

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
كلية الدراسات العليا
قسم العلوم الاجتماعية



دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً

دراسة مقارنة بين مستشفى الأمل في مدينتي الرياض والدمام

رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الاجتماعية

إعداد

عبد الرحمن بن مقبل السلطان

إشراف

أ. د. عبد الرحمن بن إبراهيم الشاعر

الرياض

1426 هـ - 2005 م

كلية الدراسات العليا

(26)

ملخص رسالة □ ماجستير □ دكتوراه

2005/5/24

1426/4/16

-2

-4

-1

-3

-1

-2

-3

-4

-5

-1 /

-2

-3

-4

-5

:

:

(3.75)

(3.95)

الإهداء

- * إلى والدتي الغالية تحية تقدير وإجلال.
- * إلى زوجتي العزيزة تحية تقدير ووفاء.

أهدي هذا البحث،،

الباحث

شكر وتقدير

بعد إتمام هذه الدراسة أحمد الله الذي أعانني وأمدني من الأسباب بما مكنني من إنجازها على هذا النحو الذي تظهر به.

وأقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من أسهم معي في إخراج هذه الدراسة وفي مقدمتهم سيدي صاحب السمو الملكي الأمير نايف بن عبد العزيز الذي أسجل له وبحروف من نور أسمى آيات الشكر والتقدير والاعتزاز والثناء لجهوده الأبوية الحانية.

كما أتقدم بمزيد من الثناء والافتخار لصاحب السمو الملكي الأمير/ نواف بن نايف بن عبد العزيز لوقفته النبيلة التي أسهمت في إتمامي لهذه الدراسة.

كما لا يفوتني أن أشكر معالي الوالد الفريق أول/ صالح بن طه خصيفان لما أولاني به من رعاية أبوية وحسن توجيه.

كما أسجل من الشكر أعطره لسعادة الأستاذ الدكتور/ عبد الرحمن بن إبراهيم الشاعر المشرف على الرسالة مقدراً له جهوده النيرة محترماً آرائه السديدة مديناً له بالفضل بعد الله على ما بذله في سبيل إنجاز هذا المجهود المتواضع.

كما يسرني أن أشكر أعضاء هيئة المناقشة سعادة الأستاذ الدكتور/ معن خليل العمر وسعادة الدكتور سعود بن عبد العزيز الرشود على تفضلهم بمناقشة رسالتي وإبداء الملاحظات التي سوف تسهم في رفع مستواها العلمي.

كما أتقدم بالشكر لسعادة الأستاذ/ محمد بن حسن الصغير أمين عام كلية الدراسات العليا لما أولاني من عناية وتقدير طيلة فترة دراستي.

وفي الختام أتقدم بعظيم الشكر والتقدير إلى كل من أسهم في هذا العمل سواء بالعون أم التوجيه فجزاهم الله عني كل خير.

والله ولي التوفيق،،

الباحث

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	شكر وتقدير
ج	فهرس المحتويات
17-1	الفصل الأول: مـ دخل الدراسة
2	1-1 مقدمة الدراسة
8	2-1 مشكلة الدراسة
10	3-1 تساؤلات الدراسة
11	4-1 أهداف الدراسة
12	5-1 أهمية الدراسة
13	6-1 مفاهيم ومصطلحات الدراسة
16	7-1 إجراءات الدراسة
104-18	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
19	أولاً: الإطار النظري
84	ثانياً: الدراسات السابقة
102	ثالثاً: التعليق على الدراسات السابقة
118-105	الفصل الثالث: الإطار المنهجي للدراسة
106	أولاً: منهج الدراسة
107	ثانياً: حدود الدراسة
107	ثالثاً: مجتمع الدراسة
108	رابعاً: عينة الدراسة
108	خامساً: أداة الدراسة
110	سادساً: صدق أداة الدراسة
116	سابعاً: إجراءات تطبيق الدراسة
117	ثامناً: أساليب المعالجة الإحصائية
172-119	الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة

الصفحة	الموضوع
120	أولاً: خصائص عينات الدراسة
132	ثانياً: نتائج الدراسة
182-173	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
174	أولاً: مناقشة النتائج
181	ثانياً: التوصيات
197-183	المراجع والمصادر
184	أولاً: المراجع العربية
196	ثانياً: المراجع الأجنبية
198	الملاحق
199	ملحق (1) الاستبانة في صورتها النهائية
212	ملحق (2) قائمة بأسماء ووظائف المحكمين
214	ملحق (3) خطاب إفادة من جامعة نايف
216	ملحق (4) خطاب تسهيل مهمة توزيع استبانة (الرياض)
218	ملحق (5) خطاب تسهيل مهمة توزيع استبانة (الدمام)

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
65	المخدرات المضبوطة في المملكة خلال الفترة من 1978 حتى 1992م.	(1)
108	حجم العينة في المجمعين الرياض - الدمام.	(2)
112	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الأول والدرجة الكلية لهذا المحور.	(3)
113	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الثاني والدرجة الكلية لهذا المحور.	(4)
114	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الثاني والدرجة الكلية لهذا المحور.	(5)
115	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الأول والدرجة الكلية لهذا المحور.	(6)
115	معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ	(7)
121	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدخنين تبعاً للعمر.	(8)
122	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للجنسية.	(9)
123	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للمؤهلات.	(10)
124	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للحالة الاجتماعية.	(11)
125	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للمهنة.	(12)
126	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لمهنة الوالد.	(13)
127	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لـ مع من تسكن.	(14)
128	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لنوع السكن.	(15)
129	توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لعدد مرات الدخول في مجمع الأمل	(16)
130	توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للعمر.	(17)
130	توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للجنس.	(18)
131	توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للمؤهل.	(19)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
131	توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للخبرة.	(20)
133	فروق المتوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراه المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف الجهة.	(21)
135	استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء دور الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر المدمنين.	(22)
138	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف الجهة.	(23)
141	استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين.	(24)
146	فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعاً لاختلاف الجهة.	(25)
147	استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين.	(26)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
149	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعاً لاختلاف الجهة.	(27)
28	استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين.	(28)
155	فروق المتوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف الجهة.	(29)
156	فروق المتوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف العمر.	(30)
157	فروق متوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف المؤهل العلمي.	(31)
158	فروق متوسطات دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية.	(32)
159	فروق متوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل.	(33)
160	فروق متوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف المهنة.	(34)
161	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعاً لاختلاف الجهة.	(35)
162	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنون تبعاً لاختلاف العمر.	(36)
163	فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعاً لاختلاف المؤهل العلمي.	(37)
164	فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد	(38)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين لاختلاف الحالة الاجتماعية.	
165	فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعاً لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل.	(39)
166	فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعاً لاختلاف المهنة.	(40)
167	فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعاً لاختلاف الجهة.	(41)
168	فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعاً لاختلاف الجنس.	(42)
169	فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعاً لاختلاف الخبرة.	(43)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
170	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعاً لاختلاف الجهة.	(44)
171	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعاً لاختلاف الجنس.	(45)
172	فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعاً لاختلاف الخبرة.	(46)

قائمة الملاحق

الصفحة	موضوعه	رقم الملحق
199	الاستبانة في صورتها النهائية.	(1)
212	قائمة بأسماء المحكمين ووظائفهم.	(2)
214	خطاب إفادة من جامعة نايف.	(3)
216	خطاب تسهيل مهمة توزيع استبانة (الرياض).	(4)
218	خطاب تسهيل مهمة توزيع استبانة (الدمام).	(5)

الفصل الأول مدخل الدراسة

- | | |
|-------------------------|-----|
| مقدمة الدراسة | 1-1 |
| مشكلة الدراسة | 2-1 |
| تساؤلات الدراسة | 3-1 |
| أهداف الدراسة | 4-1 |
| أهمية الدراسة | 5-1 |
| مفاهيم ومصطلحات الدراسة | 6-1 |
| إجراءات الدراسة | 7-1 |

الفصل الأول

مدخل الدراسة

1-1 مقدمة الدراسة

الأمن البشري شاغل عالمي، وذلك لكثرة التهديدات المشتركة بين أفراد جميع المجتمعات مثل البطالة والمخدرات والجريمة وتتوقف مكونات الأمن البشري كل منها على الأخرى، فالمجاعة والمرض والاتجار في المخدرات والتفكك الاجتماعي، نجد آثارها تنتقل عبر العالم، ومن هنا يمكن القول إن الأمن البشري له جانبان رئيسيان: الحماية من الاختلالات المفاجئة والمؤلمة في أنماط الحياة اليومية، سواء في البيوت أو في الأعمال أو في المجتمعات المحلية، وهذه التهديدات يمكن أن توجد على جميع مستويات الدخل (الأمم المتحدة، 1408هـ: 23)، وذلك مثل الإصابة بعجز أو مرض أو بطالة أو الإدمان.

والجانب الآخر هو الحاجات الأساسية التي يحتاج الإنسان لإشباعها كضرورات للحياة ومقومات للعيش، وفقدانها قد يؤدي بحياة الإنسان (علام وعطية، 1985م: 5). وفي المجتمعات القديمة كان إشباع احتياجات أفراد الأسرة يتم من داخلها، إلا أنه مع التطورات الحضارية المختلفة وزيادة حاجات الإنسان تبعاً لذلك لم تعد كل الأسر قادرة على إشباع الحاجات المتشابهة والمعقدة للفرد (خليفة و عوض، د.ت: 12-133) فظهرت الحاجة إلى وجود الرعاية المقدمة من الدولة نتيجة لتعدد المجتمعات، وزيادة إبحاح الحاجات في المجتمعات الحضرية، وتعذر إشباعها بصورة ملائمة (حسن، 1982م: 25-26).

ومن هنا فإن كل عجز أو خلل تواجهه الأسرة في أثناء قيامها بوظائفها لابد أن يقابله تطور بديل في أساليب تحقيق الوظائف التي عجزت عنها الأسرة، وبذلك تطورت أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية في المجتمع عبر الزمن، وتحولت كي تصبح تنظيمياً شرعياً قانونياً لمواجهة حاجات الأفراد في المجتمع (خليفة و عوض، د.ت: 66). فالمفهوم التقليدي للرعاية الاجتماعية بمقابلة احتياجات الأفراد

والجماعات الأقل حظاً في المجتمع بإعطاء القادر لغير القادر وحل مشاكل الضعفاء بتخفيف آلامهم وأمراضهم. عن طريق البرامج والمؤسسات التي تقوم على رعاية وحماية الفقراء، والعبيد، والأرامل، والأيتام، والمعاقين، والمرضى، والأطفال، وما زال كثير من دول العالم يأخذ بهذا المفهوم، وذلك في تحديد نوع الخدمات والبرامج التي تتضمنها أو يجب أن تتضمنها مؤسسات الرعاية الاجتماعية ووزارة الشؤون الاجتماعية. (الصقور، 1991م: 172-173).

ولا يختلف اثنان على خطر المخدرات الذي أصبح يهدد أمن الأمة، ويفقدها الكثير من شبابها الذي تنتهي به الحالة إلى الإدمان، وقد يصل إلى مرحلة الجنون أو الوفاة. ورغم الجهود الحثيثة للحد من تهريب وترويج وتعاطي المخدرات؛ إلا أن مشكلة المخدرات لازالت تأخذ شكلاً مقلقاً يستدعي المزيد من الدراسات والبحوث واللقاءات العلمية، ومزيداً من الوعي بأسبابه ودوافعه.

ولم تقف الدراسات على أسباب واضحة ومباشرة لتعاطي المخدرات. حيث يشمل هذا المفهوم عوامل وعناصر متعددة تتسم بالتعقيد وتشكل في مجملها أبعاد ظاهرة تعاطي المخدرات. إلا أن هناك العديد من العوامل الاجتماعية التي تهيئ المناخ الشاذ الذي يرتع فيه متعاطي المخدرات.

لذا تصعب معالجة مشكلة المخدرات دون معالجة صحيحة للواقع الاجتماعي الذي يعيشه المتعاطي. ويشير غيث 1984م إلى أن جميع المشكلات مهما كانت طبيعتها تشترك في أسس واحدة، وهي أن ثمة عائقاً يقف أمام الفعل الاجتماعي، أو الفهم العام، ويسد طريق السلوك الاجتماعي، وينحرف بها في اتجاهات غير طبيعية، وكلما فشلت وسائل المجتمع في مواجهة الصعاب، فإن نوعاً من التحدي يظهر.

وأحد صور هذا الظهور تعاطي المخدرات، ولقد ثبت أن المشاكل الاجتماعية، وما يتبعها من سلوك انحرافي يظهر على بعض الأفراد مسألة تشير إلى التفكير في البناء الاجتماعي من ناحية، وإلى تناقض عناصر الثقافة ومواجهاتها الأساسية من ناحية أخرى.

ولقد أشارت العديد من الأدبيات إلى أن من العوامل الاجتماعية ذات الصلة بالسلوك غير السوي البناء الاجتماعي ومن عناصره ما يلي:

▪ البناء الطبقي: وهنا نلاحظ أن من الذين ينتمون إلى الطبقة الدنيا في المجتمع يتسمون بعدم قدرتهم على تحقيق احتياجاتهم الإنسانية وشعورهم بالإحباط وعدم تحقيق طموحهم يتعاطون المخدرات بل يدمنونها.

▪ الوضع الاقتصادي: في تكامل البناء الطبقي هناك الوضع الاقتصادي حيث قد يؤدي الرخاء المفاجئ ووفرة المال إلى الإقبال على تعاطي المخدرات وإدمانها.

▪ الحراك الاجتماعي: جانب من الحراك الاجتماعي في المفهوم الاجتماعي يقصد به الهجرة وتغيير المحيط الاجتماعي الذي عهده الفرد مثل الجيران والأقارب، وكثيراً ما يواجه المهاجرون من بيئة إلى أخرى عدداً من الصراعات والتوترات والضغط. مما يصعب عليهم التكيف مع البيئة الاجتماعية الجديدة، فيلجأون إلى المخدرات.

▪ وحدة الأسرة: عدم الاستقرار الأسري مدعاة إلى تعاطي المخدرات، ويتمثل عدم الاستقرار الأسري في عدم الوفاق بين الوالدين وتآزم الخلافات بينهما، كما يمثل عدم فهم الوالدين لمطالب الشباب وغياب الحوار العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات.

▪ جماعة الرفاق: تعد الصحبة السيئة ورفاق السوء من العوامل والمسببات لتعاطي المخدرات من منطلق الرغبة في التقليد. وتحسين صورة المخدرات وآثارها من قبل البعض مما يؤدي إلى الفضول وحب الاستطلاع والتجريب ومن ثم التعاطي وفي النهاية الإدمان.

وفي العموم تكاد تجمع الأدبيات في هذا الشأن على أن المدمن ضحية ظروف تربوية اجتماعية سيئة، إضافة إلى كونه ضحية تنشئة اجتماعية خاطئة تخلق من خلالها عن القيم الاجتماعية فخالفها، ولم يجد من يأخذ بيده إلى إعادة التكيف والاندماج الاجتماعي، وأصبح

يواجه ضروباً من العداء، مما حدا بالعديد من المؤسسات الإصلاحية إلى قيامها بدور إعادة تكيف المدمن مع المجتمع، وتأهيله لممارسة الحياة الاجتماعية الصحيحة. ورغم السعي الحثيث لهذه المؤسسات الاجتماعية والصحية لتحقيق هذا التوازن الاجتماعي للمدمن إلا أن هناك من يعود إلى تعاطي المخدرات. وظاهرة العود خضعت للعديد من الدراسات التي بحثت أسبابها وسبل علاجها.

ويرجى أن تلعب برامج الرعاية اللاحقة دوراً فاعلاً في معالجة ظاهرة العود لتعاطي المخدرات.

ومن المسلم به أن الرعاية الاجتماعية قد ارتبطت باستقرار الإنسان منذ التاريخ البعيد، حيث احتاج الإنسان إلى نظم محددة لإشباع حاجاته المتعددة (خليفة و عوض، د.ت: 25). "وتبعاً للسلطة السياسية المنظمة بدأت مؤسسات الرعاية الاجتماعية تظهر في المدن حيث تشيع العلاقات الثنائية التعاقدية، والتنوع في خصائص السكان المهنية والثقافية والاقتصادية". (حمزة، 1983م: 15). مما أكد الحاجة لوجود مثل هذه المؤسسات.

لذا فإن كل دولة في الوقت الحاضر تحاول أن تولي الرعاية الاجتماعية عناية خاصة على اعتبار أنها أحد المقاييس التي تقاس بها نهضة هذه الدول، وتقدمها، وما يؤديه تطبيقها من تحقيق لمبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص وتضييق الفجوة بين واقع الحاجة وطموحات الكفاية للأفراد والجماعات فأصبحت الرعاية الاجتماعية موضوعاً مهماً وحيوياً ومتجدداً باستمرار. (وزارة الإعلام، 1991م: 17).

و"إن الإسلام يحمل الدولة مسؤولية رعاية العاجزين من رعاياها، وأن نفقة هؤلاء تتعين من بيت المال، وقد اتخذت الدول في العصر الحاضر طرقاً شتى في رعاية المدمنين والمحتاجين ممن تقع تبعتهم عليها". (الدبو، 1988م: 129).

وبهذا التنظيم يكون الإسلام قد أقام بناء متقدماً للضمان الاجتماعي سبق ما وصلت إليه المجتمعات الأوروبية في القرن التاسع عشر، بما فرضه على أفراد المجتمع القادرين من الإنفاق على الفقراء والمساكين. (إلياس والخيرو، 1989م: 27).

وسياسة الرعاية الاجتماعية المقدمة في المملكة العربية السعودية تنطلق من أسس الدين الإسلامي، وتقوم على أساس التطلعات الوطنية، حيث لا يفصل الإسلام بين الدين والدولة، بخلاف ما عليه الوضع في الدول الغربية. (عجوبة، 1991م: 28).

وبعد توحيد المملكة العربية السعودية واستقرارها بدأت أول صور الرعاية الاجتماعية تظهر فيما أولاه الملك عبد العزيز - طيب الله ثراه - من رعاية خاصة للفقراء والمساكين والعجزة والأيتام، فأمر بصرف المخصصات لهم وإنشاء المؤسسات التي تعنى بهم. (وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1992م: 17).

ثم أنشئت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في المملكة العربية السعودية سنة 1380هـ. وكان من أهدافها الإسهام في توجيه التطور الاجتماعي للمملكة، بهدف رفع المستوى المعيشي للمواطنين، وتهيئة مقومات الحياة الكريمة لهم في إطار القيم الروحية والخفية، بهدف بناء مجتمع ناهض ومتكامل. (مختار، 1994م: 38-39).

وفي سنة 1397هـ أنشئت وكالة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية لشؤون الرعاية الاجتماعية بهدف توفير الرعاية للمواطنين الذين تحيط بهم مشاكل اجتماعية واقتصادية يعجزن عن مواجهتها ومساعدتهم في التغلب عليها، وتنمية إمكانياتهم الذاتية. (وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1992م: 15).

ومن منطلق إيمان الدولة بالمهام الجسام الملقاة على وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية، ولازدياد حاجة المجتمع إلى مزيد من الخدمات الاجتماعية، قررت الدولة فصل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية وأصبحت وزارة الشؤون الاجتماعية وزارة مستقلة في محرم 1425هـ.

2-1 مشكلة الدراسة

بدأ برنامج الدعم الذاتي أول نشاطاته الرسمية في المملكة في عام 1415هـ، وذلك في مستشفى الأمل بالدمام ولقد كان الهدف من وراء ذلك إيجاد برنامج يساعد مدمني المخدرات الذين تلقوا علاجهم في المستشفى لاستمرار تعافيتهم. واستفاد من هذا البرنامج مجموعة كبيرة من المدمنين وتحسنت حالتهم وهم يراجعون مستشفيات الأمل بشكل مستمر بفضل من الله ثم بدعم من الدولة، وللنجاح الذي لقيه هذا

البرنامج صدر في عام 1422هـ أمر صاحب السمو الملكي وزير الداخلية باعتماد برنامج الدعم الذاتي الذي يعنى بمتابعة ورعاية التائبين من مرض الإدمان بخطواته الاثنتي عشرة بعد تعديلها بما يتفق مع الشريعة الإسلامية.

وإن إعادة تأهيل المدمنين واجب وطني وديني بالدرجة الأولى، فعودة هؤلاء المدمنين إلى مجتمعاتهم سالمين معافين، وأعضاء نافعين لأنفسهم ومجتمعاتهم، يأخذ عدة منح منها الناحية الطبية والناحية النفسية، وما يعيننا هو الناحية الاجتماعية والتي خصصت برامج لرعاية هؤلاء المدمنين بعد علاجهم وهي ما تسمى إعادة التأهيل (الرعاية اللاحقة) وتنقسم الرعاية اللاحقة إلى قسمين:

أ- إعادة التأهيل.

ب- إعادة الاستيعاب الاجتماعي.

وفي مجال علاج التعاطي والإدمان يستخدم مصطلح "إعادة التأهيل" ليضم ما يوصف بأنه إعادة التأهيل المهني والاجتماعي وأحياناً يقتصر في استخدامه على الإشارة إلى مجال محدود هو إعادة التأهيل المهني وفي هذه الحالة يترك المجال الاجتماعي ليندرج تحت مصطلح خاص به هو إعادة الاستيعاب الاجتماعي.

إعادة التأهيل المهني المقصود هنا هو العودة بالمدمن الناقه (مرحلة النقاها من إدمانه) إلى مستوى مقبول في الأداء المهني سواء أكان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتنها قبل الإدمان أو في إطار مهني جديد، وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل في هذا الصدد ثلاثة عناصر هي:

أ- الإرشاد المهني.

ب- قياس الاستعدادات المهنية.

ج- التوجيه المهني والتدريب.

ويشير مصطلح الإرشاد إلى مجموعة من الإجراءات تمتد لتحتمل المشورة والمعلومة وتزويد المسترشد بأسلوب لفهم المشكلات التي تواجهه والتغلب عليها بالحلول المناسبة، ويدور هذا في مجال العمل ومشكلاته ثم يأتي الدور بعد ذلك على قياس الاستعدادات المهنية أي درجة احتمال نجاح الفرد في مجال بعينه من مجالات النشاط الاقتصادي كالتجارة أو الصناعة أو الأعمال المكتسبة، ثم يوجه المدمن الناقه بعد ذلك إلى قياس استعداداته المهنية وذلك للاسترشاد بنتائج هذا القياس في اختيار أنسب الأعمال لهذه الاستعدادات، ومن هنا تبدأ خطوات التوجيه المهني.

ويقع تحت مفهوم التوجيه المهني مجموع الإجراءات التي تتخذ استغلالاً للمعلومات التي تجمعت لدى المدمن الناقه من خلال الإرشاد ومن خلال قياس استعداداته المهنية فيجري توجيهه إلى الالتحاق بالمهنة التي تتناسب وهذه المعلومات، ولكي يكتمل التوجيه يحتاج الأمر إلى أن يكون لدى القائمين على توجيهه مجموعتين إضافيتين من

المعلومات إحداهما تتعلق بالمهن الشاغرة في سوق العمل والثانية تتعلق بما يسمى بروفيل المهارات اللازمة للاشتغال الكفاء بهذه المهنة، ويعتمد توافر هذا البروفيل على ما يسمى بتحليل العمل.

وإعادة الاستيعاب الاجتماعي هي الخطوة الأخيرة والمكملة لإجراءات الرعاية التي توجه للمدمن الناقه. ولا يشترط بالضرورة أن تأتي زمنياً بعد خطوة إعادة التأهيل المهني، بل يمكن تصور أن تتزامن الخطوات. ولكن المهم أنه لا يجوز تجاهلها في نسبة كبيرة من الحالات، وخاصة تلك التي تمكن منها الإدمان إلى درجة الاقتران بأشكال ودرجات خطيرة من التدهور الاجتماعي في ظل هذا الاهتمام ببرامج التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعي، من هذا المنطلق تصبح الرعاية اللاحقة خطوة هامة نحو تأهيل المدمن العائد إلى الإدمان نفسياً واجتماعياً وصحياً. ويسعى الباحث إلى طرح مشكلة الدراسة المتمثلة في السؤال التالي:

إلى أي مدى تحقق الرعاية اللاحقة دورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً؟

3-1 تساؤلات الدراسة

من خلال مشكلة الدراسة المتمثلة في السؤال الرئيس: إلى أي مدى تحقق الرعاية اللاحقة دورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً؟

تبرز التساؤلات الفرعية للدراسة على النحو التالي:

- 1- ما مدى فهم العاملين بالمؤسسات الاجتماعية ومستشفيات الأمل للرعاية اللاحقة؟
- 2- ما مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الرياض؟
- 3- ما مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الدمام؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينتي الرياض والدمام؟
- 5- ما المقترحات والحلول التي يمكن من خلالها تلافي سلبيات برنامج الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً؟

4-1 أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً، وذلك من خلال:

- 1- التعرف على مدى فهم العاملين بمستشفيات الأمل للرعاية اللاحقة.
- 2- التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الرياض.
- 3- التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الدمام.
- 4- التعرف على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينتي الرياض والدمام أو عدم وجودها.
- 5- وضع بعض المقترحات والحلول التي يمكن من خلالها تلافي سلبيات برنامج الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً.

5-1 أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع الذي تبحثه، وهو "دور برنامج الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً".

وعليه يمكن إبراز أهمية الدراسة فيما يلي:

1- الأهمية النظرية

وهو ما سوف يحويه الإطار النظري من نظريات ومقترحات حول إدارة الجودة الشاملة في برامج الرعاية اللاحقة.

2- الأهمية التطبيقية

وتتمثل في النتائج والتوصيات التي ستفسر عنها الدراسة، والتي يمكن وضعها في محل التطبيق العملي.

3- الأهمية العملية

تستمد الدراسة أهميتها من التحديات التي تواجهها المملكة العربية السعودية في الوقت الراهن، والتي تفرض على منظماتها الاجتماعية تغيير أساليبها التقليدية وتبني مفاهيم اجتماعية حديثة، تساعدها على مواكبة التطور الحضاري الذي تشهده المجتمعات في العصر الحالي، ولتحقيق ذلك لم تتوان تلك المؤسسات الاجتماعية في استحداث برامج مثل برنامج الرعاية اللاحقة للمدمنين.

4- الأهمية العلمية

يؤمل من هذه الدراسة إثراء المعرفة العلمية في مجال برامج الرعاية اللاحقة للمدمنين اجتماعياً، من خلال ما قد تقدمه الدراسة من إضافة تساعد الباحثين والممارسين للرعاية اللاحقة للمدمنين على معرفة وتفهم هذا النموذج الاجتماعي من الرعاية، يضاف إلى أهمية هذه الدراسة من الناحية العلمية أنها تطبق مقارنة بين مدينتي الرياض والدمام وتعتبر من أولى الدراسات التي سوف تتناول هذا الموضوع المقارن.

6-1 مفاهيم ومصطلحات الدراسة

الرعاية الاجتماعية اللاحقة

يعرف أحمد الرعاية اللاحقة بأنها: "تلك الجهود العلمية التي تقوم عليها أجهزة متخصصة ومتعاونة - أهلية وحكومية - بغرض رعاية النزيل وأسرته والمجتمع أثناء فترة العقوبة وقبل الإفراج عنه

وبعده؛ وذلك بهدف إعادة تكيف النزيل مع مجتمعه وحماية المجتمع من مشاكل العود للجريمة ومساعدة المجرم على مواجهة المشاكل التي تواجهه بعد الإفراج عنه". (أحمد، نبيل، 1982م: 28).

التعريف الإجرائي

يقصد بالرعاية اللاحقة في هذه الدراسة: "رعاية المدمنين بعد علاجهم خشية العودة للإدمان والحفاظ على كيان الأسرة التي هي نواة المجتمع".

مستشفى الأمل

أنشأت المملكة العربية السعودية مستشفى الأمل عام 1407هـ - 1986م في ثلاث مدن هي: الرياض والدمام وجدة، وخصصت لعلاج مدمني المخدرات وتأهيلهم للعودة للمجتمع والاندماج فيه.

وفيما يتعلق بالعمل في المستشفى يوجد فريق مكون من أخصائي اجتماعي وأخصائي نفسي وطبيب نفسي، فضلاً عن طاقم التمريض، يبدأ عمله بعد تحويل المدمن إلى المستشفى حيث يستقبله العاملون في قسم الاستقبال ليثبتوا البيانات الخاصة به ثم يحيلونه إلى الأخصائي الذي يقوم بدراسة حالته من جميع جوانبها والوقوف على أهم الأسباب التي دفعته إلى التعاطي فالإدمان وتدوين ذلك في استمارة سرية، ثم بعد ذلك يحيله إلى بقية الفريق المعالج ليتعاملوا معه كل حسب اختصاصه. ويعقد فريق العمل اجتماعاً دورياً لوضع خطة العلاج في ضوء الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية للمريض ثم يبدأ في تلقي العلاج الذي يشمل جسمه ونفسه وظروفه الاجتماعية.

ويشتمل كل مستشفى على (280) سريراً فضلاً عن الآتي: مسجد، صالة طعام، قاعة محاضرات تتسع لأكثر من (300) شخص، صالة للألعاب الرياضية ومكتبة.

التعريف الإجرائي

ويقصد بمستشفى الأمل في هذه الدراسة المصح الذي يلجأ إليه المدمن ويتم فيه تعرضه للبرنامج التأهيلي للعودة للمجتمع والاندماج فيه.

المدمن

تمر حالة متعاطي المخدرات بثلاث مراحل:

الأولى: مرحلة التجريب، والثانية: مرحلة التعاطي غير المنتظم،
والمرحلة الثالثة الأخيرة: هي مرحلة الإدمان الكلي على التعاطي.

التعريف الإجرائي

يقصد بالمدمن في هذه الدراسة من بلغ مرحلة الإدمان الكلي
ودخل إحدى دور الرعاية اللاحقة لهذه الفئة.

إعادة التأهيل

التعريف الإجرائي

يقصد بإعادة التأهيل: المرحلة التي تلي مرحلة شفاء المدمنين
وانخراطهم في الحياة العملية في المجتمع، حيث يشعر أغلبهم بأنهم
منبوذون من المجتمع، وأحياناً يوجد حرص وحذر من قبل المجتمع في
التعامل معهم من جديد، وإعادة التأهيل هي كافة المساعي والجهود
لردم الهوة بين المتعاطي السابق وبين مجتمعه، وتأمين سبل الحياة
الكريمة ووسائل العمل الكريم له.

التأهيل الاجتماعي

التأهيل بالمعنى الاصطلاحي هو إصلاح وتهذيب الشخص
بحيث يؤدي إلى استرجاعه إلى بيئته الاجتماعية عضواً فاعلاً.

التعريف الإجرائي

جملة البرامج التي تهدف إلى تعديل اتجاه وفكر وسلوك الفرد
بحيث تستطيع هذه البرامج إعادة تأهيله ليغير من نمط حياته ويخرج
من الوسط المنحرف إلى الوسط الاجتماعي السليم.

7-1 إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

يستخدم الباحث المنهج الوصفي في هذه الدراسة، للوقوف على دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في كل من مدينتي الرياض والدمام.

وسيتم اختيار عينة البحث عشوائياً، من تلك الفئة التي عانت من الإدمان وأعيد تأهيلها اجتماعياً.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يتألف مجتمع الدراسة من متعاطي المخدرات في كل من مدينتي الرياض والدمام.

ثالثاً: عينة الدراسة

سيقوم الباحث بحصر بعض المواطنين المدمنين في مدينة الرياض بالاستعانة بمركز الرعاية اللاحقة وبما لديه من إحصائيات سنوية، وسيتم الاطلاع على آخر إحصائية للمركز، ومن ثم الاختيار عشوائياً لعينة من هؤلاء المدمنين باستخدام الجدول العشوائي أو باختيار بعض المحتاجين للرعاية اللاحقة، وكذلك الأمر بالنسبة لمدينة الدمام.

رابعاً: أدوات الدراسة

وبعد تحديد عينة الدراسة يستخدم الباحث الأدوات التالية:

- استبانة يحاول فيها الباحث ضبط بعض المتغيرات الديموجرافية كمتغير العمر، ومتغير التاريخ الأسري، ومتغير الحالة المادية، ومتغير الحالة الاجتماعية.
- وفي القسم الثاني سيتناول الباحث أسئلة الدراسة سאלفة الذكر كمحاور للعبارات المستخدمة بالاستبانة.

خامساً: الأساليب الإحصائية التي سيتم اتباعها

ستتم المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج (SPSS) وهو البرنامج الخاص بمعالجة البيانات في البحوث الاجتماعية، وسيتم من خلاله تحديد ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية.
 - 2- الانحرافات المعيارية.
 - 3- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات بين مجموعة الرياض والدمام.
- وستخلص الدراسة – إن شاء الله – إلى توصيات تعكسها نتائجها.

الفصل الثاني

الإطار النظرية والدراسات

الوقت

- أولاً: الإطار النظري
- ثانياً: الدراسات السابقة
- ثالثاً: التعاقب على الدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

سوف يتناول الباحث الإطار النظري من خلال ثلاثة محاور هي:

- 1- العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات وسبل علاجها.
- 2- أنواع المخدرات وآثارها.
- 3- الإجراءات الرسمية لمكافحة المخدرات.

العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات وسبل علاجها

اهتم علم النفس بالسلوك الإنساني، ووضع له عدة تعريفات تكاد تتفق على أن السلوك: كل نشاط إنساني يقوم به الإنسان عند تفاعله مع بيئته. بمعنى أن تفاعل الإنسان مع بيئته يتخذ عدة صور منها الأفعال والتصرفات، ورغبات وبحث لتحقيق الاحتياجات أو التكيف مع البيئة.

وهو بذلك يوظف قواه الداخلية للتفاعل مع مجموعة من العوامل البيئية التي تحيط به بحيث يأخذ التفاعل صوراً عدة: منها ما هو ظاهر للعيان، ومنها ما هو مستتر، ويرى (طه 1986م، ص16) أن جميع التصرفات العضوية والأنشطة العقلية والانفعالات الوجدانية العاطفية هي في وظائفها عناصر للسلوك الإنساني. ويشير (الكبيسي، 2004م، ص53 - 54) إلى أنه من المسلمات الحالة للسلوك الإنساني ما يلي:

إن للسلوك الإنساني قواعد وقوانين معينة ومحددة لكن اكتشافها ومعرفتها تتطلب البحث والدراسة والتجريب والاختبار؛ ولذلك ينبغي عدم التسليم لعامل الصدفة أو الحظ أو لتفسيرات الكهنة والمنجمين. وهذا الاكتشاف يقع على عاتق علماء النفس كل في مجاله التطبيقي والتخصصي.

إن السلوك الإنساني في غالبه هادف وغرضي، وإن البشر في العموم يحرصون على البقاء وعلى النماء، وعلى تحقيق العيش الأفضل سواء من خلال التملك، أو من خلال السيطرة، أو عن طريق خفض التوتر وتجنب الأذى.

إن للسلوك دوافع شعورية معلومة يعيها الفرد ذاته وهي النسبة الغالبة في سلوكياته. لكن هناك أنماطاً سلوكية قد تكون لها دوافع لا

شعورية لا يستطيع الفرد نفسه أن يستحضرها ويحددها عند حدوث التصرف.

إن السلوك البشري في عمومته متعلم ومكتسب، وإن كانت هناك تصرفات محدودة تعد فطرية أو لا إرادية.

وأخيراً يجمع علماء النفس على أن للعوامل الوراثية وللعوامل البيئية تأثيراً مباشراً أو غير مباشر، مستقلاً ومتفاعلاً يكاد يسهم في بلورة النسبة الغالبة من السلوك الإنساني. لكن للتعلم والتدريب الفضل في إعادة صياغة هذه الأنماط السلوكية، ولكن بنسب تتفاوت من فرد لآخر ومن بيئة لأخرى.

وتشير الدراسات إلى أن التفاعل يحدث بين الإنسان ومجاله الحيوي والسلوك الذي يصدر منه نتيجة لهذا التفاعل، وهناك عنصران يسببان هذا التفاعل هما: التكوين الطبيعي للكائن الحي البشري وما يولد به من دوافع ليتلاءم مع بيئته ومجتمعه، والعنصر الثاني البيئة الطبيعية والاجتماعية من حوله، ويمكن أن نلاحظ نتيجة هذا التفاعل فيما يصدر عن الإنسان من سلوك. وتتحكم الحاجات الإنسانية في هذا التفاعل حيث تمثل الحاجات الإنسانية القوى الداخلية المادية والنفسية والاجتماعية التي تضغط على الإنسان لإشباعها وتحقيقها من خلال الماديات والمعنويات. كذلك الغرائز أو الدوافع التي تعد قوى فطرية تدفع الكائن الحي للسلوك، والغرائز كدوافع فطرية هي استعداد موروث جسمي وفعلي يدفع الإنسان إلى الالتفات إلى شيء معين يتبعه انفعال وعمل نحو شيء مدرك.

إذن يتعامل الإنسان في حياته اليومية مع البيئة الطبيعية لكي يعيش فيها، والبيئة الاجتماعية التي هو أحد أفرادها، وعن طريق التعامل وهذا التفاعل يتكون المجال الديناميكي بين الإنسان والبيئة الطبيعية والاجتماعية، وفي هذا المجال وأثناء هذا التفاعل يسلك الإنسان أنماطاً من السلوك تختلف بين فرد وآخر وفق درجة تكيفه مع بيئته.

وفي ظل هذا المفهوم ومن خلال المتغيرات البيئية والاجتماعية يتعرض الفرد للعديد من الاضطرابات النفسية المتمثلة في القلق

والخوف، ويتولد في الغالب عن هذه الاضطرابات وغيرها السلوك العدواني.

ولقد أكد العالم الإيطالي "فيرري" على أن الجريمة ثمرة عوامل متعددة، داخلية وخارجية، وأن العوامل الخارجية هي الراجحة، وأشار العالم الفرنسي "أميل دور كايم" إلى أن الجريمة تقع أساساً بسبب عدم التوافق بين الفرد والمجتمع، وأن الجريمة ظاهرة من الظواهر الاجتماعية مجردة من التجسيدات والفردية، فالسلوك الشاذ سلوك إنساني ينشأ دخل المجتمعات ويرتبط بها، فالنظم الاجتماعية والسياسية والبناء الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي ومختلف عناصر البيئة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتعليم والثقافة ووسائل الإعلام والدين والأسرة مرتبطة بالسلوكيات الإجرامية. (نجم: 2002م)

وتشير العديد من الأدبيات إلى أنه لم يتمكن علماء النفس والاجتماع وخبراء التربية من تحديد مفهوم واضح ومحدد للانحراف ويتضح ذلك من خلال المفاهيم الخاصة بكل مجتمع على اختلاف الزمان والأماكن، حيث إن السلوك المنحرف يعتبر كالسلوك السوي من حيث مسلمة الضبط الاجتماعي والمعايير الدينية والأخلاقية وفلسفة المجتمع، حيث إن لكل مجتمع عاداته وتقاليد ومعايير الخاصة، ولكل مجتمع قانونه الخاص به الذي بموجبه يقرر من يعتبره منحرفاً؛ فذلك يعني أن من خرج على التعاليم والقوانين والتشريعات في البلد فإن ذلك سلوك غير سوي يعاقب عليه القانون وفق ضوابط محددة تضمن للحدث خصوصيته. (غباري: 1991م)

كما أن الانحراف بمعناه الواسع هو انتهاك للتوقعات والمعايير الاجتماعية، والفعل المنحرف ليس أكثر من أنه حالة من التصرفات السيئة التي قد تهدد الحياة نفسها.

ومفهوم الانحراف يشير دائماً إلى السلوك والتصرفات غير السوية، والأفراد والمنحرفون يشعرون دائماً بنظرة الدونية عن الآخرين، ويفكرون في أنفسهم أحياناً بأنهم لا يساؤون شيئاً وأقل قيمة من الآخرين أو ناقصين عنهم فيحاولون تعويض جوانب القصور والنقص عن طريق الحصول على ما ينقصهم بطريقة غير مشروعة وذلك بتجاوز القانون وكسر القيم والمعايير الاجتماعية بطريقة خفية،

وفي حالة عدم قدرتهم على ذلك، وفي استمرار حالة الرفض من المجتمع فإن الأمر سيتطور إلى الإعلان عن السلوك المنحرف والإقدام على التحدي؛ وذلك بقصد الانتقام من هذا المجتمع الذي حاول الاندماج فيه بطرق شتى ولكنه وجد جميع الطرق غير متاحة فلم يبق له إلا الخروج عليه بطريقة صريحة وواضحة للجميع. (غباري: 1991م)

ويضع الشرقاوي (1986م) للحدث الجانح تعريفاً شاملاً لأنه تطرق إلى أعراض الجنوح وأسبابه بتناوله وجهة النظر القانونية والاجتماعية والنفسية لجنوح الأحداث، حيث عرف الحدث الجانح بأنه: "الفرد الذي يسلك سلوكاً غير عادي تجاه نفسه والآخرين من أفراد المجتمع، وأن هذا السلوك له طابع الخطورة والاستمرار والتكرار، وهو ليس رد فعل مؤقت لمشكلة من المشكلات التي تواجه الحدث في حياته، وتبدو مظاهر سوء التوافق مع الجماعة واضحة في سلوكه. وأن هذا السلوك الجانح ظاهر، وأنه قد يكون راجعاً إلى اختلاف في نمو مكونات الشخصية مما لا يستطيع معه الحدث إدراك المعايير السلوكية على أساس أنها محور سلوكي. وأن ذلك مرجعه لتعرض الحدث الجانح لمؤثرات بيئية من نوع ما. أو هو أسلوب في التربية والعلاقات الوالدية أو الاجتماعية أو نتيجة مجموعة خبرات ومؤثرات مرت به في حياته مما أدى إلى اكتسابه مجموعة من العادات أو الاتجاهات أو القيم غير السوية، كما تعلم أنواعاً من الاستجابات الانفعالية بحيث يترتب على ذلك كله أن تعلم أسلوباً معيناً من أساليب التوافق مع صراعاته أو مؤثراته النفسية ليمتاز بالعدوان مما يجعله في النهاية ينحرف عن معايير السلوك السائد في المجتمع". (الجعفري، 1999م: 15)

الفرق بين الانحراف والجريمة

في الوقت الذي يبدو أن هناك اتفاقاً ضمناً على أن الانحراف والإجرام هما مفهومان يستعملان كمرادفين لبعضهما البعض في بعض الأحيان؛ إلا أن القانون يفرق بينهما، فيعتبر الإجرام هو كل فعل نصت عليه القوانين الجزائية فجرمته أو قرنته بالعقاب، بينما الانحراف هو كل خروج عن السلوك الاجتماعي المألوف المتعارف عليه في مجتمع معين وإن لم يرد نص تجريمي بصدده أو فرض

عقوبة له. ومبررات هذا التمييز مختلفة وعديدة أهمها أن الإجرام يستوجب رد فعل اجتماعي صارم يترجم العقوبة الجزائية على الفرد والمجتمع ولما يحدثه من أضرار بالغير وبالنظم التي ترعى الحياة العامة بينما ينقلب الانحراف سوءاً على صاحبه مستوجباً ولاشك اللوم والازدراء من الغير دون أن تصل درجة اللوم إلى العقاب الجزائي. (المهيرات، 1996م)

القلق

يعد القلق من إفرازات الاضطرابات والأمراض النفسية، فهو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل اختلالات الشخصية واضطرابات السلوك، ولذا أصبح القلق النفسي مع سرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع هذا التغير السريع والتفكك العائلي وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الرئيسية والخلقية؛ هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية وبالأمراض السيكوسوماتية. (بيدس، د.ت: 73)

ويعرف البعض القلق بأنه خوف غامض لا يكون استجابة لموضوع أو لمنبه معين، وفي ذلك يحدد القلق بأنه خوف غير نوعي، يتصف به أولئك الأفراد الذين يبدون مشاعر من الخوف لا يعرفون أسبابه، ويميل فريق آخر من علماء النفس، وبخاصة من أصحاب التوجه السلوكي أو التعلم الاجتماعي إلى تحديد القلق بأنه يتعلق في الغالب بموقف معين أو موضوع محدد يمكن تحديده. (فايد، 2001م: 26)

بينما يعرف زهران القلق بأنه: حالة توتر شامل ويستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحب هذه الحالة خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية، ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب، وتفصح عن نفسها فتكون اضطراباً نفسياً أساسياً، وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق Anxiety Reaction أو القلق العصابي Anxiety Neyrosis وهو أشيع حالات القلق، وهكذا يمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر. (زهران، 1978م: 79)

ويعرف راجح القلق بأنه: انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، ولكنه يختلف عنه في أن الخوف يثيره موقف خطر مباشر مائل أمام الفرد يضر بالفعل، ولهذا القلق حالة من التوتر الانفعالي تشير إلى وجود خطر خارجي أو داخلي شعوري أو لا شعوري يهدد الذات، ومن وجهة نظره فالقلق يتراوح بين القلق الخفيف والحاد الذي تصل شدته إلى حالة من الرعب والفرع، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى ويدوم أكثر من الخوف العادي لأن الخوف العادي متى انطلق من سلوك مناسب استعاد الفرد توازنه وزال خوفه، أما القلق فيبقى لأنه خوف متعقل لا يجد منصرفاً. (راجح، 1979م: 186)

وفي تعريف طلعت (1977م) القلق: "حالة انفعالية واقعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة، وقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة، أو يكون مرضياً كحالة مستمرة ومنتشرة غامضة ومهددة". (طلعت، 1977م)

ويشير كفاي إلى أن القلق: خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية، خاصة عندما تكون نوبة القلق حادة، مثل زيادة إفراز العرق والارتعاش في الأيدي والرجل. (كفاي، 1990م: 342)

ويضيف أن القلق مجموعة من الأعراض الجسدية والنفسية والإدراكية، ومن بين الأعراض الجسمية التي يصاب بها الشخص القلق ما يلي:

- اضطراب نشاط القناة الهضمية.
- زيادة سرعة ضربات القلب وضخ الدم بعنف.
- قلة إفراز اللعاب.
- قلة الدم المندفح من الجلد مما يسبب الشحوب.
- زيادة احتمال تجلط الدم.
- اتساع حدقة العين.

▪ زيادة نشاط الغدة الإدرينالية.

▪ زيادة نشاط الغدد العرقية.

ويضيف ياسين عدداً آخر من الاضطرابات الفسيولوجية والتي من بينها برودة الأطراف وارتجافها وخصوصاً الأيدي، اضطرابات النوم، اضطرابات التنفس، فقدان الشهية، والصداع والشعور بالدوار والدوخة، كما يشيع أيضاً آلام الرقبة والظهر، وحدوث الرعشة والألم عند القيام بأي حركة، وربما يظهر عدم الاستقرار والرعونة في الإتيان بالحركة الدقيقة، وحدوث رجفة الصوت. (ياسين، 1981م: 218)

أما الاضطرابات الجسدية والنفسية فتظهر في الشعور بالخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من الواقع عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة. (ياسين، 1981م: 25)

وتفسر نظرية التحليل النفسي القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية ويكدر استقرارها، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع الهي تقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات التي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى المكدرة ممثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيداً من القوى الدفاعية لتحويل دون المكبوتات والنجاح في الانفلات من أسر اللاشعور، وإذا نجحت المكبوتات في اختراق الدفاعات، فإنها إما تعبر عن نفسها في سلوك لا سوي أو عصابي أو تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمن المرهق وهو في صورة العصاب. (كفافي، 1990م: 345)

وقد عرض فرويد (1983م) نظريتين في القلق تعكسان ما مر به من تطور فكري في نظريته الشمولية للقلق، ففي النظرية الأولى انتهى إلى أن القلق ينشأ من كبت الرغبة الجنسية أو إحباطها ومنعها من الإشباع، وحينما تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع تتحول الطاقة الجنسية إلى قلق، وفي الثانية عدل فرويد من رأيه السابق الذي كان

يذهب إلى أن القلق العصابي ينشأ من تحول اللبيدو، وقال بأن القلق العصابي "ما هو إلا رد فعل لخطر غريزي داخلي، وما قد تؤدي إليه الرغبة الغريزية من أخطار خارجية". (فرويد، 1983م: 19 – 26)

وتنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وهي وجهة نظر مخالفة تماماً لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصور الديناميات النفسية أو القوى الفاعلية في الشخصية على صورة منظمات الهي (الغرائز) والأنا (الذات الواعية) والأنا الأعلى (الضمير) كما يفعل التحليليون بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط منبه جديد بالمنبه الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمنبه الأصلي. (كفافي، 1990م: 349)

وأول المساهمات الأساسية في معرفة بناء تلك النظرية كانت بناءً على نموذج التعلم الذي وضعه بافلوف، وسكينر، وواطسون في النصف الأول من القرن الماضي، ومن أعمالهم المشهورة ظهور مفهوم (المنبه – الاستجابة) ووفقاً لهذا، فإن منبهات معينة عندما ترتبط بالخوف يمكن أن تحدث استجابة القلق. (أبو عيطة، 1988م: 101)

عموماً يرى السلوكيون أن:

القلق عبارة عن استجابة خوف تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة.

والخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة، فإذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة فإن الاستجابة تعتبر خوفاً، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف، فهذه الاستجابة قلق.

واستجابة القلق استجابة اشتراطية كلاسيكية تخضع لقوانين

التعلم.

لا يوجد فرق بين استجابة القلق الطبيعية واستجابة القلق المرضية من حيث التكوين والنشأة فكلاهما استجابة مكتسبة. (عبد الغفار، 1976م: 124 - 125)

ولقد ربط أصحاب نظرية القلق الدافع أمثال (تايلو، تشايلد، ماندلر، سارسون) بين خاصية الدافع - الذي يدفع الفرد للتعلم والعمل - وبين القلق، وافترضوا أن الفرد عندما يقوم بعمل ما يشعر بالقلق الذي يحفزّه إلى إنجاز هذا العمل حتى يخفف هذا الشعور، وأشاروا إلى أن وجود القلق دليل على وجود الدافع لأداء العمل أو التعلم، وذهبوا إلى أنه كلما زاد القلق زاد الدافع وبالتالي تحسن الأداء.

ويشير كمال مرسي إلى أن "ماندلر وساراسون Sarason & Andler قد وضعوا نظرية "القلق في المواقف الاختبارية والتي تأثرت فيها بنظرية القلق عند علماء التحليل النفسي، وافترضوا أن القلق ينشأ في الطفولة من خلال مواقف التربية والتي يشعر فيها الطفل بالتقويم من والديه، ومن مدرسيه وغيرهم من الراشدين المهمين في حياته، وذهبوا إلى أن الطفل يوضع باستمرار في مواقف اختبارية يقوم فيها أداءه "حسن أم سيئ، مقبول أم غير مقبول"، من أشخاص يهتم رضاهم عنه وعن أدائه، لذا يثير فيه هذا التقويم العداوة تجاه والديه ومدرسيه، ولا يستطيع التعبير عنها، لحاجته إلى مساعدتهم وحمايتهم، فيكبتها ويظهر بدلاً منها الشعور بالذنب والقلق. (مرسي، 1974م: 34)

ويعتقد (داروين) بأن للخوف والقلق دوراً مهماً جداً في حياة الإنسان لكونهما يعدانه ويدفعانه إلى مواجهة المواقف الخطيرة، وذلك من خلال نشاط الجهاز العصبي لديه، كما أن (كانون) يرى أن النشاط العضلي المصاحب للقلق في الإنسان والذي قد يستمر لفترة طويلة يساعده على الهروب أو القتال. (الجوهي، 1419هـ: 52)

وتظهر أعراض القلق فسيولوجياً عندما تكون نتيجة للزيادة الملحوظة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي سواء السمبثاوي أو البار السمبثاوي حيث تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم ومن ثم تزيد ضربات القلب وشحوب الجلد وإفراز العرق وضيق التنفس. (غالب، 1989م: 15)

وبإمعان النظر بالنظرية السابقة على الرغم من تركيزها على الجوانب الفسيولوجية لدى الإنسان، إلا أنها لم تغفل العوامل الخارجية

المؤثرة بالجهاز العصبي اللاإرادي لدى الفرد، وبهذا تتفق مع ما سبق من نظريات.

ولقد ذهب أصحاب المدرسة المعرفية أمثال (اليس، بيك، وكييلي" إلى أن معتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة تلعب دوراً حيوياً في توليد القلق لديه، فقد بين بيك أن اضطراب التفكير يقع في لب العصاب مما يجعله متداخلاً معه وهذا التداخل يكون ملحوظاً حتى بالنسبة لمريض القلق، وأشار إلى أن هناك ثلاث ظواهر تنتاب مريض القلق وهي:

1- عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة: فقد يشعر المريض أن أفكاره المثيرة للقلق غير منطقية ولكن قدرته على التقييم وإعادة التقدير بموضوعية تكون ضعيفة، وبالرغم من أنه قد يكون قادراً على مناقشة مدى منطقية أفكاره المثيرة للقلق إلا أنه يعتقد جدواها وصلاحيتها.

2- تكرار الأفكار بشأن الخطر: فمريض القلق لديه إدراكات متواصلة لفظية أو صورية بشأن حدوث أحداث مؤذية.

3- تعميم المثير: فقد يزيد مدى المثيرات المحدثة للقلق، حيث يدرك أي صوت أو حركة أو تغيير بيئي على أنه خطر، فمثلاً المرأة المصابة بنوبة حادة من القلق قد يكون لديها هذه التجربة: "سمعت صفارة سيارة الإطفاء" وفكرت.. ربما البيت والأولاد محاطون بالنار، وهنا ينتابها القلق الشديد. (الجوهي، 1419هـ:

(51

فالقلق كما أوضح " إبراهيم" (1983م) يرتبط بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها:

التطرف في الأحكام، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء، أي أن الشخص القلق يفسر المواقف باتجاه واحد.. وهذا فيما يبدو لما يسبب له التعاسة والقلق، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنشله من أسر الاستجابات العصابية.

كذلك يميلون إلى التصلب أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

وهم يتبنون أيضاً اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية، والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدلاً من الانفعالات.

وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء، ونماذج السلطة، وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص عاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك. (إبراهيم، 1983م: 288 – 289)

ويفرق إليس Ellis, A. في سياق النظرية المعرفية بين شكلين من أشكال القلق:

أولها: قلق عدم الارتياح: ويعرفه بأنه ضغط انفعالي ينتج عندما يشعر الناس بـ:

- 1- أن راحتهم أو حياتهم مهددة.
- 2- أنهم لابد أن يحصلوا على ما يريدون.
- 3- أنه فظيع ومأساوي عندما لا يحصلون على ما يفترض أن يحصلوا عليه.

ثانيهما: قلق الأنا: ويعرفه على أنه ضغط انفعالي ينتج عندما يشعر الناس بـ:

- 1- أن قيمتهم الذاتية والشخصية مهددة.
- 2- أنهم يجب أن يقوموا بالأداء الجيد وأن يستحسنهم كل من حولهم.
- 3- أنه فظيع ومأساوي عندما لا يقومون بالأداء الجيد أو ألا يستحسنهم الجميع كما كانوا يتوقعون.

وتعددت تعريفات العدوان في المعاجم والموسوعات العلمية، ويرجع هذا الأمر إلى اختلاف وجهات النظر للعدوان. فيعرف أحمد بدوي العدوان بأنه: سلوك يرمي إلى إيذاء الغير أو الذات، أو ما يحل محلها من الرموز. ويعتبر السلوك الاعتدائي تعويضاً عن الحرمان Frustration الذي يشعر به الشخص المعتدي. والعدوان إما أن يكون مباشراً Direct Aggression أي العدوان الموجه مباشرة نحو مصدر الإحباط سواء أكان شخصاً أم شيئاً. أو يكون عدواناً متحولاً Displaced

Aggression وهو عدوان موجه إلى غير مصدر الإحباط. (عاقل، 1977م: 13)

وتعريف عبد المنعم الحنفي للعدوان يشير إلى أنه غريزة أو مبدأ متخيل يحرك سلسلة من الأفعال والانفعالات وينظر إليها كثيراً بوصفها نقيض الجنس وهنا يكون المعنى المقصود هو الدوافع المخربة، ويثور الاختلاف بشأنه هل هو دافع أولي بمعنى أنه غريزة عدوانية تخريبية أو أنه مجرد رد فعل للإحباط، وتحتدم الآراء كذلك حول ما إذا كان العدوان غريزة لها أهدافها الخاصة أو أنه مصدر الطاقة التي تمكن الأنا من التغلب على العقبات التي تعترض إشباع الدوافع. (الحنفي، 1978م: 32)

أما جابر وكفاي فقد عرفا العدوانية بأنها "سلوك مدفوع بالغضب والكراهية أو المنافسة الزائدة ويتجه إلى الإيذاء والتخريب أو هزيمة الآخرين، وفي بعض الحالات يتجه إلى الذات". (جابر، كفاي، 1988م: 100)

ولقد نسب فرويد العدوان إلى تلك الدوافع الغريزية الأولية الأساسية. فالعدوان مظهر لغريزة الموت مقابل الليبدو كمظهر لغريزة الحياة. وقد ألحق "فرويد" العدوان بالليبدو كأحد الغرائز والدوافع التي تضمنت نظام اللاشعور والتي أطلق عليها "الهو". وفي بداية الأمر أدرك فرويد أن العدوان يكون موجهاً إلى حد كبير للخارج، ثم أدرك بعد ذلك أن العدوان يكون موجهاً على نحو متزايد للداخل، منتهياً عند أقصى مدى إلى الموت. (هول، لنذرين 1996م: 59)

ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث للعدوان، فالعدوانية تدمير الذات وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاقتها قوى غرائز الحياة بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى لغرائز الموت. (هول، لنذري، 1996م: 59)

ولقد اتفق عدد من العلماء مع فرويد على أن العدوان سلوك غريزي عند الإنسان وبأنه وسيلة لتفريغ العدوانية التي بداخله عن غريزة العدوان. (مرسي، 1986م: 51)

وتشير النظرية البيولوجية إلى أن العدوان يرجع إلى التركيبة البيولوجية في تكوين الشخص، حيث وجد أصحاب هذه النظرية أن هناك اختلافاً في البناء الجسماني لدى المجرمين عن غيرهم لدى العاديين. وهذا الاختلاف يجعلهم شبيهين بالسلوك الحيواني، فهم يميلون للشراسة والعنف. (الصنيع، 1986م: 79)

وقد أشار المطرودي (1997م) إلى أن الأطفال المصابين بإفراز نخامي مضطرب، منهم من يشكو من اضطراب في سلوكهم كالمشاكسة والعناد، وبعد علاجهم بمستخلص النخامية ظهرت نتائج إيجابية في سلوكهم وتحسنت حالتهم بشكل عام، وهذا ينطبق أيضاً على الغدة الدرقية فإن كثرة إفرازها يجعل الإنسان سريع الانفعال والعكس صحيح. (موثق في الثنيان، 2001م)

وقد أوضحت النظرية البيولوجية أن السلوك العدواني هو نتيجة لاختلالات في الكروموسوم الزائد في الغدة النخامية وكذلك الدرقية، ولعل هذه النظرية أوضحت ما يعترى الإنسان من الناحية البيولوجية. وإن السلوك العدواني هو دائماً نتيجة للإحباط، وإن الإحباط دائماً يؤدي إلى شكل من أشكال العدوان، أي أن العدوان نتيجة طبيعية وحتمية للإحباط، وفي أي وقت يحدث عمل عدواني يفترض أن يكون الإحباط هو الذي حرض عليه، وقد تزعم هذا الاتجاه كل من دولارد وزملائه Dollardetal، وقد اقترح هؤلاء العلماء نظرية حول العلاقة بين الإحباط والعدوان تشير في مجملها إلى ما يلي:

أ- إذا وجد الإحباط وقع العدوان، بمعنى أن الإحباط يؤدي دائماً إلى العدوان (مباشر أو ضمني).

ب- إذا وقع العدوان وجد الإحباط، بمعنى أن العدوان دائماً يسبقه إحباط.

ج- أن الإحباط هو تحريض أو دافع للإصابة الألم. كما ذهب البعض إلى أن الإحباط ينتج عدواناً ليس فقط في ردود الأفعال قصيرة المدى ولكن أيضاً في المواقف طويلة المدى حيث تعتبر الصعوبة الاقتصادية أو البطالة المزمدة شرطاً إيجابياً يؤدي إلى عدوان. (لورنز وآخرون، 1986م: 31)

ومما يؤخذ على تلك النظرية أن الإحباطات لا تؤدي دائماً إلى العدوان، إضافة إلى اشتراك هذه النظرية مع نظريات الغرائز في

تحديدها لضرور السلوك العدواني من خلال افتراض قوي داخل الفرد، وهذا افتراض لا يساعد على تفسير التباين الشديد بين المواقف ونوعيات الأشخاص، وبالتالي الضرور المختلفة من السلوك العدواني، وكما أن الإحباط ليس السبب الوحيد للغضب والعدوان، إلا أنها استطاعت أن تفسر السلوك العدواني على أساس أنه سلوك ينتهجه الفرد إذا شعر بالإحباط.

وإن أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في تعلم الأفراد الأساليب السلوكية التي يتمكنون عن طريقها من تحقيق أهدافهم، وهكذا يصبح مبدأ التعلم هو المبدأ الذي يجعل من العدوان أداة لتحقيق الأهداف أو عائقاً دون تحقيقها. (حسنين، وسليمان، 1990م: 63)

فالعدوان يعتبر سلوكاً متعلماً يتعلمه الإنسان عن طريق مشاهدة غيره وتسجيل هذه الأنماط السلوكية على شكل استجابات رمزية يستخدمها في تقليد السلوك الذي لاحظته، وافترض باندورا (Bandura) أن الأطفال يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج هذا السلوك عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم. (مرسي، 1986م: 55)

ويؤثر التعلم الاجتماعي تأثيراً قوياً في السلوك العدواني لدى الأفراد. فالأفراد يسلكون سلوكاً عدوانياً للحصول على المكافأة ولتجنب العقاب، مع أنه عند استخدام العقاب للتقليل من السلوك العدواني قد يحدث كف عن العدوان مؤقت كما أنه يحفز السلوك العدواني بعد ذلك، كما أن السلوك العدواني يتعلم عن طريق ملاحظة نماذج عدوانية فالآباء الذين يعاقبون أطفالهم على العدوان يقدمون نماذج عدوانية تزيد من عدوانية أولادهم. (Gergen, and Gergon, 1981: 206)

ويمثل نمو وتطور السلوك العدواني من خلال المشاهدة والملاحظة مكاناً هاماً في نظرية التعلم. فقد أمكن التأكد من أن مشاهدة الأطفال للعدوان سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تؤدي إلى زيادة السلوك العدواني لديهم كما أن أثر ملاحظة المشاهد العدوانية يظل يؤثر في السلوك حتى بعد انقضاء فترة طويلة من الملاحظة. (السليمان، 1990م: 65)

ويرى باندورا Bandura أن الآباء الذين يتسمون بالغلظة والقسوة على أبنائهم يتعلم أبنائهم السلوك العدواني، كما أن عقاب الطفل يمثل سلاحاً ذا حدين فالعقاب يجعل الطفل يكف عن العدوان ولكنه يعطيه نموذجاً للسلوك العدواني الذي يحتمل أن يقلده في مواقف أخرى. ولقد أثبتت بعض الدراسات أن الفروق الدالة بين عدوانية الذكور والإناث لا تعود إلى أساليب التربية التي يتبعها الآباء في تربية أبنائهم. (الكامل، سليمان، 1990م: 65)

وإن المؤشرات التي تتناولها الدراسات فيما يتعلق بالظواهر النفسية سالفة الذكر تعد مساراً من مسارات تعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان.

الإدمان

عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة مؤقتة أو مزمنة من السكر الضار بالفرد والمجتمع تترتب على التعاطي المتكرر لعقار طبيعي أو مركب، وتتضمن خصائصه رغبة أو حاجة قهرية لمواصلة تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة من الوسائل، ورغبة في زيادة الجرعة، وهو اعتماد نفسي، وبعض الأحيان جسدي على أثر العقار. (الدليل الطبي، 1999م: 26)

وإن هناك ارتباطاً بين التعاطي وسوء استخدام المخدرات والذي يصل إلى حد الإدمان، ولمحاولة تفسير ظاهرة إدمان المخدرات وأسبابها في الآونة الأخيرة والتي ركزت على أهمية دور الأسرة كخلفية اجتماعية تؤثر في شخصية أفرادها سواء على النمو الصحي أو النمو المرضي؛ فقد توصل كثير من الباحثين إلى أن بنية الأسرة التي بها عضو مريض تختلف عن بنية الأسرة التي ليس بها مرضى أو مضطربون. (كفاي، 1990م: 216)

وتوجد عدة دراسات تناولت ظاهرة الإدمان لبيان أهم الأسباب التي يعزى إليها الإدمان فقد تعزى إلى داخل البيئة التي يعيش فيها، وإن تأثير هذه العوامل يتباين من شخص لآخر، وقد وضعت عدة مجالات للإدمان من أهمها:

المجال البيولوجي: يفسر هذا المجال ظاهرة إدمان عملية وراثية في أساسها، فإدمان المواد المخدرة ومضاعفاته يزداد في أسر المدمنين

بصورة خاصة، وإن هذا السلوك ينتقل من المتعاطي لأبنائه، كما تنتقل لهم الصفات الوراثية الأخرى مثل لون البشرة أو الطول.

وقد استندت هذه التفسيرات إلى نتائج البحوث التي اهتمت بدراسة علاقة الوراثة بالإدمان والتي اتبعت عدة مناهج متباينة مثل:

- دراسة الحيوانات في المختبر.

- دراسة التوائم المتماثلة.

- دراسة التبني.

دراسة السمات السلوكية والنفصصية (صادق، 1986م: 28)

المجال الفسيولوجي: تنصب اهتمامات هذا الاتجاه أساساً على البناء الكيميائي للمخدر من ناحية، وآثاره على البدن من ناحية أخرى، كما يهتم هذا الاتجاه بتفسير كيفية حدوث الاعتماد والإطاقة، وفي هذا الصدد يشير صادق إلى أن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الآمنا والتي تعرف باسم الإندورفينات Endorphins والإنسفالينات Enkephalins، وهي مواد تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، أي أن المدمن هو إنسان كان حظه أقل من أفيون المخ الطبيعي، ولذلك يلجأ لأفيون الشجرة المزروع. (صادق، 1986م:

33)

فالعقاقير من وجهة هذا التفسير تؤثر في الخلايا فتغير من قدرتها على الاستثارة، كما أن العقاقير المثبطة كالكحول، والمهدئات، والمستحضرات اللاأفيونية، تؤدي إلى نقص شامل في الاستثارة الكهربائية، بينما تؤدي العقاقير المنشطة كالامفيتامينات والكوكايين إلى زيادة شاملة في الاستثارة الكهربائية. (صادق، 1986م: 34)

مجال التحليل النفسي: لقد اختلفت آراء علماء النفس حول الخصائص النفسية ونوع شخصية المدمن فنشأة الإدمان وطبيعته لا ترجعان من وجهة نظر تلك النظرية إلى مواقف خارجية ضاغطة ينتهي بانتهائها الإدمان، ولا ترجعان إلى التأثير الكيميائي للمخدر بل ترجعان بالأحرى إلى البنين السيكولوجي للمريض، فالشخصية التي لديها الاستعداد للإدمان هي القوة الدافعة من وجهة نظر تلك النظرية، وإن هذا البنين السيكولوجي راجع إلى التثبيت Fixation على المرحلة

الفمية Oral Stage وأن المدمن يعاني من إحساس بالحرمان في طفولته حيث ظهر عند تحليل المدمنين بأن معظمهم قد توقف نموهم النفسي الجنسي أو نكص إلى مراحل طفلية أو بدائية بسبب الفشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه. (منصور، 1986م: 28)

وقد بين سذرلاند وزملاؤه (Sutherland, 1955, etal) أن السلوك الإجرامي وتعاطي المخدرات هو نتيجة للتنشئة الاجتماعية الخاصة بالفرد. (عبد اللطيف، 1999م: 67)

والصورة العامة السيكولوجية للإدمان على المخدرات في ضوء تلك النظرية تعتمد أساساً على المفاهيم الأصلية التي قال بها فرويد، حيث تتمثل هذه الصورة في أن دورية المرح والاكْتئاب عند المدمن ترجع في أساسها بين الجوع والإشباع وحيث يمثل الجوع هنا الإثم، أما الإشباع فيمثل الراحة واللذة، والذي يحدث أن الجوع يتبعه إشباع، وبالتالي فإن الإشباع يتبعه جوع، وهذه هي الفكرة البدائية في عقل الطفل والتي ما زالت مطبوعة في عقل المدمن بالنسبة للمخدر، والمخدر رمز للطعام، والطعام معناه إشباع وإرضاء وسرور ومرح، وغياب المخدر معناه حرمان من الطعام. (منصور، 1986م: 76)

ومن النظريات الحديثة التي تخضع موضوعات التحليل النفسي للخبرات الجنسية والطفالية كعناصر أساسية للإدمان المزمن في المراهقة، نظرية ألفريد أدلر A. Adler الذي ركز في تفسيره للإدمان على قدرة الجسم على تعويض الضرر الجسمي، فإذا حدث عطب معين في بعض الأعضاء فقد يتبعه رد فعل تعويضي يحاول به الكائن أن يتغلب على هذا العطب، وقد اعتقد أدلر أنه من الممكن ملاحظة ردود فعل مشابهة للاضطرابات العضوية في شكل أفعال سيكولوجية، فما ينطبق على القصور العضوي لدى الفرد ينطبق على أي شعور اجتماعي أو اقتصادي، لذا نجد أن أدلر يذهب إلى أن جميع الذين يفشلون في حياتهم كالمدمنين أو غيرهم إنما يفشلون لافتقارهم إلى الشعور بالود والمحبة نحو الآخرين، وأن الشخص المدمن هو شخص لديه نقص عضوي ما، أو لديه نقص في علاقاته الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية. (عفيفي، 1986م: 45)

وفي ضوء هذا المنطلق نجد أن هوفمان Hoffman يرى أن المتعاطين لديهم انخفاض شديد في تقديرهم لذواتهم بدون العقار، ويعانون من الاكتئاب الناتج عن الإدمان. (الدليل الطبي، 1999م: 42) المجال السلوكي: من المعلوم أن أي سلوك إنساني هو نتيجة لنتابع الخبرات الاجتماعية التي يُكوّن الفرد من خلاله مفهوماً عن معنى السلوك. ويتم تعلم هذه الخبرات بثلاث طرق هي:

▪ الطريقة التي تؤدي إلى إحداث آثار تخديرية فعلية وإلا تعذر على المتعاطي أن يتكون لديه مفهوم معين عن المخدرات كموضوع يمكن أن يستعمل للحصول على اللغة التي يسمع عنها من المتعاطين، ومن ثم فإن المتعاطي يتوقف عن تعاطيه للمادة المخدرة.

▪ أن المتعاطي المبدئي للمخدر يشعر بالنشوة الناتجة عن تعاطيه وبالتالي يكتسب مفاهيم جديدة عن المخدر التي تؤدي به للاستمرار في التعاطي، فالقدرة على إدراك آثار المخدر يجب أن تظل قائمة ومرتبطة به إذا كان التعاطي سيستمر، فإذا فقدت تلك الآثار فإن المتعاطي يتوقف عن الاستمرار في التعاطي.

▪ الاستمتاع بآثار التخدير مدعاة للاستمرار؛ فبعد أن تعلم الفرد الطرق الصحيحة للتعاطي؛ وبعد أن تعلم إدراك آثار التعاطي التخديرية وربطها بالمخدر واستعماله، فإنه يجب بعد ذلك أن يتعلم الاستمتاع بتلك الآثار التي تعلمها من خلال خبراته وتجاربه، ويحدث هذا عن طريق التفاعل الاجتماعي مع المتعاطين الآخرين ذوي الخبرة الطويلة؛ حيث يؤثر فيهم ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطي؛ بالرغم من التجربة الأولى التي قد تكون مؤلمة، ويثيرون انتباهه إلى الجوانب التي يرونها لذيدة ومريحة من آثار التخدير، وهذا التحول في معنى الخبرة يكتسبه الفرد من الآخرين، وتتأكد لديه مشاعر وأحاسيس لذيدة، وإلا كان تعاطي المخدر تجربة مؤلمة يجب تجنبها، وتوقف إعادة المعنى اللذيذ للمخدر على درجة مشاركة المتعاطي مع غيره من المتعاطين، فإذا كانت هذه المشاركة قوية والعلاقات

وثيقة قويت الاتجاهات الإيجابية نحو التعاطي لدى المتعاطين.
(منصور، 1986م: 104 - 105)

وبذلك يعد تعاطي العقاقير وإدمانها سلوكاً مُتعلماً من وجهة نظر تلك النظرية. والذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطى الكحول أو المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعماً لتناوله هذه المواد في المرات التالية، ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة المخدرة لتخفيف آثار الانسحاب المزعجة.

وقد أوضح الاتجاه السلوكي أهمية الدور الذي يلعبه الاشتراك الكلاسيكي Classical Conditioning والاشتراري الإجرائي Operant Conditioning في تكوين واستمرار عادة الإدمان، فتعاطي أي عقار عادة ما يُدعم عن طريق عوامل كثيرة، كما أن هذه المدعمات الإيجابية Positive Reinforcers يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من المواقف المثيرة للقلق، وبمجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً، فإن سلوك الإدمان يستمر بالمدعمات السلبية أكثر مع تجنب الأعراض الانسحابية غير السارة.

وفي المنظور السلوكي لظاهرة التعاطي والإدمان عدة قوانين منها:

قانون الأثر: فكلما تم الحصول على إشباع في مواقف متماثلة مع تعاطي المخدر؛ أدى ذلك إلى أهمية المواقف المتماثلة في تكرار الاستجابة، وتثبيت السلوك الذي يؤدي إلى ارتياح الفرد وإشباع رغباته.

التكرار: حيث يؤدي تكرار سلوك تعاطي المخدرات إلى تثبيته وتدعيمه، وخاصة إذا كانت الخبرات الناتجة عن هذا السلوك فيها إشباع للحاجات.

التعزيز: فعدم وجود معوقات عند قيام الفرد بسلوك معين يشبع رغبة ويثبت السلوك، فعندما يتعود الفرد على تعاطي المخدر ولا يجد أي معوقات تمنعه من تناولها؛ فإن هذا يشبع رغباته ويدفعه لتثبيت ذلك السلوك.

تقويم العادة: قد يتم تقوية العادة الضارة عندما يهتم الفرد بذاته دون النظر إلى معايير المجتمع، وعندما يدمن الفرد العقار أو المخدر

لا يهيمه شيء سوى الحصول على هذا العقار وإشباع رغباته وتقوية عادة الحصول على العقار، وهذا يجعله لا يهتم إلا بذاته دون النظر إلى معايير المجتمع أو الأسرة.

وتعد العادات السلوكية الناجمة عن الإدمان من الظواهر النفسية السيئة المتمثلة في:

- 1- تحقيق الدوافع العدوانية وإشباعها.
- 2- تناسي الآلام والأحزان وتقليل التوتر بسبب الشعور بالنشوة والطرب.
- 3- تخفيض التوتر الناجم عن القلق والتوجس وتوقع الشر والضرر. (محمود، 1991م: 21)

ويهتم علماء النفس الاجتماعي بمبدأين أساسيين، هما الذات والدور الاجتماعي للفرد، فالذات هي بناء أو تكوين اجتماعي يعبر عن وجهة نظر الفرد، وأن الذات ناتجة من التفاعل الاجتماعي، ونحن نتعرف على أنفسنا بملاحظة ردود فعل الآخرين لسلوكنا. (منصور، 1986م: 120)

ويرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي، وعلى رأسهم "روتر جوليان" أن السلوك المنحرف يخضع لمبادئ التعلم الاجتماعي، ولا يحتاج إلى مبادئ أخرى لفهمه وتفسيره، وهم يرون أن السلوك المنحرف، والذي يطلق عليه آخرون السلوك المرضي، هو السلوك غير المرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه سلوك سبق تعلمه واحتفظ به الفرد، لأنه يتوقع باحتمال أكبر أن يؤدي هذا السلوك إلى تدعيم هذه القيمة (أو أنه يقلل من احتمال حدوث الشيء) ويرون أيضاً أنه سلوك قد تعلمه الفرد في إطار اجتماعي وبالاستناد إلى الأهداف التي اكتسبت قيمة نتيجة لعلاقتها بالآخرين.

وفي ضوء ذلك تفسر ظاهرة الإدمان ليس على أساس كونها مرضاً أو عملية نفسية بل على أساس حيلة أو خدعة اجتماعية. (منصور، 1986م: 127).

وتكون باتباع إحدى الطرق (الحيل) التالية:

أ- الحيلة الأولى: العدوانية تجاه الذات

أو ما يعرف بالمازوشية، وهو اسم يطلق عليه من الناحية التشخيصية الشخصية المضطربة التي تجد لذة في العذاب والحرمان، فتستحث الآخرين على إيقاع الأذى بها. وبذلك فإن المدمن يضع نفسه في مواقف تسمح للآخرين السخط عليه والثورة على مسلكه، فيعاقبونه، ويتلذذ هو لهذا العقاب، ويشعر في ذات الوقت بالفضيلة والرضا عن الذين يتعامل معهم.

ب- الحيلة الثانية: الإضرار بالآخرين

وهي من الحيل الاجتماعية التي يمارسها المدمن على شخص آخر، حيث يتصور المدمن أن هذا الفرد يعجز عن إشباع رغباته من الناحية الانفعالية أو الجنسية، ويشير هذا إلى أن الاستمرار في تعاطي المخدرات، رغم كونه يضر بالمتعاطي؛ فإنه يكشف نواحي عجز الطرف الآخر عن إشباع رغبات الشخص المدمن وحاجته إلى الشعور بالأمن والطمأنينة.

ج- الحيلة الثالثة: تدمير الذات: (المدمن الذي يستجدي العطف)

وهدف المدمن من هذا الأسلوب هو الحصول على المتعة والراحة عن طريق المرض، فتدمير أنسجته الجسمية يدفع بل يجبر الآخرين على رعايته، والعائد على المدمن هنا هو الرغبة في إشباع حاجته إلى الرعاية والعناية بتمريره والاهتمام به. (محمود،

1991م: 51 - 52)

العلاج النفسي للمدمن

العلاج النفسي يحتاجه الفرد بل المجتمع بكل مؤسساته التي تعمل على التطبيع والاندماج الاجتماعي للأفراد والجماعات من خلال العلاج النفسي.

وردت تعاريف عديدة للعلاج النفسي؛ فقد عرفه عاقل في معجم علم النفس بأنه فرع من العلوم الطبية أو الطبية النفسية يستهدف علاج الأمراض أو الوقاية منها (عاقل، 1979م: 115)

وقد عرفته الجمعية الطبية النفسية الكندية بأنه الوسيلة الطبية التي يقوم بها الطبيب عن طريق جلسات من الحديث أو وسائل اتصال أخرى، بالكشف عن سلوك الفرد المضطرب بهدف التقليل من معاناته. (كمال، 1994م: 88)

وعرفه عيسوي بأنه مداواة النفس أي النفس المضطربة بأساليب مختلفة من أهمها أسلوب الاتصال اللفظي. (عيسوي، د.ت: 8)

وقد عرفه زهران بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وقد يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته وتنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو الشخصي في المستقبل". (زهران، 1998م: 183)

أما عبد الخالق فقد عرفه بأنه عبارة عن تفاعل منظم بين المعالج والمريض أو العميل، ويعمل على استخدام المبادئ السيكولوجية بطريقة تؤثر على أفكار المريض واتجاهاته ومشاعره وسلوكه، بهدف مساعدته على التغلب على هذا السلوك غير السوي أو توافقه للمشاكل التي يواجهها في حياته. (عبد الخالق، 1997م: 553)

ونستخلص من التعريفات السابقة خصائص وأهداف العلاج النفسي والتي منها ما يلي:

- علاج الاضطرابات أو الأمراض أو المشكلات النفسية والسلوكية ذات الصبغة الانفعالية.
- العمل على تحويل الخبرات السالبة والمؤلمة إلى خبرات إيجابية وغير مؤلمة.
- الكشف عن السلوك المضطرب بهدف تعديله وتغييره، ومن ثم إبراز السلوك الإيجابي وتثبيته.
- تحقيق التوافق الذاتي (النفسي) والاجتماعي للفرد.

- العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة. (زهران، 1977م: 200 – 201)

أبعاد العلاج النفسي

توجد أبعاد متعددة للعلاج النفسي تتضمن طرقاً علاجية كثيرة من طرق العلاج حيث إن كل بُعد يتضمن عنصراً من البُعد الآخر:

أ- العلاج الفردي والعلاج الجماعي INDIVIDUAL & GROUP HERAPY:

في العلاج الفردي يعالج المعالج النفسي حالة مرضية فردية معينة في كل مرة، وتكمن فاعلية هذا النوع من العلاج في مدى التقبل للعلاقة المهنية والمباشرة بين المعالج والمريض، ويستخدم في علاج المشكلات الخاصة مثل المشكلات والانحرافات الجنسية، بينما العلاج الجماعي يقوم فيه المعالج بعلاج مجموعة من المرضى لهم المشكلة نفسها، وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي على مدى الاهتمام القائم في العلاقة بين المريض والمعالج من جهة وبين المريض والجماعة من جهة أخرى. (عيسوي، 1984م: 117 – 118)

وقد أوضح زهران أن العلاقة الجماعية التي يتضمنها العلاج الجماعي تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع، وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية، وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والإدمان وأمراض الكلام والجنوح. (زهران، 1977م: 224)

ب- علاج الأسباب وعلاج الأعراض

يركز علاج الأسباب على أسباب المرض النفسي بالقضاء عليه واجتثاث جذوره، بينما علاج الأعراض يركز على مساعدة المريض على التخلص والتحرر من الأعراض أو الاضطرابات فقط، دون الاهتمام بالأسباب. (زهران، 1994م: 208)

ج- علاج الدعم وعلاج إعادة البناء

يهدف علاج الدعم إلى تدعيم شخصية المريض من خلال العمل على تخفيف الأعراض وحل المشاكل النفسية التي تواجهه عن طريق تغيير ظروفه، أما علاج إعادة البناء فيهدف إلى تعديل شخصية المريض وتغيير طريقة تفكيره واتجاهاته وسلوكياته، ومن ثم إعادة الثقة بنفسه وبناء شخصيته. (المرجع السابق، 208 – 209)

د- العلاج المرن (غير الموجه) والعلاج الملتمزم (الموجه)

يقصد بالعلاج المرن الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بطريقة مرنة وانتقاء ما يناسب الحالة المرضية من طريقة علاجية واستخدامها دون التمسك والالتزام بطريقة محددة، بينما العلاج الملتمزم يهدف إلى التقيد بطريقة علاجية محددة وعدم الحياد عنها. (سري، 1990م: 95 – 96)

هـ- العلاج العميق والعلاج السطحي

يركز العلاج العميق على إظهار واكتشاف الانفعالات المكبوتة التي يتركز حولها الصراع أو الخبرات المؤلمة لدى المريض واكتشافها، أما العلاج السطحي فهو يهدف إلى بث روح الطمأنينة في المريض وتعزيز دفاعاته دون التعمق في صراعاته. (زهران، 1998م: 209)

أنواع العلاج النفسي

هناك العديد من الطرق العلاجية النفسية المختلفة، والتي تختلف نظراً لاختلاف الأعراض والاضطرابات لكل حالة مرضية، وعادة تستخدم معظم هذه الطرق العلاجية في العيادة النفسية، كالتحليل النفسي والعلاج السلوكي والعلاج الجماعي والعلاج الممرکز حول العميل والإرشاد العلاجي والعلاج باللعب. (زهران، 1998م: 200)

1- التحليل النفسي ANALYTIC Therapy

يدل هذا التعبير على العملية العلاجية التي تتم فيها معرفة الانفعالات المكبوتة في اللاشعور والعمل على إظهارها إلى حيز الشعور عن طريق التداعي الحر والتنفيس الانفعالي لدى المريض، ومن ثم مساعدته على حل مشاكله ومواجهتها وتقوية استبصاره ودفاعيته للعلاج، من أجل إحداث تغيير رئيسي وجذري في بناء الشخصية، فالتحليل النفسي عملية شاملة تتطلب فترة طويلة الأمد. (الشناوي، د.ت: 380)

2- العلاج السلوكي BEHAVIOR Therapy

يعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لاستخدام مبادئ التعلم التي يتم فيها تعديل وتغيير السلوك السلبي ومحاولة حل المشكلات السلوكية، ومن ثم تنمية السلوك الإداري السوي لدى المريض. (زهران، 1998م: 237)

3- العلاج المتمركز حول الشخص CLIENT CENTEPRED THERAPY

تتركز هذه الطريقة العلاجية على تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع حتى يحدث التوافق النفسي للفرد، فهي ليس مجرد إيجاد حل للمشكلة فقط بل مساعدة المريض على تحقيق النمو النفسي السوي. (عبد الخالق، 1997م: 563)

4- الإرشاد العلاجي COUNSELLING THERAPY

هي العملية التي تتم من خلالها مساعدة المريض على فهم ذاته وإدراك ما يصدر منه من انفعالات تؤثر في سلوكياته الفكرية واللفظية والحركية وعدم توافقه النفسي، والعمل على حل مشكلاته وتغيير اتجاهاته وتعديل سلوكياته بما يحقق التوافق مع الذات ومع الآخرين. (زهران، 1977م: 116)

5- العلاج المعرفي COGNITIVE THERAPY

هذا النوع من العلاج يقوم على تدريب الفرد على التفكير بطريقة سليمة قبل اتخاذ القرار أو التصرف بطريقة خاطئة، ويشير استخدام هذا المفهوم إلى المناهج والأساليب النفسية المختلفة في الشرح والعلاج والتي تشترك في افتراض نظري هو أن التصورات والمعتقدات الخاطئة والمستعملة هي العوامل الحاسمة التي يتعين ويتوجب تعديلها. (الفقيه، 1416هـ: 32)

لذا نجد أن الفلاسفة قد أدركوا منذ قرون طويلة أن فكرة الإنسان عما يحيط به من أشياء هي التي تؤثر في سلوكه أكثر من قدرة هذه الأشياء على التأثير في سلوكه، والعلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث لا يختلف عن ذلك كثيراً، حيث إن المتخصصين في هذا النوع من العلاج يعترفون ويسلمون بأن العديد من الاستجابات الإنسانية تعتمد إلى حد كبير على المعتقدات الفكرية الخاطئة التي يكونها الفرد عن نفسه وعن الآخرين. (سليمان، 2001م: 1)

ومن هنا بدأ العلماء النفسيون بوضع المفاهيم والآراء المختلفة عن أهمية العمليات الذهنية والعقلية (المعرفية) في الاضطرابات النفسية، وقد تفاوتت هذه المفاهيم من عالم إلى آخر، إلا أنهم يتفقون جميعاً على أن الاضطرابات النفسية والسلوكية والعقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن ما يحيط به، وأن العلاج النفسي لا بد أن يركز بشكل مباشر على تغيير الأفكار السلبية قبل أن يشرع في تغيير وتعديل سلوكيات المريض، وهذا يدلنا على أن التفكير المنطقي يؤدي إلى السلوك الإيجابي السلبي. (إبراهيم، 1400هـ: 216 - 231)

ولقد نشأ العلاج المعرفي ضمن حدود المدرسة السلوكية، حيث يعتبر أسلوب العلاج المعرفي تقنية علاجية نفسية حديثة يرجع إلى تاريخ الستينات من القرن الماضي، وهذا النوع من العلاج قد سبق افتراضه بل وتطبيقه عملياً من قبل بعض الحكماء العرب وعلى رأسهم (ابن عربي) الذي وضع أسلوباً علاجياً في الغضب وكيفية التخلص منه، وكانت هذه الطريقة العلاجية أول تقنية عملية في العلاج المعرفي. (كمال، 1994م: 285)

ومع بداية التسعينيات في القرن الماضي اهتم العلماء في ميدان تعديل السلوك بالعمليات المعرفية كالتخيل والتفكير والتحدث الذاتي وغيرها، بهدف تعديل وتغيير السلوك الظاهر، ومن هنا ظهر ما يسمى بتعديل السلوك المعرفي COGNITIVE BEHAVIOR MODIFI Cation والذي جاء كرد فعل على ميدان تعديل السلوك التقليدي الذي لم يكن يهتم بالعمليات المعرفية التي تلعب دوراً مهماً في تشكيل السلوك الظاهر لدى الفرد، لذا فإن الإنسان يتفاعل مع ما يستجيب له من مثيرات بيئية ويكون حولها المفاهيم المؤثرة في سلوكه.

ويتفق العلاج النفسي الفردي مع العلاج النفسي الجماعي في عدة نقاط، كما يتميز عنه في مجالات أخرى أيضاً. حيث يتفقون في الهدف وفي التصورات المشتركة عن طبيعة الشخصية الإنسانية وكيف تتغير، بينما ينشأ الاختلاف بينهما في أن العلاج الفردي يتم بين شخصين فقط هما (المعالج، والعميل)، أما في العلاج النفسي الجماعي يشترك أكثر من ستة أشخاص في العملية العلاجية، ولا تعني الزيادة في العدد تكراراً للعملية الفردية بل إنها تمثل تغييراً نوعياً في الخبرة، كما تمثل إمكانات علاجية فريدة. (فطيم 1993م: 38 – 39)

وقد أشار حمودة إلى أن العلاج النفسي الجماعي يستخلص من المسلمة التي تُعد الذات نتاجاً للتفاعل مع المجتمع. (حموده، 1991م: 72)

وكان بزوغ عبارة العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند "مورينو Moreno" (1932م) ليعبر بها عن "أسلوب علاجي يجمع بين تكتيك توزيع الأدوار أو المهام، وبين تكتيك العلاج التلقائي أو المباشر، ورأى أنه يمكن تحسين الأحوال الاجتماعية تلقائياً نتيجة للتفاعلات بين الجماعة". (فطيم، 1993م: 41)

ولقد كانت بداية هذا النوع من العلاج عن طريق الاعتبارات الاقتصادية والتي هي الدافع الرئيسي لابتداعه، ولكن سرعان ما تبين أن فوائد هذا العلاج تتعدى اختصار الوقت وتخفيض التكلفة العلاجية لتشمل بعض الجوانب المتعلقة بمنظور العلاج النفسي ومنهجيته وتطبيقاته العملية. (السباعي وعبد الرحيم، دت: 65)

وقد كان المعالجون النفسيون وإلى وقت قريب يبتعدون عن أساليب العلاجات النفسية الجماعية، ولا يعيرونها اهتماماً؛ حيث لا يعتبرونها من العلاج في شيء. أما اليوم فقد وصل العلاج النفسي الجماعي إلى مكانة قد تجعل من العلاج الفردي مجرد تابع له، يقول "كارل روجرز" في كتابه الشهير (جماعات المواجهة): "إن الجماعات وجدت وستظل باقية طالما وُجد إنسان على ظهر هذا الكوكب، غير أن الجماعة التي أعنيها هي الخبرة المكثفة التي أعدت بتدبير وقصد للعيش في جماعة، وهي في رأي أعظم إنجاز اجتماعي شاع في هذا القرن. بل لعلها أقوى إنجاز على الإطلاق. (فطيم، 1993م: 39)

ولعل ما يعكس الاهتمام بالعلاج النفسي الجماعي اليوم هو صدور الكثير من الكتب والمقالات، وعقد المؤتمرات الدولية، كذلك تطبيقه في المستشفيات والعيادات والمؤسسات ومراكز التوجيه، وفي المدارس وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية. (عيسوي، 1993م: 215)

وهناك العديد من التعاريف للعلاج النفسي الجماعي، ولقد استنبط الباحث منها أن: "العلاج النفسي الجماعي هو نوع من أنواع العلاج، والذي يتم من خلاله اختيار مجموعة منتقاة من المرضى حسب خصائص معينة. (الشخصية، نوع المرض النفسي... إلخ) ليتم علاجهم بصورة جماعية. (الجلبي، واليحياء، 1416هـ: 197)، وطبقاً لتعريف "مورينو 1932م MORENO" الذي عرف العلاج النفسي الجماعي بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار أو المهام وبين تكنيك العلاج التلقائي المباشر". (فطيم، 1993م: 48)

وقد عرفه "أبراهام 1950م ABRAHAM" بأنه عملية من عمليات الجماعة يقودها شخص لا تظهر عليه علائم مرضية ليصلح من مشكلات أعضاء الجماعة في علاقتهم ببعض البعض وبالمجتمع". (المرجع السابق: 48)

وقد عرفه "سانفورد" SANFORD بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يجتمع فيه عدد من الأفراد المضطربين انفعالياً في شكل جماعة يجتمعون مع أخصائي العلاج النفسي، وعن طريق التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة علاجية مفيدة. (عيسوي، 1984م: 124)

وقد عرفه "سلافسون 1951م" SLAVSON بأنه: "تطبيق خاص لمبادئ العلاج الفردي على شخصين أو أكثر في وقت واحد، فيما يتعلق بظواهر ومشكلات العلاقات بين الأشخاص". (SLAVSON, 1957: 131)

وقد عرفه زهران بأنه: "علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد". (زهران، 1978م: 307)

وقد عرفه "إدواردز 1968م" ADWARDS بأنه: "جلسة مع عدد من المرضى، حيث يشجعون على الاشتراك في المناقشات الحرة". (عيسوي، 1993م: 125)

ويتضح من التعريفات السابقة أن العلاج النفسي الجماعي يجب أن يتم في إطار مجموعة تتكون من فردين أو أكثر بهدف علاج الاضطرابات النفسية أو غيرها لدى أفراد تلك المجموعة في وقت واحد.

وإن معظم المنظرين في مجال العلاج النفسي الجماعي يتفقون على أن كل جلسة علاجية جماعية تعتبر ذات أبعاد متعددة حسب الطريقة التي يتبعها المعالج مع أعضاء الجماعة. (المحارب، 1993م: 229)

ومن أهم النظريات التي تبنت موضوع العلاج النفسي الجماعي تلك التي أخذت بالرأي الذي يتركز حول أن الإنسان يملك من خلال قدراته العقلية خصائص فردية مثل ما يملك خصائص اجتماعية، وقد كان لهذا الرأي مردوده السلبي في أن الإنسان يملك عقلاً فردياً وعقلاً اجتماعياً. (كمال وعلي، 1994م: 444)

ويرى مليكة 1994م أن العلاج النفسي الجماعي يمكن استنتاجه من ثلاثة أطر نظرية اجتماعية هي:

1- نظرية التبادل الاجتماعي لـ (ثيبو وكليبي) والتي ترى أن المبالغة في تعظيم الأمور وما ينتج عنها من ثواب يعود إلى درجة التفاعل بين الجماعة، حيث إن كل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة.

2- نظرية الدور الاجتماعي التي تقوم على معرفة المتغيرات الظاهرة الملاحظة من قبل الآخرين، والتي يمكن قياسها، لأن الجماعة تلزم كل عضو فيها باتباع سلوك مناسب بما يتفق مع مكانته الاجتماعية.

3- نظرية التعلم الاجتماعي وفيها يجد الفرد لكونه عضواً في جماعة التدعيم والتشجيع مقابل ما يقوم به من أنشطة اجتماعية ظاهرة سواء أكان ذلك التدعيم من خارج الجماعة أو من داخلها، فإن دوره في تلك الجماعة يساعده على الحصول على الثناء والتقدير. (مليكة، 1994م: 150 - 151)

ويقوم العلاج النفسي الجماعي على عملية التقييم التشخيصي، حيث لا بد من تحديد أعضاء الجماعة العلاجية من خلال حكمين رئيسيين هما:

1- أن يكون لدى المريض الرغبة والدافعية العلاجية للاتحاق بالجماعة والالتزام والتفيد بنظامها.

2- أن تتم عملية اختيار المرضى كأعضاء في جماعة بطريقة متوازنة بحيث يكون لهم نفس المشكلة. (عيسوي، 1993م: 218)

وقد حدد كل من (هولاندر وكازاوكا) خطوات العلاج النفسي الجماعي في عدة نقاط منها:

1- اختيار أعضاء الجماعة العلاجية، على أن تكون درجة التجانس مختلفة حسب المشكلة وطبيعتها.

2- أن يكون للجماعة العلاجية هوية خاصة بها، والعمل على جذب اهتمام الأعضاء لتكوين الجماعة.

3- وضع أسس وقواعد عامة لتفعيل المشاركة وتبادل الخبرات بين الأعضاء.

4- التحرك ضمن إطار سلوكي معين يحكم علاقة الجماعة العلاجية وتفاعلهم مع بعضهم البعض.

5- أن تصبح نظرة أعضاء الجماعة تفاعلية وذات توقع إيجابي تجاه السلوك الصادر من كل عضو.

6- إعداد نموذج للتغيير والعمل على تنفيذه من خلال النقاط التالية:

- أ- أن يتم تحديد السلوك الذي ينبغي تعديله.
ب- أن يتم عمل برنامج التغيير وتنفيذه عند الحصول على المعلومات اللازمة.

ويستند العلاج النفسي الجماعي إلى قواعد نفسية واجتماعية رئيسية، لا بد من مراعاتها لتقويم سلوك المريض في العملية العلاجية منها:

أن هناك احتياجات نفسية واجتماعية أساسية لكل إنسان ينبغي إشباعها كالحاجة للأمن والتقدير والشعور بالانتماء، والحاجة لحب الآخرين والتفاعل معهم، وكذلك الحاجة للنصح والتوجيه، وغير ذلك من الأمور التي تتيح للفرد الاستقرار النفسي. (زهران، 1978م: 284 - 285)

أن المعايير الاجتماعية السائدة في كل مجتمع تقتضي تحديد الأدوار الاجتماعية حتى يشعر الفرد بالانتماء والتفاعل مع الجماعة، لأن مجرد وجود الآخرين يساعد الفرد على بذل الجهد وزيادة الحصيلة الإنتاجية. (كمال وعلي، 1994م: 445)

أن الحياة الاجتماعية تعتمد العصرية بشكل كلي على العمل في جماعات، من أجل أن يحظى الفرد بحياة كريمة ومنتجة تجعله قادراً على إقامة علاقات إنسانية ذات فعالية، فيصبح عضواً فاعلاً ومصدراً من مصادر العلاج. (زهران، 1978م: 285)

ومن المعلوم أن الإنسان لا يعيش بمعزل عن بيئته الاجتماعية وأن سلوكياته مكتسبة من تلك البيئة، وأن لكل إنسان شخصيته المستقلة التي تميزه عن الآخرين؛ لذا فإن تفاعل الإنسان مع بيئته الاجتماعية وإشباع احتياجاته بالطرق المشروعة يساعده على الابتعاد عن العزلة والانطواء التي تعرضه للوقوع في براثن المرض النفسي.

ويرى كمال 1994م أنه عند اختيار الجماعة العلاجية لا بد من اتباع القاعدة الأساسية للعلاج النفسي الجماعي القائمة على أن يكون لدى أعضاء الجماعة نفس الحالة المرضية سواء أكانت أمراضاً نفسية أو عقلية أو سلوكية كإدمان المخدرات مثلاً، وأن يتراوح عدد الجماعة من أربعة إلى تسعة أفراد، وقد يصل إلى المائة فرد حسب الطريقة العلاجية المتبعة.

وأن يعمل المعالج النفسي على تحقيق أكبر قدر من التجانس بين أعضاء المجموعة بعد أن يتم استثناء الأفراد الذين لا يتوافقون مع الجماعة. (كمال وعلي، 1994م: 449 – 450)

وغالباً ما تكون العملية العلاجية في مكان مستقل وهادئ يمكن ممارسة العلاج النفسي الجماعي فيه بارتياح، على أن تستمر الجلسة العلاجية من ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً، حيث يمكن للمعالج أن يعقدها من جلسة في الأسبوع الواحد إلى ثلاث جلسات. (عيسوي، 1993م: 218)

ويرى العديد من المتخصصين في العلاج النفسي الجماعي لأنه لا بد من الإعداد الجيد للعملية العلاجية سواء أكان ذلك من حيث إعداد أعضاء الجماعة أو استعداد المعالج أو غير ذلك. (زهران، 1978م: 287)؛ حيث إن نجاح العلاج النفسي الجماعي يعتمد على مدى قدرة وكفاءة المعالج على اختيار أعضاء الجماعة وإدارتها، وقدرته على التفسير والملاحظة وتغيير نظرة الفرد نحو ذاته والآخرين. (المحارب، 1997م: 18 – 20)

وأنه عند اختيار أعضاء الجماعة لا بد للمعالج من القيام بعملية الفحص والتشخيص من خلال إجراء مقابلة شخصية لكل عضو، يراعي فيها مدى حرص الفرد واستعداده لأن يصبح عضواً في جماعة. (زهران، 1978م: 288)

- وقد لخص وولف WOLF عملية إعداد المريض في عدة نقاط هي:
- أن يتم إعداد المريض لتحمل ضغط الجماعة.
- إعداده للوثوق في بقية أعضاء الجماعة العلاجية.
- العمل على تهيئة المريض ليكون عضواً في جماعة.
- تدريبه على عدم المقاومة أثناء العملية العلاجية.
- أن المريض له الحرية المطلقة في الانضمام للجماعة وتركها متى شاء.
- توضيح أهمية المشاركة للمريض بما يعود عليه وعلى أعضاء الجماعة العلاجية بالفائدة. (المرجع السابق: 288)

ويرى كل من هولاندر وكازوكا أن العلاج النفسي الجماعي قد فرض إيقاعه ورسخت أقدامه من خلال الكم الهائل من البحوث التي طبقت في هذا المجال؛ وخاصة في ما يقوم به الأفراد من دور في العلاج النفسي الجماعي، وفي تعميم نتائج العلاج والعمل على المحافظة على مكاسبه. (مليكة، 1994م: 164 - 165)

أنواع المخدرات وآثارها

تعددت تعريفات المخدرات نظراً لاختلاف أنواعها وتباين تأثيرها، رغم الاتفاق التام على ضررها. ومن خلال استعراض الباحث للعديد من التعريفات لاحظ التباين بين المفهوم المطبق للمخدرات والمفهوم الشمولي الذي يجمع في مضمونه المواد الطبيعية أو الصناعية التي يشمل تأثيرها النشاط الذهني والحالة النفسية، وتنشيط الجهاز العصبي المركزي وحدوث النعاس والهلوسة والتخيلات. كما يضم مفهوم المخدرات الجرم بأن الاستمرار في تعاطيها مدعاة إلى الإدمان. (منصور، 1995م)

ويشير الشقاوي 1994م في تعريف للمخدرات من المنظور الطبي إلى أنها: أي مادة خام أو مستخلصة تحتوي على عناصر مسكنة أو منبهة تؤدي إلى الإدمان في حالة استخدامها في غير الأغراض الطبية.

من هذا المنطلق نصل إلى أنواع المخدرات التي تناولتها أدبيات مكافحة المخدرات حيث أشار (النجيمي 1425هـ، 2004م) إلى أن هناك العديد من أنواع المخدرات صنفها كالتالي:

- المخدرات الطبيعية: وهي تستخرج من النباتات مثل الحشيش والأفيون، ونبات شجرة الكوكان، ونبات القات.
- المخدرات المصنعة: وتستخلص من المخدرات الطبيعية مع إجراء بعض العمليات الكيميائية مثل المورفين، الهيروين، والكودايين، والكوكائين.
- المخدرات التخليقية: وهي مواد لا طبيعية ولا مصنعة، إنما تتركب من عناصر كيميائية وتحدث نفس التأثيرات التي تحدثها المخدرات الطبيعية.

أما ما يتعلق بقدرة المخدرات على التأثير بالإدمان فقد قسم (النجيمي، 1425هـ - 2004م: 13) المخدرات وفق قدرتها على التأثير بالإدمان على النحو التالي:

- مسببات النشوة ومهدئات الحياة العاطفية: مثل الأفيون ومشتقاته (المورفين والهروين) والكوكا، والكوكائين.
 - المهلوسات: وتضم الميسكالين وفطر البييتول والقنب الهندي، وفطر الاماتيت.
 - المنومات: وتضم (الكوراك، الباربيتورات، البارلدهيد، السلنونال، بروميد البوتاسيوم، الكاوكاو).
 - المسكرات: وتضم الغول، الأثير، الكلوروقورم، البنزين، أول أكسيد الأزوت.
 - المحرضات (المنبهات): وتضم العقاقير التي تحوي الكافيين (القهوة، الشاي، الكوك، الكاكاو، الكافور، القات، التبغ).
- ويضيف النجيمي 1425هـ أن هناك تطوراً في تصنيف المخدرات حتى أصبح يشمل المركبات الأخرى، وأخذ التصنيف شكلاً آخر حيث شمل الأفيتامينات، اليزريين، مضادات الصرع، مشتقات الهيدانشوئين، مشتقات الفاليوم، البسيلوسيب، الصموغ وبعض المواد اللاصقة.

الأضرار الصحية والعقلية الناجمة عن المخدرات:

تشير الأدبيات في هذا الشأن إلى العديد من الأضرار التي تنجم عن تعاطي المخدرات. ويجمع الأطباء وعلماء الصحة على أن للمخدرات أعراضاً مرضية تصيب الأجهزة والأعضاء والأنسجة والخلايا، وتشمل الأعراض المرضية ما يلي:

1- الجلد: ويحدث:

أ- ندبات ناجمة على تكرار الحقن الوريدي.

ب- تلون الأوردة في المرفق، الساعد، الفخذ، الساق.

ج- انتباج الأوردة وتصلبها.

د- نوبات ناجمة عن تكرار الحقن تحت الجلد.

- هـ- اصفرار المخاطيات وأضرار بالعقد الليمفاوية. وضخامة العقد في الكتف والرقبة والإبط.
- و- اضطرابات الكريات البيضاء الليمفاوية.
- 2- الأطراف:
- أ- آفات بالأطراف ناجمة عن التهاب موضع الحقن.
- ب- التهاب في الشرايين يؤدي إلى اختفاء النبض نتيجة الحقن.
- 3- العينان:
- أ- ارتعاش واهتزاز ناتج عن الهيروين.
- ب- اصفرار الملتحمة ناجم عن تعاطي المنومات.
- 4- الأذنان:
- * طنين ناجم عن تعاطي المنومات.
- 5- الأنف:
- * انتقاب الحجاب الأنفي ناجم عن استعمال الكوكائين.
- 6- الفم:
- * ضعف الأسنان وفقدانها.
- 7- العنق:
- أ- إصابة الوريد الوداجي بندبات اصطباغية.
- ب- اضطراب وظيفة الغدة الدرقية.
- 8- القلب:
- أ- ارتفاع الضغط.
- ب- قصور الأذنين الأيمن والأيسر.
- ج- إصابة الصمامات القلبية.
- 9- الرئتين:
- أ- ارتفاع الضغط الرئوي.
- ب- الالتهاب الرئوي.
- ج- الربو.
- 10- الجهاز البولي والتناسلي:

- أ- قصور كلوي.
- ب- التهاب الكبد الكلوية المزمن.
- ج- آلام شديدة نتيجة للنوبات الحصوية.
- د- العجز الجنسي لدى الرجال.

11- الأحشاء:

- أ- ضخامة الكبد.
- ب- اضطراب وظائف الكبد.
- ج- ضخامة الطحال المؤدية إلى التهاب الكبد.
- د- ارتفاع الضغط في وريد الباب.
- هـ- التهاب البنكرياس المزمن.

12- الجهاز العصبي:

- أ- نوبات صرعية متكررة.
- ب- آفات اضطرابية ناجمة عن التهاب السحايا أو التهاب الدماغ.
- ج- آفات عصبية عرضية. (علوان، 1992م)

الإجراءات الرسمية لمكافحة المخدرات

يعد انتشار المخدرات في المملكة العربية السعودية أقل بكثير من انتشارها في أي دولة أخرى؛ حيث كان لتطبيق أحكام الشريعة الإسلامية التي تعتبر مهربي المخدرات من المفسدين في الأرض دور في الحد من اتساع انتشارها، وتشير التقارير إلى انخفاض تهريب المخدرات إلى المملكة بنسبة (45%) بعد صدور المرسوم الملكي القاضي بالموافقة على عقوبة الإعدام والتشهير بحق المهرب في عام 1407هـ. (الطخيس، 1993م: 49).

وتنص الأحكام في المملكة العربية السعودية على تحريم زراعة أو تصنيع أو إنتاج أي من المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، ولكنها تعاني من إساءة استعمال الحشيش والهيروين والكتباجون وغيرها من الأقراص المخدرة وبصفة خاصة السيكونال (المرزوقي وآخرون، 1995م: 27) والتي تصل إلى المملكة من خلال عمليات التهريب. لذا

نلاحظ أن الكميات التي يتم ضبطها في المملكة عن طريق رجال مكافحة المخدرات ليست بالكثيرة أو المخيفة قياساً بما يحصل في الدول الأخرى.

كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (1)

المخدرات المضبوطة في المملكة خلال الفترة من 1978م حتى 1992م

الأقراص المخدرة**	القات*	الكوكايين*	الهيروين*	الأفيون*	الحشيش*	السنة
5947850	5043	-	-	97	828	1978
2799805	5490	-	-	19	431	1979
892778	2501	-	-	23	523	1980
2113871	2293	-	-	36	383	1981
4348328	3978	-	-	17	1118	1982
4171213	4002	-	-	32	1009	1983
5163649	4898	1.35	-	47	1082	1984
8064048	6984	1.5	15.5	15	1169	1985
10322947	-	0.647	25	1	2403	1986
4813646	20603	0.021	36.452	6	4711	1987
3755548	20387	0.114	63.217	5	2656	1988
4405557	12749	0.362	194.174	2.5	3132	1989
308000	11875	1.16	52.938	1	1364	1990
2087765	9893	2.14	89.51	28.98	3725	1991
2479599	11921	0.53	157.15	12	1950	1992

*

**

16 15 14 13 12 11 10 9 8) :

(1992 - 1982 18 17

- ومن خلال الأرقام في جدول رقم (1) يمكن ملاحظة ما يلي:
- * تدفق جميع أنواع المخدرات إلى المملكة في الفترة من عام 1978م حتى عام 1983م باستثناء الهيروين والكوكايين.
 - * زيادة كمية الحشيش والهيروين المضبوطة، فقد بلغت في عام 1992م حوالي 1950 كيلوجراماً من الحشيش و157.15 كيلوجراماً من الهيروين، مقابل 828 كيلوجراماً من الحشيش ولا شيء من الهيروين في عام 1982م.
 - * تذبذب في كميات المخدرات المضبوطة من سنة لأخرى بالزيادة والنقصان.
 - * ارتفاع نسبة الأقراص المخدرة مقارنة بالمخدرات الطبيعية، وهذا يعزى إلى صغر حجم هذه الأقراص وكثرة أنواعها وأشكالها وسهولة إخفائها. (العليان، 1997م: 424)
- ولمكافحة المخدرات وحماية الأمة من آثارها وضعت الدولة قانوناً لعقوبة التهريب والترويج والتعاطي؛ حيث صدر الأمر السامي الكريم رقم 4/ب/9666 وتاريخ 1407/7/10هـ لكل من وزارة العدل ووزارة الداخلية باعتماد العمل بالقرار رقم 138 لمجلس هيئة كبار العلماء الذي صدر بالإجماع في 1407/6/20هـ والذي ينص على ما يلي:

- 1- معاقبة مهرب المخدرات بالقتل نظراً لما يسببه تهريب المخدرات وإدخالها البلاد من فساد عظيم، لا يقتصر على المهرب نفسه وإنما يتعداه للمتعاطين والمستخدمين، مما يترتب عليه أضرار جسيمة وأخطار بليغة على الأمة بكاملها، ويلحق بالمهرب الشخص الذي يستورد أو يتلقى المخدرات من الخارج ليزود بها المروجين.
- 2- تأكيد نص القرار رقم 85 وتاريخ 1401/11/11هـ بشأن مروجي المخدرات، ففي المرة الأولى يتم تعزيز مروج المخدرات تعزيزاً بليغاً بالحبس أو الجلد أو الغرامة المالية أو بها جميعاً حسب ما يراه القضاء، وإن تكرر منه ذلك فيعزز بما

يقطع شره عن المجتمع حتى إن كان ذلك القتل لأنه يعتبر من
المفسدين في الأرض. (موسى وآخرون، 1989م: 244)
كما صدر الأمر السامي البرقي رقم 3017 وتاريخ
1391/4/19هـ بأن يطبق على أصحاب القات ما يطبق على غيرهم
من أصحاب المخدرات. (وزارة الإعلام، 1999م: 48)
وصدر أيضاً قرار مجلس الوزراء رقم 110 في 1406/5/17هـ
بإدراج حبوب الكبتاجون ضمن قائمة المخدرات لتقع تحت طائلة
التحريم بالعقوبات المنصوص عليها في قرار مجلس الوزراء رقم 11
وتاريخ 1374/2/1هـ. (موسى وآخرون، 1989م: 244).

دور وزارة الداخلية في مكافحة المخدرات
تقوم وزارة الداخلية بدور كبير وفاعل في الحد من تهريب
وترويج المخدرات في المملكة العربية السعودية وقد أنشأت عدة
إدارات لهذا الغرض منها:

أ- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات
تختص الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بمكافحة جرائم تهريب
المخدرات والاتجار فيها وتداولها وإنتاجها، ورسم خطط البحث
والتحري والتدقيق والمداومة. وقد بلغ عدد إداراتها وفروعها في
المملكة خمسة وثلاثين إدارة وشعبة وقسم ووحدة تضم عدداً كبيراً من
الضباط والأفراد المدربين المتخصصين في هذا المجال. (الطخيس،
1993م: 129)

وجهود الإدارة العامة لمكافحة المخدرات تتمثل في:

- 1- طالبت بإدراج العقاقير كحبوب الكبتاجون ضمن المواد الممنوعة
نظراً لخطورتها وأضرارها الخطيرة.
- 2- طالبت بتشديد العقوبات على مهربي ومروجي المخدرات.
- 3- طالبت بإنشاء مستشفيات متخصصة لعلاج المدمنين.
- 4- ساهمت في تكوين اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.
- 5- ساهمت في التوعية بأضرار ومخاطر المخدرات. (الموسى،
1992م: 80)

وأهم مهام الإدارة العامة لمكافحة المخدرات تتمثل في:

1- الكشف عن المخدرات بأحدث الأجهزة التقنية وباستخدام الكلاب البوليسية المدربة والمساعدات الفنية ووسائل الانتقال والاتصال الحديثة التي تمكنها من التصدي لعصابات التهريب والحد من نشاطها.

2- التعاون الإيجابي مع أجهزة الشرطة المحلية وقوات حرس الحدود ورجال الجمارك في التصدي لعمليات تهريب وترويج المخدرات.

3- التعاون مع الإدارة العامة للصيدلة بوزارة الصحة للسيطرة على التجارة المشروعة للعقاقير المخدرة ومنع تسرب أي كميات منها إلى السوق لاستغلالها بطريقة غير مشروعة. (الطخيس، 1993م: ص ص 129 – 130)

ب- إدارات وفروع مكافحة المخدرات تقوم بمكافحة المخدرات في حدود الاختصاص المكاني لكل منها.

ج- وحدات المباحث الجنائية بمديريات الشرطة

تقوم بمكافحة المخدرات في حدود دائرة اختصاصها.

د- قوات الشرطة المحلية بمديريات الشرطة

تقوم بمكافحة المخدرات في حدود دائرة اختصاصها.

هـ- المديرية العامة لحرس الحدود

أحد الأجهزة التابعة لوزارة الداخلية التي تتولى حماية المنشآت والموانئ ومكافحة التهريب بجميع صورته وأشكاله بما في ذلك تهريب المخدرات، ومنع عمليات التسلل غير الشرعية عبر الحدود البرية والبحرية. (الموسى، 1992م: 81)

وتستخدم قوات حرس الحدود أسلوبين في مكافحة المخدرات:

أ- أسلوب إجرائي: يتضمن رفع مستوى أداء العاملين في قوات حرس الحدود عبر الدورات التدريبية والمحاضرات والندوات، وإعداد الكتيبات والنشرات عن أضرار المخدرات وأساليب تهريبها، بالإضافة إلى تزويدهم بوسائل الانتقال السريع والتسليح

الخفيف ومنحهم كافة السلطات التي تمكنهم من القيام بواجبهم بحرية.

ب- أسلوب وقائي: يتضمن تكثيف الدوريات في أوقات متفاوتة للحد من عمليات التهريب، وبالتالي تقليص فرص حصول أفراد المجتمع على المخدرات. (الثنيان، 1990م: 261)

مصلحة الجمارك

إحدى قطاعات وزارة المالية والاقتصاد الوطني، وتعتبر الخط الدفاعي الأول ضد المخدرات والمواد الممنوعة، حيث تتولى عمليات التفتيش في المنافذ البرية والبحرية والجوية لإحباط عمليات التهريب والقبض على المهربين وتحويلهم للجهات المختصة لمباشرة التحقيق معهم. ولذلك يبذل رجال الجمارك قصارى جهدهم للتصدي لمشكلة التهريب بصفة عامة وتهريب المخدرات بصفة خاصة لما لها من آثار نفسية واجتماعية وصحية وأمنية سلبية على الوطن والمواطن، فمن أهم اختصاصات الجمارك منع دخول أية ممنوعات ومكافحة عمليات التهريب بشتى أنواعها لحماية الوطن والمواطن، لذلك منح نظام الجمارك رجال الجمارك سلطات عديدة من بينها:

- 1- حق تفتيش وسائط النقل البرية والبحرية والجوية.
- 2- حق تفتيش البضائع الواردة والصادرة.
- 3- حق تفتيش الركاب وأمتعتهم.
- 4- حق القبض على المخالفين والمهربين ومطارتهم عند اكتشاف مواد ممنوعة. (الموسى، 1992م: ص ص 65 - 67)

ولقد انضمت المملكة العربية السعودية لعضوية المنظمة الدولية للشرطة الجنائية عام 1956م وعهدت بمهمة الاتصال والتنسيق بشأن تبادل المجرمين والمعلومات عنهم لإدارة الاتصالات للشرطة الدولية بوزارة الداخلية، والتي من أهم مهامها في مجال مكافحة المخدرات:

- 1- تلقي الإخطارات عن مروجي المخدرات وعصابات التهريب ونشاطاتهم واتجاهاتهم.
- 2- تلقي البيانات التفصيلية عن أنواع المخدرات المضبوطة وطريقة تهريبها أو ترويجها.

- 3- تلقي بيانات تفصيلية عن الأنواع الجديدة من المخدرات.
- 4- تلقي بيانات تفصيلية عن أسماء المهربين والمروجين ومقار ممارسة نشاطاتهم والجهات التي يهربون المخدرات إليها.
- 5- إبلاغ الإدارة العامة لمكافحة المخدرات والجهات المختصة بالمكافحة بجميع ما تتلقاه في مجال مكافحة المخدرات.
- 6- التنسيق مع شعب الاتصالات في الدول العربية والمكتب العربي لمكافحة المخدرات لملاحقة مهربي المخدرات والمحكوم عليهم والهاربين إلى أي دولة عربية والعمل على تسليمهم للدولة التي ارتكبوا بها جرائم التهريب أو محاكمتهم.
- 7- إبلاغ شعب الاتصال بالدول العربية بأية معلومات تتوافر عن تهريب كمية من المخدرات ووجهتها لاتخاذ الترتيبات اللازمة لمكافحتها. (الموسى، 1992م: ص ص 82 – 84)

اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات

تم إنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات في عام 1405هـ بناء على موافقة سمو وزير الداخلية كوسيلة فعالة في الإرشاد والتوعية بأضرار المخدرات. وتكونت اللجنة من الجهات ذات العلاقة بمكافحة المخدرات وهي: وزارة الصحة، وزارة الإعلام، وزارة التربية والتعليم، إدارة مكافحة المخدرات، إدارة مكافحة الجريمة، هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد، الرئاسة العامة لتعليم البنات، الرئاسة العامة لرعاية الشباب. (الموسى، 1992م: 84)

وتهدف هذه اللجنة إلى بلورة وعي شامل بحقيقة المخدرات، ووضع الأسس العملية لتوعية المجتمع بأخطار المخدرات من خلال الكتيبات والنشرات والمطويات والمعارض والندوات والمحاضرات التي توضح أضرار وأخطار المخدرات. (الثنيان، 1990م: 264)

وتتحصر مهام هذه اللجنة فيما يلي:

1- تبصير أفراد المجتمع بأخطار المخدرات وأضرارها من خلال وسائل الإعلام المختلفة.

2- إعداد النشرات والكتيبات والملصقات والمطويات التي توضح الآثار السلبية للمخدرات وأضرارها العقلية والنفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية.

3- التنسيق مع الجهات المتخصصة لتنفيذ قرارات وتوصيات اللجنة بهدف الحد من انتشار المخدرات والوقاية من أخطارها ووضع برامج العلاج لمدمني المخدرات. (السبيعي، 1993م: 143)

وحدة الرعاية اللاحقة في مستشفى الأمل

تسهم وحدة الرعاية اللاحقة بمجمع الأمل وبشكل فاعل في علاج الإدمان، وهي الوحدة التي تستقبل المدمنين الذين أنهوا فترة الأعراض الإنسحابية أو أعراض التسمم والخالين من الاضطرابات النفسية أو العضوية الشديدة المصاحبة للإدمان، وتهدف الوحدة إلى:

1- مساعدة المرضى على منع انتكاستهم أو عدم عودتهم إلى المواد المخدرة أو تقليل هذه الانتكاسة إن لم يكن منعاً نهائياً.

2- مساعدة المرضى على تطوير وعيهم بمشكلة الإدمان كونه مرضاً وكيفية العلاج منه.

3- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض وأسرته.

4- تقويم الجانب (الوازع) الديني عند المرضى لما له من أثر فعال في الوقاية من الانتكاسة.

5- مساعدة المرضى على تحسين مهاراتهم الاجتماعية، وتقوية جوانب القوة والتغلب على جوانب الضعف في شخصياتهم بالإضافة إلى تطوير مهارات الحياة ومهارات التكيف مع الظروف الحياتية المختلفة.

6- العمل على تحقيق فرص عمل لهم من خلال الدورات التدريبية المقامة في وحدة الرعاية اللاحقة.

7- مساعدتهم على التكيف مع مجتمعهم الخارجي لكي يعودوا إليه بشكل فعال.

خدمات وحدة الرعاية اللاحقة

تقدم خدمات الرعاية اللاحقة لمن وقعوا في إدمان المخدرات بكافة أنواعها سواء ممن أدمنوا استعمال المخدرات أو ممن أساءوا استعمال المادة، والبرامج تخدم فئتين من المستخدمين:

- الفئة الأولى: من وقعوا في المخدرات وأعمارهم من سن (18) فما فوق (الكبار).

- الفئة الثانية: من وقعوا في المخدرات وأعمارهم أقل من سن (18) سنة (المراهقون، ولهم أيام مستقلة تختلف عن أيام المراجعين الكبار).

وتشترط الوحدة للالتحاق في برامجها ما يلي:

1- أن يكون الملتحق محولاً من أقسام التنويم بعد انتهاء فترة علاجه، أو محولاً من العيادات الخارجية أو الطوارئ، وذلك بالنموذج المعتمد لدى الوحدة.

2- أن يكون المستفيد لديه دافعيه للمراجعة والانتظام في الحضور للبرامج العلاجية.

3- أن تكون حالته مستقرة (لا يوجد لديه أي اضطرابات أو أعراض ذهانية).

4- القبول بالعقد العلاجي الخاص بالوحدة والتوقيع عليه.

وتقدم برامج وحدة الرعاية اللاحقة على عدة صور منها:

جلسات جماعية "ثلاث جلسات يومية مع أحد أعضاء الفريق المعالج (الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، مرشد علاج الإدمان، المرشد الديني) بحيث يكون في نهاية الأسبوع قد أتم المراجع الجلوس مع كافة الفريق المعالج".

ويكون محتوى الجلسات للأخصائي الاجتماعي مناقشة:

1- العوامل الاجتماعية المؤدية إلى التعاطي.

2- الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات.

- 3- كيف تكسب ثقة الأسرة.
 - 4- دور الأسرة في العلاج (النسق الأسري).
 - 5- الصداقة والصديق.
 - 6- المهارات الاجتماعية في الحياة.
- أما محتوى الجلسات للأخصائي النفسي فهي:
- 1- الضغوط النفسية.
 - 2- كيف نحل المشاكل.
 - 3- الصحة النفسية.
 - 4- توكيد الذات (المشكلات التي تواجه الشخص غير المؤكد لذاته).
 - 5- طرق تعديل السلوك (زيادة السلوك الإيجابي وتقليل السلوك السلبي).
 - 6- آليات الدفاع النفسية.
- في حين أن محتوى الجلسات لمرشد علاج الإدمان تتمثل بـ:
- 1- الإدمان.
 - فقدان السيطرة وعدم تدبير الحياة.
 - الإنكار والتقبل.
 - واجب يقوم به المريض (كتابة قصة إدمانه والمراحل ومناقشته في المجموعة).
 - أعراض ما بعد الانسحاب الحاد PAWS.
 - 2- التعرف على المشاعر وكيفية التعامل معها.
 - 3- مراحل التعافي (ويتم استخدام النموذج التطوري وتغطي المرحلة الثانية والثالثة).
 - مرحلة الاستقرار.
 - المرحلة المبكرة في التعافي.
 - 4- منع الانتكاس.
 - تعريف عملية الانتكاس.
 - عوامل الانتكاس والعلامات المنذرة بالانتكاس.
 - الوقاية من الانتكاس.

5- أهمية برنامج الدعم الذاتي.

ويتخلل هذا البرنامج جلسات فردية "يقوم بها المتابع الرئيسي للحالة، وتعتمد الجلسات الفردية على نوع الحالة والخطة العلاجية الموضوعة سواء من ناحية عدد الجلسات ومحتواها أو بناء على ما تتصف به شخصية المدمن أو مدى إيمانه على ألا يقل عدد الجلسات لكل مريض عن جلسة واحدة أسبوعياً للمتابعة، مع عرض الحالة كل فترة على الفريق المعالج (سيتم شرحه في الخطة العلاجية) ومتابعة تطور الحالة، وفي حالة الحاجة لتدخل تخصص آخر يحوله المتابع الرئيسي له، وبعد ذلك يرجع للمتابع الأصلي".

ويتخلل ذلك - أيضاً - جلسات أسرية مع أسر المرضى لتوعيتهم بكيفية التعامل المناسب مع المريض، كذلك توعيتهم بأضرار المخدرات.

ويصحب برنامج الرعاية اللاحقة برامج أخرى تصنف كالتالي:
أولاً: برامج داخلية: دورات الحاسب الآلي، دورات اللغة الإنجليزية، اجتماع الفريق المعالج مع المراجعين (الخيمة)، نشاط رياضي ثقافي (الصالة الرياضية).

ثانياً: برامج خارجية: رحلات (تقوم الوحدة بعدة رحلات ومنها رحلة حج، رحلة عمرة، رحلات اجتماعية ترفيهية في مدن المملكة)، زيارات (تقوم الوحدة بعدة زيارات للأماكن التي تفيد المراجعين من جميع الجوانب).

وتقدم في الفترة المسائية:

1- استراحة الإرشاد الديني.

2- خيمة الدعم الذاتي.

ويتم تقديم برامج الرعاية اللاحقة خلال فترات زمنية متفاوتة، فعلى سبيل المثال: يقضي المراجع كبير السن في برنامج وحدة الرعاية اللاحقة (ستة أشهر) وتكون على النحو التالي:

المرحلة الأولى: ثلاثة أشهر، ثلاثة أيام في الأسبوع.

المرحلة الثانية: ثلاثة أشهر، يوم واحد في الأسبوع.

أما بالنسبة للمراهقين فلهم يوم واحد في الأسبوع ويقضي المراجع الوقت الذي يقرره الفريق المعالج حسب حالته مع المشاركة في أنشطة الوحدة.

وقد وضعت وحدة الرعاية اللاحقة خطة علاجية على النحو التالي:

1- يستقبل التمريض المراجع المحول للوحدة ويتم عرضه على المنسق الإداري وذلك للمقابلة الأولية للمراجع، ويتم في المقابلة تحديد مدى مطابقة الشروط الخاصة بالالتحاق ببرنامج الوحدة على المراجع، وبعد ذلك يتم شرح البرنامج العلاجي للمراجع لتوضيح البرنامج له وأهمية المتابعة والانتظام في الحضور، كذلك توقيع العقد العلاجي بين المراجع والمنسق الإداري وإعطاء المراجع صورة من الجدول العلاجي الذي سوف يلتزم به وموعد لمقابلة ثانية مع المنسق الإداري (كرت موعد) لدخول البرنامج، وبعد ذلك يتم تحديد المتابع الرئيسي الذي سوف يستلم متابعة المراجع وإعطاءه موعداً لمقابلته.

2- بعد لقاء المتابع الرئيسي ودخول المراجع في البرنامج، يعرض المتابع الرئيسي الحالة في أقرب اجتماع مطول مع الفريق المعالج وبعد ذلك تتم متابعة التطور في الحالة ويعرض للمتابعة بعد أسبوعين من تاريخ عرضه الأول (المتابعة الأولى) وبعد ذلك يتعرض للمتابعة أيضاً بعد شهر من تاريخ عرضه (المتابعة الثانية) ويعرض بعد شهرين من تاريخ عرضه (المتابعة الثالثة) لكي يتم تحويله للمرحلة الثانية من العلاج "اليوم الواحد".

3- بعد دخول المراجع في المرحلة الثانية من البرنامج العلاجي (ثلاثة أشهر يوم واحد - الأحد) تختصر المتابعة على المقابلات الفردية مع المتابع الرئيسي مع عرضه عند الحاجة على الفريق المعالج.

إجراءات ودور الأخصائية الاجتماعية في الرعاية والمتابعة

1- إذا احتاج المعالج الرئيسي إلى معلومات من أسرة مريض (نساء) تكلف الأخصائية الاجتماعية بالاتصال على الأسرة، وجمع المعلومات والتوعية والتنقيف لهم ومقابلتهم عند الحاجة.

2- حضور الجلسات الأسرية مع المتابع الرئيسي في حال وجود نساء.

3- إذا طلبت أسرة مريض (نساء) مقابلة المتابع الرئيسي تتم المقابلة بحضور الأخصائية الاجتماعية.

4- وإذا احتاجت الحالة إلى العلاج الأسري (حسب ما يراه الفريق المعالج) يتم التنسيق بين الأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية لتحويل الحالة إلى أخصائية العلاج الأسري.

الإجراءات في حالة الغياب:

فترة الثلاثة أشهر الأولى:

1- في حالة غياب المراجع يوماً إلى يومين تتم مناقشته من قبل المعالج الرئيسي.

2- في حالة غياب المراجع ثلاثة أيام لا يدخل البرنامج حتى تتم مقابلة المعالج الرئيسي.

3- في حالة تغيب المراجع أكثر من ثلاثة أيام يقوم المتابع الرئيسي بالاتصال بالمراجع وحثه على حضور الجلسات.

4- في حالة تغيب المراجع لمدة شهر كامل أو أكثر، تتم مناقشة أمره في اجتماع الفريق المعالج لإجراء اللازم.

فترة الثلاث أشهر الثانية:

1- في حالة غياب المراجع ليوم واحد لا يدخل البرنامج حتى يقابل المعالج الرئيسي.

2- في حالة غياب المراجع يومين أو أكثر، يتم الاتصال به من قبل المعالج الرئيسي.

3- في حالة تغيب المراجع لمدة شهر كامل أو أكثر، تتم مناقشة أمره في اجتماع الفريق المعالج لإجراء اللازم.

إجراءات الاستبعاد من البرنامج:

1- ثلاثة تحاليل إيجابية.

2- عدم الانتظام في البرنامج.

3- في حالة غيابه لمدى شهرين دون عذر.

4- ارتكاب ما يخل بالعقد العلاجي.

علماً بأنه سيتم اتخاذ الإجراءات والتدخلات العلاجية اللازمة قبل إنهاء البرنامج.

كما أن الاستبعاد يعني: تحويل المراجع إلى العيادات الخارجية أو الطوارئ.

نقاط مهمة للمعالجين:

1- المعايير الخاصة بتحويل المراجع من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية هي:

أ- التقدم في سير البرنامج العلاجي الفردي.

ب- حضور البرامج الداخلية والخارجية.

ج- المشاركة والتفاعل في الجلسات الجماعية.

د- سلبية التحاليل.

هـ- حسن السيرة والسلوك في الوحدة.

ملاحظة: يتم اتخاذ القرار بشأن المراجع جماعياً مع الفريق المعالج.

2- إذا رأى المعالج بأن يطول برنامج المراجع أكثر من ستة أشهر يناقش ذلك مع الفريق المعالج ويكون القرار جماعياً.

3- تتم متابعة المراجعين المحولين من أعمالهم بالتعاون بين المتابع الرئيسي والمنسق الإداري.

4- يتم توزيع الحالات بالتساوي بين المعالجين من قبل المنسق الإداري بعد المقابلة الأولية كالتالي:

أ- المرضى الذين يتم تحويلهم وتوقيع العقد العلاجي معهم يوم السبت والأحد يعطون موعداً يوم الاثنين مع المتابع.

ب- المرضى الذين يتم تحويلهم وتوقيع العقد العلاجي معهم يوم الاثنين والثلاثاء يعطون موعداً يوم الأربعاء مع المتابع.

- ج- المرضى الذين يتم تحويلهم وتوقيع العقد العلاجي معهم يوم الأربعاء يعطون موعداً يوم السبت مع المتابع.
- 5- يقوم المنسق الإداري بتحديث جدول المتابعة وأسماء المرضى كل أسبوع.
- 6- بالنسبة للجلسات الجماعية يجب الالتزام بالمواعيد الدقيقة للجلسات من قبل الفريق المعالج، وذلك حسب الجدول (45) دقيقة لكل جلسة بحيث تؤخذ بعين الاعتبار مواعيد راحة المراجعين بين الجلسات، كذلك عدم السماح للمراجعين بالدخول بعد مضي (5) دقائق من دخول المعالج، وعدم السماح للمراجعين بالخروج من الجلسة إلا في حالات يقدرها المعالج.
- 7- أن يكون المحتوى العلمي للجلسات الجماعية يغطي ست جلسات متتالية غير متكررة كل حسب تخصصه.
- 8- يقوم التمريض بالوحدة بالمرور على الأقسام الداخلية وتعريف المرضى بدور وحدة الرعاية اللاحقة في علاج الإدمان، مرة كل أسبوع.
- 9- يتم إبقاء ملفات المراجعين المنقطعين عن البرنامج لمدة شهرين وبعد ذلك يتم إغلاق الملف في الوحدة، وفي حالة حضور المراجع بعد هذه المدة يحتاج إلى إحضار نموذج تحويل للوحدة من جديد، كما يتم تحويل ملف المراجع إلى السجلات الطبية في حالة إنهاء البرنامج سواء أكان استبعاداً أو إنهاء البرنامج بنجاح.
- 10- الحرص على السرية في التعامل مع المراجعين وسرية المعلومات الخاصة بهم، وعدم إعطاء أي معلومات عن المريض لأي إدارة داخلية أو جهة خارجية إلا بما يقتضيه النظام.
- 11- العمل كفريق معالج واحد والتعاون مع الزملاء في كل ما من شأنه تطوير العمل وتقديم الخدمة العلاجية المميزة التي تسعى لها إدارة المجمع والعاملون فيه.
- طبق مجمع الأمل في الدمام فكرة منزل منتصف الطريق المستوحى من النظام الأمريكي والمسماة بالـ (Halfway House) وطبقت

هذه الفكرة في المملكة العربية السعودية لمساعدة المتعافين بما يتمشى مع عادات وقيم الدين ومن أهداف هذا المنزل:

- 1- توفير جو صحي للمتعافين.
- 2- مساعدة المتعافي على حضور برامج وحدة الرعاية المستمرة والمتابعة بها.
- 3- مساعدة المتعافي على اتباع الأنظمة والقوانين التي سوف تواجهه في حياته المستقبلية.
- 4- مساعدة المتعافي في الاعتماد على نفسه بدلاً من اعتماده على الغير بعد اعتماده على الله عز وجل وتحمل المسؤولية.
- 5- مساعدة المتعافي على تكوين علاقات إيجابية جديدة.
- 6- مساعدة المتعافي على البدء في تعافيه من خلال إيضاح مفهوم التعافي كعملية تطويرية.
- 7- مساعدة المتعافي على فهم الظروف التي تعرضه لخطر الانتكاسة وكيفية تجنبها.
- 8- مساعدة المتعافي في التخطيط للاستفادة من أوقات الفراغ.
- 9- مساعدة المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه.
- 10- مساعدة المتعافي في كيفية التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها بصنع القرارات واختيار كل المناسب.
- 11- مساعدة المتعافي على تحسين العلاقات الأسرية والتعامل مع بعض المشاكل التي قد يواجهها.
- 12- مساعدة المتعافي على إعادة انخراطه في المجتمع وتحسين علاقاته.
- 13- مساعدة المتعافي على إيجاد عمل ومسكن وتكوين نفسه بنفسه حتى يصبح عضواً فعالاً.
- 14- مساعدة المتعافي على حضور مجموعات الدعم الذاتي.

والمنطلق العلمي الواقعي لإقامة منزل منتصف الطريق، كون العودة إلى الحياة الطبيعية بالنسبة للمتعافي من الإدمان يستغرق فترة

طويلة، والتعافي عبارة عن عملية تطويرية، ويعني أن التعافي عملية نمو ونضج، وهذا التطور يبدأ بتعلم كيفية التوقف عن تعاطي الكحول والمخدرات، وتعلم كيفية التعامل مع شئون ومتطلبات الحياة.

ثانياً: الدراسات السابقة

بعد أن استعرض الباحث جملة من الدراسات السابقة حول تعاطي المخدرات والإدمان ورعاية المدمنين، وظاهرة العود إلى الإدمان، بحثاً عن المحاولات التي سبقت هذه الدراسة في الموضوع نفسه، اتضح للباحث أن معظم الدراسات السابقة لم تبحث في كفاءة برامج الرعاية والتأهيل في الحد من العود إلى الإدمان؛ لذا جاءت الدراسات التي اطلع عليها الباحث في محورين هامين هما:

المحور الأول: المخدرات مفهومها وأنواعها.

المحور الثاني: تعاطي المخدرات: أسبابه وسبل الحد منه.

وفيما يتعلق بتعاطي المخدرات ننطلق في هذا العرض للدراسات السابقة من تعريف المخدرات، حيث تشير الأدبيات إلى أنه لا يوجد أي تعريف للمخدرات في القوانين الوضعية، وفي ظل هذا التفاوت في التعريف لم يكن هناك قانون وضعي يؤكد حرمة المخدرات، فعلى سبيل المثال أبحاث هولندا الاستعمال الشخصي للحشيش، كما أبحاث أربع ولايات أمريكية استخدام وحياسة الحشيش في النطاق الشخصي. (النجمي، 1425هـ)

ويضيف النجمي (1425هـ) أن التفاوت في مفاهيم القانون الوضعي للمخدرات جعل جميع القوانين لا تدرج المستنشقات ضمن ما تسميه مخدرات، ولا يوجد أي ضابط لهذه القوانين الوضعية لتعريف المخدرات.

وذكر عيد (1425هـ) أن بداية التشريع لتحريم المخدرات في القانون الوضعي ضعيف، لكن أخذ يشتد تدريجياً كلما استفحل الداء وانتشر؛ لذا كانت الإستراتيجية المستخدمة في مكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات تقوم على قانون يتناول بالتجريم كافة صور الاتصال المادي والقانوني بالعقاقير المخدرة، ويضع تحت الرقابة جميع العقاقير المخدرة حسب آخر تعديل في الجداول المرافقة للاتفاقيات الثلاث الصادرة في شأن المخدرات، ويقرر لها عقوبة صارمة تصل في بعض الدول إلى الإعدام، وفي كثير من الدول إلى السجن المؤبد. ونذكر هنا اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير

المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام (1988م)، إذ تضع الاتفاقية بين نصوصها وجوب تكوين أجهزة للضبط والتحقيق والحكم يقوم عليها أناس يتسمون بالأمانة والنزاهة والكفاءة واحترام مبدأ سيادة القانون والالتزام بحماية حقوق الإنسان؛ فالإجرام لا ينزع عن المجرم إنسانيته.

وفي المملكة العربية السعودية يأتي تحريم وحظر تجارة المخدرات من منطلق إسلامي. إذ قال الله تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رَجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ) (المائدة:90)، وفي الحديث عن جابر بن عبد الله - رضي الله عنه أنه سمع رسول الله - صلى الله عليه وسلم - عام الفتح وهو بمكة يقول: "إن الله ورسوله حرم بيع الخمر والمنبه والخنزير والأصنام" (أخرجه البخاري في الصحيح).

وعن ابن عباس رضي الله عنهما قال: بلغ عمر أن رجلاً باع خمرًا فقال: قاتله الله، ألم يعلم بأن رسول الله - صلى الله عليه وسلم - قال: "قاتل الله اليهود حرمت عليهم الشحوم فجعلوها فباعوها" (أخرجه البخاري في الصحيح).

لذا فإن الدولة حظرت التجارة في المخدرات بأنواعها المختلفة؛ والاتجار فيها يعتبر خروجاً عن طاعة ولي الأمر الواجبة بنص الكتاب والسنة.

وحول حقيقة المواد المخدرة سواء أكانت مسكرة أم مخدرة أورد النجيمي (1425هـ) رأيين حول هذا الموضوع:

الرأي الأول: اعتبرها مسكرة كالخمر وترتب على تناولها كل أو معظم الأحكام المترتبة على تعاطي الخمر من عقوبة ونجاسة عينها وعدم جواز التداوي بها وغير ذلك، وممن قال بذلك الحافظ ابن حجر، والنووي، وابن تيمية، والزرکشي، وابن حجر المالكي، وغيرهم على خلاف بينهم في بعض الأحكام.

الرأي الثاني: اعتبرها مواد مخدرة وليست مسكرة؛ لذا أفردها بأحكام أخرى من ناحية العقوبة وعدم نجاسة عينها وجواز التداوي بها عند الضرورة والحاجة، وهذا مذهب جمهور الفقهاء من الشافعية والمالكية، والحنفية.

وحول أسباب لجوء المتعاطين إلى المخدرات يذكر الأصغر (1425هـ) أنه "بتحليل الأعمال العلمية التي تهدف إلى معرفة العوامل المؤدية إلى انتشار الظاهرة وإقبال الأفراد على تعاطي المخدرات يلاحظ أن الباحثين يظهرون في هذا المجال عوامل أساسية عديدة تتمثل أهمها بالعوامل النفسية التي توفر الاستعداد الذاتي لتقبل التعاطي، وبذلك تتضافر العوامل النفسية والاجتماعية في انتشار الظاهرة، بالإضافة إلى ما تظهره هذه الدراسات من أبعاد اقتصادية وسياسية ترتبط بالشروط الاقتصادية للدول المنتجة، وبتوظيف الظاهرة للصراعات السياسية في بعض الحالات".

والمخدرات من الناحية الاصطلاحية تعبير للدلالة على المواد الكيميائية التي يؤدي استخدامها إلى تغيير في المزاج أو الإدراك أو الشعور. ويساء استخدامها إلى درجة أنها تلحق الضرر في الفرد ومن ثم بالمجتمع.

وليس بالضرورة أن المخدرات مواد كيميائية فقد تكون مواد طبيعية أو مواد مصنعة، وهي أساساً مجموعة المواد التي تتسبب في إحداث حالة بديلة من الوعي بالإضافة إلى النعاس والنوم ومن أمثلتها الحشيش ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته، وبدائله الصناعية، وهذه المواد ومشتقاتها يؤدي تعاطيها إلى زيادة في القدرة الاجتماعية للفرد، مما يتطلب زيادة في الجرعة باستمرار وصولاً إلى الإدمان. (زيد، 1988م: 23)

ويعرف محمد أرناؤوط (1990م) المادة المخدرة بأنها "كل مادة، سواء أكانت خاماً أم مستحضرة، وتحتوي على منبهات أو مسكنات يمكن أن يؤدي استخدامها في غير الأغراض الطبيعية أو الصناعية إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يؤثر على الفرد والمجتمع ويترك أثراً ضاراً جسدياً ونفسياً واجتماعياً".

ويتفاوت تأثير المخدرات بتفاوت أنواعها، وقد صنفتها غنيم (1991م: 22) حسب فعاليتها إلى أربعة أنواع أساسية:

1- "المسكنات، وتستخدم في الأصل للأغراض الطبية لتهدئة التهيجات العصبية والألام التي يعاني منها المرضى بشكل عام، غير أن تعاطيها من قبل الأصحاء يجعلهم يعتادون عليها،

ويصبح استقرارهم الطبيعي وهدوء أعصابهم مشروطاً بالتعاطي، مما يخرج النفس عن طبيعتها ويجعلها أسيرة هذه المسكنات.

2- المهدئات، وهي تستخدم في الأصل أيضاً للأغراض الطبية، ولكنها مخصصة للأشخاص المصابين بالصرع، وللأشخاص المصابين بالأرق، أما في حال استخدامها بين الأصحاء فتؤدي إلى جعل هدوئهم واستقرارهم مرتبطاً بتعاطيها، وفي حال عدم التعاطي تضطرب الشخصية، وتبدو على المتعاطي معالم الإصابة بالصرع، أو الأرق وغيرها.

3- المنشطات، وهي تؤدي وظائف مختلفة عن المجموعتين السابقتين، ذلك أنها تعمل على تنشيط الدورة الدموية، وتقلل من الإحساس بالتعب أو الجهد الإضافيين، وغالباً ما يؤدي تعاطيها دون إشراف الطبيب إلى جعل الفرد يشعر بالتعب والأرق عند الحدود الدنيا في بذل الجهد إذا لم يتعاطها مجدداً، كما أن كثرة التعاطي تفقد الجسم الكثير من طاقاته لممارسة الجهد دون مسوغ في كثير من الأحيان.

4- المهلوسات: وهي من المخدرات الخطيرة على الصحة العامة بالنسبة لمتعاطيها فتسبب له الهلوسة والهستيريا وتدفعه إلى الخيال وتبعده عن الواقع، فيتخيل المتعاطي نفسه وكأنه طائر يطير في السماء أو يرى نفسه عظيماً من العظماء.

ويميز الجندي (1421هـ) بين أشكال عدة للإدمان على المخدرات فهناك ما يسميه بدمني الشوارع، وهم أكثر المدمنين عدداً وأكثر خطراً على المجتمع، وأغلبهم من الأحداث الذين لم يتكيفوا مع المجتمع وتخصصوا في مخالفة القانون، وتؤدي المحاكاة دوراً أساسياً في حدوث الإدمان بين هذه الشريحة وخاصة الصغار والمراهقين. وهناك المدمن العرضي الذي يعرف طريق الإدمان بالصدفة بعد استخدامه طبيياً، ثم أدمن عليه لأن لديه استعداداً له. وقد يندمج مع فئة المدمنين، ومن هذا النوع للإدمان العاملون في المجالات الطبية إذا كان لديهم استعدادات نفسية وعضوية مناسبة، غير أن شفاء هؤلاء من التعاطي أيسر من شفاء نظرائهم من النوع الأول.

ويضيف الجندي (1991م، ص60): "لا يستطيع الشخص المدمن التخلص من الإدمان بهذه البساطة، وخاصة من يتعاطى الأفيون أو أحد مشتقاته كالمورفين والهيروين، بسبب أن المخدر يدخل في العمليات الكيميائية في الجسم ويصبح المدمن بحاجة مستمرة إلى زيادة الجرعة للحصول على الأثر النفسي المطلوب".

ويجدر بنا هنا أن نعرض لتقرير منظمة الصحة العالمية لعام (1969م) الذي يشير إلى أن حالة التخدير حالة نفسية، وفي بعض الأحيان جسدية تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي وبين المخدر، وتقترب باستجابات سلوكية تدل على أن المتعاطي يندفع إلى تناول العقاقير بصفة مستمرة أو على فترات متقطعة بغية الوصول إلى المتعة التي يسببها التعاطي، والمرور بخبرة هذه الآثار. وقد يأتي الإقبال على التعاطي أيضاً بقصد تجنب الشعور بعدم الارتياح الناجم عن عدم التناول. (غياري، 1991م، ص9)

ويرى شمس (د.ت) أن التعاطي يقوم على حالتين أساسيتين هما الاعتماد النفسي والاعتماد العضوي. والاعتماد النفسي ينطلق من تقبل المخدر والشعور بما يولد من ارتياح يحقق من خلاله اللذة المنشودة وتجنب الاضطرابات والقلق. أما الاعتماد العضوي المستوى الذي يصل إليه الجسم وقد تكيف مع تعاطي المخدر واعتاد عليه، وفي حالة الامتناع عن التعاطي يصاب الفرد باضطرابات وظيفية الجسم وأزمات نفسية شديدة تظهر على شكل أنماط سلوكية. وبذلك نجد أنه تظهر على المدمن سمات خاصة ممثلة في:

- 1- الرغبة الملحة في استمرار تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة.
- 2- تميز التعاطي عنصري الاعتماد النفسي والاعتماد العضوي.
- 3- تناول الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على المخدر، مع أن بعض المدمنين يبقى على جرعة ثابتة في كثير من الحالات.
- 4- ظهور أعراض نفسية وجسدية مميزة لكل نوع من أنواع المخدرات عند الامتناع عنه فجأة.

وحول حجم ظاهرة تعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان ذكر أبو عمية (1919م، ص150) في دراسته بعنوان حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات. ما خلصت إليه الدراسة على النحو التالي:

- كان متوسط عدد المقبوض عليهم سنوياً (3664) شخصاً كان أغلبهم من المتعاطين الذين بلغ متوسطهم (1990) شخصاً ومن المروجين (1229) شخصاً، ومن المهربين (445) شخصاً وذلك لمختلف أنواع المخدرات.

- يصل الإنفاق الشهري على المخدرات في مدينة واحدة في المتوسط إلى حوالي (662850) دولاراً، أي ما يقارب سبعة ملايين ونصف المليون دولار في العام الواحد.

- تصل نسبة الموظفين في القطاعين العام والخاص إلى (51%) من المروجين بحسب إجابات المقبوض عليهم من هذه الفئة.

- سعر الكيلو غرام الواحد من الحشيش يراوح بين (2052) دولاراً و(2969) دولاراً بحسب تقدير المتعاطين والمروجين، وسعر الكيلو من القات يراوح بين (50 – 116) دولاراً. وقيمة حبة الهلوسة بين (3 – 7.2) دولاراً في المتوسط العام، أما سعر الغرام الواحد من الكوكاين فهو يراوح بين (97 – 181) دولاراً، أما الأفيون ومشتقاته فيصل إلى سعر الغرام الواحد (372) دولاراً.

- متوسط الإيرادات الشهرية للمخدرات تبلغ بالنسبة إلى المروجين (365187) دولاراً من الحشيش و(040934) دولاراً للكوكاين، و(25047) دولاراً للأفيون، و(58849) دولاراً للهيروين، و(250900) دولاراً للقات، وأخيراً (3552) دولاراً لحبوب الهلوسة.

ومع هذه الإحصائية لإيرادات ترويج المخدرات، يتضح حجم الفئة التي تتعاطى المخدرات مؤيدة بما ذهب إليه بدر (1987م) حيث أورد بعض البيانات المتعلقة بالنزلاء المحكومين بقضايا تتصل بالمخدرات في المملكة العربية السعودية خلال عامي (1398 – 1399)، وفيه يلاحظ أن العدد الإجمالي للنزلاء قد ارتفع من (1039) نزياً إلى (1425) نزياً.

وإذا كان ما ذكر سالفاً من إحصاءات قديمة إلا أن دراسة عيد (1425هـ) أشارت إلى أن عدد المقبوض عليهم في الفترة من (1996م) حتى عام (2002م) (92696) ويؤكد عيد أن ذلك أكبر عدد قبض عليه خلال هذه الفترة.

وإن ارتفاع النسبة خلال الفترة الأخيرة مرتبط بالطبع بعوامل داخلية وخارجية تتعلق بالفرد نفسه وبطبيعة المخدر. فتوافر المخدر وانتشار تداوله بين طبقات المجتمع المختلفة وسهولة الحصول عليه يعد عاملاً أساسياً في دفع الأشخاص إلى استخدامه. ويشير الأصغر (1425هـ) إلى أن "طبيعة المادة المخدرة، بوصفها الأساس في عملية التعاطي، لا تشكل عاملاً كافياً، على الرغم من ضرورتها، وغياب إمكانية انتشار الظاهرة بدونها، ذلك أن الخصائص والصفات التي يحملها الناس، وتباين هذه الصفات بينهم يجعل بعضهم يقبل على التعاطي بقوة مع ظهور المادة المخدرة، ويمنع بعضهم الآخر من ذلك على الرغم من وجود المادة نفسها. مما يدل على أن المادة المخدرة لا تشكل بحد ذاتها عاملاً من عوامل التعاطي بمعزل عن البيئة المحيطة، وبمعزل عن الإنسان نفسه.

ويؤكد علي القائي (1417هـ، 35) أن تعاطي المخدرات يبرز نتيجة "عدم التوازن في تأمين الاحتياجات أو كبتها، ويؤدي إلى الأخطار التي تهدد حياة الفرد، ومنها الانحرافات والمواقف غير المألوفة وغير المستساغة، وتظهر الآثار المترتبة على ضعف إشباع الحاجات في مستويات عديدة، منها ما يقع على الجسم مباشرة، ومنها ما يقع على الجانب الروحي في حياة الإنسان، ومنها ما يظهر في البعد السلوكي والأخلاقي، ومنها أيضاً ما يظهر في البعد الفكري والذهني، ومنها أخيراً ما يظهر في البعد العاطفي والوجداني".

وأثارت دراسة عبد السلام (1977م) الأسئلة التالية:

- ما هي العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان؟
- ما هي المتغيرات النفسية التي تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر؟
- ما هي المتغيرات النفسية التي تطرأ على المدمن عند تنفيذ برامج العلاج؟

ولقد توصل عبد السلام (1977م) من خلال دراسته إلى مجموعة من الافتراضات الأساسية منها:

أن الشعور بعدم الطمأنينة الانفعالية أكثر شيوعاً بين مدمني الأفيون. وأن مدمني الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة، وأن أعراض الانحراف السيكوباتي تشيع بين مدمني الأفيون أكثر من انتشار الأعراض الذهنية أو الأعراض العصابية، وأن الإدمان يبدأ في فترة المراهقة، وأن هناك علاقة طردية بين الإدمان والنشاط الجنسي، بالإضافة إلى فروق عديدة أخرى. وقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج التي يمكن ذكر أهمها على النحو التالي:

- المدمنون ينتمون إلى مستويات دنيا من الذكاء، كما أنهم ينتمون إلى الطبقات الدنيا من المجتمع.
- ينظر المتعاطي إلى المستقبل نظرة سلبية مضطربة نتيجة التراكم في المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعيشها والنتيجة بشكل أساسي عن مداومة الإدمان، وزيادة الإحساس في الأنا عنده.
- تتمثل صراعات بشكل أساسي بالامتلاك والنجاح وتحقيق المتعة.
- يعد الفقر بالنسبة إلى المتعاطي وفقدان القدرة الجنسية من أكثر مصادر القلق التي يعيشها.
- تنتشر الأمية بدرجة كبيرة بين المتعاطين، وهم يزاولون المهن اليدوية غير الفنية، وأنهم من أصحاب الدخل المحدود.

وللباحثة حصة يوسف (1421هـ، ص37) رأي يتعلق بمسئولية المتعاطي في بداية تعاطيه المخدر، وأن العوامل النفسية التي ذكرت في هذا الشأن تعرض العديد من الأفراد الذين لم يلجأوا إلى الإدمان نتيجة تعرضهم لتلك الحالات مما يشير - والحديث للباحثة - إلى وجود عوامل أخرى يمكن أن تكون عوامل مساعدة في انتشار هذا النمط السلوكي. وتشير الباحثة كذلك إلى أن "اللجوء إلى تعاطي المخدرات ليس إلا حيلة دفاعية لا شعورية يلجأ إليها الشخص كوسيلة للعلاج الذاتي لمواجهة كبتة وما يتعرض له من إحباط، ويتأكد ذلك خاصة مع من يعانون من اضطرابات في علاقاتهم بأنفسهم وأسرهم

والواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه، فهؤلاء لا يعانون من اضطرابات عميقة تشبه أعراض المرض النفسي، وقد تكون أكثر حدة، ولهذا فإن المتعاطي، أيًا كانت سماته الشخصية فهو يتعاطى المخدرات بحثًا عن حل لمشكلاته حتى ولو كانت بأساليب منحرفة".

وإن مثل هذا الطرح للباحثة حصة اليوسف نلحظه في دراسة سعد المغربي (1996م، ص16) "سيكولوجية تعاطي المخدرات" حيث طرح الباحث سؤالين أساسيين هما: هل تختلف شخصية المدمن عن شخصية غيره من الأشخاص الأسوياء غير المدمنين؟ ولم يقبل المدمن بقوة على الإدمان برغم النتائج الضارة الواقعة عليه وعلى بعض من يحيطون به؟

وقد توصل الباحث إلى أن الإقبال على التعاطي جاء في القسم الكبير منه إثر عمليات الصراع النفسي التي يتعرض لها الفتى والناجمة عن أنماط غير سوية من التنشئة الاجتماعية؛ والمتمثلة في العلاقات المختلفة مع الأب التي كانت تقوم على العقاب والقسوة والإهمال والإحباط الشديد والخوف وخيبة الأمل وعدم الثقة بالحياة والنظم الاجتماعية.

ويرى محمد مصطفى (1982م) أن مكن دوافع تعاطي الشباب للمخدرات ما يلي:

- سوء العلاقة بين الفرد ووالديه يؤثر على البنية النفسية في سن الرشد ويدفعه إلى تعاطي المخدرات عندما يعجز عن التخلص من هذا الاعتماد على والديه.

- اختلاف أسلوب التربية بين الوالدين يؤثر على نفسية الأبناء ويدفعهم إلى تعاطي المخدرات.

ويرى الباحث أن المدمن يعاني بالفعل من مشكلة الاضطرابات وفقدان الهوية.

ويتناول غباري (1991م) مبررات الإدمان مضيفاً عوامل أخرى أكثر حيوية وتأثيراً حيث يحدد أسباب الإدمان في خلل المستقبلات العصبية في خلايا الجسم، وخلل الهرمونات العصبية، ومحاولة إحداث التكيف البيولوجي للجسم، والهروب من الواقع المؤلم، والأمراض العقلية، واضطراب الحب وعدم إشباع الرغبات، وفقدان

الشعور بالثقة، وضعف الذات، والانحراف في إشباع الدوافع والرغبات، والمشاعر السلبية إزاء الآخرين والأعراض النفسية والدافع الجنسي وغيرها.

ومن المنطلق الاجتماعي يشير الأصغر (1425هـ) إلى أن العوامل الاجتماعية بمثابة البيئة التي يمكن أن تنمو من خلالها عوامل إقبال الفرد على عملية التعاطي، ويمكن أن تكون عاملاً أساسياً من عوامل ضبط السلوك والحد من انتشار الظاهرة بصرف النظر عن طبيعة العوامل النفسية التي تشكل دافعاً لا يقل أهمية؛ ذلك أن عملية التنشئة الاجتماعية والتربية والنظم الاجتماعية المعبثة بتفاعل الفرد يمكن لها أن تلبي حاجاته الأساسية وتساعد في الوسائل التي يستطيع من خلالها تجاوز المشكلات والتحديات الاجتماعية المحيطة به. وإن التناقض في البنى الاجتماعية نتيجة تداخل الثقافات أحدث خللاً في اتساق القيم الاجتماعية، وضعفاً في الوازع الديني، ولعل هذه المتغيرات دوافع قوية لتعاطي المخدرات.

ويرى السيد (1418هـ) تشابه الدوافع والظروف التي تدفع أبناء الدول العربية للبدء في تعاطي المواد المخدرة، وكذلك الدوافع والظروف التي تمنع أو تقي من تعاطي المخدرات.

وتشير دراسة السيد (1418هـ) إلى أن التعاطي اقترب مع ارتفاع مستوى التحمس للدراسة، ومع المستوى المرتفع والمتوسط في التحصيل الدراسي. ومع المستوى المتوسط من التدين. كما ربط تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية بارتفاع درجة الخبرة بالمواد المخدرة الأخرى. وقد تمثلت أهم ظروف التعاطي لأول مرة في كل من المناسبات الاجتماعية وصحبة الأصدقاء. أما أسباب التوقف عن التعاطي فهي من حيث ترتيبها تعود لإدراك ضررها صحياً، ولأسباب دينية، وللخوف من الأهل.

وقد حدد السيد (1418هـ) ثلاثة أنماط ثقافية ارتبطت بتعاطي المخدرات هي:

- ارتباط ارتفاع المستوى الثقافي للوالدين، وارتفاع مستوى الطموح بين التلاميذ، ومستوى تحصيلهم الدراسي، بانخفاض الإقبال على تعاطي المواد المخدرة.

▪ ارتباط المستوى التعليمي والاجتماعي للوالدين وارتفاع مستوى الطموح بين الأبناء وتقومهم بارتفاع الإقبال على تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية.

▪ ارتباط المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط للوالدين والمستوى المتوسط للتحصيل الدراسي والمستوى المتوسط للتدين بتعاطي المخدرات.

ولقد توصل بدر (1987م) في دراسته عن مجموعة العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات إلى أن أكثر من (38%) من أفراد عينة بحثه المطبق في سجن بريدة اندفعوا إلى تعاطي المخدرات بتأثير الأصدقاء و(10.5%) بدافع التقليد، بالإضافة إلى (14%) بسبب اعتقادهم بفائدتها. ويستنتج بدر أن العوامل الاجتماعية تحظى بالدور الأكثر تأثيراً في اندفاع الفرد نحو التعاطي.

وهنا نورد تصنيف هيئة الأمم المتحدة لمجموعة العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات بصورة واضحة في معظم المجتمعات، ومن ذلك رفاق السوء والجهل والشعور بالغربة والتغيرات في البنية الاجتماعية والتحضر والبطالة وانتشار الثقافات الفرعية. (هيئة الأمم المتحدة، 1408هـ، ص31).

وفي مجال العلاج والوقاية من تعاطي المخدرات رسمت الخطط والإستراتيجيات وأقيمت دور الرعاية والمصحات السوية. ورغم كل ما عمل وقدم إلا أن الدراسات تحاول إيجاد سبل أكثر كفاءة وأكثر فعالية للحد من هذه الظاهرة وحسن التعامل مع المرضى.

ولقد تعددت طرق العلاج من قناعة القائمين عليه بأن العلاج ممكن حيث يرى غباري (1991م، ص55) أن الإدمان له علاج، وكل مدمن يمكن علاجه وشفائه ما عدا الشخصية السيكوباتية، فلها ظروفها الخاصة التي تمنع إمكانية معالجتها بالطرق التي تعالج بها مظاهر الإدمان المختلفة بالنسبة إلى الأشخاص العاديين. إلا أن غباري يؤكد أن علاج المدمن وإنقاذه من خطر المخدرات يحتاج إلى وقت ونفس طويل، وعمل بلا ملل أو كلل. ويضع غباري مراحل العلاج في أربع خطوات، ويؤكد في المرحلة الأولى أن العلاج الحقيقي للإدمان "يرتبط

بعلاج الأسباب المؤدية إليه، والتي تختلف نسبياً من شخص إلى آخر. فالتشخيص الموضوعي لأسباب الإدمان يعد خطوة أساسية وضرورية في المعالجة، والشخص الذي اندفع إلى الإدمان لاعتبارات نفسية لا بد أن تعالج المسائل النفسية بالنسبة له، والشخص الذي اندفع إلى التعاطي بسبب رفاق السوء لا بد أن يأخذ العلاج هذه المسألة ويبنى عليها ما ينبغي من إجراءات تأخذها بعين الاعتبار.

وفي المرحلة الثانية تلعب الشخصية الأقرب للمريض دوراً فاعلاً في عملية العلاج. ذلك أن الثقة التي يتمتع بها من قبل المريض المتعاطي تجعله شديد الصلة به.

والمرحلة الثالثة تتعلق بمقدار الشعور بالحب من قبل الناس المحيطين به.

والمرحلة الرابعة تتعلق بتعزيز مشاركة أو مساعدة المريض نفسه لمحاولة الإقلاع، فالإرادة والرغبة في التخلص من شرور المخدرات من منطلق ديني وقناعة بضرره النفسي والصحي، ورغبة في الانخراط في مجتمعه بصورة مشرفة.

ويرى الرميح (د. ت) أن الخطوات الرئيسية لتأهيل المدمنين على تعاطي المخدرات هي:

- الدراسة الاجتماعية لحالة الشخص المدمن.
- التشخيص الطبي والنفسي.
- الإعداد البدني لاستعادة الفرد لقدراته الجسمية.
- التوجيه المهني المتمثل بمعاونة الشخص على فهم حقيقة مشكلته ومساعدته على التكيف مع الوضع الجديد واختيار المهنة المناسبة له.
- التدريب على العمل المناسب، ويتضمن التدريب العملي والتدريب البدني.
- الخدمات الاجتماعية اللازمة للمدمن كإعانة الأسرة وتوفير الأدوات اللازمة، وتأمين الحاجات الضرورية.

ويرى الأصغر (1425هـ) أنه "لا تختلف الأطر العامة لعلاج حالات الإدمان كثيراً بين الباحثين، ويمكن إيجاز المراحل الأساسية في عملية العلاج بالشكل التالي:

المرحلة الحرجة، ويكون فيها العلاج عضوياً بالدرجة الأولى، وتقع مسئوليتها على الطبيب الذي يهدف إلى استئصال المخدرات من جسم المريض، والآثار العضوية التي تركها التعاطي في جسمه. وتأتي مساهمات الأخصائي النفسي بالدرجة الثانية، حيث تكمن مهمته في تحقيق عملية التكيف مع الذات، ذلك أن المريض كان يحقق هذه العملية من خلال تعاطيه للمخدرات، أما مع انقطاع التعاطي فتصبح عملية التكيف أكثر صعوبة، مما يجعل للأخصائي النفسي دوراً رئيسياً في هذه المرحلة، التي تطول أو تنقص تبعاً لدرجة التعاطي، ونوعية المخدرات، وعمر المريض.

مرحلة العلاج النفسي، وتأتي بعد أن يتخلص الجسم تماماً من الآثار العضوية للتعاطي، وتبقى الآثار النفسية التي تتمثل بالميل إلى مراحل التكيف التي كانت تتحقق بفعل التعاطي، والحنين إليها. وتقع هذه المرحلة بالدرجة الأولى على الأخصائي النفسي، مع مساهمات الطبيب عند الضرورة، وخاصة إذا ما لوحظت أية انتكاسات أو مشكلات جديدة. وتضاف إلى تلك المرحلة أيضاً مساهمات الأخصائي الاجتماعي الذي تقع على عاتقه مهمة إعادة التكيف الاجتماعي للفرد مع المحيط الذي يعيش فيه.

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

الأبعاد الدينية والأخلاقية في عملية التعاطي، من حيث التحري، والأضرار، وغيرها.

مرحلة العلاج الديني والثقافي، وتكمن أهمية هذه المرحلة في كونها تشكل تنوياً للعمليات التي تم تنفيذها، فتخلص الجسم من سموم المخدرات، وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي للمريض مع نفسه والبيئة التي يعيش فيها يجعله يمتنع عن التعاطي. غير أن الظروف المحيطة به، والتي أصبحت مناسبة تماماً لعدم التعاطي. قابلة للتغير أمام التحديات المادية والثقافية التي يتعرض لها الأفراد بشكل عام، ولهذا فإن المريض الذي امتنع عن التعاطي لتحسن الظروف المحيطة به، ولقيام رعايته أحسن قيام، قد تنتكس أوضاعه، عندما تتبدل الظروف المحيطة به، كأن تزداد التحديات صعوبة، وتزداد المشكلات خطورة. وفي هذه الحالة قد تنتكس حالة المريض، ويعود إلى الإدمان مرة أخرى بأشد مما كان عليه. وفي ذلك تكمن أهمية التوجيه الديني والعلاج الأخلاقي من خلال تعزيز القيم الأخلاقية والمعايير الدينية، في شخصية المريض، الأمر الذي يجعله أكثر قدرة على مقاومة التحديات المحيطة به، وأكثر قدرة على تجنب الإدمان بالظروف المختلفة.

ثالثاً: التعليق على الدراسات السابقة:

يعد موضوع العود إلى الإدمان من المواضيع المقلقة ليس للمعنيين بعلاج وإعادة تكيف المدمن في المجتمع فحسب بل تعلقه بالمجتمع بأسره.

وتتعدد أسباب العود المرتبطة بأسباب التعاطي؛ لذا جاء استعراض الباحث للدراسات السابقة وفق هذا المفهوم. فمن البديهي أن يرصد الباحث الجوانب والعوامل المباشرة وغير المباشرة التي أدت إلى انتشار وتعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان. فجاءت دراسات - عرض بعض منها - تبحث في أسباب انتشار المخدرات في العالم العربي وأبرزت ذلك الانتشار بحقائق تتعلق بتداخل الثقافات واختلاف التشريع في حرمة المخدرات من مجتمع إلى آخر ومنها دراسة النجيمي (1425هـ) ودراسة عيد (1425هـ) ودراسة أرناؤوط (1990م) ودراسة الأصغر (1425هـ). وقد جسدت هذه الدراسات العوامل التي أدت إلى انتشار تعاطي المخدرات وكان هناك اتفاق تام حول العوامل التي أسهمت في رفع عدد المتعاطين.

ولم تغفل هذه الدراسات وغيرها الدور الاجتماعي والنفسي لانتشار التعاطي، والدراسة الحالية تستمد مبررات مشكلتها من خلال ما توصلت إليه الدراسات السابقة والتي استعرضت في هذا الفصل وخاصة الجانب الاجتماعي ودوره كعامل من عوامل لجوء الشباب إلى تعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان، وسوف تستمد هذه الدراسة عبارات أدائها البحثية من نتائج وتوصيات تلك الدراسات التي ما زال تبرير ظاهرة العود للمخدرات همماً يستدعي العديد من الدراسات، ولعل هذه الدراسة واحدة من تلك المحاولات.

وفي محور آخر تم تناول دراسات سابقة تناولت أسباب تناول المخدرات وسبل الحد من تعاطيها، وقد تنوعت الدراسات من حيث الزمان والمكان ونوع المخدر المستخدم، وتطرقت الدراسات إلى تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها على المتعاطي ودورها في العود إلى تعاطيها، ورد ذلك في دراسة غنيم (1991م) حيث صنفت المخدرات حسب معالجتها إلى أربعة أنواع، ودراسة أبو عمة (1919م) التي جسدت حجم المشكلة بالأرقام من خلال التجارة

بالمخدرات والدخول التي تمثل مدى انتشارها وتعاطيها في المملكة العربية السعودية، وقد دعم الباحث هذه الدراسات بتقارير هيئة الأمم المتحدة المتعلقة بتعاطي المخدرات على المستوى العالمي، وتتفق هذه الدراسة والتقارير مع الدراسة الحالية في حجم الظاهرة وأهمية دراستها من عدة جوانب.

اتفقت العديد من الدراسات على مراحل وأساليب العلاج التي حددت بالعلاج الديني والثقافي والاجتماعي والنفسي وكذلك الطبي. ومنها دراسة القائي (1417هـ)، المغربي (1996م)، مصطفى (1982م) شمس، الجندي (1421هـ)، السيد (1418هـ)، الأصغر (1425هـ). إلا أنه في الدور الاجتماعي كعامل لتعاطي المخدرات والذي اتفقت عليه معظم الدراسات سألقة الذكر نجد أن حصة اليوسف (1421هـ) تذكر في دراستها أن الدور الاجتماعي قد لا يكون ذلك الدور الكبير الذي يمكن أن يحمل الفرد على تعاطي المخدرات بدليل أن هناك من يواجه ضغوطاً اجتماعية مثل تلك التي يواجهها المتعاطي ولا يلجأ إلى تعاطي المخدرات، ومثل هذه الدراسة تفتح أفقاً للدراسة الحالية للكشف عن مدى دور الضغوط الاجتماعية ليس لتعاطي المخدرات فحسب بل في العود إلى تعاطي المخدرات.

ومثل هذه الدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية تكشف للباحث الأفق البحثية التي يجب أن يتناولها استكمالاً لما بحث من خلال الدراسات السابقة التي استعرضها الباحث، ولعل ظاهرة العود ودور مستشفيات الأمل الذي تناوله الباحث في الإطار النظري يحدد الأسس البحثية لهذه الدراسة التي ستكون أداة مشتقة من نتائج وتوصيات الدراسات السابقة التي استعرضها الباحث.

الفصل الثالث الإطار المنهجي للدراسة

- أولاً: منهج الدراسة
- ثانياً: حدود الدراسة
- ثالثاً: مجتمع الدراسة
- رابعاً: عينة الدراسة
- خامساً: أداة الدراسة
- سادساً: صدق أداة الدراسة
- سابعاً: إجراءات تطبيق الدراسة
- ثامناً: أساليب المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث

الإطار المنهجي للدراسة

يتناول الباحث في هذا الفصل منهج الدراسة، وحدودها ومجتمعها، وأسلوب اختيار عينة الدراسة، وخصائص أفراد عينة الدراسة، وفي الجانب التطبيقي يتناول الأسس العلمية والعملية لبناء أداة الدراسة (الاستبانة)، والإجراءات العملية في توزيعها إضافة إلى الإجراءات العلمية التي استخدمها الباحث في التأكد من صدق أداة الدراسة وثباتها والأساليب الإحصائية المختارة لتحليل بياناتها التي تم الحصول عليها.

أولاً: منهج الدراسة

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي لكونه منهجاً لتحليل المعطيات الواقعية الميدانية، حيث يقوم على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع. ويتم من خلال هذا المنهج وصف الظاهرة وصفاً دقيقاً كما وكيفاً، شاملاً التفسير والتحليل للوصول إلى حقائق عن الظروف القائمة من أجل تطويرها وتحسينها (عبيدات وآخرون، 2000م: ص219)

ويسعى الباحث من خلال تطبيق هذا المنهج إلى تجاوز حد جمع المعلومات لوصف الظاهرة وإلى تحليل العلاقات بين أبعادها المختلفة؛ من أجل تفسيرها وفهمها والوصول إلى استنتاجات الواقع المحيط بالظاهرة وتطويره (العساف، 1995م: ص186)

ثانياً: حدود الدراسة

لقد عمد الباحث إلى وضع حدود مكانية وزمانية وموضوعية لهذه الدراسة لكونها دراسة تسعى إلى مقارنة الظاهرة في موقعين.

أ- المجال المكاني

طبقت هذه الدراسة على مجمع الأمل في مدينة الرياض ومستشفى الأمل في مدينة الدمام.

ب- المجال الزمني

لقد تزامن التطبيق في الموقعين حيث كان الربع الأول من عام 1426هـ موعداً لتطبيق الدراسة.

ج- المجال الموضوعي

الموضوع الرئيس لهذه الدراسة هو ظاهرة العود للإدمان أسبابها وسبل علاجها من وجهة نظر المدمنين والأخصائيين الاجتماعيين.

ثالثاً: مجتمع الدراسة

انطلاقاً من مجال هذه الدراسة وهو ظاهرة العود للمخدرات وهي دراسة مسحية عينية على العاملين في موقعين هامين من مواقع الرعاية والعلاج هما مجمع الأمل في الرياض ومستشفى الأمل في الدمام فقد كان مجتمع الدراسة جميع الموقعين الذين تعرضوا للعود إلى الإدمان بعد العلاج، وكذلك جميع الأخصائيين الاجتماعيين في المجمعين المذكورين، وقد كان عدد العائدين إلى الإدمان في مجمع الأمل بالرياض (50) متعاطياً وفي مجمع الأمل في الدمام (120) متعاطياً.

أما بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين فقد كان حجم العينة في مجمع الأمل في الرياض (21) بينما كان عدد الأخصائيين في مجمع الأمل في الدمام (21) أخصائياً اجتماعياً.

رابعاً: عينة الدراسة

نظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة سواء العائدون إلى الإدمان أو الأخصائيون الاجتماعيون في المجمعين بالرياض والدمام، فقد تم اختيار مجتمع الدراسة بأكمله كعينة للدراسة.

جدول رقم (2)

حجم العينة في المجمعين الرياض والدمام

حجم العينة	الرياض	الدمام
أخصائيون اجتماعيون	21	21
يتعاطون المخدرات	50	120

خامساً: أداة الدراسة

بعد استعراض الأدبيات المتعلقة بهذه الدراسة وتحليلها ومن الظاهرة المراد معالجتها، قام الباحث بتصميم أدوات الدراسة وقد شملت استبيانين الأولى خاصة بالمتعاطين، والثانية خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين. وقد شملت كل أداة على بيانات تجيب على تساؤلات الدراسة المتمثلة في:

- 1- ما مدى فهم العاملين في مستشفيات الأمل للرعاية اللاحقة؟
- 2- ما مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الرياض؟
- 3- ما مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الدمام؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينتي الرياض والدمام؟
- 5- ما المقترحات والحلول التي يمكن من خلالها تلافي سلبيات برنامج الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً.

وقد شملت استبانة المتعاطين الجوانب التالية

الجزء الأول: المتغيرات الشخصية وتشمل:

العمر، المؤهل العلمي، الجنسية، الحالة الاجتماعية، المهنة، الدخل الشهري، مهنة ولي الأمر، مع من تسكن، نوع السكن، عدد مرات الدخول للمستشفى.

الجزء الثاني

في هذا الجزء تم تناول دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان وقد شمل هذا الجزء (33) عبارة.

الجزء الثالث

وشمل المحور المتعلق بمدى فهم العاملين في مجمع الأمل للرعاية اللاحقة، وقد تضمن المحور (17) عبارة تمثل مفاهيم الرعاية اللاحقة.

الجزء الرابع

تم فيه الاستفسار عن دور الأخصائي الاجتماعي في الحد من العود إلى الإدمان وشمل هذا المحور (19) عبارة.

أما استبانة الأخصائيين الاجتماعيين فقد شملت:

الجزء الأول: ويشمل البيانات الشخصية على النحو التالي:
العمر، الجنس، المؤهلات، الخبرات، الدورات التدريبية.

الجزء الثاني: ويتعلق بمفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين ويشمل (12) عبارة.

الجزء الثالث: يتعلق بدور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين.

واستخدم في أدوات الدراسة التدرج الخماسي "Likert Scale" (موافق تماماً، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق إطلاقاً). وأعطيت لها قيم على التوالي (5، 4، 3، 2، 1).

سادساً: صدق أداة الدراسة

1- الصدق الظاهري (صدق الأداة):

صدق الدراسة هو مدى تمكن أداة جمع البيانات أو إجراءات القياس من قياس المطلوب قياسه (عطفية، 1996م: ص260). بمعنى أنه إذا تمكنت أداة جمع البيانات من قياس الفرض الذي صممت لقياسه فإنها بذلك تكون صادقة، ويقصد بصدق الدراسة كذلك شمول أداة الدراسة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها (عبيدات وآخرون، 1997م: ص179)

والصدق الظاهري أحد أنواع صدق الأداة التي يعتمد عليها في القياس حيث إنه يعرف بقدرة المقياس على قياس ما ينبغي قياسه من خلال النظر إليه وتفحص مدى ملاءمة بنوده لقياس أبعاد المتغيرات المختلفة، بينما يعني صدق المحتوى قياس خصائص الشيء المراد قياسه (القحطاني وآخرون، 2000م، ص210-212) ولضمان صدق محتوى أداة جمع بيانات هذه الدراسة، فقد تم اتباع الخطوات التالية:

1- تمت مراجعة أدبيات الدراسة خلال الفصل الثاني ومن خلالها تم التوصل إلى الصيغة الأولى لأداة الدراسة.

2- بعد إعداد الصيغة الأولى لأداة الدراسة وفق محاورها التي تمثل تساؤلات الدراسة، قام الباحث بعرض أداتي الدراسة على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في كل من جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، وأخصائيين في القياس والتقويم وقد تفضل الجميع بإبداء ملاحظاتهم العلمية ومقترحاتهم حول الصياغة العامة للأداتين، وأخذ الباحث بهذه الملاحظات والمقترحات سعياً إلى الوصول إلى صيغة تحقق الأهداف المرجوة منها من خلال عرض واضح للعبارات. ومن الإجراءات التي اتخذها الباحث بناء على مقترحات المحكمين حذف العبارات التي لا تناسب الدراسة

2- الصدق البنائي:

للبحث في مدى الصدق البنائي لأداة الدراسة تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون "Pearson Correlation" بين درجة كل عبارة من عبارات محاور الاستبانة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وأظهر وجود علاقة ارتباط موجبة وقوية بين عبارات كل محور من محاور الدراسة والمحور الذي تنتمي إليه، مما يعطي مصداقية مرتفعة لبناء أداة الدراسة عند المستوى (0.01) مما يدل على الاتساق الداخلي بين جميع عبارات محاور أداة الدراسة. وذلك في أداتي الدراسة المطبقة على الأخصائيين والمدمنين كما في جداول (3، 4، 5، 6).

الاستبانة الخاصة بالمدمنين:

المحور الأول: (دور الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الأمل من وجهة نظر المدمنين):

الجدول رقم (3)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الأول والدرجة الكلية لهذا المحور

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.69(**)	3	0.56(**)	2	0.63(**)	1

(**)0.68	6	(**)0.55	5	(**)0.77	4
(**)0.73	9	(**)0.55	8	(**)0.57	7
(**)0.57	12	(**)0.31	11	(**)0.69	10
(**)0.51	15	(**)0.71	14	(**)0.55	13
(**)0.60	18	(**)0.50	17	(**)0.61	16
-	-	-	-	(**)0.60	19

** دالة عند (0.01)

* دالة عند (0.05)

المحور الثاني: (دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين):

الجدول رقم (4)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الثاني والدرجة الكلية لهذا المحور

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
(**)0.35	3	(**)0.39	2	(**)0.41	1
(**)0.47	6	(**)0.58	5	(**)0.41	4
(**)0.58	9	(**)0.58	8	(**)0.49	7
(**)0.50	12	(**)0.51	11	(**)0.51	10
(**)0.62	15	(**)0.57	14	(**)0.50	13
(**)0.58	18	(**)0.53	17	(**)0.58	16
(**)0.43	21	(**)0.52	20	(**)0.57	19
(**)0.59	24	(**)0.29	23	(**)0.57	22
(**)0.66	27	(**)0.57	26	(**)0.64	25
(**)0.44	30	(**)0.48	29	(**)0.55	28
(**)0.40	33	(**)0.41	32	(**)0.45	31

** دالة عند (0.01)

* دالة عند (0.05)

المحور الثالث: (دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين):

الجدول رقم (5)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الثاني والدرجة الكلية لهذا المحور

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
(**) 0.62	3	(**) 0.53	2	(**) 0.67	1
(*) 0.39	6	(**) 0.56	5	(**) 0.63	4
(**) 0.70	9	(**) 0.51	8	(*) 0.36	7
(*) 0.36	12	(**) 0.60	11	(**) 0.56	10
(*) 0.38	15	(*) 0.40	14	(*) 0.36	13
(*) 0.39	18	(**) 0.49	17	(**) 0.50	16
(*) 0.35	21	(*) 0.39	20	(*) 0.38	19
(**) 0.59	24	(*) 0.44	23	(*) 0.40	22
-	-	(**) 0.47	26	(**) 0.58	25

** دالة عند (0.01)

* دالة عند (0.05)

الاستبانة الخاصة بالأخصائيين:
 المحور الرابع: (مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين
 الاجتماعيين):

الجدول رقم (6)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الأول والدرجة الكلية لهذا
 المحور

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.50 (**)	3	0.63 (**)	2	0.55 (**)	1
0.50 (**)	6	0.38 (*)	5	0.46 (**)	4
0.51 (**)	9	0.48 (**)	8	0.39 (*)	7
0.66 (**)	12	0.39 (*)	11	0.60 (**)	10

* دالة عند (0.05) ** دالة عند (0.01)

الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ:

وتم حساب معاملات الثبات لألفا كرونباخ.

جدول رقم (7)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

معامل الثبات	عدد العبارات	المحور	
0.903	19	دور الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الأمل من وجهة نظر المدمنين.	الاستبانة الخاصة بالمدمنين
0.908	33	دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان.	
0.709	12	مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين.	الاستبانة الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين
0.862	26	دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين.	

سابعاً: إجراءات تطبيق الدراسة

بعد إجراءات التحكيم والاختبار لأداة الدراسة والتأكد من الصدق الظاهري والصدق البنائي ومعامل ثبات أداة الدراسة، قام الباحث بتطبيقها ميدانياً بعد أخذ الموافقات الرسمية للتطبيق في مجمعي الأمل في الرياض والدمام وقد تم التطبيق وفق الإجراءات التالية:

- 1- الحصول على خطاب تعريف بالبحث والباحث يفيد ارتباط البحث بدراسة الماجستير في كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 2- الحصول على موافقة سعادة وكيل وزارة الصحة على تطبيق الدراسة ميدانياً على أفراد العينة.
- 3- قام الباحث بنفسه بتوزيع أدوات الدراسة على مجتمع الدراسة في مجمعي الأمل بالرياض والدمام.
- 4- تمكن الباحث من استعادة (32) استبانة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين و (126) استبانة من قبل نزلاء المجمعين. وقد أخضعت تلك الاستبانات لتحليل الإحصائي.
- 5- قام الباحث بإدخال البيانات الخاصة بالاستبانات التي تمت استعادتها في الحاسب الآلي لتحليل بياناتها.

ثامناً: أساليب المعالجة الإحصائية:

بعد إدخال البيانات في الحاسب الآلي تمت معالجتها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وتم تطبيق العمليات الإحصائية التالية:

- 1- تم استخدام معامل ارتباط بيرسون "Pearson Correlation" للتأكد من الصدق البنائي لأداة الدراسة.
- 2- تم استخدام معامل ثبات الفاكرونباخ للتأكد من ثبات الاستبانة.
- 3- تم استخدام التكرارات والنسب المئوية للتعرف على استجابات أفراد العينة.
- 4- تم استخدام المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح) وهو من مقاييس النزعة المركزية. حيث إن المتوسط الحسابي من (3.50) (70%) إلى (5.00) (100%) يعني أنه عال وقوي، وإن المتوسط الحسابي من (2.50) (50%) إلى أقل من (3.50) (70.0%) يعني أنه متوسط، وإن المتوسط الحسابي أقل من (2.50) (50%) يعني أنه منخفض وضعيف. (حسن وآخرون، 1988م).
- 5- تم استخدام الانحراف المعياري وهو من مقاييس التشتت.
- 6- تم استخدام اختبار (ت) "T. Test" لبيان الاختلاف بين استجابات أفراد عينة الدراسة في متغيرات الدراسة الأساسية باختلاف خصائصهم الديموغرافية (الشخصية) عندما يكون المتغير مكوناً من فئتين فقط للوصول إلى ما تبينه الدراسة من فروق ذات دلالة إحصائية.
- 7- تم استخدام تحليل التباين الأحادي أي اختبار (ف) (One-way ANONA) لبيان الفروق بين استجابات أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية لهم من متغيرات الدراسة الأساسية للوصول إلى ما تبينه هذه الدراسة من فروق ذات دلالة إحصائية عندما يكون المتغير مكوناً من ثلاث فئات فأكثر.

8- تم استخدام مربع كاي (Chi-Square) لحسن المطابقة وذلك للتأكد فيما إذا كانت استجابات أفراد العينة موزعة بالتساوي على المقياس أم لا.

الفصل الرابع عرض وتحليل نتائج الدراسة

أولاً: خصائص عينة الدراسة
ثانياً: نتائج الدراسة

الفصل الرابع عرض وتحليل نتائج الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً، وذلك من خلال مدى فهم العاملين في مجمعي الأمل بالرياض والدمام ومدى تحقيق الرعاية اللاحقة بهما ودورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً. مع تلمس الفروق ذات الدلالة – إن وجدت – في تحقيقها للرعاية اللاحقة وإعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً.

ومن أجل تحقيق تلك الأهداف طورت الاستبانات المناسبة وطبقت بأسلوب علمي ومنهجي، بعد ذلك تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS Statistical Package for Social Sciences).

وتم تطبيق المقاييس والعمليات الإحصائية لتحليل نتائج هذه الدراسة.

وسيتناول هذا الفصل خصائص عينة الدراسة، والنتائج حسب تسلسل تساؤلات الدراسة:
أولاً: خصائص عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة من خلال المجتمع المستهدف بهذه الدراسة، وانطلاقاً من مجال هذه الدراسة وهو ظاهرة العود للمخدرات، فقد كان مجتمع الدراسة جميع المتعاطين الذين تعرضوا للعود إلى الإدمان بعد العلاج. وكذلك جميع الأخصائيين الاجتماعيين في المجمعين، وقد كان عدد العائدين إلى الإدمان في مجمع الأمل بالرياض خمسين متعاطياً (50 متعاطياً) وفي مجمع الأمل في الدمام مائة وعشرين متعاطياً (120 متعاطياً).

أما بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين فقد كان حجم العينة في كل من مجمع الأمل في الرياض والدمام واحداً وعشرون أخصائياً (21 أخصائياً).

وتم تصنيف خصائص عينة الدراسة على النحو التالي:
أولاً: عينة المدمنين:

1- العمر:

جدول رقم (8)

توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للعمر

العمر	الجهة			المجموع
	الرياض	الدمام	الجهة	
أقل من 30 سنة	30	25	ت	55
	%23.8	%19.8	%	%43.7
من 30 سنة فأكثر	18	53	ت	71
	%14.3	%42.1	%	%56.3
المجموع	48	78	ت	126
	%38.1	%61.9	%	%100

ويوضح الجدول رقم (8) توزيع أفراد عينة المدمنين وفق العمر حيث تبين أن نسبة (23.5%) من نزلاء مجمع الرياض أعمارهم أقل من 30 سنة، بينما ما نسبته في مجمع الدمام (19.8%) أعمارهم أقل من 30 سنة. وفي الجانب الآخر بلغت نسبة من أعمارهم من 30 سنة فأكثر في مجمع الدمام (42.1%) بينما في مجمع الرياض نسبة من أعمارهم 30 سنة فأكثر (14.3%). ونستدل من خلال هذا الجدول أن نزلاء مجمع الدمام الذين أعمارهم من 30 سنة فأكثر (42.1%) أكبر بكثير من نسبتهم في مجمع الأمل بالرياض حيث بلغت (14.3%) فقط.

2- الجنسية:

جدول رقم (9)

توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للجنسية

العمر	الجهة			المجموع
	الرياض	الدمام	الجهة	
سعودي	48	75	ت	123
	38.1	59.5	%	97.6
غير سعودي	0	3	ت	3
	0	2.4	%	2.4
المجموع	48	78	ت	126
	%38.1	%61.9	%	%100

في سمات المتعاطين في مجمع الرياض والدمام ورد سؤال حول جنسية المتعاطين ويوضح الجدول رقم (9) توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للجنسية، وقد بلغت نسبة المتعاطين من السعوديين في مجمع الرياض (38.1%) من حجم عينة الدراسة، ولم يظهر

الجدول وجود لغير السعوديين في مجمع الرياض، بينما بلغت نسبة السعوديين في مجمع الدمام (59.5%) من السعوديين و(2.4%) من غير السعوديين وهذه دلالة على أن أغلب المتعاطين والذين يخضعون للرعاية اللاحقة من السعوديين.

3- المؤهلات:

جدول رقم (10)
توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للمؤهلات

المجموع	الرياض	الدمام	المؤهل	
			الجهة	
31	12	19	ت	ابتدائي
24.6	9.5	15.1	%	
42	14	28	ت	متوسط
33.3	11.1	22.2	%	
37	14	23	ت	ثانوي
29.4	11.1	18.3	%	
16	8	8	ت	جامعي
12.7	6.3	6.3	%	
126	48	78	ت	المجموع
%100	%38.1	%61.9	%	

في البحث في متغير المؤهل الدراسي كأحد السمات لعينة الدراسة أوضح الجدول رقم (10) أن أعلى نسبة في مجمع الأمل بالدمام ممن يحملون مؤهل المرحلة المتوسطة حيث بلغت (22.2%) من حجم العينة بينما تساوت النسبة بين حاملي مؤهل المتوسط والثانوية في مجمع الأمل بالرياض (11.1%)، إلا أن هناك تقارباً في النسب بين مؤهلات التعليم العام، وتقل النسبة في المرحلة الجامعية حيث تساوت في المجمعين بنسبة (6.3%).

4- الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (11)
توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للحالة الاجتماعية

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			الحالة الاجتماعية	
67	22	45	ت	أعزب
53.2	17.5	35.7	%	
42	24	18	ت	متزوج
33.3	.19	14.3	%	
17	2	15	ت	مطلق
13.5	1.6	11.9	%	
126	48	78	ت	المجموع
%100	%38.1	%61.9	%	

في التعرف على الحالة الاجتماعية للمدمنين كمتغير يعتقد أن له تأثيراً في سلوك المتعاطي العائد إلى الإدمان وضح الجدول رقم (11) توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للحالة الاجتماعية على النحو التالي:

العزاب سجلوا أعلى نسبة (35.7%) في مجمع الأمل بالدمام بينما نسبة العزاب في مجمع الأمل بالرياض (17.5%) وأقل نسبة كانت للمطلقين حيث بلغت في مجمع الأمل بالدمام (11.9%) وفي مجمع الأمل بالرياض (1.6%) وربما تحمل المسؤولية كان له دور في تفاوت هذه النسب.

5- المهنة:

جدول رقم (12)
توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً للمهنة

المجموع	الرياض	الدمام	المهنة	
			الجهة	
42	12	30	ت	عاطل عن العمل
33.3	9.5	23.8	%	
39	26	13	ت	موظف حكومي
31	20.6	10.3	%	
16	6	10	ت	موظف قطاع خاص
12.7	4.8	7.9	%	
29	4	25	ت	متسبب
23	3.2	19.8	%	
126	48	78	ت	المجموع
%100	%38.1	%61.9	%	

في الجدول رقم (12) تم توزيع أفراد العينة من المدمنين تبعاً للمهنة على النحو التالي:

في الدمام (23.8%) عاطلون عن العمل بينما تقابلها بالرياض (9.5%) فقط. وتنعكس النسبة بين موظفي الحكومة حيث بلغت نسبة المتعاطين من العاملين في وظيفة حكومية بالرياض (20.6%) يقابلها (10.3%) من نفس الفئة بالدمام. كذلك ترتفع نسبة العاملين في القطاع الخاص والمتسببين في الدمام كما يلاحظ في هذا الجدول.

6- مهنة الوالد:

جدول رقم (13)
توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لمهنة الوالد

المجموع	الرياض	الدمام	مهنة الوالد	
			الجهة	
12	4	8	ت	عاطل
905	3.2	6.3	%	
29	16	13	ت	موظف حكومي
23.0	12.7	10.3	%	
28	4	24	ت	موظف قطاع عام
22.2	3.2	19	%	
41	22	19	ت	متسبب
32.5	17.5	15.1	%	
16	2	14	ت	متوفى
12.7	1.6	11.1	%	
126	48	78	ت	المجموع
100	%38.1	%61.9	%	

لاستكمال الصورة الاجتماعية للمتعاطي العائد للإدمان في مجمعي الأمل بالرياض والدمام عمد إلى معرفة مهنة والد المتعاطي كمتغير اجتماعي. واتضح - وإن كانت النسبة صغيرة - أن آباء العائدين للإدمان بالرياض ونسبتهم (17.5%) ممن يعملون بالأعمال الخاصة الصغيرة (متسبب). بينما بالدمام نسبة الآباء العاملين في القطاع العام أعلى (19%)، والنسب بين المهن الأخرى تكاد تكون متقاربة.

7- مع من تسكن؟

جدول رقم (14)
توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لـ "مع من تسكن"

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			مع من تسكن	
62	24	28	ت	الوالدين
49.2	19.0	30.2	%	
7	2	5	ت	الأب فقط
5.6	1.6	4.0	%	
11	0	11	ت	الأم فقط
8.7	0	8.7	%	
10	6	4	ت	مع أحد الأقارب
7.9	4.8	3.2	%	
6	2	4	ت	مع الأب وزوجة الأب (غير الأم)
4.8	1.6	3.2	%	
30	14	16	ت	بمفردك
23.8	11.1	12.7	%	
126	48	78	ت	المجموع
%100	%38.1	%61.9	%	

في توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين العائدين للإدمان وفق طبيعة إقامتهم ومرافقيهم في الإقامة اتضح في مجمع الدمام أن (30.2%) من المتعاطين العائدين للإدمان يسكنون مع والديهم. يليهم من يسكنون بمفردهم. في المقابل يتضح في مجمع الأمل بالرياض أغلب المتعاطين العائدين للإدمان ونسبتهم (19%) يسكنون مع والديهم يلي ذلك من يسكنون بمفردهم ونسبتهم (11.1%).

8- نوع السكن:

جدول رقم (15)
توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لنوع السكن

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			نوع السكن	
57	24	33	ت	فيلا
45.2	19.0	26.2	%	

12	2	10	ت	دور في فيلا
9.5	1.6	7.9	%	
45	20	25	ت	شقة
35.7	15.9	19.8	%	
12	2	10	ت	منزل شعبي
9.5	1.6	7.9	%	
126	48	78	ت	المجموع
%100	38.1	%61.9	%	

وحول السؤال عن نوع السكن جاء توزيع أفراد العينة من المدمنين العائدين إلى الإدمان في جدول رقم (15) أن أعلى نسبة بين الذين يسكنون في فيلا حيث بلغت نسبتهم في الدمام (26.2%) وفي الرياض (19%)، يلي ذلك من يسكنون في شقة ففي الدمام بلغت نسبتهم (19.8%) وفي الرياض (15.9%). وأقل نسبة كانت لمن يسكنون دور فيلا أو منزلاً شعبياً حيث بلغت نسبتهم في الدمام (10%) وفي الرياض (1.6%).

9- عدد مرات الدخول في مجمع الأمل:

جدول رقم (16)

توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لعدد مرات الدخول في مجمع الأمل

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			عدد مرات الدخول	
60	34	26	ت	مرة واحدة
47.6	27.0	20.6	%	
24	6	18	ت	مرتان
19.0	4.8	14.3	%	
12	2	10	ت	ثلاث مرات
9.5	1.6	7.9	%	
30	6	24	ت	أكثر من ثلاث مرات
23.8	4.8	19.0	%	
126	48	78	ت	المجموع
%100	%38.1	%61.9	%	

في مفهوم الرعاية اللاحقة تبرز أهمية معرفة عدد مرات دخول المتعاطي مجمع الأمل، ويوضح الجدول رقم (16) توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لعدد مرات دخولهم مجمع الأمل. أوضح الجدول أن نسبة من دخلوا المجمع لمرة واحدة في الرياض (27%) وفي الدمام (20.6) وهي نسبة متقاربة. أما نسبة من دخل المجمع مرتين أوضح الجدول أن (14.3%) من أفراد العينة حصل لهم ذلك في مجمع الدمام بينما (4.8%) فقط دخلوا مجمع الأمل بالرياض مرتين. وترتفع نسبة مرتادي مجمع الأمل بالدمام لثلاث مرات حيث بلغت (7.9%) في حين في مجمع الرياض دخل ما نسبته (1.6%) ثلاث مرات.

ثانياً: عينة الأخصائيين:

1- العمر:

جدول رقم (17)

توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للعمر

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			العمر	
20	10	10	ت	من 20 إلى أقل من

62.5	31.3	31.3	%	30
12	7	5	ت	من 30 إلى أقل من
37.5	21.9	15.6	%	40
32	17	15	ت	المجموع
%100	%53.1	%46.9	%	

يوضح جدول رقم (17) تراوح أعمار الأخصائيين الاجتماعيين في كل من مجمع الأمل بالرياض ومجمع الأمل في الدمام ما بين (31.3%) من 20 إلى 30 سنة، و(21.9%) ما بين 30 على 40 سنة.

2- الجنس:

جدول رقم (18)

توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للجنس

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			الجنس	
24	13	11	ت	ذكر
75	40.6	34.4	%	
8	4	4	ت	أنثى
25	12.5	12.5	%	
32	17	15	ت	المجموع
%100	%53.1	%46.9	%	

في متغير الجنس نلاحظ تساوي نسبة الإناث في كلا المجموعين.

3- المؤهل:

جدول رقم (19)

توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للمؤهل

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			المؤهل	
1	1	0	ت	دبلوم عالٍ
3.1	3.1	0	%	
31	16	15	ت	بكالوريوس
96.9	50	46.9	%	
32	17	15	ت	المجموع
%100	%53.1	%46.9	%	

فيما يتعلق بالمؤهل العلمي سجل حملة شهادة بكالوريوس أعلى نسبة حيث بلغت نسبتهم ما بين (46.9%) في الدمام و(50%) في الرياض.
4- الخبرة:

جدول رقم (20)
توزيع أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين تبعاً للخبرة

المجموع	الرياض	الدمام	الجهة	
			ت	الخبرة
	10	8	ت	من 1-5 سنوات
	31.3	25	%	
	7	7	ت	من 6-10 سنوات
	21.9	21.9	%	
	17	15	ت	المجموع

بالنسبة لخبرات الأخصائيين الاجتماعيين يوضح الجدول رقم (20) تقريباً أن نصفهم خبراتهم ما بين خمس إلى ست سنوات والنصف الآخر تقريباً ما بين ست إلى عشر سنوات.

ثانياً: نتائج الدراسة

للوصول إلى نتائج الدراسة الساعية إلى تحقيق أهدافها قام الباحث بتناول نتائج التحليل الوصفي للبيانات والتي تتمثل في إجابات أفراد عينة الدراسة على عناصر الجزء الخاص بقياس متغيرات الدراسة الأساسية من الاستبانة. علماً بأنه قد تمت الإجابة ولو بشكل جزئي عن بعض هذه المتغيرات من خلال الإطار النظري.

المحور الأول: دور الأخصائيين في مجعبي الأمل من وجهة نظر المدمنين

يوضح الجدول رقم (21) ترتيب مهام الأخصائي الاجتماعي في مجعبي الأمل وفق أهمية كل مهمة من وجهة نظر المدمنين العائدين للتعاطي حيث أظهرت نتيجة تحليل هذا المحور أن عبارة "وجود الأخصائي الاجتماعي مهم في مستشفيات الأمل"، وقد أيد ذلك ما نسبته (79.4%) من عينة الدراسة. ويدل حجم هذا الاتفاق على أهمية تواجد الأخصائي الاجتماعي من منطلق أهمية العبارات الأخرى وإن تفاوتت نسب الاتفاق عليها. فعلى سبيل المثال تلت نسبة (79.4%) لأهمية وجود الأخصائي عبارة "ينبه الأخصائي الاجتماعي المدمن من مغبة الاختلاط برفاق السوء" وكانت نسبة الاتفاق على أهمية هذه العبارة ما بين (34.1%) موافق و(59.5%) موافق تماماً. وسجلت عبارة "يحث الأخصائي الاجتماعي المدمن على زيارة المكتبة وقراءة الكتب النافعة" أن نسبة من وافق على هذه العبارة (30.2%) ومن وافق تماماً (22.2%) وتفاوتت النسبة بشكل متقارب بين بقية العبارات.

جدول (21)

جدول (21)

جدول رقم (22)
استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء دور الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر
المدمنين

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة t	الاستجابة						العبارة	م
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا		
7	0.91	4.1	0	84.39	126	50	46	26	1	3	تيسر للمدمنين في حل مشاكلهم الاجتماعية.	1
					100%	39.7	36.5	20.6	0.8	2.4%		
6	0.87	4.1	0	99.159	126	46	57	17	4	2	يوضح الأخصائي الاجتماعي دوره للمدمنين لطلب مساعدته عند الحاجة.	2
					100%	36.5	45.2	13.5	3.2	1.6%		
11	1.02	3.9	0	65.82	126	44	49	18	13	2	يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتعرف على المدمنين الذين لديهم مشاكل اجتماعية.	3
					100%	34.9	38.9	14.3	10.3	1.6%		
15	1.12	3.7	0	45.34	126	34	49	23	14	6	يوفر الأخصائي الاجتماعي الوقت الكافي لحل مشاكل المدمنين ومساعدتهم.	4
					100%	27.0	38.9	18.3	11.1	4.8%		
3	0.68	4.3	0	81.30	126	56	57	12	1	0	يوجه الأخصائي الاجتماعي الوقت الكافي لحل مشاكل المدمنين ومساعدتهم.	5
					100%	44.4	45.2	9.5	0.8	0%		
8	0.86	4.0	0	86.69	126	45	51	27	1	2	يساعد الأخصائي الاجتماعي المدمن على مواجهة ضغوط المجتمع.	6
					100%	35.7	40.5	21.4	0.8	1.6%		
5	0.89	4.1	0	92.15	126	52	50	18	4	2	يقدم الأخصائي الاجتماعي برامج توعوية للمدمنين لتوضيح ضرر المخدرات.	7
					100%	41.3	39.7	14.3	3.2	1.6%		
2	0.66	4.5	0	112.54	126	75	43	6	2	0	ينبه الأخصائي الاجتماعي المدمن إلى مغبة الاختلاط برفاق السوء.	8
					100%	59.5	34.1	4.8	1.6	0%		
19	1.18	3.4	0	21.46	126	28	38	32	20	8	يحث الأخصائي الاجتماعي المدمن على زيارة المكتبة وقراءة الكتب النافعة.	9
					100%	22.2	30.2	25.4	15.9	6.3%		

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كاي 2	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا			
10	0.93	3.9	0	70.03	126	43	49	25	8	1	ت	يسهم الأخصائي الاجتماعي في تفعيل البرامج المؤهلة للعلاج.	10
					100%	34.1	38.9	19.8	6.3	0.8	%		
1	0.49	4.7	0	209.81	126	100	24	1	1	0	ت	وجود الأخصائي الاجتماعي معم في مستشفيات الأمل.	11
					100%	79.4	19.0	0.8	0.8	0	%		
18	1.15	3.4	0	40.58	126	28	32	47	9	10	ت	يتابع الأخصائي الاجتماعي المدمنين الذين تم علاجهم وخروجهم من المستشفى.	12
					100%	22.2	25.4	37.3	7.1	7.9	%		
9	1.10	4.0	0	80.58	126	56	41	18	4	7	ت	من المهم الإدلاء بالمعلومات الدقيقة والسرية للأخصائي الاجتماعي لمساعدته على حل مشاكل المدمنين.	13
					100%	44.4	32.5	14.3	3.2	5.6	%		
17	1.18	3.5	0	27.49	126	28	42	32	14	10	ت	يشرك الأخصائي الاجتماعي المدمنين في تنظيم الأنشطة الرياضية والثقافية والاجتماعية.	14
					100%	22.2	33.3	25.4	11.1	7.9	%		
16	1.18	3.6	0	44.71	126	34	45	31	4	12	ت	يقوم الأخصائي الاجتماعي بالاتصال بأولياء أمور المدمنين واستشارتهم.	15
					100%	27.0	35.7	24.6	3.2	9.5	%		
12	0.99	3.8	0	64.63	126	37	53	20	15	1	ت	بحث لأخصائي الاجتماعي المدمنين على مزاولة الأنشطة والمسابقات الترفيهية والثقافية والرياضية.	16
					100%	29.4	42.1	15.9	11.9	0.8	%		
13	0.99	3.7	0	55.27	126	35	39	42	7	3	ت	يتعاطف الأخصائي الاجتماعي مع المدمنين.	17
					100%	27.8	31.0	33.3	5.6	2.4	%		
4	0.80	4.1	0	51.71	126	52	49	22	3	0	ت	توجيهات الأخصائي الاجتماعي تعود على المدمن بفوائد اجتماعية سلوكية معرفية.	18
					100%	41.3	38.9	17.5	2.4	0	%		
14	1.05	3.7	0	49.3	126	35	39	40	7	5	ت	يتعاون الأخصائي الاجتماعي	19

م	العبارة	الاستجابة						قيمة كا	قيمة P	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب
		المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا					
	مع الطبيب النفسي في وضع برنامج العلاج.	100 %	27. 8	31. 0	31. 7	5.6	4.0	9				

المحور الثاني: دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين.

جاءت إجابات المبحوثين في جدول رقم (24) على محور الأنشطة الثقافية والاجتماعية محصوراً أغلبها بين موافق وموافق تماماً. وحظيت العبارة "تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل" بأعلى نسبة حيث بلغت نسبة من أجاب بالموافقة على هذه العبارة (36%) في حين اتفق تماماً ما نسبته (83%) من المبحوثين على أهمية هذه العبارة. وحظيت العبارة الثالثة في أداة الدراسة "تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف" بما نسبته (44%) موافقون و(77%) موافقون تماماً. وتقاربت نسب العبارات الأخرى وكانت آخر عبارة في ترتيب الأهمية من وجهة نظر المدمنين العبارة رقم 33 في أداة الدراسة "الوقت المخصص للأنشطة الرياضية غير كاف" وكانت نسبة من وافقوا تماماً على هذه العبارة (9%) فقط.

جدول رقم (23)

جدول رقم (23)

جدول رقم (23)

جدول رقم (24)
استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من
العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة χ^2	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا			
1	0.66	4.59	0	135.1	126	83	36	6	0	1	ت	تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل.	1
					100%	65.9%	28.6%	4.8%	0%	0.8%	%		
6	0.85	4.33	0	123.68	126	68	37	17	3	1	ت	تجعل حلقات التحفيظ والذكر المدمن لا يفكر بالعودة أو عمل السلوك المنحرف في المستقبل.	2
					100%	54.0%	29.4%	13.5%	2.4%	0.8%	%		
2	0.63	4.56	0	124.22	126	77	44	4	0	1	ت	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف.	3
					100%	61.1%	34.9%	3.2%	0%	0.8%	%		
3	0.71	4.49	0	166.69	126	74	43	7	1	1	ت	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على التفكير في ترك السلوكيات الخاطئة.	4
					100%	58.7%	34.1%	5.6%	0.8%	0.8%	%		
4	0.65	4.48	0	101.74	126	70	47	8	1	0	ت	تساعد المسابقات العامة المدمنين على زيادة ثقافتهم.	5
					100%	55.6%	37.3%	6.3%	0.8%	0%	%		
14	0.93	4.04	0	74.07	126	48	42	31	3	2	ت	تساعد الأمسيات الشعرية المدمنين على تنمية مواهبهم.	6
					100%	38.1%	33.3%	24.6%	2.4%	1.6%	%		
5	0.70	4.37	0	84.15	126	60	54	10	2	0	ت	تساعد مسابقات الإلقاء المدمنين على استعادة ثقتهم بأنفسهم.	7
					100%	47.6%	42.9%	7.9%	1.6%	0%	%		
15	0.70	4.04	0	78.12	126	49	37	37	2	1	ت	تساعد المسرحيات المدمنين في تنمية سلوكيات جيدة.	8
					100%	38.9%	49.4%	29.4%	1.6%	0.8%	%		
22	0.90	3.86	0	71.54	126	34	47	40	3	2	ت	تعالج المسرحيات قضايا انحراف المدمنين.	9
					100%	27.0%	37.3%	31.7%	2.4%	1.6%	%		

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كا ²	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً			
21	0.92	3.87	0	72.73	126	33	55	29	7	2	ت	برامج التوعية في التلفزيون والفيديو دور إيجابي في ابتعاد المدمنين مستقبلاً عن السلوك الخاطئ الذي يقودهم للإدمان.	10
					100 %	26.2	43.7	23.0	5.6	1.6	%		
19	0.95	3.97	0	66.30	126	43	46	29	6	2	ت	تساعد برامج التوعية بالتلفاز والفيديو المدمنين بالندم على تعاطيهم للمخدرات.	11
					100 %	34.1	36.5	23.0	4.8	1.6	%		
26	1.16	3.38	0	28.28	126	25	33	43	15	10	ت	يجد المدمن لنفسه الوقت الكافي في المجمع للمطالعة.	12
					100 %	19.8	26.2	34.1	11.9	7.9	%		
17	0.91	4.01	0	81.93	126	41	54	25	3	3	ت	تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على إشباع ميولهم الرياضية.	13
					100 %	32.5	42.9	19.8	2.4	2.4	%		
18	0.83	3.99	0	43.20	126	37	57	26	6	0	ت	تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على تهذيب سلوكهم.	14
					100 %	29.4	45.2	20.6	4.8	0	%		
8	0.87	4.29	0	114.31	126	58	49	17	1	1	ت	تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين في القضاء على وقت الفراغ لديهم.	15
					100 %	46.0	38.9	13.5	0.8	0.8	%		
12	0.83	4.16	0	93.60	126	50	50	23	2	1	ت	تشجع الأنشطة الرياضية المدمنين على تكوين علاقات جيدة فيما بينهم.	16
					100 %	39.7	39.7	18.3	1.6	0.8	%		
23	0.81	3.83	0	42.25	126	27	55	39	5	0	ت	يتأثر المدمنين إيجابياً بزملائهم المشاركين في الأنشطة الرياضية.	17
					100 %	21.4	43.7	31.0	4.0	0	%		
27	0.99	3.37	0	59.95	126	16	39	52	13	6	ت	تتناسب الأنشطة الثقافية مع المستوى الإدراكي للنزلاء.	18
					100 %	12.7	31.0	41.3	10.3	4.8	%		
30	1.06	3.17	0	46.54	126	14	32	52	18	10	ت	الأماكن المخصصة للأنشطة الثقافية مناسبة.	19
					100 %	11.1	45.4	41.3	14.3	7.9	%		

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كا ²	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا			
31	1.18	3.02	0	24.79	126	15	27	46	21	17	ت %	الملاعب الرياضية بالمجمع مناسبة.	20
					100%	11.9	9.4	36.5	16.7	13.5			
33	1.20	2.60	0	17.57	126	9	21	34	34	28	ت %	الوقت المخصص للأنشطة الرياضية كاف.	21
					100%	7.1	16.7	27.0	27.0	22.2			
29	1.06	3.25	0	46.61	126	16	34	51	16	9	ت %	تناسب الأنشطة الرياضية مع المستوى العمري لنزلاء المجمع.	22
					100%	12.7	27.0	40.5	12.7	7.1			
13	0.90	4.14	0	88.52	126	52	48	19	6	1	ت %	أرى أن تترك الحرية للمدمنين في اختيار ما يناسبهم من الأنشطة الثقافية أو الرياضية.	23
					100%	41.3	38.1	15.1	4.8	0.8			
11	0.87	4.21	0	54.12	126	58	41	25	0	2	ت %	مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.	24
					100%	46.0	32.5	19.8	0	1.6			
20	1.05	3.91	0	59.07	126	43	45	27	6	5	ت %	مشاركة المراقبين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.	25
					100%	43.1	35.7	21.4	4.8	4.0			
10	0.80	4.26	0	121.06	126	54	56	13	1	2	ت %	مشاركة الأخصائيين في الأنشطة الثقافية والرياضية يسهم في نجاحها.	26
					100%	42.9	44.4	10.3	0.8	1.6			
9	0.78	4.27	0	113.20	126	56	51	17	1	1	ت %	مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة يعطيهم الثقة في أنفسهم.	27
					100%	44.4	40.5	13.5	0.8	0.8			
25	1.20	3.45	0	30.50	126	27	38	39	9	13	ت %	يراعى الجانب الديني في اختيار المشاركين في الأنشطة بالمجمع.	28
					100%	21.4	30.2	31.0	7.1	10.3			
32	1.22	2.98	0	29.63	126	20	16	49	24	17	ت %	يراعى المؤهل العلمي في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.	29
					100%	15.9	12.7	38.9	19.0	13.5			

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كا ²	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا			
24	1.16	3.48	0	30.11	126	26	42	35	13	10	ت	يراعى اختيار ذوي الخبرة من المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.	30
					100%	20.6	33.3	27.8	10.3	7.9	%		
16	1.05	4.03	0	78.44	126	49	49	17	5	6	ت	يراعى اختيار العلماء والمشايخ للمشاركة في الأنشطة لقوة تأثيرهم على المدمنين.	31
					100%	38.9	38.9	13.5	4.0	4.8	%		
7	0.83	4.30	0	118.44	126	61	47	15	1	2	ت	يراعى اختيار من كان لهم سوابق في الإدمان ثم شفوا كنموذج يقتدى بهم.	32
					100%	48.4	37.3	11.9	0.8	1.6	%		
28	1.11	3.33	0	37.88	126	20	35	47	14	10	ت	يراعى عامل السن في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.	33
					100%	15.9	27.8	37.3	11.1	7.9	%		

المحور الثالث: مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين.

شملت أداة الدراسة لهذا المحور مجموعة من العبارات التي تعكس مفهوم الرعاية اللاحقة، وأخضعت هذه العبارات لوجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين للوصول إلى ترتيبها وفق أهميتها من وجهة نظرهم. وقد حظيت العبارة رقم 12 ونصها "يتعاون الأخصائي الاجتماعي مع الطبيب النفسي في وضع برنامج العلاج بأعلى نسبة" وانحصرت الإجابة على هذه العبارة بين (31.3%) موافق، و(68.8%) موافق تماماً.

تلي هذه العبارة في الأهمية العبارة رقم 9 ونصها "مساعدة المتعافي للاستفادة من إمكانات المجمع المتاحة والتي تعينه على سلوك الطريق السوي" وقد أجاب بالموافقة ما نسبته (25%) وبالموافقة تماماً (72%) والمتوسط (4.69%). وكانت أقل عبارة حظيت بالموافقة العبارة رقم (1) ونصها "العناية بالبحث والتشخيص من قبل الأخصائي الاجتماعي" وكان متوسط هذه العبارة (3.66) وهذه أقل نسبة بين العبارات الأخرى في هذه الأداة.

جدول رقم (25)

جدول رقم (26)
استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر
الأخصائيين الاجتماعيين

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة χ^2	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا			
12	0.93	3.66	0.01	10.75	32	5	16	6	5	0	ت	العناية بالبحث والتشخيص من قبل الأخصائي الاجتماعي.	1
					100%	15.6	50.0	18.8	15.6	0	%		
11	0.84	3.94	0	21.50	32	7	19	3	3	0	ت	البدء مع المتعافي من منطلق اهتماماته وطاقاته.	2
					100%	21.9	59.4	9.4	9.4	0	%		
7	0.53	4.31	0	16.93	32	11	20	1	0	0	ت	ممارسة المهارات التأثيرية مع المتعافي.	3
					100%	34.4	62.5	3.1	0	0	%		
8	0.72	4.28	0	21.75	32	13	16	2	1	0	ت	قياس قابلية سلوك المدمن للتعديل.	4
					100%	40.6	50.0	6.3	3.1	0	%		
5	0.67	4.47	0	13.56	32	17	14	0	1	0	ت	توفر برامج إصلاحية مكثفة.	5
					100%	53.1	43.8	0	3.1	0	%		
6	0.66	4.41	0.01	8.18	32	16	13	3	0	0	ت	وضع برنامج تأهيلي مرتبط لمدى قابلية المدمن للتغيير.	6
					100%	50.0	40.6	9.4	0	0	%		
9	0.80	4.25	0	15.75	32	14	13	4	1	0	ت	الإشراف الاجتماعي الواعي بعيد عن الرقابة الشرطية.	7
					100%	43.8	40.6	12.5	3.1	0	%		
10	1.07	4.13	0	14.50	32	17	5	7	3	0	ت	تأصيل مفهوم التائب من الذنب كمن لا ذنب له.	8
					100%	53.1	15.6	21.9	9.4	0	%		
2	0.53	4.69	0	23.6	32	23	8	1	0	0	ت	مساعدة المتعافي للاستفادة من	9

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كا ²	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً			
				8	100%	71.9%	25.0%	3.1%	0%	0%	إمكانات المجمع المتاحة والتي تعينه على سلوك الطريق السوي.		
3	0.49	4.63	0.15	2.00	32	20	12	0	0	0	ت	مساعدة المتعافي في تجاوز	10
					100%	62.5%	37.5%	0%	0%	0%	%	المواقف السلبية التي يواجهها المجتمع.	
4	0.49	4.59	0.28	1.12	32	19	13	0	0	0	ت	البحث عن عوامل عودة المتعافي وحلها.	11
					100%	59.4%	40.6%	0%	0%	0%	%		
1	0.47	4.69	0.03	4.50	32	22	10	0	0	0	ت	يتعاون الأخصائي الاجتماعي مع الطبيب النفسي في وضع برنامج العلاج.	12
					100%	68.8%	31.3%	0%	0%	0%	%		

المحور الرابع: دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين.

مرة أخرى تحظى العبارة الأولى بالنسبة العالية من الموافقة وتتفق هذه العبارة مع هذا المحور بتمثيلتها في المحور الثاني حيث إن حلقات التحفيز والذكر كنشاط تثقيفي وتوجيهي ملائم حيث بلغت نسبة الموافقين على هذه العبارة (9%) والموافقين تماماً (21%) والمتوسط (4.59). تلا ذلك العبارة رقم 3 في نفس المحور بنسبة (46.9%) موافق، و(50%) موافق تماماً. وكانت أقل نسبة للعبارة رقم 23 وتنص على "يراعى المؤهل العلمي في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع" وكانت نسبة من وافق على هذه العبارة (6%) والموافق تماماً كذلك (6%).

جدول رقم (27)

جدول رقم (27)

جدول رقم (27)

جدول رقم (28)
استجابات أفراد عينة الدراسة إزاء دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من
العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

م	العبارة	الاستجابة						قيمة P	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب
		المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا				
1	تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل	32	21	9	2	0	0	0	4.59	0.61	1
		100%	65.6	28.1	6.3	0	0				
2	تجعل حلقات التحفيظ والذكر المدمن لا يفكر بالعودة أو عمل السلوك المنحرف في المستقبل.	32	8	15	8	1	0	0	3.94	0.80	12
		100%	25.0	46.9	25.0	3.1	0				
3	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف.	32	16	15	1	0	0	0	4.47	0.56	2
		100%	50.0	46.9	3.1	0	0				
4	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على التفكير في ترك السلوكيات الخاطئة.	32	16	14	2	0	0	0	4.44	0.61	3
		100%	50.0	43.8	6.3	0	0				
5	تساعد مسابقات الإلقاء المدمنين على استعادة ثقتهم بأنفسهم.	32	11	18	3	0	0	0	4.25	0.62	6
		100%	34.4	56.3	9.4	0	0				
6	تساعد المسرحيات المدمنين في تنمية سلوكيات جيدة.	32	8	19	4	1	0	0	4.06	0.71	10
		100%	25.0	59.4	12.5	3.1	0				
7	تعالج المسرحيات قضايا انحراف المدمنين.	32	9	17	5	1	0	0	4.06	0.75	9
		100%	28.1	53.1	15.6	3.1	0				
8	لبرامج التوعية في التلفاز والفيديو دور إيجابي في ابتعاد المدمنين مستقبلاً عن السلوك الخاطئ الذي يقودهم للإدمان.	32	7	14	9	2	0	0.02	3.81	0.85	15
		100%	21.9	43.8	28.1	6.3	0				
9	تساعد برامج التوعية بالتلفاز والفيديو المدمنين بالندم على تعاطيهم للمخدرات.	32	7	14	7	4	0	0.08	3.75	0.95	17
		100%	21.9	43.8	21.9	12.5	0				
10	تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على إشباع ميولهم الرياضية.	32	7	23	1	1	0	0	4.13	0.60	8
		100%	12.9	71.9	3.1	3.1	0				
11	تساعد الأنشطة الرياضية	32	6	19	7	0	0	0	3.97	0.64	11

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كا ²	الاستجابة						العبارة	م	
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا			
													100 %
					32	11	19	2	0	0	%	المدمنين على تهذيب سلوكهم.	
5	0.85	4.28	0	13.56	100 %	18.8	59.4	21.9	0	0	%	تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين في القضاء على وقت الفراغ لديهم.	12
					32	11	20	1	0	0	%	تشجع الأنشطة الرياضية المدمنين على تكوين علاقات جيدة فيما بينهم.	13
4	0.35	4.31	0	16.93	100 %	34.4	59.4	6.3	0	0	%	يتأثر المدمنين إيجاباً بزملائهم المشاركين في الأنشطة الرياضية.	14
					32	2	25	5	0	0	%	الأماكن المخصصة للأنشطة الثقافية مناسبة.	15
13	0.46	3.91	0	29.31	100 %	6.3	78.1	15.6	0	0	%	ت	16
					32	4	16	9	3	0	%	الملاعب الرياضية بالمجمع مناسبة.	17
20	0.82	3.66	0	13.25	100 %	12.5	50.0	28.1	9.4	0	%	الوقت المخصص للأنشطة الرياضية كاف.	18
					32	6	10	10	5	1	%	تتناسب الأنشطة الرياضية مع المستوى العمري لenzلاء المجمع.	19
24	1.07	3.47	0.06	8.93	100 %	18.8	31.3	31.3	15.6	3.1	%	أرى أن نترك الحرية للمدمنين في اختيار ما يناسبهم من الأنشطة الثقافية أو الرياضية.	20
					32	5	12	7	7	1	%	مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.	21
25	1.10	3.41	0.04	9.87	100 %	15.6	37.5	21.9	21.9	3.1	%	مشاركة المراقبين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.	22
					32	5	17	7	2	1	%		
18	0.92	3.72	0	25.50	100 %	15.6	53.1	21.9	6.3	3.1	%		
					32	6	16	4	4	2	%		
21	1.12	3.63	0	19.25	100 %	18.8	50.0	12.5	12.5	6.3	%		
					32	6	16	7	3	0	%		
16	0.87	3.78	0	11.75	100 %	18.8	50.0	21.9	9.4	0	%		
					32	5	13	12	2	0	%		
19	0.82	3.66	0.01	10.75	100 %	15.6	40.6	37.5	6.3	0	%		

رقم	الانحراف المعياري	المتوسط	قيمة P	قيمة كا ²	الاستجابة						العبارة	م
					المجموع	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقا		
7	0.66	4.13	0.01	8.31	32	9	18	5	0	0	ت مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة يعطيهم الثقة في أنفسهم.	22
					100 %	28.1	56.3	15.6	0	0		
26	1.18	3.22	0.06	6.43	32	6	6	11	7	2	ت يراعى المؤهل العلمي في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.	23
					100 %	18.8	18.8	34.4	21.9	6.3		
22	1.01	3.50	0.57	2.00	32	6	10	10	6	0	ت يراعى اختيار ذوي الخبرة من المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.	24
					100 %	18.8	31.3	31.3	18.8	0		
14	1.08	3.84	0.23	4.25	32	12	7	9	4	0	ت يراعى اختيار العلماء والمشايخ للمشاركة في الأنشطة لقوة تأثيرهم على المدمنين.	25
					100 %	37.5	21.9	28.1	12.5	0		
23	0.95	3.47	0	19.78	32	3	15	9	4	1	ت يراعى عامل السن في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.	26
					100 %	9.4	46.9	28.1	12.5	1.3		

وللوصول إلى العلاقات الارتباطية بين المتغيرات الشخصية ومحاور الدراسة تم تطبيق اختبارات T. Test لإظهار فروق المتوسطات على النحو التالي:

أولاً: المتغيرات الشخصية بالنسبة للمدمنين:

للإجابة على السؤال (هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعاً لاختلاف كل من "الجهة، العمر، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد مرات دخول المستشفى، المهنة"؟).

1- الجهة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعاً لاختلاف الجهة؟

استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T. Test

.Independent Samples

جدول رقم (29)

فروق المتوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف الجهة

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
الدمام	78	3.95	0.61	0.4-	124	0.68
الرياض	48	4.00	0.53			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (29) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعاً لاختلاف الجهة.

2- العمر:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعا لاختلاف العمر؟

استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test

.Independent Samples

جدول رقم (30)

فروق المتوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف العمر

العمر	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
أقل من 30 سنة	55	4.01	0.51	0.68	124	0.49
من 30 سنة فأكثر	71	3.94	0.64			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (30) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف العمر.

3- المؤهل العلمي:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعا لاختلاف المؤهل العلمي؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (31)

فروق متوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	2.316	3	0.772	2.302	0.081
داخل المجموعات	40.929	122	0.335		
المجموع	43.245	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (31) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف المؤهل العلمي.

4- الحالة الاجتماعية:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (32)

فروق متوسطات دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	0.545	2	0.272	0.785	0.45
داخل المجموعات	42.70	123	0.437		
المجموع	43.245	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (32) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية.

5- عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل:
للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعا لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (33)

فروق متوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل

قيمة P (*)	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.127	1.938	0.656	3	1.967	بين المجموعات
		0.338	122	41.278	داخل المجموعات
			125	43.245	المجموع

(* دال عندما تكون قيمة P أقل من 0.05)

يتضح من الجدول رقم (33) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل.

6- المهنة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل" تبعا لاختلاف المهنة؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (34)

فروق متوسطات في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف المهنة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	2.504	3	0.835	2.499	0.063
داخل المجموعات	40.741	122	0.334		
المجموع	43.245	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (34) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأخصائيين الاجتماعيين كما يراها المدمنون بمستشفى الأمل تبعا لاختلاف المهنة.

للإجابة على السؤال (هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين" تبعا لاختلاف كل من "الجهة، العمر، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد مرات دخول المستشفى، المهنة"؟
1- الجهة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين " تبعا لاختلاف الجهة؟
أستخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test Independent Samples.

جدول رقم (35)

فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف الجهة

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
الدمام	78	3.95	0.48	2.26	124	0.025
الرياض	48	3.75	0.44			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (35) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف الجهة كما أن متوسط رؤية أفراد العينة بمدينة الدمام أعلى من متوسط رؤية أفراد العينة بمدينة الرياض.

2- العمر:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين " تبعا لاختلاف العمر؟
استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test
.Independent Samples

جدول رقم (36)

فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنون تبعا لاختلاف العمر

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
أقل من 30 سنة	55	3.83	0.44	-0.88	124	0.38
من 30 سنة فأكثر	71	3.91	0.50			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (36) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف العمر.

3- المؤهل العلمي:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين " تبعا لاختلاف المؤهل العلمي؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (37)

فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	0.696	3	0.232	1.02	0.38
داخل المجموعات	27.713	122	0.227		
المجموع	28.409	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (37) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف المؤهل العلمي.

4- الحالة الاجتماعية:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين " تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (38)

فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	0.01	2	0.005	0.021	0.97
داخل المجموعات	28.399	123	0.231		
المجموع	28.409	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (38) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية.

5- عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل:
للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين " تبعا لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (39)

فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	0.948	3	0.316	104	0.24
داخل المجموعات	27.46	122	0.225		
المجموع	28.409	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (39) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل.

6- المهنة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين " تبعا لاختلاف المهنة؟
تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way.

جدول رقم (40)

فروق متوسطات دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف المهنة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة P (*)
بين المجموعات	0.364	3	0.121	0.527	0.66
داخل المجموعات	28.045	122	0.23		
المجموع	28.409	125			

(*) دال عندما تكون قيمة P أقل من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (36) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعا لاختلاف المهنة.

ثانياً: المتغيرات الشخصية بالنسبة للأخصائيين:
 للإجابة على السؤال (هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في
 "مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين" تبعاً
 لاختلاف كل من "الجهة، الجنس، الخبرة؟
 1- الجهة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة
 إحصائية في " مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين
 الاجتماعيين" تبعاً لاختلاف الجهة؟
 استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test
 .Independent Samples

جدول رقم (41)
 فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين
 الاجتماعيين
 تبعاً لاختلاف الجهة

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
الرياض	17	3.82	0.36	1.2-	30	0.22
الدمام	15	3.99	0.419			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (41) أنه لا توجد فروق ذات دلالة
 إحصائية في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين
 الاجتماعيين تبعاً لاختلاف الجهة.

2- الجنس:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين" تبعا لاختلاف الجنس؟

استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test

.Independent Samples

جدول رقم (42)

فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعا لاختلاف الجنس

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
ذكر	24	3.88	0.38	-0.33	30	0.74
أنثى	8	3.94	0.44			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (42) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعا لاختلاف الجنس.

3- الخبرة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين " تبعا لاختلاف الخبرة؟

استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test

.Independent Samples

جدول رقم (43)

فروق المتوسطات في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعا لاختلاف الخبرة

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
من 1 إلى 5 سنوات	18	3.90	0.31	0.038	30	0.97
من 6 إلى 10 سنوات	14	3.89	0.49			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (43) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين تبعا لاختلاف الخبرة.

للإجابة على السؤال رقم 8 (هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في " دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين " تبعا لاختلاف كل من "الجهة، الجنس، الخبرة"؟

1- الجهة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين" تبعا لاختلاف الجهة؟
استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test .Independent Samples

جدول رقم (44)

فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعا لاختلاف الجهة

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
الرياض	17	4.42	0.26	1.6	30	0.118
الدمام	15	4.23	0.40			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (44) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعا لاختلاف الجهة.

2- الجنس:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين" تبعا لاختلاف الجنس؟
استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test .Independent Samples

جدول رقم (45)

فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعا لاختلاف الجنس

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
ذكر	24	4.336	0.30	0.024	30	0.98
أنثى	8	4.333	0.48			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (45) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعا لاختلاف الجنس.

3- الخبرة:

للإجابة على السؤال الفرعي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين" تبعا لاختلاف الخبرة؟
استخدم الباحث اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين T-Test
.Independent Samples

جدول رقم (46)

فروق المتوسطات في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعا لاختلاف الخبرة

الجهة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
من 1 إلى 5 سنوات	18	4.34	0.27	0.205	30	0.83
من 6 إلى 10 سنوات	14	4.32	0.43			

دال عندما تكون قيمة P أقل أو تساوي (0.05)

يتضح من الجدول رقم (46) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر الأخصائيين تبعا لاختلاف الخبرة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

أولاً: مناقشة النتائج
ثانياً: التوصيات

الفصل الخامس مناقشة النتائج والتوصيات

أولاً: مناقشة النتائج:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن خصائص عينة الدراسة تباينت من حيث العمر بين عينة مجمع الأمل بالرياض الذي يمثل الأغلبية فيه من بلغت أعمارهم ثلاثين سنة فأقل. أما في الدمام فكانت الأغلبية لمن أعمارهم أكثر من ثلاثين سنة. وبلغت نسبة أفراد العينة في الرياض من السعوديين (38.1%) أما في الدمام فكانت نسبة السعوديين (59.5%).

وبالنسبة للمؤهل الذي يحمله المدمن اتضح أن الشريحة الأكبر من المدمنين في المجمعين من حملة المتوسطة والثانوية وهي بطبيعة الحال من فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 - 20 سنة. ويظهر كذلك تقارب في النسبة بين من يحملون مؤهل التعليم العام، وتقل النسبة في المرحلة الجامعية وهذا أمر متوقع مع زيادة الوعي والمسئولية.

وبالنسبة للحالة الاجتماعية وجد أن أغلب المتعاطين عاطلون عن العمل في الدمام وموظفين حكوميين في الرياض، وترتفع النسبة بين من يعملون في الأعمال الحرة (متسبب) حيث بلغت نسبتهم في الدمام (19.8%) وهذا يوضح علاقة البطالة كظاهرة اجتماعية وطبيعة العمل كظاهرة اقتصادية بتعاطي المخدرات، وهذا يتفق مع ما ذهب إليه الأصغر (1425هـ) حين أشار إلى أنه تتضافر العوامل النفسية والاجتماعية في انتشار الظاهرة، بالإضافة إلى ما أظهرته الدراسة من أبعاد اقتصادية وسياسية ترتبط بالشروط الاقتصادية.

كذلك أيدت نتيجة هذه الدراسة حول متغير العمر دراسة الجندي (1421هـ) التي بينت أشكالاً عدة للإدمان على المخدرات فهناك ما يسميه بدمني الشوارع، وهم أكثر المدمنين عدداً وأكثرهم خطراً، للدور الفاعل للمحاكاة في حدوث الإدمان والعودة له بين هذه الشريحة وخاصة الصغار والمراهقين.

وقد أظهرت هذه الدراسة أن توزيع أفراد العينة من المدمنين العائدين للإدمان وفق طبيعة إقامتهم ومرافقيهم في الإقامة أن

(30.2%) من المتعاطين العائدين للإدمان في الدمام يقيمون مع والديهم، يليهم من يقيمون بمفردهم.

وفي المقابل تبين الدراسة أن ما نسبته (19%) من المتعاطين العائدين للإدمان في الرياض يقيمون مع والديهم يلي ذلك من يقيمون بمفردهم ونسبتهم (1101%).

من هذا العرض يتضح ما ذهب إليه الجندي (1421هـ) من أن دوراً فاعلاً للمحاكاة في تورط الشباب بتعاطي المخدرات.

ولتحديد حجم العود للإدمان أوضح جدول توزيع أفراد عينة الدراسة من المدمنين تبعاً لعدد مرات الدخول إلى مجمع الأمل، حيث سجل مجمع الدمام نسبة أعلى في عدد مرات العود فنسبة العائدين للمرة الثانية (14.3%) مقابل (4.8%) بالرياض. والعائدون للمرة الثالثة وأكثر (19%) في الدمام مقابل (4.8%) في الرياض. وهذه النسب تدعم أهمية تناول هذه الظاهرة بالدراسة والتحليل وتبرر مشكلة هذه الدراسة.

وفي تناول المتغيرات الشخصية للأخصائيين الاجتماعيين اتضحت للباحث كفاءة هؤلاء الأخصائيين حيث إن ما نسبته (46.9%) في الدمام و(50%) في الرياض من حملة البكالوريوس وما نسبته (25%) في الدمام و(31.3%) في الرياض لديهم خبرة عملية تبلغ خمس سنوات على أقل تقدير.

في مناقشة المحور الأول والمتعلق بدور الأخصائيين الاجتماعيين يكاد يجمع المبحوثون من المدمنين على أهمية تواجد الأخصائي الاجتماعي في مجمع الأمل – (79.4%) من أفراد العينة – ويعد حجم هذا الاتفاق مؤشراً هاماً لأهمية تواجد الأخصائي الاجتماعي مما يؤكد الدور الفاعل في توظيف الخبرات العلمية والعملية وتوظيف برامج الرعاية اللاحقة التوظيف الجيد، وهذا ما أظهرته هذه الدراسة التي أشارت إلى أن (59.5%) من المبحوثين ذكروا أن للأخصائي الاجتماعي دوراً في تنبيه المدمن من مغبة الاختلاط برفاق السوء، وهذا يوافق ما أشار إليه الجندي (1421هـ) في موضوع تأثير المحاكاة. إضافة إلى دور الأخصائي الاجتماعي في توجيه المدمن إلى أسلوب التعامل السليم مع مجتمعه والذي أشار إليه

(45.2%) بالموافقة و(44.4%) بالموافقة تماماً مما يعزز دور الأخصائي الاجتماعي في التوجيه والإرشاد ووضع الحلول. ويؤيد هذا الاتجاه شمس (دب)، وأبو عمية (1919، ص150)، والقائمي (1417هـ، ص35)، وعبد السلام (1977م).

وقد حددت الدراسة أهمية كل عبارة وفق إجابات عينة الدراسة وكانت الخمس عبارات الأولى في التسلسل كالتالي:

- العبارة الأولى: وجود الأخصائي الاجتماعي مهم في مستشفيات الأمل المتوسط 4.7
- العبارة الثانية: يئبه الأخصائي الاجتماعي المدمن من مغبة الاختلاط برفاق السوء المتوسط 4.5
- العبارة الثالثة: يوجه الأخصائي الاجتماعي المدمن إلى أسلوب التعامل السليم مع مجتمعه المتوسط 4.3
- العبارة الرابعة: توجيهات الأخصائي الاجتماعي تعود على المدمن بفوائد اجتماعية سلوكية معرفية المتوسط 4.3
- العبارة الخامسة: يقدم الأخصائي الاجتماعي برامج توعوية للمدمنين لتوضيح ضرر المخدرات المتوسط 4.1

تشير العبارات الخمس الأولى التي أظهرتها نتيجة الدراسة إلى الدور الفاعل والعملي والعلمي والمنهجي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مما يبرز دوره في البرنامج العلاجي.

وفي مناقشة المحور الثاني لهذه الدراسة والمتعلق بدور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين يكاد يجمع المبحوثون على أن حلقات التحفيظ والذكر التي يتعرض لها المدمنون خلال برامج التأهيل لها مردود نفسي عال، وقد بلغت نسبة من أجاب بالموافقة على هذه العبارة (36%) في حين اتفق عليها بصفة عالية (83%) من المبحوثين. تلي هذه العبارة في الأهمية من وجهة نظر المبحوثين من المدمنين حيث أشاروا إلى أهمية الدروس والمحاضرات الدينية في معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف، وقد وافق على أهمية هذه العبارة بشدة (77%) من أفراد العينة، في حين تقاربت نسب العبارات الأخرى المذكورة في أداة

الدراسة. وهذه النتيجة تؤيد ما أورده الباحث في استعراضه للإطار النظري فيما يتعلق بالعلاج الديني.

وحظيت العبارات الخمس التالية بأعلى نسبة من الموافقة من قبل المبحوثين:

المتوسط 4.59	تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل	العبارة الأولى:
المتوسط 4.56	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف	العبارة الثانية:
المتوسط 4.49	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على التفكير في ترك السلوكيات الخاطئة	العبارة الثالثة:
المتوسط 4.48	تساعد المسابقات العامة المدمنين على زيادة ثقافتهم	العبارة الرابعة:
المتوسط 4.37	تساعد مسابقات الإلقاء المدمنين على استعادة ثقتهم بأنفسهم	العبارة الخامسة:

ويستدل من إجابات المبحوثين على أهمية الأنشطة التي تتيح لهم المشاركة الفاعلة والممارسة الميدانية لتعنيهم على عدم العود للإدمان.

وفيما يتعلق بالمحور الثالث المتعلق بوجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين ومدى فهمهم للرعاية اللاحقة موضوع هذه الدراسة اتضح العمق العلمي لهؤلاء الأخصائيين وسعة مداركهم لتطبيق المفاهيم والمعارف المتعلقة برعايتهم للمدمنين العائدين لتعاطي المخدرات، وقد اتفق أغلبهم على ترتيب هذه المفاهيم من وجهة نظرهم، وهذه الخمس مفاهيم الأولى التي حظيت باختيارهم وهي:

المتوسط 4.69	يتعاون الأخصائي الاجتماعي مع الطبيب النفسي في وضع برنامج العلاج	العبارة الأولى:
المتوسط 4.69	مساعدة المتعافي للاستفادة من إمكانيات المجمع المتاحة والتي تعينه على سلوك الطريق السوي	العبارة الثانية:
المتوسط 4.63	مساعدة المتعافي في تجاوز المواقف السلبية التي يواجهها بها المجتمع	العبارة الثالثة:
المتوسط 4.59	البحث عن عوامل عودة المتعافي وحلها	العبارة الرابعة:
المتوسط 4.47	توفير برامج إصلاحية مكثفة	العبارة الخامسة:

وعند الربط بين وجهة نظر المدمنين حول البرامج والأنشطة ومفهوم الرعاية اللاحقة لدى الأخصائيين الاجتماعيين نلاحظ العناية التي يوليها الأخصائي الاجتماعي لإعادة ثقة المتعافي بنفسه ومجتمعه.

وفي المحور الرابع بوجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين حول دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان اتفق المتعافون من الإدمان مع الأخصائيين الاجتماعيين على أهمية العديد من الأنشطة نعرض الخمس عبارات الأولى التي حظيت بتأييد الأخصائيين الاجتماعيين وهي:

المتوسط 4.59	تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل	العبارة الأولى:
المتوسط 4.44	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف	العبارة الثانية:
المتوسط 4.44	تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على التفكير في ترك السلوكيات الخاطئة	العبارة الثالثة:
المتوسط 4.31	تشجع الأنشطة الرياضية المدمنين على تكوين علاقات جيدة فيما بينهم	العبارة الرابعة:
المتوسط	تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين في	العبارة الخامسة:

إذن الأنشطة والبرامج الدينية مكان تقدير من الجميع، ويأتي في الدرجة الثانية الأنشطة التي تتعلق بالمشاركة الفعلية للمدمن حيث تعيد له الثقة بنفسه وبمجتمعه.

وبمقارنة إجابات الأخصائيين الاجتماعيين في مجمعي الرياض والدمام لم يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية تبعاً لاختلاف جهة العمل أو المتغيرات الشخصية الأخرى، ولتعميق البحث في نتائج هذه الدراسة عمد الباحث إلى البحث في العلاقة الارتباطية بين محاور الدراسة سالفة الذكر والمتغيرات الشخصية بالنسبة للمدمنين، كذلك علاقة المتغيرات الشخصية للأخصائيين مقابل محاور الدراسة، ولم يتضح للباحث أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعاً لاختلاف الجهة، ولكن ظهر للباحث أن متوسط رؤية أفراد العينة بمدينة الرياض (3.95) أعلى من متوسط رؤية أفراد العينة بمدينة الدمام (3.75). وما عدا ذلك ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية. وهذه النتيجة تدعم التوافق بين المدمنين العائدين للإدمان والأخصائيين الاجتماعيين حول محاور الدراسة المتعلقة بأنشطة وبرامج الحد من العود.

ثانياً: التوصيات والمقترحات

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها يعرض الباحث بعض التوصيات والمقترحات.

التوصيات:

- اعتماد التوجيه الديني وفق منهجية علمية محددة يشترك في وضعها الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي كعلاج ديني لظاهرة العود للإدمان.
- التركيز على الأنشطة الثقافية والرياضية التي يكون لها دور فاعل لإعادة ثقة العائد في نفسه وفي مجتمعه.
- صياغة برامج الرعاية اللاحقة بحيث يتمثل المدمن العائد للإدمان الأنظمة والقوانين التي سوف تواجهه في حياته الجديدة.
- تكثيف البرامج التي تتيح للمدمن العائد للإدمان الاعتماد على النفس لا الغير بعد اعتماده على الله سبحانه وتعالى.
- عرض الحالات الدراسية والتطبيقات العملية التي تساعد العائد للإدمان على فهم الظروف التي تعرضه لخطر الانتكاس وعوامل تجنبها.
- اعتماد برامج تأهيلية تسهم في رفع قدرات المدمن العائد للإدمان على التعامل مع المشكلات التي يواجهها وتنمية قدرته على صنع القرار.
- الاهتمام ببرامج دمج المدمن العائد للإدمان بمجتمعه وفق برامج عملية ميدانية تعزز فيه الثقة ومقومات تقبل الآخرين له.
- فتح قنوات وجسور تعاون بين مجتمعات الأمل ومراكز التدريب والتأهيل المهني لتنمية التوجه المهني للمدمن وتحقيق ذاته.

المقترحات:

- إقامة ورش عمل للأخصائيين الاجتماعيين في مجتمعات الأمل وغيرها لتبادل الخبرات ووضع إستراتيجية العمل في المجتمعات وفق رؤية علمية وعملية.

- إجراء دراسات للتقييم الكيفي للبرامج وذلك بمتابعة المتعافي في حياته العملية والنجاحات التي يحققها بعد مغادرة المجمع.

قائمة المراجع والمصادر

أولاً: المراجع العربيّة
ثانياً: المراجع الأجنبيةّة

أولاً: المراجع العربية:

- 1- إبراهيم محمد يسري (1994م). الإدمان بين التجريم والمرض، دمنهور، وكالة البناء للنشر.
- 2- إبراهيم، سعد الدين (1983م). مصادر الشريعة في أنظمة الحكم العربية، مجلة المستقبل العربي، العدد 62، نيسان.
- 3- إبراهيم، عبد الستار (1400هـ). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- 4- أبو النيل، محمد السيد (1985م). علم النفس الاجتماعي - دراسات عربية وعالمية، دار النهضة العربية.
- 5- أبو زيد، بكر عبد الله (2000م). حراسة الفضيلة، ط6، الرياض، دار العاصمة.
- 6- أبو عمة، عبد الرحمن محمد (1419هـ). حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- 7- أرناؤوط، محمد السيد (1990م). المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة، المكتب الثقافي، القاهرة.
- 8- إسماعيل، محمد المري (1988م). علاقة الدوافع للإنجاز ببعض سمات الشخصية والجنس والتخصص لدى طلبة الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد السابع.
- 9- الأسمرى، سعد بن عبد الله الهديدي (2001م). دراسة مقارنة لبعض خصائص الشخصية لمتعاطي المخدرات وغير المتعاطين في المملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراه، جامعة تونس الأولى.
- 10- الأصغر، أحمد عبد العزيز (1425هـ). عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

- 11- الأعرس، صفاء يوسف وآخرون (1983م). دراسات في تنمية دافع الإنجاز، مركز البحوث التربوية، المجلد الثاني، جامعة قطر.
- 12- آل سعود، سيف الإسلام سعود عبد العزيز (1988م). تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي، المملكة، الكويت، البحرين.
- 13- باهي، مصطفى حسين وآخرون (1998م). الدافعية نظريات وتطبيقات، القاهرة، مركز الكتاب للنشر، الطبعة الأولى.
- 14- بوكستين، أوسكار جاري (2000م). الإدمان تقييم ووقاية وعلاج، ترجمة كل من د. خالد الفخراي، ابتسام السطيحة، طنطا، دار الحضانة للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
- 15- بيدس، إميل (د.ت). تغلب على القلق، مركز الدراسات الفكرية ومكتبة العلوم، بيروت.
- 16- التركي، سعود عبد العزيز (1989م). العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود، العدد الأول.
- 17- الثنيان، أحمد عبد الله (2001م). الضبط النفسي وعلاقته بالسلوك، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير، أكاديمية نايف الرياض.
- 18- جبر، أحمد رفعت (1978م). دراسة تجريبية مقارنة بين أثر إرشاد الآباء وأثر إرشاد الأبناء في تخفيف القلق لدى المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 19- الجلبي، قتيبه سالم، واليحييا، فهد مسعود (1416هـ). العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الإعلامية للنشر.
- 20- الجندي، إبراهيم صادق (1421هـ). حتى لا يصبح أبناؤنا مدمنين، مجلة الأمن والحياة، العدد 214، ربيع الأول.
- 21- الجوهي، عبد الله عمر سالم (1419م). أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق في تخفيض القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين، جامعة الملك فيصل، الأحساء.

- 22- الحازمي، صالح عمر (1422هـ). تعاطي المخدرات وعلاقته بأبعاد الشخصية وبعض المتغيرات الأسرية، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات والبحوث التربوية، قسم الإرشاد النفسي، جامعة القاهرة.
- 23- حافظ، أحمد خيرى، وحسن، مجدى محمود (1989م). أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدواني وازدياد الثقة بالنفسي وقوة الأنا لدى جماعة عصابية، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر.
- 24- حجازي، عائشة بنت علي (1423هـ). فروق أعراض القلق والاكئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال (6 - 12) سنة العاديين والمصابين ببعض الأمراض النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود.
- 25- الحسين، أسماء عبد العزيز (1997م). فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير في علم النفس، غير منشورة، الرياض، جامعة الملك سعود.
- 26- حموده، صفاء غازي (1991). "فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة"، رسالة دكتوراه في علم النفس، غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التربية.
- 27- خليفة، عبد اللطيف محمد (2000م). الدافعية للإنجاز، القاهرة، دار غريب.
- 28- دليم، فهد بن عبد الله (1991م). مدخل إلى نظريات الشخصية، تأليف: د. باربرا انجلر.
- 29- دليم، فهد بن عبد الله وآخرون (1993م). مقياس القلق: سلسلة مقاييس مستشفى الطائف.
- 30- الدمرداش، عادل (1982م). الإدمان مظاهره وعلاجه، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

- 31- الذويبي (1419هـ). علاقة تعاطي المخدرات (الهيروين، الحشيش، الكبتاجون) بالتوافق الشخصي الاجتماعي عبر دراسة مقارنة بين الأسوياء ومتعاطين في محافظة جدة، رسالة ماجستير، مكة، جامعة أم القرى.
- 32- راجح، أحمد عزت (1995م). أصول علم النفس، دار المعارف.
- 33- الراضي، أسامة (1990م). "العلاج الجماعي في المنهج الإسلامي الثقافة النفسية"، مركز الدراسات النفسية، العدد الثاني، المجلد الأول، الإسكندرية، دار النهضة العربية.
- 34- ربيع، محمد شحاته (1986م). تاريخ علم النفس ومدارسه، القاهرة، دار الصحوة للنشر والتوزيع.
- 35- روتر، جوليان (1971م). علم النفس الإكلينيكي، ترجمة: هنا، عطية محمود (1989م)، مكتبة أصول علم النفس الحديث، دار الشروق.
- 36- الزراد، فيصل محمد خير (1988م). علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين.
- 37- زهران، حامد عبد السلام (1978م). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة، عالم الكتب.
- 38- الزهراني، محمد علي (1418هـ). العلاقة بين الخصائص النفسية للمناخ الأسري وإدمان الأبناء للمخدرات، دراسة مقارنة بين مدمني الهيروين وغير المدمنين، رسالة ماجستير، جامعة الإمام محمد بن سعود، الرياض.
- 39- السباعي، زهير أحمد، وشيخ إدريس، عبد الرحيم (1417هـ). القلق وكيف تتخلص منه، بيروت، دار القلم.
- 40- سري، إجلال محمد (1990م). علم النفس العلاجي، القاهرة، مكتبة عالم الكتب.
- 41- السعيد، أحمد (1408هـ). دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطي الحشيش بالرياض. رسالة ماجستير، الرياض، غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

- 42- سليمان، علي السيد (1989م). "مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجمعي غير الموجه في تخفيف معاناة الوحدة النفسية"، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر، القاهرة، كلية التربية، جامعة طنطا.
- 43- سويف، مصطفى سويف (1995م). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، الكويت، عالم المعرفة.
- 44- شاهين، سيف الدين حسن (1993م). المخدرات والمؤثرات العقلية. الطبعة الخامسة.
- 45- الشويعر، طريقة سعود إبراهيم (1408هـ). الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي، دار البيان العربي، جدة.
- 46- الصنيع، صالح إبراهيم (1986م). التدين علاج الجريمة، جامعة الإمام محمد بن سعود.
- 47- الضبع، ثناء يوسف (1986م). العلاقة بين القلق وإدراك الفرد لمركز التحكم وال ضبط في دوافع الإنجاز لدى الطلبة من الجنسين، دراسة حضارية مقارنة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 48- طلعت، منصور (1977م). التعلم الذاتي وارتقاء الشخصية، مكتبة الأنجلو، القاهرة.
- 49- طه، فرج، عبد القادر (1986م). علم النفس وقضايا العصر، بيروت، دار النهضة.
- 50- الطواب، عمر وآخرون (1983م). مدخل علم النفس، الرياض، دار المريخ.
- 51- عبد الباقي، سلوى (1992م). خصائص شخصية المدمن في المملكة العربية السعودية، مجلس الدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 52- عبد الخالق، أحمد محمد، وأحمد خير حافظ (1983م). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية، دراسة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 53- عبد العزيز، الشربيني لطفي (د.ت). كيف تتغلب على القلق: المشكلة والحل، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

- 54- عبد الغفار عبد السلام (1976م). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
- 55- عبد القوي، سامي (1995م). علم النفس الفسيولوجي، القاهرة، مكتب النهضة المصرية.
- 56- عبد الله، سليمان البشير، والكاظم، أمل (د.ت). مفاهيم عن الإدمان والتعافي، وحدات الرعاية المستمرة والبرنامج المكثف للمرضى الخارجيين بمستشفيات الأمل بالرياض وجدة والدمام ومركز التأهيل بالقصيم.
- 57- عكاشه، أحمد (1992م). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 58- العنزي، فلاح محروت البلعاسي (2000م). علم النفس الاجتماعي، الرياض، مطابع التقنية للأوفست، ط2.
- 59- العنزي، يوسف مطام (1424هـ). دراسة مقارنة بين مدمني الحشيش ومدمني الامفيتامين والعاديين في بعض خصائص الشخصية، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 60- عيسوي، عبد الرحمن (1993م). سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت.
- 61- غالب، مصطفى (1989م). تغلب على القلق، بيروت، دار ومكتبة الهلال.
- 62- غالي، محمد أحمد، وأبو علام، رجا محمود (1977م). القلق وأمراض الجسم، ط2، الكويت، مكتبة الفلاح.
- 63- غباري، محمد سلامة (1991م). الإدمان: أسبابه ونتائجه وعلاجه، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت.
- 64- فائق، أئله حسن (1991م). دراسة تجريبية في تنمية دافعية الإنجاز، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 65- فايد، حسين (2001م). العدوان والاكئاب في العصر الحديث، نظرة تكاملية، القاهرة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- 66- فرويد، سيجموند (1983م). الكف والعرض والقلق، ترجمة: سمير عثمان نجاتي، ط3، القاهرة، دار الشروق.

- 67- فريدمان، وليم هـ (1988م). ممارسة العلاج النفسي الجماعي، ترجمة: ناصر المحارب، الرياض، مكتبة العبيكان.
- 68- فطيم، لطفي (1993م). العلاج النفسي الجماعي، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 69- الفقيه، علي حسن إبراهيم (1416هـ). فعالية العلاج المعرفي في علاج حالات الإدمان على الهيروين، رسالة ماجستي غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- 70- فهمي، مصطفى (1976م). الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، القاهرة، مكتبة الخانجي.
- 71- القائي، علي (1417هـ-9). الأسرة ومتطلبات الأطفال، ترجمة: مؤسسة البيان للترجمة، بيروت.
- 72- قشقوش، إبراهيم؛ منصور، طلعت (1979م). دافعية الإنجاز وقياسها، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- 73- الكبيسي، عامر (1425هـ). سيكولوجية التدريب: الإستراتيجيات والتقنيات والإشكاليات، جامعة نايف العربية، الرياض.
- 74- كفاي، علاء الدين (1990م). الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة هجر للطباعة والنشر.
- 75- كمال، وعلي (1994م). العلاج النفسي قديماً وحديثاً، الطبعة الأولى.
- 76- المالكي، مريم (1990م). دراسة مقارنة بين سمات الشخصية عند المتعاطين وغير المتعاطين في المجتمع القطري، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، جامعة عين شمس.
- 77- مبارك، زين العابدين محمد (1984م). المخدرات، الكشف عن المخدرات بالوسائل العلمية، الرياض، مطابع الأمن العام بوزارة الداخلية في المملكة العربية السعودية.
- 78- المحارب، ناصر إبراهيم (1993م). ممارسة العلاج الجماعي، المرشد للأخصائي النفسي، جامعة الملك سعود.
- 79- محمد، عادل عبد الله (2000م). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد.

- 80- محمد، محمد محمود (1993م). علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام، ط2، جدة، دار الشروق.
- 81- محمود، ماجدة حسين (1991م). سيكولوجية المدمن العائد، رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- 82- المخدرات والعقاقير المخدرة (1985م). سلسلة كتب مركز أبحاث مكافحة الجريمة، الكتاب الرابع، شركة الطباعة العربية السعودية.
- 83- المخزومي، أمل علي (1414هـ). هموم العصر، مجلة المنهل، العدد 511، المجلد 55.
- 84- مراد، عزت عبد العزيز (1994م). المخدرات تخريب للنفس البشرية، الطبعة الأولى.
- 85- المرزوقي، حمد وآخرون (1414هـ). إدمان المخدرات في أوساط الشباب، سلسلة دراسات اجتماعية مقارنة، البحث الميداني الثاني، ظاهرة إدمان المخدرات في المجتمع العربي السعودي.
- 86- مرسي، سيد عبد الحميد (1987م). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني، مكتبة وهبة.
- 87- مرسي، كمال (1987م). القلق وعلاقته بسمات الشخصية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الكويت.
- 88- مركز أبحاث مكافحة الجريمة (1406هـ). الإدمان "أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج" سلسلة كتب مكافحة الجريمة، الكتاب الخامس، الرياض.
- 89- مليكه، لويس كامل (1994م). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الطبعة الثانية.
- 90- منسي، حسن (1998م). الصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع.

- 91- منصور، عبد المجيد سيد أحمد (1986م). الإدمان أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج، سلسلة كتب مكافحة الجريمة، الكتاب الخامس.
- 92- النجيمي، محمد بن يحيى (1425هـ). المخدرات وأحكامها في الشريعة الإسلامية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 93- هول، ك ولندزي (1996م). نظريات الشخصية، ترجمة: فرج أحمد فرج وآخرون، القاهرة، الهيئة المصرية للتأليف والنشر.
- 94- هولن كالفن، س (1988م). علم النفس عند فرويد، ترجمة: أحمد سلامة وسيد عثمان، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 95- هيئة الأمم المتحدة (1408هـ). الأمم المتحدة ومراقبة إساءة استعمال المخدرات، ترجمة: المركز العربي للعلوم الأمنية والتدريب، الرياض.
- 96- هيجان، عبد الرحمن (2001م). "ضغوط العمل صراع مع الذات والآخرين"، مجلة معهد الإدارة، ع 30.
- 97- الوائلي، عبد الله بن أحمد (1424هـ). فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 98- وزارة الداخلية (1405هـ). الكتاب الإحصائي الثاني عشر، المطابع الأهلية للأوفست، الرياض.
- 99- وزارة الداخلية السعودية (1405هـ). المخدرات والعقاقير المخدرة، الرياض، سلسلة كتب مركز أبحاث مكافحة الجريمة.
- 100- ياسين، عطوف محمود (1981). علم النفس العيادي (الإكلينيكي) الجزء الأول، بيروت، دار القلم للملايين.
- 101- يوسف، حصة (1421هـ). مسئولية الأسرة في الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، مجلة الأمن والحياة، العدد 214، ربيع الأول 1421هـ.

102- يوسف، مصطفى (1987م). إسهامات العلوم الاجتماعية في
بحوث تعاطي المسكرات والمخدرات، مجلة علم النفس، العدد
الأول، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب.

- 1- Bachman, J., and Jons, R. T. (1979). Personality correlates of Cannabie Dependence. Addictive Behaviors. 4.
- 2- Ellis, A. & Bernard, M. (1987). The practice of rational-emotive therapy. New York: Springer.
- 3- Gergen. K> J. and Gergon, M. M. (1981). Social Psychology. U. S. A. Harcourt Brace Jovanovich, inc.
- 4- Gilbestson Alan D. (1984). Perceptual Differentiation Among Drug Addicts. Correlation With Intelligece and M. M. P. I Scores, Journal of clinical Psychology.
- 5- Hant, D. J. (1985). Parental Permissiveness as Perceived by the off Spring and the Degree of Marijuana Usage Among of Spring, Human Relations.
- 6- Keable, D. (1997). Behavioral and cognit theories of anxiety in the Management anxiety. Agulde for theories of New York Churchill Livingston.
- 7- Penk. W. F. & others (1989). Personality Characteristics of Compulsive Herion, Ambvetamines and Barbiturates Users, Journal of counseling and Chinical Psychology.
- 8- Rook K. S. (1987). Social support Versus Companionship: Effect on Lifestress, Loneliness and Evaluation by other. Journal of personality Social Psychology, Jan. Vol. 52 (6) PP. 1132-1142.

- 9- Salvson, S. R. (1957): Are there dynamics in the repy groups" International Journal of Group Psychotherapy.
- 10- Sigurdsson, Jonf & thers (1996). "Psychological Characteristics of Juvenile Alcohol and Drug users" Journal of Addescence, Vol. 19, No. 2, P. 121-126.
- 11- Van Nelson, and Others (1993). A Study to Explore the inter Relationships Among Factors Affecting Substance Abuse of Secondary School Students, London, Rutledge.

الملاحق

- (1) الاستبانة في صورتها النهائية
- (2) قائمة بأسماء المحكمين
- (3) خطاب إفادة من جامعة نايف
- (4) خطاب تسهيل مهمة توزيع الاستبانة (الرياض)
- (5) خطاب تسهيل مهمة توزيع الاستبانة (الدمام)

ملحق رقم (1)
الاستبانة في صورتها النهائية

استبانة خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الأمل

البيانات العامة:

1- العمر:

1 () من 20 إلى أقل من 30 سنة

2 () من 30 سنة إلى أقل من 40

2- الجنس:

1 () ذكر

2 () أنثى

3- المؤهلات:

1 () دبلوم عالي

2 () بكالوريوس

4- الخبرات:

1 () من 1 إلى 5 سنوات

2 () من 6 إلى 10 سنوات

أ- مفهوم الرعاية اللاحقة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين:
تتمثل الرعاية اللاحقة بـ:

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبــــــــــــــــارات
					1- العناية بالبحث والتشخيص من قبل الأخصائي الاجتماعي.
					2- البدء مع المتعافي من منطلق اهتماماته وطاقاته.
					3- ممارسة المهارات التأثيرية مع المتعافي.
					4- قياس قابلية سلوك المدمن للتعديل.
					5- توفر برامج إصلاحية مكثفة.
					6- وضع برنامج تأهيلي مرتبط لمدى قابلية المدمن للتغيير.
					7- الإشراف الاجتماعي الواعي بعيد عن الرقابة الشرطية.
					8- تأصيل مفهوم التائب من الذنب كمن لا ذنب له.
					9- مساعدة المتعافي للاستفادة من إمكانات المجمع المتاحة والتي تعينه على سلوك الطريق السوي
					10- مساعدة المتعافي في تجاوز المواقف السلبية التي يواجهها بها المجتمع.
					11- البحث عن عوامل عودة المتعافي وحلها.
					12- يتعاون الأخصائي الاجتماعي مع الطبيب النفسي في وضع برنامجه العلاجي.

ب- دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان
من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين:

أشر بعلامة (✓) في الحقل الذي تراه مناسباً للإجابة.

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبــــــــــــــــارات
					1- تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل.
					2- تجعل حلقات التحفيظ والذكر المدمن لا يفكر بالعودة أو عمل السلوك المنحرف في المستقبل.
					3- تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف.
					4- تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على التفكير في ترك السلوكيات الخاطئة.
					5- تساعد مسابقات الإلقاء المدمنين على استعادة ثقتهم بأنفسهم.
					6- تساعد المسرحيات المدمنين في تنمية سلوكيات جيدة.
					7- تعالج المسرحيات قضايا انحراف المدمنين.
					8- لبرامج التوعية في التلفاز والفيديو دور إيجابي في ابتعاد المدمنين مستقبلاً عن السلوك الخاطئ الذي يقودهم للإدمان.
					9- تساعد برامج التوعية بالتلفاز والفيديو المدمنين بالندم على تعاطيهم للمخدرات.

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبارات
					10- تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على إشباع ميولهم الرياضية.
					11- تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على تهذيب سلوكهم.
					12- تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين في قضاء على وقت الفراغ لديهم.
					13- تشجع الأنشطة الرياضية المدمنين على تكوين علاقات جيدة فيما بينهم.
					14- يتأثر المدمنين إيجاباً بزملائهم المشاركين في الأنشطة الرياضية.
					15- الأماكن المخصصة للأنشطة الثقافية مناسبة.
					16- الملاعب الرياضية بالمجمع مناسبة.
					17- الوقت المخصص للأنشطة الرياضية كاف.
					18- تتناسب الأنشطة الرياضية مع المستوى العمري لنزلاء المجمع.
					19- أرى أن نترك الحرية للمدمنين في اختيار ما يناسبهم من الأنشطة الثقافية أو الرياضية.
					20- مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.
					21- مشاركة المراقبين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.
					22- مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة يعطيهم الثقة في أنفسهم.
					23- يراعى المؤهل العلمي في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.
					24- يراعى اختيار ذوي الخبرة من المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.
					25- يراعى اختيار العلماء والمشايخ للمشاركة في الأنشطة لقوة تأثيرهم على المدمنين.
					26- يراعى عامل السن في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.

دور الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الأمل من وجهة نظر المدمنين

البيانات العامة:

1- العمر:

1 () أقل من 30 سنة

2 () من 30 سنة فأكثر

2- الجنسية:

1 () سعودي

2 () غير سعودي

3- المؤهلات:

1 () ابتدائي

3 () ثانوي

2 () متوسط

4 () جامعي

4- الحالة الاجتماعية:

1 () أعزب

2 () متزوج

3 () مطلق

5- عدد مرات الدخول في مستشفى الأمل:

1 () مرة واحدة

2 () مرتان

3 () ثلاث مرات

4 () أكثر من ثلاث مرات

6- المهنة:

- 1 () عاطل عن العمل
2 () موظف حكومي
3 () موظف قطاع خاص
4 () متسبب

7- مع من تسكن:

- 1 () الوالدان
2 () الأب فقط
3 () الأم فقط
4 () مع أحد الأقارب
5 () مع الأب وزوجة الأب (غير الأم)

8- مهنة الوالد:

- 1 () عاطل عن العمل
2 () موظف حكومي
3 () موظف قطاع خاص
4 () متسبب
5 () متوفى

9- دور الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الأمل من وجهة نظر المدمنين:

أرجو الإشارة بعلامة (✓) على المقياس الذي يمثل وجهة نظرك:

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبــــــــــــــــارات
					1- يساعد الأخصائي الاجتماعي المدمنين في حل مشاكلهم الاجتماعية.
					2- يوضح الأخصائي الاجتماعي دوره للمدمنين لطلب مساعدته عند الحاجة.
					3- يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتعرف على المدمنين الذين لديهم مشاكل اجتماعية.
					4- يوفر الأخصائي الاجتماعي الوقت الكافي لحل مشاكل المدمنين ومساعدتهم.
					5- يوجه الأخصائي الاجتماعي الوقت الكافي لحل مشاكل المدمنين ومساعدتهم.
					6- يساعد الأخصائي الاجتماعي المدمن على مواجهة ضغوط المجتمع.
					7- يقدم الأخصائي الاجتماعي برامج توعوية للمدمنين لتوضيح ضرر المخدرات.
					8- ينبه الأخصائي الاجتماعي المدمن إلى مغبة الاختلاط برفاق السوء.
					9- يحث الأخصائي الاجتماعي المدمن على زيارة المكتبة وقراءة الكتب النافعة.

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبارات
					10- يسهم الأخصائي الاجتماعي في تفعيل البرامج المؤهلة للعلاج.
					11- وجود الأخصائي الاجتماعي معم في مستشفيات الأمل.
					12- يتابع الأخصائي الاجتماعي المدمنين الذين تم علاجهم وخروجهم من المستشفى.
					13- من المهم الإدلاء بالمعلومات الدقيقة والسرية للأخصائي الاجتماعي لمساعدته على حل مشاكل المدمنين.
					14- يشرك الأخصائي الاجتماعي المدمنين في تنظيم الأنشطة الرياضية والثقافية والاجتماعية.
					15- يقوم الأخصائي الاجتماعي بالاتصال بأولياء أمور المدمنين واستشارتهم.
					16- يحث لأخصائي الاجتماعي المدمنين على مزاوله الأنشطة والمسابقات الترفيهية والثقافية والرياضية.
					17- يتعاطف الأخصائي الاجتماعي مع المدمنين.
					18- توجيهات الأخصائي الاجتماعي تعود على المدمن بفوائد اجتماعية سلوكية معرفية.
					19- يتعاون الأخصائي الاجتماعي مع الطبيب النفسي في وضع برنامج العلاج.

10- دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين:
أشر بعلامة (✓) في الحقل الذي تراه مناسباً للإجابة:

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبــــــــــــــــارات
					1- تساعد حلقات التحفيظ والذكر المدمنين على تغيير سلوكهم للأفضل.
					2- تجعل حلقات التحفيظ والذكر المدمن لا يفكر بالعودة أو عمل السلوك المنحرف في المستقبل.
					3- تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على معرفة العقوبات الشرعية للسلوك المنحرف.
					4- تساعد الدروس والمحاضرات الدينية المدمن على التفكير في ترك السلوكيات الخاطئة.
					5- تساعد المسابقات العامة المدمنين على زيادة ثقافتهم.
					6- تساعد الأمسيات الشعرية المدمنين على تنمية مواهبهم.
					7- تساعد مسابقات الإلقاء المدمنين على استعادة ثقافتهم بأنفسهم.
					8- تساعد المسرحيات المدمنين في تنمية سلوكيات جيدة.
					9- تعالج المسرحيات قضايا انحراف المدمنين.
					10- لبرامج التوعية في التلفاز والفيديو دور إيجابي في ابتعاد المدمنين مستقبلاً عن السلوك الخاطئ الذي يقودهم للإدمان.
					11- تساعد برامج التوعية بالتلفاز والفيديو المدمنين بالندم على تعاطيهم للمخدرات.
					12- يجد المدمن لنفسه الوقت الكافي في المجمع للمطالعة.
					13- تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على إشباع ميولهم الرياضية.
					14- تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين على تهذيب سلوكهم.
					15- تساعد الأنشطة الرياضية المدمنين في

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبارات
					القضاء على وقت الفراغ لديهم.
					16- تشجع الأنشطة الرياضية المدمنين على تكوين علاقات جيدة فيما بينهم.
					17- يتأثر المدمنين إيجاباً بزملائهم المشاركين في الأنشطة الرياضية.
					18- تتناسب الأنشطة الثقافية مع المستوى الإدراكي للنزلاء.
					19- الأماكن المخصصة للأنشطة الثقافية مناسبة.
					20- الملاعب الرياضية بالمجمع مناسبة.
					21- الوقت المخصص للأنشطة الرياضية كافٍ.
					22- تناسب الأنشطة الرياضية مع المستوى العمري لنزلاء المجمع.
					23- أرى أن تترك الحرية للمدمنين في اختيار ما يناسبهم من الأنشطة الثقافية أو الرياضية.
					24- مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.

غير موافق إطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً	العبارات
					25- مشاركة المراقين للمدمنين في الأنشطة تزيد من رغبتهم في المشاركة.
					26- مشاركة الأخصائيين في الأنشطة الثقافية والرياضية يسهم في نجاحها.
					27- مشاركة الأخصائيين للمدمنين في الأنشطة يعطيهم الثقة في أنفسهم.
					28- يراعى الجانب الديني في اختيار المشاركين في الأنشطة بالمجمع.
					29- يراعى المؤهل العلمي في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.
					30- يراعى اختيار ذوي الخبرة من المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.
					31- يراعى اختيار العلماء والمشايخ للمشاركة في الأنشطة لقوة تأثيرهم على المدمنين.
					32- يراعى اختيار من كان لهم سوابق في الإدمان ثم شفو كنموذج يقتدى بهم.
					33- يراعى عامل السن في اختيار المشاركين في الأنشطة من خارج المجمع.

ملحق رقم (2)
قائمة بأسماء المحكمين

قائمة بأسماء المحكمين ووظائفهم

الوظيفة	الاسم	م
عضو هيئة التدريس بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية	أ. د. عبد الله غانم	-1
عضو هيئة التدريس بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية	د. طه النور	-2
عضو هيئة التدريس بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية	أ. د. معن العمر	-3
وكيل كلية الدراسات العليا بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية	لواء د. سعد الشهراني	-4
عضو هيئة التدريس ورئيس قسم المعلومات بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية	أ. د. عبد الحفيظ مقدم	-5
أستاذ علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية	أ. د. محمد التويجري	-6
عضو هيئة التدريس بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية	د. طه الفرا	-7

ملحق رقم (3)
خطاب إفادة من جامعة نايف العربية

ملحق رقم (4)
خطاب تسهيل مهمة توزيع استبانة
(الرياض)

ملحق رقم (5)
خطاب تسهيل مهمة توزيع استبانة (الدمام)