



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة باتنة - 1  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



عنوان الأطروحة:

# مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات

- دراسة ميدانية ببعض ثانويات مدينة المسيلة -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف:

- أ. د/ وناس أمزيان.

إعداد الطالبة:

- سامية بورنان.

لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة	الجامعة الأصلية
بركو مزوز	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	باتنة
وناس أمزيان	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	باتنة
عبلة رواق	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	قسنطينة
عبد الحميد كربوش	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	قسنطينة
بوخميس بوفولة	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	عناية
يوسف عدوان	أستاذ محاضر	عضوا مناقشا	باتنة

السنة الجامعية: 2016-2017

## كلمة شكر

الحمد لله القائل « لَيْسَ هَكَزْتُمْ لَأَرِيدْتُمْ ». سورة إبراهيم الآية (07)  
الحمد لله أولاً و آخراً، ظاهراً و باطناً على ما من به عليا لاستكمال هذا العمل المتواضع  
الذي أمل أن أكون قد وفقت في انجازه على الوجه المطلوب.

من لا يشكر الناس لا يشكر الله، وفي هذا المقام لا يسعني إلا أن أتقدم بعظيم  
الشكر والعرفان إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور: - أمزيان وناس -

الذي كان له الفضل بعد فضل الله سبحانه وتعالى في انجاز هذا العمل، فقد تشرفت  
بالتلمذ على يده، وسعدت بإشرافه حيث كان مثلاً في التعامل الإنساني والعلمي لما  
قدمه من توجيهات جادة ذلت أمانى كل الصعوبات ومنحتني العزم والإصرار حتى  
أخرج هذا العمل المتواضع إلى الوجود، أستاذي الفاضل لا يسعني إلا أن أقول لك  
جزاك الله خيراً عني.

كما أشكر جزيل الشكر جامعة باتنة وأساتذتها وكل مسؤوليها على حسن المعاملة.  
وأشكر جزيل الشكر زوجي عبد المالك الذي ساعدني في كل خطوة من خطوات  
هذا العمل حفظه الله.

ولا يفوتني أن أشكر جزيل الشكر مدير ثانوية شريف مساعدي وكل المساعدين  
التربويين الذين قدموا لي المساعدة طيلة تواجدي في المؤسسة.

والشكر موصول إلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل

وفي الأخير أرجو أن يكون عملي المتواضع جديراً بمشرفه ومناقشه.

## فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

أ ..... مقدمة

### الفصل الأول

#### الاطار العام للدراسة

- 06 ..... 1- إشكالية الدراسة.
- 14 ..... 2- فرضيات الدراسة
- 15 ..... 3- أهمية الدراسة
- 18 ..... 4- أهداف الدراسة
- 19 ..... 5- تحديد مفاهيم الدراسة.
- 26 ..... 6- الدراسات السابقة.
- 48 ..... 6-1- التعليق على الدراسات السابقة.
- 50 ..... 6-2- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

### الفصل الثاني

#### التوعية الصحية

تمهيد

- 55 ..... 1- مفهوم التوعية الصحية
- 55 ..... 1-1- تعريف الوعي
- 60 ..... 1-1-1- الغايات المقصودة من الوعي
- 60 ..... 1-1-2- تعريف التوعية.
- 61 ..... 1-1-3- أنواع التوعية
- 63 ..... 1-2- تعريف الصحة
- 65 ..... 1-3- التوعية الصحية
- 66 ..... 1-3-1- أهداف التوعية الصحية
- 67 ..... 1-3-2- أساليب التوعية الصحية
- 69 ..... 1-3-3- طرق ووسائل التوعية الصحية

71	..... 1-3-4- مبادئ التوعية الصحية
71	..... 1-3-5- أسس التوعية الصحية
72	..... 1-3-6- كيفية تغيير السلوك الصحي
73	..... 2- مفهوم الوقاية
78	..... 2-1- مستويات الوقاية من الإدمان على المخدرات
81	..... 2-2- الأهداف العامة للأسلوب الوقائي في مكافحة المخدرات
84	..... 2-3- أهم نتائج البحوث الميدانية ومضامينها بالنسبة لبرامج الوقاية
86	..... 3- من يقوم بالتوعية
87	..... 4- الأساليب التي يجب مراعاتها في إعداد برامج الوقاية والتوعية
89	..... 5- ضوابط استخدام برامج التوعية الصحية
90	..... 6- شروط التوعية الصحية من أجل تبديل مواقف ومعتقدات المراهق من تعاطي المخدرات
91	..... 7- التوعية من تعاطي المخدرات من منظور إسلامي
95	..... خلاصة

## الفصل الثالث

### التصورات

#### تمهيد

98	..... 1- مفهوم التصورات
101	..... 1-1- المفهوم الفلسفي للتصور
102	..... 1-2- التصور في علم النفس
103	..... 1-3- التصور في علم النفس المعرفي
104	..... 1-4- التصور في علم النفس الجيني
105	..... 2- بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور
111	..... 3- تحليل التصور
114	..... 4- أنواع التصور
114	..... 4-1- التصور الذاتي
114	..... 4-2- التصور الغيري
115	..... 4-3- التصور الاجتماعي
116	..... 5- أنماط التصور العقلي
117	..... 5-1- التصور البعدي (اللاحق)
118	..... 5-2- التصور الارتسامي (الفوتوغرافي)

120	.....3-5- تصور الذاكرة
121	.....4-5- التصور الخيالي
122	.....6- عناصر التصور
123	.....7- خصائص التصور العقلي
126	.....8- وظائف التصور العقلي
127	.....9- التصور والفروق الفردية
129	.....10- التصور والسلوك
130	.....11- التصور العقلي والمخ البشري
132	.....خلاصة

## الفصل الرابع

### سيكولوجية المراهقة

#### تمهيد

135	.....1- مفهوم المراهقة
140	.....1-1- المراهقة من الناحية الفيزيولوجية
140	.....1-2- المراهقة من الناحية السيكولوجية
141	.....1-3- المراهقة من الناحية الاجتماعية
141	.....2- علاقة المراهقة بالبلوغ
144	.....3- الفترة التي تغطيها المراهقة
145	.....4- أنماط المراهقة
146	.....5- خصائص مرحلة المراهقة
147	.....6- بعض التفسيرات النظرية لمرحلة المراهقة
148	.....6-1- المراهقة وفق نموذج التحليل النفسي
150	.....6-2- المراهقة وفق النموذج النفس اجتماعي
154	.....6-3- المراهقة وفق النموذج المعرفي
158	.....7- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة
158	.....7-1- النمو الجسمي للمراهق
160	.....7-2- النمو الجنسي للمراهق
161	.....7-3- النمو المعرفي للمراهق

163	..... 4-7- النمو الانفعالي للمراهق
163	..... 5-7- النمو الاجتماعي للمراهق
165	..... 6-7- النمو الأخلاقي للمراهق
167	..... 7-7- النمو اللغوي للمراهق
168	..... 8-7- النمو الحركي للمراهق
169	..... 8- مطالب النمو في مرحلة المراهقة
170	..... 9- مشكلات مرحلة المراهقة
179	..... خلاصة

## الفصل الخامس

### سيكولوجيا الإدمان

#### تمهيد

182	..... 1- مفهوم الإدمان
183	..... 1-1- تعريف الاعتماد
187	..... 2-1- تعريف المدمن
187	..... 3-1- تعريف تعاطي المخدرات
188	..... 2- مراحل الإدمان على المخدرات
190	..... 3- بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان على المخدرات
194	..... 4- أهمية دراسة ظاهرة إدمان الخمر والمخدرات
195	..... 5- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
195	..... 5-1- النظرية الفسيولوجية
196	..... 5-2- نظرية التحليل النفسي
199	..... 5-3- نظرية النمو النفس اجتماعي لأننا
205	..... 5-4- النظرية السلوكية
209	..... 5-5- النظرية المعرفية السلوكية
210	..... 6- خصائص الإدمان
211	..... 7- أنواع الإدمان
212	..... 8- أسباب الإدمان على المخدرات

212	.....	1-8- الأسباب البيولوجية.
215	.....	2-8- الأسباب النفسية.
217	.....	3-8- الأسباب الاجتماعية.
219	.....	4-8- الاعتقاد الخاطئ بعدم تحريم المخدرات.
220	.....	5-8- ضعف الوازع الديني.
225	.....	6-8- أسباب الإدمان على المخدرات عند المراهقين.
231	.....	9- علاج الإدمان على المخدرات.
231	.....	1-9- العلاج الطبي.
232	.....	2-9- العلاج النفسي.
234	.....	3-9- العلاج الاجتماعي.
235	.....	10- علاج المدمنين على المخدرات في التشريع الجزائري.
237	.....	خلاصة.

## الفصل السادس

### المخدرات أنواعها وأضرارها

#### تمهيد

240	.....	1- مفهوم المخدرات
241	.....	1-1- التعريف القانوني للمخدرات
242	.....	2-1- التعريف الطبي للمخدرات
242	.....	3-1- تعريف المخدرات في الإسلام
243	.....	2- مشكلة انتشار المخدرات عالمياً وعربياً
249	.....	3- تصنيف المخدرات
252	.....	4- طرق تناول المخدرات
252	.....	5- العقاقير التي يساء استخدامها
253	.....	6- بعض أنواع المواد المخدرة
279	.....	7- الأضرار الناجمة عن تعاطي المخدرات
279	.....	1-7- الأضرار الجسمية
283	.....	2-7- الأضرار الجنسية
285	.....	3-7- الأضرار النفسية
286	.....	4-7- الأضرار الاجتماعية

287	.....5-7- الأضرار الاقتصادية.....
289	.....8- تعاطي الأحداث للمخدرات في الجزائر .....
290	.....9- علاقة المخدرات بالإجرام .....
291	.....10- حكم الإسلام في تحريم المخدرات .....
292	.....11- المخدرات من المنظور التشريعي الجزائري.....
294	.....خلاصة.....

## الفصل السابع

### منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية

#### تمهيد

297	.....1- الدراسة الاستطلاعية.....
302	.....2- الدراسة الأساسية.....
302	.....1-2- المنهج المستخدم.....
303	.....2-2- العينة وكيفية اختيارها.....
315	.....2-3- أدوات الدراسة.....
316	.....2-3-1- استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية.....
316	.....2-3-2- اختبار الذكاء المصور.....
317	.....2-3-3- مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.....
317	.....2-3-3-1- وصف المقياس.....
318	.....2-3-3-2- طريقة تصحيح المقياس.....
318	.....2-3-3-3- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.....
331	.....2-3-4- برنامج التوعية الصحية.....
354	.....3-4- حدود الدراسة.....
355	.....3-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....

## الفصل الثامن

### عرض وتحليل نتائج الدراسة

#### تمهيد

358	.....1- عرض نتائج الدراسة.....
358	.....1-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى.....



367	.....	1-2- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية
375	.....	1-3- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
377	.....	1-4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة
383	.....	2- تحليل النتائج على ضوء الفرضيات
383	.....	2-1- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى
390	.....	2-2- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية
396	.....	2-3- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
402	.....	2-4- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الرابعة
407	.....	- استنتاج عام
409	.....	- اقتراحات الدراسة
411	.....	- خاتمة
414	.....	- قائمة المراجع
		- الملاحق
		- ملخص الدراسة بالعربية
		- ملخص الدراسة بالفرنسية

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
77	الجانب الشمولي والمحدد أو الجزئي للوقاية.....	01
143	خصائص مرحلة المراهقة والبلوغ.....	02
150	مرحلة المراهقة بالنسبة لفرويد.....	03
153	مرحلة المراهقة بالنسبة لإريكسون.....	04
300	أبعاد مقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات في صورته الأولية.....	05
303	التصميم التجريبي للدراسة.....	06
305	المدارس الثانوية بمدينة المسيلة.....	07
306	العدد النهائي للمدارس والتلاميذ الذين طبق عليهم المقياس.....	08
308	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في عدد أفراد الأسرة.....	09
308	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في دخل الأسرة.....	10
309	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في السكن مع الوالدين.....	11
310	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في نوع السكن.....	12
310	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المستوى التعليمي للأب....	13
311	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المستوى التعليمي للأم.....	14
312	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المستوى الثقافي.....	15
312	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في العمر الزمني.....	16
313	التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في نسبة الذكاء.....	17
314	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية.....	18
315	أدوات الدراسة المستخدمة.....	19
317	أبعاد المقياس وعدد عبارات كل بعد.....	20

319	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.....	21
320	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات مع درجته الكلية.....	22
321	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.....	23
322	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.....	24
323	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.....	25
324	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات مع درجته الكلية.....	26
325	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات مع درجته الكلية.....	27
326	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات مع درجته الكلية.....	28
327	مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين حول رأي الدين في إدمان المخدرات مع درجته الكلية.....	29
328	مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية للمحاور مع الدرجة الكلية لمقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.....	30
329	صدق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات باستخدام المقارنة الطرفية.....	31
330	ثبات مقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات عن طريق إعادة التطبيق.....	32
330	ثبات مقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات عن طريق التناسق الداخلي.....	33
341	جلسات برنامج التوعية الصحية والفنيات المستخدمة وزمن كل جلسة.....	34
353	نتائج استمارة التقييم النهائي للبرنامج من طرف أعضاء المجموعة.....	35

359	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات..	36
361	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات....	37
363	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات قبل وبعد تعرضهم لبرنامج التوعية الصحية.....	38
366	الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس التصورات بالنسبة للمجموعة التجريبية.....	39
368	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات....	40
370	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات....	41
372	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات قبل وبعد تطبيق برنامج التوعية الصحية.....	42
374	الفرق بين أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.....	43
376	الفرق بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية....	44
378	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس التتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.....	45
380	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات في القياسين البعدي والتتبعي.....	46
382	الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس التصورات بالنسبة للمجموعة الضابطة.....	47

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
62	..... نموذج التوعية الإعلامية وتقويم السلوك.....	01
63	..... نموذج الصحة ونموذج المعالجة.....	02
112	..... ما هي التصورات.....	03
113	..... كيفية تغيير التصورات.....	04
130	..... الوظائف المختلفة للنصفين الكرويين بالمخ.....	05
140	..... المجال النفسي للمراهق.....	06
151	..... المبادئ النمائية في نظرية إريكسون.....	07
184	..... نموذج الإدمان.....	08
189	..... مراحل الاعتماد على العقاقير المخدرة.....	09
208	..... الدائرة المفرغة بين القلق المخدر.....	10
210	..... التصور الإيجابي للتعاطي.....	11
225	..... أهم أسباب الإدمان على المخدرات.....	12
228	..... العلاقة بين الفشل الدراسي وتعاطي المخدرات الطبيعية.....	13
360	..... الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس القبلي للمجموعة التجريبية.....	14
362	..... الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس البعدي للمجموعة التجريبية.....	15

364	الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.....	16
369	الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس القبلي للمجموعة الضابطة.....	17
371	الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس البعدي للمجموعة الضابطة.....	18
373	الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.....	19
379	الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس التتبعي للمجموعة التجريبية.....	20
381	الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.....	21

## فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	الاستبيان الاستطلاعي حول تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات.
02	مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في صورته الأولى.
03	مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في صورته النهائية.
04	استمارة البيانات الشخصية الاجتماعية.
05	اختبار الذكاء المصور (من إعداد صالح أحمد زكي).
06	نموذج تقييم جلسات البرنامج (خاص بالطالبة الباحثة).
07	استمارة التقييم النهائي للبرامج.
08	قائمة حضور أفراد العينة التجريبية.
09	استمارة تقييم جلسات برنامج التوعية الصحية (الخاصة بأفراد العينة).
10	قائمة أسماء محكمي أداة الدراسة وبرنامج التوعية الصحية.
11	يوضح المجموع العام للكميات المحجوزة للمواد المخدرة لسنة 2013-2014.
12	جلسات البرنامج برنامج التوعية الصحية.
13	ترخيص مدير التربية بإجراء الدراسة الميدانية.

سعى الإنسان منذ وجوده على الأرض إلى تحقيق احتياجاته وخاصة الأساسية منها (الأكل والشرب، والنوم، والجنس) وهي تمثل الحاجات القاعدية كما صنفها "ماسلو" (Maslow) في سلم الحاجات، ثم تليها الحاجات الأخرى ومنها الحاجة إلى الأمن وتقدير الذات وتحقيقها.

ولكي يشعر الإنسان ببعض من التكامل، وإضافة إلى إشباع حاجاته سعى أيضا بكل الطرق إلى تحقيق المتعة بالعديد من الطرق والوسائل المختلفة مثل إحياء الحفلات والنشاطات الرياضية وغير ذلك بطرق سوية لا تعود عليه بالضرر ولا على مجتمعه، وهو بهذا يساير المعايير والقيم والعادات السائدة في المجتمع، كونه فردا من أفراد هذا المجتمع وبصفته فردا صالحا يسعى أيضا لصالح مجتمعه، وفي هذا يقول الله تعالى: « مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ ». سورة النحل الآية (97)

إن تطور إنسان الحاضر في جميع المستويات مقارنة بإنسان الماضي زاد من تعقد الحياة وتشابكها إضافة إلى سعيه وراء المادة لمسايرة التطور الحاصل في حياة الأفراد هذا الذي زاد من معاناتهم وشعورهم بالقلق والإحباط والتخبط في مشاكل نفسية واجتماعية واقتصادية... أدت بطريقة ما إلى الإخلال بالنظم المختلفة التي تحكم حياة الإنسان وتجعل سلوكه سويا، كل هذا وغيره أدى بالإنسان إلى البحث عن المتعة بطرق غير مشروعة تخالف الدين والعادات والتقاليد وقواعد المجتمع من خلال تعاطي المخدرات والإدمان عليها، هذه الآفة التي عانت منها كل مجتمعات العالم ومازالت تعاني إلى يومنا وللأسف هي في تطور مستمر من حيث ظهور مواد مخدرة جديدة وطرق جديدة للإدمان أدت إلى ظهور تركيبات بشرية موسومة بالفناء، وما زاد من خطورتها انتشار جرائم الفساد والعنف من جرائمها في المجتمعات بالرغم من معرفة معظم مدمنيها بأضرارها الجسدية والنفسية والاجتماعية، لكنهم لأسباب معينة ومتعددة لا يستطيعون الاستغناء عنها، وما زاد من خطورتها وانتشارها ظهور المدمنين المتعددين المواد المخدرة الذين يشكلون خطرا على أنفسهم وعلى المجتمع وكذلك الانفتاح المجتمعي على العالم من خلال وسائل الإعلام مثل ما يبثه التلفاز من أفلام مخلة بالعادات والقيم أو عن طريق ما يسمى بالشبكة العنكبوتية الذي كان من آثاره انتقال الكثير من العادات والظواهر الخطيرة مثل المخدرات، وهذا حقيقة ما يظهر في تغير الكثير من المظاهر الحياتية والمعيشية والترفيهية وحتى في مظاهر وطرق الانحراف وهذا ما أدى أيضا إلى حدوث تغيرات كيفية ونوعية في عملية تعاطي المخدرات، وطرق ترويجها عن طريق غرس أفكار إيجابية حولها في عقول



من لا يعرفون مخاطرها أو من لا يملكون قدرات معينة في مواجهة تلك الأفكار نتيجة عوامل عدة مثل تنشئتهم الاجتماعية، أو صراعاتهم الداخلية، أو أوضاعهم الاقتصادية، أو مستوياتهم الدراسي وغيرها من الأسباب التي تجعل من أولئك عرضة للوقوع في جحيم الإدمان وبناء تصورات وهمية خاطئة عن تلك المواد القاتلة، تلك الأسباب وغيرها دفعتهم إلى بداية النهاية.

إن انتشار المخدرات بالشكل الرهيب فرض على كل الدول والمنظمات الحكومية وغير الحكومية محلياً وعالمياً ضرورة التصدي لهذه الظاهرة وآثارها الكارثية على الفرد والمجتمع، بدءاً بهيئات ومنظمات الأمم المتحدة، كبرنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات، ومنظمة الصحة العالمية (W.H.O) والمجلس الدولي لمكافحة الإدمان على الكحول والمخدرات، وإنهاءً بالمنظمات والجمعيات المحلية المنتشرة في العالم. (أكرم عبد القادر أبو إسماعيل، 2008: 107)

ولقد تزايد القلق حول انتشار ظاهرة المخدرات هذه الظاهرة التي أصبحت تمس جميع فئات المجتمع دون استثناء، حيث نزل خطر هذا السم القاتل إلى أوساط المراهقين في المنازل والبيوت والمدارس، وهذا الأمر الخطير يجعلنا نتساءل عن حال المجتمعات مستقبلاً، وفي هذا وجد الباحثان الفرنسيان "كاترين فوش" (Cathrine Vouch) و"ميشال ماركوس" (Michel Marcus) سنة (1994) في معالجتهم لظاهرة العنف والمخدرات في المؤسسات التربوية في دول الإتحاد الأوروبي، أن تزايد تعاطي المخدرات وتزايد الإدمان (على مختلف أشكاله) أصبح من العوامل الأساسية في ازدياد معدلات الجرائم في المجتمعات الاستهلاكية والتي يقوم بها النشء مؤثر على زيادة مشاكل الشباب مثل البطالة وصعوبة الاندماج في المجتمع، والتسرب المدرسي، والضياع الاجتماعي بصورة عامة. (طالب أحسن مبارك، 2008: 54)

وبما أن المراهق في مرحلة مازال يمتاز بالخصوبة فإنه بالإمكان وضع برامج للتوعية الصحية تهدف إلى تصحيح المعلومات الخاطئة حول الإدمان على المخدرات وإبراز الأضرار الحقيقية لها باستخدام وسائل الإقناع والتوضيح، ومحاولة الوقوف على المشكلات الحقيقية التي تدفع المراهقين للوقوع في فخ المخدرات، وبما أن إدمان المخدرات قد يبدأ لدى المراهق انطلاقاً من أنه يُكون تصوراتٍ إيجابية حوله، كان لبرامج التوعية الصحية في مرحلتها الأولية دور مهم في تغيير هذه التصورات حيث أثبتت بعض الدراسات أن لبرامج التوعية الصحية دور فعال في هذا المجال، وقد أصبحت في

الآونة الأخيرة كل المنظمات والجمعيات والمؤتمرات تُشيد بفاعلية برامج التوعية، وفي هذا يمكن أن نشير في هذه النقطة لرأي الباحث الهولندي "ويليم هانس" حول فاعلية التوعية والوقاية، إذ يقول أنه شب حريق مهول في مدينة لندن عام (1665) وانتهى بتدمير المدينة وبعدها شب حريق مماثل في مدينة أمستردام الهولندية وأدى إلى وقوع الخسائر نفسها، إلا أنه في الوقت الحاضر لا يمكن أن يقع حريق في مدينة حديثة ويسفر عن الخسائر نفسها ليس ذلك نتيجة الزيادة في عدد رجال الإطفاء وإنما نتيجة لما حدث من تقدم في أساليب التوعية من الحرائق (رشاد أحمد عبد اللطيف، 2008: 10، 9)، لذلك يمكن استخدام التوعية الصحية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات انطلاقاً مما أحرزته هذه البرامج من تقدم في هذا المجال وتبعاً للخطوات العلمية والأساليب المنظمة التي تعتمدها هذه البرامج.

وانطلاقاً من فكرة أن تعاطي المخدرات والإدمان عليها ظاهرة معقدة لا يمكن التعرف على طبيعتها دون النظر إلى العوامل الشخصية والبيئة والاجتماعية كمتغيرات تتفاعل فيما بينها وتؤثر على الفرد في تشكيل تصورات مدعمة للوقوع في الآفة، وهذه النظرة تتفق إلى حد كبير مع بعض النظريات النفسية والاجتماعية المفسرة للوقوع في الإدمان مثل تصور "باندورا" الذي طرحه في نظرية التعلم الاجتماعي من خلال التفاعل المتبادل والمستمر بين السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية لأن السلوك هو نتيجة لعوامل تؤثر في بعضها البعض وتشمل العوامل المعرفية من تصورات وتوقعات وإدراكات ذاتية، ويرى بأن العوامل التي تؤدي إلى السلوك تحدث بشكل تفاعلي تبادلي مستمر بين الشخصية والمحددات المعرفية والاجتماعية والنفسية، وما أيضاً أكدته النظرية المعرفية والسلوكية، إن هذه النظريات في تفسيرها للسلوك الإنساني تركز على الدور المهم للتفاعل بين الفرد والبيئة والمجتمع ككل في تشكل السلوك بناءً على الأفكار والتصورات التي يكونها الفرد حول ظاهرة الإدمان، ويبدو أن أسلوب التوعية الصحية المبكر الذي يركز على تطوير المهارات الشخصية وتقديم معلومات صحيحة حول موضوع المخدرات والإدمان عليها للمراهق هو الأنجع.

ولذلك سعت هذه الدراسة إلى إعداد برنامج للتوعية الصحية مقدم للمراهقين الذين يحملون تصورات قد تقودهم إلى الإدمان على المخدرات، ثم قياس أثر هذا البرنامج في تغيير هذه التصورات.

وبناء على ما سبق جاءت هذه الدراسة النظرية والتطبيقية لتتأكد لنا من الأهداف المسطرة وقد تضمنت الدراسة الحالية على ثمانية فصول كالتالي:

الفصل الأول: تضمن تحديد إشكالية الدراسة وأهدافها وأهميتها، وعرض للدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع.

الفصل الثاني: اهتم بالتعريف بالتوعية الصحية وطرقها وكيفية الوقاية من الإدمان على المخدرات.

الفصل الثالث: اهتم بالتعريف بالتصورات، والفرق بينها وبين بعض المفاهيم وكيفية تشكل التصورات وأنواعها.

الفصل الرابع: تناولنا فيه الحديث عن مرحلة المراهقة، وأهم النظريات المفسرة لهذه المرحلة وأهم المشاكل التي يواجهها المراهق والتي من بينها مشكلة المخدرات والإدمان عليها.

الفصل الخامس: خصصناه للحديث عن الإدمان وبعض المفاهيم المرافقة له وأهم أسبابه والنظريات المفسرة له.

أما الفصل السادس فقد خُصص للمخدرات من حيث تعريفها وأنواعها وكيفية تصنيفها ونظرة الإسلام والقانون لها.

الفصل السابع: اهتم بمنهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية من حيث تحديد المنهج والعينة وأدوات الدراسة ومجالاتها.

أما الفصل الثامن والأخير فاهتم بعرض النتائج وتحليلها على ضوء كل فرضية.

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

## 1- إشكالية الدراسة:

تعد مشكلة الإدمان على المخدرات من المشاكل المعقدة التي تواجه كل المجتمعات في وقتنا الحاضر، لما لها من آثار سيئة على مستوى الفرد والأسرة وبالتالي المجتمع، حيث لم تعد هذه المشكلة ظاهرة محلية تختص أو تنفرد بها دولة معينة دون غيرها، إنما هي آفة عالمية في أبعادها وآثارها، وقد ازدادت عالمية هذه الظاهرة مع ما يشهده العالم اليوم من توسع كبير في كافة المجالات لا سيما بعد استخدام شبكات المعلومات ووسائل الإعلام، الأمر الذي زاد من قدرة عصابات إنتاج المخدرات على تبادل المعلومات والخبرات التي تساعدهم على تطوير أنشطتهم الإجرامية بشكل سريع. (نصر الدين مروت، 2010: 07)، إن مشكلة الإدمان على المخدرات تمس بالدرجة الأولى حياة المدمن الشخصية ثم الاجتماعية بجميع جوانبها، فهي تمس علاقاته بنفسه من حيث صورته في نظر نفسه، ومن حيث تحديد اهتماماته وأهدافه، كما تمس الصلة بينه وبين أفراد مجتمعه، وبهذا فانتشار ظاهرة إدمان المخدرات في أي مجتمع لم يخلق أفراداً متعاطين لمواد سامة فقط بل تولد عنه العديد من المشاكل المتمثلة في زيادة نسبة جرائم العنف في المجتمع كجرائم السطو المسلح، والسرقة والاختطاف، والعنف والإرهاب، وهذا حقاً ما تعيشه كل مجتمعات العالم. (أميرة جابر هاشم، 2008: 205)

فالإدمان على المخدرات أصبح من الأمراض الشائعة التي تحتاج إلى مكافحة بأنواعها المختلفة، لأنه يسيطر على من يتعاطاه ويدمر حياته حتى يصل إلى درجة الفناء، فالإدمان مشكلة أساسية من مشاكل الصحة النفسية وسوء التوافق، وهو نوع من حل الصراعات والخلل في الشخصية، أي الإدمان شأنه شأن المرض النفسي حيث أنه في بعض نواحيه اضطراب وانحراف في الشخصية، كما أن التخلص منه هو إعادة لتنظيم الشخصية وتقويمها، أو زيادة استبصار الفرد بذاته. (حسين على الغول، 2011: 97)، وبهذا المعنى فالإدمان هو شعور المتعاطي برغبة شديدة وملحة لتناول المادة المتعاطاة التي سبق له وأن تناولها وشعر بالراحة وتخلص من التوتر، وإذا توقف عن تعاطيها شعر بالآلام نفسية أو جسدية أو كليهما - حسب المادة المتعاطاة - وفي حالة عدم توفر تلك المادة المخدرة أو منعه من تعاطيها يشعر بالألم حاد قد يؤدي به إلى الموت، أما المواد المخدرة فهي حسب "عبد الإله عبد الله المشرف" و"رياض بن علي الجوادي" (2011: 8) "إحدى المشاكل الإنسانية التي تزداد مع الأيام خطورة بفعل تطور أنماط الاستهلاك ووسائل الاتصال والتي امتدت

آثارها إلى جوانب مختلفة من الحياة البشرية وأصبحت سببا مباشرا في انتشار عدد لا بأس به من الجرائم الخطيرة، ومن الآفات الصحية والنفسية والاجتماعية، إنها الموت المعبأ في الأقراص والحقن". فالمواد المخدرة حسب "محمد مرعي صعب" (2007: 42) كل مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، أي هي كل مادة ينتج عن تعاطيها إنهاك للجسد والنفس والعقل وتسبب فقدان الوعي بدرجات متفاوتة، وتؤدي بمتعاطيها إلى الإدمان عليها حيث يصل إلى درجة عدم القدرة على التخلي عنها، بالرغم من وعي المدمن بمخاطرها.

والتقديرات العالمية تبين أن المعتمدين على المخدرات في العالم في تزايد مستمر، وتؤكد الدراسات السوسولوجية أن هناك احتمالاً أكثر لانتشار مشكلات التعاطي بدلاً من تراجعها لوجود تصدع في البناءات والقيم الاجتماعية التقليدية خاصة في الدول النامية، وأن كثيراً من التوازن النسبي القائم بين المجتمعات نتيجة تعاطي المخدرات سوف يتصدع، وأيضاً بسبب انتشار الأنماط الجديدة التي بدأت تظهر مثل المدمن متعدد العقاقير، ومن المحتمل أن العالم سوف يواجه مشكلة خطيرة متعلقة بالمخدرات، هذا ما يجعل إدمانها يؤثر تأثيراً ضاراً على القوى البشرية للمجتمع والأسرة، والنواحي الاقتصادية والاجتماعية والصحية والنفسية للمتعاطين وعجزهم في أداء الأنشطة الاجتماعية بصفة عامة. (أنوار حافظ عبد الحليم، 2008: 100)

ووفقاً لتقرير الأمم المتحدة لعام (2008) عن ظاهرة المخدرات، فقد وصل عدد المتعاطين للمخدرات على مستوى العالم إلى (208) مليون مدمن ومستخدم ومتعاط للمخدرات في أنحاء العالم، ويرتكز التعاطي لدى المراهقين من الجنسين الذين وقعوا ضحايا لهذه الظاهرة، كما بلغ حجم الاستثمار العالمي لتجارة المخدرات قرابة (500) بليون دولار سنوياً، حيث بلغ عدد المتعاطين في سنتي 2004/2003 (185.000.000) مدمن، وارتفعت هذه النسبة لتصل إلى (208.000.000) مدمن سنتي 2007/2006. (World Drug Report, 2008: 30)، وتوضح إحصائيات أخرى الانتشار السنوي لمتعاطي المخدرات لسنة (2010) حيث وصل عدد متعاطي القنب إلى (224490) متعاطي، ومتعاطي شبائه الأفيون إلى (36120) متعاطي، ومتعاطي المواد الأفيونية إلى (20000) متعاطي، وقدّر عدد متعاطي الكوكايين بـ (19510)، ووصل عدد متعاطي الأمفيتامين إلى (52540) متعاطي، ومن المحتمل زيادة عدد المتعاطين في المستقبل.

(الخطة التنفيذية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات في مصر، 2013: 4)

ويشير نفس المصدر وفقاً لتقرير الأمم المتحدة الصادر في عام (2012) أن عدد الأشخاص البالغين الذين تناولوا بطرق غير مشروعة مخدراً من المخدرات مرة واحدة على الأقل في عام (2012) بنحو (230) مليون شخص أي ما نسبته (5%) من مجموع عدد السكان البالغين في العالم، ويبلغ عدد متعاطي المخدرات الذين يعانون من مشكلة الإدمان (27) مليون شخص، أي ما نسبة (0.8%) من عدد سكان العالم من البالغين وفي جميع أنحاء العالم، فكل هذه النتائج تبين أن التعاطي الغير مشروع للمخدرات في تزايد مستمر، حيث يقتل الهيروين والكوكايين وبعض المخدرات الأخرى ما يقارب (0.2) مليون شخص في كل سنة.

وتعد الجزائر من الدول التي تضررت من المخدرات بحكم موقعها الجغرافي، فأصبحت في الآونة الأخيرة موقعاً خصباً لترويج هذه الآفة، وذلك بسبب الإقبال الشديد عليها نتيجة للتحويلات العميقة التي تمر بها الجزائر، سواءً في جانبها الاقتصادي أو الاجتماعي من ناحية، ولقرب الجزائر من مواطني زراعة وتصدير هذه السموم من ناحية أخرى، هذا وقد بينت الإحصائيات أن الخطر الحقيقي القادم إلى بلادنا حالياً هو القنب الهندي، والكيف (الشيرة) والهيروين والأقراص الطبية، وهذه الأصناف من المخدرات لم يقتصر إدمانها على فئة معينة بذاتها، بل شملت كل الفئات ذكوراً وإناثاً، متعلمين وغير متعلمين، شباباً وشيوخاً، فصارت هذه الظاهرة بارزة للعيان، كما أن كميات المخدرات التي تدخل إلى الجزائر في تزايد مفرط عاماً بعد عام، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، فإن عدد المدمنين قد تزايد في السنوات الأخيرة مما جعل سموم المخدرات تغزو البيوت والمحلات والجامعات وحتى المدارس. (نصر الدين مروت، 2010: 16)

واعتباراً لهذا ضاعفت الجزائر مجهوداتها وعيا منها بالتهديدات الحقيقية التي تشكل خطراً على سكانها بالأخص الشباب، فضاعفت مجهوداتها منذ (2003) بانتهاجها وتبنيها سياسة وإستراتيجية وطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها. (Rapport de L'Algérie, 2007: 2)، حيث تحاول مصالح مكافحة الثلاث الدرك الوطني، والمديرية العامة للأمن الوطني، والجمارك حجز المخدرات والمؤثرات العقلية على الصعيد الوطني وهذا ما تبينه إحصائيات عام 2014/2013. (انظر الملحق رقم:11)، ورغم كل هذا مازال هذا الداء منتشرًا في أوساط فئات المجتمع الجزائري.

ومن هنا يبرز الجانب الأول من مشكلة الدراسة المتمثلاً في أهمية وخطورة الظاهرة المعالجة - الإدمان على المخدرات- وما يترتب عنها من آثار سلبية، ونتائج مدمرة على الفرد والمجتمع.

كل المعطيات السابقة تؤكد أن مشكلة تعاطي المخدرات وإدمانها واحدة من المشكلات التي كان للعلم والهيئات العلمية نصيب بارز في التعامل معها من كافة النواحي ذلك لأنها من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر تأثيراً بالغاً على المجتمع وأفراده على حد سواء، وذلك لما لها من مترتبات اقتصادية واجتماعية ونفسية وصحية، حيث باتت تكلف كثيراً من المجتمعات أعباء اقتصادية وبشرية متزايدة سواء في مجال المكافحة أو في مجال العلاج وفي مجال التأهيل والاستيعاب الاجتماعي للمدمنين. (اسماعيل يامنة، ببيع نادية، 2011: 19)، ولم تعد مشكلة الإدمان على المخدرات مقصورة على شريحة معينة من المجتمع تتسم بعمر معين وبمستوى ثقافي محدود، بل تفاقمت حتى أصبحت مشكلة تعاني منها كل شرائح المجتمع بمختلف مستوياتها، وقد تنادت الدول والمنظمات الدولية لمحاربة هذا الداء العضال، واستخدمت في ذلك أساليب متنوعة شملت تحريمها دولياً واعتبرت بيعها أو ترويجها أو تعاطيها مخالفة يستحق عليها الجاني العقاب الذي وصل إلى الإعدام في بعض الدول مثل المملكة العربية السعودية، كما حرصت كثير من المؤسسات التنقيفية على السعي الحثيث نحو نشر الوعي حول أخطار هذه الآفة ومضارها على الفرد والمجتمع. (عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، 2011: 9)

وتؤكد كل المؤتمرات المحلية والعالمية أن بدء التعاطي للعقاقير المخدرة يقع في سن المراهقة حيث أكدت أبحاث المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية من عام (1982) وحتى عام (1987) تحت إشراف "مصطفى سويف" أن تعاطي المخدرات غالباً ما يبدأ في سن (15-17 سنة) أي العمر الخطر الذي يحتاج للعناية النفسية والجسمية بدلاً من التدمير بالمخدرات. (حسين علي فايد، 2005: 09)، ونظراً لكون مرحلة المراهقة فترة نمو حيوي سريع لجميع المظاهر النمائية، فهي مرحلة طغيان الانفعالات والعواطف (إنها التغيرات الهرمونية والتبدلات البيوكيميائية التي يخبرها المراهق في مرحلته الجديدة)، وتمتد هذه المرحلة من سن الحادية عشر حتى سن التاسعة عشر - رغم وجود اختلافات بين العلماء في تحديد بدايتها ونهايتها- حيث تعترى المراهق تغيرات رئيسية على المستوى البدني والفكري والأخلاقي...، وتعتبر هذه المرحلة الخطرة في تجربة المخدر. (محمد حمدي حجار، 1992، ج5: 230)



فالمراقبة هي المرحلة التي تجعل من الطفل إنساناً راشداً ومواطناً يخضع خضوعاً مباشراً لنظم المجتمع وتقاليد وحدوده، فهي مرحلة مرنة تصبغ بشعائر الجماعة التي تنشأ في إطارها، و تمتد في مداها الزمني أو تقصر وفقاً لمطالب هذه الجماعة ومستوياتها الحضرية، ولهذا قد تصبح المراقبة أزمة من أزمت النمو وذلك عندما تتعقد المجتمعات التي يحيا فيها المراهق وتواجهه مشكلات عدة تحول مسار نموه الطبيعي. (عبد الفتاح علي غزال، 2010: 186)، والإدمان بالنسبة للمراهقين يعد من أعقد المشاكل التي يواجهونها في هذه المرحلة العمرية، لأن السموم التي يتناولها المراهق توقعه في حالات صحية خطيرة، سواءاً على الصعيد الجسدي أو على الصعيد النفسي، والأخطر من ذلك أن تعاطي المخدرات على أنواعها المشروعة كالتبغ، وغير المشروعة كالحشيش والهيروين والكوكايين وغيرها، يؤدي في سن المراهقة إلى التبعية، ومن ثمة إلى زيادة الجرعات إلى حد الإسراف ما يحدث تسمماً يوقع المراهق في أمراض خطيرة، وقد يؤدي إلى الوفاة. (أحمد مطهر عقبات، 2008: 16)

وفي هذه المرحلة يتبنى المراهق غالباً تصورات مبالغاً فيها حول تحويل مجتمعه أو تغييره إلى الأفضل، كما أنه يميل إلى تقييم التقاليد القائمة في ضوء مشاعره وخبراته الشخصية. (سامي عريفج، 1993: 195)، هذا ما يجعله يُكون بعض التصورات الخاطئة حول مواضيع خطيرة مثل الإدمان على المخدرات، فالتصور هو ما يتولد في الذهن عند إدراك شيء من الأشياء - مثل المخدر - تحصل به حقيقته ومعناه، أي هو عملية ذهنية تحصل بها في الذهن صورة المدرك الحسي، فهو مثل المحسوس في الذهن عند غيابه عن الحواس، وهو نتاج عوامل شخصية تخص الفرد ونتاج معرفة اجتماعية تتشكل من خلال تجارب الفرد واحتكاكه بأفراد محيطه، فالمراهق يستطيع تكوين تصورات إيجابية حول المخدرات انطلاقاً من تجاربه الشخصية ومن خلال تفاعله مع أفراد بيئته.

فسلوك المراهق الإدماني يكون في الغالب سببه تصورات العقلية الخاطئة حول المخدر التي استمدتها من جماعة رفاقه المدمنون أو المروجون للمخدر حين اعتقد أن ما يعانيه من نقص التقدير المتدني للذات وإشكالية العلاقات الأسرية يعوضه تناول المخدر، حيث يؤكد "بندورا" "Pandora" (1980) أن القدرة على تصور النتائج المستقبلية للفعل هو مصدر معرفي للدافعية، والتصور الإيجابي للمراهق لنتائج المخدرات قد يبعث فيه الرغبة للتجريب، وقد أكد الباحثون أن التصورات الإيجابية نحو المخدر تنتهي بتجسيدها في الواقع عكس التصورات السلبية، وقد تحدث أول تجربة للتعاطي عند إدراكه للمنبهات ثم بناء الاعتقادات ثم تكوين التصورات، واستقراء المعتقدات المرتبطة

بتعاطي المخدرات يؤدي إلى استمرارية هذا السلوك (التعاطي المنتظم) ثم الإدمان. (نصر الدين زبدي، 2011: 28، 29)

وإدمان المراهقين على المخدرات أثبتته العديد من الدراسات حيث يؤكد "دوبريتي" (Depretti) (1999) أن ارتفاع التدخين لدى المراهقين الفرنسيين هدفه وصول المراهق إلى الإحساس بالارتياح، وفي دراسة أخرى "لدوبريتي" سنة (1991) أكد فيها أن نسبة (62%) من المراهقين يعرفون على الأقل واحداً من زملائهم يتعاطى المخدرات ويكون سبباً في إدمانهم، وفي سنة (1998) وجد أن نسبة تعاطي المراهقين للإدمان وصلت إلى (79%) من مجموع المراهقين المتمدرسين (ناصر ميزاب، 2005: 102)، وجاء في التقرير الصادر عن الأمم المتحدة عام (2005) بشأن المخدرات أن (11.8%) من مجموع سكان المغرب الذين تقع أعمارهم بين (15-64) سنة قد أساءوا استخدام الحشيش، وبالنسبة لـ (6.4%) من اللبنانيين، ولـ (2%) من السوريين. (World Drug Report, 2005: 368)، ويؤكد "تايلور" أن أكثر من (15%) من مجتمع المراهقين الذين تقع أعمارهم بين (12-18) سنة يدخنون بانتظام بعد مرورهم بفترة التجريب المبدئي تحت ضغط الرفاق، ويطور خلالها المراهق اتجاهات حول ماهية التدخين وبعد المرور بخبرة التدخين، فإن بعض المراهقين يطورون عادة التدخين بشدة. (شيلي تايلور، 2007: 309)

ويذكر في هذا الصدد "جون سانتروك" (Santrock) أن فترة الستينات والسبعينات من القرن العشرين شهدت تزايداً ملحوظاً في استخدام العقاقير غير المشروعة، لدى الكثير من المراهقين، وتبين أن استخدام المخدرات من قبل طلبة المرحلة الثانوية قد ارتفع سنة (1996) مواصلاً الاتجاه الذي بدأ عام (1991) بين طلبة الصف الثامن وقد تضاعفت نسبة هؤلاء الطلبة الذين يستخدمون العقاقير الغير مشروعة عام (1990) لتصل إلى ما نسبته (21%) بعد أن كانت قبل ذلك (11%)، أما بالنسبة لطلبة الصف العاشر فقد ارتفعت هذه النسبة من (20% إلى 33%) في حين وصلت هذه النسبة إلى حوالي (39%) بين طلبة الصف الثاني عشر بعد أن كانت (27%).

(صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 422، 423)

من هنا يبرز الجانب الثاني من مشكلة الدراسة والمتمثل في شيوع وانتشار الممارسات الإدمانية على المخدرات لدى المراهقين، الأمر الذي يؤكد أننا أمام ظاهرة اجتاحت العقول والأخلاق وشوهت المجتمع، حيث جعلنا نتنبأ بارتفاع نسبتها ما لم يتم التدخل السريع للتقليل من حدتها.

وبناءً على ما سبق تعد التدابير الوقائية المبنية على التوعية الصحية المدخل المهم لمواجهة مشكلة الإدمان على المخدرات لدى فئة المراهقين، وهي تشكل مدخلاً وقائياً يبدأ قبل حدوث المشكلة بهدف منع ظهورها، أو تجنب حدوثها، فالتوعية الصحية تقوم بمساعدة الأفراد والجماعات والمنظمات على تفادي المشكلات المتوقعة أو التنبؤ بها، من خلال ما يصدر عن الفرد من سلوكيات تعبر عن مدى فكرته حول موضوع ما، ويعتبر المدخل التوعوي الوقائي أكثر فاعلية من المدخل العلاجي حيث أنه يوفر الوقت والجهد والتكاليف ويخفف العبء العلاجي بصفة عامة، فالتوعية الصحية هي مجموعة من الأنشطة المنظمة والمصممة لتحسين اختيار الفرد للسلوك الملائم، من خلال إعطاء معلومات تهدف إلى استثارة الدوافع لدى الفرد ومساعدته في تغيير بعض الأفكار الخاطئة حول تحسين أحواله الصحية (الجسمية والنفسية والاجتماعية).

وتحظى موضوعات برامج تحسين الصحة وبرامج التوعية الصحية باهتمام الباحثين والممارسين على حد سواء، وقد زاد هذا الاهتمام في الفترة الأخيرة بسبب التغير الذي حدث في أنماط المرضى مثل الإدمان على المخدرات والكحول. (علاء الدين كفاقي، جهاد علاء الدين، 2006: 68)، وبهذا أصبح موضوع الصحة والوعي الصحي هدفاً عالمياً تسعى إليه مختلف الدول بأفرادها، والارتقاء به إلى مستويات عالمية لإيصال الفرد إلى حالة التكامل البدني والعقلي والاجتماعي والنفسي وهو ما يعبر عن صحة وسلامة الفرد، عن طريق الوعي الصحي الذي يقصد به ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد. (سوزان دريد أحمد زنكنة، 2009)، وفي هذا يقول **مكي دردوس** (2009: 119) "بأن التوعية والتحميس سيبقى لا محالة الدور الأساسي والهدف الأول الذي يعمل على التحذير من أخطار المخدرات وتبصير الشباب بالخطر الذي يهددهم وإبعادهم عنه طالما الوقاية خير من العلاج".

كل هذا جعل من التوعية الصحية من انتشار المخدرات تنصدر اهتمامات الجميع وضرورة ملحة تفرضها الأخطار الناجمة عن التعاطي، الأمر الذي لفت اهتمام الباحثين والمهتمين والمختصين

في مجالات العلوم الإنسانية التطبيقية وخاصة فروع الطب النفسي وعلم الاجتماع والإعلام لتنفيذ أبحاث ودراسات متعمقة تتناول بصورة علمية دراسة هذه المشكلة وبداياتها وأضرارها على الصحة والمجتمع خاصة إذا كان التعاطي يبدأ في سن (15-17). (أحمد مطهر عقبات، 2008: 18)، وهذا ما أثبتته العديد من البرامج الوقائية في هذا المجال مثل النموذج الأمريكي للوقاية من بدء التدخين، والمشروع القومي لحماية النشء من المخدرات ودراسة "الغامدي" (1999)، و"الحارثي" (1996).

ومما سبق تبرز حاجة المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين (15-16) سنة، والذين يحملون تصورات خاطئة- أي ينظرون إلى الإدمان على المواد المخدرة بإيجابية في حل المشكلات التي يواجهونها- حول الإدمان على المخدرات إلى برنامج للتوعية الصحية المستند على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية التي أثبتت فاعليتها في مثل هذه الموضوعات، يهدف هذا البرنامج إلى تغيير كل التصورات الخاطئة حول المخدر إلى تصورات صحيحة تُبرز خطر هذه المواد على حياة الفرد ومجتمعه، وكذا تعليمهم بعض المهارات المهمة في الحياة اليومية لتفادي بعض الصعوبات التي يواجهونها وقد تؤدي بهم إلى الإدمان، وبناءً على ما تقدم فإن مشكلة الدراسة الحالية تتمثل في الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي:

- هل لبرنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة فاعلية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات ؟

وانطلاقاً مما سبق فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة تحديداً بحثياً وإحصائياً في الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

### التساؤلات الفرعية:

(1) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي ؟

(2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه ؟

- (3) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية ؟
- (4) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة ؟

## 2- فرضيات الدراسة:

انطلاقاً من تساؤلات الدراسة يمكن صياغة الفرضيات الآتية:

### الفرضية الرئيسية:

- لبرنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة فاعلية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

### الفرضيات الفرعية:

- (1) وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.
- (2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه.
- (3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية.
- (4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

## 3- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية من طبيعة الموضوع الذي تعالجه، حيث أنها تسعى لدراسة فعالية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، حيث باتت هذه الأخيرة من أخطر الظواهر التي تعاني منها جميع المجتمعات، لما تشكله من تدمير وتهديد للعقول وخراب البيوت وانتشار الجريمة والفساد، ومن الملاحظ أن جريمة المخدرات هي مشكلة عالمية لذا فمواجهتها تكون بتكاتف وتضافر كل الجهود بداية من الفرد إلى المجتمع بكافة أفرادها وكل القائمين من الجهات الخاصة لمكافحة هذا الداء المُميت الذي مس الصغير والكبير على حد سواء، فالمبصر بعين الواقع لهذه المشكلة يدرك مباشرة خطرها لأنها تهدد أمنه وأمن المجتمع الذي ينتمي إليه، وهذا ما جعل من الضروري على كل واحد منا التصدي لها، وقد أثبتت كل الدراسات في هذا المجال أنه لن يتم فهم هذه الظاهرة على حقيقتها فهماً صحيحاً إلا بالدراسة العلمية، وإتباع أساليب علمية أيضاً، لمعرفة أبعاد الظاهرة ومخاطرها على الفرد والمجتمع، ولذلك فإن موضوع الدراسة الحالية ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية.

فمن الناحية النظرية تشكل الدراسة الحالية إضافة علمية معرفية لكيفية مواجهة ظاهرة الإدمان على المخدرات التي أصبحت من المشكلات الكبرى للإنسانية عموماً، وإضافة معرفية جديدة من أجل تفعيل برامج التوعية الصحية التي تستند على استراتيجيات بعض النظريات التي أثبتت فاعليتها في مجال العلاج والوقاية لمثل ظاهرة الإدمان.

وتأتي هذه الدراسة كإضافة علمية للدراسات العربية والمحلية، وكل الجهود المبذولة من طرف المختصين والقائمين على مواجهة ظاهرة الإدمان على المخدرات في كل فئات المجتمع خاصة فئة المراهقين.

وكذلك تسهم هذه الدراسة في تقديم صورة متكاملة حول متغيرات الدراسة الحالية، فهذا قد يساعد في إعطاء فهم أفضل، وبصورة أوضح للمساهمة في بناء برامج توعوية وقائية بطرق مختلفة لمواجهة المشكلة وكذلك لدفع عملية البحث العلمي في هذا المجال.

وبالتالي فإن الدراسة الحالية تعبر عن حاجة المجتمع والبحث العلمي على حد سواء لمواجهة إدمان المخدرات أو تعاطيها من خلال تصميم برامج توعوية لمنع تفشي الظاهرة من خلال تقديم هذه البرامج لكل الخدمات والمساعدات لفئة عمرية لها من الأهمية النفسية والتربوية والاجتماعية ما يجعلها جديرة بأن تكون موضع الاهتمام البحثي.

أما من الناحية التطبيقية فإن أهمية الدراسة تتمثل في تطبيق برنامج للتوعية الصحية يهدف إلى تغيير تصورات المراهقين الخاطئة نحو موضوع الإدمان على المخدرات، وكذا تعليمه بعض المهارات التي تجنبه الوقوع في مثل هذا الداء انطلاقاً من عدم وعيه وإدراكه لمخاطرها، وهذا ما يساعدهم على التدخل الإيجابي وإدراك أخطائهم حول الموضوع، وبالتالي الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة النفسية والاجتماعية وتقليل حجم تفشي الظاهرة في مجتمعنا.

كما تتضح أهمية هذه الدراسة من الناحية التطبيقية في إمكانية استفادة الباحثين في هذا المجال في حالة إثبات البرنامج الحالي لفاعليته وبالتالي تطبيق خطواته على حالات أخرى مشابهة، كما نستطيع اعتبار هذه الدراسة بمثابة نقطة انطلاق لتشجيع كل المهتمين بمجال الحد من ظاهرة الإدمان على المخدرات في فئة المراهقين من أجل تكثيف الجهود العلمية في هذا المجال، أي الاهتمام بالدراسات التي تعتمد على برامج للتقليل من الظاهرة بدلاً من الاكتفاء بالدراسات التي تصف الظاهرة وتحلل أبعادها.

ومن خلال ما سبق نستطيع أن نلخص أهمية الدراسة في ما يلي:

(1) أهمية وخطورة الموضوع الذي تتناوله الدراسة، إذ أصبحت ظاهرة الإدمان على المخدرات ظاهرة عالمية تزداد خطورتها وتتطور أنواعها وتتعدد وسائل استعمالها يوماً بعد يوم وقد مست جميع الأفراد دون استثناء، ودخلت كل مؤسسات المجتمع، وهي حقاً كما سماها بعض الكتاب في هذا المجال بطاعون العصر الذي ينخر جسد الفرد.

(2) أهمية التصدي لظاهرة الإدمان على المخدرات التي مست إنسانية الإنسان وعطلت عقله وهددت أمنه النفسي والاجتماعي وشوهت دينه الذي نهاه عنها... ولهذا يعتبر التصدي لهذه الظاهرة ومواجهتها بالأساليب العلمية السبيل الوحيد لاستعادة الفرد من دوامة التفكير في

الغوص في مستنقع نهايته الموت والخراب، والوصول به إلى مرحلة الاستقرار والتكيف مع ذاته ومع الآخرين وهذا مسعى دراستنا الحالية.

(3) أهمية برنامج التوعية الصحية الذي يستمد بعض استراتيجياته من النظرية السلوكية والمعرفية والتي أثبتت فعاليتها في التصدي لمثل هذه المشكلات، وبالتالي إعداد برنامج توعوي يمس جانباً كبيراً للارتقاء بصحة المراهق الجسمية والنفسية والعقلية... وتطبيقه على فئة المراهقين المعرضين لخطر الوقوع في المخدرات، وذلك من أجل تغيير تصوراتهم الخاطئة والتعرف على مخاطر الظاهرة الحقيقية.

(4) أهمية المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة والمتمثلة في مرحلة المراهقة، هذه المرحلة التي لها من الأهمية ما يجعلها جديرة باهتمام الباحثين، ولأنها مرحلة بناء واكتساب للمهارات والخبرات والمعارف وتحديد التوجه المستقبلي للفرد ومجتمعه فهي تمثل روح كل أمة وأساس تقدمها ورفيها، وإذا نظرنا من زوايا أخرى وإلى ما توصل إليه العلماء حول هذه المرحلة نجد أن فئة المراهقين أكثر عرضة للوقوع في المشاكل مثل تناول المخدرات وبالتالي إدمانها، لأن إدراكاته لمثل هذه الظواهر غير ناضجة بعد، وكذلك تكونه لمفاهيم خاطئة حولها انطلاقاً من إغراءات الآخرين مثل أقرانه.

(5) تعتبر الدراسة من الدراسات التجريبية التي تستند على برامج للتوعية الصحية للتصدي لظاهرة إدمان المخدرات في مجتمعنا الجزائري وبالتحديد لدى فئة المراهقين، وبالتالي فإن ما سنتوصل إليه الدراسة من نتائج إيجابية تعتبر إضافة علمية، قد يستند عليها الممارسون والباحثون في هذا المجال من أجل الارتقاء بمثل هذه البرامج إلى الأحسن والاستفادة منها في مواجهة ظاهرة إدمان المخدرات.

(6) تعد هذه الدراسة استجابة لنتائج العديد من الدراسات والمؤتمرات التي تناولت ظاهرة الإدمان والمخدرات مثل دراسات (سوييف، سعد المغربي، الغامدي، المجلس القومي لحماية النشء...) وهذا ما يجعل من هذه الدراسة وبما سنتوصل إليه من نتائج دعوة للباحثين الآخرين في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية لتكثيف مجهوداتهم العلمية في بناء برامج تهدف للحد أو لتقليص الإدمان على المخدرات في جميع أقطار وطننا، ولكل فئات المجتمع لدعم مجهود القائمين على أمن الوطن.



## 4- أهداف الدراسة:

يرتكز الهدف الأساسي للدراسة الحالية في إعداد برنامج للتوعية الصحية يعمل على تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات ثم التأكد من فاعليته من خلال أداة القياس المعدة من أجل ذلك، ويتفرع على هذا الهدف الأساسي مجموعة من الأهداف الفرعية وهي:

(1) الكشف عن ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه.

(2) الكشف عن ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه.

(3) الكشف عن ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية.

(4) الكشف عن ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

## 5- تحديد مفاهيم الدراسة:

من الركائز الأساسية التي يعتمد عليها أي بحث في مجال العلوم الإنسانية تحديد المفاهيم، هذه الخطوة الهامة و الضرورية لأي دراسة، فالمفهوم هو إنتاج نظري يعبر عن جوهر الواقع متضمنا مختلف تحديات الواقع الملموس... أي أن المفهوم تجريد عقلائي، شمولي. (رجاء وحيد الدويدري، 2000: 107)

فقبل التطرق لأي ظاهرة كانت فإنه لا بد من تحديد مفهومها تحديدا دقيقا وسليما بقدر الإمكان لأن المفهوم (مفهوم الظاهرة) هو المفتاح لفهم جوهرها، بل هو المدخل لعلاجها، وبدون وجود مفهوم واضح ومحدد للظاهرة (الاجتماعية، النفسية، الطبيعية) فإننا لا نستطيع أن نفعل الكثير.

وبهذا فالمفهوم هو الوصف المباشر للظاهرة المدروسة، والاستدلال عليها بواسطة تلك العبارات المنظمة والمحددة، وبهذا المعنى فإن المفهوم يصبح وسيلة فهم للظاهرة المدروسة.

(أحسن طالب، 2010: 10)

فالباحث ملزم بتحديد مفاهيم بحثه بدقة من أجل تفادي الغموض وتحديد ما يريد دراسته من خلال توضيح مفاهيم دراسته وتبيان دلالتها الإجرائية، وعليه وجب علينا توضيح الأتي:

### 5-1- تعريف الفاعلية:

يعبر مصطلح الفاعلية في الدراسات التجريبية عن مدى الأثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية باعتبارها متغيراً مستقلاً في أحد المتغيرات التابعة، كما يُعرف بأنه مدى أثر عامل أو بعض العوامل المستقلة على عامل أو بعض العوامل التابعة، ويتم تحديد هذا الأثر إحصائياً.

(حسن شحاتة، زينب النجار، 2003: 236)

ويمكننا تعريف الفاعلية في دراستنا هذه هي: "مدى قدرة برنامج التوعية الصحية المقترح في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات والحيلولة دون الوقوع في إدمانها".

### 5-2- برنامج التوعية الصحية:

#### 5-2-1- البرنامج:

يوضح البرنامج سير العمل الواجب القيام به لتحقيق الأهداف المقصودة، كما يوفر الأسس الملموسة لإنجاز الأعمال ويحدد نواحي النشاط الواجب القيام به خلال مدة معينة، والبرنامج هو مجموعة من الأنشطة والممارسات العملية بقاعة أو حجرة النشاط لمدة زمنية محددة، وفقاً لتخطيط وتنظيم هادف محدد حيث يعود على الفرد بالتحسن.

والبرنامج هو مجموعة الأنشطة المنظمة، والمترابطة ذات الأهداف المحددة وفقاً للاتحة أو خطة مشروع، يهدف إلى تنمية مهارات أو يتضمن سلسلة من القرارات، ترتبط بهدف عام أو مخرج نهائي. (حسن شحاتة، زينب النجار، 2003: 74)

## 5-2-2- التوعية الصحية:

## أ- تعريف الوعي:

يشير عبد الباسط عبد المعطي إلى الوعي بأنه "حصار إدراك الناس وتصوراتهم للعالم المحيط بهم، بما يشتمل عليه من علاقات بالطبيعة وبالإنسان وبالأفكار"، كما يشير إسماعيل عبد الله إلى الوعي بأنه "إدراك المواطن في حرية بحقيقة قضايا المجتمع الذي يعيش فيه، واشتراكه في البحث عن حلول لها وإبداء الرأي فيما يقترح من قرارات بشأنها".

(إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 113)

وهو قدرة الفرد على القيام بوظائف عقلية والشعور بقيامه بهذه الفاعلية، أو بعبارة أخرى حالة الشعور بما هو موجود في العالم الخارجي، وبما يقوم به الفرد من عمليات عقلية، كالأفكار والمشاعر والإدراكات، إن الوعي بهذا المفهوم ليس عملية عقلية بحد ذاتها، ولكنه خاصية توافق الكثير من العمليات العقلية، فالذاكرة يمكن أن تكون واعية ولكن الوعي ليس ذاكرة.

(راضي الوقفي، 2003: 263)

والوعي هو الإلمام والإحاطة بفحوى الأشياء وفهمها وإدراكها إدراكاً تاماً، وهذا يعني أن الوعي هو المعرفة، والمعرفة في المجال الأكاديمي تعني الدراية التامة والإدراك الكامل للمعلومات التي تدرس وتفهم حتى يحدث التراكم المعرفي الذي يولد فهماً يهيئ للشخص سبل المعرفة الكاملة وتفسح له المجال أمام التحليل والربط وربما استحداث معارف جديدة، كما أن الوعي لا يعني المعرفة فحسب بل هو سلوك اجتماعي يتسم بالإدراك العميق من جانب الفرد أو الجماعة وتتم ترجمة هذا الإدراك إلى نمط من السلوك الفعلي.

(إيمان عبد الرحمن أحمد محمود، 2010: 33)

**ب- التوعية:**

المقصود بالتوعية هو توفير المعلومات والبيانات اللازمة والكافية حول قضية أو قضايا معينة من أجل استيعابها وفهمها والتعامل معها بمسؤولية وكفاءة واقتدار، والهدف من التوعية هو التأثير في الإدراك ومن ثم الفهم والاتجاهات والقناعة وأخيرا السلوك، فالفرد الواعي بقضية ما يعرف مضامينها وخفاياها وأبعادها مما يؤثر على فهمه لها والتعامل معها بطريقة إيجابية وفعالة. (محمد مسعود قيراط، 2014: 15)

**ج- الصحة:**

يرى العالم بركنز (Perkins) الصحة بأنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها"، أما منظمة الصحة العالمية (W.H.O) فقد عرفت الصحة "بأنها الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز". (تالا قطيشات وآخرون، 2009: 15)

ومن هنا يتبين لنا بأن الصحة هي حالة من التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي والروحي وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.

**د- التوعية الصحية:**

التوعية الصحية هي معرفة وإدراك الفرد لكل ما هو صحي وكل ما هو غير صحي والميل في السلوك نحو كل ما هو صحي، فالوعي الصحي يجعل الفرد مثلا يتجنب التدخين وشرب المشروبات الكحولية والابتعاد عن المواطن التي تجلب الشقاء لصاحبها.

(إحسان محمد الحسن، 2008: 215)

**هـ- التوعية الصحية إجرائيا:**

التوعية الصحية هي إلمام الأفراد بمعلومات أساسية عن الصحة الجسمية والنفسية والعقلية والبيئية (وموضوع الصحة في هذه الدراسة هو الابتعاد عن إدمان المخدرات) واهتمام الفرد الكافي بهذه المعلومات للوصول به إلى مستوى اكتساب السلوكات الصحية التي تجنبه الوقوع في المشكلات مثل الإدمان.

**و- برنامج التوعية الصحية إجرائياً:**

برنامج التوعية الصحية هو عبارة عن خطوات محددة تشمل مجموعة من الأنشطة والخبرات والمواقف، التي تستند في هذا البرنامج على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية من أجل إحداث تغيير في تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات، ومن ثمة مساعدتهم على رؤية الأمور وإدراكها بطريقة أو بصورة جديدة، وقد تكون البرنامج من خمسة عشر (15) جلسة.

**5-3- التصور (Representation):**

يعرف "ريتشاردسون" (1980) التصور بأنه نوع من أنواع تمثيل المعرفة في الذاكرة البشرية فهي في الواقع تسجيلات عقلية للمحادثات والمحاضرات التي يتم سماعها، أو تكوين صور عقلية داخلية للمواد والأحداث والأفراد، كما يعتبر إستراتيجية معرفية داخلية.

أما "ييل" (Yuille) و"كاتشبول" (Catchpole) فقد عرف التصور بأنه تمثيل داخلي للموضوعات والأحداث والتي تعد محصلة للبنية العقلية النشطة وهذه التصورات رموزاً أو صوراً للأحداث المدركة. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 425، 426)

**5-3-1- تغيير التصور:**

يعني تغيير معنى حدث أو خبرة من خلال وضع الموقف في إطار مختلف يغير بطريقة ما النظرة إليه وهو إجراء يبين كيف يفسر المرشد الخبرات والمواقف ويساعد على وضع إطار تفسيري يُمكنه من العيش بشكل أفضل، ويتضمن تقديم وجهة نظر أخرى أو تصور أو إطار آخر لذلك الموقف ويمكن لهذا الإجراء أن يغير أفكار الفرد التي يعيها ومدركاته حول مواطن ضعفه الخاصة وحول المواقف، وحول سلوكيات الآخرين، ويتضمن توضيحاً للفرد بأن كيفية رؤيته وإدراكه للموقف هي التي تسبب له الانزعاج وليس الموقف نفسه، فهي عملية إعادة ومراجعة لطريقة إدراكه للأمور.

(عائدة بيروتي ونزيه حمدي، 2012: 286)

**3-2- تعريف تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات إجرائيا:**

وهي المعارف التي يشكلها المراهق وتظهر من خلال سلوكياته إزاء المخدرات والإدمان عليها وتظهر من خلال استجاباته على عبارات مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات المستخدم في الدراسة، و تعبر عن ذلك درجة المراهق على كل بعد من أبعاد المقياس و درجته الكلية.

**5-4- المراهقة (L'Adolescence):**

المراهقة بمعناها الدقيق هي المرحلة التي تسبق وتصل بالفرد إلى اكتمال النضج، وهي بهذا المعنى تمتد عند البنات والبنين حتى يصل العمر إلى الواحد والعشرين (21) سنة، وتمتد من البلوغ إلى الرشد ولهذا فهي عملية بيولوجية عضوية في بدنها، وعملية اجتماعية في نهايتها.

(عبد الفتاح علي غزال، 2010: 185، 186)

يحدد "ليتريه" (Littre) المراهقة بالعمر الذي يلي الطفولة والذي يبدأ مع علامات البلوغ الأولى ويؤكد لاحقا على أن المراهقة تمتد ما بين الطفولة ومرحلة الرشد وهي تشمل المرحلة العمرية الواقعة ما بين عمر الحادية أو الثانية عشر والثمانية عشر، وهي تمثل نسبة مئوية مرتفعة من مجموع سكان العالم كما وتتزايد هذه النسبة في البلدان النامية بما يعادل نصف العدد أما في البلدان الصناعية يمثل المراهقون ما يقارب ثلث مجموع السكان. (امثال زين الدين الطفيلي، 2004: 125)

فالمراهقة هي مرحلة تتوافق بطريقة أو بأخرى بالبلوغ، وهي أيضا تختلف من شخص إلى آخر، ومن أسرة إلى أسرة، ومن مجتمع إلى مجتمع آخر، وتختلف أيضا من الناحية الزمنية باختلاف الفترة، أو العصر أو العقد أو القرن. (لويج. ج. كابلن، 1998: 15)

**5-4-1- المراهقة إجرائيا:**

وانطلاقا مما سبق تحدد الطالبة الباحثة مفهوم المراهقة بأنها المرحلة التي يعرف فيها المراهق تبدلات فسيولوجيا، أي أنها المرحلة التي تبدأ بالتغيرات العضوية والوظيفية وتمتد إلى التغير على المستوى النفسي والعقلي والاجتماعي...، فهي المرحلة التي ينتقل فيها المراهق من الطفولة إلى اكتمال النضج أي وصولا إلى مرحلة الرشد.

ويتحدد مفهوم المراهقة في هذه الدراسة بأنه مرحلة النمو النفسي والعقلي والاجتماعي...، التي يمر بها تلاميذ السنة الثانية ثانوي والذين تقع أعمارهم بين (15-16 سنة) والذين لديهم تصورات خاطئة حول إدمان المخدرات.

### 5-5- تعريف الإدمان (Addiction):

إدمان المخدر يقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتحديد تعاطيه وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر، ومن أبعاد الإدمان ما يأتي:

- 1) ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.
- 2) اعتماد له مظاهر فسيولوجية واضحة.
- 3) حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- 4) رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة.
- 5) تأثير مدمر على الفرد والمجتمع. (مصطفى سويف، 1996: 13)

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) الإدمان بأنه الحالة النفسية أو العضوية التي تنتج عن تفاعل العقار في جسم الإنسان. (حسين علي فايد، 2005: 39)

ويشير مفهوم الإدمان إلى التبعية النفسية والجسمية للمخدر، ويتميز بالرغبة الملحة في الاستمرار في التعاطي والحصول عليه بأي وسيلة وهناك زيادة مستمرة للجرعات يتعود الجسم عليها فهو لا يبحث عن المخدر للاستمتاع بل لتجنب الألم، كما تعود آثاره الضارة على الفرد والمجتمع. (بلميهوبي كلثوم، 2014: 188)

### 5-5-1- الإدمان إجرائياً:

هو نمط سلوكي معرفي يقوم على الاعتماد على مادة أو مواد مؤثرة جسمياً أو نفسياً، ويكون مصحوباً برغبة جامحة لتعاطيها ونزعة داخلية شديدة لتوفير هذه المادة والاستمرار في هذا السلوك

على الرغم من المعرفة بالمضار الناتجة عن هذا التعاطي وصولاً إلى درجة عدم القدرة على الاستغناء عنها وفي حالة التوقف تظهر أعراض انسحابية لا يستطيع المدمن مقاومتها.

### 5-6- تعريف المخدرات:

يعرف "سعد المغربي" المخدرات بأنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والمجتمع، ضرراً جسيماً ونفسياً واجتماعياً.

(عبد العزيز عبد الله العريني، 2008: 139)

والمخدر مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطاً أو اضطراباً في مراكز المخ المختلفة، تؤثر على مراكز (الذاكرة، التفكير، التركيز، اللمس، الشم، البصر، التذوق، السمع، الإدراك والنطق).

(نصر الدين مرونك، 2010: 19)

### 5-6-1- المخدرات إجرائياً:

انطلاقاً من التعريفات السابقة للمخدرات يمكننا تحديد التعريف الإجرائي لها: بأنها كل مادة خام طبيعية أو مصنعة، إذ استعملت لغير الأغراض الطبية أو أسيئ استعمالها -استعملت دون وصفة طبية- أدت إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، وتتجر عنها أضرار جسمية، ونفسية واجتماعية وعقلية وينعكس هذا الضرر على الفرد أولاً ثم المجتمع من عدة نواحي اجتماعية، اقتصادية وسياسية.

### 6- الدراسات السابقة:

تشكل دراسة أي ظاهرة من الظواهر الاجتماعية حجر الزاوية في معرفة حجمها وأسبابها وأبعادها، ومدى تطورها في كل مجتمع، وبالتالي البحث عن الطرق المثلى للحد منها والسيطرة عليها وفق ما توصلت إليه الدراسات العلمية، ولقد حظيت مشكلة الإدمان على المخدرات من حيث أهميتها وحجمها وأضرارها على الفرد والمجتمع، وطرق إنتاجها وتهريبها والعوامل الدافعة إلى تعاطيها، ومواقف العلماء والإسلام منها، بعدد كبير من المؤلفات والدراسات التي تناولت الظاهرة من جوانبها المتعددة.



حيث تعتبر الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة من أهم المراحل المعينة في حل مشكلة البحث الحالية، لما لها من إسهامات سواء في التوجيه والتخطيط وفهم الموضوع وضبط متغيراته أو تفيد في التحليل والمقارنة، وبهذا تنطلق كل دراسة جديدة على أساس ما توصلت إليه دراسات سابقة مشابهة أو مماثلة للدراسة في البحث، وكما أشرنا سابقاً يعتبر موضوع المخدرات والإدمان عليها من المواضيع التي تناولها الباحثون من جوانبها العديدة، فقد ركزت كثير من الدراسات في البحث عن أسبابها وطرق علاجها، والبحث في سمات شخصيات المدمنين وقد أخذت هذه الشريحة حقها من الدراسة في ميدان البحث حول الظاهرة (المخدرات وإدمانها)، وكذا طرق الوقاية لدى الأفراد الذين يتعاطون المخدرات وسنحاول في هذا الجانب عرض بعض الدراسات الميدانية المشابهة لموضوع دراستنا، وفيما يلي أهم الدراسات التي تحصلت عليها الطالبة الباحثة:

1- دراسة "بريندا أن وودز" "Woods" (1993) بعنوان: دراسة لمساعدة الإداريين في الكليات العامة والجامعات التي تمتد فيها فترة الدراسة لمدة 4 سنوات في إعداد برامج تربية للوقاية من إدمان الكحول وبعض المواد المخدرة.

وقد حددت الباحثة أهداف الدراسة في وصف الأسس التي تقوم عليها هذه البرامج والتعرف على أوجه الاختلاف بين عدة برامج، وإعداد التوصيات اللازمة وتطويرها للمساعدة في تأسيس برامج ذات فعالية، فضلاً عن محاولة الإجابة عن مجموعة من التساؤلات تتضمن:

- ما مكونات البرامج الخاصة بالإدمان على الكحول وبعض المواد المخدرة ؟
- هل توجد فروق أو اختلافات بين مكونات البرامج في كل من المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والكبيرة ؟
- ما المجالات الرئيسية التي تقوم عليها هذه البرامج ؟
- ما مدى فعالية البرامج في خفض معدلات الإدمان ؟
- ما مدى فعالية البرامج في خفض معدل الوقاية من الحوادث ؟
- ما المتغيرات التي تنبئ بفعالية البرنامج ؟

وقد تضمنت عينة الدراسة (457) مؤسسة علمية عامة، وكانت أداة البحث تتمثل في استبيان أعد خصيصاً لهدف الدراسة، وتم إرساله إلى مديري المؤسسات العلمية، وتم استلام (306) إجابة.

وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أنه من أهم المكونات المحلية هو "البرامج والأنشطة التي تطبق في الحرم الجامعي"، أما بالنسبة لأهم المكونات الوطنية فهو "أسبوع الوعي بالكحول لطلاب الكلية".

كما أشارت بعض الإجابات إلى أن هناك برامج تمثل "المكونات الأساسية الأولية" في إعداد البرامج المحلية والوطنية، وليست النظريات أو الأبحاث.

واختتمت الباحثة دراساتها بتوصية مهمة مؤداها حاجة المديرين إلى التقييم الدائم لبرامجهم. (حسين علي الغول، 2011: 427، 428)

2- دراسة "مارك كيلي" "Kelley" (1994) بعنوان: التعرف على مراحل اكتساب العادات لدى طلاب المرحلة الثانوية: إعداد أداة وتقييم برنامج تربوي للوقاية من تعاطي المخدرات.

وتهدف الدراسة إلى التعرف على مراحل اكتساب العادة لدى طلاب السنوات النهائية في المدارس الثانوية، وتقييم البرنامج التربوي حول المخدرات "أحرص على صفاء ذهنك" وذلك خلال العام الدراسي (1993-1994).

وقد ضمنت عينة الدراسة (811) طالباً تم اختيارهم من (17) مدرسة في مدينة أركنساس وميسوري.

واستخدم الباحث برنامج اكتساب عادة التوقف عن إدمان الكحول والسجائر والتبغ والماريجوانا لأطفال المدارس، وتعد هذه الدراسة هي الأولى من نوعها التي طبق فيها هذا النموذج، الذي يصف المراحل المعرفية المميزة التي من خلالها يحقق الفرد تقدماً في برنامج اكتساب عادة التوقف عن إدمان الكحول والسجائر والتبغ والماريجوانا وتكونت الأداة من (40) سؤالاً.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن المقاييس المستخدمة قد ميزت بوضوح بين مراحل اكتساب العادة بالنسبة لكل صنف من المواد المخدرة.

أما بالنسبة لتقييم البرنامج التربوي "أحرص على صفاء ذهنك" فقد تم من خلال تقييم المتغيرات بتغير مراحل اكتساب العادات، ومن ثم تقييم ما إذا كان الفرد يتحرك بشكل إيجابي أو سلبي من خلال مراحل اكتساب العادة.

كما أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة للماريجوانا والتبغ لصالح المجموعة التجريبية.

### 3-دراسة "تشيستر جوزيف تارانوسكي" "Taranowski" (1994) بعنوان: تأثير برنامج تربوي لعلاج تعاطي المخدرات على اتجاهات الطلاب ومشكلة التعاطي.

وهي تهدف إلى دراسة تأثير برنامج إرشادي للوقاية من إدمان المخدرات، وبرنامج تربوي لمقاومة هذا الإدمان، مع مناهج تم تطويرها محلياً للوقاية من إدمان المخدرات، كما تهدف إلى دراسة فعالية التأثير العلاجي لكل من البرنامجين -السابق الإشارة إليهما- على استجابات مجموعات فرعية من عينة الدراسة التي تم تحديدها بواسطة مقاييس تقدير الذات والسلوك الانحرافي.

وضمنت عينة الدراسة (1600) طالب تم تطبيق البرامج الإرشادية عليهم، بالإضافة إلى ثلاثة مقاييس-للبرنامج المطور محلياً-تدور حول الجانب المعرفي، ويختص بالمعلومات التي تتعلق بالمخدرات وبناء المهارات، ويختص بالمهارات الاجتماعية والتأثيرات الاجتماعية، ويختص بنماذج الأقران.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن البرامج التي ركزت على التأثيرات الاجتماعية كانت تشير إلى نتائج إيجابية في تغيير اتجاهات الطلاب نحو إدمان الكحول، وكان لها تأثيرها على السلوك المنحرف، بالرغم من أن هذه التأثيرات كانت محدودة، هذا بينما كانت البرامج المعرفية ذات تأثير محدود جداً على أفراد العينة بالنسبة لاتجاهاتهم الخاصة نحو الكحول، ولم يكن للبرنامج التربوي الخاص بالإدمان على المخدرات تأثير دال في مقاومة إدمان المخدرات.

(حسين علي الغول، 2011: 430، 432)

4-دراسة "لوريتا جين هيوير" "Heuer" (1994) بعنوان: السلوكيات والاتجاهات والمعرفة المرتبطة بمناهج الوقاية من المخدرات والكحول في شمال داكوتا بالصفوف الدراسية من السابع إلى الثاني عشر.

وتهدف هذه الدراسة إلى مقارنة مناهج الوقاية من المخدرات وفقاً لمستويات فعاليتها في زيادة معرفة المفحوصين حول استخدام المواد المخدرة ووقايتهم من بعض السلوكيات والاتجاهات التي تتعلق بالتعاطي.

وكانت عينة الدراسة تتألف من (36.693) مشاركاً منهم (19.739) طالباً بالمرحلة الإعدادية و(16.954) طالباً بالمرحلة الثانوية وذلك في عام (1990)، أما في عام (1993) فقد بلغ عدد المشاركين (30.616) طالباً، منهم (16.581) طالباً بالمرحلة الإعدادية و(14.035) طالباً بالمرحلة الثانوية.

وقد تم تطبيق مسح شمال داكوتا للمخدرات والكحول، أما بالنسبة للمناهج الوقائية الخاصة بالتعليم الابتدائي التي تمت مقارنتها فهي تضم: (اكتشف، أنا-أنا، عملية الوعي، التصرف الإيجابي ومهارات النمو).

أما مناهج التعليم الإعدادي فقد تضمنت ما يلي: (المنهج الصحي، تعلم كيف تعيش حراً بدون مخدر، انظر على نفسك عام (2000)، المنهج المحلي، مهارات الحياة، ومهارات المراهقة.

وقد أشارت نتائج المقارنة بين المناهج الابتدائية إلى أن إجابات أفراد العينة المشاركين في منهج (التصرف الإيجابي) قد أشارت إلى حدوث أكبر قدر من التغيرات الإيجابية في السلوكيات والاتجاهات.

كما أوضحت النتائج المقارنة بين المناهج الإعدادية إلى عدم وجود أي تغيرات إيجابية في سلوك طلاب المرحلة الثانية، بينما أشارت نتائج الأفراد المشاركين في (المنهج الصحي) إلى وجود تغيرات إيجابية في اتجاه واحد في مستوى معرفتهم الخاص بتعاطي المواد المخدرة.

5- دراسة "أن ماكاي" "Mackay" (1995) بعنوان: تقييم برنامج مدرسي للوقاية من إدمان المخدرات في المدارس الابتدائية.

تهدف الدراسة إلى خفض معدلات تعاطي المخدرات لدى الصغار، ولذلك فقد تم تصميم برنامج للتوعية باللياقة البدنية والمستقبل المهني.

وقد ركز هذا البرنامج على إعادة الحيوية للصحة النفسية والجسمية للطلاب عن طريق برامج التوعية بالمخدرات، والتربية الصحية، واللياقة البدنية، وتدعيم تقدير الذات وتبني نماذج الأدوار الإيجابية، وتشجيع الاهتمام بالمستقبل المهني.

وتمت عينة الدراسة تلاميذ بالصفوف الرابع والخامس والسادس، بلغ متوسط أعمارهم (10) سنوات و(3) شهور.

واستخدمت الباحثة عدة مقاييس تتضمن معرفة التلميذ بالمخدر، والنية بتعاطي المخدر والدافع الأكاديمي، والمعتقدات المتعلقة بالمخدر، وإدراك المستقبل المهني، وتقدير الذات، وإدراك المعلمين لمحتويات البرنامج وفعاليتها.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود تأثير دال للبرنامج على التلاميذ الذين تلقوا العلاج على الرغم من أن تقدير التلاميذ والمدرسين للبرنامج كان مُرضياً.

(حسين علي الغول، 2011: 433، 438)

6- دراسة "الحارثي" (1996) بعنوان أثر التلفاز في التوعية بأخطار تعاطي المخدرات وإدمانها:

شملت عينة الدراسة (71) فرداً واستخدم الباحث المنهج الوصفي لتلائمه مع طبيعة الموضوع كما استخدم الباحث المقابلة كأداة لجمع المعلومات لمعرفة أسباب الظاهرة ومضارها والجهود المبذولة لمكافحتها حيث خلصت الدراسة إلى أن (82.5%) من أفراد العينة يعتبرون التلفاز وسيلة توعية جديدة فيما قرر (17.4%) بأنهم لا يعتبرونه وسيلة جيدة، وهذا يؤكد أن الرسالة الإعلامية يمكن أن تكون ذات أثر كبير إذا وظفت بشكل جيد، أما بالنسبة لأثر التلفاز في تناول مشكلة المخدرات توصلت الدراسة إلى أن (33%) من أفراد العينة يرون أن التلفزيون نجح إلى حد ما في تعريفهم بمشكلة المخدرات وإدمانها والأضرار الناجمة عن ذلك، بينما رأى (28%) بأنه لم ينجح في تناول

مشكلة المخدرات مما يشير إلى قصور في الرسالة الإعلامية وليس عدم فاعلية الوسيلة، وفي جانب دور التلفاز في إقناع المدمن بالذهاب للعلاج أجاب أكثر من النصف (27.2%) بأنه لم يكن له دور في دخولهم للمستشفى بينما أشار (28.5%) بأن التلفاز كان له أثر محدود في إقناعهم بضرورة العلاج فيما أشار (15.3%) بأن أثره كبير في إقناعهم بالدخول للمستشفى، وبالنظر إلى النسب وجد الباحث أنها تشير إلى أن الرسالة الإعلامية يمكن أن يكون لها دور فعال إذا أعدت بشكل جيد وبعناية كبيرة لتلامس كل جوانب المدمن العقلية والوجدانية والاجتماعية ومن جانب آخر توصلت الدراسة إلى أن وسائل الاتصال الأخرى مثل الأسرة والأصدقاء والاتصال الذاتي والصحف والمجلات وغيرها كان لها دور كبير في إقناع المدمن بدخول المستشفى حيث أن (50%) أجابوا بأن الأسرة كان لها دور كبير بينهما (19.8%) أشاروا إلى دور الأصدقاء وكان للوسائل الاتصالية الأخرى دور أقل. (ظافر بن سعد بن عبد الله الشهري، 2004)

#### 7- دراسة "الغامدي" (1999) حول دور الحملة الإعلامية ضد المخدرات في زيادة الوعي بخطورة المخدرات لدى المتعاطين بالمملكة العربية السعودية:

وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تهدف إلى دراسة أثر الحملات الإعلامية في زيادة معرفة خطورة المخدرات لدى المتعاطين، ولعل زيادة المعرفة بخطورة المخدرات لها أثر إيجابي ضد الإدمان وتدفع المتعاطي للإقلاع عن الإدمان وغير المتعاطين للابتعاد عن المخدرات، حيث توصلت الدراسة إلى عدة نتائج يمكن تلخيصها في الآتي:

1) أن التلفزيون أكثر وسائل الإعلام أثراً في زيادة وعي ومعرفة المواطنين بخطورة المخدرات والإدمان حيث وجد أن (86.3%) أشاروا إلى هذا الأثر الإيجابي، كما أشارت النتائج إلى أن (81.7%) من أن المتعاطين أكدوا على هذا الأثر بينما (90.8%) من غير المتعاطين أيضاً أكدوا ذلك، وقد توصلت الدراسة أيضاً إلى أنه من بين كل الوسائل الإعلامية المستخدمة والموجهة ضد تعاطي المخدرات والإدمان في السعودية احتل التلفزيون المرحلة الأولى في أثره على المتعاطي وغير المتعاطي من خلال البرامج المقدمة والتي تحث على خطورة المخدرات ثم تليه الإعلانات التجارية والحملات الإعلانية ضد المخدرات ثم تأتي الصحف في المرتبة الثالثة والقوافل والمهرجانات وأخيراً الراديو.

(2) توصلت الدراسة أيضا إلى أن هناك فروقات في التأثير على المتعاطين وغير المتعاطين حيث وجد أن البرامج الخاصة وخصوصاً برامج الإعلان عن العقوبات ضد مروجي ومهربي المخدرات لها تأثير أكبر على غير المتعاطين من المتعاطين، ووجد الباحث من خلال ما توصلت إليه نتائج الدراسة أن الإعلانات التجارية لها نفس الأثر على المجموعتين المتعاطين وغير المتعاطين، إلا أن أكثر الرسائل الإعلانية تأثير تلك والتي تتم عبر الأشخاص الرياضيين والمشاهير.

(3) اتضح أن هناك فروقات بين المجموعتين عند مستوى دلالة (0.05) تجاه تأثيرهم بالصحف خصوصاً الرسائل الصحفية الساخرة.

(4) اتضح أن ليس هناك فروقات بين المجموعتين تجاه قافلة التوعية وأثرها، إلا أن الأثر الأكبر كان على الذين تعرضوا لنشاطات القافلة مباشرة من خلال حضورهم للمحاضرات والأفلام وغيرها، حيث تفاعل معها المتعاطون أكثر من غير المتعاطين.

(5) لا توجد فروقات بين المجموعتين تجاه أثر الراديو عليهم، ويكمن أثر الراديو في كونه يغطي مساحات واسعة خصوصاً من خلال البرامج الرسمية الهادفة لمكافحة المخدرات.

وخلصت الدراسة إلى أن الحملات الإعلامية ضد المخدرات في المملكة العربية السعودية أدت إلى زياد معرفة المواطنين بخطورة المخدرات، واستعمالها إضافة إلى الخبرة الشخصية للمتعاطين والمعالجين والتي تشكل عاملاً هاماً في زيادة المعرفة بخطورة المخدرات والإدمان.  
(ظافر بن سعد بن عبد الله الشهري، 2004).

**8- مشروع المجلس القومي للطفولة والأمومة (2001) عنوان المشروع: المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات بمشاركة فريق من الخبراء:**

يعتبر المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات أحد النماذج الناجحة في مجال دعم النشء وتمكينه من المشاركة الإيجابية في مواجهة قضاياها، وقد استطاع المشروع تحقيق أهدافه منذ بدايته ومروراً بمراحله المختلفة، اقترنت بدعم مطلق من جانب السيدة سوزان مبارك رئيسة اللجنة الفنية الاستشارية للمجلس القومي للطفولة والأمومة.

ويستهدف المشروع حماية النشء من المخدرات في المرحلة العمرية دون الثامنة عشرة من خلال التركيز على أساليب جديدة ومبتكرة لغرس القدرة لدى النشء لوقف المخدرات ومواجهة الضغوط التي تدفعهم للخوض في تجربة التعاطي، وتتمثل أهداف المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات في:

- (1) الإعداد المتكامل للنشء وتمكينه من مناهضة المخدرات.
- (2) دعم دور الأسرة باعتبارها خط دفاع أساسي لمواجهة المشكلة.
- (3) بناء قدرات الجمعيات الأهلية المعنية، وإنشاء اتحاد نوعي بينها.
- (4) تنفيذ مشروعات أهلية لتعبئة المجتمع المحلي لمناهضة المخدرات.
- (5) وضع إستراتيجية قومية لحماية النشء من المخدرات ومتابعة تنفيذها مع الجهات المعنية.
- (6) تنفيذ حملة إعلامية متكاملة لمواجهة مشكلة المخدرات.

وقد بني هذا المشروع وفق المبادئ التالية (فلسفة المشروع):

- (1) الاعتماد على النشء كشريك أساسي في مواجهة المشكلة.
- (2) تبني أساليب غير تقليدية في التوعية تتناسب مع اتجاهات النشء وأنماطهم السلوكية.
- (3) الجمعيات الأهلية شريك أصيل في التخطيط والتنفيذ لبرامج المشروع.

وقد تبنى المشروع المنهج التنموي الشامل في تحقيق أهدافه من خلال المحاور التالية:

- (1) البناء على الجهود السابقة في وقاية النشء من المخدرات عالمياً ومحلياً مع مراعاة الثقافة السائدة بين النشء.
- (2) التركيز على الوقاية من خلال دور نشط للنشء أنفسهم.
- (3) التنسيق والمشاركة مع الجهات الحكومية والأهلية لتخطيط وتنفيذ العمل ومتابعته.
- (4) وضع برامج تركز على الفئات والمجموعات السكانية الخاصة (الفئات الهشة).
- (5) التركيز على دور الأسرة والمدرسة والإعلام باعتبارهم الأطراف الفاعلة في مواجهة المشكلة.
- (6) رسم برنامج للتقييم والمتابعة تقوم به جهة مستقلة من غير المشاركين في التنفيذ ضماناً للموضوعية.
- (7) وضع رؤية محددة لآليات استدامة أنشطة المشروع.



وقد تضمن المشروع عدة برامج تحددت وفقاً لأماكن تواجد النشء وتجمعاتهم، وتنمية قدرات المتعاملين معهم لتطبيق أنشطة البرامج التالية:

#### أ- برنامج التدريب:

ويشمل إعداد أدلة عمل تدريبية متكاملة لتأهيل كافة المتعاملين مع النشء ويهدف إعداد الدليل إلى تنمية القدرات الشخصية والمهارات الحياتية المختلفة للنشء بشكل يمكنهم من القيام بدور إيجابي وفاعل داخل الأسرة وجذب توجهات النشء نحو أنشطة وسلوكات مناهضة للمخدرات، وكذا عرض كافة أبعاد قضية التدخين والمخدرات بأسلوب بسيط، ويسعى الدليل إلى ترسيخ عدة مهارات في النشء ومنها (القيادة، التواصل، مهارات التفكير الموضوعي وحل المشكلات، معرفة الذات، والتعبير عن المشاعر، والتكيف مع الضغوط).

#### ب- برنامج إعداد النشء:

توصل الخبراء القائمون على هذا البرنامج أن أحسن أسلوب للتعامل مع ظاهرة المخدرات هو أسلوب التوعية غير المباشر، وأوصت لجنة الخبراء بإضافة مهارات أخرى للدليل التدريبي، وبعد أن تم إعداد الدليل تم اختيار (30) مدرسة داخل القاهرة ليبدأ تطبيق البرنامج بالمدارس ضمن المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات في عام (2003) وقد تم اختيار الطلاب المشاركين في البرنامج من فئات متنوعة المتفوقين والمتعثرين دراسياً والموهوبين وأصحاب السلوكات التي تحتاج إلى تقويم، والملتحقين بالصفين الأول والثاني (الإعدادي والثانوي) لضمان استمرارية نشاطهم أطول فترة ومثلت هذه الطفولة المرحلة الأولى من البرنامج، أما المرحلة الثانية استهدفت (30) مدرسة في مارس (2004) وقد حقق البرنامج النتائج التالية:

- 1) التغيير الإيجابي العام في سلوكات الطلبة المشاركين بالبرنامج.
- 2) ابتكار الطلاب لأشكال متنوعة للأنشطة الوقائية داخل وخارج مدارسهم.
- 3) ساهم نجاح برنامج المدارس في تبني المجلس ووزارة التربية والتعليم لإدراج دليل إعداد النشء كنشاط رسمي بالمدارس.

## 9- دراسة "إسماعيل بن إبراهيم محمد بدر" (2002):

قام بإعداد برنامج إرشادي تربوي للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين، ويهدف البرنامج إلى الكشف عن العوامل الدافعة إلى استعمال هذه الأدوية والأضرار الناتجة عنها، والمساهمة في طرح برنامج إرشادي تربوي للناشئين من (6-16) عاماً من خلال الدراسة للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية، وقد تضمن البرنامج تقديم المعلومات المناسبة المطلوبة لفهم خطورة سوء استعمال الأدوية النفسية، وكذلك تقديم الخبرات والمهارات والاتجاهات للناشئين لمواجهة ومقاومة الضغوط والأسباب التي تجعلهم يستعملون هذه الأدوية، ويكون هذا البرنامج جزءاً من النظام التعليمي، ومن ثم يراعي إعطاء الناشئ المعلومات الدقيقة عن الأدوية النفسية حسب العمر والمرحلة الدراسية.

وبلغت عينة الدراسة (1111) طالباً وطالبة منهم (514) طالباً و(597) طالبة من طلبة الصف الثالث الثانوي العام والفني والصف الأول الجامعي بكليات التربية والآداب والعلوم.

كما استخدم استبيان سوء استعمال الأدوية (إعداد الباحث) متضمن (43) سؤالاً، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- انتشار استعمال الأدوية النفسية يكثر بين طلاب الثانوي الفني، بينما تقل النسبة قليلاً بين طلاب الثانوي العام في حين قلت بين طلاب المرحلة الجامعية.
- اتضح أن بداية انتشار سوء استعمال الأدوية النفسية يبدأ في سن مبكرة (14) سنة، وخاصة في التعليم الثانوي الفني بينما في الثانوي العام يبدأ في سن (15-16).
- فيما يتعلق بالجنس أوضحت الدراسة أن التعليم الثانوي بفرعيه كانت نسبة الذكور أعلى من الإناث، ولكن في المرحلة الجامعية كانت نسبة الإناث أعلى من الذكور.
- إن طلبة التعليم الثانوي الفني يستعملون أنواعاً متعددة من الأدوية النفسية، ولكن ازداد استعمالهم للأدوية المنشطة والمهلوسة، أما في مرحلة التعليم الثانوي العام ومرحلة التعليم الجامعي فازداد سوء استعمال الأدوية المنشطة والمهدئة وقل استعمال الأدوية المهلوسة.

• أما فيما يتعلق بالعوامل المرتبطة بسوء استعمال الأدوية النفسية، فقد أوضحت الدراسة أن اعتقاد الناشئ أنها تساعد على الاسترخاء، وتخفيف القلق والتوتر، وتقليد الأصدقاء، والخوف من اعتقادهم أنهم أقل منهم بالإضافة إلى حب الاستطلاع، والتغلب على مشكلة المذاكرة والامتحانات.

• كما أوضحت الدراسة أن أهم الآثار الضارة الناتجة عن سوء الاستعمال للأدوية النفسية لدى الناشئين ينحصر في رعشة اليدين كل صباح، واضطرابات في النوم، واضطرابات في المعدة والقلق والتوتر كما أظهرت الدراسة أن عدداً قليلاً من الناشئين طلبوا المساعدة أو العلاج، ولكن الغالبية العظمى لم تخضع للعلاج.

• أما فيما يتعلق بمصدر الحصول على الأدوية النفسية اتضح أن العينة الكلية تحصل على هذه الأدوية من أحد المصادر الآتية: الأصدقاء، صيدلية المنزل، الشراء من الصيدلية مباشرة.  
(حسين علي الغول، 2011: 444، 446)

**10- دراسة "أميرة جابر هاشم" (2006) بعنوان: بناء برنامج إرشادي وقائي مقترح للوقاية من الإدمان على المخدرات لدى طلبة الجامعة -دراسة بجامعة الكوفة في محافظة النجف:**

تهتم هذه الدراسة بتناول مشكلة الإدمان على المخدرات التي أصبحت ظاهرة تثير قلق كل أفراد المجتمع وتزايد انتشارها بشكل يتقل كاهل كل المهتمين بمحاربتها، وكذا تطور المواد المخدرة، وظهورها بمسميات جديدة، حيث اعتبرت الباحثة مشكلة المخدرات من المشكلات المجتمعية ذات الأبعاد المتعددة التي تهدد المجتمع وتهدد استقراره، كما تؤدي إلى تعطيل الطاقات الشابة مما يؤثر على بناء وتنمية المجتمع.

وتهدف الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي مقترح للوقاية من المخدرات لطلبة جامعة الكوفة وبالتحديد الطلبة الذكور في المرحلة الأولى في كليات الأدب، الإدارة والاقتصاد، الهندسة، واعتمدت الباحثة في بناء البرنامج على دراسة "كول" (Coll) التي هدفت إلى وضع برنامج إرشادي وقائي لمنع تعاطي الكحول والعقاقير لطلبة المدارس الابتدائية.

واعتمدت الباحثة في بناء البرنامج الإرشادي الوقائي على المرحلتين (الأولية والثانوية) على عينة الطلبة الجامعيين، والمرحلة الثالثة تتضمن المدمنين بعد علاجهم.

وقد قامت الباحثة بتخطيط البرنامج الإرشادي المقترح وفق طريقة (Borders) والتي تستند على ما يلي:

### 10-1- الفلسفة التي يقوم عليها المجتمع:

واعتمد البرنامج على الفلسفة الإسلامية، ونموذج "ويتمر" و"سويني" للوقاية والصحة النفسية عبر الحياة، والنظريات الإرشادية (السلوكية والمجال...)، وكذلك خصائص المرحلة الجامعية ومتطلباتها.

### 10-2- تحديد الحاجات الإرشادية في إعداد قائمة الأسباب المرتبطة بها على وفق ما يلي:

الدراسات الاستطلاعية بغية التعرف على الأسباب المؤدية للإدمان، والاطلاع على الدراسات السابقة والأدبيات التي تناولت الأسباب المؤدية للإدمان ثم وضع قائمة الأسباب المؤدية للإدمان.

### 10-3- اختيار الأولويات:

اعتماداً على الخطوة السابقة رتبت الأسباب حسب أهميتها وألوياتها في البرنامج وحددت حاجات المرحلة الثانوية والأسرة.

### 10-4- تحديد الأهداف:

هناك أهداف عامة تتمثل في المحافظة على الثقافة وتعليمها وتطوير جميع جوانب الشخصية والهدف الخاص تمثل في الوقاية من الإدمان على المخدرات وكذلك الأهداف السلوكية حيث وضع أمام كل سبب هدف سلوكي خاص به.

### 10-5- اختيار الأساليب الإرشادية في ضوء النظريات الإرشادية:

وتتمثل في الاحتفاظ بالمعلومات والمعارف المسببة للإدمان من أجل تغيير الاتجاه وكل ذلك من وجهة نظر الطلاب، وكذلك المناقشة بمطلب الإجماع في اتخاذ القرار والاعتماد على أساليب الإرشاد السلوكي مثل التدريب على الاسترخاء والنمذجة وكذلك الاعتماد على الإرشاد السلوكي

المعرفي مثل تعديل الأفكار الخاطئة التي تدور حول المخدرات في تقوية القدرات العقلية والجنسية والنفسية.

### 10-6- تنفيذ البرنامج:

عن طريق الإرشاد الجمعي وبطرائق الإرشاد المباشرة وغير المباشرة بالشكل التالي:

أ) الوقاية الأولية تشمل الطلبة بواقع (20) جلسة والأسرة بواقع (9) جلسات.

ب) الوقاية الثانوية: وتشمل الطلبة وبواقع (10) جلسة إرشادية والأسرة بواقع (3) جلسات.

### 10-7- التقييم وكفاءة البرنامج:

ويشمل التقييم الأولي عن طريق اختبار قبل تطبيق البرنامج، ثم التقييم البنائي ويتم أثناء تنفيذ البرنامج وبصورة دورية ثم التقييم النهائي.

وبعد تصميم البرنامج الإرشادي الوقائي المقترح قامت الباحثة بعرضه على مجموعة من الخبراء والمتخصصين لإبداء آراءهم في صلاحية البرنامج الإرشادي من حيث محتواه والهدف العام منه، ومدى مناسبة الأساليب والأنشطة المستخدمة والاستراتيجيات الوقائية، وعدد الجلسات، وبذلك أصبح البرنامج في صورته النهائية وبواقع (42) جلسة إرشادية. (أميرة جابر هاشم، 2008)

### 11- دراسة عبد العزيز عبد الله العريني (2007) بعنوان: دور المدارس الثانوية في منطقة الرياض في نشر الوعي للحد من تعاطي المخدرات:

ينطلق الباحث في هذه الدراسة من فكرة أن المخدرات بأنواعها داهمت البيوت ودخلت المدارس واجتاحت الميادين الرياضية من طرف أناس يهتمهم سوى الحصول على المادة، هذا ما أدى بالباحث إلى تسليط الضوء على الظاهرة والتعرف على دور إحدى المؤسسات المهمة في حياة الفرد وهي المدرسة منطلقاً من الأهداف التالية:

- التعرف على أساليب التوعية بأضرار المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض.
- التعرف على أهم الوسائل المستخدمة للتعامل مع الطلاب الذين تبدو عليهم آثار استخدام المخدرات.

- التعرف على أي من العاملين في المدرسة يباشر حالة الطلاب الذين تبدو عليهم آثار استخدام المخدرات.
- التعرف على الأوقات التي يكثر فيها وضوح آثار المخدرات على الطلاب.
- التعرف على المواد المخدرة الأكثر شيوعاً بين الطلاب في حالة ظهور آثار المخدرات عليهم.

حاولت هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

- (1) ما أهم أساليب التوعية بأضرار المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض ؟
- (2) ما أهم الوسائل المستخدمة للتعامل مع الطلاب الذين تبدو عليهم آثار استخدام المخدرات ؟
- (3) من من العاملين في المدرسة يباشر حالة الطلاب الذين تبدو عليهم آثار استخدام المخدرات ؟
- (4) ما الأوقات التي يكثر فيها وضوح آثار المخدرات على الطلاب ؟
- (5) ما المواد المخدرة الأكثر شيوعاً بين الطلاب في حالة ظهور آثار المخدرات عليهم ؟
- (6) هل هناك مشكلة في المدارس الثانوية بخصوص المخدرات تحتاج إلى تدخل أو متابعة ؟
- (7) ما الملاحظات التي أبدتها عينة البحث حول المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض؟

وقد تمت الدراسة بالمدارس الحكومية في مدينة الرياض في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2007/2008)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لوصف الواقع عن طريق استفتاء أفراد العينة وتحليل استجاباتهم التي تصف المشكلة، وتكون مجتمع البحث من جميع مديري المدارس الثانوية العامة الحكومية بالإدارة العامة للتربية والتعليم بالرياض، وقد تم اختيار نصف مجتمع البحث عشوائياً ليتم تطبيق أداة الدراسة عليهم، ووزعت أداة الدراسة على مديري المدارس الثانوية التي تم اختيارهم بحيث كانت العينة موزعة على مراكز الإشراف التربوي في منطقة الرياض وعددها (تسعة مراكز) وقد تم توزيع (38) استفتاء أعيد منها (29) وتم استبعاد (3) لعدم صلاحيتها للتحليل ليبقى العدد (26) وقد استخدم الباحث الاستفتاء كأداة للدراسة وقد تكون الاستفتاء من سبعة أجزاء، الأول عن مدى استخدام أساليب التوعية بأضرار المخدرات، والثاني عن الوسائل المستخدمة في التوعية والثالث يختص بمن يباشر الطلاب في حالة التعرف على أحد منهم يمارس التعاطي والرابع عن أوقات التعاطي، والخامس حول المواد المستخدمة في حالة تم التأكد من ذلك، والسادس

عن مدى وجود المشكلة بالمدارس بخصوص المخدرات، ويتناول الجزء السابع أي ملاحظات عامة يراها أفراد البحث حول المخدرات بالمدارس بصفة عامة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

(1) بالنسبة للأساليب المستخدمة في التوعية بأضرار الإدمان على المخدرات أوضحت النتائج أن الأسلوب الأمثل للتوعية ضد المخدرات هو أسلوب التوعية الشخصية و يليه أسلوب التعامل مع الطلاب بالصدقة والأخوة، وهي الأساليب المتبعة من طرف أفراد العينة مع المشكلة.

(2) أما أهم الوسائل المستخدمة للتعامل مع الطلاب في حالة استخدامهم للمخدرات تمثلت في توجيه الطالب الفردي ونصحه، أو إبلاغ ولي أمره، أو إبلاغ الشرطة إذا استدعى الأمر.

(3) أجابت نتائج الدراسة أن المرشد الطلابي هو الذي يباشر حالة الطلاب الذي يتعاطون المخدرات.

(4) أما السؤال الرابع الذي طرحته هذه الدراسة والمتمثل في الأوقات التي يكثر فيها التعاطي، تبين من خلال النتائج أن فترة الامتحانات ونهاية العام الدراسي هي الأوقات التي يتعاطى فيها بعض الطلاب المخدرات.

(5) وتوصلت نتائج الدراسة أن أكثر المخدرات استعمالاً بين الطلاب هي الكيبتاجون ويليها الحشيش.

(6) توصلت أيضاً نتائج هذه الدراسة في إجابتها عن السؤال ما مدى وجود مشكلة بخصوص المخدرات وكانت الإجابة هي وجود مشكلة في المدارس الثانوية تحتاج إلى تدخل من طرف إدارة مكافحة المخدرات أو الدوريات.

(7) وللإجابة على السؤال السابع، ما الملاحظات التي أبدتها عينة البحث حول المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض، حصرها الباحث فيما يلي:

أ) ضرورة التعاون بين إدارة مكافحة المخدرات ومستشفى الأمل والمدارس.

ب) عقد دورات تدريبية للمرشدين الطلابيين في المدارس الثانوية للتعرف على حالات المخدرات.

ت) تكثيف التوعية الموجهة لأولياء الأمور في هذا الجانب.

ويقترح الباحث في الأخير تكثيف الدراسات والبحوث حول موضوع المخدرات والقيام ببحوث

مماثلة للمراحل الأخرى من التعليم، وكذلك في الجامعات، وأيضاً في مدارس وكليات البنات.

(عبد العزيز عبد الله العريني، 2008)

12- دراسة "عبد الرحمن بن محمد القرشي" (2006) بعنوان: مدى تأثير التوعية والتثقيف الصحي على المعلومات والاتجاهات لدى منسوبات إدارة التربية والتعليم عن أضرار المخدرات والتدخين، بالمنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية:

رأى الباحث أن حجم مشكلة المخدرات خطير جداً وهو في تزايد مستمر، وهو بحاجة إلى معالجة شاملة تتم من خلال ثلاث استراتيجيات تتمثل في إستراتيجية الوقاية والتحصين وإستراتيجية التشريع والنظم، وإستراتيجية المكافحة والمقاومة، ورأى الباحث أن أهم هذه الاستراتيجيات هو إستراتيجية الوقاية والتحصين التي تعمل على تأسيس الوعي وغرس الاتجاهات السليمة نحو خطر المخدرات وأضرارها منذ البداية لدى الناشئة والشباب بواسطة التوعية والتعليم والتدريب.

وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير التوعية والتثقيف على المعلومات والاتجاهات لدى منسوبات إدارة التربية والتعليم بقسم الطالبات بالمنطقة الشرقية عن أضرار المخدرات والتدخين.

وقد تكونت عينة الدراسة من (61) إدارية بالمنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية، وذلك لزيادة الوعي لديهن عن أسباب وأضرار هذه الظاهرة وكيفية التعامل معها والحد منها، وأيضاً لتهيئتهن للقيام بدورهن المحوري في توعية وتثقيف طالبات المدارس عن أضرار المخدرات والتدخين من خلال الدروس وكذلك عن طريق توعية المشرفات الاجتماعيات للحد من مشكلة انتشار ظاهرة التدخين وتعاطي المخدرات في مدارس البنات بالمملكة وبالمناطق الشرقية على وجه الخصوص.

ومن أجل هذا الغرض صمم الباحث استبيان مكون من (30) سؤالاً تركز على التوعية بأضرار المخدرات والتدخين لواحد وستون مسؤولاً في إدارة التربية والتعليم بالمنطقة الشرقية وهذا من أجل قياس معلومات أفراد العينة واتجاهاتهم فيما يختص بأضرار المخدرات والتدخين، ومدى أهمية التوعية والتثقيف الوقائي في محاولة الحد ومكافحة هذه المشكلة، وقد قام الباحث بتصميم ودراسة هذا الاستبيان ليتناسب مع الأهداف المراد قياسها مع فريق من جامعة الملك فيصل مكون من مختصين في الإحصاء والتعليم وطب الأسرة والمجتمع.

كما قام الباحث بدورة تدريبية للتعرف على مشكلة المخدرات ومضارها وقد شارك في إعطاء هذه الدورة العديد من المحاضرين ذوي الخبرة في مجال التوعية بأضرار المخدرات والتدخين.



وفي بداية الدورة وقبل إعطاء أي معلومة أعطي النموذج (أ) من الأسباب لأفراد العينة للإجابة (قياس قبلي)، وبعد نهاية الدورة وزع النموذج (ب) المماثل للنموذج (أ) (قياس بعدي) وبعد التحليل الإحصائي للبيانات توصل الباحث إلى أن هناك فروقاً دالة في معلومات أفراد العينة قبل وبعد الدورة، بالإضافة إلى أن معدلات المتوسط الحسابي للإجابات المتعلقة بمجموع المعلومات والاتجاهات للحاضرات للدورة قبل وبعد الدورة أثبتت أن هناك تغيراً ملحوظاً ذو دلالة إحصائية في معلومات أفراد العينة حول موضوع المخدرات.

وتوصل الباحث في الأخير إلى أن نتائج الدراسة هذه يمكن الاستفادة منها لأنها أثبتت فعالية وأهمية التوعية والتثقيف بأضرار المخدرات والتدخين في تنمية المعلومات وتغيير الاتجاهات.

(عبد الرحمن بن محمد القرشي، 2006)

### 13- دراسة "عصام توفيق قمر" (2007) بعنوان: برنامج وقائي مقترح لتعديل اتجاه الطلاب المعرضين لخطر تعاطي المخدرات:

انطلق الباحث في هذه الدراسة من فكرة أن الإجراءات الوقائية خطوة بالغة الأهمية في مجال التصدي لكثير من المشكلات الاجتماعية، والاضطرابات الصحية والنفسية والبدنية، ويعتبر مجال مكافحة المخدرات وتعاطيها من أشد المجالات احتياجاً للأخذ بهذا التوجيه، فخير لمؤسسات المجتمع ومواطنيها المبادرة باتخاذ إجراءات الوقاية في هذا المجال بدلاً من انتظار ظهور مشكلة التعاطي ثم البدء في البحث عن أساليب العلاج.

وقد هدفت الدراسة إلى:

- قياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات لدى عينة من الطلاب كإحدى الفئات المهمة أو المعرضة لخطر التعاطي.
- وضع برنامج وقائي مقترح لتعديل اتجاهات المهنيين أو المعرضين لخطر تعاطي المخدرات.

وتعتبر هذه الدراسة استكمالاً لجهود علمي كبير بذل من قبل الباحثين والمتخصصين والذي تمثل في كم كبير من الدراسات والبحوث النظرية والتطبيقية التي تشير بشكل أو بآخر إلى أهمية الوقاية من خطر المخدرات.

وقد انطلق الباحث في دراسته هذه للإجابة على التساؤلات التالية:

- (1) ما الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات بين الطلاب ؟
- (2) ما أكثر الفئات المستهدفة لتعاطي المخدرات في المجتمع من وجهة نظر عينة الدراسة ؟
- (3) ما الاختلافات بين تعاطي المخدرات وإدمان المخدرات من وجهة نظر عينة الدراسة ؟
- (4) ما التدابير الوقائية لحماية الطلاب من التعرض لخطر تعاطي المخدرات ؟
- (5) ما البرنامج الوقائي المقترح لتعديل اتجاه الطلاب المعرضين لخطر تعاطي المخدرات ؟

وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية التي تستهدف وصف وتقرير الواقع كخطوة لتحقيق الفهم الصحيح لهذا الواقع، ومن ثم يمكن تطويره أو تعديله ولذلك فقد تم الاستعانة في هذه الدراسة بمنهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة لمناسبتها لموضوع الدراسة وأهدافها.

وقد استخدم الباحث للوصول لأهداف الدراسة أداتين هما:

(1) استمارة المقابلة والتي شملت على مجموعة من الأسئلة عن آراء مجتمع البحث في أكثر المواد المخدرة انتشاراً، والفئات المستهدفة لتعاطي المخدرات، والأسباب الدافعة للتعاطي وأهم المقترحات للقضاء على ظاهرة تعاطي المخدرات بين الطلاب.

(2) مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات: وقد قام الباحث بتصميم المقياس من خلال اطلاعه على الأدبيات المتصلة بموضوع المقياس، وتم تحديد ثلاث محاور أساسية للمقياس هي (المكون المعرفي، والمكون الوجداني، والمكون السلوكي) وقد عرض الباحث المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين وقد استقر المقياس في صورته النهائية على (55) عبارة تم توزيعها على المحاور السابقة.

وقد أجريت هذه الدراسة في مدرسة المنشية الثانوية العسكرية بمدينة بنها بمحافظة القليوبية، وقد وقع الاختيار على هذه المدرسة لكونها تقع في مدينة بنها وهي مدينة تجمع بين صفات الريف والحضر في منطقة واحدة، وكانت عينة الدراسة قصدية من الطلاب الذين يتسببون في مشكلات سلوكية بشكل متكرر، وممن ضبطوا ولو مرة واحدة سواء داخل المدرسة أو خارجها يدخنون، وبهذا بلغت عينة الدراسة (86) طالباً وقد تم تطبيق الجزء الميداني للدراسة في النصف الأول من العام الدراسي (2007/2008).

وتوصل الباحث إلى النتائج التالية:

(1) أن أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات حسب آراء أفراد عينة الدراسة هي ضعف الوازع الديني والأخلاقي بنسبة (91%) من إجابات أفراد العينة، وبعدها مباشرة رفاء السوء ومجاراة الأصدقاء والاستمتاع معهم بنسبة (85%) وتليها الأسباب الأخرى المتمثلة في مغريات البيئـة والتفكك الأسري، التجربة، المشكلات العاطفية، الترويح، الفقر والجهل ووقت الفراغ.

(2) أم عن أهم التدابير الوقائية المقترحة لحماية الطلاب من خطر تعاطي المخدرات فقد اتضح من خلال النتائج أنه من الضروري القيام ببرامج التوعية والإرشاد بمخاطر التعاطي لجهل الكثير بمخاطرها، ثم ضرورة الاهتمام بالطلاب وتقدير المرحلة العمرية التي يعيشونها، وكذا الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية والرياضية للطلاب، وتبين أيضاً أنه من الضروري منع التدخين في المدارس نهائياً لجميع العاملين في المدرسة.

(3) وأظهرت النتائج أيضاً وجود فروق جوهرية بين درجات أفراد العينة في المكون المعرفي في الاتجاه نحو تعاطي المخدرات لصالح المعرضين لخطر المخدرات، ونفس النتيجة حول درجات أفراد العينة بالنسبة للمكون الوجداني والمكون السلوكي.

وقد اتضح من خلال نتائج الدراسة وجود ارتباط قوي ودال بين التدخين ومتوسط درجات مكونات المقياس (بأبعاده الثلاث) ومتوسط درجات المقياس ككل لصالح المدخنين، وبهذا اعتبر الباحث التدخين مؤشراً قوياً ينبئ باحتمالات مرتفعة للإقبال على تعاطي المخدرات، كما توصلت النتائج إلى أن هناك ارتباطاً قوياً دالاً بين تدخين السجائر وبين مكونات المقياس والمقياس ككل.

وعليه فإن توصل الباحث إلى هذه النتائج وجد أن مفردات عينة الدراسة لديهم استعداداً للتعاطي وبالتالي وجد أنه من الضروري إعداد خطة أو برنامج لمقاومة هذا الاتجاه وتعديله.

وقام الباحث بإعداد برنامج وقائي لتعديل اتجاهات الطلاب المعرضين لخطر تعاطي المخدرات ويهدف هذا البرنامج لمساعدة كافة الأنساق على إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم ويحاول تقديم الآليات والبدائل والطول لإنقاذ الطلاب من براثن الخطر، وبهذا حدد الباحث الهدف الرئيسي للبرنامج في تقليل فرص تعاطي المخدرات لفئة الطلاب عن طريق خلق بيئة اجتماعية سليمة تمنعهم من التعامل مع الواقع الاجتماعي المحيط بهم الذي يشجع على التعاطي.

وقد اعتمد البرنامج على فكرة أنساق التعامل الذي حدده كل من "بينكس" (Pincus) و"ميناهان" (Minahan) والذي يتكون من أربعة أنساق:

- 1) نسق الطالب: المعرض لخطر تعاطي المخدرات.
- 2) نسق التغيير: الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل.
- 3) النسق المستهدف: هو الطالب أو المحيطين به المحتاجون للتغيير.
- 4) نسق العمل: يتضمن الأشخاص المحيطين بالطالب والذين قد يكون لديهم القدرة على إحداث التغيير المطلوب مثل (الأسرة، الزملاء...).

وقد تم البرنامج عبر مراحل:

- المرحلة الأولى: التقدير والتخطيط.
- المرحلة الثانية: التدخل المهني.
- المرحلة الثالثة: التقييم والمتابعة.

وقد استخدم الباحث الاستراتيجيات التالية:

إستراتيجية التغيير، الإقناع، النصح، تعديل الاتجاه من خلال الحوار وتبادل الآراء والأفكار وبالتالي اتخاذ القرار، مع تنمية الوعي الصحي بالمضار والأخطار الناتجة عن التعاطي، وكذلك إستراتيجية الاستثارة وذلك بإثارة القلق لدى نسق الطالب من خلال رفض المجتمع له وإدمانه وأوصى الباحث في الأخير أن الجهود الفردية المتمثلة في إعداد البرامج يجب أن تدعم من طرف كل الهيئات المهمة بموضوع المخدرات. (عصام توفيق قمر، 2007)

14- دراسة "إسماعيلي يامنة" و"بعبع نادية" (2011) بعنوان: دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات.

انطلقت الباحثتان من أن مشكلة تعاطي المخدرات وإدمانها واحدة من المشكلات التي كان للعلم والهيئات العلمية والعلماء نصيب بارز في التعامل معها من كافة النواحي ذلك لأنها من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر تأثيراً بالغاً على المجتمع والأفراد على حد سواء، وباعتبار الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويعرف خبراته للوصول إلى التوافق في جميع المجالات ورأت الباحثتان أن للإرشاد النفسي أهمية في علاج المدمنين.

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن السبل الكفيلة للحد من هذه الظاهرة أو الوقاية منها وتحديد طرق منظمة للإرشاد والعلاج والتأهيل والحد من الانتكاس. وكذلك التخطيط لبرامج إرشادية خاصة بالمصحات النفسية أو مؤسسات إعادة التربية أو المؤسسات الخاصة بعلاج الإدمان والوقاية منه وذلك بغية تسهيل عملية الإرشاد والتوعية.

وطرحت هذه الدراسة عدة تساؤلات هي:

- ما هي العوامل الأساسية المسببة للإدمان ؟
- ما هي الآثار السلبية الناتجة عن الإدمان؟ وما تأثيرها على الفرد والأسرة والمجتمع ؟
- هل يمكن أن يكون للإرشاد النفسي دور في علاج المدمنين على المخدرات وما مدى فعالية برنامج إرشادي متبع في التقليل ولو بنسبة قليلة من الإدمان على المخدرات ؟

وجاءت فرضيات الدراسة كالتالي:

### الفرضية العامة:

الإدمان على المخدرات آفة اجتماعية أسبابها نفسية تعود إلى الإحساس بالدونية والنقص، وعدم الاستقرار والحاجة الماسة إلى الحنان والرعاية والإرشاد.

### الفرضيات الفرعية:

- الإدمان على المخدرات أسبابه نفسية.
- يساهم الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات.
- أن توطيد العلاقات الأسرية بين الأبناء والآباء كفيل للحد من ظاهرة الإدمان على المخدرات.

وقد اعتمدت الباحثتان في الوصول إلى نتائج الدراسة على مجموعة من الدراسات السابقة منها دراسة "سعد زغول المغربي" حول تعاطي الحشيش دراسة نفسية، ودراسة "سوييف" دراسة إيدولوجية الحشيش.

وقد أعدت الباحثتان برنامج الإرشاد النفسي الذي كان هدفه رفع المعاناة عن المدمن، وكذا الكشف عن أسباب الإدمان ومدى مساهمة الإرشاد بحكم أنه علم تطبيقي في العلاج والوقاية من

ظاهرة الإدمان على المخدرات من أجل الوصول إلى طريقة إرشادية مثلى تتخذ كمثال للتوعية والوقاية.

وتضمن البرنامج بعدين أساسيين في عملية العلاج والإرشاد هما:

(1) **البعد الأول ويسمى بالبعد الرأسي:** وتم التركيز فيه على العميل وكل الوسائل التي تسهل عملية التركيز في المشكل المطروح عن طريق خدمات نفسية وقائية وإرشادية من بينها إجراء مقابلات فردية يستغلها المسترشد في التعبير عن كل الأشياء التي لا يستطيع التعبير عنها في وجود عنصر ثالث.

(2) **البعد الأفقي:** ويتم فيه تقديم خدمات إرشادية على النحو التالي:

أ- **الوقاية العامة:** تضمنت تدريب المدمنين جماعياً عن طريق التعلم الاجتماعي من أجل اكتساب سلوكيات من خلال التبادل مع بعضهم البعض، واعتمدت طريقة الفهم الاجتماعي أسلوب النماذج السلوكية (النمذجة بأنواعها، الصريحة، الضمنية وبالمشاركة)، إضافة إلى استعمال أسلوب الإرشاد النفسي الخياري وتمثل هذا الأسلوب فيما يلي:

- **خطوة الحاجة:** التعرف على رغبات المدمن والنظر إليها كإعلان شخصي للنمو والشفاء.
- **خطوة الاختيار:** تتضمن افتراض المسؤولية عن إشباع الحاجات وإثباتها.
- **خطوة الفعل:** الخطوة للإجراء الفعلي الأول للتغيير في الشخصية.
- **خطوة الصورة العقلية:** تمثل اعترافاً جدياً من طرف العميل الذي هو المدمن في هذه الحالة بصورة جديدة لشخصيته.

وكذلك استخدمت الباحثتان أسلوب العلاج البيئي في تنظيم مسرحيات، وقصص وغناء... الخ من الوسائل الترفيهية.

ب- **الوقاية الخاصة والتركيز حول الشخص المدمن بذاته:** استندت الباحثتان في هذه النقطة على نظرية "روجرز" التي تركز على أهمية العلاقة الإرشادية في مساعدة المسترشدين على التخلص من مشكلاتهم وتغيير سلوكياتهم، وعلى هذا الأساس حددت الباحثتان أهداف الوقاية الخاصة بما يلي:

- 1) معايشة المسؤولية أي إحساس المدمن بمسؤوليته تجاه نفسه في إنجاح هذه العلاقة.
- 2) ممارسة الاكتشاف: مع التقدم في العملية الإرشادية يكتشف المدمن اتجاهاته ومشاعره ويكتشف التناقضات الموجودة في ذاته.
- 3) اكتشاف الاتجاهات المستبعدة: حيث يسترجع فيها المدمن كل الاتجاهات التي عاشها الفرد واستبعدت في اللاشعور، وتصبح مُرمزة في الشعور أو الوعي.
- 4) ممارسة إعادة تنظيم الذات وتبدأ هذه العملية عندما يستطيع المدمن تنظيم إدراكاته اللاواعية وإدراكه لذاته، واتجاهاته، وتكوين نظرة إيجابية والتخلي عن النظرة السلبية.

وللوصول إلى نتائج هذه الدراسة اعتمدت الباحثتان على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول (بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM IV إعداد لطفي فطيم ومحمد الجارحي ومحمود رشاد)، وكذلك المقابلة مع المدمنين عينة الدراسة اعتماداً على منهج دراسة الحالة.

وتوصلت الباحثتان إلى النتائج التالية:

أن للأسباب النفسية دور في إدمان أفراد العينة حيث أن الحالات المدروسة تبين أن لدى بعضها إحساس بالوحدة نتيجة للحرمان العاطفي الأمومي، وفقدان الأم إثر عملية الطلاق الذي أثر سلباً على نفسيته ودفعه للجوء إلى الإدمان، وأن فقدان موضوع الحب (الأم) بالدرجة الأولى أو (الأب) بالدرجة الثانية جعل أحد الحالات المدروسة يحس بعدم الاستقرار وعدم القدرة على مواجهة الحياة، وكذلك غياب التوجيه خاصة من طرف الأب.

وأظهرت النتائج أيضاً لحالة أخرى أن قسوة وسيطرة الأب على الأم والأطفال تخلق نوعاً من القلق وتدفع الأبناء إلى الإدمان على المخدرات. (اسماعيلي يامنة، بعيبي نادية، 2011)

#### 6-1- التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الطالبة الباحثة للدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالي- فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات- استنتجنا أنها تخدم دراستنا فيما يلي:

- 1) اتفاق جميع الدراسات التي تناولت موضوع الادمان على المخدرات بأنه ظاهرة خطيرة مست حياة جميع الشعوب وجميع الفئات من حيث العمر والجنس والمستوى الثقافي والتعليمي والاقتصادي، أي أنها لم تقتصر على فئات معينة من المجتمع، وهذا يعني أن الظاهرة أصبحت تهدد الأفراد في البيوت والمدارس والجامعات...، هذا ما يشكل عقبة أمام تحقيق الأفراد لتوافق في المجال التعليمي والمهني والأسري...
- 2) زيادة ظاهرة تعاطي المخدرات بشكل رهيب لدى الناشئين (أطفال ومراهقين) في ظل ظروف قاهرة أو دون وعي بمخاطرها أو تأثراً ببعض المحيطين بهم، وهذا ما أكدته عدة دراسات (1987، دوبريتي 1999، مارك كيلي 1994، لوريتا 1994).
- 3) ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات ونسبة المعرضين للوقوع في تعاطي المخدرات في المدارس (الابتدائية والمتوسطة والثانوية) لدى كل من الذكور والإناث بعد ما كانت قاصرة في الماضي على الذكور فقط.
- 4) أشارت نتائج الدراسات إلى ضرورة إدراج برامج التوعية والوقاية في المناهج الدراسية للتلاميذ والطلبة الجامعيين في مختلف الأعمار وضرورة تفعيل برامج التوعية و الوقاية ضد أخطار المخدرات وهذا ما أكدته الدراسات (إسماعيل بن إبراهيم محمد بدر 2002، ودراسة عصام توفيق قمر 2007 ماري ان ماكاي 1995، وأميرة جابر هاشم 2006).
- 5) اهتمت بعض الدراسات بتقييم فاعلية البرامج الوقائية والتوعوية المدرجة في المناهج الدراسية بالنسبة للناشئة من خلال آراء القائمين عليها من مدرء وإداريين مثل دراسة (بريندا ان وودز 1993، ودراسة عبد الرحمن بن محمد القرشي).
- 6) كما اهتمت بعض الدراسات بإعداد برامج وقائية ولذنين عولجوا من إدمان المخدرات مثل دراسة (اسماعيلي وبعبيع 2011).
- 7) أشارت بعض الدراسات إلى أهمية وسائل الإعلام مثل التلفاز وحملات التوعية في نشر الوعي لدى المواطنين المتعاطين وغير المتعاطين كأسلوب وقائي من الوقوع في إدمان المخدرات لأن بعض المواطنين يستخدمون بعض المواد دون وعي بخطورتها فيقعون في الادمان وهذا ما عملت عليه دراسة ( الحارثي 1996، والغامدي 1999).



8) كما عملت بعض الدراسات على إعداد برامج وقائية توعوية لطلاب الجامعات وتلاميذ المرحلة الثانوية المعرضين لخطر الوقوع في إدمان المخدرات والذين يحملون اتجاهات إيجابية نحو إدمان المخدر (دراسة عصام توفيق قمر 2006، ودراسة أميرة هاشم جابر 2006، وإسماعيل بن إبراهيم محمد بدر 2002).

9) ركزت بعض الدراسات ركزت بعض الدراسات في إعداد برامج الوقاية والتوعية على إكساب أفراد عينات دراستها بعض المهارات من أجل تفادي الوقوع أو التخلص من المخدرات، وكذلك الاستعانة ببعض الاستراتيجيات السلوكية أو المعرفي وغيرها من الطرق لتأسيس برامج التوعية.

10) أظهرت نتائج بعض الدراسات التي استخدمت البرامج الوقائية فاعلية وكفاءة في تعديل أو تخفيف أو تغيير الأفكار والاتجاهات الإيجابية حول إدمان المخدرات وأضرارها مثل ما توصل إليه المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات (2001)، وهذا ما تسعى إليه دراستنا.

## 6-2- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة التي أتاحت للطالبة الباحثة ما يفيدها في تحديد الأطر العامة للدراسة الحالية، ويبرز جوانب التشابه والاختلاف بينها وبين الدراسات السابقة، وبعد عرضنا لهذه الدراسات وتبيان اهتمامات كل دراسة وتوجهاتها البحثية حول موضوع إدمان المخدرات تحددت لنا أوجه الاستفادة من هذه الدراسات كما يلي:

### 6-2-1- إشكالية الدراسة:

تمحورت مواضيع الدراسات السابقة المعروضة في الدراسة الحالية حول موضوع الإدمان على المخدرات من جوانب مختلفة حسب التصورات النظرية التي اعتمدها كل باحث في معالجة الظاهرة - الإدمان على المخدرات-، وقد تعددت اهتمامات الباحثين في كل دراسة فهناك من ركز على تقييم برامج الوقاية المنتهجة في المؤسسات التربوية وغيرها، ومنها من ركزت على البحث عن أسباب التعاطي، ومنها من اهتمت بالأساليب الإرشادية في علاج الإدمان والوقاية منه، وهناك دراسات ركزت على دور وسائل الإعلام في بث برامج التوعية من أخطار المخدرات، لكن يبقى الهدف الذي سعت إليه كل دراسة هو كيفية صد خطر المخدرات على الأفراد بالرغم من اختلاف الطرق البحثية والوسائل

المختلفة، كل هذا ساعد الطالبة الباحثة في توجيهه وتحديد وتقديم مبررات القيام بالدراسة الحالية وتحديد إشكالياتها.

**6-2-2- أهمية الدراسة:** تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أهمية الموضوع الذي تعالجه -الإدمان على المخدرات- من حيث ضرورة التصدي للظاهرة بطرق وأساليب تختلف حسب كل دراسة، وتتجلى أهمية دراستنا مقارنة بالدراسات الأخرى بأنها تتناول مرحلة مهمة هي مرحلة المراهقة كما تسعى إلى إبراز فائدة التوعية الصحية وبعض الفنيات السلوكية والمعرفية وكذا تعلم بعض المهارات الحياتية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

**6-2-3- أهداف الدراسة:** تتفق الدراسة الحالية مع أهداف الدراسات السابقة في ضرورة التخلص من التصورات والأفكار والاتجاهات المؤيدة للإدمان على المخدرات من خلال فاعلية البرامج التي اعتمدها كل دراسة، ومن وراء كل هذا هناك هدف ضمني يتجلى في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لأفراد العينة.

#### **6-2-4- فرضيات الدراسة:**

ساعدت الدراسات السابقة الطالبة الباحثة في صياغة فرضيات الدراسة الحالية.

#### **6-2-5- منهج الدراسة:**

استخدمت معظم الدراسات السابقة المنهج الوصفي في دراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات أما الدراسة الحالية فقد اعتمدت على المنهج التجريبي.

#### **6-2-6- عينة الدراسة:**

ركزت معظم الدراسات السابقة على مرحلة المراهقة وخطر الإدمان في هذه المرحلة، وهذا ما اهتمت به الدراسة الحالية لما لهذه المرحلة من أهمية في حياة الإنسان، فهي مرحلة التغيير والتحول في كل المظاهر النمائية، وهي المرحلة الأكثر خصوبة وظهور بعض المشكلات والتي من بينها وأخطرها الإدمان على المخدرات، ولهذا فإن عينة الدراسة الحالية تتفق مع بعض الدراسات السابقة التي جعلت من هذه المرحلة محورا لاهتماماتها البحثية.

**6-2-7- أدوات الدراسة:**

لقد سهل لنا الاطلاع على الدراسات السابقة كيفية بناء الأدوات البحثية لهذه الدراسة، كما وجهتنا الدراسات السابقة لأدوات أخرى تخدم دراستنا الحالية.

**6-2-8- بناء برنامج التوعية الصحية:**

إن اطلعنا على الدراسات السابقة التي اهتمت ببناء برامج للحد من تفشي ظاهرة الإدمان على المخدرات، ساعدنا إلى حد كبير في بناء برنامج الدراسة الحالية.

**6-2-9- نتائج الدراسة:**

سوف تعيننا النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة في تفسير نتائج الدراسة الحالية وتحديد مدى الاتفاق بينها أو الاختلاف.

لقد سبق وذكرنا أن دراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات ليست بالحديثة، فلقد سبق للعديد من الباحثين في مختلف المجالات أن تناولوا هذا الموضوع من زوايا مختلفة، وحددوا العوامل المسببة في حدوثه ووضعوا استراتيجيات معينة لمكافحته، إلا أن تفاقم الظاهرة في الآونة الأخيرة وظهور صور جديدة للتعاطي وللمواد المخدرة، وشمول تعاطي المخدرات لدى جميع أفراد المجتمع خاصة الأطفال والمراهقين هذا حتم على الجميع ضرورة التصدي لهذه الظاهرة بكل الطرق، وسوف تحاول هذه الدراسة من خلال برنامج التوعية الصحية المقترح تحديد مدى فاعليته في تغيير تصورات المراهقين الذين يمثلون عينة هذه الدراسة من خلال خطوات المنهج التجريبي الذي تتبعه الدراسة، ولهذا تقترح هذه الدراسة برنامجاً لتغيير التصورات الخاطئة لدى المراهقين حول إدمان المخدرات.

# الفصل الثاني

## التوعية الصحية

## تمهيد:

يعيش الإنسان الحديث مشاكل عدة بسبب التغيرات الكثيرة التي شهدها وسيشدها العالم في شتى مجالات الحياة، وفي خضم سعي الإنسان لتطوير حياته تبعا للتغيرات الحاصلة في حياته وحياة أفراد المجتمع الذي ينتمي إليه، يجد البعض أنفسهم أمام مجموعة من المشاكل التي تعيق حياتهم وتؤثر على الأفراد الذين يعيشون معهم. وإذا تمعنا أكثر نجد أن بعض هؤلاء الأفراد يجتازون هذه الصعوبات بسهولة ومنهم من يغرق في مشكلات أعقد من مشكلات الحياة البسيطة، ربما هروبا من أنفسهم أو من واقعهم وفي أحيان كثيرة لعدم وعيهم وإدراكهم لبعض الحلول التي يلجئون إليها في حل المشكلات التي يعيشونها وربما هم يكونون مفاهيم أو تصورات خاطئة في تفسير بعض الأمور التي تصادفهم وبالتالي تكون نظرتهم لها وكيفية حلها خاطئة، هذا ما يؤدي بالبعض إلى الغوص في مشكلات معقدة يصعب حلها مثل اللجوء إلى إدمان المخدرات.

من خلال ما سبق يتبين لنا أن الأفراد بحاجة إلى ما يسمى بالتوعية الصحية التي تعنى بتزويد الأفراد بالمعلومات الصحيحة من خلال مجموعة من الأنشطة التواصلية والإعلامية والتحسيسية الهادفة من مخاطر الأمراض والآفات الاجتماعية المنتشرة.

ونظرا لما للتوعية الصحية من أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع خاصة في عصرنا الحالي لما شهده من نقشي ظواهر خطيرة مست جميع جوانب الحياة الصحية والاجتماعية وحتى السياسية والاقتصادية، ولعل أشدها فتكا بكل أمم العالم آفة الإدمان على المخدرات، لذا اهتمت كافة المجتمعات التي تعاني من هذه الظاهرة في الآونة الأخيرة بتكثيف برامج التوعية الصحية والوقاية من أجل تجنب الأفراد الوقوع في مشكلات أعمق على المستوى الصحي والاقتصادي لما تنفقه من مبالغ ضخمة في العلاج والمكافحة.

ولإبراز الدور الفعال لبرامج التوعية الصحية- وهو الهدف الذي سعت إليه الدراسة الحالية- جاء هذا الفصل للتعريف بالتوعية الصحية وكيفية إعداد برامج التوعية خاصة في مجال الإدمان على المخدرات انطلاقا من مبدأ الوقاية خير من العلاج.

## 1- مفهوم التوعية الصحية:

قبل التعرف على مفهوم التوعية الصحية وجب علينا التعرف على مفهوم الوعي والصحة لبيان ما ترمي إليه حقيقة التوعية الصحية.

## 1-1- تعريف الوعي:

الوعي من الناحية اللغوية من وعى يعي وعياً، وعى الشيء أي جمعه، وعى الحديث أي فهمه وقبله وتدبره وهو لغة الفهم وسلامة الإدراك. (إيمان عبد الرحمن أحمد محمود، 2010: 09)

ويُعرف "ابن منظور" الوعي بأنه حَفْظُ القلبِ الشيءِ، وعى الشيء والحديث يعيه وعياً وأوعاه: حَفَظَهُ وفهمه وقبله واعٍ، وفلانٌ أوعى من فلانٍ أي أحفظ وأفهم، وفي الحديث: نصر الله امرأً سمع مقالتي فوعاها، فرب مبلغ أوعى من سامعٍ.

وبالنسبة "للأزهري" الوعي الحافظ الكيس الفقيه، وفي حديث "أبي أمامة": لا يعذب الله قلباً وعى القرآن، وقال "ابن الأثير": أي عقله إيماناً به وعملاً، فأما من حفظ ألفاظه وضيع حدوده فإنه غير واعٍ له. (ابن منظور، 2000، المجلد 15: 396)

وقالت العرب الإيعاء هو ما يجمع أو يحفظ الإنسان في قلبه من تكذيب وغير ذلك، فالقدرة على الكذب دليل علمي على الوعي، فلا يستطيع مخلوق أن يكذب ما لم يكن واعياً لحاله، حيث يقول الله تعالى: « .. وَاللَّهُ أَعْلَمُ بِمَا يُوعُونَ ». سورة الانشقاق الآية (23)

ويدل مصطلح الوعي في اللغة اللاتينية والألمانية على معنى واحد هو معرفة الموضوع من قبل شخص ما والأصل اللاتيني للكلمة هو (Conscience) وهي كلمة مركبة من (Scienta-Con) ويقابل الكلمة وهي الوعي في الإنجليزية (Consciousness) وتعني جميع الخبرات الخاصة.

وبهذا فكلية الوعي لغوياً تعني الفهم وسلامة الإدراك كما تشير كلمة وعى إلى إدراك الإنسان لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً وهو أساس كل معرفة، ويقال: وعى فلان الشيء بمعنى: جمعه وحواه وقبله وتدبره وحفظه، ويعرف الوعي بأنه: أول معرفة الفرد بالشيء حيث يسمع عنه ولكن تنقصه

المعلومات التفصيلية الكاملة عنه، أما العلامة "محمد بن أبي بكر الرازي" فيقدم الوعي على أنه: الحفظ والمعرفة، فعندما يقال أن الفرد قد وعي الحديث أي حفظه، والوعي بقضية ما يعني معرفة هذه القضية. (إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 112)

وقد ذكرت كلمة الوعي وردت في الذكر الحكيم في عدة آيات قرآنية هي:

(محمد فؤاد عبد الباقي، 1988: 756)

- تعيها: قول تعالى « لِنَجْعَلَهَا لَكُمْ تَذْكِرَةً وَتَعِيهَا أُنْزُورًا وَاعِيَةً ». سورة الحاقة الآية (12)
- فأوعى: قول تعالى « وَجَمَعَ فَأَوْعَى ». سورة المعارج الآية (18)
- يوعون: قول تعالى « وَاللَّهُ أَعْلَمُ بِمَا يُوعُونَ ». سورة الانشقاق الآية (23)
- واعية: قول تعالى « ... وَتَعِيهَا أُنْزُورًا وَاعِيَةً ». سورة الحاقة الآية (12)
- وعاء: قول تعالى « فَبَدَأَ بِأَوْعِيَتِهِمْ قَبْلَ وِعَاءِ أَخِيهِ... ». سورة يوسف الآية (76)

ويتضح لنا مما سبق بأن الوعي هو إدراك الفرد لنفسه والبيئة المحيطة به ولوظائفه العقلية والجسمية وإدراكه لخصائص العالم الخارجي ولنفسه باعتباره عضواً في جماعته، فقد استخدم لفظ الوعي بطريقة فضفاضة ليعني أي حالة عقلية، ولا يقصد به إدراكنا لحالاتنا المختلفة فحسب، سواء أكانت عقلية أو نفسية أو فيزيقية...، بل أنه يشمل على هذه الحالات ذاتها بغض النظر عن معرفتنا أو حتى إدراكنا لها أو عدم معرفتنا بها. (إحسان حفطي، 2006: 253)

ولمفهوم الوعي في الفلسفة معاني متعددة تشير إلى حالات خاصة من الوعي ودرجاته، فالوعي في رأي الرواقيين حاسة باطنية تدرك النفس بها تواتراتها، في حين يرى القديس "توماس الأكويني" (Thomas Aquinas) أن الوعي هو إدراك شيء ما أو معرفته، وقد كان "ليبنيز" (Leibniz) هو أول من ميز بين الوعي واللوعي، وذلك أن الإدراكات البسيطة غير الواعية تصبح بالتراكم مجمعات إدراكية واعية.

ويؤكد معظم الفلاسفة أن الوعي يعني إدراك الناس وتصوراتهم للعالم الموضوعي المحيط ويشير الوعي إلى مجمل الأفكار والمعارف، والثقافة التي يتمثلها الإنسان، والتي تجعله يسلك أسلوباً معيناً، كما يشير أيضاً إلى الاستجابات التي يقوم بها الإنسان إزاء موقف معين.

(إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 113)

أما علماء النفس فيرون أن الوعي يعني الانتباه والإدراك وهما عمليتان متلازمتان فإذا كان الانتباه هو تركيز الشعور في شيء فالإدراك هو معرفة الشيء.

(إيمان عبد الرحمن أحمد محمود، 2010: 09، 10)

أي أن علماء النفس يربطون بين الانتباه والإدراك في حدوث عملية الوعي.

فالوعي حسب السيكلوجيون هو مجموعة عمليات إدراك الفرد لنفسه وللعالم الخارجي والاستجابة لها، وهو ينعدم عندما يكون الإنسان نائماً أو في حالة إغماء. ويقابل الوعي اللاوعي أو اللاشعور، وهو المفهوم الذي قامت عليه نظرية التحليل النفسي، ويرى "سيغموند فرويد" (S.Freud) أن الوعي تكوين نفسي منطقي يتوافق مع نمط معين من البيئة، وترتبط فيه الطاقة العقلية بالرموز اللفظية، وبالتالي تتشكل بها، في حين أن اللاوعي تكوين نفسي غير منطقي منعزل عن الوعي لا يتوافق مع البيئة الخارجية، ولا يخضع للرموز اللفظية وبالتالي لا يتشكل بها. (إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 113)

إذا فالوعي يتضمن الإدراك الحسي كما يتضمن الابتداء والسيطرة على الحركة الطوعية الإرادية وكذلك يتضمن القدرات والعمليات العليا ويوصف الوعي سريرياً بأنه استمرار لحالة اليقظة والنشاط إلى النعاس، ثم ينتهي بالغيوبة. (خليل إبراهيم البياتي، 2002: 305)

والوعي هو قدرة على الاستبصار، فيسأل الإنسان (من أنا؟) وما هي الذات، وما معنى الحياة والموت؟، والوعي يمكن الإنسان من ربط الماضي بالحاضر والتطلع إلى الأبعد. وللوعي صفات هي:

- إدراك الذات.
- إدراك باطني للحس.
- وحدة الشخصية.

فهذه الصفات تدل على أن للوعي عنصراً شخصياً لا يتساوى فيه اثنان من حيث إدراكهما للألم أو وصفها لغروب الشمس مثلاً... الخ. (إبراهيم فريد الدّر، 1983: 325)

ولاحظ "كلاباريد" (Clapuréde) أن الوعي يحصل عندما يكون هناك عدم تكيف، لأنه عندما يكون السلوك متكيف، ويقوم بوظيفته بشكل جيد، وبدون صعوبات، فلا يوجد سبب للتفتيش عن تحليل



سياقات العمل الذي نقوم به، إننا نستطيع نزول الدرج بسهولة، وبدون تمثيل حركات الرجلين والأقدام وإذا أردنا تمثيل ذلك فإننا قد نسبب فشل العمل الذي نقوم به. (مريم سليم، 1985: 224)

أما علماء الفسيولوجيا فإنهم يرون الوعي وظيفة لخلايا المخ سواء كانت خلايا خاصة به أو مجموعة الخلايا المخية أو الدفعات العصبية البسيطة. (إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 113)

ويعرف علماء الاجتماع الوعي، بأنه إدراك الفرد لذاته باعتباره عضواً في جماعة معينة، ويرى البعض الآخر بأن الوعي هو الحصيلة المستمرة لعمليات الإدراك الشاملة التي يقوم بها الإنسان أينما وجد، وهي عملية مستمرة مادام الإنسان موجوداً، وتتضمن أربعة عناصر هي الإدراك والفهم، والتقويم والسلوك، والبعض الآخر يرى نوعان مختلفان من الوعي هما:

- وعي فردي: يتصل بإدراك الفرد للأبعاد المختلفة لأمر من الأمور.
- وعي جماعي: وتتسم به مجموعة من الأفراد تربطهم صلة معينة.

وهناك علاقة بين النوعين حيث يتأثر كل منهما بالآخر ولا يمكن فهم أي منهما بمعزل عن الآخر. (بن عباس فتيحة، 2011-2012: 299)

ويذهب "ميد" (G.H.Mead) في تفسيره للوعي بأنه ينشأ نتيجة الفعل الاجتماعي، إذ تمكن عملية التواصل من أن يعي الفرد، لا غيره فقط أي الآخر، بل يرى نفسه أيضاً منظور الآخر، أي يقوم بدور الآخر إزاء نفسه. (إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 113)

أي أن إدراك الفرد لنفسه وللبيئة المحيطة به، وهو على درجات من الوضوح والتعقيد، والوعي بهذا المعنى يتضمن إدراك الفرد لنفسه ولوظائفه العقلية والجسمية وإدراكه لخصائص العالم الخارجي وأخيراً إدراكه لنفسه باعتباره عضواً في جماعة.

ويشير كل من "بادي الخطيب" و"محمد أحمد إسماعيل" إلى الوعي بأنه قدرة الإنسان على استيعاب الحقائق من حوله، كما يندرج الوعي في قائمة المعايير التي تحدد درجة تفاعل العقل مع معطيات البيئة والمجتمع، ويتصف هذا التفاعل بين السالب تبعاً لما تفرضه مؤثرات البيئة أو الوسط المحيط الذي يقرر غالباً نوعية الاستجابة وسمات ردود الأفعال.

وتختلف نظرة "فلاديمير كاربوشين" (F.Karboshin) للوعي فالوعي بالنسبة له هو خاصية العقل الإنساني، ونتاج للتطور الطويل والمعقد للطبيعة وللمجتمع.

وبهذا فالوعي عبارة عن أسلوب إدراك أعضاء كل جماعة للواقع الاجتماعي بما يشتمل عليه من علاقات ونظم ومدى فهمهم لما يدور فيه من أحداث، وتقييمهم لها، وردود أفعالهم تجاهها، نتيجة التطورات الحاصلة في حياة الإنسان ويتضمن مثل هذا الفهم للوعي الأبعاد التالية:

- الإدراك.
- الفهم.
- التقييم.
- رد الفعل. (إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 114، 115)

وبهذا فالوعي ليس مجرد معارف واتجاهات يعبر عنها الإنسان، وإنما هو علاقة بين الإنسان والوسط الاجتماعي المحيط به، وتعتبر هذه العلاقة عن الظروف التي يعيش فيها الإنسان وتحدد ملامح علاقاته الاجتماعية بما يتضمن من أساليب للإدراك وأشكال للفهم، وأنماط للتقييم ثم تظهر أساليب ردود الفعل في المواقف المختلفة.

ويعرف قاموس أكسفورد الوعي بأنه المعرفة المتبادلة بين الأشخاص، أو المعرفة والإيمان الراسخ والحجج والقناعة التي تؤدي إلى الاقتناع بصحة شيء، أو مجموعة الأفكار والانطباعات والمشاعر الموجودة في الشخص الواعي، والوعي هو الصفة التي تميز مقدرة الأفراد أو الأشخاص على التفكير. (إمام شكري إبراهيم أحمد القطان، 2009: 112)

وبهذا المعنى نستطيع أن نقول أن الوعي بالأشياء والقضايا المرتبطة بحياة الفرد وكل ما يدور من حوله يحدث عندما تكون هناك دلائل على وجودها فعلا وأن يكون الفرد ملما بكل ما يتعلق بها، وبهذا يكون شعورا خاصا اتجاهها.

**1-1-1- الغايات المقصودة من الوعي:**

يرتبط الوعي فردياً أو جماعياً بجملة من الغايات هي:

- اكتساب المعلومات والمعارف الجديدة أو التذكير بها والتأكيد عليها، وتحديد مضامينها بدقة وتوضيح الغايات المقصودة سواء كان منها الموجهة لصالح الفرد ذاته أو الجماعة، والعمل على ترسيخ القناعة بأهميتها وربطها بالعادات والأعراف والقيم السائدة في المجتمع.
- تنمية مهارات الأفراد والجماعات عن طريق الإرشاد والتوعية، بغية الحفاظ على السلامة وضمان الصلاحية والاستمرارية للحملات التوعوية، وذلك باستعمال الآليات اللازمة لذلك، والتركيز على الخبرات والتجارب المكتسبة في هذا الميدان.
- تعديل الاتجاهات والسلوكيات، والعمل على إقناع الفرد والمجتمع بجدوى هذا التغيير والتعديل في بعض السلوكيات، والاعتماد على التقاليد السائدة في المجتمع، وكذا خلق جو من التواصل النفسي بين الفرد والجماعة. (بن عباس فتيحة، 2011-2012: 299)

إن معرفتنا لمفهوم الوعي من خلال وجهات النظر المختلفة في تحليلها لمفهوم الوعي من جوانبه العديدة والمختلفة المقاصد حسب وضع الفرد سواء اتجه ذاته أو الآخرين، يجعلنا كل هذا وبمقتضيات طبيعة الدراسة الحالية نتساءل عن ما هي التوعية؟

**1-1-2- تعريف التوعية:**

يعرف "ناجي" (1996) التوعية بأنها العملية التي تشير إلى إكساب الفرد وعياً حول أمر ما أو أمور بعينها، وتبصيره بالجوانب المختلفة المحيطة بها، أي أن التوعية تشير إلى مدى التأثير في الإنسان أو الجماعة أو مجتمع لقبول فكرة أو موضوع ما، وعموماً فالتوعية تعني ما يلي:

- معرفة ماهية وظروف هذا الشيء.
- فهم طبيعة حركته، وهل هي مفيدة أو ضارة، إيجابية أو سلبية...؟
- التوصل إلى أسلم الطرق الممكنة واقعياً للتعامل مع هذا الشيء والسيطرة عليه.

(سليمان آل خطاب، 2010: 240)

## 1-1-3- أنواع التوعية:

## أولاً: التوعية الإعلامية:

المقصود بها هو خلق وعي عند الجمهور من خلال وسائل الإعلام المختلفة من أجل إدراك موضوع معين أو مشكلة محددة للتعرف على جوانبها المختلفة لفهمها والتفاعل معها بطريقة واعية ومسؤولة وإيجابية.

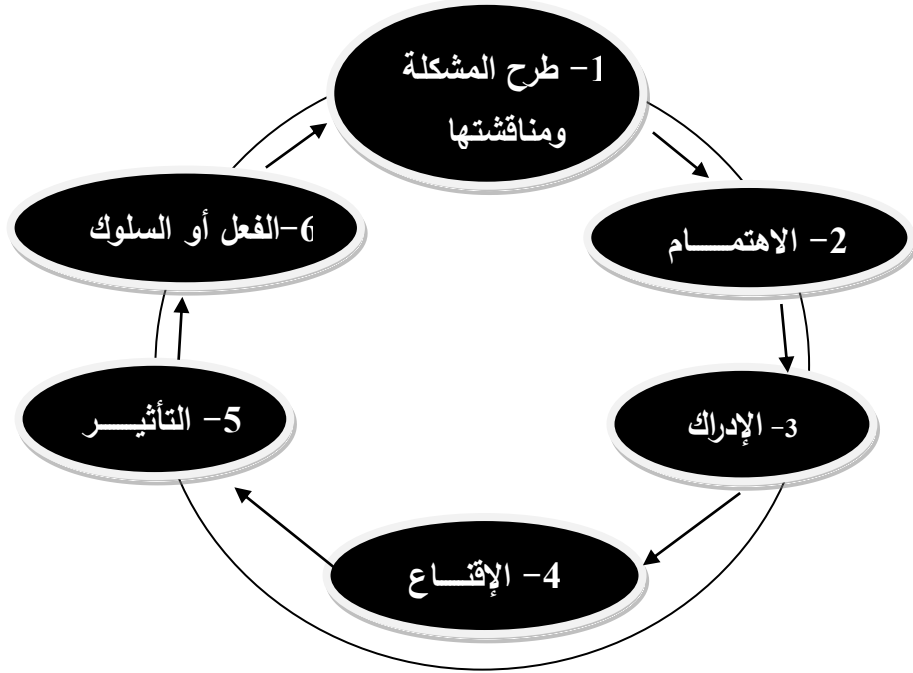
ولإدراك التوعية الإعلامية يتوجب على وسائل الإعلام تبني حملات إعلامية وإستراتيجية واضحة المعالم لتحديد المشكلة والتعريف بها، ثم تحديد أسبابها والعوامل التي تفرزها والفئات التي تتسبب فيها والتي تتأثر بها، وبعد تشخيص المشكلة تتم عملية وضع الحملة الإعلامية من أجل التوعية، وهي تحديد الجمهور المستهدف ثم الوسائل الإعلامية التي يتم استعمالها ثم تحديد الرسالة الإعلامية، ومن بعد ذلك زمن الحملة والوقت المناسب لتنفيذها.

ولنجاح الحملة وتحقيق التوعية الإعلامية يجب تفاعل الجمهور المستهدف مع الوسيلة الإعلامية والرسائل الإعلامية لتحقيق عملية الاهتمام ثم الإدراك ثم الإقناع ثم التأثير ثم الفعل.

والهدف النهائي للتوعية الإعلامية هو تقويم سلوك الجمهور المستهدف وتصويبه عن طريق تصحيح الفكرة الخاطئة أو التصور الذهني الخاطيء عند الفرد، وتصويب السلوك المنحرف لا يتم إلا بعد تصويب الوعي المنحرف عند الجاني.

ومن هنا يجب أن نقر أن التوعية الإعلامية هي عملية اتصالية إقناعية معقدة يجب دراستها والتحضير والتخطيط لها بطريقة منهجية وعلمية، ونظراً للميزة المعقدة للسلوك المنحرف فإن تصحيحه ليس بالعملية السهلة حيث يجب تظافر جهود جهات عديدة ومختلفة في المجتمع من أجل الوصول إلى نتائج معتبرة وملموسة. (محمد مسعود قيراط، 2014: 7)

وتتم التوعية الإعلامية حسب محمد مسعود قيراط (2014: 08) وفقا للشكل التالي:



شكل رقم (01): يوضح نموذج التوعية الإعلامية وتقويم السلوك.

وترى الطالبة الباحثة أن التوعية الصحية تعتمد في تقديمها للأفراد من خلال حملات التوعية الإعلامية، باعتبار أن هناك علاقة وطيدة بين التوعية الصحية والإعلام، حيث أن التوعية الصحية من موضوعات الإعلام الصحي والوقائي، وتتفق أهدافها في إحداث وعي صحي لدى الفرد الذي لا يدرك بعض المخاطر التي تؤدي به إلى الهلاك، وذلك من خلال تقديم المعلومات الصحيحة عن بعض المواضيع مثل الإدمان على المخدرات ثم تدريب الفرد على السلوك الوقائي والتحذير من الأمراض التي قد تنتج عن تناول المخدرات، وكذا الابتعاد عن السلوكيات المدمرة للصحة انطلاقاً من إدراك الفرد لها ونستطيع أن نقول أن المخطط السابق يفسر لنا أيضاً كيفية حدوث التوعية الصحية.

### ثانياً: التوعية الاجتماعية:

لا تختلف التوعية الاجتماعية في محتواها عن باقي أنواع التوعية من حيث هي إدراك الفرد ومعرفته بمفردات البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها وطبيعة أخطارها ونقاط قوتها وضعفها، من أجل تجنب سلبياتها، فمن مفردات الوعي الاجتماعي تحقيق التوازن بين أنشطة العمل وأنشطة الفراغ والترويح وتحقيق التوازن بين حجم العائلة وبين مواردها المالية، وعدم إجهاد الذات بالعمل والكسب

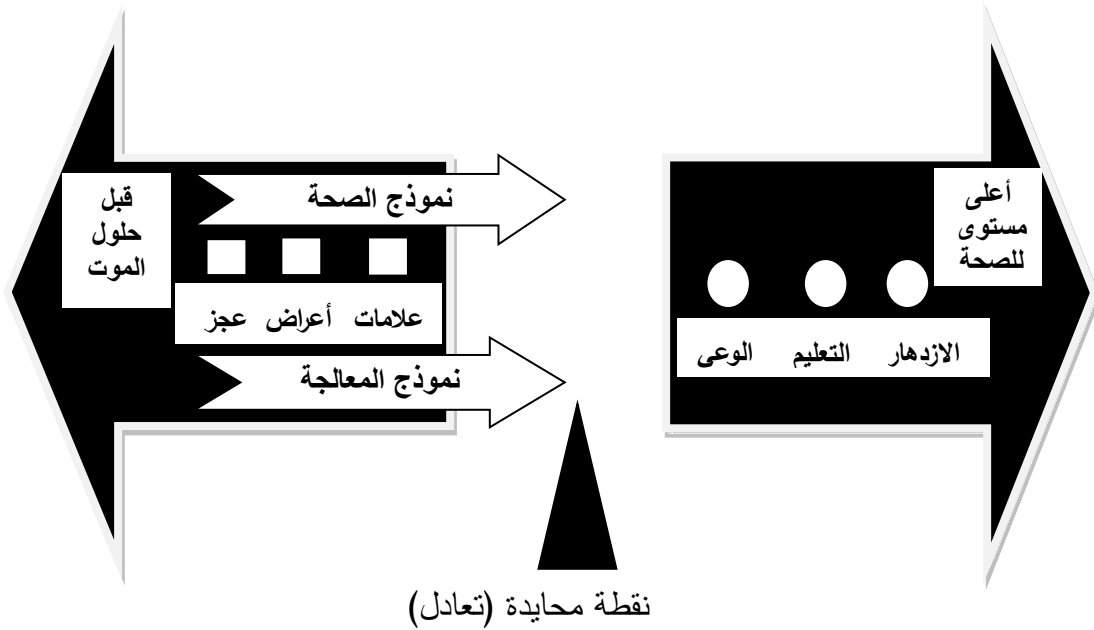
المادي والابتعاد عن المنافسة والصراعات بين الآخرين، وعدم إعطاء المجال للآخرين بالتدخل في شؤونه، مع تحقيق الموازنة المثالية بين العبادة أي عبادة الله سبحانه وتعالى والعمل الاقتصادي والإنتاجي، والالتزام بالقيم الاجتماعية الإيجابية كالشجاعة والثقة العالية بالنفس والتعاون والإيثار، والصدق والصراحة... الخ والتخلي عن القيم السلبية كالكذب والغش والاعتداء على الآخرين. (إحسان محمد الحسن، 2008: 214)

## 1-2- تعريف الصحة:

الصحة في اللغة العربية تعني البرء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض والصحة في البيئة. (عبد المنصف حسن علي رشوان، 2006: 33)

وجاء في تعريف "بركنز" (Perkins) للصحة أنها، حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه.

وهناك تعريف آخر ينظر إلى الصحة لا باعتبارها غياب للمرض فحسب، بل يعرفها من خلال الأطوار المتعددة لكل من الصحة والمرض ويفترض تدرجاً قياسياً يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة كما في الشكل الموالي: (نجلاء عاطف خليل، 2006: 27)



شكل رقم (02): يوضح نموذج الصحة ونموذج المعالجة.

ويوضح هذا الشكل أن الانتقال من الوسط حيث (النقطة المحايدة) إلى ناحية اليسار يعرض حالة الصحة التي تسوء تدريجياً، وأن الانتقال من الوسط إلى اليمين يشير إلى نمو مستويات الصحة والسعادة كما أن نموذج المعالجة (الأدوية والأعشاب الطبية أو التدخلات الجراحية أو الطب النفسي أو الإبر الصينية...الخ) يمكن أن توقف الشخص عند النقطة المحايدة وذلك عندما تسكن أو تزول أعراض المرض.

كما يساعد نموذج الصحة -الذي يمكن أن يستخدم عند أي نقطة على التدرج- على التحرك تجاه المستويات العليا للصحة لأنه يوجه إلى ما بعد النقطة المحايدة ويشجع على التحرك ناحية اليمين بقدر الإمكان، وهو بذلك لا يعني أن يحل محل نموذج المعالجة، بل إنه يعمل بالتوافق معه، بمعنى عدم توقف الشخص المريض بعد العلاج عند النقطة المحايدة، وإنما يجب التحرك تجاه أعلى مستوى للصحة وقد يكون الشخص متوتراً أو قلقاً أو غير سعيد بشكل عام في حياته على الرغم من عدم ظهور أعراض فيزيقية عليه، غير أن هذه الحالات الوجدانية قد تعتبر مرحلة ممهدة للمرض النفسي أو الفيزيقي، كما يمكن لهذه المشاعر أن تسبب إيذاء الجسم من خلال التدخين والإفراط في الأكل أو الإفراط في شرب المواد المخدرة، حيث عادة ما تعوض هذه السلوكيات تلك الاحتياجات الإنسانية للشخص من قبيل تقدير الآخرين له ومودتهم ورعايتهم له، ووجود بيئة محفزة وباعثة للرضا عن الذات. ومن ثم فالصحة ليست حالة ساكنة، وهو ما نرى معه أن الوصول للمستوى الأعلى للصحة يستلزم توفير عناية جيدة بالجسم وأن يستخدم الشخص عقله بشكل بناء، وأن يعبر عن عواطفه بشكل مؤثر وحقيقي وأن يهتم ببيئته الفيزيقية والنفسية والروحية وأن يبدع وسط كل المحيطين به. (نجلاء عاطف خليل، 2006: 27)

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها حالة الاكتمال والسواء الجسمي والعقلي والاجتماعي وليست فقط مجرد الخلو من المرض أو العاهة. (عبد السلام بشير الدويبي، 2005: 53)

ويقترَب هذا التعريف في كون الصحة تعني عقل سليم في جسم سليم في أسرة سوية وبيئة صالحة.

ويعطي تعريف المنظمة الدولية للصحة ثلاث أبعاد رئيسية للصحة إذا غابت ظاهرة المرض وهي: (محمد هاني راتب، سلمى فؤاد دواره، 2007: 04)

- البعد الجسمي "العضوي" للصحة.
- الصحة العقلية والنفسية.
- الصحة في بعدها الاجتماعي.

فالصحة هي الاكتمال البنائي في الجوانب الجسمانية والنفسية والعقلية وحسن الأداء الوظيفي في صورة اتزان ديناميكي يحقق السلام من الأمراض وأنواع العجز والإصابات مما يمكنه من التعامل الإيجابي في الحياة.

وبهذا يمكن بلورة مفهوم الصحة باختصار في العناصر التالية:

- حالة كاملة من السلامة من ضوء المعايير القياسية لها.
- تتضمن كافة جوانب الشخصية (العقلية والنفسية والاجتماعية والجسمانية).
- هذه الحالة أكبر من كونها خلوا من الأمراض والعجز والضعف.
- تكمن هذه الحالة السوية للإنسان من التعامل الإيجابي في الحياة.

(عبد المنصف حسن علي رشوان، 2006: 33)

ويعرف "تالكوت بارسونز" أن الصحة هي حالة من الطاقة الكاملة للفرد، يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تتم تنشئته على تأديتها بصورة متتالية. (طارق السيد، 2007: 47)

### 1-3- التوعية الصحية:

كان الدكتور "جوزيف براث" (Prath) من ولاية ماساسوست هو أول من أدخل تقنيات توعية مرضى السل وأسره في العملية العلاجية لهذا المرض عام (1900م)، وسرعان ما تم تبني هذا الأسلوب من قبل الدكتور "روبرت موللي" (Molloly) في ميدان الطب النفسي والإرشاد النفسي، وقد استفاد الكثير من المرضى النفسيين من البرامج التنقيفية الخاصة بالأمراض السيكاترية.

وفي ميدان العلاج النفسي السلوكي، فقد برهنت الدراسات السريرية أهمية توعية المريض في مواضيع الصحة النفسية نظراً لأن هذا التنقيف يلعب دوره الكبير في تبديل السلوك والمعتقدات الخاطئة



التي غالباً ما تكون عائقاً في هذا التبديل، وقد امتد هذا التثقيف ليشمل التنازل والمجالات المتخصصة وكافة وسائل الإعلام حيث استمتع الكثيرون بالعملية التثقيفية الوقائية في ميدان الصحة النفسية وبخاصة دور التوترات النفسية في الأمراض العضوية، وأيضاً أخطار الكحول والمخدرات على الصحة النفسية والبدنية والأمن الاجتماعي.

وفي القطاع السيكولوجي برز اختصاص متكامل ضمن ميدان علم النفس اسمه "علم النفس الصحي" يهدف إلى التعامل مع أنماط الحياة الصحية السليمة والوقاية من المرض، أما الأمراض السيكاترية فلم تعتمد في الماضي موضوع الثقافة الصحية ولا في نطاق علم النفس الصحي إلا أن الاتجاهات الحديثة اليوم قد ضمنت بعض المشكلات المتعلقة بالصحة مثل الكحولية والإدمان على المخدرات، وأيضاً مرض الاكتئاب ضمن الطرق الوقائية. (محمد حمدي حجار، 1992، ج2: 5، 6)

فالتوعية الصحية هي ترجمة المعارف، والمعلومات، والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد. (عبد الناصر عبد الرحيم القدومي، 2005: 233)

والتوعية الصحية هي الترجمة لما هو مألوف عن الصحة فيما يتعلق بالصحة التامة أو بسلوك الجماعة عن طريق العملية التنفيذية أو التعليمية.

واستناداً إلى هذا التعريف فإن التوعية الصحية تتضمن:

- الحقائق الصحية الأساسية.
- الأهداف الصحية للسلوك الصحي.
- العملية التعليمية لتحقيق هذه الأهداف.

إن التوعية الصحية هي هذا الجانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية. (إقبال إبراهيم مخلوف، 1991: 192)

وهي إدراك الفرد لذاته، وإدراك الظروف الصحية المحيطة وتكوين اتجاه عقلي نحو الصحة العامة. (شعباني مالك، 2005-2006: 221)

## 1-3-1- أهداف التوعية الصحية:

تسعى التوعية الصحية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف من أجل الارتقاء بالفرد في شتى جوانبه الصحية.

**الهدف الأول:** تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسميا وعقليا ونفسيا واجتماعيا، وذلك بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والترفيه والعلاقات الإنسانية وتنظيم الأسرة.

**الهدف الثاني:** الأخذ بأسباب الوقاية من الأمراض ومن الحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة وتحسينها، كما يجب أن يعرف الأفراد ما هي الممارسات المطلوبة، ولماذا تمارس وكيف يمكن أن تؤدي، مثل الصحة الشخصية، وكيفية المحافظة عليها، ورعاية الأمومة والطفولة والأنشطة المرتبطة بالإسعافات وأنواع التغذية الصحية... الخ.

**الهدف الثالث:** المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة، والاستمرار في العلاج حتى الشفاء، وذلك عن طريق الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن وتوفير الدولة العديد من الخدمات الصحية، وهنا يجب أن يعرف الأفراد بوجودها وأنشطتها المختلفة ومواعيد العمل بها، وسوف يثار هذا في تدعيم الأنشطة وتجنب الخسائر الاقتصادية الناجمة عن الاستخدام السيء أو الغير مناسب.

وترتبط التوعية الصحية بالخدمات الصحية كل منها بالأخرى تماما، وقد أمكن للدولة أن تواجه مسؤولياتها نحو الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض من خلال ما يلي:

أ. الخدمات الصحية التي تتضمن كل من الرعاية الصحية والطبية.

ب. التوعية الصحية.

ولابد أن يكمل التنقيف الصحي البرامج الصحية كلها كما يجب ألا يعتبر كفرع منفصل عن الصحة العامة، ويجب أن يعطي اهتمام خاص للتنقيف الصحي في مراكز رعاية الأمومة والطفولة وفي مجال التحكم في الأمراض المعدية ومجال التحكم في الأمراض المتوطنة، وفي برامج الصحة العقلية.

**الهدف الرابع:** ترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية والطبية والدوائية والغذائية والاجتماعية التي تقدمها الدولة. (إقبال إبراهيم مخلوف، 1991: 192، 193)

### 1-3-2- أساليب التوعية الصحية:

تستخدم في التوعية الصحية الأساليب التالية:

أ- **وسائل الإعلام:** الإعلام هو نقل أفكار ومعلومات وحقائق إلى الجمهور عن طريق وسائل الإعلام المختلفة والتي هي جزء من وسائل الاتصال ويهدف الإعلام إلى الإخبار بالحقائق والتعريف بها وإيصالها للجمهور من أجل تكوين ردة فعل واستجابة ومن ثمة حصول تغذية راجعة أو تغذية عكسية ويهدف الإعلام من حصولها لتحقيق أهداف محددة. (محمد أبو سمرة، 2010: 10)

ووسائل الإعلام تعمل على توصيل المعلومات والخبرات، وتزويد الناس بالمعلومات السليمة والحقائق الثابتة التي تساعد على تكوين رأي صائب في الوقائع والمشكلات الطارئة، بحيث يعبر هذا الرأي تعبيراً صادقاً عن عقلية الجماهير وميولهم، وهي تمتاز بمساعدة المثقف الصحي على الاتصال بعدد كبير من الناس في وقت واحد، ومن أمثلتها التلفاز والمذياع والشبكة الإلكترونية، غير أنها ذات اتجاه واحد لا يشارك المستمع في تخطيط برامجها، وقد تقل فاعليتها بسبب عدم وصول الوسيلة إلى المستهدفين فيها، أو عدم جذب الانتباه بدرجة كافية أو عدم مناسبة الوسيلة لمستوى الجماهير.

ب- **الاتصال المباشر:** وتتمثل في مقابلة المثقف للمتعلم من خلال عدة طرق من بينها:

- **المحادثة الشخصية (المقابلة):** وتكون بين الطبيب والمريض أو بين الأخصائي الاجتماعي أو المعاون الصحي أو المدرس وسائر فئات المواطنين.

- **اللقاءات:** ومنها حلقات المناقشة والمحاضرات واللجان الصحية والندوات والمؤتمرات، وتكيف الطريقة وفقاً للظروف، ووضوح التجارب والانفعال مع المثقف والمتعلم، والمرونة عندما يحتاج لتغيير الموضوع. ( فيصل محمد غرابية، 2008: 253)

ج- المشاركة الشعبية: وتقوم على مشاركة الأهالي في عملية التوعية في العمليات التالية:

- تحديد الحاجات والمشكلات الصحية.
- وضع أولويات لحل هذه المشكلات.
- إثارة الوعي في المجتمع.
- إيجاد الموارد والإمكانيات اللازمة للحل.
- تنفيذ برامج التنقيف الصحي.

د- التخطيط لبرامج التوعية الصحية: يتم التخطيط عادة عن طريق تشكيل لجنة، ويختلف شكل هذه اللجنة والاختصاصات التي تتمثل فيها وفقاً للظروف المحلية، ومهمة هذه اللجنة أن تدرس المشكلات الصحية والبرنامج التنقيفي، الذي يصلح للفئة المستهدفة المقصودة، ويلزم بالتنسيق بين الجهود الأهلية والجهود الحكومية بوضع البرامج الثقافية بالرعاية الصحية اللازمة، ولا بد أن يراعي في التخطيط للتنقيف الصحي بما يلي: (فيصل محمد غرابية، 2008: 250، 251)

- تحديد دور كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي.
- تحديد المدى الذي تتوقعه الهيئات المهنية من برنامج التنقيف.
- مراعاة التسلسل في المادة العلمية التي تحتويها خطة التنقيف.
- تحديد الطرق والوسائل التي تتبع في التنقيف الصحي.
- تحديد الوقت الذي ينبغي أن يحدد التنقيف الصحي.

### 1-3-3- طرق ووسائل التوعية الصحية:

قد تكون طرق التوعية الصحية مباشرة أي وجهاً لوجه حينما يكون المرسل والمستقبلون في مكان واحد، غير مباشر حينما توجد قناة اتصال، أو مجال يوصل بين المرسل والمستقبلين.

والطرق المباشرة للتوعية الصحية تتمثل فيما يأتي:

1) وجود المرسل والمستقبل في مكان واحد بحيث يستطيع كل منهم أن يتبادل الأفكار ويحقق مزيد من التوافق، ولذلك تكون هذه الطريقة غالباً أكثر فاعلية، كما أن المحتويات التعليمية أيضاً يمكن أن تتقبل تبعاً لاهتمامات المستقبلين وكما يحسها المثقف نفسه.

(2) تكون الاستجابة أكبر والاهتمام أكثر، كذلك الأمر بالنسبة لعمليات الجذب التي تعتبر هامة جداً في مجال التنقيف الصحي، ولكنها عمليات تتطلب مشاركة أكثر فاعلية من جانب الجمهور.

أما الطريقة الفردية في التوعية قد توجه إلى فرد أو جماعة، يمكن استخدام هذه الطريقة في المناسبات التالية:

(1) إذا ما وجد شخص يعاني من مشكلة صحية خاصة مثل الأمراض التناسلية وطبيعة المشكلة هنا اجتماعية ونفسية.

(2) إنشاء الزيارات الخاصة بالخدمات الصحية المختلفة سواء كانت وقائية خلال فترة الوقاية كما في حالة الخدمات الصحية في مجال رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الصحة المدرسية أو عند علاج الأمراض المعدية أو الأمراض الطفيلية أو في حالة علاج الأمراض الغير معدية أي خلال الزيارات التي تتم من أجل الخدمات المختلفة بالعيادات أو الزيارات المنزلية.

(3) حينما يرفض الفرد الذي يقاوم للحاق بركب النشاط الجماعي حيث يعتبر هذا الموقف ممثلاً لوجهة نظر متعلقة ببعض السلوك الصحي، وهنا على المتقن أن يتنافس معه ليبرز له بؤرة اهتمامه الخاصة من وجهة نظره ويوضحها له. (إقبال إبراهيم مخلوف، 1991: 194)

أما الطريقة الجماعية المباشرة فتستخدم في المواقف التالية:

(1) الندوات والمحاضرات حيث يتكلم شخص وينصت الآخرون.

(2) المناقشات الجماعية حيث يناقش الأفراد مع متقنهم الصحي مشكلاتهم الصحية.

إذ يمكن للأفراد من خلال المناقشة أن يقدموا أفكارهم ويوجهوا تساؤلاتهم، وبذلك يمكنهم أن يصلوا إلى المزيد من الفهم والوضوح، كما أن المناقشات سوف تؤدي إلى تضامن أكثر ومشاركة فعالة من جانب أعضاء الجماعة، التي تشعر أن أي تغيير يحدث قد ينبع منهم وليس مفروضاً عليهم، ولكي تكون المناقشة الجماعية صالحة تراعي الجوانب النفسية التالية: (فيصل محمد غرايبة، 2008: 258)

• أن لا يسيطر القائد على الجماعة، وعليه أن يساعد فقد في المناقشة ويوضح بعض النقاط وإلحاق الأفكار النهائية.

• أن يحترم كل عضو في جماعته، ويشجع على أن يأخذ جانباً من المناقشة.

• أن تضع الجماعة خطتها للعمل، وتحدد أهدافها المبتغاة.

المناقشات في التوعية الصحية مثمرة ومفيدة لأن الأفراد يمكنهم من خلال المناقشة أن يقدموا أفكارهم ويوجهوا تساؤلاتهم، وبذلك يمكنهم أن يصلوا إلى مزيد من الفهم والوضوح كما أن المناقشات سوف تؤدي إلى تضامن أكثر ومشاركة فعالة من جانب أعضاء الجماعة التي تشعر أن أي تغيير يحدث قد نبع منهم وليس مفروضاً عليهم، كما أن الموافقة والاعتماد الجماعي يعتبرها مأخذ الأحداث أي تغيير في السلوك.

فأحياناً يكون الناس مقتنعين ببعض الخرافات ولكنهم لا يستطيعون التغيير بسبب الأفكار الخاطئة التي تنسب إلى الدين أو التقاليد أو العقائد الخاصة بمجتمعهم، فإذا ما أحسوا أن الجماعة لن تعارض فلن يقاوموا أو يرفضوا التغيير.

ولكي تكون المناقشة الجماعية صالحة يجب أن تشبع بعض الجوانب النفسية التالية:

- لا يسيطر القائد على الجماعة وعليه أن يساعد فقط في المناقشة ويوضح بعض النقاط ويلخص الأفكار النهائية.
- يجب أن يحترم كل عضو في جماعته ويشجع على أن يأخذ جانب من المناقشة.
- يجب أن تضع الجماعة خطتها للعمل وتحدد أهدافها المبتغاة.

(إقبال إبراهيم مخلوف، 1991: 195)

### 1-3-4- مبادئ التوعية الصحية:

عملية التوعية الصحية عملية تعليمية تماثل عملية التعليم العام، وتهدف إلى تغيير المعلومات والاتجاهات والشعور والسلوك الإنساني، وتقوم على الأسس التالية:

- قدرة الإنسان على التفكير.
- الجهد المبذول من المتعلم.
- القدوة وفهم السلوك.

وتمارس التوعية الصحية في مجالات عديدة أهمها الصحة الشخصية، والصحة المنزلية والصحة المدرسية.

**1-3-5- أسس التوعية الصحية:**

تبنى التوعية الصحية على الأسس التالية:

- 1) الوقوف على الموارد والإمكانات الصحية في كل مدينة أو حي أو قرية أو مجتمعات سكانية لأن معرفة هذه الموارد سيسهل عملية التوعية الصحية.
- 2) معرفة عادات وتقاليد ومفاهيم الناس نحو الصحة والمرض وطرق الوقاية، لكي تركز على المفاهيم الخاطئة فيها.
- 3) تحقيق المشاركة الفعلية من جانب فئات المجتمع كافة في عمليات التوعية والتنقّف الصحي كالأُسرة والمدرسة ورجال الدين والأطباء.
- 4) وجود التنسيق بين الأجهزة الصحية وأجهزة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والعمالية وغيرها.
- 5) إنتاج واستعمال وسائل سمعية وبصرية، علماً أن كل مجتمع يحتاج إلى وسائل تثقيفية خاصة ترتبط بمستواه الثقافي والتعليمي.

هذه هي أهم ركائز التوعية الصحية وبدونها يكون مجرد رعاية صحية تقليدية لا تحدث أي تأثير يذكر، وهي تتطلب مهارات من يقوم بالتوعية الصحية. (فيصل محمد غرابية، 2008: 255)

**1-3-6- كيفية تغيير السلوك الصحي:**

التوعية الصحية عملية متصلة ومستمرة وتراكمية محصلتها النهائية هو تغيير سلوك الأفراد والمجتمع وتغيير السلوك يمر بسلسلة من المراحل قبل إتباع السلوك الجديد ويجب على كل من يقوم بالتوعية الصحية فهم هذه المراحل جيداً لكي يكون مصراً على محاولاته من أجل التغيير وهذه المراحل كالآتي:

- 1) **مرحلة الوعي:** وهي مرحلة الإلمام بالمعلومات والحقائق الصحية.
- 2) **الاهتمام:** وهي المرحلة التي يبحث فيها الفرد عن تفاصيل المعلومات ويكون مرحباً بالاستماع أو القراءة أو التعلم عن الموضوع.
- 3) **التقييم:** وأثناء هذه المرحلة يزن الفرد الإيجابيات والسلبيات لهذا السلوك ويقوم بتقييم فائدتها له ومثل هذا التقييم هو نشاط ذهني ينتج عنه اتخاذ القرار بمحاولة إتباع السلوك المقترح أو رفضه.

4) **المحاولة:** وهي المرحلة التي يتم فيها تنفيذ القرار عملياً ويحتاج الفرد لمعلومات إضافية ومساعدة أثناء هذه المرحلة للتغلب على المشاكل التي تعترض طريق التطبيق.

5) **الإلتباع:** وفي هذه المرحلة يكون الفرد مقتنعاً ويقرر صحة السلوك الجديد وإتباعه.

هذه المراحل ليست أجزاءً مستقلة حرفياً عن بعضها حيث تتداخل مع بعضها أثناء تنفيذها ويمكن للأشخاص المختلفين الذين تعرضوا لنفس المعلومات أن يمروا بمراحل مختلفة من عملية الإلتباع وهو ما يمكن تشجيعه بالسلوك الجماعي الإيجابي حيث يكون بطيئاً في البداية ويزداد كلما اتبعه عدد أكبر من الأفراد. (ملتقى التوعية الصحية، 2010: 7)

ومما سبق يتبين لنا بأن التوعية الصحية جزء أساسي من برامج الوقاية من بعض الأمراض المتعددة والمتفشية في المجتمعات المختلفة، والوقاية تعتمد على برامج التوعية الصحية في كثير من مسعاها لتحقيق أهدافها في المجال الصحة العامة، والقضاء على بعض الظواهر الخطيرة المتفشية في المجتمعات والتي هي في تزايد مستمر مثل ظاهرة الإدمان على المخدرات، ولهذا فالوقاية تعتمد على توعية الناس، فرداً وجماعة ومجتمعاً، فما هي الوقاية ؟

## 2- مفهوم الوقاية (Prévention):

يشير التعريف القاموسي إلى أن الوقاية تعني "منع وقوع حدث غير مرغوب فيه أو الحيلولة دون حدوثه". (رشاد أحمد عبد اللطيف، 1999: 08)

وتعرف مشروعات أو برامج الوقاية بأنها أي تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسباً لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسباً لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلاً، ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة، أو الإعاقة الجزئية لحدوث المشكلة، أو التعقيدات أو كليهما.

(وفيق صفوت مختار، 2005: 151)

وأهم ما في هذا التعريف أنه يشير صراحة إلى أن الوقاية قد تكون كاملة وقد تكون جزئية، ومن ثم فهو ينفق مع التفرقة التي تتبناها منظمة الصحة العالمية بين الوقاية من الدرجة الأولى، والوقاية من الدرجة الثانية، والوقاية من الدرجة الثالثة.



يعرفها "مارتن بلوم" (Martin Bloom) مجموعة الإجراءات التي تتخذ لوقاية الأفراد أو المواطنين بالمجتمع من النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية والثقافية التي تهددهم، كما هو الحال في مشكلة تعاطي المخدرات، وتستهدف تقوية وتعزيز القوى الحالية لديهم والقوى الكامنة وتحسين مستويات الصحة وتحقيق الأهداف المرغوبة للمجتمع. (رشاد أحمد عبد اللطيف، 1999: 9)

إن الإجراءات الوقائية النوعية تتطلب التدخل والتكامل بين مختلف التخصصات والمهن للعمل على التأثير على الأنساق الضاغطة والبنائات المؤثرة على من يعانون من المشكلات لوقايتهم منها.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) الوقاية بأنها إجراء مخطط له يتخذ من موقف التوقع لمشكلة ما...، أو مضاعفات متعلقة بظروف واقع بالفعل ويكون الهدف هو الحيلولة بشكل كامل أو جزئي دون حدوث المشكلة أو المضاعفات أو كليهما معاً. (رشاد أحمد عبد اللطيف، 1999: 08)

وتشير الوقاية إلى أي فعل مخطط، نقوم به تحسبا لظهور مشكلة معينة، أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلاً، وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة للمشكلة، ولمضاعفتها أو للمشكلة والمضاعفات معاً. (صالح بن الرميح الرميح، 2004: 07)

وفي إطار ما سبق يتبين لنا بأن الوقاية هي منع وقوع حدث غير مرغوب فيه أو الحيلولة دون حدوثه، محاولة التغلب على كل الظروف السيئة المحيطة بالأفراد والتي تؤدي بهم إلى إتباع سلوكيات منحرفة وشاذة قد تقودهم للجريمة مثل إدمان المخدرات.

### أ- معنى الوقاية في القرآن الكريم:

ذكر القرآن الكريم فعل "وقى" ومشتقاته حوالي (258) مرة، وورد لفظ الوقاية بمشتقاتها في القرآن الكريم في تسعة عشرة موضعاً منها: (محمد فؤاد عبد الباقي، 1988: 761)

- 1) قوله تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا فُوا أَنفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا ». سورة التحريم الآية: (06)
- 2) قوله تعالى « وَمَنْ يُوقِ شُحَّ نَفْسِهِ فَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ». سورة الحشر الآية: (09)، سورة التغابن الآية: (16)

- 3) قوله تعالى « وَقِهِمُ السَّيِّئَاتِ وَمَنْ تَقِ السَّيِّئَاتِ يَوْمَئِذٍ فَقَدْ رَحِمْتَهُ ». سورة غافر الآية: (09)

4) قوله تعالى «رَبَّنَا آتِنَا فِي الدُّنْيَا حَسَنَةً وَفِي الآخِرَةِ حَسَنَةً وَقِنَا عَذَابَ النَّارِ». سورة البقرة الآية: (201)

5) قوله تعالى « وَجَعَلَ لَكُم سَرَائِلَ تَقِيكُمْ الْحَرَّ وَ سَرَائِلَ تَقِيكُمْ بِأَسْكُمْ ». سورة النحل الآية: (81)

6) قوله تعالى « مَا لَكَ مِنَ اللَّهِ مِنْ وَلِيٍّ وَلَا وَاقٍ ». سورة الرعد الآية: (37)

7) قوله تعالى « فَوَقَاهُ اللَّهُ شَرَّ ذَلِكَ الْيَوْمِ وَلَقَّاهُمْ نَضْرَةً وَسُرُورًا ». سورة الإنسان الآية: (11)

8) قوله تعالى «فَوَقَاهُ اللَّهُ سَيِّئَاتٍ مَا مَكَرُوا وَحَاقَ بِآلِ فِرْعَوْنَ سُوءُ الْعَذَابِ». سورة غافر الآية: (45)

كما تحدث القرآن الكريم عن الوقاية بالمعنى الواسع في العديد من الآيات منها:

#### وفي الوقاية من الشرك:

- قوله تعالى « فَاجْتَنِبُوا الرِّجْسَ مِنَ الْأَوْثَانِ وَاجْتَنِبُوا قَوْلَ الزُّورِ ». سورة الحج الآية: (30)

- قوله تعالى «لَا تَجْعَلْ مَعَ اللَّهِ إِلَهًا آخَرَ فَتَقْعُدَ مَذْمُومًا مَّخْذُولًا». سورة الإسراء الآية: (22)

- قوله تعالى « وَلَا تَجْعَلُوا مَعَ اللَّهِ إِلَهًا آخَرَ إِنِّي لَكُم مِّنْهُ نَذِيرٌ مُّبِينٌ ». سورة الذاريات الآية: (51)

#### وفي الوقاية من خطر العدو:

- قوله تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا خُذُوا حِذْرَكُمْ ». سورة النساء الآية: (71)

- قوله تعالى « وَأَحْذَرَهُمْ أُنْ يَفْتِنُوكَ عَنْ بَعْضِ مَا أَنْزَلَ اللَّهُ إِلَيْكَ ». سورة المائدة الآية: (49)

#### وفي الوقاية من الخلاف والتفرق:

- قوله تعالى « وَأَعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا ». سورة آل عمران الآية: (103)

- قوله تعالى « وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ تَفَرَّقُوا وَاخْتَلَفُوا ». سورة آل عمران الآية: (105)

#### وفي الوقاية من قول الزور (والتزوير عموماً):

- قوله تعالى « وَاجْتَنِبُوا قَوْلَ الزُّورِ ». سورة الحج الآية: (30)

#### وفي الوقاية من الظن:

- قوله تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ ». سورة الحجرات

الآية: (12)

### وفي الوقاية من الخمر والميسر والأوثان:

- قوله تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ». سورة المائدة الآية: (90)

### وفي الوقاية من الآفات الجنسية:

- قوله تعالى « وَلَا تَقْرُبُوا الزَّوْجَ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا ». سورة الإسراء الآية: (32)

### وفي الوقاية من الربا:

- قوله تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَذَرُوا مَا بَقِيَ مِنَ الرِّبَا إِن كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ ». سورة البقرة الآية: (278)

### ب- معنى الوقاية من تعاطي المخدرات:

الوقاية من المخدرات من الموضوعات الحيوية المعروفة على ساحة البحث العلمي وعلى الرغم من أهميته إلا أنه ما زال أقل فهما ويُتناول بمعان مختلفة تخطط بين مناهج أخرى مثل المواجهة والعلاج والتخفيف أو التقليل... كما قد يؤخذ أحياناً بمعنى شمولي أي " كل أنواع المكافحة الوقائية ضد الجنوح أو الجريمة"، كما يؤخذ أحياناً بمعنى جزئي يبتعد عن مثل العمل مع مشكلة تعاطي المخدرات أو ما يسمى بـ **الحلقة المفرغة وهم رجال الشرطة، العدالة الجنائية، والسجون** ليؤكد على الوقاية التي ترتبط بالجانب الاجتماعي والتدابير المجتمعية ومشاركة أفراد المجتمع في مكافحة مشكلة تعاطي المخدرات.

كما أن هذا المفهوم كان في الماضي يقوم على أساس حصر الأسباب المؤدية إلى الجريمة أولاً ثم وضع البرامج التي يمكن أن تواجه تلك الأسباب وتمنع تأثيرها، ثانياً على الرغم من أن هذا المفهوم له وجهته إلا أنه ينظر إلى الوقاية من جانبها السلبي فقط.

أما الاتجاه الحديث فإنه ينظر إلى الوقاية من خلال إيجاد الظروف الإيجابية التي تتيح للناس فرص الحياة السوية الصحية في إطار التشريع والنظم القانونية القائمة.

(رشاد أحمد عبد اللطيف، 2008: 10، 11)

والوقاية من المخدرات هي مجموعة الإجراءات التي تستهدف منع تعاطي المخدرات أصلاً متمثلة في كل أنواع التوعية وإجراءات مكافحة العرض، فهي يقصد بها الإسهام في حماية الإنسان من الوقوع في آفة المخدرات، ويمثل هذا المفهوم مرحلة التأسيس للمتعلم للوعي بمفهوم المخدرات للابتعاد عنها.

فالوقاية هي أن لا تنتظر حتى يقع الشباب في إدمان المخدرات، وإنما البدء في اتخاذ التدابير اللازمة والإجراءات الممكنة لحماية الشباب من الوقوع فريسة تحت طائلة المخدرات، وذلك بتحسين قدرة الفرد على مواجهة مشاكله بصورة بناءة، ومواجهة العوامل الاجتماعية غير المواتية والتي يمكن أن تؤدي إلى إساءة استعمال المخدرات. (عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، 2011: 115)

ويستخدم مفهوم الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية بمعنى حماية الأفراد والمجتمع من خطر الوقوع في جريمة التعاطي، وهذا ما يشير إليه "رشاد أحمد عبد اللطيف" الذي كان يذهب إلى أن مفهوم الوقاية يعتمد على ضرورة إيجاد الظروف الإيجابية التي تتيح للناس فرص الحياة السوية الصحية في إطار التشريع والنظم القانونية القائمة، ولا يختلف "أحسن طالب" عن هذا التصور الذي يتضمن اتخاذ مختلف الجهود المجتمعية التي تهدف إلى الحيلولة دون توفر عوامل وظروف الجريمة أصلاً، وينطبق الأمر على مفهوم الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية التي يراد منها الجهود المجتمعة التي تهدف إلى الحيلولة دون توفر عوامل وظروف التعاطي بين الشباب. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 265)

فالوقاية تأخذ منحنيين منحي وقائي شامل لمكافحة كل الجرائم رجوعاً للعقوبات المسنة في كل مجتمع ومنحي جزئي يمثل في كل الأساليب المعتمدة من طرف كل من يعنى بمثل برامج الوقاية والتوعية من آفة إدمان المخدرات، والجدول الموالي يوضح لنا ذلك.

## الجدول رقم (01):

يوضح الجانب الشمولي والمحدد أو الجزئي للوقاية. (رشاد أحمد عبد اللطيف، 2008: 12)

المفهوم المحدد أو الجزئي	المفهوم الشمولي للوقاية
يعتمد على البعد المجتمعي حيث يرى أن الوقاية من تعاطي المخدرات يقصد بها الأساليب والتدابير التي تعتمدها الدولة، أو الجماعات المحلية، منظمات المجتمع بهدف السيطرة بشكل أفضل على الجريمة والعوامل المؤدية إليها).	إنها كل أنواع المكافحة ضد الجنوح والجريمة وهي تعتمد على التدابير الرادعة (العقوبة) وتهدف هذه العقوبات ليس إلى الردع فقط وإنما إلى الوقاية أيضا أي (التدابير التي يطبقها المجتمع ككل)
فهو مفهوم لا يعتمد على العقوبة بقدر ما يعتمد على الجهود المجتمعية التي تعمل على تعديل سلوك المذنبين أو متعاطي المخدرات وهذه نظرة مستقبلية لمواجهة الجريمة.	

وبهذا فمفهوم الوقاية يشمل مجمل الإجراءات بما فيها العقوبة والتي يتخذها المجتمع لمواجهة الجريمة أو تعاطي المخدرات والانحراف سواء كان هذا الانحراف على مستوى الأفراد أو المجتمع ككل.

## 2-1-1- مستويات الوقاية من الإدمان على المخدرات:

## 2-1-1-1- الوقاية من الدرجة الأولى:

تشمل الوقاية الأولية كل الإجراءات التي يمكن اتخاذها للسيطرة أو لخفض نسبة حدوث حالات مرضية معينة. (نخبة من الاساتذة الجامعيين في العالم، 1999: 23)

وتعنى الوقاية الأولية بمنع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها قبل حدوثه في المجتمع عامة من خلال استهداف واحد أو أكثر من عوامل الخطورة، أو خفض استخدام المخدرات عند الشباب وخفض الطلب وخفض العرض على المخدرات، إن أفضل الطرق لتحقيق مثل هذا الهدف هو التحصين الاجتماعي ضد تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، أي معالجة أسباب تعاطي المخدرات

وسوء استخدامها لمنع حدوثه، وهذه العملية تشبه عملية التطعيم ضد المرض أي عملية (تحسين اجتماعي) أما من الناحية الاجتماعية فإنه من المهم تعزيز الذخيرة الثقافية الاجتماعية المعززة لحماية المجتمع ووقايته من تعاطي المخدرات والمستهدف هنا هو المجتمع بأسره. (ذياب موسى البداينة، 2010: 95)

ويشير مطلب الوقاية الأولية سؤاليين مهمين لا بد من حلها بالحلول المناسبة حتى تضمن للإجراءات الوقائية التي نقوم بها أن تأتي بالثمار المرجوة بدرجة معقولة من الكفاءة، والسؤالين هما: إلى من توجه جهود الوقاية هذه؟ وكيف؟ أي ما الأسلوب الأمثل؟ وفيما يتعلق بالسؤال إلى من توجه الجهود إلى الجماعات الاجتماعية الأكثر هشاشة، والتي هي أكثر تعرضاً لاحتمالات التعاطي. (عبد العزيز خزاغلة، 2001: 26)

تعتبر الوقاية الأولية من أنسب الميادين للأخذ بها لمواجهة التعاطي والإدمان فخير للدولة وللمجتمع ألف مرة أن يبادروا إلى اتخاذ إجراءات الوقاية في هذا الميدان بكل ما استطاعوا من جهد وإنفاق على أن ينتظروا حتى تبرز معالم مشكلة التعاطي والإدمان، وليبدؤوا بعد ذلك خطوات العلاج وذلك لأن إجراءات الوقاية أقل تكلفة من حيث المال اللازم، وأقل مشقة من حيث الجهد المطلوب، ثم إنها اسماً من الانتظار حتى تبلغ مشكلة التعاطي والإدمان أبعاداً معينة تكفي لإقناع المسؤولين بالسير في طريق وضع البرامج وإقامة المؤسسات العقابية وتسيير السبل لتشغيلها.

### إلى من توجه جهود التوعية الأولية ؟

أولاً: الخطاب الذي يصلح لإقناع الشباب يختلف عن الخطاب الذي يلزم لإقناع الراشدين أو الكبار عموماً، وما يصلح لمخاطبة الذكور من الشباب لا يصلح لمخاطبة الشابات. وما يصلح لمخاطبة الشباب المتعلمين يختلف عن الخطاب الذي يوجه بالتالي إلى الشباب من أصناف الأميين.

ثانياً: جهود التوعية هي بالفعل أقل تكلفة من تلك الجهود التي تبذل للعلاج، ولكن هذا لا يعني بأي حال من الأحوال أنها غير مكلفة على الإطلاق، ومن هنا ينبغي على مصمم البرنامج الوقائي أو التوعوي أن يحسن التدبير لإنجاح برنامجه وذلك بتحديد مسبق ودقيق للفئة التي سيخاطبها هذا البرنامج حتى يأتي بالعائد المرجو.

**ثالثاً:** الحذر التام من توجيه الخطاب الوقائي إلى فئة غير محتاجة إلى هذا الخطاب أصلاً، خوفاً من أن يأتي بنتائج عكسية، فقد أوضح الدكتور "مصطفى سويف" في العديد من الدراسات الميدانية التي قام بها ومعاونوه عن أن هناك ارتباطاً قوياً بين تعرض الشخص لكل ما يتعلق بالمواد النفسية المحدثة للاعتماد (سواء بالسمع أو بالرؤية... الخ) وارتفاع احتمالات أن يتحول هو نفسه إلى متعاطٍ لهذه المواد، حيث يبدأ في الرغبة في التجريب، وقد يتطور الأمر إلى أكثر من التجريب. (وفيق صفوت مختار، 2005: 153)

ويمكن لجهود الوقاية والتوعية، إذا ما بوشر بها في وقت مبكر أن تخفض الطلب، مع أنها كثيراً ما تتأخر في إنكاء الوعي بأخطار مخدر ناشئ حديثاً. أما الأفراد الذين يواجهون عوامل خطر كبيرة، بما في ذلك العوامل المتصلة بالأسرة ومجموعة الأقران والصعوبات الاجتماعية والبيئية والنفسانية، فمن الأرجح أن يصبحوا من المتعاطين الجدد للمخدرات في الأسواق الناشئة للمخدرات غير المشروعة.

ويستطيع التدخل المبكر بقصد التخفيف إلى أقصى حد من وطأة عوامل الخطر تلك والتقليل من تعاطي المخدرات عن طريق تطوير المهارات الحياتية أن يكون فعالاً في مجال خفض الطلب على المخدرات غير المشروعة، ومن شأن التقليل من عدد الأفراد قليلي المناعة ومن مستوى ضعفهم أن يقلل من احتمال أن تصبح أسواق المخدرات الناشئة أسواقاً راسخة وأن يقلل بذلك الحاجة إلى المخدرات غير المشروعة والحاجة إلى عرضها في نهاية المطاف. (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014: 4)

## 2-1-2- الوقاية من الدرجة الثانية:

يقصد بالوقاية من الدرجة الثانية التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات.

وتشمل إجراءات نوعية من هذا المستوى اتخاذ بعض الخطوات التي من شأنها الكشف عن حالات التعاطي في وقت مبكر، وخاصة في العيادات الموجهة للكشف الطبي على الشباب كعيادات

الصحة المدرسية، أي العيادات التي يحول إليها طلاب المدارس بسبب الشكاوي من مختلف الأمراض ففي هذه العيادات يمكن للطبيب أن يضيف بعض الأسئلة للطلاب مثل هل أقدّم الطالب على تعاطي أحد المخدرات أو بعضها؟ هل يدخن؟ السن التي بدأ فيها التدخين أو المرة الأولى؟ وهناك مجالات يمكن الكشف بواسطتها على المتعاطي منها الفحص العلمي للمدخنين للالتحاق بوظائف معينة أو الانتساب إلى الأندية الرياضية أو مراكز رعاية الشباب، وذلك بفحص عينات من السوائل لديهم بواسطتها الكشف عن كثير من حالات التعاطي. (عبد العزيز خزاولة، 2001: 27)

### 2-1-3- الوقاية من الدرجة الثالثة:

والمقصود بها وقاية المعتمد على المواد النفسية من المزيد من التدهور، وينطوي هذا المفهوم على الاعتراف بأن الأخصائي الإكلينيكي يلتقي أحيانا بحالات لا تستطيع أن تكف عن التعاطي، وإذا توقفت لفترات محددة فهي لا تلبث أن تنتكس.

ويتوسع البعض أحيانا في التعامل مع هذا المفهوم على أساس من ابتكار بعض الأساليب المرنة التي تسمح للمعتمدين أن يعيشوا حياة أقرب إلى السواء، ولكن تحت المراقبة الأمنية والطبية، ومع تلقي بعض الخدمات الطبية والمعيشية التي تعينهم على الاستمرار متوقفين عن التعاطي، ويتوسع البعض أكثر من ذلك فيتعاملون مع هذا المفهوم على أن ينسحب على جميع إجراءات العلاج وإعادة التأهيل باعتبارها جميعا تهدف إلى وقاية المتعاطي من العودة إلى تعاطيه، ووقاية المجتمع من النتائج المترتبة عن تردي الحالة لى المزيد في محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع العريض. (وفيق صوت مختار، 2005: 159)

### 2-2- الأهداف العامة للأسلوب الوقائي في مكافحة المخدرات:

تتمثل الأهداف العامة للبعد الوقائي في:

(عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، 2011: 114)

(1) التعرف على أضرار المخدرات وآثارها السلبية على الفرد والمجتمع، وهذا ما يسعى إليه برنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة.

(2) غرس بعض القيم والسلوكات السليمة التي تمنع من تعاطي المخدرات.



(3) تطوير القدرات الفردية على مواجهة ومقاومة الضغوط التي تدفع الإنسان إلى تعاطي المخدرات.

(4) ضرورة مشاركة الفرد والجماعة والمجتمع في البرامج التي تهدف إلى خفض الطلب غير المشروع للمخدرات.

(5) تدريب الفرد على المشاركة المجتمعية للوقاية من المخدرات.

(6) تقوية المناعة الشخصية ضد القابلية للإيحاء، والتأثير السلبي لجماعات الأقران.

ويجب أن تتم الإجراءات الوقائية بإتباع العديد من الطرق التي تركز في جملتها على بناء الشخصية السوية وتحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية، ومعرفة دوافع الإدمان وتقليلها، ودراسة أسباب الإدمان وتجنبها، والتحذير من آثار الإدمان والتخلص منها. وتتم جميع الإجراءات الوقائية في إطار عمل فريق متكامل ومتعاون.

وفيما يلي إشارة إلى أهم الطرق التي تتضمنها الإجراءات الوقائية:

### (1) الإرشاد النفسي:

بخصوص الإدمان وأسبابه والكوارث التي يسببها، ويحسن أن يتم ذلك في إطار جماعي. ويركز الإرشاد النفسي الوقائي في مجال الإدمان على حل مشكلات الشباب، وتقديم هذه الخدمات الوقائية في مراكز الإرشاد النفسي.

### (2) الصحة النفسية:

وتهتم بتحقيق التوافق النفسي، وتستخدم طرق الوقاية المناسبة من الاضطرابات السلوكية، وتقديم المشورة والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة والتوجيه إلى مواجهة الواقع بدلاً من الهروب عن طريق الإدمان وتقديم العيادات النفسية خدمات العلاج النفسي في الحالات المبكرة للإدمان.

### (3) الخدمة الاجتماعية:

وتتضمن إجراءات البحوث الاجتماعية، والتدخل البيئي وتعديل البيئة الاجتماعية، وتهدف إلى تحقيق التوافق الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية. وتهتم مراكز الخدمة الاجتماعية بدعم السلوك

الجماعي السوي للشباب، وتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة في حالات الإدمان، وتقديم الرعاية الاجتماعية اللاحقة للمدمنين بعد علاجهم.

#### (4) التربية والتعليم:

وتهتم بالتنشئة الاجتماعية السليمة وتعلم وتبني فلسفة حياة سليمة وتعليم المهارات اللازمة للحياة، والإفادة من الكتابات العلمية المبسطة عن الإدمان وآثاره الضارة التي يجب أن يتجنبها المواطن كما يجب أن يقوم الأطباء النفسيون في المدرسة بدورهم الوقائي من الإدمان حيث يطبقون توجيهات التربية وعلم النفس، ويعقدون اجتماعات ولقاءات ومناقشات مع الطلاب يشارك فيها الأطباء النفسيون وعلماء الدين والاقتصاد والآباء.

#### (5) الصحة العامة والطب الوقائي:

ويكون الاهتمام بالرعاية الصحية العامة، وأهمية اللجوء إلى الرعاية الطبية في الوقت المناسب.

#### (6) الأسرة:

ومن واجبها تهيئة مناخ أسرى صحي مناسب مشبع بالأمن النفسي والحب، ويمتاز بالعلاقات الأسرية السليمة بين أعضاء الأسرة، ويمتاز بإشباع الحاجات وحصل الصراعات والتغلب على الإحباطات، وتوجيه الأولاد في اختيار الأصدقاء الصالحين، ومتابعة أحوالهم بعين يقظة، وتوفير القدوة الحسنة في الأسرة. ويجب تجنب المناخ الأسري الذي يؤدي إلى التفكك واحتمال التعرض للإدمان واجتتاب أساليب التربية الخاطئة للوقاية من آثارها المدمرة.

#### (7) وسائل الإعلام:

تركز وسائل الإعلام بكافة أنواعها (الإذاعة والتلفزيون والصحافة والسينما والمسرح والنشرات العامة والإعلانات) على برامج النوعية الجماهيرية بكل ما يتعلق بالوقاية من الإدمان من خلال الحوار مع المتخصصين والخبراء في مجال الإدمان، وإعداد أفلام تسجيلية لمقابلات شخصية مع مدمنين وذويهم وزملائهم للاستعانة بها في برامج الوقاية من الإدمان. وتقوم وسائل الإعلام بتعبئة الرأي العام ضد الإدمان، ومقاومة الأفكار الخاطئة عن الإدمان مثل الأثر الجنسي للحشيش وغيره من العقاقير.

**(8) دور العبادة:**

تركز على الجانب الديني، وإيضاح أن الإدمان غير مقبول دينياً، وتشرح رأي الأديان في الإدمان.

**(9) الرفاق:**

وهنا نؤكد أهمية حسن اختيار الرفاق والصحة الحسنة حيث العلاقات الاجتماعية الصحية وتحمل المسؤولية الاجتماعية تجاه الرفاق، ويلاحظ ضرورة تجنب الصحبة السيئة والبعد عن الإغراء والتجريب.

**(10) النوادي (ومراكز الشباب):**

وفيها يمكن ترشيد وقت الفراغ واستغلال أنشطته بأساليب جماعية، وممارسة الأنشطة الرياضية والهوايات. وتلعب النوادي الاجتماعية دوراً هاماً في الوقاية من الإدمان وغيره من الأمراض الاجتماعية. ويمكن إنشاء نوادي التائبين بعد العلاج حيث يجد المدمن التائب نفسه بين أفراد مروا بنفس تجربته ونجحوا في التخلص من الإدمان مما يزيد الثقة بالنفس والحماس، وهذه النوادي تعترف بالمدمن التائب كإنسان صالح. (حامد عبد السلام زهران، 1997: 439)

**(11) مراكز التأهيل:**

وهي تضطلع بتقديم خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعي، بهدف إعادة المدمن السابق بعد علاجه إلى أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع.

**(12) مؤسسات العمل:**

وهي تستطيع الإسهام في خدمات الوقاية عن طريق تنظيم العلاقات المهنية والإنسانية السليمة وظروف العمل التي تحقق التوافق المهني والرضا عن العمل وعن الدور المهني.

**(13) الجمعيات:**

ومنها على سبيل المثال جمعيات منع المسكرات، وتقوم بدور هام في نشر الوعي عن الإدمان ومضاره.

## 14) معاهد ومراكز البحث العلمي:

وهذه تقوم بدور متكامل، وتهتم بالبحوث المتخصصة والدراسات المسحية حول أسباب الإدمان وآثاره، وإعداد برامج الوقاية من الإدمان وتطوير طرق العلاج ومن أمثلتها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومعهد الدراسات العليا للدفاع الاجتماعي. (حامد عبد السلام زهران، 1997: 440)

## 2-3- أهم نتائج البحوث الميدانية ومضامينها بالنسبة لبرامج الوقاية:

1) من بين النتائج المهمة التي تكرر ظهورها في عدد من البحوث أجريت في مصر تحديد العمر الذي يبدأ فيه التعاطي، فهو ما بين سن خمسة عشر عاماً إلى سبعة عشر عاماً، حيث يتم تدخين التبغ (السجائر) وتعاطي المواد النفسية المحدثّة للاعتماد، بينما يتناقص التعاطي عند سن العشرين، أما عند سن الثلاثين فهناك ندرة في بدء التعاطي، وهذه النتائج تتطوي على اعتبارين هامين هما:

- أ. لا فائدة من تقديم برامج للوقاية الأولية (من الدرجة الأولى) إلى رجال فوق سن الثلاثين.
  - ب. إن أفضل عائد يعود علينا من برامج الوقاية الأولية أن توجه هذه البرامج إلى من تقع أعمارهم في الفترة من خمسة عشر عاماً إلى سبعة عشر عاماً.
- 2) معظم الشباب يبدؤون خطواتهم الأولى في التعاطي بمرحلة تسمى "المرحلة التجريبية"، حيث يجربون مغامرة التعاطي، ثم تتراجع عنها نسبة كبيرة، والذي يبقى ويواصل التعاطي هي نسبة محدودة تتراوح بين (25%) و(35%) وهنا نستنتج أن التكلفة تظل داخل حدود معقولة لأن الجمهور الذي نوجه إليه البرامج الوقائية جمهور محدود نسبياً.

3) هناك حقيقة مؤداها أن نسبة تتراوح بين (2%) و(10%) ممن لا يتعاطون ولم يجربوا التعاطي هم في حقيقتهم مستعدون لخوض التجربة إذا سنحت لهم الظروف، وعلى ضوء هذه الحقيقة لم يعد يكفي لمخططي السياسات الوقائية أن يعرفوا مقدماً نوعية وعدد الذين أقبلوا على مغامرة التعاطي ولو مرة واحدة، بل لابد لهم من أن يعرفوا شيئاً عن حجم هذه النسبة المحدودة المستترة داخل غير المتعاطين.

4) وجد أن (10%) من عينات الطلاب موضع الدراسة تعتقد أن تعاطي الأدوية المختلفة مفيد حتى لو كان ذلك بدون إذن الطبيب.. وهناك نسب تتراوح بين (2%) و(5%) تعتقد الاعتقاد نفسه بالنسبة للمواد النفسية الطبيعية. ويلاحظ أن من يعتقدون ذلك ليسوا من المتعاطين فقط، بل إن بعضهم من الشباب غير المتعاطين. لذا يلزم من واضعي البرامج الوقائية أن ينشروا المعلومات العلمية التي تجمع بين الأمانة العلمية وبين التبسيط، عن الآثار القريبة والبعيدة لتعاطي هذه المواد على أن يراعى دائما أن تنتشر المعلومات بانتزان شديد.

5) تم التوصل إلى نتيجة مهمة وهي وجود علاقة إيجابية وقوية بين دخول الشباب فعلاً في تجربة التعاطي وبين مقدار تعرضهم لموضوعات تتعلق بالمواد النفسية المحدثة للاعتماد سواء بالسماع أو بالرؤية أو بالقراءة...الخ، هذه النتيجة تلقى على عاتق مخططي برنامج الوقاية مهمة خلاصتها أن ينظروا في كيفية الإقلال من تعرض الشباب لهذه المثيرات المرتبطة بالمواد النفسية كالمخدرات.

ومن الجدير بالذكر في هذا الصدد أن أحد المصادر الهامة لهذه المثيرات وسائل الإعلام. وقد ورد ضمن النتائج التي تم التوصل إليها أن (المذياع، الراديو، التلفاز، التيلفزيون، السينما) تأتي في مقدمة المصادر التي يتعرض الشباب من خلالها لتلك المثيرات، وتأتي بعد ذلك الصحف اليومية والمجلات الأسبوعية، وفي المرتبة الثالثة يأتي الأصدقاء وزملاء الدراسة وأخيراً يأتي الجيران والأقارب.

7) وجد أيضاً أن المتعاطين من الشباب ينقسمون من حيث خبراتهم في بدء التعاطي إلى فئتين: فئة لعبت في خبرة البدء هذه دوراً سلبياً، فقد تعرضوا لضغوط من المحيطين بهم (أصدقاء أو أقارب...الخ) وانحصر دورهم في الاستجابة لهذه الضغوط، فبدأوا التعاطي، وهؤلاء الغالبية.. وهناك فئة أخرى تتراوح بين (5%) في حالة المواد النفسية الطبيعية، و(40%) في حالة الأدوية المختلفة قاموا بدور إيجابي، فقد بذلوا جهداً إيجابياً في سبيل معايشة خبرة التعاطي هاتان فئتان مختلفتان من الناحية النفسية، لا يجوز لواضعي البرامج الوقائية طمس الفروق بينهما.. وبالتالي لا بد من أن نحسب حساب هذين النموذجين وليس نموذجاً واحداً، عند إعداد البرامج الوقائية. (مصطفى سويف، 1999: 35-39)

## 3- من يقوم بالتوعية:

## 3-1- التوعية على مستوى الأسرة:

تقتضي من الأمهات والآباء تعهد أولادهم منذ الصغر ليغرسوا في نفوسهم أنبل معاني الأخلاق الفاضلة والقيم الدينية والوطنية وكذلك غرس معاني الرجولة والخشونة والإباء والشيم فيبيعدوهم عن كل ما يحطم رجولتهم وشخصيتهم ويقتل الفضيلة والأخلاق فيهم، ويوهن العقل والجسد لأن ذلك -ولا شك- يكون سلامة لتفكيرهم وقوة لأبدانهم وحفظاً لأخلاقهم وسمو لأرواحهم وحافزاً قويا لتحقيق ذاتهم وآمالهم وأمانيتهم. وأن يضع الآباء والأمهات في حسابهم أن طفلهم الصغير إذا اعتاد التدخين فهو بلا شك يريد الرذائل، فإنه سيتدرج شيئاً فشيئاً إلى ما هو أعظم وأشنع منه قبحا وفسادا وانحرافا، وصدق من قال: "التدخين بريد المخدرات والرذيلة" وهذه الخصال طريق إلى الفحشاء والمنكر والفساد.

## 3-2- التوعية على مستوى المدرسة:

تقتضي من الآباء والأمهات وأفراد الأسرة جميعا والمربين في دور التعليم الانتباه للشباب المراهقين وتحذيرهم من ظاهرة تعاطي المخدرات في محيط الصغار والكبار منهم وبيبنوا لهم أضرارها.

## 3-3- التوعية على المستوى الإعلامي:

تقتضي التوعية حملة إعلامية متواصلة تقوم بها جميع وسائل الإعلام المكتوبة والمرئية، والتعاون مع دور الثقافة من مسرحيات وتمثليات ومحاضرات يقوم بها أهل الاختصاص في المدارس والمتوسطات والثانويات والجامعات ومراكز التجمعات من دور للشباب وغيرها وذلك بكشف مضار المخدرات وعواقبها الوخيمة على الفرد والأسرة والمجتمع، وبهذه الإجراءات الأولية نخطو خطوات مرحلية لإبعاد أبنائنا من هذه الآفة المدمرة، ونحقق مبدأ "الوقاية خير من العلاج". (شتوان بلقاسم، 2010: 21)

ويمكننا الآن أن نتقل بالحديث عن جزئية ثانية وهي التي نبلورها بالسؤال التالي:

- كيف نوجه جهود هذه التوعية سواء أكانت مادة التوعية تعتمد على القول كالأحاديث والمناقشات أو تصويرية كالأفلام؟ للإجابة على التساؤل المهم سوف نتطرق لهذه المبادئ حتى يمكن الاسترشاد بها؟

#### 4- الأساليب التي يجب مراعاتها في إعداد برامج الوقاية والتوعية:

كي تكون برامج التوعية الصحية أكثر فاعلية وتأثيراً يجب أن يلتزم كل مخطوط هذه البرامج بالنقاط التالية:

##### أولاً: الالتزام بالأسلوب التربوي المتكامل بدلاً من أسلوب التلقين:

والفرق الرئيس في هذا الصدد هو أن أسلوب التلقين يعتمد أساساً على إعطاء المعلومة كأنها حقيقة معرفية خالصة، وهذا غير صحيح في سياق التوعية الذي نحن بصددده، لكن الصحيح أننا بصدد الحديث عن مادة نفسية (كالمخدرات مثلاً) في سياق سلوكي، أو من حيث هي مؤثر في تشكيل السلوك ومن ثم فالواجب تقديمه في سياق قيمى متكامل.

##### ثانياً: الالتزام بالحقيقة دون مبالغة أو تهويل:

يعتمد كثير من المتحدثين بلا قصد إلى المبالغة سواء في وصف الآثار السلبية أو غير المباشرة للمادة النفسية المحدثة للاعتماد، ووجه الخطأ في ذلك كما يرى الدكتور "مصطفى سويف" أن المتحدث وهو يصف مشاعر النشوة التي تعترى المتعاطي بعد تعاطيه قد يجد نفسه (دون قصد أيضاً) وكأنه يُرغب بعض المتلقين لرسالته في أن يجربوا الحصول على هذه النشوة، ثم أن صيغ المبالغة بوجه عام مألها إلى أن تفقد مصداقيتها لسبب أو لآخر، لذا ينبغي لمقدم برامج التوعية أن يبتعد ما أمكن عن أسلوب المبالغة، وأن يعتمد على تقديم الحقيقة في صيغة معتدلة بلا تهويل أو تهوين. (وفيق صفوت مختار، 2005: 155)

##### ثالثاً: تجنب الخوض في التفاصيل الدقيقة:

يميل بعض المتحدثين إلى الخوض في التفاصيل الدقيقة المتخصصة عندما يتحدثون مثلاً عن سلوكيات المتعاطين أو المعتمدين، معتقدين أنه هو التمهيد المناسب لكي ينتقلوا بعد ذلك إلى النقد الشديد لهذه السلوكيات، ووجه الخطأ في هذا أن التفصيل الشديد في وصف أي فعل يؤدي إلى تجسيم هذا الفعل أمام المتلقي بدرجة تجعل من اليسير عليه أن يحاكيه إذا أراد ذلك، وفي هذا السياق يجب الامتناع تماماً عن الكلام تفصيلاً في وصف أي طريقة من طرق التعاطي لأي مادة نفسية سواء أكانت مخدرة أو منشطة أو مهلوسة.

## رابعاً: تناول موضوع المواد النفسية المحدثّة للاعتماد كجزء من كل:

المتحدث يُحسن صنعاً إذا هو قدم حديثه عن تعاطي هذه المادة النفسية أو تلك في سياق حديثه عن موضوع أشد اتساعاً كالعناية بالنشاطات الرياضية مثلاً، ففي ثنايا حديثه عن أهمية النشاطات الرياضية يأتي المتحدث عن موضوع المنشطات مثلاً على أساس أن بعض الرياضيين يتناولونها، ويتخذ من هذا المدخل تمهيدا لحديث علمي مبسط ومكثف حول الآثار السيئة التي تخلفها هذه المواد في الصحة البدنية والنفسية وهو ما يتعارض مع ممارسة النشاطات الرياضية.

ونختتم هذه الجزئية بالعناية بالحالات تحت الإكلينيكية، وهي وجود نسبة من متعاطي بعض المواد النفسية المحدثّة للاعتماد بدءوا تعاطيهم بغرض التداوي لا بغرض الترويح والانتشاء، وهم ممن يعانون من بعض الاضطرابات الصحية البدنية أو النفسية، أو الاثنين معاً ولسبب آخر لم يلجأوا إلى الطبيب، أو لجأوا ولكن حالتهم لم تتحسن ومن ثم فقد أشار عليهم بعض الأهل أو الأصدقاء بأن يلجأوا إلى مخدر ما كالأفيون مثلاً، أو إلى بعض الحبوب المنشطة... الخ، فأصبحوا بعد فترة محسوبين ضمن المتعاطين ويستخدم في هذا الصدد اصطلاح الحالات تحت الإكلينيكية.

بينما هناك نسبة أخرى من الأفراد إلى جانب النسبة المذكورة، وهؤلاء قد تكون متاعبهم متبلورة وواضحة ولكنهم مع هذا لا يقصدون الطبيب لأسباب متنوعة، والمشكلة هنا هي عدم توافر خدمات طبية باليسر أو الكفاءة المطلوبة في ظل الظروف السائدة في كثير من المجتمعات، وخاصة مجتمعات الدول النامية، بينما الحصول على الخدمات الطبية ذات الكفاءة المعقولة لأكثر عدد من المواطنين في القرى والمدن على حد سواء يؤدي بالقطع إلى تخفيض عدد المتعاطين بهدف التداوي لا بهدف الترويح أو الحصول على اللذة.

ويؤكد الدكتور "مصطفى سويف" أنه لا ينبغي أن نعتبر أن تلك الفئات هي فئات ضئيلة الحجم إلى الدرجة التي تبيح لنا أن نتجاهلها وهذا خطأ جسيم، فجميع البحوث الميدانية التي قام بها مع معاونوه أثبتت أن هذه الفئات ذات حجم لا يجوز تناسبه في تدابير الوقاية الأولية.

( وفاق صفوت مختار، 2005: 157 )



## 5- ضوابط استخدام برامج التوعية الصحية:

تعتبر الندوات من أفضل الأساليب وأكثرها جدوى في تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض الإقبال على تعاطي المخدرات، دون الدخول في التعديلات الجذرية للكيفية التي يجب أن تواجه بها هذه الندوات فإنها بصورتها الراهنة يمكن أن تزداد فائدتها بصورة ملحوظة إذا تم اللجوء إليها بضوابط معينة على النحو التالي:

## أولاً: حجم المجموعة:

تشير الخبرات في هذا المجال إلى أن كبر حجم المجموعة التي تجرى معها الندوة تقلل من احتمالات جدوى ترسيخ المعاني والتوجيهات المقصودة، والسبب في ذلك أن كبر الحجم يحتم أن يكون الموقف أقرب إلى الإملاء والتلقين من جانب المتحدث أو المتحدثين، أما إذا كان الحجم صغير بحيث يسمح بمناقشات حقيقية بين الشباب والمتحدث فإن هذا أدى لأن يندمجوا في مستوى المشاركة مما يزيد من احتمالات تبنيهم لبعض الأفكار والقيم والتوجيهات التي تطرح عليهم.

## ثانياً: البعد عن التخويف والترهيب:

يجب أيضا إبعاد الحديث عن أسلوب التخويف، ويلاحظ أن معظم الأحاديث في البرامج التوعية باختلاف صورتها تستهدف الشباب المعرضين للإقدام على التعاطي تكون مليئة بالمبالغات بعناصر التخويف الشديد، وكثيرا ما تكون مليئة بالمبالغات التي لا سند لها، وهذا التوجه هو خاطئ تماماً، ذلك أن نسبة الشباب الذين تستهويهم خبرة تعاطي المخدرات إنما يقدمون عليها بدافع الرغبة في المغامرة والإحساس بالخطر، وبالتالي فإن أحاديث التخويف التي توجه إلى الشباب تستثير فيهم مزيداً من الرغبة في الإقدام على تجربة المخدرات وقد جاء في الورقة البيضاء عن المخدرات المدفوعة إلى رئيس الولايات المتحدة الأمريكية في سبتمبر (1975) ما يلي: "وقد تعلمنا كذلك دروساً قيمة من البرامج التي تبين بعد ذلك فشلها، ذلك أن التجارب القديمة في مجال التربية لمواجهة المخدرات تلك التجارب التي كانت تستخدم آلية التخويف في توجيهها نحو الشباب لم تفلح بل يبدو أنها كانت ذات تأثير معاكس وذلك باستثارة دافع حب الاستطلاع نحو المخدرات.

وهذا ما أيدته منظمة الصحة العالمية، قد اعتمد فيما بعد على الأحاديث المؤسسة على علم حقيقي بخصائص المواد المخدرة بما يناسب مستوى ومتطلبات الأفراد الذين يوجه الحديث لهم. (العشري عبد الهادي محمد، 2001: 212، 213)

## 6- شروط التوعية الصحية من أجل تبديل مواقف ومعتقدات المراهق من تعاطي المخدرات:

يجب أن تتوفر الشروط التالية في برامج التوعية الصحية من الإدمان على المخدرات:

1) أن تكون المادة التوعوية مثيرة لاهتماماته، ومتناسبة في المحتوى وأسلوب العرض وإيصال المعلومات إليه مع مستوى تحصيله الثقافي اللغوي وذكائه (أي وسائل الإيضاح والعون التثقيفي).

2) أن تكون الوسيلة التعليمية التثقيفية متنوعة أي:

أ. اعتماد أسلوب المحاضرة مع استخدام السبورة.

ب. عرض الأفلام العلمية الطبية الخاصة بأضرار المخدرات على جميع المستويات مع أهمية إزالة حاجز اللغة عند عرض هذه الأفلام (التعريب أو شرح خطوات الفيلم قبل عرضه باللغة العربية).

ج. إجراء حلقات نقاش حول مواضيع تتحدد مسبقا تتناول أضرار المخدرات والمسكرات وتقاد من قبل المرشد الاجتماعي أو معاونيه، حيث يكلف أفراد هذه الحلقات من المتعالجين الأحداث بإعداد مواضيع تطرح من أجل الحوار والنقاش الجماعي وذلك وفقا لمستوياتهم الثقافية وكذا تخصيص جوائز ومكافئات.

د. إعداد ملصقات جدران تتضمن رسوما أو بيانات مكثفة بخط كبير عن أضرار المسكرات والمخدرات تعلن على لوحات خشبية حائطية وذلك كجزء من العملية التثقيفية المبدلة للبنية المعرفية.

هـ. توفير الكتب والمنشورات والمجلات والدراسات الخاصة بالتوعية ضد أضرار المخدرات.

(محمد حمدي حجار، 1992، ج:2: 8)

## 7- التوعية من تعاطي المخدرات من منظور إسلامي:

يلاحظ أن عدداً كبيراً من المفكرين حاولوا تقديم رؤى للوقاية تستمد عناصرها من العقيدة الدينية الإسلامية نفسها، ففي سياق الحديث عن أهمية النظام العقابي بوصفه جزءاً لا يتجزأ من عمليات مكافحة المخدرات تجد "خلود آل معجون" أنه لا بد من الإشارة إلى أن العقوبة لا يمكن أن تكون كافية للحد من انتشار ظاهرة التعاطي، وإن كانت قاسية، إذ يقتضي الأمر تضافر الجهود لتطويق الظاهرة ومنع انتشارها، ويمكن إجمال التوجهات الرئيسية التي من شأنها الحد من تعاطي المخدرات على النحو الآتي:

- تقوية الوازع الديني في النفوس.
- الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.
- قيام الأسرة بواجباتها نحو إعداد النشء وتربيته إسلامياً.
- التحذير من صحبة رفاق السوء.
- التوعية والإعلام بأضرار السموم.
- فتح المصحات المتخصصة في معالجة المدمنين.
- ضرورة عدم نبذ الأسرة لأبنائها عند اكتشاف تعاطيهم.
- تنظيم شغل أوقات الفراغ لدى الشباب بالأندية الثقافية والعلمية.
- الحد من السياحة السيئة.
- الحد من العمالة الأجنبية.
- التبليغ عن المتعاطي والمروج.
- كفالة أسرة المتعاطي.

وتأخذ الاجتهادات الفقهية الآثار المترتبة على التعاطي منطلقاً لتبين الحلال والحرام فيها، وهذا ما أخذ به "ابن تيمية" عندما نظر إلى حشيشة القنب وعدها في عداد الخمر من ناحية الحد والنجاسة المفروضتين على مستعملها كالخمر تماماً، ومن باب الخبائث كما يرى "أحمد الحنين". واستناداً إلى قوله تعالى: «...يَأْمُرُهُم بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ...». سورة الأعراف الآية: (157)

ويذهب "ماجد أبو رحية" إلى أن قوة المجتمع الإسلامي ووحدته وتماسكه تشكل الأساس الذي أرسى عليه الإسلام شرائعه وأحكامه، وقد أرسى الإسلام هذه القواعد بنصوص كثيرة في الكتاب الكريم والسنة النبوية الشريفة، ففي القرآن الكريم مواضع عديدة تدعو إلى ضرورة التكاتف والتعاون كقوله تعالى: «واعتصموا بحبل الله جميعاً ولا تفرقوا...». سورة آل عمران الآية: (103)، وفي قوله تعالى: «إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الَّذِينَ يُقَاتِلُونَ فِي سَبِيلِهِ صَفًّا كَأَنَّهُمْ بُيُوتٌ مَّرصُوصَةٌ». سورة الصف الآية: (04)، وفي الحديث الشريف ما رواه البخاري {لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه}.

وقد حرم الإسلام، كما يرى "أبو رحية"، كل ما يؤدي إلى إضعاف هذه العوامل حرصاً على وحدة الصف وجمع الكلمة، فحرم البغي والفساد الغيبية والنميمة والتحاسد والتباغض والزنا والسرقة. ورأس المفاصد كلها الخمر الذي عدّه رسول الله ص أم الخبائث.

ويقوم "أبو رحية" بتحريمه لتعاطي الخمر والمخدرات على أساس قاعدة حفظ الضرورات الخمس التي اتفقت الشرائع السماوية عليها وهي الدين والنفس والمال والنسل والعقل لأن مصالح الدين والدنيا مبنية عليها، فلا بد من الدين، لأن الإنسان بلا دين إن هو إلا قشة في مهب الريح، ولا بد أن يسلم له دينه وأن تتوفر له حرية الاعتقاد، ومن هنا فإن المساس بأمر الدين يعد أمراً عظيماً تُعاقب عليه الشريعة لأنه يمس شعور الناس جميعاً.

أما النفس فهي كريمة عند الله عز وجل عزيزة على الإنسان وقال الله تعالى: «...مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا...». سورة المائدة الآية: (32)، أما حفظ النسل فيعني المحافظة على النوع الإنساني من الفناء والانقراض، ولهذا نظمت الشريعة الإسلامية طريق الاتصال بين الرجل والمرأة فأحلت الزواج ورسمت معالمه وبينت حدوده، وأما العقل فهو مناط التكليف وعماد التفكير والأداة الفاعلة في التغلب على مشاق الحياة وتذليل صعابها، والمحافظة عليه تكون واجبة لأن صاحبه عضو من أعضاء المجتمع يمدّه بالخير ويتعاون معه على البر والتقوى واعتداء الإنسان على عقله أو اعتداء غيره عليه يكون شراً على الجماعة ينالها بالأذى ويفقدتها قوة من قواها، ولهذا فمن حق الجماعة أن تعاقب من اعتدى على عقله أو من اعتدى على عقل غيره.

وتعمل الشرائع على الوقاية كما تعمل على العلاج، ومن ذلك جاء تحريم الخمر بقوله تعالى: « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ

تُفْلِحُونَ». سورة المائدة الآية: (90). وكان عقاب شاربها بقوله صلى الله عليه وسلم { من شرب الخمر فاجلدوه } (سنن الترمذي). ويندرج الأمر على غيبوبة العقل بأي نوع من أنواع المسكرات أو المخدرات وهو أمر يأباه الدين والخلق وتأباه المروءة والشهامة لأنه يتنافى مع اليقظة الدائمة التي يفرضها الإسلام على المسلم. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 279)

والخمر ما خامر العقل كما فسرها سيدنا عمر بن الخطاب، وهو شامل للمخدرات بكافة أنواعها والله سبحانه وتعالى نهى عن التعاون في المعاصي كقاعدة عامة في قوله سبحانه وتعالى: « وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ ». سورة المائدة الآية : (2).

(نصر الدين مروك، 2010: 210)

ثم أن الغيبوبة التي تتجم عن أي شكل من أشكال المسكرات أو المخدرات ما هي في حقيقتها إلا هروب من واقع الحياة وجنوح إلى التصورات التي تثيرها النشوة، والإسلام ينكر على الإنسان هذا الطريق ويريد من الناس أن يروا الحقائق، وأن يواجهوها ويعشوا فيها دون أن يقيموا حياتهم على تصورات وأوهام وهذا الاعتبار وحده، كما يرى "أبو ربيعة" كاف من وجهة النظر الإسلامية لتحريم الخمر وتحريم سائر المخدرات وهي رجز من عمل الشيطان مفسد في الحياة.

كما يذهب "علي القائي" إلى أن موقف الإسلام من جيل الشباب يتجلى في النظر إليهم على أنهم ثروة لا بد من الاهتمام بها، والعمل على الاستفادة من طاقاتها الحيوية وقدراتها بالشكل الذي يجعل اتجاهات الشباب ومشاعرهم وعواطفهم تتجه نحو بناء أوطانهم، وتعزيز قدرات مجتمعهم. وفي سيرة الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم دروس وعبر يمكن الاستهداء بها لمعرفة كيفية التفاعل مع الشباب والفتيان ممن هم فئة الأعمار التي تجعلهم عرضة للأخطار وتدفعهم إلى الانحراف والإقبال على تعاطي المخدرات، وقد ظهرت آثار سياسة النبي ص واضحة في سلامة جيل الشباب والفتيان من أزمات المراهقة التي تعرفها مجتمعات اليوم، وتشكل الأساس الذي تقوم عليه مظاهر الانحراف والفساد الاجتماعي، لقد كان جيل الشباب الذي عاش مع النبي ص معافى من أمراض العصر التي يعيشها شباب اليوم وفتيانهم فجيل الشباب في عهد النبوة لم يعرف المراهقة، ولا الأزمات النفسية ولا مظاهر الاضطراب كما هو حال المراهقين في العصور الحديثة.

لقد اعتمد الرسول صلى الله عليه وسلم على جيل الشباب وأولاهم أهمية فائقة مستعيناً بالفطرة السليمة التي يتحلّى بها هذا الجيل، بعد أن عزز في نفوسهم الثوابت الأخلاقية والأصول الدينية والمبادئ الأساسية التي تجعلهم يواجهون قدراتهم وطاقتهم نحو رسالتهم في نشر العقيدة، وتعزيز مبادئ الدين الحنيف، ونشر العدل والمساواة في الأرض، فكانت مشاعرهم تتجه نحو تعزيز قيم الخير والحق والعدل والإحسان وإغاثة الملهوف وكان التزامهم بالشعائر الدينية وإقدامهم على الصلاة والدعاء مصدر قلق وحيرة لأعدائهم الذين لم يجدوا تفسيراً لهذا الالتزام الذي منحهم من القوة ما جعلهم خارج مصادر التهديد النفسي والاجتماعي وخارج حدود القلق التي تقوى في غياب الإيمان، فالرسول الكريم ص كان يعتمد على الشباب في الكثير من المهمات التعليمية والتوجيهية وحتى العسكرية، فقد جعل من سعد بن مالك، واحداً من الدعاة للدين الجديد، وكان ابن مالك من الدعاة النشطين، ويرسل النبي صلى الله عليه وسلم "مصعب بن عمير" إلى المدينة المنورة ليكون أول مبلغ للإسلام، وها هو أسامة بن زيد يتولى في عهد النبي صلى الله عليه وسلم جيشاً ضد الروم، وكان هؤلاء جميعاً في سن الفتوة وسن الشباب.

وعلى الرغم من تكامل التصورات الإسلامية المتعلقة بالوقاية من تعاطي المخدرات، التي تهدف من حيث النتيجة إلى الحد من التعاطي وتعزيز قوى الضبط الذاتية في وعي الشباب، غير أنه من الملاحظ أن الإجراءات المشار إليها في سياق الحديث عن التدابير الوقائية من وجهة النظر الإسلامية تحتاج إلى مزيد من الضبط والدقة، فالتصورات المطروحة أقرب ما تكون إلى التوجهات العامة منها إلى التدابير الوقائية بالمعنى العلمي المتعارف عليه لمفهوم التدابير، فتقوية الوازع الديني في النفوس، لكونه أهم القيم التي تساعد على تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي هو توجه عام في الوقاية من التعاطي غير أنه يحتاج إلى تطوير برامج محددة من شأنها أن تنمي لدى الشباب الوازع الديني، وما إن تتبلور برامج محددة الأهداف والوسائل والأدوات مع تحديد الشرائح الاجتماعية المستهدفة وتحديد الجهات المعنية بالتنفيذ ومقرونة ببرنامج زمني يوضح المهام والمسؤوليات حتى تصبح واحدة من التدابير الوقائية التي من شأنها أن تساعد على الوقاية، ويقال الأمر ذاته في كل التوجهات العامة التي سبق الإشارة إليها، كما هو الحال بالنسبة إلى تعزيز ارتباط الشباب بالأسرة، وتوعيتهم بأخطار المخدرات. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 280، 281)

## خلاصة:

إن الهدف العام من هذا الفصل هو اطلاعنا على الدور الهام الذي تلعبه التوعية الصحية وكل البرامج التي تأخذ الطابع الوقائي في نشر الوعي والتثقيف الصحي لما له من أهمية في تحسين مستويات الصحة، وباعتباره الأداة الفعالة التي لقيت اهتمام كل الهيئات المختصة في هذا المجال في كافة دول العالم، وتزيد أهمية التوعية الصحية في جميع مجالات الصحة العامة لأن هدفها هو تغيير كل العادات والتصورات والمفاهيم والممارسات الصحية الخاطئة من خلال نشر وبث حقيقة كل الظواهر المتفشية في المجتمعات من بينها إدمان المخدرات -موضوع هذه الدراسة-، وكل ذلك اعتماداً على مجموعة من الوسائل والتقنيات والخطوات المنظمة وبأساليب تتوافق مع كل فئات المجتمع.

إن التوعية الصحية لا تختلف في أهدافها عن علم النفس وعلم الاجتماع والطب بكافة فروعهم حيث يسعى كل واحد منهم إلى إحداث التوافق والتكيف على المستوى النفسي والاجتماعي والصحي... عن طريق دفع الأفراد للعمل وإدماجهم في المجتمع وتقبل ذواتهم والنظر للحياة بإيجابية والتخلي عن الأفكار السلبية، وتقبل بعض الأمور كما هي وتغيير ما باستطاعتنا تغييره، وبالتالي تحقيق الصحة النفسية والجسمية والتوافق مع أفراد المجتمع وتحقيق النجاح.

ولهذا اعتبرت برامج التوعية الصحية ذات فاعلية في الحد من تفشي بعض الظواهر الخطيرة مثل إدمان المخدرات، انطلاقاً من فكرة الوقاية خير وأرخص من العلاج نظراً لأموال الطائلة التي تستنزف لمكافحة مثل هذه الظواهر، ويتم ذلك عن طريق تغيير تصورات وأفكار خاطئة لدى بعض فئات المجتمع تدفعهم في ظروف معينة للوقوع في مخاطرها، فبرامج التوعية الصحية في مراحلها الأولية تسعى إلى تجنب الضرر قبل الوقوع فيه، ورجوعاً إلى ما ذكرناه نطرح تساؤلاً عن ما هي التصورات وكيف يمكن تغييرها ؟

## الفصل الثالث

## التصويرات



## تمهيد:

إن مفهوم التصور من المفهومات التقليدية القديمة والذي أعيد النظر فيها بطريقة حديثة في مجالات علمية كثيرة من بينها مجال علم النفس الاجتماعي، ففكرة التصور قديمة في الأدبيات السيكلوجية، فمن خلال دراسة "كانط" (Kant) في ميدان المفاهيم والمدرجات المعرفية، أزيل الستار عن اتجاهين الأول اتجاه علم النفس المتمثل في التصورات الذهنية؟، والثاني معالج من طرف علم الاجتماع علم النفس الاجتماعي، التاريخ، تحت اسم الإيديولوجيات أو الذهنيات أو التصور الاجتماعي.

ويستعمل المفهوم للدلالة على ما نتصوره وما يكون المحتوى المحسوس لفعل التفكير، فهو عملية ذهنية - عقلية - تساعد الفرد على إدراك ما يحدث حوله من الظواهر الاجتماعية المحيطة والذي يعمل على تأويلها تبعاً لمعارفه وخبراته السابقة وعلاقته بالآخرين - وهذا يحدث حول المخدرات - وما يحتويه هذا المحيط من أشياء مادية وأشخاص وأفكار وأحداث... تثير تساؤلات كثيرة حول طبيعة هذه الموضوعات، لأنها تحمل نوعاً من الغموض ولهذا يكون الفرد سلوكاً للتصرف مع هذه الظواهر الجديدة وتعرف هذه العملية العقلية المشبعة بالطابع الاجتماعي بالتصورات الاجتماعية.

إلا أن التصور كمفهوم إجرائي، فهو مفهوم حديث نسبياً، حاضر في كل أراضيات العلوم الإنسانية باختلاف طبيعة دراساتها، حيث تبينت أهميته في مختلف التطبيقات، ولأن التصور يحمل عدة مفاهيم أخرى وله علاقة مع عدة مواضيع كالإدراك، الصورة، الاتجاه، والتخيل... فإنه يبقى مصطلح غامض، لا يزال في حاجة إلى توضيح.

وبهدف إزالة هذا الغموض عنه أردنا التعرض إليه وتبيان عناصره، أبعاده، وظائفه، أنواعه.

## 1- مفهوم التصورات (Représentations):

منذ حوالي عشرين سنة يطور علم النفس الاجتماعي الدراسات حول مفهوم "التصور"، ولهذا المفهوم كما يقول "موسكوفتشي" موقع عند ملتقى جملة من المفاهيم الاجتماعية النفسانية، كذلك يمكننا القول إن هذا المفهوم هو ذاته ملتقى عدة مفاهيم لأنه يغطي عدة مستويات تحليلية للظاهرة الاجتماعية فعلى الصعيد الأكثر ظاهرياً، يكون التصور (رسماً تصويرياً) لما هو معطى للرؤية وما يعاد بصورة رمزية وبالتالي يحمل إشارة الفاعل ونشاطه، وعلى صعيد آخر، يكون التصور (شكلاً من المعرفة العلمية) ونوعاً من الصياغة والتكامل الشخصي أو الاجتماعي للمعلومات المتوفرة عن شخص معين وتخدم هذه المعرفة بشكل أساسي (تكيف الشخص مع محيطه)، وهذا ما يعرف بالتصورات الاجتماعية وهي نظام تفسير يحكم علاقتنا بالناس، ويوجه وينظم التصرفات والاتصالات الاجتماعية وهي تعمل كنظام معرفي بتداخلاته العاطفية والاجتماعية لفهم العالم والتحرك فيه، وعلى صعيد آخر كذلك يكون التصور الاجتماعي نوعاً من الأساس للمعارف المتبلورة اجتماعياً والمساهمة في بناء واقع مشترك لمجموعة اجتماعية. (أليكس موكيالي، 1997: 62، 63)

أصل كلمة تصور تعني تمثل (Représentation) والتمثل هو كيفية إدراك الشيء (منظور أو مفهوم)، وفي علم النفس يقال التمثل على الاسترجاع أو الاستنكار.  
(خليل أحمد خليل، 1995: 141)

والتمثل فعل ذهني أساسه التخيل والحكم والإدراك، وهو يرتبط بالظواهر النفسية المقابلة للظواهر الانفعالية أي تصور في الذهن صورة أو واقعة. (Abdou Elhelou, 1994: 15)

فالتصور هو حصول صورة الشيء في العقل، أو إدراك ماهية الشيء من غير أن يحكم عليها بنفي أو إثبات، فهو يعني الأفكار المجردة العامة أو الكلية فالتصور فكرة بمعنى أن وجوده ذهني وهو فكرة مجردة في مقابل الإدراك الحسي أو الصورة الحسية وفكرة كلية بمعنى أنها تنطبق على عدد من الأفراد من ناحية الصفات التي تدل عليها.

والتصور لغة تصور الشيء تخيله، وتصور له الشيء، صارت له عنده صورة.

(جميل صليبا، 1982: 282)

والتصور من الفعل: تصور، يتصور، تصور الشيء، تمثل صورته و شكله في ذهنه.

(علي بن هادية وآخرون، 1991: 195)

ويعرفه "سيلامي" (Sillamy) بأنه جعل الشيء حاضرا في الذهن، وهو ليس مجرد إرجاع صورة بسيطة للواقع، وإنما هو بناء لنشاط ذهني، إذ التصور ليس مجرد إرجاع صورة مطابقة للواقع وإنما هو إعادة بناء وتشكيل ذهني لعناصر المحيط. (Sillamy.rg N, 1983: 205)

وبمعنى آخر التصور هو عملية ذهنية تحصل بها في الذهن صورة المدرك الحسي، فهو مثل المحسوس في الذهن عند غيابه عن الحواس، ففي التصور أمران:

• الفعل ذاته.

• نتيجة هذا الفعل وهي الشيء المتصور.

ونتيجة التصور هو ما يتولد في الذهن عند إدراك شيء من الأشياء تحصل به حقيقته ومعناه والتصور من حيث هو معنى ليس صورة حسية منطبعة في الذهن، بل هو نتيجة عملية تجريد وانفصال عن معطيات التصور الحسي المصاحب للتجربة الإدراكية الخارجية.

ومعنى هذا أن التصور هو المعنى المنفصل عن الوجود الحسي، فهو صورة ذهنية مستقلة عن الانطباعات الحسية المتولدة من الوجود العيني للشيء في الخارج. (محمود يعقوبي، 1999: 37)

إن التصور ليس مجرد عملية استرجاع لرموز وصور وإشارات يتلقاها الفرد من خلال حواسه فقط، لكن يعمل على بنائها في الذهن من خلال قدراته العقلية أي إدراك الموضوع المتصور ولهذا فالتصور هو نشاط ذهني يساهم في بناء الواقع.

ويقول "سارج موسكوفيتشي" (Moscovici.S) (1976: 40) عندما نتصور شيء غائب فإننا نكون كل من المثير والاستجابة في الوقت ذاته، أي التصور ليس عملية ربط بين المثير والاستجابة في الوقت ذاته بل يوجه الاستجابة ويبدل المثير ويشكله في آن واحد. أو هو إعادة شيء للوعي مرة ثانية رغم غيابه في المجال المادي وهذا ما يجعله عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه عملية إدراكية فكرية.

ويضيف: "هو إعادة شيء للوعي مرة ثانية رغم غيابه من المجال المادي وهذا ما يجعله عملية تجريبية محضة إلى جانب كونه عملية إدراكية فكرية". (Moscovici. S, 1976: 40)

ذلك لأن التصور هو عبارة عن علاقة بين الفرد الذي يعرف الموضوع مثلما هو مبني ومنظم من خلال شخصيته وتاريخه وقيمه، فلا يمكن تجاهل أهمية التاريخ الفردي إذا ما أردنا تحليل التصورات حسب "موسكوفيسي".

فالتصورات عبارة عن أنظمة معروفة لها منطق ولغة خاصة، وهي نظريات فريدة موجهة لاكتشاف الواقع وتنظيمه، كما أنها نظريات علوم اجتماعية جماعية موجهة لترجمة وتشكيل الواقع.

فهي إذن معرفة اجتماعية تتشكل من خلال التجارب في الحياة اليومية، ومن خلال المعلومات (العلوم)، نماذج التفكير التي نستقبلها ونحولها من خلال التربية، الاتصال الجماعي.

(بوسنة عبد الوافي زهير، 2007-2008: 11)

يتبين لنا من التعريفات السابقة أن الفرد عندما يتلقى مثير معين ويستجيب له لا يحتفظ به بل يعمل على استرجاعه إلى الوعي ومعالجته عن طريق عملية الإدراك بحسب البيئة أو المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه وينتمي إليه بحيث تصبح تلك الأفكار والمثيرات تصورات نابعة من ذاتية الفرد ومن كيانه الاجتماعي.

وبهذا يعتبر التصور بمثابة حالة ذاتية للوعي، ويتجسد التصور على شكل صور واضحة ومحددة للأشياء أو للأحداث التي شهدها الشخص سابقاً والتي لم تستقبلها حواسه بشكل موضوعي.

ويرى "جانيش" (Jaensch) التصور على أنه القدرة التي يتمتع بها بعض الأشخاص والمتمثلة بقدرة هؤلاء الأشخاص على معاودة رؤيتهم للأشياء التي كانوا قد رأوها سابقاً.

(محمد أحمد النابلسي، 1997: 126، 127)

وحسب هيرليش Ehrlich.S (1985: 239) "التصور هو إعادة إنتاج الشيء (الموضوع) وتتم على مستوى ملموس ومنتظم حول معنى مركزي"، إعادة الإنتاج لا تمثل انعكاس فكري لحقيقة خارجية منتهية كلياً، لكنها تمثل قولبة وبناء علقى حقيقي لموضوع مدرك، كأنه غير منفصل عن النشاط الرمزي للفرد.

كما تضيف: "تسعى التصورات إلى إعادة إدخال دراسة النماذج المعرفية والسيرورات الرمزية داخل علاقاتها مع السلوك". (Abric. J. C, 1994: 13)

ويرى "إميل دوركايم" (Durkheim.E) أن التصور هو جعل الشيء حاضر في الذهن وهو ليس مجرد صورة بسيطة للواقع وإنما هو بناء لنشاط ذهني، إذا التصور ليس مجرد صورة مطابقة للواقع وإنما هو إعادة بناء وتشكيل ذهني لعناصر المحيط. (Moscovici. S, 1976: 41)

ويرى أيضا أن الفرد يتصرف من خلال الجماعة، ويعتبر التمثل أو التصور كتأثير من طرف مظاهر المجتمع على مظاهر الفرد، فالتصور الفردي هو ظاهرة نفسية محضة، وفي مقابل ذلك لا يقتصر التصور الاجتماعي على تصور الأفراد الذين يكونون المجتمع، بالتالي يتكون التصور من مجموعة ظواهر نفسية واجتماعية تقتضي عزل الجانب الفردي عن الجانب الاجتماعي، والتمييز بين الجانب الإدراكي والجانب العقلي للعمل الجماعي.

وبهذا أراد "دوركايم" التوضيح أن الحياة الاجتماعية هي قاعدة التفكير المنظم، فالفرد هو وحدة بيولوجية نفسية واجتماعية. (بوسنة عبد الوافي زهير، 2007-2008: 10)

وحسب "سارتر" (Sartre.J.P) التصور هو جعل الشيء حاضر في غيابه ونحن نعلم أنه غائب إذن فنحن نجد في الدرجة الأولى نية موجهة لشيء غائب، ذو محتوى، وهذا المحتوى يجب أن تكون له علاقات مع الموضوع أو الشيء. (Sartre.J.P, 1978: 80)

إذن يمكننا القول أن التصور هو المنظور العقلي لشيء ما (جامد، شخص، حدث، فكرة...) وهو إحضار للفكر والشعور، وبهذا المعنى فالتصور عملية عقلية يعاد منه خلالها إنتاج شيء آخر ومهما اختلف موضوع التصور فالأمر يتعلق دائما بمحتوى عقلي ملموس لفعل تفكير يمثل رمزيا شيئا غائبا ويقرب شيء بعيد، فالتصورات هي وحدات تقريبا محسوسة، تنتشر وتلتقي وتتبلور دون انقطاع من خلال كلمة، حركة أو لقاء في عالمنا اليومي. (Joddlet.D, 1964: 362)

### 1-1- المفهوم الفلسفي للتصور:

التصور هو إدراك العقل موضوعه في ماهيته دون إثبات ولا نفي أي العملية التي يدرك بها العقل الماهية دون أن يثبت لها شيئا أو ينفيه عنها. إنه يقتضي مجرد وعي موضوع باعتباره معقدا.

وكان المنطقيون في العصر الوسيط يميزون، من جهة بين مجرد الوعي والتصور الذي هو بناء ذهني، ومن جهة أخرى بين التصور الذهني أو الصوري الذي هو فعل العقل والتصور الموضوعي الذي يتكون من الماهية، وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم التصور حديث نوعا ما، لكن جذوره قديمة جدا فقد سبق استخدامه في الحقل الفلسفي والمنطقي من طرف عدة فلاسفة نذكر منهم "كانط" (Emanwal Kant) و"أفلاطون" و"سقراط" و"أرسطو" والتصور عند "أرسطو" تعبير بكلمة واحدة عن تعريف الشيء، فهو يعبر عن ماهية الشيء في الذهن دون الوصول إلى الواقع مع ذلك لأن الواقع هو الفرد، فالتصور مجرد إعادة بناء للواقع ترد في الذهن كثرة التمثيلات الحسية إلى وحدة المعنى العام، فمنطق التصور لا يهتم لا بالتكوين النفسي للتصور ولا بقيمته الموضوعية، بل موضوعه الصحة الذاتية للتصور. (جول تريكو، 1966: 63، 64)

### 1-2- التصور في علم النفس:

التصور في علم النفس هو استحضار صورة في الذهن مع إدراكها كما هي في الواقع ولقد كان مفهوم التصور سائدا في الفلسفة الألمانية قبل "فرويد" (freud) لكن تناوله له كان بطريقة مختلفة، إذ تحدث عن التصورات اللاواعية، مع ما يتضمنه هذا المصطلح من مفارقة لأن استخدام التصور في النظرية الفرويدية لم يكن بالمعنى الفلسفي التقليدي كاسترجاع لإدراك سابق حول موضوع ما أو كتصور ذاتي، لكن باعتباره جانب من الموضوع يدور في الأنظمة الذكورية.

وقد احتل هذا الموضوع مكانة مركزية في نظرية فرويد بسبب دوره في تقديم النماذج النظرية الأولى في تفسير حالات العصاب، إذ عمل "فرويد" على مقابلة هذا المفهوم أي التصور مع مفهوم العاطفة وتحديد مصير كل منها في العمليات النفسية لتفسير الأمراض العصابية معتمدا على الفرضية القائلة بأن انفصال العاطفة عن التصور هو أساس عملية الكبت، فيعرف كل منهما مصيرا مختلفا عبر عمليتين مستقلتين هما كبت التصور وقمع العاطفة، ففي تفسيره للهستيريا مثلا يفرق "فرويد" بين العاطفة التي تنقلب إلى طاقة جسدية ويرمز إلى التصور المكبوت المرتبط بها إلى منطقة أو نشاط جسديين.

قد ميز فرويد بين مستويين من التصورات هما تصور الشيء وتصور الكلمة ولهذا التمييز عنده هدف ما وراء نفسي، حيث يميز بين ارتباط تصور الشيء وارتباط تصور الكلمة المقابلة للنظام ما قبل الوعي ولاوعي وخلافا للنظام اللاوعي الذي لا يدرك سوى تصور الشيء.

(جان لابلانث وآخرون، 1985: 180، 181)

نستنتج من رأي فرويد على أن العملية التي تتحول بواسطتها الحالة العضوية التي تميز الاندفاع الغريزي إلى تعبير نفسي هذا التعبير تتطبع به سلوكيات الفرد نحو الأشياء الواعية أما المكبوتات تتضمن تصور للأشياء فقط.

### 1-3- التصور في علم النفس المعرفي:

إن علم النفس المعرفي يميز بين معنيين لمفهوم التصور، فالأول يتعلق بسيرورة التفسير والثاني يتجه نحو نتائج هذه السيرورة أي المعارف والاعتقادات، كما أنه توجد أنواع عديدة للتصور فالصور العقلية والمفاهيم والتصورات مرتبطة بالفعل والصور العقلية تأخذ بعين الاعتبار العوامل الخصائصية للمدركات الحسية من شكل ولون وحجم الموضوع وكذا توجهه في الفضاء، كما أن التصورات مرتبطة جدا باللغة المختلفة من شخص لآخر، كما أنها مرتبطة بالفعل المتعلق بالمعارف التي يمتلكها الفرد والطريقة التي يقوم بها نشاطه، وكل هذا يسمح له (أي الفرد) بإنتاج التصور.

ويقول "بوربالان" (Borbalan) أن فهم العالم المحيط بنا يعني إدراكه بواسطة التصورات الذهنية والاجتماعية التي تشكل مصطلح مركزي يسمح بتفسير ميكانيزمات الذكاء والإيديولوجيات والذهنيات. (Maache. Y et All, 2002: 3)

يتضح لنا بأن التصور العقلي تركيبية عقلية، يتدخل في بناءها الفرد ذاته بجميع قدراته العقلية البيولوجية التي تعمل على تهيئتها البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، وبالتالي إدراك الأشياء إدراكا محسوسا عن طريق مجموعة من الرموز والإشارات.

وقد حدد "ريتشارد" (Richard) ثلاث أشكال للتصور:

- التصور الإدراكي أو التنبؤي مستوحى من اللغة، ومن خلال العلاقة بين المفاهيم ومن خلال تحليل الخطاب والقيام بمجموعة من التنبؤات .

- التصور من خلال الرسم والصورة مثلا تصور العنف عند الأطفال وذلك من خلال الرسم الحر، بحيث يسقط الطفل تصورات التي يحملها عن العنف من خلال الرسم وليس من خلال الكلام، لأن الرصيد اللغوي عند الطفل فقير.
- التصور المرتبط بالأفعال أي الناتج عن الفعل الممارس من طرف الفرد.

#### 1-4- التصور في علم النفس النشوي:

يعتبر التصور ميكانيزم مهم جدا بالنسبة لـ"جون بياجيه" (jean Piaget) يستعمله الطفل في نموه المعرفي ويسمح له هذا الميكانيزم بتفسير ظواهر المحيط الخارجي من خلال أفعاله وتجاربه السابقة فهو أيضا أداة لإيصال وللتبادل وللتنشئة الاجتماعية فالتصور حسب "جون بياجيه" هو صيرورة مستقلة عن كل تأثير للمحيط، والمظهر الاجتماعي للتصور لا ينشأ إلا متأخرا.

وبالنسبة لـ"فالون" (Wallon) التصور هو صيرورة وساطة بين الموضوع والعالم الخارجي فهو يقضي على التناقضات التي تميز علاقة الطفل مع محيطه فعكس "بياجيه" "فالون" أعطى أهمية رئيسية للدور العاطفي في النمو المعرفي واستخرج من ذلك الروابط الموجودة بين شخصية الطفل والنمو العقلي والحركي له، فبالنسبة له التصور ينشأ مع التقليد ويتطور مع اللغة وذلك من خلال الوظيفة الرمزية. (Maache.Y et All, 2002: 5)

من خلال ما سبق يتبين لنا أن "بياجيه" اعتبر التصور ميكانيزم أساسي في النمو المعرفي للطفل بحيث يسمح له بتفسير ما يدور من حوله وبالاتصال مع الآخرين، كما اعتبره أداة للتنشئة الاجتماعية للطفل، بحيث أن هذا الأخير يكتسب خلال مراحل نموه مفاهيم وأفكار تترجم إلى تصورات يعكسها الطفل في سلوكاته وتصرفاته اتجاه مواضيع معينة ترتبط بذهنه دون الاهتمام بالواقع أو المحيط الاجتماعي للطفل أي أن "بياجيه" اهتم فقط بالجانب المعرفي ومكوناته وهذا الجانب يمكن الطفل أن يسير به للحياة الاجتماعية، في حين أن "فالون" أعطى أهمية كبرى لتأثير المحيط على تصورات الطفل لأن الطفل يعيش في جماعة من الأفراد هي التي تطبعه بالسلوك الاجتماعي عن طريق عملية التقليد وهنا يتكون التصور للطفل نحو الأشياء والمدرجات والظواهر الاجتماعية ويكتسبها الطفل عن طريق ملكاته (اللغة، الإدراك... الخ) إذا يتكون مفهوم التصور للمدرجات الاجتماعية للطفل ويتضمن فردية الفرد واجتماعيته لأنه كائن بيولوجي اجتماعي.



## 2- بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور:

قد يوجد بعض الالتباس في المفاهيم بين مفهوم التصور ومفاهيم اجتماعية ونفسية تتداخل معه مثل، الرأي، الإدراك، الاتجاه، الصورة وهذه المفاهيم يعالج ويفسر من خلالها الفرد المؤثرات البيئية، لذا سنقوم بتعريفها وإبراز الفرق بينها وبين التصور.

### 2-1- الاتجاه (Attitude):

وهو أكثر تعقيد من الرأي، فهو ميل خارجي، وهو استجابة متوقعة بحيث أنه تهيئة مباشرة لرد الفعل. (Moscovici S, 1972: 304)

ويتكون الاتجاه عند الأفراد وينمو ويتطور من خلال تفاعلهم مع البيئة ومقوماتها المختلفة فالطفل يكتسب اتجاهاته في البداية من خلال الأسرة التي ينشأ فيها فتعتبر الأسرة هي المصدر الرئيسي الذي من خلاله يتعرف على الاتجاهات المختلفة ويتشبع بها وتنمو الاتجاهات دائما بنمو الطفل.

الاتجاه كما يعرفه "البورت" بأنه حالة استعداد عقلية ونفسية وعصبية تتكون لدى الفرد من خلال الخبرة والتجربة التي يمر بها وتؤثر هذه الحالة تأثيرا ملحوظا على استجابات الفرد أو سلوكه إزاء جميع المواقف والأشياء التي تتعلق بهذه الحالة.

أو هو استعدادا أو تهيؤ عقلي متعلم لاستجابة موجبة أو سالبة نحو الأشخاص أو الأشياء أو موضوعات أو المواقف التي تستثير هذه الاستجابة، فالاتجاه هو عبارة عن الحالة الوجدانية للفرد - تتكون بناء على ما يوجد لديه من معتقدات أو تصورات فيما يتعلق بموضوع ما أو أشخاص معينين - والتي تدفعه في معظم الأحيان إلى القيام بعدد من الاستجابات أو السلوكيات حيالها في موقف معين ويتحدد من خلال هذه الاستجابات مدى رفضه أو قبوله لهذا الموضوع أو هؤلاء الأشخاص.

(عبد اللطيف محمد خليفة، 2000: 73)

والاتجاه هو حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي تنظم من خلال خبرة الفرد وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثيرها الاستجابة. (خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007: 146)

يتبين لنا أن الاتجاه يتكون ويتبلور من خلال التصورات الفردية والجماعية التي يكونها الفرد عن موضوعات أو مواقف معينة، ويتبين لنا أن التعريف الثاني للاتجاه الذي أوردناه يتطابق مع تعريف "موسكوفيتشي" عندما قال بأن التصور يتكون من مثير واستجابة في وقت واحد لموقف أو موضوع معين، ومنه يتبين أن المفهومين متداخلان ومتكاملان في تكوين بعضهما البعض.

## 2-2- المعتقد (Belief):

يحتاج الإنسان إلى تصورات أساسية للعالم والإنسان والجماعة والسلوك لتساعده على التكيف والتوافق مع البيئة، وتقوم الثقافة بتقديم هذه التصورات التي تأخذ شكلا يعرف باسم **المعتقدات (Beliefs)**، ومنه يفكر الإنسان في العالم كيف خلق وما مصدر القوة والسلطة فيه فتكون هذه المعتقدات السائدة في مجتمعه ما يعينه على بناء علاقاته مع بيئته الخارجية.

(علي عبد الرزاق حلي، 1996: 95)

ومنه فالمعتقدات يقصد بها مجموعة المفاهيم الراسخة في عقل الفرد، فالناحية المعرفية للاتجاه تتكون من معتقدات الفرد إزاء الموضوع أو الشيء وقد تكون هذه المعتقدات مرغوبة أو غير مرغوبة. (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، دس: 260)

وعرف "كريتش" و"كريتشفيلد" المعتقد بأنه تنظيم له طابع الاستقرار والثبات للمدركات\* والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد أو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد ويتسع المعتقد ليشمل كلا من الرأي والمعرفة والإيمان.

إذ المعتقد هو تنظيم لتصورات الفرد ومعارفه حول موضوع معين، سواء كان هذا الموضوع أشخاصا أو مواقف... ومن مميزات هذا التعريف أنه يضع مفهوم المعتقد وسط منظومة تتدرج في تعقيدها وتشابكها، تبدأ من الرأي وتنتهي بالاتجاه، فالمعتقدات بمثابة التجسم المعرفي للاتجاهات، كما أن المعتقد مجموعة التصورات والمدركات والمعارف. (عبد اللطيف محمد خليفة، 2000: 271)

وقد استخدم "بارسونز" (Parsons) المعتقدات والأفكار بمعنى واحد، ويرى أنه يمكن تقسيمها طبقاً لفئة الموضوعات التي تشملها سواء الخاصة بالبيئة أو الخاصة بالكائن الحي.

\* - كل ما يدركه الفرد حسياً ومعنوياً.

يتضح من خلال ما سبق أن التصورات في البداية تكون عبارة عن أفكار فردية وجماعية، ثم تتبلور لتصبح تصور ثم تصبح معتقداً ويصبح المعتقد بهذا الشكل تنظيم لتصورات الفرد ومعارفه حول شيء محدد، والتعامل معه ليتسع ويتسم بطابع العمومية أو الاجتماعية.

### 2-3- الصورة (Image):

يتضمن هذا المفهوم معاني كثيرة فهي مجموعة الانطباعات التي يكونها الفرد عن شخص آخر أو أشخاص آخرين أو عن مجموعة أو مجموعات أخرى ولمحتوى هذه الانطباعات "الصور" أثر عميق في تفاعلات الفرد مع الآخرين.

كما تعرف بأنها العمليات التي عن طريقها تصل إلى معرفة الأشخاص الآخرين والتفكير فيهم وفي سماتهم وحالاتهم الداخلية وتختلف الصورة التي يكونها الفرد عن الصورة القومية لمجتمع ما وتعرف هذه الأخيرة بأنها كيفية تصور مجتمع لمجتمع آخر سواء أكان هذا التصور يعبر عن الحقيقة ويعكس الصفات الواقعية لهذا المجتمع، أم أن هذا التصور يكون خاضعاً لعملية تشويه متعددة أو غير متعددة وتتضمن الصورة القومية بالضرورة تصوراً محدداً من جانب جماعة قومية ما للطابع القومي للشخصية. (عبد العزيز علي خزاعلة، 1998: 07)

إن تعريف الصورة بهذا المصطلح المجرد يجعلنا نتساءل عن طبيعته حيث تمتد كلمة صورة (Image) بجذورها إلى الكلمة اليونانية القديمة والتي تشير إلى التشابه والمحاكاة والتي ترجمت إلى (Imago) في اللاتينية، وقد لعبت هذه الكلمة ودلالاتها دوراً مهماً في فلسفة "أفلاطون" وكذلك في تأسيس كثير من أنظمة التمثيل أو التمثل للأفكار، لهذا يجب تحديد نوع الصورة التي نقصدها مثلاً الصورة الإدراكية أو الصورة العقلية التي تعبر بوصفها عن التمثيل العقلي للخبرة الحسية أو إعادة إنتاج لها في الصورة الذهنية أي الدماغ. (شاكر عبد الحميد، محمد حسن غانم، 2005: 210)

ومن هذا الذي وصلنا إليه حتى الآن نستطيع أن نستخلص أن الصورة هي وصف لأشياء ثابتة في مقابل المحسوسات الكثيرة، وبهذا تعبر الصورة عن وجود غير المحسوس.

(عبد الرحمن بدوي، 1974: 163)

أي أن الصورة تعكس الواقع كما هو لكن التصور ليس دائماً يعبر عن وقائع خارجية بل هو عبارة عن بنى بسيطة ومنظمة انطلاقاً من وقائع خارجية.

#### 4-2- الإدراك (Perception):

عملية ترجمة للمحسوسات التي تنتقل إلى الدماغ على شكل رسائل مرمزة ماهيتها نبضات كهربائية تسري عبر الأعصاب الحسية التي تصل بين أعضاء الحس والدماغ.

أي أن الإدراك عملية بنائية بمعنى أن الإشارات الكهربائية الواصلة إلى الدماغ تتجمع ويتألف منها مدرك كلي ذو معنى، أي أن الدماغ يترجم إحساسات لا معنى لها إلى مدركات ذات معنى. (راضي الوقفي، 1998: 226)

ويسير النظام الإدراكي للفرد عبر الخطوات التالية: (بوضرسة زهير، 2004: 147)

- تنظيم الفرد مدركاته بطريقة اختيارية أي الإدراك المسبق.
- التغيير في المدركات ينشأ بسبب التغيير في المعلومات التي يحصل عليها الفرد ونتيجة للتعبير في حاجاته ورغباته.
- يتأثر التغيير في المدركات بطريقة جزئية تبعاً لخصائص المدركات السابقة.
- يتأثر تفسير المدركات بصفات الفرد الشخصية.

فالإدراك هو استقبال الذهن لصورة الأشياء كما تنقلها لنا الحواس بصورتها الحقيقية والإدراك بهذا هو عملية سابقة للتصور.

#### 5-2- القيم (Valus):

القيم هي تنظيمات معقدة انفعالية معممة نحو الأشخاص أو المعاني وتتمثل في تقديرات متفاوتة صريحة أو ضمنية وتمتد هذه التقديرات على متصل يبدأ بالتقبل ويمر بالتوقف وتنتهي بالرفض، فهي ليست استجابات أو سلوك، وإنما هي محددات أو مثيرات اجتماعية للسلوك فما اتفق عليه الجميع ليس سلوك بل هو مثير للسلوك. (عبد السلام الشيخ، 1996: 92)

ويعرفها "كلايد كلاهون" على أنها تصور عام منظم يؤثر في سلوك الإنسان إزاء الطبيعة وتحدد مكانته وعلاقته بالآخرين والأشياء المرغوب فيها. (بوضرسة زهير، 2004: 146)

القيم أفكار وتصورات لها أهميتها وتكون بمثابة القلب من المعتقدات الأساسية لأي مجتمع وهي تشكل مقياسا على أساسه تقوم معايير الجماعة والمجتمع. (بيث هس وآخرون، 1989: 119)

## 2-6- الرأي (Opinion):

الرأي هو تعبير الجماعة أو الفرد عن رأيه ومشاعره وأفكاره ومعتقداته واتجاهاته في وقت معين بالنسبة لموضوع يخصه أو قضية تهتمه. إنه الحكم الذي تصدره الجماهير على عمل أو حادثة أو نشاط في المجال الداخلي أو الخارجي للتعبير عن وجهة نظر الجماعة.

وهو يمثل صورة من صور السلوك الجماعي تمخضت عن تفاعل وأخذ وعطاء بين أفراد الجماعة... فهو تعبير إرادي جماعي أو فردي كامن أو ظاهر أو لفظي أو حركي منبعث من الجماعة عن أي أمر من أمورها، فهو يمثل سلوكا اجتماعيا أو استجابة هامة لمثيرات اجتماعية في المجال السلوكي للجماعة. (باسم محمد ولي، محمد جاسم محمد، 2004: 459)

والرأي هو استجابة واضحة قابلة للقياس والملاحظة يعتنقه الفرد لمدة محددة وغالبا ما يعبر عن الشعور القومي السائد لدى أفراد المجتمع وغالبا ما يعبر رأي الفرد عن ما يجب أن يكون عليه الوضع وليس ما هو كائن فعلا. (عبد الرحمن العيسوي، 1994: 163)

ويرى "موسكوفيتشي" أن الرأي فكرة يبدي فيها الفرد موقفه من جهة ومن جهة أخرى تصور ذهني يحدد وضعيته حول مشكل معارض للمجتمع ويعبر عنها في استجابة لظاهرة لفظية قابلة للقياس. (Moscovici S, 1972: 304)

يتبين لنا أن الرأي يتطلب وجود موضوع أو مشكلة لإبداء الرأي فيها بعد الأخذ والرد حول محتواها، أما التصور يميل إلى الثبات النسبي والاستقرار والاستمرار لتحقيق التناسب في استجابات الفرد وسلوكه تجاه مثيرات البيئة.

## 2-7- التخيل:

التخيل في حد ذاته قد يفضي إلى نوع من أنواع التفكير والتصور، كما أن التفكير والتخيل والتصور لهم جوانب عقلية وثيقة الصلة بعضها البعض، ومن الصعوبة بمكان تحديد معالم كل من الجوانب أو فصلها عن بعض، فالتفكير يمكن توضيحه عن طريق التصور والتخيل، وإن التخيل يرتكز إلى خبرة أو خبرات، وكذلك التفكير، وأن التصور يعتمد على الخبرات ولعل قوامه الأفكار أحياناً فالعمليات العقلية الثلاث هذه كلها مرتبطة ترابطاً وثيقاً.

والخيال، بما يشتمل عليه من صور، هو القطب الآخر الأساسي في البعد الثاني الحاضر بحياة الإنسان المتمثل في الواقع مقابل الخيال. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 473)

والتخيل هو تصور شيء أو حدث في صورة أو رمز، يبدو كأنه محسوس، سواء كان له وجود أو غير موجود في الحقيقة مثل أحلام اليقظة. (حسن شحاتة، زينب النجار، 2003: 94)

هذا ويرى ريتشاردسون (1969) "أن أنواع الصور ترتد في الغالب إلى أصول واقعية وأشياء لأصول واقعية، بينما التخيل يعتمد في مادته على تركيبات غير واقعية، لم تحدث، أو ربما تكون أجزاء منها قد وقعت، ولكن النتيجة على الجملة هي تركيب جديد وغريب تماماً".

كما يرى "كوهين" (Cohen) أن التخيل عبارة عن صور عقلية جديدة تماماً ولا تتطابق مع الخبرات السابقة.

ويرى "ريبير" (Reber) أنه رغم التداخل ما بين التصور والخيال، فإن تصور شيء ما ليس هو بالضرورة وبالتحديد نفس النشاط العقلي الذي يحدث خلال عملية الخيال وعرف "ريبير" الخيال (Imagination) بأنه القدرة العقلية النشطة على تكوين الصور والتصورات الجديدة، ويشير هذا المصطلح إلى عمليات الدمج والتركيب وإعادة التركيب بين مكونات الذاكرة الخاصة بالخبرات الماضية، وكذلك الصور التي يتم تشكيلها وتكوينها خلال ذلك في تركيبات جديدة، والخيال يتضمن الكثير من عمليات التنظيم العقلية.

ويذكر "محمد سعودي" أن التخيل يتميز عن التصور في درجة اعتماد كل منهما على الخبرات الحسية السابقة.

هذا وتشير "منال الخولي" إلى أن التصور يختلف عن التخيل، فالتصور عبارة عن استحضار صورة لشيء ما من الذهن بعد غيابه فترة طويلة، أما التخيل فهو جمع عدد من الصور العقلية وتركيبها بشكل جديد غير مألوف، أي أنه أرقى من التصور لأنه ينطوي على ابتكار وإبداع.

كما يمثل كل من التصور والتخيل جوانب متماسكة من الوظائف العقلية، وكلاهما يساعد على التفكير في مواجهة المشكلات التي تعترض الفرد، فيلتمس لها الحلول اللازمة.

ويرى "شاكر عبد الحميد" أنه في الخيال يتم خفض القيمة التآثيرية للمتطلبات المباشرة للبيانات الإدراكية، وتتوقف البيئة الفيزيائية والاجتماعية عن أن تكون ذات الأهمية المركزية، وتصبح الأهمية الكبرى للعب الخيالي الخاص بالتداعيات الحرة والامتزاج الحر بين عناصر الإدراك الخارجية والداخلية. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 474)

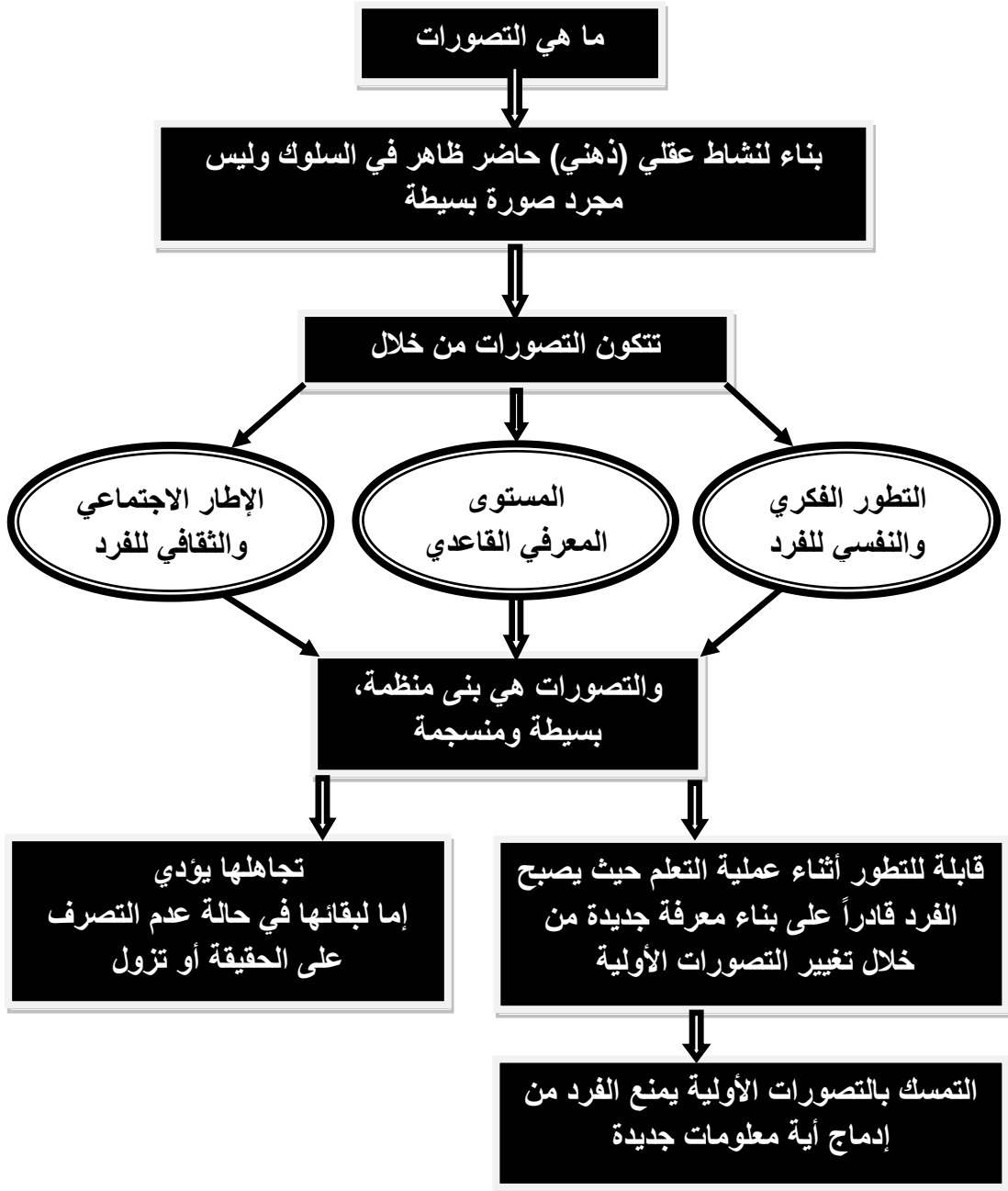
ويرى سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010: 474) أن "كلاً من التصور والتخيل عملية عقلية تتم بمعزل عن وجود عالم الحس المحيط بالفرد بالاعتماد على الخبرات الحسية السابقة، وإعادة تركيب تلك الخبرات"، والاختلاف بينهما يكون في درجة اعتماد كل منهما على الخبرات الحسية السابقة فالتخيل قد يكون معتمداً على الخبرات الحسية السابقة أقل من التصور، كما أنهما يختلفان في مدى ألفة الصورة المتكونة، فالتصور ينتج صور أكثر ألفة من التخيل الذي قد ينتج صوراً غريبة وجديدة تماماً وغير مألوفة.

### 3- تحليل التصور:

إن التصور من حيث هو صورة ذهنية مركبة من عدة صفات مجردة من الشيء الذي يتصف بها، يحصل كلما اجتمعت صفاته وحيثما اجتمعت، بحيث كلما ذكرت هذه الصفات فهم الشيء الذي يتصف بها وحصل في الذهن معناه، ومن هنا كان لكل تصور عدد من الصفات يفهم منها، وعدد من الأفراد يتصفون به حيث يتكون في إطاره الفكري النفسي والاجتماعي. (محمود يعقوبي، 1999: 38)

ومن خلال ما تقدم نستطيع توضيح كيفية حدوث التصورات وكيفية تغييرها من خلال الأشكال

التالية:



شكل رقم (03): يوضح لنا ما هي التصورات.

والتصورات قابلة للتغيير والتعديل من خلال اكتساب خبرات جديدة حول الموضوعات المختلفة

التي يصادفها الفرد في حياته اليومية أو التي تثير اهتمامه أو انشغاله.



ويتم تغيير تصورات الأفراد كما يلي:



الشكل رقم (04): يبين كيفية تغيير التصورات.

مع ضرورة الانتباه للنقاط التالية التي قد تعيننا في تغيير التصورات:

- تزويد الأفراد بالمعلومات الصحية.
- عدم رغبة البعض في تغيير تصوراتهم.
- قد يكون موضوع التصور لا يحفزهم أو لا يهمهم.
- التعرف على الانشغالات الحقيقية للأفراد.

## 4- أنواع التصور:

هناك ثلاث أنواع للتصور وهي التصور الذاتي، الغيري والاجتماعي، كما يلي:

## 4-1- التصور الذاتي:

إذا كان للتصور وظيفة مهمة في الاتصال مع الآخر، فإن له وظيفة لا تقل أهمية في الاتصال مع النفس، لأن الفرد بحاجة لإعطاء صورة لذاته والتصور الذاتي هو تصور الفرد، فهو تصور شخصي متعلق بالفرد، ويتأثر بالعوامل الاجتماعية المحيطة به.

ويقول "Durkheim" التصور الذاتي غير مستقل، فالفرد حساس حتى في تغيراته الضعيفة الداخلية منها والخارجية، فهذه التغيرات مشبعة وناجحة وخطيرة، تظهر في الصحة العقلية للمجتمع.

وبمعنى آخر هو تصور الفرد لذاته في إطار مرجعي محدد اجتماعياً، أو هو تصور يتعلق بالفرد لكنه يتأثر بالعوامل البيئية المحيطة به، له وظيفة لا تقل أهمية في الاتصال مع النفس، فالفرد بحاجة ماسة لإعطاء صورة لذاته تتماشى مع ظروف الحياة التي يعيشها. (إبراهيم مذكور، 1975: 148)

أي أنها طريقة تصور الفرد لذاته فهو متعلق بالشخص، لأنه يحتاج إلى إعطاء صورة كافية نسبياً عن ذاته، وتكون هذه التصورات الذاتية للفرد منتقاة من الوضعية الاجتماعية التي يعيشها.

## 4-2- التصور الغيري:

في هذا التصور نجد الفرد أمام قطبين حسب "Joddlet.D" (1989: 364) هما:

\* **القطب الداخلي:** هو تفضيل الشخص لذاته عن موضوع التصور، بمعنى أن الذات هي التي تحتم على الفرد التحدث على نفسه، قبل الخوض في غمار الموضوع، وبتناوله هذا الموضوع يحاول جاهداً فرض تصوره على الآخرين.

\* **القطب الخارجي:** يبتعد عن ذاتية الشخص في تحليل المواضيع، إذ لا يصبح الفرد محور الموضوع بل يشاركه في ذلك الجماعات، الموضوع الذي من خلاله يبني اتجاهه نحو موضوع قيد التصور.

يتبين لنا أن المستوى الأول من التصور تتحكم فيه ذاتية الفرد أي أنه طرف داخلي يتمثل في أنا الفرد وتحليلها للمواضيع من وجهة نظر الفرد ذاته، أما المستوى الخارجي فيتعلق بكل من الفرد والجماعة والموضوع في إطاره الاجتماعي أي أنه بعيد عن تصورات الفرد الذاتية.

#### 4-3- التصور الاجتماعي:

ظهر هذا المفهوم للتصور مع "Durkheim" الذي منحه خاصية جمعية، فهو يقول: "إن التصور الاجتماعي يشكل عددا كبيرا من الظواهر النفسية والاجتماعية، وهي ما نسميه العلوم الإيديولوجية والأساطير، وهي لا تتفصل من حيث التمييز بين ما هو ذو مظهر فردي عن ما هو مظهر جماعي". (أحمد فوزي، 1988: 70)

في رأي "دوركايم" (Durkeim) هو وحدة التصور ولا يمكن الوصول إليه بمجرد ملاحظة داخلية لذا وجب البحث عن رموز خارجية لتجعله محسوسا، إن التصور لا ينشأ من فراغ وإنما هو نتيجة أسباب خارجية. (علاء مصطفى أنور، 1988: 143)

تتكون الظاهرة الاجتماعية عند "دوركايم" من التصورات الاجتماعية أي من أساليب التفكير والشعور والسلوك التي تبدو في تصرف الفرد على أنها تعبير عن سيطرة جماعية وأوضح مثال لذلك هو استجابات الفرد حينما يندمج في جماعة مثل الاحتفال بعيد أو اجتماع هنا يتبلور الشعور الجمعي حسب كل مجتمع وحسب كل ثقافة، لهذا فإن التصورات الاجتماعية نابعة من عمق الجماعة والثقافة. حيث رأى "دوركايم" أن الواقع مكون من أفكار عبر عنها بكلمة تصورات.

ويؤكد "موسكوفيتشي" على ثلاث عناصر أساسية من أجل تعريف التصور الاجتماعي هي الانتشار (Léxtension) الإنتاج (Mode de Production) والوظيفة (Fonction)، فيرى بأن التصور يصبح اجتماعيا إذا كان مشتركا بين مجموعة من الناس أي واسع الانتشار، كما أنه يكون اجتماعيا إذا كان متبادلا بينهم كي يؤدي وظيفة التواصل والسلوك الاجتماعي.

وتعرف "جودلي" التصورات الاجتماعية على أنها شكل من المعرفة الخاصة أي المعرفة العامة والتي تتظاهر في محتواها السيرورات المولدة والوظيفية المتميزة اجتماعيا وبشكل أوسع تعبر عن الفكر الاجتماعي، فالتصورات الاجتماعية أنماط من الفكر الممارس والموجه نحو الاتصال، الفهم

والتحكم في المحيط المادي والفكري والاجتماعي وهي تعبر عن أنواع خاصة على مستوى تنظيم المحتوى، فهي عمليات عقلية ومنطقية، والخاصية الاجتماعية للتصور أنه يتميز بتحديد علاقتنا مع العالم ومع الآخرين بحيث توجه وتنظم سلوكياتنا. (Gustave-nicolas fischer, 2010: 130)

إن تعاريف "جودلي" للتصورات الاجتماعية تلعب دورا هاما في عملية التفاعل بين الأفراد كما تركز على الجوانب المعرفية للأفراد في تكوين التصورات الاجتماعية للظواهر أي أن التصورات في نظرها تتكون من:

- الجانب المعرفي.
- انها مشتركة بين أفراد المجتمع.
- تهدف إلى بناء الواقع.

أي أن الفرد يبني علاقاته مع الموضوع المتصور من خلال التفكير والعمليات الذهنية.

ويعرفها "أبريك" (Abric) على أنها المنتج والسيرورة في آن واحد للعملية العقلية التي يعيد من خلالها الفرد أو الجماعة إعادة بناء الواقع، ويتسبب له دلالات ومعاني. (Marc Catanas, 2003: 2)

تعريف "أبريك" لا يختلف عن تعريف "جودلي" فهو أيضا يهتم بالجانب المعرفي العقلي للتصور كما يهتم بالبعد النفسي والاجتماعي لأنها مشتركة بين جميع الأفكار.

### 5- أنماط التصور العقلي:

يشير شاكِر عبد الحميد إلى أن "الفرد يمكن أن يقوم بوصف الصور العقلية بطرق عديدة تشتمل على المعلومات المختلفة حول محتويات هذه الصور، وكذلك صفاتها الأخرى كالحبوية والوضوح واللون والظل والشكل والحركة والخصائص المميزة لأمامية الصورة ولخلفيتها، وكذلك العلاقات المكانية الموجودة بها، وأكثر من ذلك يمكن للمرء أن يتحدث عن كيفية دخول الصورة إلى وعيه أو ظهورها في عقله ومدى ديمومتها أو استمرارها، والانفعالات المرتبطة بها، وعلاقة هذه الصورة بالموضوعات الموجودة في الواقع الخارجي، وأيضا الجهود التي تبذل لتغييرها أو لإبعادها وكذلك معالجتها المتتابعة أو المتزامنة التي تحدث بالنسبة لسلسلة من الصور".

وبمراجعة التراث السيكلوجي حول أنماط الصور العقلية، وجدت تصنيفات عديدة، منها تصنيف "ريتشاردسون" في كتابه "التصور العقلي" عام (1969)، ويشير شاكِر عبد الحميد أن "ريتشاردسون" قد بين أربعة أنماط للتصور العقلي هي على النحو التالي:

### 5-1- التصور البعدي (اللاحق) :

وهي الصورة التي تقع على حاسة الإبصار بعد انتهاء منبه حسي معين، مثلا إذا نظرت إلى بقعة لونية سوداء أو حمراء على شاشة أو أرضية حائط بيضاء ثم نقلت بصرك بسرعة إلى شاشة أخرى أو حائط آخر، فإنك قد ترى أيضا هذه البقعة اللونية السوداء أو الحمراء بنفس نصوعها وألوانها لكنها تزول سريعا وتختفي، وتعتمد هذه الصورة على حالة من استمرار التنبيه عند مستوى لحاء المخ حتى بعد انتهاء المنبه الأصلي، ومع حركة العين وإغلاقها وفتحها تختفي هذه الصورة اللاحقة، ومن أمثلة هذه الصور أيضا ما يحدث عندما تستمر حالة الإحساس بالإضاءة أو ومضة الضوء بعد انطفاء المصباح ليلا إذا كان الفرد يحدق فيه ثم أصبح يحدق بعد ذلك في الظلام.

وهي صورة متواصلة تستمر بعد إزالة المنبه أو الإشارة الخارجية، وقد يمر الإنسان بصورة لاحقة سلبية أو إيجابية وتم اشتقاق هذين المصطلحين من مجال التصوير الفوتوغرافي.

كما يرى "جريج" (1975) أن الصور البعدية الإيجابية هي الصور العقلية التي يكون لها نفس العلاقة الواضحة والمظهر الخارجي مثل المثير، فالأجزاء الواضحة في المثير تظهر واضحة في الصورة العقلية، والمظهر الخارجي يظل كما هو، هذه الصورة الإيجابية تنتج بشكل واضح من خلال وضوح أو نقاء المثير وهناك سمتان للصور البعدية:

1. أن هذه الصورة تنتقل مع العين: حيث تكون هذه الصورة سطحية وتحتل المنتهى العصبي للنظام البصري على شبكة العين.

2. هذه الصورة يمكن حذفها بواسطة مثيرات بصرية أخرى تعطى بعد المثير الأصلي ويستخدم هذا الأثر المستعار لدراسة الخصائص الأخرى لعملية تخزين الذاكرة السطحية وتتلاشى هذه الصورة البعدية الموجبة بسرعة وتأخذ مكانها الصورة السلبية، حيث تظهر الأجزاء المضئية للمثير بلون مظلم وتظهر الأجزاء المظلمة بلون مضيء، كذلك الألوان تستبدل بألوانها المتممة.

فمثلا إذا نظرت إلى ورقة حمراء لعدة ثوان ثم نظرت إلى حائط أبيض فإنك قد ترى اللون الأخضر المضاد للأحمر على دائرة الألوان موجودا على الحائط الأبيض وتسمى هذه الظاهرة بالصورة اللاحقة السلبية، أما الصورة اللاحقة الإيجابية فهي استمرار الانطباع الخاص باللون الأحمر على الحائط الأبيض، وتستمر الصورة اللاحقة لثوان قليلة فقط بعد ابتعاد المنبه عن المجال الإدراكي، وقد تستمر في بعض الحالات لوقت أطول، وقد تعاود الظهور بعد فترة كمون، وتكون ذات طبيعة مثيرة للاهتمام بشكل خاص بسبب دخولها المفاجئ إلى مجال الوعي بشكل غير متحكم فيه وغير قابل للتفسير.

ويمكن تفسير كلا من الصور البعدية الإيجابية والسلبية على أساس النشاط المستمر لخلايا الشبكية في حالة الصورة الإيجابية، هذا النشاط يكون متماثلا مع ما تنتجه المثيرات الموجودة، لكن بالنسبة للصورة السلبية فإنها تنتج بسبب إجهاد أو توقف الخلايا الحسية الضوئية ولذلك فإنها لا تستمر طويلا في أداء وظيفتها عند إثارتها، وهذا يعني أن الشكل الأصلي للمثير لا يدرك ويسيطر الشكل المستعار على الإدراك كما أن الصور البعدية لا يمكن إعادتها في وقت لاحق بدون أقصى مثير وهو لا يماثل صورة الذاكرة التي يمكن إعادتها في مرات عديدة.

(سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 435، 436)

## 5-2- التصور الارتسامي (الفوتوغرافي):

يعد "جاننيش" (Jaensch) أبرز العلماء الذين درسوا هذه الظاهرة بشكل تفصيلي وراجع "كلوفر" (Kluver) التراث الخاص بهذه الظاهرة عام (1931)، وتم الاعتقاد بأن الصور الارتسامية تكون شائعة ومألوفة خلال الطفولة، وغير شائعة أو مألوفة خلال مرحلة الرشد والجدير بالذكر أنه خلال الصور الارتسامية يكون لدى الفرد بشكل واضح "صورة" دقيقة بشكل غير مألوف وحيث يمكنه أن يقرأ التفاصيل الكاملة الخاصة بالموضوع المرتمس أو المرسوم في مخه.

كما يرى "بياجيه" (1970) أنها تمثل حالة منطرفة من القدرة على استدعاء أحد الأحداث الحسية بتفصيل شديد ويحدث هذا عن طريق إسقاط صورة حقيقية لما يرى على سطح وتستخدم هذه الصورة في تحديد أجزاء المنظر العام ويبيدي الأطفال عادة موهبة خاصة في هذه المهارة إذ أظهر

(6%) من الأطفال قدرة فيها وربما تصبح هذه الموهبة زائدة عن الحاجة نظرا لعدم استخدامها هذا على الرغم من أن الصور العقلية، نادرا ما تمثل صورا فوتوغرافية مطابقة للأشياء والأحداث.

وقد ذكر "ريتشاردسون" (1969) أنها نوع من الصور الشبيهة بالإدراك وتختلف عن الصور اللاحقة من خلال استمرارها فترة أطول، كما أنها لا تتطلب تركيز النظر والانتباه المكثف كي تتكون مثلما هو الحال في الصور اللاحقة، ويمكن أن تحدث من خلال علاقتها بنمط معقد من التنبيه وتتعلق تفاصيلها الشديدة الحيوية أكثر بالزمن الحاضر، بينما تظل مرئية على سطح خارجي (حائط/شاشة) مثلا.

ويذكر "شاكر عبد الحميد" أن الأشخاص ذوي الإمكانية الارتسامية المرتفعة غالبا ما يشار إليهم باعتبارهم يمتلكون ذاكرة فوتوغرافية والصور الارتسامية أكثر شيوعا لدى الأطفال، وهذه القدرة تضعف كثيرا مع بدايات المراهقة لدى أغلب الناس لكنها تستمر قوية مع بعضهم الآخر، كما يذكر "عبد العلي الجسماني" أنه لا علاقة تربط إطلاقا بين التصور الارتسامي والذكاء العام أو القدرات الخاصة.

فمثلا يمكن أن يطلب من مجموعة أفراد (أو أطفال) أن ينظروا إلى مجموعة صور ملونة تعرض عليهم من خلال جهاز العارض فوق الرأس حيث يطلب منهم النظر إلى تفاصيل الصور وعندما يسأل هؤلاء الأفراد أن يذكروا ما تبقى أمامهم أو على حاستهم البصرية من أشكال وألوان الصور بعد استبعادها، يكون ما يذكرونه من صور وأشكال وألوان ممثلا لمقدار الصور الارتسامية التي حدثت لهم. ووجد أن التصور عند الأطفال يكون في معظمه من النوع الارتسامي ففي دراسة أجراها "ج.ب. جيلفورد" على مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة من العمر، وجد أن أكثر من نصف أطفال تلك المجموعة يتصفون بالتصور الارتسامي.

وتشير "سعاد عبد الغني" إلى أنه غالبا ما توصف الصور الارتسامية كنوع من الصور التوالدية أو كنوع من الصور الإنتاجية التي تكون واضحة بشكل غير عاد مشابهة للمدرك، وأحيانا تكون هناك خصائص إنتاجية للصور الارتسامية، مثلا عند إدراك الحركة في أحد المشاهد التي يتم التعبير عنها ارتساميا إلا أن هذه الصورة غالبا ما يتم استبعادها ذلك لأنها مختلطة.

(سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 437، 438)

## 5-3- تصور الذاكرة:

يسمى هذا النمط الآن بتصور التفكير، ويرى "هيلجارد" (Hilgard) أن صورة الذاكرة استدعاء لمحتوى تصوري نابع عن تجربة حسية سابقة ويمكن تمييزها عن الصورة اللاحقة من حيث أن الصورة العقلية للذاكرة لا تتبع حركة العين كما هو الحال مع الصورة اللاحقة، لذا لا يدخل فيها التنبيه الشبكي الموضعي وغالبا ما تلجأ استنبينات الصور العقلية إلى صورة الذاكرة لأنها الأكثر بساطة وذلك لتحديد محتواها شبه الحسي.

ويرى "هو روتيز" (1978) أنه عملية إعادة بناء أو انبعاث الإدراكات التي حدثت في الماضي وغالبا ما يستخدم الأفراد صور الذاكرة لإعادة جميع التفاصيل المنسية وقد تكون صورة الذاكرة خافته وبعيدة وباهته تماما، وقد تكون متميزة وواضحة إلى حد كبير.

ويذكر "شاكر عبد الحميد" أنه نوع التصور المؤلف للأفراد في الحياة اليومية قد يصاحب عمليات استدعاء الأحداث من الماضي أو عمليات التفكير التي تحدث الآن في الحاضر أو توقع الأحداث والمواقف في المستقبل، كما يرى أن تصور الذاكرة يتميز عن التصور اللاحق والتصور الارتسامي بكونه:

- 1- أكثر قابلية للتحكم الإداري وأكثر استمرارا من الناحية الزمنية.
- 2- يقل احتمال حدوث الأخطاء الإدراكية بداخله في علاقته بالواقع وعرف "أسعد مرزوق" صور الذاكرة بأنها إحياء أو بعث التجربة السابقة عن شيء ما في غياب هذا الشيء بالذات بحيث تأتي صورته من الذاكرة وعن طريق التذكر.

كما يرى "ريتشاردسون" (1977) أنه لأي نمط من الخبرة الإدراكية يوجد نمط مماثل للخبرة شبه الإدراكية، كذلك التفكير الوعي يتمثل في شكل صور، لكن معتمدا على المغزى من التفكير وعن تفضيل الفرد لتمثيلها بطريقة أو بأخرى، تلك الصور على الأرجح تكون غالبا بصرية (Visual) أو لفظية (Verbal). (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 438، 439)



## 5-4- التصور الخيالي:

الخيال هو القدرة العقلية النشطة على تكوين الصور والتصورات الجديدة ويشير هذا المصطلح إلى عمليات الدمج والتركيب، وإعادة التركيب بين مكونات الذاكرة الخاصة بالخبرات الماضية، وكذلك الصور التي يجري تشكيلها وتكوينها خلال ذلك في تركيبات جديدة، والخيال إبداعي وبنائي، ويتضمن كثيرا من عمليات التنظيم والتحويل العقلية، ويشتمل على خطط خاصة بالمستقبل، وقد يقتصر خلال مرحلة من نشاطه على القيام بعمليات مراجعة واستعادة الماضي، وقد يقوم بالتركيز على الحاضر فقط أو يتوجه مستعينا بذلك كله إلى المستقبل.

ويشير "شاكر عبد الحميد" إلى أن الخيال الإبداعي يشتمل على منظور زمن متفتح، فخلال النشاط الخيالي تمتزج صور وخبرات وتوقعات الأزمنة الثلاثة "الماضي والحاضر والمستقبل"، ومن خلال هذا الامتزاج ينتج ذلك المركب الجديد، الذي هو المنتج الخيالي الإبداعي المتميز.

فالتصور الخيالي كما يرى "شاكر عبد الحميد" هو صور الموضوعات والمواقف والأشياء التي لم تحدث من قبل لدى الفرد أو التي يدر حدوثها لديه، ويذكر "ريتشاردسون" أن صور الخيال غالبا ما تميل إلى أن تكون جديدة، وبشكل أساسي، وملونة بشكل شديد الحيوية فيما يتعلق بحاسة البصر وتشتمل على حالة مركزة من الانتباه شبه التويمي ويحدث فيها عمليات كف للارتباطات.

كما يرى "هو روتيز" (1978) أن الصور المتخيلة تشتمل على محتويات لم يتم إدراكها من قبل بمثل هذا التنظيم فالأجزاء المكونة للصورة المتخيلة غالبا ما تشتق من الصور الخاصة الإدراكات الماضية ومن عمليات إعادة التركيب والدمج بينها لتكوين تصورات وتخيلات جديدة، وأحيانا ما يستخدم الأفراد الصور المتخيلة الابتكار حلول إبداعية جديدة مثلما يفعل المعماري الذي يقوم بتشكيل صورة جديدة خاصة بفكرة جديدة تتعلق بمبنى تذكاري لتكريم الشهداء أو الفنانين أو القواد العظام في وطن معين ويستخدم الأفراد الصور المتخيلة كذلك أثناء أحلام اليقظة، وفي العادة يتكون تيار التفكير أو أحلام اليقظة في جانب من صور الذاكرة وفي جانب آخر من الصور المتخيلة التي هي تركيبات جديدة من صور الذاكرة. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 438، 439)

## 6- عناصر التصور:

حسب **Moscovici** فإن التصور: "هو توضيح فكرة الانتقال من شيء محسوس إلى فكر مجرد حيث قام بوضع عناصر التصور كالتالي: المعلومات، الموقف، الحقل التصوري فبدون معلومات لا يكون موقف استخدامها لا يكن هناك حقل تصوري". (Moscovici S, 1976: 319)

## 6-1- المعلومات:

هي مجموعة المعارف المكتسبة حول موضوع معين، ذاتي اكتسبها الفرد من محيطه الاجتماعي عن طريق تجارب شخصية، ووسائل إعلامية، أو عن طريق الاحتكاك مع الآخرين... الخ. (Moscovici.S, 1976: 45)

فالمعلومات هي عنصر مهم للتصور فالفرد يحتاج إلى تشغيل المعلومات المرئية، حتى عندما لا تكون موجودة، وهذا الفعل يمكن الفرد من توقع الأشياء كيف ستكون، لأن الفرد يُكون واقعه اعتماداً على كمية ونوعية المعلومات ومدى تنظيمها. (جون ار. أندرسون، 2007: 157)

## 6-2- الموقف:

هو الجانب المعياري للتصور، ويعبر عنه من خلال استجابة عاطفية وانفعالية اتجاه الموضوع فهو اتجاه سلبي أو إيجابي لفكرة أو موضوع معين.

## 6-3- حقل التصور:

هو إدخال المعلومات وترجمتها، يعبر عنه **Moscovici** (1976: 45): "كمقابل تقريبي للصورة إذ يرجعه إلى المظهر الصوري، ولكن في بناء دال، وهذا من خلال استدخال المعلومات التي بحوزة الفرد، وترجمتها، حيث يقول في هذا الصدد: هناك حقل تصوري أين توجد وحدة مرتبة من العناصر".

وحقل التصور مهم في دراسة التصور لأنه يعبر عن الواقع النفسي المعقد الذي يظهر ككل موحد، ويميز هذا الواقع من خلال درجة التجريد في التصور وبنائه وتنظيمه ويعبر عنه **"Moscovici"** بأنه مجموعة من الآراء المنظمة.

## 7- خصائص التصور العقلي:

تشير "سهير محفوظ" إلى أن التصور العقلي يتميز ببعض الخصائص، فقد اقترح "ريتشاردسون" (1972) أن تكوين الصورة العقلية والتحكم فيها، يعد أحد الجوانب الجوهرية للوظائف المعرفية العليا.

ويرى كوسلين (1985) ودينس (1989) "أن الصور العقلية يتوفر بها خاصيتان أساسيتان أو بُعدان هما: الوضوح، وإمكانية الضبط أو التحكم" ويرى ريتشاردسون (1988) "أن وضوح الصورة يشير إلى صفاتها أو نقائها وجدتها أو وفرة الإحساس بها" ويرى كوسلين (1990) "أن مصطلح إمكانية الضبط يشير إلى السهولة والدقة التي يمكن من خلالها تحويل الصورة أو التغيير فيها داخل المخ".

إن قياس قدرة التصور أصبح يتضمن قياس وضوح التصور أو إمكانية ضبطه حيث يتم قياس وضوح التصور البصري عموماً من خلال الاختبارات الذاتية والتقدير الذاتي، حيث تتطلب هذه المقاييس أن يقدر الفرد وضوح الصورة المستدعاة عن طريق عبارات وصفية مثل تصور التصفيق باليدين عند استحسان أمر ما.

أما ضبط التصور عادة ما يقاس من خلال مهام موضوعية حيث تتطلب هذه المهام أن يكمل الفرد هذه المهام التي تكشف عن القدرات البصرية المكانية على سبيل المثال قد يطلب من الفرد تحويل صورة لشكل ثلاثي الأبعاد داخل المخ لكي يقرر إذا ما كان هذا الشكل مطابق أو غير مطابق مع البدائل المعطاة ولكن -أحياناً- تستخدم نماذج التقرير الذاتي لقياس إمكانية ضبط التصور على سبيل المثال اختبار "جاردن" الذي أعده عام (1949) لقياس ضبط التصور العقلي.

(سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 443)

وقد عرض شاكر عبد الحميد (2005: 76، 77) خصائص الصورة العقلية كما يلي:

1- الصور العقلية يمكن أن تكون تخطيطية عامة، وليست بالضرورة تمثيلاً حرفياً للواقعات أو الأشياء العيانية المحددة.

2- إن هذه الصورة تشتمل على الشكل الخاص بها، وكذلك المعنى المرتبط بها، والصور غير ذات المعنى يصعب تمثيلها عقليا إذا المعنى، أمر ضروري في التفكير الخاص بالصور مثلما هو أمر ضروري أيضا في التفكير اللغوي.

3- تساعد هذه الصور الفرد على فهم الكلمات وتذكرها بأهمية.

4- تقوم هذه الصورة بوظيفة الرابطة أو بالوظيفة الترابطية الخاصة بين الكلمات بعضها ببعض حيث تساعد الصور على إيجاد العلاقات المناسبة بين الكلمات، سواء أكانت هذه العلاقات قريبة مباشرة أم بعيدة وغير مباشرة.

5- تختلف الصور العقلية في مدى قيامها بأدوارها وفقا للمواقف المختلفة، فأحيانا لا يحتاج الإنسان إلى استدعائها بشكل كامل، وأحيانا تظهر ببطء فمثلا صور ما قبل النوم تظهر بشكل لا إرادي لكنها تكون شديدة الوضوح، وقد تكون مختلطة وغير ذات معنى، لكنها قابلة للتعرف والتحديد كخليط من أشكال محددة وذات معنى، كذلك قد يحاول الفرد أحيانا تذكر ملامح وجهه كان يعرفه أو حتى مازال يعرفه لكنه لا يستطيع مهما بذل من جهد تذكره، وفجأة في لحظات خاصة قد لا يكون قد تعمد التفكير فيها بتذكرها.

6- يختلف شكل الصور العقلية ومحتواها لدى كل فرد وفقا للخبرات السابقة التي مر بها، وكذلك الموقف الحالي الذي تظهر فيه هذه الصورة كما أنها تختلف من فرد إلى آخر وفقا للميول والاهتمامات المتعلقة بأنشطة ترتبط أكثر من غيرها بالصور العقلية، كالفنون والآداب مثلا وكذلك بالفروق في الأنشطة الخاصة بالجهاز العصبي بين الأفراد.

7- تلعب الصور العقلية دورا مهما في اكتساب الطفل للغة في المراحل المبكرة من ارتقائه، فخلال تعرض الطفل للموضوعات والوقائع العيانية الحسية الحركية يكون هذا الطفل مخزون داخل من الصور، ويمثل هذا المخزون جوهر معرفته بالعالم، وتعتمد اللغة إلى حد كبير وتبنى على هذا الأساس، وتظل متداخلة متفاعلة معه، مع أنها تقوم ببناء نظامها الخاص المستقل جزئيا قبل ذلك وتظهر شواهد في سلوك الطفل على أنه يعرف الأشياء، أي صورها قبل أن يعرف أسماءها ويدل ذلك على أنه قد حزن نوعا من التمثيل للأشياء، وتجرى المضاهاة والمقارنة بعد ذلك بين هذه المادة التي خزنت والمادة الموجودة في العالم الخارجي للبيئة المحيطة بالطفل، ثم يستطيع هذا الطفل بعد ذلك أن يستجيب بشكل مناسب للاسم الخاص بموضوع ما، حتى لو كان هذا

الموضوع غائبا، كأن يبدأ في البحث عنه، مما يشير إلى انبثاق أو ظهور العلاقة بين صورة ما وكلمة ما.

8- لا يتعرض الطفل خلال ارتقائه لموضوعات ثابتة أو ساكنة منفصلة فقط، بل يتعرض أيضا لموضوعات متحركة وذات علاقات فيما بينها، كذلك النظام الخاص الذي يشتمل على هذه الموضوعات، ويكون هناك قانون ما يجمع هذه الأنشطة المتتابعة معا، إنما تميل إلى التكرار من خلال مظاهر محددة، فالناس يدخلون الغرفة من الباب نفسه بالطريقة نفسها، ويجري النقاط الزجاجية أو الكوب بطريقة معينة وهكذا، باختصار، يوجد نوع من قواعد التركيب أو البناء أو "النحو" الخاص للوقائع الملاحظة مثلما يوجد نحو خاص في اللغة، ويجري استدماج هذا الشكل من قواعد البناء ونظم التركيب داخل النظام التمثيلي الخاص بالصور العقلية في المخ.

9- ترتقي هذه المرحلة الأساسية الأولى إلى حد كبير عندما تكتسب الكلمات الدالة، وكذلك عندما يتم تكوين شبكة داخلية مترابطة من العلاقات بين الكلمات ومن خلال الاستخدام والممارسة، يجري في النهاية الوصول إلى المهارات اللفظية المجردة، ومن خلالها يكون السلوك اللفظي متحررا نسبيا من الاعتماد على السياق العيني المحسوس المباشر، وأيضا يكون هذا النشاط مستقلا إلى حد كبير عن الصور العقلية.

إن جانبا كبيرا من المعرفة الإنسانية يخزن في النظام الخاص بالصور العقلية داخل المخ ويتكون هذا النظام من عمليات خاصة بتفسير واقعات العالم باعتبارها صوراً تقوم بحفظ المعلومات والخصائص الإدراكية حول الجوانب غير اللفظية من العالم، والمعنى ومن ثم الفهم الكلي لأي موضوع أو رسالة أو إبداع أدبي أو فني في تلك المعرفة التي يمكن الوصول إليها من خلال النظامين اللغوي والبصري، وكذلك العلاقات الممكنة بينهما، إنه يمكن استثارة صور عقلية لدى بعض الأفراد من خلال إشارات لفظية (كلمات معينة)، لكن هذا لا يعني بالضرورة أن تكون هناك علاقات اتفافية تامة بين الكلمة (المثير) والصورة (الاستجابة) كما يمكن إثارة سلوك لفظي معين لدى الأفراد من خلال بعض الصور، وكذلك لا يمكن هنا ضمان التتابع أو التشابه بين التعبيرات اللفظية والصور التي أثارها.

إن جوهر العملية يكمن في المسافة الفاصلة الكامنة والنشطة بين ظهور المنبه وصدور الاستجابة، أي في قلب عمليات الفهم والتحويل والتمثيل التي تحدث داخل مخ الإنسان في عالم الصور هذا الذي لا يكف عن الحركة ولا عن التحول.

مما سبق يتبين أن التصور العقلي يعد أحد جوانب الوظائف المعرفية العليا مثل التفكير، كما أن أهم ما يميز التصور العقلي هو درجة وضوح الصورة العقلية المتكونة والقدرة على التحكم فيها وجدتها كما أن الصور العقلية المتكونة لا تكون بالضرورة مماثلة البناء للصورة الواقعية، وأن تمثيل الصورة العقلية يتوقف على كل من شكلها والمعنى الخاص بها، كما أن الصور العقلية لها دور في اكتساب اللغة، وإدراك العلاقات بين الكلمات، ويتوقف الدور الذي تقوم به الصور العقلية عموماً على الموقف الذي تظهر فيه، وأنها قد تتكون بشكل إرادي أو لا إرادي، كما أنها تتأثر بالخبرات التي مر بها الفرد وميوله، وسلامة جهازه العصبي، وهذا يختلف من فرد لآخر.

### 8- وظائف التصور العقلي:

لقد انصب اهتمام علماء النفس التجريبي في دراسة التصور العقلي في نهاية الخمسينيات من القرن الماضي على دراسة الوظائف التي يضطلع بها التصور العقلي في عمليات الاحتفاظ والتذكر وظهر كنتيجة لذلك عدد من الأدلة التي تؤكد أن التصور العقلي يسهل عمل الذاكرة من حيث تخزين المعلومات وتذكرها، ومن الأمثلة على ذلك ما يلي:

أولاً: أظهرت نتائج دراسات "Paivio" (1971) و "Bowor" (1972) أن الأفراد عندما يطلب منهم تشكيل صور ذهنية (تخيل) للمفردات التي تعرض عليهم ويطلب منهم الاحتفاظ بها في الذاكرة فإن عملية استرجاع المفردات تكون سهلة وسريعة على نحو دراماتيكي، وتعتمد سرعة تذكرها على الوسائل والأساليب التي يستخدمها الأفراد في التخيل، ومثل هذه الدراسات تصنف ضمن فئة معينات الذاكرة.

ثانياً: أظهرت نتائج دراسات أخرى "Vander-Veur" (1975)، أن سهولة استرجاع المفردات ترتبط إلى درجة كبيرة بقيمة التقدير التي يعطيها الأفراد حول سهولة تشكيل الصورة الذهنية للمفردات التي تعرض عليهم، ففي مثل هذه الدراسات كان يعرض على الأفراد قائمة من المفردات، وكان يطلب منهم إعطاء تقدير لمدى سهولة وسرعة تشكيل صورة ذهنية لكل مفردة من هذه المفردات وقد أظهرت النتائج أن المفردات التي أعطيت تقديراً أعلى من حيث سهولة تشكيل الصورة الذهنية لها كان تذكرها أسرع من المفردات التي

أعطيت تقديراً أقل، وانطلاقاً من ذلك فإن التصور العقلي يمكن أن يسهم في تحقيق الوظائف التالية:

- تسهيل عملية تخزين المعلومات بالذاكرة والاحتفاظ بها لفترة أطول.
- تسهيل عملية تذكر المعلومات واسترجاعها بشكل عام.
- تسهيل عملية ربط المعلومات معاً في الذاكرة.

(رافع نصير الزغول، عماد عبد الرحيم الزغول، د.س: 198، 199)

## 9- التصور والفروق الفردية:

يختلف الأفراد في قدراتهم العقلية وفي الذكاء بوجه عام، فإنهم يتفاوتون كذلك كثيراً في تكوين الصور العقلية، بل إن الشخص الواحد تتفاوت حالات استحضاره للصور العقلية من وقت لآخر تبعاً لوضعه النفسي والحالة الوجدانية التي يكون عليها واستعداده العام في الظروف المختلفة وحالاته الصحية.

كما أصبحت الفروق الفردية في التصور ملاحظة باستمرار حيث اقترح كل من (Piaget & Inhelder)، أن مهارة التصور تكتسب ببطء أثناء فترة الطفولة وهذا ما أكدته كل من (Kosslyn, Margolis, Barrett, Goldknopf & Daly)، وأوضحت البحوث المستفيضة التي تولت الكشف عن طبيعة الصور العقلية وعن أثر تكوينها، عما يمكن أن يكون عليه الأفراد من مدى في الفروق الفردية بينهم، حيث كشفت الدراسات عن تدرج الأفراد في مدى قدراتهم على تكوين عدد من الصور العقلية للشيء الواحد فهناك من يستطيع استحضار العديد من هذه الصور إذا ما اقتضت الضرورة، ذلك على أن هذا الفريق من الأفراد يكاد يفاضل أحياناً بين صورة عقلية وأخرى وفقاً لما يحسه في قرار نفسه من طاقة تتيج له تكوين صورة بعينها دون سواها ودرجة تفضيله الذاتية هذه تحمله على استثناء الصورة العقلية الأخرى والاقتصار على الصورة التي تروقه فيكون قد تعودها.

فالأفراد الذين يتمكنون من استحضار صور عقلية بصرية يسمون بـ"البصريين" وأولئك الذين يقدرّون على استحضار الصور العقلية السمعية ينعنون بـ"السمعيين" وساهم من يستطيعون تكوين صور عقلية ذوقية يوصفون بأنهم "ذوقيون"، وهكذا الحال بالنسبة لسائر الصور الأخرى التي ينسب مكنوها إلى الحاسة التي تتأثر أكثر من غيرها بالمنبهات البيئية فتتكون على أساسها الصورة أو

الصورة العقلية عند الفرد أي أنه على أساس من نوع الصور العقلية المتميزة يتم أحيانا تقسيم الأفراد وتصنيفهم إلى أنماط تبعا لطبيعة الصور العقلية تلك وترتيب الصور العقلية من حيث طبيعة الوضوح قد يأخذ النسق التالي: صور عقلية واضحة جدا، واضحة، واضحة بصورة متوسطة، ليست واضحة إطلاقا، لا صورة عقلية أبدا ويرجع هذا التباين إلى الفروق الفردية. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 476)

ويذكر "عبد العلي الجسماني" أن العديد من الدراسات والبحوث قد كشفت عن أن التصور البصري أوضح أنواع التصور الأخرى يليه التصور السمعي، ثم التصور الذوقي، يلي ذلك الصور العقلية الخاصة بالألم والشم هذا الترتيب بوجه عام، وقد يكون هناك استثناءات لهذا النظام.

كما أن هناك فروقا في التصور العقلي بالنسبة للعمر هذا ما أشارت إليه المعلومات القليلة التي توضح تأثير العمر على التصور بينما الحاجة إلى ضبط تأثير السن أصبح معترف بها.

كما أن بعض علماء النفس من أمثال "جيلفورد"، "فرانك"، و"جليدرد" في الولايات المتحدة الأمريكية يرون أن القدرة على التصور الواضح تتناقص تدريجيا كلما تقدم الإنسان بالعمر، ويذكرون -على سبيل المثال- أن مثال هذا التناقص يبدأ منذ بلوغ الفرد مرحلة المراهقة وتعليلهم لهذا الانحدار التدريجي يعزى إلى احتمالات شتى يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- قد تتغلب خصائص عقلية أخرى على خصائص التصور، كأن تبدأ عند الفرد بوادر القدرة على التجريد فينزع إلى استخدام الألفاظ بدلا من الركون إلى التصور والواقع هذا هو الشأن عند من تغلب عليهم النزعة الفلسفية في التفكير.
- ولعل المسألة ترد إلى أن التصور قد يبلغ مدى عند الفرد ثم لا يتجاوزه بعد ذلك لأنه يكون قد غطت عليه وظيفة أو وظائف عقلية أخرى.
- والاحتمال الآخر هو أنه قد يحدث هناك ما يؤدي إلى كبح التصور لسبب أو لآخر والأسباب هنا لا حصر لها، فقد تكون نفسية وقد تكون عقلية وكلا الجانبين النفسي والعقلي ربما يعزوان إلى البيئة لكن لا مناص من القول بأن بعض الأفراد قد يحافظون على القدرة على التصور طيلة الحياة.



كما أوضحت نتائج دراسة كل من (Duthie.K, Nippol, A, 2003) أن التصور العقلي للمصطلحات والانتباه للمغزى اللغوي عملية نمائية ومرتبطة بالفهم.

وأوضحت نتائج تجارب "جريفتس" (Griffitts) أن قدرة الإناث على التصور السمعي تفوق قدرة الذكور على ذلك.

كما كشفت نتائج دراسات كل من "Michael" (1967)، "Marks" (1973) عن تفوق الإناث على الذكور في القدرة على استدعاء تفاصيل الصورة والتصوير البصري.

في حين أن "ماركس" (1962) أكد على أن الذكور لديهم تنوع في التصور أكثر من الإناث كما أكد "Christiansen" (1969) على تفوق الذكور على الأقل في الشباب صغير السن في قدرة التصور البصري على الإناث. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 477)

ويرى سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010: 477) "أنه لا يوجد اتفاق بين نتائج الدراسات السابقة حول متغير الجنس وعلاقته بالتصور العقلي" ولذا ينصح المؤلف الباحثين في هذا المجال أخذ ذلك في الاعتبار ومراعاة فروق نوع الجنس في دراساتهم وبحوثهم المستقبلية في هذا المجال، كما يرى أيضا أن الدراسات التي تناولت علاقة العمر بالقدرة على التصور العقلي قليلة وتحتاج إلى المزيد من البحث وتحديد الخط النمائي للتصور العقلي قليلة وتحتاج إلى المزيد من البحث وتحديد الخط النمائي للتصور العقلي، وأن القدرة على التصور العقلي تتأثر بتقدم العمر سواء بالزيادة أو بالنقص حسب المرحلة العمرية وإن كان هناك ثبات نسبي في بعض الفترات العمرية للفرد.

إضافة إلى ما سبق هناك فروقا بين الأفراد وكذلك بين الفرد ذاته في أنماط التصور المختلفة ولذا لابد على الباحثين من مراعاة ذلك في إعداد المقاييس الخاصة بالتصور العقلي في دراساتهم وبحوثهم المستقبلية في هذا المجال.

## 10- التصور والسلوك:

على أساس التصور تكون نوعية السلوك، فالتصور الشخصي هو المنطلق الأساسي للتعامل مع الواقع، وبعبارة أخرى فالتصورات الخادعة ينتج عنها توقعات شاردة ومعتقدات وقرارات خاطئة وسلوكيات ضالة... الخ.

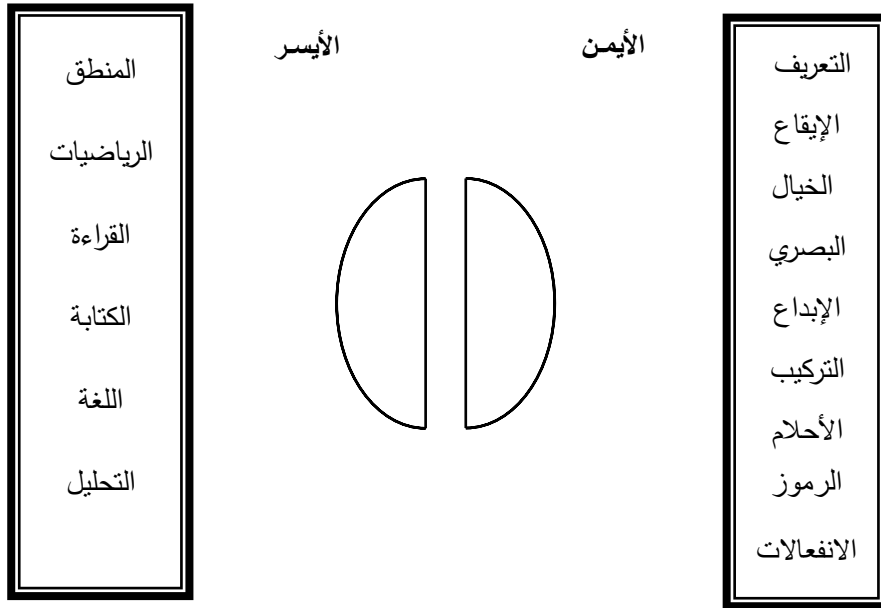
فالسلك البشري محكوم بالتصورات، ومع تغير التصورات يتغير السلوك ولكن باستجابات يصعب توقعها.

والتصورات هي التي تحدد أنماط الحياة المختلفة وترسم اتجاهات التطور في نظم الحياة البشرية والتطورات التي تشكلها في البيئة من حولنا وفي نمط وواقع الحياة تتعكس في أذهاننا وتؤثر بشدة على تصوراتنا ثم على سلوكياتنا، ويحدث ذلك في دورات تراكمية التأثير، وبعد فترة يتعذر على الناس إمكانية الحياة بدون التطويرات التي استحدثوها وألفوها، وإن سأل سائل ألا يمكن الاستغناء تماماً على البلاستيك - مثلاً - بسبب مضاره؟ يجد من الناس إنكاراً شديداً لمثل هذا السؤال، وكأن البشرية ما عاشت ولا أقامت حضارات شامخة على مدى آلاف السنين بدون بلاستيك.

ومن يفتقد القدرة على التصور يتعذر عليه التطور، فسلوكياتها شبه ثابتة لا تتغير، ونظراً لثبات هذه السلوكيات سميت (خصائص طبيعية)، وهي تسمية غير صحيحة ومن الأفضل أن نسميها السلوك. (هاني عبد الرحمن مكرم، 1999: 53-57)

### 11- التصور العقلي والمخ البشري:

يرى "شون Shone" (1984) أن الفرد يبتكر داخل المخ الصور العقلية ويكونها، وكشفت الدراسات الحديثة على المخ الإنساني أن النصفين الكرويين للمخ الأيسر والأيمن ينشطان بطرائق مختلفة فمثلاً اللغة هي وظيفة النصف الأيسر، بينما التوجه المكاني هو وظيفة النصف الأيمن ويكشف الشكل التالي عن الوظائف المختلفة التي يختص بها النصف الأيمن وكذلك النصف الأيسر من المخ، فالنصف الأيسر يختص بوظائف التفكير المنطقي واللغة بينما يختص النصف الأيمن بالوظائف التي تتطلب تقييمات كلية للموضوعات والسلوكيات.



الشكل رقم (05): يوضح الوظائف المختلفة للنصفين الكرويين بالمخ.

فمثلا افترض إنك سئلت أن تحسب مجموع نصف الرقم (10) وثالث الرقم (9) فإنك سوف تستخدم نصف المخ الأيسر للقيام بعملية الحساب هذه فتجمع الرقم (5) على الرقم (3) ليكون الناتج (8) لكن افترض أنك سئلت أن تتذكر وتستدعي ذهنيا شاطئ البحر الذي رأيته في الصيف الماضي وقت الغروب، فإنك سوف تقوم بذلك من خلال النصف الأيمن، وبشكل عام فإن الصور العقلية والخيال هي نشاطات خاصة بالنصف الكروي الأيمن من المخ وكذلك الأحلام والإبداع والرؤى الخيالية.

ويؤيد ذلك الملاحظات العيادية التي جمعها "لوريا Luria" (1976)، و"فرح Farah" (1988) عن المرضى المضطربين عصبيا، بأن تلف النصف الكروي الأيسر من المخ يرتبط باضطرابات الذاكرة اللفظية، في حين يرتبط تلف أو إضافة النصف الكروي الأيمن من المخ بذاكرة المواد البصرية.

كما يرى "شون" أن عالم الطبيعة غالبا ما يسود لديه النصف الأيسر، بينما يسود النصف الأيمن لدى الفنان، لكن ما يجب معرفته هنا هو أن هذه السيادة نسبية وليست مطلقة، ففي الإبداع الأدبي مثلا الذي يكون معتمدا على اللغة "النصف الأيسر" وعلى الصور الخيالية "النصف الأيمن" يحدث تكامل إبداعي ما بين نشاط نصفي المخ، وفي مجال فن التصوير يسود النصف الأيمن، ولكن

في حالة مصور مثل ليوناردو دافنشي الذي تنوعت إنتاجاته ما بين الفن والعلم حدث نشاط تفاعلي ما بين نصف المخ ونفس الشيء بالنسبة للعالم "اينشتاين" حيث لم تستطع العقلية العلمية الجافة في النصف الكروي الأيسر من المخ أن تمنع حدوث تيار تتدفق من الصور في النصف الكروي الأيمن مما ساعده في الوصول إلى اكتشافاته المهمة الخاصة بنظرية النسبية.

وظهرت مناقشات عديدة حول دور كل من نصفي المخ في عملية الإبداع، وبشكل عام تميل الآراء إلى الاتفاق على أن الإبداع يتطلب تكامل نشاط نصفي الأيسر والأيمن معاً، حيث إن التكامل بينهما أمر ضروري وحاسم في شتى الأنشطة الإبداعية الإنسانية.

(سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010: 441، 442)

## خلاصة:

من خلال استقرائنا لمفهوم التصور من وجهات نظر مختلفة فلسفية ونفسية ومعرفية توضح أن التصور هو نشاط ذهني طبيعي للعقل يفترض وجود عالم حقيقي ليتحرك من خلاله العقل لمعالجة وفهم موضوع ما دون أن يكون هذا الموضوع بالضرورة حقيقيا ولكن المعالجة تبدو حقيقية منتجة قابلة للانتقال بواقعية، وتسهم في تشكيل التصور حول الموضوعات المختلفة التي قد يصادفها الفرد أو يسمع عنها الحياة الداخلية له، وعلاقته بمجتمعه الذي يكسبه ثقافة وأفكار وقيم وعادات ذلك المجتمع، وعند مصادفته لفكرة أو موضوع ما فإنه يتصوره بطريقته الخاصة في صورة عمليات ذهنية مستمدة من الإطار الاجتماعي الخاص به وحاجاته النفسية وبهذه الصورة يشكل المراهق تصورات عن المواد المخدرة وغيرها من المواضيع التي تصادفه في حياته، انطلاقا من احتياجاته النفسية وصراعاته الداخلية أو الخارجية أو بناءا على ما يتوفر لديه من معلومات- هذا ما ستحدده لنا الدراسة الميدانية للموضوع.

فالتصور نوع من أنواع المعرفة وشكل من أشكال النشاط العقلي وليس من الصحيح جعل التصور خارج إطار الفعل العقلي السليم وهو نوع من أنواع النظر الفكري المستند في تأسيسه على الذاكرة واللغة والإدراك والوعي الحقيقي بالأشياء، فالفرد يبني تصورات عن الواقع من خلال المعلومات التي يتلقاها، وهذه المعلومات تسمح للفرد بالتكيف والتواصل مع المجتمع وتحدد علاقته داخل المجتمع إذا كانت تتفق مع مبادئ المجتمع.

ومنه يمكن القول أن التصور عملية دينامية ذات طابع بنائي لمختلف مواضيع الواقع والمحيط تدخل في بناءها الحاجات النفسية والعمليات المعرفية للفرد.

# الفصل الرابع

## سيكولوجيا المراهقة

## تمهيد:

المراهقة هي الفترة التي تلي الطفولة، وتقع بين البلوغ الجنسي وسن الرشد، وفيها يعتري المراهق (أنثى أو ذكر) تغيرات أساسية واضطرابات شديدة في جميع جوانب نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي، وينتج عن هذه التغيرات والاضطرابات مشكلات كثيرة متعددة تحتاج إلى توجيه وإرشاد من الكبار المحيطين بالمراهق... سواء الأبوين أو المدرسين أو غيرهم من المحنكين به... حتى يتمكن من التغلب على هذه المشكلات وحتى يسير نموه في طريقه الطبيعي.

ونتيجة لهذا تصبح صورة المراهق غير صورة الطفل...، حتى أن البعض يعتبرها مرحلة ميلاد جديدة، فهناك أجهزة في جسمه تنشط لأول مرة في حياته، فالجهاز التناسلي مثلاً تبدأ إفرازاته فيؤدي وظيفته في هذه المرحلة، وهناك عدة تغيرات انفعالية تجعل صورة المراهق كصورة الطفل الصغير الذي يغضب لأتفه الأسباب، وهناك تغيرات أساسية في النمو الاجتماعي للمراهق وفي علاقاته الاجتماعية بصفة عامة بعدما كان طفلاً صغيراً يحن إلى والديه، وأصبح مراهقاً لا يرغب في الجلوس بالبيت ولا يرغب بصحبة أهله، وإنما يبحث عن علاقات جديدة.

وتبدأ مرحلة المراهقة في العادة في الثالثة عشرة وتنتهي في الثامنة عشرة، وقد تمتد إلى الواحد والعشرين، وإن اختلفت هذه السنوات قليلاً تبعاً لعدد من العوامل، فهي تختلف بالنسبة لطبيعة الفرد نفسه وتكوينه الجسمي وغيرها من العوامل المحيطة بالمراهق.

وتعتبر المراهقة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان، وذلك لأنها المرحلة التي يتحول خلالها الفرد من طفل غير كامل النمو إلى طفل بالغ ناضج، والتغيرات التي تحدث للمراهق أثناءها لا تقتصر على جانب أو بعض جوانب شخصيته وإنما تشملها جميعها، وسنحاول في هذا الفصل سرد بعض التعريفات الخاصة بالمرحلة (المراهقة) والتعرف على مظاهرها والنظريات المفسرة لها وأهم المشاكل التي يواجهها بعض المراهقين.

## 1- مفهوم المراهقة:

تبين لنا جميع الأبحاث والدراسات حول مرحلة المراهقة على أنها مرحلة الحياة الجديدة التي تأخذ طابع التغيرات الجنسية والجسمية والعقلية والاجتماعية... التي تجعل المراهق ينتقل من الطفولة إلى الرشد، لهذا تعددت تعريفات مرحلة المراهقة بتعدد مظاهر النمو التي يمر بها المراهق، فهناك من ينظر لهذه المرحلة على أنها مرحلة مشكلات، وهناك من يركز على الفترات الزمنية للمرحلة وهناك من يربطها بالبلوغ... وفي هذا العنصر سنتناول أهم تعريفات المراهقة.

حيث تعني كلمة المراهقة في اللغة العربية: الاقتراب والدنو من الحلم يقال رَهَقَ إذا غشي أو لحق ودنا، وراهق أي قارب، والمراهق هو الفتى الذي يدنو من الحلم واكتمال الرشد.

(عفاف أحمد عويس، 2003: 256)

والفعل راهق ورد في قوله عز وجل: « وَلَا يَرْهَقُ وُجُوهَهُمْ قَتَرٌ وَلَا ذِلَّةٌ » سورة يونس الآية (26)

فالمراهقة من الفعل (رهق) فلان رهقا: سفه وحمق وجهل وركب الشر والظلم وغشى المأثم إنما ويقال رهق قدوم فلان وأذن والشيء رهقا: قرب منه سواء أخذه أو لم يأخذه: فهو رهق وهي رهقة.

وفي تنزيل العزيز « وَأَنَّهُ كَانَ رِجَالٌ مِّنَ الْإِنسِ يَعُوذُونَ بِرِجَالٍ مِّنَ الْجِنِّ فَزَادُوهُمْ رَهَقًا ». سورة

الجن الآية: (6)

والصلاة: رهقا ورهوقا: دخل وقتها، راهق الغلام من جاوز الصبا، من أربعة عشر سنة إلى

خمس وعشرون، و(المراهق) الموصوف بالجهل وخفة العقل. (راوي هلال أحمد شتا، 2006: 30)

ولا تعني المراهقة عند الفتى أنه يمكن الاعتماد عليه أو محاسبته كرجل وقد وردت كلمة

المراهقة في بعض الآيات القرآنية وهي بمعنى الاقتراب، قال تعالى: « لِلَّذِينَ أَحْسَنُوا الْحُسْنَىٰ وَزِيَادَةٌ وَلَا

يَرْهَقُ وُجُوهَهُمْ قَتَرٌ وَلَا ذِلَّةٌ أُولَٰئِكَ أَصْحَابُ الْجَنَّةِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ ». سورة يونس الآية (26)، ومعناها

لا يقرب وجوههم.



وقال تعالى أيضا « لَا تُؤَاخِذُنِي بِمَا نَسِيتُ وَلَا تُزَهِقْنِي مِنْ أَمْرِي عُسْرًا ». سورة الكهف الآية (73)، وفي قوله تعالى « وَأَنَّهُ كَانَ رِجَالٌ مِّنَ الْإِنْسِ يَعُوذُونَ بِرِجَالٍ مِّنَ الْجِنِّ فَزَادُوهُمْ رَهَقًا ». سورة الجن الآية: (06). ومعناها تعباً.

والمراهقة هي فترة اقتراب من النضج وأيضاً فيها صد وتعب للابن ولوالديه وللمجتمع بأكمله، وبهذا يتوافق المعنى اللغوي للمراهقة معناه القرآني. (إيمان محمد أبو غريبة، 2007: 175)

ويمكن اعتبار المراهقة كمرحلة متوسطة بين الفرد الذي ليس له مسؤوليات اجتماعية (هذا الفرد لا هو بطفل ولا شخص كبير) يستطيع استكشاف وممارسة وتجريب أدواره.

وتعتبر المراهقة على نحو ما كوقت توقف أو كمدة زمنية يمنحها المجتمع للمراهق للسماح له بأن يختار مساره وشخصيته وهويته... (Richard Coutier, Sylvie Drapeau, 2008: 02)

ويرى "ستينبرج Steinderg" أن المراهقة (Adolescence) كلمة لاتينية الأصل مشتقة من الفعل (Adolescere) والذي يعني النمو نحو الرشد، وتعتبر المراهقة في كل المجتمعات فترة من النمو والتحول من عدم نضج الطفولة إلى نضج الرشد وفترة إعداد للمستقبل، وتعتبر المراهقة بمثابة الجسر الواصل بين مرحلتَي الطفولة والرشد والذي لا بد للأفراد من عبوره قبل أن يكتمل نموهم ويتحملون مسؤوليات الكبار في مجتمعهم. (رغدة شريم، 2009: 21)

إن أول من تحدث عن المراهقة وكتب عنها في العلم الحديث هو "جورج شتايفي هول" وهو أمريكي متخصص في علم النفس، وهو صاحب الاقتراح بفكرة مرحلة المراهقة كمرحلة وسط بين البلوغ الجنسي والرشد وذلك في نهاية القرن التاسع عشر، وقد بنى نظرياته التي نشرها عام (1904م) على نظرية (داروين للتطور) وكانت المراهقة في رأيه مرحلة الضغط والعاطفة (Stormand stress) والتي تعكس مرحلة انتقال مضطرب وتطور. (إيمان محمد أبو غريبة، 2007: 173)

إن مفهوم المراهقة بالمعنى الحرفي (Adolescence) المشتق من الكلمة اللاتينية (Adolescencia) التي تشتق من الفعل اللاتيني (Adolescere) الذي يترجم إلى اللغة الفرنسية بمعنى (الكبر Grandir)، فكلمة مراهقة بالمعنى الحرفي تشمل على كل المرحلة العمرية التي تتصف بالنمو والتطور. (امتثال زين الدين الطفيلي، 2004: 125)

وتعد فترة المراهقة من أشد الفترات خطورة في حياة الطفل، وفي تربيته وتنشئته الاجتماعية ونموه وتوافقه الاجتماعي، إذ وصفها بعضهم بأنها "فترة عواصف وتوتر وشدة" تكتنفها الأزمات النفسية وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق والتناقضات والمشكلات وصعوبات التوافق.

بينما يراها آخرون بأنها مرحلة الميلاد النفسي للعالم الجنسي، وهي الميلاد الحقيقي للفرد كذات فردية، وهي فترة خلع الطفولة والوصول إلى الرشد. (عمر أحمد همشري، 2003: 119)

وترى **أنيس فلوران (2013: 105)** "أن المراهقة مرحلة غنية بالتغيرات والمكتسبات التي تتلاحق أو تتراكم في جميع المجالات المعرفية، والاجتماعية والشعورية..."، وتتطابق بداية المراهقة بين عمر (11 و 17) سنة مع تغيرات هامة وتجارب جديدة جسدية وفكرية واجتماعية، وينشئ بعض الكتاب توازياً بين هذه المرحلة ومرحلة نهاية الطفولة المبكرة في نحو عمر السنتين من حيث الحاجة إلى الاستقلالية والسلبية، ومعارضة الأهل، والتمحور حول الذات، مع بروز مهارات اجتماعية ومعرفية جديدة... كما أن المراهقين الأكثر ثقة بأنفسهم والناجحين أفضل من غيرهم، هم أولئك الذين توصل أهلهم إلى الحفاظ على التوازن الصعب... ومرحلة المراهقة فترة تقوية وتوازن جديدة بعد تغيرات الفترة الأولى، والالتزام بأدوار جديدة وعلاقات جديدة.

أما **"فرويد" (Freud)** فيطلق على هذه المرحلة بالمرحلة التناسلية التي تظهر عند البلوغ وهي الفترة من الوقت الذي تنشط فيه الغريزة الجنسية، ومنشأ المتعة الجنسية، ويصبح المراهق بعيداً عن الأسرة بعض الشيء، ويعتقد **"فرويد"** أن نزاعات التساهل مع الآباء تنشأ مجدداً خلال فترة المراهقة ويحدث هذا التساهل عندما يصبح الفرد قادراً على تطوير نضجه في علاقات الحب وممارسة استقلاليته.

واعترفت كل من **"أنا فرويد Anna Freud"**، و**"أفلين كستينبرغ Kestenberg, Evelyen"** و**"دموس لوفر Demoses laufer"** المراهقة فترة إعادة تنظيم نفسي، تبدأ بالبلوغ الذي يتأثر به الجهاز النفسي، مما يؤدي إلى الشعور بالاكئاب الذي يبقى لمدة طويلة، ليظهر على شكل تساؤلات حول الهوية والجنسية... الخ. (ناصر ميزاب، 2005: 65)

ويرى "اريكسون" أن تكوين الهوية الشخصية هو الناتج الإيجابي لمرحلة المراهقة، وبالمثل فإن اضطراب الدور أو انفلاش الهوية\*، أو الفشل في الإجابة أسئلة أساسية تتصل بالهوية وهو الناتج السلبي لهذه المرحلة.

وهناك ثلاثة أصناف من المراهقين تبعا لموقفهم من هويتهم:

(محمد عودة الريماوي، 2008: 34)

**الصنف الأول:** من يطور التزامات قبل الأوان.

**الصنف الثاني:** من لا يطور أي التزامات ولكنه يكتشف إمكانيات ذلك.

**الصنف الثالث:** من يتجاوز أزمات نموه ويطور الالتزامات المطلوبة منه والأخذ بتكوين صداقات حميمة.

والمراهقة كما يراها "كولبيرج" (Koliberg) هي مرحلة امتلاك المراهق لقدرات معرفية عالية تسمح له أن يتصرف وفقاً لمستويات عالية من تطور الحكم الأخلاقي لديه "مرحلة الالتزام بالقانون" وبالرغم من أن الكثير من المراهقين لا يصلون إلى هذه المرحلة، هناك علاقة إيجابية بين مستوى الحكم الأخلاقي والسلوك الاجتماعي.

ويرى "رودريغز طومي Rodreguez Tomé" (1983) أن مصطلح المراهقة أصبح يحمل معنى أوسع من أنها فترة صخب ومشكلات، بل إنها فترة توائم (Ajustement) أو مطابقة لمختلف مهام النمو التي تعني في النهاية تحديد المستقبل الذي يأخذ بعين الاعتبار كل الوظائف النفسية، أي التكيف مع التحولات الجسمية وبناء الهوية، والتفاعلات، والتمكن الاجتماعي، والتطور المعرفي.

بينما يذهب "هنري لوهال" (Henri Lehalle) إلى أن فترة المراهقة تكون أساساً مرحلة استقلال ذاتي جديد مقارنة مع الاستقلال في المراحل السابقة ويظهر ذلك في المجال المعرفي، حيث يتخلص الفرد من البنيات المعرفية الجاهزة، وفي المجال العاطفي حيث يستقل الطفل عن والديه ليجتهد عن ربط علاقات بمواضيع أخرى وفي المجال الاجتماعي تطبع المراهقة بالبحث عن الاستقلال الاقتصادي في المجتمع الواسع. (ناصر ميزاب، 2005: 63، 64)

\* - انفلاش الهوية: حالة تعلن أن الفرد لم يبدأ بتشكيل أية التزامات والخطورة تكمن في اجتياز مرحلة المراهقة دونما تحديد واضح للهوية.

وترى **عفاف أحمد عويس** (2003: 256) "أن المراهقة التي يكتمل فيها النضج الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي وتبدأ بوجه عام من الثانية عشرة وتمتد حتى الواحدة والعشرون، وتسمى الفترة الأولى من هذه المرحلة فترة البلوغ".

وتتساءل "فرانسواز دولتو" (**Francoise Dolto**) هل المراهقة هي عمر مقفل عمر هامشي؟ أم مرحلة رئيسية في تحول الولد إلى راشد؟، وترى "دولتو" أن المراهقة هي مرحلة تحول وهي رئيسية للمراهق كما الولادة للطفل الصغير، فالولادة هي تغيير يسمح للجنين بالتحول إلى رضيع يتكيف مع الهواء والهضم، والمراهق ينتقل بفعل التغيير إلى كائن قلق ومصدر تساؤل الراشدين والأهل. (امتثال زين الدين الطفيلي، 2004: 131)

وتشير "كوب" (**Cobb**) إلى ثلاث منطلقات أو توجهات لتعريف المراهقة وهي التعريف البيولوجي والتعريف السيكولوجي والتعريف الاجتماعي، وترى أن أيّاً من هذه التعريفات غير كاف لوحده ويحد ذاته وإنما تضافرها معاً هو الذي يعطي معنى جيداً للمراهقة، فالمراهقة مرحلة من الحياة تبدأ بالنضج البيولوجي، وخلالها يستطيع الأفراد إنجاز مهمات نمائية معينة، وتنتهي هذه المرحلة عندما يتمكنوا من تحقيق حالة الاعتماد على الذات في مرحلة الرشد كما يحددها المجتمع الذي يعيشون فيه. (رعدة شريم، 2009: 23)

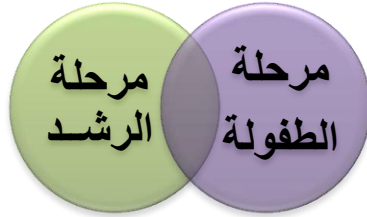
ويرى **لطفى الشربيني** (د.س: 04) "أن المراهقة فترة تقع بين مرحلة الطفولة والنضج، وتمتد في الفترة الزمنية بين (13-20 سنة) وتتميز بحدوث تغيرات بدنية ونفسية واجتماعية، وقد تحدث خلالها بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية".

ويعرف "دانييل" (**Danille**) المراهقة بأنها مرحلة التطور الجسمي والعقلي من أجل الاندماج في الحياة الاجتماعية التي قد تكون أقل أو أكثر نجاحاً، ومنها تتحدد الهوية الشخصية والاجتماعية للمراهق والمراهقة هي فترة المرور بين الطفولة والبلوغ وتكون أكثر المراحل غموضاً.

(Danièle Sommelte, 2006: 04)

إن المراهقة تمثل أخطر وأحرج فترة في حياة الفرد نظراً للآثار الناجمة عن انتقال الفرد من الطفولة (عدم النضج) إلى الرشد (اكتمال النضج)، ويبرهن على ذلك "ليفين" الذي يحدد للمراهق

مجالاً نفسياً محصوراً في منطقة تداخل القوى المؤثرة والتوقعات بين مرحلة الطفولة حيث دوره كطفل واضح متميز يعرف ماله وما عليه ما يمكنه عمله، ومرحلة الرشد حيث يفهم بوضوح الدور الذي ينبغي القيام به والمراهق في هذا المجال النفسي في مرحلة انعدام التوازن، في وضع غامض فهو لا يعرف موقعه، هل ينتمي إلى عالم الكبار أو مازال منتتماً إلى عالم الصغار وعليه أن يلتزم بسلوكهم وتصرفاتهم. (عصام نور، 2006: 191)



شكل رقم (06): يوضح المجال النفسي للمراهق.

### 1-1- المراهقة من الناحية الفيزيولوجية:

يعني مصطلح مراهق حالة التحول إلى البلوغ حيث تظهر التغيرات الجسدية وتُمكن الوظيفة الفسيولوجية كل فرد لأن يأخذ الشكل والوظيفة الملائمة لجنسه، فالفتاة تبرز ويتضخم ثديها، ويحدث كذلك تغير في منطقة المهبل والحوض، وبداية الدورة الشهرية، أما بالنسبة للذكور فينمو شعر الوجه وخشونة في الصوت والقدرة على إنتاج الحيوانات المنوية، وتعني المراهقة لكلا الجنسين ازدياد نسبة الطول ونمو شعر الجسم، ويلاحظ أغلب الأطفال نمواً مفاجئاً قبل البلوغ ولكنه قد يظهر متأخراً، والنمو المفاجئ يأخذ شكل زيادة في الطول والوزن، وظهور ذلك يكون من خلال الأشهر قبل الدورة الشهرية للفتيات وقبل الفذف الأول للصبيان، وغالبا ما تبلغ الفتيات قبل الصبيان بسنتين.

(روبرت واطسون، هنري كلاي ليندجرين، 2004: 577)

### 1-2- المراهقة من الناحية السيكولوجية:

يركز هذا التعريف على أهمية تشكيل هوية مستقرة لدى المراهقين لتحقيق الإحساس بالذات على نحو يفوق حدود التغيرات العديدة في الخبرات والأدوار، مما يُمكن المراهق من تجسير الطفولة التي سيغادرها بالرشد ويظهر التوتر على نحو طبيعي بسبب الضغوط التي توجد في المراهقة المبكرة: البلوغ والنمو المعرفي والتغير في التوقعات الواضحة في الوزن والطول وتغير نسب الجسد، ويصاحب

هذه التغيرات الجسدية لدى المراهقين وعي جديد بأجسادهم وردود فعل الآخرين نحوهم، ويستدعي البلوغ كذلك عالماً داخلياً من الاستثارات الجنسية، كما تتسم المرحلة بتغيرات معرفية سريعة، كذلك تتغير التوقعات الاجتماعية تغيراً واضحاً، حيث يتوقع الوالدان والآخرين نضجاً أكثر من المراهقين ويتوقعون منهم البدء بالتخطيط لحياتهم والتفكير لأنفسهم، وباختصار يتوقعون منهم مزيداً من الإحساس بالمسؤولية.

### 1-3- المراهقة من الناحية الاجتماعية:

يعرف علماء الاجتماع الأفراد بمصطلحات تتضمن مواقفهم في المجتمع، بما يعكس إلى حد بعيد مدى فعاليتهم الذاتية، فمن وجهة النظر الاجتماعية يظهر المراهقون كأفراد لا يتمتعون بالاكتمال الذاتي وبالتالي فهم غير راشدين، وغير اعتماديين تماماً ولهذا فهم ليسوا بأطفال، وينظر إلى مرحلة المراهقة على أنها فترة انتقالية تتحدد نهايتها بتشريعات تضع الحدود العمرية المتعلقة بالحماية الشرعية لأولئك الذين لم يصبحوا بعد راشدين، فقوانين التعلم الإلزامي شرعت من أجل أطفال بين السادسة والثامنة عشرة من العمر، وهذه القوانين تضمن للأطفال تعلم المهارات الأساسية الضرورية للعمل المستقبلي، وعلى نفس النحو فإن قوانين العمل الخاصة بالأطفال تحدد العمر الأدنى لأنواع المختلفة من الأعمال مما يؤدي بالتالي إلى الحد من عدد الأطفال الذين بإمكانهم الالتحاق بوظيفة بدوام كامل وأخيراً فإن القوانين تجيز اتخاذ إجراءات قانونية منفصلة بشأن الأحداث وفق نظام خاص يقتضي توافر قاض للأحداث، وتهدف هذه القوانين إلى إعفاء المحكمة من معاقبة الأطفال كراشدين، وإتاحة المجال لتطبيق الإجراءات الإصلاحية. (رغدة شريم، 2009: 24، 25)

### 2- علاقة المراهقة بالبلوغ (Puberté et Adolescence):

هو الحالة البيولوجية لاكتساب النضج في الأعضاء التناسلية والقدرة الوظيفية على التوالد (الانتسال) واضحة فعلاً. (لويج ج. كابلن، 1998: 15)، ففي نهاية الطفولة المتأخرة وقرابة مرحلة المراهقة يحدث نمو سريع وكأنه ميلاد آخر للفرد ويحدث نمو فسيولوجي لم يعهده الفرد المقبل على مرحلة المراهقة من قبل فتتنشط الغدد الجنسية وتفرز الهرمونات التي لم تكن تفرزها من قبل وتنشط الغدة النخامية وتبدأ في إفراز هرمون التستوسترون (Testostérone) وهو هرمون الذكورة الجنسي أو يمكن أن نطلق عليه أهم هرمونات الذكورة الجنسية الموجودة بالخصيتين، كما ينشط هرمون

الاستروجين (Estrogène Hormone) الغدد التناسلية في المبيض ويتحول المراهق من الحالة اللانجسية إلى الحالة الجنسية في تغير وتحول غير مسبوق في حياة المراهقة مما يؤثر في سلوكه الانفعالي والاجتماعي.

وهناك علامات ومؤشرات ثانوية على عملية البلوغ تتمثل عند الذكور في خشونة الصوت وظهور شعر العانة والإبط، وتتمثل عند الإناث في ظهور شعر العانة والإبط وبروز الصدر ثم تأتي المظاهر والمؤشرات الأساسية المتمثلة في الطمث عند الإناث وإفراز الحيوانات المنوية عند الذكور ويتم اكتمال الأعضاء الجنسية بانتهاء مرحلة البلوغ إلى أن يدخل الفرد في مرحلة المراهقة، ونظراً لهذه التغيرات الحادة التي يخبرها الفرد يحدث عنده نوع من الارتباك في سلوكه وقد يشعر الفرد بالخلج في بداية هذه التغيرات ولكنه سرعان ما يتوافق مع الوضع الجديد، وهكذا ينتقل الفرد إلى عالم المراهقة بمجموعة من التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية. (سامية لطفي الأنصاري، 2007: 359)

ومعنى هذا أن المراهق أصبح على استعداد للمرور بالتغيرات السريعة المقبلة، إذ تبدو سرعة النمو بعد ذلك عنده بالقفز فينمو بسرعة عجيبة مما يؤدي إلى زيادة الطول وظهور ما نسميه بالأعراض الجنسية الثانوية (نمو الشعر، خشونة الصوت، بروز النهدين). (سعد جلال، ب.س: 229)، وتعتبر مرحلة البلوغ بداية مرحلة المراهقة لكثرة الأحداث البيولوجية التي تؤدي إلى الوصول إلى جسم الراشد وإلى النضج الجنسي، إلا أن "هيرلوك" (Hurlock) تؤكد على أهمية عدم الخلط بين المراهقة وفترة البلوغ التي يتم فيها النضج الجنسي، فالبلوغ يعتبر فترة مشتركة، حيث أن النصف الأول منه تقريبا يتداخل مع نهاية الطفولة، والنصف الآخر مع الجزء المبكر من المراهقة، وفي المتوسط العام يأخذ جسد الطفل أربع سنوات لكي يتحول إلى جسد الراشد، فستتان من هذه الفترة تمضيان في تحضير أو إعداد الجسد للإنجاب بينما سنتان الأخريان ستقضيان في استكمال ذلك النمو وبذلك فإن البلوغ يعتبر فترة من المراهقة فتضمن كل جوانب النضج، وليس النضج الجسدي فقط. (رغدة شريم، 2009: 22)، وينبغي التمييز بين كلمة المراهقة (Adolescence) وكلمة البلوغ (Puberté) فلفظة المراهقة تعني التدرج نحو النضج الجسمي والجنسي والعقلي والنفسي، أما عن الأصل اللغوي للكلمة فيرجع إلى الفعل (راهق) بمعنى جاوز الصبا، في حين يقصد بالبلوغ بدء سن المراهقة أو السن التي يبدأ فيها نضوج الحيوانات المنوية لدى الذكور والطمث ونضج البويضة لدى الأنثى أي النضج

في الأعضاء الجنسية واكتمال وظائفها عند الذكر والأنثى. (إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، 2005: 64)، وفيما يلي جدول يوضح خصائص هذه المرحلة:

(عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، 2011: 142)

### جدول رقم (02)

يوضح خصائص مرحلة المراهقة والبلوغ.

المرحلة الثانية: المراهقة الحقيقية (16-20 سنة)		المرحلة الأولى: مرحلة البلوغ (11-15 سنة)		
فترة التميز الشبابي (17-20 سنة)	فترة الانفتاح على الآخر (15-17 سنة)	فترة البلوغ الحقيقي (12-15 سنة)	فترة ما قبل البلوغ (11-13 سنة)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-الشعور بالغربة عن الذات وعن الآخرين لإحساسه بالتفرد أو التميز.</li> <li>-تبني قيم خاصة وبروز قدرات خاصة.</li> <li>-النزوع نحو معارضته للوالدين والثورة على المجتمع والكون.</li> <li>-فترة صراع عنيف تنتهي عادة بتقبل المراهق لذاته كإنسان.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-الرغبة في بناء علاقة مع الجنس الآخر (الحاجة إلى الحب المتبادل).</li> <li>-النزعة إلى بناء أنساق فكرية ونظريات مثالية مركزية الذات.</li> <li>-الانخراط في مجموعات الأقران.</li> <li>-رفض سلطة العائلة وبناء صداقات متعددة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-اكتمال الوظيفة الجنسية (الإنجابية) وتيقظها.</li> <li>-نضج الدماغ</li> <li>-اضطراب في شهية الأكل.</li> <li>-شدة التأثير بالتعب والشعور بالإرهاق البدني والذهني.</li> <li>-الاهتمام المتزايد بالأناقة وجمال الجسد.</li> <li>-النرجسية والأنوية.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-زيادة في طول الجسم ووزنه.</li> <li>-الفضول الجنسي مع عدم اكتمال نضج الغرائز.</li> <li>-وضع التماهيات السابقة موضوع التساؤل (سن الجود).</li> <li>-فترة الصداقة المثالية أو الصديق المرأة.</li> </ul>	خصائص النمو البيولوجي والنقسي والذهني والاجتماعي
<ul style="list-style-type: none"> <li>-التصرف على شاكلة الكبار.</li> <li>-تغيرات واضحة المزاج والسلوك.</li> <li>-اللامبالاة والثورة اتجاه المجتمع.</li> <li>-بروز النزوات الحادة والمضارة بقيم المجتمع.</li> <li>-الانقطاع عن الدراسة، العنف، التفكير في الانتحار.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-الاحتجاج عن القيم العائلية والاجتماعية ورفضها.</li> <li>-تبني الأفكار الفلسفية والأيدولوجية.</li> <li>-اتخاذ قدوة للتماهي والمحاكاة.</li> <li>-الانشغال بالمستقبل الدراسي والمهني.</li> <li>-كثرة النقاش والجدل ووضع كل القيم والمؤسسات موضع الشك والنقد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-نقص الاهتمام بالعمل المدرسي.</li> <li>-بروز الميولات الجنسية الحادة.</li> <li>-المبالغة في العناية بالمظهر الخارجي.</li> <li>-مرحلة المرأة.</li> <li>-يبني المراهق عالمه الخاص.</li> <li>-بداية البحث عن الانحراف.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-نزعة نحو التمرد وصراع مع المحيط الأسري.</li> <li>-عدم انتظام العمل المدرسي.</li> <li>-ميل إلى التشويش وأحداث الشغب داخل القسم.</li> <li>-عدم البوح بالأسرار إلى الوالدين.</li> <li>-الكذب والسرقة أحيانا.</li> </ul>	الاتجاهات السلوكية



## 3- الفترة التي تغطيها المراهقة:

يلاحظ عموماً عدم اتفاق الباحثين والعلماء المختصين بدراسة التطور الإنساني على فترة زمنية محددة لفترة المراهقة، كما أنهم لم يتفقوا على المراحل الفرعية التي تتضمنها هذه الفترة، فمن حيث الفترة الزمنية التي تغطيها هذه المرحلة ترى "هيرلوك Hurlock" (1980)، أنها تمتد ما بين (12-18) سنة وقسمتها إلى مرحلتين فرعيتين، أطلقت على الأولى التي تمتد ما بين (13-17) سنة اسم المراهقة المبكرة، وعلى الفترة القصيرة الممتدة ما بين (17-18) سنة بمرحلة المراهقة المتأخرة.

وترى "كاتلين بيرجر Berger" (1988) إن مرحلة المراهقة تمتد ما بين (10-20) سنة وقامت بدراسة هذه المرحلة لفترة عمرية واحدة دون تحديد مراحل فرعية.

وقد تبنى "لورنس سيشامبرج Schuamderg" تقسيم فترة المراهقة إلى مرحلتين فرعيتين تمتد الأولى التي أطلق عليها اسم المراهقة المبكرة ما بين (12-16) سنة، في حين تمتد الثانية ما بين (17) سنة حتى منتصف أو نهاية فترة العشرينيات من العمر.

وتذكر "لورايبرك Berk" (1999) أن مرحلة المراهقة طويلة جداً، وقد جرت العادة بين الباحثين على تقسيمها إلى ثلاث مراحل فرعية، يُطلق على الأولى المراهقة المبكرة وتمتد في الفترة ما بين (11 أو 12) سنة إلى (14) سنة، وهي فترة من التغيرات السريعة نحو البلوغ، والمرحلة الثانية هي المراهقة المتوسطة، وتمتد ما بين (14-18) سنة حيث تكون التغيرات ذات العلاقة بالبلوغ قد اكتملت تقريباً، أما المرحلة الأخيرة وهي المراهقة المتأخرة فتغطي الفترة ما بين (18-21) سنة وعموماً فإن مثل هذا التقسيم ينسجم مع تسلسل المراحل الدراسية في كثير من دول العالم.

(صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 407)

واعتبرت المراهقة في السابق مرحلة واحدة من ضمن مراحل الحياة، إلا أن الدراسات المتعلقة بها كشفت عن أن هناك فروقاً واضحة في أنماط السلوك لدى الصغار والكبار من المراهقين، وبناء على ذلك فإن المراهقة يمكن أن تنقسم إلى فئتين فرعيتين هما: المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، فالمراهقة المبكرة تمتد من (11-15) سنة تقريباً، والمراهقة المتأخرة تغطي الفترة من (16-19) سنة تقريباً.

ولدى "الكايند" و"واينر" تنقسم مرحلة المراهقة إلى ثلاث مراحل فرعية هي:

(رغدة شريم، 2004: 23)

- المراهقة المبكرة (11-14) سنة.

- المراهقة المتوسطة (14-18) سنة.

- المراهقة المتأخرة (18-21) سنة.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية العمر الزمني للمراهقة في ثلاث مجموعات هي:

(Danièle Sommelet, 2006: 04)

- (10-14) سنة: فترة ما قبل المراهقة.

- (15-19) سنة: المراهقة.

- (20-24) سنة: المراهقة المتأخرة.

#### 4- أنماط المراهقة:

يرى "صموئيل مغاريوس" أن هناك أنماط عامة للمراهقة يمكن تلخيصها فيما يلي:

#### 4-1- المراهقة المتكيفة:

وهي المراهقة الهادئة نسبياً والتي تميل إلى الاستقرار العاطفي وتكاد تخلوا من التوترات الانفعالية الحادة وغالباً ما تكون علاقة المراهق بالمحيطين به علاقة طيبة، كما يشعر المراهق بتقدير المجتمع له وتوافقه معه ولا يسرف المراهق في هذا الشكل في أحلام اليقظة أو الخيال أو الاتجاهات السلبية، أي أن المراهقة هنا أميل إلى الاعتدال.

#### 4-2- المراهقة الانسحابية المنطوية:

وهي صورة مكتئبة تميل إلى الانطواء والعزلة والسلبية والتردد والخجل والشعور بالنقص وعدم التوافق الاجتماعي، ومجالات المراهق الخارجية الاجتماعية ضيقة محدودة، وينصرف جانب كبير من تفكير المراهق إلى نفسه، وحل مشكلات حياته أو إلى التفكير الديني والتأمل في القيم الروحية والأخلاقية كما يسرف في الاستغراق في الهواجس وأحلام اليقظة. وتصل أحلام اليقظة في بعض

الحالات حد الأوهام والخيالات المرضية وإلى مطابقة المراهق بين نفسه وبين أشخاص الروايات التي يقرأها.

#### 4-3- المراهقة العدوانية المتمردة:

ويكون فيها المراهق ثائراً متمرداً على السلطة سواء سلطة الوالدين أو سلطة المدرسة أو المجتمع الخارجي، كما يميل المراهق إلى توكيد ذاته والتشبه بالرجال ومجاراتهم في سلوكهم كالتدخين وإطلاق الشارب واللحية، والسلوك العدواني عند هذه المجموعة قد يكون صريحاً مباشراً يتمثل في الإيذاء، أو قد يكون بصورة غير مباشرة يتخذ صورة العناد، وبعض المراهقين من هذا النوع الثالث قد يتعلق بالأوهام والخيال وأحلام اليقظة ولكن بصورة أقل مما سبقها.

#### 4-4- المراهقة المنحرفة:

وحالات هذا النوع تمثل الصورة المتطرفة للشكلين المنسحب والعدواني، فإذا كانت صورتين السابقتين غير متوافقة أو غير متكيفة إلا أن مدى الانحراف لا يصل في خطورته إلى الصورة البادية في الشكل الرابع حيث نجد الانحلال الخلقي والانهيار النفسي، وحيث يقوم المراهق بتصرفات تروع المجتمع ويدخلها البعض أحياناً في عداد الجريمة أو المرض النفسي والمرض العقلي.

(محمد مصطفى زيدان، 1982: 156)

#### 5- خصائص مرحلة المراهقة:

تتميز مرحلة المراهقة بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية والتقدم نحو كل من النضج الجسمي، والنضج الجنسي، والنضج العقلي، والنضج الانفعالي والاستقلال الانفعالي والتطبيع الاجتماعي واكتساب المعايير السلوكية الاجتماعية والاستقلال الاجتماعي وتحمل المسؤولية وتكوين علاقات اجتماعية جديدة والقيام بالاختبارات، واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم والمهنة والزواج، وتحمل مسؤولية توجيه الذات، من خلال التعرف على قدراته وإمكاناته وتمكنه من التفكير واتخاذ قراراته بنفسه، والتخطيط لمستقبله.

وتشير البحوث والدراسات إلى أشكال وصور متعددة للمراهقة تتباين بتباين الثقافات وتختلف باختلاف الظروف والعادات الاجتماعية والأدوار الاجتماعية التي يقوم بها المراهقون في مجتمعاتهم.

وقد وصف "ستانلي هل" (Hall) المراهقة بأنها فترة عواصف وتوتر شديدة تكتنفها الأزمات النفسية وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق، لتشكل بالنسبة لحياة المراهق مجموعة من التناقضات متعددة الجوانب.

وترى "إليزابيث هيرلوك" (Hurlock) أن المراهقة على أنها نتيجة لعوامل كثيرة منها المثالية ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في إشباع الحاجات والضغط الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الآخر، ومشكلات التوافق بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث:

(سامي محمد ملحم، 2004: 342)

- اضطراب السلوك مثل نقص التركيز، التقلب السلوكي، قصور النشاط العقلي والجسمي، الاندفاع والعدوان.
- الاستنارة والحساسية النفسية.
- السلوك المضاد للمجتمع: مثل رفض النضج والتوجيه ومغايرة المعايير الاجتماعية في اللباس والكلام والسلوك بصفة عامة.
- الوحدة عند الشعور بالإهمال من قبل الرفاق وحتى من أعضاء الأسرة الواحدة.
- نقص الإنجاز: ويوافقه الإهمال ونقص الدافعية.
- لوم الآخرين واتهامهم بأنهم سبب في شقاء المراهق.

## 6- بعض التفسيرات النظرية لمرحلة المراهقة:

يحدث النمو باستمرار خلال سنوات الحياة الإنسانية المتتابعة إلى أن يبلغ مرحلة معينة يتم فيها تكوينه النهائي، وقد أشار العلماء إلى أن عملية تقسيم هذه الفترة إلى مراحل معينة ليست بالأمر السهل ذلك لأننا لا نستطيع تمييز نهاية مرحلة ما من بداية المرحلة التي تليها إذا كان لا يزال هناك نوع من التداخل، وتبقى محاولة تقسيم فترة النمو باختلاف أنواعه للتبسيط فقط. (موريس شريل، د.س:

(17)

وقد عمل الباحثون في مجال علم النفس وفروعه وخاصة علم نفس النمو على تقديم تفسيرات علمية لمراحل النمو والتي من بينها مرحلة المراهقة، وكل ذلك سعياً منهم لتحديد أهم العوامل التي لها

الأثر البارز في تكوين الشخصية الإنسانية في هذه المرحلة الحساسة من الحياة، ولعل هذا ما يسهل الطريق للباحثين في مثل هذه المجالات البحثية.

وانطلاقاً مما سبق يمكن تلخيص النظريات التي قسمت مراحل النمو الإنساني في ما يلي:

### 6-1-1- المراهقة وفق نموذج التحليل النفسي:

في الحقيقة مقارنة "فرويد" (Freud) لم تكن ارتقائية، بل نشأت في أحضان الطب العقلي، حيث أبرز هذا التناول أهمية الخبرات الأولى في حياة الطفل بتفاعله مع الآخرين (أفراد الأسرة والمجتمع ككل) إلا أن كثيراً من هذه الخبرات تُقَمع وتُكبت، ولكنها تبقى في اللاشعور وتؤثر في السلوك، وأن من أهم ما يكتبه الطفل هي الدوافع الجنسية والدوافع العدوانية.

(Guy Parent, Pierre Cloutier, 2009: 07)

وهنا يرى "فرويد" (Freud) أن السنوات القليلة الأولى من حياة الطفل تكون حاسمة في تكوين شخصيته...، وقد حاول "فرويد" في إطار نظرية التحليل النفسي القديمة تحديد مراحل نمو مختلفة مُركزاً فقط على النمو الجنسي، وفاضلاً بذلك بين مناحي النمو المختلفة في شخصية الطفل، حيث يذهب إلى أن النمو الجنسي يتم حسب مراحل أساسية هي:

**6-1-1- المرحلة الفمية:** وترتبط هذه المرحلة بالفم وخصوصاً بالشفيتين، وفيها يكون الفم وسيلة اتصال الطفل بالعالم، فعن طريقه يشبع الطفل حاجته للطعام وهو يقوم على (مبدأ اللذة)، وبما أنه يكرر ذلك عدة مرات في اليوم فإن الطفل يكتسب أهمية الطعام في إشباع اللذة، فيعتمد على الشفتين والفم كلما أراد الحصول على اللذة. (عزة سمارة وآخرون، 1999: 39)

وجدير بالذكر أن شخصية الطفل ونمط علاقاته الاجتماعية في هذه المرحلة تتحدد بطبيعة علاقته بأمه، ومدى إشباع حاجاته الفمية، ودرجة ما يتعرض له من إحباط، ومدى مفاجأة الفطام. (عمر أحمد همشري، 2003: 64)

**6-1-2- المرحلة الشرجية:** تبدأ هذه المرحلة من بداية السنة الثانية حتى نهاية السنة الثالثة من عمر الطفل وينتقل تطور النمو الجنسي من الفم إلى الشرج فتحتل هذه المنطقة مكاناً خاصاً متميزاً من

مراحل اللذة عند الطفل، وحسب رأي "فرويد" (Freud) فإن مرور الفضلات عبر المعدة إلى الأمعاء الدقيقة ثم الغليظة وتركها هناك يسبب للطفل توتراً، يدفعه إلى التخلص منها، حتى يحصل على الارتياح. (توما جورج خوري، 1996: 40)

ويرتبط الإثباع الليبيدي عند إزالة التوتر والشعور بالارتياح بطرد الفضلات وإخراجها، ولا شك أن اللذة الشرجية كانت موجودة في المرحلة السابقة إلا أن هذه المنطقة تحتل مكاناً متميزاً في الإحساس باللذة المصاحبة لعملية الإخراج (التبرز) خلال هذه المرحلة بصفة خاصة، ويستخدم الطفل عمليتي التبول والإخراج كوسيلة من وسائل التعامل مع الأبوين، ويرى "فرويد" وأتباعه أن كثيراً من سمات الشخصية ترجع جذورها إلى المرحلة الشرجية مثل سمات النظام، الطاعة، القادرة، يقضة الضمير، التعسف في معاملة الآخرين. (خليل مخائيل معوض، 2003: 84)

**6-1-3- المرحلة القضيبية:** تقع المرحلة القضيبية ما بين الثالثة والخامسة من العمر أو أكثر قليلاً، وتصبح الأعضاء التناسلية هي مصدر اللذة، فيشتق منها الطفل اللذة الحسية فيعبت الطفل بأعضائه التناسلية، واللذة الحسية في هذه المرحلة لذة ذاتية فهي لا تتجه للخارج، بل يشتق الطفل لذته الحسية باللعب بأعضائه التناسلية. (سيد محمود الطواب وآخرون، 2007: 105)

وفي سن الخامسة تقريباً يبدأ الطفل في إدراك جنسه ذكراً أو أنثى، فيمكنه ملاحظة الفروق بين إخوته الذكور وأخواته الإناث، وبين أبيه وأمه، ويميل الذكور إلى استعراض أعضائهم التناسلية واستطلاعها عند الآخرين، أما الإناث فيحقدن على الذكور نتيجة اختلاف أعضائهن التناسلية عن الذكور. ويرى "فرويد" أن عقدة أوديب ويقصد بها ميل الطفل جنسياً نحو أمه ورغبته في التخلص من أبيه، وميل الفتاة إلى أبيها جنسياً ورغبتها في التخلص من الأم تتكون في هذه المرحلة، ويصاحب ذلك الخوف من فقدان العضو التناسلي لدى الذكر فيما يسمى بعقد الخشاء، يقابلها في الفتاة الغيرة والحقد من الذكر لوجود قضيب له حُرمت منه. (خليل ميخائيل معوض، 2003، 85)

**6-1-4- مرحلة الكمون:** أطلق "فرويد" على الفترة الممتدة من الخامسة أو السادسة حتى أعتاب المراهقة في الثانية عشر من العمر اسم فترة الكمون، وهي ليست مرحلة نمو نفسي جنسي حقيقية كالمراحل الأخرى، وفي هذه الفترة تحدث عملية تدعيم وتثبيت للسمات والمهارات التي اكتسبت في المراحل السابقة من جانب وتأهب واستعداد لدخول المرحلة اللاحقة من جانب آخر بما تحمله من

تغير في الحاجات والرغبات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، وأهم ما يميز هذه المرحلة في رأي "فرويد" هو اختفاء الدوافع الجنسية الطفلية، وتخذ الثورة الأوديبيية، ويتحول النشاط الجنسي إلى أشكال أخرى من التعاطف والتوحد، كالتعلم وممارسة الأنشطة الرياضية وأنشطة جماعات الأقران.

**6-1-5- المرحلة التناسلية:** وهي المرحلة الأخيرة من النمو وهي تلي البلوغ، وتمثل الهدف من النمو الطبيعي كما تمثل النضج الحقيقي، وتكتمل الطاقة النفسية لمعرفة مواضع الاختلاف بين الجنسين وتكوين علاقات جنسية مشبعة، وقد أوضح فرويد أهمية الحب والعاطفة، ولاحظ أن المودة بين الناس هي أساس الرغبة الجنسية، وهنا يتحول الطفل من أناني الطفولة ومن البحث عن اللذة إلى راشد واقعي اجتماعي لديه ميول جنسية تدفعه للزواج ورعاية الأطفال. (محمد السيد عبد الرحمن، 2001: 112)

### جدول رقم (03)

يوضح مرحلة المراهقة بالنسبة لفرويد. (Diane E. Papalia, 2010: 10)

مرحلة المراهقة	مركز الاهتمام	اهتمامات المراهق
المرحلة التناسلية ترافق سن البلوغ.	النضج الجنسي لدى الجنسين و بروز علامات البلوغ.	تكوين العلاقات الجنسية.

### 6-2- المراهقة وفق النموذج النفس اجتماعي:

ويرى "إريك إريكسون" (Erik Erickson) أن أحد الصراعات المركزية في الحياة يأتي خلال المراهقة ويتعلق بالسؤال عن الهوية، حيث أنه يرى أن بناء وتحقيق هوية شخصية صحية أمر مهم للصحة النفسية وبهذا يرى أن المراهقة طور حرج من النمو الإنساني، ويصف "إريكسون" دورة الحياة البشرية كسلسلة تتكون من ثمان مراحل، أو ثمان أعمار تتميز كل مرحلة بصراع نفسي معين يواجه الفرد، حيث تتركز المرحلة الأولى على الطفل الذي يكون صراعه الأساسي بين الثقة وعدم الثقة وقد أكد "إريكسون" على وجه الخصوص على أهمية مواقف التغذية، خاصة أن مخرجات الخبرات الغذائية لها أثر نفسي على إكساب الطفل الإحساس الأساسي بالثقة في العالم أو الشعور الأولي بعدم الثقة ويرى "إريكسون" أن الصراع الأول للطفل الصغير يكون في مجال ثقة/عدم ثقة ويؤدي الحل الناجح

لهذا الصراع إلى نمو الإحساس بالثقة، وتتوضح المبادئ النمائية لنظرية "إريكسون" في الشكل التالي:  
(فاروق عبد الفتاح موسى، 2004: 428)

VIII								التكامل مقابل اليأس
VII							الإنتاجية مقابل الركود	
VI						الشعور بالانتماء مقابل مشاعر الوحدة والانعزال		
V		تأثير الذات في مقابل الوعي بالذات		التمهن في مقابل شكل العمل	الهوية مقابل اضطراب الهوية	الاستقطاب الجنسي في مقابل الاضطراب الجنسي	قائد في مقابل اضطراب السلطة	اضطراب إيديولوجي في مقابل اضطراب القيم
IV				المواظبة مقابل الدونية				
III			المبادأة مقابل التغلب على الشعور بالذنب					
II		الاستقلال مقابل الشك والخجل						
I	الثقة مقابل عدم الثقة							

شكل رقم (07): يوضح المبادئ النمائية في نظرية إريكسون.



تتميز المرحلة الثانية بالصراع بين الاستقلال والحياء والشك، حيث إذا طور الطفل قدرة التحكم بأعضائه طور شعور بالاستقلالية عن أبيه، وإذا فشل طور شعوراً بالخجل، أما المرحلة الثالثة والممتدة بين (3 و5) سنوات، حيث يتخلص الطفل من الاعتماد الشديد على الوالدين، حيث يخرج إلى العالم المحيط ويتحرك في بيئته لاكتساب الخبرة... فإذا تم ذلك نقول أن الطفل طور شعوراً بالمبادأة، أما إذا استمر الطفل في اعتماده الشديد على والديه فإنه يطور شعوراً بالذنب والخوف الانسحاب.

(عمر أحمد همشري، 2003: 130)

وعند المراهقة (المرحلة الخامسة) تبدأ عملية تشكل هوية الأنا بظهور الأزمة المتمثلة في درجة من القلق والاضطراب المختلط المرتبط بمحاولة المراهق تحديد معنى لوجوده في الحياة من خلال اكتشاف ما يناسبه من مبادئ ومعتقدات وأهداف وأدوار وعلاقات اجتماعية ذات معنى على المستوى الشخصي والاجتماعي، إنها محاولة للإجابة على تساؤلات مثل (من أنا؟ وما دوري في هذه الحياة؟ وإلى أين أتجه؟) وتنتهي الأزمة ويتم تحقيق الهوية، ويحقق المراهق إحساسه القوي بالذات.

(حسين عبد الفتاح الغامدي، 2001: 225)، ويرى "اريكسون" أن الطفل إذا كون إحساس أساسي بالثقة متبوعاً في المراحل التالية بمشاعر الاستقلال والمبادرة فسوف -كمراهق- يرى نفسه إيجابياً ويشعر بالثقة حول مستقبله، وباختصار سوف تكون لديه هوية موجبة، إن الفشل الشديد خلال المراحل المبكرة يمكن أن ينتج عنه اضطراب الهوية أي شعور سالب عن الذات كشخص وشكوك حول المستقبل.

وتشير مربعات الصف الأفقي رقم (05) إلى أنواع الخصائص التي يظهرها المراهق اعتماداً على درجة حل الصراعات المبكرة ونمط الهوية الناتجة، لذلك فإن افتقاد الخوف أو الريبة بالنسبة للزمن، التأكد من الذات، والقدرة المرنة على التجريب، والعمل التعاوني كلها تميز المراهق بصعوبة إيجابية، أما الاضطراب فيظهر من خلال عدم الوعي بالذات، التمسك الجامد بالدور، وعدم القدرة على العمل، كل هذا يميز المراهق باضطراب الهوية. (فاروق عبد الفتاح موسى، 2004: 430)

والجدول التالي يوضح لنا باختصار هذه المرحلة: (بدر إبراهيم الشيباني، 2000: 214)

### جدول رقم (04)

يوضح مرحلة المراهقة بالنسبة لإريكسون.

مرحلة المراهقة	المطلب	الحالة الاجتماعية	النتيجة
من (12-18) تطوير الهوية مقابل اضطراب الهوية.	من أنا ؟ ما هي اعتقاداتي ومشاعري ومواقفي ؟	استقرار داخلي واستمرارية، تعريف جنسي، واضح، ردود أفعال إيجابية	هوية
		غموض في الهدف، ردود أفعال غير واضحة، توقعات غير معروفة	هوية غامضة

وقد حاول "جابر عبد الحميد جابر" (1990) تلخيص مرحلة الهوية كما يراها "إريكسون" حيث يقول: أكد "إريكسون" ثلاث عناصر متضمنة لتكوين الهوية هي: (ناصر ميزاب، 2005: 73)

- 1) أن يدرك الفرد نفسه باعتباره مازال عبر الزمن هو نفسه حاضره وماضيه.
- 2) يحتاج المراهق إلى أن يدركه الآخرون على شكل وحدة داخلية تتشكل في وقت مبكر وبمقدار ما يشك المراهق بمفهوم ذاته وصورها الاجتماعية، بمقدار ما تعوق مشاعر الشك والخلط وعدم الاكتراث لإحساسهم بالهوية.
- 3) ينبغي أن تثبت مدركات ذات المراهق عن طريق التغذية الراجعة المناسبة مع الآخرين.

وتلي مرحلة تطوير الهوية المرحلة السابعة وهي مرحلة تطوير الشعور بالإنتاج والتغلب على مشاعر الركود وتمتد هذه المرحلة بين سن الخامسة والثلاثين حتى سن التقاعد (خوالي السنين)، حيث يعد التخلص من الذاتية والاهتمام بالآخرين ورعايتهم والاهتمام بهم من أهم مظاهر هذه المرحلة، فإذا أفلح الفرد في هذا طور شعوراً بالإنتاجية، وإذا عجز فإنه يشعر بالركود والجمود.

أما المرحلة الأخيرة في نظرية "إريكسون" تمثل مرحلة الشيخوخة حيث يقف الإنسان موقف المتأمل من حياته السابقة، فإذا كانت حياته منظمة وتحققت أهدافه فقد طور شعوراً بتكامل الذات، وإذا وجد أن حياته كانت عبارة عن أحداث متناثرة ولم تكن فيها أحداث واضحة سعى إلى تحقيقها، أدركه اليأس والقنوط. (عمر أحمد همشري، 2003: 132)

وبناءً على ما سبق، يتبين لنا أن حياة المراهق الراشد في المستقبل وتنشئته تعد سلسلة حلقات متتابعة ومتداخلة حسب "إريكسون" بدايتها نحو النمو السليم شعور الطفل بالثقة، وكل هذا يلعب دوراً فاعلاً في إعداد المراهق جسمياً وعقلياً، وانفعالياً واجتماعياً، ولغويًا ودينيًا... الخ إعداداً سليماً ومتوازناً.

### 6-3- المراهقة وفق النموذج المعرفي:

يتناول النموذج المعرفي التطور العقلي للطفل في مراحل المختلفة، ذلك أن الجانب العقلي المعرفي يعتبر بعداً أساسياً للمشاركة في تكوين صورة عن الذات وعن الآخرين، وقد تناول "جون بياجيه" النشاط العقلي بطريقة توسطت بين المنحى السيكومترى والمنحى المعرفي، والذي يهمننا في مراحل النمو المعرفي لـ "بياجيه" مرحلة العمليات الشكلية التي تظهر في مرحلة المراهقة.

ويرى "فتحي مصطفى الزيات" (1995) أن "بياجيه" (Piaget) استعمل عدة مصطلحات لتقريب تناوله للفهم منها: الذكاء والاستراتيجيات (الخطة الفكرية)، التمثيل (نوع التفاعل بين البنى المعرفية والبنى الطبيعية والزيادة في استخدام القدرات والبناء المعرفي).

ولقد أطلق "بياجيه" على هذه القضايا الداخلية غير الظاهرة اسم العمليات، كما نظر "بياجيه" إلى النمو المعرفي لدى الطفل، على شكل مراحل متتالية تكمل بعضها البعض، حيث اهتم تحليله لمراحل النمو بالجانب المعرفي فقط دون الخوض في نمو جوانب الشخصية الأخرى، كما أنه وضع شبكة معايير لقياس مراحل النمو المعرفي، وذلك في تدخله العلمي في سنة (1955) في لقاء دولي حيث بين الأسس الخمسة التي بنى عليها مراحل النمو المعرفي وهي كالاتي:

(ناصر ميزاب، 2005: 76، 77)

(1) استمرار النمو الضروري.

(2) الاندماج أو التكامل.

(3) إمكانية الاستنباط (Formalisation).

(4) التفريق بين فترة التهيئة وفترة الإنجاز.

(5) التفريق بين عمليات التكوين وأشكال التوازن النسبي.

يرى "بياجيه" أن النمو المعرفي لدى الأفراد يسير وفق أربع مراحل متسلسلة ومتراصة، بحيث تمتاز كل مرحلة بمجموعة من الخصائص المعرفية المميزة والتي تتضمن نوعية الخبرات التي يمكن للأفراد اكتسابها في هذه المرحلة، إضافة إلى العمليات المعرفية التي يستخدمونها في التعامل مع البيئة، ويرى أن هذه المراحل مترابطة بأعمار زمنية معينة، إلا أن العمر لا يشكل حداً فاصلاً لهذه المراحل، وإنما هو للتقريب فقط، وفيما يلي عرض لهذه المراحل:

### 6-3-1- المرحلة الحس - حركية:

إن السياق النظري الذي يحدد فيه "بياجيه" النمو في هذه المرحلة هو تكييف الجسم مع البيئة، وهذا ما يفسره "بياجيه" بالتفاعل بين الفرد والبيئة. (موريس شريل، 1986: 110)

وتمتد هذه المرحلة منذ الولادة وحتى عمر السنتين ويعتمد الطفل فيها على استخدام الحواس المتعددة والأفعال الحركية لفهم العالم المحيط به والتعرف على الأشياء، وتسمى بهذا الاسم لأن إستراتيجيات التفكير عند الطفل في هذه المرحلة تعتمد على الاتصال الحسي المباشر بالأشياء والأفعال والمعالجات التي يقوم بها حيال تلك الأشياء، وتمتاز هذه المرحلة بعدد من الخصائص المعرفية التي تتمثل فيما يلي:

1- يمارس الطفل الأفعال الانعكاسية مثل المص وتحريك اليدين والرجلين خلال الشهر الأول من العمر.

2- ينسق الطفل بين حواسه واستجاباته، حيث يلتفت إلى مصدر الأصوات ويتابع الأشياء المتحركة في بيئته بصرياً، ويكون ذلك خلال الفترة العمرية الواقعة بين الشهر الثاني والرابع.

3- يكرر الطفل استجاباته للتأكد من نتائج معينة ويُظهر اهتماماً بالأشياء والموضوعات الخارجية ويكون ذلك خلال الفترة العمرية الواقعة بين الشهر الخامس والثامن.

4- يدرك الطفل ظاهرة بقاء الأشياء أي أن الأشياء تبقى موجودة في البيئة بالرغم من اختفائها من مجاله الحسي، كما ويميز الطفل بين الوسائل والغايات ويبدأ في استخدام بعض الوسائل للوصول إلى نتائج معينة، وتظهر مثل هذه الأنماط السلوكية في الفترة الواقعة بين الشهر التاسع والثاني عشر.

5- يطور الطفل وسائل معرفية جديدة لاكتشاف العالم والتعرف عليه، ويتمثل ذلك في استخدام أساليب المحاولة والخطأ والتجريب والعبث بالأشياء، وقد يبدأ الطفل المشي، الأمر الذي يساعده على التحرك في بيئته والتعرف على خصائص موجوداتها، ويستطيع الطفل أيضاً التحكم في أفعاله وحركاته واستخدامه للأدوات بسبب تطور قدرة التآزر الحس - الحركي لديه، ويبدأ الطفل باستخدام بعض الرموز اللغوية للتفاعل مع الآخرين ولكنها تشكل نظاماً فعلياً للتفكير في هذه المرحلة، ويكون ذلك في الفترة الواقعة بين الشهر الثالث عشر والشهر الثامن عشر.

6- يظهر الطفل في نهاية هذه المرحلة بعض الأنماط السلوكية التي تعتمد بدرجة بسيطة على التخطيط والتخيل، كما ويبتكر بعض الوسائل للوصول إلى الغايات، وتصبح أفعاله أكثر هدفية بسبب سيطرته على المشي والتحريك والإمساك بالأشياء ومعالجتها.

(عماد عبد الرحيم الزغول، 2012: 184، 185)

### 6-3-2- مرحلة ما قبل العمليات المعرفية:

وتمتد من (2 إلى السادسة أو السابعة) حيث يبدأ الطفل باستخدام اللغة مع نهاية السنة الثالثة، وتتكون لديه الصور العقلية الأولية والتمثيلات الذهنية، ومعها تتكون المفاهيم الأولية.

(مريم سليم، 1985: 198)

حيث يبدأ الطفل باستخدام الرموز للدلالة على الخبرات والمثيرات البيئية وتزداد قدرته على المحاكاة والتقليد، ولا يستطيع التفكير في الأشياء في ضوء أكثر من بعد، ويسقط صفة الحياة على الجمادات، كما يسود لديه التمرکز حول الذات. (عماد عبد الرحيم الزغول، 2012: 187)

## 6-3-3- مرحلة العمليات المادية:

تمتد هذه المرحلة من بداية السنة الثامنة إلى نهاية السنة الحادية عشرة، حيث يستطيع الفرد في هذه المرحلة إجراء العمليات المعرفية الحقيقية المرتبطة فقط بالأشياء والموضوعات المادية التي يصادفها أو تلك التي خبرها في السابق، وتمتاز هذه المرحلة بالخصائص التالية:

1- تتمو لدى الفرد قدرة التصنيف، حيث يستطيع تصنيف الأشياء وفقاً لبعدين أو أكثر وذلك حسب الشكل والحجم واللون.

2- يستطيع الفرد عمل الاستنتاجات المنطقية المرتبطة بالأشياء المادية.

3- يدرك الطفل مفهوم التعويض (Compensation) أي أن النقص في بعد يتم تعويضه في البعد الآخر، الأمر الذي يمكنه من اكتساب مفهوم المعكوسية، بحيث يستطيع التفكير في الأشياء بأكثر من طريقة.

4- يدرك مفهوم المن وينجح في التمييز بين الماضي والحاضر والمستقبل.

5- يدرك مفهوم الاحتفاظ (Conservation) أي أن المادة تبقى كما هي بالرغم من تغير منظورها الخارجي.

6- يبدأ في تكوين المفاهيم المادية، حيث ينجح في تصنيف الأشياء المادية في فئات وفقاً لخصائص مشتركة بينها.

7- تلاشي حالة التمرکز حول الذات، بحيث يصبح الفرد أكثر توجهاً نحو الآخرين ويظهر اهتماماً بأرائهم ووجهات نظرهم ونيل رضاهم، فالفرد هنا يصبح أقل ذاتية وأكثر اجتماعية، كما يقل استخدام اللغة المؤكدة على الذات لتأخذ الطابع الاجتماعي.

8- يستطيع حل المشكلات ذات الارتباط المادي مستخدماً العمليات المعرفية التي طورها كاحتفاظ والمعكوسية، والتعويض وغيرها.

9- يفشل الفرد في هذه المرحلة في عمل الاستدلالات والاستنتاجات اللفظية أو اكتشاف المغالطات المنطقية في العبارات اللغوية التي تقدم له، ويفشل الطفل في هذه المرحلة في إدراك الأشياء المجردة.

## 6-3-4- مرحلة العمليات المجردة:

تبدأ هذه المرحلة من سن الثانية عشر وتمتد إلى السنوات اللاحقة، وتمتاز عن المرحلة السابقة في طبيعة ونوعية العمليات المعرفية التي يستطيع الفرد القيام بها، فالتغير الذي يحدث على العمليات المعرفية ليس كمياً فحسب، بل هو نوعي أيضاً، إذ تنتقل عملية التفكير من العالم الخارجي لتصبح عملية داخلية خاصة بالفرد.

فالفرد هنا لم يعد يعتمد في عملياته المعرفية على الأشياء والموضوعات المادية الملموسة أو خبراته السابقة المرتبطة بها، بل يستخدم الرموز المجردة في مثل هذه العمليات، وتمتاز هذه المرحلة بالخصائص المعرفية التالية: (عماد عبد الرحيم الزغول، 2012: 188، 189)

- 1- نمو القدرة على إجراء الفروض وإجراء المحاكمات والاختبار لهذه الفروض للتأكد من صدقها أو عدمه.
- 2- نمو القدرة على المفاضلة بين البدائل المختلفة واختيار البديل الأمثل من بينها (التفكير الافتراضي).
- 3- نمو القدرة على عمل الاستدلالات والاستنتاجات المنطقية بعيداً عن الأشياء أو الموضوعات المادية، وإنما على أساس رمزي تجريدي.
- 4- نمو القدرة على التفكير المنظم والبحث في جميع الأسباب المحتملة لحدوث ظاهرة ما.
- 5- نمو القدرة على التعليل الاستقرائي والذي يتمثل في استخدام بعض الملاحظات المحددة للوصول إلى تعميمات ومبادئ معينة.

يتبين لنا مما سبق أن التوجهات النظرية - التي ذكرناها أو لم نذكرها - في تفسير مراحل النمو السابقة التي أعطت تفسيرات وتقسيمات مختلفة لمراحل النمو، من أجل الوقوف على أهم النقاط الحساسة التي تميز كل مرحلة حسب التوجه العلمي لكل نظرية وبالتالي الاستعانة بها في تفسير بعض الظواهر أو المشكلات التي تحدث لدى الأفراد أثناء مراحلهم النمائية.

## 7- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

مرحلة المراهقة مرحلة تتخللها تغيرات نمائية عديدة تمس جميع جوانب شخصية المراهق وتتمثل في:

## 1-7- النمو الجسمي للمراهق:

يظهر النمو الجسمي عند المراهق في ناحيتين: الناحية الفيزيولوجية وتشمل نمو ونشاط بعض الغدد والأجهزة الداخلية الذي ترافقه بعض الظواهر الخارجية والناحية الجسمية العامة وتشمل الزيادة في الطول والحجم والوزن.

## أولاً: النمو الفيزيولوجي: ويتضمن ما يلي:

- 1) نمو الخصائص الجنسية الأولية، وتكامل الجهاز التناسلي، ثم ظهور الخصائص الجنسية الثانوية وهي الصفات التي تميز الشكل الخارجي للرجال عن الشكل الخارجي للنساء، ويصاحب هذه التبدلات انفعالات عديدة عند المراهقين مثل الخجل من التكلم بصوت مرتفع.
- 2) تغيرات في الغدد الصماء التي تؤدي إفرازاتها إلى استثارة النمو بوجه عام وتنظيم الشكل الخارجي للإنسان، وأهم هذه الغدد تأثيراً في هذه المرحلة هي الغدة النخامية لا سيما الفص الأمامي، ثم الكظرية وخاصة قشرتها، أما الغدة الصنوبرية فتظهر في المراهقة.
- 3) تغيرات في الأجهزة الداخلية: فالقلب ينمو، والشرايين تتسع ويزداد ضغط الدم.

ولهذا التغير أثر بعيد في نمط انفعالات المراهق وحساسيته، كما أن لاختلاف الضغط الدموي بين الجنسين أثر في وجود الفروق الجنسية في الانفعالات بين البنين والبنات.

(عفاف أحمد عويس، 2003: 258)

## ثانياً: التغيرات الجسمية العامة:

يتميز النمو الجسمي في هذه المرحلة بالسرعة الكبيرة في النمو، وتزداد سرعة النمو عند الجنسين لمدة (3-4) سنوات عند الذكور بين سن (12-16) سنة وعند الإناث بين سن (10-14) سنة، وتصل أقصى سرعة في النمو عند الإناث في سن (12) سنة، بينما تصل أقصى سرعة في



النمو عند الذكور في سن (14) سنة، ويزداد طول الفرد زيادة سريعة، ويتسع الكتفان ومحيط الأرداف، ويزداد طول الجذع وطول الساقين، كما يزداد نمو العضلات والقوة العضلية والعظام.

وتبدأ زيادة الطول في الساقين أولاً، ثم بعد ذلك في الجذع، إلا أن اكتمال الزيادة يحدث أولاً في اليدين والرأس والأقدام، أما آخر جزء تكتمل فيه هذه الزيادة فهو في الأكتاف، ويتأثر النمو الجسمي للشخص بعوامل عديدة من أبرزها المحددات الوراثية والجنس والتغذية وإفرازات الغدد، ويبرز تأثير الغدة النخامية وإفرازاتها لهرمون النمو، والتي تستثير بدورها عدداً من هرمونات الغدد الأخرى مثل الغدد الدرقية والأدرينالية والتناسلية التي تفرز هرمون الذكورة وهرمون الأنوثة بحيث تتفاعل هذه الهرمونات بعضها مع بعض محدثة عدداً من التغيرات الجسمية والفيزيولوجية.

وفي هذه المرحلة يحاول المراهق أن يتتبع أثر التغير الجسمي على الغير من أفراد أسرته وأقرانه المخالطين له، ولذا فعلية التوافق تكون مزدوجة، توافق مع جسده الجديد، وتوافق مع أقرانه وأفراد المجتمع الآخرين الذين يتعامل معهم، وأن أي عيب أو شذوذ على مستوى النمو الجسمي للمراهق يعتبر تجربة قاسية له، فبعض العيوب الجسمية كحب الشباب أو الاعوجاج، أو عدم نمو العضلات يقلق المراهق، ويشعره بنقص كبير عندما يقارن نفسه مع أقرانه.

(كامل محمد عويضة، 1996: 119)

## 7-2- النمو الجنسي للمراهق:

تعد المراهقة فترة تغيرات سريعة ومتميزة، فالتغيرات الفسيولوجية والعضوية تعم كل أجزاء الجسم نتيجة الإفرازات الهرمونية المرتبطة بالنضج والتي تتعلق إلى حد كبير بالنمو الجنسي وتكتمل بنضج التكوينات والعمليات اللازمة للإخصاب والحمل وتكوين الجنين وإفراز اللبن وتتحدد فترة المراهقة عادة ببدء ظهور علامات النضج الجنسي إلى جانب النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي، وتنتهي عند قيام الفرد بتولي أدوار الكبار، وتقبلهم له. وتظهر عدة علامات النضج الجنسي لدى الجنسين فتظهر التغيرات التالية لدى الإناث: (عباس محمود عوض، 1999: 130)

- 1) نمو حجم الثديين وبروز الحلمة.
- 2) انتشار كمي ونوعي للشعر على الجسم.
- 3) تبدأ الدورة الشهرية في حوالي الثانية عشرة سنة تقريباً.

(4) نعومة الصوت ورقته.

أما علامات النضج الجنسي لدى الذكور فهي كالآتي:

(بدر إبراهيم الشيباني، 2000: 207، 208)

(1) ازدياد في حجم الخصيتين.

(2) انتشار كمي ونوعي للشعر على الجسم.

(3) يبدأ أول قذف أو احتلام في حوالي الرابعة عشر سنة تقريباً.

(4) تضخم نبرة الصوت.

وفي بداية مرحلة المراهقة يشعر المراهق بالدافع الجنسي، ويعبر عنه بداية في شكل إخلاص وولاء وإعجاب وحب لشخص أكبر منه سناً مثل المعلم أو غيره، ثم يأخذ الشعور الجنسي مجراه الطبيعي فيحب الفتى فتاة أو أكثر في مثل سنه، وتفعل الفتاة كذلك، وتتميز هذه العلاقة بسيادة الروح الرومانسية الخالية من أي إثارة جنسية جامحة...، ويشاهد الفضول الجنسي وشدة الشغف بالتعرف على حقيقة الحياة الجنسية وكثرة الأسئلة الموجهة للكبار ومن سبقوا مرحلة المراهقة من الرفاق.

(سامي محمد ملحم، 2004: 366)

### 7-3- النمو المعرفي للمراهق:

يقصد بالنمو المعرفي التغيرات التي تطرأ على النشاط العقلي الذي يقوم به الفرد لمعرفة الأشياء والأحداث التي تقع حوله، مع قدرته على إدراك العلاقات القائمة بين هذه الأشياء والأحداث عبر مراحل النمو المختلفة التي تطرقنا لها في الصفحات السابقة. (فادية علوان، 2003: 179)

يتطور التفكير عند المراهقين في هذه المرحلة، ويصبح أكثر منطقية ويميل إلى التفكير المجرد، ويصبح المراهق أكثر قدرة على فحص أفكار الآخرين، ويعتقد "بياجيه" (Piaget) أن مرحلة التفكير المجرد تأتي في الفترة من سن (11 إلى 15) سنة حيث يسودها التفكير المجرد أكثر مما هو في مرحلة الطفولة، فلم يعد المراهق يعتمد على التفكير المادي بل يتعداه إلى وضع الفروض والمحاكاة العقلية والتفكير بالخصائص المثالية لأنفسهم ولغيرهم، ويطورون خطأً لحل المشكلات التي تواجههم. (منذر عبد الحميد الضامن، 2005: 179)

ومن خصائص مرحلة العمليات المجردة: (منذر عبد الحميد الضامن، 2005: 180)

- يفكر المراهقون بمرونة أكثر.
- ينظرون إلى المفاهيم بمنظور نسبي.
- تفكيرهم منطقي.
- يميزون بين ما هو ممكن وما هو افتراضي.
- يميزون بين ما هو واقعي وما هو افتراضي.
- يفكرون بحلول مختلفة للمشكلة.

ويرى "سانتروك Santrock" (2001) أن قوة التفكير عند المراهقين تؤدي إلى فتح آفاق معرفية واجتماعية جديدة، وتصبح أفكارهم أكثر تجريدا ومنطقية ومثالية، وقدرة على اختبار الأفكار الذاتية فضلا عن قدرتها على اختبار أفكار الآخرين، وأخيرا فإن قدرتهم العقلية على مراقبة العالم الاجتماعي والمادي الذي يعيشون فيه وتفسيره تتطور أيضا بشكل كبير في هذه المرحلة.

(صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 420)

ويمكن تقسيم التقدم الذي يحدث في عملية التفكير إلى الجوانب التالية:

1) تطوير مهارات متقدمة في الاستدلال وتتضمن هذه المهارات القدرة على التفكير في العديد من الخيارات والاحتمالات، إنها تتضمن عمليات تفكير أكثر منطقية، والقدرة على التفكير في الأشياء بطريقة افتراضية، إنما تتضمن القدرة على توجيه الأسئلة التي تحتوي على ماذا لو...؟ والإجابة عنها.

2) تطوير مهارات التفكير المجردة، ويعني التفكير المجرد حول الأشياء التي يمكن رؤيتها أو سماعها أو لمسها، ومن الأمثلة على ذلك التفكير في مفاهيم الإيمان والثقة والمعتقدات والجوانب الروحية.

3) تطوير القدرة على التفكير حول التفكير في عملية تعرف باسم ما وراء المعرفة، وتسمح هذه القدرة للأفراد بالتفكير حول الطريقة التي يشعرون بها، وما يفكرون به، إنها تتضمن القدرة على التفكير بالطريقة التي يتم بها إدراك الفرد من قبل الآخرين، ويمكن أن تستخدم أيضا كمساعدات للتذكر وتحسين عملية التعلم.

وبطبيعة الحال فإن هذه التغيرات تؤثر في المراهقين في العديد من الجوانب حيث أنها تساعد المراهقين على إظهار مستوى رفيع من الوعي بالذات، فميل المراهقين إلى الاعتقاد أن الآخرين يهتمون بأفكارهم وسلوكياتهم بنفس الطريقة التي يهتمون هم بها وهذا يجعل المراهقين يعتقدون أنهم موضع مراقبة وملاحظة من الجميع، كما أن المراهقين يميلون إلى الاعتقاد بأنهم الوحيدين الذين يعيشون مثل هذه التجربة، ويمكن أن يبالغوا بشكل كبير في وصف الأشياء التي تضايقهم.

ويرى "بياجيه" (Piaget) أن التغيرات الداخلية والخارجية في حياة المراهقين هي المسؤولة عن النضج المعرفي، حيث أن نضج الدماغ واتساع البيئة الاجتماعية يمدان الفرد بالمزيد من فرص التجربة، ويعتبر التفاعل بين هذين النوعين من التغيرات ضرورياً، فحتى عندما يصل الشباب الصغار إلى التطور الكامل من الناحية العصبية الذي يمكنهم من الوصول إلى مرحلة الاستقلال الشكلي، إلا أنهم يمكن أن لا يصلوا أبداً إلى هذا المستوى من التفكير، ما لم يتم تشجيعهم من الناحيتين الثقافية والتربوية، وفي المقابل فإن الأطفال الذين يتم توجيههم نحو التفكير العقلاني يمكن أن يصلوا إلى مرحلة العمليات الشكلية. (صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 434)

#### 7-4- النمو الانفعالي للمراهق:

إن فترة المراهقة فترة نمو متصاعد من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهذه العوامل متشابكة تؤدي إلى معاناة المراهق من حساسية شديدة، وصراع نفسي وأحياناً إلى مظاهر يأس وكآبة وقد يعيش لساعات طويلة في أحلام اليقظة، وتتجلى مظاهر النمو الانفعالي لدى المراهقة فيما يلي:

- 1) حساسية شديدة: يتأثر المراهق سريعاً لأتفه الأسباب، فهو مرهف الحس رقيق الشعور يعيش منعزلاً عن غيره، يتأثر حين ينتقده الآخرون ولو كان هذا النقد صحيحاً.
- 2) يعيش الصراع النفسي: يعاني المراهق الصراع النفسي الذي يتجلى في تطرفه الانفعالي وفي تقلبه بين النقيضين في مظاهر الانفعال وهو يرد الآن ما يرفضه بعد قليل، فإذا غضب لا يستطيع التحكم في نفسه، إذا فرح فإنه يقوم بحركات لا تدل على اتزان الراشد.

3) مظاهر يأس وقنوط وكآبة: يتعرض بعض المراهقين لحالات من اليأس والحزن والقنوط نتيجة لما يلقونه من فشل وإحباط بسبب أمانتهم العريضة وعجزهم عن تحقيقها، وهذا ما يدفعهم إلى الانطواء على الذات.

4) الرغبة في مقاومة السلطة: يعتقد المراهق أن الناس لا يفهمونه رغم أنه أصبح شاباً وأن والديه يريدان فرض السلطة عليه وكأنه لا يزال طفلاً، وأنهما من جيل قديم، ويرى مساعدتهما له تدخلا، ونصيحتهما تسلطا، فيلجأ إلى إثبات نفسه بالمخالفة.

5) كثرة أحلام اليقظة: يجد المراهقين في أحلام اليقظة إشباعاً لرغباتهم التي لم يستطيعوا تحقيقها وللآخرين في نظرهم دور في ذلك. (عفاف أحمد عويس، 2003: 261، 262)

#### 7-5- النمو الاجتماعي للمراهق:

يميل المراهق في السنوات الأولى من المراهقة إلى مسايرة الجماعة التي ينتمي إليها، فيحاول جاهدا الظهور بمظهرهم والتصرف بمثل تصرفهم وتتميز هذه المسايرة بالصراحة التامة والإخلاص، ثم يحل محل هذا الاتجاه اتجاه آخر يقوم على أساس تأكيد الذات، والرغبة في الاعتراف به كفرد يعمل وسط جماعة، ويرجع ذلك إلى وعيه الاجتماعي، ونضجه العقلي، وما يصاحب ذلك من زيادة في خبراته.

ويشعر المراهق في السنوات الأخيرة من المراهقة بأن عليه مسؤوليات نحو الجماعة أو الجماعات التي ينتمي إليها، ولذلك يحاول جاهداً أن يقوم ببعض الخدمات والإصلاحات بغية النهوض بأفراد تلك الجماعة. كما يتميز سلوكه بالرغبة في مقاومة السلطة المتمثلة في الأسرة والمدرسة أو المجتمع العام، للخروج إلى عالم الأصدقاء والزملاء. (عصام نور، 2006: 129، 130)

ويأخذ النمو الاجتماعي في مرحلة المراهقة شكلاً مغايراً كما كان عليه في فترات العمر السابقة (إبراهيم وحيد محمود، 1981: 59)، حيث تتميز العلاقات الاجتماعية في مرحلة المراهقة بأنها أكثر تمايزاً وأكثر اتساعاً وشمولاً عنها في مرحلة الطفولة، وبتوسع دائرة العلاقات الاجتماعية يتخلص المراهق من بعض جوانب الأنانية التي تطبع سلوكه في مرحلة الطفولة وأثناء تفاعله، وتتأكد لديه مظاهر الثقة بالنفس وتأكيد الذات ويتولد لديه شعوراً بالانتماء والولاء لجماعة الرفاق.

ويتصف النمو الاجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية وخصائص أساسية وتبدو هذه المظاهر في تآلف المراهق مع الأفراد الآخرين أو نفوره وعزوفه عنهم، ويتضح تآلف المراهق فيما يلي:

- 1) يميل إلى الجنس الآخر ويؤثر هذا الميل على نمط سلوكه ويحاول أن يجذب انتباه الجنس الآخر بطرق مختلفة.
- 2) الثقة وتأكيد الذات فيتخفف من سيطرة الأسرة ويؤكد شخصيته ويشعر بمكانته.
- 3) الخضوع لجماعة النظائر حيث يخضع لأساليب الأصدقاء ومسالكمهم ولمعاييرهم ونظمهم ويتحول بولائه الجماعي من الأسرة إلى الرفاق والأقران.
- 4) يدرك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين حيث يلمس ببصيرته آثار تفاعله مع الناس فينفذ ببصيرته إلى أعماق السلوك ويلتزم بين الناس وبين نفسه.
- 5) اتساع دائرة التفاعل الاجتماعي فتتسع دائرة نشاطه الاجتماعي ويدرك حقوقه وواجباته ويتخفف من أنانيته ويقتررب سلوكه من معايير الناس ويتعاون معهم في نشاطه ومظاهر حياته الاجتماعية. (راوية هلال أحمد شتا، 2006: 40)

ويعتبر السلوك الاجتماعي للفرد عملية تطويرية مستمرة، تبدأ جذورها في مرحلة الطفولة المبكرة، وبالتحديد في السنة الأولى، حيث يحتاج الطفل إلى علاقات اجتماعية مع أمه أو بديلها، إن هذه العلاقة قد تبدأ بالاتساع تناسقاً مع اتساع البيئة التي يعيش فيها ويتعامل مع عواملها، وأن الانتماء إلى أي جماعة في البيت، المدرسة، النادي، مركز الشباب...، يترك آثاراً مهمة في التركيب النفسي للفرد وعندما ينتقل هذا الطفل إلى مرحلة المراهقة. (صالح حسن أحمد الداهري، 2005: 250)

#### 6-6- النمو الأخلاقي للمراهق:

في هذه المرحلة يتبع المراهق معتقداته التي اكتسبها خلال سنوات عمره السابقة، وما مر به من خبرات وما تعلمه من معايير السلوك الأخلاقي، ثم نلاحظ المراهق يبدي في رأيه مدى صواب السلوك وخطئه، بالرغم من أننا قد نجد تباعداً بين سلوكه الفعلي وبين ما يعرفه من معايير السلوك الأخلاقي المثالي، ويعزو الباحثون هذا التناقض إلى محاولة المراهق تحقيق استقلاله والبعد عن سلطة

الكبار، ونقص مستوى نضجه الاجتماعي أو العقلي، ويلاحظ بالإضافة إلى ذلك تأثر المراهق بسلوك قراء السوء، ولقد تحدث "جون ديوي" عن النمو الأخلاقي لدى المراهق مشيراً إلى أن الحكم الأخلاقي يهتم بالأمر أو الأحداث التي تكون تحت الإنجاز لأنه في جميع حالات الأحكام الخلقية للمراهق فإنه يوجد حدث وهو تعبير عن الميل والعادة والرغبة بل وكل الشخصية.

وبين "كولبرج" (KoahLberg) المراحل المختلفة للحكم الأخلاقي لدى المراهق وحدد ثلاث مستويات للحكم الخلقى هي:

- **المستوى ما قبل الأخلاقي:** وتمتد من (0 إلى 9) سنوات حيث يكون السلوك مدفوعاً عند الطفل بدوافع بيولوجية واجتماعية حيث تؤدي إلى نتائج أخلاقية.
  - **المستوى التقليدي (العرفي) للسلوك:** وتمتد من (9 إلى 16) سنة وفيه يقبل المراهق معايير جماعته مع قليل من التفكير التأملي الناقد... أي كل ما يتعلمه الفرد من قيم ومعايير للسلوك يقبل دون مناقشة.
  - **المستوى المستقل للسلوك:** (أكثر من 16) سنة حيث يكون السلوك موجهاً بتفكير الفرد الذاتي كما يحكم بنفسه ولا يقبل معايير الجماعة دون تأمل واضح.
- كما أشار "كولبرج" أيضاً إلى وجود أربعة توجهات أخلاقية أساسية بجانب مراحل الأخلاقية المعروفة وهي: (سامي محمد ملحم، 2004: 368، 367)

- التوجه المعياري: الذي يؤكد على الواجبات والحقوق المحددة بالالتزام بالقوانين والأدوار.
- توجه العدل: الذي يؤكد على الحرية والعدل والمساواة والتبادلية والاتفاق.
- التوجه النفعي: الذي يؤكد على السعادة والرفاهية للأحداث الأخلاقية سواءً للفرد أو للآخرين.
- التوجه الكمالي: الذي يؤكد على الوصول إلى العزة والذاتية والدوافع الطيبة والضمير والتناسق بين الذات والآخرين.

ويقترح "بياجيه" (Piajet) في نظريته أن الأطفال في مستوى العمليات الشكلية يمكنهم أن يعملوا وفقاً للمبادئ الأخلاقية الذاتية أو المستقلة ويدرك هؤلاء الأطفال أن القوانين يمكن تغييرها بالقبول

المتبادل ذلك أن بعض الأفراد قد يكسرون القوانين الثابتة الراسخة ملتزمين بما يمليه عليهم ضميرهم وهذا يأخذ قانون تبادلي، ويعتبر فهم المعنى هاماً في الاتفاق مع الآخرين، ويكسب الأطفال في مواقف مختلفة تحريضاً أكثر للأخلاق كمكسب لتجربة ما، كان يتخذ دوراً أكثر نشاطاً في اتخاذ القرارات وتأكيداً أكثر للقوانين. (راوية هلال أحمد شتا، 2006: 39، 40)

وقد حدد "ميتشل" (Mitchel) خمسة تغيرات أساسية في التطور الأخلاقي عند المراهقين

هي:

- تصبح النظرة الأخلاقية في هذه المرحلة بصورة تدريجية أكثر تقدماً نحو التجريد، ويقبل التوجه في التفكير الأخلاقي نحو الأشياء المادية المحسوسة.
- تصبح المعتقدات الأخلاقية أكثر تركيزاً حول الصواب، وأقل اهتماماً بالخطأ، وتبرز العدالة كقوة أخلاقية مسيطرة.
- تصبح الأحكام الأخلاقية بشكل متزايد معرفية، وهذا يساعد المراهق على تحليل الرموز الاجتماعية والشخصية بقوة تزيد عما كان عليه الحال في مرحلة الطفولة، من أجل اتخاذ القرارات المناسبة حول القضايا الأخلاقية.
- تصبح الأحكام الأخلاقية للفرد في هذه المرحلة أقل تمركزاً حول الذات.

#### 7-7- النمو اللغوي للمراهقين:

تكسب اللغة أهميتها باعتبارها أداة للتواصل والتفكير والتعبير والتخاطب والتفاهم بين الأفراد والجماعات، ويتصف التطور اللغوي في مرحلة المراهقة المبكرة بعدة مظاهر من بينها زيادة المفردات اللغوية من حيث كميتها ونوعها، وزيادة قدرة المراهق اللغوية في تركيب الجمل والتعبير عن الأفكار والمفاهيم والمعاني واستخدام الرموز والمصطلحات اللغوية، كما تتطور القدرة اللغوية في مجال التعبير عن الصور العقلية واستخدام الأساليب اللغوية المختلفة كالنفي والاستفهام والتعجب.

ويرتبط التطور اللغوي للمراهقين بشكل أساسي بتطوره العقلي، وبالرغم من أن اكتساب اللغة يكتمل تقريباً مع بداية مرحلة المراهقة، إلا أن هناك تحسناً نوعياً يطرأ على لغة المراهق خلال مرحلة المراهقة المتوسطة والمتأخرة، ويتضمن زيادة الدقة في التعبير اللفظي وتحسن القدرة على الكتابة المعبرة والفهم الأفضل للمادة المقروءة.



وتتمتاز جمل المراهق في هذه المرحلة بأنها طويلة تضم عدداً من أشباه الجمل وعلى درجة من التعقيد، ولا تأتي قدرة المراهق على بناء جمل معقدة إلا نتيجة لتطور قدراته العقلية، فحتى يتمكن من استخدام شبه الجمل لا بد وأن يكون بمقدوره ربط عناصر الموضوع ببعضها البعض، ويحتاج هذا النوع من التفكير بالعلاقات إلى تطور قدرة المراهق على التصنيف وتشكيل المجموعات ثم تحديد العلاقة بين العناصر في ضوء هذه التصنيفات ويبدأ المراهق في هذه المرحلة بفهم المجاز اللغوي بما في ذلك الحكم والأمثال، ويدرك أن لبعض المفردات معنى رمزي بالإضافة إلى معناها الظاهر المرتبط بموضوع مادي يفتح الباب أمامه لدخول علم الراشدين.

وتعتبر قدرة المراهق على تكيف لهجته وأسلوبه في الحديث بحسب الموقف والشخص الذي يتحدث إليه، من مظاهر التطور اللغوي في هذه المرحلة، أما في مجال الكتابة فيلاحظ زيادة قدرة المراهق على الكتابة المتقنة التي تظهر العلاقات بين الأحداث عبر المراحل الزمنية المختلفة في الماضي والحاضر والمستقبل، وهنا يجب على المدرسة أن تلعب الدور المناسب في تزويد المراهقين بالفرص المناسبة لتطوير قدرتهم اللغوية باعتبارها وسيطاً للتواصل والتفكير.

(صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 443)

وتفيد "لورا بيرك" (L.Berk) أنه على الرغم من التطور اللغوي يكاد أن يتكامل في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة، إلا أن المراهقين يطورون القدرة على التفكير التأملي والتجربة، حيث يضيف المراهق إلى قاموسه اللغوي مفردات مجردة متعددة ومتنوعة مثل الفلسفة، العدالة، المستحيل، إعادة الإنتاج، الوجود.

إن العمليات المجردة التي يؤديها المراهق، كما توقع ذلك "بياجيه" في حديثه عن المرحلة الرابعة من مراحل تطور الطفل المعرفية تسمح للمراهق التمكن من التهكم، السخرية، وإدراك العلاقة بين الجملة وسياقها، وتزايد حساسية المراهق للفروقات اللغوية بما يمكنه من قراءة وفهم كتابات الراشدين.

كما يلاحظ أن المراهق يستخدم بشكل أوسع قواعد اللغة، وأن الجملة تصبح أطول وتحتوي على عدد من أشباه الجمل مقارنة بما كان عليه الحال لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة، إضافة إلى ذلك فإن المراهق يتمكن من تحليل وتأمل قواعد اللغة التي يستعملها.

ويؤكد "أوبلر" (Obler) أن تحسن قدرة المراهق في تنويع أساليبه اللغوية تبعاً للموقف يعتبر التعبير الأكثر وضوحاً في لغة المراهقة، إن القدرة على تأمل اللغة والانهماك في التنظيم الذاتي لها يساعد المراهق على استعمال الأساليب الكفوة للغة. (محمد عودة الريماوي، 2008: 252)

### 7-8- النمو الحركي للمراهق:

تعرف أكاديمية النمو الحركي المنبثقة عن الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح عام (1980) النمو الحركي بأنه التغيرات في السلوك الحركي خلال حياة الإنسان، والعمليات المسؤولة عن هذه التغيرات. (أسامة كامل راتب، 1990: 33)

وتقول "هيرلوك" (Hurlock) إن مصطلح النمو الحركي يشير إلى العملية التي بمقتضاها يستطيع الطفل أن يقوم بعدد من المهارات الحركية المختلفة (مهارات حركية أكبر، مهارات حركية دقيقة) مع ارتقاء في التحكم في حركات الجسم المختلفة، وذلك عن طريق التأزر بين المراكز العصبية من ناحية وبين الأطراف العصبية والعضلات من ناحية أخرى. (فادية علوان، 2003: 101)

يتأخر نمو الجهاز العضلي عن نمو الجهاز العظمي مقدار سنة تقريباً ويسبب ذلك للمراهق تعباً وإرهاقاً، ولو دون عمل يذكر، وذلك لتوتر عضلاته وانكماشها مع نمو العظام السريع، كما أن سرعة النمو في الفترة الأولى من المراهقة تجعل حركاته غير دقيقة ويميل نحو الخمول والكسل والتراخي، حتى يتسنى له إعادة تنظيم عاداته الحركية بما يلائم هذا النمو الجديد، أما بعد الخامسة عشر فتغدوا حركات المراهق أكثر توافقاً وانسجاماً ويأخذ نشاطه بالزيادة ويصبح نشاطاً بناءً يرمي إلى تحقيق هدف معين على عكس النشاط الزائد غير الموجه الذي يقوم به الأطفال في المدرسة.

كما يتعرض المراهق في السنوات الأولى من المراهقة للإصابة بالأنيميا التي تجعل الجسم أقل مقاومة للأمراض، أما في المرحلة الأخيرة فيلاحظ أن كثيراً من الأمراض التي يشكو منها المراهقون هي أمراض وهمية. (عفاف أحمد عويس، 2003: 260)

### 8- مطالب النمو في مرحلة المراهقة:

يشير تعبير مطالب النمو إلى تلك المشكلات التي يواجهها الفرد عادة عند نقاط معينة من نموه أو حياته، ومطالب النمو في المراهقة تمثل المشكلات الحيوية التي لا بد من مواجهتها وحلها

خلال فترة الانتقال من الطفولة إلى الرشد، وهذه المشكلات ليست متوقفة على مرحلة المراهقة، ولكن المراهق مطالب أكثر من غيره على مواجهتها والعمل على حلّها، حتى يتسنى له الوصول في النهاية إلى مرحلة النضج أو الرشد بنجاح، وقد تناول "هافيهجست" مطالب النمو في المراهقة في كتابه (نمو الإنسان والتربية) وحددها بعشرة مطالب هي: (سامي عريفج، 1993: 158)

- الوصول إلى علاقات جديدة أكثر حظاً من النضوج مع الاقتراب من كلا الجنسين.
- التمكن من القيام بدور اجتماعي مقبول يتفق وجنسه.
- تقبل الفرد لبنيته والتمكن من حسن استخدام الجسم بكفاءة.
- الوصول إلى مرحلة الاستقلال الانفعالي عن الأبوين وغيرهم من الكبار.
- التفكير بالوصول إلى استقلال اقتصادي.
- اختيار إحدى المهن والتأهب لها.
- الاستعداد للزواج والحياة العائلية.
- التمكن من اكتساب المهارات العقلية والمفاهيم اللازمة من أجل المواطنة ذات الكفاءة المرضية.
- تفضيل الفرد للسلوك الاجتماعي الذي يركز على إدراك المسؤولية والقيام بهذا السلوك.
- اكتساب مجموعة من القيم ونظام أخلاقي يوجهان سلوك الفرد.

### 9- مشكلات مرحلة المراهقة:

لكل فترة من الحياة متاعبها ومشكلاتها، لذا كل فرد مطالب بتجاوز هذه المشكلات وقد تكون أكثر صعوبة في مرحلة المراهقة، فالمراهقة كما يصفها الكثير من العلماء أنها الفترة الأكثر إزعاجاً وحرماً تكون فيها الفرصة الأخيرة للشباب الصغير في تحفيزه الصحي وبلوغه الجيد والمتكامل. (مجدى أحمد محمد عبد الله، 2008: 205)

ومرحلة المراهقة كما يصفها البعض بأنها مرحلة الفوران والغليان، إنها مرحلة التحول النفسي العميق الذي يقود إلى تبدلات مزاجية وتمرد، ويرى الكثير من الباحثين أن علامات التمرد والفوران ليست من مميزات النمو السوي، في حين ترى "أنا فرويد" أن اليافعين الذين لا يمرون بمرحلة فوران وغليان يصعب عليهم التحرر من والديهم وتنمية مشاعر الهوية الذاتية. (كاس وألدام، 2009: 323)

بالرغم مما سبق ذكره فالحديث عن المشكلات التي يواجهها المراهقون تتداخل في حدوثه كثير من العوامل التي لا يمكن فصلها عن بعضها البعض، إن أبرز هذه المشكلات ما يلي:

### 9-1- انحراف الأحداث:

يقصد بالحدث حسب المفهوم النفسي والاجتماعي الصغير منذ ولادته حتى يتم نضجه الاجتماعي والنفسي وتكامل لديه عناصر الرشد المتمثلة في الإدراك التام، أي معرفة الإنسان لصفته وطبيعة عمله والقدرة على تكييف سلوكه وتصرفاته طبقاً لما يحيط به من ظروف ومتطلبات الواقع الاجتماعي ويقسم كل من علماء الاجتماع مرحلة الحداثة إلى الأقسام التالية:

(محمد سند العكايلة، 2006: 48، 49)

- 1) مرحلة الطفولة المبكرة: تبدأ منذ الميلاد وحتى سن السادسة.
- 2) مرحلة الطفولة الوسطى: وتبدأ من السادسة وحتى سن السابعة.
- 3) مرحلة الطفولة المتأخرة: وتبدأ من التاسعة وحتى سن الثامنة عشر.
- 4) مرحلة المراهقة المبكرة: وتبدأ من الثانية عشرة وحتى سن الرابعة عشرة.
- 5) مرحلة المراهقة المتوسطة: وتبدأ من الرابعة عشر حتى سن الثامنة عشر.
- 6) مرحلة المراهقة المتأخرة: (مرحلة الشباب) وتبدأ من الثامنة عشر وحتى سن الواحدة والعشرين.

وبهذا يمكن القول بأن الحدث في نظر علماء الاجتماع وعلماء النفس هو الصغير منذ ولادته وحتى يتم له النضج الاجتماعي والنفسي، وتكتمل لديه عناصر الرشد.

(عمر الفاروق الحسين، 1993: 38)

أما سلوك الانحراف فهو سلوك مضاد للمجتمع يستحق العقاب، لأنه يخترق القانون (عبد الرحمن العيسوي، 2004: 56)، وقد عرف البعض انحراف الأحداث بأنه ذلك السلوك غير السوي وغير المألوف الذي يصدر عن الصغير الذي لم يبلغ من العمر سبع سنوات وتتوافر به خطورة اجتماعية بأنه... موقف اجتماعي يخضع فيه صغير السن لعامل أو أكثر من العوامل ذات القوة السببية مما يؤدي إلى السلوك غير المتوافق أو يحتمل أن يؤدي إليه. (هيثم البقلى، 2006: 10)

ويستخدم مصطلح انحراف الأحداث للإشارة إلى الفُصر من الأفراد ممن هم دون سن الثامنة عشر، الذين يرتكبون أعمالاً مخالفة للقانون، وذلك لتجنب وصمة العار التي يمكن أن تلحق بهم جراء تسجيلهم في قوائم المجرمين، وكذلك من أجل فصلهم عن الراشدين للتمكن من معاملتهم بطريقة مختلفة، من أجل إصلاحهم وإعادة تأهيلهم.

وهناك عدة أسباب يحتمل أن تؤدي إلى انحراف الأحداث سواء كانت هذه الأسباب منفردة أو مجتمعة:

- 1) نقص في المهارات الأكاديمية حيث يكون الأحداث المنحرفون أقل قدرة على المشاركة في النشاطات المدرسية، وكثير منهم يعاني من عجز في التعلم ولديهم مهارات لفضية متدنية.
- 2) يتصف الأحداث المنحرفون عادة بانخفاض تقدير الذات لديهم، وبالنظرة السلبية للذات، فهم أقل ميلاً من أقرانهم لأن يروا أنفسهم يتمتعون بالكفاية الذاتية والنجاح.
- 3) ينحدر معظم الأحداث المنحرفون من بيوت يسودها العنف والكثير منهم ضحايا الإساءة أو الإهمال أو كليهما معاً، وأن معظمهم يعيشون في بيئة أسرية ينخفض فيها الحب ويرتفع فيها الصراع (رغدة شريم، 2009: 308، 309)، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات مثل دراسة "شيخ بختي" حول التفكك الأسري وأثره في انحراف الأحداث (1990) حيث توصل إلى أن هناك علاقة بين التفكك الأسري وانحراف الحدث الراجع إلى قلة وعي الآباء بأبنائهم في مراحل حساسة من العمر. (فتيحة كركوش، 2011: 117)
- 4) يكون المنحرفون أكثر عدوانية مقارنة برفاقهم، أي أنهم يفتقدون للمهارات الاجتماعية في التعامل مع الغير، وتُبين العديد من الدراسات أن المنحرفين يفتقدون إلى مهارات حل المشكلة بالمقارنة مع أقرانهم.
- 5) يعاني الأحداث المنحرفون من قلة الضبط الذاتي فهم أكثر اندفاعاً وأقل اعتماداً على الضبط الداخلي بالمقارنة مع أقرانهم، حيث يُقيمون المواقف استناداً إلى حاجاتهم، ويُقيمون أفعالهم بناءً على عدم تعرضهم للعقوبة نتيجة لأفعالهم المنحرفة، وقد يتسبب المنحرفين من المراهقين بأذى جسيم للآخرين فوجودهم كمجموعة يشكل خطراً على المجتمع.

(6) قد يكون لطبيعة المجتمع دور في الانحراف، فالمجتمع الذي ترتفع فيه نسبة الانحراف يتيح المجال للمراهق لمشاهدة العديد من نماذج الانحراف والإجرام خاصة المجتمعات التي يسودها الفقر والبطالة.

(7) العلاقات مع الرفاق حيث ينحرف المراهقون لأنهم نشئوا في ظل الانحراف السائد لدى أقرانهم.

(8) الهوية السلبية حيث يعتقد "أريكسون" بأن المراهقين الذين أعاقهم نموهم عن تقبل أدوار اجتماعية أو جعلهم يشعرون أن ليس بإمكانهم تحقيق المتطلبات المفروضة عليهم قد يختارون هوية سلبية وقد يجد المراهق دعماً لهذا المفهوم بين الرفاق وتعزز الهوية السلبية.

(رغدة شريم، 2009: 309، 310)

### 9-2- مشكلة الإدمان على المخدرات:

إن استعمال المخدرات في مرحلة المراهقة أمر خطير جداً، فهو يؤدي إلى إنتاج ظواهر خطيرة لتفكيك الشخصية، وللتحولات الجسدية وإلى حدوث قلق عميق، كما أن تكرار هذه الظواهر يؤثر على الشعور بوحدة الذات ويتكامل الشخصية وتسهل الغزو المفجع للاوعي أي تسهيل عبور اللاوعي إلى الوعي. (امنتال زين الدين الطفيلي، 2004: 222)، ويتمثل إدمان المخدرات لدى المراهقين فيما يلي:

#### أولاً: استخدام العقاقير وإساءة استخدامها:

في واقع الأمر نحن جميعاً نستخدم العقاقير كل الوقت، فقد نأخذ قرصين من الأسبرين (Aspirine) عندما نشعر بالصداع، ونستخدم مزيل الاحتقان عندما نعاني من انسداد الأنف، وتشير الحقائق إلى أن كل العقاقير من الممكن أن يُساء تناولها، فحتى الأسبرين يمكن أن يكون مميتاً إذا تم تناوله بكميات كبيرة جداً، فكيف نميز إذن بين استخدام العقاقير وإساءة استخدامها؟ يعتقد "رايس ودولجن" (Rice and Dolgin) أنه لا يوجد ما يمكن الاسترشاد به في هذا الجانب، ولكن بلغة بسيطة فإن استخدام العقاقير يعادل سوء استخدامها عندما يتحقق محكان هما:

(1) استخدام فرد ما للعقاقير يزيد احتمالات مواجهته لأمر سيئة قد تحدث له.

(2) تناول العقاقير يؤثر بطريقة ما على المسؤوليات اليومية العادية والإنجازات.

وبالاعتماد على العقاقير يكون المحك الأول قد تحقق، أما المحك الثاني فيتحقق لدى رفع مقدار الجرعة وتكرار عدد مرات تناولها، وفي الواقع فإن معظم المراهقين الذين جربوا العقاقير يعانون من عواقب سلبية مستديمة، ولكن المشكلة تكمن في عدم معرفة من الذي سيكون ضمن الأقلية الفرد النادر الذي تصيبه أزمة قلبية عندما يجرب مشروباً للمرة الأولى، أو ذلك الذي يجلس خلف كرسي القيادة ثملاً ويتسبب في حادثة مروعة، أيضاً لا أحد يعرف قبل أن يجرب العقار فيما إذا كان عرضة للإدمان والاعتمادية، يضاف إلى ذلك كله أن تناول المراهق للعقاقير أمر غير شرعي مما يجعله يبتعد عنه إلا إذا كانت الظروف مهيأة لذلك. (رغدة شريم، 2009: 316)

ويبين "ستينبرغ Steinberg" (2002) أن المراهقين الذين يكثرون من تناول الكحول والتبغ والعقاقير الأخرى يسجلون درجات منخفضة على مقياس التكيف النفسي، ومن المرجح أنهم عانوا سوء التكيف عندما كانوا أطفالاً، وأن حالة سوء استخدام العقاقير مهما كانت وضعيتها، فإنها مرتبطة بحجم كبير من المشاكل الأخرى. (رغدة شريم، 2009: 317)

### ثانياً: الإدمان على الكحول:

يعتبر الكحول من أكثر الآفات الاجتماعية انتشاراً في المجتمعات بصفة عامة والمراهقين بصفة خاصة وذلك في كل دول العالم، حيث يشعر المراهقون أنها تمنحهم لحظات من المتعة بالإضافة إلى العديد من لحظات الحزن وعدم الارتياح، ويعتبر تعاطي الكحول في المركز الثالث بين العوامل التي تسبب الموت في الولايات المتحدة الأمريكية، ومن بين (13) مليون أمريكي يتعاطون الكحول تبين أن الكثير منهم قد طوروا هذه العادة في مرحلة المراهقة، ويقتل في الولايات المتحدة الأمريكية في كل عام بسبب تعاطي الكحول من قبل السائقين حوالي (22) ألف فرد، ويصاب بالجروح حوالي (1.5) مليون آخرون، كما تبين أن حوالي (65%) من حوادث الاعتداء التي يقوم بها الذكور ضد الإناث تقع تحت تأثير الكحول. (صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 423، 429)، وهناك أسباب كثيرة لتعاطي الكحول من بينها جماعة الرفاق أو الأصدقاء الذين يشكلون جزء من المحيط الاجتماعي الذي يتعلم فيه المراهق الشرب وكيف يتصرف بعد السكر.

(Harald Klingemann, 2001: 03)

## ثالثاً: التدخين:

التدخين مثل أي مخدر آخر يمكن وضعه في ثلاث درجات استعمال بسيط، المبالغة في الاستعمال، التبعية التامة، وتعني التبعية التامة وفق المعيار الفرنسي تناول أكثر من (10) سجائر يوميا. (ناصر ميزاب، 2005: 103)

يبدأ التدخين عادة في سن مبكرة تتراوح بين سن (العاشرة والثانية عشر)، وما إن يستمر الفرد في التدخين لعدة سنوات حتى يصبح النيكوتين (Nicotine) جزءاً من تركيب الدم عند المراهق الأمر الذي يجعل الإقلاع عن هذه العادة أمراً في غاية الصعوبة، ويلعب رفقاء السوء وضغط الأقران دوراً مهماً في دفع العديد من المراهقين إلى التدخين رغبة منهم في الحصول على القبول الاجتماعي من أقرانهم.

إن المتتبع للمراهقين في المدارس والشوارع والأماكن العامة...، يلاحظ أن التدخين ظاهرة منتشرة على نطاق واسع بين الأطفال في نهاية المرحلة المدرسية الابتدائية وبين المراهقين في المرحلتين الإعدادية المتوسطة والثانوية، بالإضافة إلى المراحل الدراسية التي تلي ذلك. (صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 425)

ويفسر "دوبريتي Depretti" (1999) الارتفاع في نسبة التدخين بين المراهقين، بأن المراهق يهدف من وراء ذلك إلى الوصول إلى الإحساس بالارتياح، وبالأخص يظهر ذلك في وسط جماعة الترفيه. (ناصر ميزاب، 2005: 104)

## 9-3- السرقة:

تعتبر السرقة ظاهرة شائعة وسلوك معروف في الاضطرابات السلوكية عند المراهقين وقد أظهرت الإحصاءات تزايد هذا السلوك، ويرجع العلماء هذا السلوك إلى دفعة البلوغ، وإلى إعادة تنشيط الصراعات بعد أن اكتسبت الغرائز القوة وهذا الأمر أدى إلى فقدان التوازن واضطراب التوافق خلال المراهقة التي هي مرحلة وسط بين الاستقلال والتعلق العاطفي والاجتماعي والمادي، فإن تضخم مشاعر الذنب المرتبط بتجاوز الغرائز للأعلى، يؤدي إلى تغيير اقتصادي للصراعات مع تكثيف النكوصات، ظهور شائع لعوارض جديدة وتفاقم العوارض الموجودة سابقاً، فالسرقة تنشط في فترة البلوغ



كسلوك جديد، وتعبّر عن نزعات متنوعة بجداول من النكوص المختلفة حيث تأخذ جوانب التماهي الأهمية الكبرى للمراهق الذي عليه أن يختار نهائياً بين دور الأب أو دور الأم، فالسرقة هي فعل هروبي للمراهق، كذلك نوع من التعبير النكوصي للعدوانية مقابل الأب، تتطور السرقة من العمر كما يتطور مفهومها الاستفادي، مثل سرقة السيارات والدراجات النارية الشائعة في المراهقة، من أجل البروز أمام الآخرين وهذا النوع من السرقة لتأكيد الذات.

وقد يعبر فعل السرقة عن حاجة للتملك، للتأثر أو للرفض والثورة، في هذه الحالة إنه جرم للتعويض وبدل عن خسارة الحب وإحياء المشاعر. (امتثال زين الدين الطفيلي، 2004: 240)

#### 4-9- الانتحار (Suicide):

يعتبر الانتحار من المشكلات النفسية والاجتماعية الكثيرة الانتشار بين المراهقين، فهو يختلف باختلاف الزمان والمكان وكذلك الجنس. (Richard Coutier, Sylvie Drapeau, 2008: 249)

ومن بين الأسباب التي تدفع المراهقين للانتحار الاكتئاب الشديد الذي قد يؤدي إلى تطور فكرة الانتحار، والتي غالباً ما تترجم إلى ممارسة فعلية، فالمراهقون المنتحرون يعبرون عن مؤشرات للاعتمادية المتطرفة خلال الفترة التي تسبق انتحارهم، وكثير منهم يتحدث عن رغبة في الموت ويفقدون الاهتمام بالمدرسة والأصدقاء، يهملون مظهرهم الشخصي، وعندما يحاول المراهق أو ينجح في التخلص من حياته يكون الاكتئاب أحد الأسباب التي تسبق ذلك، ويزداد الانتحار في مرحلة المراهقة، وذلك راجع إلى قدرة المراهق على التخطيط المسبق للأمر.

ومع أن لكل حالة انتحار خصوصيتها، إلا أنه يوجد عدد من إشارات التنبيه التي يطلقها المراهقون بهذا الشأن، وتتضمن التغيرات المفاجئة في السلوك والتغيرات في نمط النوم أو الطعام وفقدان الاهتمام بالنشاطات المعتادة أو الانسحاب من بعضها، الإحساس بالخزي والشعور بالذنب أو اليأس وعدم القدرة على التركيز والتحدث عن الانتحار والتخلص من المقتنيات الثمينة، فوجود أي من هذه المؤشرات يستحق الاهتمام، أما وجود عدد منها فهو مؤشر واضح على أن المراهق في خطر. (رغدة شريم، 2009: 333، 334)

وتشير "كوب Cobb" (2001) إلى وجود عدد من العوامل ترتبط بتزايد خطر التعرض للانتحار لدى المراهقين منها: (رغدة شريم، 2009: 335، 336)

- المرض النفسي.
- المحاولة السابقة.
- خصائص الشخصية.
- إساءة استخدام المواد.
- الظروف النفسية.
- توفر الوسائل المميّنة.
- التعرض لسلوك انتحاري.

#### 9-5- حالات الاكتئاب:

إن فترة المراهقة وما يتم فيها من تغيرات وتحولات، وما ينجم عنها من عمل نفسي داخلي ينتج عنه في كثير من الأحيان مظاهر انفعالية وعاطفية شديدة، غير أنها مرحلية يمكن أن تتحول إلاّ لام اكتئابية، حيث وجد "شوكي ولودو" (Choquet et Iedaux) أن الاكتئاب يرتبط بعوامل أخرى كالتصرفات العنيفة، تناول المخدرات، الغياب المدرسي... واعتبر "شوكي و لودو" أن هذه السلوكات مؤشر للخطر والألم النفسي، غير أن "شوكي وآخرون" (Choquet et all) يرون أن الكشف عن الاكتئاب صعب لدى فئة المراهقين، لأنه يظهر على عدة أشكال وتغيرات كالاضطرابات السلوكية والتصرفات الإدمانية والسلوكات الجانحة، هذه الأشكال يعتبرها كثير من العلماء مساوية للاكتئاب. (ناصر ميزاب، 2005: 98، 99)

#### 9-6- السلوك العدواني:

العدوان هو كل سلوك ينتج عنه إيذاء شخص آخر أو إتلاف لشيء، أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة، أو للسيطرة من خلال القوة الجسدية، أو اللفظية على الآخرين ويُعتبر السلوك العدواني مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس وغيرها، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هداماً ومزعجاً في كثير من الأحيان. (جمال القاسم وآخرون، 2000: 116)

ويذهب بعض العلماء إلى أن الأساليب العدوانية وعلى اختلاف مساراتها وهي صادرة من استعدادات فطرية مثل استعداد المقاتلة، وفي هذا الصدد قال "مكدوكال" "أن غريزة المقاتلة لعبت دوراً كبيراً مقارنة بالغرناز الأخرى في تطوير التنظيم الاجتماعي"، ولما كان دافع المقاتلة نفسه يتخذ اتجاهها نفسياً فإنه قد يخضع خضوعاً كبيراً لعوامل بيئية ومؤثراتها، ووفقاً لهذه المؤثرات قد يتجه اتجاهها نافعاً لكل من الفرد والمجتمع.

وهناك من يؤكد أن للعوامل البيئية دوراً في خلق مشاعر العدوان فقد توصل "ماكورد" إلى أن العدوان مرتبط بما يتعلمه الطفل من البيئة ووجد من خلال دراسة أجراها أن العوامل التالية تسهم في ظهور السلوك العدواني: (صالح حسن أحمد الدايري، 2005: 266، 267)

- 1) التعرض للإيذاء من أحد الوالدين أو كليهما.
- 2) إحساس الوالدين أنفسهم بالفشل.
- 3) اختلاف الوالدين في أسلوب تربية الطفل.
- 4) كره الوالدين للإنجاب وكأن الأطفال جاءوا رغماً عنهما.
- 5) سلوك الوالدين لا يتصف في الغالب بالحنو والعطف اتجاه الأولاد.

ومرحلة المراهقة كما سماها "أرنولد جازل" (Aronold Gesell)، مليئة بالصعاب والمشكلات وقد أشار "كارسون" (Garrison) إلى أن هذه المشكلات كثيرة ومتنوعة وتستلزم تشخيصها بغية اتخاذ الإجراءات المناسبة بصددها. ويمكن تصنف مشكلات المراهقين في المجالات الآتية:

**أولاً: المجال الأسري:** يتمثل في النقد الكثير للمراهق من الوالدين ومعاملة المراهق كطفل وتفضيل بعض الأخوة على المراهق، وكذا معاملة المراهق بقسوة وتدخّل الأسرة في أمور الشباب الشخصية ومعارضة الأسرة للتخصص الذي يميل إليه المراهق وكذا انفصال الوالدين.

**ثانياً: المجال الدراسي:** يتمثل في الخوف من الامتحانات. وضعف تركيز الانتباه أثناء القراءة. وتوفر العلاقة بين المراهق ومدرسيه وزملائه. وقلة النشاطات الاجتماعية داخل المدرسة. صعوبة بعض المناهج الدراسية. وصعوبة الوصول من وإلى المدرسة.

(صالح حسن أحمد الدايري، 2008: 165)

**ثالثا: المجال النفسي:** ويتمثل في الشعور بالقلق الزائد. والشعور بالخلج الزائد والحساسية من الآخرين. المعاناة من الإحباط والصراعات المستمرة. وشعور المراهق بأنه عنيد جداً. الشعور بصدمة عاطفية. وشعوره بأنه عصبي المزاج. تراوده أحلام مزعجة. الخوف الشديد من المستقبل. والتفكير الشديد بعدم ميل الجنس الآخر.

**رابعا: المجال الاقتصادي-الاجتماعي:** ويتمثل في ضعف المستوى الاقتصادي لأسرة المراهق. وتحكم الأسرة في اختيار شريك الحياة. كثرة أوقات الفراغ. وقلة عدد الأصدقاء في منطقة السكن. وقلة النوادي الرياضية والاجتماعية في منطقة السكن.

**خامسا: المجال الصحي:** ويتمثل في الإصابة بأمراض مزمنة. وظهور حب الشباب. قلة النوم. والإصابة بالصداع. والشعور بعدم تناسق أعضاء الجسم. (صالح حسن أحمد الدايري، 2008: 166)، يتبين لنا مما سبق أن مشكلات مرحلة المراهق كثيرة ومتعددة ولقد حاولنا عرض بعض المشكلات الشائعة الظهور بين المراهقين، وأسباب ظهور هذه المشكلات مرتبط بطبيعة المرحلة في حد ذاتها من حيث هي مرحلة تغير ونضج في كافة مظاهر النمو المختلفة، إن مشكلات مرحلة المراهقة مرتبطة بعدة عوامل نفسية واجتماعية وعقلية وانفعالية... لا يستطيع المراهق حلها فيجد نفسه يتخبط في مشكلات أعقد مما كان يعانيه، وقد يكون ذلك بسبب ظروفه القاسية أو عدم إدراكه ووعيه لبعض الأمور المتعلقة بحياته أو لعدم نضجه الانفعالي...والى غير ذلك من الأسباب.

إن مشكلات المراهق بغض النظر عن طبيعتها هي مشكلات معقدة ولا يمكننا تفضيل بعضها على غيرها فهي تؤثر بشكل ما على حياة المراهق ومن حوله، لذا يجب الحيلولة دون وقوع المراهق فيها بالطرق اللازمة لذلك، فمشكلة الادمان على المخدرات من المشاكل الشائعة في مرحلة المراهقة وهي تؤدي بالمراهق إلى الانتهاء في بداية العمر، لذا يجب علينا تنوير عقل المراهق وزيادة وعيه وتطوير مهاراته في مواجهة الصعاب التي تواجهه من أجل التخلي عن بعض الأفكار السلبية التي تؤدي به إلى الانحراف والفناء والتي كانت نتاج إدراكات مشوهة وتفكير غير منطقي وتصورات خاطئة حددت بطريقة معينة نوعية سلوكه.

## خلاصة:

من خلال التطرق إلى النقاط السابقة حول مرحلة المراهقة تبين لنا أن مرحلة المراهقة هي السن الواقعة بين مرحلة الطفولة والرشد، حيث تبدأ هذه المرحلة بالتغيرات الجسمية التي تسمى بالبلوغ والتي تعلن على نهاية مرحلة الطفولة، حيث تشهد هذه المرحلة سلسلة من التغيرات الكمية والكيفية باعتبارها مرحلة انتقالية أو مرحلة تحول من طفل صغير إلى راشد كبير، حيث تعد التغيرات الجسمية والجنسية والعقلية والنفسية والاجتماعية أمرا حاسما في حياة المراهق وهذا ما جعل من هذه المرحلة مهمة في حياة الفرد مقارنة بالمراحل الأخرى لأنها تترك أثرا واضحا على سلوك المراهق وعلى أفكاره وكيفية تفعله مع الآخرين.

إن مراحل النمو كلها مهمة حيث تتخللها تغيرات متعاقبة قد تكون جسمية أو نفسية أما مرحلة المراهقة فتحدث فيها تغيرات كثيرة لهذا هي مرحلة دقيقة وفاصلة لجميع جوانب الشخصية بداية من التغيرات الجسمية كالزيادة في الطول والوزن، وكثرة العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين والتعاون معهم كمظهر من مظاهر النمو الاجتماعي، ويحدث أيضا التطور في مستوى الذكاء وتحدد الاستعدادات والميول والاتجاهات والوعي وإدراك بعض الأمور التي كانت غامضة أو مبهمة بالنسبة للمراهق في بداية المرحلة ولعل هذا ما يجعل المراهق عرضة للوقوع في بعض المشكلات والتي من بينها إدمان المخدرات والوقوع في حبائلها، هذا الذي يجعل حياته أكثر تأزما لأنها تقضي على كل الطاقات التي تفجرت في هذه المرحلة المهمة من الحياة، لهذا فهو بحاجة إلى دعم من طرف من هم أكثر منه خبرة من أجل توضيح بعض الأمور الغامضة وتصحيح التصورات الخاطئة التي قد يحملونها عن بعض القضايا مثل الإدمان على المخدرات.

الفصل الخامس

سيكولوجيا الإدمان

## تمهيد:

يواجه الإنسان أحيانا مسألة نفسية قد تقوده إلى الجريمة (حسب علم الجريمة) وهي الإدمان، سواءً الإدمان على الأدوية المهدئة أو الإدمان على المسكرات أو الإدمان على المخدرات المختلفة الطبيعية أو المصنعة، وفي الحقيقة الإدمان على المخدرات ليس بالمشكلة الحديثة العهد، بل هو مشكلة تمتد جذورها إلى عصور ما قبل التاريخ وأصبحت الآن مشكلة العصر، حيث امتدت خطورتها من المساس بحياة الفرد إلى انتشار كوارث أخرى مست كل جوانب الحياة في جميع المجتمعات وقد أدى التطور الذي نشهده اليوم إلى ظهور أصناف وأشكال جديدة للمواد المخدرة لم تكن موجودة سابقا، بالإضافة إلى تطور طرق ترويجها، حيث أصبح بإمكاننا أن نقول بأنها مست كل جميع فئات المجتمع بعد ما كانت تقتصر على فئات محددة من أفرادها.

إن السلوك الإدماني ليس بالسلوك البسيط ومن الصعب تفسيره لأنه محصلة لمجموع من العوامل التي تؤثر بطريقة ما في بعضها البعض، إنه سلوك معقد مرتبط بعدة عوامل بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية... هذه العوامل وغيرها تتضافر مع بعضها البعض وتؤدي إلى سلوك التعاطي أو الإدمان فمثلا ينظر إليه بعض الباحثين في مجال الإدمان على المخدرات بأنه سلوك مرضي ناتج عن الإحباطات التي لا يستطيع الفرد مواجهة آثارها النفسية بحلول واقعية...، وينظر إليه البعض الآخر على أنه مرض اجتماعي ناتج عن مشكلات اجتماعية، وبين هذا وذاك تعددت تعريفات الإدمان على المخدرات واختلفت.

وفي هذا الفصل سنتعرض بالتفصيل والتفصيل لأهم تعاريف الإدمان على المخدرات وبعض المفاهيم ذات العلاقة به وأهم الأسباب المؤدي إليه وبعض النظريات المفسرة له، وكذا طرق علاجه.

**1- مفهوم الإدمان (Addiction):**

يقصد بالإدمان لغة التعود وعدم القدرة على الانقطاع، ويقال فلان أدمن على شيء ما أي لا يستطيع الانقطاع عنه بسهولة، أما عن إدمان الفرد للمخدرات أو الكحوليات فيقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية. (مصطفى سويف، 1996: 18)

ويتوافق ظهور مفهوم الإدمان في مجال علم النفس المرضي، مع تحول تاريخي يتعلق بعلم النفس المرضي والتصنيف السيكا تري على حد سواء، فكلمة إدمان (Addiction)، تشير إلى ظواهر تُعبر عنها كلمات التبعية (Dépendance)، عكف على (S'adonner)، رصد (voué)، نذر (Consacré)، ذوق (Gout)، هوس (Manie)، ولكن أيضا التعود (Accoutumance) والقسر (Contrainte) والعادة (Habitude).

ولا تتحدد السلوكيات التي تجمع تحت كلمة إدمان بسوء الاستعمال لمادة ما، أو سوء ممارسة نشاط معين، ولكنها تشير إلى مفاهيم مثل (العبودية، الجنون، التأثير، النزوع).

(بلميهوبي كلثوم، 2014: 186)

وهو عبارة عن الخضوع والحاجة المستمرة للعقاقير المخدرة بحيث لا يمكن الاستغناء عنها، ولالإدمان علامات تظهر على الشخص المدمن حسب نوع كل مخدر، وبالتالي فالشخص المدمن هو الذي يتعاطى المخدر بصورة منتظمة ومستمرة، ويصل إلى المرحلة التي يصبح فيها عبدا للمخدر ولا يمكن الاستغناء عنه ويعمل في سبيل الحصول عليه بأي وسيلة.

(أحمد مجدي محمد حجازي، 1994: 32)

والتعريف القديم للإدمان بني على دراسات في الخمسينيات والستينيات كان يعتمد على ثلاث

معايير لتعريف الإدمان وهي:

- الاعتماد النفسي.
- الاعتماد الجسدي.
- المقاومة للمادة المستخدمة (حيث تزداد الجرعة تدريجيا لكي تحدث نفس الأثر حتى لا تحقق أي أثر إيجابي على الإطلاق مع كثرة الاستخدام).



ثم تطورت الدراسات على يد "جبروم جيف" الذي أجرى العديد من الدراسات على المحاربين في الفيتنام وخرج بنتيجة أن الإدمان يمكن أن يحدث دون وجود أي ظاهرة من ظواهر الاعتماد الجسدية ولكنه عبارة عن استخدام إجباري للمادة أو المخدر أو الدواء، حيث لا يمكن الاستغناء عنه.

ثم أتبع ذلك بتعريف "ديفيد سميث" في سان فرانسيسكو بكاليفورنيا حيث عرف الإدمان بأنه الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أو الدواء، مع الفقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته والتحكم في رغباته، والاستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية، والخطورة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة التي يدمنها. (عبد الهادي مصباح، 2004: 33)

إذا فالإدمان فهو سلوك تدفع إليه رغبة عارمة وملحة وحاجة غالبية للاستمرار في تعاطي المخدر، وأحاسيس جسمية محدودة تتجم عن اعتماد البدن على التعاطي بحيث لو حرم منه تظهر عليه أعراض معينة يلي بعضها بعضاً فيصبح المدمن مريضاً تتفاقم حالته سوءاً أو تشتت أعراض المرض خطورة ما لم تدركها العناية الطبية المتقدمة لحالته وما يصاب به من آلام نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم الذي حرم من المخدر شأنه شأن من يحرم من الغذاء أو الهواء لذلك يحرص على الحصول عليه بأي طريقة ولو بارتكاب جريمة. (معن خليل العمر، 2009: 209)

ويتضح مما سبق أن الإدمان يعني وقوع الفرد في شباك المخدر وعجزه عن إيجاد الحل، ويصبح الإدمان سلوك تدفع إليه رغبة ملحة للاستمرار في تعاطي المخدر ويعتمد الجسم أيضاً على التعاطي حيث أنه إذا حُرِمَ هذا الفرد من المخدر قد تظهر عليه أعراض انسحابية معينة ناتجة عن التغيرات الفسيولوجية.

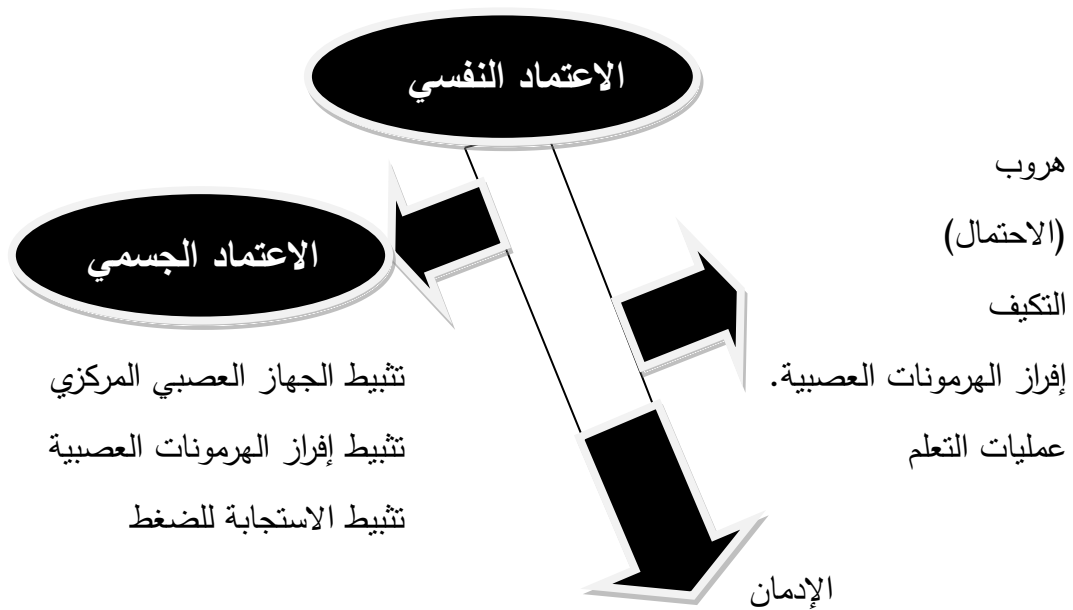
### 1-1- تعريف الاعتماد:

يستخدم الآن مصطلح الاعتماد (Dépendance) كبديل لمصطلح الإدمان (Addiction) في هذا النوع من الاضطراب، وقد قدمت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد رسمياً بوصفه بديلاً للإدمان عام (1964) وتحمل هذه الإعادة للصياغة محاولة للتمييز بين المكونات النفسية والجسمية للاعتماد -وما من شك في أن هناك ظروفًا يكون فيها الاعتماد جسمياً- نسبياً- ومثل ذلك الاعتماد الجسمي على المورفين والميثادون الذي ينشأ لدى الكلاب التي تستخدم في التجارب والذي يحدث عند عزل أجزاء من حبلها الشوكي، وكذلك الكلاب التي يستأصل لحاؤها المخي، والمثال الآخر

لهذه الحالات هو المريض الجراحي الذي يتعاطى مستحضرات الأفيون لتخفيف الألم، وتظهر لديه أعراض الانسحاب عند إيقاف المخدر، ولكنه لا يظهر رغبة للاستمرار في تعاطيه، وعلى الرغم من ذلك فإن المكونات الجسمية والنفسية تميل للاتصال فيما بينها بصورة لا مفر منها تجعل من الصعب التمييز بينها. (أديب محمد الخالدي، 2006: 320)

وفي هذا الصدد يشير "سوتون Sutton" (1990) إلى أن هناك اختلافاً بين الإدمان والاعتماد، فالإدمان قائم عندما يوجد اعتماد بدني وانفعالي على المادة، وظهور أعراض انسحاب جسمية لدى الفرد إذا ما توقف عن تعاطي المادة، أما الاعتماد فيحدث عندما لا يوجد عنصر بدني، ولكن توجد حاجة إلى حد ما للاستمرار في استعمال المادة لتحقيق التأثيرات المرغوبة كالنشوة والاسترخاء.

ويذهب "سبيتز وسبيتز" (Spitz et Spitz) إلى أن الاعتماد النفسي والاعتماد الجسمي هما مظهران من المظاهر الأكثر خطورة لسوء استخدام المنومات المسكنة، وإذا ما تعاطى الفرد هذه العقاقير كما توصف فإن الاعتماد ليس من المحتمل حدوثه (ومع ذلك فإن الاحتمال حتى لجرعات صغيرة قد ينشأ) والأسباب مختلفة فإن الفرد قد يزيد جرعة الباربيتورات ويبني احتمالاً لمستوى لا يصدق، وحينما يحدث ذلك وتؤخذ الباربيتورات بصفة منتظمة فإن الإدمان الحقيقي سوف ينشأ. والشكل التالي يوضح نموذج الإدمان: (حسين علي فايد، 2005: 48، 49)



شكل رقم (08): يوضح نموذج الإدمان.

يتضح من الشكل السابق أن وجود العناصر الثلاثة (الاعتماد النفسي، والاعتماد الجسدي والاحتمال) وهي شرط أساسي لحدوث الإدمان الحقيقي.

وإدمان المخدر هو حالة تسم دورية أو مزمنة، تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وتنتج عن تكرار تعاطي عقار (طبيعي أو تركيباً معملياً)، ولالإدمان خصائص رئيسية هي:

- رغبة أو حاجة قهرية تدفع الشخص إلى الاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأية وسيلة.
- ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.
- اعتماد جسماني بوجه عام ونفسي بوجه خاص على آثار العقار.
- تأثير ضار بالفرد والمجتمع. (غريب محمد سيد أحمد، سامية محمد جابر، 2005: 331)

ومن أهم أعراض الاعتماد التي ذكرتها النظريات المعرفية والسلوكية:

(فوقية حسن رضوان، 2006: 192)

- 1) الشعور بالرغبة الملحة لتناول العقار أو المادة المخدرة.
- 2) الشكل التكراري النسبي لتعاطي المخدر.
- 3) علامات التكيف العصبي (أعراض القدرة على مقاومة العقار والتحمل).

ويعرف "Ghods" (1989) الاعتماد على العقار بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية والتي تنشأ من التفاعل بين الكائن الحي والعقار، وتتميز بردود الفعل التي دائماً تتضمن الرغبة في تناول العقار بصورة مستمرة أو متقطعة لكي يعيش التجربة النفسية ويصف دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSMIV 1994) الاعتماد على المادة المؤثرة نفسياً كما يلي: إن نموذج سوء التكيف لاستخدام المواد يؤدي إلى أسى أو كرب أو تدمير دال إكلينيكي كما يشار إليه بثلاثة، أو أكثر من العلامات التالية التي تحدث في أي وقت خلال اثنتا عشر شهراً. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 373)

وبعبارة أخرى يمكن تعريف الاعتماد (Dépendance) أنه حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس

مستمر أو دوري (أي من حين لآخر) وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها. (Griffith Eedards, Awni Arif, 1982: 19)

### 1-1-1- تعريف الاعتماد النفسي (Dépendance Psychique):

حالة يُنتج فيها المخدر شعوراً بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو المؤقت لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتجنب الألم. (Griffith Eedards, Awni Arif, 1982: 20)

وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية وفي بعض هذا المواد تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف. (مصطفى سويف، 1996: 14)

### 1-1-2- تعريف الاعتماد العضوي (dépendance Physique):

حالة تكيفيه عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات جسدية حادة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. (Griffith Eedards, Awni Arif, 1982: 20)

ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في حالة الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب. (مصطفى سويف، 1996: 15)

**1-2- تعريف المدمن:**

هو الشخص الذي يتناول جرعات من المخدر بصورة منتظمة إلى حد ما، لكنه لم يصل بعد إلى الدرجة التي لا يستطيع فيها الاستغناء عن هذا النوع من المخدر الذي يتناوله.

(أحمد مجدي محمد حجازي، 1994: 32)

ويرى "رشاد أحمد عبد اللطيف" أن المدمن هو كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أياً كانت فتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو الاثنين معاً، كما ينتج عن ذلك تصرفات اجتماعية لا أخلاقية من جانب المدمن. (حسين علي الغول، 2011: 98)، ويصبح سلوك الشخص المدمن ملتزماً بالعملية الإدمانية من خلال طرق عديدة مثل الكذب والانسحاب ولوم الآخرين والانحراف.

( كرايج ناكين، 2006: 59 )

أي أن المدمن هو كل شخص يتعاطى مادة مخدرة أو عدة مواد دون وصفة طبية، إلى درجة التعلق بها، وملاحظة عجزه في الانقطاع عنها مع ظهور علامات الانسحاب في حالة الانقطاع وبهذا يصبح المدمن تحت سيطرة المخدر.

**1-3- تعريف تعاطي المخدرات:**

جاء في لسان العرب "لابن منظور" أن التعاطي هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله ويُعرف المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر تعاطي المخدرات بأنه استخدام أي عقار مخدر، بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عضوي معين، ولا يتضمن ذلك أية إشارة إلى الإدمان، وعلى ذلك فقد يكون المتعاطي مدمناً، وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان، والبعض الآخر لا يؤدي إليه.

(محمد بن راشد القحطاني، 2002: 15)

وقد أشار "ألفينكس" (Alvinkgs) بأن التعاطي هو قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي. (محمد سلامة غباري، 2007: 46)

وعلى ذلك فقد يكون المتعاطي مدمناً وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان والبعض الآخر لا يؤدي به إليه.

وبهذا فتعاطي المخدرات هو رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مادة سامة، إرادياً أو عن طريق المصادفة أو للتعرف على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة وتسبب حالة من الإدمان، تضر الفرد والمجتمع جسيميا ونفسيا واجتماعيا.

## 2- مراحل الإدمان على المخدرات:

إن تعاطي العقار يمر بأربعة مراحل أساسية يصفها "روبرت ديبونت" (R.Dupont) كما يلي:

### المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى (التجريب):

تعتبر هذه المرحلة مركزية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب والمراهقين للعقاقير حيث يعتقد كثير من الشباب أن تجريب العقاقير هو عمل مأمون، ولكن في الحقيقة ليست التجربة الأولى غير مأمونة فقط، ولكنها الخطوة الأولى نحو الاعتماد على العقاقير. (حسين علي فايد، 2005: 51)

ولرفاق السوء دور كبير في التجريب وذلك بإقناع المراهق المشاركة معهم وذلك لمجرد التجربة وحب الاستطلاع، وقد يقدمون له المواد المخدرة مجاناً، كرمز لصداقتهم وعربونا لمحبتهم وتشجيعاً لمجاراتهم، وغالبا ما يكون هذا من أجل الترويج للمادة المخدرة وبعد ذلك يظهر لديه الرغبة والميل لإعجابه بما يفعله المدمنون، وتجربة المواد المخدرة هي بداية الإدمان والضياح، لأن كل شيء قابل للتجريب إلا المواد المخدرة. (محمد سلامة غباري، 2007: 54)

إن تجريب المواد المخدرة يصبح لدى المدمن وسيلة هروبية من واقعه المؤلم إلى واقع وهمي أقل ألماً في نظره، من خلال نشوة المخدر الوهمية الخادعة التي تشعره بالاستقلالية والسعادة ونسيان المشاكل والهموم... إلى أن يجد نفسه محطماً أسيراً للمادة المخدرة.

### المرحلة الثانية: التعاطي العرضي أو (الاجتماعي):

فغالبية مجربي العقاقير المخدرة لا يستمرون في تعاطيها، كما أن غالبية من يستمرون في تعاطي عقاقير معينة يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي) ولا يتناولون العقار المخدر إلا عند

الحصول عليه بسهولة، ووفقاً لتقبل المجتمع المتعاطي هذا العقار، وبذلك يكون التعاطي هنا عفويًا أكثر من قصدياً أو مدبراً.

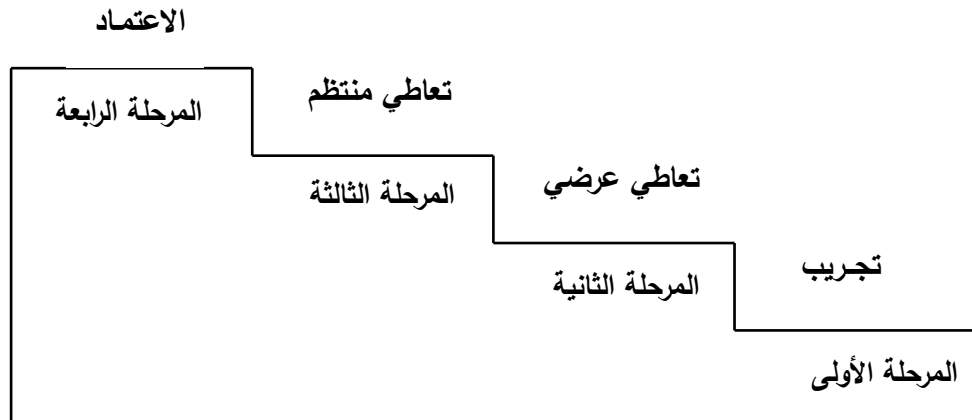
### المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم:

في هذه المرحلة يبحث متعاطو العقاقير بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو مرتين في الأسبوع.

### المرحلة الرابعة: مرحلة الاعتماد (الإدمان):

وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية.

وتقول باربرا بانكل (1994: 31) "أن استخدام المخدرات عندما يتعدى مرحلة التجريب يصبح إدماناً" والشكل التالي يوضح ذلك: (حسين علي فايد، 2006: 52)



شكل رقم (09): يوضح مراحل الاعتماد على العقاقير المخدرة.

## 3- بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان على المخدرات:

## 3-1- الاعتياد:

الاعتياد ظاهرة بيولوجية من تكيف العضوية التدريجي مع بعض شروط الوجود الجديدة. (نوربير سيلامي، 2001: 264)، والاعتياد سلوك تدفع إليه الرغبة النفسية في المخدر والتفكير الملح في اللجوء المتوقع حدوثه والمتعة المبتغاة منه وذلك ناجم عن الاستهلاك المستمر له. وتتمثل خصائص الاعتياد كما يراها "Vaillant" بالاتي:

- استمرار أخذ العقار والرغبة في تناوله، لما يسببه من الشعور بالراحة.
- عدم زياد الجرعة.
- يحدث قدرا من الاعتماد النفسي، ولا يحدث اعتمادا جسيما.
- أضرار العقار تنعكس على التعاطي، ولا تضر بالمجتمع.

إلا أن "حسين فايد" يرى أنه بالرغم من إحلال مصطلح الاعتماد محل مصطلح الاعتياد والإدمان كما قدرته منظمة الصحة العالمية والعديد من المؤلفين، والشرط الذي وضعه خبراء منظمة الصحة العالمية (اقتران مصطلح الاعتياد دائما باسم المادة المؤثرة في الأعصاب) أمر مشكوك فيه، فالمدمنون ينتقلون من مخدر لأخر معتمدين على احتياجاتهم، وما يتوفر في السوق. (حسين علي الغول، 2011: 122)

## 3-2- العقار:

العقار أصل الدواء والجمع عقاقير، وهي في الطب النفسي، إما طبيعية أو مركبات كيميائية ومخدرات أو مهدئات أو مسكنات أو منومات أو منبهات.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (W.H.O) العقاقير بأنها أي مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية، أما قاموس أكسفورد فيعرف العقاقير بأنها المواد الأصلية البسيطة الطبية عضوية كانت أو غير عضوية التي تستخدم وحدها أو مع مادة فعالة ويحددها علماء الفارماكولوجي بأنها أي مادة تستطيع أن تحدث في الكائن الحي تغيرات وظيفية أو بنائية، وذلك بفعل طبيعتها الكيميائية. (حسين علي الغول، 2011: 103)



**3-3- المادة النفسية:**

هي أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، وقد يكون تأثير المادة في اتجاه التنشيط، وقد يكون في اتجاه التخميم، وقد يكون في اتجاه إحداث الهلاوس. (مصطفى سويف، 1996: 20)

**3-4- الاحتمال (Tolérance) أو التحمل:**

هو حالة تشييطية جسمية تأتي عن طريق الاستخدام المتكرر للعقار، وينتج عن ذلك الأثر الانحرافي للجرعة، بمعنى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير السابق الذي كانت تحقنه جرعات صغيرة.

ويعرف "جولين" (Julien) الاحتمال بأنه حالة الاستجابة الناقصة المتقدمة للعقار والفرد الذي يتطور لديه الاحتمال يحتاج إلى جرعة أكبر من العقار لكي يحصل على التأثير الأصلي الذي كان يحصل عليه من الجرعة الصغيرة. (حسين علي فايد، 2005: 46)

ويظهر الاحتمال عندما يتم استهلاك مادة ما بشكل متكرر وعبر فترة زمنية طويلة إلى أن يتراجع تأثير المادة التي اعتاد المدمن على تناولها بحيث يضطر المدمن إلى زيادة الجرعة المعتادة كي يحصل من خلال ذلك على التأثير المرغوب، ويختلف نشوء التحمل من مادة إلى أخرى وحسب انتظام التعاطي وعندما يتم رفع الجرعة بعد نشوء التحمل يرتفع خطر الأضرار الجسدية والنفسية بما في ذلك خطر التعلق والإدمان. (ف. إ. كاس وآخرون، 2009: 158، 159)

أي أن التحمل يظهر عندما يتم استهلاك مادة ما بشكل متكرر وعبر فترة زمنية طويلة إلى أن يتراجع تأثير المادة التي اعتاد الشخص على تناولها بحيث يضطر إلى رفع الجرعة المعتادة كي يحصل على التأثير المرغوب.

**3-5- الجرعة الزائدة:**

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي المستمر (سواء كان الاستمرار منتظما أو متقطعا) أن يتعاطاها من أي مادة نفسية للحصول على

النشوة الخاصة بهذه المادة، فإذا زادت الجرعة عن ذلك (السبب ما) في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثارا معاكسة حادة وتكون هذه الآثار غالبا مؤقتة ثم تزول تلقائيا، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 43)

### 3-6- سوء الاستخدام (Abuse):

إن التعريف المقبول والبسيط المتعارف عليه لهذا المصطلح يصعب الحصول عليه، ويجب أن ننظر إلى سوء استخدام العقاقير من الوجهة الطبية، والاجتماعية، والنفسية، والأخلاقية، والقانونية.

وتعرف منظمة الأغذية والعقاقير (FDA) سوء استخدام العقار بأنه تعاطي المادة لغرض مقصود، ولكن ليس بالكمية والتكرار، والقوة، والنمط المناسب، وبشكل محكم فإن سوء استخدام العقار هو تعاطي المادة لأكثر من غرض محدد، وبطريقة يمكن أن ينتج عنها تدمير صحة الشخص أو قدرته على العمل. (حسين علي فايد، 2005: 37، 38)

ويستخدم مفهوم سوء استخدام المخدر للإشارة عادة إلى تعاطي المخدرات المشروعة وغير المقبولة من طرف أعضاء المجتمع. (عدلي السمرري وآخرون، 2010: 193)

ويرى علماء آخرون بأن إساءة استعمال المواد يؤدي إلى الإدمان، ويرون بأن ذلك يأخذ شكل إدخال مواد إلى جسم الفرد بصورة مستمرة وبدون أسباب طبية، بحيث يصبح المرء معتمداً عليها نفسياً أو جسماً أو كليهما معاً، ولا يستطيع العيش بدون استعمال هذه المواد إلا بصعوبة، وبمساعدة متخصصة، ويأخذ ذلك شكل استعمال مواد الإدمان المختلفة. (سعيد حسني العزة، 2004: 359)

### 3-7- اللهفة:

رغبة قوية في الحصول على آثار المخدر أو مشروب كحولي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة.

(مصطفى سويف، 1996: 13، 14)

## 3-8- التسمم:

حالات مرضية، تحدث بسبب التعرض إلى مواد سامة، كأملح الزرنيخ والرصاص والفسفور، والمخدرات والغازات السامة وتكسونيات البكتيرية (Toxins) كما يحدث في الدفتيريا والكزاز، وبعض النباتات السامة كالأرجوت وبعض الأصناف الأخرى، وتختلف الأعراض والخطورة وطرق العلاج باختلاف المادة المسببة. (عبد الحليم أبو حلتهم، 2006: 92)

والتسمم هو حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت وبيراً الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، يحدث هذا أحياناً على اثر شرب الكحوليات (تسمم كحولي)، كما يحدث عقب تعاطي أي مادة نفسية، وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة حول الآثار التي تترتب على تعاطي مادة نفسية بعينها، وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003: 38)

## 3-9- الانسحاب:

مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذه التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة. (عفاف محمد عبد المنعم، 1999: 39)

أو هو وجود أعراض معينة عند ترك المادة أو إنقاص كمية تعاطيها وتزول الأعراض باستئناف التعاطي. (محمد عودة الريماوي، 2004: 648)

وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على شكل الاضطرابات الفسيولوجية، وتعتبر مرحلة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد، كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف

السيكوفارماكولوجي الضيق، بمعنى الاعتماد، ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض هذه الجرعة مباشرة، ويمكن القول أن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

ويحتوي تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الصادر عن هيئة الصحة العالمية (تحت مادة "حالة انسحاب") على تنبيه إلى أن أكثر من أعراض الانسحاب يمكن أن تنشأ نتيجة لاضطرابات سيكاترية لا علاقة لها بتعاطي المواد النفسية، مثل القلق، والحالات الاكتئابية وهو ما يستوجب حرصاً خاصاً من القائم على التشخيص أو العلاج. (مصطفى سويف، 1996: 13، 14)

#### 4- أهمية دراسة ظاهرة إدمان الخمر والمخدرات:

أصبحت الخمر والمخدرات تؤثر بصورة مباشرة، أو غير مباشرة على فئات المجتمع فقراء وأغنياء، شبابا وشيوخا، وانتشرت أكثر بين صفوف المراهقين من أبناء المجتمع وأثرت على حياتهم الاجتماعية والدراسية وأدت إلى تسربهم من المدارس الثانوية، فقد بلغت نسبة التسرب في المرحلة الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية على النطاق القومي (25%) وقد لقيت المخدرات قبولاً واسع النطاق بين الكبار الراشدين أيضا رغم آثارها الضارة، فبعد أن كانت الخمر والمخدرات ترتبط في الولايات المتحدة الأمريكية بالأحياء الفقيرة وموسيقى الجاز، انتقل تعاطيها إلى الطبقة الوسطى من البيض وأصبح طلبة المدارس الثانوية ومن في عمرهم يربطون بين استخدام المخدرات مثل الماريجوانا وعقار الهلوسة (L.S.D) وبين الإيديولوجيات السياسية والثورة على المادية، والحركات الدينية الزائفة، وروج لعقار الماريجوانا دعاية أنه لا ضرر منه وأنه أكثر أماناً من الكحوليات وفي عام (1965) كان العنصر الكيميائي المغير لحالة العقل في الماريجوانا يمثل (0.1، 0.2) وكان الشباب يتعاطونه كبديل عن المشروبات الكحولية.

وفي السبعينات مع مجيء حرب الفيتنام أصبح الشباب الأمريكيون يرددون القول بأنهم إذا كانوا قد بلغوا من العمر ما يسمح بإشراكهم في الحرب، فلماذا لا يسمح لهم بتعاطي المخدرات الكحولية، ولم تعد الماريجوانا تستعمل بديلا على الخمر بل أصبح العقاران يستخدمان.

وفي عام (1970) تشكلت المنظمة الوطنية لتعديل قوانين "الماريجوانا" وجعلت غرضها الأساسي إباحة تدخين الماريجوانا، وانعكس ذلك على تحصيل التلاميذ في المدارس، وأصبحت ظاهرة

عدم الانضباط في المدرسة ظاهرة شائعة، وأصبح الاختصاصيون يقولون للآباء الذين يحيرهم مسلك أبنائهم في هذا السن أن هذا السلوك طبيعي ولا ضرر من تدخين الماريجوانا.

وبحلول عام (1978) أصبح (0.1) من تلاميذ الصفوف النهائية في المدارس الثانوية الأمريكية يدخنون الماريجوانا يومياً، وسادت فلسفة جديدة وأصبح الشعر الجديد "إذا كنت تجد متعة في شيء ما فافعله" وكان ذلك يتم من خلال وسائل الإعلام وخاصة التلفاز وقد ثبت بشكل قاطع أن جميع العقاقير المغيرة لحالة العقل قانونية وغير القانونية، يمكن أن ينشأ عنها نوع من الإدمان.

وبحلول الثمانينات تمكن منتج الماريجوانا من الحصول على نوع منها أقوى تأثيراً تزيد قوته من (50) إلى (100) ضعف عما كانت عليه في الستينيات، ويبين التقرير السنوي لإدارة مكافحة المخدرات الأمريكية أن تعاطي الكوكايين زاد بنسبة (11%) وزاد تعاطي الفينيسيكلدين والأمفيتامينات غير القانونية بنسبة (15%) سنة (1984)، وبين المسح العام للمدارس الثانوية الأمريكية في عام (1974) أن واحداً من كل سنة من طلبتها كان يتعاطى الكوكايين. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 170، 171)

ترى الطالبة الباحثة أن تطور انتشار المخدرات في العالم بالشكل الرهيب هذا وظهور أشكال جديدة من المواد المخدرة، وكذا انتشار الإدمان على هذه المواد في كافة فئات المجتمع (أطفال، مراهقين شباب، شيوخ، نساء، رجال، مثقفين، ذوي مستويات تعليمية عالية...) يطرح العديد من التساؤلات عن أسباب انتشار الظاهرة وعن الطرق والاستراتيجيات التي يجب أن تتبع للتصدي لها من جميع جوانبها، لهذا تعتبر كل الدراسات والتقديرات والأبحاث في مجال الإدمان على المخدرات ذات أهمية كبرى من أجل التصدي للظاهرة والتخفيف من حدتها وهذا ما تسعى دراستنا الحالية الوصول إليه من خلال غرس تصورات تنبذ فكرة الإدمان والمخدرات لدى فئة مهمة في المجتمع وهي فئة المراهقين.

## 5- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

لماذا يحدث الإدمان؟ ما هي العمليات المسببة؟ وهل هناك سمات شخصية تخص الشخصية المعتمدة على المواد النفسية؟ للإجابة على هذه الأسئلة يجب علينا التطرق إلى أهم النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان من زواياها المختلفة (النفسية والاجتماعية والمعرفية والسلوكية)، وهناك عدة نظريات تعرضت لموضوع الإدمان على المخدرات بالتحليل والتفسير وهي:

## 5-1- النظرية الفسيولوجية:

سيطر علماء الفسيولوجيا على علاج إدمان المخدرات لعدة سنوات لما لديهم من أسس طبية لتقديم التفسيرات الفسيولوجية البيوكيميائية المرتبطة بمشكلات الإدمان لدرجة أن العديد من الدراسات والأبحاث وجهت اهتمامها نحو التغيرات الفسيولوجية التي تظهر كاستجابة للمواد المخدرة، ففي بعض الدراسات توصلوا إلى وجود مراكز في المخ لاستقبال المواد المخدرة الكيميائية ومراكز أخرى خاصة باستقبال الأفيون، وقد ظهر هذا في استجابات الأنزيمات التي يزيد معدلها مع ظهور الأعراض الانسحابية خلال استقبال عضو الحس.

إضافة إلى ذلك أن بعض الأفراد المتعاطين للكحوليات والمخدرات يتعرضون لانهايار وظائف المخ نتيجة للتمادي في استهلاك وسوء استخدام المواد المخدرة، وكذلك تعاطي الكحوليات - فضلاً عن أن هذا الانهايار يظهر أيضاً نتيجة الإفراط في تناول الجرعات المخدرة، ويرتبط بذلك تدهور حاد في كفاءة الذاكرة واختلال التوازن - وازدواج الرؤية- وقد دلت الدراسات على تأثير الهيروين والكوكايين على النسيج الوعائي للقلب والتهابه. (فوقية حسن رضوان: 2006: 196)

وبالرغم من وجود بعض الاختلالات على مستوى فسيولوجيا جسم المتعاطي لأي مادة مخدرة لا بد من النظر إلى متعاطي المواد المخدرة من جوانب أخرى، كالنظر إلى الظروف الخاصة بالفرد أكثر من مجرد النظر إلى الإدمان كمفهوم قاصر على عملية التعاطي، ولعل من أهم الجوانب التي يجب مراعاتها في الوقوع في الإدمان هي الجوانب النفسية التي سنتعرف عليها من خلال نظرية التحليل النفسي.

## 5-2- نظرية التحليل النفسي:

رغم اختلاف التفسيرات العلمية لحدوث التعاطي إلا أن كلا منها أعطى نظرة خاصة تمس جانباً من جوانب الظاهرة موضوع الدراسة. فتفسير تعاطي المواد النفسية بالنظر إلى سمات وديناميات الشخصية يهدف إلى تحديد كل الظروف والمتغيرات النفسية التي تجعل بعض أفراد المجتمع مدمنين وأغلبهم غير مدمنين، وهذا ما يجعلنا نتساءل لماذا يدمن أحد أفراد أسرة ما؟ رغم أن الظروف المحيطة بأفرادها واحدة، ولماذا يستطيع أحد الأفراد الإفلاع عن الإدمان والآخر لا؟

والصيغة العامة لتفسير السلوك الإدماني هي: إحباط قوي لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب سواء كان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو نتيجة لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط والأغلب أن يكون مزيجاً من كل ذلك، وتؤدي نتائج الإحباط إلى التوتر الذي يؤدي بدوره إلى النكوص إلى أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة للتخلص من الموقف المحبط. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1999: 37)

ويرى "أوتو فنيكل" (Fenichel) أن من أسباب التحول إلى التعاطي وجود (إحباط داخلي) أو كف داخلي وتلك حالات لا يجرؤ الفرد معها على أن يواجه الأنا الأعلى من دون تلك المساعدة المصطنعة وهي التعاطي، وما الإدمان سوى عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فيه في الطفولة.

لذا فالشخص المدمن أساسه التكويني موسوم بالانرجسية (عشق الذات اللاشعوري) وكثرة التطلب، حيث يكون التعاطي بالنسبة للمدمن وظيفياً يحقق من خلاله أدوار متعددة إذ يعمل (التعاطي) بمثابة المهدئ للإحباط والغضب ووسيط نشيط للتنفيس وتحفيز العدائية الكامنة نحو والديه وأصدقائه، وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات وإشباع رمزي للحاجة إلى الحب والعطف وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسخ مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية.

(أحمد إبراهيم الباسوسي، 2007: 16)

وترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسين هما:

الأول: صراعات نفسية: ترجع إلى:

- 1) الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي الذي يرجع أساساً إلى اضطراب علاقات الحب والإشباع العضوي وبخاصة في المرحلة الفمية.
- 2) الحاجة إلى الأمن.
- 3) الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيداها.

وتكرار التعاطي يعني الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات.

الثاني: الآثار الكيميائية للمخدر: وهو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم، وبذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسي للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد، ومن ثمة يأتي الدور الذي يلعبه أثر المخدر وخواصه.

وتكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالآتي:

- 1) ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات إلى المستوى القهري، أي أن المدمن يصل إلى مستوى يتعلق فيه بالمخدر تعلقاً قهرياً لا يستطيع التخلي عنه.
- 2) أن مدمني المخدرات تنطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق تشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي و أحيانا تكون أكثر حدة.
- 4) ينكر التحليل النفسي أن مدمني المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية ويُدللون على ذلك بأن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة بما يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضا على البيئة الخارجية وليس على نفسه - بينما المدمن في حله لصراعاته اللاشعورية يستعمل عمليات لا شعورية أيضا في حل تلك الصراعات ويصب عدوانه على ذاته لا على العالم الخارجي.

(عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 83، 84)



إن مظاهر الإدمان تتمثل في الأشكال التالية:

- نوبات من المدح والانبساط، وهذا هو الشكل الأساسي للإدمان.
- اضطراب جنسي أو نشاط جنسي مشوش أو غير واضح.
- تدهور عقلي.
- تدهور خلقي واجتماعي ومهني.

يفسر التحليل النفسي ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعترى المدمن في طفولته الأولى، وأن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقات الحب في هذه المرحلة بين المدمن ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت ( ازدواجية الشعور).

إن هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتتقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً. (اسماعيلي يامنة، ببيع نادية، 2011: 59)

ويقول "زبور" أن الحالة العادية للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتئابي وتنتم حالة الاكتئاب هذه - من زاوية العلاقة بالموضوع - بالإدماج العدوانية كموضوع لم يتم تميزه عن الأنا (Le Moi) ولما كان الأنا قليل النضج، فإن قاعدة تعامله مع الموضوع يسودها مبدأ الأخذ دون العطاء بصورة غير واقعية تنسم بالنهم وتوقع من الموضوع بأن يمنحه كل شيء في كل وقت وبدون حساب، وهذا يؤدي بالضرورة إلى أن يحس بالإحباط وبالتالي النقمة على الموضوع بالرغم من حبه إياه، وحاجته إليه.

وفيما يتعلق بظاهرة السبات لدى المدمنين فهي ترجع إلى حالة الإشباع الفمي في الطفولة المبكرة، على ذلك فإن النوم العميق يكرر نوم الرضيع الهادئ. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 85)

ومن خلال ما أشار له الباحثين في أنه لا يوجد نمط فريد للشخصية يسبق الإدمان أو سوء استخدام العقاقير، فالمدمنون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص يختلفون من حيث النوع والعمر

والثقافة والعقائير المستخدمة وأساليب التعاطي والأعراض النفسية المرضية المصاحبة، بالإضافة إلى التباين الواضح في الاتجاهات المجتمعية والقانونية نحو المجموعات المختلفة.

وينظر التحليلين إلى المخدر على أنه وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الفرد لإشباع حاجات لا شعورية تخص مرحلة الطفولة خاصة السنوات الأولى المتعلقة بالمرحلة الفمية -الشرجية- القضيبيية، والغالب على المدمن أنه سلبي انكالي ليس لديه القدرة على تحمل التوتر النفسي، والألم والإحباط، وهو ما يجعله يحطم ذاته دون أن يدري بالمخدر هذا بدلاً من سعيه في تغيير واقعه الذي يعيش فيه.

### 5-3- نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا:

تمثل نظرية "إريكسون" في نمو الأنا وخاصة خلال مرحلة تشكل الهوية في المراهقة وبدايات الشباب أحد الأساسات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي المخدرات، حيث يربط "إريكسون Erikson" (1963-1968) بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة وكثير من الاضطرابات السلوكية بما فيها العدوان والجنوح وتعاطي المخدرات، كما تؤكد نتائج الكثير من الدراسات الغربية الميدانية في هذا المجال انخفاض نسبة محققى هوية الأنا وارتفاع نسبة مشتتتي الهوية بشكل خاص بين المتعاطين وغير المتعاطين. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 1)

ويعد نموذج "إريكسون" في تفسير الأنماط السلوكية واحد من النماذج الأساسية والمهمة في نظريات التحليل النفسي ويقوم على مبدأ التطور المتعاقب، حيث تخضع الشخصية لمراحل مختلفة خلال عملية نموها وتشكل "الأنا"، الذي تتوقف عليه أنماط السلوك التي يمارسها الفرد فيما بعد، وأشكال علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، ففي كل مرحلة من مراحل النمو تمر الشخصية بتجارب وخبرات تترك آثارها في تكوين الشخصية، وتظهر في مراحلها اللاحقة بحسب قدرتها على تجاوز تلك المرحلة، غير أن ما يعود إلى الشخصية من خبرات جديدة ومهارات مكتسبة في أية مرحلة من مراحل النمو إنما يصبح جزءاً لا يتجزأ من الشخصية في المراحل التالية.

وتؤثر في أشكال تفاعل " الأنا " مع المرحلة الجديدة وبرغم ذلك فإن تجاوز الشخصية لواحدة من المراحل بنجاح وتعلم المهارات والخبرات المرتبطة بها لا يعني بالضرورة قدرة " الأنا " على تجاوز المرحلة اللاحقة، التي تتطوي بحد ذاتها على معايير جديدة وأشكال من الصراع بين الأنا والبيئة

المحيطة، وعلى الرغم من ذلك فإن أبعاد الشخصية المتحصلة نتيجة كل مرحلة تؤثر بصورة عامة في نمط الشخصية على امتداد المراحل التالية لها.

وفي هذا الصدد يميز "أريكسون" بين ثماني مراحل أساسية تمر بها شخصية الفرد، وتنتهي كل منها بجملة من الصفات المكتسبة الجديدة، وهذه المراحل هي:

### المرحلة الأولى: أزمة الثقة مقابل عدم الثقة:

يقابلها على مستوى الفعالية، فعالية الأمل مقابل الانسحاب، تظهر هذه الأزمة في السنة الأولى من العمر، وتأتي محصلة لنتيجة تفاعل الطفل مع الأم فيما يتعلق بالإرضاع وإشباع الحاجة، فقد تنتهي إلى أن تعزز في شخصية الطفل الثقة بالنفس، والاطمئنان بالقدرة على تلبية الحاجة، وقد تنتهي إلى الشعور بعدم الثقة والرغبة في الانسحاب من المواقف لعدم القدرة على مجابتهها. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 38)

### المرحلة الثانية: أزمة الاستقلال مقابل الشعور بالخجل:

يقابلها على مستوى الفعالية فعالية الإرادة مقابل القهرية والاندفاع، وتبدو هذه الأزمة في السنة الثانية من عمر الطفل، وتتعلق بقدرته على التحكم بعملية الإخراج وتأجيل الإشباع، وقد تنتهي إلى اكتساب "الأنا" الشعور بالاستقلالية والقدرة على التحكم بالحاجات تبعاً للظروف المحيطة، وقد تنتهي إلى الشعور بالخجل وعدم القدرة على التحكم بالأشياء وضعف الإرادة.

### المرحلة الثالثة: أزمة المبادرة مقابل الشعور بالذنب:

يقابلها على مستوى الفعالية: فعالية الغرضية مقابل التثبيط وتتوافق هذه المرحلة مع سن الطفولة المبكرة عند الطفل، حيث تظهر لديه ملامح النمو الحركي والعقلي واللفظي، لكنه يجابه بيئة قد تحول بينه وبين نمو هذه الملامح في شخصيته، فإذا ما تجاوز الأزمة بنجاح ظهر لديه شعور حب المبادرة والقدرة عليها، وإلا فإن الشعور بالذنب نتيجة الرفض الاجتماعي يصبح من صفاته الأساسية التي يصعب عليه التخلي عنها فيما بعد. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2012: 212)

### المرحلة الرابعة: أزمة المثابرة مقابل الشعور بالنقص:

يقابلها على مستوى الفعالية فعالية الفرد مقابل الخمول وتأتي هذه المرحلة مرافقة لمرحلة الطفولة المتوسطة التي تقترن بتغيرات كيفية في النمو العضوي والعقلي، وتصبح الرغبة في الإنجاز حاجة ضرورية، فإذا ما تجاوز الطفل هذه المرحلة بنجاح امتلك شعوره بالقدرة على الإنجاز والمثابرة في تحقيق الطموحات، ومع ظهور ملامح الفشل يزداد لدى الفتى الشعور بالنقص وعدم القدرة على تحقيق الأهداف مما يولد لديه الشعور بالخمول. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 39)

### المرحلة الخامسة: أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور (فاعلية التفاني مقابل تجاهل

الدور):

يرتبط ظهور أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور بشكل أساسي بمرحلة المراهقة وبدايات الشباب، وما يرتبط بها من تغيرات بدنية ونفسية وأيضاً ما يترتب على ذلك من توقعات اجتماعية ويرتبط تحقق الهوية بحل أزمات النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق يشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة محددة لتجربتها واختبارها، ويفضي تحقيقها إلى إحساس المراهق بالتفرد، والوحدة والتآلف الداخلي، والتماثل والاستمرارية المتمثل في إحساس بارتباط ماضيه ومستقبله وإحساسه بالتماسك الداخلي والاجتماعي.

ويترجم ذلك سلوكياً من خلال محاولة الفرد الوصول إلى تحديد تعريف لذاته من خلال تبني أيديولوجيات وأدوار مقبولة اجتماعياً، من خلال محاولة الوصول إلى إجابات لتساؤلات مثل (من أنا؟ وماذا أرى؟ وإلى أين تتجه؟). (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 7)

ومع تحقيق الهوية يكتسب الأنا قوة جديدة تتمثل في التفاني، والتي تعني "قدرة المراهق على تحديد معنى وجوده وأهدافه في الحياة ووضوح خطته لتحقيق هذه الأهداف". ويترجم التفاني عملياً من خلال الالتزام والولاء بأيديولوجيات محددة يتم اختيارها اختياراً حراً، وذلك على الرغم من التناقضات بين الأنساق القيمية.

وإذا كان هذا الوجه الإيجابي لأزمة النمو في المراهقة فإن اضطراب هوية الأنا يمثل الوجه المظلم المحتمل في حالة الفشل في حل الأزمة إيجابياً كنتيجة لعدم قدرة الفرد على حل التوحدات

الطفولية غير السوية والصراعات المؤلمة، وبأخذ اضطراب هوية الأنا شكلين أساسيين من وجهة نظر "إريكسون" هما:

(1) **اضطراب الدور:** حيث يفشل المراهق في خلق تكامل بين توحيدات الطفولة مما يؤدي إلى الإحساس المهلhel بالذات بدرجة تقوده للفشل في تحديد وتبني أدوار وأهداف ذات معنى أو قيمة شخصية واجتماعية، ويرتبط ذلك بدرجة عالية من القلق، ومشاعر عدم الكفاية، والسلوك الجامد المتعصب وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وسوء علاقاته الاجتماعية، وضعف الالتزام بأهداف وأدوار ثابتة.

(2) **تبني الهوية السالب:** يرتبط هذا النمط بدرجة أعلى من الإحساس بالتفكك الداخلي لا يقتصر تأثيره على عدم القدرة على تحديد أهداف ثابتة أو تحقيق الرضا عن دوره الاجتماعي، بل ويلعب ذلك دوراً أكثر سلبية في حياة الفرد بصفة عامة، حيث يدفع به إلى ممارسة أدوار غير مقبولة اجتماعياً، ومن ذلك الجنوح وتعاطي المخدرات.

وتجدر الإشارة إلى اهتمام "إريكسون" والعديد من الباحثين بتشكيل الهوية، وتمثل وجهة نظر "جيمس مارشا" أهم المحاولات المعاصرة لترجمة هذا المصطلح إجرائياً، حيث طور نظريته في رتب هوية الأنا معتمداً على فكر "إريكسون"، محدداً أربع رتب للهوية تصنف تبعاً لمدى خبرة الفرد لكل من أزمة الهوية من جانب، والالتزام بما يصل إليه الفرد من قرارات من جانب آخر، وتشمل الرتب الأساسية التالية:

(1) **تحقيق هوية الأنا:** يتم تحقيق الهوية نتيجة لخبرة الفرد للأزمة، ثم التزامه الحقيقي بما تم اختياره من جانب آخر، ويعتبر تحقيق هذه الرتبة مؤشراً للنمو السوي، إذ ترتبط بسمات الشخصية الإيجابية كتقدير الذات والتوافق النفسي والقدرة على مواجهة المشكلات المختلفة، والمرونة والانفتاح، ونضج العلاقات الاجتماعية والنمو المعرفي والأخلاقي. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 8)

(2) **تعليق هوية الأنا:** يمثل التعليق فترة ضرورية قبل التحقيق، إلا أن استمرارها لفترة أطول مما هو متوقع مؤشر على الاضطراب، حيث يفشل الفرد في اكتشاف هويته وتستمر خبرته للأزمة

دون الوصول إلى قرار نهائي والتزام حقيقي بخيارات محددة، وكنتيجة لذلك يخبر الفرد في هذه الرتبة درجة عالية من القلق ومشاعر الذنب.

(3) **انغلاق هوية الأنا:** يرتبط الانغلاق بغياب الأزمة مع إبداء درجة عالية من الالتزام بما تحدده قوى خارجية كالأسرة أو أحد الوالدين أو المعايير الثقافية والعادات له من أهداف وأدوار. وكنتيجة لهذه المسابرة يلاقي منغلقوا الهوية تقديراً من الكبار بما يعزز هذا التوجه لديهم، ويؤدي بهم إلى افتقاد التلقائية في المواقف الاجتماعية.

(4) **تششتت (تفكك) هوية الأنا:** يرتبط هذا النمط بغياب كل من الأزمة والالتزام بما شاعت الصدف أن يمارسوا من أدوار. ويحدث ذلك نتيجة لتلافي الأفراد في هذا النمط للبحث والاختبار كوسيلة للاختيار المناسب، مفضلين التوافق مع المشكلات أو حلها عن طريق تأجيل وتعطيل الاختيار بين أي من الخيارات المتاحة.

ويتسم الأفراد في هذه الرتبة بضعف التوجيه والضبط الذاتي، والتمركز حول ذواتهم وضعف الاهتمام والمشاركة الاجتماعية. كما يخبرون درجة عالية من القلق وسوء التوافق والشعور بعدم الكفاية. هذا يدفع بدوره إلى جمود السلوك وعدم القدرة على اتخاذ القرارات السليمة وإلى كثير من الاضطرابات السلوكية الخطرة كالجنوح وتعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية.

(حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 9)

### المرحلة السادسة: أزمة المودة مقابل العزلة:

يقابلها على مستوى الفعالية: فعالية الحب مقابل الحصرية، وتأتي هذه الأزمة في مرحلة الشباب، وترتبط في جزء كبير منها بما تم إنجازه في المراحل السابقة، فمن يتمتع بالهوية ووضوح الأهداف والطرق التي تساعد في تحقيق أهدافه غالباً ما يتمتع بقدرة أكبر على التفاعل مع الآخرين وتعزيز الارتباط بهم، مما يعزز في وعيه الشعور بالحب للآخرين والتفاعل معهم، غير أن الفشل يؤدي به إلى الشعور بالعزلة والابتعاد قدر المستطاع عن عملية التفاعل مع الآخرين والاستغراق الذاتي.

**المرحلة السابعة: الإنتاجية مقابل الركود:**

يقابلها على مستوى الفعالية العالية الاهتمام مقابل الرفض، وتأتي هذه المرحلة في مرحلة النضج العقلي والجسمي، وتقترن مع ظهور المسؤوليات الاجتماعية المترتبة على الموقع الاجتماعي الذي يشغله في حياته بوصفه أباً أو عاملاً وغيرها، فغالباً ما يؤدي به النجاح في الأدوار التي يقوم بها إلى شعوره بالتفاني والرغبة في العطاء والإبداع في العمل، دون اشتراط المقابل، بينما يؤدي سوء الظروف التي مر بها الفرد إلى شعوره بالأنانية والتفرد وعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية.

**المرحلة الثامنة: أزمة التكامل مقابل اليأس:**

يقابلها على مستوى الفعالية: فعالية الحكمة مقابل الازدراء، وتأتي هذه الأزمة في مرحلة الرشد المتقدم، فإذا ما تم تجاوزها بنجاح اكتسب الفرد ما يعرف بصفة الحكمة التي تؤهله للحكم على الأشياء بتوازن واعتدال كبيرين، مما يمنحه القدرة على مجابهة مشكلاته المتوقعة في مرحلته العمرية القادمة، بينما يؤدي الفشل في هذه الأزمة إلى الشعور باليأس والخوف من المستقبل والاضطراب، ورفض الظروف التي يعيشها، والقلق إزاء المشكلات التي يتوقعها في مرحلته العمرية القادمة.

(أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 40)

ويلاحظ في هذا التصور أنه مبني بالدرجة الأولى على تفاعل الذات مع البيئة المحيطة بها، فكل مرحلة من مراحل العمر تنطوي في ثناياها على عناصر الصراع بين الأنا والآخر، والخصائص التي تحملها الشخصية في كل مرحلة إنما هي نتاج لعملية التفاعل المشار إليها في المراحل السابقة، غير أن هذا التصور على أهميته لا يتطرق إلى موضوع التكيف الذي تمارسه الشخصية على نفسها للتوافق في كثير من الأحيان مع الشروط المحيطة بها، وغير القدرة على تغييرها، ذلك أن الأنا لا تتفاعل مع البيئة المحيطة في كل مرحلة من مراحل نموها تفاعلاً آلياً مبنياً على الصراع وتوكيد الذات فحسب، بل تعمل على تكيف نفسها وتغيير طبيعتها عندما تجابه شروطاً موضوعية قاسية لا تستطيع تجاوزها، وفي هذه العملية بالذات تكمن عملية التوافق بين الأنا والآخر.

وإلى جانب مدرسة التحليل النفسي يميل أصحاب النظرية السلوكية إلى تفسير الاعتماد على العقاقير بكونه شكلاً من أشكال الإثابة المدعمة الناتجة عن عمليات التعلم هذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي.

## 5-4- النظرية السلوكية:

هناك الكثير من الاتجاهات الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات، ولكن السلوكيين فضلوا استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات لخفض مشاعر الألم والغضب والضيق وخاصة القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية بهدف المزيد من خفض مشاعر الألم والغضب والضيق والقلق. (محمد سلامة غباري، 2007: 59)

وقد توصل "كوبل" (Coppel) أنه لا يوجد سند واحد لنموذج سوء استخدام المخدر لخفض التوتر وأوضح "كوبل" مجموعة من الدراسات تبين أن تعاطي المخدرات لا يؤدي إلى خفض التوتر منها، ودراسات "ميفلد وآلون" (Mayfield et Allen) و"مندلسون" (Mendelson) و"مينكر" (Menaker) وقد أجرى كل من "قوالسون" (Gealson) و"بالوي" (Palwy) تجربتهم على المتطوعين، وأوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر، وفي هذه الدراسات الألم يتمثل في أن يتلقى المفحوصون صدمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطي المخدر، وبعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطي المخدر، وقد تم مقارنة المتطوعين بمجموعة أخرى ضابطة (لم يسمح لهم بشرب المخدر) دون تعريفهم أنهم سيتلقون صدمة كهربائية، حيث أوضحت "رولي" (Rowly) وزملائها أنهم كانوا في حالة من الدهشة عندما وجدوا أن مستوى القلق كان مرتفعا بعد شرب المخدر، ويرجع ذلك إلى أن المخدر كان منبع التوتر في حد ذاته لمعظم الأفراد وقد أعزى هؤلاء الباحثون إلى أن سوء استخدام المخدر يرجع إلى: (اسماعيلي يامنة، ببيع نادية، 2011: 53، 54)

(1) **طبيعة المخدرات:** لكل مادة كيميائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور في الجسم ويتغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي، ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات ويحدث التأثير على الجسم والمخ، ويرتبط المدمن بالعقار نظرا لما يحدث له من آثار مفرحة وخفض للقلق والتوتر، أي نتيجة للتعزيز الإيجابي الذي يجعله يعيد استخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات وقد يضطر إلى زيادة الجرعة للوصول إلى الأثر الأول، وكذلك تؤثر طريق استخدام المخدر في حدوث الإدمان، إذ تزداد فاعليته وسرعة وصوله إلى الدماغ



حسب طريقة الاستعمال، ويعتبر الحقن في الوريد من أسرع الوسائل للوصول إلى الإدمان يليه التعاطي عن طريق الفم، كما يساعد سهولة الحصول على المخدر وتوافره في حدوث الإدمان.

(2) **العوامل الوراثية:** لقد اتبعت العديد من المناهج لإيضاح علاقة الوراثة بالإدمان وذلك من خلال المناهج التالية دراسات على الحيوانات، دراسات تبين نسب حدوث الإدمان عند أبناء من أسر المدمنين، ودراسة التوائم.

فبالنسبة للدراسات على الحيوانات فقد تمكن من ملاحظة أن الفئران الذين تعلم آباؤهم إدمان المخدرات كانت تدمن أيضا دون تدريب، كما أوضحت دراسة "ولكر" (Walker)، أما بالنسبة للمنهج الثاني فقد وجد "ولكر" من العوامل الرئيسية المرتبطة بتعاطي العقاقير بين الطلبة، سواء استخدم الوالدين للعقاقير، فهناك ارتباط بين إسراف الأب في تعاطي المهدئات وتعاطي الأبناء لنفس العقاقير، وأن النسبة تتراوح بين (13.18%) من بين أبناء آباؤهم لا يتعاطون المخدرات.

(3) **الشخصية المدمنة:** لقد توصل "ونك" (Winick) إلى وجود بعض السمات تظهر على شخصية الأفراد الذين يدمنون المخدرات وتوصل إلى ذلك باستخدام التحليل النفسي والاختبارات النفسية ودراسة شخصيات مجموعة من الأطفال على مدار السنين، ثم مقارنة من يدمن منهم عند البلوغ بغير المدمنين منهم.

وقد صنف الشخصية الإدمانية إلى: (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 81)

(1) **غير الناضج:** وهو العاجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن والديه.

(2) **المتفاني في ذاته:** وهو الذي لا يستطيع أن يؤجل إشباع رغباته ويريد إشباعها في التو والحال.

(3) **الضعيف جنسيا:** وهو الذي يعاني القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك يلجأ إلى الخمر أو المخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان.

(4) **الشخصية الاكتئابية:** وهي شخصية قلقة ومتوترة يلجأ للمخدر لتسكين قلقه ويؤدي تكرار تعاطيه إلى الإدمان.

وهو شخص يميل مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس وهو معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات والإحساس القوي بالاكتئاب لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر وهذا ما يؤدي إلى الإدمان.

إن تفسيرات نظريات التعلم لسوء استخدام العقار مبنية على مفاهيم وظفت في علم النفس السلوكي، وباختصار فالمبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كفتوا عليها وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو عوقبوا عليها، وقد طبق مُنظراً التعلم هذا المبدأ على استخدام وسوء استخدام العقاقير.

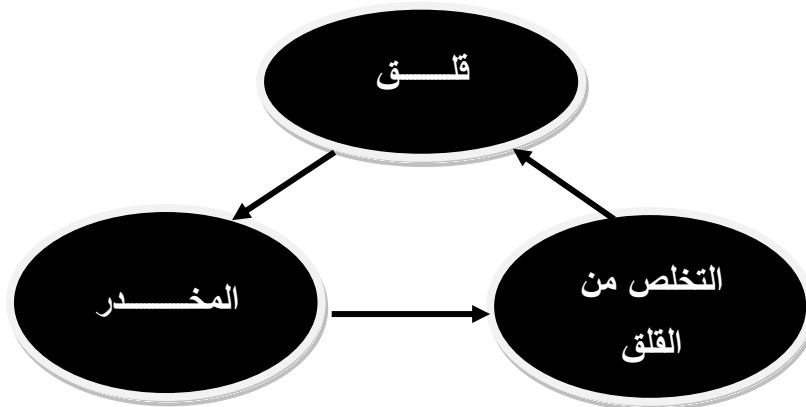
ويشير "ستولرمان" (Stolerman) إلى أن جوهر تناول السلوكي يتمثل في أن عقاقير إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافئات) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافئات المتفق عليها مثل الطعام أو النقود، وتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبياً بتأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار.

فتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطى الكحول أو المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعماً لتناوله هذه المواد في المرات التالية، مع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الانسحاب المزعجة.

(حسن علي فايد، 2006: 169)

وبهذا يعيش المدمن في دائرة مفرغة بين القلق والمخدر ويمكن تمثيل ذلك في الشكل التالي:

(أحمد محمد الزعبي، 2008: 199)



شكل رقم (10): يوضح الدائرة المفرغة بين القلق والمخدر.

وقد أوضح الاتجاه السلوكي أهمية الدور الذي يلعبه الإشراف الكلاسيكي، والإشراف الإجرائي في تكوين واستمرار عادة الإدمان، فتعاطي أي عقار عادة ما يتدعم عن طريق عوامل كثيرة وأن هذه المدعمات الإيجابية يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من المواقف المثيرة للقلق، وبمجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً، فإن سلوك الإدمان يستمر بالمدعمات السلبية أكثر من تجنب الأعراض الانسحابية غير السارة.

ويرى بعض الباحثين الذين طوروا مبادئ نظرية التعلم في تفسيرهم لسوء استخدام العقاقير فيرون أن الأشخاص يستخدمون العقار لأنهم يتلقون مكافئات اجتماعية متمثلة في الصداقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من مدمني العقاقير، وغالباً ما يكون التفاعل مع الأشخاص غير المستخدمين للعقاقير غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير، وهذا في حد ذاته يدعم المكافئات الإيجابية لاستخدام العقار والمساهمة في أسلوب حياة تعاطي العقاقير. (حسن علي فايد، 2006: 169)

### 5-5- النظرية المعرفية السلوكية:

يهتم الاتجاه السلوكي المعرفي في تفسير ظاهرة الإدمان من خلال مبدئين أساسيين هما القهر والتوقعات كتالي:

### 5-5-1- القهر (Compulsion):

يشير أنصار الاتجاه السلوكي-المعرفي إلى أن كثيراً من الباحثين ينظرون إلى الإدمان باعتباره مشكلة بدنية (كنوع من الإلحاح الجسمي الذي على الشخص المدمن أن يستجيب له) فإن وجهة النظر السلوكية-المعرفية ترى أن الأفراد يجب أن ينظر إليهم كصانعي قرار نشطين وضابطين للنفس، ويرى المعالجون السلوكيون-المعرفيون القهر باعتباره مبنياً على التوقعات والتعلم، أنهم يوافقون على أن الأفراد ذوي المشاكل الكحولية أو العقارية سوف يشعرون غالباً أنهم لا يستطيعون التحكم في سلوكهم، ويقدم هذا واحداً من أهم المفاهيم الذي ضمها هذا النموذج لمجال الكحول والعقار وهي التوقعات. (حسين علي فايد، 2005: 46)

## 5-5-2- التوقعات \* (Expectation):

بالنسبة لهذا المبدأ، يرى أنصار الاتجاه السلوكي- المعرفي أن تعاطي الأفراد للكحول والعقاقير إنما يتحدد جزئياً على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثير الكحول والعقاقير والأنظمة الاجتماعية التي تحكم ردود أفعال الفرد والجماعة للكحول والعقاقير، وأن هذا بمثابة محور أكثر أهمية من الإلحاح البدني لشيء ما يمكن أن يسمى (الاشتهاء) لعقار، فالأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثير الكحول والعقاقير قبل أن يبدؤوا في استخدامها بزمان طويل، وحينما بدؤوا في استخدامها، فإن معرفتهم وتوقعاتهم أصبحت أكثر تركيزاً وأكثر وضوحاً وتحديداً.

ويذهب أنصار هذا الاتجاه إلى أكثر من ذلك، حيث يروا أنه حينما يحدث التسمم فإن السلوك يتحدد إلى حد كبير بتوقعات الشخص عما يجب أن يفعله أو يسلكه، فضلاً عن أنه بالتأثيرات الفارماكولوجية للكحول والعقاقير، إضافة إلى ذلك ويسلم أنصار الاتجاه السلوكي-المعرفي بأن استخدام الكحول والعقاقير في موقف انسحابي قد يرجع تماماً إلى التوقع بأن الاستخدام سيخفض الأعراض الانسحابية الواقعة والمتوقعة، وليس لأن الشخص يستجيب لا إرادياً إلى الاحتياجات الجسمية لظاهرة الاشتهاء. (حسين علي فايد، 2005: 47)

ويؤكد "بندورا" (1980) أن القدرة على تصور النتائج المستقبلية للفعل هو مصدر معرفي للدافعية، وهناك نوعان من التصورات:

- 1) **التصور العقلي السلبي:** ويؤدي إلى انخفاض أو غياب احتمال حدوث السلوك.
- 2) **التصور العقلي الإيجابي:** وغالباً ما يؤدي إلى تجسيد السلوك، والتصورات الإيجابية في محتواها بالنسبة للمراهق، قد تبعث فيه الرغبة في التجريب، وقد أكد الباحثون أنها غالباً ما تنتهي بتجسيدها في الواقع عكس التصورات السلبية، وقد تحدث أول تجربة للتعاطي عنده كما هو مبين في الشكل رقم (11).

\* **التوقعات:** هي عبارة عن نماذج للأفكار الأوتوماتيكية، فالتوقعات عبارة عن أفكار، ذلك أن بعض السلوكيات تحدث بعض النتائج (المتعة أو الأذى)، فالتوقعات الفعالة (أو فاعلية الذات) تعود إلى التقييمات الفردية في القدرة على الإنجاز بنجاح، خاصة كيفية السلوك في الوضعيات التي تمثل تهديداً ما. (بلميهوي كلثوم، 2014: 35)



شكل رقم (11): يوضح التصور الإيجابي للتعاطي.

ولهذه التجربة والظروف المحيطة وكذلك تجسيدها للتوقعات السابقة، الأثر البالغ في استقرار المعتقدات المرتبطة بتعاطي المخدرات، مما يؤدي إلى استمرارية هذا السلوك (التعاطي المنتظم) ثم الإدمان. (ناصر الدين زبدي، 2011: 28، 29)

#### 6- خصائص الإدمان:

لا يعتبر المتعاطي مدمناً إلا بعد أن يمر في مرحلة الاعتماد النفسي والعضوي، وهي المرحلة التي تتميز بالأعراض السريرية التالية: (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 383)

(1) عدم قدرة المتعاطي على التوقف عن تناول المادة المخدرة لمدة ساعات أو أيام، وذلك بسبب وجود حث داخلي قهري يدفعه لتعاطي المادة المخدرة.

(2) الميل المستمر إلى زيادة الجرعة من تلك المادة المتعاطاة وهذا ما يُعرف بالتحمل.

(3) حدوث مضاعفات نفسية وجسدية في حالة التوقف عن التعاطي، كالقلق والكآبة وعدم الارتياح والصداع، التعرق، الارتجاف في الأطراف والوجه واللسان وآلام المفاصل والعضلات.

(4) تدهور مستمر وبطيء في سمات الشخصية وأنشطتها، فالانحدار واضح في الخلق والعمل والذهن والسلوك والصحة الجسمية، وتختلف الأعراض المذكورة في كل مادة مخدرة، فالأعراض الانسحابية في الخمر تختلف في شدتها وأشكالها عن تلك الموجودة في الهيروين والكوكايين أو الأمفيتامين أو الحشيش.

ولا يوجد تفسير علمي واضح للاعتماد الجسدي ومظاهر الانسحاب إلا أنه يعتقد أنه يتعلق بتعود الجهاز العصبي وتكيفه للمادة المخدرة وليس بسرعة التخلص إلا أنه يعتقد أنه يتعلق بتعود الجهاز العصبي وتكيفه للمادة المخدرة وليس بسرعة التخلص.

**7- أنواع الإدمان:**

هناك عدة أنواع من الإدمان يمكن عرض أربعة أنواع منها حسب طبيعة شخصية المدمن،  
كالتالي:

**7-1- الإدمان الصدمي:**

ويأتي في أعقاب صدمة حدثت بصورة مفاجئة وحادة ومثل هذا الشخص يدمن بهذه الطريقة عادة ما يفتقر إلى العلاقات الاجتماعية المناسبة مما يؤدي إلى تطور الأزمة التي سببتها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزوع نحو تدمير الذات.

**7-2- الإدمان الفعلي:**

ويتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح والكآبة أو الإقلال من الاهتمامات والاتجاهات والأنشطة المعبرة عن العواطف، ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدي والتعصب ويوجه إلى الأشخاص المسؤولين عن وقوعه في هذا الصراع.

**7-3- الإدمان الانتقالي:**

ويرجع إلى اضطرابات نفسية متنوعة تتلاءم مع بداية إدمان العقاقير، مثل حالات الهوس وخاصة بين مدمني الهيروين ومثل حالات الاكتئاب المتكررة مع الأشكال الطقوسية.

**7-4- الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي:**

حيث يقع المدمن في صراع نفسي اجتماعي يعبر عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي، وبحياة عائلية مضطربة، كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي والقانوني في أثناء فترة المراهقة، وعادة ما يوجد في تاريخ هذا المدمن ما يدل على سلوك غير مبال بالآخرين، وغير قادر أيضا على إعطاء الحب أو قبوله، أو على إنشاء علاقات ذات هدف. (المهدي خالد محمد، 2013: 54، 55)

## 8- أسباب الإدمان على المخدرات:

تتعدد الأسباب المؤدية للإدمان لتشمل عوامل مختلفة بعضها يتعلق بشخصية المريض وآخر بوضعه الاجتماعي، حيث لا يوجد سبب مباشر للإدمان، ولكنه يحدث نتيجة تراكم عدة عوامل هي كالاتي:

## 8-1- الأسباب البيولوجية:

هناك عدة أسباب تستطيع أن تطور التغيرات السلوكية والنفسية في الدماغ، وهذه التغيرات يمكن أن تدوم لأشهر أو حتى سنوات بعد التوقف التام عن الاستهلاك، وطبيعة هذه التغيرات تعطي الطريق لشرح لماذا الإدمان هو اضطراب مزمن يظهر كل مرة. Franco Vaccarino, Ph.D, (2007: 32)

إن نشاط مخ الإنسان وتحرك المواد الكيميائية بين خلاياه، قائم على حقيقة تبدو بسيطة ولكنها أساسية وبديهية وهي تحقيق أقصى درجات اللذة وتقليل الألم حتى يتكيف المخ بيولوجيا على أساسها، ولذلك تقوم الهرمونات العصبية التي تبعث النشاط والحركة داخل المخ بإطلاق إشارات عصبية يتجه نشاطها نحو البحث عن اللذة وتحاشي الألم وعندما يتعاطى المدمن المواد المخدرة فإنه بذلك يعطل عمل هذه الهرمونات وإشارات العصبية فيحدث فيها الخلل الذي يوقف وظائفها الطبيعية، وبذلك يضطر المدمن إلى تعاطي المزيد منها حتى يصل إلى تكيف المخ بيولوجيا وهذا ما يوصله إلى درجة الإدمان. (عادل صادق، 2005: 20)

والمواد المخدرة لها تأثير كبير على المستقبلات العصبية حيث توجد مواد مسكنة للألم تفرز في أماكن خاصة في الجهاز العصبي وهي تشبه إلى حد كبير مشتقات الأفيون فعندما يتعاطى الإنسان المواد المخدرة فإنها توقف الإفراز الداخلي من هذه المواد داخل جسم الإنسان وعندما يتوقف عن التعاطي يشعر المدمن بالألم شديدة لأن الجسم اعتمد على ما يريد إليه من خارج الجسم بعد أن توقف الإفراز الداخلي، فيضطر المدمن إلى التعاطي ثانية لتسكين الألم. وبتكرار التعاطي تتعود المستقبلات الحسية الداخلية على ما يرد إليها من خارج الجسم، وبالتدريج يقل تأثيرها على المدمن فيضطر إلى زيادة الكمية التي يتعاطاها... وهكذا تستمر الزيادة في تعاطي المخدر ولا يستطيع الخلاص منه. (محمد سلامة غباري، 2007: 87)

وللوراثة دور في إدمان بعض الأفراد، فقد لوحظ في بعض الدراسات أن الإدمان يزيد عند عائلات معينة حيث وجد أن مدمن الكحول يصل الإدمان بين أبنائه إلى أربعة أمثاله لدى أبناء الآباء غير المصابين، كما وجد أن التوائم المتماثلة يزيد بينهم الإدمان إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة، كما أن إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه اعتماد فسيولوجي.

(أديب محمد الخالدي، 2006: 329)

ومن أهم الدراسات التي أجريت في هذا المجال دراسة "كيج" (Kaij) بالسويد، تبين من خلال دراسته أن معدل انتشار إدمان الكحول لدى أزواج التوائم المتماثلة يبلغ نحو ضعف معدل الانتشار بين أزواج التوائم الغير المتماثلة (88%) في الأولى مقابل (28%) في الثانية، وقد نشرت بحوث أخرى انتهت إلى نتائج مؤيدة لهذه النتيجة.

أما عن البحوث التي تجرى في مجال التبني فتناولت أطفالاً تم عزلهم عن عائلاتهم (لأسباب إنسانية متعددة) وتنشئتهم في ظل أسر بديلة تتبناهم، فإذا كان الإدمان محمولاً أساساً من المورثات، وكانت الأسر البيولوجية الأصلية يوجد الإدمان في أي من عضويها الرئيسيين (الأب أو الأم، أو كليهما) فاحتمال ظهور الإدمان بين الأبناء مرتفع بغض النظر عن وجوده أو عدم وجوده في أسرة التبني، وعلى هذا الأساس أجريت دراسات متعددة في كل من الدانمرك والسويد والولايات المتحدة الأمريكية، وتشير نتائجها جميعاً إلى غلبة العامل الوراثي، أي أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنون للكحوليات يزيد معدل انتشار الإدمان بينهم إلى نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين، وذلك رغم التنشئة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان.

ولبيولوجيا الجسم دور في توريث الإدمان لدى بعض الأفراد المدمنين وقد أنصبت البحوث في هذا المجال على أنواع مختلفة من البروتينات والهرمونات على أساس أن هذه المركبات جميعاً تقع تحت حكم الجينات إلى حد ما في الصورة التي تحدد بها في أنسجتنا المختلفة وتتجه هذه البحوث أساساً إلى تقويم الصورة التي يوجد بها البروتين أو الهرمون في الأشخاص غير الشاربين والمقارنة بينهم في هذا الصدد وبين الأشخاص الشاربين، مع عناية خاصة ببيان مستوى هذه المواد عند الشاربين في فترات امتناعهم عن الشرب (حتى لا تكون نتيجة التقويم دالة للشرب نفسه) ومن بين



البروتينات التي تناولها البحث في هذا السياق نوع من الإنزيمات ذات الأهمية الخاصة في عمليات الأيض التي تتناول الإيثانول (وهو العنصر الفعال في المشروب الكحولي) في الكبد وإنزيمات أخرى عديدة، ويشار إلى هذه البحوث جميعاً باسم بحوث المؤشرات البيوكيميائية.

(مصطفى سويف، 1996: 60، 61)

وقد كشفت بحوث أجريت مؤخراً عن علاقة بين تغيرات في تركيز الدوبامين (Dopamine) بسبب طبيعة ناقلة تسمى (SLC613-9) ونقص الرغبة في التدخين، وتشير البحوث إلى مصدرين لهذه العلاقة:

- تفاعل هذا الصبغي مع صبغي (DR D2-A2) إذ يؤكد تحليل الانحدار لبيانات من مدخنين عددهم (289) فرداً وغير مدخنين (233) فرداً، إلى وجود هذا التفاعل وأنه يزيد احتمال كون الفرد غير مدخن، وإذا حاول التدخين فإن محاولته تكون بعد سن (16) سنة.
- وفي رأي "Saloletal" أن التغيرات في الدوبامين بسبب الصبغي (SLC6A3-9) يرتبط بانخفاض الميل إلى البحث عن الجديد هذا الميل الذي يرتبط ارتفاعه ارتباطاً شديداً بالرغبة في التدخين نتيجة إدراك أن السجائر تقدم هذا، لذا ينظر المدخنون إلى النيكوتين كوسيلة للتحكم في حالتهم المزاجية والاحتفاظ بشعور عادي، أنه وسيلتهم للتخلص من الشعور السيء الذي ينتابهم بين تدخين سيجارة وأخرى. (عبد المنعم شحاتة، 2006: 115)

وقد يكون للتكوين العقلي سبب من الأسباب الوراثية للإدمان، حيث أوضح "شوبرا وشوبرا" في الدراسة التحليلية التي أجراها عام (1939) على متعاطي الحشيش في الهند أن نسبة كبيرة منهم يتسمون بالغباء وأن هؤلاء الأغبياء لا يستطيعون مواجهة ضعف الحياة فيضطرون إلى تعاطي الحشيش حتى يتخلصوا من الإحساس بالكآبة الذي يتولد لديهم نتيجة إخفاقهم في حل ما يعترضهم من مشاكل وفي دراسة أخرى أجراها "شوبرا وشوبرا" على مائتي شخص من متعاطي الكوكايين ينتمون إلى الطبقة الدنيا في الهند، حيث أوضحت الدراسة أن نسبة كبيرة منهم يتسمون بالغباء، وأن ذلك ليس شأن متعاطي الكوكايين أو الحشيش فحسب بل ينطبق على متعاطي المخدرات عموماً.

وتتنفق نتائج "شوبرا وشوبرا" مع ما ذهب إليه علماء علم الإجرام من أن الضعف العقلي يؤثر على التكوين النفسي للشخص ويجعله أكثر استجابة للمتغيرات الخارجية والتأثر بها، وبالتالي أكثر استعداداً للقيام بأي عمل إجرامي يحقق له حاجاته. (عيد محمد فتحي، 1988: 19)

## 8-2- الأسباب النفسية:

تتمثل الأسباب النفسية فيما يلي: (أديب محمد الخالدي، 2006: 329)

- 1) وجود مرض نفسي مثل القلق والاكتئاب، ومحاولات المريض علاج نفسه رافضاً الذهاب إلى الأخصائي النفسي خوفاً من اتهامه بالجنون.
- 2) ضعف تكوينه الانفعالي، وزيادة الاعتمادية التي ترتبط بالميل الفمية.
- 3) سيطرة (الهو) ومبدأ اللذة إلى جانب ضعف الأنا الأعلى (Le Sur Moi).
- 4) العناد والرغبة في المغامرة المدمرة لوجود عدوان موجه نحو نفسه.
- 5) الشعور بالإحباط وعدم وضوح الهدف واشتداد المعاناة في أزمة الهوية التي بحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه.
- 6) سهولة الاستهواء بتأثير الصحبة السيئة.
- 7) وجود أفكار مشوشة وخاطئة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة الكحول أو المخدرات.

ويقول بعض الباحثين أن كيان الإنسان النفسي الخاص يلعب دوراً رئيسياً في احتمال أن يكون الشخص مدمناً أم لا، وبتعبير آخر، أن المدمن هو إنسان لديه استعداد نفسي لكي يكون مدمناً ومعظم الذين يقعون في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى الأفراد الذين لم يتمكنوا من التوافق مع حالتهم والذين يُخفون اضطرابات نفسية عميقة، قد تعود إلى طفولتهم الأولى وأساليب التربية المعتمدة في مرحلة الطفولة، إضافة إلى الاضطرابات العائلية بين الزوجين وتأثيرها على الجانب النفسي والانفعالي سواء في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد فيما بعد.

(اسماعيل يامنة، بعبيع نادية، 2011: 38)

وقد يدمن بعض الأفراد ليس للبحث عن اللذة وتجنب الألم وإنما يتعاطون المخدرات كسلوك انتقامي لتحطيم ذاتهم... فالمدمن يعلم أنه يؤدي نفسه، ولكنه يحتاج إلى المخدر الذي يجعله في حالة من التخدير التي يهرب بها من واقعه. (محمد سلامة غباري، 2007: 88)

ويرى "حسن الساعاتي" أن دافع التعاطي هو تناسي الهموم واستجلاب السرور، ويعد هذا السبب من أهم الأسباب التي تدفع بالأفراد إلى الإدمان، فيكون التعاطي في هذه الحالة طريقة سهلة من طرق الهروب من واقعهم المخيف والمقلق.

أما السبب الذي يأتي في المرتبة الثانية هو تحصيل اللذة الجنسية، وقد يكثر التعاطي للحصول على هذه اللذة. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 98)

وتعتبر مراحل النمو الحرجة في حياة الفرد ومنها مرحلة المراهقة التي تتطلب النمو الطبيعي والاستقلالية، وإثبات الذات يدفع بعض المراهقين إلى التشكك في القيم السائدة أو الثورة على السلطة أو مسايرة بعض الجماعات أو المغالاة في الظهور وهذا قد يؤدي إلى لجوء البعض لتعاطي المخدرات. (فؤاد بسيوني متولي، 2000: 19)

وقد يكون اللجوء إلى التعاطي يأخذ طابعاً تعويضياً لكنه يتسم بالسلبية والشذوذ أي عند شعور الفرد بالمعاناة من نقص معين، ويعتبر هذا التعويض زائف يؤدي إلى المزيد من الشعور بالنقص والاعتماد المرضي على العقار، والتعويض ميكانيزم دفاعي لا شعوري تسعى في الأنا لتعويض جانب من جوانب النقص، لكن هذا التعويض يأخذ طابعاً مرضياً، ويزيد من تفاقم حالة الفرد، وهذا ما اكتشفته معظم الدراسات في هذا المجال أن معظم المدمنون كان سبب إدمانهم نسيان الهموم والمشاكل والأزمات التي تصادف الفرد خلال مسيرة حياته.

وهناك من يرى بأن الإدمان هو نكوص (Régession) إلى المرحلة الفمية حيث قد عانى المدمن في هذه المرحلة الحرمان من إشباع حاجة الامتصاص لديه، لذلك يلجأ إلى التدخين أو الكحول...كتعويض مرضي نتيجة لحرمانه من إشباع حاجة الرضاعة.

(عبد الرحمن محمد العيسوي، 1999: 379)

### 8-3- الأسباب الاجتماعية:

يقصد بالأسباب الاجتماعية جميع الظروف والمتغيرات الاجتماعية التي تحيط بالفرد منذ ولادته وعبر مراحل حياته المختلفة، وتساهم بشكل أو بآخر في تشكيل شخصيته وتكوينها، ويبدأ تأثير تلك الظروف عند الفرد منذ طفولته الأولى المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية المقدمة ويستمر طيلة حياته خلال مراحل التنشئة الاجتماعية المتأخرة.

وتمارس البيئة الاجتماعية تأثيرات متعددة على نشوء التعلق، فالمجتمع الغربي على سبيل المثال لا يتسامح مع الكحول فحسب، وإنما يعتبره عادة اجتماعية من ضمن العادات اليومية وفي كثير من الجمعيات والمؤسسات تتم السخرية ممن لا يتناولون الكحول، وفي كثير من المجتمعات العربية يعد تقديم السجائر من ضمن عادات الضيافة في المناسبات الفردية والاجتماعية، وتدخين النرجيلة أصبح يمثل عادة واسعة الانتشار في المقاهي والنوادي والمطاعم، وتناول القات يعد في اليمن من ضمن العادات الاجتماعية التي لها طقوسها وتقاليدها التي يصعب انتزاعها، وبهذا تعمل جميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية دورها في ظهور الإدمان على المخدرات بطرق معينة وسنتناولها كالاتي:

**8-3-1- الأسرة:** وعلى المستويات الأسرية يتعلم الأطفال منذ نعومة أظافرهم من والديهم ومجتمعهم تناول غير المراقب للكحول أو تدخين السجائر أو أية مادة أخرى، حسب المجتمع الذي يعيشون فيه وكثير من الأطفال يتعلمون أن تناول الكحول ينتمي للعادات التي يسلكها الوالدين في أوقات فراغهم (هواية وقت الفراغ) حيث يتم تناول السجائر أو الكحول عند وجود مشكلات وفي أوقات (القلق-الغضب) أو فنجان القهوة صباحاً... الخ، الأمر الذي يقود إلى أن يتبنى الأولاد القادمون من أسر علاقاتهم مضطربة مدمنون. (سامر جميل رضوان، 2002: 404)

**8-3-2- المدرسة:** تلعب المدرسة دوراً كبيراً في تنشئة الطلبة فلمعلمين هم القدوة فإذا كان سلوك المعلمين سلوكاً نموذجياً ويعتمد على الأساليب التربوية الحقيقية واستطاعت أن تشيع جواً يسوده الأمن بين الطلبة وأبعدتهم عن التوتر والصراع، ولم تلجأ إلى العقاب الجسدي والنفسي وأشاعت بينهم العدالة الاجتماعية وأرشدتهم للفضيلة كلما كانوا أسوياء، إن معالجة المدرسة لرفاق السوء وإرشاد الأهل للتعامل مع أبنائهم ووجود جو متفاعل بين البيت والمدرسة ومتابعة الطلبة وتحسين تحصيلهم الدراسي ومساعدتهم على تحقيق أهدافهم فإن جميع ذلك يساعد الطلبة على عدم الوقوع في الانحرافات السلوكية. (سعيد حسني العزة، 2004: 365)

**8-3-3- جماعة الرفاق:** لجماعة الرفاق دور كبير في إدمان الكثير من المراهقين والشباب حيث تشير جميع الدراسات على متعاطي المخدرات أن رفاق السوء كانوا من الأسباب الرئيسية وراء إقبال المبحوثين على تعاطي المخدرات. فقد توصلت الدراسة الميدانية التي أجراها الدكتور "عدي السمري" عام (1990)، والتي شملت عينتين بلغ مجموعهما (400) مبحوثاً، نصفهم عينة تجريبية

والنصف الآخر عينة ضابطة، وقد أجريت الدراسة التجريبية على عينة من نزلاء خمسة مراكز لعلاج المدمنين على المخدرات، ثلاثة منها في القاهرة واثنان في الإسكندرية وقد تم اختيار أفراد العينة الضابطة من غير المتعاطين الذين تم اختيارهم في نفس مستوى السن والتعليم والمهنة لأفراد العينة التجريبية، وقد توصلت الدراسة إلى أن (54.5%) من أفراد العينة كان سبب تعاطيهم المخدرات هو معايشة رفاق السوء، وأن (88.5%) من المبحوثين حصلوا على المخدر لأول مرة عن طريق الأصدقاء.

وتبين دراسة الدكتور "محمود الكردي"، أن تعاطي المخدرات عند (83%) من أفراد العينة كان عن طريق الأصدقاء و(6%) عن طريق مروجي المخدرات كما اتضح من دراسة الدكتور "سلوى سليم" أن (26%) من المبحوثين تعاطوا المخدرات بسبب معايشة رفاق السوء، وأن (38.1%) عادوا إلى تعاطي المخدر بعد انقطاعهم عنه بسبب الأصدقاء. (صالح السعد، 1997: 80)

وأظهر تحليل بيانات مستمدة من عينة ضخمة من المراهقين بلغ عددهم (1468)، وتتراوح أعمارهم من (12-17 سنة) أن الخصائص الشخصية واستعمال الأقران للمواد المخدرة يشرح أعلى نسبة من التباين في تكرار استعمال المراهقين لمواد مخدرة غير شرعية وتبين نتائج دراسة أخرى أن أثر الأقران من بين المنبئات باستخدام المواد المخدرة التي أفصحت عنها الدراسة، كما أظهرت نتائج دراسة أخرى أن أثر الأقران على استعمال المراهقين لمختلف أنواع المخدرات قوي نسبياً ودال إحصائياً، مع وجود أثر مستقل ومباشر لاتجاهات الوالدين نحو المخدرات واستعمال الأقرين والراشدين للمخدرات، وتبين دراسة حديثة أهمية التنمية المبكرة للضبط الذاتي، وبالذات بالنسبة لمن لديهم استعداداً أكبر للمخاطرة، فاستعمال المواد المخدرة والتأثير السلبي للأقران ينظر إليها في هذه الدراسة، على أنها العمليات التي من خلالها يؤدي الاستعداد للمخاطرة وضعف الضبط الذاتي إلى السلوك الجنسي غير الآمن. (حمود بن هزاع بن عبد الله الشنبري الشريف، 2007: 15)

حيث أظهرت دراسة ميدانية أجريت في مصر لرصد الوسائل المؤثرة في انتشار ظاهرة المخدرات أن أصدقاء السوء من أهم المؤثرين في توجيه الشباب نحو الإدمان، وذلك بنسبة (50.3%)، أما الظروف المحيطة، وخاصة المرور بالآزمات بنسبة (29.4%)، تلي ذلك أسباب أخرى، مثل حب الاستطلاع وعدم وجود الرقابة والتوعية، وقال المبحوثين من الشباب (50% منهم) أن

وسائل الإعلام تقلل انتشار الظاهرة، وفيما رأى (41%) منهم أنها تزيد من حدة الظاهرة وخاصة التلفزيون من خلال الأفلام التي تعالج الظاهرة، وهي من جانب آخر تعلم المشاهدين طرق الإدمان وأساليبه، وكشفت الدراسة أن درجة توافر الخدمات الاجتماعية والأنشطة الرياضية والبرامج العلمية إذا ما توفرت فستحدث تغييراً إيجابياً لدى الشباب للإقلاع أو الابتعاد عن المخدرات. (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 271)

**8-3-4- التعرض لثقافة المخدرات:** يشير "سويف" إلى أن التعرض لثقافة المخدرات يمثل أحد العوامل التي تفسر منشأ سلوك التعاطي، ويعرف المنشأ بأنه كيفية ظهور المرض أو الاضطراب، من حيث طبيعة العوامل التي أسهمت في هذا الظهور، والأوزان النسبية لكل منها، وما تمر به من عمليات حتى يفصح المرض أو الاضطراب عن نفسه، ومن خلال ما توصلت إليه الدراسات الميدانية تم تحديد المستويات المتفاوتة من التعرض لثقافة المخدرات وهي:

- (1) السماع عن المخدرات.
- (2) الرؤية المباشرة للمخدرات.
- (3) وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات.
- (4) وجود أقارب يتعاطون المخدرات.

ثم أجريت مقارنات إحصائية بين مجموعتين من طلاب الجامعات المتعاطين وغير المتعاطين للمواد المؤثرة في الأعصاب، وكشفت المقارنات أن المتعاطين كانوا أكثر تعرضاً لثقافة المخدرات من غير المتعاطين، حيث بينت النتائج أن نسب الطلاب الذين "سمعوا عن المخدرات" أو "رأوها" أو "كان لديهم أصدقاء يتعاطونها" أو "أهم أقارب يتعاطونها" كانت هذه النسب أعلى بين مجموعة المتعاطين منها بين مجموعة غير المتعاطين، الأمر الذي يرجح وجود علاقة إيجابية ثابتة بين التعرض لثقافة المخدرات واحتمالات التعاطي. (زين العابدين درويش، 2005: 259)

### 8-3-5- الاعتقاد الخاطئ بعدم تحريم المخدرات:

رغم حكم الشرع في تحريم المخدرات إلا أن هناك من يعتقدون اعتقاداً خاطئاً بعدم تحريم المخدرات شرعاً وأنها مكروهة، مما من شأنه زيادة الإقبال على تعاطي المخدرات وبالتالي تزايد انتشارها، ويعود ذلك كله إلى جهل بعض الناس بتحريم المخدرات دينياً وشرعياً، وعدم سؤالهم

واستفسارهم من أهل الذكر عن موقف الإسلام من المخدرات، أما لعدم مبالاتهم أو لوسوسة الشيطان لهم باتباع طريق السوء، ويعود ذلك إلى ابتعاد الناس عن أحكام الشريعة الإسلامية وانشغالهم بأمور الدنيا، وعدم الثقة في الدين الذي حرم المخدرات بإجماع فقهاء المسلمين وكتاب الله عز وجل وسنة نبيه عليه الصلاة والسلام، كما أن البعض يتذرعون بأعذار وهمية تجاه تحريم المخدرات لتسويغ تعاطيهم للمواد المخدرة، ومن تلك الأعذار قولهم بعدم وجود نص صريح لتحريم المخدرات دينياً، متناسين جميع أحكام الشريعة الإسلامية السمحة وإجماع فقهاء المسلمين على تحريم المخدرات تعاطياً واتجاراً بنصوص واضحة مع قرائنها المميزة لهذا التحريم بصيغة دينية بحتة. (صالح السعد، 1997: 71)

وهناك العديد من الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات والاتجار غير المشروع بها، وتوصلت إلى نتائج تفيد إلى وجود كم هائل من متعاطي المخدرات ممن يعتقدون بأنها غير محرمة شرعاً أو أن تعاطيها منبوذ أو مكروه، فقد توصلت دراسة أجراها "مصطفى سويف" عن تعاطي المخدرات في مصر إلى أن (12%) من أفراد العينة فقط يعرفون أن تعاطي الحشيش محرم دينياً، كما أفاد أن (61.5%) من أفراد العينة يرون أن تعاطي الحشيش مكروه فقط، وأفاد (26%) من أفراد العينة أن تعاطي الحشيش غير مكروه وغير محرم. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 203)

### 8-3-6- ضعف الوازع الديني:

يشكل الوازع الديني عاملاً أساسياً من عوامل ضبط سلوك الأفراد وتعاملهم، إلا أن السعي وراء المنجزات الحضارية ومستجداتها اليومية، والاستفادة من التقدم التقني السريع الذي قصر المسافات الجغرافية وأزال الحدود الطبيعية بين البلدان، واتصال المجتمعات البشرية بعضها ببعض، كل ذلك ساهم في التحلل الجزئي من الوازع الديني ذلك العامل الهام في الإقلاع عن المحرمات والمخدرات منها، كما أن ضعف الوازع الديني يؤدي إلى اهتزاز القيم الدينية عند الفرد، وابتعاده عن التمسك بإرادة الله تعالى والسكون إليها والاعتماد عليه وحده في وقت الشدة والظروف الصعبة، وكذلك إبعاد الفرد عن ذكر الله عز وجل والنأي به عن أداء الصلاة وتلبية نداء الخلق للعمل بأحكام الشريعة السمحة لما فيه خير العبد في الدنيا والآخرة.

وقد أثبتت العديد من الدراسات المتخصصة في مجال المخدرات إلى أن الوازع الديني كان من الضوابط القوية في التحكم بسلوكيات الأفراد السلمية، وأن خلخلة الوازع الديني وضعفه عند كثير من المبحوثين كان وراء بحثهم عن تعاطي المخدرات وسيطرتها على أنفسهم، فقد توصلت الدراسة التي أجراها الكاتب في هذا المجال إلى أن حوالي (84.9%) من أفراد العينة الأردنيين وأن (81%) من أفراد عينة الجنسيات العربية الأخرى من متعاطي المخدرات لا يؤدون فريضة الصلاة وأن (82%) من أفراد العينة الأردنيين و(78.5%) من أفراد عينة الجنسيات العربية الأخرى لا يصومون شهر رمضان.

وأوضحت دراسة "سلوى سليم" إلى أن (88.5%) من أفراد عينة الدراسة لا يؤدون فريضة الصلاة بينما كان و(11.5%) منهم يؤدونها وهم صغار كما أن (81.5%) من أفراد عينة الدراسة لا يصومون شهر رمضان. (صالح السعد، 1997: 72)

وفي دراسة قام بها "عبد الله عبد الغني غانم" (1991: 316) حول النساء اللاتي يتاجرن بالمخدرات حيث قام باستجواب النساء المبحوثات بتهمة الاتجار بالمخدرات، فوجد بأن (18%) من النساء من بين (30) امرأة لا يشعرن بالذنب لقيامهن بتجارة المخدرات وقد اعترفن بذلك وقدمن أسباباً تبرر قيامهن بهذا الفعل حيث قالت إحداهن: ما هو الذي حرام، هذه مهنتي، والحشيش نبات خلقه ربنا إذاً كيف هو حرام، وقد تكلمت مع زوجي وقد قال لي ربنا لم يحرم الحشيش إنما حرم الخمر. كما أدلت إحداهن: بأن المخدرات ليس عيباً، هي مصدر رزقها هي وأولادها.

والواقع أن المخدرات المعاصرة، لا تؤدي إلى اسكار أو ذهاب للعقل وحسب وإنما تؤدي إلى هلاك الإنسان ودماره وهل يبقى بعد ذلك مجال لمثل هذه الشبهات. (جمال رجب سيدبي، 2009: 08)، وهناك ثلاث عوامل أخرى تؤثر في ظاهرة الإدمان على المخدرات هي:

#### أولاً: العقار من الناحية التالية:

- **تركيبته وخواصه الكيميائية:** تختلف فترة الوصول إلى مرحلة الإدمان باختلاف تركيبة العقار وتفاعلاته الكيميائية مع المخ، فيصل الفرد إلى مرحلة إدمان الخمر من خمسة إلى عشر سنوات من الاستعمال المفرط والمستمر، ويصل إلى الإدمان عن طريق استعمال المنومات بصورة



منتظمة من خلال شهر بينما يصل إلى إدمان الهيروين من خلال أسبوع أو عشرة أيام على الأكثر، وهنا نلمس الاختلاف في خطورة هذا العقار الأخير عن العقاقير الأخرى.

- **طريقة استعماله:** يعد الحقن من أسرع الوسائل للوصول إلى مرحلة الإدمان، أما الاستعمال عن طريق الفم يكون أقل تأثيراً، كما يعد التدخين أبطأ وسائل التعاطي، وبالتالي الإدمان، ويقع الاستنشاق بين التدخين والتعاطي عن طريق الفم.
- **توفر العقار:** مدى توفر وسهولة الحصول عليه وصورة المادة التي يحصل عليها المتعاطي. (محمد يسرى إبراهيم دعبس، 1994: 25)، وقد نلاحظ أنه كلما توفر العقار كلما ارتفعت نسبة التعاطي وبالتالي الإدمان كما هو الحال لدى عمال الحانات والمطاعم، وعمال مصانع النقطير، وموظفي الجمارك، والأطباء والصيادلة.
- **نظرة المجتمع للعقار:** يتأثر مقدار توفر العقار واستعماله وبالتالي الإدمان عليه لدرجة كبيرة بنظرة المجتمع لذلك العقار، ففي الغرب مثلاً لا يوجد أي حرج أو مانع من الاتجار بالخمير أو شربه من قبل أي فرد من أفراد الشعب، لذلك يكون احتمال الإدمان عليه أكبر بكثير منه في بلد مسلم مثلاً لأن الشريعة الإسلامية حرمت بيعه.

### ثانياً: العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه:

إن كل فرد له شخصيته الخاصة وتركيبته النفسية الخاصة، وهو يختلف في مجموعة من الصفات عن فرد آخر له شخصية أخرى وتركيبية نفسية تختلف اختلافاً نوعياً وكمياً عن الفرد السابق، وهذا ما يفسر إدمان المخدرات عند بعض الأشخاص وعدم تعاطيها عند البعض الآخر.

إن العلاقة العاطفية التي تتكون من خلال إقامة علاقات بين الفرد منذ طفولته مع الأم والأب تساهم بدرجة كبيرة في حدوث تكيف نفسي وانسجام مع الواقع المعاش، إذ نجد "سوزان إزاكس" (Isacs Susan) يعتقد أنه إذا ما كان التوجه نحو الأب يتحدد في غضون السنة الثانية فإنه ليس نادراً أنه منذ الوهلة الأولى يتجه الأطفال نحو آبائهم مثلما يتجهون نحو الآخرين الذين يعجبون بهم، والذين يمدونهم بالحب والأمن.

إذا فالعاطفة والحب والحنان التي يصدرها الطفل انطلاقةً من سنوات عمره الأولى ستتدخل في حياته العاطفية، وتشكل قواماً أساسياً لقوى المركبات التي تساهم في بنيته النفسية وبالتالي في شخصيته، وتوجيه سلوكه بعد ذلك نحو السواء أو الانحراف، وقد يتأثر الفرد بمجموعة من العوامل أهمها:

- **العوامل الوراثية:** يظن بعض الباحثين بأن أولاد المدمنين مؤهلين أكثر من غيرهم للوقوع في براثن الإدمان، وإن إدمان كلا الوالدين يؤدي إلى إدمان عدد أكبر من الأولاد بالمقارنة مع إدمان أحدهما ويرجع ذلك إلى أسباب وراثية، وهم يؤيدون رأيهم بدراسات أجروها على الحيوانات في المخابر وبازدياد نسبة المدمنين الجدد في أسر المدمنين القدامى، ومن الغريب في الأمر أن هؤلاء الباحثين يرجعون سبب هذه النقطة بالذات إلى الوراثة ويرجعونها إلى البيئة التي ينشأ فيها الابن، ولكن رغم هذه الدراسات الميدانية المخبرية التي أجريت لترتبط الإدمان بالعامل الوراثي إلا أنه لا يوجد دليل واحد قاطع يثبت جدية هذه العلاقة.

- **شخصية المدمن:** يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها، فالإنسان يحتاج إلى القيم الاجتماعية والمبادئ الأخلاقية والمعتقدات الدينية بقدر حاجته إلى الطعام والشراب والهواء، فهو يحتاج إلى أن يشعر بوجوده ككائن وبقيمته في المجتمع، لما يحتاج إلى الحرية، وإلى هوية ينتسب إليها، لأن الإنسان بحاجة إلى الانتماء إلى شيء محدد، فهو إن لم ينتمي إلى شيء فهو لا شيء كما يحتاج إلى وجود سلطة تضبط تصرفاته وترشده إلى ما فيه خير ومنفعة وهدوء واستقرار.

فالمدمن يرى الإدمان كأسلوب للحياة أو كمحاولة للتوصل إلى السعادة والسيطرة والتناغم مع النفس ومع الواقع من خلال الوسائل الإدمانية (الخمير والكوكايين...) - (لقد تم التعرض إلى هذا العنصر بالتفصيل في النظرية السلوكية). (جواد فطاير، 2001: 34)

ويمكن القول انطلاقةً مما سبق ذكره أن العامل النفسي يلعب دوراً كبيراً في الإقبال على تعاطي المخدرات، خاصة منها تلك الأمراض النفسية المصاحبة للتطور المادي أذكر على سبيل المثال، الصراع النفسي، الإحباط، زيادة إلى القلق والتوتر العصبي، فالإحباطات المتكررة

(Frustrations) وذلك بكثرة مطالب التقدم الحضاري مع نقص في الإمكانيات المادية للفرد قد يحدث حالة من الاكتئاب واليأس والقنوط. (اسماعيلي يامنة، بعبيع نادية، 2011: 44، 45)

### ثالثاً: العوامل الاجتماعية المساعدة على الإدمان:

- العادات والتقاليد: تختلف الرؤية الثقافية لإدمان عقار عن آخر تبعاً للمحتوى الثقافي لكل مجتمع عن الآخر، حيث تلعب العادات والتقاليد دوراً بالغ الأهمية في تجريم أو إباحة تناول العقاقير من مختلف الأنواع.

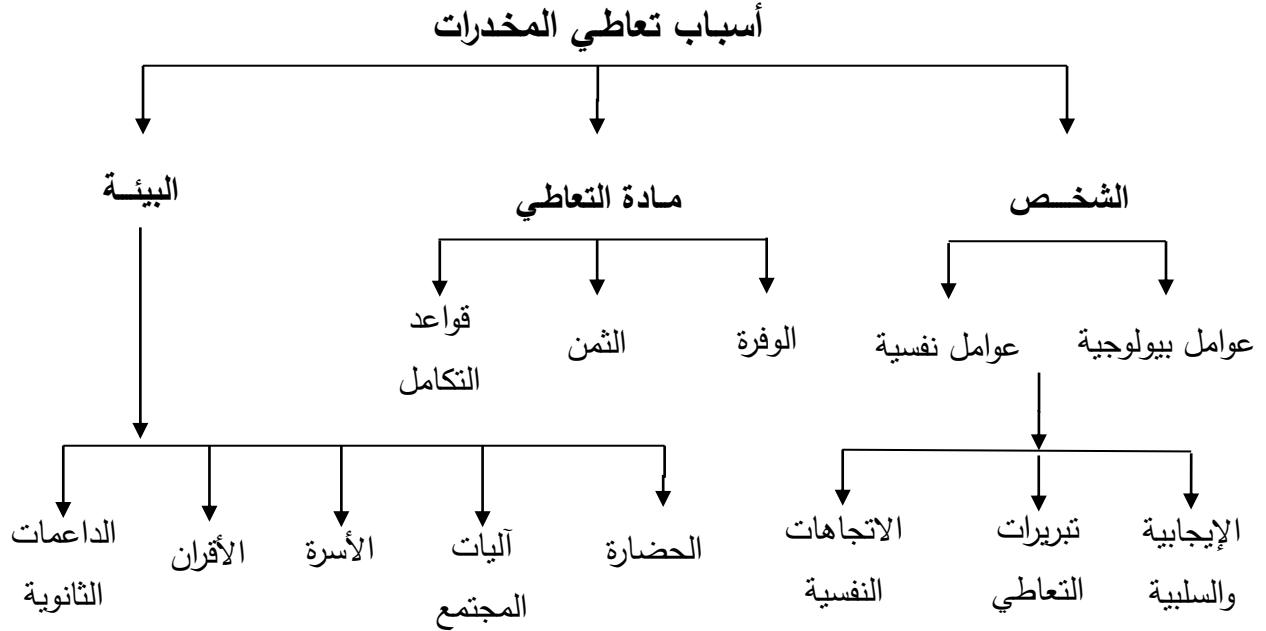
- الدين والحضارة: تختلف أنماط الإدمان في البلدان المختلفة تبعاً لطبيعة الأديان السائدة في المجتمع فبينما نجد تساهل من الكنيسة الكاثوليكية في تناول الخمر نجد الإسلام يحرم المخدرات بجميع أنواعها ويحرم تناول الخمر، وعندما أباح الإسلام تناول هذه المحظورات في بعض الحالات المرضية من منطلق الضرورات تبيح المحظورات، وما عدا ذلك فإن هذا السلوك مُحرم دينياً واجتماعياً، كما نجد أن نظرة المجتمع للعقار تختلف عن مجتمع لآخر، فنجد أن الخمر تنتشر في فرنسا وأيرلندا بينما تتخفض بين الإيطاليين واليهود ويرتفع إدمان الخمر والهيروين في المدن الكبرى بأمريكا... الخ.

- الحروب: قد تساعد الظروف وملابسات الحياة غير المستقرة التي يعيشها أبناء المجتمع أثناء الحروب وعدم الأمان والقلق والخوف والاضطرابات على انتشار أو تناول العقاقير والمخدرات بصورة أكثر عن أوقات السلام. (محمد يسرى إبراهيم دعبس، 1994: 28)

تناولنا في هذا الجزء أهم العوامل المسببة للإدمان على المخدرات بكافة أنواعها من خلال آراء العلماء و التقديرات الإحصائية المتحصل عليها من البحوث العلمية المتخصصة في مجال البحث عن دور مختلف الأسباب السالفة الذكر في تفشي إدمان المخدرات، التي باتت تمس كل شرائح المجتمع في كافة دول العالم الأمر الذي جعل منها أزمة حقيقية تحتاج إلى تكاتف العديد من الجهود-كل في مجال تخصصه- من أجل التخفيف من حدتها خاصة في عصرنا الحالي الذي توازي فيه التطور في مجالات جمة من حياة الأفراد مع تفاقم وظهور مشكلات جديدة لم تكن تعرف من قبل.

ولعل الشكل الموالي يبرز لنا أهم الأسباب المؤدية للإدمان حسب مصطفى سويف (1996):

(59):



شكل رقم (12): يوضح أهم أسباب الإدمان على المخدرات.

#### 8-6- أسباب الإدمان على المخدرات عند المراهقين:

من المعروف أن مرحلة المراهقة هي مرحلة طغيان الانفعالات والعواطف (إنها التغيرات الهرمونية والتبدلات البيوكيميائية التي يخبرها المراهق في مرحلته الجديدة من العمر) وتمتد هذه المرحلة من سن الحادية عشر حتى سن التاسعة عشرة، وكما ذكرنا تعترى المراهق تغيرات رئيسية على المستوى البدني والفكري والأخلاقي، وهذه المرحلة هي المرحلة الخطيرة في تجربة المخدر، وبالتالي ظهور نماذج الإدمان في هذا السن (المراهقة)، ويكون عدم كمال العالم حوله هو القضية البارزة كما يقول "Boum Kind" (1985)، وتدرجياً يبدأ المراهق بسؤال والديه عن السلطة المطلقة، إضافة إلى الأعراف الاجتماعية وعند إعادة النظر في السلطة الوالدية كسلطة مطلقة مثلاً نراه يرفض هذا المنطق، وينتقد بعض المعايير الأخلاقية التي يفرضها الآباء أو المجتمع بصفة عامة، فيراها لا تتفق مع جيله وعاداته فمثلاً يرفض سلطة الأب في عدم التدخين، وهذا الرفض والثورة على سلطة الوالدين يدفع بعض المراهقين إلى تجربة المخدر أو المسكر.

(محمد حمدي حجار، 1992، ج5: 90)

وفي الوقت الذي يبدأ المراهق بالاعتراض على بعض المعايير الأخلاقية لوالديه، فإن تأثير أنداده عليه يتعاضد، حيث ينقلون إليه مفاهيمهم ونظرتهم ومعاييرهم الأخلاقية، فإذا كانوا من متعاطي المخدرات فصدقاتهم مرتبطة بمجاراتهم في التعاطي أو الابتعاد.

وفي هذه المرحلة أيضاً يتعلم المراهق كيف يتدبر بالألم العاطفي ويتحمله، إلا أن هذا التدبير عند البعض يبدو مؤلماً جداً فيهربون إلى أنماط السلوك النكوصي الأكثر أماناً مثل الارتباط المفرط بالغير والانعزال في المراهقة، حيث نجد النسبة العالية للانتحار أو محاولات الانتحار إضافة إلى سلوكيات وخيمة ترتبط بالصحة، وهذه المظاهر السلوكية ليست في الواقع سوى تعبير عن مدى المعاناة التي يعيشها المراهق في هذه المرحلة. (محمد حمدي حجار، 1992، ج5: 31)

قد لا يدرك المراهق أنه يعاني مشكلة إدمان، كما قال "لورين وديسون" طبيب نفسي واستشاري الإدمان "بلوس أنجلوس"، إن المراهقين عادة لا يدركون أنهم يعانون من مشكلة الإدمان، فمشكلة تعاطي المخدرات تمثل جزءاً من المشاكل المرتبطة بالشباب فعلى سبيل المثال... يكون من الصعب تحديد إذا كان السلوك غير السوي للمراهق نتيجة مصاعب دراسية، أو علاقات أسرية مفككة، أو نتيجة مخدرات.

وفي كثير من الحالات يكون، إدمان المراهق رد فعل لمصاعب وجدانية يواجهها أثناء محاولته إتمام الأربعة التي تكون مسيرة تطوره، والمهام الأربعة كما ذكرها "كينى وليتون" في كتاب (Loosening the Gaps) هي:

**أولاً:** قبول دورنا البيولوجي كذكور وإناث، وفي بعض الدوائر يكون استخدام المخدرات كجزء من طقوس النمو ومكملات الدور للشباب، وقد تستخدم المخدرات في تدعيم فكرة ما، فالشباب الذي تتدلى من فمه سيجارة الماريجوانا، أو المراهقة التي تحيل على مرافقها وتطلب منه إشعال سيجارتها... تصرفات تدعم صورة قوة الذكورة والإغراء الأنثوي.

وعندما يظهر لدى المراهق الهوية الجنسية فهذا يفتح الباب لاحتمال إقامة علاقات جنسية حميمية وهذا شيء مهدد في كل الأحوال، وتنتج عنه المهمة الثانية.

ثانياً: تعلم كيفية التعامل مع الجنس الآخر بطريقة مريحة، فعادة ما يستخدم الشباب المخدرات لمواجهة الحرج والشعور بالضعف للتجربة في المجال الجنسي.

إن الصراع من أجل الحصول على الاستقلال هو أول تجربة إنمائية قاسية يخوضها المراهق بوضع حدود للنفس، واكتساب مميزات الراشد السليم الناجح يعد كل هذا من المراحل الصعبة التي يواجهها الشباب، ففي هذه الفترة يكون استخدام المراهق للمخدرات بمثابة اختراق للحدود والقواعد التي يضعها الوالدين والمجتمع ككل.

ثالثاً: الإصرار على الحزم من جانب الأولياء هذا ما يجعل المراهق يسلك بعض السلوكيات مجبراً.

رابعاً: أن يختار لنفسه وظيفة وعادة ما تبدأ هذه المرحلة بعدة بدايات وهمية، وبالتالي هي فاشلة في نظر المراهق ويصاحب الحاجة المسلحة للنجاح في الرغبة في كسر التبعية للأسرة وهذا الضغط الكبير يؤدي إلى الاعتماد على المخدرات بشكل كبير. (بابرا كوتمان بكنل، 1994: 29)

إن هذه المراحل لا تفسر لماذا يلجأ كل المراهقين لاستخدام المخدرات لمواجهة الصعوبات التي تواجههم لإتمام هذه المهام، وفي الحقيقة أن كل المراهقين يمرون بهذه المراحل لكن ليسوا كلهم مدمنون، وحتى الإخوة في الأسرة الواحدة قد يدمن أحد منهم لكن الآخرين لا يدمنون رغم أنهم يمرون بنفس الصعوبات.

ويخلص "Dusek" (1977) أسباب تعاطي المخدرات لدى المراهقين في الأسباب الأربعة الآتية:

- حب الاستطلاع: وذلك بتأثير جماعة الرفاق من أجل معرفة الآثار المتوهمة للعقاقير المختلفة.
- الضغط الاجتماعي: من خلال تأثير وإغراء وسائل الإعلام والأقران...، خاصة ما يفعله الراشدون.
- الهروب من مشكلات الحياة اليومية: أي استخدام الإدمان كأسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط.

• **تقليد نماذج من الراشدين:** (الوالدين، المعلمون، الممثلون... الخ) فضلا عن العوامل الاقتصادية

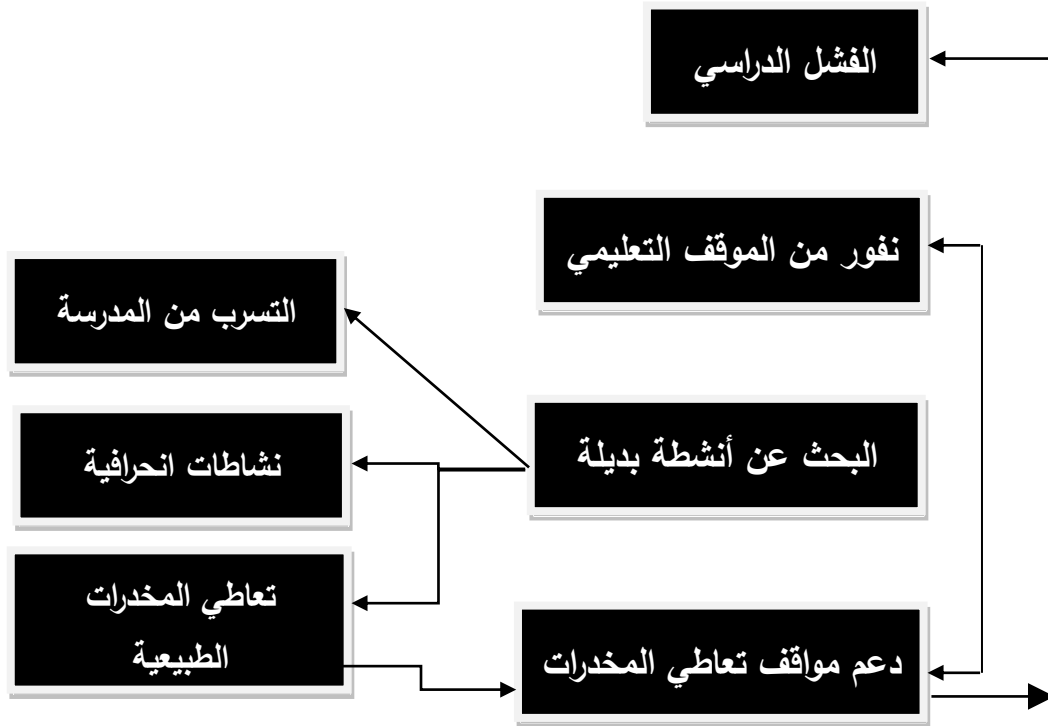
وضعف الرقابة الوالدية إضافة إلى الفراغ الديني. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 212)

ويعد العامل النفسي أهم العوامل المهيأة لتعاطي المخدرات إذ يقدم معظم المتعاطين على هذه التجربة نتيجة لعجزهم عن التوافق النفسي، والذي يبدو في مظاهر متعددة منها ضعف الشخصية والعجز عن الاستقلال، والميل إلى السلبية، أو العدوان، وفقدان المهارات الاجتماعية اللازمة لإقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، ومنها كذلك الإصابة بمرض نفسي أو عقلي، ومواجهة خبرات الفشل العاطفي أو الدراسي وتبين الدراسات التالية إلى أي حد ترتبط هذه المتغيرات بتعاطي المخدرات:

- أجرى في مصر بحث لدراسة سلوك المراهق المدخن، واستكشاف بيئته وسمات شخصيته، وتبين أن ارتفاع سمة العصابية لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين مما يشير إلى أن المدخنين يتصفون بقدر أعلى من القلق، والتوتر والانفعال، واختلال الرضا عن النفس، وضعف القدرة على التحكم في الذات، كما تبين أن درجاتهم مرتفعة على مقياس الميل إلى الجريمة، مما يعني أن لديهم استعدادا على ارتكاب السلوك الإجرامي ومخالفة القانون.

- كما تبين أن شرب الكحوليات يزيد بين الأشخاص الذين تتصف شخصياتهم بالسمات الآتية: الخجل الشديد، النقد الذاتي المستمر، الشعور بالنقص، والإحساس باليأس.

- أما عن تعاطي المخدرات الطبيعية فقد أوضح بحث البرنامج الدائم الذي أجرى على عينة من تلاميذ الثانوي العام أنه مرتبط ببعض مظاهر سوء التوافق النفسي، ومن أوصحها الفشل الدراسي ويقترح "سوييف" النموذج الآتي لتفسير العلاقة المركبة بين الفشل الدراسي والإقبال على تعاطي المخدرات. (زين العابدين درويش، 2005: 265)



شكل رقم (13): يوضح العلاقة بين الفشل الدراسي وتعاطي المخدرات الطبيعية.

ويفترض النموذج أن الفشل الدراسي وما يصاحبه من شعور بالإحباط، والاعتقاد من جانب الأسرة يؤدي إلى نفور الطالب الفاشل من الموقف التعليمي، مما يدفعه إلى تجربة نشاطات بديلة يخفف من خلالها شعوره بالتوتر وواضح من النموذج أن تعاطي المخدرات الطبيعية يزيد بدوره من الفشل الدراسي فتأخذ العلاقة بين الفشل الدراسي وتعاطي المخدرات شكلا يشبه الدوائر المفرغة أو الحركة في مسار دائري لا يتوقف. (زين العابدين درويش، 2005: 266)

كما لخص كل من "أندرويد" (Andrew Wed) و "ونفرد روسن" (Winifred Rosen) أسباب تعاطي المراهقين بأحد عشر سبباً موثقة في وريكات (1994)، و "ارشيد" (1990) عشرة أسباب و "عبد الحكيم" (1994) ستة أسباب ويمكن استخلاص أهم هذه الأسباب فيما يلي:

**1) كشف الذات:** وهنا قد يستخدم الشباب المخدرات لكشف قدراتهم العقلية، ولا سيما أن هناك أفكاراً شائعة في المجتمعات، عن تأثير القدرات العقلية باستعمال بعض المخدرات.



- (2) **تغير المزاج:** إن ما يتعرض له الشباب من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية تجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب والقلق، فقد يهرب الشباب من مواجهة هذه الضغوط بالالتجاء إلى المخدرات وخصوصا المنبهات والمسكنات.
- (3) **علاج المرض:** هناك بعض المخدرات التي استخدمت ومازالت تستخدم في المعالجة الطبية مثل المورفين، فقد تستخدم المخدرات لعلاج الحالات النفسية كذلك.
- (4) **تعزيز وتقوية التفاعل الاجتماعي:** هنالك بعض العقاقير والمخدرات التي تشجع على تفاعل الفرد مع الآخرين مثل الكحول، فقد يلجأ الشباب إليها لزيادة الجرأة في التفاعل مع الآخرين وخصوصا مع الجنس الآخر. (ذياب موسى البداينة، 2012: 25)
- (5) **تعزيز الخبرة الحسية والسعادة:** يسعى الشباب إلى الحصول على اللذة وتجنب الألم وخصوصا عندما تشيع أفكار اجتماعية حول بعض المخدرات مثل الماريجوانا مع الجنس والكونياك مع السيجار.
- (6) **إثارة الإبداع الفني والأداء:** قد تستعمل المخدرات كمثيرات للأداء الفني خاصة عند أصحاب القدرات الفنية كالكتابة أو الرسم.
- (7) **لتحسين الأداء الجسدي:** قد يستخدم الشباب المخدرات من أجل الحصول على لياقة رياضية عالية وتحمل التعب والمشاق، أو قد يستعمل للمحافظة على بنية جسدية قوية (كمال الأجسام أو المصارعة).
- (8) **للعصيان:** تعد المخدرات من المواد الممنوع تعاطيها في غالبية مجتمعات العالم، ولذلك قد يستخدمها الشباب كتعبير عن رفض النظام الاجتماعي السائد والخروج عليه، بالإضافة إلى ذلك، فإن الشباب قد يستخدمونها في حالة مرور المجتمع بحالة تفسخ اجتماعي، حيث تضعف المعايير الاجتماعية، أو تتصارع أو تكون غائبة عن المجتمع. وقد تستخدم المخدرات للكشف عن مشاعر مكبوتة أو متعارضة مع المجتمع.
- (9) **مجازاة ضغط الرفاق:** تعد الجماعة نقطة مرجعية مهمة في حياة الفرد، تتوزع السلطة فيها بين الأفراد فمن الأفراد من يحتل مركزاً قيادياً، ومنهم من يحتل موقعاً تابعاً... الخ، وإذا ما انتشر

تعاطي المخدرات بين الشباب في جماعة معينة فمن المرجح أن ينتشر تعاطيها بين بقية أفراد الجماعة بسبب الضغط الاجتماعي الذي يمارس من الجماعة على أفرادها.

**(10) تكوين الهوية:** قد يستخدم الشباب المخدرات، من أجل بيان أنهم مميزون عن الآخرين، وأن لهم هويتهم التي تختلف عن الآخرين.

**(11) تجنب ضغوط الحياة ومشكلاتها:** إن كثرة المشكلات وتفاقمها لدى الطبقات الفقيرة، يفسر انتشار تعاطي المخدرات بين هذه الطبقات. (ذياب موسى البداينة، 2012: 26)

حاولنا في هذا العنصر إبراز أهم العوامل التي تجعل المراهقين يلجئون إلى الإدمان على المخدرات كوسيلة للهروب أو التخلص من بعض المشكلات التي تواجههم مثل محاولة التخلص من السلطة الأبوية وتأثير جماعة الأصدقاء، ومحاولات التخلص من بعض الضغوط الاجتماعية ومشكلات سوء التوافق... إلخ وحاولنا طرق كل هذا وفقاً لما توصلت إليه العديد من الدراسات العلمية، وسبب إعطاء أولوية لمرحلة المراهقة وطرح الأسباب المؤدية للإدمان على المخدرات هو أخذها بعين الاعتبار في إعداد برنامج التوعية الصحية الذي يهدف إلى تغيير تصورات بعض المراهقين الذين لديهم تصورت تميل إلى الإيجابية نحو الإدمان.

## 9- علاج الإدمان على المخدرات:

إن عملية علاج المدمنين عملية طويلة يشترك فيها أكثر من تخصص ولكن يمكن تحديد عدة خطوات منها شعور المدمن بالحاجة إلى العلاج وقبول الذات بالشكل الذي هي عليه، والمدمن عندما يقبل ذاته تماماً بالصورة أو بالشكل الذي هي عليه يتمكن من التوقف عن المحاولة والسيطرة على الطريقة التي تتبدى له بها الأشياء. (آرنولد واشنطن، درنا باوندي، 2003: 19)

والخطوة الثانية أن يُقنع نفسه أنه لا يستطيع أن يتكيف بمفرده بدون مساعدة ذلك على الرغم من فشل محاولاته يظل المدمن مصراً أنه يستطيع أن يتغلب على إدمانه، والخطوة الثالثة لذلك هي علاج ما قد يكون نشأ عن الإدمان من أمراض جسمية. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005: 424، 425)

وفي الحديث عن علاج الإدمان على المخدرات فإنها لا توجد طريقة واحدة يمكن أن تُتبع من قبل كل المجتمعات، لأنه ما يصلح في مجتمع ما قد لا يصلح في مجتمع آخر، لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والبيئية، والشخصية هي التي تحدد الطريقة الأفضل والأكثر مناسبة لعلاج الإدمان.

وبشكل عام فإن العلاج المناسب يتطلب المشاورة مع الشخص المدمن وبمعرفة منه، وأن تكون الأهداف واضحة ومحددة مسبقاً القريبة منها والبعيدة، إذ لا جدوى من علاج المدمن ما لم يشعر أنه بحاجة إلى علاج، ويرغب في التخلص من إدمانه، والعلاج بصورة عامة يرتكز على ثلاثة محاور أساسية هي: (أحمد محمد الزعبي، 2008: 212)

### 9-1- العلاج الطبي:

ويهدف إلى تخليص الجسم من السموم والتقليل من أعراض الانسحاب التي يعاني منها المريض عندما يتوقف عن تعاطي العقاقير المسببة للإدمان، وهو ضروري ويمثل أول خطوة لجميع أنواع طرق العلاج النفسي (وتستغرق إزالة السموم باستخدام العقاقير من (3-5) أيام بالمستشفى حيث تحدث للمريض مجموعة من التأثيرات الغير سارة مثل الغثيان، والدوار، وسرعة ضربات القلب، والتعرق. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 218)

والعلاج الطبي يجب أن يكون شخصياً أي لكل حالة منفردة ويتوقف على نوع المخدر الذي يتعاطاه الشخص، وعدد مرات التعاطي وحجم الكمية التي تعاطاها، وعلى الأمراض التي يعاني منها حيث يهدف العلاج إلى ما يلي:

- 1) التهدئة العامة للمريض.
- 2) القضاء على الأعراض التي أصابت المدمن نتيجة التعاطي.
- 3) الوقاية أو العلاج المسبق للأمراض المتوقعة نتيجة الانسحاب.
- 4) التقليل تنازلياً من اعتماد جسم الإنسان على المخدر حتى تصل إلى التطهير التام للجسم من المخدر، وعدم الاعتماد أو الحاجة الكيميائية إليه.
- 5) تقوية الجسم، وزيادة قدرة المناعة الطبيعية ضد الأمراض.

وعليه فإن العلاج الطبي يعتمد أساساً في تعامله مع المدمنين على العقاقير الطبية بالدرجة الأولى، واستعمال الأدوية، وقد أثبتت الدراسات أن العلاج الطبي لا يكفي وحده بل لابد أن يرافق بالعلاج النفسي. (حسين علي الغول، 2011: 305)

## 9-2- العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلى إعادة ثقة المدمن بنفسه، وإلى إعادة الاعتبار إلى شخصيته وإقناعه بذلك، وعلى المدمن أن يشعر بأنه في العلاج النفسي يشارك في وضع العلاج المناسب له، وبأنه طرف أساسي في العملية العلاجية، وأن العلاج هو برغبة منه وليس مفروضاً عليه، وإذا لم يستطع المعالج جعل المدمن يشعر بأنه طرف في العلاج فإنه لن يستقبله.

ولذلك فإنه في العلاج النفسي لابد من محاولة تغيير سلوك المدمن السابق شيئاً فشيئاً، وجعله ينبذ الحياة والسلوك السابق المرتبط بحياة الإدمان، وكل ماله علاقة بالإدمان ومحاولة دفعه في تغيير نظرته للحياة والمجتمع والمحيط، بالإضافة إلى مساعدته على استعادة إرادته المسلوبة من طرف المخدر، وجعله يقرر مصيره بنفسه، وذلك بإعادة المبادرة له، وجعله يتخذ القرارات والمسؤوليات التي تخصه شخصياً، أو تلك التي تخص محيطه القريب، ومساعدته على استرجاع الإرادة في مواصلة الحياة بصور سوية وبدون الاعتماد على الآخرين، ولا بد من مساعدته أيضاً على تغيير اتجاهه نحو المخدر، من خلال إعطائه معلومات دقيقة وصحيحة عن الآثار والنتائج المأساوية للإدمان، وتقديم حالات واقعية للمدمنين وفي النهاية يمكن استنتاج أن الهدف الأساسي من العلاج النفسي، هو البحث عن شخصية جديدة أو الإقناع بإمكانية استرجاع الشخصية الحقيقية "ما قبل الإدمان"، وهذا يتم من خلال معرفة الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الإدمان ومحاولة القضاء عليها أو علاجها قدر المستطاع. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 214، 215)

ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم طرائق العلاج النفسي في معالجة الإدمان ويرتكز على تغيير الأفكار اللاعقلانية والمتوهمة عن التأثيرات الإيجابية للمخدرات على الصحة الجسمية والنفسية والقدرات العقلية، وتوضيح أنها تدمر خلايا المخ، وبالتالي تؤدي إلى الاختلال والتدهور في العمليات المعرفية، بالإضافة إلى تدريب المدمن على التحكم في استخدام أو تعاطي العقار، والتدريب على الوقاية من حدوث الانتكاسة والعودة للمخدرات، وهو أسلوب يجمع بين تعليم المدمن المهارات المعرفية

والسلوكية التي تساعده على التوقف والامتناع عن التعاطي، وعدم حدوث الانتكاسة، فالمريض إذا استخدم الأسلوب المناسب والفعال في مواجهة المواقف الضاغطة فإن ذلك يؤدي إلى ارتفاع مستوى فعالية الذات، وبالتالي يقل احتمال حدوث الانتكاسة، أما إذا لم يستخدم الأسلوب المباشر والفعال في مواجهة المواقف الضاغطة التي قد تعترضه في الحياة اليومية، فإن ذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى فعالية الذات ويزداد احتمال العودة إلى المخدرات. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 222)

إن العلاج المعرفي علاج بالغ الإيجابية، لا ينزع نحو مساعدة المسترشدين للعمل على تحقيق هدف نهائي وهو العزوف عن المواد النفسية الضارة والمسببة للإدمان فحسب، ولكن أن يتعلموا أيضا مهارات جديدة، فعلى سبيل المثال بعض المسترشدين ذوي التاريخ الطويل من تعاطي المخدرات يفشلون في تطوير مهارات حل المشكلات، والتخاطب، والمهارات التنظيمية، ومهارة إدارة الوقت، ومهارة التوكيد، ومهارة توجيه الذات المدرجة التي تكفي لإقامة حياة منتجة مرضية، ويرتكز العلاج المعرفي بشدة على إكساب مثل هذه المهارات حتى يتمكن المسترشدين من بناء الكفاءة الذاتية، وخفض ضغوط الحياة، ومن ثمة خفض احتمال الانتكاسات وكسر الحلقة المفرغة.

(روبيرت ليهي، 2006: 213، 214)

كما يستخدم العلاج المعرفي السلوكي بعض الفنيات المعرفية مثل العلاج بالتنفير ويعتمد على الارتباط الشرطي الكلاسيكي بين تعاطي الكحول وعقار يؤدي إلى القيء أو صدمة كهربائية خفيفة لعدة مرات بعدها يمتنع المدمن عن تعاطي الكحول ويفقد الميل إليه خوفاً من تلك الآثار المنفرة المتوقعة عند تناوله، وتوجد أساليب سلوكية أخرى تعتمد على تعليم المدمن سلوكيات بديلة للإدمان كالاسترخاء والتدريب على التوكيدية. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 121)

### 9-3- العلاج الاجتماعي:

يعرف "Siporin" العلاج الاجتماعي بأنه طريقة لمساعدة الأسرة والأفراد في التغلب على ما يواجهها من مشاكل، وذلك عن طريق رفع مستوى أدائهم لوظائفهم الاجتماعية.

فالعلاج الاجتماعي يبدأ عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي، إذ أن التوقف عن تعاطي المخدر، لا يعني بالضرورة الشفاء التام، فالعلاج الاجتماعي يعني ضمان اجتماعي للفرد المدمن في عدم الاستمرار في تعاطي المخدر، والافتتاع بتركه نهائياً، ويتم ذلك عن طريق مساعدة أفراد

الأسرة، والأصدقاء والأقارب وكذلك بمساعدة الأجهزة والمؤسسات الاجتماعية المتخصصة في هذا المجال.

فالهدف من العلاج الاجتماعي هو جعل المدمن يصل إلى حالة من الاستقرار الاجتماعي وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة المنتجة، بالإضافة إلى نبذ السلوكات الشاذة، والافتناع بضرورة تجنبها والتخلي عنها، والدخول في الحياة الاجتماعية السوية وكذلك إعادة إدماجه اجتماعياً ومهنياً وإدخاله في الحياة المهنية بصورة جزئية أولاً، ثم بصورة كلية. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 217)

وتحدد أهداف العلاج الاجتماعي كما تراها "منى صالح العامري" في الآتي:

- 1) جعل المدمن يصل إلى حالة الاستقرار الاجتماعي وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة.
- 2) إعادة الإدماج الاجتماعي، وجعله عضواً صالحاً في المجتمع الصغير (الأسرة) أو المجتمع الكبير.
- 3) الإدماج المهني، أي إرجاع الرغبة له في العمل وتأصيله مهنياً، أو إعادة التأهيل لمن كانت له مهنة سابقة وإدخاله في الحياة المهنية اليومية.
- 4) إعادة إدماج المدمن تعليمياً وخاصة المدمنين الشباب الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة أو كبار السن. (حسين علي الغول، 2011: 306)

وبهذا يمكن القول أنه لا يمكن الاعتماد في علاج الإدمان على طريقة واحدة لتخليص المدمن من إدمانه فطرق العلاج السالفة الذكر يمكننا أن نقول عنها أنها متلازمة مع بعضها البعض لتخليص المدمن من معاناته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وبهذا يتبين لنا أنه لا وجود لطرق مثلى لعلاج الإدمان، بل توجد طرق متعددة تؤدي إلى نتائج مختلفة، وفي الحقيقة أن علاج المخدرات يصدق عنه ما قلناه في أضرار المخدرات، حيث تتحكم فيه مجموع عوامل لا يمكننا أن نغفل عنها هي أن طرق العلاج مثلا تتحكم فيها طبيعة المدمن والمادة التي كان يتعاطاها حتى أن العلاج يختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر تبعاً للظروف والثقافة السائدة، كما أن الخصائص الفارماكولوجية تختلف من مخدر لآخر إضافة إلى بنية شخصية المدمن... هذا ما يجعل من الضروري تعدد طرق العلاج خضوعاً إلى العوامل السابقة الذكر لكي يكون العلاج فعالاً.

## 10- علاج المدمنين على المخدرات في التشريع الجزائري:

لقد تم التعرض للعلاج من الإدمان من قبل المشرع الجزائري لأول مرة في القانون رقم (85-05) المؤرخ في 16 نوفمبر 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، في الباب الثامن، الفصل الثاني المتعلق بالأحكام الجزائية المتعلقة بالمواد الصيدلانية، في المواد (من 249 إلى 253)، حيث تتعرض هذه المواد للعلاج المزيل للتسمم دون ذكر عبارة إدمان أو مدمن أو تبعية للمخدر، إذ جاء نص المادة (249) كما يلي: " لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتثلوا للعلاج الطبي الذي وصف لهم وتابعوه حتى نهايته..."، كما جاء في المادة (250): " يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجنحة المنصوص عليها في المادة (245): "استعمال المخدرات، استهلاكها" أعلاه لمعالجة مزيلة للتسمم... إذا ثبت أن حالتهم الصحية تستوجب علاجاً طبيياً..."

كما أوكل المرسوم (92-151)، الصادر بتاريخ 14 أبريل 1992، للجنة الوطنية المنشأة وفقاً له مهمة: " تقييم أثر الإدمان على المخدرات وتوصي بالإجراءات ذات الطابع الطبي أو الاجتماعي أو التنظيمي اللازمة...".

أخيراً نجد أن القانون (04-18) الصادر بتاريخ 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، قد كرس مبادئ وإجراءات علاج المدمنين الواردة في قانون الصحة لسنة (1985)، إذ أبقى على عدم ممارسة الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتثلوا إلى العلاج الطبي الذي وُصف لهم وتابعوه إلى نهايته (م6)، كما مكن قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث من الأمر بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب جنحة الاستهلاك أو الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي، الذين أثبتت الخبرة الطبية المتخصصة أن حالتهم الصحية تستوجب علاجاً طبيياً مزيلاً للتسمم (م7).

وذهب المشرع إلى أبعد من ذلك حيث نصت المادة (08) على أنه: "يجوز للجهة القضائية المختصة أن تُلزم الأشخاص المذكورين في المادة (07) أعلاه، بالخضوع لعلاج إزالة التسمم...".

وتشير المادة (10) إلى أن علاج إزالة التسمم يجري إما داخل مؤسسة متخصصة وإما خارجياً، تحت مراقبة طبية.

ولقد أتى المشرع بهذه الإجراءات والتدابير العلاجية بالنسبة للمدمنين على المخدرات للخروج من منطق الحل العقابي الوحيد باعتبار أن المدمن مريض وفق هذه النظرة الجديدة في حاجة إلى علاج أكثر من ضرورة إخضاعه للعقاب.

لقد تطرق المتدخلون إلى الأمر بالعلاج لإزالة التسمم على مستوى النيابة العامة، قاضي التحقيق وقاضي الحكم. (نور الدين بوزارتي، 2014: 14، 15)



## خلاصة:

من خلال ما جاء في هذا الفصل يتبين لنا أن الحديث عن موضوع الإدمان وبالتحديد إدمان المخدرات أصبح من المواضيع التي دق فيها ناقوس الخطر المحقق ليس على من يدمنها فقط بل على المجتمع كله ومن جميع الجوانب الصحية والأمنية والاقتصادية والسياسية...، هذا ما زاد من أهمية لفت الأنظار حول الموضوع من خلال البحث على الأسباب المتعددة المؤدية إليه وطرق علاجه والوقاية منه.

لقد أصبح إدمان المخدرات من أعقد القضايا التي شهدتها البشرية من حيث حدة انتشارها والأضرار التي تنجم عنها والجرائم التي تخلفها، ولعل لكل هذا أسباب وتفسيرات علمية تستدعي البحث أو إعداد طرق جديد لمكافحتها، والتعرف على طبيعة المواد المخدرة ومدى تأثيرها على الفرد وبالتالي المجتمع من خلال آثارها السلبية التي يدركها الفرد بعد أن يصبح أسيرا لهذه المواد التي تجعل حياته جحيما، هذا ما سنحاول عرضه في الفصل الموالي حول المخدرات وأهم أنواعها والأضرار الناجمة عنها.

## الفصل السادس

### المخدرات أنواعها وأضرارها

## تمهيد:

تعتبر المخدرات من الجرائم التي يقع فيها الإنسان ويعاقب عليها القانون، ويوصف تعاطي المخدرات في وقتنا الراهن بأنه (طاعون العصر الحديث) وأنه وباء ابتلي به بعض الناس لكن من جراء أنفسهم (محمد عبد حسين، 2010: 195)، حيث باتت ظاهرة المخدرات من الظواهر المميّزة التي تمس حياة الأفراد الاجتماعية والصحية لما لها من أضرار خطيرة تعيق سير الحياة العادية للفرد والمجتمع، وبالرغم من تضافر كل الجهود المبذولة من طرف المتخصصين في محاربة الظاهرة في المجالات المختلفة (رجال الأمن، الأطباء، الإعلاميين، الجمعيات والنوادي...)، إلا أن الظاهرة في تزايد مستمر وذلك لأنها ليست بمشكلة فردية هذا من ناحية ومن ناحية أخرى هي مشكلة معقدة متشابكة تتداخل فيها عدة عوامل ولكل عامل خطورته على الفرد من حيث توافقه مع نفسه ومع الآخرين.

وفي الحقيقة المخدرات ليست وليدة عصرنا الحالي فجزورها تمتد إلى العصور القديمة من حيث وجودها في حياة الإنسان وكذا إدمانه عليها، لكن الفرق بين ما كانت عليه المخدرات وما هي عليه الآن يكمن في طبيعة المواد المخدرة ووسائل تعاطي هذه المواد ومدى انتشارها في المجتمع حيث يتوقع كل المختصين في مجال المخدرات والإدمان عليها انتشار صور وتركيبات جديدة تبعا للتغير الحاصل في مجالات شتى من حياة الإنسان، إضافة إلى الوسائل التي يستخدمها مروجو المخدرات في إقناع الناس الذين يعيشون بعض الظروف الضاغطة من حياتهم أو يتخبطون في مشاكل لم يجدوا لها حلا، أو أناس لا يدركون مخاطر هذه المواد على صحتهم وصحة مجتمعهم، ولعل أكثرهم استهدافا المراهقين.

وفي هذا الفصل سنتعرف على المخدرات وأنواعها ومضارها ومدى انتشارها من خلال استقراء التراث النظري والدراسات السابقة التي تناولت موضوع المخدرات والإدمان عليها.

## 1- مفهوم المخدرات:

المخدر عند "الإمام القراني" هو المفسد والمشوش للعقل مثل الحشيش والأفيون، وعند الإمام الخطابي ما يغيب العقل دون الحواس، والمفتر من التفتير، فيقال فتر عن العمل أي انكسرت حدته، ومن هذا المعنى يوضح "عبد الله الظيار" المفتر مأخوذ من التفتير والافتار، وهو ما يورث ضعفا بعد قوة وسكونا بعد حركة واسترخاء بعد صلابة، وقصورا، بعد نشاط. (محمد جمال مظلوم، 2012: 05)

ويطلق الفقهاء لفظ المخدرات على كل ما يغطي العقل من المسكرات غير المائعة في أصل تكوينها كالحشيش والبنج والأفيون. (مختار إبراهيمي، 2005: 28)

كلمة المخدر ترجمة عربية لكلمة (Narcotic) المشتقة من الإغريقية (Narcoris) التي تعني الخدر، وتعرف المادة المخدرة بأنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسميا ونفسيا واجتماعيا. (أحمد إبراهيم الباسوسي، 2007: 28)

تعتبر كلمة المخدر في اللغة العربية أكثر دقة ودلالة من الكلمة المقابلة لها في اللغة الإنجليزية والفرنسية (Drug)، لأن هذه الكلمة الأوربية تعني من الناحية العلمية العقار أو أي مادة يستخدمها الأطباء في علاج الأمراض...، أو في مجال فيسيولوجيا الكائن الحي، ولكن كلمة عقار في الوقت نفسه تستخدم بمعنى المخدر ذو الخصائص المعروفة من تنبيه أو انهباط، كما يرتبط استعمالها بالوصمة وعدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد وغير مقبولة اجتماعياً، وهكذا نجد بها معنيين في اللغة الأجنبية، فالدواء يستخدم بقصد العلاج، أما المستحضرات الدوائية تستخدم استخداماً سيئاً لآثارها الضارة بدنياً واجتماعياً ولأنها فعل أو سلوك مرفوض من طرف المجتمع، أما المخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد، وجاء في القاموس المحيط (للفيروز أبادي) الخدر (بكسر الخاء) ستر وأيضاً التأخير، أما الخدر (بالفتح) فهو الكسل، وظلمة الليل، والمكان المظلم، واشتداد الحر، واختدر أي استتر، كما يعتبر الخدر (بالفتح) استرخاء يغطي الأعضاء وفتور العين أو ثقل فيها. (حسين علي الغول، 2011: 85، 86)

وهو مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة، وقد ينتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة، وتستعمل المخدرات في الطب لإزالة الآلام كالمسكنات أو لإحداث النوم كالمنومات، ومع أن جميع المواد المستعملة للبنج يجوز اعتبارها من المخدرات، فإن المصطلح نفسه قد خصص الآن للدلالة على مواد معينة، تثبط الجهاز العصبي تثبيطاً عاماً، ومع هذا فإن المخدرات تسبب الإدمان. (عبد الحليم أبو حلتم، 2006: 390)

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) العقار المسبب للإدمان بأنه عقار ذو قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى الاعتماد النفسي أو العضوي أو كليهما، كما قد تستغل هذه العقاقير لأغراض طبية.

ومن الناحية العلمية يعرف المخدر بأنه مادة لها تأثير مهبط قوي على الجهاز العصبي الإنساني، وتسبب المادة المخدرة عدم الشعور بالألم والذهول والنوم، والغيبوبة وذلك طبقاً للكمية المتعاطاة. (حسين علي فايد، 2005: 57)

أي أن المخدر كل مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطاً أو اضطراباً في مراكز المخ المختلفة تؤثر على مراكز الذاكرة والتفكير والتركيز واللمس والشم والبصر والتذوق والسمع والإدراك والنطق.

### 1-1- التعريف القانوني للمخدرات:

لم يتعرض المشرع الجزائري لتعريف المخدرات، كما فعلت بعض القوانين المقارنة وترك أمر التعريف للفقهاء، والفقهاء أعطى عدة تعريفات منها أن "المادة المخدرة هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منبهة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسدياً ونفسياً واجتماعياً.

وفي تعريف آخر "المخدر مادة ذات خواص معينة يؤثر تعاطيها أو الإدمان عليها في غير أغراض العلاج تأثيراً ضاراً بديناً أو ذهنياً أو نفسياً سواء تم تعاطيها عن طريق البلع أو الشم أو الحقن أو أي طريقة أخرى".

وفي تعريف آخر المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تناولها أو زراعتها أو صنعها لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك (نصر الدين مروك، 2010: 19)

وتشمل هذه المواد: الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات ولكن لا تصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أنها مع الاستمرار في استعمالها بشكل خاطئ وبدون وصفة طبية يسبب الإدمان. (محمد جمال مظلوم، 2012: 6)

### 1-2- التعريف الطبي للمخدرات:

تعرف المخدرات بأنها عبارة عن مواد كيميائية تسبب النوم وغياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، لذلك توصف بعض المخدرات بحذر شديد من قبل الأطباء لتسكين بعض الآلام، وعلى ذلك فالمخدرات هي مواد تحتوي مكوناتها على عناصر من شأنها إذا استعملت بصورة متكررة أن تأخذ لها في جسم الإنسان مكاناً، وأن تحدث في نفسيته وجسده تغيرات عضوية وفسولوجية ونفسية، بحيث يعتمد ويعتاد عليها بصورة قهرية وإجبارية، مما يؤدي إلى الإضرار بحالته الصحية والنفسية، والاجتماعية وهذا الضرر يلحق بالفرد نفسه وبأسرته وبالمجتمع الذي يعيش فيه كمدمن للمخدرات، وتأثير هذه المواد منبه للأعصاب، طارد للتوتر وهذه المواد إما أن تكون في صورة طبيعية أي (خام) أو مصنعة في معامل (تخليقية) وهي تستخدم بعدة طرق مثل: الشم أو المضغ أو الأكل أو الحقن أو التدخين. (محمد بن راشد القحطاني، 2002: 18)

إذن المخدرات هي كل مستخلص يدخل في العضو الحي، حيث يستطيع أن يغير وظيفة أو العديد من وظائفه. (Griffith Eedards, Awni Arif, 1982: 19)

### 1-3- تعريف المخدرات في الإسلام:

الإسلام هو الوحيد من الأديان ومن بين الأنظمة والقوانين الذي وضع تعريفاً للمخدر (المسكر) فهو هو ما غطى العقل، والمفتتر كما يقول "الخطابي" هو كل شراب يورث الفتور والخدر، وهو مقدمة السكر. (محمد مرعي صعب، 2007: 42)

يقول عبد الله عبد النبي أحمد قازان (2005: 159) في كتابه إدمان المخدرات والتفكك الأسري "أنه لا نجد نصاً قرآنياً يتحدث عن المخدرات صراحة، عدا الخمر، وإذا لم تكن موجودة في وقت النبي صلى الله عليه وسلم وفي أثناء وجوده في شبه الجزيرة العربية وقد يكون هذا سبباً في ظن الكثير أنه لا يوجد شيء عن تعاطي المخدرات فهم يعتقدون أنه لا يوجد هناك آية تحرم الخمر بل يعتقدون أنها مكروهة"، وقد ظهر ذلك في دراسة قام بها "سويف" وبين أن هناك (61.5%) من المدمنين يعتقدون أن الحشيش غير محرم ولكنه مكروه ومثل هذا السلوك يبين مدى فحالة هؤلاء الأشخاص وقلة معرفتهم بالدين الإسلامي الحقيقي.

وقد حرم الإسلام النبيذ وسماه خمراً بمعنى الشراب المغطى والمخفي، فهو يحجب العقل ويجعل الفرد غير مدرك لسلوكاته ومسؤولياته الأخلاقية، والخمر هو العصير المستخلص من العنب وحينما يوضع في أواني ويخمر يصبح خمراً (نبيذاً) ومادة مخدرة تحجب العقل.

من خلال ما سبق يتضح لنا أن مفهوم المخدرات ينظر له من جوانب عديدة، فلا يوجد للمخدرات تعريف واحد متفق عليه، رغم شيوع هذا المصطلح -المخدرات- بين العلماء وحتى في الحياة الاجتماعية، وهناك من يرى أن أنسب مصطلح هو المواد النفسية بدلاً من المخدر، وبين هذا وذاك نستطيع القول بأن المخدرات وانطلاقاً مما سبق هي كل المواد الطبيعية والمصنعة التي إذا دخلت إلى جسم الإنسان بطريقة ما (بلع، استنشاق أو حقن) غيرت في بعض وظائفه، ونتيجة لتكرار تعاطي هذه المواد تتدهور الصحة الجسمية والنفسية والعقلية وحتى الاجتماعية للإنسان، ولا يستطيع التوقف عن تناولها وإن حول التوقف تلازمه أعراض انسحاب حادة.

## 2- مشكلة انتشار المخدرات عالمياً وعربياً:

انتشرت المخدرات بشكل مذهل في مختلف أرجاء العالم حتى أصبحت دراسة ظاهرة المخدرات من قبيل الأمراض الوبائية، وساعد على تصعيد هذه التحديات وجود العصابات الدولية التي تمتهن الاتجار في المخدرات لما تدر عليها من أرباح طائلة، ولما تحققت من خلالها من بسط لنفوذها اقتصادياً واجتماعياً وسياسياً.

وجاء في تقرير هيئة الأمم المتحدة لأعوام (83، 84، 85) أن انتشار سوء استعمال المخدرات يتزايد العام تلو الآخر مهدداً بذلك أعداداً متزايدة من الأشخاص...، كما أن مواد التعاطي

في العالم بعد الكحول هو الحشيش بأنواعه، فهناك (141) مليون نسمة في العالم يتعاطون الحشيش، ويليهم متعاطو الحبوب المنشطة مثل الأمفيتامين ويمثلون (30) مليون نسمة في العالم ويليهم متعاطو الكوكايين ويصل عددهم إلى (13) مليون نسمة في العالم، أما الهيروين فإن عدد من يتعاطونه يصل إلى (8) ملايين. (حسين علي الغول، 2011: 18)

وتؤكد التقارير على أن انتشار زراعة المخدرات يتم في بلدان عديدة من العالم والتي يتولى تمويل مشروعاتها عصابات إجرامية منظمة ذات صلات دولية، مما أدى إلى حث المؤتمر السابع للأمم المتحدة في قراراته (2، 3) الدول الأعضاء على محاربة المجموعات المنظمة التي تقوم بتمويل المشاريع الزراعية وغيرها من الأنشطة غير المشروعة المتعلقة بتجارة وترويج المخدرات والمؤثرات العقلية، وأوصى الاجتماع الإقليمي الأول لرؤساء الوكالات الوطنية المكلفة بإنفاذ القوانين المنعقدة بمدينة فيينا (1986) بأن تتخذ الحكومات جميع التدابير التي تكفل احتجاز الموجودات المستجدة من الاتجار غير المشروع بالعقاقير المخدرة على اعتبار أنها تشكل جريمة جنائية إضافة إلى مصادر الأموال والإيرادات المتحصلة عن طريق زراعتها والاتجار بها. (حسين علي الغول، 2011: 19)

وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أول الدول التي ظهرت فيها شبكة تعاطي الهيروين بصورة خطيرة ولأول مرة وذلك في عام (1913-1914)، وخاصة في مدينة نيويورك حيث تبين الإحصائيات أن (98%) من المدمنين يتعاطون الهيروين، وتأتي مصر في المرتبة الثانية بعد الولايات المتحدة الأمريكية التي ظهر فيها الهيروين، أما الصين فتأتي في المرتبة الثالثة، والتي أصبحت بعد ذلك مركزاً لإنتاج الهيروين، كما تتركز مراكز إنتاج المخدرات في منطقة الهلال الذهبي (أفغانستان، إيران وباكستان)، وهناك منطقة المثلث الذهبي (بورما، رودس، تايلاندا) بالإضافة إلى الهند ولبنان، والمكسيك وكذلك بعض الدول التي توجد بها معامل تحويل الأفيون إلى الهيروين مثل سوريا وهونج كونج، ويتبين من الدراسات الوبائية أن أكبر الدول والعواصم انتشاراً لتعاطي المخدرات وخاصة من طرف الأطفال هي مدينة نيويورك، وهي من أكبر المدن الأمريكية إدماناً على المسكنات حيث تصل نسبة الإدمان بها إلى (50%) من مجموع السكان، ومدينة المكسيك تصل نسبة الإدمان بها إلى (61%) من مجموع السكان، وإذا أضيفت مدينة ديترويت فإن نسبة المدمنين تصل إلى (67%) من مجموع السكان الذين يحدث لهم الألم النفسي والحسي على المسكنات. (حسين علي الغول، 2011: 22، 23)



ويخلص "محي الدين الجمال" إلى القول أن هذه المشكلة مازالت تحتل مكانة بارزة وأولوية كبيرة تثقل كاهل الشعوب، وأصبح وباء الإدمان وما يرتبط به من مخاطر ومشكلات صحية واجتماعية يتزايد بعد أن وصل في العقد الأخير حدود (5000) طن ووصل عام (1999) إلى (5764) طناً ومازالت الأوضاع في بعض دول آسيا تتدرج بمزيد من الخطر، فهذه العوامل قد تهدد دورة إنتاج الكوكايين الذي جاوز (900) طن، وتشير تقارير الأمم المتحدة إلى تزايد مضبوطات الحشيش إلى (100.000) طن وزيادة معامل بعض أنواع المخدرات من (500) معمل إلى أكثر من (800) معمل من عام (1995) إلى الآن. (حسين علي الغول، 2011: 25)

حسب تقرير مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجرائم في عام (2003) يعتبر الحشيش هو أكثر المواد المخدرة استخداماً على مستوى العالم، حيث يزيد نسبة المتعاطين للحشيش عن (120) مليون شخص، يليه الأمفيتامينات ومشتقاتها، ويبلغ عدد متعاطيه حوالي (34) مليون شخص بالإضافة على (8) ملايين شخص يتعاطون الايس والاكستازي على مستوى العالم، ويقدر عدد مدمني الكوكايين والكراك على مستوى العالم بحوالي (14) مليون شخص، والأفيون ومشتقاته حوالي (15) مليون شخص أما الهيروين فيبلغ عدد متعاطيه ومدمنيه حوالي (10) ملايين شخص على مستوى العالم.

ويستمر تعاطي المخدرات ليلحق ضرراً كبيراً، مع قيمة حياة الإنسان وضياح سنوات الإنتاجية للكثير من الأشخاص، فقد تم الإبلاغ عن الوفيات المرتبطة بالمخدرات في عام (2012) بمعدل وفيات (40.0) (المدى: 20،8 حتى 49،3) حالة وفاة لكل مليون من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64)، في حين أن تقديرات أقل من عام (2011)، ويمكن أن يعزى التخفيض إلى انخفاض عدد الوفيات المبلغ عنها في عدد قليل من البلدان في آسيا.

على الصعيد العالمي تشير التقديرات إلى أنه في عام (2012)، بين (162 و 324) مليون شخص، أي ما يعادل ما بين (3.5 و 7.0%) من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64) وقد استخدموا المخدرات غير المشروعة - والتي تتمثل في القنب، المواد الأفيونية والكوكايين أو المنشطات - مرة واحدة على الأقل. (World Drug Report, 2014: 03)

وحسب ما ورد في نفس التقرير، فإن عدد الذين يدمنون نتيجة إساءة استخدام الأدوية يبلغ حوالي (200) مليون شخص على مستوى العالم، وهي نسبة تعادل حوالي (3.4%) من مجموع تعداد السكان على مستوى العالم، (4.7%) من مجموع تعداد السكان الذين تتجاوز أعمارهم (15) عاماً فأكثر. (عبد الهادي مصباح، 2004: 36، 37)

أما عن إنتاج المخدرات في الدول العربية، فبالرغم من أن المنطقة العربية تفتقر إلى دراسات دقيقة لحجم إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان عليها مما يصعب معه الوقوف على حقيقة ظاهرة المخدرات في الوطن العربي وتحديد حجمها، إلا أن المعلومات المتوفرة تشير إلى تزايد الظاهرة تزايداً مستمراً يوماً بعد يوم وأن معظم الدول العربية تعاني في الوقت الحاضر من ظاهرة إساءة استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية والنفسية، وإن اختلف حجم الظاهرة ونوع المخدرات الشائعة الاستخدام من دولة إلى دولة أخرى، فنجد أن المنطقة العربية الواقعة على ساحل البحر المتوسط الشرقي (لبنان، سورية والأردن، العراق) تعاني من الحشيش اللبناني ونقله إليها عن طريق سوريا والأردن، والأفيون من دول الهلال الذهبي (باكستان وأفغانستان وتركيا) وتسرب الهيروين إليها، أما دول منطقة الخليج الست فتعاني من مشكلة الحشيش والأفيون ونسبة ضئيلة من الهيروين والكوكايين الذي يتسرب إليها من دول الاتجار غير المشروع لهذه المواد المخدرة. (حسين علي فايد، 2005: 27، 28)

ولقد دخلت المنقطة العربية في سوق إنتاج واستهلاك المخدرات منذ قديم الزمن وعلى وجه الخصوص خلال حقبة العصر الحديث، وذلك بسبب الاستعمار الذي تعرضت له الدول العربية دون استثناء، كما أن الموقع الجغرافي للدول العربية وتوسطها بين الشرق والغرب من ناحية الشمال والجنوب ومن ناحية أخرى، فرض عليها أن تكون نقطة عبور لقوافل التجارة التي تعبر المنطقة، ومن بينها المخدرات، وارتفعت جرائم تزويج وتهريب المخدرات، وكذلك تعاطيها بدرجة كبيرة في أقطار الوطن العربي دونما تخصيص، ومن العوامل التي تساعد على انتشار هذه الآفة في العالم وفي المنطقة العربية ما يحيط بإنتاجها وتهريبها والاتجار فيها دولياً من أرباح طائلة يتم استثمارها من قبل عصابات الجرائم المنظمة، وكذلك عصابات الإجرام في العالم. (حسين علي الغول، 2011: 26)

يبين "فتحي عيد" أن الحشيش هو من أكثر المخدرات انتشاراً في شمال إفريقيا والشرق الأوسط، كما يلاحظ أن تعاطي الهيروين والكوكايين والأمفيتامينات قد ازداد أيضاً مع انخفاض سن التعاطي وزيادة الطلب على العلاج منها، ويرى أن المنطقة تعاني من زيادة تعاطي الهيروين بالحقن، كما أن الاشتراك في معدات الحقن الملوثة بين متعاطي المخدرات بالحقن أصبح طريقة رئيسية من طرق الإصابة بالإيدز، وأعلى معدل للإصابة به هي في ليبيا وتبلغ نسبة (90%) من مجموع المصابين بالإيدز في الحالات التي تم التعرف فيها على وسيلة انتقال المرض، كما أن التعاطي بالحقن كان سبباً للإصابة بالإيدز في الحالات التي تم الإبلاغ عنها في البحرين وتونس والجزائر وعمان ولبنان، ومعظم المتعاطين عن طريق الحقن هم من الذكور، وأغلبهم في أواخر العشرينيات من أعمارهم. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 99)

فمشكلة تعاطي المخدرات بالحقن ظلت مستقرة، وتشير التقديرات إلى أن عدد متعاطي المخدرات كان في عام (2010) بين (15.5 و 38.0) مليون، أو بين (10-13%) من التقدير العالمي لجميع متعاطي المخدرات، بينما في عام (2008)، ووفقاً لمرجعية المجموعة إلى الأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية، وتعاطي المخدرات باستخدام الحقن، كان هناك ما يقدر بنحو (16) مليون شخص من الذين يستخدمون المخدرات المحقونة، وقد ظلت كل من هذه التقديرات مستقرة في الأساس. (World Drug Report, 2012: 07)

ويرى "جميل الميمان" أن الدول العربية الواقعة على شرق البحر الأبيض المتوسط (لبنان، سوريا والأردن والعراق) تعاني من انتشار الحشيش اللبناني ونقله إليها عن طريق سوريا والأردن، أما الأفيون فيأتي في الهلال الذهبي وباكستان وتركيا، بينما تعاني دول الخليج العربي من الحشيش والأفيون ونسبة ضئيلة من الهيروين والكوكايين الذي تسرب مع العمال الوافدين إليها من دول الاتجار غير المشروع، كما تعاني اليمن والسعودية والصومال والسودان وجيبوتي من القات.

وفي دراسة تحليلية لمظاهر الاستخدام غير المشروع للمخدرات في كل من سوريا والسعودية ومصر يتناول "عبد الرحمن محمد أبو عمّة" بيانات إحصائية تفيد بعدد جرائم المخدرات المسجلة في هذه الدول خلال الفترة (1992-1995م)، وفيها يلاحظ أن عدد الجرائم في الدول الثلاث ارتفع من (15735) جريمة عام (1992) إلى نحو (16848) جريمة عام (1995م)، وقد اختلف معدل الزيادة

بين دولة وأخرى، ففي جمهورية مصر العربية تراجع العدد الإجمالي للجرائم المخدرات من (11357) جريمة في العام الأول إلى (9003) جريمة في العام الأخير، وبلغ متوسط عدد الجرائم في السنة الواحدة نحو (9961) جريمة، وفي الجمهورية العربية السورية تراجع العدد الإجمالي للجرائم المخدرات من (830) جريمة في العام الأول إلى (542) جريمة في العام الأخير، أما في المملكة العربية السعودية فيلاحظ أن عدد الجرائم ارتفع بشكل ملحوظ، ففي حين بلغ إجمالي الجرائم في العام. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 101)

وإلى جانب ذلك تعاني دول المغرب العربي (المغرب، الجزائر، تونس، ليبيا وموريتانيا) من انتشار الحشيش المغربي واللبناني والأفيون والهيروين والكوكايين القادم إليها من مصادر صناعتها، ومن الثابت أن معظم الدول العربية تتعرض لهجمة المؤثرات العقلية والنفسية الوافدة من أوروبا وتركيا مباشرة أو عن طريق بعض الدول العربية. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 100)

وتعتبر الجزائر بلد عبور، وتبعا للإحصائيات الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والوقاية منها، فإن الكميات المحجوزة في تزايد، إذ كانت (7) أطنان في سنة (2005) وارتفعت إلى (10) أطنان ونصف طن في سنة (2006)، ثم إلى (16) طناً ونصف الطن في سنة (2007) وخلال الثلاثي الأول لسنة (2008) بلغت الكميات المحجوزة (4.9) طناً من نبات القنب، وارتفعت خلال الثلاثي الأول لسنة (2009) إلى (26) طناً. (الحسين بن شيخ آث ملويا، 2010: 12)

مع الإشارة بأن (10%) من مخدر الكيف المغربي يمر عبر الجزائر إلى أوروبا مروراً بتونس وليبيا، كما حجزت في الجزائر أنواع أخرى من المخدرات والمتمثلة في (7) كيلوغرامات من الكوكايين خلال سنة (2006) و(22) كلف خلال سنة (2007).

كما استفحلت زراعة القنب والأفيون في بعض مناطق الجزائر خاصة في منطقتي أدرار وتيميمون بجنوب البلاد، ومنطقة توجا ببجاية أين تم حجز أكثر من عشرين ألف نبتة قنب في تلك المناطق خلال سنة (2007).

وبتاريخ (12 مارس 2008) اكتشف رجال الدرك الوطني لتيميمون بقصر أجدير الشرقي ببلدية شاروين، عشرة مزارع لمخدر القنب وخشخاش الأفيون على مساحة عشرة هكتار وأن مبالغ الدعم الفلاحي حولت لزراعة المخدرات.

وقد أصبح لا يمر يوم واحد دون الحجز على كمية من المخدرات أو المؤثرات العقلية عبر التراب الوطني خاصة على مستوى الحدود الغربية والتي تدخل منها كميات معتبر من المخدرات وبخصوص المؤثرات العقلية فإن مصالح الدرك الوطني حجزت خلال الأربع أشهر الأولى لسنة (2008) ما يقارب (1830) حبة خاصة بالمؤثرات العقلية، وكانت الكمية لنفس الفترة من السنة الماضية تقارب (43.729) حبة، أما الكمية السنوية فهي (89.931) حبة مقابل (38.923) حبة خلال سنة (2006).

أما بخصوص مخدر الكوكايين فإن الكميات المحجوزة قليلة بالنظر إلى القنب الهندي وعلى سبيل المثال تمكن رجال الدرك الوطني في باب العسة بالحدود الغربية للوطن من حجز كمية قدرها مائتين واثنان وسبعون غراما من الكوكايين، ويقدر ثمن الغرام الواحد بـ (8000) دج، ونظرا لغلاء ثمنه فإن هذا المخدر يستهلك عادة في الفنادق الكبرى وأماكن التسلية الليلية بكل من الجزائر ووهران، ولا يستعمل إلا من طرف بعض الأوساط الثرية وكذا بعض رجال الأعمال.

(الحسين بن شيخ آث ملويا، 2010: 13، 14)

### 3- تصنيف المخدرات:

هناك عدة معايير لتصنيف المخدرات، فقد تصنف وفق اللون، وقد تصنف وفق الأثر، وقد تصنف وفق المصدر أو وفق التأثير كما يلي:

#### 3-1- تصنيف المخدرات وفق المصدر:

(1) **المخدرات الطبيعية:** وهي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها الإنسان من الطبيعة، دون إدخال تعديل صناعي عليها، وهي نباتات تحتوي على المادة المخدرة، كالأفيونات (نبات الخشخاش) الحشيش (نبات القنب الهندي)، القات، الكوكا، التبغ، الشاي والقهوة.

(2) **المخدرات المصنعة:** وهي أشباه القلويدات المستخلصة من المادة المخدرة الطبيعية بطرق صناعية مثل المخدرات المشتقة من الأفيون (المورفين، الهيروين، والكودايين) ومخدرات مشتقة من أوراق الكوكا (الكوكايين).

(3) **المخدرات الكيميائية:** وهي مواد مخدرة حضرت كيميائياً ومن أهمها:

- المنومات (الباربيتورات).
- المنبهات (الأمفيتامينات).
- المسكنات.
- المهلوسات.
- المشتقات. ( نياي موسى البداينة، 2012: 90)

(4) **المخدرات النصف تخليقية:** وهي مواد حضرت من تفاعل كيميائي بسيط مع مواد مستخلصة من النباتات المخدرة فتكون المادة الناتجة من التفاعل ذات تأثير أقوى فعالية من المادة الأصلية ومثال ذلك الهيروين الذي ينتج من تفاعل المورفين المستخلص من نبات الأفيون مع المادة الكيميائية استيل كلوريد أو اندريد حامض الخليك مورفين زائد استيل كلوريد تكون نتيجتها الهيروين.

(5) **المخدرات التخليقية:** وهي مواد تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة ويتم ذلك بمعامل شركات الأدوية أو بمعامل مراكز البحوث وليست من أصل نباتي.  
(محمد مرعي صعب، 2007: 51)

### 3-2- تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها:

يمكن تصنيف المخدرات وفق تأثيرها على الكائن الحي إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

- (1) **المثبطات (Depressant):** وهي تظم المواد القاتلة للألم أو المنومة والمهدئة والمسكنة ومنها الأفيون، قلوبات الأفيون، الهيروين. (فؤاد بسيوني متولي، 2000: 32)
- (2) **المنشطات أو المنبهات (Stimulant):** وهي العقاقير التي تسبب النشاط الزائد وعدم الشعور بالتعب لأنها تعمل على زيادة تنبيه الجهاز العصبي، وتنشط فاعليته، ولذلك يتعاطاها كثير من الشباب وأخطرها الكوكايين، والقات، واللامفيتامين.

3) المهلوسات (Hallecingon): هي المواد التي تؤدي بتعاطيها إلى الحالة المسماة بخداع الحواس حيث يحصل لدى المريض إدراك خاطئ بشيء ما مع عدم وجوده أو تشويه لشيء موجود ومن هذه العقاقير عقار (ل.س.د)، ميسكالين. (إبراهيم مختاري، 2005: 29، 30)

### 3-3- تصنيف المخدرات حسب اللون: ومنها:

- 1) مخدرات بيضاء: مثل الكوكايين والهيروين.
- 2) مخدرات سوداء: مثل الأفيون ومشتقاته والحشيش.

### 3-4- تصنيف المخدرات على حسب نوعية الاعتماد (العضوي والنفسي):

- 1) المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً مثل: الأفيون ومشتقاته كالمورفين.
- 2) المخدرات التي تسبب اعتماداً نفسياً فقط مثل: القات، عقاقير الهلوسة.

### 3-5- تصنيف منظمة الصحة العالمية وتشمل:

- 1) مجموعة العقاقير المنبهة مثل: الكافيين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات ومثل البنزين وركسي ومئتريف.
- 2) مجموعة العقاقير المهدئة وتشمل: المخدرات مثل المورفين والهيروين والأفيون ومجموعة الباربيتورات، وبعض المركبات الصناعية مثل الميتادون.
- 3) مجموعة العقاقير المثيرة للأخباريل (المغيبات) ويأتي على رأسها: القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش والماريجوانا.

### 3-6- تصنيف المواد المخدرة بحسب التركيب الكيميائي:

وهذا تصنيف آخر تتبعه منظمة الصحة العالمية يعتمد على التركيب الكيميائي للعقار وليس على التأثير به، ويضم هذا التصنيف ثمانى مجموعات هي:

- الأفيونات.
- الحشيش.
- الكوكايين.

- المثيرات للأخابيل.
- الأمفيتامينات.
- الباربيتورات.
- القات.
- الفولانيل.

وهناك عدة تصنيفات أخرى حيث هناك من يصنفها حسب قوة تأثيرها، ومنهم من يصنفها إلى مخدرات ذات تأثير كبير، ومخدرات ذات تأثير ضعيف، والمخدرات ذات التأثير الكبير هي تلك التي تحدث تأثيراً مباشراً بمجرد تناولها مثل الهيروين. (حسين علي الغول، 2011: 216، 217)

#### 4- طرق تناول المخدرات:

إن تناول الفرد لقرص من الأسبرين، عند شعوره بالصداع أمر مألوف لدى كثير من الأفراد، ويتضح أثر تناول الدواء في تأثيره في الجسم، ويقصد بتناول الدواء الآلية التي ينتقل فيها الدواء من نقطة الإدخال في الجسم إلى الدورة الدموية، وعند تناول العقار لابد من تحديد طريقة التناول، وكمية الجرعة، ونوعية الجرعة (سائل أو حبوب) وهناك عدة طرق أساسية لتناول العقار هي:

#### 4-1- عن طريق الفم:

هذه أكثر الطرق شيوعاً، ولا بد أن يكون العقار قابلاً للبلع لكي يتم تناوله عن طريق الفم، وأن يتم امتصاصه ووصوله إلى الدورة الدموية، فبعض المخدرات يتم امتصاصها مباشرة كالكحول خاصة، إذا كانت المعدة فارغة، والمخدرات يتم تناولها بشكل سائل يتم دخولها للدم بشكل أسرع من الحبوب.

#### 4-2- عن طريق الحقن:

وذلك عن طريق الحقن بالعضل، وهذا قد يكون عن طريق الأوردة مباشرة، أو تحت الجلد أو في العضل، وتؤدي هذه الطريقة إلى استجابات سريعة، مقارنة مع طريقة التناول عن طريق الفم، وذلك لسرعة الامتصاص والوصول لمجرى الدم، ولا بد من الإشارة إلى أن الامتصاص السريع



للمخدر في وقت قصير جداً وخاصة إذا كانت الجرعة كبيرة فقد تؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان، بالإضافة إلى فقدان عملية التعقيم ما قد يؤدي إلى الالتهابات أو التلوث.

#### 4-3- عن طريق الاستنشاق:

عن طريق الرئة يتم الامتصاص بهذه الطريقة بشكل سريع، ويتم نقل المواد المخدرة بشكل سريع عن طريق الرئتين. (ذياب موسى البداينة، 2012: 97)

#### 5- العقاقير التي يساء استخدامها:

**5-1- المهبطات:** مركبات مخدرة تؤثر في النظام العصبي لدى المستعمل وتزوده بالارتياح المصطنع وتؤدي إلى الإدمان، مثل الهيروين والبروبيوتيرات (أملاح حمض البريبوتيرل) والميثاكوالوان، وتستخدم من الناحية الطبية للتخفيف من القلق وسرعة الانفعال والتوتر العصبي.

**5-2- المنشطات:** مواد تؤدي إلى تنشيط أو تزيد من نشاط النظام العصبي المركزي للمستعمل مثل الأمفيتامينات، والكوكايين، والفينيميترازين (Phenmetrazone) والميثيل فينيديت (Methylphenidate) وتستخدم لزيادة التنبيه والتقليل من التعب والإجهاد والشعور بالثقة والقوة.

**5-3- العقاقير المهلوسة:** مركبات كيميائية متعددة وينتج عن استعمالها تصرفات غير طبيعية مثل الإحباط والقلق وانفصام الشخصية مثل المسكالين، والبسيلوسيبين وال.س.دي.

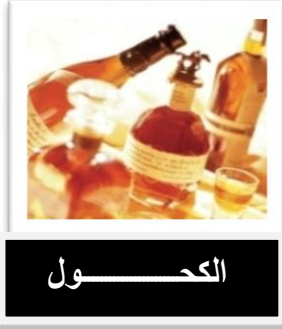
**5-4- المستنشقات:** لا تصل إلى درجة الممنوعات ولكنها كثيراً ما يساء استخدامها خاصة من قبل الشباب، وتحتوي على المواد المتطايرة والتي توجد في كثير من المنتجات مثل الغراء، الجازولين والبيوتان، وأكسيد النترóz. (الورثان عبد الرحمان عبد الله، 2010: 9، 10)

#### 6- بعض أنواع المواد المخدرة:

إن المواد المخدرة ليست حديثة النشأة فهي تتزامن مع عمر البشرية، وإن كانت بعض أشكالها وطرق تناولها يعتبر حديثاً في مجل الطب أو مجال التعاطي وتتوقع كل البحوث والدراسات المتعلقة

بهذا المجال ظهور أوجه جديدة للتعاطي والمواد المخدرة وكذا طرق الاستعمال، وفي هذا العنصر سنتناول أهم المواد المخدرة الشائعة في مجال التعاطي كما يلي:

### 6-1- الكحوليات (L'alcool):



الكحول

الكحول هو العقار الوحيد الذي يتناول عن طريق الفم حيث أنه لا يحقن ولا يدخن ولا يستنشق، والكحول مادة تنتج من تخمير السكر مع بصلات الخميرة أو البكتيريا... وكان الصينيون يطلقون على المشروبات الكحولية كلمة **جيو (jiu)** وهي كلمة يترجمها أهل الاختصاص بالنبيذ (Wine). (حسين علي الغول: 2011: 153)

ويعد الكحول الإيثيلي (**Ethul Alcohol**) أو ما يسمى الإيثانول ( $CH_3 CH_2 OH. OR$ ) من أكثر المواد السامة، وهو معروف منذ زمن بعيد، إلا أنه لم يستدل على تركيبه إلا في القرن التاسع عشر حيث كان ينتج سابقا من تخمير الفواكه. (محمد محمود بني يونس، 2008: 360)

ويعد شرب الكحول في المجتمع الغربي واسع الانتشار بين جميع فئاته الاجتماعية لأنه يعد تعبيراً عن مستوى العيش العصري، أو من متطلبات الحياة المتمدنة، يُقدم في المناسبات الاجتماعية واللقاءات الرسمية والاحتفالات الشخصية والأسرية والمجتمعية، بمعنى أن استهلاكه يكون لخدمة غرض مناسب أو احتفالي أو اجتماعي، يخضع استهلاكه أو شربه لضوابط محددة لا توصل شاربته إلى درجة السكر أو الثمالة أي ضمن ضوابط ثقافية، تحدد كمية الكحول ونوعيته حسب أصول وطريقة تقديم الطعام، وهناك من الشاربين للكحول من ينحرفون عن معايير النمط الثقافي للشرب، أو في المعايير القانونية له فيصلون إلى حالة الثمالة ويطلق عليهم مصطلح المفرطون في الشرب أو المسرفون في الشرب، حيث تصبح الكحول لديهم عادة يومية غير مرتبطة بالمناسبات مع مضاعفة لكمية الكحول وتكرار الشرب اعتماداً من شاربها حتى يصل إلى المتعة والسعادة ويعتمد الكحولي أن الإكثار من الكحول هو ما يجعله يصل إلى مرحلة النشوة. (معن خليل العمر، 2009: 254)

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان الكحولي عام (1952) أي شكل من أشكال الشراب المسكر تكون فيه الكمية المتناولة أكثر من الحد الأعلى للاستعمال التقليدي أو المؤلف أو

المسايرة المعتادة مع عادة الشرب المتعلقة بالمجتمع المحلي بغض النظر عن العوامل المسببة التي تؤدي إلى مثل هذا السلوك.

ويقول العالم الاجتماعي "روبر شتراوس" (Robert Straus) عن الإدمان الكحولي بأنه استعمال المدمن المشروبات الكحولية بدرجة تزيد على تناول المواد الغذائية أو المشروبات التي يتناولها الأفراد وهذا الاستعمال يضر بصحة الفرد ويؤثر تأثيراً سلبياً في علاقاته الاجتماعية والشخصية. (إحسان محمد الحسن، 2008: 131)

ويعاني مدمنو الكحول من حالات الجنون الدوري نتيجة غزارة الشرب وكذلك حالات الهذاء أي الحالات التي يظهر عليها الهذيان نوبات الجنون، وتأتي هذه النوبات بعد فترة طويلة من الشرب، ويعاني المريض من اضطرابات ويعجز عن توجيه نفسه مع وجود الكثير من الهلوسات أي يشبه الشخص المريض بالحمى، أحيانا يكون قادراً على الاتصال ببيئته، وأحيانا أخرى يفقد القدرة ويشعر المريض بألم شديد وتهيج عنيف، فقد يصرخ في خوف، ويضحك أو يبكي بطريقة هستيرية ويصبح من الصعب الاتصال بالمريض والتعامل معه. (عبد الرحمن العيسوي، 2005: 362، 363)

كما تصبح ذاكرته ضعيفة جداً إلى درجة أنه ينسى حتى الأحداث القريبة ويجد صعوبة في التحرك في المكان الذي يعيش فيه، وتتغير الشخصية أو تتدهور ويصبح من الصعب العيش معه إذ يصبح عصبي المزاج وسريع التهيج. (مجدي أحمد محمد عبد الله، 1996: 236)

## 6-2- الأفيون ومشتقاته:



نبات الخشخاش  
المنتج للأفيون

أول من اكتشف نبات الأفيون (الخشخاش) هم سكان وسط آسيا في السبعة آلاف قبل الميلاد، ومنها انتشر في مناطق العالم المختلفة وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان فأساءوا استعماله فأدمنوه

وأوصى حكمائهم بمنع استعماله، وقد عرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن ميلادي حيث وصفه ابن سينا لعلاج التهاب غشاء الرئة (الذي كان يسمى داء ذات الجنب) وكذا بعض أنواع المغص.

وفي الهند عرف نبات الخشخاش منذ القرن السادس للميلاد واستخدمته في تبادلاتها التجارية مع الصين إلى أن احتكرته شركة الهند الشرقية التي تسيطر عليها إنجلترا في أسواق الصين، وقد اندلعت الحرب بين الصين وإنجلترا وعرفت هذه الحرب بحرب الأفيون. (محمود السيد علي، 2012: 21)

والأفيون (Opium) هو سائل أبيض بلون الحليب نحصل عليه بشق عُلوية الخشخاش قبل نضجها. (نوربير سيلامي، 2001: 271)، فقد كان الأفيون يعرف على أنه دواء في العالم الشرقي (الهند، الصين، جنوب شرق آسيا، فضلا عن أوروبا وأمريكا)، وقد تم استخدامه قديما كعلاج طبي لبعض الأمراض. (معن خليل العمر، 2009: 255).

فالأفيون بالأصل مادة طبية تستخدم للتخدير وتسكين الألم، وهي تسبب الشعور بالحيوية والنشاط (Euphonia) والإحساس بالعافية، والأفيونات مواد مستخلصة من نبات الخشخاش المعروف منذ آلاف السنين بخصائصه المسكنة والمنومة والذي كان يستخدم في التداوي وخصوصا في بلدان الشرق الأقصى والأوسط ومن الناحية الفسيولوجية يحتوي الخشخاش على مستقبلات مختلفة في خلايا الدماغ ويحدث مشاعر مريحة.

وعلى أي حال فإن البيانات التاريخية لم تدل على استعمال الأفيون لأغراض غير طبية إلا في العصر الحديث، حيث قال الشاعر "هوميروس" الإغريقي حوالي تسعمائة سنة قبل الميلاد أن الأفيون قد انتشر في اليونان في ذلك الوقت، أما "أبقراط" فقد استعمل الأفيون أربع مائة سنة قبل الميلاد وهذا ما أكده الطبيب "جالينوس" وينسب إلى الأطباء العرب بأنهم أول من استعمل عصارة الخشخاش لعلاج حالات الإسهال، وبأنهم أول من نقلوا هذه النبتة إلى بلدان الشرق الأقصى والمعروف أن نبتة الخشخاش قد دخلت الصين في القرن السابع بعد الميلاد، واليابان في القرن الخامس عشر وفي (1680) كتب الطبيب الإنجليزي المشهور "توماس سيدنهام" عن الأفيون بقوله أن من الأدوية التي وهبها الخالق العظيم لرفع معاناته، فما من أحد منها أكثر انتشارا أو أكثر فاعلية من الأفيون.

ويعتبر الطبيب الإنجليزي "جون جونز" أول من لاحظ عام (1700) بأن توقف المتعود عن استعمال الأفيون بصورة مفاجئة، يحدث أعراضا مرعبة، وقد ظل الأفيون الخام هو المادة المستعملة

لأغراض علاجية طبية، ولأغراض غير طبية وذلك حتى عام (1803) عندما أصبح من الممكن استخلاص مادة المورفين من مستحضر الأفيون. (وليد سرحان، 2007: 230)

ويقدر الإنتاج من الأفيون في عام (2013) بحوالي (6883) طن، وهذا يعني العودة إلى المستويات التي سجلت في سنة (2011 و 2008)، إنتاج الأفيون في أفغانستان تمثل (80%) من الإنتاج العالمي للأفيون. (World Drug Report, 2014: 21)

الأفيون هو المادة العصارية المستخلصة من زهرة الخشخاش والمعروفة باسم زهرة الخشخاش الأسيوية، واسمها العلمي (Papavarum Somni Ferrum) ويتم الحصول على هذه العصاره بشق أعلى هذه الزهرة وهو الرأس الحاوي للبذور، وبعد جمع العصاره تترك لمدة أربع وعشرين ساعة لكي تجف وبعدها تجمع، وحصيلة ذلك هو الأفيون الخام، الذي يحتوي على عدد من المركبات الأفيونية والتي يبلغ عددها العشرون مركبا، وأهمها المورفين والكودايين وهناك مواد أفيونية أخرى منها ما هو مصنع من المستحضرات الطبيعية السابقة الذكر وخاصة المورفين والكودايين ومنها ما هو مصنع كيميائيا بصورة كاملة لأنها لا تحتوي على أي مادة أفيونية طبيعية ويعتبر (الهيروين) من أهم المشتقات المصنعة من الأفيون.

ويعتبر الأفيون الأب الشرعي للمهبطات ذات الأصل الطبيعي حيث يحتوي الخام منه على أكثر من (35) مركبا كيميائيا أهمها وأكثر فاعلية المورفين والهيروين والكودايين:

### 6-2-1- المورفين (Morphine):



مسحوق المورفين

هو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني "سيرتورنر" (Serturmer) سنة (1803) من فصلها عن الأفيون، وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية، ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن.

وتستخلص قاعدة المورفين من الأفيون باستعمال المواد التي تحتوي على الجبر الحي أدور كسيد الكالسيوم مع الماء والتسخين وكلوريد الامونيا ويمكن استخدام المورفين مباشرة من الجزء العلوي من

ساق نبات الخشخاش، وكذلك من ثماره قبل استخراج الأفيون منها. وقاعدة المورفين تكون على شكل مسحوق ناعم الملمس، ويعتبر المورفين المركب الأساسي للأفيون الخام، وتتراوح نسبته من (6 إلى 7%) من وزنه وهو من أقوى المواد المؤثرة في تخفيف الآلام، وقد استخدم علاجياً على نطاق واسع وهو وإن لم يتم استخدامه علاجياً تحت إشراف طبي دقيق، فإنه يحدث اعتماداً جسمانياً ونفسياً، ويتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن. (حسين علي الغول، 2011: 159)

### 6-2-2- الهيروين (Héroïne):



يُسمى في الشوارع (البودرة، السكر البني، الهيروين الصيني، لؤلؤة التين الأبيض)، فالهيروين مادة تصنع من الأفيون الذي يؤخذ من نبات الخشخاش، والهيروين الذي يصل إلى الشارع يتم غشه عدة مرات، بحيث لا يتجاوز نسبة محتواه من الهيروين عن (5%) أو (8%) فقط، والباقي هو من الشوائب وكثيراً ما تكون ضارة.

والمشكلة في الهيروين تكمن في سرعة الإدمان عليه، فخلال بضعة أيام وجرعات قليلة يصبح من الصعب التوقف عنه لأن ذلك يؤدي إلى أعراض انسحابية، وأثناء تعاطي الهيروين فإن المتعاطي يبدأ بالتحول والشحوب وينقص وزنه ويصبح يعاني من إمساك دائم، يصبح هاجسه ليل نهار هو البحث عن الجرعة التالية ويحتاط دائماً ببعض الحبوب المهدئة القوية، أو المشروبات الكحولية خوفاً من عدم حصوله على الجرعة التالية، مما يجعل حياته تدور في فلك العقار، ويهمل عمله وحياته الأسرية وبيئته وأمواله ويقترض ويستدين، وقد يسرق أيضاً. (وليد سرحان، 2012: 37)

وللهيروين خاصية عبور حاجز الدم بصورة أسرع من المورفين، مما يؤدي إلى شعور الفرد بمظاهر فعله بسرعة تفوق سرعة الشعور بمظاهر هذا الفعل مقارنة بالمورفين، وهذا ما يسرع بحدوث الإدمان على الهيروين، وينتشر الهيروين في جميع أنحاء الجسم بعد تناوله، غير أن فعله الأساسي يقع على الجهاز العصبي المركزي، ويتمثل فعل الهيروين في عمليتين: الأولى التخفيف من الألم وإزالته، والثاني إحداث شعور النشوة، ونظراً لكثرة أعراضه الجانبية فإنه لا يستعمل إطلاقاً للأغراض

الطبية، وينحصر استعماله فقط في مجال سوء الاستعمال والاتجار غير المشروع، ويقوم الكبد بحرق الهيروين بصورة كاملة، خلال خمس ساعات من تناوله. (وليد سرحان، 2007: 232)

### 6-2-3- الكودايين (Codéine):

الكودايين مثل الهيروين والمورفين من حيث وجوده في خام الأفيون ولكن نسبة وجوده تتراوح ما بين (0.5) و(0.05%) وهو يستخدم على نطاق واسع في عقاقير علاج السعال، وهو من مسكنات الآلام، وإن كانت فاعليته أقل من المورفين ويوجد في صورة بلورات في مسحوق أبيض على هيئة شراب سائل أو محلول (امبولات).

وقد اكتشف العالم "روبكويه" (Robquet) الأفيون القلوي المعروف بالكودايين سنة (1889) حيث أصبح المورفين والكودايين في منتصف القرن التاسع عشر علاجاً قد حل محل الأفيون الخام.

والكودايين يشبه في مفعوله المورفين ويوجد في ثمرة الخشخاش، ولكن فاعليته تعادل من ربع إلى سدس فعالية المورفين، ولذلك يعتبر تأثيره في تسكين الألم أقل من تأثير المورفين، كما يتحول جزء من الكودايين إلى مورفين في الجسم وتسبب جرعات الكودايين الكبيرة الهياج العصبي بدلاً من الاسترخاء والنوم وقابليته لإحداث الاعتماد الأقل من المورفين.

والكودايين يستخرج من الأفيون ولكنه مركب طبي معروف يستعمل مسكناً للآلام والتقلصات وأيضاً في تسكين السعال إلا أنه أضعف في تأثيره من المورفين ولكنه أيضاً يسبب الإدمان... ومدمنو الكودايين يشربون كميات كبيرة من أدوية السعال التي تحتوي على الكودايين، ويعتمد عمله إلى حد بعيد على الجرعة المأخوذة منه، ويقال إن آثاره الجانبية أقل من الآثار الجانبية لمعظم المسكنات القوية، أما من حيث استعماله بطريقة منحرفة فإن خطره الرئيسي يكمن في قدرته على أن يرتبط بمخدرات أخرى فيحدث هبوط خطر في التنفس.

وهذه الأدوية على اختلاف أنواعها والتي يدخل في صناعتها المورفين ومشتقاته وبأي نسب كانت تعتبر مواد مخدرة إذا أسيء استعمالها وأخذت بدون استشارة طبية وخاصة إذا تم خلطها بعقاقير أخرى محدثة للإدمان، وبذلك فإن عدم تناول أي عقاقير أو أدوية تحتوي مواد أفيونية إلا باستشارة

الطبيب المختص وعدم الاعتماد على هذه الأدوية لمدة طويلة، حيث الاعتماد عليها لفترة طويلة يسبب نوعاً من الاعتماد، وقد تم تصنيع عدة عقاقير مشتقة من الكوديين بعضها أقوى من الكوديين وبعضها أقل من ناحية المفعول، ولكل واحدة منها خصائص تجعلها مرغوبة للاستعمال الطبي في حالات معينة. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 174)

### 6-3- القنب (Cannabis):



صورة أوراق نبات القنب

القنب هو النبات الذي يعرف باسم الحشيش أو الماريجوانا (Marihuana) وهو نبات حولي شجيري يبلغ طوله من (1-5) أمتار ينمو برياً أو طبيعياً ومن الممكن زراعته في أي جزء من أجزاء العالم، وللنبات أغراض عدة فهو مصدر مهم للألياف والبذور تستخدم غذاء للطيور، وزيت البذور يستخدم في بعض أنواع الطلاء، أما الأوراق والقمم الزهرية والمادة الراتنجية المستخرجة منه فإنها تحتوي على مركبات فعالة لها تأثيرات سيكوفارماكولوجية على الإنسان بعد تدخينها أو تعاطيها. (زين العابدين مبارك، 1986: 23)

لقد عرف هذا النبات منذ فجر التاريخ، وكانت زراعته في بادئ الأمر تقتصر على الانتفاع بأليافه في عمل الحبال ونسج الأقمشة، كما كان يستعمل أيضاً من قبل السحرة وكهنة المعابد وزعماء بعض الطوائف الدينية وذلك للتأثير به على عقائد العامة ونفسياتهم.

ونتيجة للتجارب والبحوث العلمية تبين أن قيمته العلاجية ليست ذات أهمية، وأصبح استخدامه في معظم أنحاء العالم مقصوراً على التعاطي، وتشير الدراسات العلمية إلى أن عقار الماريجوانا يحتوي على (421) مادة كيميائية تنتمي إلى (18) صنفاً كيميائياً.

ويستعمل الحشيش على شكل شراب أو طعام في بلدان العالم الشرقي، وهو في الغالب لا يستعمل نقياً بسبب السم الموجود فيه وغلاء سعره، ولذلك يستعمل الحشيش مخلوطاً مع مواد أخرى مثل الحنة أو اللبان والعسل الأسود ويتعاطاه المدمنون. (عوني عدنان حسين، 2001: 137)

وينمو القنب في (172) دولة على الأقل وفي مساحات بسيطة في كثير من الدول، وبعض هذه الزراعات يقوم بها المدمنون أنفسهم، والمغرب هي الدولة الأكثر إنتاجاً لراتنج الحشيش في العالم



و(70%) من راتنج الحشيش الذي يتم تعاطيه في أوروبا مصدره المغرب وقد أسفرت الجهود التي تقوم بها حكومة المغرب بالتعاون مع بعض الدول والمنظمات الدولية عن انخفاض المساحة المزروعة بالمغرب من (134) ألف هكتار سنة (2003) إلى (72.5) ألف هكتار عام (2006).

(عيد محمد فتحي، 2009: 26)

والحشيش أخص أنواع المخدرات، حيث يستعمل عن طريق التدخين مثل الأفيون، فالمدمنون يطلقون عليه اسم (à joint) إذا كان ملفوفاً في صورة سيجارة، فإذا لم يكن كذلك سموه (Grass) وهو في الحقيقة أزهار نبات القنب، أما في بلاد المشرق، فإنهم يسمونه بعقار الحشيش أو **جانجا** وهم يدخنونه أو يعضونه أو قد يتناولونه بالفم في صورة شراب أو مع الحلويات. (وليد سرحان، 2012: 41)

ومن بين تأثيرات القنب على متعاطيه أنه يشعر أن الزمن قد توقف وتختل الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة، وكذلك الانتباه والتركيز فيبدأ المتعاطي في التخيل ويخطئ في تفسير ما يدركه بحواسه، وتتأهب الهلوسات البصرية والسمعية، ومن يتعاطون المارجوانا يعانون من اضطرابات عقلية ظاهرة، و يشكون من ضعف في الذاكرة وعدم القدرة على التركيز، واضطرابات في الجهاز التنفسي وزيادة ضربات القلب وتهيج الشعب الهوائية وانتفاخ الرئة. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 68)

#### 6-4- الكوكايين (La Cocaine)



الكوكايين

هو منبه قوي للجهاز العصبي المركزي، يصنع من أوراق نبتة (أرثيروكسيلون كوكا) التي تنمو في أمريكا الوسطى والجنوبية وعلى الأخص في البيرو وبوليفيا، حيث تنتشر في الوديان الدافئة، وتعطي هذه النبتة في الظروف الملائمة محصولها خمس مرات في السنة وتعيش حوالي (40) عاما والكوكايين واحد من أقدم العقاقير المعروفة ويعود تاريخ

استعماله المسجل إلى سنوات طويلة، ومن أقدم ما استعملت فيه نبتة الكوكا كانت الطقوس الدينية وكانت تستعمل في التسبب في غيبوبة التأمل كوسيلة للاتصال مع الطبيعة وقصرت استعمال الكوكا على النبلاء والكهنة في قبائل الأنكا. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005: 370)

ويزرع الكوكايين بأسعار عالية في العالم ويكون على شكل حجري أو رقائق والأكثر شيوعاً على شكل مسحوق، وفي الشكل النقي يكون مسحوقاً أبيضاً يبدو كالسكر، من الممكن استنشاقه كمسحوق أو يحضر على شكل محلول يؤخذ بالوريد.

ومن أهم آثاره الشعور بالنشوة والإثارة، والطاقة، والتفاؤل ومدة مفعوله قصيرة مما يتطلب استعماله على فترات متقاربة، لكن مع طول استعماله يؤدي إلى الهلوسة والعجز الجنسي، والأرق وأوهام الإشارة للذات والتوهم بالاضطهاد. وفي الجرعات العالية يولد لدى المتعاطي شعوراً خادعاً بالعظمة والقوة العالية والهلوسة مما يمكن أن يجعله خطيراً في تصرفاته، وفي هذه الجرعات قد يؤدي إلى توقف عضلة القلب.

والكوكايين يؤدي إلى الاعتماد النفسي وقد يصل إلى إساءة الاستعمال القاتلة وفي المراحل المتقدمة من استعمال هذا السم فإنه يؤدي إلى حالة من الذهان التي تشبه الفصام العقلي فيبدأ المتعاطي بتخيل صور وأصوات غير موجودة، كما يتوهم أنه عظيم وذو شأن وأن هناك مؤامرات محلية ودولية تحاك ضده، وأنه مراقب في كل تحركاته، وهذا قد يؤدي إلى تصرفات غريبة بناءً على هذه الأوهام. (وليد سرحان، 2007: 19)

## 6-5- القات (Le Cath):



ورق القات

ينتمي القات علمياً إلى العائلة النباتية (Celattdacea) واسمه العلمي (Catha. Adulis) نسبة إلى العالم الذي أجرى بحوثه على القات عام (1786) "بير فورسكال" (Per Forsskal)، والقات شجرة دائمة الخضرة من نفس فصيلة الشاي التي تنمو في المناطق المرتفعة من شرق إفريقيا. (أحمد مطهر عقبات، 2008: 19)، ويتراوح طول شجرة القات بين خمسة وعشرة أمتار وأوراق الشجرة بيضاوية مدببة وتقطف للمضغ وهي صغيرة السن يبلغ عمرها أياماً أو لا يزيد عن أسابيع قليلة.

ويرى بعض المؤرخين أن القات أول ما وجد في منطقة تركستان أو أفغانستان، ويعتمد هذا الرأي على ما ذكره "البيروني" في "كتاب الطب" وجاء فيه أن القات شيء مستورد من تركستان، طعمه حامض... ولون القات أحمر مع رثة من السواد... وهو يبرد الحمى... ويريح الصفراء ويبرد المعدة

والمصران، ويبدو في حدود الوثائق التاريخية القليلة المتوافرة حول الموضوع، أن شيوع عادة مضغ أوراق القات في منقطة جنوب البحر الأحمر (وبوجه خاص في اليمن والحبشة) يرجع إلى حوالي القرن الرابع عشر الميلادي، وقد ورد ذكر ذلك في وثيقة تاريخية حبشية (مكتوبة باللغة الأمهرية) تصف حملة تآديبية قام بها جنود الملك المسيحي "عمدا سيون Amda Seyon" (من الحبشة) ضد الملك المسلم صبر الدين (في اليمن)، وتؤرخ هذه الوثيقة بالعام (1330م)، كذلك يرد ذكر القات في كتاب لمؤرخ عربي يدعى "ابن فضل الله العمري" كتب بين سنتي (1342-1349م)، وفيه يورد الكاتب قصة عن كيف ورد القات (بعادات مضغه) من الحبشة إلى اليمن، كما يشهد "المقريني" في رسالة له بعنوان "الإمام بأخبار من في أرض الحبشة من ملوك الإسلام"، وقد عاش ما بين (1364 و1442م) بوجود شجرة من أرض الحبشة، تسمى بالقات، وهي شجرة لا تعطي فواكه، ولكن السكان يأكلون أوراقها الصغيرة... هذه الشجرة تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والشهوة والنوم...، ويبدو أنه ثار جدل بين اليمنيين خلال القرن السادس عشر الميلادي حول ما إذا كان يسري على القات ما يسري على الخمر من تحريم باسم الدين، فلجأوا إلى استفتاء أهل الفتوى، وكان من بين هؤلاء شهاب الدين أحمد بن محمد بن علي بن حجر الهيثمي السعدي، وكان مقيماً في مكة عاش بين (1504 و1567 أو 1587م)، وقد استشكل أمره عليه على اثر تباين أقوال متعاطيه بين قائل بتخديره وقائل بأنه لا يؤثر على الجسم... "فنتج عن هذا كله أن لا طريق لنا إلى العلم بحقيقته إلا مجرد الخبر المتواتر من متعاطيه بما يجدونه منه، ولم يتم لما علمت من الخلاف والاختلاف، إذ القائلون بالحل ناقلون عن عدد متواتر أنه لا ضرر فيه بوجه، والقائلون بالحرمة ناقلون عن عدد متواتر أنه فيه آفات ومفاسد منها أنه مخدر ومغيب ومسكر ومطرب، فأحد الخبرين كاذب قطعاً مع رعاية العموم سلباً وإثباتاً. وقد استمر الجدل حول موجبات تحريم القات أو حله ولا يزال مستمراً حتى الوقت الحاضر.

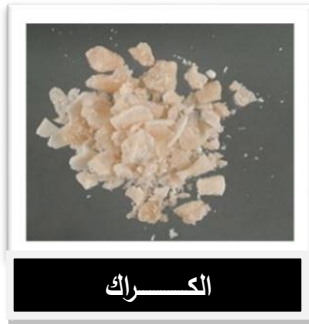
وتشير دراسات كثيرة حول التاريخ الاجتماعي لتعاطي القات في اليمن إلى أنه مر بمرحلة بداية تاريخه خلال القرنين الثالث عشر والرابع عشر كان مقترناً فيها بالشرائح الفقيرة في المجتمع غير أنه اتجه بعد ذلك تدريجياً إلى الاقتران بالشرائح الغنية ذات النفوذ، وفي ذلك يقول "سيرجنت" (R.B.Serjeant) وهو أحد أعلام الدارسين للحياة اليمنية إن القات كان مقبولاً وكان تناوله شائعاً بين الصفوة الحاكمة في القرن الثامن عشر، وهو ما نستنتجه من سيرة أحد أحفاد الإمام "المتوكل

إسماعيل" الذي كان يحب نعيم الحياة كما يحب الأدب... وكان يتجه إلى الخلوة أحياناً للتعبد والصلاة، وكان مولعاً بأكل القات"، وهناك دراسات متعددة تابعت التغيرات التي كانت تطرأ من حين لآخر على ثمن القات في السوق المحلية نتيجة لتغير مكانة متعاطيه. (مصطفى سويف، 1996: 40، 41)

ولقد حاولت كل الدول المعروفة بانتشار القات فيها (العربية والإفريقية) في أوقات مختلفة أن تكافح انتشار القات، ولكن المحاولات باءت بالفشل لأسباب متعددة منها انتشار القات في تلك الدول والذي كان أقرب إلى الظاهرة الاجتماعية منه إلى الانتشار الوبائي الإدماني - خاصة في اليمن.

فتعاطي القات يعمل على استثارة تأثيرات فسيولوجية شبيهة بما تحدثه الامفيتامينات مثل ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل سرعة التنفس، سرعة ضربات القلب وخفقانه، اتساع حدقة العين، ارتفاع درجة الحرارة والعرق وأرق، قلق وسلوك عدواني، وإن كان القات يحدث زيادة في إنتاج الفرد فهو يخلف أضراراً صحية كثيرة. (حسين على الغول: 2011: 184، 185)

## 6-6- الكراك (Crack):



حدث تطور جديد في عالم الكوكايين وذلك في مطلع الثمانينات عندما ابتدع أسلوب جديد لتعاطي هذا المخدر اللعين الذي بدأ لأول مرة في أخذه عن طريق التدخين ثم عن طريق الشم والاستنشاق والحقن الوريدي، وقد سمي هذا الأسلوب بكلمة المفرقع (Crack) لأنه سريع التأثير وقوي جداً ويحدث الإدمان بسرعة، وقد سمي بالكراك لأن راسب

بكربونات الصوديوم الموجودة فيه تحدث فرقة عند تدخينه، ويعاني مدمنو الكراك من شدة الإحباط والتهيج وجنون العظمة واحتقان الشعب الهوائية والسعال المزمن واضطرابات عقلية والشعور بالاضطهاد والخوف الدائم ونقص الوزن، كما أن تعاطي الكراك يؤثر على الرئتين ويسبب انفخهما والجرعة الزائدة تؤدي إلى توقيفهما تماماً، تناوله يؤدي إلى الإدمان السريع، ومن ثم يصعب الإقلاع عنه ولو بعد يوم واحد من بدء تعاطيه. (فضيلة خطر، 2014: 12)

## 6-7- المهلوسات (Les Hallucinogènes):

يرى "Ungerleider de Angelis" أن مصطلح المهلوسات يستخدم للإشارة إلى مجموعة من المواد النفسية التي تثير عند من يتناولها بعض الهلوسات دون أن يصاحبها هذيان أو تخميد أو تنبيه كتأثير بارز و يشار بمصطلح الهلوسة إلى أي تنبيه حسي نوعي دون وجود منبه محسوس ملائم ومن ثم فهناك هلاوس بصريه وسمعية وشمية ولمسية ويفضل البعض تسمية هذه المواد بالمخادعات وذلك على أساس أن آثار هذه المواد المهلوسة بالمعنى الدقيق للكلمة لا تحدث إلا نادرا أما ما يحدث في كثير من الأحيان نتيجة لتناولها فهو الخدع البصرية والسمعية. (مصطفى سويف، 1996: 42)

ويعرف البعض عقاقير الهلوسة بأنها مواد إذا تم تعاطيها بجرعات معينة وليس بجرعات زائدة- فإنها تخلق اضطرابا شديدا في الإدراك الحسي، وغالبا ما يكون مصحوبا بأنماط الهلاوس وعادة ما تمارس هذه المركبات تأثيرا كبيرا على الفكر والمزاج والسلوك، وتماثل هذه الصور المختلفة من التأثير الاضطرابات التي تحدث في حالات الذهان، وتتصف التغيرات النفسية التي تحدثها هذه المركبات بأنها تكون أساسا في صورة تحلل تركيب الذات أي المرور بخبرات وأفكار ومشاعر الفرد خارج الوعي، فالعقاقير المهلوسة إذا هي مجموعة من مواد متجانسة، تحدث اضطرابا وخلا في التفكير والإدراك، وتنتج عنها هلاوس وتخيلات بحيث يتصور المتعاطي أن له قدرة خارقة أو على العكس يصاب أحيانا بفرع شديد واكتئاب بسبب ما يراه في أوهامه وتخيلاته مما قد يؤدي به إلى الانتحار. (حسين علي الغول، 2011: 187)

وترجع بعض العقاقير المهلوسة إلى أصل نباتي وتتواجد في البيئة مثل نبات القنب والذي سبق وأن تعرضنا له في هذا الفصل، فهناك بعض النباتات الطبيعية التي تدخل في تركيب العقاقير المهلوسة ومنها:

## 6-7-1- الميسكالين (La Mescaline):



مسحوق الميسكالين

الميسكالين هو المادة الفعالة في نبات ينمو في الشمال الشرقي للمكسيك وفي مناطق الجنوب الغربي للولايات المتحدة، وهو نوع من نبات الصبار (Lophophora Willia) يعرف باسم (Peyot Cactus) وكان المكسيكيون يطلقون عليه فاكهة الآلهة، كما يسمى أيضا

(Mescolero Apoche) نسبة إلى قبائل الأباشي. وهذا النبات مصدر أساسي لعقار الهلوسة الميسكالين، وكان الهنود يستخدمونه للمرور بحالة من الهلوس خلال طقوسهم الدينية، ولأغراض علاجية، ذلك خلال أواخر القرن التاسع عشر وهناك احتمال باستخدامه لعلاج الذبحة الصدرية ومنتشط لعملية التنفس ومقوٍ للقلب وقد درس احتمال استخدام المسكالين في علاج الإدمان الكحولي والعصاب النفسي، والاضطرابات العقلية، إلا أن نتائج هذه البحوث ليست حاسمة.

والميسكالين واحد من القلويدات الموجودة في صبار البيوت، وهو المسؤول عن الهلوسة البصرية التي تحدث عندما يأكل المرء البيوت، ويحتوي البيوت على قلويدات أخرى غير المسكالين ويمكن تسويق الميسكالين كمسحوق أو كبسولة جيلاتيني أو على شكل سائل مما يجعل في الإمكان استنشاقه أو ابتلاعه، أما البيوت فيؤخذ بواسطة الفم أو على شكل أزهار عن تاج الصبار المجفف البني اللون، ويمضغ أو يمتص.

وتبدأ الهلوسة البصرية بمشاهدة أشكال هندسية أولاً ثم تظهر مشاهد ووجوه مألوفة تتبعها مشاهدة أجسام غير مألوفة، ويلجأ المتعاطي إلى أخذ المزيد من جرعات الميسكالين لتوفير مزيد من الرضا النفسي، وتتسأ عن تكرار استعمال الميسكالين ظاهرة التحمل وهناك نوع من التحمل المتبادل (Cros Tohrans) بين كل من الميسكالين وحامض الليسيرجيك (L.S.D) والزايوسين، بمعنى أنه ما إن ينمو لدى المتعاطي لأحد هذه العقاقير حتى ينمو في نفس الوقت تحمل للعقارين الآخرين. (حسين علي الغول، 2011: 193، 194)

### 6-7-2- حامض اليسيرجيك (L.S.D) :



أشكال عقار الهلوسة LSD

عقار الهلوسة (أل.أس.دي) هو مادة كيميائية صنفت ضمن المهلوسات وهو من أقوى وأكثر عقاقير الهلوسة تغييراً للحالة المزاجية للمتعاطي، وقد تم تصنيعه لأول مرة عام (1938) بواسطة الكيميائي السويسري "ألبرت هوفمان" في مختبر (برات شركة ساندوز) في بازل بسويسرا، حيث صنع من حمض اليسيرجيك، الموجود في مادة الأيروجوت الناتجة من نمو نوع من الفطريات على الجاودار (نوع من أنواع الشعير) والحبوب الأخرى.

وحامض الليسرجيك ثنائي إيثيل أميد أو اختصارا (L.S.D)، المعروف أيضا باسم ليسرجيد (Lysergide) ويعرف بالعامية حامض (Acide)، وهو من العقاقير نصف تخليقية من مجموعة الأيرجولين (Ergoline) حيث أن الأيرجولين مركب كيميائي يحتوي تركيبه على حامض الليسرجيك من أشباه القلويات من مجموعة أندول، وتستخدم مشتقات الأيرجولين سريريا بغرض تضيق الأوعية الدموية وفي علاج الصداع النصفي (التي تستخدم مع الكافيين) ومرض باركنسون.

(محمود السيد علي، 2012: 127، 128)

وحامض الليسرجيك ثنائي إيثيل أميد أو اختصارا (L.S.D)، معروف جيدا بآثاره النفسية التي يمكن أن تشمل تغيرا في العمليات العقلية مثل التفكير، وتغيرات في المرئيات سواء كانت العين مغلقة أو مفتوحة، أو تغييرا في الإحساس بالوقت، ويحدث عقار الهلوسة (L.S.D) تغييرا في الأحاسيس والمشاعر بصورة أكثر جذرية عن العلامات العضوية في المتعاطين له حيث يشعر المستخدم لعقار (L.S.D) بأحاسيس وعواطف مختلفة في وقت واحد أو يشعر بتأرجح سريع من عاطفة لأخرى، وإذا أخذ بجرعات كبيرة كافية ينتج عنها أوهام وهالوس بصرية ويتبدل شعور المتعاطي بالزمن، كما تتداخل الحواس المختلفة حيث يشعر المتعاطي بسماع الألوان ورؤية الأصوات ويصاب بنوبات رعب وارتباك من تلك التغيرات المخيفة، كما يعاني بعض متعاطيه من التجربة القاسية من خلال الأفكار المرعبة ومشاعر اليأس والخوف من فقدان السيطرة على أنفسهم. (محمود السيد علي، 2012: 130)، بالإضافة إلى عدم استقرار الحركة وبالذوار والنشاط الشديد والصور الخيالية الغريبة في مرونتها وحيويتها، وتشوه الإدراك والشعور بثقل الجسم وصعوبة الحركة والحديث. (عباس محمود عوض، 1999: 223)

## 6-8- الباربيتيورات (Barbiturates):



أشكال الباربيتيورات

الباربيتيورات "السترة الصفراء" و"الشياطين الحمر" من العقاقير التي تعمل على تثبيط الجهاز العصبي المركزي وبسبب ذلك فتلك العقاقير لها تأثيرات واسعة من التهدئة والتسكين المعتدل إلى التخدير وبعض تلك العقاقير تستخدم كمضادات للتشنجات وبذلك فإنه يمكن استخدام الباربيتيورات كمومات ومهدئات ومضادات للتشنجات وفي

التخدير، مع أنها معروفة كحبوب منومة. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 177)

ومجموعة الباربيتورات مشتقة من حمض الباربيتوريك ( $C_4 H_4 O_3 N_2$ ) وقد استخدمت لأول مرة في الطب في أوائل القرن الماضي في ألمانيا سنة (1903) وتم تحضيرها من اليوريا وحمض المالونيك، وأصبحت معروفة شعبيا في الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي أوائل (1960 و 1970) لعلاج القلق، والأرق، والخواص المختلفة لأنواع الباربيتورات تعتمد على المجموعات الجانبية المرتبطة بحلقة حمض الباربيتوريك. (محمود السيد علي، 2012: 155)

تسبب الباربيتورات مشاكل للمرضى المتعاطين لها حيث تتطور قدرتهم على تحمل العقار وعلى ذلك يحتاجون لجرعات أعلى لإعطاء نفس التأثير السابق الذي حدث بجرعات أقل، كما أن الجرعة المميته لا تكون كبيرة جدا عن الجرعة العلاجية أي أن الفرق بين الجرعة المميته والجرعة العلاجية لا يكون كبيرا بصورة واضحة ما يشكل خطرا على المرضى، وتلك العقاقير تشكل خطرا حقيقيا وقد استخدمت في ثمانينيات القرن الماضي بشكل كبير في حالات الانتحار.

والباربيتورات تسبب إدمانا واعتمادا نفسيا وعضويا وتؤدي إلى أعراض انسحاب عضوية في حالة التوقف عن تعاطي العقار، ويمكن أن تتمثل هذه الأعراض في رعشة وقلق وضعف وأرق وغثيان وقيء وهذيان أو نوبات صرع كبرى وسكتة قلبية، الموت يمكن أن يكون نتيجة لتلك النوبات أو نتيجة السكتة القلبية.

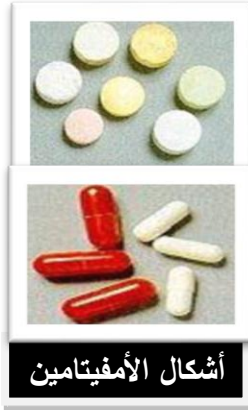
الباربيتورات استخدمت لمدة طويلة كمهدئات ومنومان ومزيلات للقلق، وقد حل محلها الآن البنزوديازيبينات إلى حد كبير لعلاج تلك الأعراض، وذلك لأن البنزوديازيبينات أقل إدمانا وأقل إحداثا للوفاة عن طريق هبوط في الجهاز العصبي المركزي. والآن أصبح (10%) من جميع الوصفات المهدئة والمنومة في الولايات المتحدة الأمريكية هي للباربيتورات.

لا تزال الباربيتورات تستخدم على نطاق واسع في التخدير الجراحي، ويستعمل الفينوباربيتال كمضاد للتشنجات لأولئك المرضى الذين يعانون من اضطرابات تشنجية مثل نوبات الصرع الحموية وفي حالات الصرع وتشنجات الحمل والوضع. ويمكن استعمال الباربيتورات مثل بنتوباربيتال الصوديوم (Sodium Pentobarbital) في الإعدام بالحقنة المميته كما يحدث في بعض أساليب الإعدام في أمريكا وهذا ما يسمى لديهم بالقتل الرحيم يوثانازيا (Euthanasia)، كما يستعمل



الثيوبينثال في بعض البلدان في التحقيقات مع المتهمين لأنه يجعل المتهم يدلي بكل اعترافاته ويسمى  
مصل الحقيقة (Truth Serum). (محمود السيد علي، 2012: 158)

### 6-9- الأمفيتامين (Les Amphétamines):



تم تصنيع مادة الأمفيتامين لأول مرة سنة (1887) ولكنها لم تستخدم  
طبيباً إلا في سنة (1930) عندما لاحظ الطبيب "بنيس" (Piness) أنها ترفع  
ضغط الدم، وفي سنة (1933) لاحظ "أليس" أنها تمدد الشعب الهوائية وتنبه  
الجهاز العصبي المركزي، وقام "برينترميثال" و"بلومبرج" سنة (1935)  
باستخدامها في علاج مرض النوم المفاجئ (Narcolepsy) وسوقت لأول  
مرة تحت اسم **بنزدرين** ثم توالى بعد ذلك تصنيع المنشطات من نوع  
الأمفيتامينات مثل الديكيدرين والميثيرين والفينميترازين والريتالين المنشط في  
مفعوله والذي لا ينتمي كيميائياً إلى مجموعة مفيتامين. (عادل الدمرداش، 1978: 121)

وفي عام (1937) أصبح الأمفيتامين متاحاً كوصفة طبية على شكل أقراص والتي استخدمت  
في علاج اضطرابات النوم وتم استعماله على نطاق واسع أثناء الحرب العالمية الثانية لاستعماله  
للحفاظ على استمرارية المقاتلين في القتال لفترات طويلة بدون الشعور بالتعب.

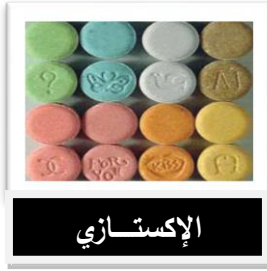
وبصفة عامة يعتمد استخدامها على الحاجة إلى التيقظ والانتباه وفرط النشاط وعدم النوم.  
والميثيل أمفيتامين له قوة إدمان كبيرة ومحفز قوي ويؤدي إلى فقدان في الذاكرة كما يؤدي إلى العنف  
والفظاظة والسلوك غير السوي وإلى تلف في الجهاز العصبي ويزيد من احتمالية الإصابة ببعض  
الأمراض مثل التهاب الكبد والإيدز.

ولأن الميثيل أمفيتامين يصنع من مواد رخيصة ومتاحة وأصبحت سهلة شجع ذلك بعض من  
يتعاملون مع هذا النوع من المخدرات إلى تصنيعه خلف الأبواب المغلقة ما أدى إلى ظهور منتج غير  
نقي ويحتوي على الكثير من المواد الداخلة في التفاعل والضارة.

كما أن الميثيل امفيتامين يكون من الخطورة بمكان لو أنه خلط بالكوكايين أو الكراك أو  
الحشيش أو الكحول. ويأخذ الأمفيتامين شكل حبوب وكبسولات أو قطع كريستال صافية أو بودرة.

(مظلوم محمد جمال ، 2012 : 45)

## 6-10- الإكستازي (Ecstasy):



الإكستازي أو عقار النشوة هو مخدر منشط معروف أيضاً باسم الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين والذي عادة ما يتم تعاطيه على شكل كبسولات أو حبوب، ولقد تم تركيبه أول مرة في عام (1912) في ألمانيا، وكان في البداية بهدف الاستعمال لأغراض طبية، ولقد كان استعماله محدوداً إلى أن ارتبط بمجتمعات وثقافات الرقص والمجون في الولايات المتحدة الأمريكية في الثمانينات، حيث تم تسجيل تعاطيه بشكل واسع الانتشار بحلول أوائل التسعينيات وفي حين أن الإكستازي هو الاسم الأكثر شيوعاً إلا أن الاسم الكيميائي الحقيقي له هو الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين، وهو غالباً ما يتم اختزاله بإضافة مواد ومركبات كيميائية ضارة قبل أن يصل إلى سوق المخدرات، حيث أنه لا توجد طريقة لمعرفة ما تحتويه حبة الإكستازي بالتحديد وما هي نسبة مكون الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين في الحبة، وتشمل أثاره الرئيسية زيادة الثقة وزيادة الطاقة والنشاط الزائد والشعور بالإشفاق على الذات وعلى الآخرين.

والإكستازي لا يسبب الإدمان مادام المتعاطي لا يشعر بالاشتياق الجسدي للمخدر، ولكنه قد يحدث تحملاً لآثاره، الأمر الذي يتطلب تعاطي كميات أكبر للحصول على نفس النشوة، ولهذا الغرض هناك العديد من الحالات المسجلة لإدمان مخدر الإكستازي، وبالأخص بين من لديهم ميولات إدمانية بشكل عام.

ويرتبط الإكستازي بعدد من الآثار الجانبية السلبية، فبمجرد تلاشي الآثار الأولية تبدأ هذه الآثار الجانبية في الظهور، وتشمل الاكتئاب والتعب والأرق والدوار وعدم القدرة على التركيز، وقد تستمر هذه الأعراض عدة أيام بعد تعاطي المخدر، وقد تتفاقم وتصبح أكثر حدة، ويتعرض متعاطو الإكستازي أيضاً بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بالجرعات الزائدة وبالأخص عندما تستغرق آثار حبة الإكستازي وقتاً أطول من المتوقع لتصبح ظاهرة، ما يجعل المتعاطين يتناولون جرعات أكثر بكميات أكبر، ويمكن أن تسبب الجرعات الزائدة في أسوأ الظروف تلفاً في الدماغ، وقد تحدث الوفاة.

(فضيلة خطر، 2014: 12)

والإكستازي واسع الانتشار عالمياً، ويبدو أنه يتزايد في معظم المناطق، حيث بلغ انتشار معدل الإكستازي (19.4) مليون نسمة عام (2011)، أي (0.4) بالمائة من السكان. (تقرير المخدرات العالمي، 2013: 05)

### 11-6 - البنزوديازيبين (Benzodiazépine):

وهو من أشهر العقاقير المسكنة والمنومة شيوعاً، وهي لا تؤدي للنوم أو النعاس، لكنها تؤدي إلى التخفيف من مشاعر القلق، فهي إحدى مضادات القلق، وتشمل (XANAX) الفاليوم (Valium) والليبريم (Librium)، وهي تؤدي للاسترخاء والهدوء. وهي أقل من الباريتيوريت في إحداث الهبوط في الجهاز التنفسي، وأقل في إحداث الموت المفاجئ، لكن الاستخدام المفرط لها يؤدي إلى الاعتماد عليها جسماً ونفسياً، وتشير التقديرات أن (1%) من الراشدين الأمريكيين يعتمدون عليها كعقار مضاد للقلق. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 204)

وتعتبر البنزوديازيبينات من العقاقير النفسية المهدئة والتي تدفع إلى النوم وقد اكتشفت بالصدفة من قبل الدكتور الكيميائي النمساوي الجنسية "سترنباش ليو" (Sternbach Leo) في عام (1955) الذي كان يعمل في شركة هوفمان لاروش للأدوية وقد أتيحت للتداول سنة (1960)، من قبل شركة (هوفمان لاروش).

البنزوديازيبينات تعزز وتقوي من تأثير الناقل العصبي حمض جاما أمينوبوتيريك جابا (GABA) والذي ينتج عنه تأثير مهدئ ومنوم، مزيل للقلق، مضاد للتشنجات، مرخ للعضلات وله فعل يؤدي إلى فقدان الذاكرة. وهذه الخصائص تجعل البنزوديازيبينات مفيدة في علاج القلق، والأرق، الهياج، نوبات الصرع، التشنجات العضلية، وفي علاج أعراض انسحاب الكحول وكدواء يعطى للتهديئة وإعداد المريض للتخدير العام في العمليات الطبية أو طب الأسنان. وتصنف البنزوديازيبينات إما قصيرة أو متوسطة أو طويلة المفعول، وتفضل البنزوديازيبينات القصيرة والمتوسطة المفعول لعلاج الأرق، وينصح بالبنزوديازيبينات طويلة المفعول لعلاج القلق. (محمود السيد علي، 2012: 160)

بشكل عام البنزوديازيبينات آمنة وفعالة على المدى القصير، على الرغم من أنها تؤدي إلى حدوث خلل في الإدراك والتأثيرات المتناقضة مثل السلوك العدوانى الفاضح وهو مصطلح في علم

النفس يستخدم لوصف عدم وجود ضبط النفس الذي يتجلى في العديد من الطرق، بما في ذلك عدم احترام التقاليد الاجتماعية والاندفاع، وسوء تقدير المخاطر.

وزيادة الاستخدام طويل الأمد أمر مثير للجدل بسبب المخاوف من الآثار السلبية النفسية والعضوية ولأن البنزوديازيبينات تسبب زيادة التحمل والاعتماد العضوي، وبناء على ذلك فإن الإقلاع عن التعاطي بعد استخدامها على المدى الطويل يؤدي إلى متلازمة الانسحاب، ونظرا للآثار السلبية المصاحبة لاستخدام البنزوديازيبينات على المدى الطويل فإن انسحاب البنزوديازيبينات بشكل عام يؤدي إلى تحسين الصحة البدنية والعقلية، أما كبار السن فهم معرضون لخطر متزايد من الآثار السلبية لتأثيرات البنزوديازيبينات ذات المدى القصير والطويل.

تستخدم البنزوديازيبينات بواسطة متعاطي المخدرات للترويج عن النفس، حيث يرتفع معدل الوفيات بين المتعاطين للعديد من المخدرات والبنزوديازيبينات. كما أن الاستعمال الكثيف للمشروبات الكحولية يزيد أيضاً من معدل الوفيات بين متعاطي المخدرات المتعددة.

حيث يؤدي الاستخدام طويل الأمد للبنزوديازيبينات إلى كل من الاعتماد البدني والنفسي. وقد تظهر متلازمة الانسحاب بعد أقل من ثلاثة أسابيع من الاستخدام المتواصل، وتنتج أعراض الانسحاب الحادة مثل الاكتئاب، والقلق ونوبات الذعر، والخوف من الأماكن المكشوفة في حالة التوقف عن التعاطي.

## 6-12- البن والشاي (الكافين Caffeine):



تناول القهوة والشاي بمقادير معتدلة لا يعتبر ضارا بالصحة بل قد يعتبر مفيدا في بعض الأحيان، نظرا لما يحدثه من تنبيه خفيف للدماغ، ومن الراحة العامة التي تعقب تناول قدح من الشاي أو فنجان من القهوة، ومن الصعب على كل من اعتادوا استخدام الكافيين أن يبدووا يومهم دون تناول قدح أو اثنين من القهوة أو الشاي، وإذا لم يتمكنوا من ذلك فإنهم يعانون من أعراض الانسحاب مثل الصداع وسهولة الاستثارة

وتغير في الحالة المزاجية ويوجد الكافيين في الشاي والقهوة والشيكولاته والكولا، وقد استمد المجتمع الغربي البن والشاي من شبه الجزيرة العربية وتركيا في القرنين الخامس عشر والسادس عشر وكانت

القهوة مكروهة في بادئ الأمر من الأوروبيين والأمريكيين إلا أنها سرعان ما انتشرت بسرعة بعد أن وجد الناس أنها ترفع من الحالة المزاجية، كما أنهم أعجبوا بمذاقها. (مصطفى سويف، 1996: 49)

ونجد أول إشارة إلى الشاي في المخطوطات الصينية القديمة حوالي (350 ب.م) وقد انتشر استعماله بالتدريج حين كان يستخدم كنبات طبي، أما استعمال الشاي لغير الأغراض الطبية فبدأ ببطء سنة (780 ب.م) في كتب تشير إلى زراعة الشاي الذي انتشر تدريجياً حتى بلغ اليابان عن طريق الكهنة البوذيين، أما أوروبا فلم تعرف الشاي إلا بعد مضي (8) قرون وقد قال بعض الأوروبيين عن الشاي إنه يزيل الحمى والصداع وآلام الصداع والجنين والمفاصل، وأدخل الهولنديون الشاي في أوروبا لأول مرة. وفي سنة (1800).

ولقد تأسست شركة الهند الشرقية البريطانية ومنحت الملكة إليزابيث الأولى الامتيازات لتلك الشركة لتسويق الشاي من شرق إفريقيا عبر المحيط الهندي والهادي إلى السواحل الشرقية لأمريكا الجنوبية. وتصارعت شركة الهند الشرقية الهولندية ونظيرتها البريطانية التي كانت تستورد الشاي من الصين، وقد أدى ذلك بجانب عوامل أخرى ذكرناها إلى حروب الأفيون بين بريطانيا والصين، وفي النصف الأخير من القرن الثامن عشر قامت شركة الهند الشرقية بالدعاية للشاي، مؤكدة رخص الشاي والضرائب المرتفعة على المشروبات الكحولية، مما جعل البريطانيين من أكثر الشعوب إقبالاً على شرب الشاي وانتشر استعمال القهوة والكاكاو في نفس الوقت، وفي سنة (1635) كتب أحد الأطباء الإنجليز قائلاً: إن استعمال الشاي بواسطة الذين يزيد عمرهم عن (40) سنة يسبب الوفاة المبكرة وذلك لم يمنع انتشار شرب الشاي، فأصبح يباع علناً سنة (1657).

وقد كان الشاي في أول الأمر يسمى (تاي) و"تشا" وهي كلمة صينية ثم تحولت إلى "كشيا" أو "كشو"، ومع انتشار الشاي والقهوة والكاكاو انخفضت الضريبة على المشروبات الكحولية ولتلافي ذلك فرضت الحكومة (8) بنسب على كل جالون شاي وحرمت استيراد الشاي الهولندي، وكان الشاي من العوامل التي أدت إلى تمرد الأمريكيين على مستعمرهم البريطانيين، فإن الحكومة البريطانية فرضت الضرائب الباهظة على الشاي المصدر إلى أمريكا، فقاطع المستوطنون الأمريكيون الشاي الإنجليزي وانتشر التهريب، ثم صدرت شركة الهند الشرقية الشاي الرخيص إلى أمريكا الشمالية وفي (1773/06/12) قام الأمريكيون المتمردون بإلقاء (342) صندوقاً من الشاي في خليج بوسطن

(حفلة شاي بوسطن) التي قامت بعدها الحرب بين إنجلترا ومستعمرتها أمريكا، ولكن الإنجليز اتجهوا بصورة متزايدة إلى شرب الشاي كتعبير منهم عن الولاء لملكهم على الرغم من تزايد استهلاك القهوة ويعتبر الإنجليز أساساً من شارب الشاي إذ بلغ استهلاك الفرد الإنجليزي من الشاي سنة (1972) (8.5) أرطال وبلغ استهلاكه من القهوة (5) أرطال فقط، حيث تقطف ثمار البن مرة أو مرتين في السنة على الأكثر، أما الشاي فيقطف كل (7-10) أيام أثناء الصيف، وتجفف أوراق الشاي ثم تلف وتطحن وتحفظ في مكان رطب حتى تمتص الأوكسجين، وهذه الأكسدة تحول الأوراق الخضراء إلى اللون النحاسي وهو ما يعرف بالشاي الأسود، ويستخدم الشاي الأسود أساساً في الولايات المتحدة، وإن كان الشاي الأخضر وشاي أولونج، وهو شاي تأكسد جزئياً يستعمل على نطاق ضيق.

وفي سنة (1904) استخدم الشاي المثلج لأول مرة، وفي نفس السنة صنع أحد منتجي الشاي هذه المادة في أكياس من الحرير تحولت تدريجياً إلى أكياس من الورق في الخمسينيات والستينيات وهي ما نعرفه الآن بالشاي الغوري. (عادل الدمرداش، 1978: 128، 129)

ونبات الشاي شجيري معمر ساقه قائمة طويلة وأوراقه مسننة صغيرة دائمة الخضرة، زهرته بيضاء على بتلاتها خطوط صفراء، وأوراق الشاي وهي الجزء المستعمل تختلف في جودتها بالنسبة للنبات الواحد وتتوقف على حجمها وموقعها على النبات، والأوراق الصغيرة التي توجد في براعم الأفرع تنتج أجود أنواع الشاي نكهة ولونا، وكلما كبرت الأوراق قلت جودتها لأن أليافها المخشبة تكبر وعصارتها تقل، وتحتوي أوراق الشاي على قلويد كافيين (Caffeinealkolid) بنسبة (1-5%) ومادة التانين القابضة (tennin) بنسبة (10-24%) ومواد قلويدية أخرى بنسبة ضئيلة كما تحتوي أوراق النبات على زيت طيار بنسبة (0.75%) وهو الذي يعطيها طعم ورائحة الشاي المميزين والشاي الذي يباع بالأسواق منه نوعان أحدهما أخضر يخفف ويباع كما هو أما الآخر فهو أحمر، وتجري له عملية تخمر يحدث خلالها تحول في تركيب المواد القابضة ويكتسب الشاي بعدها اللون البني.

ونتيجة لعملية التخمر والتحول الذي يحدث في مادة الكافيين ينفصل قلويد الكافيين من المركب وبالتالي تزيد نسبته في أوراق الشاي الأحمر ولهذا فإن استعمال الشاي الأحمر أفضل بكثير من استعمال الأخضر من الناحية الطبية ويستعمل الشاي طبيًا كمنبه (Stimulant) ومنشط لتأثيره الذي يتلخص في الآتي:

- تنبيه الجهاز العصبي المركزي وذلك لاحتواء الشاي على قلويد الكافيين فيفيد في حالات الإغماء والانهيار العصبي، كما يستعمل كمشروب منبه يساعد على التركيز في التفكير وحضور الذاكرة ويبعد النوم والكسل.
- تنشيط الجهاز التنفسي حيث يستعمل في حالات الهبوط العام وضيق التنفس.
- زيادة إدرار البول حيث يساعد الشاي على زيادة نشاط الكلى فيساعد على التخلص من الماء الزائد وما يحتوي من أملاح زائدة بالجسم. (حسين علي الغول، 2011: 207)

أما بالنسبة للبن (القهوة) فلا يوجد من الإشارات التاريخية ما يشهد له بتاريخ مماثل في القدم مثلما هو موجود للشاي، ولكن يبدو أن الشعوب العربية (في شبه الجزيرة العربية) كانت تشربه منذ ألف سنة على الأقل. إلا أن بعض المصادر التاريخية تقول إنه انتشر استهلاك القهوة في البلاد العربية ابتداء من القرن التاسع وانتقلا إلى أوروبا في القرن السابع عشر والتي لم تتقبله في بادئ الأمر، حتى إنها كانت مثار استهزاء بعض الأدباء في كتاباتهم، وابتداء من القرن التاسع عشر انتشر استعمال القهوة في جميع الأوساط، بل إن الناس أقبلوا عليها بلا حساب ولا حد، ومن هنا نشأت بعض الإصابات من التسمم بالقهوة وذكرت المجالات الطبية هذه التسممات في عدد من البلاد الأوروبية والأمريكية.

الموطن الأصلي لهذه الشجرة هو جنوب الجزيرة العربية ثم انتشرت زراعته في المناطق الحارة الرطبة مثل الهند الشرقية والغربية والبرازيل، ويقدر محصول البرازيل من البن بنصف إنتاج العالم الآن، وتشير قصة اكتشاف البن إلى راعي يماني حيث لاحظ أن أغنامه التي ترعى في منقطة نمو النبات تنشط وتمرح كثيرا على غير عادتها فدعته هذه الملاحظة إلى محاولة أكل النبات الذي ترعاه أغنامه ثم جرب مشروبه المحلي وشعر بالحركة والنشاط عندما أكل بذورها وكان هذا أول اكتشاف لنبات البن، ويقال إن مشروبها قدم إلى سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

وشجرة البن شجرة مثمرة قائمة، أزهارها بيضاء اللون والثمرة لبنية بداخلها بذرة أو بذرتان تحاط كل بذرة بمادة لحمية وغشاء رقيق شفاف، والبذور لونها أخضر وتحمص البذور لتصبح هشة يمكن طحنها وفي عملية التحميص تحدث تغيرات كيميائية كثيرة تعطيها طعم ونكهة القوة المطلوبين وتنتج الرائحة من وجود زيت يعرف بزيت الكافبول (Caffeol Oil) ينتج أثناء عملية التحميص.

ويتوقف تأثير القهوة على ما تحتويه من مادة الكافيين التي تؤثر على الجهاز العصبي والمركزي والكلية والجهاز التنفسي والقلب، كما هو الحال في مشروب الشاي، ولكن مشروب القهوة يحتوي على زيت الكافبول الذي يرجع إليه كثير من المؤثرات الضارة. (حسين علي الغول، 2011: 208)

فالكافيين (Caffeine) هو إحدى المنبهات الطبيعية التي توجد في القهوة والشاي، كما يتم إضافتها أيضاً لبعض المنتجات مثل المياه الغازية، وبعض المشروبات التي تمد الإنسان بالطاقة ومن الناحية الكيميائية فإن الكافيين مادة شبه قلبية، وتساعد على تخفيف آلام الصداع، لذلك فإن العديد من مسكنات الألم تحتوي على هذه المادة مثل الأسبيرين وغيرها من المسكنات الأخرى واشتقت هذه الكلمة من مرادفتها بالألمانية والفرنسية والانجليزية "كافيه" أو "كوفي" أي قهوة. (عبد الحليم أبو حاتم، 2006: 358)

لذا فإن القهوة والشاي مشروبان عالميان وليس في ذلك منازع، رغم أنه ثار هناك جدل على مر التاريخ بتحريم شربهما وصدرت بذلك قرارات عدة في دول مختلفة، ثم عدل عن هذه القرارات استناداً إلى مبررات متعددة، والجدل لا يتناول هذه المادة أو تلك (الكافيين أو أي مادة نفسية أخرى) تؤثر على المخ ومنه على السلوك والمزاج، فالكل مُسلم بأن الكافيين ذو تأثير تشيطي (أو تنبيهي) على المخ ولكن الجدل ينصب على احتمالات التمادي في تناوله وما يترتب على ذلك من أضرار، ومن أوضح مظاهر هذا الجدل تردد العلماء في تصنيف مادة الكافيين ضمن المواد المحدثة للاعتماد، ومن ثم نجد نظام التصنيف الأمريكي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-VI) يشير إلى التسمم الكافييني والاضطراب النفسي العضلي المرتبط بالكافيين ويقدم قائمة تحتوي على اثني عشر عرضاً وعلامة لمعايير تشخيص التسمم الكافييني. (حسين علي الغول، 2011: 209)



## 6-13- النيكوتين (La Nicotine):

يرجع ظهور مصطلح النيكوتين إلى عالم النبات السويدي "كارل لينياس" (K.Linnaeus) الذي أطلق على نبات التبغ اسم "نيكوتينا"، ونسبة إلى "جان نيكو" سفير فرنسا في البرتغال، الذي جرب التبغ هناك وتعلق به، أما كلمة **توباكو (Tobacco)** فهي كلمة مشتقة من كلمة تصف الأنبوبة التي كانت تستخدم في استنشاق أبخرة التبغ، ويقال أنها نسبة إلى مقاطعة توبا جولس في المكسيك حيث تكثر زراعة نبات التبغ. (حسين علي فايد، 2005: 32)

وكان التبغ يستخدم في بداية الأمر كعلاج للزكام والصداع، ثم تم استخدام التبغ لجلب الراحة والارتياح والمتعة، وبعد انتشار تدخين التبغ في أوروبا حذر الملك "جيمس" الأول لسنة (1604) وأعلن غضبه على تدخين الطباقي وشبهه بشرب الكحوليات حتى السكر. (مصطفى سويف، 1996: 48)

ينتج حوالي ألف مركب كيميائي من احتراق تبغ السجائر، وأكثر هذه المركبات خطورة مادة القار (Kar) وأول أكسيد الكربون، وتبلغ نسبة النيكوتين من إجمالي المواد الموجودة في تبغ السجائر (1-3%)، والنيكوتين مادة شبيهة قلوية سامة، ودخان السجائر حمضي (Acidic) لا يذوب في الدهون مما يجعل المدخن يسحب السيجارة إلى الشعب الهوائية، وحيث تزداد مساحة الغشاء المخاطي، مما يزيد من عملية الامتصاص، أمام تبغ الغليون فهو قلوي يذوب في الدهون، ولذلك لا يحتاج المدخن له إلى ابتلاع الدخان، لأنه يمتص من الغشاء المخاطي المبطن للفم، ولذلك تكثر الإصابة بسرطان الرئة عند مدخني السجائر، بينما يكون تدخين الغليون أقل ضرراً وإن كانت نسبة الإصابة بسرطان الفم واللسان تكثر لدى المدخنين من هذا النوع. (حسين علي فايد، 2005: 32)

ويعد النيكوتين من أشد العقاقير إحداثاً للإدمان في هذه الفئة، وهو مرتبط بأضرار بدنية طويلة الأجل تصيب القلب والرئة، وتدخين النيكوتين عن طريق التبغ شائع جدا بين الرجال والنساء، حيث تشير الدراسات الاستقصائية الأمريكية إلى أن (53%) من الرجال و(33%) من النساء يدخنون علبة سجائر (لفافات) أو أكثر في اليوم، وهذه الكمية كافية لتدمير الصحة، وقد أخذت النسبة تزداد في السنوات العشرين الأخيرة وأصبحت نسبة المدخنين عند النساء مساوية لها عند الرجال في المجموعة العمرية بين (15) و(25) سنة. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 179)

## 6-14- المواد الطيارة (Les Substances Volatils):

المستنشقات أو المذيبيات، وهي مجموعة من المواد التي يتم استنشاقها عن طريق الأنف وبعضها عن طريق الفم، وتنتشر عادة استنشاق المواد الطيارة أو المتطايرة بين الأطفال والمراهقين وهذه المواد بعضها يستنشق مباشرة، وبعضها يخلط بمواد أخرى وبعضها بعد تعريضها للنار وتسخينها وحرقتها وبعضها يوضع في كيس من اللدائن ويغلق الكيس مخافة من التبخر ثم يوضع الرأس بأكمله داخل الكيس.

وتعتبر مشتقات المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها وتتشترك المواد المصنعة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة، وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها، ومن أكثر هذه المواد انتشاراً الهيدرو كربونات الطيارة، وهذه توجد في الطلاء وأنواع الأصماغ أو الغراء ومن أشهر مفرداتها التولوين (Toluene) والبنزين (Benzene) وتوجد مفردات أخرى تباع جاهزة في الأسواق لاستخدامات متنوعة.

وأكثر المستنشقات شيوعاً بخار الغراء، والبنزين، والجازولين، ومواد تلميع الأثاث والأستيون (مزيل طلاء الأظافر)، وهذه المواد من السهل الحصول عليها وتواجدها في معظم المنازل بالإضافة إلى رخص ثمنها، وأشكال استخدام المستنشقات في تغير مستمر ويتجه الأطفال إلى الاستنشاق مدفوعين بحب الاستطلاع وضغط الرفاق وإغرائهم وذلك من باب التقليد على سبيل التجريب، ويلاحظ أن كثيراً من هذه المواد الطيارة تستخدم في الصناعة وفي تسيير وسائل المواصلات، فيتعرض لها مواطنون لم يقصدوا استنشاقها. (حسين علي الغول، 2011: 210)

ويتصف مدمنو هذه العقاقير بالسلوك المضاد للمجتمع، وعدم النضج الاجتماعي والانفعالي ولكن ذلك قد يكن السبب في التعاطي المزمّن لهذه العقاقير، والتي لها خطورتها على أنسجة المخ حيث تؤدي إلى تدمير هذه الأنسجة، وتدمير الكبد والكليتين، وتؤدي الجرعة الزائدة إلى الوفاة إما بسبب توقف القلب أو بسبب الغثيان والقيء، والاختناق. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 205)

ويحدث الإدمان على هذه المواد عند المراهقين من باب التجريب، ولكن أقلية منهم تستمر في الاستعمال، وقد يؤدي استعمالها بكثرة إلى التلعثم في الكلام وعدم الاهتمام والهلاوس البصرية

المخيفة، إضافة إلى الخلل العصبي وخلل وظيفي فالمخ، والجرعة الزائدة من بعض المواد تؤدي إلى الموت. (نظام أبو حجلة، د.س: 214)

### 6-15- التعاطي عبر شبكة الإنترنت:



يتمثل هذا التطور الحديث في تعاطي المخدرات عبر شبكة الإنترنت في جلوس تاجر المواد المخدرة أمام جهاز الحاسب الآلي الخاص به ليتلقى طلبات الشراء للمواد المخدرة عبر موقعه الإلكتروني وهذا لا يقوم بإرسال أحد تابعيه ليستلم المادة المخدرة المشتراة، وإنما يقوم المشتري بإجراء عملية تحميل (Download) المخدر الذي يرغبه في شكل ملفات، وهو ما يعرف بـ (المخدرات الرقمية).

والمخدرات الرقمية عبارة عن ملفات صوتية تحتوي على نغمات أحادية أو ثنائية يستمع إليها المستخدم وتجعل الدماغ يصل إلى حالة من التخدير تشبه تأثير المخدرات الحقيقية أو على الأقل هذا ما يدعيه البعض، وقد صممت هذه الملفات الصوتية (أو المخدرات الرقمية) لمحاكاة الهلوس وحالات الانتشاء المصاحب لتعاطي المواد المخدرة عن طريق التأثير على العقل بشكل اللاوعي، هذا التأثير الذي يحدث عن طريق موجات صوتية غير سمعية للأذن تسمى (الضوضاء البيضاء) مغطاة ببعض الإيقاعات البسيطة لتغطية إزعاج تلك الموجات.

ويأتي التأثير المطلوب من خلال سماع تلك الموجات من سماعات أذن أستيريو لاحتواء الملف على موجتين مختلفتين لكل أذن بالإضافة إلى برنامج متخصص لتلك النوعية من الموسيقى يسمى (Doser-I). (أبو السريع أحمد عبد الرحمن، 2010: 5)

ويقوم المستخدم الراغب في شراء المادة المخدرة باختيار الجرعة الموسيقية ونوعها من بين عدة جرعات متاحة على الموقع يمثل كل منها نوعا من أنواع المخدرات التي يرغب فيها هذا المستخدم ثم يقوم بتحميل ما تم اختياره وشراؤه من ملفات على مشغل أغاني (MP3) وسماعاتستيريو للأذنين والاستلقاء في غرفة بها ضوء خافت وتغطية العينين والتركيز على المقطوعة الموسيقية التي يتراوح مدتها بين (15، 30) دقيقة للمخدرات المعتدلة أو (45) دقيقة للمخدرات شديدة التأثير.

ويؤكد المتاجرون في المخدرات الرقمية من خلال مواقعهم على قانونية الملفات الصوتية (أو المخدرات الصوتية والإلكترونية)، استناداً إلى عدم وجود قانون يمنع تحميل الملفات الصوتية حتى وإن كان لها تأثير على المخدر، فاستخدام الموجات الصوتية في عمليات المحاكاة العقلية للأحاسيس المختلفة مستخدماً بالفعل مجالات أخرى كالعلاج النفسي وعلاج القلق والتوتر والأرق وعدم انتظام النوم من خلال بث موجات غير سمعية تؤثر في اللاوعي للتحكم في الحالة المزاجية.

(أبو السريع أحمد عبد الرحمن، 2010: 7)

من خلا ما سبق يتبين لنا أن هناك العديد من المواد المخدرة الطبيعية منها والغير طبيعية المستمدة من الطبيعة ومن تفاعل بعض المواد الكيميائية، وقد أوردنا في هذا الفصل أهم المخدرات المنتشرة بكثرة في المجتمعات المختلفة بهدف تغيير الحالة النفسية كما يعتقد المدمنون والتي تتسبب لهم في الاعتماد النفسي والجسدي، والهدف من التعرف على أنواع المواد المخدرة هنا هو إلقاء الضوء على طبيعة كل مادة من حيث تاريخ وجودها ومدى وكيفية تأثيرها على الفرد، وهذا الأخير هو سبب انتشارها في كل المجتمعات، وهذا أيضا هو سبب ظهور صور جديدة للمواد المخدرة وأساليب جديدة أيضا في طرق تناولها إن انتشار المواد المخدرة بهذا الشكل الخطير يستدعي كل مهتم بهذا الموضوع البحث عن أسبابه وبالتالي وضع برامج علاجية وتوعوية للحد من تفاقم الظاهرة، وهذا ما تسعى هذه الدراسة الوصول إليه من خلال إعداد برنامج للتوعية الصحية لفئة مهمة في المجتمع استهدفها خطر المخدرات هي فئة المراهقين.

## 7- الأضرار الناجمة عن تعاطي المخدرات:

إن أضرار المخدرات كثيرة ومتعددة، فتأثيرها السلبي يمس كل من المدمن كمنسوق فردي، وكذلك الأسرة كمنسوق اجتماعي وبالتالي المجتمع، لأن المدمن باعتباره فرد يعيش في المجتمع فهو يؤثر في مجتمعه ويتأثر به، فالمخدرات لا تنهك جسد متعاطيها فقط بل تمتد إلى أبعد من ذلك، فهي تساهم في تفكيك الأسرة وتشرذم أبنائها، وفساد المجتمعات، وتبديد المال الخاص والعام، ومن بين الأضرار التي تخلفها المخدرات ما يلي:

**7-1- الأضرار الجسمية:** تعاطي المخدرات له أضرار حادة ومزمنة في أغلب الحالات يكون لها نتائج سلبية على صحة المراهق الذي يستخدم ويسيء استخدام المخدرات والمواد النفسية، فكل المواد

القابلة لإساءة الاستخدام لا يتوقف تأثيرها على مجرد الآثار المرغوبة والأقل ضرراً على تشغيل الدماغ ولكنها تمتد أيضاً إلى الآثار الفسيولوجية الدائمة التي تؤثر على الوظائف الجسمية الأخرى، ويذكر "سيف الإسلام آل سعود" أن المتعاطين يصابون بأمراض جسمية خطيرة مثل التهاب الكبد الوبائي وارتفاع السكر وضغط الدم، كما يؤثر في بصفة عامة على صحة الفرد المدمن، وقد أبرزت نتائج البحوث التي قام بها "سوف وآخرون" (1982) أن السلوك المعرفي والنفسي والحركي يحدث له قدر من التدهور بسبب التعاطي، حيث يحدث الكحول خللاً واضحاً في التفكير وسوء الإدراك، وقد اتضح بشكل عام أن غير المتعاطين أفضل أداءً على المقاييس التي تقيس هذه الخصائص المعرفية والنفسية والحركية. (حسين علي الغول، 2011: 258)

وتمتد آثار تعاطي الكحول لدى الأمهات لأبنائهن حيث أثبتت الدراسات أن النساء اللاتي يدمن الكحول يولد عندهن أطفال لديهم أعراض إدمان الكحول، وأن تناول الكحول في الأشهر الأولى من الحمل يؤدي إلى موت بعض خلايا الجنين ويولد الجنين مع بعض التشوهات (Didoi Jayle, Philippe Lamoureux, 2007: 19)، وبسبب تناول الكحول اضطراب في السلوك نوبات صرع، الغيبوبة مع هبوط شدي في الوظائف الحيوية. (وفاء فضاة وآخرون، 2002: 102)

كما أن متناولي الحشيش تتناقص لديهم القدرة على التركيز والتذكر، ويصاب جهازهم التنفسي بسرطان الرئة في مدة أقل ممن يدخنون التبغ، وذلك حسب كل الشخص والكمية المستهلكة وتركيبية المنتج، كما أن القنب يحدث لدى متعاطيه انتفاخ الأوردة الدموية احمرار العين، زيادة الشهية، زيادة في نبضات القلب والشعور بالغثيان وجفاف الفم.

(Didoi Jayle, Philippe Lamoureux, 2007: 28)

ومن بين أضرار تعاطي الكوكايين ظهور نوبات كآبة شديدة وشعور مؤقت وزائف بالسعادة واتساع حدقة العين، حدوث ثقب في الحاجز الأنفي نتيجة الشم المتكرر وتقلص وارتعاش عضلات الوجه واليدين، التهاب الكبد والتشنج وحدوث هلوسات سمعية وحسية وبصرية، الحك الوهمي، الإصابة بالأرق والهزال وفقدان الرغبة الجنسية وفقدان الشهية للطعام، ضعف القوى العقلية وتدهورها لدرجة الإصابة بالجنون. (صالح السعد، 1997: 15)

كما يؤدي الاستعمال الغير مشروع للمواد النفسية إلى انتقال العدوى والإصابة بمرض فقدان المناعة الطبيعية (الإيدز) من خلال استخدام المتعاطي للحقن الملوثة في تعاطي هذه المواد، حيث أثبتت البحوث والدراسات تلك العلاقة الوثيقة بين مرض فقدان المناعة الطبيعية والإيدمان. (حسن علي الغول، 2011: 260)

كما تشير التقديرات إلى أن الانتشار العالمي لالتهاب الكبد كان عدوى (C) بين متعاطي المخدرات بالحقن في عام (2010) بـ (46.7%)، أو نحو (7.4) ملايين شخص يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن مع إصابة التهاب الكبد (C) في جميع أنحاء العالم (على أساس البيانات استقراء من 54 بلداً)، في حين أن الانتشار العالمي لالتهاب الكبد (B)، قدرت العدوى بـ (14.6%)، أو نحو (2.3) مليون نسمة متعاطي للمخدرات المصابين بفيروس التهاب الكبد (B) (بناء على البيانات استقراء من 46 بلداً). (World Drug Report, 2012: 15)

وقد أوضحت دراسة أجراها "حمدي مكاوي وآخرون" بهدف مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات المختلفة، وعينة ضابطة لدراسة المتغيرات البيولوجية، والنواحي النفسية والإكلينيكية، وإلقاء الضوء على أي تغيرات في كيمياء أو النشاط الكهربائي للجسم، من خلال دراسة محورين هما المحور النفسي والمحور البيولوجي، فقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن المخدرات تُقلل من النشاط الجسمي مما يؤكد نقصان الهرمون الذكري، ومن ثمة تسبب إعاقة في تخفيف الحيوانات المنوية.
- تزيد المخدرات من الانفعال والقلق وتجعل المدمن متهوراً (مندفعاً)، وما يؤكد ذلك نتائج القياسات الكهربائية للدفاع.
- تسبب زيادة المخدر في إثارة القشرة المخية، وتسبب بؤراً دماغية.
- المخدرات تسبب زيادة في التشوّهات الكروموزومية التركيبية والعديدية لدى المدمنين، وبالتالي تسبب اضطراباً في العوامل الوراثية التي يؤديها وجود عنف لدى المدمنين.
- قلة كفاءة الكبد ووظائف كل من الكلى والكبد، وتعاطي المخدرات بجرعات زائدة عادة ما يسبب نقص أو انعدام الأكسجين المطلوب لأنسجة الجسم مما قد يؤدي إلى الوفاة.

(حسين علي الغول، 2011: 263)

ويشير مركز للتحكم الأمريكي إلى وفاة ما يقارب نصف مليون شخص (59.7%) منهم ذكوراً نتيجة إصابتهم بأمراض تترتب على التدخين، وتصدر قائمة هذه الأمراض سرطان الرئة المسؤول عن (28.2%) من هذه الوفيات، بينما كان سرطان الرئة وراء (3%) من وفاة النساء سنة (1950)، وعن (25%) من هذه الوفيات سنة (2000). (عبد المنعم شحاتة، 2006: 05)

وللمخدرات آثار فسيولوجية حيث أن دراسة أثر الجرعات المخدرة على المخ والجهاز العصبي غير متوفر بسهولة بالنسبة للإنسان، فإن ثمة العديد من البحوث التجريبية على حيوانات التجارب، ولما كانت آثار المخدرات متعددة الجوانب فإنه من الصعب تحديد ميكانيزم واحد لمختلف الأدوية والمخدرات التي تدخل في دائرة الإدمان، فالكوكايين (Cocaine) مثلاً يتصف بالخصائص الأساسية المؤثرة الآتية:

**1) سوء استخدام الأدوية:** ويعرف بأنه تناول الشخصي للعديد من الأدوية بأسلوب ينحرف فيه الفرد عن الذي يقرر طبيباً أو اجتماعياً في ضوء معايير ثقافة المجتمع.

**2) إدمان الدواء:** ويعرف بأنه حالة يتسم فيها الاستخدام القهري للدواء بالاندماج والغمر الشامل في تعاطيه، بالأمن المرتبط بسهولة الحصول عليه مع وجود ميل شديد للانتكاسة (العودة إلى ما سبق) في استخدام العقار أو المخدر إذا توقف عنه فترة.

**3) التبعية للدواء:** ويتناوله البعض بمعنى الاعتماد على الدواء، ويمكن تعريفه بأنه شريط يتناول فيه الفرد الدواء ليقوم بوظائفه اليومية العادية بشكل طبيعي ويمكن أن نميز بين نوعين من التبعية أو الاعتمادية على الدواء كما يلي:

أ- **التبعية الجسمية:** وهي حالة تكيف تأتي أساساً من تكرار استخدام الدواء أو العقار وتلك التبعية تعلن نفسها بظهور اضطرابات فسيولوجية شديدة (زملة أعراض ترك المخدر أو الدواء)، إذا توقف الفرد عن استخدامه.

ب- **التبعية النفسية:** وهو شرط نفسي يتصف بالحافزية والشوق الشديدين للدواء والذي بتأثيره يشعر المتعاطي بأنه موجود بأمل ما في هذا العالم.

(4) **التحمل:** وهو عبارة عن الاستجابة المتناقصة لتناول العقار أو المخدر بعد تكرار التعرض إليه ومواجهته.

(5) **زملة أعراض التوقف عن التعاطي:** وهو عبارة عن مجموعة الأعراض التي تحدث توقف الفرد عن تعاطي عقار أو مخدر معين قد أصبح معتمداً عليه وأغلب تلك الأعراض ترتبط أساساً باضطراب الجهاز العصبي المستقل، والشعور بالغم والضيق النفسي وهي إحساس متقلب بالحر والبرد مع ميل لارتفاع درجة حرارة الجسم، ألم في العظام والعضلات، سرعة معدل ضربات القلب، إسهال، صداع وقئ، اتساع حدقة العين، الأرق، القلق، الخوف الفزع، الشوق المميت للعقار أو المخدر. (عبد الوهاب محمد كامل، 1994: 281)

أما المورفين (Morphine) فله آثار مختلفة نذكر منها:

- تؤدي إلى ظهور الاستعداد الطبيعي لدى الفرد لنشاط الجزء الباراسيمبثاوي مع خفض نشاط القلب والجهاز التنفسي.
- ينتج عن استخدامه ظهور حالة السرور التي تمثل مكافأة ذاتية للفرد.
- يؤدي استخدامه إلى ضرورة تزويد الجرعات يوماً بعد يوم لإحداث التأثير النفسي والانتعاش الذي يريد أن يصل إليه الفرد يؤدي إلى اعتماد جسدي قوي، ويعني ذلك أن التوقف عن استخدامه يؤدي إلى ظهور زملة أعراض ترك المخدر (يصبح جسماً معتمداً على المخدر) وخاصة الاعتماد الجسدي من المؤشرات الخطيرة على حدوث الإدمان. (عبد الوهاب محمد كامل، 1994: 282)

## 7-2- الأضرار الجنسية:

قد يكون للكثير من المخدرات في بداية التعاطي تأثير على زيادة التهيجات الجنسية، ففي حالة تعاطي الأمفيتامينات مثلاً، يثير هذا التعاطي في البداية النشاط الجنسي، ثم لا يلبث أن يصاب المتعاطي بالضعف الجنسي بعد طول الاستعمال.

كما ساعد هذا النشاط بعض المتعاطين على الاعتقاد خطأً بقدرة العقاقير على إحداث المتعة الجنسية بما تحمله من إطالة لفترة الجماع، وعلاج بعض المشاكل الجنسية الخاصة بسرعة القذف، أو ضعف الرغبة الجنسية، أو إزالة التوتر والقلق عند عملية الممارسة.



ففي إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع المصري في عام (1983) على عينة قوامها (213) فردا من المتعاطين للمخدرات، وجد أن (36.62%) من العينة الكلية يعتقدون في قدرة المخدر على تنشيط الجنس بدرجة كبيرة، في حين يعتقد (25.35%) منهم أن التنشيط الجنسي يتم بدرجة بسيطة، كما يرى (15.49%) أنه لا يحدث أي نشاط، إلى جانب أن (22.54%) فقط يرون أن المخدر يؤدي إلى الضعف الجنسي.

ولكن النظر إلى الموضوع من الجانب العلمي بعيداً عن النظرة الذاتية للمتعاطين، تؤكد أن الباحثين في مجال الاعتماد على العقاقير والمخدرات يتفقون على انعدام تأثيرها على الأعضاء والوظائف الجنسية.

أما ما يحدث للمتعاظم من تهيج في بداية التعاطي، فلا يستمر طويلاً، فسوف تصاب الخلايا الجنسية بالضمور والضعف بعد فترة الاستخدام، ويصبح الإحساس بعد ذلك مجرد عرض سيكولوجي أكثر من كونه تأثيراً فارماكولوجياً على الأعضاء التناسلية ذاتها.

وقد أكدت نتائج بعض المؤتمرات التي عقدت في "هونج كونج" و"بانجكوك" عام (1964) على أن التخدير الجزئي الناجم عن تعاطي المخدر يجعل الرجل غير واع تماماً لعملية الجماع الجنسي، حيث يكون تفكيره منقطعاً وغير مركز، الأمر الذي يطيل زمن الجماع، وهو ما يطلبه الرجل حتى يرضي شريكته جنسياً، ويشعر هو الآخر باحترام رجولته.

كما أن الحالة النفسية التي يعيشها المتعاطي تجعله يفقد السيطرة على تقدير الزمن الأمر الذي يجعله يعتقد أن عملية الجماع الجنسي قد استمرت ساعات طويلة، في حين أنها في الواقع قد استمرت لدقائق معدودة. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 182، 183)

وترى مدرسة التحليل النفسي أن المدمن هو شخص معتل جنسياً، فهو يتعاطى العقاقير إما لتجنب الممارسات الجنسية الشاذة عن طريق ما يحدثه المخدر من كبت لهذه المشاعر، أو لكي يزيل الموانع الاجتماعية والأخلاقية (عن طريق نفس العملية) والتي تقف في طريق هذه الرغبات لكي يتحقق له ممارسة هذا الشذوذ بالفعل.

وترى "نيس واندر" (Nyswander) أن الإدمان يعوق أو يقلل من الرغبة الجنسية حيث تحدث المشاكل والصعوبات الجنسية لدى الزوجين حينما يصبح أحدهما من المدمنين بسبب العقار أو المخدر والذي يصبح هو في حد ذاته عاملاً مهماً في نقص الاهتمام بالعملية الجنسية.

وقد دلت جميع الإحصاءات العالمية على أن معظم الشواذ جنسيا مدمنو مخدرات لأن المخدرات صورت لهم خيالاً جنسيا مختلفاً. وأصبح لديهم انحراف واضح في إدراكهم للجنس الذي انعكس بصورة الشذوذ في مشاعرهم وفي ممارساتهم.

كما وجد "جيمس جينفر James Jennifer" (1976) علاقة بين الإدمان والدعارة في بحث عن مائة امرأة من السود والبيض في إفريقيا، حيث تشير نتائج البحث إلى تفاعل بين بداية الدخول في الإدمان والدخول في الدعارة، فالدعارة تساوي الإدمان، والإدمان يساوي الدعارة. فالدعارة وسيلة للحصول على المال من أجل شراء المخدر نتيجة ما تعانيه من ضغط انفعالي للحصول عليه، وبسبب آلام الانسحاب الشديد اللازمة عند الانقطاع عن المخدر، كما تلجأ العاهرة إلى الإدمان بعد الدعارة لدعم عاداتها في الممارسة الجنسية لتجنب الشعور بالملل من التكرار والروتين، ولبعث القدرة على الحيوية والنشاط وملاطفة الزبائن.

(أحمد محمد الزعبي، 2008: 184، 185)

### 7-3- الأضرار النفسية:

إن الجرعات الأولى من المخدرات لها آثار نفسية تدوم لفترات طويلة، بالإضافة إلى أنها تترك اضطرابات نفسية مثل الإحباط. (Franco Vaccarino, Ph.D, 2007: 32)

ولقد توصلت الدراسات الحديثة في علم النفس أن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى ظهور الأعراض النفسية ومن بين هذه الأعراض: (حسين علي الغول، 2011: 276)

- اللامبالاة والاستهتار والتهاون والسلبية في كل شيء وفقدان الطموح.
- تدهور مستوى الذكاء وضعف التفكير وسطحية الإدراك والانتباه وتردي مستوى الذاكرة.
- تدني مستوى السلوك الاجتماعي، وإهمال المظهر الخارجي وعدم الاعتناء بالملبس مع نحافة الجسم وشحوب وجهه واضطرابات مشيته.

- فقدان الثقة بالنفس وضعف الإدراك والشعور بالمدلة أمام سيطرة المخدر.
- القلق والخوف المستمر من أن يأتي وقت يتعذر فيه الحصول على المخدرات تمثل تهديداً خطيراً، وقد يؤدي به ذلك إلى الأرق المزمن الذي قد يتحول إلى اكتئاب شديد مرفوق بنوبات هستيرية.
- ظهور الهلوس السمعية.

ولقد توصلت بعض الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات إلى إصابة المتعاطين بأمراض نفسية مختلفة، حيث أجرى "صالح السعد" دراسة على عينة من متعاطي المخدرات في الأردن، وبلغ حجم العينة (270) مبحثاً نصفه من الأردن والنصف الآخر من جنسيات عربية مختلفة معظمهم من مصر، حيث أفاد (14.8%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض نفسية مقابل (25.2%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى، كما أفاد (20.7%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض جسدية مقابل (25.1%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى. (صالح السعد، 1997: 17)

ويؤكد سعد المغربي (1986) "أن تعاطي المخدرات سبب في الإحباط الشديد والعدوان والعجز عن إشباع الحاجات، ويترتب عن ذلك فقدان الأمن والهوية والشعور بالاغتراب وشعور مؤلم بدايته خالية من المعنى والقيمة والقدرة، وسبب هذا الواقع المؤلم الذي يعتقد المدمن أنه يعيشه والتخلص منه يتم عن طريق المخدر الذي يمنحه الراحة والنشوة الزائفة، ويعد هذا عرضاً لسوء الصحة النفسية والاجتماعية واضطراب الشخصية".

#### 7-4- الأضرار الاجتماعية:

يؤدي تعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى أضرار اجتماعية بالغة في كثير من الحالات تحيط بالمتعاطي نفسه وتنسحب إلى المحيطين به من أفراد أسرته وبعض المقربين منه من الأصدقاء وتنعكس بالتالي على المجتمع واستقراره وأمنه الاجتماعي، سيما وأن تعاطي المخدرات في المجتمعات العربية الإسلامية يرتبط بالكرامة الشخصية للمتعاطي الذي كثيراً ما يحاول الحفاظ على ممارساته السلوكية المرتبطة بتعاطي المخدرات، نظراً لنبذ المجتمع لهذه العادة وسلوكياتها تخالف القوانين

والعرف الاجتماعي وما يتصل بها من قيم وعادات وتقاليد ترفض تلك الممارسات السلوكية الخاطئة.  
(صالح السعد، 1997: 21)

ويؤدي تعاطي المخدرات والإدمان المزمن إلى دمار وتفكك عائلي حيث أسفرت دراسة قام بها "سعود حجازي" (1997) على عينة من المدمنين وأسرههم عن ملاحظة أن المدى الذي يحدث فيه الإدمان يقع في الفترة العمرية الصغيرة، ويرجع ذلك إلى أن كبار السن من المدمنين عند الكبر يعلنون عن توبتهم متبعين تعاليم الدين المحرمة للتعاطي، أما بالنسبة للحالة الزوجية فقد اتضح أن تلك الحالات من غير المتزوجين و(32.5%) من المتزوجين منفصلين و(12.2%) مطلقون و(5.9%) فقدوا زوجاتهم، مما يعطي مؤشراً عن مدى التحطيم وعدم الاستقرار الأسري الناتج عن الإدمان، كذلك أكدت الدراسة أن الإدمان ينتشر في المدن أكثر من القرى، وكان من أسباب الطلاق والانفصال أن الحياة مع المدمن مستحيلة واعتقادات المدمن مضللة وغير حقيقية، والمدمن دائماً كاذب ولا يمكن الثقة به، والبعض منهم يؤذون الزوجة والأولاد بالضرب.

كما أن تعاطي المواد النفسية المحدثه للاعتماد أضراراً اجتماعية أخرى، ولعل من أهمها الخسائر البشرية التي تعني مجموعة الأفراد الذين يخرجون كلياً أو جزئياً من حساب القوة العاملة في المجتمع كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لمشكلة التعاطي.

وفي الأسر الشعبية الفقيرة يمثل رب الأسرة المكان الأول من حيث توفير الجانب المادي لأسرته ومن حيث الرأية الاجتماعية والأخلاقية، ويؤدي التعاطي والإدمان لرب الأسرة إلى التدرج في تناقص قدرته على تأمين حاجيات الأسرة المادية، وينتهي به الأمر إلى الخروج من المهنة أو الطرد من العمل.

وبين البدء في التعاطي والنهاية الحتمية في الإدمان وبالتالي الطرد من العمل يمتد زمن طويل تتميز فيه العلاقات الأسرية بالصراع والعداوة والانفعال والأحقاد.

(حسين علي الغول، 2011: 286، 287)

## 7-5- الأضرار الاقتصادية:

يُحدث الاعتماد على الخمر والمخدرات آثاراً اقتصادية عديدة لكل من الفرد والمجتمع، حيث تستهلك العقاقير المختلفة جزء كبيراً من دخل المتعاطي، كما تكلف اقتصاد الدولة مبالغ كبيرة في عملية مكافحة والوقاية والعلاج.

فضلاً عن ذلك يميل أغلب المتعاطين إلى زيادة الجرعة بسبب حدوث التعود، وهذه الزيادة تكلف المتعاطي مبالغ إضافية كبيرة، ففي إحدى الدراسات التي أجريت في الجمهورية اليمنية من قبل "برونستين" (Bronstien) تبين أن القات يستقطع (13%) من ميزانية الأسرة، حيث يأتي في المرتبة الثانية بعد الحبوب الغذائية من حيث الإنفاق، وفي دراسة أخرى عن القات في اليمن أيضاً وجد أن متوسط ما ينفقه الفرد المتعاطي على القات يصل إلى حوالي (44) ريالاً يومياً، كما أن متوسط الوقت الذي يستغرقه متعاطي القات يبلغ حوالي أربع ساعات يومياً، بحيث يكون الفاقد السنوي نتيجة لهذه العملية حوالي (1460) ساعة.

أما في جمهورية مصر العربية فإن مكافحة المخدرات تكلف الدولة أكثر من (200) مليون جنيه سنوياً، بالإضافة إلى ما تنفقه الدولة في علاج المدمنين وتقديم الخدمات للمتعاطين المودعين في السجن.

وفي السودان تقدر الخسائر التي يسببها شاربو الخمر في الخرطوم فقط حوالي (3195) مليون جنيه سوداني سنوياً، وفي الدول غير العربية، أظهرت الدراسات في كل من كندا وفنلندا وفرنسا وأمريكا أن ما بين (10-15%) من مرضى المستشفيات يصابون بالأمراض الناتجة عن تعاطي الكحول وأن تكاليف علاج هؤلاء المرضى يستقطع حوالي (40%) من الإنفاق الكلي للخدمات الصحية.

فضلاً عن ذلك أثبتت بعض الدراسات التي أجريت في بريطانيا وأمريكا أن الإدمان يُشكل صعوبات في تحقيق التوافق المهني للأفراد، حيث يكون المدمن بمثابة العاقل عن العمل، أو العامل غير المنتظم، فهو يتغيب عن العمل بسبب التأثيرات المهبطة للمخدرات كما أنه يصبح غير مكترث ويجعله أكثر عرضة للحوادث وإصابات العمل.

ولهذا يمكن القول أن تعاطي الخمر والمخدرات يؤدي إلى آثار سلبية كبيرة على اقتصاد الفرد والأسرة والمجتمع، نظراً لما ينفقه المتعاطي في شراء هذه المواد، ولما تخصصه الدولة من أجل الوقاية والعلاج من استفحال شر المواد المخدرة. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 187)

ما سبق ذكره يوضح لنا أهم المشكلات الناجمة عن تعاطي المخدرات وإدمانها ويظهر لنا الآثار السلبية لآفة المخدرات، حيث أن هذه الآثار السلبية لا تقع على الفرد فقط، فباعتباره عضواً في النسق الاجتماعي فإن مشكلاته الإدمانية تقع عليه وعلى أسرته وتمتد إلى المجتمع لأن المخدرات أشبه بالأمراض المعدية في سرعة انتشارها، وفي مخلفاتها فهي سبب ارتفاع معدل الجرائم في المجتمع، وانتشار الفقر والأمراض المعدية مثل الإيدز، والحروب... إلى غير ذلك من المشكلات التي لا يمكننا حصرها في هذه الجزئية من هذا الفصل، لأن أضرار المخدرات تتحكم فيه العديد من العوامل التي تجعل حصرنا لكل الأضرار الناتجة عن المخدرات يبدو ناقصاً ولعل من بين هذه العوامل تعدد وتنوع أصناف المواد المخدرة بحيث لكل نوع وصنف تأثيراته الخاصة على الفرد والمجتمع، وكذلك الجرعات المتناولة من طرف المدمنين، والمرحلة العمرية للمدمن وعدد المواد المخدرة المتناولة... كل هذا وغيره من العوامل التي لم نذكرها يتحكم في تحديد أضرار المخدرات.

### 8- تعاطي الأحداث للمخدرات في الجزائر.

إن مشكلة تعاطي المخدرات في أوساط الأحداث أصبحت من المشاكل الاجتماعية البارزة في كثير من المجتمعات العربية حتى تلك التي كانت تعتبر نفسها (محمية منها)، نظراً لعدة اعتقادات خاطئة لا يتسع المجال منها للخوض فيها، والمجتمع الجزائري، ورغم كونه مجتمعاً غير منتج للمخدرات وغير مصدر لها وليس له تاريخ في تعاطي المخدرات، إلا أنه لم يسلم من هذه الآفة الاجتماعية الخطيرة.

إن تفشي تعاطي المخدرات لدى الأحداث في المجتمع الجزائري، يعود إلى عوامل متعددة البعض منها يدخل تحت ما يعرف بالعوامل الاجتماعية (التفكك الأسري، التهميش، الإقصاء، العوز المادي) والبعض الآخر يدخل تحت ما يعرف بالعوامل النفسية (الاختلالات العصابية، الانفعالية والاعتراب، السيكوباتية)، ولكننا نعتقد أن أهم عوامل تفشي المخدرات

لدى الأحداث والناشئة في المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة، يعود بالدرجة الأولى إلى عاملين أساسيين هما:

- التسرب المدرسي.
- ارتفاع معدلات جنوح الأحداث.

ولو أمعنا النظر في العاملين سالف الذكر فسوف نجدهما مرتبطين ببعضهما البعض، أو ندرك وجود علاقة تأثير وتأثر، هذا زيادة على أن تعاطي المخدرات نفسه، يؤدي إلى ارتفاع معدلات جنوح الأحداث والتوسع في الأنماط الجنحية، فالتسرب المدرسي يقصد به خروج الأحداث والناشئة من المدرسة رغم كونهم في سن يفترض فيه أن يكونوا في المدرسة، حيث يشير البروفيسور **خياطي (Khiati)** بأن عدد المتسربين من مقاعد الدراسة في الجزائر سنة (2006) بلغ (440000) أربع مائة وأربعون ألفاً منهم (120000) مائة وعشرون ألفاً في المرحلة الثانوية، والبقية غالبيتهم في المرحلة المتوسطة. (طالب أحسن مبارك، 2008: 63، 64)

وقد شهدت الجزائر في السنوات العشر الأخيرة ارتفاعاً مقلقاً لظاهرة جنوح الأحداث، ونستطيع القول، يقول **طالب** أنها انتقلت من الظاهرة الاجتماعية إلى المشكلة الاجتماعية، بالنظر لدرجة ومعدل تطورها، ففي سنة (1990م) كان عدد الأحداث الجانحين الذين قُدموا للعدالة في الجزائر لا يتجاوز سبعة آلاف حدث (7000) أما في سنة (2006م) فإن الرقم ارتفع إلى (14000) أربعة عشر ألفاً أي أنه تضاعفت في مدة لا تتجاوز ست عشرة سنة.

وفي سنة (2005) كان عدد الأطفال المتهمين بالجنوح والانحراف يصل إلى (4162) طفلاً ارتفع إلى (2967) في السداسي الأول من سنة (2006م)، وأما عميد الشرطة السيدة مسعودان (Messaoudene) تشير إلى أن عدد الأحداث الجانحين في الجزائر في سنة (2005) كان (11302) وهي إشارة إلى عدد الأحداث والموقوفين، أو الذين أُلقي القبض عليهم من طرف الأجهزة الأمنية، منهم (3932) أطلق سراحهم مؤقتاً و(376) أدخلوا مختلف دور الأحداث في الجزائر، وأما الأحداث الجانحين الذين أُلقي القبض عليهم فكان لارتكابهم ما يلي:

- (427) % سرقة. - (47) % أخلاقيات. - (27) % تعاطي المخدرات.

والباقى بسبب جنح أخرى لم تذكر تفاصيلها، مع العلم أن أعمار الأحداث المذكورين كان كالتالى: (طالب أحسن مبارك، 2008: 67)

- (80) % أقل من ثماني عشرة سنة.

- (13) % لا يتجاوز سنهم ثلاث عشرة سنة.

### 9- علاقة المخدرات بالإجرام:

للمخدرات في عالم الجريمة أهمية خاصة، وتلعب دورا هاما في الإجرام، إذ أنها تعد عاملاً من العوامل الدافعة إليه، ويعد الإدمان على المخدرات جنوحاً أو جريمة لأنه ينحرف عن ضوابط المعايير الثقافية والقانونية في معظم المجتمعات الإنسانية (معن خليل العمر، 2010: 12)، فعلى خلاف الخمر الذي لا يعد استهلاكه أو بيعه جريمة في غالبية الدول، يعد تعاطي المخدرات والاتجار فيها من الأفعال التي تجرمها التشريعات الجنائية، سواء تعلق الأمر بالمخدرات الخفيفة مثل الحشيش أو بالمخدرات القوية مثل الهيروين والكوكايين والأفيون والمورفين، ويترتب على وجود الحظر في هذا المجال أن تعاطي المخدرات والاتجار فيها يعد في ذاته جريمة ويفضي إلى زيادة مباشرة في نسبة الإجرام في المجتمع، هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى، تساهم المخدرات في زيادة عدد الجرائم المرتبطة بها، فالإدمان مع نقص المواد اللازمة لضمان حاجة المدمن قد يدفعه ذلك إلى ارتكاب بعض الجرائم لتدبير احتياجاته من المخدر، وأهم تلك الجرائم ما يقع على المال لشراء المخدر الذي يكلف كثيراً وتزوير التذاكر الطبية لصرف المخدر والسطو على الصيدليات لسرقة ما بها من مواد مخدرة يخصص لها القانون بحياتها للأغراض الطبية، وتدفع الحاجة إلى المخدر ضحايا السموم البيضاء في بعض الأحوال إلى الجرائم الأخلاقية المختلفة، كما أن حالة الإثارة والهييج الناشئة عن تناول بعض المخدرات تطلق العنان للغرائز وتضعف من مقدرة المدمن على الحد من سيطرتها، فيندفع إلى ارتكاب بعض الجرائم، لا سيما القتل والضرب والجرح والاعتداء على الأعراض.

ويمكن القول بأن المخدرات تمارس ذات التأثير غير المباشر على مدمنيها، من حيث أنها تعد عاملاً مباشراً من عوامل إجرامهم، وأنها تؤثر اجتماعياً واقتصادياً على ذرية المدمن، كما أنها تخلق بيئة غير ملائمة لأولاده تساهم في تكوين شخصياتهم وتدفعهم إلى الإجرام فيما بعد، هذا فضلاً عن



التأثير البيولوجي للمخدرات على ذرية المدن، وهو تأثير لا يختلف كثيرا عن تأثير الخمر في هذا الخصوص. (فتوح عبد الله الشاذلي، 2009: 183)

يتبين لنا من خلال ما سبق أن علاقة المخدرات بالإجرام علاقة سبب بمسبب فيكاد يجمع معظم العلماء في هذا المجال على أن إدمان المخدرات عامل من عوامل الإجرام وتتميز جرائم المدمنين بطابع خاص، كما أن للمواد المخدرة أثرها في حجم ونوع الإجرام العام للمجتمع.

### 10- حكم الإسلام في تحريم المخدرات:

حرص ديننا الإسلامي على تحديد رؤية واضحة وصريحة في مبادئه وأحكامه بشأن تحريم المخدرات، كونها تضر بالدين والعقل والنفوس والعرض والمال في جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية والنفسية... لقوله عز وجل « وَلَا تَقْفُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ ». سورة البقرة، الآية (195).

ولقد جاء تحريم المخدرات في الإسلام بصيغة تدريجية لقوله عز وجل « وَمِنْ ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالْأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا ». سورة النحل الآية (67)، ثم أنزل الله عز وجل قوله « يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا ». سورة البقرة الآية (219) ثم توالى آيات تحريم الخمر والمخدر لقوله عز وجل « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرَبُوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى حَتَّى تَعْلَمُوا مَا تَقُولُونَ ». سورة النساء الآية (43)، وأنزل الله عز وجل آية التحريم بقوله « إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ ». سورة المائدة الآية (91). (سامر جميل رضوان، 2002: 400)

ولقد أجمع فقهاء المسلمين على تحريم المخدرات- وعلى أنها من كبائر الذنوب وقد ثبت تحريم المخدرات بالنص وبالقياس وبقاعدة دفع الشر وسد الفساد وقد نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر مفتر، والمفتر هو من يورث الفتور والخدر في الأعصاب والأطراف، والثابت بالحسن والمشاهدة وبالتالي فالحشيش والأفيون ومشتقاتهما يدخلان تحت مفهوم المفتر وليس الخمر وهما ألين وأخطر من الخمر- كما أوجب رسول الله بعدم مجالس شارب الخمر، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: { من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فلا يقعد على مائدة تدار عليها الخمر }.

ويرى "الإمام ابن تيمية" أن المخدرات فيها من المفسد ما ليس في الخمر فهي أولى بالتحريم ومن استحلها فهو مرتد عن الإسلام إلا إذا تاب وأناب، وإلا قتل مرتداً ولا يصلح عليه ولا يدفن في مقابر المسلمين كما أفتى الإمام ابن تيمية بجلد من يشرب الخمر ويدخن الحشيش، وأكد "ابن القيم" في كتابه زاد المعاد، أن الخمر يدخل فيها كل مسكر مائعا كان أو جامداً عصيراً أو مطبوخاً وكلها فسق وفجور. (فؤاد بسيوني متولي، 2000: 138)

### 11- المخدرات من المنظور التشريعي الجزائري:

ظلت ظاهرة استهلاك المخدرات في الجزائر إلى عهد قريب محصورة جغرافياً ومنبوذة اجتماعياً، إلا أن الجزائر كغيرها من الدول كانت مطالبة بمكافحة المخدرات التي تفشت بشكل رهيب في كل الدول، بالرغم من أن الجزائر ليست من البلدان المنتجة لهذه المواد وعلى هذا الأساس أصدر المشرع الجزائري القانون رقم: (05/85) المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها حيث أقر هذا القانون جملة من المبادئ:

- 1) مبدأ عدم رفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتثلوا للعلاج وتابعوه للنهائية وذلك طبقاً للمادة (249) منه.
- 2) مبدأ إخضاع الأشخاص المتهمين بعد المتابعة على العلاج المزيل للتسمم وتقرير الإعفاء منها طبقاً للمادة (250) منه.
- 3) مبدأ إخضاع الأشخاص للعلاج من الجهات القضائية للمحاكمة طبقاً للمادة (251) منه.

والذي كانت معظم المواد التي ورد النص فيها على المخدرات تعتبر ذات طابع جزائي بحت تتناول قواعد التجريم والعقاب، فلم يكن هذا القانون متكيفاً مع القواعد الجديدة التي تضمنتها الاتفاقيات الدولية، ولتدارك النقائص المسجلة في القانون السالف الذكر وبعد عشر سنوات، سن المشرع الجزائري القانون رقم: (18/04) المؤرخ في (25 ديسمبر 2004) والمتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها.

وبصدور هذا القانون استعمل المشرع مصطلح الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال، وبذلك واكب المشرع الجزائري التشريعات العالمية والاتفاقيات الدولية لا سيما حينما اعتمد في التشريع أساليب العلاج والوقاية. (حفيظة مغني، 2015: 14، 15)

## خلاصة:

حاولنا في هذا الفصل التعرف على المخدرات من حيث تعريفها وأنواعها وأضرارها على الفرد والمجتمع، وفي الحقيقة الحديث على المخدرات ليس بالأمر الحديث فقد تناولتها مختلف الدراسات في مختلف المجالات، وقد عرفها الإنسان منذ عصور ما قبل التاريخ من خلال سعيه الدائم للبحث عن أي طريقة يجعل بها حياته أكثر قبولاً وأكثر متعة، فالحديث عن المخدرات، كما تعرضنا إليه في هذا الفصل له جذوره التاريخية عبر العصور وفي مختلف الثقافات والمجتمعات.

إن تاريخ المواد المخدرة وكل الدراسات التي أجريت، وكل الوسائل التي استخدمت في مكافحتها، وأنواعها المختلفة الألوان والأشكال يبين لنا أن الظاهرة في تطور مستمر من حيث ظهور أشكال جديدة لهذه المواد وطرق ووسائل جديد لكيفية تعاطيها وحتى ترويجها، كل هذا يحتم علينا إيجاد طرق ناجعة للتقليل من حدة انتشار وبياء المخدرات في مجتمعنا، ولعل أنجع الوسائل لمكافحة آفة الإدمان على المخدرات هي تكثيف حملات التوعية والوقاية في مراحلها الأولية لكل الفئات العمرية من أفراد المجتمع للتحذير من خطر المخدرات التي يدمنها معظم الأفراد دون وعي منهم، وفي أغلب الأحيان لا تكون لديهم معلومات حول طبيعة هذه المواد التي يتناولونها تحت تسميات أخرى كما حصل في المدارس، إنها طرق يستخدمها مروجو المواد السامة، وفي الحقيقة هذه الطرق الترويجية فاقت حملات التوعية ضد المواد المخدرة وهذا ما عمل بشكل ما على تقاوم حجم الظاهرة.

## الفصل السابع

# منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية

**تمهيد:**

بعد أن تطرقنا في الفصول السابقة لموضوع الدراسة في جانبه النظري من خلال المراجع والمصادر المتحصل عليها يقتضي هذا منا البحث عن طبيعة الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع هذا ما يتطلب منا خطة منهجية للوصول إلى ذلك وفق أساليب منهجية تطرحها طبيعة الموضوع من حيث وضوح منهج الدراسة وما يبنى في إطاره من تصميم محكم، وكيفية اختيار العينة وخصائصها ومدى تجانسها ومناسبة الأدوات البحثية وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على صلاحية أدوات الدراسة للقياس والحصول على النتائج المرجوة، وكذا ملائمة الأساليب الإحصائية، كل هذه الإجراءات تساعد أي باحث في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية إلى الوصول إلى نتائج علمية دقيقة، وهذا ما سيتم مراعاته في هذا الفصل من خلال تحديد أهم الإجراءات المنهجية الملائمة لطبيعة موضوع الدراسة - فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات - .

## 1- الدراسة الاستطلاعية:

من الضروري في أي بحث علمي القيام بالدراسة الاستطلاعية، فهي بمثابة الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن لأي باحث الإحاطة بأبعاد المشكلة الحالية المراد دراستها، وتذليل الصعوبات التي قد تواجه الباحث في الدراسة الأساسية لبحثه، فالدراسة الاستطلاعية تساعد الباحث على الاطلاع على الميدان الذي سيجري فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة لإتمام عمله بنجاح، وكذلك إمكانية الحصول على الدراسات والمراجع والأبحاث ذات العلاقة بطبيعة الموضوع، والحصول على أدوات القياس إن توفرت، بالإضافة إلى الاتصال بذوي الخبرة في مجال ما يريد الباحث دراسته من أجل توجيه البحث نحو الطريق الصحيح وتفادي بعض العراقيل التي قد تواجهه.

كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع كل المعلومات ذات العلاقة بالبحث والتي تدعم ما يريد الباحث الوصول إليه، وتعتبر هذه المرحلة من الدراسة مرحلة إعداد لإجراءات الدراسة من حيث اختبار سلامة أدوات الدراسة ومدى صلاحيتها لقياس ما يراد قياسه أو بناء أدوات القياس إن لم تكن موجودة أو لم يستطع الباحث الحصول عليها، فالدراسة الاستطلاعية تهدف إلى اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه قبل الخوض في إجراءات الدراسة الميدانية.

ومن أجل تفادي الصعوبات التي قد تواجه الدراسة في شقها الميداني، وقبل البدء في إجراءات البحث ومن أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة تم القيام بالدراسة الاستطلاعية لميدان الدراسة بداية من أكتوبر (2012) من أجل الوقوف على الظروف التي ستنتم فيها إجراءات البحث الميدانية، وبما أن دراستنا الحالية ستكون في بعض ثانويات مدينة المسيلة قمنا بتحديد الثانويات التي تتوفر فيها الشروط المطلوبة، كما قامت الطالبة الباحثة بإعداد برنامج التوعية الصحية، وكذلك من خلال قراءاتها للدراسات ذات العلاقة بالموضوع - في حدود الاطلاع - لم تتحصل على أدوات للقياس تتعلق بطبيعة موضوع الدراسة لذا كنا ملزمين ببناء أداة للحصول على النتائج المتوقعة من الدراسة ومن أجل ذلك قمنا بما يلي:

1) إعداد مقياس حول تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات، وكان الهدف من إعداد المقياس أن يتوفر لنا أداة خاصة تحدد لنا درجة التصورات حول إدمان المخدرات لدى فئة من المراهقين الذين يدرسون بالسنة الثانية ثانوي باعتبار هذه المرحلة من المراحل المهمة في بناء وتقويم

شخصية المراهق من خلال استجابته لبعض المثيرات، وأفكاره التي كونها حول بعض القضايا التي تصادفه، ويعتبر اجتياز هذه المرحلة بسلام من الأمور المهمة في حياة المراهق من ناحية تكوينه النفسي والعقلي والاجتماعي وإذا حدث العكس قد يواجه المراهق مجموعة من المشكلات التي تعيق سير تطوره السليم، وتضمن بناء مقياس تصورات المراهقين نحو المخدرات الخطوات التالية:

- بما أن إجراءات الكشف عن موضوع الدراسة الحالية تتطلب وجود أداة للوصول إلى أهداف الدراسة الحالية، بحيث تتمتع هذه الأداة بضوابط علمية، وشروط سيكومترية (الصدق، الثبات) والأخذ بعين الاعتبار طبيعة العينة، ومدى تلاؤمها من حيث الخصائص مع طبيعة الدراسة وأهدافها، وبناء على هذا ومراعاة لطبيعة الموضوع وحجم العينة ارتأينا أن تكون أداة الدراسة على شكل مقياس مغلق على طريقة "ليكرت" (likert) حيث يطلب فيها من الفرد أن يعبر عن درجة اتجاهه في العبارات التي يتضمنها المقياس، والذي يحمل ميزان متدرج من حيث الموافقة الشديدة أو المعارضة وتأخذ كل استجابة منها درجة معينة، وما يميز هذه الطريقة أنها تتيح للفرد أن يعبر عن اتجاهه بالنسبة لكل عبارة. (مجدي احمد محمد عبد الله، 1996: 77)
- ويعتبر توفير فقرات المقياس من أهم الخطوات اللازمة في بنائه، وللحصول عليها قامت الطالبة الباحثة باستقراء التراث النظري المتعلق بموضوع الدراسة، ومراجعة الدراسات السابقة والاطلاع على بعض المقاييس المشابهة التي تضمنت عبارات لها صلة بالتصورات حول إدمان المخدرات مثل مقياس عصام توفيق قمر (2007) وعبد الرحمن بن محمد القرشي (2006) ودراسة باسم محمد الطويسي حول اتجاهات الشباب نحو المخدرات، وعبيد بن عبد الله العمري حول اتجاهات الشباب نحو الإدمان والمشاركة في برامج الوقاية، وصالح السعد (1997)، وقائمة المكونات المعرفية تجاه الإدمان على المخدرات للباحث أمزيان وناس.
- كما قامت الطالبة الباحثة بإعداد استبيان استطلاعي مفتوح (انظر الملحق رقم 01)، حيث تم الإشارة فيه إلى موضوع البحث من زوايا مختلفة، وتم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (120) تلميذاً (مراهقاً) تم اختيارهم عشوائياً من بعض ثانويات مدينة المسيلة، وتتمثل أهمية العمل الاستطلاعي من خلال هذه الأسئلة المفتوحة في أنه يمكننا من التعرف على مواطن الغموض التي تحيط بالظاهرة والأبعاد الأساسية للموضوع - تصورات المراهقين نحو الإدمان على

المخدرات - الذي سنقوم بدراسته، كما انه يساعدنا في صياغة مجموعة من العبارات بأسلوب واضح ومفهوم.

● وكانت الخطوة التالية بعد ذلك استخلاص جميع الأفكار التي ورد ذكرها سواء من خلال المقاييس السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة والدراسات السابقة، ومن نتائج الاستبيان الاستطلاعي حول تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات و الاطلاع على ما كتب حول الموضوع، وقد وصل عدد العبارات المتحصل عليها من المصادر السابقة الذكر (104) عبارة موزعة على (09) أبعاد وهي كالتالي:

- بعد تصورات المراهقين حول المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين حياة المدمن.
  - بعد تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناتجة عن إدمان المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات.
  - بعد تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات.
- وبعد ذلك قمنا بمناقشة مضامين العبارات مع مجموعة من المحكمين (انظر الملحق رقم 10) لإبداء آرائهم حول صلاحيتها للقياس، ومدى ملائمة كل عبارة مع البعد الذي تنتمي إليه، ومدى ملائمة العبارات للمرحلة العمرية التي ستطبق عليها الأداة، والتحقق من سلامة ووضوح الصياغة اللغوية. وتم من خلال هذه المناقشات استبعاد (5) عبارات ليصبح عددها (99) عبارة (22) عبارة سلبية وهي (1.3.4.5.8.9.14.17.28.32.33.37.38.48.55.56.60.61.72.82.92.94) والباقي (77) عبارة ايجابية تم ترتيبها بطريقة دائرية، روعي في صياغتها أن تكون معبرة عن فكرة واحدة، وأعطى لها ميزان خماسي التدرج حسب طريقة "ليكرت"، والجدول رقم (05) يوضح لنا عدد أبعاد المقياس وأرقام فقرات كل بعد في صورته الأولية (انظر الملحق رقم 02) أي قبل التأكد من خصائصه السيكومترية -الصدق والثبات-.



جدول رقم (05)

يوضح أبعاد مقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات في صورته الأولى.

العدد	البعد	عدد العبارات
1	تصورات المراهقين حول المخدرات.	1-10-19-28-37-46-55-64-73-82-91
2	تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات.	2-11-20-29-38-47-56-65-74-83-92
3	تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات.	3-12-21-30-39-48-57-66-75-84-93
4	تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات.	4-13-22-31-40-49-58-67-76-85-94
5	تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات.	5-14-23-32-41-50-59-68-77-86-95
6	تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات	6-15-24-33-42-51-60-69-78-87-96
7	تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناتجة عن إدمان المخدرات.	7-16-25-34-43-52-61-70-79-88-97
8	تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات.	8-17-26-35-44-53-62-71-80-89-98
9	تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات.	9-18-27-36-45-54-63-72-81-90-99

- وللتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة تم توزيعها على مجموعة من المراهقين عددهم (60) مراهقا تم اختيارهم بطريقة عشوائية من المراهقين الذين يمتازون بنفس خصائص عينة الدراسة الأساسية، وقد أوضحت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات.

2) وفي الفترة التي أعدت فيها الطالبة الباحثة أداة الدراسة، قامت بإعداد برنامج التوعية الصحية لتغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات وقد تم إعداد البرنامج وفق الخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة، والتراث النظري حول موضوع الدراسة وكذا الإطلاع على البرامج التي أعدت للتوعية والوقاية من أخطار الإدمان على المخدرات مثل برنامج عصام توفيق قمر (2007) وعبد الرحمن بن محمد القرشي (2006)، وأمير جابر هاشم (2006)، محمد حمدي حجار (1992)، والمشروع القومي لحماية النشء من المخدرات (2001)، وإسماعيلي يامنة وبيع نادية (2011)
- التعرف على خصائص العينة من خلال الإطلاع على كل ما كتب حول مرحلة المراهقة من خصائص مميزات.
- تحديد المهارات التي سيتم تدريب المجموعة التجريبية على اكتسابها.
- وانطلاقاً مما سبق أعدت الطالبة الباحثة برنامج التوعية الصحية المكون من (15) جلسة والذي يهدف إلى تغيير التصورات الخاطئة حول إدمان المخدرات ويوضح خطورة الآفة على الأفراد والمجتمعات، ويهدف البرنامج أيضاً إلى تعليم أفراد العينة بعض المهارات التي تجنبهم الوقوع في الإدمان، وتم تحكيم البرنامج من قبل أساتذة أعضاء هيئة التدريس (انظر الملحق رقم 10)، ومن ثمة تم تصحيح وتدارك كل الأخطاء وإضافة بعض النقاط المهمة التي غفلنا عنها.
- ولتفادي بعض المشكلات التي قد تواجهنا أثناء تطبيق البرنامج مثل الضبط الزمني لجلسات البرنامج وتحديد المدى الزمني للبرنامج وتحديد الأسلوب الأمثل لتقديم البرنامج وكيفية التعامل مع أفراد العينة قامت الطالبة الباحثة بتطبيق البرنامج على عينة من المراهقين الذين تتوفر فيهم شروط العينة الأساسية.

3) وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة القياس وإعداد برنامج التوعية الصحية كان من الضروري تحديد المؤسسة والعينة المعنية بالدراسة الأساسية. وقبل تحديد المؤسسة التي سوف تجرى فيها الدراسة الأساسية، قامت الطالبة الباحثة بالتوجه إلى مديرية التربية من أجل الحصول على بعض الوثائق لخصر مجتمع الدراسة والمتمثل في المدارس الثانوية الموجودة بمدينة

المسيلة- ولاية المسيلة، وطلب المساعدة من بعض المسؤولين في مديرية التربية بمساعدة الطالبة الباحثة على تحديد أهم الثانويات التي يشيع فيها تعاطي المخدرات.

وانطلاقا مما سبق يمكننا تلخيص نتائج الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- تحديد مشكلة الدراسة تحديدا علميا دقيقا وفق الإجراءات التي تتطلبها الدراسة.
- إعداد أدوات الدراسة والتأكد من خصائصها السيكومترية.
- إعداد برنامج التوعية الصحية والتأكد من ملائمة لأفراد العينة.
- التعرف على ميدان الدراسة وتذليل بعض الصعوبات التي قد تواجهها الدراسة.
- اختيار وتحديد عينة الدراسة الأساسية والتي تكونت من (24) فردا موزعين كالآتي:

- (12) فرد يمثلون العينة التجريبية.

- (12) فردا يمثلون العينة الضابطة.

## 2- الدراسة الأساسية:

### 2-1- المنهج المستخدم:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلم بواسطة مجموعة من القواعد التي تبحث عن سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتائج معنية. (بشير صالح الرشيد، 2000: 22)

فالمنهج هو سبيل كل باحث لأجل الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة على أسئلته، ويتم ذلك بإتباع خطوات تؤدي إلى الحقيقة التي نريد الوصول إليها، وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج معين دون الآخر، فقد تم اعتماد المنهج التجريبي لدراسة موضوع - مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات- حيث يعتبر المنهج التجريبي أقرب مناهج البحث لحل المشكلات بالطريقة العلمية، كما يعد منهج البحث الوحيد الذي يمكنه الاختبار الحقيقي لفروض العلاقات الخاصة بالسبب والأثر.

(فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة، 2002: 57)

وبهذا فالدراسة الحالية تعتمد على المنهج التجريبي في تناول متغيراتها وفقا للفروض التي تسعى للتحقق من مدى صحتها، والتصميم التجريبي المستخدم في هذه الدراسة هو تصميم تجريبي حقيقي والعامل الأساسي فيه هو التعيين العشوائي للمجموعات المعالجة، وذلك لإزالة أثر الفروق بين أفراد المجموعات، وبخصوص العامل المميز لهذا التصميم هو معالجة المتغير التجريبي (المتغير المستقل). (رجاء محمود أبو علام، 2004: 208)

ويتمثل التصميم التجريبي فيما يلي:

- متغيرات مستقلة (تجريبية) والتي تتمثل في برنامج التوعية الصحية الذي يهدف إلى تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.
- متغيرات تابعة وتتضمن النتائج التي سوف تتضح بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية الذي يهدف إلى تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات من خلال تطبيق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

ويمكن تمثيل التصميم التجريبي للدراسة كما يلي:

### جدول رقم (06)

يوضح التصميم التجريبي للدراسة.

العدد	القياس	العينة	العينة الضابطة
1	القياس القبلي	✓	✓
2	برنامج التوعية الصحية	✓	-
3	القياس البعدي	✓	✓
4	القياس التتبعي	✓	-

## 2-2- العينة وكيفية اختيارها:

تعتمد أي دراسة سواء كانت نفسية أو اجتماعية على العينة أو مجتمع البحث فبدونها لا يستطيع الباحث وضع أهداف الدراسة وبالتالي الوصول إلى النتائج المرجوة.

فالعينة هي مجموعة من المشاهدات المأخوذة من مجتمع معين ويفترض أن تكون الإحصائيات التي تتصف بها هذه المشاهدات في المجتمع. ( فوزي عبد الخالق، علي إحسان شوكت، 2007: 117 )

وقد تكونت عينة الدراسة من المراهقين الذكور المتمدرسين بالمدارس الثانوية بمدينة المسيلة وكان لاختيار هذه العينة بالذات عدة مبررات هي:

(1) تواجد المراهقين في هذه المرحلة بالمدارس وهذا ما يسهل علينا عملية الاتصال بهم من أجل إتمام الدراسة الميدانية، وكذلك سيتوفر لنا مكان إجراء هذه الدراسة بعد موافقة المسؤولين على ذلك.

(2) أهمية المرحلة باعتبارها مرحلة التفكير في المستقبل وتحديد بعض ملامحه من حيث تحديد التوجهات العلمية والمهنية في المستقبل.

(3) إنها مرحلة الاستقرار النسبي مقارنة بتلاميذ السنة الأولى والتلاميذ المقبلين على شهادة البكالوريا.

(4) إنها المرحلة التي تكثر فيها الصراعات مع الذات وخاصة مع الآخرين، هذا ما يجعل المراهق يقع في العديد من المشكلات التي قد تغير مجرى حياته نحو أمور تعود عليه بالضرر.

(5) تعتبر هذه المرحلة مرحلة المطالبة بالاستقلالية عن مصادر السلطة (الوالدين، المعلمين...) والتمرد والتردد في بعض الأحيان عن اتخاذ بعض القرارات، لذا فالمراهق في هذه المرحلة بحاجة إلى الدعم من طرف الآخرين.

(6) إنها المرحلة العمرية التي تنفجر فيها كل الطاقات والقدرات، والتي تحتاج إلى توجيه، وتمكين المراهق من تنمية قدراته واكتساب بعض المهارات التي تعمل على تحصينه من الوقوع في

بعض المشكلات التي قد تواجهه، وهذا ما يمكنه من تغيير تصورات الخاطئة عن بعض القضايا التي تثير انتباهه.

(7) إن الاهتمام بهذه المرحلة يعتبر مطلباً اجتماعياً ووطنياً ودينياً وإنسانياً من أجل تخريج أجيال صالحة لأن صلاح المجتمع مستمد من صلاح أفراده.

وبهذا فقد تكونت عينة الدراسة من المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي بالمدارس الثانوية بمدينة المسيلة لتحديد العينة النهائية للدراسة وتم ذلك وفق الخطوات التالية:

(1) كما ذكرنا سابقاً قمنا بالاتصال بمديرية التربية لولاية المسيلة وتحديد عدد المدارس الثانوية بمدينة المسيلة والتي كان عددها (10) مدارس كما هو موضح في الجدول رقم (07).

### جدول رقم (07)

يوضح المدارس الثانوية بمدينة المسيلة.

العدد	إسم المؤسسة	الموقع
1	جابر بن حيان	الجزء الغربي
2	عبد المجيد مزيان	الجهة الشمالية
3	عبد المجيد علام	الجهة الشرقية
4	عبد الله بن مسعود	وسط المدينة
5	صلاح الدين الأيوبي	الجهة الشمالية
6	5 جويلية 1962	الجهة الغربية
7	عثمان بن عفان	جنوب المدينة
8	الشريف مساعدي	الجهة الغربية
9	بن يحيى المقرئ	الجهة الشمالية
10	إبراهيم بن الأغلب التميمي	وسط المدينة

المصدر: من إعداد الطالبة الباحثة تبعا للوثائق التي تحصلت عليها من مديرية التربية.

(2) قامت الطالبة الباحثة بالتقصي عن أكثر الثانويات التي قد ينتشر فيها الإدمان على المخدرات أو الواقعة في الأحياء التي ينتشر فيها الإدمان، وبمساعدة بعض المسؤولين من مديرية التربية ومن خلال ما يرد إليهم من تقارير حول هذا الشأن من المدارس، وبحكم إقامة الطالبة الباحثة في المدينة تم تحديد (04) ثانويات تنتشر فيها الأفكار الإدمانية على المخدرات وهي عبد المجيد علاهم وجابر بن حيان، وعبد الله بن المسعود، وثانوية شريف مساعدي.

(3) ثم قامت الطالبة الباحثة بتطبيق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات على المراهقين بكل من الثانويات الأربعة، ثم اختيار الثانوية التي يحصل تلاميذها على أدنى المتوسطات من خلال استجابتهم على بنود المقياس.

(4) بعد تطبيق المقياس على المدارس الثانوية المعنية بذلك بمساعدة المساعدات التربويات المتخصصة في مجال علم النفس، تم استرجاعها لتحديد المدرسة الأنسب للدراسة وقد حذف منها التلاميذ المعيدين والغائبين ومن كانت إجاباتهم ناقصة، وهناك بعض الاستثمارات التي لم تسترجع، والجدول الموالي يوضح لنا العدد النهائي للمدارس والتلاميذ الذين طبق عليهم المقياس:

### جدول رقم (08)

يوضح العدد النهائي للمدارس والتلاميذ الذين طبق عليهم المقياس.

العدد	المدارس	عدد التلاميذ المطبق عليهم المقياس
1	جابر بن حيان	99
2	عبد الله بن مسعود	77
3	عبد المجيد علاهم	85
4	شريف مساعدي	90
	المجموع	351

(5) بعد توزيع أداة الدراسة على التلاميذ المراهقين بالمدارس المعنية توضحت لنا المدرسة التي سوف تجرى فيها الدراسة الميدانية، والتي حصل تلاميذها على أدنى المتوسطات على المقياس المعد في هذه الدراسة حيث حصلت مدرسة شريف مساعدية على أدنى الدرجات، وكانت درجات تلاميذ ثانوية عبد المجيد علام أيضا متقاربة مع تلاميذ ثانوية شريف مساعدية، وتبعاً لما وضحت هذه النتائج تم اختيار هذه الأخيرة، وقد لاحظنا في زيارتنا للمدرسة اهتمام مديرها بموضوع الدراسة بعد إطلاعها على كيفية إجراء الدراسة والمدة التي سوف تستغرقها الدراسة، وطلبنا العون من مستشارة التوجيه بحكم تخصصها وفي الحقيقة تلقينا الدعم الكافي حتى من طرف المساعدين التربويين في المؤسسة وقد أبدى لنا بعض إداريي المدرسة اهتمامهم وتعاونهم، ووفروا لنا المكان وهينوا لنا الزمن، وكذلك لاحظنا اهتمام المراهقين وتحمسهم للمشاركة في البرنامج.

(6) تم اختيار المراهقين الذين يحملون تصورات خاطئة حول إدمان المخدرات، والذين بلغ عددهم (44) مراهقاً وقد تم اختيارهم وفقاً للشروط التالية:

- أن يكون عمر المراهق من (15-16 سنة).
- أن تكون العينة متكافئة من حيث الذكاء والمستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي.
- أن يكون لدى المراهق تصورات خاطئة حول إدمان المخدرات تبعاً لأبعاد المقياس المعد في هذه الدراسة لتقييم فاعلية برنامج التوعية وهي:

- تصورات المراهقين حول المخدرات.
- تصورات المراهقين حياة المدمن.
- تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات.
- تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات.
- تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات.
- تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات.
- تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناتجة عن إدمان المخدرات.
- تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات.
- تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات.



وبعد التحقق من توفر الشروط السابقة الذكر لتجانس العينة تحدد عدد أفراد عينة الدراسة

ب (24) مراهقاً، قسمنا هذا العدد إلى مجموعتين عشوائياً على النحو التالي:

- مجموعة ضابطة مكونة من (12) مراهق.

- مجموعة تجريبية مكونة من (12) مراهق.

وقد تم تحقيق التوافق بين المجموعتين تبعاً للشروط السابقة الذكر كما هو موضح الجداول

التالية:

### جدول رقم (09)

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في عدد أفراد الأسرة.

المجموعات	حجم العينة	متوسط الفروق	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	تفسيرها
عدد أفراد الأسرة	ضابطة	12	0.187	1	0.665	غير دال عند 0.05
	تجريبية	13				
	المجموع	-				

من خلال الجدول رقم (09) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (0.18) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير عدد أفراد الأسرة، وبالتالي نستطيع القول بأن هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير عدد أفراد الأسرة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

جدول رقم (10)

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في دخل الأسرة.

المجموعات	حجم العينة	متوسط الفروق	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	تفسيرها
الدخل الأسري	ضابطة	12	0.365	1	0.546	غير دال عند 0.05
	تجريبية	12				
	المجموع	24				

من خلال الجدول رقم (10) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (0.36) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير الدخل، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير الدخل، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

جدول رقم (11)

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في السكن مع الوالدين.

المجموعات	حجم العينة	متوسط الفروق	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	تفسيرها
السكن مع الوالدين	ضابطة	12	2.091	1	0.148	غير دال عند 0.05
	تجريبية	12				
	المجموع	24				

من خلال الجدول رقم (11) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (2.09) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير السكن مع الوالدين، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير السكن مع الوالدين، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

### جدول رقم (12)

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في نوع السكن.

تفسيرها	مستوى الدلالة	درجة الحرية	Khi-deux	متوسط الفروق	حجم العينة	المجموعات	
غير دال عند 0.05	0.317	1	1	12	12	ضابطة	نوع السكن
				13	12	تجريبية	
				-	24	المجموع	

من خلال الجدول رقم (12) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (1.00) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير نوع السكن، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير نوع السكن، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

جدول رقم (13)

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المستوى التعليمي للأب.

المجموعات	حجم العينة	متوسط الفروق	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	تفسيرها
المستوى التعليمي للأب	ضابطة	12	11.58	1	0.328	غير دال عند 0.05
	تجريبية	12	13.42			
	المجموع	24	-			

من خلال الجدول رقم (13) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (0.95) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير المستوى التعليمي للأب، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى التعليمي للأب، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

جدول رقم (14):

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المستوى التعليمي للأم.

المجموعات	حجم العينة	متوسط الفروق	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	تفسيرها
المستوى التعليمي للأم	ضابطة	12	14.33	1	0.092	غير دال عند 0.05
	تجريبية	12	10.67			
	المجموع	24	-			

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (2.83) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير المستوى التعليمي للأم، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى التعليمي للأم، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

### جدول رقم (15)

يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المستوى الثقافي.

المجموعات	حجم العينة	متوسط الفروق	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	تفسيرها
المستوى الثقافي	ضابطة	13	0.2	1	0.63	غير دال عند 0.05
	تجريبية	12				
	المجموع	-				

من خلال الجدول رقم (15) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (0.2) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير المستوى الثقافي، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى الثقافي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

**جدول رقم (16):** يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في العمر الزمني.

العينة	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	تفسيرها
ضابطة	0.295	0.592	12	15.60	0.387	22	-0.22	0.828	غير دال عند 0.05
تجريبية			12	15.64	0.355				

من خلال الجدول رقم (16) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $t_{test}$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (-0.22) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير العمر الزمني، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

**جدول رقم (17):** يوضح التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في نسبة الذكاء.

العينة	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	تفسيرها
ضابطة	0.02	0.873	12	79.00	3.247	22	1.25	0.224	غير دال عند 0.05
تجريبية			6	77.41	2.937				

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الإحصائية ( $t_{test}$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والتي بلغت (1.25) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير نسبة الذكاء، وبالتالي نستطيع القول بان هناك تجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في متغير نسبة الذكاء، ونسبة التأكد من هذه النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

جدول رقم (18)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية.

الجنس	التجانس ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "T"	مستوى الدلالة	تفسيرها
المحور الأول	ضابطة	0.258	12	16.08	0.996	22	0.220	0.828	غير دال
	تجريبية			16.00	0.852				
المحور الثاني	ضابطة	1.222	12	17.58	0.900	22	0.515	0.612	غير دال
	تجريبية			17.41	0.668				
المحور الثالث	ضابطة	0.139	12	20.66	1.557	22	0.277	0.784	غير دال
	تجريبية			20.50	1.381				
المحور الرابع	ضابطة	0.000	12	21.00	1.348	22	0.616	0.544	غير دال
	تجريبية			20.66	1.302				
المحور الخامس	ضابطة	0.004	12	15.83	1.193	22	0.519	0.609	غير دال
	تجريبية			15.58	1.164				
المحور السادس	ضابطة	6.579	12	15.41	0.900	22	1.470	0.131	غير دال
	تجريبية			15.91	0.514				
المحور السابع	ضابطة	1.294	12	16.53	1.678	22	1.146	0.264	غير دال
	تجريبية			15.83	1.114				
المحور الثامن	ضابطة	4.593	12	16.58	2.020	22	1.874	0.089	غير دال
	تجريبية			15.83	2.357				
المحور التاسع	ضابطة	3.027	12	27.41	1.505	22	0.170	0.866	غير دال
	تجريبية			27.33	0.7785				
الدرجة الكلية	ضابطة	0.004	12	166.58	2.574	22	1.874	0.089	غير دال
	تجريبية			165.65	2.357				

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أن قيم اختبار التجانس ليفين (F) أغلبها جاءت غير دالة إحصائياً وذلك في الأبعاد (الأول، الثاني، الثالث، الرابع، الخامس، السادس، التاسع) وكذا في الدرجة الكلية ككل مما يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين في حين أن البعدين (السابع، الثامن) فنلاحظ أن قيمتا اختبار التجانس ليفين (F) فيهما كانت دالة إحصائياً مما يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية في أبعاد مقياس التصورات بالنسبة لأفراد للمجموعتين الضابطة والتجريبية نلاحظ أنها جاءت متقاربة جداً، وجاءت قيمة اختبار الفروق (Ttest) تساوي (1.87) بالنسبة للدرجة الكلية وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ )، وبالتالي نقول بأنه "لا توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في تصوراتهم نحو الإدمان على المخدرات"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

### 2-3- أدوات الدراسة:

لأجل الوصول إلى النتائج المرجوة من هذه الدراسة، كان من الضروري استخدام عدد من الأدوات التي يمكن أن تسهم في توفير البيانات التي تقتضيها الإجابة على تساؤلات الدراسة لذا قمنا باستخدام الأدوات التالية كما هو موضح في الجدول التالي:

### جدول رقم (19):

يوضح أدوات الدراسة المستخدمة.

العدد	الأدوات	الإعداد
1	استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية.	إعداد الطالبة الباحثة.
2	اختبار الذكاء المصور.	إعداد أحمد زكي صالح.
3	مقياس تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات.	إعداد الطالبة الباحثة.
4	برنامج التوعية الصحية.	إعداد الطالبة الباحثة.



**2-3-1- استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية:**

من أجل ضبط أثر بعض المتغيرات الوسيطة التي قد تلعب دورا في إيجاد فروق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة)، ولتحقيق التجانس بينهما قمنا بإعداد استمارة تتضمن البيانات الشخصية من ناحية الاسم واللقب والقسم الذي يدرس فيه المراهق وإن كان يعيش مع والديه أم لا والحالة الاقتصادية من حيث الدخل الأسري ونوع السكن، وكذلك المستوى التعليمي للوالدين (أب، أم) والمستوى الثقافي للأسرة من حيث امتلاكها واستعمالها لبعض الوسائل التثقيفية (انظر الملحق رقم 04).

**2-3-2- اختبار الذكاء المصور:**

يعتبر هذا الاختبار من الاختبارات الجمعية غير اللفظية التي تهدف إلى قياس القدرة على إدراك التشابه والاختلاف بين الموضوعات والأشياء، كما دل استخدام هذا الاختبار على فائدته الكبيرة في التشخيص الأولي، فهو اختبار لقياس القدرة العامة للأفراد.

ويهدف الاختبار إلى تقدير القدرة العقلية العامة لدى الأفراد في الأعمار من سن الثامنة إلى السابعة عشر وما بعدها ويعتمد أصلا على إدراك العلاقة بين مجموعة من الأشكال وانتقاء الشكل المختلف من بين وحدات المجموعة. (أحمد زكي صالح، 1978: 04)

يتكون هذا الاختبار من (60) مجموعة من الصور أو الأشكال (انظر الملحق رقم 05)، وكل مجموعة تتكون من (5) صور أو أشكال، ويوجد بكل مجموعة (4) صور أو أشكال متشابهة في صفة واحدة أو أكثر، وشكل واحد فقط هو المختلف عن باقي أشكال المجموعة.

**- ثبات وصدق الاختبار:**

لقد دل استخدام اختبار الذكاء المصور في عدد من الأبحاث على ثباته بدرجة عالية، إذا تراوحت معاملات الثبات في هذه الأبحاث بين (0.75 - 0.85) كما تأكد أيضا صدقه سواء عن طريق دراسة ارتباطه بغيره من الاختبارات أو عن طريق التحليل العاملي. ( إبراهيم مصطفى حماد، 2008: 03)

### 2-3-3- مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات:

قامت الطالبة الباحثة بتصميم مقياس حول تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات الذي سوف نعتمد على نتائجه في الإجابة على تساؤلات الدراسة، وقد مر تصميم هذا المقياس بعدة مراحل تم ذكرها سابقا.

**2-3-3-1- وصف المقياس:** يتكون مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات على (75) عبارة ويشتمل على تسعة (09) محاور فرعية بعد حساب خصائصه السيكومترية (الصدق، الثبات) أنظر الملحق رقم (03) وهي موضحة في الجدول التالي:

#### جدول رقم (20)

يوضح أبعاد المقياس وعدد عبارات كل بعد.

العدد	الأبعاد	عدد العبارات	العبارات الايجابية	العبارات السلبية
1	تصورات المراهقين حول المخدرات.	07	7-6-5 -3	4-2-1
2	تصورات المراهقين حياة المدمن.	07	7-6-5-3-2-1	4
3	تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات.	10	-8-7-6-4-2-1 10-9	5-3
4	تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات.	10	-7-6-5-4-3-2 9-8	10-1
5	تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات.	08	8-7-6-5-3	4-2-1
6	تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات.	08	-7-6-5-4-2-1 8	3
7	تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناتجة عن إدمان المخدرات.	08	-7-6-4-3-2-1 8	5
8	تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات.	08	8-7-6-5-4-3	2-1
9	تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات.	09	-7-6-5-4-3-2 9-8	1
16	المجموع	75	59	

**2-3-3-2- طريقة تصحيح المقياس:** بالنسبة لتصحيح المقياس تم من خلال إعطاء قيم رقمية لسلم التدرج للعبارات الموجبة حيث تعطى (لأوافق بشدة خمس درجات، وأوافق أربع درجات، وأحياناً ثلاث درجات، ولا أوافق درجتين، ولا أوافق بشدة درجة واحدة) بالترتيب مع عكس هذه القيم في العبارات السالبة، وبذلك فإن الدرجة الكلية للمراهق تساوي مجموع درجاته على جميع عبارات المقياس، حيث تتراوح قيمتها في المدى (75- 375).

ويتم تصحيح كل محور على حدى حيث تشير الدرجة المرتفعة على محاور المقياس إلى وجود تصورات رافضة للإدمان على المخدرات، أما الدرجة المنخفضة تؤكد وجود تصورات خاطئة حول إدمان المخدرات.

### 2-3-3-3- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

#### أولاً: صدق المقياس:

الصدق أهم خاصية من خواص القياس، ويشير إلى الاستدلالات الخاصة التي نخرج بها من درجات المقياس من حيث مناسبتها ومعناها وفائدتها، وتحقيق صدق القياس معناه تجميع الأدلة التي تؤيد مثل هذه الاستدلالات. (رجاء محمود أبو علام، 2004: 413)

ولحساب صدق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في الدراسة الحالية تم الاعتماد على ما يلي:

**أ- صدق المحكمين:** تم عرض المقياس المعد في هذه الدراسة حول تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات على مجموعة من الأساتذة ذوي خبرة في مجال البحث العلمي ومجال موضوع الدراسة، من أجل معرفة آرائهم حول الدقة العلمية لعبارات المقياس ومدى ملائمة كل عبارة ووضوحها، وسلامة الصياغة اللغوية، ومدى انتمائها للوحدات التي وضعت لقياسها، ومن خلال الملاحظات التي قدمها السادة المحكمين تم حذف (5) عبارات ليصبح المقياس مكون من (99).

**ب- صدق الاتساق الداخلي:** وهو معرفة مدى ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس وتستخدم هذه الوسيلة الإحصائية كمحك داخلي لقياس مدى صلاحية العبارات ومعرفة

ما يقيسه الاختبار أو بمعنى آخر صدق المضمون عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي، ثم بين الدرجات الكلية لمحاور المقياس مع درجته الكلية.

• الارتباط بين العبارات والدرجات الكلية للمحاور التي تنتمي إليها:

- المحور الأول: تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

جدول رقم (21)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.375**	العبارة 55	0.010	العبارة 1
0.430**	العبارة 64	0.076	العبارة 10
0.555**	العبارة 73	0.700**	العبارة 19
0.098	العبارة 82	-0.012	العبارة 28
0.275*	العبارة 91	0.298*	العبارة 37
** الارتباط دال عند ألفا (0.01)		0.583**	العبارة 46
* الارتباط دال عند ألفا (0.05)			

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الأول (تصورات المراهقين نحو الإدمان المخدرات) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الأول مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (05) عبارات، وهي (19، 46، 55، 64، 73) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,70) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (19) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,37) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (55) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات

التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارتين (37، 91) بارتباط قدر ب (0.29، 0.27) كما هما على الترتيب، في حين نجد أن هناك أربع عبارات غير دالة إحصائياً وهي (1، 10، 28، 82)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (تصورات المراهقين نحو المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (07) عبارات فقط.

- **المحور الثاني:** تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات.

### جدول رقم (22)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات مع درجته الكلية.

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 2	0.229	العبارة 56	0.519**
العبارة 11	0.500**	العبارة 65	0.610**
العبارة 20	0.281*	العبارة 74	0.391**
العبارة 29	0.238	العبارة 83	0.540**
العبارة 38	0.163	العبارة 92	0.199
العبارة 47	0.314*	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثاني (تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات) بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثاني مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (05) عبارات، وهي (11، 56، 65، 74، 83) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0.61) كأعلى

ارتباط كان بين العبارة (65) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,39) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (74) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارتين (20، 47) بارتباط قدر ب (0.28، 0,31) كما هما على الترتيب، في حين نجد أن هناك أربع عبارات غير دالة إحصائيا وهي (2، 29، 38، 92)، وعموما يمكن القول بأن المحور الثاني (تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (07) عبارات فقط.

- **المحور الثالث:** تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات.

### جدول رقم (23)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.

العبارة	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 3	0.249	العبارة 57	0.301*
العبارة 12	0.395**	العبارة 66	0.327*
العبارة 21	0.644**	العبارة 75	0.690**
العبارة 30	0.337**	العبارة 84	0.294*
العبارة 39	0.533**	العبارة 93	0.296*
العبارة 48	0.589**	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثالث (تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثالث مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائيا فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (06)

عبارات، وهي (12، 21، 30، 39، 48، 75) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,69) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (75) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,33) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (30) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارات (57، 66، 84، 93) بارتباط قدر ب (0,30، 0,32، 0,29)، كما هما على الترتيب، في حين نجد أن هناك عبارة واحدة فقط غير دالة إحصائياً وهي (03)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (10) عبارات فقط.

- **المحور الرابع:** تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات.

### جدول رقم (24)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 4	0.305*	العبارة 58	0.333**
العبارة 13	0.636**	العبارة 67	0.347**
العبارة 22	0.555**	العبارة 76	0.383**
العبارة 31	0.386**	العبارة 85	0.523**
العبارة 40	0.480**	العبارة 94	0.272*
العبارة 49	-0.235	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الرابع (تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات) بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو

موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الرابع مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (08) عبارات، وهي (13، 22، 31، 40، 58، 67، 76، 85) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,63) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,33) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (58) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارتين (4، 94) بارتباط قدر ب (0,30، 0,27) كما هما على الترتيب، في حين نجد أن هناك عبارة واحدة فقط غير دالة إحصائياً وهي (49)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (10) عبارات فقط.

- المحو الخامس: تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات.

### جدول رقم (25)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات مع درجته الكلية.

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 5	0.509**	العبارة 59	0.190
العبارة 14	0.369**	العبارة 68	0.159
العبارة 23	0.545**	العبارة 77	0.330*
العبارة 32	0.282*	العبارة 86	0.413**
العبارة 41	0.293*	العبارة 95	0.417**
العبارة 50	0.215	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	



تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الخامس (تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات) بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الخامس مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (05) عبارات، وهي (5، 14، 23، 86، 95) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,54) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (23) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,36) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (14) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارات (32، 41، 77) بارتباط قدر ب (0,28، 0,29، 0,33) كما هما على الترتيب، في حين نجد أن هناك ثلاث عبارات غير دالة إحصائياً وهي (50، 59، 68)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الخامس (تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (08) عبارات فقط.

- المحور السادس: تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات.

### جدول رقم (26)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات مع درجته الكلية.

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 6	0.588**	العبارة 60	-0.048
العبارة 15	0.056	العبارة 69	0.482**
العبارة 24	0.557**	العبارة 78	0.385**
العبارة 33	0.646**	العبارة 87	0.166
العبارة 42	0.615**	العبارة 96	0.362**
العبارة 51	0.355**	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور السادس (تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات) بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور السادس مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (08) عبارات، وهي (6، 24، 33، 42، 51، 69، 78، 96) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,64) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (33) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,35) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (51) والدرجة الكلية للمحور ككل، في حين نجد أن هناك ثلاث عبارات غير دالة إحصائياً وهي (15، 60، 87) وعموماً يمكن القول بأن المحور السادس (تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (08) عبارات فقط.

- المحور السابع: تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات.

### جدول رقم (27):

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات مع درجته الكلية.

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.598**	العبارة 61	0.262*	العبارة 7
0.763**	العبارة 70	0.626**	العبارة 16
0.321*	العبارة 79	0.708**	العبارة 25
0.213	العبارة 88	0.228	العبارة 34
0.320*	العبارة 97	0.006	العبارة 43
** الارتباط دال عند ألفا (0.01)		0.434**	العبارة 52
* الارتباط دال عند ألفا (0.05)			

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور السابع (تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات) بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور السابع مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (05) عبارات، وهي (16، 25، 52، 61، 70) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,76) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (70) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,43) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (52) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارات (7،79،97) بارتباط قدر ب (0,26، 0,32، 0,32) كما هما على الترتيب في حين نجد أن هناك ثلاث عبارات غير دالة إحصائياً وهي (34، 43، 88)، وعموماً يمكن القول بأن المحور السابع (تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (08) عبارات فقط.

- المحور الثامن: تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات.

### جدول رقم (28)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات مع درجته الكلية.

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 8	0.465**	العبارة 62	0.603**
العبارة 17	0.479**	العبارة 71	0.627**
العبارة 26	0.774**	العبارة 80	0.521**
العبارة 35	0.097	العبارة 89	0.462**
العبارة 44	0.391**	العبارة 98	0.105
العبارة 53	0.185	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثامن (تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثامن مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (08) عبارات، وهي (8، 17، 26، 44، 62، 71، 80، 89) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,77) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (26) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,39) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (44) والدرجة الكلية للمحور ككل، في حين نجد أن هناك ثلاث عبارات غير دالة إحصائياً وهي (35، 53، 98) وعموماً يمكن القول بأن المحور الثامن (تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (08) عبارات فقط.

- المحور التاسع: تصورات المراهقين حول رأي الدين في إدمان المخدرات.

### جدول رقم (29)

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور تصورات المراهقين حول رأي الدين في إدمان المخدرات مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 9	0.318*	العبارة 63	0.460**
العبارة 18	0.467**	العبارة 72	0.106
العبارة 27	0.006	العبارة 81	0.269*
العبارة 36	0.329*	العبارة 90	0.454**
العبارة 45	0.286*	العبارة 99	0.385**
العبارة 54	0.655**	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
		* الارتباط دال عند ألفا (0.05)	

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور التاسع (تصورات المراهقين حول رأي الدين في إدمان المخدرات) بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو موضح في الجدول أعلاه، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور التاسع مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) وعددها (05) عبارات وهي (18، 54، 63، 90، 99) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,65) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (54) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,38) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (99) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ ) فقد كانت في العبارات (9، 36، 45، 81) بارتباط قدر ب (0,31، 0,32، 0,28، 0,26) كما هما على الترتيب، في حين نجد أن هناك عبارتين فقط غير دالتين إحصائياً وهي (27، 72)، وعموماً يمكن القول بأن المحور التاسع (تصورات المراهقين حول رأي الدين في إدمان المخدرات) صادق مع الإشارة إلى حذف العبارات غير الدالة إحصائية ليصبح بذلك عدد العبارات في هذا المحور (09) عبارات فقط.

• الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور مع الدرجة الكلية للمقياس ككل:

جدول رقم (30)

يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية للمحاور مع الدرجة الكلية لمقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

المحور	الدرجة الكلية للمقياس	العبارات	الدرجة الكلية للمقياس
المحور الأول	0.506**	المحور السادس	0.774**
المحور الثاني	0.487**	المحور السابع	0.708**
المحور الثالث	0.713**	المحور الثامن	0.733**
المحور الرابع	0.402**	المحور التاسع	0.584**
المحور الخامس	0.529**	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	

تم حساب الارتباطات بين الدرجة الكلية لكل محور مع الدرجة الكلية لمقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات ككل بمعامل الارتباط "بيرسون" كما هو موضح بالجدول

أعلاه، حيث جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، وتراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,77) كأعلى قيمة كانت بين الدرجة الكلية للمحور السادس مع الدرجة الكلية للمقياس ككل و(0.40) كأدنى ارتباط كان بين الدرجة الكلية للمحور الرابع والدرجة الكلية للمقياس، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق.

### ج- صدق المقارنة الطرفية:

تم حساب صدق هذا المقياس كذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية التي تقوم في الأساس على ترتيب القيم تنازلياً ثم أخذ نسبة (27%) من الطرفين الأعلى والأدنى أي ما يقابلها (16) قيمة عليا و(16) قيمة دنيا ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية ( $T_{test}$ ) وبعدها يتم تفسير هذه القيمة وفقاً لحالتين هما:

- إذا كانت قيمة الفرق ل ( $T_{test}$ ) دالة عند مستوى الدلالة (0.05 أو  $\alpha=0.01$ ) فهذا يعني أن هذا المقياس صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين.

- إذا كانت قيمة الفرق ل ( $T_{test}$ ) غير دالة عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) فهذا يعني أن هذا المقياس غير صادق لأنه لم يميز بين الطرفين.

وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة ( $T_{test}$ ) كما هو موضح في الجدول رقم (31) يتضح بأن هذا المقياس صادق حيث بلغت قيمته (15.36) وهي دالة عند درجة الحرية (18.72) ومستوى الخطأ أو الدلالة ( $\alpha= 0.01$ ).

### جدول رقم (31)

يوضح صدق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات باستخدام المقارنة الطرفية.

الطرفين	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	T	مستوى الدلالة	تفسيرها
الأعلى	16	423.81	4.036	18.728	15.36	0.000	دال عند 0,01
الأدنى	16	377.50	11.360				

### ثانياً: ثبات المقياس:

الثبات يعني دلالة الاختبار على الأداء الفعلي أو الأداء الحقيقي للفرد (سعد عبد الرحمن، 1998: 164)، وقد تم حساب معامل ثبات المقياس بالطرق التالية:

#### أ- التطبيق وإعادة التطبيق:

تم حساب ثبات هذا المقياس كما هو موضح في الجدول أعلاه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق والتي تفترض تطبيق المقياس على مرتين بفاصل زمني يكون أقله أسبوع وأعلاه ثلاث أسابيع شرط أن تكون ظروف التطبيق متشابهة وكذا أن يكون هذا التطبيق على نفس أفراد العينة، وبعدها يتم تقدير الارتباط بين درجات التطبيق الأول ودرجات التطبيق الثاني عن طريق معامل الارتباط بيرسون، حيث قدر معامل الارتباط بين التطبيقين بـ (0.96) وهي قيمة عالية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) مما يدفعنا للقول بأن هذا المقياس ثابت، هذا ما يوضحه الجدول التالي:

#### جدول رقم (32):

يوضح ثبات مقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات عن طريق إعادة التطبيق.

تفسيرها	إعادة التطبيق		
**الارتباط دال عند	0.969**	معامل الارتباط	التطبيق
مستوى الدلالة ألفا	0.000	مستوى الدلالة	
0.01	60	حجم العينة	

#### ب- التناسق الداخلي:

تم حساب ثبات هذا المقياس أيضاً كما هو موضح في الجدول (33) بطريقة التناسق الداخلي باستخدام ألفا كرونباخ والقائمة على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها، حيث قدر معامل ألفا كرونباخ (0.80)، ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت.

## جدول رقم (33):

يوضح ثبات مقياس تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات عن طريق التناسق الداخلي.

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات
99	0.806	

## 2-3-4- برنامج التوعية الصحية:

اعتمدنا في إعداد البرنامج على الأسلوب التوعوية في مرحلته الأولية والذي يهدف إلى منع حدوث الإدمان أو التقليل من حدوثه في المجتمع، أو التدخل بمجرد أن تظهر علامات تعاطي المخدرات وتوجه التوعية الأولية المناسبة على نطاق واسع إلى الأفراد العاديين والأسر وجماعات الرفاق، ومن إجراءات الوقاية الأولية منع الأسباب المؤدية إلى حدوث الإدمان، والتشجيع على تبني أنماط سلوك الوقاية من الإدمان، وتؤكد الدراسات على أن هذا النوع من البرامج يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بالطرق الأخرى، وذلك فيما يتعلق بالنتائج المرجوة منه على المدى الطويل، وقد استندنا في بناء البرنامج على الاتجاه المعرفي والسلوكي وذلك باستخدام بعض فنياتها وتدريب أفراد العينة عليها لما قد يواجههم في المستقبل من عقبات ومشكلات، ولهذا سوف يكون برنامج التوعية الصحية ذو توجه مهاراتي يسعى إلى ترجمة المعرفة المقدمة إلى سلوكيات تساعد في حماية أنفسهم أو تجنبهم أثر العوامل التي قد تؤدي بهم إلى الإدمان، وعليه فالبرنامج يركز على إحداث تغيير التصورات حول إدمان المخدرات لدى المراهقين وبالتالي إعادة التصور حول خطر الإدمان على المخدرات، ويتم ذلك من خلال مساعدة أفراد العينة لكي يفهموا طبيعة موضوع المخدرات والإدمان عليها وذلك من خلال الاتصال الفعال والمشاركة الإيجابية داخل الجماعة وبت روح الحوار بين أفرادها، من أجل تصحيح وتغيير التصورات لكل فرد من أفراد عينة الدراسة ويركز البرنامج على ثلاث جوانب رئيسية هي:

(1) الجانب المعرفي: ويتمثل في المعلومات المقدمة لأفراد المجموعة (عينة الدراسة) عن ذواتهم والمفاهيم الخاصة بحقيقة الإدمان على المخدرات.



(2) الجانب الوجداني: تدعيم الاتجاهات الإيجابية لدى أفراد العينة مثل الحفاظ على الذات، زيادة الوعي بالمشكلات التي تواجهها المجتمعات والتركيز على مشكلة المخدرات.

(3) الجانب المهاري: ويتمثل في التدريب على بعض المهارات (كمهارة الاسترخاء، ومهارة حل المشكلات، وتقوية الثقة بالنفس) حيث أن هذه المهارات تساعد المراهق على تجنب بعض المشاكل التي تقوده إلى الانحراف نحو المخدرات.

### 2-3-4-1- تعريف برنامج التوعية الصحية:

وهو البرنامج الذي يعمل على محاولة منع المشكلة قبل حدوثها- الإدمان على المخدرات لدى المراهقين- ويتضمن أنشطة موجهة نحو أفراد العينة الذين يظهر لديهم تصورات خاطئة حول إدمان المخدرات، وهدف هذا البرنامج توعية المراهقين بخطر المخدرات، وإكسابهم بعض المهارات الحياتية التي تساعدهم على حماية أنفسهم من الوقوع فيها، ويستند البرنامج في هذا إلى بعض فنيات الاتجاه المعرفي والسلوكي في الوصول إلى هدف الدراسة.

ويحتوي برنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة على خمسة عشر جلسة تعمل على توضيح النظرة الصحيحة لطبيعة وخطر المخدرات على حياة الفرد والمجتمع.

### 2-3-4-2- الفئة المستهدفة:

يوجه برنامج التوعية الصحية المقترح إلى مجموعة من المراهقين بالمرحلة الثانوية والذين تتراوح أعمارهم بين (15-16) سنة، ممن يحصلون على درجة أقل على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

### 2-3-4-3- أهداف البرنامج:

#### (1) الهدف العام من البرنامج:

تزويد أفراد العينة بمجموعة من المعلومات والمهارات لتجنب الإدمان على المخدرات، ومحاولة ترجمة تلك المعارف المقدمة إلى سلوكيات تساعد المراهق على اكتساب تصور جديد يبعده عن الوقوع في المخدرات، وبهذا يكون الهدف العام للدراسة قد تحقق من خلال تغيير تصورات المراهقين حول الإدمان على المخدرات.

## (2) الأهداف الفرعية:

- تبيان خطورة المخدرات على حياة الفرد.
- استشعار المفاهيم الدينية والأخلاقية التي تنبذ الإدمان على المخدرات وتدعو إلى المحافظة على الذات والمجتمع والوطن.
- تنمية المسؤولية الشخصية والاجتماعية من خلال إدراك أفراد العينة للمعارف حول خطورة ظاهرة المخدرات.
- تمكين أفراد العينة من مواجهة المشكلات المتوقعة، أي التركيز على تنمية قدرة المراهق على مواجهة المشكلة قبل وقوعها.
- إكساب المراهقين مهارات جديدة تمكنهم من إنجاز أهدافهم وحماية أنفسهم، وكيفية التأثير في عناصر البيئة المحيطة.
- تبصير المراهقين بأفكارهم السلبية عن المخدرات والتي قد تجعل منهم ضحايا الإدمان عليها.
- توضيح الكوارث التي سوف تصيب المتعاطين وأسرهم، وذلك من خلال عرض نوعية الكوارث ومعدلات حدوثها (عرض حالات وأرقام).
- محاولة تعريف المراهقين على المخدرات وخطورتها لأنه بدون الإشارة إلى طبيعة هذه المواد وما سوف تحدثه من أضرار على الفرد والأسرة والمجتمع لأنه قد يكون بعض أفراد العينة من يود المغامرة ويمتلك أفكارا إيجابية نحو المخدر.
- تنمية روح النظرة الايجابية إلى المستقبل والابتعاد عن مشكلة الإدمان على المخدرات.

## 2-3-4-4- الأُسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج الحالي على مجموعة من الأُسس هي:

### (1) الأُسس العامة:

استشعرنا في إعداد البرنامج أهمية الجانب الديني من خلال ما يدعو إليه من نبذ وتحريم المخدرات والمسكرات وكل ما شابهها، وكذا تفضيل الله سبحانه وتعالى للإنسان على سائر مخلوقاته وتميزه بالعقل، ودعوة الدين الإسلامي إلى الرفق والسلام في الحياة، كما تراعي الباحثة أحقية المراهق في الحصول على خدمات وقائية تعتمد على النوعية الصحية لأهم المشكلات التي قد تصادفه في

حياته، كذا حقه في تعلم بعض المهارات التي تساعد في الحياة اعتمادا على النظرية السلوكية والمعرفية.

## (2) الأسس الأخلاقية:

نلتزم في تقديم البرنامج بالمسؤوليات التالية:

- أن الهدف الأساسي من هذا البرنامج إفادة المراهقين وتجنبهم الوقوع في أخطر المشكلات التي يعانها المجتمع.
- احترام أفراد عينة الدراسة وقبول آرائهم واتجاهاتهم حتى وإن اختلفت معنا.
- المحافظة على خصوصية كل فرد في المجتمع وكذا الحفاظ على أسرهم.
- تجنب تكوين علاقات شخصية فردية مع أحد أفراد العينة والتلطي بروح الجماعة.
- استخدام الطالبة الباحثة لأدوات و أساليب تجيدها.
- أن نكون قدوة للمجموعة باعتبار العمل رسالة وليس طموحا شخصيا.
- التميز بالتسامح في معاملة أفراد عينة الدراسة، حيث يشعرهم هذا بالاهتمام والسعي وراء مصلحتهم الخاصة.

## (3) الأسس النفسية:

تم مراعاة المرحلة العمرية عند بناء البرنامج، حيث تتميز كل مرحلة من مراحل حياة الفرد بخصائص جسمية ونفسية معينة تميزه في مراحل نموه المختلفة، ومرحلة المراهقة لها سماتها المميزة وهذا له دور كبير في التأثير على حاجات واهتمامات أفراد العينة، وهذا هو الأساس الذي ينطلق منه البرنامج الحالي، فأفراد العينة هم المحور الأساسي الذي ينطلق منه البرنامج الحالي، لما لهم من خصائص تم تحديدها والتعرف عليها من خلال الإطار النظري، لذلك تم مراعاة الخصائص الجسمية والنفسية لأفراد العينة عند بناء وتخطيط المواقف التي تضمنها البرنامج.

## (4) الأسس الاجتماعية:

اعتمدنا طريقة العمل الجماعي، باعتبار أن السلوك الإنساني يتأثر في سوائه واضطرابه بالجماعة التي ينتمي إليها، أي أن السلوك الإنساني يتأثر بمعايير الجماعة وقيمها وعاداتها

واتجاهاتها، فسلوك الإنسان ناتج عن تفاعل العوامل الفردية والجماعية، كما أنه من خلال التنشئة الاجتماعية تتشكل لدى الإنسان اتجاهات معينة نحو الأفراد والجماعات والمواقف الاجتماعية، وقد أخذنا بعين الاعتبار عند تغيير سلوك أفراد العينة معايير الجماعة ومدى تأثيرها.

### 2-3-4-5- الفنيات المستخدمة:

(1) **المحاضرة:** سوف نستخدم أسلوب المحاضرة العلمية وذلك لشرح الجلسات التي تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالبرنامج. حيث يغلب عليها المناخ شبه علمي، ويؤدي فيها عنصر التعلم وإعادة التعلم دوراً رئيساً لأن المحاضر يعتمد على إلقاء محاضرات سهلة على أفراد المجموعة ويليها مناقشات، وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية أساساً إلى تغيير الاتجاهات لدى الفئة المستهدفة. (عبد الله عادل راغب شراب، 2013: 106)

ويهدف أسلوب المحاضرة إلى تقديم أجواء اجتماعية مبنية على التفاعل بين أعضاء المجموعة من خلال التعبير عن آرائهم ومشاعرهم وكذا أفكارهم، وتلعب المناقشة أثناء طرح المحاضرة دوراً مهماً في ذلك، هذا ما يجعل أفراد المجموعة يشعرون بقيمتهم وبذواتهم ويزيد شعورهم بالمسؤولية الفردية والجماعية، ومواصلة العمل الجماعي والفردى المبني على التعاون وتقبل الذات والآخرين، وبالتالي اكتساب مهارات وأفكار جديدة حول حقائق بعض الظواهر مثل المخدرات.

(2) **المناقشة:** يلعب الإقناع الجدلي اللفظي دوراً هاماً، وسوف تعمل الطالبة الباحثة على مناقشة كل ما يتعلق بالأمور التي تتطلب الشرح والمناقشة والتوضيح لأفراد العينة وتوضيح مدى سلبية الأفكار والاعتقادات المرتبطة بالمخدرات والادمان عليها وما يمكن أن تؤدي إليه من انحرافات خطيرة على حياة الفرد حتى يقتنعوا بضرورة تغيير هذه الأفكار ورفضها. وتؤدي المناقشة الجماعية وظائف إيجابية متعددة، وتعتبر المناقشة الجماعية صلب عملية التفاعل والحوار المتبادل في الجماعة فعن طريقها يعرض الأعضاء آرائهم وأفكارهم ويتدارسونها ويتخذون بشأنها القرارات اللازمة ثم يوزعون المسؤوليات على بعضهم البعض ثم يتابعون العمل أولاً بأول.

وتشمل المناقشة حرية التعبير عن المشكلات العامة والخاصة، والمشاركة في المشكلات والمشاعر. كما تؤدي المناقشة إلى رفع ثقة الأفراد في أنفسهم عندما ويشعرون أن الآخرين يطلبون

رأيهم ومشورتهم والتدريب على التفكير الموضوعي في المشكلات وتبادل المعلومات والخبرات والتشجيع المتبادل والشعور بالأمن، حيث يشترك مجموعة من الاعضاء الذين يعانون من مشكلات متشابهة في مناقشة مفتوحة وصريحة يطرحون فيها تصوراتهم لأسباب مشكلاتهم ومظاهرها فيحقق ذلك الافصاح ارتباطا نفسيا، بالاطافة الى إمكانية الاستفادة من خبرات بقية أفراد المجموعة، وقد يتدخل الموجه من وقت إلى اخر لإعادة العضو. (عبد الله عادل راغب شراب، 2013: 106)

والمناقشات في التثقيف الصحي ثمرة ومفيدة لأن الافراد يمكنهم من خلال المناقشة أن يقدموا أفكارهم ويوجهوا تساؤلاتهم، وبذلك يمكنهم أن يصلوا إلى مزيد من الفهم والوضوح كما أن المناقشات سوف تؤدي الى تضامن أكثر ومشاركة فعالة من جانب أعضاء الجماعة التي تشعر أن أي تغيير يحدث قد نبع منهم وليس مفروضا عليهم، كما أن الموافقة والاعتماد الجماعي يعتبرها مأخذ الاحداث أي تغيير في السلوك.

فأحيانا يكون الناس مقتنعين لبعض الخرافات ولكنهم لا يستطيعون التغيير بسبب الأفكار الخاطئة التي تنسب الى الدين أو التقاليد أو العقائد الخاصة بمجتمعهم، فإذا ما أحسوا أن الجماعة لن تعارض فلن يقاوموا أو يرفضوا التغيير.

ولكي تكون المناقشة الجماعية صالحة يجب أن تشبع بعض الجوانب النفسية التالية:

- لايسيطر القائد على الجماعة وعليه أن يساعد فقط في المناقشة ويوضح بعض النقاط ويلخص الأفكار النهائية.
- يجب أن يحترم كل عضو في جماعته ويشجع على أن يأخذ جانب من المناقشة.
- يجب أن تضع الجماعة خطتها للعمل وتحدد أهدافها المبتغاة.

(إقبال إبراهيم مخلوف، 1991: 195)

### 3) الواجبات المنزلية: يعد استخدام الواجبات المنزلية من الفنيات الهامة في العلاج المعرفي

حيث أن الهدف من ورائها يكمن في إعطاء العميل الفرصة ليقوم بممارسة ما تدرب عليه وما تعلمه أثناء الجلسات وذلك على مواقف الحياة الواقعية، وعلى هذا يقوم الفاحص مع بداية كل جلسة بمراجعة ومناقشة هذه الواجبات مع المفحوص لأن عدم مراجعتها معه يعطيه إحساسا بأن

الفاحص لا يعتبرها جزءا من عملية التغيير ولذلك لابد من مراجعتها باستمرار لانها وسيلة هامة تساعد على تحقيق الاهداف المرجوة. (طه عبد العظيم حسين، 2007: 278)

وتتمثل الواجبات المنزلية في مجموعة من الأنشطة العقلية والانفعالية والاجتماعية على شكل وظائف منزلية يتم تحديدها في كل جلسة ومراجعتها في بداية كل جلسة لتحقيق التقدم في العملية الإرشادية.

فالواجبات المنزلية هي عبارة عن مجموعة من المهارات والأنماط يتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء أهداف الجلسة.

وفي إطار هذه الفنية تكلف الطالبة الباحثة عقب نهاية كل جلسة أعضاء المجموعة التجريبية بالقيام بمهام فكرية أو سلوكية تهدف إلى تنمية وتصحيح أفكار المراهقين حول المواضيع التي تطرحها كل جلسة.

**4) إعادة التصور:** يعد إجراء إعادة التصور من الإجراءات المعرفية التي تركز على دور التفكير وخاصة المعتقدات المعرفية، كمحددات للمشاعر والسلوك، حيث يركز المنحنى المعرفي على قضايا منها: كيفية إدراك الشخص للأحداث المحيطة به وتفسيره لسلوكه وتبريره له واتجاه التفكير لديه والتحدث إلى الذات.

ويعرف إجراء إعادة التصور بأنه تغيير معنى حدث أو خبرة من خلال وضع الموقف في إطار مختلف يغير بطريقة ما النظرة إليه، وهو إجراء يبين كيف يفسر العميل الخبرات والمواقف ويساعد على وضع إطار تفسيري يمكنه من العيش بشكل أفضل، ويتضمن أسلوب إعادة التصور تحديد كيفية النظر إلى حدث أو موقف ما عادة وتقديم وجهة نظر أخرى لذلك الموقف، ويمكن لهذا الإجراء أن يغير أفكار الفرد التي يعيها ومدركاته حول مواطن ضعفه الخاصة، وحول المواقف وحول سلوكيات الآخرين، ويتضمن توضيحا للفرد بأن كيفية رؤيته وإدراكه للموقف، وهي التي تسبب له الانزعاج وليس الموقف نفسه، فهو عملية إعادة ومراجعة لطريقة إدراكه للأمور.

ولذا فإجراء إعادة التصور هو بمثابة إستراتيجية تعمل على إبراز ما هو إيجابي.

وهناك شكلان من إعادة التصور هما:

• **إعادة تصور المعنى:** ويتضمن التركيز على السلوك غير المرغوب فيه ومحاولة إيجاد وصف أو معنى يمكن أن يكون فيه هذا السلوك ذا قيمة إيجابية، وقد يطلق على إعادة التصور المعنى إعادة التسمية.

• **إعادة تصور السياق:** ويتعلق بموقف حدوث الحدث، ويتضمن أخذ السلوك غير المرغوب فيه ذلك السلوك ذا قيمة، ويبني هذا الشكل على افتراض أن كل سلوك هو مفيد في بعض الظروف أو السياقات. (عايدة بيروتي، نزيه حمدي، 2012: 286، 287)

والأسلوب الأكثر شيوعاً لإعادة التصور هو إعادة تصور المعنى المرتبط بالموقف المشكل أو السلوك المشكل، وعندما يقوم الفاحص بإعادة تصور المعنى، فإنه يتحدى المعنى الذي وضعه المفحوص، حيث يتضمن هذا التحدي، تحدياً لأفكار الفرد الخاطئة إلى مهارات التعايش من خلال تقديم وممارسة العبارات الذاتية الايجابية أو التعزيزي.

واعتمد البرنامج على إعادة تصور المعنى وذلك بإبراز حقيقة الإدمان على المخدرات انطلاقاً من عدم وعيهم بمخاطرها.

**(5) التعزيز الايجابي:** ويقصد به أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة السلوك المرغوب فيه- والسلوك المفترض تعزيره يعرف باسم السلوك قيد الانجاز - (حسين فالح حسين، 2013: 112)، وتتمثل المعززات الايجابية في:

- إظهار الاهتمام والانتباه بكل ما يصحب ذلك من مظاهر سلوكية دالة عليه الابتسام، الإيماء بالرأس.

- الود والحب وإظهار ذلك للشخص.

- الاستحسان باستخدام الألفاظ الدالة على الاستحسان أو الحركات كالتصفيق والشكر والموافقة.

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعّمات ايجابية (مادية واجتماعية) لعضو المجموعة التجريبية عند قيامه بسلوك مرغوب.

(6) **التعزيز السلبي:** حسب محمد حسن غانم (2008: 199) "يتمثل في إظهار مدعم منفر عند ظهور سلوك غير مرغوب فيه، وهو بالمثل يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب، ولذا فإن التعزيز السلبي ليس عقاباً لأن العقاب يتضمن إظهار منبه منفر، أو إظهار الاستياء مما يسلكه عضو الجماعة عندما يظهر السلوك الغير مرغوب فيه".

(7) **فنية الاسترخاء:** الاسترخاء يعني توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وابتكر "جاكبسون" أسلوب الاسترخاء التصاعدي (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993: 65) موضحاً أنه يؤدي إلى نتائج ملموسة بين مرضى القلق، واستطاع ولي أن يطور هذا الأسلوب من خلال نظرية الكف المتبادل موضحاً أن الاسترخاء يعتبر من العوامل الكافية للقلق ويعتبر الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكي. (أديب محمد الخالدي، 2015: 346)

(8) **الحوار:** هدف الحوار هو تصحيح المفاهيم الخاطئة وقد يهدف أيضاً لتهديب السلوك ورفع مؤشرات السلوك المطلوب، ويعد الحوار من أحسن الوسائل المؤدية إلى الإقناع وتغيير الاتجاه الذي يدفع إلى تعديل السلوك إلى الأحسن وتتجلى أهميته في دعم النمو النفسي والتخفيف من المشاعر المكبوتة والمشاعر العدوانية والخوف والقلق فهو وسيلة من وسائل حل المشكلات. (تامر الملاح، 2012)

(9) **التوضيح:** ويستخدم لمساعدة الفرد على تغيير الأفكار الخاطئة، والمعتقدات اللاعقلانية.

(10) **استخدام الأنشطة:** تعتبر الأنشطة المختلفة التي يقوم بها الفرد سواء كانت عقلية أو بدنية ذات أهمية كبيرة، فهي وسيلة هامة لمساعدة أفراد العينة على التعرف على قدراتهم وميولهم واتجاهاتهم، كما أنها بيئة مناسبة لتنمية طاقات الأفراد ولتفريغ الطاقات البدنية والانفعالية والذهنية.

### 2-3-4-6- الوسائل المادية المساعدة في تنفيذ البرنامج:

- جهاز كمبيوتر.
- جهاز عرض (Data Schow) مع برنامج (Power Point) وأشرطة فيديو.
- المطويات.
- الصور.



**2-3-4-7- المشاركون في البرنامج:**

إن برنامج التوعية الصحية من الإدمان على المخدرات يحتاج إلى المساعدة من أشخاص ذوي تخصص في هذا الميدان، من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة في هذه الدراسة كان لابد من إشراك بعض المتخصصين في مجال الدراسة، لهذا ساهم في تقديم البرنامج أستاذين متخصصين في علم النفس وعلم الاجتماع، إضافة إلى مستشار التوجيه والمساعدون التربويين بالمؤسسة، بالإضافة أيضا لما تم عرضه من خلال أشرطة الفيديو.

**2-3-4-8- مراحل تنفيذ البرنامج:** يمر تطبيق برنامج التوعية الصحية بالمراحل التالية:

(1) المرحلة التمهيديّة: تم في هذه المرحلة ما يلي:

- التعارف بين الطالبة الباحثة وأعضاء المجموعة التجريبية، وشرح أهداف برنامج التوعية الصحية وتحديد جلسات البرنامج وضرورة الحضور وشرح كيفية سيرورة العمل خلال الجلسات.

- تطبيق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات (القياس القبلي).

(2) مرحلة تنفيذ البرنامج: بعد اكتمال مرحلة جمع البيانات (التعارف والقياس القبلي) بدأت مرحلة

تطبيق جلسات البرنامج على أعضاء المجموعة التجريبية، وكان عدد الجلسات (15) بواقع جلستين أسبوعيا، تم فيها تقديم البرنامج على شكل محاضرات وأنشطة تهتم بتعليم أعضاء المجموعة بعض المهارات الحياتية وحقيقة الإدمان على المخدرات.

(3) بعد تنفيذ البرنامج يتم خلال هذه المرحلة قياس مدى التغير الناتج عن برنامج التوعية الصحية،

وذلك عن طريق إعادة تطبيق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات (القياس البعدي) ثم المرور بالتقييم النهائي أي القياس التتبعي.

**2-3-4-9- تحكيم البرنامج:**

تم عرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين (انظر الملحق رقم 10) في مجال علم النفس وعلم الاجتماع لإبداء ملاحظاتهم حول محتوى البرنامج وعدد جلساته ومضمون كل جلسة.

وانطلاق من ملاحظات السادة المحكمين حول محتوى البرنامج قمنا بإجراء العديد من التعديلات لتحسين كفاءة البرنامج وفاعليته للوصول إلى أهدافه المرجوة، وتمحورت جل ملاحظات السادة المحكمين حول ما يلي:

- ضرورة البدء بتعلم المهارات الحياتية المدرجة في بعض جلسات البرنامج.
- تأخير جلسة التخلي عن الأفكار السلبية والتفكير في المستقبل.
- اقتراح تعديلات في بعض الأهداف الإجرائية لبعض الجلسات.
- زيادة الوقت في بعض الجلسات لأن محتواها يتطلب وقتاً أكبر.
- حذف بعض العناصر التي لا تتوافق مع طبيعة الموضوع وطبيعة عينة الدراسة.
- ضرورة ترتيب جلسات البرنامج أي تقديم وتأخير بعض الجلسات.

وقد قامت الطالبة الباحثة بتعديل البرنامج وفق ملاحظات المحكمين وأصبح البرنامج في صورته النهائية مكون من (15) جلسة (أنظر الملحق رقم 12).

### 2-3-4-10- محتوى البرنامج:

قامت الطالبة الباحثة بإعداد ملخص يتضمن أهداف كل جلسة والفنيات المستخدمة وزمن الجلسة والجدول التالي يوضح ذلك.

### جدول رقم (34)

يوضح جلسات برنامج التوعية الصحية والفنيات المستخدمة وزمن كل جلسة.

الجلسة الأولى: تمهيد وتعارف.	زمن الجلسة: 60 دقيقة
<b>أهداف الجلسة:</b>	
1- خلق جو العلاقة الحميمة بين الطالبة الباحثة و أفراد العينة.	
2- إزالة الخوف وتنمية الثقة بين الطالبة الباحثة وأفراد العينة.	
3- إبداء الطالبة الباحثة تقبلها لأفراد العينة من خلال الإصغاء لأرائهم وأفكارهم.	
4- إتاحة الفرصة للتعارف والتعريف بإجراءات ومضمون ومحتوى البرنامج، وكذا إجراء القياس القبلي.	

الفنيات المستخدمة: المناقشة الجماعية والحوار، الواجب المنزلي.

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر.

محتوى الجلسة:

\* الترحيب بأفراد العينة وتقديم الطالبة الباحثة لنفسها وطبيعتها عملها.

\* التعرف على أفراد العينة من أجل خلق جو من التقارب والثقة المتبادلة وتعريفهم على بعضهم البعض

\* بيان الهدف الذي ترمي إليه الطالبة الباحثة من وراء إجراء هذا البرنامج.

\* تأكيد الطالبة الباحثة على ضرورة حضور جلسات البرنامج.

\* تأكيد الطالبة الباحثة على ضرورة المشاركة والمناقشة وطرح الأسئلة والتعبير عن ما يدور في ذهن كل واحد منهم.

\* إعطاء مجموعة البحث كراسات وأقلام من أجل تسجيل ما يدور في الجلسة من أفكار وآراء وأسئلة.

\* إعطاء واجب منزلي.

الجلسة الثانية: التعريف بالبرنامج وأهمية مرحلة المراهقة في حياتنا زمن الجلسة: 60 د

أهداف الجلسة:

1- التعرف مرة أخرى على أفراد عينة الدراسة وإقامة علاقات ودية معهم وشكرهم على الانضباط والحضور.

2- إعطاء فرصة لأفراد العينة لتحديد الأهداف التي يأملون تحقيقها من خلال البرنامج.

3- تمكين أفراد العينة من معرفة أهمية المرحلة التي يعيشونها (مرحلة المراهقة).

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، الواجب المنزلي.

الوسائل المستعملة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو.

محتوى الجلسة:

\* بدأت الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة، ثم قمنا بمناقشة الواجب المنزلي وكذا طرح بعض الأسئلة حول مرحلة المراهقة.

\* التعريف بمرحلة المراهقة وأهميتها وأهم مميزاتها ومراحل تطورها.

\* عرض شريط فيديو مختصر حول مرحلة المراهقة.

\*إعطاء واجب منزلي.

الجلسة الثالثة: تقوية الثقة بالنفس من أجل تجنب الوقوع في المخدرات. زمن الجلسة: 90 د

أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على المقصود بالثقة بالنفس.
- 2- فائدة الثقة بالنفس في حياة الفرد.
- 3- التعرف على صفات الواثقون بأنفسهم.
- 4- تنمية الثقة بالنفس لدى أفراد العينة.

الفنيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية و الحوار، التعزيز، التوضيح، الواجب المنزلي.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض power point، مطوية، القصة.

محتوى الجلسة:

\*بدأت الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة، وشكرهم على الحضور واهتمامهم بجلسات البرنامج، ثم قمنا بمناقشة الواجب المنزلي.

\* إجراء مناقشة حول معنى الثقة بالنفس؟ ما أهميتها في حياتنا؟ كيف يمكن تنميتها؟  
\* تعريف الثقة بالنفس.

\* عرض power point على جهاز الكمبيوتر يوضح صفات الرسول عليه الصلاة والسلام في الثقة بالنفس.

\* التعرف على خصائص الواثقين بأنفسهم وأهمية الثقة بالنفس في حياتنا وكيف ينمي الفرد ثقته بنفسه والتعرف على فوائد الثقة بالنفس.

\* **نشاط 1:** يهدف إلى إيجاد جو من الانسجام والتوافق بين أفراد العينة وتنمية الثقة بالنفس من خلال ترك الفرصة لكل واحد منهم للتعبير عن رأيه.

\* **نشاط قصصي:** عرض قصة أمام أفراد العينة لمراهق وصديقه ثم طرح النقاش حول ما تعرض له الصديق.

\* تقديم مطوية خطوات تقوية الثقة بالنفس.

\*إعطاء واجب منزلي.

الجلسة الرابعة: مقاومة ضغط الرفاق من أجل تجنب المخدرات. زمن الجلسة: 90 د

أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على معنى الصداقة و الصديق الجيد.
- 2- التعرف على صفات الصديق الحقيقي.
- 3- التعرف على صفات رفاقاء السوء.
- 4- كيفية التعامل مع رفاقاء السوء وتجنبهم.

الفنيات المستعملة:

المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، التوضيح، الواجب المنزلي.

الوسائل المساعدة:

كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو.

محتوى الجلسة:

\*بدأت الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة، وشكرهم على الحضور والتعاون، ثم قمنا بمناقشة الواجب المنزلي.

\* إجراء المناقشة حول موضوع الصداقة وضغط الرفاق.

\*تعريف الصداقة وتحديد أهميتها في حياتنا.

\*تحديد طبيعة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، والتوضيح لأفراد العينة أن كل العلاقات بيننا وبين الآخرين لا تدرج تحت مفهوم الصداقة.

\*التعرف على أهم الصفات الموجودة في الصديق الحقيقي، من أجل تجنب رفاقاء السوء.

\* نشاط: ذكر بعض الآيات والأحاديث والأمثلة والطلب من أفراد العينة شرحها؟

\*التعرف على صفات رفاقاء السوء وكيفية التعامل معهم.

\* عرض أنشودة بعنوان -هم قتلوني- لشاب وقع في الإدمان جراء مخالطة بعض أصدقاء السوء، ثم النقاش حول محتواها.

\*إعطاء واجب منزلي.

الجلسة الخامسة: تنمية القدرة على حل المشكلات من أجل الابتعاد عن المخدرات:

زمن الجلسة: 90 د

أهداف الجلسة:

- 1- توضيح كيفية حل المشكلات بشكل واضح وواع.
- 2- التعرف على خطوات حل المشكلات بالطريقة الصحيحة من أجل تجنب الوقوع في مشكلات أخرى.
- 3- التعرف على المشكلة وكيفية حلها بطريقة علمية.

الفنيات المستعملة:

المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، التوضيح، الواجب المنزلي.

الوسائل المساعدة:

أقلام، كراسات، جهاز كمبيوتر، برنامج (Power Point).

محتوى الجلسة:

- \* بدأت الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة، وشكرهم على الحضور والتعاون، ثم تقوم بمناقشة الواجب المنزلي.
- \* إجراء النقاش حول كيفية حل المشكلات التي تواجهنا.
- \* التعرف على أساليب مواجهة المشكلات لدى الأفراد والمتمثلة في أسلوب العدوان، الانسحاب والتعاون.
- \* نشاط: الهدف منه إدراك أفراد العينة للطريقة الأفضل لحل المشكلات، بالأساليب السابقة بعد ذلك نقوم بمناقشة الحلول وتحديد الأفضل لحل المشكلات.
- \* عرض power point على جهاز الكمبيوتر يوضح خطوات حل المشكلة بالأسلوب العلمي.
- \* نشاط: عرض لمشكلة صديق كان مجتهدا ثم أصبح يدخن السجائر ويتناول بعض المواد المخدرة، والطلب من أفراد العينة حل المشكلة بالخطوات السابقة.
- \* إعطاء واجب منزلي.

الجلسة السادسة: التدريب على الاسترخاء العضلي للتخلص من المشكلات التي قد تواجهها.  
 زمن الجلسة: 90 دقيقة

أهداف الجلسة:

- 1 - أن يعرف أفراد العينة أن الحياة لا تخلو من الضغوط .
- 2 - التعرف على ما يصيب الفرد عند الغضب من أمراض ومشكلات.
- 3- ضرورة ضبط الذات في بعض المواقف والتحلي بالصبر والتسامح .
- 4- التدريب على الاسترخاء و فائدته.

الفنيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، الواجب المنزلي.  
 الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر.

محتوى الجلسة:

- \* تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة، وشكرهم على الحرص على مداومة حضور الحصص وكذا الحرص على ضرورة المداومة حتى انتهاء البرنامج، و مناقشة الواجب المنزلي مع تقديم التعزيز والثناء لجميع الأعضاء، وإظهار الارتياح من قبل الطالبة الباحثة لتجاوبهم.
- \* التأكيد على ضرورة ضبط الذات في المواقف التي تستثير الغضب والقلق.
- \* ضرورة التدريب على الاسترخاء الجسدي والعضلي عند حدوث مواقف الغضب.
- \* خطوات التدريب على الاسترخاء العضلي.
- \* إعطاء واجب منزلي.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

الجلسة السابعة: خطورة الإدمان على المخدرات

أهداف الجلسة:

- 1- التوضيح بأن الإدمان على المخدرات مشكلة تتفاقم يوم بعد يوم.
- 2- المقصود بتعاطي المخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان.
- 3- التعرف على مراحل الإدمان.

الفنيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، التوضيح، إعادة التصور، الواجب المنزلي.  
 الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، المطوية.

محتوى الجلسة:

- \* تبدأ طالبة الباحثة بالترحيب بأفراد عينة الدراسة وكذا التذكير بما ورد في الجلسة السابقة، ثم تناقش الواجب المنزلي وتقوم بتقديم التعزيز لأفراد عينة الدراسة وشكرهم على الحضور والمشاركة.
- \* إجراء المناقشة حول ما معنى الإدمان؟ كيف يدمن الإنسان؟ من هو المدمن؟ كيف يتحكم المخدر في الإنسان ليصبح مدمنا؟
- \* الإدمان على المخدرات مشكلة من أكبر المشاكل التي تعانيها البشرية.
- \* تقديم مطوية من هو المدمن وما هي أسباب إدمانه.
- \* إعطاء واجب منزلي.

الجلسة الثامنة: إدمان الفرد على المخدرات (كيفية الوقوع في الإدمان). زمن الجلسة: 60 د

أهداف الجلسة:

- 1- كيف يقع الإنسان في فخ الإدمان على المخدرات.
- 2- مناقشة أفراد العينة في أهم الدلائل على إدمان الفرد للمخدرات.
- 3- التدريب على الاسترخاء.

**الفنيات المستعملة:** المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز، التوضيح، إعادة التصور، الواجب المنزلي.

**الوسائل المساعدة:** كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، مطوية.

محتوى الجلسة:

- \* تبدأ طالبة الباحثة بالترحيب بأعضاء مجموعة البحث ومن ثم تقوم بمناقشتهم حول الواجب المنزلي مع تصويب بعض الأخطاء وتقديم التعزيز لهم، وكذا الإجابة على أي استفسار يدور في أذهانهم.
- \* أهم الدلائل على إدمان الفرد والتركيز على الاستحواذ الفكري والنتائج السلبية للمخدرات.
- \* تقديم مطوية ماذا تفعل لكي تتجنب الوقوع في المشكلات مثل المخدرات.
- \* التدريب على الاسترخاء.
- \* إعطاء واجب منزلي.



<p>الجلسة التاسعة: أسباب الإدمان على المخدرات</p>	<p>الجلسة التاسعة: أسباب الإدمان على المخدرات</p>
<p>زمن الجلسة: 90 د.</p>	<p><b>أهداف الجلسة:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- تحديد أسباب الإدمان كما يراها أفراد العينة.</li> <li>2- التعرف على الأسباب الصحية التي قد تجعل الفرد مدمنا.</li> <li>3- توضيح فكرة أن الضغوط والمشاكل يمكن حلها بالطرق السوية.</li> </ol> <p><b>الفنيات المستعملة:</b> المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، إعادة التصور.</p> <p><b>الوسائل المساعدة:</b> كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، قصة مدمن، مطوية.</p> <p><b>محتوى الجلسة:</b></p> <p>* تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة وشكرهم على المداومة وتوزيع بعض الهدايا الرمزية لكل واحد منهم، وشكرهم لحرصهم على العمل ثم الإعلان عن موضوع اليوم.</p> <p>* إجراء مناقشة مع أفراد العينة حول الأسباب التي تجعل الفرد يدمن على بعض المواد المخدرة.</p> <p>* التكلم عن المشكلات الصحية التي يعيشها الفرد وتجعله يدمن على تناول بعض الأدوية، وكيفية التعايش مع بعض المشكل التي تواجهها.</p> <p>* عرض لقصة مدمنين وكيفية وقوعهما في الإدمان.</p> <p>* تقديم مطوية مارس الرياضة تكن حياتك أفضل.</p>
<p>الجلسة العاشرة: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الصحية).</p>	<p>الجلسة العاشرة: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الصحية).</p>
<p>زمن الجلسة: 60 د.</p>	<p><b>أهداف الجلسة:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- التعرف على الأضرار الجسمية و النفسية للمخدرات.</li> <li>2- التعرف على الأضرار الجنسية (التي تعيب الجهاز التناسلي).</li> <li>3- التعرف على الإصابات والحوادث الناتجة عن إدمان المخدرات.</li> </ol> <p><b>الفنيات المستعملة:</b> المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، إعادة التصور.</p> <p><b>الوسائل المساعدة:</b> كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، شريط فيديو، صور، مطوية.</p> <p><b>محتوى الجلسة:</b></p> <p>* تبدأ الطالبة الباحثة بالجلسة بالترحيب بأعضاء مجموعة البحث، وبعدها تقوم بمناقشة ما تم في الجلسة السابقة، مع الإجابة على أي استفسارات قد تدور في أذهانهم.</p>

- \* إجراء المناقشة حول الأضرار الصحية للمخدرات وترك الفرصة لأفراد العينة للمناقشة والحوار.
- \* التكلم عن الأضرار الجسمية والنفسية للمخدرات.
- \* عرض شريط فيديو لمدمنين كيف كانوا وكيف أصبحوا من جراء الإدمان، ومناقشة أفراد العينة حول محتواه.
- \* تعريف أفراد العينة على الأضرار الجنسية الناتجة عن تعاطي المخدرات.
- \* التعرف على الإصابات والحوادث الناتجة عن تعاطي المخدرات.
- \* تقديم مطوية أعراض الانقطاع والتسمم لبعض المواد.
- \* عرض أنشودة توضح نهاية المدمنين.
- \* إعطاء واجب منزلي.

#### الجلسة الحادية عشر: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الاجتماعية). زمن الجلسة: 60 د

##### أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على الأضرار الاجتماعية للإدمان على المدمن .
  - 2- التعرف على الأضرار الاجتماعية التي تقع على أسرة المدمن.
  - 3- التعرف على الأضرار الاجتماعية التي تقع على المجتمع جراء إدمان أفراد.
- الفنيات المستعملة:** المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح ، التعزيز، إعادة التصور.
- الوسائل المساعدة:** كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو، القصة، المطوية.

##### محتوى الجلسة:

- \* بدأت الطالبة الباحثة الجلسة بالترحيب بأعضاء عينة الدراسة، ثم تقوم الباحثة بوضع بطاقات الواجب المنزلي بعلبة ثم تطلب من كل عضو سحب بطاقة واحدة وقراءة ما كتب فيها لمحاولة مساعدتهم على إدراك أخطائهم مع تقديم التعزيز والثناء.
- \* إجراء المناقشة حول الضرر الذي يقع على المجتمع من جراء إدمان أفراد، وأن هذا الضرر يقع.

- على المدمن و أسرته. ونترك الفرصة لأفراد العينة للمناقشة والحوار .
- \* التعرف على أضرار المخدرات التي تقع على الفرد.
- \* التعرف على أضرار المخدرات التي تقع على أسرة الفرد المدمن.

\* عرض قصة انتحار مدمن.

\* التعرف على أضرار الإدمان التي تقع على المجتمع.

\* عرض شريط فيديو للواقع الاجتماعي للمدمن وأنشودة تحذر من الإدمان.

\* تقديم مطوية تصحيح بعض التصورات الخاطئة حول اللجوء لإدمان المخدرات.

الجلسة الثانية عشر: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الاقتصادية، والأمنية).

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

أهداف الجلسة:

1- التعرف على الأضرار الاقتصادية ( على المدمن وأسرته ومجتمعه ووطنه).

2- التعرف على الأضرار الأمنية (المتعلقة بالمدمن وأسرته).

3- التعرف على بعض الأضرار السياسية.

الغنيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح ، التعزيز، إعادة التصور .

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو، مطوية.

محتوى الجلسة:

\* بدأت الطالبة الباحثة الجلسة بالترحيب بأعضاء عينة الدراسة، ثم تقوم الباحثة بوضع بطاقات

الواجب

المنزلي بعلبة ثم تطلب من كل عضو سحب بطاقة واحدة وقراءة ما كتب فيها لمحاولة مساعدتهم

على إدراك أخطائهم مع تقديم التعزيز والثناء.

\* إجراء المناقشة حول الضرر المادي (الاقتصادي) الذي يقع على المجتمع من جراء إدمان أفراد،

وأن هذا الضرر يقع على المدمن وأسرته. ونترك الفرصة لأفراد العينة للمناقشة والحوار .

\* التعرف على الأضرار الاقتصادية التي تلحق بالفرد المدمن.

\* تعريف أفراد العينة على الأضرار الاقتصادية التي تلحق بالأسرة والمجتمع من جراء المخدرات.

\* نشاط: ثمن التدخين يساعدني في شراء أشياء أهم في حياتي.

\* التعرف على الأضرار الأمنية التي تواجه المدمن وأسرته وتمس أمن المجتمع الذي يعيش فيه.

\* تقديم مطوية أضرار الإدمان.

الجلسة الثالثة عشر: نظرة الدين الإسلامي للإدمان على المخدرات. زمن الجلسة: 60 د

أهداف الجلسة:

- 1- توضيح كيفية رفض الدين الإسلامي الحنيف للإدمان مرحليا.
- 2- أضرار المخدرات لم تكتشف في عصرنا فقط بل في عهد النبي (ص).
- 3- الشريعة الإسلامية عاقبت كل من أدمن المخدرات.

الفنيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، إعادة التصور.

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، المطوية.

محتوى الجلسة:

\* تبدأ الطالبة الباحثة دائما بالترحيب بأفراد العينة، مقدمة لهم جزيل الشكر والتقدير على مداومة الحضور، ثم تترك لهم مجالا لطرح بعض من استفساراتهم حول ما قدم في الجلسة السابقة.

\* إجراء المناقشة حول نظرة الإسلام للمخدرات، وعن الضروريات الخمس التي أوجبت الشريعة الإسلامية حمايتها.

\* ذكر الآيات والأحاديث التي تنفر الناس من تعاطي المخدرات.

\* التوضيح لأفراد عينة الدراسة بأن الشريعة الإسلامية أوجبت حماية الضروريات الخمس التي يقوم عليها بناء المجتمع الصالح وهي: (النفس، العقل، الدين، المال، العرض).

\* تقديم مطوية تبين الآيات التي ذكر الله فيها العقل و مطوية المخدرات حرام شرعا.

الجلسة الرابعة عشر: التخلي عن الأفكار السلبية (مثل الإدمان على المخدرات)

والتفكير في المستقبل. زمن الجلسة: 60 د.

أهداف الجلسة:

- 1- التفكير في الحاضر والاستعداد للمستقبل.
  - 2- التسليح بالإيمان من أجل النجاح في الحياة.
- الفنيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية و الحوار، التعزيز، التوضيح.
- الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر.

محتوى الجلسة:

\* الترحيب بأعضاء المجموعة، ومراجعة ما تم مناقشته في الجلسة السابقة، وكذا تقديم الشكر لأفراد العينة، وإعلامهم بأن البرنامج أوشك على الانتهاء، وأنه لم تبقى لنا إلا الجلسة الأخيرة، والتأكيد عليهم على الحضور.

\* إجراء مناقشة حول الأهداف التي يسعى المراهق إلى تحقيقها مستقبلا.

\* التكلّم عن أهمية المرحلة التي يعيشها أفراد عينة الدراسة.

\* التكلّم عن المستقبل باعتباره من أهم الأمور التي تستحوذ على عقل المراهق، وهو ما سيعيشه في مرحلة الشباب.

زمن الجلسة: 60 دقيقة.

الجلسة الخامسة عشر: الإنهاء والتقييم.

أهداف الجلسة:

- 1- إنهاء العلاقة المهنية.
- 2- مراجعة وتلخيص لما تم في جلسات البرنامج ومناقشة ما تم طرحه من طرف أفراد العينة.
- 3- تطبيق الاختبار البعدي.
- 4- الاتفاق على تحديد موعد التطبيق التتبعي.

الفنيات المستعملة: المناقشة، التعزيز.

محتوى الجلسة:

\* الترحيب بأفراد العينة وشكرهم على تفاعلهم الايجابي طوال فترة جلسات البرنامج وحرصهم على الحضور والانتظام والتزامهم بأداء مهامهم.

\* مناقشة بعض الاستفسارات التي قد يطرحها أفراد العينة. ثم تطبيق مقياس الدراسة -التطبيق البعدي- والاتفاق على موعد إجراء القياس التتبعي.

**2-3-4-11- تقييم برنامج التوعية الصحية:**

يجب تقييم فاعلية البرنامج منذ البدء حتى نهاية تطبيق البرنامج وقد مر البرنامج بما يلي:

**أولاً: تقييم جلسات البرنامج:**

تم تقييم جلسات البرنامج عن طريق استمارة (أنظر الملحق رقم 06) يطلب من عضو المجموعة التجريبية إبداء رأيه حول ما يقدم في كل جلسة ومحتواه ومدى استفادته من الجلسة واقتراحه لبعض الأمور التي لم تعرض في الجلسة وكل هذا من أجل تفادي بعض النقائص في الجلسة المالية، وكذا إشعار أعضاء المجموعة التجريبية بأهميتهم في البرنامج وأهمية ما يقترحونه، وكذا زيادة اهتمامهم بالبرنامج.

**ثانياً: التقييم النهائي للبرنامج من طرف أعضاء المجموعة:**

من أجل هذا أعدت الطالبة الباحثة استمارة التقييم النهائي للبرنامج ككل من طرف أعضاء المجموعة التجريبية وكانت نتائجه كما هو موضح في الجدول رقم (35).

جدول رقم (35)

يوضح نتائج استمارة التقييم النهائي للبرنامج من طرف أعضاء المجموعة.

العدد	الفقرات	المستوى					
		مرتفع		متوسط		منخفض	
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار
<b>أولاً: البرنامج ج</b>							
01	أهداف البرنامج كانت واضحة بالنسبة لي.	10	83.33	02	16.66	-	-
02	المعارف المقدمة في البرنامج كانت منظمة ومتسلسلة.	12	100	-	-	-	-
03	مدة البرنامج مناسبة لمحتواه.	11	91.66	-	-	01	8.33
04	وقت تقديم البرنامج كان منظماً.	09	75.00	02	16.66	01	8.33
05	احتوى البرنامج على معلومات لم تكن تعرفها من قبل	11	91.66	01	8.33	-	-
<b>ثانياً: مهارات مقدم البرنامج ج</b>							
01	شرح كل محتوى البرنامج بوضوح.	12	100	-	-	-	-
02	أعطى الفرصة للمناقشة وطرح الأسئلة.	10	83.33	02	16.66	-	-
03	أجاب على الأسئلة التي وجهت إليه.	11	91.66	-	-	01	8.33
04	أعاد الشرح في حالة عدم الفهم.	09	75.00	03	25	-	-
05	انضبط في مواعيد تقديم البرنامج.	12	100	-	-	-	-
06	وفر جو من الثقة والإيجابية.	11	91.66	01	8.33	-	-
07	كان يتأكد من فهمنا قبل الانتقال للعنصر الآخر.	10	83.33	01	8.33	01	8.33
<b>ثالثاً: فاعلية البرنامج ج</b>							
01	زاد معرفتك بالمفاهيم التي لم تكن تعرفها من قبل.	09	75.00	03	25	-	-
02	غير تصوراتك نحو موضوع البرنامج.	11	91.66	01	8.33	-	-
03	معظم محتويات البرنامج كانت متنوعة	12	100	-	-	-	-
04	من الضروري إعادة البرنامج نفسه على زملائك الذين لم يتعرضوا للبرنامج	10	83.33	02	16.66	-	-
05	غير البرنامج تصوراتك نحو أمور أخرى أكثر إيجابية	11	91.66	01	8.33	-	-

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (35) أن أعضاء المجموعة التجريبية أكدوا أن برنامج التوعية الصحية كان جيدا من حيث أهدافه ومحتواه وما قدمه من معارف للمجموعة وهذا ما وضحته بنود المحور الأول حول البرنامج، وهذا ما انطبق أيضا على المحور الثاني والثالث.

كما يدعم هذه النتيجة حضور أفراد العينة الدائم خلال جلسات البرنامج.

### ثالثا: تقييم جلسات البرنامج من طرف الطالبة الباحثة:

أعدت الطالبة الباحثة استبيانا خاصا بها لتقييم أداء أفراد العينة (انظر الملحق رقم 09) في كل جلسة من حيث مشاركتهم، ووضوح محتوى الجلسة من خلال تجاوبهم ومشاركتهم وتحديد مدى التزامهم بالواجب المنزلي، والهدف من هذا هو تحسين مستوى الجلسة الموالية وتدارك بعض الأخطاء ومحاولة معالجتها.

### رابعا: التقييم البعدي والتتبعي:

ويتم من خلال تطبيق مقياس تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات على أفراد المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تقديم برنامج التوعية الصحية لتحديد فاعليته، وبلي ذلك التقييم التتبعي بعد مرور مدة زمنية للتأكد من استمرارية نتائج برنامج التوعية الصحية.

### 3-4- حدود الدراسة:

#### 3-4-1- الحدود الزمنية:

تم البدء في جمع المعلومات المتعلقة بالدراسة انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية وجمع المعلومات المتعلقة بمتغيرات الدراسة وكذا الدراسات السابقة في أكتوبر (2012)، أما الدراسة الأساسية فقد استغرقت شهرين من الموسم الدراسي (2015/1014) حيث أجري القياس القبلي وتطبيق البرنامج وإجراء القياس البعدي في حدود شهر مارس وأفريل وبداية شهر ماي، أما القياس التتبعي تم إجرائه بعد مرور أربع أشهر أي في شهر سبتمبر من بداية السنة الدراسية (2016/2015).



**3-4-2- الحدود البشرية:**

يشير المجال البشري إلى تحديد وحدات المجتمع الأصلي للدراسة والمتمثل في عدد أفراد العينة، حيث أجريت الدراسة على مجموعة من المراهقين بالسنة الثانية بثانوية شريف مساعدية في الموسم الدراسي (2015/2014)، حيث قدر عدد أفراد العينة (24) تم تقسيمهم إلى مجموعتين في كل مجموعة (12) فرد.

**3-4-3- الحدود المكانية:**

تم إجراء الدراسة في شقها الميداني بثانوية شريف مساعدية وهي إحدى الثانويات المتواجدة بمدينة المسيلة ولاية المسيلة.

**3-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:**

تم تفرغ البيانات المتحصل عليها الخاصة بالخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ونتائج الدراسة الميدانية وبالإستعانة ببرنامج الحاسب الآلي الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية المعروف باسم (SPSS 20) وهو أداة لإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة لتحليل بيانات الأبحاث العلمية في كافة نواحي العلوم الاجتماعية. (جمال محمد شاكر محمد، 2005: 59)

وتم حساب ما يلي:

- المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة.
- الانحرافات المعيارية.
- اختبار الدلالة الإحصائية ( $k^2$ ) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية للتحقق من التجانس بين العينتين.
- معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات بطريقة التناسق الداخلي.
- معامل الارتباط بيرسون.
- اختبار التجانس ليفين (F).
- اختبار الدلالة الإحصائية (T)

## الفصل الثامن

### عرض وتحليل نتائج الدراسة

**تمهيد:**

بعد ما تطرقنا في الفصل السابق الخاص بمنهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية وضبط عينة الدراسة والأدوات المستخدمة فيها من أجل الوصول إلى نتائج علمية دقيقة، يمكن الاستعانة بها في دراسات أخرى مشابهة، قمنا بتفريغ النتائج المتحصل عليها من إجابات المبحوثين على أداة الدراسة - مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات-، نحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على علاقة محتوى الأداة بالمتغيرات المراد دراستها، من خلال عرض النتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية بعد مرورها بعدة قياسات أي القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية --الذين يمثلون المراهقين التلاميذ بالسنة الثانية ثانوي- ثم القياس البعدي للمجموعتين بعد تعرض المجموعة التجريبية لبرنامج التوعية الصحية الذي يهدف إلى تغيير تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات وقياس أثر ذلك، ثم القيام بالقياس التبعي للتأكد من استمرارية أثر برنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة.

وسنحاول في هذا الفصل عرض وتحليل النتائج ثم تفسيرها انطلاقاً من الفرضيات التي طرحتها الدراسة ومناقشتها بناء على ما تم التطرق إليه في الشق النظري لمتغيرات الدراسة وما أفرزته نتائج الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

## 1- عرض نتائج الدراسة:

## 1-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياس القبلي ثم البعدي والفروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي كما تم استخدام اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي باستخدام الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS) لبرنامج الحاسب الآلي.

والجداول التالية توضح ذلك:

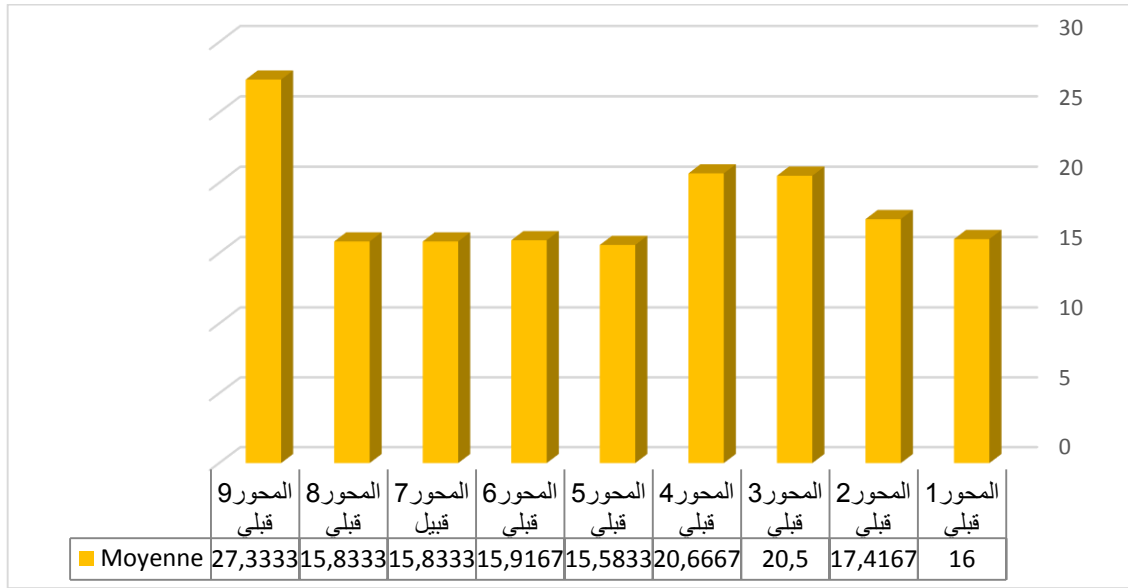
## • القياس القبلي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، فكانت النتائج كما في هو موضح في الجدول رقم (36).

## جدول رقم (36)

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.
5	0.85280	16.0000	12	المحور الأول
4	0.66856	17.4167	12	المحور الثاني
3	1.38170	20.5000	12	المحور الثالث
2	1.30268	20.6667	12	المحور الرابع
9	1.16450	15.5833	12	المحور الخامس
6	0.51493	15.9167	12	المحور السادس
8	1.11464	15.8333	12	المحور السابع
7	0.93744	15.8333	12	المحور الثامن
1	0.77850	27.3333	12	المحور التاسع
-	2.53909	165.0833	12	المجموع



**الشكل رقم (14):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس القبلي للمجموعة التجريبية.

من خلال الجدول رقم (36) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات جاءت متقاربة نوعاً ما حيث تراوحت بين (15,58) كأدنى متوسط حسابي كان لصالح بعد تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات و(27,33) كأعلى متوسط حسابي لصالح تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات أي البعد التاسع، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (14).

ونلاحظ أيضاً أن أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات جاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي حيث احتل المحور التاسع في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (27,33) وانحراف معياري بلغ (0,77)، ثم يليه في المرتبة الثانية المحور الرابع بمتوسط حسابي قدره (20,66) وانحراف معياري بلغ (1,30)، وحل المحور الثالث في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (20,50) وانحراف معياري بلغ (1,38)، وثم يليه في المرتبة الرابعة المحور الثاني بمتوسط حسابي قدره (17,41) وانحراف معياري بلغ (0,66)، وفي المرتبة الخامسة حل المحور الأول بمتوسط حسابي قدره (16,00) وانحراف معياري بلغ (0,85)، وجاء في المرتبة السادسة المحور السادس بمتوسط حسابي قدره (15,91) وانحراف معياري بلغ (0,51)، وفي المرتبة السابعة حل المحور الثامن بمتوسط حسابي قدره (15,83) وانحراف معياري بلغ (0,93)، أما في المرتبة الثامنة فقد حل

المحور السابع بمتوسط حسابي قدره (15,83) وانحراف معياري بلغ (1,11)، وفي حين تذييل الترتيب المحور الخامس بمتوسط حسابي قدره (15,58) وانحراف معياري بلغ (1,16).

وعموما نستطيع القول بأن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة قبل تعرضهم للبرنامج كانت متجانسة نوعا ما فيما بينها، وبلغ المتوسط الحسابي الإجمالي للمقياس ككل (165.08) بانحراف معياري قدر بـ (2.53).

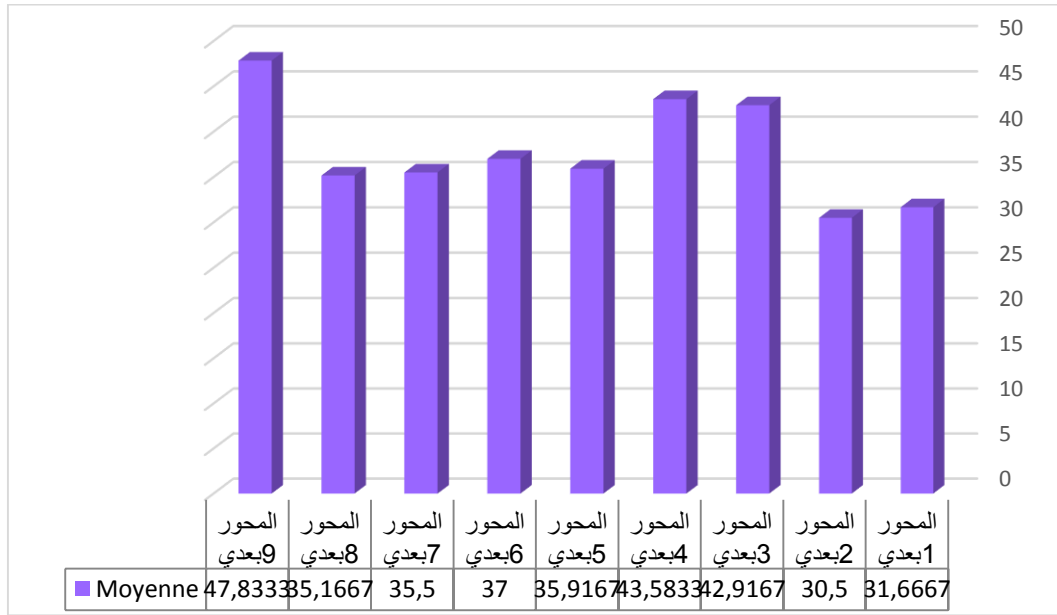
• بالنسبة للقياس البعدي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (37)

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.
8	1.23091	31.6667	12	المحور الأول
9	1.50756	30.5000	12	المحور الثاني
3	2.46644	42.9167	12	المحور الثالث
2	3.28795	43.5833	12	المحور الرابع
5	1.50504	35.9167	12	محور الخامس
4	1.47710	37.0000	12	المحور السادس
6	2.31595	35.5000	12	المحور السابع
7	2.72475	35.1667	12	المحور الثامن
1	2.48022	47.8333	12	المحور التاسع
-	7.08979	340.0833	12	المجموع



**الشكل رقم (15):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس البعدي للمجموعة التجريبية.

من خلال الجدول رقم (37) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات جاءت محصورة بين (30,50) كأدنى متوسط حسابي كان لصالح بعد تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات أي البعد الثاني، و(47,83) كأعلى متوسط حسابي لصالح بعد تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات أي البعد التاسع، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (15).

ونلاحظ أيضا أن أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات جاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي حيث احتل المحور التاسع في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (47,83) وانحراف معياري بلغ (2,48)، ثم يليه في المرتبة الثانية المحور الرابع بمتوسط حسابي قدره (43,58) وانحراف معياري بلغ (3,28)، وحل المحور الثالث المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (42,91) وانحراف معياري بلغ (2,46)، ثم يليه في المرتبة الرابعة المحور السادس بمتوسط حسابي قدره (37,00) وانحراف معياري بلغ (1,47)، وفي المرتبة الخامسة حل المحور الخامس بمتوسط حسابي قدره (35,91) وانحراف معياري بلغ (1,50)، وجاء في المرتبة السادسة المحور السابع بمتوسط حسابي قدره (35,50) وانحراف معياري بلغ (2,31)، وفي المرتبة السابعة حل المحور



الثامن بمتوسط حسابي قدره (35,16) وانحراف معياري بلغ (2,72)، أما في المرتبة الثامنة فقد حل المحور الأول بمتوسط حسابي قدره (31,66) وانحراف معياري بلغ (1,23)، في حين تذييل الترتيب المحور الثاني بمتوسط حسابي قدره (30,50) وانحراف معياري بلغ (1,50).

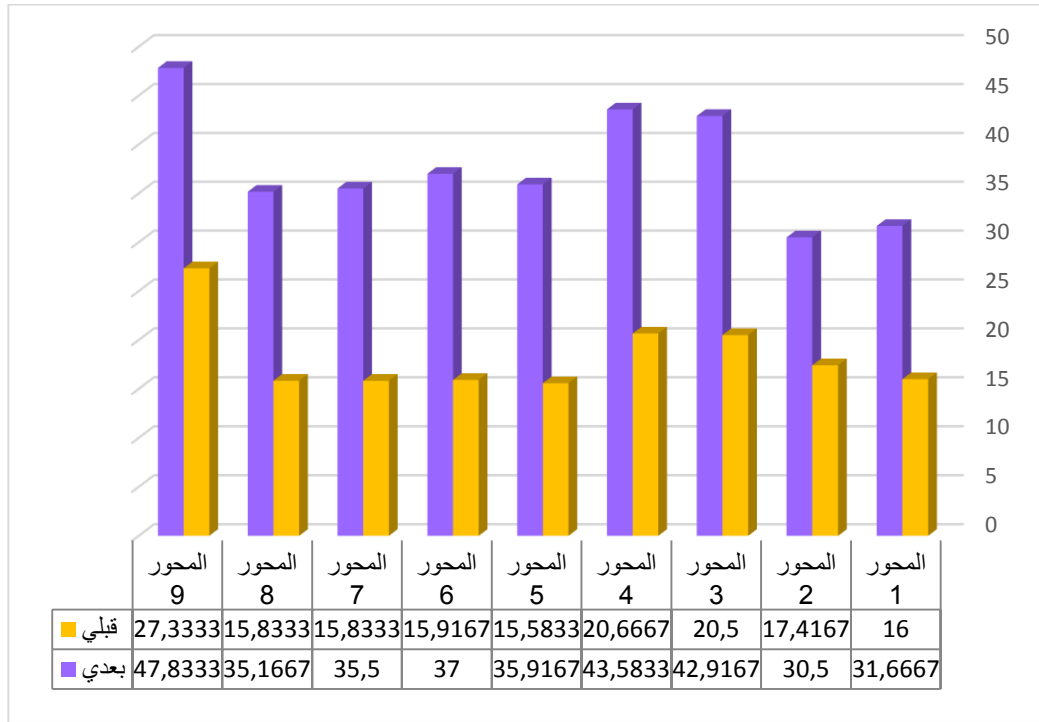
وعموماً نستطيع القول بأن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للبرنامج كانت متباينة نوعاً ما فيما بينها كما المتوسط الحسابي الإجمالي للمقياس ككل بلغ (340.08) بانحراف معياري قدر بـ (7.08).

• الفرق بين متوسطات أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

### جدول رقم (38)

يوضح الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل وبعد تعرضهم لبرنامج التوعية الصحية.

الرتبة	الفرق بين القياسين	المتوسطات الحسابية في القياس البعدي	المتوسطات الحسابية في القياس القبلي	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.
8	-15.66	31.6667	16.0000	المحور الأول
9	-13.08	30.5000	17.4167	المحور الثاني
2	-22.41	42.9167	20.5000	المحور الثالث
1	-22.91	43.5833	20.6667	المحور الرابع
5	-20.33	35.9167	15.5833	المحور الخامس
3	-21.08	37.0000	15.9167	المحور السادس
6	-19.66	35.5000	15.8333	المحور السابع
7	-19.33	35.1667	15.8333	المحور الثامن
4	-20.50	47.8333	27.3333	المحور التاسع
-	-175	340.0833	165.0833	المجموع



**الشكل رقم (16):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

من خلال الجدول رقم (38) نلاحظ أن هناك فروقات في المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية والتي تراوحت ما بين (-22,91) كأعلى فرق (13,08) كأدنى فرق وأن الترتيب التنازلي للمحاور التي كان فيها الفرق واضحا وكبيرا كان كما يلي:

- المحور الرابع أتى في المرتبة الأولى بفرق قدر ب (-22,91).
- المحور الثالث أتى في المرتبة الثانية بفرق قدر ب (-22,41).
- المحور السادس أتى في المرتبة الثالثة بفرق قدر ب (-21,08).
- المحور التاسع أتى في المرتبة الرابعة بفرق قدر ب (-20,50).
- المحور الخامس أتى في المرتبة الخامسة بفرق قدر ب (-20,33).

- المحور السابع أتى في المرتبة السادسة بفرق قدر ب (-19,66).
- المحور الثامن أتى في المرتبة السابعة بفرق قدر ب (-19,33).
- المحور الأول أتى في المرتبة الثامنة بفرق قدر ب (-15,66).
- المحور الثاني أتى في المرتبة التاسعة بفرق قدر ب (-13,08).

وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (16).

ومن هنا وبناء على ما سبق نستطيع القول بأن هناك فروقات في المتوسطات الحسابية التي نتجت عن التطبيقين القبلي والبعدي لكل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، وهذا بالنظر إلى الفرق بين المتوسطات الإجمالية بينهما والذي بلغ (-175).

- نصت الفرضية الفرعية الأولى على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه "، وقد تحصلنا على النتيجة المبينة في الجدول رقم (39).

## جدول رقم (39)

يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس التصورات بالنسبة للمجموعة التجريبية.

تفسيرها	مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مقياس تصورات المراهقين نحو الأمان على المخدرات	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-33.61	11	0.852	16.00	12	القياس القبلي	المحور الأول
				1.230	31.66		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-27.03	11	0.668	17.41	12	القياس القبلي	المحور الثاني
				1.507	30.50		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-25.38	11	1.381	20.50	12	القياس القبلي	المحور الثالث
				2.466	42.91		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-27.02	11	1.302	20.66	12	القياس القبلي	المحور الرابع
				3.287	43.58		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-31.59	11	1.164	15.58	12	القياس القبلي	المحور الخامس
				1.505	35.91		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-46.68	11	0.514	15.91	12	القياس القبلي	المحور السادس
				1.477	37.00		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-23.22	11	1.114	15.83	12	القياس القبلي	المحور السابع
				2.315	35.50		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-23.86	11	0.937	15.83	12	القياس القبلي	المحور الثامن
				2.724	35.16		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-25.85	11	0.778	27.33	12	القياس القبلي	المحور التاسع
				2.480	47.83		القياس البعدي	
دال عند ( $\alpha=0.01$ )	0,000	-72.36	11	2.539	165.08	12	القياس القبلي	الدرجة الكلية
				7.089	340.08		القياس البعدي	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس التصورات في القياسين القبلي والبعدي كلها جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، وهذا ما أكدته قيم ( $T_{test}$ ) المستخرجة بالنسبة لكل محور وبالنسبة للدرجة الكلية ككل، كما أن كل القيم جاءت سالبة مما يدل على أن الفروق هنا هي لصالح القياس البعدي، وهذا يعني وجود فرق بين القياسين القبلي والبعدي، وبالتالي نستطيع القول بأن الفرضية الفرعية الثانية القائلة " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه" قد تحققت، وهذا يدل على فعالية برنامج التوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

### 1-2- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياس القبلي ثم البعدي والفروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد العينة الضابطة في القياس القبلي والبعدي، كما تم استخدام اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة الضابطة في القياس البعدي والقبلي باستخدام الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS) لبرنامج الحاسب الآلي.

والجدول التالية توضح ذلك:

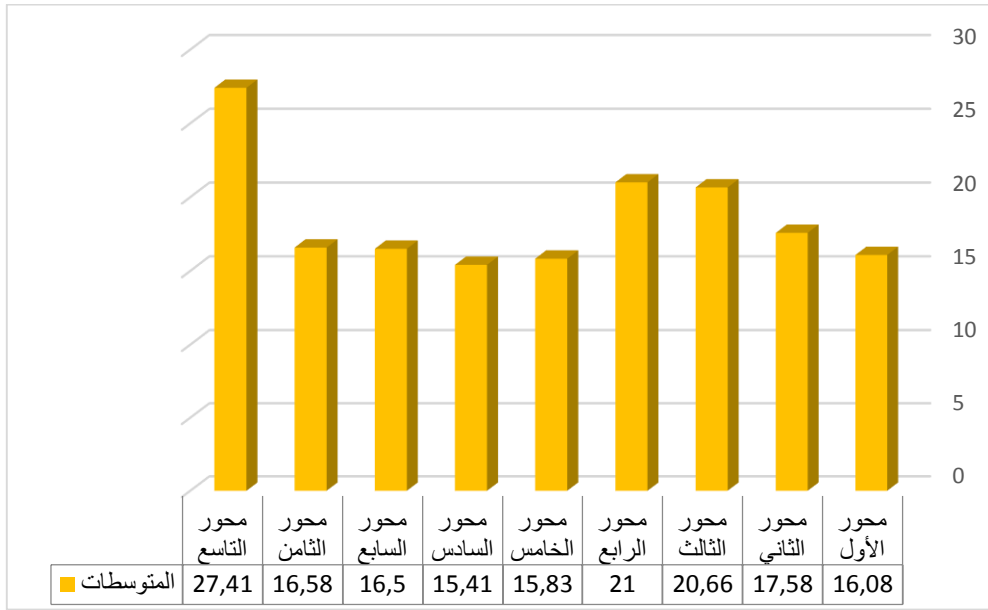
• **القياس القبلي:**

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، فكانت النتائج كما في الجدول التالي.

**جدول رقم (40):**

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.
7	0.996	16.083	12	المحور الأول
4	0.900	17.583	12	المحور الثاني
3	1.557	20.666	12	المحور الثالث
2	1.348	21.000	12	المحور الرابع
8	1.193	15.833	12	المحور الخامس
9	0.900	15.416	12	المحور السادس
6	1.678	16.530	12	المحور السابع
5	2.020	16.583	12	المحور الثامن
1	1.505	27.416	12	المحور التاسع
-	2.574	166.583	12	المجموع



**الشكل رقم (17):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس القبلي للمجموعة الضابطة.

من خلال الجدول رقم (40) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات جاءت متقاربة نوعاً ما حيث تراوحت بين (15,41) كأدنى متوسط حسابي كان لصالح تصورات المراهقين للأضرار النفسية للإدمان على المخدرات أي البعد الخامس و(27,41) كأعلى متوسط حسابي لصالح بعد تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات أي البعد التاسع، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (17).

ونلاحظ أيضاً أن أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات جاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي حيث احتل المحور التاسع المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (27,41) وانحراف معياري بلغ (1,50)، ثم يليه في المرتبة الثانية المحور الرابع بمتوسط حسابي قدره (21,00) وانحراف معياري بلغ (1,34)، وحل المحور الثالث في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (20,66) وانحراف معياري بلغ (1,55)، ثم يليه في المرتبة الرابعة المحور الثاني بمتوسط حسابي قدره (17,58) وانحراف معياري بلغ (0,90)، وفي المرتبة الخامسة حل المحور الثامن بمتوسط حسابي قدره (16,58) وانحراف معياري بلغ (2,02)، وجاء في المرتبة السادسة المحور السابع بمتوسط حسابي قدره (16,53) وانحراف معياري بلغ (1,67)، وفي المرتبة السابعة حل المحور الأول

بمتوسط حسابي قدره (16,08) وانحراف معياري بلغ (0.99)، أما في المرتبة الثامنة فقد حل المحور الخامس بمتوسط حسابي قدره (15,83) وانحراف معياري بلغ (1.19)، في حين تذييل الترتيب المحور السادس بمتوسط حسابي قدره (15,41) وانحراف معياري بلغ (0.90).

وعموماً نستطيع القول بأن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة قبل تعرضهم للبرنامج كانت متجانسة نوعاً ما فيما بينها كما بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي للمقياس ككل (166.583) بانحراف معياري قدره (2,57).

• بالنسبة للقياس البعدي:

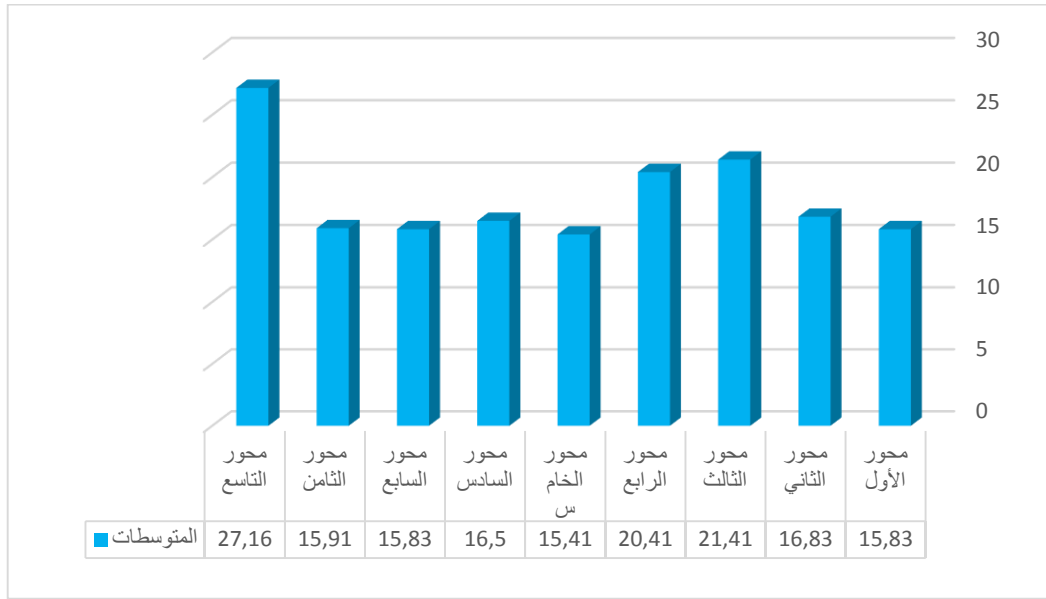
تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (41):

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات
7	1.527	15.83	12	المحور الأول
4	2.208	16.83	12	المحور الثاني
2	5.299	21.41	12	المحور الثالث
3	2.065	20.41	12	المحور الرابع
9	2.712	15.41	12	المحور الخامس
5	1.882	16.50	12	المحور السادس
8	1.749	15.83	12	المحور السابع
6	1.505	15.91	12	المحور الثامن
1	1.527	27.16	12	المحور التاسع
-	5.662	165.33	12	المجموع





**الشكل رقم (18):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس البعدي للمجموعة الضابطة.

من خلال الجدول رقم (41) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات جاءت متقاربة نوعاً ما حيث تراوحت بين (15,41) كأدنى متوسط حسابي كان لصالح بعد تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناتجة عن إدمان المخدرات أي البعد التاسع، و(27,16) كأعلى متوسط حسابي لصالح بعد تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات أي البعد التاسع، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (18).

ونلاحظ أيضاً أن أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات جاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي حيث احتل المحور التاسع في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (27.16) وانحراف معياري بلغ (1.52)، ثم يليه في المرتبة الثانية المحور الثالث بمتوسط حسابي قدره (21.41) وانحراف معياري بلغ (5.299)، وحل المحور الرابع المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (20.41) وانحراف معياري بلغ (2.06)، ثم يليه في المرتبة الرابعة المحور الثاني بمتوسط حسابي قدره (16,83) وانحراف معياري بلغ (2.20)، وفي المرتبة الخامسة حل المحور السادس بمتوسط حسابي قدره (16,50) وانحراف معياري بلغ (1.88)، وجاء في المرتبة السادسة المحور الثامن

بمتوسط حسابي قدره (15,91) وانحراف معياري بلغ (1.50)، وفي المرتبة السابعة حل المحور الأول بمتوسط حسابي قدره (15,83) وانحراف معياري بلغ (1.52)، أما في المرتبة الثامنة فقد حل المحور السابع بمتوسط حسابي قدره (15.83) وانحراف معياري بلغ (1.74)، في حين تذييل الترتيب المحور الخامس بمتوسط حسابي قدره (15,41) وانحراف معياري بلغ (2.71).

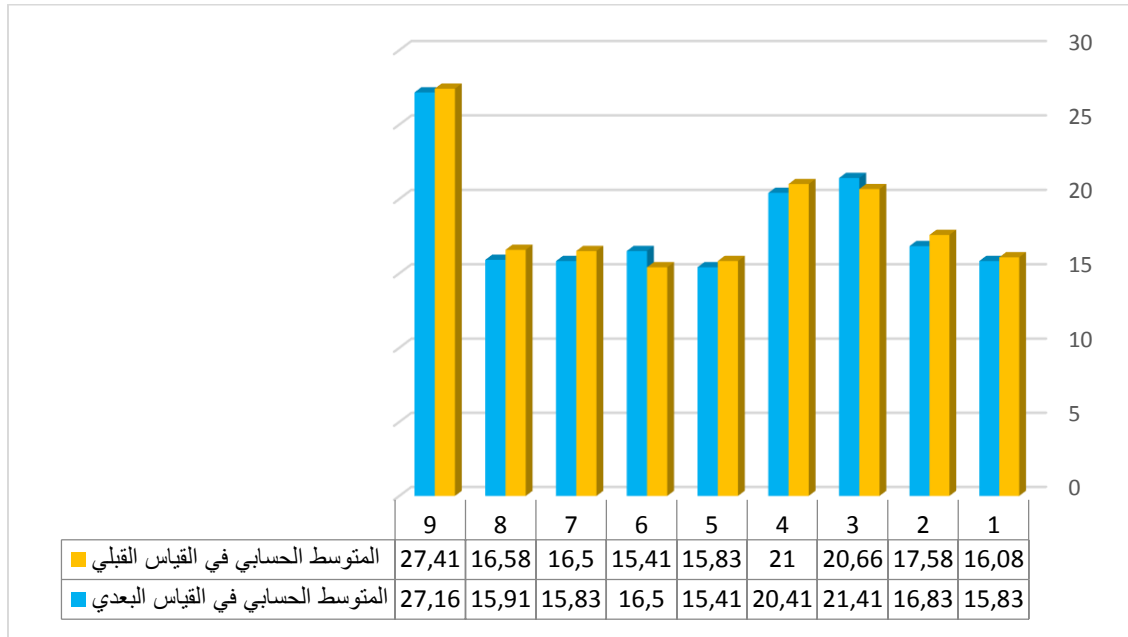
وعموماً نستطيع القول بأن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للبرنامج كانت متجانسة نوعاً ما فيما بينها كما المتوسط الحسابي الإجمالي للمقياس ككل بلغ (165,33) بانحراف معياري قدر بـ (5.66).

- الفرق بين متوسطات أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة الضابطة.

#### جدول رقم (42):

يوضح الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل وبعد تطبيق برنامج التوعية الصحية.

الفرق بين القياسين	المتوسطات الحسابية في القياس البعدي	المتوسطات الحسابية في القياس القبلي	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات
0.25	15.83	16.08	المحور الأول
0.75	16.83	17.58	المحور الثاني
-0.75	21.41	20.66	المحور الثالث
0.59	20.41	21.00	المحور الرابع
0.42	15.41	15.83	المحور الخامس
-1.09	16.50	15.41	المحور السادس
0.67	15.83	16.53	المحور السابع
0.67	15.91	16.08	المحور الثامن
0.25	27.16	27.41	المحور التاسع
0.75	165.33	166.58	المجموع



**الشكل رقم (19):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

من خلال الجدول رقم (42) أعلاه نلاحظ بناءً على الفروقات في المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة والتي تراوحت ما بين (0,75) كأعلى فرق و(-1,09) كأدنى فرق، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (19) .

ومن هنا وبناءً على ما سبق نستطيع القول بأنه ليس هناك فروقات في المتوسطات الحسابية التي نتجت عن التطبيقين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، وهذا بالنظر إلى الفرق بين المتوسطات الإجمالية بينهما والتي بلغت (0.75).

• نصت الفرضية الفرعية الثانية على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه"، وقد تحصلنا على النتيجة المبينة في الجدول رقم (43).

جدول رقم (43):

يوضح الفرق بين أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة	تفسيرها
المحور الأول	12	16.08	0.996	11	0.442	0.667	غير دال
		15.83	1.527				
المحور الثاني	12	17.58	0.900	11	1.129	0.283	غير دال
		16.83	2.208				
المحور الثالث	12	20.66	1.557	11	-0.473	0.646	غير دال
		21.41	5.299				
المحور الرابع	12	21.00	1.348	11	1.168	0.267	غير دال
		20.41	2.065				
المحور الخامس	12	15.83	1.193	11	0.455	0.658	غير دال
		15.41	2.712				
المحور السادس	12	15.41	0.900	11	-1.900	0.084	غير دال
		16.50	1.882				
المحور السابع	12	16.53	1.678	11	1.483	0.166	غير دال
		15.83	1.749				
المحور الثامن	12	16.58	2.020	11	1.098	0.296	غير دال
		15.91	1.505				
المحور التاسع	12	27.41	1.505	11	1.393	0.191	غير دال
		27.16	1.527				
الكلية	12	166.58	2.574	11	0.965	0.355	غير دال
		165.33	5.662				

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة الضابطة في أبعاد مقياس التصورات في القياس القبلي والبعدي أغلبها لم تكن فروقا كبيرة وهذا ما يتضح جليا في الأبعاد (الأول، الثاني، الثالث، الرابع، الخامس، السادس، السابع، الثامن والتاسع) حيث بلغت فيها قيم اختبار الدلالة الإحصائية ( $T_{test}$ ) كما هي على الترتيب السابق (0.44)، (1.12)، (-0.47)، (1.16)، (0.45)، (-1.90)، (1.48)، (1.09)، (1.39) وكلها قيم غير دالة إحصائيا، وعموما يمكن القول وبناء على قيمة ( $T_{test}$ ) بالنسبة للدرجة الكلية ككل والتي بلغت كما هو موضح في الجدول أعلاه (0.96) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند درجة الحرية (11) ومستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) وهذا يعني أنه تم قبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فرق بين القياسين، وبالتالي نستطيع الحكم على عدم قبول فرضية البحث (الفرضية الفرعية الثانية) القائلة بـ "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

### 1-3- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياس البعدي، كما تم استخدام اختبار (F ليفين للتجانس)، و قيمة (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في القياس البعدي باستخدام الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS) لبرامج الحاسب الآلي.

والجدول التالي يوضح ذلك:

**جدول رقم (44)**

يوضح الفرق بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية.

المحاور	العينة	(F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "T"	مستوى الدلالة	تفسيرها
المحور الأول	ضابطة	0.378	0.545	12	15.83	1.527	22	-27.95	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				31.66	1.230				
المحور الثاني	ضابطة	1.306	0.265	12	16.83	2.005	22	-17.70	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				30.50	1.507				
المحور الثالث	ضابطة	5.916	0.024	12	21.41	5.299	15.55	-12.74	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				42.91	2.466				
المحور الرابع	ضابطة	3.053	0.095	12	20.41	2.208	18.51	-20.66	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				43.58	3.287				
المحور الخامس	ضابطة	1.519	0.231	12	15.41	3.028	22	-22.89	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				35.91	1.505				
المحور السادس	ضابطة	0.746	0.397	12	16.50	1.882	22	-29.65	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				37.00	1.477				
المحور السابع	ضابطة	0.006	0.937	12	15.83	2.179	22	-23.47	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				35.50	2.315				
المحور الثامن	ضابطة	0.061	0.807	12	15.91	2.234	22	-21.42	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				35.16	2.724				
المحور التاسع	ضابطة	0.606	0.445	12	27.16	1.527	22	-20.80	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				47.83	2.480				
الدرجة الكلية	ضابطة	0.143	0.709	12	165.33	5.662	22	-66.61	0.000	دال عند 0.01
	تجريبية				340.08	7.089				

من خلال الجدول رقم (44) أعلاه نلاحظ أن قيم اختبار التجانس ليفين (F) أغلبها جاءت غير دالة إحصائياً وذلك في الأبعاد (الأول، الثاني، الخامس، السادس، السابع، الثامن، التاسع)، وكذا في الدرجة الكلية ككل مما يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين، في حين أن البعد (الثالث، الرابع) فنلاحظ أن قيمة اختبار التجانس ليفين (F) فيه كانت دالة إحصائياً مما يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية في أبعاد مقياس التصورات بالنسبة لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية نلاحظ أنها جاءت متباينة جداً وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروقا كبيرة وواضحة بينهما، وما يؤكد ذلك أن قيمة اختبار الفروق (Ttest) والتي بلغت (-66.61) بالنسبة للدرجة الكلية ككل جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ )، ومنه نقول بأن الفرضية الرابعة " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية " قد تحققت كما أن هذه الفروق هي لصالح المجموعة التجريبية ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

#### 1-4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياس التتبعي والفروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد العينة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي، كما تم استخدام اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في القياس البعدي باستخدام الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS) لبرامج الحاسب الآلي.

والجدول التالية توضح ذلك:

• بالنسبة للقياس التتبعي:

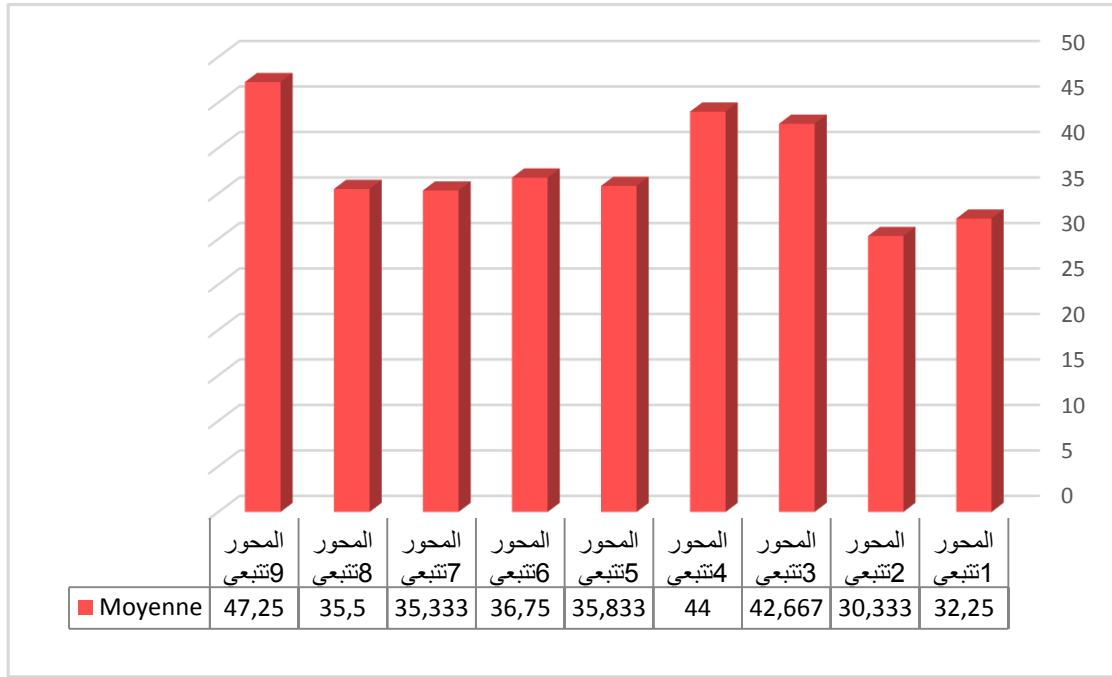
تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

**جدول رقم (45)**

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس التتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات
8	1.21543	32.2500	12	المحور الأول
9	1.15470	30.3333	12	المحور الثاني
3	2.77434	42.6667	12	المحور الثالث
2	3.13340	44.0000	12	المحور الرابع
5	2.55248	35.8333	12	المحور الخامس
4	1.35680	36.7500	12	المحور السادس
7	2.26969	35.3333	12	المحور السابع
6	2.15322	35.5000	12	المحور الثامن
1	2.86436	47.2500	12	المحور التاسع
-	6.81520	339.9167	12	المجموع





**الشكل رقم (20):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياس التتبعي للمجموعة التجريبية.

من خلال الجدول رقم (45) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة على مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات جاءت محصورة بين (30,33) كأدنى متوسط حسابي كان لصالح بعد تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات أي البعد الثاني، و(47,25) كأعلى متوسط حسابي لصالح بعد تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات أي البعد التاسع، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (20).

ونلاحظ أيضا أن أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات جاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي حيث احتل المحور التاسع في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (47,25) وانحراف معياري بلغ (2,86)، ثم يليه في المرتبة الثانية المحور الرابع بمتوسط حسابي قدره (44,00) وانحراف معياري بلغ (3,13)، وحل المحور الثالث في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (42,66) وانحراف معياري بلغ (2,77)، ثم يليه في المرتبة الرابعة المحور السادس بمتوسط حسابي قدره (36,75) وانحراف معياري بلغ (1,35)، وفي المرتبة الخامسة حل المحور الخامس بمتوسط حسابي قدره (35,83) وانحراف معياري بلغ (2,55)، وجاء في المرتبة السادسة المحور الثامن بمتوسط حسابي قدره (35,50) وانحراف معياري بلغ (2,15)، وفي المرتبة السابعة حل المحور

السابع بمتوسط حسابي قدره (35,33) وانحراف معياري بلغ (2,26)، أما في المرتبة الثامنة فقد حل المحور الأول بمتوسط حسابي قدره (32,25) وانحراف معياري بلغ (1,21)، في حين تذييل الترتيب المحور الثاني بمتوسط حسابي قدره 30,33 وانحراف معياري بلغ (1,15).

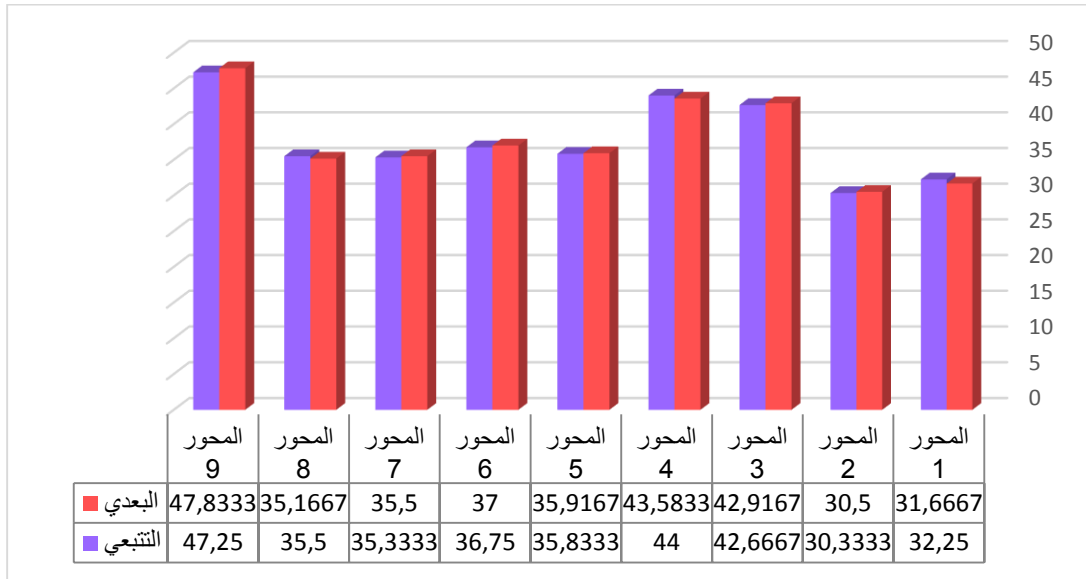
وعموماً نستطيع القول بأن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في القياس التتبعي كانت متباينة نوعاً ما فيما بينها كما بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي للمقياس ككل (339.91) بانحراف معياري قدر بـ (6.81).

• الفرق بين متوسطات أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية:

#### جدول رقم (46):

يوضح الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات في القياسين البعدي والتتبعي.

الفرق بين القياسين	المتوسطات الحسابية في القياس التتبعي	المتوسطات الحسابية في القياس البعدي	أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان على المخدرات.
-0.58	32.2500	31.6667	المحور الأول
0.16	30.3333	30.5000	المحور الثاني
0.25	42.6667	42.9167	المحور الثالث
-0.41	44.0000	43.5833	المحور الرابع
0.08	35.8333	35.9167	المحور الخامس
0.25	36.7500	37.0000	المحور السادس
0.16	35.3333	35.5000	المحور السابع
-0.33	35.5000	35.1667	المحور الثامن
0.58	47.2500	47.8333	المحور التاسع
0.16	339.9167	340.0833	المجموع



**الشكل رقم (21):** يوضح الأعمدة البيانية التي تمثل توزيع محاور مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات حسب المتوسطات الحسابية بالنسبة للقياسين البعدي والمتبعي للمجموعة التجريبية.

من خلال الجدول رقم (46) نلاحظ بأن المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بين القياسين البعدي والمتبعي لأفراد المجموعة التجريبية تراوحت ما بين (0,25) كأعلى فرق و(-0,58) كأدنى فرق ومنه يمكن القول بأن الفوارق بين القياسين فيهم كانت ضئيلة ولا تكاد تذكر، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (21).

ومن هنا وبناء على ما سبق نستطيع القول بأن لا توجد فروقات واضحة في المتوسطات الحسابية التي نتجت عن القياسين البعدي والمتبعي في أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، وهذا بالنظر إلى الفرق بين المتوسطات الإجمالية بينهما والتي بلغت (0.16).

- نصت الفرضية الفرعية الرابعة بأنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة "، وقد حصلنا على النتيجة المبينة في الجدول رقم (47).

جدول رقم (47)

يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس التصورات بالنسبة للمجموعة الضابطة.

تفسيرها	مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مقياس تصورات المراهقين نحو الادمان	
دال عند ( $\alpha=0.05$ )	0.027	-2.548	11	1.230	31.66	12	القياس البعدي	المحور الأول
				1.215	32.25		القياس التنبعي	
غير دال	0.795	0.266	11	1.507	30.50	12	القياس البعدي	المحور الثاني
				1.154	30.33		القياس التنبعي	
غير دال	0.709	0.383	11	2.466	42.91	12	القياس البعدي	المحور الثالث
				2.774	42.66		القياس التنبعي	
غير دال	0.749	-0.328	11	3.287	43.58	12	القياس البعدي	المحور الرابع
				3.133	44.00		القياس التنبعي	
غير دال	0.932	0.088	11	1.505	35.91	12	القياس البعدي	المحور الخامس
				2.552	35.83		القياس التنبعي	
غير دال	0.623	0.506	11	1.477	37.00	12	القياس البعدي	المحور السادس
				1.356	36.75		القياس التنبعي	
غير دال	0.882	0.152	11	2.315	35.50	12	القياس البعدي	المحور السابع
				2.269	35.33		القياس التنبعي	
غير دال	0.695	-0.402	11	2.724	35.16	12	القياس البعدي	المحور الثامن
				2.153	35.50		القياس التنبعي	
غير دال	0.359	0.958	11	2.480	47.83	12	القياس البعدي	المحور التاسع
				2.864	47.25		القياس التنبعي	
غير دال	0.947	0.068	11	7.089	340.08	12	القياس البعدي	الكلية
				6.815	339.91		القياس التنبعي	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس التصورات في القياس البعدي والتتبعي كلها لم تكن فروقا كبيرة وهذا ما يتضح جليا في الأبعاد (الأول، الثاني، الثالث، الرابع، الخامس، السادس، السابع، الثامن، التاسع) حيث بلغت فيها قيم اختبار الدلالة الإحصائية (Ttest) كما هي على الترتيب السابق (0.26)، (0.38)، (-0.32)، (0.08)، (0.50)، (0.15)، (-0.40)، (0.95) وكلها قيم غير دالة إحصائيا، ماعدا في المحور الأول والذي بلغت فيه قيمة (Ttest) (-2.54) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.05$ )، وعموما وبالنسبة للفرق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية والذي بلغ (0.06) هو فرق غير دال إحصائيا عند مستوى الدلالة الفا (0,05) وهذا يعني لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة"، أي أن الفرضية الرابعة لم تتحقق، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

## 2- تحليل النتائج على ضوء الفرضيات:

### 2-1- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

نصت الفرضية الفرعية الأولى على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات لصالح القياس البعدي ذلك من خلال النتائج المعبر عنها في الجدول رقم (39) الذي بين أن قيم (T) في كل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات كانت دالة إحصائيا بين القياسين البعدي والقبلي، وكذا الأمر بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس بحيث جاءت قيمة (T) تساوي (-72.36) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.001).

هذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الفرعية الأولى التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي قد تحققت.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "تيتشر جوزيف تارانوسكي Taranowski" (1994) حيث أسفرت نتائج دراسته إلى وجود تغيير إيجابي في اتجاهات أفراد العينة نحو إدمان الكحول، ودراسة "مارك كيللي Kelley" (1994) ودراسة "لوريتا جين هوير Heuer" (1940) ودراسة "الحارثي" (1996) ودراسة "الغامدي" (1999) التي ركزت على دور بعض الوسائل الإعلامية في تغيير أفكار واتجاهات أفراد العينة نحو تعاطي المخدرات.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "عبد الرحمن بن محمد القرشي" (2006)، حيث توصل إلى أن دورات التوعية والتثقيف الصحي غيرت اتجاهات أفراد العينة نحو أضرار المخدرات والتدخين.

إن النتيجة المتحصل عليها تؤكد فاعلية برنامج التوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين (أفراد المجموعة التجريبية) نحو الإدمان على المخدرات.

وتعزو الطالبة الباحثة هذه الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في استجابات أفراد للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين على المخدرات إلى أنها تلقت عدة جلسات عملت على تغيير التصور الأولي الذي كان سائداً لدى أفرادها بتصور يحمل المعنى الحقيقي لموضوع الإدمان على المخدرات من جميع جوانبه المختلفة، كما أن تلقي المجموعة التجريبية العديد من الأنشطة والنقاشات المتعمقة القائمة على أسس علمية دقيقة أدى إلى التعرف على المخدرات وأثر الإدمان عليها على نفسية الفرد وعلى أفراد مجتمعه، كما أن كل ما قُدم في الجلسات من تدخلات منظمة ومخططة لزيادة الوعي الصحي من أجل تفادي الوقوع في الإدمان على المخدرات وزيادة إدراك المراهقين (أفراد المجموعة التجريبية) لخطر الإدمان ووعيهم بطبيعة البيئة التي يعيشون فيها أي ضرورة أخذ الأشياء التي تتفعمهم فقط ومحاولة التخلي عن كل ما يجلب الأذى لهم، وكذا كيفية مواجهة

المشكلات التي قد تواجههم وضرورة التخلي عن الأشخاص الذين يجلبون المشاكل مثل جماعة رفقاء السوء.

فامتلاك المراهق لهذه المهارات يجعله يصل إلى مستوى جيد من التوافق الشخصي والاجتماعي ويجعله يتخلى عن الأفكار السلبية في تفسير وتحليل الأمور وبالتالي عدم الوقوع في مشاكل أكبر مثل الإدمان على المخدرات، واستبدال تلك التصورات الخاطئة بتصورات صحيحة تعكس حقيقة المخدرات ومخاطرها، وكذا التعرف على حقيقة تلك التصورات الخاطئة حول إدمان المخدرات الذي استمده المراهق من جماعة الرفاق التي قد يكون بعض أعضائها من مدمني المخدرات الذين يحاولون بطرق شتى تكوين أفكار إيجابية عن منافع المخدرات للإيقاع بأصدقائهم في شباك آفة المخدرات، لأن الإدمان عادة يبدأ ببناء معتقدات إيجابية حول الموضوع ثم تتحول إلى تصورات ثم محاولة الفرد التجريب الذي يعقبه الإدمان، أو يستمدها المراهق من سماع أحاديث البعض أو من خلال وسائل الإعلام كالأفلام ومواقع التواصل الاجتماعي وغيرها، وكَوْن تصورات حولها بأنها الحل لمن يقعون في المشاكل أو الصراعات العائلية والدراسية وغيرها، وقد تعتبر الحل لمن ليس لهم الثقة الكافية بالنفس لمواجهة الذات أو الآخرين وقد يكون ذلك من أجل مواجهة المخاوف والقضاء على بعض المفاهيم مثل أنا جبان، أنا خائف، أنا لا أستطيع فعل... أنا ليس لدي أصدقاء...، إلى غير ذلك من الأفكار التي استغلت في بناء تصورات إيجابية حول المواد المخدرة في كونها الحل الأمثل لكل المشاكل التي يعاني منها الفرد خاصة إذا تعلق الأمر بتلميذ المرحلة الثانية ثانوي-المراهق- باعتباره حساس جداً عند تلقيه لبعض الانتقادات أو الملاحظات سواء من طرف عائلته أو من طرف الآخرين والتي تؤثر على تقديره لذاته، وقد تشكل له أزمة هوية كما يرى "إريك إريكسون" والذي يربطها بشكل أساسي بمرحلة المراهقة وبدايات الشباب وما يرتبط بها من تغيرات بدنية ونفسية وأيضاً ما يترتب على ذلك من توقعات اجتماعية، حيث يسعى المراهق حسب "إريك إريكسون" إلى تحقيق الهوية بحل أزمت النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق يشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة محددة لتجريبها واختبارها، ويفضي تحقيقها إلى إحساس المراهق بالتفرد، والوحدة والتآلف الداخلي والتماثل والاستمرارية المتمثل في إحساس بارتباط ماضيه ومستقبله وإحساسه بالتماسك الداخلي والاجتماعي، ويترجم ذلك سلوكياً من خلال محاولة الفرد الوصول إلى تحديد تعريف لذاته من خلال تبني أيديولوجيات وأدوار مقبولة اجتماعياً، من خلال

محاولة الوصول إلى إجابات لتساؤلات مثل (من أنا ؟ وماذا أرى ؟ وإلى أين تنتجه ؟). (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 7)

وفي حالة الفشل في حل الأزمة إيجابياً كنتيجة لعدم قدرة الفرد على حل التوحدت الطفولية غير السوية والصراعات المؤلمة، يأخذ اضطراب هوية الأنا شكلين أساسيين من وجهة نظر "إريكسون" هما:

- اضطراب الدور حيث يفشل المراهق في خلق تكامل بين توحدت الطفولة مما يؤدي إلى الإحساس المهلهل بالذات بدرجة تقوده للفشل في تحديد وتبني أدوار وأهداف ذات معنى أو قيمة شخصية واجتماعية، ويرتبط ذلك بدرجة عالية من القلق، ومشاعر عدم الكفاية، والسلوك الجامد المتعصب وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وسوء علاقاته الاجتماعية، وضعف الالتزام بأهداف وأدوار ثابتة.

- تبني الهوية السالب يرتبط هذا النمط بدرجة أعلى من الإحساس بالتفكك الداخلي لا يقتصر تأثيره على عدم القدرة على تحديد أهداف ثابتة أو تحقيق الرضا عن دوره الاجتماعي، بل ويلعب ذلك دوراً أكثر سلبية في حياة الفرد بصفة عامة، حيث يدفع به إلى ممارسة أدوار غير مقبولة اجتماعياً، ومن ذلك الجنوح وتعاطي المخدرات.(أنظر الفصل الخامس)

إن المعلومات التي قدمها البرنامج ساهمت في تغيير تصورات المراهقين - أفراد المجموعة التجريبية- نحو المخدرات وعملت على استبعاد كل الأفكار التي استمدها المراهق من بيئته أو الناشئة عن ذاته، لأن إدراكات المراهق تتطور مقارنة بما كانت عليه في مرحلة الطفولة إلا أن تفكيره يتأثر بالبيئة تأثيراً يحفزه إلى ألوان مختلفة من الاستدلال وحل المشكلات حتى يستطيع أن يكيف نفسه مع البيئة بطرق مختلفة سواء كانت تلك الطرق سوية أو غير سوية، وذلك بالنظر إلى طبيعة البيئة من حيث تشابكها وتعقدها، وهذا ما توصل إليه إسماعيل بن إبراهيم في دراسته (2002)، حيث أوضحت الدراسة أن المخدرات في اعتقاد الناشئ تساعد على الاسترخاء، وتخفف القلق والتوتر، وسبب الوقوع فيها تقليد الأصدقاء والخوف من اعتقادهم أنه أقل منهم بالإضافة إلى حب الاستطلاع، والتغلب على مشكلة المذاكرة والامتحانات.



ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء مفهوم التوعية الصحية باعتبارها عملية إمداد الفرد بمعلومات منظمة ودقيقة حول الظاهرة قيد الدراسة والتي تهدف إلى استثارة الدوافع لدى عضو المجموعة ومساعدته على طرح فكرته عن الموضوع ومعرفة طبيعتها وأسبابها، بالإضافة إلى طرح الحلول والبدائل واستنتاج القرارات المناسبة عن قناعة، مع امتلاك الرغبة في التغيير والاستمرار في السلوك الجديد، وذلك من خلال تغيير واستبدال المعلومة الخاطئة بالمعلومة الصحيحة المبنية على أسس علمية، وبتوجيه عضو المجموعة، أي وجود القناعة بتطبيق ما يترتب على تلك المعلومة الصحيحة، والرغبة في ممارسة السلوك المطلوب وبهذا يتطور ويتغير السلوك والتصور انطلاقاً من تبني معلومات صحيحة تستند على الدليل والبرهان.

إن العمل بأهداف التوعية الصحية كان له الدور البارز في فاعلية البرنامج وتحقيق أهدافه المرجوة، وهذا ما نادى به أغلب الجمعيات والهيئات التي تعمل على مكافحة آفة المخدرات باعتبار أن التوعية أنفع سلاح يستخدم في التقليل من انتشار آفة الإدمان على المخدرات لدى الأفراد المهنيين من خلال ما يحملونه من تصورات إيجابية للإدمان على المخدرات.

بالإضافة إلى التوعية الصحية من أخطار المخدرات استخدمنا في البرنامج بعض الأنشطة التي ترمي إلى نبذ المخدرات، والاستناد على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية التي كانت تقدم في كل جلسة بشكل منظم ومترايط حسب موضوع كل جلسة.

وقد تم تقديم كل ذلك في ضوء علاقة حميمية عملية علمية تتميز بالمشاركة الإيجابية والتفاعل بين أعضاء المجموعة بهدف تغيير تصوراتهم نحو الإدمان على المخدرات كون هذه الظاهرة الخطيرة متشعبة الأبعاد، فتداخل أبعادها وتعدده هو سبب سرعة انتشارها، لذا حرص البرنامج على هذه النقاط في كل جلسة من جلساته بإتباع أساليب متنوعة من أجل إيصال الأفكار الحقيقية حول المخدرات التي يزداد خطرهما في مرحلة المراهقة، هذه المرحلة التي تتميز بالقابلية للوقوع في مشكلة المخدرات نظراً للتغيرات التي تعقب مظاهر النمو المختلفة.

كما ترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة التي تشير إلى فاعلية برنامج التوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات إلى الفنيات المستخدمة، وكما ذكرنا سابقاً استند البرنامج على بعض الفنيات السلوكية مثل الاسترخاء، والتعزيز، وبعض الفنيات المعرفية مثل حل

المشكلات والمناقشة والمحاضرة حيث عملت هذه الأخيرة على مساعدة أفراد المجموعة التجريبية - المراهقين - على تغيير تصوراتهم وطريقة تفكيرهم وإدراكاتهم ووعيهم بمخاطر المخدرات وكذا التعرف على تصوراتهم الغير منطقية والغير مسؤولة في حل المشكلات التي تواجههم واكتساب بعض المهارات التي تجنبهم التفكير في الإدمان على المخدرات، وبالتالي بناء تصورات جديدة واعية تفرز سلوكيات إيجابية متزنة وكل ذلك من خلال تقديم المعارف المتكاملة حول موضوع الإدمان على المخدرات وفي هذا يرى **المعرفيون أمثال "آرون بيك" (Beck)** أن المعرفة هي وسيلة الإنسان لكي يفهم ذاته والعالم حوله ويتوصل إلى حقائق الأشياء والتشويه المعرفي وتحريف الأفكار عن الذات والعالم والمستقبل...، كما أن تعديل طريقة التفكير والتخلص من الأفكار المنحرفة غير الملائمة واستبدالها بأخرى أكثر فاعلية ومنطقية وتصحيح المفاهيم الخاطئة المختلفة هو هدف الاتجاه المعرفي وما يستخدمه من فنيات. (خالد محمد عسل، 2008، 76)

وعملت فنية المناقشة على استخراج كل أفكار وتصورات المراهقين - أفراد المجموعة التجريبية - من خلال الأخذ والعطاء بينهم وما تقوم به الطالبة الباحثة من تصحيح وتصويب لتلك الأفكار والتصورات حول موضوع الإدمان على المخدرات، فكل هذا ساعدهم على التخلص من التصورات الخاطئة التي بُنيت على معتقدات خاطئة.

وعملت هذه الفنية أيضاً على زيادة ثقة المراهق بنفسه بطرح كل أفكاره وكل ما يعرفه عن موضوع إدمان المخدرات، وهذا ما يجعله يشعر بأن الآخرين مهتمين برأيه، كما اكتسب أيضاً أعضاء المجموعة التجريبية أن تحليل الأمور يجب أن يكون بموضوعية، وضرورة أن يتبادل المراهق المعلومات والخبرات مع الآخرين كي لا يقع في الخطأ، وأن لا يخاف ويطرح تصورات بصراحة حتى ولو كانت خاطئة، لأن معرفتنا للأشياء والأمور والظواهر تبدأ دائماً من الخطأ، أي أن المعرفة دائماً تبدأ من الخطأ وهذا ليس عيباً بل العيب هو الاستمرار في ارتكاب نفس الخطأ.

وبذلك تكون هذه الفنية قد ساهمت بشكل كبير في توضيح بعض الأمور الغامضة وأتاحت كذلك الفرصة للمراهقين في الاستفسار عن الكثير مما كان يشغل بالهم ولا يدركون معناه، إضافة إلى استفسارات أفراد العينة عن موضوع كل جلسة كانت الطالبة الباحثة تطرح مجموعة من الأسئلة أيضاً قبل البدء في المحاضرة لمعرفة آراء أفراد العينة حولها ثم تصويب تلك الأخطاء، وتعد فنية المحاضرة

من الفنيات المستخدمة في البرنامج والتي لها علاقة مباشرة بالمناقشة، حيث تهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية من خلال ما تطرحه إلى تغيير تصورات المراهقين نحو ما يعرفونه حول الإدمان على المخدرات أو عن المواضيع الأخرى التي طرحها البرنامج، إضافة إلى خلق الجو النفسي والاجتماعي الذي يجعل أفراد المجموعة التجريبية يعبرون عن ذواتهم وما يدور بأذهانهم من أفكار.

وعملت فنية الواجبات المنزلية على مساعدة أعضاء المجموعة التجريبية في الاستفادة من بعض الخبرات والمعارف حول المواضيع المختلفة التي تُطرح حسب كل جلسة وكذا إعادة التدريب على بعض المهارات مثل تصور بعض المشكلات وحلها وإعادة التدريب على الاسترخاء وكيفية اختيار الرفقاء الأسوياء ويتم كل هذا خارج إطار الجماعة.

وساهمت أيضاً فنية الحوار الجماعي على تثبيت بعض الخبرات وتوطيد العلاقة بين أفراد المجموعة، كما عملت فنية إعادة تصور المعنى بإعطاء معاني جديدة مبنية على أسس علمية واضحة ودقيقة لحقيقة المخدرات وأضرارها على الفرد والمجتمع.

ولقد كان للاسترخاء دور فعال في برنامج التوعية الصحية حيث لاحظت الطالبة الباحثة شعور المراهقين أعضاء المجموعة التجريبية بالمتعة أثناء التدريب على خطوات الاسترخاء العضلي الذي ساعدهم بالفعل في التخلص من التوتر، وقد أبدى أفراد المجموعة التجريبية حماسهم أيضاً لبعض الأنشطة الجماعية الواردة في جلسات البرنامج، هذا ما زاد من إقبال الأعضاء على البرنامج لتنوع مواضيع جلساته.

وما ساعد أيضاً على فاعلية برنامج التوعية الصحية عرض بعض أشرطة الفيديو لمجموعة من الأناشيد حول مدمني المخدرات، وبعض الأفلام القصيرة والحصص عن نفس الموضوع بالإضافة إلى بعض المطويات التي أعدتها الطالبة الباحثة حول المواضيع التي طرحتها جلسات البرنامج، حيث كان لكل هذه الإجراءات أثراً بالغ في ترسيخ المعلومة وتثبيتها، والتعرف على محتواها الحقيقي بعيداً عن أقوال الآخرين الغير موثوق بها في بعض الأحيان، إضافة إلى كل هذا كان لالتزام أفراد المجموعة التجريبية وحضورهم ومشاركتهم دوراً كبيراً في إحداث هذه النتيجة.

كل ما سبق ذكره كان سببا في الوصول إلى هذه النتيجة أي وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق لصالح القياس البعدي.

## 2-2- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

نصت الفرضية الفرعية الثانية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في القياس القبلي والبعدي ذلك من خلال النتائج المعبر عنها في الجدول رقم (43) الذي بين أن قيم (T) في كل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات كانت غير دالة إحصائياً بين القياسين البعدي والقبلي، وكذا الأمر بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، بحيث جاءت قيمة (T) تساوي (0.965) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.005).

هذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الفرعية الثانية والتي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لم تتحقق، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في متوسطات درجات أفراد المجموع الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة ودراسة "مارك كيلي Kelley" (1994) حيث توصلت إلى أن المجموعة الضابطة تتحرك بشكل إيجابي لاكتساب عادة الإدمان على الماريجوانا والتبغ مقارنة بالمجموعة التجريبية، ودراسة "لوريتا جين هوير Heuer" (1940) حيث أوضحت نتائج دراستها أن الطلاب اللذين لم يتعرضوا لمناهج الوقاية من المخدرات لم تتغير اتجاهاتهم نحو تعاطي المواد المخدرة.

إن التوصل إلى هذه النتيجة - أي أن تصورات المراهقين أفراد المجموعة الضابطة لم تتغير في القياس البعدي - جاء لتؤكد نتائج الفرضيتين الأولى والثالثة التي أشارت إلى فاعلية جلسات برنامج التوعية الصحية، وتؤكد أيضاً أن تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات تبقى وربما تزيد إلى أن تؤدي بالمراهق إلى الإدمان فعلاً على المخدرات في ظل غياب برامج تعمل على التقليل من مخاطر الأفكار الإدمانية، والتي تعمل على التعريف بمخاطرها وكيفية مواجهتها انطلاقاً من التدريب على بعض المهارات وتطوير بعض القدرات التي تجعلهم قادرين على تجنب الوقوع في آفة المخدرات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي أشارت إلى عدم حدوث تغيرات دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة إلى عدم تعرض أفراد المجموعة الضابطة لبرنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة، وهذا يعني أن أفراد العينة الضابطة لم تتوفر لهم أجواء نفسية واجتماعية تدمهم بالثقة بالنفس والتفاعل الاجتماعي، وتبادل الآراء واكتساب الخبرات أثناء الحوار والمناقشة حيث يعمل هذا على طرح الأفكار واكتشاف الصحيح منها من والخطأ، واكتساب بعض العادات السلوكية السليمة انطلاقاً من الأفكار السليمة التي تطرح، كل هذا وغيره من الأمور التي لم يتعرض له المراهقين - أفراد المجموعة الضابطة - لذا احتفظوا بتصوراتهم الخاطئة حول المواد المخدرة، كما أن عدم مشاركتهم في برنامج التوعية الصحية منعهم من اختبار ذواتهم وتصحيح تصوراتهم وسلوكياتهم، أيضاً عدم مرورهم بالخبرات النفسية والتفاعل الاجتماعي مع الأقران وعدم اكتساب المهارات جعل تصوراتهم ثابتة ولا تتغير.

ولهذا عدم تعرض المراهقين - أفراد المجموعة الضابطة - لبرنامج التوعية الصحية ولجلساته التي اهتمت بتعريف المراهق - عضو المجموعة التجريبية - بطبيعة المرحلة التي يعيشها، وتعلم بعض المهارات التي تساعد على التخلص من بعض الضغوط التي تواجهه في حياته اليومية، وهذا قد يكون من الأسباب التي تجعل المراهق يكون تصورات إيجابية حول الإدمان على المخدرات، أي أن تعرض المراهق للإحباط والاكنتاب نتيجة فشله في تحقيق بعض رغباته وإشباع حاجاته المتعددة، باعتبار أن فترة المراهقة وما يترتب عنها من تغيرات نفسية ينتج عنها في كثير من الأحيان مظاهر انفعالية وعاطفية شديدة، وقد تتحول إلى آلام اكتئابية، وفي هذا يرى "شوكي" وآخرون أن الكشف عن الاكتئاب صعب لدى فئة المراهقين، لأنه يظهر على عدة أشكال وتغيرات، كاضطرابات سلوكية، أو على شكل تصرفات إدمانية. (ناصر ميزاب، 2005: 99)، وتؤدي الإحباطات المتكررة وحالة

الاكتئاب بالمرهق إلى تكوين استجابات بديلة مبنية على تصورات وأفكارٍ مستمدة من ذاتية المرهق أو من محيطه الاجتماعي أو من عدم وعيه في تحليل ما يدور من حوله.

ويعتبر العامل النفسي من أهم العوامل المهيأة لتعاطي المخدرات إذ يقدم معظم المتعاطين على هذه التجربة نتيجة لعجزهم عن التوافق النفسي، والذي يبدو في مظاهر متعددة منها ضعف الشخصية والعجز عن الاستقلال، والميل إلى السلبية، أو العدوان، وفقدان المهارات الاجتماعية اللازمة لإقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، ومنها كذلك الإصابة بمرض نفسي أو عقلي، ومواجهة خبرات الفشل العاطفي أو الدراسي، وتبين الكثير من الدراسات إلى أي حد ترتبط هذه المتغيرات بتعاطي المخدرات حيث بينت إحدى الدراسات التي أجريت بمصر حول سلوك المرهق المدخن واستكشاف بيئته وسمات شخصيته أن ارتفاع سمة العصابية ترتفع لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين مما يشير إلى أن المدخنين يتصفون بقدر أعلى من القلق، والتوتر والانفعال، واختلال الرضا عن النفس، وضعف القدرة على التحكم في الذات، كما تبين أن درجاتهم مرتفعة على مقياس الميل إلى الجريمة، مما يعني أن لديهم استعداداً على ارتكاب السلوك الإجرامي ومخالفة القانون. كما تبين أن شرب الكحوليات يزيد بين الأشخاص الذين تتصف شخصياتهم بالخلج الشديد، والنقد الذاتي المستمر، والشعور بالنقص، والإحساس باليأس.

أما عن تعاطي المخدرات الطبيعية فقد أوضح بحث البرنامج الدائم الذي أجرى على عينة من تلاميذ الثانوي العام أنه مرتبط ببعض مظاهر سوء التوافق النفسي، ومن أوصحها الفشل الدراسي.

(زين العابدين درويش، 2005: 265)

ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى كون المرهق لا يتلقى الاهتمام من والديه ويتجلى ذلك في أساليب المعاملة الوالدية التي يتلقاها المرهقين والتي لها أثر بالغ الأهمية في تكوين شخصياتهم وبناء أفكارهم وتصوراتهم حول ما يحيط بهم، وحقيقة هذه العلاقة أكدت عليها الكثير من الدراسات، حيث أن أساليب القمع والتسلط والإهمال والتفرقة...، قد تكون من العوامل المهيأة لبناء تصورات حول المادة المخدرة كأسلوب للهروب من المشكلات الأسرية والصراع القائم بين المرهق ووالديه أو لشعوره بأنه غير مرغوب أو مهمل من طرف والديه، لأن المرهق الذي يعيش في جو من التقبل والتشجيع والتحفيز يزيد من قدرته على مواجهة كل المصاعب لشعوره أنه محمي من طرف أهله، وتزيد ثقته

بنفسه، انطلاقاً من محبة الوالدين الظاهرة في أسلوب معاملتهما لأبنتهما "المراهق"، وهذا ما يترك أثراً في المراهق ويحدد استجاباته نحو المثبرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها، وكذا تحديد أفكاره واستجاباته نحو القضايا التي تنفعه وتضره، وبهذا قد يكون للأسرة دور كبير في استجابات المراهق السلوكية والمعرفية.

وترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة أي عدم وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي في استجابات المراهقين على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات إلى النمو الاجتماعي للمراهق وفي علاقاته الاجتماعية بصفة عامة، فبعدما كان طفلاً صغيراً يحن إلى والديه أصبح مراهقاً لا يرغب في الجلوس بالمنزل ولا يرغب بصحبة أهله، وإنما يبحث عن علاقات جديدة مع جماعة الأقران من أجل تأكيد الذات والثورة ضد السلطة الوالدية والمعلمين...، ومحاولته تغيير اتجاهاته وقيمه وعاداته لأنه يرفض واقعه ويحاول التغيير فيه تبعاً لرغباته وحاجاته، انطلاقاً من عدم وعيه بخطورة ذلك، لذي يقل تقديره للآخرين متأثراً بالتغيرات النمائية التي تحدث له في هذه المرحلة وفي ظل التغيرات الاجتماعية والنفسية والعقلية باعتبار أن عملية النمو تراكمية لا يمكن فصل مكوناتها عن بعضها البعض، وانطلاقاً أيضاً من ما يقدمه له أفراد المجتمع (أسرته وجماعة الرفاق...) من خبرات قد تكون لها تأثيرات سلبية في بناءه لتصوراته وأفكاره وأرائه حول نفسه وحول من يحيطون به، وحول القضايا التي تواجهه.

وقد ترجع هذه النتيجة أيضاً في وجهة النظر هذه "أي تأثير النمو الاجتماعي" في أن المراهق يمتلك حيزاً ضيقاً في المشاركة الاجتماعية داخل المحيط الأسري والمدرسي وفي الجماعات الأخرى التي ينتمي إليها، وبهذا فهو لا يستطيع تلبية كل احتياجاته وإبراز قدراته ومهاراته، ولهذا يضيق أفق المراهق في التعامل، ويصبح تفكيره فقط في الأمور السلبية وفي هذا ترى "إليزابيث هيرلوك" (Hurlock) أن المراهقة نتاج لعوامل كثيرة منها المثالية ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في إشباع الحاجات والضغوط الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الآخر، ومشكلات التوافق بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث: (سامي محمد ملحم، 2004: 342)

- اضطراب السلوك مثل نقص التركيز، التقلب السلوكي، قصور النشاط العقلي والجسمي الاندفاع والعدوان.

- الاستثارة والحساسية النفسية.
- السلوك المضاد للمجتمع: مثل رفض النضج والتوجيه ومغايرة المعايير الاجتماعية في اللباس والكلام والسلوك بصفة عامة.
- الوحدة عند الشعور بالإهمال من قبل الرفاق وحتى من أعضاء الأسرة الواحدة.
- نقص الإنجاز: ووافق الإهمال ونقص الدافعية.
- لوم الآخرين واتهامهم بأنهم سبب في شقاء المراهق.

وهذا ما توصلت إليه الباحثتان "إسماعيلي يامنة" و"بعبيع نادية" (2001)، حيث أوضحت نتائج دراستهما أن أفراد عينة الدراسة كان سبب إدمانهم على المخدرات ناتج عن إحساسهم بالوحدة والحرمان العاطفي الأموي، أو فقدان الأم إثر عملية الطلاق هذا ما دفعهم إلى الإحساس بعدم الاستقرار وعدم القدرة على مواجهة الحياة، وهذا أيضاً ما توصل إليه الباحث "عصام توفيق قمر" (2007) حيث وجد أن من أهم الأسباب التي تدفع الشباب إلى الإدمان على المخدرات هي التفكك الأسري والمشكلات العاطفية والفقر والجهل وجماعة رفاقاء السوء.

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة في ظل التصادم الثقافي الناتج عن التطور الذي شهدته وسائل الإعلام مثل شبكات التواصل الاجتماعي التي أدت إلى تخلي العديد من أفراد المجتمع ومن بينهم المراهقين إلى التخلي عن الثقافة الأصيلة لمجتمعنا ومسايرة الثقافات الأخرى الغربية وغيرها، ويظهر ذلك بشكل واضح في المجتمع، حيث ظهرت مؤخراً عادات اجتماعية لم تكن مألوفة من قبل ناتجة عن الغزو الثقافي، ويتجلى ذلك في الكثير من المظاهر والظواهر الاجتماعية مثل طريقة اللباس والكلام، وتطور وسائل العنف والجريمة وظهور أنماط جديدة للإدمان على المخدرات وتغير طريقة التفكير، وإباحة بعض الأمور التي كانت محرمة وينبذها المجتمع من إنحراف أخلاقي وتمرد على الدين والأنظمة الاجتماعية والسياسية وغيرها من الأمور السلبية التي تفتت بطريقة رهيبه في مجتمعنا وأثارت القلق والفرع في قلوب الكثير من الأولياء والجمعيات المناهضة للأفكار المتسربة عبر وسائل الإعلام التي لاقت إعجاب واهتمام الكثيرين خاصة المراهقين، كل ما سبق ترتب عنه انقلاب أخلاقي اجتماعي أدى إلى تغيير الهوية الثقافية للمراهق والتي غيرت طريقة تفكيره نحو الأسوأ.



إن سلوكيات المراهق لا تتحملها الأسرة فقط، وليست مسؤولية وسائل الإعلام وحدها، بل هي نتاج لجميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي يجب عليها توفير مناخ اجتماعي ونفسي سليم من أجل النمو الطبيعي السوي للمراهقين، وتزويدهم ببعض المهارات والخبرات من أجل مواجهة كل الضغوط النفسية والاجتماعية، ومتابعة مشكلاتهم المتعددة في البيت والمدرسة ومع جماعة الرفاق، ويكون هذا العمل عملاً متكاملًا، بين جميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية من أجل أن لا يتذبذب سلوك المراهق أي أنه ينطلق من قواعد ومبادئ ثابتة وهي السائدة في المجتمع الذي ينتمي إليه، وبهذا يعمل هذا التكامل بين مؤسسات التنشئة الاجتماعية على البناء السليم لشخصية المراهق من نواحيها المتعددة، أما إذا حدث تقصير من طرف هذه المؤسسات أدى هذا إلى زيادة المشكلات والأزمات التي يعيشها المراهق، وهذا يعد مؤشراً خطيراً لانحرافه وتفكيره في سلوكيات خاطئة تزيد من تعقيد حياته في ظل التغيرات النمائية السريعة في هذه المرحلة أي أن هذه المرحلة تتطلب المساعدة من الآخرين في تقويم سلوكه وتطوير قدراته حتى يصبح شاباً ناضجاً، انطلاقاً من تفهم الآخرين له وشعوره بأنه جزء من منهم، وأنهم يحترمون قراراته ويُشعرونه بأنه فرد مهم بالنسبة إليهم، وأن مكانته كبيرة بينهم، وذلك من خلال إشراكه في الحوارات والنقاشات التي تدور بينهم، والعمل بأرائه وقبولها إن كانت صائبة، وبهذا فهم بطريقة أو بأخرى يشبعون بعض حاجاته التي بدورها تقلل من صراعاته الداخلية، باعتباره فرداً مسؤولاً وله مكانة داخل الجماعة التي أتاحت له الفرصة في المساهمة في بعض نشاطاتهم، وهذا ربما يفقده المراهقين أعضاء المجموعة الضابطة، وكان سبباً في الوصول إلى هذه النتيجة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً من تعدد الأسباب الاجتماعية والجسمية والنفسية والعقلية... لمشكلة الإدمان على المخدرات، والوسائل المستخدمة في ترويجها انطلاقاً من الأفكار التي يزرعها مروجوا هذه المواد السامة في عقول الأفراد وسرعة انتقالها من فرد لآخر، وهذا ما يؤدي بالمراهق إلى تشكيل تصورات نحوها تعمل أيضاً في تشكيلها الظروف النفسية والاجتماعية المرتبطة بحياته، وهذا ما قد يؤدي به في الأخير إلى الإدمان الفعلي على هذه المواد السامة. وفي هذا يرى أصحاب النظرية المعرفية السلوكية أن الأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثير الكحول والعقاقير قبل أن يبدعوا في استخدامها بزمان طويل. (حسين فايد، 2005: 47)

وهذا ما يؤكد أيضاً "بندورا" (1980) في أن القدرة على تصور النتائج المستقبلية للفعل هو مصدر معرفي للدافعية، أي لتجريب المخدر وبعدها الإدمان عليه. (ناصر الدين زبدي، 2011: 28)

وبهذا نستطيع القول بأن توفر الأجواء النفسية الآمنة والمعارف الصحيحة للمراهق يجعل تفكيره أكثر واقعية وتقبلاً للواقع، حيث يقول "سانتروك Santrock" (2001) إن قوة تفكير المراهق تؤدي إلى فتح آفاق معرفية واجتماعية جديدة، وتصبح أفكاره أكثر تجريباً ومنطقية ومثالية وقدرة على اختبار الأفكار الذاتية فضلاً عن قدرتها على اختبار أفكار الآخرين، وأخيراً فإن قدرتهم العقلية على مراقبة عالمهم الاجتماعية والمادية وتفسيرها تتطور أيضاً بشكل كبير في هذه المرحلة. (صالح محمد علي أبو جادو، 2007: 420)، ويتم ذلك إذا توفر لدى المراهق بيئة تعمل على تقويم سلوكه وتزويده بالمعارف الضرورية حول الأمور الغامضة، وتصحح كل تصوراته الخاطئة مثل التصورات الإدمانية لأنه إذا لم تتم مواجهة هذه التصورات والأفكار فإنها قد تؤدي ليس للإدمان فقط بل إلى مشاكل تضاف إلى الأمراض الاجتماعية المنقشية مثل الجرائم والسرقة والاعتصاب وغيرها من المشكلات التي اتخذت صوراً جديدة لم يألفها المجتمع من قبل.

إن الوصول إلى هذه النتيجة والمتعلقة بالفرضية الثانية يفرض على جميع المتخصصين في شتى المجالات تكثيف برامج التوعية الصحية من المخدرات والإدمان عليها، وهذا ما حاولت هذه الدراسة الوصول إليه وتحديد أهميته.

### 2-3- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

نصت الفرضية الفرعية الثالثة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات وذلك لصالح المجموعة التجريبية، أي المجموعة التي تعرضت لجلسات برنامج التوعية الصحية.

ومن خلال النتائج المعبر عنها في الجدول رقم (44) والذي يوضح لنا أن قيم (T) في كل بعد من أبعاد مقياس تصورات المراهقين على الإدمان على المخدرات كانت دالة إحصائية عند مستوى

(0.01) وكذلك الأمر بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس حيث جاءت قيمة (T) تساوي (-60.41) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.001).

هذا ما جعلنا نقول أن الفرضية الثالثة توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية قد تحققت ولصالح المجموعة التجريبية في حين لم يحدث أي تغيير على تصورات المراهقين أفراد المجموعة الضابطة نحو الإدمان على المخدرات، هذا ما يدعم النتيجة التي توصلت إليها الفرضية الأولى من حيث أن هناك فروقا دالة إحصائياً في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي وكانت الفروق لصالح القياس البعدي أي بعد تعرض المجموعة التجريبية لبرنامج التوعية الصحية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه عبد الرحمن بن محمد القرشي (2006) حيث وجد أن هناك فروقا دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي، أي قبل إجراء الدورة التدريبية وبعد إجرائها من حيث تغير اتجاهات أفراد العينة نحو المخدرات والتدخين، وهذا ما توصلت إليه أيضا دراسة عبد العزيز عبد الله العريني (2007) حيث أوصى الباحث من خلال ما توصل إليه من نتائج إلى ضرورة عقد دورات تدريبية للمرشدين الطلابيين للتعرف على حالات الإدمان على المخدرات، وأوصى أيضاً على ضرورة تكثيف برامج التوعية الموجهة للأولياء للتقليل من انتشار الإدمان على المخدرات.

وتوصل إلى هذه النتيجة أيضاً مشروع المجلس القومي للطفولة والأمومة (2001) وكان المشروع يحمل عنوان المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات وقد توصل المشروع إلى نتائج جد عالية بإتباع أسلوب التوعية الغير مباشر.

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوى جلسات برنامج التوعية الصحية ووضوح أهدافه وارتباط جلساته وأنشطته المتنوعة بالواقع الاجتماعي المعاش للمراهقين - أفراد المجموعة التجريبية -.

إضافة إلى توفر الجو النفسي المناسب طوال جلسات البرنامج من خلال إعطاء أفراد المجموعة التجريبية فرصة التفكير والمشاركة والمناقشة والحوار وحرية الرأي والاحترام المتبادل بين

الأعضاء أثناء الأنشطة أو مناقشة ما يطرح خلال كل جلسة، وهذا ما أعطى مجالاً واسعاً للمراهقين أعضاء المجموعة التجريبية للتعرف على تصوراتهم الخاطئة حول الإدمان على المخدرات وحكمهم عليها من خلال ما أخذوه من معارف حقيقية حول الموضوع وخطورته، وهذا ما عمل على تنمية روح البحث عن حقيقة كل القضايا التي تصادفهم في حياتهم اليومية، كما ساهم البرنامج في استئثار بعض المفاهيم الدينية التي تنبذ الإدمان على المخدرات، وفهم معنى الوقوع في الضرر مع ضرورة تجنب كل ما يجلب الأذى الشخصي والاجتماعي.

وتم كل ما سبق من خلال معرفة مستوى المراهقين في المفاهيم الخاطئة التي كانوا قد كونوها عن عدة مواضيع تخص الثقة بالنفس، وكيفية حل المشكلات، وكيفية اختيار الأصدقاء وعن حقيقة المخدرات، حيث أبدى أفراد المجموعة التجريبية تصورات خاطئة عن تلك المواضيع، ومن خلال تبيان الحقيقة الفعلية لتلك المفاهيم من خلال الأمثلة والأنشطة التي شملها البرنامج، تغيرت تصورات المراهقين حولها خاصة التصورات حول الإدمان على المخدرات.

فالتصورات قابلة للتعديل والتغيير لأنها بناء لنشاط عقلي يظهر في سلوك الفرد أثناء استثارته يتشكل من خلال التطور النفسي والعقلي للفرد ومن خلال ما يمتلكه الفرد من معارف وخبرات حول موضوع الإدمان على المخدرات مثلاً، ويعمل على تدعيمه الإطار الاجتماعي والثقافي للفرد من حيث هو كائن اجتماعي عاش في كنف الأسرة والمحيط المدرسي وجماعة الرفاق وغيرها من الجماعات التي يكونها المراهق، فهذه العوامل تشكل التصور وفي نفس الوقت تعمل على تغييره من خلال إعادة عملية التعلم والتخلي عن التصورات الأولية خاصة في مرحلة المراهقة لعدم اكتمال مظاهر النمو المختلفة العقلية، النفسية والاجتماعية...

وتم كل ذلك من خلال التعرف على التصورات الخاطئة للمراهق حول موضوع الإدمان على المخدرات، إلى غاية الوصول إلى التصورات الصحيحة، ثم جعل أفراد العينة التجريبية يقتنعون بالتصورات الجديدة وذلك بالاستعانة ببعض الوسائل مثل عرض بعض الأفلام على أشرطة الفيديو وبعض القصص والأنشطة، كما ساعد في تغيير تصورات المراهقين التعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب والتعزيز السلبي للأفكار والسلوكيات الغير مرغوبة ويتم كل هذا من خلال تزويدهم بالمعلومات الصحيحة وتبديل تلك التصورات الخاطئة حول الإدمان، حيث يؤكد هنا "بندورا

**Pandora** (1980) أن التصور العقلي الإيجابي غالباً ما يؤدي إلى تجسيد السلوك في الواقع، أي التصور الإيجابي حول إدمان المخدر يؤدي إلى احتمال حدوث السلوك الإدماني فعلاً والتصورات الإيجابية بالنسبة للمراهق قد تبعث فيه الرغبة في التجريب، وقد أكد معظم الباحثين في هذا المجال أنها غالباً ما تنتهي بتجسيدها في الواقع (أنظر النظرية المعرفية السلوكية الفصل الخامس).

لهذا عمل البرنامج على تغيير تلك التصورات الإيجابية حول الإدمان على المخدرات كي لا يقع هذا المراهق مستقبلاً في الإدمان، ولعل هذا هو هدف التوعية في مستواها الأولي حيث يحددها **مصطفى سويف** (1996، 171) "بأنها مجموع الإجراءات التي تستهدف منع وقوع التعاطي أصلاً قبل حدوثه" ويشبهه **زياب موسى البداينة** (2010، 95) التوعية في مراحلها الأولية بعملية التطعيم ضد المرض أي عملية التحصين الاجتماعي ضد آفة المخدرات وذلك بتحديد الوسائل والطرق المثلى في التصدي للظاهرة، وهذا ما عمل برنامج التوعية الصحية في هذه الدراسة على تحقيقه وتأكيد فاعليته كي لا يقع المراهق فريسة الإدمان على المخدرات، وهذا ما نتفق فيه الدراسة الحالية مع دراسة "أميرة جابر هاشم" (2006) من خلال بنائها لبرنامج إرشادي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة المرحلة الأولى بجامعة الكوفة لمنع تعاطي الكحول والعقاقير بالاعتماد على الوقاية الأولية، أي أن كل الجهود البحثية في مجال المخدرات والإدمان عليها مؤخراً اهتمت بالبرامج الوقائية والتوعوية من باب التقليل من حدة الظاهرة في أوساط الشباب والمراهقين وحتى الأطفال، والابتعاد عن الدراسات التي تهتم بوصف الظاهرة من نواحيها المختلفة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في تغيير تصورات المراهقين - أفراد المجموعة التجريبية - بعد التعرض لبرنامج التوعية الصحية مقارنة بالمراهقين أفراد المجموعة الضابطة الذين لم تتغير تصوراتهم نحو إدمان المخدرات إلى المواضيع التي طرحها البرنامج في جلساته المتعددة، حيث أن البرنامج لم يركز على تلقين أفراد العينة للمعلومات التي تخص المخدرات لأن هذا وكما أكدته معظم الدراسات في هذا المجال يعتبر من الأخطاء التي قد تجعل الأفراد يقبلون فعلاً على المواد المخدرة من باب الفضول والتجريب، بل اهتمت بعض جلسات البرنامج بتعليم المراهقين - أفراد المجموعة التجريبية- بعض المهارات الحياتية التي تعمل على تجنيبهم التفكير في الإدمان على المخدرات، أو التي قد تكون سبباً في تفكيرهم في إدمان المخدرات مستقبلاً لعدم إدراكهم لكيفية تنميتها وضعفهم في

ذلك أو ضعف من حولهم في مساعدتهم على اكتسابها لان المهارات الحياتية هي نتاج اجتماعي يتم تعلمه واكتسابه عن طريق التوجيه والتقليد بداية من التربية الوالدية والمدرسية.

فقد عمل البرنامج بداية بتعريف المراهقين بحقيقة المرحلة التي يعيشونها وما يمرون به من مظاهر نمائية متعددة والتي تجعل شخصياتهم ناضجة وسوية، وأنها مرحلة اكتساب الخبرات التي تغني المراهق من الوقوع في الخطأ ومرحلة المسؤوليات الجديدة والعلاقات والتفاعل مع الآخرين، إنها مرحلة استغلال الطاقات الجسمية والعقلية والنفسية في أشياء ايجابية تمهد بطريقة ايجابية لمرحلة الشباب السوي وإحداث التكيف مع كل التغيرات الحاصلة نحو الذات والآخرين بأسلوب فعال يعود بالنفع على المراهق وأسرته وجماعة رفاقه...، وكان الهدف من كل هذا أن يتخلى المراهق عن بعض الأفكار الشائعة في المراهقة مثل: أن كل من يدخن سيجارة فهو رجل، وأن التعامل مع الذات والآخرين بأسلوب عدواني يعني أنني أصبحت مسؤولاً عن نفسي، أو الانسحاب من المجتمع والخجل من الآخرين نتيجة التغيرات الفسيولوجية الحاصلة في هذه المرحلة، وقد تكون هذه الأفكار وغيرها سبباً، أيضاً في تبني تصورات إيجابية حول الإدمان على المخدرات للتخلص من تلك الأفكار وتقليل حجم التوتر حيث ينسب السلوكيين إدمان المخدرات من أجل خفض التوتر، فالأفراد يتعاطون المخدرات لخفض مشاعر الألم والغضب والضيق وخاصة القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية بهدف المزيد من خفض مشاعر الألم والغضب والضيق والقلق. (محمد سلامة غباري، 2007: 59)

أوقد يتصور المراهق أن المخدرات قد تساعده في التخلص من الصراعات الناشئة عن عدم إشباع الرغبات في مرحلة الطفولة، كما ترى نظرية التحليل النفسي، وفي هذا يرى "أوتو فنيكل" (Fenichel) أن من أسباب التحول إلى التعاطي وجود (إحباط داخلي) أو كف داخلي وتلك حالات لا يجرؤ الفرد معها على أن يواجه الأنا الأعلى من دون تلك المساعدة المصطنعة وهي التعاطي، وما الإدمان سوى عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فيه في الطفولة، لذا فالشخص المدمن أساسه التكويني موسوم بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) وكثرة التطلب حيث يكون التعاطي بالنسبة للمدمن وظيفياً يحقق من خلاله أدوار متعددة إذ يعمل (التعاطي) بمثابة المهدي للإحباط والغضب ووسيط نشيط للتفيس وتحفيز العدائية الكامنة نحو والديه وأصدقائه

وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات وإشباع رمزي للحاجة إلى الحب والعطف وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسخ مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية. (أحمد إبراهيم الباسوسي، 2007: 16)، وهذا ما توصلت إليه دراسة الباحثان "إسماعيلي اليامنة" و"بعبيع نادية" (2011) حيث كان للأسباب النفسية مثل الحرمان العاطفي دور في إدمان أفراد عينة الدراسة وشعورهم بعدم الاستقرار وعدم القدرة على مواجهة الحياة.

إضافة إلى ما سبق تطرقنا إلى مهارة مهمة جداً في حياة المراهقين في إحدى جلسات البرنامج وهي مهارة تقوية الثقة بالنفس من أجل تجنب الوقوع في المخدرات، لأن الثقة بالنفس من الأمور الهامة التي يجب أن يتحلى بها الفرد، فهي تشكل نظرة الفرد لذاته كفرد يشعر بالراحة ويستطيع التصرف في حياته اليومية بشكل مريح وبهذا يمكنه التخلص من الضغط لامتلاكه قدرة الثقة بالنفس وهو بهذا يستطيع تطوير قدراته ومواجهته لكل الصعوبات التي قد تجره إلى المشاكل، ولعل معظم الأفراد المدمنين على المخدرات كانوا من الأشخاص الذين تدنى مستوى الثقة بالنفس لديهم، لهذا عمل البرنامج على تعريف أفراد المجموعة التجريبية بالثقة بالنفس وكيف يصبح الشخص واثقاً بنفسه في مواقف يعيشها في حياته.

كما عمل البرنامج على ضرورة اختيار رفقاء صالحين وتجنب رفقاء السوء لأنهم يجرون من يدعون أنهم أصدقاؤهم إلى مشاكل لا مخرج منها ولعل هذا أيضاً هو من الأسباب البارزة في تشكل تصورات إيجابية نحو الإدمان على المخدرات ثم ظهور السلوك الفعلي لذلك، إضافة إلى هذا ركز البرنامج على اتخاذ أسلوب علمي وعملي في حل المشكلات التي تواجه الفرد من أجل تجنب الوقوع في مشكلات أعقد مثل الإدمان، مع توضيح ضرر المواد المخدرة في حياة الفرد المدمن في مجالاتها المختلفة (الأسرية، والاجتماعية، والنفسية، العقلية والاقتصادية وحتى السياسية) من أجل إدراك المراهق للخطر الفعلي لآفة المخدرات، ولهذا يجب على المراهق في هذه المرحلة المهمة من حياته أن يهيئ كل قدراته في المنحى السليم والتفكير في الإعداد للمستقبل الزاهر والنظر للمستقبل بطريقة إيجابية، فشعور المراهق بأنه النموذج الصالح الذي يصلح به المجتمع والأجيال القادمة كان من الأمور المهمة التي جعلته يغير تصورات الخاطئة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما هدفت إليه دراسة "أن ماكاي Makay" (1995) عند تقييم البرنامج المدرسي للوقاية من إدمان المخدرات الذي كان من بين أهدافه الاهتمام بالمستقبل، وترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة أيضاً لاستعانة البرنامج ببعض الفنيات التي ساعدت في تغيير تصورات المراهقين (أفراد المجموعة التجريبية) نحو الإدمان على المخدرات مثل التعزيز والحوار والتوضيح حيث يعمل التعزيز الإيجابي والسلبي على تقوية وتدعيم وتثبيت بعض الممارسات السلوكية الجديدة المتزنة، التي تم تعلمها من خلال المشاركة الجماعية أثناء النشاطات والتدريب على بعض السلوكيات، حيث يعتبر التعزيز من أكثر فنيات العلاج السلوكي استخداماً وتتلخص طريقته في تقديم مكافآت ومعززات رمزية مادية أو معززات معنوية كالإبتسام عند فعل سلوك جيد أو تقطيب الحواجب أو تحريك الرأس يمينا وشمالاً عند السلوك الغير مرغوب، كما أتاح الحوار والتوضيح فرصة التعرف على التصورات الخاطئة بالنسبة للمراهقين -أفراد المجموعة التجريبية- من خلال توضيح خطر إدمان المخدرات على حياة الأفراد، والذي أدركه أفراد العينة سابقاً قبل البرنامج بطريقة غير صحيحة.

وبناءً على ما سبق فإنه من الطبيعي أن تتغير تصورات أفراد المجموعة التجريبية نحو الإدمان على المخدرات بالنظر إلى أبعاد مقياس تصورات المراهقين والدرجة الكلية له مقارنة بتصورات أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لجلسات برنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة.

## 2-4- تحليل نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

نصت الفرضية الفرعية الرابعة على وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات وهذا ما يوضحه لنا الجدول رقم (47)، ما عدا البعد الأول بعد تصورات المراهقين حول المخدرات الذي بلغت فيه قيم (T) (-2.548) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، لصالح القياس التتبعي وهذا مؤشر جيد يدل على فاعلية برنامج التوعية الصحية وزيادة معلومات أفراد المجموعة التجريبية حول المواد المخدرة، أما باقي أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات جاءت كلها غير دالة



بين القياسين البعدي والتتبعي، وكذلك لأمر بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس حيث جاءت قيمة (T) تساوي (0.068) والتي كانت غير دالة أيضاً.

هذا ما يجعلنا نقول بأن النتائج المتحصل عليها في الفرضية الرابعة أثبتت بأنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

وتشير هذه النتائج أيضاً إلى استمرار أثر فاعلية برنامج التوعية الصحية وإحداثه لتغيرات إيجابية مستمرة على تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد مرور فترة المتابعة أي بعد مضي أكثر من ثلاث أشهر على تطبيق برنامج التوعية الصحية.

وجاءت هذه النتيجة لتدعم نتائج الفرضيات السابقة، وتؤكد من جهة أخرى على نجاح برنامج التوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، وتؤكد أيضاً على أن أهداف البرنامج قد تحققت.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات (2001) حيث ساهم نجاح البرنامج في تبنيه كمنشأة رسمية في المدارس.

ويمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقاً مما قدمه برنامج التوعية الصحية من موضوعات مختلفة منظمة ومخططة لأجل نبذ فكرة الإدمان على المخدرات لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين هذا ما فسح لهم المجال أكثر للتعرف على ذواتهم واكتشاف قدراتهم الفعلية التي كانت كامنة وراء تصوراتهم الخاطئة في تفسير الأمور أو حتى في حل المشكلات التي كانت تواجههم في حياتهم اليومية أثناء تفاعلهم مع ذواتهم أو مع الأفراد الذين يتعايشون معهم في مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية، لأن محدودية التصور أو كثرة أخطائه هو في كثير من الأحيان مستمد من نظرنا لأنفسنا أو من طريقة معاملة الآخرين لنا، لذا يعتبر الجو الذي وفرته جلسات البرنامج من خلال المشاركة والحوار، عمل على فهم المراهقين لتصوراتهم الخاطئة وإدراك كل واحد فيهم أن لديه قدرات تميزه عن الآخرين يمكن استغلالها في أمور إيجابية، وأنه لا يمكن مسايمة ما تقدمه البيئة في بعض الأحيان، وهذا ما عمل برنامج التوعية الصحية على ترسيخه من خلال الأدلة والحجج التي استعرضها

في كل خطوة من خطواته من خلال المعارف المتنوعة التي زادت وعيي المراهقين حول خطورة الإدمان، حيث أن الوعي كما يراه إمام شكري إبراهيم أحمد القطان (2009، 112) "يعني الفهم وسلامة والإدراك وبالتالي إدراك الإنسان لذاته وبما يحيط به إدراكاً مباشراً وهو أساس كل معرفة.

ويعني هذا أن وعي الأفراد بحقائق الأمور يجعل تصوراتهم الذهنية تمتاز بالصحة والسلامة في النظر إلى شتى الموضوعات المختلفة.

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة أيضاً انطلاقاً من تحقيق البرنامج لأهداف التوعية الصحية التي تهدف بالدرجة الأولى إلى تجنب الأفراد للمشكلات والمواقف الاجتماعية التي يمكن التنبؤ بحدوثها وخاصة للمتعرضين للخطر أكثر من غيرهم، والمقصود بالمتعرضين لخطر المخدرات في هذه الدراسة هم أفراد العينة الذين يحملون تصورات إيجابية حول إدمان المخدرات التي قد تقودهم إلى السلوك الفعلي.

وتتجلى أهداف التوعية بالدرجة الأولى كما حددها "مارتن بلوم" (Martin Bloom) والتي ارتكز عليها برنامج التوعية الصحية في الدراسة الحالية على ما يلي: (توفيق عصام قمر، 2006: 12)

- تقديم مجموعة من القيم التي تؤكد قدرة الإنسان على مواجهة المواقف المختلفة والقدرة على اتخاذ القرارات التي تحقق الأهداف التي يسعى إليها وتقيه من الوقوع في دائرة الانحراف.
- التعرف على مصادر الضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الفرد ثم العمل على تدعيم قدرته على مواجهتها واكتساب الخبرة التي تمكنه من مواجهة هذه الضغوط وتحقيق الأهداف الإيجابية التي يسعى إلى تحقيقها.
- تعليم الأفراد مهارات جديدة تمكنهم من تحقيق أهدافهم والتأثير في البيئة.

وانطلاقاً من تحقيق الخطوات السابقة التي عملت على إعطاء رؤية واضحة حول الإدمان وضرورة اكتساب الفرد لمهارات معينة تجعله محمي من الخطر ولديه القدرة على المواجهة والتجنب لكي يحي حياة آمنة بعيدة عن المشاكل انطلاقاً من وعيه بخطورتها وفي هذا الشأن أشار "بادي الخطيب" و"محمد أحمد إسماعيل" إلى أن الوعي بالأحداث هو قدرة الإنسان على استيعاب الحقائق من

حوله وتحديد درجة تفاعل العقل مع معطيات البيئة والمجتمع، ويتصف هذا التفاعل بين السالب تبعاً لما تفرضه مؤثرات البيئة أو الوسط المحيط الذي يقرر غالباً نوعية الاستجابات وسمات ردود الأفعال وبهذا نستطيع القول بأن تأثير البيئة بمختلف الطرق والأساليب يجعل الفرد يُكون صوراً ذهنية حول الأشياء المادية وطبيعة العلاقات ومعنى التفاعل وكيفية حل المشكلات المعاشة...، وقد تكون هذه الصور صحيحة أو قد تكون مشوهة أو قد تكون إيجابية أو سلبية، وبما أنها تتكون بهذه الطريقة يمكن أيضاً التخلص منها في حالة سلبتها بنفس الطريقة انطلاقاً من حقيقتها الفعلية وبالاعتماد على كل الأساليب العلمية المؤدية إلى هذا، وذلك من أجل ترسيخ الأفكار حولها انطلاقاً من الاقتناع بهذه الحقائق.

إن العمل بمبادئ وخطوات التوعية الصحية سبب تحقيق هذه النتيجة، وتم كل هذا من خلال توفير الجو النفسي الملائم وتحسيس عضو الجماعة بأنه فرد مهم بالنسبة لذاته وبالنسبة للآخرين وبالنسبة للبرنامج، وبهذا فإن إتاحة الفرصة لكل فرد في إبداء آرائه وتقبلها وإحداث التغيير فيها بالتدرج هيئاً الفرصة إلى تحويل تصورات الأفراد من السلبية إلى الإيجابية وذلك عن طريق نقل الخبرات والمهارات والصور العقلية، والمفاهيم العلمية والدينية والأخلاقية وكل الانفعالات السارة والمؤلمة منها التي عبرت عن مواقف تعايشها أفراد العينة أفرزت أفكار جديدة ليس حول موضوع الإدمان على المخدرات فحسب بل لكل المشكلات المشابهة له، والتي قد يتعرض لها المراهقين في حياتهم وهذا ما كان له الأثر الإيجابي في ذلك.

إن أثر التوعية الصحية على الأفراد في إتباعهم للسلوك الصحي ليس حديث اليوم مع أن كل الهيئات والجمعيات الآن تتدد بضرورة معالجة مختلف الظواهر والأمراض قبل حدوثها، مثل ظاهرة الإدمان على المخدرات حيث تبنى هذه الطريقة الطبيب "موللي" (Molloly) في ميدان الطب النفسي والإرشاد النفسي وقد استفاد الكثير من المرضى النفسيين من البرامج التنقيفية الخاصة بالأمراض السيكاترية.

وكذلك في ميدان العلاج النفسي السلوكي، فقد برهنت الدراسات السريرية أهمية توعية المريض في مواضيع الصحة النفسية نظراً لأن التنقيف يلعب دوره الكبير في تبديل السلوك والمعتقدات الخاطئة التي تكون غالباً عائقاً في إحداث التبديل - التغيير - وبهذا يمكن اعتبار برامج التوعية الصحية

المبنية على أسس علمية والمستمدة على ما توصلت إليه النظريات والدراسات في المجالات المتعددة والتي من بينها مجال علم النفس بمختلف فروعه بمثابة الدعامة أو الحصانة التي تجنب الأفراد الوقوع في المشاكل وهي بهذا تجعل الفرد قادراً على مواجهة كل ما يهدد شخصيته ويهدد تماسكها وفعاليتها في المجتمع سواءً كان هذا التهديد داخلياً أو خارجياً.

و تُرجع الطالبة الباحثة أيضاً حدوث التغيير في تصورات المراهق إلى أن قدراته العقلية مازالت خصبة تسير في منحى النمو لمعرفة الأشياء والأحداث التي تقع حوله، وزيادة قدرته على إدراك العلاقات القائمة بين هذه الأشياء والأحداث، وكذلك يمتاز المراهق في هذه المرحلة العمرية بالمرونة في التفكير وتحليل الأمور وقدرته على الاستقراء والاستنباط، ولهذا يؤكد معظم القائمين على برامج التوعية الصحية أن فاعليتها تكون في مرحلة المراهقة، وفي هذا يقول مصطفى سويف (1999: 35) "أنه يجب أن تقدم هذه البرامج في هذه المرحلة العمرية، وأنه لا فائدة من تقديمها أي التوعية الصحية الأولية إلى أفراد فوق سن الثلاثين، وأن أفضل عائد من هذه البرامج إذا وجهت إلى من تقع أعمارهم في الفترة من (خمسة عشر عاماً إلى سبعة عشر عاماً)".

ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى المشاركة الفعالة لأفراد العينة ومحاولتهم لتغيير تصوراتهم الخاطئة انطلاقاً من أنفسهم ، هذا ما كان له الأثر البارز في استمرارية أثر البرنامج، بالإضافة إلى حضورهم الدائم والتزام بالواجبات المنزلية والتدريب على الاسترخاء وتلقيهم التعزيز على التقدم الذي أحرزوه منذ بداية البرنامج وإحساسهم بالمتعة خارج حصص التدريس كان له الأثر البارز في التغيير وبقاء أثر التغيير .

## استنتاج عام:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

وللتحقق من أهداف الدراسة تم إعداد برنامج يهتم بالتوعية الصحية استناداً على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية، وتم تطبيقه على عينة من المراهقين المسجلين في السنة الثانية من التعليم الثانوي بثانوية شريف مساعدي بمدينة المسيلة.

وبعد تبويب النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات ورجوعاً إلى الجداول (39، 43، 44، 47) نستنتج ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستطيع القول أن لبرنامج التوعية الصحية فاعلية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

إن التوصل إلى هذه النتيجة يؤكد صحة الفكرة القائلة بأن برامج التوعية الصحية من البرامج التي لها الأثر في إحداث تغييرات واضحة وحاسمة من خلال الأساليب والتدابير التي تعتمدها بهدف تجنب الوقوع في بعض الظواهر التي تمس الصحة العامة للأفراد والتي من بينها ظاهرة الإدمان على المخدرات وما يكونه بعض الأفراد عنها من تصورات والتي قد تكون من بين الأسباب التي تزيد من تفاقم الظاهرة التي كانت موضوع دراستنا بالنسبة إلى فئة مهمة في المجتمع وهي فئة المراهقين فبرامج التوعية الصحية الحالية لا تعتمد على مفهوم العقوبة بقدر ما تعتمد على الجهود التي تعمل على تعديل أو تغيير السلوك الغير مرغوب والمعتقدات الخاطئة حول إدمان المخدرات، وبالتالي مساعدة الأفراد على حل مشكلاتهم بطرق سوية وتحقيق التفاعل بين الذات والمجتمع.

ويمكن الإشارة إلى أن هذه النتيجة تتفق مع ما أشارت إليه "أميرة جابر هاشم" (2008: 206) من أجل أخذ التدابير اللازمة للحد من ظاهرة انتشار المخدرات والوقوف على مسبباتها المباشرة والغير مباشرة لأنها ستؤدي إلى أمراض وبائية خطيرة وهذا ما تؤكد توصيات المؤتمرات والاتفاقيات على المستوى الإقليمي والدولي من أجل أخذ التدابير اللازمة لمواجهة مشكلة المخدرات ومنها الاجتماع الثالث لرؤساء المصالح المتخصصة في مكافحة المخدرات في الجزائر عام (1997) والمؤتمر العربي الحادي عشر لرؤساء أجهزة مكافحة الدول العربية في جدة (1997)... وقد أثبتت التجربة العلمية أن المعالجة الأمنية وحدها لقضية المخدرات لا تكفي، ما لم تستدعي وعي الشباب وأسرههم وإدراكهم بخطورة الإدمان على المخدرات.

ويؤكد نفس الفكرة "رشاد أحمد عبد اللطيف" الذي ذهب إلى أن مفهوم الوقاية يعتمد على ضرورة إيجاد الظروف الإيجابية التي تتيح للناس فرص الحياة الصحية السوية، ويؤكد هذا التصور "أحسن طالب" الذي ينظر إلى مفهوم الوقاية و التوعية بأنه اتخاذ مختلف الجهود المجتمعية التي تهدف إلى الحيلولة دون توفر عوامل وظروف الجريمة أصلاً، وينطبق الأمر على مفهوم الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية التي يراد منها الجهود المجتمعية التي تهدف إلى الحيلولة دون توفر عوامل وظروف التعاطي بين الشباب. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012)

## اقتراحات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج وما قدمته من تفسيرات حول فاعلية برنامج التوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات التي أصبحت حقيقة اجتماعية لا يمكن تجاهلها جرت معها الكثير من المخاطر والأوبئة وكونت صوراً بشرية موسومة بالفناء والاضمحلال والتفكك على كافة المستويات (النفسية والعقلية والاجتماعية...)، وهي للأسف طالت كل فئات المجتمع الصغار والكبار، الأغنياء والفقراء، والمنقفين والمتعلمين في المدارس والجامعات، هذا ما يستدعي محاولة استئصالها من جذورها بكل الوسائل، وهذا ما سعت إليه الدراسة الحالية التي تقترح ما يلي:

- ضرورة تفعيل برامج التوعية الصحية والوقائية في المدارس والمساجد والجمعيات بشكل دوري بالنسبة للنشء (أطفال، مراهقين) لوقايتهم من الوقوع في خطر المخدرات وأشباهاها لأن برامج التوعية الصحية أثبتت فاعليتها في هذه المراحل.
- الاهتمام بالندوات والمحاضرات والمعارض التي تهتم بتوضيح خطر الإدمان على المخدرات لتلاميذ المدارس وطلاب الجامعات بصفة دورية.
- ضرورة التخطيط لحصص يقدمها مختصون في مجال علم النفس تهتم بتعليم الأطفال والمراهقين المهارات الحياتية مثل (الثقة بالنفس، اتخاذ القرارات، حل المشكلات، كيفية تسيير الوقت...) ويجب تخصيص حيز تدرج فيه أمثلة تنفر من المخدرات بشكل غير مباشرة لتفادي الوقوع في الآفة مستقبلاً، وكذا الاعتماد على الفنيات السلوكية والمعرفية التي أثبتت فاعليتها في تعديل السلوك وتغيير التصورات الخاطئة.
- ضرورة الكشف الإكلينيكي على بعض الحالات التي أثبتت الدراسات أنها لم تستجب لبرامج الوقاية من الوقوع في خطر المخدرات، لتحديد الصورة الإكلينيكية المميزة لهذه الحالات من أجل وضع برامج تتوافق مع حالتهم.
- ضرورة الاهتمام بتأهيل الممارسين في المجال العيادي في المدارس ووسائل الإعلام المختلفة بإتباع استراتيجيات مختلفة ودورات تدريبية تعد كنماذج لمواجهة الأفكار المؤدية للإدمان على

المخدرات، من أجل تنمية السلوك المسؤول واكتساب معارف علمية تغني الفرد من الوقوع في المشكلات الإدمانية.

- ضرورة تفعيل الأنشطة الرياضية والعلمية لدى فئة الأطفال والمراهقين لأن هذه النشاطات تفسح المجال لهم للتخطيط لأشياء إيجابية تخص حياتهم العلمية والعملية وتزيد من قدرتهم على التخطيط للمستقبل.
- يجب الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية وتنمية الرقابة الذاتية لدى الفرد والتحلي بالقيم الدينية والأخلاق فهي تعتبر كجزء مهم لقمع الأفكار الإدمانية.
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات المستقبلية حول سبل تفعيل برامج التوعية الصحية ضد أخطار المخدرات.

### البحوث المقترحة:

من المعروف أن أغلب البحوث العلمية الجديدة تنطلق من نقطة انتهاء الدراسات العلمية السابقة وفي الحقيقة هذه هي ميزة البحث العلمي باعتباره جهد تراكمي مبني على جهود الباحثين السابقين وفي، ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج يمكن اقتراح دراسات حول البرامج التي تحد من التفكير في الإدمان على المخدرات.

- إجراء برنامج للتوعية الصحية من خطر الإدمان على المخدرات للمراهقين وأسرهم.
- إجراء برنامج لتنمية الثقة بالنفس للمراهقين المعرضين لخطر الإدمان على المخدرات.
- إجراء دراسات تهتم بإعداد برامج تدريبية للوالدين، لتجنب أبنائهم التفكير في الإدمان على المخدرات.
- إجراء برنامج لخفض الضغوط النفسية لدى المراهقين المتعاطين للمخدرات.
- إجراء برنامج يهتم بتعليم المراهقين بعض المهارات الشخصية التي تجنبهم الوقوع في خطر تعاطي المخدرات.



إن ظاهرة الإدمان على المخدرات لدى فئة المراهقين من أخطر الظواهر التي تعاني منها كل مجتمعات العالم دون استثناء، بل نستطيع القول أنها تحولت في السنوات الأخيرة إلى ظاهرة اجتماعية قائمة بذاتها، يمكن ملاحظتها بطريقة مباشرة، بعدما كان التعاطي في السابق يأخذ طابع السرية ومرتببب بأمكان معينة وفئات عمرية محددة تقتصر على الكبار، أصبح اليوم أمام العيان، واعتبره البعض عادة طبيعية مرتبطة بمناسبات معينة أو للاحتفال بالنجاح في ميادين معينة من الحياة، كما أن تسرب هذه الأفكار بهذا الشكل والمنحى أدى بطريقة غير مباشرة - كان الأثر الكبير فيها لمدمني المخدرات ومروجيها وما تعرضه وسائل الإعلام مثل الأفلام وغيرها وما ينشأ عن المحيط الاجتماعي للمراهق - إلى تشكيل تصورات تحمل طابعاً إيجابياً عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وذلك بسبب ضعف مقاومة المراهق على مواجهة بعض الصراعات أو الضغوط الاجتماعية أو نقص كفاءته في مواجهة ما يعترضه من مشكلات يفرزها تفاعل المراهق مع ذاته ومع الآخرين، بالإضافة إلى تسرب المخدرات في الآونة الأخيرة إلى المدارس تحت تسميات مغايرة، هذا ما زاد من خطورة المشكلة التي أثرت تأثيراً سلبياً على المراهق وحياته، وفي كونه سيكون رجل المستقبل ويمثل المواطن الصالح الذي يمتلك شخصية قوية فعالة في المجتمع تتمتع بالصحة الجسمية والنفسية والعقلية.

والتصورات التي يشكلها المراهق حول الإدمان على المخدرات يمكن أن نفهمها على أنها نتيجة للارتباط الوثيق بين العوامل التركيبية له - المراهق - التي تؤثر وتتأثر بالبيئة والتي تعود بدورها لتؤثر عليه، هذا العمل المتكامل والذي نستطيع القول عنه أنه عمل تفاعلي يعمل بطريقة ما، على تكوين هذه التصورات التي تدفع المراهق انطلاقاً من تعرضه لبعض المشكلات التي قد لا يفهم معناها ومصدرها وكيفية حلها والتي قد تعتبر مرافقة لمظاهر نموه المتعاقبة والمختلفة للإدمان الفعلي على المخدرات، فمثلاً شعور المراهق بالفشل في أحد المواقف الحياتية يجعله يشعر بالنقص وضعف الثقة في الذات، وبالتالي تصبح تفاعلاته مع ذاته ومع الآخرين (الأبوين، الإخوة، الرفاق في المدرسة المعلمين) صعبة جداً لأنه كونه مفهوماً خاطئاً عن ذاته انطلاقاً من مواقف الفشل، وهذه الصعوبات التي تعترضه قد تزيد حدتها مما يجعله يشعر بالضيق والتوتر وأحياناً الخوف من المواقف الاجتماعية إن كل ما سبق يدفعه إلى الوقوع في عدة مشاكل، خاصة إذا وقع في جماعة رفاق السوء الذين يعملون بطريقة ما على تشكيل تصورات خاطئة حول المخدر في كونه الحل لمن يعيشون المشاكل والتخلص من الضعف، ولعل هذا ما يزيد من تأزم وضعه أكثر، خاصة حين يجد نفسه قد وقع فيما

هو أسوء، وهنا تتوضح لنا فكرة أن المعارف والتصورات والأفكار تنشأ عن العوامل الداخلية والتكوينية والبيئية للفرد والتي تجعله يكون تصورات حول المواضيع المختلفة ثم تعقبها مرحلة التنفيذ مثلما يحدث في الإدمان.

إن مشكلة تعاطي المراهقين للمخدرات أو تجريبها انطلاقاً من التصورات التي يُكونها المراهق عن هذه المواد أصبح وكما ذكرنا سابقاً مشكلة اجتماعية يجب الإقرار بوجودها وبما أفرزته من مشاكل أخرى وهي أيضاً تحتاج إلى تضافر كل الجهود للتقليل من حدتها وانتشارها، وذلك من خلال إعداد برامج توعوية متنوعة تهدف إلى إكساب المراهق السلوك الصحي من أجل المحافظة على الذات والتخلي عن المعتقدات الخاطئة، التي تظهر فيما بعد على شكل تصورات إيجابية نحو هذا الموضوع الخطير - الإدمان على المخدرات -.

فبرامج التوعية الصحية القائمة على أسس علمية والمخصصة لغرض التوعية من المخدرات والتي تعتمد على الأساليب الغير مباشرة والتي تهدف إلى إكساب المراهق المهارات التي تؤهله أن يكون قادراً على المواجهة من خلال جعله يمتلك قدرة التعرف على ذاته وكذا قدراته التي كان يجهلها أو يشعر أنه ضعيف في استخدامها، هذه البرامج التي تسهم في وقاية المجتمع ككل من هذه الآفة وما تخلفه على جميع المستويات.

ووعياً منا بخطورة انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات في وسط المراهقين، من خلال ما يحمله بعض المراهقين من تصورات إيجابية حول الموضوع، جاءت هذه الدراسة لتقترح برنامجاً للتوعية الصحية والمستند على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المراهقين الذين يحملون تصورات قد تقودهم إلى الإدمان على المخدرات، وتعمل على تغيير هذه التصورات وتوعية المراهقين بخطورة الظاهرة وأضرارها واكتسابهم بعض المهارات التي تجنبهم ذلك، وقياس أثر ذلك عن طريق مقياس قامت الطالبة الباحثة بإعداده من أجل هذا.

وبعد تطبيق هذا البرنامج على (12) مراهق من التلاميذ المتمدرسين تبين لنا أن لهذا البرنامج أثر في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات مقارنة بالعينة الضابطة والمكونة أيضاً من (12) مراهقاً والذين لم تتغير تصوراتهم حول الإدمان على المخدرات، وهذا ما أكدته النتائج المتوصل إليها، في أن لبرنامج التوعية الصحية فاعلية في تغيير تصورات المراهقين على المخدرات.

قائمة

المراجع

المصادر والمعاجم:

المصادر:

- 1- القرآن الكريم.
- 2- الحديث النبوي الشريف.

المعاجم:

- 3- إبراهيم مذكور (1975). معجم العلوم الاجتماعية. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 4- أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري (2000). لسان العرب. المجلد 15، بيروت: دار صادر للتوزيع والطباعة والنشر.
- 5- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي (2005). موسوعة مصطلحات الطفولة.
- 6- جان لابلاتش، ج. ب. بونتاليس (1985). معجم مصطلحات التحليل النفسي، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 7- جميل صليبا (1982). المعجم الفلسفي. الجزء الأول، بيروت، لبنان: الكتاب اللبناني.
- 8- حسن شحاتة، زينب النجار (2003). معجم المصطلحات التربوية والنفسية. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- 9- خليل احمد خليل (1995). معجم المصطلحات. ط1، بيروت: الفكر اللبناني.
- 10- عبد الحليم أبو حنتم (2006). المعجم الطبي. ط1، عمان، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي.
- 11- علي بن هادية وآخرون (1991). القاموس الجديد للطلاب. ط7، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- 12- لطفي الشربيني. معجم مصطلحات الطب النفسي. مركز تعريب العلوم الصحية.
- 13- محمد فؤاد عبد الباقي (1988). المعجم المفهرس لألفاظ الحديث النبوي الشريف. القاهرة: دار الكتب المصرية.
- 14- محمد فؤاد عبد الباقي (1988). المعجم المفهرس لألفاظ القرآن الكريم. القاهرة: دار الكتب المصرية.

15- نوربير سيلامي (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس. ترجمة وجيه أسعد، الجزء الأول، دمشق، سورية: منشورات وزارة الثقافة.

### الكتب العربية:

16- إبراهيم فريد الدر (1983). الأسس البيولوجية لسلوك الإنسان. ط1، بيروت: منشورات دار الأفاق الجديدة.

17- إبراهيم وحيد محمود (1981). المراهقة خصائصها ومشكلاتها. الإسكندرية: دار المعارف.

18- إحسان حفطي (2006). علم اجتماع التنمية. الازارطة: دار المعرفة الجامعية.

19- إحسان محمد الحسن (2008). علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع. ط1، عمان، الأردن: دار النشر والتوزيع.

20- أحمد إبراهيم الباسوسي (2007). علاج الادمان على الهيروين المخدر. الازارطة، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

21- أحمد زكي صالح (1978). تعليمات اختبار الذكاء المصور. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

22- أحمد عبد العزيز الأصفر (2012). أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

23- احمد فوزي (1988). الطفل والمجتمع. ط2، الدار البيضاء: مطبعة النجاح.

24- أحمد مجدي محمد حجازي (1994). المخدرات والواقع المصري المعاصر. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

25- أحمد محمد الزعبي (2008). أسس علم النفس الجنائي. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.

26- احمد محمد حسن صالح وآخرون (بدون سنة). الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية. ج1، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

27- أحمد مطهر عقبات (2008). طرق إنتاج برامج التوعية الإعلامية للوقاية من أضرار المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

28- أديب محمد الخالدي (2006). علم النفس الاكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج. ط2، عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

- 29- أديب محمد الخالدي (2015). علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 30- آرنولد واشنطن، درنا باوندي (2003). إرادة الإنسان في شفاء الإدمان. ترجمة صبري محمد حسن، ط1، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
- 31- أسامة سعد أبو السريع (1993). الصداقة من منظور علم النفس. الكويت: عالم المعرفة.
- 32- أسامة كامل راتب (1990). النمو الحركي (الطفولة-المراهقة). القاهرة: دار الفكر العربي.
- 33- اسماعيلي يامنة، بيعبيع نادية (2011). دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 34- إقبال إبراهيم مخلوف (1991). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات تطبيقية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 35- أليكس موكيالي (1997). علم النفس الجديد. ترجمة حسين حيدر. ط1، بيروت، لبنان: منشورات عويدات.
- 36- إمام شكري إبراهيم أحمد القطان (2009). الإعلام العربي والوعي السياسي للمراهقين. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 37- امتثال زين الدين الطفيلي (2004). علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة دراسة تحليلية للسلوك والمعاش الإنساني. بيروت: دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر.
- 38- أنوار حافظ عبد الحلیم (2008). مشاكل البطالة والإدمان. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 39- أنيس فلوران (2013). مدخل إلى علم النفس التطور (الطفولة والمراهقة). ترجمة ليلي الصواف، دمشق: منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب.
- 40- إيمان عبد الرحمن أحمد محمود (2010). دور الإذاعة في نشر التوعية الأمنية. الإذاعة السودانية نموذجاً، ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 41- إيمان محمد أبو غريبة (2007). التطور من الطفولة حتى المراهقة. ط1، عمان، الأردن: دار جريد للنشر والتوزيع.
- 42- باربرا كوتمان بكنل (1994). دور الآباء في مساعدة أبنائهم على الشفاء من الإدمان. ترجمة زكريا عبد العزيز حلیم، سعاد موسى، ط1، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

- 43- باسم محمد ولي، محمد جاسم محمد (2004). علم النفس الاجتماعي. ط1، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 44- بدر إبراهيم الشيباني (2000). سيكولوجية النمو ( تطور النمو من الإخصاب حتى المراهقة ). ط1، الكويت: منشورات مركز المخطوطات والتراث والوثائق.
- 45- بشير صالح الرشدي (2000). مناهج البحث التربوية رؤية تطبيقية مبسطة. ط1، الكويت: دار الكتاب الحديث.
- 46- بلميهوبي كلثوم (2014). تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية. الجزائر: المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية.
- 47- بيث هس وآخرون (1989). علم الاجتماع. ترجمة محمد مصطفى الشعبي، المملكة العربية السعودية: دار المريخ.
- 48- تالا قطيشات وآخرون (2009). مبادئ في الصحة والسلامة العامة. ط3، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 49- توما جورج خوري (1996). الشخصية مفهومها، سلوكها، وعلاقتها بالتعلم. ط1، بيروت، لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- 50- جمال القاسم، ماجدة عبيد، عماد الزعبي (2000). الاضطرابات السلوكية. ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 51- جمال محمد شاكر محمد (2005). التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام (SPSS). ط1، الاسكندرية: الدار الجامعية.
- 52- جواد فطائر (2001). الإدمان أنواعه، مراحلها، علاجه. مصر: دار النشر والتوزيع.
- 53- جول تريكو (1966). المنطق الصوري. ترجمة محمد يعقوبي، بن عكنون، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 54- جون آر - اندرسون (2007). علم النفس المعرفي وتطبيقاته. ترجمة محمد صبري سليط ورضا مسعد جمال، ط1، عمان، الأردن: دار الفكر.
- 55- حامد عبد السلام زهران (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- 56- حسن فالح حسين (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. ط1، عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

- 57- الحسين بن شيخ آث ملويا (2010). المخدرات والمؤثرات العقلية- دراسة قانونية تفسيرية، الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 58- حسين علي الغول (2011). الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن. ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 59- حسين علي فايد (2005). المشكلات النفسية الاجتماعية رؤية تفسيرية. ط1، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- 60- خالد محمد عسل (2008). العلاج المعرفي السلوكي للنمط السلوكي أ. ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لندنيا للطباعة والنشر.
- 61- خليل إبراهيم البياتي (2002). علم النفس الفسيولوجي مبادئ أساسية. ط2، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع .
- 62- خليل عبد الرحمن المعاينة (2007). علم النفس الاجتماعي. ط2، عمان: دار الفكر.
- 63- خليل ميخائيل معوض (2003). سيكولوجية النمو- الطفولة والمراهقة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 64- الدليل التدريبي في الصحة (2008). ط3، فلسطين: وزارة التربية والتعليم العالي.
- 65- ذياب موسى البداينة (2012). الشباب والانترنت والمخدرات. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 66- راضي الوقفي (1998). مقدمة في علم النفس. ط3، عمان: دار الشروق.
- 67- راضي الوقفي (2003). مقدمة في علم النفس. ط3، عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 68- رافع نصير الزغول، عماد عبد الرحيم الزغول (د.س.). علم النفس المعرفي. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 69- راوية هلال أحمد شتا (2006). حاجات المراهقين للثقافة الإعلامية. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 70- رجاء محمود أبو علام (2004). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. ط4، مصر: دار النشر للجامعات.



- 71- رجاء وحيد الدويدري (2000). البحث العلمي أساسياته وممارسته العلمية. ط1، دمشق، سوريا: دار الفكر.
- 72- رشاد أحمد عبد اللطيف (1999). الجوانب الاجتماعية للسياسة الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 73- رشاد أحمد عبد اللطيف (2008). الأساليب الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 74- رغبة شريم (2009). سيكولوجية المراهقة. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 75- روبرت واطسون، هنري كلاي ليندجرين (2004). سيكولوجية الطفل والمراهق. ترجمة داليا عزت مؤمن، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- 76- روبرت ليهي (2006). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. ترجمة جمعة سيد يوسف، محمد نجيب أحمد الصبوة، ط1، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.
- 77- زين العابدين درويش (2005). علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 78- زين العابدين مبارك (1986). الحشيش. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية بالرياض.
- 79- سامر جميل رضوان (2002). الصحة النفسية. ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 80- سامي عريفج (1993). علم النفس التطوري. عمان، الأردن: دار مجدلاوي للتوزيع والنشر.
- 81- سامي محمد ملحم (2004). علم نفس النمو (دورة حياة الإنسان). ط1، عمان، الأردن: دار الفكر.
- 82- سامية لطفي الأنصاري وآخرون (2007). علم نفس النمو للأطفال. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 83- سعد المغربي (1986). سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته. الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 84- سعد جلال (د.س). الطفولة والمراهقة. ط2، مصر: دار الفكر العربي.

- 85- سعد عبد الرحمن (1998). القياس النفسي (النظرية والتطبيق)، ط3، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 86- سعيد حسني العزة (2004). تمييز الصحة النفسية. ط1، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 87- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010). علم النفس العصبي المعرفي. ط1، القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- 88- سيد محمود الطواب وآخرون (2007). علم نفس النمو للأطفال. الأزاريطة: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 89- شيلي تايلور (2007). علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاکر داود، ط1، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 90- صالح السعد (1997). المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها، سلسلة المخدرات. عمان، الأردن: دائرة المكتبة الوطنية، مطابع الأرز.
- 91- صالح حسن أحمد الداھري (2005). مبادئ الصحة النفسية. ط1، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- 92- صالح حسن أحمد الداھري (2008). علم النفس. ط1، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 93- صالح محمد علي أبو جادو (2007). علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة. ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 94- طارق السيد (2007). أساسيات في علم الاجتماع الطبي. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 95- طالب أحسن مبارك (2008). الدور الوقائي للمؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 96- طه عبد العظيم حسين (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- 97- عادل الدمرداش (1978). الإدمان مظاهره وعلاجه. سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت: عالم المعرفة.
- 98- عادل صادق (2005). الإدمان له علاج. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

- 99- عباس محمود عوض (1999). المدخل إلى علم نفس النمو الطفولة - المراهقة - الشيخوخة. الازارطة: دار المعرفة الجامعية.
- 100- عباس محمود عوض (1999). علم النفس الفسيولوجي. الازارطة: دار المعرفة الجامعية.
- 101- عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي (2011). المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 102- عبد الرحمان بدوي (1974). موسوعة الفلسفة. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- 103- عبد الرحمن العيسوي (2004). سيكولوجية الإجرام. ط1، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- 104- عبد الرحمن العيسوي (2004). سيكولوجية الإقلاع عن التدخين. ط1، بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية.
- 105- عبد الرحمن العيسوي (2005). نظريات الشخصية. الأزارطة: دار المعرفة الجامعية.
- 106- عبد الرحمن محمد العيسوي (1994). دراسات في علم النفس الاجتماعي. ط1، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- 107- عبد الرحمن محمد العيسوي (1999). علم نفس الشواذ والصحة النفسية. ط1، بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية.
- 108- عبد الرحمن محمد العيسوي (2005). علاج المجرمين. ط1، بيروت، لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.
- 109- عبد الستار إبراهيم (1990). العلاج النفسي الحديث. الكويت: عالم المعرفة.
- 110- عبد الستار إبراهيم (2008). عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني والمهارات الايجابية. ط1، المصرية، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- 111- عبد الستار إبراهيم وآخرون (1993). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت: عالم المعرفة.
- 112- عبد السلام الشيخ (1996). علم النفس الاجتماعي. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- 113- عبد السلام بشير الدويبي (2005). علم الاجتماع الطبي. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

- 114- عبد العزيز عبد الله العريني (2008). دور المدارس الثانوية في منطقة الرياض في نشر الوعي للحد من تعاطي المخدرات، دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات، الرياض: ردمك.
- 115- عبد الفتاح علي غزال (2010). سيكولوجيا النمو. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية.
- 116- عبد الكريم قاسم أبو الخير (2002). التمرير النفسي. عمان: دائل للنشر.
- 117- عبد اللطيف محمد خليفة (2000). دراسات في علم النفس الاجتماعي. المجلد الثاني، دار قباء، القاهرة: للنشر والطباعة، للنشر والتوزيع.
- 118- عبد الله عبد الغني غانم (1991). المرأة وتجارة المخدرات. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 119- عبد الله محمد عبد النبي أحمد قازان (2005). إدمان المخدرات والتفكك الأسري- دراسة سوسولوجية. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 120- عبد المنصف حسن علي رشوان (2006). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 121- عبد المنعم شحاتة (2006). علم النفس الاجتماعي التطبيقي. ط1، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.
- 122- عبد المنعم عبد الله حسيب (2006). مقدمة في الصحة النفسية. ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لعنوا الطباعة والنشر.
- 123- عبد الهادي مصباح (2004). الإدمان. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- 124- عبد الوهاب محمد كامل (1994). علم النفس الفسيولوجي (مقدمة في الأسس السيكوفيسيولوجية والنيورولوجية للسلوك الإنساني). ط1، الإسكندرية: مكتبة النهضة المصرية.
- 125- عدلي السمري وآخرون (2010). علم اجتماع الجريمة والانحراف. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 126- عزة سمارة، آخرون (1999). سيكولوجيا الطفولة. ط3، عمان: دار الفكر للنشر.
- 127- عصام نور (2006). علم نفس النمو. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 128- عفاف أحمد عويس (2003). النمو النفسي للطفل. ط1، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- 129- عفاف محمد عبد المنعم (1999). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الازارطة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- 130- عفاف محمد عبد المنعم (2003). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الازارطة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- 131- عفاف محمد عبد المنعم (2008). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الازارطة: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- 132- علاء الدين كفاقي، جهاد علاء الدين (2006). موسوعة علم النفس التأهيلي. ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 133- علاء مصطفى أنور (1988). التفسير في العلوم الاجتماعية. القاهرة: دار الثقافة والنشر والتوزيع.
- 134- علي عبد الرزاق حلبي (1996). دراسات في المجتمع والثقافة والشخصية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 135- عماد عبد الرحيم الزغول (2012). علم النفس التربوي. ط2، القاهرة: دار الكتاب الجامعي.
- 136- عمر أحمد همشري (2003). التنشئة الاجتماعية للطفل. ط1، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 137- عمر الفاروق الحسين (1993). انحراف الأحداث المشكلة والمواجهة. ط2.
- 138- عوني عدنان حسين (2001). سلبيات المخدرات، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات. ط1، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 139- عيد محمد فتحي (1988). جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن. ج2، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- 140- عيد محمد فتحي (2009). دور مؤسسات المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 141- غريب محمد سيد أحمد، سامية محمد جابر (2005). علم اجتماع السلوك الانحرافي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 142- ف. إ. كاس، ج. م، أولدام. ش. بارداس (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي. ترجمة سامر جميل رضوان، ط1، غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.

- 143- فادية علوان (2003). مقدمة في علم النفس الارتقائي. ط1، القاهرة: مكتبة الدار العربية للكتاب.
- 144- فاروق عبد الفتاح موسى (2004). النمو النفسي في الطفولة والمراهقة. ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 145- فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. ط1، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
- 146- فتوح عبد الله الشاذلي (2009). أساسيات علم الإجرام والعقاب. بيروت، لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.
- 147- فتيحة كركوش (2011). ظاهرة انحراف الأحداث في الجزائر. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 148- فؤاد بسيوني متولي (2000). التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 149- فوزي عبد الخالق، علي إحسان شوكت (2007). طرق البحث العلمي. عمان، الأردن: المكتب الحديث.
- 150- فوقية حسن رضوان (2006). الإعاقة الصحية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- 151- فيصل محمد غرايبة (2008). الخدمة الاجتماعية الطبية. ط1، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- 152- كامل محمد عويضة (1996). علم النفس النمو. ط1، بيروت: دار الكتب العلمية.
- 153- كرايج ناكين (2006). الشخصية المدمنة. ترجمة انسي محمد أحمد قاسم، سهير كامل أحمد، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 154- لويز.ج كابلن (1998). المراهقة وداعا أيتها الطفولة. ترجمة أحمد رمو، دمشق: منشورات وزارة الثقافة.
- 155- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. ط1، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- 156- مجدى أحمد محمد عبد الله (1996). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. الازرطة: دار المعرفة الجامعية.

- 157- مجدى أحمد محمد عبد الله (2008). علم نفس الصحة وعلاقته بالطب السلوكي. ط1، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- 158- محمد أبو سمرة (2010). الإعلام الطبي والصحي. ط1، الأردن، عمان: دار الريبة للنشر والتوزيع.
- 159- محمد أحمد النابلسي (1997). أصول الفحص النفسي ومبادئه. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- 160- محمد السيد عبد الرحمن (2001). نظريات النمو "علم نفس النمو المتقدم". القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 161- محمد حسن غانم (2008). مدخل إلى العلاج النفسي. ط1، القاهرة: مطابع الشرطة.
- 162- محمد حمدي حجار (1992). الحقيبة التدريبية، برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل. ج1، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- 163- محمد حمدي حجار (1992). الحقيبة التدريبية، برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل. ج2، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- 164- محمد حمدي حجار (1992). الحقيبة التدريبية، برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل. ج5، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- 165- محمد سلامة غبارى (2007). الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي. ط1، الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- 166- محمد سند العكايلة (2006). اضطرابات الوسط الأسري وعلاقتها بجنوح الأحداث. ط1، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 167- محمد عبد حسين (2010). علم النفس الجنائي. ط1، عمان، الأردن: دار الريبة للنشر والتوزيع.
- 168- محمد عودة الريماوي (2004). علم النفس العام. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- 169- محمد عودة الريماوي (2008). علم النفس النمو الطفولة والمراهقة. ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 170- محمد محمود بني يونس (2008). الأسس الفسيولوجية للسلوك. ط1، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 171- محمد مرعي صعب (2007). جرائم المخدرات. بيروت، لبنان: مكتبة زين الحقوقية والأدبية.
- 172- محمد مصطفى زيدان (1982). النمو النفسي للطفل والمراهق وأسس الصحة النفسية. ط1، مصر: منشورات الجامعة الليبية.
- 173- محمد هاني راتب، سلمى فؤاد دواره (2007). إرشادات الصحة العامة من أجل حياة صحية. ط1، القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية.
- 174- محمد يسرى إبراهيم دعبس (1994). الإدمان بين التجريم والمرض. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية.
- 175- محمود السيد علي (2012). المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 176- محمود يعقوبي (1999). دروس في المنطق السوري. بن عكنون، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 177- مختار إبراهيمي (2005). المخدرات أثرها في حياة الفرد والمجتمع. ردمك.
- 178- مريم سليم (1985). علم تكوين المعرفة إستومولوجيا بياجيه. ط1، بيروت، لبنان: معهد الإنماء العربي.
- 179- مصطفى سويف (1996). المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- 180- مصطفى سويف (1999). مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- 181- مظلوم محمد جمال (2012). الاتجار بالمخدرات. ط1، الرياض: مركز الدراسات والبحوث جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 182- معن خليل العمر (2009). علم ضحايا الإجرام. ط1، عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.



- 183- مكي دردوس (2009). الموجز في علم الإجرام. ط2، بن عكنون، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 184- منذر عبد الحميد الضامن (2005). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة. ط1، بيروت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 185- موريس شريل (1986). التطور المعرفي عند جون بياجيه. ط1، بيروت: المؤسسة الجامعية لدراسات والنشر والتوزيع.
- 186- موريس شريل (بدون سنة). التربية الجنسية. بيروت، لبنان: دار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع.
- 187- ناصر ميزاب (2005). مدخل إلى سيكولوجية الجنوح. ط1، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- 188- نجلاء عاطف خليل (2006). في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 189- نخبة من أساتذة الجامعات في العالم (1999). المرشد في الطب النفسي. منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
- 190- نصر الدين مروك (2010). جريمة المخدرات في ضوء القانون والاتفاقيات الدولية. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 191- نظام أبو حجلة (د.س.). الطب النفسي الحديث. الأردن: الجامعة الأردنية.
- 192- هاني عبد الرحمن مكروم (1999). التصور العقلي. ط1، القاهرة: مكتبة وهبة.
- 193- هيثم البقلی (2006). انحراف الطفل والمراهق (الأسباب، الوقاية، العلاج بين الشريعة والقانون). ط1، القاهرة: نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 194- الورثان عبد الرحمان عبد الله (2010). دور الصناعات الكيماوية في الحد من استخدام السلائف والكيماويات في الصنع الغير مشروع للعقاقير المخدرة. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 195- وفاء فضة، يوسف قزاقزة، كامل العجلوني (2002). التمريض النفسي. ط1، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

- 196- وفيق صفوت مختار (2005). مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة. ط1، القاهرة: دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع.
- 197- وليد سرحان (2007). محاضرات نفسية. ط1، عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- 198- يوسف أبو حمدان (2003). تعديل السلوك (النظرية والتطبيق). عمان، الأردن: دار المدى للخدمات المطبعية والنشر.

### الكتب الأجنبية:

- 199- ABDOU Elhelou (1994). Le Vocabulaire Philosophique. 1<sup>ere</sup> Édition, centre de Recherche et de développement.
- 200- ABRIC (J C) (1994). Pratiques sociales et représentations. 1<sup>ere</sup> Édition, Paris: PUF.
- 201- DIANE E Papalia et All (2010). Psychologie du développement de l'enfant. 7<sup>em</sup> édition, Canada .
- 202- DIDOI Jayle, PHILIPPE Lamoureux (2007). Drogues et dépendance.
- 203- EHRLICH. S (1985). Les Représentation, paris : armand.colin.
- 204- FRANCO Vaccarino, Ph.D (Septembre 2007). Toxicomanie au Canada (Pleins feux sur les jeunes). Canada: Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies CCLAT- CCSA.
- 205- GRIFFITH Eedards, AWNI Arif (1982). Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel (Contribution à l'élaboration de politiques et de programmes). Geneve: Organisation Mondiale de la santé genéve.
- 206- GUSTAVE-Nicolas Fischer (2010). Les Cocepts fondamentaux de la psychologie sociale. 3<sup>eme</sup> édition , Paris: DUNOD.

- 207- GUY Parent, PIERRE Cloutier (2009). Initiation a' La Psychologie. Canada .
- 208- HARALD Klingemann (2001). L'Alcool et ses conséquences Sociales : La dimension oubliée organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe.
- 209- JOCELYNED Ecompte et All ( Sans années). Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec. Québec: comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- 210- JODDLET. D (1964). Les représentations sociales phénomène concept théorie in moscovici.s, Paris : PUF.
- 211- JODDLET. D (1989). Les représentations sociales. PUF imprimarie en France.
- 212- LEHALLE Henri, DANIEL Mellier (2013). Psychologie du développement Enfance et adolescence, 3<sup>eme</sup> édition, Paris.
- 213- MOSCOVICI. S (1976): la psychanalyse son image et son public, Paris : PUF.
- 214- MOSCOVICI. S (1972). Introduction a la psychologie sociale, Paris: Lidiarie Larousse.
- 215- RICHARD Coutier, Sylvie Drapeau (2008). Psychologie de l'adolescence. 3<sup>eme</sup> édition, Canada: Gaetan morin éditeur.
- 216- SARTRE. J. P (1978). L imaginaire. Paris : gaulimard.
- 217- SILLAMY .N (1983). Dictionnaire de psychologie, Paris –Bordas.

الرسائل الجامعية:

- 218- بن عباس فتيحة (2011-2012). دور الإعلام في التوعية والوقاية من حوادث المرور في الجزائر. مقارنة بين المناطق الريفية والحضرية (دراسة وصفية استطلاعية)، قسم علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر3، الجزائر.
- 219- بوسنة عبد الوافي زهير (2007 - 2008). التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار لدى الطالب الجامعي. دراسة ميدانية بجامعة بسكرة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الإكلينيكي، جامعة منتوري - قسنطينة - الجزائر.
- 220- شعباني مالك (2005-2006). دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي. دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع والديموغرافية، جامعة منتوري - قسنطينة، الجزائر.
- 221- ظافر بن سعد بن عبد الله الشهري (2004). دور الاتصال والإعلام في تشجيع المدمنين على التقدم طوعاً للعلاج، رسالة جامعية مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الشرطية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 222- عبد الله عادل راغب شراب (2013). فاعلية برنامج لتنمية الثقة بالنفس كمدخل لتحسين المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية. مذكرة دكتوراه في علم النفس التعليمي، القاهرة: جامعة عين شمس.

المجلات والبحوث العلمية:

- 223- أبو السريع أحمد عبد الرحمن (2010). استخدام الانترنت في تعاطي المخدرات الرقمية. وزارة الداخلية قطاع الشؤون الفنية: الإدارة العامة للمعلومات والتوثيق.
- 224- أميرة جابر هاشم (2008). بناء برنامج إرشادي وقائي مقترح للوقاية من الادمان على المخدرات لدى طلبة الجامعة. مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد (7)، العددان (1-2).
- 225- أكرم عبد القادر أبو اسماعيل (2008). المؤسسات التربوية ودورها في نشر الوعي بأخطار المخدرات. ندوة حول دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

- 226- بوضرة زهير (2004). اتخاذ القرارات الإدارية والأكاديمية بين العوامل الفردية والعوامل التنظيمية لدى رؤساء أقسام الكليات. مجلة نفسية وتربوية، العدد (2)، جامعة منتوري قسنطينة.
- 227- جمال رجب سيدبي (2009). الآثار الاجتماعية والاقتصادية لإدمان وتعاطي المخدرات. الندوة العلمية (المخدرات والأمن الاجتماعي)، السويس، جمهورية مصر العربية: مركز الدراسات والبحوث.
- 228- حسين عبد الفتاح الغامدي (2001). علاقة تشكل هوية الأنا بنمو التفكير الأخلاقي لدى عينة من الذكور في مرحلة المراهقة والشباب بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (29).
- 229- حسين عبد الفتاح الغامدي (2012). النمو النفس اجتماعي للأنا من وجهة نظر إريكسون وعلاقته بإدمان المخدرات - دراسة مقارنة لعينة من المدمنين والأسوياء بمدينة جدة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (22)، العدد (74)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- 230- حفيظة مغني (2015). دور قطاع الصحة في الوقاية من المخدرات طبقاً للنظام القانوني الدولي والوطني. مجلة الوقاية والمكافحة، العدد (01)، الجزائر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.
- 231- حمود بن هزاع بن عبد الله الشنبري الشريف (2007). العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المخدرات. بحث مقدم لندوة المؤسسات التربوية ودورها في الحد من استعمال المخدرات المنعقد في جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- 232- نياض موسى البداينة (2010). إسهامات الجماعات الافتراضية في الوقاية من المخدرات. دور مؤسسات المجتمع المدني في التوعية الأمنية، ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 233- سليمان آل خطاب (2010). دور الأندية الطلابية في التوعية الأمنية. دور مؤسسات المجتمع المدني في التوعية الأمنية، ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 234- سوزان دريد أحمد زنكة (2009). الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية ابن الهيثم. مجلة ديالى، العدد (41)، بغداد.

- 235- شاكِر عبد الحميد، محمد حسن غانم (2005). عصر الصورة. دراسات عربية في علم النفس، العدد (02)، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 236- عابدة بيروتي، نزيه حمدي (2012). فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلي وإعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (08)، العدد (04).
- 237- عبد العزيز خزايلة (2001). دور البحث العلمي في رسم السياسات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات. ط1، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 238- عبد العزيز علي خزاملة (1998). صورة الشخصية اليهودية الإسرائيلية في الذهنية العربية. مجلة العلوم الإنسانية، العدد (09)، منشورات جامعة قسنطينة.
- 239- عبد الناصر عبد الرحيم القدومي (2005). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية لكرة الطائرة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (06)، العدد (01)، مملكة البحرين.
- 240- عصام توفيق قمر (2008). برنامج وقائي مقترح لتعديل اتجاه الطلاب المعرضين لخطر تعاطي المخدرات. دراسة مقدمة إلى الملتقى الدولي الأول- الايمان على المخدرات- نحو تصور جديد للتكفل بفتنة المدمنين على المخدرات، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- 241- عيسى الشماس (2012). الصداقة عند الشباب الجامعي. مجلة جامعة دمشق، المجلد (28)، العدد (02)، جامعة دمشق.
- 242- فضيلة خطار (2014). تعاطي المخدرات في الجزائر. مجلة الوقاية والمكافحة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد (00)، الجزائر العاصمة.
- 243- العشري عبد الهادي محمد (2001). نحو إستراتيجية عربية جديدة لمكافحة وعلاج الايمان في الوطن العربي، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات. ط1، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 244- المجلس القومي للطفولة والأمومة (2005). المشروع القومي لحماية النشء من المخدرات.

- 245- المهدي خالد محمد (2013). المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الدوحة، قطر: وحدة الدراسات والبحوث مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.
- 246- محمد مسعود قيراط (2014). إعداد البرامج التوعوية والتعليمية حول القضايا الأمنية الدورة التدريبية لتنمية مهارات العاملين في أجهزة الإعلام الأمني. الرياض: قسم البرامج التدريبية.
- 247- ناصر الدين زبدي (2011). دراسة تحليلية لعوامل الإدمان في الوسط المدرسي. المرشد مجلة علمية نفسية تربوية، العدد (01)، الجزائر: مخبر القياس والإرشاد النفسي، جامعة الجزائر2.
- 248- نجوى حسين خليل (2013). الخطة التنفيذية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات، القاهرة: المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.
- 249- نور الدين بوزرتي (2014). الاستراتيجيات الجزائرية والصحة في معالجة الإدمان على المخدرات. مجلة الوقاية والمكافحة، العدد (00)، الجزائر العاصمة: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.
- 250- وليد سرحان (2007). أحاديث في السلوك الإنساني. مجلة العلوم النفسية. العدد (10)،
- 251- وليد سرحان (2012). الطب النفسي القضائي. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (22).

### التقارير العلمية:

- 252- تقرير المخدرات العالمي (2013): مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.
- 253- تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (2014). نيويورك: الأمم المتحدة.
- 254- الخطة التنفيذية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات في مصر (2013). القاهرة: المجلس القومي لمكافحة وعلاج المدمنين وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

التقارير والبحوث الأجنبية:

- 255- DANIELE Sommelet (2006). L'enfant et L'adolescent: un enjeu de société. une priorité du système de santé, Paris : Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent.
- 256- MAACHE.Y, CHORFI.M, KOUIRA.A (2002). Les Représentation sociale un concept au Carrefour de la psychologie sociale et de sociologie. Constantine : 1<sup>ère</sup> édition de L'université mentouri – Constantine.
- 257- Rapport de L'Algérie (12/16 Mars 2007). 50<sup>ème</sup> session de la commission des stupéfiants des nations unies.
- 258- World Drug Report (2005). united nations office on drugs and crime. New York.
- 259- World Drug Report (2005). United motions office an drugs and crime. volume 2: Statistics.
- 260- World Drug Report (2008). United nations office on drugs and crime. New York.
- 261- World Drug Report (2012). United nations office on drugs and crime, New York.
- 262- World Drug Report (2014). United nations office on drugs and crime. New York.

مواقع الانترنت:

- 263- إبراهيم مصطفى حماد (2008). مساق الاختبارات النفسية (عملي) اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صالح. [www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com)



- 264- أحسن طالب (2010). الوقاية من المخدرات.  
<http://hdl.hondle.net/12345678956033/2010/06/21>  
تاريخ الدخول: 09 جوان 2015 على الساعة 11:05.
- 265- حسين عبد الفتاح الغامدي (2010). أثر البناء النفسي للأنا من وجهة النظر التحليلية المعاصرة (إريك إريكسون) على تعاطي المخدرات، نموذج تحليلي لديناميكية تعاطي وإدمان المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، (الندوة العلمية حول حماية الشباب من المخدرات)، الجزائر،  
<http://hdl.hondle.net/12345678956061/2010/06/21>  
تاريخ الدخول: 09 جوان 2015 على الساعة 11:05.
- 266- عبد الرحمن بن محمد القرشي (2006). دراسة عن مدى تأثير التوعية والتثقيف الصحي على المعلومات والاتجاهات لدى مستويات إدارة التربية والتعليم عن أضرار المخدرات والتدخين بالمنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية.  
[www.ssfcm.org/addon/content/down../Qureshi\\_paper\\_revised-final.doc](http://www.ssfcm.org/addon/content/down../Qureshi_paper_revised-final.doc)  
تاريخ الدخول: 2014/5/10 على الساعة 10:00.
- 267- شتوان بلقاسم (2010). تعاطي المخدرات والإدمان، الماهية، الخلفية، التطور:  
<http://hdl.hondle.net/12345678956038/2010/06/21>  
تاريخ الدخول: 09 جوان 2015 على الساعة 11:05.
- 268- صالح بن الرميح الرميح (2004). الأسرة ودورها في الوقاية من المخدرات، الندوة العلمية عن تأثير المخدرات على التماسك الاجتماعي، جامعة نايف للعلوم الأمنية:  
<https://www.dudaipolice.gov.aeidp/portal/..la12007117132029.pdf>  
تاريخ الدخول: 09 سبتمبر 2015 على الساعة 19:21.
- 269- معن خليل العمر (2010). الآثار الاجتماعية لتعاطي الشباب للمخدرات في المجتمع العربي.  
<http://hdl.hondle.net/12345678956066>  
تاريخ الدخول: 09 جوان 2015 على الساعة 11:05.
- 270- بدر عبد الحميد هميسه (بدون سنة). المسلم والثقة بالنفس.  
<https://saaid.net/arabic/242.htm> تاريخ الدخول: 06 ماي 2013 على الساعة 10:05.

- 271- ملتقى منسوبيتي وزارة الصحة السعودية (2010). ملتقى التوعية الصحية.  
[www.tsd.com.ly/forum/showthead.php?p=477](http://www.tsd.com.ly/forum/showthead.php?p=477)  
تاريخ الدخول: 09 جوان 2015 على الساعة 11:05.
- 272- راغب السرجاني (2010). علاج رسول الله لمشكلة المسكرات والمخدرات.  
[Islamstory.com/ar](http://Islamstory.com/ar) تاريخ الدخول: 28 نوفمبر 2013 على الساعة 13:00
- 273- حامد أحمد الغامدي (2011). فنيات العلاج المعرفي السلوكي.  
<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12379>  
تاريخ الدخول: 12 أكتوبر 2014 على الساعة 12:20.
- 274- شباب تحت الضغط (2012).  
<http://almadapaper.net/ar/news/538/>
- 275- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2014).  
[www.onlcdt.mjjustice.dz/onlcdt\\_ar/?p=donnees](http://www.onlcdt.mjjustice.dz/onlcdt_ar/?p=donnees)  
تاريخ الدخول: 12 مارس 2015 على الساعة 21:00.
- 276- تامر الملاح (2012). طريقة فنية الحوار.  
<http://kenanaonline.com/users/tamer2011-com/posts/405083>  
تاريخ الدخول: 13 جانفي 2013 على الساعة 11:00.

الملاحق

## الملحق رقم (01)

### الاستبيان الاستطلاعي حول

#### تصورات المراهقين نحو إدمان المخدرات.

نقوم بإجراء دراسة حول موضوع الإدمان على المخدرات، ولما كنت أنت أحد المعنيين بهذه الدراسة نود الاستعانة بك للتعرف على رأيك في هذا الموضوع، ونطلب منك العون للإجابة على الأسئلة أدناه.

كيف تتصور طبيعة الإدمان على المخدرات من الناحية العلمية والواقع الاجتماعي في تفسير هذه الظاهرة من حيث:

أ- تعريف الإدمان على المخدرات.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ب- كيف تتوقع أن تكون حياة المدمن على المخدرات.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ج- هل المخدرات تضر بالصحة العامة للفرد.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

إذا كانت إجابتك بنعم كيف ذلك.....  
.....  
.....

## الملحق رقم (02)

مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات في صورته الأولية.

العدد	العبارات	أوافق بشدة	أوافق أحياناً	لا أوافق	لا أوافق بشدة
	أتصور أن:				
1	تعاطي المخدرات من علامات التحضر.				
2	يعيش المدمن الكثير من المشاكل في حياته.				
3	المخدرات تؤثر على الضعفاء جسدياً فقط.				
4	تعاطي المخدرات يزيد من القوة الجنسية للفرد.				
5	تعاطي المخدرات يقلل من الإحساس بالوحدة.				
6	يحزن أفراد المجتمع من قضايا الإدمان على المخدرات .				
7	يكثر العنف في الأسر التي يدمن أحد أفرادها.				
8	تعاطي المخدرات يساعد على المراجعة لأوقات طويلة.				
9	المخدرات ليست محرمة شرعاً.				
10	المخدرات لا تجلب إلا المشاكل لمتعاطيها.				
11	المدمن شخص ضعيف عند رؤيته للمواد المخدرة.				
12	الإيدز من الأمراض الشائعة بين مدمني المخدرات.				
13	الاستهلاك المفرط للمخدرات يؤدي إلى إضعاف الطاقة الجنسية.				
14	تعاطي المخدرات يشعر الفرد بالراحة والاسترخاء.				
15	تجارة المخدرات تزيد من انتشار الفقر في المجتمع.				
16	يسبب المدمن على المخدرات لأسرته الكثير من المشاكل.				
17	تناول المخدرات يزيد الفرد التركيز في الدراسة.				
18	تعاطي المخدرات من الأمور التي يحرمها الدين الإسلامي				
19	المخدرات سبب ضياع الكثير من الشباب.				
20	المدمن هو أسير للمخدرات.				
21	المخدرات تؤدي إلى فناء جسم المدمن.				
22	تعاطي المواد المخدرة يؤدي إلى الضعف الجنسي.				
23	المخدرات تشعر متعاطيها بالحزن الشديد.				

					الإدمان على المخدرات سبب ارتكاب الجرائم في المجتمع	24
					يتجنب معظم الناس التعامل مع أسرة المدمن.	25
					المخدرات تجعل الفرد يبتعد عن دروسه.	26
					من يؤمن بدينه لا يتعاطى المخدرات و لو مرة واحدة.	27
					الكلام عن أضرار المخدرات مبالغ فيه.	28
					يشعر المدمن دائما أنه مطارذ من طرف الشرطة.	29
					أغلب مدمني المخدرات يعانون من الصرع.	30
					بعض المواد المخدرة تسبب نقصا في إفرازات الهرمونات المنمية للغدة التناسلية.	31
					المخدرات لا تؤثر على الحالة النفسية للمدمن.	32
					يُحسن تعاطي المخدرات العلاقات الاجتماعية للفرد مع من حوله.	33
					يسرق المدمن منزله من أجل الحصول على المخدرات.	34
					ينخفض مستوى التحصيل الدراسي لمتعاطي المخدرات.	35
					المخدرات تززع كل الجوانب الدينية للأفراد.	36
					المخدرات تزيل الضغوط النفسية.	37
					المدمن غالبا ما يعيش في جو من الراحة.	38
					يقضي معظم مدمني المخدرات أوقاتهم في النوم.	39
					تسبب بعض المواد المخدرة لدى الذكور بعض علامات الأنوثة.	40
					المخدرات تسبب عدة مشكلات نفسية للمدمن.	41
					تعاطي المخدرات يجعل الفرد يبتعد عن بيئته السوية.	42
					تؤثر المادة المخدرة على المدمن فتجعله يعتدي على محارمه	43
					يؤدي الإدمان على المخدرات إلى ضياع المستقبل الدراسي	44
					مدمن المخدرات تتلاشى لديه قيم الخير والفضيلة.	45
					المخدرات سم قاتل يجب تجنبه.	46
					تجنب مخالطة المدمنين أمر ضروري.	47
					لا تضر المخدرات بالصحة.	48
					إدمان المخدرات يؤدي إلى اضطراب الدورة الشهرية لدى الإناث.	49
					الإكثار من تعاطي المخدرات يجعل الفرد دائم القلق.	50

					51	يواجه متعاطي المخدرات نبذ المجتمع وكرهيته.
					52	يشعر أفراد أسرة المدمن بالخجل من الآخرين.
					53	تعاطي المخدرات يسبب انخفاضا في الأداء الدراسي.
					54	تعاطي المخدرات من الكبائر في ديننا الإسلامي.
					55	المخدرات لا تضر إنما الفرد لا يعرف كيفية استعمالها.
					56	المدمن تزيد مكانته بين أصدقائه.
					57	تظهر لدى معظم مدمني المخدرات تقيحات جلدية.
					58	ينحرف مدمني المخدرات جنسيا.
					59	يؤدي الحرمان من المخدرات إلى حالة من الهيجان.
					60	الإدمان عادة اجتماعية مقبولة.
					61	أسرة المدمن لا تعاني من أي مشاكل.
					62	ينفر كل الأصدقاء ممن يتعاطى المخدرات.
					63	تعاطي المخدرات هو ابتعاد عن التمسك بإرادة الله وقت الشدة
					64	المخدرات مضيعة للوقت و المال.
					65	مدمن المخدرات يؤدي نفسه وأسرته دون وعي منه
					66	يعاني مدمني المخدرات من ضعف المناعة.
					67	تظهر العديد من الأمراض الجنسية بين المدمنين.
					68	السعادة التي يشعر بها مدمن المخدرات هي زائفة.
					69	يزداد الفساد والرشوة في المجتمعات التي تنتشر فيها المخدرات
					70	يعاني أفراد أسرة مدمن المخدرات من أزمات مادية.
					71	يفقد من يتعاطي المخدرات قدرته على التركيز والفهم.
					72	المخدرات مكروهة و ليست حرام.
					73	المخدرات مشكلة يعاني منها المجتمع..
					74	المدمن دائم الشعور بالندم لتعاطيه المخدرات.
					75	الشم المتكرر للمواد المخدرة يؤدي إلى ثقب في الحاجز الأنفي.
					76	مع طول الوقت يصبح المدمن عاجزا عن ممارسة الجنس.
					77	المخدرات تجعل المدمن دائم الشعور بالخوف.
					78	المخدرات هي وباء يقتل المجتمع.

					79	تأثير المادة المخدرة قد يجعل المدمن يرتكب جريمة ضد أفراد أسرته.
					80	يعاني كل من يتعاطى المخدرات من الفشل الدراسي.
					81	المخدرات تغييب العقل وما كان كذلك فهو حرام.
					82	المخدرات تؤدي إلى تقوية الثقة بالنفس.
					83	تزايد عدد المدمنين أمر مقلق.
					84	المخدرات تؤدي إلى الإصابة بالهزال وفقدان الشهية.
					85	انتقال الأمراض المعدية سببه العلاقات الجنسية الغير مشروعة بين المدمنين.
					86	المخدرات تحدث اكتئابا شديدا يقود متعاطيها للانتحار.
					87	يقصر متعاطي المخدرات في واجباته تجاه مجتمعه.
					88	يقصر المدمن في واجباته تجاه أسرته.
					89	يشعر المدمن بالندم لضياح مستقبله الدراسي.
					90	المخدرات تصد الفرد عن ذكر الله وعن الصلاة.
					91	تعاطي المخدرات هو إفناء للحياة.
					92	المدمن هو شخص جدير بالثقة.
					93	يسبب تعاطي بعض المخدرات التهابا حادا في الجهاز التنفسي.
					94	المخدرات لا تضعف القدرة الجنسية للفرد.
					95	يمتاز مدمن المخدرات بمزاج متقلب يصعب فهمه.
					96	المخدرات تجعل المدمن لا يراعي أخلاق المجتمع المتعارف عليها.
					97	يفوق المدمن معظم أمواله على المخدرات.
					98	التخلي عن الدراسة بسبب المخدرات هو خطأ كبير.
					99	المخدرات هي كغيرها من النجاس.

**ملاحظة:** العبارات المؤشر عليها بالأسود تم حذفها.



ملحق رقم (03) يوضح المقياس في صورته النهائية

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مقياس حول تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات

إعداد الطالبة:

إشراف:

\* بورنان سامية

\* أ.د/ وناس أمزيان

فيما يلي مجموعة من الفقرات تتضمن بعض التصورات حول موضوع الإدمان على المخدرات. و لأغراض البحث العلمي، نرجو تحديد الإجابة التي تتفق مع تصوراتك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك.

ملاحظة:

- لا تضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل فقرة.
- يرجى الإجابة عن جميع الفقرات دون ترك فقرة بدون إجابة.
- أجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث العلمي.

السنة الجامعية: 2015/2014.

الاسم واللقب:.....الشعبة:.....القسم:.....

العدد	العبارات				
	أوافق بشدة	أوافق	أحياناً	لا أوافق	لا أوافق بشدة
<b>تصورات المراهقين حول المخدرات:</b>					
1.					الكلام عن أضرار المخدرات مبالغ فيه.
2.					المخدرات تزيل الضغوط النفسية.
3.					المخدرات سم قاتل يجب تجنبه.
4.					المخدرات لا تضر وإنما الفرد لا يعرف كيفية استعمالها.
5.					المخدرات مضيعة للوقت و المال.
6.					المخدرات مشكلة يعاني منها المجتمع.
7.					تعاطي المخدرات هو إفناء للحياة.
<b>تصورات المراهقين حول حياة المدمن على المخدرات:</b>					
1.					المدمن شخص ضعيف عند رؤيته للمواد المخدرة.
2.					المدمن هو أسير للمخدرات.
3.					تجنب مخالطة المدمنين أمر ضروري.
4.					المدمن تزيد مكانته بين أصدقائه.
5.					مدمن المخدرات يؤدي نفسه وأسرته دون وعي منه.
6.					المدمن دائم الشعور بالندم لتعاطيه المخدرات.
7.					تزايد عدد المدمنين أمر مقلق.
<b>تصورات المراهقين للأضرار الصحية للإدمان على المخدرات</b>					
1.					الإيدز من الأمراض الشائعة بين مدمني المخدرات.
2.					المخدرات تؤدي إلى فناء جسم المدمن.
3.					المخدرات تؤثر على الضعفاء جسدياً فقط.
4.					يقضي معظم مدمني المخدرات أوقاتهم في النوم.
5.					لا تضر المخدرات بالصحة.
6.					تظهر لدى معظم مدمني المخدرات تقيحات جلدية.
7.					يعاني مدمني المخدرات من ضعف المناعة.

					8. الشم المتكرر للمواد المخدرة يؤدي إلى ثقب في الحاجز الأنفي.
					9. انتقال الأمراض المعدية سببه العلاقات الجنسية الغير مشروعة بين المدمنين.
					10. يسبب تعاطي بعض المخدرات التهابا حادا في الجهاز التنفسي.
					<b>تصورات المراهقين للأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات</b>
					1. تعاطي المخدرات يزيد من القوة الجنسية للفرد.
					2. الاستهلاك المفرط للمخدرات يؤدي إلى إضعاف الطاقة الجنسية.
					3. تعاطي المواد المخدرة يؤدي إلى الضعف الجنسي.
					4. بعض المواد المخدرة تسبب نقصا في إفرازات الهرمونات المنمية للغدة التناسلية.
					5. تسبب بعض المواد المخدرة لدى الذكور بعض علامات الأنوثة.
					6. ينحرف مدمني المخدرات جنسيا.
					7. تظهر العديد من الأمراض الجنسية بين المدمنين.
					8. مع طول الوقت يصبح المدمن عاجزا عن ممارسة الجنس.
					9. انتقال الأمراض المعدية سببه العلاقات الجنسية الغير مشروعة بين المدمنين.
					10. المخدرات لا تضعف القدرة الجنسية للفرد.
					<b>تصورات المراهقين للأضرار النفسية لإدمان على المخدرات</b>
					1. تعاطي المخدرات يقلل من الإحساس بالوحدة.
					2. تعاطي المخدرات يشعر الفرد بالراحة والاسترخاء.
					3. المخدرات تشعر متعاطيها بالحزن الشديد.
					4. المخدرات لا تؤثر على الحالة النفسية للمدمن.
					5. المخدرات تسبب عدة مشكلات نفسية للمدمن.
					6. المخدرات تجعل المدمن دائم الشعور بالخوف.
					7. المخدرات تحدث اكتئابا شديدا يقود متعاطيها للانتحار.
					8. يمتاز مدمن المخدرات بمزاج متقلب يصعب فهمه.

تصورات المراهقين للأضرار الاجتماعية الناتجة عن إدمان المخدرات				
				1. يحزن أفراد المجتمع من قضايا الإدمان على المخدرات .
				2. الإدمان على المخدرات سبب ارتكاب الجرائم في المجتمع
				3 يُحسن تعاطي المخدرات العلاقات الاجتماعية للفرد مع من حوله.
				4. تعاطي المخدرات يجعل الفرد يبتعد عن بيئته السوية.
				5. يواجه متعاطي المخدرات نذب المجتمع وكرهيته.
				6. يزداد الفساد والرشوة في المجتمعات التي تنتشر فيها المخدرات.
				7. المخدرات هي وباء يقتل المجتمع.
				8. المخدرات تجعل المدمن لا يراعي أخلاق المجتمع المتعارف عليها.
تصورات المراهقين للأضرار الأسرية الناجمة عن إدمان المخدرات				
				1. يكثر العنف في الأسر التي يدمن أحد أفرادها.
				2. يسبب المدمن على المخدرات لأسرته الكثير من المشاكل.
				3. يتجنب معظم الناس التعامل مع أسرة المدمن.
				4. يشعر أفراد أسرة المدمن بالخجل من الآخرين.
				5. أسرة المدمن لا تعاني من أي مشاكل.
				6. يعاني أفراد أسرة مدمن المخدرات من أزمات مادية.
				7. تأثير المادة المخدرة قد يجعل المدمن يرتكب جريمة ضد أفراد أسرته.
				8. ينفق المدمن معظم أمواله على المخدرات.
تصورات المراهقين للأضرار الدراسية الناتجة عن إدمان المخدرات				
				1. تعاطي المخدرات يساعد على المراجعة لأوقات طويلة.
				2. تناول المخدرات يزيد الفرد التركيز في الدراسة.
				3. المخدرات تجعل الفرد يبتعد عن دروسه.
				4. يؤدي الإدمان على المخدرات إلى ضياع المستقبل

					الدراسي
					5. ينفرد كل الأصدقاء ممن يتعاطى المخدرات.
					6. يفقد من يتعاطى المخدرات قدرته على التركيز والفهم.
					7. يعاني كل من يتعاطى المخدرات من الفشل الدراسي.
					8. يشعر المدمن بالندم لضياع مستقبله الدراسي.
					<b>تصورات المراهقين لرأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات</b>
					1. المخدرات ليست محرمة شرعا.
					2. تعاطى المخدرات من الأمور التي يحرمها الدين الإسلامي.
					3. المخدرات تززع كل الجوانب الدينية للأفراد.
					4. مدمن المخدرات تتلاشى لديه قيم الخير والفضيلة.
					5. تعاطى المخدرات من الكبائر في ديننا الإسلامي.
					6. تعاطى المخدرات هو ابتعاد عن التمسك بإرادة الله وقت الشدة.
					7. المخدرات تغيب العقل وما كان كذلك فهو حرام.
					8. المخدرات تصد الفرد عن ذكر الله وعن الصلاة.
					9. المخدرات هي كغيرها من النجاس.

## ملحق رقم (04)

### استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية

#### أولاً: البيانات الشخصية

الاسم واللقب:..... الشعبة:..... القسم:.....

تاريخ الازدياد: الشهر (.....) السنة (.....)

هل تعيش مع والديك: نعم.....(2) لا.....(1)

#### ثانياً: معلومات حول الوضع الاقتصادي:

1- عدد أفراد الأسرة:.....

2- الدخل الشهري للأسرة:

المستوى	دخل مرتفع	دخل متوسط	دخل منخفض
الدخل الشهري للأسرة	03	02	01

3- نوع السكن: ملك.....(2) إيجار.....(1).

#### ثالثاً: المستوى التعليمي للوالدين:

المستوى التعليمي	الأب	الأم
أُمِّي	1	1
يعرف القراءة والكتابة	2	2
مستوى ابتدائي	3	3
متحصل على شهادة المتوسط	4	4
مستوى ثانوي	5	5
جامعي	6	6
متحصل على شهادة الماجستير	7	7
متحصل على شهادة الدكتوراه	8	8

#### رابعاً: المستوى الثقافي:

اقرأ العبارات التالية ثم ضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

لا	نعم	العبارة
0	1	توجد مكتبة ببيتكم.
0	1	تقرأ أسرته الجرائد.
0	1	تشاهد أسرته التلفزيون.
0	1	يمارس بعض أفراد أسرته فنونا كالشعر والرسم....
0	1	يستمتع بعض أفراد الأسرة للبرامج الإذاعية.
0	1	تستخدم أسرته جهاز الكمبيوتر.
0	1	تهتم أسرته بتعلم أفرادها.
0	1	يحرص معظم أفراد أسرته على حضور بعض الندوات العلمية.
0	1	تهتم أسرته بجديد العلم والمعرفة من خلال قراءة الكتب والمجلات.
0	1	يهتم بعض أفراد أسرته بتعلم اللغات الأجنبية.

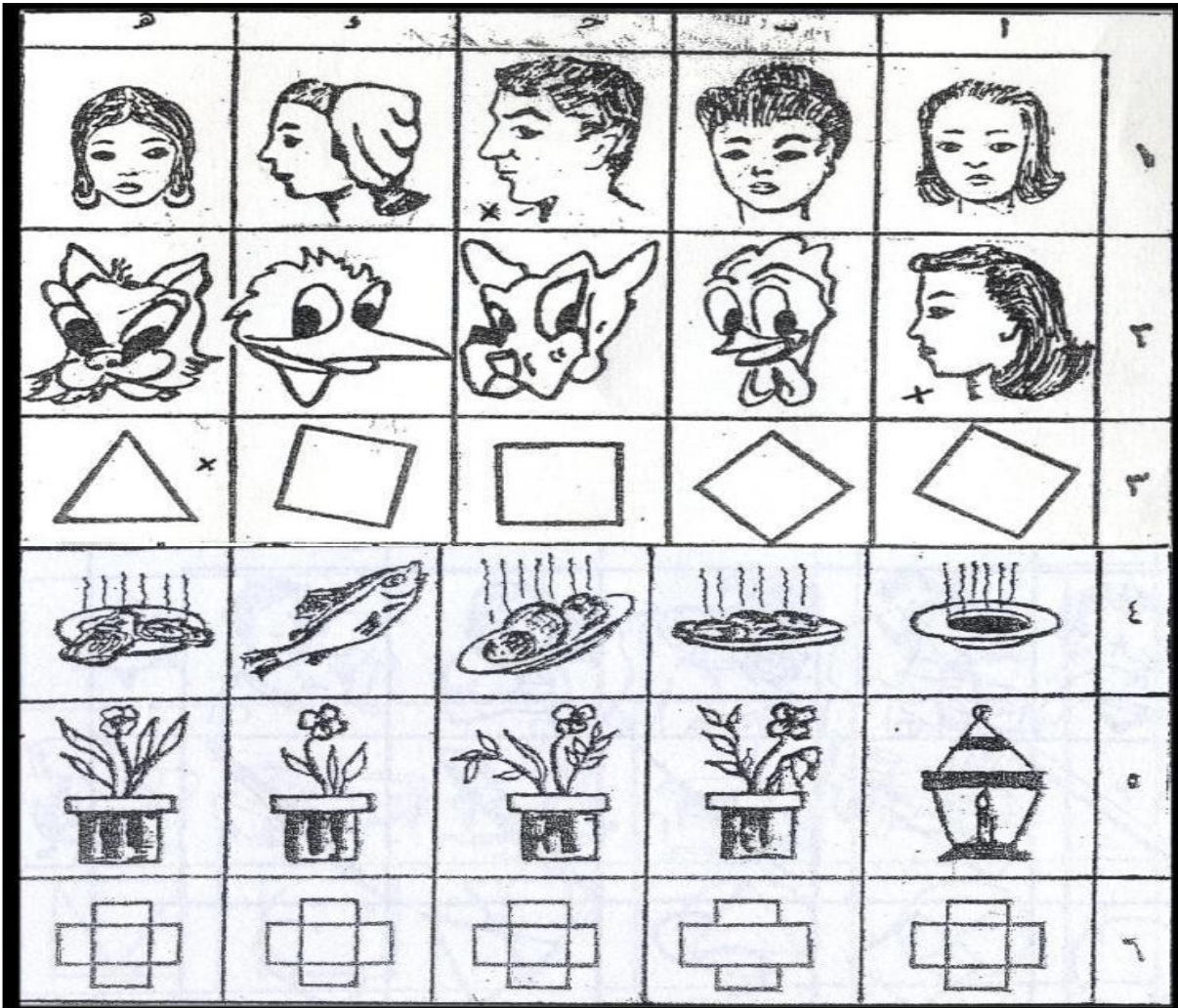
## الملحق رقم (05)

يوضح اختبار الذكاء المصور (من إعداد صالح أحمد زكي)

### كراسة الاختبار

الآن سنعرض عليك بعض الأمثلة:

ابحث عن الشكل المخالف في كل مجموعة من المجموعات التالية:



- ما هو الشكل المخالف في المجموعة رقم (1)

لاحظ أن كل الصور تعبر عن (بنت أو سيدة) عدا الصورة (ج) فهي تعبر عن رجل.

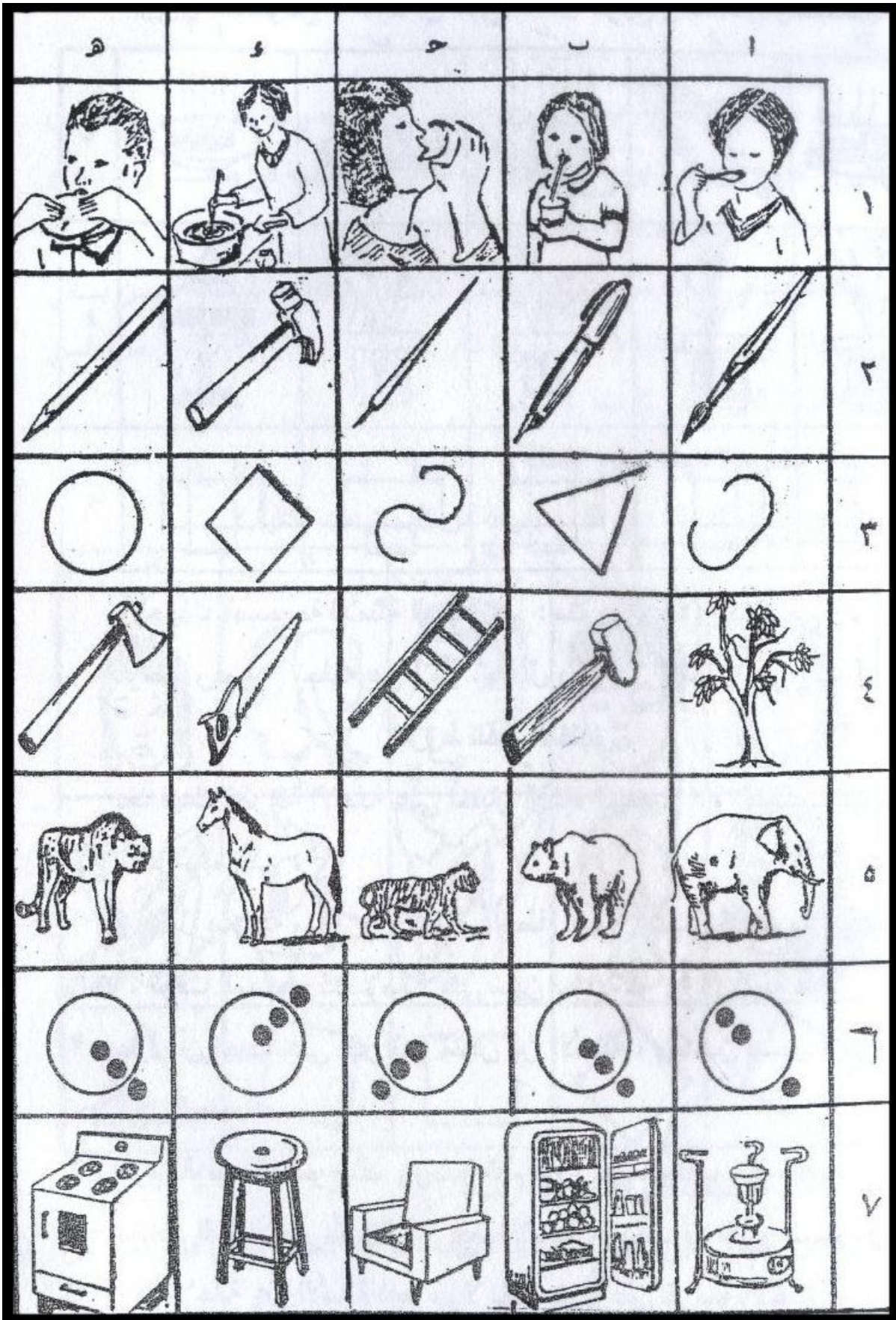
وأما المثال رقم (2) فإن الشكل المخالف هو (أ) ، لماذا؟







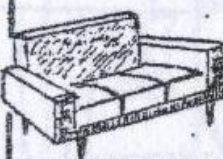
























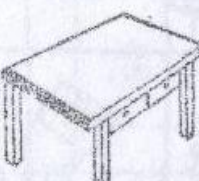


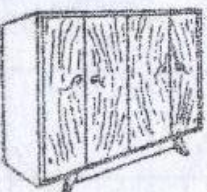

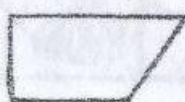



وبالمثال رقم (3) فإن الشكل المخالف هو (هـ)، لماذا؟













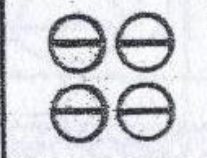




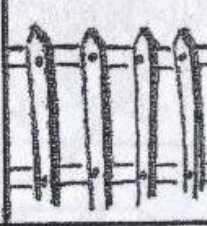


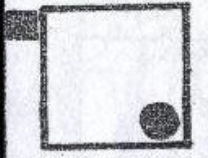








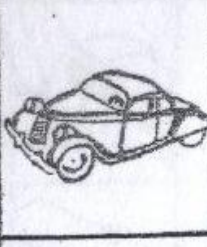





وبالأمثلة رقم (4 ، 5 ، 6) يجب أن تجعل المفحوص هو الذي يجيب عنهم مع مساعدتك له حين فشله.


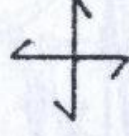
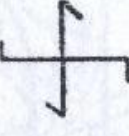
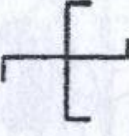
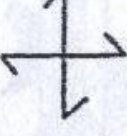





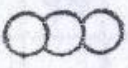
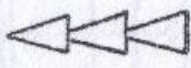



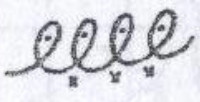
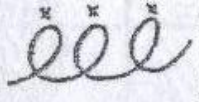
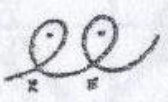
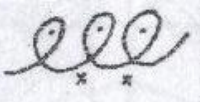



















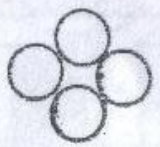

والآن إليك مجموعات الاختبار كاملة، فعلى المفحوص ألا يقلب هذه الورقة إلا بعد السماح له بذلك:





















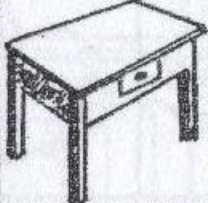





























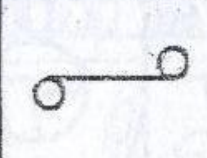
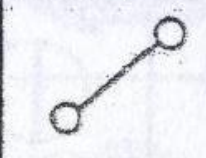
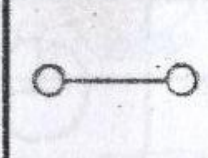
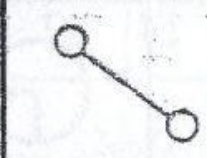




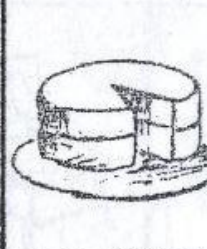







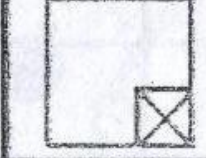
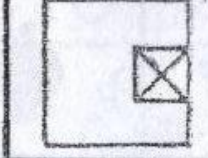
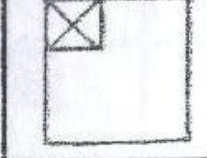





2	3	7	2	1	
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15






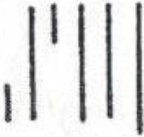

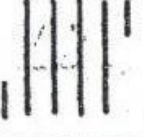
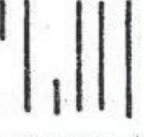
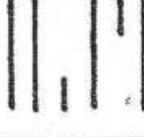





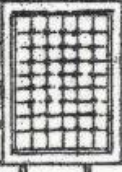

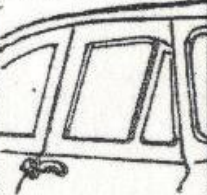






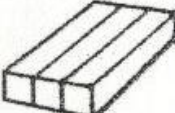





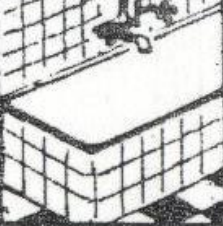









2	3	4	5	1	
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					

2	3	4	5	1	
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30

د	هـ	و	ز	ح	ط	
						٢١
						٢٢
						٢٣
						٢٤
						٢٥
						٢٦
						٢٧
						٢٨

د	س	ح	ج	ب	ا	
					٢٩	
					٣٠	
					٣١	
					٣٢	
					٣٣	
					٣٤	
					٣٥	

3	4	5	6	7	8
					27
					28
					29
					30
					31
					32
					33

د	س	ع	ح	ط	رقم
					٥٣
					٥٤
					٥٥
					٥٦
					٥٧
					٥٨
					٥٩
					٦٠



## الملحق رقم (06)

### نموذج تقييم جلسات البرنامج (خاص بالطالبة الباحثة)

رقم الجلسة:..... عنوان الجلسة:.....  
التاريخ:.....

العدد	الفقرات	المستوى		
		مرتفع	متوسط	منخفض
01	يشترك أفراد العينة أثناء الجلسة.			
02	محتوى الجلسة كان واضحاً.			
03	تحققت أهداف الجلسة.			
04	أدرك المراهق حقيقة ما طرح في الجلسة.			
05	الالتزام بالواجب المنزلي.			

## ملحق رقم (07)

استمارة التقييم النهائي للبرامج.

ضع علامة (x) أمام الفقرة الملائمة.

العدد	الفقرات	المستوى		
		مرتفع	متوسط	منخفض
<b>أولاً: البرنامج</b>				
01	أهداف البرنامج كانت واضحة بالنسبة لي.			
02	المعارف المقدمة في البرنامج كانت منظمة ومتسلسلة.			
03	مدة البرنامج مناسبة لمحتواه.			
04	وقت تقديم البرنامج كان منظماً.			
05	احتوى البرنامج على معلومات لم تكن تعرفها من قبل.			
<b>ثانياً: مهارات مقدم البرنامج</b>				
01	شرح كل محتوى البرنامج بوضوح.			
02	أعطى الفرصة للمناقشة وطرح الأسئلة.			
03	أجاب على الأسئلة التي وجهت إليه.			
04	أعاد الشرح في حالة عدم الفهم.			
05	انضبط في مواعيد تقديم البرنامج.			
06	وفر جو من الثقة والإيجابية.			
07	كان يتأكد من فهمنا قبل الانتقال للعنصر الآخر.			
<b>ثالثاً: فاعلية البرنامج</b>				
01	زاد معرفتك بالمفاهيم التي لم تكن تعرفها من قبل.			
02	غير تصوراتك نحو موضوع البرنامج.			
03	معظم محتويات البرنامج كانت متنوعة.			
04	من الضروري إعادة البرنامج نفسه على زملائك الذين لم يتعرضوا للبرنامج.			
05	غير البرنامج تصوراتك نحو أمور أخرى أكثر إيجابية.			



## ملحق رقم (09)

### استمارة تقييم جلسات برنامج التوعية الصحية (الخاصة بأفراد العينة).

بما أنك عضو مهم جدا في البرنامج ونجاح البرنامج يتوقف على حضورك وآرائك حول جلساته نأمل منك الإجابة على أسئلة هذه الاستمارة بدقة ووضوح خدمة للبحث العلمي ونشكرك جزيل الشكر على اهتمامك:

1- ما رأيك في هذه الجلسة ومحتواها؟.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2- هل هناك ما أثار اهتمامك في الجلسة؟.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3- مالذي أردته أن يعرض أيضا في الجلسة؟.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- هل استفدت من الجلسة؟:.....

.....

.....

.....

.....

## ملحق رقم (10)

قائمة أسماء محكمي أداة الدراسة وبرنامج التوعية الصحية.

الجامعة	الاسم و اللقب	العدد
قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة	أ.د. اسماعيلي يامنة	1
قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة	أ.د. عمور عمر	2
قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة	أ.د. ضياف زين الدين	3
جامعة العربي بن المهدي أم البواقي	د. بن زروال فتيحة	4
قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة	د. طه حمود	5
قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة	د. بودريالة محمد	6
قسم علم النفس جامعة محمد بوضياف المسيلة	د. مجاهدي طاهر	7
جامعة زيان عاشور الجلفة	د. خالدي خيرة	8
قسم علم الاجتماع جامعة محمد بوضياف المسيلة	د. جغلولي يوسف	9

ملحق رقم: (11)

جدول يوضح المجموع العام للكميات المحجوزة لسنة (2013-2014).

النسبة المئوية	التغير	الكميات المحجوزة خلال تسعة أشهر الأولى 2013	الكميات المحجوزة خلال تسعة أشهر الأولى 2014	التصنيف حسب نوعية المخدرات	
+18.37	+22674.453 كلغ	123409.833 كلغ	146083.286 كلغ	راتنج القنب	أنواع القنب
-	-	-	-	حشيش القنب	
+89816.67	9161.3 +	10.2 غ	9171.5 غ	بذور القنب	
-36.55	-1452	3972 نبتة	2520 نبتة	نبات القنب	
+103.97	+ 610.509	587.217 غ	1197.726 غ	الكوكايين	
-	-	-	-	الكراك	
+ 02.01	+ 6.671	332.439 غ	339.11 غ	الهيروين	
-91.73	-458.675	500 غ	41.325 غ	الأفيون	
+174.53	+4749	2721 نبتة	7470 نبتة		
-10.34	-94042	909627 قرص	815585 قرص	المؤثرات العقلية	
-89.76	-114	127 قارورة	13 قارورة		
-100	-3410	3410 أنبوبة			
-100	-02	02 علبة			

المصدر: (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة الإحصائية لتسعة أشهر الأولى

لسنة 2014)

## ملحق رقم (12)

### عرض جلسات البرنامج

**الجلسة الأولى:** جلسة جماعية وتتم بين الطالبة الباحثة وعينة الدراسة.  
جلسة تمهيد وتعارف.

#### أهداف الجلسة

- 1- خلق جو العلاقة الحميمة بين الطالبة الباحثة وأفراد العينة.
- 2- إزالة الخوف وتنمية الثقة بين الطالبة الباحثة وأفراد العينة.
- 3- إبداء الطالبة الباحثة تقبلها لأفراد العينة من خلال الإصغاء لأرائهم وأفكارهم.
- 4- إتاحة الفرصة للتعارف والتعريف بإجراءات ومضمون ومحتوى البرنامج، وكذا إجراء القياس القبلي.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الفيئات المستخدمة: المناقشة الجماعية، والحوار، الواجب المنزلي.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر.

#### محتوى الجلسة

- \* الترحيب بأفراد العينة وتقديم الطالبة الباحثة لنفسها وطبيعة عملها.
- \* التعرف على أفراد العينة من أجل خلق جو من التقارب والثقة المتبادلة وتعريفهم على بعضهم البعض.
- \* بيان الهدف الذي ترمي إليه الطالبة الباحثة من وراء إجراء هذا البرنامج.
- \* تأكيد الطالبة الباحثة على ضرورة حضور جلسات البرنامج.
- \* تأكيد الطالبة الباحثة على ضرورة المشاركة والمناقشة وطرح الأسئلة والتعبير عن ما يدور في ذهن كل واحد منهم.
- \* إعطاء مجموعة البحث كراسات وأقلام من أجل تسجيل ما يدور في الجلسة من أفكار وآراء وأسئلة.

## الواجب المنزلي:

- من خلال ما تم عرضه من أفكار حول ما سيقدم في جلسات البرنامج ما هي توقعاتكم من البرنامج؟

**الجلسة الثانية: التعريف بالبرنامج وأهمية مرحلة المراهقة في حياتنا.**

### أهداف الجلسة:

- 1- التعرف مرة أخرى على أفراد عينة الدراسة وإقامة علاقات ودية معهم وشكرهم على الانضباط والحضور.
- 2- إعطاء فرصة لأفراد العينة لتحديد الأهداف التي يأملون تحقيقها من خلال البرنامج.
- 3- تمكين أفراد العينة من معرفة أهمية المرحلة التي يعيشونها (مرحلة المراهقة).

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، الواجب المنزلي.  
الوسائل المستعملة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو.

### محتوى الجلسة:

تبدأ الطالبة الباحثة الجلسة بالترحيب بالمجموعة (أفراد العينة) وشكرهم على حرصهم على الحضور والالتزام بالمواعيد المحددة وكذا التأكيد على الحضور في الجلسات القادمة، والتعرف مرة ثانية على أسماء أفراد العينة، ثم نقوم بمناقشة الواجب المنزلي وتحديد أهم أهداف البرنامج المراد تحقيقها مع تقديم التعزيز من خلال شكرهم وتقديم بعض المعززات المادية لأفراد العينة.

- إجراء مناقشة حول طبيعة المراهقة بطرح الأسئلة التالية:

- ما طبيعة المرحلة العمرية التي تعيشونها ؟
- ماذا تعرفون عن المراهقة ؟
- بماذا يتميز المراهق ؟
- لماذا يفتعل بعض المراهقين المشاكل ؟
- هل النضج في هذه المرحلة يقتصر على النضج البيولوجي فقط ؟



## محاضرة:

تعتبر المراهقة وكما يراها العلماء خاصة علماء النفس مرحلة هامة جدا بالنسبة لدورة حياة الفرد لما يطرأ عليه من تغيرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية ويسمونها بعض العلماء مرحلة الميلاد الثانية وبهذا الصدد يقول "روسو": نحن نولد مرتين الأولى للحياة والثانية للجنس، لأنه كان يعتقد لسنوات عديدة مضت أن ما يحدث في مرحلة الرضاعة يشكل الأساس لنمو الشخصية في سنوات العمر اللاحقة، وأن الكثير من التأثيرات التي تتركها خبرات السنوات المبكرة يتعذر إلغاؤها، إلا أن مرحلة المراهقة لها أهمية موازية في التأثير على ما سيحدث في المراحل الأخرى من حياة الإنسان فالتكيف الإيجابي في مرحلة المراهقة يرتبط ارتباطا وثيقا بنمو الراشد من جهة وبسلامة المجتمع عموما من جهة أخرى. (رغدة شريم، 2009)

فالمراهقة تمثل مرحلة نمو سريعة وتغيرات في كل جوانب النمو تقريبا (الجسدية، العقلية، الحياة الانفعالية...) كما أنها فترة من الخبرات والمسؤوليات الجديدة والعلاقات الجديدة مع الراشدين والرفاق على نحو عام، كما يقول البعض أنها مرحلة تفجير كل الطاقات، ونرجو من كل المراهقين أن يستغلوا هذه الطاقات في تحقيق إنجازات تعود عليهم وعلى مجتمعهم بالنعف والمنفعة لا الركود والفناء إن المراهق في هذه السن يعيش مرحلة تحديات مثيرة ينبغي أن يعيشها الفرد وتتطلب منه إحداث نوع من التكيف مع التغيرات الحاصلة نحو ذاته، وأسرته، وجماعة رفاقه لأنها مرحلة مشاكل لمن يفتعل المشاكل ومرحلة اكتشاف لمن يحب الاكتشاف أنها مرحلة تترك أثرا رائعا في حياة الإنسان لمن عرف كيف يسيرها.

يجب أن تعلموا بأن مرحلة المراهقة تمثل أهم سنين حياة الإنسان ولأنها السن التي يتحدد فيها مستقبلكم إلى حد كبير (لا تترك أهم لحظات عمرك تسرق منك) وهي الفترة التي يمر فيها الفرد بالكثير من الصعوبات أو يعاني خلالها من القلق ويمكن أن ينجرف لكنه سوف يتخطى هذه العقبات ومعنى هذا أن سن المراهقة أشبه بعنق زجاجة من يمر فيه بسلام يضمن حياة مستقرة في الأغلب الأعم، كما ان مرحلة المراهقة مرحلة طبيعية يعاد فيها تنظيم القوى النفسية والعقلية (وليس كما يفهمها بعض المراهقين بأنها مرحلة المشاكل فيمضون قدما لافتعال المشاكل التي تترك أثر سلبيا على حياتهم، هذا تفكير خاطئ يستعدي من المراهق تجنبه) كي تجابه مطالب الحياة الراشدة فيما بعد فإن

وجد المراهق التوجيه السليم خلت حياته من الاضطرابات والفوضى والانهماك في المشاغل الجنسية والعدوان المدمر والتمرد الهدام.

ومرحلة المراهقة هي ثلاث مراحل فرعية هي: **المراهقة المبكرة** تتميز (تحقيق علاقات جديدة أكثر نضجا، تقبل المراهق لمظهره الجسدي واستخدامه بفاعليه، بلوغ الاستقلالية الانفعالية عن الوالدين والراشدين) **المراهقة المتوسطة** تتميز بالسعي من أجل مساعدة الآخرين، تقوية العلاقات الجديدة التعرف على الذات الجديدة، **والمراهقة المتأخرة** تتميز بالتفكير في الإعداد للزواج والحياة الأسرية والإعداد لمهنة تدر دخلا، واكتساب مجموعة من القيم ونظام أخلاقي لتوجيه السلوك، الرغبة في اكتساب سلوك اجتماعي يتسم بالمسؤولية.

### مميزات مرحلة المراهقة:

من أهم مميزات مرحلة المراهقة ما يلي:

- النمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية.
  - التقدم نحو النضج الجسمي.
  - التقدم نحو النضج الجنسي.
  - التقدم نحو النضج العقلي حيث يتم تحقيق الفرد لذاته وذلك من خلال الخبرات والمواقف التي تظهر قدراته وتعرفه حدودها، فينجح ويفشل ويقيم نفسه ويقيم ما يفعله الآخرين من أجل تحديد سلوكه السوي.
  - التقدم نحو النضج والاستقلال الانفعالي.
  - التقدم نحو النضج الاجتماعي والتطبع الاجتماعي وتحمل المسؤوليات وتكوين علاقات اجتماعية جديدة واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم والمهنة والزواج.
  - يتحمل مسؤولية توجيه الذات وذلك بتعرف المراهق على قدراته وإمكانياته وتمكنه من التفكير واتخاذ القرارات بنفسه لنفسه.
  - اتخاذ وجهة نظر في الحياة ومواجهة نفسه والحياة في الحاضر، والتخطيط للمستقبل.
- إن المراهق ثروة منتجة تحتاجها كل المجتمعات في بناء مجتمعاتها في المنحى السليم لأن المراهق يعيش مرحلة تمتاز بالخصوبة والقدرة على ممارسة كل النشاطات التي توكل إليه.

وقد يقع المراهق في بعض المشاكل نتيجة عدم نضجه في الجوانب العقلية والاجتماعية والنفسية لان النضج ليس نضج جسمي فقط فبعض المراهقين يظنون أن التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ عليهم هي من علامات الرجولة متناسين أن الوعي والقدرة على التفكير ومقاومة الضغوط وتكوين العلاقات الاجتماعية والتفكير في المستقبل وغيرها، هو الذي يجعله رجلاً وكذا الابتعاد عن الأمور المشبوهة مثل التدخين وإدمان الكحول لإثبات الوجود أو إثبات للرجولة كما يقول بعض المراهقين الذين لا يفكرون في عواقب مثل هذه الأمور، أو ضنا منهم أنها تخفف عنهم الضغوط والمشاكل أو نتيجة تقليد الآخرين.

- عرض شريط فيديو مختصر حول مرحلة المراهقة.

مناقشة أفراد العينة حول محتوى شريط الفيديو.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

## الواجب المنزلي

- تحدث عن علامات النضج التي تتميز بها مرحلة المراهقة من النواحي التالية:

- الناحية العقلية .

- الناحية الاجتماعية.

- الناحية الانفعالية.

**الجلسة الثالثة: تقوية الثقة بالنفس من أجل تجنب الوقوع في المخدرات.**

### أهداف الجلسة:

1- التعرف على المقصود بالثقة بالنفس.

2- فائدة الثقة بالنفس في حياة الفرد.

3- التعرف على صفات الواثقون بأنفسهم .

4- تنمية الثقة بالنفس لدى أفراد العينة.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 90 دقيقة.

الفيئات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، التوضيح، الواجب المنزلي.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض **power point**، مطوية، القصة.

## محتوى الجلسة

كالعادة تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد عينة الدراسة، والتعبير عن مدى شكرها لهم على الجدية والحضور الدائم من أجل الاستفادة، ثم تناقش الواجب المنزلي مع تصويب بعض الأخطاء، وبعدها تعلن الطالبة الباحثة عن موضوع جلسة اليوم المتمثل في تقوية الثقة بالنفس.

### إجراء مناقشة حول:

- ما معنى الثقة بالنفس ؟
- ما أهميتها في حياتنا ؟
- كيف يمكن تنميتها ؟

### محاضرة:

الثقة بالنفس من الأمور الهامة التي يجب أن يتحلى بها الفرد، فهي تشمل نظرة الفرد لذاته وقيمه كفرد يشعر بالراحة ويستطيع التصرف في حياته اليومية بشكل مريح، وبهذا يتخلص من الضغط لامتلاكه الثقة بالنفس، لأن هذه الأخيرة تساعد الفرد في تطوير قدراته ومواجهة المواقف الفاعلة التي قد تجر الفرد للمشاكل.

- عرض **power point** على جهاز الكمبيوتر يوضح ما تم مناقشته.

### - صفات الرسول عليه الصلاة والسلام في الثقة بالنفس:

1- كان يمارس التفكير الصائب والواعي: خلق الله تعالى الإنسان وزوده بنعمة العقل والتفكير، وحثه على زيادة النظر في الكون، فهذا مفتاح من مفاتيح الإيمان والهداية، وصفة من صفات أولى الألباب حيث قال تعالى: « إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ لآيَاتٍ لِّأُولِي الْأَبْصَارِ \*

الَّذِينَ يَذْكُرُونَ اللَّهَ قِيَامًا وَقُعُودًا وَعَلَىٰ جُنُوبِهِمْ وَيَتَفَكَّرُونَ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ رَبَّنَا مَا خَلَقْتَ هَذَا بَاطِلًا سُبْحَانَكَ فَقِنَا عَذَابَ النَّارِ». سورة آل عمران الآية: (191-192)

2- يعرف طريقه ويخطط لحياته: الفرد الواثق من نفسه يعرف طريقه جيداً ويخطط لكل أمور حياته، ويحدد أهدافه بكل دقة، فلا يدع غيره يفكر له، ولا يترك نفسه للظروف، لأنه هو الذي يصنعها وليست هي التي تصنعه، ولقد وصف الله هؤلاء في كتابه الكريم: « **أَفَمَنْ يَمْشِي مُكِبًّا عَلَىٰ وَجْهِهِ أَهْدَىٰ أَمَّنْ يَمْشِي سَوِيًّا عَلَىٰ صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ** ». سورة الملك الآية: (22)

3- لا يسمح للقلق أن يدمر حياته: القلق يفقد الإنسان سكينته النفس وأمنها ورضاها، ويجعله يتحسر على ماضيه، ويسخط على حاضره، ويخاف من مستقبله، والقلق يشبه نشر نشارة الخشب، ويجعل الإنسان يستسلم لآلامه وأحزانه وحسراته على ما فاتته لذا فإن الإسلام يرفض من المسلم نظرة اليأس والتشاؤم، قال تعالى: « **إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ** ». سورة يوسف الآية: (87). وقال أيضاً: « **مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلٍ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ \* لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ** ». سورة الحديد الآية: (22-23)

4- إيجابي.. يبادر ولا يتردد: وصف الله تعالى أمة الإسلام بأنها خير أمة أخرجت للناس، لأنها أمة خيرة، لا ترضى بغير الحق منهاجاً وطريقاً، فلا ترى الباطل وتتضامن معه، ولا ترى الخير والمعروف ثم لا تتخذه شعاراً وسبيلاً، قال تعالى: « **كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَتُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ** ». سورة آل عمران الآية: (110)

5- طموح ذو همة عالية: المسلم إنسان طموح ذو همة عالية، فهو يعلم أن الله تعالى يحب معالي الأخلاق ويحب الإنسان الطموح الذي يسعى إلى تحقيق أهدافه دون كلل أو ملل ورغم كل الصعاب التي تواجهه والرسول صلي الله عليه وسلم خير مثال إن الرجل العاقل هو صاحب الهمة العالية الذي يدين نفسه ويعمل لما بعد الموت، وأن العاجز هو الذي يتبع نفسه هواها ويتمنى على الله الأمانى دون بذل لأي مجهود.

6- يسيطر على نفسه .. فلا يغضب ولا يحقد: من أهم صفات الإنسان الواثق من نفسه أنه لا يترك فرصة للغضب أن يسيطر عليه أو يتحكم فيه، لأن تحكم الغضب على نفس المرء دليل على ضعف

نفسه، ونقص إرادته لذا فقد جعل الله تعالى من صفات المؤمنين المتقين أنهم يسيطرون على أعصابهم فلا يسترسلون مع غضبهم ولا يسمحون له بأن يحطم حياتهم، قال تعالى: « **وَسَارِعُوا إِلَىٰ مَغْفِرَةٍ مِّن رَّبِّكُمْ وَجَنَّةٍ عَرْضُهَا السَّمَاوَاتُ وَالْأَرْضُ أُعِدَّتْ لِلْمُتَّقِينَ \* الَّذِينَ يُنْفِقُونَ فِي السَّرَّاءِ وَالضَّرَّاءِ وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ** ». سورة آل عمران الآية: (133-134)

7- يواجه أخطاه بكل شجاعة: الواصل من نفسه لا يهرب من أخطاه بل يواجهها بكل شجاعة وإقدام، فهو يحرص كل الحرص على التحكم في نفسه ليبعدها عن المهالك، ولكن الإنسان بطبعه ناسٍ خطأ، أما صاحب النفس القوية الشجاعة، والهمة العالية لا يرى الاعتذار عن خطاه منقصة له، ولا يقلل من شأنه ولا أخذاً لمكانته.

ولقد علمنا القرآن الكريم الشجاعة في الاعتذار عن الخطأ، ففي غزوة أحد حينما أصاب المسلمين ما أصابهم بسبب مخالفتهم أوامر النبي صلى الله عليه وسلم فقالوا: إن ذلك كله من عند الله ولكن الله تعالى قال لهم: « **أَوْلَمَّا أَصَابَتْكُمْ مُّصِيبَةٌ قَدْ أَصَبْتُمْ مِثْلَيْهَا قُلْتُمْ أَنَّىٰ هَذَا قُلْ هُوَ مِنْ عِنْدِ أَنْفُسِكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ** ». سورة آل عمران الآية: (165)

8- يصبر على المصائب ويتحمل الشدائد: وصف الله تعالى المؤمنين الصالحين في كتابه الكريم بأنهم يصبرون في البأساء والضراء وأنهم يواجهون المصائب بالصبر الجميل قال تعالى: « **الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُّصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ أُولَٰئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ** ». سورة البقرة الآية: (156-157)

9- يتواضع في غير ذل، ويلين في غير ضعف: حرم الله تعالى الكبر والإعجاب، فالعزة والكبرياء من صفاته تعالى وحده، وقد جعل الله تعالى الآخرة للمتواضعين حيث قال تعالى: « **تِلْكَ الدَّارُ الْآخِرَةُ نَجْعَلُهَا لِلَّذِينَ لَا يُرِيدُونَ عُلُوًّا فِي الْأَرْضِ وَلَا فَسَادًا وَالْعَاقِبَةُ لِلْمُتَّقِينَ** ». سورة القصص الآية: (83)

10- واثق في مظهره وفي تصرفاته: الثقة بالنفس يظهر أثرها على صاحبها في سلوكه ومظهره وفي شكله، بل وفي جميع تصرفاته فتجده نظيف الثياب حسن الهيئة، طيب الرائحة مصداقاً لقول الله عز وجل: « **إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ** ». سورة البقرة الآية: (222). ولقد قال النبي صلى الله عليه وسلم: {إن الله جميل يحب الجمال نظيف يحب النظافة} رواه مسلم. والإنسان الواصل من

نفسه تجده أيضاً تعلقو البسمة وجهه، فلا تراه إلا مبتسماً متفائلاً. وفي الحديث الشريف {تبسمك في وجه أخيك صدقة}، فالمعلوم أن تعبيرات الوجه تتكلم بصوت أعمق أثراً من صوت اللسان، فكأنني بالابتسامة أقول لك: إني أحبك، إني سعيد برؤيتك، تفضل مرحباً... والإنسان حينما يبتسم فإنه يستخدم ثلاث عشرة عضلة من عضلات وجهه، في حين أنه يستخدم أربعاً وسبعين عضلة عندما يعبس أو يتجهم.

والوائق من نفسه إذا قابل أحداً فإنه يبدأه بالسلام ويحيه بتحية أحسن من تحيته له، قال النبي-صلى الله عليه وسلم {ألق السلام على من عرفت ومن لم تعرف}، وقال {ألا أدلكم على شيء إذا فعلتموه تحاببتم أفشو السلام بينكم} وقال: {إذا لقي أحدكم أخاه فليسلم عليه، فإن حالت بينهما شجرة أو حائط ثم لقيه فليسلم عليه}.

وقد كان النبي صلى الله عليه وسلم إذا لقي رجلاً يكون: {أول من يبدأ بالسلام والمصافحة وهو آخر من ينزع يده} رواه أبو داود.. وقد حببنا في ذلك فقال فيما يرويه عنه حذيفة بن اليمان {إن المؤمن إذا لقي المؤمن فسلم عليه وأخذ بيده فصافحه تناثرت خطاياهم كما يتناثر ورق الشجر}، ومن الثقة أن تتأدى أخاك بأحب الأسماء إليه فهذا يغرس بينكما الثقة والألفة والمحبة والثقة بالنفس تظهر كذلك في الحديث، فالوائق من نفسه يرتب كلامه قبل أن يخرج من فمه، ولا يتكلم إلا بالحق. فالإنسان مخبوء تحت لسانه فإذا تكلم ظهر.

وتظهر الثقة كذلك في مشية الإنسان "فوائق الخطوة يمشى ملكاً"، وقد وصف الله في قرآنه مشية عباد الرحمن فقال: **« وَعِبَادُ الرَّحْمَنِ الَّذِينَ يَمْشُونَ عَلَى الْأَرْضِ هَوْنًا وَإِذَا خَاطَبَهُمُ الْجَاهِلُونَ قَالُوا سَلَامًا »**. سورة الفرقان الآية: (63)، قال السلف في تفسير هذه الآية: المشي بسكينه ووقار من غير تكبر ولا تماوت وهي مشية رسول الله صلى الله عليه وسلم" وفي وصف مشية الرسول صلى الله عليه وسلم أنه {كان أسرع الناس مشية وأحسنها وأسكنها}. كما أنه كان إذا مشى لا يلتفت وراءه، وهذا يدل على الشخصية المتكاملة.

ومن صفات الوائق أيضاً أنه ذكى لماح لبق في كل تصرفاته يحاول أن يروى للآخرين ما يلذ لهم، ولا يفشى أسرارهم أو يتحدث عنهم بما يثيرهم، ولا يسخر من أحد ويكتسب مهارة القول المناسب في الوقت المناسب، ولا يكن ثرثاراً، بل يستمع أكثر مما يتكلم. (بدرعبد الحميد هميسه)

## - خصائص الواثقين بأنفسهم:

يتميز الواثق بنفسه بالإيمان بمبادئه وأهدافه الواضحة، وبموافقة أعماله لأقواله، وبقدرته على ضبط نفسه، والتحكم بمشاعره السلبية، كما يتسم بالمبادرة، والقدرة على اتخاذ القرار دون تردد والشجاعة في طرح أفكاره حتى لو كانت خيالية، ومن صفاته تحمل المسؤولية عند قيادة المجموعة، والاهتمام بأفرادها، والإشادة بجهد الآخرين، وإقرار رأي الأغلبية، والعناية بالقيم والأخلاق.

## - أهمية الثقة بالنفس في حياتنا:

- تحقق لنا التوافق النفسي حيث يشعر الفرد بالارتياح، ويستطيع اتخاذ القرارات السليمة في حياته، الشعور بمتعة الحياة.
- استمرار اكتساب الخبرة.
- النجاح في العمل.
- حب الآخرين.
- مواجهة الصعاب و المشكلات.
- تجنب الوقوع في المهالك و المعاصي

## - كيف ينمي الفرد ثقته بنفسه:

بداية يجب أن يثق بقدراته الجسدية والعقلية، وبأنه يملك طاقة ومبادرة في المشاركة والعطاء وأن له القدرة على التواصل في الحياة اليومية في البيت والمدرسة وفي جماعة الرفاق، ومن الضروري أن لا يقارن الفرد قدراته بقدرات الآخرين، ويجب أن يعلم أن هناك اختلافات بين البشر وأن ما هو موجود لديه قد لا يكون عند غيره.

## - يجب أن تقول:

- أنا أقدر أن أقوم بذلك بالنسبة للأشياء المستحبة لي ولمجمعتي.
- أنا قادر على إنجاز ما هو مطلوب مني.
- أنا عضو في المجموعة إذا أنا عنصر فعال (المجموعة، البيت، الشارع، المدرسة...).
- التغلب على مشاعر الخجل والخوف لأن الخوف والخجل يؤثران على سلوك الفرد ويجعلانه مرتبك، ويؤثر على الأداء ويجعلانه يتشكك في قدراته، قد يكون الخوف والخجل مكتسب لكن الإنسان بإمكانه التغلب عليه بدلا من الاستسلام له.



## - يجب أن تقول:

- عليا أن أواجه المشاكل وأحلها بدلا من التهرب منها.
- يجب أن أواجه نقد الآخرين.
- يجب أن لا أستسلم لإغراءات الآخرين.
- يجب أن أعلم أن الفشل هو الخطوة الأولى للنجاح.
- يجب أن أفرق بين الواقع و المثالية.
- يجب أن أكتشف النقص الذي أعاني منه دون خجل.

## - كيف تعرف نقاط ضعفك؟

- يجب أن تصغي في بعض الأحيان إلى النقد الموجه لك خاصة من والديك، معلميك، الإمام في المسجد، الأكثر منك خبرة.
- استمع جيدا لما يقال عنك.
- أنت تستطيع أن تحكم بنفسك إن كان حديثهم عنك صائبا.
- من الأحسن أن لا تجادل ودافع عن نفسك دون إعطاء المبررات.
- تعلم أن تتقبل آراء الآخرين عن حقائق توجد فيك دون خوف أو خجل.
- فكر جيدا في آرائهم واعمل بها.

## - فوائد الثقة بالنفس:

- العزيمة الإصرار .
- الإنتاجية.
- السعادة و النجاح.
- تطوير الذات.
- القدرة على الأداء المتقن.
- القدرة على حل المشكلات .
- سرعة اتخاذ القرار.

## - نشاط: 10 دقائق:

- أذكروا أهم المواقف التي شعرتم فيها بالثقة بالنفس.

- أذكروا أهم المواقف التي شعرتم فيها بضعف الثقة بالنفس.
- عبروا عن ذلك بكل صراحة من أجل تقادي الأخطاء.

### - الهدف من النشاط:

- العمل على إيجاد جو من الانسجام والتوافق بين أفراد العينة وتنمية الثقة بالنفس من خلال ترك الفرصة لكل واحد منهم للتعبير عن رأيه.

### نشاط2: قصصي: عرض قصة أمام أفراد العينة لمراهق وصديقه.

القصة: دعاني صديق لي لأن أرافقه إلى حفلة لبعض أصدقائه الذين لا أعرفهم، وقال أنهم يجتمعون منذ مدة معاً للتسلية وسرد النكت وقضاء وقت ممتع. قال أننا لن نطيل الجلوس هناك ولن أتأخر في العودة إلى البيت كثيراً، سار بي الصديق إلى مكان خلف سور بعيد عن الأنظار، واستقبلنا شلة من الفتيان بالترحيب، جلسنا معهم وتحدثنا قليلاً عن الدراسة وهمها وعدم وجود ما يمكن أن نتسلى به، ثم أخرج أحدهم شيئاً من جيبه ووزع منه على الجميع، قال لي الصديق أن هذه المادة لطيفة إذا استنشقتها أهدنا نشعرنا بالمتعة، رفضت أن آخذ هذه المادة منه، وقلت له أنا أخشى أن تكون مؤذية مثل المخدرات فضحك عليا هو وأصداؤه. أحدهم قال أي جبان، وقال آخر: ما دمت لا تريد أن تفعل مثلنا فلا تجلس بيننا هنا وقال ثالث بسخرية، وكأنه يدافع عني: اتركوه وشأنه فهو لا يزال صغير السن ولم يكبر بعد: قال صديقي لي: أنت تخرجني أمام أصدقائي خذ وافعل ما أقول لك وإلا فلن أصادقك بعد اليوم، أردت أن أثبت لهم أنني لست جباناً وأني كبرت ولم أعد صغيراً، فأخذت المادة منه واستنشقتها مثلهم، لم أشعر بنفسي لبعض الوقت وبقيت لأكثر من ثلاثة أيام مشوش الذهن وغير قادر على التركيز. (الدليل التدريبي في الصحة النفسية، 2008: 204)

### - طرح النقاش:

- لماذا قبل الفتى تناول المادة مع علمه بخطرهما ؟
- ما هو وصفك لتفكير هذا الفتى ؟
- هل إثباتنا لذواتنا يكون بإيذاء أنفسنا ؟

### الهدف من النشاط:

معرفة أن الثقة بالنفس تجنب الفرد الوقوع في المشاكل وهي السبب في نجاح الفرد.

- تقديم مطوية خطوات تقوية الثقة بالنفس.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

### الواجب المنزلي:

- وجدت نفسك بين مع مجموعة من الأقران وكان لزاما عليك أن تميز بينهم لتختار بينهم ما هي الصفات التي ستعتمد عليها في اختيارك ؟

**الجلسة الرابعة: مقاومة ضغط الرفاق من أجل تجنب المخدرات.**

#### أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على معنى الصداقة والصديق الجيد.
- 2- التعرف على صفات الصديق الحقيقي.
- 3- التعرف على صفات رفاقاء السوء.
- 4- كيفية التعامل مع رفاقاء السوء وتجنبهم.

المدة التي تستغرقها الحصة: 90 دقيقة.

الغيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، التوضيح، الواجب المنزلي.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو.

#### محتوى الجلسة:

تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة وشكرهم على مداومة الحضور ثم الإعلان عن موضوع الجلسة والمتعلق بالصداقة ورفقاء السوء، وكذا مناقشة الواجب المنزلي وتقديم التعزيز والثناء لأفراد العينة.

يعيش الفرد في الوسط الاجتماعي الكبير المتكون من جماعات وأفراد يحدد كل واحد منهم ملمحا خاصا بشخصية الفرد عبر مراحل حياته، حيث يتلقى الإنسان في مرحلة الطفولة المبادئ

الأساسية والتربية من الأسرة ثم المدرسة وفي مرحلة المراهقة يتأثر بجماعة الرفاق وغالباً ما يسلك سلوكهم.

### - إجراء المناقشة حول الصداقة وضغط الرفاق:

- ما هي الصداقة ؟
- لماذا الصداقات ؟
- خصائص الصداقة ؟
- ما هي مواصفات الصديق ؟
- كيف تؤثر مجموعة الرفاق عليك ؟
- ما هي مواصفات رفيق السوء ؟
- هل قمت بممارسة أشياء تحت ضغط الرفاق سواء كانت مقبولة أو غير مقبولة ؟
- عرض فيلم كارتوني عن التدخين ورفقاء السوء.

### محاضرة:

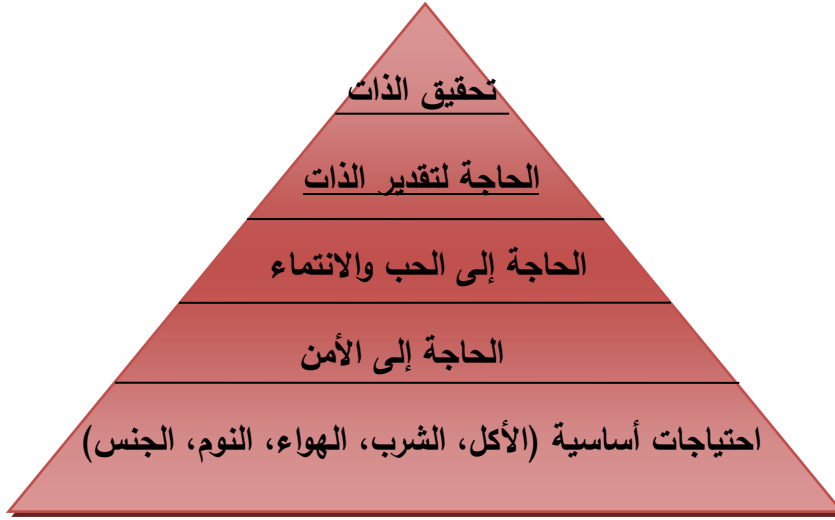
الصداقة هي عطف متبادل بين شخصين حيث يريد كل منهما الخير للآخر، مع العلم بتلك المشاعر المتبادلة فيما بينهما، والصديق هو من يعيش معك، والذي يتحد وإياك في عدة أشياء، والذي تسره مسراتك وتحزنه أحزانك، وبذلك تقوم الصداقة على المعاشرة والتشابه والمشاركة الوجدانية، والوقوف معك في السراء والضراء، وإبعادك عن المهلكات.

وهنا يعقد "أرسطو" مقارنة بين الصداقة والعدل، فهو يقول متى أحب الناس بعضهم البعض لم تعد هناك حاجة للعدل، غير أنهم مهما عدلوا فإنهم لا غنى لهم عن الصداقة، وأن أعدل ما وجد في الدنيا بلا جدال هو العدل الذي يستمد من العطف والمحبة. (أسامة سعد أبو السريع، 1993: 15)

ويقول الخطابي في شرح سنن أبي داود: وفي الحديث إرشاد إلى الرغبة في صحبة الصالحين والعلماء ومجالستهم فإنها تنفع في الدنيا والآخرة، وإلى اجتناب صحبة الأشرار والفساق فإنها تضر ديناً ودنياً.

## - لماذا الصداقة:

- الصداقة احتياج طبيعي داخل الإنسان.
- إن الإنسان تحركه مجموعة من الاحتياجات الأساسية، إحدى هذه الاحتياجات الصداقة من خلال تبادل المحبة بين الأصدقاء وبالتالي الشعور بالانتماء تعتبر هذه الأخيرة حاجة من الحاجات الضرورية في حياة الإنسان كما هو موضح في الشكل التالي:



### شكل يوضح هرم الحاجات عند الإنسان

- فالإنسان لا يستطيع العيش لوحده فهو لديه القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متعددة منها ما يسمى الصداقة الحميمة.

جدول يوضح تصنيف العلاقات الاجتماعية لأودين: (أسامة سعد أبو السريع، 1993)

عدم الاشتراك	الاشتراك	
<p><b>الأصدقاء الاجتماعيون</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- درجة ما بين الضئيلة إلى المرتفعة من الحب.</li> <li>- الاستمتاع بالنشاطات الاجتماعية معا.</li> <li>- ربما يتم تبادل المعلومات والأسرار الشخصية.</li> <li>- ربما تتم المشاركة أحيانا في المشكلات والنشاطات، وقد يتم تبادل المساعدة.</li> <li>- قد يساهمون في الأهداف والمشروعات المتبادلة في بعض الأحيان</li> </ul>	<p><b>الأصدقاء المقربون</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- درجة مرتفعة من الحب المتبادل.</li> <li>- إدراك الخصائص الشخصية المميزة لكل طرف</li> <li>- تبادل المعلومات والأسرار الشخصية.</li> <li>- المشاركة في المشكلات والنشاطات وتبادل المساعدة.</li> <li>- احتمال المساهمة في الأهداف والمشروعات المشتركة.</li> </ul>	<b>الصدقة</b>
<p><b>المعارف</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- لا يوجد (أو درجة ما بين الضئيلة إلى المرتفعة من التجاذب).</li> <li>- لا يوجد (أو درجة ما بين الضئيلة إلى المرتفعة من) المودة والخصوصية.</li> <li>- يتم التعارف عادة في سياق معين مثل المدرسة، أو التجاور السكني).</li> <li>- عدم الانتباه (أو درجة ما بين الضئيلة إلى المرتفعة) للخصائص الشخصية المنفردة.</li> <li>- عدم (أو درجة ما بين الضئيلة إلى المرتفعة من الاعتماد المتبادل فيما يتصل بالمشكلات والمشروعات).</li> </ul>	<p><b>المشاركون في النشاطات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- درجة ما بين الضئيلة إلى المرتفعة من الحب والتجاذب</li> <li>- المشاركة في النشاطات والمواد، مع تقديم المساعدة والمعلومات المتعلقة بالمهمة المشتركة.</li> <li>- إدراك الخصائص الشخصية المميزة المرتبطة بمهارات المهمة المطلوبة.</li> <li>- يتم تبادل المعلومات الشخصية (ولكن بتكرارات منخفضة)، وقد تكون أو لا تكون حميمة.</li> <li>- المساهمة في النشاطات والأهداف والمشروعات المتبادلة.</li> </ul>	<b>اللاصدقة</b>

**- خصائص الصداقة الجيدة:**

- المناقشة والحوار، فالأصدقاء يناقشون كل أمور حياتهم مما يعود عليهم بالفائدة.
- الاعتماد المتبادل ففي الصداقة يكون كل طرف قادرا على استثارة انشغالات قوية لدى الطرف الآخر وهذا ما يجعل الاعتماد المتبادل مصدرا لكثير من المشاعر الإيجابية السارة غالبا وغير السارة أحيانا.
- تحقيق المنفعة المتبادلة وتعتمد هذه الخاصة على التي قبلها.

- الديمومة والاستقرار وعمق الروابط التي تجمع الأصدقاء، لأنه هناك صداقات ولدت مع الطفولة والمراهقة واستمرت مدى الحياة. (عيسى الشماس، 2012)
- الائتمان على الأسرار، فالصديق يفضي بدخيلة نفسه ومشاعره إلى صديقه، ويتوقع منه المحافظة على هذه الأسرار.
- الفهم فالأصدقاء يعرفون دوافع سلوك أصدقائهم ويدركون ما هو هام بالنسبة لأصدقائهم ويتوقع الصديق سلوك صديقه.
- التفاني فالصديق يتصرف بشكل طبيعي ولا يحتاج أن يلعب دورا معيناً. (عدلي السمري وآخرون، 2010: 192)

**- نشاط:** - ذكر بعض الآيات والأحاديث والأمثلة والطلب من أفراد العينة شرحها ؟

قوله تعالى: « وَيَوْمَ يَعِضُ الظَّالِمُ عَلَى يَدَيْهِ يَقُولُ يَا لَيْتَنِي اتَّخَذْتُ مَعَ الرَّسُولِ سَبِيلًا \* يَا وَيْلَتَى لَيْتَنِي لَمْ أَتَّخِذْ فُلَانًا خَلِيلًا \* لَقَدْ أَضَلَّنِي عَنِ الذِّكْرِ بَعْدَ إِذْ جَاءَنِي وَكَانَ الشَّيْطَانُ لِلْإِنْسَانِ خَذُولًا ». سورة الفرقان الآية: (29)

- الوحدة خير من جليس السوء من الأفضل أن يجلس الإنسان وحده خير له من أن يجالس رفقاء قد يدفعونه للتدخين أو تعاطي بعض المواد المخدرة مثلاً.
- وقد قال صلى الله عليه وسلم: {الرجل على دين خليله فلينظر أحدكم من يخالل}. رواه أحمد وأبو داود والترمذي. فصحبة رفقاء السوء سم زعاف قاتل، وليس على الإنسان ذنب في ترك رفقة السوء بل يؤجر على ذلك إن شاء الله تعالى.
- عن أبي موسى الأشعري قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: {مثل الجليس الصالح والسوء، كحامل المسك ونافخ الكير}.  
حامل المسك: أمان تبتاع منه، أو تجد منه ريحا طيبا.  
نافخ الكير: إما يحرق ثيابك، أو تجد منه ريحا خبيثة.
- وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: {لا تصاحب إلا مؤمنا، ولا يأكل طعامك إلا تقي}.

**- الهدف من النشاط:** - التعرف على بعض صفات صديق السوء.

- عرض شريط فيديو للشيخ أحمد صبري يحذر الشباب من رفقاء السوء.

ويوجد في حياتنا من نسميهم أصدقاء يأخذون ولا يعطون، يتحدثون ولا يصغون، يُقعونك في المشاكل ويهربون، يغيرون حياتك نحو الأسوأ، ماذا نسمي هؤلاء ؟ نسميهم رفقاء السوء فحاول أن لا تقترب منهم ويجب أن يكون ردك حاسما في رفض رغباتهم التي تجلب لك المشاكل.

**رفيق السوء** هو الشخص الذي لا يريد الخير لصديقه، ولا يرشده إلى فعل الخيرات، وإنما يرشده إلى فعل المعاصي، أو هو الشخص الذي يدعي الصداقة لأغراض ليست لها علاقة بمعنى مفهوم الصداقة.

### - صفات رفقاء السوء:

- المصلحة التي تغلب على كل صفاته.
- يتم مصالحه على حساب صديقه.
- لا يهتمه الضرر الذي يتعرض له الصديق - الضرر المادي والمعنوي.
- يستخدم طرقا ناعمة لقضاء حاجاته.
- من صفاته أيضا صفة الخيانة وعدم الولاء للصديق.
- انعدام مبدأ الثقة فهو لا يثق في أي شخص.
- عدم الاحتفاظ بالأسرار.
- زرع أفكار وعادات سيئة مثل الإدمان على المخدرات والمواد الممنوعة والنشاطات المحظورة.

### - كيفية التعامل مع صديق السوء:

من الضروري أن يتعلم الفرد الطريقة الصحيحة التي يجب عليه أن يتعامل بها مع أصدقاء السوء، خاصة وأنهم كثيرون في الوقت الحالي، ولكي نتعرف على صديق السوء يجب أن أتبع ما يلي:

- إن أفضل وسيلة هي التمسك بما أمرنا به الله سبحانه من مكارم الأخلاق والإيمان وعدم ترك الصلاة والعبادات.
- يجب التعرف على رفيق السوء و تجنبه ليس بمخالطته بل بمراقبة سلوكياته.
- معظم رفقاء السوء لديهم سوابق اجتماعية وهذه الصفة تجعلنا نفرق بين الأقران الأخيار والأشرار.



- يجب أن تكون حازما في ردك على طلباتهم ولا تهتم لما يقولونه عنك \*أنت جبان، أنت خائف...\* هذه هي عباراتهم التي أوقعوا بها الكثير مثلك.

- إن الانخداع في أحد الأصدقاء لا يعني أن يفقد الشخص ثقته بنفسه، وإنما تكون عاملا لزيادة الثقة بالنفس، أو بمثابة المواقف التي يكتسب منها الإنسان خبراته الحياتية.

وبهذا فالصداقة تمدنا بتجربة اجتماعية نتعلم منها كيف نشارك غيرنا ونتعاون معهم، وكيف نتحمل المسؤولية في إقامة العلاقات مع الآخرين وكيف نتصرف بما تمليه علينا قيمنا الأخلاقية، وليس بدافع المصلحة الشخصية، كما تمدنا بالقدرة اللازمة على أن تكون أحكامنا وتوقعاتنا من أنفسنا ومن غيرنا ضمن الواقع والحدود المعقولة، دون جنوح في الخيال الواسع أو الاستهانة بهذه التوقعات والاستخفاف بها. (محمد عبد الرحيم عدس، 2000: 250)

- عرض أنشودة بعنوان - هم قتلوني - لشاب وقع في الإدمان جراء مخالطة بعض أصدقاء السوء، ثم النقاش حول محتواها.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

### واجب منزلي

- حدد أهم مواصفات الصديق الحقيقي ورفيق السوء ؟

مواصفات رفقاء السوء	مواصفات الصديق الجيد
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## الجلسة الخامسة: تنمية القدرة على حل المشكلات من أجل الابتعاد عن المخدرات:

### أهداف الجلسة:

- 1- توضيح كيفية حل المشكلات بشكل ناضج وواع.
- 2- التعرف على خطوات حل المشكلات بالطريقة الصحيحة من أجل تجنب الوقوع في مشكلات أخرى.
- 3- التعرف على المشكلة وكيفية حلها بطريقة علمية.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 90 دقيقة.

الغيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، التوضيح، الواجب المنزلي.

الوسائل المساعدة: أقلام، كراسات، جهاز كمبيوتر، برنامج power point.

### محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد العينة وشكرهم على مداومة الحضور، ثم تذكير أفراد العينة بما تم تناوله في الجلسة الماضية وترك المجال لهم لطرح استفساراتهم، وكذا مناقشة الواجب المنزلي وتوضيح بعض الأمور الغامضة بالنسبة لأفراد العينة، ثم طرح موضوع جلسة اليوم والمتمثل في كيفية حل المشكلات التي تواجه الفرد.

تعلمون أنه في مرحلة المراهقة تحدث تغيرات كثيرة على مستوى الجسم سواء لدى الذكور أو الإناث، وهذا ما نسميه نضجا، لكن النضج هنا لا يقتصر على الجانب الجسمي فقط بل يتعداه إلى الجوانب الأخرى والمهمة من حياة المراهق (النفسية والاجتماعية، والعقلية...)، فكثيرا ما تواجهكم مواقف تعيق مسيرة حياتكم وهذه المواقف المقلقة هي ما نسميه بالمشاكل وهي التي نسعى جاهدين من أجل حلها، وهذا ما يجعل المراهق مطالبا بتعلم بعض المهارات الحياتية من أجل تكلمة تلك الجوانب وتقادي الوقوع في الأخطاء وتجنب حل المشكلات التي يتعرض لها المراهق بمشكلات أخرى قد تمتاز بالخطورة على حياته ومجتمعه. (يوسف أبو حمدان، 2003: 235)

## - إجراء النقاش حول كيفية حل المشكلات التي تواجهنا:

يتم طرح الأسئلة التالية على أفراد العينة:

- ما هو تعريفك للمشكلات ؟
- متى تحدث ؟
- كيف يتم حلها ؟

## - محاضرة:

يعيش الأفراد ومن بينهم المراهق أنواعا من المشكلات المختلفة، وهذه هي طبيعة الحياة ويحدث هذا المشكلات غالبا عندما لا يستطيع هذا الفرد الاختيار بين شيئين أو عدة أشياء وعند عدم قدرته على الحصول على متطلباته، وفي أغلب الأحيان تحدث لوجود تعارض رغباته مع رغبات الآخرين، وبهذا فالمشكلات مرحلة يمر بها الفرد، حين لا يستطيع إرضاء دافعين معا، أو نوعين من الدوافع، ويكون كل منهما قائما لديه، أو تعارضه مع الآخرين وهذه الحالة يمكن أن تؤدي إلى القلق والاضطراب.

والمشكلات هذه عندما تحل بالطريقة السلمية تكسب الفرد مجموعة من الخبرات يستعين بها في حل مشكلات أخرى، وتتأثر هذه العملية بالمشاعر والقيم والاتجاهات التي يحملها كل فرد والتي تؤثر على نظرته إلى موضوع المشكلة التي تواجهه، أي أن كل فرد ينظر إلى المشكلة بطريقة خاصة به.

## - أساليب مواجهة المشكلات لدى الأفراد:

يواجه الأفراد مشكلاتهم بطرق مختلفة تختلف باختلاف الأشخاص فبعضهم يحل المشكلة بطريقة سلمية دون خسائر وبعضهم الآخر قد يريح نفسه ويخسر الآخرين وبعضهم الآخر يتخذ مواقف سلبية.

وهناك عدة أساليب شائعة لدى الناس في مواجهة المشكلات هي:

- 1 - أسلوب العدوان.
- 2- الانسحاب.
- 3- التعاون.

- أسلوب العدوان: هو أسلوب قد يجعل الفرد يكتسب قدرة الدفاع عن نفسه، لكنه أسلوب غير مقبول اجتماعياً حتى الدين الإسلامي يرفض هذا، ويجب أن نعلم أيضاً أنه قد يعود بالضرر على صاحبه، فالمواقف والأشخاص الذي يتعرض لهم الفرد يختلفون في كل مرة.

- أسلوب التجنب: يعبر عن سلبية صاحبه والانسحاب من كل مشكلة قد يقع فيها وتركها دون حل وأغلب أصحاب هذا النوع عند إحساسهم بالضعف يقعون في مشاكل أخرى مثل التدخين والإدمان كإشياء بديلة، وهذا الأسلوب لا يعتبر عملية مواجهة أو حل للمشكلة.

- أسلوب التعاون: حيث يشرك الفرد أطرافاً أخرى في حل مشكلته من أجل تفادي الخطأ وهذا الأسلوب يعود بالإيجاب على كل الأطراف. (الدليل التدريبي في صحة المراهق، 2008: 167)

### - نشاط: مدته 10 دقائق.

- انقسموا إلى ثلاث مجموعات:

المجموعة الأولى: تضع مشكلة وتحلها بالأسلوب الأول.

المجموعة الثانية: تضع مشكلة وتحلها بالأسلوب الثاني

المجموعة الثالثة: تضع مشكلة وتحلها بالأسلوب الثالث.

- الهدف من النشاط: إدراك أفراد العينة للطريقة الأفضل لحل المشكلات.

بعد ذلك نقوم بمناقشة الحلول وتحديد الأفضل لحل المشكلات.

- عرض power point على جهاز الكمبيوتر يوضح خطوات حل المشكلة.

### - الأسلوب العلمي لتحليل المشكلات:

- تعريف المشكلة: هي حالة من الاختلاف بين واقع حالي أو مستقبلي أو هدف نسعى إلى تحقيقه، وعادة ما يكون هناك عقبات بين الواقع، وبين ما يود الفرد الوصول إليه، كما أن العقبات قد تكون معلومة أو مجهولة.

- تعريف حل المشكلة: يقصد بها مجموعة العمليات التي يقوم بها الفرد مستخدماً المعلومات والمعارف التي سبق له تعلمها، والمهارات التي اكتسبها في التغلب على موقف بشكل جديد وغير مألوف له في السيطرة عليه، والوصول إلى حله.

إن أسلوب حل المشكلة هو أسلوب يضع الأفراد في موقف حقيقي يشغلون فيه أذهانهم بهدف الوصول إلى حالة اتزان معرفي، وتعتبر حالة الاتزان المعرفي حالة دافعية يسعى الفرد إلى تحقيقها وتتم هذه الحالة عند وصوله إلى حل أو إجابة أو اكتشاف للمشكلة.

## - خطوات حل المشكلات بأسلوب علمي:

**1- إدراك المشكلة:** ظهور أعراض مرضية يلفت النظر إلى وجود خلل يستوجب التحليل وسرعة الدراسة، أي أن آلية تحليل وحل المشكلات تبدأ بناء على ظهور مظاهر خلل يستوجب الانتباه إليها.

فالمشكلة هو وجود انحراف عما هو مخطط له، ومثلما تدرك الأم بوجود مشكلة لطفلها عند ظهور أعراض مرضية له مثل ارتفاع درجة الحرارة، كذلك يدرك الفرد أن بواذر مشكلة معينة ستلوح في الأفق فتبدأ بتحليلها والتعامل معها.

**2- التعرف على المشكلة وإدراك وجودها:** يجب أولاً التعرف على هوية المشكلة، أي سبب الأعراض، والأسلوب العلمي لذلك هو تشخيص المشكلة بتتبع أسبابها و ظروف حدوثها و معدل تكرارها وصولاً إلى الأسباب الحقيقية التي أدت لظهور عوارض المشكلة. ومن هذا المنطلق يمكن تحديد المشكلة الحقيقية تحديداً دقيقاً.

على سبيل المثال فمشكلة تكرر تغيب تلميذ عن المدرسة أو الجامعة تعالج بشكل أفضل عند معرفة الأسباب التي تجعله لا يحب المدرسة، ومشكلة تبديد الطفل لمصروفه لا تحل بمضاعفة المصروف ولكن بدراسة أسباب هذا الإنفاق، ويجب في هذه المرحلة تحديد إطار زمني لحل المشكلة والبدء في تنفيذ الحلول.

**3- خفض الإثارة:** عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف وفكر قبل أن تتصرف) فضبط النفس يكسر الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة.

(حامد أحمد الغامدي، 2011: 10)

**4- جمع المعلومات الضرورية:** في هذه المرحلة يتم جمع كل البيانات والمعلومات التي قد تساهم في تفهم جوانب المشكلة وإبعادها وفي نفس الوقت تساهم في حلها ولا تقتصر عملية جمع

البيانات والمعلومات على مرحلة من المراحل بل تتم في جميع مراحل تحليل وحل المشكلات من خلال طرح الأسئلة التالية:

- أي ما هي العناصر الأساسية التي تتكون منها المشكلة ؟
- أين تحدث المشكلة ؟
- متى تحدث المشكلة ؟
- كيف تحدث المشكلة ؟
- لماذا تحدث المشكلة بهذه الكيفية وفي هذا التوقيت ؟
- لمن تحدث هذه المشكلة ؟
- لماذا تحدث المشكلة لهذا الشخص بالذات ؟

5- **تحليل المعلومات:** يتم في هذه المرحلة تكامل المعلومات التي تم جمعها في الخطوة السابقة وذلك لوضعها في إطار متكامل يوضح الموقف بصورة شاملة، وتحليل المشكلة يتطلب الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما هي العناصر التي يمكن والتي لا يمكن التحكم فيها لحل المشكلة ؟
- من يمكنه المساعدة في حل تلك المشكلة ؟
- ما هي آراء و اقتراحات الزملاء أو المرؤوسين لحل تلك المشكلة ؟
- ما هي آراء واقتراحات الرؤساء لحل تلك المشكلة ؟
- ما مدى تأثير وتداعيات تلك المشكلة ؟

6- **وضع البدائل الممكنة:** تعرف هذه المرحلة بأنها المخزون الابتكاري لعملية حل المشكلات، حيث أنها تختص بإفراز أكبر عدد للأفكار مما يؤدي إلى تعظيم احتمالات الوصول إلى الحل الأمثل.

- حصر جميع البدائل التي نري أنها يمكن أن تحقق الهدف.
- الابتكار و الإبداع في طرح البدائل.
- تحليل مبدئي لإمكانية التنفيذ.
- استبعاد البدائل التي يتم التأكد من عدم قابليتها للتنفيذ.
- التوصل إلي البدائل القابلة للتنفيذ.

7- **تقييم البدائل:** تهدف هذه المرحلة إلى اختيار البديل الأمثل.

- مراجعة الهدف من حل المشكلة.
- وضع معايير للتقييم.
- وضع أولويات و أوزان نسبية للمعايير.
- دراسة كل بديل وفقا للمعايير الموضوعية.
- التوصل إلى البديل الذي يحقق أفضل النتائج \*البديل الأنسب\* .

8- **تطبيق البديل الأنسب:** الطريق الوحيد لمعرفة درجة فعالية البديل والمحك الوحيد له هو وضعه موضع التنفيذ الفعلي، ويشمل التطبيق كل التعديلات الضرورية من إعادة التخطيط والتنظيم وكذلك كل الإجراءات والمتغيرات التنفيذية.

وللتطبيق الفعال يجب وضع خطة تنفيذية تفصيلية لتنفيذ تفاصيل العمل بفاعلية. والخطة التنفيذية يجب أن تشمل ما يلي:

- تحديد مراحل التنفيذ والخطوات في كل مرحلة بالتوالي.
- تحديد من سيقوم بتنفيذ كل خطوة من الخطوات.
- تحديد من سيراقب التنفيذ.

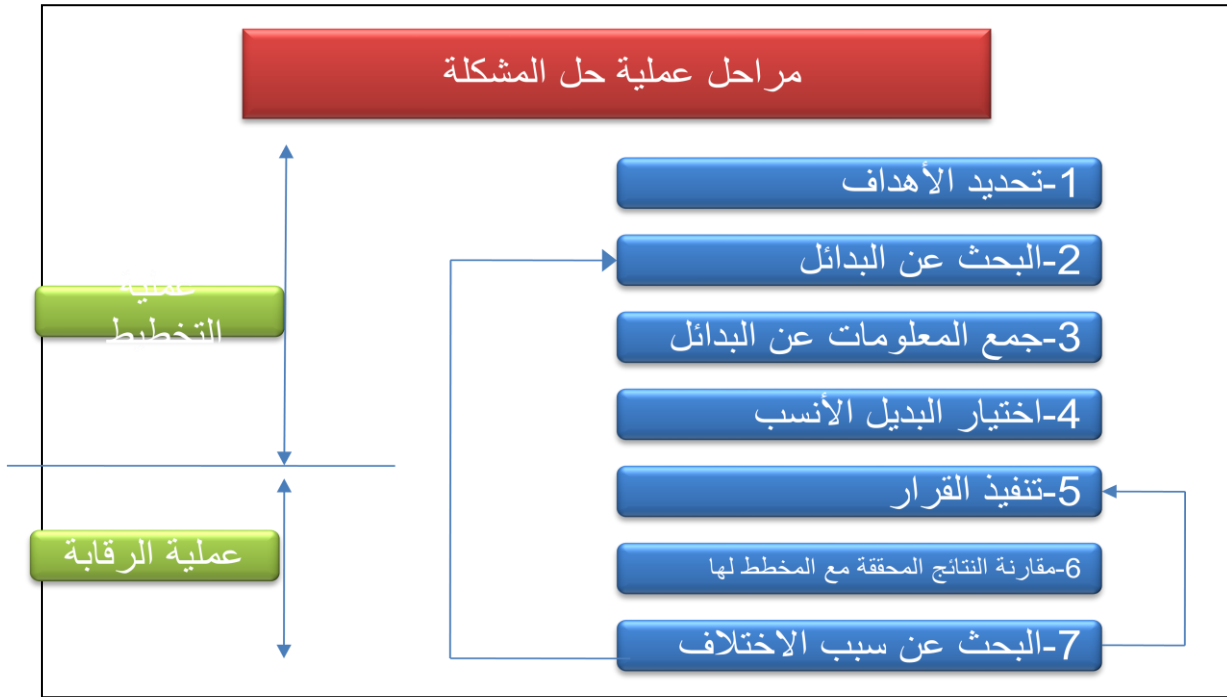
9- **تقييم النتائج:** تعتمد مرحلة التنفيذ على المعلومات المرتدة عن التنفيذ في الجوانب التالية:

- هل أنتج البديل أو المخرجات المطلوبة في الأوقات المتوقعة وبالكيفية المطلوبة ؟

وتمتد عملية التقييم لتشمل الجوانب التالية:

- درجة تحقيق الأهداف.
- التقييم الذاتي للأداء.
- التداعيات الغير متوقعة لتنفيذ البدائل .

بعد تجميع هذه العوامل للوصول إلى رؤية شاملة لتقييم البديل وفي حالة وجود تقييم سلبي يتم الرجوع إلى الخطوة الأولى.



**- نشاط:** تقسيم أفراد العينة إلى ثلاث مجموعات.

عرفت أن صديقك الحميم يخالط مجموعة رفاق سيئة من عاداتهم التدخين وتعاطي بعض المواد المخدرة هذا ما جعله يتهرب من المدرسة ويهمل دروسه بعدما كان تلميذا متقوفا.

- ماذا ستفعل لصديقك ؟

• حدد مشكلة صديقك:.....

• جمع المعلومات:.....

• حدد الحلول الممكنة التي سوف تتخذها حتى ولو كانت صعبة.

1-.....-3 .....-5

2-.....-4 .....-6

• اختر ثلاث حلول من بين الحلول التي حددتها حيث ترى أنها المناسبة في حل مشكلة صديقك

1-.....

2-.....

3-.....

• تقييم البدائل:.....

.....



- حدد إجابيات كل حل من هذه الحلول سوف تجد الحل.

.....  
.....

**المناقشة:** تقييم طريقة حل المشكلة لكل مجموعة.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

### الواجب المنزلي:

- ضع مشكلة معينة تتعلق بالدراسة أو بالمرحلة التي تعيشها وحاول أن تحلها حسب الخطوات العلمية التي تعلمتها؟

**الجلسة السادسة:** التدريب على الاسترخاء العضلي للتخلص من التوتر الذي قد يواجهنا

### أهداف الجلسة:

- 1- أن يعرف أفراد العينة أن الحياة لا تخلو من الضغوط .
- 2- التعرف على ما يصيب الفرد عند الغضب من أمراض ومشكلات.
- 3- ضرورة ضبط الذات في بعض المواقف والتخلي بالصبر والتسامح .
- 4- التدريب على الاسترخاء وفائدته.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 90 دقيقة.

الغيات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية و الحوار، التعزيز، الواجب المنزلي.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر.

### محتوى الجلسة:

تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة، وشكرهم على الحرص على مداومة حضور الحصة، وكذا الحرص على ضرورة المداومة حتى انتهاء البرنامج، وكذا مناقشة الواجب المنزلي مع تقديم التعزيز والثناء لجميع الأعضاء، وإظهار الارتياح من قبل الطالبة الباحثة لتجاوبهم.

## محاضرة:

نحن نعيش في تفاعل دائم مع أنفسنا ومع غيرنا، من خلال المواقف التي نتعرض لها يوميا فبعض هذه المواقف يجلب لنا الفرح والسرور وبعضها الآخر يجلب لنا الحزن والأسى، إن المواقف الضاغطة التي نعيشها يوميا تجعلنا نشعر بالغضب في أحيان كثيرة وهنا تحدث لنا تغيرات فسيولوجية ظاهرة وباطنه، مثل احمرار الوجه - التعرق - الرعشة - اصفرار الوجه - حمقة العينين - وقد تكون استجاباتنا داخلية لا يمكن ملاحظتها مثل ارتفاع ضغط الدم - التوتر - زيادة دقات القلب.....الخ.

ومثل هذه الاستجابات الفسيولوجية مع تكرار حدوثها قد ينجم عنها بعض الأمراض الخطيرة والمزمنة مثل: أمراض القلب - زيادة السكر في الدم - ارتفاع ضغط الدم - قرحة المعدة... ( خالد محمد عسل، 2008: 132)، وفي كثير من الأحيان وأثناء الغضب تتشكل لدى الفرد بعض الاعتقادات الخاطئة وبالتالي اللجوء إلي طرق خاطئة من أجل التكيف مع هذه المواقف مثل: تناول بعض الأدوية والاعتماد عليها وبالتالي إدمانها، وهذه الأساليب وغيرها في الحقيقة لا تحل مشاكلنا بل تزيدها تأزما مما كانت عليه.

وهنا أكدت الطالبة الباحثة على ضرورة وأهمية ضبط ذواتنا، وخاصة في المواقف المسببة للقلق والتوتر وضرورة التحلي بالصبر والله سبحانه وتعالى أمرنا بالتحلي بالصبر والعفو في كثير من آياته، حيث قال تعالى: « **وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ** ». سورة آل عمران الآية: (134) ويقول تعالى أيضا « **وَالَّذِينَ يَجْتَنِبُونَ كَبَائِرَ الْإِثْمِ وَالْفَوَاحِشَ وَإِذَا مَا غَضِبُوا هُمْ يَغْفِرُونَ** ». سورة الشورى الآية: (37). والرسول عليه الصلاة والسلام أمرنا بأن لا نغضب لدرأيته بمخاطر الغضب، إن الغضب والقلق والتوتر قد يجعلنا نقع في مشاكل خطيرة تلازمنا طوال حياتنا لذا يجب علينا أن نسامح دائما من أذانا ولا نرد بالإساءة لأن الإساءة للغير تجعلنا نتعلم أشياء تتنافى والأخلاق التي تربينا عليها وهذا هو قمة الأخلاق والنبيل، ولا داعي في بعض الأحيان أن نسمع لمن ينعتنا بالضعف والجبن لأن الجبان والضعيف هو الذي يذهب إلي المشاكل برجليه نتيجة عدم قدرته على مواجهة العوائق التي تواجهه.

وهنا قامت الطالبة الباحثة بالتكلم عن ضرورة التدريب على الاسترخاء الجسدي والعضلي عند حدوث مواقف الغضب الذي يحدث توترات لغالبية أجزاء الجسم، لأن الاسترخاء من الوسائل العلاجية السلوكية الفعالة في التخلص من القلق والتوتر عن طريق تدريبات تفيد الأفراد المعرضين لضغوطات، حيث يتم التحكم في التوتر العضلي واستبداله بحالة من الاسترخاء يتبعها تحسن في الحالة النفسية والاستجابات الانفعالية والأداء الاجتماعي، وفي كثير من الأحيان لتغيير الاعتقادات الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الانفعالات وبالتالي يمكننا أن ندرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية، وبهذا نستطيع أن ندرك حقيقة قلقنا.

ووضحت الطالبة الباحثة لأفراد المجموعة أن الاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصا ما يرقد على أريكته لساعات معدودة لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. (عبد الستار إبراهيم، 1990: 10)

### **خطوات التدريب على الاسترخاء العضلي:**

- استلق في مكان مريح عند بداية التدريب.. التأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات، ومكان الاستلقاء يجب أن يكون مريح أي لا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.
- ليس من الضروري أن تكون راقداً أو نائما بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح.
- ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات التالية.

**1- استرخاء الكفين:** أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة لمدة (10) ثوان، ولاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشد، افتح راحة يدك اليسرى أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة التي تجلس عليها، لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل.

كرر هذا التمرين عدة مرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى، ثم كرر ما فعلته على يدك اليمنى وستلاحظ الفرق.

2- **استرخاء الذراعين:** اثني راحتي اليدين إلى الخلف وركز على التوتر في المعصم وظهر اليد وضعهما في حالة استرخاء وركز على الفرق بين الحالتين، كرر ذلك حتى يتضح الفرق بين التوتر والاسترخاء، ارفع المرفقين إلى أعلى كما لو كنا سنلمس الكتفين وركز على التوتر، استرخي ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء، وكرر ذلك عدة مرات حتى يتضح الفرق بين التوتر والاسترخاء.

3- **استرخاء الكتفين:** ارفع الكتفين كما لو كنا نحاول أن نلمس بهما الأذنين وركز على التوتر ثم استرخي ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء وكرر ذلك عدة مرات.

4- **استرخاء الرأس:** أغمض العينين وشد عضلات الوجه وركز على الشد والتوتر، استرخ وركز على الفرق بين الحالتين، أغلق العينين بإحكام وركز على التوتر ثم استرخ ولاحظ الفرق، أطبق الفكين والشففتين بإحكام ثم استرخي ولاحظ الفرق.

5- **استرخاء الرقبة:** اضغط بالرأس إلى الخلف بأقصى ما تستطيع ثم استرخي ولاحظ الفرق بين الحالتين، اضغط بالرأس إلى الأمام كما لو كنت تدفع بالذقن إلى الصدر، ثم استرخ ولاحظ الفرق بين الحالتين.

6- **استرخاء الظهر:** قوس ظهرك كما لو كنت ستلصق صدرك بالبطن وركز على التوتر والشد الناتج ثم استرخ ولاحظ الفرق بين الحالتين.

7- **استرخاء الصدر:** اسحب نفساً عميقاً وطويلاً واحبس الهواء في الصدر لأطول فترة ممكنة وركز على التوتر ثم استرخ وتنفس بطريقة عادية وركز على الفرق بين التوتر ومشاعر الاسترخاء.

8- **استرخاء البطن:** قلص عضلات البطن واسحبها إلى الداخل حتى تشعر بالتوتر وركز على تلك المشاعر ثم استرخ ولاحظ الفرق بين الحالتين وكرر لعدة مرات.

9- **استرخاء الساقين:** افرد الساقين وأبعدهما قدر المستطاع حتى تشعر بالتوتر وركز عليه ثم استرخ وركز على الفرق بين الحالتين وكرر ذلك حتى يتضح الفرق، اثني القدمين إلى الأمام حتى تشعر بالتوتر الشديد في بطن القدمين، ثم استرخ ولاحظ الفرق بين الحالتين وكرر ذلك عدة مرات.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

## الواجب المنزلي:

- تذكر بعض المواقف التي سببت لك الغضب والتوتر وعند حدوث استجابة الغضب قم بالتدريب على خطوات الاسترخاء التي تدربت عليها وعند الانتهاء سجل كل ما شعرت به ؟

### الجلسة السابعة: خطورة الإدمان على المخدرات.

#### أهداف الجلسة:

- 1- التوضيح بأن الإدمان على المخدرات مشكلة تتفاقم يوم بعد يوم.
- 2 - المقصود بتعاطي المخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان.
- 3 - التعرف على مراحل الإدمان.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، التوضيح، إعادة التصور، الواجب المنزلي.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، المطوية.

#### محتوى الجلسة:

تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد عينة الدراسة وكذا التنكير بما ورد في الجلسة السابقة، ثم تناقش الواجب المنزلي وتقوم بتقديم التعزيز لأفراد عينة الدراسة وشكرهم على الحضور والمشاركة وبعدها تعلن لهم عن موضوع جلسة اليوم.

#### - إجراء المناقشة: يتم طرح الأسئلة التالية:

- ما معنى الإدمان ؟
- كيف يدمن الإنسان ؟
- من هو المدمن ؟
- كيف يتحكم المخدر في الإنسان ليصبح مدمنًا ؟

## محاضرة:

المخدرات هي شر وبلاء للإنسان يقول عنها البعض بأنها وباء أعظم، أو الداء أشد فتكاً، وسماها بعض العلماء المهتمين بهذا الموضوع طاعون العصر لأنها سبب في العديد من المشاكل، حيث حصدت أرواحاً كثيرة، وشردت أسراً عديدة، وأنهكت اقتصاد عدة دول.

نعم الإدمان على المخدرات مشكلة من أكبر المشاكل التي تعانيها البشرية، ولأنه ظاهرة تنتشر بأسرع وأخطر من تاريخها السابق، لأن الكيمياء المستعملة تتنوع وتتطور بشكل سريع ومهدد، بحيث يكاد يختفي الحد الفاصل بين الاستعمال الآمن والاستعمال المدمر، إن هذا الداء العضال يفتك بأفراد مجتمعنا فيجعلهم جثثاً هامدة وعقولاً خاوية وقلوباً ميتة في الوقت الذي نحن في أحوج إلى رجال يلبون نداء الدين ويحكمون بالحق والعدل، والسير بعجلة التنمية في كل المجالات.

تفاقت مؤخراً مشكلة الإدمان حيث مست جميع أفراد المجتمع كبيراً وصغيراً بسبب عدم إدراكهم بمخاطرها، ومشكلة المخدرات التي باتت ظاهرة اجتماعية خطيرة بغض النظر عن أبعادها المتعددة وأسبابها الكثيرة تتزايد على مستويين مستوى التجريب والصدفة حيث أن معظم مدمني المخدرات كانوا ضحايا تجريب المخدرات خاصة صغار السن منهم الذين ينظرون إلى المخدرات بأنها مجرد عادة مؤقتة متناسين حكم الإسلام وأخلاق المجتمع الذي يعيشون فيه بالإضافة إلى خطر الإدمان عليها، هذه الأفكار الخاطئة والمظلمة هي سبب موت الكثير من الأفراد وبترا أعضاء الكثير منهم وسبب تشرد العائلات وضياع المستقبل والإصابة بالأمراض الخبيثة والمعدية والأمراض العقلية.

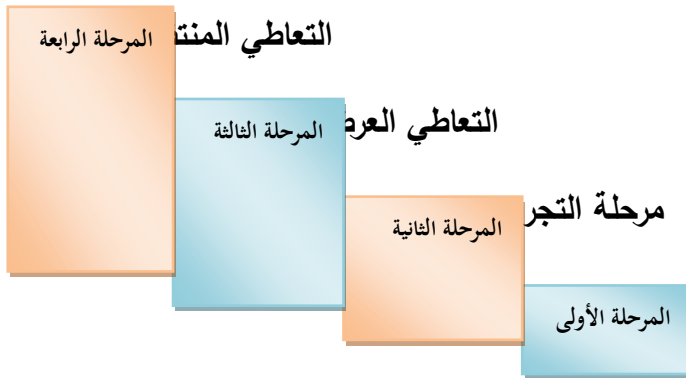
إن تجريب المخدرات بداعي الفضول أو حب الاستطلاع يجز الفرد دون وعي منه إلى أن يجد نفسه مدمناً يسخر حياته للبحث عن المخدر أو مدمناً باع نفسه وعائلته ومستقبله وكل من يحبه من أجل حبة أو حقنة ملوثة... مغشوشة... تحمل الفناء والنهاية القاسية التي لا ينفع بعدها الندم... فلو نظرنا بعين العقل سنجد فرقا كبيراً بين من يبحث عن الموت بيده وبين طالب علم ناجح... وبين مدمن أنهكت المخدرات جسده وبين طبيب ينقذ حياة الآلاف من الناس.... وبين مدمن مشرد مرمي في القمامة وبين معلم يخرج أجيالاً صالحة... وبين مدمن كان سبب في إدمان أو قتل أو سرقة الآخرين.... وبين إماما يهدي الناس إلى الطريق الصحيح والفوز في الدنيا والآخرة.... إن هذا هو المستوى الثاني والخطير من المشكلة، مشكلة الإدمان على المخدرات.

الإدمان على المخدرات المستوى المحدد للإدمان الحقيقي الذي يكون ناتج عن التجريب وما يمكن أن يترتب عنه من مضاعفات تصل إلى حد الموت.

حيث يقصد بالمخدر أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا والنفسية وقد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التنشيط وقد يكون في اتجاه التخميم وقد يحدث بعض الهلاوس وبهذا فالتعاطي المتكرر للمخدر (الأدوية المؤثرة في الأعصاب) يكشف عن عجز أو رفض الانقطاع أو تعديل تعاطيه مما يؤدي إلى الاعتماد وهو حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل بين الكائن الحي والمادة المخدرة وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى مخدر معين على أساس مستمر أو دوري (أي من حين إلى آخر) حتى يمر بخبرة تأثير المخدر وأحيانا حتى يتجنب الشعور بعدم الراحة بغياب المخدر.

والوصول إلى درجة الإدمان يمر بمراحل هي:

## الإدمان



## شكل يوضح مراحل الإدمان

**1- التعاطي التجريبي:** تعتبر المرحلة هذه المركزية لفهم الإدمان، حيث يعتقد كثير من الشباب أن تجريب المخدرات هو عمل مأمون، لكن في الحقيقة هذه المرحلة تعتبر الخطوة الأولى.

**2- التعاطي المتقطع:** تعاطي المخدرات في كل مناسبة وبشير التعاطي المنقطع إلى مرحلة متقدمة من التعاطي التجريبي.

**3- التعاطي المنتظم:** وهو التعاطي المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة ويعتبر التعاطي مرحلة متقدمة عن سابقتها في التعلق بالمخدر.

**4- مرحلة الإدمان:** وفي هذه المرحلة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيساً من حياة المتعاطي، و تقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن المخدر بمقاومة قوية.

### - ما هو إدمان المخدرات ؟

**- إدمان المخدرات:** هو قيام الفرد بإدخال عقار أو مجموعة عقاقير إلى جسمه سواء عن طريق الفم أو الحقن أو الاستنشاق حيث تؤثر في الجسم وقد يكون هذا التعاطي سلوكاً عرضياً والتعاطي العرضي هنا وفي أغلب الحالات يكون بداية رحلة الإدمان، وإدمان المخدرات المتكرر في هذه الحالة يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي وعن عجز أو رفض الفرد المدمن الانقطاع لأن المخدر أصبح يتحكم فيه بحيث لا يستطيع تعديل تعاطيه وتظهر عليه **أعراض الانسحاب** (مجموعة أعراض تختلف في شدتها تحدث أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي المخدر أو تخفيف جرعته وتظهر هذه الأعراض على شكل اضطراب فسيولوجي مثل الرجفة والتعرق ... إذا ما انقطع التعاطي).

وفكرة أن التعاطي مجرد عادة ككل العادات هي فكرة ترويجية تهدف إلى الوقوع في فخ المخدرات والإدمان عليها وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة المخدر إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر ويصبح هم المدمن الوحيد توفير جرعة المخدر وزيادتها من أجل الحصول على المتعة التي شعر بها في المرة الأولى وهذا ما يعرف **بالتحمل** (هو تغير عضوي فسيولوجي يتجه نحو زيادة جرعة الإدمان بهذا للحصول على نفس الأثر الذي تم تحصيله من قبل بجرعة أقل) وبعد ذلك تظهر حالات **التسمم** (حالة تعقب تعاطي إحدى المواد المخدرة وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور والتعرف والإدراك والوجدان أو السلوك بوجه عام، وتشتمل في بعض الأحيان استجابات نفسية وجسدية، وترتبط هذه الاضطرابات بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمواد المخدرة المتعاطاة وقد تظهر عدة مضاعفات أخرى تنتج عن التسمم تتوقف على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي).

قد تتساءلون عن من هو المدمن؟ هو من اعتمد عن مؤثر كيميائي (طبيعي أو صناعي) حتى أصبحت خلاياه لا تستطيع الاستغناء عنه.

**المدمن** هو شخص اعتاد على مخدر معين مثل الهيروين ولم يستطع أن يتوقف عن تعاطيه رغم كل محاولاته اليائسة لأن هناك دوافع نفسية وجسمية أقوى منه جعلته تابعا لهذا المخدر حيث يصبح كل همه وتفكيره في طريقة الحصول عليه وتتبخر فكرة وهم السعادة إلى وهم التعاسة فينفق



وقته وماله وتفكيره كله في البحث عن المخدر وكيفية الحصول عليه، ويصح أيضا أن نقول أن المدمن هو من تعود على تناول مادة ما لها أثر قوي على الجهاز العصبي ويعجز عن توقف تناولها ثم يترتب عن ذلك تغير في حالته مما يؤدي إلى إعاقته عن ممارسة واجبات الحياة العادية كما يترتب عليه إفساد العلاقات الاجتماعية إضافة إلى مضاعفات تؤثر على الصحة الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية ...

- لو قمنا بسؤال عدة أفراد أدمنوا.

\* لماذا توقفوا عن تعاطي المخدرات ؟

\* والذين لم يتوقف لماذا لم يستطيعوا التوقف عن تعاطي المخدرات؟

قد يقول لك البعض لقد خرجنا من هذه المشكلة بسلام رغم أننا جربنا مرة ومرتين لكن لم نتعود على المخدر، وهذا ليس ضمانا لأي احد أن ينجو من سيطرة المخدرات أيضا فالأشخاص ليسوا كبعضهم البعض في بنياتهم الجسمية والنفسية وحياتهم الاجتماعية فهناك الكثير من تحكم بهم المخدر من المرة الأولى، فلو كانت المخدرات تحدث الراحة كما يقول البعض لماذا توقف الكثير عن تعاطيها؟ لماذا قتلت آلاف الناس... ولماذا... شردت معظمهم ؟

سيقول لك بعض المدمنين أنه كان مريحا لكنه لم يستمر معك في رحلة التعاطي القاسية المريرة وقد يقول لك بعض اللذين عانوا من المخدر هل جربت كل شيء في الحياة ولم يبقى أمامك إلا هذا الوباء المميت.

- تقديم مطوية من هو المدمن وما هي أسباب إدمانه.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

**واجب منزلي**

- متى نستطيع أن نصف متعاطي المخدرات بأنه مدمن عليها ؟ وواصل التدريب على الاسترخاء.

## الجلسة الثامنة: إيمان الفرد على المخدرات (كيفية الوقوع في الإدمان).

### أهداف الجلسة

- 1- كيف يقع الإنسان في فخ الإدمان على المخدرات.
- 2- مناقشة أفراد العينة في أهم الدلائل على إدمان الفرد للمخدرات.
- 3- التدريب على الاسترخاء.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز، التوضيح، إعادة التصور، الواجب المنزلي.

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، مطوية.

### محتوى الجلسة:

تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأعضاء مجموعة البحث ومن ثم تقوم بمناقشتهم حول الواجب المنزلي مع تصويب بعض الأخطاء وتقديم التعزيز لهم، وكذا الإجابة على أي استفسار يدور في أذهانهم.

### - إجراء مناقشة حول:

كيف يقع الإنسان في فخ الإدمان على المخدرات؟

### محاضرة:

ليس من الضروري أن يكون من أدمن على المخدرات سبب إدمانه بعض الصفات الوراثية التي جعلته مدمناً أو عاش بعض الاضطرابات النفسية أو الاجتماعية، إن سبب الوقوع في الإدمان هو الذكرى التي يحتفظ بها المخ أو الانطباع الذي ينتج عن تجربة نشاط من النشاطات أو مادة من المواد التي هيئت لمن تعاطاها شيئاً من الراحة الغير عادية كما سماها الكثير من ممن أدمنوا، والناس في معظم الأحيان عندما يقعون في المشاكل التي لا يتقبلونها أو التي يجدون صعوبة في حلها نلاحظ أنهم يلجئون إلى الحلول المحرمة أو غير المشروعة لحلها وفي اعتقادهم أن الإدمان على المخدرات

هو الحل، بل هو بداية الفناء وهذا ما يدركه المدمن بعد فوات الأوان، وفي أغلب الأحيان أيضا يتعهدون بعدم لجوئهم لهذه الطرق في حل مشاكلهم وفي هذا الشأن يقول تعالى: « **وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ** ». سورة الأعراف الآية: (157)، ولكن بعض الناس وليس كلهم يجدون أنفسهم مضطرين، دون وعي منهم إلى السعي من جديد إلى تلك المادة أو النشاط الذي كان سببا في حل مشاكلهم كما يعتقدون.

والإدمان على المخدر يمكن تشبيهه من نواحي كثيرة بتطوير ونمو علاقة من العلاقات فالاستمرار في العلاقة وانتقالها من مرحلة إلى مرحلة يزيد من تقوية الروابط ويقوي من تأثيرها علي الفرد وهذه هي علاقة الفرد بالمخدر حيث تترك تجربة الفرد الأولى للمخدر أو أي نشاط انطبعا يمتاز باللذة (هذا إن كان المخدر يخلق هذا الانطباع)، فكلما أصاب الفرد التوتر والقلق سعى إلى تلك التجربة الممتعة التي انطبعت في ذاكرته، طلبا للحصول على الارتياح (كل ما يتمناه المدمن من هذه التجارب هو أثار إيجابية التي يعتقد أنها تدوم) حتى يصل الفرد إلى مرحلة زيادة وزيادة الجرعة المخدرة، بمعنى أن ذلك المخدر لم يعد قادرا على إعطائه الإحساس الذي يريده، حتى يصل إلى مرحلة التورط أكثر فأكثر ويحاول المدمن استعادة ما عاشه من لذة في المرحلة الأولى عن طريق زيادة تورطه في تعاطي المخدر متناسيا كل الدلائل التي توضح الآثار السلبية لذلك المخدر أو النشاط إلى أن تزيد سيطرة المخدر على المدمن رغم نضاله من أجل إنهاء الإدمان ووقفه عن طريق قوة الإرادة وحدها وهذا لا يكفي. (ارنولد واشنطون، دونا باوندي، 2003 : 57)

### - أهم الدلائل على إدمان الفرد:

- **الاستحواذ الفكري:** السلوك الإدماني عادة ما يكون قهريا فالإنسان عندما يدمن شيئا من الأشياء أو شخصا من الأشخاص لا يستطيع أن يمتنع عن التفكير فيه، ولا يمكن أن يتوقف عن التخطيط من أجل الحصول على ذلك الشيء أو لقاء ذلك الشخص والمدمن عندما يوشك على القيام بالنشاط موضوع إدمانه يعتريه إحساس بالقلق والانفعال لا ينتهي إلا بعد أن يصل إلى ما يود أن يصل إليه وإذا خير بين حياة المدمن وبين تعاطي ما يريد فإن ذلك يصيبه بالإحباط و يسيطر عليه الرعب والفرع. لأن الاستحواذ الفكري لدى المدمن يستنفذ قدرا كبيرا من وقته وجهده وانتباهه.

والمدمن عندما يصبح مدمنا يزداد تنظيمه لحياته على نحو يسهل له الحصول على المخدر الذي يتعاطاه كما قلنا خضوعا للمخدر ويعتقد المدمن من أن شيئا لن يحول بينه وبين تأمين مقدار من الكوكايين أو كمية من المشروبات الكحولية أي أن المدمن يسخر كل جهوده للحصول على كمية المخدر مهما كلفه الأمر .

- **النتائج السلبية:** افترض انك تعصر كأسا من عصير البرتقال كل يوم فإن حلاوة ذلك المذاق قد تروق لك وسرعان ما تتحول هذه العملية إلى عادة وهذا يعني أنك عندما لا تتناول ذلك الكأس من العصير سوف تحس بأنه ينقصك شيء ما وبالتالي يدفعك هذا الشعور إلى تأمين كمية مناسبة من البرتقال تحسبا إلى اليوم التالي - **هل نستطيع القول أن ذلك إدمانا ؟** بالرغم من أن ذلك يعد سلوكا ايجابيا- فهذا ليس إدمانا على الإطلاق إنه مجرد عادة ليس إلا نمطا من أنماط السلوك التكراري الذي تجد فيه شيئا من المنفعة دون أن يترتب عن ذلك أي نتائج سلبية وإذا لم تتم تربيته لا يحدث ضررا.

الذي يجعل الإدمان إدمانا بحق هو أن ذلك الإدمان ينقلب ويسيطر عليك لأنه عادة من العادات السلبية، لكن أجلا أو عاجلا تبدأ نتائج ذلك السلوك السلبي تؤثر على حياة الفرد ومع ذلك وللأسف فهو يواصل ممارسته لهذا السلوك، فإذا كان السلوك الإدماني يحقق على المدى القصير شيئا من اللذة والارتياح فهو على المدى البعيد يسبب الألم والحزن والمزيد من المشاكل.

وغالبا ما نجد الفرد المدمن ينتهي به الأمر إلى الاصطدام بجدار من الصخر، لأن مسألة تعاطي أو عدم تعاطي شيء بصفة يومية لا يمكن اعتبارها مقياسا دقيقا للوقوف على إدمان الفرد أو عدم إدمانه وهذا خطأ وقع فيه الكثيرون الذين سيطر المخدر على عقولهم وحياتهم، وواقع الأمر أن الجزء الأكبر من المدمنين لا يتعاطون مخدراتهم بصفة يومية وإنما يتعاطونها على شكل نوبات إدمان متفرقة أو على فترات متناوبة كل يوم وقد تتخلل ذلك فترات يبتعد المدمن خلالها عن المخدر أو يخضع تعاطيه له للتحكم والسيطرة .

ولا بد لنا من تفهم هذا تماما والسبب في ذلك أن المدمنين قد يشغلون ذلك المعيار ليثبتوا لأنفسهم في معظم الأحيان وللآخرين أنهم لا يعانون من مشكلة الإدمان ولا يعرفونها **مثلا** (هذا المدمن يقول: أنا لا أتعاطى المخدر أنا لا أتعاطى الشراب يوميا إذا كيف يمكن أن أكون مدمنا؟) وهذا آخر يقول ( أنا لا أتعاطى الكوكايين إلا في عطلة نهاية الأسبوع لو كنت مدمنا لتعاطيته كل وقت).

من المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة مثل (النيكوتين، الكافيين، المشروبات الكحولية...) بصورة دائمة لا بد أن يؤدي إلى الإدمان أو مع تعاطي المخدرات عالية المفعول مثل الكوكايين لمدة ستة أشهر من غير الممكن أن نقول عنه انه غير مدمن وخاصة إذا سلمنا بتأثيرات ذلك المخدر الكيميائية على مخ الإنسان، زد على ذلك أن الإدمان يحدث أيضا بغض النظر عن الكمية أو المقدار الذي يتعاطاه الفرد من المخدر، معنى ذلك أن الإنسان يدمن الكحول على سبيل المثال بالرغم من انه لا يتناول سوى كأسين في اليوم الواحد - وهذا يحدث في حالة إذا ما كان المدمن يحاول التحكم في الرغبة الملحة في تعاطي الكحول - وأيضا هذا يحدث لبعض متعاطي الكوكايين بالرغم من أنهم لا يتعاطون سوى غرام واحد في الأسبوع.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أنه لا كمية المخدر ولا عدد مرات تعاطي المخدر هما اللذان يهتمان أو يعول عليهما في التوقف، لأن طريقة تأثير المخدر على الإنسان سواء كان ذلك التأثير مرحليا أو وقتيا أو طويل المدى فإنه يؤثر على حياة الإنسان بأكملها ومن المؤكد بل ومن المهم أن نعلم أن تعاطي المخدرات أو أي نشاط أيا كان يصبح إدمانا (إن الإنسان عندما يستعمل شيئا مثل المخدرات كي يغير به حالته النفسية نظرا لأنه لا يطبقها فإن ذلك سيقوده إلى الإدمان إذا نظر الإنسان إلى نفسه وإلى الآخرين بسلبية).

- تقديم مطوية ماذا تفعل لكي تتجنب الوقوع في المشكلات مثل المخدرات.

- التدريب على الاسترخاء.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

## الجلسة التاسعة: أسباب الإدمان على المخدرات.

### أهداف الجلسة:

- 1- تحديد أسباب الإدمان كما يراها أفراد العينة.
- 2- التعرف على الأسباب الصحية التي قد تجعل الفرد مدمنا.
- 3- توضيح فكرة أن الضغوط والمشاكل يمكن حلها بالطرق السوية.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 90 دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، إعادة التصور.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، قصة مدمن، مطوية.

## محتوى الجلسة

تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد العينة وشكرهم على المداومة وتوزيع بعض الهدايا الرمزية لكل واحد منهم، وشكرهم لحرصهم على العمل ثم الإعلان عن موضوع اليوم.

### إجراء مناقشة مع أفراد العينة حول:

- ما هي الأسباب التي تجعل الفرد يدمن على بعض المواد المخدرة ؟
- ثم تقوم الباحثة بتصويب آراء أفراد العينة حول الأسباب التي اقترحوها.

### محاضرة:

إن حياة الإنسان تقوم على التفاعل والتأثير والتأثر، وفي نفس الوقت تحكمها مجموعة من القواعد والقوانين الدينية والوضعية التي نشأ عليها الفرد منذ خروجه إلى هذا العالم، لكن هذه القواعد والقوانين يكتسبها ويتأثر بها الناس بطرق مختلفة حسب البيئة التي يعيشون فيها وحسب مستواهم الثقافي والتعليمي والاقتصادي...، ولهذا هناك اختلافات بين البشر في التأثر والتفاعل، لكن هناك روابط ومبادئ يشتركون فيها وتحكمهم من أجل أن لا يقعوا في الخطيئة مثل الدين والعادات والتقاليد والحفاظ على الذات والأسرة والمجتمع والوطن، إلا أن بعض الأفراد عندما يقعون في الأخطاء مثل الإدمان على المخدرات يرجعون ذلك لأسباب معينة التي أحدثت هذه الخطيئة في حياتهم لكن يجب أن نعود إلى حقيقة مفادها أن الأسباب التي دفعت الفرد إلى الإدمان على المخدرات عاشها أشخاص آخرون وربما أكثر منها قسوة إلا أنهم لم يلجؤ إلى الإدمان على المخدرات وتجاوزوا تلك المراحل القاسية وعاشوا حياتهم في سكينه.

قد تؤدي بعض العوامل المتعلقة بصحة الإنسان الجسمية والنفسية إلى إقبال بعض الأفراد لتعاطي المخدرات، إما هرباً من واقعهم الصحي أو ظناً منهم أن فيها الخلاص من ذلك الواقع فالكثير ممن وقعوا في الإدمان كان لديهم اعتقاد خاطئ في أن المخدرات تساعدهم على الشفاء من

بعض الأمراض البسيطة والسبب الرئيسي هنا هو جهل الأفراد وتناولهم للمخدرات ظنا منهم أنها أدوية تعالج الأمراض حتى يجدوا أن حياتهم رهانا لها.

زد على ذلك تمسك بعض من أدمنوا بالأفكار الخادعة بأن هذه المواد تزيد من المتعة الجنسية والإشباع الجنسي، وقد أدت هذه المفاهيم السلبية إلى وقوع العديد من ضحايا المخدرات فريسة لها وفي بعض الأحيان يتناول بعض الأشخاص أدوية ذات تأثير إدماني بدون استشارة طبية، أو نتيجة الاستمرار في تعاطي الأدوية الموصوفة لمرة واحدة وتكرار هذه الوصفة دون الرجوع إلى الطبيب المختص ويخلق هذا رحلة من الإدمان الغير مقصود على المخدر ومن ثمة يستمر البحث عن مخدرات أكثر سمية وإدمانها.

هناك من يرجع الإدمان إلى دوافع شخصية ناتجة عن ظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية ومتطلباتها وضغوطها المتزايدة الغير قابلة للاحتمال من قبل بعض الأشخاص الذين لم يتعودوا على احتمال بعض مصاعب الحياة ومشاكلها، ورغم أن الحياة بطبيعتها لا تخلو من المشاكل، لأن المشاكل في بعض الأحيان هي التي تجعل للحياة معنا وتجعل شخصياتنا تتقوى وتزيد من خبرتنا ومن قدرتنا على حل المشاكل التي نواجهها في الحياة وفي هذا يقول الشاعر اليا أبو ماضي :

**هو عبء على الحياة ثقيل \* \* \* \* \* من يظن الحياة عبئا ثقيلًا**

لأن الحياة جميلة ويجب أن نعيشها بحلاوتها ومرارتها ويجب أن لا نضيع مراحل حياتنا في أمور تجلب التعاسة والفناء وبعدها لن يفيد الندم حيث يقول "تيل كوفمان": **عندما تقرر أن تكون سعيدا فهذا يعني أنك قررت ببساطة أن تتوقف عن البحث عن مصادر النكد والتعاسة في حياتك.**

(عبد الستار إبراهيم، 2008: 1)

ويندرج ضمن هذا جهل الناس بالثقافة الصحية وقبولهم لبعض المعلومات الصحية المروجة والخاطئة وعملهم بها دون العلم بأضرارها لأنه يوجد بعض الأفراد في الحياة يحبون اختلاق المشاكل وإيجاد أسباب لا معنى لها تكون سببا في دمار حياتهم، صحيح قد تمر علينا لحظات صعبة وظروف قاسية ولكن يجب أن لا ننسى أن فرج الله قريب وموجود كما يقول تعالى: **«وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ».**

سورة البقرة الآية: (186)

ويقول بعض الأشخاص الذين تمر عليهم أزمات معينة هذه زكاة نفس وفي أحيان أخرى نعيش بعض الضغوط والمشاكل وفي الأخير نجدها تعود علينا بالخير ونندم لأننا عشنا حالة من الانفعال والقلق (إن حقيقة أضرار الإدمان تدلنا أن حقيقة الحياة أهون من ضغوط المخدرات وأصدقاء السوء ومروجي المخدرات) وإذا نظرنا بعين العقل نجد أن المدمن بحد ذاته مصدرا لعشرات المشاكل الاجتماعية من حيث انحرافه السلوكي وتحلله من القيم والاستعداد للقيام بأفعال تخرج عن محددات القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، ويبلغ مستوى الخطورة هنا أن العديد من العصابات الإجرامية تجد في المدمنين الشباب أدوات سهلة للتوظيف الإجرامي وحتى أن بعض الجماعات الإرهابية استغلتهم في تنفيذ بعض العمليات الانتحارية.

### - قصة مدمن:

يقول مدمن والبالغ من العمر أربعة وعشرون سنة إن أبرز الأسباب التي تجعلك مدمنا على الحبوب المخدرة هي المشاكل والضغط النفسي، فعندما أتعاطى الحبوب المسكنة أعيش في عالم آخر حتى أصبحت مدمنا على تلك الحبوب ولا أستطيع العيش من دونها، لأنني لو توقفت عن تناولها أصاب بأعراض تحدث لي الكثير من الألم وسبب ما أنا فيه أن احد أصدقائي حبة من غير أن يفصح عن ماهية ذلك القرص وعندما تعاطيت الحبة غمرتني بنوع من الاسترخاء، إن عدم تعاطي الحبوب يشعرني بحالة عدائية تجاه الآخرين ولم اعد استطع الاستغناء عنها، رغم أنه يجد صعوبة في الحصول عليها لأنه وصل إلى مرحلة لم يعد يستطيع الاستغناء عنها هذا هو حال من يقع في الإدمان.

وهناك شاب آخر عمره اثني وعشرون سنة: يقول بدأت قصتي مع الإدمان عندما أصيب كتفي بتشنج عضلي سبب لي ألما شديدا ولم انم طوال الليل مبينا أن المطاف انتهى به إلى اخذ حبة لمادة مسكنة للألم (فاليوم) وأضاف قائلا كل ما شعرت بالألم أتناول تلك الحبوب حتى تحول الأمر بعد مدة من العلاج إلى الإدمان على تلك الحبوب مشيرا إلى أن تعاطي الأدوية المسكنة احدث له تأثيرات سلبية على حالته الصحية هذا ما جعله يلجأ إلى مركز لعلاج الإدمان. (شباب تحت الضغط،

(2012)



صحيح هناك فترات قاسية ومؤلمة تمر على الإنسان في حياته يعيش فيها نوعاً من الضعف والقلق والحزن الشديد لكن هذه الحالة لن تستمر، ما عليه فعله في هذه اللحظات إلا أن يفكر بروية وأن يسترخي قبلها لان الاسترخاء يساعده على التفكير السليم، و كذلك طلب المساعدة من الآخرين إذا لم تحقق أهدافك كما تريدها أنت غير أهدافك في اتجاه آخر **فليس كل ما يتمناه المرء يدركه** لأنه في بعض الأحيان علينا أن نتقبل الواقع كما هو، وربما يكون فيه خير لك ولا نتشائم دائماً لكي لا تسود الدنيا في وجهك وتقع في المشاكل، فما عليك إلا أن تفكر بروية وكما يقال **لا تصدق كل شيء وتفكر به** مثل تفكيرك بالخلص من واقعك عن طريق المخدر واعلم دائماً أن طريق النجاح طويل **ومن مشى على الدرب السليم وصل** ويجب لكي نصل إلى النجاح أن نتعثر وتواجهنا بعض الصعوبات التي سوف تخنقي مع الوقت.

إن إدراك الفرد لكفاءته أو مهارته وقدرته على أن يتعامل بفعالية مع المواقف المختلفة يتطلب من الفرد أن يعيش في أمان وأن يشعر بالطمأنينة وأن لا يشعر بالخوف وهنا نقصد بالخوف الغير معقول من أشياء غير موجودة لان الخوف الطبيعي يساعدنا على الحفاظ على أنفسنا وكما نقول في حياتنا العادية **(اللي خاف سلم)** وان يتخلى الفرد عن التردد في قول بعض الأشياء أو اتخاذ بعض القرارات المهمة، وان يستطيع التفكير في المستقبل بجدية وان لا يتهم الظروف والأشخاص عند الإخفاق بل أن يتحمل المسؤولية، أن يتقبل الفرد النقد البناء من الآخرين.

- **نطرح السؤال هل التخلص من هذه المشاكل يحتاج إلى الإدمان على المخدرات وفناء حياتنا ؟**

بطبيعة الحال لا لأن الشخص هنا يحتاج إلى اتخاذ موقف من نفسه ومن العالم المحيط به، وهو موقف غير عشوائي بل هو موقف واع فيه فكر واضح ورؤية جلية للواقع الداخلي للشخص وكذا المحيط الخارجي الذي يعيش فيه الفرد الذي يحتوي على الأشياء والموضوعات والأشخاص ففي بعض الأحيان ينعتنا البعض بأننا نخاف وفي اغلب الأحيان ليس خوفاً بل هو حياء والحياء كما جاء في حديث الرسول صلى الله عليه وسلم **{شعبة من شعب الإيمان}** هنا يجب أن نتخلص من الإحساس بالعجز عن مواجهة المشكلات والاعتماد على الغير وان نتخلى عن التردد والتراجع والمغالاة في الحرص، وأن أتجنب القلق حول تصرفاتي وصفاتي الشخصية وكذا تجنب الحساسية للنقد من الآخرين والتخلي عن التشكك في أقوالهم وأفعالهم **(أي أن ما يقال وما يفعل أنا المقصود فيه)** يجب ألا أخاف من المنافسة (يجب أن اعلم دائماً أنه يوجد في الحياة الفشل ويقابله النجاح أي

أن الإنسان ينجح في مرات ويفشل في مرات أخرى وأن الفشل ليس معناه نقص الكفاءة والخبرة لان هناك فروقا بين الأفراد فما أتفوق فيه أنا قد لا يتفوق فيه غيري والعكس صحيح).

- تقديم مطوية مارس الرياضة تكن حياتك أفضل.

- استمارة تقييم جلسات البرنامج.

## الجلسة العاشرة: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الصحية).

### أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على الأضرار الجسمية والنفسية للمخدرات.
- 2- التعرف على الأضرار الجنسية (التي تعيب الجهاز التناسلي).
- 3- التعرف على الإصابات والحوادث الناتجة عن إدمان المخدرات.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الغيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التوضيح، الواجب المنزلي، إعادة التصور.

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، شريط فيديو، صور، مطوية.

### محتوى الجلسة:

تبدأ طالبة الباحثة الجلسة بالترحيب بأعضاء مجموعة البحث، وبعدها تقوم بمناقشة ما تم في الجلسة السابقة، مع الإجابة على أي استفسارات قد تدور في أذهانهم، ثم تبدأ طالبة الباحثة في المحاضرة.

### - إجراء المناقشة:

- هل يؤدي إدمان المخدرات إلى أضرار صحية ؟

- ما هي الحوادث التي يتعرض المدمن لها ؟

نترك الفرصة لأفراد العينة للمناقشة والحوار.

## محاضرة:

إن الأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات كثيرة ومتعددة تعددها يمس جميع مجالات حياة الفرد (الصحية، اجتماعية، الاقتصادية والأمنية والنفسية والسياسية)، إضافة إلى ما يتفرع عن هذه الأضرار من أضرار جانبية أخرى في اغلب الأحيان لا يدركها أفراد المجتمع خاصة الذين يقعون في شباك المخدرات لان معظم المدمنين **ينظرون بأعينهم لا بعقولهم**.

### - الأضرار الصحية:

الأضرار الصحية المتعلقة بتعاطي المخدرات كثيرة ولا يمكن حصرها في جانب واحد فأول من تصيب هذه الأضرار وان صح القول الأمراض الشخص المدمن نفسه، ثم تنتقل لتلحق الضرر بغيره بالرغم من أن الله سبحانه وتعالى وصانا في كثير من آياته الحفاظ على أنفسنا حيث يقول جل جلاله: **« وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا »**. سورة النساء الآية: (29)، ويقول أيضا: **« وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنْسَاهُمْ أَنْفُسَهُمْ ... »**. سورة الحشر الآية: (19)

### 1- الأضرار الجسمية والنفسية:

يتعرض متعاطي المخدرات لأضرار عديدة ومتنوعة في أجهزة الجسم المختلفة حيث تتباين تلك الأضرار من شخص لآخر في جسامتها وحدتها، فمن بين أضرار الإدمان على المخدرات نجد الأضرار الجسدية والنفسية المتمثلة في ظهور **أخماج (انتانات)** في جسم المتعاطي لماذا ؟ لأنها تحدث نتيجة تعاطي بعض المواد المخدرة المغشوشة، كالهروين المغشوش عن طريق مزجه بمواد أخرى ملوثة **(المخدرات كلها مضره بدون مواد مغشوشة فما بالك إذا أضيفت لها مواد أخرى)**، أيضا أن المدمن عادة ما يستخدم حقن ملوثة أو مستعملة قد تؤدي به إلى الإصابة ببعض الأمراض المعدية (هل الإنسان الواعي يستطيع أن يدخل أشياء ملوثة في جسمه ؟ لا. هذه هي نتيجة المخدرات والحياة مع المخدرات) وظهور حالات إغماء نتيجة القيء المتكرر والتهاب الرئتين وإصابتهما بأمراض خطيرة، وكذا الإصابة بمرض قصور المناعة المكتسبة (الايذز عافانا الله وإياكم ) والإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي ثم سرطان الكبد، والتهاب غشاء القلب، والتهاب الدماغ والسحايا والتهاب النخاع الشوكي والأوعية الدموية والتسمم تحت الجلد واضطراب التنفس وتوقف التنفس الفجائي، وتسمم الدم والجسم، والإصابة بالأورام التي تؤدي في أكثر الأحيان إلى الوفاة.

والإدمان يؤدي إلى زيادة نبضات القلب جفاف الفم والحلق، الغثيان والدوخة والقيء المصحوب بفقد الشهية للطعام، ورؤية أحلام غير منطقية ذات أفكار وهمية، يضطرب لدى المدمن الإحساس بالزمن وتقدير المسافات، سرطان الرئة، التهاب أعضاء الجهاز الهضمي، انخفاض الهرمون الجنسي خاصة من يتعاطى الحشيش (الكيف).

ومن يتعاطى (المنبهات) يظهر عليه زيادة ضربات القلب، توسع حدقة العين فقدان الشهية، جفاف الحلق والفم، ذبذبة في التنفس وصداع ودوخة وقلق، وسلوك عدواني، وزيادة ضغط الدم، واستعماله المتواصل يؤدي إلى اكتئاب نفسي وتلف في الدماغ والكلية (أعراض الانسحاب لمتعاطي المنبهات تكون قاسية ينتج عنها النوم العميق والإرهاق والتعب، ويؤدي إلى اكتئاب نفسي شديد يقود إلى الانتحار)، وحدث ثقب في الحاجز الأنفي نتيجة الشم المتكرر وتقلص وارتعاش عضلات الوجه، والهزال فقدان الرغبة الجنسية ضعف القوى العقلية لدرجة الإصابة بالجنون.

كما يسبب تعاطي المهدئات والمنومات الإغماء الشديد، وتشوش النظر، والقلق، والأرق وفقدان الاتزان النفسي والجسمي، وفقدان الوعي، وزيادة الجرعة قد تؤدي إلى الموت، فتعاطيها بكثرة يؤدي إلى اعتماد الجسم عليها.

أما تعاطي أكثر من نوع من المخدرات والإدمان عليها يؤدي إلى مضاعفات جسدية ونفسية خطيرة مثل تعاطي مهدئات الجهاز العصبي مع منبهات أخرى دفعة واحدة.

- عرض شريط فيديو لمدمنين كيف كانوا وكيف أصبحوا من جراء الإدمان، ومناقشة أفراد العينة حول محتواه.

## 2- الأضرار الجنسية:

يشيع بين مدمني المخدرات أنها تزيد من الطاقة الجنسية للفرد وهذه الفكرة غير صحيحة فقد أثبت علميا عدم صحة تلك الادعاءات، فالهيروين والمورفين يؤدي تعاطيهما إلى الضعف الجنسي لأن هاتين المادتين ومشتقاتهما يسبب نقص في إفرازات الهرمونات المنمية للغدة التناسلية التي تفرزها الغدة النخامية، كما أن تعاطيها من قبل الذكور يؤدي إلى علامات الأثوثة (زيادة هرمون الاستروجين

في جسم المتعاطي نقص هرمون الذكورة) أما الإناث تقل الإفرازات المنمية للغدة التناسلية ويعقب ذلك اضطراب الحيض، وانعدام الرغبة الجنسية.

أما الحشيش (الكيف) من الوهم أن تعاطيه يزيد القدرة الجنسية فقد أثبتت الأبحاث أن تعاطيه عند الذكور يؤدي إلى نقص في الحيوانات المنوية، أما الإناث فيحدث لديهن نزيف وإجهاض، ويفقد الفرد المدمن عليه تقديره للزمان والمكان مما يتهياً له حساب الدقائق القليلة بساعات طويلة، وهذا ما يعتقد مدمني هذا النوع بأن الممارسة الجنسية تدوم وقتاً طويلاً.

### 3- الإصابات والحوادث الناتجة عن تعاطي المخدرات:

دلت معظم الإحصائيات إلى أن حوادث الطرق تحدث للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بنسبة أكثر مقارنة بالآخرين، وهذا يشير إلى أن المخدرات لها من الخصائص الفارماكولوجية ما يحدث خلافاً في الجانب العصبي والعقلي، ويتبعه خلل في الجانب الحسي يؤدي إلى حدوث عدم اتزان على الطريق ينتج عنه حوادث وخسائر في الأرواح والعديد من الجوانب المادية الأخرى حيث يؤكد **جمال أبو العزائم** أن أكثر حوادث الطرق يسببها الإدمان، وذلك لأن تبلد الجهاز العصبي يزيد من مدة رد الفعل، وهو الوقت من وقوع الصورة على شبكية العين وسيران هذه الومضات إلى الجهاز العصبي إلى النخاع الشوكي إلى خلايا عضلة القدم التي تعمل على وقف المركبة بالضغط على مكابحها وعندما تتبلد هذه العضلة يزداد وقت رد الفعل ويحدث الحادث خاصة الذين يدمنون الكحول، والقنب "الكيف" حتى أن الناس أصبحوا يقولون أن نهاية المدمن ستكون بحادث سيارة أو دراجة... (حسين علي الغول، 2011: 295)

- تقديم مطوية أعراض الانقطاع و التسمم لبعض المواد.
- عرض أنشودة توضح نهاية المدمنين.
- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

### الواجب المنزلي:

- لماذا لا يدرك من يدمن المخدرات عواقبها ؟
- ماذا تمثل الصحة بالنسبة للإنسان ؟

## الجلسة الحادية عشر: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الاجتماعية).

### أهداف الجلسة

- 1- التعرف على الأضرار الاجتماعية للإدمان على المدمن .
- 2- التعرف على الأضرار الاجتماعية التي تقع على أسرة المدمن.
- 3- التعرف على الأضرار الاجتماعية التي تقع على المجتمع جراء إدمان أفراد.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الغيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، إعادة التصور.  
الوسائل المساعدة: كراسات، أفلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو، القصة، المطوية.

### محتوى الجلسة:

بدأت الطالبة الباحثة الجلسة بالترحيب بأعضاء عينة الدراسة، ثم تقوم الباحثة بوضع بطاقات الواجب المنزلي بعلبة ثم تطلب من كل عضو سحب بطاقة واحدة وقراءة ما كتب فيها لمحاولة مساعدتهم على إدراك أخطائهم مع تقديم التعزيز والثناء، ثم تعلن لهم عن موضوع جلسة اليوم.

### - إجراء المناقشة بطرح الأسئلة التالية:

- هل يتضرر المجتمع من جراء إدمان أفراد؟ كيف ذلك؟
  - هل المدمن يؤدي نفسه وأسرته؟ كيف؟
- نترك الفرصة لأفراد العينة للمناقشة والحوار.

### محاضرة:

يؤدي تعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى أضرار اجتماعية بالغة في الكثير من الحالات تمس بالفرد المدمن نفسه وتنسحب إلى المحيطين به بداية من أسرته وبعض المقربين منه مثل الأصدقاء، وكل هذا ينعكس على المجتمع واستقراره وأمنه الاجتماعي باعتبار أن الأمن هو حاجة من الحاجات الضرورية التي يسعى كل إنسان إلى تحقيقها.

ونحن أيضا نعيش في مجتمع عربي إسلامي يسعى إلى رفض كل ما يشوه الصورة العربية الإسلامية، لان المخدرات هي من المحرمات التي نهانا الله عز وجل عنها في كثير من آياته يقول عز وجل: « **وَيَحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتُ وَيُحَرَّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثُ...** ». سورة الأعراف الآية: (157)، لأن المخدرات هي أم الخبائث مثلها مثل الخمر، فهي مشكلة عالمية يعاني منها كل أفراد المجتمع الإسلامي وحتى المجتمعات الأخرى (المخدرات مشكلة عالمية تعاني منها كل الشعوب) يساهمون في بناء مجتمع ... لا هدمه.

**1- الأضرار الفردية:** أي الأضرار التي تلحق بالفرد الذي يتعاطى المخدرات ويدمن عليها حيث يعيش اغلب متعاطي المخدرات في عالم من العزلة، ويبقى المدمن أسير نفسه ومخدره لا يهمله سوى المخدر، متخلياً عن كل واجباته الاجتماعية تجاه نفسه وأسرته ومجتمعه فهو بهذا الحال يعيش في سجن فردي.

يخسر المدمن بيئته الاجتماعية السوية ورفقائه الطبيعيين، ويلجأ إلى رفقاء السوء من أمثاله الذين يدمنون على تعاطي المواد المخدرة، أي انه يترك مجتمعه النظيف ويعيش في مجتمع موبوء، لا يقدم له سوى فرض الانحراف والظلال. قال تعالى: « **وَلَا يَزَالُونَ يُقَاتِلُونَكُمْ حَتَّى يَزِدُّوكُمْ عَنْ دِينِكُمْ** **إِنْ اسْتَطَاعُوا...** ». سورة البقرة الآية: (217)

يواجه المدمن نبذ المجتمع وكراهيته، وتصبح النظرة إليه كأنسان شاذ خارج عن الأعراف والتقاليد والدين، ومخالفا للقوانين، وهناك من يصفه بأنه مجرم يستحق العقاب، وبذلك فهو يعيش (عقوبة القانون الاجتماعي، والقانون الوضعي المعمول به، علاوة عن العقوبة الإلهية).

**2- الأضرار الأسرية:** نتيجة تعاطي المخدرات تعاني أسر المدمنين من مخلفات إدمان احد أفرادها مثل زعزعة الوازع الديني لبعض أفراد الأسرة خاصة الصغار وما يرتبط بينهم من قيم الخير والفضيلة وخلخلة أركان الأسرة في حالة إدمان الأب أو إلام مما يؤدي إلى ضياع الأبناء وتشردهم وانحلالهم الخلقي وضياع المستقبل، **(لأن الشارع لا يرحم)** كما تنفر الأسرة إلى القدوة الحسنة والنماذج التي يقتدى بها لأنه لم يبقى من هذا المدمن سوى روح تبحث عن المخدر كي تعيش. هذا ما يدفع به إلى التضحية بعرض وكرامة أسرته واستنزاف جميع ممتلكاتها للحصول على مادة الموت حيث يقول الله

عز وجل: « إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ ». سورة المائدة الآية: (91)

كما أن أفراد أسرة المدمن يعيشون وضعاً اجتماعياً مأساوياً يكتنفه الخجل لما يفتعله هذا المدمن من مشكلات تقع بأكملها على الوالدين اللذان تعبوا في هذه الدنيا من أجل هذا الابن الذي حط وجههما في التراب.

كما تزيد المخدرات من فرص ارتكاب الجريمة، نتيجة المشاجرات العنيفة بين المدمن وأفراد أسرته وأمثلة هذا كثيرة ومتكررة في كل المجتمعات.

### - قصة انتحار مدمن:

وهي قصة أم إيطالية أقدم ابنها المدمن على المخدرات على الانتحار بطلاقات نارية على مرآها ومسمعا بسبب امتناعها عن إعطائه النقود لشراء المخدر ونظراً لنفاذ صبر الأم من مطالب ابنها العديدة ورؤية ابنها يتمزق ويعاني دون أن تستطيع إنقاذه من آلامه امتنعت عن إعطائه النقود لشراء المخدر، فأخرج مسدساً و أصاب نفسه- وفي حالة من اليأس أقدمت الأم على إنهاء حياته بما تبقى من طلاقات من المسدس الذي بيده مستهدفة رأسه لتنتهي حياته وتنتهي حالة مأساوية إلى حالة أكثر أسى وحزناً، وهما أمران كلاهما مر، ثم ذهبت إلى الشرطة لتسلم نفسها، وقس على ذلك ما يعانیه الآباء جراء إدمان أبنائهم الذين تمنوا أن يروه في أحسن و أفضل الصور.

### 3- أضرار الإدمان على مستوى المجتمع: كما تعلمون إن البيئة السليمة تفرز أفراد أصحاء

أما البيئة الموبوءة تفرز أفراداً مرضى، هذا أن الفرد يؤثر ويتأثر في نفس الوقت بأفراد مجتمعه **فصلاح المجتمع من صلاح أفرادهِ وفساد المجتمع من فساد أفرادهِ**، فالمخدرات تعتبر ظاهرة وبائية قابلة للانتشار في المجتمع الواحد، مع قابلية تسربها إلى مجتمعات أخرى، ويتم ذلك عن طريق الغزو الفكري الغير محدود لتحقيق مآرب سياسية نتيجتها استضعاف هذا المجتمع وسهولة السيطرة عليه وهذا للأسف مالا يدركه معظم أفراد المجتمع خاصة المراهقين والشباب الذين يمثلون ثروة كل بلد، ناهيك عن غزو عصابات الاتجار الغير مشروع بالمخدرات، واستهدافها لهم عن طريق دراسة واقع تلك المجتمعات من جميع النواحي ثم محاولة اختراق تلك المجتمعات بكافة الأساليب الخبيثة مثل تقديم المخدرات للمرة الأولى دون ثمن يمر الفرد بمرحلة التجربة ثم حالة الاعتماد ثم البيع مقابل ثمن



يرتفع كل مرة معوضاً ما قد دون ثمن وفي حالة عدم الدفع يستغل هؤلاء الأفراد في ترويج المخدرات وبيعها دون تحمل مسؤولية ما يحدث لهذا الفرد المستغل.

- عرض شريط فيديو للواقع الاجتماعي للمدمن و أنشودة تحذر من الإدمان.

مناقشة أفراد العينة حول محتوى شريط الفيديو والأنشودة.

- تقديم مطوية تصحيح بعض التصورات الخاطئة حول اللجوء لإدمان المخدرات.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

**الجلسة الثانية عشر: أضرار الإدمان على المخدرات (الأضرار الاقتصادية، والأمنية).**

### أهداف الجلسة:

1- التعرف على الأضرار الاقتصادية ( على المدمن و أسرته ومجتمعه ووطنه).

2- التعرف على الأضرار الأمنية (المتعلقة بالمدمن و أسرته).

3- التعرف على بعض الأضرار السياسية.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 90 دقيقة.

الغيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية و الحوار، التعزيز، التوضيح، إعادة التصور.

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، عرض شريط فيديو، مطوية.

### محتوى الجلسة:

تبدأ الطالبة الباحثة بالترحيب بأفراد عينة الدراسة، وكذا شكرهم على مواصلة الحضور وتقديم الشكر والثناء على حرصهم الدائم، ثم تعلن لهم موضوع الجلسة وهو المواصلة في تحديد أضرار الإدمان من خلال التكلم عن الأضرار الاقتصادية والسياسية المترتبة عن تعاطي المخدرات كما يتم مناقشة ما تم عرضه في الجلسة السابقة وترك الفرصة لأفراد العينة بطرح بعض الاستفسارات التي تدور في أذهانهم.

## - إجراء المناقشة بطرح الأسئلة التالية:

- هل ظاهرة الإدمان على المخدرات لها أضرار اقتصادية ؟ فيما تتمثل ؟ على من تقع ؟
- ما هي الأضرار الأمنية التي تخلفها المخدرات ؟ على من تقع ؟

نترك الفرصة لأفراد العينة للمناقشة والحوار.

## محاضرة:

تعاطي المخدرات والاتجار غير المشروع بها يؤدي إلى أضرار اقتصادية بالغة تلحق بالفرد المتعاطي وأسرته بالدرجة الأولى ثم تتسحب إلى المجتمع بصورة غير مباشرة كما أن الاتجار غير المشروع للمخدرات يساهم في التأثير على الاقتصاد الوطني.

### أولاً: الأضرار الاقتصادية:

#### 1- التعرف على الأضرار الاقتصادية التي تلحق بالفرد المدمن:

ينفق الفرد المتعاطي للمخدرات معظم دخله إن لم يكن جميعه على المخدر متناسيا كل التزاماته الأخرى، وبهذا هو يحرم نفسه وأسرته من ضروريات الحياة والواقع خير دليل فلکم من أبناء حرموا من المدارس ومن الثياب في الأعياد ومن سد جوعهم في الليالي القاسية، وكم من زوجات تحملن مسؤولية عائلتهن نتيجة إدمان رب الأسرة أو حتى الأبناء.

يعلم الكثير منا ومن عرفوا بعض المدمنين أنهم تراجعوا في الإنتاج في عملهم، إن لم نقل أنهم أصبحوا بدون عمل، ناهيك عن الهروب من العمل أو الغياب المتكرر الذي غالبا ما يؤدي للطرد من العمل وبهذا يخسر المدمن عمله ويصبح عالة على نفسه وأسرته وبالتالي مجتمعه، أو ينحرف أكثر عن الطريق حين يصبح لصا أو مجرما أو ضحية اعتداء أحد المدمنين أو المروجين.

#### 2- الأضرار الاقتصادية التي تلحق بالأسرة من جراء المخدرات:

تكون أسرة المتعاطي هي المتضرر الأكبر من الناحية الاقتصادية خاصة إذا كان رب الأسرة هو المدمن، مما يؤدي إلى حرمانها كليا أو جزئيا من الدخل، لأن الأولوية هنا أصبحت للمخدرات ويزيد الأمر سوءا إذا فصل هذا المعيل المدمن من عمله جراء إدمانه وفي بعض الحالات قد يسجن

هذا المعيل المدمن جراء ارتكابه لبعض المخالفات القانونية وهو تحت تأثير المخدر، فتصبح هذه العائلة دون معيل أو دون دخل حتى أن أفراد المجتمع القريبين منهم في اغلب الأحيان لا يقدمون لهم يد المساعدة لان معظم ما كان لديهم ذهب جراء أمور ضررها أكثر بكثير من نفعها.

معظم المدمنين عندما يفقدون مصدر دخلهم يلجؤون إلى بيع ممتلكات الأسرة (سيارة، منزل أثاث، قطعة أرض...) أو يرضونها في سبيل الحصول على المخدر (قد يقول البعض انه من الممكن التحكم في إدمان المخدر، لكن هذه الفكرة خاطئة لان للمخدر القدرة على السيطرة والاستحواذ على المدمن).

### **3- الأضرار الاقتصادية التي تلحق بالمجتمع نتيجة المخدرات:**

كما قلنا سابقا أن أضرار المخدرات لا تقع على الفرد وأسرته فحسب، بل تمتد لتصل للبيئة التي يعيش فيها، لأن المدمن وأسرته نتيجة لما تعرضوا له من جراء المخدرات يصبحون عائلة على المجتمع الذي يصبح مضطرا بكافة مؤسساته إلى توفير بعض سبل العيش لهذه، أيضا المخدرات تحرم المجتمع من طاقته المنتجة المتمثلة في الشباب الذي يقع ضحية لهذه الآفة.

قد يقول البعض أن ظاهرة البطالة والفقر في المجتمع هي السبب في اللجوء إلى المخدرات بل العكس المخدرات هي التي تخلق إنسانا عاجزا أنهك المخدر جسمه، وحوله هذا من عالم الشغل إلى عالم البطالة والتشرد (فلو نحصي المال الذي ضيعه هذا المدمن على المخدرات لمدة طويلة من إدمانه لوجدناه كافيا لشراء سيارة أو منزل... وكل هذا فيه فائدة للفرد أما فائدة المخدرات فهي الفناء والموت والتشرد وبتتر الأعضاء... هذا يجعلنا لا ننسى أن المخدرات جريمة في حق أنفسنا وأسرنا ومجتمعاتنا... والخروج عن طاعة الله عز وجل.

### **4- الأضرار الاقتصادية على مستوى الدولة:**

من بين الأضرار الاقتصادية للمخدرات هدر أموال طائلة ثمننا للمخدرات التي تباع بأسعار خيالية، مما يفقد الاقتصاد الوطني سيولة نقدية كبيرة خاصة في البلدان التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات، فبدلا من أن تنفق تلك الأموال في مشاريع استثمارية نافعة تنفق على المخدرات، ناهيك عن تكاليف مواجهة انتشار المخدرات حيث أن الدولة تخسر مبالغ مالية كبيرة سنويا تزداد بازدياد

انتشار المخدرات لان هذه العملية تقوم بها عدة أجهزة ومؤسسات كالشرطة والجمارك وحرس الحدود ..، وفي مجال الوقاية والتوعية من خطر المخدرات يتطلب هذا جهودا مالية لأن حملات التوعية تشارك فيها عدة جهات مثل مؤسسات التربية والثقافية والعلمية والمؤسسات الدينية وهذه المؤسسات تحتاج إلى إمكانيات مادية ونفقات متكررة لتنفيذ برامجها، دون أن ننسى الأجهزة المختصة في استطلاع حجم ظاهرة التعاطي والاتجار، وكذا مجال العقوبة والردع القانوني المتكون من القضاة والمتمرنين في النظر لقضايا المخدرات، إضافة إلى الخسائر التي تتكبدها الدولة في علاج المدمنين من خلال فتح مراكز للمعالجة من اجل الشفاء من الإدمان على هذه المواد السامة.

**- نشاط:** ركزنا في هذا النشاط على التدخين كمثال، وقد سميننا النشاط - ثمن التدخين يساعدني في شراء أشياء أهم في حياتي.

- لنعتبر أن علبة السجائر تساوي 100 دج.
- لنعتبر أنني أدخن علبة في ثلاث أيام.
- سجل في الجدول أدناه كم ستخسر حسب الزمن المحدد ؟ ثم حدد في كل مرة ما يمكننا شراءه أو ادخاره ؟

المدة	الثمن	أشياء تحب أن تشتريها	وإذا أردت أن تدخر كم المبلغ
ثلاث أيام			
شهر			
عام			
ثلاث أعوام			
ست أعوام			
تسعة أعوام			
المجموع	.....	<b>المجموع</b>	.....

### ثانيا: الأضرار الأمنية:

تعتبر جريمة المخدرات من جرائم التحديات الأمنية المعاصرة في العالم بأكمله، بعد أن أصبحت جريمة متعددة الجوانب ومعقدة الاتجاهات، ومولدة لأشكال وأنماط جديدة من السلوك

الإنساني المنحرف، بحيث أصبحت ملازمة لمفهوم الجريمة المنظمة المتمثل نشاطها في الاتجار الغير المشروع للمخدرات والاتجار بالأسلحة وتهريبها ... وهذا ما ولد عدة أضرار لا تقتصر على الفرد الذي يتعاطى المخدرات فقط بل امتدت هذه الأضرار لتمس أسرته ومجتمعه ووطنه.

## 1- الأضرار الأمنية المتعلقة بالفرد :

يعيش متعاطى المخدرات جوا أمنيا مشحونا بالخوف والقلق والذعر والتوتر بسبب الرقابة الرسمية والرقابة المجتمعية التي تلاحقه، لان الرقابة الرسمية من قبل الأجهزة الأمنية المختصة تطارده في كل مكان وزمان، باعتباره حلقة من حلقات عصابة المخدرات (عنصر من عناصر جريمة المخدرات).

أما الرقابة المجتمعية من قبل المحيطين به (الأسرة، الأقارب، الجيران) تشكل تخوفا عند المتعاطى يدفعه إلى القوقعة والانعزال وتجنب كل شيء سيكشف أمره ويجعله يشعر بالخزي والعار وخاصة إذا كان المجتمع الذي يعيش فيه محافظا.

أيضا يتعرض متعاطى المخدرات حسب أنواعها المختلفة أثناء وقوعه تحت تأثير المخدر إلى الإصابة بحالات من التشنج وضعف التركيز واختلال الإدراك والهلوسة وزيادة الانفعال واختلال التحكم بالقدرة الذهنية ... وهذا ما يجعله يرتكب عدة جرائم ومخالفات وهو تحت تأثير المخدر مثل القتل وهناك العرض والاعتداء على المحرمات من النساء مثل الأم والأخت والابنة، والإيذاء الجسماني، ومخالفات السير وحوادث المرور، وقد يلجأ المدمن إلى الأعمال غير المشروعة من أجل الحصول على المخدر كالسرقة والسطو على بيوت الناس هذا ما يهدد أمنه وأمن الآخرين.

أما **بالنسبة للأسرة** فتعاطى المخدرات يشكل تهديدا أمنيا ومستقبلا على أسرة المتعاطى، ويؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة على تنشئة الأبناء وكذا انعكاس الظروف المادية الصعبة على الأسرة وحرمانهم من كل احتياجاتهم، وبذلك تتاح لهم فرص الانحراف في بيئة تفتقر إلى مقومات الأمن الاجتماعي وكثيرا ما يشيع في أسر المدمنين نتيجة هذا ترك المدرسة، والسرقة والاحتيال، والتشرد والملاحقة الأمنية

هناك أيضا أضرار أمنية يعاني منها المجتمع تتمثل في إثارة الرعب بين المواطنين بسبب الجرائم المختلفة التي يرتكبها المتعاطون خصوصا في التجمعات السكنية التي يزداد فيها عدد المتعاطين. ناهيك عن تخوف الأولياء على أبنائهم خشية وقوعهم في شر الإدمان على المخدر، عن طريق مخالطة هؤلاء المدمنين أو من قبل إغراءات تجار المخدرات.

### - التعرف على بعض أضرار المخدر السياسية:

إنهاك قوى الشباب وإيقاعهم في آفة المخدرات وإبعادهم عن المشاركة الفاعلة في بناء الوطن وتنميته، مع زيادة فرص الفساد والرشوة المرتبطة بالمخدرات، مما يؤدي إلى ضعف الولاء للوطن، وفقدان قيم الانتماء للمجتمع بسبب طغيان القيم المادية والمصالح الشخصية، وكذلك خلق جو من اللبلة والفوضى الاجتماعية مثل الأحداث الأخيرة والتي عرفها الوطن مثل الاحتجاجات بدون أسباب من خلال خلق وافتعال قضايا والتي غالبا ما تستغل من طرف هذه الفئة الخارجة عن القانون فتتزلق الأمور وينتج عنها تخريب المؤسسات العمومية وهياكل الدولة، حيث أن معظم هؤلاء المخربين من فئة المدمنين على المخدرات لأن المواطن السوي لا يقوم بمثل هذه الأعمال وبهذا تتحقق سياسات الدول المعادية والمتمثلة في استضعاف الدول.

- تقديم مطوية أضرار الإدمان.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

### الجلسة الثالثة عشر: نظرة الدين الإسلامي للإدمان على المخدرات.

#### أهداف الجلسة

- 1- توضيح كيفية رفض الدين الإسلامي الحنيف للإدمان مرحليا.
- 2- أضرار المخدرات لم تكتشف في عصرنا فقط بل في عهد النبي صلى الله عليه وسلم.
- 3- الشريعة الإسلامية عاقبت كل من أدمن المخدرات.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الفيئات المستعملة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، التوضيح، التعزيز، إعادة التصور.

الوسائل المستعملة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر، المطوية.

## محتوى الجلسة:

تبدأ طالبة الباحثة دائما بالترحيب بأفراد العينة، مقدمة لهم جزيل الشكر والتقدير على مداومة الحضور، ثم تترك لهم مجالاً لطرح بعض من استفساراتهم حول ما قدم في الجلسة السابقة، وكذا التعبير عن آرائهم بكل حرية مع تصحيح بعض الأخطاء، وتقول لهم أن البرنامج أصبح في جلساته الأخيرة ثم تعلن لهم عن موضوع اليوم المتمثل في رأي الدين الإسلامي في إدمان المخدرات.

### - إجراء المناقشة مع أفراد العينة.

- هل انزل الله سبحانه وتعالى آيات تحرم المخدرات ؟
- كيف ينظر الإسلام للمخدرات ؟
- ما هي الضروريات الخمس التي أوجبت الشريعة الإسلامية حمايتها ؟

### محاضرة:

حرم الإسلام كل ما يضر بالفرد والأسرة و المجتمع وأهل كل ما هو طيب ومفيد للبشر جميعاً، فما حرم الله شيئاً إلا عوض الناس خيراً منه فيقول الله تعالى: « الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ ». سورة الأعراف الآية: (157)، ولأن النفس البشرية تميل دائماً إلى تحقيق رغباتها، دون النظر إلى ما يترتب عن هذه من مظاهر جسمية ونفسية واجتماعية ...

إلا أن الإسلام أرشد أتباعه وسن لهم الأحكام والتشريعات والقوانين الوقائية والعلاجية لكل المشاكل التي تواجههم ومن بين هاته المشاكل التي أرشدنا الله سبحانه حول ما تخفيه من أضرار ومضار تفتك بالإنسان المخدرات والمسكرات هذه الأخيرة التي تحدث فتوراً في الجسد وخدراً في الأعصاب وهبوطاً في الصحة وتميعاً في الأخلاق وتحللاً في الإرادة، وضعف الشعور بالواجب ..

إن الشريعة الإسلامية أوجبت حماية الضروريات الخمس التي يقوم عليها بناء المجتمع الصالح وهي **(النفس، العقل، الدين، المال، العرض)**، وجاءت النصوص المحكمة تحرم كل ما يلحق

الضرر بشيء من هذه الضروريات، والعقل من أعظم النعم التي أنعمها الله على بني البشر وجعله شرطا لتحميل التكاليف الشرعية بكل جوانبها.

ويقول الله تعالى: « **أَتَأْمُرُونَ النَّاسَ بِالْبِرِّ وَتَنْسَوْنَ أَنْفُسَكُمْ وَأَنْتُمْ تَتْلُونَ الْكِتَابَ أَفَلَا تَعْقِلُونَ** ». سورة البقرة الآية: (44)

قال الله تعالى: «... **كَذَلِكَ يُحْيِي اللَّهُ الْمَوْتَى وَيُرِيكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ** » سورة البقرة الآية: (73)  
قال الله تعالى: « **إِنَّ شَرَّ الدَّوَابِّ عِنْدَ اللَّهِ الصَّمُّ الْبُحْمُ الَّذِينَ لَا يَعْقِلُونَ** » سورة الأنفال الآية: (22)

وقال الله تعالى: «... **أَلَيْسَ مِنْكُمْ رَجُلٌ رَشِيدٌ** ». سورة هود الآية: (78)  
وقوله تعالى: «... **وَلَدَارُ الْآخِرَةِ خَيْرٌ لِلَّذِينَ اتَّقَوْا أَفَلَا تَعْقِلُونَ** ». سورة يوسف الآية: (109)

وهناك آيات كثيرة من الذكر الحكيم ذكر فيها الله عز وجل العقل الذي أنعمه الله علينا دون سائر خلقه لكن ما يدعو للأسف أن ترى الإنسان يقوم بالاعتداء على هذه النعمة بفعله فيتعهد إتلافها والاعتداء على غيرها من الضروريات اللازمة لبقائه ووجوده من جراء تعاطي المخدرات والمسكرات التي عمر بلائها أرجاء العالم كافة.

ولقد انزل الله آياته القرآنية لتحل مشكلة هذه المواد في تدرج مدهش، فكان أول ما انزل في تنفير الناس من تعاطي المخدرات قوله تعالى: « **وَمِنْ ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالْأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَةً لِقَوْمٍ يَعْقِلُونَ** ». سورة النحل الآية: (67)، فوصف الله تعالى **الرزق** بالحسن ولم يصف السكر بذلك، تمهيدا لتحريم الخمر، ثم لفت الأنظار لآثاره الضارة التي تفوق ما فيها من منافع محدودة فقال تعالى « **يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا...** ». سورة البقرة الآية: (219)، وفي مرحلة لاحقة حرم تعاطيها قبل أوقات الصلاة بحيث لا يأتي وقت الصلاة إلا والواحد منهم في أتم الصحة فقال تعالى: « **يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرَبُوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى حَتَّى تَعْلَمُوا مَا تَقُولُونَ** ». سورة النساء الآية: (43)، وبعد أن تهيأت النفوس لتحريمها، أصبحوا يتطلعون إلى اليوم الذي تحرم فيه تماما كما قال عمر بن الخطاب: **اللهم بين لنا في الخمر بيانا شافيا** } جاء التحريم القاطع في قوله تعالى: « **يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ**



وَالْمَيْسِرِ وَالْأَنْصَابِ وَالْأَزْلَامِ رِجْسٌ مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ» . سورة المائدة الآية: (90)، ومع نزول هذا التحريم القاطع من الله عز وجل جاء الحل النبوي لمشكلة إدمان الخمر .

وقد استمر تنفير الرسول صلى الله عليه وسلم لأصحابه منها فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم لأبي الرداء رضي الله عنه: { لا تشرب الخمر لأنه مفتاح كل شر } بل ولعن رسول الله صلى الله عليه وسلم كل من يقوم بصناعتها وبيعها وشربها فقال صلى الله عليه وسلم: { لعن الله الخمر وشاربها وساقبها، وبياعها، وعاصرها ومعتصرها، وحاملها والمحمولة إليه }، وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: { من شرب الخمر وسكر لم تقبل له صلاة أربعين صباحا، وإن مات دخل النار، فإن تاب تاب الله عليه، وإن عاد فشرب فسكر لن تقبل له صلاة أربعين صباحا، فإن مات دخل النار، فإن تاب تاب الله عليه، وإن عاد فشرب فسكر لن تقبل له صلاة أربعين صباحا فإن مات دخل النار، فإن تاب تاب الله عليه، وإن عاد كان حقا على الله أن يسقيه من رذغة الخبال يوم القيامة } قالوا: يا رسول الله وما رذغة الخبال ؟ قال: { عصارة أهل النار } .

ويؤكد رسول الله صلى الله عليه وسلم على مضارها على صحة الإنسان، فيقول {إنها داء وليست بدواء} وقد أثبتت الدراسات الطبية الحديثة إصابة الذي يتناول الخمر بالعديد من الأمراض مثل تليف الكبد، تصيب الجهاز الهضمي باضطرابات مختلفة فيفقد الإنسان شهيته للطعام كما تؤثر على الأعصاب وعضلة القلب.

ورسول الله صلى الله عليه وسلم حين أعلن تحريم الخمر حرم كل ما تنطبق عليه صفاتها من إذهاب العقل، أيا كان مصدر هذا الشراب، العنب، التمر أو غيرها فعن عائشة رضي الله عنها، عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: {كل شراب اسكر فهو حرام} وقالت أم سلمة رضي الله عنها في حديث آخر يبين أن كل أنواع المسكرات والمخدرات محرمة شرعا لأنها تهلك الفرد، وتضعف المجتمع: نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر كما نجد رسول الله صلى الله عليه وسلم يحرم كل شيء يضر بصحة الإنسان، فيقول رسول الله صلى الله عليه وسلم { لا ضرر ولا ضرار } فما ينطبق على الخمر من تحريم وعقوبات ينطبق على المخدرات وغيرها من السموم التي تضر الإنسان.

وهنا استقر التحريم، وكانت التشريعات واضحة في معاقبة من يقدم على تناول مسكرات، وكان تطبيق رسول الله صلى الله عليه وسلم لهذه التشريعات تطبيقا حكيما، فعن انس بن مالك رضي الله

**عنه أن النبي صلى الله عليه وسلم** ضرب في الخمر بالجريد والنعال، وأنه صلى الله عليه وسلم أمر بجلد شارب الخمر، وهدف رسول الله صلى الله عليه وسلم هو ردع كل من تسول له نفسه أن يدمن المخدرات والمسكرات، وليس الغرض من الضرب التنشفي أو الانتقام من صاحبها، من أجل مساعدة هذا الشخص على أن لا يعود إلى هذه المهلكات.

وفي هذا قاعدة عامة مقررة في الشريعة الإسلامية، انه لا يحل لمسلم أن يتناول من الأطعمة أو الأثرية شيئاً يضره أو يقتله بسرعة أو ببطء، فالمسلم ليس ملك نفسه فهو ملك لدينه وأمته وحياته وصحته وماله وعرضه... وكله عليه وديعة، ولا يحل ولا ينبغي عليه التفريط فيها حيث قال الله تعالى: **«... وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا»**. سورة النساء الآية: (29)، وقوله تعالى أيضاً: **«...وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ»**. سورة البقرة الآية: (195)

وهذا ما أكدته كل المذاهب الفقهية الإسلامية فقد اتفقت جميعها على تحريم المخدرات بكافة أنواعها، واعتبر تعاطي المخدرات والاتجار بها إثماً كبيراً إذ نجد ابن تيمية يقول في الحشيش: **"هذه الحشيشة الصلبة حرام، سواء سكر فيها أو لم يسكر"** والسكر منها حرام باتفاق المسلمين.

وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: **{كل مسكر خمر وكل مسكر حرام}**. (صالح السعد 1979) وبهذا فإن الإسلام حرص على تحديد رؤية واضحة وصريحة في مبادئه وأحكامه بشأن تحريم المخدرات، كونها تضر بالدين والعقل والنفوس والعرض والمال من جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية والنفسية، وكما قلنا أن الله سبحانه احل للإنسان بعض الأشياء لان فيها منفعة له وحرمة أشياء أخرى مثل المخدرات لان أضرارها كثيرة وتحريم المخدرات فيه فائدة للإنسان من اجل أن يحيا حياة هانئة يحيا فيها لدينه ودنياه وبالتالي لآخرته وحتى وان اخطأ الإنسان وأغوته ملذات الحياة، فان الله دائماً غفور رحيم، إن رحمة الله واسعة وهو الغفور الرحيم، يجب أن نعلم أن غرس حب الله ورسوله صلى الله عليه وسلم في قلوبنا يمنعنا من فعل كل قبيح، ومن أحب الله فان حبه يبعدكم عن المعاصي، وأقيموا الصلاة فان الصلاة تنتهي عن الفحشاء والمنكر. وعن النبي صلى الله عليه وسلم قال: **{لا يدخل الجنة عاق، ولا قمار، ولا مدمن خمر، ولا منان}**. (راغب السرجاني، 2010)

- تقديم مطوية تبين الآيات التي ذكر الله فيها العقل ومطوية المخدرات حرام شرعاً.

- تقديم استمارة تقييم جلسات البرنامج.

## الجلسة الرابعة عشر: التخلي عن الأفكار السلبية (مثل الإدمان على المخدرات) والتفكير في المستقبل.

### أهداف الجلسة:

- 1 - التفكير في الحاضر والاستعداد للمستقبل.
- 2 - التسلح بالإيمان من أجل النجاح في الحياة.

المدة التي استغرقتها الجلسة: 60 دقيقة.

الغيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، التعزيز، التوضيح.

الوسائل المساعدة: كراسات، أقلام، جهاز كمبيوتر.

### محتوى الجلسة:

الترحيب بأعضاء المجموعة، ومراجعة ما تم مناقشته في الجلسة السابقة، وكذا تقديم الشكر لأفراد العينة، وإعلامهم بأن البرنامج أوشك على الانتهاء، وأنه لم تبقى لنا إلا الجلسة الأخيرة، والتأكيد عليهم على الحضور.

### إجراء مناقشة:

- ماذا تمثل لك المرحلة التي تعيشها ؟
- ما هي الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها مستقبلا ؟
- ما معنى الحياة الحقيقية ؟

### محاضرة:

انك تعرف أهمية المرحلة التي تعيشها، باعتبارها من أهم مراحل العمر فهي المرحلة التي تعقد عليها الأمم والشعوب الكثير من الأمل لما تملكه من طاقات جسدية، وفكرية، ولما يميز هذه المرحلة من إقدام وتطلع نحو تحقيق الأهداف، فهي مرحلة التآلق والظهور على مسرح الحياة، ومرحلة العمل والعطاء والحيوية والنشاط، والصحة والإنتاج والإبداع والحركة، مرحلة البناء الحقيقي نحو مستقبل زاهر للفرد والمجتمع ولذا ينظر لهذه الفترة الزمنية على أنها الفترة الذهبية في حياة الإنسان.

ويعتبر المستقبل من أهم الأمور التي تستحوذ على عقلك وهو ما ستعيشه في مرحلة الشباب، لأنك عندما تصبح شاباً ترى أن حياتك الحقيقية ليست ما تعيشه الآن بل هي المستقبل الذي فيه حياتك المهنية الوظيفة التي ستعيش من دخلها وحياتك الاجتماعية (الزواج وتكوين الأسرة) وغير ذلك.

إن الحياة الحقيقية التي سوف تعيشها في المستقبل أنت ترسمها انطلقاً مما تعيشه الآن لهذا يجب أن تسير حياتك في الاتجاه الصحيح وتحقق المزيد من النجاح لا تترك غيرك يرسم حياتك \* ارسما أنت بيدك واستعن في بعض الأحيان بمن هم أكثر حكمة وخبرة منك، لا تصاحب كل من هب ودب فالرفقة السيئة تقودك إلى الهاوية مثل الإدمان على المخدرات والسرقة وغيرها... تسلح بالإيمان فإن قوة الإيمان هي أعظم حاجز بين المرء وبين مواجهة الحرام والمعاصي حيث قال تعالى عن الشيطان: « **إِنَّهُ لَيْسَ لَهُ سُلْطَانٌ عَلَى الَّذِينَ آمَنُوا وَعَلَى رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ** ». سورة النحل الآية: (99) لهذا فإن ابتعاد الفرد عن المعاصي وإيمانه بالله عز وجل يبعده عن المعاصي والمهلكات مثل المخدرات والكحول والإدمان والسرقة، وانتهاك أعراض الناس حيث قال **الرسول صلى الله عليه وسلم**: **{ لا يزني الزاني حين يزني وهو مؤمن، ولا يشرب الخمر حين يشرب وهو مؤمن، ولا يسرق حين يسرق وهو مؤمن، ولا ينتهب نهبة يرفع الناس إليه فيها أبصارهم حين ينتهبها وهو مؤمن }** لأن كل ما يحول بيننا وبين المعاصي وغيرها هو الإيمان. ( محمد دويش: 22)

يجب أن نتظر بوعي إلى المستقبل ولا تقل كما يقول غيرك بأنه لا مستقبل لي هنا فهذه نظرة سلبية للحياة نجدها عند الذين فشلوا في حياتهم فقط انظر من حولك ستجد الكثير يعيشون النجاح لأنهم هم أرادوا ذلك وتحذو كل الصعاب وكما يقال: **(من مشى على الدرب وصل)**، لأن بداية النجاح خطوة وبداية الهلاك غلطة كما يقال، قارن بين من اتبع طريق النجاح ومن اتبع طريق الهلاك.

يجب أن يعلم الفرد أن تطلعه للمستقبل هو سبب صناعته لنجاحاته كلها ولن يستمر النجاح لأحد منا إذا لم يكن يمتلك رؤية واضحة للتخطيط لحياته نحو المنحنى السليم وهو النجاح الدائم لان النجاح المؤقت مثلما تعطيه المخدرات **أشبه بصنارة صيد تعطي الطعام للسمكة ثم تلتقطها من عالمها الذي يهيأ لها شروط الحياة وتصبح دون روح وهذا هو مدمن المخدرات.**

إن اغلب المراهقين والشباب عند الحديث معهم والاستماع إلى آرائهم ووجهات نظرهم نجدهم دائما مشغولي الفكر والبال في ما ستؤول إليه حياتهم بعد فراغهم من الدراسة وهذا يدفعهم لتحقيق نجاحات أخرى.

## - يجب أن نعلم أن:

- التعامل مع الحاضر بطريقة سليمة يهيئنا إلى مستقبل ناجح.
- يجب أن تكون لدينا رؤية واضحة للمستقبل كي تستطيع التعامل مع المستقبل وتستطيع التعامل مع الحاضر بصورة صحيحة.
- إتباع الطرق الملتوية والانحراف سيوصلنا إلى طريق مسدود.
- إن الحياة مراحل نعيشها في لحظتها يجب أن لا نضيعها بمهالك مثل المخدرات لان حاضرك سيصبح ماضي والمستقبل هو الحاضر وهكذا حتى تجد نفسك ضيقت أجمل مراحل حياتك والماضي لا يعود إلا بالحصرة والندم.
- يجب أن نفهم معنى العصرنة أي أن تؤثر فيها ولا تتأثر بها من خلال مبادئك التي تربيت عليها فإذا أردنا التأثير في العصر علينا أن لا نكتفي بالماضي ولا برسم الحاضر بل التطلع إلى ما سنعيشه وهنا يقول " فولتير": **من لم تكن له روح العصر كان له شروره**، وهذا سبب ضياع مستقبلنا أن نقلد كل شيء لا نعرف محتواه في إطار العصرنة لأننا اعتدنا في حياتنا أن نقول هذه هي العصرنة ونحن لا نعرف حتى ما هي هذه الكلمات، والسعادة ليست بإتباع ملذات الحياة فالرسول صل الله عليه وسلم كان بسيطاً في كل شيء وكان سعيداً. وتحت وطأة الكلمات والشعارات أصبح الكثير منا ضحايا هذه الكلمات يجب أن يكون تفكيرنا واعياً، وأن لا نقلد كل ما نرى ولا تجرب كل ما يقال لنا أو يعطى لنا.
- تقديم استمارة جلسات البرنامج.

## الجلسة الخامسة عشر: الإنهاء والتقييم.

### الهدف العام:

تحديد مدى كفاءة البرنامج والتأكد من تنمية بعض المهارات الحياتية وتغيير التصور نحو المخدرات لدى أفراد العينة.

### أهداف الجلسة:

- 1- إنهاء العلاقة المهنية.
- 2- مراجعة و تلخيص لما تم في جلسات البرنامج و مناقشة ما تم طرحه من طرف أفراد العينة.
- 3- تطبيق الاختبار البعدي.
- 4- الاتفاق على تحديد موعد التطبيق التتبعي.

المدة التي تستغرقها الجلسة: 60 دقيقة.

الفيئات المستخدمة: المناقشة، التعزيز.

### محتوى الجلسة:

الترحيب بأفراد العينة وشكرهم على تفاعلهم الايجابي طوال فترة جلسات البرنامج وحرصهم على الحضور والانتظام والتزامهم بأداء مهامهم.

مناقشة بعض الاستفسارات التي قد يطرحها أفراد العينة، ثم تطبيق مقياس الدراسة -التطبيق البعدي- والاتفاق على موعد إجراء القياس التتبعي.

## المراجع المعتمدة في البرنامج:

- 1- أديب محمد الخالدي (2015). علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 2- أرنولد واشنطن، درنا باوندي (2003). إرادة الإنسان في شفاء الإدمان. ترجمة صبري محمد حسن، ط1، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
- 3- أسامة سعد أبو السريع (1993). الصداقة من منظور علم النفس. الكويت: عالم المعرفة.
- 4- حسن فالح حسين (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. ط1، عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- 5- حسين علي الغول (2011). الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن. ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 6- خالد محمد عسل (2008). العلاج المعرفي السلوكي للنمط السلوكي أ. ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- 7- الدليل التدريبي في الصحة (2008). ط3، فلسطين: وزارة التربية والتعليم العالي.
- 8- رغبة شريم (2009). سيكولوجية المراهقة. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 9- صالح السعد (1997). المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها. عمان، الأردن: شركة مطابع الأرز.
- 10- طه عبد العظيم حسين (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم و تطبيقات. ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- 11- عايدة بيروتي، نزيه حمدي (2012). فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلي وإعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 8، العدد 4.
- 12- عبد الستار إبراهيم (1990). العلاج النفسي الحديث. الكويت: عالم المعرفة.

- 13- عبد الستار ابراهيم (2008). عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني والمهارات الايجابية. ط1، المصرية، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- 14- عبد الله عادل راغب شراب (2013). فاعلية برنامج لتنمية الثقة بالنفس كمدخل لتحسين المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية. مذكرة دكتوراه في علم النفس التعليمي، القاهرة: جامعة عين شمس.
- 15- عدلي السمري وآخرون (2010). علم اجتماع الجريمة والانحراف. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 16- عيسى الشماس (2012). الصداقة عند الشباب الجامعي. مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الثاني، جامعة دمشق.
- 17- محمد حسن غانم (2008). مدخل إلى العلاج النفسي. ط1، القاهرة: مطابع الشرطة.
- 18- محمد عبد الرحمن عدس (2000). تربية المراهقين، ط1، عمان، الاردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 19- راغب السرجاني (2010). علاج رسول الله لمشكلة المسكرات والمخدرات. تاريخ الدخول: 2014/11/28 على الساعة 13: Islamstory.com/ar
- 20- حامد أحمد الغامدي (2011). فنيات العلاج المعرفي السلوكي. تاريخ الدخول <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12379> 2014/10/12. على الساعة 12:20.
- 21- شباب تحت الضغط (2012). <http://almadapaper.net/ar/news/538/>.



## الأضرار النفسية:

- اضطراب الإدراك الحسي العام وخاصة ما تعلق بالسمع والبصر بالإضافة إلى خلل في إدراك الزمن بالاتجاه نحو الأبطأ واختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الأطول وإدراك الحجم نحو التضخم.
- اختلال في التفكير العام وتذبذب في الحكم على الأمور والأشياء.
- القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار مع عصبية وحدة المزاج المصحوبة بإهمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل والاستمرارية.
- التقلب من حالة المرح إلى الشعور بالندم ثم الاكتئاب.
- جمود أو تبدل الانفعال حيث لا يستثار المتعاطي للأحداث السارة أو الغير سارة.

3

## أضرار المخدرات:

### الاضرار الجسمية

- فقدان الشهية للطعام مما يؤدي بالنحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار الوجه أو اسوداده.
- قلة النشاط والحيوية مع احمرار في العينين واختلال في التوازن.
- تهييج موضعي للأغشية المخاطية والشعب الهوائية التي تؤدي في بعض حالاته للالتهابات رئوية تصل لحد التدرن الرئوي.
- اضطراب الجهاز الهضمي وإتلاف الكبد وتلفه.
- التهاب بالمخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية المخية وهذا يؤدي بدوره لفقدان الذاكرة و الهلوس السمعية والبصرية.
- تأثيره السلبي على النشاط الجنسي وإنقاص إفرازات الغدد الجنسية.
- إحداث عيوب خلقية للأبناء إذا كانت الأم حاملا.

2

إن اختلال الدور الاجتماعي للفرد من العوامل الحاسمة للإدمان فمثلا ضعف الرقابة بالنسبة للمراهق من أهم الأسباب المؤدية للتعاطي. وكذا ضعف التكوين العقائدي و القيمي لأن معظم السلوك الانحرافي يرتبط ارتباط وثيق بالضعف العقائدي القيمي للفرد فضعف الوازع الديني وضعف التكوين القيمي له أثر فعال في الميل إلى الإقبال على التعاطي.

1



لا تدع  
حياتك  
تنتهي مثله

## بعض أضرار المخدرات



ابتعد عنه  
لاتقلده...

## الأضرار الأمنية :

-بالنسبة للمدمن يعيش جو أمنيا مشحونا بالخوف والقلق والذعر والتوتر بسبب الرقابة الرسمية والرقابة المجتمعية التي تلاحقه.  
ممارسة الأعمال الغير مشروعة مثل الرشوة، إفشاء أسرار العمل، السرقة، ارتكاب الجرائم، انتهاك أعراض الناس... التهديدات و المطاردات سواء من طرف الشرطة أو تجار المخدرات.

## الأضرار الدينية:

ترك و إهمال العبادات كالصلاة... وهذا ما يفتح باب المعاصي والفواحش وكذا التراخي عن طلب العلم والعمل به... كل هذا سبب في زوال النعم ونزول العقوبة والنقم... إفساد الأجيال بسبب غياب القدوة الحسنة... زوال المشاعر حب الوطن والغيرة عليه، والعرض والشرف.

## أضرار جنسية:

يعتقد معظم متعاطي المخدرات أن المخدر يزيد القوة الجنسية وهذا غير صحيح فقد أثبتت الدراسات أن متعاطي الهيروين والمورفين يعانون الضعف الجنسي حيث أن هاتين المادتين ومشتقاتها تسبب نقصا في إفرازات الهرمونات المنمية للغدة التناسلية وهذا ما ينطبق على الحشيش أيضا.

## الأضرار الاجتماعية:

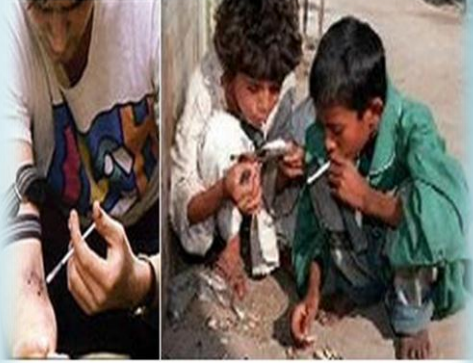
-ينعكس الإدمان على جميع جوانب حياة المدمن فتسوء علاقته مع أسرته ويصبح عنيف في علاقته مع زوجته وأولاده يهمل ذاته وعمله يقل إنتاجه، وتنقصه الثقة بقدراته، ويبدأ في الانعزال ويفقد كثيرا من اهتماماته وطموحه، ويؤدي به إلى سلوك الجريمة والعنف والانحراف الجنسي وخاصة جرائم الأسرة التي تنتج عن المشاجرات العنيفة بين المدمن وأفراد أسرته.  
زيادة فرص انتشار الفساد والرشوة في المجتمع الذي تنتشر فيه المخدرات.

## الأضرار الاقتصادية

-الأضرار الاقتصادية المتعلقة بالمدمن تتمثل في ضياع الأموال والممتلكات وفقدان المدمن لدخله وهذا ما يؤثر مباشرة على كل أفراد الأسرة سواء تعلق الأمر برب الأسرة المدمن أو أحد الأبناء.  
وهذه الأضرار لا تقع على الفرد المدمن وأسرته فقط بل تضر بالاقتصاد الوطني.  
كثرة المدمنين يزيد من أعباء الدولة لرعايتها لهم في المستشفيات والمصحات والسجون ومطاردة المهربين.

⚡ احذر رفقاء السوء فكما يقال: .

الوحده خير من جليس السوء



ماذا تفعل لتتجنب المخدرات



3

⚡ احذر الآخرين... خاصة الذي يشرب

فهو يود لو أن كل الناس يشربون مثله...

والمدمن يود لو أن كل الناسي مدمنون

لهذا فأصدقاء الكأس سيشعرون أنك

خذلتهم ولذا سوف يجرونك إلى الشرب

أو التعاطي بحجة كأس واحدة، أو

ينتهبون فرصة توترك أو شعورك بالكآبة

لأي سبب ويقدمون لك كأسا فاحذرهم

⚡ قد يستهويك الشرب في بعض الأحيان

بحجة أنك تستطيع أن تتوقف عن

الشراب حينما تستطيع هذا خطأ!! لأنه

عندما يحدث تعلق بالمشروب أو أي

مادة يصعب عليك التخلي.

⚡ يجب أن تعرف أن الإدمان شكل من

أشكال السلوك الانهزامي الذي يعجز

المرء عن إيقافه برغم نتائجه المعاكسة.

2

نحن نستطيع حل مشاكلنا بطرق سليمة

عندما تشعر بالقلق أو الضيق، أو الفشل في بعض الأحيان أو تواجهك مشكلات اجتماعية أسرية... دراسية، نفسية أو اقتصادية... حاول أن:

⚡ تأخذ عطلة...

⚡ اشغل نفسك بأي شيء.

⚡ اقرأ...

⚡ ابتعد عن الإجهاد.

⚡ ادعوا ربك.

⚡ مارس الرياضة

⚡ استمع إلى الموسيقى.

⚡ إذا شعرت بأي توتر لأي سبب فمشكلتك

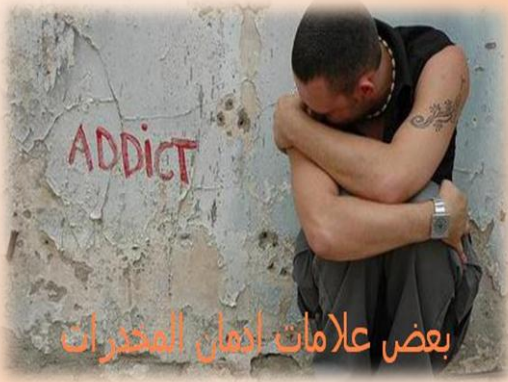
ستجد لها دائما الحل مهما ذاقت بك

الأحول... فلا تلجأ إلى الطريق المسدود

طريق الإدمان.

1

من هو المدمن و ما هي أسباب إدمانه



قال تعالى:

﴿وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنسَاهُمْ

أَنفُسَهُمْ﴾ سورة الحشر، الآية 19.

وقال أيضا:

﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً

ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى﴾ سورة

طه، الآية 124.

3

## علامات الإدمان:

استخدام مصطلحات تتجرد من الحياء وعدم احترام العادات والقيم والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع.

اضطرابات في النوم.

الدوخة وأحيانا الإغماء.

الهزال العام.

تدني المستوى الدراسي.

إهمال أو ترك الصلاة والطاعات الأخرى.

كثرة التذمر وافتعال المشاكل مع زملائه أو مسؤوليه.

احمرار العينين.

الكذب والمراوغة.

الغياب المتكرر عن المنزل.

الاكتئاب وتقلب المزاج.

الهروب من المدرسة بشكل متكرر.

كثرة طلب المال.

الانعزال والبعد عن أفراد الأسرة والأصدقاء

2

**المدمن:** هو الشخص الذي تتحكم المخدرات والكحول على مجرى حياته وتسيطر على كل شيء له، حيث يصل المدمن إلى حد أن يعيش لتعاطاها، ويتعاطاها لكي يعيش ويصبح كل شيء يمتلكه سبب يساعده على الحصول على المخدر وبهذا يصبح المدمن أسير المخدر.

بعض الأسباب التي

تجعل الفرد يدمن:

هناك أسباب تدفع الفرد يدمن على المخدرات ولكن ليست هي السبب القاطع في إدمان الفرد لأن معظم أفراد المجتمع يعيشون نفس الظروف والأسباب لكن لا يقعون في فخ الإدمان، ومن بين هذه الأسباب:

- ضعف الوازع الديني.

- الانفتاح الاقتصادي.

- ضعف دور وسائل الإعلام.

- عدم الرقابة على بعض العقاقير المخدرة.

- العمالة الأجنبية.

- أماكن اللهو المحرمة.

- حب التقليد.

- الظروف المادية.

- تأثير وسائل الاتصال الحديثة.

1

### 3/ الأفيون ومشتقاته

#### أعراض الانقطاع عن التعاطي:

تبدأ في الظهور بعد ساعات من موعد الجرعة التالية:  
أرق وتوتر شديد- كثرة الحركة - فرط العرق-  
التثاؤب، إفرازات الأنف، تدميع العين، الشعور  
بالبرودة مع بروز بصيالات الشعر، فقدان الشهية  
للأكل، القيء، الإسهال.

#### علامات التسمم:

الغيبوبة مع ضيق حدقة العين، برودة الجسم  
مع زرقة في الجلد  
-صعوبة التنفس مع إخراج رغاوي من الفم.  
-هبوط ضغط الدم، سرعة ضربات القلب،  
علامات حقن الوريد، تقرحات بالحاجز  
الأنفي.

3

### 2/ العقاقير

#### أعراض الانقطاع عن تعاطيها:

الأرق- القلق - القلق الحاد - الهذيان  
ونوبات الصرع.

#### علامات التسمم:

الغيبوبة- صعوبة  
التنفس مع زرقة  
الجسم- فقدان  
الانعكاسات العصبية  
- هبوط الوظائف  
الحوية- فشل في  
الدورة الدموية

2

### أعراض الانقطاع عن الإدمان وعلامات التسمم الظاهرة:

#### 1/ الكحول:

أعراض الانقطاع عن تعاطيها: الغثيان-  
والقيء- الخوف -الأرق- ارتعاش شديد  
بالأطراف والجسم هلاوس سمعية (سماع  
أصوات غير موجودة) الهذيان- النوبات  
الصرعية.



#### بعض علامات التسمم:

اضطراب السلوك،  
ترنح في المشي، تقطع الكلام،  
النعاس، نوبات الصرع،  
الغيبوبة، هبوط شديد في

1

قال تعالى: ( وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى  
التَّهْلُكَةِ )سورة البقرة الآية 195.



5/الحشيش

- أعراض الانقطاع عن التعاطي:  
- الأرق - القلق - الرغبة في معاودة تعاطي  
المادة.

علامات التسمم:

علامات الانقطاع والتسمم  
نفسية مثل القلق الحاد  
والخوف - الاكتئاب مع أفكار  
اقتصادية - تشتت الانتباه

5

4/العقاقير المنبهة للجهاز العصبي  
(الكوكايين، اللامفيتامينات).

- أعراض الانقطاع عن التعاطي:

التهيج المصحوب بالاكتئاب، الوهن  
والضعف، الإلحاح من أجل الحصول على  
المادة أو بديلها، الاكتئاب الذي قد يصل

علامات التسمم:

العدوان على الآخرين، هلاوس سمعية  
وبصرية، جفاف الجلد والفم، اتساع  
حدقة العين، سرعة الانعكاسات  
العصبية، سرعة دقات القلب، ارتفاع  
ضغط الدم، الهذيان ارتفاع حرارة

4

## الاعتماد النفسي:

دافع قهري لتناول العقار بصورة مستمرة، أو دورية لتجنيب الشعور بعدم الراحة دون أن تكون هناك أعراض جانبية بدنية تدفع المتعاطي إلى البحث عن عقار للتخفيف من حدة الأعراض

## الاعتماد العضوي:

هو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على هيئة اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة.



3

## العقار:



أي مادة طبيعية كانت أو كيميائية و التي عند وصولها إلى جسم الإنسان فإنها تغير واحدا أو أكثر من الوظائف النفسية.

أو هو أي مادة غير غذائية لها تأثيرات كيميائية تؤدي إلى تغيير في بناء أو وظيفة الجسم و مستويات الوعي و هنا يلتزم الفرد المتعاطي لهذه المواد التي تؤثر على جهازه العصبي و تؤثر على مستوى وعيه إلى درجة عدم القدرة على الاستغناء عنها.

2

## الإدمان:

حالة تعود قهري للمدمن على تعاطي مادة معينة بصورة متكررة، بحيث يلزم المدمن بضرورة الاستمرار في استعمال هذه المادة، فإذا لم يستعملها في الموعد المحدد تظهر عليه أعراض جسدية ونفسية، بحيث تجهده وتقهره للبحث عن هذه المادة وضرورة استعمالها بأي شكل من الأشكال.

كما أنه حالة تسمم مزمنة ناتجة عن استعمال متكرر لمواد مخدرة يؤدي إلى حاجة مكرهة لتعاطي المخدرات من ناحية، والميل لزيادة كمية الجرعة من ناحية ثانية.

كما أن الإدمان هو حالة من التسمم المزمن الذي ينتج عن التعاطي المتكرر لعقار ما، وهذه الحالة تتميز بالاعتماد النفسي والفيزيائي على مفعول هذا العقار، وتوجد معها رغبة صارمة أو احتياج (قهري) للاستمرار في تعاطيه والحصول عليه بأي وسيلة كما يوجد أيضا ميل لزيادة الجرعة مع ظهور تدهور تدريجي في الشخصية وإذا ما توقف عن التعاطي لأي سبب من الأسباب فإن أعراض الانقطاع سرعان ما تظهر.

1

مارس الرياضة ..حياتك تكن أفضل



3

- 3- أكتب أي شيء يخطر ببالك ( قصة، شعر، كلام يزعجك...).
- 4- اشغل وقت فراغك بقراءة موضوع لا تعرف عنه شيئاً.
- 5- شارك أهلك أو أصدقائك في ألعاب تنمي فكرك.

### نتائج تعاطي المخدرات:

- 1- تصيب صاحبها بالهزال.
- 2- ترخي العضلات نتيجة فقدان الشهية.
- 3- تشعر الفرد بالاكتئاب إلى درجة الانتحار.
- 4- الإحساس بالفشل والدوار.
- 5- تحدث خللا في الدورة الدموية.
- 6- تجعل الفرد يصل إلى درجة الفناء.
- 7- تسبب الكثير من الأمراض ( الايدز، تليف الكبد، إصابة الجهاز الهضمي.
- 8- تضعف القدرات العقلية للفرد.
- 9- تشعر الفرد بالأرق الدائم.

2

### نتائج ممارسة الرياضة في

حياتنا:

- 1- تجعل العضلات متينة و قوية.
- 2- تساعد على التحكم في الوزن.
- 3- تساعد على الراحة النفسية و النوم العميق.
- 4- تساعد الفرد على أن لا يتعب بسهولة.
- 5- تحسن جريان الدم.
- 6- تساعد على ظهور علامات الصحة.
- 7- تقي من الأمراض مثل القلب و السكر و غيرها من الأمراض.
- 8- تزيد نشاط القدرات العقلية مثل التفكير السليم.
- 9- تجعل الفرد يتخلص من القلق و الضغط.

### مارس أيضا الرياضة الذهنية:

- 1- القراءة لمدة ثلاثين دقيقة مساء.
- 2- تعلم ثلاث كلمات جديدة يوميا.

1



وقد حرم الدين الإسلامي الخمر وحرمت  
المخدرات قياساً على ذلك تحريماً قطعياً ..  
قال تعالى :

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ  
وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رَجَسٌ مِنْ عَمَلِ  
الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تَفْلِحُونَ

إن الدين الإسلامي الحنيف لم يحرم شيئاً إلا وقد أثبت  
الواقع ضرره، وما أحل شيئاً إلا دل الواقع على نفعه في  
حياة الناس جميعاً، ومن أعرض عن هديه وحكمه فقد  
ضلّ ضلالاً مبيناً لبعده عن الحق، وسيعود بالخسران المبين  
يوم الدين ولم يترك الإسلام حراماً ولا حلالاً إلا بينه في  
كتاب الله وعلى لسان رسول الله ﷺ خاتم الأنبياء  
 والمرسلين.

﴿لَيْهَلِكَ مَنْ هَلَكَ عَنْ بَيِّنَةٍ وَيَحْيَىٰ مَنْ حَيَّ عَنْ بَيِّنَةٍ﴾  
سورة الأنفال، الآية 42.

فقد أجمع علماء المسلمين من جميع المذاهب على تحريم  
المخدرات حيث تؤدي إلى الإضرار بدين المرء وعلقه  
وطبعه، كما يقال أنها جعلت خلقاً كثيراً بلا عقل،  
وأورثت متعاطيها دناءة النفس والمهانة.

ويقول الله سبحانه وتعالى في محكم تنزيله:

﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ  
وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رَجَسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ  
فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تَفْلِحُونَ إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ  
أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ  
وَالْمَيْسِرِ وَيَصْنَعُ لَكُم مِّنْ دُونِ اللَّهِ  
فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ﴾ سورة المائدة الآيتين  
90-91.

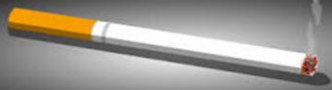


والله هنا يقصد بالرجس النجس وكل نجس حرام  
فالخمر رجس، وكذا كل مسكر من الحشيش  
والهيروين... و كل المخدرات هي نجس.

قال رسول الله ﷺ «كل مسكر خمر وكل مسكر  
حرام» رواه مسلم وأبو داود عن النبي.

والخمر هو كل ما خامر العقل أو غطاه  
أو ستره بغض النظر عن مظهر المسكر أو صورته  
وكل المخدرات مسكرة أو مفترية وهي حرام.

وسيسالك الله عن مالك أين أنفقته  
وعن شبابك كيف أفقته؟



لا للمفدرات

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم :

كل مسكر حرام

رواه مسلم



تعاطي المخدرات يعطل عدة وظائف من التركيز و لانتباه و الوعي والشعور بالاكتئاب و يضعف قدرة الفرد على استيعاب ما يدور من حوله فأين قوة الشخصية هنا، هنا لا يوجد إلا شخص ميت تتحكم فيه المخدرات.

نسيان المشاكل و الضغوط يتم التخلص منه عن طريق المخدر.

**تصحيح التصور:** هذا يعتبر هروب من الواقع المرتبط بإيذاء الذات عن طريق المخدر، و يعبر عن فشل الشخص في مواجهة الواقع و هنا فالمخدر يعمل على تخدير جسد المدمن كي لا يشعر بما يدور من حوله حتى يصبح أسيرا للمخدر دون أن يحل مشاكله فعلا.

المخدرات تزيد الفرد القدرة على الإبداع و التركيز.

**تصحيح التصور:** قد تزيد بعض المنشطات قدرة المدمن على التركيز لكن سرعان ما ينهار جهازه العصبي ويفقد المدمن قدرته على استرجاع المعلومات و يعيش حالة من التبدل و تضعف قدرته على التذكر.

تصحيح بعض التصورات الخاطئة حول حقيقة المخدرات

التصور الخاطيء:

ارتباط التدخين و الكحول بإثبات الذات و الرجولة.

تصحيح التصور:

إن الرجولة و إثبات الذات يحتاج منا إلى الحفاظ على الذات والصحة

النفسية و الجسمية و العقلية أما الرجولة هي بالحفاظ على الكرامة و العرض والمال وليس التذلل في الشوارع و رؤية استنفار الآخرين منك وأنت تدمر نفسك بالبحث عنا لمخدر لان الصحة تاج لا يراه إلا المرضى.

فكرة أن التدخين يغني عن ما هو أسوأ.

تصحيح التصور:

أليس التدخين إدمانا كم من شخص في العالم يموت بسبب التدخين إن من يدخن يقتل نفسه ومن يحيطون به حتى وان كان يدخن سيجارة واحدة في اليوم.

تعاطي الكحول و المخدرات يجعل الشخصية قوية.

تصحيح التصور:

## الآيات التي ذكر الله فيها العقل

### بسم الله الرحمن الرحيم

- (أتأمرون الناس بالبرّ وتنسون أنفسكم وأنتم تتلون الكتاب أفلا تعقلون). سورة البقرة: (44).
- (كذلك يحي الله الموتى ويريكم آياته لعلكم تعقلون) البقرة: (73).
- (والراسخون في العلم يقولون آمنا به كلّ من عند ربنا وما يذكر إلا أولوا الأبواب) آل عمران: (7).
- (إن في خلق السماوات والأرض واختلاف الليل والنهار آيات لأولي الأبواب) آل عمران: (190).
- (فلا وربك لا يؤمنون حتى يحكموك فيما شجر بينهم ثم لا يجدوا في أنفسهم حرجا مما قضيت ويسلموا تسليما) النساء: (65).
- (قل هل يستوي الأعمى والبصير أفلا تتفكرون) الأنعام: (50).
- (إن شرّ الدوابّ عند الله الصمّ البكم الذين لا يعقلون) الأنفال: (22).
- (وطبع الله على قلوبهم فهم لا يعلمون) التوبة: (93).
- (كذلك نفصل الآيات لقوم يتفكرون) يونس: (24).

- (ومنهم من يستمعون إليك أفأنت تسمع الصمّ ولو كانوا لا يعقلون) يونس: (42).
- (أليس منكم رجل رشيد) هود: (78).
- (ولدار الآخرة خير للذين اتقوا أفلا تعقلون) يوسف: (109).
- (إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون) الرعد: (3).
- (اللّذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب) الرعد: (28).
- (هذا بلاغ للناس ولينذروا به وليعلموا أنما هو اله واحد وليذكر أولوا الأبواب) إبراهيم: (52).
- (وأنزّلنا إليك الذّكر لتبين للناس ما نزل إليهم ولعلهم يتفكّرون) النحل: (44).
- (و الله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعملون شيئا وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة لعلكم تشكرون) النحل: (78).
- (إن السمع والبصر والفؤاد كلّ أولئك كان عنه مستولا) الإسراء: (36).
- (وجعلنا على قلوبهم أكنة أن يفقهوه وفي آذانهم وقرا) الإسراء: (46).

- (أولم يتفكّروا في أنفسهم ما خلق الله السماوات والأرض وما بينهما إلا بالحقّ وأجل مسمى) الروم: (8).
- (ومن آياته منامكم بالليل والنهار وابتغواؤكم من فضله إن في ذلك لآيات لقوم يسمعون) الروم: (23).
- (ولقد أضلّ منكم جبلاً كثيراً أفلم تكونوا تعقلون) يس: (62).
- (ومن نعمه ننكسه في الخلق أفلا يعقلون) يس: (68).
- (وأذكر عبادنا إبراهيم واسحق ويعقوب أولي الأيدي والأبصار) سورة ص: (45).
- (هل يستوي اللّذين يعلمون والّلذين لا يعلمون إنما يتذكر أولوا الأبواب) الزمّر: (9).
- (وسخر لكم ما في السماوات وما في الأرض جميعا منه إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون) الجاثية: (13).
- (أفلا يتدبرون القرآن أم على قلوب أقفالها) سورة محمد: (24).
- (فاعتبروا يا أولي الأبصار) الحشر: (2).
- (تحسبهم جميعا وقلوبهم شتى ذلك بأنهم قوم لا يعقلون) الحشر: (14).

## خطوات تقوية الثقة

### بالنفس:

- اكتشف طاقاتك الإيجابية.
- اكتب الجوانب الإيجابية ونقاط القوة التي تميزك عن غيرك.
- تقبل ذاتك كما هي.
- اجتهد أن تتغير للأفضل وتقوي نقاط ضعفك.
- كن نفسك و لا تكن غيرها .
- لا تقارن نفسك مقارنة سلبية بالآخرين.
- توقف عن ازدراء ذاتك ولا تنظر إلى نفسك نظرة دونية .
- لا تلتفت إلى قتلة الأحلام وأعداء النجاح الذين يدلونك على طريق الفناء فقط .
- تعلم من الفشل فهو خطوة للنجاح .
- اهتم بمظهرك.
- ميز بين الأشياء و الأفكار التي تواجهك و اتخذ القرار.
- برمج عقلك اللاواعي على الثقة بالنفس.
- مارس تدريبات الاسترخاء .
- مارس تدريبات التنفس.
- توكل على الله .

## تصورات خاطئة عن الثقة بالنفس وتأکید الذات

هناك العديد من التصورات الخاطئة عن الثقة بالنفس وتأکید الذات لدى المراهقين:

1- إن الثقة بالنفس تقتضي نبذ الحياء، والتسلح بالجرأة المبالغ فيها، وهذا ما يدفع الفرد إلى اكتساب أمور وحسن الخلق.

" ويؤكد فقهاء الحديث أن للحياء قيمة مهمة ألا وهي رقابة داخلية تتحكم في سلوك الإنسان تدفعه للأفعال المستحبة حتى وان خالف ذلك هواه وما تشتهيئه نفسه، وتمثل الإنسان بالحياء يقوده إلى كل خير ويحجبه عن كل شر وبالتالي يصل إلى قمة الثقة بالنفس، كيف لا والرسول صلى الله عليه وسلم يقول أن الحياء شعبة من الإيمان.

2- هناك من يعتقد أيضا أن حب النفس يجعل صاحبه يشعر بالتباهي والتفاخر.

وهنا يرى الباحثون أن الفرد المتباهي والمتظاهر يعيش حيين منفصلين حب نفسه وحب الظهور، وهنا يعيش الفرد حالة من طغيان الأنانية ويقدم الفرد لنفسه تصورات وهمية فيها شيء من التهويل.

3- يعتقد البعض أن الثقة بالنفس معدومة أو مفقودة.

هنا يجب على كل فرد تكون له القدرة على التعبير عما في نفسه، وما يبدو في فكره وهنا يقول ديكارت **أنا أفكر إذا أنا موجود**، فتنمية ثقتنا بأنفسنا و تأكيدنا

لدواتنا من خلال التعبير عن آرائنا و أفكارنا و مشاعرنا في المواقف التي تستدعي ذلك بالجرأة و الجرأة ستكون لديك كلما عبرت عن آرائك و تخليت عن التفكير في المواقف المزعجة التي حدثت لك في حياتك، لان المخدر سوف يزيد من نفور الناس منك لا التقرب منك.

4- **الثقة بالنفس أن تسيطر على الآخرين و تتحكم فيهم.**

يجب أن تعلم أن الكثيرين غيرك استعملوا عدة أساليب سيئة من اجل السيطرة و التحكم لكنهم لم ينجحوا في حياتهم والتاريخ حافل بمؤلاء الأشخاص الذين انتهى بهم الأمر بطرق مأساوية.





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التربية الوطنية

المسيلة في: 23-04-2015  
مدير التربية  
إلى السادة:  
مديري الثانويات  
بلدية: المسيلة

مديرية التربية لولاية المسيلة  
مصلحة التكوين والتفتيش  
مكتب التكوين  
رقم: 88/2015

**الموضوع: ترخيص بإجراء ( بحث ميداني ) .**  
بناء على مراسلة جامعة محمد بوضياف بالمسيلة (كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية / قسم  
علم النفس) بتاريخ 21 / 04 / 2015  
يرخص للطلبة:

الرقم	الاسم واللقب	تاريخ ومكان الميلاد	رقم التسجيل
01	سامية بورنان	1982/07/27	/

بالدخول إلى الثانويات / بلدية: المسيلة  
خلال الفترة الممتدة

من: 23 / 04 / 2015 إلى غاية: 23 / 05 / 2015  
لإجراء: ( بحث ميداني ) في المحاور التالية: مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو  
الإدمان على المخدرات .

مع احترامهم للشروط التالية:

- 1- العمل وفق ما يسمح به القانون وعدم التطرق إلى ما يمس السر المهني .
- 2- الالتزام التام من طرف المتربصين باحترام القانون داخل المؤسسة المستقبلية وتحملهم المسؤولية إزاء الإخلاء بذلك.
- 3- استغلال المعلومات المتحصل عليها خلال التربص في خدمة الجانب العلمي للمحاور السالفة الذكر لا غير
- 4- وضع رزنامة عمل لفائدة المتربصين من طرف المسؤول الأول لمؤسسة المستقبلية خلال الفترة المحددة.
- 5- مراعاة السير العادي لأنشطة المؤسسة .

\* المطلوب من مسؤول المؤسسة الاستقبال اتخاذ كل الترتيبات اللازمة لانجاز العملية في ظروف عادية  
طبقا للتوجيهات الأنفة الذكر.

عن مدير التربية  
الأمين العام

رشيد بلحاج



## ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

أصبحت مشكلة الإدمان على المخدرات خطراً يهدد الكثير من أبناء معظم المجتمعات المختلفة، وازداد خطرها إلى درجة استخدامها كسلاح خفي يستهدف فئة المراهقين بالذات من أجل تحويلهم من قوة فاعلة ومنتجة في شتى المجالات إلى قوة مدمرة تشل حركة المجتمع وتبدد ثرواته ولأن مرحلة المراهقة مرحلة مهمة وحساسة في حياة الفرد باعتبار المراهق رجل الغد وله دور فعال في بناء المجتمعات مستقبلاً من خلال قدرته على التفكير السليم وتحليل الأمور وتفسيرها بطريقة صحيحة انطلاقاً من ذاته وما تقدمه له البيئة، وبهذا فهو بحاجة للآخرين من أجل تزويده بالمعارف حول الظواهر المختلفة كي لا يقع في تلك الأخطار مثل خطر المخدرات وما يُكونه المراهق من تصورات حولها، والتي قد تدفعه للإدمان دون وعيه بمخاطرها، وانطلاقاً مما سبق هدفت هذه الدراسة إلى اقتراح برنامج يهتم بالتوعية الصحية من أجل تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات والتحقق من فاعلية هذا البرنامج.

وبغية التحقق من فرضيات الدراسة تم اعتماد المنهج التجريبي من خلال تطبيق برنامج التوعية على مدار شهرين على عينة من المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي، بثانوية شريف مساعدي بمدينة المسيلة/ ولاية المسيلة.

والذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتم توزيعهم على مجموعتين:

- مجموعة تجريبية مكونة من (12) مراهقاً.
- مجموعة ضابطة مكونة من (12) مراهقاً. بعد ضبط كل المتغيرات المتعلقة بالسن والذكاء وبعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية.

ولقياس فاعلية برنامج التوعية الصحية، قامت الطالبة الباحثة بإعداد مقياس حول تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن لبرنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة دور في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات -أفراد العينة التجريبية- حيث تم التوصل إلى:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستطيع القول أن لبرنامج التوعية الصحية فاعلية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، ومن هنا تقترح الطالبة الباحثة تكثيف الدراسات والبرامج التوعوية والتدريبية التي تهتم بتزويد النشء بالمعلومات الكافية عن خطر المخدرات والإدمان عليها، مع ضرورة الاهتمام بتدريبهم على المهارات الشخصية والحياتية اللازمة من أجل تجنبهم الوقوع في مختلف الأخطار كخطر المخدرات.



## **Résumé :**

L'intitulé de cette étude : Le degré d'efficacité d'un programme de sensibilisation sanitaire dans le changement des représentations d'adolescents envers la toxicomanie.

La toxicomanie est devenue un fléau qui menace beaucoup de générations dans les diverses sociétés. Cette menace ne cesse de s'accroître à tel point qu'elle est utilisée comme arme cachée contre les adolescents plus précisément, dont le but de réduire leur efficacité productive dans divers domaines, à une force destructive qui englobe le mouvement de la société et gaspille sa fortune ; Et comme la phase de l'adolescence est une période sensible et très importante au cours de la vie d'un individu, dans le sens où cet adolescent est et l'homme adulte de demain, et a un rôle efficace dans la construction de la société, à travers sa capacité de penser, d'analyser et d'interpréter correctement les choses, sur la base de ses capacités et des soins de son environnement, ainsi il a besoin des autres à fin de lui fournir les connaissances sur les divers phénomènes, corriger ses représentations envers les toxicomanies ; et pour qu'il soit épargné des dangers, comme celui des toxicomanies.

Et partant de ce qui précède, cette étude vise la conception et la proposition d'un programme axé sur la sensibilisation sanitaire pour changer les conceptions des adolescents envers les toxicomanies, et la vérification de l'efficacité de ce programme.

Et à fin de vérifier les hypothèses de l'étude, nous avons utilisé la méthode expérimentale, et procédé à l'application de ce programme de sensibilisation, pendant deux mois, sur un échantillon d'adolescents lycéens, de la troisième année secondaire, du lycée Cherif Messaadia, ville de Msila, Wilaya de Msila.

Nous avons choisi notre échantillon d'une manière aléatoire, et divisé, en deux groupes : un groupe cible constitué de (12) adolescents, et un groupe de lycéens témoin constitué aussi d'une douzaine d'adolescents. Et ceci après avoir pris en considération les diverses variables en relation avec notre expérience, à savoir, l'âge, l'intelligence, et quelques caractéristiques socio-économiques.

Et pour mesurer le degré d'efficacité de sensibilisation sanitaire, nous avons préparé et utilisé un test des représentations des adolescents au sujet de la toxicomanie.

Les résultats montrent que ce programme de sensibilisation sanitaire proposé a un effet sur le changement des perceptions de ces adolescents envers la toxicomanie (les sujets du groupe cible).

- Il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores des sujets du groupe cible, au niveau du test de perceptions de ces adolescents envers la toxicomanie, avant et après l'application du programme, au profit du post-test.

- il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores des sujets du groupe témoin, au niveau du test de perception de ces adolescents envers la toxicomanie, avant et après l'application de ce programme.

- Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores des sujets du groupe cible, et les moyennes des scores du groupe témoin, au niveau du test de perception des adolescents envers la toxicomanie, après application du programme, au profit du groupe cible.

- Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores des sujets du groupe cible, au niveau du test de perception des adolescents envers la toxicomanie, après application du programme, et après le passage de la période de suivi.

Et après ce constat, on peut dire que ce programme de sensibilisation sanitaire est efficace dans le changement des représentations des adolescents envers la toxicomanie, ainsi, nous proposons l'intensification des études et programmes sur la sensibilisation, d'éducation et formation, dans l'intention de fournir aux jeunes les informations, les savoirs, les compétences et savoir-faire nécessaires à l'encontre des dangers de la toxicomanie, la dépendance, dans le but de les épargner et de les éduquer efficacement.