

خطر تعاطي المخدرات بين الشباب الجزائري: أهم المؤشرات - دراسة ميدانية -

ملخص

يهدف هذا المقال إلى تحديد نسبة أهم مؤشرات الخطر من تعاطي المخدرات في أوساط الشباب الجزائري، حيث تم تحديد ما يلي:
- أهم عوامل الخطر من تعاطي المخدرات - أوزان عوامل الخطر من تعاطي المخدرات ونسبة الخطر أو المؤشر الكلي للخطر من تعاطي المخدرات؛ وهذا بالاعتماد على تطبيق أدوات البحث التالية: استبيان سوسيوديموغرافي - اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات العشر بنود DAST-10 لهارفي سكينر (1982) والتقارير التشخيصية لتعاطي المخدرات لتارتر وآخرون (1990). لقد طبقت هذه الأدوات على عينة مكونة من 330 شاب متعاطي للمخدرات متوسط عمرهم 22.72 سنة. تشير النتائج فيما يخص أهم عوامل الخطر التي تدفع الشباب المتعاطي للمخدرات إلى الاستمرار في التعاطي إلى أنها مرتبة كما يلي: تأثير الأصدقاء 66.32%، الترفيه/الاستراحة 61.91%، الأداء الدراسي/ التوافق الدراسي 57.31% وتأثير المخدرات 55.91%، النظام العائلي 51.06% أما مؤشر الخطر الكلي من تعاطي المخدرات فقد قدرت قيمتها بـ 53.03%، وهي في نفس اتجاه قيمة اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات العشر بنود DAST-10 والتي قدرت بـ 5.49.

د. فريدة قماز

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
جامعة سطيف 2
الجزائر

Abstract

مقدمة

تعرف البحوث العلمية في مجال العلوم السلوكية تحديات كثيرة أهمها القدرة على التنبؤ بالظواهر وبالتالي التحكم فيها، خاصة منها الظواهر النفسية والنفسية الاجتماعية المرضية التي أصبحت تميز هذا العصر لما تكلفه من خسائر بشرية ومادية، بل أكثر من ذلك أصبحت تعيق تطور المجتمعات. وتجدر الإشارة إلى أن البحوث في مثل هذه المواضيع تميل أكثر إلى تقديم تفسيرات الأحادية العامل مما جعلها تقف عاجزة عن تقديم حلول للكثير من المشكلات

This article aims to determine the level of indicators regarding to the risk of drug abuse among young Algerians. we present :

- The main risk factors for drug use
- Weights of the main risk factors of drug abuse and the total index of the risk factors of drug abuse. In order to respond to these questions, we have applied the following techniques : Socio-Demographic,

التي يعاني منها الإنسان المعاصر، مثل: الاكتئاب، الانتحار، القلق والإدمان على المخدرات،... إن هذا النقص دفع ببعض الباحثين إلى التفكير في وضع تصورات تفسيرية تنبؤية متعددة العوامل.

في هذا الإطار يعتبر النموذج المركز على الخطر *Approche centrée sur le risque* من بين النماذج التي استطاعت أن تقدم تصورا تفسيريا واضحا حول الكثير من الظواهر المرضية كما استطاع أن يقترح إطارا نظريا دقيقا حول استراتيجيات التدخل الوقائية والعلاجية، سواء للأمراض الجسمية (أمراض القلب، السكري، الضغط الدموي،) و/أو النفسية (الاكتئاب، القلق،...) وحتى المشكلات النفسية الاجتماعية (تعاطي المخدرات، الانحراف، العنف،...). لذلك اتجهت الدراسات الابداعية والطبية الحديثة إلى تحديد العوامل أو الشروط التي ترتبط بارتفاع احتمالات التي من شأنها أن تؤثر على صحة

الشخص ونوعية حياته (Jessor, 1991). ويعتمد هذا النوع من الدراسات على مفهوم الخطر والوقاية.

لقد ارتبط مفهوم الخطر (*Risque , Risk*) في مختلف العصور والثقافات بكل ما هو سلبي ومؤذ، لا بد أن نتخلص منه لأنه سبب عدم استقرارنا ووقوعنا في الكثير من المشاكل. كما أنه يظهر هشاشتنا وضعفنا في مواجهة أحداث الحياة. ولكن حسب روبرت كورتوا (Robert Courtois, 2011) فإن مفهوم الخطر لا يحمل في طياته أي معنى للإيذاء والسلبية كما يعتقد البعض. إنما هو محاولة توقع نتيجة ما بناء على مواقف معينة (Piron, 2004) عن (Courtois, 2011) لذلك يمكن اعتبار الخطر على أنه احتمالية تعرضنا لمشكلة ما. وعليه فإنه يرتبط بالعديد من المفاهيم مثل: الاحتمالات، الحظ، التوقع، التحكم،...

أما في روبرت Guy Robert فقد أكد إلى أن التوجه إلى المنحى الوقائي القائم على عوامل الخطر بدأت اقتصادية وعسكرية بالدرجة الأولى. ولم يعطى أهمية للبعد الاجتماعي إلا في القرن 19. ليصل مع نهاية القرن العشرين إلى المشروع الإنساني الذي يبحث عن الراحة الجسمية والنفسية. (Brigitte Bouquet, 2013)

Questionnaire (QSD) - Drug Abuse Screening Test DAST-10, Harvey Skinner (1982) and Drug Use Screening Inventory Tarter et al. (1990). The sample of this study was composed of 330 young drug users, with an average age of 22.72 years. The analysis of the data show that the main mains risk factors are as follow: Peer Relationships 66.32%, Leisure/Recreation 61.91%, School Performance/Adjustment 57.31%, Drug involvement 55.91%; and family system 51.06%. The Overall Problem Density OPD of drug abuse index was found to be at 53.03%. Its level seem to be in the same direction as the value of Drug Abuse screening TEST DAST-10, which was estimated at 5.49.

Keywords: Drug abuse, risk factors, the risk index, the model centered on the risk, level of the risk.

وفي نفس الاتجاه فقد استعمل الابديميولوجيون مفهوم الخطر لتوقع الكثير من الأمراض المزمنة. والتي شكلت نسبة وفياتها مشكلة حقيقية في ميدان الصحة، كما شكلت مشكلا اقتصاديا لما تكلفه هذه الأمراض من تكاليف ضخمة تقع على عاتق المريض والدولة. من بينها: الأمراض القلبية، الأمراض السرطانية، السيدا،... وقد حددوا مجموعة من عوامل الخطر، صنفتها إلى صنفين:

-الصنف الأول: يشمل العوامل البيولوجية مثل: ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع في نسبة الكولسترول في الدم،...

-الصنف الثاني: يشمل العوامل الفيزيكية أو البيئية مثل: الإشعاعات، تسمم المياه،... (Jessor, 1991) عن (قماز، 2009)

لقد توصلت الدراسات الابديميولوجية إلى ضرورة إدراج العوامل النفسية الاجتماعية كعوامل خطر للإصابة بالأمراض الجسمية وخاصة منها الأمراض القلبية. حيث توصل بعض الباحثين إلى أن الضغط النفسي يعتبر عامل الخطر للإصابة بالأمراض القلبية.

كما توصلوا إلى أن الإدمان على الكحول والتبغ تعد من أبرز عوامل الخطر للإصابة بتشعب الكبد، وسرطان الرئة، لذلك أصبح من البديهي أن ترتبط الأمراض القلبية و السكتة الدماغية، السرطان، الأمراض الكبدية، السيدا بمجموعة من السلوكات. (Jessor, 1991) عن (قماز، 2009)

إن سلوك الأكل والشرب والتدخين والعلاقات الجنسية غير المحمية، الممارسات غير الصحية وسلوكات أخرى بإمكانها التأثير على صحة وسلامة الأشخاص. إذا كانت السلوكات تشكل عوامل خطر للمرض وحتى الوفاة ، فإن التحدي الذي يواجهه تناول الابديميولوجي هو أن السلوك لا يعتبر فقط عامل خطر وإنما هو سبب ونتيجة كذلك، لذلك لا بد من تناول الموضوع بصفة تفاعلية بين الميدانين الاجتماعي/ التطوري النفسي (Jessor, 1991)) عن (قماز، 2009)

يرى جيسور (1991) أن إدراج السلوكات كعوامل خطر يتطلب منا إعادة بناء تصور جديد فيما يخص مفهوم الخطر. ولا يتردد في تأكيد أن هذه المحاولة تعتبر تحد كبير بالنسبة للعلوم السلوكية. ذلك للاعتبارات التالية :

1- أن السلوك المشكل لا يعتبر عامل خطر فقط وإنما هو سبب ونتيجة في نفس الوقت (مثلا: الفشل الدراسي قد يكون عامل خطر لتعاطي المخدرات، وفي نفس الوقت نتيجة لتعاطي المخدرات.

2-أننا ننظر دائما لعوامل الخطر نظرة سلبية أو غير مرغوب فيها والمطلوب منا تغيير هذه النظرة وأن ننظر لها من خلال المعرضين للخطر. فإذا أخذنا مشكلة تعاطي المخدرات من وجهة نظر المراهق مثلا، فإن هذا الأخير لا يرى إلا الآثار الايجابية والمرغوب فيها، حيث يؤدي تعاطيها بالنسبة له إلى التقبل الاجتماعي من طرف

الأصدقاء، والشعور بالاستقلالية والنضج. كما أنها تلعب دور اجتماعي وشخصي مهما بالنسبة للمراهق، أين تلعب العلاقات الاجتماعية دورا مهما في هذه المرحلة، وفي غياب بدائل مماثلة من حيث الرضا فإن المراهق لا يتخلى عن تعاطي المخدرات.

3- لقد توصلت الكثير من الدراسات إلى أن عوامل الخطر بالنسبة للمراهقين تعتبر وظيفية ومقصودة وأدائية وذات أهداف موجهة. وتعتبر هذه الأهداف مركزية للنمو الطبيعي للمراهقين، وظهور العديد من السلوكيات مثل التدخين، تعاطي المخدرات، السياقة الخطرة، النشاطات الجنسية المبكرة وكل هذه الممارسات الهدف منها كسب رضا واحترام جماعة الرفاق، إلى جانب الاستقلالية عن الأهل، تجاهل كل المعايير والقيم الاجتماعية، مقاومة القلق والإحباط وكذا توقع الفشل، أو إلى إثبات النضج أو تأكيد الانتقال إلى مرحلة الرشد والاستفادة من امتيازاتها (Jessor, 1991).

4- ضرورة النظر إلى المشاكل السلوكية نظرة تكاملية تفاعلية بين عوامل الخطر والوقاية وفي سياق تطوري للمراهق.

تجدر الإشارة إلى أن فعالية هذا النموذج في تقديم خدمات للعلوم السلوكية يتوقف على مدى تقديم تفسير تكاملي تفاعلي بين مختلف العوامل (الخطر والوقائية) انطلاقا من تصورات وإدراكات الشخص للموضوع أو المشكل.

أما بالنسبة لمفهومه للمرض فينطلق النموذج المركز على الخطر من خلفية وضعية ظاهرية حيث يرى أن المرض ما هو إلا مجموعة من الاضطرابات الوظيفية، تتحكم في ظهوره واستمراره جملة من العوامل الداخلية (الوراثية، الجسمية، النفسية،...) والخارجية (العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، البيئية،...). ويمكن اعتبار هذه العوامل على أنها عوامل خطر، لذلك فالتحكم في هذه العوامل ومراقبتها سيؤدي إلى التحكم في سيرورة تطور المرض. كما تجدر الإشارة إلى أن الأشخاص لا يتعرضون إلى هذه العوامل بنفس الشدة والمدة والعدد. وعلى هذا الأساس يمكن تصنيفهم كما يلي:

- **أشخاص في خطر عال:** وتشمل فئة الأشخاص الذين تعرضوا لعوامل خطر متعددة ولفترة طويلة. (مثلا: الفقر والمشاكل الأسرية والإحباط،... هذه العوامل مجتمعة تجعل المراهق في وضعية خطر عال للوقوع في مشاكل نفسية و/أو نفسية اجتماعية).

- **أشخاص في خطر متوسط:** وتشمل فئة الأشخاص الذين تعرضوا لعوامل خطر متوسطة الحدة والشدة والعدد وفي المقابل هناك عوامل وقائية تخلق نوع من التوازن، مما يضع الأشخاص في وضعيات ذات خطر متوسط. (مثلا: التعرض للإحباط، القلق، ولكن في المقابل يعيش المراهق ظروف اجتماعية واقتصادية أكثر استقرارا تعرضه لخطر معتدل للوقوع في مشاكل نفسية و/أو نفسية اجتماعية).

- **أشخاص في خطر منخفض:** وتشمل فئة الأشخاص الذين تعرضوا لعوامل خطر أقل حدة وشدة وعدد وفي المقابل هناك عوامل وقائية متعددة. مما يضع الأشخاص في وضعيات خطر منخفض (إن تعاطى المراهق للخمر في حفل مثلا إذا قابلتها مجموعة من العوامل الوقائية قد يجعل من هذه الوضعية ذات خطر منخفض للوقوع في مشاكل نفسية و/أو نفسية اجتماعية).

في نفس الاتجاه تقدم بروك وآخرون (Brook et al (1990 بتصور تفاعلي قائم على متغيري الخطر والوقاية لتفسير سلوك تعاطي المخدرات، حيث أكد أن هناك مبدئين يتحكمان في العلاقة بين عوامل الخطر/ الوقاية وكيف يتحكمان في سلوك تعاطي المخدرات، وقد فسرها كما يلي:

- مبدأ خطر / وقائي - مبدأ وقائي / وقائي

فالمبدأ الأول يعني أن درجة متغيرات الخطر تؤثر على سلوك تعاطي المخدرات، فوجود عوامل خطر ولكن بدرجة منخفضة لا تؤدي بالضرورة إلى تعاطي الشباب للمخدرات، نتيجة ميل الكفة لعوامل الوقاية التي تبطل مفعول عوامل الخطر.

أما المبدأ الثاني فيعتقد بروك وآخرون (Brook et al (1990 أن التفاعل بين متغيرين وقائيين أو أكثر يكون مفعوله أكبر من تأثير متغير وقائي منفرد على سلوك تعاطي المخدرات، فإذا اعتبرنا أن الرضا عن الحياة عامل من العوامل الوقائية، فإن تفاعل الرضا عن الحياة والأهداف الحياتية يزيد من فعالية عوامل الوقاية. (Brook et al, 1992) عن (قماز، 2013)

للتأكيد فإن هذا التصنيف قد ينطبق على الأشخاص الذين يعانون من مشكلة صحية ما. كما قد ينطبق على أشخاص لا يعانون من أية مشكلة صحية. ولكن في خطر الوقوع فيها. إن التعامل مع هذا النوع من التصنيفات، سيساعدنا على تحديد نوع التدخل إن كان وقائيا أو علاجيا.

يعتبر النموذج المركز على الخطر انجازا مهما في العلوم الإنسانية والاجتماعية. حيث توصلت العديد من الدراسات إلى تقديم مجموعة من عوامل الخطر بخصوص الكثير من المشكلات (الفشل الدراسي، العنف، الانحراف، تعاطي المخدرات والكحول، الخ...)

تعتبر دراسة كل من قماز 2009 ودراسة كل من Hawkins et al, 1992 وCatalano, 1992 من الدراسات التي تناولت مشكلة تعاطي المخدرات في إطار هذا النموذج. إن هذه الدراسات سعت إلى تحديد عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات. مع العلم أنها تتفق مع ما توصل إليه نيوكمب وآخرون (Newcomb et al (1992 بأنه لا يوجد عامل واحد فقط يستطيع أن يفسر ويحلل لوحده سلوك تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

وقد توصل كل من (Kandel et al, 1986, Newcomb et al)

(1992, Hawkins et al, 1986) إلى أن سوء استهلاك المخدرات هو نتيجة التعرض لعوامل الخطر والتي صنفوها إلى عوامل شخصية وعوامل محيطية. (Newcomb, et al 1986)

كما توصل بري وآخرون (1982) Bry et al إلى حصر 10 عوامل خطر من تعاطي الشباب للمخدرات والاستمرار فيها والإدمان عليها، وهي: انخفاض المعدل الدراسي، انخفاض درجة التدخين، الاضطراب النفسي، الانحراف، التعاطي المبكر للكحول، تقدير الذات المتدني، صراعات عائلية، تعاطي الأصدقاء للمخدرات، تعاطي الأسرة للمخدرات، الحاجة للإثارة.

أما ماك بريد وسيمبسون (1992) Mc Bride, Simpson فقد حددا مجموعة من العوامل، والمتمثلة في: الروابط العائلية، العلاقة مع الأصدقاء، تقدير الذات المنخفض، المستوى المعيشي المتدني.

وفي نفس الصدد فقد توصل هوكينس وكاتلانو Hawkins et Catalano (1992) إلى حصر مجموعة من عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، وهي كمايلي: عوامل فيزيولوجية وبيوكيميائية، عوامل وراثية، عوامل أسرية، تعاطي أفراد الأسرة للمخدرات، المعاملة الوالدية، الصراعات العائلية، ظهور مبكر للمشاكل سلوكية مع استمرارها، الفشل الدراسي، تأثير الأصدقاء، رفض الطفل من جماعة الرفاق في سنوات التمدرس الأولى، تعاطي الأصدقاء للمخدرات، الشعور بالاغتراب والثورة، الاتجاهات الايجابية نحو المخدرات. (Hawkins et Catalano 1992.)

أما بروك وآخرون (1992) Brook et al فقد توصلوا إلى تحديد جملة من عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، وهي كمايلي: قابلية أقل للإنجاز، قابلية أكبر للاستقلالية، عدم الرضا الاجتماعي، أقل مراقبة وأقل دعم من الوالدين وتأثر أكبر بالأصدقاء، احتمال أكبر للانحراف، اتجاهات ايجابية نحو تعاطي الأصدقاء للمخدرات. (Brook et al, 1992)

على الرغم من أهمية نتائج هذه الدراسات التي توصلت إلى تحديد عوامل الخطر والوقاية، إلا أن هذه النتائج في حد ذاتها لا تقدم لنا نسبة خطر كل عامل على حدة هذا من جهة ونسبة الخطر الكلي لهذه العوامل من جهة أخرى. يظهر من هنا أهمية هذه الدراسة في تحديد عوامل الخطر، مع تحديد نسبة أو وزن كل عامل خطر على حدة، إلى جانب تحديد نسبة الخطر والذي سيساعدنا على تحديد مستوى التدخل.

من خلال هذا العرض جاءت هذه الدراسة للإجابة على التساؤلات التالية:

- ماهي أهم عوامل الخطر من تعاطي المخدرات؟

- ما هو وزن كل عامل من عوامل الخطر من تعاطي المخدرات؟

- ماهي نسبة الخطر أو نسبة المؤشر الكلي للخطر من تعاطي المخدرات؟

منهج الدراسة

للإجابة على التساؤلات المطروحة اتبعنا الخطوات التالية:

1- منهج الدراسة

نظرا لطبيعة متغيرات الدراسة فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي حيث نحاول أن نصف الظاهرة كما هي دون أن نتدخل فيها وفي هذا الصدد يعرف سامي محمد ملحم (2007) المنهج الوصفي بأنه: "أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظواهر ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة". (Fraenkle et Wallen, 1993) عن (سامي محمد ملحم، 2007).

2- عينة الدراسة

شملت عينة الدراسة 330 شاب متعاطي للمخدرات، وبحكم اعتمادنا على النموذج المركز على الخطر والذي يهدف إلى تحديد عوامل الخطر فإننا اعتمدنا على ما يسمى بالعينة النفسية الاجتماعية أو عينة في خطر هذا النوع من العينات إما أن يكون أفرادها من غير المتعاطين للمخدرات ولكن في خطر التعاطي، أو أن يكونوا من المتعاطين للمخدرات ولكن في خطر الاستمرار والإدمان عليها. أما بالنسبة لعينة الدراسة فقد اختير من الشباب المتعاطين للمخدرات، يتضح من هذا الجدول (01) توزيع أفراد عينة الدراسة على حسب السن حيث تحصلت الفئة العمرية 21-25 سنة على أكبر نسبة قدرت بـ 48.78%، تليها الفئة العمرية 15-20 سنة بنسبة 31.21% أما الفئة العمرية 26-30 سنة فلم تمثلها إلا نسبة 11.21% في حين لم تمثل الفئة العمرية 31-35 سنة إلا نسبة 8.78%. وعليه يقدر متوسط عمر عينة الدراسة بـ 22.72 سنة.

جدول (01) معطيات عن سن أفراد العينة

متوسط العمر	النسب المئوية	التكرار	
22.72	31.21	103	20-15
	48.78	161	25-21
	11.21	37	30-26
	8.78	29	35-31
	99.98	330	المجموع

3- أدوات الدراسة

استخدمنا في هذه الدراسة الأدوات التالية:

2-1- استبيان سو-سيوديموغرافي¹: يهدف هذا الاستبيان هو الحصول على مجموع من الخصائص مثل السن، الجنس، والمستوى التعليمي، الحالة المدنية، المستوى الاقتصادي، السوابق العدلية، إلى جانب هذه الأسئلة هنا أسئلة خاصة بتعاطي المخدرات، وتشمل سن بداية تعاطي المخدرات، أسباب تعاطي المخدرات، المخدر الذي يتعاطاه أفراد العينة، مع من يتعاطون المخدرات.

2-2-اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات DAST 10 Drug Abuse Screening Test

وضع هارفي سكينر (1982) Harvey Skinner اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات ذات 10 بنود، بهدف توفير أداة للتمييز العيادي والتقييم العلاجي، إذ أنه يقيم كما النتائج المرتبطة بالإدمان على المخدرات أو الإفراط فيها، وهو اختبار قصير لا يحتاج إلى أكثر من 05 دقائق للإجابة عليه، يمكن تطبيقه على شكل نقل ذاتي (استبيان).

يشترط عند تطبيقه مايلي:

- أن يقدم هذا الاختبار على شكل مقابلة في حالة عدم تمكن الشخص من القراءة.

- أن لا يطبق هذا الاختبار في حالة تعاطي الخمر فقط.

تتكون النسخة الأصلية لاختبار DAST10 من 28 بنود وبعد تحليلات إحصائية لقياس الصدق والثبات ثم اختصارها إلى 20 بنود، ف 10 بنود وهي النسخة الأكثر استعمالاً.

قام (1982 H.Skinner) بحساب معامل الصدق عن طريق صدق المحك بين نسخة DAST10 بالمقارنة مع DAST 20 وتوصل إلى أن النسخة المختصرة DAST10 (التي اعتمدنا عليها في هذه الدراسة) تتمتع بصدق عالي تراوحت قيمته ما بين 0,97 و 0,98.

أما عن الخصائص السيكومترية للاختبار في المجتمع الجزائري فقد تم حساب الاتساق الداخلي للاختبار معتمدين في ذلك على معامل ألفا كرونباخ والذي قدرت قيمته بـ $\alpha=0.7$ تشير هذه القيمة إلى ثبات عال للاختبار. (قماز، 2009)

2-3- تقرير تشخيصي لتعاطي المخدرات Drug Use Screening Inventory DUSI

وضع تارتر وآخرون (1990) Tarter et al تقرير تصنيف مستويات تعاطي

¹ من تصميم الباحثة والأستاذ بوسنة محمود.

المخدرات، يتكون هذا التقرير من 146 سؤال مقسم إلى 10 ميادين أو محاور، وهي كمايلي:

أ-ميادين التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات

-الميدان الأول تعاطي المخدرات Substance Use

ويشمل على شطرين:

-المخدرات المفضلة Drug Preferance

في هذا الشطر من الميدان الأول من المقياس يشمل أسئلة حول عدد المرات التي يتعاطي فيها المتعاطي المخدرات(خلال الشهر السابق)، كما يشمل على سؤالين منفصلين أحدهما حول المخدر الذي يظن أنه سيسبب له مشكلا إذا ما تعاطاه، والآخر حول المخدر المفضل لديه؟

-تأثير المخدرات Drug involvement

يشمل هذا الشطر على 15 بندا لقياس شدة تأثير المخدرات أو الخمر على حياة المتعاطي، في مختلف الوضعيات وفي مختلف الحالات.

-الميدان الثاني: النماذج السلوكية Patterns Behavior

يشمل هذا الميدان على20 بندا والتي تقيم عدم التوافق السلوكي ، مثل القلق، الانطواء، مراقبة الذات، التعبير العدوانى.

-الميدان الثالث: الوضع الصحي Health Status

يشمل هذا الميدان على 10 بنود لتقييم تاريخ الوضع الصحي للمتعاطين للمخدرات، مثل الحوادث، المرض،...

-الميدان الرابع: الاضطرابات العقلية Psychiatric Disorder

يشمل هذا الميدان على 20 بندا تبحث في إمكانية إصابة المتعاطين للمخدرات ببعض الاضطرابات العقلية الناتجة عن تعاطي المخدرات أو الكحول خاصة: القلق، الاكتئاب، السيكوباتية، أعراض ذهانية،...

-الميدان الخامس: الكفاءة (المهارة) الاجتماعية Social Competency

يشمل هذا الميدان على 14 بندا لتقييم حياته الاجتماعية وتفاعلاته مع محيطه، ومدى امتلاك المتعاطين للمخدرات و/أو الكحول لمهارات اجتماعية تساعده على التكيف: مثل تأكيد الذات،...

-الميدان السادس: النظام العائلي Family System

يشمل هذا الميدان على 14 بندا تقيم حياة المتعاطي للمخدرات العائلية، وما هي أهم

المشكلات العائلية التي يعاني منها، وأهم الصراعات التي تسود الأسرة.

-الميدان السابع:الأداء المدرسي/ التكيف الدراسي School Performance/Adjustment

يشمل هذا الميدان على 20 بندا والتي تقيس الأداء المدرسي، والتوافق المدرسي لدى المتعاطي للمخدرات.

-الميدان الثامن: التكيف في العمل Work Adjustment

يشمل هذا الميدان على 10 بنود يستطيع من خلالها المختص قياس كفاءة ودافعية المتعاطي للمخدرات في الوسط المهني، كما تقيس مدى تأثير المخدرات و/أو الكحول على توافقه المهني.

-الميدان التاسع: العلاقة مع الأصدقاء Peer Relationship

يشمل على 14 بندا تقيس هذه البنود مدى تأثير الأصدقاء في تعاطي الكحول و/أو المخدرات، ومدى التزام المتعاطي للمخدرات بالجماعة الخارجة عن القانون وتورطه معها في بعض السلوكيات ضد المجتمع.

-الميدان العاشر: الترفيه/الاستراحة Leisure / Recreation

يشمل هذا الميدان على 12 بندا والتي تساعد المختص على تقييم كيف يقضي المتعاطي للمخدرات أوقات فراغه.

ب- تاريخ التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات

لقد انطلق تارتر وآخرون(1991) Tarter et al عند تصميمهم لهذا التقرير من فكرة أساسية وهي أن مشكل تعاطي الكحول و/أو تعاطي المخدرات يرتبط بالعديد من العوامل التي تساهم في استمرار بل أكثر من ذلك تعقد المشكلة، لذلك يسعى هذا التقرير إلى تشخيص شدة هذه العوامل كل على حدة وتحديد أي هذه العوامل (المتتمثلة في الميادين) زيادة على ذلك تحديد نسبة المؤشر الكلي للمشكلة، أي تصنيف مستوى تعاطي الفرد للمخدرات إذا كان تصميميا فرديا، أو الجماعة إذا كان تصميميا جماعيا، ومن هنا يمكن تحديد نوع التدخل إذا كان وقائيا أو علاجيا، وما هي العوامل التي يركز عليه المختص في تدخله. يهدف التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات إلى مايلي:

- تشخيص وتصنيف وبصفة موضوعية ودقيقة المشكلات (التي تمثلها الميادين في التقرير) التي لها تأثير على المتعاطي للكحول و/أو المخدرات والتي من شأنها أن تعقد مشكلة تعاطيه.

- يسعى هذا التقرير إلى تحديد قيمة مؤشرات شدة الكحول و/أو المخدرات

المرتبطة بالوضع الصحية الجسدية والعقلية وكذا الوضعيات النفسية الاجتماعية، التوافق الأسري والمدرسي والمهني.

- يسعى هذا التقرير إلى وضع بروفيل للمتعاطين للكحول و/أو المخدرات من خلال تحديد مؤشر شدة المشكلة والتي تصنف درجة تعاطيه، وكذلك تحديد أي المشكلات لها تأثير على سلوك تعاطيه للمخدرات والتي من الممكن أن تدفعه للاستمرار في تعاطي المخدرات و/أو الكحول.

ج- تطبيق التقرير التشخيصي لسلوك تعاطي المخدرات

يمكن تطبيق هذا التقرير بعدة طرق جماعيا في حالة التصاميم الجماعية من أجل وضع البرامج الوقائية، كما يمكن تطبيقه في حالة التصميم الفردي إذا كان هدفنا علاجيا أو فرديا، يتم من خلالها استخراج بروفيل الحالة. في جميع الحالات فإن مدة تطبيق المقياس لا تتعدى 20 د.

د- الخصائص السيكومترية للتقرير التشخيصي لسلوك تعاطي المخدرات

أما عن الخصائص السيكومترية للتقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات **D U S I**، فقد تم حساب الاتساق الداخلي للتقرير معتمدين على معامل الثبات ألفا كرونباخ حيث طبق على عينة مكونة من ثمانون (80) شابا متعاطي للمخدرات، وكانت النتائج كالتالي :

جدول (10) معطيات عن نتائج ثبات التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات

محاوّر التقرير	الثبات	دلالة النتيجة
التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI		
تأثير المخدرات	0,84	مقياس ثابت
النماذج السلوكية	0,81	مقياس ثابت
الوضع الصحي	0,61	مقياس ثابت
الاضطرابات العقلية	0,84	مقياس ثابت
الكفاءة الاجتماعية	0,70	مقياس ثابت
النظام العائلي	0,62	مقياس ثابت
الأداء المدرسي التكيف الدراسي	0,86	مقياس ثابت
التكيف في العمل	0,57	مقياس ثابت
العلاقة مع الأصدقاء	0,50	مقياس ثابت
الترفيه الاستراحة	0,56	مقياس ثابت

(قماز، 2009)

كما يبدو من هذه الجدول أن التقرير بمختلف محاوره ثابت، رغم أن قيمة بعض

النتائج تبدو متوسطة إلا أن العديد من الباحثين (أحمد عبد الخالق، 1996، بدر الأنصاري، 2002، بوسنة، 2007) يؤكدون على أن هذه القيم مقبولة في المقاييس الشخصية. (قماز، 2009)

هـ كيفية حساب قيم التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات
يقدم لنا التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات معلومات عن شدة المشكلة من خلال استخراج ثلاثة قيم، وهي:

- قيمة الخطر النسبي Relative Risk
ويقصد به مجموع الإجابات الصحيحة الخاصة بالتقرير ككل بالنسبة للحالة أو الحالات.

-قيمة الشدة المطلقة للمشكلة Absolut Problem Density APD

-تسمح لنا هذه النتيجة بمعرفة نسبة كل ميدان من حيث تأثير على الشخص المعني، تتراوح قيمة الشدة المطلقة للمشكلة من 0-100%، وهذه القيمة تحدد لنا نسبة تأثر كل ميدان على الشخص. تساعد هذه المعطيات المختص في تحديد محتوى البرامج الوقائية أو العلاجية.

تستخرج هذه النسبة من خلال حساب: مجموع الاجابات بنعم $\times 100$ / عدد البنود لكل ميدان $\times 80$ ، تدل قيم الشدة المطلقة للمشكلة على نسبة تأثير كل ميدان عن حدى في تعاطي المخدرات، أو كمؤشر لاستمرار تعاطي المخدرات.

-قيمة مؤشر الخطر الكلي للمشكلة Overall Problem Density OPD

تتراوح هذه القيمة من 0-100% إن هذا المؤشر يسمح لنا بتصنيف الشخص أو الأشخاص من حيث شدة المشكلة في إطار مختلف المشكلات المصاحبة المحددة في التقرير.

إن قيمة مؤشر الخطر الكلي للمشكلة تسمح لنا بتقديم وبصفة دقيقة شدة المشكلة وبالتالي مستوى التدخل الوقائي أو العلاجي (في الحقيقة تقترب قيمة مؤشر الخطر الكلي للمشكلة من أهداف اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات 10 بنود) إن مؤشر شدة المشكلة يساعدنا وبصفة واضحة ودقيقة على تصنيف المتعاطين للكحول و/أو المخدرات.

تستخرج هذه النسبة بحساب: مجموع الإجابات الصحيحة $\times 100$ / على عدد بنود المقياس $\times 80$ ، تدل هذه النسبة على مستوى الكلي للتعرض لخطر تعاطي المخدرات.

4- عرض ومناقشة النتائج

بعد عملية تفرغ تقنيات البحث التي طبقت في هذه الدراسة تم إخضاع البيانات المتحصل عليها للتحليل الإحصائي، وكانت النتائج كما يلي:

1-4 عرض الخصائص العامة لعينة الدراسة -المستوى التعليمي

الجدول(02) معطيات عن المستوى التعليمي لأفراد العينة

النسب المئوية	التكرار	
0.30	01	بدون إجابة
1.51	05	بدون مستوى
11.81	39	مستوى ابتدائي
29.69	98	مستوى متوسط
30.90	102	مستوى ثانوي
25.75	85	مستوى جامعي
99.96	330	المجموع

يبدو من خلال هذا الجدول(02) أن هناك تفاوت في النسب بين مختلف المستويات التعليمية، حيث لم تمثل نسبة الشباب الذين ليس لديهم مستوى تعليمي إلا على نسبة 1.51%، أما المستوى الابتدائي فمثلته نسبة 11.81% من مجموع العينة، أكبر نسبة مثلها المستوى الثانوي قدرت نسبته بـ 30.90% وهو المستوى التعليمي الأكثر تمثيلا في عينة الدراسة. أما المستوى الجامعي فقد قدرت نسبته بـ 25.75% والمستوى المتوسط بنسبة 29.69%.

-الحالة المدنية

الجدول رقم (03) معطيات عن الحالة المدنية لأفراد العينة

النسب المئوية	التكرار	
92.72	306	أعزب
06.06	20	متزوج
0.90	03	مطلق
0.30	01	أرمل
99.98	330	المجموع

يظهر هذا الجدول(03) توزيع أفراد العينة على حسب الحالة المدنية حيث توصلنا إلى أن 92.72% من أفراد العينة غير متزوجين وهي أكبر نسبة، تليها نسبة المتزوجين بنسبة 6.06% ثم ظهرت فئة المطلقين والأرامل بأقل النسبة وهي على التوالي 0.90% و 0.30%.

-المستوى الاقتصادي

الجدول(04) معطيات عن المستوى الاقتصادي لأفراد العينة

النسب المئوية	التكرار	
2.72	09	مرتفع جدا
16.66	55	مرتفع

متوسط	209	63.33
منخفض	57	17.27
المجموع	330	99.98

يتبين من خلال هذا الجدول (04) أن 63.33% من مجموع العينة أكدوا على مستواهم الاقتصادي متوسط، في حين أدركته نسبة 17.27% على أنه منخفض، في حين نسبة 16.66% تراه على أنه مرتفع، ولم يحضى المستوى المرتفع جدا إلا على نسبة 2.72%.

-السوابق العدلية

الجدول (05) معطيات عن السوابق العدلية لأفراد العينة

	التكرار	النسب المئوية
نعم	72	21.81
لا	258	78.18
المجموع	330	99.99

يتضح من هذا الجدول (05) أن 78.18% من مجموع العينة ليس لديهم مشاكل مع القانون، مقابل 21.81% لديهم مشاكل مع القانون بسبب المخدرات أساسا.

-سن أول تعاطي للمخدرات

الجدول (06) معطيات عن سن أفراد العينة عند أول تعاطي للمخدرات

	متوسط العمر	التكرار	النسب المئوية
16.41	15-09	128	38.78
	22-16	191	57.87
	29-23	11	3.33
	المجموع	330	99.98

يتبين من هذا الجدول (06) أن نسبة 57.87% من مجموعة عينة الدراسة بدأت تعاطي المخدرات بين 22-16 سنة، أما 38.78% بدأوا تعاطي المخدرات في الفترة العمرية

15-9 سنة، أما 3.33% فقد بدأوا تعاطي المخدرات في الفترة العمرية 29-23 سنة. من خلال هذه النتائج فقد قدر متوسط سن أول تعاطي للمخدرات بـ 16.41 سنة.

-أسباب تعاطي المخدرات

الجدول (07) معطيات عن عوامل تعاطي أفراد العينة للمخدرات

التكرار	النسب المئوية
---------	---------------

28.78	95	عوامل اقتصادية
43.93	145	عوامل نفسية
78.78	260	تأثير الأصدقاء
3.63	12	تعاطي الأهل للمخدرات
2.42	8	طلاق الوالدين
53.33	176	مشاكل أسرية

يبدو من خلال هذا الجدول (07) أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية كانت وراء تعاطي أفراد العينة للمخدرات، وهي تأثير الأصدقاء بنسبة 78.78%، مشاكل أسرية بنسبة 53.33%، وأسباب نفسية بنسبة 43.93% في حين أكد 28.78% من مجموع العينة أن الأسباب التي دفعتهم إلى تعاطي المخدرات هي أسباب اقتصادية. أما تعاطي الأهل للمخدرات وطلاق الوالدين فلم تحض بنسبة مرتفعة وهي كالتوالي 3.63% و 2.42%.

- المخدرات التي يتعاطاها أفراد العينة

الجدول (08) معطيات عن المخدرات التي يتعاطاها أفراد العينة

النسب المئوية	التكرار	
79.69	263	الحشيش
33.33	110	العقاقير النفسية (الحبوب)
8.18	27	الهيروين والكوكايين
37.57	124	الخمير
16.36	54	البنزين، اللصاق،...

يوضح لنا هذا الجدول (08) توزيع أفراد عينة الدراسة على حسب المخدرات التي يتعاطونها، وظهر الحشيش كأكثر المخدرات تفضيلاً لدى أفراد العينة بنسبة 79.69% يليه الخمير بنسبة 37.57% ثم العقاقير النفسية (الحبوب أو الأقراص) بنسبة 33.33% في حين لا يتعاطى الهيروين والكوكايين إلا 8.18% من مجموع العينة على الرغم من أن هذه النسبة لا تعبر إلا على فئة قليلة إلا أننا نعتبرها ذات دلالة، ولا يستعمل البنزين واللصاق والدليون (المذيبات الطيارة) إلا 16.36% من مجموع العينة.

- مع من يتعاطى أفراد العينة المخدرات

الجدول (09) معطيات عن مع من يتعاطى أفراد العينة المخدرات

النسب المئوية	التكرار	
21.81	72	بمفرده
46.06	152	مع الأصدقاء
32.12	106	بمفرده+الأصدقاء
99.99	330	المجموع

يوضح لنا هذا الجدول (09) توزيع أفراد العينة على حسب مع من يتعاطوا

المخدرات، وكانت النتائج كالتالي 46.06% يفضلون التعاطي مع الأصدقاء وهي أكبر نسبة تليها نسبة الشباب الذين يفضلون التعاطي الفردي والجماعي بنسبة 32.12% وفي الأخير 21.81% من مجموع العينة يفضلون التعاطي الفردي وهي أخفض نسبة.

2-4 عرض نتائج التقرير التشخيصي لسلوك تعاطي المخدرات

- تحديد عوامل وأوزان عوامل الخطر

- حساب الخطر النسبي Relative Risk

الجدول (11) معطيات عن قيمة الخطر النسبي

تأثير المخدرات	النماذج السلوكية	الوضع الصحية	الاضطرابات العقلية	المهارات الاجتماعية	النظام العائلي	الأداء الدراسي/ التوافق الدراسي	التكيف في العمل	العلاقة مع الأصدقاء	الترفيه/ الاستراحة	الخطر النسبي
2768	2985	1572	3117	1956	2359	3783	544	3064	2455	
24603										المجموع

يتضح من هذا الجدول (11) أن قيمة الخطر النسبي بالنسبة لأفراد عينة الدراسة قدرت بـ 24603 وتمثل مجموع الإجابات بنعم في التقرير التشخيصي للتعاطي المخدرات. وهي تفوق قيمة المتوسط المقدر بـ 24090.

- أوزان عوامل الخطر

- حساب الشدة المطلقة للمشكلة Absolute Problem Density APD

الجدول (12) معطيات عن قيمة الشدة المطلقة للمشكلة

تأثير المخدرات	النماذج السلوكية	الوضع الصحية	الاضطرابات العقلية	المهارات الاجتماعية	النظام العائلي	الأداء الدراسي/ التوافق الدراسي	التكيف في العمل	العلاقة مع الأصدقاء	الترفيه/ الاستراحة	عدد البنود
15	20	10	20	14	14	20	10	14	12	
55.91	45.22	47.63	47.22	42.33	51.06	57.31	16.48	66.32	61.91	الشدة المطلقة للمشكلة % APD

يظهر في هذا الجدول (12) قيمة الشدة المطلقة للمشكلة بالنسبة لكل ميدان، وهي

في الحقيقة قيم متفاوتة من حيث النسبة، احتل ميدان العلاقة مع الأصدقاء الصدارة بأكبر نسبة والتي قدرت بـ 66.32% وهذه النتيجة تتماشى والنتائج التي قدمها لنا الاستبيان السوسيوديموغرافي عن الأسباب التي دفعت بأفراد العينة إلى تعاطي المخدرات، يليها ميدان الترفيه/الاستراحة بنسبة قدرت بـ 61.91%، ثم الأداء الدراسي/ التوافق الدراسي 57.31%، في حين قدرت نسبة تأثير ميدان تأثير المخدرات بـ 55.91%، أما النظام العائلي فقد قدرت نسبته بـ 51.06%.

ظهر ميدان التكيف في العمل أقل الميادين تأثيرا بنسبة 16.48%، وهي في الحقيقة نتيجة منطقية تتلاءم وخصائص العينة(نسبة كبيرة لا تعمل)، في حين ظهرت الميادين الأخرى أقل تأثير ذلك لأن نتائجها أقل من القيمة المتوسطة(50%) الميدان الثالث المتمثل في ميدان الوضع الصحي بنسبة 47.63%، ثم ميدان الاضطرابات العقلية بنسبة 47.22%، أما ميدان النماذج السلوكية فقد قدرت نسبة تأثيره بـ 45.22% في حين ظهر ميدان المهارات الاجتماعية بنسبة أقل قدرت بـ 42.33%.

- نسبة مؤشر الخطر أو نسبة مؤشر الخطر الكلي

- حساب مؤشر الخطر الكلي للمشكلة Overall Problem Density OPD

الجدول (13) معطيات عن قيمة مؤشر الخطر الكلي

تأثير المخدرات	النماذج السلوكية	الوضع الصحية	الاضطرابات العقلية	المهارات الاجتماعية	النظام العائلي	الأداء الدراسي/ التوافق الدراسي	التكيف في العمل	العلاقة مع الأصدقاء	الترفيه/ الاستراحة	
عدد البنود	20	10	20	14	14	20	10	14	12	عدد البنود
مجموع عدد البنود	146									مجموع عدد البنود
مؤشر الخطر الكلي للمشكلة	53.03%									مؤشر الخطر الكلي للمشكلة

يبدو من خلال هذا الجدول (13) أن قيمة مؤشر الخطر الكلي للمشكلة قدرت بـ 53.03%، تتماشى هذه النتيجة ونتيجة اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات العشرة بنود(DAST10) والتي قدرت قيمته بـ 5.49 (انظر جدول 14) تتجه هاتين النتيجة في نفس الاتجاه وهو تصنيف أفراد عينة الدراسة ضمن المتعاطين المعتدلين في تعاطيهم للمخدرات.

- نتائج اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات 10 بنود DAST10
الجدول (14) معطيات عن القيمة المتوسطة لاختبار سوء استهلاك المخدرات
ذات العشرة بنود

قيمة المتوسط	مجموع العينة	القيمة الإجمالية	قيمة اختبار DAST10
5.49	330	1812	

يتضح من هذا الجدول (14) أن قيمة اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات العشرة بنود قدرت بـ 5.49، وتعني هذه القيمة أن أفراد عينة الدراسة مصنفة ضمن فئة التعاطي المعتدل، فإن أفراد العينة مصنفة حسب هذا الاختبار بالشباب المعتدلي التعاطي.

3-4 مناقشة النتائج

تسعى هذه الدراسة إلى تحديد نسبة مؤشر الخطر من تعاطي الشباب للمخدرات، كما سعت إلى تحديد أوزان عوامل الخطر التي من شأنها أن تؤثر على الشباب المتعاطي للمخدرات فتدفع به إلى الاستمرار في التعاطي وبالتالي الانتقال إلى مستوى متقدم من التعاطي. لقد سمحت لنا أدوات البحث المعتمدة (استبيان سوسيوديموغرافي، اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات عشرة بنود DAST10، التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات (DUSI) إلى تحديد أهم عوامل الخطر بأوزانها (نسبها)، كما استطعنا أن نستخلص نسبة مؤشر الخطر من تعاطي الشباب للمخدرات. حيث جاءت النتائج كما يلي:

أكدت الدراسة الحالية إلى أن متغير العلاقة مع الأصدقاء من العوامل التي تؤثر على سلوك أفراد العينة حيث احتلت نسبتها الصدارة بـ 66.32% (الجدول رقم 11). لقد أظهر الشباب المتعاطي للمخدرات (أفراد عينة الدراسة) تأثيراً كبيراً بأصدقائهم، وعندما نتكلم عن العلاقة مع الأصدقاء في السلم التشخيصي لتعاطي المخدرات، فإننا نقصد مدى انتشار المخدرات في وسط الأصدقاء، ومقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع أصدقائه المتعاطين وهذا لأن إمكانية التأثير تكون أكبر.

تتفق هذه النتيجة مع نتائج الاستبيان السوسيوديموغرافي حيث تبين النتائج بأن 78.78% (الجدول رقم 07) من عينة الشباب المتعاطي للمخدرات أكدوا أن أهم العوامل التي دفعتهم إلى تعاطي المخدرات هو تأثير أصدقائهم. وتتفق هذه النتيجة مع الكثير من الدراسات العربية المحلية والدولية. حيث تعرض في هذا الإطار (سعد صالح، 1999) بالتقديم لثلاث دراسات عربية نذكرها فيما يلي:

أ- توصلت سلوى سليم في دراسة لها إلى أن المشاكل الأسرية كانت سبباً في دفعهم لتعاطي المخدرات بنسبة 30,5%، بينما احتل التعاطي بسبب أصدقاء السوء المرتبة

الثانية 26%، والمشاكل المادية بنسبة 16%، والمشاكل المتصلة بالعمل بنسبة 9,5%، والإحساس بالفراغ والملل بنسبة 9%، أما الذين تعاطوا المخدرات لرغبتهم بالشعور بالسعادة فكانت نسبتهم 7%، بينما بلغت نسبة الأسباب الأخرى المتنوعة 2%

ب- أما دراسة عدلي السمري فتبين بأن الأصدقاء يلعبون دورا كبيرا في تعرض الفرد للمخدر لأول مرة، إذ حصل ما نسبته 77,5%، من أفراد العينة على المخدرات لتجربتها لأول مرة من أحد الأصدقاء أو الزملاء.

ج- وكشفت دراسة أردنية حول أسباب تعاطي الشباب للمخدرات على أن أهم الأسباب التي تدفع الفرد للتعاطي هي مرتبة كما يلي: مجارة الأصدقاء 24,4%، ظروف اقتصادية 15,6%، بحثا عن المتعة 11,1%، الهروب من المشاكل 8,9%، الاختلاط بالوافدين 7,4%، التجربة وحب الاستطلاع 6,8%، الإقامة خارج البلاد، وأسباب جنسية، وتعاطي المخدر كمضاد للملل بنسبة 4,4% لكل منها، أسباب مرضية 3,7%، تفكك الأسرة والتهور والطيش وإغراءات تجار المخدرات بنسبة 2,2% لكل منها

وأوضحت قماز(2009) في بحث لها إلى أن أهم عوامل الخطر هي: السند الاجتماعي، المشاعر الاكتئابية، القلق من المستقبل، استراتيجيات التعامل مع الضغط، تأثير الأصدقاء، ولكن من مجموع هذه العوامل ظهر سند الأصدقاء واستراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الانفعال والتجنب أكثر عوامل الخطر تميزية بين فئة الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات. وفي المقابل ظهر عامل السند الأسري واستراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الأداء(حل المشكلات) والرضا عن الحياة أكثر العوامل التي ميزت مجموعة غير المتعاطين للمخدرات عن مجموعة المتعاطين للمخدرات وتسمى هذه العوامل بالعوامل الوقائية.

ولقد أكد هيلقارد(Hilgard,1980) في هذا الصدد إلى أنه من النادر أن يتم البحث على المخدرات خارج الجماعة حتى وإن توفرت عوامل خطر عالية.

كما توصل كل من بروك وآخرون(1986) Brook et al إلى أن تعاطي جماعة الرفاق للمخدرات يعتبر منبئ مهم لتعاطي أي عضو فيها للمخدرات إذا كان غير متعاطي.

أما نيوكمب وآخرون(1986) Newcomb et al فتوصلوا إلى أن تعاطي جماعة الرفاق للمخدرات يعتبر أكثر من تأثير الوالدين على أبنائهم.

أما هارفورد(1985) Harford فقد توصل إلى أن الشباب الذين لا يتعاطون الكحول غالبا ما لا يكون لديهم أصدقاء يتعاطون الكحول.

وفي نفس الاتجاه تتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات العلمية التي أكدت على دور الأصدقاء في تعاطي المخدرات، من بين هذه الدراسات نجد دراسة

كل من كاندل وديفس (1991) Kandel et Davies حيث توصلوا إلى أنه عندما تتسم العلاقات الأسرية بالنسبة للمتعاطين للمخدرات بالرفض والصراع وللإمبالاة، فإن العلاقة مع الرفاق تتسم بالاجابية والألفة (Dembo et al, 1994) لذلك يتجه الشباب المتعاطي للمخدرات إلى جماعة الرفاق لأنه سيجد عندهم ما لا يجده عند أسرته، إنه يجد الأذن الصاغية لمشاكله وانشغالاته، يجد التقبل كما يجد السند والدعم الذي يفتقده في أسرته، فنتكون بينه وبين جماعة الرفاق مودة وألفة، فتصبح أكثر تأثيرا عليه من والديه، فيستمتع عند الاجتماع بهم، وبالتالي يصبح يقضي أكبر وقتا معهم، يستحسن ويوافق على أي سلوك يقوم به أصدقائه حتى وإن كان سلوكا منحرفا.

أما براون وآخرون (1971) Brown et al فقد بينوا أهمية الجماعة في بداية تعاطي الشخص للهروين، كما توصل باحثون آخرون في دراسة قاموا بها على عينة تتكون من 155 شابا يتعاطي الأفيون، أن 89% من مجموع العينة كانت بداية تعاطيها للأفيون داخل الجماعة (Bergeret, 1984)

إن الدور المهم الذي تلعبه الجماعة في دخول الشاب إلى عالم تعاطي المخدرات أعطى لهذه ظاهرة طابعا نفسيا اجتماعيا، لذلك فالخروج عن هذا الإطار لمحاولة فهمها لا يوصلنا إلى فهم واضح وعميق، وعليه السؤال الذي يفرض نفسه وبالحاح في هذه الحالة: ما هي أهم الميكانيزمات التي يتم بفضلها تأثير الشباب المنحرف على أصدقائه؟ لقد اقترحت في هذا الصدد عدة تفسيرات، أهمها:

- الترابط التفاضلي (Sutherland and Gressy) Differential Association (1978)

-التنشئة الاجتماعية (Kandel, 1974, 1980 Kandel et Adler 1988)

-نظريات التعلم الاجتماعي (Dembo, 1994)

أما Agnew فقد توصل إلى تأثير الشاب بالجماعة المنحرفة، يشترط مايلي :

- تمسك الشاب بجماعة الأصدقاء المنحرفين.

- مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعة الأصدقاء.

- مدى الاستحسان أو الموافقة على السلوك المنحرف

- مدى ضغط الأصدقاء.

إن تفاعل هذه العوامل لها تأثير قوي في حالة ما إذا رافق الشخص أصدقاء مورطين في جرائم خطيرة، (السطو ليلا على المنازل، اختلاس الأموال، التجارة في المخدرات الصلبة إلخ). (Dembo, 1994)

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من بيقلون، دانكان، آراي

Biglan, Duncan, Ary (1995) على عينة تتكون من 608 مراهق (225 ذكر، و383 أنثى) حيث توصلوا إلى أن سلوك تعاطي المخدرات يرتبط ارتباطاً قوياً ودالاً إحصائياً بتأثير الأصدقاء.

كما أكد بروك وآخرون (Brook et al (1986) أن سمات الكف الاجتماعي، العزلة والعدوانية في الطفولة لا ترتبط بتعاطي المخدرات في المراهقة ولكن العدوانية والكف والعزلة في المراهقة ترتبط بمستوى أعلى من التعاطي. هذا ما يفسر العلاقة بين المراهق والمخدرات.

إن المخدرات بالنسبة للمراهق هي وسيلة تجعله يشعر بالإثارة، وبالاجابية كما تساعد على الاندماج الاجتماعي وسط رفاقه وكسب احترامهم.

أما بالنسبة للعامل الثاني الذي أكدت هذه الدراسة تدخله في تورط الشباب في تعاطي المخدرات والاستمرار فيها فيتمثل في متغير الترفيه/الاستراحة بنسبة 61.91%، يعتبر هذا الأخير من أهم المتغيرات على الرغم من إهماله في البحوث العلمية، لقد أكد الشباب المتعاطي للمخدرات على أن غياب المرافق والنشاطات الترفيهية إلى جانب ظروف السكن الضيق يدفع بهم إلى البقاء أكبر وقت ممكن في الشارع يستثمرون وقتهم في ما هو غير مفيد وعرضة لمختلف المشاكل. من بين هذه المشكلات: العنف، تعاطي المخدرات، عرضة للجماعات المنحرفة،...

أما العامل الثالث الذي تبين أنه عامل من عوامل الخطر في دفع الشباب المتعاطي للمخدرات في الاستمرار في التعاطي فيتمثل في الأداء الدراسي/ التوافق الدراسي بنسبة 57.31%، تتفق هذه النتيجة مع نتائج الكثير من الدراسة مثل (بري وآخرون، 1982، كاندال وآخرون، 1987) (Bry et al, 1982, Kandel et al, 1987) حيث أكدوا أن انخفاض المعدل الدراسي، الصراعات العائلية، كعوامل خطر لتعاطي الشباب للمخدرات والاستمرار فيها.

كما توصل كل من جونسن أو مالي وباشمان (Johnston & Bacheman 1985 O'Malley أن الأشخاص الذين لديهم توقعات ايجابية نحو المدرسة لا يتوجهون لتعاطي المخدرات. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة هوكينس وكاتلانو (1992) حيث توصلوا إلى أن الفشل الدراسي يعتبر عامل خطر لتعاطي المخدرات. (Hawkins et Catalano (1992

أما كيلي وبالش (Kelly & Balch, 1977) فقد توصلوا إلى أن نفور الأطفال من المدرسة يرتبط بتعاطي المخدرات.

وفي المقابل أكد كل من (Parker & Asher, 1987, Coie et al 1992) أن رفض جماعة الرفاق لأحد المراهقين يمكن اعتباره عامل خطر لظهور مشاكل مدرسية والإجرام.

أما تأثير المخدرات فيعتبر العامل الرابع الذي تسبب في تورط أفراد العينة في

تعاطي/استمرار تعاطي المخدرات بنسبة 55.91% وتعني هذه النتيجة أن المخدرات أصبحت تؤثر فعلا على حياته وفي علاقته مع محيطه، وكذا صحته الجسمية والعقلية على الرغم من أن مؤشر الخطر متوسط ، إلا أن قيم نسبة الشدة المطلقة للمشكل بالنسبة لهذه الميادين الثلاثة(تأثير المخدرات، ميدان الصحة الجسمية، ميدان الصحة العقلية) تؤكد على أن الشباب المتعاطي للمخدرات يعانون نفسيا وجسما وحتى اجتماعيا ليس إلى حد الإعاقة ولكن يمكن اعتبار هذه النسب كمؤشرات لاستمرار تعاطي المخدرات والوصول إلى مرحلة الإدمان إذا لم نسرع في التدخل.

أما عامل النظام العائلي يعتبر عامل الخطر الخامس الذي أظهرته النتائج أنه ذات أهمية في تعاطي الشباب للمخدرات والذي قد يصبح عامل منبئ في استمرار تعاطي المخدرات بنسبة 51.06% إن هذه النتيجة لا تختلف عن نتائج الدراسات السابقة التي أكدت عن أهمية النظام العائلي في دفع الشباب إلى تعاطي المخدرات، أهمها:

دراسة جونسن(1973) فقد توصل في دراسة قام بها على عينة قوامها 3500 تلميذ من 20 مدرسة أنه كلما قل تأثير الوالدين على الأبناء كلما زاد تأثير جماعة الرفاق(Bergeret,1984).

كما توصل بروك وكوهين Brook et Cohen 1992 من خلال دراسة قاما بها حول الانحراف وسوء استهلاك المخدرات، إلى أن هناك تشابه في السببية، حيث كلاهما يتأثر بالنشاط العائلي، وجماعة الرفاق، والمحيط المدرسي، ولكن سلوك تعاطي المخدرات يتأثر أكثر بالروابط الأسرية، أما الانحراف فيتأثر بالمحيط الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي(Dobkin et al, 1997)

ويدعم كاندل kandel, 1982 هذه النتيجة، حيث توصل إلى تحديد ثلاثة متغيرات ذات أهمية تنبؤية بالغة في تعاطي المراهقين للمخدرات، وهي:

- تعاطي الوالدين للمخدرات.

- اتجاهات الوالدين الايجابية نحو المخدرات.

- نوعية التفاعل بين الوالدين والأبناء.(Van Hasselt et al,1993)

أما كاليغ-نايت و آخرون(Kalling –Knight et al(1995) فقد توصلوا من خلال دراسة قاموا بها على عينة قوامها 441 مدمن على المخدرات تحت العلاج، إلى وجود علاقة بين إدراك غياب الوالدين، والسند الاجتماعي، وجود صراع عائلي خلال مرحلة الطفولة و خلل في النشاط النفسي الاجتماعي عبر مرحلة الرشد.

Kalling –Knight et al(1995)

أما شيلدر وآخرون(Shedler et al (1990) فقد قاموا بدراسة طولية على عينة تتكون من 101 طفلا، يبلغون من العمر خمس سنوات، وبعد قياس المعاملة الوالدية

توصلا إلى أن الأطفال الذين أدركوا أمهاتهم على إنهن عدوانيات، عديمات الإحساس بهم، كثيرات النقد لسلوكياتهم، لا تساندنهم، ولا تشجعنهم، وكن شديدات التركيز على أدائهم غالبا ما أصبحوا من متعاطي المخدرات في سن 18، أما الأطفال الذين أدركوا أمهاتهم على أنهن حنونات، وتلقائيات، ومساندات ومشجعات لهم، كانت لهم تجربة قصيرة مع المخدرات (Cohen, et al, 1994).

أما بالنسبة لقيمة مؤشر الخطر بالنسبة لمختلف المتغيرات التقرير التشخيصي فقد قدرت بـ 53.03% ، تعتبر هذه النسبة متوسطة مما يعني أن تعاطي أفراد العينة معتدل تتفق هذه النتيجة مع نتائج اختبار DAST10 (انظر الجدول 14) إلا أن المتغيرات التالية: الترفيه/الاستراحة، تأثير المخدرات، العلاقة مع الأصدقاء، النظام العائلي، التكيف الدراسي، تعتبر عوامل قد تدفع بأفراد العينة إلى الاستمرار في تعاطي المخدرات والانتقال من المستوى المتوسط أو التعاطي المعتدل إلى التعاطي الشديد أو التعاطي القهري.

في الحقيقة يوجد هناك القليل من الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات بالدراسة خاصة مؤشر الخطر. تذكر منها دراسة قماز (2009) والتي توصلت من خلال نتائجها إلى أن قيمة مؤشر الخطر الكلي تقدر بـ 54.89% . إن هذه القيمة تؤكد أن الشباب الجزائري المتعاطي المخدرات لديهم تعاطي معتدل وأنهم لم يصلوا إلى مراحل متقدمة من التعاطي، ولكن في نفس الوقت تعتبر هذه الفئة في خطر الاستمرار في التعاطي.

الخاتمة

تؤكد هذه النتائج أن تعاطي المخدرات هو نتيجة تفاعل العديد من عوامل الخطر النفسية الاجتماعية، والتي باستمرارها وتعقدها قد تدفع إلى استمرار تعاطي المخدرات بل وإلى انتقال المتعاطين إلى مستوى أكثر خطورة قد يصل إلى الإدمان. إن الانتقال من مستوى إلى مستوى أعلى يتوقف على العوامل التالية:

- 1- شدة تأثير عوامل الخطر والتعرف على درجة تدخل كل عامل.
- 2- إن عدد عوامل الخطر ودرجة تأثيرها تشكل تنظيم نمط لطريقة حياة المراهقين.
- 3- توقيت بداية تأثير عوامل الخطر.
- 4- درجة تزامن تأثير عوامل الوقاية وعوامل الخطر العالية قد تؤدي إلى نمط حياة

يكون فيها تأثير عوامل الخطر كبير في حين ينخفض تأثير عوامل الوقاية.)
Jessor(1991

المراجع باللغة العربية

- 1- بدر الأنصاري (2002)، المرجع في مقاييس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 2- محمد وليد البطش وفريد كامل أبو زينة (2007)، مناهج البحث العلمي: تصميم البحث والتحليل الإحصائي، دار السيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 3- بوسنة محمود (2007)، علم النفس القياسي: المبادئ الأساسية، سلسلة الكتب الأساسية في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 4- صالح السعد (1999)، الوقاية من المخدرات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 5- قماز فريدة (2009)، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة دكتوراه علوم في علم النفس الاجتماعي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة قسنطينة.
- 6- قماز فريدة (2013)، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، مجلة أفاق وأفكار، العدد 4، المجلد 3، ص ص 119-150
- 7- عبدالله زيد الكيلاني ونضال كمال الشريفين (2007)، مدخل إلى البحث في العلوم التربوية والاجتماعية، دار المسيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 8- سامي محمد ملحم (2007)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.

المراجع باللغة الأجنبية

- 9-Bergeret,J (1984) ,Précis De Toxicomanie, Masson, Paris,France
- 10-Bonnet,A.Pedinielli,J.L (2013),Les conduits a risque. Edition Armand Colin, Paris ,France .
- 11-Bouquet,B,(2005),La Prévention: Concept, politique, pratiques . Edition Harmattan , Paris,France.
- 12- Brook,J.S.,Brook,D(1992),the Psychosocial Etiology Of Adolescent Drug Use: A Family International Approach , In,Genetic Social And General Psychology Monographs, Vol 116, №2,PP111-125.
- 13- Cohen,D.,Richardson.,(1994),Parentng Behaviors and The onset of Smoking and Alcohol Use,In Pediatrics,Vol 94, №3,pp 368-375.
- 14-Courtois,R(2011),Les conduits a risqué a l'adolescence, Edition Dunod,Paris,France.

- 15-Dembo,R.,Farrow,D(1981),Examination a Causal Model Of Early Drug Involvement Among Inner City Junior, High Youth, In Human Relations ,Vol 34, №3 ,PP 169-193.
- 16-Dembo,R., Williams,L(1994),The Relationship Among Family Problems , Friends Troubled Behavior,And High Risk Youth Alcohol / Other Drug Use And Delinquent Behavior : Longitudinal Study,In,The International Journal Of The Addictions, Vol 129, № 11,PP1419-1442.
- 17- Dobkin ,P.L., Tremblay,R,E(1997), Predictives Bys Early onset substance Abuse From Fathers Alcoholism Son's Disruptiveness and Mother's Parenting Behavior,In Journal consulting and clinical Psychology, Vol95, №01.
- 18-Felix-Ortiz,M.,Newcomb,M.D(1992),Risk And Protective Factors For Drug Use Among Latino And White Adolescent,In Hispanic Journal Of Behavioral Sciences,Vol 14,№ 3, PP291-309.
- 19-Harmon,M.A(1993),Reducing The Risk Of Drug Involvement Among Early Adolescent : An Evaluation Of Drug Abuse Resistance Education(DARE),In,Evaluation Review,Vol 17, №2, PP 221-239.
- 20-Hawkins,J.D.,Catalano,R.F(1992),Risk And Protective Factors For Alcohol And Other Drug Problems In Adolescence And Earley Adulthood : Implications For Substance Abuse Prevention,In, Psychological Bulletin, Vol 112, № 1, PP 64-105.
- 21-Hawkins,J.D,Arthur,M.W.,Catalano,R.F(1995),Bilding Safer Society :Strategic Approachs To Crime Preventio : Preventing Substance Abuse,University Of Chicago, USA.
- 22-Hops,H.,Tildesley,E.,(1990),Parent-Adolescent Problem Solving Interactions And Drug Use,In,American Journal Drug Alcohol Abuse, Vol 16, № 3&4, pp239-258.
- 23- Hops,H(1992),Parental Depression And Child Behaviour Problems Implications For Behavioral Family Intervention,In Behaviour Change, Vol 9, №3, PP 126-138.
- 24-Jessor,R(1991),Risk Behavior In Adolescence : A Psychosocial Framework For Understanding And Action,In Journal Of Health, 12,PP 597-605.
- 25-Kalling-Knight,D.,Cross,D.R(1995),Psychosocial Functioning Among Adult Drug Users : The Role Of Parental Absence, Support, And Conflict, In The Interntional Journal Of The Addictions, Vol 30, №10, PP 1271-1288.
- 26-Kirkpatrick-Smith,J.,Rich,A.R(1992),Psychological Vulnerability And Substance Abuse As Predictors Of Suicide Ideation Among Adolescents,In,Omega, Vol 24, №1, PP 21-33.
- 27-Neal,J.M,Liebert,R.M(1986) ,Science And Behavior : An Introduction To Methods Of Rsearch,Prentice Hall International Editions,New York, USA.

- 28-Newcomb,M.D.,Harlow,L.L(1986),Life Events And Substance Use Among Adolescents : Mediating Effects Of Perceived Loss Of Control And Meaning Lessness In Life,In, Journal Of Personality And Social Psychology, Vol 51, №3,PP 564-577.
- 29-Richter,S.S.,Brown,S.A(1991),The Impact Of Social Support And Self-Esteem On Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome,In Journal Of Substance Abuse, 3,PP 371-385.
- 30-Smart.L.S,Chbucos.T.R,Didier.L.A(1990),Adolescent Substance use and perceived family functioning,In , Journal of Family Issues, Vol 11, n°02,pp208-227
- 31- Symposium(1993),HIV,Infection New perspectives On a Chronic Disease, In Aids Education and Training Centre, 11,12, PP 86-102.
- 32-Tarter,R.,Hegedus,A(1991), The Drug Use Screening Inventory, In Alcohol World Health And Research, Vol 15 ,№ 1 , PP 65-67.
- 33-VanHasselt.v , Hersen.M(1993).drug use prevention for high-risk African-American children and their families: a review and model program. In, Addictive Behaviors, Vol8,pp 213-234.
- 34-Wills,T.A., Mc Nemara(1996), Escalated Substance Use : A Longitudinal Grouping Analysis From Early To Middle Adolescence, In Journal Of Abnormal Psychology, Vol 105, № 2, PP 166-180.