

اضطراب تعاطى المخدرات وعلاقتها بالانتحار لدى عينة من المراهقين

Substance use disorder and its relationship to suicide in a sample of adolescents

د / أسامه كمال محمد

دكتوراه الفلسفة في الخدمة الإجتماعية تخصص خدمة الفرد

DOI:10.21608/FJSSJ.2022.150550.1103 Url:https://fjssj.journals.ekb.eg/article_251993.html

تاريخ إستلام البحث: ٢٠٢٢/٧/٩ م تاريخ النشر: ٢٠٢٢/٧/٣٠ م
توثيق البحث: محمد، أسامة كمال محمد.(٢٠٢٢). اضطراب تعاطى المخدرات وعلاقتها بالانتحار لدى عينة من المراهقين
مجلة مستقبل العلوم الإجتماعية،مج.١٠،ع.(٤)،٢٠٣-٢٣٥.

٢٠٢٢ م

FSSJ

مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية
Future of Social Sciences Journal

العدد: الرابع. يوليو ٢٠٢٢ م.

المجلد: العاشر.

اضطراب تعاطي المخدرات وعلاقتها بالانتحار لدى عينة من المراهقين

مستخلص:

تعتبر تلك الدراسة من الدراسات الوصفية والتي تستهدف التعرف على الصفات الديموغرافية لدى عينة البحث، وكذلك التعرف على أساليب المعاملة الوالديه (للأب- للأم) وعلاقتها باضطراب المخدرات لدى عينة البحث، والتعرف على علاقه بين القابلية للانتحار والصفات الديموغرافية لعينة البحث، حيث تم إجراء الدراسة علي عينة من المراهقين بالعيادة الخارجية والقسم الداخلي لإدمان المراهقين، بمستشفى حلوان للصحة النفسية، وتقع مستشفى حلوان للصحة النفسية في جنوب القاهرة، وتقدم الخدمة للمراهقين في كلاً من الحضر والريف، وقد توصلت الدراسة إلي النتائج الأتية: كان للمرضى مستويات مختلفة من حيث شدة الإدمان وجد أن 20% من المراهقين لديهم مشكلة مفرطة ودائمة مع استخدام المواد المخدرة في حين أن 24% من المراهقين لديهم مشكلة كبيرة جدا مع استخدام المواد المخدرة وأن نسبة تعاطي القنب الصناعي (الاستروكس أو الفودو) 84% وأن نسبة تعاطي الحشيش 72% وأن الشعور باليأس في العينة 28.32، كما أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في الصورة المتعلقة بالاب من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتذبذب وبينما لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في الصورة المتعلقة بالاب من حيث اختبار التفرقة وأساليب معاملة السوية.

الكلمات المفتاحية: تعاطي المخدرات، الانتحار، المراهقين.

Substance use disorder and its relationship to suicide in a sample of adolescents

Abstract:

This study is considered one of the descriptive studies that aims to identify the demographic characteristics of the research sample, as well as to identify the parental treatment methods (for the father - for the mother) and their relationship to drug disorder in the research sample, and to identify the relationship between the susceptibility to suicide and the demographic characteristics of the research sample, where the study was conducted on A sample of adolescents attended the outpatient clinic and the internal department for adolescent addiction at Helwan Hospital for Mental Health. Helwan Hospital for Mental Health is located in the south of Cairo. It provides services to

adolescents in both urban and rural areas. The study reached the following results: Patients had different levels in terms of severity of addiction. 20% of adolescents have an excessive and permanent problem with the use of narcotic substances, while 24% of adolescents have a very big problem with the use of narcotic substances, and the percentage of industrial cannabis (astrox or voodoo) is 84%, and the percentage of cannabis abuse is 72%, and the feeling of despair in the sample 32.28, and the results of the study showed that there were statistically significant differences between the two tribal measurements of the sample and control groups in the picture related to the father in terms of the test of control, control and pregnancy. The verse of excess and fluctuation, and while there are no statistically significant differences between the two tribal measurements of the two groups, the sample and the control, in the picture related to the father in terms of the differentiation test and the methods of normal treatment.

Keywords: Substance, disorder, adolescents.

أولاً: مشكلة الدراسة:-

المخدرات هي الخطر الداهم القادم لتدمير كل العالم وكل الدول غنيها وفقيرها، وحسب إحصاء منظمة الصحة العالمية فإن نسبة مدمني المخدرات في العالم أكثر من خمسين مليون شخص، وهذه النسبة آخذة في الزيادة أكثر من ذلك إذا لم نواجه البلاء بكل الوسائل والطرق ونحد من انتشاره لأن المشكلة الآن ليست في وجود المخدرات بل في انتشارها السريع واقتناع بعض الشباب والمراهقين باستخدامها، ولقد تفاقمت مشكلة المخدرات في السنوات الأخيرة وأصبحت مشكلة عالمية تشغل المسؤولين والأجهزة المعنية محلياً ودولياً، والمعضل في الأمر أن المخدرات تسببت في مشاكل أخرى مثل الفقر والتسول وانتشار ظواهر الانحراف بصوره المختلفة. (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات 2016)

فالمراهقة هي مرحلة الانتقال التي تحدث فيها تغيرات متعددة الأبعاد: البيولوجية والنفسية والاجتماعية. تشمل التغيرات البيولوجية تغييرات في البلوغ والاهتمامات الجنسية لدى المراهقين ومن الناحية النفسية تتضح القدرات المعرفية، يواجه المراهقون تغيرات اجتماعية من خلال المدرسة وغيرها من التحولات والأدوار التي يفترض أن يلعبوها في الأسرة والمجتمع والمدرسة. (Scherf, K. S. et al., 2012).

وتحدث هذه التغيرات في وقت واحد وبتفاوتات مختلفة لكل مراهق في كل نوع من الجنسين، حيث تؤثر العوامل الهيكلية والبيئية في كثير من الأحيان على تنمية المراهقين، وتختلف

تقديرات عدد المراهقين في جميع أنحاء العالم بسبب عدم الاتساق مع الطريقة التي تحدد بها الوكالات الدولية و بعض البلدان مرحلة المراهقة. (Albert, D. et al., 2013). ويحدد صندوق الأمم المتحدة للسكان أن المراهقين هم الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و 19 عاما، وهو ما يشبه التعريف الذي تلتزم به منظمة الصحة العالمية. ويشير برنامج العمل العالمي للشباب إلى المراهقين "الشباب" هم الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة. وغالبا ما تحدد بعض البلدان أن مرحلة المراهقة قد تختلف، وفقا للمعتقدات والممارسات الثقافية. على سبيل المثال، إذا كان ينظر إلى مرحلة المراهقة على أنها مرحلة انتقالية بين مرحلة الطفولة والبلوغ، من الاعتماد على الأسرة إلى الاستقلال الذاتي، يمكن أن تنتهي المراهقة في أواخر العشرينيات أو حتى أوائل الثلاثينات في بعض المناطق.

مشكلة البحث: - (National Research Council. 2004)

تشير بيانات المتصلين بالخط الساخن إلى أن بدء الإقدام على التعاطي كان في سن مبكرة وتوضح النتائج أن نسبة 37,95% بدأوا التعاطي في سن 15 إلى أقل من 20 عام واللافت للنظر ارتفاع هذه النسب هذا العام عن عام 2015 من 27,4% إلى 37,95% والنتائج تؤكد خطورة هذه المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد بفترة المراهقة وما يرتبط بها من انفعالات، وما يعانیه من صعوبات التكيف مع أسرته التي يعيش معها خاصة إذا لم يكن هناك من يوليه الرعاية والاهتمام.

والنتائج تشير إلى أن التعاطي المبكر في الفئة العمرية أقل من 15 عاما بلغت نسبتهم 5,33%، ويعد هذا إنذارا خطيرا لما يترتب على التعاطي المبكر من مشكلات متعددة، الأمر الذي يمثل خطورة على مستقبل المجتمع. (الخط الساخن للإدمان 2016)

مشكلة المخدرات في مصر:

استشعرت مصر خطورة مشكلة المخدرات منذ زمن بعيد وكانت مصر أول دولة في العالم تنشئ مكتبا لمكافحة المخدرات في عام 1929 ثم إدارة مكافحة المخدرات في عام 1947. و قد تم تشكيل المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان في 1986 وأعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة إختيار القاهرة لتكون مقرا للمكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا الذي يتبع برنامج الأمم المتحدة الدولي للوقاية من المخدرات من عام 1990 إلى 2000. (عكاشة، 2018)

قامت وحدة البحث في الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان التابعة لوزارة الصحة بعمل بحث قومي للإدمان وقد خلصت الدراسة إلى:

استعمل ١ من كل ٣ أفراد (ثلث العينة) في القاهرة المخدرات أو الكحوليات ولو مرة واحدة في الحياة وواحد من كل ٤ أفراد (٢٥٪ من العينة) يستعملها حالياً.

تفرد القاهرة بارتفاع ملحوظ في نسبة استعمال المخدرات والكحوليات و الإدمان بصفة عامة عن باقي المحافظات (٧٪) ممن هم ١٥ سنة وأكثر.

هناك مشكلة متنامية في استعمال المخدرات والكحوليات بين الإناث.

ترتفع نسبة استعمال الكحوليات والمخدرات في المراحل العمرية 20_45 سنة عنها في الشباب الأصغر أو الأفراد الأكبر نسبياً.

توجد علاقة شبه عكسية بين مستوى التعليم واستعمال المخدرات حيث أن استعمال المخدرات والكحول أكثر تواتراً في المستويات قليلة التعليم (إبتدائي - إعدادي) حتى الأميين، وتقل نسبة مستعملي المخدرات كلما ارتفع مستوى التعليم وهو ما ثبت أيضاً من دراسة بقية المحافظات.

هناك علاقة وثيقة بين استعمال الكحوليات والمخدرات والعمالة الفنية (حدادة - نجارة - إصلاح سيارات) وهو ما ثبت أيضاً من دراسة بقية المحافظات وتعد ربات المنزل أقل الفئات استعمالاً للكحوليات والمخدرات.

لتواجد الأم والأب داخل الأسرة تأثير كبير في خفض القابلية لاستعمال المخدرات ويبدو أن الخطورة تصل إلي الضعف (٢:١) إذا ما غاب أي من الأب أو الأم بترك الأسرة، أما في حالة الوفاة فإن هذا التأثير ينعدم تقريباً.

ينخفض استعمال الكحول والمخدرات بين غير المدخنين وهذا يحقق المقولة بأن التدخين هو البوابة الفعلية لممارسة استعمال ثم سوء استعمال المخدرات.

تبدأ رحلة استعمال المخدرات في مراحل مبكرة في القاهرة عنها في محافظات الوجهين البحري والقبلي وفي بعض الأحيان تكون البداية قبل سن العاشرة.

تركز استعمال المخدرات في المراحل العمرية من 20_45 سنة، وهي الفئة التي يجب توجيه جهود العلاج لها بينما يجب تركيز جهود الوقائية في مرحلة المراهقة قبل بدء التعاطي.

(البحث القومي للإدمان، 2014)

تشير بيانات المتصلين بالخط الساخن إلى أن بدء الإقدام على التعاطي كان في سن مبكرة وتوضح النتائج أن نسبة 37,95% بدأوا التعاطي في سن 15 إلى أقل من 20 عام واللائق للنظراتفاع هذه النسب هذا العام عن عام 2015 من 27,4% إلى 37,95%) والنتائج تؤكد خطورة هذه المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد بفترة المراهقة وما يرتبط بها من انفعالات، وما يعانیه من صعوبات التكيف مع أسرته التي يعيش معها خاصة إذا لم يكن هناك من يوليه الرعاية والاهتمام. والنتائج تشير إلى أن التعاطي المبكر في الفئة العمرية أقل من 15 عاما بلغت نسبتهم 5,33%، ويعد هذا إنذارا خطيرا لما يترتب على التعاطي المبكر من مشكلات متعددة، الأمر الذي يمثل خطورة على مستقبل المجتمع. (الخط الساخن للإدمان 2016) منذ عام 2007 حتى عام 2014، قامت وحدة البحث في الأمانة العامة للصحة النفسية و علاج الإدمان التابعة لوزارة الصحة بمصر بإجراء مسح لدراسة مشكلة تعاطي المخدرات في المحافظات المصرية. أدرج في الاستبيان إجمالي عدد المصريين البالغين 106480. ووجد الباحثون أن مجموعة الشباب كانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً بين مستخدمي المادة (6.6% من العينة تراوحت أعمارهم بين 16 و 25 سنة). هذه هي الفئة العمرية الأكثر تعرضاً لتعاطي المخدرات بسبب المشاكل الخاصة في أواخر مرحلة المراهقة وتأثير وضغط الأقران بشكل ملحوظ، بالإضافة إلى وجود تاريخ عائلي لتعاطي المخدرات. (رئاسة مجلس الوزراء 2000) في دراسة (هاشم 2002) عن تعاطي المواد المخدرة بين 593 طالبة من ست مدارس حضرية وشبه حضرية وريفية بمحافظة القاهرة تبين أن معدل انتشار اضطراب تعاطي المخدرات بنسبة 45.18%. كان الكحول أكثر المواد المستخدمة شيوعاً (9.15%)، والمخدرات غير المشروعة (9.3%)، والتبغ (5.2%)، و الحشيش (7.0%) (Hashem, 2002).

وفي دراسة عادل (2005) قام بتقييم 638 طالباً من الذكور موزعة على ست مدارس في المناطق الحضرية وشبه الحضرية والريفية في محافظة القاهرة. وأظهرت النتائج وجود 4.30% من إنتشار تدخين السجائر، و 3.24% من الكحول، و 5.5% من الحشيش / البانجو، و 5.5% من المستنشقات، و 11% من الأدوية الأخرى (المنومات، المهدئات، المهلوسات، الأمفيتامينات، الهيروين، الكوكايين، المنشطات). وكانت نسبة الطلاب الذين لم يستخدموا أبداً أي عقار غير مشروع كان 2.88% من خلال النسب المئوية للدراسة المذكورة

يمكننا أن نستنتج أن الكحول، والقنب، والمواد الأفيونية هي المواد المخدرة الأكثر شيوعاً بين المراهقين في مصر. (Adel, 2005)

والإدمان يرجع إلى اضطراب كامن في شخصية الفرد، والعوامل الاجتماعية ماهي إلا عوامل مساعدة لظهور الاضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ.

من المفيد أيضاً أن ننظر إلى السلوك المتعلق بتعاطي العقاقير وأثرها في نمط حياة الفرد، وليس الإقتصار فقط على قابلية ذلك الفرد للاعتماد على تلك العقاقير، فقد لوحظ على سبيل المثال عدم إقتصار الشباب على تعاطي عقار واحد، بل يتعاطون مجموعة كبيرة من العقاقير، وحتى مع الزعم بأن تعاطي العقاقير مرتبط بنوع من الفضول وتجربة شيء جديد، فإنه في الحالات الشديدة يكون نتيجة اضطراب مزمن في الشخصية، خصوصاً الاضطراب السيكوباتي الذي لوحظ في أغلب الحالات، ويتعاطى بعضهم العقاقير من أجل التخلص من القلق والإكتئاب، أو لتكون حاجزاً بينهم وبين العالم الذي يرفضونه. (فاطمة صدقي، 2014)

أسباب تعاطي المخدرات في المراهقين:

منذ بدء الخلق والإنسان يحاول تعميم الوعي والهروب بطرق مختلفة. ويجب أن نتحلى بالقناعة في استحالة المنع التام للسلوك الإدماني في أي مجتمع، ولكن محاولة تخفيض وطأته وتخفيض الطلب، لا يوجد سبب مباشر للإدمان، ولكنه تراكم عدة عوامل، مع استعداد خاص بيولوجي للفرد. (عكاشة، 2018) عوامل الخطورة التي أدت إلي اضطراب تعاطي المخدرات لدى فئة المراهقين.

عوامل الخطورة تشمل؛ عوامل وراثية والاضطرابات النفسية، وتشمل العوامل البيئية؛ وطبيعة عمل الأسرة، وممارسات الآباء، وإساءة معاملة الأطفال، وتأثيرات الأقران، وتوافر المواد المخدرة. (البحث القومي للإدمان، 2015) يمكن تصنيف هذه العوامل كالتالي:

١_ العوامل الوراثية

سنلاحظ أن كل الدراسات الوراثية حول هذا الموضوع قد تمت على متعاطي الكحوليات والنيكوتين، وذلك لأنهما قديمان ويمكن دراستهما داخل نفس العائلة؛ أما بالنسبة للهيروين فلم يكن موجوداً في فترة الآباء والأجداد.

لوحظ أن الإدمان يزيد في عائلات معينة حيث أن مدمن الكحول على سبيل المثال يزيد الإدمان بين أطفاله لإبراع أمثاله لدى أطفال الآباء غير مدمنين، كما لوحظ أن التوائم المتماثلة يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنه في التوائم غير المتماثلة ويحتمل أن ينتقل

الإدمان إلى الطفل عن طريق مستقبلات مخية بتأثير صبغات وراثية (عكاشة، 2018) علامات الكيمياء الحيوية.

وَجَد أن 05% من الأسويين ينقصهم نوع من أنواع الأنزيمات الفرعية من الألديهيد المزيل للهيدروجين (ALDH)، وهو الأنزيم الرئيسي الذي يحل الأستالديهيدُ acetaldehyde منتج الأيض metabolite الأول للإيثانول ethanol في الكبد، فينتج توهجاً في الوجه، وسرعة خفقان في القلب، وإحساس بالحرقان عند شرب الكحول في الذين ينقصهم هذا الأنزيم، وذلك لارتفاع نسبة مستوى الأستالديهيد في الدم؛ مما يفسر عدم إقبال الأسويين الذين يفتقدون لهذا الأنزيم على شرب الكحوليات.

(Lai, Ching_Long, et al 2014) (Gene)DRD الجينة المتقبلة للدوبامين: لا يزال الأمر مثيراً للجدل، ولكنه على الأغلب مرتبط بإدمان الكحوليات. وهناك أيضاً دلائل أخرى تشير لتورط هذا الجين في اضطرابات أخرى، مما جعل بعض الباحثين يطلقون عليه اسم الجين الحاصد للجوائز. (Byrne, K. A., et al 2019)

٢_العوامل النفسية:

- وجود مرض نفسى مثل القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه بعيدا عن الذهاب لطبيب نفسى حتى لايقال عنه أنه مجنون وقد أثبت **عكاشه(2018)** أن 30_40% من المدمنين يعانون من القلق والاكتئاب أو كليهما
- ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية.
- سلوك مستمر باحث عن اللذة والاشباع الفورى.
- العناد والرغبة فى المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات.
- الاحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة فى أزمة الهوية التى يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه.
- القابلية للاستهواء ب واسطة رفقاء السوء .
- وجود أفكار خاطئة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات والعكس غير صحيح . **عكاشه(2018)**

- الصدمات النفسية أثناء فترة الطفولة:

تؤثر الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة علي تغيرات في الجسم حيث يصبح الجسم أكثر عرضة للتوتر .

وأشارت دراسة سارتور (sartor,2007) شملت أكثر من 3500 من الإناث، أن أولئك الذين عانوا من الانتهاكات الجنسية في مرحلة الطفولة كانت ترتبط لديهم معدلات مرتفعة من تعاطي الكحول وسوء استخدام المواد المخدرة. أكثر من 70 ٪ من المراهقين الذين يتلقون العلاج من تعاطي المواد المخدرة لديهم تاريخ من التعرض للصدمة النفسية. (sartor,2007)

٣_ العوامل الاجتماعية: هناك عدة عوامل تشمل:

ممارسات الآباء وعلاقة ذلك باضطراب تعاطي المخدرات

ذكرت هذه دراسة (Johnston LD 2003) أن انخفاض مستويات مراقبة الوالدين هي عامل خطر كبير للمراهقين للتعرض لاضطراب تعاطي المخدرات. *Nigel Camilleri* (et al., 2018) تعود العلاقة بين ممارسات الآباء اضطراب تعاطي المخدرات إلى التأثيرات البيئية مثل عدم مشاركة الوالدين الكافية للأبناء، وعدم الدعم العاطفي لهم، وتعاطي بعض الآباء المواد المخدرة فيجعلون منهم نموذج يقلدونه. (Becker et al., 2017).

تعد معرفة الوالدين بناءً هامًا يعكس التواصل والعلاقات المعقولة بين الوالدين والطفل، مما يؤدي إلى إدراك أولياء الأمور لمراهقيهم وأنشطة أصدقائهم ومكان وجودهم. وقد أفادت الدراسات أن المعرفة الأبوية هي عامل وقائي ضد استخدام المراهقين للسجائر والكحوليات والماريجوانا. تواجه الفتيات والمراهقين الأصغر سنًا مستوى أعلى من معرفة الوالدين مما قد يحميهم بدورهم من اضطراب تعاطي المخدرات. (Koch, J. 2019). تأثير الأقران وعلاقة ذلك باضطراب تعاطي المخدرات:

الأقران عامل بيئي مهم في تعرض المراهقين لسوء استخدام المواد المخدرة على الرغم من أن الأقران ارتباطهم ومنزلتهم أقل من الآباء إلي أن الدراسات تشير أن تعاطي الأقران للمخدرات يزيد من تعرض زملائهم لسوء الاستخدام أيضا. (Boendermaker et al. 2015).

وعلاوة على ذلك، فإن الإنتماء إلى أقرانهم الذين يخرطون بشكل عام في السلوكيات المنحرفة، يتنبأ باضطراب تعاطي المخدرات لدى المراهقين. (Ha, T., Otten et al. 2019).

وفي هذه دراسة (Eid 2006) أفادت أن 65% من مستخدمي المواد المخدرة كان ذلك بسبب تأثير أقرانهم. (Eid 2006).

التكوين الأسري وعلاقة ذلك باضطراب تعاطي المخدرات:

وجد أن المراهقين الذين يتعاطون المواد المخدرة أكثرهم من بيئة فقيرة ولديهم مشاكل معقدة مع أسرهم وأقل تدينا وبالكد يمكن الحكم علي أنه لا توجد روابط قوية بين أفراد الأسرة. (Borseth, J. L, 2017)

أما بالنسبة للخلفية الأسرية وللجو الأسرى العام، لا توجد بينهم أى فروق جوهرية دالة من حيث عدد أفراد الأسرة أو الظروف السكنية ورغم ذلك وجدت بينهم فروق عالية الدلالة فى الجو الأسرى العام و أنواع العلاقات التى تربط بين والديهم وكذلك وجدت فروق جوهرية دالة بين نظرة المتعاطين وغير المتعاطين لوالديهم كانت صورة الأب سلبية بالنسبة لمعظم المتعاطين حيث كان الأب يتميز بأنه غائب معظم الوقت (36,1%) وعصبى المزاج (40,3%) لا يحاول مطلقا أن يتقهم أو يحترم رغبات ابنه (54,2%) ويسئ استخدام المواد المخدرة (35,5%) وغير متدين (54,8%).

كانت صورة الأم أفضل من صورة الأب بالنسبة للمجموعتين ورغم ذلك كانت صورة الأم أفضل بفرق عالى الدلالة فى المجموعة الضابطة عن مجموعة المتعاطين. (عكاشة ، 2018).

أهمية الدارسة:-

١- تتبع أهمية البحث الحالي من أهمية الفئة العمريه التي تناولها وهي فئة المراهقين.

٢- كثرة تعاطي المخدرات وانتشارها بين هذه الفئة.

٣- كثرة الانتحار لدى فئة الشباب بصفه عامه.

أهداف الدارسة:-

١- التعرف على الصفات الديموغرافية لدى عينة البحث.

٢- التعرف على أساليب المعامله الوالديه (للأب- للأم) وعلاقتها باضطراب المخدرات لدى عينة البحث.

٣- التعرف على علاقه بين القابلية للانتحار و الصفات الديموغرافية لعينة البحث.
تساؤلات الدارسة:-

١- ما الصفات الديموغرافية لدى عينة البحث.

٢- ما أساليب المعامله الوالديه(للأب- للأم) واضطراب المخدرات لدى عينة البحث.

٣- ما علاقه بين القابلية للانتحار والصفات الديموغرافية لعينة البحث.
مصطلحات البحث:-

١- اضطراب تعاطي المخدرات.

خلال فترة المراهقة غالبا ما تبدأ العديد من السلوكيات الغير صحية وتمثل تحدياتكبيره على الصحة العامة. يؤثر تعاطي المواد المخدرة تأثيرا كبيرا على الأفراد والأسر والمجتمعات، حيث أن آثاره تراكمية، مما يسهم في زيادة المشكلات الصحية والاجتماعية ويؤثر تأثيرا بالغا على الصحة النفسية. (Jai K. Da et al., 2016) تعرف فترة المراهقة بأنها فترة بداية التغيرات السلوكية. غالباً ما تبدأ السلوكيات غير الصحية مثل التدخين، شرب الكحوليات، وتعاطي المخدرات الغير مشروعة خلال فترة المراهقة؛ وهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة معدلات المرض والوفيات وتمثل تحديات للصحة العامة. فالبطالة وسوء الأحوال الصحية والحوادث والانتحار والأمراض العقلية كلها عوامل تؤدي إلى إساءة استخدام المخدرات. (WHO, 2014).

٢- الانتحار:

سنوياً يموت ما يقرب من 000,800 شخص بسبب الانتحار في جميع أنحاء العالم، طبقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية عام 2017 يعتبر الانتحار هو واحد من الأسباب الرئيسية للوفاة في جميع الفئات العمرية، فإن الأفكار و السلوكيات الانتحارية بين الشباب تتطلب إهتماماً خاصاً لعدة أسباب.

أولاً: تحدث الزيادة الحادة في عدد الوفيات الناجمة عن الانتحار في جميع مراحل العمر بين مرحلة المراهقة المبكرة وصغر سن الشباب. (WHO, 2017).

يُصنّف الانتحار كأعلى سبب للوفاة بين الشباب مقارنةً بالمجموعات العمرية الأخرى ويعتبر السبب الرئيسي الثاني للوفاة خلال الطفولة والمراهقة، في حين أنه السبب الرئيسي العاشر للوفاة بين جميع الفئات العمرية. (CDC, 2017).
قام العديد من الأشخاص الذين سبق لهم محاولة الانتحار في حياتهم فعل ذلك خلال فترة شبابهم، حيث أن العمر الافتراضي لبداية التفكير في الانتحار ومحاولة الانتحاريحدث عادة قبل منتصف العشرينات. (Shanafelt, T. D et al., 2012).
الموت الانتحاري يُمكن الوقاية منه خلال فترة المراهقة من خلال الحصول على فهم أفضل لكيفية و أسباب ومخاطر الانتحار بين الشباب، من خلال ذلك يمكننا توفير فرص للتدخل على هذا المسار في وقت مبكر من الحياة. (Christine B. Cha et al., 2017).

- العلاقة بين اضطراب تعاطي المخدرات والانتحار لدى المراهقين:

تعاطي المخدرات والانتحار عادة ما يحدث بين أوساط المراهقين. في الشباب الذين يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات، فإن 18% إلى 36% يبلغون عن تاريخ مرضي للسلوك الانتحاري. لوحظ أن وجود اضطراب المواد المخدرة يرتبط بزيادة 3 إلى 4 مرات في محاولات الانتحار. علاوة على ذلك، كان المراهقين الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب تعاطي المخدرات أكثر عرضة بنسبة 5 إلى 13 مرة للموت من الانتحار مقارنة بالمراهقين دون هذا التشخيص. (Glenn, C. R. et al., 2015).
قد تكون التأثيرات الحادة للكحول عوامل خطر قريبة من السلوك الانتحاري عن طريق زيادة الضغط النفسي والعدوان والتشويه المعرفي وعن طريق تقليل القدرة على حل المشكلات. في ظل الإجهاد الناجم عن الكحول، قد يكون المراهقون الذين يفكرون في الانتحار أكثر احتمالاً للتغلب على هذه الأفكار. وقد يساعد هذا في تفسير سبب وجود نسبة كبيرة من المراهقين، لا سيما أولئك الذين يسعون لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات، الذين استخدموا الكحول أو المواد الأخرى قبل محاولة الانتحار. كما يمكن أن يؤدي استخدام المادة كعامل خطر بعيد عن السلوك الانتحاري من خلال التأثير السلبي على بيئة المراهقين، وزيادة الإجهاد، والتأثير السلبي من الضغوط النفسية. وجد أن المراهقين الذين يعانون من ضغوط نفسية شديدة مصاحبة لتعاطي المخدرات يلجأ كثير منهم للهروب من تلك الضغوطات خلال الانتحار. (Glenn, C. R ET al.2015)

أسباب اختيار البحث:-

وفقا لتقارير الخط الساخن للإدمان أوضحت النتائج أن نسبة 37,95% بدأوا التعاطي في سن 15 إلى أقل من 20 عام واللافت للنظر ارتفاع هذه النسب عام 2016 عن عام 2015 (من 27,4% إلى 37,95%) والنتائج تؤكد خطورة هذه المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد بفترة المراهقة وما يرتبط بها من انفعالات، وما يعانیه من صعوبات التكيف مع أسرته التي يعيش معها خاصة إذا لم يكن هناك من يوليه الرعاية والاهتمام. والنتائج تشير إلى أن التعاطي المبكر في الفئة العمرية أقل من 15 عاما بلغت نسبتهم 5,33%، ويعد هذا إنذارا خطيرا لما يترتب على التعاطي المبكر من مشكلات متعددة، الأمر الذي يمثل خطورة على مستقبل المجتمع. ومن ناحية أخرى يُصنف الانتحار كأعلى سبب للوفاة بين الشباب مقارنة بالمجموعات العمرية الأخرى ويُعتبر السبب الرئيسي الثاني للوفاة خلال الطفولة والمراهقة.

تعد السلوكيات الإنتحارية وإستخدام المخدرات منتشرة بشكل مثير للقلق. وتشير البحوث إلى تداخل بعض الآليات المُسببة لكليهما. ولم يتوفر بعد فهم واضح للعلاقات المُعقدة بين هذه السلوكيات والأسس السببية، وهناك مجموعة مت ازيدة من الأدلة تسلط الضوء على أهمية التحكم بالانفعالات كعامل خطر داني للسلوكيات الإنتحارية وإستخدام المخدرات لدى فئة المراهقين ومن هنا جاء إختيار هذه الدراسة.

فرضية البحث:

فرضية هذه الدراسة هي أن هناك علاقة بين الانتحار لدى المراهقين و اضطراب تعاطي المخدرات.

الهدف من الدراسة:

- دراسة الاعراض الاكلينيكية للمراهقين الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات.
- العثور على ارتباط بين الانتحار و اضطراب تعاطي المخدرات في المراهقين.
- تقييم العوامل التي تؤثر على ارتباط الانتحار بين المراهقين الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات.

نوع الدراسة: دراسه وصفيه.

مكان الدراسة:

تم إجراء الدراسة علي عينه من المراهقين بالعيادة الخارجية والقسم الداخلي لإدمان المراهقين، بمستشفى حلوان للصحة النفسية، وتقع مستشفى حلوان للصحة النفسية في جنوب القاهرة، وتقدم الخدمة للمراهقين في كلاً من الحضر والريف يومي السبت و الأحد من كل أسبوع، وقد تأسست العيادة الخارجية بالمستشفى منذ فبراير 2011 وتتعاون المستشفى مع الخط الساخن للإدمان وتتلقى العيادة أيضاً تحويلات من غيرها من مستشفيات الصحة النفسية الأخرى التي ليس لديها عيادة متخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات بين المراهقين.

عينة البحث:

1- مجموعة المرضى: تتألف العينة من 50-مراهق مع تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات.

- اختيار العينة: تم اختيار العينة من المراهقين المترددين على عيادة إدمان مراهقين والقسم الداخلي لإدمان المراهقين بمستشفى حلوان للصحة النفسية بناء على المعايير الاتية معايير إختيار العينة:

١- الفئة العمرية من 12- 18 سنة.

٢- العينة من الذكور و الإناث.

٣- موافقة كتابية وشفاهية على الدخول فى البحث.

معايير القساء من العينة: المرضى الذين يعانون أمراض عضوية أو أمراض عصبية.

2- المجموعة الضابطة:

تتألف العينة من 50 مراهق يعانون من بعض الاضطرابات النفسية ليس منها اضطراب تعاطي المخدرات.

تم اختيار المجموعة الضابطة من المراهقين المترددين على عيادة طب نفسى المراهقين بمستشفى حلوان للصحة النفسية.

الاعتبارات الأخلاقية:

□ سيتم الحصول على موافقة خطية للمشاركين في الدراسة بعد إطلاعهم على الأساس المنطقي للدراسة وحقهم في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون أي عواقب.

أدوات البحث:

١- مقياس احتمالية الانتحار (جال و جيل 1982):

ويتكون المقياس من 36 عنصرا تصف بدقة المشاعر والسلوكيات، ويشير المجيب عن الاختبار عدد المرات التي تنطبق على كل بيان له أو لها، وهو مدرج من 4 نقاط. ويولد مقياس احتمالية الانتحار ثلاثة درجات هي الدرجة الكلية الموزونة، درجة تائية، ودرجة احتمال الانتحار التي تعطي مؤشرا العام لخطر الانتحار لتفسير سريري أكثر تفصيلا، يوفر مقياس احتمالية الانتحار رابعة محكات فرعية:

- اليأس.
- التفكير الانتحاري.
- التقييم السلبي للذات.
- العدائية.
- وقد تم تطوير النسخة العربية والتحقق من الصدق لها من قبل من قبل الدكتور أحمد عبد الرقيب البحيري. (Albehairy, 2013)

٢- مقياس شدة الادمان للمراهقين

الذي يتألف من سبعة مجالات: المواد المخدرة، والوضع المدرسي، وحالة العمل، والعلاقات الأسرية، والوضع القانوني، والعلاقات بين الأقران الاجتماعية، والحالة النفسية. (Kaminer, et al., 1991)

٣- مقياس المعاملة الوالدية:

تم تصميم هذا المقياس بواسطة د. أمانى عبد المقصود باللغة العربية بالنسبة للمجتمع المصري لتقييم العلاقة بين الوالدين والمراهقين أو الوالدين والطفل في 5 مجالات من وجهة نظر الطفل أو المراهق، لذلك يتم تقديم المقياس للمراهق المطلوب الإجابة عليه. هناك نوعان من المقياس (أحدهما يسأل عن الأب والآخر يسأل عن الأم) يجب على كلا المراهقين الإجابة عليه. 5 مجالات الأبوة والأمومة تقيّمها من قبل هذا النطاق هي:

أ- **التفرقة:** (10 بنود) يوضح تعامل أحد (الوالدين) بشكل مختلف بطريقة تمييزية مع المراهق وأخواته.

ب- **التحكم والسيطرة:** (10 عناصر) فهذا يعني أن الوالد (الوالدين) يستخدم الهيمنة والسيطرة العالية والدعم المنخفض (مع العقاب) في توجيهه مرحلة المراهقة بهدف إكمال الطاعة منها.

ج- **التذبذب:** (10 عناصر) فهذا يعني أن الوالدين يفتقرون إلى الاتساق في المعايير (القواعد) الموجهة إلى المراهق، بمعنى آخر، كسر القواعد والأخلاق التي يضعها الآباء، أي طلب شيء ثم منعه في ظروف أخرى.

د- **الحماية الزائدة:** (10 عناصر) فهذا يعني أن الوالد (الوالدين) يقومون بسلوكيات تعكس الاهتمام المفرط بسلامة وحماية الطفل والمراهق.

هـ- **أساليب المعاملة السوية:** (20 عنصرا) تعني مجموعة من السلوكيات الصحية التي تقتصر إلى أي تشوهات يستخدمها الوالدان (مثل: الدعم، تقديم المشورة، المشاركة في الأنشطة الممتعة، إلخ). معايير عالية، يجري رعاية واستجابة وإظهار الاحترام للأطفال. يتكون المقياس من 120 عنصرا (60 عنصرا للنموذج الأم + 60 عنصرا لنموذج الأب) يتم تقديمه إلى المراهق ليتم الإجابة عليه في صورة لا = 0، نعم = 1.

- تمثلت إجراءات البحث في مراحل ثلاثة:

١. مرحلة الإعداد.

٢. مرحلة التطبيق.

٣- مرحلة تفرغ البيانات والمعالجة الإحصائية.

٤- مرحلة استخلاص النتائج والتوصيات.

وفيما يلي نعرض لكل من هذه المراحل بالتفصيل:

١- **مرحلة الإعداد:** وشملت: ١- اختيار موضوع الدراسة ونوعها وتحديد الأهداف منها

ب - اعداد الأدوات التطبيقية المستخدمة في الدراسة والسابق ذكرها .

ج - تحديد العينة التي سوف يتم إجراء الدراسة عليها.

٢- **مرحلة التطبيق:**

- بدأ تطبيق الدراسة ونوعها.

- تم حصر المراهقين الذين تم تشخيصهم اضطراب تعاطي المخدرات في العيادة الخارجية لإدمان المراهقين والقسم الداخلي الخاص بإدمان المراهقين والمراهقين المترددين على عيادة طب نفسى مراهقين في مستشفى الصحة النفسية بحلول طبقا لمعايير المقياس العالمي المصغر النفسي العصبي للأطفال و المراهقين (ميني كيد)- تم اجراء مقابلات شبه مقننة مع كل من المراهقين.
- تم استبعاد الحالات التي انطبقت معايير الاستبعاد فيها.
- تم أخذ موافقة شفاهية وكتابية من كل المشاركين في الدراسة وذلك بعد تعريفهم بمنهج الدراسة وهدفها وحقهم في الانسحاب منها في أي وقت.
- تم تطبيق المقياس العالمي المصغر النفسي العصبي للأطفال و المراهقين (ميني كيد).
- تم تطبيق مقياس مقياس احتمالية الإنتحار.
- تم تطبيق مقياس شدة الإدمان للمراهقين.
- تم تطبيق مقياس المعاملة الوالدية.
- ٣- مرحلة تفرغ البيانات والمعالجة الإحصائية:
- قام الباحث بإدراج عدد 50 مراهقا لديه اضطراب تعاطي المخدرات في عينة الدراسة بالإضافة الي 50 مراهقا ليس لديه اضطراب تعاطي المخدرات ولكن لديه اضطراب نفسى آخر.
- تم تفرغ البيانات فى جداول لتسهيل عملية إجراء المعالجة الإحصائية، وتم استخدام طرق إحصائية فى تحليل النتائج.
- وقد استخدمت الطرق الآتية في تحليل البيانات (المعالجة الإحصائية):
- تم ترميز البيانات التي تم جمعها، وتغذيتها على الكمبيوتر، وتنظيمها وتحليلها إحصائيا. تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام برامج الكمبيوتر: الإصدار 10 من Microsoft Excel والحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) تم أيضا استخدام مقياس معامل الارتباط لبيرسون.
- *الإحصاء الوصفي: تم إجراء اختبار الحالة الطبيعية بواسطة(شابيرو ويلك)تم تقديم البيانات النوعية(الفئوية) حسب التردد والنسبة المئوية والتحليل باستخدام اختبار. χ^2 (X2)

*البيانات الكمية: تم تقديم البيانات البارامترية عن طريق الاختبار (المتوسط \pm الانحراف المعياري).

*ارتباط سبيرمان. تم تعيين فاصل الثقة إلى 95% وتم تعيين هامش الخطأ المقبول على 5%. اعتبرت قيمة p غير ذات مغزى عند مستوى 0.50>، وهي هامة عند مستوى 0.50>، ودلالة كبيرة عند مستوى 0.10> وأهمية كبيرة للغاية عند مستوى 0.001<.

٤ - مرحلة استخلاص النتائج والتوصيات:

بناء على تحليل البيانات والعلاقات فيما بينها احصائيا تم تنفيذ هذه المعطيات لاستخلاص نتائج الدراسة واعطاء التوصيات المقررة بناء على ذلك.

التحديات والصعوبات:

هناك العديد من الصعوبات التي تم مواجهتها أثناء إجراء تلك الدراسة وهي أن كثير من المراهقين المترددين على العيادة الخارجية والتي تم أخذ موافقتهم بإجراء الاختبارات لم يتموا إكمالها نظرا لطول مدة الإختبارات حيث استغرقت ساعتين في تطبيقها ونظرا لعدم انتظام بعضهم في المتابعات حيث أن الاختبارات كانت تتم في أكثر من جلسة نظرا لطول مدتها.

وصف ومقارنة العينة والضابط من حيث الصفات الديموغرافية.

جدول (١) دلالة الفروق بين متوسطي القياسين العينة والمجموعة الضابطة من حيث

الصفات الديموغرافية.

مستوى الدلالة	قيمة ت الجدولية	المجموعه				السن
		الضابط		العينة		
0.058 ns غير دال	1.952	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
		0.88	14.95	1.05	15.55	
مستوى الدلالة	قيمة كاي الجدولية	المجموعه				الجنس
		الضابط		العينة		
0.648 ns غير دال	0.208	%	N	%	N	ذكر
		72.0%	36	76.0%	38	أنثى
		28.0%	14	24.0%	12	
		الضابط		العينة		
		%	N	%	N	
0.041 دال	8.263	6.0%	3	8.0%	4	مستوى التعليم لا يقرأ ولا يكتب

مستوى الدلالة	قيمة كاي الجدولية	المجموعه				الحالة الاجتماعية للوالدين	
		الضابط		العينة			
		%	N	%	N		
		18.0%	9	28.0%	14	إبتدائي	
		54.0%	27	26.0%	13	إعدادي	
		22.0%	11	38.0%	19	ثانوى	
0.715	1.359	46.0%	23	52.0%	26	يعيش الوالدين مع بعضهما	التاريخ العائلى لم رض نفسى
غير دال		42.0%	21	32.0%	16	الوالدين منفصلين	
		6.0%	3	10.0%	5	أحد الوالدين متوفى	
		6.0%	3	6.0%	3	كلا الوالدين متوفين	
		الضابط		العينة			
		%	N	%	N		
0.218	1.515	84.0%	42	92.0%	46	لا يوجد	التاريخ العائلى لم رض نفسى
غير دال		16.0%	8	8.0%	4	يوجد	
		الضابط		العينة			
		%	N	%	N		
0.000	17.704	74.0%	37	32.0%	16	لا يوجد	التاريخ العائلى للادمان
دال		26.0%	13	68.0%	34	يوجد	

كان متوسط السن فى العينة 15.55 سنة بينما فى الضابط 14.95.

وبمقارنة العينة من حيث الجنس وجد أن 38 شخص من العينة من الذكور و12 من الإناث بينما الضابط كان 36 من الذكور و 14 من الإناث.

وبخصوص الحالة الاجتماعية للوالدين تفيد الدراسة بأن 52% من الوالدين من حالات العينة يعيشون مع بعضهما مقارنة ب 46% من الوالدين من حالات الضابط وأن 32% من حالات العينة هناك انفصال بين الوالدين مقارنة ب 42% من حالات الضابط وأن 10% من حالات

العينة وجود وفاة لأحد الوالدين مقارنة بـ 6% من حالات الضابط وأن 6% لكل من حالات الضابط والعينة وفاة كلا الوالدين.

ومن حيث مستوى التعليم بين العينة والضابط فوجد أن 8% من حالات العينة لا يقرؤون ولا يكتبون مقارنة بـ 6% من حالات الضابط. وأن 28% من العينة كانت آخر مرحلة تعليمية لهم هي المرحلة الابتدائية مقارنة بـ 18% من حالات الضابط. وأن 26% من حالات العينة كانوا في المرحلة الإعدادية مقارنة بـ 54% من حالات الضابط وأن 38% من حالات العينة كانوا في مرحلة الثانوية مقارنة بـ 22% من حالات الضابط.

ومن حيث التاريخ العائلي لمرض نفسي وجدت الدراسة أن 92% من حالات العينة ليس لديها تاريخ عائلي لمرض نفسي مقارنة بـ 84% من حالات الضابط وأن 8% من حالات العينة لديها تاريخ عائلي للمرض النفسي مقارنة بـ 16% من حالات الضابط.

ومن حيث التاريخ العائلي للإدمان حيث وجد أن 68% من حالات العينة لديها تاريخ عائلي للإدمان مقارنة بـ 26% من حالات الضابط ووجد أن 32% من حالات العينة ليس لديها تاريخ عائلي للإدمان مقارنة بـ 74% من حالات الضابط.

ويتضح من جدول (١) وجود فروق غير دالة إحصائياً بين القياسين للمجموعتين العينة والضابطه في مستوى السن والجنس والحالة الاجتماعية للوالدين والتاريخ العائلي لمرض نفسي بينما وجد فروق دالة إحصائياً من حيث مستوى التعليم والتاريخ العائلي للإدمان.

جدول (٢) وصف ومقارنة العينة والضابطه طبقاً لاختبار ميني كيد دلالة الفروق بين متوسطي القياسين العينة والمجموعة الضابط في اختبار التشخيصات حسب ميني كيد

مستوى الدلالة	قيمة كاي الجدولية	المجموعه				
		الضابط		العينة		
		%	N	%	N	
0.001 دال	10.69	2%	1	.420%	12	التشخيصات توبة اكتئاب جسيم
0.171 غير دال	1.87	20%	10	32.0%	6	ميلول انتحارية
0.007 دال	7.16	4%	2	22%	11	عكر مزاج
0.153 غير دال	2.041	0.0%	0	4%	2	اضطراب هلع

مستوى الدلالة	قيمة كاي الجدولية	المجموعه				
		الضابط		العينة		
		%	N	%	N	
0.153 غير دال	2.041	0.0%	0	4%	2	رهاب الساحة
0.56 غير دال	0.33	12.0%	6	16.0%	8	اضطراب قلق الانفصال
0.558 غير دال	0.344	2%	1	4%	2	اضطراب القلق الاجتماعي
0.041 دال	4.167	8%	4	0.0%	0	رهاب خاص
0.153 غير دال	2.041	4%	2	0.0%	0	اضطراب الوسواس القهرى
0.008 دال	7.111	2%	1	18%	9	اضطراب كرب مع بعد الصدمة
0.014 دال	6.06	4%	2	20%	10	اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
0.372 غير دال	0.796	10%	5	16%	8	اضطراب الجناح
0.006 دال	7.440	6 %	3	26 %	13	اضطراب العناد الشارد
0.079 غير دال	3.093	0.0%	0	6 %	3	أعراض ذهانية مصاحبة لتعاطى المخدرات
0.315 غير دال	1.010	0.0%	0	2.0%	1	اضطراب المزاج مصاحبة لتعاطى المخدرات
0.027 دال	4.89	2%	1	14 %	7	اضطراب القلق العام
0.315 غير دال	1.010	2%	1	0.0%	0	اضطراب تكيف

وطبقا لنتائج اختبار ميني كيد (اختبار التشخيصات) وجد أن نسبة الاكتئاب الجسيم فى العينة 24% بينما الضابط 2% ونسبة الميول الانتحارية فى العينة 32% بينما الضابط 20% ونسبة عسر المزاج فى العينة 22% بينما الضابط 4% ونسبة اضطراب الهلع ورهاب الساحة 4% فى العينة بينما لا توجد فى الضابط واضطراب قلق الانفصال 16% فى العينة بينما

12% في الضابط ورهاب القلق الاجتماعي 4% في العينة بينما 2% من الضابط و رهاب الخاص في الضابط 8% ووسواس القهري في الضابط 4% بينما لا توجد في العينة واضطراب كرب ما بعد الصدمة في العينة 18% بينما 2% في الضابط واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه 20% في العينة بينما 4% في الضابط واضطراب الجناح 16% في العينة بينما 10% في الضابط واضطراب العناد الشارد في العينة 26% بينما 6% في الضابط وأعراض ذهانية نتيجة لتعاطي المخدرات 6% و اضطراب المزاج نتيجة لتعاطي المخدرات 2% بينما لا توجد في الضابط ونسبة اضطراب القلق العام 14% بينما 2% من العينة واضطراب التكيف 2% من الضابط بينما لا توجد في العينة. ويتضح من جدول (٢) وجود فروق دالة إحصائية في العينة لكل من نوبة اكتئاب جسيم و عسر المزاج و اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واضطراب العناد الشارد واضطراب القلق العام. بالنسبة للضابط هناك فروق دالة إحصائية بالنسبة رهاب خاص.

جدول(٣) وصف العينة من حيث شدة الايمان

العينة			
%	N		
4.0%	2	مشكلة خفيفة	استخدام المواد المخدرة
52.0%	26	مشكلة واضحة	
24.0%	12	مشكلة كبيرة جدا	
20.0%	10	مشكلة مفرطة/دائمة	
0.0%	0	مشكلة خفيفة	العلاقة مع الاقران
6.0%	3	مشكلة واضحة	
52.0%	26	مشكلة كبيرة جدا	
42.0%	21	مشكلة مفرطة/دائمة	الحالة المدرسية
6.0%	3	مشكلة خفيفة	
0.0%	0	مشكلة واضحة	
66.0%	33	مشكلة كبيرة جدا	
28.0%	14	مشكلة مفرطة/دائمة	العلاقات الاسرية
0.0%	0	مشكلة خفيفة	
24.0%	12	مشكلة واضحة	
34.0%	17	مشكلة كبيرة جدا	
42.0%	21	مشكلة مفرطة/دائمة	الحالة القانونية
68.0%	34	لا مشكلة على الإطلاق	
16.0%	8	مشكلة خفيفة	

16.0%	8	مشكلة واضحة	الحالة النفسية
6.0%	3	لا مشكلة على الإطلاق	
6.0%	3	مشكلة خفيفة	
34.0%	17	مشكلة واضحة	
30.0%	15	مشكلة كبيرة جدا	
24.0%	12	مشكلة مفرطة/دائمة	

طبقا لنتائج وصف العينة من حيث اختبار شدة الإدمان كان للمرضى مستويات مختلفة من حيث الشدة وجد أن 20% من المراهقين لديهم مشكلة مفرطة ودائمة مع استخدام المواد المخدرة في حين أن 24% من المراهقين لديهم مشكلة كبيرة جدا مع استخدام المواد المخدرة وأن 52% من المراهقين لديهم مشكلة واضحة مع استخدام المواد المخدرة وأن 4% من المراهقين لديهم مشكلة خفيفة مع استخدام المواد المخدرة.

وجد أن 42% من المراهقين لديهم مشكلة مفرطة ودائمة بسبب العلاقة مع الأقران في حين أن 52% من المراهقين لديهم مشكلة كبيرة جدا بسبب العلاقة مع الأقران وأن 6% من المراهقين لديهم مشكلة واضحة بسبب العلاقة مع الأقران.

وجد أن 28% من المراهقين لديهم مشكلة مفرطة ودائمة مع الحالة المدرسية في حين أن 66% من المراهقين لديهم مشكلة كبيرة جدا مع الحالة المدرسية وأن 6% من المراهقين لديهم مشكلة خفيفة مع الحالة المدرسية.

وجد أن 42% من المراهقين لديهم مشكلة مفرطة ودائمة مع العلاقات الأسرية في حين أن 34% من المراهقين لديهم مشكلة كبيرة جدا مع العلاقات الأسرية وأن 52% من المراهقين لديهم مشكلة واضحة مع العلاقات الأسرية وأن 24% من المراهقين لديهم مشكلة واضحة مع العلاقات الأسرية. وجد أن 16% من المراهقين لديهم مشكلة واضحة مع الحالة القانونية وأن 16% من المراهقين لديهم مشكلة خفيفة مع الحالة القانونية وأن 68% من المراهقين ليس لديهم مشكلة مع الحالة القانونية.

وجد أن 24% من المراهقين لديهم مشكلة مفرطة ودائمة مع الحالة النفسية في حين أن 30% من المراهقين لديهم مشكلة كبيرة جدا مع الحالة النفسية وأن 34% من المراهقين لديهم مشكلة واضحة مع الحالة النفسية وأن 6% من المراهقين لديهم مشكلة خفيفة مع الحالة النفسية وأن 6% من المراهقين لديهم مشكلة على الإطلاق مع الحالة النفسية.

جدول (٤) وصف العينة من حيث نوع المواد المخدرة (اسماء المخدرات)
(المادة الرئيسية و المواد الأخرى)

لعينة		المواد المخدرة الأخرى
%	N	
84%	42	القنب الصناعي مثل الاستروكس والفودو
72%	36	الحشيش
40%	20	الترامادول
26%	13	مشتقات البنزو مثل الابريل
6%	3	الأفيونات مثل الهيروين
50%	25	الكحوليات
10%	5	مواد مخدرة أخرى

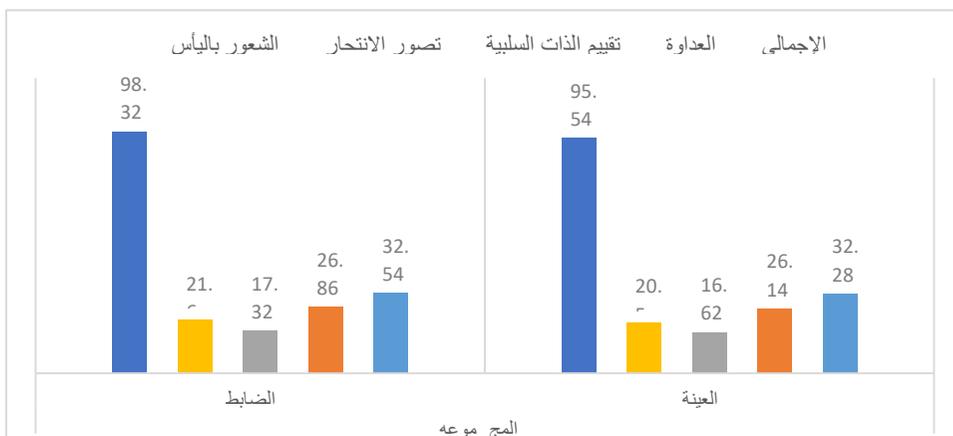
وخلال وصف العينة من حيث نوع المواد المخدرة وجد أن نسبة تعاطى القنب الصناعي (الاستروكس أو الفودو) 84% وأن نسبة تعاطى الحشيش 72% وأن نسبة تعاطى مادة الترامادول 40% وأن نسبة تعاطى مشتقات البنزو 26% وأن نسبة تعاطى المواد الأفيونية 6% وأن نسبة تعاطى الكحوليات 50% وأن نسبة تعاطى المواد الأخرى كمشتقات البنزين ومواد الغراء وأدوية الكحة كانت 10% وكانت نسبة تدخين التبغ فى العينة 100%. من حيث وصف العينة لنوع المواد المخدرة وجد أن نسبة كبيرة جدا من المراهقين فى العينة لا يعتمدون على مادة مخدرة واحدة ولكن لديهم سوء استخدام لأكثر من مادة فى نفس الوقت ويظهر فى الجدول أعلاه النسب لهذه المواد.

جدول (٥) وصف ومقارنة العينة والضابطه من حيث القابلية للانتحار
دلالة الفروق بين متوسطي القياسين العينة وللمجموعة الضابطه في اختبار الشعور باليأس
وتصور الانتحار وتقييم الذات السلبية والعداوة والإجمالى:

مستوى الدلالة	قيمة ت الجدولية	المجموعه				
		الضابط		العينة		
		الانحراف المعيار ي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار ي	المتوسط الحسابي	
873.0 غير دال	0.160	7.53	32.54	8.64	32.280	الشعور باليأس
569.0 غير دال	0.571	5.32	26.86	7.15	26.14	تصور الانتحار
119.0 غير دال	1.571	1.97	17.32	2.49	16.62	تقييم الذات السلبية
265.0 غير دال	1.121	4.77	21.60	5.03	20.50	العداوة
379.0 غير دال	0.884	14.36	98.32	17.02	95.54	الإجمالى

ومن حيث القابلية للانتحار وجد أن الشعور باليأس فى العينة 28.32 بينما كان الضابط 54.32 وكان تصور الانتحار فى العينة 14.26 بينما كان فى الضابط 32.5 وكان تقييم الذات السلبية فى العينة 62.16 بينما الضابط 32.17 والعداوة فى العينة 50.20 بينما الضابط كان 60.21 والاجمالي فى العينة 54.95 بينما الضابط 32.98.

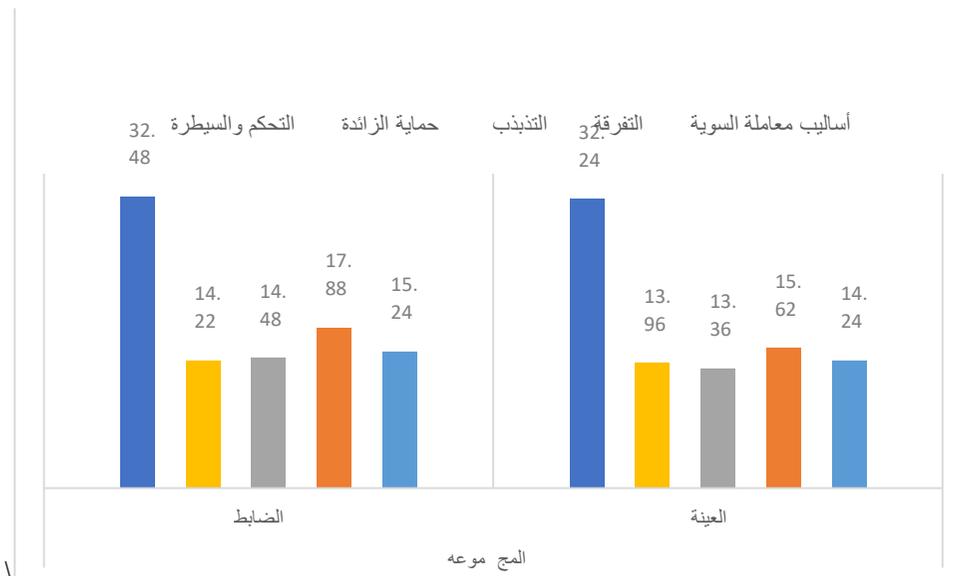
ويتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في اختبار الشعور باليأس و تصور الانتحار وتقييم الذات السلبية والعداوة و الإجمالى.



الشكل (١) شكل يوضح الفروق بين متوسطي القياسين العينة والبدي للمجموعة الضابط في اختبار الشعور باليأس و تصور الانتحار و تقييم الذات السلبية والعداوة و الإجمالي. جدول (٦) وصف ومقارنة العينة والضابطه من مقياس المعاملة الوالدية دلالة الفروق بين متوسطي القياسين العينة والبدي للمجموعة الضابط في الصورة المتعلقة بالأب من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتذبذب وأساليب معاملة السوية

مستوى الدلالة	قيمة ت الجدولية	المجموعه				التحكم والسيطرة	الصورة المتعلقة بالاب
		الضابط		العينة			
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0.004 دال	2.926	1.54	15.24	1.85	14.24	الزائدة	
0.014 دال	6.247	1.58	17.88	2.12	15.62		
0.000 دال	3.609	1.72	14.48	1.35	13.36		
564.0 غير دال	0.579	2.02	14.22	2.44	13.96		
810.0 غير دال	0.242	4.38	32.48	5.49	32.24		

ويتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في الصورة المتعلقة بالاب من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتذبذب وبينما لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في الصورة المتعلقة بالاب من حيث اختبار التفرقة وأساليب معاملة السوية الصورة المتعلقة بالاب:



الشكل (ب) شكل يوضح الفروق بين متوسطي القياسين العينه والبعدى للمجموعة الضابط في الصورة المتعلقة بالاب من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتذبذب والتفرقة وأساليب معاملة السوية.

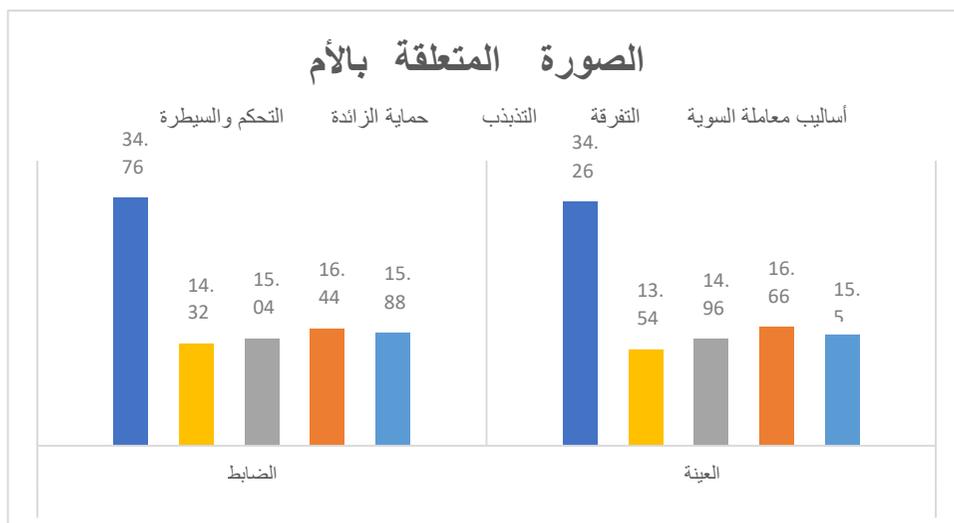
جدول (٧) دلالة الفروق بين متوسطي القياسين العينه و للمجموعة الضابط في الصورة المتعلقة بالأم

من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتذبذب والتفرقة وأساليب معاملة السوية

مستوى الدلالة	قيمة ت الجدولية	المجموعه				الصورة المتعلقة والتحكم والسيطرة
		الضابط		العينة		
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.660 غير دال	1.014	1.68	15.88	2.04	15.5	

مستوى الدلالة	قيمة ت الجدولية	المجموعه				بالأم
		الضابط		العينة		
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.826 غير دال	0.713	1.63	16.44	1.45	16.66	حماية الزائدة
0.030 دال	0.215	1.64	15.04	2.049	14.96	التذبذب
0.953 غير دال	1.775	2.17	14.32	2.22	13.54	التفرقة
0.002 دال	1.163	1.74	34.76	2.48	34.26	أساليب معاملة السوية

ويتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في الصورة المتعلقة بالام من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتفرقة والتذبذب وبينما يوجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبليين للمجموعتين العينه والضابطه في في الصورة المتعلقة بالام من حيث اختبار التفرقة وأساليب معاملة السوية. الشكل (ج) شكل يوضح الفروق بين متوسطي القياسين العينه والبعدى للمجموعة الضابط في الصورة المتعلق بالام من حيث اختبار التحكم والسيطرة وحماية الزائدة والتذبذب والتفرقة وأساليب معاملة السوية.



جدول (٨) العلاقة بين شدة الإدمان والقابلية للانتحار

شدة الإدمان		
مستوى الدلالة	معامل بيرسون	
0.080	0.250	الشعور باليأس
0.001	0.465**	تصور الانتحار
0.009	-0.364**	تقييم الذات السلبية
0.042	0.288*	العداوة
0.011	0.355*	الإجمالي

توجد علاقة طردية بين شدة الإدمان و تصور الانتحار والعداوة و الإجمالي بينما توجد علاقه

عكسيه بين شدة الإدمان و تقييم الذات السلبية

جدول (٩) العلاقات بين الحالة الاجتماعية للوالدين والصورة المتعلقة بالأب والام

الحالة الاجتماعية للوالدين			
مستوى الدلالة	معامل بيرسون		
0.000	-0.550**	التحكم والسيطرة	الصورة المتعلقة بالأب
0.051	-0.278	حماية الزائدة	
0.106	-0.232	التذبذب	
0.000	-0.598**	التفرقة	
0.808	-0.035	أساليب معاملة السوية	الصورة المتعلقة بالأم
0.727	0.051	التحكم والسيطرة	
0.182	-0.192	حماية الزائدة	
0.002	-0.422**	التذبذب	
0.285	-0.154	التفرقة	
0.333	-0.140	أساليب معاملة السوية	
0.527	-0.092	التشخيصات المصاحبة	

توجد علاقه عكسيه بين الحالة الاجتماعية للوالدين والتحكم والسيطرة و التفرقة من حيث الصورة المتعلقة بالأب و التذبذب من حيث الصورة المتعلقة بالام.

جدول (١٠) العلاقات بين القابلية للانتحار والصفات الديموغرافية

الإجمالي	العداوة	تقييم الذات السلبية	تصور الانتحار	الشعور باليأس		
0.133	0.052	0.302*	0.063	0.095	معامل بيرسون	السن
0.356	0.721	0.033	0.664	0.513	مستوى الدلالة	
-0.012	-0.244	0.126	-0.143	0.201	معامل بيرسون	الجنس
0.932	0.088	0.382	0.320	0.163	مستوى الدلالة	
-0.036	-0.038	0.242	-0.046	-	معامل بيرسون	مستوى التعليم
0.805	0.795	0.090	0.749	0.585	مستوى الدلالة	
0.107	-0.075	-0.138	0.235	0.099	معامل بيرسون	الحالة الاجتماعية
0.460	0.603	0.340	0.100	0.494	مستوى الدلالة	
0.078	0.288*	-0.233	0.086	-	معامل بيرسون	العمل
0.591	0.042	0.104	0.555	0.893	مستوى الدلالة	
0.131	0.118	-0.136	0.015	0.214	معامل بيرسون	التاريخ العائلي
0.366	0.414	0.347	0.918	0.135	مستوى الدلالة	
0.027	0.155	-0.090	-0.053	0.032	معامل بيرسون	التاريخ العائلي
0.852	0.283	0.536	0.714	0.823	مستوى الدلالة	
0.021	-0.007	0.248	-0.050	0.016	معامل بيرسون	العلاقة مع الاقران
0.887	0.963	0.083	0.729	0.914	مستوى الدلالة	
-0.255	-0.120	-0.339*	-0.081	-	معامل بيرسون	الحالة المدرسية
0.073	0.408	0.016	0.577	0.058	مستوى الدلالة	
-0.208	-0.091	0.103	-0.231	-	معامل بيرسون	التشخيصات المصاحبة
0.148	0.528	0.478	0.107	0.178	مستوى الدلالة	

توجد علاقة طردية بين الشعور باليأس و تصور الانتحار و تقييم الذات السلبية و الإجمالى و المستوى المعيشى وأيضا علاقة طردية بين تقييم الذات السلبية والسن وأيضا علاقة طردية بين العداوة والعمل بينما توجد علاقة عكسية بين تقييم الذات السلبية والحالة المدرسية

مراجع البحث:

فاطمة صادقي (2014)، الأثر النفسى للإدمان على المخدرات المركز الجامعي

تمنراست(الجزائر) عدد 12 جوان

أحمد عكاشة (2018): الطب النفسى المعاصر، مكتبة الأنجلو ، القاهرة

البحث القومي للإدمان 2014: معدلات استعمال وإدمان المخدرات والكحوليات فى محافظات

مصر الساحلية الحدودية ،التقرير النهائى وحدة الأبحاث الأمانة العامة للصحة النفسية.

البحث القومي للإدمان (2015): معدلات استعمال وإدمان المخدرات والكحوليات، التقرير

المجمع لمراحل البحث القومي للإدمان ،التقرير النهائى وحدة الأبحاث الأمانة العامة للصحة

النفسية.

المجتمعات المستهدفة للتعاظمى والاتجار فى المخدرات: دراسة ميدانية: قسم السلام

بمحافظة القاهرة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان و التعاظمى(مصر)، مجلس القومي لمكافحة

وعلاج الإدمان(مصر) رئاسة مجلس الوزراء، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاظمى

،،2000

ممتاز عبد الوهاب، لميس الارعى، سلوى عرفان، هبة فتحى: (٢٠٠٦) الاعتماد على المواد

المخدرة لدى عينة من المراهقين المصريين. توطئة للحصول على درجة الدكتوراة، قسم الطب

النفسى، جامعة القاهرة

Abd el Maksood A.(2016): Questionnaire of parental attitudes scale.

published by Alanglo Almasreya Library. International numbering: 60000000233.

Abd El Wahab M (2006): Drug abuse among adolescent workers: Egyptian sample, Egypt. J. Psychiatry; 25(1).

Abd El-Baky O, Bishri, et al. (1994): Smoking and substance exposure among prepatory schoolchildren, Current Philosophy; one (1); 19-24.

Albert, D., Chein, J., & Steinberg, L. (2013). The teenage brain: Peer influences on adolescent decision-making. Current directions in psychological science, 22(2), 114120.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2017): Webbased Injury Statistics Query and Reporting System [Datafile]. Retrieved January 26, 2017 from: <https://>:

Christine B., Cha CB., Franz PJ., M Guzmán E.(2017): Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment;59(4):460-.284

Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29

Jai K. Da., Rehana A. Salam,, Ahmed Arshad, Yaron Finkelstein(2016): Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews Volume 59, Issue 4, Supplement, Pages S61–S75

National Research Council. (2004). losing generations: Adolescents in high-risk settings. National Academy Press, WA, D.C.

Scherf, K. S., Behrmann, M., & Dahl, R. E. (2012). Facing changes and changing faces in adolescence: a new model for investigating adolescent-specific interactions between pubertal, brain and behavioral development. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2(2), 199-219

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D.,... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population.

Archives of internal medicine, 172(18), 1377-1385

World Health Organization (2014): Health for the world's adolescent A second chance in the second decade.<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>

Available at: Accessed October 5, 2015

World Health Organization (WHO). (2017). Disease and injury country mortality estimates, 2000–2015 [Data files.]Retrieved September 23, 2017 from http://www.who.gov/injury/wisqars/fatal_injury_reports.html