

ظاهرة إدمان المخدرات في الوسط الشبابي - "دراسة ميدانية على عينة من المراهقين

بمدينة سطيف في ضوء مستواهم الاقتصادي الاجتماعي"

The phenomenon of drug addiction among the youth

A field study on a sample of adolescents in the city of Setif in the light of their socio-economic level

سمية حربوش^{1*}، عثمان لمين²¹ كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة سطيف 2 - .² مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي بجامعة باتنة 1 - الحاج لخضر - .

ملخص: بهدف الإجابة على التساؤل الرئيسي الذي مؤداه: ما هي مظاهر تعاطي المخدرات لدى المراهقين في ضوء مستوياتهم الاقتصادية الاجتماعية؟. تم القيام بهذه الدراسة الميدانية بغرض الكشف عن ظاهرة إدمان المخدرات في الوسط الشبابي في ضوء مستوياتهم الاقتصادية الاجتماعية، بالاعتماد على المنهج الوصفي، وعينة قوامها 947 فرد (264 ذكر، 683 أنثى)، تم انتقاؤهم بطريقة قصدية؛ تراوحت أعمارهم بين 18 و 21 سنة، مع الاستعانة باستمارة استبيان بغية الإجابة عن مشكلة البحث. توصلت الدراسة في نتائجها العامة إلى أن المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتدني يزيد من تعاطي المخدرات وهذا بنسبة 91%، عند متوسط العمر 15 سنة، بالمقابل في المستوى المتوسط والمرتفع أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة تعاطي المخدرات بين هاتين الفئتين تتراوح ما بين 84% إلى 90%، أما عن متوسط العمر الخاص بهما كان ما بين 14.83 سنة إلى 15.5 سنة.

الكلمات المفتاحية: مخدرات؛ مراقبة؛ مستوى اقتصادي واجتماعي.

Abstract:

This study aims to answer the following question: What is the manifestations of drug use among adolescents in the light of their socio-economic levels?. This field study was carried out with the aim of detecting the phenomenon of drug addiction in the youth community in the light of their socio-economic levels, based on the descriptive approach, and a sample of 947 individuals (264 males and 683 females), They were chosen intentionally; they ranged in age from 18 to 21 years, using a questionnaire in order to answer the problem of research. The study found in its general finding that the low socio-economic level increases drug use by 91%, at the average age of 15 years, as opposed to the average and high level, the results of the study indicated that the rate of drug use between these two groups ranges from 84% to 90%, while the average special age was between 14.83 years and 15.5 years.

Keywords: Drugs; adolescence; economic and social level.

*soumia Harbouche, e-mail: psy_harbouche@yahoo.com

1- مقدمة

إن ظاهرة تعاطي المخدرات سلكت منعرجاً خطيراً في السنوات الأخيرة، حيث أصبحت الهاجس الوحيد والأهم الذي شغل اهتمام جميع الشباب بما فيهم المراهقين وحتى الأطفال ، جراء الطنين الذي اكتسحته في جميع أرجاء العالم ، حتى أصبحت التوعية القاصرة سبباً في توليد الفضول للتعرف عليها وتعاطيها. وبهذا لم يقتصر تعاطي المخدرات على فئة عمرية معينة بل مست جميع الفئات العمرية دون استثناء، مما جعل هذا التعاطي مشكلة حقيقية خست جميع المجتمعات من خلال تهديم كيانها الاجتماعي الصحي، الاقتصادي وحتى الثقافي. وتُعرّف منظمة الصحة العالمية المخدرات على أنها " كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية تحتوى عناصر منومة أو مسكنة أو مفترّة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان مسببة الضرر النفسي أو الجسماني للفرد و المجتمع " (WHO,2013)

إن المخدرات آفة خطيرة قاتلة بدأ تنتشر في الآونة الأخيرة في كافة المجتمعات بشكل لم يسبق له مثيل،حتى أصبحت خطراً يهدد هذه المجتمعات وينذر بالانهيار لما خلفتهم مشاكل صحية ، اجتماعية ونفسية تواجه العالم أجمع، فطبقاً لتقديرات المؤسسات الصحية العالمية يوجد حوالي 800 مليون من الأشخاص يتعاطون هذه السموم القاتلة، كما وأشار تقرير الأمم المتحدة عام 2012 إلى أن 230 مليون شخص أي نحو 5% من الأفراد البالغين ما بين 15 إلى 64 عاماً تعاطوا المخدرات على الأقل مرة واحدة عام 2010. ويبلغ عدد المدمنين على الكوكايين والهيروين حوالي 27 مليون شخص أي نحو 0.6% من سكان العالم البالغين. بينما يوجد ما بين 119 مليون و224 مليون مدمن على الحشيش في أنحاء العالم (تقرير الأمم المتحدة، 2012)، وتوصلت أبحاث أخرى أجريت في أوروبا عام 2003 على المراهقين سنهم 16 سنة أن 33% من بلجيكا و 38% من فرنسا و 41% من سويسرا أقرّوا أنّهم استخدموا المخدرات على الأقل مرّة أو مرتين في حياتهم في مقابل 16% من سويسرا، 15% من فرنسا و 11% من بلجيكا استخدموا المخدرات أكثر من 20 مرّة في حياتهم. (Bantuelle&Demeulemeester , 2008, p 39). وتُظهر البيانات الجديدة وجود 14 مليون شخص ممن تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 سنة يتناولون المخدرات حقناً، كما وقُدّر عدد الوفيات المرتبطة بتناول المخدرات بـ 211000 حالة وفاة. وقد حدثت معظم هذه الوفيات في صفوف الشباب من متناولي المخدرات، وهي وفيات كان من الممكن جداً تفاديها. وظلت شبائهم الأفيون تتصدّر الفئات من المواد المبلّغ عن اقترانها بالوفيات المتصلة بتناول المخدرات.(مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2013، ص 1-2) ، كما وتشير البيانات المتاحة المحدودة لدى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلى أنّ تناول شبائهم الأفيون (شبائهم الأفيون الموصوفة طبياً والهيروين والأفيون) قد ازداد في آسيا وأفريقيا منذ عام 2009. ومن جهة أخرى، ظل تناول المواد الأفيونية (الهيروين والأفيون) مستقرّاً نحو 16,5 مليون شخص، أي ما يعادل 4 % من الأفراد المتراوحة أعمارهم بين 15 و 64 عاماً،(مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات و الجريمة، 2013، ص 3).

على العموم، هناك عدّة أسباب تؤدي بالشباب إلى تجريب المخدرات وتعاطيها ، وقد قام كورتى (Curtet بتقسيم الأسباب على حسب ميزة وصفة مستخدمي المخدرات حيث وصف :

للإستخدام البسيط للمخدرات، وقد أرجع أسبابه إلى :

- الفضول

- ضغط الأقران
 - الرغبة في تبني السلوكيات الخطرة
 - المتعة
 - الصداقة
 - التكامل الثقافي
 - للإدمان على المخدرات، الذي أرجعه إلى:
 - الصعوبات العلائقية: كعدم القدرة على إثبات الذات، على القدرة على التكيف الاجتماعي والنفسي ، الفشل المتكرر، ...
 - الصعوبات الاجتماعية : والتي تتدخل بها الأسرة بالدرجة الأولى (Curtet, 2001)
- وتعاطي المخدرات أو بالأحرى استخدامها اجتاحت جميع الأماكن وجميع الأفراد وجميع المستويات الاجتماعية منها والثقافية والاقتصادية والتعليمية وغيرها.، حيث تشير معظم الدراسات أن التعاطي يمس الفئة الشابة النامية بظروف خاصة تكون الدافع والحافز لهذا التعاطي، وقد أجمعت الإحصائيات المقدمة من طرف الديوان الوطني لمكافحة المخدرات أنه تم خلال السداسي الأول من سنة 2021 وضمن نشاطات انتداب وعلاج المدمنين تسجيل حوالي 2832 حالة لشباب تتراوح أعمارهم ما بين 16-25 سنة أي بنسبة قدرت بـ41.65%. (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، 2021، ص01)
- ولكن فضلا عما سبق ذكره فقد طال هذا التعاطي أهم مراجع التربية والتكفل وحتى الوقاية منه وهي المؤسسات التربوية، وقد فسّر ذلك بالفشل الدراسي الذي يوصل الشاب والتلميذ إلى حالة نفسية متدنية يلجا من خلالها للإدمان، ولكن على عكس ذلك أوضحت آخر الدراسات أن استهلاك المخدرات لا يمكن اعتبارها سبب للتقهقر الدراسي وإنما أثر مصاحب لعدم الرضا القوية للتلاميذ اتجاه المدرسة. - (Good man ,1990 pp 1403-1408) وبهذا أضحت المؤسسات التربوية حاليا من مسببات تعاطي المخدرات.
- إن من آخر الدراسات التي اهتمت بواقع التعاطي داخل المؤسسات التربوية ركزت على خصائص الشاب من جهة وعلى العلاقة الوالدية من جهة أخرى (متعب الرشيد، 2000، ص61)، ومن هذه الدراسات دراسة كندية استندت عليها وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية الفرنسية في تبنيها لخطط إيجابية من اجل مكافحة تعاطي المخدرات داخل المؤسسة التربوية .
- وقد أوضحت الدراسة ما يلي:
- أكثر من نصف الشباب (15-16 سنة) تعاطوا الكحول على الأقل مرة.
 - قريب من 3/1 الشباب (15-16 سنة) تعاطوا المخدرات لخمس مرات أو أكثر
 - نسبة معقولة من الشباب يستهلكون مواد ذهانية في المدرسة أو خلال ممارسة النشاطات الرياضية.
 - هؤلاء الشباب المتدربين يبرزون سلوكيات منحرفة ومضادة للمجتمع وأحيانا منذ الطفولة (قبل التعاطي)
 - أغلب الشباب يظهرون صعوبات اجتماعية مرتبطة بالتعاطي وأقرب من ثلثهم لديهم مشكلات في الصحة العقلية تصاحب استهلاك المضادات الذهانية.
- كما توصلت هذه الدراسة إلى توضيح المظهر العلائقي بين هؤلاء الشباب بعائلاتهم، فتوصلت إلى:

- الشباب الذين يستهلكون المضادات الذهانية بشكل مفرط هم من عائلات أين السلوك والمراقبة والإشراف يكون ضعيفا.

- نمط أبوي جد متسامح أو جد متسلط في الطفولة مرتبط جدا بتعاطي المخدرات في المراهقة
- خلل في العلاقة العاطفية المفروضة وجودها بين الوالد والطفل يمكن أن تدفع للتعاطي مستقبلا ولاحقا.
وبالعكس علاقة ايجابية وتواصل مفتوح بين الوالدين والشباب تؤكد حماية هؤلاء من التعاطي.

(Delaveau, 2006)

إن برامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المؤسسات التربوية تسعى إلى البحث والمحافظة التامة على صحة الشباب، هذا المفهوم الذي تعدى تعريفه غياب المرض وإنما شمل الرغبة في الحياة والتقدير المعقول للذات اللذان يمكنان الفرد من تحقيق توازن فيزيائي وعقلي جيدين.

تحدد Line BEAUCHESME عام 1997 أربعة مراحل للوقاية من تعاطي المخدرات داخل المدارس، هي

كالتالي:

- يجب أن تتخوف المدارس على سمعتها وتشجع على ترك المخدرات، فتضع برنامج الكشف والتبليغ
- آليات التحكم وذلك بإيصال الشباب لفكرة لا للمخدرات.

- مساعدة الشباب على التحكم بالذات والرأي من خلال التحدث عن القانون، نوع المخدرات، المشاكل المرتبطة بها... وغيرها من المواضيع التي تساعد في إعطاء الشباب صورة واضحة عن المخدرات وإمكانية الوقاية أو التخلص منها مع الوقاية المباشرة من التعاطي. (Beauchsme ,1997 pp 23-24)

عموما؛ تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات التي تؤثر على الفرد على أصعدة شتى ، لما يترتب عليها من آثار صحية واجتماعية واقتصادية ونفسية سيئة ، حيث أنها تؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الهضمي تلف في الكبد التهاب في المخ وتحطم وتآكل مالىين الخلايا العصبية التي تكوّن المخ مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة واضطراب في القلب، وارتفاع في ضغط الدم ، وانفجار الشرايين. ويؤثر تعاطي المخدرات أيضا على النشاط الجنسي، حيث يقلل من القدرة الجنسية وينقص من إفرازات الغدد الجنسية. كما وأن المخدرات هي السبب الرئيسي في الإصابة بأشد الأمراض خطيرة مثل السرطان.(خالد المهدي ،2013 ص 77). أما على الصعيد الاجتماعي فهو يؤدي إلى الانعزالية وعدم المشاركة الوجدانية للمتعاطي لكونه غير قادر على ممارسة حياته بشكل طبيعي ومشاركة الآخرين في تقرير المصير وعدم القدرة على الابتكار والإنتاج، فضلا على التفكك الأسري والنفور من المجتمع والمحيطين به.(خالد المهدي ،2013 ص 99)

بالإضافة إلى ذلك فإن تعاطي المخدرات يؤثر بدرجة قوية على الجانب النفسي الانفعالي وكذا المعرفي، فهو يؤدي إلى مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية ،ففي محاولة مصطفى سويف (2001) لخص أهم أنواع الاضطرابات والمشكلات المترتبة على تعاطي المواد المخدرة ،أمكن حصر 26 اضطرابا صحياً بندياً و35 اضطرابا نفسياً. بالإضافة إلى 55 اضطرابا اجتماعيا. وورد ضمن اضطرابات الصحة النفسية حالات الخلط الذهني ، والتفكير الاضطهادي، التهور العقلي، والنوبات الذهانية الحادة، الاكتئاب، والهلاوس، اضطرابات النوم والنوبات الشبيهة بالصرع. (عبد الحميد رجيعه،2009) .كما وتوصلت مايسة النيال عام 1998 أن المتعاطي يتميز بمتغيرات وجدانية سالبة مثل نقص دافعية التغير، الشعور باليأس، الشعور بالعجز، المزاج الاكتئابي، الاتجاه المؤيد

للتعاطي وللعقاقير، الضعف، السلبية، الميول الانتحارية، القلق، عدم الثبات الانفعالي، الاندفاعية، الاغتراب، نقص التدعيم، الشعور بالألم، مفهوم الذات السالب، والإحباط، نقص الدافعية للإنجاز، سوء التوافق و العدائية، الشعور بالذنب، الشعور بالوحدة، وتقلبات المزاج.(عبد الحميد رجيلة،2009).

إن مشكلة المخدرات واحدة من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه العالم كله وهناك كثير من الدلائل المتعددة التي تكشف عن مدى خطورة هذه المشكلة، حيث أنها لا تهدد مجتمع واحد فحسب وإنما تهدد كل المجتمعات سواء المتقدمة أو النامية. وقد أكدت الإحصاءات أن هذه المشكلة تنتشر في مختلف الطبقات الاجتماعية ومختلف الأعمار وإن كان أكثر في مرحلة المراهقة و الشباب.

2- مشكلة الدراسة:

تلخصت مشكلة البحث في محاولة التقصي عن مظاهر سلوك تعاطي المخدرات لدى المراهقين وفقا لمستوياتهم الاقتصادي الاجتماعي؛ وبذلك نصيغ السؤال العلمي التالي:

✓ ما هي مظاهر تعاطي المخدرات لدى المراهقين في ضوء مستوياتهم الاقتصادية الاجتماعية ؟

3-أهداف البحث:

يسعى هذا البحث إلى تحديد مظاهر تعاطي المراهقين للمخدرات في ضوء محدد المستوى الاقتصادي الاجتماعي، لما له من دور وتأثير فعال في تحديد جميع مظاهر أنماط السلوكيات الصحية المختلفة؛ إن تحديد هذه المظاهر وفي ضوء المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمراهق سيساعدنا على التعرف على مجموعة من العوامل والمسببات الأساسية وراء هذا التعاطي وكذا العوامل المساهمة في تغيير تعديل سلوك التعاطي من أجل تحقيق الوقاية أو العلاج، ومن هنا سنساهم في:

- التعرف على مظاهر تعاطي المخدرات لدى المراهقين .
- التعرف على مدى تأثير المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمراهق في تحديد مظاهر التعاطي.
- ضمن دراسة إبيديميولوجية ، يتم حصر نسبة المتعاطين و كذا نسب محاولات الإقلاع.

4- أهمية البحث:

- يثري هذا الموضوع مجال البحث في جميع المجالات العلمية، و تفتح المجال أما الباحثين و الدارسين من أجل المزيد من الدراسات والبحوث في الموضوع (الصحة ومحدداتها بالمجتمع الجزائري والسلوكيات الصحية المُتَبَنَة الناجمة عنها)
- إثارة آفاق جديدة وإبراز أسئلة ومشكلات عديدة، تُتيح فرصا لحلها ومناقشتها من قِبل المختصين المهتمين بمواضيع عوامل الخطر الصحية الخاصة بالمراهقين.
- تُمكن نتائج البحث من إعطاء قراءة شاملة لمظاهر تعاطي المخدرات لدى المراهقين.
- الاستفادة من نتائج البحث من أجل تفعيل برامج الحملات الوقائية والتحسيسية.
- حصر مجموع العوامل المساهمة في تعاطي المراهقين للمخدرات وكذا العوامل المساعدة على الإقلاع عنها من أجل التحكم والسيطرة على الوضع الصحي الخاص بهم (أمراض، مشكلات صحية،...)، من خلال تقديم تدخلات وفق هذه المؤشرات.

5- تحديد المفاهيم:

1.5- المخدرات: المخدرات هي كل مادة طبيعية أو مستحضرة في المعامل ، من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة ، وهذا الفقدان الكلي أو الجزئي تكون درجته بحسب نوع المخدر وبحسب الكمية المتعاطاة كما يؤدي الاعتياد أو الإدمان عليها إلى إلحاق الضرر بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للفرد .

وتعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات كالتالي " هي كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية تحتوي عناصر منومة أو مسكنة أو مفرطة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان مسببة الضرر النفسي أو الجسmani للفرد و المجتمع " (WHO,2013) أما الأكاديمية الوطنية للطب فتعرفها على أنها: مادة طبيعية أين تأثيراتها النفسية والعقلية تُظهر إحساسات بالنشوة، تحرض على استعمالات متكررة تقود إلى استمرارية التأثير لغاية ظهور اضطرابات نفسية وعضوية (Delaveau.p, 2006)

2.5- المستوى الاقتصادي الاجتماعي: إن المستوى الاقتصادي لا يُقصد به كمية الثروات ، وإنما كيفية توزيعه بحيث يتمكن الأفراد من أخذ خطوات إيجابية اتجاه صحتهم وحياتهم ، فهناك علاقة قوية بين مستوى الصحة ودخل الفرد، فكلما زادت نسبة الفقر كلما ارتفعت نسبة الأمراض، وكلما زاد مستوى الدخل ارتفع مستوى الصحة وطول العمر حيث أنه يساعد على توفير بيئات معيشية أفضل وأكثر أمناً، كما يُمكن من الحصول على مستويات أعلى من التعليم، في المقابل انخفاض الدخل يعني ضعف القدرة على شراء أنواع الأغذية الصحية، وشراء أدوية لعلاج الأمراض .(مركز المعلومات الصحية لوزارة الصحة الفلسطينية، 2012) بتصرف

إن الحالة الصحية تتحسن في كل خطوة من التسلسل الهرمي لدخول المستوى الاجتماعي. فيحدد الدخل العالي الظروف المعيشية الجيدة مثلاً لمسكن الآمن و القدرة على شراء الطعام الجيد والكافي . وهذا ما دلّت عليه العديد من الدراسات الوبائية، أن الأفراد الأصحاء هم الذين يعيشون في مجتمعات مزدهرة يكون دخل الفرد فيها مرتفع، أما المجتمعات الأكثر فقراً وحرماناً يعاني أفرادها من تدني في مستويات الصحة لديها.

(agence de la santé publique du canada, 2013)

كما وأكّدت بحوث ودراسات أخرى أن الأفراد الذين يعيشون في ظروف إجتماعية وإقتصادية جيّدة ، يمتلكون القدرة على التحكم في حياتهم والمواقف النفسية والاجتماعية العصبية التي يمرون بها، في حين الأفراد ذوي المستوى الاجتماعي الإقتصادي المتدني لا يمتلكون مهارات تكيف من أجل التعامل مع زيادة الضغوط النفسية، مما يعرضهم إلى أمراض عديدة من خلال تأثر كل من الجهاز المناعي والهرموني لديهم.

عموماً هناك أدلة أكثر وأوضح بأن الوضع الاجتماعي والاقتصادي العالي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة الجيدة. وأن هذين العنصرين هما أهم محددات الصحة.

(agence de la santé publique du canada, 2013)

أمّا المستوى الاجتماعي للفرد فهو يعرف على أنه مزيج بين الغنى والمستوى التعليمي وأسلوب الحياة من جهة ، ومن جهة أخرى هو خليط بين عوامل عديدة تمثل الفرد كالعرق، الشخصية، الحظ (مصادر الضبط)...، حيث أن كل عامل من هذه العوامل وحده أو مرتبط مع غيره من العوامل يؤثر على صحة الفرد بطريقة إيجابية أو سلبية. حيث أشارت مجموعة من الدراسات أنه بالرغم من إختلاف محدد المستوى الاجتماعي (الغنى، التعليم، السلطة ، العمل،...) وإختلاف محدد الصحة المختار (طول العمر، معدل الامراض و الوفيات،...)، فنجد أن

الأشخاص الذين يمتلكون مستوى إجتماعي مرتفع هم بصحة جيّدة والإستثناءات نادرة وأحيانا عابرة، واستشهدت هذه الدراسات بأحداث قديمة من بينها تلك السنوات التي انتشرت فيها بكثرة أمراض القلب والشرابين (سنوات الثلاثينات من القرن الماضي)، والتي تمكّن في الأغنياء في تلك الفترة التحكم في المرض وبالتالي قلت نسبة الوفيات بينهم. (Who ; Commission on social determinants of health, 2009)

إذن فالمستوى الإجتماعي للشخص يؤثر على صحته بطرق عديدة من خلال أسلوب حياته (التغذية، إمكانية القيام بتمارين رياضية،...)، ومن خلال مستوى تعليمه (والذي يلعب دورا مهم في القدرة على فهم وإستيعاب عوامل الخطر المتعلقة بالصحة ، ويؤثر على موقف الشخص وقابليته لإتباع التعليمات الصحية و العلاجية،...)، وكذا من خلال عمله (والذي يمكن أن يؤثر على الصحة عندما يكون محفوف بالمخاطر أو مليء بالضغوطات)، وأيضا من خلال ظروف حياته الخاصة (طبيعة السكن ، عدد الأفراد المتواجدين في السكن الواحد، العادات ،...) ومن أجل ذلك لا يمكننا قياس المستوى الإجتماعي بصورة مباشرة و إنما يُشار إليه على الأقل من خلال بعض المحددات الأكثر شيوعا (الدخل، التعليم ، المهنة)، ومع ذلك يتنوع إختيار المحدد اللازم لأي دراسة على حسب المعلومات المتوفرة، أحيانا طبيعة المرض تتطلب محدد معين عن الآخر (دراسة الأمراض الرئوية المهنية تتطلب إستخدام نوع المهنة والترتيب المهني كمحدد رئيسي)، أما في التطبيقات العامة غير المتخصصة كل محدد أو مؤشر لديه فوائده و كذا حدوده، فمثلا المستوى التعليمي يعطي صورة واضحة عن درجة وعي الفرد وقدرته على محاكاة نماذج صحية سليمة ، وفعالية العمليات التحسيسية المشجعة على إكتساب مهارات و سلوكيات تقي الفرد من الوقوع في الأمراض. أما مستوى الدخل فيستخدم كمؤشر فعال لمعرفة أسلوب الحياة كالتغذية وظروف المعيشة(غير أنّ الدخل يجب أن يحدد بعدد الأشخاص المرتبطين به)، حيث أن تأثيره تظهر بطريقة نسبية أو مطلقة ، فالفقر يؤدي إلى نقص مصادر الحاجات الأساسية للحياة: السكن، التغذية، اللباس ، وكذلك يقلل من إمكانيات الحصول على خيارات تعزز الصحة ، ويعرض الأفراد لمحيط وبيئة ذات نوعية متدنّية يمكنها أن تخلق عوامل خطر لصحتهم. (Wilkinson & Marmot , 2003)

3.5- المراهقة: عُرِفَت المراهقة على أنّها: " المرحلة التي تتوسط مرحلة الطفولة والشباب، تبدأ عند البلوغ وتنتهي مع مرحلة الشباب، والمراهقون في هذه المرحلة يكافحون لكي يجدوا هويتهم الذاتية، ويصاحب ذلك بعض الغرابة في تصرفاتهم وخروجهم عن المألوف" (Barker , 1999)

ويقول معوض (1983)، أن المعنى اللغوي للمراهقة هو المقاربة، معناها أدركته و أرهقته تعني دانيتها، فراهق الشيء معناه قاربه، وراهق البلوغ معناه قارب سن البلوغ وأرهق الغلام أي معناه قارب الحلم ، وصبي مراهق معناه مُدان للحلم والحلم هو القدرة على إنجاب النسل" (عدنان عباس و زهرة جعفر ، 2013)

وتنظر منظمة الصحة العالمية للمراهقة على أنّها: " فترة نمو وتطوّر تمتد من مرحلة الطفولة إلى سن الرشد أي بين المرحلة العمرية 10 و 19 سنة ، وهي تمثل فترة إنتقالية حرجة في الحياة ، تتميز بنسبة عالية من النمو والتغيير" (OMS , sans date)

أمّا سيلامي Sillamy فيعرف المراهقة تعريفا شاملا يمس جميع مظاهر النمو في هذه الفترة، حيث يرى أنّها مرحلة من الحياة تقع بين الطفولة (التي لاتزال مستمرة) وبين الرشد، يتعلق الأمر بفترة تتميز بالتغيرات الجسمية والنفسية والتي تبدأ من 12 أو 13 سنة وتنتهي بين 18 و 20 سنة، علما أن هذه الحدود غير دقيقة لأن ظهور

ومدة مرحلة المراهقة يختلف حسب الجنس، العرق، العوامل الجغرافية، وكذا البيئة الاقتصادية والاجتماعية. (Sillamy , 2004)

6- الإجراءات المنهجية.

1.6- منهج الدراسة: يندرج البحث الحالي ضمن بحوث الدراسات المسحية، مستندا على الأسلوب أو المنهج الوصفي الذي يأتي معلماً أساسياً لهذا النوع من الدراسات، حيث يُستخدم هذا الأسلوب لدراسة ظاهرة معينة، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً والتعبير عنها كيفياً أو كمياً، إذ التعبير الكيفي يعطينا وصفاً للظاهرة موضحاً خصائصها، في حين يعطينا التعبير الكمي وصفاً رقمياً موضحاً مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى. (ذوقان عبيدات و عبد الرحمان عدس و كايد عبد الحق، دون سنة)

2.6- الأدوات المستعملة: يقيس الاستبيان المعد للدراسة الحالية، مظاهر السلوكيات الصحية المختلفة المنتشرة بين الشباب و المراهقين. و قد تمّ اقتباس هذا الاستبيان من Adolescent health and development questionnaire الذي هو من إعداد الباحثون Richard JESSOR , Frances. M COSTA & Mark .S TURBIN عام 2002 ، والذي طُبّق في عدّة دراسات تقيس مختلف السلوكيات الصحية للمراهقين. وبعد ترجمة الاستبيان الأصلي كاملاً تمّ اختيار محور الأسئلة التي تخدم الدراسة الحالية وهو محور "تعاطي المخدرات لدى المراهقين" والاستغناء عن الباقي.

في ما يتعلق بالخصائص السيكومترية للاستبيان، فاستناداً إلى طريقة الباحثين الأصليين في حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان Adolescent health and development questionnaire، تمّ حساب صدق الترجمة ومراجعة محتوى الاستبيان والقيام بالتعديلات اللازمة استناداً لملاحظات المحكمين، وحساب الثبات بمعامل α كرومباخ والذي بلغت قيمته 0.68 بعد رفع القيمة بمعامل سبيرمان.

3.6- عينة الدراسة: بلغ حجم عينة الدراسة 947 فرد (264 ذكور و 683 إناث)، تمّ انتقاؤها بطريقة قصدية؛ تراوحت أعمارهم بين 18 و 21 سنة، نُلخص خصائصهم في الجدول الآتي:

جدول (1) يوضح خصائص أفراد عينة البحث

العدد	النسبة	متوسط العمر	
683	72,12%	18,53	الذكور
264	27,87%	19,87	الإناث
414	43,71%	20,7	المستوى الجامعي
350	36,95%	17,63	المستوى الثانوي
183	19,32%	19,29	ترك التعلم

4.6- عرض النتائج و مناقشتها:

شكل (1) يوضح سلوك تعاطي المخدرات لدى عينة الدراسة

تناول المخدرات لمرة واحدة فقط، في حين نجد أن 8% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وكذا أن 8% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، و12,5% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع تناولوا المخدرات لأكثر من مرة.

وبخصوص متوسط عمر المراهقين عند تجربة تعاطي المخدرات لأول مرة فقد كان أزيد بقليل من 15 سنة بالنسبة للمراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض و15 سنة بالنسبة للمراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط و 14,8 بالنسبة للمراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع.

فيما يتعلق بأنواع المخدرات التي يتعاطاها المراهقين المستهلكين للمخدرات فنجد أن:

☞ حوالي 59% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وحوالي 90% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وكذا أن 96% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع يتناولون المنشطات أو مشروبات الطاقة أو الأمفيتامينات.

☞ 53% تقريبا من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وأزيد من 15% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وكذا ما يفوق 7% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع؛ يتعاطون الدهان أو الباتكس أو أي شيء يستنشق.

☞ 53% تقريبا من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وحوالي 67% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، و80% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع؛ يتعاطون الحبوب المهدئة أو المهلوسة.

☞ أزيد من 88% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وحوالي 95% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وكذا 91% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع؛ يتعاطون الحشيش

☞ لا يوجد أي مراهق من المستويات الاقتصادية الاجتماعية المختلفة يستهلك مادة الكوكايين.

☞ 5,45% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع فقط يستهلكون الهيروين.

وبخصوص محاولة الإقلاع عن تعاطي المخدرات فنجد أن: أزيد من 18% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وأكثر من 10% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وكذا 25,5% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع لم يحاولوا الإقلاع عن تعاطي المخدرات إطلاقا، وأن أزيد من 41% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وحوالي 18% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وكذا 5,5% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع حاولوا الإقلاع عن المخدرات لفترة، في حين نجد أكثر من 41% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، وحوالي 72% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وكذا 69% من المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع أقلعوا نهائيا عن تعاطي المخدرات.

5.6- الملخص بنتائج:

جدول (1) يوضح مظاهر السلوكيات الصحية لدى أفراد عينة البحث

مظاهر السلوكيات الصحية			السلوكيات الصحية
لدى المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع الاجتماعي	لدى المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط الاجتماعي	لدى المراهقين ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض الاجتماعي	
<p>☞ 12,5% يتعاطون المخدرات</p> <p>☞ متوسط العمر عند استهلاك المخدرات لأول مرة هو 14,83 سنة</p> <p>☞ 7% يستهلكون المنشطات ...،</p> <p>☞ 6% يستخدمون المواد المستنشقة</p> <p>☞ 80% يتناولون الحبوب المهدئة</p> <p>☞ 91% يتعاطون الحشيش</p> <p>☞ لا يتعاطون الكوكايين نهائيا</p> <p>☞ 5,5% يتعاطون الهيروين</p> <p>☞ 69% أقلعوا نهائيا عن تعاطي المخدرات</p>	<p>☞ 8% يتعاطون المخدرات</p> <p>☞ متوسط العمر عند استهلاك المخدرات لأول مرة هو 15,5 سنة</p> <p>☞ 15% يستهلكون المنشطات ...،</p> <p>☞ 13,5% يستخدمون المواد المستنشقة</p> <p>☞ 67% يتناولون الحبوب المهدئة</p> <p>☞ 95% يتعاطون الحشيش</p> <p>☞ لا يتعاطون الكوكايين نهائيا</p> <p>☞ 00% يتعاطون الهيروين</p> <p>☞ 72% أقلعوا نهائيا عن تعاطي المخدرات</p>	<p>☞ 8% يتعاطون المخدرات</p> <p>☞ متوسط العمر عند استهلاك المخدرات لأول مرة هو 15 سنة</p> <p>☞ 59% يستهلكون المنشطات ...،</p> <p>☞ 53% يستخدمون المواد المستنشقة</p> <p>☞ 53% يتناولون الحبوب المهدئة</p> <p>☞ 88% يتعاطون الحشيش</p> <p>☞ لا يتعاطون الكوكايين نهائيا</p> <p>☞ 00% يتعاطون الهيروين</p> <p>☞ 41% أقلعوا نهائيا عن تعاطي المخدرات</p>	<p>سلوك تعاطي المخدرات</p>

7- الخاتمة:

على العموم؛ ما يشير إلى انتشار تعاطي المخدرات بين المراهقين والشباب العديد من الدراسات والأبحاث فطبقا لتقديرات المؤسسات الصحية العالمية يوجد حوالي 800 مليون من الأشخاص يتعاطون هذه السموم القاتلة كما وأشار تقرير الأمم المتحدة عام 2012 إلى أن 230 مليون شخص أي نحو 5% من الأفراد البالغين ما بين 15 إلى 64 عاما تعاطوا المخدرات على الأقل مرة واحدة عام 2010. ويبلغ عدد المدمنين على الحشيش ما بين 119 مليون و 224 مليون مدمن في كافة أنحاء العالم (تقرير الأمم المتحدة، 2012)

وتوصلت أبحاث أخرى أجريت في أوروبا عام 2003 على المراهقين سنهم 16 سنة أن 33% من بلجيكا و38% من فرنسا و41% من سويسرا ، أقرروا أنهم استخدموا المخدرات على الأقل مرة أو مرتين في حياتهم في مقابل 16% من سويسرا، 15% من فرنسا و 11% من بلجيكا استخدموا المخدرات أكثر من 20 مرة في حياتهم. (Bantuelle&Demeulemeester , 2008 p 39)

من أجل ذلك ، كان ولابد من تطوير معرفتنا حول أساليب ونوعية حياة المراهقين، وكذا كل العوامل المتدخلة والمتحكمة بممارسة السلوكيات الصحية السيئة لديهم، والتي من شأنها أن تزيد من تدهور الحالة الصحية لشبابنا وكثرة انتشار الأمراض المختلفة وزيادة نسبة الوفيات. ويبقى الاعتماد الأكبر في هذا المجال على تطوّر برامج التربية الصحية والوعي الصحي وكذا كثرة الحملات الصحيّة والوقائيّة الرامية إلى تحسين أساليب حياة المراهقين ومساعدتهم على تبني السلوكيات الصحية الجيدة الناتجة عن ازدياد وعيهم وإدراكهم بضرورة تمتعهم بالصحة الجيدة.

- قائمة المراجع:

- 1- التقرير العلمي للأمم المتحدة حول تأثير المخدرات والجريمة والتنمية. <http://www.un.org/arabic/news> (زيارة الموقع 2015/06/25)
- 2- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2021). تقرير نشاطات مكافحة المخدرات والإدمان عليها: الحصيلة الإحصائية الثمانية للشهر الأولي من سنة 2021. https://onlctd.mjustice.dz/onlctd_ar/?p=manifestations (زيارة الموقع 2021/12/24)
- 3- خالد حمد المهدي (2013). المخدرات و آثارها النفسية و الإجتماعية و الإقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية: وحدة الدراسات و البحوث
- 4- عبد الحميد عبد العظيم رجيلة (2009). الآثار النفسية لتعاطي و إدمان المخدرات، في الندوة العلمية تحت عنوان: المخدرات و الأمن الإجتماعي: من 30 إلى 01 أبريل 2009. مركز الدراسات و البحوث: قسم الندوات و اللقاءات العلمية بجامعة السويس. جمهورية مصر العربية
- 5- مركز المعلومات الصحية لوزارة الصحة الفلسطينية (2012). المحددات الصحية. <http://www.moh.gov.ps> (زيارة الموقع 2015/02/24)
- 6- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات و الجريمة UNODC (2013). تقرير المخدرات العالمي.
- 7- Bantuelle.M&Demeulemeester. R (Janv 2008). **Comportement à risqué et santé : agir en milieu scolaire ; Programmes et stratégies efficaces.** France : INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
- 8- Barker .L.R (1999). **The social work dictionary.** Washington. DC. NASW press
- 9- Beauchsme,L (1997). Les programmes de prévention d'abus des drogues en milieu scolaire.**les cahiers de perspective jeunesse.** Vol 02 N°03 pp 23-26.
- 10- Delaveau,p (28novembre 2006).**communiqué portant sur définition du mot « drogue ».** académie nationale de médecine.
- 11- **definition and implication.** Br j.addict 85. N°11 pp (1403-1408).

- 12- Jessor.R ,Costa.F.M&Turbin .M.S (2002). **Adolescent health and Development questionnaire**. University of COLORADO : Institute of behavioral science
- 13- OMS (sans date) C. **Santé de l'adolescent**. <http://www.who.int/>(Consulter le 03/07/2015)
- 14- World health organization ; Commission on social determinants of health (2009). **Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health** .
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html(Consulter le 23/02/2015)
- 15- World health organization (2013). **Management of substance abuse** .
http://www.who.int/substance_abuse (Consulter le 25/06/2015)

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

سمية حربوش - عثمان لمين (2022) ظاهرة إدمان المخدرات في الوسط الشبابي "دراسة ميدانية على عينة من المراهقين بمدينة سطيف في ضوء مستواهم الاقتصادي الاجتماعي"، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، المجلد 15 (العدد 01)، الجزائر : جامعة زيان عاشور الجلفة، ص.ص 146-134