

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

الاضطرابات النفسية لدى متعاطي الأترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسرى في
محافظات غزة

أقر أن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه

حيثما ورد، و إن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو

بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

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

Student's name:

اسم الطالب: حازم بسام عطيه تمرار

Signature:

التوقيع: 

Date:18/1/2015

التاريخ:18/1/2015



الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس
تخصص: علم نفس - صحة نفسية

الاضطرابات النفسية لدى متعاطي الأترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسرى في محافظات غزة

إعداد الطالب
حازم بسام عطية تمرار
أشراف
أ.د سمير قوته

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة
الماجستير في علم النفس - صحة نفسية
1435 هـ - 2014 م



نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ حازم بسام عطية تمرز لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج علم النفس - صحة نفسية وموضوعها:

الاضطرابات النفسية لدى متعاطي الأترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسري في محافظات غزة

وبعد المناقشة العنانية التي تمت اليوم الأربعاء 21 ذو الحجة 1435هـ، الموافق 2014/10/15م الساعة الثالثة مساءً في مبنى اللحيان، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

أ.د. سمير رمضان قوته	مشرفاً ورئيساً
أ.د. محمد وفائي علاوي الحلو	مناقشاً داخلياً
د. جولتان حسن حجازي	مناقشاً خارجياً

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم علم النفس - صحة نفسية. واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز





((لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ))

"البلد: 4"

إهداء

- إلي الذين قضاوا دفاعاً عن هذه الأمة، فغرسوا فينا الهمة.
- إلي والدي العزيزين، الذين غرسا فيّ الأمل والطموح.
- إلي إخواني وأخواتي، الذين شدوا من عضدي.
- إلي زوجتي و أولادي الغالين الذين قاسموني آلامي وآمالي.
- إلي كل أصدقائي، وزملاء مهنتي وجميع العاملين في مجال الإرشاد النفسي.

أهدي هذا البحث المتواضع،

الباحث

شكر وتقدير

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ ((رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي دُرِّيَّتِي إِنَّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ)) (الأحقاف: 15).

الحمد لله رب العالمين، الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، اللهم انفعنا بما علمتنا، وعلمنا ما ينفعنا، وزدنا علماً، وهب لنا من لدنك رحمة، إنك أنت الوهاب، والصلاة والسلام علي نبينا محمد أشرف المرسلين، وعلي اله وصحبه أجمعين، ومن سار علي هداة إلي يوم الدين، أما بعد:

يقول الرسول صلي الله عليه وسلم " من قال جزاكم الله خيراً، فقد أبلغ في الثناء" وقوله صلي الله عليه وسلم " لا يشكر الله من لا يشكر الناس " .

لذا يقتضي الواجب إن أذكر فضل من شجعني وساعدني علي إتمام هذه الدراسة، ولا ينكر فضل الفضلاء إلا من ران علي قلبه، وساء منبتاً.

وإن كان من الواجب أن يذكر أهل الفضل بفضلهم، وأن يخص بعضهم بالذكر، فاني أتقدم بخالص شكري وعظيم تقديري وامتناني إلي أستاذي الفاضل الدكتور / سمير رمضان قوته، الذي أسعدني بإشرافه علي هذه الدراسة، فقد رافقني في هذه الرحلة التعليمية، ومنحني الكثير من وقته، وجاد علي بإرشاداته السديدة، وتوجيهاته المفيدة، ومنحني من علمه ما يعجز مثلي عن مكافئته، فجازاه الله عني خير الجزاء.

كما وأتقدم بالشكر والامتنان إلي عضوي لجنة المناقشة علي تكريمهما بمناقشة رسالتي.

كما وأتقدم بالشكر الخالص إلي الأستاذ / باسل الباز علي ما قام به من ترجمة الملخص إلي اللغة الإنجليزية، كما وأتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذ / عفاف المصري لمراجعتها اللغوية لهذه الدراسة.

كما يطيب لي أن أشكر الزميل العزيز الأستاذ / ختام ابو شوارب علي التعاون الصادق مع الباحث أثناء تطبيق دراسته.

أما أسرتي: والدي، والدتي، زوجتي، إخوتي، فقد أعانوني وعانوا في سبيل تذليل كل صعب، وتعبيد كل درب، فلهم مني التقدير والاعتزاز والحب، داعياً الله أن يعينني في تعويضهم لما بذلوه، من جهد وعناء، ودعاء خالص لهم من الأعماق بالصحة والعافية والسعادة.

هؤلاء من ذكرتهم فشكرتهم، أما من نسيتهم، فهم أولي الناس بالشكر والتقدير، وأدعو الله سبحانه وتعالى أن ينال هذا الجهد القبول والرضا، فحسبي أنني اجتهدت، ولكل مجتهد نصيب، والكمال لله وحده، فان وفقته فمن الله، وإن قصرت، فعذري لقوله سبحانه وتعالى: ((قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ)) (البقرة: 32).

والله من وراء القصد،

ملخص الدراسة باللغة العربية

أهداف الدراسة

1. هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق النفسي و الاكتئاب النفسي و التوافق الأسري عند الأطفال الأحداث في مؤسسة الربيع والأطفال العاديين في محافظة غزة.
 2. هدفت الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في درجات أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة تعزى لمتغير لنوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين).
 3. هدفت توضيح الفروق الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الترتيب الميلادي (الأول- الأوسط، الأخير) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
 4. هدفت الكشف عن الفروق الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الفئات العمرية (12- 14 سنة، 15-18 سنة) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
 5. هدفت معرفة الفروق الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى الاقتصادي للأسرة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة .
 6. كما هدفت الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى التعليمي (ابتدائي- إعدادي - ثانوي) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
 7. هدفت توضيح الفروق الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ومكان الإقامة (مدينة - قرية - مخيم) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
 8. كما هدفت معرفة الفروق الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ونوع المواطنة (مواطن -لاجئ) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
- عينه الدراسة :** تكونت عينه الدراسة من (103) من الأطفال العاديين والأحداث.
- استخدم الباحث الأدوات التالية:** مقياس تيلور للقلق ومقياس بيرلسون لاكتئاب ، ومقياس الربيعي للتوافق الأسري.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أن نسبة مستوى القلق النفسي لدى الأطفال في مؤسسة الربيع مرتفع، وأن الأطفال الأحداث يعانون من أعراض الاكتئاب النفسي بدرجة مرتفعة، أن الأطفال الأحداث لديهم توافق أسري بدرجة متوسطة.
2. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة تعزى لمتغير لنوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) لصالح الأطفال الأحداث.
3. أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الترتيب الميلادي (الأول- الأوسط، الأخير) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة، كذلك تبين أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الفئات العمرية (12- 14 سنة، 15-18 سنة) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
4. أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة فيما يتعلق بمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
5. أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
6. تبين أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة فيما يتعلق بمتغير مكان الإقامة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
7. أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة فيما يتعلق بمتغير نوع المواطنة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

Abstract

This study aims to identify the level of psychological anxiety, psychological depression and family harmony of juvenile children at Al Rabea Institution and normal children in Gaza governorate . It also seeks to identify the statistical dissimilarities in behavior patterns degrees of children attributed to sample type (juvenile children , normal children) . And , the study aims to show the essential statistical dissimilarities of reaction in sample type(juvenile children , normal children) and age categories (12 - 14 years and 15-18 year) on children behavior patterns , besides other dissimilarities attributed to economic level and educations level (elementary – preparatory – secondary) on children behavior patterns . Moreover , the study seeks to show the statistical dissimilarities in sample type (juvenile children , normal children) and place of residence (city , village , camp) on Gaza governorate children behaviors final it aims to identify the dissimilarities of sample reaction and type of citizenship (citizen – refugee) on children behavior patterns .

Study sample consists of 130 normal and juvenile children and the researchers user tools such as : Taylor Manifest Anxiety scale , Birlson Depression self – Rating Scale , and Rabi's Family Harmony scale .

Study results :

- 1.Percentage of psychological anxiety of children at Al Rabea Institution is high.
- 2.Guvenile children highly suffer from depression .
- 3.Juvenile children have an average family harmony .
- 4.There are statistical dissimilarities in behavior patterns attributed to sample type (juvenile , normal) on favor of juveniles .
- 5.There are no statistical dissimilarities for reaction in sample type and birth order on behavior patterns of children in gaza governorate .
- 6.There are no statistical dissimilarities for reaction in sample type and age categories on behavior patterns of children in Gaza governorate .
- 7.There are no statistical dissimilarities for reaction in terms of economic level on behavior pattenen of children in Gaza governorate.
- 8.There are no statistical dissimilarities for reaction regarding place of residence of behavior pattern of children in Gaza governorate .
- 9.There are no statistical dissimilarities regarding place of residence on behavior patterns of children in Gaza governorate .
- 10.There are no statistical dissimilarities for reaction in terms of type of citizenship on behavior patterns of children in Gaza governorate.

قائمة المحتويات

ت	إهداء.....
ث	شكر وتقدير.....
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
ح	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....
خ	قائمة المحتويات.....
ز	قائمة الجداول.....
س	قائمة الملاحق.....

الفصل الأول: (مشكلة الدراسة، وأهدافها، وأهميتها)

2	مقدمة الدراسة.....
4	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.....
5	أهداف الدراسة.....
5	أهمية الدراسة.....
7	مصطلحات الدراسة.....
9	حدود الدراسة.....

الفصل الثاني: (الإطار النظري للدراسة)

الاضطرابات النفسية

12	المبحث الأول:القلق النفسي.....
12	مقدمة.....
13	مفهوم القلق النفسي
15	تصنيفات القلق (أنواع القلق)
19	علاقة القلق ببعض المفاهيم النفسية الأخرى.....
24	مستويات القلق:
25	أعراض ومظاهر القلق
27	العوامل والأسباب المؤدية إلي القلق النفسي.....
30	الآثار الإيجابية والسلبية للقلق.....
30	القلق في ضوء نظريات علم النفس
42	علاج القلق النفسي.....
48	المبحث الثاني:الاكتئاب (Depression).....
49	أعراض الاكتئاب.....

50.....	أنواع الاكتئاب
53.....	أسباب الاكتئاب
55.....	عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية
56.....	النظريات المفسرة للاكتئاب
المبحث الثالث: المخدرات والترمادول	
66.....	مقدمة
66.....	تعريف المخدرات
67.....	تعريف الإدمان
67.....	الإدمان نوعان
69.....	الابعاد التاريخية لظاهرة تعاطى المخدرات
70.....	تصنيف المخدرات
71.....	أسباب تعاطى المخدرات
72.....	بدايات التعاطى من الناحية العمرية وظروفه
74.....	أنماط تعاطى المخدرات
78.....	أنماط المتعاطين (المدمنين):
89.....	العوامل المؤدية إلى انتشار المخدرات
94.....	الآثار السلبية للتعاطى
103.....	واقع المخدرات في المجتمع الفلسطيني
103.....	النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان وتعاطى المخدرات
114.....	الترمادول
115.....	الاستعمالات
115.....	آلية العمل
115.....	الاستقلاب
115.....	التأثيرات غير المرغوبة لتفاعلات مع الأدوية الأخرى
116.....	أضرار الترمادول على الجسم
116.....	الأسماء المرخصة
116.....	أسباب إدمان الترمادول
117.....	علامات تظهر على مدمن الترمادول
117.....	علاج الترمادول
119.....	الأعراض الانسحابية للترمادول
119.....	الوقاية من ادمان الترمادول

119.....	تقرير وتحقيق عن الأترومال تحقيق الصحفية : هداء الدحوح.
	المبحث الرابع: مرحلة المراهقة والأحداث
	أولاً: مرحلة المراهقة
125.....	مقدمة.....
126.....	تعريف المراهقة في اللغة.....
127.....	نظرة الثقافات المختلفة للمراهقة.....
127.....	خصائص النمو في مرحلة المراهقة ومتطلباتها التربوية.....
133.....	علاقة المراهق بالأسرة.....
133.....	نظريات تفسير المراهقة.....
	ثانياً الإحداث:
135.....	مقدمة.....
136.....	تعريف الحدث
137.....	العوامل المؤثرة في جنوح الأحداث.....
138.....	علامات انحراف الأحداث.....
139.....	سن المسائلة الجزائية.....
139.....	تحليل إحصائي لظاهرة جنوح الأحداث للعام 2004 حتى شهر آب 2005.....
	المبحث الخامس: التوافق الأسري
142.....	المفهوم العام للتوافق
143.....	أنواع التوافق
148.....	ثانياً: مفهوم وطبيعة التوافق الأسري.....
151.....	ثالثاً: مظاهر التوافق الأسري.....
159.....	رابعاً: العوامل المؤثرة علي التوافق الأسري.....
156.....	تعقيب عام علي الإطار النظري.....
	الفصل الثالث: (الدراسات السابقة)
158.....	مقدمة.....
159.....	دراسات تناولت موضوع الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين.....
164.....	دراسات تناولت موضوع الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب.....
168.....	دراسات تناولت موضوع تناولت المراهقة.....
172.....	دراسات تناولت موضوع التوافق الأسري.....
176.....	تعقيب عام علي الدراسات السابقة.....

الفصل الرابع: (الطريقة والإجراءات)

184.....	مقدمة
184.....	فروض الدراسة
185.....	منهج الدراسة
185.....	المجتمع الأصلي للدراسة
185.....	عينة الدراسة
188.....	أدوات الدراسة
194.....	الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل الخامس: (النتائج وتفسيرها ومناقشتها)

196.....	مقدمة
196.....	عرض التساؤل الأول وتفسيره ومناقشته
198.....	عرض التساؤل الثاني وتفسيره ومناقشته
201.....	عرض التساؤل الثالث وتفسيره ومناقشته
203.....	عرض الفرض الأول وتفسيره ومناقشته
208.....	عرض الفرض الثاني وتفسيره ومناقشته
211.....	عرض الفرض الثالث وتفسيره ومناقشته
215.....	عرض الفرض الرابع وتفسيره ومناقشته
217.....	عرض الفرض الخامس وتفسيره ومناقشته
220.....	عرض الفرض السادس وتفسيره
222.....	عرض الفرض السابع وتفسيره
228.....	توصيات الدراسة
227.....	مقترحات ومقترحات الدراسة
228.....	قائمة المصادر والمراجع
241.....	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع العينة	185
2.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية	186
3.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الترتيب الميلادي	186
4.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة	187
5.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	187
6.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	188
7.	توزيع أفراد العينة حسب نوع المواطنة	188
8.	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب النفسي والدرجة الكلية للمقياس	190
9.	يوضح معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية) لمقياس الاكتئاب النفسي	191
10.	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات مقياس التوافق الأسري والدرجة الكلية للمقياس	192
11.	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مستويات القلق بالنسبة لنوع العينة	196
12.	يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الاكتئاب النفسي حسب نوع العينة	198
13.	يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس التوافق الأسري حسب نوع العينة	201
14.	يوضح نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق في درجات أنماط السلوك لدى الأطفال تعزى لنوع العينة اطفال أحداث، اطفال عاديين)	203
15.	يوضح تحليل التباين 2×3 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما	208
16.	يوضح تحليل التباين 2×2 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والفئات العمرية والتفاعل بينهما	211
17.	يوضح إحصاءات وصفية لمتغير نوع العينة بالنسبة للفئات العمرية في التوافق الأسري	212
18.	يوضح تحليل التباين 2×4 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والمستوى الاقتصادي للأسرة والتفاعل بينهما	215
19.	يوضح يوضح تحليل التباين 2×3 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والمستوى التعليمي للأطفال والتفاعل بينهما	217
20.	يوضح تحليل التباين 2×3 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة ومكان الإقامة والتفاعل بينهما	220
21.	يوضح تحليل التباين 2×2 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة ونوع المواطنة والتفاعل بينهما	222
22.	يوضح إحصاءات وصفية لمتغير نوع العينة بالنسبة لنوع المواطنة في القلق النفسي	224

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
242	رسالة من عميد الدراسات العليا إلي مؤسسة الربيع لتسهيل مهمة الباحث في الحصول علي المعلومات وتطبيق أدوات الدراسة.	.1
243	نموذج المقاييس في صورتها الأولية	.2
246	نموذج المقاييس في صورتها النهائية	.3

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

- مقدمة:
- مشكلة الدراسة (التساؤلات)
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

الفصل الأول

مقدمة:

يؤكد الواقع على إن طفل اليوم هو رجل الغد وهو الذي تتعقد عليه آمال في تحمل مسؤولية تشكيل المستقبل بما يحقق التنمية المستدامة، فبعد وصول الإنسان لمستوى متقدم في كافة المجالات المادية الذي من خلالها بدأ يشعر بالسعادة، إلا أن الواقع النفسي يشير إلى عكس ذلك بسبب المعاناة التي فرضتها الحروب والصدمات التي تشهدها مناطق كثيرة من العالم، فضلاً عن الضغوط المتنوعة والكوارث التي لا حصر لها والتي شكلت إضافة لهذه الضغوط الأمر الذي ترك بلا شك العديد من الآثار السلبية على جسم وعقل النفس البشرية.

إن زيادة التعقيدات والضغوط النفسية والاجتماعية على الأفراد، وكذلك التحولات الحضارية السريعة، وتغير أنماط الحياة، وضعف العلاقات الأسرية، إضافة إلى قلة الوازع الديني، قد أدت إلى تفاقم المشكلات الاجتماعية والنفسية، التي ربما أدت بدورها إلى ظهور اضطرابات الشخصية، وتبني سلوكيات منحرفة منها إدمان الكحول والمخدرات.

إن الصحة النفسية، وهي قدرة الإنسان على الشعور بالسعادة، وإيمانه بقيمته، وقدرته على إحداث التوافق والتناغم بين قدراته وطموحاته ومثله وعواطفه، وقدرته أيضاً على متابعة حياته بشكل طبيعي بعد التعرض لأي صدمة أو ضغط نفسي، تعد مطلباً ضرورياً للعيش بعيداً عن الاضطرابات العقلية والسلوكية.

وإدمان المخدرات ظاهرة انتشرت في العديد من المجتمعات البشرية على اختلاف أنظمتها السياسية والاجتماعية والاقتصادية، حتى أصبحت مشكلة ذات تأثيرات متعددة مباشرة وغير مباشرة على الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال خسارة جهد الفرد الذي يفترض استثماره للإثراء الاقتصادي والحضاري، وخسارة عائلته له بصفته عضواً في المجتمع بسبب الإدمان على المخدرات الذي يؤدي إلى السلوك العدواني، والسلوك المضاد للمجتمع (سويف ، 1999 : 41).

إن مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة دولية تحرص الكثير من الدول والهيئات المختلفة على القضاء عليها، أو الحد منها حفاظاً على شعوبهم وأوطانهم من هذا الوباء الخطير.

إن إساءة تعاطي المخدرات والكحول وتدخين السجائر تؤدي إلى خسائر سنوية عالمية فادحة، فالوفيات الناتجة عن إساءة تعاطي المخدرات والكحول والسجائر تشير إلى خطورة هذا الأمر، فقد بلغ معدل الوفيات السنوي بسبب التدخين في عام 1996م على المستوى العالمي: ثلاثة ملايين وثمانية وثلاثين ألف حالة وفاة، وبسبب الكحول سبعمائة وأربعة وسبعين ألف حالة وفاة، وبسبب

المخدرات مائة ألف حالة وفاة، وهذا يعني أن هذه العوامل الثلاثة مجتمعة تسبب أعلى حالات وفاة في العالم سنوياً (Murray and Lopez, 1996: 25).

ومن المفترض أن الهدف الأساسي لرعاية الناشئة هو العمل على مبدأ الوقاية قبل العلاج في مجال مكافحة المخدرات، وذلك من خلال حماية الشباب بتعزيز دفاعاتهم النفسية ودعم قيمهم العليا حتى نجعل فرصة إقدامهم على تعاطي المخدرات أو تجربتها فرصة ضئيلة أو مستحيلة أو شاقة، كما أن الوقاية من المخدرات تتمثل في بناء مقاومة داخلية لدى النشء تقول لا لمحاولة تجربة المخدرات وليس تعاطيه، هذه الوقاية تشمل جهوداً مختلفة وواسعة لمساعدة النشء والشباب في اكتساب خبرات ومهارات حتى يكتسبوا الثقة في النفس والتخلي بالقيم الحميدة، كما أن برامج الوقاية تهتم أيضاً بتعليم النشء أهمية احترام أجسامهم وغرس المفاهيم الإيجابية التي تولد أهمية الحياة الصحية السليمة. ويوضح سويف (1999) إمكانية تحليل مشكلة تعاطي المخدرات وفقاً لأبعاد ثلاثة رئيسية هي: العرض، والطلب، وكذلك النتائج الصحية والاجتماعية المترتبة على التعاطي.

فعلى الرغم من التطور الحاصل في عصرنا هذا إلا أن ظاهرة تعاطي المخدرات بكافة أشكالها قد زادت في الانتشار الأمر الذي ينذر مجتمعاتنا البشرية بالخطر خصوصاً وإن هذا الوباء يساهم في عرقلة مسيرة التحرير والبناء والتطوير والتقدم في المجتمعات عامة والمجتمع الفلسطيني بشكل خاص، ولهذا لم يسلم من ظاهرة تعاطي المخدرات، ويحاول جاهداً الحد من انتشار التعاطي والوقاية منه.

وتقع مشكلة تعاطي حبوب الاترمال في صدارة المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد المحلي، حيث تبلور الاهتمام بها في العديد من المؤسسات والأجهزة الأمنية، فينتصر البعض أن هذه الحبوب المشار إليها أعلاه على أنها وسيلة لتوفير الراحة والمتعة من أجل الابتعاد عن المشاكل والهروب من الواقع المر الذي يعيشه أو وسيلة مناسبة لإظهار المشاكل على درجة بسيطة من الأهمية أو كوسيلة مؤقتة له لكي يتجاوز لحظة الأزمة، ويذهب بعض المراهقين إلى اعتقاد واهم إن هذه الحبوب المخدرة قد تزيد من قدرته الجنسية وينال من خلال تعاطيها المتعة، غير أن الواقع يشير إلى أن النشاط الوحيد الذي يتمكن متعاطي هذه الحبوب من ممارسته هو التخيلات الذاتية، وذلك بعد زوال الكوابح الاجتماعية والأخلاقية فتخرج من أعماقه ما يكتبه من الرغبات والغرائز الحبيسة فيعوض عن الكبت الذي يعاني منه بافتعال التصورات المستحيلة التحقيق أو المحروم منها. (قديح، 2006: 12).

من ناحية أخرى تتوفر الفرص المتاحة للمراهقين عند تعاطيهم لحبوب الاثرمال وتتوقف بصورة كبيرة على مصاحبة المراهق لمجموعات منحرفه (الياسين: 1987: 86)

وغياب دور الأسرة الفعال وتردي الحالة الاقتصادية، فكل هذه العوامل مجتمعة تزيد من فرصة تعاطي المراهقين للمخدرات وخصوصا حبوب الاثرمال نظرا لتوفرها بشكل أكبر، هذا بالإضافة إلى أن المراهق المتعاطي لهذه الحبوب لا يتوفر لديه الحافز القوي لكبح جماح هذا الوباء الخطير الذي يتهدد الشريحة الأكثر أهمية في المجتمع الفلسطيني، وهنا تكمن أهمية دراسة الاضطرابات النفسية لدى متعاطي الاثرمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسرى في محافظات غزة.

مشكلة الدراسة

تعتبر الاضطرابات النفسية لدى متعاطي حبوب الاثرمال من المراهقين، من المشكلات المعقدة التي تواجه الشريحة الأكثر أهمية في المجتمع الفلسطيني، نظرا لما تمثله هذه الفئة العمرية من أهمية على اعتبار أنها تمثل مستقبل المجتمع الفلسطيني، لذلك تحاول هذه الدراسة مواجهة هذه المشكلة من خلال التعرف على حقيقة هذه الاضطرابات النفسية لدى المراهقين نتيجة تناولهم حبوب الاثرمال وبالتالي.

تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:

ما علاقة الاضطرابات النفسية عند الأطفال الأحداث متعاطي الاثرمال بالتوافق الأسرى؟

وينبثق عن السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى القلق النفسي عند الأطفال الأحداث في مؤسسة الريع والأطفال العاديين في محافظة غزة؟
2. ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين في قطاع غزة؟
3. ما مستوى التوافق الأسرى لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين في قطاع غزة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة تعزى لمتغير لنوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين)
5. هل توجد فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الترتيب الميلادي (الأول- الأوسط، الأخير) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
6. هل توجد فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الفئات العمرية (12- 14 سنة، 15- 18 سنة) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

7. هل توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى الاقتصادي للأسرة على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة

8. هل توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى التعليمي (ابتدائي - إعدادي - ثانوي) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة

9. هل توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ومكان الإقامة (مدينة - قرية - مخيم) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

هل توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ونوع المواطنة (مواطن - لإجئ) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

أهداف الدراسة:

للداسة العديد من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها من خلال واقع المراهقين المتعاطين لحبوب الاترمال الأحداث في قطاع غزة وتتحدد على النحو التالي:

1. تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوي النفسي و الاكتئاب النفسي و التوافق الأسري عند الأطفال الأحداث في مؤسسة الربيع والأطفال العاديين في محافظة غزة.
2. تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في درجات انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة تعزى لمتغير لنوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين).
3. تهدف هذه الدراسة إلى توضيح الفروق الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) تبعاً للمتغيرات التالية: الترتيب الميلادي و الفئات العمرية والمستوى الاقتصادي للأسرة والمستوى التعليمي ومكان الإقامة ونوع المواطنة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في الجانب التي تتناوله ، وهو الاضطرابات النفسية لدى متعاطي الاترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسرى في محافظات غزة ،ولعل هذا الجانب ينطوي على أهمية كبرى سواء من الناحية النظرية أو الناحية التطبيقية والتي يتمثل في النقاط التالية:

أولاً: من الناحية النظرية:

1. على الرغم من تعدد البحوث والدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية ، إلا إن هذه الدراسات لم تعط اهتمامها الكافي في مجال الاترمال وخصوصاً في المجتمع الفلسطيني على حد علم الباحث.
2. قد تلقي هذه الدراسة الضوء على معرفة مدى تأثير الاترمال على سلوك الطلاب مما يساعد الإدارة المدرسية على تهيئة الجو المناسب للطلاب أثناء فترة الدوام المدرسي.
3. قد تكمن أهميتها في كونها تتناول هذه الدراسة دراسة مشكلة حقيقية يعاني منها أطفال قطاع غزة هي الاترمال والاضطرابات النفسية في الظروف العادية، لا سيما بالك عندما يضاف إليها ظروف في غاية القسوة والتي مرت بها الأراضي الفلسطينية.
4. تقدم الدراسة إطاراً نظرياً حول مفهوم الاضطرابات النفسية ، الأمر الذي يدفع بعض الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات التي تتناول أنواع أخرى من المخدرات وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى.
5. قد تضيف اطار نظريا يثري المكتبة العربية.

ثانياً من الناحية العملية (التطبيقية):

1. قد تفيد نتائج هذه الدراسة العاملين في مجال الصحة النفسية ، في تصميم وإعداد برامج إرشادية نفسية ، تسهم في خفض مستوى الاضطرابات النفسية لدى المراهقين المتعاطين للاترمال ، والمحافظة على صحتهم النفسية والعقلية .
2. قد يستفيد خبراء المناهج وبرامج الإرشاد النفسي ، والتوجيه التربوي والديني ، ومسؤولي الإعلام ، في التخطيط لبرامج وقائية وعلاجية ، لبعض المشكلات التي يعاني منها الطلبة المراهقين المتعاطين للاترمال.
3. قد يستفيد باحثون آخرون من أدوات الدراسة الحالية المتمثلة في : مقياس التوافق الأسري ، ومقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال و مقياس تيلور للقلق في إجراء دراساتٍ أخرى.
4. قد يستفيد من الدراسة المشرفون التربويون والموجهون العاملين في الصحة النفسية والمجتمعية
5. قد يستفيد من الدراسة الباحثون في الجامعات والباحثون في المجال التربوي بشكل عام .
6. قد يستفيد من الدراسة الأخصائيون النفسيين العاملين في المؤسسات الأهلية و المجتمعية.

مصطلحات الدراسة:

الاضطرابات النفسية:

* هي الشذوذ عن ما هو سوي أو الانحراف عن ما هو عادي وقد تكون حالات مرضية تشكل خطر على الفرد نفسه، أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد أو حماية المجتمع منه، والشخص المضطرب نفسي هو الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في التفكير والمشاعر وكذلك نشاطه ويكون غير قادر على الاندماج مع الآخرين. (منصور: 2007 : 40).

* الاضطراب النفسي هو المظهر الخارجي لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي التي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية يظل معه المضطرب متصلاً بالحياة الواقعية، ولهذا المظهر الخارجي جملة من الأعراض التي قد تظهر كلها أو جزء منها مثل : القلق، الخوف، الاكتئاب، الوسواس، الأفعال القهرية، سهولة الاستثارة، الحساسية الزائدة، اضطرابات النوم، الشكوى الزائدة، عدم القدرة على استبصار الذات أو تحديد الأهداف أو اتخاذ القرار أو الفشل في التوافق (بركات، 1978 : 56).

الاضطرابات النفسية موضع الدراسة متمثلة في القلق والاكتئاب النفسي.

القلق:

سوف يتبنى الباحث نظرة (عكاشة، 2003: 134): للقلق والذي يعرفه بأنه " شعور غامض غير سار مملوء بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية تأتي على شكل نوبات متكررة من نفس الفرد " .

الاكتئاب:

سوف يتبنى الباحث نظرة (إسماعيل, د.ت: 32): للاكتئاب والذي يعرفه استجابة انفعالية متطرفة وغير مناسبة للحدث المثير يختلف عن الحزن من حيث الشدة ومدة استمرارية الاستجابة، والمكتئب لا يمكنه استشعار المشاعر المبهجة عكس الذي يعاني من حالة الحزن السوي، ويميل المريض بالاكتئاب لاجترار الأفكار والخبرات غير السارة في حياته وهو بحاجة إلى العلاج النفسي .

التعريف الإجرائي للاضطرابات النفسية:

حالة من التوتر الشامل الذي يصيب الفرد فجأة بدون توقع تحدث في نفس الفرد إيلاًماً شديداً وتغير من حالته النفسية والجسمية وتنقلها من حالة التكيف إلى حالة عدم الاستقرار . وهو الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة علي مقياس القلق والاكتئاب الذي تبناهم الباحث وهم مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال و مقياس تيلور للقلق.

التعاطي:

* هو استخدام أي نوع من المخدرات بصفة دائمة أو متقطعة أو كما يعرفه صندوق الإدمان بأنه تناول المواد المخدرة بشكل تجريبي أو متقطع أو بشكل منتظم (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، 2000: هـ)

* هو تناول أي مادة مخدرة مهما كان نوعها وهي مرحلة تسبق مرحلة الإدمان التي تتغير فيها فسيولوجية الجسم ويصعب تحملها. (المحارب، 1990: 92) .

وفي هذا السياق يمكن القول عن التعاطي هو التعود الاعتيادي بمقادير أو جرعات مختلفة على عقار أو أكثر مع تفضيل جيل المتعاطين للمتشابهاة التأثيرية إلا في الحالات التي لا يتوفر فيها العقار المفضل أو في حالات التجريب بغية التوق للجديد.

حبوب الاثرمال:

هو مسكن الم مركزي له مفعول مقارب للكوديين ، وهو نظير هذا الأخير. ويصنف ضمن مسكنات الألم من النوع 2 . يؤثر على نفس مستقبلات المورفين، وهو منافس على المستقبلات المورفينية. هو لا يحدد مفعول المورفينات الأخرى، وهو يسبب إدمانا ولكن بصفة أقل من باقي المورفينات المنافسة على نفس المستقبلات.

المراهقة:

يعرف (زهرا، 1990: 223) المراهقة على أنها: " مرحلة الانتقال من الطفولة إلى مرحلة النضج، فالمراهقة تأهب لمرحلة الرشد، وتمتد من العقد الثاني من حياة الفرد أي حوالي سن 12-18 سنة تقريبا أو قبل ذلك بعام أو عامين أو بعد ذلك بعام أو عامين".

ويعرفها (كفافين 1977: 32) بانها: " المرحلة التي يعبرها الطفل كي ينتقل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد وتمتد هذه المرحلة طوال العقد الثاني تقريبا من عمر الفرد فهي تبدأ بحدوث البلوغ الجنسي وتنتهي بالوصول إلى سن الرشد".

الأحداث

الحدث لغة يقصد به عدة معانٍ، ومنها حداثة السن، كناية عن الشباب وأول العمر، فإن ذكرت السن قلت حديث السن أو غلام (الرازي، 1980: 85)

ومن الناحية القانونية يعرف الحدث بأنه الصغير في الفترة بين السن التي حددها القانون للتمييز والسن التي حددها لبلوغ الرشد، وهي الثامنة عشر (خفاجي، 1977: 93).

ويقول العرب لمن لم يبلغ سن الرجال هو حدث، أي صغير السن لم يبلغ الحلم بعد (عبد الباقي، ب.ت: 41).

التعريف الإجرائي:

ويعرف الحدث إجرائياً في هذه الدراسة بأنه الفتى الذي لا يقل عمره عن سبع سنوات ولا يتجاوز ثماني عشرة سنة ويكون نزيلاً في مؤسسة الربيع أثناء إجراء هذه الدراسة.

قطاع غزة:

يقع قطاع غزة في الجنوب الغربي من فلسطين، التي تقع في قارة آسيا، وهو عبارة عن شريط ساحلي من الأرض يمتد من بيت حانون شمالاً إلى رفح جنوباً، ويبلغ طوله حوالي 45 كيلومتراً كما إن أقصى عرض له عند خان يونس لا يتجاوز 12 كيلومتراً ويبلغ متوسط عرضه 7 كيلومترات وتبلغ مساحته حوالي 365 كيلومتراً مربعاً وتمثل هذه المساحة نسبة 1.3% من مساحة فلسطين والتي تبلغ 27 ألف كيلومتر مربعاً (حلس وآخرون، 1963 : 121).

التوافق الأسري:

تعرفه (عبد الله، 2006: 72) بأنه قدرة أفراد الأسرة على الانسجام معاً وإحساسهم بالسعادة والراحة في نطاق الحياة السرية، وإقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية، والعمل المنتج الذي يجعل الفرد شخصاً، فاعلاً ونافعاً في محيطه الاجتماعي من ناحية أخرى.

ويعرفه (القريطي، 1998: 65) بأنه: هو مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته وعلاقات الحب والمودة والمساندة والتراحم والتعاون بين والديه وإخوانه بما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة. التعريف الإجرائي: هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة علي مقياس التوافق الأسري الذي تبناه الباحث وهو من إعداد (الربيعي، 2010).

سابعاً: حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة في الآتي:

1. **الحد المكاني:** تم تطبيق الدراسة الحالية في مؤسسة الربيع بمحافظة غزة والعادين في محافظة الوسطي .
2. **الحد البشري:** اقتصرت الدراسة الحالية علي المراهقين الاحداث متعاطي حبوب الاترمال في مؤسسة الربيع بمحافظة غزة والعادين في محافظة الوسطي .
3. **الحد الزمني:** أجريت الدراسة الحالية خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2014 م .
4. **الحد الموضوعي:** بعض الاضطرابات النفسية وهي القلق والاكتئاب لدى متعاطي الأترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسري في محافظات غزة.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

الاضطرابات النفسية.

المبحث الأول: القلق النفسي.

المبحث الثاني: الاكتئاب.

المبحث الثاني: المخدرات والترمادول

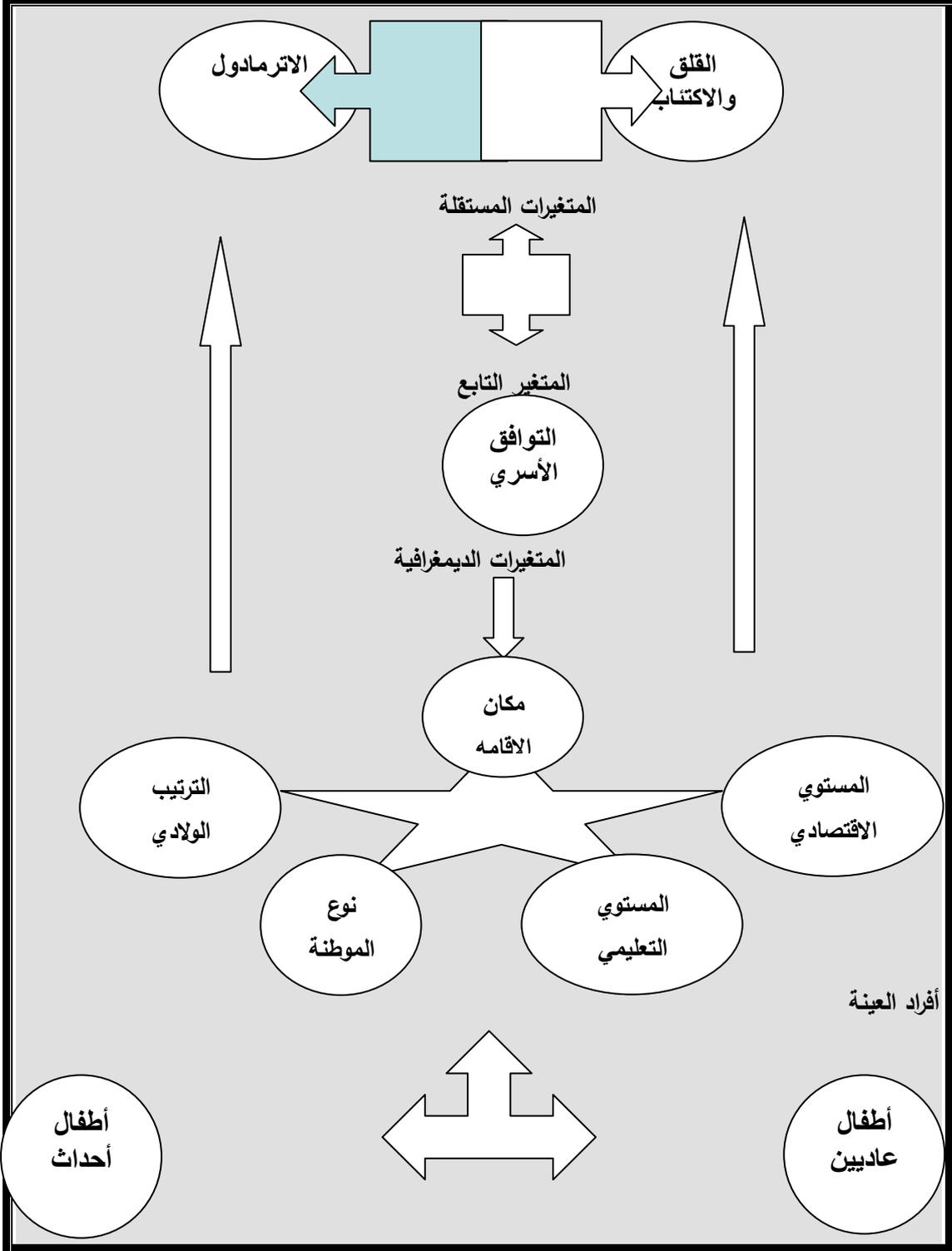
المبحث الثالث: مرحلة المراهقة.

المبحث الخامس: التوافق الأسري.

تعقيب عام علي الإطار النظري.

الفصل الثاني الإطار النظري

سوف يتناول هذا الفصل تصور الباحث لمتغيرات الدراسة ، إذا ذكرنا سابقاً أن تعاطي الترامادول أصبح ظاهرة مقلقة في المجتمع الفلسطيني ، وفي هذه الدراسة فان التعاطي والاضطرابات النفسية هي المتغيرات المستقلة ، في حين يعتبر التوافق الأسري هو المتغير التابع وسيشمل الشكل الآتي تصور الباحث لمتغيرات الدراسة.



الاضطرابات النفسية المبحث الأول: القلق النفسي

مقدمة:

تعد ظاهرة القلق من الظواهر النفسية الشائعة التي اهتم بها علماء النفس في العصر الحديث، حيث أصبحت ظاهرة ملحوظة بشكل كبير لدى الأفراد، نتيجة لظروف الحياة الصعبة والمعقدة، كما أن القلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي في بناء الشخصية، ومتغير من متغيرات السلوك البشري إلا انه كذلك يعد القاعدة الأساسية، والمحور الدينامي في جميع الاضطرابات العصابية، والعقلية والانحرافات السلوكية، والقاسم المشترك فيما بينها جميعاً ويعد من أكثر فئات العصاب انتشاراً.

والقلق ظاهرة اعتيادية يعيشها الإنسان، يتميز بها دون سائر المخلوقات الحية، فهو مرافق لحياة الإنسان واضطراره لاختيار مسالك لا تتفق مع رغباته رضوخاً لمطالب المجتمع، أو لعدم القدرة علي تحقيق رغباته وميوله وطموحاته التي تعيقها معوقات كثيرة تزداد مع تزايد ضغوط الحياة الحديثة ومطالبها (الوقفي، 1989: 47).

و يعتبر القلق حالة من الشعور بالتوتر وعدم الارتياح والاضطراب المتعلق بما يمكن أن يحدث مستقبلاً، وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع، و لقد أكد ابن حزم على عمومية القلق بوصفه حالة أساسية في حالات الوجود الإنساني ويرى أن هدف السلوك الإنساني هو الهروب من القلق. ويطرأ تأثير القلق السلبي في بعض الأحيان على العديد من جوانب الحياة النفسية للمراهق فيؤثر على علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين فيبدو عليه الانطواء والانسحاب والنشاط الزائد وتشتت الانتباه وسرعة الاستثارة الانفعالية وبعض الأعراض النفس جسمية مما يؤثر على توافقه النفسي و في الوقت الراهن يشهد مجال سيكولوجية المراهق بوجه عام والصحة النفسية والعلاج والإرشاد النفسي بوجه خاص تزايداً ملحوظاً للجهود الموجهة للمراهق خاصة بعد أن أكدت بعض الدراسات إلى أن مصدر هذه الاضطرابات في مرحلة الرشد (عبد المعطي، 1998: 354).

هذا و يعتبر القلق من أهم المشكلات المصاحبة للإنسان علي مدار الساعة في عصر سمته المميزة القلق، ولكن هذه السمة تعني بالدرجة الأولى فشل الإنسان في التوافق و التكيف مع متطلبات العصر، وبما فيه من تقدم علمي وتكنولوجي، انعكست إشارة واضحة علي كل مظاهر حياتنا اليومية، وفي كل المواقع التي نعمل فيها وتؤثر علينا، لذلك فلا غرر أن ينشأ أطفالنا وهم

يعانون القلق خصوصاً وأنهم يعكسون بسلوكياتهم التي يمارسونها مدى تأثرهم واستجابتهم لاضطرابات القلق تأثيراً وتأثراً بالمجتمع الذي يعيشون فيه (الخطيب، 2000: 590).

مفهوم القلق النفسي:

أولاً: التعريف اللغوي للقلق:

يعرف القلق لغوياً بأنه " القلق من قلق والقلق الانزعاج، ويقال بات قلقاً وقلق غيره، والقلق لا يستقر في مكان واحد والإزعاج (ابن منظور، 1986: 323).

كما يعرف القلق: " من قلق وقلق قلقاً لم يستقر في مكان واحد أو لم يستقر علي حال، واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق: حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلق: شديد القلق، ويقال رجل مقلق، وامرأة مقلقة (الكعبي، 1997: 28).

ثانياً: التعريف السيكولوجي للقلق:

لقد اختلف علماء النفس فيما بينهم في تعريف القلق، وتنوعت تفسيراتهم له، كما تباينت آراؤهم حول الوسائل التي يمكن استخدامها للتخلص منه وفي هذا المقام سوف يستعرض الباحث عدد من التعريفات التي ذكرت عن القلق ومنها التالي:

حدد معجم علم النفس والطب النفسي القلق " بأنه شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث" (الكعبي، 1997: 30).

أما في قاموس المصطلحات النفسية والتحليل النفسي فقد عرفه أنه " حالة انفعالية غير سارة مستمرة لدى الفرد وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار فيها يفقد الرغبة أو الدافع للهدف " (عبد الخالق، 1987: 27).

ويعرف زهران القلق بأنه " هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها سبب غامض، وأعراض نفسية وجسمية " (زهران، 2001: 484).

كما عرفه ملحم علي أنه "هو شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز يصحبه في العادة بعض الاحساسات الجسمية مجهولة المصدر كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق " (ملحم، 2001: 233).

القلق " هو ناتج عن ردة فعل الفرد علي الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي حيث يشعر الفرد بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل" (رضوان، 2002: 232).

كما عرفه عكاشة بأنه " شعور غامض غير سار مملوء بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية تأتي على شكل نوبات متكررة من نفس الفرد " (عكاشة، 2003: 134).

كما يعرف الرفاعي القلق بأنه " حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده، وهو ينطوي علي توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة (الرفاعي، 1981: 205).
ويعرف كمال القلق بأنه " حالة من التحسس الذاتي يدركها الفرد علي شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح من توقع وشيك لحدوث الضرر والسوء (كمال، 1988: 161).
ويعرف مخيمر القلق بأنه " رد فعل الأنا ينذر بخطر خارجي (قلق سوي) أو بخطر داخلي من جانب الأنا الأعلى (قلق خلقي في صورة إثم أو اشمئزاز) أو بخطر داخلي (طمح المكبوتات من جانب الهو) قلق عصابي " (مخيمر، 1979: 23).
ويعرف سان فورد **San Ford** القلق بأنه " مشاعر مفعمة بالقلق وترقب الشر ويوجد في كثير من مواقف الصراع والعصاب النفسي " (العيسوي، 1984: 73).
أما مسرمان **Messerman** فيعرف القلق بأنه " حالة من التوتر الشديد الشامل ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف " (الطيب، 1994: 65).

من خلال العرض السابق يتضح أن الباحثين قد اختلفوا في تعريفاتهم له، فمنهم من ركز علي الأعراض النفسية له، ومنهم من ذكر الأعراض الفسيولوجية، وبعضهم جمع بين الأعراض النفسية والأعراض الفسيولوجية، لكن كل منهم لمس جانباً من جوانبه وغطي ناحية من نواحيه، وهذا ما ساهم بقوة في توضيح معني القلق وتعريفه.

وكما يرى الباحث أن التعريفات قد اشتملت علي عدة أمور أهمها:

القلق حالة نفسية تحدث للأفراد في جميع المستويات صغاراً وكباراً.

القلق حالة شعورية يمر بها الأفراد ويشعروا بها.

القلق يحدث نتيجة شيء غير متوقع وغير موجود وغير ظاهر وغير معروف المصدر أو المكان أو الزمان أي أنه غير محدد وانعدام الموضوع في غالب الأحيان.

القلق يؤدي النفس ويسبب لها إيلا ما داخليا واختراقا كما يقول الإمام الغزالي من الصعب التعرف عليه أو التخلص منه بسهولة.

يتميز هذا القلق بالاستمرارية والغموض وعدم الوضوح مما يجعل الإنسان يعيش في حيرة.

يمكن تشخيص القلق من خلال أعراضه الواضحة التي حددها العلماء في المجال النفسي والجسمي أو الفسيولوجي.

القلق له جوانب متعددة من التوتر والخوف وعدم الاستقرار وتوقع الشيء غير المكروه أو الخطر في أي لحظة رغم عدم وجود الموضوع المحدد وغير مرتبط بفئة عمرية محددة.

تصنيفات القلق (أنواع القلق):

تعريف موضوع ما من مواضيع علم النفس يعتبر مشكلة غير هينة، إذ يتحتم علي كل باحث أن يوضح في بحثه المفهوم الدقيق لكل مصطلح يستخدمه وذلك بالقدر الذي يتيح للقارئ أن يرسم إطاراً فكرياً وتصوراً ذهنياً لما يتحدث عنه من مفاهيم ومصطلحات وينطبق ذلك كثيراً علي مفهوم القلق النفسي (عبد الخالق، 1987: 27).

فمن الواضح عدم وجود اتفاق حول مفهوم القلق النفسي ولعل السبب في هذا يكمن في أن القلق العصائبي مرض داخلي المصدر غير مفهوم ولا يعرف له الفرد أصلاً أو سبباً ولا يستطيع أن يجد له مبرراً موضوعياً أو سبباً واضحاً صريحاً، فأسبابه لا شعورية مكبوتة إلا أنه يمكن القول بأن القلق (شعور مبهم غير سار) بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية مثل الشعور بالضيق في التنفس أو الصداع أو كثرة الحركة أو توتر وصراع مع النفس ويأتي في نوبات متكررة في نفس الفرد (عبد الله، 1996: 149).

ولقد عمل كثير من العلماء في ميدان القلق وبعضهم صنف القلق إلى عدة أنواع لاعتبارات النشأة أو الآثار المترتبة عليه مثل زهران وسوف نتناول أنواع القلق التي عليها شبه إجماع من قبل علماء النفس مثل فرويد والذي قسمة إلي نوعين:

أولاً: القلق الموضوعي: Objective Anxiety

ربما يكون هذا النوع أقرب أنواع القلق إلي السواء وهو قلق ناتج عن إدراك الفرد لخطر يتهدده ويكون هذا القلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه بإتباع أساليب دفاعية إزاءه (كفافي، 1999: 236)

وهذا النوع من القلق أقرب إلي الخوف، ذلك أن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الفرد ومن أمثلته، شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلاً إذا ما اقتربت منه سيارة أخرى مسرعة أثناء سيره علي الطريق وخوف الأم علي ابنها وخوف المسافر من ركوب الطائرة (العناني، 1998: 108) ويعتبر هذا القلق مظهر صحي غير مرضي، حيث أنه من الطبيعي أن يقلق الطالب إذا تأخرت وسيلة المواصلات التي سوف يذهب بها إلي لجنة الامتحان، ومن الطبيعي أن يقلق البحار إذا رأي سحابة قاتمة في الأفق تنذر بإعصار قريب (منسي، 2001: 42).

ويعرف علي أنه (القلق الصحي) والقلق الأساسي والمطلوب في حياة الفرد والذي من المفروض أن يتزود به الفرد، وهو ما تكون معه الحياة الطبيعية، ولا حياة بدونه، وإذا اختفي من حياة الفرد أصبح إنساناً مريضاً متبلد الوجدان (الخطيب، 2000: 591).

ويتضح من خلال استعراض لبعض التعريفات في القلق الموضوعي أنه قلق مرغوب وطبيعي (قلق واقعي) إذا لم يتجاوز الحد الطبيعي له والذي نعيشه جميعاً في حياتنا اليومية، ويؤدي بنا إلى التقدم والارتقاء ولكن هناك حالات يتجاوز فيها القلق الموضوعي الحد الطبيعي له تستدعي الإرشاد النفسي ومن ثم العلاج.

ثانياً: القلق العصابي (المرضي): Anxiety Neurosis

ينشأ القلق العصابي نتيجة محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفوذ إلى الشعور والوعي ويكون القلق بمثابة إنذار للأنا لكي يحشد دفاعه حتى لا تنجح المكبوتات اللاشعورية في التسلسل إلى منطقة الوعي والشعور وإذا كان القلق الموضوعي يعود إلى مثيرات خارجية في البيئة فإن القلق العصابي يرجع إلى عامل داخلي (غامض) وهو دفعات الهو الغريزية وهي تخرج الأنا كثيراً وتجعله في صدام مع المعايير الاجتماعية ويعود عدم تحديد مثيرات القلق العصابي بوضوح إلى أنها مثيرات داخلية، بل لا شعورية بعيدة عن إدراك الفرد (كفافي، 1999: 237).

ويرى الأخصائيون أن القلق المرضي أو القلق العصابي ذا المستويات المرتفعة من القلق، بحيث يؤدي ارتفاع مستوي القلق إلى تعطيل طاقاته وجعله نهياً للضيق والتوتر وبالتالي إحساس الفرد بالعجز والفشل في الحياة حيث يشعر به بعض الناس الذين يخافون من التقدم والتحرر وينغلقون على أنفسهم لفشلهم في تكوين علاقات ناضجة مع الآخرين ويخافون من لا شيء (الخطيب، 2000: 591).

ويتضح مما سبق أن القلق العصابي داخلي المنشأ ولا يرجع لأسباب خارجية، وهو نوع من القلق الذي لا يدرك صاحبه علته، وأن كل ما هنالك أنه يشعر بحالة الخوف الغامض والمنتشر غير المحدد، وهذا القلق يصعب التعايش معه لأنه عبارة عن قلق مرضي يصعب على الفرد التأقلم أو التكيف معه.

ويرى فرويد أن القلق العصابي ينقسم إلى ثلاثة أنواع من القلق وهي كالتالي:

1. القلق الهائم:

وهو خوف عام شائع طليق مستعد لأن يتعلق بأي فكرة مناسبة وهو يتربص بأية فكرة ما لكي يجد مبرراً لوجوده، وهو يؤثر في أحكام الفرد بدرجة كبيرة ويؤدي إلى توقع الشر ويسميه فرويد (القلق المتوقع)، والأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائماً أسوأ وأقصى النتائج ويفسرون كل ما يحدث لهم كأنه نذير (فرويد، 1989: 15).

2. قلق المخاوف المرضية:

وتتضمن المخاوف المرضية إدراك بعض الموضوعات المحددة أو المواقف باعتبارها مثيرات القلق كأن يخاف الفرد مثلاً من أشياء لا تخيف الأسوياء من البشر مثل رؤية بعض الأفراد، أو عند رؤية الدم والحشرات، أو الخوف من الأماكن المغلقة، أو الأماكن المفتوحة (فهمي، 1999: 200).

ويري الباحث أن درجة شدة الخوف لدي هؤلاء الأفراد لا تتناسب إطلاقاً مع الخطر الحقيقي أو الموقف المرتبط بالقلق، بل أن الموضوع المرتبط بقلق هذا الشخص لا يمثل في نظر الكثيرين أي خطر علي الإطلاق.

3. قلق الهوس (الهستيريا): ويبدو هذا القلق واضحاً أحياناً وفي بعض الأحيان غير واضح، ويرى فرويد أن الأعراض الهستيرية مثل الرعشة والإغماء، واضطراب خفقان القلب وصعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق وبذلك يزول شعور القلق أو يصبح غير واضح وينسب فرويد إلي هذه الأعراض الهستيرية التي يسميها (معادلات القلق) نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلي القلق في الأمراض العصائية التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة (الطحان، 1992: 229).

التشخيص الفارق للقلق حسب الدليل التشخيصي الطبي الأمريكي الرابع DSM IV

اضطرابات القلق العام (مشملة على القلق الزائد عند الأطفال)

معايير تشخيص حالة القلق العامة، ما يلي:

1. قلق مفرط وانزعاج (لتوقع القلق) يحدث لأكثر من يوم، وقد يستمر لـ 6 شهور، وذلك على عدد من الأحداث أو النشاطات.
2. يجد الفرد أنه من الصعوبة السيطرة على هذه المزعجات.
3. يصاحب القلق 3 أو أكثر من الأعراض الستة التالية، والتي تعاوده لأكثر من يوم وليس أقل من 6 أشهر، مع ملاحظة أنه لدى الأطفال ينبغي أن يظهر عرض واحد من الستة:
 - عدم الاستقرار.
 - الشعور السريع بالإعياء.
 - صعوبة التركيز.
 - الحيرة.
 - التوتر العضلي.
 - اضطراب النوم.
4. لا ترتبط الأعراض بأية اضطرابات قلق أخرى سبق عرضها.

5. يسبب القلق أو الانزعاج الاضطراب الإكلينيكي للوظائف الاجتماعية والعمل.
6. لا يعود الاضطراب لأي تأثير دوائي أو حالة طبية عامة، ولا يكون حادثاً أثناء اضطراب المزاج أو الاضطرابات الذهنية أو النمائية(قوته، 2008: 8).

**إضراب القلق نتيجة الإصابة بحالة طبية عامة
معايير تشخيص هذه الحالة هي:**

1. ظهور القلق ونوبات الذعر والوساوس أو القهور في اللوحة الإكلينيكية.
2. وجود تاريخ مرضي من خلال الفحص البدني والتحليل المعملية تؤكد أن هذه الأعراض نتيجة حالات عضوية.
3. لا ينتمي هذا الاضطراب لأي اضطرابات عقلية أخرى.
4. لا يحدث هذا الاضطراب أثناء فترات الهداء.
5. يسبب القلق بهذه الحالة دلالات إكلينيكية على اختلال الوظائف الاجتماعية والعمل.

**اضطراب القلق الناتج عن تعاطي العقاقير أو أية مواد مشابهة
معايير تشخيص هذه الحالة، ما يلي:**

1. ظهور القلق ونوبات الذعر أو الوسواس القهرية على اللوحة الإكلينيكية.
2. يكون هناك تاريخ مرضي واضح من خلال الفحص البدني أو التحليل المعملية، أو إما واحد مما يلي:

- تتطور الأعراض في المعيار 1 خلال شهر واحد من التسمم العقاقيري أو خلال فترة الأعراض الانسحابية.

- يرتبط الاضطراب مرضياً باستعمال الأدوية.

3. لا يعد الاضطراب ضمن اضطراب القلق التي لا يحدثها تعاطي أي مواد مؤثرة.
4. لا يحدث الاضطراب أثناء طور الهداء.
5. يسبب الاضطراب ارتباكاً إكلينيكياً واضحاً بالوظائف الاجتماعية والعمل وأية ميادين أخرى تتطلب الصحة النفسية(قوته، 2008: 9).

علاقة القلق ببعض المفاهيم النفسية الاخرى:

أولاً / القلق والخوف:

يحاول البعض التفرقة بين الخوف والقلق، مع معرفتنا التامة بأنهما عادة ما يكونان وحدة ملتصقة، ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل الغرياء الذين لا يستريح لهم (عكاشة، 2003: 134).

وتختلف آراء الباحثين في العلاقة بين القلق والخوف، إذ يري البعض أن القلق والخوف مترادفان علي حين أن هناك بعض الباحثين يميز بينهما ويرى أنصار الفريق الثاني أنه ليس من المعروف بعد ما إذا كان القلق يمثل حالة عامة من الدفع المرتفع، أو حالة من الخوف المنتشر وبالتالي هناك اختلاف في وجهات النظر (عبد الخالق، 1987: 30).

ويري بعض الباحثين أنه من الصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة، وذلك بسبب أوجه الشبه بينهما، ويبدو الشبه في الجوانب التالية:

في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده.

كل من الخوف والقلق حالة انفعالية تتطوي علي التوتر والقلق.

كل من القلق والخوف يحفز الفرد لبذل الطاقة لحماية نفسه.

كل منهما يصاحبه عدداً من التغيرات الجسمية (العناني، 1998: 109).

أما من ناحية الاختلاف ما بين المفهومين القلق والخوف فيري الباحث أنه يجب التفريق بين المفهومين بناء علي بعض النواحي والزوايا وسوف يتناول الباحث نقاط الاختلاف فعلي النحو التالي:

الأول: من الناحية الفسيولوجية (عبد الله، 1996: 150):

يوجد فروق بين القلق والخوف من الناحية الفسيولوجية:

ففي القلق الشديد يلاحظ:

* توتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة.

* زيادة في ضغط الدم وضربات القلب

أما في الخوف الشديد يلاحظ:

* ارتخاء العضلات مما يؤدي أحيانا إلي حالة إغماء.

* نقص في ضغط الدم وضربات القلب

الثاني : من الناحية السيكولوجية (الدايري، 2005: 327):

يقدم الجدول التالي بعض النقاط التي يستند إليها البعض في التفريق بين القلق والخوف.
يوضح الفروق الجوهرية بين مفهومي القلق والخوف.

وجه المقارنة	القلق	الخوف العادي
1. السبب والموضوع	السبب و الموضوع يكون مجهولاً	يكون معروفاً
2. التهديد	التهديد داخلي	التهديد خارجي
3. التعريف	التعريف غامض	التعريف محدد
4. الصراع	الصراع موجود	لا يوجد صراع
5. المدة الزمنية	مزمنة	حادة
6. المبرر	نوع غير مبرر	نوع مبرر
7. إحساس الجسد	الجسد حساس للخطر	الجسد حساس لأي طارئ

ويضيف بعض الباحثين بعض أوجه الاختلافات ومنها:

المثير في عدد أشكال القلق ذاتي وليس له وجود في العالم الخارجي فالإنسان يخاف من مجهول لا يدرك كنهه ولا يعرف مصدره المعرفة الكافية. أما الخوف فموضوعه موجود في العالم الخارجي. الخطر في القلق شديد وموجه إلي كيان الشخصية، والخوف ليس كذلك. من الصعب علاج القلق خصوصاً إذا كان عصابياً، بينما يسهل القضاء علي الخوف. حالة القلق مستمرة، وحالة الخوف عابرة ومؤقتة (العناني، 1998: 109).
يكون الخوف متناسباً من حيث الشدة مع الموضوع الذي أثاره، أما في القلق والعصابي بشكل خاص فيغلب أن تكون شدته أعظم وغير متناسبة مع شدة إشارات الخطر أو موضوعه. تصاحب القلق والخوف تغيرات فزيولوجية متعددة، ولكن الآثار التي يتركها القلق في الجسد أقوى عمقاً من الآثار التي يتركها الخوف (الرفاعي، 1981: 214).

ويتضح من خلال استعراض أوجه الشبه والاختلاف بين القلق والخوف أن الخوف أمر فطري في الإنسان لا يمكن التخلص منه تماماً وهو مفيد للفرد في حدوده الطبيعية و يبقى كامن داخل الفرد ويظهر في مواقف الخطر، أما القلق في حدوده العادية فيظل مقبولاً أما إذا تطور وزاد فإن زيادة مستواه تضر بصحة الفرد ويعيق أداءه الاجتماعي.

ثانياً / حالة القلق وسمة القلق:

علي الرغم من اختلاف مفهوم كل من حالة القلق وسمة القلق من الناحية المنطقية، فإنهما يعتبران من المفاهيم البنائية المرتبطة معاً ومع تميز هذين المفهومين تماماً إلا أنهما قد استخدمتا من قبل

بعض الباحثين كما يري(سبيلبيرجر) بطريقة أدت إلي كثير من الغموض والخلط بينهما ومن هنا لابد من إزالة هذا الغموض والخلط كالتالي:

حالة القلق : Anxiety State

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي (الأنتومي) وزيادة التنبيه وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص أن منبهاً معيناً أو موقفاً ما قد يؤدي إلي إيذائه أو تهديده أو إحاطته بخطر من الأخطار وتتميز حالة القلق بأنها تتغير عبر الزمان وهي مؤقتة وسريعة الزوال غالباً يمكن أن تتكرر عندما تتعرض لنفس المثيرات وقد تبقى زمناً إضافياً إذا استمرت الظروف المثيرة لها وقد تطول الفترة كثيراً (عبد الخالق، 1987: 28).

ويشير كاتل إلي أن حالة القلق حالة طارئة انتقالية أو وقتية في الكائن الحي تتذبذب من وقت لآخر، ويزول بزوال التغيرات التي تبعته وهي تتغير بتغير المواقف التي تمر علي الإنسان ويطلق علي هذا المفهوم بالقلق الموضوعي أو القلق الموقفي فهو موقفي بطبيعته ويعتمد بصورة أساسية ومباشرة علي الظروف الضاغطة (إبراهيم، 1982: 12).

ويري بعض المختصين أن حالة القلق تتم بواسطة مثيرات داخلية أو خارجية تدرك من جانب الشخص لخطر أو تهديد فان حالة القلق الناتجة تؤدي إلي أساليب سلوكية دفاعية مختلفة بهدف خفض حالة القلق غير السارة (البحيري، 1985: 4).

ويفرق الباحثون بين القلق كحالة والقلق كسمة، ففي حالة القلق لا يكون القلق من طبيعة الشخص وليس مكوناً من مكونات شخصيته ولكن يظهر في مواقف محددة ومعينة وكثيرة الحدوث مثل موقف الامتحان (الطيب، 1996: 90).

سمة القلق : Anxiety Trait

أما سمة القلق فإنها تشير إلي استعداد ثابت نسبي لدي الفرد، وعلي الرغم من تميز هذا الاستعداد بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة إلي حالة القلق، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك المباشر اليومي، بل تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدي الفرد علي امتداد الزمن وتكرار حدوث هذه النوبات (عبد الخالق، 2000: 19).

ويعرف سبيلبيرجر سمة القلق "بأنها عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تتبناه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية"، ومن خصائص سمة القلق أنها ثابتة نسبياً، لا يختلف مستواها عند الشخص الواحد، في حين يختلف مستواها من فرد إلي آخر بحسب ما اكتسبه هذا الفرد من خبرات (في طفولته) ويميز كاتل بين حالة القلق وسمة القلق علي أساس أن

مستوي الأولي يتغير بحسب المواقف ومستوي الثانية يتغير بحسب الأفراد ويشير إلي أن التباين بين المواقف أعلي من التباين بين الأفراد في (حالة القلق) وأن نسبة التباين بين الأفراد أعلي من نسبة التباين بين المواقف في (سمة القلق) (موسي، 1978: 39).

ويؤكد معظم السيكولوجيين أن القلق كسمة يكون مكون أساسي في شخصية الفرد، ويشير إلي استعداد ثابت نسبياً لدي الفرد ويظهر في جميع مواقف حياته سواء الطارئة منها أو العادية ويؤكدون أيضاً أن النوع الأول (حالة القلق) قابلة للتعديل أما النوع الثاني (سمة القلق) فمن الصعب تعديله خاصة بعد أن يصل الفرد لمرحلة الرشد (الطيب، 1996: 90).
وطبقاً لنظرية القلق كحالة وكسمة والتي تري أن إثارة حالة القلق تتم بواسطة مثيرات داخلية أو خارجية تدرك من جانب الشخص أخطر أو تهديد فان حالة القلق تؤدي إلي أساليب سلوكية دفاعية بهدف خفض حالة القلق غير السارة (البحيري، 1985: 4).

من خلال ما سبق يتضح أن تعبير سبيلبيرجر عن نشأة حالة القلق كعملية انفعالية تشبه حدوث القلق عند فرويد، في أن القلق يحدث في الأصل إذا تعرض الفرد لخطر فعلي في موقف معين في العالم الخارجي، فيدرك من جانب الفرد كشيء يهدده، وهذا الإدراك للخطر يثير القلق لدي الفرد، ومما هو جدير بالذكر أن القلق الحادث هو القلق الموضوعي الذي يتضمن رد فعل معقد لأذى متوقع خارجي وتتناسب حدة استجابة القلق الناشئ مع حجم الخطر الخارجي، وعليه فان حالة القلق عند سبيلبيرجر تشبه القلق الموضوعي عند فرويد، وبعد نشوء القلق الموضوعي فإن الفرد يحاول خفضه عن طريق كبت المثيرات التي تبعث الاستجابة المؤلمة، وعند حدوث انهيار جزئي في الكبت ينتج عنه اندفاع النزعات المكبوتة إلي الحيز الشعوري في صورة قلق عصابي وهو داخلي المنشأ مثله مثل قلق السمة (إبراهيم، 1982: 15).

ويتضح مما سبق أن قلق الحالة هو قلق مؤقت يزول بزوال الخطر الذي يتعرض له الفرد، وهو متغير بالنسبة للفرد الواحد حسب الموقف، ويشبه القلق الموضوعي عند فرويد، أما قلق السمة فهو صفة ثابتة نسبياً في الشخصية وهو موجود مع الفرد وكامن في شخصيته ويثار بشكل غير عادي عند تعرض الفرد لأي موقف، وهو قلق غير مبرر ويشبه القلق العصابي عند فرويد، حيث أنه مكتسب في مراحل الحياة المختلفة وهو متغير بحسب الأفراد لا بحسب المواقف.

خصائص سمة القلق:

تشير الدراسات التي أجريت علي سمة القلق إلي أن من خصائصها ما يلي:
سمة القلق من سمات الشخصية المزاجية أحادية البعد علي خط متصل.

سمة القلق موجودة عند جميع الناس بمستويات مختلفة تمتد من المستوى المنخفض إلى المستوى العالي.

سمة القلق استعداد سلوكي يكتسب في الطفولة المبكرة، ويظل ثابتاً نسبياً عند الأفراد في مراحل الحياة التالية (موسي، 1978: 50).

دور الوراثة والبيئة في تنمية سمة القلق:

اختلف العلماء حول دور الوراثة والبيئة في القلق، فبعضهم أرجعه إلى الوراثة، وبعضهم أرجعه إلى البيئة، وكلا الرأيين لم يلق التأييد التجريبي، فقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن الاستعداد للقلق - كأبي استعداد في الشخصية - له جانبان جانب فطري يكمن في الخصائص الجبلية الفسيولوجية للكائن، وجانب مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الإنسان مرحلة الطفولة، ومن التفاعل بين هذين الجانبين تنمو سمة القلق، وإن كانت معظم الدراسات علي الذكاء أثبتت دوراً كبيراً للوراثة في تنميته، فإن معظم الدراسات حول القلق أشارت إلى دور كبير للبيئة في تنمية سمة القلق فعلي سبيل المثال دراسة كاتل في القلق أوضحت أن 75 % من الذكاء و 35 % من القلق يرجع إلى الوراثة، وهذا يقودنا إلى أن نذهب إلى أن سمة القلق العالية من صنع البيئة أكثر مما أن تكون استعداداً وراثياً (الفيومي، 1991: 59 - 60).

ويتفق علماء النفس تقريباً علي أن الخبرات المؤلمة في الطفولة تكتسب من مواقف يدرك فيها الطفل عدم تقبل والديه أو نبذهما له مما يشعره بعدم الطمأنينة وهذا يعني أن سمة القلق تنمو من خلال اضطراب علاقة الطفل بوالديه ثم الراشدين ممن حوله وأشارت بعض الدراسات أن الخبرات المؤلمة في الطفولة لا تنتج عن القسوة والعقاب فحسب، بل يؤدي لين الوالدين الزائد مع ابنهما وتسامحهما معه وتلبيتها لجميع رغباته تعرضه لخبرات مؤلمة تزيد من سمة القلق عنده، ومن هذه الدراسات يتضح أن للأسرة دوراً كبيراً في تنمية سمة القلق العالية من خلال إهمال رعاية الطفل، ومن أخطاء الوالدين وغيرهما من الراشدين التي تشعره بعدم الطمأنينة وتجعله متمركزاً حول ذاته، غير واثق في نفسه ولا في الآخرين (إسماعيل، 1989: 388).

مستويات القلق:

يظهر القلق علي درجات متفاوتة في الشدة، ويمكن تمييز ثلاثة مستويات من القلق يمكن ذكرها كالتالي:

المستوي الأول (المنخفض للقلق):

حيث يحدث التنبيه العام الفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة، ويشار إلي هذا المستوي من القلق بأنه علامة إنذار لخطر وشيك الوقوع (الشاذلي، 2001: 115).

ويطلق عليه أسماء الهم أو الضيق (Worry) أو العصبية وهو عبارة عن حالات بسيطة من القلق كثيراً ما تظهر في حياتنا اليومية، ولا يخلو منها أي إنسان في بعض الظروف وهذا النوع البسيط يقع ضمن الحدود الطبيعية للسواء النفسي، إلا انه يتلاشى بسرعة عن طريق التفريغ والتنفيس الانفعالي (مياسا، 1997: 97).

المستوي الثاني (المتوسط للقلق):

حيث يصبح الفرد في هذا المستوي اقل قدرة علي السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام علي استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج إلي المزيد من بذل الجهد للمحافظة علي السلوك المناسب في مواقف الحياة الاخرى المتعددة (الشاذلي، 2001: 115).

ويطلق علي هذا النوع القلق المتوسط الشدة ويظهر علي شكل توتر وخوف من خطر قادم وشيك الوقوع ولكنه غير واضح المعالم، لذا ترافقه حالة نفسية من الضيق والانزعاج والكدر المؤلم وقد يشكل القلق دافعاً لنا في سعينا وراء التوافق، وهو ينزع إلي الانطلاق في مسالك تفريغ تأتي علي شكل تفريغ انفعالي وبهذا قد يزول القلق (الحسين، 2002: 267).

المستوي الثالث (العالي للقلق):

يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة ويرتبط بعدم القدرة علي التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (الشاذلي، 2001: 115).

ويطلق عليه القلق الشديد ويسمي بالقلق العصابي وسمي بالعصابي لأنه قد وصل في شدته وخطورته إلي مرحلة العصاب أي المرض النفسي وهو ليس ظاهرة عامة منتشرة بين كل الناس، وإنما هو حالة خاصة يعانها المرضى النفسيون، وتشكل عرضاً بارزاً من أعراض حالاتهم الشاذة، وهي تستدعي العلاج النفسي (مياسا، 1997: 98).

أعراض ومظاهر القلق:

ذكرنا فيما سبق أن نشأة القلق ترتبط بالسن وكذلك الحال بالنسبة لأعراض القلق، فهي تختلف من مرحلة إلي أخرى، ففي مرحلة الطفولة تظهر الأعراض علي هيئة خوف من الظلام والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيداً بالمنزل، أو يظهر علي هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلي. أما في مرحلة المراهقة فيأخذ القلق مظهراً آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار والحرص الاجتماعي والشكوى من علل بدنية مختلفة (عبد الله، 1996: 154).

وقد قسم المختصون أعراض القلق إلي نوعين من الأعراض وهي أعراض عضوية جسمية وأعراض نفسية انفعالية وسوف نستعرض هذه الأعراض بشيء من التفصيل:

أولاً: الأعراض العضوية (الجسمية): Physical Syndrome

من أمثلة الأعراض الجسمية خفقان القلب، واضطرابات المعدة (كسوء الهضم، والانتفاخ)، وبرودة الأطراف، وجفاف الحلق والفم، واضطرابات التنفس (كسرعة التنفس، النهجان)، وفقدان الشهية، وغزارة العرق، واضطراب البصر والرؤية، وتساقط الشعر، والتبول اللاإرادي وألام المفاصل والرعشة، و الزيادة في النوم في بعض الأحيان (الراشد، 2000: 38).

ويضيف بعض الأخصائيين بعض الأعراض مثل: اضطرابات النوم (الأرق، النوم المتقطع) والصداع المتواصل والكوابيس و الضعف ونقص الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية مثل قضم الأظافر، ورمش العينين، واللوازم الحركية، وارتفاع في ضغط الدم، وارتفاع نسبة السكر في الدم (العناني، 1998: 108).

ثانياً: الأعراض النفسية (الانفعالية): Emotional Syndrome

أما الأعراض النفسية فهي عدم القدرة علي التركيز والانتباه، والتوهم بالمرض، والتفكير في الموت، وتوقع الشر، والتشاؤم، والانشغال بالمستقبل والخوف منه (الراشد، 2000: 39).

ويضيف البعض علي ذلك سرعة النسيان والسرحان، وشدة الحساسية وعدم الصبر إطلاقاً (حيث يثور لأنفه الأسباب) والخوف الشديد والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من المواقف (الهابط، 1997: 84).

ويري حامد زهران أن هناك بعض الأعراض ومنها الشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات والهم والاكنتاب العابر، والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل، وضعف التركيز وشروذ الذهن، واضطراب قوة الملاحظة، وضعف القدرة علي العمل والإنتاج، وسوء التوافق الاجتماعي، وسوء التوافق المهني، وقد يصل الحال إلي السلوك العشوائي غير المضبوط والقلق العام علي الصحة والعمل والمستقبل (زهران، 2001: 487).

ويؤكد راجح (1973: 578) " أن من الأعراض النفسية للقلق، الأحلام والكوابيس، وسرعة الهيجان، وشروذ الذهن، وتزاحم الأفكار المزعجة، وضعف القدرة علي التركيز، وانشغال الفكر والتوتر الذهني، وتناول الحبوب المنونة

ويضيف بعض المهتمين في هذا المجال نوعيين آخرين من الأعراض وهما الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسمية) والأعراض الاجتماعية وهما كالتالي:

ثالثاً: الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسمية):

ونقصد بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي دوراً هاماً، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي ومن أهم هذه الأعراض: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية بالقلب، والربو الشعبي، وروماتزم المفاصل.

رابعاً: الأعراض الاجتماعية:

ومن الأعراض الاجتماعية ظهور التردد والارتباك في اتخاذ القرارات واضطراب العلاقة مع الآخرين من زملاء وأقارب وزملاء وأصدقاء، وكذلك ثورة الزوج علي زوجته لأقل الأسباب واتهام الزوجة بأنها تعدي علي كرامته وكما يؤدي القلق إلي انخفاض الأداء لدي الطلاب قبل الامتحانات وأثنائها (الكعبي، 1997: 48).

خامساً: الأعراض المعرفية:

وتظهر تلك الأعراض علي شكل صعوبة في التركيز وتشتت الانتباه، وصعوبة اتخاذ القرارات السليمة، وعدم تسلسل الأفكار ومنطقيتها والحذر في وظيفة الإنجاز العملي أو الدراسي والاجتماعي، وتداخل المعلومات بشكل واضح (سمور، 2006: 293).

ومن خلال استعراض الأعراض الجسمية والنفسية للقلق يؤكد علماء النفس أن مظاهر القلق ثلاثة مرتبطة ببعضها البعض يمكن فصلها عن بعضها من الناحية النظرية فقط وهي كالتالي:

المظهر الأول: المظهر الجسدي للقلق كسرعة ضربات القلب والتعرق وتوتر العضلات.

المظهر الثاني: المظهر الذهني والانفعالي كالخوف من فقدان السيطرة علي النفس أو الموت.

المظهر الثالث: هو المظهر السلوكي الذي يتجلى في مواقف الخوف كالهروب بسبب الخوف أو تجنب موقف محرج.

وهذه المظاهر لا تظهر دائماً مع بعضها في الوقت نفسه وبالشدّة نفسها وبعض الناس لا يدركون إلا المظهر الجسدي، والبعض الأخر الذهني أو السلوكي غير أن للمظاهر الثلاثة دور مهم في

نشوء واستمرار القلق وتشكل الأساس الذي يقوم عليه كل نظريات القلق النفسي (رضوان، 2002: 230).

العوامل والأسباب المؤدية إلى القلق النفسي:

أصبح الانتشار الواسع للقلق في عصرنا الحالي يشكل ظاهرة ملموسة في كل المجتمعات، حيث أن القلق يصيب الناس في مختلف الأعمار والمستويات.

ولقد صنفت عوامل كثيرة للقلق " فقد رأي فرويد في عملية الميلاد الخطر الأول الذي يتعرض له الفرد، هو بمثابة الخبرة المؤلمة الأولى التي ينشأ عنها القلق، كما يعتقد فرويد أن مصدر القلق والاضطراب والألم يستقر داخل الفرد ولا يستمر في أنواع العلاقات الاجتماعية التي يحياها الفرد (فرويد، 1989: 31).

ويري بودلسكي **Bodelesky** " أن أساس القلق هو إدراك الفرد بأن حياته محدودة ولا بد أن تنتهي بالموت مما يهدد خطته المستقبلية" (عثمان، 2001: 25).

أما ألدن فيري " أن القلق النفسي يرجع منشأه إلى الطفولة الأولى، حيث يرى أن الفرد يشعر بالقصور الذي ينتج عن عدم الأمن، وقد يكون القصور عضوياً وقد يكون عجزاً عن أداء العمل المنوط به، وكل ذلك يرجع إلى نوعية التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته أيام طفولته لها أكبر الأثر في نشأة القلق النفسي (الكعبي، 1997: 62).

وترجع كارن هورني القلق لثلاثة عناصر هي " الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة " وتنشأ هذه العوامل عن الأسباب التالية:

انعدام الدفء العاطفي في الأسرة، وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ محروم من الحب والعطف والحنان، وأنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني، وهو أهم مصدر من مصادر القلق.

بعض أنواع المعاملة التي يتلقاها الطفل وتؤدي إلى نشور القلق لديه، مثل السيطرة المباشرة وغير المباشرة، وإخلاف الوعود، وعدم وجود علاقة بين الإخوة، وهذه العوامل توظف القلق.

البيئة وما تحتويه من تعقيدات، ومتناقضات وما تشتمل عليه من أنواع الحرمان والإحباط، وهذا يعطي الطفل نظرة بأنه لا حول ولا قوة له في هذا العالم القوي (فهمي، 1997: 206).

ويذكر الوقفي (1988: 210) أن هناك دراسات تشير إلى أهمية العوامل البيولوجية وتشوه التفكير والتعلم كمعوامل مشاركة في موضوع القلق، ويقول القائمين بالأسباب البيولوجية يرون أن التكوين البيولوجي الموروث لبعض الأشخاص يهيئهم أو يخلق فيهم الاستعداد لاضطراب القلق، ومن هذا المنطلق يستنتج القائمون بهذا أن القلق يتطور نتيجة استعداد فسيولوجي كامن للتصرف

بقلق في عدد كبير من المواقف، ويكون هذا الاستعداد ناتجاً جزئياً عن وراثة جملة عصبية ذاتية شديدة الحساسية للضغط والتوتر.

ويشير عوض إلي أن القلق ينشأ من العمليات الانفعالية المؤلمة المتداخلة، التي يحدثها الصراع والإحباط، وقد يظهر الميل للقلق في فترات التوتر النفسي، مثلاً في فترة الامتحان، عند التقدم لوظيفة، وعند اتخاذ قرار هام (عوض، 1980: 268).

في حين يري كفاي أن العوامل المعرفية تلعب دوراً هاماً في عملية القلق، فالقلق يثار عندما يدرك الفرد موضوعاً ما باعتباره مثيراً للخطر، فالإدراك هنا عملية وسيطة بين المثير والقلق، وإدراك الخطر هو ما يمثل " التوتر أو الضغط وهذا الإدراك يجعل الفرد في حالة توتر أو تحت ظروف ضاغطة، وهي الحالة التي تولد انفعال القلق (كفاي، 1987: 325).

ويشير ستن برج **Steinberg, 1989** أن دراسات كثيرة أكدت أن المراهق الذي ينشأ في الأسرة الديمقراطية يكون أكثر كفاية من الناحية الاجتماعية والنفسية، وأكثر تحملاً للمسئولية وتأكيداً للذات، وأعلى تكيفاً من أقرانه الذين ينشأون في أسر متسلطة أو مهملّة أو مدللة وغير مبالية، وأن المراهق الذي ينشأ في أسرة متسلطة يكون إنكالياً وأكثر سلبية وأقل إنتاجاً من الناحية الاجتماعية، وأقل تأكيداً لذاته، وأما المراهق الذي ينشأ في أسرة تعتمد التدليل فإنه يكون أقل نضجاً ولا يشعر بالمسئولية وأكثر مسئولية لأقرانه، وأقل قدرة علي العمل القيادي، وأما المراهق الذي ينشأ في أسرة مهملّة فيكون متهوراً وعنيفاً ولديه الاستعداد القوي للجروح وتعاطي المخدرات والكحول (الفيومي، 1991: 32).

ومن خلال ما تقدم فيخلص الباحث الأسباب والعوامل المؤدية للقلق في ثلاثة عوامل رئيسية:
أولاً: **العوامل الذاتية: وهي تنقسم إلي قسمين هما:**

العامل الأول: العامل الوراثي

أظهرت الدراسات إلي أن احتمال تدخل العامل الوراثي في تزويد الفرد باستعداد عام للقلق.

العامل الثاني: العامل النفسي: وهو ينقسم إلي ثلاثة أقسام هي:

1. المواقف والمتغيرات التي لا تحصي ولا تعد والتي يخضع لها الإنسان في كل لحظة في حياته سواء الداخلية مثل (شعور الفرد بالعطش والجوع والتعب والراحة والألم) والمتغيرات الخارجية مثل (درجة الحرارة أو الرطوبة والأمطار والرياح والكوارث).

2. الضعف النفسي العام وهو الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي والشعور بالذنب والخوف من العقاب والشعور بالعجز والنقص والأزمات و المخاسر الفادحة.

3. الضغوط الحضارية والثقافية ومطالب المدن المتغيرة والبيئة القلقة والخوف والحرمان وعدم الأمان واضطراب الجو الأسري (الكعبي، 1997: 55)

ثانياً: العوامل البيئية:

ونقصد بها البيئة الاجتماعية وتشمل العلاقات بين الأبوين من جاني وبين الأبناء من جانب آخر و أسلوب المعاملة والضبط الاجتماعي وأشبع الحاجات والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد والأعراف السائدة (أبو الخير، 2001: 75).

وبالإضافة إلي أن هناك الكثير من الأسباب المؤدية للقلق النفسي منها ما يلي

مشكلات الطفولة في المراهقة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراع في الماضي والأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية مثل القسوة والتسلط الزائد والحماية الزائدة والتدليل والتراخي في التربية (العناني، 1998: 115).

التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) والإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب.

عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات (زهرا، 2001: 487). ويرى بعض المهتمين بمجال مرحلة الطفولة و المراهقة أن هناك بعض الأسباب وسوف يذكرها الباحث فقط دون الخوض في التفاصيل ومنها:

1. انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل.
2. عدم الثبات في معاملة الطفل و تقليد الآباء القلقين.
3. توقع الكمال والمثالية في إنجازات الطفل.
4. الإهمال في حالة عدم وجود حدود واضحة ومحددة.
5. النقد الموجه من الوالدين والأقران للطفل.
6. الثقة الزائدة التي يعطيها الكبار للصغار.
7. الذنب يشعر الأطفال بالقلق عندما يعتقدون بأنهم قد ارتكبوا خطأ.
8. الإحباط المتزايد وهذا يسبب القلق والخوف (العزة، 1999: 85).

ويتضح من خلال ما سبق عرضه من أسباب القلق والعوامل التي تقف وراءه يتضح أن الأسباب متعددة والعوامل كثيرة، فنجد أن الفرد ينتابه القلق بتأثير من العوامل الوراثية، وربما كذلك بتأثير من المواقف الضاغطة في مراحل الطفولة المختلفة والعلاقات الاجتماعية سواء في المحيط الأسري أو المدرسي أو المجتمع عامة، وكذلك يتأثر الفرد ويرتفع قلقه من خلال مفهومه عن ذاته ونظرة

الآخرين له، ويتأثر كذلك بالوضع الاقتصادي الذي يعيشه، كل ذلك له أثر واضح علي سلوك الفرد ويؤثر في استجابته للقلق.

و يلخص الباحث العوامل والأسباب التي تقف وراء القلق وهي كما يلي:

1. القلق ربما يكون نابعاً من داخل الفرد، أي من ذاته ومكونات شخصيته.
2. القلق ينتج نتيجة اكتسابه من خلال المراحل العمرية المختلفة وذلك بتأثير من الأسرة أو الأصدقاء أو من المدرسة ومن البيئة المحيطة به.
3. القلق ينشأ نتيجة سوء الأوضاع الاقتصادية لدي الفرد أو الأسرة التي يعيش فيها.
4. القلق ربما ينشأ لدي الفرد نتيجة تطلعاته المستقبلية.
5. ربما ينشأ القلق من العوامل الوراثية التي ولد الفرد مزوداً بها.

الآثار الإيجابية والسلبية للقلق:

يؤدي القلق وظيفة هامة إذ أنه يكون بمثابة إنذار بحالة خطر مقبلة حتي يستطيع الأنا أن يتسع لمجابهة هذا الخطر المتوقع، ولاشك أن إدراك الفرد للخطر قبل أن يباغته فعلاً أمرٌ مفيد لحفظ الحياة، وهو يدل علي تقدم هام في قدرة الفرد علي حفظ ذاته، وعليه فإن القلق الذي كان في الأصل ردة فعل لحالة خطر حقيقي، قد أصبح فيما بعد إشارة بأن الخطر سيقع، وشعور القلق الذي يحس به الفرد حينما يتوقع الخطر هو عبارة عن تكرار لشعور القلق الذي أحس به الفرد في موقف الخطر الأصلي (فرويد، 1989: 30).

وقد اختلف الباحثون في نظرتهم للآثار المترتبة على القلق ففي حين ركز كثير منهم على الجوانب السلبية المترتبة على القلق يرى البعض الآخر أن للقلق آثاراً ايجابية فهو يعمل بمثابة إنذار مبكر من الناحية النفسية، ويعمل على مساعدة الفرد على التكيف أيضاً. وقد أوضح بعض المختصين في هذا المجال أن آثار القلق السلبية تكمن في التوهم فالذي يدمن القلق والتردد مريض بمرض مزمن ويجعله مشغولاً في جميع الأحوال بالنظر إلى داخل نفسه بدلاً من مواجهته العالم ومحاولة التكيف معه بالأخذ والرد، والوظائف الجسمية حيث يزداد نشاط الجهاز العصبي وخاصة إذا استمر طويلاً ويؤدي إلى زيادة في التوتر العقلي وإحساس بالتوتر وعدم الاستقرار وزيادة في الحركة واضطراب في النوم وفي وظائف الجهاز التناسلي وما إلى ذلك، فقد يشكو الشخص القلق من أعراض عسر الهضم أو من ارتفاع في ضغط الدم، وغالبا ما يشعر المريض بعدم الاستقرار وإحساس التوتر قد يصل إلى درجة الرعب دون أن نجد لذلك سبباً، وعدم رغبته في عمله أو هوايته السابقة وصعوبة التركيز بالإضافة إلى أمراض أخرى ترتبها بالجهاز المتوتر والاستهتار في

الحياة والجمود الذهني. وهو عبارة عن العجز عن تغيير الاستجابة أو عدم القدرة تغير الترتيب الذهني (الفيومي، 1991: 72 - 73).

الآثار الايجابية للقلق:

أكد رينشارد. م. سولين 1979 أن للقلق آثاراً ايجابية حيث أن القلق يؤدي وظائف مفيدة في الظروف السوية فهو بوصفه نذير خطر أو تهديد، ينشط الكائن الحي ويكون بمثابة جهاز إنذار مبكر من الناحية النفسية فإذا صدر الإنذار عن الجهاز ساعد ذلك عملية التكيف مع البيئة إذ يصبح الفرد عندئذ أكثر إدراكاً للملابسات والظروف من حوله فالقلق له أثر فعال في تيسير التعلم والأداء ذلك أن المرء يتعلم بسرعة كل نشاط يفيد في خفض القلق (محمد، 2004: 253).

ولقد أشار ساراسون (1957) وسورين (1956) إلي أن القلق يبسر تعلم المادة الأساسية ذات المعنى، وكما توصل رويش (1960) إلي أن القلق يساعد علي تعلم الأعمال الإدراكية المعقدة التي تتطلب الانتباه الإرادي الحذر (الطحان، 1992: 236).

ويري زهران (2001: 494) أن القلق النافع هو ما دفع الإنسان إلي المثابرة والاجتهاد، والشعور بالمسئولية، حيث أن القلق منبه لحدوث التغيرات غير الملائمة في محيط الإنسان الذي يعيش فيه، والقلق الضار هو ما تجاوز الحد واستمر.

ولابد أن نذكر شيئاً من القلق قد يساور كل إنسان يقدم علي عمل مهم، أو تجربة جديدة، أو بحث جديد، أو اختراع، حيث أن القلق البسيط يستنفذ طاقات الإنسان الذهنية، والبدنية للسعي من أجل الكمال، أو لإنجاز ما يجب إنجازه، لذلك يعتبر القلق محركاً لطاقات حضارية هائلة، ويطلق علي هذا النوع من القلق (القلق الدافع) إلي التقدم أو القلق الايجابي، إلا أنه عندما يتجاوز الحد المعقول يصبح مصدر ألم وإرهاق لصاحبه (العناني، 1998: 122).

الآثار السلبية للقلق:

يري رينشارد 1979 أن القلق أشبه بإشعاع مفيد إذا تم ضبطه وتوجيهه ولكنه ضار إلى حد بعيد إذا ترك من غير تقييد وأن الفرد الذي يخبر التوترات الغامضة التي يتميز بها القلق العصابي يكون معرضاً كذلك لأن يخبر القلق في مواقف متعددة تثير القلق لديه (محمد، 2004: 253).

في حين يري بعض الأخصائيين أن العلاقة بين القلق والأداء تكون عكسية أي إذا زاد القلق عن حد معين من مستوي دافعية الفرد قل أداء الفرد والعكس صحيح، ومن هنا يتضح أن للقلق آثار ايجابية وأثار سلبية فمن الآثار الايجابية له انه يدفع الفرد للنمو الشخصي والاجتماعي وتطور

شخصيته نحو كثير من الغايات الايجابية وذلك إذا كان بدرجة متوسطة وهو عندئذ يعتبر قلقاً محموداً (الشرييني، 1994: 22).

يري الطيب (1994:393) أن الآثار السلبية للقلق تتمثل في ارتفاع درجة القلق عن الحد اللازم والتي تعوق الفرد عن التفاعل السليم وعن أداء وظائفه الاجتماعية والعقلية بشكل فعال، وحينئذ يشعر بالتوتر والقلق وبناء علي ذلك يمكن وصف قلق الامتحان بأنه نموذج للانفعال غير الملائم الذي يعطل إمكانيات الإنسان عن النمو ويصيبه بالتوتر والقلق وعدم الاستقرار بشكل لا يترك له طاقة لمواجهة المواقف الصعبة أو التفكير في حلها (الطيب، 1994: 393).

ويشير عكاشة إلي أن القلق في بعض الأحيان يقوم بوظيفة حسنة حيث يكون عرضاً طبيعياً كالقلق الذي يعاينه الطالب قبل الامتحان، ولكنه ذو اثر سلبي إذا كان شديداً ومؤثراً علي نشاط الفرد، ولا يعرف له سبب عند ذلك (عكاشة، 1980: 166).

ويعتبر الطيب أن القلق الانحرافي هو الذي يعيق الفرد عن تحقيق احتياجاته الأساسية، ويقود إلي تبديد الوقت والنشاط الإنساني في سلوك غالباً ما يكون ضد مصلحة الفرد، أو علي الأقل فهو نشاط غير مجدٍ وغير منطقي، أما القلق العادي فهو بمثابة المحرك الذي يجعل الفرد يهتم بأمر حياته والآخرين، ويشجع الفرد علي رسم خطته المستقبلية (الطيب، 1994: 229).

ويري الطحان أن القلق كمصدر أساسي للاضطراب النفسي له آثار سلبية علي أداء الفرد كالتالي: القلق المرتفع يخفض مستوي أداء الفرد في اختبارات الذكاء التي لها زمن محدد، ولكنه يساعد علي تحسين الأداء بالنسبة للأعمال التي ليس لها وقت محدد.

القلق المرتفع يعطل الأداء عند ذوي الذكاء المنخفض وعلي الأخص في الأعمال التي تتطلب تكوين المفاهيم.

القلق المرتفع يخفض القدرة علي التمييز بين الأشياء المتشابهة في البيئة، ويؤدي إلي خفض عدد الاستجابات وتكرارها.

ارتفاع القلق يعطل الاتصال الفعال، كما يحدث في الامتحانات الشفوية، وما يبدو علي الفرد من التلعثم و التأتأة واحتباس الكلام.

إن القلق الشديد يكون عقبة في تعلم الأعمال المعقدة، حيث تظهر استجابات غير صحيحة في البداية.

إن القلق المفرط يستثير السلوك البدائي لدرجة أن الفرد يفقد بصورة مؤقتة القدرة علي حل المشكلات بصورة منطقية (الطحان، 1992: 235).

وينضح مما سبق أن القلق سلاح ذو حدين يعمل في الاتجاه الايجابي والاتجاه السلبي أما الاتجاه الايجابي وهو القلق الصحي الطبيعي فهو بمثابة إنذار مبكر لأي خطر خارجي قد يتعرض له الفرد فهو يحميه من هذا الخطر ويحقق له التكيف والتأقلم مع الحياة، ويؤدي إلي وظيفة هامة للفرد ويجعله في المسار الصحيح، ويحفزه ويعطيه إشارة بان يتفادى الوقوع في الخطر، ويدفعه إلي السلوك السوي، وهذا القلق يزول بزوال الخطر لأنه معروف المصدر والسبب، أما الجانب السلبي للقلق وهو القلق المرضي غير الصحي فهو يقود الفرد إلى الجمود الفكري أو الانتحار في النهاية لأنه يجعل الفرد مشغولاً في جميع الأحوال، ويؤدي إلي الاضطراب في سلوك الفرد و يعيق أدائه ونشاطه العادي لأنه قلق مجهول المصدر وغير معروف السبب وربما يؤدي إلى زيادة التوتر من الناحية العصبية مما يضر بالفرد ويشعر بالرعب من أي شيء هذا فضلاً عن أعراضه السيئة، وهذا القلق يستمر لدي الفرد في حالة وجود خطر حقيقي وفي حالة زوال الخطر الحقيقي عن الفرد.

القلق في ضوء نظريات علم النفس:

لقد تضاربت وجهات النظر المختلفة في تفسير القلق لدي الإنسان، وقد جاء هذا التضارب والاختلاف من ثراء المفهوم نفسه وتعقيده في نفس الوقت، لدرجة أن العديد من علماء النفس اعتبروه المحرك الأساسي لكل سلوك سوي أو مرضي ينتج عن الإنسان والحيوان علي حد سواء. ومن الجدير بالذكر هنا أن استعدادنا للقلق ليس دليل الشذوذ، بل هو وسيلتنا للتكيف وحفظ الذات من الخطر، أما الشذوذ فيكون في الشدة والتطرف، وفي تأثير القلق علي سلوكنا تأثيراً يجعله مضطرباً وغير مناسب (العناني، 1998: 110).

ومن منطلق الاختلاف في وجهات النظر حول مفهوم القلق، سيعرض الباحث أهم النظريات التي حاولت تفسيره، وذلك بدءاً من النظرية التحليلية مروراً بنظريات التعلم وعبر النظرية الإنسانية الوجودية.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

اعتبر أنصار التحليل النفسي صدمة الميلاد هي المصدر الأول لمشاعر القلق لدي الإنسان، فالوليد عندما ينتقل من بيئة الرحم المشبعة الهادئة الأمانة إلي البيئة الخارجية، بكل ما تحمله من مثيرات غامرة تختلف كل الاختلافات عن البيئة المطمئنة التي اعتادها، فإنه يشعر بعجزه عن مواجهة هذا العالم فيغمره لأول مرة شعور بالقلق الهائل الذي يصبح النموذج الأول، ويعتبرون أن المكون الرئيسي للقلق هذه هو مزيج من الخوف والقلق (عبد الله، 1996: 155).

وفيما يلي عرض موجز لأراء رواد المدرسة التحليلية لتفسير القلق:

رأي فرويد: Freud

كان فرويد من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق وينظر فرويد إلي القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها علي القلق. فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع (الهو) والأفكار غير المقبولة والتي عملت (الأنا) بالتعاون مع (الأنا الأعلى) علي كبتها تظهر وتقترب من الشعور وتقوم مشاعر القلق بدور الإنذار لتحشد مزيداً من القوي الدفاعية لتحويل دون وصول الأفكار والمكبوتات إلي الشعور، بل أنها تدفعها إلي اللاشعور بعيداً عن منطقة الشعور والوعي (كفافي، 1999: 236).

ويري فرويد أن القلق النفسي ينشأ نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز، ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية) وعجز الأنا عن التفريق بينهما وسبب هذا العجز يرجع إلي الخبرات في الطفولة (عبد الله، 1996: 151).

ويعتبر فرويد أن صدمة الميلاد هي المصدر الذي يبعث القلق في نفس الفرد وأنها تشتمل علي سلسلة من المشاعر المؤلمة التي نتجت عن تغيير بيئة الطفل بسبب ميلاده وهي الصدمة التي نتجت عن انفصال الطفل عن أمه واستقلاله عنها، وهذه الصدمة وما يتولد عنها من مشاعر مؤلمة الأساس الأول الذي يمهد لظهور القلق في المستقبل (فهمي، 1997: 187).

ويضيف فرويد في تفسيره للقلق أنه إذا لم تقم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها وهي المكبوتات والرغبات المكبوتة في اللاشعور، وإما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي (العناني، 1998: 110).

وبعد فترة من الزمن عدل فرويد نظريته في مفهوم القلق، فهو لم يعد يؤكد علي أن الخبرات المؤلمة التي تنتج عن صدمة الميلاد هي العامل الأساسي في القلق، وإنما قرر بجانب ذلك وجود مواقف خطيرة تهدد الفرد في مراحل نموه المختلفة، وأن كل مرحلة من مراحل النمو توجد مثل هذه المواقف، ففي مرحلة الطفولة المبكرة يثير القلق فقدان الأم أو فقدان حبها، وفي المرحلة القضيبيية يثير القلق الخوف الناشئ عن التهديد بالخصاء، أما في مرحلة الكمون فان القلق يثار بتهديد الأنا الأعلى أي تهديد الضمير كالشعور بالذنب بسبب عملية التطبيع الاجتماعي، ويسمي فرويد هذا القلق بالقلق الاجتماعي أو القلق الخلقي، وهو خوف من عدم موافقة المجتمع أو خوف الفرد من نبذ المجتمع له (مرسي، 1978: 24).

رأي أدلر : Alfred Adler

يرى أدلر أن القلق النفسي ترجع نشأته إلي طفولة الإنسان كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، وقد حدد أدلر مفهوم القصور بالقصور العضوي في بادئ الأمر بأنه قصور عضوي ثم ذهب بعد ذلك وعمم هذا القصور حتي شمل القصور بمعناه المعنوي والاجتماعي، فشعور الفرد بالقصور في نظر نفسه يزيد من شعوره بعدم الأمن ويرى أدلر أن المقصود بالقصور العضوي هو القصور في أحد أعضاء الجسم إما نتيجة لعدم استكمال نموه أو توفقه أو نقص كفايته التشريحية أو الوظيفية، ولقد استدل أدلر علي أنه هناك علاقة بين القصور العضوي والنمو النفسي وهذا يؤثر دائماً علي حياته النفسية في المواقف المختلفة، ومن ثم ينشأ القلق النفسي وكذلك نوع التربية التي يتلقاها الفرد في أسرته أثناء طفولته لها اثر كبير في نشأة القلق النفسي عند الفرد (فهمي، 1997: 205)
و يعتقد أدلر أن القلق ينشأ نتيجة لشعور الشخص بأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد من شعوره بعدم الأمن، ومن ثم ينشأ لديه القلق (عبدالله، 1996: 151).

رأي كارن هورني: Karen Horney

تعرف هورني القلق بأنه مستتج اجتماعي يسببه تعرض الطفل منذ صغره خلال كفاح النشأة الاجتماعية لخبرات من مشاعر العزلة والعجز في عالم عدائي، وترى هورني أن القلق الأساسي منشأ من الصداق الذي ينتج نتيجة اعتماد الطفل على والديه وبين رغبته في التحرر منهما، كما ترى أن الشخص السوي هو الذي يتلاءم ويتكيف مع معايير وتقاليد المجتمع وهي تؤكد في ذلك على دور العوامل الاجتماعية الهام بما فيها من أثر على قيم وسلوك الفرد (رضوان، 2002، 235).

وقد اتفقت هورني Horney مع فرويد في أن القلق يؤدي إلي الكبت، إلا أنها اختلفت معه في نوعية الرغبات المكبوتة، وذهبت إلي أنها رغبات عدائية تجاه الوالدين، يكبتها الطفل نتيجة لخوفه من أن يفقد حبهما، أو لخوفه من انتقامهما منه، خصوصاً إذا أظهر هذه المشاعر، كذلك اختلفت معه في سبب شعور الفرد أو الطفل بالعجز، وأشارت إلي أن كبت الطفل للعداوة يفقده القدرة علي الدفاع عن نفسه ويدفعه للخضوع، والطاعة في مواقف كان يجب عليه الدفاع عن نفسه، فيشعر بالعجز، بينما يرى فرويد أن سبب العجز هو شعور الأنا بالضعف أمام رغبات الهو ومطالب الأنا العليا (موسي، 1978: 25).

وترجع هورني نشوء القلق إلى ثلاثة عناصر وهي:

الشعور بالعجز

الشعور بالعداوة.

الشعور بالعزلة (العناني، 1998: 112).

وتري أن القلق ينبع من شعور الفرد بعجزه وضعفه وحرمانه من العطف والحنان وشعوره بأنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني هو أهم مصدر من مصادر القلق وهو شعور ينمو تدريجياً من عناصر تربية الأسرة الخاطئة فالسيطرة المباشرة وغير المباشرة، وعدم العدالة والمساواة والجو العائلي العدائي كلها عوامل توقظ مشاعر القلق في النفس ويغذيه التناقضات التي تنطوي عليها الحياة الاجتماعية والبيئة الطبيعية بما تحتويه من أنواع الحرمان والإحباط (فهمي، 1997: 205).

تفسير يونج للقلق:

يعتبر القلق رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور، فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي لا زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديداً لوجوده، ويؤكد يونج على أهمية التفاعل بين الطفل والديه أكثر من تأكيده على نمو الغرائز الجنسية كما فعل فرويد (الكعبي، 1997: 80).

تفسير القلق عند اريك فروم: Erich Fromm

يؤكد اريك فروم على العلاقات الاجتماعية وأثرها على حياة الطفل فهو يرى أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمداً على والديه ولكن باستمرار نموه يدرك أن ذاته وحدة منفصلة وبهذا يزداد تحرره من القيود التي تربطه بوالديه ويسمي فروم هذه العملية التفرّد، والطفل في عملية التفرّد ينتابه إحساس بالقلق والتوتر وذلك لأن اتجاهه للاستقلال يهدد شعوره بالأمن الذي نتيجة له الاعتماد على الوالدين كما يتطلب منه أن يواجه المجتمع المملوء بالمخاطر والصعوبات بمفرده دون تدخل الآخرين، فيشعر حينذاك بالعجز والقلق (الشرييني، 1998: 24).

ويشير فروم إلى أن الطفل قد يكون لديه من الإمكانيات والقدرات ما يتعارض مع رغبات المحيطين به مثل الوالدين الذين يقابلون قدرات الطفل بعدم الاستحسان وهذا يضطّره إلى كبت الرغبات والإمكانيات التي لا تلقى الاستحسان منهما، وكلما حاولت هذه الرغبات الظهور في الشعور شعر بالقلق لخوفه من أن يفقد حب والديه وعدم تقبلهما، وهكذا يرى فروم أن القلق ينشأ عن الصراع بين

الحاجة للتقرب من الوالدين وبين الحاجة إلى الاستقلال ويعتقد أن التوتر والقلق حينما يكونان موجودين لدى الأم تنعكس آثارها في الوليد لأنه يستمد القلق من خلال الارتباط العاطفي بينه وبين الأم (الكعبي، 1997: 84).

ويري الباحث أن هذه النظرية التي يتزعمها فرويد، والذي أرجع فيها القلق إلي ماضي الطفل وخبراته الأولى القديمة التي تعرض لها مثل صدمة الميلاد، والقلق بسبب كبت الرغبات الجنسية وأثرها في زيادة مشاعر القلق لدي الأفراد ناقصة ومشوشة ويعتريها بعض الأخطاء، بينما نجد أتباع فرويد مثل أدلر وهورني وسوليفان ربطوا بين الواقع الحالي الذي يتأثر به الطفل ويحدد سلوكه الحالي، وهو بذلك خالفوا فرويد حين قال أن الماضي وحده هو الذي يحرك الحاضر والمستقبل للفرد، واعتبروا أن خبرات الحاضر الناشئ عن الواقع الخارجي، والخبرات الحاضرة هي التي تشكل نمط تطلعات الفرد للمستقبل، وهم أيضاً خالفوا الفرويدية القديمة التي اعتبرت أن الإنسان سيبقي رهينة للقلق طوال حياته، وأكدوا علي أن القلق يمكن التخلص منه إذا أعاد الإنسان صياغة حياته، وعلاقاته الاجتماعية، ونمي قدراته وإمكانياته الذاتية، حتي يتمكن من التخلص من القلق والعيش بأمان وصحة نفسية عالية.

ثانياً: نظرية المدرسة السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية إلي القلق علي أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد، وهذه وجهة نظر متباينة ومخالفة لنظرية التحليلي النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، فالقلق عند السلوكيين هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، وبمعني آخر هو استجابة خوف تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة بمعني أن القلق هو استجابة خوف اشتراطية متعلمة، والفرد غير واع بالمثير الطبيعي الأصلي لها، وبناء علي ذلك فان النظرية السلوكية تري أن القلق والخوف المرضي يمكن محوه لأنه مكتسب ويكون ذلك عن طريق الاشتراط الكلاسيكي (العزة، 2004: 80).

ويري السلوكيون أن القلق ينتج عن طريق:

تعرض الفرد لمواقف وظروف معينة مثل تعرض الفرد لمواقف ليس فيها إشباع مثل التعرض لموقف خوف أو تهديد مع عدم التكيف الناجح فيترتب عليها اضطرابات انفعالية ومن أهمها عدم الارتياح الانفعالي والشعور بالتوتر.

الضعف العام في الجهاز العصبي، والخطأ في التركيب العضوي من اختلال الأوعية الدموية. إشراف الوالدين في حماية الطفل، فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عندما يتعرضون للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة (العيسوي، 2001: 70).

وفيما يلي عرض موجز لأراء المدرسة السلوكية في تفسير القلق:

قامت نظرية دولارد وميللر **Dolard & Miller** في القلق علي مفهوم عملية التعلم والاكتساب فالقلق عندها سلوك مكتسب من واقع علاقته بعملية التعلم وأثره عليها، وهما يعتبران الخوف دافعاً مكتسباً أي دافع ثانوي مشتق من الألم، فالإنسان يتعلم مخاوفه وقلقه عن طريق الارتباط بين المثيرات ، وقد عرض دولارد وميللر نظريتهما الشخصية والعلاج النفسي ولكنهما استخدمتا مفاهيم خاصة بهما فقد استفادا من مفهوم الدافع وأكدوا على الدور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعليم والقلق ما هو إلا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في الأداء والعكس صحيح، والقلق عندهما ما هو إلى حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها والقلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب ويحدث القلق نتيجة الصراع، والصراع قد يأخذ الكثير من الأشكال مثل صراع الإقدام، والإحجام، أو صراع الإقدام - الإحجام، أو صراع الإحجام - الإحجام إلا أن هذا الصراع يولد حالة من عدم الاتزان تؤدي إلى القلق ولا يكون هناك مفر من هذا الصراع المستمر حتى يعود الاتزان مرة أخرى (عثمان، 2001: 25).

ويشير مورر **Morer** إلى أن القلق استجابة داخلية تحرك سلوك الفرد من الموقف الذي يكرهه، ورد فعل شرطي لمنبه مؤلم قد يكون المنبه من الداخل أو الخارج يصاحبه توتر وتنبية لأجهزة الجسم ليستجيب الفرد بما يساعده علي تخفيف هذا الشعور ويجنبه التنبية المؤلم، وكذلك اختلف مورر مع فرويد في تفسير القلق، فبينما ذهب فرويد إلى أن الاستعداد للقلق فطري ومضمونه مكتسب، ذهب مورر إلى أن القلق سلوك مكتسب وقال أن القلق لا ينتج من الأفعال التي لم يتجرأ الفرد علي عملها، بل من الأفعال التي ارتكبتها ولم يرضي عنها، وهذا يعني أن القلق كبت الأنا العليا وليس كبت الهو كما ذهب فرويد، ولذلك افترض مورر أن إشباع الرغبات التي لا يرضي عنها الأنا الأعلى يثير الشعور بالذنب والذي يؤدي بدوره إلى القلق، وذهب إلى أن الخطيئة وقمع الأخلاق هما أساس الاضطرابات النفسية حيث قال " إن تمسكنا بالأخلاق والقيم وعملنا ما يرضي ضمائرنا، نكون أصحاء نفسياً (موسي، 1978: 26).

ويري أصحاب المدرسة السلوكية الجديدة ومن بينهم شافر **Shaffer** و دروكسي **Droxy** أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم هذه الاستجابة بعد ذلك علي مواقف أخرى مثلاً قد يتعرض الفرد منذ طفولته لمواقف يحدث فيها الخوف والتهديد نتيجة لعدم إشباع، ويترتب علي ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبه من توتر وعدم استقرار (الشرييني، 1998: 58).

ويتضح من خلال عرض النظرية أن المدرسة السلوكية قد أهملت اللاشعور، وركزت اهتمامها علي دراسة السلوك الإنساني الظاهر أو الخارجي، واعتمدوا علي المثير والاستجابة في تفسيرهم للقلق، ويتضح أيضاً أن المدرسة السلوكية اتفقت مع مدرسة التحليل النفسي في أن كلا المدرستين يرجعا القلق إلي خبرات مؤلمة في ماضي الفرد، في حين أنهما يختلفان في تصورهما لتكوين القلق، حيث تتحدث التحليل النفسي عن علاقة القلق بالهو والأنا والأنا الأعلى، أو الشعور و اللاشعور، بينما يحلل السلوكيون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي.

ثالثاً: نظرية المدرسة الإنسانية:

يري أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس القلق ناتجاً عن ماضي الفرد وبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (العناني، 1989: 113).

وهكذا يري أصحاب هذا الاتجاه أمثال ماسلو Maslow و روجرز Roger أن القلق في مضمونه هو الخوف من المستقبل، وما يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان، وينشأ ما لا يتوقع الإنسان حدوثه، وليس القلق ناتجاً عن ماضي الفرد فحسب، كما أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (عبد الهادي، 2000: 217).

ويقوم المذهب الإنساني في علم النفس علي أسس تختلف عن تلك التي تقوم عليه النظريات التقليدية، حيث يقدم نظرة عن الإنسان وحياته ومستقبله، ويرى أن الإنسان كائن حي خير بطبيعته، وأنه بشر يكون ضحية رد فعل لما يواجهه من صعوبات وتحديات وإحباطات، فالفرد في نظر هذا المذهب حر، يختار من الحياة الأسلوب الذي يتناسب معه، والذي ينفرد به عن غيره، وحرية الإنسان محدودة، فهناك مواقف لا يستطيع فيها الاختيار، والإنسان دائماً في نمو وتطور يدفعه إلي نشاطه الدافع إلي تحقيق الذات (عبد الغفار، 1990: 51).

ويتضح مما سبق من خلال عرض هذه النظرية، أن المدرسة الإنسانية قد اختلفت في تفسيرها لنشأة القلق مع المدارس السابقة، حيث اعتبرت أن الحاضر والمستقبل هما اللذان يثيران القلق لدي الفرد بعكس المدارس التي سبقت، والتي اعتبرت أن الماضي هو الذي يسبب القلق لدي الأفراد، ويرى أيضاً أن المدرسة الإنسانية تعتبر الإنسان كائن يجب أن يحترم ويقدر، ولا ينظر إليه كآلة وأن يقام عليه التجارب، وغير ذلك من الأمور التي تهدد إنسانيته، فهم يدرسون مشكلات ذات

معني للإنسان ولوجوده ولرسالته، كالإرادة وحرية الاختيار، والمسئولية، ولا شك أن هذه المعاني قريبة من مفاهيم الدين الإسلامي الحنيف.

رابعاً: المدرسة العقلانية المعرفية:

هو مدخل علاجي مباشر يستخدم فنيات معرفية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته الخاطئة واللاعقلانية، وتحويل هذه الأفكار والمعتقدات التي يصحبها خلل انفعالي وسلوكي إلي معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. وقد وجد أن القلق ينشأ من خلال الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطئ لدي العميل يقود إلي سلوك خاطئ، فوجود أفكار خاطئة لدي الفرد مما يترتب علي ذلك القلق النفسي وقد يفسر القلق علي أنه رد فعل لعدم قدرة الفرد علي تحقيق أهدافه أو شعوره بخيبة الأمل والفشل وكما يفسر علي أن القلق أسلوب لحياة الفرد الذي اختار لنفسه أهدافا غير اجتماعية أو غير ممكنة التطبيق ولا ترتبط بالواقع مما يؤدي إلي الفشل ومن ثم القلق (الكعبي، 1997: 105).

خامساً: المدرسة البيولوجية:

تركزت البحوث في مجال تحديد الأسباب البيولوجية التي تسهم في تفسير القلق في اتجاهين هما اختبارات المقاومة البيولوجية والأسباب الجينية، وقد قام الباحثون بعمل اختبارات للمقاومة البيولوجية حيث يقدم الباحث عاملاً بيولوجياً مثل ملح الصوديوم للأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع وآخرين لا يعانون من نوبات الهلع ووجد أن الذين لديهم حساسية من الأملاح ينتج لديهم مشاعر الرهبة والهلع والتوتر والقلق والدراسات الجينية تعتمد علي النسبة المئوية للأفراد الذين لديهم أقارب يشاركونه نفس المرض (الدايري، 2005: 330)

سادساً: المدرسة الإسلامية:

يري المشرع الإسلامي أن القلق ينشأ عند الفرد نتيجة مخالفة أحكام الشريعة الإسلامية، وعدم الامتثال لحدود الله تعالي، فهو بذلك يتبع نفسه هواها، ويجري لاهتاً وراء دنياه غير مبال ولا معتبر لأخرته، ويقول الرسول صلي الله عليه وسلم " الكيس من دان نفسه وعمل لما بعد الموت، والعاجز من أتبع نفسه هواها وتمني علي الله الأمانى (أخرجه الإمام أحمد) ويمكن إجمال الأسباب والدوافع الكامنة وراء نشأة حالة القلق عند الفرد كما يراها التشريع الإسلامي علي النحو التالي: (الخطيب، 2004: 428).

ارتكاب الذنوب:

فالذنوب هي مخالفة القوانين الإلهية وإتباع هوي النفس الأمارة بالسوء، وتعتبر الذنوب والخطايا واقتراف الآثام وارتكاب المعاصي كالسُموم للقلق فهي إن لم تهلك صاحبها فهي تضعفه.

الضلال:

الضلال هو عكس الهدى، وإن الضلال عن سبيل الله والكفر والإلحاد والبعد عن الدين ومعصية الله تعالى ورسوله يؤدي إلي الوقوع في دوامة الاضطرابات النفسية، ومن ثم الإصابة بالقلق الذي هو الناتج الطبيعي للضلال.

الصراع بين الخير والشر:

إن أخطر صراعات الإنسان هو صراعه بين قوي الخير وقوي الشر وبين الحلال والحرام وينشأ الصراع بين الهو (النفس الأمارة بالسوء) وبين الأنا الأعلى (النفس اللوامة) حيث ينعكس آثار هذا الصراع علي الأنا (النفس المطمئنة) وتحولها إلي نفس مضطربة فإذا ما استحكمت الصراع من الإنسان صرعه وأحاله إلي فريسة للقلق.

ضعف الضمير:

هناك مقولة في علم النفس تري أن الأمراض النفسية ومظاهر التوافق النفسي هي أمراض الضمير، وهي حيلة هروبية من تأنيب الضمير، ويضاف إلي ضعف الضمير الضعف الأخلاقي والانحراف السلوكي الذي يترتب علي ذلك.

الأناانية وإيثار الحياة والتكالب عليها.

إتباع الغرائز والشهوات والبذخ والإغراء.

الغيرة والحقد والحسد والشك والارتياب

ويخلص الباحث من خلال استعراض آراء أصحاب مدارس علم النفس التي عملت علي تفسير القلق إلي عدة أمور أهمها:

أن فرويد قد اعتبر صدمة الميلاد هي بداية المصادر التي تثير القلق لدي الإنسان، وبعد ذلك قام بتعديل آرائه هذه ولم يعد يعتبر أن صدمة الميلاد وحدها هي التي تبعث القلق، بل هناك مواقف صعبة يمر بها الإنسان في مراحل حياته المختلفة تثير القلق لديه.

أن الفرويديين الجدد أمثال كارن هورني، واريك فروم، وسوليفان، والفرد أدلر، قد اختلفوا مع فرويد في تفسيره للقلق، وذلك لأنهم اهتموا بالعلاقات الاجتماعية، وأثرها علي علاقات الفرد بالمجتمع الذي يعيش فيه.

ذهبت المدرسة السلوكية إلى أن القلق سلوك مكتسب تم عن طريق تعلم خاطئ حدث من خلال الخبرات الماضية التي اكتسبها الفرد في حياته الأولى.

أن المدرسة الإنسانية رأت أن القلق ينشأ من إدراك الفرد لاحتمية الموت ونهاية الحياة، وأن الحاضر المستقبل لدي الفرد هو الذي يثير القلق لديه.

يتضح أن المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية قد اتفقتا على أن القلق يرتبط بماضي الفرد، ومن تم مواجهته في الماضي من خبرات، ولكنهم اختلفوا في مصدر القلق، فالتحليليون يعتبرون أن القلق استجابة لخطر مجهول غير معروف السبب، أما المدرسة السلوكية فتعتبر القلق استجابة لخطر معروف ومحدد، وهذا يخالف تماماً ما ذهبت إليه المدرسة الإنسانية التي اعتبرت أن المواقف المستقبلية هي التي تثير القلق وليس الماضي.

ويتضح من خلال استعراض النموذج الإسلامي في تفسير القلق نخلص إلى أن المشكلة في التصور الإسلامي تحدث نتيجة لانحسار وضعف الوازع الديني لدى الأفراد مما يؤدي إلى القلق والتوتر ومن ثم حدوث المشكلة أو قد ترجع المشكلة إلى قلة الوعي الديني أو عدم الدراية بالأحكام الدينية التي تمنع من الوقوع في المشكلة.

وكما يتضح أيضاً أن النظريات الغربية التي قدمت تفسيراً لمشكلة القلق قدمت صورة جزئية تسير متكاملة عن حقيقة هذا الكائن الإنساني المادي وكأنه وجد من فراغ ويعيش في فراغ لا صلة له بالكون الذي هو جزء منه إلا يوجد خالق لهذا الكون مع تجاهل كامل لما كان قبل وجوده الإنساني في هذه الدنيا لما يكون بعد انقضاء هذا الوجود وترتب على هذا إهمال الجوانب الروحية مع العلم أن هذا الجانب هو الذي يدور حوله الوجود البشري في التصور الإسلامي وهو الفاصل على مختلف جوانب السلوك البشري، فالإيمان بالله أساس فطري في طبيعة الإنسان قال الله تعالى على لسان رسوله صلى الله عليه وسلم: " وإني خلقت عبادي حنفاء كلهم وإنهم أتتهم الشياطين فاجتالتهم عن دينهم وحرمت عليهم ما أحللت لهم"، ولكن الفطرة تتغير وتتبدل بما يطرأ عليها من العقائد الفاسدة والفرق الضالة فنفسدها. وقد قال صلى الله عليه وسلم " ما لله مولود إلا يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه " .

علاج القلق النفسي:

رغم صعوبة علاج القلق، إلا أنه من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، حيث يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه، ويمكن القول أن علاج القلق يختلف حسب الفرد وشدة القلق، ووسائل العلاج المتاحة للفرد (العناني، 1998: 115).

حيث كانت المسكنات بما فيها الكحول تستخدم لعلاج القلق لوقت طويل، والمسكنات تقلل من القلق وتجعل الفرد ينام إلا أن أعراض القلق تعود مرة أخرى وهذا يقود إلي الإدمان دون الشفاء الكامل، والنجاحات في علاج القلق اعتمدت علي تأكيد العلاج النفسي كأساس قوي في علاج القلق والحد من درجته (المطيري، 2005: 284).

ومن هذا المنطلق سوف يقوم الباحث باستعراض بعض أهم أنواع العلاج المستخدمة في مجال القلق وهي كالتالي:

أولاً: العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلي تطور شخصية المريض وإزالة مخاوفه وخفض توتره وهناك عدة طرق للعلاج النفسي منها:

أ - العلاج بالتحليل النفسي:

وهو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد علي تقوية (الأنا) للمريض باعتبارها الجزء المسيطر علي حفزات (الهو) والمنسق بين متطلبات (الهو) وضوابط (الأنا الأعلى) وكما يهدف إلي إظهار الذكريات والإحداث المؤلمة والمكبوتة بمعني تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلي حيز الشعور ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر وتفسير الأحلام حيث يصل المريض إلي الاستبصار بالمشكلة ومحاولة حلها (الدايري، 2005: 334).

ب- العلاج الجشطالتي:

ويركز هذا العلاج علي خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض علي مقعد وأمامه مقعد خالي يتخيل جلوس شخص آخر عليه ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، وكذلك فنية الاسترخاء والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلي الفرد وغير ذلك من الفنيات الاخرى (الطيب، 1994: 389).

ج- العلاج العقلاني الانفعالي:

ويعتمد هذا العلاج علي مناقشة الأفكار غير المنطقية لدي المريض وإحلال الأفكار المنطقية بدلاً منها مما يؤدي إلي تغيير سلوك المريض (المهيري، 2005: 285).

ثانياً: العلاج السلوكي:

يستخدم العلاج السلوكي خاصة في حالات الخوف حيث يتدرب المريض علي الاسترخاء، إما بتمرينات الاسترخاء العضلية أو النفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء، ثم يعطي المريض منبهات اقل من تصدر قلقاً، أو تسبب ألماً ونزید المنبهات تدريجياً حتى يستطيع المريض

مواجهة مواقف الخوف وهو في حالة استرخاء وهدوء شديد ودون ظهور علامات محددة ومعينة من القلق (الخطيب، 2003: 378).

ثالثاً: العلاج البيئي:

يقصد به تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر. والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية والعلاج بالموسيقي والعمل (زهران، 2001: 488).

رابعاً: العلاج الكيماوي:

يستخدم هذا الأسلوب في علاج حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد علي إعطاء المريض بعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق والتوتر العصبي وهذه العقاقير تؤدي إلي الاسترخاء والهدوء (عبد الله، 1996: 156).

ومن أمثلة العقاقير التي تقلل التوتر العصبي: مجموعات البنزوديازيبين (الفاليوم - الليبريم - اتيفان - زاناكس - ترنكسين) (عكاشة، 2003، 149).

خامساً: العلاج الكهربائي:

لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي إلا إذا كانت تصاحبه أعراض اكتئابية شديدة، ويعتمد علي تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيماوية والهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ والهيبتالامس (العبيدي، 1996: 87).

سادساً: العلاج الجراحي:

توجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي، والكيماوي، أو الكهربائي أو السلوكي وهنا نلجأ إلي العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر وحتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية. تعتمد هذه العملية علي قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ والثلاموس أو توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال وبالتالي يصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة والتي يمكن أن تعيقه عن التوافق والتكيف (الشاذلي، 2001: 118).

سابعاً: العلاج النفسي الديني للقلق النفسي:

لقد أوضح القرآن الكريم للإنسان الطرق الصحيحة لتربية النفس وتقويمها وتنشأتها تنشئة سليمة، تؤدي بها إلي بلوغ الكمال الإنساني والتي تتحقق به سعادة الإنسان في الدنيا والآخرة. هذا وبالإضافة إلي إرشاد الإنسان إلي ممارسة السلوك السوي بما فيه من صلاح للإنسان وخير

المجتمع و لقد بذلت في الآونة الأخيرة جهود مضمّنية في ميدان العلاج النفسي للمصابين في الاضطرابات الشخصية والأمراض النفسية، غير أنها لم تحقق المرجو منها وهو القضاء علي الأمراض النفسية والوقاية منها.

وعلي هذا الصعيد بدأت كذلك تظهر حديثاً اتجاهات جديدة في ميدان العلاج النفسي، تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية، وفي علاج الأمراض النفسية، وترى أن في الإيمان بالله - تعالي - قوة خارقة تمد الإنسان المحافظ دينياً بطاقة روحية هائلة، تعينه علي تحمل مشاق الحياة وتجنبه القلق والوساوس التي يتعرض لها كثير من الناس الذين يعاركون الحياة المعاصرة. مما سببا للإنسان المعاصر كثيراً من ألوان الضغط والتوتر النفسي، وجعله نهياً للقلق، وعرضة للإصابة بالأمراض النفسية (نجاتي، 1987: 247).

ويتمثل منهج القرآن الكريم في علاج النفس من أدرانها وأخطائها التي علقت بها من جراء صراعاته في الدنيا والآخرة والتي تجعله مهموماً ومكبلاً بمطالب الدنيا التي تحول دون ممارسته لسلوكه بشكل طبيعي في الحياة. ولما كانت عملية التعلم في أساسها تعديل السلوك وتغيير الأفكار والاتجاهات والعادات، وهذا ما ينطبق في جوهره علي إجراءات العلاج النفسي، إذ يعتبر في أساسه عملية تصحيح لتعلم خاطئ، وتم خلاله تعلم أساليب معينة من السلوك الدفاعي أبعدت المريض من مواجهة مشكلاته، ليخفف بها من حيرته وقلقه، فقد وضع القرآن الكريم أسلوباً علاجياً نفسياً منذ أربعة عشر قرناً، كان له السبق فيه من نظريات علم النفس الحديثة لعلاج أساس الاضطرابات النفسية، حيث أناط به العمل علي التخفيف من تلك الاضطرابات بدا بالفرد حيث أشارت البحوث النفسية في العلاج النفسي، إذ أقرت أن العلاج النفسي يبدأ من الذات وينتهي بالذات.

ويمكن توضيح منهج القرآن في علاج النفس البشرية في التالي:

الإيمان بعقيدة التوحيد:

حيث تعد الأساليب المستخدمة في القرآن الكريم لترهيب وترغيب النفس البشرية لإثارة الدافع إلي التعلم من خلال تكرار المعاني ذات العلاقة لتأكيداها في الأذهان ذات أثر بالغ في نفوس الناس لتقبل الدين الجديد وكذلك حثه علي الإيمان بعقيدة التوحيد والتي هي بمثابة الخطوة الأولى في إحداث تغيير كبير في شخصية الإنسان.

2. التقوى:

فالتقوى تصاحب الإيمان وهي تعني وقاية الإنسان نفسه من غضب الله تعالي وعذابه بالابتعاد عن ارتكاب المعاصي والذنوب ويتضمن مفهوم التقوى تحكم الإنسان في دوافعه وانفعالاته وسيطرته

علي ميوله وأهوائه وكذلك يجب علي الفرد أن توخي الحق والعدل والأمانة والصدق وتجنب الظلم والعدوان في علاقاته مع نفسه ومع الآخرين.

3. الاعتراف بالذنب:

ويتضمن الاعتراف بالذنب شكوى النفس من النفس طلباً للخلاص والغفران وفي الاعتراف إفضاء الإنسان عما في نفسه إلي الله، وهو يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب النفس اللوامة (الضمير) ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها (الخطيب، 2004: 439).

4. التوبة:

فالتوبة طريق المغفرة وأمل المخطئ الذي ظلم نفسه وانحرف سلوكه وحطمته الذنوب، وهو في حالة جهالة، أي اندفاع وطغيان وشهوة وصحا ضميره، فالشعور بالذنب يسبب للإنسان الشعور بالنقص والقلق ويهتم العلاج النفسي في مثل هذه الحالات بتغيير وجهة نظر المريض عن خبراته السابقة التي سببت له القلق، بحيث يعيد له الرؤيا من جديد ويصبح أكثر تقبلاً لذاته بنزول قلقه عن طريق توبته إلي الله الذي يغفر ذنوبه ويقوي له أمله في رضوانه.

5. الصبر:

الصبر مفتاح الفرج، وهو تفويض الأمر إلي الله كفضيلة خلقية ونفحة روحية يعتصم بها الإنسان فيهدأ، ويطمئن بالله والصبر يبعد الشيطان ويرضي الرب ويسر الصديق ويسوء العدو، وهو عون نفسي هائل، يقي الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والمصائب، ويرتبط الصبر بالإرادة التي تعطي الإنسان قوة المثابرة علي العمل والإنتاج وبذل الجهد لتحقيق الغايات المرجوة (الخطيب، 2004: 440).

6. الذكر والاستغفار:

إن المواظبة علي ذكر الله، والتسبيح والتكبير والاستغفار والدعاء وتلاوة القرآن تؤدي إلي تزكية النفس وصفائها، وشعورها بالأمن والطمأنينة، وذكر الله تعالي غذاء روحي يبعد الهم والقلق والوساوس والسلوك القهري وحينما يداوم علي ذكر الله فانه يشعر فإنه قريب من اله وهو في حمايته ورعايته، مما يبعث في نفسه الثقة والقوة والشعور بالأمن النفسي والطمأنينة وهو بلا شك علاج للقلق أمام ضغوط الحياة (أبو عذب، 2008: 52).

7. الاستبصار والتوكل على الله:

يشير الاستبصار إلى الوصول بالفرد إلى فهم أسباب شقائه النفسي ومشكلاته النفسية، والدوافع التي جعلته يرتكب الذنوب والمعاصي، ويعتبر فهم الإنسان لنفسه وطبيعته الإنسانية ومواجهتها بالحقيقة من خير وشر، وتقبله للمفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا. فالتوكل على الله وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته والإيمان بقضائه وقدره تعتبر زاد روحي مطمئن ومسكن، ويمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل (الخطيب، 2004: 441).

8. الدعاء وابتغاء رحمة الله:

إن الدعاء هو سؤال الله القريب والمجيب، وهو الالتجاء إلى الله لكشف الضر وإزالة الشدائد، وفي الدعاء سمو روحي يقوي الإيمان الفردي وهو علاج أكيد للنفس التي أشرفت على الهلاك، فحين يطلب الإنسان العون من الله القادر يشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف وتخلص مما هو فيه من هم وتوتر وضيق وقلق وفي ذلك قوة روحية تؤدي إلى التفاؤل والأمل.

9. العبادات:

يعتبر تغيير الأفكار في العلاج النفسي خطوة أولى وضرورية لتغيير شخصية الإنسان، وتعديل سلوكه، غير أن تعلم سلوك جديد يقتضي ممارسة مدة طويلة. ولاشك أن قيام المؤمن بممارسة العبادات والشعائر الدينية بإخلاص وانتظام إنما يؤدي إلى إكسابه خصلاً حميدة توفر له مقومات الصحة النفسية السليمة ومن هذه العبادات الصلاة حيث تبعث في نفس المصلي الشعور بالصفاء الروحي والاطمئنان القلبي والأمن النفسي وتساعد حالة الاسترخاء التي تحدثها الصلاة على التخلص من القلق وكذلك الصيام لكبح جماح النفس من الانسياق وراء الشهوات وفي هذا تطهير لها مما يبعتها عن ارتكاب المعاصي. وكذلك الزكاة لتطهير الأموال وتطهير الأنفس وأخيراً الحج حيث رحلة الحج في حد ذاتها رحلة روحية يعيش فيها الإنسان لحظات من الإيمان والخشوع الذي يضيء عليها طابع الصفاء والنقاء مما يعطيها القوة الروحية ويجدد نشاطها ويبعد عنها القلق (أبو عزب، 2008: 53).

المبحث الثاني:الاكتئاب

الاكتئاب هو مصطلح يستخدم لوصف خليط من الحالات المرضية أو غير المرضية في الإنسان التي يتغلب عليه طابع الحزن، وهناك أنواع متعددة من الاكتئاب قسمت حسب طول مدة الحزن وإذا ما كان الحزن قد اثر على الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد، وإذا ما كان الحزن مصحوبا بنوبات من الابتهاج فضلا عن نوبات الكآبة، وينتشر عادة بين الأفراد حوالي 20% من الإناث و12% من الذكور بنوبة من الكآبة في حياتهم على اقل تقدير، وهناك نسبة تكاد تكون ثابتة في مختلف المجاميع البشرية مفادها انه 5% إلى 10% من الإناث و3% من الذكور مصابون بما يسمى نوبة الاكتئاب الكبرى، وهذه نسبة عالية جدا مما يجعل الاكتئاب الكبرى من أكثر الأمراض النفسية شيوعا (موقع ويكيبيديا ، 2010 :5).

إن طبيعة الإنسان هي التأثر بالموثرات الحياتية والتفاعل معها من خلال انفعالاته المتنوعة(كالفرح، والحب، والخوف،.... الخ) والحزن من ابسط صور الاكتئاب النفسي الذي يعرض للإنسان أثناء تفاعله مع مثيرات الحياة في مواقف الفشل والإحباط والمرض (إسماعيل، د.ت: 32).

وقد تطرق القرآن الكريم إلى معاناة نبي الله يعقوب عليه السلام عندما أصيب بالحزن لفقد ابنه يوسف عليه السلام فقد قال الله تعالى: (وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسْفَىٰ عَلَىٰ يُوسُفَ وَأَبْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مَنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ) (سورة يوسف آية 84) وشرح ما قد يصيبه من أعراض الحزن فقال تعالى: (قَالُوا تَاللَّهِ تَفْتَأُ تَذْكُرُ يُوسُفَ حَتَّىٰ تَكُونَ حَرَضًا أَوْ تَكُونَ مِنَ الْهَالِكِينَ) (سورة يوسف آية 85) .

وتعني كلمة حرضا أي مريضا مشرفا على الموت، كما قال رسول الله (ص) في دعاء الكرب: (اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل) (السيوطي، الجامع الصغير :92). ومما يميز الحزن عن الاكتئاب إن الحزن استجابة انفعالية تتفق مع درجة الفقد أو الضرر الذي يلحق بالفرد يمكن تعديله باستخدام المنطق، أو بفعل ملائم عن طريق التفريغ الانفعالي، ويمكن أن يتحول من عانى منه من هذه الحالة وان يتعلم من واقع تلك الخبرة كيفية التفاعل مع المواقف المماثلة بشكل أسرع وان يحقق قدرا من التكيف (إسماعيل ، د.ت: 32).

أما الاكتئاب فانه يعني الانخفاض في المعنويات والجهد والشعور بالضيق وفقدان الأمل وعدم الجدوى (فاضل، 1987:54) .

وهو استجابة انفعالية متطرفة وغير مناسبة للحدث المثير يختلف عن الحزن من حيث الشدة ومدة استمرارية الاستجابة، والمكتئب لا يمكنه استشعار المشاعر المبهجة عكس الذي يعاني من حالة الحزن السوي، ويميل المريض بالاكتئاب لاجترار الأفكار والخبرات غير السارة في حياته وهو بحاجة إلى العلاج النفسي (إسماعيل، د.ت: 32).

وقد حاول العلماء من قديم الزمان فهم الاكتئاب أثناء شرحهم طبيعة الإنسان وما يعتريها من اضطرابات انفعالية، فسماه كل من أرسطو (370 ق. م) وابوقراط (400 ق. م) بالماليخوليا والمعنى الحرفي لها سوء الطبع الأسود الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض (موسى 1993)، وفسره الكندي انه الم يصاب به المرء بسبب فقد المحبوبات وفوت المطلوبات، وعدّه الرازي مرضاً عقلياً يكدر الفكر والعقل ويؤذي النفس والجسد، وهو عند ابن حزم حالة من الضيق تنشأ من حالات كثيرة كالغيبز والعزلة والمهانة وقلة الحيلة (نجاتي، 1993: 158).

ويرى كارلن (Karolin) أن الاكتئاب مرض وراثي يتحول من الاكتئاب إلى المالمليخوليا (جلال، 1986: 156)، ويعتقد بيرنج (Bebring) انه ينشأ من التوتر بين طموح الفرد النرجسي ووعي الأنا بعجزها، ويرى روبنفاين (Rubinfine) انه يحدث من تمزق الوحدة النفسية بين الأم وطفلها، فينتج عن ذلك عجز وتحرر من الوهم النرجسي يترتب عليه أن يأخذ العدوان مكانه فيتطور الاستعداد للإصابة بالاكتئاب (عسكر: 1988). أما ليشربيج (licherberh) الذي بينه انه مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية، وفي هذا السياق فان الأمل يكون مفهوماً كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف (عسكر، 1988: 56).

وحدده كامبل (Campell) انه: (حالة إكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلمة وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي وربما يختفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور الإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص) (الشناوي، 1991: 65).

أعراض الاكتئاب:

تعد الأعراض في الاكتئاب النفسي العصابي والذهاني واحدة تتراوح بين الدرجة المعتدلة والدرجة القاتلة (عفيفي، 1989)، ويتفق كل من (زهران، 1978، ياسين، 1981، إسماعيل عسكر 1988، حقي 1995، عكاشة 1998)، على أن هناك مجموعة من الأعراض يمكن تصنيفها على النحو التالي:

أولاً : الأعراض الجسمية:

تنتاب المصاب بالاكتئاب حالات يمكن عدها أعراضاً جسمية مثل: الانقباض في الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له أو لرغبته في الموت، نقصان الوزن والإمساك والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم لاسيما في الظهر، ضعف النشاط

العام، التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض والانشغال على الصحة واضطراب النوم، واضطراب الدورة الشهرية للنساء، والكآبة على المظهر الخارجي.

ثانياً: الأعراض النفسية

أما الأعراض النفسية التي تظهر على المصاب بالاكتئاب فهي: البؤس واليأس، والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقلبه وعدم القدرة على ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة، القلق والتوتر والأرق، فتور الانفعال، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال، السكون والصمت، والشروود حتى الذهول، التشاؤم وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة والأفكار السوداء، والاعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء، والانخراط في البكاء أحياناً، والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها، اللامبالاة والنقص في الميول والاهتمامات والدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد، وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت، الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد أخطائها وتضخيمها، الأفكار الانتحارية أحياناً، والهلاوس، وضلالات عدمية. (زهران، 1978 ياسين 1981، إسماعيل عسكر 1988، حقي 1995، عكاشة 1998).

ثالثاً: الأعراض العامة :

أما الأعراض العامة وأهمها نقص الإنتاج وعدم التمتع بالحياة وسوء التوافق الاجتماعي، وعلى الرغم من اختلاف المفاهيم والاتجاهات النظرية المتعددة التي قامت بفحص الاكتئاب إلا أنها تتفق على أن هناك علامات وإعراضاً شائعة للاكتئاب، ويتم التشخيص الاكلينيكي وفقاً لوجود بعضها وبصفة خاصة حالة الحزن العميق والتعاسة البادية التي لا تتفق مع أحوال حياة المريض (السيد، 1993: 98).

أنواع الاكتئاب :

يرى اوبرليدر (Oberleder) من الولايات المتحدة أن أنواع الاكتئاب كثيرة إذ أنها تماثل عدد البشر وتشترك جميعها في أنها تجعل الشخص بعيداً عن العالم، ويعتقد لويس (Lewis) إن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين كماً وليس كيفاً، ولا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسي العصابي الخارجي مستقلاً عن الاكتئاب العقلي الذهاني الداخلي، والفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وشدة الأعراض الإكلينيكية. (موسى: 1993). وهناك من يصنفه على نوعين فقط هما:

1. الاكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهاني (Psychotic depression) وينتج عن سبب عقلي خالص وليس له سبب شعوري أو غير شعوري لكنه راجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي.

2. **الاكتئاب الخارجي** أو النفسي العصابي (Neurotic depression) يرجع إلى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض بالحزن والأسى دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي. (عفيفي، 1989: 26) يصيب المرء كرد فعل لمواقف خارجية (الحفني، 1992: 58).

ويرى البعض أن الفرق بين النوع الأول والثاني هو فرق في الدرجة يصل في الاكتئاب الذهاني الداخلي المنشأ إلى حد أن إساءة المريض تفسير الواقع، والتوهم والهلوس (زهران 1978: 21)، أما في الاكتئاب العصابي فيكون مصحوبا بأعراض عصبية كالقلق، وتزداد حالات الانتحار في الاكتئاب الذهاني (إبراهيم، 1988: 69).

وهناك من يقسمه على ثلاثة أنواع مثل (الخولي) الذي يضيف إلى التصنيف الثنائي نوعا ثالثا هو :

3. **الاكتئاب التفاعلي** : ويعد رد فعل للأحداث الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان ثروة أو تهديد بفضيحة وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية لمنطقية للأحوال المسببة له (عفيفي، 1989: 26) . وهو قصير المدى (زهران 1978) .

ويرى برودي (Brodie) انه إذا كان هناك مقياس للاكتئاب فانه في بدايته يقع ما يعرف بالاتي :

1. الاكتئاب الاساسي: ويقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي.
2. الاكتئاب المضاعف: وهو مرض مزمن يحدث فيه فترات من الاكتئاب الحاد .
3. الاكتئاب المتخفي : ويصيب 40% من مدمني الخمر في الولايات المتحدة تحديدا (عفيفي، 1989: 103).

وهناك من يقسم السلوك الاكتابي من حيث الشدة إلى :

1. الاكتئاب البسيط: يظهر المصاب فيه عزوفا عن الحياة (الحفني، 1992: 74) ويبدو على شكل شعور بالإجهاد وثبوت في العزيمة، والشعور بعدم لذة الحياة، وقد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربه وقد لا ينجحون، ويعد البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعا من الشعور بالإجهاد والملل (جلال، 1986: 56) .

2. الاكتئاب الحاد : يشعر بموجة من الحزن والانقباض، والرغبة في البكاء، ويفقد السيطرة على نفسه، ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب، وتعتره حالات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ويظهر على المصاب بالاكتئاب الحاد الإبطاء الذهني والحركي وتكون أوجاعه وهمية (الحفني، 1992: 74)

ويصبح متبلدا ذهنيا، ويبدو وكأنه يعاني كابوسا بغيضا، ويعبر المريض عن شعور بالذنب ويصعب انتشاله من كربه (جلال ، 1986 : 57) .

3. الاكتئاب الذهولي: لا يتجاوب المريض ولا يبدي حراكا وقد يهلوس, وإذا لم يردعه احد مات جوعا (الحفني: 1992) وهو يمثل أقصى درجات الحدة (جلال: 1986: 58).

ويتحدث علماء الطب العقلي عن أنواع أخرى منها :

1. الاكتئاب الراجع لعدة جسمانية: ويحدث هذا النوع كما يرى واتس (Watts) نتيجة مرض أو أصابه بالمخ ويأتي مصاحبا لمرض عصبي معروف باسم (باركينسون) ويعقب الإصابة بفيروس مثل الأنفلونزا أو فيروس الكبد الوبائي, ويحدث من التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص, وبسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين (ب) , وقد تصاب المرأة بعد الولادة , ويحدث بسبب إدمان المخدرات والخمور .

2. الاكتئاب العنيد المقاوم للعلاج : ويسمى بالاكتئاب الأحادي القطب (عفيفي، 1989: 102)

3. الاكتئاب الهياجى: لا يستقر المريض في مكان واحد ويتحرك هنا وهناك , متهما نفسه معبرا عن العجز والضياع , ويحتاج هؤلاء المرضى للرعاية .

4. اكتئاب سن اليأس: ويصيب الأفراد غالبا في الأعمار المتوسطة والمتأخرة ما بين (40-55) سنة عند النساء وما بين (50-65) سنة عند الرجال (جلال، 1986: 152).

5. الاكتئاب الشرطي: ويرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه.

6. الاكتئاب المزمن: وهو دائم وليس في مناسبة فقط (زهران ، 1978: 89) .

7. الاكتئاب القهري: يظهر على الشخصية القهرية إذا حيل بينهما وبين القيام بالأعمال الروتينية التي تقوم بها .

8. الاكتئاب الخلقى: ميل فطري للاكتئاب يتسم به الشخص, يتصف المصابون به ببلادة التفكير والحركة والتشاؤم, ويشق عليهم اتخاذ قرار بسهولة, وإذا بدؤوا شيئا لم يكملوه وتعوزهم الثقة بالنفس .

9. الاكتئاب الدوري: وتراوح مزاج المريض بين الاكتئاب والانشراح, وقد تأتيه نوبة الاكتئاب مرة كل عدة أسابيع أو شهور أو سنوات يشعر خلالها انه متعب ويأئس ويوجه اللوم على نفسه وينعزل, وتعد لحظات الانشراح بمثابة دفاعات ضد الميل القوي والعميق للاكتئاب.

10. الاكتئاب الفجائي: استجابات انفعالية تظهر فجأة وتخفي بسرعة , وترافق إصابات المخ التي في الفص الصدغي .

11. الاكتئاب النفوري : المريض به يكره أن يذكر مرضه ويبغض بشدة كل عناية يلقاها بسببه .

12. الاكتئاب بعد النوم : وهو حالة وقتيه تعقب النوم .

13. الاكتئاب الانفصالي : يعاني منه الأطفال الذين يفصلون عن أمهاتهم مدة طويلة إذ تظهر عليهم الأم الفراق، وبعد ثلاثة شهور أو نحو ذلك يكفون عن البكاء ولا يثيرهم إلا مثير أقوى، ويجلس هؤلاء الأطفال في شroud وقد اتسعت عيونهم وذهلوا عما حولهم، ويشق على مخالطهم التخاطب والتبسط معهم، ويصاب به الأطفال في السن بين 6-8 أشهر ومن أعراضه فقدان الشهية للطعام والإسهال وعدم النوم، ويصاب به الأطفال الذين ينشئون في الملاجئ والمؤسسات.

14. الاكتئاب المسمى (الدنف): ويسمى المرض الثقيل وهو نمط من الاكتئاب التفاعلي يلزم الطفل المحروم عاطفياً إلى أن يؤدي به حيث يصاب بفقدان الشهية وينطفئ لونه ويظل كذلك حتى يموت (الحفني ، 1992: 89).

وعلى الرغم من كثرة هذه التصنيفات يمكن القول أن الاكتئاب مرضاً واحداً يتدرج في الشدة ويتنوع بتنوع العوامل والأسباب المؤدية إليه، ويحتاج إلى علاج نفسي دوائي إذا بلغ حد العصاب وما فوق لمساعدة المريض على استعادة توازنه أولاً ومن ثم البحث عن الأسباب والعوامل المؤدية إليه لتخفيف من حدة تأثيرها لتجنب انتكاس المريض مرة أخرى.

أسباب الاكتئاب:

أولاً : الأسباب الاجتماعية:

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والآخرين (عفيفي ، 1989: 58)

ومن أهم الأسباب الاجتماعية :

الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد حبيب أو مفارقتة أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف (زهران، 1978: 60) .

2. علاقة الطفل بأمه، فإذا كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقة حسنة فإن الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فإن الحياة قاسية ومملوءة بالآلام.

امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطئ في مواجهة المشاكل .

التربية الخاطئة كالترقية في المعاملة والتسلط والإهمال .

موت الأحبة والتوتر .

أسلوب التنشئة المدرسية.

اثر الفراق.

الهجرة من الوطن .

الوحدة والعنوسة والتقاعد والفشل العاطفي (عيفي، 1989: 92) (زهران، 1978: 59).

ثانيا : الأسباب النفسية :

يرى المحللون النفسيون انه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية للفرد المهياً للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر , وحينئذ يكون مستعداً للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين على الالتفات إليه, وقد يلجأ إلى الذلة والمسكنة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع يده, وكثيراً ما ينجح في محاولة التحايل على بيئته (جلال:1986) ومن أهم أسباب الإصابة بالاكتئاب: التوتر الانفعالي والإحباط, والفشل, وخيبة الأمل, والكبت, والقلق, وضعف الأنا الأعلى والصراع اللاشعوري, والشعور بالإثم, والرغبة في عقاب الذات واتهام الذات, والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الصادمة, وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المثالية, وسوء التوافق, ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب وجود كره وعدوان مكبوت قد يتجه نحو الذات يظهر في شكل محاولات انتحارية ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة (زهران، 1978: 78).

وهذا السلوك محاولة من المريض للمحافظة على تكامل الأنا محتفظة وليقلل من مشاعر الذنب لديه عن طريق الألم وليقلل من العدوان داخله بالانسحاب وتحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم. (جلال، 1986: 87) .

ثالثاً: الأسباب الجسمية:

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف, فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل الاصابه بالحميات والتسمم , وارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة, وفي حالات الأنفلونزا الشديدة (عكاشة 1998) أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب والسرطان أو التدرن الرئوي الخ (ياسين، 1988: 98) .

رابعاً: الأسباب الوراثية :

يرى الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية (ياسين، 1988: 58)

وتقرر منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشاره 3% بين السكان, وفي الأقارب 11% وبين الأشقاء بنسبة 23% وغير الأشقاء بنسبة 17% أما الطريقة التي تنتقل بها الوراثة فما زالت غير معروفة وتعمل بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت, ويحدث في مرحلة منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن المتبقي من عمره اقل مما ذهب وانه لم يحقق آماله فيعاني من الإحباط

ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة لاسيما عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج والعمل, ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والمتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق ويكون المرض في هذه الحالة شديدا وتكرر المحاولات الانتحارية, والنساء أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة الضعف بسبب التغير الهرموني لديهن والنوع المكتنز أكثر الناس عرضة للمعاناة من الاكتئاب (عزت، 1986: 71) .

عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية:

يعد الجنس من أكثر عوامل الخطر المتفق عليه في هذا المجال سواء في الدراسات الوبائية أو الدراسات الإكلينيكية , سواء لدى الراشدين أو المراهقين (ليس الأطفال) وذلك أن كون الفرد أنثى يجعلها معرضة للإصابة بالاكتئاب ضعفي أو ثلاثة أضعاف الرجل (غريب، 2007 : 54) وتنقسم التفسيرات التي عرضت للفروق بين الجنسين في الاكتئاب على قسمين رئيسيين يمثلان رأيين متعارضين, فالرأي الأول: يرى أصحابه أن هذه الفروق الجنسية في الاكتئاب ما هي إلا فروق مصطنعة مرجعها إلى:

أ. إدراك النساء لضغوط وتغيرات الحياة واستجاباتهن العاطفية الانفعالية لهذه الضغوط .

ب. استعدادهن للإفصاح والاعتراف بأعراضهن الوجدانية.

ج. زيادة نسبة النساء بالنسبة للرجال اللاتي يذهبن للأطباء طلبا لأنواع المساعدة الطبية المختلفة، أما أصحاب الرأي الآخر , فإنهم يرون أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب تمثل ظاهرة حقيقية يرجعونها إلى:

أ. الحساسية البيولوجية للمرأة التي ترجع إلى اختلاف أو فروق بيولوجية أو هرمونية .

ب. أسباب اجتماعية مثل التفرقة الأزلية بين الجنسين.

ج. أسباب نفسية.

د. التغيرات الحديثة في دور المرأة في المجتمع. (غريب، 2007 : 88)

أما الرأي الثاني: فيرى أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب فروق حقيقية، وهناك عدة تفسيرات تم طرحها في فئات أربع وهي:

الفئة الأولى: التي تقوم على أساس تفسير الخصائص البيولوجية الهرمونية التي تختص بها النساء وتجعلهن أكثر حساسية للعديد من الاضطرابات العقلية وفي مقدمتها الاكتئاب.

الفئة الثانية: التي تفسر على أساس معطيات التحليل النفسي فيما يتعلق بالنمو النفسي الجنسي للمرأة, وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا الاضطراب.

الفئة الثالثة: فهي تفسيرات ذات أساس نفسي اجتماعي تركز على تأخر المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية الجنسية وما تتركه من آثار في حياة كل من الجنسين.

الفئة الرابعة: التي تقوم على تفسير الفروق على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب . (غريب ، 2000 : 102).

التشخيص الفارق للاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الطبي الأمريكي الرابع DSM IV

لقد حدد دليل التشخيص الرابع DSM IV بأن الأحداث الاكتئابية تتحدد بـ 5 أو أكثر من الأعراض التالية، والتي تستمر لأسبوعين، بشرط وجود المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام بالمتعة:

1. المزاج المكتئب.
2. فقدان الاهتمام بالمتعة للحياة.
3. الأرق.
4. نقص التركيز.
5. التأخر النفسي الحركي أو التملل.
6. فقدان الطاقة والنشاط.
7. التفكير بالموت أو محاولة الانتحار.
8. الشعور بعدم الجدارة ولوم الذات.
9. اضطراب الشهية.

النظريات المفسرة للاكتئاب:

حاول العديد من العلماء تفسير الاكتئاب كل من وجهة نظره الخاصة، وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان، وارتباط النواحي الجسمية لديه بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، كما إنها تعكس تفاصيل كيفية التداخل والتفاعل بين تلك النواحي في شخصية الإنسان والعوامل المؤثرة فيها، وفيما يلي استعراض لبعض من وجهات النظر للمدارس النفسية للاكتئاب وتفسيرات كل مدرسة بالنسبة للاكتئاب:

أولاً: مدرسة التحليل النفسي :

1. آراء سيجموند فرويد:

يرى فرويد أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الاوديبى بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد، بين مكونات الشخصية أذ هو، والأنا الأعلى (عكاشة ، 1998: 58) .

وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات, وقد ارجع حالة النكوص في السوداوية إلى المرحلة القيمة (عسكر، 1988: 48).

إذ يرتد المريض في مرحلة الطفولة إلى المدة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين البيئة, وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات (موسى، 1993: 48).

وأشار إلى مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقض في القدرة على الحب والميل لإيلاام الذات, مع توقعات هذائيه بالعقاب وعداها مظاهر أساسية في حالات الحزن والسوداوية لاشعوريا عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى شعوري, لذا ينبغي جعل الحزن شعوريا باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع الفاقد إلى الذات (إسماعيل، د.ت: 205).

2. آراء الفرد ادلر Adler :

يرى ادلر أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة, وهي نوعا من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل انه اضعف من الكبار المحيطين به جسميا وعقليا ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من اجل التفوق والسمو, وما العصاب إلا محاولة لتحرير النفس من الشعور بالنقص, وقد أشار ادلر إلى بعض المواقف الأسرية كتدليل أو إهمال الطفل وتربيته بين إخوته, وأسلوب الحياة الذي يضعه الفرد هدفا مبكرا في حياته بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له, ويعتقد انه من الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الايجابي المفيد اجتماعيا (عكاشة، 1998: 58).

3. آراء جوستاف يونج Jung :

ادخل يونج مفهوم الانطواء والانبساط إلى علم النفس التربوي ويرى أن الليبدو عند الانبساطيين يتجه نحو الخارج ويرتد عند الانطوائيين نحو الداخل حيث يميلون إلى الحياة في عالم الخيال, والاتجاه نحو الخارج أو الداخل جزء أساسي في التكوين الجسمي والنفسي للفرد هو الذي يحدد نمطه (عكاشة، 1998: 56).

ولكل من الانبساط والانطواء مزايا وعيوب, والإلحاح على احدهما يولد الأمراض النفسية لعدم إشباع احتياجات الطرف الآخر في الفطرة الإنسانية (ياسين، 1988: 36).

4. آراء كارل أبراهام Karl Abraham :

أشار كارل أبراهام إلى معاناة المكتئب من مشاعر البغض والضغينة التي يحاول كبتها وإسقاطه على نفسه فيعتقد انه منبوذ بسبب نقائصه الفطرية (موسى، 1993: 59).

ويكشف المكتئبون عن تمركز حول الذات ومشاعر متناقضة من الحب والكره في وقت واحد بدرجة قد تؤدي إلى شلل علاقاتهم مع الآخرين، وتنخفض الدوافع العدوانية من قدرتهم على أن يحبوا، وحاجاتهم لقمع العدوانية تسلبهم الكثير من طاقاتهم اللبديية وفي نهاية الأمر يتم توجيه الدوافع العدوانية داخليا أو يتم إسقاطها على الآخرين، ويعبر هؤلاء المرضى عن دوافع فمية قوية ناتجة عن الإحباط الناشئ من قصور الإشباع من الأم، وعند تعرضهم للإحباط ينكسون إلى أساليبهم الأولى في علاقاتهم بموضوع الحب، وتشتت مشاعرهم المتناقضة الموجهة نحو الذات، وكلما تكررت خبرات الإحباط يصبح الإنسان معرضا للإصابة بالاكتئاب (إسماعيل، د.ت: 102).

5. آراء التحليليين الحديثين :

يعتقد اتورانك Otto Rank أن أساس القلق الذي يشعر به الإنسان في مقتبل حياته يرجع إلى صدمة الميلاد والإدراك أهم قوة حيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، وان العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا لم تتطور لديه الإمكانيات التي تمكنه من ضبط وتأكيد ذاته (عكاشه، 1998: 28).

وترى كارين هورني K, Horney أن العجز والقلق وفقدان الضمان يؤديان إلى العصاب (ياسين، 1988: 83) ويظهر ذلك خلال التفاعل بين مشاعر القلق والكرهية التي تتبع من إهمال الوالدين للطفل (عكاشة، 1998: 59).

حيث ينمي القلق لديه أساليب مختلفة لمواجهة ما يشعر به من عزله وقلق، فقد يصبح عدوانيا أو خاضعا حتى يستبعد الحب الذي فقده، أو يكون لنفسه صورة مثالية ليعوض ما يشعر به من نقص (عباس، 1990: 69) وينجم العصاب عند هورني عن العلاقات الداخلية المضطربة بين الوالدين والأبناء أكثر من كونه راجعا إلى دوافع فطرية غريزية (عبد الرحمن، 1998: 58).

ويرى ايرك فروم Eric from أن الإنسان يريد أن يشعر وينتمي ويرغب في أن يكون جزءا متكاملًا من العالم من حوله، وإذا انفصل عن العالم وبقيّة البشر، أحس بالوحدة كالطفل الذي يشعر بالعجز وقلة الحيلة نتيجة انفصاله عن روابطه بوالديه (هول، 1969: 83).

وإخفاق الإنسان في إشباع ميوله الحياتية فيولد العصاب لديه (ياسين، 1988: 98).

أما بينديك Benedek يرى أن الطبيعة العامة للتألف الاكتئابي موجودة في الأمومة والحنان نفسه من خلال العلاقات المتبادلة بين الطفل وأمه حيث ينجم الاكتئاب عن مواقف الضغط والإحباط في خبرات التغذية الأولى واضطراب علاقة الطفل بأمه أثناء هذا الموقف يؤدي إلى

النكوص في المرحلة النرجسية حيث يكون التناقض الوجداني المتأصل في الوحدة نفسها (عسكر، 1988: 56) .

وترى انا فرويد . A . Freud أن العصاب صادر عن (الأنا -الذات) ويصدر عن أيضا الحيل اللاشعورية العقلية كحلول دفاعية أو هروبية (ياسين :1988) واستخدمت مفهوم العدوان بوصفه موازيا للبيدو ويظهر العدوان في علاقته بالاكنتاب من خلال الصراع الداخلي بين الأنا الأعلى (عسكر ، 1988 :69) ويعتقد بيرز Beres أن الاكنتابيين أكثر نرجسية واعتمادية ولديهم اخايل عدوانية مصاحبة لاستجابات الأنا العليا، فالعدوان يحرك الذنب، ويؤدي الذنب إلى الماسوكية، ويحدد نكوص المريض مدى النتائج المرتبة عليه سواء كانت ذهانية أم عصابية (عسكر ، 1988: 98) .

ثانيا المدرسة السيكوبولوجية:

اسمها ادلوفر ماير Adolf Meyer الذي يعتقد أن هناك عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية هي: الوراثة وحياة الجنين والطفولة، والأمراض العضوية وأحوال التربية وضغوط الحياة، ومؤثرات البيئة وفشل الإنسان في مواجهة الواقع (ياسين، 1988: 58) . وعدم قدرته على تحقيق آماله وفقا لحالاته وعدم قدرته على تقبل الطبيعة والعالم كما هو مما يجعله عرضة للاضطرابات العصابية (عكاشة، 1998: 78).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن قشرة المخ مسؤولة عن الوظائف المعرفية وداخل المخ مسئول عن الوظائف الوجدانية الانفعالية، ولا يستطيع المخ أن يفكر تفكيرا سليما أو أن يتجه إلى وجدانيات متزنة إلا إذا كان هناك ما يسمى بالاتزان الغددي، ويتحول القوة الداخلية في المخ إلى صور متعددة هي: الطاقة الجسمية والوجدانية والعقلية، وهناك نوعان من الطاقة (الايجابية والسلبية) وتمثل الطاقة السلبية التشاؤم وتسمى طاقة الإدبار، وتوجه هذه الطاقة الحيوية عن طريق (الشعور الواعي واللاشعور غير الواعي) وللشعور غير الواعي معنيان الأول: سبق تكوين الشعور كابتسامة الطفل بعد الولادة التي ليس لها معنى في ذهنه والثاني هو الحالة التي تترسب فيها الخبرات إلى داخل الجهاز النفسي الذي يسمى اللاشعور وثبت فيه الخبرات إلى داخل الجهاز النفسي الذي يسمى اللاشعور وثبت فيه الخبرات غير المرغوبة لتظهر في وقت آخر، وتتجه الطاقة التفاضلية والتشاؤمية بغير وعي أو ضبط في الاضطراب النفسي.

وفي رأيهم أن الجهاز الجسمي والوجداني والذكاء والقدرات الخاصة هي الأجهزة المسؤولة عن النجاح في المواقف الاجتماعية، فمعاناة الوليد عند الوضع الذي يعبر عنه بالبكاء يؤثر في وجدانه، وتظل في حالة مكون بتلايف الشخصية ويظهر تأثيرها في الوجدان والعقل بدرجات متفاوتة، وقد

يكون التأثير ضعيفا جدا يتعذر البرهنة على وجوده، وهو ما يجعل الكثير ينكرون صدمة الميلاد، والمتفائلون هم الذين لم تؤثر فيهم الصدمة تأثيرا بالغا، أما المتشائمون فهم الذين تأثروا بشدة، وتظهر صدمة الميلاد في الميول الانتحارية، التي تعد ميلا نكوصيا يعود بمقتضاه المنتحر سيكولوجيا إلى البيئة الحشوية ، ليس في بطن الأم وإنما في باطن الأرض، ويظهر ذلك في التفوق حول الذات والطريقة التي ينام بها المتشائم، وفي المرض العقلي (السوداوية) يظل المريض غير راغب في التعامل مع الآخرين، ويرفض تناول الطعام عن طريق الفم مما يضطر الطبيب المعالج إلى استخدام الخرطوم لإيصال الغذاء إلى أمعائه، وقد يبدو هذا الأسلوب منفرا إلا انه يرضي المريض نفسيا لأنه يرمز إلى الحبل السري الذي حرم منه بعد الميلاد وهذا يعد مظهر نكوصي لدى المتشائم. (اسعد، د.ت : 98).

ثالثا: المنظور البيوكيميائي:

بدا باستخدام العقاقير في علاج الاكتئاب عند اكتشاف عقار مضاد للدرن ولوحظ أن تأثيره في إزالة الكآبة يتناسب طرديا مع حجم الجرعة المستخدمة مما أدى إلى الاعتقاد بوجود ارتباط بين التغيرات الكيميائية والتغيرات الانفعالية ويعتقد (زيور) أن هناك أدلة على هذا الارتباط حيث اتضح أن إفراز الأمينات يزداد تحت أحوال الآثار النفسية والبيئية تتحكم في إفراز النورادينال والادرينال (عسكر، 1988: 89).

ومما يشير إلى احتمال وجود دليل بيولوجي للتغير الكيميائي في علاقته بأعراض الاكتئاب انه على الرغم من التباين بين الحضارات المختلفة، والأعمار، والجنس، إلا أن هناك تماثل في الأعراض (اسماعيل ، د.ت : 110) وهناك دليل بيولوجي آخر يتمثل في قلة نسبة الذهان قبل البلوغ وتزايد بدياته ويلاحظ أن الأعراض الاكتئابية تزيد أثناء وقبل مدة الطمث، وقد يحصل اضطراب أو توقف للطمث في أثناء التغيرات الانفعالية، وتتزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط بعض الهرمونات وتظهر أعراض الذهان الدوري بعد الولادة أو في أثناء التغيرات الهرمونية والفسولوجية في تلك المدة، ويصاحب مرض المكسيما (نقص في إفراز الغدة الدرقية) أعراضا اكتئابية في حوالي 40% من الحالات، ويصاحب مرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) نوبات من الانبساط الحاد أثناء نشاط هذا المرض.

ويرى أصحاب هذا الاتجاه بان الجهاز النفسي بما فيه من بيولوجيا وسوسولوجيا يحمل مظاهر الاكتئاب والهوس وكليهما ضروريا للحياة البشرية، وقد استطاع علماء العصر الحديث ضبط الميكانيزمات البيوكيميائية وتنظيمها في الجسم عن طريق اكتشاف الأدوية النفسية (عسكر، 1988: 87).

رابعاً: المنظور النشوي:

لاحظ أصحاب هذا الاتجاه أن هناك علاقة بين استعداد الفرد للإصابة بالاكنتاب ووجود تاريخ مرضي لدى الوالدين أو احدهما للإصابة به, لاسيما إذا كان هناك أحوال بيئية مهياة لإظهار الاستجابات الاكنتابية وتذهب بعض النظريات الوراثة إلى أن التغير العاطفي المتميز , وتغير الوظائف الحيوية ومعدلات الاستجابة وأسباب سيكولوجية أخرى ربما ترتبط وراثيا بخبرة الاكنتاب, وقد وجد انه إذا أصيب احد التوائم المتشابه بهذا المرض فان احتمال إصابة التوأم الآخر تصل إلى 40-60% وتفاوت النسبة بين أبناء المصابين بهذا المرض بين 10-13% ويقال أن طريقة انتقال المرض تنتشر على هيئة موروثات سائدة ذات تأثير غير كامل, لا تمنع من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي, ويكثر هذا المرض بين الشخصيات ذوي المزاج الدوري ويتميز المصابون بهذا المرض بتكوين جسمي خاص (عسكر، 1988: 58).

خامساً : المدرسة السلوكية:

ويرى بافلوف Pavlov أن العصاب هو اضطراب بين استجابة الكف والاستشارة, وهي استجابات تعتمد على تكوين الفرد (ياسين، 1988: 48).

ووفقاً لقوانين النشاط العصبي فان الإشارة تنتقل من البؤرة الأقوى إلى الأضعف ويحدث ممر عصبي بينهما أي يحدث ارتباط مكتسب أو ما يسمى الفعل المنعكس الشرطي وأثبت التجارب انه إذا لم يعزز هذا الانعكاس فانه ينطفئ تدريجياً إلى أن يتوقف أثره أو تنتج ظاهرة الانطفاء عن عملية عقلية تسمى الكف.

وتطورت نظرية بافلوف بواسطة بعض العلماء مثل ايزنك Eysink الذي يرى وجود اختلاف وراثي بين الأفراد في تكوين الأفعال المنعكسة, وان الأمراض النفسية تنشأ من أفعال منعكسة خاطئة تتكون بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة, وهي أنماط من السلوك المتعلم الخاطئ للتخفيف من آلام القلق يعززها أحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه مما يثبت المرض لديه. وتؤكد الأبحاث الفسيولوجية على أن أبعاد الانطوائية والانبساطية مركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة بدرجة الانتباه والوعي وتنقية المداخل الحسية للمخ ويمتد من جذع المخ حتى المهاد (الثلاموس) ومنه إلى قشرة المخ وإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت الأمراض النفسية كالقلق والوسواس القهري والاكنتاب (عكاشة، 1998: 208).

ويفترض بتروبوبوف الروسي وجود بؤرة الاستشارة في (الهيپوثالاماس) الطبقات التي تحت القشرة, وتؤدي إلى حدة لجميع الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة وأثبتت بحوثه زيادة حساسية مرض الهوس والاكنتاب للمنبهات الكهربائية والحرارة والبرودة حيث يشعر المرضى

بإحساسات غير سارة في الجسم ولا يمكنهم التحكم إراديا في مثل هذه المنبهات, مما يشير إلى أن القشرة قد فقدت وظيفتها التنظيمية. (جلال ، 1986: 85).

ويرى ليونسون، وونيسان، وشو وهم أول من أوضحوا الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، وتوصلوا إلى أن حالات البؤس ترجع إلى نقص في التدعيم الإيجابي، أو الزيادة في العقاب ويحدث الاكتئاب عندما تزيد الحساسية للأحوال المكروهة أو عندما يرتفع معدل حدوث الأمور المكروهة لاسيما إذا كان الفرد يفتقر إلى المهارات الضرورية التي ينهي بها هذه الأحداث. (عسكر ، 1988: 125) .

سادسا: مدرسة النظريات المعرفية :

ويفترض هذا المنظور وجود نموذجين معرفيين من الاكتئاب:

النموذج الأول: أسسه بيك ورفاقه Beck*other ويرى بان أسباب الاكتئاب أفكار سلبية عن الذات وعن الخبرات الراهنة، وعن المستقبل حيث يؤدي الإدراك السلبي لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى حالة الاكتئاب وغالبا ما تكون الأفكار السالبة النشأؤمية غير واقعية ومحرفة وغير منطقية(اسماعيل، د.ت: 206) .

ويتحرك الحزن عن طريق تفسير خبرات الفرد ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام، ويرتبط الوجدان في الاكتئاب مع العنصر المعرفي(عسكر، 1988: 89) .

وعلى هذا الأساس صاغ (بيك) نمطا علاجيا أطلق عليه العلاج المعرفي حيث يؤدي الإدراك إلى المعرفة والانفعال عند العاديين والاكتئابيين ولكن عند المكتئب تسيطر العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى (موسى ،1993: 216).

النموذج الثاني: أسسه سليجمان Seligman ويسمى نموذج العجز المتعلم وقلّة الحيلة ويرى هذا النموذج أن التعرض لأحداث خارجة عن نطاق السيطرة وإدراكها في هذا الإطار يؤدي إلى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل، وتؤدي هذه التوقعات إلى حالة من القصور تتمثل في العجز وقلّة الحيلة ويدرك المرء نفسه عاجزا لا يمكنه السيطرة على المواقف والأحداث (اسماعيل ، د.ت: 118) .

وقد ربط بين الاكتئاب والعجز المتعلم، فالمرضى المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بالتخفيف من معاناته أو تحقيق إشباعاته، ومن الأحداث المعجلة للإصابة بالاكتئاب موت احد الوالدين أو المحبوب وال فشل المهني والدراسي مما يفقد المريض قوته ويجعله ضعيفا في قدرته، فتنزايد لديه الأمراض البدنية، والإحساس بالعجز بدرجة كبيرة ويجد المصاب أن استجاباته الخاصة ليست مؤثرة وفي الغالب يلقي بنفسه تحت رعاية الآخرين وأشار سليجمان إلى

الدلالات الإكلينيكية على الاكتئاب، وأنه في حالة العجز يتم استنزاف كل النور بنفراين Norepinephrin في الدماغ (عسكر، 1988: 256).

وقد نقد ابرامسون Abramson ما قدمه سليجمان حيث يعتقد أن التوقعات اليائسة ليست ضرورية لحدوث الاكتئاب، فهناك عوامل أخرى مؤثرة مثل العوامل الوراثية، وعوامل الإثابة والتدعيم وفقدان الاهتمامات، وانخفاض مستويات النورينفراين، ومع ذلك فإن الصفات التي يلصقها المرء ببعض الأحداث السالبة، ودرجة الأهمية التي يقيّمها المرء لهذه الأحداث تعد من العوامل المهمة في نمو توقعات اليأس والأعراض الاكتئابية (اسماعيل د.ت: 120) وأشار مليجيز وبولبي Melges&Bowlby إلى أن الشعور باليأس هو المحور الأساس في الإصابة بالاكتئاب، ويعود الإحساس بالأمل واليأس إلى تقدير الفرد لقدراته على انجاز أهداف معينة، وعلى الرغم من أن اعتقاد المكتئب انه غير قادر على تحقيق أهدافه، إلا أن هذه الأهداف تبقى مهمة بالنسبة له لذا فإنه يظل مستغرقا في مثل الأهداف التي يستطيع انجازها (موسى، 1993: 69).

سابعاً : المنظور الظاهري:

يعد الاكتئاب كظاهرة من وجهة النظر الفينومولوجية يظهر في أعراضه المادية (الجسمية) والمعنوية كل عناصر العالم، وتترجم الأعراض طبيعة الحوار المتقبل بين الذات والعالم بوصف الذات انعكاسا كيفيا للعالم، وبالتالي فإن الذات صورة مصغرة من العالم، وإذا اضطرت الوحدة الوجودية بين الذات والآخر وبقي للذات نرجسيتها وللاخر ابتعاده حل الاغتراب والعدم وتفقد الحياة معناها، ويصبح الطريق إلى الخلاص من الجحيم سهلا بالانتحار، انتقاما من الذات ومن الآخر، ولينتهي الوجود، والاكتئاب تعبير عن اضطراب شرعية الوجود، وآلام (الآخر) هي المانحة لشرعية الوجود، وبالتالي فإن فقدانها من أهم دواعي الاكتئاب سواء أكان الفقد خارجيا أم داخليا، هذا فقدان يدرك على انه فقدان في كل شيء، وفقدان في المعنى، واضطراب للحياة، وقد تتوقف وتختلط المدركات ويحدث النكوص أو الانسحاب رغبة في إعادة إصلاح ما أتلّفه الفقدان، وإذا نجحت المحاولة الترميمية يكون الإنكار والتحرر من الماضي بغية الوصول إلى وضع أفضل في الحاضر انطلاقا إلى المستقبل، وإذا فشلت المناورات أو الدفاعات الإنكارية تزايدت حدة الانسحاب البيولوجي للطاقة الحيوية أيضا (عسكر، 1988: 258).

ويرى زيور (1980) إن الاكتئاب هو تدهور القدرة على الصيرورة (الفراغ في الزمان أو الواقع) التي يترتب عليها انخفاض الشعور بالوجود أي الشعور بالكينونة (الفراغ في المكان) ولا معنى للكينونة بغير الصيرورة، وهذا الشعور بالنقص في الكينونة يصل ذروته في الاكتئاب الشديد ويعني

ذلك الموت النفسي إلى أن يصل إلى عدمية الوجود، وفي حالة الاكتئاب يضطرب بعد المكان والزمان اضطراباً شديداً (موسى، 1993: 59).

ويعتقد زيور بان المنهج الظاهري يبسر معرفة ما استعصى على منهج التحليل النفسي (عسكر، 1988: 569).

ثامنا المنظور الفسيولوجي:

تؤكد النظرية العضوية الطبية على أن الأمراض النفسية العصابية والعقلية هي نتاج لإصابات دماغية وأمراض عضوية (ياسين، 1988: 256).

ويهتم المشتغلون في الطب النفسي بالجوانب المرضية المرتبطة بالاكتئاب من الناحية الفسيولوجية على أساس أن الاكتئاب اضطراب وظيفي ناتج لاضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد مع إسهام العوامل الوجدانية والبيئية وإذا تعين الخلل وعولج انتظمت الصحة النفسية، ويهتم أصحاب هذا الاتجاه باستخدام الأدوية والصددمات الكهربائية وقد يلزم التدخل الجراحي أحيانا والمهم فقط كيفية إزالة الأعراض بأي وسيلة بغض النظر عن دينامية الاكتئاب والصراعات النفسية كونها ذات طبيعة كيفية (عسكر، 1988: 567).

تاسعا: المنظور الثقافي:

اثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرا في تكوين الشخصية، وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية، وأوضح علماء الاجتماع اثر عدم الاستقرار والطلاق والإدمان والتبني والحرمان العاطفي والفقد أو الانفصال عن احد الوالدين والنشأة في ملجأ أو بيت للحضانة على الشخصية، وأظهرت الدراسات أن ما تعده بعض المجتمعات مرضا يكون في مجتمع آخر مقبولا وظاهرة لا تحتاج لعلاج أو عقاب (عكاشة، 1998: 586).

فان تقبل مجتمع لنوع من الأعراض والسلوك يكون له نوع من التفاعل الخاص والاستجابة بين الفرد والمجتمع (عكاشة، 1998: 85).

عاشرا: منظور مدرسة الذات :

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه تشعره بالضعف وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته فيحاول جاهدا اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه انه أحسن مما يشعر، وكثيرا ما ينجح في ذلك ويستمر في ذلك ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومشكلته، وإذا شعر الفرد بانهايار إمكانياته الجسمانية والصحية، وأحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه يصاب بالاكتئاب (جلال، 1986: 76).

إحدى عشر: التفسير الحديث للاكتئاب:

ينظر هذا الاتجاه إلى البكاء والحزن على انه يبدأ من الطفولة ثم يستخدم بعد ذلك على أوسع نطاق وبفاعلية شديدة وإظهار الكآبة هو الطريقة المقنعة لإشعار الآخرين بعدم السعادة حيث تبدو كما لو أن المكتئب يود إخبار من رفضوه وآلموه انه كم هو سيء تحمل الإساءة، والشخص المصاب بالاكتئاب على دراية شعورية بهذه الأزمات، ومع ذلك فانه يلقي باللوم على مظاهر الاكتئاب أكثر من الأسباب الكامنة وراءه ويأتي الاكتئاب أسرع لدى البعض من غيرهم بسبب الاستعداد الوراثي الذي لا يعد كافيا بدون تأثر الإنسان منذ الطفولة بما قد جلبه استخدام سلوك الحزن والبكاء، وتفسر هذه النظرية كيف يتحول بعض الناس للاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة أو العطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سببا في الماضي لآلامهم، ويرى أصحاب هذا الاتجاه انه لا بد من البحث في الأسباب الحقيقية وراء اندفاع الإنسان لكي يصبح مريضا بالاكتئاب(عفيفي،1989 : 93).

تعليق الباحث:

مما سبق من عرض للنظريات النفسية المفسرة للاكتئاب نرى أن كل نظرية وكل وجهة نظر نفسية فسرت الاكتئاب من زاوية وفقا للأسباب الذي اعتمدت عليه في بناء الفكرة، حيث ركزت كل واحدة منها على جانب من جوانب حياة الإنسان وربطت بينه وبين الاكتئاب، ومع أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين الباحثين في فهم الاكتئاب إلا انه قدمت النظريات فهم جزئي لهذا الاضطراب، ومن هنا نستطيع القول انه لا يمكننا أن نعتمد على مدرسة معينة لفهم الاكتئاب، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثية فيه لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي، وبالتالي فان من الضروري لمعرفة الاكتئاب وأسبابه وعلاجه يجب علينا الاهتمام بكل وجهات النظر المفسرة له من اجل الحصول على فهم واضح ومتجانس للمساعدة في تقديم أفضل الخدمات للمصابين .

المبحث الثالث: المخدرات والترماذول

مقدمة :

إن ظاهرة تعاطي المخدرات والعقاقير الخطرة انتشرت بشكل كبير في الآونة الأخيرة في كل المجتمعات وغدت تمثل خطراً رئيسياً على الصحة الجسمية والعقلية والنفسية وعلى الإنتاجية، ونوع الحياة التي يحياها الإنسان. ولم تبق هذه الظاهرة مقصورة على بلد معين، بل اجتاحت جميع أنحاء العالم، وبرغم الجهود المبذولة دولياً ومحلياً لمواجهة هذه الظاهرة فإنها في ازدياد، والمتعاطي للمخدر لا يقتصر ضرره على نفسه وإنما يتعدى ذلك ليشمل المحيطين به من أسرته وأفراد المجتمع.

إن فتك المخدرات أشد من فتك الطاعون والحروب والمجاعات لأن ضررها جسيم ومتعد، فمتعاطيها عضو مسموم في جسم أمته، وإن لم يعالج هذا العضو سرى سمه إلى سائر الأعضاء الأخرى وأثر في الجسم كله. وقد حرم الله كل ما يخامر العقل ويحجبه عن التفكير السليم. لذا تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات الاجتماعية الخطرة التي تؤثر في بناء المجتمع وأفراده بما يترتب عليها من آثار اجتماعية واقتصادية ونفسية وصحية سيئة تتسحب على كل من الفرد والمجتمع، وتتضح خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المتعاطي أو المدمن على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والقانونية في المجتمع الذي يعيش فيه.

تعريف المخدرات

1. تعريف المخدرات في اللغة:

تدور معاني كلمة خدر حول الستر، والمخدر هو: ما يستر الجهاز العصبي عن فعله، ونشاطه المعتاد، وهي مشتقة من الخدر وهو ستر يُمد للجارية في ناحية البيت، والمخدر والخدر: الظلمة، والخدرة: الظلمة الشديدة، والخادر: الكسلان، والخدر من الشراب والدواء: فتور وضعف يعتري الشارب (ابن منظور، 1990: 1109)

وتعرف المخدرات ايضاً بأنها: "كل مادة مسكرة أو مفرطة طبيعية أو مستحضرة كيميائياً من شأنها أن تزيل العقل جزئياً أو كلياً، وتناولها يؤدي إلى الإدمان، بما ينتج عنه تسمم في الجهاز العصبي، فتضر الفرد والمجتمع، ويحظر تداولها أو زراعتها، أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، وبما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية" (حوري، 2003: 115).

ولقد عرفت ايضاً بانها " هي كل مادة طبيعية وصناعية وتخليقية، مسكرة أو منبهة أو مهلوسة، بأي أشكال ونسب كانت وبتعاطيها بالطرق المختلفة، والإدمان عليها لها تأثيرات سيئة على بنية

الكائن الحي ، وحالته النفسية ونشاطه الذهني، كما تعود بالضرر على الفرد والمجتمع اجتماعيًا واقتصاديًا وأمنيًا ، لذا تُحَرِّمُهَا الشرائع السماوية، وتُجَرِّمُ التشريعات الوضعية إلاّ للأغراض الطبية والعلمية " (عرموش، 1993: 11).

2. **تعريف المخدرات اصطلاحاً:**المخدرات هي مواد نباتية أو كيميائية لها تأثيرها العقلي والبدني على من يتعاطاها، فتصيب جسمه بالفتور والخمول وتشل نشاطه، وتغطي عقله وتؤدي إلى حاله من الإدمان والتعود عليها بحيث إنه لو أمتنع عنها قليلاً فسد طبعه وتغير حاله وساء مزاجه (المغربي، 1984: 39).

3. تعريف الإدمان:

يعرف الإدمان: هو نمط سلوكي، يتسم بدرجة كبيرة من السلوك القهري تجاه تعاطٍ متكرر لعقار طبيعي أو صناعي، وهو حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار أو المخدر، من نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل الرغبة الملحة في تعاطي العقار، مع الميل الشديد إلى الانتكاس إذا ما مر الفرد بخبرة الانسحاب .

ويعرف الإدمان: على أنه المواظبة على تعاطي مادة مخدرة طبيعية أو تصنيعية بحيث يصبح المدمن غير قادر على وقف تناول العقار أو تخفيضه على الرغم من الضرر الذي يلحقه المخدر في جسمه وعقله وحياته الاجتماعية والاقتصادية(الشواربي، 1990 : 50).
وتتمتاز حالة الإدمان بالرغبة، لزيادة الاستمرار، في تناول العقار وفي الحصول عليه بأي طريقة من خلال:

1. الاعتياد النفسي والاعتياد الجسدي أحياناً على تأثير العقار.

2. الميل إلى زيادة الجرعة بسبب تعایش الجسم مع العقار.

3. عرقلة التصور العقلي أو الجسدي عند الفرد (عطيات، 2000 : 45).

الإدمان نوعان:

1. **إدمان جسدي فسيولوجي:** وهو ناتج عن تعود أعضاء الجسم على تناول مادة معينة. وهذا أخطر أنواع الإدمان لأنه يجد صاحبه على الحصول على المخدر من دون وعي منه ولا تفكير، وإلحاح جسمه في طلب المخدر قد يؤدي به إلى ارتكاب جرائم أخرى في سبيل توفير المخدر.

2. **إدمان نفسي:** إي تعود نفسي على عمل شيء ما كالتعود على التدخين، ومن أعراضه الشعور بفقدان شيء ما أو حنين إلى شيء والرغبة في الهروب من الواقع لعدم إمكانية التكيف معه (شاهين، 1989 : 30).

كما يمر المدمن بثلاث مراحل هي:

1. **مرحلة ما قبل الإدمان:** وتتضمن هذه المرحلة تعاطي المخدر في المناسبات.
2. **مرحلة الإنذار بالإدمان:** ويبدأ فيها المدمن بالإشراف في تعاطي المخدر والشعور بالذنب أحياناً والنسيان أحياناً أخرى والقلق والتوتر في حالة نقص المادة المخدرة.
3. **مرحلة الإدمان:** ويفقد فيها المدمن السيطرة على نفسه، وتظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية، وتبدأ علاقاته تسوء بأسرته وأصدقائه ومجتمعه بالإضافة إلى الأضرار النفسية والصحية والعقلية(الشايحي والصالح:2006: 19).
4. **مرحلة الإدمان المزمن:** حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة أو الرئتين، ومضاعفات عقلية مثل الهذيان أو النسيان، ومضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسري ونقص الإنتاج، وعلى الرغم من حدوث هذه المضاعفات لا يستطيع الفرد التوقف عن التعاطي، وإذا حاول فشل .
5. وعرفت منظمة الصحة العالمية (1950) إدمان العقاقير بأنه (حالة مؤقتة أو مزمنة من السكر الضارة بالفرد وبالمجتمع تترتب على التعاطي المتكرر لعقار(طبيعي أو مركب) (سرى، 2003 : 125).

وتتضمن من الخصائص ما يلي:

1. حاجة قاهرة إلى الاستمرار في تعاطي العقار وإلى الحصول عليه بأي وسيلة.
 2. ميل إلى زيادة كمية الجرعة بسبب ازدياد قدرة الجسم على تحمل العقار.
 3. الاعتماد النفسي وفي بعض الأحيان الاعتماد الجسمي على العقار أما الاعتماد النفسي على العقار فيشار إليه في أغلب الأحيان بالاعتیاد (الاعتماد الشديد على العقاقير بسبب الراحة النفسية التي تنتجها).
- وأما الاعتماد الجسمي على العقار فيتضمن حالة فسيولوجية معدلة ناشئة عن طول فترة استخدام العقار وتتميز بظهور أعراض الانسحاب عند التوقف عن استخدامه ومن العقاقير التي قد تؤدي إلى الاعتماد النفسي الشديد أو الاعتیاد عقاقير الافرمتامين الكوكايين بايوت د، إس، دي ماريجونانا على حين ان الأفيون والمورفين والهروين والباربوتيبورات وبعض المهدئات والكواديين عقاقير من النوع الذي يحدث الاعتماد الفسيولوجي (الشريف،2001: 12).

الابعاد التاريخية لظاهرة تعاطي المخدرات:

إن تعاطي المخدرات قديم قدم البشرية وعرفتها أقدم الحضارات في العالم فقد وجدت لوحة سومرية يعود تاريخها إلى الألف الرابعة قبل الميلاد تدل على تعاطي السومريين للأفيون وكانوا يطلقون عليه نبات السعادة وعرف الهنود والصينيون " الحشيش " منذ الألف الثالث قبل الميلاد ، كما وصفه (هوميروس) في الأوديسا. وعرف الكوكائين في أمريكا اللاتينية منذ 500 عام ق.م وكان الهنود الحمر يمشغون أوراقه في طقوسهم الدينية. أما القات فقد عرفه الأحباش قديماً ونقلوه إلى اليمن عام 525 ميلادي. وفي أوائل القرن التاسع عشر تمكن الألماني سيدترنر من فصل مادة المورفين عن الأفيون وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق . وفي المشرق الإسلامي يرجح ابن كثير أن الحسن بن الصباح في أواخر القرن الخامس الهجري، الذي كان زعيم طائفة الحشاشين، وكان يقدم طعاماً لأتباعه يحرف به مزاجهم ويفسد أدمغتهم. وهذا يعني أن نوعاً من المخدرات عرفه العالم الإسلامي في تلك الحقبة (العنتيبي، 2005: 32).

تشير دراسات عديدة إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات قد عرفت في المجتمعات والحضارات القديمة، كالحضارة الفرعونية والرومانية واليونانية والصينية والعربية وغيرها. ويقال بأن الفراعنة هم أول من عرف المخدرات في منطقتنا العربية. وكان أهمها المخدرات المشتقة من نبات الخشخاش والقنب، لكن استعمال هذه النباتات وما يشتق منها من المخدرات كان مقصوراً على مجالات بعيدة عن الإدمان، حيث كانت تستعمل في مجال الطب، فالأفيون كان يستخدم لعلاج أمراض العيون وعمل مراهم لآلام الجسم، وكذلك كان يصنع منه مساحيق لنفس الأغراض، كما كان الخشخاش في ذلك الوقت يستعمل كدواء لتهدئة الأطفال من الصراخ.

ومع بداية القرن الحالي أخذت إساءة استعمال المخدرات ، حيث بدأت تتدفق على البلاد كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان، وأقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، بعد أن كان التعاطي محصوراً في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضيعة في المدن، وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى، عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى مصر وتقديمه إلى الطبقة العليا. ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين بسرعة امتدت إلى الطبقات الأخرى. (العبادلة، 2010: 10).

تصنيف المخدرات:

تصنف المواد المخدرة تبعاً لمصدرها أو طبقاً لأصل المادة التي حُضرت منها، كما تصنف تلك المواد أيضاً حسب تأثيرها في النشاط العقلي والجسمي للمتعاطين كما يلي

أولاً: التقسيم تبعاً لمصدر المادة:

1. مخدرات تخليقية: وهي مواد حضرت كيميائياً ولم تكن موجودة من قبل، ولم تستخلص من مواد طبيعية موجودة أصلاً مثل السيكونال، والكتاجون، والامفيتامين، والفاليوم، والماندركس، والباربيتورات

2. مخدرات نصف تخليقية: وهي مواد خام من النباتات الطبيعية يتم تحضيرها عن طريق مزجها بمواد كيميائية بسيطة، وتكون المواد المستخلصة من التفاعل عادة أقوى من تأثير النبات نفسه، مثل الهيروين، والمورفين، والكراك.

3. مخدرات طبيعية: وهي مخدرات طبيعية مستخرجة من أصول نباتية كالحشيش، والماريجوانا، والأفيون، والقات، والكوكا، والبياتول، والأفدرين، وإل إس دي المستخرج من فطر الأرجون، والميسكالين (القحطاني ، 2005 : 108)

ثانياً: التقسيم تبعاً لتأثيرها في المتعاطي:

1. منشطات للجهاز العصبي: مثل الكوكا، والقات، والكتاجون، والامفيتامينات.

2. مهلوسات: مثل أحبار المسكال، والمسكاكلين، وسيلوسليب، مكسيكانا، والسيلوسيبين.

أما الحشيش فإن تأثيره في المتعاطي يتغير تبعاً لكمية الجرعة المتعاطاة، فأحياناً يكون مهبطاً إذا كانت الجرعة صغيرة، وأحياناً يكون مهلوساً إذا كانت الجرعة كبيرة، كما يرجع أيضاً إلى وضع المتعاطي ودرجة إدمانه عليه.

3. مهبطات للجهاز العصبي: مثل الأفيون، والموروفين، والهيروين (بن ثاني، 1986 : 101).

كما تضاف المواد المسكرة كالكحول والأثير والبنزين لتصنيف المخدرات نظراً إلى أثرها الإدماني وأنها تؤثر في العقل. ويمكن إضافة التبغ إلى المواد الإدمانية نظراً إلى تأثيره الإدماني المتمثل في اعتماد الجسم على مادة النيكوتين، هذا بالإضافة إلى إدخاله إلى الجسم مواد سامة أخرى كالزفت والقطران والزرنيخ والبونزوبرين وغيرها (الشايحي والصالح، 2006: 18).

أسباب تعاطي المخدرات:

تعددت اجتهادات الباحثين المختصين في تحديد الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، ونعرض هنا بعض الأسباب والعوامل التي تغري الإنسان بتعاطي المخدرات.

1. رغبة الشخص في التعرف على آثار المخدر.
2. مجارة الأصدقاء والرغبة في الانتماء إليهم.
3. سهولة الحصول على المخدر.
4. النقل الاجتماعي.
5. ضغوط الإعلان غير الموجه في وسائل الإعلام عن بعض العقاقير المؤثرة في الحالة النفسية وجذب الأنظار إليها كعقاقير طبية قد تكون سبباً في تعاطي الكثير منها.
6. اعتقاد معظم متعاطي المواد المخدرة، وبصفة خاصة متعاطي الحشيش أن تلك المواد تساعد على الإثارة الجنسية وإطالة العملية الجنسية.
7. الظروف الاقتصادية السيئة، كالبطالة والأزمات الاقتصادية والغلاء قد تدفع بالشخص إلى تعاطي المخدرات هروباً من الواقع.
8. الظروف الاجتماعية السيئة، كالفقر وتفكك الأسرة وما ينتج عن ذلك من الضياع والحرمان قد تلجئ الفرد إلى تعاطي المواد المخدرة هرباً من تلك المشكلات إلى عالم الخيال والوهم والتبльд.
9. العلاج من الأمراض بالعقاقير المخدرة، وهؤلاء المرضى قد يكونون ضحايا المرض وعلاجهم بالعقاقير المخدرة من دون علمهم بأنهم يعالجون بعقاقير مخدرة، وهذا يولد عندهم حالة الإدمان.
10. الرغبة في الفرشنة.
11. الاعتقاد الخاطئ بأن بعض المخدرات غير محرمة شرعاً.
12. التقاليد والعادات، وتعد هذه من أخطر الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، فالعادات والتقاليد التي تسود المجتمع هي التي تشكل حجر الزاوية في تلك المشكلة، وهي التي تساعد أو تقلل منها، فالمجتمعات التي تنبذ تقاليدنا ظاهرة تعاطي المخدرات تقل فيها هذه الظاهرة بعكس المجتمعات التي تتقبل تقاليدنا هذه الظاهرة (سليم، 1983: 53).
13. ضعف الشخصية.
14. الأسرة المحطمة.
15. البيئة قد تؤدي إلى الاتجاه للإدمان.
16. وقت الفراغ.
17. أثر الثقافات الفرعية.

18. وسائل الضبط الاجتماعي.

19. التصور الذاتي (العيفي، 1875 : 106).

20. الاعتقاد الخاطيء أن الأدوية المخدرة مفيدة وتسبب اللذة والقدرة على تحمل الآلام وأنها تهدئ الأعصاب وتزيل الإرهاق.

21. الاعتقاد الخاطيء أن الأدوية المخدرة تساعد على تخفيف القلق والتوتر.

22. الاعتقاد الخاطيء أن الأدوية المخدرة تنشط القدرة على المذاكرة والتركيز (علي، 1997 : 20).

بدايات التعاطي من الناحية العمرية وظروفه:

تؤكد الأبحاث والدراسات أن تعاطي المخدرات لدى فئة الأطفال المراهقين لاتزال مصدر قلق صحي للمجتمع؛ لما تحمله من إشارات واضحة وخطيرة للمستقبل (Johnston, et al., 2001)، ففي نتائج الاستبانة لاستشرف مستقبل سنة 2000، أوضحت الدراسات أنه على الرغم من تراجع تعاطي بعض المخدرات عن أعلى مستوى لها في الثمانينيات، استمرت المخدرات الأخرى مثل: مخدر الماريجوانا، والإمفاتيمانات، والباربيتيتراتس، والترانقيليزر، والكحول، والمخدرات المصنعة، على مستوياتها السابقة، إضافة إلى ذلك، فإن الاستبانة أوضحت ازدياد تعاطي المورفين والستيرويدس من بعض الطلاب، وكذلك استخدام "ecstasy" the club drug من جميع مستويات الطلاب. (الشحي والصالح، 2006: 23).

وفي دراسة عن حجم التعاطي لدى طلاب المرحلة الثانوية في بعض الولايات الأمريكية، وجد أن ثلاثة أرباع الطلاب 77%، سبق أن تعاطوا الماريجوانا، ونصف الطلاب 49%، يتعاطونه حالياً، وحوالي خمس الطلاب 21%، سبق أن تعاطوا الكوكايين، و 20%، من الطلاب سبق أن تعاطوا الميثامفتامين Methamphetamine، (CDC. Youth Risk Behavior Surveillance-- (United States, 2001).

علاوة على ذلك فإن فترة الخطر العالية أصبحت أطول بالنظر إلى أن بداية التعاطي هبطت إلى عمر الثانية عشرة (Brody, et al. 1998; Tarter & Blackson, 1992). بسبب كل ذلك قد يكون من المهم أن نقيم عوامل لها علاقة ببيئة العائلة يمكن أن تكون فعالة في عدم تعاطي المخدرات (Reis, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1993). ويؤكد ذلك دراسات سابقة على المستويين المحلي والعالمي عن انخفاض العمر المتوالي الذي يبدأ فيه تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب على سبيل التجريب سواء في تدخين السجائر

التي يغلب أن يبدأ تعاطيها من حوالي سن 12 سنة، أو المخدرات التي يغلب البدء في تعاطيها في سن 16 سنة أو 17 سنة (المشعان وخليفه ، 2003: 96).

ويشير عكاشة (1997: 78) إلى أن المدمن في بعض الدول العربية يبدأ عادة في سن 17 - 18 سنة بالسجائر والحشيش ثم الحبوب، وينتشر الهيروين بين سن 21 - 28 سنة، كما وجد أن 98% من متعاطي الهيروين سبق لهم أن استخدموا السجائر والحشيش.

وأن ثمة ظروفاً أسرية تعزز ظهور المدمنين في الأسرة هي:

1. التباعد العاطفي بين أفراد الأسرة.

2. القلق والاكتئاب النفسي.

3. عدم الثقة في النفس والشعور بانخفاض قيمة الذات.

4. عدم وجود حافز والفشل الدراسي.

5. ضعف الميول الدينية.

6. البحث الدائم عن اللذة الحسية.

7. استعمال المواد المهدئة والمنومة من أفراد الأسرة.

8. الاختلاط بأقران السوء أكثر من الأسرة.

ويبين بدر (2002: 20)، في دراسته الاستطلاعية لمعرفة نوعية المخدرات التي تنتشر بين الناشئين في مصر، أن الأدوية النفسية المتمثلة بالأدوية المنومة والمهدئة والمنشطة والمهلوسة، أكثر انتشاراً بين طلاب المرحلة المتوسطة حتى الجامعية ذكوراً وإناثاً، وذلك لسهولة الحصول عليها وعدم تحريمها من المجتمع.

وقد كانت صورة الأب سلبية لدى معظم المتعاطين لأنه كان يتصف بالغياب عن الأسرة معظم الوقت، عصبي المزاج، لا يحاول مطلقاً تفهم أو احترام رغبات ومشاعر الابن، وبسوء استخدام المواد المخدرة، وغير متدين غالباً، وكانت صورة الأم أفضل.

وبسؤال المدمنين عن دوافع تعاطي الهيروين في المرة الأولى كانت إجابتهم متدرجة طبقاً لدوافعهم من حيث الفضول اللاذع، وضعف القدرة المالية، والرغبة في الإثارة الجنسية، وأخيراً تقليد الأصدقاء (عكاشة، 1997: 78).

وقد أكد الكثير من المدمنين عند دراسة حالتهم النفسية والاجتماعية ما يشعرون به من احتقارهم لأنفسهم، وأنهم لم يخلقوا ناجحين، وأن استعداداتهم لا تؤهلهم للعمل، لذا يتجهون للمخدرات هرباً من واقعهم الناتج عن تصورهم الذاتي لأنفسهم (العفيفي، 1875 : 56).

كما أن دراسة الرئاسة العامة لرعاية الشباب، قد ذكرت أن تعاطي الأطفال للمخدرات ربما يعود إلى:

1. أثر تعاطي الصحبة ورفاق السوء، وخاصة أن بعضهم يبالغ بوصف الاستمتاع والنشوة التي يجدها لإغراء صاحبة وتوريطه معه حتى لا يشعر بالندم وحده.

2. غياب رقابة الوالدين، وتفكك الأسرة، وعدم تقديم النصح والإرشاد للأطفال وتركهم في ممارسة الأعمال اللاأخلاقية بحسب هواهم.

3. وجود مخطط صهيوني دنيء موجه إلى أبناء الأمة الإسلامية لنشر المخدرات بين أبنائه بهدف إفساد الأجيال القادمة من جهة، وبهدف تكوين سوق شرائية لترويج تجارة المخدرات في البلاد الإسلامية.

4. الفشل الدراسي، وهذا يؤدي إلى شعورهم بالنقص والضعف ومن ثم الشعور بالحاجة الماسة إلى ما ينسيهم ما هم فيه، ويكون ذلك عادة من جراء التصرفات الطائشة غير المدروسة من قبل الأهل، في مقابل هذا الفشل فالأهل بدلاً من أن يخففوا وقع الحدث على الطفل ويراقبوه جيداً في أوقات فراغه ليستمر في المذاكرة ويعوض النقص الذي حصل له، يقومون بتعنيفه وربما ضربه وحرمانه من أشياء كثيرة كان يحبها ثم يتركونه بدون مراقبة ولا مساعدة على الاستذكار، فيصيبونه بذلك بحالة نفسية قاسية، فهو لا ثقة له في نفسه ولا احترام له بين الناس مع وجود فراغ كبير قد يقضيه وحيداً أو مع رفاق السوء، وهذه العوامل تساعد على الانزلاق في هاوية تعاطي المخدرات.

5. فساد أحد أفراد الأسرة وتعاطيه للخمر أو المخدرات من دون استئذان من باقي أفراد الأسرة ورفض لوجوده بينهم وخاصة إن كانت القدوة السيئة لهم من أقرب الناس إليه كالأب أو العم أو الأخ الكبير ونحوهم.

6. وجود وكر قريب من المنزل أو المدرسة يتجمع فيه الفاسدون المنحرفون من مدمني الخمر والمخدرات معتادي الزنا واللواط من دون إنكار من أهل الحي والتبليغ عنهم ومحاربتهم.

7. مشاهدة الأفلام الخليعة التي لا تخلو من حفلات راقصة وتعاطي للخمر والمخدرات على صورة رقي حضاري واجتماعي (الرئاسة العامة للشباب، 1987: 58).

أنماط تعاطي المخدرات

نهدف من عرض أنماط تعاطي المخدرات إلى تحديد نوعيات الأفراد الذين يستخدمون المخدرات، لنوضح أي نوعية من المتعاطين تشكل خطورة على ذاتها وعلى مجتمعتها، لذلك كان لابد لنا أن نميز بين أنماط تعاطي المخدرات وأنماط متعاطي المخدرات .

أنماط تعاطي المخدرات.

فى كثير من الأحيان تبدو ظاهرة تعاطى المخدرات بسيطة، من حيث وصفها بعبارات بسيطة، ومن حيث كون الفرد يتعاطى المخدرات أو لا يتعاطاها.

ولكن الأمر ليس بهذه البساطة، فتصنيف البشر كمتعاطين أو غير متعاطين لمواد معينة ليس أمرا سهلا، إذ يجب تفهم تعاطى المخدرات وأثرها على سلوك الفرد الذي يقوم باستخدامها . وتختلف الثقافات العالمية فى مفهوم تعاطى المخدرات، فهناك الثقافات التي كثيرا ما يتناول ويقوم باستخدام المواد ذات التأثير النفسي العديد من الأفراد، الأمر الذي يعتبر فى هذه الثقافة سلوكا عاديا عند أفراد هذا المجتمع .

وعلى طرف آخر نجد إعراض العديد من أفراد ثقافة أخرى عن تناول مواد معينة تحرمها ثقافتهم أو التي لأسباب معينة لا تقبلها هذه الثقافة.

ومعنى ذلك أنه إذا تعاطت الأغلبية من أبناء ثقافة معينة مواد معينة فالأرجح أن هذه الثقافة تبيح استعمال هذه المواد ،فالمعروف أن الأخلاق والقوانين والأعراف مصدرها إجمالا إجماع العامة والخاصة فى ثقافة ما بإباحة سلوك معين، وإن كان الاستخدام المتزايد لنوع معين من المواد النفسية أو المخدرة فى ثقافة معينة وازدياد عدد المتعاطين لها، يشكل خطورة وتهديدا لهذا الإجماع (عكاشة، 1985: 40) .

وتعاطى المخدرات يتبع تقسيم معين وهو:

1. نوع المادة المستعملة.
2. مختلف درجات تواتر تعاطيها، وتقسم هذه الدرجات إلى:
أ. التعاطى التجريبي: ويحدث إجمالا من مرة إلى ثلاث مرات.
ب. التعاطى العرضي: أو ما يعرف بالوقتي وهو من وقت لآخر، ولا يزيد على مرة أو مرتين فى الشهر.
- ج. التعاطى المنتظم: الذي يحدث مرة أو عدة مرات فى الأسبوع تبعا لنوع المادة المستعملة.
- د. التعاطى الكثيف: أو ما يعرف بالقهري، ويحصل عادة يوميا، ويتمثل فى تناول مقادير كبيرة لعدة أيام، بصفة دورية كما يحدث فى حالات نوبات السكر العرضية أو المتكررة (عبد المنعم، 2003: 59).

وسوف نعرض لأنماط التعاطى على النحو التالي:

1. التعاطى التجريبي :

ويعرف بأنه الأقدام على تجريب مخدر للمرة الأولى ليس له علاقة بنوع المخدر أو بخواصه العقاقير به، بقدر علاقته بما يضيفه الفرد على هاتين الناحيتين من معنى وقيمة.

وقبل أن يكون الفرد قد جرب آثار المخدر قط، تقتصر معرفته به على ما سمعه عن هذا المخدر وما يدور حوله من شائعات، وتشير الدراسات التي أجريت عن أسباب تعاطي المخدر للمرة الأولى، إلى أن السبب وراء ذلك مرجعه الفضول وإلى إلحاح الرفاق، وحيث يكون في هذا الحافز على الأقدام على هذا التجريب (عثمان، 2002: 68).

أما توافر المخدر، والظروف المأمونة نسبياً لتعاطيه، والرفاق الذين يتعاطون المخدرات، فأنها عوامل وإن كانت لازمة إلا أنها غير كافية لتعاطي المخدر للمرة الأولى.

وتشير معظم الدراسات على أن أكثرية مجربي المخدرات غير المشروعة لا يصبحون من متعاطيها، أي أن التعاطي التجريبي لا يؤدي بدوره غالباً إلى الإدمان حيث إن المجرب عندما يشبع فضوله ويجارى رفاقه، قد يجد أن آثار المخدر ليست ذات قيمة، ولا يشكل الأخطار التي ينطوي عليها، وأن هناك أنشطة أخرى يمكن أن يقوم بها والتي تمثل في نظره قيمة أكبر (العزاوي، 2001: 54).

2. التعاطي العرضي (الوقتي) :

من المعروف أن غالبية مجربي المخدرات لا يستمرون في تعاطيها، كما أن أغلبية من يستمرون في تعاطيها يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي) فلا يتناولون المخدر إلا في حال توفره بسهولة، وفي السياق الاجتماعي الذي يتعاطى فيه، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبراً .

وأهم أسباب استمرار التعاطي العرضي اجتماعية أولاً، ولا تختلف كثيراً عن تلك التي تدفع الراشدين والشباب إلى تناول الإيثانول (الكحول) من حين لآخر، فهو يبسر التفاعل الاجتماعي ويعطى الشعور بالراحة النفسية والمرح، ومعظم المتعاطين العرضيين لا يصبحون متعاطين منتظمين، ولا يعتبرون تعاطي المخدر كتجربة ونشاط ذا أهمية كبيرة إذ قورن بتجارب وأنشطة أخرى.

وتظل العوامل الاجتماعية وعامل الصدفة مهيمنة في حالة المتعاطين العرضيين أو المؤقتين، فتوافر المخدر وتوافر المكان الذي يعتقد أنه مأمون نسبياً لتعاطي المخدر ووجود مجموعة من الأصدقاء أو الأصدقاء يتعاطون المخدر أو يقرون تعاطيه، هي عوامل لا تقل أهمية عن أنواع المخدرات المستعملة (الرخاوي، 2000: 20).

3. التعاطي المنتظم:

إن التمييز بين التعاطي المنتظم و التعاطي الكثيف يعود إلى مجموعة من العوامل ذات الصلة والمتمثلة في تكرار التعاطي، نوع المخدر، وجهة نظر المشاهد أو الحكم .

فالتعاطي المنتظم يتميز عن التعاطي الكثيف أو القهري من حيث أسبابه وشدة الحاجة إليه، وعندما يصبح التعاطي منتظما أو كثيفا يدخل مفهوم التبعية النفسية فى الحسبان ولا تعنى هذه التبعية سوى أن الفرد يشعر بالضيق والضجر، إذا لم يتوفر له المخدر أو فرصة تعاطيه، ويبدل جهدا خاصا فى طلب المخدر أو فرصة تعاطيه .

والأسباب تدعو إلى التعاطي المنتظم أو الكثيف أكثر تنوعا والتصاقا بشخصية المتعاطي من أسباب التعاطي التجريبي أو العرضي، وأكثر اتصالا بالمفعول العقاقيرى للمخدر المعنى، سواء كان منشطا أو مهبطا للنشاط أو مسكنا أو كان مادة تغير الإدراك الحسي للذات وللبيئة.

وليس هناك فاصل بين المتعاطين العرضيين والاجتماعيين والمنتظمين، وخاصة عندما لا يشار إلى نوع المخدرات المستعملة، هذا بالإضافة إلى وجود طائفة كبيرة من المتعاطين الاجتماعيين الذين يتأرجحون بين التعاطي من وقت لآخر والتعاطي المنتظم، بيد أن الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين تبدأ بالظهور فى مرحلة التعاطي المنتظم، وتظل هذه الفروق مبهمه ومعقدة (عكاشة، 1985: 45).

4. التعاطي الكثيف أو القهري:

تعاطي الكحول يترتب عليه أن عددا ضئيلا من المتعاطين يصبحون مدمنين، كما أن تعاطي المخدرات يترتب عليه أن عددا ضئيلا من المتعاطين يصبحون متعاطين قهريين، ورغم أن التعاطي القهري يعنى تناول المخدرات بصورة متكررة فى فترات متقاربة للغاية، فإنه يشمل فى الحقيقة درجات متفاوتة من التواتر.

وتعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد، العامل الأساسى فى التعاطي القهري، وعندما ينصرف الجانب الأكبر من وقت الفرد وتفكيره وطاقاته إلى الحصول على المخدر وتناوله ومناقشة آثاره مع الاقتصار تقريبا على مرافقة من يتعاطونه واستمرار ملازمتهم فإن التعاطي عندئذ يعتبر قهريا ويكون الفرد تابعا نفسيا للمخدر، أو كما هي الحال فى حالات متزايدة لعدة أنواع من المخدرات بدلا من نوع بعينه، وفى الوقت الحاضر تعتبر التبعية النفسية أهم من التبعية الفسيولوجية الحقيقية باعتبارها العامل الخطير فى أكثر حالات التعاطي القهري للمخدرات .

ذلك أن التبعية الفسيولوجية يمكن معالجتها، كما يحدث بانتظام عندما تستعمل مواد مسببة للتبعية كمستحضرات الأفيون لتسكين الآلام فى المعالجة الطبية، فالتبعية النفسية أكثر تعقيدا من ذلك بكثير وتتعلق بشخصية الفرد نفسها.

ويتميز المتعاطين القهريين عن الذين يبدون أنواعا أخرى من السلوك المنحرف الهدام مثل العنف والانتحار بين المراهقين وهما ظاهرتان فى تصاعد سريع فى الوقت الحاضر.

وكثيرا ما يوصف متعاطي المخدرات القهريين بأنهم غير ناضجين ويعانون من أمراض نفسية مختلفة وبدرجات متباينة ويرفضون مواجهة مشكلاتهم و السعي إلى حلها كغيرهم من الناس وبأنهم لديهم اختلالا عقليا ويعانون من اضطرابات في شخصيتهم، وهم أشخاص ذوو مشكلات ويحاولون مواجهتها بتعاطي المخدرات ،ومن السهل اعتبارهم منحرفين (عطيات، 2000: 58) .

أنماط المتعاطين (المدمنين):

يذكر يحيى الرخاوى ثلاثة عشرة نمطا من أنماط المدمنين فى المجتمع العلاجي بقوله "إن كل التقسيمات الأحدث تقسم المدمنين تبعاً لـ:

1. نوع المادة التي يتعاطونها.
 2. مدة التعاطي.
 3. طبيعة المشكلة فى وقت التشخيص (تسمم - انسحاب - إدمان).
 4. أحيانا إلى درجة أقل: مصاحبات التعاطي "من أعراض أو أمراض أخرى".
- لكن هذه اللغة الموحدة مهما كانت عالمية لا ينبغي أن تتم على حساب أي هدف علاجي حقيقي، وخاصة فى المجتمع العلاجي، لذلك فإن ثمة تقسيم وتصنيف للمدمنين وهو:

1. المدمن المبتدئ:

يعتبر المدمن مبتدئاً من خلال تقييم علاقته بالتعاطي، وليس فقط بالمدة التي قضاها فى التعاطي، وهذا المدمن هو الذي يقال له بالمصرية العامية "طالع فى المقدر جديد" أو محدث. ويتصف بأنه مازال يستكشف هذه التجربة حتى لو كررها، وأنه لا يطلب نوعاً معيناً من اللذة أو نوعاً معيناً من الوجود، وإنما هو يجرب ما سمع عنه أو ما خطر بباله، ويظل مبتدئاً طالما أنه لم يعتد الإدمان، ولم يستقر على ما يعطيه له هذا التعاطي من لذة، ثم من نوع وجود ثابت بشكل حاسم ومحدد.

وبعض من يسمى المدمن المتقطع، وهو يختلف عن المدمن المتكرر، أي المنتكس مراراً، يتشابه كثيراً مع المدمن المبتدئ حتى لو تعددت مرات بداياته.

ولابد من التقاط هذا النوع بشكل شجاع ومغامر، لأن مثل هذا الإنسان يستحسن ألا يسمى مدمناً بعد، حيث يمكن من خلال العلاج النشط المبكر اللحاق به قبل أن يتمادى، ولأننا لا بد أن نحترم دافع الاستكشاف فيه، وأن نوفر له سبلاً أخرى صحية تحقق له هذه الرغبة فى الاستكشاف والتغيير.

إن من تعاطى عدة مرات ولم ينضم إلى مجتمع أو نادى المدمنين أو شلة المدمنين من المهم اعتباره بكل حذر مدمناً مبتدئاً (الرخاوى 2000: 21).

2. المدمن بالصدفة:

ويشمل المدمن المتورط أحيانا، وهذا ليس صنفا مستقلا تماما، بل هو يصف بداية الإدمان أكثر من وصفه المدمن ذاته، ولا تتحدد الصدفة بمجرد اختفاء سيق الإصرار. ولكن الصدفة هنا إنما تشير إلى أن كل من الدافع (مثل الاستكشاف) والمعنى (مثل الاحتجاج، أو الهرب) لا يظهران بشكل واضح في الصورة الإكلينيكية، ومثل هذا المتورط بالصدفة كمثل الذي تعثر وهو يمشى فأصيب، أو ضرب لخرة وهو يقود سيارة، فتصادم خفيفا ليس لأنه لا يحسن القيادة أو تجاوز السرعة وإنما هو تعثر أو تصادم خطأ، هكذا فقط. ولا بد أن يكون علاج هذا النوع (المدمن بالصدفة) بسرعة وحماس وتفاؤل، وذلك قبل أن تبدأ الكيمياء في ترسيخ أقدامها بإنشاء الحلقة المفرغة في جسده، نعم لا بد من أن نلحق به لنجبر الإصابة وننبهه.

(أو بمعنى أصح نذكره) أنه لم يكن يقصد وأنه مدمن رغم أنه إن صح التعبير، ليس بمعنى موافقته على أن المسألة غصبا عنه، وإنما بمعنى أنه تورط وأن المسألة "ملحوقة بأذن الله". والتعامل مع هذا المدمن المتورط أو بالصدفة، لا ينبغي أن يأخذ نفس الطريق الذي نعامل به الدمن المستغرق "المتوغل في الكار" أننا لو عاملناه كذلك لكننا ندفعه إلى أن يكون كذلك، وهذا النوع (المدمن بالصدفة) قد لا ينصح بدخول المستشفى مبكرا، وقد لا يحتاج إليه أصلا، فإذا دخله فلا ينبغي أن يختلط كثيرا بالنوع الآخر، المتوغل والمستقر على موقف الإدمان (عكاشة، 1985: 49).

3. المدمن المعاود (الدوري-المكرر).

وتكرار التعاطي، فالتوقف، والتعاطي بالعلاج أو يدونه، هو أمر معتاد في التعامل مع ظاهرة الإدمان، إلا أنه ليس معنى أن المدمن يتوقف ثم يعود أن ذلك بسبب إلحاح الإدمان وحده. فدورية الحياة ودورية الطبيعة البشرية في شكل الإيقاع الحيوي (مما لا مجال لذكره هنا) تفترض أن الاحتياجات والدوافع تهيج وتفتر تلقائيا ودوريا، وبالتالي فإن التعاطي قد يلح ويتباعد دوري (في وقت معين من السنة بعد مدة معينة من الانقطاع) وبين التعاطي المنتكس لظروف الاختلاط الخطر، أو لمجرد الرجعة إلى الوسيلة الأسهل في تغيير الوعي والحصول على اللذة. ويساعد في هذه التفرقة (بين التعاطي الدوري والتعاطي المتكرر انتكاسا) أننا ننظر في التاريخ السابق، وأن كان ثمة مظاهر سلوكية دورية (مرضية أو غير مرضية) تصبغ سلوكه (عبد المنعم، 2003: 56).

أو سلوك عدد من أفراد أسرته (مثل دورات الهوس والاكتئاب)، وكل هذا له دلالاته القصوى، ليس فقط حتى نعامل هذا النوع من الإدمان باعتباره مكافئا للمرض الدوري، وإنما حتى يمكن أن نواكب

دورات الإدمان وقائيا وعلاجيا أي حتى نعرف متى يحتد الاحتياج ويلج عليه، فنقدم له البديل الوقائي.

ويفيد هذا الرصد والتأويل في التخطيط العلاجي لهذا النوع (الدوري) من المدمنين، لأنه قد يدخل المستشفى للوقاية، لأن فلسفة المجتمع العلاجي تنتمي إلى الاهتمام بكل ما هو إيقاع حيوي. باعتبار أنه الأصل، ومن ثم نعمل على مواكبة دورات الحياة في النشاط ومع الطبيعة وفي التخطيط العلاجي على حد سواء، وبالتالي يستطيع إيقاع هذا المجتمع بطريق غير مباشر أن يستوعب إيقاع الدورية التي يتميز بها هذا المدمن، وخاصة لو أتاه في بداية الدورة الجديدة قبل أن تفعل به المادة المخدرة فعلها.

أما المدمن المكرر (المنتكس دون دورات، ولا طبيعة دورية ظاهرة، فهو يعامل قياسا بـ(أصحاب السوابق) لا بمعنى العقاب، ولكن بضرورة الاستفادة من المحاولات السابقة. وأي تكرار للتعاطي سواء كان دوريا أو مكررا، لابد أن نعامله على أنه فصل جديد في رواية طويلة، فلا نغفل أبدا الفصول السابقة سواء نجحنا أو فشلنا.

فإذا كان قد سبق أن دخل نفس " المجتمع العلاجي " فإن دخوله الجديد يكون تكملة مناسبة للخبرة السابقة والنظر فيما كان ينقصها، وما بقي من إيجابيتها وهكذا(عطيات، 2000: 59).

وتختلف استجابة المدمن المتكرر نتيجة عوامل كثيرة، على سبيل المثال:

1. قد يستجيب استجابة سريعة وفائقة، فتختفي حاجته فورا، وبسرعة فور دخوله، ولا ينبغي أن نبالغ في تصور أن تحسنه هذا يرجع إلى سحر المجتمع العلاجي وقوته الشافية التي ليس لها مثل. بل علينا أن نتأمل أن الطبيعة الدورية لهذا المدمن إنما تسمح له أن ينقلب إيجابيا متى وصلته رموز تساعد على ذلك (الرمز هنا هو الروح العامة للمجتمع العلاجي السليم).
2. ومن واقع هذا التوضع الموضوعي، فإن وظيفة المجتمع العلاجي هي أن تأخذ بيد هذا المدمن الدوري، لتصل معه إلى فهم دوراته، ونعلمه كيف ينمي علاقته بدورات الطبيعة (بمصادفة دورات الشروق، أو دورات الصلاة، أو دورات الرحلات، أو دورات القمر، أو بها جميعا).
3. ثم أننا قد ننظم له دخولا وقائيا محدودا دون نكسة، في وقت مناسب لتوقع دورته القادمة، وبالتالي يمكن أن يدخل بهدف جرعة تنشيطية وقائية فحسب.
4. أما المدمن المتكرر دون دورات، فهو يعامل أحيانا معاملة المدمن المزمن، وأحيانا معاملة الرجع الصعب (عكاشة، 1985: 48).

4. المدمن المزمّن (المستتب).

مثلما الحال فى الأمراض النفسية عامة، نجد أن المرض حين يزمن يستقر، ويتسبب، ويصبح جزءا لا يتجزأ من الشخصية، فإذا أضفنا تأثير كيمياء التعاطي على حركية المرض، أمكن أن نعرف كيف تصبح مادة الإدمان جزءا أساسيا فى أيض الأنسجة (تمثيلها الغذائي) وعلى ذلك يصبح الإدمان تركيبيا بيولوجيا غائر ومتجمد ويصبح الانقطاع عنه صعبا نسبيا، كما يصبح التماذي فيه تدميرا مؤكدا.

على أن هناك نوعين أساسيين من الإدمان:

1. فقد تتراجع الجرعات حتى تصبح أقل ضررا ولكن أكثر اعتيادا، كما قد يصل الأمر إلى نوع من ضبط كميتها على قدر ظروف الشخص المالية والاجتماعية (وغيرها). وهكذا يصبح مدمنا مزمننا معتدلا، وكان هذا النوع شائعا عند كبار السن من الحرفين المهرة، إلا أنه أصبح أكثر ندرة عن ذي قبل، ويمكن أن نطلق على هذا النوع اسم " المزمّن المعتدل".
 2. أما النوع الثاني، ويسمى المدمن المدمر، فهو الذي تزيد فيه جرعة الإدمان باستمرار، وذلك مع تماذي التعود وازدياد الحاجة حتى التدمير.
- وليس معنى هذا التقسيم أن نتراخي فى علاج النوع المزمّن المعتدل، بل إننا لابد أن نخشى طول الوقت أن يتحول إلى المزمّن المدمر (عبد المنعم، 2003: 53).

وعلاج المدمن المزمّن عامة فى المجتمع العلاجي له مواصفات خاصة فهو يحتاج إلى:

1. يحتاج إلى وقت أطول.
2. أيضا يحتاج الأمر إلى التدرج فى الانقطاع، والتدرج فى التحريك، وكذلك لابد من الصبر والمثابرة.
3. أيضا يحتاج الأمر إلى تعاون شديد مع الأهل وخاصة بعد الخروج.
4. كما يحتاج الأمر إلى الاعتماد بشكل مناسب على العقاقير البديلة، والمساعدة.
5. كذلك ينبغي البحث عن أسباب هذا الإدمان والاستتباب الخطر، ذلك أنه قد يكون سبب الإدمان:

أ. أن ثمة مرضا (نفسيا) خطيرا يهدد باستمرار بالظهور، وبالتالي فإن هذا المدمن يواصل تجنب ذلك المرض بهذا التماذي (ويظهر هذا من التاريخ الأسرى بوجه خاص، ومن أن مواصفات المدمن المتداوى تنطبق عليه جزئيا، ومن أنه مع الانقطاع لا تظهر أعراض الانقطاع فحسب، وإنما تظهر أعراض المرض الكامن أيضا وقد تتماذي).

ب. أو أن الظروف المحيطة هي من القسوة والاستمرار بحيث لا تسمح بالتوقف، مثل بعض الزيجات الشديدة الإتعاس، أو مثل القهر المستمر في أي مجال، أو مثل رعاية مزمنة لعزير في العائلة مريض بمرض مستعص..الخ.

ج. أن تكون طبيعة العمل نفسه تسهل الفرص للتعاطي أو تقلل من تكلفته (مثل العاملين في السياحة الساحلية أو في الموانئ..الخ) (الرخاوى2000: 21).

5. المدمن المريض: (سواء ظهر المرض مع/أم أختفي بالإدمان)

هناك من لا يعتبر الإدمان مرضا في ذاته، وهذا ليس صحيحا تماما، لأنه إذا كان العامل الأكثر حسما في تحديد المرض من عدمه هو الإعاقة.

فالإدمان من أكبر أسباب الإعاقة، وحلا لهذا الإشكال فلا بد من توضيح أن ما نعانيه بكلمة مريض هنا هو أن يكون وراء الإدمان مرض آخر غير اضطراب الشخصية الذي يصاحب الإدمان عادة. ووجود المرض النفسي والعقلي وراء الإدمان أو مع الإدمان قد يظهر بشكل مباشر وقد يستتج بشكل غير مباشر كما ذكرنا من التاريخ العائلي، ومن التاريخ السابق لنفس المدمن.

ومن التبادل بين نوبات المرض ونوبات الإدمان (أي أن المرض يظهر مرة صريحا بأعراضه الخاصة ومرة أخرى لا يظهر صريحا بل يحل محله التعاطي)، وأهم الأمراض الجسيمة الكامنة وراء أو المصاحبة للإدمان هي أمراض اضطرابات الوجدان (الاكتئاب والهوس خاصة)، وأمراض التناثر (الفصام) وهيجة الشكوك (البار انويا).

أما الأمراض الأقل شدة (أنواع العصاب) مثل القلق والوسواس والمخاوف..الخ فهي قد تكون الأصل في التورط في الإدمان بعد أن سهله التداوي بالمهدئات الخفيفة، كما أنها قد تكون سببا في تعاطي بعض الحبوب للتخلص من المعاناة منها، وأخيرا قد تنتج عن ورطة التعاطي ومضاعفات التعطل بسببه (عكاشة،1985: 71).

وكذلك قد تظهر أعراض مرضية ناتجة عن الاضطرابات المادية والاجتماعية التي يسببها الإدمان. وهناك رأى يقول إن بعض أنواع التعاطي والإدمان هو بمثابة "العلاج الذاتي" بمعنى أن المريض الذي بدأ يعاني من أعراض مرضه، تعاطى عليه، بأن يتعاطى هذه المادة المخدرة أو المنشطة لتخفف من معاناة مرضه(عادة لا يسميه مرضا)، ثم وجد أنها خففت فعلا فتمادى في ذلك ذاتيا وكأنه نجح في علاج نفسه بنفسه، إلا أن كثيرا من الأبحاث الحديثة (المنشورة) قد رفضت هذه الفكرة، وأثبتت خطأها، وعلى الرغم من ذلك فإننا في هذا المجتمع العلاجي لم نستبعدا نهائيا، بل أننا نذهب إلى تفسير رفض هذه النظرية رغم الإحصاءات والتجارب والأرقام إلى الخوف من أن

يكون هذا الزعم (التداوي الذاتي) مبررا لأن يستمر المدمن في إدمانه متصورا بذلك أنه، أو مبررا ذلك بأنه يعالج نفسه) (الرخاوي، 2000: 56).

6. المدمن المتداوي: " سواء كان علاجاً وقائياً - أم فعلياً "

ذكرنا أن التعاطي قد يكون نوعاً من التداوي الذاتي، ونضيف هنا من واقع الخبرة في هذا المجتمع العلاجي أننا لاحظنا أن هذا التداوي الذاتي يبدأ عادة في مرحلة بدايات أو إرهاصات المرض، وأنه متى نجح نسبياً في تخفيف الألم أو تجنب رؤية الداخل المفزعة.

أو تعرية الواقع المر أو لو نجح في تأجيل التناثر المهدد، فإن الذي تعاطاه لهذه الأغراض يجد مبرراً تلقائياً، ليس واعياً بالضرورة للاستمرار في عملية الإدمان، والتي ربما تصبح أخطر من المرض الذي حاول أن يتجنبه فعلاً.

وهذا الفرض (من النوع السابق المدمن ذا المرض الكامن) يحتاج لأكبر قدر من الخبرة لاكتشافها وحتى افتراضه، كما أنه يحتاج لأكبر قدر من المهارة والحدق ونحن نحاول أن نساعد في علاج الإدمان المصاحب أو المغطى له، وأهم ما يميز هذين النوعين من الإدمان (المدمن المريض والمدمن المتداوي) ما يلي:

1. وجود مرض في الأسرة من النوع الذهاني بالذات.
2. علاقة بعض المواد المتعاطاه بأمراض بذاتها، مثل غلبة تعاطي الهيروين لعلاج الاكتئاب، أو تعاطي المثريات والمذيبات للنفوس (حامض الليسرجيك LSD25) لفك جمود الشخصية والتخلص من التوتر المتكرر أو المزمن.. وهكذا
3. توقيت بدء التعاطي في نفس السن الذي أصيب فيه شقيق أو أخت مثلاً بمرض نفسي صريح.
4. رصد بداية التعاطي بعد ظهور أعراض منذرة أو عابرة لمرض يكون معروفاً في الأسرة أو في التاريخ السابق للمدمن.
5. استجابة المريض الإيجابية نسبياً للمادة المخدرة باختفاء الأعراض أو التخفيف من الألم النفسي أو التغافل عن احتمال التناثر، مما قد يعتبر بمثابة الاختبار العلاجي بمعنى أن المادة المخدرة قد قامت فعلاً بدور علاجي.
6. ظهور أعراض مرضية بذاتها بعد الانقطاع بعيداً عن أعراض السحب، واستمرارها طالما لم يأخذ علاجاً ولم يرجع إلى التعاطي.
7. استجابة هذه الأعراض التي ظهرت أثناء العلاج بعد الانقطاع سواء كان ظهورها صريحاً أو ضمناً لعقاير أخرى ذات أثر نفسي مميز مثل مضادات الاكتئاب في حالة الاكتئاب أو مضادات الذهان في حالات الفصام مثلاً.

والوضع فى المجتمع العلاجي بالنسبة للمدمن المريض أو المدمن المتداوى ينبغي أن يوجه بجدية كافية إلى علاج المرض الكامن أو المرض المصاحب أو المرض المؤجل، ولا يكفى فى هذه الحالة التطبيب الكيمياءى، لأن لسان حال المدمن يقول كيمياء بكيمياء " الذي تعرفه أحسن من الذي لا تعرفه" فأريحو أنفسكم.

ولا يقبل المدمن أن ينقلب مريضا صريحا إلا إذا لاحت له فرصة علاج حقيقي لا يقتصر على العقاقير، ذلك لأن لسان حاله يقول لمثل هذه العلاجات الدوائية الصرف من كيمياء لكيمياء يا قلبي لا تحزن، وهذا العلاج الحقيقي غير المقتصر على الكيمياء يرجح تفكيره فى انتهاز الفرصة(الرخاوى2000: 21).

7. المدمن الثائر مجهضا: "سواء كانت ثورة على ..أم ثورة إلى.."

الإدمان رغم سلبيته مثل بعض الأمراض النفسية قد يكون تعبيرا عن رفض مشروع أو قد يكون احتجاجا على اغتراب هامد، ولا بد أن نبحث عن هذا الاحتمال فى كل حالة إدمان. فإذا غلبت هذه الصفة(محاولة الثورة) ظاهرا، أو أمكن استنتاجها تفسيريا، فأن وضع ذلك فى الاعتبار هو أمر هام يفيد فى العلاج ذلك لأن المطلوب هنا هو أن نوافق على مبدأ الثورة، ثم نحاول أن نقدم بديلا إيجابيا للتعبير عنها أو تحقيقها، بدلا من هذا البديل السلبي (الإدمان) الذي أجهضها فى واقع الحال.

وفى المجتمع العلاجي لا بد أن نلتقط هذا النوع من المدمنين لا لنصدقه (فيخدعنا ونبرر معه ما دفعه لذلك) وإنما لنعيده إلى بداياته(الثورية افتراضا)، وكأننا نتفق معهم من حيث المبدأ على حقه فى الثورة وأيضا نسايره بصدق.

لكننا نحاول ومن أول لحظة أن نبحث معا عن البديل الصحيح لتحقيق ثورته وليس لإجهاضها كما فعل المخدر.

وقد وجدنا أن النقاط هذا النوع من المدمنين وهم مبتدؤن أو هم منقطعون، قبل أن يتوغلوا أو يتجمدوا أو يبالغوا فى السلبية، هو الذي يسمح بأن نفهم نزوعهم الفوري قبل أن يختفي وراء تبريرات الإدمان وغيامة الذهول(عبد المنعم،2003: 93).

8. المدمن المبدع(زيفا):

نسمع كثيرا عن أن بعض الملحنين، والمؤلفين، والممثلين يربطون بين إبداعاتهم الفنية وبين تعاطيهم لهذه المادة أو تلك من مواد الإدمان، وهذا الزعم قد يكون دافعا لذوى المواهب المتواضعة، أن يتشبهوا بهؤلاء المبدعين.

إلا أن الحقائق العلمية تؤكد أن الإبداع لا يأتي بفعل كيميائي غبي، وأن هذا التسهيل الذي يلجأ إليه بعض المبدعين إنما يحدث لأنهم مبدعين أولاً، ومع ذلك فإن هذه ليست المسألة، وليس هذا ما نقصده بالمدمن المبدع (زيفا) أو الطموحات الزائفة.

الفكرة من وراء هذه التسمية "المدمن المبدع زيفا" هي أن تحريك الوعي السائد، وتغيير نوعيته، هو أساس في العملية الإبداعية، وحالة المبدع الأصيل، وهو يعايش الخبرة الإبداعية هي حالة رائعة ومغامرة ورحالة ومستكشفة.

وحين يعجز الشخص العادي عن الإبداع، لقصور في التدريب عليه، أو لعمود وكسل أديا للاستسلام للساكن الثابت فيه، فإن بعض مواد الإدمان إنما تهيب له ما يشبه الإبداع بأن تنقله إلى حالة من الدهشة، والجدة، والأصالة بأسهل الطرق، تحت تأثير كيمياء مقحمة.

فكأنه يبدع وهو كسول، يبدع من الوضع جالسا أو مضجعا، يبدع دون أن يبدع في النهاية، فإذا استطعنا أن نلتقط مثل هذه الحاجة إلى الإبداع الحقيقي بجهد منظم بديلا عن هذا الوهم بالإبداع الكيميائي الزائف (الرخاوى 2000: 25).

9. المدمن العرض: (التواطؤ اللاشعوري للإدمان)

وهذا التعبير غير قاصر على الإدمان بل أنه تعبير مستعمل في النظر في سيكوباتولوجية العائلة، وكذا المجتمع، وهو يستعمل عادة في تفسير مرض طفل نتيجة لإسقاط مشاكل الأسرة عليه، والمقصود هنا أن المدمن بإدمانه (مثل الطفل المريض بالنيابة، إنما يعلن عن مرض أشمل وأخفى، وهنا تعتبر الأسرة هي المريضة، ولا يكون المدمن، إلا عرضا يعبر عن باثولوجية (مرض) أحد أفراد الأسرة الآخرين (عثمان، 2002: 87).

وأحيانا ما يدمن المدمن لا شعوريا بالأصالة عن نفسه وبالنيابة عن والده مثلا، والده الذي قد يكون ظاهر الالتزام الخلقي بشكل مبالغ فيه وغير نابع من التزام حر، حينئذ يحدث أحيانا أن يسقط (الأب) حاجته إلى التحرر (بتفكيك الوعي الأخلاقي المتجمد) يسقطه على ابنه، الذي يصبح بدوره مدمنا "بالنيابة" وهذا أشبه بالظاهرة المسماة بالجنون المقحم.

وأحيانا ما تستعمل الأم (حالة كونها الزوجة المقهورة) إدمان ابنها لتؤكد به فشل أبيه (القاهر) وعجزه عن تربيته، وخيبته رغم ظاهر جبروته (كل ذلك لا شعوريا)، ويكاد يستحيل علاج مثل هذه الحالات (المدمن العرض) دون فهم موقف المدمن كعرض، مجرد عرض لمرض من حوله.

فما لم ننتبه للعمل على أن يكف الوالد عن استعمال ابنه (لا شعوريا) أو تكف الأم عن لوى ذراع زوجها أو طليقها بهذا الابن الضائع، فلن نستطيع أن نصل إلى المدمن وبالتالي يصعب علاجه.

وفى المجتمع العلاج يمكن أن تتعرى هذه العلاقات حين يتحسن المدمن أكيدا بمجرد الانفصال عن المحيط المتواطئ، أو عن الوالد الذي يستعمله، إذ يجد أن المجتمع العلاجي هو أسرة بديلة لا تستعمله، فنتاح الفرصة لوضع جديد يسهم فى العلاج (الرخاوى 2000: 22).

10. المدمن المجرم:

ليس كل المدمنين ولا اغلبهم ضحايا كما يحبون أن يشاع عنهم، وكما تحب أغلب الاتجاهات الاجتماعية الرقيقة أن تطلق عليهم، فثمة مدمنون متبلدو الشعور قساة القلب، يستعملون هذه المواد، لتزيد تتلم عواطفهم، فتسهل عليهم السحق والظلم والاعتداء على الغير. ثم تخرج المسألة من أيديهم حتى يصبحوا فريسة للأداة التي كانت تسهل عليهم تبلدهم فقسوتهم، ومثل هذا المدمن هو فى النهاية متورط، رغم إجرامه وتبلده، مثله مثل غيره من المتورطين، نتيجة لسوء الحسابات.

على أن استقبال المجتمع العلاجي لمثل هذا المجرم المدمن ليس مثل استقباله للمدمن المتورط الذي سبق وصفه، حيث لا يجدي هنا وجود مثل هذا المدمن المجرم اللهم إلا إذا روعي فى التعامل معه قدر هائل من محاولات إحياء الجزء الإنساني الذي تأكد موته بالإدمان. وليس بعيدا أن نكتشف وراء كل هذه القسوة والإجرام نوعا من المرض أو المعاناة التي يمكن أن يوجه العلاج إلى احترامها، ومن ثم إحياء الجانب الإنساني الذي يحول دون التمادي فى الإجرام والإدمان معا (عطيات، 2000: 53).

11. التاجر المدمن: (التاجر فعلا) والمدمن التاجر (التاجر مجازا).

الشائع أن الذي يتاجر فى هذه المواد لا يتعاطاها بالقدر ولا بالانتظام الذي يصبح به مدمنا، إلا أننا لاحظنا فى هذا المجتمع العلاجي أنه بين الحين والحين يجيئنا مدمن يتعاطى قدرا هائلا من هذه المواد، ولا يعطى تفسيراً لمصدر تمويله. ولا يحمل هما لمدى إنفاقه، فنتساءل من أين له هذا، وهو ما يمثل بداية افتراضنا لكونه يتاجر فيها.

ويختلف وضع مثل هذا التاجر المدمن عن غيره سواء فى التعامل المباشر معه (لعلاجه) أو فى الحرص على تأثيره على الباقيين أو فى المتابعة بعد الخروج، ذلك أن متغيرا شديدا يدخل فى الحساب فيصبح التساؤل عن معنى الإدمان وعن دلالات الظاهرة، الخ. يصبح تجاوزا للحقيقة الواقعية الأولى، وهو أن المسألة عنده قد بدأت بمثابة أكل عيش، ثم تمادت إلى الإثراء غير المشروع بما يصاحبه من توتر، وتوجس واحتياطات.. الخ، ثم لعله قد تورط فى تخفيف توتره، ثم يجد نفسه مدمنا.

ولا يصلح مع هذا المدمن ترجمة أعراضه إلى لغة الثورة أو الاحتجاج أو ما أشبه كما لا تصلح محاولة الارتفاع به إلى مستوى آخر من اللذة أو الإشباع ولا بد أن يراعى وجوده في أي مجتمع به مدمنين يمثل خطرا حقيقيا عليهم وعلى مسيرة علاجهم، وهو ما نحاول معه اتخاذ ما يكفي من الإجراءات لمنع الأضرار المحتملة.

ولكن قد يستعمل تعبير "المدمن التاجر" (بالمعنى المجازي) حين نغنى به المدمن الذي يحصل على مكاسب مباشرة ظاهرة من عملية الإدمان أكثر مما يدفع فيها، وقد تكون هذه المكاسب عينية، بمعنى أنه صديق (خدوم) لثرى يتعاطى، فيحصل على لذته دون مقابل، أو يمارس دور المهرج المأجور (عب عزيز رجل كمبورة.. الخ) (الرخاوى 2000: 27).

أو مثل المدمن الذي تساعده جرعة مناسبة من الإدمان في عمل يكسبه مالا أكثر، أو مثل بعض الفنانين الذي يرتبط تآلفهم بجرعة ما من هذا المخدر أو ذاك، ثم تقلت منهم الحسابات وتزيد الجرعة.

وكل هؤلاء يحصلون على مكسب ما من عملية الإدمان، فلا بد أن تكون مخاطبة مثل هذا المدمن التاجر بلغة التجارة، حتى يتبين في المدى القريب أو البعيد أن الحسبة قد خرجت من المكسب إلى الخسارة وأنه بدراسة الجدوى (بمنطق تجارى بحث) سوف يخسر إن أجلا أو عاجلا.

12. المدمن الإمعة:

الإمعة هو تابع، ذو شخصية من نوع الشخصية السلبية أو غير الكفاء، وهو يدمن لأنه لا يمتلك درجة كافية من التفرد تحدد ذاته، كما أنه يفتقر إلى اتخاذ الموقف الإرادي الذي يجعله يقول "لا" وهو لا يستطيع أن يقولها (لا) في البداية ولا مع الاستمرار.

هذا من حيث المبدأ، ولكن بمجرد أن تبدأ الكيمياء في عملها، فإن عامل الاعتماد الفسيولوجي يجعله يتمادى في تثبيت الحلقة المفرغة للاحتياج، فيضاف إلحاح الجسد، إلى ضعف الشخصية الاعتمادية، وتتصاعد المضاعفات ويصبح مدمنا حتى لو لم يعد يتبع مدمنا آخر، فهو قد صار يتبع في النهاية نداء المخدر (عكاشة، 1985: 63).

والمدمن الإمعة في المجتمع العلاجي يتبع التعليمات، فهو يسمع الكلام كما يقال، وينفذه وهو بذلك يفعل مثل التلميذ المطيع في الفصل، فتكون استجابته الحقيقية أقل من ظاهر تكيفه وطواعية سلوكه، وبالتالي فإننا لا ينبغي أن نفرح بسماعه الكلام.

بل ينبغي أن نقلل من إعطائه التعليمات المباشرة، ثم إننا يمكن أن نعطيه فرصة القيادة بين الحين والحين، وكذلك فرصا للعمل التلقائي، وفرصا للتفكير الذاتي، وهو أمر صعب لكنه ممكن ويحتاج إلى تفصيل (الرخاوى 2000: 23).

13. المدمن المتقمص:

المتقمص ليس إمعة، بمعنى أنه لا يقلد ولا يتبع شعوريا على الأقل، وهو يسمى أحيانا شخصية (كأن) وهو اسم غير مألوف فى العربية رغم شيوع صفاته، فهو يصف نوعا آخر من التبعية، لا يتصف بأنه مطيع أو سلبى.

بل يتصف بقدرته الفائقة على أن يتقمص المجتمع الذي يوجد فيه، حتى يلغى نفسه تماما، يتم هذا دون أن يقصد، ودون أن يتظاهر بل أنه أحيانا من فرط التقمص يسبق من يتقمصه فهو يصبح أكثر تهر يجافى مجتمع المهرجين.

وأكثر تقوى فى مجتمع المتدينين، وهكذا بمعنى أنه يتصرف مثلما يفعل من حوله بشكل كفاء تماما، حتى ربما يفقد النلة التي ينتمي إليها لبعض الوقت، على الرغم من أنه يفتقر إلى التلقائية حين ينفرد.

فهو بالتعبير الشائع ملكي أكثر من الملك، ومع المدمنين هو مدمن أكثر من المدمن، وقد يعتبر هذا شطارة يفخر بها بشكل أو بآخر.

وهذا النوع خفي إلا على ذي الخبرة، كما أنه لا يكشف إلا بعد فترة من التتبع والمعاشرة، وهذا المدمن المتقمص يصبح فى المجتمع العلاجي معالجا جاهزا أكثر من المعالج نفسه، فهو لا يسمع الكلام مثل الإمعة.

وإنما سرعان ما يلتقط روح المجتمع وتوجهه بشكل سريع وواضح، ثم سرعان ما يتكلم لغته (لغة المجتمع العلاجي) ويحذق طقوسه، فيؤديها بكفاءة تجعله يبدو معالجا محترفا، لكن المعالج الخبير (القائد) لا يلبث أن يرصد تقمصه.

فيدرك أنه مثل الكوب الذي يتلون بلون ما يوضع فيه، وبالتالي لابد أن يتوقع المعالج أنه هذا لمدمن المتقمص لابد سيتلون باللون الذي يصادفه فور خروجه، ما لم تعالج هذه الخاصية جذريا. وعلاج هذا المدمن المتقمص من أصعب ما يكون، ونقطة البداية هي ألا نصفق لقيامه بدور المعالج كثيرا مهما لمع أو ساعد، صحيح أنه يستحيل رفضه على طول الخط، لكن الصحيح أيضا هو ضرورة منعه من التمادي فى لعبة التقمص هذه حتى لو كان من يتقمصه إيجابيا".

(الرخاوى 2000: 29).

العوامل المؤدية إلى انتشار المخدرات :

تنتشر المخدرات كظاهرة اجتماعية مرضية في البلدان المتقدمة صناعياً كما تنتشر كذلك في البلدان النامية ، وتعاطي المخدرات ليس مقصوراً على جنس دون غيره ، وإن كان هناك ارتباط وثيق بين ظاهرة تعاطي المخدرات في البلدان وبين الاستعمار بكافة أشكاله ، ومثل ذلك الصين قبل التحرير والهند و جنوب أفريقيا و أغلب دول أمريكا اللاتينية ، وعموماً تنتشر المخدرات وخاصة الحشيش بين الشعوب و الطبقات و في الأحياء الأكثر تخلفاً اجتماعياً و اقتصادياً ، كما أنها تنتشر أيضاً بين الأفراد والطبقات المعرضة للاستغلال و الاضطهاد العنصري ، وعلى المستوى العالمي يعد الحشيش هو أكثر المخدرات انتشاراً يليه الأفيون ومشتقاته ، هذا وقد تجاوز عدد مدمني الحشيش وحده في العالم عن 300 مليون شخص (البراك، 1991: 70).

ولقد ساعد تنوع المخدرات على رواجها وعلى صعوبة مراقبتها في المجتمعات ، و الحقيقة أنه إذا كان تعاطي المخدرات ظاهرة عامة لا تبرا منها ثقافة ولا يخلو منها مجتمع أو طبقة إلا أن الخطر الداهم هو انتشار هذه الظاهرة بين قطاع من القوى العاملة المنتجة وبين فئات من شباب المجتمع(شفيق، 1987: 75).

فلقد انتشرت بين أوساط الشباب أنواع جديدة من العقاقير يتم تعاطيها في أشكال متنوعة كالحقن و الأقراص والبودرة ، وتعددت الأسماء من حشيش إلى أفيون إلى هيروين و مورفين وكوكايين إلى ماريجوانا وقات وغيرها من مواد تشترك في آثارها المختلفة على العقول و الأخلاق و الأموال و الإنتاج ، فضلاً عن مساهمتها في إشاعة السلوك المنحرف واللاخلاقى داخل المجتمع ، وما لذلك من انعكاسات و آثار متوقعة على امن البلاد و سلامة الأوطان .

أولاً: صرف الأدوية بلا وصفات طبية معتمدة:

على الرغم من الخدمات الجليلة التي قدمتها الصناعات الدوائية منذ اكتشافها وتصنيعها إلى المرضي إلا أن إساءة استعمال الأدوية قد أوصلت إلى حالة من الإدمان خاصة وأن الكثير من الأدوية تدخل في تركيبها المواد المخدرة فكثيراً ما نرى الشخص العادي يتقدم إلى الصيدليات لصرف الأدوية بلا وصفة طبية.

ولقد أنتجت الصناعات الدوائية الآلاف من الأدوية المسكنة والمهدئة والمنومة والمنبهة "كالحبوب الترومال" وقد أدت بعدد لا بأس به من الشبان إلى الإدمان فعلاً، وليس الهيروين ببعيد حيث أن الصناعات الدوائية نجحت في استخراجها من الميروفين باعتباره مسكناً للآلام، ثم تكتشف الحقيقة المؤلمة بعد أن تبين سرعة الإدمان عليه. (شفيق ، 1987: 81).

ثانياً: العوامل الثقافية :

تعتبر الثقافة إحدى المقاييس الهامة في استخدامها لمعرفة تقدم المجتمع أو تأخره كما تلعب دوراً في انتشار المخدرات أو الحد منها داخل المجتمع ويعود انتشاره من الثقافة إلى جهل الشباب بكل ما يتعلق بالمخدرات من ناحية ومضارها وأخطارها وعدم التخلص منها والحالات الهستيرية التي تصيب من يتعاطاها ولا يعرف الشاب عن المخدرات إلا ما أخبره به صديقه الذي يحاول أن يجتذبه إلى عالمه فينثر أمامه الطريق بالورود ويعظم الحسنة ويتجاهل العوارض وردات الفعل السلبية فالجهل وقلة المعرفة يشكلان الدافع الأساسي بالشباب إلى تعاطي المخدرات وهذا الجهل مصدره المجتمع والأهل الذين يرفضون حتى مبدأ التكلم أو لفظ اسمها بحجة أنها آفة خطيرة(المتعال، 1987: 70).

صحيح أنها كذلك، ولكن يجب التحدث عنها مفصلاً والتعرض لنتائجها لما تسببه على مختلف الأصعدة، وهو أساسي لحماية أبنائنا من تعاطيها.

ثالثاً: العوامل السياسية:

يلعب العامل السياسي دوراً فعالاً في انتشار المخدرات بين الشعوب المستهدفة، ولقد برز تأثير هذا العامل وبشكل واضح في دور اليهود وعملائهم، حيث أنهم يسيطرون على مفاتيح المال بدرجة كبيرة في العالم، ولقد استغلوا ذلك بدور فعال في نشر المخدرات بين الشعوب وفي مقدمتها أبناء الشعب الفلسطيني على وجه الخصوص و الشعب العربي بوجه عام.

ومن أبرز العوامل والأسباب السياسية التي تعود إلى انتشار ظاهرة المخدرات في قطاع غزة وهي انشغال الفصائل الفلسطينية بالصراعات السياسية و انعدام التنسيق والتعاون بين الأجهزة الأمنية الفلسطينية المختلفة (الغلبان : 2011 : 46).

رابعاً: العوامل الاقتصادية:-

تلعب العوامل الاقتصادية دوراً إيجابياً في تعاطي المخدرات أو العمل على ترويجها والاتجار بها، ونلاحظ من خلال التجارب الحية التي أجريت على بعض الحالات المدمنة أو المتعاطية أو المتاجرة أن من أهم أسباب الالتجاء والاتجار بهذه المواد يعود إلى الأسباب الاقتصادية بالدرجة الأولى، وهي:

البطالة:

تعتبر البطالة إحدى وأهم المشاكل التي يواجهها المجتمع الفلسطيني بشكل عام، وهي تعود إلى سوء الأوضاع الاقتصادية التي تسود قطاع غزة حيث تنتشر البطالة بين من هم في سن الشباب مما يجعلهم يبحثون على مصدر إعالة لهم مهما كان نوعه ومصدره فلا يجدون أمامهم سوي رفقاء

السوء الذين يستغلون تلك الموافق وذلك يتم في البداية بعرض أموال كثيرة ومغرية على هؤلاء الشباب أو تقديم أشياء أخرى تجلبهم نحو المخدرات ويستدرجهم لذلك حتى يصبحوا متعاطين ومن ثم مدمنين ومن ثم موزعين وتجار لهذه الآفة وقد عمل الاحتلال الإسرائيلي بين أفراد المجتمع الفلسطيني ومستغلا في ذلك إسقاط الشباب وجعلهم يسقطون تحت تأثير المخدرات. (عرموش، 1993: 507).

كما نلاحظ من خلال التجربة الحية مع بعض الحالات التي تم علاجها وإصلاحها بالتنسيق مع الجمعيات والمؤسسات التي تعمل في هذا المجال أن العامل والسبب الرئيسي الذي أدى إلى الإدمان وتعاطي المخدرات كان ناتج عن العيش المرير الذي لا يحصلون خلاله على ما يكفيهم من المال لسد احتياجاتهم الرئيسية الاكتئاب الناتج عن الضيق المادي وقلة العمل إلى المخدرات ليهربوا من مرارة العيش الذي يعانون منه.

خامساً: العوامل الاجتماعية والبيئية:

1. الأسرة وعمليات التنشئة الاجتماعية

العلاقات بين الوالدين تؤثر في تكوين الطفل فالشجار بين الوالدين يفقد الطفل بالأمن لأنه يخاف على مصيره وقد يخشي أن يتحول الشجار إليه فيضره أبوه أو أمه أو يقسون عليه. وتثير الوسط الاجتماعي على الفرد (السلوك المنحرف بأشكاله المتعددة) ما هو إلا نتاج للوسط الاجتماعي والأسري دون أن تغفل التعود على العقاقير وتمثل العملية التربوية أنواع السلوك التي يرتضيها المجتمع الذي نعيش فيه والأسرة تؤثر في نمو الإنسان جسماً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً. ويؤكد سيرز لاند في إطار نظريته الخاصة بالمخالفة الفارقة والتي كانت تتادي بأن السلوك الانحرافي كنمط من أنماط السلوك يتعلم من خلال الآخرين خلال المخالطة ويشير إلى أن العوامل التي تهدد شخصية الفرد تكمن في الأسرة وتجعله عرضه للدخول في ألوان الانحراف المختلفة وهي.

أ. فقد السيطرة الأبوية لأي سبب من الأسباب.

ب. وجود ميول إجرامية أو غير أخلاقية.

ت. انعدام الجو العاطفي والمشاعر الطيبة داخل المنزل.

ح. الحيرة الزائدة ووجود مشاعر الغيرة والإهمال.

د. التدليل الزائد (العزوي، 2001: 89).

ازدحام المنزل وغياب الرقابة الأسرية وتدخل الأقارب في المنزل.

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

2. فقدان أو غياب أحد الوالدين:

أثبتت الدراسات أن المنحرفين ينحدرون في الغالب من أسر مفككة يغيب عنها أحد الوالدين سواء نتيجة للوفاة أو الطلاق أو السفر وأن هذه الأسس غالباً ما يشيع داخلها انحراف من نوع ما كان الأب سكيراً أو مدمناً على المخدرات (الدمرادش، 1999: 46).

3. ضعف الوازع الديني لدي الوالدين :

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

4. الموارد الاقتصادية للأسرة:

هناك من المفكرين من يرى أن الفقر والمعيشة غير المستقرة وظروف العمل القاسية قد تساعد على انتشار تعاطي المخدرات وهناك من يرى أيضاً أن المال والغني وارتفاع دخل الفرد مع عدم ودود الخلق الفاضل والتربية السليمة ومحاولة ملء الفراغ والبحث عن المتعة الزائدة بأي ثمن ما هذا يؤدي إلى انتشار تعاطي المخدرات. (غباري: 1999: 76).

5. انشغال الوالدين عن الأبناء:

وذلك الجري وراء الكسب المالي أو تحقيق نجاح شخص يحرم الأطفال من التوجه السليم كما أن عنصر الضبط بين الطفل والوالدين له تأثير في شخصية الطفل ومدى ارتكابه للسلوك المنحرف حيث يؤدي الضبط القاسي والشديد أو إهمال الوالدين لأبنائهم إلى آثار سيئة على الطفل وعلى مستقبل علاقته بمصدر هذا الضغط والتهاون والسلبية في الضغط قد يؤدي الاستهتار والسلبية وعدم تمثل السلوك القويم (العزاوي، 2001: 91).

6. كثرة المشكلات العائلية :

مما يجعل الجو الأسري مملوء بالاضطراب وقد توصلت بعض الدراسات إلى نتيجة واحدة مفادها أن الأسر التي تفقد بين أعضائها علاقات المودة والمحبة وعدم التماسك تبعا لقيم الدين الإسلامي تؤدي بأبنائها إلى أعلى درجات الانحراف ومظاهر السلوك المنحرف ويتميز الشخص القادم من

هذه الأسر بالعدوانية الشديدة واللامبالاة وعدم احترام شعور الآخرين وممارسة ألوان من السلوك الضارة بنفسه وبأسرته وبمجتمعه وهو تعاطي المخدرات. (كفاي، 1993: 25).

7. أصدقاء السوء:

من الأسباب الرئيسية لانتشار تعاطي المخدرات " فلينظر أحدكم من يخال". فالقرين له تأثير قوي لما يجعل من قرينه مقلد له، فقد ثبت بصورة قاطعة أن من أهم الأسباب التي دعت بعض المتعاطين إلى المخدرات من التورط بها كان ناتج عن أصدقاء السوء. فمن يعاشر المقامرين يصبح مقامراً ومن يعاشر المتعاطين يصبح متعاطياً، وهكذا إذا دخل المرء إلى مجالس المدمنين سيجد نفسه مدمناً لا محالة، فالأفراد الذين يخالطون الشباب في المدرسة في أوقات الفراغ أو بعد تكوين صداقات يكون لهم تأثير قوي لتشجيعه على تقليدهم (شفيق، 1987: 80).

8. أوقات الفراغ:

يلعب دور الفراغ دوراً هاماً كأحد أسباب تعاطي المخدرات وانتشارها حيث يقوم الأشخاص بإضاعة أوقاتهم في أشياء تافهية لا يستفاد منها، وبالتالي يعتبر وقت الفراغ المكان المناسب لنمو وبروز الانحراف والانحلال داخل المجتمع، ويلاحظ ذلك بوضوح من خلال إجراء الدراسة على معظم الحالات التي تم ضبطها والتي كانت تتعاطي المخدرات وخاصة من هم في سن الشباب، وبعد إجراء الدراسة تبين أن العامل الأساسي وراء سيرهم في هذا المسلك ودخولهم في المخدرات يعود إلى عدم وجود أماكن ترفيهية مناسبة لجميع الطبقات من المجتمع لقاء أو أوقات فراغهم بها مثل ندرة الملاعب والنوادي والمنزهات الترفيهية.

والمكتبات العلمية والمراكز الإرشادية التي تهتم بعقد الندوات على اختلاف مجالاتها والتي يكون لها مردود ايجابي على الفرد بعدم الدخول إلى هذا المسلك. (غباري، 1999: 58).

9. ظروف العمل:

كما أن ظروف العمل تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة للانزلاق إلى هاوية الإدمان، فعدم القدرة الجسمية على تحمل العمل قد تدفع الإدمان إلى المنشطات والمنبهات، وقد تؤثر القدرات العقلية على عدم استيعاب ما يوكل إلى العامل من أعمال، ويكون من نتائج ذلك الشعور بالفشل وممارسة السلوك العدواني، وكما أن نوعية العمل قد تكون غير مناسبة لقدرات العامل الجسمية أو العقلية أو النفسية، وقد تكون نوعية العمل اكبر من قدرتهم ولا طاقة لهم، وقد تكون اقل بكثير من قدراتهم ولا يكتسبون منه أي مهارات فيشعرون بتفاهة ما يقومون به من عمل، كما أن معاملة المشرفين على العمل التي تتسم بالقسوة الشديدة، كل ذلك قد يدفع إلى الإدمان، حيث أن الإدمان أسرع استجابة متعلمة تعززت ونجحت في خفض التوتر والقلق، وكما أن مجتمع العمل الذي يعني به المهنة أو

الحرفة التي يعمل بها الإنسان والتي من خلالها يتم التوافق المهني، فكل إخفاق في هذا التوافق يترتب عليه اضطرابات خطيرة لنفسية الإنسان وظروفه الاجتماعية أما النجاح في العمل فلا شك انه يقضي على عامل من أهم عوامل الإدمان. (كفاي، 1993 :27)

الآثار السلبية للتعاطي:

تشكل مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة عالمية لا يكاد يخلو مجتمع إنساني من آثارها المباشرة أو غير المباشرة ، كما تكلف الإجراءات الدولية والمحلية لمكافحة إنتشار المخدرات والتوعية بإضرارها وعلاج المدمنين نحو 120 مليار دولار سنوياً، وتمثل تجارة المخدرات 8% من مجموع التجارة العالمية(المتعالم،1987: 72).

لقد أصبحت المخدرات والعقاقير المنشطة من أهم أمدائل ألرئيسة للفساد إذ تجاوزت حركتها التجارية حدود الأوطان ودخلت تحت المسميات العابرة للقارات ومن أهم آثارها ، تعريض السلم والأمن الداخلي للخطر فضلاً عن أضرارها بالتنمية الإجتماعية والإقتصادية ، أما أهم آثارها المستقبلية فهي تبدو في خصائص تجارها ومهربيها وموزعيها وإنتهاكهم لحرمة الأديان والقوانين المصرفية والإرتباط بجرائم العنف والإرهاب وسلامة وإستقرار الحكومات وتهديد المؤسسات العامة والقدرة على التلاعب في آليات منظومة الديمقراطية(15:1999، John Bonne).

الآثار الإقتصادية والسياسية :

إن متعاطي المخدرات حدث أو كبير , رجل أو امرأة ، فقير أو غني يشتري المخدرات التي يفضلها على غيرها في التعاطي بصفة يومية ، وتتنزاد رغبته في التعاطي يوماً بعد يوم فكلما تناقص أثر المخدر فيه أزدادت شهيته له ،وأزداد النقود التي ينفقها في الحصول على هذا المخدر ، والمتعاطي مستعد في ظروف انتقاء النوع المفضل له ، أن يشتري نوعاً آخر يلبي إحتياجاته ولهفته إلى تعاطي (مادة مخدرة ما) ، وإذا لم يجد أي نوع من الأنواع فهو مستعد أن يدفع أضعاف القيمة النقدية لكي يحصل عليه فقد يلجأ إلى الإستدانة ، أو بيع أي مقتنى لديه أو قد يسرق أو يختلس ، أو يقوم بأي عمل إجرامي آخر لمواجهة إرتفاع ثمن المواد المخدرة ، مما يدفعه للتضحية بالطعام وغيره من ضرورات المعيشة ، ولهذا قيل إن السرقات الصغيرة التي يرتكبها المتعاطي إنما ترجع إلى الضرورات الإقتصادية ، ومن المشكوك فيه أن يكون هذا التفسير البسيط مناسباً ، فكل الأشخاص لهم إحتياجات ، وبعض الأفراد يكفلونها بوسائل مشروعة ، وبعضهم بوسائل غير مشروعة ، ولا يبدو إن حقيقة المطالب أو حجمها يؤثر في مشروعية الوسائل أو عدم مشروعيتها(مياسا، 1995 :22).

ومن المعلوم إن الذي يتعاطى المخدرات يبذل المال في سبيله سهلاً رخيصاً من دون حساب ولا يخفى ما في هذا البذل من إتلاف للمال وخراب للبيوت وإيراث الفقر (علوان، 1981: 231).

هذا فضلاً عن التأثير المدمر في كيان الأسرة الإقتصادي ، فالتعاطي يؤثر في إنتاجية الفرد كما وكيفاً ، ومع إنتاجية المجتمع كذلك ، وعلى برامج التنمية الشاملة لاسيما في الدول النامية ، كذلك فإن الإتجار بالمخدرات يفقد المجتمع رؤوس أموال ضخمة كان من الممكن الإنتفاع بها في أعمال التنمية ، ويفقده الإشراف على تداول هذه الأموال ، وتحصيل الضرائب المستحقة عليها ، هذا فضلاً عن الربح الفاحش الذي يجنيه تجار ومهربي المخدرات من شأنه أن يوجد طبقة طفيلية من المنتفعين تقوم بصرف هذه الأموال ببذخ في شراء السلع والكماليات الموجودة في الأسواق بأعلى الأسعار ويؤدي ذلك إلى الإضرار بالمستهلك العادي ، إذ يجد إحتياجاته في إرتفاع مستمر (فرج، 1994 : 146).

فالخطر المحقق الذي يخترق إقتصاد البلدان هو تدفق العائد من أموال المخدرات غير المشروعة وإنسيابها إلى أنشطة إقتصادية ومصرفية مشروعة من أجل غسل الأموال وتطهيرها من شوائب الإدانة القانونية ، وقد تصبح العلاقة بعد ذلك عضوية بين الأنشطة الإقتصادية غير المشروعة والأنشطة المشروعة مما يتيح تسلل تجار المخدرات ومروجيها إلى المؤسسات السياسية، فإذا كان إنموذج الحكومة إستبدادياً أو شمولياً ففي إمكانهم ألتأثير في مفاتيح السلطة والنفوذ ، أما إذا كان ديمقراطي النزعة فقد يمكنهم شراء المواقع السياسية وأصوات الناخبين

(The sixth UN congress on, 1985)

فتجارة المخدرات الآن ظاهرة عالمية تمس (170) بلداً وإقليماً وكان أقوى نمو في الاتجار فيها في التسعينات من القرن العشرين من نصيب المنشطات الأمفيتامينية (أي .تي. سي) ويتركز الإتجار إقليمياً على النحو الآتي : الكوكايين والماريوانا في القارة الأميركية ، والإفيونات في آسيا وأوروبا ، والحشيش في أوروبا ، والمنشطات الأمفيتامينية في آسيا وأوروبا

وكلفة المخدرات في أمريكا اللاتينية قدرت بثلاثة بلايين دولار ، وينفق الأميركيون 40 بليون دولار سنوياً لشراء المخدرات الممنوعة وهذا المبلغ أقل بستة بلايين عن المبلغ الذي ينفق على نظام العدالة الجنائية (Scout .Edwin 1965 : 127).

ونظراً لصعوبة نقل وتهريب المواد الخام ، وهي على شكل أوراق وشجيرات فكان لا بد من إختزال وزنها وحجمها إلى أقل قدر ممكن فيتم تحويل الأفيون إلى مورفين وهيروين وأوراق الكوكا إلى كوكايين ويتم هذا التحويل بالمعالجات المعملية في مناطق جمع المحاصيل أو في محطات تنقية، فتنتقله حتى تضمن الأمان والبعد عن أعين الشرطة، وأن هذه الأنشطة غير المشروعة تتدفق

منها أرباح كثيرة تذهب لصالح التجار والمهربين ومن ثم إلى صناديق الجرائم المنظمة التي تدار بإحدث الأساليب التقنية (United Nation conference, the Drug problem, 1995:152) ومن جهة أخرى فإن إنتشار التعاطي يعمل على إنشغال عدد كبير من أفراد المجتمع عن الوظائف التربوية والإنتاجية المباشرة ، والتي تسهم في تطور المجتمع ونموه ، بوظائف غير إنتاجية مثل رعاية المتعاطين في المستشفيات وحراستهم في السجون ومطاردة مهربي المخدرات وتجارها (فحين ينتشر التعاطي في المجتمع فانه لابد أن يؤدي إلى تضخم في أعداد أفراد الشرطة وموظفي الإصلاحيات والمستشفيات) فإذا لم يكن تعاطي المواد المخدرة منتشرأ بهذه الدرجة في مجتمع ما لأمكن أن يتجه هؤلاء الأفراد إلى أعمال إنتاجية أو صحية أو تعليمية(إبراهيم، 2000: 4).

هذا فضلاً عن الخسارة التي تلحق بالقوة الإنتاجية البشرية في المجتمع نتيجة لإنتشار تعاطي المخدرات اذ توجد الخسارة المادية الإقتصادية التي تتمثل بالمرتبآت التي يحصل عليها المشتغلون بعلاج ومكافحة هذه المشكلة (تعاطي المخدرات) وفي النفقات الباهظة التي تستهلكها عمليات العلاج والمكافحة ، والمؤسسات التي تنشأ من اجل ذلك ، وفي عملية الإنفاق على المتعاطين أنفسهم داخل المؤسسات والمستشفيات أو حتى خارجها(حسون،1993: 48).

كما نجد إن هناك خسارة مادية أخرى تلحق بالمجتمع ككل تتمثل بالمبالغ التي تنفق على المخدرات نفسها فإذا كانت المخدرات تزرع في المجتمع الذي يستهلك فيه ،فإن معنى ذلك إضاعة جزء من الثروة القومية في الأرض التي كان من الممكن إستغلالها في زراعة ما هو نفع للمجتمع ، فضلاً عن ان الذين يعملون في هذه المزارع قد يكونون من المتعاطين أو المتاجرين بهذه المواد مما يسبب إنتشاراً واسعاً لهذه المواد(غرارة،1990: 96).

أما إذا كانت المخدرات تهرب إلى المجتمع من مصادر خارجية ، فإن مبالغ كبيرة تخرج من المجتمع عادة في صورة عملة صعبة مهربة عن طريق تهريب السلع ، فكمية المبالغ التي تهرب إلى الخارج ثمنأ لهذه المواد هي خطر على إقتصاد الدولة ، ومما يؤسف حقأ إن هذه المبالغ التي قد تصل إلى ملايين الدولارات كل عام ثمنأ لمواد فتاكة لإفراد المجتمع وكيان الدولة(الشديفات، 1995: 52).

في الوقت الذي يكون فيه المجتمع بأمس الحاجة لبناء كيانه وتطوره، إذ قد يمثل ضغطاً إقتصادياً خطراً على المجتمع ، يتمثل بعدم إشباع الحاجات الأساسية لبناء المجتمع وهذا الضغط الإقتصادي يمثل سلاحاً خطراً قد يؤدي إلى إنهيار إقتصادي ، ولا شك إن الآثار السيئة للتعاطي تمتد إلى الأضرار (بأمن الدولة) من خلال ما تقوم به عصابات التهريب من محاولات لشراء ذمم الموظفين العاملين في الموانئ ونقاط الحدود وفي مجالات المكافحة عموماً(البراك،1991: 78).

الآثار الاجتماعية:

أن تعاطي أي نوع من أنواع المخدرات من شأنه أن يضر بالفرد ، وان انتشار وتوزيع تعاطي المخدرات يحدث بين الفئات الاجتماعية المختلفة ،حيث ينتشر بين الشباب بصفة خاصة وأنه يتجه إلى الانتشار بين الأصغر سناً عنه بين الأكبر سناً(رفعت،1981: 165)

ويظهر الضرر الذي يلحق بالفرد بنتائجه على الضرر الذي يلحق بأسرته.... بصورة إضطرابات في العلاقات الأسرية ، ويؤكد هذا الرأي الدكتور (محمد مياسا) في كتابه الموسوم (مأساة الإدمان) إن إدمان المواد المخدرة ليست هي مأساة المتعاطي وحده بل مأساة الأسرة بكاملها في الدرجة الاولى،ففي الأسرة تنصب في نهاية الأمر كل المشاكل الناجمة من التعاطي ... وهي بمثابة ألمصفاة التي تترسب فيها وتتجمع كل النتائج التي يفرزها المتعاطي ، وإن الأمراض الاجتماعية التي تنمو في مستنقع المخدرات تنتقل إلى الأسرة...إلى الزوجة والأطفال...لتنفث سمومها فيهم(مياسا،1997: 153)

فكما تقدم من ذكر فيما سبق بشأن الأسباب الاجتماعية لتعاطي المخدرات من أن الأسرة (أسرة الحدث) هي المسؤولة الرئيسة عن تعاطي الحدث، وكذلك إن أسر المتعاطين هي أسرمتصدعة ومفككة لاسيما إذا ما كان رب الأسرة من المتعاطين ، اذ ينتج عن تعاطي الأب أو الأم أو الأخ الأكبر ، فقدان آلية الضبط والربط والمرجعية في الأسرة ،إذ قد يعيش المتعاطي بعيداً عن واقع أسرته وسبل ضبطها وتوجيهها ، أما إذا كان الأب رهين السجن بسبب الحكم عليه بقضية ما ، فالمعاناة تدفع بالأبناء إلى الضياع ولولجهم إلى عالم المخدرات من خلال تشردهم ونزوعهم إلى مجازاة رفاق السوء وربما وقوعهم في متهاتات الإنحراف والجريمة كالسرقة وتعاطي المخدرات(حسون،1993: 45).

ولا يخفى على احد إن نبذ المجتمع لإفراد أسرة المتعاطي على الرغم من إنهم يُعدون ضحايا ومجني عليهم في الوقت نفسه ، وقد لا يكون لهم ذنب فيما حصل(وقوع الحدث في مشكلة التعاطي) ومع ذلك تظل وصمة العار تلاحقهم وتطاردهم من الآخرين ، فقد يصبحون في نظر المجتمع أسرة موبوءة يفضل تجنبها (ولاسيما في المجتمعات التي تحرم التعاطي بصورة خاصة) فيبتعد عنها الصديق والقريب والجار ، وقد لا يقترب منها للمطالبة بالمصاهرة(الغزاوي،2001: 93).

وبحكم العلاقات الأسرية المفككة وفقدانها لمعايير الضبط والتنشئة الاجتماعية السليمة قد يلجأ الإحداث إلى عصابات الإحداث ، والتي ما تزال نتائج اغلب الدراسات عن الانحراف وجنوح الأحداث تؤكد ان الأحداث الجانحين اغلبهم جاءوا من بيوت ذات علاقات ضعيفة أو سلبية أو

مفككة ، كالأسرة المتصدعة التي تصبح مؤسسة طاردة لأبنائها pushing family ، وبما أن في المجتمع جماعات مختلفة ومنهية لجذب مثل هؤلاء الأبناء pulling Groups كالعصابات ، فهؤلاء الأبناء ينجرفون إلى شلة العصابات ، والسبب في ذلك إن أبناء العصابة عادةً يكونون ثائرين على أسرهم وأولياء أمورهم ، لأنهم يشعرون أو يتصورون إن هؤلاء حرموهم من الشعور بالإنتماء إلى أسرة يطمأنون لها وتوفر لهم الضمان والراحة النفسية والإطمئنان ، فهذه المشاعر تجعلهم يبحثون عن جماعة توفر لهم ما حرموا منه في أسرهم وهذا ما يدفعهم إلى الانتماء إلى العصابة لأنها مؤسسة جاذبة وتكون هي الأسرة البديلة لأنها تعطي كل عضو فيها دوراً حسب قدرته وإمكانياته وشخصيته ، فالحدث ذو الانفعالات والعواطف القلقة يشعر بالراحة والاطمئنان لأنه انتمى لجماعة وجد فيها مكانة بين إقرانه المشابهون له في الخلفية السلبية وهذه المكانة لا يمكنه الحصول عليها في مكان آخر ، لذا فهو يتمسك بحضارة العصابة ويأتمر بنظمها، والعصابة عادة لها تشكيلاتها الإدارية ففيها رئيس العصابة ومساعدوه وبقية الأفراد وكل له دوره(الجميلي،1999: 211).

وقد إتفق أغلب علماء النفس على إن العصابة تخفف أو بالأحرى تمتص نقمة الأسرة المفككة وتسعى لحل المشاكل النفسية ، والتنفيس عن التوتر العصبي الذي يعانون منه ، إذ إن العصابة تعد عند الإحداث موطناً طبيياً وعلاجياً ونفسياً لاسيما لإحداث ذوي المشاكل الأسرية ، فالخطورة في هذه المشاعر لإنهم أحياناً يميلون إلى العنف والإيذاء ، ومنهم من تتحول شخصيته إلى شخصية سايكوباتية مجرمة، وقد وصفها الباحث C.Cough بأن عيوب التنشئة الأسرية وأخطاؤها غالباً ما تنتج شخصية سايكوباتية ، فهي تولد الحرمان من المشاعر الإجتماعية وعدم الشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين ويكون أيضاً عديم الإحساس تجاه أفراد المجتمع خارج نطاق العصابة وتضعف عنده قابلية العطف والتمييز والإقدام ، لذلك يميل إلى عصابات العنف أو يشترك فيها(الجميلي،1999: 212).

فمن الحقائق التي توصل إليها معظم المعنيين في شؤون الجريمة ومكافحتها إن المتعاطين يميلون إلى ارتكاب الجريمة لتوفير المال اللازم لشراء المخدر لا سيما إذا كان من الأنواع الغالية الثمن، فالنشاط الإجرامي هو نهاية المطاف لفئة كبيرة من المتعاطين وإن السلوك السائد في مجال ارتكاب الجريمة بين جماعات المتعاطين هو السرقة بأنواعها المختلفة كسرقة المحلات التجارية أو المنازل لئلاً أو محلات الأدوية والعيادات إلى جانب الاختلاس والسلب والنهب(LloydD.Johnston,1978, 155)

وإن الأسباب التي تدفع المتعاطين الى ارتكاب مثل هذه الجرائم كما يرى بعض المحللين ناتجة بشكل أساسي من آثار المخدر الذي غالباً ما يسبب بطبيعته الهياج والإقدام على السلوك الإجرامي لمتعاطيه، فالتأثيرات التي يحدثها المخدر في عقول المتعاطين قد تمنعهم من التفكير السوي، وتسمح لهم بإرتكاب السلوك الإجرامي من دون وعي أو أدراك منهم (سالم، 1984: 10).

وعلى الجانب الآخر يرى بعضهم أن السلوك الإجرامي ناجم بشكل أساسي من الحاجة الملحة لاشتواء المخدر والبحث عنه بأي وسيلة لتكون النتيجة في حالة عدم توافر الأموال اللازمة لدعم التعاطي (السرقة والاختلاس) أو غيرها من السلوك الجانح أو الإجرامي إذن فالعلاقة بين تعاطي المخدرات خاصة والجريمة والسلوك المنحرف واضحة ومكشوفة ولذلك بدأت تحتل حيزاً كبيراً في الدراسات الاجتماعية والطبية والسياسية للحد من خطورتها ، ودراسة تونري وويلسن & Tonry سنة 1990 بينت وجود علاقة كبرى بين زيادة نسب الجريمة وزيادة تعاطي المخدرات بين المجرمين (شوكت، 1987: 47).

من جهة أخرى فإن تعاطي المخدرات له أثر بالغ الخطورة في الحدث من ناحية المدرسة والتعليم فانه كما سبق ذكره من الآثار الصحية في الإحداث المتعاطين للمخدرات التي تؤدي إلى عدم التركيز وصعوبة في الإدراك فضلاعن الأمراض الأخرى بجانب تأثير أسرة الحدث المفككة ووجود رفاق السوء مما يجعل من الحدث مهياً للهروب من المدرسة والإنزلاق نحوهاوية الإنحراف والجريمة، لان تعاطي المخدرات كما سبق ذكره لا يستطيع الحدث معه الإلتزام بالمسيرة التربوية والتعليمية لما تتطلبه من عقول وأجسام جيدة لا تشوبها شائبة، فالمدرسة هي عقل التجربة الأولى الذي يجد الحدث نفسه فيه مجرداً من الإطمئنان العاطفي الذي إعتاده داخل أحضان الأسرة، وهي المحك الأول الذي تقاس منه قدرة الحدث أو عدم قدرته على التكيف مع مجتمع يسوده النظام والقواعد الملزمة التي يتعرض الحدث فيها للعقاب إذا خالفها فإذا لم يجد الحدث القدوة في المعلم ولم تتوفر الأساليب التربوية السليمة واستعملت السلطة والعقاب المفرط تجاه الحدث مما يجعله مرشحاً للهروب من المدرسة وتعزيز قدرة عدم الثقة بالنفس والولوج إلى عالم لإنحراف ومنها تعاطي المخدرات (Tonry K.D .and Wilson 1990,p.46).

ومن الناحية الدينية فان للمخدرات اثرا كبيرا على الدين ، فهي تصد عن ذكر الله وعن الصلاة ، فكيف يذكر الله ويستغفره ويؤدي الصلاة من فسد عقله عن طبيعته المدركة الحاكمة وأصبح لا يعلم ما يقول(العصره، د.ت: 242).

وإذا علمنا إن الصدود عن ذكر الله جريمة وإن صاحبها يكون مشمولاً بقوله تعالى ((وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكاً وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِي أَعْمَى وَقَدْ كُنْتُ بَصِيرًا قَالَ كَذَلِكَ أَتَتْكَ آيَاتُنَا فَنَسِيَتْهَا كَذَلِكَ الْيَوْمِ تُنْسَى)) "طه، 124-126".

أدركنا هول ما يجني الإنسان على نفسه بتعاطي المواد المخدرة ، فالصلاة صلة بين العبد وربه وركن من أركان الدين من أقامها فقد أقام الدين ومن هدمها فقد هدم الدين.

وبتعاطي الإنسان المخدرات يقطع صلته مع الله بيده ، لان المخدرات تشغله عن الصلاة فلا يصلي وان صلى فصلاته غير صحيحة لأنه لا يدرى ما يقول.(السعد، 1997: 22).

لذلك كله قد يبتعد المتعاطي عن بيئته الاجتماعية السوية ، ورفاقه الطبيعيين ويلجأ إلى صداقات رفاق السوء من أمثاله الذين يتعاطون المواد المخدرة، وتبقى علاقاته محصورة في هذا النطاق الموبوء بالمتعاطين والمروجين ، مما قد يترتب عليه فقدان الأهلية الإجتماعية السوية ، وزيادة فرص الانحراف مع جماعات الرفاق من المتعاطين

هذا فضلا عما يواجهه المتعاطي من نبذ المجتمع وكراهيته ، وتصبح النظرة إليه بوصفه شاذاً خارج عن أعرف المجتمع وتقاليد ، ومرتكباً لإثم كبير ، ومخالفاً للقوانين والأنظمة المرعية في المجتمع ، وفي بعض الحالات يوصم بالإجرام الذي يستحق العقاب ، فضلا عن وصمه بألقاب عديدة تقلل من إحترام الآخرين له ، هذا كله قد يسبب (عزلة المتعاطي) ومحاولته الإبتعاد عن الآخرين وعدم ثقته بنفسه، وإقتناعه بأنه شخص غير مرغوب فيه ،وقد يؤدي ذلك إلى ظهور أعراض مختلف الأمراض النفسية منها والصحية(أبو رضية1980: 344).

الاثار الصحية والنفسية:

أن آثار التعاطي تختلف كما وكيفاً تبعاً للتكوين الجسماني للمتعاطي ، وتبعاً لقوة المادة الفعالة الموجودة في المخدر، وكذلك تختلف هذه الآثار باختلاف التكوين السيكولوجي للفرد مع الإخذ بالحسبان حالته النفسية والمزاجية والعقلية قبل وفي أثناء التخدير(القاضي،2001: 48).

إن تعاطي المخدرات يصيب الإنسان بإضرار صحية عديدة قد تؤدي بحياته ، منها الأضرار التي تصيب الجهاز الهضمي ، والجهاز العصبي ، والجهاز التنفسي ، والجهاز الدوري، والإضرار الحسية، إذ تتجسد الآثار الجسمية التي تتولد عن تعاطي المخدرات في هبوط الحيوية والنشاط ، وإنخفاض المستوى الوظيفي لأجهزة الجسم الفسيولوجية كافة ، وأحداث أضرار تلحق بالجلد والأسنان والمسالك التنفسية ، والكبد ، ومن الآثار الفسيولوجية : تمدد الأوعية الدموية التي تنشأ أضراراً للجلد والإحساس بالدفء وهذا يصحبه عادة هبوط قليل في ضغط الدم وزيادة في سرعة ضربات القلب ، وعدم القدرة على النوم ، وآلام العضلات المبرحة ، وجريان الأنف والعيون ،

والتعرق ، والمغص المعوي الحاد، والتقيؤ، والإسهال، وانتصاب الشعر، وكذلك اضطراب بدرجة حرارة الجسم (عثمان، 2002: 21).

هذا بالإضافة إلى إصابة الذكور من المتعاطين بالضعف الجنسي ، حيث تقلل المخدرات من القدرة الجنسية، وتقلص من إفرازات الغدد الجنسية بعد مدد من التعاطي المستمر والطويل ، ويسبب أيضا فقر الدم الشديد ، وتكسر كريات الدم الحمراء ، كما إن المخدرات هي السبب الرئيس في الإصابة بأشد الأمراض خطيرة مثل السرطان (الدمرداش، 1999: 53)

ويضيف الدكتور عادل صادق (2003: 10): أن الإضرار الصحية الناتجة من التعاطي تتنوع وتتفاوت ما بين أضرار تحدثها عموم المخدرات، أي بصرف النظر عن نوعها، وأضرار ينفرد بها نوع من دون آخر، وبين ثالث يتخطى الأضرار البدنية إلى إضرار عصبية ونفسية.

ومن الآثار النفسية لتعاطي المخدرات في الأحداث يؤدي إلى التعاطي المستمر والذي بدوره يؤدي إلى الإدمان ومنه إلى آثار نفسية لدى الحدث ، إذ قد يؤدي إلى إحداث تدهور مستديم للوظائف العقلية والنواحي الإدراكية ، إذ إن للتعاطي آثاراً سيئة في النشاط والحركة لمن يعتمد عليها، فتظهر علامات الكسل والخمول وعدم القدرة على الإلتزان فيصبح المتعاطي خائر العزيمة فتحط همته فلا تبقى له في الحياة أهداف يسعى إلى تحقيقها ويصاب بالنسيان وعدم التركيز العقلي ، فيهمل الواجبات ، ويعجز عن تنفيذ الأوامر ، وينتهي بفرد عاجز عن عمل أي شيء مفيد (جويدي، 1978: 60).

ويظهر هذا بوضوح من النتائج التي توصلت إليها دراسة (الباز، 1999: 51) عن الإداء المهني لمدمني المخدرات ، إذ تبين من خلال الدراسة إن الأداء المهني للمتعاطين منخفض ، إذ إن للمخدر تأثيراً كبيراً في الصحة النفسية والجسدية والعقلية ، فالمخدر يؤدي إلى الخمول والبلادة والإهمال وعدم الإكتراث ، وتدهور مستوى الطموح ، وهذا كله ينعكس سلباً على أداء المتعاطي لمهارته ، وضعف الكفاءة المهنية مما يؤدي إلى البطالة وفقدان الدخل.

وهناك جملة من الإنعكاسات النفسية يسببها تعاطي المخدرات منها:-

1. يحدث تعاطي المخدرات إضطراباً في الإدراك الحسي العام ، لاسيما إذا ما تعلق الأمر بحواس السمع والبصر لحدوث خلل في المدركات الحسية ، هذا فضلا عن الخلل في إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء ، وإختلال أدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول واختلال أو إدراك الحجم نحو التضخم.

2. يؤدي تعاطي المخدرات إلى إختلال في التفكير العام وصعوبته وبطئه ، ومن ثم يؤدي إلى فساد الحكم على الأمور والأشياء التي يحدث معها بعض أو حتى كثير من التصرفات الغريبة فضلا عن الهذيان والهلوسة(الجبار، 1994: 20)

3.إزدياد قابلية الفرد للإندفاع في شعور الفرح ، اذ ينقلب المتعاطي عن حالة المرح والنشوة والشعور بالرضى والراحة (بعد تعاطي المخدر) ويتبع هذا ضعف في المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه ، فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة والنشوة والعيش في جو خيالي وغياب عن الوجود ، وزيادة النشاط والحيوية ، ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة والنشوة إلى ندم ودافع مؤلم وفتر و إرهاق مصحوب بخمول وإكتئاب.

4.إزدياد درجتي التردد والتسرع،اذ تتسبب المخدرات في حدوث العصبية الزائدة والشديدة التوتر الإنفعالي الدائم والذي ينتج بالضرورة ضعف القدرة على التكيف الاجتماعي(الجبار، 1994: 21)

5.عدم التناسب الإنفعالي وهذا إضطراب يحدث فيه عدم توازن في العاطفة، فيرى الشخص المصاب بهذا الإضطراب يضحك ويبكي من دون سبب مثير لهذا البكاء والضحك فيشعر بأنه شخص متغير تماماً وأنه ليس هو، وذلك على الرغم من أنه يعرف هو ذاته،ويحدث هذا الإحساس أحياناً بعد تناول بعض العقاقير المخدرة والحشيش

وثمة خاصية واحدة تشترك فيها مختلف أنواع المخدرات في الأحوال النفسية كافة وهي إن هذه المواد المخدرة تضعف لدى الشخص الحاجة إلى الصلات الإنسانية لعلاقات إجتماعية وتهبط بصورة عامة بنوع ومستوى العلاقات الإجتماعية التي ينبغي على كل شخص أن يمارسها بوصفه عضواً في المجتمع ، وتحد كذلك من نطاق إهتمامه وتحمله على الإنطواء وتجعله أسيراً لهذه المواد ، ويكف الشخص عن الإهتمام بإصدقائه ولا يجد ما يجذبه إلى حياة مجتمعه ، وبهذا لا يتمكن من إقامة علاقة طيبة مع الآخرين ولا حتى مع نفسه مما يتسبب في سيطرة أفكار منحرفة عليه ، مثل الإنتحار ، إذ إن هناك علاقة وطيدة بين تعاطي المخدرات والإنتحار ، فمعظم حالات الوفاة المسجلة ما بين المتعاطين كان السبب فيها هو تعاطي جرعات زائدة من المخدر (عقار، 1986، 18).

واقع المخدرات في المجتمع الفلسطيني :

إن تعاطي المخدرات وإدمانها (خاصة بين الشباب) تعتبر العقبة الكبرى أمام جهود التنمية والإعمار والبناء ، بسبب ما يفرزه الإدمان من أمراض اجتماعية وانحرافات سلوكية، وكذلك ما يحدثه من آثار اقتصادية وصحية وسياسية سيئة، تعتبر معوقات لعملية التنمية ولا شك أن الإدمان وباء يهدد دول العالم المتقدمة والنامية ولا تقف مخاطره عند حدود دولة أو قطر معين وهذه الحقيقة أكد عليها علماء الدين والاجتماع والنفس والصحة .

ويعاني مجتمعنا الفلسطيني على وجه الخصوص من هذه الظاهر الفتاكة .. هذه الظاهرة التي نتجت عن تراكمات الماضي البئيس حيث مساعدة الاحتلال للتجار على ترويح هذه الآفة والاتجار بها وتغاضي بعض المسؤولين عن ملاحقة التجار وعدم الجدية في علاج ظواهر الإدمان وتأهيل المدمنين كما أن ضعف الأجهزة الأمنية وعجزها عن القيام بدورها بشكل فاعل، هياً بيئة لتجار المخدرات لتوسيع رقعة الترويح والاتجار... و مما زاد في مشكلة انتشار المخدرات وتوسعها في قطاع غزة أجواء الانفلات الأمني في العهد السابق والتي أوجدت جماعات مسلحة تطلق على نفسها أجنحة مقاومة في حين تنشط في ترويح وبيع المخدرات كما أن عددا من العائلات في القطاع كانت تحول في كثير من الأحيان دون تمكين الشرطة من القبض على المتورطين من أبنائها في تجارة أو ترويح المخدرات.ومما يزيد من خطورة الظاهرة هو تفشيها مؤخرا في أوساط الشباب الفلسطيني الذي يعاني من أزمات نفسية ودرجات إحباط كبيرة نتيجة ظروف الحصار والمأزق الاقتصادي والمادي الذي يعصف بذويهم ويحول دون تلبية رغباتهم واحتياجاتهم (العبادلة،2010: 45).

النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان وتعاطي المخدرات

تعكس نظريات الإدمان الاتجاهات والممارسات السائدة في هذا المجال، ومن أجل تقديم الوصف الشامل للإدمان تنتظم نظريات الإدمان ونماذجها وبصورة أوسع وطبقا لميزاتها وخصائصها، وتتضمن:النماذج التقليدية مثل:(النموذج الأخلاقي، والنموذج الشرعي، والنموذج القانوني، والنموذج الطبي، والنموذج الصيدلاني أ ما النظريات المعاصرة، فتتضمن النظريات . البيولوجية، والسيكولوجية والاجتماعية -الثقافية، بينما تتضمن النماذج الشمولية النموذج البيولوجي-السيكولوجي -الاجتماعي، ونموذج الصحة العامة والبيئة(الأول كعامل، والثاني كتابع). وتوفر هذه النظريات ونماذجها الأطر المرجعية التي تساعد المتخصصين في تفهم واستيعاب أسباب الإدمان ومعرفة جوانبه المختلفة، وتستخدم للقيام بالبحوث والدراسات العلمية وفي الوقاية والعلاج ولتطوير السياسات المتبعة

وفيما يلي عرض للنظريات المعاصرة التي حاولت تفسير الإدمان:

1. النماذج الشمولية Comprehensive Model:

النموذج البيوسيكوسوشيال (البيولوجي - السيكولوجي - الاجتماعي)
(Biopsychosocial Model):

بدلاً من النظر إلى الإدمان واعتباره ناجماً عن منظور واحد، يستخدم الكثرة من المتخصصين والأطباء هذا النموذج لفهم واستيعاب أسباب المرض والتعبير عن نشأته ومعالجته والوقاية منه، فينظرون إلى الإدمان بوصفه تركيبة بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية - ثقافية تحمل هذا المتغير وتتضمنه. ويضم هذا المنظور ويدمج في ثناياه جميع سمات وخصائص النظريات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية الثقافية، ويتناغم هذا النموذج وينسجم مع النظرة الكلية للمدمن، ويحدد الباحث " سيديرر Sederer عدداً من المآخذ على هذا النموذج هي:

1. أن هذا النموذج لا يزدنا بطريقة لإنشاء هرمية تنظيمية للمسببات .
2. أن قدرة إحدى الجينات أو المورثات على تعديل إدمان الكائن الحي ومغزاه ومعناه، قد يطغى ويغطي عملية البحث عن الأسباب.
3. من الصعب متابعة مراحل العلاج باستخدام هذا النموذج، وبصرف النظر عن هذه الانتقادات، فإن هذا النموذج واسع الانتشار، وتتعامل عملية القياس والتشخيص الطبي والتخطيط العلاجي والتدخل الطبي الإجرائي، ثم عملية التقويم مع المتغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كافة (عبد المنعم، 2003: 98).

ب - نموذج الصحة العامة والنموذج البيئي Public Health HostEnvironment Model Agent-

ظهر هذا النموذج في حقبة الستينات من القرن الماضي، وتوسع ليصف أسباب الأمراض والاضطرابات في العديد من المجالات الصحية العامة، أن ما فيما يتعلق بنموذج الصحة العامة (كضيف) والبيئة (كمضيف لذلك الضيف)، فهو نموذج شمولي للصحة العامة وللمرض الذي ينمو في بيئة صحية في المجتمع. وطبقاً لهذا النموذج يعتمد مستوى الصحة العامة وحالة الاضطراب والقلق على التفاعلات الدينامية السائدة بين ثلاثة عناصر هي: العامل الضيف (المسبب)، والمضيف (السبب)، والبيئة، ويمكن أن يكون هذا العامل خارجي أو داخلي، بحيث أن غيابه أو حضوره سيؤدي إما إلى الداء أو إلى الاختلال أو الاضطراب. ففي حالة الإدمان يمكن أن يكون ذلك العامل مادة من المواد المخدرة، أو أن يكون عادة على هيئة سلوكيات إدمانية مثل: القمار، والتسوق، والشراهة الجنسية، فيجب أن يكون العامل موجوداً لكي ينمو ويتطور الإدمان (إذا

لم تشرب لا تسكر)، ومع ذلك فإن وجود المادة نفسها - أو وجود السلوكيات الأخرى كعوامل - بحد ذاتها ولوحدها لن تؤدي إلى الإدمان بصورة مباشرة . أما المضيف، وهو الفرد، فيمكن التشكك بشأنه، فربما يكون لديه داء معين أو اختلال وظيفي معين، فهذا الداء وهذا الاختلال هو الإدمان في هذه الحالة، وتتضمن العوامل المضيفة التي تزيد من حالة التشكك في الإدمان: السجل /التاريخ الأسرى لسوء استخدام المواد المخدرة، وماضي سوء استخدام الجنس، ونمطية الحياة المدمرة للذات . ويصف مفهوم المرونة وسهولة التكيف وفقا لتغير طارئٍ إثر بلاء مقيم، العوامل الدفاعية للمضيف التي تزيد من احتمالية أن الفرد قد يقاوم وسيتحدى عملية التعاطي والاستعمال أو حتى عملية الإدمان .ولكن هناك أيضا العوامل الجينية المؤكدة، والأداء الوظيفي الأسري، والكفاية الذاتية، وميكانيزمات أو آليات الصحة العامة التي ستزيد من احتمالية أن الفرد سيقاوم عملية الاستعمال وسوء الاستعمال أو الإدمان (الغريب، 2006: 89).

وتتكون النظرية البيئية من كافة الظروف والشروط الاجتماعية والمادية الخارجة عن نطاق المضيف، وهي: المناخ، والسكن، والأسرة، والمدرسة، والجيران، ووسائل النقل، وأماكن العمل، وغيرها من العوامل .وتتضمن المثبطات البيئية الرئيسية: الخدمات الصحية البائسة، والفقر، والتشرد والحرمان والبطالة، والسجن، والتعرض للحروب والتورط في عمليات عدوانية، والتعرض للمصائب وللحوادث الطبيعية.

ويؤكد نموذج العامل - المضيف - البيئية، على التفاعلات الديناميكية السائدة بين هذه المتغيرات الثلاثة بوصفها محددات أكيدة للصحة أو للمرض .ويدعم نموذج الصحة العامة النظرية القائلة بتعدد الأسباب أو المسببات المركبة، ويقدم تفسيرات للعديد من الظواهر المعقدة مثل: الإدمان، والتشرد، وغيرهما (حجاب، 2011: 50).

2. النظريات الاجتماعية -الثقافية

لا تخلو النظريات السيكلوجية المفسرة للإدمان من الانتقادات، فالنتائج التي توصل إليها الباحث "فاينستون Finestone في دراسته المعنونة ب:"المخدرات وعلم الإجرام " عام ١٩٥٧ لا تتفق مع مفهوم "الرجل المريض" الذي يوصف به المتعاطي للعقاقير المخدرة . إذا لاحظ بأنه ليس هناك دليل لأي تركيز مكثف صادر عن المراهقين من ذوي والاختلالات في شخصياتهم في المحيط الذي يعيشون فيه، والذي يمتاز بأعداد كبيرة من الشباب المتعاطين للعقاقير المخدرة .وبما أن العديد من المدمنين يقيمون في مناطق تكثر فيها الانحرافات، فإن هذا الاستنتاج قد عززته وساندته دراسة قام بها الباحث"فولكمان Volkman عام ١٩8٥ الذي وازن بين مجموعة من المنحرفين ومجموعة أخرى من غير المنحرفين، واستنتج أن شخصية المدمن لم يكن لها ارتباط من الناحية

السببية، واستنتج الباحث " وينك Winick عام ١٩٥٧ بأن هناك خلافاً في الدراسات السيكولوجية لمتعاطي العقاقير المخدرة، لأن تلك النتائج انبثقت من بيانات تم تجميعها من أفراد مسجونين . ومعنى هذا الكلام أن الأفراد الذين قام معظم الباحثين بدراسة قضاياهم قد كانت من الأمور المنتهية بالنسبة إليهم، أو كانت شخصياتهم مستتجة من عناصر وعوامل أخرى .ولا يتفق علماء الاجتماع كثيراً مع أولئك الذين ينظرون إلى استخدام العقاقير، والذين ينظرون إلى كافة الانحرافات الاجتماعية الأخرى على أنها فقط مظاهر ومواصفات لبعض الظروف والحالات السيكومرضية . وقُلما تم قبول مثل هذا الاتجاه في ميادين علم الاجتماع العامة، ولا من قبل علم الإجرام أو علم النفس، ومثل هذا الاتجاه السوسولوجي لتفهم واستيعاب استخدام المخدرات يمثله الباحث " كلوسن " أحسن تمثيل، عندما يشير إلى الدراسات والبحوث التي تناولت الشخصية ونموها للسكان في قاع المدينة، أي الأماكن المتدنية المستوى، فأشار إلى أنهم كانوا من ذوي الصفات والسمات الشخصية المتشابهة تماماً، على عكس ما يظن البعض بأنها سمات ينفرد بها المدمنون فقط . ويفترض الباحث بأنه ربما تكون سلاسة الضوابط الاجتماعية في مثل تلك المناطق المتدهورة جنباً إلى جنب مع وفرة المخدرات فيها، عوامل تفرض نفسها من ناحية ارتباطها بالنسبة المرتفعة في الإقبال على تعاطي المخدرات وتفترض النظريات الاجتماعية وجود علاقة سببية بين تطور نوع ما من الإشكالية الإدمانية وبين الإطار السوسيوثقافي الذي تحددت فيه مواقع هذه الإشكالية وأمكانتها، وتطرح السؤال التالي :ما وظيفة الأسرة والبيئة والثقافة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الكامنة في تطور الإدمان(المشرف والجودي، 2011: 73).

أ. نظرية الأنساق

تحاول نظرية الأنساق أيضاً تفسير الإدمان، وتضع في اعتبارها مجموعة من الأنظمة السائدة وبيئات هذه الأنظمة، فالمؤسسات وعمليات التواصل والتفاعل والاعتمادية المتبادلة والمشاركة وتكامل الأجزاء والعناصر، هي التي تتميز بها هذه النظرية ، ووفقاً لما يذكره الباحث برتالانفي Bertalanffy ١٩٦٨ فإن الأنظمة الحية كافة هي أنظمة مفتوحة، ويحافظ النظام المنفتح على المدخلات والمخرجات المستمرة ذات العلاقة بالطاقة وبيئتها، ويصبح هذا النظام المنفتح أكثر تنوعاً وتعقيداً وتنظيماً .أما النظام المغلق، فهو نظام منعزل عن بيئته، ويتوجه نحو " اللانظام " والفوضى المتزايدة .وتنظر نظرية النظم إلى الناس على أنهم كائنات اجتماعية بدلاً من النظر إليهم على أنهم ككيونات سيكولوجية أو بيولوجية، والتفاعل ما بين الفرد والبيئة أمر حيوي للغاية، فإزالة آثار المخدر لمدمن متشرد ستكون معاملة سيئة إذا كان هذا المدمن سيرمى في الشارع مرة أخرى.

وإذا ما تم تطبيق نظرية النظم على الأسرة المدمنة، فسيكون من الواضح أن إساءة استخدام العقاقير أو ممارسة أي سلوكيات إدمانية، إنما يستهدف تحقيق غرض ينصب في النظام الأسري، ومن ثم فإنها-الأسرة-ستؤدي دورا في بداية الإدمان، وفي تطوره، وفي معالجته (عبد المنعم، 2003: 89).

ب. النظرية الأنثروبولوجية

تركز النظرية الأنثروبولوجية على القيم والاتجاهات والميول والمعتقدات، وعلى المبادئ والمعايير التي يؤمن بها المجتمع بالنسبة لاستخدام المخدرات والسلوكيات الإدمانية الأخرى، فالشعوب البدائية تعرف المخدرات وتستخدم الأنواع العديدة منها، ولكن الإدمان على أي نوع منها نادر الحدوث، وتفيد الدراسات الثقافية المقارنة بأن الوظيفة والدلالة الرئيسية للكحول في كل المجتمعات هي التقليل من التوتر، الذي عادة ما يرتبط بالاستقرار والقلق الاجتماعي ومع الاختلال الوظيفي، أو مع التغيير الذي يحدث في كل زاوية (حجاب، 2011: 45).

ج. نظرية الأسرة:

لا تؤمن نظرية الأسرة بالمبدأ القائل بأن الإدمان هو مشكلة فردية أو داء، وتتحقق نظرية الأسرة من كيفية مساهمة الأسرة في عملية الإدمان، وكيفية تأثير هذه المشكلة في كل فرد من أفراد الأسرة والأعباء الناجمة عن الأسرة بمجملها، فالإدمان إذن هو آلية من آليات المواجهة، والتسامح من جانب الأسرة يرسخ الإدمان، ومع مضي الوقت تتطور "الطقوس والقواعد" الأسرية التي تعمل على تحديد السلوكيات والأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة كافة تجاه الإدمان، فالاتصالات السيئة والتعبير المحدد والمحدود عن المشاعر، هي التي تتمتع بها الأسرة المصابة بالإدمان، والتفاعلات والتكهنات ستكون غير ثابتة وغير مستقرة، والسلوكيات الفظة من جانب الأبناء هي الشائعة تماما في الجو الأسري، ويكون الوضع سلبيا للغاية، إذ يسود النكران والغضب وعلاج الذات بما يحلو لصاحبها، ويتطور الإدمان الم شترك ومع تطوره يصبح هذا الإدمان منقشيا في أفراد الأسرة، فنتصاعد حدة الخلل الوظيفي، وتشعر زوجة المدمن بأن كل شيء في داخلها وفيما حولها ليس تحت سيطرتها والأمور كلها سائبة، فنتحمل المسؤولية وتحاول أن تضبط نفسها وزوجها وسلوكياته تجاه تناول الشراب، وغالبا ما يتباين هذا التسامح ويتراوح بين القيام بعملية إنقاذ لزوجها وبين القيام بتوجيه اللوم إليه ومعاتبته، ومصاحبة المدمن يديم الإدمان ويعززه، ويزيد من الخلل الأسري داخل الأسرة، وسيؤدي الاكتشاف المبكر للإدمان إلى حدوث انتكاسة جديدة، وربما يضطر الأطفال لأن يكونوا كبش فداء أو كأطفال ضائعين (حجاب، 2011: 43).

د. نظرية الباب المفتوح Gateway Theory:

تفترض نظرية الباب المفتوح بأن استخدام المخدرات بعينها يترك الأبواب منساعة لاستخدام المخدرات الأكثر عنفاً وضرراً. فقد استنتجت كثير من الدراسات السائدة بخصوص المراهقين، أن استخدام التبغ ثم استخدام الكحول سيستمر متقدماً لاستخدام المخدرات الأخرى وهناك نظرية الأشياء المتيسرة - الوفرة ((Availability Theory)) التي تؤكد بأنه كلما زاد الإقبال على المواد المخدرة أو سلوكياتها مثل: لعب القمار أو الجنس أو التسوق المرضي، ازدادت حدة الإدمان ووفرتة، وتهتم النظريات الاقتصادية بالتكلفة الاجتماعية للإدمان لهذه النظريات الاجتماعية، حالها حال النظريات البيولوجية والسيكولوجية ذات الصلة بالإدمان، نقاط ضعفها الجوهرية، فهناك الكثير من التساؤلات التي لا يمكن الإجابة عنها من منظور سوسولوجي صرف ومجرد، وسنظل في حيرة من أمرنا بسبب مبادرة أفراد معينين باللجوء إلى تعاطي المخدرات، في حين أن الآخرين الموجدين في الإطار السوسيوثقافي نفسه لا يلجأون إلى ذلك، إضافة إلى أن الدراسات الخاصة بعلاقة الخلفية الأسرية بالإدمان قلماً ونادراً ما تعرف أوجه الشبه بين أسر المدمنين وغير المدمنين. فالدراسات الطويلة المدى المتعلقة بنشوء وتطور الإشكاليات الإدمانية الكامنة في النطاق الأسري وفي العلاقات اليومية غير متوافرة، وبخاصة أن هذه الأمور تعد جوهرية في أية نظرية سوسولوجية (حجاب، 2011: 47).

هـ. المنحنى البنيوي للإدمان:

يتضمن هذا المنحنى تطبيقاً للمفاهيم التحليلية والسوسولوجية - الاجتماعية في محاولة توضيح السلوكيات الشاذة والمنحرفة، وما يتضمنه هذا المنحنى هو الافتراض القائل بأن هناك ظروفًا اجتماعية تعمل على إنتاج وخلق السلوكيات الشاذة والمنحرفة. لهذا يحاول مؤيدو هذه النظرة وضع ملخص للسمات والخصائص البنيوية ذات الصلة بالسلوكيات الشاذة، والتحقق من مدى علاقتها الكائنة بين صفات وخصائص اجتماعية معينة وبين الانحراف، فيرى هؤلاء أن هناك مجموعة من المتغيرات الاجتماعية Social Variables من أمثال: الطبقة الاجتماعية والتفكك الاجتماعي، والاضطراب الاجتماعي، والتركيبية الاجتماعية، والوسط الاجتماعي، والتشرد، والانقطاع الثقافي، وصراع الأدوار، هي التي تؤدي إلى الانحراف، ولاشك في أن هذه الرؤية نابعة من موقف يتعلق بنظام القواعد أو ما يسمى بتوقعات الأدوار الوظيفية وتكهناتها، فالمضمون الوارد هنا يقول بأن الانحراف حركة مستقلة وخاضعة للرؤى الخاصة بالمعزز أو المحرض. وهذا هو الموقف الذي يتخذه الباحثان "بارسونس وميرتون" حيث يبدأ الباحثان بتحليل النموذج الستاتيكي للنظام الاجتماعي، ثم يطرحان سؤالاً يتعلق بسببية وجود انتهاكات للمعايير والقيم، فالسلوكيات الشاذة

والمنحرفة حسب ميرتون ما هي إلا نتيجة لظرف خاص يتعلق بالبنية الاجتماعية التي يتوافر فيها التفكك وعدم الترابط، فتلقى البنية الاجتماعية بظلالها وبضغوطاتها على الفرد لكي يتصرف بشكل منحرف ويقدم علماء الاجتماع الأمريكيون من أمثال " ميرتون وكلاورد تفسيرات ثقافية بخصوص تعاطي المخدرات، فالتعاطي من وجهة نظرهم يمثل استجابة انسحابية تحدث لدى المتعاطي، لأن طرق وسبل النجاح أمامه غير متيسرة أو مغلقة، وفي الوقت ذاته يجد نفسه عاجزا عن ارتكاب أفعال إجرامية يحقق من ورائها أهدافه.

ويفسر ميرتون ارتفاع معدلات الإدمان باعتبارها نتاجا للمواقف الاجتماعية التي يمجدها فيها الفرد هدف النجاح الفردي، ويصد الأبواب في وجه بعض الفئات الأخرى التي تخالف فيما بعد معايير مجتمعها وتتحرف عنه، وقد يكون من صور هذا الانحراف إدمان المخدرات ويقدم " دونالد تافتDonald Tafft تفسيراً للانحراف الاجتماعي بما فيه الإدمان فيقول " :إذا كانت ثقافة ما تتسم بالتعقيد والدينامية، وتمجد الشخص الذي ينجح في مواقف الصراع والتنافس ولكنها تسد الطريق أمام الكثير لتحقيق هذا النجاح، فإن فشل هؤلاء يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية عدائية ضارة بمصالح المجتمع ككل ويقدم بعض الباحثين تفسيراً اجتماعياً قائماً على عملية التعلم الاجتماعي، ومن هم " سوزراندSutherland الذي يرى بأن السلوك الإجرامي هو سلوك متعلم يتم تعلمه من خلال الاتصال مع الآخرين أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي، ويؤكد بيكرBicker أن السلوك الإنساني ما هو إلا نتاج لتتابع الخبرات الاجتماعية التي يكتسب الفرد من خلالها مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكناً ومرغوباً فيه، فيحدث الإدمان من وجهة نظر بيكر من خلال عملية التعلم الاجتماعي (عبد المنعم، 2003: 88).

3. النظريات البيولوجية (Biological theories):

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

وتركز النظرية الجينية على دور الوراثة في نشوء اختلالات الإدمان وتطورها، فالحساسية وسرعة التأثر واتجاه بعض الناس نحو الإدمان، هي التي شجعت وحثت العلماء للبحث عن العوامل التي

تسهم في ذلك الإقبال واللهفة العالية تجاه المواد المخدرة، فعلم الوراثة الجينية هو الذي كشف عن حقيقة الإدمان الكحولي لدى بعض الأسر، وتم افتراض زيادة احتمالية الأفراد في أن يصبحوا مدمنين على الكحول فيما بين جماعات إثنية وعرقية معينة، وذلك لعوامل جينية، أما بالنسبة للأفراد ضمن الجماعات الإثنية - العرقية الأخرى، فيبدو أن لديها عوامل جينية وقائية أو مناعة تجعل من المشكوك فيه بأنهم سيسيئون استعمال الكحول أو الخمر.

وقد قامت التقنيات البيولوجية الجزيئية بعزل وتحديد الجينات التي قد تثير الرهبة للإدمان، إذ من الممكن أن تكون إنزيمات "المونوأمين المؤكسدة" و"الغدد للمفاوية" هي المؤشرات البيوكيميائية للنزعات والميول الموجهة نحو الإدمان، وتؤدي الكحول والعقاقير المخدرة الأخرى إلى تغييرات في طبيعة الدماغ وتركيبته وإلى أمراض مزمنة تصيبه، ذلك أن مجرد رؤيته أو شمه يمكن أن يثير الدوائر الكهربائية في الدماغ والتي تتغير نتيجة لسوء استخدام العقار، ففي دراسة قامت بها مجموعة من طلبة كلية الطب في جامعة "بيل" استنتجت بأن بروتين "دلتا فوسب" يثير أدمغة الفئران وجيناتها التي تعزز اللهفة لتعاطي الكوكايين، وعندما تحدث هذه العملية لدى بني البشر، فهذا أمر يساعد على تفسير الإدمان على الكوكايين والذي يصعب علينا تحديده ومعرفته. وهناك مجموعة من العادات من أمثلتها: عادة التسوق المرضي، الإدمان الجنسي، وتجاهل الأوامر التي تتفاعل وبصورة سلبية مع القدرة على اتخاذ القرارات، ومن ضمنها القدرة على الاختيار السليم والعقلاني لاستخدام العقاقير وعواقبها. ويعاني المتعاطين المدمنون من الشره والقلق الدائم، ويمكن التخفيف منه بشراب آخر أو بعقار آخر أو بسلوكيات أخرى، فتكون تأثيراته لذيدة للدماغ، أي أن الفرد يشعر بالسعادة ويخف القلق لديه، فالشراب الكحولي واستعمال أي مخدر أو القيام بسلوكيات إدمانية مثل: لعب القمار، التسوق، ممارسة الجنس أو تجاهل المحظورات، فكلها تزيد من اللذة أو تخفف من الألم، وعادة ما يقول مدمنو الهيروين بأنهم يستعملونه "لكي يشعروا بأنهم طبيعيون فقط لا غير (الدمرداش، 1999: 158).

ويلاحظ الباحث "ماكليرن McClearn" بأن النموذج الجيني، يمكن أن يقدم تفسيراً أكثر انتظاماً من التفسير الاجتماعي - الثقافي، إذ يقول "على كل الأحوال سيكون أحفاد وحفيدات المتعاطين للكحول بصرف النظر عن مشاركتهم في تعاطي الخمر نتيجة لقراباتهم لأولئك المدمنين، وبصرف النظر عن الكثير من العوامل البيئية الكامنة في معظم التفسيرات الاجتماعية والثقافية، واعتماداً على المبادئ والقوانين الجينية الأساسية، سيكون هؤلاء المصابون وغير المصابين من السلالة نفسها ويشعر الباحث أنه في الوقت الذي يتم فيه تفسير الفروق بين الجنسين في حالة الإدمان على المسكرات، وذلك وفقاً لأدوار الجنسين وللمؤثرات الثقافية الأخرى، التي لها ميزة كبيرة لا مجال

للشك فيها، فإنه ينبغي صياغة موقفين ذي صلة وثيقة بموضوع حدوث تلك الحالة التي يتفوق فيها الذكور عن الإناث (من ناحية الإدمان الوراثي). ونستطيع أن نذكر بالتحديد حالتي الارتباط الجنسي (أي أن الجنسين لهما صلة وثيقة بالحالة الوراثية)، والمحدودية الجنسية (أي أن النسبة العليا للحالة الوراثية تكون لدى الذكور أكبر).

ومن إحدى المحاولات الجادة لعزل العوامل الجينية والعوامل البيئية عن بعضها البعض في حالة الإدمان الكحولي، هي محاولة القيام بدراسة الأطفال الذين تبنتهم أسر أخرى، لأن كل طفل منهم سيشارك في العوامل البيئية التي وفرتها له أسرته الجديدة باستثناء الرابط الجيني، فالتشابه الأكيد للطفل مع بيولوجيات والديه الحقيقيين، يمكن الركون إليها واعتمادها كرابط جيني أو باعتبارها عوامل جينية موروثية، ولكن مثل هذا التصميم النظري قد تم تفنيده عمليا بواسطة الفترة الزمنية التي عاشها الطفل مع والديه الأصليين قبل فترة التبني، وبواسطة السياسات التي تتبعها وكالات التبني، ويمدى معرفة الأطفال والوالدين اللذين سيتبنونهم بوجود حالة إدمان كحولي لدى الوالدين الأصليين. وكشفت دراسة رائدة في مجال التبني عن عدم وجود فرق ذا دلالة إحصائية بين سلوكيات الإدمان الكحولي للأبناء المتبنين والذين كان آباؤهم الأصليين مدمنين، وبين أولئك الوالدين الأصليين الذين لا يتعاطون الكحول أو يتعاطونها بنسبة قليلة. ولكن الدراسة الحديثة التي قام بها " غودون Goodwin وجماعته تشكك في هذه النتيجة، وتستنتج بأن شدة وحدة الإدمان الكحولي للوالدين مرتبطة ارتباطا إيجابيا مع حالة الإدمان الكحولي لدى أبنائهم بصرف النظر عما إذا كانوا قد نشأوا عن والد مدمن، أو تربوا عند والدين آخرين أو تم تبنيهم مباشرة عند ولادتهم من قبل آخرين فالعوامل الجينية وحدها لا يحسب حسابها في نشوء وتطور وإساءة استخدام الكحول، فهناك مجموعة من العوامل البيئية هي التي تشكل وتصوغ وتدفع نحو التعاطي، ومن ضمنها الديناميات الأسرية، وسلسلة القيم الثقافية، وضغوطات الحياة اليومية (حجاب، 2011: 37).

4. النظريات السيكلوجية

تشير أية نظرة ثاقبة للأدبيات المتوافرة بشأن الإدمان، إلى أن الدراسات المتنوعة قد ساهمت نوعا ما في ظهور الآراء ذات الصلة بعلم أسباب هذه السلوكيات. والملاحظ لأدبيات البحوث السيكلوجية المتخصصة في التعاطي، يستنتج بأن العديد من المتعاطين للمخدرات كانوا يعيشون غربة وانعزالية، ويعتقد أن الأسباب المؤدية إلى التعاطي والإدمان هي أسباب مركبة، وترى النظريات السيكلوجية أن الإدمان -على الكحوليات- هو ظاهرة من الظواهر والأعراض ذات الصلة بشخصية الفرد أو باختلالاته الوجدانية - العاطفية (الغريب، 2006: 59).

ويمكن هنا تمييز العديد من النظريات النفسية أهمها:

أ. نظرية السمات (Trait Theory):

ترى نظرية السمات بأن هناك سمات شخصية وخصائص معينة تُفرض على الأفراد وتحفزهم نحو الإدمان قد جرت محاولات عديدة من أجل تحديد سمات شخصية المدمن وفقا لأنماط الشخصية وميزاتها، فقد حدد بلين بعضا من سمات الشخصية المدمنة، وتتضمن هذه الميزات: حالة الكآبة المتدنية الدرجة، حب الاختلاط بالآخرين، ومشاعر الوضاعة (الإحساس بضعة النفس وهوانها) والمختلطة باتجاهات النمو والفرح والاعتمادية على الغير وهناك تقرير حديث يصف دراسة كندية قامت بمتابعة ١٠٣٤ طفلا بدءا من مرحلة الروضة والمرحلة التمهيديّة، واستمرت لمدة عشر سنوات، لتقييم سماتهم الشخصية وقياسها، فذكرت الدراسة أن بعضهم بدأ بالتدخين فالكحول ثم بالمخدرات الأخرى، فالبحث المكثف عن كل شيء جديد وتجنب الأذى المتدني كانت له دلالاتها الإحصائية

في الدراسة وتشير النتائج التي توصل إليها الباحثان " جيرارد وكورنتسكي Kornetsky Gerard and عام ١٩٥٥ من خلال دراستهما للمراهقين المدمنين على الهيروين، إلى أن هؤلاء الشباب قد تعرضوا إلى سوء تكيف سيكولوجي حاد جدا. ووصفا المجتمع الدراسي بأنه مجتمع مصاب بحالات حادة من الإحباط المصحوبة بمشاعر مملوءة بالعنصرية واللاجدوى"، وبالفضل والانتكاس، ويعاني القسم الأكبر منهم من شيزوفرينيا مبدئية أو علنية صريحة، وتبين أن غالبيتهم يتصفون بإشكاليات في هويتهم وكينونتهم ولكن الباحث "أورفورد Orford وكما هو الحال في الكثير من بحوث الإدمان على الكحول يقول: "يمكننا أن نجد بالنسبة لأية عبارة نعر عليها في أدبيات البحوث المتعلقة بالعلاقة بين الإدمان الكحولي وبين الشخصية، نتيجة مناقضة لها في دراسة أخرى إذن ليس من المدهش ولا المثير أن تصبح العديد من سمات وخصائص السكرى الشخصية " والمتميزة " أقل أهمية مع استعمال اختبارات مقننة للشخصية الذاتية. وفي مراجعة قام بها الباحث "سيم Syme للدراسات المنضبطة والمنظمة"، استنتج قائلا: " لم تظهر أية نتائج معتمدة تشير إلى أن المدمنين للكحوليات كمجموعة يمكن تمييزها عن المجموعات الأخرى من الناس العاديين (حجاب، 2011: 39).

ب. نظريات التعلم:

حاولت نظريات التعلم ذات الصلة بالأنماط المتنوعة، أن تفسر أسباب لجوء بعض الناس إلى الإدمان على الخمر، فيرى بعض المنظرين أن تناول الخمر، ما هو إلا انعكاس اشراطي (Reflex) لأنواع معينة من المثيرات (Stimulus) أو أسلوب للتقليل من اضطراباتهم وقلقهم ومخاوفهم. ووفقا لمبدأ اللذة تؤمن مثل هذه النظريات بأن الناس يقبلون على المواقف المفرحة

واللذیذة، ویتمردون علی الشیء المحزن والمؤلم أو المواقف التي تثير التوتر والضغط، فالفرضیة الأساسية لنظریة التعزیز التعليمية، هی أن العملية التعليمية لأي ارتباط بین مثير واستجابة، إنما تتطلب بالتأكید وجود نوع من المكافآت . ویقترح الباحثان "دولارد ومیلر Dollard and Miller بأن الخمر هو المعزز، لأنه یؤدي إلى التقلیل من الخوف والصراع والقلق، فی حین یعتقد الباحث "باندورا Bandura ان تناول الخمر بصورة مفرطة، إنما یتم من خلال التعزیز الإيجابي الناتج عن المثبط المركزي والعناصر المخدرة للكحول، فالأفراد الذین یكررون استعماله نتیجة لتعرضهم للضغوطات البيئية، هم الذین سیكونون أكثر عرضة للإقبال علی تناول المخدرات وبشكل أكثر من أولئك الذین یتعرضون لضغوطات أقل، والذین تعتبر المخدرات بالنسبة لهم ذات قيمة تعزیزية ضعيفة ومنتدنية (الغریب، 2006: 67).

ج. النظرية النفسية الدينامية (Psychodynamic Theory):

تفسر هذه النظرية الإدمان بمجموعة من العوامل هي:

1. ينشأ الإدمان عندما يبدأ الأفراد باستعمال الكحول والعقاقير المخدرة، واللجوء إلى السلوكيات الأخرى لتجريب اللذة أو للهروب من الألم.
2. يؤدي الصراع بین الأنا الدنيا والأنا العليا إلى إساءة استخدام المواد المخدرة للتخفيف من القلق والاضطراب.

3. الرعاية الذاتية (Self-Care) والمحافظة على الذات (Self-Preservation) هي من مهمات وواجبات الأنا التي تقوم بتنظيم المشاعر وتنسيقها .وعليه، تؤدي النقص والاختلالات في الرعاية الذاتية وفي تقديره واحترامها مع الإحساس بالكينونة وبالرفاهية جنبا إلى جنب مع الفشل والنكوص في ضبط الوجدانيات والسيطرة عليها إلى الإدمان (حجاب، 2011: 40).

د. نظرية التحليل النفسي Psycho - analysis Theory :

تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، یتمثل الأساس الأول في صراعات نفسية تعود إلى: الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي .وعليه، ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات، فإنه يلجأ إلى التعاطي . ویتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر (الغریب، 2006: 54).

وتفسر نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة، التي لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، كما تفسرها أيضا باضطراب العلاقات الحبية في مرحلة الطفولة المبكرة بین المدمن ووالديه، التي تتضمن ثنائية العاطفة، أي الحب والكراهية للوالد في الوقت ذاته، هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر، عندها

يصبح المخدر رمزاً لموضوع الحب الأصلي الذي كان سابقاً يمثل الخطر والحب معاً، وترى هذه النظرية أن المدمن يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن - يتعثر فيه، فيجد في المخدر سندا له يساعده في حفظ ذلك التوازن (عبد المنعم، 2003: 83) ويربط الكثير من مؤيدي نظرية التحليل النفسي حالة الإدمان الكحولي مع التركيز الجنسي الفموي، فالمدمنون يلجئون إلى استخدام العقاقير من أجل تحقيق لهفتهم الفموية - وهي بالطبع اللهفة الجنسية - والحاجة الماسة للشعور بالأمن، وتتبع الكآبات الفموية والإحباطات من الأطر الأسرية البائسة على حد تعبير هؤلاء المنظرين.

أما فيما يتعلق بالموقفين الأساسيين الآخرين لنظرية التحليل النفسي اللذين صاغهما الباحثان " ما كورد وما كورد McCord and McCord فهما:

1. النظرية الألديرية (Alderianview) القائلة بأن الإدمان يمثل صراعا من أجل القوة.
 2. النظرية -لم تسمى -القائلة: بأن الإدمان ينشأ على هيئة استجابات للصراعات الداخلية لكن الدلائل والإثباتات لنظرية التحليل النفسي ليست حاسمة ولا نهائية، لصعوبة ابتكار وتكوين اختبارات عملية تجريبية للتأكد من مثل تلك الافتراضات (العشماوي، 1993: 173).
- وهنا سيقوم الباحث في نهاية هذا المبحث بعرض شيء من التفصيل عن ماهية الترامادول كنوع من أنواع المخدرات:

الترامادول Tramadol :

الترامادول بالإنجليزية Tramadol : هو مسكن ألم مركزي له مفعول مقارب للكوديين، وهو نظير هذا الأخير. ويصنف ضمن مسكنات الألم من النوع ، يؤثر على نفس مستقبلات المورفين، وهو منافس على المستقبلات المورفينية، هو لا يحدد مفعول المورفينات الأخرى، وهو يسبب أدماناً ولكن بصفة أقل من باقي المورفينات المنافسة على نفس المستقبلات.

الترامادول :عقار شبه أفيوني يستخدم لعلاج الآلام المتوسطة الى الشديدة مثل آلام الأعصاب والعضلات وآلام العمود الفقري والتهاب المفاصل، كما يمكن أن يستخدم في علاج الآلام الناجمة عن الجراحة وهو مسكن ألم قوى الترامادول له مفعول مقارب للكوديين، يؤثر على نفس مستقبلات المورفين، وهو يسبب أدماناً.

الترامادول هو مسكن قوي يعمل بمثابة المخدر يتم توصيفه لعلاج الآلام المتوسطة والشديدة ، وكان يتم استخدامه في الماضي كبديل في عملية الانسحاب من المخدرات الأفيونية ، ولكن بعد ذلك تم إدراجه كمادة مخدرة تسبب الإدمان هي الأخرى ، وتظهر الإدمان الجسدي عند ظهور أعراض انسحاب الترامادول عند التوقف عن تناول الدواء.

وأخواته مشتق من مواد أفيونية مثل (المورفين والهيروين) التي تؤثر على العقل والتي يجب أن توصف فقط لعلاج الآلام الشديد التي ليس لها علاج آخر، مثل علاج السرطان وآلام العظام المزمنة. (www.freedomhouses-eg.com)

الاستعمالات

تأثيره المسكن للألم أكبر من المسكنات من النوع ، ولهذا يستحسن إستعماله بحیطة أكثر. ويمكن إستخدامه عن طريق الحقن الوريدي، الجرعات المستخدمة هي من 50 إلى 100 ملغ .عمر النصف له هو من خمس إلى سبع ساعات، إطراحه كلوي بصفة أساسية،أول من استخدم الترامادول في العراق من قبل صيدلاني شاب يدعى دكتور لبريوم(ar.wikipedia.org/wiki/ويكيبيديا، الموسوعة الحرة)

آلية العمل

طريقة تأثيره ليست معروفة بشكل جيد، بالإضافة لتأثيره المسكن الناتج عن ارتباطه بالمستقبلات المورفينية، يمنع (up-take) السيروتونين والنورابينفرين،وبذلك يزيد نسبة النورابينفرين في الدم والتي تعمل بشكل فعال على تخفيف الألم حسب الجرعات المستعملة، ويستعمل غالبا لتسكين الأم مرضى السرطان والأورام الخبيثة

الاستقلاب

الترامادول يستخدم كمخدر مثل الكوديين، ويمنع إستخدام الترامادول في حالات الأمراض الكبدية الحادة، مخدر قوي لبعض الألم، ويحذر استخدامه مع الكحوليات (الخمير) لأنه يضاعف من فعاليتها ولكل فعل رد فعل مساو له في المقدار ومضاد له في الاتجاه(www.freedomhouses-eg.com).

التأثيرات غير المرغوبة لتفاعلات مع الأدوية الأخرى

على الجهاز الهضمي:

الرغبة في الترجيع ، الإمساك أو الإسهال سوء الهضم ،ونقص الشهية ،الغثيان ،الدوار
آلام المعدة ،إرتفاع مستوى السكر في الدم .

الجهاز العصبي: تشنجات ، صداع

على الجلد: تحسس الجلد

على المسالك البولية: احتباس البول

على القلب: سرعة نبضات القلب و انخفاض ضغط الدم عند الوقوف

جرعة زائدة من الترامادول (أكثر من 400 ملغ في جرعة واحدة) يمكن أن تسبب إنهيارا متبوعا بتقلصات عضلية كبيرة، الأزمة تشبه عرضيا الصرع، لا ينصح بأخذ جرعات تفوق 400 ملغ في

24 ساعة، وصف الدواء يكون بحبيطة كبيرة في حالة العلاج بواسطة مضادات الإكتئاب (ar.wikipedia.org/wiki/ ويكيبيديا، الموسوعة الحرة).

أضرار الترامادول على الجسم

مع الوقت تؤثر هذه المواد على "مادة السيروتونين"، التي تلعب دورا كبيرا وتسبب مرض الاكتئاب والقلق والوسواس القهري، وعند الانقطاع عن استخدام هذا المخدر كثيرا تظهر أعراضا على المتعاطي، أشار الطب النفسي إلى أن هناك بعض الأعراض التي تلاحظ على متعاطي "الترامادول" ومشتقاته، وهي الأرق والعصبية والتوتر وقلة النوم وفقدان الشهية ونقص الوزن بشكل ملحوظ وزيادة معدل التدخين للسجائر والسهر لفترات طويلة، وضيق في حدقة العين، مشيرا إلى أنه مع الاستخدام لفترات طويلة لهذه الأدوية يصاب المتعاطي نوبات صرع وتشنج ويؤدي أيضا إلى الإصابة بالفشل الكلوي والكبدية (الحميدان، 2012: 2).

التعود (الإدمان)

يستحسن وصف جرعات ملائمة من الدواء لتفادي إدمان المرضى عليه، وتسهيل عملية التوقف عن تناوله والتي تكون عادة مصحوبة بارتفاع ضغط الدم، التعرق، الأرق، الأوهام الليلية، القلق، رهاب الخلاء من الأرض الفضاء، أزمات في التركيز، تقلصات عضلية، حركات بسيطة لا إرادية، عدوانية، تهيج، فقدان الذاكرة المؤقت وأيضا يسبب حكة جلديه وجفاف البشرة في بعض مناطق الوجه.

العقار له من الاضرار عدة عوارض جانبية ومن أهمها الفشل الكلوي وهشاشة العظام ويعمل علي المدى البعيد علي ارتخاء العضو الذكري عند الرجل ويعمل علي تدمير الأجهزة العصبية باعتباره أفيون صناعي.

الأسماء المرخصة

تراما دول، كونترمال، تراماكس، تامول، تيدول، الترادول، ترامايدين، ترامال، زامادول، كوسدول كمنتالب، أمادول، ترامونال أس، ارترامالجين، ترابار، الترادول، تراماجاك، تراموندين، ترامادول اكس.

أسباب إدمان الترامادول

أن السبب وراء لجوء البعض لإدمان الترامادول أنه يعمل على زيادة النشاط والقدرة الجنسية، معتقدين أن الترامادول لا يوجد منها مشاكل لكونها منتشرة وأصبحت منتشرة في متناول الجميع، مشيرا إلى أن حقيقة هذه المواد من "الترامادول" ومشتقاته هو مسكن قوى لا يعمل على التنشيط بل إنه يسكن الآلام، وبالتالي لا يشعر المتعاطي بالإرهاق ولذا سيقوم بالعمل لفترات طويلة مستهلك جسمه دون أن يشعر بالإرهاق (www.freedomhouses-eg.com).

علامات تظهر على مدمن الترامادول

1. احمرار العينين، وشبه مغلفتين (ناعستين).
2. الترنح أثناء المشي، (تشحيط).
3. الأكل الدائم والشرب الدائم والأكثر من المعتاد، لأن الترامادول يشعر متعاطيه بالجوع والعطش.
4. التحدث بلسان ثقيل، وتأتأة في الكلام.
5. الكذب المستمر، فيخفي مكان تواجده ولا يخبر متى عودته في حال خروجه.
6. حب العزلة وإغلاق الباب عليه، وعدم الاهتمام بأحد من عائلته.
7. ضعف القدرة الجنسية، حتى العجز الكامل.
8. ترك الصلاة والصيام والطاعة.
- 9- تردي وضعه المالي، ويطلب المزيد من المال
10. لا يهتم كثيرًا بمظهره ونظافته .
11. تصرفات غريبة كالضحك أو البكاء فجأة.
12. التغير السريع والمفاجئ في المزاج، فتجده من عصبي إلى هادئ أو العكس.
13. تدني مستوى التحصيل العلمي الدراسي وفقد التركيز والحفظ.
14. الشعور الدائم بالخوف والمراقبة، ودائمًا الدفع عن نفسه حتى لو لم يتم توجيه تهمة له)
ar.wikipedia.org/wiki/ويكيبيديا، الموسوعة الحرة).

علاج الترامادول

على من يرغب في الإقلاع عن تناول هذا العقار بهدف الإدمان أن يتخذ قرارًا صارمًا بالإقلاع، دون أي مساومة مع الذات، مع إرادة قوية، هذا مع الاستشارة الطبية. وعن مراحل علاج وتأهيل المدمن تقول الدكتورة هبة عيسوي يمر بثلاث مراحل متتالية أولها سحب مخدر الترامادول ثم مرحلة الاخصائي النفسي ثم مرحلة العلاج السلوكي والمعرفي.

المرحلة الأولى

وهي مرحلة سحب المخدر من الجسم وهي مرحلة تتراوح من 4 أيام : 15 يوما حسب الجرعة المستخدمة في السابق ومدة استخدام المخدرات. وبالنسبة لإدمان الترامادول فإن معظم الحالات يمكن علاجها في المنزل ولكن في بعض الحالات يقد يستلزم الأمر دخول المستشفى للسيطرة على الأعراض الانسحابية ، ويتم علاج هذه المرحلة بوقفة فجأة مع إعطاء المريض بعض الأدوية التي تخفف من الأعراض الانسحابية مثل العقاقير التي تساعد على النوم (باستخدام مضادات الاكتئاب

أو الذهان ويفضل عدم استخدام المهدئات الصغرى حتى لا يحدث إدمان عليها (ويمكن إعطاء بعض من المسكنات التي تعمل دون التأثير على المخ مثل الفولتارين أو الكيتوبروفين).
المرحلة الثانية وهي مرحلة التشجيع وزيادة الدافعية للاستمرار على العلاج وعدم العودة للمخدرات، وتتم هذه المرحلة بواسطة الطبيب النفسي أو الاخصائي النفسي ويكون وقتها بعد الانتهاء مباشرة من مرحلة التطهير من السموم.

المرحلة الثالثة وهي مرحلة العلاج السلوكي والمعرفي لتغيير المعتقدات والأفكار الخاطئة المتعلقة باستخدام المخدرات والنظرة تجاه النفس والمجتمع. وكذلك يتم علاج الاضطرابات النفسية، التي قد تكون سببا في الإدمان مثل الاكتئاب والقلق.

كما أن العلاج النفسي قد يتم من خلال جلسات العلاج الفردي أو الجماعي وبمعاونة المجموعات المعاونة، التي تتكون من مجموعة من الأشخاص سابقى الإدمان ولكنهم أقلعوا عنها الآن وفيها يتم تبادل الخبرات وتقديم الدعم للأشخاص الآخرين وحديثي الإقلاع عن المخدرات، هذه المراحل يجب تنفيذها بشكل جاد وصارم لأنها الطريقة الفعالة للعلاج وتجنب الانتكاسة ، وهناك مجموعة من الحقائق لابد أن يعرفها الشخص الذي قرر التوقف عن الإدمان لأي عقار إدماني إما أن يكون عن طريق التدرج، أو التوقف المفاجئ وأنا أفضل الطريقة الثانية لأنها فعالة، ولكن ستظهر أعراض الانسحاب مثل القلق، التوتر، اضطراب في النوم، شعور بعدم الراحة، ألم في المفاصل والظهر خصوصا في أول يوم، إضافة إلى العصبية الشديدة والتشنجات، وقد تصل إلى نوبات الصرع، هذه الأعراض قد تستمر إلى ثلاثة أو أربعة أيام على الأكثر.

وهناك مجموعة من الأدوية المساعدة لتخفيف وعلاج أعراض الانسحاب ويمكن استعمالها تحت إشراف الطبيب المتخصص منها مسكنات للألم غير إدمانية كمسكن الاسبيجك أو أيبوبروفين في الليل ومضادات الاكتئاب مثل ميرتازيبين (Mirtazapine) والمطمأنات العظمى تساعد على الهدوء والنوم، ولكن لا داعي مطلقا لاستبدال الترامادول بمنومات أخرى لأنها يمكن أن تسبب التعود والإدمان (ar.wikipedia.org/wiki/ ويكيبيديا، الموسوعة الحرة).

يجب الاهتمام بالنقاط التالية:

- الإكثار من شرب السوائل التي تساعد على سحب السموم بالجسم.
- شرب كوب من القهوة صباحا يوميا
- ممارسة رياضة يوميا ومنها رياضة المشي.
- متابعة وظائف الكبد بعمل تحاليل طبية لأن الترامادول يؤثر على الكبد بشكل سلبي ويؤدي إلى كسل الكبد - استعمال بعض المليينات الطبيعية لأن الترامادول يسبب الإمساك الشديد

■ التأهيل النفسي والاجتماعي هو تأهيل وإعادة تأهيل الحالات جسدياً ونفسياً واجتماعياً، وإعادة دمج الحالات مجدداً في المجتمع والأسرة واكتساب المهارات التي تمكنه من الاندماج في المجتمع.

■ الإرشاد الديني والروحي يعطى للمريض طاقة إيجابية وتقلل فرصة الانتكاسة وأخيراً يجب ألا ينسى المريض أن العزيمة والدافعية هي القوى التي سوف تقهر إدمان الترامادول.

الأعراض الانسحابية للترامادول

مع الاستمرار في التعاطي وحدث التعود تظهر الأعراض الانسحابية والتي تكون خطيرة أيضاً والتي تكون عادة مصحوبة بارتفاع ضغط الدم، التعرق، الأرق وعدم القدرة على النوم لأكثر من يوم، الأوهال الليلية، القلق، قلة التركيز، تقلصات عضلية، غصص، حركات بسيطة لا إرادية، عدوانية، تهيج، فقدان الذاكرة المؤقت (www.freedomest.com)

الوقاية من ادمان الترامادول

للووقاية من إدمان الترامادول ينبغي أخذ الدواء فقط عندما تستدعي الحالة، لذلك يفضل أن يكون ذلك تحت إشراف الطبيب كما يجب استشارة الطبيب إذا وجد أن هناك حاجة إلى أخذ جرعة إضافية من الدواء أو ملاحظة أي تغييرات أخرى غير عادية في السلوك أو المزاج، وينبغي أخذ الحبوب كما هي، وألا تكون سحقاً أو مختلطة مع السائل الحقن أو عن طريق استنشاق، لأن ذلك يمكن أن يسبب ردود فعل تهدد الحياة (www.freedomhouses-eg.com).

ويري الباحث أن ينهي عرضة لهذا المبحث بعرض تقرير عن الاترمان في غزة

تقرير وتحقيق عن الأترومان ألا يا قلب لا تحزن.. ترى دنياك ما تسوى تحقيق الصحفية : هداء الدحدوح :

أصبح الآلاف من الشبان في غزة مدمنين على وصفة لمسكن آلام يستخدم لتخفيف الضغوط الحياتية في المنطقة الفلسطينية المحاصرة. ويقبل الطلبة والعمال وحتى المختصون على شراء كميات كبيرة من عقار 'ترامادول'، وهو مسكن آلام من المواد الأفيونية الصناعية شبيه بالمورفين، ولكنه أخف، من السوق السوداء.

مسكن الألم يباع بلا وصفة طبية ويوزع في الأفراح!... شبان فلسطينيون «يترملون» هرباً من واقعهم ولا يعترفون بالإدمان وقال البروفسور مازن السقا، خبير الصيدلة في جامعة الأزهر: الذي أجرى دراسة حول الوباء، أن المشكلة تفشت بعد أن حاصرت إسرائيل المنطقة

الساحلية الصغيرة في حزيران (يونيو) من العام الماضي. سؤال!! أصبح يتكرر كثيراً بين الشبان الفلسطينيين في قطاع غزة، بعدما أصبحت الابتسامة على شفاههم ظاهرة غير طبيعية، تفتح الباب على احتمال أن يكون الشاب من متعاطي عقار «ترامادول» الطبي، الذي يستخدم عادةً كمسكن قوي للألام.

وتأتي خطورة تعاطي العقار المعروف شعبياً باسم «ترامال» من احتوائه مركبات مخدرة قوية تؤدي إلى الإدمان أحياناً. واللافت أن تعاطي هذا العقار بات منتشراً بصورة كبيرة لدرجة أن أصحاب الصيدليات يؤكدون أن ثلاثة من بين خمسة شباب على الأقل «يتزلمون». وتكاد تلك الظاهرة تصبح أمراً «طبيعياً» بسبب حجم انتشارها على الجنسين من الذكور والإناث، خصوصاً بين طلبة المدارس والجامعات. وتباع هذه الحبوب في الصيدليات وفي شكل فردي عبر «تجار الشنطة» بكثرة، على رغم تحذيرات وزارة الصحة في الحكومة المقالة في غزة من بيعها خارج إطار «روشتة» أو وصفة طبية موثوقة. ويؤكد أصحاب عدد من الصيدليات أن توقفهم عن بيعها سيلحق بهم أضراراً كبيرة على مستوى الدخل المالي المحقق من بيعها، فيما يتذرع «تجار الشنطة» بأن العقار ليس مدرجاً على قائمة المخدرات، ولا عواقب سيئة من استخدامه، كما أنه يدر عائداً مالياً كبيراً.

الطالب الجامعي ن. ر. (25 سنة)، يقطن في مخيم جباليا شمال القطاع، يقول بحياء: «أتعاطي الاترمال كي أنسى كل شيء». ويضيف: «واقعنا سيئ على كل الصعد، لا نقود، لا مجال للترفيه، ولا أفق للمستقبل... لست وحدي من يتعاطاه، كثيرون من الشبان والشابات من كل الأعمار يتعاطونه». ويبدو ع. ن. (38 سنة) أكثر صراحة: «إنها معي في جيبي. جربتها مرة فأحسست براحة، واليوم أشكو من صداع وضيق في التنفس فاشتريتها». وحول تجربته الأولى في تعاطيها، يقول: «ذهبت إلى صيدلية قريبة من منزلي، وأنا متردد وأشعر بالخجل، كنت أحسب أنني أول من يشتريها في المنطقة، إلا أنني فوجئت حينما أعطاني إياها الصيدلاني بكل سهولة، وفيما بعد علمت منه أنه يبيع نحو 900 حبة في اليوم الواحد.

الفتى أحمد (15 سنة) في الثالث الإعدادي، يتعاطي «ترامال» منذ شهرين على الأقل تقليداً لعدد من رفاقه. ويقول: «أشتري حبوب ترامال من مصروفي، وأهلي يعرفون ذلك، إلا أنهم لا يستطيعون منعي... أصلاً هم لا يهتمون». وعن كيفية وصولها إليه، وتأثيرها على دراسته، يقول أحمد: «أشتريها من الصيدلية بسهولة، وعلاماتي في المدرسة سيئة، لكنني لا أهتم». حبوب الاترمال .. وصفة خبيثة للإدمان وتدمير الأسر الغزية في ظل استمرار الانقسام.

منذ نحو ثمانية عشر شهراً، بعد أحداث الرابع عشر من حزيران اتجه عدد كبير من الشباب الفلسطيني في قطاع غزة نحو تعاطي أصناف الحبوب المهدئة للأعصاب من الصيدليات، وكان من بين أشهر تلك الحبوب ما يعرف باسم "ترامال" وهي حبوب مخدرة تسمى تجارياً "ترامال" Tramal وأما اسمها العلمي فهو "Tramaolol hsdrochlond"،

وكان بداية تعاطيها للمتزوجين لأنها تطيل عملية الجماع، ومن ثم بدأ انتشارها بشكل موسع خصوصاً مع توفر كميات هائلة منها تأتي عبر الأنفاق التي لا تخضع لأي رقابة، إضافة إلى أنها لم تكن محظورة.. ومع مضي الوقت تبين أن من يتعاطى تلك الحبوب "ترامال" يدمن عليها ويصاب إذا لم يتناولها في موعدها بحالات من الصداع الشديد وفقدان الوعي ولا تستقر حالته إلا بعد تناولها حتى أن عدد كبير ممن يتعاطونها توجه للأطباء في غزة باحثاً عن علاج للتخلص من الإدمان عليها.. ويقول الدكتور الصيدلي "م ن" الاترمال هي عبارة عن حبوب مخدرة توصف للمرضى في الحالات المرضية التي لا يستطيع المريض تحمل الألم فيها، وتركيبها عبارة مقارنة لتركيبه المخدرات لأنها تجعل من يتناولها في حالة من الهدوء والانسجام وتزيل عنه أي آثار لآلام أو الإرهاق النفسي أو العصبي "التوتر"، وتستمر هذه الحالة لساعات مع من يتعاطونها دون أن تخرجه من وعيه. **ويضيف الدكتور الصيدلي** "لقد بدأ تعاطي هذه الحبوب لأنها لم تكن ضمن الأدوية المحظور بيعها، وبعد حظر بيعها في الصيدليات لم ينقطع بيعها لأنها تباع في الأسواق السوداء بسعر 2 شيكل للحبة الواحدة من "الاترمال" المصري الذي يتم تهريبه عبر الأنفاق بكميات هائلة، والإدمان عليها لا يستغرق سوى تعاطيها باستمرار على مدار

أسبوعين أو ثلاثة أسابيع مشيرا إلى أن هناك حالات كثيرة أصبحت مدمنة عليها وتريد التخلص من هذا الإدمان.

ويكثر متعاطي حبوب "الانترمال" من جيل الشباب المتعطّل عن العمل أو العاطل عن العمل، الذي أرهقته حالة الضياع والانقسام .. فهذا الشاب" يوسف مصطفى" البالغ من العمر 35 عاما الذي كان يعمل في احد الأجهزة الأمنية سابقا ومتزوج وله أربعة أطفال يقول "لقد بدأت تعاطي تلك الحبوب بعد حالة الانقسام التي أثرت علينا سلبا حيث شعرنا أننا نعيش في وطن ليس وطننا، فكان لا بد من الهروب من الواقع السيئ الذي نعيشه، حتى أصبحت مدمنا لا نستطيع عدم تناولها وابتحث جاهدا من اجل الإقلاع عن هذه العادة السيئة ولكن تردي الأوضاع وشعوري بالعجز واليأس يدفعني دوما للإقبال على تعاطيها للخروج من النفق الذي نعيشه إلى عالم أنسى فيه همومي الشخصية وهمومي العامة"

وهذا الشاب "غسان إدريس" البالغ من العمر 29 عاما، وهو أعزب وعاطل عن العمل أدمن على تعاطي حبوب "الانترمال" للخروج من حالة الإحباط التي يعيشها جراء عدم حصوله على فرصة عمل بعد تخرجه من الجامعة، ونتيجة حالة اليأس وتبدد الآمال أمامه كما يقول.. ويشير إلى انه بدأ يتعاطى تلك الحبوب منذ تسعة شهور بعد أن جلبها احد أصدقائه له ولا يختلف حال الشاب غسان عن كثير من حالات الشباب التي أصبحت مدمنة على حبوب الانترمال ولكن يساعدهم في ذلك سهولة الحصول عليها ورخص ثمنها كما يقولون، إضافة إلى صعوبة تخليهم عنها لأنهم عندما لا يأخذونها يشعرون بالاكتئاب وبصداع غريب وبحالات من شرود الذهن المتواصلة

أثار نفسية واجتماعية

ويفسر الأخصائي النفسي في مركز غزة للصحة النفسية د "سمير زقوت" إقبال الشباب على تعاطي مخدر " الانترمال" بالضغط النفسي والاجتماعي جراء حالة الانقسام والمناكفات السياسية، وقال الانترمال تعتبر وسيلة للتكيف، وهي أسلوب شاذ اتبعه عدد كبير من الشباب لمليء وقت فراغهم بعد تعطلهم عن العمل واتجاههم للعب الكوتشينة ومشاهدة الأفلام الخليعة التي توجد عند الشباب نوع من الهوس إضافة لتعاطي مخدر الانترمال".وأكد أن متعاطي الانترمال يتحول إلى مدمن نفسي وجسدي عليها لدرجة أن المدمن مستعد أن يبيع ابنه للحصول على المادة المخدرة، وقال كلما زادت الضغوط النفسية والاجتماعية يتحول الناس إلى الجريمة

والإدمان، وغياب الرقابة سيفاقم الأزمة.بينما يرى الخبير الاقتصادي وأستاذ الاقتصاد في جامعة الأزهر د. "معين رجب" أن عمليات تهريب المخدرات والمواد المخدرة إلى قطاع غزة عبر الأنفاق جزء من عمل بعض المغامرين الذين يسعون للثراء الفاحش، ويرى مدير مركز التدريب المجتمعي وإدارة الأزمات د. "فضل أبو هين" أن تعاطي الاترمال يسبب مشكلة جديدة في المجتمع لأنه يحقق متعة لإنسان على حساب إنسان آخر، ويخلق نوعا من التوتر في العلاقات الأسرية، إضافة إلى أن تعاطيه يجعل الإنسان مدمنا عليه، مشددا على ضرورة محاربة ظاهرة تعاطي الاترمال لأنه مخدر ونمط سيء للهروب من الواقع.

بناتنا في خطر

إلينا بعض المصادر مختلفة عن انتشار هذه الظاهرة في أوساط طالبات الجامعات وان كانت بشكل محدود جدا ،حاولنا التأكد من تلك المعلومة ونظرا لصعوبة اختراق تجمعات البنات ،اتصلت ببعض زميلات الإعلاميات لمساعدتي في الأمر إلا أنهن رفضن بشكل قاطع رغم أن بعضهن أكدن المعلومة . حيث قالت إحدى زميلاتي والتي رفضت ذكر اسمها أو حتى التلميح له أو نشر ما تقوله ،أنها سمعت وشاهدت بعض الطالبات والخريجات يتناولون حبوب الاترمال ،وعندما قاطعتها ساخرا غير مصدق قامت بوصف حبوب الاترمال وصفا دقيقا .

ونظرا لحساسية الموقف والخوف من نشر معلومات خاطئة ، قمت بالاتصال والتواصل مع عشرة طالبات من جامعات مختلفة معظمهم من عائلتي . خمسة منهن أنكرن تماما سماعهن بهذه الحبوب ،وثلاثة منهن أكدوا أن في إحدى المرات كانت تتحدث إحدى زميلاتهم عن حبوب لها مفعول يشعر الإنسان بالنشوة والانبساط ،وان هذه الحبوب رخيصة لتتعدى ثلاثة شواكل للحبة . أما الأخيرتان فقد أكدن بصورة قاطعة مشاهدتهما لهذه الحبوب مع إحدى الطالبات والتي كانت تتحدث لصديقاتها عن جمال وروعة الإحساس عند تناول هذه الحبة .

أما المعلومات الخطيرة التي وردت لنا والتي تفيد أن بعض الشباب الذي يتاجر بهذه الحبوب يستغل علاقته العاطفية بالفتيات ،لترويج الاترمال في أوساط الفتيات.

مما يضع ألف علامة استفهام ،ويثير العديد من الأسئلة ؟لو صحت تلك المعلومات .،ومن جهتنا حاولنا التأكد منها على مدار أكثر من شهر دون أن ننجح في ذلك نظرا للخصوصية الشديدة الذي يتمتع بها المجتمع الغزي
رأى الدين:

وعن رأى الدين في هذه المسألة قال الشيخ نافذ الشاعر إذا كانت هذه الحبوب تحجب العقل وتؤثر في الدماغ لاشك في حرمتها ،لان القاعدة الفقهية تقول "ما اسكر قليله فكثيرو حرام"فهذه الحبوب إذا كانت تشبه الخمرة في الاسكار وحجبت العقل ،فلاشك فيحرمتها لحرمة العقل بطريقة القياس ،لقوله تعالى "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ" ويستطرد الشاعر قائلا إذا كانت هذه الحبوب من المنشطات التي تنتشط عمل الدماغ أو تمد الجسم بالحيوية والنشاط دون أن يكون لها أضرار جانبية على صحة الإنسان فلا حرمة فيها وعن أسباب انتشار ظاهرة المخدرات في أوساط الشباب ،قال الشاعر هناك جملة من الأسباب المتداخلة ،أهمها غياب الوازع الديني ،إضافة إلى المعاناة النفسية لان الكبت والظروف المادية الصعبة تجعل بعض الشباب يلجئون إلى وسائل تشعرهم بالسعادة وتوهمهم بتحقيق ذاتهم في الحياة ويضيف الشاعر أن الشباب يتناولهم هذه الحبوب هم يهربون من الواقع المرير والضغط النفسية الذي يعيشونها إلى عالم الخيال والأحلام . وأكد الشاعر أن الاحتلال وان كان له هدف مباشر في تدمير عقول الشباب الفلسطيني إلا أن الظروف الحالية من حصار وانقسام ساعدت وسهلت على تحقيق هدف المحتل ،حيث وجد أتباعه أرضية خصبة للترويج عنها، من المهم الختام بالقول أننا نناقش هذه الظاهرة لمحاولة البحث بأسبابها و تسليط الضوء عليها لجعلها محل نقاش وتداول على كافة المستويات ،والعمل على إيجاد حلول منطقية بالتكامل مع مختلف المؤسسات الأهلية والحكومية للحد من هذه الظاهرة.

alhadidi.files.wordpress.com/.../d8aad982d8b1d98ad8b1-d988d8aad8ad

المبحث الرابع: مرحلة المراهقة والأحداث

مقدمة:

إن تقدم أي بلد لا يقاس بثرواته الطبيعية، وإنما يقاس بمدى إعداد أبنائه الشباب، ومساعدتهم على التوافق الصحيح لكي يسهموا في هذا التقدم، ولا يتقدم أي مجتمع ما لم يسعى ذلك المجتمع إلي تربية الشباب تربية قوامها الفهم الصحيح والأمن النفسي والتقبل والحرية التي يصاحبها التوجيه والإرشاد النفسي.

وتعتبر مرحلة المراهقة من أكثر مراحل الإنسان تأثراً بجميع العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المحيطة به، حيث يتعرض المراهقون والمراهقات لحالات من اليأس والانطواء نتيجة ما يلاقونه من إحباط وما يعانون من صراعات بين الدوافع وتقاليد المجتمع ومعاييره، وشعور المراهق بالظلم والحرمان، وأن الآخرين لا يفهمونه وكثرة الضغوط الاجتماعية ومراقبة سلوكه وعدم تمكنه من تحقيق أغراضه المأمولة، وبالتالي فإن المراهق يعيش في دوامة من التوتر والاضطراب فتزداد لديه الحاجة إلي الشعور بالأمن والانتماء (أحمد، 1979: 73).

ويري إبراهيم قشقوش، 1980 أن مرحلة المراهقة تعد من المراحل التي تطلب توافقاً جديداً فهي المرحلة التي ينتقل فيها الفرد من كونه طفلاً إلي مرحلة الرشد، ولعل هذا يتفق مع ما ورد لدي ليفين **Levin, 1960** في معرض حديثه عن فترة المراهقة عندما أوضح أن هذه المرحلة تعد بمثابة ارض محايدة يجتاز فيها الفرد مرحلة انتقال بين الطفولة والرشد (قشقوش، 1980: 5).

وقد اختلف علماء النفس في تحديد بداية ونهاية مرحلة المراهقة، حيث يرى البعض أنها تبدأ في سن 12 سنة وتنتهي في عمر 18 سنة، بينما يرى البعض الآخر أنها تبدأ قبل سن 12 سنة تبعاً لطبيعة المناخ الجغرافي، ولهذا فإن التغيرات النفسية للمراهق ليست بالضرورة ناتجة عن التغيرات الجسمية في المراهقة فحسب، بل هي نتيجة الثقافة الموجودة في البيئة وهذا ما يفسر قصر مدة المراهقة في المجتمعات البدائية، بينما تطول فترة المراهقة في المجتمعات المتحضرة، وبالتالي يمكن القول أن بداية مرحلة المراهقة ونهايتها تختلف من فرد إلي فرد، ومن سلالة إلي سلالة، ومن جنس إلي جنس آخر ومن ثقافة إلي ثقافة أخرى (معوض، 1983: 290).

أولاً: مرحلة المراهقة:

تعريف المراهقة في اللغة:

تعني المراهقة لغوياً ترجع إلي الفعل راهق الذي يعني الاقتراب ممن الشيء، فزهق الشيء رهقاً: قرب منه، بمعنى الاقتراب من سن الرشد. والمراهقة من الرهق، ويقال أرهقه الأمر بمعنى أتعبه واحتمل منه ما لا يطيق، وأرهق الأمر دنا منه واقترب (عبد الهادي، 2005: 193).

التعريف السيكولوجي للمراهقة:

المراهقة " هي تلك المرحلة التي تبدأ من البلوغ حتى سن (19) سنة أو قبل ذلك بعام أو عامين، أو بعد عام أو عامين، كما أنها تمتاز بعدة خصائص وهي علي النحو التالي: النمو الواضح المستمر، نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية التقدم نحو النضج الجسمي والجنسي والعقلي والانفعالي والاجتماعي. كما تعرف المراهقة علي أنها " هي الفترة من العمر المتعبة للصبي، لأنه يبلغ مبلغ الكبار ويدنو ويقترب من الرشد، فهي مرحلة انتقالية بين الإعتمادية في مرحلة الطفولة وبين اكتساب الحقوق وحمل المسؤولية.

وتعرف المراهقة اصطلاحاً بأنها " مرحلة العمر التي تتوسط بين الطفولة واكتمال الرجولة أو الأنوثة، وتحسب بدايتها من بداية البلوغ حتى انتهائها (مغاريوس، 1974: 153).

ويري بعض الباحثين أن مصطلح المراهقة (**Adolescence**) مشتق من الأصل للكلمة فهي ترجع في أصلها إلي الفعل (**Adolescere**) والتي تعني التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي (بدير ، 2007 : 54).

وقد عرفت المراهقة في المجتمعات الإسلامية قبل أن تعرفها المجتمعات الأوروبية، فمن حوالي أربعة عشر قرناً أشار الرسول عليه الصلاة والسلام في أحاديث كثيرة إلي ضرورة معاملة الطفل بعد البلوغ معاملة أخري تختلف عن معاملته قبل البلوغ (مرسى، 1987: 77).

وللمراهقة ثلاث فترات متتالية، في البداية تكون بواكير المراهقة، ثم المراهقة المتوسطة، وأخيراً المراهقة المتغيرة، وتبكر المراهقة فتأتي في سن العاشرة، وقد تتأخر وتأتي حتى نحو الخامسة عشرة، والغالب أن يكون البلوغ في السن الثانية عشرة والثالثة عشرة، فالمراهقة فترة متواصلة حتى سن التاسعة عشرة، وبعض الناس قد تستمر عندهم الأحوال النفسية للمراهقة معهم بعد سن العشرين (محمود، 2006: 20).

من خلال ما سبق يتضح للباحث أن مرحلة الثانوية العامة تقع في مرحلة المراهقة والتي تعتبر من المراحل الهامة في حياة الإنسان، حيث أنها تعتبر مرحلة تغيير شامل في حياة الإنسان، ذلك لأن التغيير لا يقتصر علي جانب من جوانب حياة الإنسان فقط، بل يشمل التغيير جميع جوانب الحياة سواء الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية، فالمرهق يتعرض لتغيرات جسمية تؤهله لمرحلة قادمة تختلف عن مرحلة الطفولة التي عاشها من قبل، فالمرهق يصبح مرهف الحس ويصبح في حالة من حب الاستطلاع لما يدور حوله من تغيرات.

نظرة الثقافات المختلفة للمراهقة:

اهتمت الثقافات المختلفة في مرحلة المراهقة وأعطتها أهمية في عملية التنشئة الاجتماعية، لاسيما أن الطفل أصبح في مرحلة تمهيدية لكي يصبح رجلا، ولذلك الأمر نجد أن كثير من الثقافات الاجتماعية تهتم بتلك المرحلة علي اعتبار أنها فترة انتقالية بين فترة الطفولة والرشد، حيث أن الأطفال في تلك المرحلة يصبحون من مرحلة الإعتماذية والإتكالية علي الذين أكبر منهم إلي الاعتماد علي أنفسهم، ففي الثقافة العربية نجد بأن هناك أمثال وأقوال تختص بالمرهقين، فعلي سبيل المثال نجد من يقول (انه أصبح الابن الأكبر يجب مآخاته)، بينما الثقافة الغربية فإنهم بعد السن الثامنة عشرة لا يتدخلون في سلوكه علي اعتبار أنه أصبح رجلا وبالغاً قادراً علي تحمل مسؤولياته، ولهذا نري الكثير من المفاهيم الثقافية والاجتماعية والأخلاقية ترتبط بشخصية المرهق، فالمجتمعات المختلفة عبر التاريخ تولي أهمية كبري لهذه المرحلة (المراهقة) باعتبارها أولى مراحل الشباب (الريماوي ، 2003 : 275).

خصائص النمو في مرحلة المراهقة ومتطلباتها التربوية

اهتم كثير من الباحثين والمربين بدراسة خصائص النمو في مرحلة المراهقة ومتطلباتها التربوية، وينظر (عبد الرحيم، 1986) إلي المراهقة علي أنها " عالم جديد يكتشف فيه الفرد قدراته وميوله ومواهبه ويحقق من خلال مظاهرها الجسمية والحسية والانفعالية والجنسية ذاته، وأن المراهقة ميلاد نفسي جديد للفرد يخلع فيه ثوب الطفولة ويرتدي ثوب الرشد والنضج والنماء والرجولة".

وتقع علي عاتق المربين سواء في الأسرة أو المدرسة تبعات الوفاء بمطالب طور المراهقة والبلوغ، ولأهمية دور الأبوين في تكوين الشاب منذ النشأة الأولى فقد أكد أهميته وفعاليتها التوجيه النبوي " كل مولود يولد علي الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه كمثل البهيمة تنتج البهيمة هل تري فيها جدعاء".

ويري بعض المربين أنه يلقي علي عاتق المدرسة تبعات الوفاء بمطالب طور المراهقة والبلوغ بإشباع حاجات المتعلمين، وتوجيه التلاميذ وتزويدهم برصيد عريض من الثقافة العامة والقيم

الخلقية والاجتماعية والمهارات العلمية والاتجاهات التي تمكنهم في نهاية المرحلة أن يشقوا طريقهم في الحياة العملية ويواجهوا مشكلاتهم بنجاح ويكونوا مواطنين صالحين ومن هنا فهم يؤكدون علي انه يجب علي المدرسة الثانوية أن تحقق النمو المتكامل للطالب عقلياً بحيث يكتسب المعلومات والمهارات والاتجاهات والخبرات بصورة متكاملة، وأن تحقق له تكامل وتوازن في جوانب شخصيته الاخري اجتماعياً ونفسياً وروحياً، وأن تعد الطالب الثانوي للحياة العملية في المجتمع (مطواع، عبود، 1977: 148-149).

ومن هنا يري الباحث أنه لا بد من التعرف علي خصائص النمو المختلفة في المرحلة المراهقة (المراهق) وذلك من أجل فهمه وتلبية حاجاته، والتعامل معه بطريقة صحيحة وسليمة.

النمو الجسمي لطالب:

تعد فترة البلوغ هي الفترة الانتقالية والميزة الأساسية في النمو الجسمي حيث تمثل نقطة تحول في حياة المراهق جسدياً من عدم القدرة علي الإنجاب إلي القدرة علي الإنجاب، حيث يتحكم في هذه العملية عوامل فسيولوجية و بيولوجية و سيكولوجية (الضامن، 2005: 178).

ويحدث البلوغ تغيرات جسمية كثيرة منها حدوث تغيرات في الطول والوزن حيث تحدث الزيادة المطردة في الطول قبل الوزن، ويصل الأنف والرأس واليدين و القدمان إلي الحجم الكامل، ويصبح الصدر مسطحاً عند الذكور، ويظهر شعر الجسم في أماكن مختلفة، وتنشط الغدة الذهنية، وكما تطرأ تغيرات علي صوت الذكر، أما في الإناث فتزيد سمك الطبقة الدهنية وينمو الصدر ويزداد كبراً واتساعاً، كما يزداد الصوت نعومة (أبو حطب، صادق، 1988: 245 - 246).

ويشير عبد الرحمن العيسوي إلي أن مرحلة المراهقة تمتاز بسرعة النمو الجسمي واكتمال النضج حيث يزداد حجم أعضاء الجسم وتتمو العضلات والأطراف، حيث لا يتخذ النمو معدلاً واحداً في جميع نواحي الجسم، كما تؤدي سرعة النمو هذه إلي فقدان المراهق (طالب الثانوية) القدرة علي حركاته ويؤدي ذلك إلي اضطراب السلوك الحركي لدي المراهق (العيسوي، 1981: 124).

في حين يري (الزعبلاوي، 1994) إلي أن عمليات النمو المختلفة في هذه المرحلة تتسم بالتطور والسرعة عنها في أي مرحلة أخرى من مراحل النمو المختلفة، فجميع هذه التغيرات الجسمية الطارئة علي الذكور تكسبهم رجولة، والتغيرات الجسمية علي الإناث تكسبهن أنوثة.

ويري المربون أنه يجب علي الآباء أن يهيئوا الجو المناسب للمراهق لتقبل التغيرات السريعة والمتلاحقة في البلوغ وذلك عن طريق المعلومات والمناقشة والحوار الجاد حول هذه المواضيع، كما يؤكدوا علي دور المدرسة الثانوية في إكساب الطالب العادات الجسمية والصحية السليمة، وذلك

بإتاحة الفرصة لممارسة النشاط الرياضي المناسب، وإقامة المعسكرات الكشفية والتربية الرياضية من أجل أن يكتسب المراهق الصحة والقوة (مطاوع، عبود، 1977: 149).

النمو العقلي والمعرفي:

يتطور التفكير عند المراهقين في هذه المرحلة، ويصبح أكثر منطقية ومثالية ويميل إلي التفكير المجرد، ويصبح المراهق أكثر قدرة علي فحص أفكاره وأفكار الآخرين، وأكثر تمتعاً في العالم الخارجي الذي يعيش فيه، ويعد جان بياجيه السويسري الأصل أحد المشهورين في مجال دراسة النمو العقلي فهو مهتم في كيفية تطور التفكير عند المراهق وكيفية حل مشكلاته اليومية، وقد قسم مراحل النمو العقلي إلي أربعة مراحل منها المرحلة الحس حركية ومرحلة ما قبل العمليات ومرحلة العمليات ومرحلة التفكير المجرد والميول (الضامن، 2005: 179).

وتتميز مرحلة المراهقة بأنها فترة تميز ونضج في القدرات العقلية والنمو العقلي عموماً يصل في أواخر هذه المرحلة إلي قمة النضج ولعل من أهم مظاهر النمو العقلي هو ازدياد نمو العمليات العقلية مثل عملية الإدراك والتفكير المجرد وعملية التخيل ونمو القدرات العقلية الطائفية نحو القدرات اللفظية والقدرات العددية و القدرات الميكانيكية (عبد الهادي، 2005: 201).

وفي هذا الصدد يؤكد المهتمون بمجال المراهقة علي دور المدرسة في تقديم المناهج الدراسية بطريقة بعيدة عن الحفظ والسرد، ويجب أن تقدم بأساليب تقوم علي الفهم والعناية بتربية الطلاب تربية فكرية صحيحة، وأن تتاح لهم الفرصة لمعالجة المعلومات والمشكلات بطريقة تنمية عادة التفكير الموضوعي والنقدي إزاء مختلف المواد الدراسية (مطاوع، عبود، 1977: 150).

ويتضح مما سبق أنه يجب علي المعلم أن يشجع طلابه علي التجديد والابتكار في تفكيرهم وإنتاجهم، وان يشجعهم علي اكتساب المعلومات والمعارف بأنفسهم من خلال الإطلاع علي الكتب والمصادر الأصلية، كما يجب عليه أن يخطب العقل في حث المراهق علي ضرورة الالتزام بالقيم الأخلاقية وذلك من خلال إعطاء صورة واضحة كاملة عن مبادئ الفضيلة وعن المحرمات والردائل علي حد سواء حيث أن أكثر الانحرافات في مرحلة المراهقة نتيجة عدك اقتناع المراهق فكراً بضرورة الالتزام بالقيم الأخلاقية.

النمو الاجتماعي:

يعد النمو الاجتماعي من المظاهر النمائية الهامة، خاصة في إقامة علاقات اجتماعية بين المراهق والآخرين، حيث من خلال تلك العلاقات يستطيع أن يحدد الثقة المتكاملة بينه وبين الآخرين، ومن مظاهره انضمام المراهق إلي جماعة الأقران، واتساع دائرة العلاقات الاجتماعية، ويميل المراهق إلي التمرد ومقاومة السلطة الأبوية (عبد الهادي، 2005: 204).

ويري عبد الرحيم أن الفرد يكتسب قدراً كبيراً من النمو الاجتماعي خلال فترة المراهقة فيحاول المراهقون الاستقلال والبعد عن الاعتماد علي الآباء وسيطرتهم، وإيجاد ارتباطات جديدة مع أفراد آخرين، ويظهر في هذه المرحلة الاهتمام بالمظهر الشخصي وتعتبر المنافسة من مظاهر العلاقات الاجتماعية في هذه المرحلة ويلاحظ أيضاً الميل إلي الزعامة (عبد الرحيم، 1986: 298).

ويضيف إبراهيم وجيه علي ذلك أن من المظاهر الأساسية للنمو الاجتماعي خلال هذه الفترة ميل المراهق لتكوين صداقات، فالصفة البارزة في المظهر الاجتماعي للمراهق هو ميله للخروج عن العلاقات الاجتماعية الضيقة التي تربطه بأسرته وحدها، إلي علاقات أوسع وأشمل لتمثل أصدقائه ورفاقه، وميله للانتماء إلي جماعات من هؤلاء الأصدقاء كجماعة أصدقاء الحي أو النادي أو المدرسة أو نحو ذلك (محمود، 1980: 64).

في حين يري المربون أن للمدرسة دور مهم في تنمية النمو الاجتماعي عند المراهق من خلال إعطاء الطلاب المزيد من الفرص للتدريب العملي فيما يتصل بالاتجاهات والقيم في قواعد التعامل الاجتماعي وآداب السلوك، وتكوين الصداقات والعمل الجماعي، وتستطيع أن تمارس ذلك عن طريق المجالس المدرسية مثل مجلس الفصل، فالمدرسة تستطيع أن تغرس في طلابها القيم الاجتماعية السليمة، وتستطيع أن ترتقي بأبنائها اجتماعياً بحيث يكونوا قادرين علي إقامة علاقة اجتماعية صحيحة متأديبين بآداب السلوك المختلفة (بدير، 2007: 86).

النمو الانفعالي:

تتصف انفعالات المراهق في هذه المرحلة بأنها انفعالات عنيفة، حيث يتأثر المراهق بالمشيرات لأتفه الأسباب ولا تتناسب مع مثيراتها، فنجده مرهب الحس في بعض أمورهِ تسيل مدامعه سراً أو جهراً، ويذوب أسي وحزناً حينما يمسه الناس بنقد هادئ، كما يلاحظ النقلب الانفعالي وعدم الثبات الانفعالي ولعل من أهم الانفعالات في مرحلة المراهقة ما يلي: (عبد الهادي، 2005: 202).

الحساسية الانفعالية:

حيث يتأثر المراهق سريعاً بالمشيرات المختلفة، مهما كانت تافهة، إذ يثور لأتفه الأسباب.

الحدة الانفعالية:

فالمراهق يصرخ بعنف وتهور، وإذا قاد سيارة يقودها بتهور.

الارتباك:

يأخذ علي السلوك الطابع العام بأنه مرتبك، لا يمتاز بالاستقرار الانفعالي.

الحساسية الشديدة للنقد:

حيث لا يتقبل المراهق النقد من الآخرين حيث يأخذ الجانب العدائي منهم.

ويشير عبد الرحيم إلي أن المراهق بحاجة ماسة إلي من يساعده علي تحقيق الاتزان في حياته الشخصية، والتكيف والتوافق مع من حوله ويلاحظ في هذه المرحلة الخجل والميول الانطوائية والتمركز حول الذات، ولعل التغيرات الجسمية التي تطرأ علي المراهق لها اثر كبير في الميل إلي الانطوائية والخجل والتمركز حول الذات (عبد الرحيم، 1986: 295).

ويذكر حامد زهران مظاهر أخري للنمو الانفعالي حيث تتطور مشاعر الحب ويتضح الميل إلي الجنس الآخر، ويميل المراهق إلي التركيز علي عدد محدود من أفراد الجنس الآخر، ويتعرض بعض المراهقين لحالات الاكتئاب واليأس والقنوط والحزن والآلام النفسية نتيجة ما يلاقونه من إحباط، وما يعانوه من صراعات بين الدوافع وبين تقاليد المجتمع ومعاييره، كذلك نلاحظ مشاعر الغضب والثورة نحو مصادر السلطة والمدرسة والمجتمع خاصة تلك التي تحول بينه وبين تطلعه إلي التحرر والاستقلال (زهران، 1977: 348).

فالمراهق يحاول أن يلفت انتباه الجنس الآخر بلباسه وأناقته، ويتمني تحقق أحلامه وأماله في لحظات، ولكنها إذا اصطدمت بواقعه تصبح بعيدة المنال، وقد يستخدم المراهق في هذه المرحلة العنف البدني عند الذكور، والصراخ والبكاء عند الإناث (أبو حطب، صادق، 1988: 256).

ويلمس الباحث في المراهق الميل إلي العنف البدني، وهناك من الطلاب طلاب لا يمر عليهم يوم دون أن يتعارك ويشتبك بالأيدي مع زملائه، بل لديه استعداد تام لأن يتعارك مع معلميه أو من يحيطون به، كذلك تلجأ البنات إلي الصراخ والبكاء إذا ما تعرضت لموقف معين.

ولهذا فانه يجب علي المربين سواء أكانوا الوالدين في البيت، أو المعلمين في المدارس وغيرهم من يعني بالتربية والإرشاد أن ينظروا إلي الشباب في مثل هذا السن نظرة خاصة، لأن الشباب في مثل هذا السن دخلوا في مرحلة عمرية جديدة تغيرت علي أثرها أشياء كثيرة في حياتهم يحتاجون معها إلي الحكمة في المعاملة والعدل والتعقل في التربية، حيث يحتاج الشاب في مثل هذا السن إلي مسايسة ومحاورة، ومعرفة الأساليب التي تنفذ إلي قلبه ويتأثر بها، لكي يتخذها المربي سبيلا إلي ضبط عواطفه، وتوجيه انفعالاته نحو الخير والإصلاح (الريماوي، 2003: 274).

النمو الخلفي:

تتميز المراهقة بأنها فترة يقظة دينية يصبغها الاهتمام الديني، ويزيد من اهتمام المراهق بالمسائل الدينية حيث أنه طالب بممارسة العبادات بشكل بكل أكثر جدية مما كان عليه الحال في الطفولة، ونجد أن مناقشاته مع أصدقائه يغلب علي موضوعاتها المسائل الدينية، كما أن الحوادث التي تقع له كموت صديق تجعله يزداد تركيزاً علي الدين (أبو حطب، صادق، 1988: 267).

ويؤكد العيسوي علي أن معظم الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال أظهرت أن الغالبية الساحقة من المراهقين يؤمنون بالقيم الدينية ويرتادون أماكن العبادة، فالدين عامل قوي ومؤثر في حياة الشباب (العيسوي، 2002: 230).

ومن الملحوظ أن النمو الخلقي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو الاجتماعي، ويخضع تطوره لمدي علاقة الفرد بالمعايير والقيم السائدة، ويرتبط من ناحية أخرى بالنمو الديني ويمدي علاقة الفرد بإقامة الشعائر، ويمدي استجابته لمستويات الخير والشر (السيد، 1975: 324).

ومن هذا المنطلق فإنه يتبين إذا كان المجتمع خيراً تنتشر فيه القيم الخلقية، فإن ذلك ينعكس ايجابياً علي سلوك أفراده فيرقي النمو الخلقي لديهم فيعيش المجتمع في أمن وطمأنينة وسعادة فعلي الأسرة أن تربي أفرادها علي الفضائل وترتقي بأخلاقهم، وكذلك دور المدرسة أن تعمل علي تثبيت العقيدة لدي طلابها، وتعمل علي تربية الضمير الخلقي، والوازع الديني لديهم من خلال دروس التربية الدينية وغيرها، ولا بد من الربط بين التقدم العلمي والحضاري والقيم الخلقية والدينية، فالأسرة والمدرسة وسطان هاما من وسائط التربية، فإذا قاما بدورهما التربوي والإرشادي علي أكمل وجه فإنه سوف نرقي بالنمو الخلقي لدي طالب المرحلة الثانوية (مطاوع وعبود، 1977: 151).

ويتضح من خلال العرض السابق لخصائص النمو العامة لطلبة المرحلة الثانوية في مرحلة عمرية هامة ألا وهي مرحلة المراهقة يجعلنا علي دراية كاملة بشخصية المراهق ويقربنا كثيراً إلي فهمه، وتحديد احتياجاته، من أجل التعرف علي أفضل الطرق والأساليب للتعامل معه.

وفي ضوء ما سبق يتوجب علي المربين مراعاة ما يلي (زهران، 1975: 307 – 308): الاهتمام بالتربية الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع، والاهتمام بمجالات النشاط التي تحقق التربية الاجتماعية عن طريق التوجيه والإرشاد النفسي.

الاهتمام بتعليم القيم والمعايير السلوكية في جميع نواحي العملية التربوية واستعمال المدرسة كل إمكانياتها في تعليم القيم الخلقية والروحية بصفة عامة. إشراك المراهق بقدر الامكان في النشاط الاجتماعي.

احترام ميل المراهق ورغبته في التحرر والاستقلال دون إهمال رعايته وتوجيهه توجيهاً غير مباشر، مع عدم إشعاره بفرض الإرادة عليه، كذلك يجب مناقشته دائماً في آرائه، وأخذ رأيه في القرارات التي تتصل به حتي تكسب ثقته.

ترك الحرية للمراهق بقدر الامكان في اختيار أصدقائه مع توجيهه إلي حسن اختيار الصديق والتأكد من سلامة المعايير الاجتماعية السائدة في جماعة الرفاق التي ينضم إليها. توسيع خبرات المراهق ومعارفه بالنسبة للجماعات الفرعية في المجتمع الكبير.

إكساب المراهق العادات الجسمية والصحية السليمة بإتاحة الفرصة لممارسة النشاط الرياضي المناسب.

العناية بتربية المراهق تربية فكرية صحيحة، وتشجيعه علي التفكير الموضوعي والنقدي إزاء مختلف المواد الدراسية.

استخدام الأساليب التربوية التي تنفذ إلي قلب المراهق فتعمل علي ضبط عواطفه وتوجيه انفعالاته نحو الخير والصلاح.

العمل علي تثبيت العقيدة لدي المراهق والعمل علي تربية الضمير الخلقى والوازع الديني.

علاقة المراهق بالأسرة:

تصبح العلاقة بين المراهق وأسرته أكثر توتراً خلال مرحلة المراهقة، ويشكو المراهقون من عدم التواصل مع الآباء، وبأنهم لا يجلسون معهم فترة طويلة مما يعزز عندهم مشاعر الانفصال عن الأسرة والعيش باستقلالية مما يجعل الآباء ينعنونهم بالعصيان وعدم الطاعة، وتبرز المشكلة حينما يحد الوالدان في إعطاء المجال لأبنائهم كي يحلوا مشاكلهم ويتخذوا قراراتهم، ولعل السيطرة وعدم الاستقرار في المعاملة من جانب الوالدين تؤدي إلي الضعف الأكاديمي، وتدني مفهوم الذات، والسلوك السيئ، فالحياة الأسرية تشكل الحياة الاجتماعية للمراهق بغض النظر إلي وضع الأسرة الاقتصادي أو الاجتماعي، وكلما كان محيط الأسرة مشجعاً للمراهق ومعزراً له، كلما كان نموه في الجوانب السابقة الذكر أفضل وأكثر استقلالاً، ومما لاشك فيه أن تكيف المراهق يعتمد علي طبيعة العلاقة مع الأسرة خلال مرحلة الطفولة والمراهقة، فالمراهقين الذين يتعرعون مع عائلات مفككة وتعاني من مشكلات مزمنة غالباً يطوروا مشكلات اجتماعية وانفعالية (الضامن، 2005: 184).

نظريات تفسير المراهقة:

تؤكد نظرية فرويد في التحليل النفسي علي دور الأسرة والتوتر الجنسي في زيادة الدافعية لدي المراهقين، ويرى فرويد أن المراهقة رد فعل نفسي لفترة البلوغ، ومن وجهة نظره فان المراهق يتولد لديه شعور جنسي اتجاه الجنس المختلف من الوالدين، فالأولاد يشعرون بأنهم مجذوبون نحو الأم ومنافسون للأب، وان زيادة التوتر تؤدي إلي الشعور بالمسرة وعدم المسرة معتمداً علي الطرق التي يستخدمها في تكيفه، وهذا التكيف يشكل الأساس لنمو الشخصية في مرحلة المراهقة، ويرى فرويد أن علي المراهق إتباع الوسطية بين التساهل مع دوافعه أو رفضها وكتبتها، معتبراً أن أهم عمل يقوم به المراهقين هو الانفصال عن الوالدين وتكوين حياة خاصة بهم (محمود، 2006: 54).

في حين ترى آنا فرويد أن المراهقة و الاضطرابات التي تواجها هي شيء طبيعي يحصل عندما يريد المراهق أن يبتعد عن بيئته الأسرية، وتعتبر أن توتر الأسرة شيء مفضل لأنه يساعد المراهق

علي تحقيق واحداً من أهم أهدافه وهو الانفصال، كما أن أصحاب هذه النظرية يربطون بين خبرات الطفولة، وتوتر الأسرة وسلوك المراهق (بدير، 2007: 97).

والبحوث المنشورة حول طبيعة هذه المرحلة متناقضة إذ أن بعضها يصور مرحلة المراهقة علي أنها مرحلة عواصف وزوابع، وبعضها الآخر يعتبرها عادية، وأن معظم المراهقين يتعاملون مع والديهم ومعلميهم ومع أصدقائهم بطريقة جيدة ويتحاشون الصراع معهم قدر الامكان، ومن الملاحظ هذه الأيام أن معظم التحليليين يقللون من أهمية الدور الجنسي لدي المراهقين ويركزون علي مساهمة الذات وأثرها في شخصيته (الريماوي، 2003: 284).

المراهقة من وجهة نظر نظرية النمو النفس اجتماعي:

يعد أريسون من أنصار هذه النظرية حيث حدد أريسون ثمان مراحل للنمو، وكل مرحلة يواجه الفرد فيها صراع وتحدي، ويرى أن النجاح في تحقيق المهام النمائية يؤدي إلي السعادة والنجاح في المهام المستقبلية، في حين أن عدم النجاح يؤدي إلي عدم السعادة والي عدم الاستحسان من قبل المجتمع وذلك الصعوبة في التعامل مع المهام النمائية الاخرى، حيث هناك مهام نمائية مثل تحقيق الهوية و الكفاءة الذاتية، واكتساب القيم ليست مقصورة علي فترة زمنية محددة، إلا أن مرحلة المراهقة تعطي الفرصة للتعامل مع تلك المهام، ويرى أريسون أن تحدي الهوية هو التحدي الأكبر والرئيس للمراهقين، وعليه يجب الأخذ في الاعتبار أن المهام والتحديات التي يواجهها الفرد تختلف باختلاف الجنس والثقافة والظروف الشخصية (عبد الهادي، 2005: 208).

المراهقة من وجهة نظر المدرسة السلوكية:

يجمع العلماء السلوكيون علي أهمية التعلم والبيئة الاجتماعية في نمو الإنسان، وتري النظرية السلوكية أن معظم سلوك المراهق متعلم، وتتجاهل نظريات التعلم العوامل البيولوجية الهرمونات، والمفاهيم العقلية كالعقل والذات، وفي تفسيرها للسلوك تركز علي كيف تشكل البيئة السلوك بدلاً من المشاعر والقدرات العقلية، ويؤكد باندورا علي أهمية الكفاءة الذاتية لدي الشباب، وأنهم قادرون علي حل مشكلاتهم والتعاطي مع انفعالاتهم، أما سكرن فإنه يؤكد علي أهمية التعزيز والعقاب في تشكيل سلوك المراهق، ويرى سكرن أيضا أن علي المجتمع أن يهيئ للشباب الفرص كي يحصلوا علي المعززات التي تساعدهم في التحصيل والسلوك الاجتماعي المقبول (الضامن، 2003: 196).

وينتضح من خلال استعراض النظريات التي تحدثت عن المراهقة أنها ركزت علي عدة جوانب، فالنظريات العقلية ركزت علي التفكير والقدرات العقلية خلال مرحلة الطفولة والمراهقة، في حين ركزت النظريات التحليلية علي الجانب الجنسي والتوتر الذي يقود إلي الصراع داخل الأسرة وانعكاس ذلك علي سلوك المراهق وكفاءته الذاتية، بينما ركزت النظريات النفس اجتماعية علي

الجوانب الاجتماعية في النمو وخاصة العلاقات بين أفراد الأسرة والأصدقاء ويروا أن نمو المراهق يمكن فهمه من خلال التحديات التي يواجهها من أجل الحصول على الهوية واكتساب القيم الشخصية.

ويري معظم النظريات التي تتحدث عن نمو المراهقين تعترف بوجود أشياء متشابهة وأخري مختلفة بين المراهقين، إلا أن هناك عوامل كثيرة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار مثل الجنس والمستوي الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والاختلافات الثقافية، كما تؤكد النظريات على الدور الذي يلعبه الأشخاص المهمين في حياة المراهق.

ثانياً الإحداث:

مقدمة:

تعتبر ظاهرة جنوح الأحداث من أخطر الظواهر الاجتماعية، لما لها من أثر على مستقبل الأجيال الشابة خصوصاً ومستقبل الدولة عموماً. فقد شهد العالم في الآونة الأخيرة تصاعداً في هذه الظاهرة، أسهمت فيه المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتكنولوجية والسياسية على حدّ سواء. وقبل النهضة الحقوقية العالمية، كان النظر لجنوح الأحداث باعتباره ظاهرة إجرامية تقتضي التعامل مع الحدث بوصفه مجرماً ويستحق أقصى العقاب بوصفه لبنة فاسدة في البناء الاجتماعي. وقد خطى المجتمع الدولي خطوات كبيرة في مجال التعامل مع جنوح الأحداث وصدرت بذلك عدة موثيق وإعلانات دولية وضعت حداً أدنى من ضمانات المحاكمة العادلة التي يجب أن يتضمنها قضاء الأحداث، كاتفاقية حقوق الطفل، وقواعد الأمم المتحدة النموذجية لقضاء الأحداث، وقواعد الرياض وغيرها من الموثيق الدولية والإقليمية.

وعلى المستوى الفلسطيني، فإن ظاهرة جنوح الأحداث من الظواهر الاجتماعية المقلقة والتي تمس الطفولة في فلسطين، وتثير تساؤلات حول دور السلطة الوطنية الفلسطينية في التصدي لهذه الظاهرة سواء على مستوى السياسات أم القوانين، خاصة بعد اندلاع انتفاضة الأقصى في العام 2000، إذ أن هناك نقص واضح في المعلومات والإحصائيات المتكاملة حول هذه الظاهرة، بالإضافة إلى غياب المعطيات القضائية الدقيقة حول قضايا الجنوح التي نظرها القضاء الفلسطيني أو تعاملت معها الشرطة الفلسطينية، مع أخذ الاعتبار لخصوصية الوضع الفلسطيني إذ أن السلطة الوطنية محاطة ومقيدة باحتلال، (أي سيادة غير مكتملة على الأراضي الفلسطينية). كما أن السلطة الوطنية لا تستطيع ممارسة كافة صلاحياتها وبالتالي إنجاز جميع التزاماتها اتجاه الأطفال الفلسطينيين. إلا أنها بموجب - الحد الأدنى - وجودها كأمر واقع، إضافة لتعهد رئيسها الراحل ياسر عرفات بتاريخ 1995/4/5، ولتعهدات السلطة الوطنية بموجب قانون الطفل الفلسطيني

بتطبيق اتفاقية حقوق الطفل، فمن هنا نجد باب الالتزام القانوني للسلطة الوطنية الفلسطينية في تطبيق بنود اتفاقية حقوق الطفل والتي تكون ذات أثر إيجابي في كيفية معالجة موضوع جنوح الأحداث.

إن البحث في الأرقام والإحصائيات المتوفرة من الجهات الرسمية كوزارة الشؤون الاجتماعية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بخصوص أعداد الأحداث الجانحين، وخصوصاً في سنوات الانتفاضة، لا يعطي بشكل حقيقي الصورة الواضحة حول هذه الظاهرة. ويرجع ذلك لعاملين أساسيين:

العامل الأول: ثقافة وتقاليد المجتمع الفلسطيني، حيث أن الأسرة تتشدد في الاعتراف بجنوح أبنائها الأحداث، وبالتالي عدم إرسالهم إلى المراكز المختصة لإصلاحهم وتأهيلهم. ويتركز ذلك التشدد في حالة جنوح الأحداث الإناث، إذ إن اعتبارات الشرف الذي هو رمز العائلة والذي يتمثل في الجنس الأنثوي فقط داخل العائلة، يمنع الأهالي من الاعتراف بوجود هذه الظاهرة داخل أسرهم، وبالتالي معالجتها في الظلام وبشكل خاطئ.

العامل الثاني: يتمثل في الظروف التي عاشها ومرّ بها الشعب الفلسطيني من فترات الانتفاضة والاحتلال وتدمير المؤسسات الحكومية والخاصة المسئولة عن معالجة جنوح الأحداث وإعاقة عملها، وبالتالي عدم توثيق هذه الحالات. إضافة إلى أن الظروف الاقتصادية الصعبة الناجمة عن تلك الظروف الأمنية والسياسية بلا شك قد زادت من ظاهرة جنوح الأحداث، إلا أن ذلك بقي مخفي بين السطور التي تتحدث عن الاغلاقات والحواجز وغيرها من الممارسات الاحتلالية من قبل جيش الاحتلال الإسرائيلي.

تعريف الحدث

عرفت المادة 11/أ من قواعد الأمم المتحدة بشأن حماية الأحداث المجريين من حرمتهم الحدث بأنه "كل شخص دون الثامنة عشرة من العمر. ويحدد القانون السن التي ينبغي دونها عدم السماح بتجريد الطفل من حرته أو الطفلة من حرمتها". وتتفق القوانين العربية على اعتبار الحدث جانحاً فيما إذا ارتكب قبل بلوغه الثامنة عشر من العمر فعلاً معاقباً عليه وفق القانون.

وقد وضعت المادة الثانية من قانون إصلاح الأحداث الأردني الساري في الضفة الغربية (رقم 16 لسنة 1954) عدة تعريفات للحدث حسب المرحلة العمرية. إذ عرفت المادة الحدث كما يلي:

- أ. تعني لفظ (حدث) كل شخص أتم التاسعة من عمره ولم يتم الثامنة عشر ذكراً كان أم أنثى.
- ب. وتعني كلمة (ولد) كل شخص أتم التاسعة من عمره أو يدل ظاهر حاله على أنه أتم التاسعة من عمره ولم يتم الثالثة عشر.

ت. ويعني لفظ (مراهق) كل شخص أتم من العمر الثالثة عشر سنة أو يدل ظاهر حاله على أنه أتم الثالثة عشر سنة، غير أنه لم يتم الخامسة عشر من العمر.
ث. ويعني لفظ (فتى) كل شخص أتم من العمر الخامسة عشر سنة أو يدل ظاهر حاله على أنه أتم الخامسة عشر سنة، غير أنه لم يتم الثامنة عشر من العمر.
إن ما درجت عليه المحاكم الفلسطينية في جميع قراراتها هو استخدام مصطلح الحدث بغض النظر عن المرحلة العمرية، خلافا لما نصت عليه المادة الثانية من القانون (الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال، 2005: 4).

العوامل المؤثرة في جنوح الأحداث

علي الرغم من كثرة النظريات وكثرة التقسيمات لهذه العوامل لا أنني أجدها محصورة في ثلاث جوانب:

1. **العوامل الشخصية** : وتتمثل في العوامل المتصلة بشخصية الحدث ذاته كالعوامل الجسمية كالأمراض والعاهات والعوامل النفسية مثل الشعور بالنقيض أو درجة الذكاء أو الضعف العقلي وقد تكون العوامل الاجتماعية مثل الميل المبكر نحو الشر والرزيلة وروح الاستخفاف وحب الكسل والخمول ، وانعدام الإحساس بالحياء وعدم التورع والشجع والجسارة وغيرها (رعاية الأحداث الجانحين، 1984: 17).

2. **الأسرة**: وذلك نتيجة الأخطاء التراكمية التي أوجدت آثار نفسية واجتماعية سيئة أدت إلى انحراف وجنح الأحداث منها:

أ. الإهمال في أمرهم بالصلاة والاصطبار علي ذلك ومتابعتهم بدقة متناهية وترغيبهم وحثهم لحضور الجمع والجماعات وترهيبهم من مخالفة هذه الأوامر حتى لا يضعفوا عن عبادة الرحمن ويقوي عليهم الشيطان وجنوده.

ب. عدم إتاحة الفرصة للابن للتعامل مع مشاكله أو التصريف أو الاعتماد عليه في شئون المنزل مما سلب الابناء الثقة بالنفس وادي ذلك أي فراغ وهم وقلق فكان ذلك سببا في فسادهم.

ج. رفاق السوء: فالأب عليه متابعة أبنائه وتوجيههم الواجهة السليمة المبنية علي الثقة والقيم والاستقلالية ويحصنه بتعاليم الإسلام التي تقيه من مصائب شياطين الإنس والجن.

د. عدم الدخول لحل المنازعات في الوقت المناسب : الأب قد يكون عصبي ويتعامل بالحديد والنار والسباب وهو دائما مشغول فإلام لما تراه بهذه الصورة تخاف عليه، وتخاف منه أن يتعامل بقسوة مع الابناء فتخفي عن الأب بعض التصرفات والأعراض التي رآتها من الابناء منها (شرود الذهن ، التقلبات المزاجية، التغييب عن المدرسة وعن الأهل ، العيون الحمراء ، التعب ، فقدان

الوزن ، عدم الانسجام مع الأسرة وغيرها من العلاقات التي تظهر علي المراهق الحدث المبثلي بالمسكرات أو المخدرات).

3. تدهور شخصية المراهق: فيصادف أحيانا أن شخصية الطفل يميل إلي الديوانية وحب الانتقام والسرقة والكذب وحب التسلط والعنف والقسوة وغيرها من الأخلاق السلبية ، فلا يحاول الأب تهذيبها أو توجيهها وتصحيح مسارها بالترغيب والترهيب حتى يستقيم ويصطبر الوالدين علي أبنائهم حتى يرونهم في أجمل الأخلاق ، فإذا استمر المراهق علي تلك الأخلاق وقتل الإبداع وفشل في دراسته وأصيب بالبلادة واللامبالاة أدي به ذلك إلي ارتكاب جرائم الجنح وغيرها.

د. الحماية الزائدة والتدليل الزائد وتلبية رغباته أيا كانت : والتفرقة بين الابناء وذلك بتفضيل احد الابناء علي الآخرين بناء علي الجنس أو أي اعتبارات أخرى ، مما يدفعه إلي أثبات مفاهيم خاطئة وتصرفات عوجاء قد تصاحبها عنف وتطرق وارتكاب جرائم خطيرة.

ز. القوات الفضائية : بعض موادها تثبت السموم للمجتمع لتفسد ما يصلحه المصلحون ورجال التربية والأخلاق وتثبت الرزيلة وإدخال مشاكل اجتماعيه عديدة وجلب قيم صائغه تتعاضد مع ديننا الحنيف .

و. الفقر واليتم: من العوامل الخطيرة في انحراف الولد النفسي، فالفقر قد يولد انحرافا كبيرا حينما يري الولد أباه في ضائقة وأسرته في بؤس وحرمان ، فيتحمّل علي المجتمع بنظرة مليئة بالحقْد والكراهية (الشطي، 2008: 100)

علامات انحراف الأحداث

1. السلوك العدواني: الذي يتضمن الإضرار بالجسد والناج عن الغضب بسبب تصرف الآخرين له من المنع والإكراه ، فيقوم بالمسك بالرقبة مثلا والرمي بعنف إلي الأرض.

2. السخرية من الدين وأهله: فيتناول علي الدين جهارا نهارا وإذ ذكر بالله واليوم الآخر والجنة والنار والحياة البرزخية لا يتعظ ولا يرتدع ولا يخاف ولا يبالي ، وربما يصل به المقام إلي التقوه بكلمات قاسيه وأحيانا كفرية عندما يعطي لنفسه العنان (الشطي، 2008: 105).

3. تعذيب نفسه: يبحث عن الأشياء التي تؤذيه من المخدرات والمكسرات وغيرها التي تسبب العذاب النفسي والجسدي فقال سبحانه (وإذا لقوكم فالو آمنا وإذ خلوا عليكم الأنامل من الغيط قل موتوا بغيظكم أن الله عليم بذات الصدور). (آل عمران، الآية: 119).

سن المسائلة الجزائية:

نصت المادة 1/3/40 من اتفاقية حقوق الطفل على " تسعى الدول الأطراف لتعزيز إقامة قوانين وإجراءات وسلطات ومؤسسات منطبقة خصيصا على الأطفال الذين يدعى أنهم انتهكوا قانون العقوبات أو يتهمون بذلك أو يثبت عليهم ذلك، وخاصة القيام بما يلي:

1. تحديد سن دنيا يفترض دونها أن الأطفال ليس لديهم الأهلية لانتهاك قانون العقوبات.
 2. استصواب اتخاذ تدابير عند الاقتضاء لمعاملة هؤلاء الأطفال دون اللجوء إلى إجراءات قضائية، شريطة أن تحترم حقوق الإنسان والضمانات القانونية احتراماً كاملاً".
- وبالتالي لم تضع الاتفاقية حداً أدنى لسن المسائلة الجزائية وتركت ذلك لكل دولة بما يتوافق مع قوانينها. ويتراوح سن المسائلة الجزائية في القوانين العقابية العربية كحد أدنى بين 7-12. فمثلاً، نصت المادة الأولى من قانون الأحداث اللبناني لسنة 1984 على أنه "لا يلاحق جزائياً الحدث الذي لم يتم السابعة من عمره حين اقترافه الجرم". أما قانون العقوبات المغربي فقد نصت المادة 138 منه أن الصغير الذي لم يتم الثانية عشر من عمره غير مسؤول جزائياً.
- وقد حدد قانون إصلاح الأحداث الأردني سن المسائلة الجزائية بتسعة سنوات وفقاً لنص المادة 2 والتي عرفت الحدث بأنه "... كل شخص أتم التاسعة من عمره ولم يتم الثامنة عشر ذكراً كان أم أنثى". أما مشروع قانون الأحداث الفلسطيني، فقد حدد سن المسائلة الجزائية بـ 12 سنة وذلك في المادة الثالثة، حيث نصت على أن "لا يلاحق جزائياً من لم يتم الثانية عشر من عمره وقت ارتكاب الجرم". (الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال، 2005: 5).

تحليل إحصائي لظاهرة جنوح الأحداث للعام 2004 حتى شهر آب 2005.

أ: مقارنة ما بين أسباب ظاهرة جنوح الأحداث.

لقد أظهرت الأرقام الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في المسح المتعلق بالأحداث المجرمين المتهمين في الأراضي الفلسطينية خلال العام 2004 والفترة المنقضية من عام 2005، أن الفئة العمرية التي احتلت الدرجة الأولى من حيث عدد الأطفال المجرمون هي ما بين الأعوام 16-18. كذلك الحال بالنسبة لعام 2005 منذ بدايته ولغاية نهاية شهر آب من نفس العام (الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال، 2005: 6).

الفئة العمرية	صبيان	فتيات	المجموع	العام
12 - 9	47	-	47	2004
12 - 9	2	-	2	2005
15 - 13	136	-	136	2004
15 - 13	29	4	31	2005
18 - 16	171	1	172	2004
18 - 16	50	4	54	2005

كما أن الأسباب المؤدية الى تزايد هذه الظاهرة تتمحور في عدة اسباب رئيسية، هي: (الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال، 2005: 7).

السبب	العدد لعام 2004	العدد لعام 2005
وفاة احد الوالدين على الأقل	32	6
تعدد الزوجات للأب	16	6
الطلاق	12	6
التربية الخاطئة	87	21
الفقر و البطالة	81	9
المرض المزمن	25	0
غياب رب الأسرة	26	3
تصرفات أخرى (رفقاء السوء، أخلاقيات منحلة، أخلاقيات زوجية، ...)	83	30
المجموع	362	81

ب: أنواع التهم الموجهة للأحداث الجانحين:

لقد تباينت الجرائم التي ارتكبتها الأحداث الجانحين من حيث الأنواع لهذه الجرائم. ويرجع ذلك تبعاً للظروف المحيطة بالحدث المجرم أو بالبيئة المحيطة به بشكل عام. وبالنتيجة يتحكم بها عدة عوامل، من أهمها العامل الاقتصادي لأسرة الحدث. ويلاحظ أن جرائم السرقة إحتلت المرتبة الأولى على الإطلاق وبفارق كبير من أي نوع آخر من الجرائم. كما يلاحظ أيضاً انخفاض معدل هذه الجرائم مقارنة فيما بين الفترة المنقضية من هذا العام والعام المنصرم، وذلك موضحاً كالاتي:

نوع الجريمة	العدد لعام 2004	العدد لعام 2005
سرقة أو سطو	230	35
قتل أو محاولة قتل	17	-
تصرف غير أخلاقي	19	7
مخالفات سير	4	5
مخالفات أخرى	338	34
المجموع	608	81

ج: الأحكام الصادرة بحق الأحداث الجانحين:

يلاحظ أن الأرقام المتوفرة لا توضح الصورة الحقيقية، إذ أن هناك عدد كبير من الجرائم يتم التصالح عليها وتسويتها دون أن تصل للقضاء، و بذلك فهي لم توثق. ولاحظ أيضا أن القضاء يتجه نحو الإصلاح والتأهيل لهؤلاء الأحداث الجانحين، إذ يتوفر نوع من الهدوء الأمني والسياسي النسبي في الأراضي الفلسطينية، وبالتالي فإنه بالإمكان أن تقوم السلطة بدورها التأهيلي والإرشادي لهؤلاء الأحداث الجانحين، و يظهر ذلك كالاتي: (الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال، 2005:

(8).

نوع التهمة	العدد
غرامة	66
تحت المراقبة	7
إسقاط (اقل من سن المساءلة القانونية)	10
إطلاق سراح وتسليم لوصي أو راعي	207
مقيم في مراكز حكومية (محكوم)	27
بريء	38
المجموع	355

المبحث الخامس: التوافق الأسري

أولاً: المفهوم العام للتوافق

يعد مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية المهمة في علم النفس والصحة النفسية خاصة إلى الحد الذي جعل علماء النفس والصحة النفسية يتخذونه موضوعاً لهما ، فالتوافق من ؟ أهم متطلبات النمو ، والحياة كلها عبارة عن عمليات توافق ، فالإنسان كثيراً ما يقابله مواقف عديدة لا بد أن يواجهها ، ويتوافق معها ، ليوافق بين رغباته ورغبات الآخرين (عبد الله ، 2006 : 67).

وهذا ما أكده (الدسوقي 1974 : 31): حيث اعتبر علم النفس بكل فروعه ما هو إلا دراسة لعمليات التوافق ، فقد عرفه بأنه علم دراسة توافق الفرد ، أو عدم توافقه علي متطلبات مواقف حياته التي تملئها عليه طبيعته الإنسانية الشخصية في استجابتها للموقف ، كما يري أن الحياة بكل مجالاتها التي تفرع عنها علم النفس يمكن النظر إليها علي أنها مسألة توافق ، أو عدم توافق.

ويشير (حسونة ، 2002:15) إلي أن نتيجة لتعدد مصطلح التوافق أصبح معناه يتوقف علي الموقف الذي يستخدم فيه، فقد يأتي هذا المصطلح بمعنى قبول الأشياء التي لا تستطيع السيطرة عليها ، وقد يأتي بمعنى الإنفاق مع الأغلبية في الأفعال والأفكار أو بمعنى التوافق بين الرغبات أو بمعنى توافق الأفكار مع الأفعال.

ولقد اتفق كثير من الباحثين علي أن التوافق هو قدرة الفرد علي تحمل موجات متكررة من العنف مع عدم ازدياد مستوي القلق والصراع الداخلي لديه ، ومحاولته إشباع حاجاته النفسية والجسمية وانسجامة مع مجتمعه ، فهو عملية مركبة من عنصرين أساسيين : أحدهما الفرد بدوافعه وحاجاته وتطلعاته ، وثانيهما : البيئة المحيطة بهذا الفرد ، وان تكون العلاقة بين هذين العنصرين علاقة منسجمة ودينامية مستمرة (عبد الله، 2006 : 69).

وتعددت تعاريف التوافق، وذلك لاستخدامه لمعاني مختلفة في إطار علم النفس، و من هذه التعاريف:

عرفه (زهران، ٢٩:١٩٨٥) : بأنه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك و البيئة الاجتماعية والثقافية بالتغير بالتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته.

و يعرفه (عبد الحميد، ٣٠١:١٩٩٨) بأنه تفاعل بين سلوك الفرد و الظروف البيئية بما في ذلك الظروف التي تتبعث من داخل الفرد.

و يشير (حسونة، ٣٠:٢٠٠٢) بأن التوافق يتمثل في قدر من التقدير الذاتي والرضى عن النفس على أساس واقعي يؤدي إلى التقليل من الإحباط والقلق عن طريق السعادة مع النفس وقوة الشخصية والالتزان الانفعالي الجيد، والفترة الإيجابية للحياة، والشعور بالكفاءة.

ومن التعريفات السابقة يرى الباحث أن التوافق عملية كلية يقوم بها الفرد شعوريا ولا شعوريا لمواجهة ظروفه الحياتية الطبيعية والطارئة على نحو إيجابي (لا إفراط ولا تفريط) مراعيًا حاجاته النفسية والاجتماعية والبيولوجية بما يتفق وحاجات المجتمع من حوله وقيمه وعاداته وتقاليدته وبما يحفظ على الإنسان توازنه الداخلي والخارجي.

إذا فالتوافق يريده الإنسان بطبعه هدفاً ، ويسعى جاهداً لتحقيق هذا الهدف فإن تكن غاية الحياة أن يتكيف الإنسان بالبيئة ، وينجح في التعامل مع الناس ليحقق له التوافق الشخصي وراحة النفس فإنه يتعلم كيف يتكيف مع الظروف والمواقف ويتفاعل مع الآخرين ويصل إلي درجة من الرضا والدفاع عن النفس في توافقها هذا ، والتوافق يستهدف الرضا عن النفس وراحة البال ، والاطمئنان نتيجة الشعور بالقدرة الذاتية علي التكيف بالبيئة والتفاعل مع الآخرين (دسوقي، 1974: 383).

وللتوافق نوعان أساسيان هما:

1. التوافق الشخصي:

يتضمن التوافق الشخصي السعادة مع النفس والرضا عن النفس ، وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية ، أو العضوية والفسولوجية والثانوية والمكتسبة ، ويعبر عن سلم داخلي حيث لا صراع داخلي ، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحلها المتتابعة (عبد الله، 2006: 71).

ويشير (حسونة، 2002: 30) إلي أن التوافق الشخصي يتمثل في قدر من التقدير الذاتي والرضا عن النفس علي أساس واقعي والذي يؤدي إلي التقليل من الإحباط والقلق عن طريق السعادة مع النفس وقوة الشخصية والالتزان الانفعالي الجيد والفطرة الايجابية للحياة ، والشعور بالكفاءة.

2. التوافق الاجتماعي :

يتضمن التوافق الاجتماعي السعادة مع الآخرين ، والالتزام بأخلاقيات المجتمع، ومسايرة المعايير الاجتماعية ، والامثال لقواعد الضبط الاجتماعي ، وتقبل التغيير الاجتماعي ، والتفاعل الاجتماعي السليم، والعمل لخير الجماعة ، والسعادة الزوجية ، مما يؤدي إلي تحقيق الصحة الاجتماعية.

كما يتضمن التوافق الاجتماعي مجموعه الاتجاهات والقيم والعادات الاجتماعية والمثل المسيطرة والموجهة للجماعة والموحدة لأهدافها .

ولا شك إن هذا البعد هو من خلاصة عمليات التعلم والاكتساب والتقليد التي يمارسها الفرد من خلال تفاعله مع الجماعة التي يعيش بين أفرادها (عبد الله، 2006: 72).

ويضيف (سليمان، 2005:23) إن التوافق الاجتماعي هو العمل علي توحيد وجهات النظر والآراء والأفكار في المجتمع ، وتحقيق حد ادني من التفاهم المتبادل المشترك فيما يتعلق بالأوضاع الاجتماعية الجديدة فتصب السلوك الاجتماعي للإفراد والجماعات في إطار متوافق مع التغيير الاجتماعي .

وبالنسبة للتوافق الاجتماعي لدي المرأة فأن (حسونة: 2002: 30) يشير إلي انه يتمثل في العلاقة الحسنة بين المرأة والبيئة ، وهو تغير للأحسن ، ويكون عملية ديناميكية في التعامل مع البيئة من خلال التفاعل الاجتماعي والايجابي ، والعلاقة الودودة مع الآخرين ، والعلاقات الحسنة مع الأسرة والزوج.

خصائص عملية التوافق

يمكن استخلاص مجموعة من الخصائص المميزة لعملية التوافق، وهي :

١. التوافق عملية كلية

و هي تعني ضرورة النظر للإنسان باعتباره شخصية كلية تتفاعل مع البيئة المحيطة به فالإنسان بين جزئيات مكونات الشخصية الإنسانية و البيئية، ومحيطه لا يعد متوافقا، كما أن اقتصار التوافق على السلوك الخارجي مع إفال تجاربه الشعورية الواعية لا يعد توافقا، فالتوافق هو التفاعل الكلي بين الفرد و البيئة المحيطة من حوله (الدمنهو ري، ١:٨٩)

٢. التوافق عملية نشئية وارتقائية

إن التعرف على التوافق لا يتم إلا من خلال الرجوع إلى مرحلة النمو التي يعيشها الفرد، فكل مرحلة لها متطلباتها و حاجاته و النمو الإنساني ليس إلا سلسلة من الواجبات التي يجب أن يستعملها الإنسان في الوقت الذي يفرضه المجتمع، فالراشد يعيد توازنه مع البيئة بأسلوب الراشدين، ويستخدمها للحصول على رضا المجتمع عنه و رضاه عن نفسه، وعدم تعلم الإنسان الواجبات أو استخدام بشكل غير موفق يؤدي إلى حالة الفشل مع النفس و مع المجتمع من جهة أخرى(فهمي، ١٩٩٧: 38).

و السلوك المتوافق في مرحلة نمو سابقة قد يعد سلوكا لاتوافقيا أو مرضيا إذا استخدم في مرحلة نمو ثانية (دمنهو، ١٩٩٦:٨٤).

٣. التوافق عملية وظيفية

و يقصد به أن التوافق ينطوي على وظيفة أساسية هي تحقيق التوازن أو مادة التوازن الناشئة عن صراع القوى بين الذات و البيئة أو المحيط، و في هذا لا بد من التمييز بين التكيف كمفهوم مادي فيزيائي وبين التوافق بمعناه الشامل و الكلي .والإنسان شعاره الدائم أنا موجود في حالتي الصحة

والمرض) التوافق و سوء التوافق (على السواء، والتوافق ليس مجرد خفض التوتر و إنما تحقيق لقيمة الذات و تحقيق لوجود الإنسان كموقف من العالم(المغربي، ١٩٩٢: 12).

٤. التوافق عملية دينامية

لا يتم التوافق دفعة واحدة وبصفة نهائية و لكنه يستمر ما أسفرت الحياة، وهو المحصلة النهائية لصراع القوى هذا الصراع بين الذات والآخر، فالتوافق عملية دينامية كلما أوقفت صراع و أزلت التوتر، نشأ صراع جديد يحتاج إلى توافق آخر.

٥. التوافق عملية اقتصادية

يرى علماء التحليل النفسي أن مصدر الطاقة النفسية مودع في النظام الأساسي للشخصية، وتستمر هذه الطاقة من عمليات الهدم الكيميائية الناتجة عن عمليات الأيض لدى الإنسان، وهذه الطاقة قابلة للتحويل، ويستفاد منها في جميع الأنشطة التي يحتاج إنجازها إلى طاقة، مثل عمل أجهزة الجسم المختلفة، وهذه الطاقة تتحول حسب احتياجات الإنسان وهي طاقة محددة تتنافس أجهزة الجسم على استفادها وتنتقل من صورة إلى أخرى.

وإذا تعددت مواقف الحرمان وازدادت حدتها فإن التوتر يبقى ملازماً لحاجات النظام الأساسي وستعاني الشخصية من الاضطراب و الصراع (أبو مصطفى، والنجار، ١٩٩٨: 52).

وهكذا فإن عملية التوافق تتأثر بعوامل عديدة ومختلفة باختلاف البيئة و المحيط الإنساني، بل تغير الحالة النفسية للفرد ذاته حسب العوامل الضاغطة ليصبح التوافق بسمته، مما يبين أن التوافق حسب طبيعة العوامل المؤثرة في الإنسان، فالتوافق تطوري وكلي ووظيفي ودينامي واقتصادي، ويتخذ الإنسان هذه السمات ليتلاءم مع الطبيعة المحيطة به.

النظريات المفسرة للتوافق

١. نظرية التحليل النفسي

يؤكد " سيجموند فرويد - " مؤسس هذه المدرسة - وأتباعه على أن هناك ثمة حياة لا شعورية يعيشها الفرد إضافة إلى الواقع الشعوري له، كما أنه يولد مزوداً بغرائز ودوافع معينة تسيّر سلوكه ويسعى بشكل مستمر لإشباعها، وهم علاوة على ذلك يعتبرون أن الحياة ما هي إلا سلسلة من الصراعات، تتسبب في ظهور الإشباع أو الإحباطات لدى الفرد (مليكة، ١٩٧٠: 95).

فيرى فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاثة قوى أساسية وتشمل: الهو ويتضمن الموروثات المعبرة عن الغرائز معتمدة مبدأ اللذة، أما الأنا فتعتبر بمثابة المدير التنفيذي للشخصية حيث يسعى لإيجاد حالة من التوازن بين مطالب كل من الهو والأنا الأعلى، ويركز إلى مبدأ الواقع، بينما يعتمد الأخير مبدأ المثالية والدفاع عن السعي نحو الكمال (الشنداوي، ١٩٩٩: 381).

ويقرر بأن السمات الأساسية للشخصية المتوافقة تتمثل في ثلاث سمات هي قوة الأنا والقدرة هذا وقد أكد " يونج " على أن استمرارية على العمل و الحب (كفاي، ١٩٩٠ : 82).

النمو الشخصي دون انقطاع هو مفتاح للتوافق النفسي، كما أنه يتطلب الموازنة بين ميول الفرد الانطوائية والانبساطية والتكامل بين كل من عمليات الإحساس والإدراك والمشاعر والتفكير عند تخير الحياة والعالم الخارجي (عبد اللطيف، ١٩٩٠ : 85).

وهناك من أكد على أن التوافق يتحقق للكائن الحي عندما يقوم بإشباع دوافعه بأيسر الطرق فإذا لم يتيسر له ذلك أخذ يبحث عن أشكال جديدة للاستجابة إلى إحداث تعديل في البيئة أو تعديل دوافعه نفسها بهذا المعنى الحياة كلها عبارة عن عملية توافق مستمرة للكائن الحي.

لذا يرى الباحث أن أنصار هذه النظرية يركزون على عملية إشباع الدوافع وما يتعلق بذلك في طبيعة الفرد وقدرته على تحقيق درجة من الاتزان بين جوانب شخصيته المختلفة، ولا تعير اهتماما لخبرة الفرد والظروف المحيطة به؛ مع أنها تلعب دورا هاما وأساسيا في بناء تلك الشخصية، وتمتعها بالتوافق النفسي الذي هو طريق للصحة النفسية.

٢. النظرية السلوكية

يعتبر كل من " واطسن " و " سكنر " من أشهر مؤسسي هذه المدرسة، والتي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق ما هي إلا أنماط سلوكية متعلمة (مكتسبة) من خلال الخبرات التي يتعرض لها الفرد، والتي أكدت على أن التوافق هو عبارة عن جملة من العادات التي تعلمها الفرد في السابق وساهمت في خفض التوتر لديه؛ إذ أشبعت آنذاك دوافعه وحاجاته، و إضافة إلى كونها مناسبة وذات فاعلية في التعامل مع الآخرين، ولذا فقد تعززت وأمست سلوكا يستخدمه في حال تعرض لمثل ذلك الموقف مرة أخرى (كفاي، ١٩٩٠ : 82).

ومن هنا يتضح أن مفهوم العادة لدى أتباع هذه المدرسة يحتل مركزا هاما وأساسيا فهي من وجهة نظرهم مفهوم يعبر عن رابطة بين كل من المثير والاستجابة واعد تكوين مؤقت، متعلم ومكتسب (زهران، ٢٠٠٢ : 62).

واعتقد " واطسن، وسكنر " أن عملية التوافق لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، بل تتشكل بطريقة آلية من خلال التكرار والتلميحات البيئية والمعززات وأوضح " ولمان وكراينر " أن الفرد الذي لا يثاب على علاقته مع الآخرين قد يتجنب التعامل معهم ؛ مما يتسبب في ظهور أشكال شاذة للسلوك (أبو مصطفى و النجار، ١٩٩٨ : 65).

ومن المؤكد في رأي الباحث أن هذه المدرسة جعلت من الإنسان آلة تكرر سلوكيات متعلمة، كانت قد عززت في السابق، بعيدا عن مشاعر الإنسانية التي تسكن نفس الفرد وتساهم في تشكيل

شخصيته، ولذا فهي تجعل من الإنسان مجرد مستجيب لما حوله وليس متفاعل معه أو مغير ومعدل لما هو سلبي في مجتمعه.

٣. النظرية الإنسانية

يرى أصحاب المدرسة الإنسانية، وعلى رأسهم روجرز صاحب نظرية الذات ، أن الإنسان لديه القدرة على قيادة نفسه والتحكم فيها، وعزى أنواع السلوك الإنساني كافة إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات .. والشخصية عند نتاج للتفاعل المستمر بين الذات والبيئة المادية والاجتماعية ، فهي ليست ساكنة بل هي دائمة الحركة والتغيير ، والسلوك الإنساني عنده يعمل بشكل كلي موحد إيجابي نحو هدف تحقيق الذات (القاضي، وآخرون، ١٩٨١ :232).

ويقرر روجرز أن معايير التوافق، تكمن في ثلاث نقاط:

أ . الإحساس بالحرية.

ب . الانفتاح على الخبرة.

ج . الثقة بالمشاعر الذاتية.

أما ماسلو فيؤكد على أهمية تحقيق الذات في تحقيق التوافق السوي الجيد، ووضع معايير للتوافق منها:

أ. الإدراك الفعال للواقع.

ب . قبول الذات.

ت . التمركز حول المشكلات لحلها.

ث . الاستقلال الذاتي.

ج . العلاقات الاجتماعية القوية.

ح . الخلق الديمقراطي.

خ 0 التوازن أو الموازنة بين أقطاب الحياة المختلفة (عبد اللطيف ، ١٩٩٠ :90).

أما سوء التوافق عند أصحاب المدرسة الإنسانية، فينشأ عندما لا تستطيع الذات مواجهة الواقع أو إشباع حاجاتها سواء إشباع الحاجات بصفة عامة، أو حسب هرم ماسلو للحاجات الإنسانية، وإخفاقها المستمر في ذلك فلن يكون هناك توافقاً وإشباعاً للحاجة إلا عند إشباع ما قبلها من حاجات، فعلى سبيل المثال من المحال أن يحقق المرء ذاته قبل إشباع حاجاته الفسيولوجية أو حاجاته للأمن .. وهكذا.

٤. النظرية المعرفية

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن طريقة الفرد في معالجة محيطه تؤدي إلى توافقه فالتوافق

أن التوافق يأتي عبر تفاعل الشخص مع عالمه المحيط به الشخصي، كما يرى كيلي Kelly بالطريقة نفسها التي يتفاعل بها مع العالم، حيث يقوم بوضع الفروض واختبارها، تعتمد هذه الفروض على الأسلوب الذي يتخذه الفرد في تنظيم خبرته وتغييرها، أما الشخص الذي يعاني من تهديد ما فإنه يشعر بأنت غيرا أساسيا على وشك الحدوث في جهازه التكويني(الزعيبي ١٩٩٤ :٨٢).

فيرى أن التوافق يأتي عبر معرفة الإنسان لذاته وقدراته والتكيف Albert Ellis أما ألبرت إليس معها والتوافق حسب إمكانياته المتاحة وأن كل إنسان يمتلك القدرة على التوافق الذاتي ، وعلى هذا الأساس فقد أكد عبر خبراته مع المرضى أن يوضح لهم امتلاك القدرة - عبر الحديث الداخلي - على التوافق ، فقد أكد على أهمية تعليم المرضى النفسيين كيف يغيرون تفكيرهم في حل المشكلات وأن يوضح للمريض أن حديثه مع ذاته يعتبر مصدرا لاضطرابه الانفعالي ، وأن يبين له كيف أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية وأن يساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية وأكثر فاعلية وبالتالي غير مصحوب بانفعالات سلبية أو بسلوك إحباطي لا تكفي للذات(سمارة ، ١٩٩١ : 62).

كما رأى أصحاب هذا المذهب أن للإنسان حرية في اختيار أفعاله التي يتوافق بها مع نفسه ومع مجتمعه وهو يقبل على اختيار السلوك المقبول اجتماعيا ويتوافق توافقا حسنا مع نفسه ومجتمعه ولا يتوافق توافقا سيئا إلا إذا تعرض لضغوط بيئية ، فالطفل لا ينحرف ولا يعتدي إلا إذا شعر بضغوط في الأسرة والمدرسة وتعرض للظلم وشعر بالتهديد وعدم التقبل(مرسي، ١٩٨٨ : 91). وهكذا ترى المدرسة المعرفية أهمية قدرة الفرد الذاتية والمعرفية في إكسابه التوافق فكلما كان الفرد متعلما ومكتسبا الأفكار التي تتناسب مع الواقع المحيط؛ كلما كان قادرا على التوافق السليم.

ثانياً: مفهوم وطبيعة التوافق الأسري

ينظر إلي الأسرة علي أنها وحدة من الأشخاص المتفاعلين ، يحدد كل شخص داخل الأسرة عدد من الأدوار ، أي أن الفرد يدرك معايير وتوقعات الدور الذي يحدده له الأعضاء الآخرون في الأسرة وينسبون لها إليه والي سلوكه(الضبع، 2002: 74).

والكيان العضوي الأسري يمثل الوحدة الاجتماعية الأساسية في المجتمع ، وكما كانت العلاقات الأسرية والتطابق والتماسك الأسري بين أعضاء الأسرة القوية أدى ذلك إلي علاقات وروابط وضوابط اجتماعية سليمة بين أفرادها في تعاملهم داخل الأسرة وفي المجتمع الأكبر ، والعكس من ذلك عندما يسود جو الأسرة التنافر والتناحر وعدم الرغبة في تحمل المسؤوليات من قبل الإبناء والأبناء(منصور، 2000: 135).

وذكر (عبد الحميد، 1998: 63) إن نجاح الأسرة وتكاملها يتوقف علي مدى التكيف والتوافق الذي يحدث لإفراد الأسرة ، فالتكيف عملية لا بد من أن تتم في مستهل الحياة الزوجية ، وإلا فان الأسرة ستعرض في المستقبل إلي الانحلال والانهيار .

كما أضاف أن التكيف والتوافق لا يأتيان عفويًا أو تلقائيًا ، بل هما نتيجة طبيعته لما يبذله جميع أطراف الحياة الأسرية وان الإنسان الأكثر تكاملا في شخصيته يكون أسرع في تحقيق توافقه وتكيفه في حياته الأسرية ، وخاصة إذا قام علي أسس ثابتة وتتمثل في الإقرار بالفروق الفردية ، والقبول بهذه الفوارق والاختلافات التي تقوم بين الناس .

فالتوافق الأسري هو قدرة أفراد الأسرة علي الانسجام معا وإحساسهم بالسعادة الزوجية والراحة في نطاق الحياة الأسرية ، وأقامه علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية والعمل المنتج الذي يجعل من الفرد شخصا فعالا ونافعا في محيطه الاجتماعي من ناحية أخرى (عبد الله، 2006: 61).

وتوافق الأسرة مع إمكانياتها في حدود ما يتوافر لها من داخل وموارد مالية بما يحقق لها إشباعاً معقولاً علي أساس من الشعور بالمسؤولية ، والقدرة علي تحقيق الموازنة السليمة بين المتطلبات والالتزامات المادية ، يقي الأسرة من الانهيار ، ويحول بينها وبين الصراع أو الاضطراب الذي ينعكس علي أفرادها ومدى توافقه مع الأسرة وتكيفهم مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها (عبد الحميد، 1998: 61).

ويعرف التكريتي التوافق الأسري : هو شعور الفرد بالارتياح والاطمئنان والحب المتبادل بين أفراد الأسرة وان تكون حياته الأسرية خالية من المشكلات التي تعكر صفاء الأسرة (التكريتي، 1989: 43).

يعرفه (أبو مصطفى والنجار، 1998: 34): بأنه عبارة عن السعادة الأسرية والمتمثلة في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالبها وسلامة العلاقات بين الوالدين فيما بينهما وفيما بين الأولاد وكذلك بين الأولاد مع بعضهم البعض، حيث يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع والتمتع بقضاء وقت الفراغ معا ، ويمتد في رأيهما ليشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية.

وعرفته (الأستاذ وآخرون، 2002: 32): بأنه مدى تمتع الفرد بعلاقات سوية مشبعة بينه وبين أفراد أسرته، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية، وتوفير جو من الحب والتعاون والتضحية بين أفراد الأسرة

وهو في رأي (القريطي، 2003: 65): إشارة إلى مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته، وعلاقات الحب والمودة والمساندة والتراحم والاحترام والتعاون بينه وبين والديه وأخوته، مما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة.

وعرفة (عبد العاطي، 2004: 65) : على أنه قدرة أفراد الأسرة على التخفيف من حدة التوترات في محيط الأسرة، وتجنب بلوغ الصراع حافة الأزمة الأسرية.

تعرفه (عبد الله، 2006: 72): بأنه هو : قدرة أفراد الأسرة على الانسجام مع ا حساسهم بالسعادة والراحة في نطاق الحياة الأسرية، وإقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية والعمل المنتج الذي يجعل من الفرد شخصا فعالا ونافعا في محيطه الاجتماعي من ناحية أخرى

مجالات التوافق الأسري

١. التوافق الاجتماعي

المقصود بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد على عقد صلات و علاقات طبيعية مرضية مع الآخرين، علاقات تتسم بتحمل المسؤولية، والقدرة على الاعتراف بحاجة الآخرين .وفي المجال الأسري أن يقيم الرجل والمرأة علاقة زوجية تقوم على السكينة والطمأنينة بحيث يشعر كل طرف بحاجته إلى الطرف الآخر وينطبق ذلك على الآباء والأبناء.

٢. التوافق الاقتصادي والمادي

من المعروف أن لكل أسرة دخلا و نفقا، ولكن انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة قد يثير كثيرا من المشكلات الأسرية للأفراد الذين لا يستطيعون إشباع حاجاتهم اليومية وحرمانهم قد يعرضهم للأمراض المختلفة .فيلاحظ أن فقدان المال يحدث نوعا من الحرمان، يختلف عند الأغنياء عنه عند الفقراء، فالأول يفقد السلطة والجاه، والآخر يفقد الطعام، وفقدان السلطة أو الجاه أو المركز الاجتماعي يؤثر مباشرة في جرح " الأنا " و إصابتها قد تدفع الإنسان إلى الانتحار.

فإذا توقف الأب عن العمل فجأة بسبب دخوله السجن أو مرضه أو وفاته، فإن هذا الأمر يتطلب من أفراد الأسرة إعادة تشكيل عاداتهم و رغباتهم في إطار هذا التغيير الذي حدث للأسرة .وقد يسهم عمل المرأة في ميزانية الأسرة، مما أدى إلى زيادة احتمال التوافق الاقتصادي للأسرة، الذي يتضح في زيادة الخدمات التعليمية والترفيهية، وقضاء وقت الفراغ خارج المنزل (حسين، ١٩٨٩: 72).

٣. التوافق الجنسي

يلعب التوافق الجنسي دورا بالغ الأهمية في الحياة الزوجية، فالإشباع الجنسي أحد أهم الدوافع التي يسعى الإنسان بالزواج.

ومن العوامل التي تساعد على التوافق الجنسي بين الزوجين:

١. الصراحة واتساع الأفق العقلي عنصران مهمان من عناصر التوافق الجنسي.
٢. التوافق الجنسي يقتضي فهما ومعرفة وإدراكاً لمعنى الجنس ودوافعه وأهدافه وغاياته، وألا يكون هناك اندفاع نحو إشباعه بمناسبة أو غير مناسبة، وإذ كان الاندفاع نحو الإشباع الغريزي، والرغبة فيه، أمراً مقبولاً، حيث يزداد في بدء الحياة الزوجية نظراً لاعتبار هذا الشيء جديداً بالنسبة للأزواج الجدد، وإن الجهل بالجنس، وعدم الفهم لمعناه ودواعيه، أمر له خطره، فقد ينظر إلى الجنس على أنه عمليات آلية ميكانيكية. ولذلك فالثقافة الجنسية من الأمور المهمة في برامج التعلم، وإعداد الشباب للحياة الزوجية الأسرية (بشير، وجمعة، ١٩٨٦: 59).

٤. التوافق الديني

يعد الدين من أهم النظم الاجتماعية التي لها أهمية خاصة في مجال توافق الفرد مع أسرته ومجتمعه. ولذلك فمنذ الصغر تحاول الأسرة أن تغرس بعض القيم الدينية في نفوس الأبناء، ومن الوسائل التي تؤدي إلى التوافق بين أعضاء الأسرة الممارسات الدينية بين أفرادها، خاصة سلوك الوالدين، الذي يشجع على التمسك بالقيم الدينية، حيث يتحقق التوافق الديني من خلال الإيمان بالله سبحانه وتعالى، وأن يرضى الفرد بما قسمه له من رزق ومال وجاء ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية وانتمائها.

٥. التوافق الثقافي

التقارب بين أفراد الأسرة في المستوى الثقافي لكل منهم أصبح من الأمور المهمة للتفاهم، والانسجام والمحبة بينهم، ولقد بينت كثير من الدراسات الحديثة أن من أهم العوامل المؤثرة في التوافق الأسري الثقافة بصورة عامة، وتعليم المرأة بصورة خاصة، ولذلك فإن الخلفية الثقافية لكل من الزوجين تؤثر في حياتهما المشتركة، حيث تختلفان حول تنظم الأسرة أو تحديد عدد الأبناء مثلاً (الكندري، ١٩٩٢: 185).

ثالثاً: مظاهر التوافق الأسري

إن قدرة أفراد الأسرة وخاصة الزوجين على التخفيف من حدة التوترات في محيط الأسرة، وتجنب بلوغ الصراع حافة الأزمة الأسرية، يشكل أساساً جيداً لحياة مستقرة، ومناخاً طيباً للتفاعل الأسري، وبذلك يكون معيار الزواج الناجح هو خلو الحياة الأسرية من الصراع المعلن الصريح، والتزام الزوجين بمعايير السلوك المتعارف عليها (عبد العاطي، وآخرون: 65، 2004) ويلخص كل من (الليحان، 1417: 25) و(عبد الحميد، 1998: 54) عدداً من مظاهر التوافق الأسري وهي:

1. العامل العاطفي: ويقصد به توفر صلات عاطفية تربط بين كل من أطراف الحياة الزوجية والأسرية وأيضاً تكامل الأسرة من حيث توحيد الاتجاهات والمواقف بين عناصرها ، ومن حيث التماسك والتضامن في الوظائف والعمل المشترك ، والاتجاه نحو غايات وأهداف واحدة ، ومن حيث التكتل لدرء أي خطر خارجي يهدد كيان الأسرة أو ينال من عناصرها.

2. العامل الاقتصادي : ويقصد به توفير الإشباع اللازم للحاجات التي يحتاج إليها الفرد في حياته الأسرية ، ويقوم هذا الإشباع علي ضرورة توافر المورد الاقتصادية والمالية التي تسمح بتوفير هذه الحاجات بأشكالها المختلفة.

3. النظام في الأسرة: ويقصد به احترام القانون العام ، وآداب السلوك ، وقواعد العرف والتقاليد ، ومستويات الذوق العام ، وإرساء العلاقات الايجابية القائمة علي الاحترام والحب بين أفراد الأسرة.

4. العامل الديني: ويقصد به تمتع الأسرة بالقيم والفضائل الروحية والدينية ، حيث يساعد ذلك علي تماسك الأسرة فكرياً ومعنوياً ، وبقائها من التفكك والانحراف.

وأكد (حسن 1981: 130) إن من أهم الوسائل التي تؤدي إلي زيادة التوافق والتكامل بين أعضاء الأسرة ممارسه الشعائر الدينية بطريقه جماعية .

كما أشار إلي ضرورة توجيه المناقشات الأسرية والتصرفات نحو توكيد الفضائل والتمسك بالقيم الروحية ، وذلك لمساهمتها في الوصول إلي التوافق الأسري .

كما أضاف أن التفاعل المستمر بين أعضاء الأسرة يعتبر من المظاهر الأساسية لتوافق الأسرة حيث يعطيها أهميتها الخاصة في نمو شخصية أعضائها.

وذكر (منصور، 2000: 135) إن حقيقة التوافق والتماسك الأسري مرتبطة بطبيعة العلاقات داخل الأسرة والتي تأخذ مسارات متعددة أهمها:

1. علاقة الزوج والزوجة: حيث تقوم علي أساس الحقوق الزوجية والجنسية والمسؤولية ، وتقسيم العمل بين الزوجين تحت إطار ما يحدده المجتمع من حقوق وواجبات لكل منهما.

2. علاقة الأب والابن: والتي تقوم علي مسؤولية الأب نحو الابن ، من الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية ، وما يقابل ذلك من قبل الابن من احترام وطاعة وإسهام في البناء الأسري.

3. علاقة الأم والابن: وتشبه علاقة الأب بالابن ، إلا أنها تتحدد بطبيعة دور كل منهما الذي يهتم غالباً بشؤون المنزل وما يحتاجه.

4. علاقة الأب بالابن: وتتمثل في مسؤولية الأب تجاه حماية البنات ومساعدتها حتى بعد الزواج.

5. **العلاقة بين الإخوة الذكور:** وتبدأ بعلاقة اللعب في الصغر ، وتتطور إلي التعاون والتكاتف ورعاية الأخ الأكبر ، وما يترتب علي ذلك من مسؤوليات يتحملها ، وخاصة عند غياب الأب.

6. **العلاقة بين الأخوات الإناث:** وتشبه العلاقة بين الإخوة الذكور وان كانت تمتاز عادة في كثير من المجتمعات بأنه يوكل للأخت الكبرى أمر العناية بأختها الصغرى منذ الصغر ، وبذلك تقف منها موقف الأم.

7. **العلاقة بين الأخ والأخت:** وهي علاقة زمالة في اللعب إثاء الطفولة ، وما تلبث أن تتطور تدريجياً حتى يطرأ عليها نوع من التحفظ في السلوك ، ويرتبط ذلك بتفاصيل المركز الاجتماعي بكل منهما ، وما يشعر به الأخ من مسؤولية نحو أخته، خاصة في غياب الأب.

كما ذكر (عبد الحميد،1998: 72) عدداً من العلاقات الداخلية أو الأفعال الاجتماعية التي تعبر عن طبيعة التوافق والتكيف الأسري ، وتؤدي بدورها إلي مزيد من التوافق أو سوء التوافق وهي:

1. **التعاون :** وهو العملية التي تربط أعضاء الجماعة الاجتماعية لتحقيق الهدف أو الأهداف المشتركة لها ، والتعاون بهذا المعنى يفترض أنه السمة المميزة للأسرة أيا كان نوعها أو نمطها.

2. **التنافس:** وهو العملية الاجتماعية التي يستخدمها أعضاء الجماعة الاجتماعية للحصول علي مكانه معينه أو التميز في معاملته من المعاملات ، وقد يؤدي بعض أنواع التنافس إلي الانحراف والتفكك.

3. **الصراع :** و هو العملية الاجتماعية التي تختلف عن عملية التنافس في أن التنافس يأخذ عادة مظهراً سليماً ، حتى إذا ما تغير الوضع وأخذ مظهراً عدائياً يحل الصراع محل التنافس.

رابعاً: العوامل المؤثرة علي التوافق الأسري

1. **العوامل الاجتماعية :** تستجيب الأسرة للإحداث المتشابهة بصورة مختلفة ، وذلك تبعاً للبعد المعنوي.

والأحداث تتبع من مصادر مختلفة ، إما من داخل نطاق الأسرة أو من خارجها وبالتالي فان النتائج والاستجابات تختلف تبعاً لمصدرها، وهذه الأحداث قد تؤدي إلي تماسك الأسرة وتضامن أعضائها حتى يتمكنوا من التغلب عليها ، وقد تؤدي إلي انهيارها (عبد الحميد، 1998: 65).

ويذكر (عبد الله،2006: 86) أن تعرض الوالدين والأسرة للضغوط التي تتعلق بالحياة وظروفها والتي لا يملكون تجاهها في الغالب تحكماً أو سيطرة تؤدي إلي إعاقة أداء الوالدين ، بل وتؤثر علي توافقهم ، وان هذه الضغوط تمثل في نظام الوالدية عاملاً أساسياً مؤثراً في نمو الأبناء ، وفي علاقة الزوجين معاً ، وفي علاقتهما بالأبناء داخل الأسرة.

وان التوافق الأسري يتأثر بمجموعه من العوامل الاجتماعية المحيطة بالفرد وهي:
أولاً الحاجات الاجتماعية وخاصة الأسرية : فعلي الفرد أن يتكيف سلوكه لمطالب الأسرة حتى يهئ لها ولنفسه أكبر قسط من السعادة.
ثانياً التقاليد والعادات: فعملية التوافق تتأثر بمدى ونوع التقاليد والعادات السائدة في البيئة ، والخاصة بكل مرحلة من مراحل النمو .
ثالثاً التطور الاجتماعي: فالفرد يتأثر خلال نموه بالمظاهر الاجتماعية السائدة في بيئته ، وتتغير هذه المظاهر نتيجة لتغير الأحداث التي تساهم في تطور المجتمع القائم.

2. العوامل الشخصية:

وتشمل كما يشير (غيث،1990: 169) عدداً من العوامل الشخصية، كالسمات المزاجية (وهي التي ترجع إلي ارتباط مجموعه من الصفات الوراثية التي تحدد ردود الفعل الانفعالية والعاطفية عند الفرد) .

وأيضاً الصراع الداخلي الناتج عن اختلاف السمات المزاجية أو تشابهها ، ويعتبر من بين أنواع الصراع التي تؤدي إلي التوتر الدائم ، وقد لا تؤدي في كل الحالات إلي التفكك الكامل للأسر . كما تشمل الاستجابات المكتسبة عن طريق الفرد في وضع اجتماعي خاص، وهي بهذه الصورة يمكن إن تتعدل أو تتغير ، ومن الملاحظ إن الأنماط السلوكية عند الزواج تكون قد استقرت بصورة معينة ويصعب تغييرها بعد ذلك .

ويلاحظ الباحثون في شؤون الأسرة إن التوترات الزوجية بسبب الأنماط السلوكية المتعارضة عند الزوجين تصل إلي درجة خطيرة، خاصة إذا تعلق بمسائل كالأخلاق الاجتماعية ، والنظافة ، وطرق تربية الأطفال ، وطرق اتخاذ القرارات ومعامله الآخرين ، والتوترات التي ترجع إلي الفشل في تحقيق العواطف التي كانت متصورة قبل الزواج.

3. العوامل المادية:

إن الأمور الاقتصادية والمالية من الأهمية بمكان في الحياة الأسرية ، فالأمور الاقتصادية والمالية هي المعاملات الواقعية بين الزوجين وأطراف الأسرة ، فهي دائمة ومستمرة لا يمكن التغاضي عنها ، ولا تسير الحياة بدونها (عبد الحميد،1998: 60).

ونذكر كل من عبد الحميد وغيث أن استقلال المرأة الاقتصادي وما قد يصبحه من عدم وضوح لدورها كزوجه وكأم وخاصة إذا حاولت أن تمارس حقوقاً تتعارض مع واجباتها الأساسية في الأسرة يشعر الرجل تدريجياً بان الوحدة الأسرية قد بدأت تفقد مقوماتها الأساسية ، وبالتالي تبدأ في

الظهور بعض النقاط الخلافية التي إذا استمرت فترة طويلة دون أن يتكيف احد الزوجين باتجاهات الآخر يصبح النزاع امراً لا مفر منه.

ويضيف عبد (الحميد ، 1998: 70) عددا من العوامل المرتبطة بالزوجين أو الخارجة عنهما المؤثرة علي التوافق الأسري ومن ذلك:

1. طغيان شخصية أحد الزوجين علي الآخر بشكل ملموس : حيث ينبغي أن يسود التفاهم والاتفاق والتكيف جميع العلاقات المتبادلة ، إذ يقف الند التحدي غير مبال بوحدة الأسرة وتماسكها ، ويحل الجدل والصراع محل التفاهم والاتفاق ، ومن ثم تتصادم المواقف ، وتتعارض الاتجاهات ، وتتأزم المعاملات ، وتشتد حاله التوتر ، وتهدد الأسرة بالانهيار والتفكك.

2. انعدام العواطف الأسرية : لأسباب شخصية ، أو لطول مدة الزواج ، مما يعرض الأسرة لمشاكل عديدة.

3. الأصدقاء والجيران وما يقيمون به من دور في مجري الحياة العائلية للآخرين وتدخلاتهم في العلاقات الأسرية وما قد ينشأ عن ذلك من حالة توتر.

4. قلة الوسائل الترويجية ، والتزمت في معاملة أفراد الأسرة ، وعدم الاستمتاع بأوقات الفراغ.

5. تدخل الأقارب في العلاقات الأسرية أو إشراكهم في معيشة الأسرة.

6. العادات الضارة والانحرافات الشاذة ، ومظاهر السلوك التي تتنافي مع الآداب العامة .

7. تعدد الزوجات وما يتصل به من مشكلات تؤدي إلي التوتر في محيط الأسرة.

وذكر ولر (الضبع ، 2002: 76) أن من العوامل التي تؤثر علي التوافق والتفاعل الأسري البعد التاريخي ، وأعطاه أهمية كبيرة عند دراسة عمليات التفاعل الأسري ، وحدد ذلك بمراحل خمس في الحياة الأسرية لقياس هذا البعد التاريخي وهي الحياة الأسرية عند الوالدين والملاطفة والسنة الأولى من الزواج والأبوة ومرحلة الفراغ.

العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري

لقد بذل الباحثين عددا كبيرا من المحاولات لدراسة العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري بين الأفراد ومن عوامل التوافق الأسري أن يكون هناك استقرار في العلاقات الأسرية، و التفاهم، والحب المتبادل بين أفراد الأسرة، حيث التوافق في الحياة الزوجية يرتبط بالعلاقات الوثيقة المتبادلة بين الزوجين، كما تبدو في تبادل وجهات النظر والمشاركة في مناقشة الأمور، وتبادل الآراء و الأفكار يحدد مدى التفاعل بين الزوجين، ولهذا يعد عاملا بالغ التعقيد في العلاقات الزوجية، فالحياة الزوجية ارتباط مقدس، بحيث يشارك الطرفان بالتفاهم في أمور الحياة فيما بينهما.

ويعتقد البعض الآخر أن توفير الجو الأسري الملائم للزوج، كي يقوم بدوره و مسؤولياته في الأسرة

على أكمل وجه من الأمور المهمة أيضاً، حيث إن الحياة الزوجية حياة قوامها تحمل المسئوليات، فعلى المرأة أن تهتم بزوجها ومنزلها، و تبذل كل ما في وسعها من أجل توفير السعادة للحياة الزوجية في الأسرة (القريطي، ٢٠٠٣: 107).

ولعل من العوامل المهمة التي تؤدي إلى التوافق والتكيف الأسري، إشباع الحاجات الأساسية لأفراد الأسرة سواء كان طفلاً أو رجلاً، وسواء كان ذكراً أو أنثى، وقد ذكر (عبد الله، ٢٠٠٦: 68) مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤدي إلى التوافق الأسري وهي كالتالي:

١. وجود أهداف مشتركة للأسرة، وقدرة على الإسهام في خدمة المجتمع، و النهوض به، وارتباط بأخلاقيات هذا المجتمع، وقيمه الاجتماعية السليمة.

٢. تفاهم و اتفاق بين الوالدين حول علاقتهما مع الأبناء، والاهتمام بتوفير الرعاية والاهتمام لهم، دون

تفرقة بينهم.

٣. مشاركة الأبناء للأسرة في إدراك احتجاجاتها، والعمل على مقابلتها.

٤. الاكتفاء والاستقرار الاقتصادي، وتقدير كل فرد لما يبذله الآخرون في سبيل إسعاد الأسرة.

٥. التجارب الناجحة في مواجهة الصعوبات التي تعترض الأسرة.

٦. توفر الصحة والقدرة الجسمية التي تهيئ لكل أفراد الأسرة القيام بمسئولياتهم وتحقيق إشباع العلاقات الأسرية.

تعقيب عام علي الإطار النظري:

بعد الإطلاع الواسع الذي قام به الباحث علي المراجع والكتب التي تهتم بمجال التوجيه والإرشاد النفسي، وكتب الصحة النفسية والتي تتحدث عن مفهوم القلق النفسي، لما له أهمية كبرى خصوصاً عن المهتمين بمجال الإرشاد النفسي وبرامجه، فقد قام الباحث بالاتفاق مع مشرفه بتصنيف الإطار النظري لدراسته، حيث قدم الباحث شرحاً تفصيلياً لبعض المباحث في دراسته وهي كالتالي:

لقد عرض الباحث مقدمة عن القلق النفسي، موضحاً أن القلق النفسي هو مرض العصر، تم تطرق الباحث إلي تقديم شرح تفصيلي للقلق النفسي حيث تطرق إلي مفهوم القلق النفسي، وقد أورد الباحث العديد من التعريفات في هذا المجال، وتحدث الباحث عن نشأة القلق النفسي ومن ثم التطرق إلي تصنيفات وأنواع القلق المختلفة كالقلق الموضوعي، والقلق العصابي، والقلق الخلفي، والقلق الموقفي .

ثم تطرق الباحث إلى مفهوم القلق وعلاقته ببعض المصطلحات المختلفة مثل القلق النفسي وعلاقته بالخوف، وتم التمييز بين المفهومين من كل الزوايا المختلفة، كذلك تم توضيح مفهومي سمة القلق وحالة القلق والتفريق بينهما مع ذكر عدد من الأمثلة المختلفة، و فضل الباحث أن يتطرق في الإطار النظري لدراسته لعرض مفصل الأعراض المصاحبة للقلق النفسي سواء الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية وغيرها من الأعراض المبينة لوجود القلق النفسي عند الفرد، كذلك تم توضيح الأسباب والعوامل المؤدية للقلق النفسي.

وبعد ذلك تطرق الباحث للنظريات المفسرة للقلق النفسي، حيث عرض الباحث آراء كثير من مدارس علم النفس المختلفة مثل المدرسة الفرويدية ومن روادها فرويد، وأدلر، وفروم، وكارن هورني، والمدرسة السلوكية ومن روادها ميللر ودولدر، ومورر، والمدرسة الإنسانية ورائدها كارل روجزر، والنظرية البيولوجية، والنظرية الوجودية، واختتم الباحث عرضه لنظريات علم النفس المفسرة للقلق بالنظرية الإسلامية وعرض الباحث نقاط التشابه والاختلاف بين النظريات المتعددة، واختتم الباحث هذا المجال بالحديث عن أنواع علاج القلق النفسي سواء العلاج النفسي أو الطبي أو الكيميائي أو البيئي وغيره من أنواع العلاجات المختلفة.

ثم قام الباحث بعرض تفصيلي لمجال إرشاد المراهقين، حيث عرف مرحلة المراهقة وتطرق إلى طبيعة المراهقة وأهميتها، تمركز في حديثه عن خصائص النمو في مرحلة المراهقة ومتطلباتها التربوية (النمو الجسمي، النمو الديني، النمو الاجتماعي، النمو العقلي)، وأخيراً تحدثت عن علاقة الأسرة بالمراهقة، موضحاً أن هناك دوراً كبيراً للأسرة في هذا المجال، واختتم حديثه عن مرحلة المراهقة بعرض النظريات التي فسرت مرحلة المراهقة.

وبعد ذلك تطرق الباحث إلى المفهوم العام للتوافق ومن، ثم تطرق الباحث لأنواع التوافق، التوافق الشخصي و التوافق الاجتماعي، ثم أسهب الباحث في مفهوم وطبيعة التوافق الأسري ثم تطرق إلى مظاهر التوافق الأسري، ثم تطرق إلى العوامل المؤثرة على التوافق الأسري ثم قام الباحث بعرض تعقيب على الإطار النظري.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

مقدمة:

بعد الإطلاع الواسع من قبل الباحث علي الأدب التربوي والتراث العلمي وعلي مخزون علم النفس في هذا المجال، و قيام الباحث بتجميع أكبر عدد من البحوث و الدراسات سواء المحلية أو العربية أو الأجنبية، قام الباحث بانتقاء بعض البحوث و الدراسات السابقة في جميع المجالات التي تخدم وتقوي دراسة الباحث الحالية، وعليه فقد رأى الباحث بأن يعرض هنا لأهم البحوث والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الاضطرابات النفسية، والمرهقة ، والتوافق الأسري بصورة مباشرة أو غير مباشرة مع موضوع الدراسة الحالية.

هذا وقد تم تصنيف البحوث والدراسات السابقة إلي أربع مجموعات علي النحو التالي:

المجموعة الأولى: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين المجموعة الثانية وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات.

المجموعة الثالثة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات. المجموعة الرابعة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع التوافق الأسري وعلاقتها ببعض المتغيرات.

أولاً : دراسات تناولت الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين

1. دراسة (عياد، 2003):

بعنوان " تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدي ذوي التعاطي المتعدد".

هدفت الدراسة إلي التعرف علي الارتباط بين تقدير الذات وكل من القلق كحاله وسمه والاكتئاب لدي ذوي التعاطي المتعدد والفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات والقلق والاكتئاب وتكونت عينه الدراسة من (46) متعاطي (45) غير متعاطي واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس القلق كحاله وسمه إعداد سبيلبيرجر، ومقياس الاكتئاب بيك ، ومقياس تقدير الذات روزنبرج ، وتوصلت الدراسة إلي وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات والقلق والاكتئاب ، فالمتعاطين أكثر قلقا واكتئابا وانخفاضا في تقدير الذات من غير المتعاطين ، كما توصلت الدراسة أن يوجد ارتباط سالباً بين تقدير الذات والاكتئاب ، كما توصلت الدراسة أن يوجد ارتباط بين الاعتماد وتقدير الذات حيث كان درجات المعتمدين علي مقياس تقدير الذات منخفضة ومقارنه بغير المعتمدين.

2. دراسة (صابر، 2004):

بعنوان " البنية العاملية لإشكال الكذب لدي متعاطي المخدرات في مقابل غير المتعاطين في ضوء بعض متغيرات الشخصية " .

هدفت الدراسة الي محاوله الكشف عن البنية العاملية لإشكال الكذب لدي المتعاطين للمخدرات في مقارنه بغير المتعاطين ، كما هدفت الدراسة معرفة علاقة تلك الاشكال الممثلة للكذب ببعض متغيرات الشخصية كالتوكيدية وقوة الانا والعدوانية داخل المجتمع السعودي ، وتكونت عينه الدراسة من (420) مفحوصا من المتعاطين والأسوياء، واستخدم الباحث الادوات التالية مقياس الكذب ومقياس الشخصية التي تقيس التوكيدية وقوه الانا والعدوانية ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية : أن هناك مجموعه من العوامل النوعية لدي المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين تعتبر عن اشكال الكذب وليس كسمه واحدة ، كما توصلت الدراسة الي وجود فروق في المكونات العاملية لأشكال الكذب بين المجموعتين المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين حيث تم استخراج اربعة عشر عاملا لدي كل مجموعه علي حده تمثل اشكالا لنوعية الكذب ، كما توصلت الدراسة الي تميز المتعاطين للمخدرات في مقابل غير المتعاطين والتي تعكس البناء النفسي لديهم فالمتعاطي يدور كذبه من اجل التقبل الاجتماعي وتحسين صورته وتضخيم الذات واعتقاده الوهمي بقوة التأثير علي الآخرين ومحاوله إيقاع الاذي بالآخرين بشكل صريح والكذب من اجل الفضول الي غير ذلك ، اما غير المتعاطين فيكون كذبه من اجل اخفاء العيوب وعدم التفاخر بها واختلاق

الاعذار للتخلص من المشكلات والتوفيق بين المقربين وكسب الآخرين والكذب من اجل الكمالية وغير ذلك ، كما توصلت الدراسة ايضا الي وجود علاقة ارتباطية بين هذه العوامل الممثلة لأشكال الكذب بما يحويه من سوء وعدم السواء وبين متغيرات الشخصية (التوكيدية قوه الانا و العدوانية

3. دراسة(مخيمر،2006)

بعنوان " المعتقدات كدلاله تشخيصية لاضطرابات الشخصية من منظور معرفي لدي عينه من متعاطي المواد المؤثرة نفسيا ."

هدفت الدراسة إلي الكشف عن الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في المعتقدات الإدمانيه والمعتقدات اضطرابات الشخصية ، كما هدفت الدراسة عن الكشف عن العلاقة بين معتقدات اضطرابات الشخصية والمعتقدات الإدمانيه ، وتكونت عينه الدراسة من (50) متعاطي و (72) غير متعاطي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: استمارة جمع المعلومات ، واستمارة المعتقدات نحو الإدمان، واستمارة معتقدات الشخصية ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية : وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في المعتقدات الإدمانيه والفروق لصالح عينه المتعاطين ، كما توصلت الدراسة إلي وجود فروق بين متوسط درجات المتعاطين وغير المتعاطين في المعتقدات المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية والمضاد للمجتمع وشبه الفصامية، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود علاقة موجبة ارتباطيه بين كل من معتقدات اضطراب الشخصية وبين المعتقدات الإدمانيه لدي عينه متعاطي المخدرات، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود علاقة موجبة ارتباطيه بين كل من معتقدات اضطراب الشخصية شبه الفصامية والمضاد للمجتمع والحدية الهستيرية و النرجسية لدي غير المتعاطيين.

4. دراسة(سلامه،2010):

بعنوان " فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدي عينه من الشباب المدمن في مرحلة التعافي".

هدفت الدراسة إلي التحقق من فعالية برنامج العلاج بالمعني المقترح في خفض الأعراض الاكتئابية لدي عينه من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، كما هدفت الدراسة التعرف علي مدي فعالية البرنامج العلاجي المقترح من حيث تطبيقه علي عينه الدراسة بعد فترة المتابعة أي بعد شهر ونصف من تطبيق البرنامج ، وتكونت عينه الدراسة من(14) فرد من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار الاكتئاب إعداد محمد إبراهيم عيد 1997، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية : أن هناك فروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية كما توصلت الدراسة أيضاً أن هناك

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

5. دراسة(متولي،2010):

بعنوان " فعالية برنامج للتخفيف من حده الخجل لدي عينه من المراهقين المدمنين " هدفت الدراسة إلي بحث مدي فعالية البرنامج المقترح للتخفيف من حده الخجل لدي عينه من المراهقين المعتمدين ، كما هدفت الدراسة إلي مساعدة المعتمدين أن يستجيبوا بصورة أكثر ايجابية لخجلهم، وتكونت عينه الدراسة من(16) مراهق معتمد، واستخدم الباحث الأدوات التالية:اختبار مكر وسكي للخجل،مقياس المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي إعداد محمد البحيري2002 ، استمارة مقابله مقننه إعداد الباحث، برنامج للتخفيف من حده القلق إعداد بيرادو 2005 ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية:أن اثبت البرنامج فاعليته في خفض حدة الخجل بشكل دال لصالح التطبيق القبلي حيث ظهر تحسن ملحوظ لدي المجموعة التجريبية في مهارات التواصل مع الزملاء والمعالجين والأهل ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي تحسن تقديرهم لدواتهم وكذلك تحسن أدائهم في البرنامج العلاجي بالمستشفى ، كما توصلت الدراسة أيضاً أن أدي استخدام البرنامج المقترح إلي انخفاض حدة الخجل بصورة داله لدي المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة والتي لم تتلق بالبرنامج العلاجي

6. دراسة(عبد الرحمن ، 2011):

بعنوان " الفرق بين المدمنين علي تعاطي المخدرات والأسوياء في مدي الثقة بالنفس وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية دراسة علي عينه من المراهقين بلبيبا." هدفت الدراسة إلي الكشف الفرق بين المدمنين علي تعاطي المخدرات والأسوياء في مدي الثقة بالنفس وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية، كما هدفت الدراسة إلي التعرف علي علاقة المستوي التعليمي لعينه المدمنين بالمتغيرات السابقة ، وتكونت عينه الدراسة من(600) من المدمنين والعاديين، واستخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار الثقة بالنفس،و اختبار تقدير الذات،

واختبار الشعور بالوحدة النفسية، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات المدمنين والعاديين لصالح المدمنين في ضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات، و الشعور بالوحدة النفسية، كما توصلت الدراسة إلي وجود علاقة داله بين في ضعف الثقة بالنفس و الشعور بالوحدة النفسية لدي عينه المدمنين ، في حين كان الارتباط بين انخفاض تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية موجبا غير دال، كما توصلت الدراسة إلي أن اجتماع انخفاض تقدير الذات مع ضعف الثقة بالنفس يزيد من الشعور بالوحدة النفسية لدي المدمنين ، كما توصلت الدراسة إلي أن اجتماع انخفاض تقدير الذات مع ضعف الثقة بالنفس يزيد من الشعور بالوحدة النفسية لدي العاديين ، كما توصلت الدراسة إلي وجود علاقة ارتباطيه داله بين في ضعف الثقة بالنفس و الشعور بالوحدة النفسية و كذلك بين انخفاض تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدي عينه الأسوياء ، كما توصلت الدراسة إلي أن المستوي التعليمي للمدمنين علي المخدرات له علاقة بالثقة بالنفس وليس له علاقة بتقدير الذات ، كما توصلت الدراسة إلي أن انخفاض المستوي التعليمي لعينه المدمنين يرتبط ايجابيا بمدى الشعور بالوحدة النفسية.

7. دراسة (المشعان، 2011):

بعنوان " المساندة الاجتماعية وعلاقتها العصابية والاكتئاب والعدوانية لدي المتعاطين والطلبة في دوله الكويت".

هدفت الدراسة إلي بيان علاقة المساندة الاجتماعية بالعصابية والاكتئاب والعدوانية لدي المتعاطين وغير المتعاطين بدوله الكويت، ، وتكونت عينه الدراسة من (1217) من الطلبة المتعاطين، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن توجد علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية و العصابية والاكتئاب والعدوانية، كما توصلت الدراسة أن توجد علاقة موجبة بين العصابية والاكتئاب والعدوانية ، كما توصلت الدراسة أن لا توجد فروق ذات دلالة بين الإناث والذكور في المساندة الاجتماعية، ولكن توجد فروق بين الإناث والذكور في العصابية والاكتئاب والعدوانية لصالح الإناث وفي العدوانية لصالح الذكور، كما توصلت الدراسة أن توجد فروق ذات دلالة بين المتعاطين الغير متعاطين في المساندة الاجتماعية و العصابية والاكتئاب والعدوانية لصالح المتعاطين ، كما توصلت الدراسة أن لا توجد فروق بين المتعاطين الغير متعاطين في العدوانية.

8. دراسة (القحطاني، 2013):

بعنوان "الاتزان الانفعالي وعلاقته بالسمات الخمس الكبرى للشخصية لدي عينه من متعاطي المخدرات بالمنطقة العربية السعودية".

هدفت الدراسة إلي التعرف علي مستوي الاتزان الانفعالي وسمات الشخصية لدي متعاطي المخدرات ، كما هدفت أيضا التعرف علي العلاقة بين الاتزان الانفعالي وسمات الشخصية وفقا لعدد من المتغيرات السن ،مدة التعاطي، نوع المخدر، وتكونت عينه الدراسة من (220) فرد من متعاطي المخدرات ، واستخدم الباحث الأدوات التالية : مقياس الاتزان الانفعالي ، وقائمة السمات الخمس الكبرى للشخصية، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن مستوي الثبات الانفعالي لدي أفراد العينة اعلي من المتوسط ، ولا يوجد نموذج معين تنظم من خلاله سمات الشخصية للعينة ، كما توصلت الدراسة أيضا أن يوجد ارتباط دال بين سمه العصابية والاتزان الانفعالي ويوجد ارتباط دال موجب بين سمات الانبساط والصفاءة والطيبة وبقظة الضمير والاتزان الانفعالي، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق ذات دلالة في الاتزان الانفعالي وفقا للسن ماعدا بعد الشجاعة في مواجهه المستقبل ولا توجد فروق وفقا للسن في سمات العصابية والانبساط وبقظة الضمير ، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق ذات دلالة في الاتزان الانفعالي وفقا لنوع المخدر ولا توجد فروق في سمات الشخصية وفقا لنوع المخدر في جميع السمات ما عدا سمه العصابية، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق في بعض أبعاد الاتزان الانفعالي وفقا لمدة التعاطي في اتجاه مدة خمس سنوات فاقل، ، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق في سمة الانبساط في اتجاه مده التعاطي الأكثر من خمس سنوات .

ثانياً: دراسات تناولت الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب

1. دراسة (العويضة، 2004):

بعنوان "مستوى القلق والاكتئاب لدى الطلبة المغتربين وغير المغتربين في جامعة الزيتونة". وهدفت الدراسة إلى معرفة مستوى القلق والاكتئاب لدى عينة من الطلبة المغتربين وغير المغتربين، كما هدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين القلق والاكتئاب، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على الاختلافات في مستوى القلق والاكتئاب في ضوء متغيرات المستوى الدراسي والجنسية والكلية، ومصدر التمويل الدراسي، وجنس الطالب، وتكونت عينة الدراسة من (184) طالب وطالبة، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إلى وجود نفس المستوى بين مستويات القلق والاكتئاب لدى عينة الطلبة المغتربين، وعينة الطلبة غير المغتربين فقد كانت بالمستوى نفسه، كما توصلت الدراسة أيضاً وان هناك دالة إحصائية بين القلق والاكتئاب، كما توصلت الدراسة أيضاً أن ولم يكن هناك اختلاف في قوة العلاقة بين القلق والاكتئاب بين عينة الطلبة المغتربين وعينة الطلبة غير المغتربين، كما توصلت الدراسة أيضاً إلى وجود اختلاف في مستوى القلق والاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس إذ أن مستوى القلق والاكتئاب لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور.

2. دراسة (المحمداوي، 2008):

بعنوان "دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد".

وهدفت الدراسة بناء مقياس للاكتئاب لدى المسنين العرب في السويد، كما هدفت الدراسة أيضاً التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين، كما هدفت الدراسة أيضاً التعرف على الفروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب وفقاً للمتغيرات التالية: الجنس، الحالة الاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (50) مسن من أفراد الجالية العربية المقيمة في السويد، واستخدم الباحث الأدوات التالية: بناء مقياس للاكتئاب لدى المسنين، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: وجود أعراض اكتئابية لدى عينة الدراسة وان الإناث والمترملين أكثر شعوراً بالاكتئاب من الآخرين.

3. دراسة (فريد، 2008):

بعنوان "الفرق في القلق والاكتئاب ومفهوم الذات بين الأصحاء والمرضى درن رؤى وربو شعبي دراسة سيكوماترية كلنيكية".

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الأطفال الأصحاء والمرضى (الدرن الرؤى والربو الشعبي) في القلق والاكتئاب واث ذلك علي مفهوم الذات لديهم، كما هدفت الدراسة أيضاً تحليل استجابات الأطفال المرضى علي مقياس رسم الأسرة واختبار تفهم الموضوع للأطفال وذلك لفهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تكمن وراء ظهور أعراض القلق والاكتئاب لدي الأطفال وأثرها علي

مفهوم الذات لديهم، وتكونت عينه الدراسة من (120) طفل من تلاميذ المرحلة الابتدائية، واستخدم الباحث الأدوات التالية : قائمة بيان الحالة الطبية والنفسية إعداد الباحث، ومقياس مفهوم الذات أعداد سهام علي ، ومقياس القلق والاكتئاب أعداد سهام علي، واختبار تفهم الموضوع إعداد بلاك، واختبار رسم الأسرة المتحركة إعداد بيرنز و كوفمان ، توصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأطفال مرضي الدرن الرئوي ومتوسطات درجات إقرانهم مرضي الربو الشعبي علي مقياس القلق، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود فروق بين متوسطات درجات الأطفال مرضي الدرن الرئوي ومتوسطات درجات إقرانهم مرضي الربو الشعبي علي مقياس الاكتئاب، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود فروق بين متوسطات درجات الأطفال مرضي الدرن الرئوي ومتوسطات درجات إقرانهم الأصحاء علي مقياس القلق والاكتئاب ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأطفال مرضي الدرن الرئوي ومتوسطات درجات إقرانهم مرضي الربو الشعبي علي مقياس مفهوم الذات، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي انخفاض درجات الأطفال مرضي الدرن الرئوي علي مقياس مفهوم الذات وأبعاده عن إقرانهم الأطفال الأصحاء.

4. دراسة (ريشة، 2010):

بعنوان "مستوي الاكتئاب والقلق لدي مرضي الفصام المزمن والأسوياء مرتفعي ومنخفضي تقدير وتوكيد الذات".

هدفت الدراسة إلي فحص مستوي الاكتئاب لدي مرضي الفصام المزمن والأسوياء مرتفعي ومنخفضي تقدير وتوكيد الذات، وتكونت عينه الدراسة من (120) شخصاً منهم 60 مريضاً لفئة الفصام و60 من الأسوياء ، واستخدم الباحث الأدوات التالية : مقياس تقدير الذات إعداد عبد الحميد: 1984، ومقياس توكيد الذات إعداد غريب: 1995 ، ومقياس الاكتئاب إعداد غريب : 2000، ومقياس القلق النفسي إعداد غريب: 1995، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: إلي ارتفاع مستوي الاكتئاب والقلق النفسي لدي مرضي الفصام المزمن والأسوياء المنخفضين لتقدير وتوكيد الذات ، كما توصلت أيضاً إلي انخفاض مستوي الاكتئاب والقلق النفسي لدي المرضي الفصام المزمن والأسوياء المرتفعين لتقدير وتوكيد الذات.

5. دراسة (الجبوري، 2010)

بعنوان " قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى أفراد الجالية العربية المقيمين في الدنمارك، كما هدفت الدراسة أيضاً لقياس الفروق المعنوية في مستوى الاكتئاب لديهم على وفق المتغيرات الآتية ، الجنس، العمر، التحصيل الدراسي، ، وتكونت عينة الدراسة من (140) فرداً من المقيمين العرب في الدنمارك موزعين على مختلف مناطق الدنمارك، واستخدم الباحث الأدوات التالية : مقياساً خاصاً للاكتئاب من إعداده ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن كلا من الذكور والإناث من أعضاء الجالية العربية المقيمين بالدنمارك الذين شملتهم الدراسة يعانون من الاكتئاب ، كما توصلت الدراسة إلي وجود فروق لصالح الإناث مما يدل على أن الإناث يعانون من الاكتئاب أكثر من الذكور، كما توصلت الدراسة إلي أن مستوى العلاقة ضعيف وغير دال إحصائياً بمعنى أن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بنفس القدر بغض النظر عن أعمارهم على وفق التقسيم الذي شملته الدراسة وربما يعود ذلك إلى أن الفئات العمرية المحددة ليست بالمتباعدة كثيراً، كما توصلت الدراسة إلي أن العلاقة ضعيفة وغير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير التحصيل الدراسي وربما يعود ذلك إلى أن غالبية المقيمين لا يمارسون الأعمال التي تؤهلهم لها مستوياتهم الدراسية.

6. دراسة (الغريب ، 2011):

بعنوان " أبعاد حل المشكلات الاجتماعية المنبئة بكل من القلق والاكتئاب لدي طلاب كلية التربية الأساسية".

هدفت الدراسة إلي الكشف عن الفروق بين الجنسين في كل من حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب ، كما هدفت الدراسة إلي معرفه الفروق بين الطلاب القلقين وغير القلقين والمكتئبين وغير المكتئبين في حل المشكلات الاجتماعية، كما هدفت الدراسة التعرف علي ابرز مكونات حل المشكلات الاجتماعية المنبئة بكل من القلق والاكتئاب ، وتكونت عينة الدراسة من (257) مشاركا بكلية التربية بالكويت ، واستخدم الباحث الأدوات التالية: بطارية من المقاييس تضمنت اختبار حل المشكلات الاجتماعية ، ومقياس جامع الكويت للقلق واستخبار بيك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية:توجد فروق بين الجنسين في القلق لصالح الإناث، كما توصلت الدراسة أن لا توجد فروق بين الجنسين علي اختبار المشكلات الاجتماعية ومقياس بيك، كما توصلت الدراسة أيضا إلي أن توجد فروق بين القلقين وغير قلقين علي أبعاد التوجيه نحو المشكلة واتخاذ القرار فضلا عن الدرجة الكلية لاختبار حل المشكلات الاجتماعية وذلك في اتجاه انخفاض درجات مرتفعي الدرجة علي القلق علي هذه الأبعاد، كما أظهرت الدراسة أيضا أن لا توجد فروق بين المجموعتين علي أبعاد تحديد المشكلة وتوليد بدائل الحل وتنفيذ الحل والتحقق منه ، كما توجد فروق بين المكتئبين وغير المكتئبين في كل من التوجيه نحو المشكلة وتنفيذ الحل والتحقق منه ، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق بين المجموعتين في باقي أبعاد حل المشكلات

الاجتماعية ، كما توصلت الدراسة إلي أن التوجه نحو المشكلة هو المكون الوحيد من بين مهارات حل المشكلات الاجتماعية القادر علي التنبؤ بالقلق بنسبه 20% في حين أسهم كل من مكوني التوجيه نحو المشكلة واتخاذ القرار في التنبؤ بالاكتئاب بنسبة 14% علي التوالي ، بينما لم يكن لباقي حل المشكلات الاجتماعية دلالة لذلك.

7. دراسة (بسيوني وجبريل، 2011):

بعنوان " أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها والقلق والاكتئاب لدي طالبات الجامعة دراسة مقارنة بين المجتمع المصري والسعودي".

هدفت الدراسة الي التعرف علي أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها ومدى التباين فيما لدي العينة المصرية والسعودية من طالبات الجامعة، كما هدفت الدراسة أيضاً إلي التعرف علي العلاقات بين أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها وما يمكن ان يقترن بهما من قلق واكتئاب لدي كل من العينتين المصرية والسعودية، وتكونت عينه الدراسة من (864) من الطالبات من كلية التربية بالمنصورة وكلية التربية للبنات بمكة المكرمة، استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس أحداث الحياة الضاغطة ، إعداد عماد عبد الرازق، واستبان أساليب مواجهه أحداث الحياة ، إعداد حسن مصطفى عبد المعطي، مقياس حالة وسمه القلق ، إعداد شالز سبيلبر وآخرين ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطيه داله بين أحداث الحياة الضاغطة وكل من القلق والاكتئاب سواء لدي العينة المصرية او السعودية وان العينة المصرية أكثر عرضة لأحداث الحياة الضاغطة مقارنة بالعينة السعودية ، كما توصلت الدراسة الي ان استخدام أساليب المواجهة الاقدمية يؤدي الي خفض القلق والاكتئاب مقارنة باستخدام الأساليب الاحجاميه سواء لدي العينة المصرية أو السعودية .

8. دراسة (الموسوي، 2012):

بعنوان " القلق والاكتئاب وعلاقتهم ببعض المتغيرات الديموغرافية لدي طلاب كلية التربية الأساسية بدوله الكويت".

هدفت الدراسة إلي الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب ، كما هدفت الدراسة تحديد أهم المتغيرات الديموغرافية التي ترتبط بكل من القلق والاكتئاب ، كما هدفت الدراسة التعرف علي الفروق بين الطلاب في متغيري القلق والاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، وتكونت عينه الدراسة من 260 طالب وطالبة بكلية التربية الأساسية ، استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس جامعه الكويت للقلق إعداد احمد عبد الخالق ، ومقياس اختبار بيك للاكتئاب تعريب احمد عبد الخالق ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطيه ايجابية داله بين القلق والاكتئاب لدي مختلف عينات الدراسة ، كما توصلت الدراسة أيضا إلي وجود فروق بين الذكور والإناث وطلاب المرحلة الدراسية الاعلي في القلق دون الاكتئاب ، بينما لم يكن لمتغيرات الحالة الاجتماعية والتحصيل الدراسي والتخصص الدراسي ومحل الاقامه ودور في الحصول علي فروق جوهرية في القلق والاكتئاب.

ثالثاً : دراسات تناولت المراهقة

1. دراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008):

بعنوان " القلق والشعور بالوحدة النفسية لدي المرهقين من الجنسين".

هدفت الدراسة إلي التعرف علي نسبة انتشار القلق والشعور بالوحدة النفسية وشدهما ودور الفرق الثقافية والحضارية في إحساس المراهقين من الجنسين بالقلق والشعور بالوحدة النفسية في المجتمعين المصري والقطري ، وتكونت عينه الدراسة من مجموعتين المجموعة الأولى من (78) من طلبة المرحلة الثانوية من المصريين والمجموعة الثانية من (52) من طلبة المرحلة الثانوية من القطريين، واستخدم الباحث الأدوات التالية، مقياس القلق ، إعداد غريب عبد الفتاح غريب، ومقياس الشعور بالوحدة ، إعداد عبد الرقيب البحيري، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن توجد فروق في القلق بين المرهقين القطريين والمرهقين المصريين، كما توصلت الدراسة أيضاً أن توجد فروق في الشعور بالوحدة النفسية لصالح عينه المرهقين القطريين بالمقارنة بعينه والمرهقين المصريين ، كما توصلت الدراسة أيضاً أن عدم وجود فروق بين المراهقات القطريات والمصريات، كما توصلت الدراسة أيضاً أن توجد فروق في الشعور بالوحدة النفسية لصالح عينه المراهقات المصريات بالمقارنة بعينه المراهقات القطريات، كما توصلت الدراسة أيضاً أن لا توجد فروق في مستوي القلق بين بنين وبنات عينه قطر، كما توصلت الدراسة أيضاً أن توجد فروق في مستوي الشعور بالوحدة النفسية بين الجنسين لصالح البنين، كما توصلت الدراسة أيضاً أن لا توجد فروق في مستوي القلق بين أفراد العينة المصرية من الجنسين، كما توصلت الدراسة أيضاً أن لا توجد فروق في مستوي الشعور بالوحدة النفسية بين أفراد العينة المصرية من الجنسين.

2. دراسة (مقدادي، 2009)

بعنوان "بعض المتغيرات الشخصية المتعلقة بالمرهقين والمراهقات".

هدفت الدراسة إلي التعرف إلي بعض المتغيرات الشخصية (الأفكار اللاعقلانية، والاكتئاب وقلق الموت وتقدير الذات) المتعلقة بالمرهقين والمراهقات ، وتكونت عينه الدراسة من (100) طالب وطالبة من طلبة المستوي الأخير من المرحلة الأساسية والثانوية، واستخدم الباحث الأفكار اللاعقلانية وقائمة بيك ومقياس قلق الموت ومقياس تقدير الذات، وتوصلت الدراسة الي اهم النتائج التالية: تفوق الإناث في تبني الأفكار اللاعقلانية مقارنة بالذكور، كما توصلت الدراسة أيضاً الي تساوي الذكور والإناث في تقدير الذات، كما توصلت الدراسة الي تفوق الإناث علي الذكور في الشعور بقلق الموت ، كما توصلت الدراسة الي تساوي الذكور والإناث في الاكتئاب ، كما توصلت

الدراسة الي وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب وقلق الموت، كما توصلت الدراسة أيضا أن لا توجد علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب وقلق الموت وبين تقدير الذات.

3. دراسة (علي ، 2010) :

بعنوان " معدلات انتشار الإعراض الاكتئابية لدي عينات من الأطفال والمرهقين في مرحلتي ما قبل المراهقة والمراهقة المبكرة".

هدفت الدراسة إلي مقارنة الإعراض الاكتئابية بين عينتين من الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة والمرهقين في مرحلة المراهقة المبكرة، وتكونت عينه الدراسة من (943) ، واستخدم الباحث مقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمرهقين : من إعداد احمد عبد الخالق 2002، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن توجد فروق داله في كل من الدرجة الكلية للاكتئاب وستة أبعاد فرعية هي : التشاؤم ، ومشكلات النوم ، وافترقاد الاستمتاع ، والتعب ، والوحدة، والشكاوي الجسمية لدي الجنسين ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي أن متوسط البنات اعلي من البنين في جميع الأبعاد، كما توصلت الدراسة أن اتفق الجنسان في تحديد اعلي ثلاث أعراض اكتئابية لديهم وهذه الأعراض هي: التعب، وافترقاد الاستمتاع، ومشكلات النوم ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي تباين ترتيب تلك الأعراض لديهم حيث كان الترتيب لدي البنين التعب، وافترقاد الاستمتاع، ومشكلات النوم بينما لدي البنات وافترقاد الاستمتاع، والتعب، ومشكلات النوم ، كما توصلت الدراسة إلي أن أطفال مرحلة ما قبل المراهقة ، وكذلك الاعلي تعليماً وأيضاً الأصغر سناً يسجلون الدرجات العليا من الاكتئاب ، واستخرجت معدلات الانتشار بحساب النسبة المئوية لمن تزيد درجاتهم علي المئين (95) وتراوحت بين (3.9، 5.9) من المجموعتين وتشير هذه النتائج إلي وضوح الفروق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية.

4. دراسة (الخميس، 2011) :

بعنوان " الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمرهقين التوحديين".

هدفت الدراسة إلي الكشف عن إشكال الضغوط التي تتعرض لها اسر الأشخاص التوحديين، كما هدفت الدراسة أيضاً إلي معرفه الفروق بين هذه الضغوط بين اسر الأطفال والمرهقين التوحديين ، وتكونت عينه الدراسة من (54) أب وأم لعدد (49) من الأطفال والمرهقين التوحديين في مدارس مراكز التوحد بالسعودية، واستخدم الباحث الأدوات التالية: بناء مقياس للضغوط الأسرية كما يدركها الوالدين من اعداده، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن كلا من الضغوط المتعلقة بنقص المعلومات والضغوط الناجمة عن خصائص الابن هي أكثر الضغوط التي تعاني منها اسر الأطفال والمرهقين التوحديين ، كما توصلت الدراسة إلي إن اسر المرهقين التوحديين لديهم يعانون

أكثر من اسر الأطفال التوحديين في كل من الضغوط الاجتماعية والضغوط النفسية والضغوط المنزلية والضغوط المتعلقة بخصائص الطفل ، كما توصلت الدراسة إلي عدم وجود فروق بين المجموعتين في الضغوط المتعلقة بنقص المعلومات والضغوط المالية.

5. دراسة (عمر، 2012) :

بعنوان " نمذجة العلاقة السببية بين متغيرات إدارة الحياة والاكتئاب والاتجاهات الوالدية لدي المراهقين ذوي الصلب المشقوق".

هدفت الدراسة إلي الوقوف علي طبيعة العلاقة بين متغيرات إدارة الحياة والاكتئاب والاتجاهات الوالدية لدي المراهقين ذوي الصلب المشقوق، كما توصلت الدراسة أيضا الوصول إلي أفضل النماذج السببية التي تفسر العلاقة بين متغيرات دارة الحياة والاكتئاب والاتجاهات الوالدية لدي المراهقين ذوي الصلب المشقوق، وتكونت عينه الدراسة من (28) طالبا من ذوي الصلب المشقوق، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس إدارة الحياة إعداد نيبيل الزهار، مقياس الاكتئاب إعداد غريب عبد الفتاح، مقياس الاتجاهات الوالدية من إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد إدارة الحياة ومتغيرات الشخصية ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي أن وجود علاقة بين الاكتئاب وإدارة الوقت والمسؤولية والواقعية والتحمل من جهة آخري، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود ارتباط عاليا بين الاتجاهات الوالدية والاكتئاب ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود تأثير مباشر بين متغيرات إدارة الوقت ومتغيرات الشخصية ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود تأثير مباشر بين متغير إدارة الوقت والاكتئاب ، ووجود تأثير غير مباشر بين الاتجاهات الوالدية ومتغيرات الشخصية غير مباشرة من خلال متغيري إدارة الوقت والاكتئاب، كما توصلت الدراسة أيضاً أن كلا من الاكتئاب والاتجاهات الوالدية عاملان من أكثر العوامل تأثيرا في شخصية ذوي الصلب المشقوق.

6. دراسة (إبراهيم، 2012) :

بعنوان " المشكلات النفسية لدي الأبناء المراهقين ذوي الأمهات المضطربات وجدانيا".

هدفت الدراسة إلي الكشف عن بعض المشكلات النفسية لدي عينه من المراهقين من أبناء الأمهات المرضي بالاضطراب الوجداني ، وتكونت عينه الدراسة من (172) مراهقا ومراهقة و (172) أمهاتهم المضطربات بالاضطراب الوجداني ، واستخدم الباحث الأدوات التالية قائمة الأعراض المعدلة (SCI) ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس تقدير حاله الهوس وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية:توجد فروق بين متوسط درجات المراهقين أبناء غير المضطربات بالاضطراب الوجداني في قائمه الأعراض المعدلة ، كما توصلت الدراسة أيضا إلي وجود ارتباط دال بين

درجات أبناء الأمهات في نوبة الهوس وأبناء الأمهات في نوبة الاكتئاب في متوسط درجاتهم لقاومه الأغراض المعدلة ومقياس تقدير حاله الهوس، كما توصلت الدراسة إلي أن توجد مشكلات تصل إلي حد الاضطراب لدي عينة أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني ، كما توجد أعراض لزميلات مرضية كشف عنها التحليل العاملي للمشكلات المقاسة لدي أبناء الأمهات المضطربات بالاضطراب الوجداني .

7. دراسة (الهبيدة، 2012):

بعنوان " المشكلات السلوكية المرتبطة بإبعاد التوافق النفسي لدي مجموعه من المراهقين ضعاف السمع بدوله الكويت".

هدفت الدراسة إلي عن العلاقة بين بعض المشكلات السلوكية وأبعاد التوافق النفسي لدي مجموعه من المراهقين ضعاف السمع، وتكونت عينة الدراسة من (60) مرهق ومرهقا ، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس المشكلات السلوكية والتوافق النفسي من إعداد الباحث ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية : وجود ارتباط سالب بين المشكلات السلوكية وأبعاد التوافق النفسي ، كما توصلت الدراسة إلي أن الذكور ضعاف السمع أكثر عدوانا ونشاطا زائدا ومعناه من المشكلات السلوكية ، كما توصلت الدراسة إن المراهقات ضعاف السمع أكثر سلوكا انسحابياً ، كما توصلت الدراسة أن المراهقات ضعاف السمع أكثر توافقا شخصيا ومدرسيا واسريا وتوافقا نفسيا بشكل عام عن المراهقين ضعاف السمع

8. دراسة(عبد الخالق ومحمد، 2013):

بعنوان " الفرق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية ومعدلات الانتشار لدي عينات من الأطفال والمراهقين في مصر والكويت".

هدفت الدراسة إلي استكشاف الفروق بين الجنسين ، كما هدفت الدراسة أيضاً تحديد معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدي هينتين من الأطفال والمراهقين من مصر ، وتكونت العينة الدراسة من (943) من المصريين و (1100) من الكويتيين ، واستخدم الباحثان الأدوات التالية مقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين إعداد عبد الخالق 2002، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن متوسط البنات اعلي من الذكور في الدرجة الكلية للاكتئاب في الدولتين وخمس أبعاد فرعية لدي المصريين وسبع أبعاد عند الكويتيين ، كما توصلت الدراسة أيضاً أن اعلي الأعراض الاكتئابية متوسطة هي مشكلات النوم ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي حصول المصريين من الجنسين علي متوسطات اعلي من نظرائهم الكويتيين في الدرجة الكلية وأربعه مقاييس فرعية ، كما توصلت الدراسة علي حصول المصريين علي متوسطات اعلي من الكويتيات في ثلاثة مقاييس فرعية ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود فروق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية ، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود فروق بين الثقافات العربية الفرعية.

رابعاً: دراسات تناولت التوافق الأسري

1. دراسة (مختار، 2003):

بعنوان "عمل المرأة وأثره في التوافق الأسري قضيه الكويت".

هدفت الدراسة إلي التعرف علي الآثار المترتبة علي عمل المرأة خارج المنزل وعلي التوافق الأسري والاستقرار العائلي وما إذا كان عمل المرأة سببا في حدوث المشاكل الأسرية أو بالتالي سببا في ارتفاع معدلات الطلاق في الكويت ، وتكونت عينه الدراسة من (300) أمراه عامله في قطاعات الدولة المختلفة من حكوميه وخاصة مقارنتها بربات البيوت وعددهن (100) ربه بيت ، واستخدم الباحث مقياس عدم الاستقرار الأسري من تقنين الباحثة ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: إن بشكل عام اغلب المتغيرات لم يكن لها تأثير في عدم الاستقرار الأسري ، كما توصلت أيضاً أن ليس هناك تأثير لاختلاف سن المرأة في أي محافظه في الكويت علي عدم الاستقرار الأسري ، كما توصلت الدراسة إن لا يوجد تأثير بين عمل المرأة سوء كانت خارج المنزل أو كربه بيت في قضيه عدم الاستقرار الأسري ، كما توصلت أن دخل المرأة له تأثير ضعيف جدا علي عدم الاستقرار الأسري، ، كما توصلت الدراسة أن عدد الأولاد جاء تأثيره ضعيف جدا علي الاستقرار الأسري ، كما توصلت الدراسة أن المستوي التعليمي سوء للمرأة العاملة أو ربه البيت أو المستوي التعليمي للأزواج كان له تأثير ضعيف جدا في حاله عدم الاستقرار الأسري ، كما توصلت الدراسة إلي أن ليس لنوعية الوظيفة أو المهنة تأثير قوي في عدم الاستقرار الأسري.

2. دراسة (الظليايوي ومنسي، 2005)

التوافق الأسري لدي الأزواج والزوجات بمدينة كفر الزيات بمحافظة الغربية".

هدفت الدراسة إلي تحديد درجة التباين بين الأزواج وبين الزوجات في التوافق الأسري وذلك بمدينة كفر الزيات بمحافظة الغربية، وتكونت عينه الدراسة من (125) رجل و(125) امراه من العاملين في كل من الإدارات التعليمية والصحية والبيطرية ، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس التوافق الأسري من إعدادهم، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية : انخفاض نسبة الزواج عن طريق الاختيار الحر وارتفاع نسبه الزواج عن طريق الأقارب والمعارف والتقارب بين العائلات في المستوي الاجتماعي والاقتصادي والجنس والنسب ، كما توصلت الدراسة إلي أن اعلي نسبه توافق مع شريكة الحياة في المستوي الاجتماعي وعدم وجود توافق مع شريكة الحياة في المستوي الوظيفي، كما توصلت الدراسة أن يوجد توافق بين أفراد العينة في التوافق الزوجي والنفسي و المنزلي ومع الأبناء ، كما يوجد توافق مع والدي شريكة الحياة والتوافق مع الأقارب

3. دراسة (عبد السلام، 2005):

بعنوان " أنماط التواصل مع الوالدين وعلاقتها بالتوافق الأسري والجناح الكامل لدي المراهقين من الجنسين".

هدفت الدراسة إلي الكشف عن إدراك المراهقين لأنماط تواصلهم مع الوالدين ومدى الاستقرار أو التذبذب الموجود فيها ونوعيه التغذية الراجعة العائدة علي المراهق كنتيجة لذلك التواصل ، والفروق بين إدراك المراهقين لتواصلهم مع الإباء ومع إلام لكل علي حدة وتأثير نوع الجنس علي ذلك الإدراك وعلاقة هذا الإدراك بشعورهم بالتوافق الأسري، وتأثيره علي توليد الاستقرار الجناح أو الميل إلية، بهدف الكشف عن الأصول الأسرية لتكوين الشعور بعدم التوافق الأسري والميل إلي الجناح ، وتكونت عينه الدراسة من (300) مراهق ومراة من طلاب الصف الأول والثاني والثالث الثانوي ، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس تواصل المراهقين مع الوالدين إعداد الباحثة ، ومقياس التوافق الأسري إعداد الباحثة، ومقياس الجناح الكامل لدي المراهقين إعداد الباحثة، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: التواصل الأسري بين المراهق ووالديه تشكل شخصياتهم وميولهم السوية أو الانحرافية وتحقيق الشعور بالتوافق لديهم، كما توصلت الدراسة أيضاً أن تواصل المراهقين كان اقري مع الأم منه مع الأب ، كما توصلت الدراسة أيضاً المراهقين الذكور أكثر قدرة علي التواصل مع الأم وعلي الرغم من إدراك المراهقين الذكور لمحاولات الأم للمساواة في التواصل مع أبنائها من الجنسين إلا أن طبيعة نوع الجنس جعلت توصل الأبناء الإناث أكثر قدرة مع أمهاتهن مقارنة بتواصلهم مع الإباء، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي أن كانت الإناث أكثر قدرة علي الشعور بالتوافق والانتماء والارتباط الأسري من الذكور، كما توصلت الدراسة أيضاً أن الذكور ميلا للجناح واستعداد للقيام بالسلوكيات المضادة للمجتمع اقوي من الإناث ، كما توصلت الدراسة أيضاً وجود ارتباط دال وقوي بين جودة التواصل مع الوالدين والشعور بالتوافق الأسري والخصائص مستوي الميول الانحرافية والجناح الكامل لدي المراهقين ، كما توصلت الدراسة إلي وجود ارتباط دال وقوي بين اضطراب التوافق الأسري وارتفاع مستوي الجناح الكامن لدي المراهقين من الجنسين.

4. دراسة (الدهري ، 2009):

بعنوان " أنماط الصحة النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدي طلبة كلية التربية ابن رشد جامعه بغداد".

هدفت الدراسة إلي قياس العلاقة بين الصحة النفسية والتوافق الأسري وبعض المتغيرات الاخرى في مجتمع يحتاج إلي التماسك الأسري الذي يقوده إلي مستوي جيد من الصحة النفسية ، وتكونت

عينه الدراسة من (60) طالب وطالبة من الصف الرابع قسم العلوم التربوية ، واستخدم الباحث مقياس GHO لقياس الصحة النفسية ومقياس السلطاني لقياس التوافق ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية : إن الطلبة يتمتعون بمستوي صحة نفسية جيد وهم لديهم القدرة علي التوافق الأسري ، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد علاقة بين الصحة النفسية والتوافق الأسري لدي طلبة كلية التربية ، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق حسب الجنس لصالح الإناث في التوافق الأسري ، كما توصلت الدراسة أيضا أن توجد فروق بين الإناث والذكور في الصحة النفسية لصالح الذكور .

5. دراسة (الدعري، 2009):

دراسة بعنوان " الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري والزواج لدي عينه من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية".

هدفت الدراسة إلي بحث طبيعة الضغوط النفسية وكل من التوافق الزوجي والأسري ، لدي عينه من آباء وأمهات الأطفال المعاقين مقارنة بعينه من آباء وأمهات الأطفال العاديين ، كما هدفت الدراسة أيضا كشف علاقة الضغوط النفسية بمتغيري التوافق الزوجي والأسري لدي آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع ودرجة الإعاقة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية ، وتكونت عينه الدراسة من (648) من آباء وأمهات الأطفال المعاقين والعاديين ، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس المؤشرات السلوكية الدالة علي الضغط للطيري (14991) ، ومقياس التوافق الزوجي للشمسان (2004) ومقياس التوافق الأسري لعبد الحميد (1986) ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: وجود ارتباط كل من التوافق الزوجي والأسري ارتباطا ايجابيا دالا في حين ارتبطت الضغوط النفسية بهذين المتغيرين ارتباطا سلبيا ، كما توصلت الدراسة أن الضغوط النفسية والتوافق الزوجي والأسري تتأثر بدرجة إعاقات الأبناء ، فكلما كانت الإعاقة شديدة كلما زاد الضغط النفسي وقل التوافق الزوجي والأسري ، كما توصلت الدراسة إلي لن هذه المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية المحددة في هذه الدراسة ، كما توصلت الدراسة إلي عدم وجود فروق في الضغوط النفسية بين كل من الآباء وأمهات الأطفال المعاقين وآباء وأمهات الأطفال العاديين ، كما توصلت الدراسة إلي وجود فروق داله بين آباء وأمهات الأطفال العاديين في كل من التوافق الزوجي والأسري باتجاه آباء وأمهات الأطفال العاديين وهذا يعني أن النتيجة لا تنفي عدم وجود الضغط.

6. دراسة (الربيعي، 2011):

بعنوان " الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري". هدفت الدراسة إلي التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري، كما هدفت الدراسة أيضاً التعرف على الفروق الجوهرية بين كل من الجنس، والعمر، ودرجة الإعاقة، وترتيب الطفل داخل الأسرة، عدد الأفراد الصم داخل الأسرة في متغيرات الدراسة: الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتوافق الأسري، وتكونت عينة الدراسة من (197) طفلاً من طلبة جمعية أطفالنا للصم، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس التحديات والصعوبات إعداد جود مان، واستبانته التوافق الأسري إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: حصول الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية على وزن نسبي (47.7%) بينما أحتل الميزان الاجتماعي على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (69.54%) في حين حصل ميزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (49.19%) وحصل ميزان الأعراض العاطفية على المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (40.96) وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي (34.96%) وقد أظهرت نتائج الدراسة حصول مقياس التوافق الأسري لدى الأطفال الصم على وزن نسبي (69.315)، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتوافق الأسري، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس، والعمر، وعدد الأطفال الصم داخل الأسرة، وترتيب الطفل الأصم داخل الأسرة على مقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي عدم وجود فروق دالة إحصائية في ميزان مقياس مشاكل الأصحاب لمتغير درجة الإعاقة، كما توصلت الدراسة أيضاً إلي وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير درجة الإعاقة في الميزان الاجتماعي ولقد كانت الفروق لصالح درجة الإعاقة الخفيفة، ولصالح درجة الإعاقة العميقة في ميزان الحركة الزائدة، وميزان الأعراض العاطفية وميزان المشاكل السلوكية وميزان مشاكل الأصحاب.

7. دراسة (حماد، 2012):

بعنوان " اتجاهات ربه الأسرة نحو تقاعد الزوج وعلاقته بالتوافق الأسري". هدفت الدراسة إلي الوقوف علي العلاقة بين اتجاهات ربه الأسرة نحو تقاعد الزوج وأسباب التوافق الأسري ومتغيرات المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، وتكونت عينه الدراسة من (160) ربه أسرة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: استمارة البيانات العامة للأسرة، واستبيان اتجاهات ربه الأسرة نحو تقاعد الزوج، واستبيان التوافق الأسري من إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: وجود علاقة داله موجبه بين استبيان اتجاهات ربه الأسرة نحو تقاعد الزوج والمستوي التعليمي والدخل الشهري وفروق السن بين الزوجين، كما توصلت الدراسة إلي وجود علاقة ارتباطية بين اتجاهات ربه الأسرة نحو تقاعد الزوج واستبيان التوافق الأسري بمحاورة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والدينية والثقافية.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للبحوث و الدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة والتي قسمها الباحث إلي أربع مجموعات وهي:

المجموعة الأولى: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين.
المجموعة الثانية: وتختص بالدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات.

المجموعة الثالثة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضع المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات.
المجموعة الرابعة: وتختص بالدراسات التي تناولت موضع التوافق الأسري وعلاقتها ببعض المتغيرات.

فقد رأي الباحث أنه في ضوء ما سبق عرضه أن يعقب علي هذه الدراسات علي النحو التالي:

أولاً: الدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت تخصص الباحث وهو الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين فقد أراد الباحث أن يعقب علي هذه الدراسات من عدة زوايا وهي علي النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات في تناول موضوع الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين ، فقد تناولت وركزت الدراسات السابقة على موضوع الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس الاضطرابات النفسية لدي المتعاطين وعلاقته ببعض المتغيرات كدراسة (عياد،2003) تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدي ذوي التعاطي المتعدد ، و دراسة (صابر،2004) البنية العاملية لإشكال الكذب لدي متعاطي المخدرات في مقابل غير المتعاطين في ضوء بعض متغيرات الشخصية ، بينما تناولت دراسة(مخيمر،2006) المعتقدات كدلاله تشخيصية لاضطرابات الشخصية من منظور معرفي لدي عينه من متعاطي المواد المؤثرة نفسياً ، بينما تناولت دراسة(عبد الرحمن، 2011) الفرق بين المدمنين علي تعاطي المخدرات والأسوياء في مدي الثقة بالنفس وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية دراسة علي عينه من المراهقين بليبيا ، بينما تناولت دراسة (المشعان، 2011) المساندة الاجتماعية وعلاقتها العصابية والاكتئاب والعدوانية لدي المتعاطين والطلبة في دولة الكويت ، بينما تناولت دراسة(القحطاني، 2013) الاتزان الانفعالي وعلاقته بالسماوات الخمس الكبرى للشخصية لدي عينه من متعاطي المخدرات بالمنطقة العربية السعودية ، وكانت هناك قلة من الباحثين من تناول الموضوع على أنها مشكلة تحتاج إلي تدخل وحلول ومن ثم لابد أن تضع لها أساليب إرشادية أو تكتيكات علاجية إذا لزم الأمر مثل دراسة

(سلامه، 2010) فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينه من الشباب المدمن في مرحلة التعافي ، ودراسة (متولي، 2010) فعالية برنامج للتخفيف من حده الخجل لدى عينه من المراهقين المدمنين والتي من شأنها أن تساعد المهتمين في هذا المجال للمساعدة في تخفيف حدة الاضطرابات النفسية لدى المتعاطين .

ثانياً: من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها البرامج والدراسات فكانت تهدف في مجملها إلى معرفة وكشف مستوى الاضطرابات النفسية الموجود لدى عينة الدراسة في كل دراسة فهناك دراسات هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المجموعات وكذلك هدفت إلى التعرف على الاضطرابات النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات دون الخوض في تقديم الحلول المناسبة للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات النفسية مثل دراسة (عياد، 2003) ، و دراسة (عبد الرحمن، 2011) ، و دراسة (القحطاني، 2013) ، و دراسة (المشعان، 2011) ، بالإضافة أن هناك بعض الدراسات تناولت الموضوع كبرنامج إرشادي للتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى المتعاطين كدراسة (متولي، 2010) ، ودراسة (سلامه، 2010).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (الكويت، ليبيا، الخليج العربي ، السعودية)، بينما أجري البعض الآخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية مختلفة كالمرحلة الشباب كدراسة (سلامه، 2010) ، والمراهقة كدراسة (متولي، 2010) ، وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث المتعاطين ، كدراسة (عبد الرحمن، 2011) ، و دراسة (المشعان، 2011)، و دراسة (القحطاني، 2013) وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث المتعاطين والأسوياء كدراسة (عياد، 2003) ، و دراسة (صابر، 2004) ، و دراسة (مخيمر، 2006) .

رابعاً: من حيث النتائج:

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها تأثير للاضطرابات النفسية على عدة متغيرات زيادةً وانخفاضاً مثل دراسة (عياد، 2003) ، واتفقت بعض الدراسات على وجود فروق جوهرية بين المتعاطين والغير متعاطين في وجود الاضطرابات النفسية كدراسة (صابر، 2004) ، و دراسة (مخيمر، 2006) ، أما بالنسبة للبرامج الإرشادية التي تناولت الاضطرابات النفسية، فقد أثبتت أن هناك اثر للبرنامج دور ناجح وفعال

في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية مثل دراسة (سلامه، 2010) ، و دراسة (متولي، 2010).

ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت تخصص الباحث وهي الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات فقد أراد الباحث أن يعقب علي هذه الدراسات من عدة زوايا وهي علي النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات في تناول موضوع الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات ، فقد تناولت ركزت الدراسات السابقة على موضوع الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات كدراسة (العويضة ، 2004) تناولت مستوى القلق والاكتئاب لدى الطلبة المغتربين وغير المغتربين في جامعة الزيتونة ، بينما تناولت دراسة (المحمداوي ، 2008) دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد ، بينما تناولت دراسة (فريد، 2008) الفرق في القلق والاكتئاب ومفهوم الذات بين الأصحاء والمرضي درن رؤى وريو شعبي دراسة سيكوماترية كلنيكية ، بينما تناولت دراسة (ريشة، 2010) مستوى الاكتئاب والقلق لدي مرضي الفصام المزمن والأسوياء مرتفعي ومنخفضي تقدير وتوكيد الذات ، بينما تناولت دراسة (الجبوري، 2010) قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك ، بينما تناولت دراسة (الغريب، 2011) أبعاد حل المشكلات الاجتماعية المنبئة بكل من القلق والاكتئاب لدي طلاب كلية التربية الأساسية ، بينما تناولت دراسة (بسيوني وجبريل، 2011) أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها والقلق والاكتئاب لدي طالبات الجامعة دراسة مقارنة بين المجتمع المصري والسعودي ، بينما تناولت دراسة (الموسوي، 2012) القلق والاكتئاب وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لدي طلاب كلية التربية الأساسية بدوله الكويت.

ثانياً: من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها الدراسات فكانت تهدف في مجملها إلى معرفة وكشف مستوى الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب الموجود لدى عينة الدراسة في كل مثل

دراسة (العويضة، 2004)، و دراسة (ريشة، 2010)، و دراسة (الجبوري، 2010)، و دراسة (المحمداوي، 2008)، وهناك دراسات هدفت إلى الكشف عن الفروق بين أفراد عينه الدراسة مثل دراسة (فريد، 2008)، و دراسة (الغريب، 2011) وكذلك هناك دراسات هدفت إلى التعرف على الاضطرابات النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات دون الخوض في تقديم الحلول المناسبة للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات النفسية مثل دراسة (الموسوي، 2012)، و دراسة (بسيوني وجبريل، 2011).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (الكويت، ليبيا، الخليج العربي، السعودية)، بينما أجري البعض الآخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية مختلفة كالمرحلة الجامعية كدراسة (العويضة، 2004)، و دراسة (الغريب، 2011)، و دراسة (بسيوني وجبريل، 2011)، و دراسة (الموسوي، 2012)، وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث المرضي والاسوياء، كدراسة (فريد، 2008)، و دراسة (ريشة، 2010) و دراسة (المحمداوي، 2008)، و دراسة (الجبوري، 2010).

رابعاً: من حيث النتائج:

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها تأثير للاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب على عدة متغيرات زيادةً وانخفاضاً مثل دراسة (ريشة، 2010)، دراسة (الجبوري، 2010)، و دراسة (العويضة، 2004)، وانفقت بعض الدراسات على وجود فروق جوهرية بين أفراد عينه الدراسة في وجود الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب كدراسة (الجبوري، 2010)، أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها وجود علاقة مثل دراسة (المحمداوي، 2008)، و دراسة (الغريب، 2011)، دراسة (الموسوي، 2012).

ثالثاً: الدراسات التي تناولت موضوع المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات في تناول موضوع المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات، فقد تناولت وركزت الدراسات السابقة على موضوع المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات كدراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) تناولت القلق والشعور بالوحدة النفسية لدى المرهقين من الجنسين، بينما تناولت دراسة (مقدادي، 2009)

بعض المتغيرات الشخصية المتعلقة بالمرهقين والمراهقات ،بينما تناولت دراسة (علي ، 2010) معدلات انتشار الإعراض الاكتئابية لدي عينات من الأطفال والمرهقين في مرحلتي ما قبل المراهقة والمراهقة المبكرة ، و دراسة (الخميسي،2011) الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمرهقين التوحديين ، بينما تناولت دراسة(عمر،2012) نمذجة العلاقة السببية بين متغيرات إدارة الحياة والاكتئاب والاتجاهات الوالدية لدي المراهقين ذوى الصلب ، بينما تناولت دراسة(إبراهيم،2012) المشكلات النفسية لدي الأبناء المراهقين ذوي الأمهات المضطربات وجدانيا ، بينما تناولت دراسة (الهبيدة، 2012) المشكلات السلوكية المرتبطة بإبعاد التوافق النفسي لدي مجموعته من المراهقين ضعاف السمع بدوله الكويت ، بينما تناولت دراسة(عبد الخالق ومحمد،2013) الفرق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية ومعدلات الانتشار لدي عينات من الأطفال والمرهقين في مصر والكويت.

ثانياً: من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها الدراسات فكانت تهدف في مجملها إلى معرفة وكشف مستوى الاضطرابات النفسية الموجود لدى عينة المراهقين في دراسة مثل دراسة (عبد الغني و النعيمي،2008)، و دراسة (علي ، 2010)، وهناك دراسات هدفت إلى الكشف عن الفروق بين أفراد عينه الدراسة مثل دراسة(عبد الخالق ومحمد،2013)، وكذلك هناك دراسات هدفت إلى التعرف على المرهقة وعلاقتها ببعض المتغيرات وعلاقته ببعض المتغيرات دون الخوض في تقديم الحلول المناسبة للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات النفسية مثل دراسة (مقدادي، 2009) ، و دراسة (عمر،2012) ، و دراسة (الهبيدة، 2012).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (الكويت، ليبيا، الخليج العربي ، السعودية)، بينما أجري البعض الآخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية مختلفة كالمرحلة المراهقة كدراسة (عبد الغني و النعيمي،2008) ، و دراسة (مقدادي، 2009)، والمراهقة والطفولة كدراسة (علي ، 2010) ، و دراسة (الخميسي،2011) ، (عبد الخالق ومحمد،2013).

رابعاً: من حيث النتائج:

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية الموجودة لدي المراهقين وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها تأثير للاضطرابات النفسية الموجودة لدي المراهقين على عدة متغيرات زيادةً وانخفاضاً مثل دراسة (إبراهيم،2012) ، واتفقت بعض الدراسات على وجود فروق

جوهرية بين أفراد عينه الدراسة في وجود الاضطرابات النفسية الموجودة لدي المراهقين كدراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) (علي ، 2010) (عبد الخالق ومحمد، 2013)، أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية الموجودة لدي المراهقين وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها وجود علاقة مثل دراسة (مقدداي، 2009) ، دراسة (عمر، 2012) (الهيبة، 2012).

رابعاً: الدراسات التي تناولت موضوع التوافق الأسري وعلاقتها ببعض المتغيرات: أولاً: من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات في تناول موضوع التوافق الأسري وعلاقته ببعض المتغيرات ، فقد تناولت وركزت الدراسات السابقة على موضوع التوافق الأسري وعلاقته ببعض المتغيرات في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس التوافق الأسري وعلاقته ببعض المتغيرات كدراسة (الطلياوي ومنسي، 2005) التباين بين الأزواج وبين الزوجات في التوافق الأسري ، بينما تناولت دراسة (عبد السلام، 2005) أنماط التواصل مع الوالدين وعلاقتها بالتوافق الأسري والجناح الكامل لدي المرهقين من الجنسين ،بينما تناولت دراسة (الدهري، 2009) أنماط الصحة النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدي طلبة كلية التربية ، و دراسة (الدعري، 2009) الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري والزواج لدي عينه من آباء وأمهات الأطفال المعاقين ، بينما تناولت دراسة (الريعي، 2011) الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدي الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري ، بينما تناولت دراسة (حماد، 2012) اتجاهات ربه الأسرة نحو تقاعد الزوج وعلاقته بالتوافق الأسري.

ثانياً: من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها الدراسات فكانت تهدف في مجملها إلى معرفة التوافق الأسري وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة الدراسة في كل مثل دراسة (الدهري، 2009)، و دراسة (الطلياوي ومنسي، 2005)، و دراسة (الدهري، 2009)، دراسة (عبد السلام، 2005)، وكذلك هناك دراسات هدفت إلى التعرف على اثر التوافق الأسري علي ببعض المتغيرات مثل دراسة (مختار، 2003) ، و دراسة (حماد، 2012) .

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (الكويت، ليبيا، الخليج العربي ، السعودية)، بينما أجري البعض الآخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية مختلفة كالمرحلة

الجامعية كدراسة (الداهري، 2009) ، وقد تناولت بعض الدراسات مرحلة الطفولة ، كدراسة (الربيعي، 2011) ، و دراسة (الدعري،2009) ، وقد تناولت بعض الدراسات مرحلة المراهقة ، كدراسة (عبد السلام،2005) ، وقد تناولت بعض الدراسات المرأة كدراسة(مختار، 2003) ، و دراسة(الطلاوي ومنسي، 2005) ، و دراسة (حماد،2012) .

رابعاً: من حيث النتائج:

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت التوافق الأسري وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها تأثير للتوافق الأسري على عدة متغيرات زيادةً وانخفاضاً مثل دراسة (مختار، 2003) ، دراسة (الطلاوي ومنسي، 2005) ، وانفقت بعض الدراسات على وجود فروق جوهرية بين أفراد عينه الدراسة في التوافق الأسري كدراسة (الربيعي، 2011) ، و دراسة (حماد،2012) ، أما بالنسبة للدراسات التي تناولت التوافق الأسري وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها وجود علاقة مثل دراسة (عبد السلام،2005) ، دراسة (الداهري، 2009) ، دراسة (الدعري،2009).

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات التي اعتمد عليها الباحث في دراسته الحالية ، فقد استفاد الباحث كثيراً من هذه الدراسات في إعداد المقدمة والإطار النظري لدراسته ، حيث تم تقسيم الإطار النظري إلي ثلاث مباحث ، ومن خلال التعليق السابق علي الدراسات التي استخدمها الباحث، فقد استفاد الباحث في اختيار منهج الدراسة، وتحديد العينة المستخدمة في الدراسة، كما استفاد من المعلومات الواردة في الدراسات، في تبني مقياس القلق لتيلور ومقياس الاكتئاب لبيرلسون ومقياس التوافق الأسري للربيعي وذلك بعد التوافق مع مشرفي الفاضل، بالإضافة إلي استفادته الكبرى في وضع الفروض لدراسته ، بجانب الاستفادة الكبيرة منها في عرض وتفسير النتائج التي توصلت إليها دراسة الباحث ، وكذلك الاستفادة منها في وضع مقترحات وتوصيات.

الفصل الرابع

منهجية وإجراءات الدراسة

- مقدمة.
- منهج الدراسة.
- مجتمع وعينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- صدق و ثبات اداتي الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع منهجية وإجراءات الدراسة

مقدمة:

يعرض هذا الفصل الإجراءات والخطوات المنهجية التي تمت في مجال الدراسة الميدانية، حيث يتناول منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، إضافةً إلى توضيح الأدوات المستخدمة في الدراسة وخطوات بنائها، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات للتوصل إلى النتائج ومن ثم تحقيق أهداف الدراسة، وفيما يلي تفاصيل ما تقدم:

فرضيات الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة تعزى لمتغير لنوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين).
2. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الترتيب الميلادي (الأول- الأوسط، الأخير) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
3. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الفئات العمرية (12- 14 سنة، 15-18 سنة) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
4. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى الاقتصادي للأسرة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة
5. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى التعليمي (ابتدائي- إعدادي - ثانوي) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
6. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ومكان الإقامة (مدينة - قرية - مخيم) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.
7. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ونوع المواطنة (مواطن -لأجئ) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

منهج الدراسة:

وهو الطريقة البحثية التي يختارها الباحث لتساعده علي الحصول علي معلومات تمكنه من إجابة أسئلة البحث من مصادرها (الأغا و الأستاذ، 2003: 82)
- المنهج المستخدم: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي .

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الكلي من جميع الأطفال الأحداث القانتين في مؤسسة الربيع، 2013، وعددهم (52) طفل وكذلك الأفراد العاديين الموجدين في المدارس في محافظة غزة.

عينة الدراسة:

تنقسم عينة الدراسة إلى نوعين:

1- عينة استطلاعية: قام الباحث بأخذ عينة بحجم (30) طفل موزعين (15 طفل حدث، 15 طفل عادي) بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، والمتمثلة في الصدق والثبات لمقياس الاكتئاب النفسي ومقياس تايلور للقلق ومقياس التوافق الأسري.

2- العينة الفعلية:

قام الباحث بأخذ عينة عشوائية بحجم (103) طفل، وللتعرف على الخصائص السكانية والاجتماعية لأفراد العينة سوف يتضح من خلال التالي:

• توزيع أفراد العينة حسب نوع العينة:

تبين من خلال النتائج أن 49.5% من الأطفال هم أطفال المدارس، بينما 50.5% هم من الأطفال القانتين في مؤسسة الربيع، وتتضح النتائج من خلال الجدول التالي:

جدول (1)

توزيع أفراد العينة حسب نوع العينة

نوع العينة	N	%
أطفال عاديين	51	49.5
الأطفال الأحداث	52	50.5
المجموع	103	100.0

توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية:

تبين من خلال النتائج أن 29.1% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم من 12 - 14 سنة، و70.9% تتراوح أعمارهم بين (15-18) سنة، وتوضح النتائج من خلال الجدول التالي:

جدول (2)

توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

العمر	N	%
12 - 14 سنة	30	29.1
من 15 - 18 سنة	73	70.9
المجموع	103	100.0

توزيع أفراد العينة حسب الترتيب الميلادي:

تبين من خلال النتائج أن 13.6% من أفراد العينة ترتيبهم الميلادي بين أسرهم الأول، بينما 67.0% ترتيبهم الأوسط، و 19.4% ترتيبهم الأخير، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (3)

توزيع أفراد العينة حسب الترتيب الميلادي

الترتيب الميلادي	N	%
الأول	14	13.6
الأوسط	69	67.0
الأخير	20	19.4
المجموع	103	100.0

توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة:

تبين من خلال النتائج أن 72.8% من أفراد العينة كان مستوى أسرهم الاقتصادي أقل من 1000 شيكل، بينما 13.6% مستواهم الاقتصادي يتراوح ما بين (1100 - 2000) شيكل، و 8.7% مستوى أسرهم الاقتصادي يتراوح ما بين (2100 - 3000) شيكل، في حين 4.9% كان مستواهم الاقتصادي أكثر من 3000 شيكل، وتوضح النتائج من خلال الجدول التالي:

جدول (4)

توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة

%	N	المستوى الاقتصادي
72.8	75	أقل من 1000 شيكل
13.6	14	1100-2000
8.7	9	2100-3000
4.9	5	أكثر من 3000 شيكل
100.0	103	المجموع

توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

تبين من خلال النتائج أن 2.9% من أفراد العينة مستواهم التعليمي ابتدائي، بينما 57.3% مستواهم التعليمي اعدادي، و 39.8% مستواهم التعليمي ثانوي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5)

توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

%	N	المستوى التعليمي
2.9	3	ابتدائي
57.3	59	إعدادي
39.8	41	ثانوي
100.0	103	المجموع

توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة:

تبين من خلال النتائج أن 79.6% من أفراد العينة يقيمون في المدن، بينما 9.7% يقيمون في القرى، و 10.7% يقيمون في المخيمات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (6)

توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

مكان الإقامة	N	%
مدينة	82	79.6
مخيم	10	9.7
قرية	11	10.7
المجموع	103	100.0

توزيع أفراد العينة حسب نوع المواطنة:

تبين من خلال النتائج أن 66.0% من أفراد العينة مواطنون، بينما 34% لاجئون، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (7)

توزيع أفراد العينة حسب نوع المواطنة

نوع المواطنة	N	%
مواطن	68	66.0
لاجئ	35	34.0
المجموع	103	100.0

توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة في مؤسسة الربيع:

تبين من خلال النتائج أن جميع الأطفال الأحداث في مؤسسة الربيع تراوحت مدة إقامتهم في المؤسسة أقل من 5 سنوات وبنسبة 100%.

أدوات الدراسة:

❖ استخدم الباحث ثلاث مقاييس، وهي التالي:

- 1- مقياس تايلور للقلق
- 2- مقياس الاكتئاب النفسي
- 3- مقياس التوافق الأسري

أولاً: مقياس تايلور للقلق: من إعداد: (Taylor J, 1953):

قام تايلور (1953) باعداد قائمة القلق (MAS)، والتي تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين، وفي هذه الدراسة تم استخدام النسخة العربية والتي تتكون من 50 فقرة، ويتم الاستجابة عليها (بنعم وتصحح بدرجة واحدة) أو (لا وتصحح صفر)، ويتم جمع درجات المفحوص على جميع الفقرات لتقدير مستوى القلق لديه، وتقدر الدرجات من (0 - 26 درجة تعني لا يوجد قلق)، (27 - 32 تعني قلق خفيف)، (33 - 40 درجة تعني قلق شديد)، (41 درجة وفوق تعني قلق شديد جداً). وتم تقدير الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمة ألفا تساوي (0.86)، وكانت قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تساوي (0.79). وتم استخدام هذا المقياس في البيئة الفلسطينية في دراسة العنف ضد المرأة. (ثابت و آخرون، 2007). وكذلك تم استخدام المقياس على البيئة الفلسطينية في دراسة مدى علاقة فقدان أحد أفراد الأسرة بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة (مطر، 2012). فقد تراوحت معامل الارتباط بين (0.15 - 0.60)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. وبذلك يتضح أن فقرات مقياس القلق تتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي، أي أن الأداة تقيس ما صممت لقياسه.

الثبات للمقياس على الدراسة الحالية:

قام الباحث بحساب الثبات بطريقة الفا كرونباخ وبطريقة التجزئة النصفية، والنتائج موضحة من خلال التالي:

1-3: الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقياس القلق على عينة استطلاعية قوامها (30) طفل من مؤسسة الربيع ومن طلبة المدارس، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.75 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

1-4: الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Methods :

تم تطبيق مقياس القلق على عينة استطلاعية قوامها (30) طفل من مؤسسة الربيع ومن طلبة المدارس، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وكذلك لكل بعد على حده، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.64، ومجال استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة

أصبح معامل الثبات (0.78) ، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالٍ، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

ثانياً: مقياس الاكتئاب النفسي:

ثانياً: صدق مقياس الاكتئاب النفسي:

صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حده والدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (8)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب النفسي والدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	القيمة الاحتمالية	معاملات الارتباط	فقرات المقياس
**	0.001	.378**	1. مازلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليه
**	0.001	.472**	2. أنام جيداً
**	0.001	.387**	3. أشعر بأنني سوف أبكي
**	0.001	.463**	4. أحب أن أخرج للشارع للعب
**	0.001	.356**	5. أرغب في الهروب بعيداً
**	0.001	.528**	6. أتمتع بطاقة كثيرة
**	0.001	.460**	7. تصيبني الأم في المعدة
**	0.001	.527**	8. أتمتع بالأكل
**	0.001	.434**	9. أنا أدم نفسي وارف معنوياتي
**	0.001	.607**	10. أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً
**	0.001	.468**	11. أفعل الأشياء بشكل جيد
**	0.001	.460**	12. استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق
**	0.001	.482**	13. أحب الكلام مع أهلي
**	0.001	.575**	14. أحلم أحلام مزعجة
**	0.001	.385**	15. أشعر بالوحدة الشديدة
**	0.001	.377**	16. من السهولة أن ابتهج
**	0.001	.566**	17. أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق
**	0.001	.534**	18. أشعر بالملل

** دالة احصائياً عند 0.01 * دالة احصائياً عند 0.05 † غير دالة احصائياً

يتبين من خلال الجدول السابق أن فقرات مقياس الاكتئاب النفسي تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.35-0.60) وهذا يدل على أن فقرات المقياس تتمتع بمعامل صدق عالي.

1-3: الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقياس الاكتئاب النفسي على عينة استطلاعية قوامها (30) من الأطفال في مؤسسة الربيع و الأطفال العاديين في المدارس، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.65 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

1-4: الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Methods :

تم تطبيق مقياس الاكتئاب النفسي على عينة استطلاعية قوامها (30) من الأطفال في مؤسسة الربيع و الأطفال العاديين في المدارس، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.48، ومجال استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.65)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (9)

يوضح معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

التجزئة النصفية			محتوى المحور	المحور
مستوى المعنوية	معامل الارتباط المصحح	معامل الارتباط		
0.000	0.65	0.48	فقرات النصف الأول	الأول
			فقرات النصف الثاني	الثاني

ثانياً: صدق مقياس التوافق الأسري:

صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حده والدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (10)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس التوافق الأسري والدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	القيمة الاحتمالية	معاملات الارتباط	فقرات المقياس	
**	0.001	.584**	عادة نأخذ برأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية	1
**	0.001	.607**	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد	2
**	0.001	.718**	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر	3
**	0.001	.649**	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير	4
**	0.001	.582**	نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جميعاً	5
**	0.001	.651**	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة	6
**	0.001	.724**	أشعر بالأمان وأنا في الأسرة	7
**	0.001	.613**	أحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة	8
**	0.001	.492**	أشعر بالسعادة عندما تطلب مني الأسرة المشاركة في زيارة الأقارب	9
**	0.001	.678**	أشعر بأنني شخص مهم في الأسرة	10
**	0.001	.683**	التعاون هو عنوان لحياتنا الأسرية	11
**	0.001	.686**	نتبادل الاحترام داخل الأسرة	12
**	0.001	.682**	أمتلك علاقات جيدة مع أفراد الأسرة	13
**	0.001	.408**	أحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة	14
**	0.001	.273**	يتصيد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره	15
**	0.001	.553**	أشعر أن معظم أفراد أسرتي يحبون التحدث معي	16
**	0.001	.544**	نحرص جميعاً على استمرار علاقات الود داخل الأسرة	17
**	0.001	.305**	لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ أحدهم في حق أخيه	18
**	0.001	.360**	تكثر كلمات اللوم والعتاب بيني وبين أفراد أسرتي	19
**	0.001	.543**	كل فرد من أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته	20
**	0.001	.609**	أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية	21
//	0.76	.030	كثيراً ما يتدخل المقربون لحل مشاكلنا الأسرية	22
**	0.001	.336**	لا اهتم كثيراً بأسرتي	23
**	0.001	.329**	لا أميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت	24
*	0.02	.219	معظم خلافاتي مع أفراد أسرتي ترجع لعدم فهمهم لي	25
//	0.09	-.164	أفضل الانسحاب حين يحدث خلاف بين أي فرد من أفراد أسرتي	26
**	0.001	.542**	أشعر بالسعادة حين أعود لبيتي	27

** دالة احصائية عند 0.01 * دالة احصائية عند 0.05 // غير دالة احصائية

يتبين من خلال الجدول السابق أن فقرات مقياس التوافق الأسري تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05، 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.21) -

(0.72) وهذا يدل على أن فقرات المقياس تتمتع بمعامل صدق عالي. ما عدا الفقرات التالية (22)، (26)، فهما غير دالات فلذلك يجب حذفهما من المقياس.

1-3: الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقياس التوافق الأسري على عينة استطلاعية قوامها (30) من الأطفال في مؤسسة الربيع و الأطفال العاديين في المدارس، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.88 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

1-4: الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Methods :

تم تطبيق مقياس التوافق الأسري على عينة استطلاعية قوامها (30) من الأطفال في مؤسسة الربيع و الأطفال العاديين في المدارس، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.56، ومجال استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.72)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس، وبذلك **اعتمد الباحث** هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

الأساليب الإحصائية:

قام الباحث بتفريغ وتحليل النتائج من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0)، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- 1 - إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي.
- 2 - المتوسط الحسابي النسبي (الوزن النسبي): ويفيد في معرفة مقدار النسبة المئوية لمقاييس الدراسة.
- 3 - معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لمعرفة ثبات فقرات المقاييس. والانحراف المعياري يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي بهدف معرفة تكرار فئات متغير ما ويفيد الباحث في وصف متغيرات الدراسة.
- 4 - معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Splithalf methods): ويستعمل للتأكد من أن المقاييس لديها درجات ثبات مرتفعة.
- 5 - معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاختبار والدرجة الكلية للمقاييس وقياس درجة الارتباط. يستخدم هذا الاختبار لدراسة العلاقة بين المتغيرات.
- 6 - اختبار (ت) لعينتين مستقلتين: لكشف دلالة الفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين.
- 7 - تحليل التباين الثنائي (Two-Way ANOVA): لبيان دلالة الفروق بين متوسطات ثلاث عينات فأكثر.
- 8 - اختبار شيفيه: لمعرفة اتجاه الفروق ودلالاتها بين فئات كل متغير من متغيرات العوامل الديمغرافية وتأثيرها على مقاييس الدراسة.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

- أولاً - نتائج وتساؤلات الدراسة.
- ثانياً - فرضيات الدراسة.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة:

فيما يلي عرضاً للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

أولاً: نتائج تساؤلات الدراسة:

● التساؤل الأول: ما مستوى القلق النفسي عند الأطفال الأحداث في مؤسسة الربيع والأطفال العاديين في محافظة غزة؟

للتعرف على مستوى القلق النفسي عند الأطفال الأحداث في مؤسسة الربيع والأطفال العاديين في محافظة غزة، قام الباحث بإيجاد الجداول المزدوجة بين مستويات القلق حسب مقياس تايلور للقلق بالنسبة لنوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين)، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (11)

توزيع أفراد العينة حسب مستويات القلق بالنسبة لنوع العينة

المجموع	نوع العينة		مستوى القلق
	أطفال أحداث	أطفال عاديين	
51	14	37	N
49.5%	26.9%	72.5%	%
29	17	12	N
28.2%	32.7%	23.5%	%
20	18	2	N
19.4%	34.6%	3.9%	%
3	3	0	N
2.9%	5.8%	0.0%	%
103	52	51	N
100.0%	100.0%	100.0%	%

اظهرت النتائج إلى أن 49.5% من افراد العينة لا يوجد لديهم قلق، وحسب نوع العينة فقد ظهر بان 72.5% من أطفال المدارس لا يعانون من قلق، بينما 26.9% من الأطفال الموجديين في مؤسسة الربيع لا يعانون من قلق نفسي، في حين ظهر بان 28.2% من أفراد العينة يعانون من قلق خفيف، حسب نوع العينة فقد ظهر بان 23.5% من أطفال المدارس يعانون من قلق خفيف،

بينما 32.7% من أطفال مؤسسة الربيع يعانون من مستوى خفيف من القلق، اما بالنسبة لمستوى القلق الشديد، فقد أظهرت النتائج إلى ان 19.4% من افراد العينة يعانون من قلق شديد، وحسب نوع العينة ،فقد ظهر بان 3.9% فقط من أطفال المدارس يعانون من قلق شديد، بينما 34.6% من الأطفال في مؤسسة الربيع يعانون من قلق شديد، كما تبين بان 5.8% من أطفال مؤسسة الربيع يعانون من قلق شديد جداً.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص التساؤل الأول، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (عياد، 2003) ، ودراسة (العويصة، 2004) ، ودراسة (ريشة، 2010) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011) حيث أن تلك الدراسات توصلت لوجود مستوي معين لدي أفراد الدراسة في القلق النفسي، واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (الموسوي، 2012) ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (فريد، 2008) حيث أن تلك الدراسات لم تتناول المستوي بل تناولت العلاقة والفروق في القلق النفسي لدي أفراد العينة.

ويرجع الباحث: النتيجة الحالية إلى أن القلق النفسي الذي كشف في هذه الدراسة بالنسبة للطلاب العاديين وطلاب الأحداث يختلف بطبيعته ودرجته ولذلك فان طلاب المدارس العاديين يوجد لديهم قلق بدرجات متنوعة منها الخفيف والشديد ولكن مستوى القلق يختلف باتجاههم نحو التفكير ببعض الأمور المتعلقة بالظروف النفسية والتعليمية والاقتصادية الصعبة التي يمرون بها نتيجة الواقع التعليمي والاقتصادي لأولياء الأمور في هذه الأوقات بسبب الحصار الشديد وقلة الدخل على الأسرة ومعاناة الأسر في عدم قدرتهم على توفير الاحتياجات اللازمة لأبنائها ولعل حق الأطفال في التعبير عن ذاتهم وعن طاقتهم من خلال توفير الظروف الملائمة لهم من خلال توفير الإمكان الترفيهية والتعليمية المناسبة ولعل قلة الإمكانيات تسبب قلق لدى الأطفال حول المستقبل والظروف التي يعيشون وقد يتكون لدى هؤلاء الأطفال مشكلة القلق نتيجة الشعور بالفشل في تحقيق أهدافهم والعيش بسلام وأمان ضمن حقوق الطفل التي شرعها القانون الدولي ولعل المرحلة العمرية التي يمر بها هؤلاء الأطفال من مرحلة الانتقال من الطفولة المتأخرة إلى مرحلة المراهقة التي يحدث فيها تغيرات نفسية واسعة تدخل المراهقين بحالة من القلق النفسي المستمر رغبة بهم من تحقيق الكثير من الاحتياجات النفسية والجسمية والاجتماعية والذاتية وصولاً إلى تحقيق ذاتهم وفرض مكانتهم داخل المجتمع كل هذه العوامل تجعل القلق مدخل طبيعي لكل طفل مراهق في هذه المرحلة ولعل الأطفال الأحداث يعيشون ظروف نفسية خاصة تختلف عن الأطفال العاديين فان شعور الأطفال في حالة من القلق تكون ناتجة عن شعورهم بالاغتراب الاجتماعي والنفسي

والذاتي نتيجة قيامهم بسلوكيات غير مرغوب فيها جعلت من شخصياتهم محط الاتهام واللوم والتوبيخ للقيام بسلوكيات خطره على أنفسهم وعلى غيرهم منها الاعتداء والعنف الشديد وتناول المخدرات بأنواعه والسرقة والكثير من الأعمال التخريبية التي تدل على وجود اضطرابات في المسلك لدى هؤلاء الأطفال ووجودهم في مؤسسة الربيع ولرعايتهم وتعليمهم وتعديل سلوكهم نتيجة المواقف التي تعرضوا إليها وأصبحوا في حالة خطرة على أنفسهم وغيرهم يلعب دورا كبيرا في وجود حالات قلق مختلفة بين هؤلاء الأطفال حسب طبيعة الأحداث والسلوكيات ، ولعل ابتعاد الأطفال عن الأسرة والواقع الاجتماعي والعيش بالشكل الطبيعي مثل الأطفال العاديين والتعليم بالمدارس العادية يجعل القلق متواجد لديهم بشكل مستمر بسبب شعورهم بحالة من الذنب اتجاه أنفسهم نتيجة قيامهم بأعمال وسلوكيات غير مرغوب بها ، ويرى الباحث إلى أن هؤلاء الأطفال من العاديين والأحداث يحتاجون إلى برامج علاجية وتوعية وتنقيف وإرشادية من أجل الرقي بأفكارهم وسلوكهم ليكونوا شخصيات قادرة على التوافق مع الظروف والأوضاع المختلفة وصولا إلى حالة من الاتزان الانفعالي والتوافق الأسري والمجتمعي .لمساعدتهم على تحقيق أهدافهم المستقبلية

التساؤل الثاني: ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين في قطاع غزة؟

للتعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين في قطاع غزة، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لدرجات الاكتئاب النفسي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الاكتئاب النفسي حسب نوع العينة

الاكتئاب النفسي	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
الاكتئاب النفسي - أطفال عاديين	18	36	14.0	4.5	38.8
الاكتئاب النفسي - أطفال أحداث	18	36	17.4	4.7	48.3
الاكتئاب النفسي للعينة الكلية	18	36	15.7	4.9	43.6

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100.

تبين من خلال الجدول السابق أن الوزن النسبي للاكتئاب النفسي لدى الأطفال العاديين في قطاع غزة بلغ 38.8% بمتوسط حسابي 14.0 درجة، وانحراف معياري 4.5 درجة، أي أن الأطفال العاديين يعانون من أعراض الاكتئاب النفسي بدرجة ضعيفة، أما بخصوص الأطفال الأحداث، فقد بلغ الوزن النسبي 48.3%، وهذا يدل أن الأطفال الأحداث يعانون من أعراض الاكتئاب النفسي بدرجة مرتفعة، مما سبق يتضح بان الأطفال الأحداث يعانون من الاكتئاب النفسي أكثر من الأطفال العاديين بفروق واضحة.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص التساؤل الثاني، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (سلامه، 2010)، ودراسة (علي، 2010)، ودراسة (العويضة، 2004)، ودراسة (ريشة، 2010)، ودراسة (الغريب، 2011)، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011)، ودراسة (الجبوري، 2010) حيث أن تلك الدراسات توصلت لوجود مستوي لدي أفراد الدراسة في الاكتئاب النفسي، واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (المحمداوي، 2008)، ودراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013)، ودراسة (عمر، 2012)، ودراسة (المشعان، 2011) حيث أن تلك الدراسات لم تتناول المستوي بل تناولت العلاقة والفروق في الاكتئاب النفسي لدي أفراد العينة.

يرجع الباحث النتيجة الحالية بالنسبة للأطفال العاديين ووجود بعض حالات من الاكتئاب النفسي البسيط إلى أن الأطفال في المراحل الأساسية الأولى من المرحلة العمرية يحتاجون إلى الكثير من الأمور النفسية والرعاية الكاملة وتوفير الحاجات النفسية الأساسية لأنها تعتبر مرحلة مهمة في حياة الطفل التي يرغب فيها في التعبير عن نفسه وتكوين شخصيته وذاته من خلال توفير كافة الاحتياجات اللازمة والمساعدة لذلك ولكن يرى الباحث إلا أن الظروف الأسرية والاجتماعية والسياسية التي يعيش فيها الأطفال الفلسطينيين تجعل فرصة الرعاية الكاملة والصحيحة وتوفير الاحتياجات تمثل صعوبة خاصة الوضع الاقتصادي الصعب الذي يعاني منه الأسر الفلسطينية والظروف السياسية الصعبة وتواصل الهجمات الصهيونية على قطاع غزة وتعرض الأطفال إلى الكثير من الأحداث الصادمة وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي والعيش بسلام وأمان بشكل طبيعي ولا يخفي الباحث الوضع الفلسطيني وفرض الحصار المتواصل على قطاع غزة انه احد الأسباب الرئيسية وراء وجود مشاكل نفسية لدى الأطفال من ناحية عدم وجود تنمية اجتماعية للمجتمع من توفير الاحتياجات اللازمة للأطفال سواء داخل المدارس و خارجها من توفير أماكن اللعب والتفريغ والحركة والتعلم والتعليم ، هذه الأسباب تشكل عائق كبير بالنسبة للأطفال مما تؤدي إلى وجود مشاكل نفسية كبيرة لديهم من قلق وتوتر مستمر وصولاً إلى حدوث مشكلات سلوكية

متنوعة وصولاً إلى حالة من الإحباط والتشاؤم مما يكون لديهم الاكتئاب النفسي البسيط والتي قد يكون للمدرسة والأسرة دوراً بسيطاً بمحاولة توفير بعض الاحتياجات البسيطة التي تعمل على حماية الأطفال من الوقوع بمشاكل نفسية صعبة على المستوى البعيد ، ولا يختلف واقع الأطفال المراهقين من مؤسسة الربيع عن الأطفال العاديين من المتعرضين لحالة الاكتئاب ولكن تختلف الدرجة باختلاف الظروف التي يعترضون إليها وتختلف الأوضاع النفسية باختلاف سبل الرعاية والاهتمام وتختلف بسبب شدة الحدث وصعوبته وتجد ان الأطفال المراهقين المتواجدين بمؤسسة الربيع لديهم مشكلات نفسية كبيرة نتيجة فقدان عزيز او نتيجة قيامهم بسلوكيات خطيرة عرضوا الآخرين إلى الأذى أو تعرضوا هم أيضاً لنفس الحدث هذه الأوضاع والمشكلات لدى المراهقين المتواجدين في مؤسسة الربيع سواء لتناولهم عقارات من الترامادول أو لقيامهم بسلوكيات منافية للأخلاق ويحتاجون إلى رعاية خاصة وفق قوانين الضبط والرعاية التي تحكمها هذه المؤسسة وهذه المشكلات التي كانت متواجدة لدى الأطفال المراهقين تعتبر المدخل الرئيسي لوجود حالة من الاكتئاب الشديد قد تكون ناجمة عن وجود مشاكل أسرية أو اجتماعية أو سياسية وأبعاد السلوك المختلفة التي أوصلت هؤلاء الأطفال القيام بهذه السلوكيات ولكن طبيعة هذه السلوكيات هي في حد ذاتها تمثل مشكلة كبيرة تعود بالاضطرابات النفسية لدى الأطفال المراهقين وتعتبر مشكلة قد تؤدي بهم إلى الهلاك وتجد أن هؤلاء الأطفال وانفصالهم عن أسرهم وعن المجتمع وشعورهم بالذنب اتجاه الأحداث التي قاموا بها تؤدي إلى حدوث حالة من القلق والإرهاق والتشاؤم من الحياة والرغبة في الانتقام من المجتمع والتمرد عليه بالمزيد مما يمثل لديهم مشكلات نفسية متنوعة من قلة النوم والقلق المستمر وانحراف المزاج بشكل مستمر وعدم الشعور بالقيمة والوجود واليأس المتواصل الذي يشكل حالة مرتفعة من الاكتئاب النفسي لديهم مما يؤدي إلى التفكير من البعض منهم بالانتحار والتخلص من الحياة التي تعتبر من أعلى مراتب الاكتئاب التي قد يتعرض إليها المراهقين ولذلك يرى الباحث إلى أن المؤسسات الراعية والداعمة لهؤلاء الأطفال تلعب دوراً كبيراً في رعايتهم وحمايتهم وتعديل سلوكهم وإعادة عملية التنشئة الاجتماعية وفق أساليب بديلة وجديدة للسلوكيات السابقة التي كانت سبب في وصول هؤلاء الأطفال إلى حالة من الاضطراب النفسي نتيجة القيام بتصرفات منافية للدين والمجتمع .

التساؤل الثالث: ما مستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين في قطاع غزة؟

للتعرف على مستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين في قطاع غزة، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لدرجات التوافق الأسري، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس التوافق الأسري حسب نوع العينة

المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	التوافق الأسري
36.4	8.4	72.7	50	25	التوافق الأسري - أطفال عاديين
32.3	9.3	64.6	50	25	التوافق الأسري - أطفال أحداث
34.3	9.1	68.6	50	25	التوافق الأسري للعينة الكلية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100.

تبين من خلال الجدول السابق أن الوزن النسبي التوافق الأسري لدى الأطفال العاديين في قطاع غزة بلغ 72.7% بمتوسط حسابي 36.4 درجة، وانحراف معياري 8.4 درجة، أي أن الأطفال العاديين لديهم توافق أسري بدرجة مرتفعة، أما بخصوص الأطفال الأحداث، فقد بلغ الوزن النسبي 64.6%، وهذا يدل أن الأطفال الأحداث لديهم توافق أسري بدرجة متوسطة، مما سبق يتضح بان الأطفال الأحداث لديهم توافق أسري بدرجة أقل من الأطفال العاديين بفروق واضحة.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص التساؤل الثالث، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (عبد السلام، 2005)، ودراسة (الربيعي، 2011) حيث أن تلك الدراسات توصلت لوجود مستوى لدي أفراد الدراسة في التوافق الأسري، واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (مختار، 2003)، ودراسة (الطلاوي ومنسي، 2005)، ودراسة (الدهري، 2009)، ودراسة (الدعري، 2009) (حماد، 2012) حيث أن تلك الدراسات لم تتناول المستوي بل تناولت العلاقة والفروق في التوافق الأسري لدي أفراد العينة.

يرى الباحث أن معرفة مستوى التوافق بين الأطفال العاديين والأطفال الأحداث تمثل أهمية كبيرة لان التوافق الأسري يعتبر المدخل الرئيسي في تكوين الشخصية السوية عند الأطفال ولذلك فان الأطفال العاديين وارتفاع مستوى التوافق الأسري لديهم يدل على مدى وصول التربية الحديثة في

علم النفس برعاية الأطفال وحمايتهم ومساعدتهم على التوافق الأسرى وفق الاتفاق بالأفكار والتصرفات والسلوكيات ضمن القانون الأخلاقي والمبادئ الأخلاقية والقواعد الأساسية السلوكية التي تحكم الأسرة ولذلك فتجد أولياء أمور الأطفال العاديين دائما ما يبحثون عن توفير الحاجات الأساسية لأطفالهم وإشباعها مع وجود عصر القلق والتطور التكنولوجي وانشغال الأطفال بحاجات لا تستطيع الأسرة توفيرها ولكن تعمل الأسرة وفق المستطاع إلى توفيرها من أجل خلق جو اسري ملائم لأبنائهم ورعايتهم رعاية سليمة وفق رقابة متوسطة تساعدهم على تعديل سلوكياتهم أول بأول وتعليمهم سلوكيات جديدة من خلال زرع الأفكار الأسرية الملائمة والمناسبة وتوفير الانسجام الأسرى بين الزوج والزوجة والأطفال ومساندة الأبناء على التوافق مع الظروف المحيطة داخل الأسرة وفق الإمكانيات وتأتي هذه العملية ونجاحها اعتمادا على التربية المتواصلة والرعاية المتواصلة التي تضمن حماية هؤلاء الأطفال بهذه السن الخطر ويرى الباحث إلى وجود خلل في التوافق الأسرى لدى الأطفال الأحداث يعود إلى وجود خلل في البيئة الفكرية والتربية داخل الأسرة والذي انعكس بالشكل السلبي على الأبناء من خلال تعلم سلوكيات غير ملائمة وغير مناسبة والتربية في ظروف نفسية صعبة أعاققت تنشئتهم الاجتماعية السليمة والصحيحة مما أدى إلى وجود مشاكل نفسية متكررة والمحاولة منهم تعويض هذا العجز الموجود داخل الأسرة ، والشعور بالتعب والإرهاق لحال الأسرة المتفككة يؤدي بالأطفال إلى اللجوء إلى أعمال منافية للأخلاق وتنفيذ سلوكيات سلبية غير مرغوب فيها والتي منها تناول عقار الترامادول الذي أصبح متنفس من وجهة نظر المراهقين لنفسيتهم وظروفهم الصعبة وغيب الرقابة الأسرية والتفكك الأسرى مما يدخلهم بحالة من الاضطرابات النفسية المختلفة والتي تؤدي إلى الوصول إلى حالة من الاكتئاب النفسي الشديد.

ثانياً: فرضيات الدراسة:

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) .
لاختبار صحة هذه الفرضية تم إيجاد اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في درجات انماط السلوك التالية (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) تعزى لمتغير نوع العينة (أطفال أحداث ، اطفال عاديين)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (14)

نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق في درجات أنماط السلوك لدى الأطفال تعزى لنوع العينة اطفال أحداث، اطفال عاديين)

أنماط السلوك	نوع العينة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الاكتئاب النفسي	المدرسة	51	13.96	4.47	-3.8	**.0001
	مؤسسة الربيع	52	17.40	4.71		
القلق النفسي	المدرسة	51	22.43	5.87	-6.7	**.0001
	مؤسسة الربيع	52	30.37	6.16		
التوافق الأسري	المدرسة	51	36.35	8.42	2.3	*.023
	مؤسسة الربيع	52	32.31	9.30		

** دالة احصائيا عند 0.01 * دالة احصائيا عند 0.05 † غير دالة احصائيا

• تبين من خلال الجدول السابق مايلي:

• ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات الاكتئاب النفسي لدى الأطفال تعزى لمتغير نوع العينة (أطفال أحداث، اطفال عاديين)، والفروق كانت لصالح الأطفال الأحداث، وهذا يدل على أن الأطفال الأحداث يعانون من الاكتئاب النفسي أكثر من الأطفال العاديين.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الأول، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (عبد الرحمن، 2011)، ودراسة (المشعان، 2011)، ودراسة (علي، 2010)، ودراسة (عمر، 2012)، ودراسة (عبد الخالق

ومحمد، 2013) حيث أكدت تلك الدراسات علي وجود فروق في الاكتئاب النفسي لدي أفراد العينة واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة (عياد، 2003) ، ودراسة (سلامه، 2010) ، ودراسة (المحمداوي، 2008) ، ودراسة (فريد، 2008) ، ودراسة (ريشة، 2010) ، ودراسة (الجبوري، 2010) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (الموسوي، 2012) حيث أن تلك الدراسات اختلفت مع الدراسة الحالية في تناولها عينات مختلفة منها المسنين وطلبة الجامعات.

ويرجع الباحث إلى ذلك إلى طبيعة الظروف النفسية الصعبة من قلق وتوتر مستمر لدى هؤلاء وخاصة في مثل هذه المرحلة العمرية التي يحتاج فيها الأطفال المراهقين إلى الحرية والتواصل مع المجتمع الخارجي وممارسة الأنشطة مع المجتمع لإشباع حاجاتهم ورغباتهم النفسية ووقوع هؤلاء الأطفال بأحداث مؤلمة في هذه المرحلة وأصبحوا في دائرة الرعاية الخاصة والاهتمام الخاص وعدم إعطائهم الحرية في التنقل بحرية حتى يتم الإنهاء من وقاعهم المرير الذي وقعوا فيه من تناول عقارات الترامادول وخوفا من وصولهم إلى سلوكيات خطيرة تضرر بأنفسهم وبغيرهم وهذا الحجز وقيام المؤسسة بفرض نظام خاص مع ضبط حركة المراهقين بالتواصل مع المجتمع الخارجي يخلق لديهم حالة من التوتر والقلق والإحباط والتشاؤم المستمر لا سيما وانه يترك اثر نفسي كبير بشعور هؤلاء الأطفال أنهم يعيشون في مكان خاص بالأطفال الغير مرغوب فيهم في المجتمع بالرغم من كل المساعدات والدعم النفسي المقدم من قبل مؤسسة الربيع التي تقدم إليهم ولكن يرجع الباحث ذلك إلى طبيعة التركيبة الفسيولوجية لهذه المرحلة العمرية من الأطفال والتي يرغبون بها في الانتقال إلى العالم الخارجي ممارسة الأنشطة والتواصل مع الآخرين رغبة منهم لإشباع حاجاتهم وتقريغ طاقاتهم ولذلك تجد أن الظروف التي وقعت على هؤلاء الأطفال تجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب النفسي من غيرهم من ا لطلاب العاديين من المدارس التي تعود مشكلاتهم بسيطة ولكنهم متواصلين في البيئة الاجتماعية والأسرية ويعيشون بين أسرهم التي تعتبر مرحلة مهمة بالنسبة للمراهقين ومهمة لشعورهم بحالة من الأمن الأمان والاستقرار النفسي والشعور بالأمن النفسي اتجاه الأسرة التي تساعدهم على توافقتهم مع الظروف والمشكلات الصعبة التي يقعون بها بهذه المرحلة ولكن غياب الأطفال المراهقين من مؤسسة الربيع يؤثر بالشكل السلبي والكبير على نفسيات الأطفال مما يكون لديهم شعور بالاغتراب الأسرى والاجتماعي وعدم التواصل مما يترك وجود بعض التأثيرات النفسية الصعبة لغياب الأطفال عن الحاضنة الأولى والأساسية بحياتهم وهم الأب والأم والأخوة والأقارب بعيدا عن وعدم لديهم الأهل بشكل كامل نتيجة فقدان ويرى الباحث أن مثل هذه الظروف الصعبة التي يعيشون بها هؤلاء الأطفال بمؤسسة الربيع تشكل حالة صعبة لديهم

من شعورهم بالوحدة والبعد الأسري والاجتماعي مما يتكون لديهم مشاعر الغضب والكره وتقلب المزاج وصولاً إلى اليأس والإحباط الذي يؤدي بهم إلى حالة من الاكتئاب الشديد يغير عن الأطفال العاديين المتواجد من يوجههم ويراعهم ويقدم لهم الخدمات النفسية والتربوية المتواصلة داخل الأسرة التي تعتبر النواة الأساسية والمهمة لتحقيق الصحة النفسية للأطفال .

• ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات القلق النفسي لدى الأطفال تعزى لمتغير نوع العينة (أطفال أحداث، اطفال عاديين)، والفروق كانت لصالح الأطفال الأحداث، وهذا يدل على أن الأطفال الأحداث يعانون من القلق النفسي أكثر من الأطفال العاديين.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الأول، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) حيث دلت تلك الدراسات علي وجود فروق في القلق النفسي لدي أفراد العينة واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (الموسوي، 2012) ، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (العويضة، 2004) ، ودراسة (ريشة، 2010) حيث أن تلك الدراسات اختلفت مع الدراسة الحالية في تناولها عينات مختلفة وركزت علي طلبة الجامعات بالاضافة الي انها لم تدرس الفروق بل العلاقة بين القلق والمتغيرات.

ويرى الباحث النتيجة الحالية إلى أن أطفال الأحداث لديهم مشاكل نفسية نتيجة تعرضهم إلى أحداث مؤلمة بحياتهم جعلتهم ضمن مؤسسة الربيع تحت الرعاية والاهتمام لتعديل سلوكياتهم وان كانوا من الأطفال المتناولين لعقار الترامادول والذي يعتبر نوع من أنواع المخدرات الذي أدمن عليه هؤلاء الأطفال مما اثر على حياتهم الاجتماعية والأسرية مما ينعكس ذلك على شعورهم دائماً في حالة من القلق والتوتر والخوف من المستقبل ولعل القلق النفسي يكون ناتج عن توقع خطر قادم قد يواجهه الفرد وهؤلاء الأطفال تجد أن نظرتهم اتجاه المستقبل فيه التشاؤم والحسر والشعور بالذنب مما يكون لديهم حالة من القلق المستمر على الوضع الحالي أو على صعيد مستقبلهم الذي لا يعرفون كيف سيمضون فيه وكيف يمكن لهم أن يتخلصوا من واقعهم الحالي إلى الأفضل والأحسن كل هذه الأفكار التي تدور في أذهان هؤلاء الأطفال المتواجدين في مؤسسة الربيع وخاصة المتعاطين لعقار الترامادول تجدهم في حالة من الخوف الشديد من واقعهم وعدم الشعور بالأمن والأمان النفسي بشكل مستمر مما يكون لديهم حالة كبيرة من القلق النفسي المستمر ولعل بعد الأسرة من الأب والأم عن هؤلاء الأطفال وتعامل مربين آخرين معهم لتعديل سلوكهم قد يكون فيه نوع من التعب والإرهاق والتفكير النفسي بشكل مستمر مما يؤثر على حياتهم وعلى نظرتهم

للمستقبل .ويرى الباحث إلى أن الزيارات المتواصلة من قبل المؤسسات والباحثين إلى مؤسسة الربيع تشعر الطلاب بحالة من القلق خاصة أن الأطفال في مرحلة المراهقة مما يشعروهم بحالة من الحرج من أنفسهم ولا يرغبون في الحديث مع المتواجدين من الزوار يدل للباحث ان الأطفال يعانون من حالة نفسية وعدم رغبتهم بالمواجهة والتحدث مع الآخرين لشعورهم بحالة من النقص عن الآخرين وشعورهم بحالة من الذنب نتيجة تناولهم لمثل هذه العقارات المدمرة لديهم ويرى الباحث أن حالة القلق التي تنجم لدى هؤلاء الأطفال تكون في نوعيتها شديدة قد تؤثر على سلوكياتهم ونفسياتهم من عدم الرغبة في الأكل والنوم والتواصل مع الآخرين مما يشكل حالة نفسية صعبة قد تدخل هؤلاء الأطفال في حالة من الاكتئاب النفسي ، ويرى الباحث أن القلق الذي يتعرض إليه الأطفال العاديين في المدارس يعتبر قلق طبيعي يكون متواجد لدى الجميع ولكن حالة نسبية ولا يشكل خطر على الطلاب وقد يكون ناتج عن الرغبة النجاح والتقدم أو نتيجة لظروف اجتماعية واقتصادية وأسرية تؤثر وتعيق توفير الحاجات الأساسية بالنسبة للأطفال وهذا لا يشكل مشكلة كبيرة ولا يدخل الأطفال في حالة من القلق الشديد بسبب وجود اهتمام ورعاية ومتابعة مستمرة من قبل الأسرة والمدرسة بتوفر مجموعة من العاملين في المجال النفسي يساعدون الأطفال على التفريغ النفسي بشكل مستمر ومساعدتهم على حل مشكلاتهم بطرق صحيحة وإيجابية تحميهم من الوقوع بمشكلات نفسية صعبة تعيق تطور النمو الجسمي والعقلي والفكري لديهم وتساعدكم في تعلم سلوكيات بديلة ايجابية .

• ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.01$) في درجات التوافق الأسري لدى الأطفال تعزى لمتغير نوع العينة (أطفال أحداث، اطفال عاديين)، والفروق كانت لصالح الأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال العاديين لديهم توافق أسري أكثر من الأطفال الأحداث.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الأول، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتيجة دراسة (عبد السلام، 2005) ، ودراسة (الربيعي، 2011) حيث اكدت تلك الدراسات علي وجود فوق في التوافق الدراسي لدي أفراد عينه، واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (مختار، 2003) ، ودراسة (الدهري، 2009) ، ودراسة (الدعري، 2009) ، ودراسة (حماد، 2012) حيث أن تلك الدراسات لم تتناول عينه الأطفال والأحداث والعاديين بل تناولت رب الأسرة والأزواج وغيرها من المتغيرات.

يرى الباحث : يسعى الطفل جاهدا لتحقيق هذا الهدف فان تكن غاية الحياة أن يتكيف الطفل المراهق بالبيئة ، وينجح في التعامل مع الناس ليحقق له التوافق الشخصي وراحة النفس فانه يتعلم

كيف يتكيف مع الظروف والمواقف ويتفاعل مع الآخرين ويصل إلي درجة من الرضا والدفاع عن النفس في توافقها هذا ، والتوافق يستهدف الرضا عن النفس وراحة البال ، والاطمئنان نتيجة الشعور بالقدرة الذاتية علي التكيف بالبيئة والتفاعل مع الآخرين

ويرى الباحث إلى أن الأطفال العاديين يتمتعون بدرجة عالية من التوافق الأسري عن الأطفال الأحداث إلى أن الظروف النفسية وتوفير الاحتياجات اللازمة للأطفال العاديين أطفال المدارس قد تكون حاضرة بشكل يساعد على تكوين الاستقرار الأسري من خلال رغبة أولياء الأمور في رعاية أطفالهم أفضل رعاية وتوفير لهم كافة الاحتياجات النفسية والفسولوجية والاجتماعية والجسمية رغبة منهم في تكون شخصية ايجابية للطفل من اجل مستقبل متميز له وهذه الرغبة والرعاية والحماية من قبل الأسرة والتي تعمل على تربية أبنائها بالتوافق مع الظروف المحيطة ان كانت على مستوى الوضع الاقتصادي أو المستوى الفكري والتربية الحسنة بالتدرج لهؤلاء الأطفال يساعد بشكل واضح ولموس إلى وجود توافق اسري لدى الأطفال ويرى الباحث الى ان المدرسة والمختصين بمجال التربية في هذا العصر الحديث يعملون بشكل جدي وكبير في تنقيف الأسرة على مساعدتهم في حماية الأطفال ورعايتهم ومراعاة كل مرحلة عمرية يمر بها الطفل مع الانتباه إلي الواقع الأسري والمشكلات التي قد تكون لها عائق كبير في تكوين شخصية ايجابية للطفل مما يؤدي إلى فقدان التوافق الأسري ويؤدي إلى انحراف سلوك الأطفال إلى الخارج وتكوين علاقات وصدقات غير مرغوب فيها مما ينتج عنها وجود مشكلات نفسية وسلوكية وصولا إلى القيام بأعمال ضارة للطفل على نفسه وعلى الآخرين كما هو لدى أطفال مؤسسة الربيع الذين يعانون من مشكلات نفسية تجد فيها بعض الحالات ناتجة عن وجود مشكلة في التوافق الأسري والتفكك الأسري الذي أوصل هؤلاء الأطفال إلى الواقع المرير من وجود مشكلات سلوكية ونفسية

ويرى الباحث : إلى أن فقدان الأطفال بمؤسسة الربيع إلى التوافق الأسري هو المدخل الرئيسي لتعرضهم غالى انحراف السلوك وتناول المخدرات والقيام بسلوكيات ضارة على نفسه وعلى الآخرين ولذلك فان عدم وجود توافق اسري لدى الأطفال في مؤسسة الربيع يعتبر نتاج للمشكلات التي تكون ناتجة على عدم وعي وقدرة الأسرة على مراعاة ورعاية الأبناء بالطرق الصحيحة وهذا ما تنادي به النظريات الحديثة في التربية على أهمية التوافق الأسري في تكوين شخصية الطفل ورعايته وتنشئته بالطرق والأساليب الايجابية التي تضمن له العيش بسلام وأمان واستقرار ومتوفر لديه كافة الاحتياجات النفسية المناسبة التي تحقق له الاستقرار النفسي والأسري

الفرض الثاني: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الترتيب الميلادي (الأول - الأوسط، الأخير) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الثنائي 2×3 لمتغيرات أنماط السلوك على ضوء مستوى الترتيب الميلادي (الأول - الأوسط - الأخير) ونوع العينة (أطفال أحداث - أطفال عاديين) وكذلك والتفاعل بينهما، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (15)

يوضح تحليل التباين 2×3 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما

انماط السلوك	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الاكتئاب النفسي	نوع العينة	100.9	1	100.9	4.9	*.03
	الترتيب الميلادي	57.7	2	28.8	1.4	//.25
	نوع العينة و الترتيب الميلادي	51.2	2	25.6	1.2	//.30
	تباين الخطأ	2009.9	97	20.7		
	المجموع	2435.7	102			
القلق النفسي	نوع العينة	806.5	1	806.5	22.6	** .001
	الترتيب الميلادي	190.1	2	95.0	2.7	//.07
	نوع العينة و الترتيب الميلادي	26.4	2	13.2	0.4	//.69
	تباين الخطأ	3455.5	97	35.6		
	المجموع	5283.3	102			
التوافق الأسري	نوع العينة	218.0	1	218.0	2.8	//0.10
	الترتيب الميلادي	428.8	2	214.4	2.8	//0.07
	نوع العينة و الترتيب الميلادي	30.6	2	15.3	0.2	//0.82
	تباين الخطأ	7491.1	97	77.2		
	المجموع	8382.1	102			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبيين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

• ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) بالنسبة للترتيب الميلادي (الأول، الأوسط، الأخير) لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال الذين ترتيبهم الميلادي بين أفراد أسرهم الأول، والأطفال الذين ترتيبهم الميلادي الأوسط، والأطفال الذين ترتيبهم الميلادي الأخير لديهم درجات متساوية من الاكتئاب النفسي ودرجات متساوية في القلق النفسي، ودرجات متساوية من التوافق الأسري، ومما يعني بأن متغير الترتيب الميلادي لم يكن له أثر جوهري على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

• ظهر عدم وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير الترتيب الميلادي ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة، مما يدل على أن الأطفال الأحداث الذين تربيتهم الميلادي الأول أو الأوسط أو الأخير، وكذلك الأطفال العاديين الذين تربيتهم الميلادي الأول أو الأوسط أو الأخير لديهم درجات متساوية من انماط السلوك التالية (الاكتئاب - القلق - التوافق الأسري)، مما يعني عدم أثر للتفاعل بين المتغيرين.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الثاني، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع جميع الدراسات السابقة في تناول موضوع الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الدراسي مثل دراسة دراسة (عبد الرحمن، 2011)، ودراسة (المشعان، 2011)، ودراسة (علي، 2010)، ودراسة (عمر، 2012)، ودراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013)، ودراسة (عياد، 2003)، ودراسة (سلامه، 2010)، واختلقت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة جميع الدراسات السابقة حيث انها لم تتناول نفس المتغير وهو الترتيب الولادي مثل دراسة (المحمداوي، 2008)، ودراسة (فريد، 2008)، ودراسة (ريشة، 2010)، ودراسة (الجبوري، 2010)، ودراسة (الغريب، 2011)، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011)، ودراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) (الموسوي، 2012)، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011)، ودراسة (الغريب، 2011)، ودراسة (العويضة، 2004)، ودراسة (عبد السلام، 2005)، ودراسة (الربيعي، 2011) ودراسة (مختار، 2003)، ودراسة (الدهري، 2009)، ودراسة (الدعري، 2009)، ودراسة (حماد، 2012).

يرى الباحث: النتيجة الحالية إلى أن التربية الحديثة بالنسبة للتعامل مع الأبناء أصبحت أكثر وعياً وإدراكاً في التنشئة الاجتماعية ورعايتها ويرجع ذلك إلى دور المؤسسات التعليمية والصحية والمجتمعية في توعية أولياء الأمور في التعامل مع الأبناء بدون التفريق بينهم حتى لا يحدث هناك

بعض المشكلات النفسية التي قد تكون ناتجة عن غيره التي تعتبر مشكلة كبيرة يتعرض إليها الأطفال وتؤثر على سلوكياتهم والترتيب الولادي كما جاء في المدرسة التحليلية يأخذ مكانة كبيرة في عملية التربية والتنشئة ومن الناحية النفسية وينعكس على التركيب الشخصية والبناء النفسي للأطفال حيث أن الطفل الأول يختلف عن الطفل الأخير بسبل الرعاية والاهتمام مما يؤدي إلى ظهور شخصيات متنوعة لدى الأطفال بما بين الدلال الزائد وما بين الشدة في المعاملة وفي ضوء هذه المعاملة يكون لدى الأطفال تكوين شخصي يختلف على الآخر وينعكس ذلك على معاملته في الحياة الاجتماعية قد يكون التربية التي تعتمد على الاهتمام والدلال الزائد وتوفير كل الاحتياجات سلبية في بناء شخصية غير معتمدة على ذاتها ونفسها وسوف تعاني في المستقبل بالاعتماد على النفس بغير الأطفال الوسط والأخير الذين يكون لديهم المساحة الكافية في بناء شخصياتهم بأنفسهم دون أن يكون للأسرة تدخل كبير، مما يكون لديهم شخصيات أكثر تحدي وقوة .

ويرجع الباحث إلى أن الترتيب الولادي في هذه الدراسة لم يكن له تأثير بالنسبة للأطفال العاديين والأحداث إلى أن ارتباط الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الأسري لم يكن له دور كبير في الترتيب الولادي خاصة أن الأطفال العاديين والأحداث لديهم أسباب واضحة وراء تعرضهم للمشكلات النفسية من الاكتئاب والقلق والتوافق الأسري سواء على صعيد الظروف الاجتماعية والأسرية والسياسية وعدم القدرة على توفير الاحتياجات اللازمة لديهم قد تكون من أكثر الأسباب الواضحة بالنسبة للأطفال نتيجة قرب التعامل معهم من قبل الباحث أما أطفال الأحداث الذين هم من الضحايا لمثل هذه الأحداث والمشكلات التي تم الوقوع بها نتيجة غياب التوافق الأسري نتيجة حالة التفكك من انفصال الوالدين أو حالة من التسلط الأبوي وعدم المعاملة الايجابية أو نتيجة الحرمان العاطفي والقسوة في توفير الاحتياجات اللازمة أو نتيجة الواقع الاجتماعي الصعب للأسرة التي يعيش فيها أفراد بكثرة دون القدرة على الرعاية والاهتمام وكل هذه الظروف التي تقع على عاتق الطفل تعتبر المدخل الرئيسي للانحراف والاكتئاب والقلق النفسي وسوء التوافق الأسري .

الفرض الثالث: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) و الفئات العمرية (12- 14 سنة، 15-18 سنة) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الثنائي 2×2 لمتغيرات أنماط السلوك على ضوء و الفئات العمرية (12- 14 سنة، 15-18 سنة) ونوع العينة (اطفال أحداث - أطفال عاديين) وكذلك والتفاعل بينهما، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (16)

يوضح تحليل التباين 2×2 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والفئات العمرية والتفاعل بينهما

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	انماط السلوك
**0.001	17.4	363.5	1	363.5	نوع العينة	الاكتئاب النفسي
0.81	0.1	1.2	1	1.2	الفئات العمرية	
0.10	2.8	59.3	1	59.3	نوع العينة و الفئات العمرية	
		20.9	99	2070.8	تباين الخطأ	
			102	2435.7	المجموع	
**0.001	35.2	1283.8	1	1283.8	نوع العينة	القلق النفسي
0.24	1.4	51.4	1	51.4	الفئات العمرية	
0.97	0.0	0.1	1	0.1	نوع العينة و الفئات العمرية	
		36.5	99	3610.6	تباين الخطأ	
			102	5283.3	المجموع	
**0.001	8.8	676.0	1	676.0	نوع العينة	التوافق الأسري
0.63	0.2	17.9	1	17.9	الفئات العمرية	
*0.03	4.6	353.2	1	353.2	نوع العينة و الفئات العمرية	
		76.5	99	7575.5	تباين الخطأ	
			102	8382.1	المجموع	

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) بالنسبة للفئات العمرية (12- 14 سنة، 15-18 سنة) لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين (12-14 سنة) ، والأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين (15-18 سنة) لديهم درجات متساوية من الاكتئاب النفسي ودرجات متساوية في القلق النفسي، ودرجات متساوية من التوافق الأسري، ومما

يعني بأن متغير الفئات العمرية لم يكن له أثر جوهري على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

- ظهر وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير الفئات العمرية ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة في التوافق الأسري، فقد تبين بان الأطفال العاديين الذين اعمارهم تتراوح بين (12-14) سنة لديهم توافق أسري أكثر من الأطفال الأحداث من نفس الفئة العمرية، كما تبين بان الأطفال العاديين ذوي الفئة العمرية (15-18 سنة) لديهم توافق أسري أكبر ولن بدرجة قليلة عن الأطفال الأحداث من نفس الفئة العمرية.، وهذا يدل على أن متغير الفئات العمرية مع نوع العينة تعتبر متغيرات مؤثرة في التنبؤ بالتوافق الأسري لدى الأطفال.
- ظهر عدم وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير الفئات العمرية ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة في الاكتئاب النفسي والقلق النفسي، مما يعني عدم أثر للتفاعل بين المتغيرين في القلق النفسي والاكتئاب النفسي، وهذا يدل على أن متغير الفئات العمرية مع نوع العينة ليست متغيرات تنبؤية بدرجة المعاناة من القلق النفسي أو الاكتئاب النفسي عند الأطفال في قطاع غزة.

جدول (17)

إحصاءات وصفية لمتغير نوع العينة بالنسبة للفئات العمرية في التوافق الأسري

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الفئات العمرية	نوع العينة
5.5	39.7	17	12-14	اطفال عاديين
9.2	34.7	34	15-18	
11.3	29.9	13	12-14	اطفال أحداث
8.6	33.1	39	15-18	

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الثالث ، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع جميع الدراسات السابقة في تناول موضوع الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الدراسي مثل (المحمداوي، 2008) ، ودراسة (ريشة، 2010) ، ودراسة (الجبوري، 2010) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) (الموسوي، 2012) ، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (العويضة، 2004) ، ودراسة (عبد السلام، 2005) ، ودراسة (الربيعي، 2011) و دراسة (مختار، 2003) ، ودراسة (الدهري، 2009) ، ودراسة (الدعري، 2009) ، ودراسة (حماد، 2012) واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة جميع

الدراسات السابقة حيث انها لم تتناول نفس المتغير وهو الفئات العمرية مثل دراسة دراسة (عبد الرحمن، 2011) ، ودراسة (المشعان، 2011) ، ودراسة (علي ، 2010) ، ودراسة (عمر، 2012) ، ودراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013) ، ودراسة (عياد، 2003) ، ودراسة (سلامه، 2010) .

ويرجع الباحث النتيجة الحالية أن المرحلة العمرية التي يمر بها هؤلاء الأطفال هي مرحلة الانتقال من مرحلة الاتزان الانفعالي إلى مرحلة المراهقة التي يطرأ عليها تغيرات فسيولوجية متنوعة سواء على الصعيد الجسدي أو النفسي والاجتماعي وتزداد رغبة الأطفال بمتطلبات كثيرة ومتنوعة ويرغبون بإشباعها دون تقدير الوضع الأسري والظروف الاقتصادية لها وهذا ما يسبب مرحلة التصادم بين الأسرة والأطفال مما يمثل مشكلة كبيرة لدى الأطفال ويرجع ذلك على قلة التوعية وعدم قدرة الأهل على التعامل مع هذه المرحلة ورعايتها مما يؤدي إلى انفصال الطفل عن الأسرة ومحاولة الانتماء إلى جماعة أخرى قد تكون تلبي له احتياجاته النفسية والاقتصادية مما يتلقي من هذه الجماعات بعض التصرفات الغير مرغوب فيها مما تتكون لديه مشاعر سلبية وسلوكيات غير مرغوب فيها دون رقابة ورعاية من الأسرة مما تؤدي إلى حدوث مشكلات نفسية واجتماعية وتعليمية لدى الأطفال مما يؤدي إلى انحراف السلوك لديهم ويؤدي إلى ارتكاب جرائم نتيجة ضعف المراقبة وقلة تلبية الاحتياجات وعدم تفهم هذه المرحلة العمرية ومراعاتها مما يدخل الأطفال في حالة من القلق وضعف في التوافق الأسري وصولاً إلى حالة من الاكتئاب نتيجة القيام بأعمال وتصرفات غير مقبولة وغير مشروعته تؤثر على جودة الحياة لديهم وتدخلهم في مآهات ومشكلات صعبة في حياتهم مما تشكل شخصيات ضعيفة وقابلة للقيام بأعمال إجرامية وغير مقبولة اجتماعياً ونفسياً واجتماعياً . وتتطلب هذه المرحلة العمرية في مرحلة المراهقة رعاية اهتمام من قبل المربين من الأسرة والمجتمع والمدرسة وتكثيف التوعية والرعاية وتوفير الاحتياجات اللازمة تجنباً من وقوع هؤلاء الأطفال من مخاطر الحياة وشهواتها التي تعتبر المدخل الرئيسي لضياح الشخصية وقيامها بتصرفات غير مقبولة سلوكياً واجتماعياً وأهمية الاستناد على تقوية الوازع الديني لهذه المرحلة وتوضيح الثواب والعقاب على التصرفات والأعمال التي يقوم فيها الأطفال في هذه المرحلة انطلاقاً من باب التحصين التدريجي لعدم الوقوع بمشكلات اجتماعية وأسرية وشخصية تعيق تطوير ونمو الأطفال الطريقة الصحيحة والسليمة .

ويرجع الباحث أيضاً إلى أن هناك وجود أثر جوهري في التوافق الأسري لدى الأطفال العاديين عن أطفال الأحداث إلى التوافق الأسري يعتبر النموذج الأساسي نحو الاستقرار النفسي والشخصي لدى الأطفال وان الأسرة هي النواة الأساسية نحو تربية الأبناء ورعايتها وتوفير كافة الاحتياجات اللازمة

لأبنائها وهي المصدر الرئيسي لتحقيق الأمن النفسي وبناء الشخصية الايجابية للأطفال فان أطفال التي تبلغ مرحلة العمر لديهم من 14/12 حسب المرحلة العمرية بالنسبة للأطفال في النمو تعتبر هذه المرحلة مرحلة الاتزان الانفعالي ومرحلة الهدوء النسبي والتي يكون للطفل تعلق واضح بالأسرة وانتماء كبير ومتمركز حولها بشكل مباشر معتمدا على تقلي المعلومات منها والتنفيذ من خلالها وتكون اجتماعيته الخارجية ضعيفة والأسرة هي المجتمع الأساسي لديه ولذلك فان التوافق الأسري يكون حاضر لمثل هؤلاء الأطفال مما يشعروا بحالة من الأمان النفسي والأسري ، أما بالنسبة للأطفال الأحداث فان عملية الاستقرار الأسري لديهم غير حاضرة كونهم يعيشون خارج أسرهم نتيجة القيام بسلوكيات غير مرغوب فيها وهذه السلوكيات كانت ناتجة عن خلل واضح في التربية وعدم الأمان الأسري وضعف التوافق الأسري بشكل واضح وكبير مما أعطي الفرصة للأطفال بالقيام بتصرفات وأعمال تؤثر على حياتهم الشخصية وعلى الآخرين ولذلك فان غياب دور الأسرة بشكل كبير عنهم وتكليف تصحيح الأخطاء والتربية لمؤسسات مجتمعية أخرى يدل على البعد العاطفي الأسري الذي يؤدي إلى قلة في التوافق الأسري بين الأبناء ولذلك فان الأسرة تلعب دورا محوريا في بناء الشخصية السوية في حالة عملت على تربية الأبناء تربية صحيحة وسليمة قائمة على المبادئ الإسلامية الصحيحة مع توفير الاحتياجات اللازمة للأطفال ورعاية مرحلة النمو الخاصة بهم وتوجيه سلوكهم للقيام بأعمال ايجابية دائما ، وأما بالنسبة للأطفال البالغين من العمر 15-18 يكون لديهم قدرة على التفكير بالمواقف والأحداث التي يتم التعامل معها ويكون هناك حرص شديد من قبل الأسرة على رعاية الأبناء رعاية سليمة وحكيمة خاصة أن هذه المرحلة تعتبر المرحلة الأساسية في المراهقة والتي يطرأ عليها تغيرات نفسية واضحة وتحدث فيها مشكلات متنوعة لدى الأطفال وتدخل في حالة من التمرد على الأسرة وعلى المجتمع ولكن سبل الرعاية والاهتمام حسب التربية الحديثة ووعي الأهل بأهمية الرعاية السليمة أعطت أهمية ودور كبير للمراهقين وأصبحوا يعيشون ضمن منظومة الأسرة ينتمون إليها بشكل واعي وكبير مما يقلل من عدم التوافق الأسري بين الأسرة والأبناء في حين أن أطفال الأحداث يعيشون ظروف صعبة لأنهم يبعدون عن الجو الأسري ويتلقون رعاية وتعديل سلوك من مؤسسة خارج الأسرة خوفا منها على عدم تعرض الطفل للضرر وعدم تعريض غيره إلى ذلك المشكلة التي تعرض إليها ورغم أن مؤسسة الربيع تقدم أجود الخدمات النفسية والإرشادية والتعليمية لأطفال الأحداث إلى انه لا يصل إلى التربية الأسرية التي تجد فيها الراحة والاستقرار والتواصل والعواطف والمحبة بين الأخوة والوالدين ولكن الظروف الخاصة التي أوقعت الأطفال بهذه المشكلات كان له تأثير عن وجود توافق اسري لهؤلاء الأطفال .

الفرض الرابع: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى الاقتصادي للأسرة على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الثنائي 2×4 لمتغيرات أنماط السلوك على ضوء المستوى الاقتصادي للأسرة (أقل من 1000 شيكل، 1000 - 2000 شيكل، 2100 - 3000 شيكل، أكثر من 3000 شيكل) ونوع العينة (أطفال أحداث - أطفال عاديين) وكذلك والتفاعل بينهما، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (18)

يوضح تحليل التباين 2×4 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والمستوى الاقتصادي للأسرة والتفاعل بينهما

انماط السلوك	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الاكتئاب النفسي	نوع العينة	173.1	1	173.1	8.5	**0.001
	المستوى الاقتصادي للأسرة	24.8	3	8.3	0.4	//0.75
	نوع العينة و المستوى الاقتصادي للأسرة	100.4	3	33.5	1.6	//0.18
	تباين الخطأ	1935.8	95	20.4		
	المجموع	2435.7	102			
القلق النفسي	نوع العينة	443.6	1	443.6	12.2	**0.001
	المستوى الاقتصادي للأسرة	125.7	3	41.9	1.1	//0.33
	نوع العينة و المستوى الاقتصادي للأسرة	48.3	3	16.1	0.4	//0.72
	تباين الخطأ	3465.2	95	36.5		
	المجموع	5283.3	102			
التوافق الأسري	نوع العينة	170.4	1	170.4	2.2	//.14
	المستوى الاقتصادي للأسرة	506.1	3	168.7	2.2	//.10
	نوع العينة و المستوى الاقتصادي للأسرة	216.3	3	72.1	0.9	//.43
	تباين الخطأ	7382.5	95	77.7		
	المجموع	8382.1	102			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) بالنسبة للمستوى الاقتصادي للأسرة (أقل من 1000 شيكل، 1000 - 2000 شيكل، 2100 - 3000 شيكل، أكثر من 3000 شيكل) لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال مستوى أسرهم الاقتصادي منخفض أو متوسط أو مرتفع لديهم درجات متساوية من الاكتئاب النفسي ودرجات متساوية في القلق النفسي،

ودرجات متساوية من التوافق الأسري، ومما يعني بأن متغير المستوى الاقتصادي للأسرة لم يكن له أثر جوهري على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

• ظهر عدم وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير المستوى الاقتصادي للأسرة ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة، مما يدل على أن الأطفال الأحداث الذين مستوى أسرهم الاقتصادي منخفض أو متوسط أو مرتفع، وكذلك الأطفال العاديين الذين مستوى أسرهم الاقتصادي منخفض أو متوسط أو مرتفع لديهم درجات متساوية من انماط السلوك التالية (الاكتئاب - القلق - التوافق الأسري)، مما يعني عدم أثر للتفاعل بين المتغيرين.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الرابع، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع جميع الدراسات السابقة في تناول موضوع الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الدراسي مثل دراسة، ودراسة (عياد، 2003)، ودراسة (سلامه، 2010)، ودراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013)، ودراسة (عبد الرحمن، 2011)، ودراسة (المشعان، 2011)، ودراسة (علي، 2010)، ودراسة (عمر، 2012) واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة جميع الدراسات السابقة حيث انها لم تتناول نفس المتغير وهو المستوي الاقتصادي مثل ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011)، ودراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) (الموسوي، 2012)، ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011)، ودراسة (الغريب، 2011)، ودراسة (الرميح، 2001)، ودراسة (التونسي، 2002)، ودراسة (العويضة، 2004)، ودراسة (عبد السلام، 2005)، ودراسة (الربيعي، 2011) ودراسة (مختار، 2003)، ودراسة (الداهري، 2009)، ودراسة (الدعري، 2009)، ودراسة (حماد، 2012)، ودراسة (المحمداوي، 2008)، ودراسة (ريشة، 2010)، ودراسة (الجبوري، 2010)، ودراسة (الغريب، 2011)،

يرى الباحث في النتيجة الحالية إلى أن الوضع الاقتصادي يعتبر مهم وضروري في قدرة الأسرة على توفير احتياجات أبنائها ولكن لم يكن له دور كبير في وجود مشكلات كبيرة مثل القلق والاكتئاب والتوافق الأسري وتكون حاضرة وله دور بشكل نسبي من بين الظروف والمشكلات الأخرى التي تعتبر السبب الرئيسي بحدوث المشكلات التي يتعرض إليها المراهقين أن كانت على حسب طبيعة المرحلة العمرية وصول الأطفال إلى مرحلة المراهقة التي يحدث فيها التمرد النفسي والتغيرات النفسية المختلفة والتي يكون لها مردود كبير في حدوث مشكلة القلق والاكتئاب والتوافق الأسري ولذلك فإن المشكلات التي يتعرض إليها الأطفال العاديين والأحداث وأسبابها متنوعة منها الجوانب النفسية والرعاية والاهتمام والمشاركة من قبل الأسرة مع الأبناء وتلعب المدرسة والمحيط الاجتماعي دورا كبيرا في حدوث بعض المشكلات تؤثر على الأطفال من ضعف توفر الإمكانيات والألعاب وأماكن الترفيه والمشاركة وصقل المواهب ورعايتها واستو عاب الطاقات الكامنة بالنسبة للشباب وان للوضع الفلسطيني الراهن من الحصار الشديد وغلق المعابر وقلّة فرص العمل ومحدودية الدخل أسباب في شعور الأطفال بحالة من فقدان الأمل والممارسة الحياتية الطبيعية التي تضمن لهم حرية اللعب والتعبير والمشاركة والتمثيل الداخلي والخارجي والتعليم المجاني والكثير

من الاحتياجات التي تعتبر أساسية في حياة الأطفال ولذلك فإن الجانب الاقتصادي قد يكون له دور ولكن ضمن جوانب اكبر من الجانب الاقتصادي بالنسبة للأطفال خاصة في هذه المرحلة العمرية التي يرغبون فيها الأطفال إلى التواصل والنشاط والاحترام من الآخرين والدعم المعنوي والنفسي والتشجيع والتعزيز لقيام بأعمال ايجابية في حياتهم العلمية والعملية مما يقوي السلوك ويعززه في المستقبل لديهم هذه المحاور الأساسية والأشياء المرغوبة في هذه المرحلة للأطفال تعتبر أساسية في بناء شخصيتهم .

الفرض الخامس: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) والمستوى التعليمي (ابتدائي- إعدادي - ثانوي) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الثنائي 2×3 لمتغيرات أنماط السلوك على ضوء المستوى التعليمي (ابتدائي- إعدادي - ثانوي) ونوع العينة (اطفال أحداث - أطفال عاديين) وكذلك والتفاعل بينهما، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (19)

يوضح تحليل التباين 2×3 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة والمستوى التعليمي للأطفال والتفاعل بينهما

انماط السلوك	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الاكتئاب النفسي	نوع العينة	35.35	1	35.35	1.62	//0.21
	المستوى التعليمي	15.79	2	7.90	0.36	//0.70
	نوع العينة والمستوى التعليمي	3.71	2	1.86	0.09	//0.92
	تباين الخطأ	2113.87	97	21.79		
	المجموع	2435.67	102			
القلق النفسي	نوع العينة	347.6	1	347.63	9.43	**0.001
	المستوى التعليمي	57.0	2	28.52	0.77	//0.46
	نوع العينة والمستوى التعليمي	19.4	2	9.70	0.26	//0.77
	تباين الخطأ	3574.6	97	36.85		
	المجموع	5283.3	102			
التوافق الأسري	نوع العينة	7.4	1	7.4	0.1	//0.76
	المستوى التعليمي	151.7	2	75.9	1.0	//0.39
	نوع العينة والمستوى التعليمي	108.6	2	54.3	0.7	//0.51
	تباين الخطأ	7708.7	97	79.5		
	المجموع	8382.1	102			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبيين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

• ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) بالنسبة المستوى التعليمي للأطفال (ابتدائي - إعدادي - ثانوي) لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال مستوهم التعليمي ابتدائي أو إعدادي أو ثانوي لديهم درجات متساوية من الاكتئاب النفسي ودرجات متساوية في القلق النفسي، ودرجات متساوية من التوافق الأسري، ومما يعني بأن متغير المستوى التعليمي للأطفال لم يكن له أثر جوهري على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

• ظهر عدم وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير المستوى التعليمي للأسرة ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة، مما يدل على أن الأطفال الأحداث الذين مستوهم التعليمي ابتدائي أو إعدادي أو ثانوي، وكذلك الأطفال العاديين الذين مستوهم التعليمي ابتدائي أو إعدادي أو ثانوي لديهم درجات متساوية من انماط السلوك التالية (الاكتئاب - القلق - التوافق الأسري)، مما يعني عدم أثر للتفاعل بين المتغيرين.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض الخامس ، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع جميع الدراسات السابقة في تناول موضوع الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الدارسي مثل دراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013) ، ودراسة (عياد، 2003) ، ودراسة (سلامه، 2010) ، ودراسة (العويضة، 2004) ، واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة جميع الدراسات السابقة حيث انها لم تتناول نفس المتغير وهو المستوى التعليمي مثل دراسة (ريشة، 2010) ، ودراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) (الموسوي، 2012) ، ودراسة (بسيني وجبريل، 2011) ، ودراسة (الغريب، 2011) .

ويرجع الباحث النتيجة الحالية أن المستوى التعليمي للأطفال لم يكن وجود فروق جوهرية في درجات أنماط السلوك الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الأسري إلى أن أسلوب المعاملة والتربية للأبناء هو المحور الأساسي بوجود مشكلات بالنسبة للأطفال مدى توفير الاحتياجات اللازمة لديهم والطفل في المراحل العمرية المختلفة من المراحل الأولى إلى المراحل الأخيرة يحتاج إلى رعاية واهتمام ومتابعة ومشاركة في نشاطاته وأعماله المختلفة وهذا يساعد بشكل كبير على رفع الروح المعنوية لديهم ويزيد من رغبتهم في الدراسة والاستمرار والنجاح ويقلل حدوث مشكلات سلوكية ونفسية في مراحل التعليم المختلفة وعدم وجود فروق يظهر الجانب المهم مراعاة المرحلة العمرية وليس المرحلة التعليمية لان التدريس وأنماطه يراعي كل مرحلة من هذه المراحل بالنسبة للأطفال حتى لا يتعرضوا إلى الإحباط وتعمل المناهج على مراعاة الفروق الفردية لكل مرحلة

عمرية من مراحل النمو ومستوى التفكير والتجريد والاستيعاب والاستفادة من العملية التعليمية حتى لاتظهر مشكلات نفسية في هذه المراحل ، ولعل الاهتمام الحديث في التربية والتعليم من توفير كل سبل الراحة للأطفال بكل المراحل التعليمية من توفير برامج الدعم النفسي والدراسي والرعاية الكاملة المستمرة التي يقدمها المرشدين والمربين تلعب دورا مهما في مساعدة الأطفال على الشعور بالأمان النفسي والاستقرار والالتزان الانفعالي والتعامل بايجابية مع المواقف والمشكلات التي يتعرض إليها وهذه البرامج التي تقدم تكون مراعية لكل المراحل العلمية والتعليمية بالنسبة للطفل .

يرى الباحث أن القلق النفسي بالنسبة للأطفال الأحداث نتيجة واقعهم المستقبلي بما يعيشوه من ظروف نفسية صعبة نتيجة المواقف والأحداث التي مرت بهم تجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب وسوء التوافق الأسري مما يزيد من نسبة حدوث هذه المشكلات هي العوامل الأسرية التي يوجد فيها خلل في التوافق الأسري مما يؤدي إلى انتقال الطفل إلى العالم الخارجي الذي يحدث له مشكلات متنوعة ويتعلم سلوكيات منافية للسلوكيات الايجابية ولعل المدرسة والمكان التعليمي الذي يعيش فيه الطفل يلعب دورا واضحا في حماية الأطفال من الوقوع بحالات نفسية من خلال الدعم والرعاية المتواصلة وعدم وجود فروق واضحة بالنسبة للأطفال العاديين والأحداث في القلق والاكتئاب والتوافق الأسري إلى أن كل مرحلة عمرية يمر فيها الطفل يحدث فيها تغيرات نفسية وفسولوجية مما يؤدي إلى وجود مشكلة القلق نتيجة التغيرات النمو المستمر للطفل سواء كان عاديا أو من الأطفال الأحداث هذه التغيرات التي تطرأ والتي ينمو فيها الطفل تحدث حالة من عدم الاتزان نتيجة وجود تغيرات واضحة تستدعي أكثر حركة وتواصل وتعرف على المحيط مما يؤدي إلى وجود أكثر اختلاط وتواصل مع الآخرين والتعارف عليهم مشاهدة سلوكيات منها الايجابي والسلبي وهذا ما ينعكس على الطفل من ضغط ويحتاج إلى قدرة على المواجهة والتحدي للظروف والسلوكيات التي تنقل له من الخارج وعدم الاهتمام والرعاية والتربية اليومية المستمرة تجعل جميع الأطفال من كافة المراحل العمرية متساوون في أنماط السلوك رغم اختلاف المرحلة العمرية التعليمية لان كل مرحلة لديها خصائص منفصلة عن الأخرى ويحدث فيها تغيرات مستمرة .

الفرض السادس: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ومكان الإقامة (مدينة - قرية - مخيم) على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الثنائي 2×3 لمتغيرات أنماط السلوك على ضوء مكان الإقامة (مدينة - قرية - مخيم) ونوع العينة (أطفال أحداث - أطفال عاديين) وكذلك والتفاعل بينهما، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (20)

يوضح تحليل التباين 2×3 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة ومكان الإقامة والتفاعل بينهما

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	انماط السلوك
*0.03	5.02	107.68	1	107.7	نوع العينة	الاكتئاب النفسي
//0.49	0.72	15.52	2	31.0	مكان الإقامة	
//0.72	0.33	6.99	2	14.0	نوع العينة و مكان الإقامة	
		21.44	97	2079.6	تباين الخطأ	
			102	2435.7	المجموع	
**0.00	21.3	740.8	1	740.8	نوع العينة	القلق النفسي
//0.14	2.0	69.1	2	138.1	مكان الإقامة	
//0.06	3.0	103.9	2	207.8	نوع العينة و مكان الإقامة	
		34.8	97	3377.5	تباين الخطأ	
			102	5283.3	المجموع	
**0.01	7.92	611.43	1	611.4	نوع العينة	التوافق الأسري
//0.47	0.75	58.15	2	116.3	مكان الإقامة	
//0.13	2.06	158.79	2	317.6	نوع العينة و مكان الإقامة	
		77.23	97	7490.8	تباين الخطأ	
			102	8382.1	المجموع	

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أنماط السلوك (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) بالنسبة لأماكن الإقامة (مدينة، قرية، مخيم) لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال الذين يقيمون في المدن والأطفال الذين يقيمون في المخيمات و الأطفال الذين يقيمون في القرى لديهم درجات متساوية من الاكتئاب

النفسي ودرجات متساوية في القلق النفسي، ودرجات متساوية من التوافق الأسري، ومما يعني بأن متغير مكان الإقامة لم يكن له أثر جوهري على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

- ظهر عدم وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير أماكن الإقامة ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة، مما يدل على أن الأطفال الأحداث الذين يقيمون في المدن والمخيمات والقرى، وكذلك الأطفال العاديين الذين يقيمون في المدن والمخيمات والقرى لديهم درجات متساوية من انماط السلوك التالية (الاكتئاب - القلق - التوافق الأسري)، مما يعني عدم أثر للتفاعل بين المتغيرين.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض السادس ، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع جميع الدراسات السابقة في تناول موضوع الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الدراسي مثل دراسة (بسيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (العويضة، 2004) ، و دراسة (مختار، 2003) ، ودراسة (الدهري، 2009) ، ودراسة (الدعري، 2009) ، ودراسة (حماد، 2012) ، ودراسة (عبد السلام، 2005) ، ودراسة (الربيعي، 2011) واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة جميع الدراسات السابقة حيث انها لم تتناول نفس المتغير وهو مكان الإقامة مثل دراسة (عبد الرحمن، 2011) ، ودراسة (سلامه، 2010) ، ودراسة (المشعان، 2011) ، ودراسة (علي ، 2010) ، ودراسة (عمر، 2012) ، ودراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013) .

ويرجع الباحث النتيجة الحالية إلى أن المنطقة الجغرافية التي يعيش فيها أطفال قطاع غزة صغيرة ولا توجد مساحات كبيرة ومسافات بين المخيمات والمدن ولذلك فإن الأطفال الذين يتعلمون بمدارس معينة تجدهم من الطرفين من اللاجئين والمواطنين وان الظروف الصعبة التي يمر بها الشعب الفلسطيني من حصار وقهر وقصف وعدوان متواصل يتعرض إليه المواطن واللاجئ ويتعرضوا إلى الضغوط النفسية الناتجة عن هذه الاعتداءات والحروب المنكرة ولذلك فإن أماكن الإقامة التي يسكن فيها الطرفين مستهدفة ومتعرضة لنفس الظروف ولذلك فإن الأطفال العاديين والأحداث والذين يقومون بمخيم وقرية ومدينة يشتركون بنفس الظروف الاجتماعية والسياسية والتعليمية مما يؤدي إلى وجود تقارب بالمشكلات النفسية التي قد يتعرض إليها الأطفال ولهذا فإن الفرق بينهم ليس جوهري إلا أن طبيعة المعيشة قد يكون فيها اختلاف بطبيعة السكن وجودته للمعيشة إلا أن الظروف أصبحت متشابهة بين جميع الأطفال في قطاع غزة . ولذلك يرى الباحث إلى عدم وجود الأثر بين المتغيرين يرجع إلى الظروف السابقة التي تم تناولها في هذه الدراسة والتي تظهر أن الأطفال الفلسطيني نفي قطاع غزة وتوفير الاحتياجات اللازمة لديهم أصبحت مفقودة بشكل كبير

خاصة في ظل الحصار المفروض على القطاع منذ سنوات والتي منعت من عملية التطوير وتوفير الألعاب والأماكن العامة والمفتوحة والأندية التي ترعى الأطفال وتستثمر طاقتهم وتخفف عنهم الظروف النفسية الصعبة مما يؤدي إلى وجود ارتباط كبير بين الظروف الاجتماعية والنفسية والتعليمية لدى الأطفال مما يجعل وجود مشاكل متشابهة لديهم في حياتهم الاجتماعية والتعليمية على مستوى بسيط من الفروق الفردية التي لاتذكر بالنسبة الكبيرة في وجود تقارب ملحوظ بين الأطفال في القرية والمدينة والمخيم .

الفرض السابع: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية للتفاعل في نوع العينة (أطفال أحداث، أطفال عاديين) ونوع المواطنة (مواطن -إلاجئ) على انماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الثنائي 2×2 لمتغيرات أنماط السلوك على ضوء متغير نوع المواطنة (مواطن -إلاجئ) ونوع العينة (أطفال أحداث - أطفال عاديين) وكذلك والتفاعل بينهما، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (21)

يوضح تحليل التباين 2 × 2 لمتغير أنماط السلوك على ضوء نوع العينة ونوع المواطنة والتفاعل بينهما

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	انماط السلوك
**0.001	14.3	303.8	1	303.8	نوع العينة	الاكتئاب النفسي
//0.26	1.3	27.8	1	27.8	نوع المواطنة	
//0.79	0.1	1.6	1	1.6	نوع العينة و نوع المواطنة	
		21.2	99	2102.3	تباين الخطأ	
			102	2435.7	المجموع	
**0.001	49.51	1725.64	1	1725.6	نوع العينة	القلق النفسي
//0.82	0.05	1.72	1	1.7	نوع المواطنة	
*0.02	5.77	201.28	1	201.3	نوع العينة ونوع المواطنة	
		34.86	99	3450.7	تباين الخطأ	
			102	5283.3	المجموع	
**0.01	7.2	567.2	1	567.2	نوع العينة	التوافق الأسري
//0.20	1.7	130.3	1	130.3	نوع المواطنة	
//0.31	1.1	83.0	1	83.0	نوع العينة و نوع المواطنة	
		78.5	99	7772.0	تباين الخطأ	
			102	8382.1	المجموع	

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبيين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

• ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات انماط السلوك (الاكتئاب النفسي، القلق النفسي، التوافق الأسري) بالنسبة لنوع المواطنة (مواطن، لاجئ) لدى الأطفال الأحداث والأطفال العاديين، وهذا يدل على أن الأطفال المواطنين والأطفال اللاجئين لديهم درجات متساوية من الاكتئاب النفسي ودرجات متساوية في القلق النفسي، ودرجات متساوية من التوافق الأسري، ومما يعني بأن متغير نوع المواطنة لم يكن له أثر جوهري على أنماط السلوك لدى الأطفال في قطاع غزة.

• ظهر عدم وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير نوع المواطنة ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة، مما يدل على أن الأطفال الأحداث المواطنين والأطفال الأحداث اللاجئين، وكذلك الأطفال العاديين المواطنين والأطفال العاديين اللاجئين لديهم درجات متساوية من انماط السلوك التالية (الاكتئاب- التوافق الأسري)، مما يعني عدم أثر للتفاعل بين المتغيرين.

• ظهر وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير نوع المواطنة ومتغير نوع العينة لدى الأطفال في محافظة غزة في القلق النفسي، فقد تبين بان الأطفال العاديين المواطنين يعانون من القلق النفسي أقل من الأطفال الأحداث المواطنين، كما تبين بان الأطفال العاديين اللاجئين يعانون من القلق النفسي أقل من الأطفال الأحداث اللاجئين، وهذا يدل على أن متغير نوع المواطنة مع نوع العينة تعتبر متغيرات مؤثرة في التنبؤ بالقلق النفسي لدى الأطفال.

وعند الموازنة بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فيما يخص الفرض السابع ، ونتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع جميع الدراسات السابقة في تناول موضوع الاكتئاب والقلق النفسي والتوافق الدراسي مثل دراسة (عياد، 2003) ، ودراسة (سلامه، 2010) ، ودراسة (عبد الخالق ومحمد، 2013) ، ودراسة (عبد الرحمن، 2011) ، ودراسة (المشعان، 2011) ، ودراسة (علي ، 2010) ، ودراسة (عمر، 2012) واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة جميع الدراسات السابقة حيث انها لم تتناول نفس المتغير وهو نوع المواطنة مثل دراسة (عبد السلام، 2005) ، ودراسة (الربيعي، 2011) و دراسة (مختار، 2003) ، ودراسة (الدهري، 2009) ، ودراسة (الدعري، 2009) ، ودراسة (حماد، 2012)، ودراسة (المحمداوي، 2008) ، ودراسة (ريشة، 2010) ، ودراسة (الجبوري، 2010) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (بسبيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (عبد الغني و النعيمي، 2008) (الموسوي، 2012) ،

ودراسة (بسيوني وجبريل، 2011) ، ودراسة (الغريب، 2011) ، ودراسة (العويضة ، 2004) .

ويرجع الباحث النتيجة الحالية إلى انه لا يوجد فروق بين الطلاب العاديين والأحداث بالنسبة للمواطنة في أنماط السلوك إلى أن الواقع الفلسطيني الذي يعيش فيه الأطفال من الطرفين هو واقع واحد ونفس الظروف الواحدة ونتيجة لصغر المساحة الجغرافية لقطاع غزة فانه لا يوجد فرق بين مواطن ومهاجر بالنسبة لأنماط السلوك حول القلق والاكتئاب والتوافق الأسرى الشعب الفلسطيني بقطاع غزة يعيش الحصار على كل المناطق دوم منطقة عن أخرى وتعتبر مساحة قطاع غزة متشابهة بين المدن والقرى والمخيمات وهذا يدل على أن الأطفال لا يوجد بينهم فروق بالنسبة لمواطن ومهاجر مما يؤدي إلى وجود نفس المشكلات التي يتعرضوا إليها داخل القطاع مما ينعكس ذلك على جميع السكان من أطفال وكبار وهذا المتغير لم يكن له دور فعال في هذه الدراسة كون المؤسسات الراحية أيضا لعملية متابعة وعلاج السلوكيات للأحداث لا تفرق بين المواطن والمهاجر بأسلوب التدخل والرعاية والكل من الطرفين محتاج إلى عملية العلاج والمتابعة وتقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية .

جدول (22)

إحصاءات وصفية لمتغير نوع العينة بالنسبة لنوع المواطنة في القلق النفسي

نوع العينة	نوع المواطنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
اطفال عاديين	مواطن	38	23.1	6.1
	لاجئ	13	20.4	4.6
اطفال أحداث	مواطن	30	29.0	6.6
	لاجئ	22	32.3	5.1

الصعوبات التي واجهه الباحث

لقد واجه الباحث أثناء إجراء الدراسة بشقيها الميداني والنظري العديد من الصعوبات ومن أهم هذه الصعوبات:

1. أوضاع العمل حيث يعمل الباحث أخصائي نفسي في برنامج غزة للصحة النفسية فكان هناك صعوبة في ترك العمل والتنقل إلي المدارس ومؤسسة الربيع إثناء التطبيق مما دفع الباحث للاستعانة ببعض الزملاء المرشدين في المساعدة في عملية التطبيق.
2. الأوضاع السياسية والاقتصادية لقطاع غزة التي أدت إلي انقطاع التيار الكهربائي بشكل مستمر والذي يشكل عائق للباحث في الاستمرار الجلوس علي جهاز الحاسوب في بيته حيث انه يسكن في منطقة قرويه مما دفع الباحث بالسفر إلي منطقة مدنية والاستعانة بأحد الزملاء لمواصلة كتابة الدراسة.

الفجوات التي لم يستطيع الباحث أن يغطيها

قابل الباحث صعوبة في الحصول علي مراجع بخصوص مادة الاترمال فلجأ إلي المواقع الكترونية وقام بكتابه مادة نظرية حول الاترمال ولكنه لم يستطيع أن يغطيها بصورة كاملة من وجهه نظره.

مدي القدرة علي تعميم نتائج الدراسة

1. يمكن تعميم النتائج علي متعاطي الاترمال بقطاع غزة من الأطفال علي وجهه الخصوص.
2. يمكن تعميم النتائج علي متعاطي المخدرات من جميع الفئات علي وجهه العموم بقطاع غزة.

توصيات الدراسة

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة ، فقد توصل الباحث إلي عدة توصيات أهمها:

1. تفعيل دور المرشد النفسي في مجال العمل علي إرشاد الطلبة الذين يعانون من المشكلات الناجمة عن الاترمال ، ولاسيما في الظروف الصعبة التي يمر بها الشعب الفلسطيني.
2. ضرورة عمل برامج توجيهية وإرشادية في جميع المدارس للتخفيف من حدة المشاكل الناجمة عن الاترمال بجميع أنواعها .
3. ضرورة توعية أولياء الأمور بمستوي المشكلات الناجمة عن الاترمال عند ابنائهم ، وما يترتب عليها من مشاكل مستقبلية.
4. قيام وزارة التربية والتعليم بإعطاء دورات للمعلمين والمرشدين النفسيين، ومديري المدارس، تؤهلهم للتعامل مع الطلبة مدمنين الاترمال .
5. توعية الأهالي إلي كيفية التعامل مع أبنائهم الذين وقعوا في هذه الآفة الاترمال .
6. عقد الندوات والمحاضرات للمعلمين والآباء حول كيفية التعامل مع مشكلة الاترمال في المراحل العمرية المختلفة.
11. الاستفادة من وسائل الإعلام في زيادة وعي المجتمع بالمشكلات الناجمة عن الاترمال لدي الطلبة في كافة المراحل، وكذلك بالأساليب الوقائية والإرشادية المناسبة لمواجهتها.
12. تفعيل دور الإرشاد النفسي الاجتماعي في المدارس الفلسطينية بحيث يكون مرشد نفسي اجتماعي واحد على الأقل لكل مدرسة يساهم في مساعدة الطلاب في التخلص من الاترمال وخاصة في ظل الظروف الصعبة التي يحياها الطلاب.
13. إشراك الطلبة المضربين نفسيا في الأنشطة الاجتماعية والرياضية والفنية والثقافية بالمدرسة، حيث أنها تعمل على توظيف طاقاتهم وقدراتهم واستثمارها فيما يعود عليهم بالنفع والفائدة.

مقترحات الدراسة

يرى الباحث أن موضوع الدراسة ما زال في حاجة إلى دراسات نفسية في المجتمع الفلسطيني، حيث أن الموضوع يعد من الدراسات المهمة في مجتمعنا الفلسطيني، وعليه يقترح الباحث إجراء المزيد من الدراسات النفسية في هذا المجال، ويقترح ما يلي:

1. القيام بإجراء دراسات حول التكلفة الاقتصادية الباهظة التي تنفقها الدولة لمحاربة الاترمال ومعالجة المدمنين.
2. القيام بدراسات إجراء المزيد من الدراسات حول علاقة متغيرات أخرى بالاطرمال.
3. القيام بأبحاث ودراسات عن تفعيل دور وسائل الإعلام المختلفة في توضيح العلاقة بين الإدمان على الاترمال ودرجة التوافق لدى الفرد.
4. القيام بإعداد دراسات عن إجراء دراسات حول كيفية التعامل مع المدمن المنتكس بعد التعافي من الاترمال.

المراجع والمصادر

1. إبراهيم ، أكرم نشأت (2000). الآثار الاجتماعية لمشكلة المخدرات في الوطن العربي ، بيت الحكمة ، قسم الدراسات الإجتماعية .
2. إبراهيم، عبد الرقيب(1982): اختبار القلق الحالة- السمة للأطفال، الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة، مصر.
3. ابن منظور , جمال الدين محمد بن مكرم (1990). لسان العرب،مكتبة لبنان، المجلد الرابع.
4. أبو الخير، عبد الكريم(2001) : أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، دار وائل، عمان، الأردن.
5. أبو حطب، فؤاد، صادق، أمال (1988) : نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلي مرحلة المسنين، الطبعة الأولى، مكتبة التنمية البشرية، الجيزة، مصر.
6. أبو رضية ماجد ،(1980). الإشرية وأحكامها في الشريعة الإسلامية (المسكرات والمخدرات)، مكتبة الأقصى ، الأردن
7. أبو مصطفى ، نظمي والنجار ،محمد(1998) مقدمه في الصحة النفسية ،ط1، مطبعه المقداد، غزة، فلسطين.
8. أحمد، محمد أبو العلا (1979) : علم النفس الاجتماعي، الطبعة الثانية، مكتبة عين شمس، القاهرة.
9. الأستاذ، زينب محمد وآخرون(2002). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدي طلبة الصف العاشر في مدينه غزة ، بحث غير منشور ، قسم البحوث العلمية، مكتبه الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين.
10. اسعد ، يوسف ميخائيل ،(د.ت) التفاؤل والتشاؤم ، القاهرة، دار النهضة .
11. اسماعيل ، عزت اسماعيل ،(د.ت) اكتئاب النفس اعراضه وانماطه واسبابه وعلاجه الكويت وكالة المطبوعات
12. إسماعيل، محمد عماد (1989) : الطفل من الحمل إلي الرشد، الطبعة الأولى، دار القلم، الكويت.
13. أجميلي .فتحية (1999) الجريمة والمجتمع ومرتكب الجريمة ، دار المعارف،الطبعة الأولى. جامعه نايف للعلوم الامنية.

14. الباز راشد بن سعد (1999).الإداء المهني لمدمني المخدرات ،دراسة ميدانية ، مجلة شؤون إجتماعية العدد(62) ،جمعية الإجتاعيين ، الإمارات .
15. البحيري، عبد الرقيب احمد(1985): تشخيص القلق باستخدام اختبار رورشاخ، الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة، مصر.
16. بدر، عبد المنعم(1987).مشكله المخدرات، المكتب الجامعي الديني، الاسكندرية.
17. بدير، كريمان (2007):الأسس النفسية لنمو الطفل، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
18. البراك ناصر علي(1991) . دور الأسرة في الوقاية من تعاطي الأحداث للمخدرات من منظور التربية الإسلامية في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بدمياط، جامعة المنصورة .
19. بن ثاني، إبراهيم خليفة(1986). دور البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العود لتعاطي وإدمان المخدرات ، رسالة ماجستير، المعهد للعلوم الامنيه، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض.
20. البياتي، عبد الجبار توفيق (2008) الإحصاء وتطبيقاته في العلوم التربوية والنفسية، مكتبة جامعة الشارقة.
21. التكريتي، واثق عمر موسي(1989). بناء مقياس للتوافق النفسي لدي طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب ، جامعه بغداد.
22. الجبار، سعيد محمد(1994).تعاطي المخدرات المعالجة وإعادة التأهيل ، دار الفكر المعاصر، بيروت.
23. جلال، اسعد (1986). في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة، دار الفكر العربي.
24. الجوزية، محمد بن أبي بكر الزرعي، الشهير بابن القيم الجوزية، الطب النبوي، مراجعة عبد الغني عبد الخالق، بيروت، دار الفكر.
25. جویدی إمتثال (1978). عالم المخدرات ، دار القضايا ، بيروت.
26. حجاب، منصور ناصر(2011). عوامل الشخصية الستة عشر وعلاقتها بإدمان الأمفيتامينات، رساله ماجستير في العلوم الاجتماعية ، جامعه نايف للعلوم الامنيه.الرياض
27. الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال(2004 - 2005) تقرير حول واقع قضاء الأحداث، فرع فلسطين.

28. حسن ، محمود (1981). الأسرة ومشكلاتها، بيروت: دار النهضة العربية.
29. حسون تماضر (1993). المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها ، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، تونس.
30. حسونة، غسان حسن (2002). التوافق الأسري لدي الطالبات المتزوجات وعلاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعه عين شمس.
31. الحسين، أسماء عبد العزيز (2002) : المدخل الميسر إلي الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار عالم الكتب، الرياض.
32. الحفني، عبد المنعم(1992) . موسوعة الطب النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي .
33. حقي، الفت (1995) الاضطراب النفسي ، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للتدريب.
34. حماد، وجيدة محمد(2012). اتجاهات ربة الأسرة نحو التقاعد الزوج وعلاقته بالتوافق الأسري ، كلية التربية النوعية، جامعه كفر الشيخ.
35. حوري ،محي الدين (2003). الجريمة أسبابها ومكافحتها"، دمشق:دار الفكر.
36. الخالدي، أديب (2008) . الفروق الفردية والتفوق العقلي، دار وائل للنشر.
37. الخطيب، محمد جواد (2004). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، الطبعة الثالثة، مكتبة أفاق، غزة.
38. الخطيب، هشام إبراهيم (2001) . مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، الدار العلمية، عمان، الأردن.
39. خفاجي، حسن (1977). دراسات في علم الاجتماع، مطبعة المدينة، جدة.
40. الداھري، صالح حسن (2005) : مبادئ الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار وائل، عمان، الأردن.
41. الدباغ ، فخري (1986). الموت اختيارا، دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس، بيروت، دار الطليعة، ط2.
42. الدسوقي، كمال (1974). علم النفس ودراسة التوافق ، بيروت: دار النهضة.
43. الدمرداش عادل (1999). الإدمان مظاهره وعلاجه ، دار، المعرفة، جامعه ام القرى السعودية.
44. الرئاسة العامة لرعاية الشباب (1987) بحوث الندوة الشاملة لآثار صدور الأمر السامي بتوقيع عقوبة الإعدام على مهربي المخدرات

45. راجح، أحمد عزت (1973): أصول علم النفس، الطبعة الأولى، المكتب المصري الحديث، القاهرة.
46. الرازي، محمد، (1980) مختار الصحاح، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.
47. الراشد، صلاح صالح (2000): كن مطمئناً تغلب علي القلق، الطبعة الثانية، مكتبة المنارة الإسلامية، الكويت.
48. الرخاوى، يحيى (2000). الاختلافات الفردية والتنوعات الإنسانية: تقسيم وتصنيف المدمنين. نشرة الإدمان. ملحق الإنسان والتطور. العدد 67&68. مركز المحروسة للنشر والتوزيع. المعادى. القاهرة. ص 118-29.
49. رضوان، سامر جميل (2002): الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.
50. رضوان، عبد الكريم سعيد (2002): " القلق لدي مرضي السكر بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
51. رعاية الإحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية(1984). سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية(3) مكتب المتابعة لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية والعمل بالدول العربية الخليجية ، الطبعة الأولى .
52. الرفاعي، نعيم (1981): الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف، الطبعة الخامسة، مكتبة الجامعة، دمشق، سوريا.
53. رفعت، محمد(1981). إدمان المخدرات وأضرارها وعلاجها ، دار المعارف، القاهرة.
54. الريماوي، محمد عودة (2003): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر، عمان، الأردن.
55. الزيايدي والخطيب، أحمد وهشام (2000): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثانية، الأهلية للنشر والتوزيع، لبنان.
56. الزعبلوي، محمد السيد(1994):تربية المراهق بين الإسلام وعلم النفس، الطبعة الأولى، مكتبة التوبة، الرياض، السعودية.
57. زهران، حامد عبد السلام(1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2.
58. زهران، حامد عبد السلام (1977): علم نفس النمو والمراهقة، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، القاهرة.

59. زهران، حامد عبد السلام (1980): **التوجيه والإرشاد النفسي**، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
60. زهران، حامد عبد السلام (2001): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
61. زهران، محمد حامد (2000): **الإرشاد النفسي المصغر**، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
62. زيو مصطفى(د.ت). **محاضرة في الاكتتاب النفسي**، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية. الطبعة الاولى.
63. سالم عبد المهيم بكر (1984). **في جرائم المخدرات والعرض والاعتبار** ، مقرر قانون الجزاء الخاص ، جامعة الكويت
64. سرى، إجلال محمد. (2003). **الأمراض النفسية الاجتماعية** ، القاهرة ، عالم الكتب .
65. السعد صالح(1997). **المخدرات أضرارها وأسباب إنتشارها**، عمان ،الأردن.
66. سليم، طارق إبراهيم(1983) **المواد المخدرة والاتجار غير المشروع بها**، مطابع الأمن العام، الرياض.
67. سليمان، سناء محمد(2005). **التوافق الزوجي واستقرار الأسرة** ، القاهرة: عالم الكتب.
68. سمور، عايش محمد (2006): **الأمراض النفسية (أسباب وتشخيص وعلاج)**، الطبعة الأولى، دار المقداد، غزة، فلسطين.
69. السيد، فائق عبد الفتاح (1993): **مظاهر الاكتتاب لدى الفتاة الجامعية دراسة لعلاقه مظاهر الاكتتاب ببعض متغيرات التنشئه الاسريه كما يدركه الفتيات**، رسالة دكتوراه غير منشوره مقدمه الى جامعة الزقازيق ، كلية الاداب ، قسم علم النفس.
70. السيد، صالح حزين (1993): **إساءة معاملة الأطفال (دراسة إكلينيكية)**، مجلة الدراسات النفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين مج 3.
71. السيد، فؤاد البهي (1975): **الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلي الشيخوخة**، الطبعة الثانية، دار الفكر العربي، القاهرة.
72. الشاذلي، عبد الحميد محمد (2001): **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، الطبعة الثانية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
73. شاهين، سيف الدين حسين (1989) **المخدرات والمؤثرات العقلية**، الرياض: مكتبة العبيكان.

74. الشايحي، حميد بن خليل، والصالح، نزار بن حسين محمد(2006):**بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى الاحداث والشباب في المملكة السعودية**، جامعه ام القري.
75. الشديفات ، محمود (1995) **المخدرات (الخطر وفساد العقل)** دار الفكر المعاصر، بيروت.
76. الشربيني، لطفي عبد العزيز (1998) : **كيف تتغلب علي القلق - المشكلة والحل**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
77. الشريف ، عبدالإله محمد (2001). **عرض تحليلي للمخدرات الأكثر فتكا بالبشرية**، الجزيرة، 26 يونيو.
78. الشطي، بسام خضر(2008). **جرح الإحداث وأسس رعايتهم ، بحث منشور**، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، جامعه الكويت.
79. شفيق محمد (1987).**الجريمة والمجتمع**،الإسكندرية:المكتب الجامعي الحديث.
80. الشواربي، عبد الحميد(1990). **جرائم المخدرات** ،مؤسسه الثقافة الجامعية، القاهرة.
81. شوكت محمد (1987). **المخدرات أثارها السلبية وسبل مواجهتها** ، مطبعة الشرق الأوسط ، الرياض .
82. شوكت، عواطف(2000). **التوافق الدراسي لدي الطالبات المتزوجات وغير المتزوجات وعلاقته ببعدي الكفاية الشخصية والثبات الانفعالي** ، دراسات نفسية ، القاهرة، مجلد العاشر، العدد السابع عشر.
83. الضبع، عبد الرؤوف (2002). **علم الاجتماع العائلي** ، الإسكندرية، دار الوفاء.
84. الطحان، محمد خالد (1992) : **مبادئ الصحة النفسية**، الطبعة الثالثة، دار القلم للنشر، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
85. الطيب، محمد عبد الظاهر (1994) : **مبادئ الصحة النفسية**، الطبعة الأخيرة، المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر .
86. الطيب، محمد عبد الظاهر(1996) : **مشكلات الأبناء**، الطبعة الثانية، المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
87. العبادلة، ميساء كمال (2010). **اثر المخدرات على الواقع الفلسطيني في حدوث الجريمة**،(دراسة في جغرافية الجريمة) ، الجامعة الإسلامية، غزة.
88. عباس فيصل (1990). **أساليب دراسة الشخصية (التكتيكات الاسقاطية)**، بيروت، دار الفكر العربي.

89. عبد الباقي، محمود فؤاد، (د.ت) المعجم المفهرس، دار الفكر، بيروت.
90. عبد الحميد، أحمد يحيى(1998). الأسرة والبيئة ، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث.
91. عبد الخالق احمد (1999). التفاؤل والتشاؤم عرض دراسات عربية، مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية , الكويت .
92. عبد الخالق، أحمد محمد (2000). الدراسة التطورية للقلق، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
93. عبد الخالق، أحمد محمد (1987). قلق الموت، الطبعة الأولى، عالم المعرفة، الكويت.
94. عبد الرحمن، محمد السيد (1998). دراسات في الصحة النفسية، الجزء الأول، القاهرة دار قباء.
95. عبد الرحمن،مفتاح محمد عمار (2011) . الفرق بين المدمنين علي تعاطي المخدرات والأسوياء في مدي الثقة بالنفس وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية دراسة علي عينه من المراهقين بلبيبا، مجلة دراسات الطفولة ، يوليو 2011.
96. عبد العاطي ، السيد وآخرون(2004) علم اجتماع الأسرة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
97. عبد الفتاح، غريب (2000). مقياس بك الثاني للاكتئاب، مكتبة الانجلو المصرية القاهرة.
98. عبد الله، سها أحمد(2006). الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الأطفال المتخلفين عقليا وعلاقتها بالتوافق الأسري ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعه الزقازيق.
99. عبد الله، مجدي أحمد (1996) : علم النفس المرضي، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
100. عبد المعطي، حسن مصطفى (1998) : علم النفس الإكلينيكي، الطبعة الأخيرة، دار قباء للنشر، القاهرة، مصر.
101. عبد المنعم، عفاف محمد(2003) .الادمان دراسة نفسية لاسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية.
102. عبد الهادي، جودت عزت(2001) :تعديل السلوك الإنساني، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية، عمان، الأردن.
103. عبد الهادي، نبيل (2005) : مداولات النمو ومشكلاته (مرحلة تكوين الجنين وحتى المراهقة)، الطبعة الأولى، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

104. العبيدي، ناظم هاشم (1999): الشخصية والصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار الكندي للنشر، اربد الأردن.
105. العتيبي، كتاب بن عقلمن (2005). الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، جامعه نايف للعلوم الامنية .
106. عثمان، آمال عبد الرحيم (2002). ظاهرة استعمال المخدرات، دار المعرفة، جامعه نايف للعلوم الامنية .
107. عثمان، السيد فاروق (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
108. عرموش هاني (1993). المخدرات إمبراطورية الشيطان" دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.
109. العزاوي، أفراح جاسم محمد (2001) تعاطي الحبوب المخدرة وعقاقير الهلوسة (عواملها وآثارها)، جامعه نايف للعلوم الأمنية.
110. عزت، دري حسن، (1986). الطب النفسي، الكويت، در القلم ط3.
111. العزة، سعيد حسني (2004): تمرير الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان، الأردن.
112. العزة، سعيد حسني (1999): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة، عمان، الأردن.
113. عسكر، عبد الله، (1988): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
114. العشموي، السيد متولي (1993). الجوانب الاجتماعية لظاهرة الادمان، الجزء الأول، المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب، الرياض.
115. العصر، منير (د.ت). انحراف الأحداث ومشكلة العوامل، مكتبة الدفاع الاجتماعي، المكتب المصري الحديث، الجزء الأول، بدون تاريخ.
116. عطيات، عبدالرحمن شعبان (2000). المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
117. عفيفي، عبد الحكيم (1989). الاكتئاب والانتحار، القاهرة، الدار المصرية .
118. العفيفي، عبدالحكيم (1875) الإدمان، القاهرة: الزهراء للإعلام العربي.

119. عقار ، ايفانج كارل (1986). خطر يهدد الشباب ، رسالة اليونسكو، منظمة الأمم المتحدة ، العدد(84).
120. عكاشة ,احمد (1998). الطب النفسي المعاصر , القاهرة, مكتبة الانجلو المصرية.
121. عكاشة أحمد (1985).الإدمان خطر .كتاب اليوم الطبي.دار أخبار اليوم للنشر والتوزيع.القاهرة.
122. عكاشة، أحمد (1980): علم النفس الفسيولوجي، الطبعة الخامسة، دار المعارف، القاهرة.
123. عكاشة، أحمد (1997) قل لا ولو مرة واحدة في (محرر) أبحاث ندوة رعاية متكاملة لمواجهة الإدمان على المخدرات.
124. عكاشة، أحمد (2003): الطب النفسي المعاصر، الطبعة الأخيرة، مكتبة الانجلو، القاهرة، مصر.
125. علوان عبد الله ناصح (1981). تربية الأولاد في الإسلام ، ج1 ،مزيدة ،دار السلام للنشر والطباعة والتوزيع ، حلب،ط3، 1401.
126. علي سعيد إسماعيل(1997). معاهد التربية الإسلامية، دار الفكر العربي، القاهرة.
127. العناني، حنان عبد الحميد (1998): الصحة النفسية للطفل، الطبعة الرابعة، دار الفكر، عمان، الأردن.
128. العيسوي، عبد الرحمن (2001): الجديد في الصحة النفسية، الطبعة الأخيرة، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.
129. العيسوي، عبد الرحمن(1981): دراسات سيكولوجية، الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة.
130. العيسوي، عبد الرحمن(1984): أمراض العصر والأمراض النفسية والعقلية و السيكوسوماتية، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
131. غباري محمد (1999).الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه،الإسكندرية:المكتب الجامعي.
132. غرارة ،مصباح وآخرون (1990). المخدرات،اللجنة الشعبية العامة للعدل ، ليبيا ، ط1،.
133. غريب،عبد الفتاح (2007). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص وعوامل الخطر النظريات والقياس،المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد56 المجلد السابع عشر.
134. الغريب، عبد العزيز (2006). القبول الاجتماعي للمدمن المتعافي ، دراسة ميدانية لعينه من افراد المجتمع بمدينة الرياض ، العدد (38) ، مجلة البحوث الامنية بكلية الملك فهد الامنية.

135. الغلبان، أبو عبد الله (2011). **مكافحة المخدرات في العصر الحالي**، مجلة العلوم الشرعية ، كلية تدريب غزة،
136. غيث، محمد عاطف (1990). **المشاكل الاجتماعية والسلوك الانحرافي**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
137. فاضل، خليل (1987). **الصحة النفسية للأسرة، جدة،** الدار العربية للنشر والتوزيع.
138. فرج أحمد فرج (1994). **المخدرات كعامل معوق للتنمية الاجتماعية والاقتصادية** ، أبحاث المؤتمر الإقليمي السادس للمخدرات ، الرياض ، ج1.
139. فرويد، سيجموند (1989) : **الكف والعرض والقلق**، ترجمة محمد نجاتي، الطبعة الرابعة.
140. فهمي، مصطفى (1997): **الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف**، الطبعة الثانية، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.
141. الفيومي، محمد إبراهيم (1991) : **القلق الإنساني مصادره-تأثيراته- علاج الدين له**، الطبعة الثالثة، مكتبة الانجلو، القاهرة، مصر.
142. القاضي زهير العلي عبد الصاحب حسين (2001) **معوقات اقبال المدمنين علي مراكز علاج الادمان، رساله ماجستير** جامعه نايف للعلوم الامنية، الرياض.
143. القحطاني، محمد(2005). **الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي ، رسالة دكتوراة ، غير منشورة،** جامعه تونس.
144. القحطاني، علي بن ناصر (2013) . **الاتزان الانفعالي وعلاقته بالسمات الخمس الكبرى للشخصية لدي عينه من متعاطي المخدرات بالمنطقة العربية السعودية، رسالة ماجستير ،** جامعه ام القري.
145. قديح، رمضان (2006): **الخصائص النفسية و الاجتماعية لمتعاطي المخدرات البانجو في مركز الاصلاح والتاهيل غزة، رساله دكتوراة،** عين شمس، مصر
146. قشقوش، إبراهيم (1980) : **سيكولوجية المراهق**، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
147. الكعبي، موزة عبید (1997) : **ممارسة برنامج مع حالات القلق النفسي،** الطبعة الأولى، مكتبة فهد الوطنية، الرياض، السعودية.
148. كفاي علاء الدين (1993). **مشكلة تعاطي المخدرات،**جامعة قطر .
149. كفاي، علاء الدين (1990) : **الصحة النفسية،** الطبعة الثالثة، هجر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

150. كفاي، علاء الدين (1999): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
151. كمال، علي (1988): النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، الطبعة الرابعة، الدار العربية، بغداد.
152. محمد، جاسم محمد (2004): علم النفس الإكلينيكي، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة، عمان، الأردن.
153. المحمداوي، حسن إبراهيم (2008): دراسة بعض اعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. بحث منشور في مجلة الاكادميه العربية المفتوحة في الدنمارك العدد 6-7 ص 87-102
154. محمود، إقبال أحمد (2006): المراهقة، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان الأردن.
155. مخيمر، صلاح (1979): الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
156. مرسي، كمال إبراهيم (1978): القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
157. المشرف ، عبد الإله والجوادي، رياض بن علي(2011).المخدرات والمؤثرات العقلية اسباب التعاطي واساليب مواجهه، الطبعة الاولى ، جامعه نايف للعلوم الامنية الرياض.
158. المشعان، عويد سلطان(2011) . المساندة الاجتماعية وعلاقتها العصائية والاكتئاب والعدوانية لدي المتعاطين والطلبة في دولة الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، المجلد 12، العدد 4 ديسمبر جامعه الكويت.
159. المشعان، عويد، وخليفة، عبد اللطيف (2003) تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب من خلال طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت، الكويت: اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.
160. مطاوع، إبراهيم وعبود، عبد الغني (1977): في التربية المعاصرة، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
161. المطيري، معصومة سهيل (2005): الصحة النفسية مفهومها - اضطراباتها، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح، الكويت
162. المعتال ، صلاح عبد(1987). مستقبل التنمية ، القاهرة: دار الشرق الأوسط.

163. معوض، خليل (1983): سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)، الطبعة الثانية، دار الفكر الجامعي، القاهرة، مصر.
164. مغاريوس، صموئيل (1974): الصحة النفسية والعمل المدرسي، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
165. المغربي، سعد (1984): ظاهرة تعاظم الحشيش، دار الرتب الجامعية، بيروت.
166. ملحم، سامي محمد (2001): الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.
167. منسي، حسن (2001): الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار الكندي للنشر، عمان، الأردن.
168. منصور، عبد المجيد سيد أحمد (2000) الرعية الأسرية والاتجاهات الوالدية بين القبول والرفض والإنكار لذوي الاحتياجات الخاصة، مداولات المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة والتأهيل
169. موسى، رشاد علي عبد العزيز (1993): علم النفس الديني، القاهرة، دار عالم المعرفة.
170. مياسا محمد (1995). المخدرات والانهايار النفسي، مجلة الأمن والحياة، العدد (154)، السعودية.
171. مياسا، محمد (1997): الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاجاً، الطبعة الثانية، دار الجيل، بيروت، لبنان.
172. نجاتي، محمد عثمان (1993). الدراسات النفسية عند العلماء المسلمين، القاهرة، دار الشروق.
173. نجاتي، محمد (1989): القرآن وعلم النفس، الطبعة الأولى، دار الشروق، القاهرة، مصر.
174. الهابط، زكريا (1986): دراسة قلق الاختبار وعلاقته بالمهارات الدراسية والتحصيل الدراسي لدي طلاب المرحلة الثانوية"، الكتاب السنوي في علم النفس، الجمعية النفسية للدراسات النفسية - القاهرة - المجلد الخامس - العدد الثالث عشر ص ص 119 - 127.
175. الهابط، محمد السيد (1999): التكيف والصحة النفسية، الطبعة الثانية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
176. الوقفي، راضي (1998): مقدمة في علم النفس، الطبعة الثالثة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن.
177. الياسين، جعفر عبد الأمير (1987): اثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، بيروت، عالم المعرفة.
178. ياسين، عطوف محمود (1988): أسس الطب النفسي الحديث، بيروت، منشورات ميسون الثقافية.

ثالثاً - المصادر الأجنبية:

1. Beack ,1967 the **diagnosis and management of depression Philadelphia university of Pennsylvania press.**
2. Beck,A. **depression clinical, experimental and Theoretic Aspect .new york Harper and room .**
3. Boyd,J.H and Weissm,m,m(1981) **epidemiology of affective isorders.A reexamination and future direction.** Archives of general psychiatry.
4. Croos,R>,bramml, **greenbery,s,Ramennickl** 2001 self, rated health status and health care utilization among immigrant and non immigrant woman and health.
- 5 .Emery ,G,getting **undepressed** .newyork,1988 **simmon and Schuster inc** .
6. Farber ,1979_ **merchandising depression psychology today.**
7. Gutierres, J.L .et al **1980 psychological factors and depressive**
8. Haly,W,E,etal.1977 **locus of controland depression paper_presented at the Annual meeting of estern psychology_association (bosten) massachustle.**
9. Saenger,G ,1970 **factors in recovery of untreated Psychiatric patients psychiatric quarterly jan .**
10. Schuyler,1976, **treatment of depression disorders in Benjamin Wolman, the therapist s handbook. new York.van nostrand reinholld company.**
11. statisk år bog 2008 **Årbogs_**
- .12. subtypes. **department of psychiatry and medical psycholog** omputeme university.
13. Wang ,R 1979 **practical drug therapy Philadelphia tornto Lippincott company .**
14. Willem. A. et al .1986 **cross national invariance of dimension**
المواقع الالكترونية

1. www.freedomhouses-eg.com

2. ar.wikipedia.org/wiki/ ويكيبيديا، الموسوعة الحرة

الملاحق

ملحق رقم ((1))

تسهيل مهمة طالب

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

 **الجامعة الإسلامية - غزة**
The Islamic University - Gaza

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

هاتف داخلي: 1150

الرقم: ...ج من ع/35/.../Ref
التاريخ: 2014/02/02.../Date

الأخ الدكتور / وكيل وزارة التربية والتعليم العالي
حفظه الله،،،
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

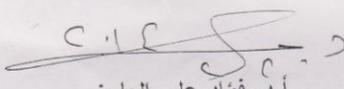
الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ حازم بسام عطية تمران يحمل برقم جامعي 120090718 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص علم النفس - صحة نفسية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعده في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

الإضرابات النفسية لدى متعاطي الأترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسرى في محافظات غزة

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي وللدراسات العليا


أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى:-
* الملف.

ص.ب. 108 الرمال، غزة، فلسطين هاتف Tel: +970 (8) 286 0700 فاكس +970 (8) 286 0800
public@iugaza.edu.ps www.iugaza.edu.ps



الرقم: وت.غ مذكرة داخلية (٨٧٥)

التاريخ: 2014/2/2

الموافق: 2 ربيع الثاني، 1435 هـ



المحترم

السيد / مدير التربية والتعليم - الوسطى

السلام عليكم ومرحمة الله وبركاته،،،

الموضوع / تسهيل مهمة بحث

نهديكم أطيب التحيات، ونتمنى لكم موفور الصحة والعافية، وبخصوص الموضوع أعلاه،

يرجى تسهيل مهمة الباحث/ حازم بسام عطية تمتاز والذي يجري بحثاً بعنوان :

" الإضرابات النفسية لدى متعاطي الأترمال من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسرى في محافظات غزة "

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة تخصص

علم نفس - صحة نفسية، في تطبيق أدوات البحث على عينة من طلبة المرحلة الإعدادية والثانوية بمديريتك

الموقرة، وذلك حسب الأصول.

السيد / مدير التربية والتعليم - الوسطى

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

السيد / مدير التربية والتعليم - الوسطى

السيد / مدير التربية والتعليم - الوسطى

السيد / مدير التربية والتعليم - الوسطى

نسخة:

- السيد/ معالي وزير التربية والتعليم العالي
- السيد/ وكيل الوزارة المساعد للشؤون الإدارية والمالية
- السيد/ وكيل الوزارة المساعد للشؤون التعليمية

المحترم.

المحترم.

المحترم.

السيد / مدير التربية والتعليم - الوسطى

د. علي عبد ربه خليفة

مدير عام التخطيط التربوي



Dr. Ali Abd Rabeh Khalifa

Gaza (08-2641298 - 2641297 Fax: (08-2641292)

غزة - هاتف (2641297 - 2641298 - 08 فاكس (08-2641292)

E-mail: moehe@gov.ps

ملحق رقم ((2))

المقاييس في صوتها الاولية مقياس تيلور للقلق

الاسم : ..
أمامك مجموعة من العبارات .. أجب عن كل الأسئلة من فضلك بوضع علامة (×) أمام
العبارة التي تنطبق عليك .. رجاءً أجب على كل الأسئلة من فضلك :

خطأ	صحيح
	1. نومي مضطرب و متقطع
	2. مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق
	3. مخاوفي قليلة جداً مقارنة بأصدقائي
	4. أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس
	5. تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي
	6. لدي متاعب أحياناً في معدتي
	7. غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما
	8. أعاني أحياناً من نوبات إسهال
	9. تشير قلقي أمور العمل و المال
	10. تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)
	11. كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً
	12. أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً
	13. أثق في نفسي كثيراً
	14. أتعب بسرعة
	15. يجعلني الانتظار عصبياً
	16. أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي
	17. عادة ما أكون هادئاً
	18. تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي
	19. لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت
	20. من السهل أن أركز ذهني في عمل ما
	21. أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريباً
	22. لا أتهيب الأزمات و الشدائد
	23. أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرين
	24. كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما
	25. أشعر أحياناً و بشكل مؤكد أنه لا فائدة لي
	26. أشعر أحياناً أنني أتمزق
	27. أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة
	28. الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات
	29. لا يقلقني ما يحدث أن أقابله من سوء حظ
	30. إنني حساس بنفسي بدرجة غير عادية
	31. لاحظت أن قلبي يخفق بشدة و أحياناً تتهيج أنفاسي
	32. لا أبكي بسهولة
	33. خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي
	34. لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً
	35. كثيراً ما أصاب بصداع
	36. لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها
	37. لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد

				لا أرتبك بسهولة	.38
				أعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	.39
				أنا شخص متوتر جداً	.40
				أرتبك أحياناً لدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	.41
				يحمّر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	.42
				أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	.43
				مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	.44
				أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	.45
				يبدأي و قدماي باردتان في العادة	.46
				أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني	.47
				لا تنقصني الثقة بالنفس	.48
				أصاب أحياناً بالإمساك	.49
				لا يحمّر وجهي أبداً من الخجل	.50

مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال

Birleson Depression Scale-Questionnaire

ترجمة وتقيين: أ. د. عبد العزيز موسى ثابت استاذ مشارك الطب النفسي-كلية الصحة العامة -جامعة القدس

العمر: _____ الجنس ذكر أنثى

عزيزي/ عزيزتي

أمامك مجموعة من الأسئلة تتعلق بما تشعر/ي به في خلال الأسبوع الماضي من فضلك ضع علامة صح في الخانة الصحيحة.

لا	بعض الأحيان	دائماً	البند
2	1	0	1- ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها
2	1	0	2- أنام جيداً .
0	1	2	3- أشعر بأنني سوف أبكي .
2	1	0	4- أحب أن أخرج في الشارع للعب .
0	1	2	5- أرغب في الهروب بعيداً .
0	1	2	6- تصيبني آلام في المعدة .
2	1	0	7- أتمتع بطاقة كبيرة .
2	1	0	8- استمتع بالأكل.
2	1	0	9- أستطيع القيام بخدمة نفسي .
0	1	2	10- أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .
2	1	0	11- أفعل الأشياء بشكل جيد .
2	1	0	12- استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق .
2	1	0	13- أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .
0	1	2	14- أحلم أحلام مزعجة .
0	1	2	15- أشعر بالوحدة الشديدة .
2	1	0	16- من السهولة أن أبتهج
0	1	2	17- أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق
0	1	2	18- أشعر بالملل .

ملحق رقم ((3))

المقاييس في صورتها النهائية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية حول بعض انماط السلوك في مجتمعنا الفلسطيني ضمن دراسة الماجستير بقسم علم النفس بالجامعة الاسلامية ، وكل ما نرجوه منك هو التعاون معنا في إنجاز هذه الدراسة علماً بأن الإجابات سوف تكون سرية ، حيث سيتم التحليل للإجابات من خلال الكمبيوتر وأستطيع أن أتعهد لك بذلك ، أن مردود هذه الدراسة سوف يكون لأفراد المجتمع الفلسطيني ، ولذلك نرجو منك ، التعاون والصبر في الإجابة علي الأسئلة وشكراً لكم.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا ،،،

الباحث

حازم تمرارز

• البيانات الأولية :

رقم الاستمارة :

الجنس : ذكر انثي

ترتيب المراهق في الاسرة : الأول الأوسط الاخير

العمر : 14-12 18-15

المستوى الاقتصادي للأسرة : أقل من 1000 شيفل من 1100 الي 2000

2100 الي 3000 شيفل أكثر من 3000 شيفل

المرحلة التعليمية : ابتدائي اعدادي ثانوي

السكن : مدينة قرية مخيم

المدة التي يقضيها في مؤسسة الربيع : أقل من خمس سنو أكثر من خمس سنوات

المواطنة : مواطن لاجئ

مقياس تايلور للقلق

أرجو قراءة كل فقرة من فقرات المقياس والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (x) أمام العبارة التي تنطبق عليك، رجاءً أجب عن كل الأسئلة من فضلك.

مع العلم أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خطأ ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط ، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا ،،،

الرقم	العبارة	نعم	لا
1.	نومي مضطرب و متقطع		
2.	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق		
3.	مخاوفي قليلة جداً مقارنة بأصدقائي		
4.	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس		
5.	تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي		
6.	لدي متاعب أحياناً في معدتي		
7.	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما		
8.	أعاني أحياناً من نوبات إسهال		
9.	تثير قلقي أمور العمل و المال		
10.	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)		
11.	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً		
12.	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً		
13.	أثق في نفسي كثيراً		
14.	أتعب بسرعة		
15.	يجعلني الانتظار عصبياً		
16.	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي		
17.	عادة ما أكون هادئاً		
18.	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي		
19.	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت		
20.	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما		
21.	أشعر بالقلق على شئ ما أو شخص ما طوال الوقت تقريباً		
22.	لا أتهيب الأزمات و الشدائد		

		أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرين	23.
		كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	24.
		أشعر أحياناً و بشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	25.
		أشعر أحياناً أنني أتمزق	26.
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	27.
		العبارة	الرقم
لا	نعم		
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	28.
		لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29.
		إنني حساس بنفسي بدرجة غير عادية	30.
		لاحظت أن قلبي يخفق بشدة و أحياناً تنهيج أنفاسي	31.
		لا أبكي بسهولة	32.
		خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي	33.
		لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	34.
		كثيراً ما أصاب بصداع	35.
		لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	36.
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	37.
		لا أرتبك بسهولة	38.
		أعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمره	39.
		أنا شخص متوتر جداً	40.
		أرتبك أحياناً لدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	41.
		يحمّر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	42.
		أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	43.
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	44.
		أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	45.
		يდაي و قدماي باردتان في العادة	46.
		أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني	47.
		لا تنقصني الثقة بالنفس	48.
		أصاب أحياناً بالإمساك	49.
		لا يحمّر وجهي أبداً من الخجل	50.

مقياس بيرلسون للاكتئاب

أرجو قراءة كل فقرة من فقرات المقياس والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (صح) أمام العبارة التي تنطبق عليك، رجاءً أجب عن كل الأسئلة من فضلك.
مع العلم أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خطأ ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط ، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.
شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا ،،،

الرقم	العبارة	دائماً	بعض الأحيان	لا
1	ما زلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها			
2	أنا جيداً .			
3	أشعر بأنني سوف أبكي .			
4	أحب أن أخرج في الشارع للعب .			
5	أرغب في الهروب بعيداً .			
6	تصيبني آلام في المعدة .			
7	أتمتع بطاقة كبيرة .			
8	استمتع بالأكل.			
9	أستطيع القيام بخدمة نفسي .			
10	أشعر بأن الحياة لا تساوي شيئاً .			
11	أفعل الأشياء بشكل جيد .			
12	استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق .			
13	أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين .			
14	أحلم أحلام مزعجة .			
15	أشعر بالوحدة الشديدة .			
16	من السهولة أن أبتهج			
17	أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق			
18	أشعر بالملل .			

مقياس التوافق الاسري

أرجو قراءة كل فقرة من فقرات المقياس والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (x) أمام العبارة التي تنطبق عليك، رجاءً أجب عن كل الأسئلة من فضلك. ، علماً بأن بنود هذا الاختبار تشمل فترة الحياة التي عشتها ضمن نطاق الاسرة.

مع العلم أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خطأ ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذا المقياس إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط ، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا ،،،

العبرة	نعم	أحياناً	لا
1. عادة نأخذ برأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية			
2. في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد			
3. كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر			
4. في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير			
5. نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جميعاً			
6. تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة			
7. أشعر بالأمان وأنا في الأسرة			
8. أحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة			
9. أشعر بالسعادة عندما تطلب مني الأسرة المشاركة في زيارة الأقارب			
10. أشعر بأنني شخص مهم في الأسرة			
11. التعاون هو عنوان لحياتنا الأسرية			
12. نتبادل الاحترام داخل الأسرة			
13. أمتلك علاقات جيدة مع أفراد الأسرة			
14. أحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة			
15. يتصيد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره			
16. أشعر أن معظم أفراد أسرتي يحبون التحدث معي			
17. نحرص جميعاً على استمرار علاقات الود داخل الأسرة			
18. لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ أحدهم في حق أخيه			
19. تكثر كلمات اللوم والعتاب بيني وبين أفراد أسرتي			
20. كل فرد من أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته			
21. أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية			
22. كثيراً ما يتدخل المقربون لحل مشاكلنا الأسرية			
23. لا اهتم كثيراً بأسرتي			
24. لا أميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت			
25. معظم خلافاتي مع أفراد أسرتي ترجع لعدم فهمهم لي			
26. أفضل الانسحاب حين يحدث خلاف بين أي فرد من أفراد أسرتي			
27. أشعر بالسعادة حين أعود لبيتي			

