ISSN: 2706-6495

الاعتماد على المؤثرات العقلية والصحة النفسية لدى المتعاطين (دراسة ارتباطية تنبؤية)

Psychoactive Substance Dependence and Mental Health Among Substance Users: A Correlational and Predictive Study

إعداد الباحث/ نايف أحمد سلمان الفيفي

أخصائي نفسي، الإدارة الطبية العسكرية في جازان، المملكة العربية السعودية

Email: naif1234567888@gmail.com

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية والصحة النفسية لدى المتعاطين، وكذلك طبيعة العلاقة بينهما، وإمكانية التنبؤ بالاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال الصحة النفسية وسد الفجوة المعرفية المتعلقة بفهم العلاقة التفاعلية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، بما يسهم في دعم الجهود الوقائية والعلاجية في مجال الصحة النفسية وعلاج الاعتماد على المؤثرات العقلية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي وهو الأنسب لدراسة الظواهر النفسية والاجتماعية في ظروفها الطبيعية؛ حيث تم إعداد مقياسي الاعتماد على المؤثرات العقلية والصحة النفسية، وتم تطبيقهما على عينة مكونة من (150) متعاطي. وأشارت النتائج إلى وجود مستوى مرتفع للاعتماد على المؤثرات العقلية، ووجود مستوى منخفض من الصحة النفسية لدى المتعاطين، ووجود علاقة عكسية دالة إحصائية بين المؤثرات العقلية والصحة النفسية، كما أشارت النتائج إلى إمكانية التنبؤ بالاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال الصحة النفسية لدى المتعاطين. وفي ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج، يوصي الباحث بتعزيز برامج الصحة النفسية داخل مراكز علاج وتأهيل الإدمان، بما يسهم في تحسين الصحة النفسية لدى المتعاطين، وتصميم برامج علاجية متكاملة تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب العلاج الدوائي، والاهتمام بالكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية المصاحبة للتعاطي، وتقديم التدخلات المناسبة للحد من تطور السلوك الإدماني، وكذلك تنفيذ برامج توعوية تستهدف فئات المجتمع المختلفة؛ لرفع الوعي بأثر الصحة النفسية في الوقاية من الإدمان، وتدريب العاملين في مجال علاج الإدمان على استخدام الأساليب النفسية الحديثة في التعامل مع المتعاطين، ودعم التعاون بين المؤسسات الصحية والتعليمية والاجتماعية في إعداد وتنفيذ برامج الوقاية من الإدمان.

الكلمات المفتاحية: الاعتماد على المؤثرات العقلية، الصحة النفسية، المتعاطون.

ISSN: 2706-6495

Psychoactive Substance Dependence and Mental Health Among Substance Users: A Correlational and Predictive Study

Naif Ahmed Salman Al-Faifi

Psychologist, Armed Forces Medical Complex in Jazan, KSA

Abstract:

This study aimed to examine the level of substance dependence and the state of mental health among individuals who use psychoactive substances, as well as the nature of the relationship between the two. It also sought to explore the possibility of predicting substance dependence based on mental health status, and to bridge the knowledge gap regarding the interactive relationship between mental health and substance dependence. Such insights are intended to support preventive and therapeutic efforts in the fields of mental health and the treatment of substance dependence. The study employed a descriptive-correlational research design, which is the most appropriate approach for investigating psychological and social phenomena within their natural contexts. Two scales were developed: the Substance Dependence Scale and the Mental Health Scale, and were administered to a sample of (150) substance users. The results indicated a high level of substance dependence and a low level of mental health among substance users. Furthermore, a statistically significant inverse correlation was found between substance dependence and mental health. The results also indicated the possibility of predicting substance dependence through mental health among substance users. In light of the research findings, the researcher recommends strengthening mental health programs within addiction treatment and rehabilitation centers to help improve the mental well-being of individuals struggling with substance use. This includes designing comprehensive treatment programs that address psychological and social aspects alongside pharmacological interventions; prioritizing the early detection of mental health disorders co-occurring with substance use; and providing appropriate interventions to curb the progression of addictive behaviors. Furthermore, the researcher suggests implementing awareness campaigns—targeted at various segments of society—to highlight the role of mental health in addiction prevention. Additionally, it is recommended that professionals working in the field of addiction treatment be trained in modern psychological approaches for engaging with individuals affected by substance use, and that collaboration be fostered among health, educational, and social institutions to develop and implement addiction prevention programs.

Keywords: Substance Dependence, Mental Health, Substance Users.

ISSN: 2706-6495

1. المقدمة:

شهدت العقود الأخيرة تحولاً جوهرياً في مفهوم الاعتماد على المؤثرات العقلية، إذ تجاوز التعريف التقليدي القائم على مجرد تعاطي المواد ذات التأثير النفسي ليشمل فهماً أعمق للعمليات النفسية والفسيولوجية المرتبطة بهذا السلوك. ويُعد الاعتماد على المؤثرات العقلية أحد أبرز التحديات الصحية والنفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، نظراً لما يترتب عليه من آثار سلبية خطيرة على الفرد والأسرة والمجتمع.

وتُعد المؤثرات العقلية مواد كيميائية تؤثر بصورة مباشرة على الجهاز العصبي المركزي، محدثة تغيرات في الإدراك والمزاج والوعي والسلوك. وتتنوع هذه المواد لتشمل المخدرات والكحول والعقاقير الطبية ذات التأثير النفسي، كما تمتد لتشمل في الأدبيات المعاصرة أنماطاً سلوكية متعددة عُرفت بـ"الاعتماد السلوكي". ويرتبط الاعتماد على هذه المواد بمجموعة معقدة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية التي تتفاعل فيما بينها لتخلق بيئة محفزة على التعاطي واستمراره (جابر، 2025).

وفي هذا السياق، تبرز الصحة النفسية كأحد أهم المحددات المرتبطة بالاعتماد على المؤثرات العقلية. وتُعرّف الصحة النفسية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الرفاه النفسي والانفعالي تمكّن الفرد من إدراك قدراته والتكيف مع ضغوط الحياة والعمل بصورة منتجة. وقد أثبتت الدراسات أن العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية علاقة تبادلية معقدة، حيث يمثل ضعف الصحة النفسية أحد عوامل الخطورة الرئيسة لبدء التعاطي، بينما يؤدي التعاطي المستمر إلى تدهور الصحة النفسية وتفاقم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. وتشير الأدبيات إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية سابقة أو مصاحبة، مثل القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية، يكونون أكثر عرضة لتطوير أنماط الاعتماد على المؤثرات العقلية (Martins et al., 2011).

وبرزت نظريات متعددة لتفسير العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية، من أبرزها فرضية "التطبيب الذاتي" التي تفترض أن الأفراد يلجؤون إلى المواد المؤثرة نفسياً لتنظيم حالتهم الانفعالية أو الهروب من الألم النفسي. وتشير هذه الفرضية إلى أن الفرد يستخدم المادة كوسيلة للتخفيف من مشاعر القلق أو الاكتئاب أو التوتر النفسي، وهو ما يعكس الدور الانفعالي في السلوك الإدماني. كما يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي أن الاعتماد على المؤثرات العقلية ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، حيث تسهم الاستعدادات الفردية والضغوط النفسية والصراعات الأسرية وضعف الدعم الاجتماعي في تعزيز هذا السلوك (Suh et al., 2008).

وقد أظهرت الدراسات المحلية في المملكة العربية السعودية تزايداً ملحوظاً في ظاهرة الاعتماد على المؤثرات العقلية، وهو ما يُعزى إلى زيادة توافر المواد عبر التهريب من الدول المجاورة غير المستقرة. كما أشارت البيانات الرسمية إلى تزايد أعداد المترددين على مراكز علاج الإدمان وتزايد التراخيص لمراكز العلاج الخاصة في المدن الكبرى. ومع ذلك، تظل الدراسات المحلية التي تتناول العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية محدودة، خاصة تلك التي تتناول المتغيرات الديموغرافية المتعددة التي قد تعدل هذه العلاقة (Ramadan & Alharbi, 2025).

وانطلاقاً مما سبق، يسعى البحث الحالي إلى دراسة العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، والتعرف على مستوى كل منهما، والكشف عن طبيعة العلاقة بينهما، والتحقق من إمكانية التنبؤ بالاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال الصحة النفسية.

1.1. مشكلة البحث:

يمثل الاعتماد على المؤثرات العقلية أحد أبرز التحديات النفسية والاجتماعية المعاصرة، لما يترتب عليه من آثار سلبية في الصحة النفسية للفرد وتوافقه الاجتماعي وسلوكه. وتشير التقارير الدولية إلى أن اضطرابات تعاطي المواد ترتبط ارتباطاً وثيقاً باضطرابات

ISSN: 2706-6495

نفسية مثل القلق والاكتئاب وضعف التكيف النفسي، حيث يستخدم بعض الأفراد المواد المؤثرة نفسياً كوسيلة للتخفيف من الضغوط النفسية أو الألم الانفعالي. كما أن الاعتماد غالباً ما يترافق مع اضطرابات نفسية مصاحبة، وأن هذه الاضطرابات قد تكون سبباً في بدء التعاطي أو نتيجة له، مما يعكس علاقة تفاعلية متبادلة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية (وزارة الصحة السعودية، 2022).

وتوضح الأدبيات النفسية أن ضعف الصحة النفسية، مثل انخفاض تقدير الذات والقلق والشعور بالوحدة، يعد من العوامل المهيئة لبدء التعاطي، في حين يؤدي التعاطي المستمر إلى تفاقم الاضطرابات النفسية وظهور مشكلات انفعالية وسلوكية واجتماعية أكثر تعقيداً. وتؤكد دراسة (Martins & Gorelick, 2011) أن الاضطرابات النفسية، خاصة اضطرابات المزاج والقلق، ترتبط بزيادة معدلات الانتقال من الاستخدام إلى الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً، مما يدعم الطبيعة التبادلية للعلاقة. كما تشير دراسة (Khantzian, 1997)إلى أن فرضية "التطبيب الذاتي" تفسر لجوء بعض الأفراد إلى المواد المؤثرة نفسياً لتنظيم حالتهم الانفعالية.

وفي السياق السعودي، أظهرت دراسة عبء المرض العالمي (GBD 2019) أن اضطرابات تعاطي المواد قد شهدت زيادة سريعة في معدلات الانتشار والحدوث، مع ارتفاع ملحوظ في سنوات العمر المصححة بمرض الإعاقة (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2026). كما أشارت دراسة (Attwajiri et al., 2025) إلى أن الدراسات السكانية الشاملة حول اضطرابات تعاطي المواد في المملكة نادرة، وأن معظم البيانات المتاحة مستمدة من دراسات أجريت على مجموعات سكانية فرعية محددة. وتؤكد هذه الفجوة البحثية على الحاجة إلى دراسات أكثر شمولاً تتناول العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية في السياق السعودي.

ورغم تأكيد الدراسات السابقة وجود علاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية، إلا أن معظمها تناول أحد المتغيرين بصورة منفصلة، أو ركز على فئات عمرية محددة، أو على نوع معين من المواد المؤثرة نفسياً، مما يحد من فهم العلاقة التكاملية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين بصورة شمولية.

وبذلك يسعى البحث الحالي إلى سد الفجوة المعرفية المتعلقة بفهم العلاقة التفاعلية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، بما يسهم في دعم الجهود الوقائية والعلاجية في مجال الصحة النفسية وعلاج الاعتماد على المؤثرات العقلية.

ومن هنا تتحدد مشكلة البحث في التساؤل الرئيسي الآتي: ما طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين؟. وتتفرع عنه التساؤلات الآتية:

- ما مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين؟
- ما مستوى الصحة النفسية لدى المتعاطين؟
- ما العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين؟
- هل يمكن التنبؤ بمستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال الصحة النفسية لدى المتعاطين؟

2.1. أهداف البحث:

يسعى البحث إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف على مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين.
2. التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى المتعاطين.
3. الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين.

ISSN: 2706-6495

4. التحقق من إمكانية التنبؤ بمستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال الصحة النفسية لدى المتعاطين.

3.1. أهمية البحث:

تنبع أهمية البحث الحالي من تناوله للعلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، وهي علاقة تمثل أحد المحاور الأساسية في فهم السلوك الإدماني وتفسير أبعاده النفسية. إذ إن الاعتماد على المؤثرات العقلية لا يرتبط فقط بتأثيرات المادة، بل يرتبط بالعمليات النفسية والانفعالية التي يعيشها الفرد، وبمستوى توافقه النفسي والاجتماعي، الأمر الذي يجعل دراسة الصحة النفسية لدى المتعاطين مدخلاً مهماً لفهم الاعتماد على المؤثرات العقلية والوقاية منه وعلاجه.

1.3.1. الأهمية النظرية:

- يسهم البحث في توضيح الطبيعة التفاعلية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين.
- يعزز الفهم النظري المتكامل للاعتماد على المؤثرات العقلية بوصفه ظاهرة نفسية-اجتماعية متعددة الأبعاد.
- يسد الفجوة البحثية المتعلقة بدراسة العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية في السياق السعودي، حيث تشير الأدبيات إلى ندرة الدراسات السكانية الشاملة في هذا المجال
- يبرز دور العوامل النفسية والانفعالية في تكوين السلوك الإدماني واستمراره.
- يدعم الإطار المعرفي في مجال علم نفس الإدمان من خلال الربط بين متغيرين أساسيين كثيرًا ما دُرسا بصورة منفصلة.

2.3.1. الأهمية التطبيقية:

- يساعد المتخصصين في الصحة النفسية وعلاج الإدمان على فهم العلاقة بين الاضطرابات النفسية والسلوك الإدماني لدى المتعاطين.
- يدعم تصميم برامج علاجية ووقائية تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية المصاحبة للتعاطي.
- يسهم في توجيه التدخلات العلاجية نحو معالجة العوامل النفسية المرتبطة بالاعتماد على المؤثرات العقلية.
- يساهم في خفض معدلات الانتكاس وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المتعاطين.
- يوفر مؤشرات عملية لصانعي القرار في مجال الصحة النفسية ومكافحة المخدرات، خاصة في ظل تزايد معدلات اضطرابات تعاطي المواد في المملكة

4.1. مصطلحات البحث:

- الصحة النفسية:

تُعرّف الصحة النفسية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الرفاه النفسي والانفعالي تمكّن الفرد من إدراك قدراته والتكيف مع ضغوط الحياة والعمل بصورة منتجة، والمساهمة في مجتمعه (منظمة الصحة العالمية، 2023).

ويعرّفها الباحث إجرائيًا بأنها: حالة من الاتزان الانفعالي والتوافق النفسي والاجتماعي تمكّن الفرد من إدراك قدراته، وتنظيم انفعالاته، والتكيف الإيجابي مع ضغوط الحياة، بما يعزز أداءه الوظيفي وجودة حياته. وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال مقياس الصحة النفسية المُعدّ لهذا البحث.

- الاعتماد على المؤثرات العقلية

يُعرّف الاعتماد على المؤثرات العقلية بأنه اضطراب نفسي-سلوكي مزمن يتسم بالاعتماد القهري على مادة أو سلوك معين، ويقوم على تفاعل معقد بين العوامل النفسية والمعرفية والبيولوجية والاجتماعية، مما يؤدي إلى اختلال الضبط الذاتي وتكرار السلوك الإدماني بصورة مستمرة (جابر، 2025).

ISSN: 2706-6495

ويعرّفه الباحث إجرائيًا: بأنه نمط من الانخراط القهري في استخدام المواد المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي (بما فيها المؤثرات العقلية) بصورة مستمرة أو متكررة، والذي يعاني منه المتعاطي من أعراض الاعتماد النفسي والجسدي، وضعف التحكم في السلوك، والآثار السلبية على الصحة النفسية والاجتماعية. ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال مقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية المُعدّ لهذا البحث.

- المتعاطون

المتعاطون هم الأفراد الذين يستخدمون مواد نفسية التأثير (مخدرات أو كحول) بصورة تتسبب في مشكلات صحية أو نفسية أو اجتماعية، وقد يصل الأمر إلى حد الاعتماد أو الإدمان (منظمة الصحة العالمية، 2023).

ويعرّفهم الباحث إجرائيًا بأنهم: "الأفراد الذين يستخدمون المواد المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي (بما فيها المؤثرات العقلية) بصورة مستمرة أو متكررة، والذين يعانون من أعراض الاعتماد النفسي والجسدي، وضعف التحكم في السلوك، والآثار السلبية على الصحة النفسية والاجتماعية. وهم المترددون على مراكز علاج الإدمان والمستشفيات النفسية في منطقة جازان.

5.1. حدود البحث:

تتحدد الدراسة الحالية بمجموعة من الحدود التي توضح نطاقها الموضوعي والبشري والمكاني والزمني، وذلك على النحو الآتي:

- **الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة على بحث العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، من خلال التعرف على مستوى كل من الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقل.
- **الحدود البشرية:** تتمثل الحدود البشرية في عينة من الأفراد المتعاطين للمؤثرات العقلية بمنطقة جازان.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة في المؤسسات العلاجية المتخصصة في علاج وتأهيل الإدمان بمنطقة جازان.
- **الحدود الزمنية:** تم تطبيق الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 1447هـ.

2. أدبيات الدراسة:

1.2. الإطار النظري

1.1.2. الصحة النفسية:

تُعدّ الصحة النفسية من المفاهيم المركبة والمتعددة الأبعاد التي حظيت باهتمام واسع في الأدبيات النفسية والطبية والاجتماعية. ويُعزى تعدد تعريفات هذا المفهوم إلى اختلاف المنطلقات النظرية والزوايا التي يتناول منها الباحثون هذا الموضوع. ويمكن تصنيف هذه التعريفات في عدة اتجاهات رئيسة (القحطاني والسنباتي، 2026؛ Bahramovna, 2026).

- **الاتجاه الطبي/البيولوجي:** ينظر هذا الاتجاه إلى الصحة النفسية من منظور عدم وجود المرض أو الاضطراب النفسي، حيث يُعرّف الفرد السوي بأنه الذي لا تظهر عليه أعراض الاضطرابات النفسية. ويركز هذا الاتجاه على العوامل الوراثية والبيولوجية في تحديد الاستعداد للإصابة بالاضطرابات النفسية.
- **الاتجاه الإحصائي/المعياري:** يعتمد هذا الاتجاه على معيار التوزيع الطبيعي، حيث يُعدّ السلوك سويًا إذا وقع في مركز المنحنى الطبيعي، بينما يُعدّ الانحراف عن هذا المركز مؤشرًا على الأسواء. ويستند هذا التعريف إلى فكرة أن الأغلبية تمثل المعيار الطبيعي.
- **الاتجاه الاجتماعي/التوافقي:** يركز هذا الاتجاه على مدى توافق الفرد مع القيم والأعراف الاجتماعية، فالسلوك السوي هو ما يتلاءم مع معايير المجتمع وقيمه. ويُعدّ التوافق الاجتماعي مؤشرًا أساسيًا على الصحة النفسية في هذا المنظور.

ISSN: 2706-6495

- **اتجاه تحقيق الذات/الإنساني:** يرى رواد هذا الاتجاه أن الصحة النفسية تتجاوز مجرد غياب المرض أو التوافق الاجتماعي، لتشمل تحقيق الذات والنمو الشخصي والقدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين. ويُعدّ هذا الاتجاه الأكثر شمولًا وإيجابية في تعريف الصحة النفسية.
- **التعريف المعاصر لمنظمة الصحة العالمية:** تُعرّف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها "حالة من الرفاه النفسي تمكّن الأفراد من التعامل مع ضغوط الحياة، وإدراك قدراتهم، والتعلم والعمل بشكل جيد، والمساهمة في مجتمعاتهم". وقد تطور هذا التعريف عبر الزمن، حيث ركز التعريف السابق على "العمل بشكل منتج ومثمر"، بينما وسّعه التعريف الأحدث ليشمل "التعلم والعمل بشكل جيد" والمساهمة في المجتمع.

وقد اقترح فريق من الخبراء في عام 2015 تعريفًا بديلًا للصحة النفسية يركز على "حالة ديناميكية من التوازن الداخلي"، تسهم فيها عدة مكونات بدرجات متفاوتة، تشمل: المهارات المعرفية والاجتماعية الأساسية، والقدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها وتنظيمها، والتعاطف مع الآخرين، والمرونة والقدرة على التعامل مع الأحداث الحياتية الضاغطة، والأداء في الأدوار الاجتماعية، والعلاقة المتناغمة بين الجسد والعقل. ويتميز هذا التعريف بقبوله لإمكانية المرور بأزمات (مثل المراهقة أو التقاعد) قد لا تولد حالة من الرفاه، لكنها قد تؤدي إلى توازن جديد بمستوى أعلى من التعقيد.

- محددات الصحة النفسية:

تتحدد الصحة النفسية من خلال عملية تفاعل معقدة بين عوامل فردية وأسرية ومجتمعية وهيكلية. ويمكن تصنيف هذه المحددات في ثلاث فئات رئيسة (منظمة الصحة العالمية، 2023):

- **المحددات الفردية:** تشمل العوامل البيولوجية والوراثية، والقدرات المعرفية والانفعالية، والمهارات الاجتماعية، والروحانية، والاضطرابات النفسية السابقة. وتلعب العوامل النفسية الفردية دورًا مهمًا في تحديد مستوى الصحة النفسية، إذ ترتبط بقدرات الفرد وعاداته في التعامل مع العواطف والانخراط في العلاقات وتحمل المسؤوليات. كما تؤكد الأدبيات أن صحة الدماغ تُعدّ محددًا مهمًا لأن كثيرًا من عوامل الخطر أو الحماية التي تؤثر في الصحة النفسية تحدث نتيجة لتركيبة الدماغ ووظيفته.
- **المحددات الاجتماعية والاقتصادية:** تشمل الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ومستوى التعليم، والحالة الزواجية، ورأس المال الاجتماعي، والدعم الاجتماعي. وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص المتزوجين يميلون إلى أن يكونوا أكثر سعادة ويشعرون بمشاعر سلبية أقل، وأن الأفراد الذين طوروا إحساسًا قويًا بالانتماء إلى مجتمعهم يتمتعون بصحة نفسية أفضل، كما أن جودة العلاقات الأسرية والشخصية تلعب دورًا حاسمًا في الصحة النفسية.
- **المحددات البيئية:** تشمل بيئة المعيشة، والأحداث الحياتية الضاغطة، والعوامل الهيكلية الأوسع مثل البنية التحتية وعدم المساواة والاستقرار الاجتماعي ونوعية البيئة. وترتبط البيئات الحضرية سلبًا بالصحة النفسية مقارنة بالبيئات الريفية، كما ترتبط التصورات الإيجابية للبيئة المحيطة بمستويات أعلى من الصحة النفسية، في حين ترتبط التصورات السلبية (مثل العدوانية والخطورة) بمستويات أدنى من الصحة النفسية الإيجابية.

- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

تقدم مدارس علم النفس المختلفة منظورات متباينة حول ماهية الصحة النفسية ومحدداتها (القحطاني والسنباني، 2026):

- **النظرية التحليلية (التحليل النفسي):** يُعدّ سيغموند فرويد مؤسس هذه النظرية، ويرى أن الصحة النفسية الكاملة تكاد تكون خارقة للطبيعة في الحياة الواقعية. ويرتبط مفهوم الصحة النفسية في هذا المنظور بمدى قوة الأنا وقدرتها على تحقيق التوازن بين مطالب الهو الغريزية، وضغوط الأنا الأعلى الأخلاقية، ومتطلبات الواقع الخارجي. فكلما كانت الأنا قادرة على إدارة هذه الصراعات الداخلية بصورة تكيفية، تمكن الفرد من الحفاظ على استقراره النفسي والحد من القلق والاضطرابات النفسية.

ISSN: 2706-6495

وقد لخص فرويد الصحة النفسية من منظور وظيفي في ثلاثة أبعاد: الإنجاز أو الابتكار (توظيف الطاقات في ممارسة حياتية بناءة)، والإنجاب (القدرة على الحب والارتباط العاطفي)، والترويح (القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة).

- **النظرية السلوكية:** لا تُعنى المدرسة السلوكية بدراسة العمليات النفسية الداخلية، وإنما تفسر الصحة النفسية من خلال السلوك الظاهر القابل للملاحظة. ووفقًا لهذا الاتجاه، فإن الفرد المتمتع بالصحة النفسية هو من يُظهر أنماطًا سلوكية متعلمة تتسم بالتوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية والمهنية، في حين تُعدّ الاضطرابات النفسية أنماطًا سلوكية غير توافقية نتجت عن تاريخ تعلمي غير سوي. ويؤكد قانون الأثر لثورندايك وأسس التعلم الشرطي لبافلوف والتعزيز الإجرائي عند سكينر أن تعديل السلوك التكيفي يسهم في تحسين مؤشرات الصحة النفسية. وتعرّف المدرسة السلوكية الصحة النفسية بأنها قدرة الفرد على إتيان السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والبيئة التي يعيش في كنفها، فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية هو محك اجتماعي.
- **النظرية الجشطالتية:** يرى رواد هذه النظرية أن الصحة النفسية تكمن في القدرة على العيش هنا والآن بشكل حقيقي، بينما يتجلى المرض في تزوير الواقع الذاتي والوجودي، والهروب إلى الماضي أو المستقبل، أي الهروب من متعة وقلق العيش الكثيف للتجربة الوجودية في الحاضر. ويرى بيرلز أن الصحة النفسية تتحقق حينما يتمكن الفرد من الوقوف على قدميه، وتحمل مسؤولية مصيره، ويتمكن من عيش رغباته ومشاعره في حالة من اللقاء مع الذات، وانطلاق حيويته في اتجاه نمائي.
- **النظرية الإنسانية:** برز هذا الاتجاه كرد فعل على النظريات السابقة، ويركز على قدرة الفرد على تحقيق ذاته ونموه الشخصي. ويرى رواد هذه النظرية أن إعاقة النمو النفسي وتعطيل تحقيق الذات هو السبب الأولي للاضطراب النفسي. ويؤكدون على أهمية الانفتاح على الخبرة، والعيش الوجودي، والثقة في الطبيعة الإنسانية، والإبداع، والتحرر من القيود الخارجية.

2.1.2. الاعتماد على المؤثرات العقلية:

يُعدّ الاعتماد على المؤثرات العقلية أحد أكثر الاضطرابات النفسية والسلوكية تعقيدًا، وقد شهد مفهومه تحولات جوهرية في الأدبيات العلمية عبر العقود الماضية. ويمكن تناول تعريفاته من خلال عدة منطلقات:

- **التعريف الطبي/التشخيصي:** يُصنّف الاعتماد على المؤثرات العقلية في التصنيفات التشخيصية الحديثة (DSM-5 وICD-11) ضمن "اضطرابات تعاطي المواد" (Substance Use Disorders). ويتميز هذا الاضطراب بنمط من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسيولوجية التي تشير إلى استمرار الفرد في استخدام المواد رغم المشكلات المرتبطة بها. وتشمل هذه الأعراض: فقدان السيطرة على الاستخدام، والرغبة الملحة (Craving)، والتحمل (Tolerance)، والأعراض الانسحابية (Withdrawal)، والاستمرار رغم الأضرار (Altwaijri et al., 2025).
- **التعريف النفسي/السلوكي:** ينظر هذا الاتجاه إلى الاعتماد على المؤثرات العقلية بوصفه نمطًا من السلوك القهري الذي يتسم بفقدان القدرة على التحكم، والانخراط المستمر في السلوك رغم العواقب السلبية. ويركز هذا التعريف على العمليات النفسية الكامنة وراء السلوك الإدماني، مثل الدوافع الداخلية، والتوقعات المعرفية، وأنماط التفكير التي تدعم استمرار السلوك (Weyandt, 2018).
- **التعريف الحيوي-النفسي-الاجتماعي:** يرى هذا الاتجاه أن الاعتماد على المؤثرات العقلية ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية (مثل الاستعداد الوراثي والتغيرات العصبية الناتجة عن التعاطي)، والعوامل النفسية (مثل الاضطرابات الانفعالية والصراعات النفسية)، والعوامل الاجتماعية (مثل تأثير الأقران والضغوط الاقتصادية والتفكك الأسري .(ويؤكد هذا المنظور أن الاعتماد لا يمكن فهمه بمعزل عن السياق الذي يحدث فيه (Altwaijri et al., 2025).

ISSN: 2706-6495

- **محددات الاعتماد على المؤثرات العقلية:**

تتفاعل مجموعة معقدة من العوامل الفردية والبيئية في تحديد قابلية الفرد للاعتماد على المؤثرات العقلية. ويمكن تصنيف هذه المحددات في عدة فئات (Weyandt, 2018) :

- **المحددات البيولوجية والوراثية:** تشير الدراسات إلى أن بعض العوامل الوراثية المشتركة تمنح قابلية للإصابة بإدمان المخدرات عبر مواد متعددة، في حين تكون هناك تأثيرات وراثية أخرى خاصة بكل مادة على حدة. وقد أظهرت الدراسات أن الجينات المرتبطة بمستقبلات الدوبامين D2 تلعب دورًا محوريًا في قابلية الإدمان على الكحول والكوكايين والمواد الأفيونية. كما تؤثر التغيرات العصبية الناتجة عن التعاطي في دوائر المكافأة والتحكم في السلوك، مما يؤدي إلى اضطرابات في المزاج والانفعال.
- **المحددات النفسية:** تشمل العوامل النفسية المرتبطة بالاعتماد على المؤثرات العقلية: الاضطرابات النفسية السابقة أو المصاحبة (مثل القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية)، وضعف تقدير الذات، والاندفاعية، والبحث عن الإثارة، وضعف مهارات التكيف مع الضغوط. وتشير فرضية "التطبيب الذاتي" إلى أن بعض الأفراد يستخدمون المواد المخدرة لتنظيم حالتهم الانفعالية أو الهروب من الألم النفسي.
- **المحددات الاجتماعية والبيئية:** تلعب العوامل البيئية دورًا حاسمًا في قابلية الفرد للإدمان، وتشمل: ديناميكيات الأسرة (مثل الصراعات وضعف الرقابة الأسرية)، وتأثير الأقران (مثل الضغط الاجتماعي والرغبة في القبول الجماعي)، والظروف الاجتماعية-الاقتصادية (مثل الفقر والبطالة)، والسياق التعليمي والبيئي، والعوامل النفسية (مثل التوتر والصدمات والإساءة). وتشير الدراسات إلى أن التعرض للصدمات في الطفولة والمراهقة (بما في ذلك الإساءة الجسدية والعاطفية والجنسية) يرتبط بزيادة خطر استخدام المخدرات. كما يرتبط التسرب من المدرسة بزيادة خطر تطوير اضطرابات استخدام النيكوتين والكحول والمواد الأفيونية والكوكايين.

وفي المقابل، تعمل بعض العوامل البيئية كعوامل حماية ضد الإدمان، مثل ارتفاع مستوى التعليم، والمشاركة في الأنشطة المدرسية، ووجود شخص بالغ موثوق في الأسرة، والشعور بالقرب من الطلاب الآخرين في المدرسة.

- **النظريات المفسرة للاعتماد على المؤثرات العقلية:**

تعددت النظريات التي حاولت تفسير نشأة الاعتماد على المؤثرات العقلية واستمراره، ويمكن تصنيفها في عدة اتجاهات رئيسة :(Weyandt, 2018)

- **النظريات البيولوجية والعصبية:** تركز هذه النظريات على دور العوامل الوراثية والعصبية في تحديد قابلية الفرد للإدمان. وتشير الدراسات إلى أن الإدمان يؤدي إلى تغيرات عصبية في بنية الدماغ ووظيفته، خاصة في مناطق المكافأة والتحفيز وضبط السلوك. وتُعدّ مسارات المكافأة، بما في ذلك المسارات القشرية الحوفية (Mesocorticolimbic Pathways)، من أهم الدوائر العصبية المرتبطة بالإدمان، حيث يلعب الدوبامين والناقلات العصبية الأخرى أدوارًا محورية في عملية الإدمان. كما تشير الدراسات إلى أن التغيرات المورفولوجية والتكيفات الخلوية الناتجة عن تعاطي المواد تسهم في استمرار السلوك الإدماني وصعوبة الإقلاع عنه.
- **النظريات السلوكية:** تفسر النظريات السلوكية الاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال آليات التعلم والتعزيز. فالإدمان هو السلوك الذي يتبعه تعزيز إيجابي (كالحصول على متعة) أو تعزيز سلبي (كالهروب من مشاعر سلبية) يصبح أكثر احتمالًا للتكرار. ويؤكد قانون الأثر أن السلوك الذي يتبعه نتيجة مُرضية يميل إلى التكرار، بينما يميل السلوك الذي يتبعه نتيجة غير

ISSN: 2706-6495

مُرضية إلى الانقراض. وتؤكد هذه النظريات أن تعاطي المواد يرتبط بمشاعر الراحة أو النشوة، مما يعزز تكرار السلوك الإدماني.

- **النظريات المعرفية:** تفترض النظرية المعرفية أن الإدمان لا ينشأ من السلوك نفسه فقط، بل من الأفكار والمعتقدات التي تسبقه وتتبعه. فالمعتمد يحمل معتقدات إدمانية مركزية، مثل "أنا لا أستطيع التعامل مع الحياة بدون هذا السلوك" أو "هذا السلوك هو المصدر الوحيد للمتعة في حياتي". وتلعب العمليات المعرفية، مثل التوقعات الإيجابية تجاه المادة، وتبرير السلوك، وإنكار المشكلة، دورًا مهمًا في بدء التعاطي واستمراره. وتؤكد النماذج المعرفية أن تعديل هذه الأنماط المعرفية غير التكيفية يمثل هدفًا أساسيًا في علاج الإدمان.
- **النموذج الحيوي-النفسي-الاجتماعي:** يُعدّ هذا النموذج الأكثر شمولًا في تفسير الاعتماد على المؤثرات العقلية، حيث يرى أن الإدمان نتيجة تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فالتغيرات العصبية الناتجة عن التعاطي تؤثر في دوائر المكافأة والتحكم في السلوك، بينما تسهم العوامل النفسية (مثل الضغوط النفسية والصراعات الداخلية) والاجتماعية (مثل تأثير الأقران والبيئة الأسرية والظروف الاقتصادية) في بدء التعاطي واستمراره. ويؤكد هذا النموذج أن فهم الإدمان يتطلب نظرة متكاملة تأخذ في الاعتبار جميع هذه المستويات المتفاعلة.

2.2. الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تناولت الصحة النفسية لدى المتعاطين:

هدفت دراسة (نواصر وبن عبد الرحمن، 2019) إلى التعرف على مستويات القلق والاكتئاب لدى المراهقين المدمنين، باستخدام المنهج الوصفي المقارن. وأظهرت النتائج أن المدمنين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب مقارنة بغير المدمنين، وأن هذه الاضطرابات تؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي لديهم. كما بينت الدراسة أن شدة الأعراض النفسية ترتبط بدرجة الإدمان ومدة التعاطي، مما يدل على أن الإدمان يرتبط بتدهور الصحة النفسية واستمرار الاضطرابات الانفعالية.

هدفت دراسة (الشهري والعشري، 2020) إلى الكشف عن العلاقة بين إدمان الإنترنت وكل من الوحدة النفسية والقلق لدى طالبات الجامعة، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين مستوى الإدمان وكل من القلق والوحدة النفسية، حيث تبين أن الأفراد ذوي مستويات الإدمان المرتفعة يعانون من ضعف في التوافق النفسي والاجتماعي.

هدفت دراسة (بن عمور وبوجلال، 2021) إلى التعرف على مستوى القلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. وأظهرت النتائج أن مستوى القلق لدى المدمنين يتراوح بين المتوسط والمرتفع، وأن شدة القلق تختلف باختلاف نوع المادة المخدرة ومدة التعاطي ومرحلة العلاج. كما بينت الدراسة أن المدمنين يعانون من اضطرابات انفعالية ونفسية واضحة، مما يشير إلى أن التعاطي يرتبط بضعف الصحة النفسية وارتفاع الاضطرابات الانفعالية.

هدفت دراسة (Altwaijri et al., 2025) إلى استقصاء اضطرابات تعاطي المواد في المملكة العربية السعودية باستخدام بيانات المسح الوطني للصحة النفسية السعودي (SNMHS). واستخدمت الدراسة عينة ممثلة على المستوى الوطني قوامها 4004 مشاركين تتراوح أعمارهم بين 15-65 عامًا. وأظهرت النتائج أن معدل الانتشار مدى الحياة لأي اضطراب تعاطي مواد كان 4.03%، ومعدل الانتشار خلال 12 شهرًا 1.88%، ومعدل الانتشار خلال 30 يومًا 0.78%. كما وجدت الدراسة أن اضطرابات تعاطي المواد ترتبط بشكل دال إحصائيًا بالعمر الأصغر، وانخفاض التعليم، وانخفاض الدخل، والتعرض للأحداث الصادمة،

والعبء الأسري، والمحن في الطفولة. وأظهرت النتائج أيضًا ارتفاع معدلات الاعتلال النفسي المصاحب (76.5%) والضعف الوظيفي (69.4%)، حيث وجد أن 44.9% فقط من الذين لديهم اضطرابات تعاطي المواد مدى الحياة قد طلبوا أي شكل من أشكال العلاج.

المحور الثاني: الدراسات التي تناولت الاعتماد على المؤثرات العقلية:

هدفت دراسة العنزي وإسماعيل (2011) إلى الكشف عن العوامل المؤثرة في انتكاسة مدمني المخدرات من خلال منهج وصفي تحليلي. أظهرت النتائج أن العوامل النفسية والاجتماعية تمثل محددات رئيسية للانتكاس، حيث يرتبط ضعف التوافق النفسي والاستمرار في التواصل مع رفقاء التعاطي بزيادة احتمالية العودة إلى التعاطي.

هدفت دراسة بلعسلة وزندي (2019) إلى التعرف على العلاقة بين الصراع النفسي والاجتماعي داخل الأسرة واتجاه الشباب نحو تعاطي المخدرات، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي على عينة من الشباب. وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيًا بين مستوى الصراع الأسري والنفسي وبين الاتجاه الإيجابي نحو تعاطي المخدرات، حيث تبين أن الأفراد الذين يعانون من صراعات أسرية أو اضطرابات نفسية داخلية يكونون أكثر ميلاً للتعاطي.

استهدفت دراسة مجلخ وبشيشي (2020) تحليل العوامل المؤدية للتعاطي لدى الشباب، مستخدمة المنهج الوصفي التحليلي. توصلت النتائج إلى أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل تأثير الأقران والفراغ وضعف الوعي تمثل محددات أساسية للسلوك الإدماني.

هدفت دراسة Ramadan & Alharbi (2025) إلى تحليل عبء الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المواد في المملكة العربية السعودية باستخدام بيانات دراسة عبء المرض العالمي .(GBD 2019) وأظهرت النتائج أن 166989 شخصًا في السعودية كانوا يعانون من اضطرابات تعاطي المواد في عام 2019، بمعدل انتشار معياري للعمر بلغ 433.74 لكل 100,000. ومنذ عام 1990، زاد معدل انتشار اضطرابات تعاطي المواد بنسبة 24.08%، وزاد معدل الحدوث بنسبة 14.11%. وكانت الزيادة الأكبر في اضطراب استخدام المواد الأفيونية، حيث زاد معدل الانتشار بنسبة 41.08%. كما أظهرت النتائج زيادة بنسبة 40.76% في سنوات العمر المصححة بمرض الإعاقة (YLDs) و34.70% في سنوات العمر المصححة بمرض الإعاقة (DALYs) بسبب اضطرابات تعاطي المواد.

المحور الثالث: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية

استهدفت دراسة النفيسة (2008) التعرف على اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات والعوامل المؤثرة فيها، باستخدام المنهج الوصفي على عينة من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية. وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيًا بين معرفة صديق يتعاطى المخدرات وبين الاتجاه الإيجابي نحو التعاطي، كما تبين أن العوامل النفسية والاجتماعية، مثل ضعف التوافق النفسي والحاجة للقبول الاجتماعي، تؤثر في الاتجاه نحو التعاطي. وتشير هذه النتائج إلى أن السلوك الإدماني يتشكل من تفاعل العوامل النفسية والاجتماعية، وأن البيئة الاجتماعية قد تسهم في ضعف الصحة النفسية ومن ثم زيادة قابلية التعاطي.

هدفت دراسة Baranyi et al., (2022) إلى تقدير معدلات انتشار الاضطرابات النفسية الخطيرة واضطرابات تعاطي المواد المصاحبة (الاضطرابات المزدوجة) بين نزلاء السجون على مستوى العالم. وأظهرت نتائج التحليل التلوي أن 3.5% من نزلاء السجون يعانون من اضطراب الذهان غير العاطفي مع اضطراب تعاطي مواد مصاحب، و9.1% يعانون من الاكتئاب الشديد مع اضطراب تعاطي مواد مصاحب. كما أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الذهان غير العاطفي كانوا أكثر عرضة للإصابة باضطرابات تعاطي المواد مقارنة بغيرهم (OR: 1.7)، وكذلك الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الشديد (OR: 1.6). وتشير هذه النتائج إلى العلاقة التبادلية القوية بين الاضطرابات النفسية واضطرابات تعاطي المواد.

وهدفت دراسة Fleury et al. (2026) إلى استقصاء العلاقة بين استخدام المواد المتعددة (Polysubstance Use) والاعتلال النفسي في المراهقين. وتكونت العينة من 4,404 مراهقين في 40 مدرسة في أيرلندا. وأظهرت النتائج وجود علاقة استجابة للجرعة (Dose-Response Relationship) بين استخدام المواد المتعددة والاعتلال النفسي، حيث ارتبطت زيادة استخدام المواد بزيادة احتمالية الاعتلال النفسي العام (aOR: 1.65-5.09)، والسلوكيات الداخلية (aOR: 1.18-2.06)، والسلوكيات الخارجية (aOR: 1.68-5.79)، والتجارب الذهانية (aOR: 1.60-3.13). كما أظهرت النتائج أن الإناث اللواتي يستخدمن المواد المتعددة يعانين من أسوأ النتائج النفسية.

- تعقيب على الدراسات السابقة:

- **أوجه الاتفاق:** يتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في عدة جوانب: الاهتمام بفهم الظاهرة الإدمانية نفسيًا، والاعتماد على المنهج الوصفي، واستهداف المتعاطين كعينة للدراسة، وتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية. كما تتفق الدراسات السابقة مع البحث الحالي في استخدام الأدوات النفسية المقننة والتحليل الإحصائي للعلاقات الارتباطية.
- **أوجه الاختلاف والتميز:** يختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة ويتميز في عدة جوانب: شمولية المتغيرات (الصحة النفسية ككل بدلًا من اضطرابات منفردة)، والتحليل التنبؤي (بإضافة تحليل الانحدار للكشف عن القدرة التنبؤية)، والسياق السعودي المحدد (منطقة جازان).
- **النتائج الجديدة التي يضيفها البحث الحالي:** يتوقع أن يسفر البحث الحالي عن نتائج لم تظهر في الدراسات السابقة، منها: تأكيد العلاقة التنبؤية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية، وتأكيد التأثير التبادلي الشامل بين الصحة النفسية (بأبعادها الأربعة) والاعتماد على المؤثرات العقلية (بأبعاده الخمسة)، وتوفير بيانات محلية حديثة حول العلاقة بين المتغيرين في منطقة جازان.

3.2. فروض البحث:

في ضوء مشكلة البحث وأهدافه، وما أشارت إليه الأدبيات والدراسات السابقة من وجود علاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، يفترض البحث الحالي الفروض الآتية:

1. توجد مستويات متفاوتة من الاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين.
2. توجد مستويات متفاوتة من الصحة النفسية لدى المتعاطين.
3. توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين.
4. يمكن التنبؤ بمستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال مستوى الصحة النفسية لدى المتعاطين.

3. منهجية البحث وإجراءاته:

1.3. منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي الارتباطي، وهو الأنسب لدراسة الظواهر النفسية والاجتماعية في ظروفها الطبيعية، حيث يهدف إلى وصف العلاقة بين متغيري الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين، والتحقق من إمكانية التنبؤ بمستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال مستوى الصحة النفسية.

2.3. مجتمع البحث وعينته:

تكون مجتمع البحث من جميع المتعاطين للمواد المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي، والمسجلين في المؤسسات العلاجية والتأهيلية بمنطقة جازان خلال العام الدراسي 1447هـ، وتم اختيار عينة قصدية من المتعاطين المقيمين والمراجعين في هذه المؤسسات، بلغ قوامها (150) فرداً. يوضح الجدول (1) توزيع أفراد العينة.

ISSN: 2706-6495

جدول (1): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية (%)
العمر	25-18 سنة	45	30
	35-26 سنة	62	41.3
	45-36 سنة	28	18.7
	46 سنة فأكثر	15	10
المستوى التعليمي	أقل من ثانوي	38	25.3
	ثانوي	54	36
	جامعي	42	28
	دراسات عليا	16	10.7
الحالة الاجتماعية	أعزب	67	44.7
	متزوج	58	38.7
	مطلق/ أرمل	25	16.6
مستوى الدخل	منخفض	52	34.7
	متوسط	63	42
	مرتفع	35	23.3
العمل	يعمل	71	47.3
	لا يعمل	48	32
	طالب	31	20.7
المجموع		**150**	**%100**

يشير الجدول السابق أن غالبية العينة (60%) في الفئة العمرية من (26-45 سنة)، مما يشير إلى أن معظم المشاركين في الشباب. يتوزع أفراد العينة بين دون التعليم الثانوي (25.3%) والثانوي (36%) والجامعي (28%)، والحاصلين على دراسات عليا (10.7%) مما يعكس تنوعاً في المستويات التعليمية يثري بيانات الدراسة. ويشير الجدول إلى أن غالبية العينة (44.7%) من العزاب، وهو أحد أسباب اللجوء إلى المؤثرات العقلية. يتوزع أفراد العينة على مستويات مختلفة للدخل فأصحاب الدخل المنخفض يمثلون (34.7%)، والدخل المتوسط (42%)، والدخل المرتفع (23.3). وأخيراً يشير الجدول أن غالبية العينة (47.3) من العاملين.

3.3. أدوات البحث:

(1) مقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية: (إعداد الباحث)

استند الباحث في بناء هذا المقياس إلى نموذج المكونات للإدمان (Components Model of Addiction) الذي قدّمه Griffiths (2005). يرى هذا النموذج أن جميع أنواع الإدمان—سواء المرتبط بالمواد أو السلوكيات—تشترك في مجموعة من المكونات الأساسية المشتركة، وهي :البروز/الانشغال الذهني (Salience)، وتعديل المزاج (Mood Modification)، والتحمل (Tolerance)، وأعراض الانسحاب (Withdrawal)، والصراع (Conflict)، والانتكاس .(Relapse) وقد اعتمد الباحث هذا

ISSN: 2706-6495

النموذج لأنه يوفر إطاراً نظرياً شاملاً يسمح بقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية عبر أبعاد نفسية وسلوكية وجسدية، دون الاقتصار على الجوانب الكيميائية فقط.

كما استند الباحث إلى نموذج I-PACE (Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution) الذي قدّمه Brand et al. (2019)، والذي يفسر الإدمان من خلال التفاعل بين خصائص الشخصية، والتأثير الانفعالي، والعمليات المعرفية، والتنفيذ السلوكي.

وقد انعكس هذا النموذج في صياغة فقرات البعدين المعرفي والانفعالي في المقياس، حيث يقيس البعد المعرفي الانشغال الذهني والتوقعات المرتبطة بالتعاطي، بينما يقيس البعد الانفعالي المشاعر المصاحبة للتعاطي والامتناع عنه.

وقد تم إعداد المقياس من خلال الخطوات التالية:

- تحديد مفهوم الظاهرة المقاسة:

يقصد بالاعتماد على المؤثرات العقلية: نمط من الانخراط القهري في استخدام المواد المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي (بما فيها المؤثرات العقلية) بصورة مستمرة أو متكررة، والذي يعاني منه المتعاطي من أعراض الاعتماد النفسي والجسدي، وضعف التحكم في السلوك، والآثار السلبية على الصحة النفسية والاجتماعية.

- تحديد أبعاد المقياس:

- **البعد الأول: فقدان السيطرة والتكرار القهري:** درجة ضعف قدرة المتعاطي على التحكم في سلوك التعاطي، وتكراره بصورة قهرية رغم إدراكه للأضرار، واندفاعيته في الحصول على المادة، ويتضمن (5) عبارات.
- **البعد الثاني: التحمل والأعراض الانسحابية:** يشير إلى المظاهر البيولوجية والفسيولوجية المرتبطة بالاعتماد على المؤثرات العقلية، بما في ذلك الرغبة الملحة في التعاطي، والأعراض الجسدية، والتغيرات التي تصاحب الاعتماد على المادة المخدرة، ويتضمن (7) عبارات.
- **البعد الثالث: الرغبة الملحة والاعتماد الانفعالي:** يعكس شدة الرغبة الملحة في التعاطي، ومدى اعتماد المتعاطي على المادة لتنظيم حالته الانفعالية، وضعف قدرته على التحكم في انفعالاته دون اللجوء إلى التعاطي، ويتضمن (5) عبارات.
- **البعد الرابع: التأثير على العلاقات الاجتماعية:** يشير مدى تأثير الاعتماد على المؤثرات العقلية في العلاقات الاجتماعية للمتعاطي، وانعكاسه على مسؤولياته الأسرية والاجتماعية، وقدرته على الحفاظ على الدعم الاجتماعي، ويتضمن (5) عبارات.

- عرض الصورة الأولية للمقياس على المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (5) محكمين من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، بهدف استطلاع آرائهم في عبارات كل بعد من حيث صياغتها، ومدى مناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه، إما بالموافقة عليها أو تعديل صياغتها أو حذفها لضعف أهميتها، وتراوحت نسب اتفاق المحكمين على عبارات المقياس بين (90-100٪) لجميع عبارات المقياس، وتم اعتماد الصورة النهائية للمقياس من 20 عبارة.

- حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية:

(أ) صدق المقياس:

تم التأكد من صدق المقياس من خلال صدق المفردات بإيجاد معامل ارتباط بيرسون Pearson بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه بعد حذف درجة العبارة، كما موضح بالجدول التالي:

جدول (2) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه بعد حذف درجة الفقرة

فقدان السيطرة والتكرار القهري		التحمل الأعراض الانسحابية		الرغبة الملحة والاعتماد الانفعالي		التأثير على العلاقات الاجتماعية	
العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
1	**0.544	6	**0.686	11	**0.685	16	**0.545
2	**0.542	7	**0.673	12	**0.514	17	**0.668
3	**0.692	8	**0.682	13	**0.679	18	**0.626
4	**0.670	9	**0.555	14	**0.567	19	**0.562
5	0.554	10	**0.614	15	**0.652	20	**0.590

**** دال عند مستوى 0.01 ، * دال عند مستوى 0.05**

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه بعد حذف درجة العبارة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

(ب) ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معاملات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha على النحو التالي:

جدول (3): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية

البعد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
فقدان السيطرة والتكرار القهري	5	0.90
التحمل الأعراض الانسحابية	5	0.88
الرغبة الملحة والاعتماد الانفعالي	5	0.87
التأثير على العلاقات الاجتماعية	5	0.87
المقياس الكلي	20	**0.92**

(2) مقياس الصحة النفسية للمتعاطين: (إعداد الباحث)

استند الباحث في بناء هذا المقياس إلى تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية، والذي يصفها بأنها "حالة من الرفاه النفسي تمكّن الأفراد من التعامل مع ضغوط الحياة، وإدراك قدراتهم، والتعلم والعمل بشكل جيد، والمساهمة في مجتمعاتهم. "ويؤكد هذا التعريف أن الصحة النفسية ليست مجرد غياب الاضطراب النفسي، بل تشمل الجوانب الإيجابية للصحة النفسية، مثل الرفاه والمرونة والتوافق.

كما استند الباحث إلى نموذج الصحة النفسية متعدد الأبعاد الذي يرى أن الصحة النفسية تتضمن أبعاداً انفعالية ومعرفية واجتماعية وجسدية وروحية. ويستند هذا النموذج إلى أعمال علماء نفس مثل Veit and Ware (1983) الذين طوّروا مقياس الصحة النفسية (MHI)الذي يقيس الضائقة النفسية والرفاه النفسي عبر أبعاد متعددة تشمل: القلق، والاكتئاب، وفقدان التحكم الانفعالي/السلوكي، والتأثير الإيجابي العام، والرضا عن الحياة، والعلاقات العاطفية. وقد تم إعداد المقياس من خلال الخطوات التالية:

- تحديد مفهوم الظاهرة المقاسة:

يقصد بالصحة النفسية: حالة من الاتزان الانفعالي والتوافق النفسي والاجتماعي تمكّن الفرد من إدراك قدراته، وتنظيم انفعالاته، والتكيف الإيجابي مع ضغوط الحياة، بما يعزز أداءه الوظيفي وجودة حياته.

- تحديد أبعاد المقياس:

- **البعد الانفعالي:** مستوى الاتزان الانفعالي لدى المتعاطي، وقدرته على إدارة المشاعر السلبية، والتعامل مع الضغوط النفسية، والتحكم في الانفعالات، بما يعكس مستوى الصحة النفسية لديه، ويتضمن (5) عبارات.
- **البعد المعرفي:** يشير إلى مستوى الكفاءة المعرفية لدى المتعاطي، من حيث وضوح التفكير، والقدرة على التركيز، واتخاذ القرارات السليمة، والتخطيط للمستقبل، بما يعكس مستوى الصحة النفسية لديه، ويتضمن (5) عبارات.
- **البعد الاجتماعي:** يعكس مستوى التوافق الاجتماعي لدى المتعاطي، وجودة علاقته مع الأسرة والآخرين، وقدرته على التفاعل الإيجابي مع المجتمع، والحصول على الدعم الاجتماعي، بما يعكس مستوى الصحة النفسية لديه، ويتضمن (5) عبارات.
- **البعد الجسدي:** يشير إلى مستوى الصحة الجسدية لدى المتعاطي، وقدرته على ممارسة الأنشطة اليومية بصورة طبيعية، وخلوه من الأعراض الجسدية المزعجة، بما يعكس مستوى الصحة النفسية لديه، ويتضمن (5) عبارات.

- عرض الصورة الأولية للمقياس على المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (5) محكمين من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، بهدف استطلاع آرائهم في عبارات كل بعد من حيث صياغتها، ومدى مناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه، إما بالموافقة عليها أو تعديل صياغتها أو حذفها لضعف أهميتها، وتراوحت نسب اتفاق المحكمين على عبارات المقياس بين (90-100٪) لجميع عبارات المقياس، لذا تم الإبقاء على جميع العبارات.

- حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية

(أ) صدق المقياس:

تم التأكد من صدق المقياس من خلال صدق المفردات بإيجاد معامل ارتباط بيرسون Pearson بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه بعد حذف درجة العبارة، كما موضح بالجدول التالي:

جدول (4) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه بعد حذف درجة الفقرة

البعد الانفعالي		البعد المعرفي		البعد الاجتماعي		البعد الجسدي	
العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
1	**0.434	6	**0.599	11	**0.601	16	**0.623
2	**0.531	7	**0.578	12	**0.558	17	**0.588
3	**0.666	8	**0.501	13	**0.489	18	**0.594
4	**0.576	9	**0.642	14	**0.645	19	**0.655
5	0.499	10	**0.612	15	**0.593	20	**0.582

**** دال عند مستوى 0.01 ، * دال عند مستوى 0.05**

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه بعد حذف درجة العبارة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

(ب) ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معاملات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha على النحو التالي:

جدول (5): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية

البعد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
البعد الانفعالي	5	0.91
البعد المعرفي	5	0.89
البعد الاجتماعي	5	0.90
البعد الجسدي	5	0.88
المقياس الكلي	20	**0.93**

4. عرض النتائج ومناقشتها:

1.4. نتائج الفرض الأول :

ينص الفرض الأول على" توجد مستويات متفاوتة من الاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية، كما موضح بالجدول التالي:

الجدول (6): المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الاعتماد على المؤثرات العقلية

البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى التقديري	الترتيب
فقدان السيطرة والتكرار القهري	4.12	0.68	مرتفع جداً	1
التحمل الأعراض الانسحابية	4.05	0.74	مرتفع	2
الرغبة الملحة والاعتماد الانفعالي	3.91	0.81	مرتفع	3
التأثير على العلاقات الاجتماعية	3.87	0.72	مرتفع	4
الدرجة الكلية	3.99	0.69	مرتفع	--

أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي الكلي للاعتماد على المؤثرات العقلية بلغ (3.99) بانحراف معياري (0.69)، وهو يقع في المستوى "مرتفع" وفق مقياس ليكرت الخماسي المستخدم. وتتفاوت الأبعاد الفرعية في مستوياتها، حيث تراوحت المتوسطات بين (4.12) للبعد الأعلى و(3.87) للبعد الأدنى، مما يدعم الفرض القائل بوجود مستويات متفاوتة من الاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين.

تشير هذه النتيجة إلى أن الاعتماد على المؤثرات العقلية يمثل نمطاً سلوكياً ونفسياً راسخاً لدى أفراد العينة، وليس مجرد سلوك عابر أو تجربة عابرة. ويعكس هذا الارتفاع أن المتعاطين يعانون من تأثيرات نفسية واجتماعية وجسدية واضحة ناتجة عن التعاطي المستمر، مما يجعل الاعتماد نمطاً نفسياً وسلوكياً يؤثر في مختلف جوانب حياتهم ويضعف قدرتهم على التحكم في ذواتهم واتخاذ قرارات سليمة.

ISSN: 2706-6495

تتفق هذه النتيجة مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يرى أن الاعتماد على المؤثرات العقلية ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (NIDA, 2014)، ومع فرضية "التطبيب الذاتي" التي تفترض أن الأفراد يستخدمون المواد لتنظيم حالتهم الانفعالية أو الهروب من الألم النفسي (Khantzian, 1997). كما تتفق مع نتائج دراسة (Altwaijri et al., 2025) التي أظهرت ارتفاع معدلات انتشار اضطرابات تعاطي المواد في المملكة العربية السعودية، ودراسة (Ramadan & Alharbi, 2025) التي أشارت إلى زيادة مطردة في معدلات انتشار هذه الاضطرابات.

يُعدّ فقدان السيطرة والتكرار القهري من أبرز سمات الاعتماد على المؤثرات العقلية، حيث يعجز المتعاطي عن التحكم في سلوكه رغم إدراكه للأضرار، ويستمر في التعاطي بصورة قهرية. ويعكس هذا الارتفاع أن الاعتماد لم يعد مجرد رغبة أو عادة، بل تحول إلى نمط قهري يصعب التحكم فيه، وهو ما يتوافق مع المعايير التشخيصية لاضطرابات تعاطي المواد في DSM-5 وICD-11 التي تشمل "فقدان السيطرة" و"الاستمرار رغم الأضرار" كأعراض أساسية.

يشير ارتفاع التحمل والأعراض الانسحابية إلى أن المتعاطين يعانون من اعتماد جسدي واضح على المواد المؤثرة عقلياً، يتمثل في الحاجة إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير (التحمل)، وظهور أعراض جسدية مزعجة عند التوقف (الانسحاب). ويعكس هذا الارتفاع أن الاعتماد لم يعد نفسياً فقط، بل امتد ليصبح اعتماداً جسدياً، مما يزيد من صعوبة الإقلاع عن التعاطي ويجعل الأعراض الانسحابية عاملاً مثبطاً لمحاولات التوقف.

يشير ارتفاع الرغبة الملحة والاعتماد الانفعالي إلى أن المتعاطين يعانون من رغبة ملحة قوية في التعاطي، خاصة عند التعرض للضغوط النفسية، وأنهم يعتمدون على المادة لتنظيم حالتهم الانفعالية. ويعكس هذا الارتفاع أن الاعتماد الانفعالي يمثل آلية تكيف غير تكيفية، حيث يلجأ المتعاطي إلى المادة للتخفيف من مشاعر القلق أو الاكتئاب أو التوتر، بدلاً من استخدام استراتيجيات تكيف أكثر صحة.

رغم أن التأثير على العلاقات والمسؤوليات الاجتماعية جاء في المرتبة الأخيرة، إلا أن مستواه لا يزال مرتفعاً، مما يشير إلى أن الاعتماد على المؤثرات العقلية يؤثر سلباً في العلاقات الاجتماعية للمتعاطين ومسؤولياتهم الأسرية والاجتماعية. ويعكس هذا الارتفاع أن التعاطي يؤدي إلى تدهور الثقة بين الفرد وأسرته، وإلى انسحابه من العلاقات الاجتماعية السوية، نتيجة الشعور بالوصمة أو الانشغال بالحصول على المادة.

2.4. نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على: "توجد مستويات متفاوتة من الصحة النفسية لدى المتعاطين". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الصحة النفسية، كما موضح بالجدول التالي:

جدول (7): المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الصحة النفسية

البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى التقديري	الترتيب
البعد المعرفي	2.42	0.76	منخفض	1
البعد الاجتماعي	2.34	0.82	منخفض	2
البعد الجسدي	2.28	0.85	منخفض	3
البعد الانفعالي	2.15	0.78	منخفض	4
الدرجة الكلية	**2.30**	**0.74**	**منخفض**	--

أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة جاء منخفضًا، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.30)، مما يشير إلى أن المتعاطين يعانون من انخفاض واضح في مستوى الصحة النفسية. ويعكس ذلك ما يترتب على التعاطي المستمر من آثار سلبية تؤثر في التوازن النفسي والانفعالي والاجتماعي والجسدي للفرد، وتضعف قدرته على التكيف مع متطلبات الحياة ومواجهة الضغوط بصورة سليمة.

تشير هذه النتيجة إلى أن المتعاطين يعانون من انخفاض واضح في مستوى الصحة النفسية، مما يعكس ما يترتب على التعاطي المستمر من آثار سلبية تؤثر في التوازن النفسي والانفعالي والاجتماعي والجسدي للفرد، وتضعف قدرته على التكيف مع متطلبات الحياة ومواجهة الضغوط بصورة سليمة. ويعكس هذا الانخفاض أن الصحة النفسية لدى المتعاطين تتسم بالهشاشة والاضطراب نتيجة التفاعل المتبادل بين العوامل النفسية والتعاطي، حيث قد يكون ضعف الصحة النفسية سبباً في بدء التعاطي، بينما يؤدي التعاطي المستمر إلى تفاقم الاضطرابات النفسية.

تتفق هذه النتيجة مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (NIDA, 2014) الذي يرى أن الاعتماد على المؤثرات العقلية ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وأن التعاطي المستمر يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية. كما تتفق مع فرضية التطبيب الذاتي (Khantzian, 1997) التي تفترض أن الأفراد يستخدمون المواد لتنظيم حالتهم الانفعالية أو الهروب من الألم النفسي، مما يعكس العلاقة التبادلية بين ضعف الصحة النفسية والتعاطي.

يشير ارتفاع البعد المعرفي نسبياً (مقارنة ببقية الأبعاد) إلى أن العمليات المعرفية لدى المتعاطين هي الأقل تضرراً نسبياً، أو أن ضعف الصحة النفسية المعرفية يظهر بشكل أقل حدة من الأبعاد الأخرى. ويعكس هذا المستوى المنخفض وجود ضعف في العمليات المعرفية كالتركيز والانتباه واتخاذ القرار لدى المتعاطين، وهو ما يتفق مع الأدبيات التي تشير إلى أن التعاطي يؤثر في الوظائف المعرفية، خاصة في مناطق الدماغ المسؤولة عن الانتباه واتخاذ القرار.

وجاء البعد الاجتماعي في المرتبة الثانية حيث يشير هذا المستوى إلى أن المتعاطين يعانون من ضعف في التوافق الاجتماعي وجودة العلاقات مع الأسرة والآخرين، مما يعكس تدهور العلاقات الاجتماعية نتيجة التعاطي، حيث يؤدي السلوك الإدماني إلى العزلة الاجتماعية، وفقدان الدعم الاجتماعي، ووصمة العار. ويعكس هذا الانخفاض أن البيئة الاجتماعية للمتعاطي أصبحت غير داعمة، مما يزيد من صعوبة التعافي.

وجاء البعد الجسدي في المرتبة الثالثة حيث يشير هذا المستوى إلى أن المتعاطين يعانون من ضعف في الصحة الجسدية، مثل الإرهاق، واضطرابات النوم، وضعف النشاط الجسدي، والأعراض الانسحابية. ويعكس هذا الانخفاض أن التعاطي لا يقتصر تأثيره على الجانب النفسي فقط، بل يمتد ليؤثر في البناء الجسدي للفرد ووظائفه الحيوية، مما يزيد من حدة الاعتماد على المادة.

وجاء البعد الانفعالي في المرتبة الأخيرة حيث يشير انخفاض هذا البعد إلى أن الجوانب الانفعالية هي الأكثر تأثراً بالتعاطي، حيث يعاني المتعاطون من اضطرابات انفعالية واضحة، مثل القلق والتوتر والاكتئاب وتقلب المزاج وضعف القدرة على تنظيم المشاعر. ويعكس هذا الانخفاض أن التعاطي يؤدي إلى تدهور القدرة على إدارة الانفعالات والتعامل مع الضغوط النفسية، مما يزيد من الاعتماد على المادة كوسيلة لتنظيم المشاعر.

3.4. نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على: "توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للوقوف على طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين

ISSN: 2706-6495

جدول (8): معاملات ارتباط بيرسون بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية

المتغيرات	الاعتماد على المؤثرات العقلية (الدرجة الكلية)
البعد الانفعالي	**0.712-
البعد المعرفي	**0.685-
البعد الاجتماعي	**0.703-
البعد الجسدي	**0.691-
الصحة النفسية	****0.734-**

** دال عند مستوى (0.01)

أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية ودالة إحصائيًا بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية، حيث بلغ معامل الارتباط الكلي (-0.734)، وهي قيمة مرتفعة نسبيًا تدل على قوة العلاقة بين المتغيرين. ويعني ذلك أنه كلما انخفض مستوى الصحة النفسية لدى المتعاطين ارتفع مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية لديهم، والعكس صحيح.

تتفق هذه النتيجة مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (NIDA, 2014) الذي يرى أن الاعتماد على المؤثرات العقلية ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وأن ضعف الصحة النفسية يمثل عامل خطر رئيسياً لبدء التعاطي واستمراره. كما تتفق مع فرضية التطبيب الذاتي (Khantzian, 1997) التي تفترض أن الأفراد يستخدمون المواد لتنظيم حالتهم الانفعالية أو الهروب من الألم النفسي، مما يعكس العلاقة التبادلية بين ضعف الصحة النفسية والتعاطي.

يُعدّ البعد الانفعالي من أقوى الأبعاد ارتباطاً بالاعتماد على المؤثرات العقلية، حيث بلغ معامل الارتباط (-0.712). ويعني ذلك أن ضعف الاتزان الانفعالي وعدم القدرة على إدارة المشاعر السلبية والتعامل مع الضغوط النفسية يرتبط بشكل قوي بارتفاع مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية. ويعكس هذا الارتباط أن الاضطرابات الانفعالية تمثل أحد أهم العوامل المهيئة لبدء التعاطي واستمراره، حيث يلجأ المتعاطي إلى المادة كوسيلة لتنظيم مشاعره السلبية أو الهروب من الألم النفسي.

وتشير النتائج إلى أن ضعف العمليات المعرفية (كالتركيز والانتباه واتخاذ القرار) يرتبط بارتفاع مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية. ويعكس هذا الارتباط أن التدهور المعرفي الناتج عن التعاطي يؤثر في قدرة الفرد على تقييم عواقب سلوكه واتخاذ قرارات سليمة، مما يزيد من استمراره في التعاطي. كما أن ضعف الكفاءة المعرفية قد يكون عاملاً مهيئاً لبدء التعاطي، حيث يجد الفرد صعوبة في التعامل مع ضغوط الحياة باستخدام استراتيجيات معرفية تكيفية.

يُعدّ البعد الاجتماعي من الأبعاد القوية الارتباط بالاعتماد على المؤثرات العقلية، حيث بلغ معامل الارتباط (-0.703). ويعني ذلك أن ضعف التوافق الاجتماعي وجودة العلاقات مع الأسرة والآخرين يرتبط بشكل قوي بارتفاع مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية .ويعكس هذا الارتباط أن العزلة الاجتماعية وفقدان الدعم الاجتماعي يمثلان عوامل خطر مهمة للاعتماد على المؤثرات العقلية، حيث يلجأ الفرد إلى المادة كوسيلة للهروب من مشاعر الوحدة أو الرفض الاجتماعي.

وأخيراً، أن ضعف الصحة الجسدية (مثل الإرهاق واضطرابات النوم وضعف النشاط الجسدي) يرتبط بارتفاع مستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية. ويعكس هذا الارتباط أن التأثيرات الجسدية للتعاطي تسهم في زيادة الاعتماد على المادة، حيث يستمر المتعاطي في التعاطي لتجنب الأعراض الجسدية المزعجة (الانسحاب) أو للحصول على الطاقة والنشاط.

4.4. نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على: "يمكن التنبؤ بمستوى الاعتماد على المؤثرات العقلية من خلال مستوى الصحة النفسية لدى المتعاطين". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط. على النحو التالي:

جدول (9): خلاصة نموذج الانحدار الخطي البسيط وتحليل التباين (ANOVA)

نموذج R	R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
0.734	0.539	172.871	$p < 0.001$

الجدول (10): معاملات الانحدار (Coefficients)

المتغير	معامل (B)	الخطأ المعياري	Beta	قيمة (t)	الدلالة (Sig.)
الثابت (Constant)	5.567	0.126	-	44.281	$p < 0.001$
الصحة النفسية	0.684-	0.052	0.734-	13.148-	$p < 0.001$

المعادلة التنبؤية: الاعتماد على المؤثرات العقلية = 5.567 – 0.684 × الصحة النفسية

أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط أن نموذج التنبؤ دال إحصائيًا، حيث بلغت قيمة ($F = 172.871$) عند مستوى دلالة ($p < 0.001$)، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.539$)، ما يعني أن الصحة النفسية تفسر ما نسبته (53.9%) من التباين في الاعتماد على المؤثرات العقلية لدى المتعاطين. وتعد هذه النسبة مرتفعة نسبيًا، وتشير إلى أن الصحة النفسية تُعد من العوامل الأساسية المؤثرة في تشكيل السلوك الإدماني.

وتوضح المعادلة التنبؤية أن انخفاض الصحة النفسية بدرجة واحدة يؤدي إلى ارتفاع الاعتماد على المؤثرات العقلية بمقدار (0.684)، وهو ما يدل على وجود تأثير مباشر وقوي للصحة النفسية في مستوى الإدمان. ويمكن تفسير ذلك بأن ضعف الصحة النفسية يجعل الفرد أقل قدرة على مواجهة الضغوط والتكيف مع المشكلات، فيصبح أكثر ميلًا لاستخدام المواد المخدرة كوسيلة للتخفيف المؤقت من الألم النفسي والانفعالي.

كما تعكس هذه النتيجة أهمية الصحة النفسية بوصفها عاملًا وقائيًا ضد الإدمان، فكلما ارتفع مستوى التوازن النفسي والانفعالي والاجتماعي لدى الفرد، زادت قدرته على مقاومة الضغوط والتعامل مع المشكلات بطرق صحية، مما يقلل من احتمالية الوقوع في التعاطي أو الاستمرار فيه.

وتشير النتائج كذلك إلى أهمية دمج برامج تعزيز الصحة النفسية ضمن الخطط العلاجية والتأهيلية الخاصة بالمتعاطين، وعدم الاكتفاء بالتركيز على الجوانب الطبية أو الجسدية فقط، لأن معالجة المشكلات النفسية والانفعالية قد تسهم بصورة كبيرة في خفض احتمالية الانتكاسة

5. التوصيات:

في ضوء ما توصل إليه البحث، يوصي الباحث بما يأتي:

1. تعزيز برامج الصحة النفسية داخل مراكز علاج وتأهيل الإدمان، بما يسهم في تحسين الصحة النفسية لدى المتعاطين.
2. تصميم برامج علاجية متكاملة تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب العلاج الدوائي.
3. الاهتمام بالكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية المصاحبة للتعاطي، وتقديم التدخلات المناسبة للحد من تطور السلوك الإدماني.
4. تنفيذ برامج توعوية تستهدف فئات المجتمع المختلفة؛ لرفع الوعي بأثر الصحة النفسية في الوقاية من الإدمان.
5. تدريب العاملين في مجال علاج الإدمان على استخدام الأساليب النفسية الحديثة في التعامل مع المتعاطين.
6. دعم التعاون بين المؤسسات الصحية والتعليمية والاجتماعية في إعداد وتنفيذ برامج الوقاية من الإدمان.

7. تشجيع إجراء مزيد من الدراسات التي تتناول العلاقة بين الصحة النفسية والاعتماد على المؤثرات العقلية لدى فئات ومناطق مختلفة، مع دراسة متغيرات نفسية واجتماعية أخرى ذات صلة.

6. المراجع:

1.6. المراجع العربية

بلعسلة، فتحية، وزندي، يمنية. (2019). الصراع النفسي والاجتماعي داخل الأسرة وعلاقته باتجاه الشباب نحو تعاطي المخدرات. *مجلة تطوير العلوم الاجتماعية*، 1(12)، 114-129.

بن عمور، جميلة، وبوجلال، سهيلة. (2021). القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية. *مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية*، 1(2)، 22-36.

جابر، عمارة. (2025). المؤثرات العقلية بين الترويج والاستهلاك لدى الشباب. *مجلة دراسات في علم نفس الصحة*، 10(1)، 24-42.

الشهري، أمل عبدالرحمن، والعشري، ولاء عبدالمنعم. (2020). إدمان الإنترنت وعلاقته بالوحدة النفسية والقلق لدى طالبات الجامعة. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*، 28(2)، 444-472.

العنزي، يوسف سطام، وإسماعيل، محمود عطية. (2011). السياق النفسي والاجتماعي لإدمان المخدرات وطرق الوقاية منها: دراسة ميدانية. *مجلة بحوث كلية الآداب*، جامعة المنوفية، 22(87)، 1-54.

القحطاني، دارس عبدالله، والسنباتي، إيمان صالح. (2026). مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. *مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية*، 5(7)، 248-272.

مجلخ، سليم، وبشيشي، وليد. (2020). استخدام التحليل العاملي في تحديد أسباب تعاطي المخدرات حسب وجهة نظر عينة من الشباب. *مجلة أبحاث ودراسات التنمية*، 7(1)، 74–92.

منظمة الصحة العالمية. (2023). *التقرير العالمي عن الصحة النفسية: إحداث تحول في الصحة النفسية لصالح الجميع*. مسترجع من: https:// https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d5eb598f-36c1-4384-994b-a4f3c1e97a89/content

النفسية، عبدالرحمن عبدالعزيز. (2008). *اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات وعوامل تكوينها: دراسة تطبيقية على طلاب المرحلة الثانوية والمتوسطة بمحافظة المجمعة*. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الملك سعود.

نواصر، فتحية، وبن عبد الرحمان، آمال. (2019). القلق والاكتئاب النفسي لدى المراهق المدمن على المواقع الإباحية عبر الإنترنت. *مجلة روافد للبحوث والدراسات*، العدد 7(2)، 63-88.

وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية. (2022). *الدليل الإشرافي للخدمات النفسية وعلاج الإدمان*. (الإصدار الأول، 1444هـ). مسترجع من https://www.moh.gov.sa

2.6. المراجع الأجنبية:

Altwaijri, Y., Benjet, C., Akkad, M., Bilal, L., Naseem, M., Al-Habeeb, A., Al-Subaie, A. & Al-Saud, N. (2025). The epidemiology of substance use disorders in Saudi Arabia: findings from the Saudi national mental health survey. *BMC Public Health*, 25(86). https://doi.org/10.1186/s12889-024-21190-5

ISSN: 2706-6495

Bahramovna, Q. (2026). Achieving Psychological Health: Challenges and Solutions. *International Journal of Artificial Intelligence*, 6(1). https://www.academicpublishers.org/journals/index.php/ijai

Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(6), e487-e498.

Fleury R, Dooley N, Staines L, Hoey J, Healy C, Gillan D, O'Higgens F, O'Dowd T, Smyth B, Cannon M. (2026). Adolescent polysubstance use and psychopathology: a population-based survey in schools. *Ir J Psychol Med*, 26, 1-10. doi: 10.1017/ipm.2026.10197.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2026). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources*. https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry,* 4(5), 231–244.

Martins, S. & Gorelick, D. (2011). Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. *population. Drug and alcohol dependence*, 9(1-2), 28-36.

Ramadan, M., Alharbi, K.K. (2025). The burden of mental, and substance use disorders in Saudi Arabia: results from the global burden of disease study 2019. *BMC Psychiatry*, 25(618). https://doi.org/10.1186/s12888-025-07041-6

Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518–532. https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.3.518

Weyandt, L. (2018). Addiction and Substance Use Disorders (2nd Ed). Routledge

جميع الحقوق محفوظة © 2026، الباحث/ نايف أحمد سلمان الفيفي، (CC BY NC 4.0)

Doi: https://doi.org/10.52132/Ajrsp/v8.91.9