M

جامعة ابن خلدون تيارت

Université Ibn Khaldoun Of Tiaret

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

Faculty Of Humanities And Social Sciences

قسم علم النفس والفلسفة والأرطفونيا

Département Of Psychology Philosophy And Speech Therapy

مذكرة مكملة لنيل شهـــادة ماستر الطور الثاني ل.م.د

تخصص علم النفس العيادي

العنوان:

السياق النفسي و الاجتماعي لإدمان المخدرات لدى الشباب

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية "حاج بنعمان محمد" بقصر الشلالة

إعداد:

ياحي خيرة

إشراف:

د. بغداد محمد ابراهيم

لجنة المناقشة

الأستاذ(ة)	الرتبة	الصفة
د.قاضي مراد	أستاذ محاضر ب	رئيسا
د. بغداد محمد ابراهيم	أستاذ مساعد أ	مشرفا و مقررا
د.عيناد ثابت اسماعيل	أستاذ محاضر ب	مناقشا

السنـــــــــة الجامعية: 2025/2024

بسم الله الرحمن الرحيم

إهـــــداء

إلى والديّ الكريمين،
تقديرًا وعرفانًا لما بذلتماه من جهد وتضحيات، وما غرستماه في نفسي من قيم ومبادئ،
...فكانا نبراسًا يضيء لي طريق العلم والعمل
أهدي إليكما ثمرة هذا الإنجاز، عرفانًا لجميلكما الذي لا يُجزى.

إلى أسرتي الصغيرة والكبيرة،
التي كانت سندًا في كل المراحل، وملاذًا في أوقات التحدي،
أهديكم هذا العمل امتنانًا لكل لحظة دعم وتشجيع.

إلى صديقاتي العزيزات، ورفيقات الدَرب،
اللَواتي كنّ مصدر دعم معنوي، ورفقة طيبة في مسيرة لم تخلُ من التحديات،
أهديكن جزءًا من هذا الإنجاز، شكرًا لقلوبكنّ النقية ومواقفكنّ الثابتة.

إلى زملائي الأعزاء،
الذين تقاسمت معهم درب المعرفة والتجربة،
لكم مني كل الشكر على المساندة الصادقة والتعاون المثمر،
ولكم أُهدي جزءًا من هذا النجاح.

شكـــــــــر

الحمد لله الذي بنعمته تتمّ الصالحات، وبتوفيقه يكتمل العمل.

أتوجّه بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من أسهم في دعمي ومساندتي خلال مشواري الجامعي، وفي إعداد هذه المذكرة التي تمثل ثمرة سنواتٍ من الجدّ والاجتهاد.

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى أستاذي المشرف:
الأستاذ/الدكتور بغداد محمد ابراهيم،
لما قدّمه لي من توجيهات بنّاءة، وملاحظات علمية دقيقة، ساعدتني على تطوير هذا العمل الأكاديمي، فله مني كل التقدير والعرفان.

كما لا يفوتني أن أتوجه بجزيل الشكر والعرفان إلى كافة أساتذة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة ابن خلدون – تيارت، خاصة أساتذة علم النفس لما قدَموه من إثراء علمي ومعرفي متميز، وإلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في تسهيل مراحل هذا البحث.

ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أعبّر عن اعتزازي وامتناني العميق لكل من كان له دور في تكويني الأكاديمي في بداية مسيرتي بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية – جامعة وهران، والتي كانت الانطلاقة الأولى نحو عالم البحث والمعرفة.

كما أتقدم بالشكر لكل من ساندني معنويًا أو علميًا، ولكل من شجّعني ودفعني إلى مواصلة هذا المسار، من أفراد عائلتي، وزملائي، وأصدقائي.

جزيل الشكر موصول لكل من آمن بقدرتي، وكان حاضرًا بكلماته أو أفعاله، فلكم مني أصدق عبارات التقدير والعرفان.

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل السياق النفسي والاجتماعي لإدمان المخدرات لدى الشباب، في ظل تزايد نسب التعاطي في هذه الفئة؛ تنطلق من إشكالية عامة تبحث في مدى تأثير العوامل النفسية والاجتماعية على انتشار الإدمان، وتتفرع عنها عدة تساؤلات، أبرزها: دور العوامل النفسية في دفع الشباب نحو التعاطي، تأثير الضغوط الاجتماعية مثل التفكك الأسري وضغط الأقران، وأثر غياب التوجيه الأسري.

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت استبيانًا على عينة مكونة من 120 شابًا تتراوح أعمارهم بين 20 و29 سنة، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS.

أظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيًا بين العوامل النفسية والاجتماعية وسلوك الإدمان، دون فروق تُذكر حسب الجنس أو المستوى التعليمي أو الحالة العائلية.

توصي الدراسة بضرورة تصميم تدخلات علاجية ووقائية تراعي تداخل العوامل النفسية والاجتماعية، وتعزيز دور الأسرة ومؤسسات التنشئة، إلى جانب دعم البحث العلمي المتخصص في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية :العوامل النفسية، العوامل الاجتماعية، إدمان المخدرات.

Abstract:

This study explores the psychological and social context of drug addiction among youth. It addresses the rising rates of drug use in this age group and aims to identify the key psychological and social factors contributing to the phenomenon. The research was based on a descriptive-analytical approach and used a questionnaire distributed to 120 individuals aged 20 to 29. Data analysis was conducted using SPSS. The findings indicate a statistically significant correlation between psychosocial factors and addictive behavior, regardless of gender, education level, or family status. The study emphasizes the need for integrated prevention and treatment strategies that account for both psychological and social dimensions. It also highlights the essential role of families and social institutions in early intervention and calls for continued scientific research in this field.

Keywords: psychological factors, social factors, drug addiction.

Résumé:

Cette étude examine le contexte psychologique et social de la toxicomanie chez les jeunes. Face à l'augmentation des cas de consommation de drogues dans cette tranche d'âge, la recherche vise à identifier les principaux facteurs psychologiques et sociaux qui y contribuent. Un questionnaire a été administré à un échantillon de 120 jeunes âgés de 20 à 29 ans, dans le cadre d'une approche descriptive et analytique. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS. Les résultats révèlent une corrélation significative entre les facteurs psychosociaux et le comportement addictif, indépendamment du sexe, du niveau d'instruction ou de la situation familiale. L'étude recommande des stratégies de prévention et de traitement intégrées, tenant compte des deux dimensions psychologique et sociale. Elle insiste également sur le rôle fondamental de la famille et des institutions sociales dans la prévention précoce, et encourage la poursuite des recherches scientifiques dans ce domaine.

Mots-clés : facteurs psychologiques, facteurs sociaux, toxicomanie.

فهرس المحتويات:

إهداء

شكر

ملخص

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة.....أ

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الإشكالية.....7

فرضيات الدراسة.....8

دوافع إختيار موضوع الدراسة.....9

أهمية الدراسة.....11

تحديد التعاريف الإجرائية.....12

الدراسات السابقة.....14

التعقيب على الدراسات السابقة.....27

الفصل الثاني: الإطار المفاهيمي والنظري للإدمان على المخدرات

تمهيد.....30

تعريف الإدمان على المخدرات.....31

تاريخ المخدرات.....33

النظريات و النماذج المفسرة لظاهرة الإدمان 36

أنواع المخدرات و تصنيفاتها.....40

أساليب الإدمان على المخدرات.....42

أنواع الإعتماد على المخدرات.....44

مراحل الإدمان على المخدرات.....47

تشخيص الإدمان على المخدرات.....48

خلاصة الفصل.....50

الفصل الثالث: العوامل السيكوسوسيولوجية المساهمة في ادمان المخدرات

تمهيد.....52

العوامل النفسية المؤدية إلى إدمان المخدرات.....53

العوامل السوسيولوجية المؤدية إدمان المخدرات.....55

التكامل السيكوسوسيولوجي في تفسير إدمان المخدرات لدى الشباب.....58

خلاصة الفصل.....59

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.....62

الدراسة الإستطلاعية.....63

أهداف دراسة الاستطلاعية.....64

حدود الدراسة الإستطلاعية.....65

منهج الدراسة الإستطلاعية.....65

أداة الدراسة الإستطلاعية..... 66

عينة الدراسة الاستطلاعية.....67

التحليل الاحصائي للدراسة الاستطلاعية.....68

الدراسة الأساسية.....75

حدود الدراسة الأساسية.....75

منهج الدراسة الأساسية.....76

أداة الدراسة الأساسية 76

خلاصة الفصل.....78

الفصل الخامس: عرض و مناقشة النتائج

تمهيد.....80

عرض نتائج الدراسة 81

مناقشة نتائج الدراسة.....112

تفسير الفروق حسب المتغيرات الديمغرافية.....114

مناقشة الفرضيات.....115

خلاصة الفصل 120

خاتمة

خاتمة.....122

قائمة المراجع

قائمة المراجع 125

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق 130

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع فئات العينة الاستطلاعية	68
02	توزيع البنود حسب كل بُعد	68
03	متوسط الأبعاد حسب الفئة	69
04	متوسط كل بند حسب الفئة	70
05	البنود النفسية	71
06	بنود البعد الاجتماعي	72
07	يمثل حساب مستوى الثبات	74
08	توزيع فئات العينة الأساسية	79
09	الخصائص المتعلقة بالجنس لعينة الدراسة	81
10	الخصائص المتعلقة بالسن لعينة الدراسة	82
11	الخصائص المتعلقة بتوزيع فئات العينة	83
12	الخصائص المتعلقة المستوى التعليمي لأفراد العينة	85
13	الحالة العائلية لأفراد العينة	87
14	ملخص معالجة المشاهدات(Récapitulatif de traitement des observations)	88
15	إحصائيات الاتساق الداخلي(Statistiques de fiabilité)	89

16	ملخص معالجة المشاهدات Récapitulatif de traitement des observations	90
17	الإحصائيات الوصفية للأبعاد المدروسة	91
18	التحليل الإحصائي الوصفي حسب الفئة Rapport par catégorie	91
19	التحليل الإحصائي الوصفي للأبعاد الثلاثة	93
20	تحليل اختبارات التوزيع الطبيعي	95
21	تحليل نتائج الفروق حسب الجنس	96
22	تحليل نتائج الفروق حسب المستوى التعليمي	97
23	تحليل نتائج الفروق حسب الحالة العائلية	98
24	معامل ارتباط Spearman بين السن وأبعاد الدراسة	99
25	الإحصاءات الوصفية لمتغير البعد النفسي حسب الفئات (مدمن، بطال، جامعي، عامل)	100
26	نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين في البعد النفسي	101
27	الإحصاءات الوصفية للبعد الاجتماعي حسب الفئة	102
28	نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين في البعد الاجتماعي	103
29	الإحصاءات الوصفية للدرجة الكلية حسب الفئات	104
30	اختبار تجانس التباينات (اختبار ليفين) للدرجة الكلية	105
31	اختبار كروسكال–واليس مع متوسط الرتب حسب الفئة البعد النفسي	106
32	نتائج اختبار الفروق بين المجموعات للبعد النفسي اختبار كروسكال–واليس	107

33	متوسط الرتب حسب الفئة للبعد الاجتماعي (كروسكال–واليس)	108
34	نتائج اختبار كروسكال واليس لمقارنة الفروق في البعد الاجتماعي حسب الفئة	108
35	المتوسطات والانحرافات المعيارية للبعد النفسي حسب الفئة	109
36	المتوسطات والانحرافات المعيارية للبعد الاجتماعي حسب الفئة	110

فهرس الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	مخطط عمودي المتعلق بالجنس لعينة الدراسة	81
02	الخصائص المتعلقة بالسن لعينة الدراسة	83
03	الخصائص المتعلقة بتوزيع فئات العينة	84
04	الخصائص المتعلقة المستوى التعليمي لأفراد العينة	86
05	الحالة العائلية لأفراد العينة	88
06	متوسط درجات البعد النفسي للفئات المختلفة	110
07	متوسط درجات البعد الاجتماعي للفئات المختلفة	111

مقدمة

مقدمة:

تُعدّ ظاهرة إدمان المخدرات من أكثر القضايا الاجتماعية والنفسية تعقيدًا في المجتمعات المعاصرة، لما تنطوي عليه من تداعيات تمسّ البنية الأساسية للفرد والمجتمع على حد سواء، فقد أصبح تعاطي المواد المخدرة ظاهرة مقلقة تتجاوز حدود السلوك الفردي لتتحول إلى مشكلة بنيوية ذات أبعاد سيكولوجية، اجتماعية، صحية، وأمنية، و حتى و إن كانت هذه الظاهرة قديمة قدم الإنسان، فإنها اليوم تعرف تفشيًا متسارعًا في مختلف البيئات الاجتماعية، وتحديدًا في أوساط الشباب، الذين يُعدّون الشريحة الأكثر عرضة للانخراط في هذا السلوك، بحكم ما يميز هذه المرحلة العمرية من خصائص نفسية هشّة، وتقلبات انفعالية، وتحديات اجتماعية متنوعة.

إنَ ما نراه اليوم هو أنَ المخدرات في عصرنا الراهن أصبحت وسيلة للهروب من مشكلات الواقع، أو أداة للتكيف المَرَضي مع المعاناة النفسية والحرمان الاجتماعي، مما يجعل من الإدمان نتيجة وليس مجرد اختيار إرادي، فالشاب لا يتجه إلى المخدرات من فراغ بل تحت تأثير ضغوط متعددة؛ منها ما هو نفسي كالاكتئاب، القلق، الشعور بالعزلة، وضعف تقدير الذات، ومنها ما هو اجتماعي كالتفكك الأسري، رفقاء السوء، غياب التوجيه، وضبابية المستقبل، وهذا ما يجعل من الظاهرة نتاجًا لتفاعل معقد بين العوامل الذاتية والمجتمع، في إطار ما يُعرف بالمقاربة السيكوسوسيولوجية و نجد أنه في ظل التحولات الاجتماعية والاقتصادية المتسارعة التي تعرفها المجتمعات العربية عمومًا، والمجتمع الجزائري خصوصًا، أضحى الشباب يعيشون في حالة من التوتر بين ما يطمحون إليه وما هو متاح لهم فعليًا، في ظل محدودية فرص التشغيل، وتراجع الأدوار التقليدية للأسرة، وازدياد تأثير وسائط الإعلام الرقمي، وكلها عوامل تضعف البنية النفسية والاجتماعية لديهم وتجعلهم عرضة للانزلاق نحو سلوكيات خطرة كالإدمان؛ كما أنّ البيئة الاجتماعية أصبحت، في كثير من الحالات، عاجزة عن توفير الحماية الكافية أو الضبط القيمي اللازم لتجنيب الشباب الوقوع في هذا الفخ، مما يجعل مسؤولية الفهم والتدخل تقع على عاتق مختلف الفاعلين، من علماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين والمربين وصانعي السياسات.

وبالتالي فإن دراسة ظاهرة إدمان المخدرات لدى الشباب تكتسي أهمية بالغة، ليس فقط من حيث التوصيف الإحصائي أو التصنيفي، بل من حيث التحليل التفسيري الذي يسعى إلى فهم الأسباب والدوافع التي تكمن خلف هذا السلوك من منظور علمي متكامل، وإذا كانت الدراسات السابقة قد تناولت الظاهرة من منطلقات متباينة (بيولوجية، نفسية، قانونية، أو اجتماعية) فإن الحاجة اليوم تفرض نفسها إلى تبنّي مقاربة تكاملية تربط بين مختلف هذه الأبعاد، بما يسمح بفهم أكثر عمقًا وشمولًا.

وفي هذا السياق، يبرز التوجه السيكوسوسيولوجي كأحد التوجهات الحديثة في تفسير الظواهر السلوكية المعقدة، حيث يُعنى بدراسة التداخل بين العوامل النفسية المرتبطة بالفرد (كالاضطرابات الانفعالية والمعرفية) والعوامل الاجتماعية المحيطة به (كالأسرة، الأقران...)؛ فالإدمان، في ضوء هذا الطرح، لا يُفهم كخيار إرادي حر، بل كنتاج تفاعل دائم بين الذات والبيئة، بين ما يشعر به الشاب داخليًا، وما يعيشه خارجيًا؛ و انطلاقًا من هذه الخلفية، جاءت هذه الدراسة لتسهم في تسليط الضوء على العوامل النفسية و الاجتماعية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب، من خلال محاولة الإجابة على جملة من التساؤلات.

ما يمكننا قوله هو أنَ هذه الدراسة تسعى إلى تقديم فهم شامل للظاهرة من خلال تحليل ميداني مستند إلى إطار نظري متكامل، وبالاعتماد على أدوات بحث كمية تُمكّن من قياس مدى تأثير العوامل النفسية والاجتماعية، كلٌ على حدة، ثم بصورة تفاعلية، ولا تقتصر أهمية هذه الدراسة على الجوانب النظرية فقط، بل تنبع كذلك من طابعها التطبيقي، حيث تهدف إلى تقديم مقترحات وتوصيات يمكن أن تُسهم في بلورة تدخلات نفسية واجتماعية واقعية، قابلة للتنفيذ في المؤسسات الصحية، التربوية، والاجتماعية.

كما أنّ الدراسة الميدانية استهدفت عينة من الشباب لتمنحتها بُعدًا عمليًا يمكن البناء عليه في صياغة برامج وقائية أو علاجية تراعي الخصوصيات النفسية والاجتماعية للمبحوثين، وهي خصوصيات كثيرًا ما تُهمل في السياسات العامة لمكافحة الإدمان، التي تركز في الغالب على الجوانب العقابية أو التوعوية دون التطرق إلى جذور الظاهرة.

وبناءً على ما تقدم، حاولت هذه الدراسة أن تُعالج الموضوع من خلال هيكلة علمية محكمة توزعت على خمسة فصول رئيسية، جاءت على النحو التالي:

- **الفصل الأول:** تضمن الإطار العام للدراسة، حيث عرضنا فيه إشكالية البحث، أهدافه، دوافع اختياره، الأهمية النظرية والتطبيقية له، إلى جانب تحديد المفاهيم الأساسية، وتقديم عرض للدراسات السابقة مع تحليل نقدي لها.
- **الفصل الثاني:** خُصّص للإطار المفاهيمي والنظري للإدمان على المخدرات، من خلال استعراض تاريخ استخدام المخدرات، أنواعها، أساليب تعاطيها و مختلف النظريات النفسية والاجتماعية المفسّرة للسلوك الإدماني.

- **الفصل الثالث:** تناولنا فيه العوامل السيكوسوسيولوجية المساهمة في الإدمان، حيث تم عرض كل من العوامل النفسية والاجتماعية بشكل مفصل، مع التركيز على كيفية تفاعلهما، وأثر هذا التفاعل في نشوء الظاهرة.
- **الفصل الرابع:** خصص للإجراءات المنهجية، حيث تم شرح خطوات البحث، أدواته، عيّنته، ومنهجيته، مع التطرق لكل من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.
- **الفصل الخامس:** تضمّن عرض نتائج الدراسة الميدانية، تحليلها وتفسيرها، ومقارنتها بالدراسات السابقة و النظريات إلى جانب تقديم التوصيات والاستنتاجات العامة.

في ضوء كل ما سبق، نأمل أن تسهم هذه الدراسة في إثراء النقاش الأكاديمي حول ظاهرة إدمان المخدرات من زاوية جديدة، تمزج بين التفسير النفسي والاجتماعي، وتسعى إلى تقديم فهم أعمق وأكثر شمولًا للواقع المعاش لدى فئة الشباب، بما يُمكن أن يُسهم في رسم تدخلات علمية أكثر دقة وفعالية.

الجانب النظري

الفصل الأول:
الإطار العام للدراسة

- **الإشكالية**
- **فرضيات الدراسة**
- **دوافع إختيار موضوع الدراسة**
- **أهمية الدراسة**
- **تحديد التعاريف الإجرائية**
- **الدراسات السابقة**
- **التعقيب على الدراسات السابقة**

❖ **الإشكالية:**

تُعتبر ظاهرة إدمان المخدرات من أخطر التحديات التي تواجه المجتمعات الحديثة، لما تخلّفه من تداعيات صحية، نفسية، وأمنية، فضلًا عن انعكاساتها الاجتماعية الكارثية على الأسر والمنظومة القيمية بأكملها. وتبرز خطورة هذه الظاهرة بشكل أكبر عند فئة الشباب، باعتبارهم الشريحة العمرية الأكثر عرضة للتأثر بالمتغيرات النفسية والاجتماعية، والأقل قدرة في بعض السياقات على تبني استراتيجيات ناضجة لمواجهة الضغوط الحياتية؛ من هذا المنطلق لا يمكن فهم ظاهرة الإدمان لدى الشباب بشكل سطحي أو اختزالي، بل يجب تناولها في ضوء شبكة معقدة من العوامل النفسية والاجتماعية المتداخلة.

لقد أثبتت العديد من الدراسات السابقة أن الشاب المدمن لا يُقبل على تعاطي المخدرات بمحض الصدفة أو بمجرد فضول عابر، بل غالبًا ما تدفعه إلى ذلك دوافع نفسية عميقة كالاكتئاب، القلق، الشعور بالفراغ، ضعف تقدير الذات، أو الهروب من مشكلات نفسية غير محلولة (بوهلال، 2016، ص. 96)؛ كما أن العوامل الاجتماعية لا تقل تأثيرًا، حيث تؤدي بيئات التفكك الأسري، وضعف الرقابة الأبوية، ورفاق السوء، والشعور بالتهميش الاجتماعي إلى تهيئة الشاب للانخراط في سلوكيات إدمانية (العرجاني، 2022، ص. 135؛ العابد، 2020، ص. 49).

وتبيّن المقاربات السيكوسوسيولوجية الحديثة أن السلوك الإدماني لا يمكن تفسيره إلا ضمن إطار تفاعلي بين الذات والبيئة، فالفرد لا يتعاطى المخدرات لأنه "يريد"، بل لأنه يجد في تعاطيها وسيلة للتكيف مع ضغوط نفسية داخلية وسياقات اجتماعية مفككة، تفتقر إلى الدعم والاحتواء والتوجيه (سطوف، 2012، ص. 75)؛ وبالتالي فإن الاكتفاء بمقاربة بيولوجية أو قانونية في فهم الإدمان لا يعكس عمق المشكلة، ولا يسمح بوضع حلول علاجية فعالة ومستدامة.

وبناء على ما سبق، فإن فهمنا للظاهرة لا يكتمل دون التطرق للعوامل النفسية والاجتماعية بشكل متكامل، وهو ما تسعى إليه هذه الدراسة، من خلال الوقوف على أبرز الأسباب التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات في السياق المحلي، وذلك عبر جمع المعطيات الميدانية وتحليلها في ضوء الإطار النظري السيكوسوسيولوجي.

ومن هنا تبرز الإشكالية الرئيسة التي تسعى هذه الدراسة للإجابة عنها:
هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل النفسية والاجتماعية (السيكوسوسيولوجية) وانتشار إدمان المخدرات بين الشباب؟

إن هذه الإشكالية تقتضي تحليلًا عميقًا للبعد النفسي، بداية من الاضطرابات والمشكلات الداخلية التي قد تساهم في قابلية الفرد للإدمان، إلى جانب تحليل السياق الاجتماعي المحيط بالفرد، والذي قد يهيئ له مناخًا محفزًا على التعاطي، وذلك من خلال تناول كل بعد على حدة، ثم التطرق إلى التفاعل بينهما؛ ومن ثمة تم طرح التساؤلات الفرعية التالية:

التساؤلات الفرعية:

- ما مدى تأثير العوامل النفسية في دفع الشباب نحو إدمان المخدرات؟
- ما هي أبرز العوامل الاجتماعية، كضغط الأقران، التفكك الأسري، وأساليب التنشئة الخاطئة، المؤدية إلى تعاطي المخدرات لدى الشباب؟
- إلى أي مدى يسهم غياب التوجيه الأسري في تعزيز احتمالات الإدمان لدى الشباب؟

الفرضية العامة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل السيكوسوسيولوجية (النفسية والاجتماعية) وانتشار إدمان المخدرات بين الشباب، حيث تسهم اضطرابات نفسية، إلى جانب عوامل اجتماعية مثل التفكك الأسري وضغط الأقران، في زيادة احتمالية تعاطي المخدرات.

الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل النفسية وانتشار إدمان المخدرات لدى الشباب.
- تسهم العوامل الاجتماعية، وخصوصًا ضغط الأقران، التفكك الأسري، وأساليب التنشئة الخاطئة، بشكل كبير في انجراف الشباب نحو تعاطي المخدرات.
- يشكل غياب التوجيه الأسري عاملا محفزا لتوجه الشباب نحو الإدمان.

❖ **دوافع إختيار موضوع الدراسة:**

إن اختيار موضوع البحث العلمي لا يتم بمعزل عن خلفية الباحث واهتماماته وتطلعاته المهنية والعلمية، بل يستند غالبًا إلى جملة من الاعتبارات الذاتية والموضوعية التي تلتقي في نقطة واحدة: الرغبة في الإسهام الجاد في معالجة ظاهرة ذات أثر بالغ في الواقع المجتمعي. ومن هذا المنطلق، جاء اختيار موضوع "**السياق النفسي و الاجتماعي لإدمان المخدرات لدى الشباب** "بوصفه استجابة لحاجة ملحّة إلى فهم أعمق لهذه الظاهرة المعقدة، التي باتت تمسّ فئة الشباب بحدة وتدفع بهم إلى مسارات خطرة نفسيًا واجتماعيًا.

وقد تمثلت الدوافع الرئيسة لهذا الاختيار في أربعة مستويات مترابطة:

1. الدوافع المهنية:

- ينبع هذا التوجه من اهتمامي بمجال الإدمان لدى فئة الشباب، خاصة من زاوية التكامل بين العوامل النفسية والاجتماعية، وما لهذا المنظور من أهمية في بناء تدخلات علاجية واقعية وفعالة.
- كما تحفّزني الرغبة في تسليط الضوء على المعاناة التي يعيشها المدمنون وأسرهم، وما يرافقها من آثار صامتة تمسّ الكرامة والاندماج الاجتماعي.
- هذا البحث يمثل لي فرصة لتوسيع معارفي النظرية والعملية في مجال علم النفس العيادي وعلم الاجتماع، بما يثري كفاءتي في العمل الميداني الإكلينيكي والإرشاد الاجتماعي.

2. الدوافع العلمية:

- تتطلب الظاهرة تحليلًا دقيقًا لكونها متعددة الأبعاد؛ إذ تتشابك فيها الاضطرابات النفسية (كالقلق والاكتئاب) مع عناصر الضغط الاجتماعي (كالتهميش ورفاق السوء)، وهو ما يستدعي استقصاءً علميًا ممنهجًا.
- في ظل التغيرات الثقافية والتكنولوجية المتسارعة، أصبح من الضروري إعادة فحص أنماط تعاطي المخدرات لدى الشباب وما يرتبط بها من دلالات نفسية واجتماعية جديدة.

- يهدف البحث إلى تقديم نتائج علمية يمكن اعتمادها في تصميم برامج تدخل واقعية، تستند إلى الخصوصيات السيكولوجية والاجتماعية للفئة الشابة.

3.الدوافع الأكاديمية:

- رغبة في المساهمة في إثراء الحقل الأكاديمي بمقاربة تحليلية ميدانية، تسعى إلى سدّ الثغرات البحثية في فهم العلاقة التفاعلية بين النفس والمجتمع في نشوء الإدمان.
- يتيح هذا البحث دمج الممارسة الميدانية مع الإطار النظري، وتوظيف نتائج الدراسة لتقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق في بيئات علاجية وتأهيلية حقيقية.
- كما أن معالجة الموضوع من زاوية سيكوسوسيولوجية تعزز من قدرة الباحث على التفكير النقدي، وتحليل الظواهر الاجتماعية والنفسية بطريقة تكاملية.

4.الدوافع الاجتماعية:

- تزايد انتشار الإدمان في أوساط الشباب أصبح يشكل تهديدًا صريحًا للتماسك الاجتماعي، وهو ما يتطلب تدخلًا علميًا مبنيًا على دراسات ميدانية واقعية.
- يمثل هذا البحث فرصة لدعم الجهود التوعوية، من خلال توفير قاعدة بيانات محلية دقيقة يمكن البناء عليها في برامج الوقاية والتأهيل.
- كما أن ممارسة البحث الميداني وسط الفئة المدروسة تُمكّن الباحث من تطوير مهاراته الإكلينيكية، وتمنحه أدوات حقيقية للتعامل مع الظاهرة مستقبلاً، سواء في المجال العيادي أو المجتمعي.

❖ أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذا البحث من كونه يتناول إحدى الظواهر المعقدة والمتشابكة التي أصبحت تؤرق العديد من المجتمعات، لما لها من امتدادات نفسية واجتماعية وأمنية واقتصادية خطيرة. ويتجلى الطابع الإشكالي لإدمان المخدرات بشكل أخص عند فئة الشباب، الذين يمثلون طاقة المجتمع ومصدر تجديده. وانطلاقًا من ذلك، يمكن إبراز أهمية هذه الدراسة في ثلاثة مستويات متكاملة:

1. الأهمية النظرية:

- تسعى الدراسة إلى الإسهام في إثراء الأدبيات العلمية من خلال معالجة ظاهرة الإدمان بمنظور سيكوسوسيولوجي، يسمح بفهم متوازن وشامل للظاهرة.
- تقدم إطارًا تحليليًا يدمج بين المعطيات النفسية والاجتماعية، ويعزز من بناء نماذج تفسيرية أكثر دقة للسلوك الإدماني.
- من خلال مراجعتها للدراسات السابقة وتحليلها النقدي، تكشف الدراسة عن الفجوات البحثية وتُوجه أنظار الباحثين إلى قضايا لم تلقَ اهتمامًا كافيًا.
- تساعد المقارنة بين المقاربات النفسية والاجتماعية في بلورة رؤية متعددة الزوايا لفهم دوافع التعاطي لدى الشباب، ما يثري الفهم الأكاديمي للظاهرة.

2. الأهمية التطبيقية:

- تقدم الدراسة معطيات ميدانية دقيقة يمكن توظيفها في تطوير برامج التوعية الموجهة للشباب، بشكل يتلاءم مع دوافعهم الحقيقية وظروفهم الاجتماعية والنفسية.
- توفر قاعدة بيانات موثوقة حول نسب انتشار الظاهرة والعوامل المؤثرة فيها، مما يساعد المؤسسات المعنية في توجيه تدخلاتها بشكل أكثر فاعلية.
- تساهم في بناء نماذج تأهيل نفسي واجتماعي تراعي خصوصيات المدمنين من حيث الخلفية النفسية والسياق العائلي والاجتماعي.

- تقدم تصورات واقعية لتطوير التدخل العلاجي، من خلال المزج بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجماعي، بما يعزز فرص النجاح في التعافي.
- كما تضع أسسًا علمية قابلة للتوظيف في تدريب الأخصائيين والمرشدين على التعامل مع المدمنين، ضمن برامج علاجية واستشارية متكاملة.

3. الأهمية المجتمعية:

- تسهم الدراسة في دعم جهود الوقاية من الجريمة والانحراف، من خلال تسليط الضوء على العلاقة بين التعاطي والسلوكيات المنحرفة.
- تعمل على تحسين جودة حياة المدمنين وأسرهم، من خلال الدعوة إلى تبني تدخلات داعمة تراعي الأبعاد النفسية والاجتماعية.
- تعزز من وعي المجتمع بمخاطر الإدمان عبر مقترحات قابلة للتطبيق ضمن الحملات التوعوية والمؤسسات التربوية والدينية.
- تقدم أساسًا علميًا لتطوير السياسات العمومية في مجال مكافحة المخدرات، سواء من حيث التشريع أو المرافقة العلاجية.
- وتساعد، في نهاية المطاف، في تخفيف العبء الاقتصادي على المنظومة الصحية والاجتماعية، من خلال تعزيز التدخل الوقائي ودعم التعافي المستدام.

❖ **تحديد التعاريف الإجرائية:**

التعاريف الإجرائية:

يُعد تحديد التعاريف الإجرائية خطوة أساسية في البحث العلمي، لأنها تُسهم في توضيح المفاهيم المحورية وضبطها وفق طبيعة الدراسة وأهدافها. وفي هذه الدراسة المعنونة بـ" السياق النفسي و الاجتماعي لإدمان المخدرات لدى الشباب "، تم اعتماد التعاريف التالية:

1.العوامل السيكوسوسيولوجية المساهمة في الإدمان:

هي مجموعة العوامل النفسية والاجتماعية المتداخلة التي تؤثر في سلوك تعاطي المخدرات لدى الشباب، حيث تتفاعل الضغوط النفسية والانفعالات الداخلية مع البيئة الاجتماعية المحيطة، مثل الأسرة والأصدقاء والظروف الاقتصادية.
وتتمثل في هذه الدراسة في الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوص من مجموع بنود استبيان العوامل النفسية والاجتماعية.

أ. السياق النفسي للإدمان :

تشير إلى الخصائص النفسية والاضطرابات الانفعالية التي قد تدفع الفرد نحو تعاطي المخدرات، مثل القلق، الاكتئاب، ضعف تقدير الذات، وعدم القدرة على التحكم في الرغبات القهرية.
وتتمثل في هذه الدراسة في الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من الاستبيان الخاص بالعوامل النفسية.

ب.السياق الاجتماعي للإدمان:

تتعلق بالعلاقات والظروف الاجتماعية التي تحيط بالفرد، والتي يمكن أن تسهم في سلوكه الإدماني، مثل ضعف الرقابة الأسرية، التفكك العائلي، تأثير الأصدقاء المدمنين، الفقر، والبطالة.
وتتمثل في هذه الدراسة في الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من الاستبيان الخاص بالعوامل الاجتماعية.

2. إدمان المخدرات :

يقصد به في هذه الدراسة الاستخدام القهري والمتكرر للمواد المخدرة من طرف الأفراد الخاضعين للبحث، مما يؤدي إلى اضطرابات على المستويين النفسي والاجتماعي، ويؤثر سلبًا على قدرتهم على التكيف مع ذواتهم وبيئتهم الاجتماعية.

3.الشباب:

يقصد بها فئة الشباب في هذه الدراسة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين **20 و29 سنة**، وهي مرحلة حيوية تتميز بتغيرات نفسية واجتماعية كبيرة، حيث يسعى الفرد نحو تحقيق الاستقلال الذاتي والاجتماعي، ما يجعله أكثر عرضة للتأثر بالعوامل البيئية والنفسية التي قد تقوده لسلوكيات إدمانية.

❖ **الدراسات السابقة:**

أولًا: الدراسات المحلية:

- **دراسة بوداري عز الدين وبوعزة الصالح (2019)** دراسة ميدانية بعنوان *"دور التفكك الأسري في تعاطي الشباب للمخدرات: دراسة ميدانية"*، نُشرت في مجلة *المربي* .

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين مظاهر التفكك الأسري وسلوك تعاطي المخدرات لدى الشباب، انطلاقًا من فرضية مفادها أن الخلل في أداء الأسرة لوظائفها التربوية والنفسية والاجتماعية يُمثل بيئة خصبة لانزلاق الأبناء نحو الانحراف السلوكي، وفي مقدمته الإدمان.

اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدما أداة الاستبيان لجمع البيانات من عينة قصدية تتكون من 51 شابًا من ولايتي برج بوعريريج والمسيلة، ممن لديهم تجارب مباشرة أو غير مباشرة مع تعاطي المخدرات. وقد كشفت الدراسة، من خلال تحليل المعطيات، عن مجموعة من النتائج الإحصائية الهامة: فقد أشار 61 %من أفراد العينة إلى أن التربية القاصرة داخل الأسرة كانت عاملًا حاضرًا بقوة في حياة المدمنين، كما أكد 65.5 %منهم على أن الشجارات الدائمة بين الوالدين لعبت دورًا مباشرًا في تدهور الجو الأسري وتحفيز التعاطي. وبيّن 58.8 %من المستجوبين أن غياب الحوار داخل الأسرة ساهم في تكريس العزلة والاغتراب داخل الوسط العائلي، في حين عبر 78.8 %عن شعورهم بـ الحرمان العاطفي وغياب الحماية النفسية.

من جانب آخر، صرّح 65.5 %من الشباب أنهم تحملوا مسؤوليات أسرية تفوق طاقتهم، ما عزز لديهم الإحساس بالضغط والتهميش، بينما أشار 88.8 %إلى أن ضعف الوازع الديني كان سببًا جوهريًا في انحرافهم. كما أوضح 9 %أن تأثير رفقاء السوء كان عاملًا حاسمًا في بداية التعاطي. أما على المستوى الاقتصادي، فقد تبين أن 61 % من العينة يعيشون في أوضاع مادية صعبة، وأن 91 %منهم لا

يملكون ظروفًا سكنية لائقة، مثل وجود غرفة خاصة أو بيئة مستقرة، وهو ما ساهم في خلق شعور دائم بالإقصاء الاجتماعي.

وقد خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات، من أهمها :تفعيل دور الأسرة الوقائي من خلال نشر ثقافة الحوار الإيجابي، وتقديم الدعم العاطفي والتربوي للأبناء، إضافة إلى ضرورة تعزيز الوازع الديني في التنشئة منذ المراحل الأولى. كما أوصى الباحثان بضرورة دعم الأسر الهشة اقتصاديًا واجتماعيًا، وتكثيف حملات التوعية داخل المدارس والمساجد والمؤسسات الشبابية، مع التركيز على العلاج العائلي والتدخل الاجتماعي المنسق من قبل المؤسسات المعنية بمكافحة الإدمان.

- **دراسة محمد بلعيد ومحمد ذيب (2021)** بعنوان *"الإدمان على المخدرات في المجتمع المحلي (العوامل والحلول): دراسة ميدانية بحي 08 ماي 1945 بالوادي"*، هدفت إلى تحليل ظاهرة الإدمان في حي شعبي بمدينة الوادي من خلال رصد الاتجاهات الاجتماعية السائدة، وفهم العوامل التي تساهم في انتشار الظاهرة داخل البيئة المحلية، إلى جانب تقديم مقترحات عملية للحد منها.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام أداة الاستبيان الموزع على عينة عشوائية مكوّنة من 150مفردة من سكان الحي موزعين على أربع وحدات سكنية. وقد ركز الباحثان على جمع البيانات المتعلقة بمواقف السكان، وتصوراتهم حول الأسباب والدوافع التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، وكذلك الجهات الفاعلة في الوقاية والعلاج.

أما فيما يتعلق بالنتائج، فقد كشفت الدراسة عن أن الفئة الاجتماعية الأكثر تعرضًا لتعاطي المخدرات هم الشباب العاطلون عن العمل، وهو ما أرجعه أكثر من 58 % من أفراد العينة إلى ضعف الدخل الأسري والتهميش الاقتصادي، ما يؤكد العلاقة الوثيقة بين الوضعية الاجتماعية الهشة وانتشار التعاطي في أوساط الشباب. كما بينت النتائج أن 74 % من المشاركين أشاروا إلى أن التعاطي يبدأ عادة في مرحلة المراهقة، مما يدل على هشاشة هذه المرحلة العمرية في ظل غياب الإشباع النفسي والاجتماعي.

من ناحية أخرى، عبّر 85% من المشاركين عن ثقتهم في جهاز مكافحة المخدرات كفاعل رئيسي في التصدي للظاهرة، تليه المؤسسات التعليمية بنسبة 66 %، مما يعكس أهمية الأدوار المؤسساتية في مواجهة الإدمان. وبيّنت الدراسة أيضًا أن 78من أفراد العينة يرون أن تشديد العقوبات القانونية على مروجي المخدرات هو الخيار الأكثر فاعلية، في حين أكد 64%على ضرورة تعزيز التوعية التربوية والدينية، ما يشير إلى إدراك نسبي للدور الوقائي داخل المجتمع.

من الجوانب المهمة التي سلطت الدراسة الضوء عليها، ما لاحظه المشاركون من تحول بعض الحالات من التعاطي العرضي إلى الاستهلاك المنتظم، بنسبة فاقت 50 %من المبحوثين، ما يشير إلى وجود مسار إدماني خطير داخل النسيج الاجتماعي. كما بيّنت الدراسة وجود عجز واضح في الإمكانيات المادية والبشرية لمكافحة الظاهرة، وفق ما أفاد به أكثر من 70 %من المستجيبين، مما يضعف جهود المواجهة والوقاية في المستوى المحلي؛ وقد خلصت الدراسة إلى جملة من **التوصيات**، أبرزها :**تشديد العقوبات** على المروجين، وتعزيز التنسيق بين الأجهزة الأمنية والتربوية والدينية، مع ضرورة **ت**فعيل برامج التوعية الموجهة لفئة الشباب، وإدماج الفاعلين المحليين والمجتمع المدني في حملات مكافحة الإدمان، إلى جانب دعم الأسرة وتمكينها من أداء دورها الوقائي والتربوي، وتوفير الموارد المادية للمؤسسات العاملة في مجال الوقاية والعلاج.

- **دراسة عيسى يونس وأم السعد موساوي سنة (2021)** بعنوان "أسباب ودوافع الشباب الجزائري لتناول المخدرات من وجهة نظر طلبة الجامعة – دراسة ميدانية بجامعة زيان عاشور بالجلفة"، سعت هذه الدراسة إلى استقصاء أبرز الأسباب النفسية والاجتماعية التي قد تفسر انخراط طلبة الجامعة في تعاطي المخدرات، وذلك من خلال تحليل آراءهم وتقديراتهم الذاتية حول الظاهرة. كما حاول الباحثان التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه الدوافع تعزى إلى الجنس أو المستوى الدراسي.

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، نظراً لملاءمته لطبيعة الظاهرة المدروسة، واستخدم الباحثان استبيانًا مكوّنًا من 18فقرة تم إعدادها بالاستناد إلى دراسات سابقة. وُزّعت الأداة على عينة قصدية تضم 100 طالب وطالبة من جامعة زيان عاشور بالجلفة، خلال السنة الجامعية 2021/2020، منهم 48ذكورًا و52 إناثًا.

كشفت نتائج الدراسة عن بروز عدد من العوامل المؤثرة في تعاطي المخدرات، وقد تصدرها ضعف الوازع الديني كأقوى دافع، مسجلًا متوسطًا حسابيًا قدره 2.72، مما يعكس تأثير غياب الضوابط القيمية والسلوكية في تسهيل الانزلاق نحو هذا السلوك. تلاه تأثير الأصدقاء بمتوسط 2.64، وهو مؤشر على الدور الكبير الذي تلعبه الصحبة في تحفيز تجربة التعاطي، خاصة من باب التقليد أو الرغبة في إثبات الذات. كما جاء ضعف الرقابة الأسرية في المرتبة الثالثة، بمتوسط 2.63، مبرزًا أهمية دور الأسرة في حماية الأبناء ومتابعتهم.

وسجلت أيضًا عوامل أخرى بنسب مرتفعة، من بينها :ضعف الوعي بخطورة المخدرات (2.46)، سهولة الترويج وانتشار المواد (2.44)، المشاكل الأسرية كالتفكك والصراعات (2.38)، ضعف تطبيق القانون (2.32)، والبطالة وانعدام فرص العمل (2.31)، وهي كلها مؤشرات على ارتباط الظاهرة بجملة من الأبعاد النفسية والاجتماعية والاقتصادية المتداخلة. أما العوامل الأقل تأثيرًا فتمثلت في الفراغ العاطفي، الرغبة في التجريب، والضغوط الدراسية، وسجلت متوسطات تراوحت بين 1.40و2.10.

وفيما يخص التحليل الإحصائي للفروقات، بينت اختبارات T-TEST أن الفروق بين الذكور والإناث لم تكن دالة إحصائيًا، حيث بلغت قيمة($T = -0.643$ $(p > 0.05$ ، كما لم تظهر فروق دالة حسب المستوى الدراسي، حيث كانت قيمة($T = -1.161$ $(p > 0.05$ ، مما يدل على أن هذه الدوافع تؤثر على جميع الفئات الجامعية بنسب متقاربة.

من بين التوصيات العملية ضرورة تعزيز الوازع الديني والقيمي لدى الشباب، سواء من خلال الأسرة أو المؤسسات التعليمية، إلى جانب تنظيم حملات توعية دورية تسلط الضوء على مخاطر التعاطي. كما أكدت على أهمية مراقبة الأوساط الجامعية والحد من انتشار الترويج داخلها، فضلاً عن تمكين الشباب اقتصاديًا عبر توفير فرص العمل والمشاريع المصغرة، وضرورة إشراك الأسرة والمجتمع المدني في خطط الوقاية والتأهيل.

- **دراسة نحال بوضربة وليد (2023)** بعنوان "ظاهرة تعاطي المخدرات في الوسط الجامعي: طلبة ذكور بجامعة وهران نموذجًا"

تم استخدام استبيانات إلكترونية وُجهت إلى 150طالبًا ذكورًا من كليات متعددة: العلوم الاجتماعية، الحقوق، اللغات، الاقتصاد والتسيير، وغيرها. تم جمع البيانات بدقة عبر Google Forms وتحليلها.

أظهرت النتائج أن أغلب المتعاطين تتراوح أعمارهم بين 19 و22 سنة، وتشكل الفئة الأكثر عرضة بنسبة بلغت 89%، بينما سجلت النسبة الأقل للفئة العمرية ما فوق 25 سنة (8%).

أما توزيع العينة حسب الكليات، فقد كانت النسبة الأعلى لطلبة كلية العلوم الاقتصادية والتسيير (31%)، تليها العلوم الاجتماعية (24%)، ثم الحقوق (23%)، مما قد يعكس تداخل الضغط الدراسي والعوامل الاجتماعية ضمن هذه التخصصات.

من حيث المستوى الدراسي، بينت النتائج أن الطلبة في طور الليسانس يمثلون 53%من العينة، تليهم طلبة الماستر بنسبة 43%، وهو ما يشير إلى أن تعاطي المخدرات لا يقتصر على الفئات الدنيا من التعليم العالي.

أبرزت الدراسة كذلك أهمية المحيط الأسري؛ إذ تبين أن نسبة كبيرة من المبحوثين نشأوا داخل أسر فيها خصومات أو غياب للحوار، وهو ما اعتُبر عاملًا مؤثرًا في التوجه نحو التعاطي. كما أشارت المعطيات إلى أن نسبة من الطلبة المتعاطين يعرفون أشخاصًا مقرّبين (أصدقاء أو أقارب) يتعاطون المخدرات، مما يشير إلى تأثير شبكة العلاقات الاجتماعية.

فيما يتعلق بتجربة التعاطي، أظهرت النتائج أن معظم المتعاطين بدأوا بمادة التبغ والسجائر كنقطة انطلاق، ثم انتقلوا تدريجيًا إلى مواد أكثر خطورة. كما كشف الاستبيان أن نسبة غير قليلة من الطلبة يدخنون السجائر، وأن بعضهم عبّر عن رغبته في التوقف عن التعاطي، وكان السبب الأساسي لرغبة التوقف هو تأثير المخدرات على التحصيل الدراسي.

أما بخصوص نوعية المواد المتعاطاة، فقد شملت: الحشيش، القنب الهندي، المؤثرات العقلية. وأشارت نتائج الجداول إلى أن التعاطي غالبًا ما يتم في أوقات الفراغ، ما يُبرز دور الفراغ والملل كعنصر خطر في سلوك الطلبة.

خلصت الدراسة إلى أن أبرز الدوافع التي تساهم في توجه الشباب الجامعي نحو تجربة المخدرات تتمثل في التفكك الأسري وضعف الرقابة الوالدية إظافة إلى الفراغ وعدم استثمار الوقت؛ كذلك ضغط الأصدقاء والتأثر بالمحيط وضعف الوازع الديني.

وقد اقترح الباحث مجموعة من التوصيات، أهمها تكثيف برامج التوعية داخل الجامعات حول مخاطر التعاطي و إدماج الأنشطة الترفيهية والمهنية في الحياة الجامعية لتقليل الفراغ؛ كذلك دعم العلاقات الأسرية عبر برامج إرشاد أسري و توفير فضاءات صحية وآمنة لتفريغ الضغط النفسي.

ثانيًا: الدراسات العربية:

- **دراسة حميد بن عايد العنزي (2019)** بعنوان "الشباب والإدمان على المخدرات وطرق وقايتهم منها: دراسة ميدانية على الشباب الجامعي"، بهدف الكشف عن العوامل التي تدفع الشباب الجامعي إلى تعاطي المخدرات. اعتمد الباحث على عينة من 200 طالب بجامعة تبوك، مستخدماً المنهج الوصفي التحليلي وأداة الاستبيان، مع تحليل النتائج باستخدام برنامج SPSS.

وقد أظهرت النتائج أن رفقاء السوء جاءوا كأبرز سبب لوقوع الشباب في الإدمان، حيث حصل هذا العامل على متوسط حسابي بلغ 4.10، وهو ما يعكس درجة عالية من الاتفاق بين أفراد العينة. كما أظهرت النتائج أن الفئة العمرية 19–22 سنة تعد الأكثر عرضة للإدمان، حيث حصل هذا العامل أيضاً على متوسط 4.10 .

جاء عامل كثرة أوقات الفراغ في المرتبة التالية بمتوسط 3.99، مما يؤكد دوره كعامل مساعد في انتشار الظاهرة. أما دافع التجريب فقد حقق متوسطاً بلغ 3.90، ليظهر كأحد الدوافع القوية التي تحفز الشباب على تجربة المخدرات، خاصة في ظل ضعف الرقابة الأسرية، الذي سجل متوسطاً قدره 3.00.

كما بينت الدراسة أن الضغوط النفسية والاجتماعية تلعب دوراً معتبراً في دفع الشباب نحو الإدمان، حيث جاء متوسطها 3.29، في حين أشار الطلاب إلى أن الإنترنت يسهم في نشر ثقافة التعاطي بمتوسط 4.00، ما يجعله سلاحاً ذا حدين.

وفي ضوء هذه النتائج، أوصى الباحث بضرورة تفعيل دور الجامعات في تنظيم برامج توعوية، إلى جانب دعم جهود الوقاية والعلاج، وتعزيز التنسيق بين المؤسسات التربوية والجهات المختصة بمكافحة المخدرات.

- **دراسة بشرى جلاوي محمد سنة (2021)** بعنوان "إدمان المخدرات مشكلة مجتمعية: دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة الديوانية"، استهدفت من خلالها التعرف على الأسباب التي تدفع الشباب العراقي إلى تعاطي المخدرات، ورصد دور المؤسسات الاجتماعية في الحد من هذه الظاهرة. وقد اختارت الباحثة مدينة الديوانية جنوب العراق، باعتبارها إحدى المناطق التي تعاني من تصاعد حالات الإدمان، خاصة في أوساط الشباب.

من الناحية المنهجية، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يسمح بوصف الظاهرة وتحليل أبعادها بشكل علمي. كما اعتمدت الباحثة على منهج المسح الاجتماعي، كونه الأنسب لدراسة مشكلة واسع الانتشار مثل الإدمان. لجمع البيانات، استعانت بأداة الاستبيان، حيث وزعت استماراتها على عينة مكونة من 200 شاب جامعي من مركز محافظة الديوانية. تم اختيار العينة بعناية، حيث ركزت على الفئة العمرية الممتدة بين 24 و33 سنة، كونها تمثل الشريحة الأكثر تعرضاً لمخاطر الإدمان.

ولتحليل المعطيات، لجأت الباحثة إلى استخدام التكرارات والنسب المئوية، مما أتاح لها استنتاج الاتجاهات العامة داخل العينة ودراسة العلاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وظاهرة الإدمان.

أما نتائج الدراسة، فقد أبرزت أن 89.5٪ من الشباب المبحوثين يعتبرون أن فئتهم العمرية هي الأكثر عرضة للإدمان، نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعيشونها؛ كما أقر 85٪ بأن المشاكل الأسرية، مثل العنف والطلاق، تدفعهم إلى المخدرات، في حين رأى 95٪ أن رفاق السوء يلعبون دوراً مباشراً في إغراء الشباب بتجربة التعاطي. وأشارت النتائج كذلك إلى أن 85٪ يرون أن ضعف الوازع الديني يعد عاملاً مساعداً على انتشار الظاهرة. كما أكد 84٪ أن الضغوط الناتجة عن الفشل المتكرر تقود الشباب إلى الهروب من الواقع عبر الإدمان.

واختتمت الباحثة دراستها بجملة من التوصيات العملية، أهمها ضرورة تفعيل دور الأسرة والمدرسة والمؤسسات الدينية والإعلامية للحد من الظاهرة، مع فتح مراكز رياضية وثقافية لاستثمار طاقات الشباب، وإنشاء مراكز متخصصة لعلاج وتأهيل المدمنين لضمان إعادة دمجهم في المجتمع.

- **دراسة سارة عبد الفتاح خالد أبو زيد (2023)** بعنوان" العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى الشباب الجامعي والتخطيط لمواجهتها"، استهدفت تحديد العوامل الذاتية والأسرية والاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى طلاب الجامعات، واقتراح خطة اجتماعية لمواجهتها. اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي الشامل، وأُجريت على عينة مكونة من 163 طالباً وطالبة من مختلف كليات جامعة أسيوط، المشاركين في الأنشطة التابعة للإدارة العامة لرعاية الشباب؛ استخدم الباحثان استمارة استبيان لجمع البيانات، وتم تحليلها باستخدام برنامج SPSS .

كشفت نتائج العوامل الذاتية جاءت في مقدمة المسببات، وبلغت الدرجة النسبية لها 89.93٪، حيث احتلت فكرة أن "تعاطي المخدرات رمز للرجولة" المرتبة الأولى بمتوسط حسابي2.82 ، تلتها "حب

المغامرة والتجربة" بمتوسط 2.70 ، ثم الشعور بالوحدة والفراغ، والاعتقاد بأن المخدرات تعزز القدرة الجنسية والمزاج.

أما نتائج حساب العوامل الأسرية فكانت أيضاً مؤثرة بدرجة عالية، بنسبة ٪86.38، أهمها "القدوة السيئة من الوالدين"، تليها "انشغال الوالدين عن الأبناء"، ثم "الأساليب التربوية الخاطئة" و"كثرة المشكلات العائلية."

وبالنسبة لـ العوامل الاقتصادية، فقد بلغت القوة النسبية لها89.07 ٪، وجاء في مقدمتها "انتشار تجار المخدرات للترويج لها" بمتوسط 2.74 ، تليها "قلة المال لدى الأسرة"، و"البطالة"، و"انتشار المخدرات في المجتمع"، ثم "التدليل الزائد نتيجة الدخل العالي للأسرة."

أما نتائج العوامل الاجتماعية، فقد بلغت نسبتها 87.13 ٪، وتصدرتها "وجود عصابات منظمة للترويج" بمتوسط 2.71 ، تليها "انخفاض مستوى التعليم"، ثم "مرافقة أصحاب السوابق"، و"السهَر خارج المنزل"، و"السفر المتكرر للعمل والابتعاد عن الأسرة."

أوصت الدراسة بضرورة وضع خطة وقائية وعلاجية متكاملة تتمثل في برامج توعية منتظمة في الجامعات والريف؛ دمج الشباب في الأنشطة الرياضية والثقافية، إظافة إلى تفعيل دور الأسرة والمؤسسات التعليمية وتطوير الشراكة بين المخطط الاجتماعي والأطباء والأسر، إظافة إلى إنشاء مراكز تأهيل نفسي واجتماعي قريبة من البيئة الجامعية.

- **دراسة جميلة بنت جازع محمد الشهري (2024)** دراسة بعنوان "مخاطر إدمان المخدرات لدى الشباب ودور الخدمة الاجتماعية في الحد منها: دراسة ميدانية في مدينة الرياض"، استهدفت الكشف عن الأسباب التي تدفع الشباب السعودي إلى تعاطي المخدرات، ودور الخدمة الاجتماعية في الوقاية. أجريت الدراسة في مدينة الرياض، واعتمدت الباحثة على منهج المسح الاجتماعي، مستخدمة الاستبيان الإلكتروني كأداة لجمع البيانات من 115 شاباً وأسرهم، مع تحليل النتائج إحصائياً باستخدام التكرارات والنسب المئوية.

وقد بينت نتائج الدراسة أن 47.8٪ من المبحوثين اعتبروا أن مستوى الإدمان بين الشباب مرتفع، في حين رأى 45.2٪ أنه متوسط، و7٪ فقط وصفوه بالمنخفض.

وفيما يخص العوامل المؤدية إلى الإدمان، فقد صنفتها الدراسة بناء على آراء الأسر المستجوبة دون تحديد نسب مئوية دقيقة، حيث جاء الاختلاط برفقاء السوء في المرتبة الأولى كأبرز سبب يقود الشباب إلى تعاطي المخدرات، تلاه ضعف الوازع الديني في المرتبة الثانية كعامل مؤثر في انتشار الظاهرة. كما تضمنت العوامل الأخرى ضعف الرقابة الأسرية، ووجود الفراغ والبطالة، إلى جانب الضغوط النفسية والاجتماعية، وسهولة توفر المواد المخدرة.

وقد خلصت الباحثة إلى عدد من التوصيات، من أبرزها ضرورة تنظيم برامج تعليمية وتوعوية موجهة للشباب لتعريفهم بمخاطر الإدمان، مع تفعيل دور الخدمة الاجتماعية داخل المؤسسات المختلفة لرصد الحالات مبكراً. كما أوصت بدعم الأبحاث العلمية التي تتناول الظاهرة، وتكثيف حملات التوعية الإعلامية، خاصة داخل المدارس والجامعات، إضافة إلى إنشاء مراكز متخصصة للعلاج والتأهيل بهدف مساعدة المدمنين على التعافي والاندماج في المجتمع.

ثالثًا: الدراسات الأجنبية:

- **دراسة هولي فوستر، وجودي ستيفنسون، وأمير أكرم، Foster, Stevenson, & Akram (2019)** بعنوان "انتشار وتعاطي المواد غير المشروعة لدى طلاب الجامعات في المملكة المتحدة" بهدف معرفة مدى انتشار تعاطي المخدرات بين طلاب الجامعات البريطانية وتحليل العلاقة بين هذا السلوك والاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والأرق والضغط النفسي، إضافة إلى تحديد أبرز الدوافع النفسية والاجتماعية التي تقف خلف التعاطي. اعتمد الباحثون على منهج وصفي مقطعي باستخدام استبيان إلكتروني شمل 543 طالبًا من جامعتين بريطانيتين، تم توزيعه خلال العام الجامعي 2019/2018. الأدوات التي استُخدمت تضمنت مقياس القلق والاكتئاب، مقياس الضغط النفسي ، ومؤشر الأرق ، إلى جانب قائمة داخلية لتحديد المواد المتعاطاة وأسباب التعاطي المرتبة من الأكثر إلى الأقل أهمية.

أظهرت النتائج أن 58.7% من المشاركين سبق لهم تعاطي مادة غير مشروعة مرة واحدة على الأقل في حياتهم، و46.3% خلال السنة الأخيرة، و25.8% في الشهر الأخير؛ القنب كان الأكثر انتشارًا، يليه أكسيد النيتروز، الكوكايين، MDMA، والكيتامين. أما الأسباب الأكثر شيوعًا فكان في مقدمتها تم ترتيب الدوافع من 1 (الأكثر أهمية) إلى 10 (الأقل أهمية) الفضول بمتوسط 1.84 من 10، ثم المتعة 3.12، ثم تقديم المادة من طرف صديق 3.55، التداوي الذاتي وانخفاض الثقة بالنفس احتلّا مراتب متأخرة عند جميع المشاركين، لكنهما ارتبطا بقوة عند من يعانون من أعراض نفسية.

كما تم قياس الأعراض باستخدام مقاييس علمية معتمدة القلق سجّل متوسط 8.88 من 21، الاكتئاب 5.50 من 21، الضغط 22.27 من 56، والأرق 17.80 من 32، وكلما زادت حدة هذه الأعراض زادت نسب التعاطي، خصوصًا عند من ذكروا أن دافعهم كان الهروب من المعاناة النفسية أو التخفيف منها.

خلصت الدراسة إلى أن تعاطي المخدرات لا يرتبط فقط بالمتعة أو التجربة، بل كثيرًا ما يكون انعكاسًا لمعاناة داخلية واضطرابات نفسية لم يتم التعامل معها بشكل سليم؛ لذلك أوصى الباحثون بضرورة إدماج برامج دعم نفسي داخل الجامعات، وتوفير أدوات كشف مبكر، إلى جانب حملات توعية حول مخاطر التداوي الذاتي بالمخدرات وسبل بديلة للتعامل مع القلق والاكتئاب والضغط، حتى يتم الحد من الظاهرة في أوساط الشباب الجامعي.

- **دراسة *روبرت تولين وكوين بونيه* Tuyteleers & Ponnet, (2022)**، بعنوان *"تعاطي المواد المخدرة لدى طلاب التعليم العالي قبل وأثناء الموجة الأولى من جائحة كوفيد-19بلجيكا"*، على تحليل شامل، العينة مكونة من **18,346** طالبًا ينتمون لمؤسسات التعليم العالي في إقليم فلاندر البلجيكي. وتراوح أعمار المشاركين بين 17 و24 سنة، كان من بينهم 74.7% من الإناث و24.6% من الذكور. هدف الدراسة رصد أنماط استهلاك المواد النفسية، وتحديد العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بتغيرها خلال الجائحة، مع التركيز على الكحول، التبغ، والحشيش (القنب). استخدم الباحثون المنهج الكمي التحليلي، وتم جمع البيانات بواسطة استبيان إلكتروني وتفسيرها باستخدام نماذج إحصائية دقيقة، على رأسها الانحدار اللوجستي المتعدد.

فيما يخص تعاطي القنب (الحشيش) تحديدًا، أشارت النتائج إلى أن الغالبية الساحقة من الطلبة، بنسبة % 90.5، لم يستهلكوه تقريبًا قبل الجائحة، وارتفعت هذه النسبة إلى 95.1 % أثناء فترة الإغلاق، ما يدل على انخفاض في التعاطي غير المنتظم نتيجة تراجع اللقاءات الاجتماعية. ومع ذلك، لوحظت زيادة في نسبة الطلاب الذين يتعاطونه يوميًا، حيث ارتفعت من (1.0 %أي 188طالبًا) إلى (1.5% أي282 طالبًا)، وهو ما يشير إلى وجود فئة صغيرة لكنها مستمرة في سلوك الإدمان رغم القيود المفروضة خلال الجائحة.

أظهرت التحليلات أن الطلاب الذين يعانون من مشكلات نفسية حادة مثل الاكتئاب والقلق كانوا أكثر عرضة لتعاطي القنب. وبيّن النموذج الإحصائي أن الطلاب الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الضيق النفسي كانت لديهم احتمالية أعلى لتعاطي الحشيش، حيث بلغ معامل الانحدار (AOR = 1.15)مع فاصل ثقة 95% بين 1.08 و1.23، وهو ما يؤكد أن الاضطرابات النفسية عامل تنبؤ قوي في سلوك الإدمان. كما أن الطلاب الذين كانوا يشعرون بوحدة اجتماعية مرتفعة كانت لديهم فرصة أعلى لتعاطي القنب مقارنةً بمن يتمتعون بشبكات دعم اجتماعي متينة.

من جهة أخرى، أظهرت الدراسة أن العيش الانفرادي خلال فترة الجائحة ارتبط بارتفاع نسب تعاطي الحشيش، نتيجة غياب الرقابة الاجتماعية وعدم وجود ضوابط أسرية أو اجتماعية، في حين أن الطلاب الذين عادوا للعيش مع أسرهم أظهروا انخفاضًا ملحوظًا في نسب التعاطي، بما يعكس دور الرقابة الاجتماعية غير الرسمية في ضبط السلوك الإدماني.

أما بالنسبة للطلبة الذين سبق لهم تعاطي الحشيش قبل الجائحة، فقد أظهرت الدراسة أنهم كانوا أكثر عرضة للاستمرار أو زيادة الاستخدام، حيث مثّل التاريخ السلوكي عاملاً تنبؤيًا مهمًا، وعززته الضغوط النفسية والاجتماعية الطارئة خلال فترة الأزمة الصحية، مثل الخوف من المستقبل، صعوبات الدراسة عن بُعد، الشعور بفقدان السيطرة، وتدهور الروابط الاجتماعية.

بناء على هذه النتائج، أوصى الباحثون بضرورة إنشاء برامج علاجية نفسية واجتماعية موجهة خصيصًا لفئة الطلبة الذين يُظهرون أنماطًا تصاعدية في استهلاك القنب، مع التركيز على معالجة الجذور النفسية والاجتماعية للإدمان، مثل الاكتئاب، الشعور بالوحدة، والضغوط الأكاديمية والاجتماعية المتراكمة. كما أوصت الدراسة بتعزيز الوقاية داخل الجامعات عبر إدماج التربية النفسية الاجتماعية، وتوفير دعم نفسي فعّال وسهل الوصول إليه، خاصة في أوقات الأزمات، إلى جانب خلق بيئة جامعية مشجعة على الاستقرار النفسي والاجتماعي وتحدّ من العوامل المسببة للتعاطي.

- **دراسة نيكولا ارنو Nicolas Arnaud (2024)** بعنوان" إنتشار تعاطي المواد وعلاقتها بالسمات الشخصية لدى عينة من المراهقين في المانيا" ،و قد اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي أشارت النتائج إلى أن نسبة 2.6% من إجمالي العينة المكونة من 4001 مراهقًا تتراوح أعمارهم بين 12 و18 سنة استوفت معايير اضطرابات تعاطي القنب، حيث سُجِّل 1.8% يعانون من سوء الاستعمال و0.8% يعانون من الاعتماد. غير أن الصورة تصبح أكثر وضوحًا عند الاقتصار على المراهقين الذين استهلكوا القنب خلال الأشهر الاثني عشر الأخيرة، إذ بلغت نسبة الإصابة بسوء الاستعمال بينهم 28%، بينما وصلت نسبة الاعتماد إلى 11.7%، هذه الأرقام تعني أن أكثر من ثلث المستخدمين النشطين للقنب يعانون من أحد أشكال اضطرابات التعاطي.

بيّنت الدراسة أن الذكور أكثر عرضة بشكل ملحوظ للإصابة باضطرابات تعاطي القنب مقارنة بالإناث، حيث بلغت نسبة احتمالية الإصابة لديهم ثلاثة أضعاف ونصف. كما كشفت النتائج أن الفئة العمرية الأكبر (16–18 سنة) تمثل الفئة الأكثر إصابة، بنسبة 77.7% من إجمالي الحالات المسجلة، في حين لم تتجاوز النسبة 1.8% لدى المراهقين بين 12 و13 سنة، ما يعكس تأثير العمر والتجربة المتكررة في زيادة المخاطر.

أما الأسباب النفسية والسلوكية المرتبطة بالإدمان، فقد تمثلت في عدد من العوامل المؤثرة كان من أبرزها فرط النشاط وضعف الانتباه، حيث أظهر التحليل ارتباطًا مباشرًا بزيادة احتمالية الإصابة بالإدمان

على القنب بنسبة تزيد عن 25%، كما لعبت الأعراض العاطفية، مثل القلق والاكتئاب، دورًا واضحًا في هذا السياق، حيث ارتبطت بزيادة احتمال الإصابة بنسبة 24%. وأظهرت الاندفاعية أثرًا كبيرًا، إذ تضاعفت احتمالات الإصابة لدى الأفراد الذين يتميزون بسلوك اندفاعي مرتفع، لا سيما في حالات الإدمان على السجائر. في المقابل، تبيّن أن انخفاض مستوى اليقظة الذهنية، الذي يشير إلى ضعف القدرة على التركيز والانتباه للحظة الراهنة، يزيد من احتمالية الإصابة بالإدمان، حيث وُجد أن ارتفاع مستوى هذا المتغير يرتبط بانخفاض خطر الاعتماد على القنب بنسبة تصل إلى 46.%

بالرغم من أن الضغط النفسي الناتج عن جائحة كورونا لم يكن العامل الأساسي في تفسير معدلات الإدمان، إلا أنه كان حاضرًا ضمن السياق العام للدراسة، كما أن سهولة الحصول على القنب مقارنة بغيره من المواد المخدرة وكونه الأقل تكلفة، أسهم في رفع معدلات استخدامه بين المراهقين؛ وتشير النتائج أيضًا إلى أن تجربة تعاطي المخدرات في سن مبكرة، لا سيما في ظل غياب التوجيه أو الدعم النفسي، ترتبط بانتقال سريع نحو الاعتماد المرضي.

أوصى الباحثون بضرورة تعزيز التدخلات الوقائية لدى الفئات الأكثر عرضة، بما في ذلك الذكور والمراهقين في الفئات العمرية العليا، كما تبرز أهمية تعزيز المهارات المرتبطة باليقظة الذهنية وتقوية الدعم النفسي والاجتماعي للحد من احتمالية تطور تعاطي المخدرات إلى اضطرابات مرضية.

❖ **التعقيب على الدراسات السابقة:**

تتفق الدراسات السابقة في هدفها الأساسي المتمثل في فهم العوامل التي تسهم في إدمان المخدرات لدى فئة الشباب، مع تركيز واضح على الجوانب النفسية والاجتماعية التي تؤثر في السلوك الإدماني. كما حرصت أغلب هذه الدراسات على دراسة الشباب باعتبارهم الفئة الأكثر عرضة لتأثير العوامل السيكوسوسيولوجية المرتبطة بالإدمان، حيث تؤكد على أهمية الضغوط الاجتماعية، ونقص الدعم الأسري، والبيئة المحيطة، إضافة إلى تأثير الأقران. من الناحية المنهجية، اعتمدت غالبية الدراسات على البحث الكمي من خلال استخدام استبيانات معيارية تم تصميمها خصيصًا لقياس العوامل النفسية والاجتماعية ذات الصلة، مما أتاح تحليلًا إحصائيًا دقيقًا للبيانات المجمعة.

ومع ذلك، تظهر الاختلافات بين الدراسات في عدة جوانب، منها تنوع المناهج البحثية، حيث لجأت بعض الدراسات إلى استخدام مناهج نوعية أو مختلطة لتقديم فهم أعمق وأكثر شمولية للعوامل السيكوسوسيولوجية، في حين اقتصرت دراسات أخرى على المنهج الكمي فقط. كما اختلفت أحجام العينات ما بين دراسات شملت مجموعات كبيرة من مناطق متعددة، وأخرى اقتصرت على عينات صغيرة من مجتمعات محددة، مما أثر على عمق وشمولية النتائج. كذلك تنوعت أدوات القياس بين استبيانات متعددة الأبعاد ومقابلات نوعية، مما انعكس على نوعية البيانات وتحليلها. من ناحية أخرى، اختلفت الإطارات النظرية التي استندت إليها الدراسات، فبينما ركزت بعضها على النظريات السيكوسوسيولوجية، تناولت دراسات أخرى الجوانب النفسية أو البيولوجية للإدمان. علاوة على ذلك، تفاوتت طبيعة المجتمعات المدروسة بين حضرية وريفية، وكذلك بين فئات مختلفة من الشباب مثل الطلاب أو المدمنين داخل مراكز العلاج. وفي حين اتفقت الدراسات على العوامل الأساسية المؤثرة، إلا أن ترتيب تأثير هذه العوامل واختلافها عبر المجتمعات شكل أحد أبرز الفروقات في نتائجها.

أما فيما يتعلق بالهدف الأساسي من الدراسات السابقة والهدف الأساسي من موضوع بحثنا الحالي فإنه بإمكاننا القول أن الهدف الأساسي من الدراسات السابقة يتمثل في استكشاف العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤدي إلى إدمان المخدرات لدى فئة الشباب، حيث سعت هذه الدراسات إلى فهم تأثير البيئة الاجتماعية، الضغوط النفسية، العلاقات الأسرية، وتأثير الأقران على السلوك الإدماني، وذلك بهدف تقديم توصيات للحد من انتشار الظاهرة.

أما الهدف الأساسي من موضوع بحثنا الحالي، وهو "السياق النفسي و الاجتماعي لإدمان المخدرات لدى الشباب"، فينطلق من نفس الإطار العام ولكنه يتميز بتركيز أعمق وأكثر تكاملًا على الترابط بين العوامل النفسية والاجتماعية (السيكوسوسيولوجية) التي تؤدي إلى الإدمان، في ضوء التفاعل بين الفرد وبيئته الاجتماعية، بهدف تحليل الأبعاد السيكوسوسيولوجية بشكل شامل، وفهم كيفية تفاعل هذه العوامل وتكاملها في تشكيل سلوك الإدمان، مع محاولة تقديم تصور متكامل يمكن أن يُسهم في بناء تدخلات وقائية وعلاجية فعالة تستند إلى الفهم المركب للعوامل المؤثرة في الظاهرة.

الفصل الثاني:

الإطار المفاهيمي والنظري للإدمان على المخدرات

تمهيد

- **تعريف الإدمان على المخدرات**
- **تاريخ المخدرات**
- **النظريات و النماذج المفسرة لظاهرة الإدمان**
- **أنواع المخدرات و تصنيفاتها**
- **أساليب الإدمان على المخدرات**
- **أنواع الإعتماد على المخدرات**
- **مراحل الإدمان على المخدرات**
- **تشخيص الإدمان على المخدرات**

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الإدمان على المخدرات من أخطر المشكلات الصحية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، نظرًا لما يسببه من آثار مدمرة على الفرد والأسرة والمجتمع؛ غير أنَ فهم هذه الظاهرة يستوجب العودة إلى جذورها المفاهيمية والتاريخية، فقبل التطرق إلى طبيعة الإدمان وتعقيداته، لا بد من الوقوف على تعريف المخدرات ومضامينها اللَغوية والاصطلاحية، باعتبارها مدخلًا أساسيًا لفهم السياق الذي ينشأ فيه الإدمان ويتطور، كما أنَ استعراض التطور التاريخي لاستخدام المواد المخدرة، عبر مختلف الحضارات القديمة، يُسهم في إدراك أبعاد الظاهرة وتنوع استخداماتها عبر الزمن، مما يساعد في تشكيل تصور شامل حول آليات الانتقال من التعاطي العرضي إلى الاعتماد النفسي والجسدي المعروف بالإدمان.

في هذا السياق، يتناول هذا الفصل عرضًا دقيقًا لتعريف المخدرات والإدمان، ويتتبع جذور استعمال هذه المواد في المجتمعات القديمة، مع التركيز على خصائص الإدمان ومفاهيمه الأساسية مثل الانقطاع، وقوة التحمل، والتعاطي، إظافة إلى التطرق إلى مختلف النظريات من أجل تأسيس أرضية علمية لفهم الظاهرة.

❖ **تعريف الإدمان على المخدرات:**

إنّ التطرق إلى تعريف الإدمان على المخدرات يقودنا إلى تعريف المخدرات أولا لنصل بعد ذلك إلى تعريف الإدمان.

التعريف اللَغوي للمخدرات: المخدرات أو المخدر في اللغة هو لفظ مشتق من كلمة خدر ومصدره التخدير، و هي تعني الستر بحيث يقال تخدر الرجل أو المرأة أي إستتر أو إستترت وخدر الأسد التزم عرينه ويقال يوم خدر يعني مليء بالسحاب الأسود وليلة خدره يعني اللّيل الشديد الظلام(الرازي، 1980، ص 170)،كما يقال بأن التخدر هو الفتور والكسل الذي يعتري شارب الخمر في ابتداء السكر، والمخدر يعني المضعف والمفتر، ويقال تخدر الشخص أي ضعف وفتر(عبد الغني، 2006، ص7).

التعريف الإصطلاحي للمخدرات: هي "مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان، وتسمم الجهاز العصبي، ويحضر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص لهم بذلك" (عرعور، بلوم، 2008، ص236)؛ تعرف على أنها: "مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في ايضا وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطا أو اضطرابات في مراكز المخ المختلفة وتؤثر على مراكز الذاكرة والتفكير والتركيز واللمس والشم والبصر التذوق والسمع الإدراك والنطق" (قصير، 2008، ص169)؛ كما يمكن القول بأنها كل مادة مسكرة أو مفترة طبيعية أو مستحضرة كيميائيا من شأنها أن تزيل العقل جزئيا أو كليا، وتناولها يؤدي إلى الإدمان، بما ينتج عنه تسمم في الجهاز العصبي، فتضر الفرد والمجتمع، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون وبما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية(الحمادة، 2007، ص3)، و تعرف كذلك على أنها: " كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية تحتوى عناصر منومة أو مسكنة أو مفترة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان مسببة الضرر النفسي أو الجسماني للفرد والمجتمع" (العنزي، 2017، ص90).

أما منظمة الصحة العالمية تعرف المخدرات بأنها: "كل المواد التي تستخدم في غير الأغراض الطبية، ويكون من شأن تعاطيها تغيير وظائف الجسم والعقل، ويؤدي الإفراط في تناولها إلى حالة من التعود والإدمان بالإضافة للآثار الجسمية والنفسية والإجتماعية" (الحميدان، 2007، ص12).

و بالتالي فإن **الإدمان على المخدرات** يعرف على **أنه** حالة مرضية تتمثل في الاعتماد الجسدي والنفسي على مادة مخدرة، مما يؤدي إلى فقدان السيطرة على استخدامها رغم العواقب السلبية. يتميز الإدمان بالحاجة المستمرة أو القهرية لتعاطي المخدر، وزيادة الجرعات بمرور الوقت، والتعرض لأعراض انسحابية عند التوقف عن الاستخدام. يؤثر الإدمان على الصحة الجسدية والنفسية، ويؤدي إلى مشكلات اجتماعية واقتصادية، وقد يتطلب علاجًا طويل الأمد يشمل التأهيل النفسي والدعم الطبي.

و ترى منظمة الصحة العالمية **(OMS)** : الإدمان بأنه حالة تسمم مزمن أو مؤقت نتيجة استهلاك متكرر المخدر طبيعي أو صناعي من صفاته أنه رغبة لا يستطاع التحكم فيها، وكذلك الرغبة في الاستمرار فيها، وأخذها مهما كانت الأسباب وكذلك العمل على رفع كميات الجرعات وخلق تبعية(Bergeret, 1988, p. 182).

أما تعريف الإدمان بشكل عام بحسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV-TR, 2000, p.500) فهو نمط غير قادر على التأقلم، من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض التي تحدث في فترة 12 شهرا الماضية، والمتمثلة في زيادة كميات المواد التي تحقق التسمم أو التأثير المطلوب بشكل ملحوظ واستمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة، ووجود رغبة مستمرة، أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات، وأنه في كثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم، مع رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات.

كما تطرقت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) في الدليل التشخيصي والإحصائي الخاص DSM 5 إلى مفهوم الإدمان تحت اسم (اضطراب سوء استعمال المواد) وعرفته بأنه مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسيولوجية تشير إلى أن الفرد يواصل استخدام المادة المخدرة على الرغم من المشكلات الخطيرة المرتبطة بتعاطي المادة والحنين أو الاشتياق إليها.

عُرف الإدمان أيضا بأنه: حالة تكيف الإنسان بدنيا ونفسيا أو كليهما مع عقار يسيء استخدامه بحيث تظهر عليه أعراض الانقطاع عند التوقف عن التعاطي(عبد الغني، ص34).

وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة في الوقت عينه (رباح، ، 2008ص214-215) .

أما خصائص الإدمان نجد الرغبة القهرية في التعاطي، وفقدان السيطرة عليه وصولا إلى التحمل، حيث يحتاج المدمن إلى جرعات متزايدة، ويعاني من أعراض انسحابية عند التوقف، كما يؤثر على الحياة الشخصية والاجتماعية مسببًا مشكلات صحية وقانونية.

يتميز الإدمان بتغيرات دماغية تجعل الإقلاع عنه صعبًا، مما يستدعي العلاج والدعم المستمر للتعافي.

التعاطي هو المرحلة الأولى التي قد تؤدي إلى الإدمان، إذ يمر بمستويين أساسيين؛ الأول يتمثل في التعاطي بدافع التجربة، البحث عن المتعة، أو التأثر بالأصدقاء، أما المستوى الثاني فهو الأكثر خطورة، حيث يصبح الشخص معتمدًا على نوع معين أو أكثر من المخدرات، مما يجعل التوقف عن التعاطي أمرًا صعبًا.

يُعرف التعاطي بأنه الاستخدام غير الطبي أو العلاجي للمواد المخدرة، حيث يتناول الشخص مادة أو أكثر تؤدي إلى الإدمان، وهناك بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان التي تستدعي التوضيح، مثل الانقطاع وقوة التحمل (المناعة).

- **الانقطاع** :هو مجموعة الأعراض الجسدية والنفسية التي تصيب المدمن عند التوقف عن تناول المادة المخدرة أو الحرمان منها نهائيًا، وتختلف هذه الأعراض حسب نوع المخدر المستخدم.
- **قوة التحمل (المناعة):** تحدث عندما يحتاج المدمن إلى جرعات أكبر من المادة المخدرة للحصول على نفس التأثير السابق، نتيجة لانخفاض استجابة الجسم للجرعة المعتادة.
- **قوة التحمل المضادة (المناعة المضادة):** تعني أن تعاطي مادة مخدرة معينة يمكن أن يؤدي إلى تكوين مناعة ضد مادة أخرى مختلفة، مما يجعل الجسم أقل استجابة لها أيضًا.

هذا التدرج في التعاطي والتحمل يزيد من خطر الإدمان، مما يتطلب الوعي والتدخل المبكر للحد من آثاره السلبية.

❖ **تاريخ المخدرات:**

عبر التاريخ، لعبت المواد المخدرة دورًا بارزًا في حياة الإنسان، حيث استُخدمت لأغراض متعددة، بدءًا من الطقوس الدينية وصولًا إلى الاستخدامات الطبية والترفيهية؛ تكشف الدراسات والوثائق الأثرية أن الحضارات القديمة مثل الحضارة المصرية والسومرية واليونانية، كانت على دراية بالمخدرات وتأثيراتها،

سواء من خلال النقوش الجدارية أو السجلات المكتوبة على أوراق البردي، ولم يكن استخدام هذه المواد مقتصرًا على منطقة أو حضارة بعينها، بل انتشر في مختلف أنحاء العالم، متخذًا أشكالًا متعددة وفقًا للسياقات الثقافية والاجتماعية السائدة في كل عصر (المهندي، 2013، ص18).

- **المخدرات في الحضارات القديمة:**

الأفيون والقنب: الاستخدامات الأولى:

يُعد الأفيون من أقدم المواد المخدرة التي عرفها الإنسان، إذ يعود استخدامه إلى ما لا يقل عن خمسة آلاف عام، ويُعتقد أن موطنه الأصلي كان جنوب شرق آسيا قبل أن ينتقل عبر طرق التجارة إلى بقية العالم؛ تشير إحدى اللوحات السومرية التي تعود إلى الألف الرابعة قبل الميلاد إلى أن السومريين أطلقوا عليه اسم "نبات السعادة"، ومن هناك انتقل إلى البابليين والمصريين والإغريق؛ أما الصينيون فقد استخدموه لاحقًا، كما عُرف بين السكان الأصليين في الأمريكيتين (المهندي، 2013، ص20–21).

أما القنب الهندي (الحشيش)، فقد لعب دورًا مزدوجًا بين كونه مادة مخدرة ومصدرًا لصناعة الحبال والمنسوجات؛ في الصين كان يُعرف باسم "واهب السعادة"، بينما أطلق عليه الهندوس "مخفف الأحزان" وهو ما يشير إلى اعتقادهم بخصائصه العلاجية والنفسية.

ويعود أصل كلمة "القنب" إلى اللاتينية، وتعني "الضوضاء"، بينما يُعتقد أن الحشيش مشتق من الكلمة العبرية "شيش"، أي الفرح (البداينية، 2012، ص101).

المخدرات في الطقوس الدينية والمعتقدات:

في العديد من الثقافات القديمة، كان للمخدرات دور روحي وديني، فقد روى الهندوس أن الإله "شينا" جلب نبات القنب من المحيط، ليستخلص منه "الرحيق الإلهي"، وهو ما يشير إلى استخدام الحشيش في الطقوس الدينية؛ كذلك استخدم الإغريق نبات الخشخاش في طقوسهم، حيث حملت الآلهة المختلفة هذا النبات في تصاويرها الجدارية، رمزًا لمعاني متعددة، فبينما ارتبط بـ"الأمومة" عند الإلهة "هيرا"، كان يرمز إلى "النوم الأبدي" عند "بلوتو" (المهندي، 2013، ص18).

أما سكان أمريكا اللاتينية، فقد استخدموا الكوكا، وهو النبات الذي يُستخلص منه الكوكايين، خلال طقوسهم الدينية قبل 500 عام قبل الميلاد، حيث كان الهنود الحمر يمضغون أوراقه بهدف تحقيق

الانتشاء والتواصل مع الأرواح (المهندي، 2013، ص22). وبالمثل، عُرف القات بين الأحباش منذ القدم، وانتقل إلى اليمن عام 525 ميلاديًا، حيث أصبح جزءًا من العادات اليومية (المهندي، 2013، ص22).

المخدرات في الطب والعلاج عبر العصور:

على الرغم من تأثيراتها النفسية والإدمانية، استُخدمت بعض أنواع المخدرات في الطب منذ العصور القديمة، فقد استخدم المصريون القدماء الأفيون لتهدئة الأطفال كثيري البكاء، كما وجدت آثار لمادة المورفين في مقابر تعود إلى الأسرة الثامنة عشرة.

كذلك، وُجدت زهور وأوراق الخشخاش على مومياوات الأسرة الحادية والعشرين، مما يشير إلى استخدامه في الممارسات العلاجية (المهندي، 2013، ص21–22).

أما في الصين، فقد استُخدم القنب منذ عام 2700 قبل الميلاد لعلاج حالات الإمساك والذهول، بينما وصفه الإمبراطور "شين جونغ" كعلاج طبيعي لبعض الأمراض (سويف، 1996، ص34).

كذلك أشار الرحالة العرب إلى أن بعض المجتمعات استخدمت الحشيش في المجال الطبي، حيث ذكر ابن البيطار أنه استُخدم لعلاج أمراض العيون وتسكين الآلام (البداينية، 2012، ص101).

انتشار المخدرات في العصور الحديثة:

من الاكتشافات العلمية إلى الإدمان:

مع تقدم العلوم الطبية والصيدلانية في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، بدأ تصنيع المنشطات والمنومات، مما أدى إلى تحول استخدام المخدرات من الطقوس الدينية والطبية التقليدية إلى الاستخدام الترفيهي والإدماني؛ فمثلاً شهد عام 1887 إنتاج أول عقار منشط في ألمانيا، وهو ما شكل بداية عصر جديد من العقاقير ذات التأثير النفسي (البريثن، 2002، ص33).

وفي الدول العربية، كان الحشيش والأفيون من أكثر المواد انتشارًا، حيث عُرف منذ القدم، لكنه في العصور الحديثة انتشرت أنواع أخرى من المخدرات، وقد بدأت مصر في القرن العشرين تواجه تدفقًا كبيرًا للحشيش، خاصة من اليونان، وكان تعاطيه في البداية محصورًا في الطبقات الفقيرة، قبل أن يمتد إلى الطبقات الأخرى بعد الحرب العالمية الأولى، حين بدأ الكوكايين يجد طريقه إلى المجتمع المصري عبر تجار يونانيين (المهندي، 2013، ص22).

- **الجهود الدولية لمكافحة المخدرات:**

مع تزايد المشكلات الصحية والاجتماعية المرتبطة بالمخدرات، بدأت الحكومات في اتخاذ تدابير للحد من انتشارها؛ وكانت أولى هذه المحاولات في اتفاقية شنغهاي عام 1909، التي تلاها مؤتمر لاهاي عام 1912، ثم قانون هاريسون في الولايات المتحدة عام 1914، مما وضع الأسس القانونية لمكافحة تهريب المخدرات (بلبريك، 2016، ص5).

وفي عام 1998، أكدت الجمعية العامة للأمم المتحدة أن المخدرات تمثل تهديدًا للتنمية البشرية والاستقرار الاجتماعي، مما دفع الدول إلى تكثيف جهودها لمحاربتها عبر سنّ قوانين وتشريعات أكثر صرامة (بلبريك، 2016، ص25).

❖ **النظريات والنماذج المفسرة لظاهرة الإدمان:**

أولاً: النظريات النفسية(Psychological Theories):

1. **نظرية التحليل النفسي (Sigmund Freud):** تُعد نظرية التحليل النفسي من أقدم المحاولات لفهم السلوك الإدماني، حيث يرى فرويد أن الإدمان يمثل سلوكًا نكوصيًا يرتبط بمرحلة فمية غير مكتملة في النمو النفسي الجنسي. ويعبر الإدمان، حسب هذا الطرح، عن صراعات لاشعورية ومكبوتات لم يتم التعبير عنها بطرق سوية. غالبًا ما يكون المتعاطي عالقًا في دائرة من اللذة المصحوبة بمشاعر الذنب وتدني تقدير الذات .في سياق موضوع المذكرة، فإن هذه النظرية تُفسر بعض الحالات التي يظهر فيها الإدمان كوسيلة للهروب من الألم النفسي أو التوتر المرتبط بالتجارب الطفولية الصادمة، وتُساعد في فهم الحالات التي لا ترتبط بالضرورة ببيئة اجتماعية ضاغطة بل بصراعات داخلية مزمنة (فايد، 1991، ص 599؛ الدرمداش، 2009، ص 21).

2. **النظرية السلوكية (B.F. Skinner):** ترى هذه النظرية أن سلوك الإدمان هو سلوك مُتعلم، يتم اكتسابه والحفاظ عليه من خلال التعزيز الإيجابي أو السلبي. أي أن المخدرات تُشعر الفرد بالراحة أو النشوة (تعزيز إيجابي)، أو تُخفف من القلق أو الألم (تعزيز سلبي)، ما يُقوي السلوك الإدماني ويجعله أكثر احتمالًا للتكرار .وقد أظهرت تجارب "ويكلر" و"ستولرمان" أن الإدمان يمكن تفسيره من خلال آليات الإشراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي، حيث تصبح المنبهات المرتبطة بالمخدر (أماكن، أشخاص، أدوات) محفزات شرطية لاستثارة الرغبة في التعاطي .بالنسبة لموضوع

المذكرة، تساعد هذه النظرية على تحليل كيفية تعلم الشباب لسلوك الإدمان داخل بيئاتهم الأسرية أو الجماعية، وتؤسس لبرامج علاج سلوكي تهدف إلى كسر دائرة التعزيز (فايد، 1991، ص 592؛ مكتب الإنماء الاجتماعي، 1991).

3. **النظرية المعرفية (Aaron Beck1993, Marlatt & Gordon, 1985):** تُعنى هذه النظرية بدراسة البنية المعرفية للمدمن، وتحديدًا الأفكار والمعتقدات التلقائية التي يحملها الفرد حول ذاته، العالم، والمخدرات. يرى بيك أن الأفراد المدمنين لديهم أنماط تفكير سلبي مثل: "أنا ضعيف"، "لا أتحمل الضغط"، أو "المخدر هو الحل الوحيد". وعندما يتعرض الفرد لموقف عالي الخطورة (توتر، حزن، ضغط اجتماعي)، يتم تنشيط هذه المعتقدات وتُدفعه نحو التعاطي كاستجابة معرفية خاطئة . يساعد هذا الطرح في تفسير كيف ينشأ السلوك الإدماني لدى الشباب حتى في غياب عوامل اجتماعية مباشرة، خاصة في الحالات التي يعاني فيها الشاب من تدنّي المرونة النفسية أو اضطراب التقييم الذاتي. كما يُعد مرجعًا أساسيًا لتصميم برامج العلاج المعرفي السلوكي .

ثانياً: النظريات الاجتماعية(Sociological Theories):

1. **نظرية التعلم الاجتماعي (Albert Bandura,1977):** يرى باندورا أن الإنسان يتعلم السلوك من خلال الملاحظة والنمذجة، ويعززه التكرار والتفاعل مع الجماعة في بيئة يُشاهد فيها الشباب أقرانهم أو حتى أفراد أسرهم يتعاطون المخدرات، يمكن أن يتولد التعاطي لدى الملاحظ كمحاولة تقليد وتقارب مع الجماع، هذه النظرية تكتسي أهمية خاصة في موضوع المذكرة، إذ تفسر الكيفية التي تنتقل بها ثقافة التعاطي داخل جماعات الشباب، خصوصًا في الأحياء الشعبية أو المدارس التي تشهد نسب تسرب مرتفعة وتُعزز أهمية التدخل في بناء جماعات إيجابية بديلة (فايد، 1991، ص 511).

2. **نظرية الوصم الاجتماعي (Labeling Theory – Howard Becker,1963):** تنطلق هذه النظرية من أن المجتمع قد يُسهم في إنتاج الانحراف حينما يصنف سلوك فرد ما كمنحرف، ويُلصق به وصفًا سلبيًا (مدمن، فاشل، منحرف). هذا التصنيف قد يدفع الفرد إلى تبنّي هذا الدور والانغماس فيه؛ في السياق الجزائري، يمكن أن يكون الشباب الذين واجهوا صعوبات دراسية أو اجتماعية عرضة للوصم المبكر، مما يُسهل انجذابهم إلى الجماعات المهمشة والمتعاطية وتُبرز هذه النظرية الأثر الخفي للمؤسسات الاجتماعية في إعادة إنتاج السلوك الإدماني من خلال الأحكام المسبقة .

3. **نظرية الانحراف الاجتماعي (Strain Theory – Robert Merton,1957):** تُعالج هذه النظرية التناقض بين القيم المجتمعية التي تُشجع على النجاح والثراء، والواقع الذي يُقيّد الوسائل الشرعية لتحقيق ذلك. يرى ميرتون أن الشباب قد يشعرون بالإحباط والعجز، مما يدفعهم للبحث عن بدائل منحرفة، منها المخدرات .تُفسر هذه النظرية لجوء بعض الشباب الجزائريين إلى المخدرات كنتيجة للفشل الدراسي، أو الإقصاء الاجتماعي، أو غياب الفرص الاقتصادية. وهي من أهم النظريات التي تفسر الإدمان كظاهرة بنيوية لها جذور في التنظيم الاجتماعي .

4. **نظرية البيئة الاجتماعية (Cloward & Ohlin,1960):** ترى هذه النظرية أن سلوك الانحراف يتشكل ضمن بيئات تفتقر إلى البنى الداعمة، مثل الحماية الأسرية، مؤسسات الرعاية، المدارس الفعالة. في غياب هذه البنى، يصبح تعاطي المخدرات بديلًا "تنظيميًا" لشباب يشعرون بالإقصاء . في المجتمع الجزائري، يمكن إسقاط هذه النظرية على بعض المناطق التي تشهد هشاشة في البنى التحتية، مما يجعل المخدرات وسيلة للتنفيس أو الانتماء. وتُبرز النظرية أهمية البيئة المحيطة في توفير أو كبح فرص الانحراف .

ثالثا: المقاربات التكاملية في تفسير وعلاج الإدمان:

1. **المقاربة الإيكولوجية (Ecological Systems Theory – Urie Bronfenbrenner) :**

طوّر العالم النفسي الأمريكي أورِي برونفنبرِنر Urie Bronfenbrenner هذه النظرية سنة 1979 في كتابه The Ecology of Human Development وقد أصبحت مرجعًا في علم النفس التنموي (Developmental Psychology)، حيث تقترح فهماً لسلوك الفرد في ضوء تفاعله مع بيئته عبر أنظمة مترابطة.

يفترض برونفنبرنر أن الفرد لا يتطور أو يتصرف بشكل معزول، بل يتأثر بعدة مستويات بيئية متداخلة تتفاعل فيما بينها وتشكل تجربته النفسية والاجتماعية.

مستويات النموذج الإيكولوجي:

- المستوى الميكروي (**Microsystem**): الأسرة، المدرسة، جماعة الأقران.
- المستوى الميزو (**Mesosystem**): التفاعلات بين الميكرو–أنظمة (مثلاً العلاقة بين الأسرة والمدرسة).

- المستوى الإكزو **(Exosystem)**: مؤسسات لا ينخرط فيها الفرد مباشرة ولكنها تؤثر عليه (مثل الإعلام، عمل الوالدين).
- المستوى الماكرو **(Macrosystem)**: الثقافة العامة، الدين، النظام الاقتصادي والسياسي.
- المستوى الزمني **(Chronosystem)**: التغيرات الزمنية في حياة الفرد أو في البيئة.
- تُستخدم هذه المقاربة على نطاق واسع في علم النفس التربوي، علم نفس الطفل، علم النفس العيادي، وكذلك في أبحاث الصحة النفسية.
- وتُعد من أقوى الأطر النظرية لفهم السلوك في سياقه الاجتماعي والبيئي الشامل. (رونفنبرنر، أوري. (1979):ص 22)

2. المقاربة البيولوجية:

تشير هذه المقاربة إلى وجود عوامل بيولوجية تساهم في الاستعداد للإدمان، ومنها:

- **العوامل الوراثية:** تفترض بعض الدراسات إمكانية وجود جينات مسؤولة عن القابلية لتعاطي المخدرات، وقد أظهرت بحوث التوائم والتبني أن العوامل الوراثية تلعب دورًا محدودًا ولكنها قد تسهم في تحديد مدى القابلية للإدمان (سايل، 2009، ص 25-29).
- **العوامل العصبية البيولوجية:** تؤثر المخدرات على نظام المكافأة في الدماغ، مما يؤدي إلى تعزيز سلوك التعاطي عبر تحفيز مسارات الدوبامين؛ وتشير الدراسات إلى أنَ الاستهلاك المزمن للمخدرات يؤدي إلى تغيير دائم في نظام اللذة والألم في الدماغ.(Varescon, 2007, p.165)

من خلال استعراض النظريات المختلفة حول الإدمان، يتضح أن هذه الظاهرة متعددة الأبعاد، حيث تتداخل العوامل السلوكية والمعرفية والاجتماعية والبيولوجية في تفسيرها، ويسهم هذا الفهم المتكامل في تطوير استراتيجيات فعالة تتناسب مع طبيعة الإدمان المعقدة.

❖ **أنواع المخدرات وتصنيفاتها:**

تصنيف المخدرات:

وضعت الأمم المتحدة بموجب معاهدة عام 1961 قائمة تضم 100 نوع من المخدرات الخاضعة للرقابة الدولية، منها 70 نوعًا من المخدرات المصنعة(Synthétic drugs) ، ورغم ذلك فإن العالم يشهد حاليًا حالة من الفوضى في انتشار أنواع المخدرات، حيث أصبح من الصعب تحديد قائمة نهائية لها، يعود هذا الوضع إلى عدة عوامل أبرزها تفكيك العديد من شبكات التهريب والترويج، بالإضافة إلى إدراج العديد من المخدرات ضمن قائمة المواد الخاضعة للمراقبة الدولية، مما أدى إلى انتشار المخدرات المصنعة وخاصة العقاقير النفسية (Psychotopic drugs) ، التي لا تخضع لنفس المستوى من الرقابة.

في هذا السياق، سنسلط الضوء على أبرز أنواع المخدرات وتصنيفاتها:

1. المخدرات الطبيعية(Natural drugs): ر

هي عبارة عن نباتات تحتوي أوراقها أو ثمارها على مواد مخدرة، ويدخل في هذا النوع المخدرات المستخرجة من النباتات الطبيعية؛ من أشهر أنواع المخدرات الطبيعية:

- **القنب (Cannabis):** هو المادة المستخلصة من تقطيع وتجفيف الأوراق النهائية للنبتة، إضافة إلى أغصانها، ويتم استهلاكه عن طريق التدخين يُعرف بأسماء عدة مثل: الماريجوانا (Marijuana)، البانجو(Bhang) ، الكيف، الغانجا (Ganja) ، وزيت الحشيش (Cannabis oil)، يؤدي التعاطي المتكرر للحشيش إلى التبعية النفسية دون التبعية الجسدية رغم تسجيل بعض أعراض الانقطاع مثل القلق، الارتعاش، التعرق، والغثيان، خصوصًا عند تعاطي جرعات كبيرة، ومن أهم أعراض التسمم به ظهور تغيرات سلوكية وانفعالية غير تكيفية تعتمد شدتها على الجرعة وطريقة التعاطي والخصائص الشخصية للفرد (العيداني، 2011، ص 104).
- **القات (Khat - Catha Edulis):** يحتوي القات على مادة فعالة تؤدي إلى النشاط المصحوب بحالة من التنبه الذهني، تُعرف باسم "كاتين (Cathine) "و"كاتينون (Cathinone) "يتم استهلاك القات بمضغ أوراقه، مما يمنح المتعاطي شعورًا بالسعادة والرضا، لكنه يؤدي لاحقًا إلى الخمول، الكسل الذهني والبدني، اضطرابات هضمية، ارتفاع ضغط الدم، واضطرابات نفسية مثل الأرق والتقلب المزاجي والاكتئاب (دردار، 2000، ص 61).

- **الأفيون (Opium):** يتم استخراجه من نبات الخشخاش (Papaver Somniferum) ويحتوي على مواد مخدرة مثل المورفين والكوديين، يُستخدم طبيًا كمسكن قوي للألم، لكن تعاطيه المفرط يؤدي إلى الإدمان الشديد، الاكتئاب، وتدهور الحالة الصحية العامة.

- **الكوكايين (Cocaine):** يستخرج من أوراق نبات الكوكا (Erythroxylum Coca) ويُستخدم كمحفز قوي للجهاز العصبي المركزي، يؤدي إلى زيادة الطاقة والنشاط، لكنه يسبب الإدمان السريع، إضطرابات النوم، فقدان الشهية، والهلوسة (سويف، 1996، ص 11).

2.المخدرات المصنعة (Synthétic drugs):

تُصنَّف المخدرات المصنعة ضمن عدة فئات، أبرزها:

- **مجموعة البنزوديازيبين (Benzodiazepines):** تشمل المهدئات والمنومات ومزيلات التوتر مثل "الفاليوم (Valium) "و"زاناكس (Xanax) "تُستخدم هذه العقاقير لعلاج القلق والتوتر، ولكن الجرعات المرتفعة تؤدي إلى الإدمان والتبعية النفسية والجسدية، وتظهر على المدمن أعراض مثل الخمول، القلق، الارتعاش، واضطرابات المشي والكلام (مصباح، 2004، ص 33).

- **مجموعة الباربيتيورات (Barbiturates):** تُستخدم كمهدئات أو منومات لعلاج الأرق والتشنجات، ولكنها تُسبب الإدمان ولها تأثيرات جانبية خطيرة مثل العدوانية، ضعف التركيز، تقلبات المزاج، والاكتئاب الذي قد يؤدي إلى محاولات الانتحار (فرغلي، 2021، ص 19).

- **المنشطات أو المنبهات (Stimulants):** تعمل هذه المواد على تنشيط الجهاز العصبي المركزي، ومن أبرزها "الأمفيتامينات (Amphetamines) "، التي تُستهلك في شكل حبوب أو حقن وتُسبب فقدان الشهية وزيادة النشاط الحركي؛ تؤدي الجرعات الكبيرة منها إلى العدوانية والهلاوس والاضطرابات النفسية الحادة (سويف، 1996، ص 47).

- **الكاثينونات الاصطناعية (Synthetic Cathinones):** تُعرف أيضًا باسم "الأملاح المخدرة " (Bath Salts) وتُشبه في تأثيرها الأمفيتامينات، تُسبب زيادة في النشاط والطاقة، لكنها ترتبط بمضاعفات نفسية وسلوكية خطيرة.

- **المهلوسات (Hallucinogens):** تشمل عقاقير تسبب الهلوسة، إما طبيعية مثل "البسيلوسيبين " (Psilocypine)المستخرج من الفطر، أو مصنعة مثل "الميسكالين (Mescaline) " و "LSD" (Acide Lysergique Diéthylamide) تؤثر هذه المواد على الإدراك الحسي وقد تسبب اضطرابات نفسية دائمة عند التعاطي المفرط (مصباح، 2011، ص 99).

- **المستنشقات (Inhalants):** تشمل المواد الطيارة مثل "الصمغ (Glues) "و"المذيبات " (Solvents)التي تحتوي على مركبات الهيدروكربون، وتُسبب تأثيرات ضارة على الدماغ والرئتين والكبد؛ يؤدي سوء استخدامها إلى فقدان السيطرة الحركية والتبلد واضطرابات الجهاز التنفسي (سويف، 1996، ص 90).

يتضح من خلال هذا التصنيف أن المخدرات سواء الطبيعية أو المصنعة تؤثر بشكل كبير على الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى التبعية النفسية والجسدية، وتتباين آثار هذه المواد بحسب نوعها وطرق تعاطيها مما يستدعي تعزيز الجهود الدولية والمحلية لمكافحة انتشارها والحد من آثارها السلبية على الأفراد والمجتمعات.

❖ أساليب الإدمان على المخدرات:

تتنوع طرق تعاطي المخدرات وفقًا لطبيعة المادة المخدرة وتفضيلات المدمنين، لكن جميع هذه الأساليب تحمل مخاطر جسيمة على الصحة الجسدية والنفسية.

يمكن تصنيف طرق التعاطي إلى عدة أساليب رئيسية، تشمل التدخين، والبلع، والحقن، والاستنشاق، وغيرها.

1. التدخين والتناول الفموي:

يُعد التدخين من أكثر الطرق شيوعًا في تعاطي بعض أنواع المخدرات، مثل الحشيش والأفيون، حيث يتم خلطهما مع التبغ وتدخينهما إما باستخدام السجائر أو عبر أدوات مخصصة؛ تباع هذه المواد غالبًا على شكل قطع صغيرة ملفوفة بأوراق السوليفان لتسهيل التوزيع بين المتعاطين (المهندي، 2013، ص 44)؛ كما يمكن تناول بعض المخدرات عبر الفم، سواء ببلعها مباشرة، أو إذابتها في مشروبات كالقهوة، أو تركها تذوب في الفم، وهي طرق تُستخدم غالبًا مع الأفيون والمورفين؛ وعلى الرغم من أن التناول الفموي

يُعتبر أقل خطورة مقارنة بالحقن أو الشم، إلا أنه يظل مضرًا على المدى الطويل، حيث يؤدي إلى تلف خلايا الكبد والجهاز الهضمي (البداينية، 2012، ص 97).

2. الحقن الوريدي والتأثيرات الصحية الخطيرة:

يعد الحقن من أخطر طرق التعاطي، حيث يقوم المدمن بإذابة المواد المخدرة مثل الأفيون الخام أو المورفين في الماء وحقنها مباشرة تحت الجلد أو في الوريد؛ تؤدي هذه الطريقة إلى وصول المخدر سريعًا إلى مجرى الدم، مما يزيد من احتمالات الإدمان الشديد، لكن استخدام الإبر غير المعقمة يشكل خطرًا بالغًا، حيث يؤدي إلى التهابات جلدية وتقرحات، فضلًا عن انتقال الأمراض المعدية مثل التهاب الكبد الوبائي، الملاريا، وفيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)؛ وقد كشفت دراسة أجريت في الولايات المتحدة أن 73% من المصابين بالإيدز من بين 12,000 حالة كانوا من متعاطي المخدرات بالحقن (المهندي، 2013، ص 44).

3.الشم والاستنشاق وتأثيرهما على الجهاز التنفسي:

ازدادت في الآونة الأخيرة ظاهرة تعاطي بعض المخدرات عن طريق الشم، مثل الكوكايين والهيروين، حيث يقوم المدمن باستنشاق بودرة هذه المواد بعد خلطها بمواد أخرى مثل السكر أو حمض البوريك لتخفيف تركيزها؛ تؤدي هذه الطريقة إلى امتصاص المادة بسرعة عبر الأغشية المخاطية للأنف، لكنها تسبب أضرارًا جسيمة، مثل تقيحات شديدة في المجرى الأنفي، وانثقاب الحاجز الأنفي، فضلًا عن التأثيرات السامة التي قد تصل إلى حد الوفاة في حال تعاطي جرعات نقية أو مرتفعة (المهندي، 2013، ص 45).

4. أساليب مختلفة حسب طبيعة المخدر:

تختلف طرق التعاطي تبعًا لنوع المخدر، إذ يميل بعض المدمنين إلى تفضيل أساليب معينة بناءً على سرعة التأثير وشدة النشوة التي تحققها المادة المخدرة؛ على سبيل المثال:

- **الحشيش:** يُستهلك غالبًا عبر التدخين، سواء في السجائر أو باستخدام أدوات خاصة، كما يمكن تناوله عبر الفم بإضافته إلى مشروبات أو أطعمة، وهي طريقة شائعة في بعض الدول مثل الهند (المهندي، 2013، ص 45).

- **الأفيون:** يُستخدم طبيًا كمادة مسكنة للألم على شكل أقراص أو حقن، إلا أن تعاطيه خارج الإطار الطبي يتم من خلال التدخين، أو البلع، أو الاستحلاب، أو إذابته في مشروبات مثل الشاي أو القهوة (المهندي، 2013، ص 45).

- **القات:** يشيع استهلاكه في دول مثل اليمن والسودان ومنطقة القرن الإفريقي، حيث يتم مضغ أوراقه والاحتفاظ بها في الفم لساعات لامتصاص عصارتها، ويُرافق ذلك شرب المياه الغازية أو التدخين (المهندي، 2013، ص 45).

- **المهلوسات:** تؤدي إلى اضطرابات نفسية وإدراكية، إذ تسبب تخيلات بصرية وسمعية؛ ومن أبرز المواد المهلوسة عقار LSD وعقار PCP ، والتي تُستهلك عبر البلع، أو الحقن، أو الامتصاص عبر الجلد من خلال اللصقات الطبية (سويف، 1996، ص 50).

- **المنشطات (الأمفيتامينات):** تُستخدم بشكل واسع في الأوساط الرياضية وبين طلبة المدارس وسائقي الشاحنات، حيث تساعد على زيادة التركيز والطاقة، وغالبًا ما يتم تناولها عن طريق الفم على شكل أقراص (المهندي، 2013، ص 47).

- **المورفين والهيروين:** يُستخدم المورفين طبيًا لتسكين الآلام، لكن إساءة استخدامه تؤدي إلى الإدمان الفسيولوجي نتيجة تأثيره المباشر على الجهاز العصبي المركزي، أما الهيروين وهو أحد مشتقات المورفين فيتم تعاطيه غالبًا عبر الشم، ويؤدي إدمانه إلى تدهور سريع في الصحة خلال فترة قصيرة (المهندي، 2013، ص 47).

- **الكوكايين:** يتم تعاطيه بعدة طرق، مثل التدخين، أو وضعه تحت اللسان، أو بلعه مع بعض الأطعمة والمشروبات، وهو من أكثر المخدرات إدمانًا نظرًا لتأثيره القوي على الجهاز العصبي (المهندي، 2013، ص 47).

❖ أنواع الإعتماد على المخدرات:

يُشير الاعتماد على المخدرات إلى الحالة التي يصبح فيها الفرد غير قادر على التوقف عن تعاطي المواد المخدرة دون مواجهة اضطرابات جسدية أو نفسية، ويمكن تصنيف هذا الاعتماد إلى نوعين رئيسيين وفقًا لطبيعة التأثير الذي تحدثه المادة المخدرة على الفرد.

1. الاعتماد الجسدي(Physical Dependence):

يحدث الاعتماد الجسدي عندما يتكيف الجسم مع وجود المادة المخدرة، بحيث يؤدي الانقطاع عنها إلى ظهور أعراض انسحابية شديدة، وينتج هذا النوع من الاعتماد عن تغيرات في التوازن الكيميائي داخل الجهاز العصبي، مما يجعل المخدر ضروريًا للحفاظ على الأداء الفسيولوجي الطبيعي (سويف، 1996، ص 19).

الأعراض المرتبطة بالإعتماد الجسدي:

- آلام في العضلات والمفاصل.
- اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الغثيان والتقيؤ.
- زيادة التعرق والتشنجات.
- ارتفاع ضغط الدم وسرعة نبضات القلب.
- اضطرابات النوم مثل الأرق والتثاؤب المستمر.

أمثلة على المواد المسببة للاعتماد الجسدي:

- المواد الأفيونية (مثل الهيروين والمورفين والترامادول).
- الكحول.
- بعض العقاقير المهدئة والمنومة، مثل البنزوديازيبينات (الفاليوم والزاناكس).

2. الإعتماد النفسي (Psychological Dependence):

يُشير الاعتماد النفسي إلى الحالة التي يعتمد فيها الشخص على المخدر لتحقيق توازن نفسي أو للحصول على شعور بالمتعة والراحة، وعلى الرغم من أن هذا النوع من الاعتماد لا يكون مصحوبًا بأعراض انسحاب جسدية شديدة، إلا أنه قد يؤدي إلى سلوكيات قهرية مرتبطة بتعاطي المادة المخدرة (المهندي، 2013، ص 51).

الأعراض المرتبطة بالاعتماد النفسي:

- الشعور بالقلق والتوتر عند التوقف عن التعاطي.
- نوبات اكتئاب وشعور بالحزن.
- التفكير المتكرر في المخدر.
- صعوبة التركيز وانخفاض الأداء في الأنشطة اليومية.

أمثلة على المواد المسببة للاعتماد النفسي:

- الكوكايين.
- الحشيش والماريجوانا.
- المهلوسات (مثل LSD والفطر السحري).
- النيكوتين.

الفرق بين الاعتماد الجسدي والنفسي:

في حين أن **الاعتماد الجسدي** يرتبط بتغيرات فسيولوجية ملموسة وأعراض انسحاب واضحة عند التوقف عن التعاطي، فإن **الاعتماد النفسي** يتعلق بالاحتياج العاطفي والذهني للمخدر، مما يدفع الشخص إلى البحث عنه حتى دون وجود حاجة جسدية فعلية، وغالبًا ما يؤدي الاعتماد النفسي إلى تعزيز السلوك الإدماني، حيث يصبح المخدر وسيلة للتعامل مع الضغوط الحياتية.

وفي بعض الحالات، قد يعاني الأفراد من **اعتماد مزدوج** يجمع بين الجانبين الجسدي والنفسي، مما يجعل عملية العلاج أكثر تعقيدًا وتستلزم نهجًا متكاملًا يشمل الدعم الطبي والنفسي (المهندي، 2013، ص 51).

❖ **مراحل الإدمان على المخدرات:**

لا يُعتبر كل من يجرب المخدرات أو يستخدمها في بعض المناسبات مدمنًا بالضرورة، إذ يمر الإدمان بمراحل تدريجية تعتمد على نوع المادة المخدرة وتكرار استخدامها يمكن تصنيف هذه المراحل إلى ما يلي:

1.التعاطي التجريبي أو الاستكشافي(Experimental Use):

تبدأ رحلة الإدمان غالبًا بالتعاطي التجريبي، حيث يقوم بعض الأفراد، وخصوصًا الشباب، بتجربة المخدرات بدافع الفضول أو نتيجة تأثير الأقران؛ في هذه المرحلة، يكون الهدف الأساسي هو الاستكشاف دون وجود دافع حقيقي للاستمرار في التعاطي، يرى البعض أن التجربة الأولى آمنة ولا تشكل خطرًا، وقد يحدث التعاطي بسبب تأثير غير مباشر مثل الدعاية أو ضغط الأصدقاء (هيلين بوليس، 1988، ص 142).

وعلى الرغم من أن العديد من الأفراد يتوقفون عند هذا الحد، إلا أن هذه المرحلة تمثل البوابة الأولى نحو التعاطي المستمر، خصوصًا إذا تكررت التجربة (موصدق وبوطغتان، 2018).

2.التعاطي العرضي أو الظرفي(Occasional Use):

في حال استمر الشخص في تعاطي المخدرات بعد التجربة الأولى، فقد ينتقل إلى التعاطي العرضي، والذي يحدث على فترات متباعدة وفي مناسبات معينة فقط، في هذه المرحلة، لا يكون هناك التزام دائم باستخدام المخدر، بل يقتصر الأمر على حالات توفره أو وجود عوامل اجتماعية محفزة كما أنه لا يظهر على الفرد في هذه المرحلة أي علامات إدمان واضحة، إذ لا يكون مرتبطًا بالمادة المخدرة بشكل قهري، لكنه يظل عرضة للانتقال إلى مراحل أكثر تقدماً في حال زاد معدل الاستخدام (هيلين بوليس، 1988، ص 142).

3. التعاطي المنتظم(Regular Use):

يُعد التعاطي المنتظم نقطة تحول رئيسية في مسار الإدمان، حيث يبدأ الفرد في استهلاك المخدرات بوتيرة ثابتة، مما يؤدي إلى نشوء نوع من الاعتماد النفسي؛ يصبح التعاطي في هذه المرحلة مرتبطًا بالحالة العاطفية والمزاجية للشخص، حيث يلجأ إلى المخدر لتخفيف التوتر أو تحسين المزاج، و من

ثمة يؤدي الاستمرار في هذه العادة إلى تعزيز الشعور بالحاجة إلى المادة المخدرة، مما يزيد من احتمالية الدخول في مرحلة التبعية (موصدق وبوطغتان، 2018)؛ مع مرور الوقت، يتضاءل التحكم في الاستخدام، ويصبح البحث عن المخدرات أولوية متزايدة في حياة الفرد (الحقيقي، 1986، ص 127).

4.التعاطي القهري أو الإدمان الكامل(Pharmacodependence):

تُعتبر هذه المرحلة الأكثر خطورة، حيث يتحول التعاطي إلى سلوك قهري، يتمثل في الاستهلاك اليومي وبكميات متزايدة من المخدرات، في هذه المرحلة يفقد الفرد السيطرة على رغبته في التعاطي، ويصبح المخدر جزءًا أساسيًا من حياته مما يؤثر سلبًا على صحته النفسية والجسدية، و نجد أن المدمن ينشغل بشكل شبه كامل للحصول على المخدر، ويصبح محاطًا فقط بمن يشاركونه هذا السلوك (العفيفي، 1986، ص 128)، ويؤدي التعاطي القهري إلى مشكلات اجتماعية حادة وصعوبة في التكيف مع الحياة اليومية، مما يجعل العلاج والتدخل العلاجي أكثر تعقيدًا (موصدق وبوطغتان، 2018).

❖ **تشخيص الإدمان على المخدرات:**

يعتمد تشخيص الإدمان على فقدان السيطرة، والاعتماد الجسدي والنفسي، والتأثيرات السلبية على الحياة اليومية ؛تحدد المعايير الدولية ضوابط موحدة لتشخيص الإدمان، مما يسهل دراسة ومقارنة اضطرابات تعاطي المخدرات.

1.1. **معايير التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية:**

تعتمد هذه المعايير على وجود ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية خلال السنة الماضية:

- رغبة قوية أو شعور قهري بتعاطي المادة.
- صعوبة في التحكم في الاستخدام، سواء من حيث البدء أو التوقف أو الجرعة.
- ظهور أعراض انسحابية عند التوقف عن التعاطي.
- تطور التحمل مما يتطلب جرعات أعلى لتحقيق التأثير ذاته.
- تخصيص وقت متزايد للحصول على المخدر أو تعاطيه.
- الاستمرار في التعاطي رغم العواقب السلبية.

2.1. معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية(DSM-IV-TR) :

يتم التشخيص عند توافر ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية خلال 12 شهرًا:

- زيادة الجرعة أو فترة التعاطي أكثر مما كان مخططًا له.
- محاولات متكررة وفاشلة للإقلاع.
- الوقت الطويل المنفق في البحث عن المخدر أو تعاطيه أو التعافي منه.
- إهمال الأنشطة الاجتماعية والمهنية.
- الاستمرار في التعاطي رغم إدراك مخاطره.

3.1. معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس(DSM-5):

يتم تصنيف اضطراب استخدام المواد بناءً على وجود معيارين أو أكثر خلال عام واحد:

- الإخفاق في الوفاء بالالتزامات اليومية بسبب التعاطي.
- استخدام المخدرات في مواقف خطيرة.
- التأثير السلبي على العلاقات الاجتماعية والشخصية.
- استمرار الاستخدام رغم العواقب السلبية.
- أعراض التحمل والانسحاب.
- الرغبة الشديدة في التعاطي.
- عدم القدرة على تقليل أو إيقاف الاستخدام.
- إهدار الوقت في الحصول على المادة أو استخدامها.
- إهمال الأنشطة المهمة.

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن ظاهرة الإدمان على المخدرات ليست وليدة السياق المعاصر فقط، بل هي سلوك له امتداد تاريخي طويل، اتخذ أشكالًا ودلالات متعددة باختلاف الأزمنة والثقافات؛ فقد مكّن التطرق إلى الإطار المفاهيمي من ضبط المصطلحات الأساسية المرتبطة بالإدمان والمخدرات، وهو ما أسس لفهم علمي واضح ودقيق لطبيعة السلوك الإدماني ومراحله وتفاعلاته النفسية والاجتماعية.

كما ساهم العرض التاريخي في إبراز كيف تطورت علاقة الإنسان بالمواد المخدرة، من الاستخدامات العلاجية والروحية إلى أنماط التعاطي القهري والمزمن، وهو ما يطرح تساؤلات مهمة حول التحولات الاجتماعية والثقافية التي رافقت انتشار هذه الظاهرة.

إن فهم هذه الأبعاد النظرية والتاريخية ضروري لأي مقاربة علمية جادة تسعى إلى تفسير سلوك الإدمان، كما يُعد تمهيدًا أساسيًا للغوص في تحليل العوامل السيكوسوسيولوجية المساهمة في تفشي الظاهرة، وهو ما سيتم تناوله في الفصل الثالث من هذه الدراسة.

الفصل الثالث:

العوامل السيكوسوسيولوجية المساهمة في إدمان المخدرات

تمهيد

- **أولًا: العوامل النفسية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب**
- **ثانيًا: العوامل الاجتماعية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب**
- **ثالثًا: التكامل السيكوسوسيولوجي في تفسير إدمان المخدرات لدى الشباب**

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد إدمان المخدرات لدى فئة الشباب ظاهرة سوسيولوجية ونفسية مركّبة، تنشأ نتيجة لتفاعل عوامل ذاتية داخلية وأخرى خارجية متصلة بالسياق الاجتماعي والبيئي. وقد أثبتت الدراسات الحديثة أنّ الشباب لا يُقبلون على تعاطي المخدرات من فراغ، بل غالبًا ما يكون ذلك ردّ فعل لتراكمات من المعاناة النفسية كالاكتئاب والقلق والاندفاعية وتدني فاعلية الذات، إلى جانب تأثيرات اجتماعية ضاغطة، مثل التفكك الأسري، وانعدام التوجيه، والبطالة، والتهميش، ورفاق السوء.

من هذا المنطلق، تكتسي المقاربة السيكوسوسيولوجية أهمية مركزية في تحليل هذه الظاهرة، إذ تسمح بفهم الأبعاد النفسية التي تهيّئ الشاب للإدمان، موازاة مع الظروف الاجتماعية التي تدفعه إلى سلوكيات هروبية ومخاطِرة. ولا يمكن مقاربة هذا السلوك بمعزل عن دينامية التفاعل بين الفرد وبيئته، أي بين ما يحمله داخليًا من صراعات واضطرابات، وما يعيشه خارجيًا من ضغوط وصدمات وتقصير في الاحتواء الأسري والمؤسساتي.

وعليه، يروم هذا الفصل إلى تسليط الضوء على أهم العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى تعاطي الشباب للمخدرات، من خلال:

- أولًا: العوامل النفسية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب.
- ثانيًا: العوامل الاجتماعية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب.
- ثالثًا: التكامل السيكوسوسيولوجي في تفسير إدمان المخدرات لدى الشباب.

❖ **أولًا: العوامل النفسية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب:**

- **القلق:**

يمثل القلق أحد أبرز الاضطرابات النفسية التي تُمهِّد الطريق نحو تعاطي المخدرات، خاصة بين فئة الشباب. فالقلق المزمن أو الحاد غالبًا ما يرتبط بمشاعر من التوتر المفرط، والخوف المبالغ فيه، وعدم القدرة على التكيف مع الضغوط اليومية. في هذه الحالات، قد يسعى الفرد إلى استخدام المواد المخدرة كآلية هروب لتخفيف المعاناة الانفعالية والحدّ من أعراض القلق.

كما نجد أنَ العديد من الشباب الذين يعانون من اضطرابات القلق قد يلجؤون إلى المخدرات لمحاولة التحكم في تلك المشاعر (American Psychiatric Association, 2013, p. 189) كما تؤكد دراسات حديثة أن ارتفاع مستوى القلق يرتبط بزيادة قابلية الانخراط في سلوكيات الإدمان، وذلك باعتبار القلق أحد العوامل التنبؤية المهمة (Scholten et al., 2014, p. 22).

- **الاكتئاب:**

يعد الاكتئاب من العوامل النفسية الأساسية التي تدفع العديد من الشباب إلى تعاطي المخدرات. وتتمثل خطورته في أنه يرتبط بمجموعة من الأعراض التي تزيد من هشاشة التكوين النفسي للفرد، كفقدان المعنى، والفراغ العاطفي، وتدني المزاج، وفقدان الاهتمام بالأشياء، إلى جانب ضعف تقدير الذات. وقد وجد أن نسبة كبيرة من الشباب المدمنين يعانون من درجات متفاوتة من الاكتئاب، وأنهم يستخدمون المخدرات كوسيلة لتجاوز آلامهم النفسية، أو استرجاع إحساس زائف بالسعادة المؤقتة (Beck et al., 2001, p. 114)؛ ويذهب البعض إلى أن العلاقة بين الاكتئاب والإدمان علاقة تبادلية؛ فالاكتئاب قد يؤدي إلى التعاطي، بينما يزيد التعاطي من حدَة الاكتئاب في حلقة مفرغة يصعب الخروج منها (Khantzian, 1997, p. 231).

- **الإحباط:**

الإحباط عامل محفز قوي في مسار اللَجوء إلى الإدمان، خصوصًا عندما يفشل الفرد في إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه بسبب معوقات داخلية أو خارجية. فالشباب الذين يواجهون إخفاقًا متكررًا سواء في الدراسة أو في العمل أو العلاقات الاجتماعية، غالبًا ما تتولد لديهم مشاعر إحباط حادة تدفعهم للبحث عن منفذ بديل للهروب من الفشل، فتكون المخدرات خيارًا متاحًا، وإن كان مدمّرًا. وقد أظهرت دراسات

ميدانية أن الإحباط المزمن يشكل عنصرًا مشتركًا بين العديد من الحالات المدمنة، حيث يتعزز سلوك التعاطي كرد فعل تعويضي عن الشعور بالعجز والقصور (محمد، 2008، ص. 97).

- **الاندفاعية:**

تشير الاندفاعية إلى ميل الفرد للتصرف بدون تفكير أو تقييم للعواقب، وهي سمة بارزة لدى كثير من المدمنين. وتُظهر الأدبيات النفسية أن الأشخاص الاندفاعيين أكثر عرضة لتعاطي المواد المخدرة، بسبب افتقارهم إلى القدرة على تأجيل الإشباع أو ضبط النفس في المواقف المثيرة. فالاندفاع يضعف قدرة الفرد على اتخاذ قرارات عقلانية، ويجعله أكثر قابلية للتجريب والتهور، خاصة في سن المراهقة والشباب، مما يزيد من احتمالية الوقوع في فخ الإدمان (Moeller et al, 2001, p. 1784) وترتبط الاندفاعية كذلك بضعف التنظيم الذاتي والانقياد السريع للمثيرات اللحظية.

- **الشخصية المضادة للمجتمع:**

تُعد الشخصية المضادة للمجتمع من أبرز الأنماط الشخصية المرتبطة بسلوكيات الإدمان، ويتسم أصحاب هذا النمط بعدم احترام القواعد، والتمرد على السلطة، وغياب الشعور بالذنب، والسلوك العدواني.

وتُظهر الدراسات أن هذه الشخصية غالبًا ما تتورط في سلوكيات منحرفة، بما في ذلك تعاطي المخدرات، بسبب نزعتها التدميرية ورفضها للضوابط الاجتماعية (DSM-5, 2013, p. 659) كما أن هؤلاء الأفراد غالبًا ما يبررون التعاطي على أنه تعبير عن الحرية الشخصية أو وسيلة للتمرد على المجتمع، ما يزيد من احتمال الاستمرار في الإدمان.

- **فعالية الذات:**

يقصد بفاعلية الذات اعتقاد الفرد في قدرته على مواجهة المواقف الصعبة، والتحكم في سلوكه وتحقيق أهدافه؛ وعندما تنخفض هذه الفاعلية يشعر الفرد بالعجز وعدم القدرة على التصدي للمشكلات الحياتية، ما يدفعه إلى تبني سلوكيات انسحابية أو مدمّرة، مثل الإدمان؛ ويُعد تدَني فاعلية الذات من العوامل المفسرة لعدم قدرة الشباب على مقاومة ضغوط الأقران أو اتخاذ قرارات سليمة بشأن سلوكهم الصحي (Bandura, 1997, p. 37) وخلصت العديد من الدراسات إلى أن الشباب ذوي الفاعلية الذاتية المنخفضة أكثر عرضة لتعاطي المخدرات، لعدم امتلاكهم المهارات اللازمة للمواجهة والضبط الذاتي (Marlatt & Donovan, 2005, p. 93).

- **ضعف الوازع الديني:**

يمثل الدَين عنصرًا جوهريًا في بناء شخصية الإنسان، إذ يسهم في تهذيبها وتنقيتها من الرذائل، كما يحث على فعل الخير ومساعدة الآخرين، وله دور أساسي في الوقاية من الجريمة والانحراف، فالشباب الذين يتمسكون بدينهم يكونون أقل عرضة للانحراف والجنوح (العاني، 2001، ص74).
ويُعد ضعف الوازع الديني من العوامل الرئيسة التي تقود إلى الوقوع في السلك الإدماني، ويؤكد الدَين على تحريم إيذاء الذات، فالجريمة تنبع من خلل داخلي في التصور أو التفكير، مما يجعلها نتيجة لانحراف فكري واضطراب نفسي، وهي الظروف التي تهيئ لارتكاب جريمة تعاطي المخدرات، إذ يُقنع مرتكبوها أنفسهم بأنها أفعال مشروعة (صعب، 2007، ص53).

❖ **ثانيًا: العوامل الاجتماعية المساهمة في إدمان المخدرات لدى الشباب:**

- **التفكك الأسري:**

يُعد التفكك الأسري من أبرز العوامل الاجتماعية التي تسهم في انزلاق الشباب نحو تعاطي المخدرات. فعندما يعيش الفرد في بيئة أسرية يسودها النزاع، أو الطلاق، أو غياب أحد الوالدين، أو الإهمال العاطفي، يفقد الإحساس بالأمان والاستقرار النفسي، ما يدفعه للبحث عن بدائل تعويضية في بيئات أخرى غير صحية. وتشير الدراسات إلى أن غياب الحنان الأبوي، وضعف الرقابة الأسرية، وسوء العلاقات داخل الأسرة، تهيئ الأرضية النفسية والاجتماعية لتعاطي المخدرات (يوسف، 2016، ص. 81). وقد كشفت دراسات ميدانية أن نسبة كبيرة من المدمنين ينحدرون من أسر مفككة أو مضطربة، ما يدل على الارتباط الوثيق بين البناء الأسري الهش وخطر الإدمان (عبد الرحمن، 2009، ص. 142).

- **تأثير جماعة الأقران:**

جماعة الأقران من أكثر العوامل الاجتماعية تأثيرًا على قرارات الشباب فيما يخص تجربة المواد المخدرة. فمرحلة المراهقة تتسم بتعاظم التأثر بالجماعة المرجعية، حيث يسعى الفرد إلى القبول والانتماء، حتى لو كان ذلك على حساب سلامته الشخصية، وتشير الدراسات إلى أن الأصدقاء المنخرطين في سلوكيات تعاطي المخدرات يمارسون ضغطًا مباشرًا أو غير مباشر على أقرانهم، سواء عبر التشجيع أو المحاكاة أو المشاركة الجماعية في التجربة (نصار، 2012، ص. 173)؛ كما أوضحت دراسات نفسية واجتماعية أن عدم قدرة الشاب على مقاومة هذا الضغط أو قول "لا" تدفعه إلى تبني سلوك الإدمان تحت تأثير الرفاق(Brook et al., 2001, p. 141) .

- **التهميش الاجتماعي والبطالة:**

تؤدي البطالة والتهميش الاجتماعي إلى إحساس الشباب بعدم الجدوى وانعدام الأمل في المستقبل، ما يدفعهم إلى تبني أنماط سلوك هروبية، من ضمنها تعاطي المخدرات.

فالفرد الذي يشعر بالإقصاء من الحياة الاجتماعية والاقتصادية، ويواجه انسدادًا في أفق التمكين، غالبًا ما يتجه نحو التعاطي كوسيلة للهروب من معاناة الواقع. وتُظهر الأدبيات السوسيولوجية أن انتشار البطالة بين الشباب يُعد بيئة خصبة لنمو ظاهرة الإدمان، خصوصًا في المجتمعات التي تفتقر إلى برامج دعم وإدماج فعالة (علوان، 2015، ص. 205). كما تؤكد دراسات ميدانية أن الشعور بالتهميش الاجتماعي يعد محفزًا قويًا لتعاطي المخدرات بين فئات واسعة من الشباب.(UNODC, 2018, p. 24) .

- **ضعف الاندماج المدرسي والتسرب التعليمي:**

يمثل ضعف الانخراط في الحياة المدرسية، والتسرب المبكر من التعليم، بيئة خصبة لتشكل السلوكيات المنحرفة، وعلى رأسها تعاطي المخدرات. فالمدرسة ليست فقط فضاءً تعليمياً، بل أيضًا مجالًا لتكوين الهوية والانضباط والتنشئة الاجتماعية. وعندما يفشل النظام المدرسي في استيعاب الطالب، أو يعاني الشاب من مشكلات متكررة داخل المؤسسة التربوية، فإنه يصبح أكثر عرضة للبحث عن بدائل غير صحية، كالمخدرات أو الانضمام إلى رفاق منحرفين (حمود، 2011، ص. 119). وقد أثبتت دراسات ميدانية أن نسبة كبيرة من المدمنين انقطعوا عن الدراسة في سن مبكرة أو كانت علاقتهم بالمؤسسة التربوية متأزمة .(Thornberry et al., 2003, p. 253)

- **ضعف التنشئة الاجتماعية:**

تشير التنشئة الاجتماعية إلى العمليات التي يكتسب من خلالها الفرد القيم، والسلوكيات، والمعايير المجتمعية. وعندما تكون هذه التنشئة مضطربة أو يغلب عليها النمط السلطوي أو المتساهل أو المتناقض، فإن الفرد قد ينمو دون مرجعية قيمية واضحة، ما يسهل انحرافه نحو الإدمان. فغياب التوجيه الأسري، وافتقار الطفل إلى القدوة، أو تلقيه رسائل تربوية متناقضة، تضعف مناعته النفسية والاجتماعية ضد السلوكيات المنحرفة، بما في ذلك التعاطي (الرفاعي، 2010، ص. 66)؛ ويؤكد الباحثون أن الخلل في التنشئة الأسرية يشكل خطرًا كبيرًا على الصحة النفسية والاجتماعية للمراهق، ما يجعله أكثر قابلية للتجريب والانحراف (Baumrind, 1991, p. 348) .

- **الإعلام والانفتاح الثقافي غير المنضبط:**

يلعب الإعلام، خاصة الإعلام الجديد، دورًا متزايدًا في تشكيل سلوكيات الشباب وتصوراتهم، بما في ذلك ما يتعلق بالمخدرات؛ فبعض الأعمال الفنية أو منصات التواصل قد تروّج لتعاطي المخدرات بطريقة غير مباشرة، من خلال تصويرها كرمز للمتعة أو الرجولة أو الهروب من الألم؛ كما أن الانفتاح غير المنضبط على ثقافات أخرى قد يؤدي إلى تبلبل في المرجعية القيمية، ويزيد من تطبيع بعض السلوكيات المنحرفة، كالتعاطي (Castells, 2010, p. 97) وقد أظهرت تقارير متعددة أن التمثلات الإعلامية للمخدرات لها أثر على مستوى إدراك الشباب للمخاطر، ما قد يؤدي إلى انخفاض الحذر وزيادة التجريب (Gerbner et al., 2002, p. 122).

- **ضعف الأمن الإنساني والاجتماعي:**

يعتبر ضعف الأمن الإنساني والاجتماعي من العوامل البيئية الضاغطة التي تُؤثر بشكل مباشر في البناء النفسي للفرد، خاصة في مرحلة المراهقة وبداية الرشد، حيث يكون الفرد أكثر هشاشة وتعرضًا للمؤثرات الخارجية، حيث يؤدي حرمان الفرد من الحاجات الأساسية مثل المسكن، التغذية، الرعاية الصحية، والتعليم إلى خلق حالة مستمرة من التهديد الوجودي، وهي حالة ترتبط غالبًا بظهور أعراض القلق العام، الاكتئاب، الشعور باللاجدوى، وفقدان السيطرة على مجريات الحياة.

إذ أن هذا النوع من الحرمان قد يؤدي إلى تشوهات في صورة الذات وتكوين مفهوم سلبي عن الحياة والمستقبل، ما يُهيئ الأرضية لنشوء ميكانيزمات دفاعية غير تكيفية مثل الانسحاب الاجتماعي، السلوك العدواني، أو اللجوء إلى الإدمان كآلية للهروب من الألم النفسي. وفي كثير من الحالات، يُستخدم تعاطي المخدرات كوسيلة للتخدير المؤقت للمشاعر السلبية المتراكمة نتيجة غياب هذا النوع من الأمن.

فغياب الاستقرار الاقتصادي والسياسي يُضعف التماسك الاجتماعي، ويزيد من احتمالية الانحراف السلوكي، خاصة لدى الفئات الشابة التي تعاني من هشاشة في البناء النفسي وعدم تكيف مع الواقع (الجبوري 1998، ص66).

❖ ثالثًا: **التكامل السيكوسوسيولوجي في تفسير إدمان المخدرات لدى الشباب:**

إدمان المخدرات لدى الشباب لا يُمكن تفسيره عبر التركيز على جانب نفسي أو اجتماعي بمفرده، بل يتطلب فهمًا شاملاً يستوعب التفاعل المعقد بين هذين البُعدين؛ فالعوامل النفسية مثل القلق، الاكتئاب، الاندفاعية، والشعور بالإحباط، تهيئ الأرضية الداخلية التي قد تدفع الفرد نحو تعاطي المخدرات كوسيلة للهروب أو التخفيف من المعاناة النفسية، في المقابل تشكل الظروف الاجتماعية المحيطة مثل التفكك الأسري، ضعف الدعم الاجتماعي، البطالة، والبيئات المجتمعية الضاغطة عوامل خارجية تضيف أعباءً نفسية واجتماعية تؤثر على قدرة الفرد على مقاومة الإدمان، هذا التداخل بين العوامل النفسية والاجتماعية يُعرف بالمنظور السيكوسوسيولوجي، والذي يُعد أكثر شمولية ودقة في تفسير ظاهرة الإدمان، إذ يبيّن كيف تؤثر العوامل الداخلية والخارجية معًا لتشكل ديناميكية معقدة تُسهم في نشوء واستمرار السلوك الإدماني لدى الشباب.

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن إدمان الشباب للمخدرات ليس مجرد سلوك منحرف في ظاهره، بل هو نتيجة مركبة لسلسلة من الاضطرابات النفسية والصراعات الداخلية التي تتشابك مع ظروف اجتماعية هشة وغير مستقرة، فالعوامل النفسية كالاكتئاب، القلق، الشعور بالإحباط، ضعف فاعلية الذات، والاندفاعية، تسهم في تشكيل بنية نفسية قابلة للوقوع في الإدمان، خاصة في غياب الدعم الاجتماعي والاستقرار الأسري.

في المقابل، تلعب العوامل الاجتماعية دورًا محفزًا لهذا الانزلاق، بدءًا من التفكك الأسري، وغياب الرقابة، والبطالة، مرورًا بتأثير جماعة الرفاق، وانتهاءً ضعف الأمن الإنساني والاجتماعي ؛ هذا التفاعل بين الأبعاد النفسية والاجتماعية يجعل من الإدمان ظاهرة معقدة تستوجب تدخلًا متعدد الاختصاصات من أجل فهمها والتعامل معها.

وإجمالًا، فإن تفسيلا ظاهرة الإدمان لدى الشباب لا يمكن أن يكون فعّالًا ما لم يُبْنَ على فهم دقيق وشامل للعوامل السيكوسوسيولوجية الكامنة وراءها، وهذا ما حاول الفصل الحالي تبيانه في سياق التأسيس لنظرة علمية متكاملة لهذه الظاهرة المتفاقمة.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- **أولا: الدراسة الإستطلاعية**
  - **أهداف الدراسة الاستطلاعية**
  - **حدود الدراسة الإستطلاعية**
  - **منهج الدراسة الإستطلاعية**
  - **عينة الدراسة الإستطلاعية**
  - **أدوات الدراسة الإستطلاعية.**
- **ثانيا: الدراسة الأساسية**
  - **حدود الدراسة الأساسية**
  - **منهج الدراسة الأساسية**
  - **أداة الدراسة الأساسية**

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة ضرورية وأساسية ضمن المنهج العلمي، لاسيما حين يتعلق الأمر بموضوع دقيق وشائك كإدمان المخدرات لدى فئة الشباب، وهي فئة اجتماعية حسّاسة تتأثر بعدد كبير من العوامل المتشابكة نفسياً واجتماعياً وثقافياً؛ فهذه الظاهرة لا يمكن الإحاطة بأبعادها الكاملة من خلال النظر النظري أو التناول الكمي الجاف، بل تتطلب تمهيدًا ميدانيًا يسمح بفهم أعمق للسياق الواقعي الذي يعيش فيه الأفراد المدمنون، وهو ما يجعل من الدراسة الاستطلاعية أداة حيوية لضبط إيقاع البحث العلمي وتوجيهه وجهة أكثر دقة وموضوعية.

في هذا الإطار، تلعب الدراسة الاستطلاعية دورًا مزدوجًا؛ فهي من جهة تُستخدم لاختبار مدى صلاحية أدوات البحث، لا سيما الاستبيان المعتمد، والتحقق من وضوح بنوده وانسجامها مع الخصائص النفسية والاجتماعية للمبحوثين، ومن جهة أخرى تهدف إلى الوقوف على مدى تجاوب الشباب المدمن مع أداة البحث، وما إذا كانوا يتفاعلون بصدق وحرية مع الأسئلة المطروحة. وهو ما يسمح للباحث برصد الصعوبات المحتملة، سواء تعلق الأمر بعدم فهم بعض المفاهيم، أو وجود تحفظ في الإجابة على أسئلة معيّنة، أو حتى رفض المشاركة في البحث.

وتُعد هذه المرحلة بالغة الأهمية بالنظر إلى أنها تُسهم في استكشاف مدى ارتباط محاور الاستبيان بالواقع الاجتماعي والنفسي للفئة المستهدفة، إذ لا فائدة من أداة بحث لا تعبّر فعلاً عن تجارب المبحوثين أو لا تعكس تعقيد واقعهم. كما أن الدراسة الاستطلاعية تمنح الباحث فرصة لإعادة ضبط أو تعديل بعض الجوانب التقنية والمنهجية، سواء على مستوى الصياغة أو طريقة التطبيق أو حتى آلية تفسير النتائج لاحقاً، ما يمنح الدراسة الأساسية ضمانات أكبر من حيث الصدق والموضوعية.

انطلاقًا من هذه الاعتبارات، جاء هذا الفصل ليعرض تفاصيل الدراسة الاستطلاعية التي أُجريت قبل الشروع في التطبيق النهائي للأداة، مبينًا أهداف هذه المرحلة، وطبيعة العينة التي استُخدمت فيها، والأسلوب الذي اتُبع في التطبيق، فضلاً عن عرض أهم الملاحظات والانطباعات التي خرج بها الباحث، والتي ساعدت في تحسين الأداة وتكييفها مع خصوصيات الميدان، تمهيدًا لتنفيذ الدراسة الأساسية في ظروف علمية مضبوطة.

- **أولا: الدراسة الاستطلاعية:**

تُعرَّف الدراسة الاستطلاعية في هذا السياق على أنها" مرحلة تمهيدية ضرورية تهدف إلى استكشاف الظاهرة موضوع الدراسة من زواياها النفسية والاجتماعية، من خلال اختبار أولي لأداة القياس على عينة محدودة، بهدف جمع بيانات استكشافية تساعد على ضبط المتغيرات الرئيسية وتحديد المشكلات الميدانية المحتملة، وذلك دون السعي إلى تعميم النتائج.

الدراسة الاستطلاعية تمثل مرحلة أولية من البحث العلمي تهدف إلى جمع بيانات تمهيدية حول الظاهرة المدروسة، بقصد تحديد معالمها، وضبط المتغيرات الأساسية، وتطوير أدوات القياس المناسبة دون السعي للوصول إلى نتائج نهائية أو تعميمات(بربيه، 2010 ، ص92).

فهذا النوع من الدراسات يُستخدم عندما تكون المشكلة غير واضحة بما يكفي، ويُراد من خلالها استكشاف المعارف المتوفرة وبناء تصور أوّلي يساعد على صياغة الفرضيات والأسئلة الأساسية للدراسة الأساسية.(Creswell, 2014, P146) .

وفي نفس الإطار فأن الدراسة الاستطلاعية تُعد" أسلوبًا منهجيًا يعتمد عليه الباحث لمعرفة مدى إمكانية تطبيق أدواته، وتحديد التعديلات اللازمة عليها قبل استخدامها على العينة الأصلية للدراسة (محمد عبد الحميد، 2000 ، ص78)؛ و الدراسة الاستطلاعية ليست لجمع نتائج، بل لتقويم مبدئي لأداة البحث ولمدى جاهزية الميدان لجمع البيانات، خصوصًا في الظواهر ذات الحساسية الاجتماعية(الصكار2016 ، ص102) وهو ما يجعل من هذه المرحلة خطوة لا غنى عنها في البحوث التي تتناول قضايا معقدة كظاهرة الإدمان، حيث تُسهم في اختبار مبدئي لجدوى الأداة البحثية ومدى تفاعل الميدان معها.

وقد تم تنفيذ الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث على عينة محدودة من الشباب، تضم فئات مختلفة منها طلبة وبطالون ولعمال و مدمنين، قصد الوقوف على أهم الصعوبات أو العراقيل التي قد يتم مواجهتها أثناء جمع البيانات .

و على هذا الأساس تم رصد بعض الملاحظات المتعلقة بطريقة طرح الأسئلة، ومدى وضوحها، وفهم المبحوثين للمصطلحات الواردة في الاستبيان.

كما ساعدت هذه المرحلة على اختبار مدى فعالية البعدين الأساسيين الذين بُني عليهما الاستبيان، وهما البُعد النفسي والبُعد الاجتماعي، في تمثيل الظاهرة المدروسة.،و من خلال هذه التجربة الأولية وُجد

أن عدداً من المؤشرات النفسية مثل الشعور بالقلق أو الضغط النفسي، وكذا بعض الجوانب الاجتماعية المرتبطة بالتفكك الأسري أو البطالة أو تأثير جماعة الرفاق، لها حضور فعلي وواقعي في إجابات المبحوثين، مما عزز من ثقة الباحث في فعالية الأداة وقدرتها على قياس الظاهرة موضوع البحث.

ويمكن القول في النهاية أنَ الدراسة الاستطلاعية قد أدت دورًا منهجيًا حاسمًا، كما وفرت أرضية ميدانية خصبة لبناء الدراسة الأساسية على أسس أكثر دقة وواقعية.

- **أهداف دراسة الاستطلاعية:**

1. **استكشاف أولي للظاهرة المدروسة:**

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تكوين فكرة مبدئية حول الظاهرة، في هذه الحالة :العوامل السيكوسوسيولوجية المؤثرة في إدمان الشباب للمخدرات، مما يسمح بفهم السياق الواقعي للظاهرة في الميدان.

2. **اختبار صلاحية أدوات البحث:**

تُستخدم الدراسة الاستطلاعية لتجريب أداة الدراسة (كالاستبيان) على عينة صغيرة، بهدف الكشف عن أي صعوبات لغوية، أو غموض في الأسئلة، أو عدم ملاءمة بعض البنود للفئة المستهدفة؛ كذلك مدى قياس الأداة السيكومترية لما وضعت لقياسه.

3. **ضبط الإشكالية وتوجيه الفرضيات:**

تساعد المعطيات الأولية على إعادة صياغة إشكالية البحث وتطوير الفرضيات لتكون أكثر واقعية وانسجامًا مع ما تم ملاحظته ميدانيًا.

4. **رصد الصعوبات الميدانية المحتملة:**

تسمح بالتعرف على التحديات التي قد تواجه الباحث في الدراسة الأساسية، مثل صعوبة الوصول إلى المبحوثين، أو ترددهم في الإجابة، خاصة في المواضيع ذات الطابع الحساس مثل الإدمان.

5. **تحديد المتغيرات الأساسية ذات الصلة:**

تساعد الدراسة الاستطلاعية على اكتشاف أو تأكيد المتغيرات الأكثر تأثيرًا في الظاهرة، سواء كانت نفسية (كالقلق والإحباط) أو اجتماعية (كالأسرة، الرفاق، الوضع الاجتماعي...).

6. تحسين التصميم المنهجي للدراسة الأساسية:

من خلال النتائج الأولية، يتمكن الباحث من مراجعة خطة البحث، وتحديد نوع المنهج المناسب، وطريقة اختيار العينة، وأسلوب التحليل الذي يتماشى مع طبيعة البيانات المتوقعة.

7. توفير بيانات أولية لوضع الإطار النظري:

تعزز الدراسة الاستطلاعية الترابط بين الجانب النظري والتطبيقي، وتساعد في تكييف المفاهيم النظرية مع واقع المبحوثين.

- **حدود الدراسة الإستطلاعية:**

تخضع الدراسة الاستطلاعية لعدَة حدود منهجية وميدانية، تجعلها تختلف عن الدراسة الأساسية من حيث الأهداف والنتائج، فهي تُنفذ على نطاق ضيق، سواء من حيث العينة أو المجال المكاني، ولا تهدف إلى التوصل إلى نتائج قابلة للتعميم، بل تُستخدم لاختبار أدوات البحث، وتقييم صلاحيتها وملاءمتها للسياق المدروس، كما تقتصر على جمع بيانات أولية، وتُنفذ في فترة زمنية محدودة، مما قد لا يسمح بتغطية كل أبعاد الظاهرة المدروسة.

وبالتالي، فإن نتائجها مؤقتة وتُستخدم فقط لتوجيه الدراسة الأساسية وتصحيح مسارها المنهجي.

- **منهج الدراسة الاستطلاعية:**

تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لملاءمته لطبيعة المرحلة التمهيدية من البحث، يهدف هذا المنهج إلى جمع معلومات ميدانية أولية تساعد على فهم الظاهرة في سياقها الواقعي، دون السعي لتفسير العلاقات السببية أو الوصول إلى تعميمات، ويُستخدم المنهج الوصفي الاستطلاعي أساسًا في البحوث التي تتناول ظواهر اجتماعية أو نفسية مركبة، كما هو الحال في موضوع إدمان المخدرات لدى الشباب، والذي يتطلب فهمًا تمهيديًا للأبعاد النفسية والاجتماعية المحيطة به قبل الشروع في الدراسة الأساسية.

- **أداة الدراسة:**

اعتمدت هذه الدراسة أداة الاستبيان" تقدير أهمية الأسباب النفسية والاجتماعية لإدمان المخدرات"، الاستبيان الوارد في دراسة" *:السياق النفسي والاجتماعي لإدمان المخدرات وطرق الوقاية منها: دراسة ميدانية*(" محمود عطية إسماعيل و يوسف سطام العنزي، 2020)، والمنشورة في مجلة بحوث كلية الآداب/ قسم علم النفس – جامعة المنوفية؛ يتكون هذا الاستبيان من 20عبارة موزعة على بُعدين رئيسيين:

- البُعد النفسي (العبارات: 1–10).
- البُعد الاجتماعي (العبارات: 11–20).

تمت صياغة العبارات و مراجعة الاستبيان من قبل محكّمين مختصين في علم النفس والصحة النفسية والقياس والتقويم؛ وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية للأداة على النحو التالي:

- ثبات الأداة تم التحقق منه باستخدام معامل **ألفا كرونباخ**، حيث تراوحت القيم بين (0.699) و(0.740) لاستبيان الأسباب، وهي دالة عند مستوى 0.01، مما يدل على اتساق داخلي جيد.
- كما تم استخدام اختبار إعادة التطبيق (Test–Retest)على عينة استطلاعية من 35 مفردة، وأظهرت قيم الارتباط دلالة إحصائية عالية.

يُطلب من المبحوثين تحديد درجة أهمية كل عبارة حسب تقديرهم،ثم تحسب الأختيارات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي الذي يُستخدم على النحو الآتي:

- 5 = مهم جدًا
- 4= مهم إلى حد ما
- 3= متوسط الأهمية
- 2=غير مهم
- 1=غير مهم تمامًا

ويُعتبر هذا المقياس مناسبًا لقياس الاتجاهات والمواقف النفسية والاجتماعية، لأنه يتيح للمبحوثين التعبير عن آرائهم بدرجات متفاوتة من التقدير.

تم إرفاق الاستبيان بنصه الكامل في ملحق رقم (1) من هذه المذكرة.

- **عينة الدراسة الاستطلاعية:**

نظرًا لطبيعة المرحلة الاستطلاعية، تم اختيار عينة قصدية محدودة الحجم تتكون من 20 فردا موزعة بالتساوي إلى أربع فئات؛ بهدف اختبار أداة البحث والتعرف على مدى استيعاب أفراد العينة للأسئلة، ومدى تفاعلهم معها، وقد تم اختيار هذه العينة من فئة شبابية لها ارتباط بالظاهرة المدروسة، وتمثّل هذه العينة بيئة تجريبية مصغّرة تسمح بجمع مؤشرات أولية ذات طابع نوعي ووصفي، يمكن الاستناد إليها في تعديل أو تحسين أدوات البحث قبل تطبيقها على العينة الأساسية لاحقًا.

تم اختيار العينة قصدياً بهدف اختبار صلاحية الاستبيان من حيث الثبات والصدق.

أولاً :وصف العينة الاستطلاعية:

- **الحدود الموضوعية (أو العلمية):**

تركز هذه الدراسة على تحليل العوامل النفسية والاجتماعية(السيكوسوسيولوجية) المساهمة في إدمان الشباب للمخدرات، وقد تم اعتماد بعدين أساسيين في تحليل الظاهرة :البعد النفسي (مثل القلق، الإحباط، التوتر...) والبعد الاجتماعي (كالأسرة، الأقران، البطالة، التفكك الأسري...).

- **الحدود المكانية:**

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بمدينة **قصر الشلالة** التابعة لولاية **تيارت** وبالتحديد بالمركز الوسيط للصحة العقلية التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية حاج بنعمان محمد هذه الأخيرة التي تم إنشاؤها سنة 2008؛ تحتوي على أربع عيادات متعددة الخدمات و 10 مراكز صحية من بينها المركز الوسيط للصحة العقلية و 06 وحدات صحية من بينها الوحدة الصحية المكلفة بالطلبة الجامعيين ، الذين تم الوصول إليهم من خلالها.

الحدود الزمنية:

تم تنفيذ الجانب الميداني من الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من 02 مارس إلى06 مارس 2025، وهي الفترة التي تم فيها توزيع الاستبيانات وجمع البيانات وتحليلها.

- **الحدود البشرية:**

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة مكونة فردا، موزعة بالتساوي على أربع فئات اجتماعية تمثل تنوعاً في الخلفية النفسية والاجتماعية و تتمثل في:

5 أفراد من فئة المدمنين يتابعون بالمركز الوسيط للصحة العقلية،5 أفراد من فئة البطالين،5 أفراد من فئة الجامعيين، 5 أفراد من فئة العاملين يمارسون مختلف المهن.

تم اختيار هذه العينة بطريقة قصدية لقياس مدى وضوح وتناسق بنود الاستبيان قبل تعميمه على العينة الأساسية المكونة من 120 فردا.

- **التحليل الاحصائي للدراسة الاستطلاعية:**

الجدول 01: يمثل توزيع فئات العينة الاستطلاعية

الفئة	العدد
مدمن	5
بطال	5
جامعي	5
عامل	5

الجدول 02: يمثل توزيع البنود حسب كل بُعد

البعد	أرقام البنود
البعد النفسي	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1
البعد الاجتماعي	20-19-18-17-16-15-14-13-12-11
الدرجة الكلية	البعد النفسي + البعد الاجتماعي

يتكون الاستبيان من 20 بندا موزعة إلى: العشر بنود الأولى تمثل البعد النفسي و العشر بنود الموالية تمثل البعد الاجتماعي، أما الدرجة الكلية فتمثل المجموع الكلي للبنود.

الجدول 03: يمثل متوسط الأبعاد حسب الفئة

الفئة	متوسط البعد النفسي	متوسط البعد الاجتماعي
مدمن	4.0	3.0
بطال	2.84	4.1
جامعي	3.0	3.04
عامل	3.06	2.92

- تؤكد النتائج أن المدمنين يُظهرون وعيًا عاليًا بالعوامل النفسية التي أدت إلى إدمانهم، مع تسجيلهم لأعلى متوسط في هذا البعد (4.3)، مما يعكس معاناتهم من أعراض القلق، التوتر، والاكتئاب، وهو ما يجعل التدخل النفسي محورًا أساسيًا في أي خطة علاجية.
- في المقابل، سجّلت فئة البطالين أعلى متوسط في البُعد الاجتماعي (4.4)، مما يشير إلى إدراكهم العميق لتأثير العوامل الاجتماعية مثل البطالة، التفكك الأسري، ورفاق السوء في انخراطهم في سلوك الإدمان.
- أما الجامعيون والعمال فقد سجّلوا متوسطات معتدلة، وهو ما يدل على تعرضهم لعوامل نفسية واجتماعية بدرجة أقل، قد تكون تحت السيطرة نتيجة تواجدهم ضمن أنظمة اجتماعية داعمة (الجامعة أو العمل).

الجدول 04: متوسط كل بند حسب الفئة

رقم البند	مدمن	بطال	جامعي	عامل
Q1	4.0	3.2	3.4	2.6
Q2	4.0	2.8	3.2	3.2
Q3	4.2	3.2	2.6	2.8
Q4	4.0	3.0	3.0	3.0
Q5	3.8	2.4	2.8	3.8
Q6	4.0	2.8	2.8	3.6
Q7	3.6	3.4	3.0	3.0
Q8	4.4	3.0	3.4	2.8
Q9	4.0	2.2	3.0	3.2
Q10	4.0	2.4	2.8	2.6
Q11	3.0	3.8	3.0	3.0
Q12	3.2	3.4	3.0	3.0
Q13	3.2	4.0	3.6	2.4
Q14	3.4	4.0	3.0	3.0
Q15	3.4	4.4	2.6	2.6
Q16	3.4	3.8	3.0	3.0
Q17	3.0	4.4	3.4	3.4
Q18	2.4	4.4	2.8	2.8
Q19	2.6	4.4	3.2	3.4
Q20	2.4	4.4	2.8	2.6

خامسا: تحليل البنود النفسية والاجتماعية في ضوء نتائج الدراسة الاستطلاعية

أولًا :البُعد النفسي(Q1 إلىQ10):

جدول رقم(05): يمثل بنود البعد النفسي

رقم البند	الصيغة
Q1	التخلص من القلق والاكتئاب
Q2	الهروب من الإحباطات والمشاكل
Q3	عدم تحمل المسؤولية
Q4	الرغبة في التجريب والتعرف على آثار المخدر
Q5	المساعدة في زيادة المتعة والاستثارة الجنسية
Q6	الافتقاد إلى مهارات حل المشكلات
Q7	ضعف القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية
Q8	الافتقاد إلى الشعور بالأمن والحب
Q9	الاعتقاد بفوائد تعاطي المخدرات
Q10	ضعف الوازع الديني

1. تحليل البعد النفسي وفق الفئات:

- سجل المدمنون أعلى المتوسطات في البنود:
  - Q8 (الافتقاد إلى الأمن والحب): 4.4
  - Q3 (عدم تحمل المسؤولية): 4.2
  - Q1 **و** Q2 (القلق، الإحباط): 4.0

- Q5 و Q6 (البحث عن المتعة، ضعف مهارات الحل): 4.0

يعكس ذلك هشاشة نفسية واضحة لدى المدمنين، حيث يظهر القلق والإحباط كدوافع رئيسية، إلى جانب غياب المهارات النفسية الأساسية مثل مواجهة الصعوبات وتحقيق الأهداف.

- البطالون والجامعيون أظهروا وعيًا أقل بالعوامل النفسية، إذ جاءت أغلب المتوسطات بين 2.4 إلى 3.4، مما يشير إلى أن دوافعهم أقل ارتباطًا بالاضطرابات النفسية.

2.البُعد الاجتماعي(Q11 إلىQ20):

يضم هذا البعد عشرة بنود تُعبر عن العوامل البيئية والاجتماعية المؤثرة، وهي:

الجدول 06: بنود البعد الاجتماعي

رقم البند	الصيغة
Q11	وجود تاريخ عائلي للتعامل مع المخدرات
Q12	التفكك الأسري أو ضعف الرعاية
Q13	تقليد رفقاء السوء المدمنين
Q14	أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة
Q15	عدم تكافؤ الفرص لجميع الأفراد في المجتمع
Q16	الحصول على المخدر بسهولة
Q17	السفر إلى الخارج وحرية التجريب
Q18	قلة توافر بيئة تشبع احتياجات الأفراد (النوادي، الملاعب...)
Q19	الظروف الاقتصادية السيئة
Q20	التناول الإعلامي الخاطئ لمشاهد الإدمان

تحليل البعد الاجتماعي وفق الفئات:

- فئة البطالين سجلت أعلى متوسطات (4.4) في:
  - Q15 (عدم تكافؤ الفرص).
  - Q17 (حرية التجريب بالخارج).
  - Q18 **و** Q19 **و** Q20 (غياب البيئة الداعمة، الظروف الاقتصادية، الإعلام).

و بالتالي فإن البطالة والحرمان الاجتماعي والتنشئة الخاطئة تشكل عوامل ضغط قوية، تدفع الأفراد نحو تعاطي المخدرات كوسيلة للهروب أو التمرد.

- المدمنون أظهروا متوسطات متباينة في هذا البعد (بين 2.4 إلى 3.4)، مما يشير إلى أن العوامل الاجتماعية ربما ساهمت في بداية المسار الإدماني، لكنها لم تعد السبب الرئيس بعد تطور الإدمان.
- الجامعيون والعمال سجلوا قيمًا معتدلة (2.8–3.4)، ما يعكس إدراكًا متوسطًا لتأثير المجتمع في تشكيل السلوك الإدماني.

و بالتالي نستخلص مايلي:

- يظهر البند Q8 (غياب الأمن والحب) و Q3(عدم تحمل المسؤولية) كأقوى محفزات نفسية لدى المدمنين.
- تعتبر البنود Q15–Q20 الأكثر تأثيرًا على فئة البطالين، مما يشير إلى ضرورة التركيز على الإصلاح الاجتماعي والاقتصادي للوقاية من الإدمان.
- يوصى بإعادة بناء سياسات التوعية وفقًا للفروقات الدقيقة بين الفئات، وعدم اعتماد خطابات توعوية موحدة لا تراعي الخلفيات النفسية والاجتماعية المختلفة.

سادسا: معامل الثبات (ألفا كرونباخ):

معادلة حساب الثبات:

$$\alpha = (N / (N - 1)) \times (1 - (\sum Si^2 / St^2))$$

حيث = N عدد البنود، = Si^2 تباين كل بند، = St^2 تباين المجموع الكلي.

تم حساب الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وكانت النتائج كالتالي:

الجدول 07: يمثل حساب مستوى الثبات

البعد	عدد البنود	تباين المجموع الكلي	∑تباينات البنود	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الثبات
البعد النفسي	10	27.5658	7.5816	0.8055	جيد جداً
البعد الاجتماعي	10	33.8184	9.2079	0.8086	جيد جداً

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام معامل ألفا كرونباخ أن أداة القياس تتمتع بمستوى عالٍ من الاتساق الداخلي، حيث بلغ معامل ألفا للبُعد النفسي 0.8055، وللبُعد الاجتماعي 0.8086، مما يشير إلى ثبات جيد جداً في كلا البعدين؛ كما عكست قيم تباين المجموع الكلي ومجموع تباينات البنود جودة البنود وترابطها الداخلي.

تؤكد هذه النتائج أن أداة القياس مناسبة للاستخدام في الدراسة الأساسية، حيث توفر مقياساً موثوقاً لقياس الأبعاد النفسية والاجتماعية، الأمر الذي يعزز من دقة وصدق النتائج التي ستتم دراستها لاحقاً في العينة الرئيسية.

❖ **الدراسة الاساسية:**

تمثل الدراسة الأساسية المرحلة الجوهرية في البحث، والتي يتم فيها تطبيق أدوات الدراسة على العينة المستهدفة من أجل اختبار الفرضيات المعلنة وتحليل العلاقات بين المتغيرات المدروسة .وعلى عكس الدراسة الاستطلاعية التي تهدف إلى التقويم الأولي، تسعى الدراسة الأساسية إلى الوصول إلى نتائج دقيقة قابلة للتفسير والتحليل والتعميم داخل حدود البحث.

- **حدود الدراسة الأساسية:**

- **الحدود الموضوعية (أو العلمية):**

تركز هذه الدراسة على تحليل العوامل النفسية والاجتماعية(السيكوسوسيولوجية) المساهمة في إدمان الشباب للمخدرات، دون التطرق إلى العوامل الاقتصادية أو القانونية أو البيولوجية بشكل معمق .

وقد تم اعتماد بعدين أساسيين في تحليل الظاهرة :البعد النفسي (مثل القلق، الإحباط، التوتر...) والبعد الاجتماعي(كالأسرة، الأقران، البطالة، التفكك الأسري...).

- **الحدود المكانية:**

أجريت الدراسة في مدينة قصر الشلالة التابعة لولاية تيارت، حيث تم جمع البيانات من مجموعة من الشباب من مختلف الفئات : مدمنون يتلقون العلاج في المركز الوسيط للصحة العقلية التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية حاج بنعمان محمد بقصر الشلالة، طلبة جامعيون يدرسون بالملحقة الجامعية بقصر الشلالة ، بطالون، عمال يزاولون مختلف المهن.

الحدود الزمنية:

تم تنفيذ الجانب الميداني من الدراسة خلال الفترة الممتدة من 10 مارس إلى 15 مايو 2025، وهي الفترة التي تم فيها توزيع الاستبيانات وجمع البيانات وتحليلها.

- **الحدود البشرية:**

تم اختيار عينة مكونة من 120 شابًا، مقسمين إلى أربع فئات متساوية العدد(30 فردًا في كل فئة)، وفقًا لمعيار الوضعية الاجتماعية والمهنية، من أجل تمثيل تنوع الفئات الشبابي تم استخدام أسلوب العينة القصدية بهدف ضمان تمثيل فئات مختلفة لها ارتباط مباشر أو غير مباشر بموضوع الإدمان.

الجدول 08 : يمثل توزيع فئات العينة الأساسية

الفئة	العدد	الملاحظات
مدمنون يتابعون العلاج	30	يعالجون المركز الوسيط للصحة العقلية
بطالون	30	يعانون من بطالة مزمنة أو مؤقتة
جامعيون	30	يدرسون في الملحقة الجامعية لجامعة ابن خلدون
عمال	30	يمارسون مهنًا مختلفة (حرف، خدمات، أعمال حرة...)

- **منهج الدراسة الأساسية:**

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لطبيعة موضوع البحث، الذي يهدف إلى وصف الظاهرة (الإدمان) وتحديد العوامل السيكولوجية والاجتماعية المساهمة فيها، مع محاولة تفسير العلاقات بين هذه المتغيرات؛ يسمح هذا المنهج بجمع بيانات كمية وتحليلها باستخدام أدوات إحصائية مناسبة، من أجل اختبار الفرضيات، واستخلاص استنتاجات علمية قائمة على المعطيات الواقعية.

- **أداة الدراسة الأساسية:**

اعتمدت هذه الدراسة أداة الاستبيان" تقدير أهمية الأسباب النفسية والاجتماعية لإدمان المخدرات" الذي ذكر سابقا في الدراسة الاستطلاعية، وقد استخدم كوسيلة رئيسية لجمع البيانات الميدانية من أفراد العينة، نظرًا لما توفره من موضوعية وسهولة في التوزيع والإجابات، خاصة في المواضيع الحساسة مثل إدمان المخدرات .

الأدوات الإحصائية: تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية مثل والمتوسط الحسابي و الانحرافات المعيارية .

و بالتالي فإن هذه المرحلة تمكننا من:

1. تحليل العوامل النفسية المرتبطة بإدمان المخدرات لدى الشباب.
2. تحديد المتغيرات الاجتماعية الأكثر تأثيرًا في التوجه نحو التعاطي.
3. دراسة الفروقات بين فئات الشباب الأربع من حيث تعرضهم للعوامل السيكوسوسيولوجية.
4. اختبار الفرضيات المعلنة بناءً على البيانات المجمعة.

خلاصة الفصل:

مثّلت الدراسة الاستطلاعية محطة منهجية تمهيدية ضرورية قبل الشروع في تنفيذ الدراسة الأساسية، حيث مكّنتنا من تجريب أدوات البحث الميداني والتأكد من مدى صلاحيتها وملاءمتها للبيئة الاجتماعية لعينة البحث.

وقد أسهمت الدراسة الاستطلاعية كذلك في تحديد الزمن اللازم للإجابة عن الاستبيان، وهو ما مكّننا من وضع تصور للحدود الزمنية لتطبيق الدراسة الأساسية، إضافة إلى ملاحظة بعض العراقيل التقنية والميدانية التي قد تعيق عملية التطبيق، والعمل على وضع حلول استباقية لها.

وبذلك يمكن القول إن هذه المرحلة قد أدت دورًا تأسيسيًا في توجيه الدراسة الميدانية اللاحقة، وساهمت في رفع كفاءتها العلمية والمنهجية، من خلال اختبار الأداة وتكييفها وضبط الإجراءات التطبيقية، وهو ما يعزز من مصداقية نتائج البحث ودرجة الثقة في معطياته النهائية.

الفصل الخامس:

عرض و مناقشة النتائج

تمهيد

- **عرض نتائج الدراسة**
- **مناقشة نتائج الدراسة**
- **تفسير الفروق حسب المتغيرات الديموغرافية**
- **مناقشة الفرضيات**

خلاصة الفصل

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى عرض نتائج الدراسة الميدانية التي أُجريت على عينة من الشباب المتراوحة أعمارهم بين 20 و29 سنة، والبالغ عددهم (120) فرداً، وذلك باستخدام أدوات تحليل إحصائي كمية عبر برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 26.

كما يسعى هذا الفصل إلى تحليل هذه النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري المعتمد والدراسات السابقة ذات الصلة، بهدف التحقق من صدق الفرضيات المعلنة، وتحديد مساهمة العوامل النفسية والاجتماعية في انتشار ظاهرة الإدمان لدى فئة الشباب؛ وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى محورين أساسيين: الأول خصص لعرض وتحليل النتائج الإحصائية، والثاني خُصّص لمناقشة الفرضيات في ضوء هذه النتائج و الدراسات السابقة و النظريات.

❖ **عرض نتائج الدراسة:**

أولاً :الخصائص الديموغرافية للعينة:

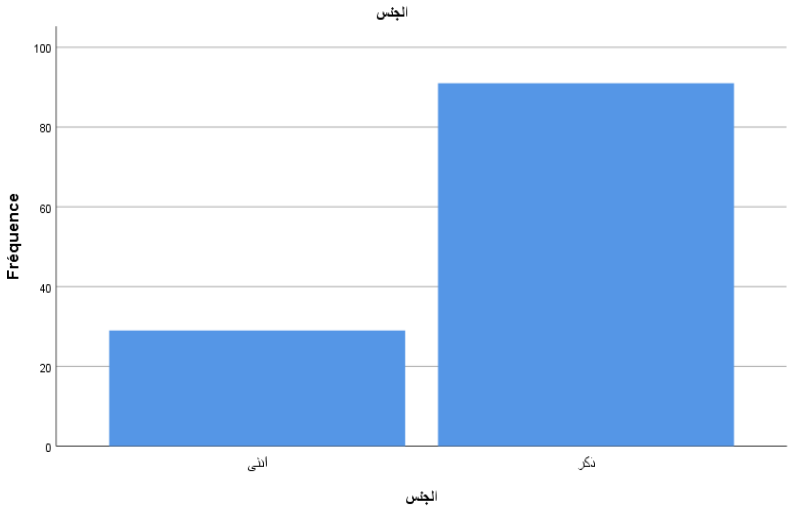
الجدول 09: يمثل الخصائص المتعلقة بالجنس لعينة الدراسة

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	انثى	29	24,2	24,2	24,2
	ذكر	91	75,8	75,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

1.الجنس:

من الجدول فئة الذكور هي الغالبة 91 مشاركًا (75.8%)، أما الإناث فعددهم 29 مشاركة بنسبة 24%



شكل 01: يمثل مخطط عمودي المتعلق بالجنس لعينة الدراسة

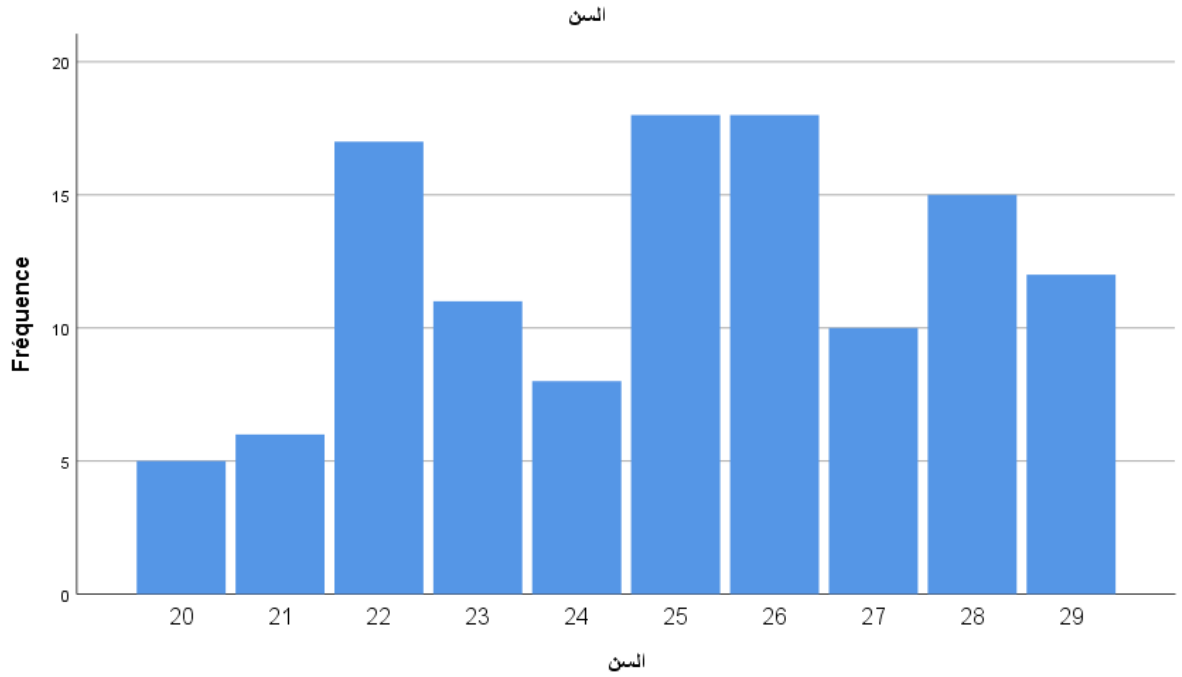
الجدول 10: الخصائص المتعلقة بالسن لعينة الدراسة

2. السن:

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli
Valide	20	5	4,2	4,2	4,2
	21	6	5,0	5,0	9,2
	22	17	14,2	14,2	23,3
	23	11	9,2	9,2	32,5
	24	8	6,7	6,7	39,2
	25	18	15,0	15,0	54,2
	26	18	15,0	15,0	69,2
	27	10	8,3	8,3	77,5
	28	15	12,5	12,5	90,0
	29	12	10,0	10,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

- تتراوح الأعمار بين 20 و 29 سنة و كان ترتيب النسب التي تفوق 10% كالآتي:

25سنة بنسبة 15% و بنفس النسبة 26 سنة، أما 22 سنة قدَرت ب 14.2% تليها 28سنة بنسبة 12.5% و 29 سنة بنسبة 10%.



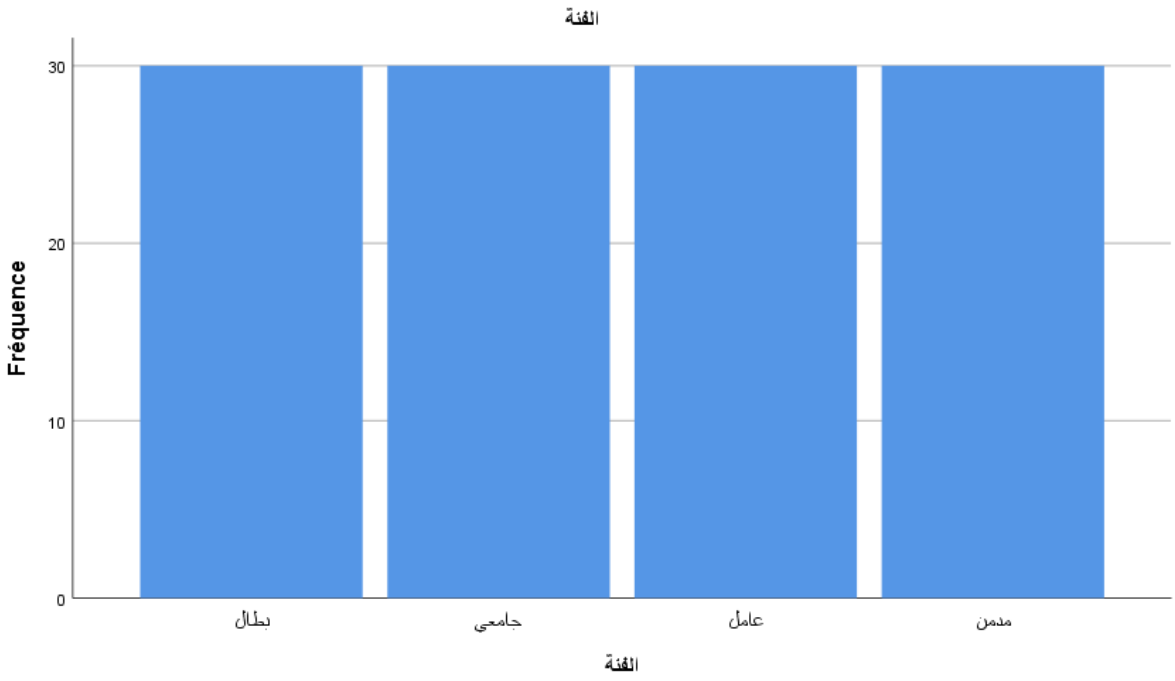
شكل 02: الخصائص المتعلقة بالسن لعينة الدراسة

الجدول 11: الخصائص المتعلقة بتوزيع فئات العينة

الفئة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	بطال	30	25,0	25,0	25,0
	جامعي	30	25,0	25,0	50,0
	عامل	30	25,0	25,0	75,0
	مدمن	30	25,0	25,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

فئات العينة متساوية بين بطال و جامعي و عامل و مدمن بنسبة 25%



الشكل03:الخصائص المتعلقة بتوزيع فئات العينة

4. المستوى التعليمي:

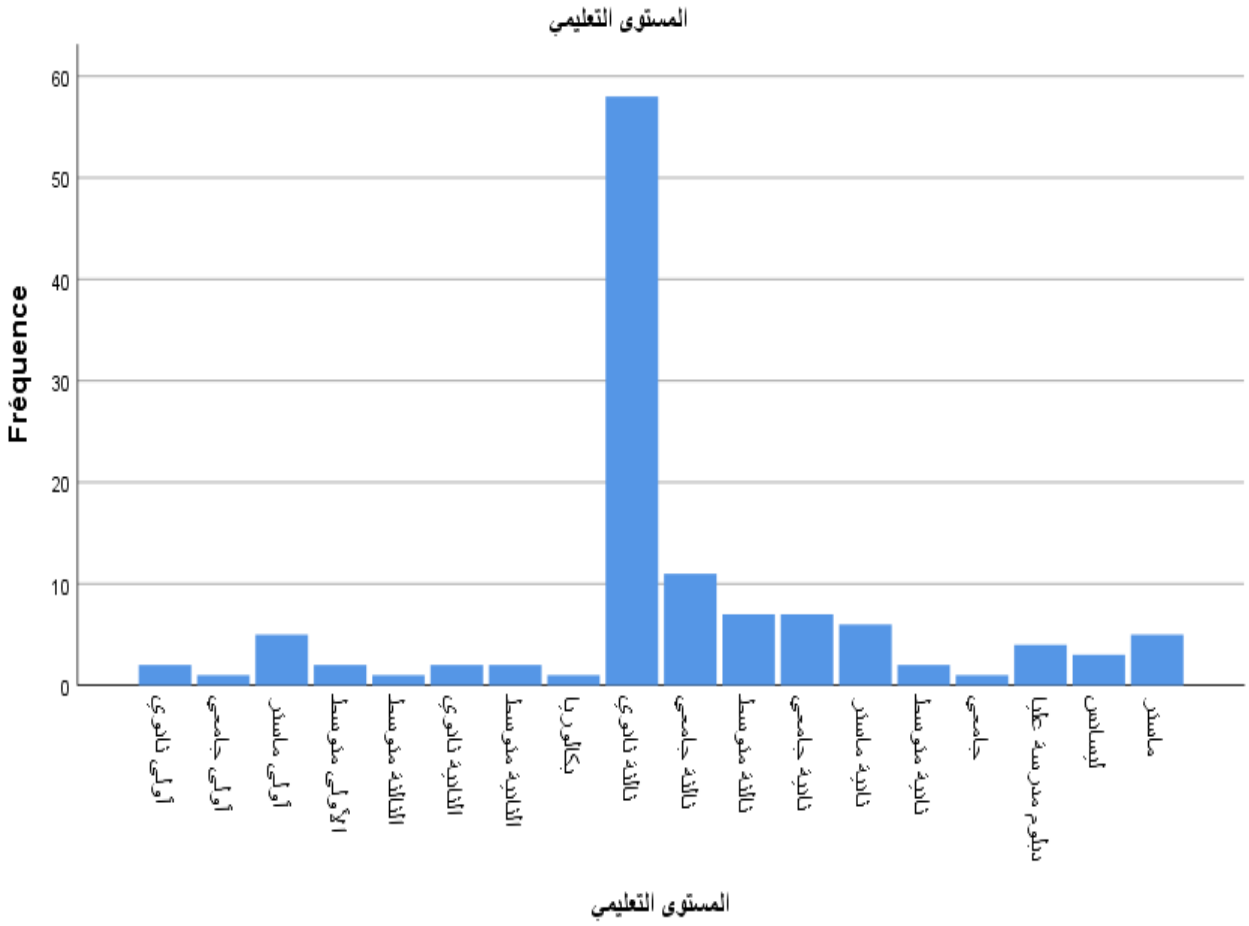
يُظهر توزيع العينة حسب المستوى التعليمي أن النسبة الأكبر من المشاركين هم من السنة الثالثة ثانوي بنسبة 48.3%، مما يشير إلى تمثيل واسع لفئة المراهقين في المرحلة الثانوية. بينما جاءت باقي المستويات التعليمية بنسب أقل، حيث بلغت الثالثة جامعي 9.2%، الثانية جامعي 5.8%، الثانية ماستر 5%، والأولى ماستر 4.2%. ويعكس هذا التوزيع هيمنة الفئة المتمدرسة في الطور الثانوي على العينة، ما يستوجب مراعاة خصائص هذه المرحلة في تحليل النتائج.

الجدول 12: الخصائص المتعلقة المستوى التعليمي لأفراد العينة

المستوى التعليمي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أولى ثانوي	2	1,7	1,7	1,7
	أولى جامعي	1	,8	,8	2,5
	أولى ماستر	5	4,2	4,2	6,7
	الأولى متوسط	2	1,7	1,7	8,3
	الثالثة متوسط	1	,8	,8	9,2
	الثانية ثانوي	2	1,7	1,7	10,8
	الثانية متوسط	2	1,7	1,7	12,5
	بكالوريا	1	,8	,8	13,3
	ثالثة ثانوي	58	48,3	48,3	61,7
	ثالثة جامعي	11	9,2	9,2	70,8
	ثالثة متوسط	7	5,8	5,8	76,7
	ثانية جامعي	7	5,8	5,8	82,5
	ثانية ماستر	6	5,0	5,0	87,5
	ثانية متوسط	2	1,7	1,7	89,2
	جامعي	1	,8	,8	90,0
	دبلوم مدرسة عليا	4	3,3	3,3	93,3
	ليسانس	3	2,5	2,5	95,8
	ماستر	5	4,2	4,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

تمثل هذه البيانات توزيع أفراد العينة حسب مستوياتهم التعليمية المختلفة، حيث نلاحظ تنوعًا في المستويات من "الأولى متوسط" إلى "ماستر" ودبلوم مدرسة عليا. وتُظهر النتائج أن أعلى نسبة كانت لفئة "الثالثة ثانوي" بنسبة 48.3%، تليها "الثالثة جامعي" بـ9.2%، ثم "الثالثة متوسط" بـ5.8%. أما الفئات ذات التمثيل الأدنى فشملت "أولى جامعي" و"بكالوريا" و"جامعي" بنسب تراوحت بين 0.8% و2.5%. ويعكس التوزيع التراكمي في العمود الأخير التقدم المرحلي لنسب المشاركين، وصولًا إلى 100% عند أعلى مستوى، مما يُظهر اكتمال التوزيع على جميع المستويات.



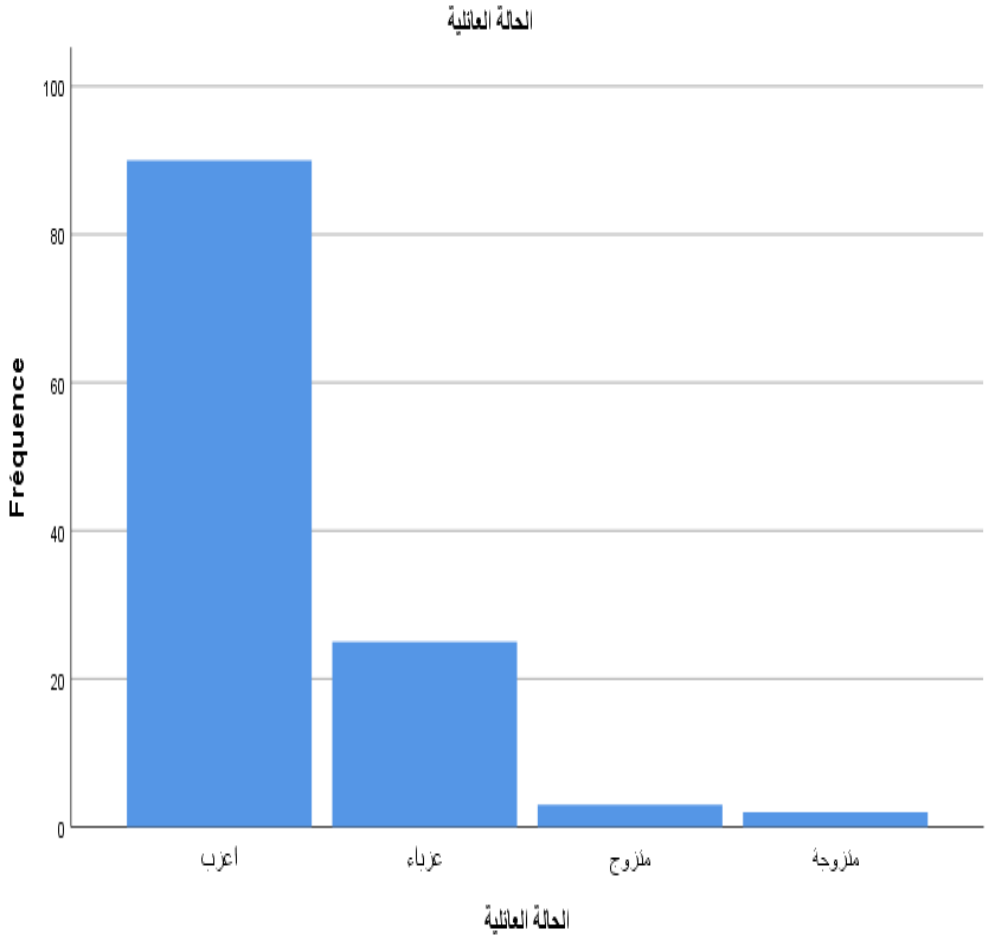
الشكل 04: الخصائص المتعلقة المستوى التعليمي لأفراد العينة

الجدول 13: الحالة العائلية لأفراد العينة

الحالة العائلية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اعزب	90	75,0	75,0	75,0
	عزباء	25	20,8	20,8	95,8
	متزوج	3	2,5	2,5	98,3
	متزوجة	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

يتضح من توزيع العينة أن غالبية المشاركين غير متزوجين، حيث يمثل العازبون 75% من إجمالي العينة، تليهم العازبات بنسبة 20.8%، مما يعني أن نحو 96% من العينة لم يسبق لهم الزواج. في المقابل، يشكل المتزوجون نسبة ضئيلة، حيث بلغ عددهم 5 أفراد فقط (3 ذكور و2 إناث)، بنسبة إجمالية لا تتجاوز 4.2%. ويُظهر العمود التراكمي أن التوزيع يصل إلى 100% عند إدراج جميع الفئات، ما يؤكد اكتمال التوزيع.



الشكل 05:الحالة العائلية لأفراد العينة

الجدول 14:ملخص معالجة المشاهدات(Récapitulatif de traitement des observations)

		N	%
Observations	Valide	120	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	120	100,0

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

يتبين من الجدول أن جميع المشاهدات (أي البيانات) كانت صالحة للتحليل، حيث بلغ عددها 120 ملاحظة بنسبة 100%. ولم يتم استبعاد أي حالة، سواء بسبب القيم المفقودة أو لأي سبب آخر، مما يدل على جودة البيانات المُجمعة وخلوها من المشكلات التي قد تؤثر على نتائج التحليل.

ملاحظة: يشير الحاشية (a) إلى أن الاستبعاد – لو حصل – كان سيتم وفقًا لطريقة الحذف بالقائمة بناءً على جميع المتغيرات المستخدمة في الإجراء الإحصائي.

الجدول 15: إحصائيات الاتساق الداخلي(Statistiques de fiabilité)

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,705	20

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
والاكتئاب القلق من التخلص	71,63	22,016	,173	,706
والمشاكل الاحباطات من الهروب	71,43	22,414	,121	,712
المسؤولية تحمل عدم	71,38	24,507	-,154	,738
المخذر اثار على والتعرف التجريب في الرغبة	70,75	21,651	,600	,677
الجنسية والاستثارة المتعة زيادة في المساعدة	72,09	21,781	,229	,699
المشكلات حل مهارات الى الافتقاد	72,34	19,067	,641	,650
الشخصية الأهداف تحقيق على القدرة ضعف	72,11	22,484	,135	,709
والحب بالامن الشعور الى الافتقاد	71,52	21,580	,347	,687
المخذرات بفوائد الاعتقاد	72,07	23,575	-,011	,720
الديني الوازع ضعف	71,41	22,294	,422	,688
المخذرات مع للتعامل عائلي تاريخ وجود	72,20	22,951	,077	,713
الرعاية ضعف او الاسري التفكك	71,29	22,393	,310	,692
المدمنين السوء تقليدرفقاء	70,75	21,803	,555	,680

الخاطئة الاجتماعية التنشئة أساليب	71,37	21,898	,416	,685
المجتمع في افراد جميع في الفرص تكافئ عدم	72,30	22,649	,187	,701
بسهولة المخذر على الحصول	72,50	20,336	,527	,668
التجريب وحرية الخارج الى السفر	72,57	19,676	,750	,650
الافراد احتياجات تشبع بيئة توفر قلة (الخ .... النوادي- المنتزهات- الملاعب)	72,07	22,701	,176	,702
السيئة الاقتصادية الضروف	71,99	21,840	,279	,693
الادمان لمشاهد الخاطئ الإعلامي التناول	72,17	20,980	,355	,685

بلغ معامل ألفا كرونباخ **0.705 لـ 20 بندا** وهو يشير إلى **مستوى مقبول من الاتساق الداخلي.**

و تراوح معامل الثبات فيما يتعلق بالبنود بين 0.650 و 0.738.

الجدول 16: ملخص معالجة المشاهدات(Récapitulatif de traitement des observations)

	Observations					
	Inclus		Exclu		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
البعدالنفسي	120	100,0%	0	0,0%	120	100,0%
البعدالاجتماعي	120	100,0%	0	0,0%	120	100,0%
الدرجةالكلية	120	100,0%	0	0,0%	120	100,0%

يتضح من الجدول أن جميع الحالات التي تم جمعها (وعددها 120 حالة) قد استُخدمت بشكل كامل في تحليل كل من البعد النفسي، والبعد الاجتماعي، والدرجة الكلية للمقياس ولم يتم استبعاد أي حالة.

الجدول 17: الإحصائيات الوصفية للأبعاد المدروسة (Rapport)

Rapport

	البعدالنفسي	البعدالاجتماعي	الدرجةالكلية
Moyenne	39,0250	36,5500	75,5750
N	120	120	120
Ecart type	2,62970	2,90132	4,89153

بلغ المتوسط الحسابي للبعد النفسي **39.03** بانحراف معياري قدره **2.63**، وهو ما يشير إلى أن إجابات المفحوصين تمركزت حول هذا الرقم مع تفاوت طفيف في التشتت.

أما المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي فقد بلغ **36.55** بانحراف معياري أكبر نسبيًا بلغ **2.90**، مما يدل على وجود تباين بسيط في استجابات الأفراد على هذا البُعد.

بلغت الدرجة الكلية للمقياس **75.58**، بانحراف معياري **4.89**، وهو ما يعكس تجانسًا مقبولًا في درجات العينة على مستوى الأبعاد الكلية للمقياس.

الجدول 18:التحليل الإحصائي الوصفي حسب الفئة Rapport par catégorie

Rapport

الفئة		البعدالنفسي	البعدالاجتماعي	الدرجةالكلية
بطال	Moyenne	38,6333	36,3667	75,0000
	N	30	30	30
	Ecart type	2,12511	2,82212	4,44119
جامعي	Moyenne	40,1667	36,8667	77,0333
	N	30	30	30

	Ecart type	2,16689	2,27025	3,98690
عامل	Moyenne	38,4667	35,9667	74,4333
	N	30	30	30
	Ecart type	3,11540	2,79758	5,46262
مدمن	Moyenne	38,8333	37,0000	75,8333
	N	30	30	30
	Ecart type	2,75535	3,59118	5,36324
Total	Moyenne	39,0250	36,5500	75,5750
	N	120	120	120
	Ecart type	2,62970	2,90132	4,89153

1. **البعد النفسي:**
   - سجّل **الجامعيون** أعلى متوسط في البعد النفسي **(40.17)** مقارنة بباقي الفئات، مما قد يعكس وعيًا نفسيًا أعلى أو قدرة أفضل على التعامل مع الضغوط النفسية.
   - جاء **المدمنون** في المرتبة الثانية**(38.83)** ، وهو ما قد يعكس جانبًا من التذبذب النفسي المرتبط بالإدمان.
   - سجل كل من **البطالين** و**العمال** درجات أقل نسبيًا **38.63** و **38.47** على التوالي.
2. **البعد الاجتماعي:**

سجّل المدمنون أعلى متوسط(37.00) ، حلّ الجامعيون ثانيًا(36.87) ، يليه البطالون (36.37)، ثم العمال بأقل درجة.(35.97) .

3. الدرجة الكلية للمقياس:

تفوق الجامعيون أيضًا في الدرجة الكلية (77.03) مقارنة ببقية الفئات نفسية–اجتماعية أكثر توازنًا، يليهم المدمنون (75.83)، ثم البطالون(75.00) ، وأخيرًا العمال.(74.43) .

الجدول 19: التحليل الإحصائي الوصفي للأبعاد الثلاثة

Descriptives

			Statistiques	Erreur standard
البعدالنفسي	Moyenne		39,0250	,24006
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	38,5497	
		Borne supérieure	39,5003	
	Moyenne tronquée à 5 %		39,1204	
	Médiane		39,0000	
	Variance		6,915	
	Ecart type		2,62970	
	Minimum		32,00	
	Maximum		46,00	
	Plage		14,00	
	Plage interquartile		3,00	
	Asymétrie		-,529	,221
	Kurtosis		,377	,438
البعدالاجتماعي	Moyenne		36,5500	,26485
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	36,0256	
		Borne supérieure	37,0744	
	Moyenne tronquée à 5 %		36,5370	
	Médiane		36,0000	
	Variance		8,418	
	Ecart type		2,90132	
	Minimum		30,00	
	Maximum		45,00	
	Plage		15,00	
	Plage interquartile		4,00	
	Asymétrie		,057	,221
	Kurtosis		,101	,438

الدرجةالكلية	Moyenne		75,5750	,44653
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	74,6908	
		Borne supérieure	76,4592	
	Moyenne tronquée à 5 %		75,6204	
	Médiane		75,0000	
	Variance		23,927	
	Ecart type		4,89153	
	Minimum		63,00	
	Maximum		88,00	
	Plage		25,00	
	Plage interquartile		4,00	
	Asymétrie		-,310	,221
	Kurtosis		,544	,438

تشير النتائج الوصفية إلى أن متوسط البعد النفسي بلغ (39.03) مع انحراف معياري قدره (2.63)، ويمتد نطاق القيم من 32 إلى 46، بمدى ضيق نسبيًا (14 نقطة)، مما يدل على تجانس مقبول في الاستجابات. يُظهر التوزيع التواءً سلبيًا طفيفًا (−0.529) وتفلطحًا إيجابيًا بسيطًا (0.377)، ما يشير إلى قربه من التوزيع الطبيعي.

أما البعد الاجتماعي، فقد بلغ متوسطه (36.55) بانحراف معياري (2.90)، ونطاق بين 30 و45 (مدى = 15)، مع التواء طفيف موجب (0.057) وتفلطح قريب من الصفر (0.101)، ما يدل على توازن جيد في التوزيع.

وبالنسبة للدرجة الكلية، فكان متوسطها (75.58) بانحراف معياري (4.89)، وبمدى أوسع (25 نقطة) من 63 إلى 88، مع التواء سلبي خفيف (−0.310) وتفلطح طفيف موجب (0.544)، مما يدل على توزيع مقبول ومعتدل في استجابات العينة عمومًا.

الجدول 20 : تحليل اختبارات التوزيع الطبيعي

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
البعدالنفسي	,138	120	,000	,960	120	,001
البعدالاجتماعي	,088	120	,022	,982	120	,099
الدرجةالكلية	,165	120	,000	,947	120	,000

a. Correction de signification de Lilliefors

توزيع البيانات للأبعاد الثلاثة (البعد النفسي، البعد الاجتماعي، والدرجة الكلية) باستخدام اختبارين لقياس التوزيع الطبيعي، هما Kolmogorov-Smirnov (K-S) و Shapiro-Wilk (S-W) الذي يُعتبر الأدق والأكثر ملاءمة في حالة العينات الصغيرة إلى المتوسطة($n \leq 200$) ، نظرًا لحساسيته في الكشف عن الانحرافات عن التوزيع الطبيعي، أما اختبار Kolmogorov-Smirnov فيُستخدم كمرجع إضافي داعم، لتأكيد نتائج اختبار Shapiro-Wilk أو مقارنتها، مما يعزز من موثوقية الحكم على طبيعة التوزيع الإحصائي للبيانات محل الدراسة.

الاختبارات اللابارامترية Tests non paramétriques:

نظرًا لعدم تحقق شرط التوزيع الطبيعي في بعض أبعاد الدراسة، تم استخدام **اختبار U لـ Mann-Whitney** كأداة لابارامترية للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين **الذكور والإناث** في الأبعاد النفسية والاجتماعية والدرجة الكلية المرتبطة بإدمان المخدرات لدى الشباب.

الجدول 21: تحليل نتائج الفروق حسب الجنس

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de البعدالنفسي est la même sur les catégories de الجنس.	Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants	,155	Garder les hypothèses nulles.
2	La distribution de البعدالاجتماعي est la même sur les catégories de الجنس.	Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants	,751	Garder les hypothèses nulles.
3	La distribution de الدرجةالكلية est la même sur les catégories de الجنس.	Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants	,254	Garder les hypothèses nulles.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de signification est de ,050.

يُظهر الجدول رقم (21) نتائج اختبار مان–ويتني لدراسة الفروق في الاستجابات بين الذكور والإناث في كل من البعد النفسي، البعد الاجتماعي، والدرجة الكلية. وقد تم استخدام هذا الاختبار نظرًا لعدم تحقق افتراض التوزيع الطبيعي، كونه اختبارًا غير معلمي مناسب للمقارنات بين مجموعتين مستقلتين.

- بالنسبة للبعد النفسي، بلغت قيمة الدلالة الإحصائية Sig =0.155، وهي أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، ما يشير إلى **عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث** في هذا البعد.
- أما فيما يتعلق بالبعد الاجتماعي، فقد كانت قيمة الدلالة 0.751، وهي أيضًا غير دالة إحصائيًا، مما يدل على **تشابه استجابات أفراد العينة من كلا الجنسين** في هذا البعد.
- وأخيرًا، فإن النتيجة المتعلقة بالدرجة الكلية أظهرت قيمة دلالة قدرها 0.254.

الجدول 22: تحليل نتائج الفروق حسب المستوى التعليمي

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de البعدالنفسي est la même sur les catégories de التعليمي المستوى.	Test Kruskall-Wallis pour échantillons indépendants	,285	Garder les hypothèses nulles.
2	La distribution de البعدالاجتماعى est la même sur les catégories de التعليمي المستوى.	Test Kruskall-Wallis pour échantillons indépendants	,350	Garder les hypothèses nulles.
3	La distribution de الدرجةالكلية est la même sur les catégories de التعليمي المستوى.	Test Kruskall-Wallis pour échantillons indépendants	,388	Garder les hypothèses nulles.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de signification est de ,050.

تم استخدام اختبار كروسكال واليس لتحليل الفروق في درجات أفراد العينة وفقًا لمستوياتهم التعليمية، نظرًا لعدم اتباع البيانات التوزيع الطبيعي، مما يستدعي اللجوء إلى هذا الاختبار غير المعلمي المناسب لمقارنة أكثر من مجموعة مستقلة. بالنسبة للبعد النفسي، بلغت قيمة الدلالة الإحصائية 0.285، وهي أعلى من مستوى الدلالة 0.05، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التعليم المختلفة. وبالنسبة للبعد الاجتماعي، سجلت قيمة الدلالة 0.350، مما يؤكد غياب فروق إحصائية بين الفئات التعليمية في هذا البعد. أما الدرجة الكلية، فكانت قيمة الدلالة 0.388، أيضًا أعلى من 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج الكلية تبعًا للمستوى التعليمي.

الجدول 23: نتائج الفروق حسب الحالة العائلية

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de البعدالنفسي est la même sur les catégories de العائلية الحالة.	Test Kruskall-Wallis pour échantillons indépendants	,232	Garder les hypothèses nulles.
2	La distribution de البعدالاجتماعي est la même sur les catégories de العائلية الحالة.	Test Kruskall-Wallis pour échantillons indépendants	,851	Garder les hypothèses nulles.
3	La distribution de الدرجةالكلية est la même sur les catégories de العائلية الحالة.	Test Kruskall-Wallis pour échantillons indépendants	,584	Garder les hypothèses nulles.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de signification est de ,050.

بالنسبة **للبعد النفسي**، بلغت قيمة الدلالة الإحصائية 0.232، وهي قيمة غير دالة إحصائيًا (أكبر من 0.05)، ما يدل على عدم وجود فروق جوهرية في هذا البعد بين فئات الحالة العائلية المختلفة) مثل: أعزب، متزوج....)، أما **البعد الاجتماعي**، فقد سجلت قيمة الدلالة 0.851، وهي أعلى بكثير من عتبة الدلالة، مما يشير **إلى** تشابه ملحوظ في الاستجابات الاجتماعية بين مختلف الفئات العائلية، وعدم وجود فروق إحصائية تُذكر، وفيما يخص **الدرجة الكلية**، فقد أظهرت النتائج قيمة دلالة تقدر بـ0.584، وهي أيضًا غير دالة إحصائيًا، ما يعني أن الاختلاف في الحالة العائلية لا يؤثر بشكل ملحوظ في النتائج العامة للمقياس المستخدم في الدراسة.

الجدول 24: نتائج معامل ارتباط Spearman بين السن وأبعاد الدراسة

Corrélations

			السن	البعدالنفسي	البعدالاجتماعي	الدرجةالكلية
Rho de Spearman	السن	Coefficient de corrélation	1,000	-,319**	-,288**	-,362**
		Sig. (bilatéral)	.	,000	,001	,000
		N	120	120	120	120
	البعدالنفسي	Coefficient de corrélation	-,319**	1,000	,449**	,820**
		Sig. (bilatéral)	,000	.	,000	,000
		N	120	120	120	120
	البعدالاجتماعي	Coefficient de corrélation	-,288**	,449**	1,000	,842**
		Sig. (bilatéral)	,001	,000	.	,000
		N	120	120	120	120
	الدرجةالكلية	Coefficient de corrélation	-,362**	,820**	,842**	1,000
		Sig. (bilatéral)	,000	,000	,000	.
		N	120	120	120	120

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

باعتبار السن رتبي غير فئوي تم استخ دام معامل الارتباط سبيرمان.

فيما يتعلق بالعلاقة بين السن والمتغيرات النفسية والاجتماعية، أظهرت نتائج معامل ارتباط سبيرمان وجود ارتباط سلبي معتدل ودال إحصائيًا بين العمر وكل من البعد النفسي ($r = -0.319$، $p < 0.01$)، والبعد الاجتماعي ($r = -0.288$، $p < 0.01$)، بالإضافة إلى الدرجة الكلية ($r = -0.362$، $p < 0.01$) وهذا يشير إلى أن زيادة العمر ترتبط بانخفاض مستويات البعد النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية، كما بينت النتائج وجود ارتباط إيجابي متوسط إلى قوي بين البعد النفسي والبعد الاجتماعي ($r = 0.449$، $p < 0.01$)، مما يدل على ترابط هذين البعدين بشكل ملحوظ.

و أظهرت العلاقة بين الدرجة الكلية وكل من البعد النفسي ($r = 0.820$، $p < 0.01$) والبعد الاجتماعي ($r = 0.842$، $p < 0.01$) ارتباطات إيجابية قوية جدًا، مما يشير إلى أن كلا البعدين يسهمان بشكل كبير في تحديد الدرجة الكلية.

جميع هذه الارتباطات ذات دلالة إحصائية عالية، حيث إن قيمة p أقل من (0.01).

الجدول 25: الإحصاءات الوصفية لمتغير البعد النفسي حسب الفئات (مدمن، بطال، جامعي، عامل)

Descriptives

البعدالنفسي

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
مدمن	30	38,8333	2,75535	,50306	37,8045	39,8622	32,00	42,00
بطال	30	38,6333	2,12511	,38799	37,8398	39,4269	35,00	43,00
جامعي	30	40,1667	2,16689	,39562	39,3575	40,9758	35,00	46,00
عامل	30	38,4667	3,11540	,56879	37,3034	39,6300	32,00	43,00
Total	120	39,0250	2,62970	,24006	38,5497	39,5003	32,00	46,00

البُعد النفسي لمجموعات مختلفة من العينة وعدد أفراد كل مجموعة 30. حيث بلغ متوسط البُعد النفسي للمُدمنين 38.83 بانحراف معياري 2.76 وخطأ معياري 0.50، مع قيم تتراوح بين 32 و42، ومستوى ثقة 95% بين 37.80 و39.86. أما البطّالون، فكان متوسطهم 38.63 بانحراف معياري 2.13 وخطأ معياري 0.39، مع حدود تتراوح بين 35 و43، ومستوى ثقة 95% بين 37.84 و39.43. بالنسبة للجامعيين، بلغ المتوسط 40.17 مع انحراف معياري 2.17 وخطأ معياري 0.40، وتراوحت القيم بين 35 و46، ومستوى الثقة بين 39.36 و40.98. أما العمال، فكان متوسطهم 38.47 بانحراف معياري 3.12 وخطأ معياري 0.57، مع حدود بين 32 و43، ومستوى ثقة 95% بين 37.30 و39.63. وبالنسبة للمجموع الكلي الذي يضم 120 فردًا، كان المتوسط العام 39.03 مع انحراف معياري 2.63

وخطأ معياري 0.24، وقيم بين 32 و46، ومستوى ثقة 95% بين 38.55 و39.50، مما يعكس تباينًا معتدلًا داخل العينة في البُعد النفسي.

الجدول 26: نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين في البعد النفسي

Test d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
البعدالنفسي	Basé sur la moyenne	2,477	3	116	,065
	Basé sur la médiane	1,797	3	116	,152
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,797	3	108,825	,152
	Basé sur la moyenne tronquée	2,262	3	116	,085

نتائج اختبار تجانس التباينات (Levene) للبُعد النفسي حسب الفئة أظهرت أن إحصائية Levene القائمة على المتوسط بلغت 2.477 بدرجات حرية 3 و116، مع قيمة دلالة قدرها 0.065. أما عند الاعتماد على الوسيط، فكانت الإحصائية 1.797 بنفس درجات الحرية وقيمة دلالة 0.152، وهي ذاتها عند تعديل درجات الحرية لتصبح 108.825 بدلاً من 116. كذلك، عند استخدام المتوسط المقتطع، سجل الاختبار إحصائية قدرها 2.262 مع درجات حرية 3 و116 وقيمة دلالة 0.085.

الجدول 27: الإحصاءات الوصفية للبعد الاجتماعي حسب الفئة

Descriptives

البعدالاجتماعي

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne Borne inférieure	Borne supérieure	Minimum	Maximum
مدمن	30	37,0000	3,59118	,65566	35,6590	38,3410	30,00	45,00
بطال	30	36,3667	2,82212	,51525	35,3129	37,4205	30,00	41,00
جامعي	30	36,8667	2,27025	,41449	36,0189	37,7144	32,00	42,00
عامل	30	35,9667	2,79758	,51077	34,9220	37,0113	31,00	42,00
Total	120	36,5500	2,90132	,26485	36,0256	37,0744	30,00	45,00

بالنسبة للبُعد الاجتماعي بين الفئات المختلفة، تم جمع بيانات من أربع مجموعات حيث بلغ عدد أفراد كل مجموعة 30 مشاركًا. سجلت مجموعة المدمنين متوسطًا قدره 37.00 مع انحراف معياري بلغ 3.59، بينما كانت مجموعة البطالين بمعدل 36.37 وانحراف معياري 2.82. أما الفئة الجامعية فكان متوسطها 36.87 بانحراف معياري 2.27، في حين سجلت فئة العمال متوسطًا مقداره 35.97 مع انحراف معياري 2.80. وبالنسبة للمجموعة الكلية التي شملت 120 مشاركًا، فقد بلغ المتوسط العام 36.55 مع انحراف معياري 2.90، وتراوح الحد الأدنى للدرجات بين 30 والحد الأقصى عند 45.

الجدول 28: نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين في البعد الاجتماعي

Test d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
البعدالاجتماعي	Basé sur la moyenne	1,447	3	116	,233
	Basé sur la médiane	1,574	3	116	,199
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,574	3	108,679	,200
	Basé sur la moyenne tronquée	1,476	3	116	,225

اختبار تجانس التباينات للبُعد الاجتماعي أظهر نتائج كما يلي: إحصائية Levene بناءً على المتوسط بلغت 1.447 مع درجات حرية 3 و116، وقيمة دلالة قدرها 0.233. بناءً على الوسيط، كانت الإحصائية 1.574 مع نفس درجات الحرية وقيمة دلالة 0.199، وعند تعديل درجات الحرية، كانت القيمة 0.200. أما بناءً على المتوسط المقتطع، فبلغت إحصائية Levene 1.476 مع قيمة دلالة 0.225.

الجدول 29: الإحصاءات الوصفية للدرجة الكلية حسب الفئات

Descriptives

الدرجةالكلية

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
مدمن	30	75,8333	5,36324	,97919	73,8307	77,8360	63,00	87,00
بطال	30	75,0000	4,44119	,81085	73,3416	76,6584	66,00	83,00
جامعي	30	77,0333	3,98690	,72791	75,5446	78,5221	67,00	88,00
عامل	30	74,4333	5,46262	,99733	72,3936	76,4731	65,00	85,00
Total	120	75,5750	4,89153	,44653	74,6908	76,4592	63,00	88,00

تظهر البيانات الوصفية للدرجة الكلية أن متوسط الدرجة لدى المدمنين بلغ 75.83 بإنحراف معياري 5.36، ومتوسط البطال 75.00 بإنحراف معياري 4.44، ومتوسط الجامعيين 77.03 بإنحراف معياري 3.99، ومتوسط العاملين 74.43 بإنحراف معياري 5.46. ويتراوح الحد الأدنى للدرجات بين 63 والحد الأقصى بين 88 عبر جميع الفئات، مع مجموع عينات 120 مشاركاً.

الجدول30: اختبار تجانس التباينات (اختبار ليفين) للدرجة الكلية

Test d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
الدرجةالكلية	Basé sur la moyenne	1,100	3	116	,352
	Basé sur la médiane	1,092	3	116	,355
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,092	3	111,395	,356
	Basé sur la moyenne tronquée	1,077	3	116	,362

اختبار تجانس التباينات باستخدام اختبار Levene للدرجة الكلية أظهر أن القيمة الإحصائية للمتوسط بلغت 1.100، بدرجات حرية 3 و116، وكانت قيمة الدلالة (.Sig) تساوي 0.352.

وكذلك النتائج المستندة إلى الميديان والميديان مع تعديل درجات الحرية والمتوسط المقتطع أكدت هذه النتيجة بقيم دلالة تتراوح بين 0.355 و0.362.

الجدول 31: اختبار كروسكال–واليس مع متوسط الرتب حسب الفئة البعد النفسي

Rangs

	الفئة	N	Rang moyen :
البعدالنفسي	مدمن	30	59,72
	بطال	30	51,47
	جامعي	30	74,03
	عامل	30	56,78
	Total	120	

عدد أفراد العينة في كل فئة 30 مبحوثًا، وتوزعت الرتب المتوسطة كما يلي: حصل الأفراد المنتمون لفئة الجامعيين على أعلى رتبة متوسطة بلغت **74.03**، يليهم المدمنون برتبة متوسطة قدرها **59.72**، ثم العمال الذين سجلوا **56.78**، وأخيرًا البطالون برتبة متوسطة قدرها **51.47.** وبلغ العدد الإجمالي للمبحوثين **120** .

الجدول 32: نتائج اختبار الفروق بين المجموعات للبعد النفسي اختبار كروسكال–واليس

Tests statistiques[a,b]

	البعدالنفسي
H de Kruskal-Wallis	7,044
ddl	3
Sig. asymptotique	,070

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : الفئة

أما من حيث نتائج اختبار كروسكال واليس، فقد بلغت قيمة إحصاء H 7.044 بدرجة حرية قدرها 3، وكانت القيمة الاحتمالية المقابلة 0.070 (Sig. asymptotique) ، وهي قيمة أعلى من مستوى الدلالة 0.05، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات الأربع في البعد النفسي وفقًا لهذا الاختبار.

الجدول 33: متوسط الرتب حسب الفئة للبعد الاجتماعي (كروسكال–واليس)

Rangs

	الفئة	N	Rang moyen :
البعدالاجتماعي	مدمن	30	64,92
	بطال	30	60,45
	جامعي	30	63,52
	عامل	30	53,12
	Total	120	

توزعت الرتب المتوسطة على الفئات الأربع كما يلي: حصل المدمنون على رتبة متوسطة بلغت 64.92، تلاهم البطالون برتبة متوسطة قدرها 60.45، ثم الجامعيون الذين سجلوا 63.52، وأخيرًا العمال برتبة متوسطة 53.12 بلغ حجم العينة الإجمالي 120.

الجدول 34: نتائج اختبار كروسكال واليس لمقارنة الفروق في البعد الاجتماعي حسب الفئة

Tests statistiques[a,b]

	البعدالاجتماعي
H de Kruskal-Wallis	2,090
ddl	3
Sig. asymptotique	,554

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : الفئة

بالنسبة لنتائج اختبار كروسكال واليس، فقد بلغ إحصاء H قيمة 2.090 مع درجات حرية تساوي 3، وكانت القيمة الاحتمالية 0.554 (Sig. asymptotique) ، وهي أعلى من مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات الأربع في البعد الاجتماعي.

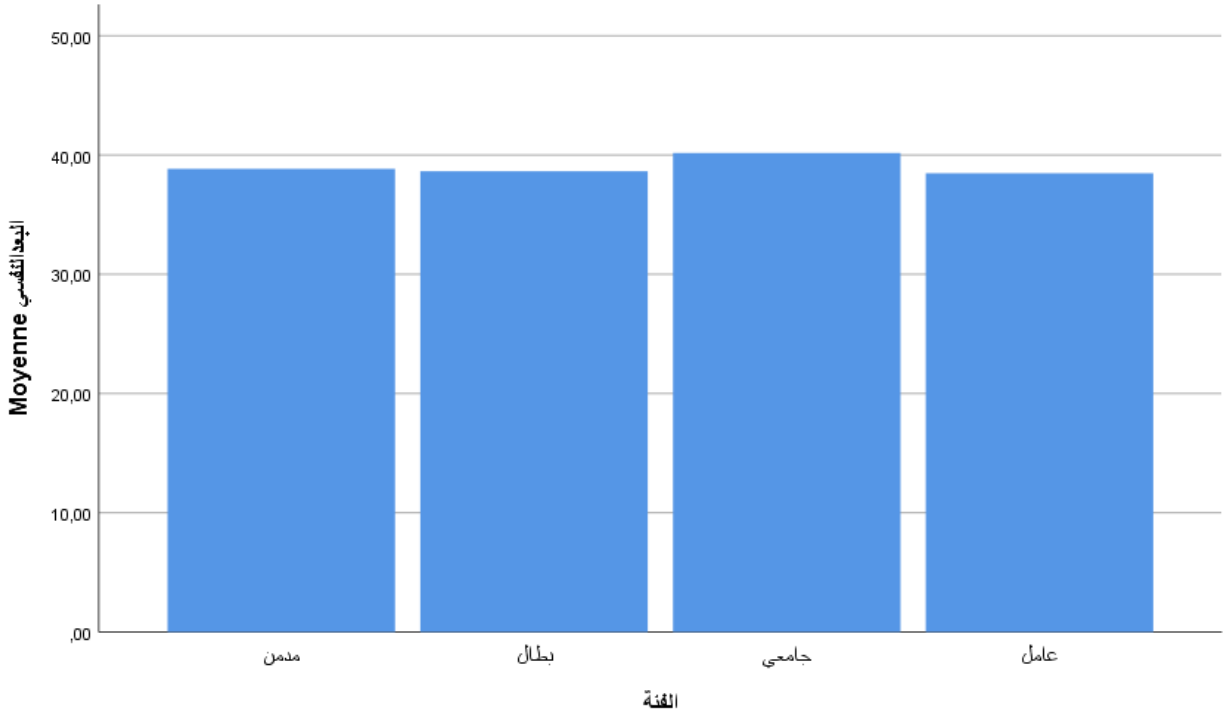
الجدول 35: المتوسطات والانحرافات المعيارية للبعد النفسي حسب الفئة

Rapport

البعدالنفسي

الفئة	Moyenne	N	Ecart type
مدمن	38,8333	30	2,75535
بطال	38,6333	30	2,12511
جامعي	40,1667	30	2,16689
عامل	38,4667	30	3,11540
Total	39,0250	120	2,62970

متوسط درجات البعد النفسي للفئات المختلفة كان كالتالي: لدى المدمنين بلغ 38.83 بانحراف معياري 2.76، وللبطال 38.63 بانحراف معياري 2.13، وللجامعيين 40.17 بانحراف معياري 2.17، وللعاملين 38.47 بانحراف معياري 3.12. بلغ المتوسط العام لجميع العينة 39.03 مع انحراف معياري 2.63، وذلك على عينة مكونة من 120 مشاركاً موزعين بالتساوي بين الفئات.



شكل رقم (06): متوسط درجات البعد النفسي للفئات المختلفة

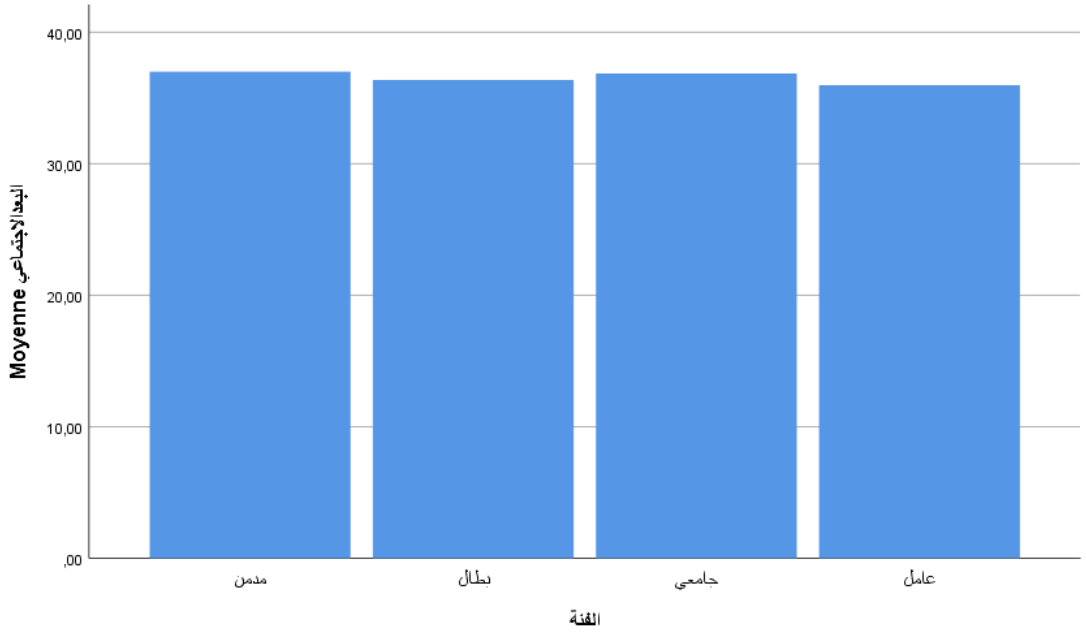
الجدول 36: المتوسطات والانحرافات المعيارية للبعد الاجتماعي حسب الفئة

Rapport

البعدالاجتماعي

الفئة	Moyenne	N	Ecart type
مدمن	37,0000	30	3,59118
بطال	36,3667	30	2,82212
جامعي	36,8667	30	2,27025
عامل	35,9667	30	2,79758
Total	36,5500	120	2,90132

تظهر النتائج أن فئة المدمنين سجلت أعلى متوسط للبُعد الاجتماعي بقيمة 37.00، مع انحراف معياري مقداره 3.59، مما يشير إلى تنوع نسبي في درجات أفراد هذه الفئة. تليها فئة الجامعيين التي حصلت على متوسط مقداره 36.87 وانحراف معياري 2.27، وهذا يعكس تجانسًا أكبر بين أفراد هذه المجموعة مقارنة بفئة المدمنين. أما فئة البطال فبلغ متوسط درجاتها 36.37 مع انحراف معياري 2.82، في حين سجلت فئة العاملين أقل متوسط وهو 35.97 مع انحراف معياري 2.80، مما يشير إلى درجة تقارب في القيم ضمن هذه الفئة، متوسط البُعد الاجتماعي 36.55 مع انحراف معياري 2.90.



شكل رقم (07): متوسط درجات البعد الاجتماعي للفئات المختلفة

❖ **مناقشة نتائج الدراسة:**

فيما يلي عرض لأهم نتائج الدراسة الميدانية، التي تم التوصل إليها بعد تطبيق الاستبيان على عينة مكونة من (120) شابًا تتراوح أعمارهم بين (20 إلى 29) سنة. وقد تناول التحليل الإحصائي أبعاد الدراسة الثلاثة :**البعد النفسي، البعد الاجتماعي، والدرجة الكلية**، إلى جانب فحص الفروق حسب المتغيرات الديموغرافية.

1. النتائج العامة للأبعاد السيكوسوسيولوجية:

- بلغ المتوسط الحسابي للبعد النفسي (39.03) بانحراف معياري (2.63)، ما يشير إلى مستوى مرتفع نسبيًا من الضغوط والانفعالات النفسية بين أفراد العينة.
- أما البعد الاجتماعي فقد بلغ متوسطه (36.55) بانحراف معياري (2.90)، مما يعكس إدراكًا متوسطًا للضغوط والعوامل الاجتماعية المرتبطة بسلوك الإدمان.
- وقد بلغت الدرجة الكلية للمقياس (75.58) بانحراف معياري (4.89)، ما يدل على تأثير تراكمي لكلا البعدين على السلوك الإدماني لدى الشباب.

2. نتائج الفروق حسب الجنس باستخدام اختبار(Mann–Whitney):

- لم تُسجّل فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في أي من الأبعاد الثلاثة، حيث كانت قيم الدلالة:
  - البعد النفسي(Sig = 0.155).
  - البعد الاجتماعي(Sig = 0.751).
  - الدرجة الكلية(Sig = 0.254).

مما يُشير إلى أن الجنس لا يؤثر بشكل دال على المتغيرات المدروسة.

3. نتائج الفروق حسب المستوى التعليمي باستخدام اختبار(Kruskal-Wallis)

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع الأبعاد تبعًا لاختلاف المستوى التعليمي، حيث بلغت قيم الدلالة:

- البعد النفسي (Sig = 0.285).
- البعد الاجتماعي (Sig = 0.350).
- الدرجة الكلية (Sig = 0.388).

4.نتائج الفروق حسب الحالة العائلية:

- لم تسجل الدراسة فروقًا دالة بين الفئات المختلفة (أعزب، متزوج...) في أي من أبعاد الدراسة.

النتائج حسب الفئة:

في البعد النفسي :الجامعيون سجلوا أعلى متوسط (40.17) يليهم المدمنون (38.83)، ثم البطالون(38.63) وأخيرًا العمال (38.46).

في البعد الاجتماعي:المدمنون سجلوا أعلى متوسط (37.00) يليهم الجامعيون (36.87) ثم البطالون (36.37) وأخيرًا العمال (35.97).

في الدرجة الكلية:

الجامعيون سجلوا أعلى متوسط (77.03)، يليهم المدمنون (75.83) ثم البطالون (75.00) وأخيرًا العمال (74.43).

6. تحليل العلاقة بين السن وأبعاد الدراسة:

تم استخدام معامل ارتباط Spearman لتحليل العلاقة بين السن وكل من البعد النفسي، البعد الاجتماعي، والدرجة الكلية. وأظهرت النتائج وجود علاقات عكسية دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01) حيث كانت معاملات الارتباط سالبة.

❖ **تفسير الفروق حسب المتغيرات الديموغرافية:**

أسفر التحليل الإحصائي عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد العينة على أبعاد الدراسة الثلاثة (النفسي، الاجتماعي، والدرجة الكلية) تبعًا لمتغيرات الجنس، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، حيث تجاوزت جميع قيم الدلالة الاحتمالية (Sig) عتبة الدلالة المعتمدة (0.05) وتُشير هذه النتيجة إلى أن التأثير السيكوسوسيولوجي للعوامل المرتبطة بالإدمان يتجاوز الخصائص

الديموغرافية التقليدية، ممتدًا بشكل شبه متكافئ إلى مختلف فئات الشباب، وهو ما يعكس طابعًا بنيويًا عامًا للمخاطر النفسية والاجتماعية المؤدية للسلوك الإدماني.

ويُرجَّح أن يُعزى هذا التجانس في الاستجابات إلى الخصائص المشتركة التي تطبع الفئة العمرية المدروسة (20–29 سنة)، بما في ذلك التقلب الانفعالي، مشاعر عدم الاستقرار، الضغط الاقتصادي، وضعف فرص الإدماج المهني والاجتماعي، ما يجعل الشباب عُرضة لذات العوامل الضاغطة بصرف النظر عن متغيراتهم الديموغرافية.

وتتقاطع هذه النتيجة مع ما أوردته **دراسة زروقي (2019)** التي رصدت تقارب نسب تعاطي المخدرات بين الذكور والإناث في البيئات الحضرية، وهو ما يعزز فرضية تقلّص الفجوة الجندرية في السلوك المنحرف.
ويمكن تفسير ذلك من منظور **نظرية الوصم الاجتماعي(Becker, 1963)** ، التي ترى أن المجتمع قد يفرض تصنيفات سلبية على الأفراد تُفضي إلى الانخراط في أدوار منحرفة، بغض النظر عن الجنس، خاصةً في البيئات الهشة اجتماعيًا.

وبالانتقال إلى متغير السن، فقد كشفت النتائج عن وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية (عند مستوى 0.01) بين العمر وكل من الأبعاد الثلاثة، حيث انخفضت درجات الاستجابة كلما ارتفع السن.
وعلى الرغم من دلالة هذه العلاقة، إلا أن قوتها تراوحت بين الضعيفة والمعتدلة، مما يشير إلى أن تقدم السن يحدّ تدريجيًا من قابلية الشباب لتأثرهم بالعوامل السيكوسوسيولوجية المؤدية للإدمان.
ويُعزَّز هذا الاتجاه بما تنبأت به **نظرية التحليل النفسي(Freud)** ، التي ترى أن مرحلة بداية الرشد تُعد أكثر عُرضة للتوترات النفسية غير المعالَجة، مما يزيد احتمالية استخدام المخدر كآلية دفاع لاواعية للهروب من الإحباط.

ومن جانب آخر، أظهرت **الفروقات الوصفية** داخل بعض الفئات تباينات لافتة في المتوسطات، رغم غياب الدلالة الإحصائية.
فقد سجّل **الجامعيون** أعلى متوسط في البُعد النفسي والدرجة الكلية، مما قد يُفسر بارتفاع مستوى الوعي الذاتي والقدرة على التعبير عن المشكلات النفسية، في حين سجّلت **فئة المدمنين** أعلى متوسط في البُعد الاجتماعي، ما يعكس إدراكًا أكبر للضغوط المجتمعية التي يواجهونها كالوصم، والعزلة، والتهميش.
أما **العمال**، فقد جاءت متوسطاتهم الأدنى، مما قد يشير إلى محدودية تمثلهم للمفاهيم النفسية

والاجتماعية، أو ميلهم إلى كبت أو عدم إدراك المشكلات بشكل مفهومي.
وعلى الرغم من أن هذه الفروقات لم ترقَ إلى مستوى الدلالة الإحصائية، إلا أنها تكتسب **قيمة تفسيرية** وتطرح فرضيات واعدة للبحوث النوعية المستقبلية التي قد تتبنى مقاربات أكثر عمقًا في تحليل هذا التباين الظاهري.

❖ **مناقشة الفرضيات:**

في ضوء النتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية، والدراسات السابقة و النظريات يمكن مناقشة الفرضيات على النحو الآتي:

أولًا: مناقشة الفرضية الأولى

نص الفرضية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل النفسية وانتشار إدمان المخدرات لدى الشباب.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المتوسط الحسابي للبعد النفسي بلغ 39.03 بانحراف معياري 2.63، وهو ما يعكس مستوى مرتفعًا من الضغوط والانفعالات النفسية لدى أفراد العينة. هذا الارتفاع يُشير إلى وجود قلق، شعور بالفراغ، اندفاعية أو هشاشة نفسية ضمن فئة الشباب، مما يفتح المجال لتفسير قابلية هذه الفئة للسقوط في سلوك الإدمان من منطلق سيكولوجي بحت. كما أن الفروق بين الفئات أظهرت أن الجامعيين سجلوا أعلى متوسط في هذا البُعد، يليهم المدمنون ثم البطالون، فيما جاءت فئة العمال في أدنى مستوى. ويمكن اعتبار هذا التباين انعكاسًا لاختلاف درجة الوعي بالمشكلات النفسية، أو قدرة التعبير عنها، لا سيما أن الاستجابات المرتفعة لدى المدمنين تُعبّر عن علاقة ممكنة بين الاضطراب النفسي وسلوك الإدمان.

من جهة أخرى، لم تُظهر النتائج فروقًا دالة حسب الجنس، مما يعني أن المعاناة النفسية تنتشر بدرجة متقاربة بين الذكور والإناث. كذلك، العلاقة العكسية بين السن والبعد النفسي تعني أن الفئة الأصغر سنًا داخل العينة هي الأكثر عرضة للتأثر بالضغوط النفسية، وربما الأقل قدرة على التكيف معها، ما يرفع احتمالية اللجوء إلى التعاطي كوسيلة للهروب من هذا الضغط الداخلي.

تتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة بوهلال (2016) التي بيّنت أن الإدمان يُمثل رد فعل نفسي دفاعي ضد المعاناة الداخلية، خصوصًا في غياب الدعم الاجتماعي أو البدائل الصحية. كما أكدت دراسة سارة عبد الفتاح (2023) أن العوامل الذاتية (مثل القلق، الوحدة، حب المغامرة) كانت وراء أكثر من 89% من حالات التعاطي بين الطلبة، مما يُظهر بوضوح وزن العوامل النفسية في تفسير هذا السلوك.

ويعزز هذا الطرح ما ورد في النظريات النفسية فوفقًا لنظرية التحليل النفسي لسيغموند فرويد، يُعد الإدمان تعبيرًا عن صراعات لاشعورية لم يتم حلّها، وغالبًا ما ترتبط بنقائص في مراحل النمو الأولى، خاصة تلك المرتبطة بحرمان أو إحباط عاطفي، حيث يتحول المخدر إلى وسيلة رمزية للهروب من التوتر والقلق؛ في المقابل تفسر النظرية السلوكية الإدمان كسلوك مكتسب يتم تعزيزه إما من خلال اللَذة (تعزيز إيجابي) أو من خلال تخفيف الألم والقلق (تعزيز سلبي)، ما يجعل السلوك الإدماني أكثر احتمالًا للتكرار لدى من يفتقر إلى استراتيجيات بديلة للتعامل مع الضغوط. أما النظرية المعرفية، فتؤكد أن المدمنين يحملون أنماطًا من التفكير السلبي مثل "أنا لا أتحمل الضغط" أو "المخدر هو طريقتي الوحيدة للهروب"، ما يجعلهم عرضة لتبني هذا السلوك عند أول موقف صادم أو شعور بالفشل.

بناءً على ما سبق، تتلقى الفرضية الأولى دعمًا متكاملًا من المعطيات الإحصائية، ومن النتائج الميدانية، ومن الأدبيات العلمية المعتمدة، مما يُبرز بشكل واضح أن العوامل النفسية تشكّل مدخلًا أساسًا في تفسير السلوك الإدماني لدى الشباب في البيئة المحلية المدروسة.

ثانيًا: مناقشة الفرضية الثانية

نص الفرضية: تسهم العوامل الاجتماعية، وخصوصًا ضغط الأقران، التفكك الأسري، وأساليب التنشئة الخاطئة، بشكل كبير في انجراف الشباب نحو تعاطي المخدرات.

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي بلغ 36.55 بانحراف معياري 2.90، وهو ما يدل على وجود درجة معتبرة من إدراك المبحوثين للعوامل الاجتماعية المحيطة كسياق مؤثر في ظهور سلوك الإدمان. ارتفاع هذا المتوسط يعني أن أفراد العينة يدركون حجم الضغط الاجتماعي الذي يعيشونه، سواء في الأسرة، أو في المدرسة، أو ضمن جماعات الأقران. وقد سجل المدمنون أعلى متوسط على هذا البعد بـ 37.00، ما يعكس اعترافًا مباشرًا بتأثير البيئة الاجتماعية المحيطة على اختياراتهم وسلوكهم. أما

الفروق بين الفئات، فكانت محدودة لكنها واضحة من حيث اتجاه الاستجابات، مما يُشير إلى أن بعض الفئات، كالعاطلين أو المدمنين، أكثر عرضة لمؤثرات البيئة الاجتماعية الهشة.

غياب الفروق الإحصائية حسب الجنس(Sig = 0.751) ، أو حسب المستوى التعليمي، أو الحالة العائلية، يُعزز فرضية أن الضغوط الاجتماعية لا تميز بين المبحوثين وفق هذه المتغيرات، بل تطالهم جميعًا بدرجات متقاربة. كما أظهرت النتائج وجود علاقة سالبة بين السن والبعد الاجتماعي، مما يعني أن الفئات الأصغر سنًا أكثر وعيًا، أو أكثر هشاشة، أمام تأثيرات البيئة الاجتماعية.

هذه النتائج تلتقي مع ما ورد في دراسة بوداري وبوعزة (2019)، التي أثبتت أن غياب الحوار داخل الأسرة والتفكك العائلي يسهم في تشكيل بيئة محفزة للتعاطي. كما تدعمها دراسة بلعيد وذيب (2021)، التي ركزت على العوامل الاجتماعية مثل البطالة، الفقر، وتدهور الأحياء السكنية كمحركات مباشرة نحو الانحراف. كذلك، كشفت دراسة العنزي (2019) أن رفقاء السوء يُعدّون من أبرز المؤثرين الاجتماعيين في سلوك الإدمان، خاصة في الأوساط الجامعية.

أما من حيث التناول النظري فتتوافق هذه النتائج مع ما تنص عليه نظرية التعلم الاجتماعي لـBandura، التي ترى أن الأفراد يتعلمون السلوك من خلال التقليد والنمذجة، خاصة عندما تكون بيئتهم مليئة بنماذج منحرفة أو ضاغطة. كما تتفق مع نظرية الوصم الاجتماعي لـ Becker ، التي تؤكد أن تصنيف المجتمع للفرد على أنه منحرف (مثل وصفه بالمدمن) قد يدفعه إلى تبني هذا الدور والانخراط فيه بشكل فعلي. وتدعم هذه النتائج أيضًا نظرية الانحراف الاجتماعي لـ Merton ، التي ترى أن غياب الوسائل المشروعة لتحقيق الأهداف المجتمعية يدفع الشباب للجوء إلى بدائل منحرفة مثل المخدرات. وأخيرًا، تُبرز نظرية البيئة الاجتماعية لـ Cloward & Ohlin كيف أن هشاشة البنى الأسرية والتربوية تفتح المجال أمام انتشار هذا السلوك بين الشباب.

من خلال هذا التفاعل بين المعطيات الميدانية والنظريات والدراسات، تتلقى الفرضية الثانية دعمًا قويًا، وتؤكد أن العوامل الاجتماعية، وعلى رأسها الأسرة والمحيط القريب، تشكل جزءًا جوهريًا في تفسير الميل الإدماني لدى الشباب.

ثالثًا: مناقشة الفرضية الثالثة

نص الفرضية: يشكل غياب التوجيه الأسري عاملًا محفزًا لتوجه الشباب نحو الإدمان.

رغم أن غياب التوجيه الأسري لم يُقَس في الاستبيان كمحور مستقل، فإن عدّة بنود ضمن البعد الاجتماعي تُشير إلى هذا المعطى بشكل غير مباشر، مثل التفكك الأسري، ضعف المتابعة، وغياب الرقابة، وسجلت فئة المدمنين أعلى متوسط على هذا البعد، ما يعكس مستوى إدراكهم لتأثير غياب الحماية الأسرية؛ هذا التمركز يدعم إمكانية أن يكون غياب التوجيه داخل الأسرة عنصرًا ممهّدًا للانخراط في سلوكيات غير سوية.

عدم وجود فروق إحصائية حسب الجنس أو الحالة العائلية أو المستوى الدراسي، يوحي بأن هذا الأثر لا يتعلق بوضع اجتماعي محدد، بل يُعزى إلى خلل في بنية الأسرة نفسها. كما أن العلاقة السالبة بين السن والبعد الاجتماعي، كما ورد في التحليلات، تؤكد أن الشباب الأصغر سنًا أكثر هشاشة في مواجهة هذا الغياب التربوي.

نتائج هذه الدراسة تتقاطع مع ما ورد في دراسة يونس وموساوي (2021)، التي أشارت إلى أن غياب الرقابة الأسرية يُعد من العوامل المباشرة لتعاطي المخدرات لدى الطلبة. كما بينت دراسة جلاوي (2021) أن الانشغال الدائم للوالدين، والقدوة السيئة داخل الأسرة، يؤدي إلى ضعف الحماية النفسية والاجتماعية، ما يجعل الشباب أكثر عرضة للتجريب والانحراف.

هذه المعطيات يمكن فهمها من خلال نظرية التعلم الاجتماعي، إذ أن غياب النموذج الأسري الإيجابي يترك فراغًا يُملأ بنماذج سلبية من الأصدقاء أو المحيط العام؛ أما نظرية الوصم الاجتماعي، فتُشير إلى أن الشباب الذين لا يتلقون دعما أو توجيها من الأسرة، ويُواجهون بالمواقف السلبية، قد يتبنون تدريجيًا أدوارًا سلوكية منحرفة. ونظرًا لأن غياب التوجيه الأسري غالبًا ما يتقاطع مع غياب فرص الاندماج، فإن نظرية البيئة الاجتماعية تؤكد أن مثل هذه الأوضاع تخلق فراغًا بنيويًا يُستغل من قِبل ثقافة الانحراف.

وعليه، رغم أن الفرضية لم تُقَس بمؤشر مباشر، فإن المعطيات الرقمية، والدراسات الميدانية، والنظريات الاجتماعية المتوفرة، كلها تُعزز فكرة أن غياب التوجيه الأسري يُمثل محفزًا قويًا نحو سلوك الإدمان.

رابعا: مناقشة الفرضية العامة

نص الفرضية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل السيكوسوسيولوجية (النفسية والاجتماعية) وانتشار إدمان المخدرات بين الشباب، حيث تسهم اضطرابات نفسية، إلى جانب عوامل اجتماعية مثل التفكك الأسري وضغط الأقران، في زيادة احتمالية تعاطي المخدرات.

أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية للمقياس بلغت 75.58 بانحراف معياري 4.89، مما يشير إلى وجود تأثير تراكمي ومزدوج لكل من العوامل النفسية والاجتماعية على السلوك الإدماني. وتبيّن من خلال غياب الفروق حسب الجنس، أو التعليم، أو الحالة العائلية، أن هذا التأثير يمتد بشكل متقارب بين مختلف الفئات داخل العينة. أما من حيث الفئة، فقد سجل الجامعيون أعلى درجة كلية، ما يعكس وعيًا أوسع بالمؤثرات النفسية والاجتماعية، في حين سجلت فئة العمال أدنى الدرجات، وهو ما قد يُفسر بضعف التمثلات النفسية أو التعبير الاجتماعي عن الضغوط.

هذه النتائج تؤكد أن الإدمان لا يمكن تفسيره بعامل واحد منعزل، بل هو ظاهرة مركبة تُنتج عن التقاء المعاناة النفسية بغياب التوازن الاجتماعي. وهو ما بيّنته بوضوح دراسة عبد الفتاح (2023)، التي أظهرت أن العوامل الذاتية والاجتماعية تفسر معًا ما يزيد عن 89% من حالات التعاطي، ودراسة بوهلال (2016) التي دعت إلى فهم الإدمان بوصفه انعكاسًا داخليًا لمشكلات لم تُعالج في بيئتها المناسبة.

هذا التفاعل يُفهم من خلال النظريات النفسية التي شرحت كيف يهرب الفرد من الألم الداخلي، ومن خلال النظريات الاجتماعية التي أظهرت كيف تسهم البيئة المحيطة في تشكيل هذا السلوك. كما أنَ اعتماد **المقاربة الإيكولوجية** يدعم هذا الفهم الشامل، حيث ترى أن الفرد يتأثر بكل مستوى من مستويات بيئته، من الأسرة والمدرسة إلى المجتمع والسياسات العامة، مما يجعل سلوك الإدمان نتاجًا لتفاعل معقّد بين مختلف النُظم المؤثرة.

وبالتالي، تُظهر الفرضية العامة انسجامًا واضحًا مع المعطيات الميدانية والنظرية، مما يؤكد أهمية التعامل مع ظاهرة الإدمان من خلال مقاربة مزدوجة تدمج بين البعد النفسي والاجتماعي لفهم السلوك وتوجيه التدخلات بشكل متكامل.

خلاصة الفصل:

أكدت نتائج هذا الفصل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل النفسية والاجتماعية وسلوك الإدمان لدى الشباب؛ أظهرت البيانات أن المتوسطات العامة للبعد النفسي والاجتماعي مرتفعة نسبيًا، مما يشير إلى إدراك قوي لدى المبحوثين لتأثير هذه المتغيرات في سلوكهم الإدماني. كما لم تُسجل فروق دالة إحصائيًا حسب الجنس أو الحالة العائلية أو المستوى التعليمي، مما يدل على أن تأثير هذه العوامل لا يقتصر على فئة ديموغرافية معينة.

عند مناقشة الفرضية الأولى، ظهر أن الضغوط النفسية مثل القلق، الاكتئاب، والانفعالات غير المضبوطة ترتبط بارتفاع درجات الاستجابة، ما يُشير إلى مساهمة واضحة للبعد النفسي في التوجه نحو الإدمان. أما الفرضية الثانية، فقد أظهرت أن العوامل الاجتماعية، لا سيما التفكك الأسري، ضغط الأقران، وغياب التوجيه، تُعد من العوامل الدافعة نحو السلوك الإدماني. الفرضية الثالثة، رغم أنها لم تقُم على مقياس مستقل، إلا أن تحليل الاستجابات المرتبطة بالبُعد الاجتماعي دعم وجود علاقة غير مباشرة بين غياب التوجيه الأسري وسلوك التعاطي.

أما الفرضية العامة، فقد أثبتت وجود تأثير تراكمي للعوامل النفسية والاجتماعية، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسات سابقة ميدانية، ومع ما جاء في الإطار النظري حيث تتقاطع هذه النتائج مع مجموعة من النظريات النفسية والاجتماعية، أبرزها: نظرية التحليل النفسي، النظرية المعرفية، النظرية السلوكية، نظرية التعلم الاجتماعي، ونظرية الانحراف الاجتماعي.

خاتمة

خاتمة:

تُعد ظاهرة إدمان المخدرات من الإشكاليات النفسية والاجتماعية المعقدة التي تشغل بال الباحثين والممارسين الميدانيين على حد سواء، نظرًا لما لها من تداعيات خطيرة على الفرد والأسرة والمجتمع.
ومن هذا المنطلق، سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن العوامل السيكوسوسيولوجية التي تُسهم في تعاطي الشباب للمخدرات، وذلك من خلال الجمع بين التحليل النظري والدراسة الميدانية لعينة من الشباب الجزائري.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة وثيقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وسلوك الإدمان، حيث برزت الاضطرابات الانفعالية، ضعف التقدير الذاتي، والتفكك الأسري، وضغط الأقران كعناصر رئيسية تفسّر الانجراف نحو التعاطي؛ كما بيّنت نتائج الفروق أن هذه العوامل لا تميّز بين جنس أو مستوى تعليمي أو حالة اجتماعية معينة، مما يؤكد طابعها العابر للفئات، ويدعو إلى اعتماد استراتيجيات تدخل شاملة.

وارتبطت هذه النتائج مع ما جاء في السياقات النظرية والدراسات السابقة، التي أكدت أن السلوك الإدماني ليس مجرد انحراف فردي، بل هو نتاج لتفاعل معقد بين الذات والمجتمع، وهو ما يجعل المقاربة السيكوسوسيولوجية من أنسب المقاربات لفهم الظاهرة والتعامل معها.

وإذا كانت هذه الدراسة قد وفّرت قاعدة علمية لفهم بعض جوانب ظاهرة الإدمان لدى الشباب، فإنها في ذات الوقت تفتح المجال أمام دراسات مستقبلية قد تستثمر في تعميق الفهم عبر توسيع العينة، أو اعتماد منهجيات نوعية تكشف عن أبعاد أخرى للتجربة الإدمانية؛ و تُبرز أهمية ربط البحث الأكاديمي بالتدخل الميداني، من خلال شراكة فعّالة بين الجامعة، ومؤسسات الصحة النفسية، وهيئات المجتمع المدني.

وفي الأخير، تبقى ظاهرة الإدمان قضية مفتوحة، تحتاج إلى تضافر الجهود بين مختلف الفاعلين: الباحث، الأخصائي، المربي، وصانع القرار، لصياغة حلول واقعية وشاملة تُسهم في حماية طاقات الشباب واستثمارها بما يخدم الفرد والمجتمع.

التوصيات:

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية، وفي ضوء التحليل السيكوسوسيولوجي لظاهرة الإدمان لدى الشباب، تُقترح التوصيات الآتية، وفق منطق تدرجي يبدأ بالتدخل النفسي المبكر، ويمر عبر الأسرة والمجتمع، وينتهي بتمكين البحث العلمي وتفعيل الشراكة المؤسساتية:

1. تعزيز الدعم النفسي المبكر للشباب عبر تفعيل خلايا الاستماع والإرشاد النفسي داخل المؤسسات التربوية والجامعية، بهدف الكشف عن الاضطرابات النفسية البسيطة والتعامل معها قبل تطورها إلى سلوكيات إدمانية.
2. تقوية الدور التربوي والوقائي للأسرة، من خلال تنظيم دورات تكوينية موجهة للأولياء، تهدف إلى تحسين أساليب التواصل داخل الأسرة، وتطوير مهارات الكشف المبكر عن مؤشرات السلوك المنحرف أو التعاطي المحتمل.
3. تصميم برامج تدخل وقائية تستند إلى الخصوصيات الاجتماعية والنفسية لمختلف الفئات الشبابية، مثل: العاطلين عن العمل، الطلبة، والعمال، وذلك لضمان فعالية التدخلات ومطابقتها لواقع كل شريحة.
4. إعادة هيكلة الحملات التوعوية حول مخاطر المخدرات لتكون تفاعلية ومتكاملة، بحيث لا تقتصر على التحذير القانوني، بل تشمل أيضًا التوعية بالأبعاد النفسية والاجتماعية للإدمان، وآثاره على الهوية والاندماج المجتمعي.
5. إدماج المقاربة السيكوسوسيولوجية في العلاج داخل المراكز المختصة، من خلال الجمع بين الدعم النفسي الفردي، والعلاج الأسري، والتأطير الجماعي، بما يضمن تغطية الأبعاد العميقة والمحيطة بالسلوك الإدماني.
6. تشجيع الدراسات الميدانية التكميلية التي تستهدف زوايا جديدة من الظاهرة، مثل: التأثيرات الثقافية والاقتصادية، أو الفروقات الجندرية والمجالية في أنماط التعاطي، ما يُسهم في تعميق الفهم متعدد الأبعاد للسلوك الإدماني.
7. بناء شراكات فعالة بين الجامعة والمجتمع المدني، من خلال تمويل مشاريع بحثية وتطبيقية تُترجم نتائج الدراسات الأكاديمية إلى برامج وقائية وتدخلات ميدانية ذات أثر واقعي ومستدام.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولًا: المراجع باللَغة العربية

1. أبو الخير، عبد الكريم قاسم. (2008). *معركة الإدمان* .عمّان: دار وائل للنشر والتوزيع.

2. أبو داهش، ع. م. ب. (1998). معجم *مصطلحات البحث العلمي: مدخل إلى كتابة البحث وتحقيق المخطوطات* .الرياض: مكتبة العبيكان.

3. أبو زيد، محمد. (1994). *الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهروين* . مجلة النفس، جامعة عين شمس.

4. أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2008). *العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية* .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

5. إبراهيم، عبد الستار. (1999). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث وأساليبه وميادين تطبيقه* . القاهرة: دار الفجر.

6. إبراهيم، عبد الستار. (2008). *عين العقل: كيف نساعد المريض النفسي على الشفاء بدون أدوية؟* . القاهرة: دار العالم العربي.

7. أمزيان، وناس. (2006). *تصحيح استراتيجية العلاج النفسي للإدمان* .الجزائر: الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.

8. الباز، راشد بن صعد. (1999). *الأداء المهني لمدمن المخدرات وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية* . الرياض: مركز البحوث.

9. البداينية، ذياب موسى. (2012). *المخدرات: المفهوم، الأنواع، الأسباب، الوقاية والعلاج* .عمّان: دار وائل للنشر.

10. البريثن، عبد الله عبد العزيز. (2002). *إدمان المخدرات: مفهومه، أسبابه، طرق علاجه* .الرياض: دار الزهراء.

11.الرفاعي، محمد. (2010). *أسس التنشئة الاجتماعية* .القاهرة: دار الفكر العربي.

12. بربيه، إيرل. (2010). *منهجية البحث في العلوم الاجتماعية* (ترجمة: دهينة عبد القادر). بيروت: دار النهضة العربية.

13. بلبريك، محمد. (2016). *المخدرات: أنواعها، توزيعها الجغرافي، طرق تهريبها، أسباب تعاطيها ودور البحوث في مكافحتها* .الجزائر: دار الخلدونية.

14. بوهلال، محمد. (2016). *سيكولوجية الإدمان* .الجزائر: منشورات جامعة الجزائر.

15. جميلة، بلال جاسم محمد. (2024). *مخاطر إدمان المخدرات لدى الشباب ودور الخدمة الاجتماعية في الحد منها: دراسة ميدانية بمدينة الرياض* .مجلة الخدمة الاجتماعية المعاصرة.

16. جناح، محمد أبو رجب. (2000). *آفة العصر المخدرات: الأسباب، الأعراض، الوقاية، العلاج* . القاهرة: دار الطلائع.

17.الصكار، سعيد. (2016). *مناهج البحث الاجتماعي والنفسي* .الإسكندرية: دار الوفاء.

18.عبد الحميد، محمد. (2000). *منهج البحث في العلوم الاجتماعية* .القاهرة: دار الفجر.

19. عبد العزيز، محمد الحسن. (2001). *أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية لدى مدمني الهيروين* .رسالة دكتوراه غير منشورة، السودان.

20. غانم، محمد حسن. (2002). *العلاج النفسي الجمعي* .الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

21. فايد، حسين. (2001). *سيكولوجية الإدمان* .القاهرة: مؤسسة طيبة.

22. فايد، حسين. (2007). *علم النفس المرضي* .القاهرة: مؤسسة طيبة.

23. عيسى، ياسر، و موساوي، أحمد سعيد. (2021). *أسباب ودوافع الشباب الجزائري لتناول المخدرات من وجهة نظر طلبة الجامعة* .جامعة زيان عاشور بالجلفة.

24. محمد، بلال، و ذيب، محمود. (2021). *الإدمان على المخدرات في المجتمع المحلي: العوامل والحلول* .مجلة دراسات ميدانية.

25. شهري، يزيد بن محمد بن حسن. (2010). *بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات* .جامعة نايف العربية.

26. نحال، بشير وليد. (2023). *ظاهرة تعاطي المخدرات في الوسط الجامعي: طلبة ذكور بجامعة وهران نموذجًا* .مجلة علم النفس الجامعي.

27. نصار، سعيد. (2012).*علم نفس المراهقة والشباب* .عمّان: دار المسيرة.

ثانيا:المراجع باللّغة الأجنبية

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.

2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Washington, DC: Author.

3. Arnaud, N., Wartberg, L., Simon-Kutscher, K., & Thomasius, R. (2023). Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(2), 451–465. https://doi.org/10.1007/s00787-023-02173-0

4. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence.*

5. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press. https://books.google.com/books/about/Cognitive_Therapy_of_Substance_Abuse.html?id=xAGrcxo96oEC

6. Bergeret, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique: Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Dunod.

https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/personnalite-normale-et-pathologique-structures-mentales-caractere-0

7. Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (2001). The psychological etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs.*

8. Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications. https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/research-design/book270550

9. Foster, H., Stevenson, J., & Akram, A. (2023). Prevalence and psychiatric correlates of illicit substance use in UK university students. *Brain Sciences, 13*(2), 360. https://doi.org/10.3390/brainsci13020360

10. Tuyteleers, R., & Ponnet, K. (2022). Substance use among Belgian higher education students before and during the first wave of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(7), 4348. https://doi.org/10.3390/ijerph19074348

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01)

استبيان تقدير أهمية الأسباب النفسية والاجتماعية الادمان المخدرات

الجنس/..... **السن/.....**

المستوى الدراسي/..... **الوظيفة/.....**

الحالة العائلية/.....

التعليمات:

يحتوى هذا الاستبيان على مجموعة من العبارات التي تعدد ترتيب أهمية العوامل المسببة لإدمان المخدرات، تأكد أن جميع البيانات والإجابات سريه تماما ولن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي؛ أقرأها جيدا وأعط كل بند تقدير أهمية من وجهة نظرك من خلال وضع علامة (x)

- **اقرأ العبارات جميعها مرة واحدة ثم اشرع في تقدير أهمية كل عبارة.**
- **تأكد من أنك وضعت درجة أهمية واحدة فقط أمام كل عبارة.**
- **ليس هناك تقدير صحيح أو خاطئ وإنما عبر عن وجهة نظرك أنت.**
- **برجاء تحرى الدقة والأمانة في التقدير.**
- **تأكد من تقدير أهمية جميع العبارات ولا تترك بندا بدون تقدير.**

وشكرا على حسن تعاونكم

م	البند	مهم جدا	مهم إلى حد ما	متوسط الأهمية	ضعيف الأهمية	غير مهم
1	التخلص من القلق والاكتئاب					
2	الهروب من الإحباطات والمشاكل					
3	عدم تحمل المسؤولية					
4	الرغبة في التجريب والتعرف على آثار المخدر					
5	المساعدة في زيادة المتعة والاستثارة الجنسية					
6	الافتقاد إلى مهارات حل المشكلات					
7	ضعف القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية					
8	الافتقاد إلى الشعور بالأمن والحب					
9	الاعتقاد بفوائد تعاطي المخدرات					
10	ضعف الوازع الديني					
11	وجود تاريخ عائلي للتعامل مع المخدرات					
12	التفكك الأسرى أو ضعف الرعاية					
13	تقليد رفقاء السوء المدمنين					
14	أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة					
15	عدم تكافؤ الفرص لجميع الأفراد في المجتمع					
16	الحصول على المخدر بسهولة					
17	السفر إلى الخارج وحرية التجريب					
18	قلة توافر بيئة تشيع احتياجات الأفراد (الملاعب المنتزهات – النوادي.... الخ					
19	الظروف الاقتصادية السيئة					
20	التناول الإعلامي الخاطئ المشاهد الإدمان					

البعد الأول	البعد الثاني

مفتاح التصحيح:

الأبعاد وعبارات الاستبيان:

1. **البعد النفسي:**

يتمثل في العبارات التالية:

(1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10).

2. **البعد الاجتماعي:**

يتمثل في العبارات التالية:

(11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20).

طريقة الإجابة على الاستبيان:

يُطلب من المبحوث اختيار أحد الخيارات التالية لكل عبارة وفقًا لمقياس "ليكرت الخماسي"، و يكون التصحيح كالآتي:

5 = مهم جداً

4 = مهم إلى حد ما

3 = متوسط الأهمية

2 = غير مهم

1 = غير مهم تماماً

ملحق رقم (02)

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

جامعة ابن خلدون – تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 27/12/2020 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) ..ياحي خيرة..

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 2109611122 والصادرة بتاريخ : 2022/10/13

المسجّل(ة) بكلية : العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم : علم النفس

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

العوامل السيكوسوسيولوجية المساهمة في ادمان المخدرات لدى الشباب دراسة ميدانية

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

مصادقة البلدية

رئيس المجلس الشعبي البلدي
مياسي عبد القادر

التاريخ 24 ديسمبر 2022

إمضاء المعني