



خبرات المراهقين المتعاطين للمواد المخدرة في سجن أحداث النجف الأشرف: دراسة في عوامل الخطر والعوامل الوقائية والتدخل

Saifuldeen Hammadi

Family Counseling Center, Iraq

ARTICLE INFO

KEYWORDS

الأحداث، تعاطي المواد المخدرة، عوامل الخطر، العوامل
الوقائية، التدخلات

HOW TO CITE

Hammadi, S. (2026). خبرات المراهقين المتعاطين
للمواد المخدرة في سجن أحداث النجف الأشرف: دراسة
في عوامل الخطر والعوامل الوقائية والتدخل
Emirati Journal of Applied Psychology, 2(2), 25-32.
<https://doi.org/10.54878/4c69sc22>

ABSTRACT

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف تجارب الأحداث الذين تتراوح أعمارهم بين 14 و17 عاماً مع تعاطي
المواد المخدرة في سجن أحداث النجف الأشرف، مع تحديد عوامل الخطر والعوامل الوقائية وسبل التدخل
من منظورهم. استخدمت الدراسة المنهج النوعي، وأجريت مقابلات شبه منظمة مع 19 حدثاً ممن كانوا
يتعاطون المواد المخدرة (باستثناء السجائر والكحول) لمدة تزيد عن سنة، وتم اختيارهم باستخدام العينة
المعيارية. وقد أظهر التحليل أربعة محاور رئيسية: عوامل الخطر، بما في ذلك تأثير الأقران، اختلال الوظيفة
الأسرية، والصدمات النفسية والاجتماعية؛ العوامل الوقائية، مثل وعي الأحداث وإدراك الأسرة والقيادة
التعليمية؛ عوامل الحماية، بما في ذلك المهارات الاجتماعية والدافعية والتفاعل الإيجابي داخل الأسرة؛
والتدخلات، مثل تثقيف الوالدين والتدخلات النفسية-الاجتماعية والعلاجات النفسية. وتوضح النتائج أن
تعاطي المواد المخدرة لدى الأحداث يتأثر بتفاعلات معقدة على المستويات الفردية والأسرية والبيئية،
مؤكدّة الطبيعة متعددة الأبعاد للظاهرة وأهمية تطوير تدخلات ثقافية ووقائية متعددة المستويات.

Double-blind peer review by independent reviewers.

Received: 03 Jul 2026, Accepted: 12 Nov 2026, Published: 06 Dec 2026

*Corresponding author: ps.saif95@gmail.com

Copyright: © 2026 by the author. Licensee Emirates Scholar Center for Research & Studies, UAE.

Open access under the Creative Commons Attribution (CC BY) license

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



المقدمة

يعاني نحو 5.1% من الأشخاص حول العالم من اضطرابات استخدام الكحول، ويعاني نحو 35 مليون شخص من اضطرابات تعاطي المخدرات.

وفي الوقت نفسه، يعاني نحو 37.9 مليون بالغ من اضطرابات تعاطي المواد، والتي تتميز بإساءة استخدام متكررة للمخدرات و/أو الكحول، وتؤدي إلى اضطرابات نفسية وسلوكية (الأمم المتحدة، 2022).

وفيما يتعلق بالوضع في العراق، لا تتوفر إحصاءات وطنية دقيقة عن عدد مستخدمي المواد المخدرة أو متوسط العمر عند أول استخدام كما هو الحال في بعض الدول الأخرى. ومع ذلك، أطلق العراق بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) تقريراً وطنياً شاملاً لتحليل وضع المخدرات في البلاد، يغطي الاتجاهات الرئيسية في تعاطي المخدرات وتهريبها واحتياجات السياسات الوطنية. تشير التقارير المتاحة إلى أن استخدام المواد المخدرة متواجد بين فئات مختلفة من السكان، لكن لم تُنشر بيانات دقيقة حول توزيع التعاطي حسب العمر أو المستوى التعليمي (منظمة الصحة العالمية، 2019).

ومع ذلك، تُظهر التقارير التي حصلنا عليها من مركز شرطة الأحداث في النجف الأشرف وجود اتجاه تصاعدي في اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، لا سيما بين المراهقين في سن المرحلة الإعدادية والثانوية. ويشير تقرير الأنشطة السنوي لعام 2023 الصادر عن مركز شرطة الأحداث إلى أن نسبة 25% من الأحداث الذين أُحيلوا إلى سجن الأحداث كانت بسبب مشكلات متعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة (تقرير أحداث النجف، 2023).

ويبدو أن هذا الخطر يكون أكثر وضوحاً في الأحياء المحرومة اجتماعياً واقتصادياً، مثل أحياء التجاوز العشوائيات، وكذلك في بعض المناطق الزراعية، حيث تكون الرقابة الوالدية محدودة، وآليات الدعم الاجتماعي غير كافية، ومعدلات الانفصال عن المدرسة مرتفعة (العمل والشؤون الاجتماعية، 2020).

وما يزيد من القلق، أنه في دراسة العبء العالمي للمرض (GBD) التي أُجريت على المراهقين والبالغين عام 2016، ذُكر أن نحو 14% من إجمالي العبء الصحي لدى الشباب الذكور كان بسبب تعاطي الكحول والمخدرات.

ويُعدّ المراهقون الفئة الأكثر هشاشة تجاه الإدمان. وقد أُشير إلى أن أكثر الأعمار حرجاً لبدء تعاطي المخدرات هو سن المراهقة، وأن أعلى معدلات الاستخدام تُلاحظ بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و25 عاماً (الجمعية العالمية الطبية، 2013).

تُعدّ مرحلة المراهقة فترة تسم بكثرة التجريب والفضول، وسهولة التأثر بضغط الأقران، والتمرد على السلطة، والميل إلى المخاطرة، إضافةً إلى عدم الاستقرار

الانفعالي وانخفاض تقدير الذات. وبسبب هذه الخصائص، يكون المراهقون أكثر عرضة لتعاطي المخدرات.

كما يُنظر إلى المراهقة على أنها المرحلة التي يبدأ فيها الإدمان لدى البالغين، إذ تشير الدراسات إلى أن أكثر من 90% من المدمنين البالغين بدأوا اضطراب تعاطي المواد في مرحلة المراهقة (Atkinson, 2003).

ارتباطاً بذلك، يظهر أن اضطراب تعاطي المواد لدى المراهقين يرتبط بمجموعة من المشكلات النفسية والاجتماعية خلال كل من مرحلة المراهقة والرشد. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة شملت 12,000 مراهق وجود أنماط مختلفة لاضطراب تعاطي المواد والأعراض النفسية والسلوكية، حيث تبين أن:

نحو 20% من المراهقين كانوا ضمن أنماط مرتفعة في كل من تعاطي المواد والمشكلات النفسية، بما في ذلك شرب الكحول، وتعاطي القنب، والتدخين.

نحو 20% كانوا ضمن أنماط مرتفعة في الأعراض النفسية فقط، مثل الاكتئاب والقلق.

بينما كان 60% ضمن أنماط منخفضة في كلا الجانبين.

تُظهر هذه الدراسة أن نسبة كبيرة من المراهقين يتعاطون أكثر من مادة واحدة، ويعانون في الوقت نفسه من مجموعة متنوعة من الأعراض الانفعالية والسلوكية. بالإضافة إلى المخاطر الصحية المباشرة، ارتبط اضطراب تعاطي المواد بممارسات إيذاء الذات والانتحار، وكذلك بالسلوكيات الجنسية الخطرة (إدارة خدمات تعاطي المواد والصحة النفسية، 2020).

تشير النظريات العصبية إلى أن أنظمة الانفعال والمكافأة في الدماغ، مثل اللوزة الدماغية والنواة المتكئة، تتطور قبل أنظمة الضبط المعرفي في قشرة الفص الجبهي، مما يؤدي إلى ميل المراهقين للانخراط في سلوكيات محفوفة بالمخاطر، بما في ذلك تعاطي المواد، ويُحدث ما يُعرف بـ «اختلال التوازن» في نمو الدماغ خلال هذه المرحلة. وقد ارتبط تعاطي الكحول والقنب خلال المراهقة بمجموعة من النتائج المعرفية السلبية، حيث أظهرت دراسة شملت 243 مراهقاً تتراوح أعمارهم بين 13 و17 عاماً أن زيادة التعاطي ارتبطت بضعف الذاكرة اللفظية والوظائف البصرية والمكانية وبطء الأداء الحركي النفسي. كما بينت دراسة طويلة أن مستخدمي القنب والكحول أدّوا أداءً أسوأ من غير المستخدمين في اختبارات الانتباه، والذاكرة، وسرعة المعالجة، والوظائف البصرية-المكانية، إلى جانب كل تلك التأثيرات السلبية على مجالات واسعة منها معرفية متعددة (Beautrais, 1999).

وعلى الرغم من أن اضطراب تعاطي المواد لدى المراهقين يرتبط بتغيرات بنيوية في الدماغ، مثل انخفاض حجم المادة الرمادية في المناطق الجبهية والصدغية وتأثر مسارات واتصالات النمو العصبي، فإنه يؤدي أيضاً إلى مشكلات انفعالية كالقلق والتوتر والاكتئاب، وتوتر العلاقات الاجتماعية بصورة عامة، ومشكلات جسدية مثل الإصابات العرضية المفاجئة، وضعف الأداء الأكاديمي. بعض

الدراسات أشارت إلى أن هذه التأثيرات قد تمتد لتشمل فقداناً طويلاً في القدرات المعرفية والذاكرة، بما يزيد من صعوبة التعلم داخل البيئة المدرسية (Botvin, 2009).

كما توجد العديد من عوامل الخطر التي تسهم في اضطراب تعاطي المواد لدى المراهقين، وتشمل العوامل الأسرية، الفردية، والاجتماعية.

أولاً: العوامل الأسرية، والتي تتضمن:

اختلال الوظيفة الأسرية، بما في ذلك إساءة المعاملة في الطفولة مثل الإهمال والاعتداء.

وجود اضطراب تعاطي مواد لدى أحد الوالدين أو أفراد الأسرة.

الحالة الزوجية للوالدين، والمستوى التعليمي لهم، وطبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل.

الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، وتصور الطفل بأن والديه يوافقان على تعاطي المواد.

ثانياً: العوامل الفردية والاجتماعية، مثل:

ضغط الأقران، والتعرض المبكر للصدمات النفسية، ومشكلات الصحة النفسية.

تأثير المدرسة كبيئة اجتماعية مهمة، حيث توفر فرصاً للتعلم الاجتماعي حول سلوكيات تعاطي المواد، وشارك المعلمون، والأقران، وإدارة المدرسة، والسياسات المدرسية في ترسيخ المعايير الاجتماعية المتعلقة بالتعاطي (Branstetter, 2013).

وقد أشارت الدراسات إلى أن المراهقين الذين يدرسون في مدارس يكون فيها تعاطي المواد شائعاً بين الطلاب هم أكثر عرضة لتعاطي المواد ومحاولة استخدامها.

ومن العوامل المهمة المرتبطة بتعاطي المواد لدى المراهقين الصدمات النفسية في الطفولة. فقد أظهرت الدراسات أن التعرض المبكر للإساءة الجسدية أو الجنسية، أو الإهمال، أو فقدان أحد الوالدين، أو العنف الأسري يزيد من احتمالية تعاطي المواد المخدرة في مرحلة المراهقة.

كما تلعب المشكلات النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات السلوك دوراً مهماً، حيث غالباً ما يُستخدم تعاطي المواد كوسيلة للتعامل مع المشاعر السلبية أو للهروب من الضغوط النفسية (Carvalho, 2019).

وعلى الرغم من تعدد عوامل الخطر، يمكن لعوامل الوقاية والحماية أن تقلل من احتمالية تعاطي المواد أو تحد من تطور الاضطراب (Chassin, 2015). وتشمل هذه العوامل:

– العلاقات الأسرية الداعمة

– الرقابة الوالدية الفعالة

– الارتباط بالمدرسة

– المهارات الاجتماعية الإيجابية

– الدافعية الداخلية

– توفر نماذج إيجابية في البيئة المحيطة

وأشارت الأبحاث إلى أن التدخلات متعددة المستويات، التي تستهدف الفرد والأسرة والمدرسة والمجتمع، تُعد الأكثر فاعلية في الوقاية من تعاطي المواد وعلاج اضطراب استخدامها لدى المراهقين.

ومع ذلك، وعلى الرغم من كثرة الدراسات الكمية حول تعاطي المواد لدى المراهقين، لا تزال هناك حاجة ملحة إلى دراسات نوعية تستكشف تجارب المراهقين أنفسهم، وتسلط الضوء على تصوراتهم الذاتية لعوامل الخطر والحماية، وكذلك تجاربهم مع التدخلات العلاجية (Ciesla, 1996).

وبناءً على ذلك، تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف تجارب الأحداث مع تعاطي المواد المخدرة، وتحديد عوامل الخطر وعوامل الوقاية والحماية، والتدخلات العلاجية، من وجهة نظر الأحداث أنفسهم.

منهجية البحث (Research methodology)

استخدمت هذه الدراسة المنهج النوعي (Qualitative approach)، الذي يهدف إلى فهم التجارب الحياتية للأفراد وتفسير المعاني التي ينسبونها لها. ويعد هذا التصميم مناسباً بشكل خاص لاستكشاف الظواهر المعقدة، مثل تعاطي المواد المخدرة لدى المراهقين، إذ يركز على الخبرات الذاتية للمشاركين والتجربة الشخصية لكل منهم (Creswell, 2023).

عينة البحث (Search sample)

تكوّنت عينة الدراسة من 19 مراهقاً ذكور من الأطفال الأحداث في سجن أحداث النجف الأشرف، تتراوح أعمارهم بين 14 و17 عاماً، وكان جميعهم يتعاطون مواد مخدرة (باستثناء السجائر والكحول) لمدة لا تقل عن سنة واحدة قبل إجراء المقابلات.

تم اختيار المشاركين باستخدام العينة المعيارية (Criterion Sampling)، حيث تم اختيار المراهقين الذين استوفوا معايير محددة تشمل العمر، مدة التعاطي، ونوع المادة المستخدمة.

معايير الاشتغال والاستبعاد

معايير الاشتغال:

1. العمر بين 14 و17 عاماً.

2. تعاطي مواد مخدرة غير الكحول والسجائر لمدة سنة على الأقل.

3. القدرة على التعبير عن تجاربه لفظياً.

4. الموافقة الطوعية على المشاركة.

معايير الاستبعاد:

1. وجود إعاقة ذهنية أو اضطراب نفسي شديد يعيق إجراء المقابلة.
2. رفض المشارك أو ولي أمره إعطاء الموافقة.

تم جمع البيانات من خلال مقابلات شبه منظمّة متعمقة أُجريت وجهاً لوجه في قاعة مواجهة بحجج الأحداث، وتم تدوين إجابات المشاركين مباشرة في استمارات معدّة مسبقاً بعد الحصول على موافقتهم. تراوحت مدة المقابلات بين 30 و60 دقيقة، والجدول رقم 1 يوضح ذلك.

(Data collection procedures) إجراءات جمع البيانات

الجدول (1) البيانات الديموغرافية للمشاركين

ت	العمر	التحصيل الدراسي	بيئة المعيشة	بيئة الأسرة	مدة التعاطي
مشارك 1	16	متوسطة	أحياء التجاوز	يعيش مع والديه	6 أشهر
مشارك 2	15	ابتدائية	أحياء التجاوز	يتيم الأب	7 أشهر
مشارك 3	15	ابتدائية	مناطق زراعية	منفصل الوالدين	7 أشهر
مشارك 4	16	طالب	مناطق ريفية	يعيش مع والديه	7 أشهر
مشارك 5	14	ابتدائية	أحياء التجاوز	يتيم الأم	9 أشهر
مشارك 6	16	يقرأ ويكتب	أحياء التجاوز	يعيش مع والديه	10 أشهر
مشارك 7	15	متوسطة	أحياء التجاوز	منفصل الوالدين	سنة
مشارك 8	14	يقرأ ويكتب	مناطق زراعية	يعيش مع والديه	سنة
مشارك 9	15	طالب	مناطق زراعية	يتيم الأب	سنة
مشارك 10	16	ابتدائية	أحياء التجاوز	يتيم الأم	11 شهر
مشارك 11	15	ابتدائية	أحياء التجاوز	يعيش مع والديه	10 أشهر
مشارك 12	14	طالب	أحياء التجاوز	منفصل الوالدين	سنة
مشارك 13	15	ابتدائية	مناطق زراعية	يعيش مع والديه	سنة و2 أشهر
مشارك 14	14	يقرأ ويكتب	أحياء التجاوز	يتيم الأب	سنة
مشارك 15	16	يقرأ ويكتب	مناطق زراعية	يتيم الأم	سنة و9 أشهر
مشارك 16	17	محو الأمية	مناطق ريفية	يعيش مع والديه	سنة و5 أشهر
مشارك 17	15	محو الأمية	مناطق ريفية	منفصل الوالدين	9 أشهر
مشارك 18	16	محو الأمية	أحياء التجاوز	يعيش مع والديه	سنة و5 أشهر
مشارك 19	17	طالب	مناطق زراعية	يتيم الأب	سنتان

2. العوامل التي ساهمت في استمرار التعاطي.
3. دور الأسرة والأقران.
4. تأثير المدرسة.
5. التجارب مع العلاج أو التدخلات.
6. العوامل التي ساعدت على التوقف أو الحد من التعاطي.

1. بداية تعاطي المواد.

تحليل البيانات ((Data Analysis تم تحليل البيانات باستخدام التحليل الموضوعاتي (Thematic Analysis) وفق الخطوات الست التي اقترحها Clarke و Braun:

1. التعرف على البيانات.
2. توليد الرموز الأولية.
3. البحث عن الموضوعات.
4. مراجعة الموضوعات.
5. تعريف وتسمية الموضوعات.
6. إعداد التقرير النهائي.

وقد تم ترميز البيانات يدوياً، مع مراجعة الرموز والموضوعات بشكل متكرر لضمان الدقة والاتساق.

(Trustworthiness) الصدق والثبات

لضمان مصداقية النتائج، تم اعتماد عدد من الإجراءات، منها:

- المراجعة المتكررة للبيانات
- توثيق خطوات التحليل
- عرض النتائج على مختصين في المجال
- استخدام اقتباسات مباشرة من أقوال المشاركين لدعم الموضوعات المستخلصة

(Ethical Considerations) الاعتبارات الأخلاقية

1. حصلت الدراسة على موافقة لجنة حقوق الإنسان ومحكمة الأحداث.
2. كما تم الحصول على موافقة خطية من جميع المشاركين وأولياء أمورهم.
3. وتم التأكيد على سرية البيانات، واستخدام أسماء مستعارة بدل الأسماء الحقيقية.

النتائج (Results)

أسفر تحليل البيانات عن أربعة محاور رئيسية واثني عشر محوراً فرعياً. وتشمل هذه المحاور: عوامل

الخطر، العوامل الوقائية، عوامل الحماية، والتدخلات. ويُعرض كل محور رئيسي مع محاوره الفرعية مدعوماً باقتباسات مباشرة من أقوال المشاركين.

المحور الأول: عوامل الخطر ((Risk Factors

تأثير الأقران

أفاد جميع المشاركين تقريباً أن الأصدقاء لعبوا الدور الأكثر تأثيراً في بداية تعاطي المواد المخدرة. وذكر الأحداث أن فضول التجربة، والرغبة في الانتماء إلى المجموعة، والخوف من الرفض الاجتماعي، دفعتهم إلى تجربة المواد المخدرة لأول مرة.

"في البداية لم أكن أريد، لكن الجميع من حولي كانوا يتعاطون! لم أرد أن أبدو مختلفاً، فجربت مرة واحدة، ثم استمر الأمر" (مشارك، 16 عاماً).

وأشار بعض المشاركين إلى أن الضغط غير المباشر، مثل مشاهدة الأصدقاء وهم يتعاطون المواد دون عواقب فورية، جعل التعاطي يبدو طبيعياً وغير خطير.

"عندما ترى أصدقاءك يستخدمون المخدرات ويبدون سعداء، تعتقد أنه أمر عادي، وأنه لن يؤذيكَ" (مشارك، 16 عاماً).

تفكك أسري وظيفي

ذكر العديد من المشاركين أن المشكلات الأسرية، مثل الصراعات المستمرة بين الوالدين، والعنف الأسري، والطلاق، أو غياب أحد الوالدين، كانت عوامل رئيسية دفعتهم نحو تعاطي المواد.

"في المنزل كان هناك شجار دائم. لم أكن أستطيع تحمّل الجو، فكنت أخرج وأتعاطي حتى أنسى" (مشارك، 15 عاماً).

كما أشار بعض الأحداث إلى أن غياب الدعم العاطفي، أو الشعور بعدم الفهم من قبل الأسرة، ساهم في لجوئهم إلى المواد المخدرة كوسيلة للهروب.

الضغوط والأزمات النفسية-الاجتماعية

أفاد عدد من المشاركين بتعرضهم لصدمات نفسية مثل: (الإهمال في الطفولة، الإساءة الجسدية أو النفسية، فقدان أحد الوالدين، الفقر والحرمان الاجتماعي)، وقد ارتبطت هذه التجارب ببدء التعاطي في سن مبكرة.

"تعرضت للضرب كثيراً عندما كنت صغيراً. عندما استخدمت المخدرات شعرت بأن الألم يختفي" (مشارك، 14 عاماً).

المحور الثاني: العوامل الوقائية (Protective Factors)

وعى الحدث

أشار بعض المشاركين إلى أن ازدياد وعيهم بمخاطر المخدرات، سواء من خلال تجارب شخصية أو مشاهدة معاناة الآخرين، ساعدهم على التفكير في التوقف أو تقليل التعاطي.

"عندما رأيت صديقي يدخل المستشفى بسبب المخدرات، أدركت أن هذا الطريق سينتهي بي إلى نفس المصير" (مشارك، 17 عاماً).

وعى الأسرة

ذكر الأحداث أن زيادة وعي الوالدين وتعاملهم الداعم وغير العقابي كان له دور مهم في تقليل التعاطي أو التفكير في العلاج.

"عندما علم والداي بالأمر ولم يصرخا في وجهي، بل حاولوا مساعدتي، شعرت بأنني لست وحدي" (مشارك، 16 عاماً).

القيادة التعليمية القائمة على المدرسة

أشار بعض المشاركين إلى أن المدرسة والمعلمين لعبوا دوراً إيجابياً من خلال:

- التوعية بمخاطر المخدرات

- تقديم الدعم النفسي

- إحالة الطلاب إلى خدمات الإرشاد

"كان المرشد التربوي في مدرستنا يهتم بنا فعلاً، وتحدث معنا عن المخدرات دون تهديد، وهذا جعلني أفكر كثيراً" (مشارك، 15 عاماً).

المحور الثالث: عوامل الحماية (Protective factors)

المهارات الاجتماعية

أفاد بعض المشاركين بأن امتلاكهم مهارات اجتماعية إيجابية، مثل القدرة على قول "لا"، وبناء علاقات صحية، والتواصل الفعال، ساعدهم على مقاومة ضغط الأقران أو الحد من التعاطي.

"عندما تعلت كيف أرفض دون خسارة أصدقائي، أصبح من الأسهل الابتعاد عن المخدرات" (مشارك، 17 عاماً).

الدافعية الداخلية والخارجية

ذكر المشاركون أن الدافعية الداخلية، مثل الرغبة في تحسين الذات، والنجاح الدراسي، وبناء مستقبل أفضل، لعبت دوراً مهماً في اتخاذ قرار التوقف أو تقليل التعاطي.

"كنت أفكر في مستقبلي، لم أرد أن أكون مدمناً طوال حياتي" (مشارك، 15 عاماً).

كما أشاروا إلى الدافعية الخارجية، مثل:

- الخوف من العقاب القانوني

- الخوف من فقدان الأسرة

- الضغط الاجتماعي الإيجابي

"كنت أخاف أن تحسرنني عائلتي أو أن أذهب إلى السجن، وهذا جعلني أتوقف" (مشارك، 16 عاماً).

وأشار المشاركون إلى أن المراهقين الذين يفتقرون إلى هذه المهارات يكونون أكثر عرضة للانجراف نحو التعاطي.

التفاعل الإيجابي داخل الأسرة

أكد العديد من المشاركين أن الدعم الأسري، والحوار المفتوح، والشعور بالانتماء كانت عوامل حماية قوية ضد الاستقرار في تعاطي المواد.

"عندما بدأت أتحدث مع عائلتي، لم أعد أشعر بالحاجة إلى الهروب بالمخدرات" (مشارك، 15 عاماً).

كما شدد المشاركون على أهمية الثقة المتبادلة بين الأبناء وأسرهم.

المحور الرابع: التدخلات ((Interventions

تثقيف الوالدين

أشار الأحداث إلى أن تثقيف الوالدين حول تعاطي المخدرات، وأساليب التعامل مع الأبناء، ساعد في تحسين العلاقة الأسرية ودعم التعافي.

"عندما تعلم والداي كيف يتحدثان معي بدل الصراخ، تغير كل شيء" (مشارك، 14 عاماً).

التدخلات النفسية-الاجتماعية

ذكر المشاركون أن الدعم النفسي-الاجتماعي، مثل: الإرشاد النفسي، مجموعات الدعم، البرامج المجتمعية كان له دور مهم في مساعدتهم على فهم أسباب التعاطي، وتعلم استراتيجيات بديلة للتعامل مع الضغوط.

"في جلسات الإرشاد فهمت لماذا أتعاطي، وتعلمت طرقاً أخرى للتعامل مع مشاكلي" (مشارك، 14 عاماً).

العلاجات النفسية

أفاد بعض المشاركين بأن العلاج النفسي الفردي، خاصة العلاج المعرفي السلوكي، ساعدهم على:

- تغيير أنماط التفكير السلبية

- السيطرة على الرغبة في التعاطي

- بناء استراتيجيات طويلة المدى للتعافي

"العلاج علمني كيف أسيطر على أفكاري، وليس فقط على المخدرات" (مشارك، 16 عاماً).

(Discussion) المناقشة

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف تجارب المراهقين مع تعاطي المواد المخدرة، وتحديد عوامل الخطر، وعوامل الوقاية والحماية، والتدخلات، من وجهة نظر المشاركين الأحداث أنفسهم.

وأظهرت النتائج أن تعاطي المواد لدى المراهقين هو ظاهرة متعددة الأبعاد، تتأثر بتفاعل معقد بين العوامل الفردية، والأسرية، والمدرسية، والمجتمعية.

توجد عدة قيود لهذه الدراسة يجب أخذها في نظر الاعتبار:

أولاً، اقتصر العينة على عدد محدود من المراهقين الأحداث في محافظة واحدة، مما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج.

ثانياً، اعتمدت البيانات على تقارير ذاتية، مما قد يجعلها عرضة للتحييز أو النسيان الانتقائي.

ثالثاً، لم تشمل الدراسة مراهقين لم يسبق لهم تلقي أي تدخل علاجي، مما قد يؤثر في تنوع التجارب المعروضة.

الاستنتاجات

تُبرز هذه الدراسة أن تعاطي المواد المخدرة لدى المراهقين هو ظاهرة معقدة ومتعددة المستويات، تتأثر بعوامل خطر متعددة، ولكن يمكن التخفيف من حدتها من خلال تعزيز العوامل الوقائية والحماية، وتطبيق تدخلات شاملة تراعي السياق الثقافي والاجتماعي. وتؤكد النتائج أهمية:

1. التدخل المبكر

2. إشراك الأسرة

3. تعزيز دور المدرسة

4. توسيع الوصول إلى خدمات الصحة النفسية

التوصيات

توصي الدراسة بما يلي:

1. تطوير برامج وقاية تستهدف المراهقين والأسر

2. تعزيز التوعية المدرسية حول المخدرات

3. تدريب المعلمين والمرشدين النفسيين

4. توسيع نطاق التدخلات النفسية-الاجتماعية

5. إجراء دراسات نوعية وكيفية مستقبلية على عينات أوسع

(References) المراجع

- إدارة خدمات تعاطي المواد والصحة النفسية. (2020). المعايير الوطنية للخدمات الصحية النفسية الخاصة باضطرابات تعاطي المواد (منشور رقم 20-5080).
- الجمعية الطبية العالمية. (2013). إعلان هلسنكي: المبادئ الأخلاقية للبحوث الطبية. جاما، 310(20)، 2191-2194.
- وزارة الداخلية العراقية. (2023). تقرير الأنشطة السنوي لشرطة الأحداث. النجف: وزارة الداخلية.

عوامل الخطر

أظهرت النتائج أن تأثير الأقران كان العامل الأكثر شيوعاً في بدء تعاطي المواد، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسات سابقة تشير إلى أن ضغط الأقران والرغبة في الانتماء الاجتماعي يلعبان دوراً محورياً في سلوكيات التعاطي لدى الأفراد وخصوصاً المراهقين.

كما أكدت النتائج أن المشاكل الأسرية، بما في ذلك النزاعات، وغياب أحد الوالدين، ونقص الدعم العائلي، يُعد من العوامل الرئيسية المرتبطة بتعاطي المواد. وتتسق هذه النتائج مع الأدبيات التي تشير إلى أن ضعف الروابط الأسرية يزيد من احتمالية السلوكيات الخطرة لدى المراهقين.

كذلك، تبين أن الصدمات النفسية والشدائد الاجتماعية في الطفولة والمراهقة تُعد من العوامل القوية التي تدفع إلى تعاطي المواد كآلية للتكيف مع الألم النفسي، وهو ما تدعمه دراسات سابقة.

العوامل الوقائية والحماية

أظهرت النتائج أن وعي الحدث والأسرة يلعب دوراً وقائياً مهماً في تقليل تعاطي المواد أو السعي إلى العلاج. وقد دعمت دراسات سابقة أهمية التوعية الأسرية والمدرسية في الوقاية من الإدمان.

كما أظهرت النتائج أن المدرسة يمكن أن تكون عاملاً وقائياً أو عاملاً خطراً، اعتماداً على طبيعة البيئة المدرسية، ودور المعلمين، وتوفر خدمات الدعم النفسي. ويتفق ذلك مع الأدبيات التي تؤكد أهمية المدرسة كبيئة اجتماعية مؤثرة في سلوكيات المراهقين.

أما عوامل الحماية، مثل المهارات الاجتماعية، والدافعية، والتفاعل الأسري الإيجابي، فقد ساعدت المراهقين على مقاومة التعاطي أو التوجه نحو التعافي. وتنسجم هذه النتائج مع نماذج الوقاية القائمة على تعزيز نقاط القوة والمرونة النفسية لدى الشباب.

التدخلات

أظهرت الدراسة أن التدخلات متعددة المستويات، التي تشمل الأسرة، والمدرسة، والخدمات النفسية، هي الأكثر فاعلية في التعامل مع تعاطي المواد لدى المراهقين. وقد أشار المشاركون إلى أهمية:

- تثقيف الوالدين

- الدعم النفسي-الاجتماعي

- العلاج النفسي الفردي

ويتوافق هذه النتائج مع الأدبيات التي تؤكد فعالية البرامج العلاجية الشاملة في علاج اضطرابات تعاطي المواد لدى المراهقين.

القيود

وزارة الصحة العراقية. (2019). التقرير الوطني لتحليل وضع المخدرات في العراق. بغداد: وزارة الصحة. (بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية).

وزارة العمل والشؤون الاجتماعية العراقية. (2020). أوضاع الأحداث الجانحين في العراق والتحديات الاجتماعية المرتبطة بهم. بغداد: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. (2022). تقرير المخدرات العالمي. نيويورك: الأمم المتحدة.

Atkinson, R. (2003). Accessing hidden and hard-to-reach populations. *Social Research*, 70(3), 1137-1144.

Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Cannabis abuse and serious suicide attempts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 455-460.

Botvin, G. J. (2009). School contexts and peer influence in alcohol misuse. *American Journal of Community Psychology*, 43, 85-97.

Branstetter, S. A., & Furman, W. (2013). The protective role of parental monitoring in substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 22, 1-12.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 394(10200), 781-792.

Chassin, L., Niederhiser, J. M., Harold, G. T., et al. (2015). Gene-environment interactions in substance use disorders. *Psychological Bulletin*, 141(4), 822-850.

Ciesla, J. A., Schuler, S. J., Hasin, D. S., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the development of adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 205-215.

Creswell, J. W. (2023). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.

GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.

Mitchell, K., Heidari, A., Tarter, R., Zhang, E., Thomas, R. S., & Ray, L. A. (2013). Alcohol use. In *Handbook of adolescence*. *Adolescence*, 17, 7-89.