



جامعة عباس لغرور - خنشلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الرقم التسلسلي:

الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة: علم النفس، تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

- حنان منزر

- بشرى تاغريست

إشراف الأستاذ:

أ.د/ عبد الحفيظ معوشة

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الصفة
بوعجوج الشافعي	رئيسا
معوشة عبد الحفيظ	مشرفا ومقررا
دريسي توفيق	مناقشا

الموسم الجامعي: 2025/2024

شكر وعرفان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"يرفع الله الذين آمنوا والذين هادوا العلم درجات والله بما تعملون خبير"

صدق الله العظيم

قال رسول الله ﷺ: "من يشكر الناس يشكر الله"

قبل كل أحد وبعد كل أحد الشكر للواحد الآخر الصمد الذي أمدنا بالقوة والعون والسرور لإتمام هذا العمل وندعو عز وجل أن يجعله خالصا لوجه الكريم.

لكل مبدع انجاز ولكل شكر قصيدة، لكل مقام مقال فعندما نبش عن كلمات الشكر والتقدير لك فإن أجمل عبارات الشكر لابد أن تسبق حروفنا ونهي سطورنا معبرة عن صدق المعاني النابعة من قلوبنا، تبقى الكلمات في حقك قليلة وتبقى حروفنا عاجزة عن صياغة عبارات الثناء والتقدير.

يسرنا نحن الطالبات "منزح حنان" و "تاغريست بشري" أن نتقدم بجزيل الشكر إلى من أضاء قناديل العلم والمعرفة في قلوبنا، لمن كان سببا في نجاحنا، الدكتور "معوشة عبد الحفيظ" شكرا لك على كل ما قدمته من العطاء.

بارك الله لك وجزاك الله عنا خير جزاء.

اهراء

بسم الله الرحمن الرحيم

"قل وعملوا فسيري الله عملكم ورسوله والمؤمنون"

إله لا يطيب الليل الا يشكره ولا يطيب النهار الا بطاعته ولا تطيب اللحظات الا بذكره الله جل جلاله الى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة "سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم"
انتهت الرحلة، لم تكن الرحلة قصيرة، وأم تكن سهلة، وأم يكن الحلم قريبا ومهما طالست فستمضي بحلوها ومرها.

وفي اللحظة الأكثر فخرا اهدي عملي هذا إلى العزيز الذي حملت اسمه فخرا والى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من حصد الأشواك عن دربي وزرع لي الراحة بدلا منها، إلى النور الذي انور دربي والسراج الذي لا ينطفئ نوره بقلبي ابدا "ابي الغالي"

والى من علمتني الاخلاق قبل أن اتعلمها، إلى الجسر الصاعد بي إلى الجنة، إلى اليد الخفية التي توالى عن طريقي العقبات ومن ظلت دعواتها تحمل اسمي ليلا ونهارا "امي" محبوبتي وملهمتي.

الى من وهبني الله نعمة وجودهم إلى مصدر قوتي وأرضي الصلبة وجدار قلبي المتين، وإلى من ضاقت بي الدنيا وسعت بخطاهم وان سقطت كانون أول من رفعوني "اخوتي عبد الكريم وانور الحاج" حفظهم الله ورعاهم.

الى نور بيتنا إلى من قدميها جنة وصوتها تلاوة ويديها رحمة ووجهها نور "جدتي" نبع الحنان ومصدر الدافئ أطل الله في عمرك حفظك الله يا جدتي رمزا قويا شامخا يسندنا مهما جار علينا الزمن.

ها أنا اليوم طويت صفحة من التعب وسجلت في تاريخي فخرا لا ينسى، لم أعد اتساءل عن ملامح الوصول فقد رايتها في عيوني، تلاشت غيوم التعب وابتسم الأفق بعد عتمة الانتظار، ها هي الخطى التي كانت تتعثر أحيانا قد وجدت مستقرها في قمة الإنجاز وبين طيات الطريق تنفست سلاما وفرحا وامتنان.

فآخر دعواهم ان الحمد لله رب العالمين

"حنان"

اهراء

بسم الله الرحمن الرحيم

واغر وعودهم من الحمد لله رب العالمين

الحمد لله حبا وشكرا وامتنانا عند البدء وعند الختام.

بعد مسيرة دامت سنوات حملت في طياتها الكثير من الصعوبات والمشقة والتعب ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجني اقطف ثمار تعبني وارفع قبعتي بكل فخر فاللهم لك الحمد قبل أن ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضا لأنك وفقنتني على إتمام هذا العمل وتحقيق حلمي.

اهدي هذا النجاح الى الذي وين اسمي بأجمل الألقاب من دعمني بلا حدود واعطاني بلا مقابل الى من علمني إن الدنيا كفاح وسلاحها العلم إلى من غرس في روحي مكارم الأخلاق داعمي الاول في مسيرتي وقوتي وسندي بعد الله إلى فخري واعتزازي " والدي "

إلى من جعل الجنة تحت أقدامها واحتضنتني قلبها قبل يديها وسهلت لي الشدائد بدعائها لي.

القلب الحنون والشمعة التي كانت لي في الليالي المظلمات سر قوتي ونجاحي ومصباح دربي الذي وهج حياتي " والدتي "

الى رفيق درب وصديق الايام الى أول من انتظر هذه اللحظات ليفتخر بي سندي وشريكي في الحياة الى من اراه خالدا وسط قلبي الى عوني بعد الله وضلعي الثابت الذي لا يميل. الى " زوجي "

الى أمان ايامي الى مصدر قوتي " إخوتي " حفظهم الله ورعاهم

لكل من كان عونا وسندا لي في هذا الطريق أهديكم هذا الانجاز وثمره نجاحي الذي لطالما تمنيته ها أنا اليوم اتممت أول ثمراته راجية من الله تعالى ان ينفعني بما علمني وأن يعلمني ما أجهل ويجعله حجة لي لا علي.

" بشرى "

ملخص الدراسة:

تتناول هذه الدراسة موضوع الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات، حيث تم التركيز على تحليل مدى انتشار هذه الميول وعلاقتها بعدة متغيرات ديموغرافية واجتماعية ونفسية، مثل الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وسنوات التعاطي. أشارت النتائج إلى أن مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب المتعاطين للمخدرات يتراوح بين المتوسط والمرتفع، مما يعكس خطورة الحالة النفسية والاجتماعية التي يعيشها هؤلاء الشباب. ويرجع ذلك إلى تأثير المخدرات على الجوانب النفسية والسلوكية، والتي تتضمن اضطرابات معرفية وانفعالية، وميل إلى العزلة والنبذ الاجتماعي، إضافة إلى ضعف القدرة على التكيف مع الضغوط الحياتية. كما أكدت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية بين الشباب المتعاطين تبعاً لمتغيرات الجنس والعمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وسنوات التعاطي. وقد فسرت هذه النتائج بأن تأثير تعاطي المخدرات على الميول الانتحارية قوي ومتساو بين مختلف الفئات، إذ أن كل هذه الفئات تواجه تحديات نفسية واجتماعية متشابهة، تتفاقم بفعل الإدمان. كما أبرزت الدراسة أن العوامل النفسية مثل الاكتئاب، اليأس، الاضطرابات السلوكية، والعزلة الاجتماعية تلعب دوراً محورياً في دفع الشباب نحو التفكير في الانتحار أو محاولة القيام به.

وأظهرت الدراسة أهمية النظر إلى الانتحار كظاهرة معقدة تتداخل فيها عوامل نفسية، اجتماعية، وثقافية، وليست مرتبطة بمتغير واحد فقط، مما يتطلب تطوير استراتيجيات علاجية ونفسية شاملة تستهدف الفئات الأكثر عرضة للانتحار، وخاصة الشباب المتعاطين للمخدرات. كما أكدت النتائج ضرورة العمل على تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء الشباب، والحد من الظروف التي تزيد من معاناتهم، بالإضافة إلى العمل على توعية المجتمع بآثار المخدرات النفسية والاجتماعية الخطيرة.

الكلمات المفتاحية - الميول الانتحارية - تعاطي المخدرات -

Summary:

This study addresses the topic of suicidal tendencies among young drug users. It focused on analyzing the prevalence of these tendencies and their relationship to several demographic, social, and psychological variables, such as gender, age, educational level, marital status, and years of drug use. The results indicated that the level of suicidal tendencies among young drug users ranged from moderate to high, reflecting the severity of the psychological and social conditions they experience. This is due to the impact of drugs on psychological and behavioral aspects, which include cognitive and emotional disturbances, a tendency toward isolation and social ostracism, and a weak ability to adapt to life's pressures.

The study also confirmed the absence of statistically significant differences in suicidal tendencies among young drug users based on the variables of gender, age, educational level, marital status, and years of drug use. These results were interpreted as indicating that the impact of drug use on suicidal tendencies is strong and equal across different groups, as all of these groups face similar psychological and social challenges that are exacerbated by addiction. The study also highlighted that psychological factors such as depression, despair, behavioral disorders, and social isolation play a pivotal role in pushing young people toward suicidal thoughts or attempts. The study demonstrated the importance of viewing suicide as a complex phenomenon involving intertwined psychological, social, and cultural factors, rather than being linked to a single variable. This requires the development of comprehensive therapeutic and psychological strategies targeting the groups most vulnerable to suicide, especially young drug users. The results also emphasized the need to enhance psychological and social support for these young people, reduce the conditions that exacerbate their suffering, and raise community awareness of the serious psychological and social effects of drugs.

Keywords: Suicidal tendencies, drug use,

قائمة المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
	الشكر
	الإهداء
	ملخص الدراسة
	الفهرس
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة
11	1- إشكالية الدراسة:
12	2- فرضيات الدراسة
13	3- أهداف الدراسة
13	4- أهمية الدراسة
13	5- دواعي اختيار الموضوع
14	6- تحديد مفاهيم الدراسة
15	7- الدراسات السابقة
	الفصل الثاني: الميول الانتحارية
22	1- تعريف الانتحار
24	2- الميول الانتحارية

27	3- انواع الانتحار
34	4- وظائف الانتحار
35	5- الاتجاهات النظرية المفسرة للانتحار
39	6- السلوكيات الانتحارية
40	7- تشكل وتطور الأفكار الانتحارية
41	8- المحاولات الانتحارية
43	9- السمات السيكلوجية للنزوعات الانتحارية
	الفصل الثالث: مرحلة الشباب
46	1- مفهوم الشباب
47	2- خصائص مرحلة الشباب
51	3- حاجات الشباب
51	4- مشكلات الشباب
54	5- مشكلة الإدمان لدى الشباب
	الفصل الرابع: تعاطي المخدرات
60	1- مفهوم التعاطي
61	2- تعريف المخدرات
62	3- الاسباب التي تؤدي الى تعاطي المخدرات
65	4- مراحل الادمان على تعاطي المخدرات
67	5- أنواع المخدرات

71	6- النظريات المفسرة للإدمان على تعاطي المخدرات
75	7- كيفية التعرف على متعاطي المخدرات
82	8- معايير تشخيص وتصنيف الاعتماد على المخدرات
83	9- العلاقة بين الإدمان والانتحار
	الفصل الخامس: الجانب التطبيقي للدراسة
87	1- الإجراءات المنهجية للدراسة
88	2- عرض وتحليل النتائج
97	3- عرض نتائج الفرضيات
102	4- تفسير ومناقشة الفرضيات
	خاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	قائمة الجداول
88	الجدول رقم (1): يوضح معاملات الارتباط بين كل بند من بنود الابعاد والدرجة الكلية للبعد.
89	الجدول رقم (2): يوضح مصفوفة الارتباط بين ابعاد الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان
89	الجدول رقم (3): نتائج قياس معامل الثبات
90	الجدول رقم (4): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي.
91	الجدول رقم (05): توزيع مفردات الدراسة من حيث الجنس.
92	الجدول رقم (06): توزيع مفردات الدراسة حسب السن.
93	الجدول رقم (07): توزيع المفردات حسب المستوى التعليمي.
94	الجدول رقم (08): توزيع مفردات الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية.
95	الجدول رقم (09): يوضح توزيع الدراسة حسب سنوات التعاطي.
96	الجدول (10): نتائج التكرارات والنسب المئوية.
97	الجدول (11): نتائج اختبار T-test لعينتين مستقلتين
98	الجدول (12): نتائج تحليل تباين احادي
99	الجدول (13): نتائج تحليل تباين احادي
99	الجدول (14): نتائج اختبار T-test لعينتين مستقلتين
100	الجدول (15): نتائج تحليل تباين احادي

قائمة الأشكال

الصفحة	قائمة الأشكال
91	الشكل رقم (01): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب الجنس
92	الشكل رقم (02): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب السن.
93	الشكل رقم (03): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب المستوى التعليمي
94	الشكل رقم (04): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب الحالة الاجتماعية
95	الشكل رقم (05): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب سنوات التعاطي

مقدمة

مقدمة:

تعتبر ظاهرة الانتحار من الظواهر الاجتماعية والنفسية التي باتت تشكل تحديا خطيرا للمجتمعات الحديثة، لما تنطوي عليه من معاناة نفسية عميقة تؤدي في كثير من الأحيان إلى فقدان الإنسان لحياته. يعد الانتحار تعبيراً عن حالة نفسية مركبة تتجم عن تداخل عوامل متعددة، منها الاضطرابات النفسية، والمشكلات الاجتماعية، والتغيرات الثقافية، إضافة إلى الضغوط البيئية والشخصية التي يعاني منها الفرد. ويأتي الشباب في قلب هذه الظاهرة، نظراً لما يمرون به من مراحل انتقالية حرجة في حياتهم، والتي غالباً ما تصاحبها أزمات نفسية وسلوكية تحتاج إلى فهم دقيق.

ومن بين العوامل التي تتصل ارتباطاً وثيقاً بالميل الانتحاري، يتصدر تعاطي المخدرات قائمة أبرز المسببات، حيث يعاني متعاطو المخدرات من اختلالات معرفية ونفسية وسلوكية تجعلهم أكثر عرضة للأفكار والسلوكيات الانتحارية، فالمخدرات لا تؤثر فقط على الجسم بل تمتد تداعياتها لتشمل الصحة النفسية، إذ يمكن أن تسبب شعوراً عميقاً باليأس، والقلق، والعزلة الاجتماعية، فضلاً عن اضطرابات المزاج والاندفاع، وبذلك يصبح متعاطي المخدرات معرضين لحالات من التوتر النفسي التي قد تدفعهم إلى التفكير في الانتحار أو حتى القيام به.

وقد رصدت الدراسات الحديثة ارتفاعاً ملحوظاً في معدلات الانتحار بين الشباب بشكل عام، مع زيادة خاصة بين المتعاطين للمخدرات، حيث تلعب عدة عوامل نفسية واجتماعية دوراً في تشكيل هذه الميول، مثل ضعف الثقة بالنفس، اضطرابات الشخصية، والتعرض المتكرر للأزمات والمشاكل الاجتماعية. وفي هذا الإطار، يتعرض الشباب لمشاعر النبذ والرفض الاجتماعي، إذ يشعر الفرد بأنه معزول ومهمش من مجتمعه، مما يزيد من شعوره بالوحدة والاضطراب النفسي.

وعلى الرغم من أن الميل الانتحاري يمكن أن تظهر بين الشباب من مختلف الخلفيات الديموغرافية، إلا أن هناك اختلافات قد تتجم عن عوامل اجتماعية وثقافية أو متغيرات مثل الجنس والعمر والمستوى التعليمي. إلا أن العديد من الدراسات تشير إلى أن تعاطي المخدرات قد يكون عاملاً موحداً يرفع من مستوى هذه الميول بشكل ملحوظ بغض النظر عن هذه المتغيرات، مما يستدعي دراسة دقيقة لفهم مدى تأثير هذه العوامل.

كما أن العلاقة بين تعاطي المخدرات والانتحار ليست علاقة مباشرة وحيدة السبب، بل هي نتاج لتفاعل معقد بين عدة عناصر، تشمل عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية متشابكة، فالإدمان يغير من الطريقة التي يدرك بها الشباب محيطهم ويتعاملون مع ضغوط الحياة، مما يؤدي إلى تعزيز أفكار الانتحار كحل نهائي للهروب من المعاناة.

لذلك، فإن دراسة الميول الانتحارية لدى الشباب المتعاطي للمخدرات تتطلب النظر إلى هذه الظاهرة من منظور شمولي، يأخذ في الاعتبار العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية المتداخلة، ويبحث في مدى تأثير المتغيرات المختلفة على هذه الميول، وذلك في ظل ظروف اجتماعية متغيرة تواجهها المجتمعات الحديثة. هذه الرؤية تتيح فهما أعمق للدوافع التي تدفع الشباب إلى الانتحار، وتساعد في توجيه الجهود نحو التخفيف من معاناتهم والحد من هذه الظاهرة الخطيرة.

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للدراسة

فهرس الفصل:

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- دواعي اختيار الموضوع
- 6- تحديد مفاهيم الدراسة
- 7- الدراسات السابقة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

لقد تفتت ظاهرة المخدرات في المجتمعات بشكل رهيب حيث باتت من المواضيع الشائعة التي شددت انتباه الباحثين الاجتماعيين والنفسيين، إنها معضلة اجتماعية خطيرة تهدد أمن المجتمع ومقوماته، لما تسببه من تأثير خطير على عقول متعاطيها وتعمل على سلب إدراكهم وتدهور فكرهم وتغير حالتهم المزاجية وغيرها مما ينعكس سلبا على سلوكهم. (باشن، 2023، ص 44)

والمجتمع الجزائري كباقي المجتمعات لا يخلو من هذه المشكلة التي بدأ حجمها يشهد اتساعا وتناميا مخيفا، وبخاصة في الآونة الأخيرة، حيث بينت مختلف الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت الظاهرة، ومختلف الأرقام والإحصائيات المسجلة من قبل الهيئات والمؤسسات المختصة، أن المجتمع الجزائري وإلى وقت قريب كان من بين المجتمعات التي تسجل بها أضعف نسب تعاطي المخدرات، لكن ومع التحولات الاقتصادية التي شهدتها الجزائر مطلع التسعينيات، ومع ارتفاع مستوى الأحداث والأزمات الاقتصادية، وتردي الوضع الأمني، واتساع ظاهرة التهريب على الحدود بالنظر إلى الحدود الجزائرية الشاسعة المترامية الأطراف مع مختلف دول الجوار، خاصة على الحدود الغربية باعتبار المملكة المغربية إحدى أكبر الدول المنتجة للقنب الهندي، لكل هذا فقد أضحت الجزائر منطقة عبور المختلف عصابات تهريب المخدرات لتتحول فيما بعد إلى سوق استهلاك، كل ذلك أدى إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري. (قندوز، 2016، ص 253)

إن ظاهرة تعاطي المخدرات في توسع وانتشار سريع أكثر فأكثر، وهي ظاهرة قد عرفت منذ آلاف السنين عند العديد من الشعوب والمجتمعات، ويعبر مصطلح المخدرات عن كل المواد الطبيعية والمصنعة التي إذا دخلت جسم الإنسان تسبب له تغيرا في حالته الجسمية والنفسية، فالإنسان القديم كان يجد في بعض النباتات علاجا لبعض الأمراض وتخفيفا للآلام. أما حاليا فيتم تصنيع العديد من أشكال المواد المخدرة والعقاقير المسببة لتعاطي المخدرات والمتاجرة بها، وإن كان البعض منها يستعمل لغرض العلاج الطبي أيضا، وتحدث حالة تعاطي المخدرات بعد أن يصبح الفرد يعيش تحت تأثير المادة التي يتعاطاها وعدم قدرته

على الامتناع عن تعاطيها، ومما لا شك فيه أن هناك ما يدفع بالفرد إلى تعاطي السموم والعقاقير المضرة، الأمر الذي دفع العديد من المهتمين إلى محاولة إعطاء تفسير دقيق لعوامل تعاطي المخدرات والمميزات الشخصية والظروف الاجتماعية المصاحبة له، كما أن هناك العديد من الآثار والأعراض المزعجة التي يعاني منها المتعاطي بسبب الامتناع عن تناول مادة سامة، أو عدم توفر الكمية اللازمة لديه. (سليمانى، 2012، ص 2)

إن تعاطي المخدرات كله سلبيات، فهو عبارة عن استهلاك للجسم والروح والنفس، والشباب عبارة عن مكون أساسي في المجتمع لا غنى عنه، وحين يدخل الفرد لدائرة تعاطي المخدرات فإنه بذلك يفقد كل مقومات الحياة الكريمة التي يجب أن يعيشها، لذلك يجب علينا أن نكون في غاية الوعي حتى نستطيع التقدم، فتعاطي المخدرات عدو لدود متربص لا يترك من يصيبه إلا بعد القضاء عليه، ذلك أن الانقياد إلى تعاطي المخدرات يحدث نتيجة التغيرات الحاصلة على الدماغ والتي تؤدي إلى عدم القدرة على السيطرة على سلوكيات الشخص ورغباته الملحة، وتحدث هذه التغيرات نتيجة وجود ما يعرف بنظام المكافئة الذي يقوم به الدماغ عند الشعور بالمتعة مثل تناول طعام محبوب، الضحك، والشعور بالألفة، حيث يؤدي ذلك إلى إفراز الدماغ لكميات كبيرة من المواد الكيميائية التي تؤدي إلى الشعور بالمتعة مثل الدوبامين (Dopamine)، ولكن في حالة تعاطي المخدرات فإن نسبة إفراز هذه المواد الكيميائية تكون أكثر بعدة أضعاف مما يفرز في الحالات السابقة الطبيعية والذي بدوره يؤدي إلى الشعور بنشوة عالية والرغبة المتكررة بالحصول على هذا الشعور مرة أخرى، ويصاحب تكرار هذه التجربة حدوث تغيرات في الدماغ تساهم في تأقلمه مع هذا الشعور والحاجة المستمرة إليه. (النوي، 2020، ص 187)

ومن الأضرار النفسية الشائعة التي يحدثها تعاطي المخدرات نقص دافعية التغيير، الشعور باليأس، الشعور بالعجز، المزاج الإكتئابي، الاتجاه المؤيد لتعاطي العقاقير، الضعف، السلبية، الميل الانتحارية، نقص التدعيم، الشعور بالألم، الكدر، الإحباط والعدائية، الشعور بالذنب، الشعور بالوحدة. ولكن ما تزال الصورة السيكياترية المرتبطة ارتباطاً جوهرياً بتعاطي وإدمان المواد المخدرة هي الاكتئاب وهذه الصورة هي وليدة بحوث أجريت على مدمنين متقدمين للعلاج من إدمانهم فلا يمكن الجزم بأنها مستقلة تماماً عن أعراض الانسحاب التي تبدأ مع التوقف من تعاطي الجرعة التالية في موعدها. (د. مؤلف، 2016، ص 494)

وتعاطي المخدرات بحد ذاته إن لم يؤد للانتحار، يعتبر من نظائر الانتحار لأنه انسحاب وهزيمة من دائرة الحياة وشلل وفراغ وتعطيل للكفاءة والإنتاج وفقدان للطموح والمثابرة والاستسلام. فتعاطي المخدرات هزيمة من واقع مر، وقد سيتبدل المتعاطي للمخدرات الهزيمة الوقتية "الإدمان على تعاطي المخدرات" بهزيمة دائمة "الانتحار"، فالمدمن على الخمر والمخدرات يكره نفسه والحياة مما قد يدفعه في بعض الحالات إلى التفكير بالانتحار. (حمودة، 2007، ص125)

كما ويضيف فيلدمان (Feildman) ان الاشخاص الذين يفكرون ويسعون للموت والانتحار، يمرون بضغوط شديدة من أبرزها العزلة، الحرمان، اضطرابات في العلاقات الشخصية، والتوترات الانفعالية الهائلة التي من الصعب تحملها، لذا يقومون بالسلوك الانتحاري لأنهم يظنون انهم سوف يشعرون بالراحة وان ذلك يساعد على ازالة تلك التوترات. (تلمساني، عبد القادر، 2022، ص124)

فإن محاولات التفكير الانتحاري ما هي إلا تعبيراً نهائياً عن الرغبة في الهروب، فهو يرى مستقبلهم ثقل بالألم والعناد ولا يجد سبيلاً إلا الانتحار، ويبدو له خطوة منطقية فهو يعتقد إن الانتحار يرفع عن أسرته عبئاً ثقيلاً. (خلفاوي، بوروبة، 2021، ص 333)

وبناء على ما سبق تتبلور لنا معالم الإشكالية في التساؤلات التالية:

- ما مستوى الميل الانتحارية عند الشباب متعاطي المخدرات؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميل الانتحاري عند الشباب متعاطي المخدرات؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميل الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميل الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميل الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير عدد سنوات التعاطي؟

2- فرضيات الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطين للمخدرات.
- مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات مرتفع.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير عدد سنوات التعاطي.

3- أهداف الدراسة:

تهدف دراسة الميول الانتحارية لدى الشباب المدمنين على تعاطي المخدرات إلى فهم العوامل النفسية والاجتماعية المشجعة على هذا السلوك المقلق بين فئة الشباب المدمنين. من خلال استكشاف الروابط بين الإدمان والاكتئاب، والقلق، والضغط النفسي، تسعى الدراسة إلى تحليل كيفية تأثير تعاطي المخدرات على الصحة النفسية وتدني جودة الحياة. كما تهدف الدراسة إلى تحديد المؤشرات السريرية التي قد تساعد في التعرف المبكر على الشباب المعرضين لمخاطر الانتحار. بالإضافة إلى ذلك، تسعى الدراسة إلى تقديم توصيات لتحسين برامج العلاج والدعم النفسي، من خلال تعزيز الوعي بالمخاطر المرتبطة بالإدمان وتطوير استراتيجيات تدخلية فعالة تُسهم في تقليل معدلات الميول الانتحارية وتعزيز الدعم الاجتماعي والنفسي لهؤلاء الشباب.

4- أهمية الدراسة:

تعتبر دراسة الميول الانتحارية لدى الشباب المدمنين على تعاطي المخدرات ذات أهمية بالغة، حيث تسلط الضوء على التداخل المعقد بين الإدمان والصحة النفسية. فالشباب الذين يعانون من الإدمان غالبًا ما يواجهون مشاعر العزلة، والاكتئاب، والقلق، مما يزيد من خطر التفكير في الانتحار. من خلال فهم هذه الميول، يمكن تطوير استراتيجيات تدخل فعالة تهدف إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأفراد، وتعزيز الوعي حول المخاطر المرتبطة بالإدمان. كما تساهم هذه الدراسات في تحسين السياسات الصحية وتوجيه الموارد نحو برامج الوقاية والعلاج التي تستهدف الفئات الأكثر عرضة للخطر، مما يسهم في تقليل معدلات الانتحار وتحسين جودة حياة الشباب المدمنين.

5- دواعي اختيار الموضوع:

اختيار موضوع الميول الانتحارية لدى الشباب المدمنين على تعاطي المخدرات يعد من القضايا الحيوية التي تستدعي الدراسة والتحليل، وذلك لعدة دواعي. أولاً، يُعتبر الإدمان على تعاطي المخدرات من الظواهر المتزايدة في المجتمعات الحديثة، مما ينعكس سلبًا على الصحة النفسية والجسدية للشباب. ثانياً، تشير الدراسات إلى أن هناك ارتباطًا وثيقًا بين الإدمان والمشاعر السلبية مثل الاكتئاب والقلق، مما يزيد من

خطر الانتحار. ثالثاً، فهم هذه الميول يمكن أن يساعد في تطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية فعّالة تستهدف هذه الفئة الضعيفة. أخيراً، تسليط الضوء على هذه القضية يسهم في رفع الوعي المجتمعي حول أهمية الدعم النفسي والاجتماعي للشباب المدمنين، مما قد يؤدي إلى تقليل معدلات الانتحار وتحسين جودة حياتهم.

6- تحديد مفاهيم الدراسة:

أ- الميول الانتحارية:

يعرفه (Bachler,1981) على أنه كل سلوك يحاول الفرد من خلاله البحث وإيجاد الحل للمشكلة الموجود بإنهاء حياته، أما مكرم سمعان (1963) فيعرف السلوك الانتحاري أنه سلسلة الأفعال التي يقوم بها الفرد محاولاً تدمير حياته بنفسه دونما تحريض من آخر أو تضحية لقيمة اجتماعية ما. (طباس، 2011، ص 98)

• التعريف الاجرائي:

الدرجة التي يتحصل عليها مدمني المخدرات على مقياس الميول الانتحارية في هذا البحث.

ب- مرحلة الشباب:

يعرفه فرد ميلسون انه مرحلة من مراحل العمر تقع بين الطفولة والشيخوخة، وهي تتميز من الناحية البيولوجية بالاكتمال العضوي ونضوج القوة كما تتميز من الناحية الاجتماعية بانها المرحلة التي يتحدد فيها مستقبل الانسان سواء مستقبلة المهني او مستقبلة العائلي. (فرد، 2007، ص 5)

وتتخصر مرحلة الشباب في فترة عمرية من 15 الى 25 وتمتد إلى غاية 30 سنة. (سلامة، 2010، ص 38).

ت- تعاطي المخدرات:

يأخذ مفهوم تعاطي المخدرات عدة معاني، ولقد أشارت فريدة قماز إلى ذلك في النقاط الآتية:

- استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأنييس نفسي أو عقلي معين.
- رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة.
- قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي. (رايح، علي، 2019، ص 147)
- التعريف الاجرائي:

هو استخدام او تناول اي عقار بصفة متقطعة او منتظمة، بأي صورة من صور الاستخدام وذلك للحصول على تأثير نفسي او عضوي معين.

7- الدراسات السابقة:

• الدراسات المتعلقة بالانتحار والادمان على تعاطي المخدرات:

أ- أيت حمودة حكيمة، محاولات الانتحار لدى فئة من الشباب المدمن على المخدرات وعلاقتها بالضغط النفسي وبعض متغيرات الشخصية، 2007: هدف هذا البحث محاولات الانتحار لدى فئة من الشباب المدمن على المخدرات وعلاقتها بالضغط النفسي وبعض متغيرات الشخصية، وذلك من خلال فحص مدى دلالة الفروق في شدة الضغط النفسي ومستوى تقدير الذات، وحجم المساندة الاجتماعية ودرجة الشعور باليأس بين المدمنين على المخدرات ممن لم يسبق لهم أن حاولوا الانتحار والمدمنين ممن حاولوا الانتحار.

لتحقيق هذا الهدف تكونت عينة الدراسة من 47 مدمن على المخدرات من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 18-38 سنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المفحوصين المترددين على المركز الوسيط المعالجة الإدمان بوخضرة بمدينة عنابة. وأسفرت النتائج على أن فئة المدمنين على المخدرات ممن حاولوا الانتحار أكثر شعورا بالضغط النفسي، وأقل تقديرا لذواتهم، ويعانون من انخفاض في حجم المساندة الاجتماعية ويختبرون مستويات أعلى في مشاعر اليأس مقارنة بالمدمنين على المخدرات ممن لم يسبق لهم القيام بمحاولات انتحار.

ب- دراسة تغليت صالح الدين 2008: هدفت هذه الدراسة الى التعرف على أهم الضغوط النفسية عند الشخص المدمن الذي حاول الانتحار وفهم استراتيجيات المواجهة المعتمدة لديه، شملت العينة على 150 فردا من المدمنين على المخدرات الذين حاولوا الانتحار، وتراوح أعمارهم بين 18_35 سنة من الجنسين . اعتمد في هذه الدراسة على المنهج الإحصائي الوصفي، من خلال استعمال استمارة بحث تضمنت أهم الضغوط النفسية التي تتعرض لها عينة البحث، وأهم أساليب المواجهة المستخدمة لديها، وخلصت نتائج البحث إلى أن المدمن المحاول الانتحار في البيئة الجزائرية يتعرض لمجموعة من الضغوط النفسية والأسرية والمهنية والمدرسية، كما أنه يلجأ إلى استعمال أساليب مواجهة فاشلة في مواجهة هذه الضغوط.

• الدراسات المتعلقة بالميل الانتحارية:

أ- دراسة (Romer 2020): هدفت إلى اكتشاف مستوى الميل الانتحارية لدى عينة من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 10-17 عاما، تكونت العينة من 30 طالب في المرحلة الثانوية، وتم تطبيق مقياس الميل الانتحارية، وقد توصلت النتائج إلى ان معدلات الانتحار بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عاما قد ارتفعت وبنسبة 20% في الفترة الأخيرة لدى الشباب وان الذكور هم أكثر عرضة للانتحار من الإناث.

ب- ناصر محمود جابر شحات الخصائص السيكومترية لمقياس الميل الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية العامة،(2021): هدف البحث إلى التحقق من الخصائص السيكومترية المقياس الميل الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية، يتكون المقياس من 33 عبارة وتم تطبيق المقياس على عينة مكونة من 400 طالب وطالبة من خلال المرحلة الثانوية 130 أولى ثانوي، 120 ثانية ثانوي، 150 ثالثة ثانوي، بمتوسط عمري (17.5 سنة) وبانحراف معياري (102)، وأظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي عن وجود (33) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وتشعباتها تزيد عن (3) وجذورها الكامنة (15.13، 6.35، 4.80) بحيث يتكون البعد الأول (السلوكي) من (12) عبارة. يتكون البعد الثاني (النفسي) من (13) عبارة، ويتكون البعد الثالث (المعرفي) من (8) عبارات وتم حساب الصدق والثبات والاتساق الداخلي للمقياس باستخدام صدق البناء العاملي الاستكشافي، ومعامل ثبات ألفا كرونباخ، ومعاملات الارتباط، وأسفرت النتائج عن تمتع

المقياس في صورته النهائية بدلالات صدق وثبات مرتفعة مما يشير إلى القوة التمييزية الخاصة بعبارات المقياس.

ت- عبد الحفيظ معوشة، الهاشمي لوكيا، الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات لدى الشباب دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب بمدينة باتنة: إن مرحلة الشباب فترة من النمو والتطور الإنساني، تقسم بسمات ومظاهر خاصة تميزها عن غيرها من المراحل فهي تتوسط كلا من مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد وبذلك فهي تتميز بانفعالات خاصة تتأثر إلى حد كبير بقيم المجتمع وتقاليد وقيوده.

والشباب هم عصب الأمم، فهم نصف الحاضر وكل المستقبل ولذلك فإن معرفة مشاكلهم في الوقت الحاضر ومحاولة القضاء عليها أمر ضروري وهام لإعداد أجيال المستقبل خالية من الاضطرابات النفسية التي تعوقهم عن أداء وظائفهم المستقبلية ولهذا الأمر قامت الكثير من الأبحاث للتعرف على مشكلات الشباب.

ومن بين هذه المشكلات الانتحار، فقد دلت الإحصائيات أن الانتحار بات من الأسباب الرئيسية الثلاثة المؤدية إلى وفاة الشباب من الفئة العمرية 15-34 عاماً في جميع أنحاء العالم، وبلدنا ليس بمنأى عن هذه المشكلة. وهذا ما جعلنا نطرق هذا الباب من أبواب البحث العلمي في ميدان علم النفس، من خلال محاولة الدخول في دائرة الدراسات التشخيصية، من خلال ربط موضوع الميول الانتحارية بمتغير سيكولوجي أولاه علماء النفس اهتماما كبيرا لما له من تأثير في الحياة العامة للفرد هو تقدير الذات لدى هذه الشريحة التي تعتبر عماد الأمم وكانت نتائج هذه الدراسة هي:

أبعاد الميول الانتحارية عند الجنسين: وجود علاقة ارتباطية من النوع السالب عكسية بين تقدير الذات، ومكوناته، تقدير الذات العامة هي المؤشر الأكثر إسهاما بالتنبؤ بالميل الانتحاري عند الذكور. أما عند الإناث فتقدير الذات العائلية هو المؤشر الأكبر من بين أنواع تقدير الذات إسهاما بالتنبؤ بالميل الانتحاري، وجود فروق دالة إحصائية في الميول الانتحارية والصالح تقدير الذات المنخفض. وجود علاقة ارتباطية من النوع السالب (عكسية) بين الميول الانتحارية عند الشباب ومتغير الجنس عند الإناث، دون غيرهن من عينة الدراسة.

• الدراسات المتعلقة بتعاطي المخدرات:

أ- دراسة ثابت وناصر 1984: موضوعها المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات وهي دراسة استطلاعية أجريت في الإمارات العربية المتحدة على عينة بلغت 425 مختارة من عدة إمارات، هدفت الدراسة الى تحديد المواد المستعملة في الاستنشاق والتعرف على السمات العامة للمتعاطين والعوامل التي تصاحب التعاطي والآثار المختلفة المترتبة عنه. استخدم الباحث استبانة تضم 53 سؤال حول مختلف جوانب الموضوع أهم نتائج الدراسة:

- غالبية المتعاطين صغار وبلغ متوسط أعمارهم 16 سنة.
 - أسباب استنشاق الغازات هي الفراغ، المشكلات الأسرية، الملل، وتتم ممارسة الإدمان بعيدا عن أعين الناس ثم في المنزل والأماكن العامة والمدرسة.
 - ينتمي المتعاطين لأسر متدنية اقتصاديا، تعليميا، وظيفيا، ويقطنون في أحياء شعبية.
- ب- الخوالدة والخياط، 2001، في دراسة جاءت للتعرف على ابرز الأسباب التي تؤدي لتعاطي العقاقير والمخدرات من وجهة نظر المتعاطين، وطبقت الدراسة على عينة مكونة من (384) متعاطي للمخدرات من المراجعين للمراكز والمستشفيات التي تقدم العلاج للمدمنين، وأظهرت النتائج أن أهم الأسباب لتعاطي المخدرات كانت المشكلات الأسرية من اجل الحصول على اللذة والمتعة إضافة إلى نسيان الهموم والمشاكل وان غالبيتهم لا يتمسكون بالتعاليم الدينية وان ضعف الوازع الديني لديهم دفعهم للإدمان على المخدرات.

هاته الدراسة جاءت مختلفة عن باقي الدراسات السابقة لأنها تناولت العنف المدرسي باعتباره امتداد لعنف مجتمعي ممارس من قبل الافراد ومدى علاقته بتناول المخدرات من قبل فئة عمرية مرافقة في وسط مدرسي.

ت- دراسة (Priti Arun et al, 2010) بعنوان المواقف تجاه إدمان الكحول وتعاطي المخدرات: استهدفت الدراسة التعرف على مشكلة تعاطي المخدرات ومدى انتشارها في الهند، وتوصلت نتائجها إلى حقيقة انتشار ظاهرة المخدرات بين الشباب بصورة كبيرة وخصوصا في المناطق الريفية والفقيرة وضرورية

التعرف على الاختلافات بين المدمنين من الشباب وكذلك الظروف التي ادت بهم الى الانسياق وراء المخدرات خاصة الظروف الاجتماعية والنفسية والمادية.

ث- دراسة عيطر، خولة دراف، الاكتئاب والتوافق النفسي لدى الطالب المدمن للمخدرات: هدفت الدراسة الكشف على مستوى الاكتئاب والتوافق النفسي لدى الطلبة الجامعيين، ولدراسة المعاش النفسي لدى الطلبة المدمنين على المخدرات اعتمدت الباحثة في اجرائها على المنهج الاكاديمي بواسطة دراسة حالة لثلاثة حالات من جامعة محمد بوضياف بالمسيلة وتطبيق اختبار بيك للاكتئاب ومقياس التوافق النفسي للباحثة زينب شقير، وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- ان تعاطي المخدرات يؤدي الى ارتفاع في الاكتئاب لدى مدمن المخدرات. كما وجدنا انخفاض التوافق النفسي لدى المدمن.

الفصل الثاني:
الميل الانتحارية

فهرس الفصل:

- 1- تعريف الانتحار
- 2- الميول الانتحارية
- 3- انواع الانتحار
- 4- وظائف الانتحار
- 5- النظريات المفسرة للانتحار
- 6- السلوكات الانتحارية
- 7- تشكّل وتطور الأفكار الانتحارية
- 8- المحاولات الانتحارية
- 9- السمات السيكلوجية للنزوعات
الانتحارية

الفصل الثاني: الميول الانتحارية

1- تعريف الانتحار:

• الميول:

الميول في اللغة: وهو جمع الميل وهو العدول الى الشيء والاقبال عليه. (ابن منظور، 1956)

وعرفه (ياسر داخل، 2017، ص 10) بأنه استعداد او شعور نفسي ووجداني يدعو للانتباه او الاهتمام بموضوع ما والاستعداد لعمل نشاط ما يؤثر على سلوك الفرد.

• مفهوم الانتحار:

لطالما واجه الباحثون صعوبة في تحديد مفهوم الانتحار تمثلت هذه الصعوبات في ان كلمة (انتحار) تستخدم مع مجموعة متعددة من السلوكيات تشمل "محاولة الانتحار" و "الانتحار المكتمل" و "التهديد بالانتحار" والتي تحمل جميعها فكرة السلوك التدميري وقد تحمل او لا تحمل تنفيذ السلوك الانتحاري ويرى البعض ان المشكلة الاساسية في تعريف الانتحار هي انه يحدد بعد اتمام الفعل ووقوعه كما ان هناك بعض الباحثين المسلمين بل ويصرون احيانا الى استعمال مصطلح "قتل النفس" كمصطلح اسلامي اصيل كبديل لمصطلح الانتحار وفيما يلي نعرض تعريفا للانتحار.

يقصد بالانتحار لغويا: عملية قتل الذات بذاتها وهو مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل (caedere) بمعنى (يقتل) والاسم (sui) بمعنى النفس او الذات في الفرنسية (suicide) وكذلك الإنجليزية. وفي اللغة العربية تفيد كلمة (انتحار) معنى متماثلا: فالكلمة مشتقة من الجذر (نحر) اي ذبح او قتل وانتحر الشخص اي ذبح نفسه او قتل ونحر البعير نحرا اي طعنه في منحره حيث يبدو الحلقوم من اعلى الصدر. ويقال في اللغة تناحر القوم إذا تشاجروا لحد الهلاك وقد استعملت كلمة (بخع نفسه) في القرآن الكريم والأحاديث النبوية ونصوص التاريخ الاسلامي مرادفة لكلمة (انتحار) وتعني هلك نفسه او انتهت عما قال تعالى: " فلعلك باخع نفسك على اثارهم....." (عبد الله بن سعد، 2014، ص 25)

الانتحار هو كل فعل او افعال يقوم بها الشخص لقتل نفسه بنفسه ولقد ميز بعض الباحثين بين نوعين من الانتحار هما: الانتحار الحقيقي اي الموت الجسدي والانتحار النفسي (psychic suicide) الذي يعتبر نوعا من الانتحار غير الصريح يبغض فيها البعض حياتهم تماما وتدفعهم عوامل اليأس الى تحطيم أنفسهم فيصابون بحالات مرضية.

عرف دور كايم الانتحار بأنه " كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة او غير مباشرة عن فعل ايجابي او سلبي يقوم به الفرد بنفسه وهو يعرف ان هذا الفعل يصل به الى الموت " بمعنى ان يقتل الانسان نفسه متعمدا. أكد دور كايم على عنصر المعرفة وإدراك فهو ينفي عن الانتحار سمة السلوك المرضي لكن ما يؤخذ على هذا التعريف انه يخلط بين " الانتحار " وبين صور اخرى من الموت كالفداء والتضحية والاستشهاد دون التمييز بينها. ولعل هذا الخلط انما يرجع الى ان دور كايم لا يأخذ بالقصد في الانتحار "النية" لان هذا في رايه يخرج انواعا اخرى من التدمير الذاتي وان اختلفت في مظهرها مع ما يطلق عليه (انتحار) فأنها تتحد معه تماما. (الرشود، 2014، ص 27)

اما التعريف النفسي للانتحار فهو نوع من العقاب الذاتي و الانتقام من الذات و الحاق الاذى للذات في حين ان التعريف الموضوعي للانتحار فهو قرار يأخذه شخص من اجل انهاء حياته ولقد جاء الفكر الاسلامي و المسيحي بتحريم الانتحار تحريما صارما نهائيا فقد نزل فينا قوله تعالى: " يا ايها الذين ءامنوا لا تأكلوا اموالكم بينكم بالباطل الا ان تكون تجارة عن تراض منكم ولا تقتلوا انفسكم ان الله كان بكم رحيمًا " (النساء، 29)، فالانتحار من منظور اسلامي كبيرة من كبائر الذنوب و فاعلها متوعد بالخلود في نار جهنم ابدا و يعذبه الله بالوسيلة التي انتحر بها و في الفكر المسيحي يعتبر الانتحار من اعظم الخطايا. (طراونة، 2010، ص ص 13، 15)

كما عرف هيليناكس "الانتحار بأنه حالة الموت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه وليس التضحية بها لشيء اخر اي هو موت ارادي يقدم عليه الفرد للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة التي نشأت من حياته في الجماعة ويقوم بنفسه باختيار الوسيلة التي تحقق له انتحارا تاما" كان هذا التعريف نقيضا لتعريف دور كايم حيث يميز بين السلوك الانتحاري وبين اشكال الموت الاجتماعي الاجباري واهمها التضحية. (الجوش، 1990، ص 24)

في نفس السياق جاء تعريف اسيكروول وهو من التعريفات التي اكدت على عزل السلوك الانتحاري عن افعال التضحية (sacrifice actions) باختيار فردي او تحت مجهر اجتماعي لان التضحية ليست سلوكا مرضيا (كالانتحار) ولكنها موضع اعجاب. (سمعان، 1964، ص 46)

اما شنايدمان (Shneid man) فعرف الانتحار بانه فعل شخص ينهي حياة الفرد ذاتيا وقصديا يؤكد على ان الانتحار ليس مرضا (disease) ولكنه ظاهرة معقدة من السلوك الذي يستهدف تدمير الذات (self destructive behavior) كما يشير الى ان تعريف الانتحار يشمل رغبة الفرد الواعية بالموت وفعله او افعاله لتنفيذ هذه الرغبة فما نلاحظه من هذا التعريف هو القصدية في الفعل عكس ما يراه دور كايم ونرى ايضا ان الانتحار لا يعد مرضا وبالتالي فالسلوك الانتحاري ليس سلوكا مرضيا. (الرشود، 2014، ص 28)

ان السلوك الانتحاري حسب تعريف كل من بونر وريتش (Rich&Bonner) "عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن ويتقدم خلال مراحل عند تأمل الانتحار النشط ثم التخطيط للانتحار النشط وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفق لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية الاجتماعية". فالسلوك الانتحاري كما يرى (الجيش،) هو سلسلة افعال سواء تم الانتحار او لم يتم ويدخل في ذلك: التهديد بالانتحار، الشروع في الانتحار، ثم الانتحار كفعل ادى الى الموت الفعلي (ونوع الموت وتحققه)، وهذا يعني ان السلوك الانتحاري اشمل وأعم من الانتحار وبتعبير متكافئ فكل انتحار هو سلوك انتحاري وليس كل سلوك انتحاري هو انتحار، فإذا لم يخرج الامر عن إطار المحاولة كان سلوكا وإذا انتهت الحياة فعلا كان انتحارا. (الجيش، 1990، ص 25)

2- الميول الانتحارية: Suicidal tendencies

الانتحار لغة: استخدمه الفقهاء بلفظ آخر وهو (قتل النفس) يعن الانتحار لغة عملية (قتل الذات بذاتها) ومشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل يقتل والاسم بمعني النفس أو الذات وفي العربية ذبح نفسه وقتلها. (مؤسسة دائرة المعارف الفقه الإسلامي، 2007، ص 344)

أشد أشكال الاعتداء على الذات، وعلى الرغم من انه محرم في كل الديانات لان الروح إنما هي أمانة إلى أن تسترد، وكما أن الإنسان لا يختار ولادته لا يستطيع أن يحدد لها نهاياتها بإرادته، ومع ذلك هناك أفراد

كثيرون يحاولون الانتحار وبعضهم ينتحر فعلا، كما أن هناك أفراد يمتلكون أفكار انتحار وبعضهم ينتحر فعلا كما أن هناك أفراد يمتلكون أفكار انتحار موت وهذه الأفكار بحد ذاتها ليست دلالة على وجود مرض نفسي، فكثير من الأشخاص في الأوقات المرهقة والحرجة يطلقون تعابير تتم عن عدم قدرتهم على الاستمرار في العيش وتحمل عبء الحياة. (ناصر، 2016، ص 865)

الانتحار هو فعل قتل الإنسان لنفسه بالطريقة التي اختارها سواء كان الموت الناتج عاجلا أو أجلا وهذا التعريف يخلط بين الانتحار بين أنواع أخرى من السلوك المقارب للانتحار كالرهبنة والتصوف والزهد.

تعرف الباحثة الميول الانتحارية إجرائيا انها تشير إلى الأفكار أو الرغبات التي تدفع الفرد إلى التفكير في إنهاء حياته أو اتخاذ خطوات فعلية نحو الانتحار. يمكن أن تتضمن هذه الميول مشاعر اليأس، الاكتئاب، العزلة، أو الشعور بعدم الجدوى. تعتبر الميول الانتحارية علامة على وجود مشاكل نفسية عميقة، وقد تكون نتيجة لتجارب مؤلمة، ضغوطات حياتية، أو اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والقلق. من المهم أن يتم التعامل مع هذه الميول بجدية وأن يتلقى الأفراد الدعم والعلاج المناسبين من متخصصين في الصحة النفسية.

أ- أسباب الميول الانتحارية:

إن حوالي 1 من كل 6 أشخاص يقتلون أنفسهم بترك ملاحظة انتحارية، والتي توفر في بعض الاحيان أدلة على السبب، وتنتج السلوكيات الانتحارية عن تفاعل عدة عوامل عادة، وأكثرها شيوعا هو الاكتئاب، حيث يسهم الاكتئاب في أكثر من 50% من محاولات الانتحار، و قد تؤدي المشاكل الزوجية أو الاعتقال أو المشاكل القانونية في الآونة الاخيرة، أو النزاعات مع الوالدين أو فقدان أحد أفراد الاسرة مؤخرا إلى الاكتئاب، وفي كثير من الاحيان يكون عامل واحد مثل: انفكاك علاقة مهمة هو القشة الاخيرة في سلسلة الظروف المزعجة، و لكن يمكن أن يحدث الاكتئاب فجأة خاصة إذا كان لدى الاشخاص الذين يعانون من الاكتئاب، قلق كبير أيضا، وقد يعانون الاشخاص الذين يعانون من اضطرابات طبية عامة معينة بالاكتئاب ويحاولون الانتحار أو ينتحرون بالفعل، وتؤثر معظم الاضطرابات المرتبطة بزيادة معدلات الانتحار في الجهاز

العصبي و الدماغ، إما بشكل مباشر مثل : الاليز، صرع الفص الصدغي...، أو تتطوي على المعالجات التي يمكن أن تسبب الاكتئاب مثل : بعض الادوية المستخدمة لعلاج ارتفاع ضغط الدم.

وبالنسبة لكبار السن، قد يكون نحو 20% من حالت الانتحار استجابة جزئيا على الأقل، للاضطرابات الجسدية المزمنة والمؤلمة الخطيرة ويكون الأشخاص الذين تعرضوا إلى تجارب صادمة في الطفولة بما في ذلك إساءة المعاملة، أكثر ميال لمحاولة الانتحار وربما يعود هذا إلى أنهم يواجهون زيادة في خطر الإصابة بالاكتئاب ويمكن أن يتعزز الاكتئاب عن طريق استخدام الكحول والذي بدوره يجعل السلوك الانتحاري أكثر احتمالا، كما يقلل الكحول من ضبط النفس أيضا، فحوالي 30% من المرضى الذين يحاولون الانتحار يشربون الكحول قبل المحاولة وبما أن إدمان الكحول، وخاصة الشرب بأنهم غالبا ما يسبب مشاعر عميقة من الندم خلال فترات الابتعاد عنه لذلك يكون المدمنون عن الكحول عرضة للانتحار حتى في فترات الاتزان.

كما أن اضطرابات الصحة النفسية الأخرى إلى جانب الاكتئاب تجعل المرضى عرضة لخطر الانتحار أيضا فالأشخاص المصابون بانفصام الشخصية أو اضطرابات ذهنية أخرى قد يكونون لديهم أوهام (معتقدات كاذبة ثابتة) بأنهم يجدون من المستحيل التكيف معها، أو أنهم قد يسمعون أصواتا (الهوسة السمعية) تقودهم إلى قتل أنفسهم وذلك بأن المصابين باضطراب الشخصية الحدي أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع، خاصة أولئك الذين لديهم تاريخ من السلوك العنيف هم أكثر عرضة للانتحار أيضا. (بنت عبد هلال، 2022، ص، 112)

نرى أن أكبر سبب يدفع بالإنسان للميل نحو الانتحار أو ظهور هذه النزعة هو الاكتئاب، لكن دون إهمال العوامل الأخرى التي لا تقل أهمية والتي تدفع بالفرد نحو الانتحار.

ب- الانتحار والميول الانتحارية:

في كل عام يضع أكثر من 800000 شخص نهاية لحياته هذا فضلا عن الكثيرين ممن يحاولون الانتحار، وتمثل كل حالة انتحار مأساة تؤثر على الاسر والمجتمعات والبلدان بأكملها بما تحدثه من اثار

طويلة الامد على من تركوهم وراءهم، يحدث الانتحار في مختلف مراحل العمر، وقد سجل ثاني اهم سبب للوفيات بين من تتراوح اعمارهم بين 15 و 29 عاما على الصعيد العالمي في عام 2012.

الانتحار لا يحدث في البلدان المرتفعة الدخل فحسب بل هو ظاهرة عالمية في جميع اقاليم العالم وفي حقيقة الامر ان 75% من حالات الانتحار العالمية في عام 2012 حدثت في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ويمثل الانتحار مشكلة خطيرة للمجتمعات فيمكن توقيه يفضل تدخلات انية مسندة بالبيانات والتي عادة ما تكون منخفضة التكاليف ولضمان فعالية الاستجابة الوطنية يتعين توفير استراتيجية شاملة القطاعات للوقاية من الانتحار، فالانتحار هو فعل شخصي ينهي حياة الفرد ذاتيا وقصديا.

لقد لوحظ ان الانتحار ظاهرة شائعة كل عام ومن المشكلات التي تستدعي انتباه علماء النفس وعلماء الاجتماع وعلماء الدين فهي تعد بمثابة ظاهرة نظرا لما تطالعنا به الصحف اليومية والاسبوعية وكذلك تقارير الامن والمصحات النفسية من معلومات عن واقع الانتحار او الشروع فيه.

وقد اظهرت الابحاث الحديثة ان الافراد الذين يحاولون الانتحار يقدمون على ذلك عندما يواجهون احداث وخبرات الحياة السلبية والعديد من المشاحنات والاعتداءات وقلة التعزيز الاجتماعي كما كشفت بعض الدراسات ان هناك علاقة بين ضغوط الحياة وبعض الاضطرابات والامراض النفسية والعقلية لدى الافراد والتصور الانتحاري لديهم. (الغامدي، 2020، ص ص 142، 143)

3- انواع الانتحار:

تتعدد انواع الانتحار وانماطه بين البشر تبعا للعديد من الاعتبارات والمعايير والاساس في هذه المعايير انما يدور حول:

أ- عدد القائمين بالانتحار ومدى الاتفاق بينهم: هنا سنتطرق الى 3 انواع الانتحار وهي كالتالي:

- **الانتحار الفردي:** قد يقدم الفرد على الانتحار بشكل فردي محض وبدوافع فردية بحتة دون ان يكون هناك اتفاق مع الاخرين وهذا النوع يمثل غالبية انواع الانتحار.

- **الانتحار الثنائي (اتفاق ثنائي على الانتحار):** هذا النوع يركز على الرغبة في الموت (الانتحار) مع شخص آخر او بعد موت الشخص الآخر بزمان وجيز غالبا ما يكون الثنائي من اسرة وحلقة اجتماعية واحدة في الغالب.

- **الانتحار الجماعي:** ويعني انتحار مجموعة من الاشخاص في الوقت نفسه وهي ظاهرة بشرية بدائية وقديمة ويتميز هذا النوع بأنه يحدث في ظرف واحد وبدافع واحد وغالبا ما يكون له رواسب عقائدية متطرفة.

وهناك ما يعرف الان بالانتحار الجماعي عن طريف الانترنت حيث يتواعد الشباب على شبكة الانترنت على اساس ميثاق يعقدونه فيما بينهم يتعهدون فيه على الانتحار ثم يلتقون في المقابلة للقيام بالانتحار الجماعي.

ب- حالات المقدمين على الانتحار: حيث ينقسم الانتحار طبقا لذلك الى قسمين:

- **انتحار الاسوياء:** هذه الفئة تشكل 2% من المنتحرين وتعني بالأسوياء هنا اولئك المنتحرين غير المصابين بالأمراض النفسية او عقلية او عضوية ولا تعني بطبيعة الحال انهم اسوياء في التفكير او الاعتقاد او السلوك.

- **الانتحار المرضي:** واصحاب هذه الحالات يقبلون على الانتحار بتأثير اضطراب عقلي او نفسي (ذهان او عصاب) وبالتالي فالسلوك الانتحاري لا يكون هنا مختارا او مقصودا وانما تحت ضغط حالات نفسية وعقلية كان يسمع الشخص اصواتا تريد منه الانتحار ويشعر بأنه مطاردا م ويحاول الهروب بالانتحار.

ت- تحقق الانتحار ووقوعه الفعلي من عدمه: ينقسم الى:

- **الانتحار الناجح:** حيث يكون الموت محققا والتدمير الذاتي نهائيا.
- **الانتحار الفاشل:** حيث رغبة الموت والتخلص من الحياة موجودة الا ان السلوك الانتحاري غير محكم التنفيذ لذلك لا ينتهي هؤلاء الى الموت.

ث- **القصد والهدف:** هنا نجد كل من:

- **الانتحار الاناني (انتحار الاثرة):** فالشخص المنتحر هنا يجد نفسه غريبا عن الاهتمام الاجتماعي ولذا فانه غير سوي ومن ثم لا اخلاقي ولذا فان الاخلاق الاجتماعية تدين هذا النوع من الانتحار.
- **انتحار الايثار (التضحية):** يستهدف الشخص هنا خير الجماعة ومصلحتها كما يتصور هو ويرى الشخص هنا ان هذا السلوك ما هو الا دعم عميق لواجبات المرء نحو الجماعة وان اسمه الحقيقي هو التضحية ومن امثلة هذا النوع: ان كبار السن في الاسكيمو يشعرون انهم أصبحوا عالة على ذويهم ولم يعودوا قادرين على العمل والانتاج والكسب فيدفن المسن نفسه في الثلج ويضل هكذا حتى يموت وهدفه الا يكون عالة او عبئا على ابنائه وذويه. (الرشود، 2014، ص 47-51)

وبيصنف دور كايم الانتحار الى 4 انواع وهي:

- **الانتحار الهوسي:** وهو انتحار في طريق التخلص من خطر او من قضية عويصة في راي المنتحر لا حل لها على الاطلاق.
- **الانتحار الملانخولي:** هنا يفقد المنتحر التوازن في العلاقات مع الناس وبطبيعة الحال الفرد الذي لا يجد انسا مع الاخر فانه يفقد المحبة بل ويكره الناس جميعا والدنيا بكل صورها.
- **الانتحار الوسواسي:** وهو ان المنتحر لديه فكرة ثابتة في ذهنه عن الموت يريد ان يموت بدل ان يعيش حياته هذه التي كرهها وكره الناس معها.
- **الانتحار الاندفاعي:** ويطلق عليه بالانتحار الاوتوماتيكي وينتج عن نزوة مفاجئة ضاقت نفسه منها فقرر الانتحار اختيارا ليس له بديلا اخر.

ويرى دور كايم ايضا ان تزايد حالات الانتحار في فصل الصيف بصفة عامة فالحرارة تدفع الانسان المنتحر الى المزيد من الميل الى الفعل واما الفترات التي يحدث فيها الانتحار فهي فترة الليل في الغالب لان المنتحر لا يجد من يقف معه في تلك اللحظات الحرجة فيقوم بالفعل وهو اختيار أيضا. (شطوطي، 2020، ص 25،26)

أولاً: اسباب ودوافع الانتحار بشكل عام:

ويمكن ايجازها كالتالي:

- **الاستسلام لليأس:** ان اليأس هو السبب الاساس في كل حالات الانتحار فالمرء ينتحر حينما يشعر باليأس والتعاسة بمعنى انه لا امل في اي شيء وهنا تهون عليه حياته لأنه يعتقد ان الموت يخلصه من تلك المشاعر اليائسة المؤلمة.
- **الاكتئاب:** ان الاكتئاب احد اهم اسباب الانتحار فالإكتئاب في تشخيصه فيه فقدان لمتعة بالحياة ما يعني انه عندما لا توجد امور مهمة في الحياة تشغل الشخص وتمتعه عند ذلك ربما يقرر مغادرة الحياة بقرار منه فالكثير من الاحصاءات تقول ان معظم المنتحرين مصابون بالاكتئاب ولكن ليس معظم المكتئبين ينتحرون لان معظمهم يخضعون للعلاج اضافة الى وجود امور تدعمهم كوجود اشخاص الى جانبه (الاسرة الاصدقاء) اي شبكة صحية ترعاه وتستوعبه، وهذا يساعد في تقدم العلاج واعطاء المكتئب احساسا بانه داخل شبكة الحياة ويتلقى دعما اجتماعيا ما يشعره بنوع من المسؤولية تجاه هؤلاء الناس حيث تقف هذه الامور عائقا امامه وتمنعه من الانتحار رغم انه ما زال يعاني من الاكتئاب. (الدرأونة، 2010، ص 18، 19)
- **الفقر والبطالة:** في الماضي كان شائعا ان اهم اسباب الانتحار هي الفقر والبطالة لكن مع مرور الايام كشفت وسائل الاعلام العربية والعالمية ان الازمات المالية والعلاقة غير المتكافئة بين الازواج وضغوط الحياة اليومية في مقدمة دوافع الانتحار.
- **الصدمة العاطفية:** " التجارب العاطفية الفاشلة " من اثار الصدمة العاطفية القلق والتوتر ونقص التركيز والعزلة وقد تتأثر الدراسة او العمل بشكل سلبي وفي حالات اخرى مرضية يمكن ان يصاب المصدوم بنوبة اكتئابية شديدة او يحاول الانتحار ومن الصدمات على سبيل المثال "الطلاق".
- **التقدم في السن:** قابلية الانتحار لدى الشخص تكبر مع تقدم سنه فعند البحث عن الفئات العمرية المعرضة للانتحار سنجد ان الشباب هم الاكثر عرضة لفكرة الانتحار لكن ما يثير الاستغراب هو اقدام المسنين على هذه الخطوة فالكثير منهم يصيبهم الملل والاكتئاب عند رؤيتهم لأبنائهم قد مضوا في الحياة ورؤيتهم اصبحت في غالب الاحيان بالصدفة هنا تنخفض لدى المسن فاعليته الاجتماعية

فبيداً بإهمال ذاته ولا يجد اهتمامات تشغله فالحياة فيختار طرق ما للانتحار اما عن طريق عدم تناول الطعام او عدم الاهتمام بصحته واحيانا الانتحار الصريح. (الدرأونة، 2010، ص 19، 20)

• **الامراض الجسدية والنفسية المستعصية:** كالسرطان والالايدز والاضطرابات النفسية " وسواس قاهر، فصام" وظهرت الدراسات ان غالبية المنتحرين (98% منهم) كانوا مصابين بأمراض نفسية او عضوية في حين ان نسبة ضئيلة جدا منهم (2%) كانوا اسوياء بمعنى غير مرضى. (الدرأونة، 2010، ص 20)

• **الادمان:** ان الانتحار لدى المدمنين على الكحول والمخدرات هو انتحار أنى غير مخطط او غير ممهد له وان ه جذور بدائية عريقة فمثلا قبائل (مالاليس) في البرازيل تمارس نوبات الادمان والشرب العنيف ويتبع افراد القبيلة ذلك بممارسات جنسية حادة وتنتهي النوبة عند بعضهم بشنق أنفسهم وتمتاز الشعوب التي تتناول الكحول أكثر من غيرها بارتفاع نسبة الانتحار فيها.

ويبدو ان الادمان على الكحول يعجل الانتحار فقد وجد (ميفسكى) ان الادمان على الكحول يعجل الانتحار فقد وجد (ميفسكى) ان حوالي (36%) من المدمنين ينتحرون ومنهم من انتحر تحت تأثير مباشر واني للخمر ومنهم من كان مصابا بالاكتئاب او الذهان او شذوذ الشخصية "السايكوباتي" ومنهم من كان مصابا بالهلوسة المزمنة.

قام (بريسكور وسرجون) بدراسة (28) حالة مدمن حاولوا الانتحار وكانت أكثر من نصف محاولاتهم صادقة وظهر ان (60%) منهم مصابون بمرض عقلي او ذهني بينما كانت المحاولات اخرى سطحية او (تمثيلية) وغلبت على معظمهم اعراض اضطرابات الشخصية السايكوباتي

ولتناول الخمر علاقة بالانتحار لوحظ في انجلترا والولايات المتحدة الامريكية ان أكثر المنتحرين في ايام السبت والاحد هم من الذين يتناولون الخمر بشراهة في تلك الايام بينما ارتفع حوادث النساء بعد ايام الاثنين ولاحظ (باتشيلور) ان نصف المحاولات الانتحارية حدثت بين الساعة مساء ومنتصف الليل اي وقت السكر والارهاق. (الدرأونة، 2010، ص 21)

• **العيشة وانعدام الهدف في الحياة:** قال تعالى: "أفحسبتم انما خلقناكم عبثا وأنكم اليينا لا ترجعون" (المؤمنون، 115) إذا كان الوجود سخفا بلا غاية فهو بالتالي عبث غير ان هذا العبث لا يطل موجودا بعينه كما يطل الانسان وبالتالي فان الانتحار سيكون بديهيا بل ومنطقيا فالإنسان عندما يفقد هدفه من الحياة يلجأ الى الانتحار وهذا ما يحصل مع الاثرياء الذين حققوا كل شيء ومع الفقراء جدا الذين لا يستطيعون تحقيق شيء.

• **المعتقد الديني حول الانتحار:** عن ابي هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال (من تردى من جبل فقتل نفسه فهو في نار جهنم يتردى فيه خالدا مخلدا فيها ابدا ومن تحسى سما فقتل نفسه فسمه في يده يتحساه في نار جهنم خالدا مخلدا فيها ابدا ومن قتل نفسه بحديدة فحديدته في يده يجأ بها "اي يطعن" في بطنه في نار جهنم خالدا مخلدا فيها ابدا). رواه البخاري (5442) ومسلم (109)

وعن ثابت بن الضحاك رضي الله عنه ان النبي صلى الله عليه وسلم قال: (من قتل نفسه بشيء في الدنيا عذب به يوم القيامة). رواه البخاري (5700) ومسلم (110)

المعتقد الديني له دور اساسي في قبول فكرة الانتحار فمن يقتنع بان الانتحار طريق الى جهنم لا يمكن ان يسلك هذا الطريق اما من ظنه شجاعة او بطولة فانه يتسهل ذلك بلا شك. (الدرأونة، 2010، ص 22)

• **الوراثة:** من الملاحظ اكلينيكي ان هناك عائلات يكثر فيها الانتحار فهناك دراسات وجدت ان معدل الانتحار في الاقارب الدرجة الاولى للمرضى النفسيين يزيد 8 مرات عن معدل الانتحار بين سائر الناس ويمكن ان تكون الجينات الخاصة بالانتحار جينات منفصلة تؤدي الى السلوك الاندفاعي من خلال اضطراب في مستوى مادة السيروتونين في المخ او تكون هي نفس جينات الاضطرابات النفسية كالإكتئاب وإدمان المخدرات والفصام واضطرابات الشخصية. (الدرأونة، 2010، ص 23)

ثانياً - انتحار الشباب:

تتعدد اسباب الانتحار بين الشباب من اهم هذه الاسباب:

- انعدام ثقة الشباب بأنفسهم.
- قد يؤدي الى الانتحار بعض الامراض النفسية كالفصام والاكتئاب الشديد وفي هذه الحالة لا يكون للمجتمع دور مباشر في حدوث الاضطراب.
- ولان الشباب أصبح يفقد القدوة نجد ان نسبة الادمان قد زادت ولعل المخدرات من اهم الاسباب التي قد تدفع الشاب الى التخلص من حياته خاصة عندما يعجز عن ايجاد المال لتوفيرها.
- الحالة الاجتماعية التي تؤثر بدورها في الحالة النفسية للشخص حيث تبدأ بشعوره بانعدام الثقة بمن حوله ثم انعدام الثقة بذاته حتى ينتابه الشعور بعدم الرغبة في التقدم نحو اي شيء جديد وفي هذه الحالة يتركز كل اهتمامه على الرغبة في الانعزال والياس وعموما ان اعطاء الشباب الشعور بالأمان يخلصهم من اي رغبة في الانتحار كما ان تنمية الشعور الديني تجعلهم على ثقة تامة بالمجتمع وهذا كله يحتاج الى تكاتف الصغير والكبير في المجتمع اتجاه الشباب. (الدرأونة، 2010، ص 137)
- يعتبر الانتحار العنصر الثاني لأسباب الوفاة لدى فئة الشباب الذين تتراوح اعمارهم بين 15 الى 19 سنة ولا توجد معايير لقياس معدل الوفاة للانتحار لدى فئة الشباب نظرا لعدم توفر احصائيات رسمية دقيقة حول هذه الظاهرة ولعل من الحكمة القول ان الانتحار لدى الشباب في بدايات مرحلة المراهقة او في وسطها هو نتاج طبيعي للسلوك الانحراف ودخول الشاب في ازمة من المعاناة والارهاق وحالة من الياس التي تحتاج الى مساعدة.
- تلقي معظم الدراسات اللائمة على انتشار المخدرات والكحول وتراكم الديون بين الشباب والتي تدفعهم الى التخلي عن التفكير واللجوء الى الانتحار عندما تشتد عليهم مشاكل الحياة.
- ويمكن اجمال دوافع الانتحار لدى الشباب بانها نتيجة عوامل اقتصادية يتبعها شعور بالدونية في مجتمع اصبحت كامل مقاساته تكال في مكيال المادة والوقوع تحت ثقل الانفعالات وفقد السيطرة على النفس جراء ضغط الهموم الحياتية وهذا ما يعبد طريق الانتحار. (الدرأونة، 2010، ص 137)

4- وظائف الانتحار:

ان المرور الى الفعل الانتحاري يكون وراءه غرض او وظيفة ما، وهذا ما أشار اليه "شنيديمان" حيث يرى ان الاشخاص المنتحرون لهم غرض تواصل بالموت، فهو عبارة عن رسالة لفظية (نفسية او سلوكية).
يمكن ان نشير فيما يلي الى بعض هذه الوظائف:

أ- **وظيفة النداء:** يهدف الفرد من خلالها الى طلب تدخل الاخر انه نداء مساعدة ونداء استغاثة رسالة مليئة باليأس موجهة لمحيط عدواني وغير مبالي فهي نداء للآخر من اجل التدخل ولتغيير البيئة الاجتماعية.

ب- **وظيفة الهروب:** يهدف الفرد من ورائها لتجنب وضعية غير مقبولة او مؤلمة جدا فالمنتحر يحاول الهروب من وضعية صعبة تكون بدون حل او مخرج وهي اما تكون الام مزمنة حادة (مرض السرطان) او فقدان شخص ما او مواجهة مشكلة في الحياة تكون صعبة.

ت- **وظيفة الانتحار لفعل كارثي:** تظهر محاولة الانتحار هنا بشجاعة غير سخيطة تخرج عن نطاق الارادات وتعتبر عن اضطرابات الفرد لوجود ذعر مفاجئ عنيف امام وضعية اجتماعية او انفعالية لا تحتل هذه الوضعية تشكل حل لمشكل صعب يظهر محاولة الانتحار صعوبة في تذكر حالته اثناء الفعل ويؤكد انه لم يعلم لماذا قام بالمحاولة الانتحارية.

ث- **وظيفة المساومة:** غالبا ما تظهر في المحاولات الانتحارية وتحتوي على البحث الشعوري او الغير شعوري عن قواعد ثانوية بالتهديد بالانتحار اذ لم تلبى هذه الطلبات وترجع المسؤولية الى موضوع هذه المطالب.

ج- **وظيفة اللعب:** يلعب هنا محاولة الانتحار بالموت مع نفسه ومع الاخرين بتحدي الحياة وتحدي الموت ويقول مارلو (لا توجد دافعية للانتحار لكن هناك العديد من المتغيرات تدخل في اللعب، متغيرات صعبة الظهور في مثل هذه الوظيفة). ومثال ذلك لعبة جديدة ظهرت في اوساط الشباب وتتمثل في الخنق حتى الاغماء تسمى "باللعبة الاختناق" وهي مسؤولة على الاقل عن وفاة عشرات المراهقين هي ليست محاولة

انتحار تسعى للموت كهدف وانما تبحث عن فقدان الوعي وخلق حالة ذهنية جديدة تتكرر هذه اللعبة عدة مرات في اليوم في البيت والمدرسة وتؤدي الى وفاه العديد من المراهقين.

ح- **وظيفة العدوانية الموجهة نحو الذات:** يمثل الانتحار هنا سلوك عدواني حقيقي موجه نحو الذات وذلك من خلال انقلاب لعدوانية شديدة اتجاه الذات مثل حالات الاكتئاب السوداوي والفصام.

خ- **وظيفة العدوانية:** يكون الفعل الانتحاري هنا سلوك عدواني حقيقي موجه نحو الآخرين وذلك لجعلهم يتألمون عن طريق الحاق العار بهم او تهديدهم وهو موجود بشكل كبير لدى المراهقين رسالته "لي الموت ولي الندامة" انه وسيلة للاعتداء على الأخ. (ريم، 2012، ص 113)

5- الاتجاهات النظرية المفسرة للانتحار:

لما كان السلوك الانتحاري يتم بالتعقيد الشديد وتشابك العوامل والأسباب المؤدية إليه، فقد تعددت النظريات وتنوعت الاتجاهات في سبيل تحديد الأسباب التي قد تدفع بالفرد إلى إنهاء حياته إراديا، وقد تباينت التفسيرات وتنوعت الاتجاهات واتسع مداها ما بين تفسيرات نفسية واجتماعية.

وفيما يلي نعرض النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري باختلاف اتجاهاتها وصولا إلى مزيد من الفهم والتفسير لطبيعة هذا السلوك. (المغربي، 2014، ص، 223)

أ- النظرية الاجتماعية لايميل دور كايم:

وهي نظرية اجتماعية خالصة ترجع إلى عالم الاجتماع الفرنسي إيميل دوركايم (1858-1917)، و التي صاغها عام 1898 في كتابه الأشهر: "الانتحار Suicide" حيث يرى دوركايم أن الانتحار ظاهرة فردية ترجع إلى الفروق الفردية بين الأفراد، وهي ليست فروق سيكولوجية وإنما ترجع إلى بعض الخصائص الاجتماعية لكل فرد من الأفراد وفقا للظروف التي يعيش فيها سواء في الأسرة أو العمل وما إلى ذلك، والتي تنعكس على وعيه الفردي، و بالتالي لا يؤثر هذا الوعي في سلوكه وقيمه ومواقفه فحسب بل في واقعه أيضا، فالوعي يؤثر في واقع الناس وتصرفاتهم.

وبهذا يعد دور كايم أول من تنبئ إلى أن الانتحار يمكن النظر إليه كظاهرة اجتماعية، لذا فقد خصها بدراسة تطبيقية لمنهجه الموضوعي بعد أن رفض الأسلوب الفردي في دراسة الظواهر الاجتماعية، فالانتحار ظاهرة اجتماعية مرتبطة على نحو ما بالظواهر الاجتماعية الأخرى، ومتأثرة بها ومن ثم فإن الأسلوب المناسب لبحث المشكلة هو الذي يسمح بدراستها في صورتها الجماعية.

وبهذا المنظور نقل دوركايم البحث في مسألة الانتحار من حدود الفرد المغلق إلى مجال النظام الاجتماعي، ويقتضي هذا المنهج دراسة مشكلة الانتحار في مظهرها الاجتماعي.

وتتحقق فروض النظرية الاجتماعية في الانتحار من خلال تحليل الإحصاءات الرسمية لتكرار حالات الانتحار أو محاولاته في مجتمع معين في وحدة زمنية محددة، أو على مدى أكثر من وحدة زمنية واحدة، ثم يشار إلى دلالة هذا التكرار وتغايره من حيث المكان والزمان في مجتمع واحد أو أكثر في ارتباطه أو مصاحبته لظواهر أو مشكلات أو تغيرات اجتماعية جرت أحداثها في نفس الفترة الزمنية أو سبقتها بقليل على ساحة المجتمع موضوع الدراسة.

وقد انتهى دوركايم في دراسته لانتحار إلى أربعة أنماط للفعل الانتحاري على النحو التالي:

1/ الانتحار الإيثاري: Suicide Altruistic

وهو ينطوي على أشكال الاستشهاد والتضحية والفداء وموت الجنود في الحروب، ويحدث هذا الانتحار تحت ضغط القهر الاجتماعي.

2/ الانتحار الإثري (الأناني):

ويحدث هذا الانتحار تحت ضغط عوامل التفكك الأسري أو الحلقة الاجتماعية الخاصة، أو الجماعات البدائية فهو نوع من التهرب من الالتزام بحيث تكون المصلحة الفردية هي العليا والمأساة الشخصية أجدر بالمعالجة.

3/ الانتحار الفوضوي (اللاأخلاقي):

وهو ذلك الانتحار الذي يحدث خلال فترات الاضطرابات واختلال التنظيم الاجتماعي خاصة أثناء الثورات والتغيرات الاجتماعية الحادة وتحت وطأة الأزمات الاقتصادية الطاحنة، حيث تهتز القيم وتضطرب عناصر الثقافة في المجتمع فهو إذن انتحار وجد نفسه على حين غرة ودون سابق إنذار، وقد انقطعت صيلته بمجتمعه الذي ألفه منذ زمن، وبذلك يحدث الانتحار الفوضوي أو اللاأخلاقي نتيجة للتحويلات الاجتماعية التي تؤدي إلى عدم الاستقرار الأخلاقي وفقدان الاعراف والتقاليد المألوفة في المجتمع.

4/ الانتحار الجبري:

ويحدث هذا الانتحار الحتمي نتيجة فرض نظام اجتماعي صارم على فئة من الأفراد كعمال السحرة أو العبيد حيث لا أمل في الحرية، ولا خلاص في المستقبل وقد وصل دوركايم إلى أن الوجود في المجتمع وشعور الفرد بتبعية له والتعاطف المعنوي المتبادل له، أثره في حدوث السلوك الانتحاري.

وقد أشار دوركايم أيضا إلى أن شعور الفرد بأنه منبوذ وأن مجتمعه قد رفضه أو وضعه على هامشه يدفعه للانتحار، وأن الشعور بالنبذ والعزلة يعد حافز فعال لتشجيع الميول الانتحارية. فقد يكون الإنسان وحيد في القرية ولكنه لا يشعر بالعزلة، وقد يكون في بيئة صاخبة في مدينة كبرى، ولكنه يشعر بالوحدة والنبذ، فالعزلة وفقا لدوركايم معنى نسبي وانفعالا لا يستشعره إلا الإنسان الذي يشعر بالوحدة.

ويرى دور كايم أن الشعور بالاغتراب هو العامل الاساسي الذي يدفع الفرد إلى الانتحار ومن هنا فإن النظرية الاجتماعية تسهم في تفسير الانتحار كأحد الحالات الفردية الذاتية، ومنذ أن صاغ إميل دوركايم نظريته الاجتماعية في الانتحار عام 1898، تتابعت الدراسات الاجتماعية في شتى المجتمعات للتحقق من صواب النظرية أو إضافة تفاصيل أخرى عليها، إلا أنها بقية العمود الفقري للنظريات الاجتماعية مثل ما بقيت نظرية فرويد هي أساس النظريات التحليلية. (المغربي، 2014، ص 240-244)

ب- النظرية السلوكية:

تذهب المدرسة السلوكية إلى أن السلوك الانتحاري يتم من خلال عملية التشريط الاجرائي، فلأفراد الذين يحاولون تدمير الذات يحصلون على تدعيم إيجابي من خلال الانتباه إليهم فيميلون إلى تكرار السلوك الانتحاري، كذلك يرى السلوكيون أن ذوي السلوك الانتحاري يقومون بتدمير الذات لكي يتخلصوا من بعض

المثيرات الانفعالية الشديدة أو المؤلمة فالانتحار يعد وسيلة للهروب من الآلام الانفعالية الغير محتملة من خلال إخفاء أو حجب المدخلات الحسية شديدة الإثارة. (المغربي، 2014، ص 227-228)

ت- النظرية المعرفية:

إن تفسير الميل للانتحار والاقدام عليه وفق هذا المنظور مستند إلى نظرية معالجة المعلومات التي تشير إلى أن الفرد عندما يتعرض إلى ضغوط نفسية، فإن تلك الاحداث يدركها الفرد على أنها جديدة وغريبة عن نظامه الادراكي الموجود أصلا، والفرد غالبا لا يكون مستعدا لمواجهة تلك الاحداث لأنها تقع خارج نطاق خبرات الإنسان المألوفة لديه فهو لا يملك الوسائل للتعامل مع تلك الاحداث وبذلك يضطرب سلوكه وتوافقه مع الآخرين ويؤدي إلى شعوره باليأس والاحباط والتفكير للتخلص من حياته، وقد أشارت دراسة (Roberts،1991) أنه بسبب ضغوط الحياة ومعاناتها أدت بهؤلاء الأفراد والذين لم يحاولوا الانتحار مسبقا إلى التفكير بالانتحار ومحاولة التخلص من حياتهم.

ويرى كيلي بأن الشخص يشعر باليأس والضجر ويرى الميل إلى الانتحار كلما أدرك بأن النظام التفسيري لا يستطيع تغطية كل الحقائق والوقائع اليومية ويعجز عن إدراك وتوقع الاحداث، وإن التفكير بالانتحار هي عمليات مقصودة ومخطط لها بأسلوب معرفي وبواسطة طرق محددة من مكان وزمان. (الجبوري، 2014، ص 13-14)

ث- نظرية التحليل النفسي:

لقد كانت أولى الأسس في بناء مدرسة التحليل النفسي افتراضها وجود غريزتين رئيسيتين في الإنسان هما: غريزة الموت وغريزة الحياة، وتلك الغريزتين في عمل ونشاط دائم والرغبة في الموت أو الانتحار هو تحقيق لتلك الغريزة الكامنة في كل نفس بشرية ويلخص سيغموند فرويد نظريته في الانتحار ويقول أن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو انفعال عدائي أخفق في التعبير عن نفسه، فانعكس على الداخل على الذات نفسها ليقتلها وأن الاكتئاب له عنصر حساس في خلق هذه الميول العدائية فالإنسان قد ينتحر وهو يرمي إلى قتل غيره أو يريد الموت وهو يعني الحياة السعيدة التي يمكن أن يعيشها.

غير أن سيغ蒙德 فرويد يشير إلى الانتحار على أنه نتيجة إخفاق دوافع الفرد العدائية نحو الفرد نفسه أي اتجاه الذات لتدميرها "القتل" وأن غرائز الموت تنشط في إطار نفسي حيث يوجه المنتحر إرادته الكاملة للقضاء على نفسه بمعنى أن الانا يكون مكتمل الوجود في عملية الانتحار الذي يكون بمنزلة تأكيد لوجود الذات التي تصدر الحكم على الذات المحكوم ضدها، إذن فقتل النفس هنا يعني قتل شخص آخر داخل هذه النفس. (المغربي، 2014، ص 223)

رغم الجهود الهامة التي بذلت في تفسير السلوك الانتحاري من قبل التيارات العلمية المختلفة، وعلى الرغم من إلقاءها على مسببات السلوك الانتحاري ومن زوايا مختلفة، إلا أن مشكلة التفسير مازالت في حاجة ملحة إلى منهج متكامل يجمع بين تلك التفسيرات المختلفة والاتجاهات المتباعدة بحيث يضيق الهوة بينهم، ويحيط المشكلة بإطار مترابط أكثر شمولاً، وخاصة أن قرار إنهاء الفرد لحياته ذاتياً ليس بالأمر الهين.

فالنظرية الاجتماعية اعتمدت في تفسيراتها على الإحصاءات الرسمية، وربطها بأحوال المجتمع وبالتالي اعتمدت في التفسير على الارتباط وهو غير كاف بطبيعة الحال للدلالة السببية.

كما أن البحوث النفسية و من واقع الدراسات الميدانية و الحالات الإكلينيكية المختلفة تستنتج أن السلوك الانتحاري ليس من اليسير فهمه من خلال تفسير واحد، أو إرجاعه إلى عامل منفرد بل هو نتاج لمجموعة العوامل المتداخلة و المتشابكة و التي من شأنها أن تدفع إلى حالة التشويش و العجز و الانهيار و اليأس الجسيم بحيث يمكن النظر إلى كل منتهر أو المحاول للانتحار على أنه حالة متفردة بذاتها من حيث الأسباب و الدوافع المؤدية إلى السلوك الانتحاري في تفاعلها مع المكونات الذاتية للفرد سواء كانت عقلية معرفية أو شخصية سلوكية أو اجتماعية بالإضافة إلى التعلم الاجتماعي الخاطئ للفعل الانتحاري كسلوك مكتسب.

6- السلوكات الانتحارية:

بحسب تعريف سمعان، لا ينظر إليه فقط كفعل نهائي يتمثل في إنهاء الحياة، بل يفهم على أنه سلسلة من عمليات الاتصال، وهي عبارة تحمل دلالة عميقة؛ إذ تشير إلى أن الانتحار ليس فعلاً معزولاً أو مفاجئاً، بل هو نتيجة لمسار تواصل طويل، قد يكون داخلياً (داخل الذات) أو خارجياً (مع المحيط الاجتماعي). هذا

المسار يشمل صراعات نفسية، إشارات استغاثة، محاولات للتعبير عن الألم، وربما رسائل غير مباشرة يرسلها الفرد إلى الآخرين من حوله. يؤكد سمعان أيضا أن هذا السلوك يتم محاولة لتدمير الذات، ما يعكس مدى الألم الداخلي الذي يعانيه الفرد، إلى درجة يدفعه إلى اتخاذ قرار جذري كهذا. الأمر اللافت في التعريف هو تأكيد أن الفعل يتم دونما تحريض من آخر، مما ينفي وجود طرف خارجي يدفع الفرد إلى الانتحار، ويجعل المسؤولية في هذا السياق نفسية داخلية بالكامل، ناتجة عن شعور باليأس أو العجز أو الاكتئاب الشديد. (مكرم سمعان، 1694، ص 62).

يشير التعريف إلى أن الفعل لا يتم بغية لقيمة اجتماعية ما، بمعنى أن الانتحار هنا لا يقصد به تحقيق مكسب اجتماعي أو نيل شرف أو تضحية من أجل قضية، كما قد يحدث في بعض أنواع الانتحار الأيديولوجي أو البطولي. بل هو فعل نابع من ألم شخصي داخلي لا يسعى من خلاله الفرد إلى اعتراف اجتماعي أو مكانة. باختصار، يرى سمعان أن السلوك الانتحاري هو عملية تواصلية تعبيرية معقدة، تمثل محاولة داخلية يائسة للخلاص من معاناة نفسية عميقة، لا تحركها دوافع خارجية ولا أهداف اجتماعية، بل تعكس صراعا داخليا يعجز الفرد عن مواجهته بوسائل أخرى. (مكرم سمعان، 1694، ص 63).

7- تشكل وتطور الأفكار الانتحارية:

تشير الأفكار الانتحارية إلى حالة ذهنية يتولد فيها لدى الفرد رغبة جادة أو نية واضحة لإنهاء حياته، وتُعد هذه الأفكار نمطا من التفكير السلبي العميق الذي قد يقود الشخص إلى الإقدام على إيذاء النفس أو الانتحار، ويؤكد المختصون أن هناك مجموعة من الأسباب والظروف والإشارات التي يمكن أن تنبئ بوجود هذه الأفكار لدى الفرد، مما يساعد على الكشف المبكر والتدخل الوقائي.

ويستخدم مصطلح التفكير بالانتحار للدلالة على شعور داخلي متنامٍ بعدم جدوى الحياة، ويتفاوت هذا التفكير من خواطر عابرة إلى خطط واقعية ومدروسة لإنهاء الحياة، وقد يصل إلى حد الانشغال الدائم بفكرة التدمير الذاتي. كما يعرف أيضا على أنه نمط من الهلوس، والأفكار القهرية، والوساوس التي تسيطر على تفكير الفرد وتدفعه نحو التفكير في إيذاء نفسه، وهو ما تمت دراسته من خلال الاستبيان المعتمد من قبل الباحثة لقياس مدى انتشار هذه الأفكار وفقاً لمتغيرات الدراسة المعنية. (المغربي، 2015، ص 32).

يعد قرار الانتحار في الغالب نتيجة لتراكمات نفسية وسلوكية ولا يحدث بشكل مفاجئ كما يعتقد البعض، بل تسبقه مجموعة من المؤشرات والإنذارات التي تمثل العلامات الإكلينيكية للميول الانتحارية. وتعتبر هذه الإشارات بمثابة منبهات خطيرة ينبغي أن تؤخذ على محمل الجد من قبل المحيطين بالشخص، سواء من أفراد الأسرة أو الأصدقاء المقربين، كونها تشير إلى أن الفرد يمر بحالة حرجة تستوجب التدخل الفوري قبل فوات الأوان. (المغربي، 2015، ص 37).

ومن بين هذه المؤشرات ما يعرف بـ "النذير الانتحاري"، وهو سلوك عفوي غير مقصود من الشخص، إلا أن طبيعته العفوية لا تنفي أنه يعكس صراعه الداخلي بين رغبته في إنهاء حياته وتعلقه بها. وتعد هذه الإيماءات بمثابة نداء استغاثة، أو محاولة غير مباشرة لطلب المساعدة، وربما تهدف للتخفيف من وقع الصدمة على من حوله، أو للفت انتباههم إلى حالته النفسية المتدهورة، وأحيانا لتحفيزهم على تغيير مواقفهم نحوه.

ورغم خصوصية كل حالة انتحارية، إلا أن هناك مجموعة من العلامات التي غالبا ما تسبق الفعل الانتحاري، مثل العدوانية، الانسحاب من الواقع عبر أحلام اليقظة، انكماش الإدراك والوعي، بالإضافة إلى التغيرات المفاجئة في السلوك، كاضطرابات النوم، الميل للعزلة، انخفاض الطاقة، الشكوى من الصداع، وتراجع القدرة على التركيز. كما تشمل هذه المؤشرات الشعور العميق بالحزن واليأس، فقدان القدرة على تغيير الظروف، جلد الذات، الرغبة في الموت، غياب الأمل، والتقلبات المزاجية الحادة.

من العلامات الأكثر تحديدا أيضا: البحث عن وسائل لإيذاء النفس، الحديث المتكرر عن الموت أو الانتحار، الإفراط في تعاطي الكحول أو المخدرات، الانفصال عن الحياة الاجتماعية والعائلية، القلق الدائم، الأرق أو قلة النوم، والشعور بانعدام الهدف من الحياة. وقد أشار الباحث رينجل سنة 1958 إلى ما يعرف بزمرة الأعراض الانتحارية التي تسبق الانتحار، وتتضمن تضيق نطاق الشعور، تصاعد العدوانية، والهروب التخيلي، وهي جميعا علامات يمكن من خلالها استباق الفعل الانتحاري وتقديم الدعم النفسي المناسب. (المغربي رينجل، 1958، ص 174).

8- المحاولات الانتحارية:

يشير هذا المفهوم إلى أي سلوك يعرض فيه الفرد حياته للخطر، سواء بشكل مباشر وواضح أو عبر تصرفات رمزية، دون أن يؤدي ذلك فعلياً إلى الموت. بالتالي، لا تقتصر المسألة على فشل في تنفيذ الانتحار، بل تشمل أيضاً حالات الأفراد الذين يحملون ميولاً انتحارية أو خاضوا بالفعل تجربة محاولة إنهاء حياتهم.

وتعرف محاولة الانتحار بأنها محاولة تهدف إلى إنهاء الحياة وتدمير الذات، دون أن تقضي فعلياً إلى الموت. كما يمكن اعتبارها سلوكاً يعكس نية صريحة لإلحاق الأذى بالنفس بطريقة تؤدي إلى الوفاة، لكنها لم تكتمل لسبب من الأسباب، سواء كان ذلك نتيجة تدخل خارجي، أو لعدم الوسيلة المستخدمة، أو لتردد داخلي لدى الشخص نفسه. فإذا نجحت المحاولة، تكون النتيجة فقدان الشخص لحياته، أما في حال فشلها، فإنها تصنف كمحاولة انتحار غير مكتملة، لكنها تبقى مؤشراً خطيراً على حالة نفسية تستوجب المساعدة والعلاج. (محمد الحجار، 1998، ص 76)

سعى العلماء إلى تفسير ظاهرة محاولة الانتحار من خلال تحديد السمات النفسية التي تميز الأفراد الذين يُقدمون على مثل هذا الفعل، معتبرين أن فهم هذه السمات يُساهم في وضع استراتيجيات علاجية ووقائية تهدف إلى تقليل أثر هذه العوامل. ومن أبرز هذه السمات:

- أولاً، الألم النفسي، إذ لا يفكر أحد في الانتحار وهو يعيش في حالة من السعادة؛ فالدافع الرئيس وراء هذا الفعل هو محاولة الهروب من معاناة نفسية شديدة، وقد تبين أن التخفيف من هذه المعاناة قد يؤدي إلى تراجع الفرد عن فكرة الانتحار.
- ثانياً، الإحباط الناتج عن عدم إشباع الحاجات النفسية، فحاجات مثل الطمأنينة، الثقة، والانتماء، تعد أساسية في حياة الإنسان، وإذا لم تشبع، فإن ذلك قد يدفع الفرد نحو التفكير في الانتحار كوسيلة للتخلص من معاناته.
- ثالثاً، البحث عن حل، إذ لا يحدث الانتحار بشكل عبثي أو بلا غاية، بل يعد استجابة لأزمة خانقة يعجز الفرد عن التعامل معها، فيلجأ إلى الانتحار باعتباره حلاً نهائياً لمشكلة يراها مستعصية.
- رابعاً، فقدان الأمل والإحساس بانعدام الدعم، حيث يشعر الفرد بالخجل، الذنب، والإحباط، ويظن أنه لا أحد قادر على مساعدته، فيقتنع نفسه بأن إنهاء حياته هو الخيار الوحيد المتاح.

- خامسا، ضيق الخيارات، فبدلا من رؤية حلول متعددة، يحصر محاول الانتحار نفسه في خيارين فقط: إما حل مثالي للمشكلة أو إنهاء الحياة، أما بقية البدائل فلا تكون حاضرة في وعيه.
- سادسا، التناقض الوجداني، حيث يعيش الشخص في صراع بين مشاعر متضادة تجاه نفسه والآخرين، وهذا التناقض يبلغ أقصاه في حالات الانتحار، إذ قد يقدم الفرد على إيذاء نفسه بشدة وفي ذات الوقت يظهر سلوكا استغاثيا يعكس رغبته في النجاة، مما يبرز حالة الصراع الداخلي الحاد التي يعيشها. (محمد الحجار، 1998، ص 78-81)

9- السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية:

تعتبر النزوعات الانتحارية ظاهرة نفسية معقدة تنشأ نتيجة تفاعل عوامل متعددة، تنصدرها السمات السيكولوجية التي تعد من المؤشرات الأساسية لقابلية الفرد للتفكير أو الإقدام على الانتحار. وفي هذا السياق، يسلط الدكتور محمد الحجار في مؤلفه الطب السلوكي المعاصر الضوء على عشر سمات نفسية ترتبط بشكل وثيق بالميول الانتحارية، مستندا إلى نتائج دراسات ميدانية معمقة. من أبرز هذه السمات:

- القلق الشديد الذي يولد حالة دائمة من التوتر والشعور بعدم الأمان.
- الاكتئاب العميق المتمثل في الحزن المستمر وفقدان الشغف بالحياة.
- الانسحاب الاجتماعي حيث يميل الفرد إلى الانعزال وقطع العلاقات الاجتماعية.
- الشعور بالذنب الذي يعزز الإحساس بعدم الاستحقاق.

كما تشمل القائمة انخفاض تقدير الذات، إذ يرى الشخص نفسه بلا قيمة، والتشاؤم الذي يجعله يتوقع الأسوأ دائما ويغلق أمامه آفاق المستقبل. يضاف إلى ذلك الاندفاعية في اتخاذ قرارات متهورة دون حساب للعواقب، والشعور بالوحدة وغياب الانتماء. إلى جانب الإحساس باليأس الذي يولد شعورا بانسداد الأفق.

وأخيرا التفكير المتكرر في الموت، وهو مؤشر واضح على انشغال الفرد بأفكار إيذاء الذات والانتحار. هذه السمات تشكل منظومة نفسية تدفع الفرد نحو دائرة الخطر، مما يستدعي تدخلا نفسيا ووقائيا عاجلا لتفادي العواقب الوخيمة. (محمد الحجار، 1998، ص 103)

الفصل الثالث:

مرحلة الشباب

فهرس الفصل:

- 1- مفهوم الشباب
- 2- خصائص مرحلة الشباب
- 3- حاجات الشباب
- 4- مشكلات الشباب
- 5- مشكلة الإدمان لدى الشباب

1- مفهوم الشباب:

أ- مفهوم الشباب في المعجم اللغوي:

في اللغة العربية، تشير كلمة "شباب" إلى الحيوية والنشاط والقوة المتدفقة، وذلك بحسب ما ورد في المعاجم العربية و"لسان العرب" لابن منظور. وتُشتق من الأصل "شَبَّ" الذي يرتبط بالحدثاء والبداية، إذ يقال إن "الشباب" هو المرحلة الأولى من عمر الإنسان التي تتسم بالقوة والنمو. كما يستخدم اللفظ للدلالة على الحدثاء والطرارة في الشيء، وتأتي جمعا بصيغ متعددة مثل: شباب، شبان، وشواب. (ابن منظور، ص 257)

ب- مفهوم الشباب اصطلاحا:

نجد لهذا المفهوم كذلك تعريفات مختلفة، لاختلاف إطارها النظري، نذكر منها ما يلي:

عرف عبد الرزاق أمقران فئة الشباب باعتبارها حالة اجتماعية يحددها الإطار المجتمعي، وتشمل جيلا يضم أفرادا متقاربين في العمر، يختلفون من حيث الجنس والخلفية الاجتماعية، لكنهم يتقاسمون المرور بمرحلة التنشئة ضمن مؤسسات اجتماعية، ويعيشون فترة تحضيرية تسبق اندماجهم الفعلي في المجتمع. (عبد الرزاق، 2008، ص 268)

وصفه محمد سيد فهمي بأنه المرحلة العمرية الممتدة من سن الخامسة عشرة حتى الثلاثين، وهي فترة تتميز بخصائص عديدة مثل الاستعداد للنمو والتعلم، والقدرة على العطاء والإبداع، إلى جانب الميل لإحداث التغيير والمساهمة في تطور المجتمع. (محمد، 2012، ص 130)

وصف عبد النصف حسن علي رشوان الشباب بأنهم يمثلون وعي المجتمع وحيويته ومحركه الأساسي، مشيرا إلى أن مرحلة الشباب تعد من أكثر مراحل العمر تأثيراً وأهمية، إذ تشكل فترة البناء الذهني والمعرفي والجسدي، وتعد زمن التحصيل والتميز والإنتاج. (رشوان، 2006، ص 3)

انطلاقاً من التعريفات السابقة، يُمكن اعتبار الشباب مفهوماً اجتماعياً يجسد من خلال الدور البارز والمكانة المتميزة التي يشغلها الأفراد في هذه المرحلة ضمن النسيج المجتمعي عبر مختلف الثقافات. وتنعكس

هذه المكانة في مجموعة من السمات التي سيتم التطرق إليها لاحقاً. بالإضافة إلى ذلك، تعد مرحلة الشباب فترة انتقالية تقع بين الطفولة والنضج، تتميز بخصوصيتها من حيث النمو والتطور.

2- خصائص مرحلة الشباب:

تُعد مرحلة الشباب فترة تحول حاسمة في مسار حياة الإنسان، حيث يبدأ الفرد في الانتقال من الاتكال على الآخرين نحو تحقيق نوع من الاستقلال الذاتي، ولو بشكل جزئي. وتشهد هذه المرحلة اكتمالا في النمو الجسدي، والعقلي، والعاطفي. فعلى الصعيد البدني، تظهر تغيرات واضحة في ملامح الجسم، إذ تختفي النعومة واللامح الطفولية لتحل محلها السمات الجسدية الأكثر خشونة نتيجة لتفاوت نسب نمو الأعضاء والأطراف. كما يُسجل نمو عضليا يسبق تطور العظام، ما يسبب شعورا بآلام عظمية، إلى جانب ازدياد حجم القلب الذي يؤدي إلى ارتفاع في ضغط الدم وزيادة قوة الشرايين، وغالبا ما يصاحب ذلك أعراض مثل الصداع والتعب. ويطرأ كذلك اتساع في حجم المعدة، مما يؤدي إلى ارتفاع ملحوظ في شهية الطعام. وبالتوازي مع هذه التحولات، تظهر الصفات الجنسية الأولية والثانوية، حيث تتضج الوظائف التناسلية لدى الشباب من خلال بدء الحيض لدى الإناث، وقدرة الذكور على القذف.

تعد مرحلة الشباب من أكثر الفترات العمرية التي تتسم بالتوتر والقلق، إذ يواجه خلالها الفرد العديد من التحديات التي لا تقتصر عليه فقط، بل تمتد لتشمل أسرته والمجتمع بأكمله. فبالمقارنة مع المرحلة السابقة التي تميزت بنمو متوازن واستقرار انفعالي نسبي، يدخل الشاب في هذه المرحلة في حالة من الاضطراب وعدم التوازن، حيث يصعب التنبؤ بسلوكياته. ويغلب على تصرفاته ميل للتمرد، مقرون بحساسية مفرطة خاصة في تعامله مع الأشخاص الأكبر سنا.

يتبين لنا أن قضايا الشباب لا يمكن تعميمها باعتبارها مشكلة اجتماعية على جميع المجتمعات والثقافات الإنسانية، إذ إن طبيعة الثقافة السائدة وأساليب التنشئة الاجتماعية داخل كل مجتمع هي التي تحدد شكل الإحساس بالمشاكل المرتبطة بمرحلة البلوغ والدخول إلى عالم الشباب. ونتيجة للتحولات الجسدية، الجنسية، والعقلية التي يمر بها الفرد في هذه المرحلة، تنشأ لديه احتياجات جديدة تعبر عن انتقاله إلى هوية مغايرة عما كان عليه سابقا، بل ومتميزة أيضاً عن أقرانه في بعض الجوانب. هذا التغير يدفع الشاب إلى

البحث عن ذاته وعن موقعه داخل المجتمع بشكل متزايد، وهو ما قد يُنظر إليه بوصفه إشكالا اجتماعيا، كما أشار إلى ذلك سايمون فريث في كتابه "اتجاهات جديدة في علم الاجتماع." (فريث، 2001، ص 41)

ويرى سايمون فريث أن السبب في اعتبار قضايا الشباب مشكلة اجتماعية يعود إلى ارتباط هذه الفئة بجملة من الأزمات والاضطرابات داخل البنية الاجتماعية. وتبلغ أزمة الشباب ذروتها لدى من يمرون بنضج جسدي وجنسي مبكر دون أن يرافقه تطور مواز على المستوى العقلي والاجتماعي، ما يؤدي إلى حالة من عدم التوازن. فهؤلاء الأفراد غالبا ما يشعرون بالاغتراب عن أقرانهم، ويميلون للانضمام إلى فئة الراشدين التي غالبا ما لا تتقبلهم بسهولة، مما يعمق لديهم مشاعر الرفض والانعزال. وتتعرض هذه الوضعية على حالتهم النفسية، فتظهر لديهم أعراض سلبية مثل التوتر، وانعدام الثقة بالنفس، والخوف من المستقبل، والنقلب المزاجي. وتعد أزمة الهوية من أبرز الإشكالات التي تواجههم، نتيجة صعوبة إدراكهم لذواتهم الجديدة وفهم الآخرين من حولهم. وبالاستناد إلى التراث العلمي في التعامل مع الشباب والمراهق يمكن تقسيم مرحلة الشباب بخصائصها النوعية إلى مرحلتين حتى سن الثلاثين إلى:

أ- المرحلة من 13 إلى 18 سنة (مرحلة المراهقة):

إضافة إلى ما تم ذكره سابقا، تتميز مرحلة الشباب ببلوغ يتزامن مع النمو البدني، إلا أن هذا النمو لا يكون متسقاً بين جميع أجزاء الجسم. على سبيل المثال، يعاني المراهق من اضطرابات في التوافق العضلي، مما يؤدي إلى صعوبة في التكيف مع التغيرات الجسدية التي يمر بها. لكن من أبرز خصائص هذه المرحلة هو نمو الأعضاء التناسلية وظهور السمات الجنسية الثانوية، وهو ما قد يؤدي إلى شعور بالمزيد من الضعف بدلاً من القوة. عمومًا، تؤدي التغيرات الجسدية إلى تعزيز صورة المراهق عن نفسه، مما ينعكس في اضطرابات نفسية وانفعالية مثل القلق، التوتر، والخجل، إضافة إلى شعور داخلي بعدم القدرة على فهم الذات، مما يصعب عليه بناء علاقات اجتماعية متينة، حيث يواجه صعوبة في تفسير خصائص المرحلة العمرية التي يمر بها.

من الناحية العقلية، تتميز مرحلة المراهقة بزيادة اليقظة العقلية وتوسع الخيال، إذ يسعى المراهق إلى التحرر العقلي ويميل إلى الحصول على معلومات دقيقة من مصادر موثوقة. كما يظهر لديه نزعة تساؤلية

وشكوكية تجاه معظم ما يعتقد، وهذه الممارسات العقلية تكشف عن طريقة تفكير المراهق المستقبلية. وتتميز هذه المرحلة أيضاً بالفضول وحب الاستكشاف والمغامرة، إضافة إلى روح الدعابة والحيوية.

أما من الناحية النفسية، فإن هذه المرحلة تشهد اضطرابات نفسية نتيجة للخصائص الجنسية التي تميزها. ففي المرحلة السابقة، كان الطفل قد وصل إلى نوع من التوازن بين دوافعه ورغباته الفردية، حيث كان يدرك ما يجب فعله وما لا يجب فعله. لكن مع بداية المراهقة، تظهر السمات الجنسية الثانوية، مما يؤدي إلى اضطراب نفسي يحتاج المراهق من خلاله إلى إعادة التكيف وتحقيق توازن جديد بين دوافعه النفسية وبين ما ينبغي عليه فعله لإشباع هذه الدوافع. (فهيم، 2007، ص 98)

ب- المرحلة من 18 إلى 30 سنة (مرحلة النضج):

تختلف فترة الشباب عن المرحلة السابقة في العديد من الجوانب، حيث تعتبر فترة انتقالية أو مرحلة عبور في تطور شخصية الشاب. تتميز هذه المرحلة بأن بعض خصائص شخصية الشاب تشبه مرحلة المراهقة، بينما تطابق بعض جوانبها الشخصية الناضجة. النمو الجسدي والعقلي والنفسي في هذه الفترة هو نتاج التجارب والتفاعلات وآليات النمو التي مر بها الشاب في المراحل السابقة من حياته. بناء على ذلك، تنسم هذه المرحلة باختلافات كبيرة بين الأفراد في مستويات نموهم الاجتماعي والنفسي والعقلي والبدني.

على الصعيد الجسمي، تستمر هذه المرحلة حتى بلوغ النضج الكامل، أما على الصعيد الاجتماعي، يواجه الشاب تحديات مهمة، أبرزها اتخاذ قرارات مصيرية تتعلق بمستقبله مثل مواصلة الدراسة، العمل، والزواج، مما يجعل الشاب في حاجة إلى الإرشاد والتوجيه خلال هذه الفترة الحرجة.

في هذه المرحلة، يكون الشاب قد وصل إلى أقصى درجات النضج البدني والعقلي والاجتماعي، ويستمر في التقدم بناءً على هذا النضج، مما يجعل النجاح رهناً بمدى تطوره. إلا أن العديد من الشباب قد يواجهون صعوبة في التعامل مع التحديات التي تعترضهم، خاصة تلك المتعلقة بالضغوط المالية والنفسية، وهو ما يتطلب منهم مواجهة هذه التحديات استناداً إلى الخبرات والتجارب الاجتماعية والنفسية التي اكتسبوها.

كما أن هذه الفترة تعتبر حاسمة من حيث المسؤولية الاجتماعية، حيث يصبح الشاب مسؤولاً عن مواصلة دراسته، وظيفته، وأحياناً عن جزء من مسؤوليات الأسرة. بالإضافة إلى ذلك، يسعى الشاب إلى إيجاد

حلول للمشاكل الاجتماعية والسياسية التي تؤثر بشكل مباشر على حياته الشخصية ومستقبله الاجتماعي والمالي. ولم تكتف الدراسات الاجتماعية والنفسية بوصف مرحلة الشباب على هذا النحو فقط بل تقاطعت في مجموعة من الخصائص والمواصفات لهذه المرحلة على النحو التالي:

- **الاندفاع والانفعال:** يميز الشباب في هذه المرحلة العمرية الاندفاع الشديد وفقدان القدرة على التحكم في العواطف والانفعالات في العديد من المواقف الاجتماعية. هذا الاندفاع يفرض على المجتمع ومؤسسات التنشئة الاجتماعية تجديد الضوابط الاجتماعية التي توجه مشاعر الشاب داخل أي نظام اجتماعي، لضمان استقرار التفاعل الاجتماعي.
- **نزعة الاستقلالية والتمرد:** خلال هذه المرحلة، يركز الشاب بشكل أكبر على التفاعل مع النظام الاجتماعي بكل تعقيداته وتناقضاته. لذا، يرى الباحثون في موضوع الشباب أن هاتين الصفتين (الاستقلالية والتمرد) تشكلان جزءاً أساسياً من شخصية الشاب المستقبلية.
- **التجديد والرغبة في التغيير:** يمتاز الشباب بطابع التجديد ورغبة قوية في إحداث التغيير، مما يعزز مشاركتهم وابتكارهم في مختلف المجالات. هذه الطاقة والحيوية التي تتمتع بها هذه الفئة تجعلها مصدراً رئيسياً للتغيير الاجتماعي.
- **المثالية:** يغلب على تفكير الشباب الطابع المثالي الذي يبتعد عن تعقيدات الواقع، ما يجعلهم في حاجة إلى قدوة ومثال يحتذون به. في هذه المرحلة، تصبح المرافقة والتوجيه السلوكي ضرورة اجتماعية، مما يساعد على توجيه هذه الفئة بعيداً عن التطرف.
- **النزعة الإصلاحية:** تتجلى هذه الصفة كامتداد للطابع المثالي، حيث يلعب الشباب دوراً كبيراً في فرض الإصلاحات والمشاركة في الحركات الاجتماعية. فهم يسعون بشكل جاد لإحداث التغيير الإيجابي في مجتمعاتهم.

مما سبق يتضح أن الشباب كمرحلة عمرية وكفئة اجتماعية لها خصائص نفسية وعقلية واجتماعية، الحتمية التي تفرض على الدارس والباحث في هذا الموضوع مراعاة الخصائص الآتية الذكر.

3- حاجات الشباب:

يمكن تقسيم حاجات الشباب إلى ثلاث حاجات رئيسية:

- الحاجات الفسيولوجية العضوية: هذه الحاجات تتبع من طبيعة التكوين الجسمي للشباب وتحتاج إلى تلبية لنمو الجسم وتوازنه وصحته، مثل الحاجة إلى الطعام، الهواء، والنوم.
- الحاجات النفسية: ترتبط بتنظيم الفرد النفسي، حيث يتطلب إرضاؤها لتكامل شخصيته وتحقيق توازنه النفسي.
- الحاجات الاجتماعية: تركز على قبول الشاب في مجتمع الراشدين ومنحه الحب والفرص لتأكيد ذاته من خلال عمل مهم يساهم فيه. (صادقي فاطيمة، 2006، ص 70)

أما برايتبل (Brightble) فقد حدد حاجات الشباب كما يلي:

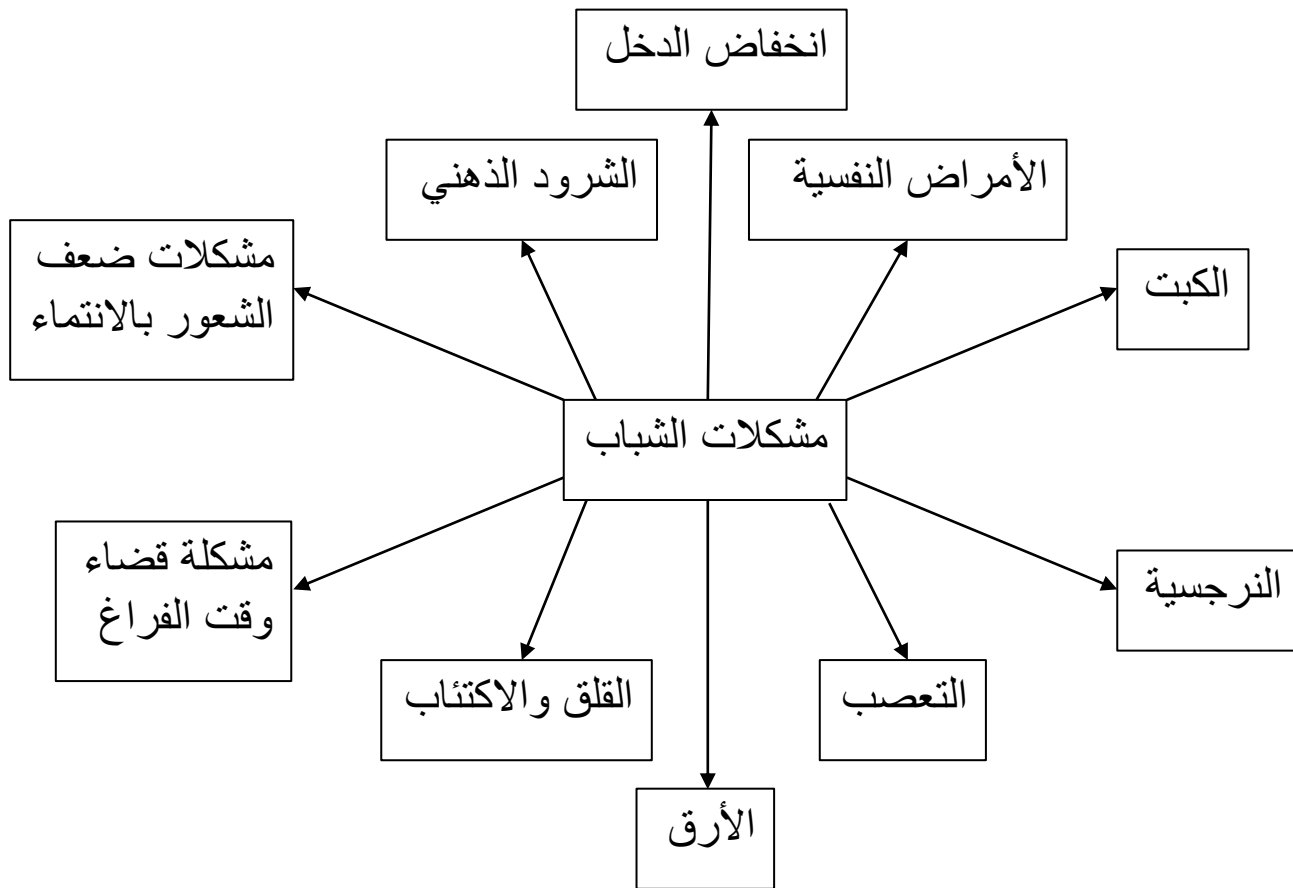
- الحاجة إلى التعبير الابتكاري: رغبة الشباب في إظهار إبداعاتهم وأفكارهم بشكل جديد وغير تقليدي.
- الحاجة إلى الانتماء: السعي للانتماء إلى مجموعة أو جماعة تشعرهم بالتواصل والتفاهم.
- الحاجة إلى المنافسة: الرغبة في التحدي وتحقيق التفوق مقارنة بالآخرين.
- الحاجة إلى خدمة الآخرين: الميل إلى المشاركة في أعمال مفيدة تساهم في المجتمع وتخدم الآخرين.
- الحاجة إلى الحركة والنشاط: تفضيل الأنشطة البدنية والحركة التي تعزز الحماس والطاقة.
- الحاجة إلى الشعور بالأهمية: البحث عن تقدير الذات والشعور بأنهم ذوو قيمة في المجتمع.
- الحاجة إلى خبرات جديدة والشعور بالمخاطرة: رغبة في اكتساب تجارب جديدة تحمل معها تحديات ومخاطر. (فهيم محمد سيد، 2013، ص 159)

4- مشكلات الشباب:

تعتبر قضايا الشباب في مختلف جوانبها من العوامل الرئيسية التي تساهم في انحرافهم، حيث ينتج عن هذه القضايا حالة من التوتر بين الفرد وذاته ومجمعه. ويعد الانحراف بمثابة تعبير عن هذا التوتر، إذ يعكس عدم التوافق بين هذه الجوانب. من أبرز المشكلات التي يواجهها الشباب نذكر:

أ- **المشكلات النفسية:** تعد هذه المشكلات من أبرز ما يعاني منه الشباب، خاصة تلك التي ترتبط بمشاعر القلق والخوف والتردد عند مواجهة المواقف المختلفة أو التفاعل مع الآخرين. كما قد يواجه بعض الشباب شعوراً بالنبذ والرفض، ما يترتب عليه شعور بالكراهية وفقدان الإحساس بالقبول. كما أن الشباب الذين لا تتوفر لهم حاجاتهم في هذه المرحلة الحرجة يشعرون بالذنب وومضات من تأنيب الضمير.

لخص (عيسوي، 2004) بعض مشكلات الشباب ويوضحها في الشكل التالي:



ب- **المشكلات المعرفية:** يواجه الشباب العديد من المشكلات المعرفية التي تتعلق بكيفية فهم احتياجاتهم ومتطلباتهم وكيفية تلبيتها. من أهم هذه المشكلات:

- نقص المعرفة حول ماهية الاحتياجات التي تؤدي إلى صعوبة في اتخاذ القرارات السليمة، مما يعوق قدرتهم على الاندماج والتفاعل الاجتماعي بشكل فعال.

- اختلاف بين الطموحات والإمكانات المادية والاجتماعية، ما يؤدي إلى الشعور بالعزلة الاجتماعية، وهذا يساهم في ظهور نتائج سلبية مثل الانخراط في السلوكيات المنحرفة.
- غياب الوضوح بشأن مشروعاتهم الشخصية، إلى جانب عدم الفهم الكامل لاحتياجاتهم الحقيقية.
- افتقار بعض الشباب إلى المقومات المعرفية والثقافية الأساسية، مما يعرقل تكوين هويتهم الاجتماعية ويؤدي إلى سلوكيات معاكسة للمجتمع.

ت- المشكلات الاقتصادية: ترتبط هذه المشكلات بالظروف الاقتصادية التي يواجهها الشباب، سواء من ناحية الاحتياجات المادية أو الحرمان، مما يؤدي إلى صعوبة في تلبية متطلبات الحياة اليومية. هذا العجز قد يؤدي بدوره إلى انحرافات اجتماعية واقتصادية. كما أن الحياة المترفة، خاصة في حالة ضعف الوازع الديني أو وجود رفقاء السوء، يمكن أن تساهم في إضعاف القيم الأخلاقية لدى الشباب.

ث- المشكلات الدينية: يعاني بعض الشباب من ضبابية في مسائلهم الدينية، مثل حاجتهم إلى التوجيه فيما يتعلق بمعتقداتهم أو الشكوك التي قد تراوهم حول دينهم. كما يعانون من ضعف في ممارسة الشعائر الدينية، والابتعاد عن المبادئ الدينية الأساسية. هذا الصراع بين التمسك بالقيم الدينية والتحرر منها يخلق لهم شعوراً بالذنب وتأنيب الضمير، مما يثير القلق حول مسألة التعصب الديني.

ج- المشكلات الاجتماعية: تتعلق هذه المشكلات بظروف الشباب الاجتماعية التي تنشأ غالباً نتيجة لعدم قدرتهم على التكيف مع محيطهم. ومن بين أبرز هذه المشكلات:

- سلوكيات منحرفة مثل العدوان والإدمان على المخدرات والكحول.
- تفكك الروابط الأسرية والنزاعات العائلية، وفقدان أحد الوالدين أو كليهما، مما يؤثر على قدرة الشاب على إقامة علاقات اجتماعية صحية.
- تأثر الشباب برفقاء السوء، مما يؤدي إلى سلوكيات سلبية وتأثيرات ضارة على حياتهم الشخصية.
- قسوة الوالدين أو تفضيل أحد الأبناء على الآخر، أو الإفراط في تدليل الأبناء أو ضعف القيادة الأسرية، مما يولد مشاعر الكراهية والتسلط أو الشعور بالتفوق غير الصحي بين الشباب. (عبد الرحيم خديجة،

2022، ص 139-142)

5- مشكلة الإدمان لدى الشباب:

يتصور البعض أن الإدمان يقتصر فقط على الأشخاص الذين اعتادوا استهلاك المواد المحظورة مثل الكحول، المخدرات، أو العقاقير، غير أن التحولات الاجتماعية التي شهدتها المجتمعات دون استثناء أفرزت أنماطاً جديدة من الإدمان لم تعد تقتصر على المواد، بل باتت تشمل سلوكيات وممارسات تتطلب الدراسة والاهتمام. ويقصد بالإدمان في اللغة الاستمرار في التعلق بشيء معين أو الاعتماد المتواصل عليه، أما من الناحية الاصطلاحية، فقد تبين أن تأثير المواد المخدرة لا يقتصر على الاستخدام المنتظم مع مرور الوقت، بل يتطور إلى درجة يصبح فيها الجسم معتمداً كلياً على هذه المادة لأداء وظائفه الحيوية، بحيث يعاني المتعاطي من اضطرابات جسدية وآلام حادة عند التوقف عن التعاطي، وهو ما قد يفوق قدرة الشخص على التحمل. (كمال، حافظ، 2009، ص 87)

من بين أشكال الإدمان غير التقليدية التي أصبحت واسعة الانتشار في العديد من المجتمعات، لا سيما تلك التي يزداد فيها الاعتماد على الوسائل التكنولوجية الحديثة، كالمجتمع الجزائري، خصوصاً بين فئة الشباب، نجد أنواعاً جديدة تضاف إلى التصنيفات المعروفة للإدمان. ومن أبرزها الإدمان على استخدام الإنترنت، والانشغال المفرط بألعاب الفيديو، وكذلك هوس التسوق. إلى جانب هذه الأنواع المستحدثة، لا تزال الأشكال الكلاسيكية للإدمان قائمة وتشمل:

- الإدمان على المشروبات الكحولية والخمور.
- الإدمان على المواد المخدرة.
- الإدمان الرقمي (الإنترنت).
- الإدمان على ألعاب الفيديو.
- الإدمان السلوكي المرتبط بالتسوق.

أ- إدمان المخدرات:

إلى جانب الاعتماد المفرط على الإنترنت وألعاب الفيديو، يواجه الشباب تحدياً أكثر تعقيداً يتمثل في إدمان الكحول والخمور والمواد المخدرة بمختلف أشكالها. وتشير التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة

العالمية (OMS) إلى أن عدد المدمنين على المخدرات في الدول العربية قد بلغ حوالي عشرة ملايين شخص، مع توقعات بزيادة هذا الرقم في المستقبل القريب. ويعزى هذا الارتفاع إلى عوامل متعددة، من بينها تزايد عدد مستهلكي هذه المواد السامة، انخفاض أسعارها، بالإضافة إلى تفشي البطالة، والإحباط الذي يعاني منه عدد كبير من الشباب في المجتمعات العربية.

(<http://repository.nauss.edu.sa/handle/123456789/56066>)

في الجزائر، تسود حالة من التباين الواضح في الإحصائيات المتعلقة بتعاطي وإدمان المخدرات بين صفوف الشباب، ما يشبه "حرب أرقام" بين مختلف الهيئات والمؤسسات. فبحسب ما أعلنه الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، يُقدّر عدد المدمنين والمستهلكين بحوالي 300 ألف شخص. في المقابل، تشير أرقام المنظمة الوطنية لرعاية الشباب إلى وجود نحو 350 ألف مدمن، بينما ذهبت الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث إلى تقدير أعلى بكثير، حيث قدرت عدد المدمنين والمستهلكين بحوالي مليون شخص. أما المركز الوطني للدراسات والتحليل حول السكان والتنمية، فقد أحصى 180 ألف مدمن على المخدرات و300 ألف مستهلك، وهو ما يعكس حجم التفاوت في التقديرات وي طرح تساؤلات جدية حول مدى دقة أدوات الرصد والإحصاء في هذا المجال. (<http://www.echoroukonlin.com/ara/articles/188799.html>)

أوضح رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث أن حوالي 8% من الشباب الجزائري يتعاطون المخدرات، مشيراً إلى أن عدد المتعاطين ضمن الفئة العمرية ما بين 18 و35 سنة يُقدّر بنحو مليون شاب، وفقاً لتقديرات الهيئة. هذا الرقم يعكس اتساع رقعة الظاهرة في صفوف الفئة الشبابية، ويبرز حجم التحدي الذي يواجهه المجتمع الجزائري في مجال الوقاية ومكافحة آفة الإدمان.

(<http://www.djazairess.com/alseyassi/12398>)

أشار الباحث مصطفى خياطي في دراسة أجريت سنة 2012 إلى أن ما يقارب 25 ألف شاب جزائري يقعون في السجون بسبب قضايا متعلقة بالمخدرات، ما يعكس حجم الخطر الحقيقي الذي تمثله هذه الظاهرة في أوساط الشباب، خاصة في ظل تراجع الوازع الديني، وتفشي البطالة، وغياب البدائل الملائمة لشغل أوقات الفراغ. كما أوضح الباحث أن الإدمان لم يعد مقتصرًا على الذكور فقط، بل أصبح يمتد إلى الإناث، خصوصاً في المدن الكبرى، حيث تم تسجيل أن 15% من المدمنات لا تتجاوز أعمارهن 22 سنة، إضافة

إلى أن 30% من المدمنين هم من فئة الشباب دون سن 25 سنة. وخلص في نهاية تقريره إلى أن العدد الإجمالي لمستهلكي المخدرات في الجزائر يقدر بمليون شخص، من بينهم 300 ألف مدمن.

وتضاف هذه الإحصائيات إلى واقع مدمني الخمر والكحول والمهلوسات، بما تحمله من تبعات نفسية واجتماعية خطيرة، نذكر منها:

- الآثار النفسية: تتجلى في تدهور الوظائف العقلية والعاطفية مثل ضعف الإدراك، وقلة التركيز، والارتباك الذهني، والخلط الزمني والمكاني، إضافة إلى تراجع القدرة على التمييز والحكم السليم، مما ينعكس سلباً على قدرة المدمن في التفاعل مع محيطه.
- الاضطرابات الانفعالية: يعاني المدمن من تقلبات مزاجية حادة تتراوح بين النشوة الحادة والاكتئاب العميق، الأمر الذي يؤدي إلى اختلال التوازن النفسي وعدم القدرة على التوافق مع الذات والآخرين، ناهيك عن الخلل الذي يلحق بالجهاز العصبي نتيجة التعاطي المتكرر.
- الإحباط واليأس: يفقد المدمن الرغبة في الحياة، ويغلب عليه الشعور السلبي والإحباط تجاه الحاضر والمستقبل، مما يعمق من أزمته ويزيد من احتمالات انجرافه نحو سلوكيات مدمرة.

ب- المخاطر والآثار الاجتماعية:

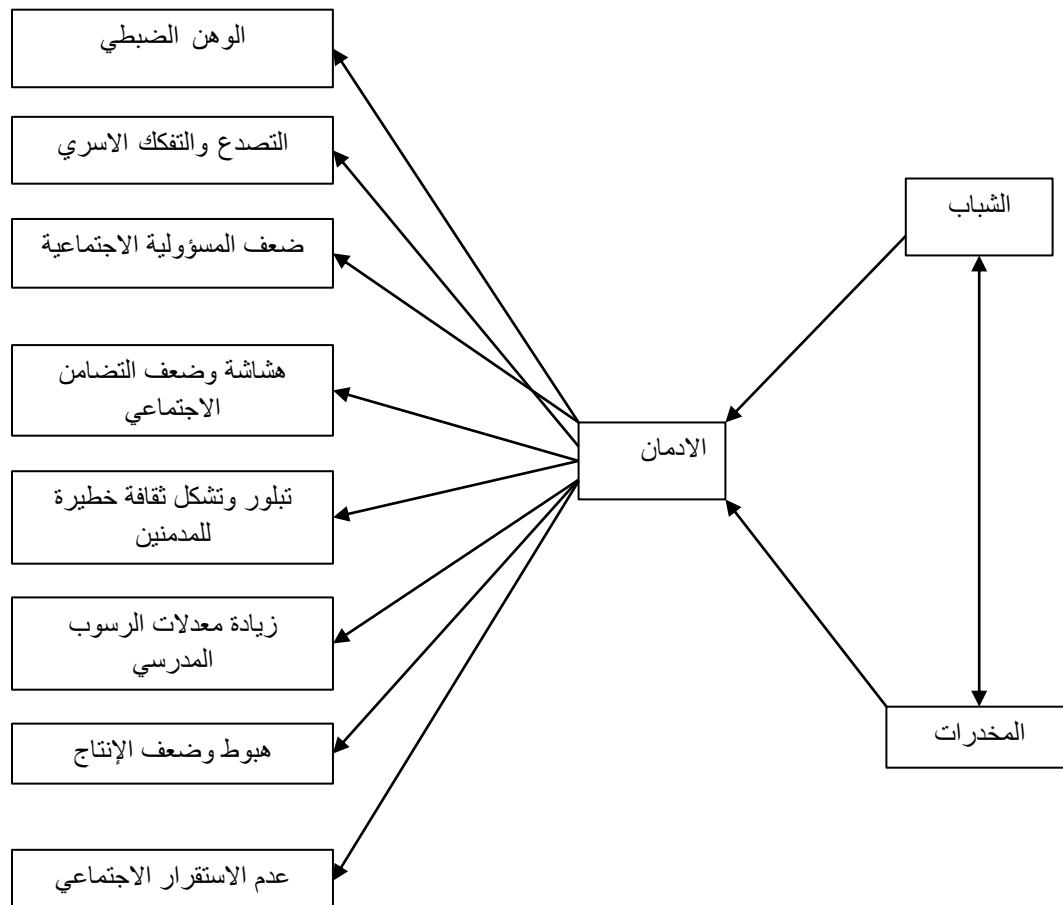
- ضعف التكيف الاجتماعي، إذ يعاني الشاب المدمن من صعوبة في الانخراط والتفاعل الإيجابي مع المحيط الاجتماعي، ما يؤدي إلى تدهور علاقاته مع مختلف الفئات والمستويات داخل المجتمع.
- الوصم والرفض الاجتماعي، حيث يتعرض المدمن لنظرة سلبية من المجتمع، قد تصل إلى حدود التهميش والنبذ، مما يعمق شعوره بالعزلة ويزيد من تفاقم حالته النفسية والاجتماعية.
- فشل في الحياة الأسرية، إذ يواجه المدمن صعوبة في بناء علاقات أسرية متوازنة، ويكون غالباً عاجزاً عن تحمل مسؤوليات الزواج وتربية الأبناء بسبب تأثير الإدمان.
- الانجراف نحو السلوك الإجرامي، حيث تزداد لدى المدمن النزعة لارتكاب الجرائم والانضمام إلى جماعات منحرفة أو عصابات إجرامية، ما يساهم في زعزعة الاستقرار الاجتماعي ورفع معدلات الجريمة والانحراف.

ت- المخاطر والآثار الاقتصادية:

- توقف دورة حياة الشاب لعجزه عن العمل ووجوده في مراكز العلاج أو في السجون أو عضوا في فئة المتعاطين أو المتاجرين في المخدرات.
- استنزاف وهدر الثروة البشرية والذي يأتي من تدهور أو تناقص في اسهام المتعاطين والمدمنين في العملية الإنتاجية في مجموعها، وأهم مظاهر هذا التدهور والهدر عدم الانتظام والمواظبة في العمل وذلك بسبب اختلال ارتباطاتهم بجميع مواقيت العمل وصولا إلى التغيب بسبب سوء لصحة والتمارض الذي يتميز به الشاب المدمن.
- تناقص انتاجية المتعاطي ومعنى انتاجية المتعاطي مقدار ما ينتجه الشخص خلال وحدة زمنية معينة (ساعة، يوم، أسبوع، شهر...). (عباسي، 2015، ص 165-167)

ويمكن تلخيص ثلوث الظاهرة أو مشكلة الادمان لدى الشباب كما يلي ويمكن تلخيص ثلوث ظاهرة أو

مشكلة الإدمان لدى الشباب كما يلي: (<http://repository.nauss.edu.sa/handle/123456789/56066>)



الفصل الرابع: تعاطي المخدرات

فهرس الفصل:

- 1- مفهوم التعاطي
- 2- تعريف المخدرات
- 3- الاسباب التي تؤدي الى تعاطي المخدرات
- 4- مراحل الادمان على تعاطي المخدرات
- 5- أنواع المخدرات
- 6- النظريات المفسرة للإدمان على تعاطي
المخدرات
- 7- كيفية التعرف على متعاطي المخدرات
- 8- معايير تشخيص وتصنيف الاعتماد على
المخدرات
- 9- العلاقة بين الادمان والانتحار

1- مفهوم التعاطي:

يشيع بين كثير من الكتاب العرب ان يستخدموا في هذا الصدد تعبير " سوء استعمال المخدرات" وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الانجليزية "abuse" ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك فقد ورد في لسان العرب لابن منظور ما نصه والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء ولكنه تعاطى مخدر.

ويشار بالمصطلح الى تناول المنكر لمادة نفسية بحيث تؤدي اثارها الى الاضرار بمتعاطيها او ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على التعاطي. (سويف، 1996، ص 24)

وقد ينجم عن التعاطي الاعتماد النفسي و الجسدي او كلاهما معا على المادة المعاطاة وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الاعتماد بانه: حالة من التسمم الدوري او المزمّن الضار للفرد والمجتمع وينشأ بسبب الاستعمال للعقار الطبيعي او المصنّع ويتصف بقدرته على احداث رغبة او حاجة ملحة لا يمكن قهرها او مقاومتها للاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه باي وسيلة ممكنة لتجنب الاثار المزعجة المترتبة على عدم توفره كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة ويسبب حالة من الاعتماد النفسي او العضوي على العقار وقد يدمن المتعاطي على اكثر من مادة واحدة. (عرموش، 1996، ص 24)

توجد صورتان للاعتماد:

الاولى: الاعتماد الجسدي: وهو تأثير كيميائي للعقار المخدر على خلايا الجسم وعلى الجهاز العصبي بحيث تعتاد هذه الخلايا العيش مع العقار بصورة لا يستطيع الجسم ان يؤدي وظائفه بشكل سوي دون تناوله هذا ويؤدي الاعتماد الجسدي الى احداث تغيرات عضوية في الجسم تكون مصحوبة برغبة ملحة في زيادة جرعة العقار، وتظهر اعراض جسدية عند الانقطاع المفاجئ عن تناول العقار تسمى الاعراض الانسحابية. (عطيات، 2000، ص 15)

كما يشير (علي، 2022، ص 521) ان الاعتماد الجسدي ناتج عن تعود اعضاء الجسم على تناول مادة معينة وهذا أخطر انواع الاعتماد لأنه يجد صاحبه على الحصول على المخدر من دون وعي منه ولا تفكير والحاح جسمه في طلب المخدر قد يؤدي الى ارتكاب جرائم اخرى في سبيل توفير المخدر.

الثانية: الاعتماد النفسي: وهو تفاعل عاطفي مع تأثير العقار بحيث يحب الانسان ان يمارس تأثيره مرة اخرى ويشعر بضيق شديد لدى الانقطاع عنه حيث يشعر المتعاطي بضرورة الاحتفاظ بحالة نفسية مثلى تأتي له من جراء تعاطي العقار المخدر. (عطيات، 2000، ص 16)

اي تعود نفسي على شيء ما كالتعود على التدخين ومن اعراضه الشعور بفقدان شيء ما او حنين الى شيء والرغبة في الهروب من الواقع لعدم امكانية التكيف معه. (علي، 2022، ص 521)

2- تعريف المخدرات:

أ- المخدرات لغة:

مشتقة من الخدر وهو ستر يمد للجارية من حيث البيت والمخدر والخدر الظلمة والخدر الظلمة الشديدة والخادر الكسلان والخدر من الشراب والدواء فتور يعتري الشارب وضعف.

ب- اصطلاحا:

المادة التي يؤدي تعاطيها الى حالة تخدير كلي او جزئي مع فقد الوعي او دونه وتعطي هذه المادة شعورا كاذبا بالنشوة والسعادة مع الهروب من عالم الواقع الى عالم الخيال.

هي كل مادة خام او مستحضرة تحتوي على جواهر منبهة او مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الاعراض الطبية والصناعية الموجهة ان تؤدي الى حالة من التعود والادمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسميا ونفسيا واجتماعيا. (ابو علي، 2003، ص 21)

ت- التعريف العلمي للمخدرات:

هي كل العقاقير المستخلصة من النباتات او الحيوانات او مشتقاتها او مركب من المركبات الكيميائية او المشروبات الكحولية التي تؤثر سلبا او ايجابا على الكائن الحب بالإضافة الى الادوية الممنوعة وادوية العلاج المسموحة وهذه العقاقير تغير حالة الانسان المزاجية ويعتمد عليها الانسان في حياته بسبب خاصيتها المخدرة وليس بسبب ضرورة علاج المرضى الذي يستوجب تعزيز استعمال دواء محدد كمرضى السكري وادوية حفظ الضغط الدموي وهذه المواد قد تكون مهلوسة او منبهة للأعصاب مثل الكوكايين او مثبطة لها

مثل الباربيورات (المنومات و الأفيون و مشتقاته) وهي تسكن الالم او تلغيه نهائيا وتسبب النعاس او النوم او غياب الوعي او النشاط. (نادية اسماعيلي، 2012، ص 34)

3- الاسباب التي تؤدي الى تعاطي المخدرات:

أ- الاسباب النفسية:

- **الاكتئاب:** يشكل مرض الاكتئاب في العالم غالبية زوار العيادات النفسية كما تشير احصائيات منظمة الصحة العالمية O.M.S الى ان 3% من سكان العالم يصابون بالاكتئاب وهذا يعني ان هناك اكثر من 140 مليون من المكتئبين في العالم والاكتئاب هو الحالة التي يشعر فيها الفرد بالحزن الشديد والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي وضعف الاهتمام بالأمر الشخصية والاجتماعية وكره للحياة وافكار انتحارية احيانا ومن هنا فان الشخصية المكتئبة غالبا ما تلجأ الى المخدرات ظنا من صاحبها انها تعينه على الاحساس بالذات والقوة وبتقبل الجماعة والتغلب على الافكار التسبب له الضيق. (المشرف الجوادي، 2014، ص 91-92)
- **شخصية المدمن:** يرجع الكثير من الباحثين اسباب الادمان الى سمات تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها فالإنسان يحتاج الى القيم الاجتماعية والمبادئ الاخلاقية والمتعقدات الدينية بقدر حاجته الى الطعام والشراب والهواء فهو يحتاج الى ان يشعر بوجوده ككائن وبقيمته في المجتمع لما يحتاج الحرية والى هوية ينتسب اليها لان الانسان بحاجة الى الانتماء الى شيء محدد فهو ان لم ينتم الى شيء فهو لا شيء كما يحتاج الى وجود سلطة تضبط تصرفاته وترشده الى ما فيه خير ومنفعة وهدوء واستقرار.

ويرجع العلماء فشل الانسان وفشل المجتمع كله الى وجود خلل واضطراب في بنية المجتمع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية و التعليمية وهذا الفشل و خاصة عند الشباب يسبب شعورا بالعجز والسخط والتوتر والقلق والالم والانتقاص من قيمة وقدر الانسان مما يدفع المرء الى السخط على مجتمعه والتمرد عليه وعلى مبادئه وهكذا يلجأ الفرد او المجموعة الى الاساليب التي تخفف عنهم شعورهم بالاضطهاد والدونية وقد قام بعض العلماء بمراقبة ودراسة نماذج مختلفة من البشر من سن الطفولة ولمدة سنوات متتالية

وأجروا تحاليل نفسية ودراسات مستفيضة لكل تلك الحالات وخرجوا منها بعدة آراء معقدة و صنفوا شخصية المدمن بعدة تصنيفات نذكر منها كمثال تصنيف كيسيل ووالتون (KESSEL and WALTEN)

الذي قسم شخصية المدمن الى عدة اصناف هي:

- مدمن اناني: وهو الشخص الذي يصر على اشباع كل رغباته دون تأخير وهذا يلجا الى المخدرات للتعويض عن اصطدام انانيته بواقع الحياة. (نادية اسماعيلي، 2012، ص 69-70)
- مدمن ناقص النضج: وهو شخص اتكالي يعتمد على الآخرين ولا يستطيع الاعتماد على نفسه وتحمل اعباء الحياة فيلجا الى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بالمرارة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.
- مدمن غبر ناضج جنسيا: كالشخص المصاب بضعف القدرة الجنسية او كحالة الخجل الشديد من ممارسة الجنس او وجود ميل الى الشذوذ الجنسي او لأسباب اخرى جنسية أكثر تعقيدا. (نادية اسماعيلي، 2012، ص 72)
- دور الوازع الايماني: يشكل ضعف الوازع الايماني لدى الفرد دافعا وعاملا قويا من عوامل اللجوء الى تعاطي المخدرات فالفرد المتعاطي للمخدرات يلزمه التفكير بعدم تحريم المخدرات كما يرتبط هذا بعدم الالتزام بالقيم والاخلاق والعادات الاسلامية السائدة في المجتمع وضمور الوازع الديني ناجم عن ضعف ثقافته الدينية وعدم تمثله ما تغرسه العقيدة في النفس من قيم و اخلاق وجميع مؤسسات المجتمع هي المسؤولة عن ذلك. (المشرف الجوادي، 2014، ص 94)

ب- الاسباب الاجتماعية:

- المحيط الاسري: حضيت الاسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهاماتها في اقبال الشباب على تعاطي المخدرات بجملة من العوامل الاسرية منها علاقة الاباء بالأبناء حيث اشارت دراسة D.G.Hunt الى انه إذا كانت العلاقة بين الاباء والابناء يسودها التفكك فان احتمال تعاطي الابناء للمخدرات يزداد وإذا كان يغلب عليها روح التسلط كان الاقبال على التعاطي متوسطا اما إذا كانت العلاقة ديمقراطية فان الاقبال يكون ضئيلا. (سويف، 1996، ص 87)

- **رفقاء السوء:** لا يعيش البناء الاسري في معزل عن الجماعات المحيطة بهم واولها جماعة الاصدقاء والرفاق فهو جزء غير مباشر من الاسرة واثبتت عدة دراسات ان تأثيرهم أكبر من تأثير الوالدين وتبدو خطورة ذلك في تأثير بعضهم بعضا في مجال سوء استعمال المخدرات كما وجد أحد الباحثين ان الاصدقاء أكثر تماثلا في استخدامهم للحشيش من اي نشاط اخر لكننا نجد في حالة الاسر التي يتعاطى فيها الاباء الحشيش فان نسب التأثير تتقارب بالنسبة للآباء والاصدقاء معا. فجماعة الرفاق تشكل بيئة اجتماعية تؤثر على شخصية الفرد من خلال:

- انتقال الأفكار.
- تعلم السلوكيات.
- مجازاة الاصدقاء في السلوكيات.
- عدم القدرة على الانسحاب من جماعة الاصدقاء رغم السلوكيات السلبية.
- الانخراط في جماعات يجمعها السلوك المشترك لرفض المجتمع الفرد المتعاطي. (المشرف الجوادي، 2014، ص 99-100)

نجد ايضا العديد من العوامل التي تؤدي الى الادمان منها:

- **العوامل الوراثية:** قد يكون للعوامل الوراثية دور هام في حدوث الادمان كما اشارت الى ذلك العديد من الدراسات التي اجريت في عام 1992م حيث انتهى العلماء في كلية الطب بجامعة واشنطن في سانت لويس الى القول بان الاطفال المتبنين الذين كان اباؤهم الحقيقيون من مدمني الخمر كانوا أكثر اقبالا وترحيبا بمعاورة الخمر من اقرانهم الذين هم من بينهم ولكنهم ينتمون الى اباء غير مدمنين على الكحوليات. (ابو الخير، 2013، ص 41-42)

- **حب الاستطلاع والتقليد والفضول:** يمر الفرد خلال سنين حياته بعدة مراحل ففي مرحلة المراهقة التي تسمى بمرحلة الخروج من شرنقة الطفولة الى مرحلة جديدة فيها الكثير من التغييرات الفسيولوجية والنفسية في هذه المرحلة يتأثر الاصدقاء بعضهم البعض الاخر فإذا ما رأى الشاب سيتأثر به في الاعم الاغلب فيعمل على محاكاته وتقليده في سلوك التعاطي وبمجرد ان يبدأ بتناول هذه المواد المخدرة يجد نفسه تدريجيا قد وقع في فخ الإدمان. (ابو الخير، 2013، ص 43)

4- مراحل الادمان على تعاطي المخدرات:

أ- **مرحلة الاستهواء:** هذه المرحلة تبدأ بتأثير الصحبة السيئة و رفاق الانحراف والضياع الذين ضاعوا في مجاهل الانحراف وانجذبوا الى هاوية الادمان حيث تعاطوا العديد من المخدرات والمسكرات حتى اصبحوا عبيدا لها وصاروا معاول هدم لبنيان المجتمع ووسائل تعويق عملية الانتاج والتنمية واصبحوا خطرا كبيرا على انفسهم وعلى حياتهم و حياة ذويهم واسرهم و لذلك نحذر من مخالطتهم او مسايرتهم لان من يخالطهم يصبح فريسة سهلة لهم خاصة اذا كان من النوع الذي يسهل استهواءه والتأثير عليه حتى يضيع كما ضاعوا وينحرف كما انحرفوا و خاصة ان هذه الضالة المدمنة قد تمرسوا على استهواء من يعقع تحت ايديهم وخاصة ان من ينجذب اليهم يكون مضطربا ومتوترا وناقما على نفسه وعلى مجتمعه من شدة ما يعانيه من ضغوط نفسية وبيئته تجعله سهل الاستهواء فيقع تحت تأثيرهم ويبدأ على مجاراتهم والانصياع اليهم حيث يغرونه بشتى المغريات ويقنعونه ويؤثرون عليه بمختلف الوسائل حتى انهم يقدمون له المواد المخدرة مجانا في بادئ الامر الى ان يتعود عليهم وعلى المواد المخدرة وعندئذ يتحكمون فيه ويوجهونه كما يشاؤون ويصير عبدا للمادة المخدرة وعبدا لهم لا يستطيع الاستغناء عنهم ولا البعد عن مرافقتهم بعد ان ورطوه في انحرافات خطيرة وادانوه بمبالغ كبيرة ليهددوه بها ويحكمون السيطرة عليه وبذلك يصبح اسيرا لهم خاضعا لتعليماتهم واوامرهم منفذا لكل طلباتهم وهذه هي بداية الضياع والدمار والادمان. (غباري، 2007، ص 53)

ب- **مرحلة التجريب:** تلي مرحلة الاستهواء والخضوع لرفقاء السوء مرحلة التجريب حيث يدعونه للمشاركة والتجريب لمجرد التجربة والفرشة وحب الاستطلاع ويقدمون له المواد المخدرة مجانا كرمز لصداقتهم بعد ان تم استهواءه وظهر عليه رغبته وميوله لمجاراتهم واقتنع بما يقولون واعجب بما يفعلون وقرر ان يسايرهم ويجرب معهم وتجربة المواد المخدرة هي بداية الدمار والضياع والادمان لان كل شيء قابل للتجريب إلا المواد المحذرة فمن يجربها ويشعر بتأثيرها وما تسببه من شرود ونسيان للهموم ومشكلات الحياة يجد نفسه منجذبا اليها وباحثا عنها ومغرما بها بعد ان جربها واكتشف انها وسيلته للهروب من واقعه المؤلم الى واقع وهمي اقل ألما من خلال نشوة المخدر الوهمية الخادعة التي توهمه باستقلاله عن عالمه الخاص الذي ضاق به فاستبدله بعالم رفقاء السوء من المدمنين والمنحرفين فينتمي اليهم ويندمج معهم ويتعاطى مثلهم بعد ان جرب المشاعر الوهمية المزيفة التي تجلب الفرفشة وتنسي الهموم وتكرر التجربة وتستمر وبجانبه رفقاء

السوء يشجعونه ويدفعونه لتكرار التجربة والاستمرار فيها حيث ان الاصدقاء ورفقاء السوء من اهم القوى المؤثرة في الجنوح والانحراف وخاصة الإدمان.

ت- مرحلة الاعتماد: يستمر الشخص بتعاطي المخدرات بشكل مستمر ومنتظم بغض النظر عن المشاكل الصحية والاضطرابات الجسدية والعقلية الناجمة عن هذا الاستخدام وتتصف هذه المرحلة بعدد من الصفات المختلفة يمكن ذكرها فيما يأتي:

- ظهور اعراض الانسحاب على الشخص في حال التوقف المؤقت عن استخدام المخدرات.
- تعاطي المخدرات في بعض المواقف الخطيرة بشكل متكرر كالتعاطي اثناء قيادة السيارة.
- فشل الشخص في تأدية واجباته الاسرية والاجتماعية والمهنية.
- الحاجة المستمرة الى زيادة الجرعة المستخدمة لتحقيق التأثير المرجو من التعاطي. (ملوحي، 2019،

ص 113)

ث- مرحلة التعود: وبعد مرحلة الاعتماد تأتي مرحلة التعود حيث يتعود المدمن على تعاطي المواد المخدرة المختلفة وفي هذه المرحلة تقل قدرة المدمن على الاستجابة للمخدر حيث ينقص بدرجة ملحوظة تأثير هذه المادة مع استمراره في تعاطيها بالكمية ذاتها ويصبح المدمن في حاجة الى زيادة كمية المادة المخدرة للوصول على التأثير المرغوب ويضطر المدمن الى تعاطي كميات اكبر لفترات اطول مما كان مقصودا وعندئذ تتحكم مادة التعاطي في المدمن حتى يصبح عاجزا عن التحكم في هذه العادة القاتلة بالرغم من وجود رغبة ملحة او جهد فاشل من المدمن للتوقف عن تعاطي المخدر يصبح مدمنا. وبعد ان يتعود المدمن على تعاطي المخدر يصبح مدمنا وعندها يدخل المرحلة القاتلة مرحلة الادمان وكلما زاد تعود المدمن على المخدر كلما صعب عليه الاقلاع عنه بل انه يزداد ادمانا له ويطلب المزيد منه ولذلك نجده يزداد الجرعة التي يتعاطاها بل يلجأ على انواع اخرى أكثر تأثيرا وفي كثير من الاحيان يتعود المدمن على أكثر من نوع من انواع المخدرات وبذلك يصبح المخدر مؤثرا قويا من الجانبين النفسي والجسمي مما يدفعه الى ضرورة الاستمرار في تعاطي تجنباً لظهور الاعراض الجسمية والنفسية التي تظهر عليه. (غباري، 2007، ص 57)

ج- **مرحلة اساءة الاستعمال:** هي الاكثار من استعمال العقاقير او الادوية بصورة مستمرة ومتواصلة دون الالتزام بالاستعمال الطبي فيشعر المتعاطي بالراحة بدافع الفضول والتجربة والخروج من حالة يمر بها ليبعد عن شعوره بالألم وغالبا ينتقل من اساءة استعمال الادوية الى تعاطي المخدرات ليحقق النشوة والمتعة لان الادوية لم تعد تحقق حادثه الجسدية العضوية والنفسية. (المطيري، ص 5)

ح- **مرحلة الادمان:** ان مرحلة الادمان هي نهاية هذا النفق المظلم ونهاية الطريق المدمر الذي غالبا ما يقضي على صاحبه ولذلك توصف هذه المرحلة بانها المرحلة القاتلة. وهذه الرحلة يعرفها العلماء بأنها حالة تسم دورى مزمى وضار بالمدمن نتيجة الاستعمال المتكرر لهذه المواد المخدرة سواء كانت طبيعية او صناعة وفي هذه المرحلة يشعر المدمن بحاجته للمخدر مهما كان الثمن لأنه فقد فعلا كل السيطرة على ارادته تجاه هذا السم القاتل وهذه المرحلة القاتلة يصحبها لحظات اثارة وبعدها مباشرة ينتاب المدمن رغبة شديدة في النوم وبعد ايام او عدد من المرات من التعاطي يصبح المدمن اسير مخدره المفضل وتبدأ المشكلات الصحية تتراكم على المريض، من شحوب الوجه وانخفاض الوزن والاضطراب في العلاقات الجنسية لدرجة العجز الكامل بينما تجارب المدمن الاولى في المخدر صورت له نفسه بانه تحول الى "كازانوفيا" وفي خلال هذه المرحلة يعيش المدمن بنفسية متقلبة يحدث فيها تفاعلات اليمية ينتج عنها افات اجتماعية، كالسرقة والجنون والتخريب وكل ما هو ضد المجتمع يقتترفه من اجل الحصول على المخدر الذي قبض عليه بيد قاسية مسيطرة بحيث لم تعد له اية ارادة الا فيما يختص بالبحث والتنقيب عن المخدر. (غباري، 2007، ص 58)

5- أنواع المخدرات:

وضعت الأمم المتحدة بمقتضى معاهدة عام 1961 قائمة تحوي 100 نوع من المخدرات تخضع للمراقبة الدولية 70 منها مخدرات مصنعة، رغم ذلك فإننا نعيش مرحلة من الفوضى حيث كثرت أنواع المخدرات إلى درجة أنه يصعب وضع قائمة نهائية لها، نتيجة الانتشار غير الشرعي للمخابر، وترجع هذه الفوضى بالدرجة الأولى إلى تفكيك الكثير من شبكات التهريب والترويج إلى جانب إخضاع الكثير من المخدرات للمراقبة الدولية مما أدى إلى التوجه إلى المخدرات المصنعة وخاصة الأدوية النفسية

(Psychotropes) والتي لا تخضع للمراقبة الدولية، سنحاول في هذا العنصر أن نسلط الضوء على أهم أنواع المخدرات.

وهناك أنواع عديدة من المخدرات الطبيعية منها والمصنعة منها:

أ- المخدرات الطبيعية:

وهي نباتات تحتوي أوراقها وثمارها وأزهارها على المادة المخدرة، الحشيش، القات، الكوكايين والأفيون. ومن أمثلة هذه النباتات:

- **الحشيش:** إن الحشيش (Cannabis Saliva) هي خلاصة تقطيع وتجفيف الأوراق النهائية، إلى جانب غصن النبتة. التي يتم لفها على شكل سيجارة وتدخن، وله أسماء أخرى كثيرة الماريجوانا والبانجو وأوراقه تحتوي على نسبة قليلة من المادة الفعالة (الكيف، الغانجا، وزيت الحشيش التي تتخذ شكل سائل غير قابل للذوبان في الماء).

إن التعاطي المتكرر لمادة الحشيش يؤدي إلى التبعية النفسية ولا يؤدي إلى التبعية الجسمية ولكن سجلت بعض أعراض الانقطاع مثل: القلق المصحوب ببعض الاضطرابات الفيزيولوجية مثل الارتعاش، التعرق والغثيان واضطرابات في الأكل والنوم خاصة عند تعاطي جرعات كبيرة (ولكن هذه الأعراض ليس لها دلالة عيادية) من المميزات المهمة عند التسمم بالحشيش ظهور بعض التغيرات السلوكية والانفعالية، اللاتكيفية ذات دلالة عيادية والتي تتطور أثناء أو بعد تعاطي المخدرات، وتتوقف أهمية هذه الأعراض على مقدار الجرعة طريقة التعاطي والخصائص الشخصية. (العيداني، 2011، ص 104)

- **القات:** يحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم، وتسمى المادة قات نوريسودوإيفيرين أو كاتين، حيث تمتص هذه المادة عن طريق مضغ أوراق النبات، وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، وحتى أنه لا يشعر بالجوع، ثم بعد ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني واضطرابات هضمية وإمساك والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة

في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكتئاب وهذه تسمى أعراض الانسحاب. (دردار، 2000، ص 61)

ب- المخدرات غير الطبيعية (المصنعة):

- **مجموعة البنزوديازيبين (المهدئات والمنومات ومزيلات التوتر):** هي من بين مثبطات الجهاز العصبي المركزي مثل الرهنبول، ومزيلات التوتر مثل لكسوتانيل، فالجرعات الصغيرة تستخدم كمهدئات ومطمئنات والجرعات البسيطة كمزيلة للتوتر، أما العالية فتستخدم كمنومات من خلال تأثيرها على بعض الموصلات العصبية في المخ، وقد حلت محل الباربيتورات في علاج القلق والتوتر، وكمهدئات لعلاج حالات التشنج ونوبات الصرع، وأول دواء استخدم كان ليبريوم ثم الفاليوم، أما الآن فظهرت عناصر جديدة مثل: الزاناكس، الاوتيفان. (مصباح، 2004، ص 33)

ومن أعراض التعاطي لهذه المجموعة من المواد، يبدأ الشخص بالإدمان على المهدئات والاعتماد عليها بعد شهر واحد تقريبا، تصبح ضرورية له ولا يستطيع الاستغناء عنها فيحدث له كسلا وخمولا وقلقا وخوفا من أي شيء لدرجة الهلع والرعب من أتفه الأشياء فيتغير سلوكه الشخصي المعروف سابقا وترتعش أطرافه، وتضطرب مشيته ويتلعثم كلامه. (دردار، 2000، ص 69)

- **مجموعة الباربيتورات:** تنتمي إلى المواد التي تثبط الجهاز العصبي تستخدم كمنومات أو مهدئات لعلاج حالات الأرق والتشنجات وكمخدر قصير المدى. وقد تفوقت عليها مجموعة البنزوديازيبين لتأثيرها الأفضل ومضاعفات جانبية أقل، ومنها أموباربيتال، سيكوباربيتال، تسوق على شكل أقراص، مفعولها من 2 إلى 10 ساعات. (مصباح، 2004، ص 35)

تظهر على المدمن من الجانب النفسي ميول عدوانية، وفي حالة الإقلاص من الجرعة فإن المدمن يصاب بالخوف ورعشة في الأطراف ويشعر ببطء التفكير والنسيان والخلط وضعف التركيز، كما أنه يعاني من تقلب انفعالاته وسرعة الإثارة ويهمل عمله، تتدهور علاقاته مع الناس وتضطرب حالته المادية وحياته الأسرية. من المعروف أن مدمني المنومات كثيرا ما يصابون بالاكتئاب ويحاولون الانتحار، أما من الجانب

الجسمي تظهر على المدمن البطء في الحركة والترنح والدوخة، ورعشة في اليدين وارتفاع درجة الحرارة، سرعة النبض، الإمساك، ثم تأتي مرحلة المغص الشديد والارتعاش، الضعف الجنسي عند الذكور واضطراب العادة الشهرية عند الإناث. (فرغلي، 1997، ص 45)

- **مجموعة المنشطات أو المنبهات:** تعمل تنشيط عملية التنفس وتنظيمها، تنشيط وتقوية القلب، تنبيه الجهاز العصبي، وتستعمل لزيادة اليقظة وتقادي النوم، مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية.
- **الامفيتامينات:** هي عبارة عن حبوب أو حقن يجرى امتصاصها بسرعة عند دخولها إلى الجسم وتفرز الكليتان جزء كبير منها دون أن يطرأ أي تغير عليها لذا يعثر عليها في البول. تشير الكثير من التقارير إلى أن تعاطي الامفيتامينات يكون مصحوبا بظهور نزعات عدوانية، فهناك تقارير متعددة تشير إلى أن تعاطي الامفيتامينات بجرعات كبيرة نسبيا يترتب عليه ظهور أفكار ومشاعر اضطهادية قد تأخذ شكل ضلالات مبتورة، كما قد تصبحها اندفاعات عدوانية تصل إلى مستوى القتل أحيانا. (سويف، 1996، ص 47)

- **المهلوسات:** هي عقاقير تسبب الهلوسة، قد تكون موجودة في نباتات طبيعية كالقطن، أو مصنعة في المختبرات أهمها نذكر:

- البسيلوسيبين Psilocypine: يسمى الفطر المكسيكي، يحتوي على مواد مهلوسة أهمها البسيلوسيبين والبيسلوسين، يستمر مفعول الجرعة حوالي 8 ساعات، يتبع بعد ذلك اكتئاب، وإذا تناول الفرد جرعات زائدة من السائل أو المسحوق المستخرج من الفطر قد يصاب بحالة من التسمم.
 - الميسكالين Mescaline: مادة مهلوسة، تحضر على شكل مسحوق ذو لون بني كما يمكن تصنيعه بلون ابيض، يسوق على شكل حبوب، تكفي كمية 500 غ لحدوث أعراض الهلوسة، يبدأ تأثيره بعد 2-3 ساعة، يستمر مفعول الجرعة حتى 12 ساعة.
 - L.S.D: هو حمض ليسرجيك دي اثيل أميد، تبدأ آثاره بعد حوالي ساعة وتبلغ القمة بعد 2-4 ساعة من التعاطي، ثم يبدأ التأثير في الزوال خلال مدة تتراوح ما بين 6-8 ساعات من التعاطي.
- (مصباح، 2004، ص 56)

– المستنشقات: هي مجموعة من المواد الصناعية تتطاير ذراتها إذا ما تركت معرضة للهواء، لذا يحفظ دائما في أواني مغلقة، قد يساء استخدامها مما يحدث حالة اعتماد أو ادمان عليها، ويكون ذلك باستنشاقها، تشمل هذه الفئة على كل المواد التي يتم تعاطيها عن طريق استنشاق الهيدروكربورات الموجودة في: الصمغ أو الغراء Colles: من مشتقاته: أسيتات Acétate، أسيتات إتي Acétate ethy، ميثي إيتي اسيتون Methy ethy Acétone، هيكسان Hexane، تولوان Toluene، بنزان Benzéne.

– المذيبات Dissolvants: من مشتقاتها: المزيلات Détachants، تولوان Toluène، أسيتات أليفاتيل.
– المخدرات الطيارة Anesthésiques Volatils: إيثر Ether، التركلور أسلان Trichlore، بروتيكسي الازوت Protoxy D Azote.

– المذيبات الطيارة Les Gazs Propulseurs: البنزين Essence، الغازات Gazs.

تحتوي كل هذه المواد على فحوم هيدروجينية تؤثر على المخ والكبد والرئتين عند استنشاقها يشعر المتعاطي بالاسترخاء والدوخة والهوسات أحيانا وهي عادة منتشرة عند الأطفال ما بين 9- 12 سنة أقل انتشارا عند الفئة الأكثر من 35 سنة.

إن هذه المواد قد تؤدي على تبعية نفسية وجسمية عند البعض، وقد لا تحدث التبعية بنوعيتها عند البعض. من آثار سوء استهلاك المذيبات الطيارة: تغير في السلوك، ظهور سلوكيات غير سوية، شجار، عدوانية، تبدل، اضطراب في الحكم، اضطراب في النشاط الاجتماعي المهني، اضطراب في الحركة، بطء حركي، تؤثر على الجهاز التنفسي. (سويف، 1996، ص 51)

6- النظريات المفسرة للإدمان على تعاطي المخدرات:

ظلت ظاهرة تعاطي المخدرات بتداعياتها وانعكاساتها النفسية والاجتماعية والعقلية محط اهتمام العلماء الذين كرسوا جهودهم في ايجاد تفسيرات توضح الظاهرة وتسهل الالمام بها وقدموا من خلال دراساتهم اتجاهات ونظريات مختلفة في تفسيرها بعضها ينتمي الى الطب النفسي والعقلي وبعضها الاخر ينتمي الى

علم النفس وبالذات مدرسة التحليل النفسي وبعضها ينتمي الى مدراس علم الاجتماع حيث تقوم على التفسير الاجتماعي الذي يعتمد على فكرة التعليم والتعلم من خلال المواقف الاجتماعية المختلفة.

أ- النظرية البيولوجية:

كانت النظريات البيولوجية من اولى النظريات التي حاولت تفسير تعاطي المخدرات من وجهة نظر وراثية على اعتبار ان الادمان صفة تورث وان اولئك الاشخاص الذين يتعاطون المخدرات يورثون ابناؤهم جينات لها نفس الصحة وبالتالي فانهم سيعانون من الادمان ومن تلك الظروف التي كان عليها ابائهم وتفسر هذه النظرية تعاطي المخدرات بانه سلوك ينتقل من المدمن الى ابنائه فالحساسية وسرعة التأثر واتجاه بعض الناس نحو الادمان هي التي شجعت وحثت العلماء للبحث عن العوامل التي تسبب الاقبال واللهفة العالية تجاه المواد المخدرة. (الشيخي، 2022، ص 198)

ب- النظريات النفسية في تفسير ظاهرة الإدمان:

- مدرسة التحليل النفسي: ترى مدرسة التحليل النفسي ان سيكولوجية الادمان تقوم على اساسين:

الاول: صراعات نفسية وترجع الى:

- الحاجة الى الاشباع الجنسي النرجسي الذي يرجع اساسا الى اضطراب علاقات الحب والاشباع العضوي وخاصة في المرحلة الفمية.
- الحاجة الى الامن.
- الحاجة الى اثبات الذات وتأكيدھا.
- تكرار التعاطي معناه الفشل في حل تلك الصراعات واشباع هذه الحاجات.

الثاني: الاثار الكيميائية للمخدر:

وهو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم وبذلك فان الاصل في الادمان وطبيعته يرجع الى التركيبية النفسية للمدمن الذي يحدث حالة من الاستعداد النفسي وبالتالي تكون الصورة العامة للمدمن والادمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالآتي:

- ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات في المستوى القهري اي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه المدمن بالمخدر تعلقا قهريا لا يستطيع التخلي عن المخدر.
- يفرق التحليل النفسي بين المدمنين على المخدرات وغيرهم ممن يدمنون على مواد اخرى وان كانت هذه الاخيرة تشير الى شيء من الاضطراب الذي لا يرقى الى المرض او الشذوذ.
- ان مدمني المخدرات تتطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق تشبه اعراضه اعراض المرض النفسي او العقلي وأحيانا تكون أكثر حدة.

ان مظاهر الادمان تتمثل في الاشكال التالية:

- نوبات من المدح والانبساط وهذا هو الشكل الاساسي للإدمان.
- اضطراب جنسي او نشاط جنسي مشوش او غير ناضج.
- مظاهر بارانويا وتحدث في الحالات المتقدمة من الإدمان.
- تدهور عقلي.
- تدهور خلقي واجتماعي ومهني. (نادية اسماعيلي، 2012، ص 83-84)

ت- المدرسة السلوكية:

ترتبط المدرسة السلوكية بين المثير والاستجابة وادمان المخدرات وتفسير الادمان لدى رواد هذه المدرسة لا يعود كونه استجابة لمثيرات تم تدعيمها من خلال الممارسة حيث يرى بعض منظري المدرسة السلوكية ان ادمان المخدرات هو عبارة عن عادة شرطية ترتبط باستخدام العقار وان التدعيم الايجابي قادر على خلق عادة قوية هي عادة اشتهاء المخدر وهناك عامل اخر اكثر قوة بالنسبة الى المهدئات والافيونات "مشتقات الافيون" وهو الخوف الفعلي من الامتناع عن العقار او ما يتوقعه الفرد من اثار الامتناع بحيث ان الفرد اذا قرر الامتناع عدة مرات تكون لديه نمط من استجابة التجنب الشرطية فاذا اضيف الى ذلك ما يحدثه العقار اول الامر من اثار التدعيم فانه في الغالب تتكون لديه عادة الادمان بوصفها نمطا سلوكيا دائما يستعصي على التغير في اكثر الأحيان. (المرشف الجوادي، 2014، ص 69)

ويفسر الادمان سلوكيا بالعائد الذي يحدثه التعاطي والذي يدفع بالمتعاطي لان يكرر التجربة مرة اخرى ثم مرات عديدة بحيث يحول العائد دون تفكير في عدم الامتناع عن تعاطي المخدر وبهذا يحدث الإدمان.

وفي ضوء المنظور النفسي فان هناك سمات لاستعدادات سلوكية للإدمان منها:

- صعوبة في التحكم في الادراكات.
- صعوبات في مواجهة الضغوط بما فيها من مشكلات تحمل على الشعور بالإحباط.
- انماط سلبية كالسلوك الاعتمادي على الغير مثلا.
- التمرکز حول الذات مع انماط سلوكية انانية ذاتية مثل كثرت المطالب والاستحواذية.
- سلوك مضاد للمجتمع.

وبالإجمال يمكن القول ان الادمان من وجهة نظر المدرسة السلوكية هو ارتباط بين المثير واستجابة يحدث معها التعود والاشباع وبهذا فان ادمان المخدرات هو عادة شرطية يصبح الفطام عنها امرا صعبا للغاية. (المرشف الجوادي، 2014، ص 70)

ث- النظريات الاجتماعية في تفسير ظاهرة الادمان:

- **النظرية الوظيفية:** وهي تفسر الادمان بانه فشل المدمن في اداء الادوار التي يجب عليه تأديتها على انه سلوك منحرف مخالف للتوقعات المشتركة والمعترف بها كأشياء شرعية داخل النسق الاجتماعي كما ان التصارع الذي يعيشه الفرد نتيجة للظروف المعيشية المعاصرة والادوار المتوقعة من الفرد والتي يصعب عليه تحقيقها تفقد المرء توازنه الاجتماعي فيلجأ الى تعاطي المخدرات ثم الادمان عليها. (المرشف الجوادي، 2014، ص 73)

ج- النظريات النفسية الاجتماعية:

نظرية التعلم: تقتض هذه النظرية ان تعاطي الخمر والعقاقير وادمانها سلوك يتعلمه الانسان فالشخص الذي يشعر بالقلق او التوتر ويتعاطى خمرا او مخدرا يحس بالهدوء والسكينة ويعتبر الاحساس الاخير جزاء داعما لتناول هذه المواد في المرة التالية ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف اثاره الامتناع المزعجة وقد نتسائل كيف يتعلم الانسان تعاطي مادة ضارة ويستمر في ذلك والجواب ان النتائج

السلبية لتعاطي العقاقير لا تحدث في الحال ولكنها تظهر بعد فترات تتراوح في الطول ومن المعروف في نظرية التعلم انه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك معين ونتيجته السلبية صغيرا ضعف دعم السلوك، فلو ان المتعاطي شعر بالغثيان او الهذيان فور تناوله اول جرعة من الخمر او المخدر لشعر بالنفور في الحال ولما استمر في التعاطي ولكنه في الواقع لا يشعر بالنتائج السلبية والضارة الا بعد فترة طويلة. (ملوحي، 2019، ص 23-24)

7- كيفية التعرف على متعاطي المخدرات:

ان التعرف على اي من الظواهر التي تكشف تعاطي الفرد للمخدرات وادمانه أيا كان نوع المخدرات التي يتناولها هذا الفرد تعتبر خطوة هامة في سبيل علاج هذا الانحراف الخطير ولذلك يجب اولا حينما نواجه ظاهرة الادمان ان يكون هناك معرفة علمية صحيحة بكل جوانب المشكلة نفسيا وصحيا واجتماعيا وظواهرها التي يتم ملاحظتها على المتعاطي.

وكيفية اكتشاف الادمان مبكرا امر هام وضروري في سبيل علاج المدمن في المراكز المتخصصة بالطرق العلمية السليمة رغم ان اكتشاف سقوط المدمنين في البداية امر في غاية الصعوبة خاصة للآباء على ابنائهم حتى ولو اوتوا نصيبا من العلم والثقافة ذلك انهم قد لا يكونوا على علم بسمات وسلوك المدمن الذي يعتمد على تناول العقاقير المخدرة والكيماويات او انهم يقللون من خطورة الموقف الذي يزيد الامر صعوبة هو استخدام الابناء ذكائهم لتظليل ابائهم وابعاد انتباههم عن تلك العلامات والظواهر التي تظهر على الشخص وتبين انه يدمن اي نوع من انواع المخدرات.

وقد اجريت دراسات عديدة بهدف التعرف على الاعراض والظواهر التي تظهر على الشخص المدمن وعن طريقها يمكن التعرف على ان هذا الشخص يدمن المخدرات فتشير أحد هذه الدراسات ان الشخص المدمن الذي يعتمد على الكيماويات المخدرة يتسم بصفات أربع:

- ان لديه دافعا يسيطر عليه كليا لأنه يكون في حالة فقدان للوعي بصفة متكررة.
- يكون هذا الدافع أكثر قوة من الحاجات الفطرية او حتى المكتسبة بالتجربة.
- يكون هذا الدافع اليا او يفرض نفسه على المدمن رغما عنه.
- يصبح هذا الدافع جزءا من خبرات المدمن وتجربته فلا يمكن نسيانه عن عمد او غير عمد.

وتشير بعض الدراسات الى ان هناك اعراضا للإدمان يمكن بالتدقيق الشديد ملاحظتها والتنبه لها وهي
قسمان: اعراض جسمية واعراض حسية.

والاعراض الجسمية من اهمها:

- ظهور اعراض على الشخص مثل اعراض الانفلونزا من كثرة الرشح من الانف وارتعاش وسعال وحرارة وهمدان في الجسم وغيرها وقد يفلح المدمن المخضرم في اقناع والديه والمحيطين به ان لديه نزلة برد.
 - ظهور اعراض مثل اعراض الاجهاد والعمل الزائد او وجود مشكلات صحية واهمها احمرار العينين بشدة وسحوب لونهما وغيومهما وتساقط الدموع منها بكثرة وظهور النعاس فيها.
 - ظهور علامات تعاطي الحقن في الذراعين وانخفاض في الوزن وظهور علامات سوء التغذية.
- اما مجموعة الاعراض الحسية للإدمان والتي يمكن من خلالها التعرف على المدمن فأهمها:
- حدوث تغيرات في سلوك الشخص وخاصة السلوك العاطفي الحسي الزائد نحو افراد اسرته وتغيير العديد من القيم التي كان يؤمن بها الشخص قبل الإدمان.
 - كثيرا ما يشاهد على الشخص المدمن كثرة الاحتجاج على القواعد والاسس التي يقوم عليها نظام الاسرة او الدراسة او المؤسسة الاجتماعية التي يتواجد بها وينتمي اليها مع ازدياد حدة الجدل والنقاش مع افراد هذه المؤسسات.
 - يلاحظ على الشخص المدمن فقدان الوعي والدخول في عالم الاوهام مما يجعله مائلا الى الانطوائية او الانعزال عن نشاط الاسرة او الاقران او الزملاء.

- يكون لدى المدمن رغبة دائمة في الابتعاد عن المنزل وتغيير مفردات الحديث والفاظه من حيث الاسراع بالكلام والابطاء به وايضا تعود النسيان والاندفاع الى الكذب لتبرير كثير من المواقف والسلوكيات.
 - ويجمل دكتور احمد عكاشة العلامات التي يمكن عن طريقها كشف المدمن والتعرف عليه كالآتي:
 - الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية.
 - الاهمال وعدم الاهتمام بالمظهر والعناية به.
 - الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
 - شحوب في الوجه وعرق ورعشة الأطراف.
 - فقدان الشهية والهزال والامساك.
 - الهياج الشديد لأقل سبب مما يخالف لطبيعة الشخص المعتادة.
 - الاهمال الواضح في الامور الذاتية وعدم الانتظام في الدراسة او العلق.
 - اهمال الهوايات الرياضية او الثقافية.
 - اللجوء الى الكذب والحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال.
 - اختفاء او سرقة بعض الاشياء الثمينة من المنزل دون اكتشاف السارق.
- هذا بالإضافة الى ما يلي:
- اختفاء العقاقير من اماكن حفظها خاصة العقاقير التي لها صفة التخدير ولو لدرجة بسيطة.
 - الفشل الدراسي والهروب من المدرسة.
 - تلقي المكالمات تليفونية متأخرة والاختلاط بقراء السوء في الشارع او المدرسة او غيرهما.
 - تكرار فقدان الملابس او المتعلقات الاخرى وعدم القدرة على تحديد اماكن ايداعها.
 - حمل علب او حاويات غريبة الشكل في الجيوب والحقائب والادراج الخاصة.
 - الابتعاد العاطفي عن افراد الاسرة.
 - القلق النفسي والاكتئاب النفسي.
 - عدم الثقة في النفس والشعور بالتقليل من قيمة الذات.
 - عدم وجود حافز على التفوق والعمل ووجود الفشل الدراسي.

- عدم احترام التقاليد والقوانين.
- ضعف الميول الدينية.
- البحث الدائم عن اللذة المؤقتة.
- استعمال المواد المهدئة والمنومة.

كما يصاب المدمنون بعد زمن قصير من ادمانهم المخدرات باضطرابات عقلية فتضعف فيهم الذاكرة وتخور الارادة وتقل الشجاعة وتزول المروءة وتتغير حالات البدن فيحدث اسراع في النبض وفقدان في الصحة العامة ويكون هناك دائما الميل للاغماء وكثيرا ما تظهر نوبات الاختناق الصدري وحدث القيئ وحدث النزيف المخي والتعرض للموت المفاجئ كذلك يكون لدى الشخص المدمن الميل الى الانتحار. (ابو

علي، 2003، ص 67-72)

الاضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات:

• الاضرار الصحية:

- التأثير على الجهاز النفسي حيث يصاب المتعاطي بالنزلات الشعبية والرئوية وكذلك بالدرة الرئوي وانتفاخ الرئة والسرطان الشعبي.
- تعاطي المخدرات تزيد من سرعة دقات القلب ويتسبب بالأنيميا الحادة وخفض ضغط الدم كذلك تؤثر على كريات الدم البيضاء التي تحمي الجسم من الامراض.
- يعاني متعاطي المخدرات من فقدان الشهية وسوء الهضم والشعور بالتخمة خاصة إذا كان التعاطي عن طريق الاكل مما ينتج عنه نوبات اسهال وامساك كما تحدث الفزعة المعدية والمعوية ويصاب الجسم بأنواع من السرطان لتأثيرها على النسيج الليفي لمختلف اجهزة الهضم.
- تأثير المخدرات على الناحية الجنسية فقد ايدت الدراسات والابحاث ان متعاطي المخدرات من الرجل تضعف عنده القدرة الجنسية وتصيب المرأة بالبرود الجنسي.
- التأثير على المرأة وجنينها وهناك ادلة قوية على ذلك فالأمهات التي يتعاطين المخدرات يتسببن في توافر الظروف لإعاقة الجنين بدنيا وعقليا.

- الامراض النفسية كالقلق والاكتئاب النفسي المزمن وفقدان الذاكرة وقد تبدر من المتعاطي صيحات ضاحكة او بسمات عريضة ولكنها في الحقيقة حالة غيبوبة ضبابية.
- تؤدي المخدرات الى الخمول الحركي لدى متعاطيها.
- تدهور في الصحة العامة وذبور للحوية والنشاط.
- ارتعاشات عضلية في الجسم مع احساس بالسخونة في الراس وبرودة الأطراف.
- احمرار في العين مع طنين في الاذن وخفاف والتهاب الحلق والسعال.

• الاضرار النفسية والعقلية:

ان الاضرار التي تحدثها المخدرات في الفرد المدمن كثيرة ولعل ادمان الحشيش يقود الى حدوث نشوة وانبساط وميل الى الضحك على اتفه الاسباب ولا شك ان ذلك يفقد المرء احترامه وهيبته واطافة الى حدوث حالة تشبه الحلم حيث تكون الافكار غير مترابطة وغزيرة اضافة الى الانفصال عن الواقع وحدث اختلال في تقدير الزمن والمسافات مما قد يؤدي الشخص الى ان يكون مستهدف للوقوع في العديد من الحوادث اضافة الى ظهور كافة اعراض الاضطرابات النفسية من قبيل القلق والاكتئاب والذهان (جنون في المصطلح الشعبي) وقد اجمل مصطفى سوييف في الاثار السلوكية لتعاطي القنب على المدى الطويل في اربع خصائص:

- وجود علاقة قوية بين التعاطي وتسرب الاضطراب العقلي المعروف باسم الفصام عند نسبة معينة من المتعاطين.
- مع استمرار التعاطي يزداد الاحتمال بالتصعيد في تناول مخدر اقوى.
- ان العاطي طويل الامد يقترب باختلال دائم في عدد من الوظائف النفسية والعقلية العليا.
- ان التعاطي طويل الامد يقود الى العديد من الاضطرابات التي تتفاوت في حدتها ودرجة خطورتها من شخص الى اخر وفق للعديد من العوامل.

- اما ادمان الهروين فيقود الى اختفاء طموحات الفرد والدخول في حالة من الانطواء والعزلة وان كل ما يشغله هو الدوران في حلقة مفرغة كيف يحصل على المال الذي يشتري به الهروين فاذا اخذ يتعاطى يشعر بالقلق مرة اخرى فاذا انتهت الكمية عاود الشعور بالقلق مرة اخرى وهكذا...
- اما ادمان المواد المتطايرة يقود بصفة عامة الى البلادة الانفعالية وعدم المشاركة في اي أنشطة اجتماعية والدخول في أنشطة إجرامية ولذا فان غالبية هذه الحالات المدمنة يكون مصيرها اما السجن او الوفاة او الجنون.
- وهكذا تتعدد الاضرار النفسية والعقلية لمختلف انواع المخدرات ولعل الشعور بالقلق والوحدة والانفصال عن الواقع والشعور بالاضطهاد مع وجود هلاوس مختلفة يعد من أشهر الاعراض النفسية والعقلية التي تصيب مدمن المخدرات بكافة أنواعها. (حسن غانم، 2014، ص 89-90)

• اضرار المخدرات الاجتماعية:

- المخدرات تسلب القيمة الانسانية لمن يتعاطاها وتحقر منه وتجعل منه اشبه بالبهائم غير قادر على قيادة الاسرة وادارتها بصورة سليمة.
- ينقطع المدمن عن جو العائلة بل وعن المجتمع كله.
- تنهار علاقته مع أسرته وأصدقائه.
- كما ينشا التوتر والعصبية وسوء سلوك المدمن ما يجعل الخلافات تنتشر داخل الاسرة حتى تضيق الاسرة التي هي اللبنة الصغيرة للمجتمع.
- يصل المدمن لدرجة الانحراف والرذيلة ما يجعل الكذب والغش والزنا والاهمال من صفاته الاساسية وتقتضي الجرائم وتنتشر العادات السيئة في المجتمع.
- خرق القوانين والعادات والتقاليد وكل الاعراف في سبيل تحقيق الرغبات الشيطانية التي تسيطر على مدمني المخدرات. (ملوحي، 2019، ص 134-135)
- كما تنتشر الجرائم البشعة فمدمن المخدرات فاقد الوعي والسيطرة على نفسه ما يسبب الفوضى ويعم الفساد في المجتمع.

- انتشار حوادث المرور على يد المدمنين المغييبين فاقدى الوعي.
- فضلا عن اهدار مال الدولة في مكافحة المخدرات وانشاء المستشفيات لعلاج الادمان على حساب انشاء المدارس والمستشفيات وغيره من مصالح البلد.

• اضرار المخدرات الاقتصادية:

استنزاف الاموال وضياع موارد الاسرة.

ضعف وخمول الشباب مما يؤدي لقلّة الانتاج ير بمصالح الوطن الاقتصادية في الاقتصاد السليم يتطلب شباب واعى متنبه لكل ما يدور حوله قادر على العمل والإنتاج.

كما ان الادمان يستنزف الدولة اقتصاديا حيث يزيد من اعبائها لرعاية هؤلاء المدمنين لإنشاء المصحات الخاصة بعلاجه وغيره من التكاليف التي تتكفلها الدولة بسبب تلك المخدرات اللعينة.

وتم إنفاق الكثير من دخل الاسرة التي يتعاطى أحد افرادها أحد انواع المخدرات ما يسبب نقص في الدخل المتاح للصرف على السلع والخدمات المشروعة الاخرى التي يقوم بإنتاجها القطاع الانتاجي للدولة والتي تؤثر في الاقتصاد القومي وقد يؤدي صرف مال الاسر على المخدرات بدل ان يصرف على المشروعات الانتاجية في الدولة الى حالة كساد واضحة في الاقتصاد القومي.

اما بالنسبة للبلاد التي يتم فيها زراعة تلك المواد المخدرة فهي تتعرض لخسارة تلك الاراضي التي تزرع فيها هذه المواد الغير مشروعة بدلا من استغلالها في زراعة المحاصيل التي يحتاجها مواطني هذه الدولة والتي تعود عليهم بالنفع.

اما بالنسبة للبلاد التي تهرب اليها تلك المواد المخدرة يعني لها هذا التهريب إنفاق واضاعة الكثير جدا من الاموال التي تصرف على هذا التهريب الغير مشروع بدلا من استغلال تلك الاموال في استيراد مواد تفيد المجتمع وينتفع بها. (ملوحي، 2019، ص 135-136)

• اضرار المخدرات على المجتمع:

انتشار الادمان في اي مجتمع نذير شؤم كبير حيث يتسبب في قلة الانتاج وزيادة معدلات السرقة وانتشار الجرائم بشكل كبير جدا، حيث يلجا معظم المدمنين الى محاولة الحصول على المال المطلوب لشراء المخدرات وفي سبيل ذلك يواقف المدمن على القيام بأي عمل يطلب منه ضاربا الحائط بكل مثل وقيم التي تربي عليها في السابق لذلك وجب على المجتمع والدولة القيام بدورهما في حملات التوعية بمخاطر المخدرات على الافراد والمجتمعات بصفة عامة من خلال ندوات تثقيفية بالجامعات والمدارس الاعدادية والثانوية واماكن التجمعات الشبابية وذلك حتى نستطيع المحافظة على الشباب التي يعد القلب النابض للوطن ومصدر فخره حيث تبنى الدول بسواعد الشباب وعلى اكتافهم تنهض الشعوب و تصل الى اهدافها وقانا الله و اياكم من ادمان المخدرات. (ملوحي، 2019، ص 136-137)

8- معايير تشخيص وتصنيف الاعتماد على المخدرات:

معايير التشخيص: إن متطلبات البحث الوبائي والعيادي والعلاجي تفرض معايير مقبولة دوليا وتتيح مقارنة الدراسات المتعلقة بالاضطرابات المرتبطة باستعمال المخدرات.

فمن بين المعايير المستخدمة في تشخيص الإدمان نجد:

- معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM/5) لاضطراب استخدام المادة.
- نمط مشكلات الاستخدام التي تسبب خللا وظيفيا، لا بد من عاملين أو أكثر خلال سنة.
- الفشل في الوفاء بالالتزامات.
- تكرار الاستخدام في مواقف تتسم بالخطورة الجسمية.
- تكرار مشكلات العلاقات.
- الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التي يسببها الاستخدام.

- التحمل.
- الانسحاب.
- تناول المادة لمدة أطول أو بكمية أكبر من المعتاد.
- عدم فعالية محاولات التقليل أو التحكم في الاستخدام.
- إهدار الكثير من الوقت في محاولة الحصول على المادة.
- التوقف أو التقليل من ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والمهنية أو التقليل منها.
- اللهفة أو الرغبة القوية craving في استخدام المواد.

كل من الدليلين الرابع المعدل والخامس يحتوي على فئات تشخيصية فرعية، تشمل الكحول Alcohol، المفيتامينات amphetamine، القنب cannabis، الكوكايين cocaine، مهلوسات hallucinogènes، المستنشقات inhalant، الأفيونيات opioïdes، فينيسيكليدين hencyclidine، المهدئات sédatives، المنومات hypnotiques، مزيلات القلق anxioïtiques، تبغ Tobacco. (جوهامسون، شيفل وآخرون، ص ص 564-565)

9- العلاقة بين الإدمان والانتحار:

تُلت حالات الانتحار يرتبط بالكحول تزداد نسبة الانتحار عند المدمنين على الكحول والمخدرات بخمسة أضعاف وتأتي المواد المخدرة في المرتبة الثانية بعد الاكتئاب النفسي من حيث الأسباب المؤدية للانتحار.

قالت إدارة مراكز السيطرة على الأمراض و منع انتشارها بالولايات المتحدة ان الكحول مرتبطة بحوال ثلث حالات الانتحار الحاصلة في الولايات المتحدة مؤخرًا فيها أعلن الباحثون الكنديون ضمن عدد نوفمبر من مجلة مدونات علم امراض السرطان انه بالرغم من انخفاض نسبة حالات الانتحار بين مرضى السرطان الى ان اقدامهم عليه يفوق الضعف لما هو حاصل بين الناس العامين، ومع تنامي معدلات اقدام على الانتحار بين صغار السن ومتوسطي العمر لا تزال المحذرات الطبية تتوالى حول ضرورة الاهتمام وملاحظة

المؤشرات المبدئية لإمكانية حصوله لدى المتقدمين على الانتحار واعتبارها افضل السبل في منع الكثير من تلك الحالات كوسيلة متأخرة للوقاية منها. (محمد شطوطي، 2020، ص 102)

الفصل الخامس:

الجانب التطبيقي للدراسة

فهرس الفصل:

1- الإجراءات المنهجية للدراسة

2- عرض وتحليل النتائج

3- عرض نتائج الفرضيات

4- تفسير ومناقشة الفرضيات

1- الإجراءات المنهجية للدراسة:

1-1- منهج الدراسة:

انطلاقاً من طبيعة الدراسة والبيانات المراد الحصول عليها لمعرفة طبيعة العلاقة بين الميول الانتحارية وتعاطي المخدرات لدى الشباب، وعليه فإن المنهج الملائم لطبيعة هذه الدراسة هو المنهج الوصفي باعتبار أنه: طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها. (المحمودي، 2019، ص 46)

1-2- حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** بعد أن كان من المقرر أن تكون العينة من مركز وسيط لعلاج المدمنين في ولاية خنشلة إلا أن رفض المسؤولين بالسماح لما بتطبيق الاستبيان بحجة حساسية الموضوع وعدم اتفاقهم مع الجامعة وبناء على ذلك تم توجيه الدراسة لتطبق على عينة من أفراد عامة المجتمع في ولاية خنشلة.
- **الحدود الزمانية:** تم جمع البيانات خلال الفترة الزمنية الممتدة بين 15 فيفري و 20 أفريل من سنة 2025.

1-3- عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة من الشباب متعاطي المخدرات والذين تتراوح اعمارهم بين (13 و 30 سنة) واعتمدنا في دراستنا على العينة العرضية.

1-4- ادوات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على اداة رئيسية هي:

- استبيان الميول الانتحارية
- بالإضافة إلى المقابلة والتي كانت كوسيلة داعمة للأداة السابقة من خلال تقديمها في شكل مقابلة تمهيدية لتطبيق الاستبيان
- أ- استبيان الميول الانتحارية:

1- وصف الاستبيان وخطوات إعداده

يتكون الاستبيان في صورته النهائية من 57 بند (عبارة)، يجاب عنها بخمس بدائل هي: " غير موافق بشدة"، " غير موافق"، " محايد"، " موافق"، " موافق بشدة"

وقد تم تصميمه على مراحل وكانت خطوات إعداده كما يلي :

1. قام الباحث بالاطلاع على عدد من الدراسات التي تناولت موضوع الانتحار.

2. اطلع الباحث على استبيانات ومقاييس عدد من الباحثين في الميدان هم :

أ- استبيان " الانتحار لدى الراشدين " للأستاذ الدكتور بشير معمره من جامعة باتنة المكون من 21 بند (16) .

ب-مقياس - تصور الانتحار " للدكتور حسين فايد من سوريا المكون من 10 بنود .

ج-مقياس " التوجه نحو الانتحار" للأستاذة الدكتورة مارشا لينهان (Marsha. Linehan) من الولايات المتحدة الأمريكية المكون من 46 بنداً.

د- جزء من سلم تقدير الاكتئاب لـ "بيك" الخاص بالأفكار الانتحارية وهو مجموعة من الأسئلة تطرح أمام فرد يظهر (رغبة شديدة في الحياة، رغبة شديدة في الموت رغبة نشيطة في قتل النفس، أمل اللجوء للانتحار)

هـ-مقياس " اللامبالاة " المتفرع من قائمة تقدير الشخصية، المؤلف من طرف موراي (More) سنة 1991، والمتكون من ثمانية بنود.

و- مقياس " إيذاء الذات" المتفرع من قائمة تقدير الشخصية، المؤلف من طرف موراي (More) سنة 1991، والمتكون من ستة بنود.

ز- مقياس التفكير الانتحاري " المتفرع من قائمة تقدير الشخصية المؤلف من طرف موراي (Morey) سنة 1991، والمتكون من اثنا عشر بنداً. (17).

3. قام الباحث بإجراء مجموعة من المقابلات مع مجموعة من الشباب من بينهم أربعة شبان لديهم محاولات انتحارية سابقة وقد ضمت المقابلات مجموعة أسئلة تمحورت حول ما يلي :

تحدث عن الانتحار - ما رأيك في المنتحر ؟

لماذا فكرت في الانتحار ؟ - ما هي بدائل الانتحار بالنسبة لك ؟

ما رأيك في الموت ؟

4. تبنى مصمم المقياس الحالي النظرية السلوكية المعرفية التي تفترض أن الأنماط المعرفية تتوسط السلوك الانتحاري وإسهامات ادوين شنايد edwin shneidman من في ميدان الانتحار والذي أقر السمات السيكولوجية العشر للنزوعات

الانتحارية والتي سبق التطرق إليها في التقديم النظري)، مزوجة مع ما ذهب إليه الباحثين أعلاه.

فكان المقياس مكونا في بدايته من 95 بندا (الصورة الأولى للمقياس) موزعة على تسعة أبعاد هي:

التفكير الانتحاري . - الدوافع الاجتماعية للانتحار .

الميل إلى إيذاء الذات - الرغبة في الموت

اللامبالاة والتشاؤم اتجاه الحياة - الاستعداد لتنفيذ الانتحار .

مكان الانتحار - زمن الانتحار . - وسيلة الانتحار .

5. قام الباحث بعرض المقياس على مدير البحث الأستاذ الهاشمي لوكية في صورته الأولية وبعد المناقشة تم حذف العبارات التي تنتمي إلى أبعاد مكان الانتحار، زمن الانتحار، وسيلة الانتحار) وجعلها أسئلة يجاب عليها من متعدد اختياري ولا تدخل في حساب الدرجة الكلية للمقياس.

ليصبح المقياس يضم 63 عبارة (بند) (الصورة الثانية للمقياس) موزعة على الأبعاد التالية:

التفكير الانتحاري - الدوافع الاجتماعية للانتحار .

الميل إلى إيذاء الذات - الرغبة في الموت

اللامبالاة والتشاؤم اتجاه الحياة . - الاستعداد لتنفيذ الانتحار .

تصميم مقياس الميول الانتحارية

6. بعدها قام الباحث بتوزيع المقياس في صورته الثانية على عدد من المحكمين من ذوي الخبرة والتخصص في مجالي علم النفس وعلم الاجتماع واللغة العربية في بعض الجامعات الجزائرية والعربية.

وقد أبدى المحكمون آراءهم كل حسب تخصصه (حول مدى وضوح عبارات المقياس ومدى مناسبتها ومدى ملائمة التدرج الخماسي الذي يحدد استجابة أفراد الدراسة إزاء كل محور من محاورها.

7. بعدها قام الباحث بإجراء التعديلات حيث تم تعديل صياغة بعض بنود المقياس، كما تم حذف بعض البنود وبلغ عدد عبارات الاستبيان في صورته الثالثة 60 بندا.

8 بعدها قام الباحث بحساب الخصائص السيكمترية للمقياس حيث بعد حساب الصدق التكويني تم حذف ثلاثة بنود لعدم دلالتها إحصائيا، فكان المقياس في صورته النهائية مكونا من 57 (سبعة وخمسون) بندا

والبنود موزعة على الأبعاد كما هو موضح في الجدول الآتي :

جدول رقم (01) يوضح توزيع عبارات الاستبيان على أبعاده.

الأبعاد	البنود
الدوافع الاجتماعية للانتحار	15-20-26-31-38-39-41-49-51-55-57
التفكير الانتحاري	52-50-48-47-46-45-40-36-24-54-56
الميل لإيذاء الذات	43-29-28-22-21-16-13-11-6-2
الرغبة في الموت	44-37-35-34-30-25-19-5
اللامبالاة والتشاؤم اتجاه الحياة	1-4-7-8-10-14-17-27-32-42-53
الاستعداد لتنفيذ الانتحار	33-23-18-12-9-3

2- كيفية تطبيقه :

يمكن تطبيق هذا المقياس فرديا أو جماعيا على كل من يفوق 13 سنة ودون أية شروط .

3- تعليمة المقياس :

إخواني ، أخواتي الشباب :

في الصفحات الموالية تجدون بعض الآراء ، نريد معرفة موقفكم منها الرجاء منكم الإشارة إلى أهمية كل رأي في الخانة المناسبة لها

على يسار الورقة وذلك بوضع علامة (X).

كل رأي يمكن الإشارة إليه من غير موافق بشدة) إلى (موافق بشدة).

-نطلب منكم استعمال كل الاختيارات وهذا وفقا لما يناسبكم.

-مع العلم أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة فأبي إجابة

تعتبر صحيحة طالما هي تعبر عن شعورك الحقيقي.

4- طريقة تصحيحه :

يتضمن هذا الاستبيان عبارات موجبة وأخرى سالبة، والعبارات (20-21-22-26-28-51-56) السالبة هي

فالإجابات الموجبة إذا أجاب عليها المفحوص بـ " موافق بشدة " يعطى خمس درجات (5)، وإذا أجاب بـ " موافق " يعطى أربع

درجات (4)، وإذا أجاب بـ " محايد " يعطى ثلاث درجات (3)، وإذا أجاب بـ " غير موافق " يعطى درجتين (2)، وإذا أجاب بـ " غير موافق بشدة " يعطى درجة واحدة والعكس بالنسبة للإجابات السالبة أي إذا أجاب المفحوص غير موافق بشدة " .

يعطى خمس درجات (5)، وإذا أجاب بـ " غير موافق " يعطى أربع درجات (4)، وإذا أجاب بـ " محايد " يعطى ثلاث درجات (3)، وإذا أجاب بـ " موافق " يعطى درجتين (2)، وإذا أجاب بـ " موافق بشدة " يعطى درجة واحدة.

أقصى درجة يمكن الحصول عليها هي (285)، وأقل درجة هي: (57)

5- مستويات الميل الانتحاري

اعتمد البحث على طريقة شيرقي لتحديد مستويات الميل الانتحاري وكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (02) يوضح مجالات مستوى الميل الانتحاري.

المجال	المستوى
[57 - 123]	منخفض
[124 - 219]	متوسط
[220 - 285]	مرتفع

وتعتبر الوقاية أولى خطوات هذه المواجهة، ويعتبر هذا المقياس أداة تشخيصية لقياس الميل الانتحاري، تساعد على تشخيص الحالات التي يمكن أن تمر إلى الفعل الانتحاري.

1-5- الأساليب الإحصائية المستعملة للدراسة:

لقد تم استخدام عدة أساليب إحصائية لتحليل بيانات الدراسة هي:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة وتحديد مستوى الميل الانتحاري.
- معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة.
- معامل الفا كرونباخ لحساب معامل ثبات أداة الدراسة.
- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لحساب الفروق بين المتوسطين.
- اختبار تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق.

1-6- الدراسة الاستطلاعية:

استطلاع حول الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات: العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بها

تُعد ظاهرة الميول الانتحارية من القضايا الصحية والنفسية المعقدة التي تشكّل تهديداً على حياة الشباب، لاسيما عند ارتباطها بتعاطي المخدرات. تهدف هذه الدراسة الاستطلاعية إلى فهم

طبيعة هذه الميول وانتشارها، والعوامل الديموغرافية والنفسية المرتبطة بها، من أجل التمهيد لتدخلات وقائية وعلاجية فعالة.

هدف الدراسة: قياس مستوى الميول الانتحارية لدى عينة من الشباب المتعاطين للمخدرات. التعرف على الفروق في مستوى الميول الانتحارية حسب الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وسنوات التعاطي.

استكشاف العوامل النفسية (كالإكتئاب، العزلة، اليأس) المصاحبة لهذه الميول.

تقديم مؤشرات أولية لتطوير برامج نفسية واجتماعية وقائية موجهة لهذه الفئة.

اعتمدت الدراسة على المنهج الاستطلاعي باستخدام استبيان مهيكّل يضم محاور حول: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية.

سلوكيات التعاطي (نوع المادة، مدة التعاطي، التكرار)

مؤشرات الميول الانتحارية.

الجوانب النفسية المرتبطة (مثل مشاعر العزلة والإكتئاب واليأس)

2- عرض وتحليل النتائج :

2-1- صدق وثبات أداة الدراسة:

يهتم هذا المطلب بإبراز صدق أداة الدراسة، أي مدى قدرة الاستمارة على قياس ما صممت من أجله، وذلك من خلال التركيز على العناصر التالية: الاتساق الداخلي والصدق البنائي كمشقين فرعيين لقياس صدق المقياس، كما يهتم هذا المطلب بإثبات ما إذا كانت الاستمارة قادرة على جمع معلومات دقيقة وذلك باعتماد ألفا كرونباخ كأساس لقياس ثبات أداة الدراسة.

أولاً: الصدق

صدق الاتساق الداخلي:

يقصد بالاتساق الداخلي مدى اتساق كل بند من بنود استبيان مع البعد الذي تنتمي إليه هذا البند، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للاستبيان من خلال:

1- حساب معاملات الارتباط بين كل بند من بنود الاستبيان والدرجة الكلية للبعد نفسه.

الجدول رقم (1): يوضح معاملات الارتباط بين كل بند من بنود الابعاد والدرجة الكلية للبعد.

الدوافع الاجتماعية لانتحار		التفكير الانتحاري		الميل لإيذاء الذات		الرغبة في الموت		اللامبالاة والتشاؤم اتجاه الحياة		الاستعداد لتنفيذ الانتحار	
قيمة معامل الارتباط	البند	قيمة معامل الارتباط	البند	قيمة معامل الارتباط	البند	قيمة معامل الارتباط	البند	قيمة معامل الارتباط	البند	قيمة معامل الارتباط	البند
**0,4500	1	**0,6230	1	**0,530	1	**0,390	1	**0,307	1	**0,627	1
**0,3590	2	**0,5620	2	**0,457	2	**0,2800	2	**0,631	2	**0,692	2
**0,4350	3	**0,6840	3	**0,644	3	**0,3670	3	**0,538	3	**0,607	3
**0,4130	4	**0,4050	4	**0,750	4	**0,5550	4	**0,556	4	**0,614	4
**0,6630	5	**0,4750	5	**0,493	5	**0,5420	5	**0,595	5	**0,742	5
**0,3970	6	**0,6640	6	**0,757	6	**0,2430	6	**0,537	6	**0,688	6
0,4450	7	**0,6000	7	8660,	7	**0,6800	7	**0,614	7		
**0,3800	8	**0,4400	8	**0,558	8	**0,5690	8	**0,284	8		
**0,3420	9	**0,6300	9	**0,563	9			**0,4480	9		
**0,2730	10	**0,5330	10	*0,216	10			985,0*	10		
**0,3580	11							**0,3930	11		

**الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$.

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن جميع قيم معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لكل بعد دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 و 0,05، وهذا يشير لوجود صدق الاتساق الداخلي في درجات استبيان.

2- حساب مصفوفة الارتباط بين أبعاد استبيان والدرجة الكلية لاستبيان ككل.

الجدول رقم (2): يوضح مصفوفة الارتباط بين ابعاد الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان

الدرجة الكلية	أبعاد
**0,763	الدوافع الاجتماعية لانتحار
**0,764	التفكير الانتحاري
**0,439	الميل لإيذاء الذات
**0,723	الرغبة في الموت
**0,801	اللامبالاة والتشاؤم اتجاه الحياة
**0,712	الاستعداد لتنفيذ الانتحار

**الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.01$.

يبين الجدول أعلاه أنّ جميع معاملات الارتباط بين أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية لاستبيان دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ($\alpha=0.01$)، وبذلك تعتبر جميع أبعاد الاستبيان صادقة لما وضعت لقياسه.

ثانياً: الثبات

تم حساب ثبات درجات المقياس باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3): نتائج قياس معامل الثبات

الرقم	الاستبيان	عدد البنود	ألفا كرونباخ
1	الدوافع الاجتماعية لانتحار	11	0,697
2	التفكير الانتحاري	10	0,752
3	الميل لايذاء الذات	10	0,707
4	الرغبة في الموت	8	0,638
5	اللامبالاة والتشاؤم اتجاه الحياة	11	0,642
6	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	6	0,743
	المجموع	57	0,872

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج SPSS V: 27

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، أنّ قيمة معامل ألفا كرونباخ لاستبيان ككل مرتفعة حيث قدرت ب: 0,872، كما أن قيمة ألفا كرونباخ لأبعاد الاستبيان مرتفعة تراوحت ما بين 0,638 و0,752 مما يعني أن جميع بنود استبيان تتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات.

2-2- اختبار التوزيع الطبيعي:

أنّ أحد الشروط الهامة التي تعتمد عليها أغلب الاختبارات المعلمية أن تكون البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، ونتائج الاختبار موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (4): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي.

Sig	قيمة اختبار Kolmogorov-Smirnov ^a	
61,00	87,00	مجموع

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج SPSS V : 27

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، يمكن القول أنّ جميع متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي.

2-3- أدوات التحليل الاحصائي:

تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS. V27) ، كما تم الاستعانة بمجموعة من الأساليب الإحصائية منها ما خصص لوصف متغيرات الدراسة، ومنها ما استخدم في تحليل متغيرات الدراسة، وتتمثل هذه الأدوات فيما يلي:

- **مقاييس الإحصاء الوصفي:** وذلك لوصف مجتمع الدراسة وإظهار خصائصه، بالاعتماد على النسب المئوية والتكرارات، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- اختبار Kolmogorov-Smirnov للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.
- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) : لاختبار ثبات الاستمارة.
- معامل الارتباط برسون (Corrélation de Pearson): ويستخدم لقياس درجة الارتباط بين المتغيرات، كما يستخدم لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي والعلاقة بين المتغيرات.
- اختبار صحة الفرضيات: تم استخدام اختبار ت لعينة واحدة، اختبار ت لعينتين مستقلتين، اختبار تحليل التباين الأحادي.

2-4- الوصف الإحصائي لعينة الدراسة:

فيما يلي خصائص عينة الدراسة وفقا للمتغيرات الشخصية.

أ- الجنس:

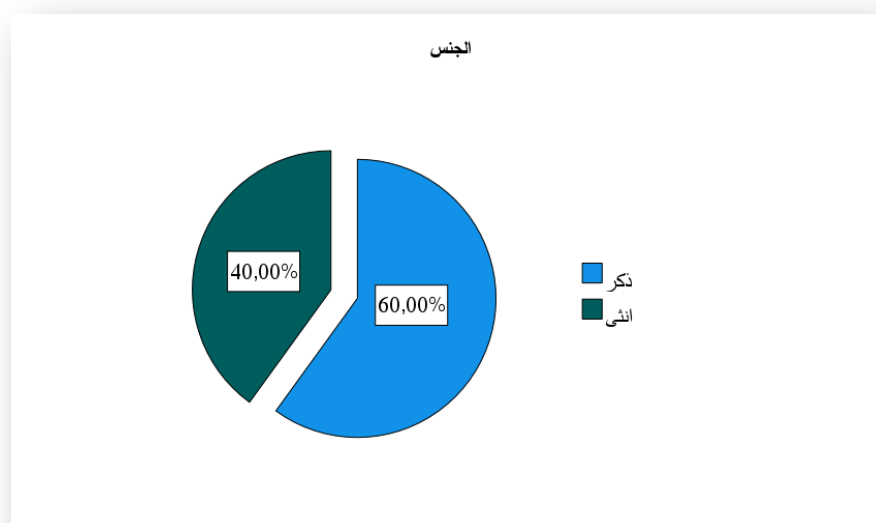
الجدول رقم (05): توزيع مفردات الدراسة من حيث الجنس.

النسبة %	التكرار	الجنس
60,0	60	ذكور
40,0	40	إناث
100,0	100	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مستخرجات برنامج spss

بعد تحويل النسب المئوية إلى مخططات بيانية تتضح الخصائص الديموغرافية للعينة من حيث الجنس.

الشكل رقم (01): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول والشكل اعلاه نلاحظ ان النسب المئوية للجنس بحيث بلغت نسبة الذكور 60% ونسبة الإناث 40%.

ب- السن:

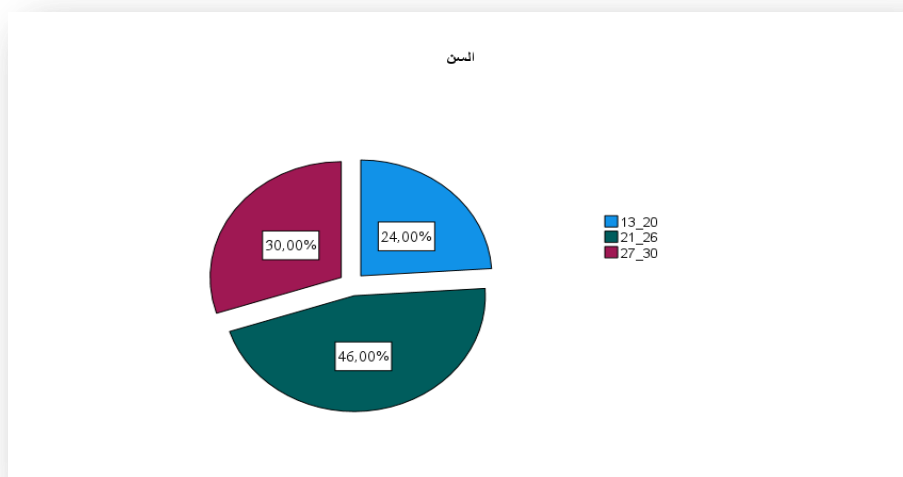
الجدول رقم (06): توزيع مفردات الدراسة حسب السن.

السن	التكرار	% النسبة
20-13 سنة	24	24
من 26-21 سنة	46	46
30-27 سنة	30	30
المجموع	100	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مستخرجات برنامج spss.

من الجدول السابق، وبعد تحويل النسب المئوية إلى مخططات بيانية تتضح الخصائص الديموغرافية للعينة من حيث السن.

الشكل رقم (02): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب السن.



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الشكل نلاحظ أن النسبة الأكبر لأفراد العينة تتراوح أعمارهم 26_21 سنة بنسبة 46%، تليها الفئة العمرية 30_27 سنة بنسبة 30%، أما 24% تمثل الفئة العمرية من 13-20 سنة.

ت- المستوى التعليمي:

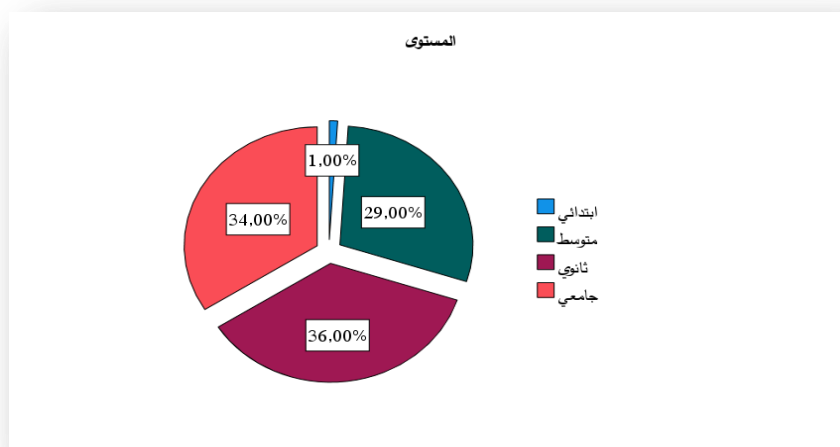
الجدول رقم (07): توزيع المفردات حسب المستوى التعليمي.

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
1	1	ابتدائي
29	29	متوسط
36	36	ثانوي
34	34	جامعي
100	100	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مستخرجات برنامج spss.

بعد تحويل النسب المئوية إلى مخططات بيانية تتضح الخصائص الديموغرافية للعينة من حيث المستوى التعليمي.

الشكل رقم (03): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss.

من خلال الشكل نلاحظ أن الأغلبية العظمى لديهم مستوى ثانوي بنسبة تقدر بـ 36% ويليه من لهم مستوى جامعي بنسبة قدرت بـ 34%. أما ما نسبته 29% تمثل فئة ذوي مستوى متوسط، أما مستوى ابتدائي بلغت نسبته 1%.

ث - الحالة الاجتماعية:

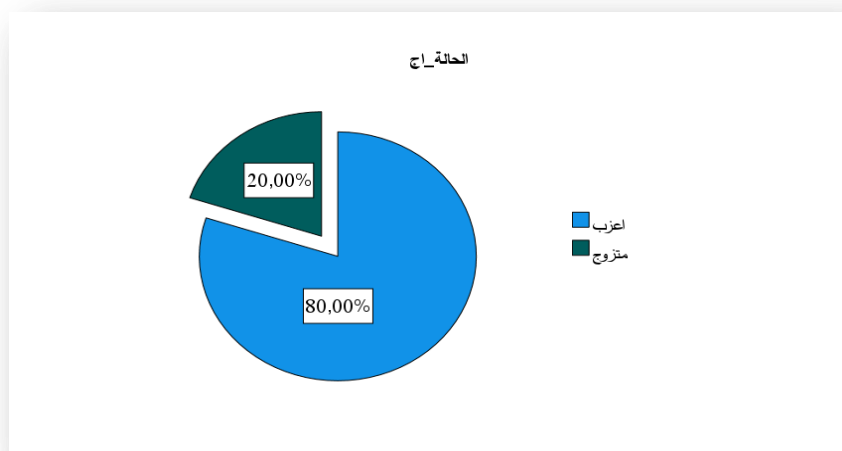
الجدول رقم (08): توزيع مفردات الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية.

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
80	80	أعزب
20	20	متزوج
100	100	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مستخرجات برنامج spss

بعد تحويل النسب المئوية إلى مخططات بيانية تتضح الخصائص الديموغرافية للعينة من حيث الحالة الاجتماعية

الشكل رقم (04): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول والشكل اعلاه نلاحظ ان النسب المئوية للحالة الاجتماعية بحيث بلغت نسبة العزاب 20% ونسبة المتزوجون 80%.

ج- سنوات التعاطي:

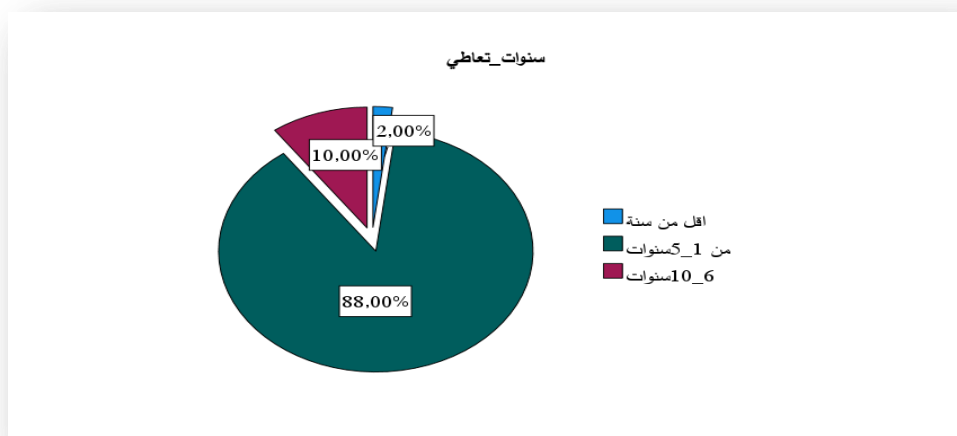
الجدول رقم (09): يوضح توزيع الدراسة حسب سنوات التعاطي.

سنوات التعاطي	التكرار	النسبة %
أقل من سنة	2	2
من 1-5 سنوات	88	88
6-10 سنوات	10	10
المجموع	100	100

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مستخرجات برنامج spss.

بعد تحويل النسب المئوية إلى مخططات بيانية تتضح الخصائص الديموغرافية للعينة من حيث سنوات التعاطي.

الشكل رقم (05): التمثيل البياني لخصائص مفردات الدراسة حسب سنوات التعاطي



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss

نلاحظ من الشكل أن حوالي 88% خبرتهم تتراوح مدة تعاطيهم من 1 الى 5 سنوات، في حين 10% تتراوح مدة تعاطيهم من 6 الى 10 سنوات، في حين نسبة 2% تقل مدة تعاطيهم عن سنة.

3- عرض نتائج الفرضيات:

الفرضية الأولى: والتي تنص على أن مستوى الميل الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات مرتفع.

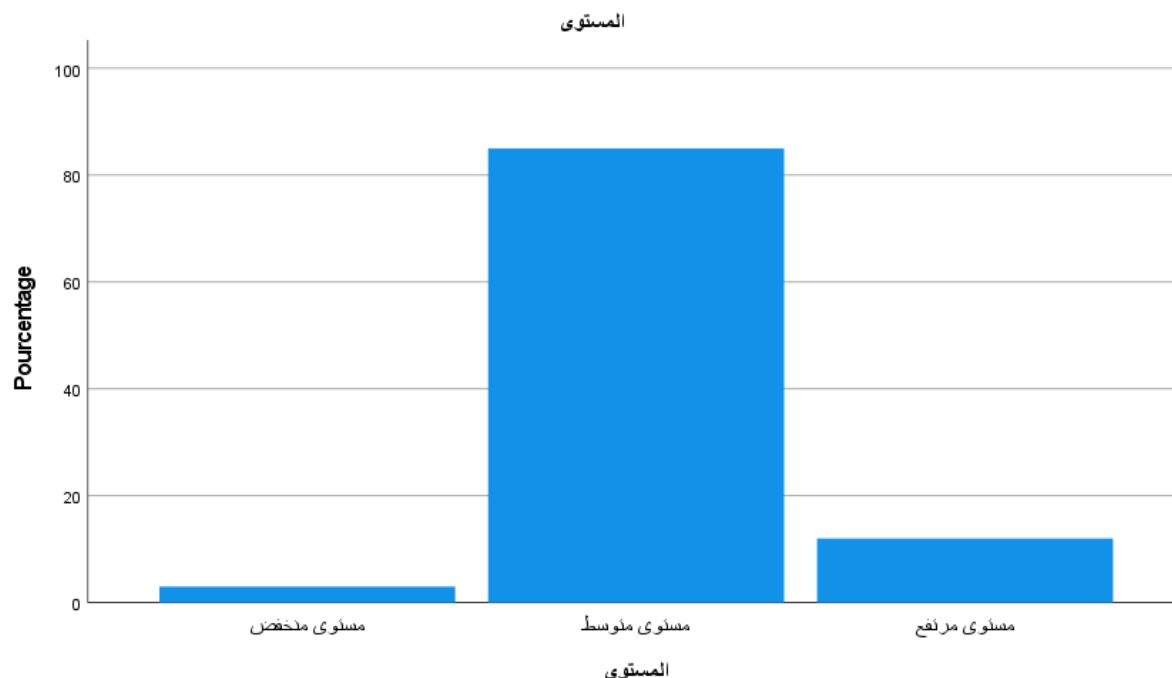
وللتحقق تم استخدام وحساب التكرارات والنسب المئوية لاختبار صحة الفرضية والنتائج مبنية ذلك في الجدول أدناه.

الجدول (10): نتائج التكرارات والنسب المئوية.

المستويات	التكرار	النسبة المئوية
منخفض	3	3,0
متوسط	85	85,0
مرتفع	12	12,0

المجموع	100	100,0
---------	-----	-------

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على برنامج spss



يبين الجدول أن نتائج التكرارات والنسب المئوية لدراسة مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات قد أظهرت ما يلي:

أن نسبة مستوى المتوسط قدرت ب: 85%، في حين نسبة مستوى مرتفع بلغت: 12%، أما المستوى المنخفض بلغت نسبته 3%. وعليه نلاحظ أن النسبة الغالبة تمثل المستوى المتوسط. مما يعني أن مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات متوسط. وعليه نرفض الفرضية التي تنص على أن هناك مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات مرتفع.

الفرضية الثانية: لقد نصت الفرضية على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الجنس.

وللتحقق تم استخدام وحساب اختبار T-test لعينتين مستقلتين لاختبار صحة الفرضية والنتائج مبنية ذلك في الجدول أدناه:

الجدول (11): نتائج اختبار T-test لعينتين مستقلتين

الجنس	العدد	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية
ذكور	60	185,3333	21,46631	,4870	98	,6280
اناث	40	183,1000	23,94738			

المصدر: من اعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

يبين الجدول أن نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تبعا لمتغير الجنس قد أظهرت ما يلي:

أن قيمة اختبار ت بلغت 0.487، عند مستوى دلالة 0.628 ودرجة الحرية 98. مما يشير إلا أن قيمة اختبار ت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05. مما يعني ألا توجد فروق دالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الجنس، وعليه فرضية لم تتحقق.

الفرضية الثالثة: والتي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر.

للإجابة على هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول التالي يوضح النتائج الخاصة بذلك:

الجدول (12): نتائج تحليل تباين احادي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	النتيجة
العمر	بين	1316,773	2	658,386	1,321	0,272	لا توجد

فروق			498,514	97	48355,867	المجموعات	
						داخل	
				99	49672,640	المجموع	

المصدر: من اعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

يشير الجدول اعلاه أنه لا توجد فروق ذات احصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر، حيث بلغت قيمة $F = 1,321$ عند مستوى الدلالة 0.272 وهي أكبر من مستوى 0.05، وهي قيمة غير دالة احصائيا. وعليه الفرضية لم تحققت.

الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

للإجابة على هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول التالي يوضح النتائج الخاصة بذلك:

الجدول (13): نتائج تحليل تباين احادي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	النتيجة
المستوى التعليمي	بين المجموعات	1218,726	3	406,242	,8050	,4940	لا توجد فروق
	داخل المجموعات	48453,914	96	504,728			
	المجموع	49672,640	99				

المصدر: من اعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

يشير الجدول اعلاه أنه لا توجد فروق ذات احصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة $F = 0,805$ عند مستوى الدلالة 0.494 وهي أكبر من مستوى 0.05، وهي قيمة غير دالة احصائيا. وعليه الفرضية لم تتحقق.

الفرضية الخامسة: والتي تنص على أن توجد فروق ذات احصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق تم استخدام وحساب اختبار T-test لعينتين مستقلتين لاختبار صحة الفرضية والنتائج مبنية ذلك في الجدول أدناه.

الجدول (14): نتائج اختبار T-test لعينتين مستقلتين

الحالة الاجتماعية	العدد	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية
أعزب	80	183,9250	22,94395	-4580,	98	,6480
متزوج	20	186,5000	20,49262			

المصدر: من اعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

يبين الجدول أن نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية قد أظهرت ما يلي:

أن قيمة اختبار ت بلغت 0.458_، عند مستوى دلالة 0.648 ودرجة الحرية 98. مما يشير إلا أن قيمة اختبار ت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05. مما يعني ألا توجد فروق دالة احصائيا في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وعليه فرضية لم تتحقق.

الفرضية السادسة: والتي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير سنوات التعاطي.

للإجابة على هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول التالي يوضح النتائج الخاصة بذلك:

الجدول (15): نتائج تحليل تباين احادي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	النتيجة
سنوات التعاطي	بين المجموعات	867,660	2	433,830	,8620	25,40	لا توجد فروق
	داخل المجموعات	48804,980	97	503,144			
	المجموع	49672,640	99				

المصدر: من اعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

يشير الجدول اعلاه أنه لا توجد فروق ذات احصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير سنوات التعاطي، حيث بلغت قيمة $F = 0,862$ عند مستوى الدلالة 0.425 وهي أكبر من مستوى 0.05، وهي قيمة غير دالة احصائيا. وعليه الفرضية لم تحققت.

4- تفسير ومناقشة الفرضيات:

- الفرضية الأولى: من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى التي تنص على أن مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات مرتفع.

تم التوصل الى ان أن مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات متوسط. وتفسير ذلك أن متعاطي المخدرات يحتمل أن يقوموا بالمرور للفعل الانتحاري بمستوى متوسط حسب أفراد العينة، حيث أن كلما كان الفرد مكتئبا ومندفعاً ذو اضطرابات سلوكية ومعرفية ولديه ميولا معاديا للمجتمع وصاحب سلوكيات إيمانية زاد ذلك في خطر ارتكابه لفعل انتحاري، وكما أن كل متعاطي للمخدرات في ظل ما

يتعرضون له من أزمات ومشاكل من المحيط الاجتماعي وعجزهم عن مواجهة الضغوطات والتعامل مع هذه المشاكل نتيجة لعدة عوامل (ضعف الثقة، شخصية غير سوية...) مما يجعلهم يفقدون القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي مما يؤدي ذلك إلى التفكير في الانتحار والانتحار الفعلي. هذا ما أشار إليه دراسة (Romer 2020) التي توصلت النتائج إلى ان معدلات الانتحار بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 عاما قد ارتفعت وبنسبة 20% في الفترة الأخيرة لدى الشباب. إن معدل الميول الانتحارية عند مدمني المخدرات يرتبط بإصابتهم بضغوطات وصراعات، حيث يعتمد الجسم على الأقرص والكحول عندما يبتعد عن تناول يد المدمن يؤدي إلى تقلب مزاجه من جراء التفريط في استهلاكه مما يميل لانتحار. كما قد يتعزز الاكتئاب عن طريق استخدام المخدرات والذي بدوره يجعل السلوك الانتحاري أكثر احتمالا. يقلل المخدرات من ضبط النفس، حيث ادمان المخدرات غالبا ما يسبب الشعور بالندم خلال فترات الابتعاد عنه لذلك يكون المدمنون عرضة لانتحار حتى في فترات الاتزان.

كما أشار دوركايم أيضا إلى أن شعور الفرد بأنه منبوذ وأن مجتمعه قد رفضه أو وضعه على هامشه يدفعه للانتحار، وأن الشعور بالنبذ والعزلة يعد حافز فعال لتشجيع الميول الانتحارية. فقد يكون الإنسان وحيد في القرية ولكنه لا يشعر بالعزلة، وقد يكون في بيئة صاخبة في مدينة كبرى، ولكنه يشعر بالوحدة والنبد، فالعزلة وفقا لدوركايم معنى نسبي وانفعالا لا يستشعره إلا الإنسان الذي يشعر بالوحدة.

إن نتائج الجدول رقم (10) أوضحت بشكل صريح أن النسبة الغالبة للمبحوثين، والبالغة 85%، يتمركزون في مستوى "متوسط" من الميول الانتحارية، في حين أن نسبة 12% فقط كانت ضمن المستوى المرتفع، وهو ما لا يرقى لتأكيد صحة الفرضية الأولى، بل يدعم رفضها. إن هذه النسب تؤثر إلى أن ظاهرة التفكير في الانتحار بين الشباب المتعاطين لا تبلغ مستوى الخطر الشديد، لكنها تظل مقلقة وتستدعي الوقوف عند العوامل التي جعلت النسبة الأكبر في المستوى المتوسط، وهو ما يمكن اعتباره مؤشرا إنذاريا مبكرا.

من جانب آخر، يشير وجود نسبة 12% ضمن المستوى المرتفع إلى وجود فئة معرضة بشكل حاد لخطر الانتحار، وهي فئة تحتاج إلى تدخلات عاجلة من جهات الصحة النفسية والاجتماعية. أما نسبة 3% التي تمثل الميول المنخفضة، فتظهر أن هناك بعض الأفراد لا يتأثرون بنفس الدرجة من حيث التفكير

الانتحاري، مما يرجح احتمال وجود عوامل حماية لديهم (مثل الوازع الديني، الدعم الأسري، أو المرونة النفسية).

تجدر الإشارة أيضا إلى أن تصنيف غالبية العينة ضمن المستوى "المتوسط" قد يخفي خلفه حالات قابلة للانزلاق نحو المستوى المرتفع في حال تدهورت ظروفهم النفسية أو الاجتماعية، أو في حال زادت حدة الإدمان لديهم، خصوصا أن تعاطي المواد المخدرة يؤثر على مراكز اتخاذ القرار والانفعالات في الدماغ.

كما أن نتائج هذه الفرضية تتسق مع الأدبيات النفسية التي تربط بين الإدمان والانتحار، حيث يعتبر الإدمان أحد أخطر العوامل التي تسهم في انخفاض ضبط النفس وزيادة السلوكيات الاندفاعية. إضافة إلى ذلك، فإن البيئة المحيطة بالشباب، من تفكك أسري، وصراعات اجتماعية، وبطالة، قد تعزز من تلك الميول.

انطلاقا من تفسير النتائج وتحليلها، يمكن القول إن الفرضية الأولى التي تنص على أن مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات مرتفع تم رفضها إحصائيا، إلا أن المستوى المتوسط الذي ظهرت عليه غالبية العينة يدعو إلى القلق، ويفرض ضرورة تبني برامج وقائية وعلاجية للحد من تطور هذه الميول. كما يوصى بتركيز الأبحاث المستقبلية على تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي تبقى بعض الشباب في المستوى المتوسط وتمنعهم من الانزلاق نحو السلوك الانتحاري الفعلي.

• **الفرضية الثانية:** من خلال عرض نتائج الفرضية الثانية التي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الجنس.

تم التوصل الى ألا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الجنس. وتفسير ذلك أن مستوى الميل الانتحاري لدى متعاطي المخدرات كان قوي وبنفس الدرجة لكلا الجنسين، وتعزى نتيجة عدم وجود فروق في مستوى الميول الانتحارية تبعا لمتغير الجنس في كون أن كلا الجنسين ينتمون إلى نفس البيئة الاجتماعية والثقافية وهم في مواكبة نفس التغييرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية. إضافة إلى العوامل النفسية كالشعور باليأس واستصعاب استمرار

في الحياة والفشل المستمر وإخفاق في تقدير ذواتهم. كما يفسر أن الشباب يتعرضون لنفس المشكلات والصعوبات والمتاعب بغض النظر عن جنسهم مما يؤدي إلى غياب الفروق بينهم. أشارت دراسة (1991، Roberts) أنه بسبب ضغوط الحياة ومعاناتها أدت بهؤلاء الأفراد والذين لم يحاولوا الانتحار مسبقاً إلى التفكير بالانتحار ومحاولة التخلص من حياتهم. قد يواجه بعض الشباب شعوراً بالنبذ والرفض، ما يترتب عليه شعور بالكرهية وفقدان الإحساس بالقبول، كما أن الشباب الذين لا تتوافر لهم حاجاتهم في هذه المرحلة الحرجة يشعرون بالذنب ومضات من تأنيب الضمير. فالفروق في متغير الجنس عند الشباب المتعاطي المخدرات تختفي بينهم، وذلك أنهم يتشبهون في نفس مستويات التفكير والقدرات والسلوكيات، حيث أنهم كذلك يعيشون في نفس المجتمع لهم نفس القيم الاجتماعية والدينية وبهذا يتعرضون لظروف واحدة ويتشابهون في المطالب والصعوبات والمتاعب مما يؤدي إلى تضاعف الفروق بينهم وهذا حسب افراد العينة الدراسة الحالية. في حين تختلف الدراسة الحالية مع دراسة (Romer 2020) التي توصلت النتائج إلى ان معدلات الانتحار ارتفعت ونسبة 20% في الفترة الأخيرة لدى الشباب وان الذكور هم أكثر عرضة للانتحار من الإناث.

تدعم نتائج الجدول (11) هذا التفسير، حيث تبين أن قيمة اختبار "ت" بلغت (0.487) عند درجة حرية (98) ومستوى دلالة (0.628)، وهي قيمة تفوق الحد المعياري (0.05) الذي يعتمد عليه لتحديد الدلالة الإحصائية، هذا يدل بشكل واضح على أن الفروق بين الذكور والإناث في الميول الانتحارية غير دالة إحصائياً، وبالتالي لا يمكن تعميم أن أحد الجنسين أكثر ميلاً للانتحار من الآخر داخل عينة الدراسة.

كما يلاحظ من نفس الجدول أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (185.33) والانحراف المعياري (21.46)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث (183.10) والانحراف المعياري (23.94)، وهي فروق بسيطة وغير كافية إحصائياً لتأكيد الفرضية، ما يعزز التفسير أن الذكور والإناث يتقاربون في درجة الميول الانتحارية، ويخضعون لنفس الضغوط البيئية والاجتماعية والنفسية داخل المجتمع محل الدراسة.

وبناء عليه، فإن الفرضية الثانية التي تنبأت بوجود فروق في الميول الانتحارية بين الجنسين لم تتحقق. وهو ما يفرض علينا كمهتمين بقضايا الشباب والإدمان أن ننظر إلى الميول الانتحارية كظاهرة غير مرتبطة

بالجنس فقط، بل هي ناتجة عن عوامل أعمق وأكثر تعقيدا مثل العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الأفراد بغض النظر عن جنسهم.

• **الفرضية الثالثة:** من خلال عرض نتائج الفرضية الثالثة التي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر.

تم التوصل الى ألا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر. وتفسير ذلك أن الشباب متعاطي المخدرات باختلافهم أعمارهم يتقاسمون نفس المعاناة يواجهون نفس التحدي الذي يحول دون تحقيق طموحاتهم. كما أن فئة الشباب هي من أكثر الفئات العمرية الرغبة في تحقيق أهدافهم، الأمر الذي يدفعهم لمعيشة العديد من المشكلات والاتجاه نحو الطرق غير المشروعة لتخلص منها، وبالتالي يرتكبون الأخطاء وتشكل لديهم ميولات مشوهة (الانتحار) في معالجة المشكلات أو الهروب منها. عموماً، تؤدي التغيرات الجسدية إلى تعزيز صورة المراهق عن نفسه، مما ينعكس في اضطرابات نفسية وانفعالية مثل القلق، التوتر، والخجل، إضافة إلى شعور داخلي بعدم القدرة على فهم الذات، مما يصعب عليه بناء علاقات اجتماعية متينة، حيث يواجه صعوبة في تفسير خصائص المرحلة العمرية التي يمر بها. الانتحار لدى الشباب في بدايات مرحلة المراهقة او في وسطها هو نتاج طبيعي للسلوك الانحراف ودخول الشاب في ازمة من المعاناة والارهاق وحالة من الياس التي تحتاج الى مساعدة. يحدث الانتحار في مختلف مراحل العمر، وقد سجل ثاني اهم سبب للوفيات بين من تتراوح اعمارهم بين 15 و 29 عاما على الصعيد العالمي في عام 2012. كما نجد دراسة (Romer 2020) التي توصلت النتائج إلى ان معدلات الانتحار بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 عاما.

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) تؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير العمر، حيث بلغت قيمة $F=1.321$ بمستوى دلالة 0.272، وهي قيمة أعلى من 0.05، مما يدل على عدم وجود تأثير لعامل العمر في تباين الميول الانتحارية ضمن هذه العينة، وهذا يعني أن الشباب المتعاطين للمخدرات، بغض النظر عن اختلاف أعمارهم، يشاركون بشكل مشابه في الميول الانتحارية.

يمكن تفسير هذه النتيجة بعدة عوامل، منها أن المخدرات تؤثر بشكل مباشر على الحالة النفسية والانفعالية للشباب بشكل موحد، مما يقلل الفروق العمرية في هذه الظاهرة. إضافة إلى أن التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجه المتعاطين تكون مشتركة عبر الفئات العمرية المختلفة ضمن الشباب، مثل صعوبات تحقيق الطموحات، فقدان الدعم الاجتماعي، والمعاناة من الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان.

كما أن هذه النتيجة تتفق مع الدراسات التي تؤكد أن الميول الانتحارية ليست مرتبطة فقط بالعمر وإنما بعوامل متعددة أخرى تشمل الحالة النفسية، الدعم الاجتماعي، البيئة المحيطة، ومستوى إدراك الفرد لمشكلاته. وبالتالي، فإن تدخلات الوقاية والعلاج لا ينبغي أن تستهدف فئة عمرية معينة فقط، بل يجب أن تكون شاملة ومتنوعة لمواجهة العوامل النفسية والاجتماعية المشتركة بين جميع الشباب المتعاطين.

في الختام، بالرغم من أن الدراسة لم تجد فروقا دالة إحصائية حسب العمر، إلا أن هذا لا يقلل من أهمية المتابعة الدقيقة والدعم النفسي المكثف لكل الشباب المتعاطين للمخدرات بغض النظر عن أعمارهم، نظرا لحساسية هذه الفئة وحاجتها المستمرة للمساعدة لمنع تطور الميول الانتحارية لديهم.

• **الفرضية الرابعة:** من خلال عرض نتائج الفرضية الرابعة التي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

تم التوصل الى ألا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وتفسير ذلك أن المستوى التعليمي للشباب المتعاطين المخدرات لا يؤثر على الميول الانتحارية، بحيث أن المستويات التعليمية سواء أكانت عليا أو دنيا قد يتعرض أصحابها للقيام بفعل الانتحاري، ولا توجد علاقة بين مستوى تعليم الشباب وإقدامهم على الفعل. كما أن البحوث النفسية و من واقع الدراسات الميدانية و الحالات الإكلينيكية المختلفة تستنتج أن السلوك الانتحاري ليس من اليسير فهمه من خلال تفسير واحد، أو إرجاعه إلى عامل منفرد بل هو نتاج لمجموعة العوامل المتداخلة و المتشابكة و التي من شأنها أن تدفع إلى حالة التشويش و العجز و الانهيار و اليأس الجسم بحيث يمكن النظر إلى كل منتهر أو المحاول للانتحار على أنه حالة متفردة بذاتها من حيث الأسباب و الدوافع المؤدية إلى السلوك الانتحاري في تفاعلها مع المكونات الذاتية للفرد سواء كانت عقلية معرفية أو شخصية سلوكية أو

اجتماعية بالإضافة إلى التعلم الاجتماعي الخاطئ للفعل الانتحاري كسلوك مكتسب. كما أن الميول الانتحارية لا تتأثر بطبيعة مستويات تعليمية سواء مدمني مخدرات ذوي مستوى تعليمي عالي أو عكس ذلك ، وذلك أن الميول الانتحارية ترتبط بعوامل أخرى داخلية مرتبطة بفرد نفسه كالعوامل نفسية وانفعالية أو بيولوجية، أو عوامل خارجية تتعلق بالظروف الاجتماعية والبيئة المحيطة بهم. حسب (مكرم سمعان، 1694، ص 62) أن الانتحار ليس فعلا معزولا أو مفاجئا، بل هو نتيجة لمسار تواصل طويل، قد يكون داخليا (داخل الذات) أو خارجيا (مع المحيط الاجتماعي). هذا المسار يشمل صراعات نفسية، إشارات استغاثة، محاولات للتعبير عن الألم، وربما رسائل غير مباشرة يرسلها الفرد إلى الآخرين من حوله. فيمكن أن يكون لدى المتعلم الذي وصل الى مستويات عليا في التعليم ولم يحظى بتقدير اللازم وبالتالي يشكل له صراع مع نفسه ويدفعه لانتحار لأنه لم يحقق طموحهم كما يمكن أن يحدث للأمي الذي لم يستطيع مزاوله الدراسة ويحظى بتقدير ضعيف لدى الآخرين مما يشكل له مشاكل نفسية تسهم في الانتحار.

وقد بينت نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) أن قيمة F بلغت 0.805 عند مستوى دلالة 0.494، وهو ما يزيد كثيرا عن مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يشير بوضوح إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التعليم المختلفة فيما يتعلق بالميول الانتحارية لدى الشباب المتعاطي للمخدرات. وهذا يعزز ما ذكر سابقا من أن مستوى التعليم بحد ذاته لا يشكل متغيرا مؤثرا بشكل مباشر على الميل للسلوك الانتحاري في هذه الفئة.

يعود السبب في ذلك إلى تعقيد السلوك الانتحاري وطبيعته المتعددة الأبعاد، حيث يتداخل في نشأته عوامل نفسية، اجتماعية، بيولوجية، وانفعالية، فالشباب من مختلف المستويات التعليمية قد يواجهون ضغوطا ومشكلات عاطفية أو اجتماعية متشابهة قد تدفعهم إلى التفكير في الانتحار. مثلا، قد يعاني الطالب المتفوق من ضغوط تحقيق توقعات عالية، فيما قد يواجه الشباب الأقل تعليما تحديات اجتماعية واقتصادية تسبب له إحباطات وانكسارات نفسية، وكل ذلك قد ينتهي بنتائج مشابهة على مستوى الميول الانتحارية.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الظرف الاجتماعي والبيئي المحيط بالشخص له دور كبير، وقد تتفاقم المشكلات النفسية لدى الشباب المتعاطي للمخدرات بسبب عوامل مثل العزلة الاجتماعية، الإقصاء، الفقر، أو ضعف الدعم الأسري، والتي لا ترتبط مباشرة بالمستوى التعليمي بل تتداخل مع العديد من العوامل الأخرى.

ولذا فإن النتائج تؤكد أهمية النظر إلى الميول الانتحارية عند هذه الفئة ضمن منظور شامل يأخذ في الحسبان تعدد العوامل وتداخلها، بعيدا عن التركيز على متغير واحد فقط كالمستوى التعليمي، مع التوصية بضرورة استمرار البحث والدراسة لاستكشاف المتغيرات النفسية والاجتماعية الأخرى التي قد تكون أكثر تأثيرا.

• **الفرضية الخامسة:** من خلال عرض نتائج الفرضية الخامسة التي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

تم التوصل الى ألا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وتفسير ذلك أن المتزوجون والعزاب لديهم نفس الميول للانتحار وذلك بحكم أنهم يتعرضون ممكن لنفس المشاكل على رأسهم المشاكل المادية، وصعوبة التعامل مع الضغوطات والأزمات. حيث أن كل فئات الشباب سواء متزوج أو أعزب يعانون من متاعب كل حسب ظروفه. والمشاكل الزوجية أو الاعتقال أو المشاكل القانونية في الآونة الاخيرة، أو النزاعات مع الوالدين أو فقدان أحد أفراد الاسرة. فتقارب الحياة حيث تشابه الظروف التي يعيشها مدمني المخدرات باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب) فهم بذلك يتعرضون لظروف اجتماعية ونفسية واقتصادية نفسها تختلف طبيعتها فقط من حيث متزوج أو أعزب، فالحياة مقاربة والأزمات والضغوطات قد تكون واحدة، أيضا تعرضهم ونتيجة لاختلاطهم ببعض. وكذا اضطرابات الصحة النفسية الأخرى إلى جانب الاكتئاب تجعل المرضى عرضة لخطر الانتحار أيضا فالأشخاص المصابون بانفصام الشخصية أو اضطرابات ذهنية أخرى قد يكونون لديهم أوهام (معتقدات كاذبة ثابتة) بأنهم يجدون من المستحيل التكيف معها، أو أنهم قد يسمعون أصواتا (الهوسة السمعية) تقودهم إلى قتل أنفسهم وذلك بأن المصابين باضطراب الشخصية الحدي أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع، خاصة أولئك الذين لديهم تاريخ من السلوك العنيف هم أكثر عرضة للانتحار أيضا. (بنت عبد هلال، 2022، ص، 112). الظروف الاقتصادية التي يواجهها الشباب، سواء من ناحية الاحتياجات المادية أو الحرمان، مما يؤدي إلى صعوبة في تلبية متطلبات الحياة اليومية. هذا العجز قد يؤدي بدوره إلى انحرافات اجتماعية واقتصادية. كما أن الحياة المترفة، خاصة في حالة ضعف الوازع الديني أو وجود رفقاء السوء، يمكن أن تساهم في إضعاف القيم الأخلاقية لدى الشباب. التجارب العاطفية الفاشلة " من اثار

الصدمة العاطفية القلق والتوتر ونقص التركيز والعزلة وقد تتأثر الدراسة او العمل بشكل سلبي وفي حالات اخرى مرضية يمكن ان يصاب المصدوم بنوبة اكتئابية شديدة او يحاول الانتحار ومن الصدمات على سبيل المثال "الطلاق".

تدعم نتائج اختبار T-test التي أجريت على عينة الشباب المتعاطي للمخدرات الفرضية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية تعزى للحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة T (-0.458) عند مستوى دلالة 0.648، وهي قيمة تفوق بكثير مستوى الدلالة المقبول 0.05، مما يعني رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية بعدم وجود اختلافات جوهرية بين المتزوجين والعزاب في ميول الانتحار.

هذا يعكس أن الحالة الاجتماعية بحد ذاتها ليست عاملا منفردا يؤثر على الميول الانتحارية في هذه الفئة، وإنما عوامل أخرى أكثر تعقيدا تتداخل مع الحالة الاجتماعية، مثل الضغوط الاقتصادية والنفسية والاجتماعية المشتركة بين الفئات. فقد يتعرض الشباب المتعاطي للمخدرات، سواء كانوا متزوجين أو غير متزوجين، لمشاكل متشابهة تشمل التوترات النفسية، الانعزال الاجتماعي، الصدمات العاطفية، وكذلك الصراعات الأسرية أو القانونية، وهي كلها عوامل تزيد من خطر الميل إلى الانتحار بغض النظر عن حالة الزواج.

علاوة على ذلك، يمكن تفسير التشابه في ميول الانتحار بين الفئتين بناءً على طبيعة حياة المدمنين التي تميزها الظروف المعيشية الصعبة، حيث يواجهون عادة ضغوطا متشابهة من حيث الحرمان المادي، نقص الدعم الاجتماعي، والمشاكل النفسية المصاحبة، مثل الاكتئاب واضطرابات الشخصية، والتي تلعب دورا محوريا في تعزيز الأفكار الانتحارية لديهم.

كما أن غياب الفروقات الإحصائية قد يشير إلى أن الحالة الاجتماعية ليست بالضرورة مؤشرا كافيا لتقييم الدعم النفسي أو الاجتماعي الذي يتلقاه المدمن، إذ قد يكون الفرد المتزوج يعاني من نفس مستويات الضغط والاضطراب النفسي التي يعاني منها العازب، بل وربما أكثر في بعض الحالات بسبب مسؤوليات الأسرة أو المشاكل الزوجية.

لذلك، توصي هذه النتائج بضرورة النظر إلى حالة المدمن بشكل شمولي يأخذ في الاعتبار مجموعة واسعة من العوامل المتشابكة، مع التركيز على الدعم النفسي والاجتماعي، وتأهيل المدمنين لمواجهة الضغوط الحياتية، بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية.

- **الفرضية السادسة:** من خلال عرض نتائج الفرضية السادسة التي تنص على أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير سنوات التعاطي.

تم التوصل الى ألا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية عند الشباب المتعاطي للمخدرات تعزى لمتغير سنوات التعاطي. وتفسير ذلك أن كل مدمني المخدرات باختلاف سنوات تعاطيهم لهم ميولات انتحارية وذلك يرجع لكون المخدرات لها آثار وخيمة على شخصية الشباب في جميع الجوانب (المعرفية، السلوكية، الوجدانية). حيث أن الإدمان عامل خطر يدفع إلى سلوك الانتحاري. ان الإدمان على الكحول يعجل الانتحار فقد وجد (ميفسكى) ان الإدمان على الكحول يعجل الانتحار فقد وجد (ميفسكى) ان حوالي (36%) من المدمنين ينتحرون ومنهم من انتحر تحت تأثير مباشر واني للخمر ومنهم من كان مصابا بالاكتئاب او الذهان او شذوذ الشخصية "السايكوباتي" ومنهم من كان مصابا بالهلوسة المزمنة. ولتناول الخمر علاقة بالانتحار لوحظ في انجلترا والولايات المتحدة الامريكية ان أكثر المنتحرين في ايام السبت والاحد هم من الذين يتناولون الخمر بشراهة في تلك الايام بينما ارتفع حوادث النساء بعد ايام الاثنين ولاحظ (باتشيلور) ان نصف المحاولات الانتحارية حدثت بين الساعة مساء ومنتصف الليل اي وقت السكر والارهاق. (الدرأونة، 2010، ص 21). انتشار المخدرات والكحول وتراكم الديون بين الشباب والتي تدفعهم الى التخلي عن التفكير واللجوء الى الانتحار عندما تشتد عليهم مشاكل الحياة. ولان الشباب أصبح يفقد القدوة نجد ان نسبة الإدمان قد زادت ولعل المخدرات من اهم الاسباب التي قد تدفع الشاب الى التخلص من حياته خاصة عندما يعجز عن ايجاد المال لتوفيرها.

بالرغم من التوقع المسبق بأن سنوات التعاطي للمخدرات قد تؤثر على ميول الشباب الانتحارية، إلا أن النتائج الإحصائية لم تدعم هذا الافتراض. حيث أظهر تحليل التباين الأحادي (ANOVA) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الشباب المتعاطي للمخدرات بحسب سنوات التعاطي، حيث بلغت قيمة

$F=0.862$ بمستوى دلالة 0.425، وهو ما يتجاوز الحد المعتاد (0.05) الذي يشير إلى الدلالة الإحصائية، هذا يعني أن طول فترة التعاطي لا يغير بشكل ملموس من ميول الشباب الانتحارية.

هذا يشير إلى أن الإدمان على المخدرات بشكل عام، بغض النظر عن مدة التعاطي، يعد عامل خطر مستمر على السلوك الانتحاري، فالأثر السلبي للمخدرات على الجوانب النفسية والمعرفية والعاطفية للشباب قد يبدأ منذ المرحلة الأولى من التعاطي ولا يتغير كثيرا مع مرور الوقت، لذلك، من المهم أن تركز البرامج الوقائية والعلاجية على كافة المدمنين دون التمييز بين سنوات التعاطي، لأن الخطر الانتحاري قد يكون متساويا في جميع المراحل.

كما تدعم هذه النتائج الدراسات التي تؤكد أن العوامل النفسية المرافقة للإدمان مثل الاكتئاب، الاضطرابات الذهنية، والهوس تلعب دورا أكبر في الميل إلى الانتحار من عامل مدة التعاطي بحد ذاته، لذا، ينبغي على الجهات المعنية توفير دعم نفسي وعلاجي متكامل يراعي هذه الجوانب لتعزيز فرص الشفاء والحد من السلوكيات الانتحارية بين الشباب المدمنين.

وأخيرا، تبين أن العوامل الاجتماعية، مثل فقدان القدوة وارتفاع الضغوط الاقتصادية وتراكم الديون، تسهم أيضا في زيادة ميول الانتحار، مما يبرز ضرورة تدخل المجتمع والأسرة بجانب العلاج الطبي لتوفير بيئة داعمة تساعد على تقليل هذه المخاطر.

خاتمة

خاتمة:

تعد ظاهرة الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات من أخطر القضايا النفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات الحديثة، لما لها من آثار مدمرة على الفرد والمجتمع معاً، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الميول الانتحارية لدى هذه الفئة، وكذلك الكشف عن الفروق المحتملة في هذه الميول وفقاً لمجموعة من المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية مثل الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وسنوات التعاطي.

أظهرت النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية أن مستوى الميول الانتحارية لدى الشباب متعاطي المخدرات يتراوح بين المتوسط والمرتفع، مما يؤكد حجم الخطورة والتحدي الذي تواجهه هذه الفئة في محاولتهم التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية الناتجة عن الإدمان، ويرجع ذلك إلى الأثر السلبي الكبير للإدمان على الصحة النفسية والمعرفية والسلوكية للشباب، حيث تتشابك عوامل مثل الاكتئاب، الاندفاع، الانعزال الاجتماعي، الشعور بالنبذ، وعدم القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي، ما يجعل هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار الفعلية. وهو ما يتوافق مع نظريات دوركايم التي تؤكد على أهمية الشعور بالانتماء الاجتماعي كعامل وقائي ضد الانتحار، وكذلك الدراسات الحديثة التي ربطت بين الإدمان وارتفاع معدلات الانتحار لدى الشباب.

من جهة أخرى، كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الميول الانتحارية تعزى لمتغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، أو سنوات التعاطي، وهو ما يحمل دلالة هامة تشير إلى أن هذه الظاهرة النفسية والسلوكية تتخطى الحواجز الاجتماعية والديموغرافية، إذ يعاني الشباب متعاطو المخدرات بشكل موحد تقريباً من ضغوط ومشكلات متشابهة تؤثر على ميولهم الانتحارية، بغض النظر عن خلفياتهم الشخصية أو البيئية. ويُعزى هذا إلى أن جميع الفئات الشبابية المتعاطية تخضع لنفس الظروف الاقتصادية والاجتماعية المضطربة، والتغيرات النفسية والعاطفية المرتبطة بمرحلة الشباب، فضلاً عن التأثيرات المدمرة للإدمان نفسه الذي يعطل الوظائف النفسية المعرفية.

تفسر هذه النتائج أيضاً أن الميول الانتحارية ليست سلوكاً يمكن فهمه أو معالجته من خلال عامل واحد أو متغير منفرد، بل هو نتاج تفاعل معقد ومتداخل بين عدة عوامل نفسية، اجتماعية، معرفية وسلوكية.

فالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، اضطرابات الشخصية، الصدمات العاطفية، والإحباط المتكرر، بالإضافة إلى ضعف الدعم الاجتماعي والبيئي، كل ذلك يسهم في دفع الشباب متعاطي المخدرات نحو التفكير في الانتحار أو محاولة تنفيذه.

ومن الناحية التطبيقية، تؤكد الدراسة على ضرورة تكامل الجهود بين القطاعات الصحية والنفسية والاجتماعية لتقديم الدعم والمساندة النفسية اللازمة لهذه الفئة، وذلك من خلال برامج وقائية وتدخلات علاجية متخصصة تراعي خصوصية المدمنين الشباب. كما تبرز الحاجة إلى تعزيز الوعي المجتمعي بمخاطر الإدمان والميول الانتحارية، وتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها الشباب، مع توفير بيئات داعمة تعزز من قدراتهم على مواجهة الضغوط النفسية وتطوير مهارات التكيف.

في الختام، تمثل نتائج هذه الدراسة إضافة مهمة إلى المعرفة العلمية حول العلاقة بين الإدمان والميول الانتحارية لدى الشباب، وتفتح آفاقاً لمزيد من البحث المتخصص في هذا المجال، خاصة في البلدان التي تشهد ارتفاعاً في نسب التعاطي وسط الشباب. فالتصدي لهذه الظاهرة يتطلب رؤية شاملة ومتكاملة تتجاوز العلاج الفردي لتشمل العمل على تحسين البنى الاجتماعية، وتوفير الدعم الأسري، وتعزيز الصحة النفسية على مستوى المجتمع ككل. وإذ تؤكد هذه الدراسة أن الميول الانتحارية منتشرة بين شباب متعاطي المخدرات دون تمييز بين متغيرات الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية، فإنها تدعو إلى بذل جهود مضاعفة للوقاية والتدخل المبكر قبل أن تتفاقم هذه الظاهرة وتتحول إلى مأساة إنسانية يصعب تداركها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. ابن منظور أبو الفضل (1956)، لسان العرب، المجلدة، بيروت: دار صادر للطباعة والنشر.
2. أمقران عبد الرزاق (2008)، دراسات في علم الاجتماع، ط1، الجزائر، دار هباء الدين للنشر والتوزيع.
3. باشن سليمة (2023)، المخدرات مفهومها أسبابها، سبل الوقاية منها، مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية، المجلد 05، العدد 18، جامعة يحي فارس بالمدينة، الجزائر.
4. بعبيع محمد، نادية يامنة، عبد القادر إسماعيلي (2012)، الإرشاد النفسي دوره في علاج المدمنين على المخدرات، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
5. تلمساني فريال حسناء، عبد القادر فتحية شكرابي (2022)، الأفكار الانتحارية لدى الشباب (دراسة ميدانية)، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، المجلد 07، العدد 02، جامعة يحي فارس بالمدينة، الجزائر.
6. الجبوري وآخرون (2014)، قياس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الإعدادية، مجلة كلية التربية للبنات للعلوم الإنسانية، 14. (01)
7. جوهامسون، شغل وآخرون (2016)، علم النفس المرضي، أمثال هادي الحويلة وآخرون، مترجمون، مكتبة الأنجلو المصرية.
8. حسن علي، رشوان عبد المنصف (2006)، ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب وقضاياهم، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
9. حمدي أحمد عمر علي (2022)، تعاظم وإدمان المخدرات وتأثيرهما على تحقيق أهداف وبرامج التنمية المستدامة، دراسة ميدانية على عينة من شباب محافظة سوهاج، مجلة كلية الآداب بقنا، جامعة جنوب الوادي، العدد 55، أبريل.
10. حمودة حكيمة آيت (2007)، محاولات الانتحار لدى فئة من الشباب المدمن على المخدرات وعلاقتها بالضغط النفسي وبعض متغيرات الشخصية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، حوليات جامعة الجزائر، المجلد 17، العدد 1، جامعة الجزائر.

11. خديجة عبد الرحيم (2022)، سمات الشخصية لدى الشباب المدمن على المخدرات في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية على عينة من الغرب الجزائري، أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة بن أحمد وهران.
12. خلفاوي فاطمة الزهراء، بوروبة آمال (2021)، التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات في ظل جائحة كوفيد 19 "دراسة ميدانية بمدينة أفلو"، مجلة دولية نصف سنوية، المجلد 06، العدد 01، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2.
13. خياطي مصطفى، مليون مستهلك و350 ألف مدمن مخدرات في الجزائر، على الموقع : <http://www.Echoroukonline.com/ara/articles/188799.html>
14. د. مؤلف (2016)، القدرة العقلية العامة والاكنتاب لدى متوقفي الإدمان المتعدد من سائقي سيارات الأجرة "دراسة حالة إكلينيكية"، مجلة كلية التربية، العدد 168، الجزء الرابع، جامعة الأزهر.
15. دردار فتحي (2000)، الإدمان على المخدرات، الجزائر: مكتبة البغدادي.
16. رابح هوداف، علي فارس (2019)، دور الإرشاد النفسي في خفض سلوك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية لدى المراهقين المتمدرسين، مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والإنسانية، المجلد الثاني، العدد السادس، جامعة سطيف 2، الجزائر.
17. الرشود، ع.س. (2014)، ظاهرة الانتحار، التشخيص والعلاج، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع. الطراونة، زياد، نائل، ط 1، (2010)، الانتحار، أسبابه، أعراضه، أنواعه وطرق علاجه، عمان.
18. ريفنشر الزهراء، مستوى الإدمان في الجزائر بلغت مستويات قياسية، على الموقع : <http://www.djazairress.com/alseyassi/12398>
19. رينجل (1958)، الانتحار: نهاية تطور نفسي مرضي، المجلد 3، Maudrich، فيينا. محمد الحجار (1998)، المدخل إلى علم النفس المرضي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.
20. سليمان فتيحة (2012)، الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

21. سمعان م. (1964)، مشكلة الانتحار، دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، القاهرة، دار المعارف.

الجيش ن. (1990)، الانتحار، دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، مؤسسة الشبيبة للإعلام والنشر، دمشق.

22. سيد فهمي محمد ومحمد سالمة أمل (2012)، إدارة الأزمة مع الشباب، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

23. شطوطي (2020)، الانتحار الأسباب والحوادث والعلاج، الجزائر، ديوان المطبوعات الجزائرية. حامد المغربي، إبراهيم (2014)، الانتحار الرؤية التكاملية، مصر: الإسكندرية: دار الشمي. المغربي، إبراهيم (2015)، الانتحار رؤية تكاملية، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، ط 1.

24. صندلي ريمة (2012)، الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص علم النفس الضغط، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة فرحات عباس، سطيف.

25. طباس نسيم (2011)، المحاولات الانتحارية لدى الفتاة، مقاربة نسقية لأربع حالات، مجلة التنمية البشرية، العدد 03، جامعة وهران، الجزائر.

26. طه محمد حسن غانم (2014)، الوقاية من تعاطي المخدرات والتدخين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

27. عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي (2014)، المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الرياض.

28. عبد الحفيظ معوشة (2008)، الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب بمدينة باتنة، مذكرة مكملة لنيل درجة ماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

29. عبد الرحمن شعبان عطيات (2000)، المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، ط1، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

30. عبد الكريم قاسم أبو الخير (2013)، معركة الإدمان التشخيص وخطوات العملية العلاجية، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
31. عبد الله حسن الشخي (2022)، مدى تقبل الأسرة لمدمن المخدرات المتعافي، دراسة حالة لعينة من أسر المتعافين في وحدة الرعاية الممتدة بمستشفى الأمل بجدة، المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي 33.
32. العمر، خليل معن، الآثار الاجتماعية لتعاطي الشباب المخدرات في المجتمع العربي، على الموقع : <http://Reposithory.nauss.edu.sa/handle/123456789/56066>
33. العيداني آمال (2011)، مفهوم الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المدمنين وغير المدمنين من المساجين، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر.
34. الغامدي، م.ز. (2020)، الميول الانتحارية وعلاقتها بالضغط النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية بمدينة الرياض، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 4.(45)
35. غباري محمد سلامة (2007)، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1.
36. فرغلي بدوي (1997)، الإدمان ورحلة الشفاء، الرياض: مؤسسة مطابع المنار.
37. قندوز منير (2016)، ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وواقعها وعواملها، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 10، جامعة محمد بوضياف مسيلة، الجزائر.
38. كامل طارق، حافظ أنور (2009)، المشكلات الاجتماعية في المجتمع المعاصر، الإدمان، البطالة، ط1، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.
39. مصباح عبد الهادي (2014)، الإدمان، بيروت: دار المصرية اللبنانية.
40. مصطفى سويف (1996)، المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة نظرة تكاملية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
41. مصطفى عرموش (1993)، المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس، ط1، بيروت.

42. معوشة عبد الحفيظ، تسميم مقياس الميول الانتحارية، جامعة خنشلة، الجزائر، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، العدد 10، 2017
43. منى عبد الغفار محمود (2017)، دور وزارة التربية والتعليم في الوقاية من تعاطي المخدرات، المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان، المجلد الرابع عشر، العدد الثاني.
44. ميلسون، الشباب في مجتمع متغير، ترجمة وتقديم: مرسى عيد بدر (يحي)، ط 1، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2007.
45. ناصر محي الدين ملوحي (2019)، الإدمان مخاطره وعلاجه، دار الغسق للنشر، ط2.
46. ناصر، أشواق صبر (2016)، العلاقة بين الإرادة والتفكير الانتحاري لدى ضحايا التمر، السعودية، مجلة كلية التربية الإسلامية، العدد 39.
47. النوي بالطاهر، النوي آمنة (2020)، آثار تعاطي المخدرات على الأسرة، أعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع تشخيص الظاهرة وسبل الوقاية والعلاج، الجزء الأول.
48. وفقى حامد أبو علي (2003)، ظاهرة تعاطي المخدرات الأسباب الآثار العلاج، قطاع الشؤون الثقافية، إدارة الثقافة الإسلامية، الكويت.
49. يزيد عباسي (2015)، مشكلات الشباب الاجتماعية في ضوء التغيرات الاجتماعية الراهنة في الجزائر، دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة جيجل، القطب الجامعي تاسوست جيجل، أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع.

الملاحق

Corrélations

_ الاجتماعية_ الدوافع
لانتحار

VAR00015	Corrélation de Pearson	,450
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00020	Corrélation de Pearson	,359
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00026	Corrélation de Pearson	,435
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00031	Corrélation de Pearson	,413
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00038	Corrélation de Pearson	,663
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00039	Corrélation de Pearson	,397
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00041	Corrélation de Pearson	,445
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00049	Corrélation de Pearson	,380
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100

VAR00051	Corrélation de Pearson	,342
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00055	Corrélation de Pearson	,273
	Sig. (bilatérale)	,006
	N	100
VAR00057	Corrélation de Pearson	,358
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
لاانتحار_الاجتماعية_الدوافع	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Corrélations

الانتحاري_التفكير

VAR00024	Corrélation de Pearson	,623
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00036	Corrélation de Pearson	,562
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00040	Corrélation de Pearson	,684
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00045	Corrélation de Pearson	,405
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100

VAR00047	Corrélation de Pearson	,475
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00048	Corrélation de Pearson	,664
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00050	Corrélation de Pearson	,600
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00052	Corrélation de Pearson	,440
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00054	Corrélation de Pearson	,630
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00056	Corrélation de Pearson	,533
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الانتحاري_التفكير	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Corrélations

الذات_لايذاء_الميل

VAR00002	Corrélation de Pearson	,530
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100

VAR00006	Corrélation de Pearson	,457
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00011	Corrélation de Pearson	,644
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00013	Corrélation de Pearson	,750
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00016	Corrélation de Pearson	,493
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00021	Corrélation de Pearson	,757
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00022	Corrélation de Pearson	,686
	Sig. (bilatérale)	,007
	N	100
VAR00028	Corrélation de Pearson	,558
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00029	Corrélation de Pearson	,563
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00043	Corrélation de Pearson	,216
	Sig. (bilatérale)	,031
	N	100

الذات_لايذاء_الميل	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Corrélations

الموت_في_الرغبة

VAR00005	Corrélation de Pearson	,390
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00019	Corrélation de Pearson	,280
	Sig. (bilatérale)	,005
	N	100
VAR00025	Corrélation de Pearson	,367
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00030	Corrélation de Pearson	,555
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00034	Corrélation de Pearson	,542
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00035	Corrélation de Pearson	,243
	Sig. (bilatérale)	,015
	N	100
VAR00037	Corrélation de Pearson	,680
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100

VAR00044	Corrélation de Pearson	,569
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الموت_في_الرغبة	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Corrélations

التشاؤم_اللامبالاة

VAR00001	Corrélation de Pearson	,307
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	100
VAR00004	Corrélation de Pearson	,631
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00007	Corrélation de Pearson	,538
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00008	Corrélation de Pearson	,556
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00010	Corrélation de Pearson	,595
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00014	Corrélation de Pearson	,537
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100

VAR00017	Corrélation de Pearson	,614
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00027	Corrélation de Pearson	,284
	Sig. (bilatérale)	,004
	N	100
VAR00032	Corrélation de Pearson	,448
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00042	Corrélation de Pearson	,598
	Sig. (bilatérale)	,030
	N	100
VAR00053	Corrélation de Pearson	,393
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
التشاور_اللامبالاة	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Corrélations

لتنفيذ_ الاستعداد
الانتحار

VAR00003	Corrélation de Pearson	,627
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00009	Corrélation de Pearson	,692
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100

VAR00012	Corrélation de Pearson	,607
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00018	Corrélation de Pearson	,614
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00023	Corrélation de Pearson	,742
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
VAR00033	Corrélation de Pearson	,688
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الانتحار_ لتنفيذ_ الاستعداد	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Corrélations

الكلية_ الدرجة

لانتحار_ الاجتماعية_ الدوافع	Corrélation de Pearson	,763
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الانتحاري_ التفكير	Corrélation de Pearson	,764
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الذات_ لا يذاء_ الميل	Corrélation de Pearson	,439
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الموت_ في_ الرغبة	Corrélation de Pearson	,723
	Sig. (bilatérale)	,000

	N	100
التشاور_اللامبالاة	Corrélation de Pearson	,801
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الانتحار_لتنفيذ_الاستعداد	Corrélation de Pearson	,712
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	100
الكلية_الدرجة	Corrélation de Pearson	1
	N	100

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,697	11

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,752	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,707	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,638	8

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,642	11

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,743	6

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,872	57

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الكلية_الدرجة	,087	100	,061	,976	100	,065

a. Correction de signification de Lilliefors

Statistiques

		الجنس	العمر	المستوى	اج_الحالة	تعاطي_سنوات
N	Valide	100	100	100	100	100
	Manquant	0	0	0	0	0

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	60	60,0	60,0	60,0
	انثى	40	40,0	40,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

العمر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنة 20_15 من	24	24,0	24,0	24,0
	سنة 26_21	46	46,0	46,0	70,0
	سنة 30_27	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

المستوى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابتدائي	1	1,0	1,0	1,0
	متوسط	29	29,0	29,0	30,0
	ثانوي	36	36,0	36,0	66,0
	جامعي	34	34,0	34,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

اج_الحالة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اعزب	80	80,0	80,0	80,0
	متزوج	20	20,0	20,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

تعاطي_سنوات

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنة من اقل	2	2,0	2,0	2,0
	سنوات 5_1 من	88	88,0	88,0	90,0

سنوات6_10	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

عرض نتائج الفرضيات:

الفرضية الأولى

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الكلية_الدرجة	100	184,4400	22,39964	2,23996

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 171

	t	df	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الكلية_الدرجة	6,000	99	,000	13,44000	8,9954	17,8846

Tailles d'effet pour échantillon unique

		Standardisation ^a	Estimation des points	95% Intervalle de confiance	
				Inférieur	Supérieur
الكلية_الدرجة	d de Cohen	22,39964	,600	,386	,812
	Correction de Hedges	22,57114	,595	,383	,806

a. Dénominateur utilisé pour estimer les tailles d'effet.

Le d de Cohen utilise l'écart type échantillon.

La correction de Hedges utilise l'écart type échantillon, plus un facteur de correction.

الفرضية الثانية

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الكلية_الدرجة	ذكر	60	185,3333	21,46631	2,77129
	انثى	40	183,1000	23,94738	3,78641

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	df	Sig. (bilatérale)	Différen ce moyenn e	Std. standa rd	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
الكلية_الدرجة	Hypothes e de variances égales	,456	,501	,487	98	,628	2,23333	4,59004	-6,87544	11,34211
	Hypothes e de variances inégaes			,476	77,310	,635	2,23333	4,69222	-7,10948	11,57615

Tailles d'effet pour échantillons indépendants

		Standardisation ^a	Estimation des points	95% Intervalle de confiance	
				Inférieur	Supérieur
الكلية_الدرجة	d de Cohen	22,48649	,099	-,301	,499
	Correction de Hedges	22,66043	,099	-,299	,496

Delta de Glass	23,94738	,093	-,308	,493
----------------	----------	------	-------	------

a. Dénominateur utilisé pour estimer les tailles d'effet.

Le d de Cohen utilise l'écart type combiné.

La correction de Hedges utilise l'écart type combiné, plus un facteur de correction.

Le delta de Glass utilise l'écart type échantillon du groupe de contrôle.

3-الفرضية الثالثة

ANOVA

الكلية_الدرجة

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	1316,773	2	658,386	1,321	,272
Intra-groupes	48355,867	97	498,514		
Total	49672,640	99			

الفرضية4 :

ANOVA

الكلية_الدرجة

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	1218,726	3	406,242	,805	,494
Intra-groupes	48453,914	96	504,728		
Total	49672,640	99			

5- الفرضية الخامسة:

Statistiques de groupe

اج_الحالة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
-----------	---	---------	------------	---------------------------

الكلية_الدرجة	اعزب	80	183,9250	22,94395	2,56521
	متزوج	20	186,5000	20,49262	4,58229

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	df	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Std. standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
الكلية_الدرجة	Hypothèse de variances égales	,008	,930	-,458	98	,648	-2,57500	5,62239	-13,73246	8,58246
	Hypothèse de variances inéga- les			-,490	32,0 18	,627	-2,57500	5,25145	-13,27160	8,12160

Tailles d'effet pour échantillons indépendants

			Estimation des points	95% Intervalle de confiance	
Standardisation ^a				Inférieur	Supérieur
الكلية_الدرجة	d de Cohen	22,48958	-,114	-,604	,376
	Correction de Hedges	22,66354	-,114	-,600	,373
	Delta de Glass	20,49262	-,126	-,616	,368

a. Dénominateur utilisé pour estimer les tailles d'effet.

Le d de Cohen utilise l'écart type combiné.

La correction de Hedges utilise l'écart type combiné, plus un facteur de correction.

Le delta de Glass utilise l'écart type échantillon du groupe de contrôle.

6-الفرضية السادسة:

ANOVA

الكلية_الدرجة

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	867,660	2	433,830	,862	,425
Intra-groupes	48804,980	97	503,144		
Total	49672,640	99			

مقياس الميول الانتحارية

الرقم	العبارة	بدائل الإجابة			
		موافق	موافق بشدة	محايد	معارض معارض بشدة
1	الحياة هي مصدر كل آلامي				
2	أنا كثير التدخين				
3	أنا على أتم الاستعداد لقتل نفسي				
4	الحياة لا تعني لي شيئا				
5	أنتظر بفارغ الصبر موتي				
6	أفضل قيادة السيارة باستعمال السرعة				
7	حين أفكر في الحياة أصاب بتشاؤم				
8	لا أفكر تماما فيم هم حولي				
9	لدي الطريقة المثلى لقتل نفسي				
10	أكره كل ماله علاقة بحياتي				
11	أنا لا أكره إن أصبت بجروح				
12	استطيع اتخاذ القرار بخصوص مكان انتحاري				
13	أنا أحب المجازفة والمغامرة				
14	لا يمكن أن أجد هدفا لحياتي				
15	الكثير ممن انتحروا هم قدوتي في الحياة				
16	أنا لا أنام كثيرا				
17	إذا كان الإنسان غير سعيد				

					فمن الأفضل له أن ينتحر	
					استطيع اتخاذ القرار بخصوص زمان انتحاري	18
					مادام مصيري هو الموت فالانتحار أفضل من الانتظار	19
					لا أفكر في الانتحار لاهتمامي لأمر أسرتي	20
					أنا كثير الاهتمام بنوعية غذائي	21
					أنا كثيرا ما أزور الطبيب	22
					استطيع اتخاذ القرار بخصوص وسيلة انتحاري	23
					أول ما أفكر فيه يوميا هو الانتحار	24
					ما يشغل تفكيري هو ما بعد الحياة	25
					لا أفكر في الانتحار لاهتمامي لأمر والدي	26
					أعتقد أن تعقيدات الحياة يمكنها أن تصل إلى درجة أن ينتحر لإنسان	27
					أنا أخاف من الأمراض	28
					سلوكاتي متهورة	29
					الموت راحة	30
					الانتحار هو رسالة للمجتمع	31
					ليست لي الشجاعة لمواجهة الحياة	32
					لقد انتهيت من إعداد خطة لقتل نفسي	33
					أجمل ما في الحياة هو نهايتها بالموت	34
					الإصابة بمرض مزمن تعنى	35

					الموت	
					لقد فكرت طويلا في الانتحار	36
					الكثير من مواضيع أحاديثي يكون موضوعها الموت	37
					أفكر في الانتحار لأني ثقل على محيطي	38
					المشاكل الاجتماعية هي ما يجعل الفرد ينتحر	39
					أفضل الموت منتحرا	40
					أفكر في الانتحار لأن هناك من انتحر من أفراد أسرتي.	41
					لا أنشغل للكيفية التي يراني بها الآخرون	42
					في كثير من الأحيان أتناول أدوية دون استشارة الطبيب	43
					أتمنى أن أنام دون أن أستيقظ	44
					الكثير من أحاديثي يكون موضوعها الانتحار	45
					لقد فكرت فيما قد أكتبه عندما أقدم على الانتحار	46
					المنتحر فرد شجاع	47
					أرغب حقا في قتل نفسي	48
					هناك من انتحر من أصدقائي	49
					أميل كثيرا لمشاهدة أفلام عن الانتحار	50
					ما يمنعني من الانتحار هو موقف المجتمع من سلوكي	51
					أميل كثيرا لقراءة قصص حول الانتحار	52
					أفضل حل لمواجهة المشاكل هو الانتحار	53

					54	الانتحار جائزة لنفسى
					55	إن الانتحار هو عقاب للمجتمع
					56	يرعبنى ما يصحب الانتحار (دم، ألم، حزن ...)
					57	الانتحار حل عملي لجميع المشاكل الاجتماعية