عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات

د. فريدة قماز
قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا، جامعة سطيف2 –الجزائر

Factors of risk and prevention of drug consumption among the young

Dr. Farida GAMAZE
Department of Psychology, Sciences of education and speech therapy- University of Setif2

Abstract
The objective of this study is to determine the risk and the prevention factors of drug use among the young people, on the basis of the risk focused approach. The general hypothesis is:
There is a significant difference between young drug users and non-users in the following psychological factors: life satisfaction, future anxiety, social support, depression, and coping strategies.
The results show that the young drug users are more depressive, more anxious of their future, less satisfied of their lives and they believe that their families are less supportive, compared to the non-drug users. Also, the young drug users tend to use the focus on the emotion and avoidance strategies when dealing with pressure, while the young non drug users adopt the focus on the performance strategy. These differences are very significant (α=0.001).

Keywords:
Drugs, prevention, risk, young.

Les facteurs de risque et de prévention de la consommation des drogues chez les jeunes

Dr. Farida GAMAZE
Département de psychologie et des sciences de l'éducation et de l'orthophonie- Université Sétif 2

Résumé
L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs de risques et de prévention de la consommation des drogues chez le jeune, on se basant sur l'approche centrée sur le risque. L'hypothèse générale de l'étude se présente comme suit :
Il ya des différences significatives entre les jeunes consommateurs de drogues et les non consommateurs concernant les facteurs psychologiques de risques suivants: dépression, stratégies d'ajustement, anxiété, satisfaction de vie, soutien sociale.
Les résultats confirment notre hypothèse et montrent des différences significatives entre les deux groupes (α=0.001).Les jeunes qui sont des consommateurs des drogues étaient plus dépressifs, et plus anxieux pour leur avenir, et moins satisfaits de leurs vies. Ils étaient aussi, moins soutenus par leurs familles contrairement aux jeunes non consommateurs de drogues.

Mots clés :
Drogues, risque, prévention, jeunes

ISSN : 2170-1431 :ردمد * تاريخ القبول : أفريل 2012 * تاريخ الإيداع : أكتوبر 2010

ملخص

تسعى هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات في إطار النموذج المركز حول الخطر. الفرضية العامة للبحث هي كما يلي:

يوجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل الإكتئاب، استراتيجيات التعامل مع الضغط، القلق من المستقبل، السند الاجتماعي وهذا لصالح الشباب غير المتعاطي.

أكدت النتائج المتوصل إليها هذه الفرضية حيث تبين لنا وجود فروق دالة إحصائيا (ألفا=0.001) بين المجموعتين. لقد ظهر الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا وأكثر قلقا على مستقبلهم وأقل رضا عن حياتهم، ويعتقدون أن أسرهم أقل دعما لهم مقارنة مع دعم أصدقاءهم وهذا عكس الشباب غير المتعاطي للمخدرات حيث يعتبرون أسرهم أكثر دعما لهم من أصدقاءهم. كما يميل الشباب المتعاطي للمخدرات إلى استعمال استراتيجيات الانفعال والتجنب عند تعاملهم مع الضغط، في حين يميل الشباب غير المتعاطي للمخدرات إلى استعمال إستراتيجية الأداء.

الكلمات الدالة: المخدرات، الوقاية، الخطر، الشباب.

مقدمة

كانت المخدرات الطبيعية في القديم جزء من الطبيعة، حيث لم يكن ينظر لها على أنها مادة خطيرة أو مدمرة، بل بالعكس فقد استغلها الإنسان في حياته اليومية كصنع الحبال والأقمشة، ولم يكن يتعاطاها إلا للتداوي أو لأداء طقوسه الدينية، ولكن عرف تعاطي المخدرات منعرجا خطيرا مع حلول منتصف سنة 1960 حيث انتشر في أوساط الشباب خاصة الجامعي منه بحثا عن النشوة والارتقاء وتعبيرا عن رفضهم لثقافة الرضوخ والأخذ بالأمور الجاهزة وتعويضها بثقافة التحرر الجسدي والفكري. وسميت هذه الثقافة بالثقافة المضادة une contre-culture ظهرت جلية من خلال نوع الغناء وطريقة اللباس وأصبحت نبتة الحشيش رمز لثقافة بديلة وطريقة لإظهار الاختلاف عن السلطة التقليدية للمجتمع.

وسرعان ما انتقل تعاطي المخدرات من التعاطي الروحاني(البحث عن الارتقاء) إلى التعاطي من أجل النسيان أو الهروب من المشاكل الاجتماعية والاقتصادية والإحباطات اليومية التي شكلت عبئا ثقيلا على كاهل الشباب خاصة، وأصبح تعاطي المخدرات مشكلة نفسية اجتماعية زادت حدتها مع تفاقم الأزمات الاقتصادية، والاجتماعية، والأمنية والتي حاصرت الشباب وجعلته في خطر للوقوع في الكثير من المشاكل الصحية الجسدية منها والنفسية. والجدير بالذكر هو أن ظاهرة تعاطي المخدرات أصبحت نتيجة انتشارها الواسع، تعرف

بمرض العصر الحديث مثلها مثل القلق والضغط والانتحار.

تبين الإحصائيات بأن تعداد المتعاطين وأنواع المخدرات في تزايد مستمر، لقد كانت كمية الحشيش المحجوزة بباريس تقدر بحوالي 5غ و10 متعاطين فقط وهذا حسب إحصاءات 1922-1920، ولكن بعد مرور 90 سنة تضاعف عدد المتعاطين للمخدرات وأنواع وكميات المخدرات المحجوزة بشكل مهول. فحسب تقرير «المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان»[1] لسنة 2012، وصل عدد المتعاطين للمخدرات في أوروبا إلى حوالي 80.5 مليون متعاطي. في نفس الاتجاه يشير ديوان الأمم المتحدة لمحاربة المخدّرات والجريمة لـ 2012[2] إلى أن نسبة المتعاطين للمخدرات في العالم وصل إلى حوالي 230 مليون تعاطوا المخدرات على الأقل مرة واحدة سنة 2010 أي ما يقارب 5 %. ويشير نفس التقرير بأن حوالي 27 مليون متعاطي(0.6 %) يشكل تعاطيهم مشكلة صحية.

أما الوضع في الوطن العربي وحسب دائما تقرير ديوان الأمم المتحدة لمحاربة المخدّرات والجريمة لسنة 2012 فقد وصلت نسبة المتعاطين للحشيش بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط فقط إلى حوالي 6.1 % و1.3 % بالنسبة للأفيون ومشتقاته، وحوالي 0.5 % بالنسبة للكوكايين والأمفيتامينات وEcstasy.

وفي الجزائر وعلى غرار دول العالم نجد عدد المتعاطين للمخدرات في ارتفاع مستمر، حيث أكد «الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها « إلى أن عدد المتعاطين للمخدرات وصل إلى نصف مليون متعاطي خلال سنة 2012 مع العلم أن العدد الحقيقي يكون أكبر بكثير من هذا العدد وذلك لأن عملية التسجيل للحصول على إحصائيات دقيقة تعتبر حديثة العهد.

وتؤكد التقارير الأممية على أن العشرية المقبلة ستكون جد صعبة بالنسبة للمهتمين بظاهرة المخدّرات، خاصة مع الأزمة الاقتصادية الخانقة التي تعرفها جل دول العالم والتي استنزفت الكثير من البنوك فأشهرت بذلك إفلاسها أو خفضت من نشاطها نتيجة خطورة الوضع الاقتصادي والمالي العالمي، مما زاد في صعوبة التنبؤ بتطورات الظاهرة، حيث أكد كوستا(2009) مدير ديوان الأمم المتحدة لمكافحة المخدّرات والجريمة أن هناك أصوات كثيرة من مختلف الطبقات السياسية ووسائل الإعلام وحتى الرأي العام تزداد يوما بعد يوم تنادي بعدم جدوى مراقبة المخدّرات، وبضرورة تشريع المخدّرات، وقد قدمت عدة مبررات، نجد من بينها مايلي:

1 -Observatoire Européen des drogues et toxicomanie

2 -Office Des Nations Unies Contre La Drogues et Le Crime

- يمكن للكثير من البنوك العالمية استرجاع مكانتها من خلال تشغيل أموال المخدّرات، كما بإمكان فرض ضرائب مهمة تسمح للكثير من الدول من فك أزمتها وتنشيط اقتصادها.
- يمكن تسهيل عملية التحكم في عدوى انتشار تعاطي المخدّرات.
- يمكن التحكم في الجريمة، ما دامت الجريمة تمول بأموال المخدّرات.

إن هذه المعطيات والتطورات التي عرفتها ظاهرة المخدرات في العالم عقدت من مهمة المهتمين بالظاهرة، حيث لم يعد يتحكم في ظاهرة المخدّرات سوى منطقين: أولا: منطق الربح السريع بالنسبة للتجار. مع العلم أن عدد الدول المنتجة للمخدّرات وصل إلى حوالي 150 دولة وكل الأرقام قابلة للزيادة. وثانيا: منطق الهروب من المشاكل والبحث عن النشوة من خلال المخدّرات بالنسبة للمستهلكين.

وبين هذين المنطقين اللذين يحركهما مبدأ العرض والطلب وجدت الهيئات المختلفة والباحثون في مختلف المجالات صعوبة في التحكم في هذه الظاهرة رغم الجهود المعتبرة والتقدم الكبير في منهجية تناول هذا الموضوع.

إن تميز ظاهرة تعاطي المخدرات بالتغير والتنوع يجعل منها ظاهرة معقدة يصعب في الكثير من الأحيان التحكم فيها رغم رصد ميزانيات معتبرة لمكافحتها، إن هذا الوضع دفع بالباحثين إلى تبني استراتيجيات مختلفة للتعامل مع هذه المشكلة، أهم هذه الاستراتيجيات التوجه نحو الدراسات الابديميولوجية التي ترتكز على مفهوم الخطر أي تحديد العوامل التي من شأنها أن تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات أو الاستمرار فيها أو الإدمان عليها. وفي المقابل تحويل النظر نحو الأشخاص الذين لا يتعاطون المخدرات وبالتالي تحديد العوامل التي ساهمت في وقايتهم من تعاطيها. إن هذه العوامل أي عوامل الخطر والوقاية تساعد على بناء برامج وقائية وتسليح الأشخاص الذين يعيشون في ظروف خطر بآليات نفسية تعمل على تبطيل تأثير عوامل الخطر التي يمكن أن تدفعهم لتعاطي المخدرات.

تكمن أهمية هذا النموذج في أنه يقتصد الكثير من المال وكذا الجهد، كما يولد لدى الشخص المعرض لخطر تعاطي المخدرات حصانة نفسية ضد المخدرات وضد أي مشكلة جسمية، أو نفسية اجتماعية.

1.إشكالية البحث

يؤكد الكثير من الباحثين أمثال نيوكمب وآخرون (1992)، هاوكينس وآخرون(1995)[3] على أن مختلف الدراسات لم تستطع تقديم تحليل متكامل

3 -Newcomb et al ,)1992(Hawkins et al,(1995)

لسلوك تعاطي المخدّرات والإدمان عليها. وتوصلت بعض منها إلى أن هناك أشخاص من 13-19 سنة يجربون المخدّرات رغم غياب عوامل الخطر، أي العوامل التي تدفعهم لذلك، وأشخاص يتعرضون لعوامل خطر مهمة ومع ذلك فهم لا يسيئون استهلاك المخدّرات، بل ولا يتعاطونها. مما يعني أنه لا يمكن أن نتكلم عن علاقة سببية وأحادية عندما نحاول فهم سلوك تعاطي المخدّرات، وإنما سلوك تعاطي المخدّرات هو نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل.

إن غياب تفسير شمولي ومتجانس حول تعاطي المخدرات دفع بالدراسات الحديثة إلى التوجه نحو تفسير سلوك تعاطي المخدّرات من خلال تبني النموذج الابيديميولوجي والذي يرتكز على النموذج المركز على الخطر[4]، هذا الأخير يعتمد على فكرة أن هناك بعض الأشخاص يكونون معرضين لمجموعة من العوامل النفسية المعرفية والاجتماعية والاقتصادية والتي من الممكن أن تدفع بهم إلى تعاطي المخدرات وتسمى بعوامل الخطر، في المقابل هناك بعض الأشخاص لا يلجأون إلى تعاطي المخدرات بسبب توفر مجموعة من العوامل النفسية والمعرفية والاجتماعية والاقتصادية والتي سميت بعوامل الوقاية، سواء كانت هذه العوامل مجتمعة أو متفرقة، فإن لديها تاثير أقوى من عوامل الخطر التي يمكن أن تكون موجودة وبالتالي تحمي الفرد من تعاطي المخدرات، مثلا إذا كان المستوى الاقتصادي متدني وهو عامل خطر فإن العلاقات الأسرية المتميزة بالدفء والحميمية بإمكانها إبطال تأثير هذا العامل.

يهدف هذا النموذج إلى تحديد عوامل الخطر والوقاية من مشكلة جسمية أو نفسية وهذا من أجل بناء برامج وقائية ويرتكز على فكرتين أساسيتين وهما :

- أن المشاكل التي تعترض الإنسان هي نتيجة تفاعل بين عوامل الخطر والوقاية أي تفاعل العوامل البيووراثية، الجسمية، النفسية الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية.
- تعتبر المتغيرات الوقائية متغيرات وسيطية تقوم بتعديل درجة التأثر بعوامل الخطر.

وفي هذا الإطار يؤكد روبنس (1978-1984) على أن سرعة الوصول والتأثر بالمخدّرات يرتبط بالعلاقة التفاعلية بين متغيرات الخطر ومتغيرات الوقاية واللذان يمثلان نهايتان لخط مستقيم واحد، فإذا لم يتأثر شخص ما بعوامل خطر عالية ، فهذا يعني أنه يملك عوامل وقائية فعالة. (عن Newcomb, 1992 et al)

4 -Approche Centrée Sur Le Risque

إن السؤال الذي يبقى مطروح هو متى يكون لأحد العوامل الأثر الأكبر على الشخص بحيث يدفع به إلى تعاطي أو إلى عدم تعاطي المخدّرات ؟

لقد تم الاعتماد على نموذج بروك وآخرون(1990)[5] في هذه الدراسة للإجابة على هذا السؤال. إن هذا النموذج يؤكد على مبدأين:

- مبدأ خطر / وقاية - مبدأ وقاية / وقاية

فالمبدأ الأول يعني أن وجود عوامل خطر بدرجة منخفضة لا تؤدي بالضرورة إلى تعاطي الشباب للمخدّرات وهذا نتيجة ميل الكفة لعوامل الوقاية التي تبطل مفعول عوامل الخطر.

أما **المبدأ الثاني** فيعني بأن التفاعل بين متغيرين وقائيين أو أكثر يكون مفعوله أكبر من تأثير متغير وقائي منفرد على سلوك تعاطي المخدّرات، فإذا اعتبرنا أن الرضا عن الحياة عامل من العوامل الوقائية، فإن تفاعل الرضا عن الحياة مع عامل السند الأسري يزيد من فعالية عوامل الوقاية (Brook et al, 1990)

وفي هذا الإطار توصل بروك وآخرون (1992)[6] إلى تحديد مجموعة من عوامل الخطر لتعاطي المخدّرات، حيث وجد أن المتعاطين للمخدرات يتميزون بقابلية أقل للإنجاز وبقابلية أكبر للاستقلالية وعدم رضا اجتماعي وهم أقل مراقبة ودعم من الوالدين وتأيثر أكبر للأصدقاء واحتمال أكبر للانحراف واتجاهات ايجابية نحو تعاطي الأصدقاء للمخدرات.

أما شيرمان وآخرون (1990) فقد ركزوا على تحديد مجموعة من العوامل الوقائية، وتوصلوا إلى أن الشباب غير المتعاطي للمخدرات يتميز بالذكاء، وبالمزاج المرن والتوجه الاجتماعي الايجابي، كما يمتلكون مهارات مهمة. وأسرهم يتميزون بالتماسك والدفء خاصة في مرحلة الطفولة. وبالإضافة إلى ذلك يتميزون بمساندة أساتذتهم وأصدقاءهم لهم. إن كل هذه المميزات تدعم المهارات الشخصية وتساعد الشخص على تدعيم الاتجاه السلبي نحو تعـــاطي المخدّرات.

وتجدر الإشارة إلى أن العديد من الباحثين أمثال هوكينس(1995) ودمبو(1994) وهوبس (1990)[7] أكدوا على الدور المهم الذي تلعبه الأسرة كعامل وقائي من تعاطي المخدّرات، حيث إذا كانت تتسم بالعطف والحب والتماسك

5 -Brook et al ,) 1990)

6 -Brook et al (1992)

7 -Hawkins,)1995(,Dembo,)1994(÷, Hops,)1990)

والقدرة على حل مشكلاتها، وكعامل خطر إذا كان الجو العائلي يتسم بالصراع والرفض الوالدي والعقاب وعدم المراقبة، وإذا كان أحد الوالدين أو كلاهما يتسم باتجاهات ايجابية نحو تعاطي المخدّرات (عن Kalling- Knight et al 1995)

إلى جانب هذه المتغيرات تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط من المتغيرات الوسيطة المعدلة للسلوك، لهذا ربط العديد من المهتمين هذا الموضوع بالعديد من المتغيرات ومن بينها المخدّرات، حيث توصل ألبي (1982)إلى أن الأشخاص الذين يستعملون استراتيجيات تعامل مع الضغط التكيفية يكونون بعيدين عن تعاطي المخدّرات (عن Van Hasslet et al, 1993)

وفي نفس الاتجاه توصلت دراسة فاندكرو وآخرون (1988)[8] إلى وجود ارتباط عكسي ذي دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل، وسلم السلوكات الإدمانية.

أما بوليو وآخرون(1988) فقد قاموا بتصميم برنامج وقائي من سوء استهلاك المخدّرات، وذلك بتدريب مجموعة من تلاميذ بعض المدارس الابتدائية على حل المشكلات، واتخاذ القرارات، ومقاومة تأثير الأصدقاء. وقد دام هذا التدريب ثماني أسابيع وفي الأخير توصلوا إلى أن الأطفال الذين تلقوا هذا التدريب أصبحوا يملكون معلومات كثيرة حول المخدّرات، كما أصبح لديهم قدرة كبيرة على حل المشكلات.

أما لوسيتو وأوسات (1988)[9] فقد قاما بتدريب مجموعة من تلاميذ المدارس الابتدائية لمدة اثني عشرة أسبوعا على تطوير معارفهم واتجاهاتهم نحو المخدّرات واكتسابهم مهارات حياتية (اتخاذ القرار، حل المشكلات، المهارات الاتصالية) وحل الصراعات وتسيير المهارات السلوكية وفي الأخير توصلا إلى أن هؤلاء الأطفال أصبحوا أقل عرضة لتجريب المخدّرات (عن Van Hasslet et al , 1993).

ويفسر جاكوبس(1986)[10] السلوكات الإدمانية على أنها نتيجة خوف الشباب من المستقبل كما يرى أن العامل المشترك بين مختلف أنواع الإدمان هو توقع حدوث كل ما هو غير مرغوب.

---

8 -Fondacaro et al(1988)

9 -Losciuto et Aussetts(1988)

10- Jacobs(1986)

كما توصلت جانسن(1994)[11] إلى أن أهم العوامل التي تؤدي إلى الانتكاس في حالات الكحول والتدخين والإدمان عل الهيروين وفي مختلف سلوكات الإدمان هي الحالات الانفعالية السلبية كالغضب والخوف، والاكتئاب واليأس.

يتضح جليا من كل ما سبق أن تعاطي المخدّرات يظهر نتيجة تفاعل عدة متغيرات بيووراثية ونفسية واجتماعية. هذه المتغيرات مجتمعة أو متفرقة، حتى وإن حضرت فإنها لا تؤدي بالضرورة إلى تعاطي المخدّرات وذلك لأن هناك عوامل وقائية تبطل تأثير عوامل الخطر إذا كان مفعولها أقوى. بناء على هذا التصور، سنحاول الإجابة على التساؤلات التالية:

2.أسئلة البحث

1 –هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل الاكتئاب؟

2 – هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل القلق من المستقبل؟

3–هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الانفعال؟

4–هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الأداء؟

5–هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل السند الأسري؟

6–هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل سند الأصدقاء؟

7–هل توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل الرضا عن الحياة؟

3. فرضيات البحث

1– توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل الاكتئاب.

2–توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب

11– Janssen(1994)

غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل القلق من المستقبل.

3- توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الانفعال.

4- توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الأداء.

5- توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل السند الأسري.

6- توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل سند الأصدقاء.

7- توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل الرضا عن الحياة.

4. منهج البحث

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج التجريبي البعدي Ex Post Facto ، للمعروف بالهبة الطبيعية، أو التصميم ما بعد الحدوث. وقد سمى Conta - driopoulous وآخرون (1990)هذا التصميم بالتجربة البعدية حيث يقول:»أننا نتكلم عن تجربة بعدية عندما يعجز الباحث على التأثير على المتغير المستقل لدراسته، ويستعمل تنوعات طبيعية أو تلقائية لهذا المتغير في منطق يشبه منطق المنهج التجريبي لقياس التأثير على واحد أو أكثر من المتغيرات التابعة.

5.عينة البحث

تجدر الإشارة إلى أننا راعينا في اختيار العينة ضبط العديد من المتغيرات وهذا حتى نضمن أكبر قدر ممكن من التشابه بين المجموعتين مثل الجنس، السن، المكان الجغرافي و هذا ما سيتم توضيحه في هذا العرض.

في البداية نشير إلى أن عينة الدراسة تتكون من300 شاب، مقسمة على مجموعتين، العينة التجريبية وتشمل على 150 شاب متعاطي للمخدرات، والعينة الضابطة وتضم 150 شاب غير متعاطي للمخدرات. يبدو واضحا من خلال الجدول(1) أن هناك تشابه من حيث ترتيب الفئات العمرية لأفراد العينة، حيث ظهرت الفئة العمرية 25-21 سنة بأكبر نسبة والمقدرة بـ53,33 % بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات، و52,66 %، بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات، تليها الفئة العمرية 20-15 سنة والتي قدرت نسبتها بـ28 % بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات، و29,33 %بالنسبة للشباب غير

المتعاطي للمخدرات.

الجدول(01) معطيات حول سن أفراد عينة البحث

الفئات	الشباب المتعاطي للمخدرات				الشباب غير المتعاطي للمخدرات			
	التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
20_15	42	28.00	22.62	-2,70	44	29.33	22.46	-2,68
21-25	80	53.33		0,27	79	52.66		0,39
26-30	21	14.00		2,01	24	16		2,21
31-35	7	4.66		2,24	3	2		1,49
المجموع	150	99,99			150	99.99		

1.5 - طريقة و مكان اختيار العينة

اعتمدنا في اختيار العينة على طريقة «عينة المتطوعين»Echantillon des Volontaires« إن مثل هذه العينات يعتمد عليها الباحثون في الميدان الطبي والاجتماعي في الحالات الصعبة والحساسة اجتماعيا مثل حالات الجنسية المثلية (Homosexualité)، الأشخاص ذوي المصل الايجابي(Séropositifs) السيدا.

لقد لجأنا إلى هذا النوع من العينات بسبب قلة المراكز التي تهتم بالمتعاطين للمخدرات، ونقصد بعينة المتطوعين في هذا البحث أي الشباب الذين تتوفر فيهم شروط عينة البحث مثل الجنس(ذكر)، السن (ما بين 15 و30 سنة) وتعاطي المخدرات.

2.5 - مكان اختيار العينة

لقد تم تطبيق بطارية المقاييس على عينة من الشباب المتعاطي وغير المتعاطي للمخدرات من مدينة سطيف (من أكبر مدن الجزائر) ولاعتبارات نظرية فقد اعتمدنا على العينة النفسية الاجتماعية الموجودة في خطر Echantillon à Risque وهذا النوع من العينات إما أن يكون أفرادها من غير المتعاطين ولكن في خطر التعاطي أو يكونوا من المتعاطين المعتدلين، حيث نجدهم رغم ذلك يمارسون حياتهم بصفة عادية إما متمدرسين أو عاملين، متربصين بمراكز التكوين أو طلبة جامعيين.

6. طريقة إجراء البحث

نظرا لطبيعة الموضوع وصعوبة الاتصال بأفراد العينة فقد اعتمدنا في بحثنا على«المطبقين» «Enquêteurs». لقد كان دورهم يتمثل في جمع المعلومات الخاصة بالمتعاطي وغير المتعاطي وهذا حسب المواصفات المحددة من حيث المكان والجنس والسن والمستوى العلمي والوضع الاجتماعي والاقتصادي ونظرا لأهمية عمل هؤلاء فإننا وضعنا بعض الشروط لاختيارهم والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

أ- أن يكون ذكرا.

ب-أن يعرف المطبق المفحوصين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات معرفة شخصية.

ج-أن يكون من طلبة علم النفس لمعرفتهم بأهمية الاختبارات النفسية وطريقة تطبيقها.

مع العلم أننا حرصنا على أن يتلقى المطبق تدريبا عن كيفية تطبيق البطارية ونقدم له كل المعلومات اللازمة حول بطارية المقاييس، كيفية تطبيقها، الإجابة على الأسئلة غير المفهومة، طريقة الإجابة.

وفي نهاية التدريب طلبنا من المطبق تقديم نفس التعليمات، وبالطريقة نفسها على جميع أفراد عينة البحث.

بعد موافقة المطبق على القيام بهذه المهمة قدمنا له مجموعة من البطاريات مع تحديد أهم مميزات العينة كالسن والجنس ومكان اختيار العينة وأن يكون المستجوب يتعاطى المخدرات غير الشرعية على أن لا يؤخذ بعين الأشخاص الذين يتعاطون الخمر فقط، كما كنا نؤكد على المطبقين أن يحرصوا على أن لا يترك المستجوبين أي سؤال بدون جواب.

7. أدوات البحث

من أجل التحقق من فرضيات هذا البحث عمدنا إلى استخدام أدوات البحث الموالية:

7. 1 استبيان سوسيوديموغرافي

يهدف هذا الاستبيان إلى استخراج المميزات السوسيوديموغرافية لعينة البحث. يتكون من05 محاور، وهي كمايلي:

-**المحور الأول:** خاص بالمعلومات العامة(السن، الجنس، المستوى التعليمي،...)

- **المحور الثاني**: خاص بالجانب الاجتماعي (الحالة الاجتماعية، الحالة المدنية،...)
- **المحور الثالث**: خاص بالجانب الاقتصادي (المستوى الاقتصادي، الوظيفة،...)
- **المحور الرابع**: خاص بالسوابق العدلية (السوابق العدلية، العلاقة مع القانون،...)
- **المحور الخامس**: يحوي هذا المحور الأسئلة الخاصة بتعاطي المخدّرات(سن بدء تعاطي المخدرات، دوافع تعاطي المخدرات، نوع المخدرات المتعاطاة،...)

7. 2 **مقياس بيك للاكتئاب** Beck Depression lnventory

وضع بيك وزملائه (1961) الصيغة الأولى من مقياس الاكتئاب، والتي تتكون من 21 بندا، مع العلم أن بيك (1993)أجرى تعديلات على النسخة الأصلية حيث أبقى في النسخة المعدلة على نفس عدد الفئات(21 فئة) ولكنها تختلف في كون النسخة الأصلية تقيس الاكتئاب كسمة في حين النسخة المعدلة تقيس الاكتئاب كحالة..إن تحليل الصيغة المعدلة على عينات عيادية وغير عيادية أدى إلى استخراج ثلاثة عوامل (الشكاوى الوجدانية والأدائية، والجسمية) ترتبط ارتباطا كبيرا بتصور بيك للاكتئاب. وقد تم الحصول على نفس النتائج في مختلف البلدان، مما يدل على أن مقياس بيك يتميز بصدق وثبات كبيرين وفي مختلف الثقافات.

7. 3 **مقياس التعامل مع الضغط** Coping Inventory For Stressful Situation

وضع كل من باركر واندلر(1990)[12] مقياس التعامل مع الضغط، وقد عمل الباحثان على جمع حوالي 120بند من مقاييس ودراسات حول استراتيجيات التعامل مع الضغط في مختلف الوضعيات تشمل مختلف سلوكات المقاومة، وتم اختصارها إلى 48 بندا مقسمة إلى ثلاثة استراتيجيات، وهي:

- استراتيجيات الضغط الموجهة نحو المهمة.
- استراتيجيات الضغط الموجهة نحو التجنب.
- استراتيجيات الضغط الموجهة نحو الانفعال.

لقد أبدى مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط اتساقا داخليا معتبرا وهذا حسب ما تشير إليه الدراسات السابقة في العديد من المجتمعات. حيث

12 -Parker& Endler(1990)

تراوحت قيمة ألفا ما بين 0,82 و0,91 كما أبدى المقياس صدقا معتبرا من خلال استعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، كما تراوحت قيمة معامل الارتباط ما بين 0,55 و 0,73مما يؤكد صدق وثبات المقياس.

7. 4 قياس الرضا عن الحياة Life Satisfaction Scale

صمم هذا المقياس مجدي الدسوقي سنة 1984، والذي استمد بنوده من التراث السيكولوجي، خاصة الكتابات والآراء النظرية التي تناولت موضوع الرضا العام عن الحياة أمثال دراسة لوينسون و دينر(1991)[13]، كما استعان بالمقاييس الأخرى الموجودة في التراث السيكولوجي التي صممت من أجل قياس الرضا عن الحياة، واعتمادا على هذين الخطوتين توصل إلى صياغة 30 بندا صياغة عربية.اعتمد الباحث لحساب صدق المقياس على الصدق البنائي أو التكويني وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط الناتجة بين 0,263 و0,412 وجميع هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 وتشير إلى اتساق المقياس وصدق محتواه لقياس ما وضع لقياسه.أما عند حسابه لمعامل الثبات فقد اعتمد على طريقة إعادة الإجراء(التطبيق وإعادة التطبيق) وتوصل إلى أن جميع معاملات الارتباط(تتراوح قيمها ما بين 0.694 و0.803 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01مما يشير إلى توفر شرط الثبات بالنسبة للمقياس.

7. 5 مقياس القلق من المستقبل Future Anxiety Scale

وضع زلاسكي (1981)[14] مقياس القلق من المستقبل. مع العلم أنه بدأ عند بناء المقياس بطرح السؤال الموالي على95 فردا:»مما تخاف عندما تفكر في المستقبل»، تحصل حينها على150 إجابة، بعد التمحيص والفرز استطاع أن يختار 38 إجابة تم صياغتها على شكل عبارات واضحة البعض منها سلبيا، والبعض الآخر موجب الطرح، ذات سلم 07 درجات، ويكون بهذا أول مقياس للقلق من المستقبل.

وبعد التحليل العاملي للإختبار كشف عن عامل واحد أساسي وهو» عامل القلق» بعد ذلك قام باختيار أحسن 29 بند والذي تميزت بصدق عالي، كما قام الباحث بقياس صدق المقياس باستعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وتحصل على معامل ارتباط r=0.85 من خلال هذه النتيجة يتبين لنا أن هذا المقياس يتميز بصدق عالي، كما يتميز باتساق داخلي كبير حيث كانت قيمة معامل ألفا تتراوح ما بين 0.91 و0.93.

13 -Lewinsohn & Diener(1991)

14 -Zaleski(1981)

7. 6 مقياس السند الاجتماعي Social Support Scale

أعد كل من فرنكل ولفين وتورنر(1983)[15] مقياسا للسند الاجتماعي، يتكون من15 بندا يهدف إلى قياس السند الاجتماعي من خلال الأبعاد التالية: السند، الاندماج الاجتماعي الاهتمام، الثقة المتبادلة، القيادة.ولكن بعد استعمال التحليل العاملي لمقياس السند الاجتماعي تم استخراج عاملين وهما:

- السند العائلي - سند الأصدقاء

يعتبر مقياس السند الاجتماعي من بين المقاييس التي تقيس المتغيرات المحيطة للسند الاجتماعي(الاستجابات الإدراكية، التصورات)، إضافة إلى أنه المفتاح الجوهري لتقييم الفرد، واستعماله في العديد من المقاربات العيادية.

7.7 نتائج الصدق والثبات بالنسبة للبيئة الجزائرية

لقد تم تطبيق هذه المقاييس على عينة أولية (60 شاب) من أجل دراسة الصدق والثبات بالنسبة للبيئة المحلية. والجدير بالذكر هو أن النتائج التي تم التوصل إليها بالنسبة لمجموع المقاييس المعلن عنها أعلاه تبين بأنها تتمتع بالصدق التمييزي وبثبات عال (مستوى الدلالة عند ألفا 0.001).

8. تحليل النتائج

أولا: الخصائص العامة للشباب المتعاطي للمخدرات مقارنة بالشباب غير المتعاطي للمخدرات.

- المستوى التعليمي

يظهر من جدول (02) أن هناك اختلاف بين المجموعتين فيما يخص المستوى التعليمي حيث نجد أن 45.33 % من المتعاطين للمخدرات مستواهم التعليمي ابتدائي ومتوسط، مقابل05.32 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات، والعكس بالنسبة للمستوى الجامعي إذ نجد 25.33 %بالنسبة للمتعاطين مقابل65.33 % بالنسبة لغير المتعاطين، في حين هناك تقارب في نسب المستوى الثانوي حيث قدرت نسبة الشباب المتعاطي للمخدرات ذات المستوى الثانوي بـ28.66 %، مقابل 29.33 %بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات.

15 -Frankel, Levin, Turner (1983).

الجدول(02) معلومات حول المستوى التعليمي لعينة البحث

المستويات	الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
ابتدائي	24	16.00	1	00.66
متوسط (أساسي)	44	29.33	7	4.66
ثانوي	43	28.66	44	29.33
جامعي	38	25.33	98	65.33
المجموع	149	99.32	150	99.98

- الحالة المدنية

يتبين لنا من خلال الجدول(03) أن غالبية أفراد العينة غير متزوجين حيث وصلت نسبة الشباب المتعاطي للمخدرات غير المتزوج بـ89,33 % أما بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات فقد وصلت النسبة إلى 96 %، في حين كانت نسبة المتزوجين في مجموعة المتعاطين للمخدرات تقدر بـ06 % أما بالنسبة لغير المتعاطين للمخدرات فقد قدرت بـ 4 %.

الجدول (03) معطيات عن الحالة المدنية لأفراد عينة البحث.

	الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
أعزب	134	89.33	144	96.00
متزوج	13	8.66	6	4
مطلق	2	1.33	00	00
أرمل	1	0.66	00	00
المجموع	150	99.98	150	100

تتفق نتائج البحث الحالي مع مختلف الدراسات السابقة والتي أكدت على أن تعاطي المخدرات أكثر انتشارا عند غير المتزوجين منه عند المتزوجين. نعتقد

أن هذه النتيجة ترتبط بالأساس بمتغيرات سن المتعاطين للمخدرات، حيث تؤكد على أن انتشار المخدرات يكون في المرحلة العمرية (15-25 سنة).

-المستوى الاقتصادي

للوقوف عند المستوى الاقتصادي لأسر عينة البحث فإن الجدول(04) يضع أمامنا معطيات عن المستوى الاقتصادي.

الجدول(04) معطيات عن المستوى الاقتصادي.

المستويات	الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
مرتفع جدا	8	5.33	05	3.33
مرتفع	20	13.33	32	21.33
متوسط	91	60.66	106	70.66
منخفض	31	20.66	7	4.66
المجموع	150	99.98	150	99.98

يبدو واضحا من خلال الجدول(04) أن 73.99 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات يتراوح مستوى عائلتهم الاقتصادي ما بين المتوسط والمنخفض. أما بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات فإنهم يؤكدون على أن المستوى الاقتصادي لعائلاتهم يتراوح ما بين المتوسط والمرتفع بنسبة تقدر بـ 91.99 %.

ثانيا: تعاطي المخدرات: البداية والأسباب ونوع المخدرات

- سن بدء تعاطي المخدرات

للوصول إلى تحليل واضح لتجربة الشباب المتعاطي للمخدرات مع المخدرات، فإن الجدول (06) يقدم لنا معطيات حول سن بدء تعاطي المخدرات.

الجدول (05) معطيات حول سن بدء تعاطي المخدرات

الفئات	الشباب المتعاطي للمخدرات			
السن	التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
09-15	49	32.66	16,71	2,69
16-22	98	65.33		1,85
23-29	03	02.00		1,31
المجموع	150	99.99		

يبدو من هذا الجدول أن 65.33 % من عينة بحثنا بدأت في تعاطي المخدرات مابين16 و22 سنة، في حين بدأت نسبة 32.66 % التعاطي في الفئة العمرية 15-09 سنة، أما 02 % فقد بدأت تعاطي المخدرات ما بين 23 و29 سنة وبهذا يصبح متوسط سن بدء تعاطي المخدرات بـ 16,71سنة.

- دوافع تعاطي الشباب للمخدرات

يوضح الجدول(06) أهم الأسباب التي دفعت بالشباب لتعاطي المخدرات.

الجدول(06) الأسباب وراء تعاطي الشباب للمخدرات

	الشباب المتعاطي للمخدرات	
الأسباب	التكرارات	النسبة المئوية
أسباب اقتصادية	44	29.32
أسباب نفسية	35	22.97
تأثير الأصدقاء	104	69.33
الرغبة في تجريب المخدرات	10	06.66
الخدمة الوطنية	2	01.66
مشاكل أسرية	60	39.99
الفشل الدراسي	04	02.66

يبدو واضحا من خلال هذا الجدول أن هناك عوامل متعددة دفعت بالشباب إلى تعاطي المخدرات من أهمها عامل تأثير الأصدقاء والتي كانت لها النسبة الأكبر أي بـ 69,33 % ،أما عامل المشاكل الأسرية فقد احتلت المرتبة الثانية بنسبة قدرها 39.99 %، وعامل المشاكل الاقتصادية فقد كانت نسبتها 29.32 %.

- نوع المخدرات المتعاطاة

يبين لنا الجدول(07) المخدر الذي يتعاطاه الشباب المتعاطي للمخدرات.

الجدول(07) نوع المخدر الذي يتعاطاه الشباب

أنواع المخدرات	التكرارات	النسبة المئوية
الكيف	103	68.66
الحبوب	63	42.00
اللصاق+ البنزين	32	21.33
الخمر	68	45.33
الكوكايين	6	04.00
الهيروين	8	05.33
الخل الكحول+الطبي+الشيح+ الدفلة	5	03.33

يتضح من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من أفراد عينة الدراسة والمقدرة بـ68.66 % تتعاطى الحشيش، يليها في النسبة الخمر بنسبة 45.33 %، ثم تعاطي العقاقير النفسية بنسبة 42 %، في حين لم تحضى المذيبات الطيارة إلا بنسبة 21.33 %.

- مصادر شراء المخدرات

يضع أمامنا الجدول(08) بعض المعلومات عن أهم المصادر التي يعتمد عليها الشباب عند شرائهم للمخدرات.

الجدول(08) معلومات عن أهم المصادر التي يعتمد عليها الشباب في شراء المخدرات

المجموعات	الشباب المتعاطي للمخدرات	
	التكرارات	النسبة المئوية
العمل	66	44
الأهل	20	13.33
الأصدقاء	8	5.33
السرقة	9	6.00
الديّن	1	00.66
بيع المخدرات+السرقة+الديّن	25	16.66
الأهل + الأصدقاء	5	3.33
كل الطرق	15	10.00
بدون إجابة	1	00.66
المجموع	150	

يتضح من خلال الجدول(08) أن 44 % من مجموع العينة مصادر اقتناءها للمخدرات يرجع للعمل، في حين يرجع 16.66 % ذلك لبيع المخدرات والسرقة والديّن، أما 13.3 % فمصدر شرائهم للمخدرات يرجع للأهل وهناك من يستعمل كل الطرق للحصول على المخدرات ونقصد بكل الطرق الأهل والعمل، والدين، والسرقة، والأصدقاء، وبيع المخدرات وذلك بنسبة 10 %، أما أفراد العينة الذين تحصلوا على المال من أصدقائهم فتقدر نسبتهم بـ 05.33 % وهناك نسبة 06 % من مجموع العينة من يلجأ للسرقة للحصول على المال، وهناك 03.33 % من يلجأ للأهل والأصدقاء، في حين نسبة قليلة من تقدر بـ 00.66 % من يستعين بالدّين.

-السوابق العدلية

إن الجدول(9) يضع أمامنا بعض المعطيات عن ما إذا كان لأفراد عينة البحث سوابق عدلية، إن هذه المعطيات تقدم لنا تصورا واضحا عن مدى تأثير المخدرات ليس فقط على الجانب الجسمي والنفسي بل وحتى في علاقة أفراد العينة مع القانون.

الجدول(9) السوابق العدلية للشباب أفراد العينة

المجموعات	الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	48	32.00	1	0.66
لا	102	68.00	149	99.33
المجموع	150	100	150	99.99

يبدو واضحا من خلال الجدول(9) أن 68 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات ليس لديهم سوابق عدلية مقابل 99,33 % من مجموع عينة الشباب غير المتعاطي للمخدرات. ومن جهة أخرى نجد أن 32 % من مجموع أفراد الشباب المتعاطي للمخدرات كانت لديهم سوابق عدلية، مقابل 0,66 % من مجموع أفراد الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

ثالثا: عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات

انطلقنا عند تحديدنا لعوامل الخطر والوقاية من فكرة أن عوامل الخطر والوقاية يمثلان نهايتان لخط واحد وهذا يعني أن نفس العامل يمكن أن يكون عامل خطر ووقاية، وهذا حسب وزن العامل فالاكتئاب مثلا يكون عامل خطر في حالة ما إذا كان مرتفع وعامل وقاية في حالة ما إذا كان منخفض، ونفس الشيء فيما

يخص العوامل الأخرى، فالرضا عن الحياة يكون عامل وقاية في حالة ارتفاعه وعامل خطر في حالة انخفاضه وهكذا. هذه الفكرة تتفق مع ما جاء به كل من نيوكمب وآخرون(1992) وبروك وآخرون(1992)[16].

العامل الأول: الاكتئاب و القلق من المستقبل

الجدول (10) نتائج اختبار «ت» بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير الاكتئاب و القلق من المستقبل.

		الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات			
المتغيرات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الاكتئاب	150	30,97	12.45	20,57	6.08	9.18	0.000
القلق من لمستقبل	150	110,36	85.44	87,36	16.41	3.24	0.000

يتضح من خلال الجدول (10) وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل الاكتئاب، حيث بلغت قيمة متوسط الاكتئاب بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات (30.97)مقابل(20.57) بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات وقد كانت قيمة "ت" تساوي(9.18) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة α =0,000 وتعني هذه النتيجة أن الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

في نفس الاتجاه كانت نتيجة متغير القلق من المستقبل، حيث توصلنا إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير القلق من المستقبل حيث بلغت قيمة متوسط القلق من المستقبل لدى الشباب المتعاطي للمخدرات(110.36) مقابل (87.36). وعلى الرغم من أن درجات المجموعتين تتميز بتشتت كبير حيث كانت قيمة الانحراف المعياري للمجموعة الأولى(85.44) مقابل(16.41)

16 -Brook et al (1992) newcomb et al(1992)

بالنسبة للمجموعة الثانية إلا أن قيمة قيمة "ت" كانت تساوي (32.40) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,001= α مما يعني أن الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر قلقا على مستقبلهم.

العامل الثالث: استراتيجيات مع الضغط

الجدول (11) نتائج اختبار "ت" بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير استراتيجيات التعامل مع الضغط.

		الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات			
المتغيرات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الأداء	150	47,36	9.36	59,88	8.89	11.83	0.000
الانفعال	150	54,15	11.34	43,34	8.96	9.15	0.000
التجنب	150	53,44	9.4340	42,80	6.15	11.57	

يتبين لنا من هذا الجدول (11) وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عامل استراتيجيات التعامل مع الضغط بأبعادها الثلاثة: الأداء، الانفعال، التجنب حيث بلغت قيمة متوسط استراتيجيات الأداء(47.36) الانفعال (54.15) التجنب (53.44) بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات مقابل قيمة إستراتيجية الأداء(59.88) الانفعال(43.34) التجنب (42.80) بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات وقد كانت قيمة "ت" بالنسبة للأداء (-11.83) الانفعال(9.15) التجنب(11.57) وهي كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,000= α وتعني هذه النتيجة أن الشباب المتعاطي للمخدرات يلجأ إلى استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو التجنب والانفعال أكثر من الشباب غير المتعاطي للمخدرات، في حين يلجأ هذا الأخير إلى استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الأداء(حل المشكلات).

العامل الرابع: الرضا عن الحياة

الجدول (12) نتائج اختبار «ت» بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير الرضا عن الحياة.

		الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات			
المتغيرات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الشعور بالسعادة	150	11,34	7.58	09,50	1.53	2.91-	0.004
الاجتماعية	150	08.64	3.24	10.49	8.40	2.51-	0.01
الهدوء	150	10.52	1.33	9.03	4.45	3.91-	0.000
الشعور بالاستقرار	150	05.28	2.51	10.88	1.69	22.58-	0.000
القيم الاجتماعية	150	09.12	3.26	12.61	1.17	12.29-	0.000
القناعة	150	04.19	0.17	10.48	0.12	28.80-	0.000

تبين لنا المعلومات المعلنة في الجدول(12) وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير الرضا عن الحياة بأبعادها الستة(06): الشعور بالسعادة والاجتماعية والهدوء والشعور بالاستقرار والقيم الاجتماعية والقناعة، حيث بلغت قيمة متوسط متغير الشعور بالسعادة(11.34)الاجتماعية (8.64) الهدوء (10.52) الشعور بالاستقرار (5.28)القيم الاجتماعية(9.12) القناعة (4.19) بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات مقابل الشعور بالسعادة(9.50) الاجتماعية (10.49) الهدوء (9.03) الشعور بالاستقرار(10.88) القيم الاجتماعية(12.61) القناعة(10.48) بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات وهي كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة α =0,01 بالنسبة لبعد الاجتماعية، وα=0,004 بالنسبة لبعد الشعور بالسعادة، أما بعد الهدوء والشعور بالاستقرار والقيم الاجتماعية والقناعة، فقد كانت دالة عند مستوى الدلالة α =0,000 وهذا يعني أن الشباب المتعاطي للمخدرات أقل اجتماعية وأقل هدوء وأقل شعورا

بالاستقرار وأقل قناعة من الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

العامل الخامس: السند الاجتماعي

الجدول (13) نتائج اختبار "ت" بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير السند الاجتماعي.

المتغيرات	حجم العينة	الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري		
السند الأسري	150	14.90	4.58	26.16	3.61	25.74-	0.000
سند الأصدقاء	150	47.44	6.73	21.64	3.48	9.37	0.000

يوضح لنا هذا الجدول (13) وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير السند الاجتماعي ببعديه: السند الأسري وسند الأصدقاء، حيث بلغت قيمة متوسط السند الأسري (14.90) سند الأصدقاء (26.16) بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات مقابل قيمة السند الأسري(47.44) سند الأصدقاء (21.64)بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات وقد كانت قيمة «ت» بالنسبة للسند الأسري (-25.74) سند الأصدقاء(9.37) وهي كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة α =0,000 وتعني هذه النتيجة أن الشباب المتعاطي للمخدرات يدرك أصدقاءه أكثر سندا ودعما له من عائلته، في حين يدرك الشباب غير المتعاطي للمخدرات أسرته على أنها أكثر سندا ودعما له من أصدقاءه.

9. مناقشة عامة

من خلال تطبيق اختبار «ت» لحساب مدى دلالة الفروق بين المتوسطات توصلنا إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر، فقد ظهر الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر قلقا من المستقبل، وأكثر اكتئابا، وفي نفس الاتجاه نجدهم أقل رضا عن حياتهم. كما بينت النتائج أن الشباب المتعاطي للمخدرات أقل شعورا في كل من الشعور بالسعادة، والاجتماعية،

والهدوء، والاستقرار، والقيم الاجتماعية، وأقل قناعة من الشباب غير المتعاطي للمخدرات. أما بالنسبة لمتغير استراتيجيات التعامل مع الضغط فقد أظهرت النتائج أن الشباب المتعاطي للمخدرات عندما يتعرض لضغط معين فإنه يلجأ إلى التجنب، والانفعال، والترفيه، والتنوع الاجتماعي في حين يلجأ الشباب غير المتعاطي للمخدرات لإستراتيجية الأداء للتعامل مع الوضعيات الضاغطة، وتجدر الملاحظة إلى أن الفروق المسجلة جميعها دالة احصائيا.

وعلى الرغم من قلة الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات مجتمعة لتحديدها كعوامل خطر ووقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، فإننا نجد دراسة كل من بري وآخرون(1982) نيوكمب وآخرون(1986)[17] في بعض متغيراتها، حيث توصلوا إلى حصر عشرة (10)عوامل خطر، وهي : انخفاض المعدل الدراسي، انخفاض درجة التدين، الاضطراب النفسي، الانحراف، التعاطي المبكر للكحول، تدني تقدير الذات، صراعات عائلية، تعاطي الأصدقاء للمخدرات، تعاطي الكبار(الإخوة، الوالدين) للمخدرات، الحاجة للإثارة.

أما ماك بريد و سيمبسون (1992)[18] فقد حددوا مجموعة من العوامل، وهي : الروابط العائلية، العلاقة مع الأصدقاء، تقدير الذات، المستوى المعيشي.

وأما هوكينس و كتلنو(1992)[19] فقد حصروا مجموعة من عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، وهي كمايلي: عوامل فيزيولوجية وبيوكميائية، عوامل وراثية، عوامل عائلية، تعاطي العائلة للمخدرات، المعاملة الوالدية، الصراعات العائلية، ظهور مبكر لمشاكل سلوكية مع استمرارها، الفشل الدراسي،تأثير الأصدقاء، رفض الطفل من جماعة الرفاق في سنوات التمدرس الأولى، تعاطي الأصدقاء للمخدرات، الشعور بالاغتراب والثورة، الاتجاهات الايجابية نحو المخدرات.

من خلال عرض هذه النتائج يتضح أن مختلف الدراسات السابقة التي تناولت موضوع عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات ركزت على العوامل الاجتماعية، في حين نجد غياب العوامل النفسية، وهذا على الرغم من تأكيد الكثير من الباحثين على أهمية العوامل النفسية وعلاقتها بظاهرة تعاطي المخدرات واستمرارها. تأتي هذه الدراسة لتوضح لنا أهمية العوامل النفسية. يمكننا أن نقول بأن نتائجها تسير في نفس الاتجاه الذي وصلت إليه نتائج كل من:

17 -Bry et al)1982(, Newcomb et al,)1986)

18 -Mc Bride ,Simpson(1992)

19 -Hawkins et Catalano(1992)

جاكوبس(1986)[20] والذي بين بأن السلوكات الإدمانية تكون نتيجة خوف الشباب من المستقبل كما يرى أن العامل المشترك بين مختلف أنواع الإدمان هو توقع حدوث كل ما هو غير مرغوب.

كما تؤكد نتائج دراسة كاندل وكسلر(1977)[21] الطولية حول استعمال المخدرات عند المراهقين بأن المزاج الاكتئابي منبئ مهم لبداية استعمال المخدرات غير الشرعية .

وتتدعم هذه النتيجة بنتائج دراسة كاندل وأخرون (1978) حيث توصلوا إلى أن الأشخاص يتخذون من تعاطي المخدرات طريقة للتعامل مع المشاكل الشخصية، كما توصلوا إلى أن ظهور الأعراض الاكتئابية عند المتعاطين للمخدرات ينبئ بتعاطي المخدرات الصلبة (عن Barclay, 1984)

كما توصل كل من نولان-هسكما وآخرون (1994)[22] إلى أن تعاطي الكحول أو المخدرات هو نمط مقاومة انفعالي، مثل التفكير المرغوب فيه، والبحث عن السند الاجتماعي والمعلومات والتعبير عن الانفعالات، والإنكار والقيام بنشاطات ترفيهية .

وتتفق نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة كمباس وآخرون(1988)[23] حيث توصلوا إلى وجود ارتباط عكسي ذو دلالة إحصائية بين استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على المشكل وسلم السلوكات الإدمانية.

كما أكد بانتز (1983)[24] في دراسة حول استراتيجيات التعامل مع الضغط عند المتعاطين للمخدرات، على أن التدرب على المهارات الاجتماعية يخفض من استعمال المخدرات، وقد أثبتت عملية المتابعة أن التدرب على هذه المهارات الاجتماعية طريقة فعالة للوقاية من الإدمان على المخدرات عند المراهقين.

كما خلص بحث كاندل (1988)[25] إلى أن الأفراد في وضعيات ضاغطة، قد يلجأون إلى الموارد الاجتماعية المتوفرة كالعائلة وجماعة الأصدقاء، وإلى الموارد النفسية والاستراتيجيات السلوكية المستعملة عادة لمواجهة وضعية

20 -Jacobs(1986).

21- Kandel & Kessler (1977).

22 -Nolen-Hoeksema et al (1994).

23 -Compas et al(1988)

24 -Pentz (1983)

25 -Kandel (1988)

ما. لهذا، إذا كان المراهق لا ينتمي إلى أي جماعة دعم، وكان يفتقر إلى الموارد النفسية والاستراتيجيات السلوكية، فإنه قد يشعر بالاكتئاب، والعزلة، فيتوجه إلى المخدر، والسلوكات المشكلة الأخرى كالجناح، واضطرابات الشهية لإنهاء مشاكله الاجتماعية والعاطفية.

كما توصل فرال وآخرون(1992) إلى أن الاستعمال المنخفض لاستراتيجية التخطيط لحل المشكل، من أهم عوامل الخطر لتعاطي المخدرات عند المراهقين.

أما فيما يخص السند الاجتماعي فقد أظهرت التحليلات الإحصائية إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات، حيث أدرك الشباب المتعاطي للمخدرات أصدقاءه أكثر مساندة ودعما له من أسرته، في حين أدرك الشباب غير المتعاطي للمخدرات بأن أسرته أكثر مساندة ودعما له من أسرته.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أكده جونسن(1973) في دراسة قام بها على عينة قوامها 3500 تلميذ من 20 مدرسة حيث توصل إلى أنه كلما قل تأثير الوالدين على الأبناء كلما زاد تأثير جماعة الرفاق، وقد يعود هذا إلى شعور الابن بإهمال والديه له، والرفض الدائم له، وعدم التقبل مما يجعله سهل التأثر بجماعة الرفاق. (عن Bergeret,1984)

كما توصل بروك وآخرون(1992)[26] من خلال دراسة قاما بها حول الانحراف وسوء استهلاك المخدرات، إلى أن هناك تشابه في السببية، حيث كلاهما يتأثر بالنشاط العائلي، وجماعة الرفاق، والمحيط المدرسي، ولكن سلوك تعاطي المخدرات يتأثر أكثر بالروابط الأسرية، أما الانحراف فيتأثر بالمحيط الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي عن (Dobkin et al, 1997)

أما بومريند (1991)، بروك وآخرون(1992)، شيدلر وآخرون (1990) فقد توصلوا إلى أن الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء يؤدي بالمراهق إلى سوء استهلاك المخدرات.

كما لاحظ دشيون وآخرون(1988)[27] إلى أن المعاملة الوالدية التي لا تقوم على النصح، والإرشاد، والمراقبة، إلى جانب عدم القدرة على حل المشاكل والصراعات العائلية حلا موفقا قد تدفع بالمراهق إلى تعاطي المخدرات (عن Van Hasselt et al,1993)

26 -Brook et al(1992)

27 -Dishion et al(1988)

أما هوكينس وكتلانو(1992)[28] فقد توصلوا إلى أن خطر تعاطي المخدرات يظهر مرتفعا عند الأشخاص الذين تتميز معاملة والديهم بعدم الوضوح، وبمراقبة ضعيفة لسلوك الأبناء، وبمكافآت قليلة وغير ثابتة للسلوك الإيجابي، مع عقاب شديد ومتواصل لا يرتبط بدرجة الخطأ.

كما أكد رايلي (1992)[29] إلى أن النقطة المشتركة بين المراهقين المتعاطين للمخدرات تتمثل في وجود نماذج سيئة للاتصال، والنقد الدائم، والتأنيب المستمر، ونقص الثناء، وعدم توافق توقعات الآباء الخاصة بمستقبل طفلهم وقدراته الذهنية (عن Hawkins et al, 1992)

أما بلوك وشيدلر (1990) ففي دراسة طولية على عينة تتكون من 101 طفل يبلغون من العمر 5 سنوات، وأصبحوا يتعاطون المخدرات في سن الـ18 توصلوا إلى أن أمهاتهم يتصفن بالعدوانية، عديمات الإحساس بأبنائهن، كثيرات النقد لسلوكاتهم، لا تدعمنهم، ولا تساندنهم، كما أنهن كن قليلات التشجيع لهم، شديدات التركيز على أداءهم، أما أمهات الشباب الذين كانت لهم تجربة قصيرة مع المخدرات ولكن لم يدمنوا عليها فتتصفن بأنهن حنونات تلقائيات، مساندات، مشجعات لأبنائهن.

فإذا كانت العلاقات الأسرية بالنسبة للمتعاطين للمخدرات تتسم بالرفض والصراع واللامبالاة، فإن العلاقة مع الرفاق تختلف تماما الذي أكدته الكثير من الدراسات.

فقد توصل كاندل وديفس(1991)[30] إلى أن هناك علاقة ايجابية بين درجة الألفة والمودة بين جماعة الرفاق وتعاطيهم للمخدرات، إذ يجد الشاب في جماعة الرفاق ما لا يجده في أسرته، إنه يجد الأذن الصاغية لمشاكله وانشغالاته، يجد التقبل كما يجد السند والدعم الذي يفتقده في أسرته، يستمتع عند الاجتماع بهم، وبالتالي يصبح يقضي أكبر وقتا معهم، يستحسن ويوافق على أي سلوك يقوم به أصدقائه حتى وإن كان سلوكا منحرفا.

وتأكيدا لما جاء، فقد توصل أقنو(بدون سنة) إلى أن تأثر الشاب بالجماعة المنحرفة، يتوقف على شروط أربعة وهي :

- تمسك الشاب بجماعة الأصدقاء المنحرفين.
- مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعة الأصدقاء
- مدى الاستحسان أو الموافقة على السلوك المنحرف.

28 - Hawkins et Catalano(1992)

29 -Railly(1992)

30 -Kandel et Davies(1991)

- مدى ضغط الأصدقاء.

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

وهكذا فإن نتائج هذه الدراسة تؤكد لنا أهمية العوامل النفسية كآليات وقاية من، لبلوغ هذا الهدف فقد حاولنا رسم تصور يرتكز على أربعة عوامل أساسية، وهي:

- تناول متغيرات الخطر في إطار متعدد العوامل وتفاعلي(متغيرات معرفية، نفسية، نفسية اجتماعية).
- تناول عوامل الخطر والوقاية باعتبارهما نهايتان لخط مستقيم واحد.
- ارتباط تعاطي أو عدم تعاطي المخدرات بوزن ومدة عوامل الخطر والوقاية.
- ارتباط تعاطي أو عدم تعاطي المخدرات بعدد عوامل الخطر والوقاية.

اعتمادا على هذه العوامل فقد توصلنا إلى مايلي:

أظهرت نتائج اختبار «ت» لقياس الفروق بين المتوسطات إلى أن الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا وأكثر قلقا على مستقبلهم وغير راضين على حياتهم، يميلون إلى تبني استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الانفعال والتجنب في حين يميل الشباب غير المتعاطي للمخدرات إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الأداء(حل المشكلات)تؤكد هذه النتيجة فكرة أن التفاعل بين متغيرات الخطر أو الوقاية يكون مفعولهم أكبر من تأثير متغير وقائي أو خطر منفرد، فالشاب الذي يشعر بالرضا عن الحياة، ويميل إلى استعمال استراتيجيا ت التعامل مع الضغط الموجهة نحو حل المشكل ويتسم بالهدوء وبالقناعة وبالاجتماعية ويمتلك قيما اجتماعية، يلجأ لأسرته عند تعرضه للضغط، كل هذه العوامل يمكن أن تقي الشاب من تعاطي المخدرات ويصبح مفعولها أكبر عندما تكون مجتمعة، حتى وإن كان الشخص معرض لعوامل خطر مثل المستوى الاقتصادي المتدني، البطالة، وهذا ما يؤكد هذا التصور المطروح.

المراجع

1. رضا عبد الله أبو سريع(2004). تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، دار الفكر، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
2. بدر الأنصاري (2002). المرجع في مقاييس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.

3. محمد وليد البطش وفريد كامل أبو زينة(2007). مناهج البحث العلمي: تصميم البحث والتحليل الاحصائي، دار السيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
4. بوسنة محمود(2007). علم النفس القياسي: المبادئ الأساسية، سلسلة الكتب الأساسية في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
5. جودة محفوظ(2008). التحليل الاحصائي المتقدم باستخدام SPSS، دار وائل، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
6. حجار محمد حمدي(1992). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات المنية والتدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية.
7. مجدي محمد الدسوقي(1999). مقياس الرضا عن الحياة، مكتبة الأنجلوالمصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
8. فؤاد البهي السيد(2006). علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
9. مصطفى خليل الشرقاوي(1993). قياس استراتيجيات سلوك التعامل مع المواقف الضاغطة، مجلة كلية التربية بالأزهر، العدد41.
10. طايبي فريدة (1998). مميزات الشباب المتعاطي للمخدرات، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، معهد علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر.
11. قماز فريدة (1998). إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، معهد علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر
12. عبدالله زيد الكيلاني ونضال كمال الشريفين(2007). مدخل إلى البحث في العلوم التربوية والاجتماعية، دار المسيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
13. عماد محمد مخيمر(1998). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد17، المجلد السابع.
14. Albaret, M. CH (1996). L'adolescent face au cancer : études du soi et des stratégies de coping, in, revue de neuropsychiatrie, enfant-adolescent, 44(6-7).

15. Bergeret, J. (1984). Précis de toxicomanie, Masson, Paris, France.

16. Biglan, A., Rothlind, J. (1989). Impact of distressed and agressive behavior,in, journal of abnormal psychology, vol,98, n°3.

17. Brook, J.S., Brook, D. (1992). The Psychosocial etiology of adolescent drug use : a family international approach, in, genetic social and general psychology monographs, vol 116, n°2.

18. Chipp, P. E., Sherer, K. (1992). Les comportements de coping: etudes de leur structure théorique et elaboration d'une echelle en langue française, in revue europeene de psychologie appliquée, vol. 42, n° 4.

19. Cohen, D., Richardson., (1994). Parentng behaviors and the onset of smoking and alcohol use, in pediatrics,vol 94, n°3.

20. Dembo,R.,Farrow,D(1981),Examination a Causal Model Of Early Drug Involvement Among Inner City Junior, High Youth, In Human Relations ,Vol 34, №3 ,PP 169-193.

21. Dembo,R., Williams, L. (1994). The Relationship Among Family Problems, Friends Troubled Behavior, And High Risk Youth Alcohol/ Other Drug Use And Delinquent Behavior : Longitudinal Study, In,The International Journal Of The Addictions, Vol 129, n° 11.

22. Dobkin ,P.L., Tremblay, R. E. (1997). Predictives bys early onset substance abuse from fathers alcoholism son's disruptiveness and mother's parenting behavior,in journal consulting and clinical psychology, vol. 95, n°01.

23. Dupain, Ph, (1998). Le 'Coping' une revue du concept et les methodes d'evaluation,in,journal de therapie comportemntale et cognitive, vol 8, n°4.

24. Felix-Ortiz, M., Newcomb, M. D. (1992). Risk and protective factors for drug use among latino and white adolescent,in hispanic journal of behavioral sciences,vol 14, n° 3.

25. Frydenberg, E. (1997). Adolescent coping: theoritical and research perspectives, Routledge, London.

26. Hawkins, J. D., Catalano, R. F (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and earley adulthood : implications for substance abuse prevention, in, pschological bulletin, vol 112, n° 1.

27. Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Catalano, R. F. (1995). Bilding safer society :strategic approachs to crime prevention: preventing substance abuse,university of Chicago, USA.

28. Hops, H., Sherman, L(1990). Maternal depression, marital discord and children's behavior: a devlopmental perspective, depression & aggression in family interaction, G.R. Patterson edition ,Erlbaum, NewYork, USA.

29. Hops, H., Tildesley, E., (1990). Parent-adolescent problem solving interactions and drug use,in,american journal drug alcohol abuse, vol. 16, n° 3&4.

30. Hops, H(1992). Parental depression and child behaviour problems implications for behavioral family intervention,in behaviour change, vol. 9, n°3.

31. Jessor,R(1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action,in journal of health, 12.

32. Kalling-Knight, D., Cross, D.R (1995). Psychosocial functioning among adult drug users: the role of parental absence, support, and conflict, in the interntional journal of the addictions, vol. 30, n°10.

33. Kokkevi, A., Costas,S(sans Date),Parenting Rearing Patterens and Drug Abuse.

34. Lewinsohn, P., Teri,L & Hoberman,H.M(1983). Depression a prespective on etiology, treatment and life span issues : perspectives on behavior therapy, the eighties, New york, USA.

35. Mussen P, H., Conger, J. J (1984). Child development and personlity, haper international,USA.

36. Neal, J. M, Liebert, R. M (1986). Science and behavior: an introduction to methods of rsearch,prentice hall international editions,New York, USA.

37. Office des Nations Unies Contre La Drogue et le Crime(2009). Rapport mondial sur les drogues 2009. documents des nations unies.

38. Newcomb, M. D., Harlow, L. L (1986). Life events and substance use among adolescents : mediating effects of perceived loss of control and meaning lessness in life,in, journal of personality and social psychology, vol. 51, n°3.

39. Smart. L.S, Chbucos .T. R, Didier. L.A (1990). Adolescent substance use and perceived family functioning,in, journal of family issues, vol. 11, n°02.

40. VanHasselt.v , Hersen. M. (1993).drug use prevention for high-risk african-american children and their families: a review and model program. in, addictive behaviors, vol. 8.

41. Wills,T.A., McNemara(1996). Escalated Substance Use: A Longitudinal Grouping Analysis From Early To Middle Adolescence,In Journal Of Abnormal Psychology, Vol 105, n° 2.

42. Zaleski, Z. (1993). Attitudes face à l'avenir : espoir et anxiete, in, revue quebecoise de psychologie ,vol 14, n° 1.

43. Zaleski, Z. (1996). Future anxiety: concept measurement, and preliminary research,in person individ diff, vol 21, n° 2.