر،

استفزاز الاخر، تداوي الحر_ (من خلال تحليل هذه العوامل نضع الخطة العلاجية المناسبه

للحالة.

الملاحق

س3: هل يمارس التكفل داخل المصححة؟ (المكتب) لماذا؟

ج3: بالطبع التكفل يكون في إطار مكاني محدد وهو مكتب الفحص النفسي.

س4: هل هناك تجاوب مع العلاجات المطبقة؟ كيف ذلك؟

ج4: يختلف التجاوب مع العلاجات الحاله إلى أخرى على حسب الاستبصار بالإشكال، الرغبة في العلاج ووجود المساندة الاجتماعية من عدمها

س5: ما هي التقنيات التي اثبتت ذلك؟

ج5:.....

س6: هل يلتزم المرضى بالمواعيد الجلسات العلاجية داخل المصححة؟

ج6: يختلف الإلتزام من حالة لأخرى.

س7: متى يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي وان هذا الأخير أعطى نتيجة؟

ج7: لا يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي نهائيا فالامر مرتبط بالاقلاع على الادمان بظاهره العود (الرجوع الى الادمان).

س8: فيما تكمن أهمية التكفل النفسي بهذه الفئة؟

ج8: تكمن أهميه التكفل بهذه الفئة في كون الجانب النفسي والاهتمام به له دور كبير في التخلص من الادمان.

س9: ما هي الارشادات التي تقدم للمريض وأسرته قبل خروجه من المصححة بالنسبة للمريض؟ بالنسبة للأسرة؟

ج9: ارشادات والتوصيات المريض _ الإلتزام بالعلاج _ تسيير اوقات الفراغ _ الرياضة _ الاندماج في المجتمع _ الابتعاد عن بؤر الادمان الاسرة _ مساندة المدمن وإحتوائه

الملاحق

مراقبته الحرص على مرافقته أثناء العلاج وبعد العلاج _توفير جو خالي من الضغوطات الوالدية أو الاسرية

س10: هل تأتي أسر المرضى عند خروجهم؟

ج10: لا يوجد إستشفاء لحالات الادمان إلا إذا كانت هذه الاخيرة تعاني من إضطرابات سلوكية حادة أو من إضطرابات ذهانية. والحالات اغلبها تخرج من المستشفى بمرافقه الاهل.

س11: هل يمكن التكفل النفسي أن يساهم في عدم إنتكاسة المريض وتحسين حالته النفسية؟

ج11: نعم يمكن ذلك

س12: في حاله الانتكاسة المريض كيف التعامل معه من قبل المركز؟

ج12: معرفه أسباب الانتكاسة والتكفل به من جديد.

س13: في حاله العقاب كيف يتم ذلك ؟

ج13: لا يوجد عقاب فقط تنبيهات شفوية.

س14: ما هي الصعوبات يواجهها الفريق في القيام بعملية التكفل؟

ج14: في مستشفى الامراض العقلية لا يوجد مصلحة خاصة بالادمان لذا التكفل يكون فردي سواءا من طرف الطبيب أو النفساني_ صعوبه ملاحظة المدمن أثناء فتره العلاج _لا يوجد فريق طبي متخصص علاج الادمان.

س15: ما هو الفرق المدمن المتكفل به نفسيا والمدمن غير متكفل به؟

ج15: المدمن المتكفل به: خطر أقل على نفسه الآخرين المدمن غير متكفل به: خطر أكبر على نفسه الآخرين

س16: هل يوجد علاقة بين نجاح التكفل وإرادة في العلاج؟ كيف ذلك؟

الملاحق

ج16: أكيد يوجد علاقه بين الإرادة والشفاء حيث أن الدافعية للعلاج هي القوه الأساسية التي تدفع المدمن إلى الإصرار والثبات والإلتزام بعلاجه وبالتالي فرص الإنتكاسة تكون قليلة

س17: متى يتم التكفل بالمدمن خارج المركز؟

ج17: التكفل لا يكون في إطار مؤسساتي

س18: ما هي النفاثص التي توفرها في المركز؟

ج18: توفير مصلحة خاصة بعلاج المدمنين.

س19: برأيك ما هي صعوبات ومعوقات التكفل النفسي بالمدمن في المركز؟

ج19: صعوبات متعلقة بالمدمن: عدم الرغبة في العلاج الانتكاسات، المقاومة صعوبات متعلقة بالمركز: ظروف العمل، غياب فريق متخصص ومتكون.

س20: هل المركز يوفر لكم جميع الاحتياجات والوسائل اللازمة لسير العملية العلاجية؟

ج20: مقارنة بطبيعة عملنا، نعم توفر المؤسسة أغلب الاحتياجات الوسائل اللازمة للعمل.

س21: ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟

ج21: يحتاج المدمن جو هادي مكان خال من المواد المخدرة وللأسف هذا ما لا نجده في بعض المراكز المتخصصة في علاج الإدمان.

الملحق رقم (02)

المقابلة كما وردت مع رئيس مصلحة الطب العقلي ومكافحة الإدمان بمستشفى الأمراض العقلية " محفوظ بوسبسي " العاصمة

- الاسم: م.ع

- السن: 53

- المنصب: رئيس مصلحة الطب العقلي ومكافحة الإدمان.

- الخبرة: 30 سنة

- مستوى التعليمي: الثانية ماستر علم النفس العيادي وطالبة الدكتوراه.

س1: بصفتك أخصائي نفسي كيف يتم التكفل بالمدمن داخل المصلحة ؟

ج1: أولاً الاستقبال في مصلحة (معالجة الإدمان)

1- / استقبال عن طريق أخصائي من أجل الفحص والتشخيص _ إذا كانت حالة مستعجلة يوجه الى الاستعجالات النفسية _ حالة غير مستعجلة يوجه الى اخصائي نفسي (الفريق العلاجي) عن طريق المقابلات مع الأخصائي/الأدوية.

س2: على أي اساس توضع الخطة العلاجية وما هي التقنيات المستخدمة؟

ج 2:

من الجانب النفسي:

علاج فعال معرفة ما هي الأسباب التي أدت إلى الإدمان، تشخيص المريض، علاج بالنشاطات يكون ذلك عن طريق (تقييم الحالة. تقييم الشخصية. المحيط) ومعرفة العوامل التي أدت إلى تناول المخدرات. كذلك العوامل التي تساعد في الإقلاع عن الإدمان (مقابلة مع العائلة). ومعرفة درجة الإدمان (إدمان متقدم، إدمان في حالات الأولى). وهل المدمن لديه القابلية للإقلاع عن الإدمان.

نقوم بحصص مع المرضى (الرياضة، أنشطة الترفيهية الرسم، الموسيقى)

كل مريض لديه تقنية خاصة على حسب الحالة (على حسب تقييم الحالة والشخصية).

تقييم الحالة وخطورة الإدمان على حسب الحالة ومواد التي يتناولها لمعرفة وضع الحصص اللازمة.

من الجانب الطبي:

1. تقييم بيولوجي (التحاليل بيولوجية في المخبر لمعرفة نوع المخدرات التي يتناولها، هل هناك مضاعفات ناجمة عن الإدمان)

2. الأدوية شرب دواء عن طريق مراحل لمعرفة مدمن كيف يتعايش مع دواء مثل: دواء la méthadone يعالج به المدمنين على الهيرويين سيبوتاكست من اجل الاندماج في المجتمع.

س3: هل يمارس التكفل داخل المصحة؟ (المكتب) لماذا؟

ج3: حاجة مهمة جدا ومتواجد داخل المصحة، عدد الحصص بصفة منتظمة مع الأخصائيين من اجل التفريغ، مقابلة مع عائلة واقتراح الحلول يجب أن تكون عائلة في تعاون مع الأخصائي.

س4: هل هناك تجاوب مع العلاجات المطبقة؟ كيف ذلك؟

ج4: مشكل الإدمان مشكل كبير أحيانا توصف للمدمن أدوية وحصص ولكن النتائج غير مرضية، بعض الحالات توصلت لنتائج وحالات لم تتوصل لنتيجة إذا كانت هناك مدة (في سن مبكر) في تناول المخدرات تكفل بشكل صعب.

س5: ما هي التقنيات التي أثبتت ذلك؟

ج5: كل التقنيات مهمة بعض المدمنين يتطلب جهد اكبر وهناك مدمنين من تقنية واحدة يستجيب ويعالج مثل: العلاج المعرفي السلوكي TCC لأن الإدمان مشكل معرفي سلوكي نعالج الفكرة ونعالج السلوك وليس بالسهل يجب على الأخصائيين أن يكونوا ممارسين فعالين ويجيدون استعمال TCC والمدمن يتجاوب مع العلاج.

الملاحق

- العلاجات بالنشاطات في المستشفى لها دور كبير وتأثير جيد على مكافحة الإدمان، التكفل في المجتمع مع العائلة والمحيط والعمل (المتابعة في المجتمع لها فعالية في تعافي من الإدمان).

س6: هل يلتزم المرضى بمواعيد الجلسات العلاجية داخل المصحة؟

ج6: أغلبية المرضى يلتزمون بالجلسات إلا فئة قليلة لأن هناك علاقة جيدة مع المدمن والأخصائي بناء علاقة ثقة.

س7: متى يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي وأن هذا الأخير أعطى نتيجة؟

ج7: نحاول على أن يتأقلم على العلاج، نقص الأخطار، ينقص تناول مخدرات، جماعة الرفاق، أماكن لي يروحها إلا وتكون هناك انتكاسة لأن الإدمان مرض مزمن.

س8: فيما تكمن أهمية التكفل النفسي بهذه الفئة؟

ج8: الأشياء التي تؤدي إلى إدمان: المشاكل النفسية الاجتماعية العائلية نشخصوا ونبحث عن الأسباب والعوامل التي أدت إلى الإدمان ودراستها حالة بحالة للوصول إلى نتيجة.

س9: ما هي الإرشادات التي تقدم للمريض وأسرته قبل خروجه من المصحة بالنسبة للمريض؟ بالنسبة للأسرة؟

ج9:

✓ المدمن: يبقى في اتصال مع المصحة حاجة أولى لي يديرها، شرب دواء بانتظام، يتابع نصائح الطبيب.

✓ الأسرة: أسرة متفهمة (احتواء من طرف الأسرة)، المرافقة _ التعاون _ مساعدة كل فريق (أخصائي، الطبيب، المدمن، العائلة.. الخ).

س10: هل تأتي أسر المرضى عند خروجهم؟

الملاحق

ج10: الأسر تأتي عند خروجهم من اجل إعطاء نصائح لها (علاقة مع الأسرة مهمة جدا)القيام بالجلسة مع العائلة أو إذا كانت الأزواج من اجل تفادي المشاكل العائلية.

س11: هل يمكن للتكفل النفسي أن يساهم في عدم انتكاسة المريض وتحسين حالته النفسية؟

ج11: أكيد نعم يجب ان تكون متابعة منتظمة بيولوجية، طبية، نفسية، لكي يكون استقرار الحالة يبقى في اتصال مع المصحة.

س12: في حالة انتكاسة المريض كيف يتم التعامل معه من قبل المركز؟

ج12: الرجوع منذ البداية ماهي أسباب الانتكاسة (مجتمع عائلة محيط).

س13: في حالة العقاب كيف يتم ذلك.

ج13: وضعه بصفة إجبارية في مركز علاج الإدمان يعاقب ويداؤوا.

س14: ما هي الصعوبات التي يواجهها الفريق في القيام بعملية التكفل؟

ج14: الصعوبات كثيرة يجب أن يكون فريق متكامل وأخصائيين ممارسين ومدربين بجدارة هناك صعوبات في التقنيات لأن هناك تقنيات ندرسها لكن لا نستطيع تطبيقها على ارض الواقع معرفة المشاكل في المجتمع والعمل ومحيط.

س15: ما هو الفرق بين المدمن المتكفل به نفسيا والمدمن الغير متكفل به؟

ج15: هناك فرق شاسع، المدمن في المصحة ويتابع العلاج قادر على توعية مدمن مثله

(مثل مدمن يجيب مدمن صديقه يتعالج معاه) أهمية المجتمع في تقبل الحالة.

س16: هل يوجد علاقة بين نجاح التكفل وإرادة المدمن في العلاج؟كيف ذلك؟

ج16: يجب أن تكون هناك إرادة لدى المدمن في العلاج نخدموا على motivation تساعدنا في العلاج.

س17: متى يتم التكفل بالمدمن خارج المركز؟

ج17: عدد كبير من مدمنين يتبعوا العلاج خارج المركز بصفة منتظمة بعض الحالات التي لديها خوف من دخول المركز.

س18: ما هي النقائص التي يجب توفرها في المركز؟

ج18: النقائص البشرية: أخصائيين ممارسين ومدربين في علاج المدمنين المخدرات.

النقائص في الوسائل: آلات موسيقية، حرف (عند خروجهم من المصححة من اجل التأقلم اجتماعيا)، قاعات الألعاب.

س19: برأيك، ما هي صعوبات ومعوقات التكفل النفسي بالمدمن في المركز؟

ج19: صعوبات: عندما يكون المدمن عندوا مدة في تناول المخدرات، التفكير عقلي متأثر بالمخدرات، مدمن غير فعال اجتماعيا، المدمن عندما تكون لديه مشاكل نفسية أسرية، أمراض عقلية أو جسدية.

س20: هل المركز يوفر لكم جميع الاحتياجات والوسائل اللازمة لسير العملية العلاجية؟

ج20: مستحيل لا نستطيع توفير الوسائل اللازمة هناك نقائص كل ميادين هناك نقائص يحب أن تكون هناك شجاعة اللازمة في توفير مراكز متخصصة في الإدمان توفر الوسائل.

س21: ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟

ج21: يريد من يفهمه ويسمعلوا ويعاونو يحوس حاجة معنوية، إحتواء، معاملة، مرافقة.

الملحق رقم (03)

المقابلة كما وردت مع الأخصائية في المركز الوسيط لعلاج الإدمان بتيسمسيلت

الاسم: د.خ.

العمر: 42 سنة.

الخبرة: 14 سنة.

المستوى التعليمي: ليسانس علم النفس العيادي.

المنصب: طبيبة نفسانية.

س1: بصفتك أخصائي نفسي كيف يتم التكفل النفسي بالمدمن داخل المصحة؟

ج1: لا يتم التكفل النفسي داخل المصحة لأن المركز بحد ذاته لا تتوفر فيه الشروط فهو منقسم بين التأهيل الحركي والمركز الوسيط وفي هذا المركز يوجد (8) مكاتب وهو غير إقليمي.

س2: على أي أساس توضع الخطة العلاجية وماهي التقنيات المستخدمة؟

ج2: استخدام العلاج المعرفي السلوكي والاسري ولا توجد قاعة مكيمة للقيام بتقنية الإسترخاء حتى.

س3: هل يمارس التكفل داخل المصحة؟ (المكتب) لماذا؟

ج3: لا يوجد تكفل داخلي بل تكفل خارجي أي نعالجو فلمكتب.

س4: هل هناك تجاوب مع العلاجات المطبقة؟ كيف ذلك؟

ج4: على حسب الحالة كايين لي وصلنا معاهم لنتيجة وكايين لي لا.

س5: ما هي التقنيات التي أثبتت ذلك؟

ج5: العلاج المعرفي السلوكي.

س6: هل يلتزم المرضى بالمواعيد الجلسات العلاجية داخل المصحة؟

ج6: أغلبية المرضى يلتزمون بالمواعيد والباقي يجي باه يدي الدواء من عند الطبيب الأمراض العقلية.

س7: متى يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي وان هذا الأخير أعطى نتيجة؟

ج7: كي يريح ما يرجعش.

س8: فيما تكمن أهمية التكفل النفسي بهذه الفئة؟

ج8: معرفة الأسباب التي تؤدي إلى الإدمان.

س9: ما هي الإرشادات التي تقدم للمريض وأسرته قبل خروجه من المصحة بالنسبة للمريض؟ بالنسبة للأسرة.

ج9: المريض: يدير حاجات إيجابية الأسرة: الإحتواء، تعاون، الثقة بالنفس.

س10: هل تأتي أسر المرضى عند خروجهم؟

ج10: لاتأتي من قبل ذاتها حتى نتاصلوا بيهم.

س11: هل يمكن التكفل النفسي أن يساهم في عدم إنتكاسة المريض وتحسين حالته النفسية؟

ج11: نعم ولكن حسب كل حالة

س12: في حاله الانتكاسة المريض كيف التعامل معه من قبل المركز؟

ج12: نعاودو العلاج معاه من الأول.

س13: في حاله العقاب كيف يتم ذلك؟

ج13: لا يوجد عقاب.

س14: ما هي الصعوبات يواجهها الفريق في القيام بعملية التكفل؟

الملاحق

ج14: قلة الوسائل اللازمة للعلاج، قلة الأمن، ضيق المساحة المخصصة للمركز ومكاش جو مهيء للعميل.

س15: ما هو الفرق المدمن المتكفل به نفسيا والمدمن غير متكفل به؟

ج15: غير متكفل به أقل خبرة في طريقة العلاج والمتكفل به أكثر خبرة.

س16: هل يوجد علاقة بين نجاح التكفل وإرادة في العلاج؟ كيف ذلك؟

ج16: علاقة تكاملية بين العلاج وإرادة المدمن.

س17: متى يتم التكفل بالمدمن خارج المركز؟

ج17: يكون التكفل في إطار مؤسساتي.

س18: ما هي النقائص التي يجب توفرها في المركز؟

ج18: توفير الامن، توفير مركز مهيء من كل النواحي، ذو مساحة واسعة وتوفير الاختبارات والدورات التكوينية.

س19: هل يوجد علاقة بين نجاح التكفل وإرادة في العلاج؟ كيف ذلك؟

ج19: مركز مهوش مهيء باه نتكفلو بالمدمن.

س20: هل المركز يوفر لكم جميع الإحتياجات والوسائل اللازمة لسير العملية العلاجية؟

ج20: لا يوفر المركز الإحتياجات اللازمة.

س21: ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟

ج21: يحتاج للعلاج والتكفل والإرشادات.

الملحق رقم (04)

المقابلة كما وردت مع رئيس المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتمسيلات

الاسم: ن.ب

العمر: 54 سنة.

الخبرة: 33 سنة.

المستوى التعليمي: شهادة ممرض في الصحة العمومية.

المنصب: رئيس المركز الوسيط لعلاج المدمنين المؤسسة الصحة العمومية.

س1: ما هو عدد المدمنين داخل المركز؟

ج1: عدد المدمنين 133 مدمن.

س2: ماهي المادة الأكثر إدمانا بين مدمني المركز حسب الجنس والفئة العمرية؟

ج2: المادة أكثر إدمانا (الكيف) ايريكيا، الحشيش، الجنس ذكر من 17_40 سنة.

س3: الفئة العمرية المتواجدة بكثرة داخل المصححة(نساء/رجال).

ج3: رجال اكثرهم من 20_30 س4مامدى جودة الرعاية الطبية بالمدمن؟

ج4: جودة لا توجد لأن المركز غير مهيب.

س5: هل تتوفر الإمكانيات المالية والبشرية اللازمة لاحتياجات التكفل النفسي بالمدمنين؟

ج5: تتوفر الإمكانيات البشرية والمالية غير متوفرة المركز منقسم لقسمين مركز لعلاج

الإدمان والتأهيل الحركي.

س6: هل هناك تعليم وتدريب للمارسين؟

ج6: التكوين لا يوجد.

الملاحق

س7: هل تقوم المستشفى والقائمين عنه بالبحث العلمي في مختلف مجالات الصحة؟

ج7: يقومون بالبحث اكيد

س8: ماهو الفريق الذي يعمل مع المدمنين داخل المركز؟

ج8: كل الفريق يعمل مع المدمنين داخل المصحة إذا كانت حالة مستعجلة نقله لمركز البلدية. س9 كيف يتم ذلك التعاون؟

ج9: حصص مع أخصائيين وطبيب المختص في أمراض العقلية وممرضين.

س10: هل الإحتياجات النفسية للمدمن متوفرة من قبل المركز؟

ج10: كل الإحتياجات متوفرة.

س11: هل عدد الأخصائيين كافي في المركز؟

ج11: كافي للتكفل بالمدمن.

س12: ما هو دور الأخصائي النفسي في المركز؟

ج 12 العلاج مكاش خدمة يضلو مجمعين.

س13: ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟

ج13: يجي أي باش يدي الدواء ويدورو مخصوش يتعالج.

الملحق رقم (05)

المقابلة كما وردت مع المدير الفرعي للنشاطات الصحية بمستشفى الامراض العقلية

"حمداني عدة" تيارت

الاسم: ب.ب

المنصب: إطار شبه طبي (مدير فرعي للنشاطات صحية مكاف)

الخبرة: 33 سنة

مستوى التعليمي: شهادة ممرض لصحة العمومية.

س1: ما هو عدد المدمنين داخل المركز؟

ج1: لا يوجد مركز وسيط لعلاج مدمنين عدد المدمنين 162 مدمن داخل المركز.

س2: ماهي المادة الأكثر إدمانا بين مدمني المركز حسب الجنس والفئة العمرية؟

ج2: المادة أكثر إدمانا (الكيف) ليريكيا، ترامادول، ليبراكس، الحشيش، الأدوية العضوية، الجنس ذكر من 17_45 سنة.

س3: الفئة العمرية المتواجدة بكثرة داخل المصححة(نساء/رجال)

ج3: رجال.

س4: ما مدى جودة الرعاية الطبية بالمدمن؟

ج4: مستشفى الأمراض العقلية ليس لهم اهتمام كبير بالمدمنين على المخدرات لأنه مفيهش مركز مختص في الإدمان، يدخل على أساس مريض عقلي.

س5: هل تتوفر الإمكانيات المالية والبشرية اللازمة لاحتياجات التكفل النفسي بالمدمنين؟

ج5: الإمكانيات البشرية.

3: أخصائين في أمراض العقلية 7 طبيب عام 120 ممرضين كل مواد متوفرة من ناحية الطبية والنفسية.

س6: هل هناك تعليم وتدريب للممارسين؟

ج6: هناك تعليم وتدريب للممارسين، صارت أقل بسبب كورونا.

س7: هل تقوم المستشفى والقائمين عنه بالبحث العلمي في مختلف مجالات الصحة؟

ج7: نعم، كل سنة يقومون بتقويم عام ودراسات في مجال المرضى المدمنين.

س8: ما هو الفريق الذي يعمل مع المدمنين داخل المركز؟

ج8: كل الفريق يعمل مع المدمنين داخل المصحة.

س9: كيف يتم ذلك التعاون؟

ج9: أول لقاء يكون مع الطبيب العام والمختص في الأمراض العقلية، يبدأ بالدواء وحصص مع الأخصائيين النفسيين، وممرضين لتتبع الحالة وإعطائهم الأدوية وملاحظة سلوك مدمن داخل المستشفى.

س10: هل الاحتياجات النفسية للمدمن متوفرة من قبل المركز؟

ج10: الاحتياجات متوفرة من ناحية الأدوية ومن ناحية النشاطات الترفيهية (الحرف، الرسم، الموسيقى).

س11: هل عدد الأخصائيين كافي في المركز؟

ج11: ليس كافي للتكفل بالمدمن.

س12: ما هو دور الأخصائي النفسي في المركز؟

ج12: المتابعة داخل المصحة.

س13: ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟

ج13: المدمن لديه احتياجات من ناحية الأدوية لتهدئة.

الملحق رقم (06)

المقابلة كما وردت مع رئيس المستخدمين بمستشفى الامراض العقلية "محفوظ بوسبسي" العاصمة

الاسم: س.ب

المنصب: رئيس مكتب تسيير الموارد البشرية

الخبرة: 10 سنوات

مستوى التعليمي: جامعي.

س1: ماهو عدد المدمنين داخل المركز ؟

ج1: أعداد كبيرة.

س2: ماهي المادة الأكثر إدمانا بين مدمني المركز حسب الجنس والفئة العمرية؟

ج2: المادة أكثر إدمانا (الكيف) ليريك، ترامادول، الحشيش، هيروين، ليكستازي، الجنس ذكر من 15_45 سنة.

س3: الفئة العمرية المتواجدة بكثرة داخل المصحة؟(نساء/رجال).

ج3: رجال أكثرهم شباب.

س4: ما مدى جودة الرعاية الطبية بالمدمن؟

ج4: الجودة ترتبط بالمدمن إذا كان ملتزم بالعلاج.

س5: هل تتوفر الإمكانيات المالية والبشرية اللازمة لاحتياجات التكفل النفسي بالمدمنين؟

ج5: ميزانية المستشفى تكون بداية السنة من أفريل وتضمن تغذية المرضى، الوسائل الضرورية الأدوية، الإمكانيات البشرية: العون الأمن متوفر الأخصائيين عددهم كافي، المرضى، الأطباء.

س6: هل هناك تعليم وتدريب للممارسين؟

ج6: التكوين عن بعد عن طريق محاضرات عبر الأنترنت في مرحلة كوفيد (19).

الملاحق

الأستاذ رئيس المصلحة يلقي محاضرات إعطائهم تقنيات جديدة، طرق علاج مختلفة، أدوية جديدة، يكون لديهم تكوين خارج الوطن /داخل الوطن.

س7: هل تقوم المستشفى والقائمين عنه بالبحث العلمي في مختلف مجالات الصحة؟

ج7: نعم يقومون بذلك

س8: ما هو الفريق الذي يعمل مع المدمنين داخل المركز؟

ج8: كل الفريق يعمل مع المدمنين داخل المصلحة.

س9: كيف يتم ذلك التعاون؟

ج9: حصص مع أخصائيين والقيام بالتحاليل مع الطبيب العام والطبيب المختص وممرضين الذي يكون أكثر احتكاكا مع المدمن.

س10: هل الاحتياجات النفسية للمدمن متوفرة من قبل المركز؟

ج10: ليس كل الاحتياجات متوفرة لكن نحاول تعليمهم بعض الحرف والنشاطات الترفيهية (الرسم، الموسيقى).

س11: هل عدد الأخصائيين كافي في المركز؟

ج11: كافي للتكفل بالمدمن اثنا عشر نفساني متفرعين في المؤسسة.

س12: ما هو دور الأخصائي النفسي في المركز؟

ج12: هو قيام بلخطة علاجية للمدمن ومتابعته للوصول للعلاج.

س13: ماذا يحتاج المدمن وماذا يوفر له المركز؟

ج13: المدمن لديه احتياجات هو الإحساس بالراحة الهدوء، الأمان، الأدوية، ومساعدة للوصول للعلاج.

الملحق رقم (07)

المقابلة كما وردت مع الحالة

الاسم: ك.م.

الجنس: ذكر.

السن: 34 سنة.

السكن: تيسمسيلت.

المستوى المعيشي: متوسط.

المستوى التعليمي: الثانية ثانوي.

المهنة: البناء وأعمال مختلفة.

عدد الإخوة: 08.

الترتيب بين الإخوة: 02.

الأب: متوفى.

الأم: على قيد الحياة.

س1: ماهي المادة التي تتعاطاها؟

ج1: كل شيء مهم مخدر.

س2: كم كان عمرك عندما تعاطيت المادة الاوّل مرة

ج2: 17 سنة، من جبهة تفكرت الواليدة لي كانت دايمن تتمنى تشوف ولادها حاجة
فالمستقبل ومن جبهة كبرت في عينين صحابي.

س3: من شجعك وماهي الظروف التي ادت بك الى تعاطي المخدرات؟

الملاحق

ج3: شجعوني صحابي وانا باه نهرب من الظروف لي كانت فالدار وزيد حبست القرايا، وضعنا المادي كان متوسط والديا ماهمش قاريين، يعني الله غالب كانوا شوي مفرطين وزيد المشاكل وحاولو يفرقو بيناتهم، وزيد علاقتي مع الوالد كانت دايمن متوترة.

س4: ماهي الطريقة التي من خلالها تحصل على المخدرات؟

ج4: من عند صحابي.

س5: هل لديك وقت او مكان محدد لتعاطي المخدرات؟

ج5: لا المهم لازم كل يوم.

س6: كم عدد المرات التي تتعاطاها فيها باليوم؟

ج6: وصل عدد المرات الي تناولت فيها فالنهار 3 مرات، وسييت قاع المسكرات.

س7: مع من كنت تفضل التعاطي؟

ج7: مع صحابي وخطرات كي نكون مقلق بزاف أي روعي.

س8: حاولت ان تتوقف على الادمان من قبل؟

ج8: نعم اكثر من 3 مرات وانا نحاول نتهنى من هاذ المرض بصح صعيب الحال.

س9: ماهي الاسباب التي تدفع في رأيك بالانسان ان يتجه للادمان؟

ج9: الميزيرية والظروف، ثاني الصحبة العوجة.

س10: ما هي الاسباب التي دفعتك لتعاطي؟

ج10: كنت حبست القرايا وكانو المشاكل بزاف سيرتو بين الوالدة والشيخ وبابا ميسالش عليا.

س11: الاسباب التي دفعتك الى دخول المركز؟

ج11: باه نريخ صاي عيت.

س12: ماكان تأثير الادمان عليك نفسيا وعضويا؟

- حالتني متعجيش راني عايش قدرة وخلص تعودت على السطر كل يوم مضرا

- مشاكل بزاف يا ختي مين نبدالك الأولى خسرت قرائتي والزوجة خسرت صحتي وجمالي اللي كنت عليه. .. يضحك- وخسرت دراهمي وبعض اصحابي وخسرت اهم حاجة ما نقدرش نقول لك عليها وخسرت وخسرت.

س13: ماذا ترى نفسك الآن بعد خضوعك للعلاج داخل المستشفى

ج13: اي خرطي كنت نعالج في تيسمسيلت ودائما نرجع للمخدرات حتى جيت هنا لتيارات وقبضوني راني نشوف وعجبني الحال وان شاء الله نريخ

س14: هل تشعر بالأمان عند تعاملك مع ممارسين بلمركز؟

ج14: واه عادي.

س15: هل يقدم لك المركز احتياجاتك ؟

ج15: مش كلش انا خصني نريخ صاي مطقتش وعبيت.

س16: من الناحية الطبية هل المركز موفر احتياجاتك ؟

ج16: الطبة هنا ملاح صار متهلين فيا.

س17: ماذا تريد ان من المركز أن يوفر لك وماهي النقائص ؟

ج17: تحسهم مش مهتمين بينا مخطينا مع المهبله نورمالو يديرونا رواحنا.

الملاحق

ملحق رقم (08) مقياس تايلور للقلق الصريح

الرقم	الفقرات	نعم	لا
01	نومي مضطرب ومتقطع		
02	مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي		
03	يمر على ايام لا انام بسبب القلق		
04	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين		
05	اعاني كل عدة ليالي من الكوابيس مزعجة		
06	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان		
07	كثيرا جدا الاحظ ان ايادي ترتعش عندما اقوم باي عمل		
08	اعاني من اسهال كثيرا جدا		
09	تثير قلقي امور العمل والمال		
10	تصيبني نوبات من الغثيان		
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا		
12	دائما اشعر بالجوع		
13	انا لا اثق بنفسي		
14	اتعب بسهولة		
15	الانتظار يجعلني عصبي جدا		
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم		
17	عادة لا اكون هادئا واي شيء يستثيرني		
18	تمر بي فترات من التوتر لا استطيع الجلوس طويلا		
19	انا غير سعيد في كل اوقات		
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل		
21	دائما اشعر بالقلق دون مبرر		
22	عندما أشاهد مشاجرة ابتعد عنها		
23	اتمنى ان اكون سعيدا مثل الاخرين		

الملاحق

		دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة	24
		اشعر بانى عديم الفائدة	25
		كثيرا اشعر بانى سوف انفجر من الضيق والضرر	26
		اعرق كثيرا بسهولة حتى في ايام الباردة	27
		الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	28
		انا مشغول دائما اخاف من المجهول	29
		انا بالعادة اشعر بالخجل من نفسي	30
		كثيرا ما اشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
		ابكي بسهولة	32
		خشيت اشياء واشخاص لا يمكنهم ايدائي	33
		أتأثر كثيرا بالأحداث	34
		اعاني كثيرا من الصداع	35
		اشعر بالقلق على امور واشياء لا قيمة لها	36
		لا استطيع التركيز في شيء واحد	37
		من السهل جدا ان ارتبك واغلط لما اعمل شيء ارتبك بسهولة	38
		اشعر بانى عديم الفائدة اعتقد احيانا انى لا اصلح بالمره	39
		انا شخص متوتر جدا	40
		عندما ارتبك احيانا اعرق ويسقط العرق منى بصورة تضايقنى	41
		يحمر وجهى خجلا عندما اتحدث للآخرين	42
		انا حساس اكثر من الاخرين	43
		مرت بي اوقات عصبية لم استطيع التغلب عليها	44
		اشعر بالتوتر اثناء قيامى فى العادة	45
		يدياى وقدماي باردتان فى العادة	46
		انا غالبا احلم بحاجات من الافضل الا اخبر احد بها	47

الملاحق

		تتقصني الثقة بالنفس	48
		قليل ما يحصل لي حالات امساك تضايقتني	49
		يحمر وجهي من الخجل	50

الملاحق

ملحق رقم (09) مقياس كوبر سميث لتقدير الذات

لا تنطبق	تنطبق	الفقرات	الرقم
		لا تضايقني الأشياء عادة	01
		أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام زملائي في العمل	02
		أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي	03
		لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي	04
		يسعد الآخرون بوجودهم معي	05
		أتضايق بسرعة في المنزل	06
		أحتاج وقتاً طويلاً كي أعتاد على الأشياء الجديدة	07
		أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني	08
		تراعي عائلتي مشاعري عادة	09
		استسلم بسهولة	10
		تتوقع عائلتي مني الكثير	11
		من الصعب جداً أن أظل كما أنا	12
		تختلط الأشياء كلها في حياتي	13
		يتبع الناس أفكارني عادة	14
		لا أقدر نفسي حق قدرها	15
		أود كثيراً لو أترك المنزل	16
		أشعر بالضيق من عملي غالباً	17
		مظهري ليس وجيهاً مثل معظم الناس	18
		إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة	19

الملاحق

		تفهمني عائلتي	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
		أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
		لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من أعمال	23
		أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

ملحق رقم (11)

تيارات ٢١ - ٤٤٤.٤

DROUI . K
Psychologue Diplômé



أضواء ب. ناقص

طلب إكزا السيد عميد الكلية .

أتمرجه بطلبي إكزا السيد عميد الكلية بطلب إجراء
دراسة ميدانية تخصصاً مذكرة تخرج تخصصاً الثانية ماستر
علم النفس العيادي تحت عنوان " واقع المؤسسات الاستشفائية
في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات"
أطلب منه سيادتك الموافقة أن تمنعني رخصة سيدي العميد
لاستظهارها للمؤسسات المعنية حتى يقدموا لي المساعدة
المادية والمعنوية . أخيراً أتقدم بجزيل الشكر
إلى السيد العميد وكل من في المؤسسات المعنية
والله ولي التوفيق .

الرجاء مساعدتي الطالبة
في إنجاز بحثها وتقديم
المساعدة لها

الطالبة :
بن صابرة فاطمة الزهراء

المعهد الوطني للتكوين المهني
رقم 2006
بجدة 2006



ملحق رقم (12)



جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

[ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بتوثيق ومحاربة السرقة العلمية]

أنا الممضي أدناه،

السيدة/ السيد/

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: والمسنودة بتاريخ:
المسجلة في: قسم:
و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها:

.....
.....

أصرح بشرفي أنني أقدم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعتبر الأخلاقيات المهنية للنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التوقيع:

بمضاء المضي

.....

ملحق رقم (13)



جامعة ابن خلدون - الجزائر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



تصريح شرقي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإجتاز بحث

يشمل القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2008/12/27 المتعلق بتوثيقية وسرية السيرة العلمية

أنا المصنف المبدع،

السيد (ة) **بومباركة خادمة الزهور**

العامل لمطابقة التعريف الوطني رقم: 2008/12/27 والسيرة بتاريخ: 2012/11/20

المسألة (ة) باللغة: **العلوم الاجتماعية والإنسانية** - العلوم الاجتماعية

و المنسق بالجزائر أصلا بحث بأفكاره التي تخرج من عنونه:

واجب الأسرة مساهمة الأمومة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية ودورها في التكامل

..... (العلمية) بالعلماء خفية في (العلمية) (العلمية)

أصرح بشرقي أنني أقدم بمراجعة المعايير العلمية والمنهجية ومعتبر الأخلاقيات المهنية التزاما

الالتزامية المطلوبة في اجاز البحث المذكور أعلاه.

تاريخ التصريح: 2012/11/20

بمضاء المصنف

ملخص:

تهدف الدراسة الى معرفة واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ودورها في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات و لتحقيق اهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي و دراسة حالة باستخدام المقابلة العيادية النصف موجهة و الملاحظة العيادية و مقياس تايلور للقلق الصريح وكوبر سميث لتقدير الذات اجريت الدراسة على عينة متكونة من ثلاث اخصائيين نفسانيين وثلاث رؤساء مكتب و الحالة تم اختيارهم بطريقة قصدية في كل من مستشفى الامراض العقلية "محفوظ بوسبسي" بالعاصمة و "حمداني عدة" بتيارت و المركز الوسيط لعلاج المدمنين بتيسمسيلت.

بعد الدراسة المعمقة للحالات تم التوصل إلى النتائج التالية:

- أن واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر يختلف من حيث فعالية التكفل بالمدمنين على المخدرات
- أن في بعض المؤسسات الاستشفائية هناك نقص في التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات.
- أن لتوفر الوسائل والإمكانيات اللازمة دور في تحقيق التكفل النفسي.

Abstract :

The study aims to know the reality of hospital institutions in Algeria and their role in psychological care for drug addicts. It consists of three psychiatrists and three office heads and the case was deliberately chosen in each of the mental hospital "Mahfud Bousbesi" in the capital, and "Hamdani Adada" in Tiaret, and the intermediate center for the treatment of addicts in Tissemsilt.

After an in-depth study of the cases, the following conclusions were reached:

- The reality of hospital institutions in Algeria differs in terms of the effectiveness of care for drug addicts.
- In some hospital institutions, there is a lack of psychological care for drug addicts.
- The availability of the necessary means and capabilities plays a role in achieving psychological support.