

جودة الحياة لدى مدمني المخدرات - دراسة عيادية لأربع حالات بمدينة تمنراست-

Quality of life to drug- addicts Clinical study of four cases in tamanrasset

نعيمة عزي صالح*، المركز الجامعي تمنراست، الجزائر.

N.AZZISALAH@cu-tamanrasset.dz

فاطمة صادقي فاطمة، المركز الجامعي تمنراست، الجزائر.

tnourcine@yahoo.fr

تاريخ التسليم: (2020/10/17)، تاريخ المراجعة: (2021/06/05)، تاريخ القبول: (2021/09/10)

Abstract :

ملخص :

Drug-addiction is a hideous and dangerous phenomenon has many effects and the big risk especially in individual quality of life. This clinical study aims to investigated the impact of drugs on quality of life, and reveal the level of this quality as the four drugs addicts specifically about early drug and poly drug; we used the clinical interview and whoqol bref questionnaire.

And the result of this study is like our hypothesis(Quality of life is not a high degree to this sample), but we cannot generalize this result in absolute terms due to the interference of several variables such as the difference in the cultural level, and in the social support level.

Keywords: Drug addict; Addiction; Quality of life; Poly drug; Early drug.

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة جودة الحياة عند مدمني المخدرات، هذا الإدمان الذي يجعل من حياة الفرد في خطر نظرا للآثار الضارة الناتجة عنه، خاصة في ظل تعداد المواد المستعملة والبدائية المبكرة، مستخدمة المنهج العيادي، بدراسة أربع حالات من المدمنين على المخدرات في منطقة تمنراست، وذلك من خلال المقابلة النصف موجهة واختبار جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية.

حيث توصلت هذه الدراسة إلى حقيقة أن الإدمان على المخدرات يجعل من جودة حياة الفرد غير جيدة خاصة في ظل تعداد المواد المستعملة والبدائية المبكرة، إلا أن هذه النتيجة لا نستطيع تعميمها بشكل مطلق بسبب تداخل عوامل أخرى. **الكلمات المفتاحية:** الإدمان، المدمن على المخدرات؛ جودة الحياة؛ البدائية المبكرة؛ تعداد المواد المستعملة.

مقدمة:

يعتبر موضوع الإدمان على المخدرات احدي المواضيع التي استقطبت اهتمام المجتمعات خلال الآونة الأخيرة وذلك موازاة مع شيوع ظواهر أخرى مثل: العنف، الانتحار، واختطاف الأطفال، وغيرهم. فالجرائد الصادرة والأخبار المذاعة في الجزائر لا تخلو من يوم لآخر عن أخبار المخدرات كاستعمال أو كمتاجرة، وهي ظاهرة مست كل فئات المجتمع علي شكل مؤثر ومناثر، حيث كشف الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها في الجزائر عن الحصيلة الإحصائية للسداسي الأول من سنة 2019 عن 5432 شخص مدمن في إطار العلاج فقط، من بينهم 1165متزوج و 3920 أعزب و347 حالة أخرى، 5011 ذكور، 421 إناث و 254 مدمن في سن أقل من 15 سنة، 1947 ما بين 16-25 و 2148 ما بين 26-35 و 1053 أكثر من 35 سنة، هذا العدد من المدمنين للسداسي الأول من سنة 2019 يحوي على 578 طالب و 1992 عامل و 2862 بدون عمل، وكان من بينهم كذلك 2035 من متعددي الإدمان (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، 2019، ص 14).

ولولاية تمنراست من بين الولايات الجزائرية التي تعاني هي كذلك من هذه الظاهرة، فهي ليست بمنأى عما يحدث وطنيا، حيث وصل عدد المدمنين في إطار العلاج فقط لسنة 2018 حسب إحصائيات مديرية الصحة والسكان لولاية تمنراست إلى 122 شخص، 32 متزوج و90 أعزب، 118 ذكر و4 من الإناث، أما بالنسبة للأعمار التي هي في وضعية علاج، فكانت 0 شخص بالنسبة للأشخاص أقل من 15 سنة و 19 شخص ما بين 16-25 سنة و60 شخص ما بين 26-35 سنة و43 شخص أكثر من 35 سنة. من بين هؤلاء المدمنين نجد 1 من الطلبة، 64 من العمال و57 بدون عمل، أما عن المادة المستهلكة، فنجد 23 شخص يستعمل القنب Cannabis، 55 شخص يستعمل الأدوية النفسية Psychotropes و44 شخص متعدد الإدمان - Polytoxicomanie (مديرية الصحة والسكان لولاية تمنراست، 2018).

كما قامت العديد من الدراسات بإظهار الآثار المختلفة للإدمان على المخدرات من الناحية الصحية، العقلية والنفسية الاجتماعية، حيث بينت الدلائل التشخيصية على مختلف العصور هذا (DSM, CIM)، وفي دراسة (لأمينة إبراهيم بدوي وممدوح فتوح سعادات 2016، فلسطين) حول الآثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب الجامعة للمواد المخدرة قاما بعد مختلف الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية، فمن الناحية الصحية يلاحظ تأثيرات عديدة على الجهاز العصبي (الإصابة في القوى العقلية والقدرات الفكرية)، الجهاز التنفسي (السرطان الشعبي)، الجهاز الدموي (تعقيدات على مستوى الكريات الدموية)، الجهاز الهضمي (سرطانات مختلفة)، الجهاز التناسلي (ضعف القدرة الجنسية عند الرجل والبرودة الجنسية عند المرأة)، اضطرابات على المستوى الحركي، الجهاز البولي وغيرهم) بدوي و سعادات، 2016، د. ص)، وهو ما توصلت إليه كذلك دراسة (أحميدة بن زيطة، 2017) حول المخدرات وتأثيرها على الفرد

والمجتمع، التي توصل من خلالها إلى أن الإدمان على المخدرات على اختلاف أنواعها تحدث تأثير كبير على الجهاز العصبي المركزي الأمر الذي ينتج عنه ضعف عام في أداء الوظائف العقلية والعضوية، كجفاف الفم والرغبة في النوم وانخفاض معدل التنفس، مما قد يؤدي إلى توقف الرئتين والموت فجأة، تضيق حدقتي العينين وبطء النبض وإحداث الغثيان، الإمساك، شلل مراكز التنفس، وانخفاض في الضغط وغيبوبة شديدة (بن زيطة، 2017، ص371)، بالإضافة إلى معاناة المدمن من الأمراض الخطيرة كالإصابة بالسرطانات، والوقوع في مرض فقدان المناعة المكتسبة (VIH).

هذا من الناحية الصحية أما من الناحية النفسية الاجتماعية، فالإدمان على المخدرات بكل أنواعها يؤدي إلى إصابة الفرد بعدة اختلالات نفسية سلوكية واجتماعية، حيث يؤكد (عبد الرحيم 1998 و فهمي 2001) أنه من أثار تعاطي وإدمان المخدرات، فقدان التعامل مع الآخرين، فقدان التعامل في المواقف الاجتماعية مع الأسرة والمجتمع، عدم تقدير وجهات نظر الآخرين، ضعف ارتباط الاتجاهات التي يتمسك بها المتعاطي مع اتجاهات المجتمع وغالبا ما تكون سلبية، عدم القدرة على التكيف مع المجتمع، التفكك الأسري لعدم قدرة المتعاطي على القيام بدوره الأسري، عدم المشاركة في المجاملات وحل المشكلات الأسرية (المشرف و الجوادي، 2011، ص 58).

فهم كذلك حسب (ليز و فرانز) "يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج فالبعض تخفف الضجر وأخرى تساعد على الاسترخاء، وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة" (صادقي، 2014، ص 193) كما أنهم يعانون أيضا من اضطراب الوجدان وما يصاحبه من مشاعر التوتر والقلق، الانطواء وعدم الرغبة في مقابلة الآخرين حتى أسرته، زيادة مشاعر التوتر العصبي، زيادة مشاعر الحيرة، فقدان الشعور بالأمان داخل أسرته وعمله حتى بين زملائه، الشعور بالخوف والدمار والضياع، الشعور بالاكنتاب الذي يصل به إلى الانتحار، مشاعر الحزن والكآبة والهم والضييق والألم (غباري، 2007، ص 53)، فيصبح المدمن على المخدرات غير عابئ بما يدور حوله وتسيطر عليه حالات الأمل والمبالاة وانعدام الصدق والأمانة وكثرة الكذب، عدم التوافق النفسي وما يترتب عن ذلك من مظاهر القلق والانطواء وشدة الخجل وسرعة الغضب والعناد والميول العدوانية وأحلام اليقظة والشعور باليأس (بن زيطة، 2017، ص392)، ويتميز "بضعف الانتماء للأسرة وعدم الشعور بالمسؤولية اتجاههم، التفكك الأسري، العزلة عن المجتمع وعدم المشاركة في المناسبات العائلية، سوء علاقة المتعاطي مع جيرانه وزملائه في العمل والدراسة" (الدليمي، 2010، ص66)، كما أن "خطورة الإصابة بمرض عقلي على مدى الحياة ترتفع بنسبة ما يعادل 4، 5 مرات عندما يكون الشخص من مستخدمي العقاقير" (Odier, 2014, p9).

إن هذا الطرح يجعلنا نعتقد بأن الإدمان على المخدرات، مهما تعددت أسبابه وخلفياته، عوامله، نتائجه هو خطر جسيم يؤثر على الفرد من كل النواحي، وعلى الأسرة والمجتمع، فهو عملة واحدة لوجهتين، فهو السبب وهو النتيجة في نفس الوقت، والفرد الذي يظهر استعداد جيني، بيولوجي، نفسي،

معرفي، وأرضية اجتماعية معززة يستطيع تطوير سلوك إدماني مؤكد، اعتقادا ووهما منه أن هذا هو الحل الأمثل والسحري لهذه المعيقات، وبعد مدة يصبح مدمن " يطور مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفيزيولوجية والتي تشير إلى أن الفرد يستمر في استهلاك المادة بالرغم من المشاكل الظاهرة والمرتبطة بهذا الإدمان (Crocq&Guelfi, 2015, p571)

فكل هذه الآثار وغيرها تصبغ حياة الفرد المدمن على المخدرات، وبهذا المعنى يصبح السلوك الإدماني سلوك خطراً لما يتمخض عنه من خطر يهدد المدمن والأفراد والمجتمع (بن سالم ، 2015، ص 187)، كما أن " آثار المواد المخدرة تكون أكثر وضوحاً وأكثر ضرراً عند الأفراد الذين هم في مرحلة النمو، حيث أنها تؤثر على جهاز عصبي بيولوجي هش، وتجعله في اضطرابات علائقية مع محيطه، لذلك فمن المنصوح به هو تخفيض استعمال المنشطات les psychodysleptiques قبل سن الرشد والحذر في الاستعمال قبل سن 16" (Reynaud, & al,2016, p 10)
وتوجد أيضاً نوعية أخرى من السلوكيات الخطرة في الإدمان وهي الإدمان المتعدد كإدمان الكحول والمخدرات معاً، أو إدمان المخدرات والمهدئات معاً الذي يضاعف من احتمال الموت بنسبة هائلة (بن سالم، 2015، ص 187).

إن كل تلك المعطيات تجعلنا ندرك بأن المدمنين على المخدرات يواجهون اختلالات صحية، نفسية، اجتماعية عديدة تؤثر على مستوى جودة حياتهم، لأن هذا المفهوم (جودة الحياة) هو من أكثر المفاهيم ارتباطاً بهذه المجالات حسب ما وضعته منظمة الصحة العالمية " المجالات الستة لجودة الحياة: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، مستوى الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، البيئة والوسط، الحياة الروحية، الدين والمعتقدات الخاصة (الزورق ، 2015، ص 54)، فهي حسب حبيب (2006) درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من الأبعاد النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية والتنسيق بينها، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز، وكل ذلك مع تبنى فلسفة التطوير والتحسين لمواجهة الأزمات واتخاذ القرارات المرتكزة على الحقائق والوقاية من الأخطاء قبل الوقوع فيها، وهي إطار الإدارة الجيدة لتنظيماته المعرفية والوجدانية والنفوس حركية، مع تبنى نظام معلوماتي حياتي مترابط شامل للمناعة النفسية وتحسين المهارات الأساسية لحل المشكلات (حبيب، 2006، ص 81)، كما يفسر كل من (كاميل وأندرو 1976 Campbel et Andrews) جودة الحياة على أساس الرضا في مجالات الحياة، حيث يرون بأن الرضا La Satisfaction هو المؤشر الهام والفعال لقياس جودة الحياة، فهي حسبها تتميز بروية معرفية، حكم الإنسان حول حياته، لذلك فالمؤشر الرئيسي هو الرضا أمام مختلف مجالات الحياة (Corten,1998 p12) وحسب (شيك 2005) فإن هناك دراسات عديدة توصلت إلى ارتباط عامل جودة الحياة بمتغيرات نفسية عديدة، فبعض الدراسات تناولت ارتباطه بكل من الضغوط الاقتصادية المدركة والسلوكيات الانحرافية مثل تعاطي المخدرات والإجرام لدى المراهقين الصينيين العاجزين والمقتدرين اقتصادياً، وأظهرت النتائج أن المراهقين الذين

يتمتعون بمستوى عال من جودة الحياة يعانون من معدلات ضعيفة من السلوكيات الانحرافية وأقل تأثيراً من الضغوطات الاقتصادية مقارنة بأقرانهم الذين يتمتعون بمستوى منخفض من جودة الحياة (حسن والمرزوي وآخرون، 2006، ص 290).

لذلك تم تحديد إشكالية البحث من خلال ما سبق في التساؤل التالي:

➤ هل تؤدي البداية المبكرة وتعداد المواد المستعملة عند مدمني المخدرات في مدينة تمارست إلى جودة حياة منخفضة؟

وانطلاقاً من هذا التساؤل صغنا الفرضية التالية:

➤ تؤدي البداية المبكرة وتعداد المواد المستعملة عند مدمني المخدرات في مدينة تمارست إلى جودة حياة منخفضة.

حيث كان هدفنا من خلال هذه الدراسة الوقوف على جودة حياة المدمنين على المخدرات في مدينة تمارست، والتحقق من أن الإدمان المبكر وتعداد المواد المستعملة من بين السلوكيات الخطر التي تزيد من انخفاض جودة حياة المدمن، وهذا لتسليط الضوء على مستويات الوقاية.

2. تحديد مفاهيم الدراسة

2.1 **المخدرات:** من التعريفات العلمية للمخدر انه "مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Norcoyic المشتقة من الإغريقية Norkosis التي تعني يخدر أو مخدراً" (الدمرداش، 1982، ص 10)، كما أنها تعني كل ما يشوش ويخدر العقل وقد ينام الفرد من جراء تعاطيه، وهي كل مادة مهبطة أو منشطة أو مهلوسة استعملت في غير غرضها وحجمها الصحيح دون مسؤولية أو رقابة طبية" (أبو جناح، 2000، ص 29).

2.2 **الإدمان على المخدرات** عرف الإدمان على المخدرات من قبل منظمة الصحة العالمية بأنه حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار بالفرد وبالمجتمع وينشأ ذلك عن الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو المصنع، ويتصف ذلك بنشوء حاجة أو رغبة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها لاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة لتجنب الآثار المزعجة المترتبة عن عدم توفره، كما يتصف ذلك بالميل نحو زيادة كمية الجرعة وبسبب ذلك حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار، وقد يدمن المتعاطي أكثر من مادة واحدة، كما إن أعراض الإدمان تختلف بصورة كبيرة من مادة إلى أخرى بسبب التأثير الفارماكوديناميكي للمادة (الزاد، 2009، ص 17). فالمدمن على المخدرات إذن هو ذلك الشخص الذي يظهر حالة إدمان، هو ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير و تعود عليه، أو على مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة والتي لا يستطيع الامتناع عنها وعن تعاطيها بل و يبحث عنها، وفي حالة عدم وجودها يعجز عن ممارسة حياته وعمله العاديين ويعيش في حالة نفسية سيئة ومضطربة (المهندي، 2013، ص 56).

3.2 جودة الحياة: ترى (نعيسة، 2012) أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ونسبي يختلف من فرد لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية وفقا للمعايير التي يعتمدها الفرد لتقويم الحياة ومطالبها والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرارات، والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية، والصحة النفسية والظروف الاقتصادية والمعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق لهم السعادة الحالية وتوقعهم المتفائل بالمستقبل (أبو يونس، 2013، ص 64)، وحسب (تيتمان وسميث وغرهام 1997 Titman, Smith, Garham) "فإن الأدبيات النفسية تشير إلى صعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة" (شاهر، 2008، ص 121)، و"من أحد أسباب اضطراب المصطلح يرجع إلى شيوع استعماله، لذلك اشتكى Boyle (2002) وزملاؤه مما سموه بزئبقية المصطلح، وعدم تحديده بسبب استعماله غير المحدودة من طرف الاخصائين والعامه على السواء، فهو يشير إلى تقييم الفرد لحياته مما يحيلنا إلى المعاني المقاربة عن الحرية والرفاهية Well being والسعادة والعيش الطيب أو الهناء وتحقيق الذات والصحة النفسية والجسدية والحياة الجيدة good life بما فيها من المتع والأهواء والطيبات (زعطوط، 2014، ص 20)، ولعل أبرز تعريف لهذا المفهوم والذي تعتمد عليه العديد من الدراسات هو مفهوم منظمة الصحة العالمية WHO (1997) التي ترى بأن جودة أو نوعية الحياة "على أنها إدراك الفرد لوضعيته في الحياة، في سياق الثقافة ونظام القيم الموجود في محيط عيشه (حياته)، وفي علاقته مع أهدافه، انتظاراته، معيارية أخلاقه، اهتماماته، فهو أمر يتعلق بمجال مفاهيمي جد واسع يشمل بصفة معقدة الصحة العضوية للفرد، حالته النفسية، مستوى استقلالته، علاقته الاجتماعية، معتقداته الشخصية، وعلاقته مع خصوصيات محيطه (WHO, 1997, p 1).

3. المفاهيم الإجرائية للبحث :

1.3 المدمن على المخدرات في هذه الدراسة هو الذي يظهر حالة إدمان حسب منظمة الصحة العالمية، والمتروك على مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى مصباح بغداد تمنراست، والمركز الوسيط لعلاج الإدمان ومتابعة لاضطرابات النفسية والعقلية بأدریان، ولاية تمنراست، مهما كان نوع المادة، مهما كان العمر، مهما كان الجنس، مهما كان المستوى التعليمي، مهما كانت الوضعية الاجتماعية، المهم هو أنه مدمن مخدرات، ليس مريض عقليا، موافق للمشاركة في هذه الدراسة.

2.3 مستوى جودة الحياة: هي الدرجة التي يتحصل عليها المدمن في مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية.

4. الطريقة والأدوات

4. **1منهج الدراسة:** إن لكل دراسة علمية منهج لا بد من إتباعه يتلاءم مع نوع البيانات والمعطيات والهدف المرجو للوصول للحقيقة، حيث استعملنا في هذه الدراسة المنهج العيادي في إطار دراسة حالة الذي " يهدف إلى فهم أفضل للعميل وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة. والهدف الرئيسي لدراسة حالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها أي وضع وزن إكلينيكي لكل منها(الشقير، 2002، ص60).

4. **2 حالات الدراسة وخصائصها:** إن المجتمع الأصلي لهذه الدراسة يتمثل في فئة المدمنين على المخدرات، وبالتالي فإن العينة هي عينة قصديه تحقق أغراض البحث وتخص كل المدمنين على المخدرات المترددين على مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى مصباح بغداد تمنراست والمركز والوسيط لعلاج الإدمان ومتابعة الاضطرابات النفسية والعقلية بأدریان، تمنراست، وتمثلت في 4 حالات ذكور.

الجدول 1: خصائص حالات الدراسة

حالات الدراسة	السن	بداية الإدمان	مدة الإدمان	المواد المستعملة
حالة 1	31 سنة	15 سنة	16 سنة	التدخين+البانقو(الكيف المعالج) + Tranxene+ الآن
الحالة 2	35 سنة	16 سنة	19 سنة	التدخين+الخمير-السليسيون-الكيف المعالج- التدخين+ليسانس-الترامادول-قوروقورو
حالة 3	32 سنة	12 سنة	20 سنة	التدخين+الكيف المعالج-الخمير- الترامادول
الحالة 4	38 سنة	12 سنة	26 سنة	التدخين+السليسيون-الغتب المعالج(البانقو +الشيرة)- الترامادول

يمثل الجدول 1 خصائص حالات الدراسة حسب السن، بداية الانطلاقة في الإدمان مع مختلف المواد المستعملة.

4. **3 الحدود المكانية والزمنية:** لقد أجريت هذه الدراسة خلال شهر جوان وأوت، سبتمبر، أكتوبر من سنة 2019، في مصلحة الأمراض العقلية للمؤسسة العمومية تمنراست، أين يوضع المدمنون في حالة استشفاء ليس بحثاً عن التوقف وإنما لعلاج نوبات الهياج والألام العضوية الناتجة عن استعمال جرعة كبيرة أو مادة مختلفة، وفي المركز الوسيط بأدریان لمتابعة الأمراض العقلية والمدمنين، أين يأتي المدمن للمساعدة على التوقف، لكنه يسقط في إشكالية الإدمان المتعدد بين المخدرات والأدوية النفسية.

5. أدوات الدراسة

5. **1 المقابلة العيادية:** تعتبر المقابلة من أهم وسائل البحث والتقصي، حيث كانت المقابلة في هذه الدراسة مقابلة نصف موجهة للحصول على معلومات من طرف المبحوث تخص عدة مجالات تهم هذه

الدراسة، من خلال بناء دليل للمقابلة، يحوي جوانب: المعلومات الشخصية، السوابق الادمانية، آثار الإدمان وجوانب تخص جودة الحياة ببعديها الذاتي والموضوعي.

5. 2 مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية: قد بدأ إعداد هذا المقياس في 1991، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس نوعية الحياة وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تطوير أداة لتقييم نوعية الحياة يمكن تطبيقها بشكل واسع عبر أنواع مختلفة من الأمراض المتباينة في الشدة، وكذلك عبر مجموعات ثقافية مختلفة اقتصاديا واجتماعيا وعمريا، وسميت هذه الصيغة المقياس المئوي لنوعية الحياة WHOQOL100 (1998) وهو مقياس يتكون من ستة مجالات أساسية: الجسمية، النفسية، الروحية، البيئة، ومستوى الاستقلال، والعلاقات الاجتماعية، وهذه المجالات تحتوي على أربعة وعشرين عاملا أو مقياسا فرعيا، كل مقياس تتدرج تحته أربع عبارات وبذلك يصبح عدد العبارات 96 عبارة (حسانين، 2011، ص 94)، أما الصيغة المختصرة فتتكون من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع والعشرين إضافة لبندين عن الحياة ككل، وأصبح WHOQOL Bref مكونا من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد وبندين، الأول حول جودة الحياة عامة والبند الثاني الأربعة حول الصحة العامة أما باقي الأبعاد فهي موزعة كالتالي:

جدول 2: يمثل أبعاد مقياس جودة الحياة

البعد	البند
1- الصحة الجسدية	3 - 4 - 10 - 15 - 16 - 17 - 18
2- الصحة النفسية	5 - 6 - 7 - 11 - 19 - 26
3- العلاقات الاجتماعية	20 - 21 - 22
4- البيئة	8 - 9 - 12 - 13 - 14 - 23 - 24 - 25

(حمزة، ويوداود، 2018، ص 149).

هذه هي الأبعاد (حسب الجدول 2) لجودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية، أما عن طريقة تصحيح المقياس، فيتم الإجابة عن بنود المقياس وفقا لمقياس متدرج تتراوح الدرجات عليه ما بين خمس درجات إلى درجة واحدة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة، ويتم حساب درجة كل

بعد من الأبعاد الأربعة بمتوسط مجموع درجات الفرد على البنود المكونة لكل بعد، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجات الفرد على الأبعاد الأربعة للحصول على الدرجة الكلية (الواوي، 2012، ص 77-78).

6. الخصائص السيكومترية لأداة القياس

الصدق والثبات: لقد استغرقت منظمة الصحة العالمية عدة سنوات من أجل التأكد من خصائصه السيكومترية حيث وصلت معاملات الصدق و الثبات إلى 0,90 (WHO, 1997, p 3) وعلى المستوى العربي قام (احمد محمد عبد الخالق، 2008) بترجمته إلى العربية ثم إعادة ترجمته من قبل مختصين في اللغة وعلم النفس، حيث توصل الباحث بعدها إلى ثبات إعادة التطبيق مرتفع (0,77-0,88) لدى عينة الدراسة واتساق داخلي تراوح بين (0,83-0,85)، وحسب ارتباط المقياس بالتقدير الذاتي لكل من السعادة و الرضا عن الحياة فتراوح بين (0,55 و 0,63) وهي معاملات مرتفعة تشير إلى الصدق المرتبط بالمحك "عبد الخالق، 2008، ص 247)، وللتأكد من هذه الخصائص وطنيا قام (زعطوط رمضان) بحساب الصدق على عينة تتكون من 60 مريض وتوصل إلى 0,67 (طريقة الاتساق الداخلي للاختبار)، والثبات من خلال التجزئة النصفية 0,94 قيمة معامل الارتباط بعد التصحيح، و بطريقة ألفا 0,74 (زعطوط، 2014، ص 82)، كما قام (صابر طراد، 2015) في دراسة له حول التوافق الزوجي ومستوى جودة الحياة بإعادة التحقق من الخصائص السيكومترية لهذا المقياس، حيث كانت درجة الثبات عالية (معامل ألفا كرونباخ 0,90)، كما وصلت قيمة ت إلى 13,7 عند مستوى الدلالة 0,01 وهذا عند التأكد من صدق المقياس من خلال الصدق التمييزي، مما يعني أن هناك فروق ذات دلالة بين طرفي الدرجة الكلية للمقياس، مما يدل على القدرة التمييزية للمقياس وهو مؤشر على صدق المقياس (طراد، 2015، ص 95-96)، و (فاطيمة حمزة وبوداود حسين، 2018)، عملا على تقنين هذا المقياس مرة أخرى على عينات من البيئة الجزائرية قوامها 200 عامل، حيث قاما هما كذلك بترجمة المقياس معتمدين على مختصين في اللغة وعلم النفس مع الترجمة العكسية، و تراوحت معاملات صدق الاتساق الداخلي (0,71-0,84)، ومعامل ثبات ألفا كرومباخ (0,885)، وبطريقة التجزئة النصفية (0,817) وهو مؤشر مرتفع، أي أن هذا المقياس يتميز بمعاملات صدق وثبات عالية وهو محل ثقة في استعماله لجمع المعلومات، ويمكن استعماله بشكل واسع في البحوث العلمية (حمزة و بوداود، 2018، ص 139). لذلك اعتمدت الباحثة هذه الخصائص السيكومترية في هذه الدراسة.

7 . عرض النتائج

7. 1 ملخص المقابلات

الحالة الأولى: الحالة الأولى: يبلغ من العمر 31 سنة، موظف، مستوى جامعي، متزوج من امرأة عاملة وذات مستوي جامعي هي كذلك، له أطفال، هوايته الكتابة، هو الآن في حالة استشفاء في مصلحة الأمراض العقلية لأنه قرر أن يتوقف لكنه شعر بحالة اكتئاب شديدة، علي إثرها تناول جرعة معتبرة جعلته في حالة اضطراب سلوكي حاد، أما اقتصاديا فعلي المستوي العائلي دخل متوسط، علي

المستوي الأسري دخل جيد، لكن (دخلي ودخل الزوجة لا يكفيني خلال شهر بسبب المخدرات)، بداية الإدمان كانت في 15 سنة، يستعملها (باش نعدل مزاجي من الحزن والاكئاب لأني مهتمش من طرف كل أفراد العائلة)، أستعمل البانغو (الكيف نتاع السوادين)، مرة ولا مرتين في اليوم، أثرت على حياته، فالمظهر الخارجي أصبح متوسط (ماهوش كيما قيل، وليت ماني مهتم، ماعلاباليش بالدنيا)، حتى صحيا (نحس روحي عيبت)، وزني نقص، كثير النوم، أما الآثار النفسية (فحس روحي ضعيف، يجيني تأنيب الضمير علاه درتها)، (نحس روحي بارد مع زوجتي و أولادي، كأن لا علاقة معهم، نحس روحي وحدي، ندمت، أخاف من المرض العقلي، خايف انجبح)، ليست لديه إرادة في فعل أي شيء، وبالنسبة للآثار الاجتماعية ففي بداية الإدمان (كنت نتقلق، نكسر، وما يقدرنا انصحوني، يخافو مني، عقليتي صعبية) أما الآن ليست لديه مشاكل مع الأسرة بالعكس (وليت جابد روحي ياسر)، لأن هو يستعملها ويستعمل الدواء معا، Tranxene خاصة لكي يشعر بالفرح، (وليت الآن نفكر ألا في الجامع- المسجد- وخلص)، أما الزوجة فهي ترى بأن زوجها يعاني من مشاكل أسرية، رغم كل هذا فهو راضي عن حياته وصحته عموما، و لديه طموحات في المستقبل، يتمتع بإحساس المسؤولية ويدرك حجم المعوقات التي تركها تناول المخدر، يحاول استثمار الجانب الديني و خلق علاقات للتواصل، ويريد أن يتغير نحو الأفضل، يشعر بالسعادة لأن لديه زوجة متفهمة، وأخ يعتني به كثيرا، بالإضافة إلى العمل والدخل المادي الجيد والمستوى التعليمي العالي، كما أن الزوجة والأخ يبذلان مجهود لإنعاش حياته مساعدة اجتماعية قوية).

الحالة الثانية: يبلغ من العمر 35 سنة، ليس لديه وظيفة ثابتة، مستوى السنة السادسة ابتدائي، أعزب هوايته رقص الراق، والوالدان متوفيان، وهو في حالة استشفاء في مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى مصباح بغداد تمارست بسبب نوبة هياج لاستعماله جرعة مضاعفة من الكيف (البانغو)، أصبحت العائلة تعاني من الفقر بسبب تدني عمل الأب، ثم وفاته. والآن أصبح مدمن متسول، منذ الطفولة يحس بالحن، (تربيت بالضرب من الأب)، قسوة، علاقة جيدة مع أخيه وأخته (يعاونوني ويصرفو علي)، بالنسبة للأصدقاء، كان لديه العديد من الأصدقاء أما الآن (بعدت عليهم، اللاننوع مصلحة)، أما مع الجيران والآخرين فكانوا (يضريني و احقروني)، كانت بداية الإدمان في 16 سنة (باش يريفق لي أموري ويفرحني، وتزهيني شوي)، استعمل الشراب، السيليبيون، الكيف، ليسانس، الترامادول، قوروقورو، عدة مرات في اليوم، اثر عليه الإدمان في كل النواحي، فالمظهر الخارجي سيء (دايما موسخ، عيان مانقد نغسل حوايجي)، أما الآثار الصحية فقد نقص في الوزن، حتى هوايته أصبح لا يمارسها (ما عندي القوة)، ومشاكل في القلب مؤخرا، الاختلاط الجنسي، ونفسيا يحس أحيانا بالحن، يخاف من المستقبل، أما اجتماعيا فقد قام بالعديد من المشاكل العدوانية مع الناس لكن الآن أصبح وحيد (جبدت روحي علي خاطر يبيغو يورطوني)، كما أن-حسب الأخ الأكبر- المحيط الذي يعيش فيه شجعه علي هذا، فهو محيط مليء بالمستهلكين والمروجين، محيط مختلط (من كل الولايات والثقافات)،

محيط موسخ، ليس صحي، وكذلك الفقر وانعدام المال زاد من تشجيعه، ومنذ صغره يعاني من صعوبات في التعلم.

الحالة الثالثة: يبلغ من العمر 32 سنة، دون وظيفة ثابتة، أعزب، مستوى السابعة أساسي، هوايته التجوال (التحواس)، الأب على قيد الحياة، متقاعد، الأم متوفية منذ 2012، الأب و الأم في حالة طلاق منذ أن كان عمره 4 سنوات حسب ما قيل له، الآن هو في مصلحة الأمراض العقلية في حالة استشفاء بسبب أخذه لكمية كبيرة من الكيف المعالج جعلته في حالة هلوسة، الأمر الذي فرض على أخيه الإتيان به للمصلحة، فعل ذلك بسبب عدم حصوله على راتبه لمدة 3 أشهر، اقتصاديا وضعية متوسطة، عمل غير مستقر، بداية الإدمان كانت في نهاية 12 سنة، يستعملها لأنها تريحه وتسعده خاصة بعد وفاة أمه في 2012، أين أصبح يحس بالوحدة والضياح (ما كان ليحوس علي، وليت ندير ليعجبني، ما خليت شئ ما درتو)، يستعمل الكيف المعالج، الخمر، الترمادول، في كل وقت. كان تأثير الإدمان واضح، فالمظهر الخارجي سيئ، أما بالنسبة للآثار الصحية فأصبح ضعيف (ديما عيان)، نقصان في الوزن، نفسيا يشعر بالقلق و الوحدة، لم يندم على استعمالها، أما اجتماعيا فليس لديه حتى مشاكل مع الغير و(عايش وحدي في داري)، لا يهيمه التفكير في المستقبل لأن كل شيء بيد الله -حسبه- يلجأ إلى الصلاة في حالة القلق، أما الأخ الأصغر فيصرح بأنه يعيش مع أخواله الذين يعاملونه معاملة سيئة، خاصة بعد وفاة أمه، حالته الصحية تغيرت (كان صحيح، ديما يحوس)، ورغم كل هذا يصلي، ينام وحده في سكنه (سكن ريفي غير نظيف)، أهتم به وأساعده قدر المستطاع. إن عدم توفر المال والنقص الملحوظ في المساندة الاجتماعية والوحدة، مع الاستمرار المفرط في استعمال المواد المخدرة، والاعتقاد الكبير في مفعولها ودورها في الراحة، البداية المبكرة (12 سنة) وتعداد الاستعمال جعل من مستوى جودة الحياة منخفض.

الحالة الرابعة: يبلغ من العمر 38 سنة، أعزب، ذو مهنة غير ثابتة، مستوى دراسي السابعة أساسي، هوايته كرة القدم، الأول بين 3 بنات و أربع ذكور، إضافة إلى 5 إخوة كبار غير أشقاء (من الأب)، الأم على قيد الحياة، ماکثة بالبيت والأب متوفي من 2001، أعادت الأم الزواج بعدها. وهو الآن في المركز الوسيط لعلاج الإدمان (فحص خارجي، رغبة في التوقف)، اقتصاديا الدخل العائلي متوسط، راتبه قليل (ما يكفيني حتى يومين 5000دج)، بداية الإدمان كانت في حوالي 12 سنة بسبب التقليد و البحث عن الراحة، استعمل في البداية السيليبيون، ثم تعلم (الحشيشة الخضرة)، ثم الكيف المعالج (الشيرة)، ثم البناقو (الكيف نتاع السوادين)، بعدها الترمادول، يستعملهم في كل وقت (على حسب لوجد)، خاصة في المساء والليل، مظهره الخارجي متوسط من حيث الهندام، حالة الأسنان في تدهور كبير، أصبح يشعر بالتعب، الارتجاج، نقص في الوزن، كثرة النوم، الاختلاط الجنسي، نفسيا يحس بالانفعال الدائم، يحس بالراحة والسعادة عندما يستعمل المخدرات، بارد في علاقته مع الآخرين، والشك (وليت موسوس)، (نحس روجي عايش حياة ماهي مليحة، خاصة عندما (تعايرني) الفتاة التي أريد الارتباط بها) (مدمن)،

اجتماعيا) في الحقيقة عندي داري أسهر وأنام فيها)، أصبح سريع الانفعال - حسب أخيه- لكن (راني واقف معاه، ما دابي يتحسن، يغيضني). إن علاقته الجيدة مع عائلته الصغيرة، وإدراكه لخطر المخدرات بالرغم أنه لم يستطيع التوقف، لديه راتب مادي، رغبته في التوقف جعلت من مستوى جودة حياته متوسطة، بالرغم من مدة الإدمان الكبيرة (26 سنة)، والبداية المبكرة (12 سنة).

ملاحظة: البانقو هو عبارة عن كيف أو حشيش معالج يقوم بعض الأفراد الوافدين من مالي والنيجر على صنعه وترويجه. **قوروقورو**: هو كذلك عبارة عن شراب (نوع من الخمور) المصنعة من طرف بعض الأفراد الوافدين من مالي والنيجر بمواد خاصة. **السيلسيون**: هي عبارة عن مادة الغراء، يستنشقاها أو يمتصها المدمن فيصبح في حالة هلوسة شديدة.

7. 2 نتائج مقياس جودة الحياة:

الجدول 3: نتائج مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية

الحالات	الدرجة	مستوى جودة الحياة
الحالة الأولى	100	مرتفعة
الحالة الثانية	61	منخفضة
الحالة الثالثة	67	منخفضة
الحالة الرابعة	86	متوسطة

يمثل الجدول 3 الدرجات التي حصلت عليها حالات الدراسة في مقياس جودة الحياة، حيث جاءت بين المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة بالرغم من أنهم كلهم مدمني مخدرات.

8 . تحليل النتائج (ملخص المقابلات ونتائج المقياس) من خلال الجدول نلاحظ أنه لا يوجد مدمن تحصل على مستوى جودة حياة جد مرتفع أي أكثر من 109 درجة وهذا لان الإدمان على المخدرات يؤثر عليها، خاصة في ظل تعداد المواد المستعملة والبداية المبكر، إلا أنه:

1- الحالة الأولى تحصلت على 100 درجة على مقياس جودة الحياة، بالرغم من أنه مدمن مخدرات، إلا أنه يستعمل مادة واحدة فقط والبداية لم تكن مبكرة مقارنة بالحالة الثالثة والرابعة، كما أعتقد بأنه كان للمستوى التعليمي والمساندة الاجتماعية المتعددة والجانب الاقتصادي الجيد دور مهم، لأنها من أهم العوامل التي تؤدي إلى جودة حياة جيدة حسب شالوك (Schalock Theory, 2002) (خليل محمود، 2016، ص 25-26).

2- تحصلت الحالة الثانية على مستوى جودة حياة منخفضة نظرا لتعدد المواد المستعملة والمستوى الاقتصادي الاجتماعي السيئ الذي تختبره (حسبما لاحظناه في ملخص المقابلة)، بالرغم من أن البداية لم تكن مبكرة مقارنة بالحالات الأخرى، لأنه كما يرى (دياب 2013) بأن هناك ظروف داخلية وخارجية قد تعوق الفرد من الشعور بجودة الحياة مثل المرض، الإعاقات، والخبرات الحياتية السلبية، نقص

- المساندة الاجتماعية والانفعالية (المضحي، (2012-2013)، ص 13)، فهو يعاني منذ صغره من صعوبات في التعلم، معوقات علائقية واجتماعية صعبة، مع محيط سيء.
- 3- والحالة الثالثة هي كذلك ذات مستوى منخفض، وبداية مبكرة حيث أنها تميزت بمعاناتها اجتماعيا وماديا، لكن أعتقد أن ما جعل مستوى جودة حياتها أحسن من الحالة الثانية (61) بالرغم من أنها جاءت منخفضة هي كذلك (67) هو نقص في تعداد المواد المستعملة مع اقتناعها وإدراكها بأن المخدر هو راحتها، وبالتالي لن يتوقف عن استعماله، وبالتالي فإن تأنيب الضمير والإحساس بالمخاطر الناجمة عن المخدرات غير موجود، فهو راضي عن حياته، وهذا ما يفسره كل من (كامبل وأندرو، (Campbel, Andrews 1976) أن جودة الحياة هي الرضا في مجالات الحياة، حيث يرون بأن الرضا La Satisfaction هو المؤشر الهام والفعال لقياس جودة الحياة، فهي حسبها تتميز برؤية معرفية، حكم الإنسان حول حياته، لذلك فالمؤشر الرئيسي هو الرضا أمام مختلف مجالات الحياة، Corten, (1998, P 12).
- كما أن الاعتقاد الراسخ بدور المخدر في تحسين الحياة موجود بشكل كبير عند مدمني المخدرات، حيث حاول (بيك Beck وآخرون 1993) إرجاع حدوث الإدمان إلى نظام من الاعتقادات غير وظيفية يطلق عليها مصطلح المعتقدات الادمانية تعمل هذه المعتقدات على تكوين نسق من التفكير يسيطر على المدمن فيرى، أن احتياجه للمخدر يحدث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر بالإضافة إلى قدرة المخدر على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل وما يمنحه للمدمن من نشاط و طاقة، وعليه يرى أن فهم هذه الجوانب المعرفية والتعامل معها بصراحة أكبر سيساعدنا على إزالة بعض الغموض الذي مازال يكتنف علاج الإدمان (مزنياني، 2015، ص 10).
- 4- جاءت درجة الحالة الرابعة متوسطة بالرغم من البداية المبكرة وتعداد المواد المستعملة، إلا أن السند الاجتماعي وتقبل المحيط، الراتب المادي، بالإضافة إلى الطموحات المستقبلية الايجابية عمل على تحسين - نوعا ما- إدراكه للحياة.
- إن هذه النتائج إضافة إلى ما استخلصناه من مقابلات الحالات الأربع يجعلنا نستنتج بأن الإدمان على المخدرات يجعل من مستوى جودة حياة المدمن غير جيدة (منخفضة، متوسطة) خاصة في ظل تعداد المواد المستعملة والبداية المبكرة، وهذا ما توصلت إليه دراسة لـ (صورية عبد الصمد، لبني أحمان 2018)، حول جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات، والتي تهدف إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات (66 فرد) وكذا محاولة معرفة الفروق في هذا المتغير تبعا لكل من المستوى التعليمي، ومدة العلاج، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة (على مهدي كاظم ومحمود عبد الحليم منسي)، وقد أظهرت النتائج انخفاض جودة الحياة لدى عينة

الدراسة إلى جانب وجود فروق دالة إحصائية تبعا لكل من متغير المستوى التعليمي ومدة العلاج (أحمان، و عبد الصمد، 2019، ص 111).

لكن دائما نقر بأن هذه النتائج نسبية لأن مفهوم جودة الحياة منتشرع وواسع ويتداخل فيه البعدين الذاتي والموضوعي، وكل منا يفسرها حسب إدراكه فما يعتبره أحدهم على أنه عامل ضاغط في الحياة قد يدركه آخر عكس ذلك وهكذا، وهو ما لمسناه في مقابلات هذه الحالات، وهو من جعل جودة الحياة لا تكون دائما منخفضة، بل قد تكون كذلك متوسطة بالرغم من البداية المبكرة وتعداد المواد المستعملة، والشئ المؤكد من خلال العديد من الدراسات أن التوقف عن الإدمان يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، حيث توصل حسين عمر الخزاعي (الأردن) وعبد العالي أحمد دبله (بسكرة) 2010 في دراستهما الموسومة بالتوقف عن إدمان المخدرات وأثره على تحسين نوعية الحياة، وطبقت هذه الدراسة على المدمنين الذين توقفوا عن تعاطي المخدرات بعد انتهاء فترة العلاج في مستشفيات ومراكز العلاج في الأردن والبالغ عددهم 203 متوقفا عن الإدمان، إلى أن أهم مجالات التحسن في نوعية الحياة بعد التوقف عن تعاطي المخدرات تمثلت في الاستقرار الأسري، تحسن مستوى تعليم الأبناء، تحسن في صحتهم وصحة أفراد الأسرة، اختلاف النظرة من الأبناء إلى الآباء، وتقبل أفراد المجتمع والأصدقاء لهم، أما المجالات الاقتصادية فتمثلت في سداد الديون، والحرص على إنفاق الدخل على أفراد الأسرة وتأمين مستلزمات الحياة لهم والاعتماد على النفس، والحفاظ على ممتلكات الأسرة (الخبزاعي و دبله، 2010، ص 10).

خاتمة:

لقد حاولنا في هذه الدراسة العيادية توضيح علاقة جودة الحياة والإدمان علي المخدرات، وتوصلنا إلي أن الإدمان علي المخدرات يجعل من مستوى جودة الحياة غير جيدة خاصة في ظل البداية المبكرة وتعداد الاستعمال، هذا وتوجد عوامل أخرى تداخلت في هذه الدراسة كنوع المادة مثلا، والتي نرجو من الباحثين الجدد تناولها كدراسات بحثية في علاقتها مع جودة الحياة في ظل النقص الواضح في هذا المجال، كذلك لا بد من توسيع هذه الدراسة في مجال أكبر.

ومن ناحية الأهمية التطبيقية، علي الفاعلين والمسؤولين الاهتمام بموضوع الإدمان علي المخدرات ليس فقط علي المستوي العلاج، وإنما علي المستويات الثلاثة للوقاية كالاتمام بالأطفال ذوو الصعوبات التعلم في مرحلة مبكرة وتوجيههم وتوعية أسرهم، وكذا الاهتمام بالفئات العائلية الهشة لكي تستطيع رفع من مستواها المعيشي في كل المجالات، الاهتمام بالأفراد في مرحلة المراهقة خاصة في مجال التحسيس بمخاطر الاستعمال المتعدد والمبكر للمواد المخدرة ونتائج السيئة على مستوى جودة حياتهم، حيث لاحظنا تورط فئة المراهقين والشباب بشكل ملفت في هذه المسألة، خلق فضاءات شبانية لملي أوقات الفراغ، والاهتمام بالأطفال، المراهقين في وضعيات نفسية واجتماعية صعبة.

قائمة المراجع:

أولا - المراجع باللغة العربية:

- أبو جناح، محمد رجب (2000). المخدرات آفة العصر. ليبيا: دار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان.
- أبو يونس، إيمان محمود محمد (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي بمحافظة خان يونس، قسم علم النفس، ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أحمان، لبنى وعبد الصمد، صورية(2019). جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات. مجلة دراسات نفسية وتربوية. (2)12. ص111-120.
- بدوي، أمينة وسعدات، إبراهيم محمود فتوح(2016). الآثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب الجامعة للمواد المخدرة، فلسطين.
- بن زبطة، أميدة (2017). المخدرات وتأثيرها على الفرد والمجتمع. مجلة الحقيقة. (39). 382-396.
- بن سالم، خديجة (2015). السلوك الإدماني وسلوك الخطر. مجلة رفوف. (8). 184-217.
- حبيب، مجدي عبد الكريم(2006). فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس. 79-100.
- حسن، عبد الحميد سعيد وألمحرزي، راشد بن سيف وإبراهيم، محمد محمود(2006). جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط 17-19، ص 289-303.
- حسانين، أحمد محمد(2011). الخصائص القياسية للمقياس المؤي لنوعية الحياة 100 whoqol الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من المجتمع الليبي، مجلة دراسات نفسية. (4). 89-131.
- حمزة، فاطيمة و بوداود، حسين(2018). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية whoqol-bref على عينات من البيئة الجزائرية. مجلة العلوم الاجتماعية. جامعة الأغواط. 7. (31). 139-157.
- الخزاعي، حسن عمر ودبلة، أحمد عبد العالي(2010). التوقف عن إدمان المخدرات وأثره على تحسن نوعية الحياة، دراسة تطبيقية اجتماعية. المجلة الجزائرية للدراسات السوسولوجية. (4). 10-34.
- خليل محمود، ألفت(2016). نوعية الحياة وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى السيدات العاملات وغير العاملات، دكتوراه علم النفس، جامعة بيروت العربية.
- الدليمي صالح سمير (2010) ظاهرة الإدمان على المخدرات، أسبابها، أثارها وكيفية التعامل معها، رسالة دكتوراه جامعة الجبل الغربي، ليبيا.

- الدمرداش، عادل (1982). الإدمان، مظاهره و علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2019). إحصائيات السداسي الأول للإدمان. آخر زيارة
https://onlcdt.m justice. Dz من: 2019/9/ 5
- الزراد، فيصل (2009). الإدمان على الكحول والمخدرات. دار العلم للملايين.
- الزروق، فاطمة الزهراء (2015). علم النفس الصحي، مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
- زعطوط، رمضان (2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه علوم. علم النفس الاجتماعي ورقلة. جامعة قاصدي مرباح.
- شاهر، خالد سليمان (2008). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها. مجلة رسالة الخليج العربي. (117). 117-155.
- الشقير، محمود زينب (2002). علم النفس العيادي والمرضى للأطفال والراشدين، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- صادقي، فاطمة (2014). الآثار النفسية للإدمان على المخدرات. مجلة دراسات نفسية وتربوية. (12). 191 -202.
- طراد، صابر (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالتوافق الزوجي على ضوء بعض المتغيرات. دراسة على بعض الأسر من ولاية باتنة. رسالة ماجستير، جامعة عمار تليجي، الأغواط.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية. دراسات نفسية وتربوية. 12(2). 247-252.
- الغباري محمد سلامة (2007) الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، الإسكندرية، دار الوفاء لدينا للطباعة والنشر.
- مديرية الصحة والسكان (2018). النسب المئوية للمدمنين في إطار العلاج، تمناست.
- مزياني، حمزة (2015). المعتقدات الإدمانية. دراسة تحليلية لنموذج بيك في تفسير سلوك الإدمان. 9-35.
- المشرف، عبد الإله بن عبد الله والجوادي، رياض بن علي (2011). المخدرات والمؤثرات العقلية (أسباب التعاطي وأساليب المواجهة). الرياض.
- المضحي، عبد المجيد بن صالح (2012-2013). جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض. الماجستير. قسم علم النفس. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- المهندي، محمد خالد (2013). المخدرات وأثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. قطر: مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات.

- الواوي، عبد الله أحمد عبد الله (2012). مستوى القلق وعلاقته بجودة الحياة لدى البالغين الذين خضعوا لعملية القلب المفتوح في فلسطين. بكالوريوس تمريض. جامعة القدس، فلسطين.
ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية:

- Corten, ph. (1998). Le concept de qualité de vie. Vu à travers la littérature anglo-saxon L'information psychiatrique. (9), 1-26.
- Crocq .M.A ET Guelfi, F, J, .D. (2015) .DSM₅ .5^{EME} ed. SAS
- Odier, M, Nicolas. (2014). Apports des sciences sociales à la compréhension des addictions : un enjeu de santé publique. Doctorat d'Aix-Marseille Université
- Reynaud, M et Karila, L et Aubin, H et Benyamina, A. (2016). Comprendre les addictions (l'état de l'art). Publisher Lavoisier. Sciences médecine.2ed. 3(28), 3-28
- WHO. (1997). Measuring quality of life (the whoqol-100 an