جامعة عمار ثليجي _الأغواط_
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الميدان: العلوم الإنسانية والإجتماعية

شعبة: علم النفس

الموضوع:

جودة الحياة لدى المراهق المدمن على المهلوسات

دراسة عيادية لثلاث حالات بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالأغواط

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

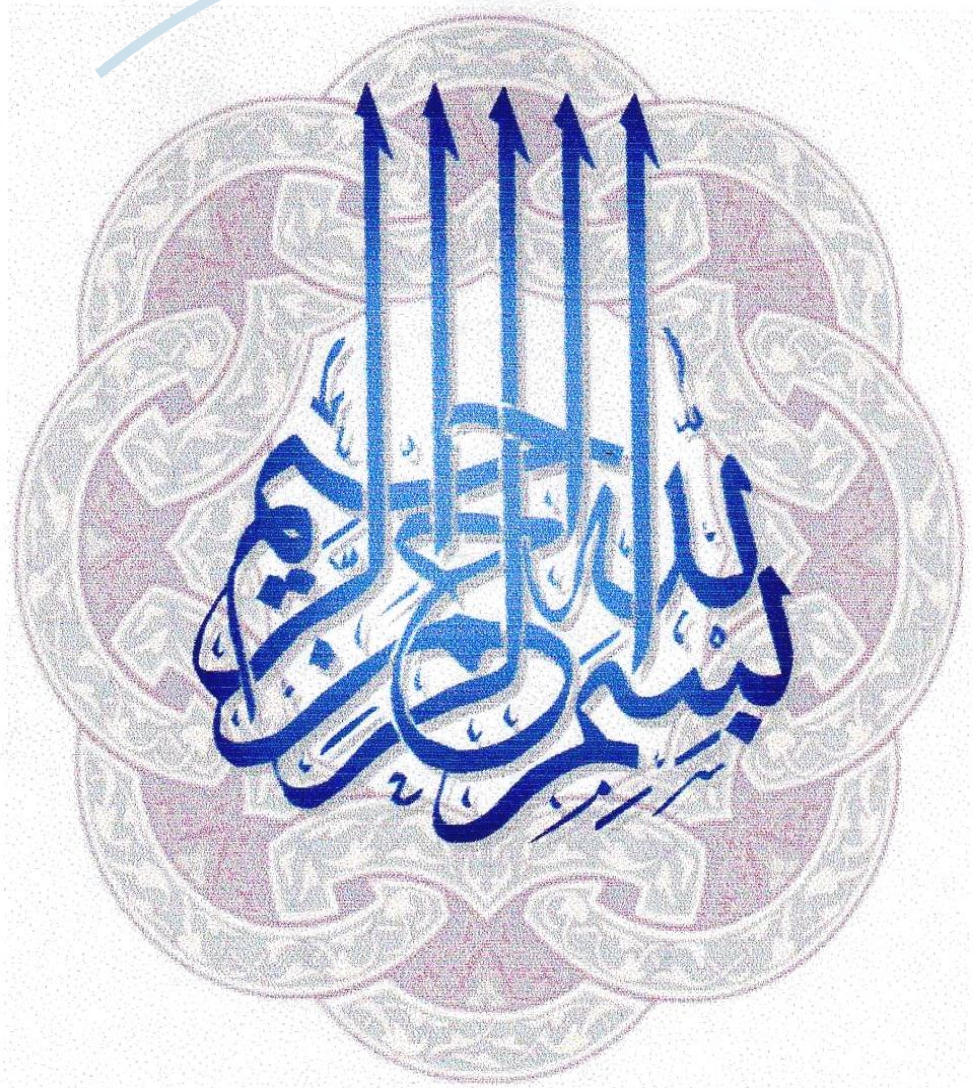
اعداد الطالبتين:

- عفاف حميدات
- سعاد أولاد الحاج إبراهيم

اشراف الدكتور:

* بومدين عاجب

السنة الجامعية: 2020/2019


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين وبعد..

فإننا نشكر الله تعالى على فضله حيث أتاح لنا إنجاز هذا العمل بفضله، فله الحمد أولا وآخرا.

ثم نشكر أولئك الأخيار الذين مدوا لنا يد المساعدة خلال هذه الفترة، وفي مقدمتهم الأستاذ الفاضل المشرف على الرسالة الدكتور: عاجب بومدين الذي لم يدخر جهدا في مساعدتنا، فكان حثنا على البحث، وترغيبنا فيه، وبقوة عزيمتنا عليه، فله من الله الأجر ومنا كل التقدير.

كما نتقدم بالشكر الجزيل للأخصائية النفسانية شريكي مريم على ما قدمته من نصائح وتوجيهات من أجل إنجاز هذا العمل

كما نتقدم بالشكر إلى عمال المركز الوسيط للعلاج المدمنين بولاية الأغواط على مدهم يد العون لنا

إلى من أحاطنا بالرعاية والإرشاد، إلى كل أساتذة قسم علم النفس

عفاف / سعاد

الإهداء

إلى من أعطاني ولم يزل يعطيني بلا حدود... إليك وطني الحبيب..

إلى من وهبه الله الهيبة والوقار...إلى من أحمل اسمه بكل إفتخار...إلى فدوتي

إلى من رفعت رأسي عاليا اعتزازا به...إليك أبي الغالي

إذا خيروني بأن أختار قلبا بدلا من الذي أعيش به لأخترتك أنت، وإذا كان التنزع

جائزا بالروح لسلمتها لك أنت وجعلتك تعيشين به عمرا آخرا

وإذا قلت لك أحبك وأعشقك فإنها لصغيرة عليك

وإذا قلت أنك روح في جسدي فما أسمى روحك يا أمي

إلى من رافقتني روحا وجسدا...وكانت لي في كل لحظة سندا..إلى من تذوقت معها

العيش حلوا ومرا...إلى من أمضيت معها أجمل أيام حياتي

ورسمت معها أجمل ذكرياتي...أختي الغالية "فاطمة"

إلى سندي في الدنيا وعوني بعد الله إخوتي وأخواتي حفظهم الله

إلى التي منحتها لي الحياة فكانت أختا لم تلدها أمي صديقتي "مريم"

إلى فلذة كبدي ابن أختي العزيز والغالي على قلبي "محمد"

إلى أحبة استوطنوا روحي وتملكوا قلبي...إلى من قاسمتهم أيام الزهور

وعرفت معهم معنى الصداقة إلى صديقتي "سعاد – مريم"

عفاف

اهداء

إلى من قال فيهما المولى عزوجل "وبالوالدين إحسانا"

إلى من علمني أن الحياة قوة وتؤخذ بالقوة والدي العزيز أطال الله عمره وحفظه

إلى من رسمت البسمة على شفاهنا...إلى من نصحت وربت وحملت بسعة صدرها الكبير...إلى رمز القوة والعطاء..."أمي الغالية أطال الله عمرها"

إلى سندي في الدنيا وعوني بعد الله إخوتي وأخواتي حفظهم الله

إ لى أستاذي الفاضل "جمال مبروك خنيفر" الذي كان سند لي ومنحني الوقت والجهد طيلة مشواري الدراسي حفظه الله...

إلى أحبة استوطنوا روحي وتملكوا قلبي... إلى من قاسمتهم أيام الزهور وعرفت معهم معنى الصداقة إلى صديقتي "عفاف-مريم"

سعاد

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات وكذا معرفة مستوى كل من جودة الصحة العامة، الحياة الأسرية والإجتماعية وجودة الصحة النفسية لديهم، اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة وتم اجراء هذه الدراسة على عينة قصدية مكونة من 3 مراهقين مدمنين على المهلوسات، وتم الإعتماد على مقياس جودة الحياة الذي يتكون من 60 بند موزعة على 6 محاور، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات منخفض.
- مستوى جودة الصحة العامة لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.
- مستوى جودة الحياة الأسرية والإجتماعية لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.
- مستوى جودة الصحة النفسية للمراهق المدمن على المهلوسات منخفض.

Abstract of the study in English :

The study aimed to identify the level of quality of life among adolescents addicted to hallucinogens, as well as knowledge of the level of both public health quality, family social life and the quality of mental health they have. In our study, we relied on the clinical approach based on the case study. This study was conducted on a sample Intention of 3 adolescents, addicted to hallucinations, and a quality of life measure consisting of 60 items was used spread over 6 axes, the study yielded the following results:

- The quality of life for adolescents addicted to hallucinations is low.
-The level of public health quality of adolescent addicts is low.
-The level of family and social quality of life for an adolescent addict is low.
- Adolescent mental health quality is low.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	الصفحة
كلمة شكر	
إهداء	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول والأشكال	
مقدمة	أ- ب- ج- د
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1-اشكالية الدراسة	6
2- فرضيات الدراسة	8
3-أسباب إختيار الموضوع	9
4-أهمية الدراسة	9
5- اهداف الدراسة	10
6-مصطلحات الدراسة	11
7-الدراسات السابقة	12
8-التعقيب على الدراسات السابقة	16
الفصل الثاني: جودة الحياة	
تمهيد	18
1-نظرة تاريخية عن جودة الحياة	18
2-مفاهيم قريبة أو مرتبطة بجودة الحياة	19
3-تعريف جودة الحياة	20
4-أبعاد ومؤشرات جودة الحياة	22
5-تصنيفات أبعاد جودة الحياة	23
6-الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة	26
7-مقومات جودة الحياة	31

8-قياس جودة الحياة	34
9- مبادئ جودة الحياة	36
خلاصة	37
الفصل الثالث: الإدمان على المهلوسات	
تمهيد	39
أولا : الإدمان	39
1-تعريف الإدمان	39
2-المفاهيم المرتبطة بالإدمان	41
3-العوامل المؤدية للإدمان	45
4-النظريات المفسر للإدمان	50
5-أعراض الإدمان	55
ثانيا : المهلوسات	56
1-تعريف المهلوسات	56
2-تاريخ المهلوسات	57
3-آلية عمل المهلوسات	58
4-أنواع المهلوسات	59
5-مراحل إدمان المهلوسات	65
6-آثار المواد المحرضة للمهلوسات	67
7-الوقاية وعلاج الإدمان على المهلوسات	68
خلاصة	73
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	75
1-المنهج المستخدم في الدراسة	75
2-الدراسة الأساسية	76
3-مجالات الدراسة	76
4-مواصفات وخصائص عينة الدراسة	77

5-أدوات جمع البيانات	78
خلاصة	81
الفصل الخامس: عرض الحالات وتحليل النتائج	
تمهيد	83
1-عرض الحالة الأولى	83
2-التحليل العام للحالة الأولى	88
3-عرض الحالة الثانية	88
4-التحليل العام للحالة الثانية	92
5-عرض الحالة الثالثة	93
6-التحليل العام للحالة الثالثة	97
7-مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات	98
8-استنتاج عام	101
9-المقترحات	102
خـــــاتــمة	105
قائمة المصادر والمراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مؤشرات (الأبعاد الأساسية لجودة الحياة ومميزاتها)	23
02	مقومات ومعوقات جودة الحياة	34
03	مواصفات وخصائص عينة الدراسة	77
04	تواريخ إجراء المقابلتين للحالة الأولى ومكان وزمان إجرائهما	84
05	تحليل الحالة الأولى على ضوء مقياس جودة الحياة	87
06	تواريخ إجراء المقابلتين للحالة الثانية ومكان وزمان إجرائهما	89
07	تحليل الحالة الثانية على ضوء مقياس جودة الحياة	92
08	تواريخ إجراء المقابلتين للحالة الثالثةومكان وزمان إجرائهما	94
09	تحليل الحالة الثالثة على ضوء مقياس جودة الحياة	97

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	المصطلحات القريبة لجودة الحياة	19
02	المؤشرات والأبعاد الأساسية لجودة الحياة	22
03	العوامل الستة لجودة الحياة	32

مقـــدمـــة:

زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروز من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقا لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك.

ومصطلح جودة الحياة من المفاهيم التي لاقت اهتماما كبيرا في العلوم الطبيعية والإنسانية والإجتماعية، حيث اهتم علم النفس بدراسة جودة الحياة بالدرجة الأولى، حيث تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية منها والتطبيقية، فقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منه.

والمتبع للدراسات النفسية الحديثة، يلاحظ اهتماما ملحوظا بمفهوم جودة الحياة بشكل عام، وجودة الحياة لدى الفرد بشكل خاص، لما لهم من دور في تحقيق التوافق والسعادة والرضا لدى الأفراد.

يرى الثنيان (2009) بأن الشعور بجودة الحياة شيء نسبي يختلف من شخص لآخر، استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها التي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مكونات جودة الحياة مثل: القدرة على التفكير، اتخاذ

القرارات، التحكم، إدارة الظروف المحيطة، الصحة البدنية، الصحة النفسية، إضافة إلى الظروف الإقتصادية والإجتماعية والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة والأكثر أهمية التي تحقق سعادته في الحياة.

من جهة أخرى تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر المشكلات التي تعاني منها المجتمعات المعاصرة المتقدمة منها والمتخلفة على السواء وذلك لأنها تعد مصدر قلق وتهديد لأمنها وسلامتها واستقرارها نتيجة الآثار السلبية التي تترتب عن تعاطيها سواء بالنسبة للمدمن أو المتعاطي أو بالنسبة للمجتمع واقتصاده ونسيجه الاجتماعي.

والملفت للإنتباه أن ظاهرة إدمان المخدرات في الوقت الراهن قد أصبحت أكثر انتشارا عما مضى، والأخطر من ذلك أنها مست شرائح اجتماعية مختلفة خاصة المراهقين باعتبار أن فترة المراهقة من الفترات الحساسة والمهمة في حياة الإنسان، بل من أهمها نظرا للتغيرات الكثيرة والمختلفة التي تطرأ على الفرد، مما يؤدي إلى ظهور بعض المشكلات النفسية والمتمثلة في الإدمان على أنواع المخدرات وهي المهلوسات حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن ضغوط الحياة التي يواجهها المراهق والصراع الداخلي الذي يشعر به من المعوقات التي تمنع الفرد من الوصول إلى الإحساس بجودة الحياة، كما أشارت بعض الدراسات أن البعض من ذوي المشكلات النفسية يلجأون إلى الإدمان على المخدرات لتساعدهم على مواجهة مواقف الحياة وصراعاتها التي تسبب لهم الارتباك والمعاناة.

وعليه تبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية متغيراتها، فممارسة السلوكات الضارة بالصحة كالإدمان على المهلوسات لدى المراهقين من أهم المتغيرات والقضايا التي يجب التركيز عليها، كون ظاهرة الإدمان من أخطر المشكلات التي تهدد حياتهم، وذلك لما لها من

مترتبات نفسية واجتماعية قد تتداخل وتتعارض مع انجاز المهام الموكلة لهم، مما ينعكس سلبيا على جودة الحياة لديهم،بالاضافة إلى ذلك أن مصطلح جودة الحياة شاعت عمليات تقييمه إلى حد كبير لدى المصابين بالأمراض المزمنة وتم إهمال ذلك إلى حد ما لدى مستخدمي المخدرات.

وعلى هذا الأساس قمنا بدراسة تحت عنوان "جودة الحياة لدى المراهق المدمن على المهلوسات" لمعرفة مستوى جودة الحياة لديه.

وقد تشكلت الدراسة الحالية من:

الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها والذي يمثل مدخلا للدراسة، وبمثابة تقديم للبحث حيث تم فيه عرض الإشكالية، الفرضية، أسباب إختيار الموضوع، أهمية الدراسة وأهدافها، ثم تحديد المفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة والتعقيب عليها.

أما **الفصل الثاني:** فقد خصص للمتغير الأول للدراسة وهو جودة الحياة، استهل الفصل بنظرة تاريخية عن جودة الحياة، ثم التطرق إلى مفاهيم قريبة ومرتبطة بجودة الحياة، ثم تعريف جودة الحياة، أبعاد ومؤشرات جودة الحياة، تصنيفات أبعاد جودة الحياة، الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة، مقومات جودة الحياة، قياس جودة الحياة، ثم مبادئ جودة الحياة.

في حين تعرضنا في **الفصل الثالث:** إلى ظاهرة إدمان المهلوسات تناولنا فيه الإدمان من حيث تعريفه والمفاهيم المرتبطة به والعوامل المؤدية إليه، والنظريات المفسرة له، ثم أعراضه، لنتطرق إلى المهلوسات من خلال مفهومها، تاريخها، آلية عملها، أنواعها، مراحل إدمان المهلوسات وآثار المواد المحرضة للهلوسة ثم الوقاية وعلاج الإدمان على المهلوسات.

الفصل الرابع: تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة ثم عرض بيانات الدراسة حيث تضمن منهج الدراسة الأساسية، مجالات الدراسة (المجال الزمني، والمكاني، والبشري) ثم عرض أدوات جمع البيانات.

الفصل الخامس: عرض الحالات وتحليل النتائج، تناولنا مناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية ثم صياغة الإستنتاج العام وبعض الاقتراحات.

وفي الأخير تم وضع خاتمة وقائمة المراجع التي اعتمدت وكذا الملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية:

شهدت السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا في مجال علم النفس بدراسة مفهوم جودة الحياة والمتغيرات المرتبطة به مثل: الرضا عن الحياة، والسعادة ومعنى الحياة، وفاعلية الذات وإشباع الحاجات، وذلك في إطار علم النفس الإيجابي الذي يبحث في الجوانب الإيجابية في حياة الفرد والمجتمع، ليصل بهما إلى الرفاهية، بعد أن تجاهل علماء النفس لفترات طويلة الجوانب الإيجابية لدى الإنسان، وكان كل اهتمامهم بالجوانب السلبية، كما تعددت استخدامات مفهوم الجودة في كافة المجالات منها جودة الحياة وجودة التعليم وجودة الإنتاج وجودة المستقبل وغيرها من المجالات وأصبحت الجودة هدفا لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد. **(عبد الله، 2008، ص 137)**

بالرغم من أن الغالبية تتفق على جودة الحياة كهدف أساسي ومطلب في حياة الأفراد إلا أن كل منهم يختلف في مضمونها ومكوناتها، وذلك أن بؤرة اهتمام أي مجتمع وهدفه المنشود هو تحسين جودة الحياة لأفراده.

تعد المراهقة مرحلة هامة من مراحل حياة الفرد بل ويعتبرها البعض منعطفا حاسما في مسار النمو وهو ما يسمح بتنوع واتساع الكتابات والآراء والتفسيرات التي تناولت هذه المرحلة، ولعل السبب الرئيسي في هذا التنوع هو ذلك التسارع الذي يعرفه مسار النمو عند المراهق، ومختلف التغيرات التي تظهر عليه والتي تفرض في الوقت نفسه أوجها عديدة من المتطلبات المرتبطة أولا بالتغيرات النمائية المصاحبة للبلوغ وما يعقبه، ومن جهة أخرى ما تفرضه ظروف الحياة المختلفة من ضوابط ومعايير وقيم وأساليب تنشئة تعد المراهقين ليشغلوا أدوارا اجتماعية ينبغي عليهم التكيف معها، وبالتالي فإن كل ما يواجهونه في بيئتهم المادية والاجتماعية قد يؤثر على سلوكاتهم وتكيفهم النفسي والاجتماعي، ويبدأ مع المراهقة الإلحاح على تحقيق بعض الحاجات الهامة كالحاجة إلى المكانة الإجتماعية والحاجة إلى الاستقلال وتقدير الذات، وغيرها من الحاجات التي تحدد الملامح الأساسية لشخصية الفرد في الفترات اللاحقة من حياته. **(علي، 2007، ص 93)**

تعتبر المراهقة مجال للبحث النظري والعيادي، إذ توجد اليوم كتابات كثيرة تتناول هذه المرحلة النمائية من وجهة النظر العادية والمرضية، فهناك ما يشير إلى أن المراهقين في الوقت الحاضر خاصة يتعرضون لمشكلات نفسية أكثر تعقيدا وعددا مما عرف لدى المراهقين في الأزمنة السابقة. **(الصراف، 1986، ص 23)**

ويلاحظ المتتبع للمشكلات المرتبطة بالمراهقين في معظم أنحاء العالم أن هذه المشكلات النفسية في تزايد مستمر وأن مجالها أخذ في الإتساع.

إن المشكلات النفسية لها أثرها الأكبر وخاصة في مرحلة المراهقة التي تعتبر حجر الأساس الأول في صقل الكيان النفسي والذي سيستمر معه تراكميا، بإعتبارها مرحلة لا تقل أهمية عن سابقتها، حيث أنها من أهم مراحل النمو في حياة الإنسان، وتمثل مرحلة الإنتقال إلى عالم الكبار، حيث يكون فيها الإنتقال من الطفولة إلى الرشد، وفيها قد يصبح المراهق طريد مجتمع الكبار والصغار على حد سواء، مما قد يلجأ ولأسباب متعددة إلى سلوكيات مستهجنة بهدف إشباع حاجات نفسية لم تشبع خلال فترة الطفولة فتقوده إلى الإدمان على المهلوسات. **(الخالدي، 2002، ص 307)**

إن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ونسبي، يختلف من شخص لآخر وفقا للمعايير التي يعتمدها لتقويم الحياة ومطالبها، والتي تتأثر بطريقة إدراكه وتقييمه للظروف المحيطة وتقدير فيما إذا كانت هذه الظروف مهمة في تحقيق سعادته في الحياة أم لا، إلا أنه يفترض عموما أن استخدام المخدرات يؤثر على جودة الحياة لدى المدمن ومع ذلك هناك عدد قليل جدا من الدراسات التي سعت للتحقق من هذا الافتراض، ونظرا لندرة مثل هذه البحوث فإنه من الصعب الحصول على صورة شاملة للاتصال بين تعاطي المخدرات وجودة الحياة مما يستدعي القيام بالمزيد من الجهود لتوضيح هذه الصورة أكثر، ومن بين الدراسات في هذا السياق يمكن ذكر دراسة (الخزاعي،2010) بعنوان "التوقف عن إدمان

المخدرات وأثره على تحسين نوعية الحياة" والتي حاول فيها الكشف عن ما إذا كان للإدمان على المخدرات أثر على جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة مدمني المخدرات الذين توقفوا عن الإدمان كانت بين الذكور أكثر من الإناث، والعزاب أكثر فئات المدمنين، وثلاثة أرباعهم بين فئات الأعمار (25–39) سنة، وأكبرهم نسبة من الذين الذين مستواهم التعليمي أقل من الثانوية، وكلما ارتفع الدخل كلما ارتفعت نسبة المدمنين،كما أثبتت دراسات أخرى أن استخدام المخدرات كان مرتبطا بانخفاض جودة الحياة وانخفاض الرفاه الشخصي(Toplski et al ,2001)، هذا إلى جانب أن جودة الحياة قد تتأثر أيضا بمتغيرات أخرى كالسن مثلا وهذا ما أثبتته دراسة (Bogart et al ,2007) أن استخدام التبغ وتعاطي المخدرات عند سن 18 عاما مرتبط بانخفاض مستوى الرضا عن الحياة عند سن 29 عاما.

ودراسة (عبد الصمد، وأحمان، 2019) والتي أظهرت انخفاض جودة الحياة لدى عينة من المدمنين على المخدرات. **(عبد الصمد وأحمان،2019،ص113)**

وعليه جاءت هذه الدراسة والتي نحاول من خلالها معرفة مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

- ما مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات؟

1- فرضيات الدراسة:

- **الفرضية العامة:**

في ضوء التساؤلات المطروحة يمكننا اقتراح الفرضية التالية:

مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات منخفض.

- **الفرضيات الجزئية:**

- مستوى جودة الصحة العامة لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.

- مستوى جودة الحياة الأسرية والإجتماعية لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.
- مستوى جودة الصحة النفسية للمراهق المدمن على المهلوسات منخفض.

2- أسباب اختيار الموضوع:

إن الدراسة العلمية لأي موضوع في أي مجال كان، لا يمكن أن يتحقق في أرض الواقع، ما لم تكن ورائه دوافع قوية ملحة تجعل الباحث مستعد للقيام بهذه الدراسة، ومن هذا المنطلق تم اختيارنا لموضوع الدراسة الحالية من خلال جملة من الأسباب نوجزها فيما يلي:

- الإنتشار الواسع لظاهرة الإدمان على المخدرات بصفة عامة، والمهلوسات بصفة خاصة بصورة ملفتة للإنتباه خاصة فئة المراهقين، وكذلك أهمية مرحلة المراهقة بإعتبارها موضوع واسع وخصب يتطلب البحث والإستقصاء فيه أكثر.
- الميل الشخصي لدراسة موضوع الإدمان على المهلوسات بشكل عام والمراهق بشكل خاص.
- إشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذا الموضوع.
- قلة الدراسات المحلية التي تناولت متغيري جودة الحياة والإدمان على المهلوسات للدراسة.
- قابلية البحث للدراسة من الناحية النظرية والميدانية.
- خطورة الظاهرة على المجتمع.
- قلة البحث في مجال علم النفس حول ظاهرة الإدمان على المهلوسات.

3- أهمية الدراسة: تتلخص أهمية الدراسة في النقاط التالية:

- دراسة جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات دراسة معمقة للمساعدة في بناء برامج علاجية لهذه الفئة انطلاقا من النتائج المتوصل إليها.

- تتحدد أهمية الدراسة الحالية بكونها تتناول أهم وأبرز المشكلات الراهنة والتي يواجهها عالمنا المعاصر وهي ظاهرة الإدمان على المهلوسات.
- تتناول فئة عمرية مهمة وهي مرحلة المراهقة التي تتسم بالكثير من المشكلات النفسية أهمها الإدمان على المهلوسات، ثم توجيه اهتمام المختصين إلى هذه الشريحة أي محاولة إثراء الجانب التكفلي النفسي للمراهقين المدمنين على المهلوسات.
- تعتبر دراستنا اسهاما وإضافة نظرية تثري البحوث النفسية.
- التحسيس بموضوع جودة الحياة وكيفية تحقيقها لفائدة المراهقين المدمنين على المهلوسات.
- **من الناحية التطبيقية:** يؤمل من النتائج التي ستسفر عنها الدراسة الحالية المساهمة في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات، عن طريق التكفل بالمراهقين المدمنين على المهلوسات ووضع السبل الكفيلة لتحسين جودة الحياة لديهم، وتصميم برامج تسهم في رفع مستواها.

4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات لذلك فإنها تحاول تحقيق الأهداف التالية:

- معرفة مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات.
- إلقاء المزيد من الضوء على مجتمع الدراسة واستخلاص بعض التوصيات والاقتراحات للتكفل بالمراهقين الذي يعانون من الإدمان على المهلوسات وتحسين مستوى جودة الحياة لديهم.

5- مصطلحات الدراسة:

6-1- جودة الحياة:

اصطلاحا: ترى كاورلرايف وآخرون أن جودة الحياة النفسية تتمثل في "الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة ذات قيمة ومعنى بالنسبة له، استقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته وإقامته واستمراره في علاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية.

(بوعيشة، 2014، ص 7)

إجرائيا: في دراستنا الحالية نعرفه هو الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة، والذي تم إعداده من طرف الباحثتين "عبد الصمد صورية وأحمان لبنى"ويضم الأبعاد التالية: (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة التعليم والدراسة، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته).

6-2- المراهقة:

اصطلاحا: الاقتراب من النضج الجنسي والإنفعالي والعقلي، وهي مرحلة انتقالية تقع بين الطفولة والرشد فهي بذلك مرحلة تأمل لمرحلة الرشد تمتد ما بين 13 إلى 19 سنة أو بعد هذه الفترة بعام أو عامين، وهي تتميز بمجموعة من التحولات الجسمية والنفسية والعقلية.

(الميلادي، 2003، ص 53)

إجرائيا: الفترة الممتدة من البلوغ إلى النضج الجنسي والجسمي والعقلي والاجتماعي والسلوكي والنفسي.

6-3- الإدمان على المهلوسات:

اصطلاحا: الاستخدام الإجباري للمادة المخدة أو الدواء مع الفقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته والتحكم في رغباته مع الإستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية والخطيرة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة المهلوسة. **(مصباح، 2004، ص 33)**

إجرائيا: في دراستنا الحالية نعرفه بأنه استمرار المراهق في أخذ السموم أو المواد المخدرة المهلوسة، والزيادة المتدرجة في الكمية المتناولة والإسراف في تناولها لأسباب عدة إلى أن يصبح غاية في حياته.

6- الدراسات السابقة:

7-1- دراسات سابقة تناولت متغير جودة الحياة:

أ. الدراسات العربية:

دراسة علي كاظم والبهادلي (2006) بعنوان جودة الحياة لدى طلاب الجامعة، هدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى جودة الحياة ودور متغير البلد والنوع والتخصص في جودة الحياة إذ طبقت الدراسة على 400 طالب جامعي و182 طالب من جامعة ليبيا و218 من جامعة عمان، وأشارت النتائج بشكل عام إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعا في بعدين هما: جودة الحياة الأسرية والإجتماعية وجودة التعليم والدراسة، ومتوسط في بعدين هما الصحة النفسية وجودة الجانب العاطفي، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال احصائيا في متغير البلد والنوع. **(كاظم والبهادلي، 2006، ص 67)**

دراسة عطاالله حنان (2019) بعنوان جودة حياة مرضى السرطان، هدفت الدراسة إلى الكشف عن جودة الحياة لدى مرضى السرطان، أجريت على عينة من مرضى السرطان قدر عددهم بأربع (4) حالات مشخصين بأربعة أنواع من السرطانات، (02) ذكور و(02) إناث، تم اختيارهم بطريقة قصدية، معتمدين على مقياس جودة حياة المرضى المزمنين، متكون من عدة أبعاد المتمثلة في بعد الصحة العامة، بعد جودة الحياة الأسرية،

بعد جودة الحياة الزوجية، بعد جودة الحياة الاجتماعية، بعد جودة الحياة المهنية، بعد جودة الحياة الدينية، بعد جودة الحياة الشخصية، بعد الرضا عن الحياة، بعد جودة الصحة النفسية، وشبكة المقابلة نصف الموجهة، والملاحظة العيادية، وقد أسفرت النتائج إلى وجود اختلاف في جودة الحياة عند مرضى السرطان حسب متغير الجنس (ذكور–إناث)، وحسب المستوى الإقتصادي، والى عدم وجود اختلاف حسب المستوى التعليمي.

(عطاالله، 2019، ص 04)

دراسة كمال بورزق ولخضر شلالي (2017) بعنوان جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام – دراسة ميدانية بمدينة الأغواط–الجزائر، هدفت هذه الدراسة للتعرف على مستويات جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام، كما هدفت إلى الكشف عن الفروق في جودة الحياة تعزى إلى متغير الجنس ومتغير جنس الشخص المتوفي، تكونت عينة الدراسة من (60) تلميذ وتلميذة بقوام (33) تلميذة و(27) تلميذ من السنة الثانية ثانوي الأيتام، تم التوصل إلى النتائج التالية: وجود اختلاف في ترتيب مستويات أبعاد جودة الحياة تبعا لتأثيرها على أفراد عينة الدراسة، ولا توجد فروق في أبعاد جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، كما أشارت لوجود فروق في درجة جودة الحياة للأيتام تعزى لجنس الشخص المتوفي "لصالح الأم".

(بورزق وشلالي،2017، ص 77)

ب. الدراسات الأجنبية:

دراسة ديو وهوبنر (1994) بعنوان جودة الحياة لدى المراهقين، طبقت على عينة مكونة من 222 طالب من الصفوف الثامن والعاشر والثاني عشر من مدارس الولايات المتحدة الأمريكية تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة وبعض مقاييس الشخصية مختارة، توصلت الدراسة إلى وجود إرتباط جوهري بين المراهقين ودرجة رضاهم عن حياتهم وكانت الفروق في الرضا عن الحياة غير متأثرة بالعمر الزمني ولا النوع ولكنه متأثر بالمستوى الإجتماعي والإقتصادي للأسرة.

(نعيسة، 2012، ص 160)

دراسة شيك (1993):بعنوان "جودة الحياة والسعادة النفسية في المدارس الصينية" هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة والسعادة النفسية لدى عينة مكونة من 500 طالب جامعي وتوصلت إلى وجود علاقة ايجابية بين الهدف من الحياة والسعادة النفسية. **(محمدي وبوعيشة، 2013، ص 09)**

7-2- دراسات سابقة تناولت الإدمان على المخدرات:

أ. الدراسات العربية:

دراسة رباب شامي (2017) بعنوان "التفكك الأسري وعلاقته بإدمان المخدرات لدى المراهق" هدفت هذه الدراسة إلى بيان العلاقة بين التفكك الأسري وإدمان المخدرات لدى المراهقين، تم إجراء الدراسة الميدانية على 13 فرد من المراهقين المدمنين من خلال الإعتماد على العينة القصدية، وقد أسفرت النتائج إلى وجود علاقة بين طلاق الوالدين وإدمان المخدرات لدى المراهق، ووجود علاقة بين هجر أحد الوالدين وإدمان المخدرات لدى المراهق، كما أنه توجد علاقة بين وفاة أحد الوالدين وإدمان المخدرات لدى المراهق. **(شامي، 2017، ص 01)**

دراسة زمار هارون الرشيد (2018) بعنوان المشكلات النفسية وأثرها في إدمان المراهق على المهلوسات، هدفت الدراسة إلى معرفة المشكلات النفسية (الإكتئاب، إنخفاض تقدير الذات، التجنب) التي تؤدي بالمراهق إلى الإدمان على المخدرات (المهلوسات).

طبقت الدراسة على عينة قوامها ثلاث مراهقين من خلال تطبيق إختبار تصنيف سوء إستهلاك المخدرات وكذا مقياس المشكلات النفسية والمقابلة نصف الموجهة، وقد أسفرت النتائج عن وجود مشكلات نفسية أدت إلى ظهور إدمان المهلوسات، كما أشارت النتائج إلى أن (الإكتئاب، انخفاض تقدير الذات، التجنب) تؤدي بالمراهق إلى الإدمان على المهلوسات. **(زمار، 2018، ص 04)**

ب. الدراسات الأجنبية:

• **دراسة ليليغاسيمزاد وآخرون "Lily Ghassemzadeh et Al"(2008)**: التي هدفت لمعرفة إنتشار الإدمان على المخدرات لدى الطلبة الإرانيين، حيث طبقت الدراسة على عينة بلغت (1968) وأظهرت النتائج أن نسبة (35%) يعانون من أعراض الإكتئاب، وأنهم يتعاطون المخدرات المتنوعة من أجل التغلب على مظاهر الإكتئاب، إضافة إلى انتشارإضطرابات أخرى كالعزلة، إنخفاض تقدير الذات، فقر المهارات الإجتماعية، القلق...إلخ.

• **دراسة "ميرال كيليسي وسيفيل إينال" "MeralKelleci and SevukInale" (2009):** وكان الغرض منها التحقق في الأعراض النفسية للمراهقين المدمنين على المخدرات وغير المدمنين، وتكونت العينة من (2080)، وجدت أن الإدمان على المخدرات لدى المراهقين يرتبط بالكثير من الأعراض والمشكلات النفسية.

(الغامدي، 2009، ص 97)

❖ **عرض الدراسات التي جمعت بين المتغيرين:**

• **دراسة عبد الصمد صورية، وأحمان لبنى (2019)** بعنوان جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات، تم اجراء هذه الدراسة على عينة قصدية من الشباب المدمن على المخدرات وفقا لشروط معينة، وتم الإعتماد على مقياس جودة الحياة الذي يتكون من 60 بند موزعة على 6 محاور، وقد أظهرت النتائج إنخفاض جودة الحياة لدى عينة الدراسة إلى جانب وجود فروق دالة إحصائيا تبعا لكل من متغير المستوى التعليمي ومدة العلاج. **(عبد الصمد وأحمان، مرجع سابق، ص 111)**

7-التعقيب على الدراسات السابقة:

ساهمت الدراسات السابقة والمشابهة في دراستنا الحالية بـــ:

- الفهم العميق لمشكلة الدراسة والوقوف على مستجداتها.
- أغلب الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي وهو دراسة كمية سطحية لعينات الدراسة، أما جديد دراستنا هو استخدام منهج دراسة الحالة الذي يسمح لنا بالدراسة المعمقة والفهم أكثر للحالات وإعطاء كل حالة وقت أكبر والإطلاع على ما تعيشه كل حالة على حدى من ظروف تؤثر على جودة الحياة لديها.
- تحديد متغيرات الدراسة الحالية.
- اختيار المجتمع والعينة وكيفية التعامل معها.
- ساعدتنا في اختيار الأدوات المناسبة لجمع البيانات والمعلومات.
- ساعدتنا في تحليل النتائج المتوصل إليها ودعم الجانب التطبيقي عن طريق مناقشة نتائج دراستنا الحالية استنادا إلى النتائج المتوصل إليها في الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

جودة الحياة

تمهيد:

لاريب في أن الكائن البشري لا تنحصر مقومات حياته في تأمين الحاجات الأساسية والضرورية لبقائه بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل مايحسن جودة الحياة للفرد، تتجلى بالأساس في قياس وفهم وبناء مكامن القوة لدى الإنسانية وصولا إلى توجيه الأفراد والجماعات والمجتمعات نحو السبيل الأفضل نحو الحياة المتوازنة والجيدة بالتركيز على التمكين الشخصي وحسن الحال الذاتي في الحياة، وتختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفقا لذات الشخص، أي مايدركه الشخص وفقا للمتغيرات البيئية التي تحيط بنا والإمكانيات المادية والمعنوية ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من إنسان إلى آخر وأصبح موضوع جودة الحياة في السنوات الأخيرة موضع إهتمام العديد من البحوث والدراسات.

1- نظرة تاريخية عن جودة الحياة:

إن استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرا في البداية على الأبحاث العملية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان، من الناحية التاريخية أول استخدام لمصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الاغريقية، وافترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح، وبالتالي تحقق حياة سعيدة، اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية مفهوما ضمنيا لجودة الحياة، وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة "حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو المرض" وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 حيث وسعت المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية.

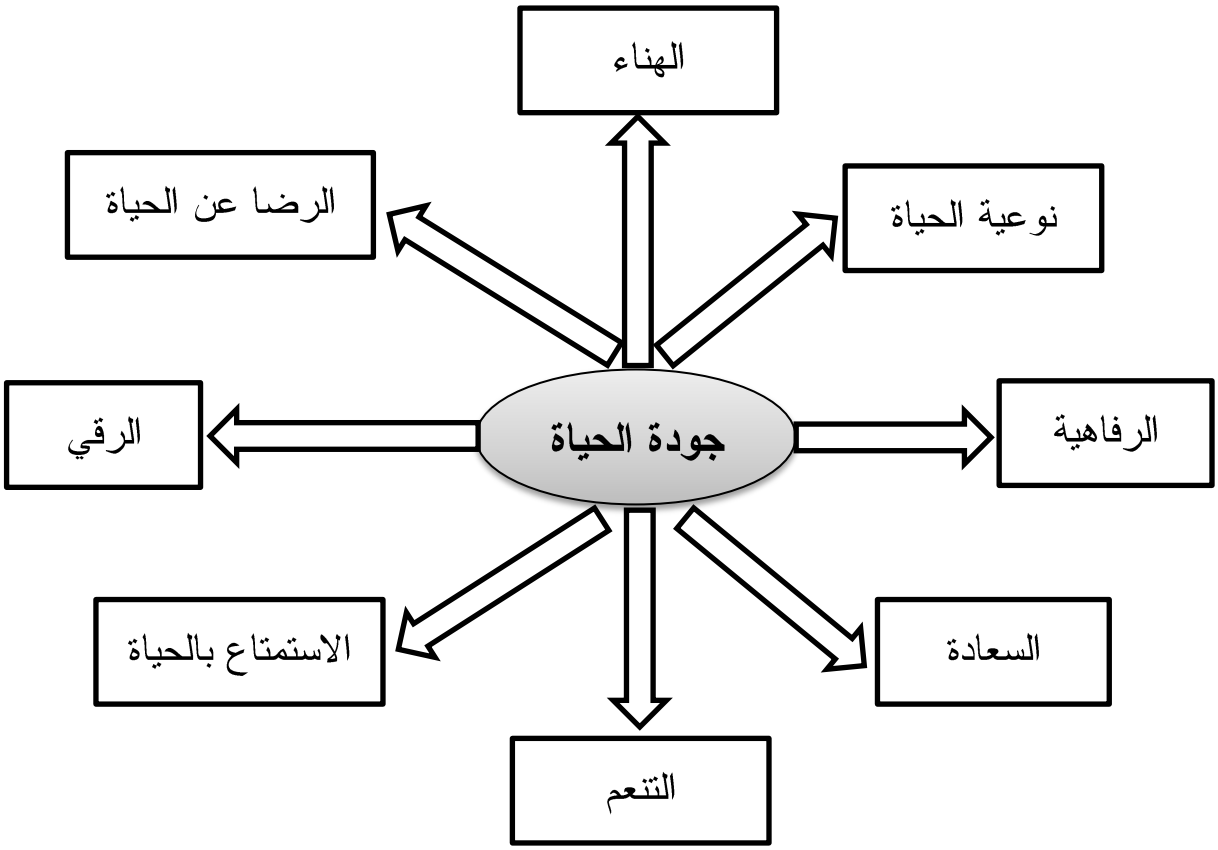
(بخوش، حميداني، 2016، ص 22)

في عام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزءا من المصطلحات الطبية المستخدمة، وبدأ استخدامه بصور منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينات عندما تم استخدام

هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لبعض الأمراض ذو تكلفة دفع عالية، وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى، جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وتستخدم لتعكس مدى الإحترام المتزايد لأهمية شعور المريض ورضاه على الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرية التقليدية التي تتركز على نتائج المرض. **(الهمس، 2010، ص 47)**

2- مفاهيم قريبة أو مرتبطة بجودة الحياة:

هناك العديد من الباحثين يرون أن لجودة الحياة عدة مرادفات و"مصطلحات" القريبة، منها نوعية الحياة والسعادة والرقي في الحياة، الصحة النفسية والجسمية، الرضا عن الحياة، وغيرها من المرادفات، حيث أشارت تواتي (2018) إلى نموذج توضح فيه هذه المفاهيم سوف نقوم بعرضه فيما يلي:



الشكل رقم (01): يوضح المصطلحات القريبة من جودة الحياة

(تواتي، 2018، ص 146)

كما أشار عدد من الباحثين إلى هذه المفاهيم القريبة من جودة الحياة من بينهم زعطوط رمضان (2014) الذي ذكر البعض منها (نوعية الحياة، السعادة، غياب المرض أي المعافاة الجسدية، الشعور بالرفاهية، الرضا عن الحياة، الإحساس بحسن الحال).

- ونضيف عن محمد سالم العمرات ومحمد أحمد الرفوع (2014) منها ما يلي: (الإستقرار، الطمأنينة، التفاؤل).
- وعن عبد العال وعلي مظلوم (2013) يذكر منها (الإستمتاع بالحياة، الهناء، الشعور بالبهجة والمرح والمتعة).
- يشير الفرا (2012) إلى (الصفاء، الهدوء، البهجة الطمأنينة والإرتياح، حسن الحالة الصحية والنفسية، تقبل وفهم الذات) وكل هذه المصطلحات تعبر عن الرضا عن الحياة والرقي فيها مع القناعة والإحساس بالفرح والسعادة والراحة النفسية.

(عطاالله، مرجع سابق، ص 22)

3- تعريف جودة الحياة:

رغم الصعوبة التي واجهها العلماء في تحديد تعريف لجودة الحياة والتداخل الموجود بينها وبين المفاهيم القريبة منها إلا أنها حضت بمجموعة من التعاريف منها:

3-1- التعريف اللغوي للجودة:

3-1-1- قاموس أكسفورد: الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدال.

3-1-2- تعريف ابن منظور: الجودة أصلها الفعل الثلاثي جود، والجيد نقيض الرديء، وجاد بالشيء جودة وجودة أي صار جيدا. **(ابن منظور، 1997، ص272)**

3-1-3- تعريف المعجم الوسيط: جاد، جودة، صار جيدا، يقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد. **(المعجم الوسيط، 2004، ص 45)**

3-1-4- ترجمة لاروس: جاد، جودة، جيد، (Qualité, Excellence, Perfection, Supériorité). **(بخوش، حميداني، مرجع سابق، ص 23)**

وقد عرف الزاوي (1996) الحياة بأنها "نقيض الموت والحياة الطيبة، والرزق الحلال أو الجنة". **(عطاالله، مرجع سابق، ص 23)**

3-2- التعريف الاصطلاحي لجودة الحياة:

لغرض بعض التعاريف حسب الباحثين والمنظمات لجودة الحياة فيما يلي:

3-2-1- تعرف منظمة الصحة العالمية World HalthOganization (who 2005) جودة الحياة بأنها: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق أو المحيط الثقافي والنظم القيمية التي يعيش فيها، وبعلاقته مع أهدافه وتوقعاته ومعاييره وشؤونه.

3-2-2- تشير منظمة اليونسكو إلى نوعية الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وعلى ذلك فجودة الحياة لها ظروف موضوعية، ومكونات ذاتية ولقد إرتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والإرتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لمواجهة إشباعات الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم. **(نفس المرجع السابق، ص 28)**

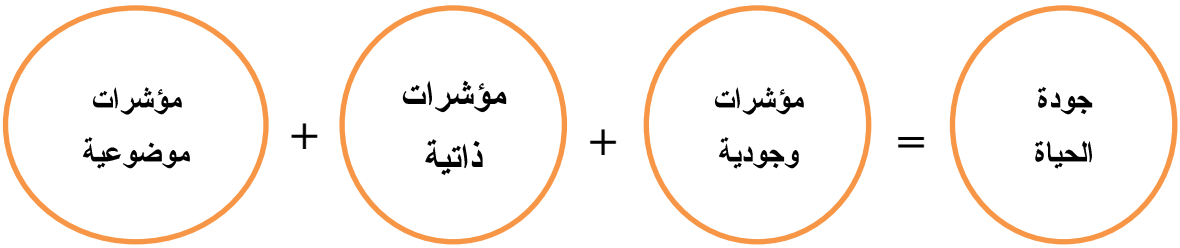
أشار كل من لمان (Lehman, 1988) وستاركوغولد سبري (Stark & Gold Sbury, 1990) بأنها "الشعور بالرضا".

وأضاف مسعودي بأنها "تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة والحياة العاطفية الإيجابية إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بمعنى السعادة وصولا إلى عيش حياة متوافق بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع". **(مسعودي، 2015، ص 205)**

ويرى رينيه وآخرون أن جودة الحياة هي:" إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور، وأن الإرتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر بإستبصار الفرد".

ويرى الأشول أن جودة الحياة تتمثل في:" درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على اشباع حاجاتهم المختلفة، ويذكر أيضا بأنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل: الأصدقاء والزملاء، الأشقاء والأقارب وغيرهم، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد. **(شيخي، 2013، ص 71-76)**

4- أبعادو مؤشرات جودة الحياة:



شكل رقم (02): يوضح المؤشرات والأبعاد الأساسية لجودة الحياة.

(تواتي، مرجع سابق، ص 168)

توضحتواتي من خلال الشكل السابق مؤشرات جودة الحياة المتمثلة في المؤشرات الموضوعية والذاتية والوجودية، وضرورة وجودها معا، لأن التكامل بين هذه المؤشرات يكون للفرد جودة حياة عالية، وتقوم بتحديد مميزات كل مؤشر في الجدول التالي:

المؤشرات – الأبعاد الأساسية لجودة الحياة	مميزات كل مؤشر (بعد) لجودة الحياة
جودة الحياة الذاتية (سيكولوجي): هي داخلية خاصة بالفرد، يعني كيفية شعور كل فرد بالحياة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة.	الإتجاه نحو الحياة، الكفاءة الذاتية وتحقيق الذات، اشباع الحاجات المختلفة، التوازن الإنفعالي، الرضا الشخصي والسعادة، التفاؤل، الأهمية، هو كيفية تعامله مع كل ما يؤثر عليه وتطوره الاجتماعي والمستقبلي.
جودة الحياة الموضوعية (فيزيقي): هي	يتضمن كل المؤشرات القابلة للملاحظة

خارجية تتعلق بالخدمات المادية، خاصة بالمجتمع والبيئة التي يعيش فيها الفرد والجماعات (الأسرة، الأصدقاء، الزملاء، الجيران).	والقياس منها: الاستقرار المهني، المكانة الاجتماعية والاقتصادية والدراسية الأكاديمية، الصحة العامة (جسمية وبدنية)، الصحة النفسية، العلاقات الأسرية والاجتماعية، الألفة والأمان، أي كل ما يؤثر في الفرد ومجتمعه.
جودة الحياة الوجودية: هي إحساس الفرد بوجوده وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في اشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.	التوافق الروحي والتوافق النفسي للفرد وهذا مع الذات والآخرين والمجتمع الذي يعيش فيه.

جدول رقم (01): يوضح مؤشرات (أبعاد) الأساسية جودة الحياة ومميزاتها

(عطاالله، مرجع سابق، ص 35)

5- تصنيفات أبعاد جودة الحياة:

اختلفت تصنيفات أبعاد جودة الحياة نقوم بذكر بعض منها حسب الباحثين:

ذكر طشطوش وقشار (2017، ص 134) تصنيف لأبعاد جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (Who) (2015) والتي تتضمن أربعة أبعاد هي:

أولا/ البعد الجسمي: ويوضح هذا البعد كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، والنوم، والتخلص من التعب.

ثانيا/ البعد النفسي: ويتكون من المشاعر الايجابية، والسلوكيات الايجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر وتقدير الذات، واهتمام الإنسان بمظهره، وصورة الجسم، ومواجهة المشاعر السلبية.

ثالثا/ البعد الاجتماعي: ويتضمن هذا البعد العلاقات الشخصية والاجتماعية والدعم الاجتماعي، والزواج الناجح، ومن الواضح أن الإنسان لديه حاجات خاصة للإنتماء منها: القبول الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، والولاء الاجتماعي.

رابعا/ البعد البيئي: ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان في الجوانب البيئية وبيئة المنزل، ومصدر الدخل والابتعاد عن التلوث والضوضاء.

(الجمالي وآخرون، 2010، ص 67)

ويذكر (widar et al, 2003) أن هناك اجماع على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة وهي:

- ✓ **البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.
- ✓ **البعد الوظيفي:** وهو خاص بالرعاية الطبية ومستوى النشاط الجسمي.
- ✓ **البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالإتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.
- ✓ **البعد النفسي:** وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الإنفعالية والإدراك العام للصحة، والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة.

ويتفق مع ويدار وآخرون كل من عبد الوهاب كامل وتايلور والراسبي على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة.

أما شالوك (Schalock, 2004) فيشير إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة إلى بعدين (موضوعي وذاتي) بل اعتبره تصنيف ينقصه بعض المرونة، حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي، وبذلك يضيف (شالوك) بأن هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها

وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم الدراسة، والأبعاد الثمانية كالتالي:

1. **جودة المعيشة الإنفعالية:** تشمل الشعور بالأمان، والجوانب الروحية، والسعادة، والتعرض للمشقة، ومفهوم الذات، والرضا أو القناعة.
2. **العلاقات بين الأشخاص:** وتشمل الصداقة الحميمية والوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل والمساندة الاجتماعية.
3. **جودة المعيشة المادية:** وتشمل الوضع المادي، وعوامل الأمن الاجتماعي، وظروف العمل والممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.
4. **الارتقاء الشخصي:** ويشمل مستوى التعليم والمهارات الشخصية ومستوى الانجاز.
5. **جودة المعيشة الجسمية:** وتشمل الحالة الصحية والتغذية والإستحمام والنشاط الحركي، ومستوى الرعاية الصحية، والتأمين الصحي، ووقت الفراغ ونشاطات الحياة اليومية.
6. **محددات الذات:** وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات والأهداف والقيم.
7. **التفاعل الاجتماعي:** ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة الاجتماعية، وخصائص بيئة العمل، والتكامل والمشاركة الاجتماعية، والنشاط التطوعي، وبيئة المسكن.
8. **الحقوق:** وتشمل الخصوصية، والحق في الإنتخاب والتصويت، وأداء الواجبات، والحق في الملكية. **(الهنداوي، 2010، ص 40)**

يذكر أبو حلاوة (2010) بأنه نمط يمكن في ضوئه تحديد ثماني أبعاد عامة تؤدي إلى إمكانية تقييم جودة الحياة الشخصية لكل إنسان بغض النظر عن تصوراته ورؤاه الشخصية وهذه الأبعاد هي:

1. السلامة البدنية والتكامل البدني العام.
2. الشعور بالسلامة والأمن.
3. الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية.
4. الحياة المنظمة المقننة.
5. الإحساس بالإنتماء إلى الآخرين.
6. المشاركة الإجتماعية.
7. أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة.
8. الرضا والسعادة الداخلية. **(محمود والجمالي، مرجع سابق، ص 67)**

6- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

لقد تعددت الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة منها الاتجاه النفسي والمعرفي ونظرية التكيف أو التعود، والاتجاه الاجتماعي والطبي والديني والتكاملي وغيرها من الاتجاهات، وفي دراستنا قمنا بتحديد منها ما يلي:

6-1- النظرية النفسية (الاتجاه النفسي):

يركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد.

(أبو حلاوة، 2010، ص ص 17-18)

في هذا الصدد تضيف بلعباس (2016، ص 54) أن جودة الحياة من هذا المنظور تتضح من خلال العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومجموع المؤشرات النفسية الأخرى تمثل المخرجات التي تبنى من خلالها نوعية الحياة.

أشار أبراهام AbbrahamMaslow في نظريته إلى أن إشباع الحاجات هو المكون الأساسي لجودة الحياة، ولقد وضحها ورتبها في هرم ماسلو للحاجات الإنسانية، حيث جاء هذا الترتيب بالتسلسل وحسب ما تقتضيه الضرورة الخاصة بالإنسان وهذا من منظور ماسلو إذ أن أول ما يحتاجه الفرد هو الحاجات الفسيولوجية والتي تتمثل في التنفس والطعام والنوم والراحة والإخراج وغيرها، بعد اشباع الحاجات الفسيولوجية تظهر الحاجة إلى الأمان والمتمثلة في الأمان الأسري والصحي والممتلكات والسلامة الجسمية والنفسية وغيرها، وتليها الحاجة الاجتماعية والتي تتمثل في الحب والانتماء، تظهر من خلال العلاقات الأسرية والصداقة والعلاقات مع الجنس الآخر، وبعدها الحاجة للتقدير والتي تبدأ بتقدير الذات وتقدير الآخرين له والثقة المتبادلة والمكانة المرموقة، لتصل إلى تحقيق الذات وذلك بإستغلال المكتسبات السابقة والمهارات الأساسية في مواجهة المواقف المختلفة وحل المشاكل بأقل الخسائر مع القدرة على الابتكار، وبهذا يحقق طموحاته وذاته، رغم كل هذه الحاجات التي حددها أبراهام ماسلو، أهمل الحاجات الدينية بالرغم من أنها أساسية في حياة الفرد، وهذا الترتيب للحاجات ممكن أنه يتغير بتغير السن والأفراد. **(تواتي، مرجع سابق، ص 151)**

6-2- النظرية المعرفية (الإتجاه المعرفي):

يرتكز هذا المنظور على فكرتين أساسيتين في تفسير جودة الحياة:

- **الفكرة الأولى:** أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة، وتتوافق هذه الفكرة مع الاتجاه النفسي.
- **الفكرة الثانية:** في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.

ووفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

6-2-1- نظرية لاوتن 1997:

طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة، وهي تدور حول الآتي: أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

- **الظرف المكاني:** أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، كالتأثير على الصحة مثلا،والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.
- **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

6-2-2- نظرية رايف 1999:

تدور نظرية "رايف" حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تتمثل هذه الصفات نقاط إلتقاء لتحديد معنى السعادة النفسية.

- **البعد الأول:** الاستقلالية تتمثل في قدرة الشخص على إتخاذ القرارات، يكون مستقل بذاته.
- **البعد الثاني:** التمكن البيئي.
- **البعد الثالث:** النمو الشخصي.
- **البعد الرابع:** العلاقات الإيجابية مع الأخرين.
- **البعد الخامس:** تقبل الذات.
- **البعد السادس:** الهدف من الحياة.

ولقد بين "رايف" أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مرحلة حياته المختلفة وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة. **(شيخي، مرجع سابق، ص 84-85)**

6-3- الاتجاه الاجتماعي:

يشير أبو حلاوة (2010) بأن جودة الحياة من المنظور الاجتماعي تركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية.

يعتبر فرانك (Frankil 1955-1976) من أوائل المنظرين لجودة الحياة، لقد انبثق فكرة هذه النظريات أثناء معاناته مع مجموعة من المعتقلين في سجون النازية، فقد رأى أن جودة الحياة وليدة للظروف والعوامل المحيطة به فهو لا يوجد بالتساؤل عن الهدف أو الغرض من الحياة ولكنه يظهر من خلال الاستجابات للمواقف والمطالب التي تواجهه في الحياة، ويضيف بأن الحب والهوية يأتي بعد الخبرات الصادمة التي يمر بها الفرد.

(عطاالله، مرجع سابق، ص 28)

إن جودة الحياة تكتسب حسب الاتجاه الاجتماعي من الخبرات السابقة التي يمر بها الفرد، والإحساس بالإنتماء داخل الجماعات بالإضافة إلى ضرورة التكامل بين كل ما أشار إليه جريفنوفلاناجون وبوجدان، وهذا بضرورة الإهتمام بنوعية العلاقات الاجتماعية (مثلا العلاقات مع الزملاء) وفي نفس الوقت بكمية العلاقات (أي إلى الحجم والدرجة التي تصل إليها هذه العلاقات) وكل هذا يساعدنا في الارتقاء بجودة الحياة، ونختم القول بقول خاتم الأنبياء محمد صلى الله عليه وسلم: "لا خير فيمن لا يألف ولا يؤلف".

(المشاقبة، 2015، ص 35)

6-4- الاتجاه الديني:

أول من تطرق لمفهوم جودة الحياة هو القرآن الكريم الذي أشار إليها بأنها السعادة والطمأنينة بحيث هناك من يرى جودة حياته في العمل الصالح وتلاوة القرآن أي راحة في الدنيا والفوز بالجنة. **(تواتي، مرجع سابق، ص 44)**

ويؤكد هذا الحديبي (2007) بحيث يشير إلى أن الدين يوفر قاعدة وجدانية تضمن الأمن والإطمئنان النفسي والتوازن الإنفعالي، والتفاؤل وحب الحياة ورضاه عنها، كما يوفر إحساسا بمعنى الحياة اليومية، فهو يخفف من وطأة الكوارث والأزمات التي تعترض طريق الفرد، كما أن الشعور الديني يؤدي إلى الإحساس بالسعادة والرضا عن الحياة والقناعة والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره، واليقين بأن الله عزوجل يتدخل في الأحداث المهمة من أجل الأفضل دائما، ويتحقق ذلك للفرد من خلال الدعاء والصلاة والشكر، مما يوفر له أسمى صور الدعم والطمأنينة. **(عطاالله، مرجع سابق، ص 28)**

6-5- الاتجاه الطبي:

بدأ الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجال الطبي، حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد وجودة الحياة، من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يدرك المرضى جودة الحياة بصورة تختلف عن الأسوياء، والعمل على تنمية شبكة العلاقات الاجتماعية لديهم من خلال استراتيجيات فعالة. **(شيخي، مرجع سابق ص 34)**

يشير رفايل وآخرون (Raphel&others, 1996) إلى أن جودة الحياة تعطي مؤشرا لمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب العلاج الحالي أو الاحتياج للخدمات، وأن هناك فرق بين جودة الحياة والحالة الصحية المحسوسة للمرضى، حيث وجد أن جودة الحياة والحالة الصحية لكل منها تركيبه المميز الخاص به،

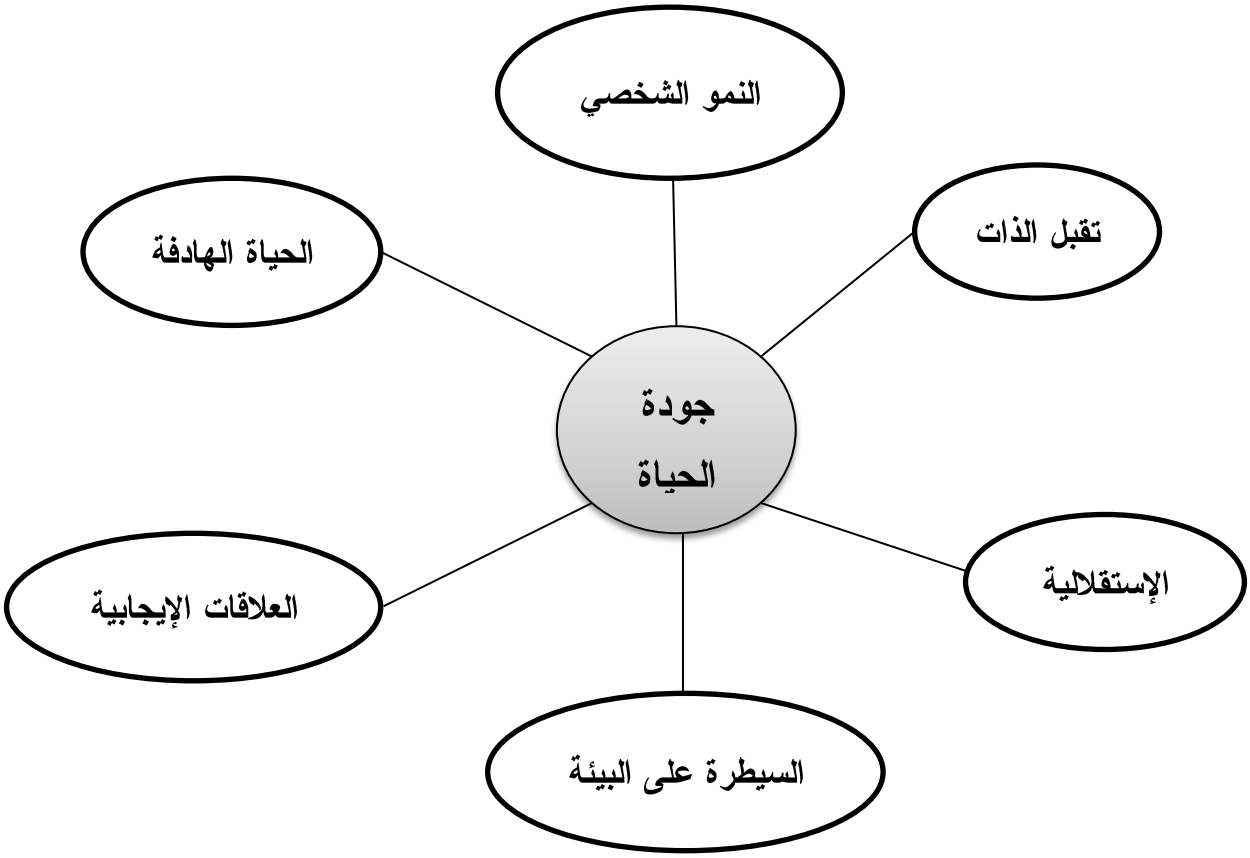
وعندما نعطي معدل لجودة الحياة نجد أن المرضى يركزون على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الحالة الجسدية. **(عطاالله، مرجع سابق، ص 29)**

6-6- نظرية التكيف أو التعود:

تتلخص هذه النظرية في فرضية أن الأفراد يتصرفون بشكل مختلف اتجاه الأحداث الجديدة، التي تمر عليهم في حياتهم وذلك اعتمادا على نمط شخصياتهم، وردود أفعالهم، وأهدافهم في الحياة، ولكن نتيجة التعود والتأقلم مع الأحداث، ومع مرور الوقت فإنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها قبل وقوع الأحداث، كما أن الأفراد المختلفون لا يتكيفون بنفس الطريقة، أو بشكل مطلق مع الأحداث والظروف المحيطة بهم.

7- مقومات جودة الحياة:

لقد تعددت العوامل المساعدة في تحديد جودة الحياة وهذا حسب بعض الباحثين بحيث وضح كل من رايف وكيف (Rutt&Keyes) نموذج لجودة الحياة يعرف باسم نموذج العوامل الستة لجودة الحياة.



شكل رقم (03): يوضح العوامل الستة لجودة الحياة

(تواتي، مرجع سابق، ص 142)

يوضح الشكل السابق مجموعة من العوامل المساعدة في جودة الحياة التي تمثل ما يلي:

7-1- النمو الشخصي: هي قدرة الفرد على تنمية قدراته وإمكاناته الشخصية لإثراء حياته، ومن صفاته: شعور الفرد بالنمو والإرتقاء المستمر، إدراكه لتطوره وتوسع ذاته،إنفتاحهللتجارب الجديدة، إحساسه الواقعي للحياة، شعوره بتحسين ذاته وتطور سلوكه يوما بعد يوم، سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفعاليته الذاتية.

7-2- الحياة الهادفة: تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار، ومن صفاتها أن يمتلك الفرد المعتقدات التي تعطي معنى الحياة الماضية والحاضرة، أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها، أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة، أن تكون له القدرة على توجيه

أهداف حياته وعلى الإدراك الواضح لأهداف حياته، وأن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة. **(مبارك، ب.ت، ص ص 726-727)**

وهي الإجابة عن كيف يتوصل الأفراد إلى الإحساس الايجابي بجودة الحياة، بالإنتماء، بالمتعة، وبالغرض من خلال الإنضمام إلى والاسهام في نشاطات وخبرات أوسع وأسمى وأكثر دواما من الذات (مثل: الطبيعة، الجماعات الاجتماعية، المؤسسات، الحركات، التقاليد، ونظم الإعتقاد). **(أبو حلاوة، مرجع سابق، ص 20)**

7-3- العلاقات الإيجابية: تدعى بالعلاقات المجمعة وهي تؤدي إلى الاتفاق والاجتماع وتساهم وتماسك ووحدة وتكامل المجتمع، ومن أمثلتها العلاقات الاجتماعية التعاونية التي تعتبر سعي مشترك للوصول إلى هدف مشترك وكذا علاقات الصداقة القائمة على الإخلاص والإتحاد والتوافق.

7-4- تقبل الذات: هو رضا المرء عن نفسه وعن صفاته وقدراته وإدراكه لحدوده، وهو اتجاه يكونه المرء الراضي عن نفسه وعن استعداداته والمدرك لحدود معارفه.

7-5- الإستقلالية: يشير إليها بياجيه بأنها سلوك إيجابي يجعله يعتمد على نفسه ويتخذ قراراته، ويتحمل المسؤولية في المواقف الاجتماعية.

7-6- السيطرة على البيئة (الكفاءة البيئية): هي القدرة على تخيل واختيار البيئات المناسبة ومرونة الشخصية أثناء التواجد في البيئة ومن صفاته الكفاية الذاتية للفرد، قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، وقدرته على الإستفادة من الفرص المتاحة لديه، قدرته على إتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية، قدرته على اختيار قيمة الشخصية، والتصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

وفيما يلي جدول يشير إلى مقومات ومعوقات جودة الحياة:

مقومات جودة الحياة	معوقات جودة الحياة
▪ كل المهارات الحياتية التي يكتسبها الفرد تساعده في جودة الحياة. ▪ مهارات الاتصال والتواصل. ▪ المهارات الاجتماعية والعمل مع الجماعة. ▪ مهارات الهوية وحب الوطن. ▪ المقومات الأسرية. ▪ المهارات النفسية والوعي الذاتي. ▪ مهارات التخطيط وإدارة الوقت ومهارات التفكير وحل المشكلات، المهارات العلمية والتكنولوجية والمهارات الأكاديمية والدراسية، ومهارات التحكم في اللغات. ▪ التمتع بالصحة الجيدة: الجسمية، العقلية، النفسية. ▪ مقومات الصحة العامة. ▪ المقومات المادية والاقتصادية. ▪ مقومات دينية (أخلاقية).	▪ عدم اكتساب المهارات الحياتية. ▪ **الصحة:** عدم التقبل مععدم التكيف. ▪ الإصابة بالمرض مع عدم تقبل المرض. ▪ الإصابة بالإعاقة مع عدم تقبل الإعاقة. ▪ الاضطرابات النفسية (القلق، الإكتئاب، الخوف). ▪ عدم الثقة بالنفس، عدم تقبل الذات. ▪ **العقلية:** عدم القدرة على حل المشكلات وسوء التخطيط. ▪ **المادية والاقتصادية:** قلة المدخول المادي، السكن غير المناسب، الفقر. ▪ **الدينية:** نقص الوازع الديني.

جدول رقم (02): مقومات ومعوقات جودة الحياة.

(تواتي، مرجع سابق، ص 56)

8- قياس جودة الحياة:

استعمل العلماء العديد من المقاييس لقياس جودة الحياة إلا أن مقياس رايف (Ryff) بعولمة الستة كان أكثرها استعمالا وهو كالآتي:

- **تقبل الذات:** ويشير إلى القدرة على تحقيق الذات إلى أقصى مدى تسمح له القدرات والإمكانيات، النضج الشخصي، والاتجاه الايجابي نحو الذات.

- **العلاقات الاجتماعية الايجابية:** وتشمل القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد، القدرة على التوحد مع الآخرين، القدرة على الأخذ والعطاء والتعلم مع الآخرين.
- **الاستقلالية:** وتعني القدرة على تقرير مصير الذات والاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي أثناء التفاعل مع الآخرين.
- **السيطرة على البيئة:**وتعني القدرة على اختيار وتخيل البيئات المناسبة لمن هم مثله إضافة إلى المرونة الشخصية أثناء تواجد مختلف السياقات البيئية.
- **الحياة الهادفة:** تعني أن يكون للمرء هدف في الحياة ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار وتنحية كل المنغصات التي قد تحول دون تحقيق ذلك الهدف.
- **النمو الشخصي:** ويشير إلى قدرة المرء على تنمية قدراته وإمكانياته الشخصية لإثراء حياته الشخصية. **(الرويني وآخرون، 2016 ص65)**

وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم:

- **مقياس جودة الحياة لفريتش:** وهو يقيس الرضا عن الحياة، جودة الحياة ويتضمن مقياس الجودة الذاتية 14 مجال للحياة مثل: العمل والصحة، ووقت الفراغ، العلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيرانوالعمل...إلخ، حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.
- **القياس العالمي:** وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالا وحيدا يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل: مقياس "فلانجان" لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالا من مجالات الحياة.

- **القياس العام:** له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية تم تجديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى. **(شيخي، مرجع سابق، ص ص 90-92)**

9- مبادئ جودة الحياة:

أوضحت جودي أن جودة الحياة تعتمد على عدد من المبادئ منها:

1. أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص السوي وغير السوي (المعاق).
2. أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسية للإنسان وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
3. أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، أي أنها تختلف من شخص إلى آخر ومن عائلة إلى أخرى ومن برنامج إلى آخر ومن شخص مهني إلى آخر.
4. أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة في البيئة التي يعيش فيها الإنسان أو ذاك.
5. أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين بها.

(الزويني وآخرون، مرجع سابق،ص160)

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل استخلصنا أن جودة الحياة مفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، ويعد مقياس لتقييم رفاهية الأفراد والمجتمعات، فلا ريب في أن الكائن البشري لا تنحصر مقومات حياته في تأمين الحاجات الأساسية والضرورية لبقائه بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل ما يحسن جودة الحياة للفرد، تتجلى بالأساس في قياس وفهم وبناء مكامن القوة لدى الإنسانية وصولا إلى توجيه الأفراد والمجتمعات نحو السبيل الأفضل نحو الحياة المتوازنة والجيدة بالتركيز على التمكين الشخصي وحسن الحال الذاتي في الحياة.

الفصل الثالث

الإدمان على المهلوسات

تمهيد :

يعد سلوك الإدمان على المخدرات من الظواهر التي لقيت اهتماما كبيرا من حيث الدراسة والبحث في مختلف الميادين والتخصصات لاسيما الأبحاث الوقائية التي تستند إلى النموذج المركز على الخطر.

ترتبط هذه الظاهرة بعوامل خارجية خاصة بالمجتمع، لذا يلجأ الفرد إلى المخدرات هروبا من المشاكل وضغوط الحياة اليومية كما ترتبط بعوامل أخرى متصلة بالفرد، إن وجود مشكلات نفسية لدى المراهق يؤثر على نفسيته وعلى حياته بكل جوانبها لدرجة عدم القدرة على التحمل فيبحث عن حلول من اجل التكيف مع الوضع الضاغط، وهذه الحلول غالبا ماتكون سلبية والإدمان على المهلوسات أكثر الحلول احتمالا، نظرا لانتشار هذه الأخيرة بصورة رهيبة تهدد استقرار البشرية وخاصة فئة المراهقين والشباب.

أولا : الإدمان

1- تعريف الإدمان:

حظي مفهوم الإدمان باهتمام كبير من طرف الباحثين والهيئات والمنظمات الدولية، وهذا ما وقع إلى اختلاف تحديدهم لمصطلح الإدمان بين من يستعمل المصطلح كمرادف للاعتماد وبين من يستعمله ويخلط بينه وبين سوء الاعتماد. **(ابو حاتم، 2006، ص33)**

تجدر الإشارة إلى أنDSM4 R وCIM10 يفضلون استعمال مصطلح الاعتماد أو التبعية l'dépendance على مصطلح الإدمان l'addiction.

1-1- التعريف اللغوي للإدمان:

يقال في المعجم الوجيز أدمن الشراب ونحوه أي أدامه ولم يقلع عنه، ويقال أدمن الأمر أي واظب عليه. **(حسيب، 2005، ص197)**

1-1-1- التعريف الاصطلاحي للإدمان :

للإدمان مفاهيم متعددة بتعدد آراء العلماء في هذا الميدان ومن بين التعاريف مايلي :

1-2-1- تعريف المنظمة العالمية للصحة : OMS

الإدمان حالة نفسية وأحيانا عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار أو المادة. ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة، تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار، ومنة خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية،للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره. **(ابو نصر، 2004، ص215)**

1-2-2- تعريف GOODMAN:

حسب GOODMAN الإدمان صيرورة تحقق سلوك والذي يوظف للحصول على اللذة وتخفيف الم داخلي، يتميز بالإخفاق المكرر للتحكم فيه مع استمرارية الحاجة إليه رغم نتائجه السلبية.

يرىGOODMANأن الإدمان سلوك قهري يتبعه الفرد من أجل الحصول على فوائد نفسية رغم سلبياته. **(زمار، مرجع سابق، ص59)**

1-2-3- تعريف بارجوريBERGERET:

الإدمان تضحية بالجسد للموضوع الخيالي. **(بلموفق، 2017، ص70)**

1-2-4- تعريف KAPLANET SADOK:

الإدمان هو الحاجة الجسمية أو النفسية لاستهلاك مادة، فالتبعية النفسية تتميز بالحاجة الملحة والدائمة للمادة، أما التبعية الجسدية تتميز بالاحتمال LA TOLERENCEالحاجة لاستهلاك المادة لتجنب الحرمان المفاجئ، ومنه يمكن القول أن الإدمان تبعية نفسية أو جسدية تتميز بعدم القدرة على مقاومة الاستهلاك وصعوبة التخلي عنه.

(زمار، مرجع سابق، ص60)

1-2-5- تعريف بارداسBARDAS :

يعرفBARDAS الإدمان على أنه:"رغبة غير عادية ومستمرة في تناول المخدرات، مدفوعة بالبحث عن اللذة والتأثير على شكل مسكن أو منشط له نتائج نفسية وجسمية واجتماعية".

1-2-6- تعريف مصطفى السويف:

يقصد بالإدمان التعاطي المتكرر لمادة نقية أو مواد نقية، لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو تعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياته تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. **(سويف، 1996، ص18)**

من خلال التعاريف السابقة الذكر نستنتج أن الإدمان هو حالة مؤقتة ومزمنة من التبعية النفسية والجسمية لعقار مخدر، لها آثارها الضارة على نفسية وجسم الفرد ويمتد ضررها إلى المجتمع.

2- المفاهيم المرتبطة بالإدمان:

نجد في الدليل الشخصي الإحصائي الرابع DSM-IV-TR 2004 تصنيفا خاصا بالاضطرابات المرتبطة بمادة ما، يشير فيها إلى (مؤشرات التبعية، وسوء استعمال المادة)، كما يشير إلى الاضطرابات الناتجة عن استعمال المادة (التسمم بالمادة، الانسحاب، الامتناع عن المادة، والاضطرابات العقلية والسلوكية المرتبطة بها).

(حسون، 2004، ص471)

أ- **المخدر أو العقار:** أي مادة إذا تناولها الإنسان تسبب له تغيرا في حالته الجسمية والنفسية، وتسبب له حالة من التعلق بهذه المادة، فحضور المخدر أو العقار يخلق الشعور بالارتياح وأما غيابه أو تقليل جرعته يسبب المعاناة والآلام.

ب- التعلق بالمخدر: يعني ارتباط المدمن بالعقار والمخدر، حيث تصبح حياته متوقفة علي توفر أو غياب المادة التي أمنها أي التكيف مع العقار وغياب القدرة على الامتناع عن تناوله.

ج- التبعية: تعني حالة الخضوع للمخدر وضرورة الاستمرار في العيش تحت تأثيره، فالمدمن هنا يضطر إلى التعاطي لتجنب الأعراض المزعجة التي يسببها فقدان المخدر.

(سليماني، 2012، ص31)

د- اللهفة (CRAVING):

رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي وللهفة بعض الخصائص الوسواسية فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة.

(سويف، مرجع سابق، ص18)

ه- التعاطي (Drug Abuse):

جاء في لسان العرب لأبي منظور أن التعاطي هو"تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله". إذن فالتعاطي يعبر عن تناول كل ماهو محضور ومحرم وممنوع سواء في الدين الإسلاميأو يعاقب عليه القانون أو مايتعارض مع العرف والمعايير الاجتماعية.

(سليماني، مرجع سابق، ص32)

وعليه تعد كلمة تعاطي ترجمة دقيقة لمصطلح Abuse الذي يعني التناول المتكرر لمادة نفسية، بحيث تؤدي أثارها إلى الأضرار بمتعاطيها وهناك عدة أنواع من التعاطي يمكن عرضها على النحو التالي:

*** التعاطي التجريبي (Experimental Abuse):**

و يتم من خلال محاولة تجريب مادة مخدرة بغرض التعرف على آثارها أو اكتشاف آثارها وقد ينتهي التجريب مرة واحدة أو مرتين، أو قد يترتب على ذلك الاستمرار في التعاطي.

* **التعاطي بالمناسبة (المتقطع) (Occasionnel Abuse):** ويقصد به تعاطي الفرد المخدر في بعض المناسبات الاجتماعية مثل الحفلات أو الأفراح وغيرها من المناسبات وتختلف هذه المناسبات باختلاف الإطار الثقافي والحضاري للبيئة التي يعيش فيها.

* **التعاطي المنتظم (Regular Abuse):**

أي التعاطي المتواصل على فترات منتظمة يتم تحديدها بحسب إيقاع سيكوفيزيولوجي داخلي خاص بمدى احتياج الشخص لمادة التعاطي.

* **التعاطي المتعدد للمواد المخدرة : MULTIPLE DRUG ALUSE**

أي التعاطي لعدد من المواد المخدرة أكثر من واحدة سواءا كان التعاطي لهذه المواد المتعددة معا في وقت واحد أو الانتقال من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة، وخصائص التعاطي تتمثل فيما يلي:

- رغبة لكنها بسيطة في تعاطي العقار أوالمخدر.
- رغبة ولكنها ليست قهرية في زيادة الجرعة.
- اعتماد نفسي فقط على آثار العقار أو المخدر لا يصل إلى الاعتماد الجسمي.
- يملك المتعاطي السيطرة التامة على تناول المخدر.
- يحدث ضرر على الفرد فقط. **(رجب،2004،ص ص 32-33)**

و- الاعتماد (Dépendance):

عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1973 الاعتماد على أنه حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو المصنع ويتصف بقدرته على إحداث رغبة، أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأية وسيلة ممكنة لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة.

يمكن تحديد نوعين من الاعتماد هما:

أ. الاعتماد النفسي:

يتعلق الاعتماد النفسي بالشعور والأحاسيس ولا علاقة له بالجسد، وهو تعود الشخص على الاستمرار في تعاطي عقار ما(طبيعي أو مصنعا)، لما يسببه من الشعور بالارتياح والإشباع، ولتجنب الشعور بالقلق والتوتر، ومن المخدرات التي تسبب اعتماداً نفسياً: التبغ، أو الحشيش، أو القات، أو الكافيين، والكوكايين هو أشهرها تأثيرا.

ب. الاعتماد العضوي:

يتعلق بانحراف الأعمال الوظيفية الطبيعية لجسم الشخص بسبب استمراره في أخذ عقار مخدر، بحيث أصبح تناول هذا العقار بشكل دائم ضرورة ملحة لاستمرار حياة الشخص وتوازنه بشكل طبيعي، ويصبح العقار المخدر ضرورياً له كالطعام والشراب بل أهم من ذلك، ومن المخدرات التي تسبب اعتماداً عضوياً: المنومات، المورفين، والهيروين.

(ابونصر، مرجع سابق، ص216)

ي- التسمم (Toxication):

حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية، وتنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور والتعرف والوجدان أو السلوك بوجه عام، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطا مباشرا بالآثار الفارماكولوجية الكيماوية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماما، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت.

(مختار،2005،ص17)

الجرعة الزائدة (Overdose):

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي أن يتعطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة، فإذا زادت الجرعة عن ذلك لسبب ما في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث آثارا معاكسة حادة، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية. **(زمار، مرجع سابق، ص61)**

ك- التحمل (Tolerance):

يعني تكيف الجسم وخلاياه مع العقار المخدر، وأن تعاطي نفس الجرعة لا يعطي نفس الأثر الذي حصل مع الجرعة الأولى، والتحمل هو نقص الأثر الحيوي للعقار أثناء تعاطيه المتكرر لجرعة معينة، والبقاء على جرعة واحدة لا يحقق الإشباع ولا يعطي الشعور المنشود بل أن التحمل يعني أن الجسم أصبح يتحمل أي يتقبل جرعات متزايدة، ومع استمرار تناول نفس الكمية من العقار فان خلايا الجهاز العصبي تعتاد على ذلك العقار، ولا تتأثر به كالسابق. **(سليماني، مرجع سابق، ص32)**

ل- الانسحاب (WITHDRAWAL):

هي الأعراض التي تنجم عن منع تعاطي العقار المخدر أو الكحوليات وسحبها، وهي عبارة عن أعراض الانقطاع عن تعاطي المخدرات، بمنعها أو الامتناع عنها وتختلف من مخدر إلى آخر، وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات الاضطراب الفيزيولوجي العضوي وتعتبر حالة الانسحاب دليلا على انه كانت هناك حالة اعتماد.

(مختار، مرجع سابق، ص18)

م- التكيف العصبي (Neuroadaptation):

مجموعة التغيرات العصبية، المصاحبة لكلٍّ من التحمل وظهور أعراض الانسحاب وفي بعض الحالات، تكون هذه التغيرات مزعجة جداً، كما في حالة الأفيونات. ومن الممكن أن ينشأ "التكيف العصبي"، من دون أن يلاحظ معه أي مظاهر، معرفية أو سلوكية.

(سويف، مرجع سابق، ص22)

3- العوامل المؤدية للإدمان:

توجد مجموعة من العوامل والظروف المساعدة على وقوع الفرد في دائرة الإدمان وقد اختلف الباحثون فيما بينهم في محاولة تحديدها وضبطها.

3-1- العوامل المساعدة على حدوث الإدمان والتي تتعلق بالعقار المستعمل:

يستعمل المدمنون عددا كبيرا من العقاقير والمخدرات التي تختلف فيما بينها من حيث طبيعة تأثيرها على المدمن، ومدى خطورتها عليه، كما أن هذه العقاقير تؤخذ من طرف المدمنين بطرق كثيرة وأشد هذه الطرق المؤدية للإدمان ما يؤخذ عن طريق الحقن، ويمكن القول أن العقاقير والمخدرات لا تتكافأ في قدرتها على إحداث الإدمان، وعلى هذه الأساس يتضح أن العقار هو ذاته من العوامل المسببة للإدمان، فهناك بعض العقاقير التي لا تحدث إدمانا بالمعنى الحقيقي، في حين هناك بعض العقاقير التي لها خواص إدمانية كبيرة وذلك حسب تركيب العقار – طريقة استعماله – سهولة الحصول عليه ونظرة المجتمع إليه.

3-1 -1 تركيب العقار وخواصه الإدمانية: إن دخول بعض المواد والمركبات الكيميائية إلى الجسم سيحدث اعتمادا نفسيا وجسميا، حيث تستقبل الخلايا العصبية هذه المواد عن طريق مستقبلات العقار (Drug receptors) فإذا تطابقت جزئيات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية لكون العقار فعالا، أما إذا لم تتطابق هذه الجزئيات معها يكون العقار غير فعالا، وبذلك يكون العقار أو المخدر فعالا عندما يحدث اعتمادا أي تكيف الجسم معه. **(غرموش، ب ت، ص234)**

3-1-2 – طريقة استعمال المخدر: لكل طريقة من طرق تعاطي المخدرات شدتها في إحداث الإدمان وحسب خطورة الطرق وتأثيراتها، تأتي طريقة الحقن في الوريد وفي العضلات في المقدمة، ثم تأتي طريقة التعاطي عن طريق الفم، ثم طريقة الاستنشاق، وأقل هذه الطرق خطورة طريقة التدخين. **(نفس المرجع السابق، ص298)**

3-1- 3 – سهولة الحصول على المخدر: بعض المدمنين يصعب عليهم الحصول على العقار الذي أدمنوا عليه، أو يحصلون عليه بطرق شاذة وبأثمان باهظة، فالتوفر الدائم للمخدر عند المدمن يسهل من احتمال حدوث الإدمان عليه، لذلك نجد بعض المدمنين

الذين ينحدرون من طبقات اجتماعية دنيا يدمنون المخدرات الطبيعية، بينما يصعب عليه تعاطي المخدرات التي تسوق وتباع بأبهظ الأثمان.

3-1- 4 - نظرة المجتمع إلى العقار: إن المخدرات المسموحة التي يسمح المجتمع والقانون بتعاطيها وتسويقها، قد تكون في متناول الجميع، وبالتالي يمكن أن يقع فيها أي فرد من هذا المجتمع، فمثلا شرب الخمر في المجتمعات الغربية أو الاتجار بها غير محرج، وبالتالي يكون احتمال إدمان الأفراد أكبر منه في المجتمعات المسلمة التي تحرم شرب الخمر والاتجار به. **(سليماني، مرجع سابق، ص35)**

3-2 - العوامل المساعدة على حدوث الإدمان والتي تتعلق بالمدمن نفسه:

هناك بعض العوامل التي تكمن في المدمن نفسه، والتي تدفعه إلي إدمان المخدرات وترجع هذه العوامل إلي:

3-2-1 المعاناة من بعض الأمراض النفسية والعقلية :

والتي قد تمتد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة، وتشمل مجموعة العوامل النفسية المسؤولة عن الإدمان في مجموعة الأمراض النفسية كالإكتئاب - القلق - الخوف - الوساوس - التوتر واضطراب الشخصية، فهؤلاء الذين يعانون من هذه الاضطرابات قد يلجأون إلى بعض العقاقير للتخفيف من القلق والتوتر وجلب الشعور بالراحة والارتياح.

إن ضعف تكوين الشخصية هو المسؤول عن حدوث الإدمان، فالإدمان هو تعبير واضح عن وجود اضطراب خطير في الشخصية، وتعبير عن نقص في النضج والنمو لهذه الشخصية، وقد قسم كىسىلووالتون الشخصية المدمنة إلى شخصية أنانية - شخصية ناقصة النضج - شخصية غير ناضجة جنسيا - وشخصية دائمة التوتر.

(احمد، 2006،ص442)

إن الفرد المدمن على المخدرات يعيش حالة من الحرمان العاطفي، وعدم النضج النفسي ووجود اضطرابات عديدة في الشخصية، فالمدمن يخفي شخصية طفل يريد من الناس أن يعطفوا عليه ويحبونه.

3-2-2 - المعاناة من بعض الأمراض الجسمية:

إن المعاناة من الآلام الجسمية والإصابة بالأمراض العضوية كالسرطان - القولنجات الكلوية والمرارية تدفع بالمريض إلى استعمال بعض العقاقير لتسكين الآلام فتكرار أحد العقاقير المهدئة والمسكنة للآلام تسبب الإدمان للمريض ولا يقوى علي غيابها.

كما أن المعاناة من الصداع المزمن والأوجاع المفصلية والروماتيزمية عند النساء يدفع بهن إلى محاولة التهدئة لهذه الآلام فبعض المرضى يلجأون إلى بعض العقاقير المسكنة للآلام دون الإشراف الطبي، أو أنهم لا يحترمون الكميات الموصوفة من قبل الطبيب، مما قد يسبب لهم حالات الإدمان على هذه العقاقير. **(زيعور،1986،ص112)**

3-2- 3 - عوامل أسرية:

لا شك أن هناك علاقة بين إدمان المخدرات والوسط الأسري للمدمن، ومن ثم فان هناك عوامل أسرية مساعدة على حدوث الإدمان، وبمعنى آخر هناك بعض الأسر المسؤولة عن إدمان أحد أفرادها، هذه الأسر التي يسودها التفكك الأسري ويغيب فيها الاتصال بين أفرادها، تكثر فيها الخلافات والشجارات، تغيب فيها الرقابة والإشراف الوالدي، تضطرب فيها العلاقات، يعيش أفرادها حرمانا عاطفيا بسبب غياب أحد الآباء أو كلاهما وهي الأسر التي تفتقد لكل المشاعر الايجابية من الحب والعطف والحنان وتغيب فيها المسؤولية، فيصبح الأبناء يعيشون تجارب سلبية تؤثر على نموهم النفسي وتوازن شخصيتهم قد تدفع بهم مستقبلا إلى الانحراف والإدمان فقد يكون لمدمن المخدرات تجارب صادمة بوالديه في طفولته فهو لم ينشأ على حبهما واحترامهما.

(سليماني، مرجع سابق، ص37)

وجود الفرد في بيئة غير ملائمة ومليئة بالمشاكل من الأسباب التي تدفع إلى الإدمان، حيث أن الصراع وعدم التكيف مع المحيط يؤدي بالذات إلى الهروب والبحث عن ملجأ في الأدوية النفسية.

3-2-4 - عوامل اجتماعية واقتصادية:

هذه العوامل تتعلق ببيئة المدمن وظروف معيشته، وتتمثل العوامل الاجتماعية في البطالة (الفراغ، ضغط الأصدقاء ومجالس السوء)، كما أن تدني المستوى المعيشي والمعاناة من الفقر عاملا يلعب دورا كبيرا في اللجوء إلى الإدمان للتخفيف من المعاناة والتعويض عن الحرمان.

3-2-5- عوامل تتعلق بالدين:

ضعف الوازع الديني وغياب الأخلاق من عوامل التفكك وانتشار الآفات وفساد المجتمع، فعدم الالتزام بالقيم الدينية من العوامل المساعدة على حدوث الإدمان، فالدين الإسلامي الحنيف يدعو إلى كل ما يفيد الفرد والمجتمع، وينهى عن كل ما يضره ويؤذيه.

(متولي،2003،ص 133)

3-2- 6 - عوامل أخرى:

هناك عوامل أخرى تساهم في انتشار الإدمان على المخدرات نذكر منها:

- الاعتقاد الخاطئ بأن المخدرات تزيل المصاعب وتنسي الهموم وتقضي على المشاكل وتعوض عن النقص.

- ضعف الرقابة الأمنية والتماس الأعذار للمتعاطي وتناقض نواحي الضبط الاجتماعي من قبل المجتمع والقانون، أي أن عدم الصرامة مع المدمنين وعدم تطبيق القوانين على المخالفين لهذه القوانين يزيد من انتشار نسبة المدمنين على المخدرات.

(العيسوي،2005،ص74)

تعددت البحوث والدراسات التي تناولت موضوع تعاطي المخدرات وإدمانها من مختلف جوانبها، كتلك الدراسات التي ركزت على توضيح الأسباب والعوامل التي تدفع إلى

تعاطي العقاقير والإساءة في استخدامها، ومن خلال عدد من الدراسات التي تناولت الإدمان يمكن استخلاص الأسباب التالية:

- الرغبة في خوض غمار التجربة.
- الرغبة في النشوة الزائفة والابتهاج.
- الحرمان من المتابعة والإشراف الوالدي.
- قلة الوعي بأخطار المخدرات.
- المشاكل الأسرية كالطلاقوالتعدد والخيانة الزوجية.

ويخص لنا ولكر Walker أسباب الإدمان على المخدرات في عاملين أساسيين:

أ- مجموعة من الصراعات الخاصة برغبة الفرد في الإتكالية وتتمثل هذه الصراعات في:

- التذبذب في معاملة الطفل (حب ونبذ).
- العدوانية من قبل الأب على الأم.
- انحراف سلوك الأم (شرب الخمر مثلا).

ب - وجود صعوبة لدى الفرد في إدراكه لدوره في المجتمع بسبب:

- نبذه من طرف الوالدين.
- انعدام المسؤولية لدى الأم.
- انعدام طموحات الوالدين بخصوص مستقبل الطفل. **(عبد المنعم،1999، ص453)**

4 - النظريات المفسرة للإدمان:

هناك مجالات بحث كثيرة تهتم بدراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات، وتحليل أسبابها وتفسير طبيعتها، إلا أن هناك وجهات نظر مختلفة حول تفسير الظاهرة، حيث يختلف الباحثون والعلماء في تفسير أسباب الإدمان على المخدرات، فكل باحث ينظر إلى الظاهرة من وجهة نظر خاصة بمجال ودائرة اختصاصه.

4-1- نظرية التحليل النفسي:

فسر التحليل النفسي ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعتري المدمن في طفولته الأولى(3،4 سنوات)، وترى مدرسة التحليل النفسي أن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب العلاقات بين المدمن ووالديه، إذ يتضمن الإضطرابثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور) ambivalence، إن هذه العلاقة تسقط وتنقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معا. **(بعيبع،2011،ص59)**

يعتبر سيغموند فرويد sigmundfreudمن اللذين اهتموا بموضوع الإدمان وتفسيره فهو يرى أن تعاطي الأفراد للمخدرات يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الشخص لتجارب متعددة من الإحباطات، أي أن الفشل في تحقيق أهداف الحياة يسبب لدى الفرد الإحباط، ويجعله في مواقف القلق وعدم الاستقرار. **(غانم،2006،ص27)**

تريهورناي Horney فان تعاطي المخدرات يعتبر عدوان موجه نحو الذات بسبب الحب واضطراب العلاقة مع الوالدين.

أما المدرسة السيكودينامية فتشير إلى أن الإدمان عرضا أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية وانفعالية، ومن هنا يتضح أن الإدمان على المخدرات قد تكون سببا في ظهور بعض المشاكل الانفعالية والسلوكية، كما قد تكون هذه المشاكل السلوكية والانفعالية هي المؤدية إلى الإدمان. **(سليماني، مرجع سابق، ص41)**

وقد أوضح أنزيور أن سلوك مدمن المخدرات أو متعاطيها ينتمي إلى مرحلة مجاورة لتلك التي ينتمي إليها المريض بالهوس والاكتئاب، أي المرحلة الفموية ذات حالة النشوة التي يحققها التخدير نتيجة انطلاق أخيلة هازلة لما تحفل به مفارقات مؤدية إلى قهقهة تفرغ قدرا كبيرا من التوتر مما يؤدي إلى فرفشة euphoriee من نوع فريد (مرح زائد).

فالإدمان هذا بمثابة ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتئاب والخلاص منه وبذلك فهو مهلوس صناعي مقابل للهوس التلقائي في ذهان الهوس والاكتئاب.

ويضيف أن الحالة العادية للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتئابي وتتسم حالة الاكتئاب هذه من زاوية العلاقة بالموضوع بالإدماج العدواني كموضوع لم يتم تميزه عن الأنا.

(عبد المنعم، مرجع سابق، ص87)

أماجوفلر (glover) فقد ركز على العدوان والسادية كعوامل أساسية في الإدمان ويرى أن المدمن يسقط صراعاته على العقار كدفاع ضد العدوان لحالة أكثر ذهنية، كما يرى جلوفر الإدمان كتثبيتات في نظام تطوري بين الحالة الفصامية البارانودية الأكثر أولية والحالة العصبية القهرية الأكثر تقدما. **(فايد،2004، ص366)**

كما توصل فينكل (finkel) إلى أن المدمنون يمثلون أكثر الاندفاعيين وضوحا فالحاجة للحصول على شيء ما (المخدر) ليس مجرد إشباع جيني بل هو أيضا شعور بالأمن والطمأنينة وشعور بتمييز الذات ووصف فينكل وغيره من علماء التحليل النفسي، أن الإدمان عصاب اندفاعي (impulse nevroses) ناشئ عن ظروف أسرية صعبة لذا فان الشخص الذي يصبح مدمنا هو من أساسه التكويني شخص يتصف بالنرجسية والمطالبة، حيث يكون التعاطي بالنسبة للشخص المدمن وظيفيا يحقق من خلاله ادوار متعددة، فالتعاطي يعمل بمثابة مسكن ومحقق الإحباط والحصن وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات وإتباع رمزي للحاجة إلى الحب والعطف. **(قماز،2009، ص74)**

إلا أن أدلرALFRED ADLER احد المنشقين عن فرويد FREUD بعدم اتفاقهما حول أصل الاضطرابات النفسية، فأدلر يرى انه يمكن أن نفهم السير النفسي للشخص، كما نستطيع أن نفهم سبب الاضطراب الذي يعاني منه، إذ استعان بما سماه بـــ"عقيدة النقص" ويرى أدلر أن هذه العقدة تنتج عن التبعية التي عاشها كل واحد منا أثناء طفولته بدرجات متفاوتة واستجابات مختلفة.

ويفسر أدلر الإدمان على المخدرات، فيرى أن المدمنين مثلهم مثل الذهانيين العصابيين الجانحين، فهم أشخاص يفشلون في حياتهم لافتقارهم إلى الشعور بالود، ومحبة الآخرين، وحتى يعوضوا هذا النقص فإنهم يعكفون على المخدرات التي تعطيهم الثقة بالنفس وتجعلهم يملكون الدنيا، وتنسيهم عيوبهم. **(بلموفق، مرجع سابق،ص94)**

4-2 النظرية السلوكية:

يعتمد التفسير السلوكي لظاهرة الإدمان على نظريتي التعلم وخفض التوتر، فحسب هذا التفسير فان سلوك الإدمان أو التعاطي هو سلوك متعلم ومكتسب عن طريق الاستمرار والمداومة على أخذ الجرعات والكميات من المادة المخدرة، ومن ثم فان المداومة على فعل أي شيء يؤدي إلى تعلم هذا الفعل. يرى أصحاب نظرية التعلم أن المدمن يلجأ إلى الشراب أو التعاطي للشعور بالسكينة والهدوء، مما يدفعه إلى التكرار في ذلك في مرات مقبلة ليحصل على نفس الشعور. **(غرموش، مرجع سابق، ص211)**

فحسب نظرية التعلم فإن سلوك التعاطي يكون عن طريق التكرار، فتلك الرغبة القاهرة في الحصول على المخدر لتخفيف الآثار المزعجة تجعل المدمن يكرر تناول المادة التي اعتاد عليها، وبالتالي يصبح هذا السلوك معتاد ومألوف أي متعلم.

أما نظرية خفض التوتر فتجعل كل السلوكات والأفعال التي نقوم بها تهدف إلي تحقيق هدف واحد ومحدد هو خفض التوتر الذي نشعر به، حيث تعتبر كل السلوكات جهدا يهدف إلى خفض التوتر، ومثال عن ذلك المدمن الذي يسعى وراء الحصول على المخدر، فسلوكه هذا يهدف إلى الحصول على المتعة والانشراح وتجنب القلق والتوتر الناجمين عن انسحاب المخدر. **(سليماني، مرجع سابق، ص41)**

4-3- النظرية البيولوجية:

هذه النظرية أرجعت الإدمان على المخدرات إلى العوامل البيولوجية التي تتعلق بطبيعة جسم الإنسان وبطريقة عمل الجهاز العصبي فالجسم عندما يتكيف مع هذه المواد المخدرة يحدث الإدمان أما إذا لم يتكيف معها لا يحدث.

لازالت الدراسات تتأرجح حول تأكيد العوامل الوراثية في حالات الإدمان من عدم وجودها، ونذكر في هذا المجال دراسة فرنجتن الذي وجدت 39 % من أبناء متعاطي المخدرات أصبحوا مدمنين مخدرات، في حين أن 16% فقط من أبناء غير المجرمين أصبحوا يتعاطون المخدرات. **(عبد اللطيف،1999، ص20)**

حسب عادل صادق عام (1986):"هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الآلام وتعرف باسم الاندروفناتendorphinesوالانكفالينياتencephalines، أي هناك أفيونا داخليا يفرز من مخ الإنسان لتسكين الآلام، ومعنى ذلك أن مادتي الاندروفينات والانكفالينات تساعد على التخفيف من الآلام الجسمية وتهدئتها، ويضيف أن مدمن الأفيون كان له خط قليل في أفيون المخ فيلجأ إلى الأفيون الشجرة، فحسب هذا التفسير فان المدمن على الأفيون يلجأ إلى تعاطيه قصد تعويض الأندروفينات والأنكفالينات التي تفرز من المخ والمسؤولة عن تسكين الآلام. **(بلموفق، مرجع سابق، ص39)**

4-4- النظرية الاجتماعية:

تتمثل النظرية الاجتماعية في وجهة نظر علماء الاجتماع، وكيفية تفسيرهم لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات، حيث اتفق اغلب علماء الاجتماع على أن الإدمان جريمة وانحراف اجتماعي، فالإدمان سلوك انحرافي وآفة خطيرة تضر المدمن وأسرته ومجتمعه.

يرى بعض الدارسين أن رغبة الإنسان في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم تدفعه إلى تحقيق هذه الرغبة بكل الطرق، وحسب هؤلاء الدارسين فإن المدمنين يلجأون إلى

تعاطي وإدمان المخدرات لتحقيق رغباتهم، وعليه فإن تعاطي بعض المخدرات من الطرق والأساليب المحققة للإشباع والمعوضة للحرمان والنقص.

ويحدد علماء الاجتماع العوامل الأساسية المؤدية إلى الإدمان في النقاط التالية:

• التدريب الاجتماعي الخاطئ أو الناقص وضعف الرقابة.

• وجود بعض الجماعات التي تزين الإنحراف وتجعله قانونيا في المجتمع.

• خبرات الفرد الضعيفة بالنسبة للامتثال والانحراف. **(سليماني، مرجع سابق، ص43)**

5- أعراض الإدمان:

تختلف أعراض الإدمان بين عقار وآخر فأعراض إدمان الكوكايين تختلف عن أعراض إدمان الحشيش مثلا ولكن بشكل عام نذكر الأعراض التالية:

- أعراض اضطراب على مستوى المزاج تتراوح بين القلق والعصبية بعد فترة قصيرة من زوال العقار أو المادة المخدرة.
- الإنطواء والانسحاب والانعزال عن المجتمع والانزواء عن معترك الحياة الاجتماعية.
- عدم القدرة على التركيز.
- الإحساس بالتعب وعدم القدرة على بذل أي جهد جسمي أو عقلي.
- من الناحية النفسية المدمن يكون أكثر حساسية لكل ما يتعرض له، زيادة إلى إحساسه أنه مكسور الوجدان ومهموم. **(زمار، مرجع سابق، ص63)**

ثانيا: المهلوسات

1- تعريف المهلوسات:

1-1 التعريف اللغوي:

الهلاس، الهلس، وقد هلسه المرض يهلسه هلسا ورجل مهلوس العقل، أي مسلوبه، وهو مهتلس العقل ويقال الهلاس في العقل، الهلاس في البدن، والإهتلاس: ضحك فيه فتور،قال الراجز : تضحك مني ضحكا أهلاسا ويقال أيضا أهلس إليه، أي اسر إليه حديثا.

(زمار، مرجع سابق، ص67).

1-2-التعريف الاصطلاحي:

- **التعريف العلمي:**

المهلوسات هي مواد غير متجانسة تحدث اضطرابا في النشاط الذهني وخلل في التفكير والإدراك، فينتج عنها الهلاوس والتخيلات، فيتراءى لمن يتعاطاها أصواتا ومناظرا خيالية، بل انه يلمس ويشم ويتذوق أشياء لا وجود لها.

فمن يتناولها بنسب بسيطة يشعر انه يسبح في رحلة من الأوهام، ويتصور انه يتمتع بقدرات خارقة، وقد يصاب بحالة شديدة من الاكتئاب مما يدفعه للانتحار، أما الذي يتناولها بكثرة فانه يصاب بخلل دائم في المخ.

- **التعريف الطبي:**

هي مجموعة من المواد الكيميائية التي إذا استخدمها الإنسان بنسب معينة تؤدي إلى هلاوس بصرية وسمعية وحسية وبالتالي تشوش في التفكير والشخصية، وقد تتواجد هذه المواد في بعض أنواع النباتات والفطور، كما يمكن اصطناعها كيميائيا وهي شديدة الخطورة فتسبب ردات فعل ومضاعفات شديدة على المدى القريب، كما يسبب بعضها الإدمان والاعتلالات الذهنية والتحمل على المدى البعيد.

- **التعريف القانوني:**

يعتبر القانون المهلوسات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها، وتختلف قائمة هذه المواد من دولة لأخرى، أي أن هناك جداول خاصة بكل دولة تحدد المواد المهلوسة الممنوعة أو المسموحة.

(بعيبع، مرجع سابق، ص178)

2_ تاريخ المهلوسات:

وجد مروجو المخدرات ضالتهم في عقار (LSD) وبدأ تصنيفهفي أمريكا، فرنسا والمكسيك ليشهد موجة رهيبة من إدمان المراهقين رافقتها ظواهر غريبة من الجرائم وحالات الانتحار ومعدلات عالية لمراهقين يلقون بأنفسهم من المباني الشاهقة، إظافة إلى مواليد مصابين بتشوهات خلقية وتنبه العالم إلى أن السبب يعود إلى إدمان هذا العقار.

قام مروجو المخدرات بتصنيع هذا العقار في صورة سائل وتم تعاطيه بتناول لقطة واحدة بالفم سواءا مخلوطا بالسكر أو الشراب وسرعان ما طوره البعض ليستخدم عن طريق الحقن بالوريد، والجرعة الواحدة من عقار (LSD) تترك المتعاطي في حالة هلوسة لمدة تتراوح بين 4_18 ساعة.

لم يتوقف الأمر على إنتاج عقار (LSD) بل صنعت المختبرات الطبية مركبات أخرى تزيد خطورة عنه منها عقار (المسكالين) (MESCALINE)، وعقار آخر أكثر خطورة وهو (S.T.P) اختصارا لثلاث كلمات هي (الصفاء، والهدوء، والسلام)،والذي وجد طريقة إلى مدمني المخدرات.

وفي عام 1968 عرفت شوارع سان فرانسيسكو عقارا آخر خرج من الاستخدام الطبي ليتلقاه مروجي وتجار المخدرات وهو (حبة السلام) أو عقار الفينسيكليدين (P.C.P) وقائمة لجنة المخدرات التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي بالأمم المتحدة تضم مايزيد عن 27 عقارا مختلفا مسببا للهلوسة. **(زمار، مرجع سابق، ص68)**

3_ آلية عمل المهلوسات:

عقاقير الهلوسة أوالمخدرات تعمل على تمديد الدماغ، وتصنف في مجموعة حسب تركيبها الكيميائي (مثل الحشيش والأفيون) أو الاصطناعية مثل (LSD) ذات الأثر القوي على الدماغ، فدماغ الإنسان (أو المخ) تتكون من آلاف الملايين من الخلايا العصبية، هذه الخلايا العصبية تشبه في شكلها الأصابع ولكنها دقيقة جدا لا ترى إلا تحت المجهر، وهي تنقل النبضات العصبية على هيئة تيار كهربائي من جزء معين من المخ إلى جزء آخر، ويتم الاتصال بين هذه الخلايا عبر فجوات أوممسات عن طريق جزئيات كيميائية تعرف بإسم المرسلات العصبية، وعندما تثبت هذه المواد الكيميائية عبر الممسات تحمل معها رسالتها العصبية فترسل إشارة من جديد إلى الخلية المجاورة، وهكذا تنتقل الإشارات، وتمكن العلماء حتّى الآن من اكتشاف أكثر من عشرين مادّة كيميائية مختلفة من هذه المرسلات العصبية، ولكلّ منها تركيب فريد يمكن تشبيهه بمفاتيح مختلفة كل "مفتاح" له مكان خاص أشبه "بالقفل" يستقبل عليه، ولا يصلح له غير كمركز استقبال.

ولقد تضاربت آراء المهتمين بكيفية تأثير هذا العقاقير على الدماغ ويحاول كل منهم أن يدعم رأيه بالبرهان والتجربة، أكد البعض أنّ هذه العقاقير توقف مرور التيارات العصبية عبر خلايا الدماغ بتأثيرها المباشر على واحد أو أكثر من المرسلات العصبية ممّا يجعل الإنسان يشعر بحالة اللاوعي وعدم الإدراك بما يدور من حوله.

ترى نظرية أخرى أنّ عقاقير الهلوسة تؤثر بشكل مباشر على مادّة "السيروتونين" الموجودة في الدماغ والضرورية للحفاظ على اتزانه، فتتحد معها وتحولها إلى مركب جديد هو المؤثر المباشر على درجة اتّزان الدماغ وهذه التفسيرات وإن اختلفت فهي تتّفق على أن تأثير بعض عقاقير الهلوسة (مثل الحشيش أو الماريخوانا وLSD). عادة ما يكون مؤقتا ويزول بزوالها، كما يعتقد العلماء أن كمية المرسلات العصبيّة الموجودة في الدماغ وبقيّة أجزاء الجسم لها علاقة وثيقة بسلوك الأفراد، فحينما يفرز الدماغ "أو الجهاز

العصبي ككلّ" أكثر من اللاّزم من هذه المواد الكيميائيّة تبدأ المشكلات السلوكية في الظهور، فالإكتئاب الشديد مثلا يمكن أن يعزى إلى هبوط غير عادي في مستوى مرسلات عصبية معينة إسمها "أحادية الأمينات" وهذا الهبوط قد تعزى أسبابه إلى زيادة نشاط خميرة "مونو أمين أوكسيداز" التي تسبب تحلله وتدميره، والمخدرات والعقاقير المهلوسة قد تتداخل بطريقة أوأخرى في تفاصيل هذه العملية بحيث في النهاية تحاكى عمل المرسلات العصبية وتلتصق بالخلايا العصبية مزيلة بذلك حالات الاكتئاب.

هذه العقاقير تتفاوت في درجة تأثيرها بين الأفراد، حيث تختلف من شخص لآخر حسب بنيته الجسمية والشخصية ومكوناتها والرغبات الكامنة، والجدير بالذكر أنه كثيراً ما يترتب على التداخل في علم الدماغ بواسطة هذه العقاقير نزول وهبوط في حاسة الجوع والعطش والجنس عند الإنسان، وهي حالات مؤقتة تزول بعد فترة معينة تتفاوت حسب طبيعة المادة المخدرة وطبيعة الأشخاص. **(نفس المرجع السابق، ص61)**

4_ أنواع المهلوسات:

تنقسم المهلوسات إلى جزئين هما :

4_1 المهلوسات الطبيعية:

- **البيوط (PEYOTE):** هو نوع من الصبار ينمو في جنوب غرب الولايات المتحدة الأمريكية والمكسيك، ويمتلك برونات صغيرة تسمى "أزرار" تستخدم لتأثيرها المهلوِس.

- **المادة الفعالة الأساسية:** هي الميسكالين (Mescaline) وهي من عائلة مركبات تسمّى فينيثيلامينا (Phenethylamines)، وتشبه بتركيبها الكيميائي النواقل العصبية الدوبامينوالنورإبينيفرين، مما يمكّنها من التدخّل في تأثيرهما على الدماغ.

- **بعض الأسماء الشائعة للبيوط:** البذر السيء (badseed)، والعليل (halfmoon).

- **ومن الأسماء الشائعة للميسكالين:** أزرار الصابر (cactus buttons).

– **طرق استعمالها:** يمكن أن تجفّف الأزرار ثم تمضغ أو تنقع في الماء حتى الحصول على سائل يمكن تناوله، أو تطحن إلى مسحوق ليدخّن أو يؤخذ على شكل مضغوطة أو كبسولة، ونادرًا ما يُحقن.

- **السيلوسيبين (Psilocybin) والسيلوسين (Psilocyn):**

هي مواد موجودة في أكثر من 75 نوعًا معرف من الفطر، يعود أصلها للمناطق الاستوائية وشبه الاستوائية في أمريكا الجنوبية، وجنوب آسيا، والمكسيك، وأوروبا، والولايات المتحدة الأمريكية.

وتكلّف فطور السيلوسيبين عمومًا حوالي 20$ لثُمْن الأونصة، بينما تكلّف الأونصة الكاملة من 100$ إلى 120$.

الحالة القانونية: تعتبر المواد الكيميائية هذه ممنوعة من التداول، ولكن الفطور بحدّ ذاتها غير مصنفة تشريعيًا.

بعض الأسماء الشائعة: الفطور السحرية (magicmushrooms or shrooms)، لحم الآلهة (godsflesh، boomers).

طرق الاستخدام: يمكن لفطور السيلوسيبين أن تؤكل طازجة أو جافة (عادةً تكون محضّرة مع صنف آخر من الطعام)، كما يمكن تخميرها إلى شاي، وسحقها لتتحوّل إلى مسحوق يتم تدخينه أو تناوله ككبسولة أو مضغوطة، ونادرًا ما يُحقن.

- **السالفياديفينورام (SalviaDivinorum):**

تُعرف أيضًا بالسالفيا، وهي نبات محرّض للهلوسة يصنّف ضمن عائلة المريمية (sage)، ويعود أصله للمكسيك، حيث استخدمه شعب المازاتيك (Mazatecs) لقرون كأداة للشفاء والكهانة.

المادة الفعالة في هذا النبات: هي (Salvinorin A)، وهي أكثر المواد المهلوِسة التي من أصل نباتي قوةً.

الحالة القانونية: كل من النبات والمادة الفعالة غير مصنّف تشريعيًا رغم الجهود المبذولة لتصنيفهما ضمن الجدول Schedule I–1 (وهو جدول يضمّ المواد الدوائية عالية الخطورة وبدون فوائد موازنة لهذه الخطورة، وهي محظورة من الممارسة الطبية).

من الأسماء الشائعة: (La Maria)، النعنع السحري (magicmint)، أوراق ماري (leaves of Mary)، عشبة الراعية (herb of the shepherdess).

طرق الاستخدام: يمكن أن يجفف النبات ويتم تدخينه، أو مضغه، أو تبخيره واستنشاقه.

(http://www.alwahm.org/on,17htm.com.25/01/2018)

4-2 المهلوسات الصناعية الشائعة:

- **الـــ (D-lysergicaciddiethylamide) (LSD):**

هي مادة صناعية محرّضة للهلوسة شديدة القوة، شفافة أو بيضاء، عديمة الرائحة، منحلة في الماء، وتصنع من حمض الليزيرجيك، وهو مركب موجود في الإرغوت (ergot) (وهو فطر ينمو على الحبوب "grains").

تم اصطناع الـــ(LSD) بدايةً من قبل الكيميائي السويسري ألبرت هوفمان (Albert Hofmann) في عام 1938، وذلك أثناء بحثٍ عن فوائد علاجية لحمض الليزرجيك كمنبه دوراني وتنفسي، إلاّ أن الأبحاث لم تظهر وجود مثل هذه التأثيرات، وفي عام 1943 اكتشف الكيميائي ذاته التأثير المهلوِس للـــ(LSD)، مما جدّد الاهتمام بهذه المادة وأدّى إلى طرحها بعد ذلك في عام 1947 في الأسواق باسم "Delsid" كعلاج نفسي عام (psychiatricpanacea) لمعالجة السكيزوفرينيا، والميول الإجرامية، والشذوذ الجنسي،

وإدمان الكحول، إلاّ أن سوء استخدام هذا الدواء وخصوصًا لأغراض الترفيه عند المراهقين والشباب البالغين، بالإضافة إلى آثاره الجانبية السيئة بعيدة المدى، أثار استياء الرأي العام، مما أدّى إلى سحب الثقة من جدوى استخدام الــLSD)) كعلاج نفسي، وإنهاء الأبحاث العلمية المجاراة عليه، ولكنه ما زال قيد الاستخدام غير القانوني لغرض الترفيه (recréation) مع مجموعة مواد أخرى كالكيتامين والــ(MDMA).

- **الحالة القانونية:** يصنّف الــ(LSD) ضمن (Schedule I).
- **من أسمائه الشائعة:** الحمض (acid)، الضباب الأرجواني (purplehaze)، ورق النشاف ((blotter، microdots))، مكعبات السكر (sugar cubes)، ألواح الزجاج (window panes).
- **طرق الاستخدام:** يصنّع الــ(LSD) بدايةً بشكل بلوري، يستخدم لتصنع منه مضغوطات تسمى (microdots) أو مربعات جيلاتين رقيقة تسمى (window panes) تطبع عليها تصاميم ملفتة للنظر عادةً، كما يمكن تمديده بالماء أو الكحول وبيعه بشكل سائل، ولكن الشكل الأكثر شيوعًا هي أوراق منقوعة بالــ(LSD) ومن ثم مقسمة إلى مربعات صغيرة مفردة تسمى (blotters)، يتم مضغها أو ابتلاعها مباشرةً.

- **الــ:(Phencyclidine) (PCP)**

هو دواء صناعي تفارقي، طوّر بشكل أصلي كمخدّر عام في سنة 1960، واستخدم بعد ذلك في الطب البيطري كمهدئ، وأُوقف استخدامه سريريًا عند البشر فور اكتشاف أعراضه المهلوسة عام 1965، حتى أن استخدامه عند الحيوانات أصبح نادرًا، ولكن المخابر السرية استمرت باصطناعه كمادة للتعاطي على شكل حبوب سمّيت (The PeaCePill)، السم الذي اختُصر تباعًا إلى PCP، وبعد ذلك ازداد استخدامه شيوعًا، رغم كونه غير قانوني، وظهرت أشكال أخرى منه، بالإضافة إلى خلطه سرّيًا مع أدوية أخرى مثل (MDMA) المسّمى أيضًا باسم(ecstasy).

- **الحالة القانونية:** يصنّف الـــ(PCP) في(Schedule I)

- **بعض أسمائه الشائعة:** غبار الملائكة(angeldust)، أوزون(ozone)، وقود الصاروخ(rocket fuel)، قارب الحب(loveboat)،الحشيش الخارق(superweed)، (belladonna)

- **طرق الاستخدام:** يمكن أن يتم استنشاقه، أو تدخينه، أو حقنه، أو بلعه، كما يتم رذّه على التبغ والماريغوانا والبقدونس ومن ثم تدخين هذه المواد.

- **الـــ(MDMA)، المعروفباسم (Ecstasy)(Methylenedioxyamphetamine):**

هو دواء صنعي مشابه لكل من الأمفيتامين (amphetamine) المنبّه، والميسكالين (mescaline)المحرّض للهلوسة.

تم اصطناعه بدايةً في عام 1912 كمحاولة لصنع كابح للشهية، وأعيد اكتشافه واستخدامه في عام 1970 في المعالجات النفسية والاستشارات الزوجية، وبعد اكتشاف خطورته أصبح غير قانونيٍّ وصنف ضمن الجدول 1(Schedule I) ، وما زال استعماله الترفيهي سائدٌ خاصةً بين المراهقين رغم المخالفات القانونية.

يرفع الـــ (MDMA)من معدل السيروتونين بشكل كبير، مما يحسّن المزاج ويسبب فيضًا من المشاعر والسعادة وتسارع ضربات القلب، ولكن عندما تزول تأثيراته، سيكون الدماغ قد استنزف معظم مدخراته من السيروتونين، وهو ما يسبّب الاكتئاب كتأثير لاحق، وتخرّب الخلايا المصنعة للسيروتين على المدى البعيد.

قد يكون أحد أسباب تعاطي (ecstasy) هو ما يولّده من شعور ممتع شديد أثناء اللمس، وهو ما قد يزيد من الشعور بالحميمية والرغبة بالجنس، لذلك يعتقد البعض أنه دواء مثير للشهوة الجنسية(aphrodisiac)، ومع ذلك قد يسبّب هذا الدواء ضعف الوظيفة الجنسية، إذ يعاني الذكور من عدم الانتصاب أثناء التراكيز القممية لـــ (MDMA)في الدم، وقد يواجه كلا الجنسين صعوبة في الوصول إلى ذروة النشوة الجنسية، ورُصدت تباعًا توليفةٌ

جديدة من (ecstasy) مع دواء (Viagra) الموصوف لإختلال الانتصاب الوظيفي، وسمّيت هذه التوليفة باسم(extasy) .

بعض الأسماء الشائعة:النشوة(ecstasy) ، (rolls)، (go)، (love drug).

طرق الاستخدام: يؤخذ عادةً على شكل مضغوطات تكون مصنعة بألوان متعددة وشعارات مشكّلة لجذب المتعاطين اليافعين، أو بالتدخين أحياناً. **(زمار، مرجع سابق، ص72)**

- **الـــ(DXM) (Dextromethorphan):**

هي مادة صنعية مضادة للسعال وطاردة للبلغم، تستخدم كمكوّن لبعض أدوية الرشح وشرابات السعال المباعة دون وصفة (تسمى مثل هذه الأدوية بـــ over the counterdrugs "OTC")، إلى جانب مكوّنات أخرى مثل مضادات الهسيتامين ومضادات الاحتقان، وهي فعالة وآمنة وتمتلك القليل فقط من التأثيرات الضارة الجانبية ضمن حدود الجرعات المسموحة المقترحة.

وبتجاوز الجرعات الآمنة ستظهر الآثار الضارّة والمهلوسة (وهو ما يعمد إليه المتعاطون عن قصد)، كما أن تداخل الـــ(DXM) مع مواد أخرى مثل الكحول، والـــ(acetaminophen) (المادة الفعالة في دواء الباراسيتامول)، و(ecstasy) وغيرها، سيتسبب بظهور تأثيرات تآزرية قد تكون بالغة الخطورة وخصوصًا بجرعات كبيرة، فتسبب تلف الكبد ونوبات قلبية وجلطات وقد تؤدي إلى الموت.

ويحتوي شراب السعال شديد القوة عادةً حوالي 15 ملغ من الـــ(DXM) في ملعقة الشاي الواحدة، كما تحتوي الحبوب والكبسولات أيضًا على 15 ملغ من هذه المادة في الحبة الواحدة.

عادةً يتم تناول شراب السعال لأغراض علاجية بمعدل 10 مغ إلى 20 مغ كل 4 إلى 6 ساعات، أو 30 ملغ كل 8 ساعات، بينما تتراوح الجرعة الواحدة للاستخدام الترفيهي بين 240 ملغ إلى 1500 ملغ.

من الأسماء الشائعة:(Dex، gel)، (Robo)، (skittles)، (tripleC).

- **الكيتامين (Ketamine):**

يعد من الأدوية التفارقية. ويمتلك أيضًا تأثيرًا مخدّرًا (anesthetic) يستخدم في الطب البشري والبيطري سويةً، إذ استخدم عند البشر في معالجة إصابات المعارك والحروق والإشعاعات، وعند الأطفال الذين أظهروا ردود فعل متضررة من مواد التخدير الأخرى. وهو عديم الرائحة والطعم، وله خواص محرّضة لفقدان الذاكرة المؤقت (Amnesia)، لذلك يُضاف في بعض الأحيان إلى المشروبات لتسهيل الاعتداءات الجنسية.

الحالة القانونية: يصنف ضمن الجدول 3 (Schedule III) (يضم الأدوية التي يؤدي تعاطيها إلى تعوّد جسميّ معتدل أو منخفض، وتعوّد نفسيّ مرتفع، ويُسمح بتداولها للمعالجة).

بعض أسمائه الشائعة: (Special K ،K)، فاليوم القطط (Cat Valium).

طرق الاستخدام: يصنع الكيتامين الدوائي عادةً كسائل للحقن، إلّا أنه يمكن تبخيره للحصول على مسحوق يتم استنشاقه أو ضغطه إلى حبوب من أجل الإستخدام غير القانوني، ومعظم الكيتامين المباع في الشوارع يكون محوّلًا من المراكز البيطرية.

(http://www.alwahm.org/on,17htm.com.25/01/2018)

5- مراحل إدمان المهلوسات:

قبل أن يصل المتعاطي إلى مرحلة الإدمان فإنه يمر بالمراحل التالية:

5-1 مرحلة التجريب (التجربة):

وهي الخطوة الأولى نحوى عالم الإدمان وعلى الرغم من عدم انسجام المتعاطي مع هذه المرحلة إلا أنها تسلمه عادة إلى ما بعدها فمتعاطي المهلوسات لأوّل مرّة عادة ما يشعر بالغثيان إلا أنّ هذه التأثيرات السيئة ولسوء الحظ فشلت في ردع معظم المبتدئين وقد

ساعد على ذلك نصائح رفاق السوء الذين يؤكدون للمبتدئين أنّ هذه التأثيرات سرعان ما تزول ويحل محلها النشوة والانسجام، وحين نكافح الإدمان فلا بد من سد باب التجربة وإذا كانت التجربة في جميع المجالات أمّا أن تؤدي الأقدام أو الأحجام إلا أنها في عالم المهلوسات غالبا ما تؤدي إلى الأقدام الذي يؤدي بدوره حتما إلى الإدمان.

5-2 مرحلة التعاطي العرضي (غير المنتظم):

ترتبط هذه المرحلة عادة بأصدقاء السوء الذين يحاولون التأثير على المتعاطي بأن ينسى مساوئ تجربته الأولى مع المهلوس وما صاحب ذلك من أعراض كالسعال والدوار والغثيان... الخ، ومع إعادة المحاولة مرة أخرى لا يشعر المتعاطي بتلك الأعراض، ويصبح قريبا من المهلوس.

5-3 مرحلة التعاطي المنتظم :

وهي مرحلة متقدمة، وكل ما يشغل بال المتعاطي في هذه المرحلة البحث عن مصادر العقار (المهلوس)

لكي يضمن توافره باستمرار حيث يكون التعاطي منتظما (مرّة أو مرتين كل أسبوع)، كما يحاول المتعاطي في هذه المرحلة أيضا أن يحصل من العقار على أكبر قدم من النشوة والاستمتاع. **(زيد الدين، 2001، ص 39)**

5-4 مرحلة الإعتماد:

مرحلة الإعتماد أو الإدمان يعرفها العلماء بأنها حالة تسمم دموي مزمن ضاربا بالمتعاطي، تحدث نتيجة الاستعمال المتكرر لأحد المخدرات الطبيعية أو المصنعة، وفي هذه المرحلة مرحلة الإدمان فانّ المتعاطي يشعر بحاجته إلى المخدر مهما كان الثمن لأنّه يكون قد فقد كل السيطرة على إرادته تجاه هذه المادة، وإذا توقف عن استعمال المخدر أو

إذا منع من تناوله فانّه سوف يقاسي من ألام جسمانية وعقلية مؤلمة.

(عوفي، 2001، ص 127)

6 – آثار المواد المحرضة للهلوسة:

6-1 الآثارعلى المدى القريب:

يمكن لتأثيراتها أن تبدأ خلال 20 الى 90 دقيقة، وقد تدوم الى 6 ساعات حتى 12 ساعة

يصف المتعاطون عادة التجارب التي يخوضونها عند تناولهم هذه الأدوية انها " رحلات " مسمين التجارب المزعجة " رحلات سيئة "

– بالإضافة إلى المهلوسات تتضمن التأثيرات قصيرة المدى العامة: – تسارع ضربات القلب والغثيان، ومشاعر وتجارب حسية مكتفة وشديدة، وتغيرات في إدراك الوقت (مثلا الشعور بمرور الوقت ببطء شديد).

بينما تتضمن التأثيرات النوعية قصيرة المدى لبعض الأدوية المحرضة للهلوسة: – ارتفاعMDMA ضغط الدم ومعدل التنفس ودرجة حرارة الجسم (مثل تأثير البيوط والسيلوسيبينو وفقدان الشهية، وجفاف الفم واضطرابات في النوم، واختلاط الحواس، والشعور بالراحة والانفصال عن المحيط،وحراكات غير متناسقة، وتعرق مفرط وقلق وبارانويا وذهان (تفكير مضطرب منفصل عن الواقع).

6-2– الأثار على المدى البعيد:

أظهرت الأبحاث أن متعاطي الكيتامين يمكن أن يطوروا أعراضا تشمل تقرحات في المثانة، ومشاكل كلوية وذاكرة ضعيفة كما أن الاستخدام المتكرر قد يؤدي إلى تأثيرات قد تستمر لعام أو أكثر من توقف التعاطي، مثل اضطرابات الحديث، وفقدان الذاكرة وفقدان الوزن، والقلق والاكتئاب والميول الانتحارية.

وتسبب العديد من الأدوية المهلوسة تأثيرين أساسيين على المدى البعيد هما: الذهان المستديم وإرتجاع الذكريات.

إذ يتضمن الذهان المستديم سلسلة من الاضطرابات الذهنية المستمرة تشمل: اضطرابات شديدة في الرؤية،و تفكير غير منظم،وبارانويا، وتقلبات في المزاج، بينما يتمثل الفلاش باك بتكرار بعض تجارب الدواء المستخدم، وذلك يحدث غالبا بدون إنذار، وقد يحصل خلال عدة أيام أو بعد أكثر من سنة من تعاطي الدواء، ويمكن أن يستمر الفلاش باك لدى بعض المتعاطين بعد الأداء الوظيفي اليومي، وهي حالة تعرف بالإضطراب الإدراكي المتواصل المحدث للهلوسة.

(Hallucinogen persisting perceptual disorder)(Hppd)

هؤلاء تستمر الهلوسة واضطراب الرؤية لديهم فمثلا يرون آثار التحرك ملتصقة بالأجسام المتحركة، كما قد تمتلك محرضات الهلوسة تأثيرات أخرى،فتسبب الجرعات العالية من نوبات اخلاجية وغيبوبة وربما الموت، ويمكن للتدخلات بين والكحول أو البنزوديازيبينات أدوية توصف لحل القلق وتعزيز النوم، ويمكن أن تؤدي أيضا إلى غيبوبة. **(كمال، 2005، ص 12)**

7- الوقاية وعلاج الإدمان على المهلوسات:

يتفق الجميع على أن الوقاية فعلا خير من العلاج، فكلما كانت هناك وقاية قائمة على الوجه الصحيح، كلّما قلت الجهود المبذولة نحو العلاج، لذا فإن التركيز الأول يجب أن يكون منصبا على وسائل الوقاية من المهلوسات.

7-1مستويات الوقاية: تقوم الأمم المتحدة الأمريكية والصحة العالمية على تصنيف إجراءات الوقاية في ثلاث فئات على النحو التالي:

أ- الوقاية من الدرجة الأولى:

وفي هذا المستوى من الوقاية يتم العمل على تحسين نوعية الحياة، حيث يشير " دافيدسون نيل" إلى أن هذا المستوى يركز على تغيير ظروف الحياة المثيرة للشفقة، بمعنى آخر العمل على منع وقوع الإصابة أصلاَ، أي منع وقوع تعاطي المؤدي إلى الإدمان أصلا، ويتم ذلك عادة من خلال الإجراءات التالية: - تحديد الجماعات المستهدفة:

- يقصد بها الجماعات المحدودة داخل المجتمع، والتي يرتفع احتمال تورط أفرادها في إدمان المخدرات، حيث يسهم في ارتفاع الاحتمال عدّة عوامل من بينها وجود تاريخ للإدمان في الأسرة، الانهيار الأسري، الدخل المنخفض، ضعف الوازع الديني، تدخين السجائر قبل بلوغ سن الثانية عشر،مصاحبة أقران مدمنين... الخ.

- استخدام أساليب تربوية : حيث أنّ التربية والتعليم إحدى القنوات التي ينبغي استغلالها لممارسة العمل الوقائي من الدرجة الأولى لإدمان المخدرات، حيث تستعمل المناهج والمقررات الدراسية، للتعريف بالأضرار الصحية، الاجتماعية للمخدرات، على أن يتم ذلك بطريقة مدروسة واقعية بحيث تتناسب طرق عرضها مع المرحلة الدراسية المستهدفة.

ب- الوقاية من الدرجة الثانية:

يقصد بها العلاج المبكر، بحيث يمكن وقف التمادي في التعاطي لكي لا يصل الشخص إلى مرحلة الإدمان، يقوم هذا المستوى على أساس الإعتراف بأن الشخص أقدم فعلا على التعاطي، وأنه لا يزال في المراحل الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه.

ج-الوقاية من الدرجة الثالثة:

و هي مرادفة للعلاج، وترتكز على التقليل من المترتبات طويلة المدى لإدمان المخدرات،

ويهدف على المستوى إلى تقليل احتمالات الإنتكاس أو العودة إلى التعاطي مرة أخرى، وتقليل دواعي البقاء بالمؤسسات العلاجية لفترات طويلة. **(رجب، 2004، ص 68.69)**

7-2 علاج الإدمان على المهلوسات:

إذا أفلتت فرصة الفرد من الوقاية فعلينا أن نتشبث بفرصة العلاج لتكون الحل الأخير، سواء للوصول إلى تخليص الفرد من تلك الأضرار الصحية المدمرة، أو لإنقاذه من معاناة وآلام مرحلة الانسحاب على حد سواء. **(المهندي، 2013، ص45)**

نقصد بالعلاج في مجال الإدمان جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسي والاجتماعي التي تؤدي إلى التحسين الجزئي أو الكلي للحالة. **(غانم، مرجع سابق، ص 43)**

هناك الكثير من طرق العلاج التي تستخدم في مجال معالجة مشكلة الإدمان على المهلوسات أهمها:

7-2-1 العلاج الدوائي:

و هو علاج طبي في الأساس، يتم بإعطاء المدمن الفيتامينات والمقويات وأطعمة مفيدة لتقوية وضعه الصحي وكما يعطي المدمن بعض المهدئات التي ليست لها خاصية الانسحاب مثل : الكلور بردمارين، أي يعطى للمدمن مخدرا بديل عن المخدر الذي يسبب له الإدمان حيث يكون هذا المخدر البديل لا يحدث أعراض الامتناع، ومثال عن ذلك يعطى لمدمن المورفين عقار الميثادون بدلا من المورفين. **(زهران، 1985، ص 331)**

7-2-2 العلاج الاجتماعي:

يقوم هذا العلاج على إصلاح ما سببه هذا الإدمان ومعرفة الظروف التي أدّت إلى ذلك، فهو يبحث عن الأسباب ويحاول تصحيحها وإصلاحها وتوفير ظروف أمن واستقرار الفرد داخل الأسرة.

يقوم المعالج الاجتماعي على تنظيم أوقات الفراغ وتوفير الأنشطة الترويجية ومناقشة الخطط المستقبلية للمدمن، بهدف إعادة إدماجه في المجتمع وجعله فردا قويا ذو شخصية متزنة قادرة على مواجهة الصعاب وقادرة على حل مشاكلها بطرق ايجابية.

(عكاشة،1976، ص 356)

7-2-3 العلاج العائلي:

و هو العلاج الموجه نحو العائلة والذي ينظر إلى معاناة الفرد باعتبارها ناجمة عن اضطرابات عن الوسط الأسري وكنتيجة لاضطرابات الاتصال وسوء العلاقات الداخلية، وفيما يلي:

أهم خطوات العلاج النفسي العائلي في حالة وجود فرد مدمن داخل الأسرة:

* مساعدة العائلة على التكيف مع وجود مدمن من أعضائها.

* القضاء على الاتصالات السيئة داخل الأسرة.

* تهيئة العائلة لقبول المدمن كفرد من أفرادها يتمتع بحقوقه وواجباته.

* تحديد عوامل الخطر العائلية وعلاجها في حالة وجودها.

(النابلسي، 1988، ص 94)

7-2-4 العلاج المعرفي:

يرتكز العلاج المعرفي في حالات الإدمان على تصحيح الأفكار الخاطئة التي تدفع إلى الإدمان واستبدالها بالأفكار الصحيحة التي تنفر من التعاطي فبعض المدمنين يعتقدون بأن تعاطي المخدرات يساعدهم على مواجهة الواقع بمشاكله وتنسيهم هموهم، هذه الأفكار الخاطئة يتم استبدالها بالأفكار الصحيحة بأنّ المخدرات تسبب الأذى للفرد ولغيره وتؤدي به إلى الموت. **(زهران، مرجع سابق، ص 463)**

7-2-5 العلاج السلوكي :

يقوم على افتراض أنّ السلوك متعلم، ومن ثم يمكن تعديله، ومن أكثر الطرق المستخدمة في هذا النوع من العلاج العلاج بالتنفير والذي تندرج تحته عدّة صور تعتمد كلّها على مبدأ الاشتراك الكلاسيكي مثل التنفير الكيميائي، ويعتمد على الاقتران أو المزاوجة بين مثير حسي مرغوب في المادة التي يتعطاها الشخص مع مثير حسي أيضا ولكنه منفر، أيضا التنفير عن طريق الصدمات الكهربائية نظرا لأنه من الصعب التحكم في المدى الزمني الذي يستغرقه تأثير المادة، فقط اقترح استخدام مستويات مؤلمة ولكنها آمنة من الصدمات الكهربائية من خلال المزاوجة بين مثير يمثل في الصدمة الكهربائية المؤلمة واستخدام المخدر، أيضا نذكر التغيير التخيلي وتشكيل الحساسية بشكل خفي، حيث يتضمن المزاوجة التخيلية لمشاهدة استخدام المخدرات مع أحداث ذات مستوى عال من الكدر وبعض الأحيان يصاحب ذلك روائح منفرة. **(عبد المعطي، 2002، ص 257)**

7-2-6 العلاج الديني:

يزداد الإحساس بأهمية العلاج الديني بالنسبة إلى تزايد انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات التي تثبت فيها أن العلاج الحقيقي لا يتحقق إلا بتنمية الجوانب الروحية والمعنوية في شخصية الإنسان،سواءَا في العلاج المباشر للمتعاطين، أو للوقاية من التعاطي.

حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة السليمة ومن ثم الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بإمكانه أن يكفر عنها، ثم يبدأ بأداء الوجبات الدينية على رأسها الصلاة والصوم، وحضور جلسات إرشادية جماعية يتبين فيها رأي الدين بشأن الإدمان.

(زمار، مرجع سابق، ص 78)

خلاصة:

اتضح لنا مما سبق أن الإدمان حالة مرضية تنتج عن استمرار الفرد في تعاطي المخدرات إلى الدرجة التي يستحيل عليه التوقف عن تناولها، حيث تتولد لديه رغبة قهرية في مواصلة التعاطي مرفوقة بميل شديد نحو زيادة الجرعة ويترتب الإنقطاع عن تناولها أعراض نفسية وفيزيولوجية خطيرة.

و لقد تعددت كيفيات تعاطي المخدرات في أوساط المدمنين تبعا لطبعتها، ولعل أهم أنواع هذه المخدرات المهلوسات نظرا لانتشارها بصورة رهيبة بين المراهقين.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

بعد أن قمنا في الفصول النظرية لدراستنا بعرض مشكلة البحث والتطرق لأهم الجوانب المتعلقة والمتربطة بها نحاول من خلال دراستنا الميدانية ترجمة هذه الحقائق إلى معطيات ملموسة وذلك بالإستناد إلى إستراتيجية منهجية متكاملة تمكننا من تحويل المعطيات النظرية إلى حقائق واقعية في ضوء البيانات والمعلومات التي تحصلنا عليها في الميدان، ويعد هذا الفصل نقطة البداية في دراستنا الميدانية، حيث نسعى من خلاله توضيح أهم الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها في سبيل تحقيق الأهداف السالفة والإجابة على التساؤلات التي طرحتها الدراسة.

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

إن كل دراسة تتطلب منهج بحث يساعد الباحث على الوصول إلى الغاية المرجوة أو الهدف المسطر، وعلى الباحث إختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الأمور ويكون بحثه دقيق، وتختلف المناهج بإختلاف المواضيع المتداولة التي لكل منها خصائصها. **(زمار، مرجع سابق، ص 90)**

وعليه فالمنهج هو: الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لإكتشاف الحقيقة والإجابة عن الأسئلة والإستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وهو البرنامج الذي يحدد السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق إكتشافها. **(شفيق، 1981، ص 187)**

وإنطلاقا من موضوع دراستنا والمتمثل في جودة الحياة لدى المراهق المدمن على المهلوسات اتبعنا المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة والذي يعرفه بأنه "منهج معرفي للسير النفسي يهدف إلى رسم بناء واضح لأحداث نفسية صادرة من شخص معين".

فهو يتناول موضوع دراسة النفس بصفة معمقة حالة بحالة، الشيء الذي لا يمنع المعرفة التي يتحصل عليها أن تثري المعرفة العلمية لكونها قابلة لتعميم نتائجها بما أنها تعتمد

على تماسك التداعيات الصادرة من عملية التحويل المستمرة التي تقوم بها النفس عن طريق الترميز الذي يسعى العيادي للتنقيب عنه.

دراسة الحالة: تتضمن هذه الطريقة، دراسة الحالة واحدة أو بضع حالات، دراسات معمقة مع تحليل كل عامل من العوامل المؤثرة والإهتمام بكل شيء يخص الحالة المدروسة.

(شامي، مرجع سابق، ص 102)

2-الدراسة الأساسية:

نظرا لضيق الوقت وأيضا لتسهيل العمل التطبيقي فإنه تم الإستغناء على الدراسة الإستطلاعية وهذا راجع إلى عدة أسباب منها:

- ضيق الوقت والظروف التي تمر بها البلاد اثر جائحة كورونا.

3- مجالات الدراسة:

- إن تحديد مجال الدراسة يعد من أهم الخطوات المنهجية في البحوث.

3-1- المجال الزمني:

يقصد به المدة الزمنية التي استغرقها الباحث في إجراء الدراسة، وعليه حدد المجال الزمني لدراستنا الميدانية في الفترة الممتدة بين:02 فيفري 2020 الى 12 فيفري 2020.

3-2- المجال المكاني:

تم تطبيق هذه الدراسة بـــ:المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية الأغواط، يقع بحي الوئام بجانب العيادة المتعددة الخدمات المصالحة الوطنية، تم تدشين هذا المركز سنة 2009،يتكون من طابقين، الطابق الأرضي يحتوي على مكتب استقبال ومكتب الطبيب المختص في علاج الإدمان، أما الطابق العلوي فيحتوي على مكتب طبيب مختص ومخبري ونفسانية عيادية وطبيبتين، بالإضافة إلى مكتب رئيس المصلحة.

يستقبل هذا المركز كل الفئات العمرية من 15 سنة فما فوق وكلا الجنسين.

3-3- المجال البشري:

تعتمد أي دراسة سواء كانت نفسية أو اجتماعية على العينة أو مجتمع البحث، فالعينة هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي وتتوفر على نفس خصائصه ولأنه يستحيل في الكثير من الأحيان إجراء الدراسة على المجتمع ككل، فإن الهدف من اختيار العينة يتمثل في الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها، إذ تسمح لنا بالحصول على البيانات والمعلومات بأقل تكلفة وأقصر مدة.

(شامي، مرجع سابق، ص 103)

تتمثل طبيعة المجتمع الأصلي لموضوع دراستنا في فئة المراهقين المدمنين على المهلوسات، اعتمدنا على عينة قصدية مكونة من مراهقين مدمنين على المهلوسات أعمارهم بين 17- 18 سنة، والسبب الذي يكمن وراء اختياري لهذه العينة أنها تتناسب وطبيعة الدراسة المتمثلة في جودة الحياة لدى المراهق المدمن على المهلوسات.

4-مواصفات وخصائص عينة الدراسة الأساسية:

الحالة	السن	الجنس	نوع المادة المخدرة	كمية الجرعة المتناولة	الخبرة الإدمانية
01	17	ذكر	ميلكا- بريجابالين- ليكستا-CRB- LYRICA	3 مرات اسبوعيا بالنسبة لLYRICA	3 سنوات
02	18	أنثى	الحلوى – دومينو – superman والصاروخ	كلما توفر	سنتين
03	17	ذكر	الحشيش- الكحول- ليكستاالطاكسي kitil clona gout الصاروخ	تقريبا يوميا	3 سنوات

جدول رقم (03): يوضح خصائص ومواصفات عينة الدراسة

5-أدوات جمع البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة وجمع المعلومات والتأكد من فرضيات الدراسة قد يستخدم الباحث أكثر من أداة لجمع المعلومات، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم إستخدام الأدوات التالية:

5-1- الملاحظة: وتعرف بأنها: توجيه الحواس والإنتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر من أجل الكشف عن صفاتها أو خصائصها بهدف الوصول إلى كسب معرفة جيدة عن تلك الظاهرة أو الظواهر، وهي أول ما يستخدمه الباحث لأنها تمثل المرحلة الأولى من مراحل المنهج العلمي وربما هي أقدم الطرق في جمع البيانات خاصة في العلوم الإنسانية والإجتماعية.

(غربي، 2005، ص 112)

وتفيد هذه الطريقة في ملاحظة سلوك الأفراد ملاحظة واقعية أثناء إجراء المقابلات، ولقد تم إعتمادنا على الملاحظة المباشرة لغرض التعرف على المظهر العام للحالة (كالملبس، وضعية الجلوس) ووضعية الجسم ومجموعة السلوكات التي يمكن أن تصدر عن الحالة أثناء القيام بالمقابلة من إيماءات ولحظات صمت وتردد في الإجابة، كل هذا يساعدنا في تحليل كل حالة موضوع الدراسة.

5-2- المقابلة:

تعتبر المقابلة من الأدوات الأساسية الأكثر إستعمالا وإنتشارا في الدراسات الميدانية والإمبريقية، وذلك لما توفره من بيانات ومعلومات حول الموضوع المراد دراسته وتعرف: "بأنها وسيلة لتقصي الحقائق والمعلومات بإستعمال طريقة منظمة وتقوم على حوار أو حديث لفظي شفوي بين الباحث والمبحوث.

(الفوال، 1982، ص 225)

والمقابلة الإكلينيكية 03 أنواع:

موجهة، نصف موجهة، غير موجهة (حرة) وقد إعتمدنا في دراستنا هذه على المقابلة النصف الموجهة وهي مقابلة تتميز بنوع من الخصوصية فهي عبارة عن حوار يتحدث

خلاله العميل بنوع من الحرية مع تدخل الأخصائي الذي يكون نوع ما توجيهي عندما يلاحظ خروج المفحوص عن الموضوع فيحاول الأخصائي حصره في إطار الموضوع لكن يترك له حرية الكلام.

(زمار، مرجع سابق، ص 91)

5-3- مقياس جودة الحياة:

تم استخدام مقياس جودة الحياة من إعداد (صورية عبد الصمد، احمان لبنى 2019) وقد تضمن المقياس (60) فقرة موزعة على (6) محاور هي : جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والإجتماعية، جودة التعليم والدراسة، جودة العواطف (الجانب الوجداني)، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته، وقد تمت صياغة عشرة فقرات لكل مكون من مكونات جودة الحياة سالفة الذكر بواقع خمس فقرات سالبة والتي تحمل الأرقام الزوجية وخمس فقرات موجبة تحمل الأرقام الفردية، ووضع أمام كل فقرة مقياس تقدير خماسي (أبدا، قليلا جدا، إلى حد ما، كثيرا، كثيرا جدا).

وقد تم تصحيح المقياس وفق سلم الدرجات(1،2،3،4،5) للفقرات الموجبة والتي تحمل الأرقام الفردية في حين أعطي عكس الميزان للفقرات السالبة (2،1،5،4،3) والتي تحمل الأرقام الزوجية، وأعلى درجة يحصل عليها المفحوص (300) وأقل درجة(60) أما الوسط الفرضي للمقياس فهو(180).

حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية حسب الباحثتين عبد الصمد صورية واحمان لبنى:

لحساب الخصائص السيكومترية قامت الباحثين بتطبيق المقياس على عينة مكونة من 33 من الأفراد المدمنين على المخدرات تتراوح أعمارهم بين (21-40) بمتوسط عمري قدره 45،25 وإنحراف معياري قدره 22،5 وقد تأكدت الباحثتين من صدق المقياس حيث تم حساب الصدق من خلال صدق الإتساق الداخلي وذلك بحساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الستة والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، أما ثبات المقياس فقد تم حساب

بطريقتين هما: الثبات بالتجزئة النصفية والذي بلغت قيمته 82،0 والتي تدل على ثبات المقياس، وحساب معامل ألفا كرونباخ والذي بلغت درجته 81،0 وهي قيمة تشير إلى قوة ثبات المقياس.

وقد بينت المعالجة الإحصائية أن جميع معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى الدلالة 01،0 مما يدل على أن المقياس يمتاز بالصدق.

خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل توضيح أهم الخطوات المنهجية التي تم إستخدامها في الدراسة والتعرض لأهم الأدوات المنهجية التي استخدمت في جمع وتحليل البيانات الميدانية بالإضافة إلى التعرض إلى مجالات الدراسة الثلاثة ومدى ملائمة المنهج المتبع لموضوع الدراسة.

ولقد شكلت هذه العناصر والأدوات في مجملها سندا منهجيا ساعد في تسيير ومعالجة الموضوع ميدانيا وتوفير بيانات هامة ومتنوعة عنه، وكانت في نفس الوقت بمثابة الجسر الذي يمكننا من المرور إلى المراحل الأخيرة من البحث الميداني والمتمثلة في مرحلة تحليل وتفسير بيانات الدراسة ومن ثم الحصول أو التوصل إلى نتائج صادقة وإجابات مقنعة لأسئلة الدراسة.

الفصل الخامس

عرض الحالات وتحليل النتائج

تمهيد:

بعد ما تم تحديد مجال البحث في جانبه الميداني، سوف ننتقل إلى مرحلة الشروع في تطبيق ما تم تحديده، وسنقوم بعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، بالإضافة إلى تفسير ومناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها.

أولا: عرض الحالات

1ــ عرض الحالة الاولى:

البيانات الأولية:

الرمز: (م.ح)

السن: 17 سنة

الجنس: ذكر

المستوى التعليمي: ثانية ثانوي

عدد الإخوة : 5

الترتيبالعائلي: الرابع

المستوى الاقتصادي : متوسط

السوابق المرضية : لا شيء

وصف الحالة:

ذو قامة طويلة، جسد نحيف، هندامه غير مرتب، شحوب الوجه، لغة مفهومة.

عرض ملخص المقابلات مع الحالة الأولى (م.ح):

جدول (4):يوضح تواريخ إجراء المقابلتين للحالة الأولى إضافة لمكان وزمان إجرائهما والهدف منهما:

المقابلة	مكان إجراء المقابلة	مدة وتاريخ إجراء المقابلة	الهدف والغرض من إجراء المقابلة
المقابلة الأولى	مكتب الأخصائي النفساني	تاريخ الإجراء: 02 فيفري 2020 المدة الزمنية: حوالي 45 دقيقة	– التعرف أكثر على الحالة لإقامة علاقة ودية معها من أجل وضع ثقة معها. – قمنا بجمع البيانات الأولية عن الحالة، وشرح موضوع الدراسة وما يتضمنه.
المقابلة الثانية	مكتب الأخصائي النفساني	تاريخ الإجراء: 03 فيفري 2020 المدة الزمنية: ساعة ونصف	_ شرح مقياس جودة الحياة _ تطبيق مقياس جودة الحياة على الحالة

ملخص مقابلات الحالة الأولى:

الحالة مراهق يبلغ من العمر 17 سنة، يقطن بولاية الأغواط، مستواه الدراسي ثانية ثانوي، وهو لا يعمل، يعيش في أسرة مكونة من الأب الذي يبلغ من العمر 59 سنة والأم التي تبلغ من العمر 49 سنة، وخمسة إخوة، 3 بنات وذكرين، يحتل الرتبة الرابعة بين ترتيب إخوته لمستوى الاقتصادي، متوسط، لايعاني من أي أمراض سابقة.

_ أما طبيعة الحالة فهو مدمن على المهلوسات، نتيجة إضراب في العلاقات الأسرية والسلطة الأبوية المفروض عليه من قبل والده، تمت المقابلة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية الأغواط.

وقد أجريت معه المقابلة نصف الموجهة، حيث سارت بشكل جيد، وكان متواجبا نوعا ما، ذلك أنه في البداية أبدى تحويلا سيئا إتجاه الباحث ونوع من القلق، وعدم الرغبة في التحدث من هنا، لعدم شعوره بالثقة، إلا أن الوضع تغير بعد أن قمنا بشرح له نوع عملنا وإننا نقوم بنفس الشيء مع باقي المراهقين المدمنين الذين يترددون على المؤسسة، تمحورت أسئلة المقابلة حول الظروف التي جعلته يلجأ إلى تعاطي المهلوسات وبدايته مع الإدمان، إلى تقييمه لذاته وللآخرين وعن وضعه إجمالا كمراهق، وخلال المقابلة مع الحالة كانت إيماءات الغموض والشرود في بداية المقابلة تبدو عليه، ومع مرور الوقت خف ذلك لشعوره بالارتياح التنفيس الانفعالي أثناء المقابلة.

تحليل الحالة الأولى على ضوء المقابلة النصف الموجهة:

من خلال إجراءنا للمقابلة اتضح أن الحالة (م.ح) مدمن على المهلوسات منذ مدة طويلة وهو بعمر 14 سنة، حيث كانت بدايته مع السجائر ثم تدخين الحشيش إلى أن أصبح مدمن على المهلوسات، كما ذكر في قوله : " بديت أول شيء نتكيف راكي تعرفي العقلية، من بعد لقيت صحابي يتكيفو في الزطلة، كنا جماعة كبيرة نقراو 9eme annee، جيت نجرب حتى والفتو،"كانت بداية تجربته على الإدمان بسبب الجو العائلي الذي يسوده مشاكل وصراعات وعدم التفاهم بين الوالدين، حيث أن الصراع وعدم التكيف مع محيطه أدى به إلى الهروب والبحث عن ملجأ في الأدوية النفسية.

وذلك من خلال قوله : "على العام عدنا المشاكل في الدا، كرهت حياتي، وليت منشتيش قاع ندخل للدار، من ندخل نلقا المشاكل، بابا هو سباب كلش ما خلى لا الصغير لا الكبير، مالا وليت نحوس على حاجة تنسيني وهكذا بديت أول مرة كليت الصاروخ ".

تلجأ الحالة إلى تعاطي المهلوسات لأنها تمنحه شعورا زائفا بالفرح والسرور وتجعله يعيش في عالم تملأه المتعة والأفكار الجميلة والمشاعر الإيجابية كما صرح قائلا: "نحس بالفرحة" نولي نخمم مليح، نتسولاجا ويطلع المورال، ننسى المشاكل، كل هذا تأويل خاطئ

لمجموعة من الأحاسيس والأحداث التي تحدث في العالم الواقعي، وذلك نتيجة الحرمان من العطف والحب أثر على النمو النفسي السليم للحالة وأعاق إعداده الجيد للحياة الإجتماعية والأسرية والمهنية المستقبلية.

ومن خلال هذا التأثير الذي تمنحه المهلوسات أصبح يبدل كل جهده للحصول عليها، وهكذا أصبح تابعا لعالم الإدمان ولا يستطيع مغادرته، وقد ظهر هذا جليا في قوله:"راني عامين ناكل الدوا بريسك 3 مرات، في السمانة وإذا لقيت الدراهم نشري كل يوم حبة تاع 50 ألف صاروخ (ليريكا)".

وفي قوله:"مانقدرش نحبس لازم ناكل سي نو نحس روحي مش مليح:

أما عن انواع المهلوسات التي يستهلكها فصرح قائلا: "جربت كلش :ميلكا- طاكسي لي هي بريجابالين وداعش وcrbوليكستا بصح لي لقيت راحتي معاها وساعدتني هي ليريكامنستغناش عليها".

- أما بخصوص مصدر حصوله على المال لشراء المهلوسات يقول: " نجيب من اي بلاصة المهم ندبر قيمة حبة، مرات نخدم نعاون صاحبي في الحانوت، مرات تعطيني ختي نقلها خصني الدخان، كل مرة وكيفاش،ليسونسيال مانقعدش بلاش باسكو نولي مش عبد".

- لاحظنا أن تقدير الذات لدى الحالة منخفض وقد ظهر هذا جليا من خلال قوله: "مانيش كيما الناس، مادرت والو في حياتي ومش راح ندير، نعرف نزطل ونصورخ برك".

- لاحظنا إحساس عام بعدم تماسك داخلي للذات عند الحالة، وشعوره بالنقص وسوء تقدير الذات، هذا لان الحالة شخصية قلقة وغير واثق من نفسه ويمتلك صورة سلبية حول ذاته.

- وعن نشاطاته التي كان متعود على القيام بها صرح أنه:"لايقوم بشيئ، وماني نحوس ندير والو". يعبر هذا عن المراهقة الانسحابية التي من سماتها الانهيار النفسي الشامل للسلوك التجنبي وسوء التوافق مع مختلف المواقف والمعايير الاجتماعية في السلوك بالإبتعاد.

- يمكن القول ان كل ماذكرناه سابقا إنعكس على نظرة الحالة إلى المستقبل فهي نظرة تشاؤمية، ففي إعتقاده انه لا يوجد مستقبل في خضم هذه الظروف التي يعيشها وهنا بقوله: "لا مستقبل لاحياة زينة" وهذا يعني أن الحالة تتميز بتوقعات سلبية وأحكام سلبية مسبقة.

- **تحليل الحالة الأولى على ضوء مقياس جودة الحياة:**

رقم البعد	الأبـــــــــعاد	الدرجة المتحصل عليها
01	جودة الصحة العامة	20
02	جودة الحياة الأسريةو الاجتماعية	20
03	جودة التعليم والدراسة	20
04	جودة العواطف	12
05	جودة الصحة النفسية	20
06	جودة شغل الوقت وإدارته	20
		112

جدول(05) : يوضح تحليل الحالة الأولى على ضوء مقياس جودة الحياة

من خلال تطبيق مقياس جودة الحياة على (**م.ح**) تحصلت الحالة على درجة منخفضة قدرت(**112 درجة**) في جميع الأبعاد.

ومنه نستنتج أن الحالة (**م.ح**) لديها جودة حياة منخفضة وفقا ما تحصلنا عليه من خلال نتائج تطبيق مقياس جودة الحياة.

2- التحيل العام للحالة الأولى:

من خلال تطبيق أدوات البحث المقابلة والملاحظة وكذا مقياس جودة الحياة على الحالة، توصلنا إلى أن الحالة لديها جودة حياة منخفضة (وهذه النتائج متطابقة مع ما توصلنا إليه في المقياس) نتيجة المشاكل والصراعات وعدم التفاهم بين الوالدين مما أدى به إلى الهروب والبحث عن ملجأ في الأدوية النفسية، ذلك أن هذه الأدوية وخاصة المهلوسة منها – المهلوسات – تمنحه شعورا زائفا بالفرح، هذا ما جعله يدمن عليها ويبذل قصارى جهده للحصول عليها، كما أن تقدير الذات لدى الحالة منخفض نتيجة شعوره بالنقص، ذلك أن الحالة شخصية قلقة وغير واثقة من نفسها ويمتلك صورة سلبية حول ذاته انعكست على نظرته للمستقبل وهذا مافسر انخفاض جودة الحياة لديه.

03-عرض الحالة الثانية:

البيانات الأولية:

الرمز:(س.ب)

السن:18

الجنس:أنثى

المستوى التعليمي: أولى جامعي

عدد الإخوة : 01

الترتيب العائلي : الأولى

المستوى الاقتصادي: متوسط

السوابق المرضية:/

نوع المهلوس:ليكستا

وصف الحالة:

ذو قامة طويلة، البنية الجسدية متوسطة، بشرة سمراء، وجه شاحب.

جدول(06) يوضح تواريخ إجراء المقابلتين للحالة الثانية إضافة لمكان وزمان إجرائهما والهدف منهما:

المقابلة	مكان إجراء المقابلة	مدة وتاريخ إجراء المقابلة	الهدف او الغرض من اجراء المقابلة
المقابلة الأولى	مكتب الأخصائي النفساني	تاريخ إجراء المقابلة 04 فيفري 2020 المدة الزمنية :حوالي ساعة	قمنا بجمع البيانات الأولية عن الحالة وشرح موضوع الدراسة وما يتضمنه من اجل وضع ثقة معها.
المقابلة الثانية	مكتب الأخصائي النفساني	تاريخ إجراء المقابلة : 06 فيفري 2020 المدة الزمنية : ساعة ونصف	قمنا بشرح مقياس جودة الحياة للحياة، ثم تطبيقه.

- ملخصات مقابلات الحالة الثانية:

(س.ب) مراهقة تبلغ من العمر18 تقطن بولاية الأغواط، مستواها الدراسي 1 جامعي، تعيش في أسرة مكونة من: الأم تبلغ من العمر 43 سنة، وأخت تبلغ من العمر 14، والأب منفصل عن الأم منذ 4 سنوات.

المستوى الإقتصادي متوسط، لا تعاني من أي أمراض سابقة.

وعن طبيعة الحالة فهي مدمنة على المهلوسات نتيجة معاناتها من توتر في العلاقات الأسرية ن وقد تمت المقابلة مع الحالة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية الأغواط، حيث كانت الحالة متجاوبة وأجابت على كل الأسئلة التي طرحناها، حيث تمحورت الأسئلة حول الظروف التي دفعتها إلى إدمان المهلوسات، إلى تقييمها لذاتها ونظرتها إلى المستقبل.

أما المظهر الخارجي لها كان يبدو بسيطا، والشيئ الذي كان ملفتا للانتباه هو شحوبة الوجه التي تعكس نوعا من الشعور بالتعب والإرهاق، وقد تم استنتاج مجموعة من

السلوكات تجسدت في: طأطأة الرأس، ذبول العينين، نظرة تعيسة ومزاج حزين، صوت خافت وعدم وجود تواصل بصري أثناء المقابلة.

- **تحليل الحالة الثانية على ضوء المقابلة نصف الموجهة :**

بناءا على تحليل محتوى المقابلة العيادية التي أجريت مع الحالة (س.ب)، تمكن من الوصول الى استنتاجات وتقديرات أولية أهمها: أن الحالة مدمنة على المهلوسات من سنين وقد كانت البداية عندما كان عمرها 16 سنة، رحت نبات عند صحبتي دايرة عيد ميلادها وكنا 4 بنات، خلاتني ماما نبات عدها باسكو معنديش لي يجيبني في الليل، لقيتهم ياكلو في وحد الحلوى سييتها معاهم ماعطونيش حبة كاملة عطاوني نص حبة، قالولي بشوي كي تطلعلك نزيدوك النص الآخر، حسيت بالأرض تلعب بيا، ونسيت كلش ووليت نحوس نرقص برك.

ثم أصبحت الحالة تلجأ إلى هذا النوع من المهلوس كلما أحست بالضجر مرة بعد مرة حتى تعودت عليها كما صرحت،" كي ضيق روحي ومنلقاش وش ندير نشري حبة" وهكذا أصبحت لا تستطيع الإستغناء عنها ودخلت عالم الإدمان.

كانت بداية الإدمان بسبب الجو الأسري المتوتر بالإضافة إلى إنفصال الوالدين، حيث أن الحالة عاشت مراهقة غير مستقرة ميزها الإهمال الأبوي والحرمان العاطفي النابع من غياب الأب، وعدم مبالاة الأم التي فضلت إعادة تركيب حياتها من جديد من خلال إرتباطها برجل أخر، وهذا من خلال قولها :"بابا خلانا وراح تزوج وماما جاها retour dage وراحت تعرفت على واحد صغير عليها ب10 سنين ولات لاهية غي بيه تقول بنها ".

عاشت الحالة فاقدة للحنان والعطف الوالدين، وغياب السند العاطفي وإنعدام الإهتمام والرعاية داخل الأسرة

مهد لظهور مشكلات نفسية لديها أهمها الإدمان.

_ كما تعاني من صعوبات في التركيز منذ دخولها عالم الإدمان وتجلى ذلك من خلال خطابها: "وليت مانركزش، حتى قرايتي مش طايقة نحط معاها، الأستاذ يشرح وأنا في عالم وحداخر".

أما عن أنواع المهلوسات التي تستهلكها فصرحت قائلة أنها: جربت أكثرمن نوع أهمها: Domino، superman وحتى الصاروخ، بصخ الدومينو هي لي متخطينيش قع،سيرتو في لعراس، نشريها باش منحشمش ونرقص ونديفولي"

من خلال هذا التأثير الذي منحه هذا النوع من المهلوسات أصبحت الحالة تابعة لعالم الإدمان ولا تستطيع مغادرته وتفعل المستحيل للحصول على المال لشرائها حتى لو إضطرها الأمر للجوء إلى وسائل غير شرعية، وهذا حسب قولها:"ندير كلش لمهم نقدر نشري وش نحب، ليكستا غالية لازم لي ندبرلها دراهمها، وكل مرة كيفاش ندير، مرات يعطيني صاحبي، مرات نسرق على ماما، كل مرة كيفاش"

أما على علاقتها الإجتماعية فتبرز عندها مظاهر التجنب من خلال محاولاتها تجنب الأشخاص والأماكن، وإنخفاض الإهتمام بالمشاركة في النشاطات والمناسبات العائلية الإجتماعية وذلك حسب قولها :"مانشتي روح لحتا واحد ومانشتي حتى واحد يجينا"

أما عن تقديرها لذاتها فنلاحظ أنه منخفض، حيث أن للوالدين تأثير قوي في تشكيل تقدير الذات

حيث من المفروض أن ينمو من خلال تكوين الشخصية إذ أن الفكرة التي يبنيها الفرد عن نفسه هي النواة الرئيسية في الرضا والشعور بالسعادة وهذا مانجده سلبيا عند الحالة عند الإستفسار حول ما إذا كانت تشعر بالسعادة والرضا عما حققته في حياتها:" محققت والو حتى الباك ومفرحتش بيه، باسكو كوبيت كلش وماما هي لي خدمتلي ريزو لي ربحني في الباك سما ربحت صح مي ماني فاهمة والو"

وعن نظرتها للمستقبل "هذا مايعكس التفكير المتشائم لدى الحالة.

تحليل الحالة الثانية على ضوء مقياس جودة الحياة :

رقم البعد	الأبـــــــــعاد	الدرجة المتحصل عليها
01	جودة الصحة العامة	20
02	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	10
03	جودة التعليم والدراسة	20
04	جودة العواطف	10
05	جودة الصحة النفسية	10
06	جودة شغل الوقت وإدارته	10
		80

جدول (07) : يوضح تحليل الحالة الثانية على ضوء مقياس جودة الحياة

من خلال تطبيق مقياس جودة الحياة على الحالة (س.ب) تحصلت الحالة على درجة منخفضة جدا قدرت ب (80 درجة) وتمثلت النتائج كالتالي:

تحصلت الحالة على 10 في كل من الأبعاد التالية (جودة الحياة الأسرية والإجتماعية، جودة العواطف) جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته، وهي درجات منخفضة جدا على المتوسط، وتحصلت على20 درجة في كل من بعد جودة الصحة العامة وجودة التعليم والدراسة وهي أيضا درجات منخفضة عن المتوسط.

ومنه نستنتج أن الحالة (س.ب) لديها جودة حياة منخفضة جدا وذلك وفق ماتحصلنا عليه من خلال نتائج تطبيق مقياس جودة الحياة.

4- التحليل العام للحالة الثانية:

ومن خلال أدوات البحث المقابلة والملاحظة ومقياس جودة الحياة على الحالة: توصلنا إلى أن مستوى جودة الحياة لدى (س.ب) منخض جدا حيث قدر ب80 درجة، وهذا ما تطابق مع جاء في المقابلة حيث أن الحالة لجأت إلى المهلوسات نتيجة إنفصال الوالدين

والحرمان العاطفي النابع من غياب الأب والأم، هذا ما فسر انخفاض الدرجة المتحصل عليها في بعد الحياة الأسرية والإجتماعية.

كما أن الحالة تتجنب إقامة العلاقات الإجتماعية ولديها نظرة سلبية لذاتها وللمستقبل وهذا ما فسر إنخفاض درجات بعد جودة الصحة النفسية.

5_عرض الحالة الثالثة:

البيانات الأولية:

الرمز:(ع.ج)

السن:17 سنة

الجنس: ذكر

المستوى التعليمي: 9 أساسي

عدد الإخوة: 04

الترتيب العائلي: الثاني

المستوى الإقتصادي: متدني

السوابق المرضية: /

نوع المهلوس:ليريكا

وصف الحالة:

ذو قامة طويلة، نحيل، بشرة سمراء، وجه شاحب.

جدول (08) يوضح تواريخ إجراء المقابلتين للحالة الثالثة إضافة لمكان وزمان إجرائها والهدف منها:

المقابلة	مكان إجراء المقابلة	مدة وتاريخ إجراء المقابلة	الهدف أوالغرض من إجراء المقابلة
المقابلة الأولى	مكتب الأخصائي النفساني	تاريخ إجراء المقابلة 09 فيفري 2020 المدة الزمنية: حوالي ساعة	قمنا بجمع البيانات الأولية عن الحالة وشرح موضوع الدراسة وما يضمنه والتعرف أكثر على الحالة.
المقابلة الثانية	مكتب الأخصائي النفساني	تاريخ إجراء المقابلة 11 فيفري 2020 المدة الزمنية: حوالي ساعة	قمنا بشرح مقياس جودة الحياة للحالة، ثم تطبيقه.

- ملخص مقابلات الحالة الثالثة:

(ع.ج)مراهق يبلغ من العمر17 سنة يقطن بولاية الأغواط، مستواه الدراسي ثانية ثانوي، عدد إخوته أربعة، ترتيبه الثاني، المستوى الإقتصادي للعائلة متدني، لا يعاني من أي أمراض سابقة.

الحالة مدمن على المهلوسات نتيجة العوامل الأسرية المتدنية التي دفعته إلى خروج عالم الشغل مبكرا، حيث أنه يعمل كحارس في موقف السيارات.

تمت المقابلة مع الحالة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية الأغواط.

حيث كان يتردد على المكان كثيرا، وقد أجاب على كل الأسئلة التي تمحورت حول الظروف التي جعلته يدمن على المهلوسات وكذا تقديره لنفسه وللآخرين ونظرته للمستقبل وقد كان مظهره الخارجي مهمل جدا ومظاهر الحزن بادية عليه بشكل واضح من خلال إيماءات وجهه ولغته غير مفهومة في بعض المصطلحات.

- **تحليل الحالة الثالثة على ضوء المقابلة نصف موجهة:**

من خلال إجراءنا للمقابلات مع الحالة (ع.ج) إتضح أن هذا الأخير يعاني من حالة نفسية، لا يستهان بها، خلقت لديه صراعات نفسية، نتيجة وجوده ضمن بيئة غير ملائمة ومليئة بالمشاكل حيث كانت بداية تجربته مع المخدرات بسبب المنطقة التي يسكن بها فهي منطقة شعبية تكثر فيها المشاكل والآفات الإجتماعية حسب قوله:"لاسيتي تاعنا كاملة تزطل وتضرب الدوا، مكانش واحد تلقايه صاحي لا طفلة لا طفل".....

كما أن المستوى المعيشي المتدني لأسرة الحالة وعدم الكفاية المادية والمعاناة من الفقر كان بمثابة عاملا لعب دورا كبيرا في لجوء الحالة إلى الإدمان على المهلوسات، كما جاء في قوله: "الميزيرية والفقر خلاوني نولي هاك.....

من أجل التحقيق من المعاناة والتعويض عن الحرمان.

لذا لجأ إلى تعاطي المخدرات وإحتساء الكحول كبداية وهو بسن 14 سنة حسب قوله:" وأنا مولا 14 عام راني ديجا نزطل ونشرب، كنت نشرب بيرات وندخل للدار مكانش لي يفيقلي، من بعد وليت نزطل باش ننسا شوي، ونطلع المورال ونتكالما".

ومن خلال هذا التأثير التي تمنحه المخدرات أصبح يبذل جهده للحصول عليها من خلال ماكان يجنيه من عمله (الحراسة في موقف السيارات) كما قال :"نشري بدراهمي تاع الخدمة... وقبل كنت نحمل في ليقروسيست ونجيب جورنيا هذاك نشري بيه".

أما عن أنواع المهلوسات التي يستهلكها فصرح قائلا: "جربت قاع وش راه يدور في السوق.... ليكستا (الحلوة)، CRB، الطاكسي، وقبلهم شربت Kitil وكنت نتعاطى ثاني قطرة تاع Clona gout المهم حاجة تنسيك وش راك عايش"

أما عن نوع المهلوس الذي هو مدمن عليه فصرح قائلا:" يحيا الصاروخ..... متوفر وسومتو مساعدتني " كنتيجة لمعاناة الحالة من مشكلات نفسية وظروف أسرية ومادية

قاسية لجأت إلى إدمان المهلوسات الذي ترى فيه متنفس لمشاكلها. وذلك حسب قولها:" ناكل باش ننسا مشاكلي ونولي نهدر ومنحشمش "

ويظهر تعلقه بالمهلوسات في تصريحه:" والفتها خلاص " وقوله:" كون تحبسها تحس روحك بلي بنادم نورمال سما لازم تعاود تشربو ".

يمكن الحديث هنا عن التبعية النفسية التي تشير إلى الإعتماد النفسي على هذه الأدوية وتكرار إستخدامها مع الرغبة الدائمة في زيادة الجرعة من أجل تحقيق اللذة وهروبا من الواقع.

.يظهر على الحالة النحافة الشديدة وهذا يدل على فقدان الشهية ظهر ذلك في قوله:" نقعد قداش من يوم بلا ماكلة نورمال..." كما يعاني من صعوبات في التركيز منذ دخوله لعالم الإدمان وظهر ذلك من خلال قوله:" وليت منركزش في الهدرة "

أما فيما يخص النشاطات التي كان متعودا على القيام بها أخبرني بأنه لم يعد يهتم بأي شيئ ولا يوجد ما يثير إهتمامه كما عبر:" مانحب ندير والو.... ديجا كلش ولا سامط " وقوله:" تمنيت كون عشت كيما الناس، تمنيت كون عشت في عائلة وحدوخرا وظروف وخدخرين.. "

وهذا يدل على حجم المعاناة النفسية لديه.

الحالة يفضل العزلة وقلة الإهتمام بالمحيطين وتجنب الحديث معهم وذلك حسب قوله:" مانشتي نهدر مع حتى واحد... " أما بخصوص الأصدقاء فصرح بأنه ليس لديه أصدقاء كما قال:" ماعنديش صحاب... " خاصة أنه مراهق والذي كان من المفروض أنه يبحث في هذا السن بالذات عن تأسيس علاقات جديدة تأخذ طابع الصداقات الواسعة، فمرحلة المراهقة تفسح المجال أمام أشكال جديدة للعلاقات المدمجة بالعاطفة والإبداع من أجل التكيف، أين يكون الإحساس بالحب عن طريق البحث عن الدعم المعنوي الذي افتقد إليه، وهذا ما فسر تجنب الأشخاص، وبالتالي ظهور التجنب على مستوى الأفكار من خلال

محاولات الحالة تجنب كل مايذكره بمعاناته وقد ظهر هذا في قوله:" مانشتي حتى حاجة تفكرني شكون أنا ولا كيفاه راني عايش... "

وهذا ما يعكس سوء تقديره لذاته وللآخرين.

- **تحليل الحالة الثالثة على ضوء مقياس جودة الحياة:**

رقم البعد	الأبـــــــــعاد	الدرجة المتحصل عليها
01	جودة الصحة العامة	**20**
02	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	**20**
03	جودة التعليم والدراسة	/
04	جودة العواطف	**20**
05	جودة الصحة النفسية	**20**
06	جودة شغل الوقت وإدارته	**20**
		100

جدول (09) يوضح تحليل الحالة الثالثة على ضوء مقياس جودة الحياة

من خلال تطبيق مقياس جودة الحياة على الحالة (ع.ج) تحصلت الحالة على درجة منخفضة قدرت ب100 درجة

ومنه نستنتج أن الحالة لديها جودة حياة منخفضة في جميع الأبعاد وفقا ماتحصلنا عليه من خلال نتائج تطبيق مقياس جودة الحياة.

6- التحليل العام للحالة الثالثة:

من خلال تطبيق أدوات البحث المقابلة والملاحظة ومقياس جودة الحياة توصلنا إلى أن مستوى جودة الحياة لدى الحالة (ع.ج) منخفض حيث قدر ب100 درجة في جميع الأبعاد وهذا ماتطابق مع جاء في المقابلة، فالحالة لا تتمتع بالدعم الإجتماعي والأسري ومن أوضاع إقتصادية سيئة عكس سوء تقديرها لذاتها والآخرين وهذا ما فسر إنخفاض الدرجة

المتحصل عليها في كل من بعد جودة الصحة النفسية والحياة الأسرية والإجتماعية، بالإضافة إلى إنخفاض كل من بعد جودة العواطف وشغل الوقت وإدارته.

7- مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

إنطلقت الدراسة من فرضية رئيسية تتمثل في أن: مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات منخفض،وفرضيات جزئية تتمثل في أن مستوى كل من جودة الصحة العامة والحياة الأسرية والاجتماعية وجودة الصحة النفسية منخفضة، ومن أجل التحقق من صدق وصحة الفرضيات أقيمت الدراسة على 3 حالات، وقد إستعمل المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، والذي إعتمدنا فيه على الملاحظة والمقابلة (نصف موجهة) ومقياس جودة الحياة.

وخلصنا إلى نتيجة مفادها أن: مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات منخفض، حيث توصلت النتائج عند كل بعد إلى:

بعد الصحة العامة: توصلت النتائج إلى وجود إنخفاض في جودة الصحة العامة عند كل الحالات، تظهر لنا هذه النتائج الدور الكبير الذي تلعبه الصحة الجيدة في بعد الصحة العامة، حيث أكد محمود الجمالي (2010) أن: الصحة العامة هي إدراك الفرد بأنه يتمتع بالحيوية والنشاط والطاقة وإهتماماتها بالتغذية وأيضا بحالته الصحية....".

بعد الحياة الأسرية والإجتماعية:

توصلت النتائج إلى إنخفاض جودة الحياة الأسرية والإجتماعية هذا ما يفسر الدور المهم الذي تلعبه الأسرة في حياة المراهق المدمن، حيث أنها تقدم له الدعم والمساندة الأسرية، التي أشار إليها "هليك وكسو" بأنها الوحدة الأساسية في كل المجتمعات الإنسانية بغض النظر عن الفروق الثقافية، فهي لا تلبي الحاجات الأساسية للفرد من طعام ومأوى فحسب ولكنها تلبي حاجات الحب والإنتماء (الطيب وزروقي2013).كما أضاف دانيال أن الدعم الأسري يتمثل في التفاعل الإجتماعي وأنه غالبا ما يستجيب للإحتياجات المحددة. فهو في

الأساس يأتي من شبكة الأسرة، وهذا ما أكده الإتجاه الإجتماعي في تفسيره لجودة الحياة حيث يركز على الأسرة والمجتمع وعلاقة الأفراد والمتطلبات الحضرية والسكان والدخل والعمل والضغوطات الوظيفية للمتغيرات الإجتماعية في جودة حياة الفرد (أبوحلاوة 2010) ويرى فلانا Flanagan(1982) في هذا الصدد أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقديم الوظائف الإجتماعية (تقدير الذات الإجتماعية، الاحساس بتقدير الذات، النجاحات، الفشل...).

يشير بشير رضوان (2005) بأن جودة الحياة الأسرية تكمن في صحة الدور الذي يقوم به كل فرد من أفراد الأسرة بمعنى توزيع الأدوار فيما بينهم وقدرهم على إنجازهم لهذه الأدوار عندما تتلاقى هذه الأدوار تكون أسرة تتسم حياتها بالجودة بأن تلاقى هذه المكونات جميعا في شخصية كل فرد داخل الأسرة بطريقة صحية يؤدي إلى صحة الدور الذي يقوم به أسرته.

أما بعد جودة الصحة النفسية : توصلت النتائج إلى:

إنخفاض جودة الصحة النفسية ويرجع هذا إلى إنخفاض كل أبعاد جودة الحياة ولهذا تأثرت الصحة النفسية.

فخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية حسب حامد زهران (2005): التوافق، الشعور بالسعادة مع النفس، الشعور بالسعادة مع الآخرين، تحقيق الذات وإستقلال القدرات، القدرة على مواجهة مطالب الحياة، التكامل النفسي، السلوك العادي، العيش في سلامة أي التمتع بالصحة النفسية والجسمية والإجتماعية، الأمن النفسي، وهذا ما فسر إنخفاض درجة جودة الصحة النفسية لدى الحالات الثلاث.

إن الملاحظ على هذه النتائج هو أنها تتفق مع ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، فقد أكدت بعض الدراسات إنخفاض مستوى جودة الحياة لدى مستخدمي المخدرات لدراسة (Bogart et al 2007)

والتي إتضح من خلال نتائجها أن تعاطي المخدرات في سن معين مرتبط بإنخفاض مستوى الرضا عن الحياة في سن لاحق، هذا إلى جانب دراسة (Topolski et al 2001) التي أثبتت أن إستخدام المخدرات مرتبط بإنخفاض جودة الحياة وإنخفاض الرفاه الشخصي.

ودراسة عبد الصمد وأحمان (2019)التي أظهرت إنخفاض جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات إلى جانب وجود فروق دالة إحصائية سبقا لكل من متغير المستوى التعليمي ومدة العلاج وعليه تتفق أغلبية الدراسات السابقة مع دراستنا.

ومنه تتحقق فرضيتنا العامة بأن: مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات منخفض.

وتتحقق الفرضيات الجزئية بأن:

- مستوى جودة الصحة العامة لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.
- مستوى جودة الحياة الأسرية والإجتماعية لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.
- مستوى جودة الصحة النفسية للمراهق المدمن على المهلوسات منخفض.

8- إستنتاج عام :

حاول العديد من الباحثين دراسة مختلف المشكلات المتعلقة بالمراهقين بما فيها ظاهرة تعاطي المخدرات والدوافع والأسباب وعوامل الخطورة التي تؤدي إلى الإدمان عليها، وقد جاءت الدراسة الحالية كإضافة للدراسات السابقة في هذا الميدان، حيث أردنا من خلال موضوع دراستنا : معرفة مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات، وقد إنطلقنا في دراستنا من الفرضية العامة التي مفادها: مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين على المهلوسات منخفض، وفرضيات جزئية مفادها : مستوى جودة الصحة العامة لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض، مستوى جودة الحياة الأسرية والإجتماعية لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض، مستوى جودة الصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المهلوسات منخفض.

وقد تم التحقق من الفرضيات بتطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة والمقابلة (نصف الموجهة) ومقياس جودة الحياة للباحثتين "عبد الصمد صورية" و"احمان لبنى"، على عينة مكونة من 3 أفراد وذلك بإستخدام المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، وقد أظهرت النتائج مايلي:

تحقق الفرضية العامة: حيث بينت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى الحالة الأولى منخفض حيث قدر ب112 درجة حسب مقياس جودة الحياة، أما الحالة الثانية فمستوى جودة الحياة لديها منخفض جدا قدر ب80 أما الحالة الثالثة فقدر بـــ 100 درجة حسب مقياس جودة الحياة وهذا مايؤكد صحة فرضيتنا.

تحقق الفرضيات الجزئية: حيث بينت النتائج أن مستوى جودة الصحة العامة لدى الحالة الأولى والثانية والثالثة منخفض حيث قدرت النتائج ب 20 درجة حسب مقياس جودة الحياة، ومستوى جودة الحياة الأسرية والإجتماعية لدى الحالة الأولى والثالثة منخفض حيث قدر ب 20 درجة أما الحالة الثانية فقدر ب 10 درجات حسب مقياس جودة الحياة،

ومستوى جودة الصحة النفسية لدى الحالة الأولى والثالثة منخفض حيث قدر ب 20 درجة أما الحالة الثانية فقدر ب 10 درجات حسب مقياس جودة الحياة وهذا ما يؤكد صحة فرضياتنا.

9- المقترحات:

بناءا على النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة التي قمنا بها إرتأينا تقديم بعض الإقتراحات والمتمثلة في:

- ✓ إعداد وتقنين مقياس لجودة الحياة يصلح للمراهقين المدمنين.
- ✓ إقتراح برنامج من أجل تحسين ورفع مستوى جودة الحياة لدى المراهقين المدمنين.
- ✓ رعاية المراهق وفهم حاجاته في إطار تعاون بين الأسرة والمدرسة، حتى يستطيع أن يفهم نفسه ويحقق ذاته.
- ✓ التدريب على إستراتيجية مقاومة التفكير السلبي، وتنمية مهارات التفكير الإيجابي والإرتقاء بمستوى جودة الحياة ورفاهية الفرد، وحب الحياة، والإستمتاع بها والرضا عنها، وتحمل تبعتها.
- ✓ تكثيف برامج التكفل النفسي التي تقضي بتنمية قدرات المراهقين المدمنين في حل مشاكلهم والسيطرة أكثر على الوضعيات الضاغطة التي يمرون بها.
- ✓ تسطير برامج توعية تشمل جميع المراهقين تقضي بمدى خطورة الإدمان بكل أنواعه ونتائجه السلبية على الفرد والمجتمع.
- ✓ تكوين مراكز تربوية تساعد على رفع مستوى الأسرة من خلال البرامج الإرشادية التي تساعد الوالدين في كيفية التعامل مع أبنائهم وفهم متطلباتهم وإحتياجاتهم.
- ✓ التركيز على الإهتمام بإجراء دورات تدريبية للأخصائين النفسانيين الخاصة بعلاج المدمنين.

✓ ان نتائج هذه الدراسة تبقى نسبية وذلك بسب طبيعة متغير جودة الحياة كمفهوم معقد ينطوي على العديد من جوانب الحياة التي تتأثر بطريقة إدراك الفرد وتقييمه لها، وهذا ما يستدعى من الباحثين ضرورة القيام بدراسات قادرة على تحديد ما إذا كان إنخفاض جودة الحياة لدى هذه الفئة راجع لظروف حياتية سابقة ومتغيرات أخرى هي من أدت إلى تعاطي إدمان المخدرات والمهلوسات أو أنه يؤدي إلى إدمان المخدرات والمهلوسات في حد ذاتها.

الخاتمة

الخاتمة:

تتسم هذه الدراسة بأهمية كبيرة كونها تحمل مفهوما بالنسبة للأفراد، ألا وهو: جودة الحياة، فجودة الحياة تشير إلى مثل أعلى يصبو إليه كل فرد على أمل أن يحققه بشكل أو بآخر ولا ينجح في إستكمال مكوناته أحد، فالكل يحقق درجة منه أخرى، ويبدوا أن هذا المفهوم لا يرتبط في عموميته بعامل واحد خارجي فيمثل الشعور الداخلية بالأمن والإطمئنان والرضا عن الحياة والذات، وقد إستندنا في دراستنا لهذا الموضوع على جانب نظري وعلى خطة ميدانية للوصول إلى تحقيق الأهداف والتي تتحدد في التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المراهق المدمن على المهلوسات حيث إن مشكلة الإدمان عند المراهق تعتبر على درجة عالية من التعقد بالنسبة للفرد والمجتمع، فتبدو لنا أهميتها بالنسبة للفرد وكونها إذا تمكنت منه، فإنها تمس حياته الشخصية والإجتماعية من جميع نواحيها، كما أن إنتشار الإدمان على المهلوسات بين المراهقين كشريحة إجتماعية يمثل خطرا على المجتمع وبالتالي بقدر إشباع الجزء المدمن من هذه الشريحة تكون ضخامة الخطر المهدد لمستقبل البلاد.

وبهذا نخرج بإستنتاج عام: أن إدمان المراهق على المهلوسات يؤثر على نواحي عدة من حياة الإنسان ويؤثر على مستوى جودة الحياة لديه.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1. ابن منظور. أبي الفضل جمال الدين (1993)، لسان العرب،ط1، الجزء 1، بيروت، لبنان.

2. أبو حاتم، عبد الحليم (2006)، المعجم الطبي، ط1، الأردن : دار أسامة المشرق الثقافي.

3. أبو حلاوة، محمد السعيد(2010)، جودة الحياة – المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، جامعة الإسكندرية.

4. أبو نصر، مدحت (2004)، الإعاقة الإجتماعية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، ط3، القاهرة: مكتبة النيل للنشر والتوزيع.

5. أحمد، سهير كامل(2006)،الشخصية المدمنة، القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.

6. الجسماني، عبد العالي (1994)، سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية،ط1، بيروت: دار الفكر اللبناني.

7. الزويني، ابتسام صاحب موسى.حميد، رائد حسين. التميمي، عبد الرضا عبد الجليل(2016)،علم النفس الإيجابي – نشأته، أهدافه، تطبيقاته، ط1،عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

8. السيد، فؤاد البهي(ب ت)، الأسس النفسية من الطفولة إلى الشيخوخة،القاهرة: دار الفكر العربي.

9. العيسوي، عبد الرحمان(1995)، علم النفس النمو،القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

10. العيسوي،عبد الرحمان(1999)،دراسات في تفسير السلوك الإنساني،لبنان:دار الراتب الجامعية.

11. العيسوي،عبد الرحمان(2005)،الجريمة والإدمان،ط1، بيروت، لبنان:دار الرائق الجامعية.

12. المشاقبة، محمد أحمد خدام(2013)،جودة الحياة كمنبىء لقلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية والآداب في جامعة الحدود الشمالية،مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية،مجلد 10،العدد 1، ص ص 49.33.

13. المعجم الوسيط،(2004)،مكتبة الشروق الدولية ط1، مصر.

14. المهندي، خالد حمد،(2013)،المخدرات وآثارها النفسية والإجتماعية والإقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية – وحدة الدراسات والبحوث – مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج، الدوحة. قطر.

15. الميلادي، عبد المنعم، (2003)، سيكولوجية المراهقة،دط،الإسكندرية :مؤسسة شباب الجامعة،

16. الغامدي، عبد الله (2009)،تردد المراهقين على مقاهي الإنترنت وعلاقته ببعض المشكلات النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمكة المكرمة،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم التفس الإرشادي، جامعة أم القرى.

17. الهمس، صالح إسماعيل عبد الله،(2010)، قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة،غزة : الجامعة الإسلامية.

18. الهنداوي، محمد حامد إبراهيم (2010)، الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحفظات غزة، جامعة الأزهر.

19. النابلسي، محمد أحمد(1988)، العلاج النفسي العائلي، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

20. بلحسن،سيدي محمد،(2008)، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى المراهقين، ط1، المغرب:منشورات المعارف.

21. بخوش، نورس. حميداني، خرفية (2016)، جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة زيان عاشور، الجلفة،

22. بوعيشة، آمال (2014)، جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر، مذكرة نهاية دراسة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

23. بعيبع، نادية (2013)،دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات، الجزائر :ديوان مطبوعات جامعة الجزائر.

24. بلموفق، آمنة سرور (2017)، المنتوج الإسقاطي في إختبار رورشاخ وتفهم الموضوع لدى مدمن المخدرات الشاب، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس،جامعة محمد بوضياف المسيلة.

25. تواتي، حياة،(2018)، مستوى المهارات الحياتية وعلاقته بجودة الحياة عند الطالب الجامعي في الجامعات الجزائرية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.

26. تركي،رابح (1999)، أصول التربية والتعليم، ط2، ديوان الطبوعات الجامعية.

27. حسون، تيسير(2004)، المرجع السريع من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية،جمعية الطب النفسي الأمريكي، دمشق.

28. حسن، محمود (1981)، الأسرة ومشكلاتها، بيروت. لبنان: دار النهضة العربية.

29. جدو، عبد الحفيظ،(2014)، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي،جامعة سطيف 2، سطيف.

30. ديدي، عبد الغني(1995)، التحليل النفسي للمراهق، ظواهر المراهقة وخفاياها،ط1، بيروت: دار الفكر اللبناني.

31. رجب، زين العابدين محمد علي، (2004)، الخدمة الإجتماعية والمخدرات ثلاثية الأبعاد، دار قباء للنشر والتوزيع: القاهرة.

32. رفعت، محمد(1974)، المراهقة وسن البلوغ، لبنان: دار المعارف للطباعة والنشر

33. رجيعة،عبد الحميد عبد العظيم، (2009)، التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الإجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس، مجلة كلية التربية بجامعة الإسكندرية، المجلد التاسع عشر، العدد الأول.

34. زهران،حامد عبد السلام (1981)،نمو الطفل والمراهق، القاهرة : عالم الكتاب.

35. زهران،حامد عبد السلام (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي،ط4، القاهرة: عالم الكتب.

36. زيعور، علي(1986)، أحاديث نفسانية وإجتماعية ومبسطات في التحليل النفسي والصحة العقلية،ط1،بيروت. لبنان : دار الطليعة لطباعة والنشر.

37. زمار،هارون الرشيد(2018)، المشكلات النفسية وأثرها في إدمان المراهق على المهلوسات،مذكرة لنيل شهادة الماستير تخصص علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.

38. زكي،أحمد (1988)، علم النفس التربوي، القاهرة :عالم الكتب.

39. زين الدين،كمال، (2001)، المخدرات بين الوهم والحقيقة،د ط، القاهرة: مكتبة القرآن للنشر والتوزيع.

40. سليماني، فتيحة(2012)، الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس،جامعة وهران.

41. سويف، مصطفى (1996)، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

42. شامي، رباب (2017)، التفكك الأسري وعلاقته بإدمان المخدرات لدى المراهق، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم الإجتماع تخصص الإنحراف والجريمة، جامعة حمة لخضر، الوادي.

43. شيخي، مريم (2014)، طبيعة العمل وعلاقته بجودة الحياة – دراسة ميدانية في ظل المتغيرات – مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص الإنتقاء والتوجيه، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.

44. عبد المعطي، حسن مصطفى (2001)،الأسرة ومواجهة الإدمان – القاهرة : دار قباء للنشر والطباعة والتوزيع.

45. عبد الصمد،صورية. أحمان، لبنى (2019)، جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات، دراسات نفسية وتربوية، المجلد 12، العدد 2، ص ص 120. 111.

46. عبد المنعم، عفاف، (1999)، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، مصر: دار المعرفة الجامعية.

47. عبد اللطيف، رشاد احمد، (1999)، الآثار الإجتماعية لتعاطي المخدرات وسبل الوقاية والعلاج، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

48. عوفي، عدنان حسين، (2001)، سلبيات المخدرات، ورقة عمل مقدمة لأعمال الندوة العلمية حول دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، ط1، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية.

49. عبد الجبار، قيس ناجي، (1984)، تطوير القابلية البدنية في العمر المدرسي، القاهرة: دار الطباعة.

50. عبد الله، مجدي أحمد محمد، (2003)، النمو النفسي بين السواء والمرض، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

51. عطاالله، حنان، (2019)، جودة حياة مرضى السرطان، دراسة ميدانية لأربع حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأورام السرطانية، مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر في علم النفس – تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم.

52. عكاشة، أحمد، (1976)، الطب النفسي المعاصر، المكتبة الانجلو مصرية.

53. علي، أبو جادو صالح،(2007)، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط 4، عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.

54. غانم، محمود حسن، (2006)، الإدمان أضراره – نظريات تفسيره وعلاجه، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

55. غرموش، هاني،(ب ت)، المخدرات امبراطورية الشيطان، (التعريف،الإدمانو العلاج)، لبنان: دار النقائص للطباعة والنشر.

56. غربي، علي، (2005)، الأبجديات المنهجية في كتابة الرسائل، قسنطينة: مطبعة سيرتاكوبي.

57. قناوي، هدى محمد، (ب ت)، سيكولوجية المراهقة، القاهرة: دار الفكر للطباعة والنشر.

58. قماز، فريدة، (2009)، إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.

59. كاظم، علي مهدي. البهادلي، عبد الخالق نجم، (2006)، جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين، دراسة ثقافية مقارنة،دورة علمية محكمة نصف سنوية.

60. كمال، علي، (2005)، النفس وانفعالاتها وأمراضها وعلاجها، بيروت: الدراسة الشرقية للنشر والتوزيع.

61. مبارك، بشرى عناد، (ب ت)، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الإجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد 99، ص ص 714.771.

62. محمدي، فوزية. بوعيشة، آمال (2014)،معوقات جودة الحياة الأسرية،الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

63. مسعودي، محمد، (2015)، بحوث جودة الحياة في العالم العربي – دراسة تحليلية – مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 20، ص ص 203. 220.

64. متولي، فؤاد بسيوني، (2003)، التربية وظاهرة إنتشار وإدمان المخدرات، الكتاب الخامس، مركز الاسكندرية للكتاب.

65. ميخائيل،عوض مخائيل، (1973)، مشكلات المراهقين في المدن والأرياف، مصر: دار المعارف.

66. نعيمة، يوسف ميخائيل،(ب ت)، رعاية المراهقين، بيروت: دار غريب للطباعة والنشر.

67. نعيسة، رغداء علي، (2012)، جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق، مجلة دمشق، المجلد 28، العدد 1.

68. Dabesse M (1993).L’adolescence,pressuniversitaire de France.ed .delta. Paris

69. 17htm.com.25/01/2018 ،on /https://www.dwahm.org

الملاحـــــق

الملحق رقم (01):مقياس جودة الحياة

جامعة عمار ثليجي الأغواط

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس

الرمز: **السن:**

الجنس: **المستوى التعليمي:**

عدد الإخوة: **الترتيب العائلي:**

المستوى الاقتصادي:

التعليمات:

يهدف هذا المقياس إلى معرفة مستوى جودة الحياة لديك (ي) ومدى رضاك (ي) عنها، وعلى هذا الأساس نرجو منك (ي) إفادتنا بالإجابة التي تعبر عن ماتشعر(ي) به بكل صدق و موضوعية، نقترح عليك (ي) إختيارات عديدة يرجى وضع علامة (x) أمام الإختيار الذي ترى (ي) أنه يعبر على رأيك (ي)، يجب وضع علامة واحدة فقط أمام كل عبارة وتأكد (ي) أجبت على كل العبارات شاكرين مسبقا تعاونك (ي) معنا.

كما نعلمك (ي) بأن إجابتك ستحاط بالسرية التامة، و تأكد (ي) بأنك ستساهم في إنجاز العمل المذكور و خدمة أهداف البحث العلمي.

ت	الأسئلة	أبدا	قليل جدا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	لدي إحساس بالحيوية والنشاط					
2	أشعر ببعض آلام في جسمي					
3	أضطرلقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا					
4	تتكر إصابتي بنزلة برد					
5	لا أشعر الغثيان					
6	أشعر بالإنزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية للدواء الذي أتناوله					
7	أنام جيدا					
8	أعاني من ضعف في الرؤية					
9	نادرا ما أصاب بالأمراض					
10	كثرة إصابتي بالأمراض تمثل عبئ كبير على أسرتي					
11	أشعر بأنني قريب جدا من صديقي الذي لي الدعم الرئيسي					
12	أشعر بالتباعد بيني و بين والدي					
13	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي					
14	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين					
15	أشعر بأن والديا رضيان عني					
16	لدي أصدقاء مخلصين					
17	علاقاتي بزملائي رديئة للغاية					
18	لا أحصل على دعم من أصدقائي وجيراني					
19	أشعر بالفخر لإنتمائي لأسرتي					
20	لا أجد من أثق فيه من أفراد أسرتي					
21	إخترت التخصص الدراسي الذي أحبه					
22	بعض المقررات الدراسية في مناسبة لقدراتي					
23	أشعر بأنني أحصل على دعم أكاديمي من أساتذتي					
24	لدي إحساس بأنني لم أستفد شيئ من تخصصي					

25	الأساتذة يرحبون بي ويجيبوني عن تساؤلاتي					
26	الأنشطة الطلابية بالجامعة مضيعة للوقت					
27	أنا فخور بإختياري للتخصص الذي يناسبني في الجامعة					
28	أشعر بأن دراستي الجامعية مفيدة للغاية					
29	أشعر بأن دراستي الجامعية لن تحقق طموحاتي المهنية					
30	أجد صعوبة في الحصول على إستشارة علمية من المرشد الأكاديمي					
31	أنا فخور بهدوء أعصابي					
32	أشعر بالحزن بدون سبب واضح					
33	أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة و هدوء أعصاب					
34	أشعر بأنني عصبي					
35	لا أخاف من المستقبل					
36	أقلق من الموت					
37	من الصعب إستثارتي إنفعاليا					
38	أقلق لتدهور حالتي					
39	أمتلك القدرة على إتخاذ أي قرار					
40	أشعر بالوحدة النفسية					
41	أشعر بأنني متزن إنفعاليا					
42	أنا عصبي جدا					
43	أستطيع ضبط إنفعالاتي					
44	أشعر بالإكتئاب					
45	أشعر بأنني محبوب من الجميع					
46	أنا لست شخصا سعيدا					
47	أشعر بالأمن					
48	روحي المعنوية منخفضة					
49	أستطيع الاسترخاء بدون مشكلات					

50	أشعر بالقلق					
51	أستمتع بمزاولة الأنشطة الجامعية في أوقات فراغي					
52	ليس لدي وقت فراغ فكل وقتي ينقضي في الاستذكار					
53	أقوم بعمل واحد في وقت واحد فقط					
54	أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة					
55	أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية					
56	تنظيم وقت الدراسة و الاستذكار صعب للغاية					
57	لدي الوقت لاستذكار محاضراتي					
58	ليس لدي وقت للترويح عن النفس					
59	أنجز المهام التي أقوم بها في الوقت المحدد					
60	لا يوجد لدي برنامج منتظم لتناول الوجبات الغذائية					

الملحق رقم (2) : دليل المقابلة نصف الموجهة

البيانات الأولية:

الرمز: **السن:**

الجنس: **المستوى التعليمي:**

عدد الإخوة: **الترتيب العائلي:**

المستوى الإقتصادي: **السوابق المرضية:**

س1: كيف بدأت تتعاطى المخدرات ؟

س2: ماهي أنواع المخدرات التي تستهلكها ؟

س3: كيف بدأت تتعاطى المهلوسات ؟

س4: كيف حصلت أول مرة على المهلوسات ؟

س5: كيف تشعر عندما تستهلك المهلوسات ؟

س6: من أين تحصل على المال لشراء المهلوسات ؟

س7: لماذا لجأت إلى المهلوسات ؟

س8: هل لديك صعوبات في التركيز أو الذاكرة ؟

س9: هل لديك صعوبة في إتخاذ القرارات ؟

س10: هل ترى أنك مساوي للآخرين ؟

س11: هل تشعر بالرضا عن نفسك ؟

س12: هل تشعلر أن المجتمع يتقبلك كما أنت ؟

س13: هل أنت راضي عن ماحققته إلى حد الآن في حياتك ؟

س14: هل تتجنب التفكير فيما يزعجك أو يؤلمك ؟

س15: هل تستطيع القيام بالنشاطات المتعود عليها ؟

س16: كيف تنظر لمستقبلك وماهي أمنياتك التي تريد تحقيقها ؟