

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Education
Master of Community Mental Health



الجامعة الإسلامية – غزة
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير الصحة النفسية المجتمعية

مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول
في محافظات قطاع غزة

Self-concept and its Relationship with Anxiety and Depression
for Tramadol Addicts

إعدادُ الباحِثة
فداء عليان سلامة

إشرافُ

الأستاذ الدكتور

محمد وفائي علاوي سعيد الحلو

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ إِسْتِكْمَالاً لِمُتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ
فِي الصِّحَّةِ النَفْسِيَّةِ وَالمُجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

مايو/2016م – شعبان/1437هـ

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول في محافظات قطاع غزة

Self-concept and its Relationship with Anxiety and Depression for Tramadol Addicts

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	فداء عليان سلامة	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:	2016/5	التاريخ:



نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ فداء عليان علي سلامة لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول في محافظات قطاع غزة

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الثلاثاء 20 ذو القعدة 1437هـ، الموافق 2016/08/23م الساعة الحادية عشر صباحاً في قاعة الاجتماعات بمبنى اللحيان، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

أ.د. محمد وفائي علاوي الحلو	مشرفاً و رئيساً	.....
د. أنور عبد العزيز العبادسة	مناقشاً داخلياً	.....
د. عطف محمود أبو غالي	مناقشاً خارجياً	.....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق ،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف علي المناعمة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالَ تَعَالَى: ﴿ إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ
وَيَصُدَّكُمْ عَنِ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ
فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ ﴾

[المائدة: 91]

ملخص الرسالة باللغة العربية

هدفت الدراسة الى الكشف عن مفهوم الذات وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي وكانت أدوات الدراسة عبارة عن: مقياس مفهوم الذات، ومقياس القلق، ومقياس بيك للاكتئاب، وقد بلغت العينة (46) من متعاطي الترامادول في قطاع غزة وقد أظهرت النتائج ما يلي:

- 1- ان مستوى مفهوم الذات منخفض لدى افراد العينة من متعاطي الترامادول.
- 2- ان مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول في قطاع غزة مرتفع.
- 3- ان مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول في قطاع غزة مرتفع.
- 4- أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات وتقديراتهم لمستوى القلق لدى متعاطي الترامادول.
- 5- أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات وتقديراتهم لمستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.
- 6- أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة (طردية) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق وتقديراتهم لمستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

Abstract

The study aimed to reveal the self-concept and the relationship with anxiety and depression among Tramadol abusers. To achieve objectives of the study, the researcher used descriptive and analytical approach. While, the tools of the study were a measure of self-concept, and the measure of anxiety , and the measure of Beck-depressant. The sample consisted of (46) of Tramadol abusers in Gaza Strip. The results showed the following:

1. The level of self-concept is low among the sample of Tramadol abusers.
2. The level of anxiety level among the sample of Tramadol abusers is high in Gaza Strip is high.
3. The level depression level among the sample of Tramadol abusers in Gaza Strip is high.
4. There is a negative correlation (inverse), that is statistically significant at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the members of the sample study estimation of the level of self-concept and their estimation of the level of concern among Tramadol abusers.
5. There is a negative correlation (inverse) which is statistically significant at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the members of the sample study the level of self-concept and their estimation of the level of depression among Tramadol abusers.
6. There is a positive relationship correlation (proportional) which is statistically significant at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the members of the sample of study estimates the level of anxiety and their estimation/evaluation of the level of depression among Tramadol abusers.

The most important recommendations of the study:

1. Activate the role of the media to clarify the use of Tramadol and damage mechanism to get rid of it.
2. The need to educate parents about the level of problems arising Tramadol when their children as well as how to deal with the children of drug abusers.
3. Activate the role of the Ministry of Health in the preparation of a cadre of psychologists to deal with this scourge.

الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك.. ولا تطيب
اللحظات إلا بذكرك.. ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك.. ولا تطيب الجنة إلا برويتك الله جل
جلاله

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة.. ونصح الأمة.. إلى نبي الرحمة ونور
العالمين..

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

إلى من علمني العطاء بدون انتظار.. إلى من أحمل اسمه بكل افتخار....
والدي العزيز.

إلى ملاكي في الحياة إلى بسمه الحياة وسر الوجود إلى من كان دعاؤها سر
نجاحي وحنانها بلسم جراحي أمي الحبيبة

إلى رفيق دربي... إلى من سار معي نحو الحلم خطوة بخطوة... إلى من تطلع
لنجاحي بنظرات الأمل زوجي العزيز

إلى أملي المتجدد في الحياة.. إلى قرّة عيني وضياء حياتي أبنائي الأحبة

إلى كل من دعموني ووقفوا بجاني

إلى كل من أحببتهم بصدق

.....

أهديهم ثمرة هذا الجهد المتواضع

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف خلق الله وسيد المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

انطلاقاً من حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم (مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ لَا يَشْكُرُ اللَّهَ)، وحتى نردَّ الفضلَ لأهل الفضل، لا يسعني إلا أن أتقدم بعد شكر الله لكل مَنْ ساهم في إتمام هذه الرسالة.

وأخصُّ بالشكرِ و الامتتان أستاذي الفاضل (أ.د.محمد وفائي الحلو) الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة، فأعطاني الكثير من وقته وجهده ولم ييخل عليّ بنصائحه السديدة التي كانت سنداّ وعوناً في إنجاز هذا البحث، فجزاه الله خير الجزاء.

كما وأتقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة: الدكتور/.....
والدكتور..... لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة

والشكر موصولاً إلى جامعتي الغراء الجامعة الإسلامية ذلك الصرح العلمي الشامخ وأخص بالذكر أساتذتي الأفاضل الذين تلقيتُ على أيديهم العلم النافع.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى زملائي وزميلاتي لما قدموه لي من نصح ودعم ومساعدة كان لها الأثر الكبير في اكتمال الرسالة وخروجها إلى النور.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر لعائلتي الكريمة والدي ووالدتي وإخوتي وجميع أقاربي الذين وقفوا بجانبي ودعموني وأخص بالذكر شمعة حياتي والداي الاعزاء و زوجي العزيز وأبنائي الذين أحاطوني بالرعاية والاهتمام وتحملوا انشغالي عنهم... فجزى الله الجميع عني خير الجزاء.

الباحثة/

فداء سلامة

فهرس المحتويات

أ.....	إقرار
ب.....	نتيجة الحكم على الأطروحة
د.....	ملخص الرسالة باللغة العربية
و.....	الإهداء
ز.....	شكر وتقدير
ح.....	فهرس المحتويات
ل.....	فهرس الجداول
1.....	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2.....	1.1 المقدمة:
5.....	1.2 مشكلة الدراسة
6.....	1.3 أهداف الدراسة:
7.....	1.4 أهمية الدراسة:
8.....	1.5 حدود الدراسة:
8.....	1.6 مصطلحات الدراسة:
10.....	الفصل الثاني الإطار النظري
11.....	2.1 المبحث الأول: مفهوم الذات
11.....	2.1.1 تعريف مفهوم الذات:
12.....	2.1.2 وجهات نظر مختلفة نحو مفهوم الذات:
12.....	2.1.3 الذات في القرآن الكريم:
12.....	2.1.4 الذات من وجهة نظر الفلاسفة:
14.....	2.1.5 التطور التاريخي لمفهوم الذات
14.....	2.1.6 أهمية مفهوم الذات:
15.....	2.1.7 نظريات الذات:
15.....	2.1.8 نظرية الذات عند روجرز:
18.....	2.1.9 نظرية التحليل النفسي:
21.....	2.1.10 هرم الحاجات لماسلو

23.....	المبحث الثاني: القلق	2.2
23.....	المقدمة	2.2.1
23.....	تعريف القلق لغة:	2.2.2
24.....	تعريف القلق اصطلاحاً:	2.2.3
25.....	نسبة شيوع المرض عالمياً:	2.2.4
25.....	الفرق بين الخوف والقلق	2.2.5
26.....	المظهر الإيجابي والسلبي للقلق:	2.2.6
26.....	أسباب القلق:	2.2.7
29.....	أنواع القلق:	2.2.8
31.....	أعراض القلق:	2.2.9
32.....	النظريات المفسرة للقلق:	2.2.10
32.....	نظرية التحليل النفسي فرويد:	2.2.11
33.....	النظرية السلوكية:	2.2.12
35.....	نظرية الاتجاه المعرفي:	2.2.13
38.....	الطرق الإسقاطية:	2.2.14
39.....	الطرق الموضوعية:	2.2.15
40.....	علاج القلق:	2.2.16
42.....	المبحث الثالث: الاكتئاب	2.3
42.....	تعريف الاكتئاب:	2.3.1
45.....	نسبة شيوع المرض عالمياً	2.3.2
46.....	تصنيف الاكتئاب:	2.3.3
48.....	أعراض الاكتئاب	2.3.4
49.....	أسباب الاكتئاب:	2.3.5
52.....	المبحث الرابع : تعاطي الترامادول	2.4
52.....	تعريف التعاطي:	2.4.1
53.....	تعريف التعاطي في القانون:	2.4.2
53.....	تعريف المخدرات:	2.4.3
53.....	تعريف الاعتماد:	2.4.4

55	أولاً: أنواع العقاقير :-	2.4.5
57	ثانياً: طريقة عمل واستخدام الترامادول :-	2.4.6
59	ثالثاً : الأسباب والدوافع المؤدية إلى تعاطي العقاقير :-	2.4.7
59	رابعاً: علامات وأعراض الاعتماد العقاقيري للترامادول :	2.4.8
60	خامساً: مراحل تعاطي العقاقير :-	2.4.9
62	الآثار الاجتماعية لتعاطي العقاقير :-	2.4.10
68	رابعاً: الآثار الاقتصادية لتعاطي العقاقير :	2.4.11
69	الانترامادول في المجتمع الفلسطيني.	2.4.12
70	الأنفاق ودورها في تهريب الترامادول:	2.4.13
71	بدايات التعاطي من الناحية العمرية والظروفية:	2.4.14
72	العوامل المؤدية إلى تعاطي الترامادول:	2.4.15
74	النظريات المفسرة لظاهرة التعاطي:	2.4.16
75	أولاً: النظريات البيولوجية:	2.4.17
77	ثانياً: النظريات الشخصية:	2.4.18
86	الفصل الثالث الدراسات السابقة	
98	3.1 تعقيب عام على الدراسات السابقة:	
101	الفصل الرابع إجراءات الدراسة	
102	4.1.1 المقدمة:	
102	4.1.2 أولاً: منهج الدراسة:	
103	4.1.3 ثانياً: مجتمع الدراسة:	
103	4.1.4 ثالثاً: عينة الدراسة:	
104	4.1.5 رابعاً: أداة الدراسة:	
105	4.1.6 صدق وثبات مقاييس الدراسة:	
107	4.1.7 الصدق البنائي: " Structure Validity "	
107	4.1.8 ثبات الأداة: " Reliability "	
115	4.1.9 المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:	
116	الفصل الخامس نتائج الدراسة الميدانية "إجابة التساؤلات ومناقشتها"	
117	5.1 مقدمة:	

117	..... الإجابة عن تساؤلات الدراسة:
150	..... النتائج والتوصيات
151	..... 6.1 النتائج
153	..... 6.2 التوصيات:
154	..... المصادر والمراجع
155	..... أولاً: المصادر والمراجع العربية:
173	..... ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية:
176	..... الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (4.1): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديمغرافية 103
- جدول (4.2): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة للمقياس 106
- جدول (4.3): معامل الارتباط بين كل بعد من الابعاد والدرجة الكلية للمقياس 107
- جدول (4.4): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس 108
- جدول (4.5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة للمقياس 110
- جدول (4.6): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس 111
- جدول (4.7): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة للمقياس 113
- جدول (4.8): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس 114
- جدول (5.1): يوضح نتائج " T- للعينة الواحدة " للتعرف على مستوى مفهوم الذات لدى متعاطي الترامادول 118
- جدول (5.2): يوضح نتائج " T- للعينة الواحدة " للتعرف على مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول 119
- جدول (5.3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمستويات القلق 121
- جدول (5.4): يوضح نتائج " T- للعينة الواحدة " للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول 122
- جدول (5.5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمستويات الاكتئاب 123
- جدول (5.6): نتائج اختبار " بيرسون " 124
- جدول (5.7): نتائج اختبار " بيرسون " 125
- جدول (5.8): نتائج اختبار " بيرسون " 126
- جدول (5.9): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير العمر) 127
- جدول (5.10): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية) 128
- جدول (5.11): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاقتصادية) 130
- جدول (5.12): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير المستوى التعليمي) 132
- جدول (5.13): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير مكان السكن) 134
- جدول (5.14): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الصحية) 135
- جدول (5.15): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير العمر) 137
- جدول (5.16): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية) 138

- جدول (5.17): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاقتصادية) 139
- جدول (5.18): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين 140
- جدول (5.19): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير مكان السكن) 141
- جدول (5.20): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الصحية) 142
- جدول (5.21): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير العمر) 143
- جدول (5.22): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية) 144
- جدول (5.23): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاقتصادية) 145
- جدول (5.24): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير المستوى التعليمي) 146
- جدول (5.26): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الصحية) 148

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة:

لقد فضلنا الله تعالى بنعمٍ كثيرةٍ ولا حصرَ لها، نحمدهُ تعالى أنه حرم علينا الخبائثَ وأحلَّ الطيباتِ التي تتعلقُ بالمأكَلِ والمشربِ والملبسِ وغيرِ ذلك ﴿ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ ﴾ [الأعراف: 157].

يعتبرُ الإدمانُ من الآفاتِ الخطيرةِ التي تُهدِّدُ مستقبلَ الشبابِ؛ إذ تسلبُهم عقولَهم ورجولَتَهم، وبالتالي حضورهم المسئول ومساهماتهم في بناءِ ورقِي مجتمعاتِهِم.

كما تعتبرُ من أكبرِ المشكلاتِ التي تعانِيها دول العالم وتُسعى جاهدةً لمحاربتِها، لما لها من أضرارٍ جسميةٍ على النواحي الصحية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية.

ولم تعدْ هذه المشكلة قاصرةً على نوع واحد من المخدراتِ أو على بلدٍ معين أو طبقةٍ محددةٍ من المجتمع، بل شملت جميع الأنواع والطبقات.

وأخطر ما في موضوع المخدرات هو أنَّ الإدمان لم يعد مقتصرًا على فئةٍ من المجتمع دون أخرى وإنما هو كالنار في الهشيم، طرق أبواب الدور والقصور والأكوخ بلا استثناء، وحتى الأطفال لم يسلموا من جحيم الإدمان.

أما عن تأثير الإدمان على النواحي الاجتماعية فإنه يتمثل في كون هؤلاء المدمنين خطرًا على حياة الآخرين من حيث أنهم عنصر قلق واضطرابٍ لأمن المجتمع، حيث يسعى كل منهم إلى البحث عن فريسةٍ يقتنصها بسرقة أو نصب، أو يمارسون لونا من ألوان العمل المخالف للقانون، وهم يمثلون خطرًا كبيرًا على أنفسهم وعلى حياتهم نتيجة التعاطي (عبد اللطيف، 1999م، ص30).

إن المجتمعات الإنسانية تعتمدُ في تنميتها لمواردها وثروتها على البحوث العلمية التي تعمل على تحديد مشكلات هذه المجتمعات ووضع الحلول اللازمة لها بما يساهم في تنمية ثروات وموارد تلك المجتمعات لتحقيق التنمية الشاملة ومن أهم هذه الثروات هي الثروة البشرية بصفة عامة ولا سيما الشباب بصفة خاصة ونظرًا لكون الشباب أهم الثروات البشرية لهذا اهتمت غالبية البحوث بدراسة أوضاع الشباب واتجاهاتهم وقيمهم وأدوارهم في المجتمع.

ويشير الواقع العالمي إلى تفاقم العديد من المشكلات التي تعاني منها المجتمعات الإنسانية ذات الآثار النفسية الفتاكة إلا أن اشد هذه المشكلات ضراوة وفتكا بالإنسان هي مشكلة الإدمان.

وقد احتلت هذه المشكلة مكاناً بارزاً في اهتمامات الرأي العالمي والمحلي على حد سواء لما تمثله من خطورة في كونها تصيب الطاقة البشرية الموجودة في أي مجتمع سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة وبصفة خاصة في جزء هام من تلك الموارد البشرية ألا وهو الشباب من الجنسين.

تركز في هذه الأيام العديد من الدراسات على الأضرار الناتجة عن إدمان المخدرات والتي لها تأثير كبير على نواحي عديدة من صحة الإنسان، حيث أن العلاقة بين الإدمان والسلوك تبدو واضحة جداً وتتضح في سلوك الشخص المدمن وما ينعكس على المجتمع نفسه ككل لذا يجب الاهتمام بهذه الفئة العريضة من المدمنين على مستوى العالم كله.

إن مفهوم الذات هو الشيء الوحيد الذي يجعل للفرد الإنساني فريدته الخاصة به، فكما زادت المعرفة بطبيعة الإنسان زاد عمق مغزى الحكمة القائلة " اعرف نفسك " إذ تمثل طريقة إدراك الذات وإدراك الآخرين المحور الرئيسي لتنظيم الشخصية وتحديد السلوك

حيث يعتبر مفهوم الذات من بين المتغيرات التي تكتسب أهمية بالغة في مجال علم النفس؛ كون هذا المتغير من بين المفاهيم التي نستطيع من خلالها الحكم على شخصية الفرد وسلوكه والتنبؤ بما يمكن أن يسلكه.

فهناك عوامل عديدة لها أثر في فهم الذات لدى الأفراد، ومن أكثر هذه العوامل أهمية الأهل والأقران، وكذلك الأساليب التي يستخدمها الأهل في التنشئة الاجتماعية العقلية الانفعالية، والأكاديمية، وكذلك فإن مفهوم الذات هو الأساس الذي تركز المحيطين به ومع بيئته الخارجية (بركات، 2008م، ص 222)

فهو يؤثر بهذه البيئة المحيطة به ويتأثر بها أيضاً، فان تعاطي الترامادول هو من أهم العوامل البيئية التي تحيط بالفرد وتؤثر به، وهذا ما اشارت اليه دراسة (أبو شنب، 2009م، ص15).

كما يعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي هام في بناء الشخصية ومتغير أساسي من متغيرات السلوك، وعلى الرغم من كونه خبرة غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية، إلا أن وجوده بقدر مناسب يعد ضرورة للتكامل النفسي، لأنه يخدم أغراضاً هامة في حياة الإنسان وينبه الفرد للخطر قبل وقوعه. (الجزائري، 2004م، ص20، الدسوق، 1998م، ص1)

يعتبر القلق والاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية شيوياً وهناك العديد من الدراسات الأجنبية التي حاولت دراسة الفروق بين هذين الاضطرابين وإمكانية الفصل بينهما وتمييزهما عن بعضهما، من هذه الدراسات دراسة كلارك وسينر وبيك، Clark, Steer & Beck, 1994، ودراسة ويكار وكراسكي Waikar, Craske, 1997. (Miles et al., 2004, p.691) وهذا ما أكدته دراسة (العبويني، 2012م، ص65).

ويعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوياً في العالم كله وذلك ما أكدته الأبحاث العالمية في هذا المجال وترى منظمة الصحة العالمية أنه سوف يحتل المرتبة الثانية من أهم أسباب الوفاة والإعاقة في العالم بعد أمراض القلب بحلول عام 2020. (هندية، 2003م، ص8، موسى، 2005م، ص21).

الترامادول هو دواء مسكن للألم من نوع الأفيونات وهذا الدواء يستخدم لحالات الألم المتوسطة والشديدة مثل التهاب المفاصل والفيبروميالجيا، لهذا الدواء تأثير على النواقل العصبية في الدماغ مثل السيروتونين والأدرينالين ولذلك فهو يحمل تأثيرات نفسية أيضاً على الإنسان، وهو يحمل قائمة طويلة جداً من التأثيرات الجانبية التي يعتبر بعضها خطيراً، ومنها الدوار، والغثيان والإمساك، والصداع، والنوم، والنعاس، والتهيج، والتعرق، والتعب، وتوسع الأوعية الدموية، وفقدان الوزن واضطرابات في الرؤية، والعديد العديد من الآثار الجانبية الجسدية منها والنفسية، وهذا ما اكدته دراسة (الزهراني، 2000)، (أنور، 2009)، (الأسمرى، 2001).

وتسعى الدراسة إلى معرفة مدى تأثير إدمان الترامادول على مفهوم الذات لدى الشخص المدمن وكذلك درجة القلق والاكتئاب لدى الشخص المدمن.

بالرغم من الكم الهائل للدراسات والبحوث النفسية التي تناولت ظاهرة الإدمان على المخدرات بمختلف أنواعها إلا أنها لم تلتفت إلى دراسة إدمان الترامادول.

اقتصرت دراسات الإدمان السابقة فقط على دراسة تعاطي المخدرات والعقاقير الأخرى المتمثلة في الحشيش والبانجو، الهيروين، والأفيون، الكوكايين وغير ذلك من المواد المخدرة، ولم تدرس الترامادول كمخدر، وحتى الدراسات القليلة التي تناولته كمخدر تناولت التأثير الجسدي على المدمنين ولم تتناول الجانب النفسي.

ومن خلال عمل الباحثة كأخصائية نفسية في المركز الطبي لتاهيل الحواس وتعاملها مع حالات تعاطي الترامادول كان لديها الفضول في التعرف على مدى تأثير تعاطي الترامادول على مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب.

1.2 مشكلة الدراسة

تمثلت مشكلة البحث في التساؤلات الآتية:

السؤال الرئيسي: ما العلاقة بين مفهوم الذات والقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول؟

ويتفرع من هذا السؤال:

- 1- ما مستوى مفهوم الذات لدى متعاطي الترامادول؟
- 2- ما مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول؟
- 3- ما مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول؟
- 4- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مفهوم الذات والقلق لدى متعاطي الترامادول
- 5- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مفهوم الذات والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

6- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر/الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول؟

8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول؟

9- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول؟

1.3 أهداف الدراسة:

1- تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات والقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

2- التعرف على مستوى مفهوم الذات لدى متعاطي الترامادول.

3- التعرف على مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول.

4- التعرف على مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

5- معرفة مستوى العلاقة ذات الدلالة الاحصائية بين مفهوم الذات والقلق لدى متعاطي الترامادول

6- معرفة مستوى العلاقة ذات الدلالة الاحصائية بين مفهوم الذات والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

7- الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية) لدى متعاطي الترامادول.

8- الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية) لدى متعاطي الترامادول.

9- الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية) لدى متعاطي الترامادول.

1.4 أهمية الدراسة:

يحاول علم النفس أن يخدم الإنسان، ونحن الفلسطينيون لا نملك الكثير من الموارد المالية أو المواد الخام، ولكننا نملك الإنسان القادر على العطاء المتواصل، نملك العقول الفلسطينية التي إذا استثمارناها نستطيع بناء دولتنا المستقلة.

ومن هنا تكمن أهمية الدراسات العلمية التي تحاول أن تدرس الظواهر التي تؤثر على العقول الفلسطينية، فإن أهمية هذه الدراسة هي:

- 1- أنها تعتبر من الدراسات القليلة التي تناولت التأثير النفسي لتعاطي الترامادول.
- 2- قد تفيد هذه الدراسة المشتغلين في مجال علاج تعاطي الترامادول.
- 3- قد تفيد المؤسسات المهمة بموضوع التعاطي من خلال معرفة أهم المظاهر النفسية لدى متعاطي الترامادول.
- 4- أنها تساعد في الوقاية من تعاطي الترامادول من خلال معرفة الفئة الأكثر عرضة لتعاطيه.

1.5 حدود الدراسة:

الحد الزمني: في العام الدراسي الجامعي 2016-2017.

الحد المكاني: قطاع غزة.

الحد البشري: متعاطي الترامادول (في المركز الطبي لتاهيل الحواس).

1.6 مصطلحات الدراسة:

مفهوم الذات:

يعرفه صلاح الدين أبو ناهية 1999 " بأنه عبارة عن مفهوم الفرد وإدراكه للعناصر المختلفة المكونة للشخصية أو كينونته الداخلية والخارجية، ويتمثل ذلك في الجوانب الأكاديمية والجسمية والاجتماعية والثقة بالنفس". (أبو ناهية، 1999م، ص17).

وتعرف الباحثة مفهوم الذات إجرائياً على أنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيبون (متعاطي الترامادول) على مقياس مفهوم الذات.

القلق:

يعرف شاذلي القلق بأنه "بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض واعراض نفسية وجسمية" (شاذلي، 1999م، ص 112).

وتعرف الباحثة **القلق** إجرائياً على أنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيبون (متعاطي الترامادول) على مقياس القلق

الاكتئاب: تعريف بيك Beeck: اضطراب الاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها و تتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموعة التصورات أو الإدراكات السلبية للذات أو للموقف الخارجي أو للمستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة.

• وتعرف الباحثة **الاكتئاب** إجرائياً على أنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيبون (متعاطي الترامادول) على مقياس بيك للاكتئاب.

التعاطي:

وقد عرفه **الفينك** بأنه: قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي، أو الصحة العقلية للمتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي. (Alvink, 1976, p.222)

الفصل الثاني

الإطار النظري

2.1 المبحث الأول: مفهوم الذات

2.1.1 تعريف مفهوم الذات:

الذات لغة :

"وذاث الشيء نفس الشيء عينه وجوهره فهذه الكلمة لغوياً مرادفة لكلمة النفس والشيء، ويعتبر الذات أعم من الشخص؛ لأن الذات تطلق على الجسم وغيره، والشخص لا يطلق إلا على الجسم فقط". (ابن منظور، 1988 م، ص13).

ذات الشيء حقيقة وخاصيته، وكذلك عرفه من ذات نفسه كأنه يعني سريرته المدمرة،

وقوله عز وجل: **قَالَ تَعَالَى: ﴿إِنَّهُ عَلِيمٌ بِذَاتِ الصُّدُورِ﴾** [المك: 13]

ونلاحظ أن بعض العلماء أشاروا إلى أن الذات أعم من النفس وهي خاصية ومميزة لفرد ما، أما (يعقوبي، 1979م) فيقول إن ذات الإنسان هي نفسه العاقلة، العارفة أي أن هذا التعريف اعتبر الذات الجزء الظاهر من النفس ومهما يكن فإن كان تناول النفس قد برز بوضوح من قبل الفلاسفة، فقد برز تناول أكثر في علم النفس لكلمة الذات، حيث أن كلمة الذات في علم النفس مرادفه لـ sol الفرنسية، self في الانجليزية، seIbst في الألمانية (المحاميد، 2003م، ص164).

الذات اصطلاحاً:

مفهوم الذات: هو فكرة الفرد عن ذاته، وما هي الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه في ضوء أهدافه وإمكانياته، واتجاهه نحو هذه الصورة، ومدى استثماره لها في علاقته بنفسه أو بالواقع (طه وآخرون، 1993م، ص745).

ومفهوم الذات ينشأ من العلاقة بين الذات المدركة والبيئة المحيطة بالفرد، فمفهوم الذات هو ما يراه الفرد بداخله عن نفسه وعن مفهوم البيئة المحيطة هو كل ما يحيط بالفرد كالعائلة والمدرسة وغيرها. (Sharma, 2005, p.59 – 60).

ومفهوم الذات :

هو عبارة عن مفهوم الفرد وإدراكه للعناصر المختلفة المكونة لشخصية أو كينونته الداخلية والخارجية ويتمثل ذلك في الجوانب الأكاديمية والجسمية والاجتماعية والثقة بالنفس. (أبو ناهية، 1999م، ص17).

ويعتبر مفهوم الذات من المفاهيم متعددة الأبعاد، حيث يعتبر ركناً أساسياً وحجر الزاوية في بناء الشخصية. يشكل مفهوم الذات للفرد أهمية خاصة، لفهم ديناميات الشخصية، والتوافق النفسي، وعليه يمكن تعريف مفهوم الذات على أنه "الوعي بكينونة الفرد، وتنمو الذات وتتفصل تدريجياً عن المجال الإدراكي وتتكون بنية الذات كنتيجة للتفاعل مع البيئة، وتشمل الذات المدركة، والذات الاجتماعية، والذات المثالية، وقد تمتص قيم الآخرين، وتسعى للتوافق والثبات، وتنمو نتيجة للنضج والتعلم". (زهران، 2000م، ص367).

2.1.2 وجهات نظر مختلفة نحو مفهوم الذات:

2.1.3 الذات في القرآن الكريم:

أولاً : جاءت بمعنى الذات الخارجية أي كل ما من شأنه تحقيق التوافق والتسامح مع الآخرين وإزالة التشاحن والتقاطع والتدبر، وتحقيق التواد والتحاب والتواصل.

قال تعالى: ﴿ وَأَصْلِحُوا ذَاتَ بَيْنِكُمْ وَأَطِيعُوا اللَّهَ وَرَسُولَهُ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ ﴾

[الأنفال:1]

ثانياً: جاءت بمعنى الذات الداخلية أي الضمير ذلك في قوله تعالى: ﴿ وَاللَّهُ عَلِيمٌ

بِذَاتِ الصُّدُورِ ﴾ [آل عمران: 154]

2.1.4 الذات من وجهة نظر الفلاسفة:

الفيلسوف " رينيه ديكارت " والمقولة الشهيرة التي أطلقها (أنا أفكر، إذن أنا موجود) التي تعني طالما كان التفكير واقعاً لا يمكن إنكار وجودي.

" وليم جيمس " حيث قدم في كتابه الشهير (مبادئ علم النفس، 1980 م) فصلاً حول الذات، وكان موضوعياً في معالجته للموضوع، وقد قسم الذات التجريبية إلى أربعة عناصر مرتبة تنازلياً.

وهذه العناصر هي:

- الذات الروحية : ويقصد بها ملكات النفس ونزعاتها وقبولها.
- الذات المادية : وهي كل ما يخص الممتلكات الفردية المادية.
- الذات الاجتماعية : يقصد بها الكيفية التي ينظر بها الآخرون إلى الفرد.
- الذات الخاصة : ويقصد بها ذلك التيار من التفكير الذي يكون إحساس الفرد بهويته الشخصية. وهذه الذوات الأربع تتحدد وتكون نظرة الفرد الى نفسه (الشيخي، 2003م، ص39).

العالم " كولي " الذي أكد على العلاقة بين الذات والبيئة الاجتماعية.

العالم " هيربرت ميد " الذي وسع هذا المفهوم، وناقش العملية التي يصبح بها كيان الشخص مرآة تعكس صورة الحياة الاجتماعية التي نشأ فيها. (بكر، 1979م، ص65).

ثم بدأ علم النفس الإنساني، بما فيه نظرية الذات بالبروز وبدأ علماء أمثال البورت، وروجرز، ماشو، رولو ماي، بالدعوة إلى إيجاد علم نفس يهتم بالسلوك الإنساني بأكمله على أساس أن سلوك الإنسان شيء أكبر وأكثر تعقيداً من سلوك الحيوان بالمختبر (بكر، 1979م، ص65).

ويقول " البورت " أن علم النفس الصحيح سيكون علم نفس الذات؛ ولذلك يرى أن هناك أسباب تدفعنا إلى البحث في الذات، وهي أن وجودنا الشخصي وهويتنا يتوقف على مدى إحساسنا بالذات، وأن إسقاط هذا المحك بمثابة المحافظة على إطار الصورة بعد إبعاد ذاتها، كما ينبغي على علم النفس أن يقدم بياناً دقيقاً عن المعنى المتطور للذات ولذلك لكي يساعد الفلسفة في تحديد مصطلحات الذات (أبو زيد، 1978م، ص33).

2.1.5 التطور التاريخي لمفهوم الذات

يعتبر مفهوم الذات من الموضوعات التي اختلف علماء النفس حوله قديماً وحديثاً، سواء كان هذا الاختلاف في عملية تمييزه عن المفاهيم الأخرى مثل تقدير الذات، أو الإدراك الذاتي، أو تقرير الذات، وأيضاً حول تداخل مفهوم الذات مع مصطلحات أخرى مثل الأنا والنفس والروح، وكذلك في تحديد تعريفاته كموضوع أو كعملية، ولقد تتبع (حاتي، 1992، Hattie) الخلفية التاريخية لتطور مفهوم الذات من عصر الفلاسفة الإغريق كأفلاطون وأرسطو والذين تناولوا مفهوم الذات كهوية أو تفرد، مروراً بديكارت الذي يراه كجوهر مدرك الى الجدل الفلسفي بين مفكري عصر النهضة وعلى رأسهم هيوم.

والذين حاولوا التمييز بين الحواس ومدركاتها العقلية كالتفكير وصولاً إلى المنهج العلمي الذي تبناه جيمس غي تفسير مفهوم الذات، والذي صنفها إلى أربعة مستويات أو نطاقات منظمة في بناء هرمي تتمثل قاعدته بالذات الروحية (الذات الجسمية - الذات الاجتماعية - الذات المادية - الذات الروحية).

2.1.6 أهمية مفهوم الذات:

أظهرت كثير من الدراسات الميدانية أن لمفهوم الذات علاقة طردية واضحة مع التوافق النفسي والصحة النفسية قد تتبين في مجال الصحة النفسية، أن عدم تقبل الذات أو رفضها يؤدي الى الاضطراب النفسي والصراع والقلق، بل أثبتت الدراسات أن العصائبيين يتسمون بعدم الانسجام مع الذات. (عقل، 2009م، ص63)

أن لمفهوم الذات دوراً ثلاثياً فيما يتعلق بتحديد السلوك، فهو أولاً : يعمل بشكل آلي للحفاظ على اتساقه الداخلي، فإن كان للفرد مشاعر أو مدركات غير متناسقة أو متعارضة، فإنه ينتج عن ذلك حالة من عدم الراحة النفسية والتي تسمى (بالتنافر المعرفي، ويقوم الفرد عندئذ بأي عمل ليعيد إليه توازنه ويؤمن له الشعور بالراحة والطمأنينة. والدور الثاني: الذي يلعبه مفهوم الذات في تحديد السلوك هو أنه يشكل الطريقة التي يفسر بها الخبرات الشخصية، فالفرد يعطي لكل خبرة معنى، فقد يحدث نفس الشيء لشخصين مختلفين فيفسره الأول بطريقة تختلف عن تفسير الشخص الثاني له.

والدور الثالث: لمفهوم الذات هو أنه يقدم مجموعة من التوقعات حيث يحدد ماذا يتوقع أن يعمله الأفراد في المواقف المختلفة، وهذه المجموعة من التوقعات تعتبر المظهر الرئيسي أو المركزي لمفهوم الذات (عقل، 2009م، ص43).

2.1.7 نظريات الذات:

2.1.8 نظرية الذات عند روجرز:

يعرف روجرز الذات أو مفهوم الذات على أنه: " نموذج منظم ومتسق مع الخصائص المدركة " لأننا " أو الضمير المتكلم مع القيم المتعلقة بهذه الرموز".

وتقول ليندا دافيدوف أن روجرز ينظر إلى الطفولة كمرحلة حرجة لنمو الذات، وهو بذلك يتفق كثيراً مع كثير من المنظرين الفرويديين المحدثين، فهو يركز على التأثيرات الباقية للعلاقات الاجتماعية المبكرة، كما أنه يؤكد على أهمية حصول الفرد على الاعتبار الايجابي والدفء العاطفي والقبول من الآخرين وخاصة الهامين منهم، وأن الأطفال في رأي روجرز سوف يعملون أي شيء في سبيل إشباع هذه الحاجة.

ويقول روجرز أن الأطفال في السنوات المبكرة يكونون واعين بالاتساق في سلوكهم ويحددون لأنفسهم سمات معينة فمثلاً (الغضب بسهولة) و (لديه الكثير من الطاقة) فالغضب بسهولة يدرك كجانب سلبي، على حين أن كونه (لديه طاقة) يدرج كجانب إيجابي للذات (دافيدوف، 2000م، ص51).

يرى روجرز أن الإنسان لديه نزعة فطرية لتحقيق الذات، وتكتسب الأحداث التي تدور حول الفرد معناها من خلال ما يدركه ويفهمه الفرد من تلك الأحداث من معنى، وتعامل الفرد مع واقعه يكون من خلال كيفية إدراكه وفهمه لهذا الواقع، حيث أن الفرد يعمل على تقويم خبراته هل هي ذات قيمة موجبة أو سالبة. فالفرد يدرك الخبرة التي تتماشى وتتسجم مع نزعته لتحقيق الذات باعتبارها خبرات ذات قيمة إيجابية والعكس صحيح.

أهم التصورات الرئيسية لنظرية روجرز :

- الكائن العضوي وهو الفرد بكيته.
- المجال الظاهري وهو مجموع الخبرة، ومما يميز المجال الظاهري خاصية أن يكون شعورياً أو لا شعورياً حسب ما إذا كانت الخبرة المكونة للمجال تحولت إلى رموز أم لا.

الذات وهي الجزء المتميز من المجال الظاهري وتتكون من نمط الإدراكات، والقيم الشعورية بالنسبة ل (أنا) وضمير المتكلم (محمد، 2008م، ص62)

خصائص الذات لنظرية روجرز

- أنها تنمو من تفاعل الكائن مع البيئة.
- قد تمتص قيم الآخرين وتدرکها بطريقة مشوهة.
- يسلك الكائن بأساليب تتسق مع الذات.
- الخبرات لا تتطور مع الذات وتدرک بوصفها تهديدات.
- قد تتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم.

(كفافي، 1999م، ص409).

ولقد أوضحت هذه النظرية أن التناقض بين مجالات الذات المختلفة مرتبط بأعراض ومشاعر مختلفة، ويرجع حجم الأعراض الانفعالية لحجم التناقض بين تلك المجالات، حيث أن التناقض بين الذات الفعلية والمثالية يؤدي إلى فقدان الآمال والأمان، ويؤدي تناقض الذات الفعلية والمثالية إلى شعور الأفراد بالاكنتاب المرتبط بمشاعر الحزن، وعدم التشجيع والإعاقة الحركية النفسية، وكذلك يؤدي تناقضهما إلى نتائج سلبية مثل توقع العقاب لعدم الوفاء بالواجبات والمسئوليات ولذلك فعندما يتناقض مفهوم الذات العقلي والمثالي فإن الأفراد يشعرون بإثارة ترتبط بالقلق والعصبية والإثارة النفس حركية (Andersen, 2000, p.62).

ويؤكد روجرز أن كل فرد يعيش في مجال ظاهراتي معين، حيث يكون هو مركز ذلك المجال، فالإدراكات التي يشترك فيها كل أفراد المجتمع أو التي يجمع عليها أفراد المجتمع هي الإدراكات والملاحظات الصحيحة.

إن مفهوم الذات ينتج عن تفاعل الفرد مع الآخرين، فالذات شيء إدراكي حيث يدرك الشخص ويفهم ذاته وما ينبغي أن تكون عليه، والمفهوم الذاتي عادة يتكون من القيم والمعايير التي يرثها أو يأخذها الفرد من الآخرين (انجلر، 1991م، ص57).

وكذلك تشير هذه النظرية إلى أن الذات تتكون وتتحقق من خلال النمو الإيجابي، وتتمثل في بعض العناصر مثل: صفات الفرد وقدراته والمفاهيم التي يكونها بداخله نحو كل من ذاته والآخرين والبيئة التي يعيش فيها، وكذلك عن خبراته وعن الناس المحيطين به، وهي تمثل صورة الفرد وجوهر حيويته، ولذا فإن فهم الإنسان لذاته له أثر كبير في سلوكه من حيث السواء أو الانحراف، ولذلك فمن المهم معرفة خبرات الفرد وتجاربه وتصوراته عن نفسه وعن الآخرين (النيال، 2002 م، ص159).

ويقول "العيسى" إن مفهوم الذات كما يراه روجرز هو مجموع إدراكات الفرد لخصائصه وقدراته والمدرجات والمفاهيم التي يكتسبها من الآخرين ومن البيئة الاجتماعية، ومع أن روجرز في نظريته قد أهمل الجانب اللاشعوري، إلا أن هذه النظرية لاقت رواجاً في الإرشاد والعلاج النفسي (العيسى، 1988م، ص36).

نظرية الذات عند وليام جيمس 1890 : Williom James

يشير جيمس إلى أن الذات أو الأنا بعموميتها هي كل ما يستطيع الإنسان أن يدعي أن له جسده - سماته - قدراته - ممتلكاته المادية - أسرته - أصدقاءه - أعداءه - هواياته - والكثير غير ذلك، ويعتبر الكثير مما يكتب اليوم عن الذات أو الأنا مستمد مباشرة من جيمس، ولقد ناقش جيمس الذات من خلال (مكونات الذات، الذات المادية، مشاعر الذات، نشاط البحث عن الذات، حفظ الذات).

حيث تشمل مكونات الذات: الذات المادية، و الذات الاجتماعية، و الذات الروحية، و الأنا الخالصة. ممتلكات الفرد المادية هي الذات المادية في حين الذات الاجتماعية هي نظرة الآخرين إليك أما الذات الروحية فتتكون من ملكاته النفسية ونزعاته

وميوله، أما الأنا الخالصة فيرى جيمس فيرى جيمس أنها ذلك التيار من التفكير الذي يكون إحساس المرء بهويته الشخصية (كالفين هول وجاردنر ليرنردي، 1978م، ص 599-600).

2.1.9 نظرية التحليل النفسي:

كان "فرويد" يبحث عن استبصارات تساعده لفهم الشخصية الإنسانية خاصة في علاجه للمرضى العصائيين بل إن "فرويد" كان يلاحظ نفسه أيضاً، ثم تدرج في وضع نظريته التي تسمى بالتحليل النفسي، وهي تفسر السواء وعدم السواء النفسي وطرق معالجته واستمر "فرويد" طيلة حياته يراجع أفكاره وينقحها.

تتكون الشخصية وفقاً لما يراه "فرويد" من ثلاث مكونات هي :

الهو ID: وهو منظمة بيولوجية تنشأ منذ الولادة وتستمر مع الحياة، وتعد بمثابة مخزون للطاقة النفسية (الداهري والبيدي، 1998م، ص 39).

الهو لا يتغير بمضي الزمان ولا بفعل الخبرة أو التجربة لأنه لا يتصل بالعالم الخارجي، ومع ذلك يمكن السيطرة عليه. (العنزي، 1998م، ص 39)

ويرى فرويد أنه لا علاقة (للهو) بالمعايير أو القيم أو الأخلاق والمثل والصواب والخطأ كما أنه لا يخضع لقوانين أو قواعد أو منطق فهو يسير وفق مبدأ اللذة. (الأنصاري، 1999م، ص 47).

الأنا THE EGO: يذهب الداهري والبيدي إلى القول بأن "فرويد" يرى أن الأنا ينبثق من الهو، وذلك خلال العام الثاني من حياة الطفل ويستمر مع الحياة، حيث يبدأ الطفل التعامل مع الواقع الموضوعي، وانبثاق الأنا يحدث لمواجهة هذا الواقع ويؤدي إلى تأجيل الإشباع؛ لأن الأنا دائماً يسعى وراء الموضوعية والإشباع الحقيقي أي مبدأ الواقعية، وهو يسعى دائماً إلى التوافق مع البيئة في ضوء الواقع المعاش (الداهري والبيدي، 1999م، ص 62).

ويطلق "فرويد" على هذه المرحلة أيضاً مرحلة الذات الوسطى حيث يمثل الهو مرحلة الذات الدنيا، ويرى "فرويد" أن الذات الوسطى هي ذلك المدير الذكي الذي يسعى إلى تحقيق بقاء الفرد بقاء متكاملًا، وذلك بالتوافق بين مطالب الهو، ومطالب

الضمير، أو الذات العليا صاحبة المبادئ والمثل العليا الأخلاقية وبين الهو وصاحب مبدأ اللذة والشهوة (عيسوي، 1990م، ص73).

الأنا الأعلى - super - ego : يرى فرويد هذه المرحلة أنها ذلك النسق من السلوك السليم، أو النمط الثقافي السائد في بيئة ومجتمع معين في ضوء الواقع المثالي، ويتمثل دور الأنا الأعلى أو الذات العليا في عمليات الكف لكل رغبات الهو (دافع الموت أو غريزة الموت)، وكذلك صبغ الأنا بصبغة قيمية مثالية (الداهري والعبدي، 1999م، ص63).

ويعتبر فرويد العلاقة بين هذه العناصر الثلاثة علاقة صراع بين الخير والشر، ويحدث هذا الصراع على نطاق لا شعوري، ومن هنا كانت الذات الوسطى تقوم بوظيفة التوافق بين قوى الخير والشر في الإنسان.

ويرى عوض أن تلك القوى الثلاثة قوة بيولوجية الهو، قوة سيكولوجية الأنا، قوة اجتماعية الأنا الأعلى، جميعها تعمل كفريق واحد متفاوتة ومتآزرة في حالة السواء، ومتصارعة في حالة المرض أو سوء التوافق (عوض، د.ت، ص19).

مفهوم الذات عند البورت

يعرف البورت بأنه من علماء نفس " الأنا " أو " الذات " ولقد قام البورت بفحص المعاني العديدة للأنا والذات في الكتابات السيكلوجية، ونتيجة للخط بين المعاني العديدة للأنا والذات فلقد اقترح البورت تسمية جميع وظائف الذات أو الأنا (الوظائف الجوهرية للشخصية، والتي تتضمن كلاً من هوية الذات، وتقدير الذات، وامتداد الذات، وصورة الذات، والتي تتضمن كل من هوية الذات، وتقدير الذات، وامتداد الذات، وصورة الذات، والتي تمثل في مجملها الجوهر والذي ينمو مع الزمن، ويرى البورت أن الذات والأنا قد يستخدمان بشكل وصفي للدلالة على الوظائف الجوهرية في مجال الشخصية (كالفين هول وجاردنرليندزي، 1978م، ص ص353-354).

ويرى البورت أنه على الرغم من صعوبة وصف طبيعة الذات، إلا أن مفهوم الذات جوهرية أساسي في دراسة الشخصية، ويمكن إرجاع ذلك تاريخياً إلى التأثير القوي الذي تركه فرويد، فيرى البورت أن فرويد رحل قبل أن يتم بصورة كاملة نظريته في الأنا، ويعتبر مفهوم الذات عند البورت هو أنا، و الأنا يوجد بداخلها عملية دينامية ذات قوة

إيجابية كبيرة أكثر مما هو متمثل في مفهوم الأنا عند فرويد، و الأنا عند فرويد تتحكم في الهو وتضبطه من حيث أنها موجهه لاندفاعات الهو، أنا الأنا والذات عند البورت أن قيام جوهر الشخصية بوظائفه على نحو تام يميز المرحلة الأخيرة من مراحل نمو الفرد النمائية المتتابة التي تبدأ من الميلاد وتستمر عند الرشد (محمد، 2008م، ص75).

مفهوم الذات لدى ماسلو

لقد تحدث ماسلو عن الذات من خلال هرم الحاجات الشهير الذي يتكون من خمس درجات، حيث يبدأ تلك الحاجات بالحاجات الفسيولوجية، وتنتهي بتحقيق الذات، كما ويرى أن تحقيق الذات هي مرحلة متميزة تجعل للفرد كيانه المستقل وتميزه عن غيره، من خلال قدرة هذا الفرد على تحقيق طموحاته العليا التي يرغب في الوصول إليها.

(Ware & Johnson, 2000, p.232)

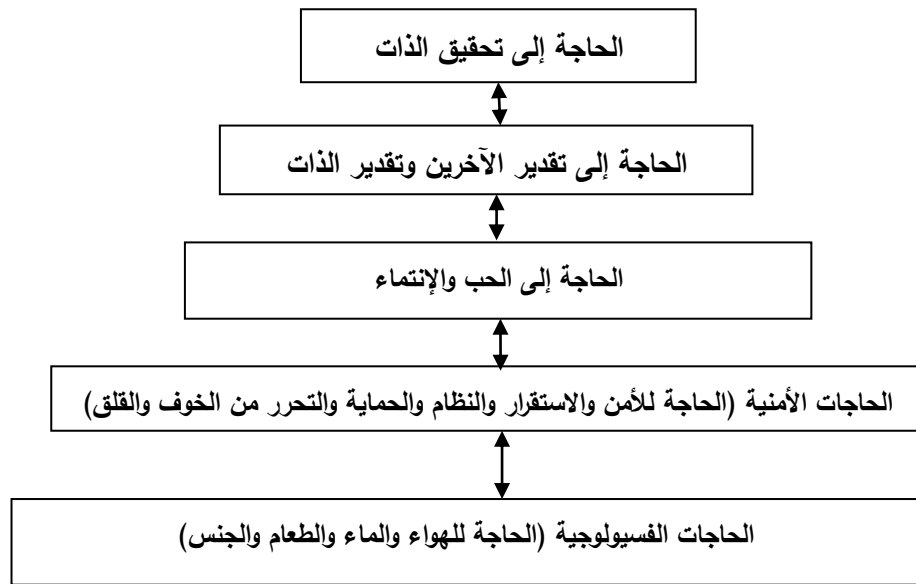
ويشير ماسلو إلى أن الأفراد الذين يحققون ذاتهم يتميزون بمجموعة من السمات التالية :

- إدراكهم للواقع يكون بشكل دقيق وواقعي.
- هم أفراد يتسمون بالبساطة والتلقائية.
- يكون اهتمامهم بما يحيط بهم من مشكلات أكبر من تركيزهم على ذواتهم.
- يعملون على خلق توازن بين حاجتهم للخصوصية والانفصال عن الآخرين.
- يميلون للاستقلالية ولذلك فهم لا يعتمدون على بيئتهم أو ثقافتهم.
- يظهرون تجديداً مستمراً من التقدير.
- يخبرون خبرات الذروة.
- اهتمامهم بالناس بشكل عام وليس فقط أقاربهم أو أصدقائهم.
- صداقتهم العميقة تكون مع القليل من الأصدقاء.
- يتقبلون قيم الديمقراطية المحيطة بهم.
- يتميزون بالإبداع.
- لا يخضعون بشكل تام للثقافة، ويميلون إلى التوجه بالذات.
- حسهم القيمي عالٍ. (Hergenhahn & Olson, 2006, pp. 48-51)

ويشير ماسلو إلى أن الحاجة إلى تحقيق الذات يعمل الفرد على إشباعها بعد إشباع الحاجات الأخرى السابقة خاصة الفسيولوجية منها، وحيث تعتبر حاجة تحقيق الذات أقل الحاجات إلحاحاً لأنها لا تشكل تهديداً لحياة الفرد مثل الحاجات الأساسية الأخرى، فلذلك فإن كثيراً من الأشخاص لا يصلون إلى مستوى تحقيق الهوية بسبب ذلك، وفي بعض الأحيان فإن البيئة الاجتماعية والثقافية يمكن أن تكون عائقاً في طريق تحقيق الأفراد لذواتهم بما تفرضه من معايير، وقد يتطلب تحقيق الذات من الفرد أحياناً تخطي وكسر تلك المعايير وتحرك الفرد يكون من داخله أكثر منه من خلال تلك المعايير، وقد يصبح تحقيق الذات المرتبط بالنمو مهدداً لبعض الحاجات حيث يفترض أن لا يصله الفرد قبل أن يحقق حاجاته الأساسية، وبذلك قد يصبح مهدداً لحاجات الأمن مثلاً أو لحاجات غيرها.

(Hergenhahn & Olson, 2006, pp. 48- 51)

2.1.10 هرم الحاجات لماسلو



شكل رقم (2.1) هرم ماسلو

تعقيب الباحثة:

ومن خلال استعراض النظريات التي تحدثت عن مفهوم الذات يتضح أن العلماء لم ينتقوا على تعريف محدد لمفهوم الذات حيث قام كثير منهم بوضع تعريفات لهذا المفهوم تبدو متشابهة حيناً ومتباينة أحياناً أخرى، ويمكن القول هنا أن الذات تعتبر ركناً أساسياً من أركان الشخصية، ولإدراك الإنسان لنفسه سواء بشكل شعوري أو لا شعوري. ومفهوم الذات لدى الفرد دائم التطور ويتأثر بعلاقة الفرد مع الآخرين وتفاعله مع بيئته، خاصة وأن الفرد هو محرر العالم الذي نعيشه والذي يتميز بالخبرة المستمرة.

وبناءً على عرض النظريات السابقة تتفق الباحثة مع ماسلو من حيث سمات الأفراد الذين يحققون ذواتهم حيث يتميزون ب:

- إدراكهم للواقع يكون بشكل دقيق وواقعي.
- هم أفراد يتسمون بالبساطة والتلقائية.
- يكون اهتمامهم بما يحيط بهم من مشكلات أكبر من تركيزهم على ذواتهم.
- يعملون على خلق توازن بين حاجتهم للخصوصية والانفصال عن الآخرين.
- يميلون للاستقلالية ولذلك فهم لا يعتمدون على بيئتهم أو ثقافتهم.
- يظهرون تجديداً مستمراً من التقدير.
- يخبرون خبرات الذروة.
- اهتمامهم بالناس بشكل عام وليس فقط أقاربهم أو أصدقائهم.
- صداقتهم العميقة تكون مع القليل من الأصدقاء.
- يتقبلون قيم الديمقراطية المحيطة بهم.
- يتميزون بالإبداع.
- لا يخضعون بشكل تام للثقافة، ويميلون إلى التوجه بالذات.
- حسهم القيمي عال.

وكذلك تحدث ماسلو عن تأثير البيئة الاجتماعية والثقافية على تحقيق الفرد لذاته لما تفرضه هذه البيئة من معايير.

2.2 المبحث الثاني: القلق

2.2.1 المقدمة

بالرغم من أهمية القلق الموضوعي كمحفز للإنسان لإشباع حاجاته المختلفة، فقد عانى الإنسان منذ القدم من الجوع والمرض والعبودية والحرمان، ومن الحروب والكوارث الطبيعية مما جعله يعاني من القلق بدرجات تقوت أحياناً الدرجة الموضوعية.

تعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي لازالت تحتل إلى حد كبير مكان الصدارة في البحوث النفسية والإكلينيكية، خاصة وأنها تعيش في عصر غامض محفوف بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، ولا يعتبر القلق السمة المميزة لعصرنا الحالي فقط، فالقلق قديم قدم الإنسانية، فالحياة البدائية لم تكن خالية من القلق. ومصدر القلق كان الحيوانات الضخمة التي كانت تشكل تهديداً لحياة الإنسان، إلا أن القلق أصبح في العصر الحديث إشارة لظاهرة مرضية يتعرض لها الأفراد بمستويات مختلفة، وذلك بسبب فقدان الاطمئنان النفسي، إضافة إلى أن حياة الإنسان المعاصر أصبحت لا تخلو من المشاكل والعوائق البيئية والشخصية المتداخلة، التي تحول دون إشباع حاجياته النفسية والبيولوجية، وتحقيق أهدافه، الأمر الذي قد يزيد من معدلات القلق لديه (الساعاتي، 1997م، ص217).

2.2.2 تعريف القلق لغة:

جاء في المنجد (البعليكي، 1973م، ص516) القلق لغة : من كلمة قَلِقَ أي اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق، وكلمة اقلق أي ازعج.

كما يعرف في المعاجم الانجليزية على نفس النحو، حيث يعرف في معجم اكسفورد (Hornby, 1989) على أنه " إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل. كما يعرف في معجم وبستر (Webster, 1991) على أنه: إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائماً يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب؛ وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد وبسبب الشك بشأن حقيقة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح.

2.2.3 تعريف القلق اصطلاحاً:

ترتبط التعريفات في الغالب بالأطر النظرية التي ينتمي إليها المعرفون، وعلى هذا الأساس فإنه لا يمكن القول بأن هناك تعريفاً شاملاً لمصطلح القلق يمكن أن يعكس كل هذه التوجهات.

تعريف فرويد: القلق هو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد خلال المواقف التي يصادفها، فهو يختلف عن بقية الانفعالات الأخرى غير السارة كالشعور بالإحباط أو الغضب أو الغيرة، لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد أو أخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح. (الخالدي، 2002م، ص116).

فالقلق بالنسبة لفرويد وجولدن ستاين "خشية عارمة تتميز بصورة خاصة بالعجز التام في مواجهة الخطر" (غالبا، 2000م، ص ص 47-48).

تعريف عكاشة للقلق بأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل السحبة في الصدر أو ضيق تنفس..... إلخ، وكما يعرض عكاشة تعريف آخر للقلق بأنه رد فعل نفسي وجسدي نتيجة للشد العصبي ومواقف الحياة اليومية غير المريحة، كما ويعتبر صمام الأمان الذي يقوم بتحذير وجود خطر ما يهدده وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل معينة أو من خلال سلسلة من التغيرات الفسيولوجية الداخلية و التي من شأنها مساعدة الإنسان على التعامل مع موقف الخطر الوشيك سواء بالهرب من الموقف أو مواجهة الموقف (عكاشة، 2003م ، ص134).

أما تعريف هورني: القلق هو: " استجابة انفعالية لخطر يكون موجهاً إلى المكونات الأساسية للشخصية، ومن هذه المكونات ما هو عام بين كل الناس مثل: الحرية، حب الحياة، انجاب الأطفال، ومنها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص وثقافته وبيئته ومرحلة نموه وجنسه مثل: السمعة والمركز الاجتماعي والاقتصادي، ويتخذ القلق مظاهر سلوكية مختلفة كالحذر والحيطه والخوف، وهذا القلق يسلب بالتدرج السمات الأصلية للفرد ويرمي به بعيدا عن ذاته الحقيقية" (زهرا، 1992م، ص379).

ويعرفه أبو حامد الغزالي بأنه عبارة عن: " تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه في المستقبل".

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فقد صاغت أكثر من تعريف للقلق ومنها: - " هو عبارة عن خوف وتوتر وضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح، ويصاحب كلاً من القلق والخوف عدد من التغيرات الفسيولوجية "

2.2.4 نسبة شيوع المرض عالمياً:

يصيب مرض القلق نحو 5% من السكان عادة في أي وقت، وأغلب المصابين به 80% من النساء والغالبية من هؤلاء في سنوات القدرة على الإنجاب، وتعزى زيادة انتشار المرض لدى النساء بالنسبة للرجال ربما إلى تعرض النساء لألوان من الضغوط ينفرد بها مجتمعنا، ولقد أظهرت الدراسات أن زيادة انتشار حالات القلق بين النساء ترتبط ارتباطاً مباشراً بالضغوط التي يخلقها وضع النساء المتدني من الرجال في حضارتنا، والقلق هو أكثر فئات العصاب شيوعاً إذ يكون 30-40% من الاضطرابات العصائية تبعاً للتصنيفات المبكرة. (الخالدي، 2009 م، ص 70-71).

2.2.5 الفرق بين الخوف والقلق

يعتقد عكاشة بأن الخوف والقلق عادة ما يكونان وحدة ملتصقة، ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرياء الذين لا يستريح لصحبتهم، كذلك من الناحية الفسيولوجية، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم، وضربات القلب وارتخاء في العضلات؛ مما يؤدي إلى حالة إغماء، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب، وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة. ويفرق عكاشة بين القلق والخوف من جانب الاختلاف السيكولوجي فيرى أن القلق سببه أو موضوعه مجهول، والتهديد داخلي والتعريف غامض والصراع موجود والمدة مزمنة، أما الخوف فسببه أو موضوعه معروف والتهديد خارجي والتعريف محدد والصراع غير موجود والمدة حادة (عكاشة، 2003م، ص 134-135).

2.2.6 المظهر الإيجابي والسلبي للقلق:

الواقع أن للقلق وجهين مختلفين، فمن جهة قد يساعد القلق الإنسان على تحسين ذاته وعلى الإنجاز، والوصول إلى مستويات أعلى من الكفاءة، ومن الجهة الأخرى يمكن للقلق أن يحطم الإنسان ويشيع التعاسة في حياته وحياة المحيطين به.

إن الفرق بين وجهي القلق يكمن في الدرجة التي يكون عليها وهو بذلك مثله مثل باقي جوانب حياة الإنسان، والتي يفضل دائماً أن تكون على درجة معينة من الاعتدال، وتبقى الحاجة الأساسية للإنسان في هذا الصدد هي اكتشاف المعرفة المناسبة لاستخدام وتطوير القلق بطريقة بناءة وأن يكون الإنسان سيد القلق لا عبداً له.

ومن أوائل من قال بالجوانب الإيجابية للقلق "سنبر" حيث رأى أن القلق ما هو إلا دافع مكتسب له القدرة على دفع الكائن الحي، وبهذا الشكل فإن القلق بوصفه دافعاً، يجب أن يزيد من سرعة التعلم وبالتالي يسهل الأداء.

أما بالنسبة للجوانب السلبية للقلق، فهي أكثر جلاءً ووضوحاً، فقد ارتبط القلق بالعديد من مظاهر السلوك غير المرغوبة والتي تشكل تعطيلاً للإنسان وتنتشر في حياته التعاسة وتسلبه كل مظاهر السعادة. (منصور، 1986م، ص103).

2.2.7 أسباب القلق:

هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى القلق ومنها ما هو وراثي أو يعود إلى مواقف الحياة الضاغطة أو إلى العنف النفسي العام، أو يعود إلى أسباب نفسية اجتماعية أو التفكير في المستقبل وسنتعرض إلى هذه الأسباب فيما يلي:

1. الأسباب الوراثية:

إن مستوى القلق عند الأفراد يعتمد على كيفية عمل الوظائف، وبعض الآليات الفزيولوجية، فليس غريباً أن تكون هناك فروق وراثية بين الأفراد، كما هو الحال في كثير من الخصائص الجسمية مثل لون العينين.

ويبدو أن العوامل الوراثية لها دور مهم، بل ومن المحتمل أن يكون أكثر العوامل أهمية في تحديد القلق، هذا ما بينته الدراسات المختلفة أن الوراثة تلعب الدور الهام

والأساسي في الاستعداد للقلق، فقد دلت النتائج أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة التي تعد متماثلة في كل الجوانب بسبب توفر الطبيعة الوراثية نفسها تصل إلى 50 % بينما تصل إلى 4 % في التوائم غير المتشابهة، وحوالي 15 % في آباء وأخوة مرض القلق (عبد الله، 2006م ، ص150).

2. أسباب نفسية واجتماعية:

تختلف نظرة الباحثين إلى الأسباب النفسية الاجتماعية، فأرجع فرويد القلق إلى الصراعات الداخلية اللاشعورية والتي هي عبارة عن قوى داخلية تتصارع مع بعضها البعض ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية، أما "أدلر" فقد أرجع القلق إلى شعور الفرد بالنقص ومحاولة التفوق، ويشير الباحث "ايريك فروم" إلى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للفرد والاستقلال من جانب الوالدين، ويذهب الباحث "اوتورانك" إلى أن القلق يرجع إلى صدمة الميلاد.

أما أنصار المدرسة السلوكية مثل الباحث "دولار، ميلر، وبافلوف" فيرجعون اضطرابات السلوك عامة واضطراب القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها وتساهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها.

كما تلعب الضغوط البيئية دوراً هاماً في حدوث أي اضطراب، وهناك نوعين من

الضغوط وهما :

الضغط المباشر: الذي تسببه الاستياء التي تحتل أو تدخل في البيئة مثل فقدان وظيفة، أو خلاف..... إلخ.

الضغط غير المباشر: الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل : الرغبة الشديدة في عمل شيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الضغوط وحدها لا تكون ضرورية ولا كافية لإحداث الاضطراب ؛ ولكنها إذا اشتدت مع وجود استعداد مرضي وغياب عوامل المقاومة يمكن أن تزيد من أو تعجل من ظهور الاضطراب. (فايد، 2001م، ص56-57).

3. مواقف الحياة الضاغطة:

كالضغوط الحادة الناجمة عن نمط الحياة الحديثة والتغيرات المتتالية، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم، ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمان واضطراب تفكك الجو الأسري. (العناني، 2000م، ص120).

فالقلق يمكن أن ينجم من الضغوط الحادة الناتجة عن مطالب الحياة الحديثة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والوحدة والحرمان و الجو الأسري المتفكك الذي يسود فيه الصراع.

4. التفكير في المستقبل:

يسبب هذا العامل القلق للإنسان، ويساعد ذلك استرجاع الخبرات الماضية المؤلمة، والتفكير في ضغوط الحياة العصرية وطموح الإنسان وسعيه المستمر نحو تحقيق ذاته وإيجاد معنى لوجوده (العناني، 2000م، ص120).

فالتفكير في المستقبل عامل يسبب القلق للإنسان، كونه أمر مجهول، فالفرد دائماً يسعى إلى التقدم إلى الأمام لكي يتحقق طموحه ؛ ولكن تفكيره في ضغوط الحياة العصرية تجده في صراع دائم ينتج عنه حالة قلق، وهو يسعى دائماً إلى تحقيق ذاته من خلال ما تعرضنا إليه من أسباب نلاحظ أن القلق يمكن أن يحدث من خلال أسباب عديدة ومختلفة، فمنها ما هو وراثي عن طريق الجينات من جيل إلى جيل، كما أن الأفراد يختلفون في بنية شخصيتهم ؛ لذا فالعوامل النفسية أيضاً تتغير وتتفجر بدرجة متفاوتة بين الأفراد نتيجة الصراعات الداخلية اللاشعورية التي تتصارع بعضها مع بعض، وكذا شعور الفرد بالنقص والشعور بالعجز والذنب والخوف من العقاب وتوقعه، بالإضافة إلى الحرمان من العطف وعدم الشعور بالأمن، كما أن للعوامل البيئية دور في إثارة القلق عند الفرد نتيجة لتعلم الفرد سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها، كما أن لمواقف الحياة الضاغطة والصعبة دوراً في تفجير القلق عند الفرد خوفاً من عدم القدرة على مواجهة المواقف الصعبة التي تعترض حياة الفرد وكذا شعوره بالوحدة والحرمان وتفكك الجو الأسري.

5. الشعور بالذنب:

يشعر الأشخاص بالقلق عندما يعتقدون أنهم تصرفوا على نحو سيء وأنهم سوف يتعرضون للعقاب، فهم لم يتعلموا أن من الطبيعي أن تكون لدى كل فرد أفكار سيئة (منصور، 1986م، ص103).

6. الإحباط المستمر:

يرى شفير وسليمان (1989م، ص16) أن الإحباط الزائد يؤدي إلى مشاعر القلق ولا يتمكن الأشخاص في كثير من الأحيان من التعبير عن غضبهم، وقد يكون الإحباط ناتجاً عن ارتفاع في مستوى الأهداف أو تدني مستوى التقييم الذاتي ويؤدي الشعور المستمر بضعف الأداء إلى درجة عالية من القلق.

7. التجارب السابقة مع المؤثرات التي تسبب القلق النفسي:

فتأثير التجارب السابقة للفرد تلعب دوراً هاماً وبارزاً في تكوين الخبرات التي تكون من مسببات القلق عند التعرض لمواقف متشابهة (السباعي وعبد الرحيم، 1991م، ص 32-35).

2.2.8 أنواع القلق:

قدمت عدة أنواع للقلق في التراث النفسي مثل : القلق الموضوعي، القلق العصابي، القلق الاجتماعي، وقلق الانفصال، وقلق المدرسة، وقلق المرض، وقلق الجراحة، وقلق الحالة، وقلق السمة.

ويعتبر النوعان الأخيران أكثر أنواع القلق توتراً في التراث النفسي، ويعتبر قلق السمة النوع الرئيسي في مقابل قلق الحالة والذي يخضع للدراسة والبحث، بحيث تشير كلمة قلق في الدراسات والبحوث - إذا ما ذكرت دون تحديد - غالباً قلق السمة والسبب في ذلك أن القلق سمة على درجة عالية من الثبات كغيرها من سمات الشخصية.

وهناك خمسة أنواع رئيسية للقلق تتمثل في:

1. القلق الموضوعي:

هو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه مقدماً كما هو الحال في قلق التلميذ المتعلق بالتحصيل مثلاً، أو قلق الفرد المتعلق بالنجاح في عمل جيد " (غالب، 2000م، ص121).

ويسمى أيضاً بالقلق الواقعي، وهو قلق شعوري أقرب إلى مفهوم الخوف العادي إذ يدرك الفرد مصدر خارجي في بيئته يتهدهده، وربما يكون هذا المصدر واقعياً فعلياً أو متوقفاً محتملاً، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها ويمدنا بالقدر اللازم من التحفز لتحرير الطاقة النفسية وتكريسها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب الخطر. (صبر محمد علي وآخرون، 2000م، ص ص99-100).

2. القلق العصابي:

هو القلق الذي يكون مصدره داخلي ذو أسباب لا شعورية مجهولة لا مبرر لها (محمد، 1993م، ص288).

ويتسم القلق العصابي بأنه قلق شديد لا تنتزع معالم المثيرات التي ينشأ عنها، فيظهر على شكل خوف من المجهول، ويلجأ صاحبه لإلقاء اللوم على أكثر من مؤثر بدون وجود صلة واضحة وموضوعية بين القلق والمثير، والقلق العصابي يمكن أن يكون عامة يتكرر حدوثها ويمكن أن يأخذ ردود خوف مرضي، ويمكن أن يكون في حالة من الشعور بالتهديد المرافق للاضطرابات النفسية كالهستيريا مثلاً.

فهو يستثار عند إدراك الفرد بأن غرائزه قد تجد منفذاً لها للخارج أي أنه ينشأ عندما يهدد "الهو" ومكبواته بالتغلب على الدفاعات على "الأنا" وإشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق بهذا المعنى وإنذار يطلق "للأنا"، والذي عليه اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل : (الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص) للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر والضيق، وعليه كلما كان القلق شديداً ومتوتراً كلما كان مرضياً ومؤشراً للاضطراب. (موسى، زقار، 2002م، ص ص102-103).

وعندما تفقد الحيل الدفاعية وظيفتها في التموهيه يشتد القلق، والقلق العصابي يتخذ ثلاث صور وهي: انفعال الخوف أو مخاوف مرضية، أو هوس (عبد الغفار، 1976م، ص123).

3. القلق الخلقى:

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، وليس الصراع بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص وخوفه منه عند قيامه بسلوكيات مخالفاً عادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه. القلق الخلقى كامن داخل تركيبة الشخص وعاد يظهر عقب حالات الاحباط المرتبطة "بالأنا الأعلى" التي تتجم مع القيم الاجتماعية. (منسي، 2001م، ص42-43).

4. القلق العام:

إن هناك اختلافات كثيرة في تعريفات القلق النفسي كمرض مستقل ويعرفه عكاشة بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل: "الشعور بالفراغ في فم المعدة أو ضيق التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة". (عكاشة، 1998م، ص110).

5. القلق الثانوي:

يرى محمد (1993م، ص388) بأن القلق الثانوي هو "القلق المصاحب للأعراض المرضية الشديدة كالهستيريا والفصام وغيرها من الأمراض النفسية".

2.2.9 أعراض القلق:

للقلق أعراض كثيرة ومتعددة، منها ما يظهر على الجانب النفسي ومنها ما يظهر على الجانب الجسمي، وفيما يلي سنحاول إبراز البعض منها في كل جانب:

- أعراض نفسية: وتشمل القلق العام، والقلق على الصحة، وعدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمل، والراحة النفسية، والحساسية المفرطة وسرعة الإثارة، الخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفاً لا يعرف مصدر الخوف، عدم الشعور بالأمن والضيق وتوهم

المرض، عدم القدرة على التركيز والانتباه، عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة المواقف وتوقف حدوث شيء ما دون معرفة ما ذلك الشيء، وهذا بالإضافة إلى الشك والتردد في اتخاذ القرار (جبل، 2000م، ص131).

- أعراض جسمية: وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة والحيوية والنشاط والمثابرة وبرودة الأطراف وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد واللازمات الحركية. (زهران، 1992م، ص 339-400) بالإضافة إلى تصبب العرق وارتعاش اليدين، ارتفاع ضغط الدم، الصداع المستمر و اضطرابات في المعدة وسرعة ضربات القلب، فقدان الشهية، الدوران والغثيان و القيء والشعور بالضيق في الصدر (جبل، 2000م، ص131).

2.2.10 النظريات المفسرة للقلق:

لقد تم تفسير القلق من عدة منظرين فكلٌ يفسر القلق بحسب منظره العلمي وبحسب تشخيصه، وسوف يتم ذكر عدد من هذه التفسيرات:

2.2.11 نظرية التحليل النفسي فرويد:

وضع فرويد عدة نظريات في القلق، ففي نظريته الأولى رأى أن القلق يتولد من كبت الخوف فالذين يعانون من الكبت الجنسي يشكون من القلق، كما أكد فرويد أن الدوافع الجنسية عندما تتعرض من الحرمان تتحول الطاقة الجنسية الكامنة ورائها إلى القلق وهذا الأخير ناتج عن تعرض الفرد لحالة الخطر، والمكون الأساسي لهذا الخطر هو زيادة التنبيه والإثارة، دون أن يكون للفرد القدرة على السيطرة، وقدرة الفرد السيطرة على دوافعه الغريزية تختلف باختلاف مراحل النمو (خير الزراد، 1998 م، ص48).

يرى فرويد بأن القلق عند الطفل يعود إلى غياب الشخص المرغوب، ثم الطفل الصغير الذي يرغب في الطفل، فإنه يشعر بأن هذا خطأ، فينشأ القلق من خلال الإحساس بالذنب والخوف من أن يعاقب بسبب أفكاره السيئة، ليز عضوه الذكري.

(Pascal, 2004, p.182)

والخوف من الأنا الأعلى هو الذنب يثير القلق في مرحلة الكمون، والعصابيون هم الذين لا يزلون يستجيبون لحالات الخطر الحالية بأساليب الاستجابة لحالات الخطر

السابقة وهكذا يرى فرويد في نظريته الأخيرة أن القلق يؤدي للكبت بعد أن جعل الكبت يؤدي إلى القلق (خير الزراد، 1998م، ص48).

كذلك ظهرت نظرية فروم from لتربط بين القلق والحاجات الأساسية والمتمثلة من وجهة نظره في الحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى الارتباط بالجزور، والحاجة إلى الهوية، والحاجة إلى إطار توجيهي، حيث يؤكد فروم بأن هذه الحاجات الإنسانية جزء من طبيعية الإنسان ولازمة لتطوره وإتقانه مؤكداً إعاقة الظروف الاجتماعية السيئة والصراع الاجتماعي لإشباعها حيث يقود ذلك إلى القلق ومن ثم الاضطرابات النفسية (حوالة، 1991م).

كما اتخذ سولفيان (Monte, 1987) موقفاً قريباً حيث ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدءاً من لحظة الميلاد، إلى أنه وسع من مفهوم العلاقات الاجتماعية حيث أظهر أهمية نمو هذه العلاقات عبر مراحل النمو المختلفة من خلال ربطها بالخبرات المعرفية ويرى أن القلق يبدأ مع بداية الحياة وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم، ففي المرحلة لا تسمح قدرات الطفل المعرفية بالتفريق بين ذاته وذات أمه، وبالتالي فإن قلق الأم أثناء رعايتها لابنها يعتبر قلقه، ولا يمكن خفض القلق لديه إذا استمر قلقها، وقد حدد سولفيان أربعة أنماط من الأمهات لتمثيل الأم كمصدر للإشباع في المرحلة الأولى وتشمل الأم الجيدة المشبعة، الأم الجيدة غير المشبعة، الأم غير الجيدة المشبعة، الأم الشريرة، ويستمر ارتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات الاجتماعية المتبادلة وفقاً لمستوى الخبرة المعرفية للفرد، ففي المرحلة الثانية على سبيل المثال يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية للأحداث دون الارتباط بأسبابها في حين يرتبط في المرحلة الثالثة بالنتائج مقترنة بالأسباب.

2.2.12 النظرية السلوكية:

القلق في نظر السلوكيين استجابة مكتسبة فقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم فهم الاستجابة بعد ذلك (العناني، 2000م، ص ص118-117).

ولأن المدرسة السلوكية متباينة تماماً لوجهة نظر التحليل النفسي، السلوكيين لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ولا يتصور الدينامات النفسية، أو القوى الفاعلة في

الشخصية على صورة منظمات "الهُو و الأنا" و الأنا الأعلى كما يفعل التحليليون، بل إنهم يفسرون القلق على ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادر على استدعاء استجابة الخاصة بالمثير الأصلي وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر، من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادر على استدعاء استجابة الخوف مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور، وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي بدور المثير الشرطي ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد سيشعر بهذا الخوف المبهم الذي هو القلق.

فقد استطاع جون واطسون أن يخلق خوفاً لدى الطفل ألبرت Albert الذي كان يبلغ من العمر إحدى عشر شهراً، وكان قد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب ثم شرط واطسون رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله، وهو سماع صوت عالي ومفاجئ، وبعد حدوث الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي يسر ويفرح لرؤيته من قبل، ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين، مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها، ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للقلق (صبرة وآخرون، 2004م، ص ص 11-110).

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقاً للتطور في المدرسة السلوكية، حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسن آخذين في اعتبارهم العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، ولعل من أهمهم كل من دولارد Dolard وميلر Miller حيث نظرا إلى القلق كنتاج لتوقع الألم والذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب آخر (Monte,1987).

ويشير (دولارد وميلر) إلى أن الدافع الأولى للقلق تجنب الألم الفيسيولوجي، وبالطبع من الصعب معارضة رأيهما في أن تجنب الألم يعتبر دافعاً يولد به الكائن وأن على الكائن أن يتعلم أن يخاف من كل ما يحدث ألماً من أجل أن يبقى على قيد الحياة وبذلك يكون الألم هو التدعيم بالنسبة للدافع الثانوي وهو الخوف والقلق وتعتمد قوة الدافع أساساً على عدد من التدعيمات بمعنى عدد من المناسبات التي يصحب فيها موضوع أو

حدثت الخوف بالألم، فكلما زادت الخبرات المرتبطة وكلما زادت الخوف أو القلق (غريب، 1995م، ص36).

نتخلص أن هذه النظرية انطلقت في تفسيرها للقلق على أنه متعلم من خلالها التجارب التي يمر بها الفرد في حياته وأن القلق يستثار بموضوع أصلي تقترن به موضوعات أخرى عند حدوثه، فتصبح بدورها بعد نسيان الموضوع الأصلي الذي يتيح القلق استجابة القلق فالقلق استجابة يكتسبها الفرد أثناء عملية التعلم.

2.2.13 نظرية الاتجاه المعرفي:

يرى "جورج كلي" أحد مؤسس النظرية المعرفية بأن هناك مسلمات يمكن من خلال تفسير القلق إذ يشير إلى أي حدوث قابل لمختلف التفسيرات، ويعني هذا أن تفسير القلق الذي ينتاب الفرد بأكثر من طريقة وله مسلمة أخرى وهي: "أن العملية التي يقوم بها الفرد توجهه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث" وباعتبار أن القلق ليس إلا عملية توقع وخوف من المستقبل فإنه يمكن القول بأن التوقع المعرفي هو مصدر القلق الحقيقي (الخلف، 2001م، ص52).

وقد يتم القلق من وجهة نظر المعرفية وهناك ما يسمى بالنموذج المعرفي للقلق الذي يفترض أن خبرات الأفراد تفسر القلق، وذلك بسبب أفكارهم عن أنه وعن العالم من حولهم وتجعلهم ميالين إلى تفسير كثير من المواقف على أنها مصدر تهديد (Hawton, 1996, p.56).

ويرى ألبرت أليس أن سلوك الفرد في موقف معين هو مزيج من العقلانية واللاعقلانية في وقت واحد، ذلك لأن الأفراد الذين يتعرفون في مواقف الحياة المختلفة حسب ما يدركون ويعتقدون نحو تلك المواقف وعلى هذا الأساس فإن هذا الاتجاه الاضطراب الانفعالي بأنه نتيجة عن الاضطراب في الإدراك والتفكير بطريقة لا عقلانية.

وينظر "أليس" إلى عمليتي التفكير والانفعال بأنهما عمليتان غير منفصلتين فيكون التفكير من عناصر ذاتية، أما الانفعالات فهي تحيزية وتغلب عليها الذاتية بأن إدراك الأمور ويستند العلاج العقلاني على مسلمات تساهم في تفسير السلوك لإنسان واضطرابه النفسي هي:

- التفكير والانفعال وجهان لعملة واحدة وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.
- الإنسان عقلائي وغير عقلائي في آن واحد.
- يكتسب الفرد التفكير اللاعقلاني منذ الصغر من الأسرة أو الثقافة والبيئة.
- يتميز الإنسان بأنه يفكر دائماً ويصاحب تفكيره الانفعال؛ فكلما كان التفكير غير عقلائي كلما نشأ الاضطراب الانفعالي.
- يؤثر التزامت الديني وعد التسامح، ومشاعر الروتين، والتفكير الخرافي، في نشوء الاضطراب الانفعالي.

ويجب مواجهة الأفكار اللاعقلانية والخرافية بالأفكار المنطقية والمعرفية (سرى، 1990م: 170).

القلق من منظور اسلامي:

يقول تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ [البلد:4] ويقول تعالى: ﴿فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ ﴿٣﴾ الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَعَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ ﴿٤﴾﴾ [قريش: 4-3].

بداية يمكن القول أن خلق الإنسان منذ "آدم عليه السلام" حتى يومنا هذا لم تكن إلا لغرض العبادة ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ [الذاريات:56].

وهذه العبادة تتطلب من الإنسان الكثير من الجهد ومواجهة الصعاب، ولكن الإنسان يحاول جاهداً أن يلبي نداء ربه مما يجعله يكابد هذه الحياة ويعيش معتركها بين خوف وأمن وسعادة وقلق.

والقلق قديم قدم آدم عليه السلام ولقد حدثنا القرآن الكريم عن حالة القلق التي شعر بها آدم وحواء عندما أكلا من الشجرة التي نهاهما الله عنها فقال تعالى: ﴿وَيَتَادَمُرُ أَسْكُنُ أَنْتَ وَرَوْجِكَ الْجَنَّةَ فُكُلًا مِنْ حَيْثُ شِئْتُمَا وَلَا تَقْرَبَا هَذِهِ الشَّجَرَةَ فَتَكُونَا مِنَ الظَّالِمِينَ ﴿١٩﴾ فَوَسَّوَسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ لِيُبْدِيَ لَهُمَا مَا وُورِيَ عَنْهُمَا مِنْ سَوْءَاتِهِمَا وَقَالَ مَا نَهَاكُمَا رَبُّكُمَا عَنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ إِلَّا أَنْ تَكُونَا مَلَكَيْنِ أَوْ تَكُونَا مِنَ الْخَالِدِينَ ﴿٢٠﴾ وَقَاسَمَهُمَا إِنِّي لَكُمَا لَمِنَ النَّاصِحِينَ ﴿٢١﴾ فَدَلَّهُمَا بِغُرُورٍ فَلَمَّا ذَاقَا الشَّجَرَةَ بَدَتْ لَهُمَا سَوْءَاتُهُمَا وَطَفِقَا يَخْصِفَانِ عَلَيْهِمَا مِنْ وَرَقِ

الْجَنَّةِ ۖ وَنَادَاهُمَا رَبُّهُمَا أَلَمْ أَنْهَكُمَا عَن تِلْكَ الشَّجَرَةِ وَأَقُل لَّكُمَا إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمْ عَدُوٌّ مُّبِينٌ ﴿٢٣﴾ قَالَا رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنفُسَنَا وَإِن لَّمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ ﴿٢٤﴾ [الأعراف: 19-23].

وفي هذه الآيات وصف دقيق لحالة القلق بمفهومة النفسي الحديث، وهو الشعور بالخوف الزائد من شر متوقع في المستقبل وإحساساً بالعجز عن مواجهة هذا الشر، فآدم عليه السلام عندما أكل من الشجرة وعصا أمر ربه، شعر بالذنب وانتابه خوف زائد من فقدان حب الله ومن المجهول الذي ينتظره بعد ذلك.

ويروي ابن كثير في تفسيره قصة تؤيد هذا التحليل لحالة آدم النفسية في موقف العصيان فيروي حديث عن ابن عباس رضي الله عنه جاء فيه: "فانطلق آدم عليه السلام مولياً في الجنة فعلقت برأسه شجرة من الجنة فناداه الله يا آدم أمني تفر؟" (ابن كثير، د.ت. 1341:)

ومن الملاحظ أن مصطلح القلق لم يرد في القرآن الكريم كما هو، وإنما ورد بعدة معانٍ وفي عدة مناسبات.

ويشير الشريف (1987م: 64) في هذا المقام إلى أن القلق كان له عدة معاني في القرآن الكريم ومنها الضيق النفسي، والخوف والجزع والهلع والرعب والفرع:

﴿ إِنَّ الْإِنْسَانَ خُلِقَ هَلُوعًا ﴿١٩﴾ إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا ﴿٢٠﴾ [المعارج: 19-20].

﴿ سَوَاءٌ عَلَيْهِمْ أَجَزَعْنَا أَمْ صَبَرْنَا مَا لَنَا مِنْ مَّحِيصٍ ﴿٢١﴾ [إبراهيم: 21].

﴿ فَأَذَقَهَا اللَّهُ لِبَاسَ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ بِمَا كَانُوا يَصْنَعُونَ ﴿١١٢﴾ [النحل: 112].

﴿ إِذْ دَخَلُوا عَلَى دَاوُدَ فَفَزِعَ مِنْهُمْ ﴿٢٢﴾ [ص: 22].

ومن الدلائل الحقيقية على اهتمام الإسلام بموضوع القلق أن الرسول صلى الله عليه وسلم فرق بين الأزمات النفسية التي يمكن أن تهاجم الإنسان وتعرض حياته، فتصيبه بالهم والغم والكرب والحزن والأرق والقلق، وفرق كذلك بين الأزمات النفسية وبين الأمراض البدنية (الشرقاوي، 1983 م، ص 167).

تعقيب الباحثة:

ترى الباحثة أنه لا توجد وجهة نظر صحيحة أو خاطئة بل هي رؤى وتفسيرات تحمل الصواب والخطأ وقد تبني كل فريق رؤيته وفقاً لما يراه.

فمن الطبيعي أن تختلف وجهات النظر حول تفسير القلق نظراً لكونه مفهوم شديد التعقيد، فزيادة النظريات المفسرة للقلق يؤدي الى الاتجاه نحو التكامل في التشخيص والعلاج، تميل التفسيرات الحديثة للجمع بين أكثر من وجهة نظر وصولاً الى اتجاه شامل يفسر القلق بأنواعه وكافة مظاهره، وعلى الرغم من تعدد وجهات النظر حول القلق واختلافها أو اتفاقها، فإنه لا توجد وجهة نظر صحيحة أو خاطئة بل هي رؤى وتفسيرات تحمل الصواب والخطأ وقد بنى كل فريق رؤيته وفقاً لما يراه.

تلاحظ الباحثة تقارب في تفسير كل من (هورني، و فروم، سولفيان) حيث ربطت هورني القلق بالحاجات الأساسية والتي ترتبط بشكل واضح بالحب والتقبل والتعاطف والاعتراف وخاصة من الوالدين، وكذلك فروم ربط بين القلق والحاجات الأساسية والمتمثلة من وجهة نظره في الحاجة الى الانتماء والحاجة الى الارتباط بالجذور والحاجة الى الهوية والحاجة الى اطار توجيهي، اما سولفيان فقد ركز على العلاقات الشخصية المتبادلة بدء من لحظة الميلاد الى انه وسع مفهوم العلاقات الاجتماعية حيث اظهر اهمية نمو هذه العلاقات عبر مراحل النمو المختلفة من خلال ربطها بالخبرات المعرفية.

طرق قياس القلق:

يعد القلق من سمات الشخصية، والتي يمكن قياسه كغيره من السمات وهناك طريقتان لقياس القلق:

2.2.14 الطرق الإسقاطية:

يعرض الفاحص على مفحوصه في هذه الطريقة مثير غامض ويطلب منه تغيير الاستجابة له، ومن بين أشهر هذه الاختبارات:

• اختبار رورشاخ:

هو عبارة عن بقع حبر مختلفة الأشكال في عشرة ألواح تقدم للمفحوص الواحدة تلو الأخرى، مع تقديم تعليمه الاختبار للأداء بأحاسيسه ومخاوفه من خلال هذه الألواح، وقد أنشأ هذا الاختبار في سنة 1920 من طرف السيكاتري السويسري هيرمان رورشاخ (موسى وآخرون، 2002م، ص 43).

• اختبار تفهم الموضوع:

يتكون الاختبار أصلاً من 31 لوحة تشمل مشاهد في وصفيات مختلفة، وعلى ظهر كل لوحة رقم يشير إلى ترتيبها ضمن اللوحات الأخرى للزائر، وأخرى باللغة الإنجليزية تشير إلى الفئة التي تقدم لها اللوحة، وتقدم للمفحوص الواحدة تلو الأخرى كذلك، وإعطاء المعلومات اللازمة والمحددة، ومن خلال هذه اللوحات يروي المفحوص قصته التي يسقط من خلالها أحاسيسه ومخاوفه، وقد أنشأ هذا الاختبار سنة (1935م) من طرف الطبيب البيوكيميائي الأمريكي هزي موراي. (موسى وآخرون، 2002م، ص 43-53).

2.2.15 الطرق الموضوعية:

يتبع مصمم الاختبار في هذه الطريقة أسلوب الاستعانة بتقارير عن سلوك الفرد فيقوم بوضع أسئلة أو عبارات، تمثل الموضوع أو المظاهر المختلفة للسمة المراد قياسها منها (الاستبيان)، واكتشفت هذه الطريقة خلال الحرب العالمية الأولى من طرف العالم وود ورت wood worth والذي وضع مجموعة من الأسئلة تشبه تلك التي يضعها أو يسألها الأفغانيين النفسانيين لفحص الجنود من الناحية الانفعالية، ومن جملة هذه الاختبارات اختبار Spelberger وهي من أهم الاختبارات الموضوعية التي تعيش القلق (محروس وآخرون، 1998م، ص 25).

2.2.16 علاج القلق:

- العلاج النفسي التحليلي:

ينظر التحليل النفسي إلى المريض على أنه إنسان يعيش صراعاً بين ثلاث قوى وهي : الهو، و الأنا، و الأنا الأعلى، وترى أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً (صبره وآخرون، 2004 م، ص 106).

يهدف العلاج النفسي التحليلي إلى تقوية " أنا " المريض باعتباره الجزء المسيطر على رغبات ونزوات "الهو" والمنسق بينهما وبين ضوابط " الأنا الأعلى " وتطوير شخصية المريض وتحقيق التوافق باستخدام التداعي الحر، وهذا من أجل الوصول إلى الكشف عن الرغبات المكبوتة التي تسبب الصراع وتستعمل كذلك لهذا الغرض طريقة تحليل الأحلام لتفكيك رموز المكبوتات (صبره، 2004 م، ص 106).

نلاحظ أن العلاج التحليلي يساعد تعليم المريض الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، ويتبين أن العلاج التحليلي يهدف إلى حل الصراعات المكبوتة وهذا عن طريق استعمال أساليب وأدوات التحليل النفسي كالتداعي الحر وتفسير الأحلام.

- العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على مسلمة بأن القلق يحدث نتيجة في اشتراط خبرة ماضية حدثت للمريض تثير لديه القلق، فمثلاً كشخص تعرض لعضة كلب في طفولته ليلاً في الظلام لذلك ارتبط لديه القلق، لذلك فإن جهد العلاج السلوكي كالتحصين التدريجي أو الغمر وغيرها، وذلك بتدريب مريض القلق العصابي على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق حضوراً واقعياً. (جبل، 2000م، ص 138).

فيظهر العلاج السلوكي يركز على القلق أنه يحدث نتيجة لمثير، أما أن يكون المثير خبرة ماضية حدثت في حياة المريض أو خبرات أخرى تثير لديه القلق ويعتمد المعالج أساليب عدة منها الاسترخاء، التحصين التدريجي، التعزيز.

- العلاج البيئي:

يعتمد هذا العلاج على تعديل العوامل التي تؤثر في المريض مثل تغيير نوع العمل وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، وكذلك تعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض، إرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطها السلوكية، والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والموسيقى، مما يساعد المريض على الشفاء. (الداهري، 1999م ، ص 87).

يظهر هذا العلاج في تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض كتغيير المهنة وإيجاد الجو الأسري الذي يساعد المريض على العلاج.

عموماً يعتبر القلق أنه انفصال مؤلم مركب من الخوف وتوقع الخطر محتملاً أو مجهولاً، أو توقع العقاب أو الشر فالقلق المرضي يختلف في حدته عن القلق الذي يعتري الفرد عند إقدامه على عمل أو موقف جديد أو تصديه لمسألة حيوية وهذا القلق إنما هو قلق عادي يزول بزوال أسبابه، والقلق المرضي يقترن بخوف وفزع لا يعرف الفرد مصدره وتكون أسبابه لاشعورية، والفرد يعجز عن السيطرة عليها، ومن ثم فإن هذا القلق إنما يهز أركان شخصية الفرد كما يظهر القلق كعرض في كل الاضطرابات النفسية والعقلية، وفي الحقيقة يعتبر العامل الأساسي في نشوء الأمراض النفسية، وهذا أعدته مختلف مدارس علم النفس ونظرياته التي تناولت موضوع القلق، هذه المدارس التي سعت إلى إيجاد علاج له فتتوعد طرق قياسه، وطرق علاجه وكل معالج يعالج القلق حسب الإطار النظري الذي تبناه.

2.3 المبحث الثالث: الاكتئاب

يرجع البحث في الاكتئاب إلى ما قبل الميلاد، فقد أثار التحول الشديد لدى البعض من حالة الإثارة الشديدة إلى حالة الاكتئاب الشديد، حيث ربطها بالهوس Mania والمنغوليا Melanchdia وهي الاكتئاب، وقد ربط المنغوليا (الاكتئاب) بأنظمتها المزاجية وتحديداً بالمزاج الودادي، كما ربط أريتوس Areteaus في العصر الروماني من الهوس والاكتئاب وأرجعهما لنفس الأسباب، وقد استمر هذا الاعتقاد إلى بدايات القرن السابع عشر حين أعد بونت Bonet هذا الاعتقاد وسماها جنون الهوس والاكتئاب Manic depressive Insanity وقد تم تبني هذه الفكرة خلال القرنين الثامن والتاسع عشر وبدايات القرن العشرين إلا أن الأبحاث الحديثة لا تدعم هذا الارتباط بصورة مطلقة ودائمة، كما لا تدعم إرجاعها العام لنفس الأسباب، وإن كان العرض يتعرض لنوبات ثنائية من الهوس والاكتئاب.

إن الاكتئاب مثل معظم أنواع الاضطرابات العقلية لا يتألف من صور متميزة بل يكون اضطراباً تدريجياً مستمراً يبدأ بالحالات القريبة من السوية، ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي، أما حالة الاكتئاب الشديد فتتسم بالحزن، رغم أن الحزن ليس بالضرورة الطابع الرئيسي المميز لهذه الحالة، كما تتسم أيضاً بعدم الميل إلى نشاط الذي يتصاعد إلى درجة قد تصل لأغلب الأحوال السكون التام والتوقف عن الحالة وتأخر العمليات العقلية ويصاحب ذلك بعض حالات الاضطراب في نظام النوم ويتمثل هذا في الاستيقاظ المبكر وفقدان الشهية إلى الطعام والإمساك وارتخاء العضلات وكذلك تضائل الرغبة الجنسية (موسى، 1999م، ص ص-280 279).

2.3.1 تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب في اللغة: يعرف ابن منظور (د.ت) الكآبة على أنها سوء الحالة والانكسار من الحزن، واكتئاب اكتئاباً، حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب، والكآبة أيضاً تغيير النفسي بالانكسار من شدة الهم والحزن، وهو كئيب ومكتأب.
الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة " كئب " .

وكآبة: " تعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئيب وكئييب، وأكأب فلاناً أي أحزنه، واكتئب وجه الأرض، تغيرت قريت إلى السواد، والكآبة: الحن الشديد والاكنتاب مرادف للانقباض، وانقبض تعني: تجمع وانطوى وانقبض الرجل على نفسه منافٍ بالحياة فاعتز، وانقبض على القوم هجرهم" (المنجد، 1986م، ص668).

ك أ ب: الكأب والكآبة: الهم وسوء الحالة، كأب واكتئاب فهو كئيب ومكتئب (الزاوي، 1980م، ص52).

الاكتئاب اصطلاحاً:

قد ظهرت تعريفات عديدة للاكتئاب وسنعرض فيما يلي بعض التعريفات مثل:

يعرف الاكتئاب حالة انفصالية وقتية أو دائمة يشعر بها الفرد بالانقباض والحزن الضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط واليأس والعجز وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة منفصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية (عبيد، 2008م، ص243).

وعرفه الخطيب (2000م، ص568) بأنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الأفراد نتيجة الاحساس بالذنب والعجز والدونية و اليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتفوق حول الذات.

ويعرف معمريه (2000م، ص126) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الهم والغم المداوم، والتي تتراوح بين تنشيط الهمة البسيطة والكآبة، وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات واحباط تمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس السوداوي والتي تؤدي إلى الانتحار.

ويعرف ملحم (2001م، ص234) الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

وعرفه بيك Beke بأنه: "حالة انفعالية تتضمن تغيراً محدوداً في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة، ومفهوماً سالباً عن الذات مع توبيخ الذات، وتحقيرها ولومها ووجود رغبات في عقبات الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات

في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط" (صالح، 1989م، ص108).

وعرفه كامبل Campell بأنه: "زولة إكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر لامتناهات المؤلم، وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي، وربما يختفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور الإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص (الشناوي، 1998م، ص2).

ويعرفه (عمايطة وآخرون، 2001م، ص327) الاكتئاب بأنه عبارة عن: رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق، ويعبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة عادية تغيرها خبرة مؤلمة.

عرفته جمعية الطب النفس الأمريكية في الدليل التشخيصي الأول DSM1 بأنه: مجموعة من الانحرافات لا تتجم عن علة عضوية أو تلف في المخ، بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو إلى اضطراب علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته، وهو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلاً لأزمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه، قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيد شدة وإصراراً (ياسين، 1981م، ص209).

وعرفته منظمة الصحة العالمية WHO في التصنيف الدولي التاسع ICD-9 بأنه: اضطراب يتميز بحزن غير مناسب، ينشأ عادة من تجربة مضايقة، ولا يتضمن في مظاهره توهماً أو هذياناً، ولكن يغلب انشغال المريض بصدمة نفسية سابقة على مرضه موجودة غالباً فيه، ولا يقوم التمييز العصابي الاكتئابي والذهاني على درجة الاكتئاب ولكن على وجود أو عدم وجود الخصائص العصابية أو الذهانية وعلى درجة الاضطراب في سلوك المريض.

(المحيسري، 1983 م، ص113).

وعرفته منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر 10 - ICD بأنه:
انحطاط المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط، والمتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتلخص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الانهالك، أو انعدام القوة، والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدام على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع، ثم انعدام الشهية (حقي، 1995م، ص82).

وعرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع DSM IV (1994م، ص61) بأنه: اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل رجين أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفس حركي أو بطء في النشاط النفس حركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خصة أو محاولة انتحارية حقيقية وتتمدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهجاً يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطراباً واضحاً في المجالات الاجتماعية والمهنية، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز.

2.3.2 نسبة شيوع المرض عالمياً

دلت الدراسات التي أجريت في مجتمعات عديدة من العالم، على أن المواقف الحياتية التي تعثرها الضغوط الصدمات النفسية الضيقة والأزمات والخبرات المؤلمة تؤدي بوجه عام إلى ارتفاع معدل الإصابات بالاضطرابات النفسية لدى الإنسان، وقد وجد أن نسبة 30% من مجموع السكان في العالم يعاني من أزمات واضطرابات نفسية، ويعتبر الاكتئاب واحداً من الامراض النفسية التي تدرج تحت ما يعرف (بالعصاب:

Neurosis) وهو مرض عصبي نفسي يتمثل في اضطراب عصبي وظيفي، وفي دراسات مسحية حول انتشار الاكتئاب، ذكرت منظمة الصحة العالمية WHO أن هناك أكثر من مائة مليون نسمة في العالم على الأقل يصابون كل عام بالاكتئاب الذي يمكن تمييزه اكلينيكياً إضافة إلى أنهم يؤثرون تأثيرات سلبية خلال مرضهم إلى نسبة ما يعادل 3 أضعاف هذا العدد من الآخرين (الحسين، 2002م، ص296).

وقد شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم، وتقول آخر الإحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقارب 7% إلى 10% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب وهذا يعني وجود مئات الملايين من البشر في معاناة نتيجة العصابة بهذا المرض (الشربيني، 2001م، ص ص 18 – 20).

2.3.3 تصنيف الاكتئاب:

1. الاكتئاب الخفيف :

وهو أخف صور الاكتئاب، ويبرز في شكل شعور بالإجهاد وهبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة، بل أن خطر محاولة اقرار جريمة القتل ضد الآخرين موجودة أيضاً خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة ومن يعولهم المريض.

2. الاكتئاب البسيط :

وهو أبسط صور الاكتئاب، ويكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة؛ ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية، يظهر المصاب فيه عزوفاً عن الحياة (الحفني، 1992م، ص74).

ويبدو على شكل شعور بالإجهاد والثبوت في العزيمة، والشعور بعدم لذة الحياة، وقد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربه وقد لا ينجحون، ويعد البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعاً من الشعور بالإجهاد والملل (جلال، 1986م، ص74).

3. الاكتئاب الحاد:

وهو أشد صور الاكتئاب حدة، ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء ويعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه ادراك ما حوله وتبدد عليه البداة الذهنية ويختل تفكيره ويفقد الشهية ولا ينام لولا قليلاً، ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

4. الاكتئاب الذهولي :

لا يتجاوب المريض ولا يبدي حراكاً وقد يهلوس، وإذا لم يردعه أحد مات جوعاً. (الحفني، 1992م) وهو يمثل أقصى درجات الحدة (جلال، 1986م).

5. الاكتئاب المزمن:

وهو دائم وليس في مناسبة فقط (زهران، 1978م، ص89)

6. الاكتئاب التفاعلي (الموقفي):

وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب، أو خسارة مادية أو فقد عزيز ويكون المريض بصفة عارضة وهو قصير المدى

7. الاكتئاب الشرطي:

وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للخبرة السابقة (شاذلي، 2001م، ص429).

8. اكتئاب سن القصور:

ويحدث عند النساء في الأربعينات، وعند الرجال في الخمسينيات، أي عند سن القصور أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء، وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية ويسمى أحياناً سوداء سن القصور (زهران، 1997م، ص429).

9. الاكتئاب العصابي:

يسمى الاكتئاب العصابي اكتئاباً استجابياً لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق، أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة، ويعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية تتجه إلى المريض ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار.

10. الاكتئاب الذهاني:

ويكون مصحوباً باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس، وتتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية ويمكن التفريق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الدرجة، حيث أن مريض الاكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيان.

2.3.4 أعراض الاكتئاب

تم تعريفها من قبل DSM-IV، أعراض الاكتئاب الرئيسية هو اكتئاب المزاج، مع فقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة كلها تقريباً، لمدة أسبوعين. أعراض الاكتئاب توجد على أربعة أشكال إضافية:

- تغيير في الشهية أو الوزن، والنوم والنشاط النفسي.

- انخفاض في النشاط و الطاقة.

- الشعور بالذنب.

- صعوبة التفكير، والتركيز أو اتخاذ القرارات.

ويرافق أعراض الاكتئاب السابق ذكرها تراجع كبير أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة .

2.3.5 أسباب الاكتئاب:

لقد أجريت العديد من الدراسات للتعرف على الأسباب المؤدية للاكتئاب، وقد تناولت تلك الدراسات النواحي البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، ولكن للأسف ما زالت الأسباب غير معروفة بالتحديد ولوحظ تظافر عوامل مختلفة منها بيولوجية ونفسية واجتماعية.

وفيما يلي نعرض تلك العوامل على النحو التالي:

أولاً : الأسباب البيولوجية الجسمية.

- أسباب وراثية :

كشفت العديد من الدراسات الأسرية ودراسات التوائم عن مؤشر على وجود عامل جيني له دور مهم في نقل الاكتئاب وقد لوحظ أن الاكتئاب ينتشر في عائلات دون سواها واستنتج من ذلك أهمية العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب وافترض أنه جين أحادي سالب أو متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي، وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر بين النساء (إبراهيم، 1998 م، ص 23).

- أسباب عضوية كيميائية

1. عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم في الجسم.
2. التغييرات التي تحدث في الهرمونات.
3. زيادة إفراز الكورتيزون بسبب زيادة الهرمون المسئول عن إفرازه من الغدة النخامية.
4. النقص في إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية.
5. الخلل في إفراز المواد الكيميائية في نهاية الأعصاب.
6. تعاطي أنواع من الأدوية مثل الأدوية التي تستخدم لعلاج ارتفاع ضغط الدم.
7. تعاطي الكحول. (العوران، 1995 م، ص 103).
8. انخفاض نوع معين من الأحماض الأمينية مثل الكاتيكول أمين.
9. انخفاض مادة النورادونيالين في مناطق الاستقبال بالمخ وهي تختص بالسلوك العاطفي والوجداني.

10. النقص في معدلات مواد كيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج، وكذلك التحكم في التصرفات. (شاذلي، 2001 م، ص 135).

- الأسباب النفسية:

يرى المحللون النفسيون أنه إذا لم تشعب الحالات المزاجية للفرد المهياً للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر، وحينئذ يكون مستعداً للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين على الالتفات إليه، وقد يلجأ إلى الذلة والمسكنة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع يده، وكثيراً ما ينجح في محاولة التحايل على البيئة. (جلال، 1986م)

ويرى عسكر 1988 أن ارتفاع نسبة المكتئبين في العالم يعود للأسباب التالية :

1. تزايد متوسط عمر الفرد.
2. تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
3. تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب مثل الفينوتيازين وأدوية ضغط الدم المرتفع.
4. سرعة التغيير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية كما تساعد على استمرارها تفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي، حيث وجد أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية. (عسكر، 1988م، ص 19).

- الأسباب الاجتماعية

من المعروف أن الظروف الحياتية الضاغطة خاصة في مرحلة الطفولة مثل فقدان أحد الوالدين، وعدم التخطيط الأسري في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتمادية، وكذلك الأمر العزلة الأسرية، والضغوط الاقتصادية، كل تلك العوامل لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب (شيفرو علمان، 1999م، ص 124).

ثانياً: الاكتئاب النفسي من منظور إسلامي:

إن الدين بما فيه من قيم ومضامين روحية؛ يفتح أمام الإنسان آفاقاً رحبة تربطه بقوى سامية يستند إليها حال أزماته النفسية. والتي تفرز العديد من الاضطرابات النفسية

من أبرزها الإكتئاب؛ باعتباره " أهم الظواهر المرضية في عصرنا الحاضر، فهو يبدأ عندما يعجز الفرد عن مواجهة الواقع، بحيث يتغلب على مشاعر الاكتئاب إذا هو تدرع بالصبر والمثابرة والتسامح.

فطرد الهم مذهب قد اتفقت الأمم كلها منذ خلق الله تعالى العالم الى أن ينتاهي عالم الابتداء، ويعقبه عالم الحساب على أن لا يعتمدوا بسعيهم شيئاً سواه.

وإن كانت الدراسات الغربية بذلت قصارى جهدها في شرح أسباب الاكتئاب ومظاهره وطرق علاجه؛ إلا أنها أهملت دور الجانب الروحي وأثر غيابه في ظهور تلك المشكلة. مما جعل للدين الإسلامي نظرة إضافية ذات وجهة؛ تضيف الى الأسباب جوانب أخرى أهملها الغرب المادي، وبالتالي كان لها أسلوباً مميزاً في النواحي العلاجية.

لقد تحدث القرآن الكريم عن الحزن في 42 آية، ولفظ الغم سبع مرات.

وترى النمري أن لفظ اكتئاب لم ترد في القرآن الكريم ولا في أحاديث رسول الله صلى الله عليه وسلم، بل ذكر بدلاً منه لفظ الحزن والهم والغم، وكذا عند علماء الإسلام امثال الغزالي وابن تيمية وابن القيم، ولكن ورد اصطلاح هذه الكلمة عند علماء النفس، وتعني ما دل عليه القرآن والسنة النبوية من الحزن بمختلف درجاته وأنواعه (قويدري، 2008م).

2.4 المبحث الرابع : تعاطي الترامادول.

مع زيادة إقبال الشباب على تعاطي المواد المخدرة، لم يعد الأمر مقتصرًا على مجرد حالات فردية يمكن التعامل معها، من خلال المنظور الفردي، سواء بالعلاج الطبي أو الجنائي بل تحول الأمر إلى ظاهرة اجتماعية، بل مأساة اجتماعية خطيرة، وهنا لا بد أن ننظر إليها من مستوى اجتماعي وقومي ومن خلال هذه الدراسة تساهم في جلاء هذا الأمر ووضعه في مكانه الصحيح حيث أن تعاطي المخدرات، خاصة بين الشباب تعتبر القصة الكبرى أمام جهود التنمية، بسبب ما يعززه التعاطي من أمراض اجتماعية، وكذلك ما يحدثه من آثار اقتصادية وصحية وسياسية سيئة، تعتبر معوقات عملية التنمية فإن مشكلة إدمان المخدرات ليس مشكلة أمنية فحسب، وبالتالي فهي تدخل في نطاق اهتمام معظم أجهزة الدولة ومؤسساتها، فذلك أكد الكثير من المتخصصين من رجال الدين تربية والطب وعلم النفس على ضرورة مراجعة هذا الخطر الداهم على مستوى الوطن العربي، وعلى مستوى قطاع غزة كذلك.

2.4.1 تعريف التعاطي:

يمكن تعريف التعاطي من الناحية اللغوية بما جاء في لسان العرب لابن المنظور أن التعاطي هو:

" تناول ما لا يحق تناوله ". (ابن منظور-ج2- ، د.ت، ص3002).

يشير التعاطي إلى قيام الفرد بإدخال عقار معين إلى جسمه سواء عن طريق الفم أو الاستنشاق أو الحقن، والتعاطي قد يكون مزمن أو غير مزمن كما يكون إدماناً ولا يكون وقد يكون تصوراً أو مجرد سلوك عرضي، وكلمة تعاطي هي كلمة شاملة لسوء استخدام المواد المؤثرة في الأعصاب (منوة، 1993م).

2.4.2 تعريف التعاطي في القانون:

عرف المركز القومي للبحوث الجنائية بمعنى تعاطي المخدرات على أنها: (استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو علي معين) (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1960م، ص126).

وقد عرفها الفينك (بأنه قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي) (Alvink, 1976, p.222)

2.4.3 تعريف المخدرات:

1. تعريف التعاطي في الفقه الإسلامي:

الإسلام هو النظام الأوحد من بين الأنظمة والقوانين الذي وضع تعريفاً للسكر وتعريفاً للمخدر " المسكر ": هو ما غطى العقل وعطله عن مقاصده " ما أسكر منه الفرق فملئ الكف منه حرام " و " المفتر " كما يقول الخطابي : " هو كل شراب يورث الفتور والخدر، وهو مقدمة السكر". (الشاذلي، 1980م، ص 59).

2.4.4 تعريف الاعتماد:

من خلال البحث في موضوع التعاطي وجدنا ان المصطلح المتعارف عليه في أغلب الدراسات الحديثة هو الاعتماد لذلك كان لازماً علينا تعريف الاعتماد.

هو حالة نفسية وأحياناً عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري، وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها وقد يصبحها تحمل أو لا يصبحها كما أن الشخص يعتمد على مادة واحدة أو أكثر.

ويخلط البعض بين العادة habit والاعتماد dependence فالعادة هي مجرد القيام بأحد الأفعال بحيث يصبح التكرار له قدر من الاستمرار شبه الآلي، والاعتماد بل

إن البعض يرى عدم وجود فرق بين عادة شرب اللبن في الإفطار وعادة شرب القهوة مع أن الاعتماد يتضمن أكثر من مجرد وجود صلة بين استجابة صريحة ومنه شيء معين فمثلاً: إذا قدمنا شراب نفس طعم القهوة ورائحتها ولكن بدون كافيين إلى أحد المعتمدين على القهوة دون أن يعرف ماذا حدث فإن الشراب المقدم لن يرضى لديه الحاجة التي ترضيها القهوة ولن يحل محلها ومع أن الشخص قد لا يعرف ماذا حدث إلا أنه سيعرف أن في هذه القهوة شيء خطأ وذلك لأن الاعتماد إلى جانب العادة فإنه يتضمن غالباً محاولة للاحتفاظ بتركيز مادة معينة أو بعض المواد في الدم المتكامل، ويكون هذا ضرورياً لاستقرار الأداء العصبي، ويؤدي عدم توفر هذه المادة في الدم بالتركيز المحدد إلى اضطراب انفعالي وعدم راحة وربما ألم، أي أن غياب العقار يمنع الأداء العصبي (عكاشة، 1985م، ص44).

- الاعتماد النفسي Psychidde Peindence :

موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دوافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة، أو لتحاشي المتاعب، وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية وفي بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هي العامل الوحيد الذي ينطوي عليه الموقف.

- الاعتماد العضوي:

حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة، أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقار معتاد وتتكون الاضطرابات المشار إليها وتسمى مجموعة الانسحاب من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات العلامات الطبيعية العضوية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية ويعتبر الاعتماد

العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية، أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب (عكاشة، 1985م، ص79).

المواد المحدثّة للاعتماد :Dependence Producing Drugs

هي مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كلاهما معاً، وقد تتناول هذه المادة في سياق طبي أو غير طبي، دون أن يترتب على ذلك بالضرورة حدوث الاعتماد؛ ولكن بمجرد نشوء حالة اعتماد فسوف تختلف خصائصها باختلاف فئة المادة النفسية المعينة فبعض المواد بما في ذلك المادة الموجودة في القهوة والشاي كقيلة بأن تحدث اعتماد بمعنى عام أو متسع جداً مثل هذه الحالة ليست ضارة بالضرورة؛ ولكن هناك فئات أخرى من المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي تأثير منشطاً ومرتبباً أو تحدث اضطرابات في الإدراك أو في المزاج أو في التفكير أو في الحركة، وتعرف هذه المواد عموماً أنها استخدمت في سياق معينة فإنها تكون كقيلة بإحداث مشكلات ذات طبيعة فردية وعامة في آن واحد، هذه الفئات من المواد شأنها أن تحدث أقدار كبيرة من المواد المحدثّة للاعتماد.

2.4.5 أولاً: أنواع العقاقير :-

1- العقاقير المهدئة - المنومة (Depressants):

وتتنمي المنومات إلى مجموعة كيميائية مختلفة نذكر منها :

• الباربيتورات (Barbiturates):

وهي مجموعة من العقاقير المهدئة، وتستعمل طبياً لعلاج الأرق، وكمضاد للتشنجات والصرع، ولتقليل القلق، وكمسكنات للألم، ويمكن تناولها بكميات قليلة، ولا ينتج عنها أي شعور بالخموم إذا ما أخذت طبقاً لوصفات طبية، ويمكن أن تكون طويلة الأجل، أو ذات فاعلية سريعة، إذا ما تناولها الفرد بجرعات كبيرة، وتكون النتيجة، الكسل، والتلعثم عند الحديث، وفي بعض الأحيان تؤدي إلى السلوك العدواني، والشعور العام بالسكر، وتأثير الباربيتورات والكحول متطابق، ويختلف طبقاً للجرعة وحالة وشخصية المتعاطي.

ومدمني هذا العقار يقومون بسلوكيات غير مقبولة، ويكونون على درجة كبيرة من الفساد الاجتماعي، والعاطفي، ويميلون إلى العنف، ويصابون بالاكتئاب الانتحاري (سليم، د.ت، ص ص 74-79).

وقد حدد آخرون أنواع العقاقير منها:

1. عقار الترامادول: وهو ما يود الباحث من خلال تلك الدراسة التركيز على هذا العقار لكونه من أكثر العقاقير التي انتشرت مؤخراً في قطاع غزة، فعقار الترامادول والمعروف شعبياً في محافظات غزة بالترمال، وهو أكثر أنواع العقاقير المخدرة انتشاراً، في محافظات قطاع غزة، والبالغ عددها خمسة محافظات، والأتزال هو مشتق أفيوني مصنع من مادة اسمها (Tramadol hydrochlorid)، ويستخدم كمسكن مركزي للسيطرة على الآلام المتوسطة والشديدة تحت إشراف طبيب، وفي حالة إساءة الاستخدام يحتاج المتعاطي لزيادة الجرعة بشكل مستمر للحصول على التأثير المطلوب، ومع تلك الزيادة في الجرعات تزيد احتمالية حدوث تشنجات، وقد يتسبب في تثبيط الجهاز العصبي والتنفسي مما يؤدي إلى صعوبة في التنفس والغيبوبة وتوقف القلب، والموت المفاجئ، ومع الاستمرار في التعاطي يصبح الشخص مدمناً (أبو وردة وآخرون، 2012م، ص12).

أولاً: ماهية عقار الترامادول:

في البداية يندرج الترامادول ضمن فئات المسكنات القوية وفي الحقيقة ظهرت أول المسكنات عندما استخدم المورفين كمادة مسكنة لكن ثبت بعد ذلك أن له العديد من الآثار الجانبية، مثل احتباس البول، القيء، انخفاض في ضغط الدم، زيادة الهيستامين مما يؤدي إلى الحساسية، الطمس وخلل في الجهاز التنفسي مما يؤدي إلى الوفاة والتقليل من حركة الأمعاء، مما يؤدي إلى الإمساك، بالإضافة إلى إمكانية إدمانه، وفي عام (1988م) ظهرت العديد من المركبات الاصطناعية، وشبه الصناعية لتقوم بمهام المورفين بخصائصه المسكنة مع التقليل من الآثار المترتبة على استخدام المورفين ومن هذه العقاقير الترامادول والذي يعمل كمضاد للألم بقوة خمسة إلى عشرة أضعاف أقل من المورفين. والمتابع للتطور التاريخي لاستخدام العقاقير الطبية، فقد انتشر تعاطيها بين المدمنين بعد أن ارتفعت أسعار الحشيش والأفيون نتيجة لقيام حرب (1967م) وأغلقت

طرق تهريبها من لبنان وتركيا عبر سيناء إلى جانب أن تعاطيها دخل إلى مصر مع عودة الشباب الذين سافروا للعمل بالخارج خلال فترة العطلة الصيفية، والسياحة، وللتجارة وعندما احتكوا بمجتمعات ينتشر فيها تعاطي هذه العقاقير فاقبلوا عليها بدافع حب الاستطلاع والإعجاب والتقليد. (عوض، 2012م، ص 63)

2.4.6 ثانياً: طريقة عمل واستخدام الترامادول:-

في بادئ الأمر استخدام الترامادول ضمن مراحل علاج السرطان، حيث أشارت الدراسات والبحوث إلى أنه في المرحلة المتقدمة من السرطان هناك ما يقرب من (٧٥ %) من المرضى يزداد لديهم الألم مما يدفعهم بشكل قوي إلى اللجوء إلى المسكنات ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن هناك ثلاث خطوات لاستخدام المسكن عند علاج الألم الناتج عن السرطان:-

الخطوة الأولى: علاج الألم الخفيف إلى المتوسط باستخدام مسكنات الأسييتامينوفين، وإذا استمر الألم في الزيادة يتم تنفيذ الخطوة الثانية.

الخطوة الثانية: وذلك باستخدام بعض العقاقير مثل الترامادول والبوكسيفين، الكوديين، أو الهيدروكودون وإذا استمر الألم هنا يحتاج المريض إلى جرعات أكبر من المواد الأفيونية الضرورية، ويتم استخدام الخطوة الثالثة.

الخطوة الثالثة : والتي تضم المورفين والهيدرومورفون، كسيكودوني، والفنتانيل. ومن هذا العرض يتضح أن البداية الأولى لاستخدام الترامادول كمسكن لألم السرطان والتي ساء استعمالها بعد ذلك وأدرجت ضمن العقاقير المخدرة (Sofia , 2005, p. 30).

ويندرج عقار الترامادول ضمن المواد الأفيونية، ومع ذلك لا يعرف الكثير عن طريقة عمله لأنه يعمل بشكل مختلف جداً عن معظم المسكنات المخدرة مثل المورفين بالمقارنة مع معظم مضادات الالتهاب غير الستيرويدية. Nsaips (شعبة أدوية الألم دون وصفة طبية مثل الاسبيرين Aspirin ايبوبرفين Ibuprofen) والتي تكون مسكناً للالتهابات ويعمل الترامادول في المقام الأول من خلال التأثير المباشر على الدماغ وبالتالي هو يؤثر على الألم بشكل مباشر عن طريق الدماغ، وعندما يشعر الفرد بالألم حين يرسل الجسم إشارات إلى الدماغ ويتوسط هذه الإشارات الألم عن طريق المستقبلات المختلفة التي تكون بمثابة

محطات المتابعة الخاصة بالأعصاب مثل السيروتونين والأدرينالين، ويمكن تحديد آليات عمل الترامادول كآتي:-

أ- **العمل على المستقبلات الأفيونية:** وذلك من خلال خفض انتقال إشارة الإحساس بالألم ويتم التعامل مع تحمل هذا الألم من خلال تأثير الترامادول على مستقبلات المواد الأفيونية وهي المستقبلات التي تنقل المعلومات حول الآلام المتوسطة والشديدة الكثافة بالإضافة إلى تأثير الترامادول على المزاج والشعور بالمتعة.

ب- واحدة من السمات الرئيسية للترامادول هو خصائصه المضادة للاكتئاب، فكثير من الناس لا يدركون أن بعض مضادات الاكتئاب تعمل بشكل فعال نحو تهدئة ومنع الألم عن طريق تقليل امتصاص اثنين من المواد الكيميائية في الدماغ تسمى السيروتونين **Serotonin** والنورادرينالين **Norepinephrine**، بالإضافة إلى قدرة عقار الترامادول على العمل على إنتاج الإجراءات المضادة للاكتئاب في نقل الإشارات العصبية بين خلايا الجسم العصبية المختلفة.

ت- يعمل الترامادول علي تثبيط الخلايا العصبية من امتصاص السيروتونين والنورادرينالين ويزيد من نسبة النورايبينفرين في الدم والتي تعمل بشكل فعال على تخفيف الألم حسب الجرعات المستعملة، ويستعمل غالبا لتسكين آلام مرضى السرطان والأورام الخبيثة، ويستخدم كمخدر مثل: الكوديين بيد أن تأثير الكوديين يفوق تأثير الترامادول عشر مرات، وطريقة تأثيره ليست معروفة بشكل جيد، بالإضافة لتأثيره المسكن الناتج عن ارتباطه بالمستقبلات المورفينية، ويمنع استخدام الترامادول في حالات الأمراض الكبدية الحادة، ويحذر استخدامه مع الكحوليا(الخمير) (لأنه يضاعف من فعاليتها James, H, 1997,p,4)

ث- بعض الأسماء التجارية للترامادول :-

أصبح هناك العديد من الأسماء الشائعة والتجارية للترامادول ومن هذه الأسماء:
(ترامادول -كونت رمال - تراماكس - تامول - تيدول - الترادول - تراموندين - ترامال - زامادول - كوسدول كمنتالب - أمادول - ترامونال إس- أر-ترام الجين)
وتضيف الباحثة بعض الأسماء الأخرى لعقار الترامادول والتي يطلقها الشباب في قطاع غزة على عقار الترامادول مثل (الترملة- حبة الأمل- تفاح الجنة- الترام).

2.4.7 ثالثاً : الأسباب والدوافع المؤدية إلى تعاطي العقاقير:-

يمكن إدراج هذه الأسباب في الآتي:

- أ. رخص الثمن.
- ب. المعتقدات الخاطئة المرتبطة بفوائد تعاطي الترامادول.
- ج. سهولة الحصول على الترامادول.
- د. التأثيرات المرتبطة بتناول الترامادول كعقار مخدر.
- هـ. تناسي الهموم واستجلاب السرور.
- و. تحصيل لذة جنسية كبرى.

2.4.8 رابعاً: علامات وأعراض الاعتماد العقاقيري للترامادول :

- هناك العديد من الأعراض التي توضح للمعالج ما إذا كان العميل متعاطي للترامادول أم لا، وهذه الأعراض هي واحدة أو أكثر طبقاً لـ DSM-5 وهي كالآتي:-
- أ- زيادة الطلب على العقار بشكل يؤدي إلى التقليل المتكرر من القدرة على الوفاء بالتزامات العمل أو الدراسة أو الأعباء المنزلية.
 - ب- قدرة العميل على قيادة السيارة في حالات التعب الجسدي.
 - ج- قيام العميل بالعمل الشاق رغم تعب.
 - د- الرغبة الشديدة والمستمرة في استخدام الترامادول.
 - هـ- القيام بأعمال غير قانونية كتجارة المخدرات.
 - و- الاستمرار في الاعتماد على العقار على الرغم من ما يحدثه له من مشكلات شخصية واجتماعية الناتجة عن التعاطي.
 - ز- فشل كافة الجهود المبذولة في التوقف عن التعاطي.
 - ح- قضاء معظم الأوقات في الحصول على المخدرات. (الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية، 2013م، ص ص549-550).

2.4.9 خامساً: مراحل تعاطي العقاقير :-

هناك أربع مراحل رئيسية يمر بها متعاطي العقاقير المخدرة :-

1- مرحلة التجريب :-

وفي هذه المرحلة يضع المتعاطي قدمه في النار التي ستحرقه، حيث يقوم بتجريب العقار مرة، وجدير بالذكر أن التجريب الأولي للعقار لا يعد عملية مأمونة المخاطر. (عطيات، 2000 م، ص 30).

ويضيف آخرون بأن مرحلة التجريب هي الخطوة الأولى نحو عالم الإدمان، وعلى الرغم من عدم انسجام المتعاطي مع هذه المرحلة، إلا أنها تسلمه عادة إلى ما بعدها، فمدخن السجارة لأول مرة عادة ما يحدث له سعال وضيق نفس وحرقان في العين، ومتعاطي الهيروين لأول مرة عادة ما يشعر بالغثيان، إلا أن هذه التأثيرات السيئة ولسوء الحظ فشلت في ردع معظم المبتدئين، وقد ساعد على ذلك نصائح رفقاء السوء الذين يؤكدون للمبتدئين أن هذه التأثيرات سرعان ما تزول، ويحل محلها النشوة والانسجام، ونحن حين نكافح الإدمان، فلا بد من سد باب التجربة، وإذا كانت التجربة في جميع المجالات، إما أن تؤدي إلى الإقدام أو إلى الإحجام، إلا أنها في عالم المخدرات غالباً ما تؤدي إلى الإقدام، الذي يؤدي بدوره حتماً إلى الإدمان (زين الدين، 2001 م، ص 39)

وتضيف (سلوى عثمان الصديق) أن مرحلة التجريب تعتبر أساسية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب للعقاقير المخدرة، ويعتقد كثير من شبابنا أن تجريب العقاقير هو عمل مأمون، وأن بعضها يمكن أن يكون طبيعياً، ولكن التجربة في الحقيقة غير مأمونة، ولكنها الخطوة الأولى نحو الاعتماد على العقاقير (الصديق، 1999م، ص 333).

2- مرحلة التعاطي العرضي او الاجتماعي :-

وفي هذه المرحلة لا يبحث المتعاطي عن المخدرات والعقاقير المخدرة، بل يتقبلها إذا عرضها عليه بعض الأصدقاء لنسيان الهموم، أو في بعض المناسبات العائلية والأعياد وغيرها (عطيات، 2000م، ص 30).

ويصف آخرون هذه المرحلة بأنها مرحلة التعاطي (غير المنتظم)، وترتبط هذه المرحلة عادة بأصدقاء السوء، الذين يحاولون التأثير على المتعاطي، بأن ينسى مساوئ

تجربته الأولى مع المخدر، وما صاحب ذلك من أعراض كالسعال والدوار والغثيان..... وغير ذلك. ومع إعادة المحاولة مرة ومرة لا يشعر المتعاطي بتلك الأعراض، ويصبح قريباً من المخدر (زين الدين، 2001 م، ص39).

ويرى آخرون أن هذه المرحلة يكون متعاطي العقار أساساً مؤثراً عليه، فهو يقبل على العقار، غالباً من أصدقاء إهتدوا حديثاً لتعاطي العقار، يتعلم منهم كيف ينسى تجاربه السيئة، ولهذا يتحدث المبتدئ الجديد عن العقاقير، ويتناولها عندما تتوفر له.

3- مرحلة التعاطي المنتظم :-

وفي هذه المرحلة يتم التعاطي بصورة منتظمة ودورية يومياً أو أسبوعياً، وفيها يبحث المتعاطي عن العقاقير، ويحرص على استمرار الحصول عليها (عطيات، 2000 م، ص31).

وتعتبر أيضاً هذه مرحلة متقدمة، وكل ما يشغل بال المتعاطي في هذه المرحلة البحث عن مصادر العقار، لكي يضمن توافره باستمرار، حيث يكون التعاطي منتظماً. (مرة أو مرتين كل أسبوع)، كما يحاول المتعاطي في هذه المرحلة أيضاً أن يحصل من العقار على أكبر قدر من النشوة والاستمتاع. (زين الدين، 2001 م، ص38). ويضيف آخرون أنها تسمى مرحلة الإدمان، وفي هذه المرحلة تتركز حياة الشخص على الوصول إلى النشوة (عبد الخالق، 1995 م، ص309).

4- مرحلة الإدمان أو الاعتماد:-

وفي هذه المرحلة يصبح العقار المخدر جزءاً أساسياً من حياة المتعاطي، بحيث يسعى جاهداً للحصول عليه، فضلاً عن إظهار الرغبة الشديدة في تناوله، وعدم القدرة على الاستغناء عنه، بحيث يتطلب ذلك من المدمن تعاطي جرعات زائدة للحصول على حالة النشوة المطلوبة، وجدير بالذكر أن هناك من يقول بأنه: لا يشترط مرور المتعاطي بالمراحل الأولى جميعها للوصول إلى مرحلة الإدمان أو الاعتماد (عطيات، 2000 م، ص30).

وهذه المرحلة تسمى أيضاً مرحلة الاعتماد: هي المرحلة الأخيرة في سلم الإدمان، وفيها يدخل المتعاطي إلى الطريق المجهول، لقد أصبح المخدر جزءاً من حياة المتعاطي، إنه يرفض الاستغناء عنه، ويقدمه على جميع مقومات حياته، المأكل، المشرب، الدواء،

ويبحث عن المال لشرائه، حتى لو كلفه ذلك أن يسرق أو يقتل ويطلق آخرون على هذه المرحلة أنها مرحلة (الاحتراف)، وفي هذه المرحلة نادراً ما يشعر المتعاطي بالنشوة في المخدرات، بل يكون المتعاطي قسرياً وغير خاضع للسيطرة، ومستمراً طوال اليوم(عبد الخالق، 1995م، ص309).

2.4.10 الآثار الاجتماعية لتعاطي العقاقير:-

هناك عدة آثار تترتب على تعاطي المخدرات عموماً والعقاقير خصوصاً وهي ما

يلي:-

أولاً: الآثار الصحية:

يؤثر تعاطي المخدرات على جسم الإنسان تأثيراً بالغاً من حيث القوة والحيوية والنشاط، ومن حيث المستوى الوظيفي لأعضاء الجسم وحواسه المختلفة، وتؤثر المخدرات على شهية المتعاطي، فلا يتناول إلا القدر الضئيل منه، كما تصيب المخدرات الإنسان ببعض أمراض الكبد، وتسبب أمراض القلب والتسمم. (حبيب والعربي، 2011 م، ص412) وتوجد آثار جسمية منها: مضاعفات بالرئة، وبالكبد، وبالجهاز العصبي، وبأجهزة المناعة، ومضاعفات أخرى مثل خرايج تحت الجلد، والتهاب الأوعية الليمفاوية، وتسمم الدم، والتهاب عضلة القلب (شرف، 1985م، ص ص 17-18).

وهناك تأثير تعاطي العقاقير المنبهة، مثل (الامفيتامينات والكوكايين والكراك

والقات وغيرها)، وهذه التأثيرات تؤدي إلى:

• ارتفاع الحالة النفسية.

• التسمم.

• الذهان.

• التهيج.

• مزاج اكتئابي.

• أفكار انتحارية.

وتأثير تعاطي العقاقير المهدئة (مجموعة الباربيتورات)، وتؤدي إلى:

• الارتخاء الجسدي.

• فقدان المهارة الحركية.

- اضطراب في الجهاز التنفسي.
- فقدان مهارة الخطابة والتحدث.
- ضعف في الذاكرة أو فقدانها.
- مع الاستمرار في التعاطي تؤدي إلى الجنون (فقدان العقل).
- مع زيادة الجرعات تؤدي إلى الغيبوبة أو الوفاة (البريثن، 2002م، ص ص 146-147).

أما فيما يتعلق بالآثار الصحية المترتبة على تعاطي عقار الترامادول:

هناك العديد من التأثيرات المترتبة على إدمان الترامادول، و عادة ما تكون مصحوبة بارتفاع ضغط الدم، التعرق، الأرق، الأهوال الليلية، القلق، رهاب الخلاء من الأرض الفضاء، أزمات في التركيز، تقلصات عضلية، حركات بسيطة لا إرادية، عدوانية، تهيج، فقدان الذاكرة المؤقت، وأيضا يسبب حكة جلديه، وجفاف البشرة في بعض مناطق الوجه، هذا ويوجد عدة عوارض جانبية للعقار ومن أهمها: الفشل الكلوي وهشاشة العظام ويعمل على المدي البعيد علي ارتخاء العضو الذكري عند الرجل ويعمل علي تدمير الأجهزة العصبية باعتباره أفيون صناعي (Ipek & Fazilet, 2005, p.70)

وأضاف آخرون أنه من التأثيرات الصحية للترامادول: أيضا أنه يعمل على الزيادة في النعاس، والإصابة بالإغماء، والشعور بالضعف المفاجئ، التغير في ضغط الدم، انخفاض ضغط الدم، والهلوسة والتغيير في عملية التفكير، والنوم العميق والغيبوبة، وكذلك يقوم الترامادول بزيادة تركيز السيروتونين (Serotonin) في الدماغ وخاصة عند استخدام بعض العقاقير والمواد المخدرة الأخرى ويعمل على اختلال وظائف الكلى، وتدهور الحالة الصحية بشكل عام، وذلك للتراكم التدريجي للسموم في الجسم. (MCDiarmid. Todd, 2005).

ثانياً: الآثار الاجتماعية:-

- أ- عدم قدرة المتعاطي على الاستمرار في العمل.
- ب- حدوث الخلافات بين الزوجين.
- ج- اهتزاز القدوة أمام الأبناء، وعدم تقديرهم للمسئولية.
- د- فقدان الضبط الاجتماعي الذي يؤدي إلى الانحراف.

ثالثاً: الآثار الأسرية:

يؤدي الإدمان إلى أن الشخص المدمن يفشل في القيام بأدواره الاجتماعية داخل الأسرة، ونلاحظ على المدمن ما يلي:

- تغير مفهوم المدمن لدوره الاجتماعي لعدم تقديره لقدراته وقدرات الآخرين.
- يعاني المدمن من البطالة لعدم تكيفه مع العمل، وعدم إدراكه لأهميته، وبالتالي لا يقوم بدوره الاجتماعي في الأسرة.
- صراع الأدوار حيث أنه يجب أن يقوم بدوره في الأسرة من ناحية، ومن ناحية أخرى نجد أن جماعة الأقران أو أصدقاء السوء الذين يتعاطون معهم يشبعون حاجاته.
- تفكك الأسرة وانهارها لو كان أحد الوالدين مدمناً لعدم قيامه بدوره الاجتماعي فيها، ولهجر الكثير منهم لأسرهم.
- عدم استطاعة المدمن القيام بوظيفته الجنسية في محيط الأسرة خاصة إذا كان الأب قد يهدد الأسرة بالتفكك.
- صراع القيم والاتجاهات: ينشأ لدى الفرد المدمن عدم تقديره لوجهات نظر الآخرين، ويعتقد أن قيم المجتمع واتجاهاته لخدمة الآخرين، وليس لخدمته هو لذلك قد ينحرف عنها، كما أنه يكون اتجاهاً ضد هذه القيم والاتجاهات لأنها تعيقه عن إشباع حاجاته.
- مما يجعل الاتجاه نحو الجريمة : وتؤدي حالة الإدمان إلى وجود تصور خاطئ للفرد المدمن عن نفسه وعن قدراته، وقد تخيل له الحالة الإدمانية أنه قوي فيقومون بأعمال إجرامية كالعدوان على الآخرين، والسرقه، ويجدون في هذه الأفعال إشباع لرغباتهم وحاجاتهم، كما قد تدفعهم الرغبة في الحصول على المخدر مع ارتفاع ثمنه للسرقه، والإتجار بالمخدرات للحصول على المال اللازم لشراء المخدر. وقد سمعنا كثيراً عن

جرائم السرقة والاعتصاب تحت تأثير المخدر (حبيب وحنا، 2011 م، ص ص 472-473).

أما الآثار الاجتماعية المترتبة على تعاطي عقار الترامادول والتي يمكن الإشارة إليها فيما يلي:-

1- إعطاء المثل السيئ لأفراد الأسرة:

حيث يقوم المتعاطي أو المدمن بشراء المواد المخدرة من قوته وقوت أولاده وأسرته تاركاً أسرته للجوع والحرمان، الأمر الذي قد يؤدي بأفراد أسرته إلى السرقة والتسول كما قد يؤدي بزوجته إلى الانحراف لتحصل على قوتها، كما يؤدي التعاطي إلى حرمان الأبناء من التعليم أو الحصول على العلاج أو المسكن الملائم، وذلك لما يسببه المتعاطي من استنزاف لموارد الأسرة المالية هذا بالإضافة إلى اهتزاز النموذج الوالدي أمام الأبناء والذي قد يتمثل في إهمالهم وعدم تقديرهم للمسئولية التي تنعكس على أسلوب تنشئة الأطفال في الأسرة.

2- نقل عادة التعاطي إلى أفراد الأسرة:

فإذا تكرر تعاطي رب الأسرة للمخدرات فهذا سوف يثير فضول أبنائه ويدفعهم إلى التعاطي كما قد يرسل الآباء أبناءهم لجلب المخدرات من أماكن بيعها ومن المعروف أن الأطفال سريعوا التأثر بأبائهم وتقليد أفعالهم (عسكر، 2005م، ص ص 185-192).

3- فقدان الأبناء للحب والحنان داخل الأسرة:

حيث تؤثر المخدرات على نمط العلاقات بين الزوجين فيكثر الشجار بينهما، مما يفقد الطفل الشعور بالأمن لأنه يخاف على مصيره، وقد يخشى أن يتحول الشجار باليد فيضربه أبوه أو تضربه أمه ويقسوان عليه، وكثيراً ما يشعر بالحيرة والبلبلية بين أن ينضم إلى أبيه أو لأمه ويصبح في وضع متأرجح يملؤه الخوف والقلق والحساس بالضياع، وقد يؤدي ذلك إلى تعاطيه للمخدرات في سن مبكرة (عبد اللطيف، 1999م، ص 85).

4- زيادة الأعباء الاقتصادية على الأسرة:

أسرة المتعاطي تواجه عبئاً اقتصادياً على دخل الأسرة، حيث ينفق رب الأسرة جزءاً كبيراً من دخله وأحياناً دخله كله، وقد لا يكفي دخله للحصول على المواد المخدرة، وذلك بطبيعة الحال يؤثر تأثيراً خطيراً على الحالة المعيشية العامة للأسرة، ولا يستطيع أفراد الأسرة الحصول على احتياجاتهم الضرورية، مما قد يؤدي إلى انحراف أفراد الأسرة (ابو الروس، 1996 م، ص 95)

يتضح ذلك من خلال الكثير من الاضطرابات النفسية التي تتأرجح بين ثلاث أنماط تقسيم وهي:-

1- اضطرابات سارة: ولعل من أكثر هذه الاضطرابات شيوعا هو جنون الهذاء (البارانويا paranoia)، ويصنف هذا الاضطراب ضمن الأمراض النفسية الذهانية، ويظهر هذا الاضطراب في صورة أفكار، ومعتقدات غير واقعية، ويغلب على هذه الأفكار والمعتقدات حالة الطرب، وشعور القوة والعظمة، ويتميز هذا النوع من الاضطراب باحتفاظ الشخصية عادة بقدر جيد من الإمكانيات العقلية، خصوصا مستوى الذكاء، وقوة الذاكرة، أما السلوكيات الظاهرة فهي تدور حول الهذات التي يؤمن بها أيماناً راسخاً، مسخراً إمكانياته العقلية للبرهنة على صدق أفكاره ومخيلاته التي غالبا ما تتمحور حول ثلاثة انواع:

- هذاء العظمة: كأن يعتقد بأنه أقوى شخص في الوجود، أو أنه أذكى شخص في الكون.

- هذاء الاضطهاد: كأن يعتقد بأنه يطارده من قبل عصابة، أو مطلوب إعدامه من قبل دولة.

- هذاء الغيرة: كأن يغار على زوجته غير معقولة، ودون مبرر لها، وقد تصل الغيرة إلى مرحلة جنونية تؤدي إلى قتل الزوجة. كما قد يصاحب هذات المدمن بعض الهلاوس: (السمعية أو البصرية أو اللمسية أو الشمية) التي يكون لها علاقة أو تؤيد أفكار المدمن ومعتقداته، ومن بين الاضطرابات السارة الهوس (Mania) الذي يصنف على أنه من الأمراض النفسية الذهانية، وأهم أعراضه كمرض:-

- الابتهاج الشديد - السرعة والخفة في الحركة والنشاط السلوكي - السرعة في النشاط العقلي دون ضابط يحكم السرعة، أو يزن الأمور التي يحكمها العقل - فرط العاطفة.

- والهوس كاضطراب يجعل المتعاطي أو المدمن يشعر بالطرب والسعادة، ويبدو كثير الكلام، وقد يبدو عليه شيء من القلق، كما قد يعقب نوبات الهوس حالات اكتئاب، ومع الاستمرار على الحال المتبدل (هوس - اكتئاب) يدخل الشخص حالة الجنون الدوري.

2- اضطرابات غير سارة : ولعل من أكثر هذه الاضطرابات شيوعا الاكتئاب (Depression) الذي يصنف على أنه من الأمراض الذهانية، وهو عبارة عن مجموعة

من ردود الأفعال والأحاسيس والانفعالات التي تتميز عادة بالحزن، ووهن العزيمة واليأس، والتشاؤم من المستقبل، كأن يشعر المدمن بحالة حزن شديد، وشعور بالإثم، وتقليل الذات، أو احتقاره، وغالبا ما يبكي على أشياء لم يرتكبها، وأحيانا على مجرد أفكار لم ينفذها، وللاكتئاب ثلاثة مستويات، وهي الاكتئاب الخفيف، والاكتئاب الحاد، والذهول الاكتئابي، ومن خصائص الاكتئاب كمرض:

- اليأس والحزن الشديد.
- صعوبة في التفكير، وقلة الكلام.
- قلة النوم.
- فقدان شهية الأكل.
- مخاوف.
- أفكار سوداوية.

3- اضطرابات متبلدة : وفيها يكون المدمن متبلد العاطفة، لا تثيره المنبهات السارة، أو غير السارة، ويصنف هذا النوع من بين الأمراض النفسية بالفصام (schizophrenia)) وهو من الأمراض الذهانية، ومن أهم أعراضه البلادة الانفعالية، حيث لا يتفاعل مع الحوادث بموضوعية، فلا يحزن على موت قريب، ويضحك على مواقف لا تجلب الضحك، ويحدث التبدل بدون حدوث الانفصام، حيث يحدث ما يسمى بخلل التبدل ومن خصائصه كمرض نفسي، الانفعال والانسحاب من المجتمع وعدم المبالاة وعدم الاهتمام بمشاعر الآخرين، وينقسم الفصام إلى أربعة أقسام:

- البسيط (Simple) وأهم أعراضه الانسحاب والبعد عن الواقع.
- الهذائي (Paranoid) وأكثر أعراضه الهذات المختلفة، كالشعور بالعظمة، أو الشعور بالاضطهاد.
- الكاتاتوني (Catatonic) وأكثر أعراضه التعبيرات العضوية الشاذة، إيجاباً أو سلباً.
- التوحدي (Hebephrenic) وأهم أعراضه الانفراد، والتوحد، والعزلة عن الآخرين وعن المجتمع بشكل عام (البريثن، 2002م، ص ص152-155). ومن الآثار النفسية أيضاً يضيف آخرون الشعور الزائف بالاضطهاد والكآبة -العزلة والتوتر العصبي والنفسي - هلوسة سمعية وبصرية وحسية، ورؤية أشياء لا وجود لها - فقدان العقل -ضعف التركيز والذاكرة وكثرة النسيان (الحسن، 1998م، ص36).

وتتفق كافة البحوث والدراسات على وجود الآثار النفسية السلبية الآتية على تعاطي العقاقير:-

- أ- مشاعر مزيفة بالسرور والنشوة، ثم يعقبها متاعب فسيولوجية كالدوار والغثيان.
- ب- إحساس وهمي بالراحة والإحساس بالاسترخاء وعدم الرغبة في العمل.
- ت- ضعف حساسية الفرد الانفعالية.
- ث- يؤدي تعاطي المخدرات إلى حالة من التبدل وفقدان الدوافع ويصبح التعاطي هو الهدف الوحيد في الحياة .

2.4.11 رابعاً: الآثار الاقتصادية لتعاطي العقاقير:

- أ- تكلف المخدرات الدولة نفقات باهظة.
 - ب- انخفاض قيمة العمل المحلية.
 - ت- ضعف قدرة المدمن على البحث والإبداع.
 - ث- عدم التكيف مع العمل الجماعي وانخفاض الإنتاج (فهمي، 2001م، ص79).
- ويضيف آخرون أن الفرد متعاطي المخدر تتزايد عليه التكلفة وحدثت أزمات اقتصادية.
- أ- تؤدي المخدرات للفقر نتيجة إنفاق الكثير من الأموال على التعاطي.
 - ب- تؤدي المخدرات للبطالة، حيث أن كثيراً ما يفقد المدمن عمله نتيجة غيابه ومشاكله الدائمة بالعمل.
 - ت- تؤدي المخدرات إلى انخفاض مردود الأسرة المادي.
 - ث- تؤدي المخدرات إلى إنفاق الدولة الكثير من الأموال في سبيل إنشاء المصحات والعيادات الخاصة وتوفير الأدوية والمستلزمات والحاجات الخاصة والضرورية لعلاج المدمنين (أبو جناح، 2000م، ص108).
- ومن الآثار الاقتصادية التي تسببها جرائم المخدرات على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع ككل:

- أ. انخفاض معدلات الادخار الفردي والأسري.
- ب. ضعف الإنتاجية من حيث الكم والكيف والقدرة على العمل.
- ج. زيادة العجز في ميزان المدفوعات.
- د. زيادة معدلات التضخم والمديونية (الصعيدي، 1995 م، ص126).

أي أن المدمنين تحولوا بفعل المخدر إلى أشخاص عاجزين عن العمل، مما يعتبر قوة إنتاجية مفقودة، وإذا كانت قلة منهم تعمل فإن إنتاج هؤلاء يكون ضئيلاً من حيث الكم، وريئياً من حيث الكيف، نظراً لقلّة حماسهم، وضعف صحتهم، وتصدع أسرهم، بالإضافة إلى ذلك فإن انتشار المخدرات يؤدي إلى إنفاق الدولة كثيراً من المال والجهد في سبيل ضبط جرائم المخدرات، وملاحقة المتهمين ومحاكمتهم، وتنفيذ العقوبات فيهم. وعلاجهم وإعادة تأهيلهم، فضلاً عن المبالغ الطائلة التي تدفع ثمناً لهذه السموم.

حجم ظاهرة تعاطي المخدرات وإدمانها على المستوى العالمي والإقليمي:

أشارت إحدى الدراسات الرسمية الصادرة من مكتب الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة والمخدرات إلى أن حجم الإنجاز العالمي للمخدرات قد بلغ خلال السنوات العشر الماضية 213 مليار جنيه سنوياً، كما أشار التقرير السنوي للأمم المتحدة لعام 2007م عن حالة المخدرات عالمياً إلى وجود 25 مليون مدمن ينفقون 322 مليون دولار سنوياً على استهلاك ويهددون بانتشار الجريمة وعدم الأمن، كما بلغ عدد حجم الدورة المالية والسنوية لنشاك عصابات المخدرات في العالم 500 مليار دولار، وقد تجاوز إنتاج الأفيون 3700 طن سنوياً، والهيروين 370 طناً، والكوكايين 680 طناً، من خلال زراعات محرمة تضع فيها أنشطة واستثمارات ضخمة غير مشروعة ويوضع أيضاً نفس التقرير أن التقدم المحرر مؤخراً بشأن مكافحة المخدرات في الدول النامية، كما كشف دراسات حديثة علمية وتقارير حديثة أن الإتجار بالمخدرات يمثل 8% من حجم التجارة الدولية، حيث تأتي هذه التجارة في المرتبة الثالثة من حجم التجارة العالمية بعد تجارة السلاح والمواد الغذائية، أما على المستوى المحلي والإقليمي والعربي فتنتشر بعض الإحصاءات حسب تقرير الأمم المتحدة عام 2000م بشأن المخدرات إلى أن 180 مليون شخص يعانون الإدمان، ويتركز معظمهم في اليمن والصومال وأرتيريا وأثيوبيا وكينيا (الدر، 2009 م، ص 75-76).

2.4.12 الاترامادول في المجتمع الفلسطيني.

إن تعاطي المخدرات وإدمانها (خاصة من الشباب) تعتبر العقبة الكبرى أمام جهود التنمية والإعمار والبناء، بسبب ما يفرزه الإدمان من أمراض اجتماعية وانحرافات سلوكية، وكذلك ما يحدث من آثار اقتصادية وصحية وسياسية سيئة، تعتبر معوقات

لعملية التنمية، ولا شك أن الإدمان وباء يهدد دول العالم المتقدمة والنامية، ولا تقف مخاطره عند حدود دولة أو خطر معين، وهذه الحقيقة أكد عليها علماء الدين والاجتماع والنفس والصحة.

ويعاني مجتمعنا الفلسطيني على وجه الخصوص من هذه الظاهرة الفتاكة، هذه الظاهرة التي نتجت عن تراكمات الماضي البئيس حيث مساعدة الاحتلال للتجار على ترويج هذه الآفة و الاتجار بها، وتعاطي بعض المسؤولين عن ملاحقة التجار وعدم الجدية في علاج ظواهر الإدمان وتأهيل المدمنين، كما أن ضعف الأجهزة الأمنية وعجزها عن القيام بدورها بشكل فعّال، هياً بيئة لتجار المخدرات لتوسيع رقعة الترويج والاتجار، ومما زاد في مشكلة انتشار المخدرات وتوسيعها في قطاع غزة أجواء الانفلات الأمني في العهد السابق والتي أوجدت جماعات مسلحة تطلق على نفسها أجنحة مقاومة في حين تنتشط في ترويج وبيع المخدرات، كما أن عدداً من العائلات في القطاع كانت تحول في كثير من الأحيان دون تمكين الشرطة من القبض على المتورطين من أبنائها في تجارة أو ترويج المخدرات.

ومما يزيد من خطورة الظاهرة هو تفشيها مؤخراً في أوساط الشباب الفلسطيني الذي يعاني من أزمت نفسية ودرجات إحباطيه كبيرة نتيجة ظروف الحصار والمأزق الاقتصادي والمادي الذي يعصف بذويهم يحول دون تلبية رغباتهم واحتياجاتهم(العبادة، 2010م، ص45).

2.4.13 الأنفاق ودورها في تهريب الترامادول:

إن حالة الأنفاق التي شكلت في بداية ظهورها حالة رائعة من حالات كسر حلقات هذا الحصار الجائر ومعيناً ضخماً من موارد الدعم اللوجستي للمقاومة والممانعة والثبات، فأدخلت هذه الأنفاق أساسيات الحياة ومستلزماتها المعيشية الضرورية للقطاع بعد المنع الصهيوني، أصبحت في الآونة الأخيرة حلقة من حلقات الإجرام التي يحارب بها الشعب المرابط في هذا لقطاع، وأصبح يهرب عن طريقها كل ما يضر هذا الشعب في صحته وكل ما يخدش ويوهن صموده ويضعف عزيمته، فأدخلت المخدرات بأنواعها المختلفة، وقد لعبت الأنفاق دوراً كبيراً في عملية ترويج والاتجار بالمخدرات والحبوب المخدرة، إذ أن عمليات التهريب زادت بشكل كبير بعد اتساع الاعتماد على الانفاق في عمليات

إدخال المواد الأساسية لقناع غزة بعد الحصار الجائر المفروض على القطاع منذ سنوات ويرجع ذلك إلى عدد الأنفاق المهول الذي يشكل عبئاً كبيراً على أجهزة الأمن في مراقبة الواردات مراقبة دقيقة، كما أن تنوع طرق التهريب تشكل معلماً بارزاً في انتشار ظاهرة المخدرات واتساع المتأثرين بها حيث تنوعت هذه الطرق والأساليب وتشكلت وأصبحت كل المواد والأجهزة والمعدات تستخدم في عمليات تهريب الترامادول وترويجها فأصبحنا نرى أن الترامادول تخبأ في الأجهزة الكهربائية والأدوات الصحية وعلب البسكويت والشوكولاتة وغيرها، حيث ضببت عدة قضايا على هذه الشاكلة، كما ضببت قضايا أخرى استخدمت فيها أنابيب الغاز لتهريب الترامادول، حيث يوضع في داخل الجرة بعد قصها ولحامها وغير ذلك من الوسائل والطرق المتنوعة تنوعاً بمقدار المواد الداخلة للقطاع عبر الأنفاق (العبادلة، 2010م، ص59).

2.4.14 بدايات التعاطي من الناحية العمرية والظروفية:

تؤكد الدراسات والأبحاث أن تعاطي المخدرات لدى فئة الأطفال المراهقين لا تزال مصدر قلق صحي للمجتمع، كما تحمله من إشارات واضحة وخطيرة للمستقبل. ففي نتائج الاستبانة لاستشراق مستقبل سنة 2000م، أوضحت الدراسات أنه على الرغم من تراجع تعاطي بعض المخدرات عن أعلى مستوى لها في الثمانينات، استمرت المخدرات الأخرى مثل: مخدر الماريجوانا والامفاتيمات، والباربيبيتراس، والتراننقيليزر، والكحول، والمخدرات المصنعة على مستوياتها السابقة، إضافة إلى ذلك فإن الاستبانة أوضحت ازدياد تعاطي المورفين والسيتريدس من بعض الطلاب، وكذلك استخدام " the clubdrug ecstasy " من جميع مستويات الطلاب (الشيحي والصالح، 2006م، ص23).

وفي دراسة عن حجم التعاطي لدى طلاب المرحلة الثانوية في بعض الولايات الأمريكية، وجد أن ثلاثة أرباع الطلاب 77% سبق أن تعاطوا الماريجوانا، ونصف الطلاب 49% يتعاطونه حالياً، وحوالي خمس الطلاب 21% سبق أن تعاطوا الكوكايين، و20% من الطلاب تعاطوا الميثامفيتامين.

ويؤكد ذلك دراسات سابقة على المستويين المحلي والعالمي عن انخفاض العمر المتوالي الذي يبدأ فيه تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب على سبيل التجريب سواء في

تدخين السجائر التي يغلب أن يبدأ تعاطيها من حوالي سن 12 سنة، أو المخدرات التي يغلب البدء في تعاطيها في سن 16 سنة أو 17 سنة (المشعان وخليفة، 2003م، ص96).

ويشير عكاشة (1985م، ص78) إلى أن المدمن في بعض الدول العربية يبدأ عادة في سن 17 - 18 سنة بالسجائر والحشيش ثم الحبوب، وينتشر الهيروين بين سن 21 - 28 سنة، كما وجد أن 98 % من متعاطي الهيروين سبق لهم أن استخدموا السجائر والحشيش.

2.4.15 العوامل المؤدية إلى تعاطي الترامادول:

تعاطي المخدرات آفة تهدد مئات الملايين من الناس في شتى أنحاء العالم، ما السر أو التأثير الذي يمكن أن يحدثه تعاطي الخمر أو التدخين باختلاف أنواعه، إذا نظرنا إلى الأشياء المشتركة في كل هذه المواد بغض النظر عن أن بعضها محرم وبعضها مجرم، وبعضها مسموح بتناوله قبل التبغ والتدخين، فسوف نجد أن هذه المواد بينها شيء مشترك ألا وهو أنها تطلق ترليونات من الجزيئات التي تغير من كيمياء المخ، وتؤثر على المخ والموصلات العصبية اللازمة من أجل أن يظل الإنسان في حالة سلوكية ومزاجية مستقرة، وذلك مجرد دخولها إلى الدم، كل هذه المواد تسبب في إيقاف إفراز تلك الوصلات العصبية الهامة من مخازنها داخل الجسم، اعتماداً على ما يأخذه المدمن من الخارج مثل الدوبامين والأندروفينات وغيرها، والحقيقة أن هناك أبحاثاً كثيرة تتهم هذه المادة المسماة بالدوبامين بأنها السبب الرئيسي الذي يشعر من خلاله المدمن بالانبساط والسرور والرضا حين يتناول جرعة المخدر، وذلك من خلال عملها على مراكز مسارات المخ (Reword Patlz Ways) وهي تسبب حالة الاعتماد الكلي التي تؤدي إلى الإدمان. (مصباح، 2004م)، وعلى الرغم من خطورة ظاهرة الإدمان على المخدرات، إلا أنه لم يتم التوصل إلى أسباب محددة تدفع الرشد إلى تعاطي المخدرات أو الإدمان عليها.

العوامل الاجتماعية والبيئية:

1. الأسرة وعمليات التنشئة الاجتماعية :

العلاقات بين الوالدين تؤثر في تكوين الطفل، فالشجار بين الوالدين يفقد الطفل الشعور بالأمن؛ لأنه يخاف على مصيره وقد يخشى أن يتحول الشجار إليه فيضره أبوه أو أمه أو يقسون عليه، وتفسير الوسط الاجتماعي على الفرد (السلوك المنحرف بأشكاله المتعددة) ما هو الإنتاج للوسط الاجتماعي والأسرى دون أن تغفل التعود على العقاقير وتمثل العملية التربوية أنواع السلوك التي يرتضيها المجتمع الذي نعيش فيه، والأسرة تؤثر في نمو الإنسان جسماً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً.

ويؤكد سيرز لاند في إطار نظريته الخاصة بالمخالفة الفارقة والتي كانت تنادي بأن السلوك الانحرافي كنمط من أنماط السلوك يتعلم من خلال الآخرين، خلال المخالطة ويشير إلى أن العوامل التي تهدد شخصية الفرد تكمن في الأسرة وتجعله عرضة للدخول في ألوان الانحراف المختلفة وهي :

أ. فقد السيطرة الأبوية لأي سبب من الأسباب.

ب. وجود ميول إجرامية أو غير أخلاقية.

ت. الغيرة الزائدة ووجود مشاعر الغيرة والإهمال.

ث. التدليل الزائد (العزاوي، 2001م، ص 89).

ج. ازدحام المنزل وغياب الرقابة الأسرية وتدخل الأقارب في المنزل.

وأثبتت دراسة أخرى وجود علاقة إيجابية بين نواحي اضطراب في وظائف عملية التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة وبين المخدرات، وأبرزت أن التعاطي مرتبط بفترة المراهقة، حيث يلجأ الشخص لجماعات التعاطي بحثاً عن الإحساس بأمان وتحقيقاً لذات الفرد أو هروباً من سيطرة الأسرة. (غباري، 1999 م، ص 75).

2. فقدان أو غياب أحد الوالدين :

أثبتت الدراسات أن المنحرفين ينحدرون بالغالب من أسر مفككة يغيب عنها أحد الوالدين سواء نتيجة الوفاة، أو الطلاق، أو السفر. وأن هذه الأسر غالباً ما يشيع داخلها انحراف من نوع ما سواء كان الأب سكيراً أو مدمن على المخدرات (الدمرداش، 1999م، ص 46).

3. ضعف الوازع الديني لدى الوالدين :

من الملاحظ أن غالبية العلماء والباحثين يرون ضرورة غرس الإيمان في الفرد وتدعيم الذات الأخلاقية لديه حيث اتفقوا على أن ضعف واضطراب العقيدة الدينية والذات الأخلاقية من شأنه أن يجعل الفرد يقع فريسة للأزمات النفسية التي تؤدي إلى انحرافات مختلفة ومنها تعاطي الكحول والمخدرات (العزاوي، 2001 م، ص 90).

2.4.16 النظريات المفسرة لظاهرة التعاطي:

لا شك من أن العلماء المسلمين كان لهم السبق في اكتشاف أثر الجوانب النفسية في تكوين الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية والجسمية، أمثال (ابن سينا والرازي) وغيرهما....، والذين استطاعوا أن يستخدموا العلاج النفسي الحديث-دون تسميته الطمع- في معالجة الكثير من المرضى النفسيين.

وبعد ذلك بكثير ظهر العلاج النفسي في الغرب على يد العلماء الغربيين أمثال (شاركو وجانبيه وبروير) وغيرهم.

حيث اهتموا بالجوانب النفسية في علاج المرضى، وكما هو معروف فإن إسهام مدرسة التحليل النفسي على يد " فرويد" كان لها الريادة في وضع أول نظرية نفسية تطبيقية متكاملة وواضحة المعالم في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، ولقد كان لإسهامات " فرويد " في إلقاء الضوء على الجوانب النفسية بشكل عام أهمية كبرى في هذا المجال.

وبعد ذلك توالى ظهور المدارس النفسية من أجل مساعدة المرضى النفسيين والمدمنين على المخدرات والخمور.

ومن الجدير بالذكر أن التحليل النفسي والمدارس التحليلية الأخرى في مجال العلاج النفسي قد سيطرت لفترة طويلة من الزمن، واتفقت هذه المدارس السيكدودينامية على أن المريض هو تضحية لصراعات داخلية على مستوى اللاشعور نتيجة تصادم الفرد مع المحيط الخارجي الذي يعيش فيه، لذلك استخدمت هذه المدارس الأساليب النفسية لتخليصه من هذه الصراعات، و بناءً على هذا الفكر النفسي فقد اعتبر الناجحين والمدمنين والمنحرفين سلوكياً على أنهم مرضى يحتاجون إلى العلاج النفسي بدلاً من

اعتبارهم أشخاصاً تمردوا على عادات وتقاليد المجتمع وهم بالتالي لا يستحقون العقاب بل يحتاجون إلى العلاج.

وسوف نحاول فيما يلي أن نلقي الضوء على مجموعة من المدارس النفسية في تفسيرها للتعاطي والإدمان.

2.4.17 أولاً: النظريات البيولوجية:

كانت النظريات البيولوجية من أولى النظريات التي حاولت تفسير التعاطي الضخم والمنتظم انطلاقاً من ميكانيزمات بيوكيميائية أو فسيولوجية شكلت الدراسات الإنسانية محور الأعمال المصممة لاختبار النظريات الجينية ذات الصلة بالإدمان في بنى البشر؛ لأنه إذا كان للجينات تأثيرها في الإدمان، فإن أولئك الذين لديهم جزء من المادة الوراثية الخاصة بهم التي توارثوها عن متعاطين، فإن هذا الموروث سيصل إليهم وسيعانون من تلك الحالة وتلك الظروف التي كان عليها آباؤهم (حجاب، 2011 م، ص 35).

قدم كولينجر (Cloninger, 1987) نظريته في الشخصية ووراثته، للسلوك الإدماني معتمداً على النظرية البيولوجية، فمن الفروع الشريعة للتقدم اليوم في مجال دراسة الإدمان، فروع الأوبئة الوراثية (Genetic Elide Biology) أي دراسة تفاعل العوامل البيولوجية والاجتماعية في خلق السلوك، فخلال الثمانين عاماً الأخيرة، بينت أكثر من مائة دراسة أن نسبة المدمنين المنحدرين من أسر ليس فيها إدمان تساوي (3 : 5) ومع ذلك لا يبدو أن الإدمان يورث بطريقة بسيطة.

و تنهض التفسيرات البيولوجية للتعاطي والإدمان، على أساس أن مخ الإنسان يحتوي على مواد كيميائية تقوم بنقل الإشارات من خلية إلى خلية أخرى. (غانم، 2005م، ص81).

ويرى الفهدي (2013) أن التفسيرات البيولوجية تنقسم إلى التفسير الوراثي والذي يفسر هذا الاتجاه ظاهرة الإدمان بأنها عملية وراثية لا شك فيها.

واتبعت عدة مناهج متباينة منها :

أولاً: دراسة الحيوانات في المختبر والتي أجريت حول الفئران، حيث أصبح سلوك الفئران سلوكاً عدوانياً.

ثانياً: دراسة التاريخ العائلي، حيث وجدت أن الشكل الذكري المحدود كان موروثاً بدرجة عالية.

ثالثاً: دراسة القوائم، واستطاع أن تستنتج أن التوأمين متشابهان في الشرب، وتفاعل الاتجاهات الوالدية نحو الشرب، والضغط المهني لتناول الكحول.

رابعاً: دراسة التبني، التي أوضحت أن معدلات الإدمان تزيد أربع إلى خمسة مرات عند الأطفال المولودين لوالدين غير مدمنين.

خامساً: دراسة السمات السلوكية والنفس عصبية، والتي أثبت أن أبناء الكحوليين أقل قدرة في الوظائف المتعلقة باللغو التحصيل العلمي.

وانطلاقاً من هذه الفكرة فقد خسرت نظرية المستقبلات الساكنة، وهي إحدى النظريات البيولوجية المفسرة لظاهرة الإدمان، حيث يعتقد أصحاب هذه النظرية بوجود نوعين من المستقبلات في الخلايا العصبية، النوع الأول هو الذي يقوم بعمله ويتفاعل مع العقار المخدر المستعمل، والنوع الثاني ساكن لا يتفاعل، وعندما يستمر المرء في تعاطي العقار المخدر، فإن المستقبلات الساكنة تنشط وتصبح من النوع الأول المستقبل، مما يسبب حاجة ملحة لتناول كميات متزايدة من العقار المخدر، وهذا ما يسمى بظاهرة التحمل، ومن ناحية أخرى إذا امتنع المرء عن تناول العقار الذي أدمن عليه، فإن ذلك يسبب نشاطاً ملموساً في المستقبلات الزائدة المنشطة الموجودة في الخلية العصبية، والتي كانت ساكنة، فتحدث ظواهر وأعراض الامتناع، التي تتباين شدتها حسب العقار المستعمل، وتستمر تلك الأعراض عادة حتى تعود المستقبلات التي نشطت بسبب تناول العقار المخدر إلى وضعية السكون الطبيعية (عرموش، 1993م).

إذاً فالنتفسيرات البيولوجية تشير على أن التكوين البيولوجي للفرد هو المحدد الرئيسي لسلوكه في المجتمع، وهذا السلوك الذي يتأثر بعامل الوراثية والبيئة التي يعيش فيها الفرد والتي تولد لديه الاستعداد لتعاطي المواد المخدرة والاستمرار عليها.

2.4.18 ثانياً: النظريات الشخصية:

كان لتفسير الإدمان من منظور الشخصية تأثير عميق على النظرة الإكلينيكية للعقاقير والمخدرات ولظاهرة الإدمان، ومن هذا المنظور تم طرح نموذج اضطراب الشخصية (Personal Disorder Model). كإطار تفسيري لإدمان العقاقير والمخدرات، ويتضح هذا المنحى في الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني (DSM : II) وهو منحى يعكس فكر مدرسة التحليل النفسي عن " عصاب الخلق "

(Choraeter Neurosls) فالأشخاص من الذين يصبحون مدمنين لديهم استعداد للإدمان بسبب خصائص شخصيتهم، و يعتبر الإدمان ذاته عرضاً من أعراض هذه المشكلة الكامنة.

وقد شاع في تفسير الإدمان وسم لشخصية المدمن بالظاهرة ذاتها فيما يعرف بالشخصية الإدمانية (Addictive Personal Titv)، وهو مفهوم قد أثار جدلاً سواء عند الاختصاصيين أو غير الاختصاصيين، ذلك أنه لا يوجد نمط فريد للشخصية يسبق الإدمان أو سوء استخدام العقاقير والمخدرات، فالمدمنون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص الذين يختلفون من حيث النوع والعمر والطبقة الاجتماعية، والعقاقير المستخدمة وأساليب التعاطي والأعراض النفسية والمرضية المصاحبة وهكذا، ناهيك عن التباين الشاسع في الاتجاهات المجتمعية والقانونية نحو المجموعات المختلفة من المتعاطين ونحو العقاقير المختلفة والأساليب المختلفة للتعاطي، ولهذا فإنه في مقابل الشخصية الإدمانية الفريدة والكلية يطرح مفهوم عن بعض السمات السلوكية الاستعدادية (Predis Posing Behavior Traits)، وهذه السمات قد تكون كافية في عديد من الشخصيات، ومن هذه السمات السلوكية التي وجد أنها ترتبط بنمو سوء استخدام العقاقير والمخدرات:

- صعوبات في التحكم في الاندفاعات (السلوك الاندفاعي).
- صعوبات في مواجهة الضغوط، بما فيها من مشكلات تحمل الإحباط.
- أنماط سلبية، اعتمادية للسلوك.
- التمرکز نحو الذات مع أنماط سلوكية أنانية ذاتية و استحوذيه.
- سلوك مضاد للمجتمع.

ويبرز في تضمين متغير الشخصية كمفهوم تفسيري للإدمان ثلاثة نماذج نظرية كما يلي (Gossop, 1994, p.374):

أ : نموذج التحليل النفسي.

تناولت مدرسة التحليل النفسي ظاهرة الإدمان منذ نشأتها لمؤسسها الأول العالم " سيجموند فرويد "، وقد أسهم إسهامات كثيرة ومتنوعة في الكشف عن الدوافع الكامنة لتعاطي المخدرات، وألقى الضوء على صورة المدمن من وجهة نظر التحليل النفسي (عسكر، 2004م).

ويفسر أصحاب هذه النظرية الإدمان على تعاطي المخدرات بأنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأية أعراض مرضية عقلية، ويتمثل الإدمان بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى يبطل فعل مراكز الكف في الجهاز العصبي المركزي، فيقوم الفرد بعمل أشياء وأمور غير مقبولة من قبل القيم والتقاليد الاجتماعية، ولا تتفق هذه الأعمال، ولا تتناسب مع طبيعية الموقف الموجود فيه الفرد، إذ تتسم بالغرابة والشذوذ، وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتیاد أو الاعتماد الفسيولوجي في تعاطي المخدر، فإن هذه الظاهرة بلا شك ترجع لاضطراب في شخصية الفرد (أبو النيل، 1990م).

ويرى الغريب (2006) في تفسير مدرسة التحليل النفسي لإدمان بأنه:

1. تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.
 2. تعويض عن إشباع شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.
 3. سلوك يعبر عن فقدان المعايير الاجتماعية.
 4. التعاطي للمخدرات مظهر من مظاهر الاضطرابات والسلوك الشاذ.
- تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، يتمثل الأساس الأول في: صراعات نفسية تعود إلى الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات، والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي، وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات، فإنه يلجأ إلى التعاطي، ويتمثل الأساس الثاني في: الآثار الكيميائية للمخدر (الغريب، 2006م، 54).

لقد خضع تفسير التحليل النفسي لسوء استخدام العقاقير والمخدرات والإدمان للتعديل على يد الكثير من المنظرين في التحليل النفسي، ولكن محور هذا التفسير يظل كما يقرره (أوتو فينكل Fenichel سنة 1745) من أسباب التحول إلى تعاطي الكحوليات قد تكون أما وجود إحباط خارجي، أو كف داخلي، وتلك حالات لا يجبر الفرد معها على أن يواجه الأنا الأعلى من دون تلك المساعدة المصطنعة (وهي تعاطي ويصف "فينكل" وغيره من علماء التحليل النفسي الإدمان الكحولي على أنه عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إصابات ضمنية في الطفولة، لذا فإن الشخص الذي يصبح مدمناً هو في التكويني شخص يوسم بالانرجسية (عشق الذات اللاشعوري) والمطالبية (كثرة المطالب) حين يكون التعاطي بالنسبة للشخص المدمن وظيفياً يحقق من خلاله مطالب متعددة: فالتعاطي يعمل بمثابة "مسكن" رضاعة كاذبة" للإحباط والغضب، ووسيط نشيط للتفيس من خلاله عن محفزاته العدائية الكامنة نحو والديه وأصدقائه، وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات الماسوشي، وإشباع رمزي للحاجة إلى الحب والعطف، وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسب مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية.

تفسير " فرويد " للإدمان:

لقد فسّر فرويد الإسراف في تعاطي الكحول من خلال تصورات جنسية حيث اعتبر أن الفرد من خلال تعاطيه للكحول يهدف بطريقة لاشعورية إلى النكوص للمرحلة الفمية والتي تعتبر المرحلة الأولى من مراحل النمو النفسي الجنسي حسب تصنيف "فرويد"، ويكون ذلك في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث مرحلة عشق الذات والاعتماد على صدر الأم.

واعتبر " فرويد " كذلك بأن الإسراف في التعاطي هو نوع من أنواع " التثبيت " في المرحلة الفمية، ويرى "فرويد" أن الطاقة الجنسية التي سماها " بالليدو " تتركز في هذه المرحلة في منطقة الفم، حيث يشبع الطفل مشبعة الجنس من خلال المص والرضاعة والإثارة الفمية، فإذا حدث تثبيت للبيدو أي عدم إشباع في هذه المرحلة، فإنه عند البلوغ يحاول أن يتلذذ بالإثارة الفمية ومن مظاهر ذلك الإسراف في تعاطي المخدرات والكحول، وهو بذلك يعبر عن نكوص إلى المرحلة الفمية.

وتعقياً على ذلك فقد أكد كل من Haglund و Schuckit في بحثهما عن أسباب الإدمان على الكحول، بأن النظريات السيكودينامية التي وضعت لتفسير ظاهرة الإدمان على الكحول هي فرضيات من الصعب جداً التأكد من صحتها؛ لأنها تقوم على مفاهيم ومصطلحات لا يمكن تعريفها بدقة كما تعتمد على أحداث قديمة في الطفولة قبل الإدمان الشخص، وبالتالي لا يمكن التحقق منها أو من تأثيرها (بدري، 1996م، ص130).

ب : نموذج الإدمانية:

يعزى هذا المنظور إلى فريق من الباحثين في علم الاجتماع عن أصول الإدمان، حيث وجدوا من خلال تتبعهم لعينة من الراشدين الذكور في مشروع بحث علمي، أن الإدمان الكحولي كان مسبقاً بماله من " صراع الاعتماد " في مرحلة مبكرة من الحياة، وهذا الصراع والتشويش يكونان إزاء دور الأم وقد يخلق شعوراً بالضغط، وحاجة إلى العطف والحب وغشاوة في صورة الذات، وهو ما يؤول بدوره إلى القلق الذي يمثل أساس نمو الإدمان الكحولي.

وقد أثبت فرض صراع الاعتماد من تحليل بيانات مستمدة من دراسات ثقافية على (53) مجتمعاً، حيث تبين أنه يوجد علاقة بين أساليب تنشئة وتدريب الأطفال في مجتمعات مختلفة وبين أساليب تعاطي الكحوليات في تلك المجتمعات، وأن معدل التعاطي يرتبط بالعادات والتقاليد المجتمعية التي لا تشجع السلوك الاعتمادي في الطفولة والرشد، والتي تؤكد أهمية متطلبات الإنجاز (Bacon, 1974, pp. 363–373).

ج : نموذج الحاجة إلى القوة :

يميز هذا النموذج بين القوة الشخصية التي يستشعرها الفرد في ذاته وبين القوة الاجتماعية، حيث يؤدي الإخفاق في تحقيق القوة الاجتماعية إلى خلق حالة تشبه القلق الذي يدفع الفرد إلى التعاطي لتحقيق إحساس بدائي مشبع نرجسياً بالقوة الشخصية. والواقع أن منحنى الشخصية في تفسير الإدمان توفرت فيه بيانات مستمدة من بحوث عديدة تكشف عن الكثير من المدمنين ومن الخاضعين للعلاج ممن يبدون دلائل واضحة من الاضطرابات النفسية التي تشكل صحيفة نفسية (بروفيل) متميزة عن الشخصية غير السوية (Gossop, 1994 , pp. 375).

فقد قارن جوسوب وإيزنك بين مجموعة تتكون من أكثر من (200) شخصاً من المدمنين من ثلاث مراكز علاجية في لندن، ومجموعة ضابطة من العاديين وقد اختلف المدمنون الغير عاديين على كل مقياس من المقاييس الأربعة من اختبار إيزنك للشخصية، ولكن أكثر تأثيرات الإدمان وضوحاً تتمثل في الدرجات العالية بشكل زائد على مقياس العصابية حيث يبدي المدمنين اضطراباً شديداً في المشكلات الانفعالية، وبخاصة في القلق والمشاعر الاكتئابية (Gossop, 1980 , pp. 305 – 311).

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه " بارنز " من مسح لأدبيات البحث في الشخصية الكحولية يتضح معه أن المستويات العالية من العصابية كانت نمطاً سائداً بين المدمنين. (Barnes, 1979, pp. 571-634).

وتكشف دراسات أخرى عن أن درجات العينات الإكلينيكية للمدمنين والكحوليين كانت عالية على مقياس العداوة والانحراف السيكوباتي وفقاً لمقياس "مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية". (M.M.P.I)، والصراحة والعقلية الجامدة وفقاً لمقياس إيزنك للشخصية.

ورغم ما يتوفر من بيئة بحثية عن وجود بعض خصال الشخصية التي تتلازم مع المدمنين موضع البحث، فإن من الصعب الزعم بوجود نموذج واحد للشخصية الإدمانية، بقدر ما يوجد من عدم تجانس واضح بين فئات المدمنين، ناهيك عن أن الوسم الذي قد يشيع عن وجود " شخصية إدمانية " أو "شخصية كحولية" أو "شخصية مرضية"، ربما لا يفيد من المنظور العلاجي.

ثالثاً: النظرية السلوكية

هي النظرية التي تبحث عن تبرير السلوك من استخدام أو إساءة استخدام العقاقير على أساس تفاعلات الفرد مع البيئة، وآثار متغيرات بيئية معينة على السلوك، تركز جل اهتمام علماء النفس في المدرسة السلوكية في البداية بمشكلات التعلم، ثم وسعوا مجالات اهتمامهم بعد ذلك لشمول دراسة الشخصية وألوان السلوك البشري البسيط والمعقد، وتفترض هذه المدرسة أن معظم سلوك الإنسان متعلم حيث أن الفرد يتعلم السلوك السوي وغير السوي والسلوك المتوافق والسلوك غير المتوافق من خلال عمليات

التفاعل مع البيئة وفق قوانين ومبادئ معينة، بحيث يمكن تعديل مثل هذا السلوك وفقاً لهذه المبادئ. (العازمي، 2008م).

و تقدم النظرية السلوكية عدة نماذج لتفسير التعاطي والإدمان هي:

أ. نموذج فرض خفض التوتر:

يتضمن هذا النموذج عدة مفاهيم هي: التوتر (حالة تحفيز عالية وحالة مؤلمة) والقلق، والتعزيز، فتعاطي الكحوليات يصبح هو "المعزز"؛ لأنه يؤدي إلى خفض التوتر، والواقع أن الافتراض بأن تعاطي الكحوليات يخترل التوتر اختلفت بشأنه نتائج البحوث التجريبية وفقاً لتنوع وطول مدة الضغوط التي يفترض أنها أساس التوتر، ولمقدار الكحوليات المتعاطاة ولل فروق الفردية في الاستهداف للضغوط، ففي بعض التجارب تبين أنه إذا أعطي للمفحوصين كحوليات في حالة توقعهم حدوث أمر ضاغط؛ فإن تأثير الكحوليات سيكون هو استدعاء التوتر، كذلك خفض التوتر، وقد بين أيضاً وجود فروق فردية بين المفحوصين من حيث الاستهداف للإدمان الكحولي والحساسية للكحوليات تحت ظروف الضغط والشدة، كذلك يعتقد أصحاب هذا الرأي " فرض خفض التوتر " أن المتعاطين للكحوليات إنما يتعاطونها بسبب خواصها من حيث تخفيف التوتر؛ ولكن نتائج البحوث بشأن هذا الافتراض غير واضحة، فقد يقرر البعض الآخر بأنهم يتعاطونها للتخفيف من الشعور بالضيق والألم، وقد يقرر البعض أسباباً إيجابية من وجهة نظرهم وهي الاحتفال والإيجابية وتحقيق اللذة، لذا تبقى مشكلة البحث في الفروق بين الجنسين والفروق العمرية والاثنين في هذا الشأن قائمة.

ب. نموذج التوقع (النموذج المعرفي):

تعتمد هذه الفئة من نماذج النظريات السلوكية في تفسير الإدمان على العوامل المعرفية، وعلى توقع وجود علاقة منظمة يمكن التنبؤ بين حدث أو شيء وبين النتيجة أو العائد منه، وتعد توقعات العائد أو النتيجة هي اعتقاد الشخص بأن تعاطي العقار أو المخدر سوف يترتب عليه عائد مرغوب أو نتيجة مرجوة، وفي ذلك قد تكون النظرة إلى التزامادول مثلاً على أنه " إكسيرا سحري " وتكون التوقعات منه على أنه يخفف التوتر، وتحدث لذة، وتزيد الجنسية والعدوانية، والتوكيدية الاجتماعية، ومن الواضح أن هذه التوقعات يجرى تعلمها ونموها في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة وجماعات

الأقران والجماعات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد، وقد تبين لذلك أنه كان من المحتمل أن الأشخاص المدمنين الذين يتوقعون أن التعاطي يمددهم بتأثيرات إيجابية مرغوبة ويزيد من التوكيدية عندهم، لذا يستمروا في البرنامج العلاجي المقرر لهم ومن الواضح لذلك أنه في علاج الإدمان الكحولي مثلاً، تكون التوقعات القوية للكحوليات على أنها معزز قوي بمثابة منبهات عن عدم الاستمرار في العلاج وإنهائه في مرحلة مبكرة من العملية العلاجية وعن نواتج غير فعالة للعلاج (الرشيدي وآخرون، 2000م، ص 99).

فإن التوقع عمليات معرفية تربطها مع الأحداث أو بشكل أدق توقع الأحداث لنتائج معينة، ومن خلال التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقات بين الأحداث أو الموضوعات في موقف قادم، فنظرية التوقع تقول أيضاً أن ما يتم تعلمه هو العلاقة بين استخدام المادة ونتائج معينة مرغوبة نتيجة أنها معززة، ويحدث سوء استخدام العقار عندما يكون لدى المدمن توقعات إيجابية لاستخدام أكبر من عددها أو قيمتها عن التوقعات السلبية، وهذه التوقعات قد تعزز في خبرة قصيرة المدى، ونظراً للكميات المحدودة للخبرة والاستهداف لتأثيرات الثقافة الشاسعة وخرافاتها، فإن المراهقين قد يكونون أكثر عرضة للتوقعات التي لا تثبت صدقها في المدى البعيد (الشهري، 2005م).

ج. نموذج الإشراف :

يعد " كلر " أول من طبق نظرية الإشراف الكلاسيكي " لبافلوف " لتفسير اكتئاب سلوك تعاطي المخدرات واستمراره وانطفائه، فقد افترض كلر أن عوامل الإشراف تلعب دوراً مهماً في إدمان العقاقير والمخدرات، لذلك لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة على الإشراف الاجرامي، حيثما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشقات الأفيون أو منبهات الجهاز العصبي مثل الأفيتامينات والأشياء المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات، ويعتبر أن الأنماط السلوكية المتعلقة بالتعاطي تصبح " معززات ثانوية " نتيجة للتزاوج المتكرر مع التعزيز الأولي المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات وعلى هذا النحو أيضاً، فإن المنبهات المرتبطة بشكل منتظم بأعراض الانسحاب تكتسب خواصاً اشتراطية مؤلمة (الرشيدي وآخرون، 2000م، ص 102).

ولقد لقيت النتائج تأييداً من بعض البحوث التجريبية، كما تتفق مع الملاحظات الاكلينيكية على استجابات المدمنين الذين يصفون حالة التوق أو اللهفة إلى العقاقير والمخدرات والكحوليات حينما يزورون أماكن ترتبط ببيع أو تعاطي المخدرات والكحول. وثمة خطر أخطر لبحوث الاشراف يرتبط بالبحوث التجريبية كـ (سيجل) ذهب إلى تفسير التحمل (الإطاقة) على أساس ما يعرف بنظرية " العملية - المقاومة "، إذ يفترض وفقاً لنموذج "بافلوف" أن الاستجابات الشرطية للعقاقير مختلفة (تتضمن مشتقات الأفيون والكحوليات) تكون عارضة أو مقاومة للتأثيرات غير الشرطية، ومن هنا فإنه حينما يقدم المنبهات أو الدلائل العادية لتعاطي العقار من دون عقار فإنه يكون هناك تنشيط للاستجابات الشرطية والتعويضية، ومع التزايد التدريجي في قوة الاستجابات الشرطية يتناقص التأثير غير الشرطي للعقار (أي تنشأ حالة التحمل) ولذلك فإن نشوء التحمل يتوقف على الخبرات السابقة في بيئة تعاطي العقار وكذلك على العقار، وتعتبر نشوء التحمل هكذا أشبه لعمليات التعلم، فكلاهما يحتفظ بها لفترات طويلة من الوقت، كما أن كليهما عرضة للتعطيل عن طريق الصدمات التخليج الكهربائي واستثارة المنطقة الجبهية من لحاء المخ والمنبهات الأيضية (الرشيدي وآخرون، 2000م، ص99).

ويلاحظ من هاتين النظريتين القائمتين على استخدام مفهوم وتجارب الاشراف في تفسير الإدمان أن نظرية " وكلمر " تفترض أن الاستجابة الشرطية تكون مماثلة للتأثير الملاحظ للعقار، وأن نظرية "سيجل" تفترض أن الاستجابة الشرطية تكون معارضة أو مناقضة لتأثير العقار، ولهذا يفترض " ايكيلبوم وستيورات " أن العقار ينبغي اعتباره مثبثاً غير شرطي فقط حينما يعمل في اتفاق مع نظام الأعصاب الناقل أو المورد بالهजार العصبي المركزي وأن تأثيرات العقار التي هي عبارة عن ردود فعل فسيولوجية تواسيطية من خلال الجهاز العصبي المركزي هي التي ينبغي تحديدها على أنها الاستجابات غير الشرطية (الرشيدي وآخرون، 2000م، ص99).

تعليق الباحثة

من خلال استعراض النظريات المفسرة للتعاطي، ترى الباحثة أن كل نظرية ركزت في تفسير التعاطي، على جانب من جوانب حياة الانسان، فمنها ما يركز على العوامل الداخلية أو التكوينية ومنها ما يبحث في العوامل الدينامية، ومنها ما يبحث في الادراكات المعرفية في الاكتئاب، فكل نظرية تساعد في تصوير جزئي لهذه المشكلة الا انه لا يمكن

الاعتماد على نظرية واحدة لتفسير الاكتئاب، حيث من الصعب فصل جوانب حياة الانسان عن بعضها البعض، لذلك للوصول الى تفسير واح للتعاطي وأعراضه وأسبابه وكيفية علاجه، يجب أن نأخذ بالاعتبار جميع النظريات السابق ذكرها.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

3.1 مقدمة:

بعد الاطلاع الواسع من قبل الباحثة على مخزون علم النفس في مجال البحث الحالي، وقيام الباحثة بتجميع أكبر عدد من البوث والدراسات سواء المحلية او العربية او الاجنبية، قامت الباحثة بانتقاء بعض البحوث والدراسات السابقة في جميع المجالات التي تخدم وتقوي دراسة الباحثة الحالية ورغم التواضع الكمي لهذه الدراسات، الا انها تهيه تصورا منهجيا مناسباً لما يمكن ان تقوم عليه اجراءات التطبيق.

- دراسة (طافش، 2013)

بعنوان: تقييم تعاطي ترامادول بين العملاء الذين يحضرون عيادات الصحة النفسية - دراسة خاصة

" Assessment of tramadol abuse Among clients who are attending private psychiatric clinic –KAP study

هدفت الدراسة إلى دراسة تقييمية للمراجعين للعيادات النفسية الخاصة في مدينة غزة، والذين يتعالجون من الإدمان على عقار الترامادول، قد اهتم الباحث بدراسة مدى معرفة عينة الدراسة بالتزامدول، وكيف كانت ممارستهم في إساءة استخدام هذا العقار، وتوجهاتهم حول اساءة استخدام هذا العقار، وأيضا تم تسليط الضوء على الحالة النفسية لعينة الدراسة، وكانت الدراسة وصفية، تحليلية، تم أخذ (100) مريض عينة لهذه الدراسة حيث تم أخذ أربع مرضى يوميا من عيادتين خاصتين وذلك خلال شهر، قام الباحث ببناء أداة البحث، وكانت تتمثل في ستة محاور (العوامل الديمغرافية، مستوى المعرفة، الممارسات، التوجهات، الحالة النفسية، وجود آثار جانبية، لمسئ استخدام عقار الترامادول).

أظهرت النتائج أن 86% من العينة هم من فئة الذكور، 14% من فئة الإناث، وأنهم بدأوا بأخذ الكبسولات من عيار 100 ملجم حتى وصلوا الى حد 180ملجم يوميا، يشار إلى أن الجرعة الدوائية هي (400-600 ملجم يوميا).

أظهرت النتائج أن 96% من العينة يعتقدون أن إساءة استخدام عقار الترامادول مشكلة في قطاع غزة. أظهرت النتائج أن 94,4% يدركون أن الترامادول يسبب الإدمان،

أن 80% من العينة كانوا مدخنين، 92,4% استخدموا الترامادول للحصول على حالة من النشوة، 79,4% استخدموا الترامادول لمساعدتهم في تأخير القذف، 63,4% لجأوا الى طرق غير قانونية للحصول على الترامادول، 76,24% كانوا يعانون من اضطرابات نفسية، 90% كانوا من أعراض انسحابية عند توقفهم عن استخدام الترامادول، 71,8% كانوا من نوبات تشنج بسبب إساءة استخدام الترامادول، هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة $a > 0,05$ من حيث المهنة لصالح العمال (232).

- دراسة (المشعان، 2011)

بعنوان " المساندة الاجتماعية وعلاقتها العصابية والاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين والطلبة في دولة الكويت " .

هدفت الدراسة إلى: بيان علاقة المساندة الاجتماعية بالعصابية والاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين وغير المتعاطين بدولة الكويت، وتكونت عينة الدراسة من (1217) من الطلبة المتعاطين وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن توجد علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية و العصابية والاكتئاب والعدوانية، كما توصلت الدراسة ان توجد علاقة موجبة بين العصابية والاكتئاب والعدوانية، كما توصلت الدراسة أن لا توجد علاقة موجبة بين العصابية والاكتئاب، كما توصلت الدراسة أن لا توجد فروق ذات دلالة بين الإناث والذكور في المساندة الاجتماعية، ولكن توجد فروق فروق بين الإناث والذكور في العصابية والاكتئاب والعدوانية لصالح الاناث وفي العدوانية لصالح الذكور، كما توصلت الدراسة أن توجد فروق ذات دلالة بين المتعاطين وغير المتعاطين في المساندة الاجتماعية والعصابية والاكتئاب والعدوانية لصالح المتعاطين، كما توصلت الدراسة ان لا توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في العدوانية.

- دراسة (حسانين 2010)

بعنوان " صورة الذات وبعض المتغيرات النفسية السالبة المرتبطة بالاعتماد على المخدر لدى عينة من المتعاطين للترامادول "

هدفت الدراسة إلى: التعرف على العلاقة بين تعاطي الترامادول وبعض المتغيرات النفسية، تكونت عينة الدراسة من (30) متعاطياً للترامادول الذين تتراوح أعمارهم بين 25-45 عاماً، والمجموعة الضابطة تكونت من (30) من غير المتعاطين للترامادول وأي

عقائير أخرى الذي تتراوح أعمارهم ما بين 25-45 عام اختيرت العينة عن طريق العينة التي ينطبق عليها صفة العينة المقيدة. استخدمت الباحثة: اختبار مفهوم الذات للكبار (إعداد عماد الدين اسماعيل)، ومقياس الاكتئاب في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه mmpI، مقياس الفصام في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه mmpI، ومقياس الانحراف السيكوباتي في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه mmpI وأثبتت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للترامادول، وغير المتعاطين في مفهوم الذات لصالح مجموعة المتعاطين للترامادول، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للترامادول وغير المتعاطين في درجة الاكتئاب لصالح مجموعة المتعاطين للترامادول وبالتالي تحققت صحة الغرض الثاني. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للترامادول وغير المتعاطين في الفصام لصالح مجموعة المتعاطين للترامادول.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للترامادول وغير المتعاطين في الانحراف السيكوباتي لصالح مجموعة المتعاطين للترامادول.

- دراسة (سلامة، 2010):

بعنوان "فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي "

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج بالمعنى المقترح في خفض الاعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعاطي، كما هدفت الدراسة الى التعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح من حيث تطبيقه على عينة الدراسة بعد فترة المتابعة أي بعد شهر ونصف من تطبيق البرنامج، وتكونت عينة الدراسة من (14) فرداً من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار الاكتئاب من إعداد محمد ابراهيم عيد 1997، وتوصلت الدراسة الى أهم النتائج التالية: أن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية كما توصلت الدراسة أيضاً أن هناك فروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لصالح القياس البعدي، كما توصلت الدراسة أيضاً أن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة

التجريبية في القياسين القبلي والتتبعي على مقياس الاكتئاب، كما توصلت الدراسة أيضاً أن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس معنى الحياة وذلك لصالح المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الحياة لصالح القياس البعدي كما توصلت الدراسة أيضاً أن هناك لا توجد فروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والتتبعي على مقياس معنى الحياة.

- دراسة أنور أبو شنب (2009):

وهي بعنوان " الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر - بغزة ".

هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة ما بين الاتجاه نحو تناول العقاقير والأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات، ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، على عينة بلغت (523) طالباً وطالبة من جامعة الأزهر - بغزة بواقع (238 من الطلاب و 258 من الطالبات) وذلك عبر استخدام علاقة مقاييس لتحقيق هدف الدراسة، جاء فيها مقياس مفهوم الذات للراشدين (أو ناهية، 1999)، وكما استخدم الباحث أسلوب التحليل الواقعي كأحد لأساليب الإحصائية للتوصل للنتائج، والتي جاء أبرزها أن مفهوم الذات لدى العينة يقع بواقع نسبي (26,6%)، وكذلك لا توجد مكونات عاملية بين متغيرات الدراسة وكما لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس ومفهوم الذات على الاتجاه نحو التعاطي.

- دراسة (أنور، 2009 م):

وهي بعنوان " الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر - بغزة ".

هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة ما بين الاتجاه نحو تناول العقاقير والأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات، على عينة بلغت (523) طالباً وطالبة من جامعة الأزهر - بغزة بواقع (238 من الطلاب و 258 من الطالبات)، من خلال استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وذلك عبر استخدام علاقة مقاييس لتحقيق هدف الدراسة، جاء فيها مقياس الاتجاه نحو العقاقير من إعداد، وكما استخدم الباحث أسلوب التحليل الواقعي كأحد

لأساليب الإحصائية للتوصل للنتائج، والتي جاء أبرزها أن الاتجاه نحو العقاقير المخدرة لدى الأفراد يقع بوزن نسبي (39.9%)، وقد اعتبره الباحث اتجاهًا سلبيًا أو اتجاهًا متوسطًا نحو العقاقير المخدرة، وكذلك بين الدراسة ووجود علاقة دالة إحصائية بين الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية وأبعاده نحو العقاقير المخدرة، باستثناء أبعاد الكمال الشخصي، والاهتمام الزائد، وتوقع الكوارث، هذا وبينت الدراسة وجود علاقة عكسية دالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمفهوم الذات والدرجة الكلية للاتجاه نحو العقاقير المخدرة، وأظهرت أيضًا وجود فروق إحصائية في جميع أبعاد الاتجاه نحو تناول العقاقير المخدرة وتعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور باستثناء بعد السعادة والمتعة لم يظهر فروق فيه، أما الفروق التي تعزى لمتغير تعليم الوالدين فلم تظهر فروق دالة إحصائية في اتجاه الطلبة نحو تناول العقاقير المخدرة، وأخيرًا توصل الباحث بأنه لا توجد مكونات عاملية بين متغيرات الدراسة، وكما لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس والأفكار اللاعقلانية على الاتجاه نحو العقاقير، وأيضًا نفس الأمر فيما يختص بمفهوم الذات.

- دراسة عوض الله (2008):

وهي بعنوان " التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة ".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير التدخين على مستوى القلق وبعض سمات الشخصية مثل العدوانية، والانطوائية لدى الأطباء في المراكز الطبية بقطاع غزة، حيث تكونت عينة الباحث من (186) طبيب تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية، واستخدم الباحث مقياس القلق الصريح لتايلو، ومقياس تعزيز الشخصية لبرون، وكان من أبرز النتائج: احتل القلق لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة على وزن نسبي 71,72% أبرز سمات الشخصية لدى المدخنين كانت الاعتمادية بوزن نسبي 62,95% ثم عدم النبات الانتقالي بنسبة 56,92% ثم العدوان بنسبة 54,31%

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق وسمات الشخصية تعزى للحالة الاجتماعية أو عدد أفراد الأسرة أو متغير المؤهل العلمي أو متغير الجهة المشرفة أو متغير الخبرة أو سنوات التدخين أو عدد السجائر.

- دراسة النفسية (2008 م):

وهي بعنوان "اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات وعوامل تكوينها".

هدفت الدراسة: للتعرف على اتجاهات الشباب نحو المخدرات وتعاطيها، ومعرفة العلاقة بين التدخين وتكون الاتجاهات نحو المخدرات، على عينة بلغت (341) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة المجمعة بالمملكة العربية السعودية، بالإضافة إلى (30) مدرساً لهذه المدارس، حيث تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة، وكما استخدم الباحث مقياس الاتجاه نحو المخدرات من إعداد الباحث. حيث جاءت أبرز النتائج: إن أكثر أنواع المخدرات المعروفة للعينة تم معرفتها من وسائل الإعلام، وأن مستوى الاتجاه نحو المخدرات وقف عند المستوى المتوسط بمعدل (68%)، وأيضاً أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معرفة صديق أو قريب بتعاطي المخدرات وبين الاتجاه الإيجابي نحو التعاطي، بالإضافة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة التدخين والاتجاه الإيجابي نحو التعاطي، وكذلك وجود علاقة دالة إحصائية بين معرفة كيفية الحصول على المخدرات وبين وجود الاتجاه الإيجابي نحو تعاطيها.

- دراسة قديح (2006 م)

وهي بعنوان " الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات ".

هدفت الدراسة لدراسة الخصائص النفسية والاجتماعية لعينة من متعاطي البانجو في مركز الإصلاح والتأهيل بغزة، وذلك بهدف تحديد الخصائص النفسية لهؤلاء المتعاطين، والفروق بينهم وبين أشقائهم غير المتعاطين على هذه الخصائص، كما تهدف الدراسة إلى الاقتراب من فهم ديناميات الشخصية لدى المتعاطي بغرض المزيد من الدراسة والفهم للعوامل والخبرات السيكولوجية التي تشكل البناء النفسي للمتعاطي، وذلك لتحقيق المزيد من الفعالية لبرامج الوقاية والعلاج التي يمكن توجيهها للشباب الفلسطيني؛ لإنقاذه من الوقوع فريسة لهذه السلوكيات غير السوية التي تعود بالضرر عليه، وعلى الأسرة، وعلى المجتمع الأكبر وهو فلسطين.

وتكونت عينة البحث من (74) متعاطياً، و (74) من الأشقاء غير المتعاطين في بداية البحث ثم خفضت إلى (40) متعاطياً، و(30) من الأشقاء غير المتعاطين نظراً للظروف القاسية التي تعرض لها ولتحقيق هذه الأهداف استعان الباحث بالأدوات التالية:

أ. اختبار الشخصية متعدد الأوجه. إعداد / لويس مليكة.

ب. استبيان الشخصية. إعداد / ممدوحة سلامة.

ت. مقياس العلاقات الأسرية. إعداد / فتحي السيد عبد الرحيم، حامد عبد العزيز.

ث. مقياس المناخ الأسري. إعداد/الباحث.

ج. (17) بطاقة من اختبار التات. إعداد/موراي.

ولقد استخدم الباحث الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات والوصول إلى النتائج وكان من أهمها:

- وجود فروق حقيقية بين المتعاطين، وأشقائهم غير المتعاطين في الخصائص النفسية فيما عدا الاعتمادية، وعدم الكفاية الشخصية، وعدم الثبات الانفعالي.
- وجود فروق حقيقية بين المتعاطين، وأشقائهم غير المتعاطين في الخصائص الاجتماعية للأسرة التي ينتمون إليها.
- تميز البناء النفسي للمتعاطي بالاضطراب، والثنائية الوجدانية، والمعاناة من القلق والتشكك، ومشاعر الكراهية نحو الأب التي تعكس الموقف الأدبي، هذا فضلاً عن المعاناة من النظرة السلبية للحياة والهروب من تحمل المسؤولية، وتفكك العلاقات مع الآخرين، وهو ما أظهره تحليل بطاقات اختبار التات التي طبقت على المتعاطين.

- دراسة (الصقهان، 2005 م):

بعنوان "تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تخفيض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المدخنين "

هدفت الدراسة لمعرفة مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات حيث طبق البرنامج على (20) فرداً من أفراد مدمني المخدرات ممن لديهم درجة القلق، والأفكار اللاعقلانية مرتفعة من نزلاء مستشفى الملك ابن فهد بالعقيم، وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة

احصائية بين القياس المطبق على المجموعة التجريبية أدى إلى خفض درجة القلق وخفض درجة التفكير اللاعقلاني إذا ما قورن بنظيره المجموعة الضابطة.

7-دراسة الحازمي (2003 م)

وهي بعنوان " تعاطي المخدرات وعلاقته بأبعاد الشخصية " .

هدفت الدراسة إلى: بيان العلاقة بين تعاطي المخدرات وأبعاد الشخصية لدى المدمنين، وبيان المتغيرات والعوامل الأسرية التي يمكن أن تلعب دوراً بارزاً في دفع الأبناء نحو الاتجاه إلى تعاطي المخدرات وإدمانها بصفة عامة والعوامل بين العوامل الأسرية واندفاع الأبناء نحو تعاطي المخدرات وإدمانها بصفة عامة والعلاقة بين العوامل الأسرية واندفاع الأبناء نحو تعاطي أنواع معينة من المخدرات بصفة عامة.

وقد تكونت عينة الدراسة من (250) فرداً تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتكون من (150) فرداً من المسجونين المدمنين للمواد المهدئة، (50) فرداً من المسجونين المدمنين المواد المنبهة، (50) فرداً من المسجونين المدمنين المواد المثيرة للأخيل.

المجموعة الثانية تتكون من: (50) فرداً من المسجونين غير المتعاطين، (50) فرداً من غير المتعاطين وغير المسجونين. وقد استخدمت الدراسة مقياس الشخصية لإيزنك ومقياس موسى للعلاقات الأسرية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد الشخصية بين مدمني المهدئات والمسجونين العاديين، كما توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد الشخصية بين مدمني المنبهات والمسجونين العاديين، كما توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد الشخصية بين مدمني المواد المثيرة للأخيل والمسجونين العاديين.

- دراسة الأسمري (2001م)

وهي بعنوان: " دراسة مقارنة لبعض خصائص الشخصية لمتعاطي المخدرات وغير المتعاطي في المملكة العربية السعودية ".

هدفت الدراسة إلى: بيان الفروق بين المتعاطين على المخدرات وغير المتعاطين عليها في خصائص كما هدفت إلى وبيان خصائص شخصية المتعاطين في (النشاط العام، تحمل المسؤولية، الاكتئاب، التعاون، والتسامح، الثقة بالنفس، الميول العصابية، الميول الذهانية) باختلاف العمر، الحالة الاجتماعية، والترتيب داخل الأسرة، وعدد أفراد الأسرة، والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي، نوع السكن، وبيان الفروق بين فئات المتعاطين للمخدرات في خصائص الشخصية التالية: (النشاط العام، تحمل المسؤولية، الاكتئاب، التعاون، والتسامح، الثقة بالنفس، ضبط النفس، الميول العصابية، الميول الذهانية) على المتغيرات التالية: (العمر، الحالة الاجتماعية، والترتيب داخل الأسرة، وعدد أفراد الأسرة، والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي، نوع السكن)، وقد تكونت عينة الدراسة من (600) فرد و (5) حالات، وكان عدد أفراد عينة المتعاطين للمخدرات (300) وعدد أفراد عينة الأسوياء غير المتعاطين (300) حالة من مستشفيات الأمل بالمملكة، وقد تراوحت الأعمار من سن (15) سنة فأكثر، وكانت أفراد العينة من الذكور، وقد استخدمت الدراسة مقياس الشخصية لأيزنك، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس العلاقات الأسرية، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها: وجود فروق جوهرية بين عينة المتعاطين وغير المتعاطين وذلك في الأبعاد التالية:

(النشاط العام، تحمل المسؤولية، التعاون، والتسامح، الثقة بالنفس، ضبط النفس)، وقد حصل المتعاطين على درجات أقل بينما نال غير المتعاطين درجات أعلى في المقاييس سابقة الذكر في حين حصل المتعاطين أعلى الدرجات في المقاييس التالية: الاكتئاب، الميول العصابي، الميول الذهاني).

وجد أن هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدالة على بعد النشاط العام في ضوء متغير نوع العينة والمتغيرات التالية: (العمر، المستوى).

- دراسة (الزهراني، 2000 م)

وهي بعنوان " بعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات من الشباب "

هدفت الدراسة إلى التعرف على سمات الشخصية لمتعاطي المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من (80) فرداً من نزلاء الإصلاحية ودار الملاحظة الاجتماعية ممن أدخلوا بسبب التعاطي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس مكة للشخصية، واستمارة الخلفية الاجتماعية، من إعداد الباحث، توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن هناك اختلافاً بين سمات الشخصية لمتعاطي المخدرات من غيرهم ممن لا يتعاطونها، كما توصلت الدراسة إلى أن متعاطي المخدرات هم أميل إلى عدم السواء في الانتماء الأسري وتوهم المرض والهستيريا والبرتويا العظام والهوس الخفيف، والانحراف السيكوناتي.

- دراسة (Arun , and Chavan , Bir Singh , 2010)

هدفت الدراسة التعرف على اتجاهات الشباب ، نحو مشكلة تعاطي المخدرات وشرب الكحول . واستخدمت الدراسة المسح الميداني على (2292) فرداً تزيد أعمارهم عن (15) سنة، في بعض المناطق الريفية والحضرية في الهند.

وقد توصلت الدراسة إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب في أرجاء واسعة من الهند، وخصوصاً في المناطق الفقيرة، وبينت الدراسة أنه في سبيل حل هذه المشكلة، لا بد أن نتعرف على مواقف واتجاهات المجتمع تجاه مشكلة التعاطي وشرب الكحول. بالإضافة إلى معرفة اتجاهات الشباب بالذات تجاه تعاطي المخدرات . والاختلافات بين متعاطي المخدرات بين الشباب والظروف والبيئة التي تدفع بهم الى التعاطي مثل : الظروف الاجتماعية والنفسية ، والمادية.

- دراسة (Rakach, EandOrzec,t,2002)

هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والذي يتضمن " القلق والاكتئاب والاعتراب " وبين اساءة استخدام المراهقين للمخدرات، تكونت عينة الدراسة من (624) متعاطياً و(194) غير متعاط.

واستخدم الباحث مقياس الوحدة النفسية وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية :
وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المتعاطين ، وغير المتعاطين في الوحدة النفسية،
توصلت الدراسة الى ارتفاع نسبة " الفلق والاكتئاب والاعتراب" لصالح عينة المتعاطين.

- دراسة (Jeffrey G. johhson,2001):

وهي بعنوان " التدخين يزيد من على خطورة الإصابة باضطرابات القلق لدى
المدخنين الشباب " .

هدفت الدراسة إلى كشف مدى تأثير التدخين على الإصابة باضطرابات القلق،
حيث كشفت الدراسة أن الشباب في مرحلة الشباب المبكرة الذين يدخنون علبة سجائر
(20 سيجارة) يومياً يزداد إمكانية إصابتهم باضطراب القلق مثل: نوبات الهلع، رهاب
الأماكن المتسعة، واضطراب القلق العام. واستخدم الباحث الاستبانة وقد تكونت عينة
البحث من (688) في العام 1985 و العام 1986 حينما كانت أعمارهم 16 عاماً وقد
تمت مقابلتهم مرة أخرى بعد 6 سنوات أي حينما أصبحت أعمارهم 22 سنة، وقد أظهرت
النتائج أن الشباب الذين يدخنون علبة سجائر أو أكثر يصابون بنوبات الهلع بمعدل 12
ضعفاً مقارنة بغيرهم غير المدخنين وكذلك يصابون برهاب الأماكن المتسعة بمعدل 5
أضعاف مقارنة بغيرهم غير المدخنين ويشير البحث إلى أن إقبال الشباب على سلوك
التدخين يعتبر سبباً للإصابة باضطرابات القلق وليس نتيجة.

- دراسة (Steve, Bill, Mike,2000)

هدفت الدراسة الى تحديد العوامل المؤدية الى العود للادمان، وقياس تأثير
الفاعلية الذاتية، والاعتماد النفسي على الكحول من الذكور خلال سنة . وقد توصلت
الدراسة الى النتائج التالية ، زيادة فاعلية الذاتية كان لها تأثير أكبر في الحد من العود
للادمان، أن الفاعلية الذاتية والتوازن العقلي أكثر العوامل تأثيراً في العود لإدمان الكحول،
عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الاعتماد النفسي والعود للادمان.

3.2 تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للبحوث والدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة

من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات التي تناولت موضوع مفهوم الذات حيث تناولت دراسة أنور أبو شنب (2009) الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر - بغزة، اما دراسة (الصقهان، 2005 م) تناولت تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في تخفيض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني التدخين، دراسة (المشعان، 2011) المساندة الاجتماعية وعلاقتها العصائية الاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين والطلبة في دولة الكويت، دراسة (سلامة، 2010) فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، دراسة بيدي Bide وآخرون (2000 م) مدى فاعلية علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية، دراسة (حسانين 2010) صورة الذات وبعض المتغيرات النفسية السالبة المرتبطة بالاعتماد على المخدر لدى عينة من المتعاطين للترامادول، دراسة (أنور، 2009م) الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر - بغزة، دراسة النفسية (2008م) اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات وعوامل تكوينها، دراسة (الزهراني، 2000م) بعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات من الشباب، دراسة الأسمرى (2001م) دراسة مقارنة لبعض خصائص الشخصية لمتعاطي المخدرات وغير المتعاطي في المملكة العربية السعودية.

أ- من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها الدراسات حيث هدفت دراسة أبو شنب إلى دراسة العلاقة ما بين الاتجاه نحو تناول العقاقير والأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات، أما دراسة اسماعيل هدفت إلى الوقوف على بعض المواقف التي يتعرض لها الطفل المتعلم وكيفية مواجهته لها وقياس مدى تباين أساليب التعامل مع الضغوط وأبعاد مفهوم الذات لدى الطفل المتعلم بتباين أبعاد مفهوم الذات، دراسة فايز الأسود هدفت إلى التعرف على العلاقة بين مستوى القلق، ومفهوم الذات، ومستوى الطموح لدى الطلبة

الجامعيين في دولة فلسطين، G; Jeffrey G. johhson, 2001 هدفت الدراسة إلى كشف مدى تأثير التدخين على الإصابة باضطرابات القلق، حيث كشفت الدراسة أن الشباب في مرحلة الشباب المبكرة الذين يدخنون علبة سجائر، هدفت دراسة (المشعان، 2011) إلى بيان علاقة المساندة الاجتماعية بالعصابية والاكنتاب والعدوانية لدى المتعاطين وغير المتعاطين بدولة الكويت، هدفت دراسة (سلامة، 2010) إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج بالمعنى المقترح في خفض الاعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعاطي، دراسة (حسانين 2010) هدفت الدراسة إلى: التعرف على العلاقة بين تعاطي الترامادول وبعض المتغيرات النفسية، دراسة (أنور، 2009 م) هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة ما بين الاتجاه نحو تناول العقاقير والأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات، دراسة النفسية (2008 م)

هدفت الدراسة للتعرف على اتجاهات الشباب نحو المخدرات وتعاطيها، ومعرفة العلاقة بين التدخين وتكون الاتجاهات نحو المخدرات، دراسة (الزهراني، 2000 م) هدفت الدراسة إلى التعرف على سمات الشخصية لمتعاطي المخدرات، دراسة (الأسمرى 2001 م) هدفت الشخصية التالية (النشاط العام، تحمل المسؤولية، الاكنتاب، التعاون، والتسامح، الثقة بالنفس، الميول العصابية، الميول الذهانية).

ج- من حيث النتائج:

من أبرز النتائج التي جاءت في تلك الدراسات هي دراسة أبو شنب والتي جاء أبرزها أن مفهوم الذات لدى العينة يقع بواقع نسبي (26,6 %)، وكذلك لا توجد مكونات عاملية بين متغيرات الدراسة وكما لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس ومفهوم الذات على الاتجاه نحو تعاطي، توصلت دراسة المشعان أن توجد فروق ذات دلالة بين المتعاطين وغير المتعاطين في المساندة الاجتماعية والعصابية والاكنتاب والعدائية لصالح المتعاطين، كما توصلت الدراسة ان لا توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في العدوانية، وأسفرت نتائج دراسة عبد القوي أن الإناث أكثر اکتئاباً من الذكور وأنهم يستخدمون الأساليب الموجهة انفعالياً عن تعاملهن مع الضغوط، كما بينت أن منخفض الدرجة من الاكنتاب يستخدمون أساليب موجهة نحو المشكلة على عكس مرتفعي الدرجة، أما دراسة غانم فإظهرت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مشكلات النوم والقلق الصريح والاكنتاب،

وبين الاكتئاب والقلق الصريح لدى عينة الذكور، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين عادات النوم وطقوس النوم ومشكلات النوم والاكتئاب لدى عينة الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جانب الإناث في مشكلات النوم، القلق الصريح، الاكتئاب.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

4.1.1 المقدمة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي قامت بها لتحقيق أهداف الدراسة، وقد تمثلت في اختيار منهج ومجتمع وعينة الدراسة، والتأكد من صدق أدوات الدراسة وثباتها والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها، وفيما يأتي وصف لهذه الإجراءات:

4.1.2 أولاً: منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، والذي تحاول من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها، والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تحدثها.

حيث يعرف المنهج الوصفي التحليلي بأنه: "المنهج الذي من خلاله يمكن وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقات بين مكوناتها، والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تحدثها. (أبو حطب وصادق، 2010: 105-104).

وقد تم استخدام مصدرين رئيسيين من مصادر المعلومات:

- **المصادر الثانوية:** تم الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية لمعالجة الإطار النظري للبحث، والتي تتمثل في الكتب، والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والمقالات، والتقارير، والأبحاث، والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث، والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.
- **المصادر الأولية:** لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث، تم جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للبحث، صممت خصيصاً لهذا الغرض، وقد تم تفرغ وتحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي "SPSS".

4.1.3 ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع متعاطي الاترامادول وهو مجتمع غير محدد لصعوبة وجود كشوفات ذات طابع رسمي لتحديد أعداد المتعاطين من قبل جهات الاختصاص.

4.1.4 ثالثاً: عينة الدراسة:

عينة الدراسة الاستطلاعية: تكوّنت عينة الدراسة الاستطلاعية من (20) متعاطي الاترامادول، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بغرض تقنين أدوات الدراسة، والتحقق من صلاحيتها للتطبيق على العينة الأصلية، وقد تم احتسابهم ضمن عينة الدراسة التي تم التطبيق عليها، حيث كانت نتائجها متوافقة مع اختبارات الصدق والثبات.

- **عينة الدراسة الفعلية:** تكوّنت عينة الدراسة الفعلية من (50) متعاطياً الاترامادول، تم اختيارهم بطريقة قصدية من الذي يتلقون العلاج في إحدى المركز الطبي لتاهيل الحواس، حيث قامت الباحثة بتوزيع أداة الدراسة وقام باسترداد (46)، أي بما نسبته (92.0%) وتعتبر هذه النسبة مناسبة لتطبيق الإجراءات والأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل الإحصائي بهدف الإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة.

الوصف الإحصائي لأفراد العينة حسب المتغيرات الديمغرافية:

جدول (4.1): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديمغرافية

المتغير	تصنيف المتغير	العدد	النسبة المئوية %
العمر	25 فأقل	15	32.6
	26 فأكثر	31	67.4
مكان السكن	أعزب	15	32.6
	متزوج	31	67.4
الحالة الاقتصادية	1000 فأقل	32	69.5
	1100 فأكثر	14	30.5
المستوى التعليمي	أقل من ثانوي	24	52.1
	ثانوي فأكثر	22	47.9
مكان السكن	مدينة	23	50.0
	مخيم	23	50.0
الحالة الصحية	نعم	17	36.9
	لا	29	60.1
	المجموع	46	100.0

يتضح من الجدول السابق:

العمر: تبين ما نسبته (32.6%) هم من أعمارهم من 25 عام فأقل، بينما ما نسبته (67.4%)، هم من الذين أعمارهم 26 عام فأكثر.

الحالة الإجتماعية: تبين ما نسبته (32.6%) هم من غير المتزوجين، بينما ما نسبته (67.4%)، هم من الذين المتزوجين.

الحالة الاقتصادية: تبين ما نسبته (69.5%) هم من الذين حالتهم الاقتصادية 1000 شيكل فأقل، بينما ما نسبته (30.5%)، شيكل فأكثر.

المستوى التعليمي: تبين ما نسبته (52.1%) هم من الذين مستواهم أقل من الثانوية العامة، بينما ما نسبته (47.9%)، هم من الذين مستواهم ثانوية فأكثر.

مكان السكن: تبين ما نسبته (50.0%) هم من الذين يسكنون في المخيمات، بينما ما نسبته (50.0%)، هم من الذين يسكنون في المدن

الحالة الصحية: تبين ما نسبته (36.9%) هم من الذين يعانون من أمراض، بينما ما نسبته (60.1%)، هم من الذين لا يعانون من أمراض

4.1.5 رابعاً: أداة الدراسة:

تعد الاستبانة أكثر وسائل الحصول على البيانات من الأفراد استخداماً وانتشاراً، وتعرف الاستبانة بأنها: "أداة ذات أبعاد، وبنود تستخدم للحصول على معلومات أو آراء يقوم بالاستجابة لها المفحوص نفسه، وهي كتابية تحريرية" (الأغا والأستاذ، 2004:116).

وتم استخدام عدة ادوات هدفها التعرف على " مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكئاب لدى متعاطي الترامادول " وهي كالتالي :

- 1- مقياس مفهوم الذات.
- 2- مقياس قلق المستقبل.
- 3- مقياس بيك للاكتئاب
- 4- بالإضافة إلى مجموعة من المتغيرات الديمغرافية التي استخدمتها الباحثة مع العينة.

4.1.6 صدق وثبات مقياس الدراسة:

أولاً: صدق مقياس مفهوم الذات:

يقصد بصدق مقياس: "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه"، كما يقصد بالصدق: "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها، ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001:44).

وقد تم التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

1- صدق المحكمين "الصدق الظاهري"

تم عرض أدوات الدراسة على (6) محكماً من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في الجامعات الفلسطينية، وتم تعديل بعض الفقرات في المقياسين تبعاً لآرائهم.

2- صدق الاتساق الداخلي " Internal Validity "

اعتمدت الباحثة العينة الاستطلاعية في احتساب صدق الاتساق الداخلي والبالغ عددهم (20) من من متعاطي الاترامادول، ويقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية له، كما هو في الجدول التالي رقم (4.2).

جدول (4.2):معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة للمقياس

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#
0.000	0.593	.55	0.000	0.653	.28	0.000	0.565	.1
0.000	0.665	.56	0.000	0.555	.29	0.000	0.635	.2
0.000	0.558	.57	0.000	0.650	.30	0.000	0.583	.3
0.000	0.502	.58	0.000	0.702	.31	0.000	0.572	.4
0.000	0.647	.59	0.000	0.741	.32	0.000	0.790	.5
0.000	0.528	.60	0.000	0.570	.33	0.000	0.514	.6
0.012	0.472	.61	0.000	0.520	.34	0.000	0.681	.7
0.000	0.640	.62	0.000	0.772	.35	0.000	0.731	.8
0.012	0.470	.63	0.000	0.531	.36	0.000	0.816	.9
0.009	0.487	.64	0.000	0.542	.37	0.000	0.742	.10
0.000	0.613	.65	0.000	0.551	.38	0.000	0.592	.11
0.000	0.543	.66	0.000	0.519	.39	0.000	0.687	.12
0.000	0.556	.67	0.000	0.525	.40	0.000	0.812	.13
0.000	0.533	.68	0.000	0.650	.41	0.000	0.601	.14
0.000	0.790	.69	0.000	0.665	.42	0.000	0.750	.15
0.000	0.746	.70	0.000	0.787	.43	0.000	0.632	.16
0.000	0.509	.71	0.000	0.764	.44	0.000	0.664	.17
0.000	0.767	.72	0.000	0.723	.45	0.000	0.500	.18
0.000	0.812	.73	0.000	0.770	.46	0.000	0.540	.19
0.000	0.826	.74	0.000	0.667	.47	0.000	0.562	.20
0.000	0.620	.75	0.000	0.828	.48	0.000	0.597	.21
0.000	0.806	.76	0.000	0.879	.49	0.000	0.520	.22
0.000	0.784	.77	0.000	0.731	.50	0.000	0.662	.23
0.000	0.575	.78	0.000	0.678	.51	0.000	0.529	.24
0.000	0.557	.79	0.000	0.820	.52	0.00	0.699	.25
0.000	0.512	.80	0.000	0.667	.53	0.000	0.570	.26
			0.000	0.674	.54	0.018	0.460	.27

- قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.05 يساوي 0.4438
- قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.01 يساوي 0.5614

يوضح جدول (4.2) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

4.1.7 الصدق البنائي : " Structure Validity "

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل بعد من أبعاد الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات المقياس، وللتحقق من الصدق البنائي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس كما في جدول (4.3).

جدول (4.3): معامل الارتباط بين كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

#	مفهوم الذات	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (sig)
-1	البعد الاكاديمي	0.730	*0.000
-2	البعد الجسمي	0.752	*0.000
-3	البعد الاجتماعي	0.714	*0.000
-4	بعد الثقة بالنفس	0.678	*0.000

• قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.05 يساوي 0.4438

• قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.01 يساوي 0.5614

يتضح من جدول (4.3) أن جميع معاملات الارتباط في جميع أبعاد المقياس دالة إحصائياً، وبدرجة قوية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر جميع أبعاد المقياس تقيس ما وضعت لقياسه.

4.1.8 ثبات الأداة : " Reliability "

يشير الثبات إلى: "مدى اتساق نتائج المقياس، فإذا حصلنا على درجات متشابهة عند تطبيق نفس الاختبار على نفس المجموعة مرتين مختلفتين، فإننا نستدل على ثباتها" (علام، 2010:466).

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ - معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient):

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته، والتعرف على معدلات الثبات.

ب - طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method):

حيث تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزئين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون = معامل الارتباط المعدل وفقاً للمعادلة التالية: $R_{Correct} = \frac{2R}{1+R}$ ، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية، وقد تم استخدام معامل جتمان في حالة عدم تساوي الفقرات الفردية والزوجية.

والجدول رقم (4.4) يبين نتائج الثبات وفقاً لطريقة معاملات ألفا كرونباخ و طريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الدراسة:

جدول (4.4): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس

#	الابعاد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط المعدل	معامل الارتباط المعدل
-1	البعد الاكاديمي	0.734	0.721	0.837
-2	البعد الجسمي	0.804	0.612	0.759
-3	البعد الاجتماعي	0.668	0.723	0.839
-4	بعد الثقة بالنفس	0.870	0.870	0.930
	الدرجة الكلية للمقياس	0.780	0.753	0.859

* معامل جتمان في حالة عدم تساوي الفقرات الفردية والزوجية

وبتبيين لنا من النتائج الموضحة في جدول (4.4) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.780) وهذا يدل على أنه قيمة مرتفعة مما يدل هذا

على أن الثبات مرتفع ودال إحصائياً، كما يتبين لنا أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون) (Spearman Brown) مرتفع ودال إحصائياً، بذلك يكون المقياس في صورته النهائية كما هي في الملحق () قابل للتوزيع، وتكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات مقاييس الدراسة، مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الأداة المستخدمة، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

ثانياً: صدق مقياس القلق :

يقصد بصدق مقياس: "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه"، كما يقصد بالصدق: "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها، ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001:44).

وقد تم التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

3- صدق المحكمين "الصدق الظاهري"

تم عرض أدوات الدراسة على (6) محكمين من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في الجامعات الفلسطينية، وتم تعديل بعض الفقرات في المقاييس تبعاً لآرائهم.

4- صدق الاتساق الداخلي "Internal Validity"

اعتمدت الباحثة العينة الاستطلاعية في احتساب صدق الاتساق الداخلي والبالغ عددهم (20) من متعاطي الاترامادول، ويقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية له، كما هو في الجدول التالي رقم (4.5).

جدول (4.5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة للمقياس

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#
0.000	0.766	35	0.000	0.862	.18	0.000	0.798	.1
0.000	0.747	.37	0.000	0.732	.19	0.000	0.679	.2
0.000	0.875	.38	0.000	0.818	.20	0.000	0.758	.3
0.000	0.869	.39	0.000	0.818	.21	0.000	0.686	.4
0.000	0.602	.40	0.000	0.807	.22	0.000	0.666	.5
0.000	0.766	.41	0.000	0.726	.23	0.000	0.640	.6
0.000	0.747	.42	0.000	0.802	.24	0.000	0.684	.7
0.000	0.875	.43	0.000	0.880	.25	0.000	0.512	.8
0.000	0.869	.44	0.000	0.838	.26	0.000	0.544	.9
0.000	0.602	.45	0.000	0.772	.27	0.000	0.610	.10
0.000	0.750	.46	0.000	0.502	.28	0.000	0.742	.11
0.000	0.680	.47	0.000	0.632	.29	0.000	0.680	.12
0.000	0.520	.48	0.000	0.551	.30	0.000	0.563	.13
0.000	0.629	.49	0.005	0.389	.31	0.000	0.562	.14
0.000	0.551	.50	0.000	0.644	.32	0.000	0.669	.15
			0.000	0.578	.33	0.002	0.433	.16
			0.000	0.591	.34	0.000	0.501	.17

- قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.05 يساوي 0.4438
- قيمة معامل الارتباط عند درج تحرية 18 ومستوى دلالة 0.01 يساوي 0.5614

يوضح جدول (4.5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

ثبات الأداة : " Reliability "

يشير الثبات إلى: "مدى اتساق نتائج المقياس، فإذا حصلنا على درجات متشابهة عند تطبيق نفس الاختبار على نفس المجموعة مرتين مختلفتين، فإننا نستدل على ثباتها" (علام، 2010:466).

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ - معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient):

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية ل فقراته، والتعرف على معدلات الثبات.

ب - طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method)

حيث تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزئين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون = معامل الارتباط المعدل وفقاً للمعادلة التالية : $R_{Correct} = \frac{2R}{1+R}$ ، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية، وقد تم استخدام معامل جتمان في حالة عدم تساوي الفقرات الفردية والزوجية.

والجدول رقم (4.6) يبين نتائج الثبات وفقاً لطريقة معاملات ألفا كرونباخ و طريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الدراسة:

جدول (4.6) نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس

معامل الارتباط المعدل	معامل الارتباط	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	
0.859	0.753	0.733	50	القلق

* معامل جتمان في حالة عدم تساوي الفقرات الفردية والزوجية

ويتبين لنا من النتائج الموضحة في جدول (4.6) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.733) وهذا يدل على أنه قيمة مرتفعة مما يدل على أن الثبات مرتفع ودال إحصائياً، كما يتبين لنا أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون) (Spearman Brown) مرتفع ودال إحصائياً، بذلك يكون المقياس في صورته النهائية كما هي في الملحق (1) قابل للتوزيع، وتكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات مقاييس الدراسة، مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الأداة المستخدمة، وصلاحياتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

ثانياً: صدق مقياس بيك للاكتئاب:

يقصد بصدق مقياس: "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه"، كما يقصد بالصدق: "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها، ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001:44).

وقد تم التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

5- صدق المحكمين "الصدق الظاهري"

تم عرض أدوات الدراسة على (6) محكماً من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في الجامعات الفلسطينية، وتم تعديل بعض الفقرات في المقاييس تبعاً لأرائهم.

6- صدق الاتساق الداخلي "Internal Validity"

اعتمدت الباحثة العينة الاستطلاعية في احتساب صدق الاتساق الداخلي والبالغ عددهم (20) من متعاطي الاترامادول، ويقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية له، كما هو في الجدول التالي رقم (4.7).

جدول (4.7): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة للمقياس

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#
0.000	0.766	.15	0.000	0.772	.8	0.000	0.602	.1
0.000	0.747	.16	0.000	0.502	.9	0.000	0.750	.2
0.000	0.875	.17	0.000	0.632	.10	0.000	0.680	.3
0.000	0.869	.18	0.000	0.551	.11	0.000	0.520	.4
0.000	0.602	.19	0.005	0.389	.12	0.000	0.629	.5
0.000	0.766	.20	0.000	0.644	.13	0.000	0.551	.6
0.000	0.747	.21	0.000	0.772	.14	0.000	0.742	.7

- قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.05 يساوي 0.4438
- قيمة معامل الارتباط عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.01 يساوي 0.5614

يوضح جدول (4.7) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

ثبات الأداة : " Reliability "

يشير الثبات إلى: "مدى اتساق نتائج المقياس، فإذا حصلنا على درجات متشابهة عند تطبيق نفس الاختبار على نفس المجموعة مرتين مختلفتين، فإننا نستدل على ثباتها" (علام، 2010:466).

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ - معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient):

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته، والتعرف على معدلات الثبات.

ب - طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method):

حيث تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزئين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون = معامل الارتباط المعدل وفقاً للمعادلة التالية: $R_{Correct} = \frac{2R}{1+R}$ ، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية، وقد تم استخدام معامل جتمان في حالة عدم تساوي الفقرات الفردية والزوجية.

والجدول رقم (4.8) يبين نتائج الثبات وفقاً لطريقة معاملات ألفا كرونباخ و طريقة التجزئة النصفية ومعامل جتمان لمقياس الدراسة:

جدول (4.8): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس

معامل الارتباط المعدل	معامل الارتباط	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	
0.937	0.883	0.873	21	بيك للاكتتاب

* معامل جتمان في حالة عدم تساوي الفقرات الفردية والزوجية

ويتبين لنا من النتائج الموضحة في جدول (4.8) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.873) وهذا يدل على أنه قيمة مرتفعة مما يدل على أن الثبات مرتفع ودال إحصائياً، كما يتبين لنا أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون) (Spearman Brown) مرتفع ودال إحصائياً، بذلك يكون المقياس في صورته النهائية كما هي في الملحق (1) قابل للتوزيع، وتكون الباحثة قد

تأكدت من صدق وثبات مقاييس الدراسة، مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الأداة المستخدمة، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

4.1.9 المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم تفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)".

تم استخدام الأدوات الإحصائية الآتية:

- النسب المئوية، والتكرارات، والوزن النسبي: يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما، ويتم الاستفادة منها في وصف عينة الدراسة المبحوثة .
- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) واختبار التجزئة النصفية؛ لمعرفة ثبات فقرات المقياس.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)؛ لقياس درجة الارتباط، ويقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين، وقد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي، والصدق البنائي للمقياس، والعلاقة بين المتغيرات.
- اختبار T في حالة عينة واحدة (T-Test) لمعرفة ما إذا كان متوسط درجة الاستجابة قد وصل إلى الدرجة المتوسطة وهو (3)، أم زاد أو قل عن ذلك، ولقد تم استخدامه للتأكد من دلالة المتوسط لكل فقرة من فقرات المقياس.
- اختبار T في حالة عينتين (Independent Samples T-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.

4.1.10 خطوات الدراسة:

- 1- قامت الباحثة بعرض الأدبيات المتعلقة بموضوع الدراسة.
- 2- قامت الباحثة بتطوير أدوات القياس.
- 3- قامت الباحثة بالتحقق من صدق و ثبات المقاييس.
- 4- توزيع أدوات القياس على العينة الفعلية.
- 5- تحليل البيانات و تفسيرها، و الخروج بالنتائج و التوصيات.

الفصل الخامس
نتائج الدراسة الميدانية
"إجابة التساؤلات ومناقشتها"

5.1 مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض أبرز نتائج المقياس، والتي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، بهدف التعرف إلى: "مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول"، والوقوف على متغيرات الدراسة التي اشتملت (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول.

لذا تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من مقياس الدراسة، إذ تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)"، للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

5.2 الإجابة عن تساؤلات الدراسة:

الإجابة على تساؤل الدراسة الرئيسي: ما العلاقة بين مفهوم الذات والقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية:

السؤال الأول: ما مستوى مفهوم الذات لدى متعاطي الترامادول؟

وللإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام اختبار One Sample T Test للعينة واحدة للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقديرات متعاطي الترامادول عن الدرجة المتوسطة وهي (160) وفقاً للمقياس المستخدم، وقد تم احتساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي للمجالات وترتيبها تبعاً لذلك:

جدول (5.1) يوضح نتائج " T- للعينه الواحدة " للتعرف على مستوى مفهوم الذات لدى متعاطي الترامادول

#	أبعاد مفهوم الذات	الدرجة المتوسطة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	القيمة الاحتمالية Sig
1.	البعد الاكاديمي	40	34.80	6.14	-5.738	0.000
2.	البعد الجسمي	40	35.76	5.89	-4.879	0.000
3.	البعد الاجتماعي	40	39.10	6.02	-1.003	0.321
4.	بعد الثقة بالنفس	40	40.04	6.59	0.045	0.965
	الدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات	160	149.71	20.83	-3.348	0.002

• المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال الجدول رقم (5.1) أن المتوسط الحسابي لمقياس مفهوم الذات يساوي (149.71)، بانحراف معياري (20.83)، وقيمة الاختبار (3.348)، أن القيمة الاحتمالية (Sig) تساوي (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على أن مستوى مفهوم الذات يختلف جوهرياً عن الدرجة المتوسطة وهي (160)، وهذا يعني أن أفراد العينة لديهم مفهوم ذات منخفض.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (أنور أبو شنب، 2009) والتي كان من أبرز نتائجها أن مفهوم الذات لدى العينة يقع بواقع نسبي 26.6%.

ترى الباحثة أن مفهوم الذات لدى متعاطي عقاقير الاترامدول أو ما يسمى بالوسط المجتمعي عقار (الترمال) هو رغبتهم في الشعور بأنهم صاروا شخصيات مستقلة، بالإضافة إلى حاجتهم للأنسجام مع الضغوط الاجتماعية الممارسة من قبل المجتمع، وجماعة الأقران، من تناقضات اجتماعية بين الأغلبية، والأقلية أو بين جيل وآخر كما أن التناقضات الموجودة بين الجيل الحالي المسيطر بقوانينه، والجيل الناشئ غير المقتنع بمثل هذه القوانين تجعله منسلخاً عن المجتمع، في عالمه الخاص الحال، تحت تأثير هذا العقار.

كما وترى الباحثة أن متعاطي هذه العفاقير يعانون من صراعات وإحباطات وانخفاض في القدرة على ضبط الذات مما يجعلهم أكثر خضوعاً لحاجاتهم المباشرة ويستجيبون للمثيرات البيئية التي قد تشبع حاجاتهم كالترامادول، وأن المتعاطين يعانون من قلق وتوتر وعصابية وخوف مما يترتب عليه تأثير في سلوك الفرد وتوافقه وعلاقته بالآخرين.

السؤال الثاني: ما مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول؟

وللإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام اختبار One Sample T Test للعينة واحدة للتعرف على ما اذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقديرات متعاطي الترامادول عن الدرجة المتوسطة وهي (25) وفقاً للمقياس المستخدم، وقد تم احتساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي للمجالات وترتيبها تبعاً لذلك:

جدول (5.2): يوضح نتائج " T- للعينة الواحدة " للتعرف على مستوى القلق لدى

متعاطي الترامادول

الدرجة المتوسطة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	القيمة الاحتمالية Sig
25	30.43	7.79	4.730	0.000

• المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال الجدول رقم (5.2) أن المتوسط الحسابي لمقياس القلق يساوي (30.43)، بانحراف معياري (7.79)، وقيمة الاختبار (4.730)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig) تساوي (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على أن مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول يختلف جوهرياً عن الدرجة المتوسطة وهي (25)، وهذا يعني أن أفراد العينة لديهم مستوى قلق مرتفع.

اتفقت النتائج مع دراسة (Jeffrey johnson 2001) حيث كشفت نتائج الدراسة ان الشباب في مرحلة الشباب المبكرة الذين يدخنون علبة سجائر يوميا يزداد امكانية اصابتهم باضطراب القلق.

ترى الباحثة أن شيئاً طبيعياً أن يكون مستوى القلق مرتفع لدى متعاطي حبوب الترامادول وهذا ما يتم ملاحظته على هؤلاء المتعاطين، فالشخص القلق الذي يتعاطى مثل هذه العقاقير يكون متوتراً حاداً في اتجاه النزعة العصبية، ويظهر على هؤلاء المتعاطين نقص شديد من الاهتمام بالعالم الخارجي والمجتمع المحيط بهم، وينتج عنه صورة تبدل عام، وإنكار صريح واضح للسعادة أو القيمة الشخصية، كذلك الشعور بعدم الكفاية في أداء الأعمال بصورة مرضية، ويجسد ذلك في الميل إلى تقبل الفرع والخوف من المواقف، والإحساس بالألم، والأوجاع التي يعاني منها من جمود ذهني وفقدان الهدفية وخبرات انفصالية مؤلمة، ويسبب لديهم القلق عدة أمور منها :

- الخوف من المجتمع المحيط به، والخوف على سمعته التي من الممكن أن تتأثر نتيجة تعاطي هذا العقار الذي أصبح منبوذ في مجتمعنا.
- الشعور بالشخص المتعاطي بالإحباط نتيجة رفضه المجتمع المحيط به.
- الخوف من قلق الموت أو الأمراض الجسمية التي من الممكن أن تسببها هذه العقاقير.
- الشعور بالذنب نتيجة تعاطيه مثل هذه العقاقير التي يعلم جيداً أنها تدمر علاقاته الاجتماعية وتؤثر على الصحة النفسية والتوافق لديه كما أنها تؤثر على الجانب الصحي الجسدي لديه.

وقد تم توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمستويات القلق حسب الجدول التالي:

جدول (5.3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمستويات القلق

النسبة المئوية	العدد	مستوى القلق	الدرجة من - إلى	الفئة
4.3	2	خال من القلق	16 - 0	أ
10.9	5	قلق بسيط	20 - 17	ب
15.2	7	قلق نوعاً ما	26 - 21	ج
10.9	5	قلق شديد	29 - 27	د
58.7	27	قلق شديد جداً	20 - 30	هـ

ومن الجدول السابق يتضح أن ما نسبته 10.9% يعانون من القلق الشديد وما نسبته 58.7% يعانون من القلق الشديد جداً وهذا ما يشير إلى أن القلق المرتفع بوجه عام ما نسبته 69.6%

ترى الباحثة أنه وبكل تأكيد سيكون النسبة الكبيرة من أفراد العينة لديهم نسبة قلق شديد جداً وهو أكبر من نصف العينة وهذا يدل على أن السبب الذي جعل النصف من عينة الدراسة يشعرون بالقلق الشديد جداً هو الآتي:

- فقدان الثقة بالنفس.
- الخوف من كشف أمره.
- ملاحظته من الأجهزة الأمنية (مكافحة المخدرات)
- الخوف من الأمراض الجسمية.
- الشعور بالاكنتاب الإحباط وعدم قدرته على الإقلاع عنه.
- الشعور بالعزلة الاجتماعية والابتعاد عن الناس.
- عدم وجود الأمن النفسي لديه.

السؤال الثالث : ما مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول؟

وللإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام اختبار One Sample T Test للعينة واحدة للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقديرات متعاطي الترامادول عن الدرجة المتوسطة وهي (25) وفقاً للمقياس المستخدم، وقد تم احتساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي للمجالات وترتيبها تبعاً لذلك:

جدول (5.4) يوضح نتائج " T- للعينة الواحدة " للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول

القيمة الاحتمالية Sig	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الدرجة المتوسطة	
0.000	4.243	12.47	39.80	32	الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب

• المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال الجدول رقم (5.4) أن المتوسط الحسابي لمقياس الاكتئاب يساوي (39.80)، بانحراف معياري (12.47)، وقيمة الاختبار (4.243)، وأن القيمة الاحتمالية (Sig) تساوي (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول يختلف جوهرياً عن الدرجة المتوسطة وهي (25)، وهذا يعني أن أفراد العينة لديهم اكتئاب مرتفع.

وقد تم توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمستويات الاكتئاب حسب الجدول التالي:
جدول (5.5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمستويات الاكتئاب

الفئة	الدرجة من - إلى	مستوى الاكتئاب	العدد	النسبة المئوية
أ	0 - 9	لا يوجد اكتئاب	0	0
ب	10 - 15	اكتئاب بسيط	0	0
ج	16 - 23	اكتئاب متوسط	5	10.9
د	24 - 36	اكتئاب شديد	14	30.4
هـ	فاكثر 37	اكتئاب شديد جداً	27	58.7

ومن الجدول السابق يتضح أن ما نسبته 10.9% يعانون من اكتئاب متوسط وما نسبته 30.4% يعانون من اكتئاب شديد وما نسبته 58.7% يعانون من اكتئاب شديد جداً، وهذا ما يشير إلى أن الاكتئاب المرتفع بوجه عام ما نسبته 89.1%.

اتفقت النتائج مع دراسة (حساسين، 2010) حيث توصلت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للترامادول وغير المتعاطين في درجة الاكتئاب لصالح مجموعة المتعاطين الترامادول.

وترى الباحثة تفسيراً لتلك النتيجة أن متعاطي الترامادول أكثر توتراً وقلقاً كحالة وكسمة وأكثر اكتئاباً، وقد ترجع الباحثة تلك النتيجة إلى أن المتعاطين اليوم يهربون من الواقع المليء بالإحباط ويشعرون بحالة من اليأس بسبب عدم قدرتهم على المواجهة وعدم تحقيق الأهداف المنوطة بحياتهم فهم عاجزون عن إيجاد معنى لحياتهم وتصبح حياتهم بلا قيمة وتلك المشاعر تسبب لديهم الاغتراب النفسي والاجتماعي، ويجعلهم يهربون من الواقع ويلجؤون إلى إيلام الذات وفقدان القيمة والمعنى وكثيراً ما يكون الفراغ لديهم كذلك (الخواء النفسي) الذي يستشعرونه في أعماق ذواتهم، فإن المتعاطون فقدوا مبررات وجودهم وأسباب بقائهم وفقدوا حياتهم من هنا يلجئون إلى الانزواء والانطواء والصراعات النفسية التي تؤدي بالشخص إلى كراهيته لذاته، وإذا تطلعنا إلى الواقع الذي نعيشه في هذا الوقت

نجد أن هذا الوقت هو وقت (للخوف والاكئاب والإحباط) وأن الجميع يعيش في تشتت قيمي جعل من هذه الظاهرة تنتشر بشكل سريع بين أفراد المجتمع.

السؤال الرابع: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مفهوم الذات والقلق لدى متعاطي الترامادول. للإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بالتحقق من الفرض البديل القائل بأنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مفهوم الذات والقلق لدى متعاطي الترامادول، حيث تم باستخدام اختبار "بيرسون" للعلاقة بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات ومستوى القلق لدى متعاطي الترامادول.

جدول رقم (5.6): نتائج اختبار "بيرسون"

الدرجة الكلية لمستوى القلق			أبعاد مفهوم الذات
الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	معامل الارتباط	
دال إحصائياً	0.002	-0.442	البعد الاكاديمي
دال إحصائياً	0.001	-0.486	البعد الجسمي
دال إحصائياً	0.002	-0.441	البعد الاجتماعي
دال إحصائياً	0.000	-0.643	بعد الثقة بالنفس
دال إحصائياً	0.000	-0.599	الدرجة الكلية لمفهوم الذات

• معامل الارتباط دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال الجدول رقم (5.6) أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "بيرسون" أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات وتقديراتهم لمستوى القلق لدى متعاطي الترامادول. وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات وتقديراتهم لمستوى القلق لدى متعاطي الترامادول.

وتفسر الباحثة كل من متغير مفهوم الذات والقلق جانبان متضادان؛ فالفرد الذي لديه مفهوم الذات إيجابي يكون أقل قلقاً وكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته والعكس حيث ان العلاقة بينهما علاقة عكسية، كذلك كلما انخفض مفهوم الذات للفرد زاد لديه القلق، وترى الباحثة أن للقلق تأثيراً كبيراً على مفهوم الذات، وكلما كان هناك عدم تطابق بين مفهوم الذات، يصبح الفرد عرضة للقلق واضطراب الشخصية وأن الفرد عندما تتكون عنده سمة القلق العالية.

السؤال الخامس: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مفهوم الذات والاكنتاب لدى متعاطي الترامادول؟

للإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بالتحقق من الفرض البديل القائل بأنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مفهوم الذات والاكنتاب لدى متعاطي الترامادول، حيث تم باستخدام اختبار " بيرسون " للعلاقة بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات ومستوى الاكنتاب لدى متعاطي الترامادول.

جدول رقم (5.7) نتائج اختبار " بيرسون "

الدرجة الكلية لمستوى الاكنتاب			أبعاد مفهوم الذات
الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل الارتباط	
دال إحصائياً	0.001	-0.484	البعد الاكاديمي
دال إحصائياً	0.002	-0.448	البعد الجسمي
دال إحصائياً	0.006	-0.399	البعد الاجتماعي
دال إحصائياً	0.000	-0.734	بعد الثقة بالنفس
دال إحصائياً	0.000	-0.529	الدرجة الكلية لمفهوم الذات

• معامل الارتباط دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال الجدول رقم (5.7) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " بيرسون " أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة

لمستوى مفهوم الذات وتقديراتهم لمستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول. وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات وتقديراتهم لمستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

السؤال السادس : هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول؟

للإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بالتحقق من الفرض البديل القائل بأنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول، حيث تم باستخدام اختبار " بيرسون " للعلاقة بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق ومستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

جدول رقم (5.8) نتائج اختبار " بيرسون "

الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب			الدرجة الكلية لمستوى القلق
معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الدلالة الاحصائية	
0.701	0.000	دال إحصائياً	

• معامل الارتباط دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال الجدول رقم (5.8) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " بيرسون " أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق وتقديراتهم لمستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول. وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة (طردية) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق وتقديراتهم لمستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول.

وتفسر الباحثة ذلك على أن متعاطي الترامادول أكثر قلقاً واكتئاباً وإحساساً بعدم الأمن الانفعالي مع تعرضهم للوسواس القهري والميل العصابي وأكثر عرضة للحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام وإيذاء الذات واحتقارها، ومن هنا يتضح مدى ارتباط مفهوم الذات بالقلق والاكتئاب فالأفراد القلقين يكونون أكثر عرضة للاكتئاب وأنهم يعانون من

تقدير سلبي لمفهوم الذات وكلما انخفض مفهوم الذات لديهم كلما زاد القلق والاكتئاب لدى الأفراد المتعاطون للترمدول.

السؤال السابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول؟

وللإجابة عن هذا الفرض تحقق الباحث من ست فرضيات وهي كما يلي:

الفرض الأول من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير العمر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين "

لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير العمر،

والنتائج مبينة في جدول رقم (5.9)

جدول رقم (5.9): نتائج اختبار للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير العمر)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	البعد
غير دل إحصائياً	0.843	0.199	6.562	35.06	15	25 فأقل	البعد الأكاديمي
			6.035	34.67	31	26 فأكثر	
غير دل إحصائياً	0.934	0.084	6.468	35.86	15	25 فأقل	البعد الجسمي
			5.704	35.70	31	26 فأكثر	
غير دل إحصائياً	0.337	-0.972	7.395	37.86	15	25 فأقل	البعد الاجتماعي
			5.273	39.70	31	26 فأكثر	
غير دل إحصائياً	0.584	-0.551	7.731	39.26	15	25 فأقل	بعد الثقة بالنفس
			6.076	40.41	31	26 فأكثر	
غير دل إحصائياً	0.713	-0.370	25.705	148.06	15	25 فأقل	لدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات
			18.455	150.51	31	26 فأكثر	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.9) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.713) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير العمر. وتفسر الباحثة أن جميع افراد العينة يعيشون نفس الظروف الاجتماعية والبيئية ويشعرون بنفس الشعور من قلة العمل والحصار وأن العمر في عينة الدراسة كله متقارب من بعضه البعض، ويعانون من أوضاع ومشكلات مختلفة تحول دون تحقيق طموحاتهم ولعب الدور المأمول منهم، تتمثل باستمرار العنف والحصار والبطالة، والحروب التي يمارسه العدو الصهيوني علي الشعب الفلسطيني، فيعمل المحتل علي نشر الدمار في هذا المجتمع الذي يريد التحرر من الاحتلال الإسرائيلي فيعمل علي إيجاد أشياء مناسبة لتدمير المجتمع، وهناك ارضية خصبة للتعاطي مع مثل هذه الانواع التي بدأت تنتشر أو انتشرت بشكل واسع بين اعداد كبيرة من الشباب في المجتمع الفلسطيني.

الفرض الثاني من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.10).

جدول رقم (5.10): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	البعد
غير دال إحصائياً	0.187	1.340	4.657	36.53	15	أعزب	البعد الأكاديمي
			6.650	33.96	31	متزوج	
غير دال إحصائياً	0.092	1.723	5.221	37.86	15	أعزب	البعد الجسدي
			6.005	34.74	31	متزوج	
غير دال إحصائياً	0.744	0.329	6.022	39.53	15	أعزب	البعد الاجتماعي
			6.117	38.90	31	متزوج	
غير دال إحصائياً	0.661	0.442	6.388	40.66	15	أعزب	بعد الثقة بالنفس
			6.777	39.74	31	متزوج	
غير دال إحصائياً	0.274	1.109	18.814	154.60	15	أعزب	الدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات
			21.635	147.35	31	متزوج	

- الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)
- قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.10) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.274) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

أن المتعاطين يمرون بنفس الظروف القاسية داخل المجتمع، فالمتزوج يشعر بالقلق والاكتئاب والاحباط: لإحساسه بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص الوسط الذي كان يحيط به وهو الزوجة والأبناء والأسرة الممتدة من آباء وأمهات وأجداد، حيث أن الثقة بهم كانت عالية وانتقل إلى مراحل أخرى من خلال تعاطيه الترامدول فسوف يوجد فجوة بينه وبين الآخرين، وكذلك المتعاطي للترامدول الأعزب غير المتزوج يوجد لديه إحساس بافتقاد المهارات الاجتماعية اللازمة لانخراطه في علاقات مشبعة مثمرة مع الآخرين وهنا تفسر الباحثة أيضا أن المتعاطي للترامدول الأعزب يوجد لديه إحساس بالفجوة وافتقاد المهارات الاجتماعية المشبعة التي كان يمارسها مع إخوته في الأسرة ومع والديه وأجداده والأعمام.

فهنا تتشابه ظروف (الأعزب والمتزوج) من خلال ظروف الواقع الذي نعيشه والظروف القاسية أو البنية الأسرية والزوجية، والبناء الاجتماعي وما يوحيه من تناقضات تمارس تأثيرها على الفرد وقد تدفع به في نهاية المطاف إلى تعاطي الترمدول وهناك العديد من الظروف الاجتماعية المهيئة للتعاطي مثل : أسلوب الشدة في المعاملة أو التدليل دون الحد وزيادة عدد أفراد الأسرة ووقوع الطلاق وحدوث الانحلال الأخلاقي داخل الأسرة.

الفرض الثالث من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.11).

جدول رقم (5.11): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الاقتصادية)

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاقتصادية	البعد
غير دال إحصائياً	0.165	-1.410	5.822	33.96	32	1000 فأقل	البعد الأكاديمي
			6.638	36.71	14	1100 فأكثر	
غير دال إحصائياً	0.139	-1.508	5.120	34.90	32	1000 فأقل	البعد الجسمي
			7.194	37.71	14	1100 فأكثر	
غير دال إحصائياً	0.696	-0.394	5.632	38.87	32	1000 فأقل	البعد الاجتماعي
			7.044	39.64	14	1100 فأكثر	
غير دال إحصائياً	0.404	-0.842	6.510	39.50	32	1000 فأقل	بعد الثقة بالنفس
			6.866	41.28	14	1100 فأكثر	
غير دال إحصائياً	0.229	-1.221	19.362	147.25	32	1000 فأقل	الدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات
			23.643	155.35	14	1100 فأكثر	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.11) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.229) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.

تفسر الباحثة أن جميع متعاطي الاترمال يعانون من ظروف اقتصادية صعبة فهم يمرون بظروف ناتجة عن قلة العمل، وكثرة البطالة، وغلاء المعيشة الموجود نتيجة الحصار فهم يفتقدون لذاتهم ويعانون من فقدان التعايش مع الآخرين ويبحثون للهروب عن الواقع المؤلم الذي لا يقدرّون على تلبية الاحتياجات والمطالب التي يطلبها المجتمع إما في مجال الأسرة أو ملاحقة المتطلبات للمنزل، وبالتالي يحدث لديهم القلق والخوف من الواقع ودائماً متوترين يبحثون عن ما ينسيهم واقعهم فيشعرون أن التعاطي يعطيهم الفرصة على نسيان الواقع الأليم، كما أن الظروف الاقتصادية الصعبة التي يمر بها المجتمع بشكل عام هي من شجعت المتعاطين إما أن يتاجروا في مثل هذا النوع من المخدر أو تعاطيه، لكي يسدوا احتياجاتهم، كما يؤدي تعاطي الترامدول إلى تدهور في الحالة الاقتصادية للأسر المبتلاة به نتيجة استقطاع جانب من حاجاتها الرئيسية وتتأثر أحوالها المعيشية وينخفض مستواها المعيشي والصحي والتعليمي والترفيهي مما يؤثر على أفرادها.

الفرض الرابع من فروض الدراسة الذي ينص على:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.12).

جدول رقم (5.12): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير المستوى التعليمي)

البعد	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الإحصائية
البعد الأكاديمي	أقل من ثانوي	24	33.08	5.586	-2.055	0.046	دال إحصائياً
	ثانوي فأكثر	22	36.68	6.289			
البعد الجسمي	أقل من ثانوي	24	33.62	4.798	-2.748	0.009	دال إحصائياً
	ثانوي فأكثر	22	38.09	6.186			
البعد الاجتماعي	أقل من ثانوي	24	37.04	6.118	-2.577	0.013	دال إحصائياً
	ثانوي فأكثر	22	41.36	5.159			
بعد الثقة بالنفس	أقل من ثانوي	24	38.16	6.631	-2.090	0.042	دال إحصائياً
	ثانوي فأكثر	22	42.09	6.054			
الدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات	أقل من ثانوي	24	141.91	19.626	-2.856	0.007	دال إحصائياً
	ثانوي فأكثر	22	158.22	19.043			

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.12) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.007) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي، ولمعرفة الفروق لصالح من تكون تبين من خلال المتوسطات أنها لصالح الذين مستواهم التعليمي ثانوي فأكثر.

تفسر الباحثة في ضوء ما توصلت له معظم الدراسات النفسية، حيث إن المعروف في دراسات الطب النفسي بأن ارتفاع المستوى التعليمي وارتفاع نسبة الذكاء (I.Q) يؤديان إلى تخفيف حدة المشكلات، فالمتعاطي الذي يكون على مستوى عالٍ من العلم والوعي والمعرفة فإن ذلك يؤثر على طريقة تفكير وسلوكه وشخصيته بشكل عام، بثقافة معني أنه تذوب الفوارق المعرفية حيث يتطور أمام فكر النضال وفكر المقاومة حيث تصبح المعرفة النضالية وثقافة المجتمع الناثر الذي نعيش به، هي تعويض الخروج من الواقع المليء بالمشكلات.

الفرض الخامس من فروض الدراسة الذي ينص على:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير مكان السكن.
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير مكان السكن، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.13)

جدول رقم (5.13): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير مكان السكن)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان لسكن	البعد
دال إحصائياً	0.016	-0.513	5.166	32.65	23	مدينة	البعد الأكاديمي
			6.385	36.95	23	مخيم	
غير دال إحصائياً	0.415	-0.823	4.567	35.04	23	مدينة	البعد الجسمي
			7.005	36.47	23	مخيم	
غير دال إحصائياً	0.981	-0.042	4.916	39.08	23	مدينة	البعد الاجتماعي
			7.079	39.13	23	مخيم	
غير دال إحصائياً	0.930	-0.088	5.269	39.95	23	مدينة	بعد الثقة بالنفس
			7.823	40.13	23	مخيم	
غير دال إحصائياً	0.338	-0.969	13.771	146.73	23	مدينة	لدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات
			26.067	152.69	23	مخيم	

- الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)
- قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.13) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.338) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير مكان السكن باستثناء ما يتعلق بالبعد الأكاديمي الذي كانت قيمته الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة 0.05 مما يشير على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مكان السكن ولمعرفة الفروق لصالح من تكون تبين من خلال المتوسطات أنها لصالح الذين يسكنون في المخيم.

وتفسر الباحثة أن المخيم هو عبارة عن تجميع أعداد كبيرة من الأهالي التي تختلف في ثقافتها ومستوياتها التعليمية والمادية، وكذلك يختلف الناس الذين يعيشون بالمخيم عن بعضهم البعض وكذلك يختلفون في عاداتهم وتقاليدهم فيما بينهم، مع الأخذ بعين الاعتبار تفكيرهم الوطني اتجاه القضية الفلسطينية، ولكنهم يعيشون في أماكن مكتظة بالسكان يكثر بها (البطالة، تدني المستوى التعليمي، الكثافة السكانية، الوعي الثقافي فيما بينهم، وكذلك كثرة المواليد والاعباء الملقاة على رب الأسرة).

السؤال السادس: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الصحية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الصحية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.14)

جدول رقم (5.14): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الصحية)

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الصحية	البعد
غير دال إحصائياً	0.068	-1.874	5.765	32.64	17	نعم	البعد الأكاديمي
			6.094	36.06	29	لا	
غير دال إحصائياً	0.358	-0.928	5.181	34.70	17	نعم	البعد الجسمي
			6.275	36.37	29	لا	
غير دال إحصائياً	0.521	-0.647	5.978	38.35	17	نعم	البعد الاجتماعي
			6.115	39.55	29	لا	
غير دال إحصائياً	0.592	-0.539	5.904	39.35	17	نعم	بعد الثقة بالنفس
			7.038	40.44	29	لا	
غير دال إحصائياً	0.250	-1.166	17.746	145.05	17	نعم	لدرجة الكلية لمستوى مفهوم الذات
			22.284	152.44	29	لا	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.14) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.250) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الصحية.

وتفسر الباحثة ان جميع المتعاطين يدركون جيدا مدى مخاطر التعاطي الصحية التي قد يسببها لهم التعاطي، ولكنهم يفتقدون لمعيار الثقة بالنفس وهناك خلل في التوافق النفسي لديهم ويعرفون بسوء في صحتهم الشخصية، مما يجعلهم يبحثون عن بدائل أخرى يعتقدون من خلالها أنها قد تعيد إليهم ثقتهم بنفسم وكذلك اعتقادهم بان تعاطيهم للترمدول قد يعيدهم إلى واقع جيد او صحة نفسية جيدة، وبالتالي يتدمرون على كل النواحي النفسية والاجتماعية وكذلك الصحية التي تظهر عليهم بعد فترة من التعاطي (كالهزل، الدخان، الشعور بألم في جميع انحاء الجسم نتيجة تلوثه بالسموم التي يتعاطونها).

السؤال الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول ؟

وللإجابة عن هذا الفرض تحقق الباحث من ست فرضيات وهي كما يلي:

الفرض الأول من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير العمر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين "

لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير العمر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.15)

جدول رقم (5.15): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير العمر)

الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	
غير دال إحصائياً	0.827	-0.220	9.676	30.06	15	25 فأقل	الدرجة الكلية لمستوى
			6.878	30.61	31	26 فأكثر	القلق

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01 يتضح من خلال الجدول رقم (5.15) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.827) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير العمر.

وهنا تفسر الباحثة أن المتعاطين بكافة أعمارهم يعانون بنفس القلق حيث تبين للباحث أثناء مقابلاته عدد ليس بقليل من المتعاطين تبين بأنهم يعيشون نفس الظروف في واقع واحد ونفس المعاملة ولا يوجد ازدواجية في معايير المعاملة من قبل المجتمع وهذا ما يجعل جميع المتعاطين يعانون، فلا يعفى أحد لكبر سنه أو صغر سنه فالكل يعمل معاملة سيئة من المجتمع إما بالعزلة الاجتماعية، أو بالقسوة من الاهالي، أو الخوف من الشرطة التي تلاحقهم، أو قلقهم من عدم قدرتهم توفير العقاقير نتيجة إغلاق الأنفاق وشرح العقاقير وارتفاع أسعارها، وكل المتعاطون يمرون بنفس الظروف النفسية الصعبة داخل المجتمع الذي يعيشونه، فمن خلال هذا العرض تؤكد الباحثة صحة الفرضية.

الفرض الثاني من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين "

لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.16)

جدول رقم (5.16): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية)

الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	
غير دال إحصائياً	0.207	-1.281	7.889	28.33	15	أعزب	الدرجة الكلية لمستوى القلق
			7.667	31.45	31	متزوج	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.16) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.207) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وتفسر الباحثة أن كلا المتعاطين إما كان متزوج أو أعزب فهم يشعرون بنفس القلق لعدة أسباب، المتزوج قلق في كثير من النواحي وهي قلقه على أسرته وخوفه عليها، خوفه على أبنائه وعلى المحيط الذي يعيش فيه، خوفه على مستقبل أسرته الشديد لأن كلمة تعاطي في المجتمع الذي نعيش فيه يساوي العميل مع الاحتلال هكذا مفهوم المجتمع للمتعاطي لدينا، وكذلك لديه قلق مستقبلي على عمله إذا كان يعمل، أما الأعزب فيخاف أيضاً على أسرته حيث أن المجتمع لا يرحم، وقلق على كيفية وإمكانية بناء حياته المستقبلية، وهنا يصبح جميع المتعاطين في حالة قلق وخوف وتوتر واحباط وبأس.

الفرض الثالث من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.17)

جدول رقم (5.17): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الاقتصادية)

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاقتصادية	
غير دال إحصائياً	0.489	0.699	8.046	30.96	32	1000 فأقل	الدرجة الكلية لمستوى القلق
			7.318	29.1	14	1100 فأكثر	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01 يتضح من خلال الجدول رقم (5.17) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.489) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.

ترى الباحثة أن الحالة الاقتصادية التي يمر بها المتعاظمون تختلف من شخص لآخر، ومن خلال اطلاع الباحثة لبعض حالات التعاطي وجدت أن هناك موظفين ولديهم راتب دخل كبير يتعاظمون ولكنهم مع الحصار الذي فرض على القطاع وإغلاق الأنفاق وارتفاع سعر حبوب الترامدول زاد من قلق المتعاطين ك (القلق في كيفية الحصول عليه، ارتفاع سعره حيث زاد لديهم المخاوف من ارتفاع الأسعار، لأن كلما ارتفع سعره كلما نقص من أساسيات الأسر المطالب بها الشخص، كذلك على اصحاب الدخل او العاطلين المتعاطين في كيفية توفيره لهم، مما يزيد لديهم الإحباط والوسواس ومن الممكن الخوف من أن يقوموا بأعمال قد تكشف أمرهم تدمر مجتمعهم بالكامل.

الفرض الرابع من فروض الدراسة الذي ينص على:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات
تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين "
لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير المستوى
التعليمي، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.18)

جدول رقم (5.18): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	
غير دال إحصائياً	0.587	0.547	8.227	31.04	24	أقل من ثانوي	الدرجة الكلية لمستوى القلق
			7.425	29.77	22	ثانوي فأكثر	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)
• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$
يتضح من خلال الجدول رقم (5.18) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي
(0.587) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد
فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى
لمتغير المستوى التعليمي.

وتفسر الباحثة أنه لا فرق بين حملة الشهادات العليا، ومن هم لا يحملون أي نوع
من الشهادات، لأنهم جميعاً وقعوا في فخ التعاطي، وتعزو ذلك أن هناك خليط متشابك
من العوامل جميعها تؤثر على الفرد لتؤدي به إلى التعاطي وفي النهاية إلى إدمان
الأترمامدول، منها الفرد بشخصيته وسلوكه واضطراباته واستعداداته وتقبلاته، فالمستوى
التعليمي لم ينفع ذلك الشخص المتعاطي والتي سمح لنفسه أن يتعاطى مثل هكذا أمور
جعلته متساوياً بأولئك الذين لا يحملون أي نوع من الشهادات، وأن المادة بتأثيرها وقوتها
وفعاليتها معه وآثرها الأول الذي تتركه في الشخص المتعاطي، ومنها البيئة بما فيها من
مشاكل أسرية، أو اجتماعية، أو اقتصادية، أو التقاليد والعادات والقبول الاجتماعي،

فالعلاقة السلبية هي من ساوت بين حملة الشهادات وبين من هم دون ذلك، وأن المستوى التعليمي العالي للفرد المتعاطي يجعله بقلق وخوف كبير نتيجة نظرة المجتمع له.

الفرض الخامس من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير مكان السكن.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير مكان السكن، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.19)

جدول رقم (5.19): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير مكان السكن)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	البعد
غير دال إحصائياً	0.053	1.992	6.292	32.65	23	مدينة	لدرجة الكلية لمستوى القلق
			8.623	28.21	23	مخيم	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.19) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.338) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير مكان السكن.

وتفسر الباحثة إلى أن جميع المتعاطين يعيشون في نفس المناطق التي وغزة كلها عبارة عن منطقة واحدة لا يوجد بها أي اختلاف، فبالتالي معظم أفراد المجتمع يعرفون بعضهم البعض، وهذا يسبب القلق لدى هؤلاء المتعاطين، وعند خروج المتعاطين من العقوبة بعد انتهائها لم يمنعهم احد من مقابلتهم مع بعض ومن الممكن أن يعودوا إلى

ذلك، ولكن المتعاطين يبقون منبؤدين في تلك المناطق السكانية، مما يجعلهم يهربون من الواقع الذي يعيشون فيه نتيجة القلق والعزل الاجتماعي لهم ونظر الناس السيئة لهم.

السؤال السادس: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الصحية. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الصحية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.20)

جدول رقم (5.20): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الصحية)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الصحية	
غير دال إحصائياً	0.132	1.536	7.439	32.70	17	نعم	الدرجة الكلية لمستوى القلق
			7.811	29.10	29	لا	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.20) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.132) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الصحية.

وتفسر الباحثة أن المتعاطي يعاني من القلق والتوتر، وسهولة الاستثارة، و العصبية، والاندفاع وعدم الصبر، مما يعرضه للخطر والاحتكاك بالآخرين، والمتعاطي دائماً في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد أنه يرهق نفسه ومن يتعامل معه. وغالباً ما يدمن الشخص المتعاطي حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة. حيث يكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل كل التوترات و تجعله هادئاً بارداً مسترخياً متأنياً.. ويوجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة بشكل متقطع أو مستمر.. وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها.

السؤال التاسع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى إلى المتغيرات الشخصية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي، مكان السكن، الحالة الصحية) لدى متعاطي الترامادول؟

ولإجابة عن هذا الفرض تحقق الباحث من ست فرضيات وهي كما يلي:

الفرض الأول من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير العمر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين "

لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير العمر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.21)

جدول رقم (5.21): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير العمر)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	
غير دال إحصائياً	0.345	0.955	13.797	42.33	15	25 فأقل	الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب
			11.825	38.58	31	26 فأكثر	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.21) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.345) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير العمر.

وتفسر الباحثة أن المتعاطين يشعرون بالوحدة والعزلة والكآبة وأنه لا يوجد أحد في الحياة أو في المجتمع يفهمهم ويتقرب منهم وافتقادهم للحب والحنان أياً كان عمرهم،

وكذلك دائما يشعرون بالانطواء والاحباط نتيجة تعاطيهم، وما يسببه الترمدول في حياتهم ونفسيتهم وانهم غير قادرين لتحقيق أحلامهم أو تخطي مشكلاتهم التي يمرون بها.

الفرض الثاني من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.22)

جدول رقم (5.22): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	
غير دال إحصائياً	0.212	1.267	12.443	43.13	15	أعزب	الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب
			12.367	38.19	31	متزوج	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.22) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.212) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وتفسر الباحثة أنه لا شك أن تصدع الأسرة وتداعياها يعني انهيار الوحدة الأسرية وانحلال الأدوار الاجتماعية المرتبطة، ويصبح بها تفكك نفسي ويحدث في المجتمع التي يسوده جو المنازعات المستترة بين أفرادها وخاصة الوالدين حتى ولو كان جميع أفرادها يعيشون تحت سقف واحد، وكذلك يشيع فيها عدم احترام حقوق الآخرين في الإدمان أو تعاطي المخدرات ومظاهر سلوكية أخرى منحرفة. ونتيجة هذا من الممكن أن يحدث

اختلال السلوك في العائلة، التربية الخاطئة، حالات الخصام العائلي بين الوالدين، أو وفاة أحد الوالدين أو كليهما، حالات الانفصال الطلاق أو الهجر بين الوالدين، كما يعرف بأنه حالة من الاختلال والقصور في مستوى العلاقات الإيجابية بين الزوجين مما يؤثر على علاقتهم ببعض ويؤدي إلى ظهور مشكلات ترتبط بالأداء الأسري.

الفرض الثالث من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.23)

جدول رقم (5.23): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقا لمتغير الحالة الاقتصادية)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاقتصادية	
غير دال إحصائياً	0.845	-0.197	12.220	39.56	32	1000 فأقل	الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب
			13.494	40.35	14	1100 فأكثر	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.23) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.845) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.

وتفسر الباحثة رغم أن كثير من الدراسات العلمية تثبت أن الفقر والكساد الاقتصادي من العوامل التي لها ارتباط بالانحراف، فإنه يمكن التأكيد هنا أن التطرف في الوضع الاقتصادي سواء أكان فقرا معدما أو غنى فاحشا أدى إلى سوء استعمال الثروة له

ارتباط بالانحراف؛ فإن الثراء الفاحش الذي يجعل بعض الأسر تطغى، ذلك الثراء الذي جاء من طرق سهلة فلم يشق في جمعه، ولا يأبه أين أو كيف يصرفه أنه الثراء غير الرشيد الذي نجم عنه الانشغال عن مسؤولية الأسرة من القائمين عليها من أب أو أم، أو أن يظن بعض أولياء الأمور أن الرعاية لأبنائهم هي في إعطائهم كل شيء وتوفير كل شيء من الآلات والأجهزة وأموال ووسائل الخدمة والترفيه وظنوا أن التدليل هو السبيل الأمثل للتربية ومع التدليل المادي هناك كبت يعاني منه المتعاطي للترامدول لأنه لا يجد الملاذ الأمين من أفراد الأسرة الذي يبوح له بمكنون سره ويكون مفتاح قلبه تجد الأب الباسم الصبور، والأم الحانية الصابرة يشاركان في بناء المجتمع الرشيد الذي نتطلع إليه جميعاً.

الفرض الرابع من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتتاب تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتتاب تُعزى لمتغير المستوى التعليمي، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.24)

جدول رقم (5.24): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين

(وفقاً لمتغير المستوى التعليمي)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	
غير دال إحصائياً	0.238	-1.196	12.529	37.70	24	أقل من ثانوي	الدرجة الكلية
			12.289	42.09	22	ثانوي فأكثر	لمستوى الاكتتاب

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 2.01

يتضح من خلال الجدول رقم (5.24) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.238) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد

فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتتاب تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وتعزو الباحثة إلى أن المستوى التعليمي للعينة متقارب من بعضه البعض، وهذا يبين أنهم جميعاً متساوون في قدراتهم وإمكانياتهم الثقافية والتربوية والتعليمية، وأن تفكيرهم متقارب من بعضهم البعض، وأن وجودهم في نفس المكان وهو الحبس مع بعضهم البعض أفقد الجميع المستوى التعليمي فيما بينهم ووجد الفروق الفردية بينهم فهم أصبحوا مثل بعضهم البعض في مستوى تفكيرهم وتطلعاتهم.

الفرض الخامس من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتتاب تُعزى لمتغير مكان السكن.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتتاب تُعزى لمتغير مكان السكن، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.25)

جدول رقم (5.25): نتائج اختبار

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	
غير دال إحصائياً	0.600	0.528	7.537	40.78	23	مدينة	لدرجة الكلية لمستوى الاكتتاب
			16.109	38.82	23	مخيم	

• الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

• قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.25) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.600) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتتاب تُعزى لمتغير مكان السكن.

وتفسر الباحثة أن تدني الطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها الأسرة وحرمانها من كثير مما تتمتع به الأسر في الطبقات الأعلى قد يولد لدى الحدث كراهية لباقي الطبقات ومن ثم يسعى إلى الانتقام منها، ويعتبر المسكن غير ملائم وغير الصحي قد يوجد نوعاً من التوتر داخل الأسرة، كما قد يدفع أفرادها إلى البحث عن أماكن أخرى أكثر رحابة ينطلقون فيها وتكون هي بداية الجنوح في بعض الأحيان.

السؤال السادس: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الصحية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " T - للعينتين المستقلتين " لاختبار الفروق بين تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الصحية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.26).

جدول رقم (5.26): نتائج اختبار t للعينتين المستقلتين (وفقاً لمتغير الحالة الصحية)

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الصحية	
غير دال إحصائياً	0.688	-0.404	10.742	38.82	17	نعم	الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب
			13.536	40.379	29	لا	

- الفرق دال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)
- قيمة T الجدولية عند درجة حرية "44" ومستوى دلالة 0.05 تساوي $2.01 \pm$

يتضح من خلال الجدول رقم (5.26) أن القيمة الاحتمالية لدرجة الكلية تساوي (0.688) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الصحية.

وتفسر الباحثة أن التعاطي للترامدول والمتعاطين له علاقة بالكثير من الانتكاسات والاضطرابات في شخصية وسلوكيات المتعاطي، كما يشعر المتعاطي بعد الانقطاع عن التعاطي ووضعه في الحبس (بالقلق والاكتئاب، والخوف من الألم الذي سيعيبه في حالة الانسحاب وبالفعل يبدأ شعوره بالقشعريرة وكثرة التبول، والخوف والعرق الكثيف والأرق وقلة النوم، ويمكن أن تستمر تلك الأعراض ومن الممكن ان تؤثر على حالته الصحية وتزيد من الخطورة عليه نتيجة التوقف عن أخذ تلك السموم.

النتائج والتوصيات

6.1 النتائج

- 1- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير العمر .
- 2- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 3- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.
- 4- أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح الذين مستواهم التعليمي ثانوي فأكثر .
- 5- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير مكان السكن .
- 6- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى مفهوم الذات تُعزى لمتغير الحالة الصحية.
- 7- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير العمر .
- 8- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 9- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.
- 10- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- 11- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير مكان السكن
- 12- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق تُعزى لمتغير الحالة الصحية.
- 13- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير العمر .

- 14- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 15- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية.
- 16- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- 17- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير مكان السكن.
- 18- أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب تُعزى لمتغير الحالة الصحية.

6.2 التوصيات:

1. تكاتف مؤسسات المجتمع المحلي من خلال الندوات وورشات العمل المستمرة.
2. توزيع مطويات دورية للتعريف بالتعاطي وبأضراره وآثاره الجانبية وكيفية تجنبه.
3. السعي وراء معرفة الأسباب الواقعية وراء لجوء الشباب إلى تعاطي الترامادول.
4. توفير العلاج المجاني لمتعاطين المدمنين.
5. العمل على دراسات تناقش الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والنفسية وراء التعاطي.
6. العمل على دراسات تناقش برامج علاجية لمتعاطي الترامادول.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

القرآن الكريم:

أولاً: المصادر والمراجع العربية:

- إبراهيم، أكرم نشأت. (2000م). الآثار الاجتماعية لمشكلة المدرات في الوطن العربي. مجلة الدراسات الاجتماعية-بيت الحكمة، ع (3-4)، 5-33.
- إبراهيم، عبد الستار. (1998م). الاكتئاب واضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه العلاج. عالم المعرفة، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون.
- أحمد ابو الروس. (1996م). المخدرات والادمان. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- أحمد، سهير. (2003م). سيكولوجية الشخصية. مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.
- إسماعيل، إيمان محمد صبري. (2006م). مفهوم الذات وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 5(3)، 118-120.
- الأسمرى، سعد بن عبد الله الهديدي. (2001م). دراسة مقارنة لبعض خصائص الشخصية لمتعاطي المخدرات وغير المتعاطين في المملكة العربية السعودية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة تونس الأولى، تونس.
- الأسود، فايز. (2003م). دراسة العلاقة بين مستوى القلق ومفهوم الذات ومستوى الطموح لدى الطلبة الجامعيين في دولة فلسطين (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة الأقصى، غزة.
- الأغا، إحسان والأستاذ، محمود. (2004م). مقدمة في تصميم البحث التربوي. غزة.
- الأغطس، غسان بشير. (2013م). الكتابة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن المهجر، دراسة مقارنة. ط1. عمان: دار دجلة ناشرون وموزعون.
- أنجلر، ياريرا. (1991م). مدخل الى نظريات الشخصية، (ترجمة: فهد ابن عبد الله الدليم). السعودية: مطبوعات نادي الطائف الأهلي.

- الأنصاري، بدر. (1999م). مقدمة لدراسة الشخصية. ط1. الكويت: ذات السلاسل للطباعة.
- البجاري، أحمد يونس. (2010م). أثر برنامج ارشادي في تعديل مفهوم الذات لدى طلبة كلية التربية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الموصل، بغداد.
- بدري، مالك. (1996م). حكمة الاسلام في تحريم الخمر دراسة نفسية اجتماعية. المعهد العالمي للفكر الاسلامي، هيرندف - خيرجينا، الولايات المتحدة الأمريكية.
- البراك، ناصر علي. (1991م). دور الأسرة في الوقاية من تعاطي الأحداث للمخدرات من منظور التربية الإسلامية، في المملكة العربية السعودية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة المنصورة، مصر.
- بركات، آسيا. (2000م). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكنتاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين مستشفى الصحة النفسية بالطائف (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- البعليكي، منير. (1992م). المنجد في اللغة والاعلام. ط3. لبنان، بيروت: دار المشرق.
- بكر، محمد الياس. (1979م). قياس مفهوم الذات والاغتراب لدى طلبة الجامعة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة بغداد، بغداد.
- تمراز، حازم بسام عطية. (2014 م). الاضطرابات النفسية لدى متعاطي الأترامال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسري في محافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الاسلامية، غزة.
- التميمي، فواز. (2004م). فاعلية استخدام نظام إدارة الجودة في تطوير أداء الوحدات الإدارية في وزارة التربية والتعليم في الأردن من وجهة نظر العاملين فيها ودرجة رضاهم عن هذا النظام (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عمان، الأردن.
- تونس، عديلة. (2002). القلق والاكنتاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم القرى، مكة، السعودية.

جابر، جودة. (2004م). علم النفس الاجتماعي. ط1. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الجبار، سعيد محمد. (1994م). تعاطي المخدرات المعالجة وإعادة التأهيل. بيروت: دار الفكر المعاصر.

جبل، فوزي محمد. (2000م). الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية، الأزراطة.

جلال الدين عبد الخالق. (1995م). الدفاع الاجتماعي من منظور الخدمة الاجتماعية، الجريمة والانحراف. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر.

جلال، أسعد. (1986م). الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة: دار الفكر العربي.

الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية. الولايات المتحدة الأمريكية، ص ص 549-550.

أبو جناح، رجب محمد. (2000م). المخدرات آفة العصر. ط1. ليبيا: دار الجماهيرية. جودة، جابر. (2004م). علم النفس الاجتماعي. ط1. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

جوري، محيي الدين. (2003م). الجريمة أسبابها ومكافحته. دمشق: دار الفكر.

حامد زهران. (2000م). علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتاب.

حبيب، جمال شحاتة والعربي، أميرة عبد العزيز. (2011م). الشرطة المجتمعية والدفاع الاجتماعي. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.

حبيب، جمال شحاتة وحناء، مريم ابراهيم. (2011م). الخدمة الاجتماعية المعاصرة. المكتب الجامعي الحديث.

حجاب، منصور ناصر. (2011م). عوامل الشخصية الستة عشر وعلاقتها بإدمان الأمفيتامينات (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض.

- حجازي، هايدي. (2012 م). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض مستوى القلق لدى طلاب الثانوية العامة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قناة السويس، مصر.
- حسانين، مروة جمال سيد. (2010م). صورة الذات وبعض المتغيرات النفسية السالبة المرتبطة بالاعتماد على المخدرات لدى عينة من المتعاطين للترامادول (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة اسيوط، مصر.
- الحسن، محمد بن ابراهيم. (1998م). المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان. ط1. الرياض: (دن).
- حسون، تماضر. (1993م). المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها. تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.
- الحسين، أسماء عبد العزيز. (2002م). المدخل الميسر الى الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1. الرياض: دار عالم الكتب.
- الحفني، عبد المنعم. (1992م). موسوعة الطب النفسي. القاهرة: مكتبة بولي.
- حقي، ألفت (1995م). الاضطراب النفسي. الاسكندرية: مركز الاسكندرية للنشر.
- حنورة، مصري. (1993م). سيكولوجية تعاطي المخدرات والكحوليات. الكويت: جامعة الكويت.
- حوالة، محمد السيد أحمد. (1991م). القلق الأخلاقي وعلاقته بالقيم والمفاهيم الدينية لدى شرائح من الشباب المصري الجامعي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة.
- الخالدي، أديب (2002م). المرجع في الصحة النفسية. عزيان: الدار العربية للنشر والتوزيع المكتبة الجامعية.
- الخالدي، عطاالله فؤاد (2009م). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. عمان، الأردن: دار الصفاء.

الخلف، سعد إبراهيم. (2001م). *القلق لدى المراهقين في المدينة والقرية، دراسة مقارنة على عينة من مراهقين مدينة الرياض الإدارية (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة أم القرى، مكة.

خير الزراد، فيصل محمد. (1998م). *علاج الأمراض النفسية*. بيروت: دار العلم املاسين.

دافيدوف، ليندا. (2000م). *الشخصية الدافعية والانفعالات، (ترجمة: سيد الطواب ومحمود عمر)*. مصر: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

الداهري، صالح، العبيدي، ناظم. (1999م). *الشخصية والصحة النفسية*. القاهرة: مؤسسة حمادة ودار الكندي للنشر.

الدليمي، صالح سمير. (2010م). *ظاهرة الإدمان على المخدرات أسبابها، اثارها، وكيفية التعامل معها (دراسة نظرية تحليلية) (رسالة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة الجبل الغربي، ليبيا.

الدمرداش، عادل. (1999م). *الإدمان مظهره وعلاجه*. السعودية: دار المعرفة.

الدوسري، سمان (2004 م). *اتجاهات معلمي وطلاب المدارس الثانوية بوادي الدواسر نحو العقاقير المنبهة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض.

الذيب، سماح أحمد، عبد الخالق، أحمد محمد. (2006م). *زملة التعب المزمن وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت (القاهرة)*. مجلة دراسات نفسية، 16(1)، 87-102.

الرخاوي، يحيى (2000م). *الاختلافات الفردية والتنوعات الإنسانية، تقسيم وتصنيف المدمنين، نشرة الإدمان. ملحق الإنسان والطور، مركز المحروسة للنشر والتوزيع، ع(67-68)، 29-118.*

الرشيدي، بشير، وآخرون. (2000م). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية "اضطرابات التعاطي والإدمان. الديوان الأميري-مكتب الإنماء الاجتماعي-الكويت، 4(1)، 202-245.

رضوان، سامر جميل. (2000م). الاكتئاب والتشاؤم دراسة ارتباطية مقارنة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة دمشق، سوريا.

أبو رضية، ماجد. (1980م). الأشرية وأحكامها في الشريعة الإسلامية (المسكرات والمخدرات). الأردن: مكتبة الأقصى.

رفعت، محمد. (1981م). إدمان المخدرات وأضرارها وعلاجها. القاهرة: دار المعارف.

الزاوي، الطاهر أحمد. (1980م). مختار القاموس. ليبيا: الدار العربية للكتاب.

الزقزوق، رامي عبد اللطيف. (2013م). فاعلية استخدام السيودراما في خفض مستوى القلق والأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الكليات التقنية في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر بغزة.

زهران، حامد عبد السلام. (1978م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط2. القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام. (1989م). الأمن النفسي دعامة أساسية للأمن القومي العربي، مجلة دراسات تربوية، 4(19)، 296-297.

زهران، حامد عبد السلام. (1992م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1. القاهرة، مصر.

زهران، حامد. (1997م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتب.

الزهراني، طلال سعيد محمد. (2000 م). بعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات من الشباب (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، مكة.

أبو زيد، ابراهيم أحمد. (1987م). الذات والتوافق. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

زيدان، وجدي عبد اللطيف. (2007م). مفهوم الذات لدى المصابين بشلل الأطفال (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة.

- الساعاتي، بهيجة. (1997م). العلاقة بين الضغوط الوالدية كما تدركها الأمهات العاملات وغير العاملات وسمتي القلق والاكتئاب عند الأطفال (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك بن سعود، المملكة العربية السعودية.
- السباعي، زهير أحمد وعبد الرحيم، شيخ ادلايس. (1991م). القلق وكيف نتخلص منه. بيروت: دار القلم.
- سري، اجلال محمد. (2003م). الأمراض النفسية الاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب.
- سري، جلال. (1990 م). علم النفس العلاجي. ط1. القاهرة : عالم الكتب.
- السعد، صالح. (1997 م). المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها. عمان، الأردن: شركة مطابع الأرز.
- سليم، سلوى علي. (د.ت). الإسلام والمخدرات. القاهرة: مكتبة وهبة.
- سوين، ريتشارد. (1408هـ). علم الأمراض النفسية والعقلية، (ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة). الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- سي موسى، عبد الرحمن. (2002م). الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق. ط1. الجزائر: جمعية علم النفس الجزائر.
- الشاذلي، حسن علي. (1980م). المدخل للفقهاء الاسلامي - تاريخ التشريع الاسلامي، القاهرة: دار الاتحاد العربي للطباعة.
- الشاذلي، عبد الحميد. (2001م). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. ط2. الاسكندرية: المكتبة الجامعية.
- شاهين، سيف الدين حسين. (1989م). المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: مكتبة العبيكان.
- الشايحي، حميدك، والشثري، عبد العزيز. (2001م). العوامل الاجتماعية المؤدية الى تعاطي الأحداث للمخدرات. الرياض: وزارة الشؤون الاجتماعية.
- الشايحي، حميد بن خليل، والصالح، نزار بن حسين. (2006م). بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى الأحداث والشباب في المملكة

السعودية. ورقة مقدمة إلى مؤتمر وزارة الداخلية-اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى.

الشحي، مال الله عثمان صالح رمضان. (2011م). ظاهرة المخدرات ومدى انتشارها في سلطنة عمان. ورقة بحث مقدمة إلى مؤتمر لدبلوم التعليم العالي، الإمارات العربية المتحدة، وزارة التربية والتعليم المديرية العامة للتربية والتعليم.

الشريبي، لطفي. (2001م). الاكتئاب المرضي للعلاج. الإسكندرية: منشأة المعارف.

الشناوي، محمد محروس. (1998م). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط1. بيروت: دار العلم للملايين.

أبو شنب، أنور. (2009م). الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.

أبو شنب، أنور. (2010م). الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، غزة فلسطين.

الشهري، يزيد بن محمد. (2005م). السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات - دراسة مقارنة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

الشواربي، عبد الحميد. (1990 م). جرائم المخدرات. القاهرة : مؤسسة الثقافة الجامعية.

الشيخ، حسن بن علي. (2003م). اللامعيارية ومفهوم الذات والسلوك الانحرافي لدى المنحرفين وغير المنحرفين (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

شيفر، شارلزوميلمان، هارود. (1989م). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيه، (ترجمة: نسيمه داوود وآخرون). عمان: الجامعة الأردنية.

شيفر، ملمان (1999م). سيكولوجية الطفولة والمرافقة، (ترجمة: سعيد العزة). بيروت: دار صبح للطباعة والنشر.

صادق، آمال، و أبو حطب، فؤاد (2010م). مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي: في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

صالح، أحمد حسن (1989م). تقدير الذات وعلاقته بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين. الكتاب السنوي في علم النفس. مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية-القاهرة، ع(6)، 104-127.

صبرة محمد علي وآخرون. (2004م). الصحة النفسية والتوافق النفسي. الأزارطة: دار المعرفة الجامعية.

الصادق، سلوى عثمان. (1999م). مدخل الصحة العامة والرعاية الصحية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الصقهان، ناصر (2005م). تقييم فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تخفيف درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات. "دراسة شبه تجريبية على المرضى النزلاء المدمنين في مستشفى الملك فهد العقيم: (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

العازمي، عبد الرحمن عبيد. (2008م). التوافق النفسي الاجتماعي وعلاقته بالإدمان لدى عينة من نزلاء المصحات النفسية في السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة مؤتة، المملكة العربية السعودية.

العبادلة، ميساء كمال. (2010م). أثر المخدرات على الواقع الفلسطيني في دورة الجريمة دراسة في جغرافية الجريمة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

عبد العزيز بن عبدالله البريثن. (2002م). الخدمة الاجتماعية في مجال ادمان المخدرات. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية.

عبد الغفار، عبد السلام. (1976 م). مقدمة في علم النفس. بيروت: دار النهضة العربية.

عبد القوي، سامي. (2002 م، أبريل- يونيو). أساليب التعامل مع الضغوط ومظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الامارات. *حوليات كلية الآداب- جامعة عين شمس*، 30، 310-361.

عبد اللطيف، رشاد أحمد. (1999م). *الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية*. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

عبد الله الصعيدي. (1995م). دراسة في الجريمة الاقتصادية. *مجلة الفكر الشرطي شرطة الشارقة*، 4(1)، 126.

عبد الله، فتحية. (2000م). مفهوم الذات لدى المعوقين حركياً في اليمن وعلاقته بسمات شخصياتهم، (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة صنعاء، اليمن.

عبد الله، مجدي أحمد. (2006 م). *علم النفس المرضي*. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبكة، حسنين صادق. (2012م). *الاكتئاب وعلاقته بضعف الدم تبعاً لاختلاف الجنس والتحصيل الدراسي والحالة الاجتماعية*. ط1. عمان-الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

العبيوني، ميساء. (2012م). *الاكتئاب، القلق لدى البالغين المرضى بحساسية القمح وعلاقته ببعض المتغيرات* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الاسلامية، غزة.

عبيد، ماجدة بهاء الدين. (2008م). *التوجيه والارشاد بين النظرية والتطبيق*. ط2. غزة: مطبعة مقدار.

عبيد، منصور (2005م). *مدى فاعلية المؤسسات الاصلاحية (دراسة اجتماعية لتغير اتجاهات النزلاء نحو بعض القيم الاجتماعية والمعايير السلوكية في دور الملاحظة والتوجيه بمدينتي الرياض والدمام* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض.

عبيدات، ذوقان وعدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد (2001م). *البحث العلمي- مفهومه وأدواته وأساليبه*. عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

العتيبي، كتاب بن عقلان. (2005م). الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية (رسالة ماجستير غير منشورة). قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف للعلوم الأمنية.

عرموش، هاني. (1993م). المخدرات امبراطورية الشيطان. بيروت: دار النفائس.

العزاوي، افراح جاسم محمد. (2001م). تعاطي الحبوب المخدرة وعقاقير المهلوسة (عواملها واثارها). السعودية: جامعة نايف للعلوم الأمنية.

عسكر، رأفت. (2004م). تعاطي المخدرات في السينما المصرية، دراسة في الخطاب السينمائي المصري. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

عسكر، عبد الله. (1988م). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: الانجلو المصرية.

عسكر، عبد الله. (2005م). الإدمان بين التشخيص والعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عسيري، عبير بنت محمد حسن (1423هـ). علاقة تشكيل هوية الأنا بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي العام لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة ام القرى، السعودية.

العصرة، منير. (د.ت). انحراف الاحداث ومشكلة العوامل، (ج1). مصر: مكتبة الدفاع الاجتماعي، المكتب المصري الجديد.

عطيات، عبد الرحمن شعبان. (2000م). المخدرات والعقاقير الخطرة ومسئولية المكافحة. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية.

عفيفي، عبد الحكيم. (1989م). الاكتئاب والانتحار. القاهرة: الدار المصرية.

عقار، ايفانج كارل. (1986م). خطر يهدد الشباب. رسالة اليونسكو منظمة الامم المتحدة، ع(84)، 221-245.

عقل، وفاء. (2009م). الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الاسلامية، غزة .

عكاشة، أحمد. (1985م). *الادمان خطر. كتاب اليوم الطبي*. القاهرة: دار أخبار اليوم للنشر والتوزيع.

عكاشة، أحمد. (1998م). *الطب النفسي المعاصر*. مصر، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عكاشة، أحمد. (2003م). *الطب النفسي المعاصر*. مصر، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

علام، رجاء. (2010م). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*، القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.

علوان، عبد الله ناصح. (1981م). *تربية الأولاد في الاسلام*. (ج1). ط3. حلب: فريدة، دار السلام للنشر والطباعة والتوزيع.

علوان، نعمان شعبان. (2005م). *علاقة مفهوم الذات بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى معاقى انتفاضة الأقصى* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى، غزة.

العناني، حنان عبد الحميد. (2000م). *الطفل والأسرة والمجتمع*، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

العنزي، فريح عويد. (1998 م). *علم النفس الشخصية*، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

عوض الله، يوسف. (2008م). *التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية - غزة.

عوض، توفيق عوض، ورسمي، عبد الله بيومي. (2012م). *تعاطي المخدرات بين طلاب المدارس، الأبعاد التاريخية والاقتصادية والاجتماعية*. سلسلة الدراسات والمشكلات السلوكية في المؤسسات التربوية - الإسكندرية. ج(5)، 63-75.

عوض، عباس محمود. (د.ت). *علم النفس العام*، الإمارات العربية المتحدة: الدار الجامعية.

العويضة، سلطان بن موسى. (2003-2004م). مستوى القل والاكتئاب لدى الطلبة المغتربين وغير المغتربين في جامعة الزيتونة. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

عيسوي، عبد الرحمن. (1990م). دراسات في الشخصية الإسلامية والعربية وأساليب تميمتها، بحوث ميدانية مقارنة بين الشخصية الإسلامية والعربية. بيروت: دار النهضة العربية.

العيسى، طارق بن محمد. (1998م). الفرق بين المتعاطين الهروبين وغير المتعاطين في بعض أبعاد الشخصية ومفهوم الذات دراسة مقارنة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، السعودية.

أبو عيطة، سهام دروس، وأحمد، أحمد عطا محمود. (2004م). فاعلية برنامج ارشادي جمعي لتسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء اليهم (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.

غالب، مصطفى. (2000 م). في سبيل موسوعة نفسية، بيروت: مكتبة الهلال.

غانم، محمد حسن. (2007م). بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

غباري محمد. (1999م). الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه، السعودية: دار المعرفة.

غباري، محمد سلامة. (2002م). الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه. ط2. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

غراب، هشام محمود. (2000م). القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

غرارة، مصباح وآخرون. (1990م). المخدرات. ط1. ليبيا: اللجنة الشعبية العامة للعدل.

غريب، عبد الفتاح. (1999م). علم الصحة النفسية. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- فايد، حسين علي. (2000م). الاضطرابات السلوكية. الأردن: الصفاء للنشر والتوزيع.
- فرج طه، وشاكر قنديل، حسين محمد، مصطفى عبد الفتاح. (1993م). موسوعة علم والتحليل النفسي. ط1. الكويت: دار سعاد الصباح.
- فرج، صفوت. (2005م). البنية السيكومترية والعملية لمقياس تنس لمفهوم الذات. دراسات وبحوث في علم النفس، ع(22)، 29-47.
- الفهدي، خلفان بن محمد. (2013م). الأبعاد الشخصية لمدمني المخدرات وعلاقتها ببعض المتغيرات الأسرية لديهم بالمجتمع العماني (رسالة دكتوراه غير منشورة). الجامعة الإسلامية العالمية، جو مباك.
- فهيم، مصطفى. (1997م). الصحة النفسية. دراسات في سيكولوجية التكيف. ط2. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- القاضي، زهير العلي، و عبد الصاحب، حسين. (2001م). معوقات اقبال المدمنين على مراكز علاج الادمان (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف للعلوم الامنية، الرياض.
- القاضي، وفاء محمد. (2004م). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- القحطاني، محمد. (2005م). الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة تونس، تونس.
- القحطاني، محمد علي مانع. (2002). أثر بيئة العمل الداخلية على الولاء التنظيمي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- قديح، سليمان فايز. (2006م). الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات "البانجو" في مركز الإصلاح والتأهيل بغزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الدول العربية، مصر.

- قويدري، الأخضر. (2008م). العلاج الروحي للأمراض النفسية-الاكتئاب نموذجاً. مجلة التربية - قطر، 220-237.
- كفافي و علاء الدين. (1999م). الإرشاد والعلاج النفسي (الاسري، المنظور، النسقي، الاتصالي). القاهرة: دار الفكر العربي.
- المحاميد، شاكر. (2003م). علم النفس الاجتماعي. ط1. عمان: دائرة المكتبة الوطنية.
- محروس، محمد وآخرون. (1998م). دراسات في الصحة النفسية. الأردن: دار قباء للنشر وتوزيع.
- المحسيري، خالد رشيد. (1983م). مدخل الى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية. الرياض: مطابع نجد.
- محمد سيد فهمي. (2001م). الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي.
- محمد كمال، زين الدين. (2001م). المخدرات بين الوهم والحقيقة. القاهرة: مكتبة القرآن.
- محمد، سهام (2008م). اتجاهات معلمات رياض الأطفال نحو العمل مع الطفل في ضوء بعض المتغيرات النفسية الديمغرافية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القاهرة، مصر.
- محمد، سهام. (2008م). اتجاهات معلمات رياض الأطفال نحو العمل مع الطفل في ضوء بعض المتغيرات النفسية الديمغرافية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، مصر.
- محمد، محمد محمود. (1993 م). علم النفس المعاصر في ضوء الاسلام. جدة : دار الشروق.
- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (1960م). تعاطي الحشيش. القاهرة: دار المعارف.

المشرف، عبد الاله والجوادي، رياض. (2011م). المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب العاطي وأساليب المواجهة. مجلة جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية (الرياض)، ع(1)، 75 - 76.

المشعان، عويد، وخليفة، عبد اللطيف. (2003 م). تعاطي المواد المؤثرة في الاعصاب من خلال طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت. الكويت: اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.

مصباح، عبد الهادي. (2004م). الإدمان. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

معمرية، بشير. (2000م). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. مجلة علم النفس، 122- 147.

المغربي، سعد. (1971 م). المجرمون. القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة.

المغربي، سعد. (1984 م). ظاهرة تعاطي الحشيش. بيروت: دار الرتب الجامعية.

أبو مغلي، سميح وآخرون. (2002م). التنشئة الاجتماعية للطفل. ط1. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

المقطري، حسين. (2005م). فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى الشباب الجامعي (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أسيوط، مصر.

ملحم، سامي محمد. (2001م). الارشاد والعلاج النفسي. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

منازع، أكمل نجاح عبد الله. (2002م). مدى فاعلية برنامج الاسترخاء النفسي في خفض القلق وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المسنين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة المنيا، مصر.

منسي، حسن. (2001 م). الصحة النفسية. الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع.

منصور، عبد الحميد أحمد. (1986م). الإدمان أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج. سلسلة كتب ومكافحة الجريمة، الكتاب الخامس. المملكة العربية السعودية: مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم. (1990م). *لسان العرب*، مج(4). لبنان: مكتبة لبنان.

ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم. (د.ت). *قاموس لسان العرب*. القاهرة: دار المعارف.

ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم. (د.ت). *لسان العرب*، ج(2). القاهرة: دار المعارف.

ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم. (د.ت). *لسان العرب*، مج(14). القاهرة: دار المعارف.

موسى، رشاد. (1999م). *علم النفس الدعوة بين النظرية والتطبيق*. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

مياسا، محمد. (1995م). *المخدرات والانهيار النفسي*. مجلة الأمن والحياة-السعودية، ع(154)، 165-190.

أبو ناهية، صلاح الدين. (1999م). *التقويم والقياس النفسي التربوي " مقياس مفهوم الذات للراشدين*. مجلة جامعة الأزهر-غزة، ع(13)، 13-17.

نجس، أميرة طه. (2007 م). *أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية*، مجلة العلوم التربوية والنفسية(البحرين)، 8(3)، 233-267.

النجمة، علاء الدين ابراهيم. (2008م). *مدى فاعلية برنامج ارشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية (رسالة ماجستير غير منشورة)*. الجامعة الاسلامية، غزة.

النفسية، عبد الرحمن. (2008م). *اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات وعوامل تكوينها*، (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، السعودية.

النيال، عايشة. (2002م). *التنشئة الاجتماعية، مبحث في علم النفس الاجتماعي*. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الهمص، صالح. (2010م). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو وردة، نائل وآخرون. (2012م). تقرير عن عقار الترامادول. غزة: مركز ابو شباك للصحة النفسية والمجتمعية بالتعاون مع أطباء العالم.

ياسين عطوف محمود. (1988م). أسس الطب النفسي الحديث. بيروت: منشورات ميسون الثقافية.

ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية:

- Alexander, Y., Ruth, S., Cathy, D., & Wells, K. B. (2001). The Quality of Care for Depression and anxiety Depression in the United States. *Arch Gen psychiatry*, 58, 55 – 61.
- Alvink, S. (1976). *Drug and therapy*. Boston: little Brown and company.
- Andersen, M. (2000). Doing sport psychology. *Champaing, Human kinetics 1*, 156-198.
- Baard, P., Deci, E., & Ryan, R. (2004). Intivinsic need satisfaction: a motivational basic of performance and will-being in two work settings. *Journal of applied social psychology*, 34(10), 2045-2068.
- Bacon, M.K. (1974). The Dependency. Conflict hypothesis and the frequency of Drunkenness: further evidence from across-cultural study quarterly. *Journal of studies on Alcohol*, 35(3),76-114.
- Bide, N., Lee, A., & Harrison, G. (2000). Assessing Effectiveness of Treatment of Depression in Primary Care. *The British Journal of psychiatry*, 177, 312-318.
- Brouwers, A., & Tomic, W. (1999). Alongitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management, teaching and teacher education. *Teaching and teacher education-Netherlands*, 16, 239-253.
- Christina, H., Michele, R., Neighbors, C., Meighors, C., Molloy M., & Nicole, F. (2010). Alcolgol Consumption and Intimate Partner Violence Perpetration Among College Students: The Role Of Self Determation. *J stud. Alcohol Drugs*, 71(1), 230-265.
- Costen, F. (1989). *Abnormal psychology*. New York : John willey and sons.

- DSM–IV. (1994). *Diagnostic criteria. published by the American Psychiatric Association, Washington. DC.*
- Gossop, M.(1994). Drug and Alcohol problem. In S. J. E. Lindsay and G.E Powell. *The hand book of clinical Adult psychology.* London and New York: Rout Ledge.
- Hawton, K., Sakovskis, M., Kirk, J., & Clark., M., (1996). *Cognitive behavior theory psychiatric problems, Practical guide.* Oxford: medical publication.
- Hergenhann, B., & Olson, M. (2006). *An Introduction to Theories of personality.* New Jersey: prentice Hall.
- Hornby, As. (1989). *Oxford advanced learner dictionary.* England: Oxford university press.
- Ipek, Y., & Fazilet A. (2005). Involvement of potassium channels and nitric oxidein tramadol antinociception. *Journal of pharmacology Biochemistry and Behavior, 3(2),70-102.*
- James, H. W. (1997). *Tramadol Hydrochlorid; something new oral analgesic therapy current the rapeutic research. 1(58), 4-45.*
- Jeffery G. J. (2001). Smoking May Increase Risk Of Anxiety Disorder Young Smoking. *The Journal of The American Medical Association, 1, 130- 131.*
- MCcrady', B.S. (1982). Marital dysfunction Alcoholism and Marriage. In E. M. Pattison & E. Kaufiman' *Encyclopedic handbook of Alcoholism.* New Yourk: Holt, Rinehart and Winson, Inc.
- MCDiarmid, T. & Meckler, L. (2005). Tramadol addiction. *Journal of family practice, 3, 75.*
- Miles, H., Macleod, A. K., & Pote, H. (2004). Retrospective and prospective cognitions in adolescents: Anxiety, depression, and

positive and negative affect. *Journal of Adolescence*, 27, 691-701.

Monte, C.F. (1987). *Beneath the mask : An introduction to theories of personality*. New York : Holt, Rinehart and Winson, Inc.

Pascal, M. (2004). *25 mats clés de la psychologies et de la psychanalyse mots clés*. Paris: Marabout.

Sofia, N. (2005). Stability of tramadol and Haloperidol for continuous subcutaneous infusion at home. *Journal of pain and symptom management*, 30 (2), 30-65.

Ware, M., & Johnson, D. (2000). *Handbook of Demonstration and Activities in the Teaching of psychology, personality, Abnormal, clinical – counseling and social*. (2nd ed.). New Jerzy: Lawrence Erlbawma A associates.

Webster. (1991). *Webster ninth new collegiate dictionary*. Philippines: Merriam Webster Inc.

Yetzer, E., Schandlers, A., Roottl, T. (2004). Self–concept and Body Image in persons who are spinal cord injured with and without lower limb amputation. *Health care system long Beach-California, U.S.A*, 20(1),18-23.

الملاحق

ملحق رقم (1): رسالة تحكيم المقاييس (الاستبانة في صورتها الأولية)

الجامعة الإسلامية

الدراسات العليا

كلية التربية

قسم علم النفس

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد / حفظه الله ،،

الموضوع / تحكيم مقياس

تقوم الباحثة بإجراء دراسة لنيل درجة الماجستير من قسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية بعنوان " مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول "

وقد استدعى ذلك استخدام مقياس القلق الصريح لتايلور ومقياس مفهوم الذات للراشدين

و مفهوم مقياس بيك للاكتئاب .

وبناءً على ما تقدم ترحو الباحثة من سيادتكم بناء على خبرتكم إبداء آرائكم النيرة حول النقاط التالية :

1. مدى انتماء كل فقرة من الفقرات .
2. وضوح الفقرات وقوة صياغتها مع إرجاء التعديلات اللازمة والمقترحة .
3. إبداء ملاحظاتكم واقتراحاتكم العامة على المقاييس .

نشكركم على حسن تعاونكم

الباحثة : فداء عليان سلامة

مقياس مفهوم الذات للراشدين

تعليمات الإجابة

فيما يلي قائمة بعبارات تتضمن بعض المفاهيم التي يؤمن بها الأفراد أو إحساسهم لأنفسهم ، لذا يُرجى منك ، قراءة كل عبارة جيداً ، ثم الإجابة عليها كما يلي :

ضع / ي علامة (X) في الخانة التي ترى / ن أن الموقف ينطبق على الحاجة التي ترى/ن أنك تحتاجها ، في الحياة المختلفة مبتدئ / ه بالعبارة رقم (1) حتى العبارة رقم (80) على ضوء ورقة الأسئلة المعطاة لك .

ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة ، فكل منا أسلوبه بالحياة ، إنما المهم هو التعبير الصادق عن أسلوبك المتبع لو كنت بالموقف المفترض .
الاستجابات الواردة في هذا المقياس لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي .

مثال حول كيفية الإجابة

لا	الى حد ما	نعم	الفقرة	
	X		أستطيع التحدث والمناقشة أمام الآخرين	1

اختر ما يناسب إحساسك من البدائل الثلاثة

لا	الى حد ما	نعم	العبارة	م
			أستطيع التحدث والمناقشة أمام الآخرين .	1-
			أرى أن مظهري حسن .	2-
			أشعر بالسعادة عندما أكون مع أسرتي	3-
			أتشاجر مع الآخرين بسرعة	4-
			لا أرغب في الذهاب إلى العمل	5-

م	العبارة	نعم	الى حد ما	لا
6-	لدي مهارات كثيرة			
7-	لا أميل إلى الجنس الآخر			
8-	أشعر بالضيق من نفسي دائماً			
9-	أستطيع عمل وانجاز كل ما يطلب مني			
10-	أحب الاشتراك في الفرق الرياضية			
11-	لا يفهمني زملائي دائماً			
12-	أشعر بالسعادة دائماً			
13-	أثابر واجتهد لتحقيق أهدافي			
14-	أشعر أن شكلي جميل			
15-	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين			
16-	أشعر أن زملائي أفضل مني			
17-	لا أجد صعوبة في تذكر ما أستذكره			
18-	أشعر بالتعب بسرعة			
19-	أستطيع أن أكون صداقات كثيرة			
20-	أشعر بالحزن في كثير من الأحيان			
21-	أشعر أن زملائي لا يفهموا آرائي دائماً			
22-	أفضل مشاهدة المباريات الرياضية أكثر من الاشتراك فيها			
23-	أشعر أنني محبوب بين زملائي			
24-	أشعر أن والداي لا يتقون بي			
25-	أشعر بعدم الرضا عن ذاتي في العمل			
26-	أرى أن عيناي جميلتان			
27-	أحب اللعب والمرح مع الآخرين			
28-	أشعر بأهميتي وقيمتي في أسرتي			
29-	أشعر دائماً بقلة فائدة ما أعمله			

م	العبارة	نعم	الى حد ما	لا
30-	أشعر أن شكلي يجذب الآخرين			
31-	أشعر بالخجل عندما أتحدث مع الآخرين			
32-	أشعر بأني جدير بحب واحترام الآخرين			
33-	لا أشعر بالراحة والسرور عندما أذهب للعمل			
34-	أتمتع بقوام رشيق			
35-	أضايق زملائي			
36-	أشعر دائماً بالقلق في مواقف الاختبار			
37-	لدي أفكار جيدة وجديدة			
38-	أشعر بالضيق من شكلي ومظهري			
39-	يهتم والدي بمشاعري وآرائي			
40-	أنا عصبي			
41-	أميل للقراءة والإطلاع			
42-	أشعر دائماً بالحاجة للتشجيع للقيام بالأعمال الجيدة			
43-	أشعر بالرضا عن علاقاتي بزملائي			
44-	أنا شخص مهم			
45-	أجد صعوبة في فهم معظم القرارات والأنظمة			
46-	أشعر أنني أجمل زملائي			
47-	أشعر بعدم الرضا عن الأشياء من حولي			
48-	أشعر بأنني مختلف عن زملائي			
49-	أميل للبطء في الانتهاء من أي عمل			
50-	أشرف على بعض الفرق الرياضية			
51-	اعتبر أن تصرفاتي سيئة في المنزل			
52-	أخاف من أتفه الأشياء			
53-	أحرص دائماً على أن أتفوق على كل زملائي			

م	العبارة	نعم	الى حد ما	لا
54-	أشعر أن وجهي جذاب وجميل			
55-	أشعر أن زملائي لا يحبونني دائماً			
56-	أشعر بخيبة أمل والدي في			
57-	لا أجد صعوبة في شرح وتوضيح الأمر أمام زملائي			
58-	أشعر دائماً في القوة والنشاط			
59-	لا يهتم الآخرون بأفكاري وآرائي			
60-	أنا شخص سعيد الحظ			
61-	أنا متفوق في دراستي			
62-	أشعر بالخجل من مظهري			
63-	اختلف دائماً مع الآخرين			
64-	أشعر بالخوف في كثير من الأحيان			
65-	يتوقع الآخرون أن لي مستقبلاً كبيراً وعظيماً			
66-	لا أميل إلى الألعاب الرياضية العنيفة			
67-	أشعر أنني غير قادر على الاحتفاظ بالأصدقاء			
68-	أنا متقلب المزاج			
69-	أشعر بالضيق عندما يطلب مني الإجابة على سؤال معين			
70-	لدي شعر جميل			
71-	أشعر بالخجل عندما أتحدث إلى الجنس الآخر			
72-	أنا سيء الحظ			
73-	أتصرف بطريقة حسنة أثناء العمل			
74-	أشعر أنني غير راضي عما أنا عليه			
75-	أشعر بقلة أهميتي بأسرتي			
76-	لدي القدرة على التحكم في انفعالاتي في كثير			

م	العبارة	نعم	الى حد ما	لا
	من الأشياء			
-77	أنا شخص مهم في عملي			
-78	لا أشارك في الأنشطة المختلفة في العمل			
-79	أشعر بعدم ثقة الآخرين بي وبآرائي			
-80	أشعر أنني سبب كثير من المشاكل			

مقياس القلق الصريح لتايلور

الرقم	العبارة	نعم	لا
-1	نومي يتخلله قلق ومتقطع		
-2	لدي بعض المخاوف أ-----شياء أخاف منها أكثر من أصدقائي		
-3	كان يمر علي أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب الهم		
-4	أعتقد أنني لست عصبياً أكثر من الناس الآخرين		
-5	نادر ما ينتابني كابوس أثناء النوم		
-6	كثيراً ما أشعر بتعب بالمعدة (مخص)		
-7	كثيراً ما ألاحظ يداي ترتعشان عند ممارستي لعمل ما		
-8	يحدث معي إسهال كثير		
-9	مسألة العمل المال تسبب لي همأ كثيراً		
-10	كثيراً ما تغم علي نفسي (غثيان)		
-11	غالباً ما أخشى أن يظهر علي أنني مكسوف		
-12	دائماً أشعر أنني جائع		
-13	أنا واثق من نفسي دائماً		
-14	أنا لا أتعب بسرعة		
-15	عندما اضطر أنتظر حاجة أو أحد أظل عصبياً ومنتفضاً		

الرقم	العبارة	نعم	لا
16-	ساعات أبقى متوتراً لدرجة أنني أجد نفسي لا أستطيع أن أنام		
17-	أنا باستمرار هادئ وليس هناك شيء يغضبني		
18-	تمر علي ساعات أبقى قلقاً بشكل فظيع لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدة طويلة - على الكرسي		
19-	أنا سعيد دائماً في كل وقت		
20-	صعب جداً علي أن انتبه جيداً مدة الواجب أو لأثناء ممارستي لعمل ما		
21-	تقريباً أجد نفسي دائماً أشعر بأنني قلق على حاجة أو شخص		
22-	حينما أجد شكل أو عركة أو حاجة صعب أبعد عنها		
23-	ليتني أظل سعيداً كباقي البشر الناس		
24-	غالباً ما أجد نفسي شغلاً على حاجة ما		
25-	في بعض الأحيان أشعر أنني إنسان عديم الفائدة		
26-	ساعات أشعر أنني اقتربت من شعور بأن " أطق ومتترفز وزهقان "		
27-	أعرق كثيراً بسهولة حتى أيام البرد		
28-	الحياة بالنسبة لي دائماً تعب ومضايقة		
29-	أنا مشغول دائماً وأخشى أن يحدث شيء سيء أو سوء حظ		
30-	أنا في العادة أخجل من نفسي وأنكسف		
31-	ساعات كثيراً أشعر أن قلبي يخفق بقوة وبضيق بالصدر		
32-	أبكي بسهولة		
33-	ساعات أخشى من أشياء أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني أو من ناس أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقونني		
34-	أجد نفسي دائماً مهموماً بشيء ما		
35-	ساعات كثيرة أشعر بصداع		
36-	ساعات أظل مشغولاً ومهتماً بشكل غير طبيعي على حاجات ليس		

لا	نعم	العبرة	الرقم
		لها أهمية في الحقيقة	
		لا أستطيع التركيز والانتباه في حاجة واحدة	37-
		سهل جداً أن ارتبك أو اتلخبط عند ممارستي لعمل ما	38-
		ساعات أعتقد أنه لا يوجد مني فائدة أبداً	39-
		أنا شخص قوي جداً	40-
		ساعات حينما ارتبك أعرق هذا شيء يضايقني جداً	41-
		أنا حساس أكثر مقارنة بالآخرين	42-
		أنا لا أشعر بالحرع أو الكسوف أبداً	43-
		أنا لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف	44-
		أشعر أحياناً أن المشاكل والصعوبات تتجمع علي لدرجة أنني ما أتغلب ليها	45-
		حينما أمارس عمل ما أعمل و أنا متضايق جداً	46-
		أنا غالباً أحلم بأشياء من الأفضل أن لا أخبر بها أحد	47-
		أنا دائماً أشعر بأن يداي وقدماي دافئة بقدر كاف	48-
		ليست لدي ثقة بنفسني	49-
		قليل ما تحدثت معي حالات إمساك تضايقتني	50-

مقياس بيك للاكتئاب

الدرجة	العبرة
-1	لا أشعر بالحزن
1	أشعر بالحزن
2	أنا حزين طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة
3	أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل هذه الحالة
-2	لا أشعر أن عزيمة ضعيفة اتجاه المستقبل
1	أشعر أن عزيمة ضعيفة اتجاه المستقبل
2	أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل
3	أشعر أن المستقبل ميئوس منه ، وأنه لا سبيل إلا أن تتحسن الأمور
-3	لا أشعر بالفشل
1	أشعر أنني واجهت من الفشل مما يواجه الشخص العادي
2	عندما استرجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الفشل
3	أشعر أنني شخص فاشل تماماً
-4	لا أزال استمتع بالأشياء كما كنت من قبل
1	لا أستمتع بالأشياء كما اعتدت أن استمتع بها من قبل
2	لم أجد متعة حق في أي شيء بعد
3	أشعر بعدم الرضا والملل من كل شيء
-5	لا أشعر بالذنب بشكل خاص
1	أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت
2	ينتابني الشعور بالذنب تماماً معظم الوقت
3	أشعر بالذنب طوال الوقت
-6	لا أشعر أن عقاباً يحل بي الآن
1	أشعر وكأن عقاباً قد يحل بي

الدرجة	العبرة
2	أتوقع أن يحل بي العقاب
3	أشعر أن عقاباً قد يحل بي الآن
-7	لا أشعر بأن أملّي قد خاب في نفسي
1	أشعر أن أملّي قد خاب في نفسي
2	أشعر بالاشمئزاز من نفسي
3	أكره نفسي
-8	لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر
1	انتقد نفسي على نقاط ضعفي وأخطائي
2	ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي
3	ألوم نفسي على كل شيء سيء سيء سيحدث
-9	لا تراودني أي أفكار للتخلص من حياتي
1	تنتابني أفكار للتخلص من حياتي لكني لن أنفذها
2	أرغب في قتل نفسي
3	لو أتيتحت لي فرصة بالانتحار فسوف أفعل ذلك
-10	لا أبكي أكثر من المعتاد
1	أبكي الآن أكثر مما تعودت
2	أبكي الآن طوال الوقت
3	تعودت أن أكون قادراً على البكاء ، أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك
-11	لست مستثاراً الآن أكثر مما كنت دائماً
1	أصبحت منزعجاً أو مستثاراً بسهولة أكثر مما كنت معتاداً
2	أشعر بأنني مستثاراً الآن طوال الوقت
3	لا تثيرني بالمرّة الأشياء التي تعودت أن تثيرني
-12	لم أفقد الاهتمام بالآخرين
1	إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما كنت عليه فيما مضى

العبارة	الدرجة	
فقدت معظم اهتمامي بالآخرين	2	
فقدت كل اهتمامي بالآخرين	3	
اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها	صفر	-13
أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت	1	
أجد في اتخاذ القرارات صعوبة أكثر مما كنت أجد من قبل	2	
لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات	3	
لا أشعر أنني أبدو أسوأ مما كنت	صفر	-14
أنا قلق لأنني أبدو أكبر سناً أو اقل جاذبية	1	
أشعر أن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب	2	
أعتقد أنني أبدو قبيحا	3	
أستطيع أن أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل	صفر	-15
أشعر أن البدء بعمل أي شيء أصبح يتطلب مني جهداً إضافياً	1	
اضطر أن اضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء	2	
لا أستطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق	3	
أستطيع النوم بشكل جيد كما تعودت	صفر	-16
لا أنام جيداً كما كنت معتاداً	1	
استيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم	2	
	3	
لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد	صفر	-17
أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت	1	
أصبح التعب يدركني عند القيام بأي عمل تقريباً	2	
أشعر بالإرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأي عمل تقريباً	3	
شهيتي للطعام ليست أسوأ من المعتاد	صفر	-18
لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل	1	
شهيتي الآن أسوأ مما كانت بكثير	2	

العبارة	الدرجة	
لم يعد لدي شهية على الإطلاق	3	
أحاول عن عمد أن انقص وزني وذلك بالتقليل من كمية الأكل	صفر	-19
لا نعم	1	لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً
لا نعم	2	نقص وزني أكثر من 2 كيلو غرام
لا نعم	3	نقص وزني أكثر من 5 كيلو غرام نقص وزني أكثر من 7 كيلو غرام
لست منشغل البال على صحتي أكثر من المعتاد	صفر	-20
تشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع أو الآلام أو اضطراب المعدة أو الإمساك	1	
أشعر بانشغال البال كثيراً بسبب مشاكل صعبة ، ومن الصعب علي التفكير في أي شيء آخر	2	
أشعر أن بالي مشغول جداً بخصوص مشكلاتي الصحية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير بأي شيء آخر	3	
لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس بالفترة الأخيرة	صفر	-21
أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت	1	
إنني أقل اهتماماً بالجنس الآن بشكل كبير	2	
فقدت الاهتمام بالجنس تماماً	3	

ملحق رقم (2): استمارة البيانات

استمارة البيانات

رقم الاستمارة :

الجنس : ذكر أنثى

العمر : 15_ 20 20 – 25 25 – 30

الحالة الاجتماعية : أعزب متزوج

مطلق أرمل

الحالة الاقتصادية : أقل من 1000 شيكل من 1100 إلى 2000

من 2100 إلى 3000 أكثر من 3000

المستوى التعليمي : أقل من ثانوي ثانوي

بكالوريوس دراسات عليا

السكن : مدينة قرية مخيم

الحالة الصحية : هل عانيت من أمراض تستدعي المهدئات ؟

نعم لا

في حال نعم نذكر المرض

.....