



دولة الكويت  
وزارة الداخلية  
قطاع الأمن الجنائي  
الإدارة العامة لمكافحة المخدرات

# العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتناصي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي دراسة تطبيقية محكمة



إشراف  
اللواء / خالد عبدالله الديين  
وكيل وزارة الداخلية المساعد لشئون الأمن الجنائي

إعداد  
الخبير الأمني العميد / بدر محمد الغضوري  
مدير عام  
الإدارة العامة لمكافحة المخدرات

الدكتور / عايد علي الحميدان  
الخبير الدولي في الأمم المتحدة بمجال المخدرات

الدكتور / عزيز بهلول الظفيري  
مستشاري العلاج النفسي

الطبعة الأولى 2018-2019



دولة الكويت  
وزارة الداخلية  
قطاع الأمن الجنائي  
الإدارة العامة لمكافحة المخدرات

# العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتناول المخدرات من وجهة نظر المتعاطي

## (دراسة تطبيقية محاكمة)

إشراف

اللواء / خالد عبدالله الدين

وكيل وزارة الداخلية المساعد لشئون الأمن الجنائي

إعداد

الخبير الأمني العميد / بدر محمد الغضوري

مدير عام

الدكتور / عايد علي الحميدان

الخبير الدولي في الأمم المتحدة بمجال المخدرات

الدكتور / عزيز بهلول الظفيري

مستشاري العلاج النفسي

الطبعة الأولى 2018-2019

بسم الله الرحمن الرحيم

وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسَيِّرِي اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَرَدُورُنَّ إِلَى  
عَذَابِ الْغَيْبِ وَالشَّهَدَةِ فَيُنِيشَكُرُ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ

١٥

صدق الله العظيم

عن عبد الله بن عمر رضي الله عنهما عن النبي صلى الله عليه وسلم  
قال : (( أَلَا كُلُّمْ رَاعٍ، وَكُلُّمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، فَالْأَمْيَرُ الَّذِي عَلَى  
النَّاسِ رَاعٍ، وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، وَالرَّجُلُ رَاعٍ عَلَى أَهْلِ بَيْتِهِ ، وَهُوَ  
مَسْئُولٌ عَنْهُمْ، وَالْمَرْأَةُ رَاعِيَةٌ عَلَى بَيْتِ بَعْلَهَا وَوَلَدِهِ، وَهِيَ مَسْئُولَةٌ  
عَنْهُمْ، وَالْعَبْدُ رَاعٍ عَلَى مَالِ سَيِّدِهِ وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْهُ، أَلَا فَكُلُّمْ رَاعٍ  
وَكُلُّمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ ))

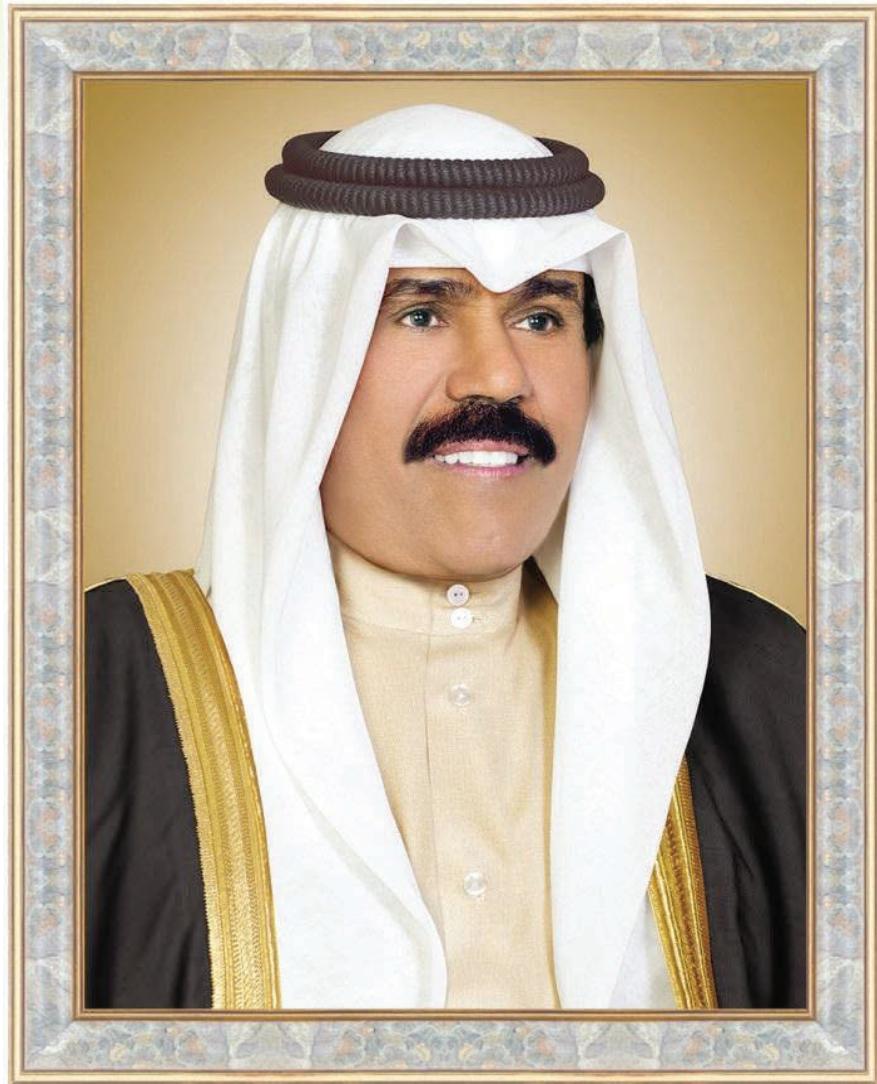
. (متفق عليه)





حضره صاحب السمو الشيخ / صباح الأحمد الجابر الصباح  
أمير دولة الكويت





سمو الشيخ / نواف الأحمد الجابر الصباح  
ولي عهد دولة الكويت





سمو الشيخ / جابر المبارك الحمد الصباح  
رئيس مجلس الوزراء





**معالى الفريق م.الشيخ / خالد الجراح الصباح  
نائب رئيس مجلس الوزراء ووزير الداخلية**





**الفيق / عصام سالم النهام  
وكيل وزارة الداخلية**



العوامل الشخصية والإجتماعية المرتبطة  
بتناقض المخدرات من وجهة نظر المتعاطفين

## فهرس المحتوى

رقم الصفحة	الموضوع
17	التقديم.
19	ملخص الدراسة باللغة العربية.
22	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.
28	<b>الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة</b>
29	المقدمة.
32	مشكلة الدراسة.
33	تساؤلات الدراسة
34	أهمية الدراسة.
35	أهداف الدراسة.
35	مصطلحات ومفاهيم الدراسة.
42	حدود الدراسة.
43	<b>الفصل الثاني: المفاهيم والمصطلحات والعوامل</b>
44	تمهيد.
44	أولاً: المفاهيم و المصطلحات المرتبطة بالمسكرات والمخدرات.
57	ثانياً: المصطلحات الحديثة المرتبطة بتعاطي المخدرات والمواد ذات التأثير النفسي.
68	ثالثاً: العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات.
90	<b>الفصل الثالث: المخدرات بين التنظير والواقع</b>
91	تمهيد.
91	أولاً: تفسير ظاهرة الإدمان.
94	ثانياً: أبعاد مشكلة المخدرات.
95	ثالثاً: دور المخدرات في سببية الجريمة.
96	رابعاً: تفسير نظريات المخدرات.
100	خامساً: تصنيف المخدرات عالمياً.
129	سادساً: أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية المستحدثة.
144	سابعاً: الآثار الاجتماعية التي تصيب متعاطي المخدرات.
146	ثامناً: الآثار النفسية التي تصيب متعاطي المخدرات.

148	<b>الفصل الرابع: الدراسات السابقة</b>
149	تمهيد.
149	أولاً: دراسات على البيئة الكويتية.
158	ثانياً: الدراسات العربية.
161	ثالثاً: الدراسات الأجنبية الحديثة.
164	<b>الفصل الخامس: الدراسة التطبيقية والأسس المنهجية</b>
165	تمهيد.
165	أولاً: منهج الدراسة.
166	ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة.
167	ثالثاً: أدوات جمع البيانات.
167	رابعاً: بناء أداة الدراسة.
168	خامساً: تصحيح أداة الدراسة ( الاستبانة ).
169	سادساً: ثبات وصدق أداة الدراسة ( العوامل السيكومترية ).
178	سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة.
179	ثامناً: الإجراءات المتتبعة في تطبيق الدراسة.
180	<b>الفصل السادس: نتائج الدراسة والتوصيات</b>
181	أولاً: عرض النتائج الوصفية للدراسة.
198	ثانياً: الإجابة على تساؤلات الدراسة.
212	ثالثاً: تفسير نتائج الدراسة.
236	رابعاً: توصيات الدراسة.
239	<b>قائمة المراجع</b>
239	أولاً: المصادر.
239	ثانياً: المراجع العربية .
247	ثالثاً: المراجع الأجنبية.



**اللواء / خالد عبدالله الدين**  
**وكيل وزارة الداخلية المساعد لشئون الأمن الجنائي**

**<<التقديم>>**

يسريني أن أضع بين أيديكم نتاجاً علمياً جديداً وهي دراسة " العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي " ، والتي أعدها الباحثون في الإدارة العامة لمكافحة المخدرات وهم:

- العميد / بدر محمد الغضوري
- الدكتور / عزيز بهلول الظفيري
- استشاري علاج نفسي.
- الدكتور / عايد علي الحميدان
- مدير عام الإدارة العامة لمكافحة المخدرات.
- الخبير الدولي في مجال مكافحة المخدرات.

وقد بذلوا فيها جهداً مميزاً بهدف التعرف على طبيعة تأثير العوامل الشخصية أو الفردية على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وكذلك التعرف على طبيعة تأثير العوامل الاجتماعية ، والتعرف على طبيعة الفروق بين أفراد العينة في تعاطي المخدرات ، وكما أن الدراسة الحالية سلطت الضوء على أنواع المخدرات وأبعاد مشكلة الإدمان ، وعرضت أهم نتائجها وتوصياتها ، وتأتي هذه الدراسة الاستكشافية بعد زيادة معدل انتشار المخدرات في الآونة الأخيرة وخاصة المؤثرات العقلية منها ، وفي الغالب جميع هذه المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية ذات تأثير نفسي ، أي أنها تغير طريقة التفكير لدى المتعاطين ، وتأثر على حالتهم المزاجية ، وطريقة تصرفهم للأوسوا ، ويصعب التنبؤ بتأثيرها على الصحة الجسدية والعقلية ، كما أنها تتطوي على خطر الإدمان والوقوع في ارتكاب الجريمة.

وأؤكد بمناسبة إصدار هذه الدراسة بأن رجال المكافحة في الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بتعليمات مباشرة من سيدى معالي نائب رئيس مجلس الوزراء ووزير الداخلية الفريق م. الشيخ / خالد الجراح الصباح يواصلون جهودهم في مواجهة تجار ومرهogi ومهربي المخدرات إيماناً برسالتهم الراسخة من أجل خدمة وطنهم وهو أساس إنطلاقهم في عملهم وسيبذلون أقصى ما يمكنون من أجل حماية بلدنا الكويت ورفع شأنه ومكانته تحت راية قائد مسيرتنا صاحب السمو أمير البلاد الشيخ / صباح الأحمد الجابر الصباح ، وسمو ولي العهد الشيخ / نواف الأحمد الجابر الصباح حفظهما الله.

والله ولي التوفيق ،،،،

## ملخص الدراسة

**هدف الدراسة الحالية إلى الإجابة على التساؤلات التالية:**

**السؤال الأول:** ما مدى تأثير العوامل الشخصية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي؟

**السؤال الثاني:** ما مدى تأثير العوامل الاجتماعية (الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي؟

**السؤال الثالث:** هل هناك فروق بين أفراد عينة الدراسة في تعاطي المخدرات ، والتي تعزى للمتغيرات الديموغرافية ( الجنس ، السن ، نوع مادة التعاطي ، طريقة التعاطي )؟

وقد تكونت عينة الدراسة من 354 متعاطياً من تم التحفظ عليهم من قبل الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بتهمة حيازة وتعاطي مواد مخدرة ، تتراوح أعمارهم ما بين ( 18 - 44 ) سنة ، بمتوسط عمري قدره 26 سنة وانحراف معياري قدره 5.4649 ، منهم 335 ذكر بنسبة 94.6 % ، في حين بلغ عدد الإناث 19 أنثى بنسبة 5.4 % .

**وقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية المتنوعة للسؤال الأول ما يلي:**

1- وجود ارتباط قوي بين العوامل الشخصية وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي بدرجة ارتباط نساوي (0.848).

2- وجود أثر ذو دلالة إحصائية للعوامل الشخصية على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) من وجهة نظر المتعاطي.

3- أن قيمة (T) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ( $P \leq 0.05$ ) ، كما أظهرت أن العوامل الشخصية لها قدرة تنبؤية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

4- أظهر اختبار سبيرمان لقياس الرتب للمتغيرات الوصفية بأن جميع مفردات العوامل الشخصية مرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي وقد جاء ترتيب مفردات العوامل الشخصية من الأول إلى الأخير حسب درجة قوة الارتباط بين المفردة ووجهة نظر المتعاطي وهي كما يلي : ( ضعف الوازع الديني ، التجريب وحب الاستطلاع ، البحث عن اللذة والسعادة ، الحصول على العلاقات مع الجنس الآخر ، الملل والفراغ ، الشعور بالإحباط والحرمان ، تأكيد الذات ، الفشل الدراسي ، الرغبة بالقوة والجرأة ، الوفرة المالية ، التخلص من الضغوط النفسية ، ضعف الشخصية والتقليل ، التخلص من المشاكل النفسية ، التسلية واللعب ، علاج الأرق وصعوبة النوم ، الحصول على الثروة والمال ، الخوف وعدم الثقة بالنفس ، زيادة الرغبة والطاقة الجنسية ، عدم توفر فرص

وظيفية ، العاهات الجسدية والشعور بالعجز ، الجهل بالأنظمة والقوانين ، وأخيراً الغربة والابتعاد عن الأهل وهي علاقة طردية متوسطة .)

كما أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية المتعددة للسؤال الثاني ما يلي:

1- وجود ارتباط قوي جداً بين العوامل الاجتماعية (الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي بدرجة ارتباط تساوي (0.933)، وهو ارتباط أقوى بكثير من العوامل الشخصية .

2- وجود أثر ذو دلالة إحصائية للعوامل الاجتماعية (الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) من وجهة نظر المتعاطي .

3- أن قيمة (T) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ( $P \leq 0.05$ ) ، كما أظهرت أن العوامل الشخصية لها قدرة تنبؤية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي .

4- أظهر اختبار سبيرمان لقياس الرتب للمتغيرات الوصفية بأن جميع مفردات العوامل الشخصية مرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وقد جاء ترتيب مفردات العوامل التي تعود للأسرة من الأول إلى الأخير حسب درجة قوة الارتباط بين المفردة ووجهة نظر المتعاطي وهي كما يلي :

**أولاً: العوامل التي تعود للأسرة:** مرتبة وفقاً لقوة الارتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي ( قسوة الوالدين أو أحدهما ، التفكك الأسري ، التفرقة بين الأولاد ، الطلاق ، عدم اشباع حاجة الأبناء المادية ، كثرة الخلافات والمشاجرات بين الوالدين ، غياب الوالدين أو أحدهما ، تعاطي الوالدين أو أحدهما ، الدلال الزائد ، تعدد الزوجات ، الزواج من أجنبيات ، كثرة عدد أفراد الأسرة ، تعاطي أحد أفراد الأسرة ، غياب الرقابة الأسرية ، انخفاض مستوى تعليم الوالدين ) وقد كان الارتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي وتحصر بين (0.671\*\*) و(0.863\*\*) وهي تعد درجات عالية تؤكد أهمية العوامل الأسرية والأخطاء التربوية في دفع الأبناء للتعاطي ، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة .

**ثانياً: العوامل التي تعود للرفقة:** مرتبة وفقاً لقوة الارتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي ( ضغوط الأصدقاء وتشجيعهم ، تقليل الأصدقاء ، الشعور بالرفض من قبل الرفض ) وقد كان الارتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي وتحصر بين (0.914\*\*) و(0.809\*\*) وهي تعد درجات عالية تؤكد أهمية العوامل .

**ثالثاً: العوامل التي تعود لوسائل الإعلام المختلفة:** مرتبة وفقاً لقوة الإرتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي (موقع التواصل الاجتماعي ، انتشار الفضائيات ، نقل مدمنين ، التأثير بالأفلام والمسلسلات ، الانترنت ، التقنيات الحديثة والهواتف النقالة ، الإثارة الإعلامية في عرض قضايا المخدرات ، إبراز الصحف لأخبار المخدرات ، الواقع الإباحية ) وقد كان الارتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي وتحصر بين (\*\*0.926) و (0.845) وهي تعد درجات عالية تؤكد أثر وسائل الإعلام في تعاطي المخدرات .

**رابعاً: العوامل التي تعود للمجتمع:** مرتبة وفقاً لقوة الإرتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي (عدم تطبيق القوانين أو ضعفها ، خلل التركيبة السكانية ، الانفتاح الحضاري والثقافي ، الثغرات الأمنية في الموارق والحدود البرية والبحرية والجوية ، الغزو الفكري ، تساهل الصيدليات في بيع الأدوية بدون وصفة طبية ، العاملة الوافدة ، نقص برامج الوقاية المجتمعية، الوفرة المادية والرخاء ، وفرة المادة المخدرة ، ضعف أداء رجال الأمن ، عدم توفر أماكن ترفيهية للشباب ) وقد كان الإرتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، والتي انحصرت بين (\*\*0.880) و (0.826) .

كما أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية لدلاله الفروق في تعاطي المخدرات تعزى للمتغيرات الديموغرافية ( الجنس - السن بداية التعاطي - مادة التعاطي - طريقة التعاطي ) لدى أفراد عينة الدراسة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) ، لتعاطي المخدرات بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) ، لتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي تعزى لمتغير طريقة التعاطي ، ولمعرفة طبيعة الفروق ولصالح من تعود تلك الفروق استخدامنا اختبار (LSD) للمقارنات البعدية ، واتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتعاطي المخدرات بين طريقة التدخين وطريقة الشرب ، ولصالح طريقة الشرب مقارنة بطريقة بالتدخين ، في حين لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لتعاطي المخدرات بين طرق تعاطي المخدرات الأخرى وبعضها.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) ، لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير المادة المخدرة و التعاطي بين أفراد عينة الدراسة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) ، لتعاطي المخدرات بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر.

## Summary of the study

*Present study aimed to answer the following questions:*

**First question:** What is the extent of the impact of personal factors in drug abuse from the viewpoint of the abuser?

**The second question:** What is the extent of the influence of social factors (family, companionship, media, and community) in drug abuse from the viewpoint of the abuser?

**The third question:** What is the significance of the differences that are attributable to variables (gender, age, type of narcotic substance) in drug abuse to the individuals sample study?

The study sample consisted of 354 Law Enforcement Agency (NDLEA) who have been kept by the General Administration of drug possession and abuse of narcotic substances, aged between **18 - 44 years**, at an average age of **26 years**, and the deviation of the benchmark of 5.4649, of whom 335 males by 94.6% , 19 females by 5.4%.

**The results of various statistical treatment of the first question as follows:**

1. There was a strong correlation between personal factors and drug from the viewpoint of the abuser link equal degree (**0.848**).
2. The existence of a statistically significant effect of personal factors on drug abuse from the viewpoint of the abuser when the level of significance ( $\alpha \leq 0.05$ ) from the viewpoint of the abuser.

3. The value of (T) calculated with statistical significance (when the moral level ( $P \leq 0.05$ ) also showed that personal factors have a predictive capacity in drug abuse from the viewpoint of the abuser.
4. Test showed the spearman to measure the levels of descriptive variables that all Filed under: Personal factors linked to drug abuse from the viewpoint of the abuser arrangement was Filed under: Personal factors from first to last, depending on the strength of the link between the individual and the view of the user, **as follows:**
  - (weakness of religious restraint, experimentation and love of the poll, the search for pleasure and happiness, access to relations with the other sex, boredom and emptiness, the sense of frustration and deprivation, the self-esteem, academic failure, the desire by force and boldness, financial abundance, get rid of the psychological pressures, personal weakness tradition, to get rid of the psychological problems, fun and games, for treatment of insomnia difficulty sleep, access to wealth and money, fear and lack of self-confidence, increase the desire and energy Nationality, the lack of job opportunities, physical disabilities and helplessness, ignorance of the regulations and, finally, the alienation and separation from parents, which has a direct correlation with the medium).

**The results also showed that multiple statistical treatment of the second question as follows:**

- 1- The existence of a very strong link between social factors (family, companionship, media, community) and drug from the viewpoint of the abuser link equal degree (**0.933**), a much stronger link of personal factors.
2. The existence of a statistically significant effect of social factors (family, companionship, media, community) on drug abuse from the viewpoint of the ABUSER when the level of significance ( $\alpha \leq 0.05$ ) from the viewpoint of the abuser.
3. The value of (T) calculated with statistical significance at a level (at the level of the moral  $P \leq 0.05$ ) also showed that personal factors have a predictive capacity in drug abuse from the viewpoint of the abuser.
4. Test showed the spearman measure ranks descriptive variables that all Filed under: social factors linked to drug abuse from the viewpoint of the abuser filed under the order of the factors of the family from first to last, depending on the strength of the link between the individual and the view of the user, **as follows:**

**First: Factors that belong to the family:** factors are arranged in accordance with the strength of the link smoked from the viewpoint of the abuser (the CRUELTY of the parents or one of them, family disintegration, the distinction between children, divorce, failure to satisfy the need for the physical children, many differences, the spats between parents, the absence of the

parents or one of them, the abuse of the parents or one of them, the auctioneer overload, polygamy, marriage to foreigners, the large number of family members, the abuse of one member of the family, the absence of family control And the low level of education of parents) it was a very strong link between all the vocabulary and drug from the viewpoint of the abuser are confined between **(0.671\*\*) and (0.863\*\*)** is high degrees stresses the importance of domestic factors and errors in the payment of children educational deal, this result agrees on previous studies

**Secondly: Factors that belong to friends:** factors which are arranged in accordance with the strength of the link smoked from the viewpoint of the abuser (the pressures of friends and encourage them, the tradition of friends, a sense of rejection by the refusal was a very strong link between all the vocabulary and drug from the viewpoint of the abuser are confined between **(0.914\*\*) and (0.809\*\*)**) is high degrees stresses the importance.

**Third: Factors that go back to the different media:** arranged in accordance with the strength of the link smoked from the point of view of the The abuser (social networking sites, the spread of the satellite channels, the tradition of the representatives, the vulnerability of the Films and serials, internet, modern technology and mobile phones, media excitement in the drug issues, highlighting the newspapers to tell the drugs, pornographic sites) it was a very strong link between

all the vocabulary and drug from the viewpoint of the abuser are confined between **(0.926\*\*)** and **6 (0.845\*\*)** is high degrees confirms the influence of media in drug abuse.

**Fourth: Factors that belong to society:** the rank in accordance with the strength of the link smoked from the viewpoint of the abuser (the non-application of the laws or weakness, fault demographics, civilizational and cultural openness, security gaps in ports and land borders, sea and air, intellectual invasion, the leniency of the pharmacies in the sale of medicines without a medical prescription, the immigrant employment, lack of community prevention programs, material abundance and prosperity and abundance of drug substance, the poor performance of the security men, the lack of recreation for youth) and he was a very strong link between all the vocabulary and drug from the viewpoint of the abuser are confined between **((0.880\*\*))** and **(0.826\*\*)).**

It also showed the results of the statistical treatment of the differences attributable to sign demographic variables in drug abuse to the individuals sample study.

- There were no statistically significant differences at the level of significance ( $\alpha = 0.05$ ), drug abuse to the individuals sample study attributed the gender variable.
- There were no statistically significant differences at the level of significance ( $\alpha = 0.05$ ), drug abuse from the viewpoint of the abuser due to a variable way of dealing, to find out the

nature of the differences for the benefit of those differences will use test (LSD) for comparisons of a posteriori, it was clear that there is a statistically significant differences of drug abuse between the way spaces and drinking water, and for the benefit of the method of drinking water compared to smoke, while there were no statistically significant differences between the ways of drug abuse of other drugs and some.

- There were no statistically significant differences at the level of significance ( $\alpha = 0.05$ ), drug abuse from the viewpoint of the abuser due to a variable and substance abuse to the individuals sample study.
- There were no statistically significant differences at the level of significance ( $\alpha = 0.05$ ), drug abuse to the individuals sample study attributed the age variable.

# الفصل الأول

## الإطار النظري للدراسة

1. 1. المقدمة

1. 2. مشكلة الدراسة

1. 3. تساولات الدراسة

1. 4. أهمية الدراسة

1. 5. أهداف الدراسة

1. 6. مفاهيم ومصطلحات الدراسة

1. 7. حدود الدراسة

## 1.1 . المقدمة:

تعاطي المخدرات من الأنماط السلوكية المنحرفة التي تعكس حالة من عدم التوافق النفسي والاجتماعي للفرد المتعاطي ، وفي نفس الوقت ما هي إلا انعكاس لحالة الخل والقصور الذي أصاب بعض النظم الاجتماعية في أداء وظائفها في تربية الأبناء ورعايتهم وابداع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والثقافية والتربوية ، كالأسرة والمدرسة والمسجد ووسائل الإعلام ، والذي سهل بدوره الطريق للمخدرات وغيرها من الأنماط السلوكية الغربية أن تخترق المجتمع وتنتشر بين الشباب من الجنسين خلال العقود الثلاث الأخيرة.

فالأنظمة الاجتماعية المختلفة لها دور بارز في صناعة وصياغة السلوك الإنساني من حيث السواء أو الانحراف ، لأن السلوك الإنساني ما هو إلا محصلة لتفاعل الفرد مع الوسائل الاجتماعية المختلفة من حوله ، بدءاً من المجتمع الصغير الأسرة ، ومروراً بالمدرسة ثم بالمجتمع الأوسع تماشياً مع مراحل النمو المختلفة منذ الولادة وحتى الوفاة .

ويعد تعاطي وإدمان المواد المخدرة من المشاكل الاجتماعية المعقّدة التي تتشابك وتتداخل في تكوينها وانتشارها العديد من العوامل الشخصية والثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية والأمنية ، إلا أن العوامل الشخصية والاجتماعية تعد بمثابة البوابة الرئيسية لدخول هذه الآفة المدمرة للبيوت والمجتمعات ، وبالتالي فإن ترك تلك الأبواب مشرعة دون حراسة مشددة من قبل تلك الأنظمة الاجتماعية ، فسوف تتسلل هذه الأمراض الاجتماعية وغيرها من الانحرافات السلوكية ، لفرض نفسها على المجتمع ، خاصة في ظل نظام العولمة وما يصاحبها من تطور تكنولوجي وتقني في العصر الحديث.

ومع أهمية كافة العوامل المذكورة إلا أنه لا ينبغي النظر لمشكلة تعاطي وإدمان المواد المخدرة تحديداً من زاوية واحدة ، لأن المشكلة معقدة وأكبر من أن تحصر أو تخزل في عامل أو عدد من العوامل ، فال المشكلة ليست أحادية العامل ، ولا يمكن دراستها من زاوية متغير أو عدد من المتغيرات منفصلة كالطلاق أو الصحبة السيئة أو الفراغ أو الفقر والبطالة ، ومع أهمية تلك المتغيرات إلا أنه ليس كل من عاش خبرة طلاق الوالدين بالضرورة أن يقع فريسة للإدمان ، كما أنه ليس كل من عاش خبرة الفقر والعوز المادي يجب أن يتوجه للمخدرات ، لا شك أن هذه المتغيرات في كثير من الأحيان حتى وإن اجتمعت لا يمكن القطع بأنها هي التي صنعت الإدمان ، أو هي التي فرخت هذا الكم الهائل من المدمنين ، لذلك لابد أن تكون هناك حلقة مفقودة هي التي تصنع الإدمان ، ولا بد أن تكون هناك أرضية خصبة ينمو على تربتها الإدمان ، إنها هوية المدمن وبنائه النفسي ورغباته وحاجاته ، إنها القواعد

الأساسية التي شكلت شخصيته .. إنها الطفولة البائسة .. أما المتغيرات الأخرى فإنها لا تundo كونها عوامل ومتغيرات سرعت أو سهلت الطريق للدخول في عالم الإدمان ، وأصبحت مجرد مبررات يستخدمها المدمن ليرمي جراحته النرجسية ويُشبع حاجاته ورغباته التي لم يستطع اشباعها في طفولته .. وبالتالي فالمتغيرات البيئية لا تundo في نظر المدمن إلا شماعات وحيل دفاعية يواجه بها المجتمع من حوله ويخفف بها قلقه وصراعاته الداخلية.

ويتأكد هذا الصراع العميق الذي يعيش المدمن من خلال تفضيله لأنواع معينة من العاقير المخدرة ، بإعتبارها علاج لجراحته النرجسية وألامه النفسية وبالتالي يرمي ذاته المتصدعة ، ويتحرر من مشاعر النقص والدونية وليتمكن من مواجهة العالم الخارجي ، لذا فإن اختيار الشخص لنوع العقار المخدر لا يتم بصورة عشوائية ، أو عن طريق الصدفة ، وإنما هي عملية ذات معنى ودلالة ، وترتبط بالإحتياجات الازمة للبناء النفسي، وهذا ما يفسر حالة الانسجام بين المدمن والعقار المفضل دون غيره من العاقير المخدرة.

ويشير "خانتزيان 1991" إلى هذه الحقيقة بأن تفضيل المدمن واختياره لعقار ما ، لا يتم اعتباطاً أو عن طريق الصدفة ، فعلى الرغم من أن المتعاطي يجرب أنواع مختلفة من العاقير إلا أنه في نهاية المطاف يفضل عقار ما بعينه ، لأنه يجد فيه ما يحقق له الفاعالية الذاتية ، ويصف العاقير الأخرى بأنها تسبب الإضطراب والقلق ، ويستخدم بعض المدمنين عاقير آخر مختلفاً وذلك بهدف تعديل حالتهم الوجدانية وبهدف التغلب على القبلات الخارجية ، فمثلاً الميثادون يربط من حدة الغضب الشديد والعدوانية ، وتعد المنشطات مثل الكوكايين والأفيتامين محرّكات لتوفهم القدرة على مشاعر الألم النفسي الناتجة عن العجز والسلبية المصاحبة للإكتئاب ، كما تعد المهدئات والمنومات بما فيها الخمور بمثابة عاقير محررة تسمح بمشاعر الإرتباط الكامل بالآخرين والإحساس الداخلي بالتماسك لدى الأفراد الذين يتسمون بالجمود.<sup>(1)</sup>

أما رأي علماء الاجتماع في تفسير مشكلة الإدمان فإنهم يرجعونها إلى عدد من العوامل والمشكلات الاجتماعية في البيئة التي يتواجد ويعيش فيها الفرد.

وقد حظيت الأسرة بإهتمام علماء النفس والتربية والقانون لكونها المجتمع الإنساني الأول يحتضن الطفل منذ اللحظات الأولى لولادته ، وتستمر معه لسنوات عديدة، فهي التي تزوده بالقيم والمبادئ التي تساعده على التكيف مع المجتمع ، وهي التي تتفرد في تشكيل شخصيته وتتوفر له المناخ الصحي المناسب للنمو النفسي والاجتماعي ، ومن خلالها يتعلم

<sup>(1)</sup>Khantzian & Schneider, 1991.

مختلف المهارات والمعارف الأولية كما أنها تعد بمثابة الرقيب على الوسائل الاجتماعية الأخرى ، وبالتالي فإن فشلها أو تقصيرها في أداء وظائفها قد يكون من أسباب ضياع الأبناء ودمارهم.

وتأتي المدرسة لتشكل خط الدفاع الثاني من حيث الأهمية التربوية بعد الأسرة ، كونها أحد الركائز الهامة في بناء الفرد والمجتمع ، وتلعب دوراً بارزاً في صقل شخصية الطلاب وتطوير قدراتهم ، وهي التي تزودهم بالعلم والمعرفة ، وتساعدهم في تكوين اتجاهاتهم وميولهم ، وتغرس في نفوسهم القيم النبيلة ، وتنمي لديهم الشعور بالمسؤولية الاجتماعية ، وإذا ما فشلت المدرسة أو قصرت في أداء هذه المهام التربوية والتعليمية أو بعضها ، فإن المجتمع بفشلها أو تقصيرها يفقد خط دفاعه الثاني ضد الجريمة والإلحاد ، فتصبح بذلك معلولاً من معالول الهدم ومصدراً من مصادر تهديد الأمن الاجتماعي ، ومرتعاً خصباً لنمو وانتشار المظاهر السلوكية المنحرفة والإدمان.

كما تعد وسائل الإعلام من الآليات الاجتماعية التي يستخدمها المجتمع للتأثير على ظاهرة ما ، بالسلب أو بالإيجاب ، وبذك "سوفيف" أنه في دراسات ميدانية استهدفت فئة عريضة من الشباب في المدارس والجامعات ، أظهرت أن وسائل الإعلام المختلفة ، تأتي في مرتبة بعد مرتبة الأصدقاء مباشرة ، كمصدر يستمد منه الشباب معلوماتهم عن المخدرات بجميع أنواعها ، كما أوضح نفس المصدر وجود إرتباط إيجابي قوي بين درجة تعرّض الشباب لهذه المعلومات واحتمالات تعاطيهم لهذه المخدرات.<sup>(2)</sup>

إذ تعمل وسائل الإعلام على زيادة انتشار ثقافة المخدرات عن طريق المستوى الأول والثاني وهو السمع والرؤية ، وبعد التعرض لثقافة المخدرات من العوامل المساعدة في زيادة احتمالات التعاطي ، وقد أوضحت نتائج البحث التي أجريت في هذا الصدد ، أن هناك إرتباطاً بين التعرض المعرفي ( عن طريق السمع أو الرؤية المباشرة لثقافة المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب) وبين معتقدات واتجاهات الأفراد نحو هذه المواد ، ومع المزيد من التعرض لثقافة المخدرات تزداد احتمالية أن يقدم الشخص على التعاطي.<sup>(3)</sup>

ومن هنا يمكن القول أن فشل المؤسسات الاجتماعية المختلفة في تحقيق أهدافها التربوية والثقافية والقيمية ، يعد من أهم المتغيرات المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات

<sup>(2)</sup> مصطفى سيف، 1996 ، ص: 87.

<sup>(3)</sup> عبد اللطيف خليفة، 1998 ، ص: 177.

العقلية وذلك لأسباب متعددة ، منها ما يرجع للمتعاطي ذاته وتكوينه النفسي والمعرفي ، ومنها ما يرجع إلى البيئة المحيطة بالمتعاطي كالأسرة والمدرسة وجماعة الرفاق ووسائل الإعلام ، وليس معنى هذا أن العوامل الاجتماعية أو الشخصية هي السبب الوحيد أو البasher في انتشار هذه الآفة المدمرة وتزايد الطلب عليها فقط ، وإنما هناك عوامل أخرى لا تقل أهمية وخطورة عنها ، كالعوامل الثقافية والاقتصادية والسياسية والأمنية والقانونية ، فضلاً عن طبيعة الموقع الجغرافي وقربه أو بعده من مناطق الإنتاج والتتصدير ، كل هذه العوامل تشكل أرضية خصبة لنمو ونفسي كافة مظاهر الجريمة والإلحاد بما فيها تعاطي المؤثرات العقلية.

إن خطورة انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية في المجتمع الكويتي ، وما يتربت عليها من نتائج سلبية سواء على الفرد والأسرة بوجه خاص ، أو على المجتمع بوجه عام ، كانت الدافع الرئيسي للبحث في هذه المشكلة المعقّدة دراستها دراسة علمية موضوعية ودقائقية للوقوف على العوامل الاجتماعية والشخصية التي ساهمت في تكوينها وانتشارها في المجتمع الكويتي من وجهة نظر المتعاطي كونه الأكثر خبرة ودرأية في تحديد الدوافع لتعاطيها ، للتوصيل إلى التدابير الوقائية والعلاجية ومن ثم وضع الحلول والمقترنات للحد من انتشارها.

## **2. مشكلة الدراسة:**

ليست المشكلة بوجود أو عدم وجود المخدرات والمؤثرات العقلية في المجتمع الكويتي ، فالواقع يؤكد أن كافة مؤسسات المجتمع تعترف بها كمشكلة اجتماعية معقدة ، كما هو الحال في جميع دول العالم ، إلا أن المشكلة الحقيقة تكمن في تحديد طبيعة ونوع المتغيرات الشخصية والاجتماعية التي يمكن أن تؤثر في انتشار هذه الآفة الخطيرة والإقبال على تعاطيها ، مع ما فيها من مخاطر صحية واجتماعية يعلمها الصغير قبل الكبير ، وما هي أبرز أنواع المواد المخدرة التي يقبل الشباب على تعاطيها؟ وما هي طبيعة العلاقة التي تربط المتغيرات الديموغرافية كالسن والجنس والمهنة والمنطقة السكنية والحالة الاجتماعية بتعاطي المخدرات المختلفة؟ ، وما مدى مساعدة وسائل الإعلام المختلفة في انتشار هذه الآفة وتعاطيها؟ وما مدى مساعدة المجتمع بشكل أو آخر في خلق هذه المشكلة وانتشارها من وجهة نظر المتعاطي؟

إن مشكلة تعاطي المخدرات كمشكلة اجتماعية وما لها من آثار سلبية متعددة أصبحت التحدي الأعمى الأول الذي يواجه المجتمع والذي يتطلب المزيد من الدراسات العلمية

الموضوعية للتعرف على طبيعة العوامل التي ساهمت بوجودها وانتشارها في المجتمع الكويتي خاصةً في ظل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية الكبيرة التي شهدتها دولة الكويت في العقود الأخيرة ، وما صاحب هذه التغيرات من مشكلات اجتماعية متعددة ، أثرت بشكل مباشر على وظائف بعض المؤسسات المعنية بالتربيـة خاصة الأسرة والتي اعتمدـت بشكل كبير على الخدمـ في تربية الـبناء خاصة بعد خروج المرأة للعمل ، إضافة إلى العـيد من الأسباب الأخرى والمتمثلـ بارتفاع معدلات النـمو السـكاني خاصة من الأجانـ وتكـدـسـهمـ في مناطـقـ مـحدـدةـ ، وـنـزـوحـ الأـيـديـ العـمـالـةـ الـوـافـدـةـ منـ مـخـلـفـ الجـنسـيـاتـ وـالـثقـافـاتـ ، وـتـجـارـةـ الإـقـامـاتـ ، وـالـوـفـرـةـ المـادـيـةـ ، وـالـاتـصـالـ بـالـثـقـافـاتـ وـالـحـضـارـاتـ الأـخـرىـ ، وـالـإـحـتكـاكـ بـالـعـمـالـةـ الـوـافـدـةـ منـ مـخـلـفـ الجـنسـيـاتـ وـالـثقـافـاتـ وـغـيرـهـاـ منـ الأـسـبـابـ ، الـتـيـ أـدـتـ إـلـىـ ظـهـورـ صـورـ مـتـبـانـةـ مـنـ الـمـشـكـلـاتـ الـاجـتمـاعـيـةـ مـنـ أـهـمـهـاـ تعـاطـيـ المـخـدـراتـ ، وـخـاصـةـ بـيـنـ فـئـاتـ الشـبـابـ مـنـ الـجـنـسـيـنـ .

لذلك فإن البحث في ظاهرة تعاطي المـخدـراتـ وـمـاـ لـهـ مـنـ تـأـيـرـ عـلـىـ الـأـمـنـ الـاجـتمـاعـيـ والـاقـتصـاديـ وـالـسـيـاسـيـ ، يـعـدـ مـنـ الـأـولـويـاتـ الـتـيـ يـجـبـ أـنـ تـهـمـ بـهـ كـافـةـ مـؤـسـسـاتـ الـجـمـعـ ، لأنـ التـسـاهـلـ فـيـ موـاجـهـتـهاـ سـوـفـ تـنـرـتـ عـلـيـ الـكـثـيرـ مـنـ الـمـخـاطـرـ الـقـصـيرـةـ وـالـبعـيـدةـ الـمـدىـ عـلـىـ الـجـمـعـ بـكـافـةـ مـؤـسـسـاتـ الـتـرـبـوـيـةـ وـالـاجـتمـاعـيـةـ ، وـعـدـ مـنـاقـشـهـ هـذـاـ مـوـضـوعـ لـابـدـ أـنـ نـضـعـ فـيـ أـذـهـانـنـاـ أـنـ هـذـهـ مـشـكـلـةـ الـاجـتمـاعـيـةـ مـنـ الـمـشـكـلـاتـ الـاجـتمـاعـيـةـ الـمـعـقـدـةـ وـالـمـتـدـاخـلـةـ ، الـتـيـ لـاـ يـمـكـنـ إـرـجـاعـهـاـ إـلـىـ عـاـمـلـ وـاحـدـ ، وـإـنـماـ تـنـتـدـاـلـ عـدـدـ مـنـ الـعـوـاـمـلـ الـاجـتمـاعـيـةـ وـالـنـفـسـيـةـ وـالـاقـتصـاديـةـ فـيـ تـكـوـينـهـاـ وـانـتـشـارـهـاـ فـيـ الـجـمـعـ ، كـمـاـ يـنـبـغـيـ لـنـاـ كـبـاحـثـيـنـ أـلـاـ نـقـفـ عـنـ حدـ دـنـاـقـشـهـ وـإـعـدـادـ الـدـرـاسـاتـ وـجـمـعـ الـبـيـانـاتـ ، بـلـ لـابـدـ لـنـاـ أـنـ نـتـخـطـاـهـاـ إـلـىـ دـرـاسـةـ عـوـاـمـلـ الـخـطـورـةـ الـمـنـبـئـةـ بـهـاـ ، وـوـضـعـ الـبـرـامـجـ لـعـلاـجـهـاـ وـقـضـاءـ عـلـىـ آـثـارـهـاـ وـمـسـاـعـدـةـ أـبـنـائـاـ لـلـوـصـولـ إـلـىـ دـرـجـةـ عـالـيـةـ مـنـ الـنـكـيفـ الـاجـتمـاعـيـ وـالـتـوازنـ الـنـفـسـيـ لـمـوـاجـهـهـ الـمـشـكـلـاتـ الـتـيـ تـعـتـرـضـ طـرـيقـهـمـ لـيـكـونـواـ مـوـاطـنـيـنـ صـالـحـيـنـ .

### **١. تساؤلات الدراسة:**

**مـاـ سـيـقـ يـمـكـنـنـاـ صـيـاغـهـ مـشـكـلـةـ الـدـرـاسـةـ بـالـتسـاؤـلـاتـ التـالـيـةـ:**

- أولاًً: مـاـ مـدـىـ تـأـيـرـ الـعـوـاـمـلـ الـشـخـصـيـةـ فـيـ تعـاطـيـ المـخـدـراتـ مـنـ وجـهـةـ نـظـرـ المـتعـاطـيـ؟**
- ثـانـيـاً: مـاـ مـدـىـ تـأـيـرـ الـعـوـاـمـلـ الـاجـتمـاعـيـةـ (ـالـأـسـرـةـ -ـ الرـفـقـةـ -ـ الـإـلـاعـامـ -ـ الـجـمـعـ)ـ عـلـىـ تعـاطـيـ المـخـدـراتـ مـنـ وجـهـةـ نـظـرـ المـتعـاطـيـ؟**

ثالثاً: هل هناك فروق بين أفراد عينة الدراسة في تعاطي المخدرات ، والتي تعزى للمتغيرات الديموغرافية ( الجنس ، السن ، نوع مادة التعاطي ، طريقة التعاطي ) ؟

#### **4. أهمية الدراسة:**

تكتسب الدراسة الحالية أهمية كبيرة على المستويين النظري والتطبيقي ، ومصدر هذه الأهمية يتمثل بالنقاط التالية:

##### **1.4.1. الأهمية العلمية:**

- 1- تكمن أهمية الدراسة الحالية من خلال أهمية المشكلة وطبيعة الشريحة التي تتناولها .
- 2- المساهمة في إضافة بعض الحقائق النظرية لمجموعة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع وسناحول إظهارها في هذه الدراسة .
- 3- تسلیط الضوء على طبيعة العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي .
- 4- تسلیط الضوء على المتغيرات الديموغرافية التي ترتبط بنوع المخدر وطرق التعاطي وأساليب الحصول عليها .

##### **2.4.1. الأهمية التطبيقية:**

تتلخص فيما سوف تتوصل إليه الدراسة من نتائج ، وما تطرحه من توصيات ، ربما تعزز سبل وإمكانية معالجة أوجه القصور التي ربما تعرّض الطريق أمام فعالية البرامج الوقائية والعلاجية المختلفة ، وتحلّل المجال لمزيد من الدراسات النفسية والاجتماعية المعمقة من وجهة نظر المتعاطين التي قد تساهم في علاج هذه المشكلة المعقدة ، والحد من انتشارها ، خاصة وأن الدراسة الحالية تناولت وجهة نظر المتعاطي عن الأسباب والعوامل التي تدفع الشباب للتعاطي ، وبالتالي فإنها استطاعت لصاحب المشكلة ليشرح معاناته ومشاكله النفسية والاجتماعية التي دفعته للإدمان والتعاطي بطريقة علمية ، وينطبق على هذه الدراسة المثل الشعبي القائل " إسأل مجريب ولا تسأل طيب ".

## 5. أهداف الدراسة:

في تصور الباحث أنه يجب التفريق بين مجموعتين من العوامل المرتبطة بالظواهر النفسية والاجتماعية ، وهما مجموعة العوامل الدافعة ومجموعة العوامل المهيأة ، فالإنسان لا يقدم على ارتكاب سلوك غير سوي إلا إذا كان لديه استعداد كامن لإرتكاب هذا السلوك ، والذي يمكن أن نطلق عليه الأرضية الخصبة للإنحراف ، أما مجموعة العوامل الدافعة فيمكن أن نطلق عليها المناخ وهي تختلف من شخص لآخر ولا يمكن للإنسان أن يتبنى أو يمارس الأنماط السلوكية المنحرفة إلا بوجود تلك الأرضية الخصبة للإنحراف وهي (العوامل المهيأة) وتعني الإستعداد السابق أو الكامن سواء تمت سميتها (بالميل الإجرامي ، أو عناصر النواة المركزية للشخصية الإجرامية ، أو العامل الذهني ) ، وأن هذا الإستعداد نفسه لا يكفي في حد ذاته للإتجاه نحو تعاطي المخدرات إلا بتوافر المناخ المناسب ( العوامل الدافعة ) سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو سياسية.

**تهدف الدراسة الحالية إلى التالي:**

- 1- التعرف على طبيعة تأثير العوامل الشخصية أو الفردية على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي .
- 2- التعرف على طبيعة تأثير العوامل الاجتماعية التالية ( الأسرة - جماعة الرفاق - وسائل الإعلام - المجتمع ) وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي .
- 3- التعرف على طبيعة الفروق بين أفراد العينة في تعاطي المخدرات تعزى للمتغيرات الديموغرافية ( الجنس - السن - مادة التعاطي - طريقة التعاطي ).

## 6. مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

### 6.1. العوامل:

**العامل :** هو المجموعة التي يرتبط بعضها ببعض والتي تنظم في نسق معين حيث تؤدي في مجموعها إلى إحداث نتيجة.<sup>(4)</sup>

وجاء في ( مصطلحات العلوم الاجتماعية، 1988)<sup>(5)</sup> أن مفهوم "عامل" هو: متغير متميز نسبياً، يمكن تحديده عن طريق التحليل الإحصائي ويتألف من مقاييس مترابطة إلى درجة كبيرة.

<sup>(4)</sup> عذان الدوري، 1984 ، ص 60 .  
<sup>(5)</sup> محمد الجوهرى، 1988 ، ص 175 .

ويقصد بالعوامل في الدراسة الحالية : مجموع العوامل الشخصية التي تعود للفرد ذاته ، والعوامل الاجتماعية المتمثلة ( الأسرة - الرفقة - وسائل الإعلام - المجتمع ) التي قد تدفع الفرد لتعاطي المخدرات .

## ٦.٢. العوامل الشخصية أو الفردية:

هي مجموعة العوامل الفردية التي تتعلق بالشخص ذاته من الناحية النفسية والعلقانية والسلوكية ، والتي يمكن أن يكون لها دوراً بارزاً في تعاطي المخدرات ، لأن الإدمان على المواد النفسية في الغالب يرجع إلى اضطرابات كامنة في شخصية الفرد ، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ماهي إلا عوامل مساعدة لظهور تلك الاضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ أو منحرف.

وقد أشار "حيي الرخاوي (1993)" أن "المدمن عادة ما يقبل على الإدمان باعتباره إجهاماً للمرض قبل أن يكون إعلاناً لمرض بديل" ، فكان الإدمان من هذا المنطلق هو بديل المرض النفسي أكثر منه مريضاً في حد ذاته . وعن نوع هذا المرض يشير "أحمد عكاشه ( 1998 ) " إلى أن المدمنين يعانون من مرض نفسي مثل القلق والإكتئاب، ويحاولون علاج أنفسهم بعيداً عن الذهاب لطبيب نفسي حتى لا يصفهم الآخرون بالجنون.<sup>(6)</sup>

ويشير نوينسكي(Nowinski) (1990) إلى أن عامل الضغوط يلعب دوراً كبيراً في تعاطي المراهقين للمواد المخدرة ، وتمثل أعراض الضغوط في العصبية ، القلق ، سرعة الإستثارة ، الهياج ، الأرق ، صعوبة التركيز ، اضطراب النوم ، اضطراب الشهية وتعاطي مادة تهويضية.<sup>(7)</sup>

وعليه فإن أكثر الإضطرابات تسبباً في تعاطي المواد النفسية والإدمان عليها في الغالب القلق والإكتئاب ، واضطرابات الشخصية ، واضطرابات النوم ، وفي رأي " خنتريان (1985) " أن اختيار العقار أو المادة التي تستخدم يتم بناءً على قدرتها على ضبط حالات وجاذبية معينة، فبعض المدمنين يستخدمون العاقفيـر المنشطة للتعامل مع الإكتئاب والضجر أو الخوف ، بينما آخرون يستخدمون المهدئـات لعلاج أخطار الغضـب أو الهـياج.<sup>(8)</sup>

<sup>(6)</sup> حسين فايد ، 1992 ، ص 227.

<sup>(7)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 142.

<sup>(8)</sup> محمد السيد عبدالرحمن ، 1999 ، ص 68.

## وتعرف العوامل الشخصية أو الفردية إجرائياً:

بأنها مجموعة العوامل الشخصية التي تعود للفرد ذاته من الناحية النفسية أو العقلية أو السلوكية وتكون سبباً في الإتجاه نحو تعاطي المواد النفسية من وجهة نظر المتعاطي.

### ٦ . ٣ . العوامل الاجتماعية:

هي العوامل المجتمعية التي تؤدي إلى إحداث نتائج سلبية أو إيجابية أو تكون ممهدة لنشوء ظاهرة اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو غيرها أو تطورها أو استمرارها.

أو مجموعة من العوامل ذات الطابع الاجتماعي مثل البيئة والأصدقاء والمدرسة والحي وكلها عوامل تسهم في تكوين الدافع والسلوك الإجرامي لدى أحد أفراد المجتمع.

ولقد تم التركيز في الدراسة الحالية على العوامل الاجتماعية التالية:

#### **١- العامل الأسري:**

الأسرة هي المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الصغير أولى علاقاته الإنسانية ولذلك كان لأنماط السلوك الاجتماعي الذي يتعلمه الصغير في محيطها قيمة كبرى في تكيفه الشخصي والاجتماعي، ويمكن القول أن كثير من مظاهر السلوك المنحرف يمكن ارجاعها بسهولة إلى نوع العلاقات الإنسانية التي سادت بين أفراد الأسرة في سنوات حياة الطفل الأولى ، فالبيئة المحيطة بالأبناء بما في ذلك أسلوب معاملة الآباء والأمهات تعتبر حجر الزاوية في تشكيل شخصية هؤلاء الأبناء وتكوين اتجاهاتهم وميولهم وقيمهم ومسؤولياتهم الاجتماعية تجاه النفس والوطن.

**ومن العوامل التي تجعل للأسرة دوراً هاماً في حياة الفرد:**

**أولاً:** طول فترة طفولة الوليد البشري ، مما يعطي الأسرة الوقت الكافي لتعليم الطفل ما ترید سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

**ثانياً:** المرونة التي يولد بها الطفل البشري ، حيث يتميز الطفل البشري بأنه على قدر كبير من المرونة والقدرة على تعلم واكتساب مهارات متعددة.

**ثالثاً:** عجز الطفل البشري، خلال فترة طفولته منذ الولادة وحتى البلوغ يكون الطفل البشري عاجزاً على أن يعيش بمفرده ، أو أن يعتمد على نفسه اعتماداً كلياً ، ولذلك يصبح في

حاجة دائمة إلى الآخر سواء الأم أو الأب أو الأخوة الأكبر ف تكون الفرصة لتعلم أنماط سلوكية من هؤلاء.<sup>(9)</sup>

## 2- جماعة الرفاق:

تعد جماعة الرفاق أو الأقران أو الصحبة من أبرز وسائل التربية والتنشئة الاجتماعية ، وأحد العوامل الاجتماعية التي تلعب دوراً هاماً في النمو الاجتماعي والنفسي والعقلي للفرد ، لما لها من تأثير على شخصية الأبناء بعد الأسرة ، ومما يقوى من تأثير هذه الجماعة على الشخصية التشابه والتجانس بين أفرادها من حيث العمر والأهداف والميول والإتجاهات ، وكل ذلك يؤدي إلى تقوية وتعزيز قدرتها وتأثيرها على تشكيل سلوك الفرد ، ويزداد تأثير هذه الجماعة في مرحلة المراهقة لتحول بالنسبة للمراءح كجماعة مرجعية بديلة للأسرة ، يبني معاييرها وقيمها وإتجاهاتها ، وقد وجد بعض الباحثين أن جماعة الرفاق قد تكون البديل للأسرة في بعض الأحيان خصوصاً بالنسبة للجانحين المنحرفين.

تعرف جماعة الرفاق إجرائياً على أنها الجماعة التي تتكون من أصدقاء المتعاطي الذين يتقاربون في أعمارهم وميولهم و هوبياتهم ، كما أنها الجماعة المرجعية التي ينسب إليها الفرد سلوكه الاجتماعي ويقيمه في إطار معاييرها وقيمها وإتجاهاتها وأنماط سلوكها المختلفة.

## 3- وسائل الإعلام:

الوسيلة لغة: التوصل إلى الشيء برغبة ، وهي أخص من الوصلة لتضمنها معنى الرغبة، قال تعالى: { وَابْنُوا إِلَيْهِ الْوَسِيلَةَ } سورة المائدة الآية 35 ، وحقيقة الوسيلة إلى الله تعالى مراعاة سبيله بالعلم والعبادة ، وتحري مكارم الشريعة وهي كالقربة ، والواسل الراغب إلى الله تعالى.<sup>(10)</sup>

واصطلاحاً: وسائل الاتصال الحديثة هي أدوات لنشر كافة أنواع المعلومات عن طريق الوسائل الإلكترونية.

الإعلام لغة: أعلنته وعلمه في الأصل واحد إلا أن الإعلام اختص بما كان بإخبار سريع ، والتعليم اختص بما كان بتكرار وتكرار حتى يحصل منه أثر في نفس المتعلم.<sup>(11)</sup>

التعریف الإجرائي لوسائل الإعلام: هي كل وسائل الاتصال والنشر التي تهم بنقل كافة المعلومات من طرف إلى طرف آخر.

<sup>(9)</sup> مصطفى تركي، 1974.

<sup>(10)</sup> راغب الأصفهاني المفردات في غريب القرآن ، ص 821.

<sup>(11)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 513.

وهذا التعريف يشمل كل صور الإعلام المتدالوة في وسائل الإعلام ( الصحافة - الكتاب - المجلة - الإذاعة - التلفزيون - السينما - الإنترنت - أشرطة التسجيل الكاسيت ، والأقراص المدمجة (السيديات) - ألعاب الفيديو - الهاتف الثابت - الهاتف المحمول - وسائل التواصل الاجتماعي المختلفة ) .

#### 4- المجتمع:

ليس هنا كتعريف محدد ومقبول لمصطلح المجتمع إلا أنه في المعنى العام يعني مجموع العلاقات الاجتماعية بين الناس ، أو هو كل تجمع للكائنات الإنسانية من الجنسين ومن كل المستويات العمرية يرتبطون معًا داخل جماعة اجتماعية لها كيان ذاتي ونظمها وثقافتها المتميزة .

وهنا كمن يرى أن المجتمع هو جماعة من الناس لهم ثقافة مشتركة ومتميزة تحتل حيزاً إقليماً محدداً ، وتتنعم بشعور الوحدة ، وتنظر إلى ذاتها ككيان متميز، ويشبهه المجتمع كل الجماعات الأخرى في اشتغاله على بناء من أدوار مترابطة ، وسلوك محدد تفرضه المعايير الاجتماعية ، ومع ذلك فإن المجتمع يعتبر نموذجاً خاصاً لجماعة تتميز بنسق اجتماعي شامل ينطوي على جميع المؤسسات الاجتماعية الأساسية الازمة لمواجهة الحاجات الإنسانية الضرورية ، ويتميز المجتمع كذلك بإستقلاله ، ليس بمعنى أنه مكتفٍ بذاته من الناحية الاقتصادية إكتفاءً ضرورياً ، وإنما يعني إبطاؤه على جميع أشكال التنظيم الازمة لبقاءه واستمراره فترة طويلة من الزمان .<sup>(12)</sup>

#### 4. 6. تعريف المخدرات:

مصطلح المخدرات يستعمل للدلالة على بعض المواد التي لها تأثير نفسي وجسدي على الإنسان ، و يؤدي في الغالب إلى تخديره وزوال عقله وتعطل إدراكه وتأثير في حواسه المختلفة ، وهذه المواد قد تستخدم إيجابياً في أغراض طيبة كالتخدير قبل العمليات الجراحية أو كعلاج مسكن للأمراض المزمنة ، وفي الوقت ذاته قد تستخدم سلبياً للهروب من الواقع ، أو لمجرد التسلية والبحث عن النشوة ، ولهذا فإن تعاطيها دون إشراف طبي له نتائج وخيمة وخطرة على الشخص ذاته وعلى أسرته ، و يمتد خطرها ليشمل المجتمع وأمنه الاجتماعي والاقتصادي والصحي .

. 451-450 ، ص 1985 ، محمد علي محمد .<sup>(12)</sup>

## المخدر لغة:

مشق من الخدر.. وهو ستر يُمد للجارية في ناحية البيت ، والمُخدر والخدر: الظلمة، والخدرة: الظلمة الشديدة، والخادر: الكسلان ، والخدر من الشراب والدواء: فتور يعتري الشارب وضعف.

وجاء في قواميس اللغة العربية المختلفة بأن المخدر هو: كل ما يؤدي إلى الكسل والفتور والاسترخاء والتقل في الأعضاء ، وينع الالم كثيراً أو قليلاً ، وهي في اللغة تطلق على الأفيون لأن المادة الأكثر تواجهاً منذ القدم.

وتتجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد اتفاق شامل بين الهيئات والمنظمات الرقابية والصحية أو حتى الاتفاقيات حول تعريف موحد لمفهوم المخدرات ، لذلك فقد تعددت الآراء حول تعريف المخدرات تعريفاً دقيقاً ، فقد عرفتها لجنة المخدرات بالأمم المتحدة بأنها: كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على عناصر منومة أو مسكنة ، من شأنها عند استخدامها في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها ، مما يضر بالفرد والمجتمع جسمانياً ونفسياً واجتماعياً.

وُعرفت كذلك على أنها: " كل مادة ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك بصفة مؤقتة ، وتحدث فتوراً في الجسم ، وتجعل الإنسان يعيش في خيال واهم طوال فترة وقوعه تحت تأثيرها".<sup>(13)</sup>

وقد ميز علماء السموم Toxicology بين مفهوم العقار Drug ومفهوم المخدر Narcotic ، حيث أن العقار : هو أية مادة طبيعية أو مصنعة إذا تناولها الكائن الحي أدت إلى تغيير وظيفة أو أكثر من وظائفه الفسيولوجية ، وأما المخدر : فهو العقار الذي يؤدي تعاطيه إلى تغيير حالة الكائن الحي المزاجية ، وهم يرون بأن كل مادة مخدرة عقار ، بينما ليس كل عقار مادة مخدرة ، والمخدرات هي كل المواد المدرجة في قوائم الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية.

وتشتمل كلمة " المخدرات" من قبل رجال الأمن والقانون بطريقة فضفاضة ليشمل مجموعة كبيرة من العاقير يختلف تأثيرها ويتباين مفعولها من عقار لآخر ومن مجموعة لأخرى ، بينما يأتي استخدام مصطلح المخدر في العلوم الطبية والصيدلانية بصورة محددة

<sup>(13)</sup> عبد الرحمن عبدالقادر ، 1984 ، ص 9.

بحيث لا يتضمن هذا المفهوم سوى الأفيون ومشتقاته مثل المورفين والهيروين والكودائين ، أما الأطباء والصيادلة وغيرهم من لهم علاقة بالعقاقير فهم يستخدمون لفظاً آخرأً يشمل العقاقير المختلفة وهو سوء استعمال العقاقير "Drug Abuse" والذي يعرف بأنه أي استخدام لأي عقار لا يتوافق مع ما هو مقبول طبياً واجتماعياً وقانونياً في مجتمع معين.

**التعريف الاجرائي للمخدرات:**المخدرات هي المواد ذات التأثير النفسي والتي تحدث حالة من الاعتماد ( الجسدي أو النفسي أو كليهما ) ، سواء كانت طبيعية أو مصنعة أو مستحضره كيميائياً ، والتي إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو ( الصناعية الموجهة ) فإنها تؤدي إلى فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة ، وبؤدي تعاطيها إلى الإضرار بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للفرد والمجتمع.

## **5.6. التعاطي:**

**التعاطي في اللغة:**

ورد في " لسان العرب لابن منظور"<sup>(14)</sup> والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله .

وفي معجم الرائد<sup>(15)</sup>، ورد تعريف التعاطي بأنه الشيء تناوله ، وهو يتعاطى الخمر، وتعاطى الشاربون الكأس ، أخذها كل واحد منهم بدوره.

**التعاطي اصطلاحاً:**

بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنصور عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين الـ-IV DSM ، يعرّف "تعاطي المواد نفسية التأثير" بأنه "نمط من أنماط الاستعمال سيئة التكيف يُعبر عنه بـ ... الاستمرار في الاستعمال رغم المعرفة بمواجهة مشاكل اجتماعية أو مهنية أو سيكولوجية أو بدنية - مستمرة أو متكررة - تترجم أو تتفاقم عن طريق استعمال [أو عن طريق] الاستعمال المتكرر، في حالات يكون فيها خطراً من الناحية البدنية".

**التعريف الاجرائي للتعاطي:** في هذه الدراسة يقصد بالتعاطي " تناول مواد ذات تأثير نفسي للحصول على آثارها المسكنة أو المنشطة أو المهدئة وإن لم يصل إلى حالة الاعتماد النفسي والجسدي أو كليهما .

<sup>(14)</sup> ابن منظور ، 1996 ، ص: 24.

<sup>(15)</sup> جبران مسعود ، 1996 .

**التعريف الإجرائي للمتعاطي:** هو الشخص الذي تم القبض عليهم من قبل الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في قضايا حيازة وتعاطي مواد مخدرة وقبل الإفراج عنه ، بعض النظر عن كونه وصل إلى درجة الاعتماد النفسي أو الجسدي أو لم يصل إلى تلك المرحلة.

### **7.1 . حدود الدراسة:**

#### **7.1.1 . الحدود الموضوعية:**

وهي تتمثل في دراسة العوامل الشخصية و الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي .

#### **7.2 . الحدود البشرية:**

تتمثل في الأشخاص الذين تم القبض عليهم من قبل الأجهزة الأمنية في الكويت بتهم حيازة مواد مخدرة بقصد التعاطي ، وتم التحفظ عليهم في الإدارة العامة لمكافحة المخدرات.

#### **7.3 . الحدود المكانية:**

تقع الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في منطقة صباحان ، وهي أحد الأجهزة الأمنية المعنية بمكافحة المخدرات في دولة الكويت ، وتتبع لقطاع الأمن الجنائي بوزارة الداخلية ، وقد أنشأ أول مكتب لمكافحة المخدرات بإدارة أحد الضباط لمتابعة قضايا الخمور والمخدرات في عام 1962، وفي أواخر السبعينيات طور المكتب ليصبح إدارة تتبع الإدارة العامة للمباحث الجنائية ، وفي تاريخ 31/5/2006 تم إنشاء الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بالقرار الوزاري رقم 614/2006 لتتبع قطاع الأمن الجنائي .

#### **7.4 . الحدود الزمنية:**

تم إجراء الدراسة خلال الفترة من شهر يوليو 2017 م إلى منتصف شهر فبراير 2018 م.

## الفصل الثاني

### المخدرات .. المفاهيم والمصطلحات والعوامل

تمهيد.

أولاً: المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالمسكرات والمخدرات.

ثانياً: المصطلحات الحديثة المرتبطة بتعاطي المخدرات أو الكحول أو المواد الكيميائية أو المواد ذات التأثير النفسي.

ثالثاً: العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات.

العوامل الشخصية والإجتماعية المرتبطة  
بتناقض المخدرات من وجهة نظر المتعاطي

## **تمهيد:**

بعد الإيمان على المخدرات آفة اجتماعية خطيرة رافقت البشرية منذ القدم وتطورت بتطورها ، وأصبحت من إحدى المشكلات المعاصرة التي تمثل قمة المعاناة والأسوة التي وصلت إليها المجتمعات الإنسانية ، فاجتاحت العالم بأسره ، وانتشرت بين زمر وجماعات متباعدة : فقيرة وغنية ، ريفية وحضرية ، وبين الأفراد : صغاراً وكباراً ، ذكوراً وإناثاً ، ثم بدأت بالانتقال من إقليم إلى آخر زراعةً وتصنيعاً وتعاطياً وإدماناً ، وما النداءات العالمية التي تتعالى ، سواء من خلال الاتفاقيات التي تبرم ، و المؤتمرات الدولية التي تعقد ، والبحوث والدراسات الاجتماعية التي تجرى بصفة دورية ؛ إلا دلائل واضحة على حدة المشكلة وشموليتها ، ومايزيد من خطورتها كونها تصيب الفئة الفعالة في المجتمع ، وهي فئة الشباب التي تعد أساس الإنتاج وعماد التنمية ، هذا ناهيك عن آثارها النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية السلبية ، سواء بالنسبة للمدمن نفسه ( الانتحار البطيء ) ، أو بالنسبة للأسرة أو للمجتمع بشكل عام.

## **أولاً: المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالمسكرات والمخدرات:**

### **تعريف المخدرات:Narcotics**

لا يوجد تعريف واضح وجامع يتفق عليه العلماء حول المفاهيم الخاصة أو المتعلقة بالمخدرات نظراً للتداخل في معنى الكلمة وفي تحديد ما هو مخدر وما هو ليس بمخدر، وكذلك لاختلاف النظرة إليها فيختلف تعريفها اللغوي عن التعريف القانوني والتعريف العلمي ، كما أن هناك اختلاف بين الدول من حيث تعريف المخدر وما يتربى على ذلك من تجريم للمخدر أو منعه أو السماح به .

ويعد التعريف الإسلامي أو الشرعي هو التعريف الأدق والأشمل إذ أنه جمع كل المؤثرات العقلية والمخدرات تحت مسمى واحد هو الخمر ، لقوله صلى الله عليه وسلم " كل مسكر خمر ، وكل مسكر حرام " وفي رواية " كل مسكر خمر ، وكل خمر حرام " ، وهذا التعريف الجامع المانع يقوم في الأصل على نصوص شرعية قطعية من الكتاب والسنة المطهرة ، وقد عالج موضوع المؤثرات العقلية بشكل عام من زاوية تأثيرها على العقل والجسد بغض النظر عن تركيبها الكيميائي أو شكلها أو طرق تعاطيها ، فجميع هذه المواد المخدرة تتدرج تحت مسمى الخمر أو المسكر ، وبالتالي فالخمر من الناحية الشرعية " كل ما غطى العقل ، وأثر في الإدراك أو الحواس سواء أدى للنشوة والطرب أو لم يؤد إلى ذلك " .

وقد تم الإتفاق بين العلماء المسلمين في إدارة البحث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد في المملكة العربية السعودية ، ضمن فعاليات المؤتمر الإقليمي السادس للمخدرات عام 1973م على أن "المخدر هو كل ما يشوش العقل أو يثبطه أو يخرقه أو يغير في تفكير وشخصية الإنسان - الذي كرمه الله وخلقه في أحسن تقويم - إلى الأسوء".<sup>(16)</sup>

#### تعريف المخدرات في اللغة:

**المخدرات في اللغة** جمع مخدر ، والخدر ستر يمد للجارية من ناحية البيت وجاء الخَدَر بمعنى غشاء يُعطي به الرِّجل واليد والجسد وجاء أيضاً بمعنى الفتور الذي يعتري العين ، أو تقل فيها أو فتور أو ضعف يعتري الشارب من الماء والدواء.

**وجاء في القاموس المحيط** ، ( مادة خدر ) بأنها مأخذ من الخدر وهو الكسل والفتور والاسترخاء ، يقال خدر خدراً : عراه فتور واسترخاء ، والخدر من الظباء : الفاتر العظام ، والخادر الفاتر الكسان.

**والخدر من الشراب والدواء** : فتور يعتري الشارب وضعف ، والخدر في العين فتورها وقيل تقل فيها من قذى أصابها ، ويقال كذلك خدر اليوم : اشتد حره وسكن ولم يتحرك فيه نسيم ( لسان العرب ، القاموس المحيط ، مادة خدر ).

**ومن معاني الخدر كذلك الضعف والكسل ، والمطر ، والظلمة ، والسير ، والغموض ،**  
وسمى بذلك لأنه يلجئ الناس للتذر في بيوتهم.<sup>(17)</sup>

وقد وردت عدة تعريفات أخرى للفظ المخدرات منها ما يلي:

1- "هي ما غيب العقل والحواس دون أن يصبح ذلك نشوة أو سرور".<sup>(18)</sup>

2- "هي تغطية العقل لا مع الشدة ، لأنها من خصوصيات المسكر المائع".<sup>(19)</sup>

3- "ما يغطي العقل دون حدوث طرب أو عربدة أو نشاط".<sup>(20)</sup>

4- "هي مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة ، وقد ينتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة".<sup>(21)</sup>

.41 محمد البار، 1989، ص .(16)

.109 ابن منظور ، ص .(17)

.217/1 الفروق لقرافي ، .(18)

.الزوابجر لابن حجر الهيثمي .(19)

.129 عن المعبد للظفيم أبيادي ، 10/10 .(20)

.25/2 وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية الكويتية "الموسوعة الميسرة" ، .(21)

وذكر الإمام القرافي في "الفرق" بأن المسكر : هو الذي يغطي العقل ولا تغيب عنه الحواس ... والمرقد هو المشوش للعقل كالحشيش والأفيون وسائر المخدرات التي تثير الخلط الكامن في البدن.<sup>(22)</sup>

### تعريف المخدرات اصطلاحاً:

اشتق كلمة مخدرات من الكلمة اليونانية (Mark) ومعناها النوم ، وقد كان سوء استخدام الأفيون هو المظهر الأساسي للإدمان في العصور القديمة ، ولعل هذا هو الذي حدد الإصطلاح ، فالأفيون يؤدي إلى حالة من الاسترخاء والنوم ، أما الإصطلاح الحالي للمخدرات فإنه يضم أنواعاً أخرى من العقاقير شديدة التأثير مثل الكوكايين ، مع أنها لا تؤدي إلى الاسترخاء والنوم ، وإنما تعطى تأثيراً مغايراً تماماً.

وقد تعددت الآراء حول تعريف المخدرات تعريفاً دقيقاً ، فقد عرفتها لجنة المخدرات بالأمم المتحدة بأنها : كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على عناصر منومة أو مسكنة ، من شأنها عند استخدامها في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والمجتمع جسمانياً ونفسياً واجتماعياً.

وعرفت كذلك على أنها " كل مادة ينتج عن تعاطيها فداناً جزئيًّا أو كليًّا للإدراك بصفة مؤقتة ، وتحدث فتوراً في الجسم ، وتجعل الإنسان يعيش في خيال واهم طوال فترة وقوعه تحت تأثيرها".<sup>(23)</sup>

وبناء عليه فإن المدر: هو العقار الذي يؤدي تعاطيه إلى تغيير حالة الكائن الحي المزاجية ، وهم يرون بأن كل مادة مخدرة عقار ، بينما ليس كل عقار مادة مخدرة ، والمخدرات هي كل المواد المدرجة في قوائم الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية.

### تعريف المخدرات والمؤثرات العقلية وفقاً للاتفاقيات الدولية:

عرفتها الإنقاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961م وتنك الإنقاقية بصياغتها المعبدة ببروكول 1972 في المادة (1/ى) التي نصت على أن "المدر" هو كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المدرجة في الجدولين الأول والثاني. وفي المادة (1/ش) نصت الإنقاقية على أنه "يقصد بتعابير "الجدول الأول" و"الجدول الثاني" و"الجدول الثالث" و"الجدول الرابع"

(22) الفرق للقرافي ، 217/1 .

(23) عبد الرحمن عبد القادر، 1984 ، ص 9 .

قواعد المخدرات أو المستحضرات التي تحمل هذه الأرقام والمرفقة بهذه الاتفاقية ، بصيغتها المعدهلة من حين إلى آخر وفقاً لأحكام المادة 3 .

كما عرفتها اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988: في المادة (1/ن) بنصها "يقصد بتعبير المخدر أية مادة طبيعية كانت أو اصطناعية ، من المواد المدرجة في الجدول الأول والجدول الثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 ومن تلك الاتفاقية بصيغتها المعدهلة ببرتوكول سنة 1972 المعدل للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961".<sup>(24)</sup>

أما الاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1994 فقد عرفت المخدر في المادة (17/1) بأنه "أية مادة طبيعية كانت أو مصنعة، من المواد المدرجة في القسم الأول من الجدول الموحد" وفي المادة (7/1) عرفت الجدول الموحد بأنه : "الجدول العربي الموحد للمخدرات والمؤثرات العقلية والأخوذ عن اتفاقيات الأمم المتحدة وتعديلاتها".<sup>(25)</sup>

#### تعريف المؤثرات العقلية:

عرفت اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 في المادة (1/هـ) بنصها على أنه "يقصد بتعبير المؤثرات العقلية كل المواد سواء أكانت طبيعية أو تركيبية ، وكل المنتجات الطبيعية المدرجة في الجداول الأول أو الثاني أو الثالث أو الرابع". وفي المادة (1/ز) نصت الاتفاقية على أنه "يقصد بعبارات "الجدول الأول" و"الجدول الثاني" و"الجدول الثالث" و"الجدول الرابع" قوائم المؤثرات العقلية التي تحمل هذه الأرقام والمرفقة بالاتفاقية الحالية بصيغتها المعدهلة وفقاً للمادة 2".<sup>(26)</sup>

كما عرفتها اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988م في المادة (1/ص) بنصها "يقصد بتعبير "المؤثرات العقلية" أية مادة طبيعية كانت أو اصطناعية، أو أية منتجات طبيعية مدرجة في الجدول الأول والثاني والثالث والرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 م".

(24) اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988 ، مطبوعات الأمم المتحدة ، نيويورك ، 1991.

(25) الاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1994 ، مطبوعات جامعة الدول العربية.

(26) اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 ، مطبوعات الأمم المتحدة ، نيويورك ، 1979.

أما الإنفاقية العربية لمكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1994م ، فقد عرفت المؤثرات العقلية في المادة ( 20 / 1 ) بنصها على أن " المؤثرات العقلية : أية مادة طبيعية كانت أو مصنعة أو أية منتجات طبيعية مدرجة بالقسم الثاني من الجدول الموحد".

أما التعريف الطبي : المخدرات هو مواد كيميائية تسبب النعاس والنوم ، أو غياب الوعي ، المصحوب بتسكين الألم وهي ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narcosis التي تعني يخدر أو يجعله مخدراً.

**التعريف القانوني:** المخدرات مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان ، وتسنم الجهاز العصبي ، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص لهم ذلك.

**التعريف الاجتماعي:** المخدرات كلما يشوش العقل ، أو يثبطه ، أو يخدره ، ويغير في تفكير وشخصية الفرد ، وهناك فرق بين التعود والإدمان ، فالإعتياد أو التعود مرحلة تؤدي إلى الإدمان وهي حالة اشتياق لتعاطي عقار معين ومن خصائصها وجود رغبة قهريّة لدى المتعود بالتمادي والاعتياض ، والتعود هو أول خطوة نحو الإدمان ، أما الإدمان فهو الاعتماد على المادة المخدرة اعتماداً تماماً نفسياً وجسدياً بحيث تصبح الحاجة إليها حاجة ملحة قهريّة بل تفوق لديه أهمية المأكل والمشرب.

**التعريف الفقهي:** لقد فرق الفقهاء بين المخدر والمفتر والمسكر فقالوا :

\* **المرقد:** ما غيب العقل والحواس ، دون أن يصبح ذلك نشوة وسرور.

\* **المفسد:** وهو المشوش للعقل ، مثل الحشيش والأفيون.

\* **المخدر :** كل مادة تعمل على تعطيل أو تغيير الإحساس في الجهاز العصبي لدى الإنسان أو الحيوان ، وذلك من الناحية الطبية ، أما من الناحية الشرعية فهي كل مادة تقود الإنسان إلى الإدمان وتؤثر على الجهاز العصبي .

وقد عرف العلماء قدیماً أنواعاً محدودة من المخدرات ، منها ما هو مسكر ومنها ما هو مرقد ، ومنها ما هو مفسد أو مشوش للعقل ، ولذلك ذكر الإمام القرافي - رحمه الله - في "الفرق" الفرق بين هذه الأنواع الثلاثة حيث قال :

**فالمسكر:** هو الذي يغطي العقل ولا تغيب معه الحواس ، ويتخيل صاحبه كأنه نشوان مسرور قوي النفس شجاع.

**والمرقد:** هو المشوش للعقل ، كالحشيش ، والأفيون ، وسائر المخدرات.

**المفتر:** هو الذي يثير الخلط الكامن في البدن ، ولذلك يختلف أوصاف مستعمليها ، فتحدث حدة لمن كان مزاجه صفراً وياً ، وتحدث سباتاً وصمتاً لمن كان مزاجه دموياً ، فتجد من متداوليها من يشتت بكاؤه ومنهم من يشتت صمته ، ومنهم من يعظم سروره وانبساطه.

لقد كانت هذه بعض تعاريف المخدرات التي تضمنتها مجموعة من المراجع ... وأنها تصب في منحى واحد هو أن المخدرات بشتى أنواعها تحدث الفتور وتعطل وظيفة العقل.

#### **الإدمان:** Addiction

الإدمان لعبة شيطانية وعدوانية لا شعورية يحاول فيها المدمن أن ينتقم من الأهل في شخص ذاته ، وهو لعبة تدمير الذات ( بدون شعور ) بغرض كسب عطف الآخرين وإجبارهم على الاهتمام به ، فهو يحطم ذاته مقابل الحصول على الحب والحنان من الغير.

الإدمان لا يمثل المرض ، وإنما هو عرض لمرض أصاب الأسرة ، وبالتالي فإن إدمان أحد أفراد الأسرة ، ما هو إلا مؤشر لخلل في وحدة الأسرة وبنائها ووظائفها ، ومؤشر للقسوة أو نقص التفاعل الاجتماعي ، ونقص الحب والاهتمام.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان على المخدرات عام 1950 م كالتالي:

إدمان المخدرات هو حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع ، وتنتج عن تكرار تعاطي مخدر طبيعي أو مصنوع ، وفي أوائل السبعينيات أوصت منظمة الصحة العالمية بإسقاط مصطلح "الإدمان" وأحلت محله مصطلح "الاعتماد" ، ولذلك استبدلـت منظمة الصحة العالمية مصطلحي "الإدمان" ، و "التعود" بمصطلح "الاعتماد على المخدرات" ، واتخذ المصطلح الجديد خصائص المصطلح القديم.

وقد ذكر تقرير اللجنة المكلفة بالمخدرات وتعاطيها ، أن لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمكلفة بالمخدرات المسيبة للإدمان ، قد أوصت بأن تحل عبارة "الاعتماد على المخدرات" محل مصطلح "الإدمان" وأنه يجب استعمال هذا المصطلح بالعلاقة مع نوع

محدد من المخدرات ، ولذا فقد صيغ تعريف منظمة الصحة العالمية عام 1964 على النحو التالي:

"إدمان المخدرات هو حالة من الاعتماد النفسي أو الجسمي أو كليهما ناجمة عن تعاطي الشخص للمخدر بصورة دورية متواصلة."

وتحتفل خصائص تلك الحالة باختلاف المادة المسببة لها، وعليه يجب توضيح كل حالة بتخصيصها بنوع معين من الاعتماد على المخدر، مثل الاعتماد على مخدر من المورفين أو نوع المنشطات أو غير ذلك.

#### خصائص الإدمان:

- 1- رغبة ملحة أو حاجة قهريّة للاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأي طريقة.
- 2- ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.
- 3- اعتماد نفسي (سيكولوجي) وجسماني بوجه عام على آثار العقار.
- 4- تأثير ضار مؤذٍ للفرد والمجتمع.

ولا يقصد بكلمة الإدمان **Addiction** على عقار ما ، مجرد الاعتياد أو طول مدة الاستعمال وإنما تعني تكوين عادة قوية وملحة ، تدفع المدمن للحصول على العقار ، وبأي وسيلة مع زيادة في الجرعة من وقت لآخر ، مع صعوبة قد تصل إلى حد الإستحالة في الإقلاع عنه ، وذلك للاعتماد النفسي والعضوی على العقار، ولهذا يطلق على الإدمان كلمة الاعتماد على العقار (**Drug Dependence**) وليس كل العاقير مسببة للإدمان ، فهناك عاقير مهما تعاطاها الفرد ، فإنه يستطيع أن يتمتع عنها في أي وقت ، وثمة عاقير أخرى لو استخدمها الفرد مدة كافية ، لا يستطيع الإقلاع عنها ، بل يشعر برغبة شديدة في تناولها ، وبضطر إلى زيادة الجرعة من وقت لآخر .

وفي التصنيف التشخيصي للأمراض النفسية عام 1979م عرف الإدمان على العاقير

بالتالي :

الإدمان هو حالة من التسمم المزمن الذي ينتج عن التعاطي المتكرر لعقار ما ، وهذه الحالة تتميز بالاعتماد النفسي والفيزيائي على مفعول هذا العقار ، وتوجد معها رغبة عارمة أو احتياج قهري للاستمرار في تعاطيه والحصول عليه بأي وسيلة ، وكما يوجد أيضاً ميل

لزيادة الجرعة مع ظهور تدهور تدريجي في الشخصية ، وإذا ما توقف تعاطي العقار لأي سبب من الأسباب فإن أعراض الانقطاع سرعان ما تظهر .

### **Habituation (التعود)**

عرفت منظمة الصحة العالمية الاعتياد على المخدرات عام 1969 م كالتالي:

الاعتياد (التعود) على المخدرات هو حالة تنتج من تكرار تعاطي عقار ما ، ويتميز بالآتي:

- 1- رغبة ليست قهرية في الاستمرار على تعاطي العقار وذلك للحصول على الشعور بالراحة والسعادة.
- 2- ميل قليل ، وقد لا يكون هناك ميل على الإطلاق لزيادة الجرعة.
- 3- درجة ما من الاعتماد السيكولوجي على آثار العقار ، مع عدم وجود اعتماد فسيولوجي أو أعراض انسحاب.
- 4- آثار ضارة بالفرد فقط.<sup>(27)</sup>

### **مفهوم الاعتماد Dependence**

اقترحت منظمة الصحة العالمية عام 1969م أن يحل لفظ الاعتماد بدلاً من لفظي الإدمان والاعتياد لأنها ألفاظ فضفاضة وغير مترابطة ، فالإدمان يشير إلى الاعتماد الفسيولوجي ، حيث يشعر المدمن برغبة ملحة وقهرية لتعاطي العقار ، والاضطرار إلى زيادة الجرعة حتى يحصل على التأثير المطلوب ، وعدم الحصول إلى العقار بعرضه لأعراض الانقطاع.

بينما نجد أن التعود يشير إلى رغبة غير ملحة أو قهرية لتكرار التعاطي ، وميل قليل لزيادة الجرعة ، مع عدم حدوث قدر من الاعتماد النفسي بدون اعتماد جسدي ، ومن ثم عدم المعاناة من أعراض الانقطاع.

لذا فإن الإدمان نوع من أنواع التعود المستمر لأنسجة جسم الإنسان على مادة مخدرة إذا لم يتعاطاها يشعر الفرد بالألم جسمية ونفسية مؤلمة ، ولهذا يلجأ إلى استعمالها مرة أخرى ، لكي تساعده على الاحتفاظ بمشاعر الراحة المؤقتة ، فالإدمان يعتبر مرضًا مزمنًا يؤثر تأثيراً سلبياً على الفرد من الناحية الصحية والاقتصادية والوظيفية ، وحل هذه الإشكالية بين المصطلحين فقد عرفت منظمة الصحة العالمية الاعتماد بأنه " حالة نفسية وأحياناً عضوية

<sup>(27)</sup> فاروق عبدالسلام ، 1977 ، ص 108

تنتج من التفاعل بين الكائن الحي وأحد العقاقير ، يتميز بإستجابات سلوكية وغيرها من إستجابات تتضمن دائماً حالة من القهر لتعاطي العقار بشكل مستمر أو منقطع لكي يتم الحصول على تأثيره النفسي ، وكذلك لتجنب مشاعر عدم الراحة - في بعض الأحيان - في حالة الانقطاع عن التعاطي ، وقد تحدث ظاهرة التحمل أو لا تحدث وقد يصبح الإنسان معتمداً على أكثر من عقار واحد.

كذلك نجد أن التصنيف الدولي العاشر الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية واضطرابات النمو والذي قد وضعه منظمة الصحة العالمية عام 1988م قد أضاف بعض القيمة التشخيصية على هذا التعريف الفضفاض لظاهرة الاعتماد بتحديد معايير تشخيصية لزمرة الاعتماد ، وهي كالتالي:

زمرة الاعتماد:

هي مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية التي يتخذ فيها استعمال العقار أو استعمال أصناف من العقاقير الأولية العليا إلى حد بعيد ، ويصبح هذا السلوك مفضلاً على السلوكيات الأخرى التي كانت فيما سبق لها الأهمية العليا ، وتعتبر الرغبة - التي تكون غالباً شديدة وأحياناً لا تقاوم - هي الصفة المميزة النفسية الرئيسية في تناول العقاقير - التي يمكن أن تكون موصوفة طبياً أو غير موصوفة طبياً - وكذلك الكحول والتبغ.

العلامات أو المعايير التشخيصية لزمرة الاعتماد هي التي "تشخص زمرة الاعتماد" عندما توجد علامة أو أكثر من العلامات التالية:

- 1- الرغبة الملحة أو الشعور القهري لتعاطي العقار.
- 2- الوعي الذاتي بضعف القدرة على التحكم في سلوك تعاطي العقاقير.
- 3- تعاطي العقار بغض تskin أعراض الانسحاب ، ومع إدراك أن هذه الطريقة مؤثرة لتجنب المشكلة.
- 4- ظهور أعراض انسحابية عضوية.
- 5- دليل على حدوث ظاهرة التحمل والتي تعني تناول المادة بجرعات متزايدة لحدوث التأثيرات التي كانت تحدث بجرعات أقل فيما سبق.
- 6- نفاد الطاقة في تناول العقار في أنماط ملائمة.
- 7- الإهمال المتزايد للإهتمامات والمنع البديلة في مقابل تعاطي المادة.

8- الاستمرار في تعاطي المادة بالرغم من وجود دلائل واضحة على حدوث عاقب ضارة صريحة سواءً كانت عاقب صحية أو اجتماعية أو نفسية.

9- مؤشرات ودلائل على استعادة باقي مظاهر زمرة التعاطي عند تعاطيه للمادة بعد فترة انقطاع بصورة أسرع مما يحدث لفرد غير مدمن.

كذلك نجد أن التصنيف التشخيصي المصري للإضطرابات النفسية 1979م لقد وصف

الاعتماد على العاقفiro كالآتي:

خصصت هذه الفئة لأولئك الذين أدمروا ، أو اعتمدوا على عاقفiro غير الكحول والتبغ والكافيين الموجود في المشروبات العادمة ، كذلك تم استبعاد الاعتماد على العاقفiro التي يشير بها الطبيب ، طالما أن تعاطيها متناسب مع الحاجة الطبية ، ويطلب تشخيص هذه الفئة وجود دلائل على الاستعمال لدرجة التعود أو على الشعور الواضح بالحاجة للعقار ، على أن ظهور أعراض الانقطاع لا ينبغي أن يكون الدليل الوحيد على الاعتماد ، فيبينما تكون هذه الأعراض موجودة بصفة دائمة في حالة الامتناع عن مشتقات الأفيون فإنها لا توجد إطلاقا في حالة الامتناع عن الكوكايين ، والحسيش ، والمarijوانا ، وقد يكون تشخيص هذه الفئة تشخيصاً مفرداً ، أو يصاحبه تشخيصاً آخر إذا استدعي الأمر ذلك.<sup>(28)</sup>

ويؤكد عبدالله عسكر<sup>(29)</sup> أن مظاهر الاعتماد على المواد توجد في أشكال أعراض معرفية وسلوكية وعضوية ، حيث يستمر الفرد في استعمال المادة أو المواد على الرغم من وجود مشكلات مرتبطة بهذا الاستعمال.

و يتم الاعتماد على المواد وفقاً لثلاثة معايير تشخيصية ، وهي:

#### - التحمل : Tolerance

ويعني زيادة الجرعات أو الكميات المستخدمة حتى يصل المتعاطي إلى المستوى المرغوب أو يتحقق فيه لذته أو حاجته من التعاطي ( النسيان ، الهلوسة ، الإسترخاء ، التهدئة ، النوم ، النشاط ، وما إلى ذلك ) أو أنه يستمر في التعاطي لكمية محددة تسبب الأثر المرغوب.

<sup>(28)</sup> أحمد عكاشة، 1988 ، ص 452.

<sup>(29)</sup> عبدالله عسكر، 2000 ، ص 17-18.

وتختلف مستويات التحمل وفقاً للمادة المتعاطاه ، والقدرة العضوية والعصبية على زيادة الجرعة المستخدمة ، ويتطور التحمل مع طول مدة التعاطي.

#### - التحمل المتعدد ( التحمل المتبادل ) : Gross-Tolerance

أي انتقال الإنسان من المادة المخدرة التي اعتاد عليها إلى مواد أخرى من نفس الفئة أو من فئة قريبة ، وأحياناً يحدث بين دوائين لهما تأثير متبادل ، وخاصة الأدوية النفسية والم捺لات.

#### 2- أعراض الانقطاع أو الانسحاب : Withdrawal Symptoms

ومعنى أعراض الانسحاب ظهور أعراض جسدية ونفسية بعد 24 ساعة من التوقف عن التعاطي ، وتختلف شدة هذه الأعراض وفقاً لنوع المادة والمدة الزمنية للتعاطي ، فالأعراض المصاحبة لانقطاع الفرد عن تعاطي الأفيونات تمثل في الآلام الحادة في المفاصل ، والإسهال ، والأرق ، والقلق ، والهلاؤس ، والغثيان الحاد ، أما في الخمور فيحدث اضطرابات حادة أهمها : الهباء ، والأرق ، واضطرابات الذاكرة ، واحتلال الإيقاع البيولوجي ، والارتعاش العصبي ، ولا يعد التحمل وأعراض الانسحابية معايير كافية لتشخيص الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً إلا إذا توافر معهما:

#### 3- الاستعمال القهري للمادة ( اللهفة ) : Compulsive Substance Use

أو ما يمكن تسميته اللهفة على الاستعمال في الأشكال الآتية:

أ- تعاطي الفرد لكمية كبيرة لفترة طويلة أكثر مما يحتاجه بمعنى أن يتعاطى الفرد الخمر حتى بعد وصوله إلى حالة سمية.

ب- فقدان السيطرة على النحو ليقول الشخص: كفى عند حد معين من التعاطي أو فشل جهوده في أن يتوقف عن التعاطي عند حد معين.

ج- قضاء وقت طويل بشكل ملح للحصول على المادة بأي شكل.

د- انشغال الفرد في معظم نشاطاته اليومية بتداريب المادة واحتزال أو غياب نشاطاته الاجتماعية وعمله وهوائه بسبب الاستعمال.

هـ- انسحاب الفرد من الاهتمامات الأسرية وقضاء معظم وقته مع رفاق التعاطي وعلى الرغم من إدراكه بأن تعاطيه قد سبب له مشاكل عضوية ونفسية.

و- يتسبب التعاطي في خلق مشاكل لا تجعله يستطيع التوقف عن التعاطي على الرغم من الإهانات التي يتعرض لها بسبب هذا التعاطي والمطرادات الاجتماعية ، والأمنية ، والقانونية ، وعلى الرغم من ذلك يصر على التعاطي.

ويرى " جرنسبيون وباكالار 1976 Grinspoon and Bakalar " : أن هناك قيمة في التحول من لفظ الإدمان إلى ذلك اللفظ الفضفاض أي الاعتماد Dependence ، إذ يمكن تصور وجود مدى أو درجات من الاعتماد عن والتي " الاعتياد " و " الإدمان " ، وبهذا يمكن تجنب المفهوم الخاطئ الخاص باعتبار الإدمان العقاقيري ظاهرة مفردة أو كياناً مرضياً واحداً.<sup>(30)</sup>

وعلى الرغم من أن المصطلح الجديد ( الاعتماد على العقاقير ) قد لقي قبولاً واسعاً من جمهور المشتغلين في هذا الميدان إلا أن " جلات 1969 Glatt " يرى أن التحديد السابق بين الاعتياد والإدمان له استخدامات إكلينيكية ذات فائدة خاصة عند النظر إلى أعراض الإنسحاب المفاجئة أو التدريجية.<sup>(31)</sup>

ويقسم الاعتماد على المؤثرات العقلية إلى قسمين:

#### 1) الاعتماد النفسي : Psychological Dependence

هي الحالة التي تنتج عن تعاطي العقار ، وتسبب الشعور بالارتياح والإشباع ، وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة ، أو دورية غير متصلة لتجنب الشعور بالقلق أو لتحقيق اللذة.

#### 2) الاعتماد الجسدي : Physical Dependence

هي الحالة التي ينبع منها تكيف الجسم على العقار ، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند المتعاطي ، وخاصة عندما يتمتع عن تناول العقار بصورة مفاجئة ، وهذه الاضطرابات ، أو الامتناع المفاجئ يسبب صور من الظواهر

عزت اسماعيل، 1994، ص 16. <sup>(30)</sup>

فاروق عبدالسلام ، 1977 ، ص 109. <sup>(31)</sup>

والأعراض النفسية والجسمية المميزة لكل فئة من العقاقير.

ومن العقاقير المسببة للأعتماد النفسي (المنشطات ، الكوكايين ، القنب ، عقاقير الهلوسة ، القات ، التبغ ، المسكنات ، وأخيراً المذيبات الطيارة).

ومن العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي والعضوبي (الأفيون ومشتقاته ، الخمر ، المهدئات ، المنومات).

### التسمم :Intoxication

وهي حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور ، والتعرف ، والإدراك ، والوجдан أو السلوك بوجه عام ، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزولوجية ، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكونولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة ، ثم تتلاشى بمرور الوقت وبيراً الشخص منها تماماً ، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى ، يحدث هذا أحياناً علىثر شرب الكحوليات (تسمم كحولي ) ، كما يحدث عقب تعاطي أية مادة نفسية ، وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج ، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة (في رقعة حضارية معينة) حول الآثار التي يمكن أن تترتب على تعاطي مادة نفسية بعينها ، وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي .

ووفقاً للدليل التشخيصي للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-IV Diagnostic & Statistical Manual فإن العقاقير التي تسبب الإدمان هي كل عقار ذو فاعلية التفاعل مع الكائن الحي ، بحيث يؤدي ذلك التفاعل على الاعتماد النفسي أو العضوي أو كليهما ، وبعض العقاقير مثل التي يحتوي عليها الشاي والقهوة قد تؤدي إلى الاعتماد بشكل عام ومثل هذه الحالة ليست ضارة التبعية في حد ذاتها.

ولكن هناك من العقاقير ما يسبب التأثير الشديد للجهاز العصبي أو الهبوط أو اختلال الإدراك ، والانفعال والتفكير والسلوك والوظائف الحركية بحيث تؤدي تحت ظروف معينة من التعاطي إلى المشاكل التي تضر بحالة الفرد والمجتمع الصحية ، وتصنف هذه العقاقير كما في دليل التشخيص الإحصائي الرابع ، على النحو التالي:<sup>(32)</sup>

<sup>(32)</sup> عبد الله عسكر ، 2000 ، ص 50-15

- 1- اضطرابات تعاطي الكحول.
- 2- اضطرابات استخدام المنشطات أو مثيلاتها (الأمفيتامينات وما شابهها).
- 3- الاضطرابات المرتبطة باستعمال الكافيين.
- 4- الاضطرابات المرتبطة بنعاطي الحشيش.
- 5- الاضطرابات المرتبطة بالكوكايين.
- 6- الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المهدئات.
- 7- الاضطرابات المرتبطة باستنشاق المواد الطيارة.
- 8- الاضطرابات المرتبطة بالنيكوتين.
- 9- الاضطرابات المرتبطة بالأفيونات.
- 10- الاضطرابات المرتبطة باستخدام الفينسيكلیدين أو ما يشابهها.
- 11- الاضطرابات المرتبطة بالمسكنات والمنومات ومهدئات القلق.
- 12- الاضطرابات المرتبطة بالمواد المتعددة (الخلطة).
- 13- الاعتماد على الأنواع المتعددة من المخدرات أو المواد.

## **ثانياً: المصطلحات الحديثة المرتبطة بتعاطي المخدرات أو الكحول أو المواد**

### **الكيميائية أو المواد ذات التأثير النفسي:**

نشرت منظمة الصحة العالمية على موقعها معجم منظمة الصحة العالمية للمصطلحات المتعلقة بالكحول والمخدرات ومن أبرز ما ذكرته من مصطلحات ما يلي:<sup>(33)</sup>

يستخدم مصطلح "التعاطي" أحياناً على نحو مستتر، للإشارة إلى أي استعمال على الإطلاق؛ لاسيما للأدوية غير المشروعة ، وبسبب غموض هذا المصطلح فإنه لم يستخدم في الترتيب العاشر للتصنيف الدولي للأمراض ( إلا في حالة المواد غير المسببة للاعتماد ) ، وإن "الاستعمال الضار والاستعمال الخطير" هما المصطلحان المكافئان المستخدمان من قبل منظمة الصحة العالمية ، على الرغم من أنهما يقتصران عادة على الآثار الصحية و لا يشملان العوائق الاجتماعية.

<sup>(33)</sup> [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition4/ar/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition4/ar/).

وفي سياقات أخرى ، فإن مصطلح "التعاطي" يشير إلى أنماط الاستعمال غير الطيبة أو غير المسموح بها ، بغض النظر عن العواقب ، ولذا فإن التعريف الذي نشرته لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية المعنية بالاعتماد على الأدوية في عام 1969م كان "الاستعمال المفرط - المستمر أو المتقطع - للأدوية بشكل يتعارض مع الممارسة الطبية المقبولة أو لا صلة له بها".

لذلك فقد أوردت منظمة الصحة العالمية عدد من المصطلحات المتعلقة بتعاطي المخدرات منها:

#### **المواد ذات التأثير النفسي:**

وهو المصطلح الحديث للمخدرات والذي تبنته منظمة الصحة العالمية ، بأن المواد ذات التأثير النفسي هي المواد التي عندما تؤخذ أو تعطى إلى الإنسان تؤثر على العمليات العقلية ؛ مثل الإدراك أو العاطفة.

هذا المصطلح يقابل مصطلح - الدواء ذو التأثير النفسي وهم المصطلحان الأكثر دلالة ووصف أكبر لكامل فئات المخدرات - المشروعة وغير المشروعة - التي تهم السياسات المتعلقة بالمخدرات.

وإن كلمة "نفسي التأثير" لا تعني بالضرورة أنه يؤدي إلى الاعتماد ، كما هو الحال في "استعمال المخدرات" أو "تعاطي المواد" ، ولا تعني أن استعمال المخدرات أو تعاطيها دلالة على الاعتماد النفسي أو الجسدي أو كليهما.

#### **سوء استعمال المواد ذات التأثير النفسي:**

استخدام مادة ما لغرض لا يتفق مع الدلائل الإرشادية القانونية أو الطيبة ، كما هو الحال في الاستعمال غير الطبيعي لأدوية الوصفات الطبية ، ويفضل البعض هذا المصطلح على مصطلح التعاطي اعتقاداً منهم أنه أقل إدانة.

#### **اضطرابات استعمال المواد ذات التأثير النفسي:**

وهذا المصطلح يشمل التسمم الحاد ، والاستعمال الضار ، ومتلازمة الاعتماد ، وحالة الانسحاب ، وحالة الانسحاب مع هذيان ، والاضطراب الذهاني ، ومتلازمة فقد الذاكرة .

### **الاستعمال الخطر:**

نط من أنماط استعمال المواد يزيد من خطر العواقب الضارة بالنسبة للمستعمل ، وفي بعض الأحيان تقتصر عوقيها على الصحة البدنية والنفسية ( كما هو الحال في الاستعمال الضار ) ، وبعضها تشمل أيضاً عاقب اجتماعية.

### **الاستعمال الضار:**

نط من أنماط استعمال المواد نفسية التأثير يسبب أضرار صحية ، وقد يكون الضرر جسدياً مثل ( التهاب الكبد التالي لحقن الأدوية ) أو نفسياً مثل ( نوبات الاكتئاب التالية لتناول كميات كبيرة من الكحول ) ، وبالتالي فإن الاستعمال الضار ( له عادة – وليس دوماً – عاقب اجتماعية ضارة ) ، لكن العاقب الاجتماعية بحد ذاتها غير كافية لتبرير وضع تشخيص الاستعمال الضار .

وقد أدخل مصطلح الاستعمال الضار ضمن التقييم العاشر للتصنيف الدولي للأمراض، ليحل محل " الاستعمال غير المعتمد " ( كمصطلاح تشخيصي ) ، وأقرب ما يماثل هذا المصطلح في النظم التشخيصية الأخرى ( مثل DSM-IV ) هو تعاطي المواد ، والذي يتضمن عادة على عاقب اجتماعية.

### **المعايير التشخيصية بحسب التقييم العاشر للتصنيف الدولي للأمراض:**

- يجب أن تكون هناك أدلة واضحة على أن استعمال المادة كان مسؤولاً عن ( أو أسلهم إلى حد كبير) في حدوث أذى بدني أو نفسي – بما في ذلك ضعف المحاكمة أو اختلال السلوك – قد يؤدي إلى عجز أو تكون له عاقب ضارة على العلاقات بين الأشخاص.
- ينبغي أن تكون طبيعة الضرر قابلة للتعرف عليها ( ومحددة ) بشكل واضح.
- أن يكون نط الاستعمال قد استمر لمدة لا تقل عن شهر أو حدث بشكل متكرر في غضون فترة قدرها 12 شهراً.
- أن يكون الاضطراب لا يسوفي المعايير الخاصة بأي اضطراب نفسي أو سلوكي آخر له علاقة بنفس الدواء في نفس الفترة الزمنية ( باستثناء التسمم الحاد ).

### **الفرق بين التعاطي والاعتماد أو الإدمان على المؤثرات العقلية:**

هناك خلط كبير لدى كثير من الناس حول مفهوم "التعاطي" ومفهوم "الاعتماد" على

المؤثرات العقلية أو الإدمان ، إذ يميل البعض إلى وصف كل من يتعاطى مؤثرات نفسية وعقلية بأنه مدمن ، مع أن مفهوم الإدمان أو الاعتماد أكبر بكثير من مجرد تعاطي مادة مخدرة سواء للتجريب أو في المناسبات ، لأن الإدمان يعتبر سلوك متكرر يؤدي إلى الإعتمادية النفسية والجسدية ويستحوذ على تفكير الشخص واهتماماته و يؤدي إلى تدهور واضح في حياة هذا الشخص الصحية والنفسية والاجتماعية ، وبالتالي عدم حصوله على المادة أو عدم توفرها يؤدي إلى حالة من القلق والاكتئاب ، كما أن المدمن لديه ميل مستمر لزيادة الجرعة ، وإذا حاول التقليل من الجرعة أو التوقف يتعرض لحالة من الانسحاب.

المدمن شخص مضطرب سلوكياً وغير متزن انتفعالياً ، أثاني يركز على ذاته دون أدنى اهتمام بالآخرين ، ولا يهتم إلا بمشاكله الذاتية وبأشباع رغباته ، والحفاظ على مورد المخدرات ، وبالتالي فإنه يتبع أي وسيلة مهما كانت خطورتها لإشباع تلك الرغبات الملحة والشديدة ، لذلك فإنه يفتقر إلى النظام الذاتي والقدرة على التحكم أو الإرادة ، ولا تتوافر لديه القلة بالنفس والآخر ، ويتجنّب المسؤولية وينسحب مع العلاقات الاجتماعية وينحصر تفاعله الاجتماعي في من هم على شاكلته من المدمنين.

أما المتعاطي فإن لديه القدرة على السيطرة ، ولا يزال في مرحلة من الوعي للتحكم في سلوك التعاطي ، ويعاطي المادة المخدرة بشكل متقطع ولم يصل إلى مرحلة الاعتماد النفسي أو الجسدي ، وفي الغالب فإنه لا يسعى أو يبذل جهد للحصول على المادة أو البحث عنها ، كما أن المتعاطي لديه القدرة على التحكم في كمية المادة المخدرة ، و لا تتأثر علاقاته الاجتماعية أو كفاعته الوظيفية بشكل ملحوظ ، وهذا بالطبع يعتمد بالدرجة الأولى على طبيعة المرحلة التي وصل إليها المتعاطي في رحلة التعاطي.

#### تعريف التعاطي في اللغة:

جاء معنى التعاطي في معجم المعاني الجامع : تعاط : (اسم) مصدر تعاطي ، تعاطي الفنون الجميلة : الاستغفال بها والخوض فيها ، تعاطي مهنة الطب : مزاولتها ، ممارستها ، و تعاطي : ( فعل ) تعاطي يتعاطى ، تعاط ، تعاطينا ، فهو متعاط ، والمفعول متعاطي - للمتعدّي تعاطي فـ الرسم : اشتغل وخاض فيه ، تعاطي : (اسم) مصدر تعاطي ، تعاطي الفنون الجميلة : الاستغفال بها والخوض فيها.

## **تعريف المتعاطي اصطلاحاً:**

هو الشخص المستخدم للمواد ذات التأثير النفسي في المناسبات ( الأفراح - والأعياد - الرحلات .. الخ ) بشكل متقطع ولم يصل إلى مرحلة الاعتماد النفسي أو الجسدي.

### **التعاطي التجاري أو الاستكشافي : Experimental use**

عملية تعاطي المواد ذات التأثير النفسي في أول عهد التعاطي بها ، والشخص يكون في مرحلة تجربتها لاستكشاف أحواله معها حتى يترتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها أو الانقطاع عنها.

### **التعاطي المتقطع أو بالمناسبة : Occasional use**

عملية تعاطي المواد ذات التأثير النفسي كلما كانت هناك مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك ، والشخص في هذه المرحلة لديه الوعي والقدرة على السيطرة والتحكم في الكمية المتعاطاة ، كما أنه في الغالب لا يسعى للبحث عنها ، فإن وجدت تعاطاها للمرة أو المjalمة ، وإن لم يجدها فإن ذلك لا يشكل مشكلة كبيرة لديه.

### **التعاطي المنتظم : Regular use**

عملية التعاطي المتواصل لمادة ذات تأثير نفسي بعينها على فترات منتظمة يجري توقفتها بحسب ايقاع داخلي " سيكوفيزولوجي " لا على حسب المناسبات الخارجية وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة في رحلة التعاطي.

### **التعاطي الفهري : Substance Compulsive Use**

يصبح المخدر محور حياة الفرد ونشاطه اليومي ، ويمكن تسميتها بمرحلة الاحتراق أو اللاعودة ، ومن أهم ما يميز هذه المرحلة التعاطي اليومي فقدان السيطرة على سلوك التعاطي ، وظهور اضطرابات وجذانية (كتوبات الهوس أو الاكتئاب) أو اضطرابات الذهانية (الضلالات والهللوس) أو مشاكل صحية كالتهاب المعدة أو تليف الكبد وسوء التغذية وتساقط الأسنان ، أو اضطرابات عصبية كالنوبات الصرعية الكبرى ، والتهاب الأعصاب ، ويرافقها اضطراب في الحياة الاجتماعية وتتوثر في العلاقات الأسرية والدخول في عالم الجريمة ومخالفة القانون ، ومع كل هذه الأضرار إلا أن المدمن في العادة ينكر سلوكه الإدماني ويقلل من تأثير المواد المخدرة.

## **التعاطي المتعدد للمواد النفسية : Multiple drug use**

يشار بهذا المصطلح إلى تعاطي المتعاطي عدداً من المواد النفسية، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة ، وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معاً في وقت واحد ، وقد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة.

### **المدمن المتعافي:**

هو الشخص الذي سيف له الاعتماد على المؤثرات العقلية أو أحدها ثم خضع لبرنامج علاجي متخصص أو انقطع عنها بإرادته وتماثل للشفاء وعاد لممارسة حياته بشكل طبيعي.

### **الإنتكاسة : Relapse**

عملية تكوين اتجاهات وقناعات داخلية رافضة للإدمان ليست عملية سهلة و لا يتم بناؤها وتقويتها إلا من خلال برامج علاجية متخصصة وتحت إشراف متخصصين ، ولعل من أبرز وأهم القضايا في موضوع علاج المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي ، ما يسمى بالإنتكاسة Relapse ، وهي عودة المعتمد على المواد المخدرة ( المدمن ) إلى استعمال هذه المواد ، بعد نجاحه في الانقطاع عن استعمالها لفترة محدودة أو طويلة.

### **الإنتكاسة في اللغة:**

ورد تعريف و معنى إنتكاسة في معجم المعاني الجامع ، الإنتكاسة : (اسم) مصدر إنتكس ، إنتكاسة المريض : معاودتهُ المَرَضَ ، أَوْ حَالَةٌ مِنْ حَالَاتِ الإِحْبَاطِ كَمَا نَهَضْنَا مِنْ إنتكاسةِ أو كَبُوَّةٍ ، دَاهَمَنَا إنتكاسةً جَدِيدَةً .

إنتكاس : (اسم) مصدر إنتكس ، عَرَفَ الْمَرِيضُ اِنْتِكَاسًا بَعْدَ شِفَاءٍ : مُعاوِدَةُ الْمَرَضِ بَعْدَ شُعُورِ الشَّفَاءِ ، وَانْتِكَاسُ الرَّأْيَاتِ : عَدَمُ رُفْعِهَا وَانْتِصَابِهَا حَدَادًا .

وفي معجم اللغة العربية المعاصر ورد معنى الإنتكاسة : بأنها مصدر انتكس ، انتكاساً ، فهو مُنتَكِس ، وانتكس الشيء انقلب ، وقع على رأسه ... وانتكس المريض عاوده المرض بعد النفثة.

### **الإنتكاسة اصطلاحاً:**

إنتكاسة مدمn الكحول والمخدرات تعني عودة الشخص إلى التعاطي مرة أخرى بعد نجاحه في الانقطاع لفترة قصيرة أو طويلة ، وظهور زملة أو أعراض الاعتماد بعد التعافي ، بغض النظر عن المادة التي تعاطها.

وبحسب برنامج Matrix 2003 تعرف الإننكاسة ، بأنها العودة للخلف في استخدام الكحول والمخدرات وإلى ممارسة جميع السلوكيات المرتبطة بذلك.

### **الجرعة الزائدة : Overdose**

ينطوي هذا المصطلح على الإقرار بوجود جرعة مفتوحة ، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي المستمر ( سواء كان الاستمرار منتظمًا أو منقطعًا ) أن يتعاطاها من أية مادة ذات تأثير نفسي للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة ، فإذا زادت الجرعة عن ذلك ( لسبب ما ) في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث آثارًا معاكسةً حادةً ، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية ، وتكون هذه الآثار غالباً مؤقتة ثم تزول تلقائياً ، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية ، وفي بعض الحالات قد تصل شدة هذه الآثار بالمتعاطي إلى الوفاة ، وفي معظم الحالات يحدث الإقدام على تعاطي الجرعة الزائدة محض الصدفة ، أو نتيجة لظروف خاصة لا تفهم إلا من خلال النظر في جزئيات حياة المتعاطي ، وفي بعض الحالات تؤخذ الجرعة الزائدة بقصد الإنتشار ، والمنتحرون بهذا الأسلوب يقصدون عادة إلى تناول جرعات زائدة من مواد نفسية مشروعة ( كالأدوية النفسية ) لا من المواد غير المشروعة.<sup>(34)</sup>

### **مفهوم الرعاية اللاحقة:**

يشير مفهوم الرعاية اللاحقة بصفة عامة إلى الاهتمام والمساعدة التي تمنح لمن يخلى سبيله من المؤسسات العقابية أو مصحات علاج المدمنين ، بعرض معاونته في جهوده للتكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه ، وبالرغم من الاتفاق بين الباحثين على هذا المضمون ، إلا أن الطرق والوسائل ، بل والمؤسسات المنوطبة بذلك تختلف باختلاف المجتمع.

وتعد الرعاية اللاحقة المرحلة الأخيرة في العلاج باعتبارها مجموعة من البرامج والخدمات التي تستهدف تعزيز العملية العلاجية التي تلقاها المتعافي في المؤسسات العلاجية، فالتعافي من الإدمان لا يعني بالضرورة التوقف عن تعاطي المخدرات فقط ، فبالإضافة إلى ذلك فإن المتعافي بحاجة إلى اكتساب مجموعة متنوعة من المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعده على تعزيز وتأكيد وضمان عملية التعافي ، وأخص هنا تلك المهارات والخبرات والسلوكيات التي تدعمه في مواجهة التحديات والمشكلات والصعوبات التي قد تؤدي به إلى العودة مرة أخرى لتعاطي المخدرات.

<sup>(34)</sup> مصطفى سيف ، 1995 ، ص 27-28.

يرى البعض أن هناك جملة من الأهداف التي تضمنها مفهوم الرعاية اللاحقة وبرامجه للمدمن المتعافي ، وهي تشمل:<sup>(35)</sup>

- 1- خفض فترة التوقيم بالمستشفيات العلاجية.
- 2- توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية التأهيلية الازمة للمتعافي.
- 3- توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسرته.
- 4- مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج من المصحة العلاجية ، وإكسابهم المهارات الازمة للتعامل معها.
- 5- مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة.
- 6- المساعدة في الحصول على الخدمات المجتمعية.

### تصنيف المخدرات:

يختلف تصنيف المخدرات والمؤثرات العقلية باختلاف الباحثين واتجاهاتهم ، فمنهم من يقسمها إلى مجموعات وفقاً لمصدر الحصول عليها ، ومنهم من يصنفها لفئات حسب تأثيرها وخطورتها على الإنسان ، ومنهم من يصنفها حسب اللون أو الصلابة ، وقد قسمتها اتفاقية 1961 م إلى أربع فئات وضعتها في جداول ، ونظرًا لكثرة المواد المخدرة وتنوعها ، وتطورها السريع وعدم القدرة على حصرها في تقسيم أو تصنيف واحد ، وضع العلماء عدة معايير لتصنيفها وتوزيعها في مجموعات للتسهيل على الباحثين في هذا المجال في التعامل مع هذه المعطيات ومن أقدم هذه التصنيفات ما قدمه الصيدلي الألماني "لفن" ، والذي يعتمد على مبدأ تأثير المخدرات ، ويشمل تصنيفه على خمسة مجموعات ، وحسب تأثيرها : المغبيطات أو المبهجات (Phantastica) ، المهلولات (Euphorica) ، المسكرات (Inebriantia) ، المنومات (Hypnotica) ، المثيرات (Excitantia) وتشمل كذلك المواد التي تثير الجهاز العصبي مثل القهوة والقات.<sup>(36)</sup>

<sup>(35)</sup> نيازي عبدالمجيد ، 2008 ، ص 103 .  
<sup>(36)</sup> أقريدة قمار ، 2009 ، ص 29 .

ومما لا شك فيه أن تصنيفات المخدرات عديدة ، وسوف نتطرق إلى تصنيفها من حيث خطورتها ، وحسب طريقة الإنتاج ، وتصنيف قانون المواد الخاضعة للرقابة CSA ، على أن نوضح مزيداً من التفصيل عن تصنيفات المخدرات عندما نبين ذلك عند التطرق لأنواعها المختلفة.



مخدر سالفيَا ديفينورام



وعندما نتوقف للحظة للبحث في هذا التصنيف ، فإننا نجد أنه لقد أصبح من الصعب تصنيف كل تلك الأنواع من المخدرات ، و السبب ينبع من اختلاف في زاوية النظر إليها ، وبعضها يصنف على أساس تأثيرها ، وبعضها يصنف أساساً حسب طرق إنتاجها ، ونحن هنا سوف نبين أشهر هذه التصنيفات كما أسلفنا.

ومن أهم التصنيفات الشائعة للمخدرات والمؤثرات العقلية ما يلي:

#### 1- تصنيف المخدرات حسب خطورتها:

يقوم هذا التصنيف على أساس خطورة المادة المخدرة ، وتنقسم بذلك المخدرات إلى

مخدرات كبرى ، ومخدرات صغرى:

**المخدرات الكبرى :** هي مجموعة من المخدرات والمؤثرات العقلية ، لها تأثير كبير وخطير على الإنسان ، منها الحشيش والأفيون ، والهيروين ، والمورفين ، والكوكايين ، والعاقاقير المهدئات.

**المخدرات الصغرى:** منها العاقاقير المنومة ، والعاقاقير المهدئ ، ونبات الكوكا ، ونبات القات.

## 2- تصنيف المخدرات حسب طريقة الإنتاج:

وهو التصنيف الأكثر شيوعاً لدى المهتمين في مجال المخدرات ، ونقسم فيه المخدرات إلى ثلاث فئات رئيسية ، هي:

### (أ) المخدرات الطبيعية : Natural Drugs

هي المخدرات والمؤثرات العقلية التي يتم الحصول عليها بحالتها الطبيعية من النباتات ، أي أنها من أصل نباتي والتي تحتوي أوراقها وأزهارها وثمارها على المادة الفعالة المخدرة ، كما يمكن أن يتم تعاطي هذه الأوراق والأزهار والثمار مباشرة ، وينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك بصفة مؤقتة ، وتنتمي معظم النباتات المخدرة إلى مجموعة النباتات المزهرة وينتمي بعضها إلى مجموعة النباتات البوغية كالسراغن ، كما أن هناك مركبات عضوية التي تتشكل أثناء حياة النبات تؤدي لحالة من الهلوسة بعد التعاطي ، وهي عبارة عن مركبات عضوية محدودة التنوع.

### (ب) المخدرات المصنعة (نصف تخليقية) : Semi Synthetic Drugs

هي المخدرات والمؤثرات العقلية التصنيعية التي يتم استخلاصها من المواد الطبيعية أو الخام وتجرى عليها بعض العمليات الكيميائية ، لتصبح مواد أخرى جديدة أشد تركيزاً وتأثيراً من المؤثرات العقلية الطبيعية أو المواد الخام ومنها المورفين ، والهيروين ، والكوكايين ، والكراك ، والسيدول ، وعقار (إل. اس. دي L.S.D25).

### (ج) المخدرات التخليقية : Synthetic Drugs

هي مركبات كيميائية ليست من أصل نباتي وإنما يتم استخلاصها ومعالجتها في المختبرات والمعامل السرية ، لتحدث أثاراً مشابهة تماماً للمخدرات الطبيعية والصناعية مثل بعض العاقاقير (المنشطات - المنومات - المهدئات - المهلولات).

### 3- تصنیف قانون المواد الخاضعة للرقابة CSA : حسب القابلية لإساءة الاستعمال:

يطلق البعض على هذا التصنیف مسمى التصنیف العملي والمعروف بقانون المواد الخاضعة للرقابة " CSA"Controlled Substance Act ، ويضع هذا التصنیف كل المواد الكیماویة في خمسة جداول بناء على الاستخدامات الطبیة للمادة أو قدرتها وقابلیتها لعملیة الإساءة الكیماویة.

- **الجدول الأول:** يتضمن العاقاقير والمواد التي لها قابلیة عالیة لإساءة الاستخدام ، كما أن لها حالیاً استخدامات طبیة مقبولة ، ولكن هناك عجزاً في توفير سبل الاستخدام الآمن لها حتى في ظل الإشراف الطبی ، وأبرز هذه المواد الھیروین ، وعقارL.S.D25 ، والکراک .
- **الجدول الثاني:** يتضمن العاقاقير والمواد التي لها قابلیة لإساءة الاستخدام ، كما أن لها استخدامات طبیة مقبولة تحت قبود وضوابط مشددة ، كما أن إساءة استخدام العقار أو المواد يمكن أن يؤدي إلى الاعتماد الجسماني والنفسي الشدید ، وأبرز هذه المواد المورفين والکوكايين والمیثادون .
- **الجدول الثالث:** يتضمن المواد التي تحمل إحتمالية أقل للإساءة من تلك المواد في الجدولين الأول و الثاني ، كما أن هذه المواد المدرجة في الجدول الثالث لها استخدامات طبیة مقبولة في العلاج ، أيضاً فإن إساءة هذه العاقاقير يمكن أن يؤدي إلى اعتماد جسماني ضعیف ومعتدل أو اعتماد نفسي فقط لكنه عالٍ ومرتفع ، ومن أبرز تلك العاقاقير الأمفیتامینات وأغلب الباربیتیورات .
- **الجدول الرابع:** يتضمن المواد والعاقاقير التي لها قابلیة ضعیفة لإحداث إساءة استخدام العاقاقير مقارنة بمواد الجدول الثالث ، وإن المواد المدرجة في هذا الجدول لها استخدامات طبیة مقبولة ، كما أن استخدام هذه المواد يمكن أن يؤدي إلى اعتماد جسماني واعتماد نفسي محدود ، وأبرز هذه العاقاقير الباربیتال .
- **الجدول الخامس:** يتضمن العاقاقير والمواد الأخرى التي لها قابلیة ضعیفة لإحداث الإساءة مقارنة بالعقاقير المصنعة في الجدول الرابع ، مع أن هذه المواد لها إستخدامات طبیة مقبولة إلا أن الإساءة في إستخدامها يمكن أن يؤدي إلى اعتماد جسماني أو نفسي محدود مقارنة بالعقاقير أو المواد الأخرى الموجودة في الجدول الرابع ، ومن أبرز هذه المواد خلطات صغیرة من الأقیون أو الكوداین .

### **ثالثاً: العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات:**

تعتبر مشكلة تعاطي المواد المتعددة للمخدرات من المشكلات النفسية الاجتماعية الخطيرة التي تؤثر على المجتمع بصفة عامة وعلى الفرد بصفة خاصة لما يترتب عليها من آثار نفسية واجتماعية واقتصادية سيئة ، وتكون خطورة هذه المشكلة في أنها تنتشر بين الشباب الذين يمتلكون قوة بشرية أساسية في المجتمع ، كما تكمن خطورتها أيضاً في أن المنعطف لم يعد يتعاطى عقاراً واحداً ، بل أصبح يتعاطى أكثر من عقار في الوقت ذاته ، بل منهم من يتعاطى كل ما وقع بيده ، مما قد يتسبب بكثير من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية.

وتتشابك وتتفاعل العوامل والأسباب المرتبطة بتعاطي المخدرات ، وفي كثير من الأحيان يكون هناك أكثر من عامل يدفع الفرد لتعاطي المواد المخدرة و إدمانها ، باختلاف أنواعها ودرجات تأثيرها ، ومن العوامل ما يعود للفرد ( نفسية - سلوكيه - ثقافية - قدرات عقلية وذكاء ) ، ومنها العوامل التي تعود للبيئة أو المجتمع ( الأسرة - المدرسة - الرفقة - وسائل الإعلام ) ، كما أن هناك عوامل أخرى لا تقل أهمية عن العوامل الشخصية والاجتماعية قد تدفع الفرد لتعاطي والإدمان كالعوامل الاقتصادية والسياسية ، ولذلك لا يمكن القول بأن هناك عامل أو عدة عوامل هي الأسباب الرئيسية لتعاطي والإدمان ، كما أن تلك العوامل والمتغيرات التي قد تكون مؤثرة في مجتمع ما ، قد لا تكون بنفس القوة والتأثير في مجتمع آخر.

وفي هذه الفصل سوف ننطرق لأهم العوامل المرتبطة بتعاطي المواد المخدرة ، والمتمنية بالعوامل الشخصية والعوامل الاجتماعية ، كمتغيرات منطقية من وجهة نظرنا قد تكون أكثر إرتباطاً من غيرها بهذه الآفة ، وهذه العوامل كالتالي:

#### **أولاً: العوامل النفسية المرتبطة بتعاطي المخدرات:**

**الاستعداد النفسي للإدمان:**

الإنسان المعرض للسقوط في الإدمان هو الإنسان غير الناضج الذي لا يشعر بالمسؤولية ، إنما هو متمرز حول ذاته ، يهتم بالأخذ و لا يعرف العطاء .. ليس لديه أهداف يسعى إليها وليس له طموحات يريد أن يحققها .. فهو إنسان غير قادر على التعامل مع الواقع ومواجهة المشكلات أو تحمل الآلام .. غير قادر على إقامة علاقات آمنة مع الآخرين .. غير قادر على الجزم و الحسم مع نفسه فيلجاً للحلول المريحة و السريعة .. لا يشعر بالانتفاء

للأسرة أو الوطن .. إنسان مغترب نفسياً وحاوي روحياً .. يبحث عن ذاته وكينونته في أعمق التاريخ .. إنسان سلم عقله للآخرين .. إنسان ابتعد عن ربه وسلك طريق الشيطان .. هذا هو المدمن.

إذن نستطيع القول أن الشخصية الإدمانية تتميز بعدد من السمات التي تدفع الشخص للميل للتعاطي والإدمان وهي التي تزيد من درجة القابلية والاستعداد لديه ، لأن التعاطي سلوك نمطي يرتبط بفعل معين يولد اللذة والراحة والسكينة.

ومن جانب آخر يجب أن لا ينظر إلى سلوك تعاطي الفرد للمواد النفسية من زاوية الاستعداد النفسي الكامن فقط ، وإنما هناك متغيرات نفسية أخرى قد تدفع لتعاطي المواد النفسية أما نتيجة لوجود اضطراب مزمن في الشخصية ، كما هو الحال في الشخصيات السيكوباتية التي تميل للخروج على القانون وتبني كل ما هو غير مألف ، أو لاعتقادات خاطئة حول فوائد تلك المواد كالشخصيات الاكتابية ، والشخصيات غير الناضجة انفعالية فإنها تتجه للمواد النفسية اعتقاداً منها بأنها تتطوّي على حلول سحرية للتخلص من تلك المعاناة النفسية أو العائق التي تحول دون تكييفهم الاجتماعي.

وقد توصل "شайн" (Chine, 1984) إلى أن أكثر من نصف مشكلات المدمنين تتعلق بطبيعة شخصياتهم والتي تعاني من زملة من الأعراض المشابكة والمتماسكة ومنها القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والعجز عن التوجيه السوي مع الآخر والعجز عن التواصل وغيرها من الصفات ، كما بين "بولو" (Bolo, 1991) إلى أن اضطرابات الذعر والخوف من الأماكن المتسعة شائع لدى مدمني الكحول ، وهذا يؤدي بدوره إلى مشاعر طويلة من القلق والتوتر ، مما يؤدي إلى استعمال الكحول كعلاج ذاتي لهذا القلق.

ويكاد يجمع أنصار نظرية التحليل النفسي على عدم وجود شخصية إدمانية موحدة ، حيث يرى "برجوري" (Bergeret, 1981) و "ألفنستين" (Olivenstien, 1991) بأن مشكلة الإدمان تخص كل البنيات النفسية الذهانية والعصابية والحالات الحدية ، ولذا تسر ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء اضطرابات التي تعتبر المدمن في طفولته الأولى ، ومن هنا فإن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقة الحب بين المدمن ووالديه ، إضطرباً يتضمن ثانية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت ، هذه العلاقة المزدوجة تنقل للمخدر الذي يصبح رمزاً لموضوع الحب الأصلي.<sup>(37)</sup>

<sup>(37)</sup> سعد المغربي ، 1963 ، ص 408-420.

علاوة على ذلك فإن المدمن يقبل على المخدر بحثاً عن التوازن بينه وبين واقعه ، فالعقار هنا هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفولية لا شعورية ، فنما المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتنبیت الطاقة الغریزیة في الفم ، وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التنبیت منها : السلبية والإتكالية ، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي ، والإحباط.<sup>(38)</sup>

فالإدمان يرجع إلى اضطراب كامن في شخصية الفرد ، والعوامل الاجتماعية ماهي إلا عوامل مهيئة أو مساعدة لظهور اضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ ، ومن المفيد أيضاً أن ننظر إلى السلوك المتعلق بتعاطي العقاقير وأثرها في نمط حياة الفرد ، وليس الاقتصر فقط على قابلية ذلك الفرد للاعتماد على تلك العقاقير، فقد لوحظ على سبيل المثال عدم اقتصر الشباب على تعاطي عقار واحد ، بل يتعاطون مجموعة كبيرة من العقاقير، وحتى مع الزعم بأن تعاطي العقاقير مرتب بنوع من الفضول وتجربة شيء جديد ، فإنه في الحالات الشديدة يكون نتيجة اضطراب مزمن في الشخصية ، خصوصاً اضطراب السيكوباتي الذي لوحظ في أغلب الحالات، ويعاطى بعضهم العقاقير من أجل التخلص من القلق والاكتئاب ، أو لتكون حاجزاً بينهم وبين العالم الذي يرفضونه.<sup>(39)</sup>

#### خصائص شخصية المتعاطي:

أشار الظفيري<sup>(40)</sup> في دراسته عن سيكودينامييات العلاقات الأسرية لدى المدمنين في دولة الكويت إلى عدد من السمات الشخصية التي يتميز بها المدمنون ، وهي :

1) اضطراب البناء النفسي ، وقد كان هناك نموذجين من النمو المضطرب للأنا الأعلى.

الأول : الأنماط القاسية : وتبدو من خلال مشاعر الندم والقلق والإثم ، والتي تدفع إلى السلوك اللا اجتماعي الاندفاعي المدفوع بالحاجة إلى العقاب.

الثاني : الأنماط الضعيفة : التي قامت على استدماج فقير وضعيف للمحرمات والضوابط.

أما " الأنماط " عند المدمن فإنها ضعيفة لا تملك القدرة على التصدي لرغبات الهوى فتصداع له وتتقاد إليه بدون مقاومة ، وفي كثير من الأحيان تلجم الأنماط إلى الكبت والتبرير في مواجهة الواقع.

<sup>(38)</sup> عفاف عبد المنعم ، 2003 ، ص 80 .

<sup>(39)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 330 .

<sup>(40)</sup> عزيز الظفيري ، 2001 ، ص 82-87 .

(2) عدم القدرة على تخطي الموقف الأوديبي على طريق السواء .

(3) العلاقة بالأب علاقة صراعية قائمة على التردد والعصيان وتحطيم صورة الأب ، وتنعم

هذه الصورة ليصبح تحدي للسلطة بمختلف أشكالها التالية:

- التثبيت الشديد على العلاقة بالأم في علاقة اعتمادية طففية نرجسية ، فهو ينشد منها الحب والأمن والإمدادات النرجسية.
- اضطراب العلاقة بالأخر وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية حميمة خارج دائرة الإدمان.
- اضطراب التوحد ، واضطراب التعيين الذاتي والذي يكون في الغالب تعيناً أنثوياً.
- انخفاض مستوى الطموح والفشل الدراسي.
- ارتداد العدوان إلى الذات.
- الشعور بالوحدة والميل للعزلة والانطواء.
- توهم القدرة المطلقة.
- انخفاض تقدير الذات والشعور بالنقص والدونية.
- الاضطراب الجنسي.
- الانقياد والانصياع ومسايرة رفاق السوء.

وتوصى عبد السلام (1977) من خلال دراسته إلى مجموعة من الافتراضات منها:

أن المدمنون ينتمون إلى مستويات دنيا من الذكاء ، كما أنهم ينتمون إلى الطبقات الدنيا من المجتمع ، وكما أن المتعاطي بنظر إلى المستقبل نظرة سلبية مضطربة نتيجة التراكم في المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعيشها والناتجة بشكل أساسي عن مداومة الإدمان وزيادة الإحساس في الآنا عنده ، وأن صراعاته تمثل بشكل أساسى بالامتلاك والنجاح وتحقيق المتعة ، كما أشار إلى أن الفقر بالنسبة للمتعاطي وفقدان القدرة الجنسية من أكثر مصادر القلق التي يعيشها.

ومن جهة أخرى تعتبر المدرسة المعرفية أن هناك إجراءات أو عمليات ( سيرورات ) معرفية متعلقة بالتعاطي للمخدرات، تتشكل من أفكار و信念ات خاطئة، فقد أكد ( أرون بيك ) أكثر هذه ال信念ات تأثيراً ، وهو ما أسماه بمعتقد انعدام الخطر الذي يتبنى المتعاطي ، فيعتبر أن تناول المخدر جرعة واحدة أو عن طريق حقنه في الوريد فإنه في مأمن عن الخطر.<sup>(41)</sup>

<sup>(41)</sup> فريدة قماز ، 2009 ، ص 73.

كما تعتبر هذه النظرية أن تعرض الفرد إلى مثيرات منشطة داخلية ( كالقلق ، الاكتئاب ، الغضب ) أو خارجية متعلقة بالأماكن والأشخاص الذين لهم علاقة بالمخدرات ، ممكن أن تجعله ينحو إلى إتيان سلوكيات إدمانية ، وبذلك تعتبر هذه المثيرات المنشطة عوامل خطير معرفية تعمل على تشويط المعتقدات القاعدية .

وتأخذ المعتقدات القاعدية شكلان أساسيان ، معتقدات التوقع : والتي تبني من عمليات معرفية تربط الأحداث بما يتم توقعه من نتائج ، إذ أن في حالة الإدمان تكون لدى المدمن توقعات إيجابية للإدمان أكبر من عدد وقيمة التوقعات السلبية ، وهذه التوقعات تعزز في خبرة قصيرة المدى ، غالباً ما تشتمل على توقع المتعاطي لارتفاع الفعالية الاجتماعية بعد استعمال المخدر ، أما الشكل الثاني للمعتقدات القاعدية : وهو معتقدات محقق استجابة الانضغاط ( التسكين ) حيث يتعلم الفرد أن العاقير يمكن أن تخفض من استجابته الجسدية للضغط ، فهي تلقن وتشجع استخدام العقار في مواقف وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط .<sup>(42)</sup>

ونفس النظرية السلوكية الاعتماد العاقيري بوصفه عادة شرطية ، وأنه نوع من الإثابة المدعومة المرتبطة باستخدام عقار ما ، وأن هذا التدريم الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي اشتقاء العقار ، وتصبح هذه العادة نمطاً سلوكيًا متكرراً أو يستعصي على التغيير في بعض الأحيان .<sup>(43)</sup>

ويقترح "دولارد وميلر" Dollard and Miller بأن الخمر هو المعزز ، لأنه يؤدي إلى التقليل من الخوف والصراع ، في حين يرى "بندورا" Bandura أن تعاطي الخمر بصورة مفرطة إنما يتم من خلال التعزيز الإيجابي الناجم عن المثبط المركزي والعناصر المخدرة للكحول ، فالأفراد الذين يكررون استعماله نتيجة لعرضهم للضغوطات البيئية ، هم الذين سيكونون أكثر عرضة للإنفاق على تناول المخدرات وبشكل أكثر من أولئك الذين يتعرضون لضغوطات أقل ، والذين تعتبر المخدرات بالنسبة لهم ذات قيمة تعزيزية ضعيفة ومتداولة .<sup>(44)</sup>

محمد الشناوي ، 1998 ، ص 442 .  
فاروق عبدالسلام ، 1977 ، ص 65 .<sup>(42)</sup><sup>(43)</sup>

<sup>(44)</sup> Robinson, 1976 , p 54- 55

## **ثانياً : العوامل الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات:**

العوامل الاجتماعية هي مجموعة من الظروف التي تحبط بشخص معين وتميزه عن غيره فيخرج منها تبعاً لذلك سائر الظروف العامة التي تحبط بهذا الشخص وغيره من الناس ، وبهذا المعنى نقتصر الظروف الاجتماعية هنا على مجموعة من العلاقات التي تنشأ بين الشخص وبين فئات معينة من الناس يختلط بهم اختلاطاً وثيقاً سواء كانوا أفراد أسرته أو مجتمعه أو مدرسته أو الأصحاب والأصدقاء الذين يختارهم.

### **الأسرة:**

هي المؤسسة التربوية الأولى التي تتلقى المخلوق البشري منذ أن يفتح عينيه على النور ، فهي الوعاء الذي يشكل داخلها شخصية الطفل تشكيلًا فردياً واجتماعياً ، وهي عبارة عن جماعة من الأفراد تربطهم روابط قوية تاريخية من صلات الزواج ، والدم والتبني ، وهذه الجماعة تعيش في دار واحدة وترتبط أعضاءها الأب ، والأم ، الإبن ، وغيرها بعلاقات اجتماعية متماضكة ، وتقوم في أساسها على الأهداف المشتركة ، وتلعب الأسرة الدور القيادي في تهيئة وإعداد الطفل لمجابهة الأمور الاجتماعية المعقدة وتدريبه على إشغال الأدوار الاجتماعية المناسبة التي تستطيع من خلالها تقديم الخدمات التي يحتاجها المجتمع.<sup>(45)</sup>

ولقد تقلصت وظيفة الأسرة في الوقت الحاضر وتحولت بعض وظائفها إلى مؤسسات وغيرها نتيجة لاتساع المعرفة وتتنوع المفاهيم وتعدد الوسائل والطرق وهذا أدى إلى عدم استطاعة الأسرة القيام بكل وظائفها وذلك لإمكانياتها المحددة وتعدد الاختصاصات وظهور العلوم المختلفة والمعارف الجديدة ومتطلبات الحياة الكثيرة والتي لا تستطيع أي مؤسسة الإمام بها جميعاً.

لقد كانت الأسرة قديماً تكفي نفسها بنفسها في مختلف الأنشطة الاقتصادية والدينية والاجتماعية والتربيوية والترفيهية وبدأت الأنشطة تتقاض شيئاً فشيئاً، وينتقل بعضها إلى مؤسسات أخرى كالقبيلة أو الدولة ، فمن وظائف الأسرة هي التربية الجسمية والصحية التي من خلالها تقوم الأسرة برعاية وعناية أطفالها وتربيتهم تربية جسمية وصحية وذلك بتقديم المأكولات والمشروبات والغذاء الصحي والنفسي لتنمية أجسامهم وإيجاد المبادئ لهم وتوفير وسائل الراحة، وعلى الوالدين تزويد أولائهم بالثقافة التي تلائم العصر الذي يعيشون فيه ومن واجب

<sup>(45)</sup> نوري عبدالله ، 2011 ، ص 142.

الوالدين كذلك أن يتباينوا مع أبنائهم ويفتحوا لهم صدورهم لسماع مشكلاتهم وتعاونهم معهم على حلها وفهمها.<sup>(46)</sup>

وعلى ضوء أهمية موقع الأسرة ووظائفها الاجتماعية ودورها الحيوى في تنشئة الفرد، فإننا نستطيع أن ندرك الآثار المترتبة على التحليل الذي يصيب بناء الأسرة ووظائفها في مجال الضبط الاجتماعي وانعكاساتها الخطيرة على مستقبل الفرد واستقراره النفسي والاجتماعي ويظهر بوادر الانحلال الوظيفي الأسرى من مصدرين أولهما التفكك الأسرى ، وثانيهما عدم انجاز الأسرة لوظائفها الأساسية.

**سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين:**<sup>(47)</sup>

تلعب الأسرة دوراً هاماً وحيوياً في حياة الفرد وفي تشكيل شخصيته ، وعلاقة الأسرة بالإدمان ثأني من كون الأسرة إما أن تكون عامل خطورة يهيئ الفرد للإدمان وذلك عندما تضطرب العلاقات داخل الأسرة ، سواءً بالانفصال أو الطلاق أو الخلافات والمشاجرات ، مما قد يزيد من شعور الفرد بعدم الأمان ويزيد من الشعور بانخفاض تقدير الذات مما يهيئ للإدمان حيث يعتبر إيمان أحد أفراد الأسرة هو عرض أو علامة مع اضطراب العلاقات الأسرية.

وإما أن تكون عامل وقاية أو حماية للفرد من الوقوع في الإدمان لما تهيئه للفرد من تفاعل وتواصل وجداً واستجابة لحاجاته ، وإعطائه الفرص للاستقلالية والتفرد ، وما يتعلمه الفرد من خلال الأسرة مهارات مواجهة مشكلات الحياة دون اللجوء للإدمان كأسلوب للمواجهة.

وقد أشار "مايكيل راتر" (Rutter, 1987) إلى أن الأسرة تلعب دوراً هاماً في وقاية الفرد من الدخول في عالم المخدرات والوقوع في الإدمان من خلال الجو الأسري الآمن الذي يفوم على العلاقات التي يسودها الحب والتماسك من الوالدين ويسودها كذلك الحب والاحترام والتقدير والثقة للأبناء ، أما الأسر التي تتسم بالخلافات والانفصال والطلاق والوفاة المبكرة لأحد الوالدين خاصة الوالد من نفس الجنس لأنها تزيد من قابلية أو استهداف الفرد للإدمان ، ذلك لأن الأسر التي تتسم العلاقات فيها بالاضطراب يشعر فيها الفرد بعدم الأمان وانخفاض الشعور بالثقة وزيادة مشاعر الاكتئاب مما قد يهيئ للإدمان.

<sup>(46)</sup> نوري عدالش، 2011 ، ص 143 .

<sup>(47)</sup> عزيز الطفيري ، 2001 ، ص 266 .

وتوصلت دراسة راثود (1970) إلى أن الوسط الذي أتى منه المدمن يبين أنه ذو وضع أسري خاص: كأن يكون الإبن الوحيد في العائلة أو أن الأب غائباً وغير متوافق كأن يكون سكيراً أو مريضاً عقلياً.

وقد أكد "بوين" (1974) في نظريته عن الأنساق الأسرية بأن إدمان الكحول والمخدرات، يعتبر عرض يعبر عن اضطراب الأسرة أو الوحدة الاجتماعية أو اضطراب الأنظمة داخل الأسرة ، أو أنه محاولة من المدمن لخفيف حدة القلق الناشئ بسبب المشكلات ، ويشير "بوين" إلى أهمية كل فرد داخل الأسرة حيث يشكل كل فرد وحدة تفاعل مع الوحدات الأخرى أو مع الأعضاء الآخرين داخل حدود الأسرة ، وهذا النسق أو النظام يؤدي وظيفة سيكولوجية ويتسم بالдинامية والتفاعل ، وإذا كان هناك من يدمن الكحول أو المخدرات داخل الأسرة فإن هذا إنما يعبر في الغالب عن اضطراب في رابطة التعلق الوجداني بأهم أفراد الأسرة وهو الأم. <sup>(48)</sup>

وبشكل أكثر توسيعاً يشير "راتر" (Rutter, 1987) و "هاكنز" (Hawkins, 1992) وكذلك "جولتا وآخرون" (Gullotta et al, 1995) إلى العوامل الأسرية الخطيرة التي تزيد من القابلية للإدمان ، هي:

- 1- الفقر Poverty ، وتدهور مستوى الدخل.
- 2- الخلافات Discord و الشفاق الأسرى ، ويرى "راتر" أن الخلافات الأسرية هي أكثر المتغيرات الأسرية قدرة على التأثير بالإدمان أكثر من الطلاق والانفصال.
- 3- وجود أب ، أو أم ، أو أخ مدمن ، وذلك بحكم التوحد Identification ، أو بتعبير نظرية التعلم الاجتماعي وجود نموذج مدمن في المنزل يزيد من القابلية للإدمان.
- 4- زيادة الضوابط الوالدية ، أو عدم وجود ضوابط من شأنها كذلك أن تزيد من القابلية للإدمان.
- 5- الإهمال ، والرفض ، واللامبالاة في محيط العلاقات الأسرية.
- 6- الاضطراب النفسي أو المرض الجسمى لأحد الوالدين لأنه يقلل من الرعاية الوالدية للطفل ويقلل من القدرة على التفاعل معه وتلبية متطلباته.
- 7- وفاة أحد الوالدين ، أو أحد الراشدين ذوى الأهمية في حياة الطفل قبل بلوغه سن 11 سنة قد يكون له أثر في الإدمان.

<sup>(48)</sup> عزيز الظفيري ، 2001 ، ص 92.

- 8- ميلاد طفل جديد قبل أن يبلغ الطفل سنين.
- 9- طلاق ، أو انفصال الوالدين ، مما يتربّط عليه في بعض الأحيان الانفصال عن الوالد المحبوب.
- 10- الإيذاء الجسمية والجنسية التي يتعرّض لها الطفل تعد كذلك من عوامل الخطورة للتسبّب في انخفاض تقدير الذات والإدمان .
- 11- وجود جماعات للرفاق ينتشر معها الإدمان ، خاصةً إذا تزامن هذا مع عدم وجود رقابة الأسرية لدى المدمنين ، حيث أكّد على وجود عدّة متغيرات أسرية ترتبط بالإدمان ومنها:

- 1- خبرات الإنفصال والفقد لأحد الوالدين خاصةً الوالد من نفس الجنس ، لا سيما إذا كان هذا الوالد محبوباً للطفل ، وكذلك طول فترات المنازعات والمشاجرات ، وكذلك الانفصال *Fear of separation* حيث أشارت الدراسات إلى أن الخوف من الانفصال عرض رئيسي لدى بعض أسر المدمنين.
- 2- اضطراب العلاقة بين الوالدين والأبناء ، فأسر المدمنين يتسم الآباء فيها بالإهمال واللامبالاة وعدم التواصل مع الأبناء وعدم الاحترام والمعاقبة بدون مبرر .
- 3- العلاقة الكفليّة *Symbiotic* والاعتمادية الشديدة من الأبناء على الآباء وعدم إتاحة الآباء الفرصة لأنوائهم للانفصال والاستقلالية والفرد.
- 4- الوالدين في هذه الأسر لا يعطون الطفل الفرصة لتنمية مهاراته لمواجهة المشكلات والتغلب عليها ، مما يجعلهم يشعرون بالعجز عند مواجهة أي مشكلة ، بل حتى قبل أن يواجهوا المشكلات.

كما يشير "بلات" (Platt, 1986) إلى أن كل هذه المتغيرات من شأنها أن تجعل الأسرة من الأرجح أن تكون إطاراً مهيئاً للإدمان *Addict-family context* ، كما أن إدمان أبناء الأسرة ما هو إلا دليل أو علامة أو شرط يعبر عن أسرة باشولوجية في تعاملها مع أبنائها ، أو يعبر عن اضطراب العلاقة بين الآباء والأبناء. (50)

(49) Turner, 1995, PP 40-42

(50) Platt, 1986, PP 124-125.

وقد نالت دراسة سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين قبولاً متزايداً لدى الباحثين ، واستطاع كل من ( كوفمان 1985 ، زيمبرج وآخرون 1985 ، برادشو 1988 ) الربط بين السيكوديناميات والبناء الأسري.<sup>(51)</sup>

وتم وضع بعض التوجيهات التي ينبغي أن يراعيها الباحثون في مجال سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين ، وهي كالتالي:

1- أن هناك عوامل كثيرة ومتباينة تدفع الفرد للإدمان.

أ- عوامل بيولوجية ( جينات - أمراض ).

ب- عوامل نفسية ( التطور النفسي في المراحل المبكرة ، السلوكيات المكتسبة ).

ت- عوامل اجتماعية ( الأسرة - الأقران - المجتمع ).

وهي عوامل متداخلة لا يمكن تحديد أي منها المسؤول عن الإدمان ، وبالتالي ينبغي للباحث أن يتعامل معها جميعاً.

2- أن تقدير التوجيه والإرشاد ومحاولات التدخل لتنمية الامتناع عن التعاطي والشفاء ينبغي أن يتضمن التعرف على سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى هؤلاء المدمنين .

3- أن سيكوديناميات المدمنين تتضمن الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تتبثق من خلال تطور النمو في المراحل المبكرة ، فالمشاكل التي تحدث أثناء التطور النفسي في المراحل ، الباكرة ربما يؤدي إلى شعور بانخفاض تقدير الذات واضطرابات في الأنما ، وكما هو معلوم فإن ميكانيزمات الدفاع عند المدمنين في الغالب هي ( التبرير - الإنশطار ) وهذه الميكانيزمات تعمل لحماية الذات والأنما ، وبالتالي فإن المدمن يلجأ إلى تعاطي المخدرات والكحوليات لملء الفراغ النفسي الذي يستشعره ويعيشه.

4- وظائف الأنما عند المدمنين ضعيفة وقاصرة ، ويبدو هذا الضعف ظاهراً من خلال قياس القدرة على التحكم في المشاعر والدافع الفطري وال العلاقة بال موضوع.

5- دور الاعتماد على المواد المخدرة يعد مهماً وحيوياً في حياة الفرد الذي اعتاد الحصول على تعاطي المادة المخدرة.

6- سلوك أفراد الأسرة يعد من العوامل التي تدعم عملية تطور واستمرار الإدمان.

<sup>(51)</sup> Eileen,et al,1991, P 41.

- 7- ميكانزمات الدفاع ( الإنكار - التبرير - الإسقاط - الإنشطار ) و تستخدمن قبل المدمن وأفراد أسرته كجزء من عملية الحفاظ على تعاطي المواد المخدرة.
- 8- انحراف أفراد الأسرة في أدوار و سلوكيات دفاعية تدعم عملية تعاطي المخدرات مثل ( الإنكار - التبرير - الإسقاط - الإنشطار ).
- 9- التواصل داخل وخارج الأسرة يساهم في سلوكيات الاختلال الوظيفي والتفاعلات الاجتماعية لدى المدمن وأفراد أسرته ، وقواعد التواصل في هذه الأسر تشجع على عملية الإنكار وعدم الحديث عن المشاعر والأفكار والسلوكيات بل والإدمان نفسه ، في محاولة من الأسرة للحفاظ على السر ، وبالتالي فإنها تتحرك تجاه نظام مغلق يعزلها عن البيئة الاجتماعية.
- 10- عندما تحاول أسرة المدمن الحفاظ على توازن النظام الأسري تظهر في بعض الأحيان مشاكل لا تتصل بالإدمان مثل الصراع بين الزوجين ، ومشاكل تشتت الأولاد وغيرها.<sup>(52)</sup>

### **ثالثاً: عوامل الرفقـة :**

إن من أهم أسباب المهمة التي تدفع الفرد إلى ارتكاب الأفعال السلوكية الإجرامية اختلاطه وتجاوشه وتفاعلاته مع رفاقه السوء ، لاسيما رفاق المنطقة السكنية ورفاق المدرسة من المنحرفين والأشرار ، فالفرد يتأثر بسرعة بأصدقائه ورفاقه الذين لا يختلفون عنه بمعايير العمر والتقاليد والميول والاتجاهات والأذواق ، حيث أنه يتأثر برفاقه أكثر مما يتأثر بأبيه ، أو أمه ، أو مدرسته ، وعندما تكون الخصائص وتسهيكم به تتجه إلى الاختلاط والتفاعل بحيث تجعله شاذ ومنحرف في أفكاره وممارساته اليومية ، وهنا لا تستطيع العائلة ولا أية مؤسسة أخرى في المجتمع من إصلاحه وتقويم أخلاقه المنحرفة وممارساته الخاطئة ، وأمر كهذا يؤدي إلى أخطار التفكك والتصدع بحيث لا تستطيع العائلة هنا القيام بوظائفها ومهامها تجاه الفرد والمجتمع.

إن الرفاق يعملون على إثبات ميول المراهق ورغباته وتأكيد وجوده ضمن الجماعة ، كما تساعدهم الجماعة على إقامة علاقات اجتماعية قوية مع من هم في سنهم ، حيث أن رفاق اللعب لهم دور كبير في التأثير بشخصية الحدث ، فكلمة لعب من المفاهيم التي كانت

<sup>(52)</sup> Eileen,et al,1991, PP 41-43.

سائدة على أنها نشاط يقصد به الاستمتاع بقضاء أوقات الفراغ ، وقد تبلورت هذه المفاهيم فلم تعد مجرد طريقة لقضية الوقت، فقد أصبح ينظر إليه كجزء من العمليات التربوية التي ترمي إلى الحد من خطر السلوك الإجرامي لدى الحدث ، ويقول العالم (بياجيه) في ذلك ( أن اللعب عملية تمثل العمل على تحويل المعلومات الواردة لتلائم حاجات الفرد فاللعب والتقليد والمحاكاة جزء لا يتجزأ من النمو العقلي والذكاء ).

ومن علماء الإجرام الذين اهتموا بدراسة أثر الصحبة في إرتكاب الفرد للسلوك الإجرامي العالم ( سذرلاند ) الذي وضع نظرية ( الاختلاط المغاير ) وينطلق ( سذرلاند ) في نظريته هذه من فرضية أساسية مفادها أن السلوك الإجرامي سلوك مكتسب غير موروث يتعلمه الفرد من خلال اختلاطه بأفراد آخرين وذلك لعملية التواصل أو التفاعل الاجتماعي بين الأفراد الذين ينتمون إلى الجماعة الواحدة في المجتمع الواحد ، وأن مثل هذا الاتصال لا يتم إلا بين الأشخاص على درجة متينة من الصلة الشخصية أو على درجة واضحة من الصداقة والزمالة ، وهذا يعني أن يكون بين هؤلاء الأفراد وعلاقات أولية مباشرة.

ويبدو أن دور جماعة الأقران في حياة وسلوك المراهق يتوقف على عدة عوامل منها طبيعة شخصية المراهق ، وطبيعة علاقة المراهق بأسرته ، وبالتالي عندما يتضاعل دور الأسرة يتزايد دور جماعة الأقران ، فحين تزداد الخلافات الأسرية ، أو عندما تهمل الأسرة ابنها ، أو عندما تتقسم أساليب معاملة الأسرة لأبنها بالحماية الزائدة والتساهل ، وكذلك عند غياب أحد الوالدين بالوفاة أو الطلاق أو السفر ، فمن الأرجح أن يتزايد دور جماعة الأقران على حساب دور الأسرة ، وقد يتأثر المراهق بالذات بسلوك جماعة الأقران التي ينضم إليها ، والتي توفر له الشعور بالاستقلالية والأمن النفسي ، وبعض جمادات الأقران يتسم سلوكها ببعض المساعدة المضادة للمجتمع مثل التدخين والإدمان والعدوان والتخييب.<sup>(53)</sup>

ويشير الأشول (1988) إلى تأثر الفرد خاصة خلال مرحلة المراهقة بسلوك جماعة الأقران ، حيث أنه خلال هذه الفترة يتزايد استقلال المراهق عن والديه ويصبح أقل إرتباطاً بهما ، وفي نفس الوقت يتزايد ارتباطه بجماعة الأقران فيكتسب مبادئها ومعاييرها السلوكية ، كما أنه في كثير من الأحيان في حالة تعارض معايير الآباء مع جماعة الأقران فغالباً ما يساير المراهق جماعة الأقران.<sup>(54)</sup>

<sup>(53)</sup> Stenberg, 1993, PP 120 – 180.

<sup>(54)</sup> عادل الأشول ، 1988 ، ص 256 .

وعن دور جماعة الأقران أشار "كاندل" Kandel إلى أنه عند المقارنة بين دور الآباء والأقران فيما يتعلق بإقبال الشباب والمرأهقين على تعاطي الحشيش ، فإن التأثير الناتج عن كون الأقران يتعاطون أقوى من التأثير الناجم عن كون الآباء يتعاطون في الوقت نفسه ، وقد وجد أن أعلى نسب للتعاطي موجودة لدى الشباب الذين يقبل آباؤهم وأقرانهم على التعاطي.<sup>(55)</sup>

كما يشير "جيروم بلات" Platt, 1986 إلى أن تدعيم وتشجيع الأصدقاء للمساعدة المنحرفة تزيد من القابلية للإدمان ، وتقلل من الآثار السلبية المتوقعة لمقاومة الإدمان ، كما تقلل من التناقض المعرفي (Cognitive dissonance) ، الناتج عن الرغبة في الإدمان والخوف من آثاره ، كما تقلل من الشعور بالذات الناتج عن الإدمان ، كما أشار "بلات" ذلك إلى أن حوالي 80% من المدمنين لديهم على الأقل ثلاثة أصدقاء حميمين مدمجين قبل بدئهم في الإدمان كما يوفر الأصدقاء مناخاً آمناً للتعاطي.<sup>(56)</sup>

ويشير "دنكان" Duncan, 1995 إلى أن الإدمان قد يكون شرطاً للإنضمام لجماعة مدمنة ، حيث تعلم تلك الجماعة الفرد المنضم إليها أنواع العاقير وكيفية الإدمان وبصل الفرد المنضم إلى الجماعة المدمنة إلى اعتقاد أن سلوك الإدمان سلوك عادي ، وإن (معظم الناس يفعلون ذلك) ، وما يزيد من قابلية الفرد للتأثر بالجماعة المدمنة تعرضه لنماذج مدمنة في أثناء مرحلة الطفولة وشعوره بانخفاض تقدير الذات وبالإغتراب.<sup>(57)</sup>

وقد أشار "مصطفى سويف" Moustafa Sofi (1996) إلى أن كثير من البحوث الميدانية المصرية والأمريكية والأوروبية قد أشارت إلى أهمية الأقران والأصدقاء في تحديد ما إذا كان المرء ينتمي إلى تعاطي المواد النفسية أم لا ، ومن بين العوامل الفعالة في هذا الصدد كون هؤلاء الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى كونهم يشجعون الشاب الذي لم يتعاط بعد على أن يقدم على التعاطي ويخوض التجربة ، كما يتتوفر للشاب الذي لم يتعاطى بعد رؤية المادة المخدرة لأول مرة وكذلك تقديمها له.<sup>(58)</sup>

<sup>(55)</sup> Kandel, 1964, PP: 107 – 135.

<sup>(56)</sup> Platt, 1986, PP: 191 - 197

<sup>(57)</sup> Duncan, 1995, PP 56 - 91.

<sup>(58)</sup> مصطفى سويف، 1996 ، ص92 – 94

لقد بينت إحدى الدراسات التي أجرتها هيئة الأمم المتحدة في عام 2001 م : أن الشباب يحصلون على المخدرات من أصدقائهم الذين في مستوى سنهم ، وإن التناقض الذي يعيشه الشاب في المجتمع قد يخلق لديه الصراع عند تكوينه للإتجاه نحو تعاطي المخدرات فهو يجد نفسه بين مشاعر وقيم رافضة ، وأخرى مشجعة وعندما يلجأ إلى الأصدقاء الذين لهم ثقافة تشجعه على التعاطي.<sup>(59)</sup>

وأكدا " شيلمان وكراك " (Shulman&Krenke,1997) على أن سوء المعاملة الوالدية والمتمثلة في القسوة الزائدة والإهمال والخلافات الأسرية ، وكذلك زيادة الضوابط والتشدد فيها ، يجعلهم يتورطون في الإنضمام لجماعات أقران يرتبطون بها ، وتشبع حاجاتهم للأمن وتأكيد الذات ، وهذه الجماعات قد تكون بمثابة عصابات منحرفة تمارس السرقة والإدمان والتسلب من المدرسة.<sup>(60)</sup>

#### رابعاً : عوامل وسائل الإعلام:

العلاقة بين وسائل الإعلام المختلفة ومنظومة القيم الاجتماعية والأخلاقية علاقة فاعلة ومترادفة على اعتبار أن وسائل الإعلام في أي مجتمع هي الوسيلة الناقلة للمعرفة والثقافة والقيم ، وبالتالي فهي التي تسهم في خلق جانب كبير من ثقافة المجتمع ، وهي التي تؤثر في اتجاهات الجمهور وميولهم الإيجابية أو السلبية حول الموضوعات المختلفة ، كما أن لها دور في تشكيل أنماط ثقافة الشباب المعيشية ، وفي ظل غياب دور الأسرة في التنشئة تبرز وسائل الإعلام كأسرة بديلة تشكل شخصية الأبناء وتزودهم بالقيم والاتجاهات المختلفة.

وتقوم وسائل الإعلام والاتصال المختلفة بدور مهم في التربية وبناء الشخصية والتوافق ، إلا أن هناك وسائل إعلام سلبية وغير مسؤولة تقدم ما يدفع إلى التوافق السلبي والانحراف ، وبالرغم من تفاوت الآراء حول دور الإعلام في تشكيل ثقافة المخدرات ، إلا أن نتائج الدراسات تؤكد تزايد حجم التأثير الإعلامي في تشكيل وصياغة ثقافة المجتمع حيث ارتفعت نسبة التعرض للتلفزيون إلى أكثر من 97 % في العديد من الدراسات التي أجرتها اتحاد الإذاعة والتلفزيون عام 2002 م.

<sup>(59)</sup> تقرير هيئة الأمم المتحدة ، 2001 ، ص 2.

<sup>(60)</sup> Shulman & Krenke, 1997, PP: 176-181.

ولقد أشارت دراسة "ياسر عبداللطيف" (1988) إلى أن مدة التعرض اليومي للتلفزيون بصفة عامة والشباب وصغار السن بصفة خاصة أكثر من ثلاثة ساعات وذلك لسيطرة دوافع التسلية والترفيه ، والاسترخاء ، وقضاء وقت الفراغ ، وأن هذا الجهاز الخطير وما يقدمه من أعمال درامية تتناولها الأفلام المختلفة تقلي الصورة على السياق الذي يتم من خلاله التعاطي والمواد المخدرة بكافة أنواعها ، ويدعم هذا ما أشارت إليه نتائج دراسة "أمل كمال" (2007)<sup>(61)</sup> ، إذ تبين ما يلى:

- أن كل أفراد العينة تقريباً بإثناء فرد واحد قد سبق لهم السماع عن المخدرات بوجه عام أي بنسبة 99 % تقريباً من عينة الطلاب بمرحلة التعليم الأساسي ، الأمر الذي يشير إلى انتشار المعلومات عن هذه الظاهرة في المجتمع ومعرفة الطلاب لها في سن مبكرة ، وقد تبين أن مصادر هذه المعلومات ، ما يلى:
- احتل التلفزيون المقدمة كأهم مصادر هذه المعلومات حيث أشار إلى ذلك 84 % من أفراد العينة وبفارق كبير عن المصادر الأخرى.
- تعتبر وسائل الإعلام من الآليات الاجتماعية التي يستخدمها المجتمع للتأثير على ظاهرة ما ، بالسلب أو بالإيجاب ، ويدرك "سويف" أنه في دراسات ميدانية استهدفت فئة عريضة من الشباب في المدارس والجامعات أن وسائل الإعلام (الراديو والتلفزيون والصحف) تأتي في مرتبة بعد مرتبة الأصدقاء مباشرة ، كمصدر يستمد منه الشباب معلوماتهم عن المخدرات بجميع أنواعها ، كما أوضح نفس المصدر وجود ارتباط إيجابي قوي بين درجة تعرّض الشباب لهذه المعلومات واحتمالات تعاطيهم هذه المخدرات.<sup>(62)</sup>
- تعمل وسائل الإعلام على زيادة انتشار ثقافة المخدرات عن طريق المستوى الأول والثاني وهو السمع و الرؤية ، وبعد التعرض لثقافة المخدرات من العوامل المساعدة في زيادة احتمالات التعاطي ، وقد أوضحت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد على أن هناك ارتباطاً بين التعرض المعرفي (عن طريق السمع أو الرؤية المباشرة لثقافة المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب) وبين معتقدات واتجاهات الأفراد نحو هذه المواد ، ومع المزيد من التعرض لثقافة المخدرات تزداد احتمالية أن يقدم الشخص على التعاطي.<sup>(63)</sup>

<sup>(61)</sup> أمل كمال ، 2007 .

<sup>(62)</sup> مصطفى سويف، 1996 ، ص 87 .

<sup>(63)</sup> عبد اللطيف خليفة ، 1998 ، ص: 177 .

كما أشار تقرير أude المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناية حول ظاهرة انتشار المخدرات في مصر، إلى التأثير الإيجابي لوسائل الإعلام خاصة التليفزيون والسينما ، في الإقبال على التعاطي بإبراز المخدرات على أنها وسيلة لنسفان الهموم والإحساس بالسعادة ، ولو لفترة من الوقت ، وأشار " عاكاشة " (1989) إلى أنه كثيراً ما بدأ استكشاف المواد المخدرة بعد مشاهدة أفلام أو برامج تلفزيونية دعائية أكثر منها هادفة ، حيث أن المدمن يتبع مذهب اللذة الفورية ، و لا يهمه العواقب والمضاعفات.<sup>(64)</sup>

#### وسائل التواصل الاجتماعي النافذة لتعاطي المخدرات:<sup>(65)</sup>

أحدث التطور التقني والتكنولوجي في العقود الأخيرة نقلة نوعية ، وثورة حقيقة في عالم الاتصال والتواصل ، حيث انتشرت الشبكة العنكبوتية في كافة أرجاء المعمورة لترتبط العالم المتزامي الأطراف ، وتجمعه في شاشات صغيرة ليتنقل الإنسان من خلالها بحرية في فضاء العالم الواسع ، ليصل إلى ما يريد متى شاء وكيف ما شاء ، دون قيود أو حدود تحد من حركته أو تنقله أو تحدد له اختياراته أو تعيق إشباع حاجاته.

ولقد غيرت شبكات التواصل الاجتماعي المختلفة وجه الحياة المعاصرة ، وفتحت آفاقاً جديدة وأحدثت تغيرات عميقية في مختلف جوانب الحياة ، وسمحت بالتواصل مع العالم الخارجي حتى أصبحت من الحاجات الملحة التي لا يمكن إنكارها أو الهروب منها ، فكل ما يدور حولنا من أخبار وعلوم وتجارة وتعارف وترفيه لها علاقة وثيقة بالإنترنت ، لذلك أصبح هذا العالم الافتراضي جزءاً لا يتجزأ من حياة الإنسان اليومية ، إن لم يكن عند البعض كل حياته اليومية ، فمنذ اللحظات الأولى التي يفتح بها الإنسان عينيه من النوم ، وقبل أن ينهض من سريره يستلم الهاتف ويتصفح تلك المواقع ، وينتقل معه للمتابعة أثناء الجلوس على سفرة الطعام ، وفي السيارة ، وفي العمل ، وفي الديوانية إلى أن يستسلم إلى النوم مرة أخرى ، وهذه حياة الكثير من الناس.

وليس هناك أدنى شك أن وسائل التواصل الاجتماعي أصبحت من سمات العصر الحديث ، واستطاعت اختراق البيوت والمنازل دون استئذان ودون رقابة وفي متناول أيدي جميع الفئات والأعمار، فهي أداة فتاكهة وسلاح ذو حدين ، فكما أنها وسيلة لتعزيز السلوك الإيجابي داخل المجتمع عن طريق تشجيع الفرد على تكوين صداقات والتواصل مع الآخرين

<sup>(64)</sup> أحمد عاكاشة ، 1989 ، ص 152 .

<sup>(65)</sup> عزيز الطفيري ، 2018 .

والتعرف على كل ما هو جديد في مجال العلوم وتبادل الخبرات العلمية في جميع المجالات وعلى كافة الأصعدة، إلا أنها أيضاً وسيلة فتاكه تفتاك بجميع القيم الإيجابية التي ينبغي أن يتمسك بها الفرد ويتمثلها في أخلاقه وسلوكه وعلاقته.

وتكمن الخطورة الحقيقة أو التحدي الأكبر الذي يواجه الأسرة والمجتمع في هذا العصر ، بتساهل بعض الأسر بتوفير الهواتف الذكية والأيباد وتقدمها للأطفال دون توعية أو رقابة أسرية ، مما قد يوقع الطفل بكثير من المشاكل التي قد تؤثر على نموه العقلي والنفسي والاجتماعي ، وقد أظهرت العديد من الدراسات تعرض هؤلاء الأطفال للإساءة والاستغلال الجنسي عن طريق غرف الدردشة وشبكات التواصل الاجتماعي والمراسلات وتبادل الأفلام والصور الإباحية غير اللائقة ، أو تشجيعهم على تجريب وتعاطي المخدرات للحصول على المتعة والسرور .

وأشار "الظفيري" كذلك إلى أن وسائل التواصل الاجتماعي تعتبر البيئة المناسبة لتحرك العصابات الإجرامية للوصول لأهدافها وتحقيق الأرباح الطائلة غير المشروعة بسهولة وحرية وعلى نطاق واسع دون خوف من تتبع الأجهزة الأمنية ، لقدرتها على التخفي واختراق حواجز الحماية المجتمعية والأسرية من جهة ، واستخدام لغة خاصة ورموز وشعارات وصور متتجدة لا يعرفها إلا من هم في المجال من جهة أخرى .

كما أشار إلى أن شريحة الشباب والراهقين من أكثر الشرائح العمرية إستهدافاً من المروجين وتجار المخدرات، وذلك لسهولة استدرجهم وحملهم على تجريب المخدرات ، أما بدعوى الحصول على المتعة واللذة أو لمقاومة النوم وعلاج الأرق ، أو للحصول على جسم مثالي أو غيرها من الدعايات التي يطلقها المروجون بين أوسع الشباب والراهقين .

وقد أكد على أن عمليات التسويق وبيع المخدرات أصبحت أكثر سهولة مما كانت عليه في السابق في ظل انتشار وسائل التواصل الاجتماعي بين الناس ، فمن خلال حسابات وهمية يتم التواصل بين المروج والمدمن دون أن يعرف أحدهما الآخر ، أو من خلال أرقام هواتف غير مسجلة لدى شركات الاتصالات في البلاد ، ويتم الدفع عادة عن طريق تحويل رصيد لهاتف نقال أو تسليم المبلغ ل وسيط مجهول ثم توضع المخدرات في مكان غير معروف لل وسيط والمدمن ، لا يتم الإفصاح عنه إلا بعد استلام المبلغ ، وفي العادة يكون في الساحات والأماكن المهجورة وقرب حاويات القمامه .

وختم بقوله بأن التحدي الأكبر الذي يواجه المجتمع الكويتي في العصر الحالي يتمثل في انتشار هذه السموم الفاتحة بين الشباب والمرأهقين من الجنسين ، لما يترتب عليها من آثار خطيرة ساهمت بانتشار جرائم السرقة والسلب والعنف وقتل الأقارب والجرائم الإرهابية فضلاً عن ارتفاع نسب الحوادث المرورية وغيرها من الجرائم المرتبطة بتعاطي المخدرات ، الأمر الذي يتطلب ثورة مجتمعية شاملة للوقوف صفاً واحداً أمام هذه العصابات الإجرامية التي تسعى لنشر هذه السموم بكل الوسائل المتاحة دون رادع من دين أو حلق.<sup>(66)</sup>

## خامساً : العوامل المجتمعية:

أدى ظهور النفط في منطقة الخليج إلى حدوث تغيرات جذرية في المجتمع والتي أدت إلى تغير واحتلال في القيم والمعايير الاجتماعية التي كانت سائدة ، وطفحت على السطح العديد من المشكلات والضغوطات النفسية ، مثل: النزعة الفردية ، والصراع بين القديم والحديث ، والتفكك الأسري ، والوصول إلى الثروة والغنى بأسرع الطرق ، والتكالب على اللذة ، ودخول ثقافات مختلفة في المجتمع ، وغير ذلك من الظواهر المصاحبة للتغير الاجتماعي السريع ، ونتيجة لهذه القيم وفي المناخ السيئ أصيب الأفراد عامةً والشباب خاصةً بتوترات وضغوطات نفسية واجتماعية شديدة انعكست على سلوكهم وتصرفاتهم ، وكان ذلك من أهم الدوافع التي دفعت بالشباب إلى البحث عن التعويض والهروب من هذا الواقع الأليم ، فكان انحدارهم إلى منحدر ومستنقع المخدرات.<sup>(67)</sup>

كما أكد "الحميدان" (2011) على هذا التغيير الاجتماعي السريع صاحبه ظهور قيم واتجاهات جديدة ، حيث بدأ ظهور التسامح والتباهل إزاء أمور كانت غير مقبولة سابقاً ، ففي الماضي لم يكن الشاب يجرأ على تدخين سيجارة أمام والده ، ثم بدأ المجتمع يخفف من درجة الصرامة والتحفظ ، وكذلك الحال بالنسبة للمشروبات الكحولية ، حيث كان شاربها يتناولها سراً وخوفاً من افتضاح أمره بين الناس ، أما اليوم فأصبحت عند البعض جزءاً من العلاقات الاجتماعية الناتجة من تغير ثقافة المجتمع ، كما ناقش عدد من العوامل المجتمعية التي تؤدي لتعاطي المواد المخدرة كالخلل بالتركيبة السكانية وزيادة عدد الوافدين بنسبة 3:1 بالمقارنة بالمواطنين ، كما تعرض لتأثير العمالة الوافدة والتي تغلغلت في الأحياء السكنية

. عزيز الطفيري ، 2018 ، ص 1-10 .<sup>(66)</sup>

عبيد الحميدان ، 2011 ، ص 125 .<sup>(67)</sup>

المكتظة بالسكان المحليين ، وأشار إلى خطورة تعاملهم مع الأحداث والشباب في هذه الأحياء ، والتي قد كانت سبباً في تعاطي هؤلاء الشباب ، كما أشار إلى مساهمة العمالقة الوافدة بتجارة المخدرات.<sup>(68)</sup>

وقد أشار " الوريكات " (1995) إلى أن البحث عن الأسباب (كتعاطى المواد المخدرة ) من خلال قراءة حركة التغير الاجتماعي ، يتطلب فهم أسبابها وليس آثارها فقط فالبحث يجب أن يركز على البناء الاجتماعي وثقافة المجتمع وعلاقة ذلك بأشكال الانحراف المختلفة ، فالفرد من خلال التنشئة والخلق الاجتماعي يتشرب الأهداف الثقافية المجتمعية ومن جهةه يقوم المجتمع بتوضيح الوسائل المشروعة والطرق القانونية ومحاولته توفيرها لجميع فئات الشعب إلا أن المشكلة هي في عدم توزيع الوسائل بطرق عادلة في المجتمع وهذا قد يعود بدوره إلى طبيعة البناء الاجتماعي ونوعية النظام السياسي والنظام الاقتصادي وبناء على ذلك فإن المشكلة الاجتماعية ماهي إلا تعارض بين الأهداف الثقافية والوسائل المشروعة لبلوغ الأهداف.<sup>(69)</sup>

وعندما يستدخل الشخص قيم المجتمع وعاداته وتقاليده وتصبح مكون أساسى من شخصيته وبنائه العقائدية والمعرفية ، فإنه يتعرض لحالة من الصراع والإيجاب قد تدفعه للتعاطى ، عندما تواجهه أية مشكلة اجتماعية كالفقر والبطالة والفراغ أو غيرها ، لأنه في هذه الحالة لا يستطيع خرق القوانين الاجتماعية التي استدتها منذ طفولته ، وفي نفس الوقت لم يتمكن من معالجة الظروف المحيطة بطريقة مشروعة ، وتحت وطأة هذا الصراع يلجأ للتعاطى ليهرب من الواقع المرير الذي يعيشه.

ويشير " غباري " (1991) إلى أن الشباب الذين يعانون من عدم وجود الفرص المناسبة التي تحقق آمالهم وطموحهم تدفعهم للتحرر من الإرتباط بنسق المعايير ، وبالتالي الخروج على مجموعة القوانين الموجودة ، وفي هذه الحالة يتذكر هؤلاء الشباب العديد من وسائل وأساليب الانحراف ، وعلى رأسها التعاطى كمحاولة منهم لتحقيق التكيف مع تلك المشكلات ، وذلك في المجتمع الذي جعلهم يتشكلون في شرعية قوانينه الاجتماعية التي تتعارض مع معاييرهم ، وتحت هذه الظروف يصبح من الصعب على الأفراد أن يتلقوا على

<sup>(68)</sup> عايد الحميدان ، 2011 ، ص 126 – 127 .  
<sup>(69)</sup> الوريكات ، 1995 .

أنماط السلوك الملائمة ، والصحيحة في نفس الوقت ، ومتى حدث هذا الانفصال يصبح التدعيم التقافي للنسق المعياري أكثر تعرضاً للإعتداء عليه ، وإذا انحلت القيم وانهارت المعايير ، شعر الشباب بوطأة الصراع ، وقسوة الضياع ، وبداؤا يهربون من هذا الحاضر المؤلم بإدمان الكحول ، التي تهياً لهم نشوة ولذة وسعادة وهمية ، تريهم بعض الوقت ، ثم يتعودون على المواد المخدرة ويدمنونها حتى تطبق عليهم ، ولا يستطيعون منها فكاكاً.<sup>(70)</sup>

وقد حظيت نظرية تعزيز الترابط الاختلافي بمكانة بارزة في مجال تفسير تعاطي المواد المخدرة ووفقاً لهذه النظرية هناك نوعان من التعزيز الأول يتعلق بالعقار نفسه ، والثاني يتعلق بطبيعة الجماعات التي ينتمي إليها الفرد ، وكذلك الفروق بين المدمنين ، فإذا ما تعالج شخص للتخلص من عقار معين ( العلاج الدوائي ) باستخدام بعض الأدوية التي تتفادى المدمن ، فقد يعود للتعاطي بسبب علاقاته الاجتماعية المعززة لهذا السلوك اللا اجتماعي.<sup>(71)</sup>

وقد أشار "أحمد أبو العزائم"<sup>(72)</sup> في موقعه على شبكة الإنترنت إلى عدد من المتغيرات التي تعزى للمجتمع منها:

- 1- تخبّط المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب الهدف القومي وغياب القدوة.
- 2- نقص مشاركة الشباب في الأحداث المجتمعية والسياسية.
- 3- الإحباط العام الذي يعيشه الشباب بسبب مشكلة البطالة.
- 4- اختلال القيم داخل المجتمع والرغبة في الثراء السريع.
- 5- عدم الشعور بالإلتلاء إلى المجتمع.
- 6- الرغبة في التمرد على المجتمع نتيجة الإحساس بالضياع داخله حيث يعدّ التعاطي شكل من أشكال السلوك العدواني الموجه نحو المجتمع.

#### **سادساً: عوامل خاصة بالمواد المخدرة:**

تختلف نظرة المجتمع للمواد التي يتعاطاها الناس ، فاللخمر والتدخين مقبولان إجتماعياً في بعض المجتمعات ، والخشيش وعقاقير الهلوسة مرفوضان في نفس الوقت ، والسبب في هذا التناقض يعود لثلاث عوامل:

<sup>(70)</sup> محمد غباري ، 1991 ، ص 40-20 .

<sup>(71)</sup> Barlow, 1990, p: 13.

<sup>(72)</sup> <http://www.abouelazayem.com>.

- 1- تأصل المادة : كلما كان استعمال المادة متأصلاً في المجتمع ازداد تقبله لها.
- 2- تأخر ظهور الأضرار والوفاة بسبب الاستعمال: فالخمر لا يظهر أضرارها إلا بعد 10 سنوات تقريباً ، وكذلك التدخين ، وقد تصيب الأضرار فئة قليلة من المتعاطفين ، لذلك يغض النظر عن التعاطي.
- 3- الظروف الاقتصادية: مثل توفر المادة ورخص ثمنها لا سيما إذا كان التعاطي لا يتعارض مع قيم المجتمع ، فالتدخين وشرب القهوة لشخص أسعارهما وتوفيرهما مقبولان أكثر من الخمر ، والخمر بدورها مقبولة أكثر من الأفيون وهكذا ، ومع ذلك فإننا لا نستطيع بأي حال من الأحوال أن نصنف مثل هذه المواد ( الدخان والقهوة ) مع الخمر أو المخدرات أو أن نقول لها مضاعفات وأثار شبيهة.<sup>(73)</sup>

وفيما يتعلق بتواجد المادة يشير " مصطفى سويف " 1996 إلى أن هناك كثير من القراءن تشير إلى أن الدرجة التي تتواجد بها مادة نفسية غير مشروعة في المجتمع تعتبر عاملاً مهمًا في شيوع الإقبال عليها ، ولو على سبيل التجريب ، ويمكن القول بناءً على ذلك فإن درجة توافر المادة في المجتمع ما إنما تعتبر مؤشرًا النوع من التوازن بين العرض والطلب ، وفي الوقت نفسه فإن العرض والطلب يتأثران بالقوانين ، والنظم والعوامل الاقتصادية الفاعلة في المجتمع ، ومعنى ذلك في نهاية الأمر أنه مع زيادة وفرة المادة في المجتمع يزداد الإقبال على تعاطيها ، ومع انكماش المتواجد منها يقل الإقبال على تعاطيها ، ومع ذلك بهذه العلاقة صادقة في حدود معينة لا تتجاوزها ، فإذا تصور البعض أن التقدم نحو القضاء على وجودها تماماً يمكن أن يكون طريقاً إلى القضاء على التعاطي والإدمان فهذا وهم لايسانده تاريخ كثير من المحاولات المماثلة في عدة مجتمعات ، أما عن المواد النفسية المشروعة ، مثل بعض الأدوية ( البنزوديازيبينات مثلاً ) فتتأثر درجة توافرها في المجتمع بالأسلوب الذي يتبعه الأطباء في كتابة وصفاتهم لمرضاهem ، فالتساهل الشديد في الأذن باستعمال هذه المواد يتتيح مزيداً من الفرص لتسربها غير المأذون ، ومن ثم وفرتها في السوق غير المشروعة.

بالإضافة إلى عامل التواجد يوجد عامل آخر وهو " الثمن " ، ويعد من العوامل التي تتدخل في تشكيل ظاهرة التعاطي ، وقد تتدخل بأشكال مختلفة منها تعديل معدلات الانتشار بالعمل على زيتها أو تقليلها ، وإلى جانب عامي الوفرة والثمن ، يقوم عامل آخر لا يمكن إغفاله هو عامل القوانين والقواعد المعمول بها في المجتمع.<sup>(74)</sup>

<sup>(73)</sup> عادل الدرداش ، 1982 ، ص125 .  
<sup>(74)</sup> مصطفى سويف ، 1996 ، ص 80 - 81 .

ومن العوامل الخطيرة التي لا يمكن إغفالها عند استعراض العوامل التي تساهم في انتشار تعاطي المواد المخدرة بين الشباب والراهقين في العديد من الدول العربية يتمثل في تساهل الصيدليات في بيع الأدوية ذات التأثير النفسي دون وصفات طبية ، في ظل ضعف التشريعات وسهولة التهرب من المسئولية القانونية لعدم إدراج بعض العاقفيـر الحديثـة في جداول المراقبة ، كما أن عدم توافر مراكز ومصحات علاجية حكومية كافية لاستقبال المتعاطـين وعلاجهـم وتأهيلـهم شجـع بعض ضعافـ النفوسـ من الصيادـلةـ بترويجـ بعضـ العـاقـفيـرـ الطـبـيـةـ كالـمسـكـنـاتـ وبـهـدـفـ الـرـبـحـ المـالـيـ عـلـىـ حـسـابـ صـحةـ الإـسـانـ.

ويضاف إلى ما سبق أن ضعف التنسيق بين الأجهزة الحكومية المعنية بمشكلة الإدمان ( وزارات: الصحة ، والداخلية ، والإعلام ، والشئون الاجتماعية والعمل ، والأوقاف والشئون الإسلامية ، وال التربية ، والتعليم العالي ، وغيرها ) ساهم بشكل أو بآخر في تفشي هذه المشكلة ، وذلك لتبعثر الجهود وعدم تركيزها في اتجاه واحد ، ووفقاً لإستراتيجية أمنية تربوية مشتركة بين كافة الأجهزة المعنية ، لأن مشكلة المخدرات مشكلة معقدة وتدخل ضمن اختصاصات عدد من الوزارات وبالتالي فإن جهود مؤسسة واحدة لا يكفي في مواجهة هذه مشكلة المعقدة ذات الأبعاد المتباينة والمختلفة سياسياً واجتماعياً واقتصادياً ونفسياً وثقافياً ، وبالتالي فإن وجود هيئة أو لجنة وطنية أصبح ضرورة ملحة لرسم سياسة عامة مشتركة تجمع جهود كافة المؤسسات الحكومية والأهلية لتوحيد الجهود للتصدي لهذه الآفة الدمرة ، خاصة في ظل تزايد أعداد المتعاطـينـ وـضـعـفـ التـعاـونـ وـالـتـنـسـيقـ بـيـنـ تـالـكـ الجـهـاتـ ،ـ وـنـدـرـةـ الـبـرـامـجـ الوقـائـيةـ المـقـنـنةـ وـالـعـلـمـيـةـ لـلـوـقـاـيـةـ مـنـ الـمـدـرـاتـ.

كما يعتبر الجهل بمخاطر التعاطي وآثارها السلبية من العوامل المساعدة على اقبال المراهقين على التعاطي وتجريب المواد المخدرة سواء للبحث عن وهم اللذة والنشوة والسعادة أو لمقاومة النوم والإرهاق أثناء الامتحانات والعطل والمناسبات ، فالمرأهق بهذه المرحلة العمرية يتميز بالنشاط والحيوية والمغامرة وحب الاستطلاع والشعور بأنه قادر على تجريب المواد المخدرة دون الوقوع في شرك الإدمان معتقداً أنه ملك القدرة المطلقة للتخلص منها متى ما شاء ، وفي مقابل هذه المعتقدات الخاطئة لدى المراهقين هناك من الآباء من يجهل أو يفتقر للمعلومات الكافية عن هذه المواد المخدرة وآثارها السلبية وأنواعها وأشكالها وطرق تعاطيها ، وقد يستغل المراهق هذا الجهل للتمادي في تعاطيه.

## الفصل الثالث

### المخدرات بين التنظير والواقع

تمهيد.

أولاً: تفسير ظاهرة الإدمان.

ثانياً: أبعاد مشكلة المخدرات.

ثالثاً: دور المخدرات في سببية الجريمة.

رابعاً: تفسير نظريات المخدرات.

خامساً: تصنيف المخدرات عالمياً.

سادساً: أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية المستحدثة.

سابعاً: الآثار الإجتماعية التي تصيب متعاطي المخدرات.

ثامناً: الآثار النفسية التي تصيب متعاطي المخدرات.

## تمهيد:

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى تفسير ظاهرة الإدمان، وبيان أبعاد مشكلة المخدرات، ثم دور المخدرات في سببية الجريمة، ثم نتطرق إلى تفسير نظريات المخدرات ، ثم نبين تصنيف المخدرات عالمياً ، والتعرف على أنواع المخدرات والمؤثرات العقائية المستحدثة والمتدولة بين الشباب ، وننتقل لتبين أهم الآثار الاجتماعية والنفسية التي تصيب متعاطي المخدرات من خلال ما يثيره من تعامل معهم سواءً من الأطباء والمختصين النفسيين والاجتماعيين.

### أولاً : تفسير ظاهرة الإدمان:

ظهر الاستعمال غير المشروع للمواد المخدرة مع بداية القرن العشرين فتسبيب في المشكلات التي تهدد حياة الفرد واقتصاد المجتمع ، ومع بداية السبعينات بدأ وباء المواد المخدرة في الدول العربية ، وفي الآونة الأخيرة اكتشفت الكثير من العقاقير الكيميائية المؤثرة على النفس ، ويعتبر عقار (L.S.D) هو أول العقاقير الكيميائية المخدرة التي عرفت في العالم ، وقد اكتشف بالصدفة عام 1938 في سويسرا ، وذلك أثناء عملية فصل القلوبيات الدوائية من خلاصة فطر الإريجوت ، وثم اكتشف تأثير هذا العقار على عقل الإنسان ومركز التحكم بالمخ ، وفي دراسة قديمة قام بها العالم (سيجل ) في لندن بعنوان: "الحيوانات أيضاً تتعاطى المخدرات": أثبتت أنه يوجد 18 جنساً من الحيوانات في الغابة تتعاطى المخدرات والمسكرات وهي التي تعيش على النباتات ، ومظاهر تأثير المسكرات على الفيلة هي نتيجة أكل ثمرة أفريقية تسمى (أومفانو) والتي تجعلها تتربّح وتتمايل وتفقد وعيها فتخرج للشوارع وتتنزه بين السيارات وتصرخ بلا سبب وتقاتل فيما بينها<sup>(75)</sup>.

وحتى بداية القرن العشرين ، لم تكن هناك أساس قانونية أو رقابة دولية على تحركات المخدرات وتداروها ، واعتمدت الحكومات على الإجراءات الوطنية حسب ظروف كل دولة وإمكانياتها البشرية والفنية ، إلى أن أدركت العديد من الدول الخطر الذي يهدد شعوبها من جراء زراعة وإنتاج وتناول المواد المخدرة ، ( وأقر المجتمع الدولي في مؤتمر شنغهاي عام 1909 م قصر إنتاج المخدرات على الاحتياجات العملية والدوائية وتولت بعد ذلك الاتفاقيات والمعاهدات الدولية ، إلى أن جاءت الاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام 1961م فنصت المادة (4)

<sup>(75)</sup> الحميدان، عايد (2004)، أهوال المخدرات في المجتمعات العربية، الكويت، مطبعة الحكومة، ص 143-144.

منها على قصر زراعة المخدرات وإنتاجها وصنايعتها واستعمالها وحيازتها على الكميات التي تتطلبها الأغراض الطبية ، وكانت مادة الحشيش هي المادة الخاضعة للرقابة الدولية ، وحتى تم توقيع اتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1972م التي أخضعت هذه المواد للرقابة ومنعت تداولها واستعمالها ولكن الآفة تزايده وانتشرت<sup>(76)</sup>.

### ١- تفسيرات ظاهرة الإدمان على المخدرات نفسياً واجتماعياً وعضوياً:

#### أ. التفسير النفسي للإدمان:<sup>(77)</sup>

الإدمان هو إضطراب سلوكي يسبب للشخص مرض نفسي كالعصاب ، أو عقلي كالذهان ، مما يضطربه لتعاطي العقار المخدر للتخفيف من المرض ، ويعتبر الإدمان عرضاً مرضياً وليس حالة مستقلة ، وأكثر الأمراض الناتجة عن الإدمان ( مرض الإكتئاب - القلق النفسي - الفصام ) .

#### ب. التفسير الاجتماعي للإدمان:<sup>(78)</sup>

الإدمان هو نوع من الحيل الاجتماعية أو خدعة تمثل سلوكاً لا شعورياً يتمثل بأداء سلسلة من خطوات غير سوية ومعقدة يمارسها فرد معين لتحقيق مكاسب فردية من خلال السيطرة أو التفوق على أساس دوافع لا شعورية ذات رغبات اجتماعية، وتأتي هذه التفسيرات بعد نشوء ظاهرة الإدمان.

#### جـ. التفسير العضوي (الفيزيولوجي) للإدمان:<sup>(79)</sup>

يركز التفسير العضوي على العاقير المخدرة باعتبار أن لها وظائف عضوية تمثل في حدوث تغيرات هامة واضطرابات بالنواحي الحسية والحركية والعضوية في أجهزة جسم المدمن ، فإذا ما اعتاد الجسم على الحالة الجديدة ، شعر الفرد بالضيق والضجر بحالته الطبيعية أو إذا أُجبر على الامتناع عن العقار.

<sup>(76)</sup> الحميدان ، عايد (2004) ، أهوال المخدرات في المجتمعات العربية ، ص 146-147.

<sup>(77)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 98-101.

<sup>(79)</sup> وزارة الإعلام (د.ت) ، المخدرات الخطيرة والمقاومة ، السعودية ، مطبع مؤسسة الجزيرة ، ص 42-43.

## 2- رأي علم الاجتماع في ظاهرة تعاطي المخدرات

### • العالم كلوسن (80): J. Clausen •

يرى أن البيانات الاجتماعية التي توجد فيها أعلى معدلات تعاطي المخدرات تسكنها أكثر المجموعات حرماناً وفقرًا وأقلها نجاحاً ، وهذه المناطق يوجد بها أيضًا أعلى معدلات الجريمة والدعارة ، وأعلى معدلات وفيات الأطفال والإصابة بالسل ، وأعلى نسبة من الأسر المتصدعة ، وهي مناطق ذات كثافة سكانية عالية.

### • العالم داي (81): Dai •

فسر عالم الاجتماع الأمريكي (دai) ظاهرة انتشار تعاطي المخدرات بقوله: " إن العالم الحاسم في الإدمان هو اكتساب المعرفة بالمخدرات عن طريق الإختلاط بالذين يتعاطونها في الحالات وأثناء ممارسة البغاء أو لعب القمار ".

### • العالم بيكر (82): Becker •

قدم (بيكر) تفسير لظاهرة انتشار تعاطي المخدرات فهو يرجع إدمانها إلى تعلم الأفراد كيفية استخدام المخدر، وإدراك آثاره ومحاولة الاستمتاع به.

### • العالم روبرت ميرتون (83): R. Merton •

بين أن تعاطي المخدرات هو استجابة انسجمية من جانب المتعاطي الذي يجد أن سبل النجاح مغلقة أمامه ، كما أنه يستطيع ارتكاب أفعال إجرامية يحقق بها أهدافه لعجزه عن ذلك.

(80) الحميدان، عايد (2004)، أهوا المخدرات في المجتمعات العربية، مرجع سبق ذكره ، ص144.

(81) نفس المرجع السابق ، ص148.

(82) نعيم ، سمير (1969)، الدراسة العلمية للسلوك الإجرامي ، القاهرة ، مكتبة سعيد رافت، ص75.

(83) Robert Merton "op", p32-34

## **ثانياً : أبعاد مشكلة المخدرات:**<sup>(84)</sup>

إن ظاهرة تعاطي المخدرات لها جوانب وأبعاد هي:

### **1. البعد القانوني:**

يصطدم الذي يتعاطى المخدرات أو يسيء استعمال العاقاقير المنشطة بقوانين المجتمع من وقت لآخر، ويستهين الذين يتعاطون المخدرات بما تتطوي عليه هذه القوانين من أحكام رادعة تلقي بهم في السجون ، وفي ذلك ضياع لبعض القوى البشرية ، وتعطيل لها وهو تعطيل قوى الدولة، فيما تنفق من جهد ومال في سبيل الإجراءات القانونية المختلفة للمكافحة والعقاب ، وبالنسبة للمسؤولية الجنائية لمعاطي المخدرات فهو مسئول وكذلك التاجر والمهرب ، والقانون وضع ليحمي مصلحة الجماعة كوحدة من الأخطار التي تهددها في كيانها المادي أو السياسي أو الأخلاقي ، ويضع القانون العقوبات المختلفة للمعتدين بغض النظر عن العوامل المسيبة للسلوك الإجرامي ، إلا في أحوال نادرة وبقدر ضئيل مثل حالات المرض العقلي عندما تندفع به المسؤولية الجنائية، فالقانون يهتم بالفعل الإجرامي نفسه ومدى ضرره والمخدرات هي جريمة بحق المجتمع لها تفصيلاتها القانونية.

### **2. بعد بدني نفسي:**

إن تعاطي المخدرات له مشاكل صحية تتعلق بالجانب البدني والجانب السيكولوجي ، و يؤثر المخدر أياً كان نوعه على أجهزة البدن المختلفة من حيث القوة والنشاط والمستوى الوظيفي لأعضاء الجسم ، ومن الجانب السيكولوجي نجد أن المخدرات تؤدي إلى حالة من الاضطراب العقلي المؤقت يزول بالامتناع عن المخدر واضطراب نفسي بالشخصية وهو يؤثر على الإدراك والتذكر وغيرها من الوظائف العقلية للفرد و يؤثر على الجانب الانفعالي والتزويعي للشخصية ، وما يؤثر على الفرد من تكيف أو توافق مع نفسه ومع غيره من الناس.

<sup>(84)</sup> الحميدان ، عايد (2004) ، أحوال المخدرات في المجتمعات العربية، مرجع سبق ذكره ، ص146-148.

### 3. بعد اقتصادي :

إن ظاهرة تعاطي المخدرات لها جانب اقتصادي وهو على قدر كبير من الأهمية بالنسبة للقدر من ناحية والمجتمع من ناحية أخرى ، فهناك مصروفات الأموال الطائلة التي تتفقها الدولة لمكافحة المخدرات ، وإجراءات المحاكمة والسجون ، عدا الأموال التي تصرف على برامج العلاج والوقاية من المخدرات ، وكان يجب أن تستغل هذه الأموال في النواحي الإنتاجية التي ترفع مستوى الشعب اقتصادياً أو تسهم بتحريره من الفقر أو المرض أو الجهل من تلك الآفات الاجتماعية ، فهناك جزء من الدخل لا يستهان به ينفق في سبيل المخدرات دون فائدة ، فمدمني المخدرات خسارة على أنفسهم وعلى المجتمع من حيث أنهم قوى عاملة من أفراد المجتمع قد تعطلت عن العمل والإنتاج ، لأن لديهم أسر ضائعة تعيش عالة على المجتمع نتيجة لفقد عائلها إما بالسجن أو دخوله المستشفى ، كذلك عملية الربح غير المحدود في تجارة المخدرات تدفع الطامعين بالمساهمة بالتجارة الفerna.

### 4. بعد سياسي :

يعد تعاطي المخدرات مشكلة سياسية مرتبطة بالسيطرة على أفراد المجتمع فنشر المخدرات يحقق ضعف الشعب واستكانته وتخلفه ، بحيث لا تسمح حالته أن يقاوم أو يتحرر ، وقد عانت الصين من مشكلة المخدرات وانتشار الأفيون بين طبقات الشعب المختلفة ، وكان له أثراً سيئاً على معنويات الشعب وإمكاناته المادية والعقلية ، مما أدى لقيام حرب الأفيون بين الشعب الصيني من ناحية والاستعمار وتجار الأفيون وأتباعه من ناحية أخرى ، وكذلك ما قام به النظام العراقي السابق عند غزوه لدولة الكويت ومحاولته نشر السموم حتى يضمن استمراره بالسيطرة على الشعب وتفكاك وحدته ، ولكن محاولاته باعت بالفشل.

### **ثالثاً: دور المخدرات في سببية الجريمة:**

لكل نوع من المخدرات سبب يؤدي لارتكاب الجريمة:

#### 1. الحشيش والجريمة:

إن الحشيش يعمل على تجسيم وتضخيم المشاعر والانفعالات كما يثير ويضخم التخيلات ، وإذا كان الفرد عدوانياً فلابد أن يرتكب جريمة محكماً بتخيلاته وانفعالاته المضخمة ويخلق الحشيش اتجاهات وأفعال إجرامية.

(85) وهبي، محمد (1990) ، عالم المخدرات بين الواقع والخيال ، بيروت ، دار الفكر اللبناني ، ص167-172.

## 2. الكوكايين والجريمة:

يُفقد الكوكايين متعاطيه الشعور بالتعب والشعور بالجوع أو العطش ويولد لديه الوهم والإحساس بقوة عضلية خارقة فيبالغ متعاطي الكوكايين بتقدير ذاته وقدراته ويظن أنه بطل الأبطال ، أو ملك الملوك ، ومتلكه أحاسيس غريبة وعجيبة فيحس بالطيران وقد يطير من ناحية إلى أخرى وينتهي ميتاً محظماً ، وتخيل إدراكاته بالنظر والسمع والحواس ، ويغيب العقل بالكامل فيميل للانحراف الجنسي والسرقة والقتل والعنف واستخدام السلاح وارتكاب الجرائم.

## 3. الأفيون والجريمة:

لا يختلف الأفيون عن الحشيش فهو يفتح الجريمة على مصراعيها ويسمح للمتعاطي أن يرتكب كل الأفعال للحصول على المادة قهراً فهو ضعيف محبط ، وجبان ومنهك القوى ، فاحتمال اتجاهه إلى العنف ضعيفاً ، لكن قد يسرق ويذلل ويبكي ويتسول ويبيع كل ما يملكه ، فهو والعياذ بالله عبد المادة المخدرة.

## 4. المنشطات والجريمة:

أظهرت الدراسات التأثير القوي لبعض العاقاقير التخاليفية (المنشطات) على ارتكاب السلوك الإجرامي ، وكذلك برزت نتيجة إلى أنه توجد علاقة عكسية بين الاعتماد على تعاطي العاقاقير التخاليفية وبين التوافق الوظيفي أو المهني للمتعاطين حيث أدى التعاطي لغياب الموظفين عن أعمالهم.

### رابعاً : تفسير نظريات المخدرات<sup>(86)</sup>

#### 1. النظرية الفسيولوجية:

تبين أن المدمن إنسان وقع فريسة ضعيفة لتغيرات فسيولوجية بسبب الإدمان ولا يجد نفسه إلا مجبراً على تعاطي المخدر حتى في حالة الإكتئاب بسبب نقص نفس المادة ، وإن العاقاقير المخدرة تحدث تغيرات واضطرابات في حركة ووظائف أعضاء الجسم وأجهزته بحيث أنه إذا اعتاد الفرد على هذه الحالة الجديدة فإنه يشعر بالصيق متى عاد إلى حالته الطبيعية أو أُجبر على الإمتناع المؤقت عن المخدر أو الإقلاع عنه.

<sup>(86)</sup> غالى ، محمد (1980) ، سيكولوجيا الإدمان والمدمنين ، الكويت ، مطباع دار البلاغ ، ص 75-78.

## 2. النظريّة النفسيّة:

تركتز على أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات الإيجابية في حياة الفرد النفسي يلعب دوراً كبيراً في بدء التعاطي ، فإذا استمرت وزادت هذه التراكمات فإنها تساعد على الإستمرار ، بل والبالغة في التعاطي ، ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي يعتبره المخلص الوحيد من الآلام النفسيّة ، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المدر، لذا يرى علماء النفس أن تعاطي المدر قد يكون بديلاً لنفادى الحرمان والإحباط.

## 3. الأسلوب الاجتماعي:

يفسر علماء الاجتماع تعاطي المخدرات على أساس من الفرضيّة الاجتماعيّة والتشريعية التقافية لبعض المجموعات ، وأن ثمة ضغوطاً تدفع الناس إلى الإنحراف بما في ذلك تعاطي المخدرات.

ومن النظريّات في هذا المجال (نظريّة الرقابة) التي تقول بأن تعاطي المخدرات وخرق القوانين وارتكاب الجرائم هو جزء من السلوك الإنساني ، والأفراد يرتكبون أعمالاً إنحرافية إذا ما تركوا وشأنهم (أي أن غياب الرقابة يؤدي إلى الإنحراف).

وهناك نظريّات أخرى فسرت تعاطي المخدرات على أساس النزاع أو الصراع أو صراع المصالح ودور البناء الاقتصادي والسياسي والاجتماعي (نظريّة الصراع).

### أ. العالم دون ليوموت<sup>(87)</sup>:

يعرف المنحرف بأنه هو ذلك الشخص الذي يلعب دوراً يخرج عن القواعد الاجتماعيّة واسمه المنحرف الأول ، أما الثاني هو الذي يفعل كما يفعل الآخرون (يعاطي المخدرات) هو خروجاً على المعايير الاجتماعيّة والأهداف المجتمعية في آن واحد.

### ب. الينور، وشلدون<sup>(88)</sup>:

إن مرتكبي السلوك المنحرف غالباً ما يكونوا من أسر يتوافق فيها وجود الأبوين ويشوبها الفساد الأسري بسبب الطلاق أو الهجر ، ويتصف متعاطوا المخدرات بعدم احترام الوالدين وعدم التزامهم بالقيم العائلية ، وتتميز بيئتهم بالفكاك القيمي ، وضعف الرقابة وانعدام وسائل التسلية والترويح داخل الأسرة.

<sup>(87)</sup> عبد اللطيف، رشاد (1992)، الآثار الاجتماعيّة لتعاطي المخدرات، الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، ص80.

<sup>(88)</sup> نفس المرجع السابق ، ص83.

## ج. مونهم<sup>(89)</sup>:

إن العوامل الثقافية وجماعة الأصدقاء (الأقران) تلعب دوراً بارزاً في تشكيل الفرد وتعاطيه للمخدرات.

## 4. الاختلاط التفاضلي<sup>(90)</sup>:

ترى أن السلوك الإجرامي ينتقل بالتعلم الناتج عن الإختلاط مع النماذج الشاذة ورفاق السوء ، أي أن الفرد يتعلم السلوك المنحرف من اختلاطه بغيره عن طريق مجالستهم ، وينحرف عندما ترجم لديه كفة الآراء التي تحذر مخالف القانون على كفة الآراء التي تحذر مراعاة القواعد والمعايير، ويصبح الفرد بعملية موازنة أقرب إلى الجريمة ويوثق علاقته مع الأспект الإجرامية.

## تارد<sup>(91)</sup>:

يرى أن الجريمة حصيلة ظاهرة اجتماعية واحدة هي التقليد ، وكما يرى العالم (بلير) أيضاً أن انتشار المخدرات وتعاطيها يرجع إلى المناسبات الاجتماعية ، ونظرية المراهق إلى زميله الذي تعاطى المخدر ، وشعوره أنه مهم والرغبة في تقليده.

ويتبين بذلك أن تعاطي الفرد للمخدرات يرتبط ارتباطاً واضحاً بالتشائئة الاجتماعية الأسرية وبما تمثله من أساليب معاملة والديه خاطئة كالنبذ والإهمال والقسوة والتساهل ، كما أن الإجرام يرتبط ارتباطاً غير قوي بالذكاء ، وهناك عوامل أخرى تدفع الفرد لممارسة السلوك الإنحرافي مثل المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع وجماعات الأصدقاء ، وهناك عامل أساسى محرك للإنحراف وتعاطي المخدرات هو ضعف الوازع الديني.

## 5. أسلوب التعلم الاجتماعي<sup>(92)</sup>:

يعتبر العالم سذر لاند (1883-1950) هو أول من طرح هذه النظرية التي تقول أن الإنحراف والجريمة هما نتاج التعلم ، ومكونات النظرية ما يلي:

(89) عبد اللطيف، رشاد (1992)، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، ص 87.

(90) نفس المرجع السابق، ص ص 89-93.

(91) بيتر، لوري (نور الدين خليل) (1995)، المخدرات حقيقة اجتماعية ونفسية وطبية ، القاهرة، الهيئة المصرية للكتاب ، ص 31-33.

- أ. إن السلوك الاجرامي سلوك مكتسب.
- ب. يتم إكتساب السلوك الإجرامي من خلال الإحتكاك مع الأشخاص الآخرين عبر وسائل الاتصال.
- ج. يتم الجزء الرئيسي من اكتساب السلوك الإجرامي في نطاق المجموعات الشخصية المقربة.
- د. عندما يتم اكتساب السلوك الإجرامي فإنه يشمل:
- طرق ارتكاب الجريمة ( معقدة جداً أو مبسطة جداً ).
  - الاتجاه المعين للدافع والمسوغات والموافق.
  - يتم اكتساب الاتجاه المعين للدافع والمبررات بواسطة مجموعة من القوانين باعتبار أنها ملائمة أو غير ملائمة.
  - يصبح الشخص جانحاً بسبب طغيان التعريفات الملائمة لخرق القانون على التعريف غير الملائم لخرق القانون.
  - التفاصيل الإحتكاكية يختلف باختلاف درجة التكرار والمدة والأولوية والكثافة.
  - تتم عملية تعلم الأسلوب الإجرامي عن طريق الإحتكاك بالأأنماط الإجرامية وغير الإجرامية التي تتضمن كل الآليات في آية عملية تعلم.
  - يعتبر السلوك الإجرامي تعبيراً عن الحاجات والقيم العامة ، إلا أنها لا تفسر عن طريق هذه الحاجات والقيم ، لأن السلوك غير الإجرامي هو أيضاً تعبيراً عن نفس الحاجات والقيم.
  - أي أن النظرية تقول أن تعاطي المخدرات يعتبر مثل أنواع الإنحراف الأخرى ، لأن تعاطي المخدرات عبارة عن أفكار يتعلمها الشخص عند تعامله مع الآخرين، خاصةً تعامله مع الجماعات المقربة ، وتتم هذه الجماعات الفرد بالأأنماط الإجرامية وغير الإجرامية والقيم والسلوك وتعريفات المبادئ القانونية سواءً الملائمة أو غير الملائمة منها ، ويظهر الإنحراف بانتهاك القانون عندما تتغلب التعريفات الملائمة لانتهاك القانون على التعريفات غير الملائمة ، ويمكن اعتبار الإنحراف نتيجة للإحتكاك بالمجموعات التي تؤيد الأنماط الإجرامية للسلوك والتي تشجع على انتهاك القانون.

## خامساً: تصنيف المخدرات عالمياً<sup>(93)</sup>

### ■ أنواع المخدرات حسب تأثيرها:

1. المسكرات: مثل الكحول ، والكلوروفورم ، والبنزين.
2. مسببات النشوة: مثل الأفيون ومشتقاته.
3. المهدئات: مثل الميسكارلين ، وفطر أمانثيا مسكارايا ، والأتروبلادونا ، والقنب.
4. المنومات: مثل الكلورال ، والباربيتوريات ، والسيكونال ، والبروميدات.

### ■ أنواع المخدرات حسب طريقة الإنتاج:

1. مخدرات طبيعية: تنتج من نباتات طبيعية مباشرة: مثل الحشيش والقات والأفيون ونبات القنب.
2. مخدرات مصنعة: تستخرج من المخدر الطبيعي بعد أن تتعرض لعمليات كيميائية تحولها إلى صورة أخرى ، مثل المورفين والهيروين والكوكايين.
3. مخدرات مخلقة (مركبة): تصنع من عناصر كيماوية ومركبات أخرى ، ولها التأثير نفسه ، مثل: بقية المواد المخدرة المسكنة والمنومة والمهدئة.

### ■ أنواع المخدرات حسب الاعتماد (الإدمان) النفسي والعضوي:

1. المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً: مثل: الأفيون ومشتقاته (المورفين) ، وكذلك الكوكايين ، والهيروين.
2. المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً فقط: مثل الحشيش والقات وعقاقير الهلوسة.

### ■ أنواع المخدرات حسب اللون:

1. المخدرات البيضاء: مثل الكوكايين والهيروين.
2. المخدرات السوداء: مثل الأفيون ومشتقاته والhashish.

<sup>(93)</sup> الحميدان، عايد (2004)، أهوال المخدرات في المجتمعات العربية، مرجع سبق ذكره، ص 169.

## ■ أنواع المخدرات حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية<sup>(94)</sup>:

1. مجموعة العقاقير المنبهة: وتشمل الكافيين ، والنيكوتين ، والكوكايين ، والأمفيتامينات مثل البنزيدرين ، والركسي ، والميثيدرين.
2. مجموعة العقاقير المهدئه: وتشمل المخدرات مثل: المورفين ، والهيرودين ، والأفيون ، ومجموعة الباربيتيورات ، وبعض المركبات الصناعية مثل الميثادون ، وتضم هذه المجموعة كذلك الكحول.
3. مجموعة العقاقير المثيرة للأخيبيل أو التخيلات (المغبيات): ويأتي على رأسها القنب الذي يستخرج منه الحشيش، والماريوجانا.

## ■ أنواع المخدرات حسب التركيب الكيميائي:

وهناك تصنيف آخر تتبعه منظمة الصحة العالمية يعتمد على التركيب الكيميائي للعقار وليس على درجة تأثيره ، ويضم هذا التصنيف ثماني مجموعات هي:

1. الأفيونات.
2. الحشيش.
3. الكوكا.
4. المثيرات للأخيبيل أو التخيلات.
5. الأمفيتامينات.
6. الباربيتيورات.
7. القات.
8. الفينولات.

<sup>(94)</sup> الحميدان، عايد (2004)، أهواł المخدرات في المجتمعات العربية ، مرجع سبق ذكره ، ص 171-173.

## المخدرات الطبيعية

المخدرات الطبيعية هي مجموعة من النباتات الموجودة بالطبيعة والتي تحتوي أوراقها وثمارها على عناصر مخدرة فعالة ، أو هي كل مادة مخدرة تستخلص من النبات ولا تضاف إليها أي مادة كيماوية ، وينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك وتترك لدى المتعاطي اعتماداً نفسياً أو عضوياً أو كلاهما<sup>(95)</sup>.

### ■ نبات القنب :**Cannabis Sativa**

نبات القنب أحادي الجنس أي توجد منه نباتات ذكرية ونباتات مؤنثة ، وقد وجد في بعض الدول نبات يحمل الأزهار المذكورة والمؤنثة معاً، وهو نبات شجيري شديد الرائحة ينمو برياً في مناطق كثيرة من العالم وهو نبات حولي لا توجد منطقة في العالم إلا ينمو بها أو يمكن زراعته ، ويبلغ طول هذا النبات من 30 سم إلى 6 أمتار وأوراقه ضيقة ومشعرة وتتجمع على شكل مروحي وهي لامعة ولزجة وسطحها العلوي مغطى بشعيرات قصيرة، ويستخرج راتنج الحشيش من الأطراف المورقة والمزهرة لنبات القنب المذكر والمؤنث على حد سواء ، وهو يخالف ما كان سائداً في الماضي من أن الراتنج لا يستخرج إلا نبات القنب الأنثى.

وقد ذكر هذا النبات منذ خمسة آلاف سنة قبل الميلاد في وثائق إمبراطور الصين "شنين يانغ" ويسمى بالعشب المقدس ، وكانوا يستخدمونه لصناعة الألياف والحبال والملابس ، ولكنه في القرن الثاني الميلادي استخدام للترويح عن النفس عند قبائل سيبيريا ، وكذلك كمسكن ومهدي للألم.

### ■ الحشيش :**Hashish**



هي أكثر المخدرات انتشاراً في العالم ، وتعتبر بعض دول شرق آسيا من مصادر إنتاج الحشيش بالإضافة إلى بعض الدول العربية ، وذكرت إحدى التشرفات التي يصدرها قسم

(95) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات الطبيعية سموم فنكة ، الكويت ، الإدارية العامة لمكافحة المخدرات ، ص 10-11.

(96) الحميدان ، عايد (2004) ، أهال المخدرات في المجتمعات العربية ، مرجع سبق ذكره ، ص 169.

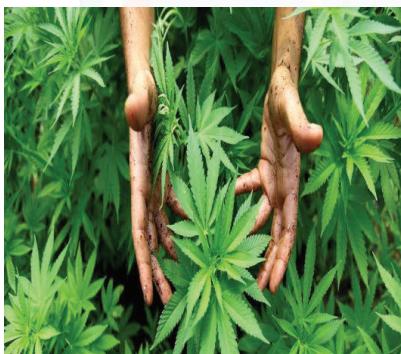
(97) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات الطبيعية سموم فنكة ، مرجع سبق ذكره ، ص 11-12.

المواد المخدرة التابع للأمم المتحدة بأن الحشيش يرجع استخدامه كمخدر إلى أكثر من خمسة آلاف سنة ، حيث استخدمه قدماء المصريين لعلاج بعض الأمراض في عهد الملك "رمسيس" ، وفي عصرنا الحديث انتشر استخدام الحشيش في جميع أنحاء العالم ، وتعاني منه كثير من الدول وما يزيد الأمر سوءاً أن معظم المتعاطين من الشباب وصغار السن.

ويستخرج الحشيش من أزهار وأوراق وساقان نبات القنب، والحبش يضغط عادة على شكل كتل أو ألواح مسطحة ، ويتراوح لونه بين الأخضر الفاتح والبني الفاتح والغامق ، وقد يكون طرياً ورطباً ، والحبش المنتج من دول شرق آسيا يميل إلى اللون الأسود ، وغالباً ما يعمل على شكل مستطيل ، أما الحشيش اللبناني فهو ذو لونبني فاتح ويسمى أحياناً الشقراء.

والحبش مكونات كثيرة وعديدة إلا أن العنصر الفعال به هو أوراق النبتة المؤنثة على مواد كيميائية هي الكانابينول أو اختصاراً (T.H.C) وهي مواد شديدة التأثير على المخ والعضلات.

## ■ marijuana (٩٨):



عندما تقل نسبة العنصر الفعال (T.H.C) في نبات القنب لا يمكن الحصول على راتنج الحشيش منه كما لا يمكن تجفيف النبات ، وبوضع الرطب منه والكتل وألواح الحشيش ، ويتم جمع أوراقه وتجفف وتدق وتدق وتسمي marijuana أو marijuana أو البانجو ، ويصبح لونها أخضر مائل إلى الرمادي وأحياناً تجرش الأوراق الخضراء والسيقان الرفيعة والبذور فتأخذ شكل يشبه نبات الزعتر ، وتعباً في علب كبيرة وزجاجات بلاستيكية أو غيرها من العلب الصغيرة.

وكلنتيجة للتقنية الحديثة تمت زراعة marijuana في المحاصيل المغلقة وعلى المسطحات المائية وينتشر إنتاجها في الولايات المتحدة الأمريكية.

(٩٦) الحميدان ، عايد (٢٠٠٤) ، المخدرات الطبيعية سموم فتاكة ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٣.

## ■ نبات الخشخاش (99) Paraver Somniferam



نبات الخشخاش هو المصدر الذي يؤخذ منه الأفيون وهو نبات حولي يبلغ ارتفاعه من 2 إلى 4 أقدام ينتج أزهار ذات أربع بتلات قد تكون بيضاء أو قرمذية أو حمراء أو بنفسجية أو أرجوانية ، ولكن اللون الأكثر شيوعاً هو اللون الأبيض ، وللنبات رأس أو كبسولة ذات استدارة غير منتظمة تبدو بيضاوية

الشكل من القمة إلى القاع ويتراوح حجمها عند النضج بين حجم حبة الجوز وحجم البرقالة الصغيرة وتحتوي الكبسولة على بذور النبات.

وأهم مناطق زراعة الخشخاش منطقة المثلث الذهبي ( تايلاند ، لاوس ، مينمار ، بورما ) والهلال الذهبي ( باكستان ، أفغانستان ، إيران ) ، ودول المكسيك ، والهند ، ولبنان ، وكولومبيا ، وقد ازدادت المساحات المزروعة بالخشخاش على حساب زراعة نبات الكوكا في كولومبيا ، وتبدأ الدورة الزراعية للنبات في أواخر الصيف وبعد ثلاثة أشهر ينضج النبات المكون من ساقان خضراء يعلوها زهور الخشخاش ثم تسقط الأوراق لتظهر الكبسولة.

## (100) الأفيون Opium



هو أول مخدر وضع تحت الرقابة الدولية بناء على معاهدة الأفيون المبرمة في لاهاي بتاريخ 13 يناير 1912م، والتي دخلت حيز التنفيذ في 10 يناير 1920م ، والأفيون هو العصير المتخثر لثمرة الخشخاش ( الكبسولة )

ويخرج منها إفراز له شكل الحليب ، وعند ملامسته للهواء يصبح أكثر تماسكاً ويتحول لونه إلى البني الداكن ثم يسقط من على الكبسولات ويجمع في أوعية خاصة وعندئذ يكون شكله كشكل العسل الأسود ، وفيما بعد يزداد جفافه ويصبح أدقن لوناً ، والأفيون يشكل على هيئة كتل أو أصابع.

(99) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات الطبيعية سوم فتاكة ، ص 14.

(100) نفس المرجع السابق ، ص 13.

## ■ نبات الكوكا Coca<sup>(101)</sup>



شجرة الكوكا دائمة ذات أوراق حمراء  
شجرة الكوكا دائمة ذات أوراق حمراء وتزرع في  
بيرو وبوليفيا وكولومبيا فهي لا تنمو إلا في مناخ  
تتراوح درجة الحرارة فيه بين 15 – 20 درجة  
مئوية ، وتنمو الشجرة حتى يصل ارتفاعها إلى  
متر ونصف (5 أقدام)

وأوراقها ناعمة وبيضاوية الشكل ، وتنمو في مجموعة من سبعة أوراق في الجذع  
الواحد ، ويستخرج من نبات الكوكا مادة الكوكايين والكراك.

## ■ نبات القات Khat<sup>(102)</sup>



القات شجيرة معمرة وأسمها العلمي  
كاثا إيديليس (Catha edulis) وتعتبر أوراقها  
هي الجزء الهام من الشجرة ، وخاصة الأوراق  
في قمة الشجرة والمادة الفعالة هي (القاتين) ،  
وهي تزرع في أي تربة وتقاوم الآفات وتقبلات  
المناخ ، وتعتبر من النباتات المعمرة دائمة

الخضراء ، وذات قدرة كبيرة على تحمل تقلبات الطقس وهي ذات أوراق دائمة الإخضرار  
يبلغ ارتفاعها من متر إلى مترين في المناطق الفاحلة ، وستة أمتار في المنحدرات الرطبة  
لجبال إثيوبيا ، وقد تصل إلى 25 متراً في المناطق الاستوائية ، ومحيط الساق قد يصل إلى  
60 سم ، وقشرته رقيقة ناعمة داكنة الملمس ، وشجيرة القات حمراء داكنة تميل إلى  
الإصفرار المخضر عندما تتضج ، وأوراقها عكسية بيضاوية الشكل مسننة حادة وليابسة  
الملمس وعديمة المذاق تقريباً.

<sup>(101)</sup> الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات الطبيعية سوم فتاكه ، ص 16.  
<sup>(102)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 13.

ويختلف حجم هذه الأوراق اختلافاً كبيراً ويبلغ من 5-7 سم عرضاً، وزهور النبات بيضاء اللون وبعضها يميل إلى اللون الأخضر.

وتزرع أيضاً شجرة القات على المرتفعات الجبلية والهضاب على ارتفاع يصل إلى حوالي 800 متر من سطح البحر، ويصل طول الشجرة أحياناً إلى ستة أقدام.

وينمو القات برياً في المناطق الجبلية والرطبة في شرق وجنوب أفريقيا ، وفي جنوب شبه الجزيرة العربية ، ويزرع النبات في إثيوبيا وكينيا واليمن وجيبوتي وتanzania وأوغندا والصومال وأريتريا.

وقد أدرجت منظمة الصحة العالمية القات عام 1973 ضمن قائمة المواد المخدرة، بعدما أثبتت أبحاث المنظمة التي استمرت 6 سنوات احتواء نبتة القات على مادتي نوريسيدوفيردين ، والكاثين المشابهتين في تأثيرهما للأمفيتامينات ، ولهذه المواد تأثير على الجهاز العصبي ، حيث تسبب إفراز بعض المواد الكيميائية التي تعمل على تحفيز الخلايا العصبية مما يقلل الشعور بالإجهاد والتعب ، ويزيد القدرة على التركيز في الساعات الأولى للتعاطي ، ثم يعقب ذلك شعور بالإكتئاب والقلق.

وتناول تقرير عام 1979 الصادر عن منظمة الصحة العالمية بخصوص مادة القات ، والذي جاء فيه: أن باحثيها توصلوا إلى حصر أربعين مادة من أشباه القلوبيات في نبتة القات ، صنفوها ضمن مجموعة الكاثيديلين ، ومعظمها يتشابه مع الكوكايين والأمفيتامينات في تأثيرها على المتعاطين ، وتؤدي هذه المواد إلى زيادة ضربات القلب والنشاط الحركي وزيادة استهلاك الأوكسجين.

وفي أوائل الثمانينيات اكتشف الباحثون في منظمة الصحة العالمية مادة جديدة مجموعة الإمفيتامينات في تأثيرها المنهى على الجهاز العصبي ، وقد أجرى الخبراء تجارياً على الفئران لمعرفة تأثير الكاثينون فوجدوها تعيش حالة من المرح الصاخب لمدة 24 ساعة عقب تناول الجرعة ، ثم تعقبها حالة من الإكتئاب والخمول والشعور بالأوراق والقلق بعد ذلك ، وهي حالات مشابهة لما يشعر به مدمنو القات.

## الأضرار الصحية للمواد الطبيعية<sup>(103)</sup>

- ضيق الشعب الهوائية والتهاب الجيوب الأنفية والإصابة بسرطان الرئة.
- اتساع حدة العين ، والتوتر الشرياني ، وسوء التغذية.
- التأثير السلبي على الصفات الوراثية التي تنتقل إلى الأجيال (تشويه الأجيال).
- زيادة سرعة النبض والخفقان والدوخة بسبب انخفاض ضغط الدم مما يؤدي إلى فقر الدم.
- الإصابة بالتهاب في المعدة والأمعاء نتيجة لنقص حامض المعدة (HCl) ، مع تدهور وظائف الكبد.
- نقص بالفيتامينات وعناصر التغذية مما يسبب نقصاً في مقاومة للأمراض.
- نقص الحصول على المعرفة ، واضطراب الأداء ، وضعف الذاكرة وإضطراب الإحساس بالزمن والمسافة بسبب تأثير المناطق العليا في القشرة الدماغية.
- انخفاض هرمون الذكورة ونقص إنتاج الحيوانات المنوية لدى الذكور، واضطراب هرمون الأنوثة لدى الإناث.
- حدوث حالات الهلوسة السمعية والبصرية ، وفقدان البصيرة والإصابة بالذهان.
- تبلد الذهن والتهيج وهبوط وقدان الأفعال المتعاكسة ، وصعوبة التنفس وتوقفه، والرعشة العضلية ، والاحتقان الشديد بالرئة المؤدي للوفاة خلال 15 دقيقة.
- انتشار الأمراض وخاصة السل ، وشلل وضعف الأمعاء ، والخمول الجنسي ، والإصابة بالبلادة ، وعدم الإكتئاب للأمور ، والإصابة بالاكتئاب.

<sup>(103)</sup> الحميدان ، عايد (2008) ، المواد الطبيعية سموم فاكهة ، مرجع سبق ذكره ، ص 17.

## المخدرات المصنعة

المخدرات المصنعة هي مجموعة من المواد المستخلصة أو الممزوجة أو المضافة أو المحضرة من نباتات موجودة في الطبيعة ، أو هي كل مادة مخدرة تستخلص من النبات وتصاف إليها مادة كيميائية ، ويطلق عليها أحياناً تسمية " المخدرات شبه التخليفية " ، وهي مواد تحتوي على عناصر مخدرة فعالة ينبع عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك وتترك لدى المتعاطي اعتماداً نفسياً أو عضوياً أو كلاهما. <sup>(104)</sup>

### ■ المورفين Morphine ■

يعتبر من أهم مكونات الأفيون، ويتم استخلاصه بالمخترات الكيميائية ، ويكون على هيئة مسحوق هش القوام يتراوح لونه من اللون الأبيض إلى اللون الأصفر الباهت إلى اللون البني حس نقاوته ، وهو مسحوق عديم الرائحة مر المذاق وتبلغ قوته 10 أضعاف قوة الأفيون.

وقد يصنع للأغراض الطبية، وبعبأ كمادة سائلة في كبسولات زجاجية تكون جاهزة للحقن ويسمى سلفات المورفين ، أما الذي يصنع في المعامل السرية من أجل الإتجار غير المشروع فهو هيدروكلوريد المورفين ، والفارق بينهما هو طريقة التتفيقية فقط، والإسم القديم للمورفين هو "مورفيس" نسبة إلى إله الأحلام عند الإغريق ، وهي كلمة مشتقة من التعبير اليوناني وقد سمي بهذا الإسم بسبب التصورات التي يتخيلها المدمنين بعد تعاطيهم المورفين.



<sup>(104)</sup> الحميدان ، عايد (2008)، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة، الكويت ، الإدارية العامة لمكافحة المخدرات ، ص 5-4.

<sup>(105)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 7.

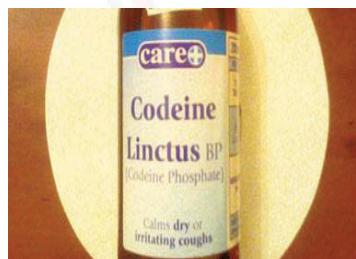
## ■ الهايروين (Diacetylmorphine, Heroin) <sup>(106)</sup>



هو أخطر مشتقات المورفين وأكثر العاقير المسيبة للإدمان شراسة وتأثيراً ، والهايروين عبارة عن مسحوق يتراوح لونه بين الأبيض والبني الفاتح، ناعم الملمس ، خفيف الوزن، عديم الرائحة طعمه لاذع ومر المذاق ، وقوة تخدشه 10 أضعاف قوة المورفين، وهو مخدر شديد الخطورة على حياة الإنسان نظراً لأنه أشد المخدرات سيطرة على من يتعاطونه ، و يكفي تعاطي ثلاثة جرعات منه ليصبح الإنسان مدمناً ، وتتضخم خطورته إذا علمنا أن كل 1000 كيلو جرام من الأفيون يستخلص منها 100 كيلو جرام من الهايروين.

ويسبب الهايروين انتعاشاً شديداً جداً، مما يجعله أكثر المخدرات التي أسيء استعمالها عن غيره من مشتقات الأفيون ، بسبب سرعة الإدمان والقابلية لزيادة الجرعة، فيجد المتعاطي نفسه مضطراً لأخذ كميات أكبر لبلوغ النشوة المعهودة.

## ■ الكودايين (Codeine) <sup>(107)</sup>



يوجد على شكل بلورات بيضاء عديمة الرائحة أو في شكل أقراص يتم تداولها في سوق الإتجار غير المشروع ، والكودايين يدخل في تركيب أدوية معالجة السعال وألم المفاصل ، وهو أقل تأثيراً من المورفين والهايروين ، أما فيما يتعلق بعوارض التخلص منه فإنها لا تقل خطورة عن العوارض التي يسببها الهايروين والمورفين ، وهو الأمر الذي دفع دول عديدة إلى وضع ضوابط رقابية تنظم صرف وتناول الأدوية التي تحتوي مكوناتها على الكودايين.

<sup>(106)</sup> الحميدان ، عليد (2008) ، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة، مرجع سبق ذكره ، ص.8.

<sup>(107)</sup> نفس المرجع السابق ، ص.9.

## ■ الكوكايين (108) : Cocaine ■



ينتج الكوكايين من أوراق الكوكا حيث يتم استخلاصه من أوراق النبات بطريقة كيميائية ، وهو عبارة عن مسحوق ناصع البياض بلوري الشكل يشبه شكل الثلج إلى حد كبير وهو عديم الرائحة قابل للذوبان في الماء ، وفي بعض الأحيان يصنع الكوكايين على هيئة بودرة أو أقراص أو

محلول ، والكوكايين استخدم كمخدر موضعي منذ قرن مضى، ولكن أهميته العلاجية فقدت موقعها بسبب آثاره الإدمانية وظهور مواد جديدة طبية تستعمل في التخدير، كما يعتبر الكوكايين منشط قوي يحدث الشعور بالخففة، ويدفع إلى ارتكاب الجرائم وممارسة السلوك العدواني ، والكوكايين له تأثيرات مدمرة خطيرة فهو يثير في الشخص جنون العضة وهذه المشاعر قد ينتج عنها العنف والقتل.

## ■ الكراك (109) : Crack ■



هو مركب مشتق من الكوكايين قوي الفاعلية، وجرعة واحدة منه تحول المتعاطي إلى مدمن ، وخطورته الثانية لكونه متوفّر ورخيص جداً في بعض الدول، وهو وباء جديد ذو أثر قوي تظهر نتائجه خلال عشر ثوانٍ، ويتم تحضيره بما يعرف بإطلاق القاعدة القلوية

لأن الكوكايين عندما يحضر من معجون شجرة الكوكا يحتوي على الكلور، وبإذابة الكوكايين في الماء عندما يتم تسخينه مع مادة قاعدة قلوية مثل بيكرbonات الصوديوم التي تتحد مع الكلور، ويطلق أحياناً على الكوكايين النقي اسم الكراك.

(108) الحميدان، عليد (2008)، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة، مرجع سبق ذكره ، ص 10.

(109) نفس المرجع السابق ، ص 11.

## ■ الديوكامفين (110): Diocamphine

هو مزيج من الكودايين والكافور والبلادونا ، وهو فعال ضد الآلام من بعض الأمراض، ومسكن سريع ومهدئ لأعصاب وفعال ضد مغص البطن ، ولكن استعمال المزيد منه يوصل لحالة الإدمان بسرعة فائقة ، ويؤخذ بواسطة الأقراص أو يحقن تحت الجلد ، ويسبب بالتبعية النفسية والجسدية عند المدمن ، وقد سارعت العديد من دول العالم إلى تقنين صرفه واستخدامه.



## ■ السيدول (111): Sedol

هو مزيج من المورفين وملح السكوبالامين Scopolamine ، والسيبارتين Serlim ، وله عدة خصائص رئيسية فهو فعال ضد الآلام ومسكن ومهدئ للتوتر ومنوم ، ويستخدم قبل العمليات الجراحية ، وطريقة استعماله بالحقن في العضل ، ولكن عند حقنه بالوريد يسبب حالة إدمان جسدية قوية ، وقد أسيء استخدامه وهو يترك آثاراً إدمانية شديدة ، وقد سارعت العديد من دول العالم إلى تقنين صرفه واستخدامه.



(110) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة، مرجع سبق ذكره ، ص12.  
(111) نفس المرجع السابق ، ص13.

## ■ الميثادون (112): Methadone



تم اكتشافه عام 1946 م ، وهو من مضادات المورفين الصافي ، ويعد تأثيره المسكن للألم أقوى بـ 20 - 30 مرة من عقار المبيريدين Meperidine الذي يشبه المورفين بأثره ، ويستعمل بشكل أقراص تحتوي على 30 ملي جرام ، أو يحقن تحت الجلد، وفعاليته أكبر عند استعماله عن طريق الضم ، ويفيد استعماله لمعالجة الإدمان المورفيني تحت الإشراف الطبي ، ويترك تبعية نفسية وجسدية عند المدمن ، وقد تباهت له سائر دول العالم ، ووضعت ضوابط عديدة من أجل تقنين صرفه واستخدامه.

## ■ عقار فينسيكليدين (113): Phencyclidine



ظهر لأول مرة عام 1968 م ، وسمى حبة السلام ، حيث تستخدم بالتخدير العام بالعمليات الجراحية ، وقد أوقفت لآثاره الجانبية ، وله خواص مهلوسة ومهيجية ، ويستخدم في التجارب على الحيوانات ، وقد حدثت منه العديد من حالات التسمم والوفيات ، وبيان مخلوطا بالهيروين أو الكوكايين أو الميثاكولون أو الباربيتورات.

(112) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة، مرجع سبق ذكره ، ص 13.  
(113) نفس المرجع السابق، ص 14.

## **الأضرار الصحية للمخدرات المصنعة (114)**

- الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة (الإيدز).
- الإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي نوع (B) ، والإصابة بالتهاب دموي يسمى الإنفلونزا الدموي Septicemia الذي تنتجه حمى شديدة ، وتنقل الميكروبات إلى القلب والدماغ والرئتين مما يؤدي إلى ضيق الشعب الهوائية والتهاب الجيوب الأنفية ، والإصابة بسرطان الرئة.
- التهاب الأوعية الدموية والأوردة نتيجة تكرار الحقن وهو ما يؤدي لتخثر الدم والتهاب الدماغ.
- انتشار الزهري الخطير ، والتأثير السلبي على الصفات الوراثية التي تنتقل إلى الأجنة (تشويه الأجنة) وولادة الجنين مدمداً على الهايرويين أو الكوكايين ، ووفاته في الغالب.
- الإصابة بمرض الكزار (التناوس) ، وظهور الإلتهابات تحت الجلد ، واضطراب التنفس وسرعة في ضربات القلب ، وهو ما يؤدي إلى الجلطة الدماغية أو جلطة القلب والوفاة.
- يؤدي تكرار استخدام الهايرويين والمورفين إلى ضمور الدماغ وحدوث حالات الجنون ، ونوبات الهذيان ، ونوبات الإغماء ، وظهور نقلصات وارتفاعات في عضلات الوجه واليدين ، وكثرة الهرش والحكمة ، والإحساس الوهمي بوجود حشرات تحت الجلد ، وانعدام الرغبة الجنسية.
- تظهر حالات التسمم المزمنة وتؤدي لاضطراب الشخصية وحالات الشك والعدوانية التي تؤدي للقتل أو الانتحار ، ويحدث اضطراب في التفكير، ويدخل المدمن في دائرة مغلقة (هايرويين - كوكايين - هيلوسين).
- حدوث حالات الهلوسة السمعية والبصرية ، وفقدان البصرية ، والإصابة بالذهان (الجنون).

(114) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة ، مرجع سبق ذكره ، ص 15.

## المخدرات التخليقية Synthetic Drugs

المخدرات التخليقية هي مجموعة من المواد الصناعية سواء كانت أصلًا من مواد أولية طبيعية ، أو غير موجودة في الطبيعة وينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك وتترك لدى المتعاطي اعتماداً نفسياً أو عضوياً ، أو كلاهما ، أو هي مواد مخدرة ليس لها أصل نباتي بل هي تركيبة مواد كيميائية استخلصت منها المادة المخدرة ، أي هي مواد جميع عمليات ومراحل تحضيرها تتم في المختبرات السرية أو المختبرات المصرح لها بذلك.<sup>(115)</sup> ويمكن تقسيمها تبعاً لتأثيرها على النشاط العقلي الذي يصيب المتعاطي إلى عدة أنواع:

### أ - المنشطات **Stimulants**<sup>(116)</sup>

المنشطات هي المواد التي تسرع من النشاط العقلي وستخدم لرفع الكفاءة البدنية والنفسية وتسبب أضراراً صحية ، وأكثر أنواع المنشطات استعمالاً هي الأمفيتامينات التي تستخدم بشكل واسع وهي مجموعة من العاقاقير التي يساء استخدامها ولها تأثير منشط للجهاز العصبي المركزي ، وتؤدي إلى زيادة الطاقة وانتعاشها ، ولكن إذا استخدمت في جرعات كبيرة فإنها تؤدي إلى الشعور بالإرهاق والإعياء ، وقد قام العالم "فرويد" بنشر مقال لأول مرة عام (1887) محذراً من العاقاقير المنشطة لأنها تؤدي إلى تدهور بدني وعقلي سريع وأعراض من الجنون والهلاوس ، وذلك بعد أن وقع بخطأ فادح حين أعتقد أن عقار الكوكايين هو أحد العاقاقير المنشطة ويساعد على التخلص من الآلام وأنه يمتاز بمشاعر النشوة ، إلا أنه على العكس عقار مدمر يحدث هلاوس حسية بصورة حشرات تزحف تحت الجلد والمعاناة من الهذيان ويسبب إدماناً شديداً وأيضاً تسبب هذه العاقاقير الإصابة بالاكتئاب والشعور بالإهانة والمذلة.

<sup>(115)</sup> الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات التخليقية دمار وهلاك ، الكويت ، الإدارية العامة لمكافحة المخدرات ، ص.4.

<sup>(116)</sup> نفس المرجع السابق ، ص.5.

## أنواع المنشطات:

### ■ الأمفيتامينات Amphetamines (117)

تعتبر الأمفيتامينات من أخطر المنشطات التي تستخدم كمنبه وقابض للأوعية الدموية ، وكذلك انتشر استخدامها بين من يعانون من أمراض الربو ، ولقد أساء استخدامها في منتصف الثلاثينيات لعلاج غفوات النوم المفاجئة ، ثم استخدمت لأغراض خفض الوزن خارج نطاق الإشراف الطبي.



وتوجد الأمفيتامينات على شكل حبوب وأقراص مختلفة الألوان والأشكال يتم تعاطيها عن طريق البلع ، أو عن طريق إذابتها في الماء أو الشرب ، كما يتم تعاطي الإمفيتامين أيضاً عن طريق الحقن بالوريد، ويمكن أن يؤخذ بالاستنشاق.

ويعتقد البعض أن هرمونات النمو أو الهرمونات البناء والمنشطة هي مواد طيبة وتستخدم دون إشراف طبي ، ولكن هذه العقاقير تعتبر من المواد المحظورة تداولها، ومن أنواعها عقاقير البيتابلوكرز مثل الأسيبتوتولول والأكسبرينولول ، والعقاقير الهرمونية والبناء مثل الميستيرولون والبولديتون ، والعقاقير المنشطة مثل الكارفيدين والإيتاميفان ، وأيضاً كما تطرقنا سابقاً يجب أن لا ننخدع بالأسماء المتداولة لهذه المنشطات مثل الآيس ، وكريستال ، وطرزان ، وجروث ، ودرإيف ، ودكة ، وبريميو، وكبتاجون (كتبي) ، وروش .. وغيرها ، وذلك لأنها سموم مخدرة ومهلكة.

(117) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات التخليقية دمار وهلاك، مرجع سبق ذكره ، ص.6.

## ■ حبوب الكبتاجون **Captagon** أو **الفينيثيلين** (118)



الكبتاجون من المواد المنشطة للجهاز العصبي ، ويكون على شكل أقراص بعده ألوان مختلفة ، وتوجد على الأقراص علامة هلالين متقابلين وينتشر تعاطيها بين سائقى الشاحنات ، وحالياً داع صيتها بين أوساط الشباب كعقار منشط يزيل الفرق والإكتئاب ويساعد على التركيز أثناء الإختبارات ، والكبتاجون هو الإسم الشائع ولكن

الإسم العلمي هو الفينيثيلين **Fenethylline** الذي يندرج تحت المواد المنبهة للجهاز العصبي وهو أحد مشتقات الإمفيتامينات، وله أسماء شائعة أخرى مثل أبو ملف وأبوقوسين ، وقضوم ، وحلوة ، ولجه ، وداتسون ، وطباسير ، والأبيض ، ولكرس ، وكذلك أسماء تتعلق بلونه مثل الليموني والبنفسجي واللوزي ، ولكن رغم تعدد مسمياته إلا أنها جمياً تسبب عند استعمالها زيادة في الحركة والنشاط والاستيقاظ لساعات طويلة، وعند التوقف عنها يصاب الإنسان بالإكتئاب والخمول والكسل والنوم لساعات طويلة، ومن مضاعفات تعاطي مادة الكبتاجون خاصة عند استعمال جرعات عالية منه هو الإصابة بجلطات القلب التي قد تؤدي إلى الوفاة، وكذلك يسبب تعاطيها ضيق في الشرايين التاجية والإصابة بارتفاع في ضغط الدم المفاجئ بحيث يؤدي إلى نزيف في المخ ويسبب الغيبوبة والوفاة أيضاً ، أو الإصابة بنوبة صرعية كبرى واستعمال هذه المادة بجرعات كبيرة قد يؤدي إلى الوفاة حتى بعد 3-4 مرات من الإستعمال، وخصوصاً أن الكبتاجون الذي يباع حالياً يضاف إليه بعض السموم والمواد الكيميائية التي تؤدي لتلف خلايا الأعصاب في المخ وهو ما يتسبب بالإصابة بالشلل الرعاشي والإعاقة المستديمة. (119)

ويعتقد البعض أن هرمونات النمو أو الهرمونات البناء والمنشطة هي مواد طيبة، وتستخدم بعض من هذه العاقير في بعض المراكز والمعاهد الصحية والرياضية دون إشراف

(118) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات التخليقية دمار وهلاك، مرجع سبق ذكره ، ص7.

(119) الحميدان ، عايد (2008) ، ثلث البيئة والمدمرات ، الكويت ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ص6-7.

طبي ، ولكن ما تؤكده تجربة أكثر من 560 رياضياً بأن هذه العقاقير أدت إلى انتفاخ العضلات عند بعضهم والإصابة بالفشل الكبدي وأمراض نفسية خطيرة والإغماء المفاجئ والوفاة.

#### ■ من أنواع العقاقير الهرمونية والبناءة والعقاقير المهدنة وعقارات البيتالبوكرز،

ما يلي:

##### العقاقير الهرمونية والبناءة (Hormones) منها:

Mesterolone, Dehydrochlomethyl Testosterone, Bolasterone, Methyltestosterone, Norethandrolone, Methenolone, Metandienone, Boldenone, Oxadrolone, Clostebol.

##### والعقاقير المنشطة (Stimulants) منها:

Crack, Khat, Zanthines, Clorpemaline, Dimetamfetamine, Cocaine, Ephedrine, Etafedrine, Furfenorex, Fencamfamine, Pentetrazole, Morazone, Amphetamine, Etamivan, Mefenorex, Fenethyline, Phendimetrazine, Nikethamide, Ethylamphetamine, Methamphetamine.

##### والعقاقير المهدنة (Tranquillisants) منها:

Tryptizol, Serenece, Anafranil, Pertofrane Tofranil, Pentazocine, Methadone, Ethoheptazine, Diamorphine (Heroine), Alphaprodine, Pethidine, Morphine.

##### وهناك عقاقير البيتالبوكرز (Beta blockers) منها:

Acebutolol, Alprenolol, Atenolol, Labetalol, Metoprolol, Nadolol, Propranolol, Sotalol, Betaxolol, Bisoprolol, Oxprenolol.

## الأسماء التجارية للمنشطات:

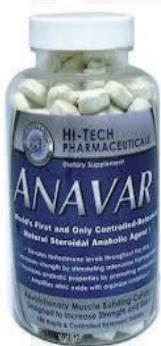
لا تخدع بأسماء تجارية هي بالأصل منشطات وهرمونات بناء ومهديات وعقاقير محظورة منها : كباتاجون ، ثجي (الايس) ، دكه ، درايف ، جروث ،

Beautties, Gun , Jolies, Wake up, Benies, zip, Crystal , Glass, Machine, Bullet , Force , Ghost , Rocket , Speed , White Block , Acids, Premo.



## الرياضيين وسرعة البطولات:

يلجأ بعض الرياضيين لاستخدام العقاقير المهدئة التي تسبب آثاراً وقتية مرحلية أهمها التركيز والهدوء والشعور بالنشوة والراحة والتغلب على الآلام الجسدية ، ويستخدم البعض العقاقير المنشطة للحصول على إثارة روح المنافسة والتحدي ، وكذلك تستخدم الهرمونات البناءة لبطولات كمال الأجسام وبطولات الجري والسباحة.



وخر الكثير من الرياضيين مراكزهم ومواعدهم وأرقامهم القياسية لتعاطيهم العقاقير المنشطة و الهرمونات البناءة ، ومن أشهرهم العداء الكندي " بن جونسون " وقد غادر سينول بمذلة ومهانة فقد مستقبله ، وفي منافسات دورة سيدني الأولمبية تم سحب الميدالية من الرباع "إيفان إيفانوف" وراعي المطرقة " تريان

تيهاريان "، واستبعدت الصين 44 رياضياً وشطبت 11



بطلاً ثبوت تعاطيه المنشطات ، ومن أشهر هذه الفضائح نجم كرة القدم "مارادونا" وثبتت تعاطيه لهذه المنشطات في بطولة كأس العالم بأمريكا عام 1994م وتم استبعاده ، فهل لنا عبرة في ذلك؟



## ما هي مضاعفات ومخاطر المنشطات بأنواعها؟



■ هبوط ضغط الدم.

■ الهبوط الحاد في ضربات القلب.

■ بروادة الأطراف.

■ الإصابة بالإلتهاب الكبدي.

■ الإصابة بالاضطرابات الجنسية (اضطرابات الهوية).

■ الإصابة بأزمات الربو.

■ الرعشة.

■ الإيدز والسرطان.

■ ضمور الخصيتيين والضعف الجنسي وتضخم الثديين.

■ تضخم البروستاتا واضطرابات التبول بالنسبة للذكور.

■ ظهور الشعر وضمور الثديين وتوقف الطمث

(الدورة الشهرية) والبرود الجنسي والإصابة بالعمق

بالنسبة للإناث.

■ الإصابة بفقر الدم.

■ تهتك العضلات وتمزق الأربطة والأوتار.

■ اضطراب معدل السكر بالدم.

■ جفاف الفم وإفرازات غزيرة بالألف.

■ الإغماء وفقدان الوعي.

■ فقدان القدرة على الإنتاج والعمل.

■ الوفاة المفاجئة أو الإنتحار.



بعدما ذكر عن المضاعفات لابد أن نعرف أن تناسق الجسم والرشاقة وقوه العضلات يمكن تحقيقه بممارسة نظام غذائي تحت إشراف طبي وممارسة التمارين تحت إشراف المدربين المؤهلين ، وليس بالضرورة أن نسعى وراء أحلام زائفة وردية لأن ما يروج له تجار ومرجوبي هذه العقاقير ما هو إلا دمار لصحتنا وإضعاف معنوياتنا والسيطرة على إرادتنا ، فلابد أن نسارع لطلب المساعدة من أهلاها وهم أصحاب التخصص والخبرة من الأطباء والمدربين المؤهلين رياضياً ، ويجب أن نتأكد أن ليس كل ما يناسب الأصدقاء يناسبنا ، فهناك مخاطر خفية واضطرابات وخلل في التوازن الهرموني داخل الجسم تسببها هذه السموم ، فهل نحن نريد الشعور بالصدمة والسقوط بوحل الفشل والضعف والعبودية بيد تجار ومرجوبي المدررات؟

## بـ: المنومات **Hypnotics**

المنومات هي المواد التي تؤثر على الجهاز العصبي وتبطئ من النشاط العقلي وتسمى أحياناً المهدئات ، ولها تأثيرات تسكينية وتنويمية وتنقسم إلى منومات ومسكنات والإدمان عليها يسبب اعتماداً نفسياً وجسدياً ومن أنواعها:

### ■ حبوب الدوليكسين: (121)

وهي تأتي على شكل كبسولات لونها وردي أو يكون لونها وردي ورمادي معاً ، وقد كان مصراً بتناولها في السابق في دولة الكويت لعلاج بعض حالات الروماتيزم إلا أن إساءة استخدامها أدى إلى منعها وإدراجها ضمن قانون المخدرات سواء الاتجار فيها أو تعاطيها ، وبؤدي الإدمان عليها إلى تدهور حالة الشخص الصحية والنفسية والعقلية ، وإذا أخذت جرعات كبيرة فإنها تحدث نفلاً في الكلام وعدم القدرة على الإتزان وفي الحالات الحادة تسبب فقدان الوعي ، وفي حالة الإمتاع عن تعاطيها تظهر أعراض الانسحاب على شكل صداع وعصبية، كما أن تعاطيها مع الكحول قد يؤدي إلى الوفاة بسبب التفاعل المتعارض بينهما.

(120) الحميدان ، عايد (2008) ، تلوث البيئة والمخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص.8.

(121) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات التخليقية دمار وهلاك ، مرجع سبق ذكره ، ص.8.

## ■ المنومات الباربيتورية أو غير الباربيتورية :<sup>(122)</sup>

المنومات الباربيتورية هي مواد ذات تركيبة مشتقة من حامض الباربيتوريك على شكل مسحوق أبيض أو أصفر اللون عديم الرائحة ، ولها طعم مر ، وتسكن الألم وتسبب اعتماد نفسي وجسدي ، وأنواعها طويلة المدى (اللومينال ) ، ومتوسطة المدى ( فيرونال ) ، وقصيرة المدى ( الغاز الضاحك ) ، أما المنومات غير الباربيتورية وهي غير مشتقة من حمض الباربيتوريك وتستعمل كمنوم أو مهدئ حسب كمية الجرعة ولا تسكن الألم وتكرار استعمالها يؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسدي وتؤدي إلى الانتحار ، ومن أنواعها الكلورال ، والماندركس ، ولونستا ( لعلاج الأرق والسهير المرضي ).

### مضاعفات وأضرار تعاطي المنومات ؟

لقد حذر الأطباء من تعاطي المنومات التي تسبب التسمم الحاد، وفقدان الوعي ، وانخفاض الضغط وهبوط حاد في القلب والتنفس ، والتهاب المعدة ، وتصيب حدقة العين ، ويفظهر عليه اليرقان نتيجة لإلتهاب الكبد ، ويصاب بالفشل الكلوي ، ويشوش ذهن المتعاطي ، ويقوم بالمشي أثناء نومه ، وتحدث لديه اعتقادات باطلة وحالات الشك ( البارانويا ) ، وقد يرتكب جريمة أثناء هذه الحالة دون أن يعي ما فعله ، ويصاب بنوبات التشنج ، والهذيان الرعاشي الذي قد يسبب الوفاة المفاجئة.

## ج- المهوسات :Hallucinogens

المهوسات هي المواد التي تسبب التواء الحواس وانحرافها، ولقد أقبل الشباب على تعاطي هذه العقاقير بصورة مفزعية وبشكل وبائي، وقد اشتهرت باسم عقاقير الهلوسة بالنظر لما تحدثه في متعاطيها من أحلام اليقظة و التهيات غير الصحيحة والتصورات الغريبة والخداعات البصرية.<sup>(123)</sup>

<sup>(122)</sup> الحميدان، عايد (2008)، ثلوث البنية والمخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص.9.

<sup>(123)</sup> الحميدان، عايد (2008)، المخدرات التخليقية دمار وهلاك، مرجع سبق ذكره ، ص.9.

وتقسم المهدوسيات إلى قسمين: (124)

❖ **العقاقير المهدوسة النباتية:** هي نباتات تنمو في المناطق المعتدلة والحارة ومن أشهرها الميسكالين الذي يوجد على هيئة سائل يستعمل عن طريق الحقن أو على هيئة بودرة - على صورة كبسولات.



❖ **العقاقير المهدوسة الصناعية:** وهي عقاقير تصنع في معامل سرية من أشهرها عقار (L.S.D) ويستخدم هذا العقار من الفطر النباتي (الجودر) الذي ينمو أحياناً على أعواد الحنطة وحبوب الشوفان ولم يعرف العالم عقاراً أغرب من هذا العقار في تأثيره وشدة ، وقد تم اكتشافه لأول مرة سنة 1943 على يد العالم "هوفمان" وكان يعتقد أن له فوائد في العلاج النفسي ولكنه فشل. وتسميه بـ (L.S.D 25) اختصاراً للإسم العلمي طبقاً

للتركيب الكيميائي ( حمض الليزرجيك دي ايثيل اميد) وهي مادة عديمة اللون والطعم والرائحة وتشبه إلى حد كبير المياه العادمة ، وعلى سبيل التجربة أدت جرعة بلغت 0.3 من الجرام إلى وفاة فيل وزنه 7000 رطل بعد دخوله في نوبات صرعية متصلة ، ويتم تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد كما يوجد على شكل أقراص.

والجرعة الواحدة من هذا العقار تكفي لأن يهلوس الشخص لمدة تتراوح ما بين 4 إلى 18 ساعة ويشعر المتعاطي بسخونة في الجسم وارتفاع في درجة الحرارة وزيادة في عدد ضربات القلب وسرعة بالنبض والغثيان والقي ونزول عرق كثيف وانتصاب شعر الجسم كله.

ومن أساليب إخفائه وتهريبه عند المروجين استخدامه في طوابع البريد حتى يتمكن المتعاطي من استحلاب هذه الطوابع والحصول على محلول مادة L.S.D فيحدث الامتصاص بسرعة من المعدة والأمعاء وبدأ التأثير ، والجرعة المميتة من هذه المادة قدرت بـ 2 ملي جرام.

(124) الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات التخلقية دمار وهلاك، مرجع سبق ذكره ، ص 10.

## ■ عقار الإكستازи Ecstasy ■

لقد وصف هذا العقار في السابق لحالات مرضية، وفي بداية الثمانينيات بدأ تصنعيه



غير الشرعي ، وهو عقار على شكل أقراص متعددة الألوان ، ويعتبر من العاقير المهدوسة والمنشطة في ذات الوقت، وهو أحد مشتقات الإمفيتامينات ، وتسميته العلمية الدقيقة هي عقار 3-4 Methylene Dioxy Meth

Amphetamine أو يختصر إلى M.D.M.A وله تسمية شهيرة (بوش) ، وينتسب إلى مجموعة المخدرات المسماة " زمرة الأفعال الداخلية " التي تمس الأحساس ، ويعتبر هنا العقار من أخطر أنواع المخدرات إذ يجعل متعاطيه في حالة هياج دائم ويتناول كميات كبيرة من الماء ما بين 20-25 لتر نتيجة للجفاف الشديد الذي يعانيه مما يؤدي لغرق الأمعاء والوفاة ، وإن لم يجد الماء يصاب بالشلل المؤقت أو الدائم، كما أن متعاطي هذا العقار يرتكب جرائم القتل والسرقة والاعتداء على المحارم.

## الأضرار التي تصيب متعاطي المهدوسة ؟ (126)

يصاب متعاطي المهدوسة بالهذيان وتزداد لديه الهلوسات السمعية والبصرية ، وتضيق الشعب الهوائية وتذهب الجبوب الأنفية ، ويصاب بسرطان الرئة ، ويحدث لديه انفصام بالشخصية ( الشيزوفرينيا ) ، وتنتابه نوبات الفزع والخوف بعد نوبات الفرح والسرور ، ويفقد تقدير الزمان والمكان والمسافة ويضطرب لديه الأداء ، وينخفض هرمون الذكورة (الستوستيرون) عند الذكور المتعاطين ، وتضطرب مواعيد الدورة الشهرية عند الإناث وتتشوه الأجنة في الأرحام ، وينقص حامض المعدة مما يؤدي لإلتهابات في المعدة والأمعاء ، وتتدحر وظائف الكبد، ويرتفع معدل خفقان القلب وسرعة نبضاته - ضغط الدم ، والنتيجة يقدم متعاطي المهدوسة على الإنتحار أو ارتكاب جريمة القتل.

(125) الحميدان ، عايد وأخرون(2003) ، احذروا الإكستازى ١ ، الكويت ، اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات، ص.2.

(126) الحميدان ، عايد وأخرون(2004) ، المهدوسة والنشوة الزانفة، الكويت ، اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات ، ص.4.

## دـ المهدئات :Tranquilizers (127)



المهدئات هي المواد التي تعالج التوتر النفسي والقلق ، وينتج عنها عدم الوضوح في الكلام والترنج والإصابة بالخمول والسبات والنوم العميق ، وعند تجاوز الجرعة يحدث اعتماد عضوي بدني يؤدي للإدمان عليها ، ومن ثم الإعتماد العضوي والنفسي، والأصل في الاستخدام

الطبي للمهدئات هو علاج حالات القلق والتوتر وبعض حالات الصداع المزمن ، وخاصية عند استخدام الفاليوم ، والأنثيفان ، والروهيبنول لمثل هذه الحالات ، ولكن رغم ذلك أسيئ استخدامها إما بالصرف الخاطئ من خلال الوصفات الطبية ، أو الاستخدام المعتمد لها ، وقد أدرجت ضمن الأدوية المخدرة ، وتستخدم الأولى في علاج الإضطرابات العقلية كالفصام ، في حين تستخدم الثانية في علاج القلق والتوتر، ويؤدي إدمان هذا النوع من المهدئات إلى الاعتماد الفسيولوجي والسيكولوجي ، وإن كانت أعراض الإنسحاب منه أخف وطأة عن غيره من المواد المخدرة.

وتنقسم المهدئات إلى مجموعتين هما :

### 1. المهدئات الصغرى Minor Tranquilizers



البنزوديازيبين Benzodiazepines التي تعتبر من أهم المهدئات التي اكتشفت عام 1960 ، وكان ذلك بمثابة ثورة في مجال الطب ، وذلك لقلة مضاعفاتها بالنسبة لما سبق من المهدئات التي لها مفعول كبير في كثير من الإضطرابات النفسية. ويندرج ضمن مجموعة البنزوديازيبين كل

(127) الحميدان، عايد(2008) ، المخدرات التخليفية دمار هلاك، مرجع سبق ذكره ، ص 11.

من عقار الديازيبام (الفالبيوم) ، والكلوردايزوبكسيد (الليبريم) ، والليبراكس ، والدالمين ، والأتيفان ، والروهيبنول ، والليكوسوتانيل ، وتعتبر أدوية هذه المجموعة من أكثر المهدئات شيوعاً في الوصفات الطبية منذ السبعينيات وحتى الآن ، ولهذه المركبات تأثير مهدئ على الجهاز العصبي المركزي ، وهي توصف لعلاج الحالات العصبية والنفسية البسيطة وحالات الصرع وكمضادات للإختلالات ، وعند أخذها بجرعة كبيرة نسبياً تسبب النوم ، والأعراض الجانبية لهذه المجموعة تعتبر قليلة لذلك تصدرت قائمة المهدئات في الوصفات الطبية ، وتسبب الجرعة العلاجية منها الاسترخاء والتخلص من الكبت ، ولكن الإفراط في تعاطيها يؤدي إلى الإرباك وضعف الذاكرة وازدواج البصر ، وتعتبر أمينة الاستعمال مع العقاقير الأخرى لقلة في أعراضها الجانبية ، إلا أنها مع ذلك ما زالت مثار الجدل والنقاش في الأوساط العلمية حول تأثيرها على الإنسان وطرق استعمالات هذه المركبات ، وخاصة عند استخدامها بدون سبب علاجي واضح وفقاً لوصفات طبية.

**2. المهدئات الكبرى Major Tranquilizers** <sup>(128)</sup> هي من مشتقات مركبات الفينوثيازين Phenothiazine التي تستعمل لعلاج الأمراض العقلية مثل الفصام وعلاج حالات الغثيان والتشنجات وضد الحساسية ، ولكن استعمال هذه المركبات قد انحدر بسبب الأعراض الجانبية التي تسبب الإدمان ، ومن هذه المركبات الكلوبازام ، والميديزيبام (النوبريم) ، والهالوبيريودول ، والبيموزайд ، والكلونازيبام (ريفوتيزيل) ، الكلوربرومازين (لارجاكتيل) ، والبرومازين ، والكلوزابين ، والفلوبنتكسول (الدبكسول) ، واثيورايدازين ، وثلاثي الفلوبيرازين.

#### ماذا يقول الأطباء عن مضاعفات وأضرار المهدئات؟ <sup>(129)</sup>

لا ينصح الأطباء النفسيين باستخدام مجموعة المهدئات حتى في حالات القلق والتوتر العصبي الدائم ، وهناك ملاحظة بالنسبة لاستمرارية استخدامها تأييدها نظرية علمية تقول: إنه من الممكن أن تؤثر هذه العقاقير على مناطق التفكير ويحدث لمتعاطيها غثيان ودوخة وتشویش بالتفكير، وقدان للأحساس والمشاعر، كما أن استخدامها لفترات طويلة يؤدي

<sup>(128)</sup> الحميدان، عليد (2008)، المخدرات التخليقية دمار هلاك، مرجع سبق ذكره ، ص12.  
<sup>(129)</sup> نفس المرجع السابق ، ص13.

وبشكل قطعي إلى الإدمان ويضاف إلى ذلك بأن التوقف الفجائي عن تعاطي هذه المهدئات يمكن أن يؤدي إلى أعراض مزعجة أو مؤلمة جدًا بسبب سحب العقار المفاجئ ، وينصح الأطباء المرضى الذين يتعاطون هذه العقاقير بالتوقف التدريجي وتحت مراقبة الطبيب النفسي لكي يعالج أعراض الانسحاب ، كما أن التوقف الفجائي عن العقاقير المهدئة تصاحبه أعراض أخرى مثل ارتعاش الجسم واليدين مع التوقع لحدوث نوبات من التشنج أو نوبات من الصداع ، وبإضافة لذلك تؤدي إلى حالات من الخوف من الموت والهلع مع قلق شديد وأرق واكتئاب وترقق شديد ، وشعور بطعم كريه في الفم وألم في المفاصل واضطراب في الرؤيا.

ويشير الاختصاصيين في الطب النفسي إلى أن الأدوية المهدئة للأعصاب توصف عند ظهور أعراض محددة أبرزها: الإكتئاب ، والخوف الشديد أو الهلع ، والضغط النفسي ، واضطرابات النوم ، وكما يشيروا إلى أن فترة العلاج عند وصف هذه العقاقير تتراوح بين الشهر كحد أدنى والأربعة أشهر في أقصاها ، إلا أن ضغوط الحياة اليومية والمشكلات الاجتماعية والنفسية تدفع بالعديد من الناس إلى تناول هذه المهدئات عند ظهور أدنى مشكلة، غير مبالين بمخاطر إدمانها.

ويشيروا أيضًا إلى أن التناول المتكرر للمهدئات قد يؤدي إلى اضطرابات في الدماغ خصوصاً مع تقدم العمر وعدم التركيز والخرف المبكر، وكذلك لها تأثير سلبي في الوظائف العليا الإدراكية ، وفي سرعة البديهة الحرية، كما قد يسهم في ظهور الأمراض الصدرية والرئوية ، ويفكروا أن تعاطي المهدئات بشكل عشوائي ، قد يسبب أزمات حقيقية للإنسان ويكون مميتاً أحياناً.

الـ

ويعتقد الاختصاصيون في الطب النفسي أن تناول هذه الأدوية قد لا يكون ملحاً أو ضروريًا في العديد من الحالات ، ومن الممكن الاستعاضة عنها بتدريب الشخص على تهدئة نفسه من خلال تبديل الأفكار المقلقة بأفكار جميلة ، والابتعاد عن ما يعكر المزاج ، وممارسة الهوايات وصدق المواهب ، واللجوء إلى جلسات استرخاء مع المحلل النفسي.

وتؤكد الإحصاءات أن الأدوية المهدئة للأعصاب هي الأكثر بيعاً في العالم ، ورغم أن شرائها من نوع في الكثير من الدول دون وصفة طبية ، إلا أن القليل من هذه الدول يلزم الصيدليات بذلك ، مما يجعل التناول العشوائي للمهدئات ظاهرة شائعة بقوة ، خصوصاً في

دول العالم العربي ، والجدير بالذكر أن هذه المهدئات كانت توصف مكان المنومات التي شاع استعمالها بشكل كبير ، ولكن عندما ظهرت أمام الأطباء مخاطر المنومات استبدلوا المهدئات بها ، ويعد ذلك تتبه الأطباء ثانية إلى مخاطر ومضاعفات هذه الأدوية المهدئة وأخذت مبيعاتها بالتناقص ، ومع ذلك ما زال هناك الملايين من الناس يأخذون العقاقير المهدئة دونما وعي منهم متذاسين آثارها الإدمانية وأعراضها الإنسحابية ومنها التوتر والقابلية للإثارة واضطرابات النوم ، وفي الحالات الشديدة قد تؤدي إلى تشنجات عامة.

#### هـ - المذيبات الطيارة **Inhalants**<sup>(130)</sup>



المذيبات العضوية الطيارة هي مواد كيماوية سامة تتطاير ذراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة ولذلك تحفظ دائماً في أواني مغلقة، وقد قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1973 م بإدراج مجموعة من هذه المواد التي تستنشق

ضمن قوائم العقاقير والمواد التي تسبب الاعتماد، وجميع هذه المواد تحوي مواد الفحوم المائية المنطاطيرة **Hydrocarbons** التي تحدث عند استنشاق أبخرتها تأثيراً مسكوناً يغيب بها المستنشق عن الوعي.

وقد ظهر في عصرنا الحالي استنشاق هذه المذيبات الطيارة ويطلاق على عملية الإستنشاق هذه إسم عملية "التشفيف" ، وتعتبر هي العملية الأكثر رواجاً بين المتعاطين لهذه المواد، ومن المذيبات الطيارة الأكثر تداولاً بين هذه الأوساط هي مواد: الإيثر، والغاز الضاحك (أكسيد النيتروز) ، والكلورفورم ، والمفرقع (البوبرز المحتوى على نترات الأميل) ، والأصباغ بأنواعها (الباتكس) ، والأسيتون ، والتولوين ، ومواد الدهان والأصباغ ومخفياتها ، وسائل التنظيف ، ومبيدات الحشرات ، ومزيل الحبر ، ووقود الولاعات ، والبنزين ، والجازولين.

<sup>(130)</sup> الحميدان ، عايد وآخرون(2004)، المذيبات الطيارة بين الخمول والمذيان، الكويت ، اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات ، ص 3-2.

وسوء استعمال تلك المواد يسبب الإعتماد عليها بدرجة كبيرة ، لذلك يجب الانتباه والحذر عند استعمالها ، وعدم السماح لأفراد الأسرة وخاصة الأطفال بالاقتراب أو العبث بها خوفاً من إدمانهم عليها ، ولعل أشهر الطرق التي يلجأ لها متعاطي هذه المذيبات هي الإستنشاق وخلط المذيبات مع مواد عطرية أو مواد كحولية ، أو إفراغ هذه المواد في علب المشروبات الغازية لإخفاء التعاطي ، وكذلك بخ أو نفث المادة داخل البالونات واستنشاقها بعد إحكام إغلاقها.

### ويبقى التساؤل لماذا يحس متعاطي المذيبات الطيارة عند التعاطي؟<sup>(131)</sup>

إن إحساس متعاطي المذيبات الطيارة هو الخمول والهذيان والدوار والتخدیر وقد الذكرة تدريجياً ، ثم الشعور بالنعاس ، وفقدان الإحساس بما حوله ، وينمو التحمل عند متعاطي هذه المذيبات خلال فترة قصيرة لا تتجاوز أسبوعين بحيث يحتاج إلى المزيد من تلك المواد لإحداث نفس التأثير الذي يمر به سابقاً (الإعتماد النفسي) ، وينمو لديه الإعتماد العضوي ، ويحتاج عند الإغماء إلى التنفس الصناعي السريع لإنقاذه من الاختناق أو الوفاة المفاجئة.

### مضاعفات وأضرار استنشاق المذيبات الطيارة؟<sup>(132)</sup>

يشعر المتعاطي لهذه المواد بالدوار والاسترخاء ، والهلوسات البصرية وفقدان الشعور مع الإحساس بالغثيان والقي ، وقد يصاب المستنشق بالإختلال وفقدان الوعي والقي الغزير ، كما يؤدي استنشاق كمية كبيرة من هذه المواد إلى الوفاة نتيجة حدوث الإختناق ( عدم تبادل الأوكسجين مع الدم ) ، وكذلك فإن دخول أبخرة هذه المواد إلى الرئتين والدم يحدث أضرار بالغة الخطورة على الكبد والكلى والقلب والجهاز العصبي ، وقد يفقد المدمن بصره نتيجة تأثير هذه الأبخرة على عيون الإنسان ، وقد لوحظ أنها تتسبب في الكسل والخمول والفشل الدراسي والتدھور الصحي العام ، وارتكاب الجرائم والإنتحار.

<sup>(131)</sup> الحميدان ، عايد (2008) ، المخدرات التخليقية دمار وهلاك، مرجع سبع ذكره، ص 14.

<sup>(132)</sup> نفس المرجع السابق ، ص 16.

## **سادساً : أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية المستحدثة:**

سوف نتطرق إلى المخدرات المستحدثة والتي لم يتتبه لها إلا مؤخرًا ، ولعل من أبرز المخاطر لهذه المواد هو إهمالها وضعف الرقابة عليها ، وهناك تسمية شهرة يجهلها الكثيرين وهي السلائف الكيميائية ، وكذلك هناك العديد من المواد الاستهلاكية التي بدأ يساء استخدامها ، والتي سنعرضها تباعاً، فيما يلي :

### **1. السلائف الكيميائية:** (133)

السلائف الكيميائية هي تلك المواد الكيميائية الأولية التي تدخل في صناعة معينة ،



والسلائف الكيميائية استخدامين : استخدم مشروع وهو الاستخدام الذي يستخدم في صناعات عدة منها الأدوية والصابون والتنظيف والحرير وطلاء الأظافر للنساء ، والاستخدام الغير مشروع وهو يدل في صناعتين الأولى في صناعة المخدرات ومنها الهيروين ، والثانية في صناعة المتفجرات ، وقد صفت الأمم المتحدة السلائف

الكيميائية إلى جدولين الأول ويكون من إحدى عشر مادة ، وهذا الجدول هو الأخطر في السلائف لأنها يدخل مباشرة في الصناعة الغير مشروع ، بينما يستخدم في الصناعة

المشروع بمجال صناعة الأدوية ، أما الجدول الثاني



وهو أقل خطراً من الجدول الأول حيث يدخل في مرحلة من مراحل الصناعة الغير مشروع ، ولا يدخل مباشرة كما في الجدول الأول ، وهذا الجدول يتكون من إحدى عشر مادة أيضاً واستخداماته أكثر من الجدول الأول في كثير من المصانع والشركات.

(133) الحميدان ، عايد (2013) ، انتشار المخدرات بين الشباب " الآثار والأسباب والحلول " ، الكويت ، الهيئة العامة للشباب والرياضة ، ص 34.

## 2. مادة "الاستيك أنهيدريد" (Acetic Anhydride) <sup>(134)</sup>:

إن مادة "الاستيك أنهيدريد" (Acetic Anhydride) هي أحد أشهر المواد التي تعاني منها دول غرب آسيا وخاصة فيما يتعلق بدور هذه المادة في إنتاج مادة المهايريين الفتاكة التي بدأت تنهك شعوبها وشعوب الدول المحيطة ، وكانت أولى الدول التي فرضت إجراءات احترازية ووقائية محذرةً من تداول مادة الاستيك أنهيدريد هي تركيا في عام 1972م ، وخاصة أنه يساء استخدامها ، وتستخدم في تصنيع المهايريين.



وتنشر مادة الاستيك أنهيدrid في دول غرب آسيا وهي بالأساس دول قريبة أو محيطة بأفغانستان ، وخاصة إذا علمنا أن مادة الاستيك أنهيدrid تدخل في صناعة المهايريين والتي توفر بالتهريب برأً وجواً من الدول المجاورة لها ومنها باكستان والهند وإيران وتركيا ، وتضم دول غرب آسيا أيضاً دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (الإمارات ، والبحرين ، والسعودية ، وعمان ، وقطر ، والكويت) ، واليمن ، والعراق ، والأردن ، وسوريا ، ولبنان ، وفلسطين ، وإيران ، وكذلك أذربيجان ، وأرمينيا ، وجورجيا ، وتركمانستان ، وطاجيكستان ، وأرمينيا ، وكازاخستان ، وأوزبكستان ، وفي غيزستان ، وإسرائيل ، ويضاف لها أحياناً قبرص ، ومصر (هضبة سيناء).

ومن واجبنا أن نشخص المشكلة واقتراح الإجراءات أو التدابير الاحترازية لتكثيف وتعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة الاستيك أنهيدrid (Acetic Anhydride) في غرب آسيا.

وينطلق الهدف من ذلك لما اعتمده الأمم المتحدة في برامجها الفرعية الأربع لمكافحة الاستخدام غير المشروع للمخدرات وهي ( تنسيق وتعزيز الرقابة الدولية على المخدرات ، ورصد الرقابة الدولية على المخدرات ووضع الإستراتيجيات والسياسات ،

<sup>(134)</sup> الحميدان ، عايد(2012) ، تعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة الاستيك أنهيدrid في غرب آسيا ، الورشة الإقليمية للسيطرة على مادة الاستيك أنهيدrid في منطقة غرب آسيا، الدوحة ، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، ص 22-23.

وخفض الطلب على المخدرات، وخفض العرض على المخدرات) ، وأيضاً من مبدأ تجفيف المنابع الرئيسية للتهريب والتصنيع ، ويأتي التركيز على وضع تدابير تعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة حامض (أنهيدريد الخليك) أو الأستيك أنهيدريد (Acetic Anhydride) في غرب آسيا حماية لشعوب هذه الدول، ودرئاً للخطر الذي بدأ يتصاعد بتنامي الإتجار غير المشروع بالسلائف الكيميائية ، وخاصة مادة الأستيك أنهيدريد التي تدخل في صناعة الهيرويين الذي يعد من أخطر المواد الفتاكة التي تقلق سائر المجتمعات في العالم.

### (135). ملح الاستحمام (BATH SALT)

يندرج ملح الاستحمام تحت مفهوم العقاقير المصممة ، وهو مصطلح يشير إلى عدد كبير جداً من العقاقير والأنواع المختلفة المخدرة ، وله أسماء دارجة عديدة ، فهي مواد أحياناً ما يشار إليها بأسمائها الكيميائية ، ولكن في حالة العقاقير المصممة المتوفرة

على الإنترنط بين مروجي تعاطي المخدرات فإنها تعرف أيضاً بأسماء ماركاتها التجارية ، وتسمى هذه العقاقير ببعض الأسماء المضللة مثل أطعمة النباتات أو ملح الاستحمام ، وهي أبعد ما تكون عن هذه الأغراض ، والنظرية هي أنه إذا ما تم تسويق العقاقير المصممة على أنها غير ملائمة للاستعمال الآدمي ، فإن هذه العقاقير سوف تتحايل على



قوانين المخدرات المطبقة فيما يتعلق بالهدف من الاستعمال ، وثمة العديد من الأسماء التجارية وأسماء الماركات لمختلف العقاقير المصممة ، وتشمل نكساس ، وسينرجي ، وتونيز ، وليكويد إكس ، وفيتامين ك ، و 2C-B ، وهذه مجرد أمثلة نظراً ؛ للعدد الكبير جداً من العقاقير المختلفة التي تدرج تحت العقاقير المصممة.

(135) الحميدان ، عايد (2012) ، تعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة الأستيك أنهيدريد في غرب آسيا ، مرجع سبق ذكره ، ص 20-21.

وانتشرت أيضاً فكرة استخدام ملح تلميع أحواض الاستحمام عند المدمنين عوضاً عن المخدرات ، والذي يباع في الأسواق ومنه النوع المستورد ، حيث أن هذه الفكرة قد انتشرت في الدول الأوروبية ، وقد تبين أن هذا الملح المركز يعمل على تثبيط الرسائل العصبية مما يجعل الفرد في حالة هيجان وغضب ، وهذا ما يثبت أن هذه المادة البديلة عن المخدرات لها مفعول قوي على الجهاز العصبي ، ويظهر مفعولها بعد حوالي ربع ساعة ، ومن يتناولها ترتفع عدوانيته ضد الآخرين ، وبعض المدمنين لهم أساليب احتيالية للوصول إلى المواد المخدرة والمسكرة ، وترتبط باختلاطهم مع مدمنين من جنسيات مختلفة ، حيث أصبحوا يلقنون دروساً لصنع بدائل للمخدرات وبذلك يفتح باب جديد يتطلب انتباه الجميع للكشف عن مثل هذه التقنيات الخطيرة.

#### ٤. الكيتامين (Ketamine):<sup>(136)</sup>

الكيتامين هو دواء يستخدم حالياً بشكل أساسى في تخدير الحيوانات في الطب البيطري (Veterinary Medicine) ، وللتخدير في العمليات الجراحية للأطفال ، وفي الجراحات الميدانية ، ويستخدم الكيتامين أحياناً لبدء عملية التخدير قبل إعطاء المواد الأخرى المستخدمة للتخدير الشامل (الكلي) ، وأن الكيتامين لا يرخي العضلات ، لذا فإنه عند دمج الكيتامين مع أدوية أخرى يؤدي ذلك إلى إرخاء العضلات والتلخدير ، وتوفير الدعم بواسطه التنفس الاصطناعي.



وتمثل آلية الكيتامين في سد المستقبلات الناقلة العصبي (Neurotransmitter) المحفز للغلوتامات (Glutamate) وهي المستقبلات الموجودة في خلايا الدماغ الفاعلة في عملية التعلم والتفكير، لذا فإن الكيتامين يؤدي إلى كبت النشاط الدماغي ، وإلى تعطيل الذاكرة ، والشعور بالانفصال عن البيئة المحيطة ، وإلى تسكين الآلام ، ولهذا السبب تحول الكيتامين في السنوات الأخيرة إلى مخدر راج

<sup>(136)</sup> الحميدان، عايد(2012) ، تعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة الأستيك أنهيدريد في غرب آسيا ، مرجع سبق ذكره ، ص26.

في بعض الحالات التي يقيمتها المتعاطون ، وفي الظروف العادبة لا يؤدي الكيتامين إلى كبت منظومة المنعكفات التي تشمل القلب والجهاز التنفسى ، ولوحظ أنه قد ظهر عند الاستيقاظ من التخدير آثار جانبية حادة، مثل: الهلوسة والشعور بالوجود خارج الجسم ، والقلق ، والخوف ، والتبلد ، وهذه الآثار والظواهر يمكن السيطرة عليها بواسطة إعطاء الكيتامين مدمجاً مع دواء من عائلة البنزوديازيبين (Benzodiazepine) ، وأيضاً إعطاء جرعة كبيرة ، أو بصورة سريعة للغاية من الكيتامين ، أو دمجه مع الكحول ، وقد يسبب الإختلاجات مثل كبت الوعي (الحالة الإدراكية ) ، وكبت التنفس ، وقد يسبب الموت المفاجئ.

والكيتامين تحدره منه دول عديدة ونحن لا نعلم أحياناً عن هذا التخدير ، وقد كشف فريق من الباحثين والأطباء بجامعة (تشيجيانغ) الصينية عن معلومات جديدة وخاطيرة بشأن أحد العقاقير المخدرة الشائعة (الكيتامين) الذي يستخدم خلال العمليات الجراحية ، وأبرز مخاطره على الأطفال صغار السن الذين نقل أعمارهم عن ثلاثة سنوات ، وأشار الباحثون إلى أن عقار الكيتامين يستخدم بغرض التخدير خلال العمليات الجراحية للأطفال مما قد يتسبب في حدوث أضرار كبيرة على صحتهم وخاصة على جهازهم العصبي حيث يصيبه بالسمية ، وكشفت النتائج أنه قد يدمر ذاكرة الأطفال الصغار ويدمر قدرتهم على تعلم أشياء جديدة بمجرد وصولهم إلى عمر المدرسة ، وكما يصيبهم بإضطرابات في السلوك ، وفسر الباحثون ذلك مشيرين إلى أنه يرجع في الأساس إلى السمية العصبية لعقار الكيتامين ، وتسببه في حدوث المزيد من الفسفة لبروتين (تاو) الموجود داخل المخ ، وإصابة الخلايا العصبية الناشئة بالتسمم ، والتي ما زالت في مرحلة النمو ، وهو ما يعد أمراً خطيراً للغاية ، وتتابع الباحثون أن عقار الكيتامين يتسبب في حدوث تلف بالأنسابيب والمحاور العصبية الناقلة ، وهو ما قد يؤدي إلى موت الخلايا العصبية.

## 5. مخدر الكيميكل أو سبايس Spice

يتكون مخدر الكيميكل حسب تقارير الأمم المتحدة من نباتات آسيوية مثل زهرة



اللوتس الزرقاء وأوراقها المغطاة بمواد كيميائية أو العشبة الصناعية ، وتأثير مخدر الكيميكل له مفعول مماثل لتأثير رباعي الهيدروكانabinol في الماريجوانا ، ويزيد عنه أضعافاً ، وتأثيره أقوى من

مادة الحشيش ، ويحتوي عقار الكيميكل المخدر على مادة CB-47-497 والتي لها تأثير المادة الفعالة في مادة الحشيش ، وكما يحتوي العقار أيضاً على مادة GHW108 ذات المفعول الكيميائي التي تشكل خطورة على الصحة العامة.



ويجب الحذر من مخدر الكيميكل بأنواعه المختلفة الذي تزيد نسبة تأثيره بمقدار 250 مرة عن الماريجوانا، ويروج على أنه عشبة أو نوع من البخور والعطور ويتم تعاطيه أحياناً في أماكن الإسترخاء (الريلакс) في المعاهد الصحية وبعض الصالونات.

ويدخل في تصنيع مخدر السبايس 200 مادة كيميائية وبياع عبر وسائل التواصل

وكان التحرك سريعاً لإدراجه بجدول المؤثرات العقلية في 4 سبتمبر 2016.<sup>(137)</sup>

## 6. الشبو أو الكريستال Crystal أو الآيس Ice أو الكريستال ميث:



الشبو أو الكريستال أو الآيس من أشكال دواء الميث أمفيتامين المنشط ، وكيفية المنشطة يزيد الميث أمفيتامين نشاط بعض الناقلات العصبية (دوبابين ، نورادرينالين ، سيروتونين) في الدماغ ،

وميث أمفيتامين هي مادة مركبة تأتي على أشكال عدة مثل البويرة والحبوب والكبسولات ، ويتم تعاطيها عن طريق الشم وأحياناً بلع المادة ذاتها بعد تهشيمها ، ولمادة

<sup>(137)</sup> الحميدان ، عايد (2012) ، تعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة الأستيك أنهيدريد في غرب آسيا ، مرجع سابق ذكره ، ص 28.

<sup>(138)</sup> الحميدان ، عايد (2014) ، الشبو والآيس.. نزعه للهلاك ، الكويت ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ص 3-4.

الشبو أو الآيس العديد من التسميات مثل ( تيك يابا، وكراك مات ) ، واشتهرت بإسم الشبو في شرق آسيا ، وسميت بالكريستال نظراً للشبه الكبير بين بلوراتها والزجاج ، والأمر الخطير أنه في الوقت الذي يجري فيه تصنيع بعض حبوب الميث أمفيتامين بطرق شرعية من قبل شركات الأدوية ، وهناك من يقوم بتصنيعها بطرق غير شرعية في



أماكن مختلفة تفتقر لأندنى متطلبات الصحة والسلامة ، علمًا بأن هذه المادة صنفت على أنها من الأنواع الخطيرة جداً على الجسم لأنها تسبب بأضرار مختلفة في الأوعية الدموية والدماغ غير قابلة للعلاج ، والتي تؤدي للوفاة في الغالب.

#### الشبو أو الآيس وأدوات التعاطي:

وتصنف هذه المادة أيضًا على أنها من المخدرات الصناعية المنشأ ، لأنها تصنع بالكامل في معامل سرية لتصنيع المخدرات ، ويتم تصنيعها من بعض الأدوية الصناعية أو السلائف الكيميائية المراقبة مثل الميث أمفيتامين ، وهي تدخل ضمن مواد الأمفيتامينات المنشطة ، وغالبًا ما يكون لونها أبيضاً ناصعاً.



وتعتبر مادة الشبو أو الكريستال أو الآيس المدر كما يطلق عليها الآخرون من المواد المخدرة غالبة الثمن التي أصبحت متوفرة في الدول العربية بشكل كبير ، وهي منتشرة بكثرة

أيضًا في دول شرق آسيا ، وأصبح الطلب كبيراً على هذه المادة المدر ، والأمر لم يعد يقتصر على بعض الجنسيات الآسيوية التي تتعاطاها في السابق .

ويقدم بعض الشباب على تعاطي هذه المادة لأنها تسبب لهم شعور فوري بالنشوة والزهو أو الارتفاع ، ويمكن أن يستغرق مفعول المدر لمدة 20 دقيقة وقد يمتد إلى 12 ساعة بحسب نوع الجرعة التي يتعاطاها ، وغالبًا ما تتناقص وتتغير تأثيرات الميث أمفيتامين مع الجرعات العالية والتعاطي المتكرر.

## الآثار الجانبية لمادة الشبو:

تعتبر تأثيرات مادة الشبو ذات خطورة صحية كبيرة لأنها قابضة للأوعية الدموية وتتلف الدماغ، يصل المتعاطي لها إلى مرحلة الجنون، ويقال عنه في عالم المدمنين بأنه (ملحس) أي تفكيره وعقله قد سحب منه بفعل العقار وأصبح يتصرف بجنون.

### 7. الترامادول أو الترامال (حبوب الفراولة):<sup>(139)</sup>

الترامادول هو مسكن ألم مركزي له مفعول مقارب للكودايين ، وصنف ضمن

مسكناً للألم من حيث النوع ، ويؤثر على نفس مستقبلات المورفين ، وهو منافس على المستقبلات المورفينية ويسبب إدماناً ولكن بصفة أقل من باقي المورفينات المنافسة على نفس المستقبلات.

وتأثير المسكن للألم أكبر من المسكنات من النوع الخطير، ولهذا يستحسن استعماله بحصة أكبر، ويمكن استخدامه عن طريق البلع بتناول الحبوب أو الحقن الوريدي والجرعات المستخدمة هي 50-100 ملي جرام ، وتأثيره من خمس إلى سبع ساعات ، وتأثيره كلوبي بصفة أساسية وطريقة تأثيره ليست معروفة بشكل جيد بالإضافة لتأثير المسكن الناتج عن ارتباطه بالمستقبلات المورفينية حسب الجرعات المستعملة.

ويستخدم الترامادول كمخدر مثل الكودايين ، ويزيد استخدام الترامادول في حالات الأمراض الكبدية الحادة ، وهو مخدر قوي لبعض الآلام.

والترامادول يستخدم كمسكن للألم الشديدة والحادية التي تعقب العمليات الجراحية ، كما في

حالات الإصابة بالأمراض المزمنة مثل التهابات الأعصاب Fibromyalgia والتهابات المفاصل Arthritis ، ولكنه قد يؤدي مع تعاطي الجرعات الكبيرة إلى الإعتماد الجسمي والنفسي ثم الإدمان حيث تظهر أعراض الإنتحاب على المريض بعد

<sup>(139)</sup> الحميدان ، عايد (2014) ، الترامادول مسكن قاتل ، الكويت ، الإدارية العامة لمكافحة المخدرات ، ص 3-4.

تعاطيه لفترة طويلة ، وتمثل في الهزيان والميل للقيء والإسهال وصعوبات في التنفس إلى جانب الهلوسة ، وثم وضعه تحت فئة الأدوية المخدرة والمؤثرات العقلية في دولة الكويت ، ولا يسمح للصيدلي صرفه إلا من خلال وصفة طبيب معتمدة ، لكن مع الأسف الشديد تتجاهل بعض الصيدليات عن هذه الاسترطاطات وتقوم ببيعه لغير المرضى ، كما انتشر تداوله والإتجار في الأصناف المستوردة منه.

#### التأثيرات الغير مرغوبة لعقار الترامادول (حبوب الفراولة):

من الآثار الجانبية الرئيسية لعقار الترامادول ما يلي:

- الغثيان.
- الدوار.
- آلام في المعدة.
- ارتفاع مستوى السكر في الدم.
- الفاق.
- الإكتئاب على المدى الطويل.
- الجرعة الزائدة في الترامادول ( أكثر من 400 ملي جرام في جرعة واحدة ) ، وممكن أن تسبب إنهياراً متسبباً بتقلصات عضلية كبيرة ، والأزمة تشبه عرضياً الصرع ، ولا ينصح بأخذ جرعات تفوق 400 ملي جرام في 24 ساعة ، ووصف الدواء يكون بحقيقة كبيرة في حالة العلاج بواسطة مضادات الإكتئاب.

#### خوفاً من التعود (الإدمان) على عقار الترامادول:

يستحسن وصف جرعات ملائمة من الدواء للمرضى لتفادي إدمانهم على الترامادول ، وتسهيل عملية التوقف عن تناوله ، والتي تكون عادة مصحوبة بارتفاع ضغط الدم ، والتعرق ، والأرق ، والأهوال الليلية ، والقلق ، والأزمات في التركيز ، والتقلصات العضلية ، والحركات البسيطة الالإرادية ، والعدوانية ، والتهيج ، وفقدان الذاكرة المؤقت.

ويسبب العقار العديد من الأضرار أهمها الفشل الكلوي وهشاشة العظام ، ويعمل على المدى البعيد على فقدان الرغبة الجنسية ، وي العمل أيضاً على تدمير الأجهزة العصبية باعتباره أفيون صناعي.

#### ومن الأسماء المرخصة لعقار الترامادول:

ترامادول ، كونترمال ، تراماكس ، تامول ، تيدول ، الألترادول ، تراموندين ، ترامال.

#### (140) . ليريكا LYRICA :

يوصف عقار ليريكا لتحفييف الآلام المصاحبة لإلتهاب الأعصاب المحيطي الذي

يحصل في داء السكري ، والذي تتأثر فيه الساقان والقدمان بشدة ، ويرافقه فقدان في الحس، ويمكن تجنبها عبر ضبط السكر في الدم بصورة صحيحة ، وكما يوصف في حالة مرضية أخرى تعرف بالتهابات



الأعصاب المرافق للإصابة بداء المنطقة وهو طفح جلدي مؤلم جداً تسببه نفس الحمى الراشحة المسببة للجدرى ، ويشعر معه المريض بألم شديد يشبه طعنات السكين والإحساس الدائم بالحرقة ، وألم يشبه الصدمة الكهربائية في شدته وحدوثه ، وتشير الإحصائيات الدولية إلى أن عدد الإصابات بهذا المرض يبلغ سنوياً ما يعادل 150 ألف شخص ، ويقدم البعض على تعاطي عقار ليريكا باعتبار أنه يحقق الاسترخاء والراحة النفسية ، ويجعل الإنسان أكثر تركيزاً ، وبدأ يتساء استخدامه بين الشباب وخاصة بين الطلبة والطلابات.

#### ■ الآثار أو التأثيرات الجانبية لعقار ليريكا:

ذكرت شركة فايزر المصنعة لهذا العقار بأن الآثار الجانبية له تتراوح في شدتها بين المعتدلة والمتوسطة ، ومنها على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

(140) الحميدان ، عايد (2014) ، ليريكا .. دمار شامل ، الكويت ، الإدارية العامة لمكافحة المخدرات، ص 4-1.

- تغير شكل الأطراف ( انتفاخ الأطراف الناتج عن احتباس السوائل ).
- الغثيان ، والدوار ، والترنح.
- الإصابة بالرعاش.
- الميل إلى النوم العميق ، أو فقد الانظام بالنوم.
- جفاف الفم.
- سهولة الإصابة بالكدمات.
- التورم بأماكن مختلفة بالجسم.
- الشعور بالألم المستمر.
- تشويش في الرؤيا ، أو مشاكل في الإبصار.
- الإصابة بالوهن والخمول.
- صعود في التركيز أو الانتباه.
- الإصابة بآلام مبرحة في العضلات.
- زيادة سريعة في الوزن.

ورغم خطورة هذا العقار إلا أن حتى المرضى الذين يتعاطونه نتيجة مرضهم لم يتوقفوا عنه بسبب تأثيرات الجانبية.

#### ٩. حبوب الروش Clonazepam أو كلونازيبام Roche<sup>(141)</sup>

الكلونازيبام (Clonazepam) ، المعروف بالإسم الشعبي ( أبوصلبيه ) لأن القرص محفور عليه صليب ، وهناك إسماً آخر له هو ( أبو زمبه ) وذلك لوجود نقطتين بجوار الرقم 2 المكتوب على القرص ، وإن اسمه التجاري ريفوترييل (Rivotril) ينتمي إلى مجموعة الأدوية المعروفة باسم

مجموعة البنزوديازيبين (Benzodiazepine) ، والمستخدمة في الأساس لمعالجة القلق (Anxiety) والأرق (Insomnia) ، وإضافة إلى ذلك يستخدم الكلونازيبام كمضاد للإخلاص لمنع و معالجة نوبات الصرع (Epilepsy) ، والكلونازيبام فعال

<sup>(141)</sup> الحميدان ، عايد (2013) ، انتشار المخدرات بين الشباب " الآثار والأسباب والحلول "، مرجع سبق ذكره ، ص 36.

بشكل خاص في منع النوبات القصيرة من تشنج العضلات ، والنوبات من نوع الصرع الصغير (Petit mal) لدى الأطفال ، ولكن أيضاً هناك أشكال أخرى من الصرع تستجيب للمعالجة بالكلونازيبام مثل الوهن المفاجئ، أو الإختلالات الناجمة عن أضواء ساطعة، ونظرًا لكونه من مجموعة البنزوديازيبين ، فإن للكلونازيبام أيضًا تأثيرات مهدئة ومنومة ، ويستخدم الكلونازيبام في الطب النفسي كدواء مضاد للقلق ومثبت للمزاج لدى المرضى الذين يعانون من الاضطراب ذي الاتجاهين (Disorder Bipolar)، وطرق تعاطيه يصل إلى الأقراص.

ويصنف ضمن الأدوية المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية ، ويستخدم كمضاد للقلق ، وحالات التشنجات في الرأس ، والأزمات الأولية أو الثانوية التوتيرية والإرتاجاجية ، وعند استخدامه كحقن وريدي يستخدم في علاج كافة أنواع الصرع ، ويمكن استخدامه أيضًا لدى البالغين المصابةين بالصرع والنوبات البؤرية، والمستحضر الذي هو في الأصل دواء يوصف لحالات الصرع المتقدمة كمهدئ عصبي بجرعات خفيفة ، ويشعر متعاطيه لأول مرة بإحساس خادع بالنسمة والهروب من الواقع إلى عالم افتراضي خاص ، وبلغ هذا الإحساس يتطلب الزيادة تدريجيًا في الجرعات التي يتعاطاها بفعل عامل امتصاص الخلايا للمكون النشط بالدواء (كلونازيبام) ومطالبه تدريجيًا عن طريق المحفزات الدماغية بجرعات أكبر للحصول على التأثير المطلوب ، وهو ما يشكل لدى المتعاطي بعد فترة قليلة حالة الإدمان ، والتبعية التي تتخذ في جل الأحيان شكل الهياج والعصبية ، وكذلك الھستيريا المرافقة ومروره بحالة عدم الشعور بسلوكه الشخصي ويتصرف بعشوائية مطلقة .

وأضافت العديد من الدراسات الحديثة أن المجرمين مرتكبي جرائم الاغتصاب أو الاعتداء الجنسي يستدرجون ضحاياهم تحت تأثير استخدام العقاقير الطبية المخدرة والتي تعرف باسم Date Rape Drug والمشهور حالياً باسم "Roche" أو أبو صليبه ، والتي يتم وضعها في السوائل وتقدم للضحية ليشربها ، ومن ثم يدخل الضحية في غيبوبة وينمك الجندي من الإيقاع به ووصف الباحثون أن هذه الحبوب من أخطر وسائل الاعتداء الجنسي حديثاً لقدرتها على تخدير الضحية وتقليل المقاومة، حيث يبدأ تأثيرها بعد 20 إلى 30 دقيقة من تناولها ، وكما يستطيع الجندي إفادة ضحيته خلال ساعتين ،

إضافة إلى قدرتها على تشویش ذاكرة الضحية التعرف بحيث لا يستطيع التعرف على الجانبي أو حتى تذكر ملامحه ، ويعرف أيضاً هذا العقار بأنه مثبط للجهاز العصبي ، وهو عديم الرائحة واللون والطعم.

ومن الأسماء التجارية له: ريفوترييل، ريفوترييل قطرة ، ريفوميد ، كلوزبيام ، اموترل ، ريفورام أقراص.

■ ومن التأثيرات السلبية لاستخدام عقار روشن 2 أو كلونازبيام:

- كآبة المزاج.
- التوتر والقلق.
- الرعشة والعصبية.
- فقدان الوعي.
- الإصابة بالتشنج.
- إضطرابات في النوم.
- تشویش في الإدراك.
- ضعف الحالة الجنسية والرغبة.
- تأثير الذاكرة والنسيان ونقص التركيز.
- ارتفاع أنزيمات الكبد والإصابة بأمراض مزمنة.

10. الزانكس أو برازوalam (142): Alprazolam

البرازوalam هو علاج مزيل للقلق وأيضاً علاج منوم ومهدئ ، وله المزيد من الاستعمالات حيث أنه يستخدم في علاج اضطراب القلق ، واضطراب الهلع ، ولا يمتلك العلاج تأثيراً مخفياً لل الألم أو مصادراً للإكتئاب لوحده ، ولكن يوصف في حالات القلق المرضية المترافق مع مرض الإكتئاب.



(142) الحميدان ، عايد (2013) ، انتشار المخدرات بين الشباب " الآثار والأسباب والحلول "، مرجع سبق ذكره ، ص39.

ويتنتمي لعائلة البنزوديازيبين Benzodiazepine ، والتي تمتلك تأثيراً مهدئاً ومنوماً ، وقد يسبب العلاج إدماناً نفسياً وجسدياً ، ولا يصرف العلاج إلا بوصفة طبيب مختص ، ولا ينصح باستخدامه لفترات طويلة، وعند تناول هذا الدواء لمدة تزيد عن 10 أيام يجب إخبار الطبيب قبل التوقف عن تناوله فهو يحتاج إلى التوقف التدريجي وليس المفاجئ ، وطرق استعماله إما بالسائل الفموي أو بلع الأقراص.

ومن الأسماء التجارية له: برازيلين ، زانكس ، زولام ، البراكس ، ريسوتولام ، برازولام.

#### ■ ومن التأثيرات السلبية لاستخدام عقار زانكس أو برازولام:

- تأثر الذاكرة والنسيان ونقص التركيز.
- إهمال الشخص لمظهره ونظافته.
- كثرة حدوث حوادث أثناء قيادة السيارة حيث يقل الانتباه والتركيز.
- يكثر من وقت النوم والتأوه حتى في أثناء النهار.
- الآثار الاجتماعية والنفسية .. لمشكلة المخدرات الدوخة ، فقد التوازن.
- ضعف الحالة الجنسية والرغبة.
- إرتفاع أنزيمات الكبد ، وبالذات عند استخدام جرعات كبيرة ولفترات طويلة.
- يؤدي استخدامه بجرعات كبيرة مع مدمني الكحول والهيروين إلى الوفاة.
- إضطراب التنفس وبالذات لدى مرضى الربو الشديد.
- يسبب إضطراب في وظائف الكلى.
- الطفح الجلدي أو إصفرار الجلد أو العينين.
- تورم الوجه.

## (143) 11. حبوب الصراسير أو باركينول : Parkinol

الباركينول هو عقار يستخدم لعلاج الشلل الرعاشي ، ويستعمل لتقليل الأعراض



الجانبية الناتجة عن مضادات الذهان مثل الرعشة بالأطراف والتشنج العصبي، ولكن في الجرعات العالية يؤدي إلى هلاوس بصرية حيث يرى المدمن أشياء صغيرة الحجم تمشي على الحائط وتتعرج وتترنح في طريقها مثل الصراسير وهذا سبب التسمية، وأيضاً يصاحب الهلوسات اختلال في الوعي والإدراك ، وقد في التركيز ، ويخيل للمدمن أيضاً أن الدنيا كلها على حسب مزاجه لأنها تصيبه بحالة من الدهلة واللؤلؤة العقلية.

ومن الأسماء التجارية له: ترايهكسفينيديل Artane ، ترايهكسفينيديل Traihexphenidyl

### ■ ومن التأثيرات السلبية لاستخدام عقار باركينول أو حبوب الصراسير:

- فقد الوعي والإدراك .
- تورم الوجه والأطراف .
- إضطراب في وظائف الكلى والكبد.
- الاكتئاب الشديد.
- محاولة الإنتحار.
- صعوبة في التنفس .
- إنخفاض في ضغط الدم.

(143) الحميدان ، عايد (2013) ، انتشار المخدرات بين الشباب " الآثار والأسباب والحلول "، مرجع سبق ذكره ، ص.44.

## سابعاً : الآثار الإجتماعية التي تصيب متعاطي المخدرات: (144)

يعتبر المجتمع المحلي في أي دولة بالعالم هو الجهاز المؤثر الحقيقي في تحصين الفرد من الواقع في الأفاف والمشكلات ، ولا شك أن مؤسسات المجتمع المدني ومنظماته سواءً المدارس أو الجامعات أو المعاهد أو الجمعيات الأهلية أو المساجد تشارك بذلك الدور ، ولا يستطيع أي مجتمع أن يساعد أفراده للحد من تنامي مشكلة المخدرات دون أن يكون هناك وعي بالآثار المترتبة على هذه المشكلة ، وكيفية مساهمته في مواجهتها.

ولعل مظاهر الإنحراف أخطر ما يواجه المجتمع وخاصةً عندما يصل الأمر للتأثير على أمن واستقرار الأفراد ، وكذلك خرق القانون ، وعدم مراعاة القيم والأعراف والتقاليد والعادات الاجتماعية التي تشكل دعامة رئيسية لحماية المجتمع من المخاطر المحيطة به ، وارتبطة المتغيرات الكثيرة لمشكلة المخدرات بالتوابي المتعلقة بأبعد المشكلة ، وتعانقها مع القيم والأهداف ونمط الحياة وتنظيم المجتمع ، ويدرك الأخصائيون الاجتماعيون خطورة البيئة الاجتماعية التي يكون لها تأثير قوي على تعاطي المخدرات ، ولابد من اتخاذ خطوات فعالة تساهم في تصحيح هذه البيئة من خلال بيان أهمية التعرف على مشكلات المجتمع ونوعية برامج التوعية ، والبرامج التدريبية.

ويرى علماء الاجتماع أن من الآثار الاجتماعية التي تترجم عن تعاطي المخدرات توثر العلاقات الأسرية ، والتفكك الأسري ، وغياب التواصل العاطفي ، وشعور الأسرة والفرد بغياب الأمن الأسري ، وعدم الاستقرار المعيشي ، وهو الأمر الذي يؤدي إلى توثرات عدّة تتعكس على الأم安 المجتمعي ، وترفع معدلات الإجرام ، وخصوصاً جرائم العنف ، والسلوك العدواني ، وسقوط الضحايا من المجتمع ، وكذلك خسارة أفراد متخرجين نتيجة لانشغالهم بالإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والخمور ، وإن تدهور الأمر وتعاظم يصبح هؤلاء الأفراد ضمن أعداد الوفيات بسبب تعاطي هذه السموم.

وتتعرض الكثير من المجتمعات إلى غزو العصابات المنظمة التي تستهدف الشباب وسائر أفراد المجتمع لترويج المخدرات والمؤثرات العقلية بينهم ، واحتراقهم بأساليب عدّة منها التجريب ، وحب الاستطلاع ، وتقديم هذه السموم مجاناً ، ثم إذا وقع

(144) الحميدان ، عايد (2004) ، أهوا المخدرات في المجتمعات العربية، مرجع سبق ذكره، ص 82-86.

بهذه الدائرة تبدأ ببيع هذه المواد عليه ، والغالب مساومته ، وربما يصل الأمر إلى ابتزازه ، وتجنيده لكي يبيع ويروج المخدرات حتى يوفر ما يرغب به للتعاطي ، كما أن هذه المسوم ومرجعيها يسعون إلى نشر الفساد ، وترتفع معدلات الرشوة بينهم ، ويترافق الحس الوطني وشعور الإنتماء بين أوساط المتعاطفين، ويصبحوا أنانبيين ويغلبوا مصالحهم الشخصية الآنية على المصلحة العامة للوطن لأنهم يسعون لإشباع رغباتهم ونزاواتهم و حاجاتهم للمخدرات ، ويمارسو أي أعمال تطلب منهم ، ومنها السرقة ، والإختلاس ، والرشوة ، والتزوير والتزييف ، والقتل ، وممارسة العنف.

ولا يغيب عننا في هذا الشأن أن تسرب العديد من أفراد المجتمع في تعاطي المخدرات سوف يساهم لدرجة كبيرة في رفع معدلات قابلية العدو من متعاطي المخدرات إلى الأفراد الآخرين خاصة ذوي القربي والأصدقاء والجيران ، كما لا يفوتنا أن العديد من الذين تورطوا في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية يرغبون بإنتلاق البعض فيها ليكون لهم رفاق يبحثون عن اللذة والسلوك المنحرف حتى لا يصبحوا شاذين في المجتمع ، ورغبة منهم في أحيان كثيرة بالإنقاص من الأسواء والآصحاب والناجحين ، وكذلك حتى يوسعوا دائرة التعاطي ولا يصبحوا تحت أعين الرقابة المجتمعية لوحدهم.

ومما لا شك فيه أن مشكلة تعاطي المخدرات تنطوي على تهديد حقيقي للمجتمعات التي تنتشر فيها ، وذلك بسبب تأثيرها البالغ على كافة نواحي الحياة الاجتماعية والاقتصادية وكذلك على النواحي الصحية ، ومن الآثار السلبية الاجتماعية لتعاطي المخدرات على الفرد ما يصيب الفرد نفسه من خمول ، وغياب عن الوعي ، وانقطاع الصلة بالمجتمع ، وخسارة النفس ، والمال ، والأسرة ، وعدم قدرته على أداء الأعمال ، وعدم القدرة كذلك على الحركة ، والوهن ، والهزال ، والإضطراب ، وحالة الضعف العام وكذلك بيدًا المتعاطي بممارسة الأعمال غير المشروعة للحصول على المال كالسرقة وارتكاب الجريمة بصفة عامة ، وكذلك انحدار القيم الأخلاقية ، وتسود لديه السلبية والعدائية ضد المجتمع ، وغياب الاستقرار الاجتماعي ، ويصبح المتعاطي خطراً أيضاً على الأبرياء عندما يقود مركبته تحت تأثير المخدرات أو المسكرات ليرتكب حوادث مرورية تقتل الأبرياء أو تصيبهم إصابات بالغة ويتکبدون خسائر الجرائم الأخلاقية ، وخلاصة القول أن متعاطي المخدرات عدو لنفسه ولمجتمعه ، وواجبنا أن نحسن أفراد المجتمع من الوقوع في دائرة المخدرات.

## **ثامناً : الآثار النفسية التي تصيب متعاطي المخدرات:**

تفصح العديد من الدراسات عن أن ضيق مساحة التفاعل بين أفراد الأسرة ، أو عدم استيعاب الأسرة لمشكلات أفرادها ، وانشغال الوالدين أو أحدهما، كل ذلك يؤدي إلى سوء التوافق بين تطلعات الأبناء وممارسة الأدوار الاجتماعية ، ويصبح هناك تأثير للأقران أكبر من تأثير الأسرة ذاتها ، وهنا يغيب البعد الإنساني ، وترتفع وتيرة الإنحرافات بשתى أنواعها ، ويسود اعتقاد خاطئ عند البعض بأن المنشطات تساعد على زيادة ساعات الاستذكار ، وكذلك هناك أشخاص عصبيون أو مصابون بإضطرابات نفسية وعاطفية ، أو شخصيات معتلة اجتماعية (سيكوباتين) يلجئون لهذه العقاقير لجهلهم الحقيقة بأنها تحطم العقل وتقود إلى الاكتئاب ، ولعل من آثارها النفسية انخفاض مستوى الذكاء والإدراك ، وانخفاض القدرة على التفكير الإبداعي ، وانخفاض مستوى الطموح ، والإصابة بالهستيريا ، والإإنحراف السيكوباتي ، وتوهم المرض ، أي تدهور الوظائف العقلية إلى جانب السلبية واللامبالاة ، وظهور الأعراض النفسية ، ومنها العلامات العدوانية ، والخلل العقلي ، والتوتر العصبي ، والقلق ، والهلوسة.

ومن الآثار النفسية لتعاطي المخدرات أن الشخص يشعر بتغيير المزاج الناشئ من التفعيل وهي عملية شديدة الإغراء انفعلاً ، ويتبعه بأنه ينال تعزيزاً بوسط أشياء أو أحداث معينة ، ويشعر كذلك بأنه في راحة مؤقتة زائفة ، وبذلك يفقد التحكم ، ويصبح أسيراً لحالة من التجنب الانفعالي للحياة ، فالمدمنون يؤجلون أمور الحياة كأسلوب لتعزيز أنفسهم بتجنب الواقع والمسؤولية ، ولكن تعاطي المخدرات هو وسيلة غير فعالة لتعزيز الذات لأنه وهم غير حقيقي ، وهو نتيجة لفقدانهم الهوية الشخصية.

وكذلك يصبح المعتمد على المخدراتأسيراً لعلاقات مرضية تشكل الإنحراف عن حالته الصحية أو السوية ، لذا نجده يقيم علاقة مرضية أو علاقة ليست سوية مع المخدرات والعقاقير لأنه يتطلع لإشباع حاجته ، وهو ما يسمى (جنون الإدمان) ، وعندما يرتبط المدمنون بإدمانهم يضطربون بذلك إلى الانسحاب وعزل النفس عن الآخرين ، وكلما زاد إدمانه ابتعد عن العلاقات الاجتماعية دائمًا بتحوله وأنه يبحث عن الراحة ، وأصبح نتيجة للوهم مشبعاً بها.

(145) الحميدان ، عليد (2010) ، المخدرات في دولة الكويت الأسباب والوقاية والعلاج ، الكويت ، مطبعة الحكومة، ص 93-91

وأيضاً يرى متعاطي المخدرات أشياء أحادية البعد ويتعامل مع الناس باعتبارهم أشياء وليسوا بشرأ ، وهو نفس التوجه بتعاملهم مع أنفسهم لأنهم أيضاً يعتبرون إنفعالاتهم وعقولهم وأجسادهم وأرواحهم أشياء فيتعرضون للعزلة ، ونتيجة لاستمرار تعاملهم مع أنفسهم بهذه الطريقة يؤدي ذلك إلى إنهايارهم ، وأيضاً تضعف لديهم القابلية للتقبيل ، وتصبح تقضياتهم في غير محلها ، ويندمجون بعلاقات مشبوهة وهدامة لأنهم يرتبطون بأشياء من الوهم ونسج خيالهم ، لذلك هم يرتبطون بالوعد الزائف ، والإحساس الناشئ عن المغامرة ، وتغيير المزاج.

ويرى بعض علماء النفس أن العلاقات الإدمانية تشكل عندما يحدث نوع من فقدان شخص ، فقدان شيء ، فقدان وظيفة ... إلخ ) فهناك آلام تتضمنها عملية فقد وال الحاجة إلى التعويض واستبدال العلاقة المفقودة ، فهناك أناس عندما يفقدون الوظيفة أو الصديق أو قريب بالوفاة يعوضون هذه العلاقة بالاتجاه إلى الاعتماد على المخدرات وتكون علاقات إدمانية مع المخدر ، وربما فقد المكانة الاجتماعية ، وقد مثل العليا، وصعوبة مواجهة التحديات الاجتماعية الجديدة ، أو الشعور بالعزلة الاجتماعية نتيجة الانتقال إلى مجتمع جديد ، أو هجرة وهي تكون أيضاً مسببات بتعويض هذا فقد والاتجاه للإنحراف.

ومن الجوانب الهامة في الآثار النفسية أن المدمنون يحصلون على الألفة والقوة مندمجين مع بعضهم لأنهم ينحدرون عن أنفسهم ، ويرون أن علاقتهم متميزة وعميقة جداً ، ولكن في الواقع هي علاقة مزاجية ارتبطت بالمخدرات أو الخمور ، وأيضاً نلاحظ أن كثيراً من المدمنين يتوقفون عن استخدام عقار معين مثل الماريوجانا أو الحشيش ، ويتوجهون إلى الأمفيتامينات أو الخمور باعتبار أنهم شفوا من المخدرات ، وأصبحت صحتهم تتحسن ، وهو هروب لمواجهة الضغط النفسي.

ولعل أبلغ وصف للحالة النفسية للمدمن أنه ( ثمل جاف ) يصف حياته أنها الأفضل ، ولكنه في الحقيقة ينزع نفسه من العلاقات الطبيعية التي يحتاجها، وتصاحبه أوهام من التزييف ، وبعد عن الواقع ، وعلاقاته تكاد تكون منقطعة مع أسرته ، وكافة المحيطين به ، ويصبح لديه انهيار في المواجهة والتفاعل ، ويعيش وحيداً ، وبأي لحظة يخسر حياته نتيجة التماادي في تعاطي المخدرات أو المؤثرات العقلية ، ويعاني الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية.

## الفصل الرابع

### الدراسات السابقة

تمهيد.

أولاً: دراسات على البيئة الكويتية.

ثانياً: الدراسات العربية.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية الحديثة.

## تمهيد:

بعد الإطلاع الواسع من قبل الباحثين على الأدب التربوي والتراث العلمي ، وعلى مخزون علم النفس في هذا المجال ، وقيام الباحثون بتجميع أكبر عدد من البحوث والدراسات المحلية والعربية والأجنبية ، قام الباحثون اختيار بعض البحوث والدراسات السابقة فيما يتعلق بموضوع البحث الحالي .

### **أولاً: دراسات على البيئة الكويتية:**

دراسة مصرى حنورة (1993) على عينة من المتعاطين الكويتيين مكونة من 600 متعاطى ، تم الحصول عليهم من السجن المركزي ، ومستشفى الطب النفسي ، وتمت مقارنتهم بمجموعة ضابطة من غير المتعاطين الذكور بلغ عددهم 150 شخصاً ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين ، حيث تبين أن متعاطي الكحوليات هم أكثر الفئات ضعفاً في الاداء على المقاييس المعرفية والحركية ، أكثر متعاطي الكحوليات ميلاً للاضطراب النفسي ، في حين أن متعاطي الحشيش أفضل في الصحة النفسية بالمقارنة بمعاطي الكحوليات ، كما تبين أن المتعاطين ( سواء الكحوليات أو الحشيش ) أسوأ بشكل جوهري من غير المتعاطين في الوظائف المعرفية والحركية ، فهم أكثر ميلاً للإضطراب النفسي وأكثر قابلية للإيحاء ، وأكثر ميلاً للانحراف في السلوك الاجرامي.

دراسة "مساعد التجار" (1994) التي هدفت إلى الوقوف على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بمشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب الكويتي ، وتكونت عينة البحث من نزلاء السجن المركزي الذين يقضون العقوبة نتيجة تعاطي المخدرات بلغ إجمالي حجم العينة 157 سجيناً ، وتحددت المجموعة الثانية من السجن المركزي في من ليس لهم علاقة بتعاطي المخدرات بلغ إجمالي حجمها 157 سجيناً ، أما المجموعة الثالثة ف تكونت عينتها من المتعاطين خارج السجون حيث بلغ إجمالي حجمها أيضاً 157 متعاطياً.

وقد توصلت الدراسة إلى أن بداية التعاطي لدى عينة البحث من المتعاطين كانت في المرحلة العمرية من 25 عاماً 24 عاماً ، وأن المستوى التعليمي لمتعاطي المخدرات هو المستوى المتوسط ، وكانت في عينة غير المتعاطين هو المستوى الجامعي ، أما عينة المدمنين فكانت عند المستوى الثانوي ، ونطّرقت الدراسة إلى أن الأصدقاء هم السبب الرئيسي لتعاطي الأصدقاء وهم مصدر رئيسي للحصول عليها.

**دراسة إدارة البحث والدراسات - وزارة الداخلية (1995)** تكونت عينة الدراسة من 24 مسجونةً من السجن المركزي والتي هدفت إلى معرفة العوامل المؤثرة على تعاطي الشباب للمخدرات ، والأساليب التي يتبعونها في التعاطي ، والطرق المستخدمة في الوقاية من المخدرات ، ومكافحتها وكشفت الدراسة أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات هو الفشل الدراسي والمشاكل العائلية وسوء المعاملة من قبل الأسرة ، وغياب الوازع الديني ، وأن من أهم أسباب تعاطي الشباب للمخدرات لأول مرة يتمثل في الرغبة في اقتحام التجربة والغرفة والسفر إلى الدول التي توافر فيها أنواع المخدرات ووفرة المادة المقدمة.

**دراسة عايد الحميدان (1996)** التي هدفت إلى معرفة الآثار الاجتماعية والانسانية المتزنة على سوء استعمال المخدرات في الكويت ، على عينة من نزلاء مستشفى الطب النفسي ، وإدارة رعاية الأحداث بلغ إجمالي العينة 500 شخص منهم 300 مدمن ، و200 فرد من غير المدميين من الأسواء ، وأسفرت النتائج عن وجود نسبة كبيرة من المدميين تقاوم أو تعارض فكرة العلاج كان بعضهم لا يعترفون بالمضار المتزنة على المخدرات ، وتبيّن أيضاً وجود ارتفاع ملحوظ في نسبة المتعاطين بعد العودة.

**دراسة وزارة التربية " إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية " (1998)** ، لقد تكونت عينة الدراسة من 2555 طالب وطالبة من جميع المناطق التعليمية ، و 550 مبحوث من الهيئة التعليمية بالمدارس الثانوية ، و 550 من أولياء الأمور، وقد أظهرت النتائج أن من أهم أسباب دوافع التعاطي تتمثل في الهروب من المشاكل ، وضعف الوازع الديني ، والرغبة في الانبساط والترفيه وإثبات الرجولة ، ثم بعد ذلك الأسباب الخاصة بالأسرة وسوء التنشئة الاجتماعية وعدم المراقبة ، وشعور الأبناء بوجود المشكلة بين أولياء الأمور أكبر منها عند أعضاء الهيئة التدريسية ، وقد أظهرت الدراسة أن أكثر المواد استخداماً حبوب الهلوسة والهيروين.

**دراسة عياد والمشعان (2003)** بعنوان : " تقيير الذات والقلق والاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد " ، هدفت الدراسة إلى التعرف على الارتباط بين تقيير الذات ، وكل من القلق ، كحالة أو الاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد ، والفرق بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقيير الذات والقلق والاكتئاب ، وتوكنت عينة الدراسة من 46 من المتعاطين و 45 من غير المتعاطين ، وقد استخدمت المقاييس الآتية:

- مقياس القلق (تأليف : سيلبيرجر ) ترجمة / أحمد محمد عبدالخالق.
- مقياس الاكتئاب (تأليف : بيكرستير ) ترجمة / أحمد محمد عبدالخالق.
- مقياس تقدير الذات (تأليف : روزنبرج ) ترجمة / جاسم الخواجة.

وكشفت الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات والقلق والاكتئاب ، فالمتعاطون أكثر قلقاً واكتئاباً وانخفاضاً في تقدير الذات من غير المتعاطين ، أما من حيث الارتباط ، فكشفت الدراسة أن هناك ارتباطاً سالباً بين تقدير الذات والاكتئاب ، كما بينت أن هناك ارتباطاً بين الاعتماد وتقدير الذات ؛ حيث كانت درجات المعتمدين على مقياس تقدير الذات منخفضة مقارنة بغير المعتمدين.

**دراسة عزيز الظفيري (2001)** عن سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين دراسة إكلينيكية ، وطبقت الدراسة على عينة من المدمنين وكانت مشكلة الدراسة تتلخص في التساؤلين التاليين:

1. التعرف على طبيعة سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين .
2. التعرف على طبيعة البناء النفسي للمدمن في إطار اضطراب العلاقة بالموضوع.

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية:

- (1) المقابلة الإكلينيكية الحرجة.
- (2) المقابلة الإكلينيكية الموجهة.
- (3) اختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) .
- (4) مقياس شبكة العلاقات الاجتماعية.
- (5) اختبار رسم الأسرة الإسقاطي.
- (6) اختبار رسم الأسرة في حركة الإسقاطي.

ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث ما يلي:

- 1- الإدمان بشكل عام يعبر عن وجود اضطراب في الأسرة أو الوحدة الاجتماعية أو اضطراب الأنظمة الفرعية داخل الأسرة.

- 2- نظام أسرة المدمن من النظم المغلقة قليلة الانفتاح حيث يكون التفاعل في الغالب مع الأم جيداً ، ومع الأب ضعيفاً ، والعلاقة بين الوالدين مضطربة وتكثر بينهما الخلافات التي تصل في كثير من الأحيان إلى الهجر أو الطلاق.
- 3- أسرة المدمن أسرة مفككة ومتصدعة ومنعزلة.
- 4- أسرة المدمن أسرة فوضوية والحدود فيها جامدة وضعيفة حيث لا يوجد بين أعضائها تقارب افعالى .
- 5- الاتصال بين الأفراد في الأسر المدمنة محدود وغير متكامل.
- 6- قلب الأدوار : كما ظهر من خلال نتائج الدراسة أن الأسر المدمنة يشيع فيها نظام قلب الأدوار بحيث تأخذ الأم دور الأب ف تكون هي المسيطرة والأب خاضع وخانع.
- علاقة المدمن بالأب: أظهرت نتائج الدراسة أن العلاقة بالأب علاقة مضطربة ، فالاب إما قاس متسلط ومعاقب يحبط أغلب محاولات الإشباع ويولد لدى الإنين الشعور بالحرمان من الأم التي كانت تقيل شخصية الأب .
- علاقة المدمن بالأم: علاقة تكافلية ، علاقة اعتماد طفلي ، كما أنها علاقة قائمة على الحب والكراهية في نفس الوقت ( الثنائية الوجданية ) .
- علاقة المدمن بالأخوة: علاقة مضطربة قائمة على الكراهية والحسد والتنافس .

**دراسة عماد مخيم وعزيز الظفيري ( 2002 ) عن ضغوط الأقران وتقدير الذات**  
وعلقتهم بالاتجاه نحو تعاطي المخدرات لدى المراهقين الكويتيين ، على عينة من المراهقين عددها 120 تراوحت أعمارهم بين 15-19 سنة بمتوسط عمر 16.8 سنة .

وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك ارتباط موجب دال إحصائياً بين درجات ضغوط الأقران وبين درجات التقدير السلبي للذات ونقص الكفاية الشخصية لدى المراهقين ، كما أظهرت النتائج أيضاً أن هناك ارتباط موجب دال إحصائياً بين بين درجات المراهقين الكويتيين في الاتجاه الإيجابي نحو تعاطي المخدرات ودرجاتهم في ضغوط الأقران والتقدير السلبي للذات ونقص الكفاية الشخصية وعند العزل الاحصائي لتأثير تباين درجات المراهقين الكويتيين في التقدير السلبي للذات ونقص الكفاية الشخصية عن العلاقة بين ضغوط الأقران والإتجاه الإيجابي نحو التعاطي تناقصت قيمة معامل الارتباط وإن ظلت عند مستوى الدلالة.

كما أشارت الدراسة إلى أن الإتجاه الإيجابي نحو تعاطي المخدرات لدى المراهقين الكويتيين يتزايد بالتأثير المشترك لضغوط الأقران والتقييم السبلي للذات مما يدل على أنها عامل خطورة لتهيئة المراهقين لتعاطي المخدرات.

**دراسة القشعان والكندري (2002)** عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات ، الدراسة طبقت على عينة قوامها 260 فرداً سبق لهم الإدمان موزعين على ثلث شرائح من المدمنين الذكور وتضم الأولى 157 نزيلاً بتهمة تعاطي المخدرات في السجن المركزي ، وتبعد الثانية 21 مريضاً لعلاج الإدمان في مستشفى الطب النفسي ، أما بقية العينة البالغة 82 فرداً فكانت للمدمنين التائبين في لجنة بشائر الخير ، وأشارت الدراسة إلى أن جماعة الأقران والأصدقاء واحدة من أهم المتغيرات التي تؤثر على سلوك الإنسان وتحدد مساره في ظل غياب الوازع الديني الذي يعتبر من المسائل المهمة التي تسهم في قيام الفرد لسلك الطرق غير السوية ، وأشارت الدراسة إلى الحاجة إلى وضع إستراتيجية تربوية نوعية واضحة المعالم وتحاول الإسهام في الحد من انتشار هذه المشكلة وهذا الوباء الذي بدأ ينتشر بشكل كبير ويدخل البيوت الآمنة دون استئذان.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن 62 % من أفراد العينة قد بدعوا تعاطيهم للمخدر لأول مرة وهم في سن 19 عاماً وما دون ، وأن نسبة 90 % منهم تعاطوا هذه المواد المخدرة والمسكرة لأول مرة وهم دون سن الرابعة والعشرون ، وأضافت الدراسة أن هناك علاقة واضحة بين المرحلة العمرية التي بدأ فيها المدمن بالتعاطي وبين الأصدقاء والترف المادي ووسائل الإعلام والفراغ والشعور بعدم الثقة بالنفس إضافة إلى السهر خارج المنزل والسفر للخارج واعتبار المخدرات والكحوليات وسيلة لطرد الكآبة والملل.

**دراسة عزيز الظفيري (2005)** عن الصورة الأبوية المسقطة وال العلاقات الأسرية لدى مدمن الهيروين باستخدام دراسة الحالة ، واستهدفت الدراسة التعرف على طبيعة الصورة الأبوية وال العلاقات الأسرية في ظل الطرح اللا كاني للنفس البشرية ، وال العلاقة بين الأب والأبناء وكذلك الديناميات الأسرية المحركة للبناء الأسرى ، واستخدم الباحث منهج دراسة الحالة كحالة متعمقة مستعيناً ببعض الأدوات السيكومترية ، ومنها:

1. اختبار الشخصية المتعدد الأوجه .
2. مقياس بيك للاكتئاب .
3. المقابلة الإكلينيكية المقننة لتشخيص اضطرابات الشخصية وفق الدليل الإحصائي الأمريكي الثالث المعدل .
4. قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول بناء على الدليل الإحصائي الرابع الأمريكي .
5. اختبار تفهم الموضوع ( TAT )

**وأظهرت الدراسة:**

- 1- صورة الأب لدى مدمن الهيروين مهزوزة والعلاقة مضطربة قائمة على التناقض الوجdاني الحب والكرآhية.
- 2- الفاعلات الأسرية لدى مدمn الهيروين مضطربة وتتسم بالبرود أو التباعد العاطفي ، ويرجع ذلك إما إلى السلوكيات التي أنتجها الإدمان أو إلى الانحراف السلوكي المبكر لدى المدمن.

دراسة عايد الحميدان (2010) عن المخدرات في دولة الكويت .. الأسباب والوقاية والعلاج : دراسة ميدانية للتعرف على حجم انتشار مشكلة المخدرات في دولة الكويت ، وقد تكونت عينة الدراسة من 21113 فرداً تتراوح أعمارهم ما بين 14 سنة و 49 سنة ، من مختلف شرائح المجتمع موزعين على الشكل التالي:

- عينة الشباب: طلبة وطالبات المدارس الثانوية والمعهد الديني والمدارس الخاصة وجامعة الكويت والكليات والمعاهد التطبيقية ، ومنتسبين ومنتسبات مراكز الشباب بالهيئة العامة للشباب والرياضة ، واللاعبين واللاعبات في الأندية الرياضية ، وقد بلغ عددهم 20002 مبحث.
- عينة المسجونين: في المؤسسات الإصلاحية وعدهم 577 مبحث.
- عينة الأحداث النزلاء: في الدور التابعة لإدارة رعاية الأحداث وعدهم 330 مبحثاً.
- المعتمدين على المخدرات النزلاء في مركز علاج الإدمان وعدهم 204 مبحث.

► وأظهرت نتائج الدراسة أن أهم الأسباب الدافعة للبدء بتعاطي المخدرات هو زيادة الكفاءة الجنسية ، والاعتقاد بالشفاء من الأمراض ، وتقليد سلوك الآخرين ، وضعف هيبة القانون بين الشباب في المجتمع ، ونسيان المشكلات الشخصية ، وحب الاستطلاع ، ثم البحث عن السعادة.

► كما أظهرت النتائج أن أسباب الاستمرار في تعاطي المخدرات كانت هي الاعتقاد بمعالجة الأمراض ، ثم زيادة الكفاءة الجنسية أو الاعتقاد بالنجاة من العقاب عند ارتكاب الجريمة ، ونبذ المجتمع لهذه الفئات ، والتشبه بالكبار ، والتخلص من حالات الاكتئاب والقلق وعدم احترام القانون ، والمعاناة الناتجة عند الامتناع عن التعاطي ، ثم الإحساس بالعجز ، وعدم توفر الرعاية اللاحقة ، وأخيراً ضعف الوازع الديني.

► وقد كشفت الدراسة أن أهم أسباب دوافع العودة إلى تعاطي المخدرات بعد الانقطاع كانت هي عدم تقبل المجتمع للمدمن المتعافي أو التائب ، والضغوط الاقتصادية ، وعدم توفر فرص العمل ، والبحث عن المتعة والبهجة ، ومعالجة المشكلات الشخصية ، وضعف برامج الرعاية اللاحقة ، وعدم وجود الرقابة الأمنية المتصلة بتتبع المتعافين عند الخروج من السجن.

► كما تبين من الدراسة أن 84% من أفراد العينة أن لديهم معرفة بالمخدرات ومصدر معرفتهم التلفزيون ، والصحف والمجلات ، والإنترنت ، والأصدقاء.

**دراسة عايد الحميدان (2013) " انتشار المخدرات بين الشباب .. الآثار والأسباب والحلول ":** وتعد من الدراسات المسحية ، وطبقت على عينة مكونة من 11380 فرد ، موزعة حسب التالي:

الطلبة والطالبات في المدارس الحكومية بالصف 11+12 مبحث 8920	
الطلبة والطالبات في المعهد الديني بالصف 11+12 مبحث 179	
الطلبة والطالبات في المدارس الخاصة العربية بالصف 11+12 مبحث 1540	
الطلبة والطالبات في المدارس الخاصة الأجنبية بالصف 11+12 مبحث 741	

وأظهرت الدراسة عدد من النتائج من أهمها : أن 19.6% من إجمالي العينة بأنهم قد سبق وأن جربوا المخدرات ، مقابل ما نسبته 80.4% لم يجربوا المخدرات ، 6.4% من أفراد العينة يوجد بأسرهم من يتعاطى المخدرات أو المنشطات أو المسكرات ، 15.6% بأن لديهم أصدقاء يتعاطون المخدرات أو المنشطات أو المسكرات.

كما بينت الدراسة أن من أهم أسباب البدء في تعاطي المخدرات أو المنشطات أو المسكرات وبالترتيب:

- وفرة المادة المخدرة أو المنشطة أو المسكرة ، ثم محاولة نسيان المشكلات الشخصية ، يليها البحث عن البهجة ، ثم الرغبة بلفت نظر من حولهم من الناس الآخرين ، ثم الرشاقة وإنقاص الوزن ، يليه سهولة توزيعها وترويجها بين الطلاب والطالبات في المدارس ، ثم بناء الجسم العضلي ، يليه حب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي ، ثم الوفرة المالية ، يليه محاولة التغلب على حالة الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية ، ثم تقليد سلوك الآخرين ، يليه تأثير وسائل الإعلام ، ثم ضعف الوازع الديني ، ويأتي أخيراً الاعتقاد بالشفاء من بعض الأمراض.
- أشار 70.1% من العينة إلى أنهم يعلمون ببرامج وحملات التوعية ضد المخدرات ، ورأى 74.2% منهم أن لهذه البرامج تأثير شخصي عليهم ، كما أشار منهم ما نسبته 74.92% إلى أن هذه البرامج أو الحملات التوعوية ضد المخدرات أو المنشطات أو المسكرات تساهم في ابعاد الشباب عن تجريبها ، وبالنسبة لأهم هذه البرامج والحملات التي ساهمت في ابعاد الشباب عن تجريب المخدرات أو المنشطات أو المسكرات ، فقد كانت الإجابة حسب الترتيب : حملة مكافحة المخدرات ، ثم حملات مشروع غراس ، تلا ذلك حملات المدارس ، ثم حملة إلا صلاتي ، يليه برامج التلفزيون ، ثم المدمن المجهول ، وأخيراً ما تنشره الصحفة.
- أجاب ما نسبته 89.4% بأن لديهم معرفة بالمخدرات ، وأهم مصادر معرفتهم بالمخدرات حسب الترتيب: مشاهدة التلفزيون بنسبة 63.4% ، ثم المعاهد الصحية بنسبة 10.6% ، يليه الصحف والمجلات بنسبة 7.5% ، ثم الإنترنوت بنسبة 7.5% ، يليه الأصدقاء بنسبة 6.3% ، ثم التعرف على المخدرات داخل المدرسة بنسبة 2.5% ، يليه داخل المنزل بنسبة 1.4% ، وأخيراً التجربة الشخصي بنسبة 1.4%.

- أجاب ما نسبته 27.6% بأنهم لديهم معرفة بالمنشطات ، أهم مصادر معرفتهم بالمنشطات حسب الترتيب : مشاهدة التلفزيون ، ثم المعاهد الصحية ، يليه الصحف والمجلات ، ثم الأصدقاء ، يليه الإنترن特 ، ثم داخل المدرسة ، يليه التجربة الشخصي ، وأخيراً مصدر المعرفة داخل المنزل .
- كانت النتيجة بالنسبة لقياس اتجاهات الرأي بالنسبة لمعاطي المخدرات أو المنشطات أو المسكرات وخاصة من وجهة نظر من جربوها والذين بلغ عددهم 2235 بنسبة 19.6% من إجمالي العينة الكلية بأن أفل سن عند بدء التعاطي بلغ 15 سنة وأكبر سن بلغ 18 سنة ، وبلغ متوسط السن عند بدء التعاطي 15 سنة بانحراف معياري 1.213 ، واتضح أن ما نسبته 22.6% من الذين جربوها حاولوا الامتناع عنها ، وأطول فترة امتناع عن التعاطي بلغ متوسطها 9 شهور بانحراف معياري 3.92 ، وبلغت أقل فترة امتناع عن التعاطي شهراً واحد ، وأكبر فترة امتناع 19 شهراً.
- كانت المادة المخدرة أو المنشطة أو المسكرة التي تعاطوها عند بدء التعاطي بالترتيب : حبوب الكبتاجون ، ثم الترامادول ( الفراولة ) ، يليه الفنتين ، ثم الجروث ، يليه درايف ، ثم الروش ، يليه السبيوتول ، يليه الأوكسبرينول ، ثم الميسيرتولون ، يليه البولдинون ، ثم الماريجوانا ، يليه مادة الحشيش ... الخ.
- أما المواد المخدرة أو المنشطة أو المسكرة التي يتعاطاها حالياً وما زال مستمراً بها كانت بالترتيب : الكبتاجون ، ثم مادة الحشيش ، يليه بريمو ، ثم جروث ، يليه حبوب الروش ، ثم الماندركس ، يليه الميثاكوالون ، ثم الكلورال ، يليه الكحوليات بأنواعها ، ثم الماريجوانا ... الخ.
- كان غالبية من تعاطوا المخدرات أو المنشطات أو المسكرات قد تعاطوها مع الأصدقاء بنسبة 54.6% ، ومن تعاطوها بمفردهم بنسبة 38% ، وأخيراً من تعاطوها بالمنزل بنسبة 7.4%.

## ثانياً: الدراسات العربية:

دراسة نوري سعدون عبدالله ( 2011 ) عن العوامل الاجتماعية المؤثرة في ارتكاب الجريمة ( دراسة ميدانية لأثر العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى ارتكاب الجريمة في مدينة الرمادي ) ، طبقة على عينة مكونة من (60) محكوم في مديرية شرطة الأنبار ( المراكز ) وجمعت البيانات من خلال استمار استبيان تضمنت (19) سؤالاً أساسياً وختصاصياً.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. لقد تبين من نتائج البحث الميداني بأن نسبة الذكور من المرتكبين للجرائم هي 96.6% من المجموع الكلي.
2. تبين أن الجريمة تظهر بنسبة أعلى بين صفوف الشباب حيث بلغت 95% من المبحوثين يقعون في الفئات العمرية المحصورة بين (18-41) سنة مقابل 5% للذين يقعون في الفئات العمرية الأخرى المحصورة بين (42-49) سنة.
3. لقد ظهر من نتائج الدراسة الميداني بأن نسبة العزاب تفوق نسبة المبحوثين الآخرين حيث بلغت 41.6% في حين كانت نسبة المتزوجين 31.6% ، أما المطلقات فقد كانت نسبتهم 18.3% ، والأرامل 8.3%.
4. لقد اتضح بأن نسبة المبحوثين المقيمين في الحضر هي النسبة العالية حيث بلغت نسبتهم 65% ، مقابل 35% في الريف.
5. لقد تبين أن أكثر المبحوثين هم من كان دخلهم يقل عن الحاجة حيث بلغت نسبتهم 63.3% مقابل 31.7% يسد الحاجة أما الذين كان دخلهم يفيض عن الحاجة فقد بلغت نسبتهم 5%.
6. تبين أن نسبة العاطلين عن العمل قد شكلت نسبة كبيرة فقد بلغت 65% ، ونلتها وبنسبة 25% هم من الذين يعملون أعمال حرة ، في حين بلغت وبنسبة 10% هم من الباعة المتجولين.

وقد تبين أن هناك عدد من الأسباب التي وقعت بأفراد العينة إلى ارتكاب الجريمة:

1. تفكك العلاقات الأسرية: حيث بلغت نسبة الذين يعانون من تفكك في علاقاتهم الأسرية %70 ، أما الذين تكون علاقاتهم بأسرهم بلغت نسبتهم %30.
2. المستوى التعليمي: تبين أن نسبة الذين كانت مستوياتهم العلمية متدنية بلغت %83.3 ، بينما الذين مستواهم العلمي أعلى فقد بلغت نسبتهم %16.6.
3. الصحبة السيئة: حيث أكد أغلب أفراد العينة ، وبنسبة %80 أن للصحبة السيئة تأثير سلبي على الأشخاص مقابل 20% من الذين لم يؤيدوا هذا الموضوع.
4. المنطقة السكنية: حيث بلغت نسبة الذين كانت لمنطقتهم السكنية تأثير عليهم واكتسابهم للسلوك الإجرامي %75 ، في حين كان نسبة الذين لم يتأثروا بمناطق سكناهم 25%.
5. وقت الفراغ: حيث بلغت نسبة الذين ارتكبوا الجرائم لكثرة أوقات الفراغ لديهم بلغت %73.3 في حين كانت نسبة الذين لم تؤثر أوقات الفراغ عليهم %26.6.
6. الألعاب الإلكترونية: حيث بلغت نسبة الذين قالوا بأن الألعاب الإلكترونية لها تأثير في اكتساب السلوك الإجرامي %53.3 مقابل %46.6 من الذين لم يؤيدوا هذه الفكرة.
7. البطالة: حيث بلغت نسبة المبحوثين الذين كانوا يعانون من البطالة %80 ، مقابل 20% من الذين كانوا يعملون.

دراسة **الخوالد والخياط** ( 2011 ) عن الأسباب التي تقود إلى تعاطي العقاقير الخطيرة والم捺رات من وجهة نظر المتعاطين في المجتمع الأردني ، وهدفت الدراسة إلى التعرف على أبرز الأسباب التي تقود إلى تعاطي العقاقير الخطيرة والم捺رات من وجهة نظر المتعاطين في المجتمع الأردني ، وتكونت عينة الدراسة من ( 785 ) مدمداً على الم捺رات من المرجعين للمراكز والمستشفيات التي تقدم العلاج للمدمنين ، وأظهرت نتائج الدراسة أن أهم أسباب تعاطي الم捺رات والمواد المخدرة كانت المشكلات الأسرية ، والحصول على اللذة ، والمتنة ، والهروب من الأزمة المالية ومسايرة الرفاق ، إضافة إلى نسيان الهموم والمشاكل .

دراسة لمياء ياسين الركابي ( 2011 ) عن أسباب تعاطي المخدرات لدى طلبة المرحلة الإعدادية ، وتكونت عينة الدراسة من 180 طالب وطالبة من الدراسات الصباحية بقسميها العلمي والأدبي في مدينة بغداد ، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية : أن أهم الأسباب التي تعاطي المخدرات كانت كالتالي :

ضعف الوازع الديني حصل على المرتبة الأولى ، والعوامل الشخصية - الاجتماعية المهيأة للتعاطي حصلت على المرتبة الثانية ، وتأثير الأسرة حصل على المرتبة الثالثة ، وتأثير رفقاء السوء حصل على المرتبة الرابعة ، والعوامل السياسية حصلت على المرتبة الخامسة ، ولم تظهر الدراسة وجود أي فروقات في أسباب تعاطي المخدرات يمكن إرجاعها إلى الجنس .

دراسة عبدالله ابراهيم ( 2013 ) عن ظاهرة تعاطي المخدرات وسط الشباب: هدفت الدراسة إلى معرفة الدوافع التي تجعل الشباب يتعاطون المخدرات ، والتعرف على الآثار المترتبة على تعاطي الشباب للمخدرات ، وتوصلت إلى عدد من النتائج من أهمها :

1. إن تقليد الأصدقاء هو السبب الرئيسي الذي يؤدي بالشباب لتعاطي المخدرات.
2. إن المشكلات الأسرية أيضاً من أسباب التعاطي .

## مكافحة المخدرات

### **ثالثاً: الدراسات الأجنبية الحديثة :**

دراسة 2017 GaryC.K.Chan عن طبيعة الفروق في الحالة الاجتماعية والاقتصادية لمعاطي القنب في أستراليا:

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة تأثير الحالة الاجتماعية والاقتصادية في تعاطي القنب ، والفرق بين المتعاطين بشكل ( يومي - أسبوعي - أقل من أسبوع ) تعرى لمستوى الدخل ومستوى التعليم ، وتعد هذه الدراسة من أكبر الدراسات المسحية على مستوى أستراليا عن تعاطي المخدرات ، وتكونت عينة الدراسة من متعاطي القنب في أستراليا ، المجموعة الأولى تكونت من 64223 فرد في عام 2001 ، والمجموعة الثانية 21353 فرد في عام 2013 وتم توزيع أفراد العينة وفقاً للإستخدام أو التعاطي ( يومي - أسبوعي - أقل من أسبوع ).

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تعاطي القنب بين المجموعات الثلاث تعاطي ( يومي - أسبوعي - أقل من أسبوع ) وفقاً لمستوى التعليم وذلك لصالح التعليم الثانوي ، وقد أظهرت الدراسة انخفاض احتمال الإستخدام اليومي من 0.014 إلى 0.009 ( $P < 0.001$ ) ، كما تبين من الدراسة احتمال انخفاض الإستخدام الأسبوعي من 0.025 إلى 0.017 ( $P > 0.001$ ) ، في حين استقرت هذه الاحتمالات للمشاركين الذين لم يكملوا المدرسة الثانوية ، وفي مجموعة التعاطي الأسبوعي انخفض احتمال استخدام القنب الأسبوعي من 0.032 إلى 0.023 بين المشاركين ذوي الدخل المتوسط عند دلالة احصائية ( $P = 0.004$ ) ، ومن (0.021 إلى 0.013) بين ذوي الدخل المرتفع ( $P = 0.005$ ) ، كما تبين أنه لا توجد فروق كبيرة في هذه الاحتمالات بين ذوي الدخل المنخفض بالمقارنة بين عامي 2001 و 2013 م.

وتوصلت الدراسة إلى نتيجة عامة مؤداها أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تشير إلى انخفاض تعاطي القنب في أستراليا خلال الفترة من عام 2001 إلى عام 2013 لصالح الأشخاص ذوي المستويات الاجتماعية - الاقتصادية العليا ، بالمقارنة بالأشخاص ذوي الدخل المنخفض أو التعليم الأدنى.

## دراسة (Jari Haukka et.al 2017) عن ارتباط الاستخدام غير الطبي للعقاقير

الطبية ذات التأثير النفسي بالوفاة بالتسنم القاتل في فنلندا .

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار استخدام المواد ذات تأثير نفسي بدون وصفة طبية ، والتعرف على طبيعة العلاقة بين استخدام المواد ذات التأثير بغير وصفة طبية بالتسنم القاتل .

وهي دراسة وصفية تحليلية لجميع حالات الوفاة بالتسنم القاتل والتي تم التحقيق فيها قانونياً في فنلندا ، وقد تم ربط قاعدة بيانات علم السموم بعد الوفاة مع السجل الخاص بأدوية الوصفات الطبية ، وتكونت عينة الدراسة من جميع حالات الوفاة بالتسنم القاتل خلال الفترة من عام 2011 إلى عام 2013 والبالغ عددهم 2974 متوفياً ، ومن أثبتت تحاليل الدم ترکيز واحد أو أكثر من الأدوية التالية: أوكسيكودون (oxycodone) ، فنتانيل (fentanyl) ، ترامادول (tramadol) ، كلونازيبام (clonazepam) ، غابابنتين (gabapentin) ، بريغابالين (pregabalin) ، تيزانيدين (tizanidine) ، أولانزابين (olanzapine) ، كيتاپلين (alprazolam) ، ريسبيريدون (risperidone) ، ألبازولام (quetiapine) ، زولبيديم (zolpidem) ، ميرتازابين (mirtazapine) ، بوبروبيون (buproprion) .

أظهرت نتائج الدراسة أن 50.4% من الحالات المدروسة قد تم اكتشاف وجود أثر لدواء واحد على الأقل بتحليلهم دون وصفة طبية ، ومنها كلونازيبام ، برازولام وترامادول ، وكان خطر الإستخدام غير الطبي للعقاقير الطبية مرتفع بشكل خاص في الحالات التي لها تاريخ تعاطي المخدرات وبلغت نسبتهم (88.5%) ، وقد تبين كذلك أن (71.0%) كان سبب وفاتهم بالتسنم القاتل ، وترواحت نسبة الاستخدام غير الطبي للمواد المدروسة بين 5.9% لعيار الريسبيريدون و 55.7% للفنتانيل ، كما أظهرت الدراسة أنه كلما زادت نسبة العقاقير ذات التأثير النفسي التي وصفها الطبيب النفسي كلما انخفض احتمال الإستخدام غير الطبي .

وبشكل عام أظهرت الدراسة أن من أهم أسباب الوفاة بالجرعة الزائدة هو تعاطي مواد ذات تأثير نفسي دون وصفة طبية ، كما أن تاريخ التعاطي بشكل عام يساهم في حالات الوفاة .

## دراسة Shane Darke. Et al. 2017 عن معدلات وخصائص وظروف الوفاة المرتبطة بالميث أفيتامين (الشبو) في أستراليا: دراسة وطنية استغرقت 7 سنوات.

### أهداف الدراسة:

- (1) التعرف على عدد الوفيات الناجمة عن تعاطي الشبو "الميث أفيتامين" في أستراليا خلال الفترة من عام 2009 - 2015 م.
- (2) تقييم أسباب الوفاة والظروف المحيطة بها.
- (3) تقييم تركيز الميث أفيتامين في الدم وإمكانية وجود أدوية أخرى ساهمت في حالات الوفاة ذات صلة بالميث أفيتامين.

تكونت عينة الدراسة من 1649 حالة وفاة مسجلة في نظام المعلومات الوطني الأسترالي ، وكان متوسط عمر الحالات 36.9 سنة ، منهم 78.4% من الذكور، وكان معدل الوفيات الخام 1.03 لكل 100000 من السكان ، وارتفع المعدل في عام 2015 م بشكل ملحوظ ليبلغ معدل الوفيات 1.8 ، وقد تبين بأن نسبة الوفيات المرتبطة بتعاطي الميث أفيتامين في عام 2009 م حيث بلغت (43.2%) ، و(22.3%) من الوفيات بسبب الأمراض الطبيعية ، أما الانتحار فكانت نسبته (18.2%) ، وسجلت الحوادث المرورية (14.9%) ، وكانت نسبة القتل (61.5%) ، كما أشارت الدراسة إلى 40.8% من حالات الوفاة وقعت خارج العاصمة الكبرى ، وقد أظهرت نتائج التحاليل الطبية أن متوسط تركيز الميث أفيتامين في الدم 0.17 ملجم/لتر ، والحالات التي تم الكشف فيها فقط عن الميث أفيتامين كان التركيز أعلى من الحالات الأخرى (0.30 مقابل 0.15 ملجم / لتر،  $P < 0.001$ ) ، وتراوح متوسط تركيز الميث أفيتامين في الدم عند مستوى (0.15-0.20 ملجم / لتر) ، وانصح أن أغلبية حالات الوفاة وبنسبة (82.8%) تم الكشف عن مواد أخرى غير الميث أفيتامين في الدم ، وقد شكلت المواد الأفيونية النسبة الأعلى (43.1%) ، وأدوية الأعصاب والمفاصل (38.0%).

وبشكل عام أظهرت الدراسة على أن معدلات الوفيات بالميث أفيتامين في أستراليا تضاعفت خلال الفترة من 2009 إلى 2015 م ، وبأن التسمم بالميث أفيتامين هو السبب الأكثر شيوعا في حالات الوفاة ، كما تبين أن الأمراض الطبيعية والانتحار والحوادث تشكل أكثر من نصف الوفيات المرتبطة بتعاطي الميث أفيتامين.

## الفصل الخامس

### الدراسات التطبيقية والأسس المنهجية للدراسة

تمهيد.

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة.

ثالثاً: أدوات جمع البيانات.

رابعاً: بناء أداة الدراسة.

خامساً: تصحيح أداة الدراسة (الاستبانة).

سادساً: ثبات وصدق أداة الدراسة (( العوامل السيكومترية )) .

سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة.

ثامناً: الإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة.

## تمهيد:

في الفصول السابقة تم تناول الإطار العام للدراسة والإطار النظري ، والدراسات السابقة المرتبطة بموضع الدراسة ، أما في هذا الفصل من الدراسة فسوف نتناول وصف الإجراءات المنهجية للدراسة للوصول إلى تحقيق أهداف الدراسة ، حيث سنتطرق إلى منهج الدراسة ، ووصف مجتمع عينة الدراسة ، وبناء الأدوات وجمع البيانات ، والوسائل الإحصائية المستخدمة ، ثم التحقق من صدق وثبات أداة الدراسة ، وتحديد المعالجات الإحصائية في التحليل الكمي لاستجابات عينة الدراسة.

### أولاً: منهج الدراسة:

لقد تم استخدام المنهج الوصفي الذي يعبر عن الظاهرة موضع الدراسة تعبيراً كمياً وكيفياً ، والذي " لا يتوقف عند حد وصف الظاهرة ، وإنما يتعدى ذلك إلى تحليلها ، وكشف العلاقات بين أبعادها المختلفة من أجل تفسيرها ، والوصول إلى استنتاجات عامة تسهم في تحسين الواقع وتطوره ".<sup>(146)</sup>

وحيث تم وصف وتحليل بعض العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

وقد تمت دراسة بعض العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، واعتمد على مصادرin أساسية للمعلومات يمكن تصنيفهما كالتالي:

#### أ- المصادر الثانوية:

وكان الإتجاه في معالجة الإطار النظري من خلال البحث عن مصادر البيانات الثانوية التي شملت الإسهامات العلمية التي كتبت في مجال الدراسة: من الكتب ، والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة ، والدوريات ، والمقالات ، والتقارير ، والأبحاث ، والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة ، والمطالعة في موقع الإنترنوت المختلفة.

<sup>(146)</sup> عبيدات ، 2001 ، ص 234.

## بـ المصادر الميدانية:

إن البيانات السابقة التي حصلنا عليها لم تكن كافية في تحقيق الأهداف التي وضعتها هذه الدراسة ، الأمر الذي تطلب اللجوء إلى استخدام أسلوب الدراسة التطبيقية التي أعتمدنا عليها في تقديم مادة علمية وافية بعرض الوصول إلى تحقيق الأهداف الموضوعة ، حيث استخدمت الدراسة أسلوب الاستبيان: وتحت هذا الأسلوب ولمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث لجأنا إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبيان كأداة رئيسية للبحث ، صممت خصيصاً لهذا الغرض ، حيث تم استطلاع رأي المتعاطين حول بعض العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، واستخدمنا برنامج SPSS الإحصائي في تحليل الاستبيانات ، وكما تم استخدام الاختبارات الإحصائية الملائمة بهدف الوصول إلى دلالات ذات قيمة ومؤشرات تدعم موضوع الدراسة.

## ثانياً: مجتمع و عينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من المتعاطين الذين تم القبض عليهم من قبل الأجهزة الأمنية بدولة الكويت بتهمة حيازة مواد مخدرة بقصد التعاطي في عام 2017 م والبالغ عددهم (2962) متعاطي للمخدرات ، حسب إحصائيات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بدولة الكويت في ديسمبر 2017 م.

واستخدم الباحثين أسلوب العينة العشوائية والتي تكونت من عدد (500) متعاطي يمثلون نسبة (16.9%) من مجتمع الدراسة، لذا قام الباحثين بتوزيع عدد (500) استبيان على أفراد العينة قبل تحويلهم إلى المراكز العلاجية الحكومية أو الأهلية ، وتم استرداد عدد (403) استبيان وبذلك تكون نسبة استرداد الاستبيانات (80.6%) وهذا يدل على اهتمام المبحوثين وجديتهم بمجال الدراسة ، وتم استبعاد عدد (49) استبيان غير صالحة للتحليل ، وبذلك يكون عدد الاستبيانات الخاضعة للتحليل (354) استبيان ، وهو ما يمثل (12%) من مجتمع الدراسة.

### **ثالثاً: أدوات جمع البيانات:**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على تأثير بعض العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، لذا تم استخدام الاستبانة كأداة لهذه الدراسة ، وهي أكثر أدوات البحث العلمي استخداماً وتعتبر من أفضل وسائل جمع المعلومات عن مجتمع الدراسة وكذلك ملاءمتها لطبيعة هذه الدراسة.

اعتمدت الدراسة الحالية على الاستبانة كوسيلة لجمع البيانات من الميدان وهي موجهة لمتعاطين المخدرات الذين تم القبض عليهم من قبل الأجهزة الأمنية ، وتم التحفظ عليهم لدى الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بدولة الكويت.

### **رابعاً: بناء أداة الدراسة :**

تم تصميم الاستبانة بالرجوع إلى الدراسات السابقة المتعلقة بمجال الدراسة ، بالإضافة إلى ما تم عرضه في الإطار النظري.

ونتيجة لذلك فقد تم تصميم الاستبانة بشكلها النهائي حيث توصل الباحثين إلى (62) سبب تمثل أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، صنفت في خمسة عوامل رئيسية هي كما يلي: عوامل شخصية ، عوامل أسرية ، عامل الرفقة ، عوامل إعلامية ، عوامل مجتمعية.

كما أن هذا التصنيف يساعد الباحثين في الدراسة والملاحظة ، وقد اشتمل كل عامل من هذه العوامل على عدد من الأسباب الفرعية ، ولذلك تم تقسيم الاستبانة إلى ما يلي:

**أولاً: البيانات الشخصية والاجتماعية: وتشمل ( النوع، العمر، المؤهل الدراسي ).**

**ثانياً: البعد الأول (العوامل الشخصية): وتنتمي (22) سبب.**

**ثالثاً: البعد الثاني (العوامل الأسرية): وتنتمي (15) سبب.**

**رابعاً: البعد الثالث (عامل الرفقة): وتنتمي (4) أسباب.**

**خامساً: البعد الرابع (العوامل الإعلامية): وتنتمي (9) أسباب.**

**سادساً: البعد الخامس (العوامل المجتمعية): وتنتمي (12) سبب.**

## خامساً: تصحيح أداة الدراسة (الاستبانة):

استعمل الباحثين مقاييس ليكرت الخماسي (Likert Scale) ، لتحديد درجة لكل سبب ، ولقد تم استخدام صيغة واحدة من الإجابات بما يتلاءم مع صيغة أسباب الاستبانة، وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

**جدول رقم (1-3): أوزان الفقرات**

أعراض بشدة	أعراض	إلى حد ما	أوافق	أوافق بشدة	الإجابة
1	2	3	4	5	الوزن

وتم تصنيف تلك الإجابات إلى خمسة مستويات متساوية المدى من خلال المعادلة التالية : طول الفئة =  $(\text{أكبر قيمة} - \text{أقل قيمة}) \div \text{عدد بدائل المقاييس} = 5 - 1 = 4 \div 5 = 0.80$ ، ولتحصل على قيمة الوسط المرجع التالية لكل وصف أو بديل كما هو موضح في الجدول التالي:

**جدول رقم (2-3): توزيع مدى المتوسطات وفق التدرج المستخدم في أداة الدراسة**

قيمة الوسط المرجع	الترميز
من 4.2 إلى 5	أوافق بشدة
من 3.4 إلى أقل من 4.2	أوافق
من 2.6 إلى أقل من 3.4	إلى حد ما
من 1.8 إلى أقل من 2.6	أعراض
من 1 إلى أقل من 1.8	أعراض بشدة

## سادساً: ثبات وصدق أداة الدراسة

### • ثبات الاستبانة :Reliability

المقصود بثبات الاستبانة أنها تعطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقها أكثر من مرة على نفس الأشخاص في ظروف مماثلة.

وقد تم حساب ثبات الاستبانة وذلك بطريقتين: الأولى بإستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha ، والثانية معامل الثبات بطريقة التجزئة التصفية لسبيرمان-براؤن (Spearman-Brown Coefficient) .

#### أ- طريقة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)

جدول رقم (3-9): معاملات الثبات (طريقة ألفا كرونباخ )

معامل ألفا كرونباخ (للبثات)	عدد الأسباب	محتوى البعـد	البعـد
0.914	22	العوامل الشخصية	الأول
0.888	15	العوامل الأسرية	الثاني
0.762	4	عامل الرفقـة	الثالث
0.878	9	العوامل الإعلامـية	الرابع
0.912	12	العوامل المجتمعـية	الخامس
<b>0.936</b>	<b>62</b>	<b>جميع الأسباب</b>	

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

بين الجدول رقم (3-9) أن معاملات الثبات مرتبطة جداً لأبعاد ومحاور الاستبانة وقد تراوح معامل الثبات لأبعاد ومحاور الاستبانة ما بين (0.762، 0.914)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي لجميع الفقرات (0.936) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات ، وبذلك تحقق الثبات للاستبانة.

## بـ- طريقة التجزئة النصفية :Split-half Coefficient

تم التأكيد من ثبات الاستبيان باستخدام طريقة ألفا كرونباخ كما بينت نتائج الجدول السابق رقم (3-10) ، ولمزيد من الدقة والتحقق من ثبات البيانات التي تم جمعها من أفراد العينة ، تم أيضاً استخدام طريقة التجزئة النصفية ، حيث تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة ومعدل الأسئلة الزوجية الرتبة لكل بعد من أبعاد ومحاور لاستبيانه ، وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح (Spearman-Brown Coefficient) حسب المعادلة التالية:

$$\text{معامل الثبات} = \frac{r^2}{r+1} \quad \text{حيث "r" معامل الارتباط ، وجاءت النتائج كما هو موضح}$$

بالجدول رقم (3-10) كما يلي:

جدول رقم (3-10): معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

معامل الثبات	معامل الارتباط	محتوى البعد	البعد
0.811	0.683	العوامل الشخصية	الأول
0.779	0.638	العوامل الأسرية	الثاني
0.875	0.775	عامل الرفقة	الثالث
0.893	0.807	العوامل الإعلامية	الرابع
0.834	0.715	العوامل المجتمعية	الخامس
0.888	0.799	جميع الأسباب	

\* يعني مستوى الدلالة (0.05) ، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01).

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

النتائج في الجدول السابق رقم (3-10) جاءت تأكيداً ودليلاً للنتائج السابقة التي أشارت إلى أن أدلة الدراسة تتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات ، وعليه يلاحظ أن معاملات

طريقة التجزئة النصفية لقياس الثبات تراوحت بين (0.779، 0.893) لأبعاد ومحاور الاستبانة ، وبلغت قيمة معامل طريقة التجزئة النصفية لثبات الاستبانة ككل (0.888) ، وتشير هذه القيمة إلى تمنع الاستبانة بدرجة كبيرة جداً من الثبات في البيانات التي تم جمعها من أفراد عينة الدراسة.

ما سبق يتضح تحقق الصدق والثبات للاستبانة مما جعلها صالحة للتوزيع على أفراد عينة الدراسة.

#### • إثبات صدق الاستبانة:

ويقصد بصدق الاستبانة أن تقيس أسئلة الاستبانة بما وضعت وصممت له ، ولقياس صدق أداة جمع البيانات وثباتها ، قام الباحثين باختيار عينة عشوائية قوامها (30) طالب وطالبة من جامعة الكويت وكليات التربية الأساسية ، لتوزيع الاستبانة عليهم وذلك بهدف التتحقق من صلاحتها للتطبيق على أفراد عينة الدراسة ، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

#### - صدق أداة الدراسة:

للتعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لقياسه ، قامت الدراسة الحالية بإعداد أداة الدراسة بصورةها الأولية ، وقام الباحثون بقياس صدق الاستبانة معتمدين في ذلك على ما يلي:-

#### أ- صدق الاتساق الداخلي :Internal Consistently Validity

لحساب صدق الاتساق الداخلي للاستبانة تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) وذلك من أجل التعرف على مدى الاتساق الداخلي لأداة الدراسة أي الصدق الداخلي للاستبانة ، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل سبب من أسباب التعاطي والدرجة الكلية للبعد الذي تنتهي إليه ، كما هو موضح فيما يلي:

**جدول رقم (3-3): معاملات ارتباط بيرسون بين أسباب العوامل الشخصية**

**وبين الدرجة الكلية للبعد الأول**

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة الإحصائية
1	ضعف الوازع الديني	0.713**	0.000
2	البحث عن النشوة والسعادة	0.622**	0.000
3	الفشل الدراسي والرسوب	0.569**	0.001
4	علاج الأرق وصعوبة النوم	0.594**	0.001
5	ضعف الشخصية والتقليد	0.679**	0.000
6	الرغبة في تأكيد الذات	0.674**	0.000
7	الحصول على القوة والجرأة	0.631**	0.000
8	الشعور بالإحباط والحرمان	0.689**	0.000
9	الجهل بالأذنمية والقوانين	0.631**	0.000
10	الخوف وعدم الثقة بالنفس	0.604**	0.000
11	التجريب وحب الاستطلاع	0.418*	0.022
12	الغرابة والإبعاد عن الأهل	0.649**	0.000
13	التخلص من المشاكل النفسية	0.733**	0.000
14	الرغبة في التسلية واللعب	0.446*	0.014
15	العاهات الجسمية والشعور بالعجز	0.574**	0.001
16	التخلص من الضغوط الاقتصادية	0.497**	0.005
17	الحصول على الثروة والمال	0.586**	0.001
18	الحصول على العلاقات مع الجنس الآخر	0.609**	0.000
19	الملل والفراغ	0.506**	0.004
20	عدم توفر فرص وظيفية	0.486**	0.006
21	الوفرة المالية والترف	0.461*	0.010
22	زيادة الرغبة والطاقة الجنسية	0.480**	0.007

\* يعني مستوى الدلالة (0.05) ، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01).

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

يتضح من البيانات الواردة في جدول رقم (3-3) أن معاملات الارتباط بين كل سبب من أسباب البعد الأول (العوامل الشخصية) والدرجة الكلية للبعد ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.01) ، وكذلك قيمة (٢) المحسوبة أكبر من قيمة (٢) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.449) ، ماعدا الأسباب أرقام (11، 14، 21) معامل الارتباط دال عند مستوى دلالة (0.05) ، وكذلك قيمة (٢) المحسوبة أكبر من قيمة (٢) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.349) ، وبذلك تعتبر أسباب البعد الأول (العوامل الشخصية) صادقة لما وضعت لقياسه.

**جدول رقم (3-4):** معاملات ارتباط بيرسون بين أسباب البعد الثاني  
(العوامل الأسرية) وبين الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	الفقرة	م
0.012	0.455*	الدلال الزائد	1
0.000	0.612**	فسوة الوالدين أو أحدهما	2
0.003	0.519**	غياب الوالدين أو أحدهما	3
0.000	0.626**	التفرقة بين الأولاد	4
0.000	0.616**	عدم إشباع حاجات الأبناء المادية	5
0.002	0.543**	التفكك الأسري	6
0.000	0.723**	كثرة عدد أفراد الأسرة	7
0.010	0.464**	كثرة الخلافات والمشاجرات بين الوالدين	8
0.025	0.408*	الطلاق	9
0.000	0.747**	تعاطي الوالدين أو أحدهما	10
0.000	0.614**	تعدد الزوجات	11
0.000	0.713**	الزواج من أجنبيات	12
0.002	0.535**	غياب الرقابة الأسرية	13
0.001	0.588**	انخفاض مستوى تعليم الوالدين	14
0.000	0.695**	تعاطي أحد أفراد الأسرة	15

\* يعني مستوى الدلالة (0.05) ، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01).  
المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

يتضح من البيانات الواردة في جدول رقم (3-4) أن معاملات الارتباط بين كل سبب من أسباب البعد الثاني (العوامل الأسرية) والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبنية دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وكذلك قيمة (٢) المحسوبة أكبر من قيمة (٢) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.449)، ماعدا الأسباب رقم (١، ٩) معامل الارتباط دال عند مستوى دلالة (0.05)، حيث أن قيمة (٢) المحسوبة أكبر من قيمة (٢) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.349)، وبذلك تعتبر أسباب البعد الثاني (العوامل الأسرية) صادقة لما وضعت لقياسه.

### جدول رقم (3-5): معاملات ارتباط بيرسون بين أسباب البعد الثالث (عامل الرفقة) وبين الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	الفقرة	م
0.000	0.850**	الشعور بالرفض من قبل الأصدقاء	1
0.000	0.689**	تقليد الأصدقاء	2
0.000	0.703**	ضغط الأصدقاء وتشجيعهم	3
0.000	0.818**	سوء اختيار الأصدقاء	4

\* يعني مستوى الدلالة (0.05)، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01).

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

يتضح من البيانات الواردة في جدول رقم (3-5) أن معاملات الارتباط بين كل سبب من أسباب البعد الثالث (عامل الرفقة) والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبنية دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وكذلك قيمة (٢) المحسوبة أكبر من قيمة (٢) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.449)، وبذلك تعتبر أسباب البعد الثالث (عامل الرفقة) صادقة لما وضعت لقياسه.

### جدول رقم (3-6): معاملات ارتباط بيرسون بين أسباب البعد الرابع

( العوامل الإعلامية ) وبين الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	الفقرة	م
0.000	0.747**	التأثير بالأفلام والمسلسلات	1
0.000	0.759**	الإثارة الإعلامية في عرض قضايا المخدرات	2
0.000	0.753**	تقليد الممثلين والممثلات	3
0.000	0.718**	انتشار الفضائيات	4
0.000	0.751**	الموقع الإباحية	5
0.000	0.604**	موقع التواصل الاجتماعي (فيسبوك، توتير، ....)	6
0.002	0.545**	الإنترنت	7
0.004	0.505**	التقنيات الحديثة والهواونف النقالة	8
0.000	0.668**	إيراز الصحف لأخبار المخدرات	9

\* يعني مستوى الدلالة (0.05) ، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01).

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

يتضح من البيانات الواردة في جدول رقم (3-6) أن معاملات الارتباط بين كل سبب من أسباب البعد الرابع (العوامل الإعلامية) والدرجة الكلية للبعد ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبنية دالة عند مستوى دلالة (0.01) ، وكذلك قيمة (٢) المحسوبة أكبر من قيمة (٢) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.449) ، وبذلك تعتبر أسباب البعد الرابع (العوامل الإعلامية) صادقة لما وضعت لقياسه.

**جدول رقم (3-7): معاملات ارتباط بيرسون بين أسباب البعد الخامس**

**(العوامل المجتمعية) وبين الدرجة الكلية للبعد**

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	الفقرة	م
0.001	0.557**	الافتتاح الحضاري والثقافي	1
0.009	0.471**	الوفرة المالية والرخاء	2
0.000	0.643**	العملة الوافدة	3
0.000	0.775**	خلل التركيبة السكانية	4
0.000	0.829**	عدم توفر أماكن ترفيهية للشباب	5
0.001	0.586**	تساهل الصيدليات في بيع الأدوية بدون وصفة طبية	6
0.000	0.852**	عدم تطبيق القوانين أو ضعفها	7
0.000	0.725**	ضعف أداء رجال الأمن	8
0.000	0.739**	الثغرات الأمنية في الموانئ والحدود البرية والبحرية والجوية	9
0.000	0.823**	نقص برامج الوقاية المجتمعية	10
0.000	0.798**	الغزو الفكري	11
0.000	0.787**	وفرة المادة المخدرة	12

\* يعني مستوى الدلالة (0.05) ، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01) .

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

يتضح من البيانات الواردة في جدول رقم (3-7) أن معاملات الارتباط بين كل سبب من أسباب البعد الخامس (العوامل المجتمعية) والدرجة الكلية للبعد ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبنية دالة عند مستوى دلالة (0.01) ، وكذلك قيمة ( $\beta$ ) المحسوبة أكبر من قيمة ( $\alpha$ ) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية (29) والتي تساوي (0.449) ، وبذلك تعتبر أسباب البعد الخامس (العوامل المجتمعية) صادقة لما وضعت لقياسه.

## بـ الصدق البنائي:

ويعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تزيد الأداة الوصول إليها وحيث يقاس الصدق البنائي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للاستبانة ، والجدول التالي يوضح ذلك :

**جدول رقم (3-8): الصدق البنائي للاستبانة**

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	محظوي البعـد	البعـد
0.000	0.790**	العوامل الشخصية	الأول
0.000	0.792**	العوامل الأسرية	الثاني
0.000	0.641**	عامل الرفقة	الثالث
0.000	0.690**	العوامل الإعلامية	الرابع
0.017	0.433*	العوامل المجتمعية	الخامس

\* يعني مستوى الدلالة (0.05) ، \*\* يعني مستوى الدلالة (0.01).

المصدر: بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS).

ينتضح من البيانات الواردة في جدول رقم (3-8) الذي يبين مدى ارتباط كل بعد من أبعاد الدراسة بالدرجة الكلية للاستبانة ، والذي يبين أن محظوي كل بعد من أبعاد الدراسة له علاقة قوية جداً بهدف البحث عند مستوى دلالة (0.01) ، وكذلك قيمة ( $\alpha$ ) المحسوبة أكبر من قيمة ( $\alpha$ ) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية (29) تساوي (0.449) ، ماعدا بعد الخامس له علاقة بهدف البحث عند مستوى دلالة (0.05) ، وكذلك قيمة ( $\alpha$ ) المحسوبة أكبر من قيمة ( $\alpha$ ) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (29) تساوي (0.349) ، وبذلك تعتبر أبعاد الدراسة صادقة لما وضعت لقياسه ، وبذلك تتحقق الصدق للاستبانة.

## سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بعد تفريغ إجابات أفراد العينة جرى ترميزها وإدخال البيانات باستخدام الحاسوب ، ثم تمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.22) ، وتحقيقاً لأهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة ، وهي كالتالي:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص أفراد العينة.
- المتوسط الحسابي "Mean" وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة حول أسباب محاور الاستبانة.
- الانحراف المعياري "Standard Deviation" للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد عينة الدراسة لكل سبب من أسباب محاور الاستبانة ، ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد عينة الدراسة حول كل سبب ، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفضت تشتتها بين المقياس.
- معامل ارتباط "بيرسون" لقياس صدق الاستبانة ، واختبار العلاقة بين أبعاد الدراسة.
- معامل ثبات "ألفا كرونباخ" ومعامل ثبات التجزئة النصفية لسيبرمان - براون لقياس ثبات الاستبانة.
- اختبار T-test لمعرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية أم لا.
- اختبار One Away ANOVA لمعرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية أم لا.
- اختبار Simple Liner Regression لقياس دور المتغير المستقل على المتغير التابع واختبار الفرض.

## **ثامناً: الإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة:**

تم إتباع الإجراءات التالية في تطبيق الدراسة:

- 1- تحديد أفراد عينة الدراسة.
- 2- الحصول على موافقة الجهات ذات الاختصاص.
- 3- إعداد الاستبيان الخاص بالعوامل الشخصية والاجتماعية لتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.
- 4- توزيع الاستبيان على عينة عشوائية مكونة من (30) طالب من طلاب جامعة الكويت وكلية التربية الأساسية ، للتأكد من صدق وثبات الاستبيان.
- 5- بعد التأكيد من صدق وثبات الاستبيان ، وزرعت الاستبيانات على أفراد عينة الدراسة البالغة عددهم (500) من متعاطي المخدرات المسجلين لدى الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بالكويت وطلب منهم الإجابة على جميع أسئلة الاستبيان.
- 6- تم جمع الاستبيانات ، وبلغ عدد الاستبيانات المسترددة (403) استبيان أي ما نسبته 68.05% من إجمالي الاستبيانات الموزعة ، وتم استبعاد عدد (39) استبيان لأنها غير صالحة للتحليل الإحصائي ، وبذلك يكون عدد الاستبيانات الخاضعة للتحليل الإحصائي (354) استبيان.
- 7- إدخال البيانات إلى الحاسوب ومعالجتها إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).
- 8- استخراج النتائج وتحليلها ومناقشتها ، ومقارنتها مع الدراسات السابقة ، واقتراح التوصيات المناسبة.

## الفصل السادس

### نتائج الدراسة والتوصيات

أولاً: عرض النتائج الوصفية للدراسة.

ثانياً: الإجابة على تساؤلات الدراسة.

ثالثاً: تفسير نتائج الدراسة.

رابعاً: توصيات الدراسة.

مكافحة المخدرات

العوامل الشخصية والإجتماعية المرتبطة  
بتناعث المخدرات من وجهة نظر المتعاطفين

180

## أولاً : عرض النتائج الوصفية للدراسة

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المحسني ، فقد خضعت جميع بيانات الدراسة التي تم جمعها الباحثون إلى التحليل الإحصائي والقراءة النوعية.

### خصائص عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 354 متعاطياً من تم القبض عليهم من قبل الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بتهمة حيازة وتعاطي مواد مخدرة ، تتراوح أعمارهم ما بين ( 18 - 44 ) سنة ، بمتوسط عمري قدره 26 سنة وانحراف معياري قدره 5.4649.

### أولاً: متغير النوع:

جدول رقم (1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للنوع

النسبة المئوية	التكرار	النوع
94.6	335	ذكر
5.4	19	أنثى
%100	354	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن نسبة المتعاطين الذكور أعلى بكثير من نسبة الإناث ، حيث بلغت 94.6 % من مجموع أفراد العينة ، في حين بلغت نسبة الإناث 5.4%.

### ثانياً: متغير الجنسية:

جدول رقم (2): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للجنسية

النسبة المئوية	النوع	الجنسية
73.2	259	كويتي
26.8	95	غير كويتي
%100	354	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن نسبة المتعاطين من الجنسية الكويتية أعلى من نسبة المتعاطين من غير الكويتيين وبلغت 73.2 % من مجموع أفراد العينة ، في حين بلغت نسبة المتعاطين من غير الكويتيين 26.8 %.

### ثالثاً: متغير المستوى التعليمي:

جدول رقم (3): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

مستوى التعليم	المجموع	النسبة المئوية
أمي	9	2.54
ابتدائي	12	3.39
متوسط	99	27.97
ثانوي	117	33.05
دبلوم	68	19.21
جامعي	48	13.56
ماجيستير	1	0.28
354		%100

يتضح من الجدول السابق أن النسبة الأعلى في تعاطي المخدرات هي فئة من يحملون شهادة الثانوية وبلغت النسبة 33.05 % ، واحتلت المرتبة الثانية من المتعاطفين من يحملون الشهادة المتوسطة بنسبة 27.97 % ، وفي المرتبة الثالثة المتعاطفين من حملة شهادة الدبلوم بنسبة 19.21 % ، وفي المرتبة الرابعة المتعاطفين من حملة الشهادة الجامعية 13.56 % ، ثم فئة الابتدائي والأمي فقد بلغت نسبة المتعاطفين بعد الدمج 5.93 %.

### رابعاً: متغير المهنة:

جدول رقم (4): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المهنة

المهنة	المجموع	النسبة المئوية
حكومي عسكري	67	18.93
حكومي مدني	98	27.68
عاطل	139	39.27
قطاع خاص	48	13.56
دعم عماله	1	0.28
متقاعد	1	0.28
354		%100

يتضح من الجدول السابق أعلى نسبة للمتعاطين من فئة العاطلين عن العمل بنسبة 39.27% من أفراد العينة ، وفي المرتبة الثانية المتعاطين من فئة موظف حكومي مدني بنسبة 27.68% ، وفي المرتبة الثالثة المتعاطين من فئة موظف حكومي عسكري بنسبة 18.93% ، وحل في المرتبة الرابعة المتعاطين من فئة الموظفين في القطاع الخاص بنسبة 13.56% ، وأخير المتعاطين من فئة دعم العمالة والمتقاعد بنسبة 0.28% لكل منهم.

#### خامساً: متغير الحالة الاجتماعية:

**جدول رقم (5): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية**

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
68.36	242	أعزب
25.14	89	متزوج
6.5	23	مطلق
%100	354	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن المتعاطين من فئة العزاب كانت الأعلى بنسبة 68.36% من مجموع أفراد العينة ، وتلتها فئة المتعاطي المتزوج بنسبة 25.14% ، وأخيراً فئة المتعاطي المطلق بنسبة 6.5% .

#### سادساً: متغير المنطقة السكنية ( المحافظة ):

**جدول رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المحافظة**

النسبة المئوية	التكرار	المحافظة
14.12	50	العاصمة
18.08	64	حولي
16.1	57	الفروانية
20.9	74	الجهراء
14.41	51	الاحمدي
16.39	58	مبارك الكبير
%100	354	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن نسبة المتعاطين من محافظة الجهراء أعلى من المحافظات الأخرى وبنسبة 20.9% ، ثلثها في المرتبة الثانية محافظة حولي بنسبة 18.08% وجاء في المرتبة الثالثة مبارك الكبير 16.39% ، ثلثها بنسبة 16.1% بالمرتبة الرابعة محافظة الفروانية ، وجاءت محافظة الأحمدى بالمرتبة الخامسة بنسبة 14.41% ، وفي المرتبة الأخيرة محافظة العاصمة بنسبة 14.12%.

#### سابعاً: متغير السن بداية التعاطي:

**جدول رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للسن بداية التعاطي**

الفئة العمرية	النكرار	النسبة المئوية
15-10	20	5.65
20-16	144	40.68
25-21	128	36.16
30-26	49	13.84
35-31	11	3.11
40-36	1	0.28
أكبر من 40 عاماً	1	0.28
<b>المجموع</b>	<b>354</b>	<b>%100</b>

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة للدخول في عالم التعاطي هي الفئة العمرية من ( 16 - 20 ) سنة بنسبة 40.68% ، ثلثها بالمرتبة الثانية الفئة العمرية من ( 21 - 25 ) سنة بنسبة 36.16% ، وفي المرتبة الثالثة الفئة العمرية من ( 26 - 30 ) سنة بنسبة 13.84% وجاءت الفئة العمرية من ( 10 - 15 ) سنة بالمرتبة الرابعة بنسبة 5.65% ، وفي المرتبة الخامسة الفئة العمرية من ( 31 - 36 ) سنة بنسبة 3.11% ، وأخيراً الفئات العمرية من 36 سنة فما فوق بلغت نسبتها بعد الدمج 0.56%.

ثامناً: متغير مادة التعاطي:

**جدول رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير مادة التعاطي**

مادة التعاطي	النكرار	النسبة المئوية
الكيميکال	144	40.68
الحشيش	72	20.34
ليريكا	60	16.95
الخمر	30	8.47
الشبو	23	6.5
الكتاجون	16	4.52
الهيروين	4	1.13
الترامadol	3	0.85
الفاليوم	1	0.28
المورفين	1	0.28
المجموع	354	%100

يتضح من الجدول السابق أن مادة السبايس أو ما يسمى بالكيميکال كما هو شائع لدى المتعاطين تعد المادة المخدرة الأعلى في التعاطي حيث بلغت نسبت متعاطي هذه المادة من أفراد العينة 40.68 % ، ثالثها مادة الحشيش بنسبة 20.34 % ، وفي المرتبة الثالثة عقار ليريكا بنسبة 16.95 % ، وجاء الخمر في المرتبة الرابعة بنسبة 8.47 % ، وفي المرتبة الخامسة الكريستال ميث ( الشبو ) كما هو شائع بين المتعاطين بنسبة 6.5 % ، واحتل عقار الكتاجون المنشط المرتبة السادسة بنسبة 4.52 % ، تلاه الهيروين بنسبة 1.13 % ، ثم عقار الترامadol بنسبة 0.85 % ، وأخيراً الفاليوم والمورفين بنسبة 0.56 % لكل منهما.

تاسعاً: متغير طريقة التعاطي:

**جدول رقم (9): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير طريقة التعاطي**

طريقة التعاطي	النكرار	النسبة المئوية
التدخين	239	67.52
البلع	80	22.6
الشرب	30	8.47
الشم	3	0.85
الحقن	2	0.56
المجموع	354	%100

يتضح من الجدول السابق أن الطريقة الشائعة للتعاطي بين أفراد العينة هي التدخين بنسبة 67.52% وهي الطرق التي تستخدم في تعاطي الحشيش والسبايس أو الكيميكال ، وجاء في المرتبة الثانية طريقة البلع والتي تؤكد ارتفاع نسبة إساءة استخدام العقاقير الطبية وخاصة المسكنات مثل ليريكا والنورونتين والترامadol والفالفيوم بنسبة 22.6% ، وتلتها طريقة الشرب والتي ترتبط بالمشروبات الكحولية بنسبة 8.47% ، ثم طرق الشم بنسبة 0.85% ، ثم الحقن بنسبة 0.56% وهي الطرق الشائعة لتعاطي المسكنات الأفيونية مثل الهيرويين والمورفين.

**عاشرًا: متغير طريقة الحصول على المواد المخدرة:**

**جدول رقم (10): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير طريقة الحصول على المخدرات**

النسبة المئوية	النكرار	طريقة الحصول على المخدرات
75.43	267	الأصدقاء
6.22	22	السفر
2.82	10	الصيدلية
8.47	30	تاجر أو مروج
0.85	3	سائق التاكسي
3.67	13	الأقارب
1.41	5	المستشفى
1.13	4	أخرى
%100	354	المجموع

يتضح من الجدول السابق تأثير الرفقة في مشكلة التعاطي ، حيث بلغت نسبة من تحصل على المواد المخدرة من الأصدقاء في المرتبة الأولى بنسبة 75.43% من أفراد العينة ، تلتها في المرتبة الثانية عن طريق المروج أو تاجر المخدرات بنسبة 8.47% ، وجاء السفر إلى الخارج في المرتبة الثالثة في التعرف والحصول على المواد المخدرة بنسبة 6.22% ، وفي المرتبة الرابعة الحصول على المخدر من الأقارب 3.67% ، أما الحصول على المخدر من الصيدليات فقد جاء بالمرتبة الخامسة بنسبة 2.82% ، ثم جاء بالترتيب السادس عن طريق المستشفى ، ويعتقد الباحث أن هؤلاء من يعانون من اضطرابات نفسية وصرفت لهم أدوية

من المستشفيات للعلاج ولكنهم أساوا استخدامها ونسبتهم 1.41% ، ثم سائقوا التاكسي وهي من الطرق التي يستخدمها التجار والمرورين لتنظيم رجال الأمن باستخدام التاكسي الغوال لتوزيع المواد المخدرة ونسبة من حصلوا على المخدرات بهذه الطريقة 0.85% وإن كانت النسبة في الدراسة الحالية قليلة إلا أنها شائعة ويستخدمها التجار بشكل واسع ، وقد تم تجميع طرق الحصول على المواد الأخرى وهي 4 طرق بنسبة 1.13%.

وللوصول إلى أكبر قدر من النتائج حول هذه الظاهرة وانتشارها بين الشباب والاستفادة من البيانات الاحصائية المتوفرة ، قام الباحثون بتوصيف مواد التعاطي المفضلة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية ( الجنسية - منطقة السكن - المستوى التعليمي - السن بداية التعاطي - الوضع الاجتماعي - طريقة التعاطي ) للتعرف على طبيعة انتشار تلك المواد من خلال الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة ، وكانت النتائج كالتالي :-

الحادي عشر: تكرارات مادة وفقاً لمتغير الجنس:

#### جدول رقم (4-4): تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير الجنس

مادة التعاطي	المجموع		أنثى		ذكر	
	%	ت	%	ت	%	ت
الكيميكال	40.68	144	1.39	2	98.61	142
الحشيش	20.34	72	1.39	1	98.61	71
ليريكا	16.95	60	26.67	16	73.33	44
الخمر	8.17	30	.00	0	100.00	30
الكتجاجون	4.52	16	.00	0	100.00	16
الشبو	6.5	23	.00	0	100.00	23
الفاليلوم	0.28	1	.00	0	100.00	1
الهيروين	1.13	4	.00	0	100.00	4
الترامادول	0.85	3	.00	0	100.00	3
المورفين	0.28	1	.00	0	100.00	1
المجموع	%100	354	5.37	19	94.63	335

يتضح من الجدول ( 4-4 ) أن نسبة المتعاطين الذكور تمثل 94.63% من مجموع

أفراد العينة ، أما نسبة الإناث فتشكل 5.37% .

أما فيما يتعلق بنوع مادة التعاطي والنوع ، يظهر ما يلي:

- الذكور: جاء ترتيب المواد كالتالي : ( الكيميکال ، الحشيش ، ليريکا ، الخمر ، الشبو ، الكبتاجون ).

- الإناث: جاء ترتيب المواد كالتالي : ( ليريکا ، الكيميکال ، الحشيش ).

ويتضح مما سبق أن عقار ليريکا هو العقار المفضل لدى الفتيات ، وهذا قد يشير إلى عدم تفشي مشكلة الإدمان بين الفتيات في دولة الكويت ، ويرجع الباحثون هذه النتيجة إلى انتشار المعتقدات الخاطئة لدى الفتيات عن هذه العقاقير وخصائصها الإدمانية ، فضلاً عن توفرها وسهولة الحصول عليها ، كما يلاحظ أن عينة الفتيات لم تسجل حالات تعاطي المسكنات الأفيونية والمنشطات والخمور ، وهذا يؤيد الاتجاه بأن مشكلة تعاطي الفتيات لا تزال في مراحلها الأولى ، ولذلك فإنها تتطلب تدخل سريع من قبل الجهات المختصة لعلاج المشكلة قبل استفحالها وتطورها.

الثاني عشر: تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير الجنسية:

جدول رقم (5-4): تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير الجنسية

المجموع		غير كويتي		كويتي		مادة التعاطي
%	ت	%	ت	%	ت	
40.68	144	29.86	43	70.14	101	الكيميکال
20.34	72	31.94	23	68.06	49	الحشيش
16.95	60	26.67	16	73.33	44	ليريکا
8.47	30	3.33	1	96.67	29	الخمر
4.52	16	12.5	2	87.5	14	الكبتاجون
6.50	23	34.78	8	65.22	15	الشبو
0.28	1	0	0	100	1	الفاليلوم
1.13	4	25	1	75	3	الهيروبين
0.85	3	33.33	1	66.67	2	الترامادول
0.28	1	0	0	100	1	المورفين
<b>%100</b>	<b>354</b>	<b>%26.84</b>	<b>95</b>	<b>%73.16</b>	<b>259</b>	<b>المجموع</b>

يتضح من الجدول ( 5-4 ) أن نسبة المتعاطين الكويتيين تمثل 73 % ، أما نسبة غير الكويتيين فتمثل 26.84% من إجمالي أفراد العينة ، كما يتضح أن أكثر المواد المخدرة تعاطياً لدى أفراد العينة من الكويتيين وغير الكويتيين ، هو تعاطي مادة الكيميکال ( السبايس ) بنسبة 40.68 % من إجمالي مجموع أفراد العينة ، وشكلت نسبة تعاطي الكيميکال (40.68 %) لغير الكويتيين ، 29.86 % لغير الكويتيين . وهذا مؤشر على توفر مادة السبايس أو الكيميکال وانتشارها في البلاد ، كما أنه مؤشر على سهولة الحصول عليها ورخص ثمنها ، وجاء تعاطي مادة الحشيش في المرتبة الثانية بنسبة 20.34 % شكلت نسبة الكويتيين منهم 68.06 % ، في حين شكلت نسبة غير الكويتيين 31.94 % وهذا كذلك مؤشر لانتشار الحشيش من جهة ورخص الثمن وسهولة الحصول عليه من جهة أخرى ، وجاء في المرتبة الثالثة تعاطي عقار ليريكا وهي من الأدوية المسكنة تصرف لمرضى اعتلال الأعصاب بواقع 16.95 % ، تمثل نسبة الكويتيين 73.33 % ، أما غير الكويتيين فتمثل 26.67 % ، وجاء بالمرتبة الرابعة تعاطي الخمر بنسبة 8.47 من إجمالي أفراد العينة ، تمثل نسبة الكويتيين 96.66 % ، أما غير الكويتيين فتمثل 3.33 % وهو شخص واحد غير كويتي متهم بتعاطي الخمر ، وهذه النتيجة قد تؤيد صحة تفسير الباحثين فيما يتعلق بالانتشار ورخص الثمن وسهولة الحصول على المواد السابقة ( الكيميکال ، الحشيش ، ليريكا ) والتي بلغت نسبتها بعد جمعها 77.97 % ، في حين سجل تعاطي الخمر 8.47 وذلك لارتفاع سعر الخمور والتي يتراوح سعرها ما بين ( 80 - 100 دينار كويتي ) وهذا مبلغ كبير على العاطل والواحد ، لهذا فإن ارتفاع سعر الخمور قلل الطلب عليها من قبل الوافدين ، وهذا عكس عينة الكويتيين ، ويمكن كذلك الإشارة إلى أن ارتفاع عدد المتعاطين الغير الكويتيين في تعاطي مواد معينة ، قد يعني توفر المادة ورخص ثمنها . وجاء بالمرتبة الخامسة تعاطي مادة الكريستال ميث ( الشبو ) بنسبة 6.50 % ، ويمثل الكويتيون نسبة 65.22 % ، أما غير الكويتيون فيمثلون نسبة 34.78 % وهذه المادة كذلك من المواد التي تتطبق عليها القاعدة السابقة ارتفاع نسبة غير الكويتيين في تعاطي مادة ما هو إلا دليل على توافرها ورخص ثمنها ، وجاء عقار الكبتاجون المننشط بالمرتبة السادسة وبنسبة 4.52 % من إجمالي أفراد العينة ، وشكل المتعاطين الكويتيين نسبة 87.5 % ، أما غير الكويتيين فينسبة 12.5 % ، أما باقي المواد فأنت وفقاً للترتيب التالي : الهيروين ثم الترامadol ثم الفالبيوم والمورفين.

ومن خلال ما سبق ذكره يشير الباحثون لنتيجة مهمة مؤداها أن ارتفاع نسبة تعاطي غير الكويتيين لمادة ما ، قد يكون مؤشر لتواجد المادة ورخص ثمنها وسهولة الحصول عليها ، ولا يقصد من هذه القاعدة أن توافر الخمور قد يقال من نسب تعاطي المواد الأخرى ، بل على العكس من ذلك فإن توفر الخمور قد يكون بوابة للتعاطي المتعدد كما هو الحال في كثير من دول العالم التي تباع تعاطي الخمور ، ومع ذلك فإن نسب تعاطي المواد المخدرة بارتفاع كبير ومستمر ، وقد استرسلنا في توضيح هذه النتيجة لكي تكون أحد المؤشرات التي قد يستفاد منها في جهود الوقاية والمكافحة.

### الثالث عشر: تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير المحافظة:

**جدول رقم (6-4): تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير المحافظة**

المجموع		مبارك الكبير		الأحمدي		الجهراء		الفروانية		حولي		العاصمة		مادة التعاطي
%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	
40.68%	144	18.75%	27	11.11%	16	19.44%	28	15.29%	22	15.97%	23	19.44%	28	الكيميکال
20.34%	72	19.44%	14	15.28%	11	16.67%	12	18.06%	13	19.44%	14	11.11%	8	الحشيش
16.95%	60	8.33%	5	13.33%	8	21.67%	13	10%	6	30%	18	16.67%	10	ليريكا
8.47%	30	20%	6	26.66%	8	20%	6	16.67%	5	16.67%	5	0%	0	الخر
4.52%	16	6.25%	1	25%	4	50%	8	12.5%	2	6.25%	1	0%	0	الكتاجون
6.5%	23	21.74%	5	8.7%	2	26.09%	6	30.43%	7	0%	0	13.04%	3	الشبو
0.25%	1	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	0%	0	0%	0	الفاليلوم
1.13%	4	0%	0	50%	2	0%	0	25%	1	25%	1	0%	0	الهيروبين
0.85%	3	0%	0	0%	0	33%	1	0%	0	33%	1	33%	1	الترامادول
0.28%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	0%	0	المورفين
%100	354	16.39%	58	14.41%	51	20.9%	74	16.1%	57	18.08%	64	14.12%	50	المجموع

يتضح من نتائج الجدول (4 – 6) أن أكثر نسبة للتعاطي بشكل عام وفقاً لمتغير منطقة السكن هي محافظة الجهراء بنسبة (20.9%) من إجمالي أفراد العينة ، ثم ثالثها بالترتيب الثاني بنسبة المتعاطين محافظة حوالى بنسبة (18.08%) ، وفي المرتبة الثالثة المتعاطين من محافظة مبارك الكبير بنسبة (16.39%) ، ثم بالمرتبة الرابعة محافظة الفروانية بنسبة (16.1%) ، وجاء في المرتبة الخامسة المتعاطين من محافظة الأحمدي بنسبة (14.41%) ، وبالمرتبة الأخيرة محافظة العاصمة بنسبة (14.12%) من أفراد العينة.

أما فيما يتعلق بنوع مادة التعاطي في المحافظات:

- محافظة العاصمة جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، لیریکا ، الحشیش ، الشبو ).
- محافظة حولي جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، لیریکا ، الحشیش ، الخمر ).
- محافظة الفروانية جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، الحشیش ، الشبو ، لیریکا ).
- محافظة الجهراء جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، لیریکا ، الحشیش ، الكبتاجون ، ثم الخمر والشبو بنفس العدد ).
- محافظة الأحمدي جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، الحشیش ، لیریکا والخمر نفس العدد ، ثم الشبو ).
- محافظة مبارك الكبير جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، الحشیش ، الخمر ، لیریکا والشبو نفس العدد ).

الرابع عشر : تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير مستوى التعليم:

**جدول رقم (4-7):** تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير مستوى التعليم

المجموع		جامعي		دبلوم		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمي		Mادة التعاطي
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
40.68%	144	18%	26	14%	20	33%	47	31%	45	2%	3	2%	3	الكيميکال
20.34%	72	7%	5	31%	22	35%	25	22%	16	4%	3	1%	1	الحشیش
16.95%	60	16.67%	10	20%	12	42%	25	15%	9	3%	2	3%	2	اللیریکا
8.47%	30	10%	3	10%	3	26.67%	8	50%	15	3.33%	1	0%	0	الخمر
4.52%	16	6.25%	1	12.5%	2	25%	4	43.75%	7	12.5%	2	0%	0	الكتباجون
6.5%	23	13.04%	3	30.44%	7	21.74%	5	17.39%	4	4.35%	1	13.04%	3	الشبو
0.28%	1	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	0%	0	0%	0	الفالیوم
1.13%	4	25%	1	0%	0	50%	2	25%	1	0%	0	0%	0	الهیروین
0.85%	3	0%	0	33%	1	33%	1	33%	1	0%	0	0%	0	الترامadol
0.28%	1	0%	0	100%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	المورفين
%100	354	13.84%	49	19.21%	68	33.05%	117	27.97%	99	3.39%	12	2.54%	9	المجموع

يتضح من الجدول (4 – 7) أن أعلى نسبة لتعاطي المواد المخدرة وفقاً لمتغير مستوى التعليم هم ذوي مستوى التعليم الثانوي بنسبة (33.05 %) ، وجاء في المرتبة الثاني ذوي التعليم المتوسط بنسبة (27.97 %) ، وجاء في المرتبة الثالثة حملة شهادة الدبلوم بنسبة (19.21 %) ، وفي المرتبة الرابعة حملة الشهادة الجامعية بنسبة (13.84 %) ، وفي المرتبة الأخيرة حملة الشهادة الابتدائية بنسبة (3.39 %) ، ثم الأميين بنسبة (2.54 %) لكل منهما.

أما فيما يتعلق بنوع مادة التعاطي ومستوى التعليم ، يظهر ما يلي:

- الأميين جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال والشبو بنفس العدد ، ليريكا ، وأخيراً الحشيش ).
- حملة الشهادة الابتدائية جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال والحسيش بنفس العدد ، ثم ليريكا والكتاجون بنفس العدد ، ثم الخمر والشبو بنفس العدد ).
- حملة الشهادة المتوسطة جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، الحشيش ، الخمر ، ليريكا ، الكبتاجون ، الشبو ) .
- حملة الشهادة الثانوية جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، الحشيش وليريكا بنفس العدد ، الخمر ، الشبو ، الكبتاجون ، الهيروين ).
- حملة شهادة الدبلوم جاء ترتيب المواد كالتالي ( الحشيش ، الكيميکال ، ليريكا ، الشبو ، الخمر ، الكبتاجون ) .
- حملة الشهادة الجامعية جاء ترتيب المواد كالتالي ( الكيميکال ، ليريكا ، الحشيش ، وبنفس العدد الخمر والشبو ).
- ومما سبق يتضح أن مادة الكيميکال احتلت المرتبة الأولى في التعاطي لكافة المستويات التعليمية ، فيما عدا حملة شهادة الدبلوم حلت مادة الحشيش المرتبة الأولى ، ثم ثلثها مادة الكيميکال.
- أعلى نسبة لتعاطي الكيميکال حملة الشهادة الثانوية ، ثم المتوسطة ، الجامعيين ، ثم حملة شهادة الدبلوم.
- أعلى نسبة لتعاطي الحشيش حملة الشهادة الثانوية ، الدبلوم ، المتوسطة ويليهما الجامعيين.

- أعلى نسبة لتعاطي عقار ليريكا حملة الشهادة الثانوية ، ثم الدبلوم ، ثم الجامعي ، وأخيراً المتوسطة.
- أعلى نسبة لتعاطي الخمر حملة الشهادة المتوسطة ، تلتها حملة الشهادة الثانوية ، الدبلوم والجامعة بنفس العدد.
- أعلى نسبة لتعاطي الكبتاجون حملة الشهادة المتوسطة ، ثم حملة الشهادة الثانوية ، والدبلوم والابتدائي بنفس العدد.
- أعلى نسبة لتعاطي الشبو حملة شهادة الدبلوم ، ثم الثانوي ، ثم المتوسطة ، وجاء الجامعي والأمي بنفس العدد.

**الخامس عشر: تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير المهنـة:**

**جدول رقم (8-4): تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير المهنـة**

المجموع		متـقـاعـد		دعـم عـمـالـة		عاطـل		قطاع خاص		عـسـكـرـي		مـدنـي		مادة التعاطـي
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
40.68%	144	0%	0	0%	0	44.44%	64	11.81%	17	15.28%	22	28.47%	41	الكيـمـيـكـال
20.34%	72	0%	0	0%	0	23.61%	17	26.39%	19	34.72%	25	15.28%	11	الحـشـيش
16.95%	60	0%	0	0%	0	45%	27	1.66%	1	11.67%	7	41.67%	25	الـلـيـكـيـا
8.47%	30	3.33%	1	3.33%	1	43.33%	13	10%	3	13.33%	4	26.68%	8	الـخـمـر
4.52%	16	0%	0	0%	0	43.75%	7	0%	0	18.75%	3	37.5%	6	الـكـبـتـاجـون
6.5%	23	0%	0	0%	0	30.43%	7	26.09%	6	21.74%	5	21.74%	5	الـشـبـو
0.28%	1	0%	0	0%	0	100%	1	0%	0	0%	0	0%	0	الـفـالـيـوـم
1.13%	4	0%	0	0%	0	50%	2	50%	2	0%	0	0%	0	الـهـبـروـن
0.85%	3	0%	0	0%	0	33%	1	0%	0	33%	1	33%	1	الـتـرـامـادـول
0.28%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	الـمـورـفـين
100 %	354	0.28%	1	0.28%	1	39.27%	139	13.56%	48	18.93%	67	27.68%	98	المـجمـوع

يتضح من الجدول (4-8) أن أعلى نسبة للمتعاطين وفقاً لمتغير المهنة هم العاطلون بنسبة تصل إلى (39.27%) ، وجاء بالمرتبة الثانية الموظف المدني في القطاع الحكومي بنسبة (27.68%) ، وجاء في المرتبة الثالثة الموظف العسكري بنسبة (18.93%) ، وفي المرتبة الرابعة موظف القطاع الخاص بنسبة (13.56%) وأخيراً المتقاعد عن العمل ومن يحصل على دعم عماله من الحكومة بنسبة (0.28%) لكل منها.

وفيما يتعلق بنوع مادة التعاطي ومستوى التعليم ، يظهر ما يلي:

- الموظف المدني جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميكيال ، ليريكا ، الحشيش ، الخمر ، الكبتاجون ، الشبو ).
- الموظف العسكري جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الحشيش ، الكيميكيال ، ليريكا ، الشبو ، الخمر ، الكبتاجون ).
- موظف القطاع الخاص جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الحشيش ، الكيميكيال ، الشبو ، الخمر ، الهيروين ).
- العاطل عن العمل جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميكيال ، ليريكا ، الحشيش ، الخمر ، وبنفس العدد الشبو والكبتاجون ، ثم الهيروين ).
- المتقاعد ودعم العماله الحكومية فقط خمور ، وبنفس العدد شخص واحد.

كما يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أعلى نسبة لتعاطي مادة الكيميكيال ( العاطلون عن العمل ، ثم الموظف المدني ، ثم الموظف العسكري ، وأخيراً موظف القطاع الخاص ).
- أعلى نسبة لتعاطي مادة الحشيش ( الموظف العسكري ، ثم موظف القطاع الخاص ، ثم العاطل ، وأخيراً الموظف المدني ).
- أعلى نسبة لتعاطي مادة ليريكا ( العاطل ، ثم الموظف المدني ، ثم الموظف العسكري ، وأخيراً موظف القطاع الخاص ).
- أعلى نسبة لتعاطي الخمر ( العاطل ، ثم الموظف المدني ، ثم الموظف العسكري ، ثم موظف القطاع الخاص ، وأخيراً الحاصلين على دعم العماله والمتقاعد بنفس العدد شخص واحد ).
- أعلى نسبة لتعاطي الكبتاجون ( العاطل ، ثم الموظف المدني ، وأخيراً الموظف العسكري ).
- أعلى نسبة لتعاطي الشبو ( العاطل ، ثم موظف القطاع الخاص ، ثم الموظف المدني والموظفي العسكري بنفس النسبة ).
- أعلى نسبة لتعاطي الهيروين ( العاطل وموظفي القطاع الخاص بنفس النسبة ).

السادس عشر: تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير الوضع الاجتماعي:

**جدول رقم (9-4): تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير الوضع الاجتماعي**

المجموع		مطلق		متزوج		أعزب		مادة التعاطي
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
40.68%	144	4.86%	7	24.31%	35	70.83%	102	الكيميکال
20.34%	72	13.89%	10	36.11%	26	50%	36	الحشيش
16.95%	60	5%	3	10%	6	85%	51	ليريکا
8.47%	30	3.33%	1	20%	6	76.67%	23	الخمر
4.52%	16	0%	0	18.75%	3	81.25%	13	الكتاجون
6.5%	23	8.7%	2	34.78%	8	56.52%	13	الشبو
0.28%	1	0%	0	0%	0	100%	1	الفاليوم
1.13%	4	0%	0	75%	3	25%	1	الهيروين
0.85%	3	0%	0	33%	1	67%	2	الترامادول
0.28%	1	0%	0	100%	1	0%	0	المورفين
<b>%100</b>	<b>354</b>	<b>6.5%</b>	<b>23</b>	<b>25.14%</b>	<b>89</b>	<b>68.36%</b>	<b>242</b>	<b>المجموع</b>

يتضح من الجدول ( 4-9 ) أن أعلى نسبة للمتعاطين وفقاً لمتغير الوضع الاجتماعي هم العزاب بنسبة ( 68.36% ) ، وفي المرتبة الثانية المتزوجون بنسبة ( 25.14% ) ، وأخيراً المطلقون بنسبة ( 6.5% ).

كما يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- الأعزب جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميکال ، ليريکا ، الحشيش ، الخمر ، الكتاجون وشبو بنفس النسبة ).
- المتزوج جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميکال ، الحشيش ، الشبو ، ليريکا والخمر بنفس النسبة ، ثم الكتاجون والهيروين بنفس النسبة ).
- المطلقون جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الحشيش ، الكيميکال ، ليريکا ، الشبو ، الخمر ).

• وفيما يتعلق بنوع مادة التعاطي والوضع الاجتماعي يظهر ما يلي:

- جاء ترتيب نسب تعاطي المواد ( الكيميکال ، الحشيش ، ليريكا ، الخمر ، الشبو ، الكبتاجون ) وحسب الترتيب التالي ( الأعزب ، ثم المتزوج ، ثم المطلق ).

السابع عشر: تكرارات مادة التعاطي وفقاً لمتغير العمر:

**جدول رقم (10-4): تكرارات مادة التعاطي حسب العمر**

المجموع		أكبر من 40		40-36		35-31		30-26		25-21		20-16		15-10		مادة التعاطي
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
40.68%	144	0.69%	1	0.69%	1	4.86%	7	14.58%	21	35.42%	51	41.68%	60	2.08%	3	الكيميکال
20.34%	72	0%	0	0%	0	0%	0	12.5%	9	40.28%	29	40.28%	29	6.94%	5	الحشيش
16.95%	60	0%	0	0%	0	1.67%	1	6.67%	4	53.33%	32	33.33%	20	5%	3	الليريكا
8.47%	30	0%	0	0%	0	3.33%	1	13.33%	4	16.67%	5	56.67%	17	10%	3	الخمر
4.52%	16	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	12.5%	2	75%	12	12.5%	2	الكتاجون
6.5%	23	0%	0	0%	0	8.7%	2	43.47%	10	21.74%	5	17.39%	4	8.7%	2	الشبو
0.28%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	0%	0	الفالبيوم
1.13%	4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	75%	3	0%	0	25%	1	الهيروبين
0.85%	3	0%	0	0%	0	0%	0	33%	1	33%	1	33%	1	0%	0	الترامادول
0.28%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	1	المورفين
%100	354	0.28%	1	0.28%	1	3.11%	11	13.84%	49	36.16%	128	40.68%	144	5.65%	20	المجموع

يتضح من الجدول ( 10 - 4 ) أن أعلى نسبة للمتعاطين وفقاً لمتغير السن بداية التعاطي هم الفئة العمرية ( 16 - 20 ) بنسبة ( 40.68% ) ، وجاء بالمرتبة الثانية الفئة العمرية ( 21 - 25 ) بنسبة ( 36.16% ) ثم بالمرتبة الثالثة الفئة العمرية ( 30 - 34 ) بنسبة ( 13.84% ) ، وجاء بالمرتبة الرابعة الفئة العمرية ( 10 - 14 ) بنسبة ( 5.65% ) ، ثم جاء بالمرتبة الخامسة الفئة العمرية ( 35 - 39 ) بنسبة ( 3.11% ) ، وأخيراً بالمرتبة السادسة وبنفس النسبة الفئات العمرية ( 40 - 44 ) والفئة أكبر من 40 سنة متعاطي واحد لكل منها .

• وفيما يتعلق بنوع مادة التعاطي والسن بداية التعاطي يظهر ما يلي:

- الفئة العمرية ( 10 - 15 ) سنة جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الحشيش ، الكيميکال ، ليريکا والخمر بنفس العدد ، الكبتاجون والشبو بنفس العدد ، المورفين والهیروین بنفس العدد ).
- الفئة العمرية ( 16 - 20 ) سنة جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميکال ، الحشيش ، ليريکا ، الخمر ، الكبتاجون ، الشبو ).
- الفئة العمرية ( 21 - 25 ) سنة جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميکال ، ليريکا ، الحشيش ، الخمر والشبو بنفس العدد ).
- الفئة العمرية ( 26 - 30 ) سنة جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميکال ، الشبو، حشيش ، ليريکا والخمر بنفس العدد ).
- الفئة العمرية ( 31 - 35 ) سنة جاء ترتيب مواد التعاطي كالتالي ( الكيميکال ، الشبو ، ليريکا والخمر بنفس العدد ).

• كما يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أعلى نسبة لتعاطي مادة الكيميکال الفئة العمرية (16-20) سنة ، وتلتها الفئة العمرية (21-25) سنة ، ثم الفئة العمرية (26-30) سنة.
- أعلى نسبة لتعاطي مادة الحشيش الفئة العمرية (16-20) سنة ، والالفئة العمرية (21-25) سنة بنفس العدد ، ثم الفئة العمرية (30-35) سنة.
- أعلى نسبة لتعاطي عقار ليريکا الفئة العمرية (21-25) سنة ، ثم تلتها الفئة العمرية (16-20) سنة.
- أعلى نسبة لتعاطي الخمر الفئة العمرية (16-20) سنة ، ثم تلتها الفئة العمرية (21-25) سنة.
- أعلى نسبة لتعاطي عقار الكبتاجون الفئة العمرية (16-20) سنة ، ثم تلتها الفئة العمرية (21-25) سنة.
- أعلى نسبة لتعاطي الشبو الفئة العمرية (21-25) سنة ، ثم الفئة العمرية (30-35) سنة.

## ثانياً : الإجابة على تساؤلات الدراسة

وللإجابة على تساؤلات الدراسة استخدم الباحثون الاختبار الخاص بالانحدار الخطى البسيط للتعرف على مدى الارتباط بين عوامل الدراسة وتعاطى المخدرات من وجهة نظر المتعاطى وتوصل الى النتائج كالتالى:

السؤال الأول : ما مدى تأثير العوامل الشخصية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطى؟

للإجابة على هذا السؤال استخدم الباحثون اختبار الإنحدار البسيط (Simple Linear Regression) ، وجاءت النتائج كما يلى:

جدول (11-4): معاملات الارتباط الخطى البسيط بين العوامل الشخصية

وتعاطى المخدرات من وجهة نظر المتعاطى

نوع	معامل الارتباط البسيط ( $R$ )	مربع معامل الارتباط البسيط ( $R^2$ )	معامل التحديد المصحح ( $\bar{R}^2$ )	معامل التحديد (R²)
1	0.848 <sup>a</sup>	0.719	0.718	0.36277

a. المتتبع: (الثابت)، العوامل الشخصية:

ومن خلال الجدول أعلاه رقم (4 - 11) يتبيّن أن: قيم معامل الارتباط الثلاثة وهي معامل الارتباط البسيط ( $R$ ) التي تقيس درجة ارتباط المتغير المستقل (العوامل الشخصية) بالمتغير التابع (تعاطى المخدرات) تساوى (0.848) وهي درجة ارتباط قوية ، وهذا ما يبيّنه أيضاً معامل التحديد ( $R^2$ ) الذي يقيس التباين في المتغير التابع (تعاطى المخدرات) الذي يفسره المتغير المستقل وهو يساوي (0.719) وأخيراً معامل التحديد المصحح ( $\bar{R}^2$ ) والذي بلغ (0.718) مما يعني أن المتغير المستقل (التفسيري) (العوامل الشخصية) استطاع تفسير (71.8%) من التغييرات الحاصلة في المتغير التابع (تعاطى المخدرات من وجهة نظر المتعاطى).

**جدول (4-12): تحليل تباين خط الانحدار البسيط (أنوفا)** للعلاقة بين العوامل الشخصية وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي

النموذج	المجموع	353	46.324	118.281	متوسط المربعات	قيمة (F) المحسوبة	قيمة الدالة الإحصائية
الانحدار	1			118.281	1	898.788	0.000 <sup>b</sup>
البواقي	2			46.324	352	0.132	
المجموع		353	164.605				

a. المتتبئ: (الثابت)، العوامل الشخصية.

b. المتغير التابع: تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

ومن خلال الجدول أعلاه رقم (4-12) يتبيّن أن: نموذج الانحدار معنوي إحصائياً وبشكل قوي حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (898.788) وهي معنوية إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha = 0.01\alpha$ ، ما يؤكد على القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطى البسيط من الناحية الإحصائية ، ونستنتج من ذلك أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية للمتغير المستقل ( العوامل الشخصية ) على المتغير التابع ( تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ) عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) من وجهة نظر المتعاطي.

كما تم استخراج قيم معاملات الانحدار المعيارية وقيم معاملات الانحدار اللامعيارية وقيمة (T) ودلائلها الإحصائية للمتغير المستقل ( العوامل الشخصية ) كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول (4-13): لقياس مدى الارتباط بين العوامل الشخصية وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي**

النموذج	المعاملات غير المعيارية					المعاملات المعيارية	قيمة (t) المحسوبة	قيمة الدالة الإحصائية
	(ثابت)	1	العوامل الشخصية	البيتا	الخطأ المعياري			
						0.090	7.865	0.000
						0.706	29.980	0.000

a. المتغير التابع: تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

يبين الجدول السابق رقم (4-13): أن قيم معاملات الانحدار للمقدرات والاختبارات المعنوية الإحصائية لهذه المعاملات ، ونستنتج من ذلك أن المتغير المستقل (العوامل الشخصية) كان معنوي من الناحية الإحصائية وحسب اختبار  $t$  ( عند مستوى معنوية  $P \leq 0.05$  ) ، وكذلك المتغير المستقل ( العوامل الشخصية ) له قدرة تنبؤية على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، والذي يشير إلى أن أي زيادة أو تغير في مقدار ما للعوامل الشخصية بوحدة معيارية واحدة يقابلها زيادة أو تغير بمقدار (0.848) وحدة معيارية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، كما يمكن استخراج معادلة التنبؤ لتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي وهي كما يلي:

$$\text{تعاطي المخدرات} = [0.848] + [0.706] \times \text{العوامل الشخصية}$$

وللوصول إلى رتب العوامل الشخصية وترتيب أثر كل منها (( مفردات العوامل الشخصية )) على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، قام الباحثون باستخدام اختبار سبيerman لقياس الرتب للمتغيرات الوصفية لتوافر شروط استخدامه ، وكانت النتيجة كالتالي:-

#### جدول (14-4)

الترتيب	Spearman's rho	العوامل الشخصية
1	0.758**	ضعف الوازع الديني
2	0.757**	التجريب وحب الاستطلاع
3	0.745**	البحث عن النشوة والسعادة
4	0.722**	الحصول على العلاقات مع الجنس الآخر
5	0.718**	الملل والفراغ
6	0.716**	الشعور بالإحباط والحرمان
7	0.713**	الرغبة في تأكيد الذات
8	0.711**	الفشل الدراسي والرسوب
9	0.705**	الحصول على القوة والجرأة
10	0.697**	الوفرة المالية والترف
11	0.697**	التخلص من الضغوط الاقتصادية

<b>12</b>	<b>0.696**</b>	ضعف الشخصية والتقليل
<b>13</b>	<b>0.689**</b>	التخلص من المشاكل النفسية
<b>14</b>	<b>0.679**</b>	الرغبة في التسلية واللعب
<b>15</b>	<b>0.678**</b>	علاج الأرق وصعوبة النوم
<b>16</b>	<b>0.677**</b>	الحصول على الثروة والمال
<b>17</b>	<b>0.646**</b>	الخوف وعدم الثقة بالنفس
<b>18</b>	<b>0.642**</b>	زيادة الرغبة والطاقة الجنسية
<b>19</b>	<b>0.633**</b>	عدم توفر فرص وظيفة
<b>20</b>	<b>0.615**</b>	العاهات الجسدية والشعور بالعجز
<b>21</b>	<b>0.609**</b>	الجهل بالأنظمة والقوانين
<b>22</b>	<b>0.604**</b>	الغرابة والابتعاد عن الأهل

يتبيّن من نتائج الجدول ( 14-4 ) أعلاه بأن أكثر العوامل الشخصية ارتباطاً في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي هو ضعف الوازع الديني بنتيجة (( 0.758\*\* )) وهي علاقة طردية قوية جداً ، أي أنه كلما ازداد ضعف الوازع الديني ، وكلما ازدادت فرص التوجّه نحو تعاطي المواد المخدرة ، فيما يليها من العوامل الشخصية التجريب وحب الاستطلاع بنتيجة (( 0.757\*\* )) وهي أيضاً علاقة طردية قوية جداً ، أي أنه كلما ازداد الفضول وحب الاستطلاع تزداد فرص التوجّه نحو التعاطي من وجهة نظر المتعاطي ، ويأتي بعد ذلك البحث عن الشهوة والسعادة واقع نتائج (( 0.745\*\* )) وهي الأخرى علاقة طردية قوية جداً ، معنى أنه كلما ازداد الميل للبحث عن الشهوات والملذات تزداد الرغبة أو فرص التوجّه نحو في التعاطي ، ويأتي بعد ذلك الحصول على العلاقات مع الجنس الآخر نتائج (( 0.722\*\* )) وهي علاقة طردية قوية ، وتعني أن زيادة الرغبة في إقامة علاقات مع الجنس تزداد في ظلها الرغبة في التعاطي من وجهة نظر المتعاطي ، ويأتي بعدها الملل والفراغ بنتيجة (( 0.718\*\* )) وهي الأخرى علاقة طردية قوية أي أنه كلما ازدادت أوقات الفراغ ولم تستثمر بشكل جيد ازدادت فرص التوجّه نحو التعاطي من وجهة نظر المتعاطي ، ويأتي في المرتبة السادسة الشعور بالإحباط والحرمان بنتيجة (( 0.716\*\* )) وهي علاقة طردية أكثر من متوسطة ، وهذا يعني أن ازدياد مشاعر الإحباط والحرمان مؤشر لزيادة الرغبة في التعاطي من وجهة نظر المتعاطي ، ويأتي بعدها الرغبة في تأكيد الذات بنتيجة (( 0.713\*\* )) وأيضاً هي علاقة طردية أكثر من متوسطة ، وهذا يعني أن رغبة الفرد في

تأكيد ذاته تزداد في المقابل الرغبة في التعاطي من وجهاً نظر المتعاطي ، ويليها الفشل الدراسي والرسوب بنتيجة (0.711\*\*) ) وهي علاقة طردية أكثر من متوسطة ، وهذا يعني أن الفشل الدراسي يزيد من فرص التعاطي من وجهاً نظر المتعاطي ، ويليه في المرتبة التاسعة الحصول على القوة والجرأة بنتيجة (0.705\*\*) ) وهي علاقة طردية أكثر من متوسطة ، ويعني أن الرغبة في تحقيق الجرأة والقوة ، أما الآخرين قد تزداد معها فرص تعاطي المواد المخدرة من وجهاً نظر المتعاطي ، يلي ذلك في المرتبة العاشرة الوفرة المالية والترف بنتيجة (0.697\*\*) ) وعلاقة طردية متوسطة ، وهذا يعني أنه كلما ازدادت وتوفرت المادة ومظاهر الترف ازداد في المقابل فرص التوجه نحو التعاطي من وجهاً نظر المتعاطي ، وأيضاً في المرتبة الحادية عشر التخلص من الضغوط الاقتصادية وهي نتيجة (0.697\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويأتي في الرتبة الثانية عشر ضعف الشخصية والتقليد بنتيجة (0.696\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويليها المرتبة الثالثة عشر التخلص من المشاكل النفسية بنتيجة (0.689\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويليها بالمرتبة الرابعة عشر الرغبة في التسلية واللعب بنتيجة (0.679\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويليها بالمرتبة الخامسة عشر علاج الأرق وصعوبة النوم بنتيجة (0.678\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويليها بالمرتبة السادسة عشر الحصول على الثروة والمال بنتيجة (0.677\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويليها بالمرتبة السابعة عشر الخوف وعدم الثقة بالنفس بنتيجة (0.646\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويليها بالمرتبة الثامنة عشر زيادة الرغبة والطاقة الجنسية بنتيجة (0.642\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويأتي بالمرتبة التاسعة عشر عدم توفر فرص وظيفية (0.633\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويأتي في المرتبة العاشرتين العاهات الجسمية والشعور بالعجز بنتيجة (0.615\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، ويأتي في المرتبة الحادية والعشرين الجهل بالأنظمة والقوانين بنتيجة (0.609\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة ، وأخيراً في الترتيب الغربة والإبعاد عن الأهل بنتيجة (0.604\*\*) ) وهي علاقة طردية متوسطة.

ويتضح لنا من النتائج السابقة أن كل المفردات بعد العوامل الشخصية لها تأثير في تعاطي المخدرات من وجهاً نظر المتعاطي ، وكان أعلىها في التأثير ضعف الوازع الديني وأقلها في التأثير الغربة والإبعاد عن الأهل.

السؤال الثاني : ما مدى تأثير العوامل الاجتماعية ( الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي؟

للإجابة على هذا السؤال استخدم الباحثون اختبار الانحدار المتعدد ( Multi Linear )

( Regression ) ، و جاءت النتائج كما يلي :

**جدول (15-4) :** معاملات الارتباط الخطي بين العوامل الاجتماعية ( الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي

نوع	معامل الارتباط البسيط (R)	مربع معامل الارتباط البسيط ( $R^2$ )	معامل التحديد (R <sup>2</sup> )	الخطأ المعياري
1	0.933 <sup>a</sup>	0.870	0.869	0.24749

a. المتتبّع: (الثابت)، العوامل الاجتماعية ( الأسرة، الرفقة، الإعلام ، المجتمع )

ومن خلال الجدول أعلاه رقم (15-4) يتبيّن أن: قيم معامل الارتباط الأربع وهي معامل الارتباط (R) التي تقيس درجة ارتباط المتغيرات المستقلة (العوامل الاجتماعية: الأسرة، الرفقة، الإعلام، المجتمع) بالمتغير التابع ( تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ) تساوي (0.933) وهي درجة ارتباط قوية جداً ، وهذا ما يبيّنه أيضاً معامل التحديد (R<sup>2</sup>) الذي يقيس التباين في المتغير التابع ( تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ) الذي يفسّر المتغيرات المستقلة وهو يساوي (0.870) وأخيراً معامل التحديد المصحح ( $\bar{R}^2$ ) والذي بلغ (0.869) مما يعني أن المتغيرات المستقلة (التفسيرية) ( العوامل الاجتماعية: الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) استطاعت تفسير (86.9%) من التغييرات الحاصلة في المتغير التابع ( تعاطي المخدرات ).

**جدول (16-4) :** تحليل تباين خط الانحدار ( أنوفا<sup>a</sup> ) للعلاقة بين العوامل الاجتماعية ( الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة المحسوبة (F)	قيمة الدالة الإحصائية
الانحدار الباقي	21.438	3	47.722	779.101	0.000 <sup>b</sup>
المجموع	164.605	350	0.061		
	143.167	353			

a. المتتبّع: (الثابت)، العوامل الاجتماعية ( الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ).

b. المتغير التابع: تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

ومن خلال الجدول أعلاه رقم (4-16) يتبين أن: نموذج الانحدار معنوي إحصائياً وبشكل قوي جداً حيث بلغت قيمة ( $F$ ) المحسوبة (101.779) وهي معنوية إحصائياً عند مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  ، ما يؤكد على القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي من الناحية الإحصائية ، ونستنتج من ذلك أنه: يوجد أثر علاقة دلالة إحصائية بين المتغيرات المستقلة ( العوامل الاجتماعية: الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع ) والمتغير التابع ( تعاطي المخدرات ) عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) من وجهة نظر المتعاطي.

وللوصول إلى رتب العوامل الاجتماعية (( الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع )) كل على حدا وترتيب أثر كل منها (( مفردات العوامل )) قام الباحثون بـاستخدام اختبار سبيرمان لقياس الرتب للمتغيرات الوصفية لتوافر شروط استخدامه وكانت النتيجة كالتالي:

#### أولاً: العوامل الأسرية:

جدول (17-4)

الرتبة	Spearman's rho	العوامل الأسرية
1	0.836**	قسوة الوالدين أو أحدهما
2	0.832**	التفكير الأسري
3	0.814**	التفرقة بين الأولاد
4	0.813**	الطلاق
5	0.805**	عدم إشباع حاجات الأبناء المادية
6	0.797**	كثرة الخلافات والمشاجرات بين الوالدين
7	0.790**	غياب الوالدين أو أحدهما
8	0.781**	تعاطي الوالدين أو أحدهما
9	0.771**	الدلال الزائد
10	0.757**	تعدد الزوجات
11	0.698**	الزواج من أجنبيات
12	0.685**	كثرة عدد أفراد الأسرة
13	0.683**	تعاطي أحد أفراد الأسرة
14	0.675**	غياب الرقابة الأسرية
15	0.671**	انخفاض مستوى تعليم الوالدين

يتبيّن من نتائج الجدول (4-17) أعلىّ بأكثُر العوامل الأسرية تأثيرها في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، هي قسوة الوالدين أو أحدهما بنتيجة (( $0.836^{**}$ )) وهي علاقة طردية قوية جداً ، أي أنه كلما ازدادت قسوة الوالدين أو أحدهما على الأبناء كلما ازدادت فرص توجّه الأبناء نحو تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، ويليها في المرتبة الثانية من حيث التأثير من وجهة نظر المتعاطي التفكك الأسري بنتيجة (( $0.832^{**}$ )) وهي علاقة طردية قوية جداً ، وهذا يعني أنه كلما نفّشى التفكك الأسري إزدادت فرص توجّه الأبناء نحو تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي إما لغياب الرقابة الأسرية وضعفها أو للهروب من المشكلات الأسرية ، ويليها في التأثير وبالمرتبة الثالثة التفرقة بين الأولاد بنتيجة (( $0.814^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة الرابعة الطلاق بنتيجة (( $0.813^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة الخامسة عدم إشباع حاجات الأبناء المادية بنتيجة (( $0.805^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة السادسة كثرة الخلافات والمشاجرات بين الوالدين بنتيجة (( $0.797^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة السابعة غياب الوالدين أو أحدهما بنتيجة (( $0.790^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة الثامنة تعاطي الوالدين أو أحدهما بنتيجة (( $0.781^{**}$ )) وهي علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة التاسعة الدلال الزائد بنتيجة (( $0.771^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة العاشرة تعدد الزوجات بنتيجة (( $0.757^{**}$ )) علاقة طردية قوية جداً ، ويليها في المرتبة الحادية عشر الزواج من أجنبيات بنتيجة (( $0.698^{**}$ )) علاقة طردية قوية ، ويليها في المرتبة الثانية عشر كثرة عدد الأسرة بنتيجة (( $0.685^{**}$ )) علاقة طردية قوية ، ويليها في المرتبة الثالثة عشر تعاطي أحد أفراد الأسرة بنتيجة (( $0.683^{**}$ )) علاقة طردية قوية ، ويليها في المرتبة الرابعة عشر غياب الرقابة الأسرية بنتيجة (( $0.675^{**}$ )) وهي علاقة طردية قوية ، ويليها في المرتبة الخامسة عشر انخفاض مستوى تعليم الوالدين بنتيجة (( $0.671^{**}$ )) علاقة طردية قوية.

يتضح من استنتاجات الاختبار أن جميع مفردات بعد العوامل الأسرية ذات تأثير كبير في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وكان أكثرها تأثيراً من وجهة نظر المتعاطي القسوة على الأبناء وأقلها تأثيراً انخفاض مستوى تعليم الوالدين وأقوافها في درجة التأثير أو أقلها لا ينفي مدى التأثير ، ولكن جعل الاختبار خصيصاً للوقوف على مدى تأثير كل من العوامل الأسرية على تعاطي المخدرات.

## ثانياً: عوامل الرفقه:

جدول (18-4)

الرتبة	Spearman's rho	عوامل الرفقه
1	0.914**	ضغوط الأصدقاء وتشجيعهم
2	0.895**	تقدير الأصدقاء
3	0.887**	سوء اختيار الأصدقاء
4	0.809**	الشعور بالرفض من قبل الأصدقاء

يتضح من الجدول ( 4 - 18 ) أن أكثر العوامل المؤثرة في تعاطي المخدرات هو ضغوط الأصدقاء وتشجيعهم بنتيجة (( 0.914 \*\* )) طردية قوية جداً اقتربت من الواحد الصحيح وتعكس شبه إجماع من أفراد العينة على قدرة تأثير الأصدقاء في الدفع نحو تعاطي المخدرات ، وهذه النتيجة تعني أنه كلما ازدادت ضغوط الأصدقاء وتشجيعهم للتعاطي كلما ازدادت فرص الإستجابة وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وجاء في المرتبة التالية مباشرةً تقدير الأصدقاء والتي ظهرت بنتيجة (( 0.895 \*\* )) وهي الأخرى علاقة طردية قوية جداً ، وجاء بالمرتبة الثالثة سوء اختيار الأصدقاء والذي حقق نتيجة (( 0.887 \*\* )) طردية قوية أيضاً ، وجاء بالمرتبة الرابعة الشعور بالرفض من قبل الأصدقاء بنتيجة طردية قوية جداً (( 0.809 \*\* )) .

## ثالثاً: عوامل اعلامية:

جدول (19-4)

الرتبة	Spearman's rho	عوامل إعلامية
1	0.926**	موقع التواصل الاجتماعي ( فيس بوك ، توتير ، ..... )
2	0.921**	انتشار الفضائيات
3	0.913**	تقدير الممثلين والممثلات
4	0.912**	التأثير بالأفلام والمسلسلات
5	0.910**	الإنترنت
6	0.893**	التقنيات الحديثة والهواتف النقالة
7	0.890**	الإثارة الإعلامية في عرض قضايا المخدرات
8	0.879**	إبراز الصحف لأخبار المخدرات
9	0.845**	المواقع الإباحية

يتضح من الجدول ( 4-19) أن أكثر العوامل الإعلامية تأثيراً في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي موقع التواصل الاجتماعي ( فيس بوك، توتيير، ..... ) ، والتي جاءت بنتيجة ((0.926\*\*)) وهي علاقة طردية قوية جداً ، ويليها انتشار الفضائيات بنتيجة ((0.921\*\*)) وهي علاقة طردية قوية جداً أيضاً ، ويليها تقليد الممثلين والممثلات بنتيجة ((0.913\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها التأثر بالأفلام والمسلسلات بنتيجة ((0.912\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها الإنترن트 بنتيجة ((0.910\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، وتلتها التقنيات الحديثة والهواتف النقالة بنتيجة ((0.893\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها الإثارة الإعلامية في عرض قضايا المخدرات بنتيجة ((0.890\*\*)) وهي علاقة طردية قوية جداً أيضاً ، ويليها إبراز الصحف لأخبار المخدرات بنتيجة ((0.879\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، وأخيراً المواقع الإباحية بنتيجة ((0.845\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً.

#### رابعاً: العوامل المجتمعية:

جدول (20-4)

الرتبة	Spearman's rho	عوامل مجتمعية
1	0.880**	عدم تطبيق القوانين أو ضعفها
2	0.879**	خلل التركيبة السكانية
3	0.872**	الافتتاح الحضاري والثقافي
4	0.870**	الثغرات الأمنية في الموانئ والحدود البرية والبحرية والجوية
5	0.867**	الغزو الفكري
6	0.864**	تساهل الصيدليات في بيع الأدوية بدون وصفة طبية
7	0.860**	العملة الوراءة
8	0.857**	نقص برامج الوقاية المجتمعية
9	0.855**	الوفرة المالية والرخاء
10	0.855**	وفرة المادة المخدرة
11	0.854**	ضعف أداء رجال الأمن
12	0.826**	عدم توفر أماكن ترفيهية للشباب

يتضح من الجدول ( 4 - 20 ) أعلاه أن أكثر العوامل المجتمعية تأثيراً في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي عدم تطبيق القوانين أو ضعفها بنتيجة ((0.880\*\*)) وهي علاقة طردية قوية جداً ، ويليها بالتأثير في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي الخل في التركيبة السكانية بنتيجة ((0.879\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها الانفتاح الحضاري والثقافي بنتيجة ((0.872\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها في الترتيب الثغرات الأمنية في الموانئ والحدود البرية والبحرية والجوية بنتيجة ((0.870\*\*)) وهي علاقة طردية قوية جداً أيضاً ، ويليها الغزو الفكري بنتيجة ((0.867\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها في التأثير تساهل الصيدليات في بيع الأدوية بدون وصفة طبية بنتيجة ((0.864\*\*)) وهي علاقة طردية قوية جداً ، ويليها تأثير العمالة الوافدة بنتيجة ((0.860\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها نقص برامج الوقاية المجتمعية بنتيجة ((0.857\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها الوفرة المالية والرخاء بنتيجة ((0.855\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها وفرة المادة المخدرة بنتيجة ((0.855\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً، ويليها ضعف أداء رجال الأمن بنتيجة ((0.854\*\*)) وهي علاقة طردية قوية أيضاً ، ويليها عدم توفر أماكن ترفيهية للشباب بنتيجة ((0.826\*\*)) وهي علاقة طردية أيضاً.

## مكافحة المخدرات

السؤال الثالث: هل هناك فروق بين أفراد عينة الدراسة في تعاطي المخدرات ، والتي تعزى للمتغيرات الديموغرافية ( الجنس، السن ، نوع مادة التعاطي ، طريقة التعاطي)؟

#### أولاً: دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير الجنس في تعاطي المخدرات:

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير الجنس في تعاطي المخدرات

استخدم الباحثون اختبار (t.test)، وجاءت النتائج كما يلي:

**جدول رقم 21- 4 : نتائج اختبار (t.test) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير الجنس في تعاطي المخدرات**

مستوى الدلالة	قيمة المحسوبة (T) المعياري	الأحرف المعايير	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المتغير
0.846	0.194	0.68629	3.3364	335	ذكر	التجه لتعاطي المخدرات
		0.63579	3.3051	19	أنثى	

يُظهر الجدول (21- 4 ) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  ، في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي تعزى لمتغير الجنس ، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (0.194) وهي أقل من قيمة (t) الجدولية والتي تساوي (1.984) عند درجة حرية (352) ومستوى دلالة (0.05) ، وكذلك قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.846) وهو أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05).

#### ثانياً: دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير طريقة التعاطي:

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة تعزى لمتغير طريقة التعاطي في التوجه لتعاطي

المخدرات استخدم الباحث اختبار (One Away ANOVA)، وجاءت النتائج كما يلي:

**جدول رقم 22-4 : نتائج اختبار (One Away ANOVA) الفروق بين أفراد**

**العينة التي تعزى لمتغير طريقة التعاطي في التوجه لتعاطي المخدرات**

الدلالة الإحصائية	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
0.037	2.591	1.187	4	4.748	بين المجموعات
		0.458	349	159.857	داخل المجموعات
			353	164.605	المجموع

يُظهر الجدول رقم (4 - 22) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) ، لمتغير طريقة التعاطي بين أفراد العينة في التوجّه لتعاطي المخدرات ، حيث بلغت قيمة ( $F$ ) المحسوبة (2.591) وهي أكبر من قيمة ( $F$ ) الجدولية والتي تساوي (2.42) عند درجتي حرية (4، 349) ومستوى دلالة (0.05) ، ولمعرفة لصالح من تعود الفروق استخدم اختبار (LSD) للمقارنات البعدية ، ويبين الجدول رقم (22-4) تلك النتائج.

**جدول رقم (4 - 23): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لطرق تعاطي المخدرات**

الحقن	الشم	الشرب	البلغ	التدخين	طريقة التعاطي
				—	التدخين
			—	-0.13573	البلغ
		—	0.21706	-0.13573	الشرب
	—	0.16302	0.05404	-0.35279*	الشم
—	0.51042	0.34740	0.56445	-0.70018	الحقن

يتضح من الجدول رقم (4 - 23) وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتوجّه لتعاطي المخدرات بين طريقة التدخين وطريقة الشرب ، ولصالح طريقة الشرب مقارنة بطريقة بالتدخين ، في حين لم تكن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية للتوجّه لتعاطي المخدرات بين طرق تعاطي المخدرات الأخرى وبعضها.

### **ثالثاً: دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير مادة التعاطي:**

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير مادة التعاطي استخدم الباحث اختبار (One Away ANOVA) ، وجاءت النتائج كما يلي:

**جدول رقم (4 - 24): نتائج اختبار One Away ANOVA لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير مادة التعاطي**

الدلالة الإحصائية	قيمة ( $F$ )	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
0.384	1.071	0.499	9	4.487	بين المجموعات
		0.465	344	160.118	داخل المجموعات
			353	164.605	المجموع

يُظهر الجدول رقم (4 - 24) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) ، لغير مادة التعاطي بين أفراد عينة الدراسة ، حيث بلغت قيمة ( $F$ ) المحسوبة (1.071) وهي أقل من قيمة ( $F$ ) الجدولية والتي تساوي (1.93) عند درجتي حرية (9، 344) ومستوى دلالة (0.05).

#### رابعاً: دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات:

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات استخدم الباحث اختبار (One Away ANOVA) ، وجاءت النتائج كما يلي:

#### **جدول رقم (4-25): نتائج اختبار (One Away ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات**

الدالة الإحصائية	قيمة ( $F$ )	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
0.848	0.446	0.210	6	1.260	بين المجموعات
		0.471	347	163.345	داخل المجموعات
			353	164.605	المجموع

يُظهر الجدول رقم (4 - 25) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) ، حيث بلغت قيمة ( $F$ ) المحسوبة (0.446) وهي أقل من قيمة ( $F$ ) الجدولية والتي تساوي (2.14) عند درجتي حرية (6، 347) ومستوى دلالة (0.05).

### **ثالثاً: تفسير نتائج الدراسة**

بعد الإنتهاء من عرض نتائج الدراسة بصورة وصفية كمية في الفصل السابق ، سنقوم في هذا الفصل بتفسير ومناقشة النتائج وفقاً للخطوات التالية:

أولاً: مناقشة أهم القضايا التي أثارتها عينة الدراسة في استماره البيانات الديموجرافية .

ثانياً: مناقشة النتائج في ضوء تساؤلات الدراسة ، وذلك من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة.

#### **أولاً: مناقشة أهم القضايا التي أثارتها عينة الدراسة في استماره البيانات الديموجرافية :**

وبما أن جميع أفراد عينة الدراسة من المتعاطين الذين تم ضبطهم من الأجهزة الأمنية ، فإن المعلومات المتحصل عليها من خلال اجابتهم على استماره البيانات الديموجرافية تمثل ثروة علمية يمكن الاستفادة منها في تدعيم جهود الأجهزة الأمنية في مكافحة المخدرات والوقاية منها ويمكن من خلالها رسم السياسات الأمنية والتربوية ، كما أنها من وجهة نظر الباحثين تمثل قيمة علمية للباحثين والمهتمين في مجال الرعاية الصحية وتأهيل المدمنين.

#### **١) النوع والإدمان:**

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الذكور المتعاطين 95% من إجمالي أفراد العينة ، في حين شكلت نسبة الإناث المتعاطيات 5% ، وقد تكون نسبة منطقية إلى حد ما في ظل التغيرات الاجتماعية والحضارية وانتشار التقنيات الحديثة ووسائل الاتصال والتواصل في العصر الحديث ، والتي يمكن أن يعزى لها تعاطي الفتيات في المجتمع ، كما أن انخفاض نسبة الإناث في هذه الدراسة لا يعني بالضرورة أن تلك النسبة تعكس حجم مشكلة تعاطي الفتيات في دولة الكويت وذلك للحساسية الاجتماعية الشديدة في التعامل مع المرأة ، أما بسبب ما تحظى به المرأة من مكانة مميزة في المجتمعات الإسلامية وهذا ما أوصى به نبينا الكريم صلى الله عليه وسلم ، والدور الخاص الذي تضطلع به المرأة في المجتمعات الإسلامية كربات للبيوت أو أمهات أضفوا عليهن كذلك قدسية خاصة يستبعد في ظلها أن تتجه المرأة نحو المخدرات ، فضلاً عن ذلك فإن حركة المرأة ومشاركتها الاجتماعية وتواجدها في المنزل في وقت مبكر ، لا يمكن في ظله توقع وصولها لمجتمع المدمنين والتعرف عليهم أو التعرف

على المواد المخدرة وخصائصها الإدمانية ، كما أنه قد يكون هناك تحيز أو تعاطف مع المرأة من قبل رجال الأمن سواءً في الاستيقاف والتفتيش أو المراقبة كما هو الحال مع الذكور . كما أظهرت نتائج الدراسة أن الفتيات أكثر ميلاً لتعاطي العقاقير الطبية ( ليريكا ) وهذا يؤكد صعوبة حصول الفتيات على بعض أنواع المخدرات والتي تتطلب معرفة بحركة السوق والمرrogجين وتجار المخدرات ، وهذا قد يكون تفسير مقع على الأقل في المجتمعات المحافظة ، كما يفسر توجه الفتيات للعقاقير الطبية لسهولة الحصول عليها من الصيدليات أو العيادات الخاصة ، ويشير "مصطفى سيف" (1996) في هذا الصدد أن تعاطي منومات الباربيتوريك ومنشطات الأمفيتامينات يزداد انتشارها بين النساء لمحاولتهن خفض أوزانهن ، أو أن استخدام المنومات للتهيئة مقبول اجتماعياً أكثر من تعاطي الخمر.

ويشير التقرير الصادر عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في عام 2016 م إلى أن النساء والفتيات يشكلن ثلث الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي ، ففي عام 2010 م ، أفادت التقديرات أن أعداد النساء المرتئنات بلغت 6.3 ملايين للأمفيتامينات ، و 4.7 ملايين للمؤثرات الأفيونية ، و 2.1 مليون للكوكايين على الصعيد العالمي ، وكانت نسبة انتشار الإرتهان للأمفيتامينات مرتفعة في صفوف النساء 0.31 % في جنوب شرق آسيا وأوقانوسيا ، وللمؤثرات الأفيونية 0.25 % في أوقانوسيا ، وللكوكايين 0.22 % في أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية.

وفي عام 2010 م أيضاً ، بلغ عدد النساء اللاتي تعاطين المخدرات بالحقن على الصعيد العالمي 3.8 ملايين إمرأة حسب التقديرات ، أي ما يعادل 0.11 % من سكان العالم من الإناث ، وتختلف أنماط تعاطي المخدرات لدى النساء باختلاف الفرص السانحة لتعاطي ، الناجمة عن تأثير بيئهن الاجتماعية أو الثقافية.

وعادة ما تبدأ النساء في تعاطي المخدرات في سنٍ أكبر مقارنةً بالرجال ، لسبب رئيسي هو تعاطي الشريك للمخدرات أيضاً ، لكن معدل تعاطي المرأة للقنب والمؤثرات الأفيونية والكوكايين ، بعد بدئها في تعاطي المخدرات ، يتزايد بسرعة أكبر مقارنةً بالرجل ، كما يغلب أن تصاب بإضطراب تعاطي مواد الإدمان في وقت أقصر مقارنةً بالرجل ، وتبدأ النساء في تعاطي الميثامفيتامينات في سنٍ أكبر مقارنةً بالرجال ، وهن أكثر عرضة

لإضطرابات تعاطي هذه المادة من الرجال ، والنساء اللاتي يتعاطين الهيروين أصغر سنًا من نظرائهم الرجال ، ويرجح أن يتعاطين مقادير أقل منهم لمدة أقصر ، واحتمال تعاطيهم له بالحقن أقل مقارنةً بالرجال ، كما أنَّ احتمال تأثرهن بتعاطي المخدرات من طرف شركائهن في العلاقات الجنسية أكبر ، وفي كثير من الأحيان يكون تعاطي المرأة عن طريق الحقن لأول مرة على يد شخص آخر وعادةً ما يكون شريكها.

## (2) السن بداية التعاطي:

يتضح من نتائج الدراسة أن 5% من أفراد العينة بدوا في تعاطي المواد المخدرة في سن مبكرة من 13 - 15 سنة ، وهناك حالة واحدة ذكر أنه بدأ تعاطي المورفين في سن 11 سنة بوصفه طبية ولأسباب صحية (الحمى المنجلية) ، إلا أنه بدأ بالنقل من مادة إلى أخرى للبحث عن اللذة والنشوة.

أما النسبة الأعلى من أفراد العينة فإن بداية التعاطي تركزت في المرحلة العمرية من (16 - 20) وبنسبة 41% ، وبجمعها مع الفئة العمرية الأقل من 15 سنة تصبح النتيجة 46% وهذا يعد من المؤشرات الخطيرة التي تؤكد أن مرحلة المراهقة أو مرحلة الدراسة المتوسطة والثانوية هي مرحلة بداية التعاطي ، ويمكن ارجاع هذه النتيجة لعوامل متعددة منها المرحلة العمرية (المراهقة) وما يعتريها من تغيرات نفسية وعقلية واجتماعية ، بالإضافة إلى نقص الإدراك وعدم النضج العقلي والانفعالي في هذه المرحلة ، ناهيك عن الجهل بمخاطر المخدرات وأثارها السلبية ، وسرعة تأثر المراهقين بالأنيمات السلوكية لأقرانهم وميلهم للتقليد ومسايرة الأصحاب ، وسهولة تصدق الشائعات وتبني المعتقدات الخاطئة عن المخدرات خاصةً فيما يتعلق بالنشاط والحيوية وزيادة التركيز أثناء الامتحانات ، والتي في الغالب حصلوا عليها من وسائل الإعلام المختلفة خاصةً الأفلام والمسلسلات التي تعرض مشكلة المخدرات بأساليب خاطئة ومضللة ، والتي ساهمت بشكل مباشر في تعاطي الكثير من المراهقين والشباب ، ويضاف إلى ما سبق أن المراهق في هذه المرحلة العمرية يميل للتقليد وحب الإستطلاع ويعتريه شعور بالقدرة المطلقة ويتطاول على مفهوم الرجولة قبل أوانها ، ويستهويه تقليد من هم أكبر منه في السن في سلوكيهم وإن كانت خاطئة ليضيفي على نفسه طابع الرجولة ، ويتبين هذا السلوك بانتشار التدخين بين المراهقين ، ومما يؤيد هذا التفسير

أن الطريقة المفضلة في التعاطي هي طريقة التدخين والتي تجاوزت 67 % من إجمالي أفراد العينة ، وبالتالي من السهولة تجرب تدخين سيجارة من نوع آخر كالحشيش أو السبايس ، والتي في الغالب إما أن تخلط بالتبغ أو تلف بورق السجائر والتي اعتاد عليها بالأصل ، من هنا فإن فكرة تجريب المادة المخدرة عن طريق التدخين للمرأهق المدخن ، أسهل بكثير من الشخص غير المدخن ، لهذا يمكن التأكيد على النتيجة التي توصلت لها الكثير من الدراسات العلمية بأن التدخين هو البوابة الرئيسية للتعاطي .

### 3) المنطقه السكنية والتعاطي :

أظهرت نتائج الدراسة أن انتشار تعاطي المخدرات في جميع المحافظات (العاصمة - حولي - الفروانية - الجهراء - الأحمدي - مبارك الكبير ) وذلك من خلال النسب المتقاربة بين المحافظات باستثناء محافظة الجهراء التي احتلت المرتبة الأولى بنسبة 20.9 % من إجمالي أفراد العينة ، ويمكن تفسير هذه النتيجة لارتفاع نسبة فئة غير محددي الجنسية في محافظة الجهراء ، وانتشار البطلة والضغوط النفسية والاجتماعية للشباب من هذه الفئة ، ويرى الباحثون أن معالجة مشكلة هذه الفئة يعد جزء لا يتجزأ من علاج الكثير من المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المجتمع الكويتي .

كما لا يمكن تجاهل العوامل الاجتماعية الأخرى في انتشار تعاطي المخدرات في المحافظات كالخلل في التركيبة السكانية والتكدس السكاني في بعض المناطق ومن جنسيات معينة مع انخفاض الدخل وتدني مستوى المعيشة ، الأمر الذي ساهم في انتشار التعاطي والترويج لدى بعض الجنسيات ، كما أن انتشار العماله الهامشهيه ومخالفه الإقامه تعد من العوامل الاجتماعية التي عقدت المشكلة في دولة الكويت .

### 4) نوع المادة المخدرة والتعاطي :

لكل مادة كيميائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور في الجسم ، والتي تتغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات ، ويحدث التأثير على الجسم والمخ ، ويرتبط المدمن بالعقار نظراً لما يحدثه من آثار مفرحة وخفض للفلق والتوتر ، أي نتيجة للتعزيز الإيجابي يجعله يعيد استخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات وقد يضطر لزيادة الجرعة للوصول إلى الأثر الأول ،

وكذلك تؤثر طريقة استخدام المخدر في حدوث الإدمان إذ تزداد فاعليته وسرعة وصوله إلى المخ حسب طريقة الاستعمال.

وأشار الدمرداش لعدد من الأسباب الهامة في سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي أو الاستعمال غير الطبيعي منها مالي:

- 1- تخفيف القلق أو التوتر أو الاكتئاب أو الهروب من المشاكل.
- 2- البحث عن إثراك الذات ومعنى الحياة ، بما في ذلك تنوّق الجمال والإبداع الفني والجنسى والمعانى الصادقة للعلاقات الشخصية وللشعور بالانتماء.
- 3- التمرد على قيم المجتمع أو اليأس من هذهقيم.
- 4- خوف الشخص من أن تقوته خبرة المتعة والرغبة في مجازاة جماعة الرفاق.
- 5- اللهو والتسلية والبحث عن الإثارة والفضول ويدعى من يسيئون استعمال العقاقير أن سلوكهم هذا هدفين رئيسيين هما:

**الأول:** ما يسمى بحضارة العقاقير Drug Culture فالإنسان المعاصر أصبح يلجأ للمواد الكيميائية لظروف وأسباب متنوعة بخلاف أسلافه ، ولو استعرضنا أنواع الأقراص الموجودة تحت تصرف الإنسان لأذهنا عددها ، فمنها كأقراص لتسكين الألم ، وأقراص أخرى لتهيئة الأعصاب ، وأقراص منومة ، وأقراص لمنع الحمل ، وأقراص منشطة ، وأخرى لإضعاف الشهية وتحفيض الوزن... الخ ، أي أن الإنسان قد يأخذ قرصاً لينام في المساء ، وقرصاً آخر لينشطه في الصباح ، وقرصاً ثالثاً ليهدئ أعصابه إذا صادف ما يكره صفو مزاجه ، وقرصاً رابعاً إذا شعر بألم بسيط ، وهي أمور كان الإنسان في العصور السابقة يتحملها راضياً لعدم توفر مثل هذه الوسائل الصناعية ، فقد أصبحنا فعلاً نعيش في حضارة أدوية أو عقاقير.

**الثاني:** الخبرة واللذة التي يحصل عليها المتعاطي ، واستشعار خبرات يعجز الفرد عن وصفها من شعور بالسعادة والسكينة ، والشعور بتجاوز الزمن ، وقد تكون مشروعة في حد ذاتها ، ولكن استخدام العقاقير الطبية محفوف بالخطر.<sup>(147)</sup>

<sup>(147)</sup> عادل الدمرداش ، 1982 ، ص 55 - 56

وقد أظهرت الدراسة الحالية انتشار عدد من المواد المخدرة بين الشباب في دولة الكويت ، من أهمها ما يسمى بالكيميكال أو السبايس أو الاستروكس أو الجوكر والذي احتل المرتبة الأولى بنسبة 40.68% من أفراد عينة الدراسة ، وهذا مؤشر واضح لانتشار هذه المادة المخدرة الخطيرة في البلاد ، كما هو مؤشر لسهولة الحصول عليها ، مع أنها مواد سامة قاتلة تدمر خلايا المخ وتؤدي إلى الهلوسة والذهان ، لإحتوائها على العديد من المركبات الكيميائية الخطيرة مثل مركب رباعي هيدروكانابينول ومادة سي بي S B 47-497 ، والتي تحمل نفس تأثير المادة الفعالة الموجودة في مخدر الحشيش ، ومادة جي اتش دبليو GHW 108 ، كما تكمن خطورة هذا النوع من المخدرات في صعوبة الكشف عنه بواسطة الوسائل التقليدية كتحاليل الدم والبول ، وسهولة تهريبه سواء في أمتعة المسافرين أو عن طريق الطرود البريدية ، ودخوله في كثير من الأحيان على شكل أعشاب أو بخور ويسجل عليها غير صالحة للاستعمال الأدمي ، فضلاً عن انتشار موقع بيع هذه المواد عن طريق موقع متخصصة على الشبكة العنكبوتية ، كما أن هناك مشكلة كبيرة ساهمت في انتشاره وهي مشكلة تشريعية ، إذ لم تجرم هذه المادة في دولة الكويت إلا في 4 سبتمبر عام 2016 م ، ولا شك أن هذا الخلل التشريعي ساهم بانتشارها والتعرف على خصائصها الإدمانية والتي كانت تروج على أنها أحد أنواع الحشيش أو بأنها حشيش صناعي.

وقد احتلت مادة الحشيش المرتبة الثانية في الانتشار بين المتعاطين من أفراد العينة ، وهذا كذلك يعد مؤشراً على انتشارها في البلاد ، ويمكن ارجاع ذلك لموقع دولة الكويت وقربها من مناطق الانتاج وطول سواحلها البحرية مما جعلها منطقة عبور لكثير من المواد المخدرة ، كما احتلت إساعة استخدام العقاقير الطبية أو ما يسمى بالاستعمال غير الطبي للعقاقير الطبية المرتبة الثالثة ، ويمكن ارجاع ارتفاع نسبة تعاطي تلك المواد ذات التأثير النفسي لعدة أسباب ، منها تساهل الصيدليات في بيع تلك المواد دون وصفات طبية ، وكذلك سهولة دخول الأدوية مع المسافرين ، فضلاً عن ذلك وهو الأهم أن عقاقير مثل الليريكا والنيرونتين وغيرها من أدوية اعتلال الأعصاب والصرع ليست من الأدوية المدرجة في جداول المخدرات ، مما سهل في انتشارها وتناولها بين الشباب في ظل غياب النوعية الصحية عن أضرارها ، خاصة وأن الكثير من الشباب يخلط هذه الأدوية بعض المنشطات أو الكحول مما قد يتسبب بتسمم دوائي قد يؤدي للوفاة.

كما تبين أن العدد الأكبر في تعاطي هذه المواد النفسية يتركز لدى الإناث والفئات العمرية صغيرة السن ، وهذا يشير إلى سهولة الحصول عليها ورخص ثمنها.

#### 5) الحالة الاجتماعية والمهنية وتعاطي المخدرات :

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة تعاطي العزاب أعلى من الفئات الأخرى ، حيث بلغت نسبتهم 68.36 % ، ونلها بالترتيب المتزوجين بنسبة 25.14 % ، ويمكن ارجاع انتشار تعاطي المخدرات بين فئة العزاب أما لأنهم لازالوا في مراحل التعليم أو لصغر السن ، إذا أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة لم يتجاوزوا سن الخامسة والعشرين ، ولم يحققوا الكفاية المادية لتحمل مسؤولية الزواج ، كما أن انحراف الشباب العزاب في جماعات اللهو والبحث عن المتعة الجنسية وحضور الحفلات المجانية المختلفة قد تكون من المتغيرات الهامة في سرعة الإنجار نحو التعاطي للبحث عن المزيد من اللذة والنشاط.

كما أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل من أفراد العينة والتي كانت 39.27 % ، ويمكن تفسير التلازم بين البطالة والتعاطي ، بأن البطالة ترتبط بنقص الكفاية المالية والشخصية وينتج عنها الشعور بالحرمان وعدم توفير المتطلبات الضرورية للفرد وللأسرة ، وبالتالي صعوبة الحصول على الخدمات بأنواعها ( الصحية ، والعلمية ، والترفيهية ) ، فالبطالة في حد ذاتها أزمة مجتمعية قبل أن تكون أزمة فردية، وهي أحد مصادر الضغط النفسي والاجتماعي الذي يواجه الشباب في كل المجتمعات الإنسانية ، إلا أنه قد يأخذ طابع آخر في المجتمعات الخليجية والتي تعد من المجتمعات الغنية بما حباها الله من نعم وموارد كثيرة من أهمها النفط ، فعندما يجد الشاب نفسه غير قادر على الحصول على فرصة عمل مناسبة أو العيش عيشة كريمة كغيره من الشباب المقدرين في بلاد تستقطب العمالة من مشارق الأرض ومحاربها ، فالشاب في مثل هذه الظروف قد لا يجد حلاً أمامه إذا ما غاب الوازع الديني والقيمي إلا الهروب من الواقع إلى الجحيم للتخلص من حالة الإحباط واليأس التي يعيشها.

ماذا نتوقع من الشاب عندما يجد أقرانه وأبناء حيه أو منطقته يشترون السيارات الفارهة ويتنقلون للسياحة من بلد إلى آخر ويحصلون على ما يريدون من حياة البذخ والرفاهية ؟ ، ماذًا نتوقع من شاب تحطم أحالمه وتبدلت آماله في الحياة الكريمة وهو في

قمة الطاقة والحيوية؟ ، ماذا تتوقع من شاب يتعرض لضغوط أسرية واتهامات بالكس والفشل وعدم الانتاجية ، أو عدم قدرته على تلبية احتياجات ومتطلبات الأسرة؟ ، إننا لم نضع هذه التساؤلات لتبرير هذا السلوك المشين ، وإنما أردنا التأكيد على أن حالة الاحباط واليأس التي يعاني منها الشباب بسبب البطالة وعدم توفر فرص عمل تعد بمثابة قنابل موقوتة قد تؤدي المجتمع بأسره في كل زمان ومكان ، وترتبط ارتباط مباشر بجرائم بكافة أنواعها وصورها.

### **ثانياً: مناقشة النتائج في ضوء تساؤلات الدراسة:**

وذلك من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة:

السؤال الأول : ما مدى تأثير العوامل الشخصية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي؟

للتعرف على مدى تأثير العوامل الشخصية أو الفردية التي تدفع الفرد للتعاطي من وجهة نظر المتعاطي نفسه ، قام الباحثون باستخدام العمليات الاحصائية التالية:

- اختبار الإنحدار البسيط Simple liner Regression .

- تحليل تباين خط الإنحدار البسيط (أノوفا) للعلاقة بين العوامل الشخصية وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

- استخراج قيم معاملات الإنحدار المعيارية وقيم معاملات الإنحدار اللامعيارية وقيمة (T) ودلالتها الإحصائية للمتغير المستقل العوامل الشخصية أو الفردية ودلالتها الإحصائية.

- استخراج ترتيب أثر كل مفردة من مفردات (العوامل الشخصية) على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي باستخدام اختبار سبيرمان.

**وقد أظهرت نتائج المعالجة الاحصائية ما يلى:**

1- وجود ارتباط قوي بين العوامل الشخصية وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي بدرجة ارتباط نساوي (0.848).

2- وجود أثر ذو دلالة إحصائية للعوامل الشخصية على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) من وجهة نظر المتعاطي.

3- أن قيمة ( $T$ ) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $P \leq 0.05$ ) ، كما أظهرت نتائج الدراسة أن العوامل الشخصية لها قدرة تنبؤية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.

4- أظهر اختبار سبيرمان لقياس الربت للمتغيرات الوصفية بأن جميع مفردات العوامل الشخصية مرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وقد جاء ترتيب مفردات العوامل الشخصية من الأول إلى الأخير حسب درجة قوة الارتباط بين المفردة ووجهة نظر المتعاطي وهي كما يلي:

( ضعف الوازع الديني ، التجريب وحب الاستطلاع ، البحث عن اللذة والسعادة ، الحصول على العلاقات مع الجنس الآخر ، الملل والفراغ ، الشعور بالإحباط والحرمان ، تأكيد الذات ، الفشل الدراسي ، الرغبة بالقوة والجرأة ، الوفرة المالية ، التخلص من الضغوط النفسية ، ضعف الشخصية والتقليد ، التخلص من المشاكل النفسية ، التسلية واللعب ، علاج الأرق وصعوبة النوم ، الحصول على الثروة والمال ، الخوف وعدم الثقة بالنفس ، زيادة الرغبة والطاقة الجنسية ، عدم توفر فرص وظيفية ، العاهات الجسدية والشعور بالعجز ، الجهل بالأنظمة والقوانين ، وأخيراً الغربة والإبعاد عن الأهل .).

تنقق نتائج الدراسة الحالية مع الاتجاه العام لكافة الدراسات العلمية في مجال تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية ، كما تنقق مع الاتجاه العام للدراسات السابقة وإن اختلفت بعض الشئ بترتيب العوامل الشخصية المرتبطة بتعاطي المخدرات ( النجار 1994 ، إدارة البحث وزارة الداخلية 1995 ، إدارة الخدمات النفسية 1998 ، العياد والمشuan 2003 ، الحميدان 2010 – 2013 ، الخوالد والخياط 2011 ) ، ومن جهة أخرى اتفقت مع دراسة الركابي 2011 بأن ضعف الوازع الديني جاء بالمرتبة الأولى في العوامل الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات.

وهكذا تتعدد العوامل التي تدفع بالفرد إلى تعاطي المخدرات وإدمانها ، وأن لكل مدمن سببه الخاص الذي يختلف به عن المدمن الآخر ، وأحياناً قد يكون هناك أكثر من سبب واحد يؤدي بالفرد للتعاطي والإدمان ، وحقيقة الأمر أن كل الأسباب التي ذكرت تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها وهي نتيجة حتمية وفقاً للدراسات العلمية ، وكلما تعددت الأسباب

التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات ترتب على ذلك ازدياد عدد المتعاطين ، وبالتالي ازدادت الآثار السلبية سواء على الفرد أو المجتمع.

وقد أشار مصطفى سويف (1996) ، إن أول ما يلفت النظر في موضوع العوامل النفسية المساعدة في التعاطي مسألة الإيجابية أو السلبية التي تنسن بها الخطوات الأولى للمتعاطي عند إداته على تناول هذه المادة أو تلك ، والمقصود بالإيجابية هنا اعتراف المتعاطي هو نفسه كان له دور إيجابي قبل البدء الفعلي للتعاطي ، بمعنى أنه مثلاً كان لديه نوع من حب الإستطلاع يدفعه إلى ارتياح هذه الخبرة لاستكشاف حقيقتها ، أو أنه كانت لديه الرغبة في أن يقلد بعض المحظوظين به من الزملاء أو المعرف ، أو لديه الرغبة في معاندة الكبار بأي شكل من الأشكال بما في ذلك خوض خبرة التعاطي .... أما مصطلح السلبية فالمقصود به شعور المتعاطي بأنه بدأ مسيرته في طريق التعاطي تحت ضغط الغير من المحظوظين به ، أيًّا كانت طبيعة هذا الضغط بالترغيب أو الترهيب والتهديد.(148)

وكما أظهرت نتائج الدراسة أن ضعف الوازع الديني يعد أهم العوامل الدافعة لتعاطي المخدرات ، وهذه حقيقة لا تتطلب الكثير من الشرح والتفسير فالتمسك بالقيم الدينية والأخلاقية يعد صمام الأمان لحماية الإنسان من الواقع في دائرة الإدمان ، والشريعة الإسلامية لا تختلف عن الشرائع السماوية الأخرى بتحريم المخدرات والنهي عن تعاطيها ، وإن كانت الشريعة الإسلامية قد أتت بمنهج متكامل لحماية الأفراد والمجتمعات من كافة مظاهر الانحراف والجريمة ، فالإيمان له أثر كبير في حياة الإنسان ، إذ يؤثر في سلوكه وتفكيره وطباعه وهو الذي يؤثر في علاقاته وهو الذي يحقق له الاستقامة والسعادة في الدنيا والآخرة ، وعلى العكس من ذلك فإن ضعف الوازع الديني والإبعاد عن القيم الدينية من شأنه أن يجعل الفرد يقع فريسة لكثير من الأزمات النفسية والانحرافات السلوكية ومنها تعاطي المخدرات بأنواعها المختلفة ويبدو ذلك في قول الله عز وجل " ومن يعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكًا ونحره يوم القيمة أعمى " ، كما أن ضعف الوازع الديني يجعل الفرد ينساق وراء شهواته وزوااته دون رقابة داخلية تتمثل بالضمير الديني ، لذلك فإن غياب الضمير الديني يعد من الأسباب الرئيسية في كثير من الجرائم والانحرافات السلوكية ، بل قد يكون هو المسؤول عن كثير من الأمراض الاجتماعية المتفشية في المجتمعات الإنسانية.

<sup>(148)</sup> سويف ، 1996 ، ص 72

ولا يخفى على أحد مدى مساهمة الدين الإسلامي في المحافظة على الأمن الاجتماعي من خلال وسائل الضبط الاجتماعي المؤثرة على سلوك الأفراد ، فالدين ينظم العلاقات بين الأفراد ويضع ضوابط أخلاقية ضمناً لاستقرار المجتمع وتطوره ، ومن أبرزها الصدق ، والإخلاص ، والبر ، والتقوى ، والتعاون ، وتجنب المنكرات ، والإحترام ، والتواضع ، والعدل ، والمساواة ... فكل ما ورد في الدين يدل على الخير للمجتمع والمطالبة بتجنب الشر.

ولذلك يرى الباحثون أن المدخل لعلاج الانحرافات السلوكية والإدمان يتمثل باهتمام المؤسسات الاجتماعية بغرس القيم الدينية والأخلاقية في نفوس الناشئة ، كونها الطريق الأسهل لحل مشكلة المخدرات في المجتمع.

ومن العوامل الشخصية الأخرى التي ترتبط بتعاطي المخدرات ارتباطاً قوياً ، الرغبة في التجريب وحب الاستطلاع ، وتکاد تجمع الدراسات النفسية التي أجريت على أسباب تعاطي المخدرات على أن عامل الفضول وحب الاستطلاع ، يعد من أهم العوامل التي تدفع للتعاطي والوقوع فريسة للإدمان ، ويفسر "بيكر" سلوك التعاطي مبتدئاً بالشخص الذي يشعر برغبة في تعاطي المخدر أو تجربته بقوله "أن هذا الشخص يعرف أن غيره يتعاطون المخدر للوصول إلى حالة من اللذة أو النشوة ، ولا يعرف هذا الشخص ما هي هذه الحالة ، ويدفع حب الإستطلاع للتعرف على هذه الخبرة التي لا يعرف نتيجتها ، وبالإنغماس في خطوات التجربة وتكون الإتجاهات اللازمية التي تنشأ خلالها ، يصبح راغباً في استعمال المخدر من أجل الحصول على اللذة".<sup>(149)</sup>

كما تعد اضطرابات الشخصية واستعدادها المرضي من العوامل المهمة في تعاطي المخدرات والإدمان عليها ، إما بسبب ضعف شخصية الفرد فيكون التعاطي في هذه الحالة محاولة يائسة وبائسة لترميم ذاته المتصدعة ، أو لأن هذه الشخصية تجد في المواد المخدرة سبيلاً للتغيير الحالة المزاجية والبحث عن اللذة والسعادة ، ويقوم المنظور النفسي على فرضية أن الفلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السلبية يلعب دوراً كبيراً في التوجّه نحو تعاطي المخدرات ، وإذا استمرت تلك الخبرات السلبية وما يتربّط عليها من إحباط ازداد الإنغماس في التعاطي حتى يصل إلى مرحلة الاعتماد اعتقاداً منه أن تلك المواد المخدرة هي المخلص من تلك الضغوط ، أو وسيلة لإشباع حاجات نفسية كامنة لم تشبع.

<sup>(149)</sup> عفاف عبد المنعم ، 1998 ، ص 89.

كما أن هناك متغيرات نفسية أخرى قد تدفع لتعاطي المواد النفسية إما نتيجة لوجود اضطراب مزمن في الشخصية ، كما هو الحال في الشخصيات السينكوباتية والشخصيات الإيكتائية والشخصيات غير الناضجة انفعالياً والشخصيات الفصامية فإنها غالباً تتجه للمواد المخدرة اعتقاداً منهم بأنها الحل السحري للتخلص من تلك المعاناة النفسية أو العوائق التي تحول دون تكيفهم الاجتماعي.

فالإكتئاب يعتبر سمة مميزة لمدمني المخدرات ، وقد يكون هذا الإكتئاب ملازماً للفرد قبل تعرضه لخبرة الإدمان ، كما يكون ناتجاً عن الاستمرار في إدمان المخدرات ، حيث تنتاب المدمن نوبات من اليأس والقلق مع وجود عجز في مواجهة الموقف ، وهذا ما أكدته دراسات نفسية متعددة.

وقد توصل "شلين" Chine (1984) إلى أن أكثر من نصف مشكلات المدمنين تتعلق بطبيعة شخصياتهم والتي تعاني من زملة من الأعراض المتشابكة والمتداخلة ومنها القلق والإكتئاب وانخفاض تقدير الذات والعجز عن التوجيه السوي مع الآخر والعجز عن التواصل وغيرها من الصفات ، كما بين "بولو" BOLO ( 1991 ) إلى أن اضطرابات الذعر والخوف من الأماكن المتتسعة شائع لدى مدمني الكحول ، وهذا يؤدي بدوره إلى مشاعر طويلة من القلق والتوتر، مما يؤدي إلى استعمال الكحول كعلاج ذاتي لهذا القلق.

كما يلعب الفراغ وعدم استثماره بشكل صحيح دوراً مساعداً في تعاطي المخدرات وانتشارها ، حيث يقوم بعض الشباب بإضاعة أوقاتهم بأشياء تافهة لا تعود عليهم بالنفع ، وقد يكون هذا العامل من المبررات التي يتستر خلفها كثير من المتعاطين ، ولهذا فإن وقت الفراغ عامل هام لظهور الإنحراف داخل المجتمع خاصة المراهقين ، وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الفراغ والملل من العوامل المرتبطة بتوجه الشباب لتعاطي المخدرات خاصةً في ظل عدم وجود أو ندرة الأماكن الترفيهية والثقافية التي تستقطب الشباب لشغل أوقات فراغهم بما يعود بالفائدة على الشخص والمجتمع.

كما تعتبر بطالة الشباب من العوامل المساعدة والدافعة لتعاطي ، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة ويفيد التراث العلمي في مجال المخدرات ، فالبطالة مع ضعف الوازع الديني ، يدفعان ضعاف النفوس للبحث عن مصادر دخل مهما كان نوعها أو مصدرها ، وعندما لا يجد الشاب سوى رفقاء السوء الذين يستغلون تلك الظروف والضغوط التي يمر بها

الفرد ، وبالتالي يصبح فريسة سهلة وتقدم له النصائح المظللة من هؤلاء المجرمين ، بأن تجاوز تلك الضغوط لا يتم إلا من خلال التعاطي ، ومن ثم استدراجه في الترويج والتجارة ، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة بأن البحث عن المال والثروة وتحقيق الأرباح المادية من العوامل التي تدفع الشباب للتعاطي .

وفي المقابل فإن توفر المال في يد بعض المراهقين قد يكون من العوامل التي تسهل عليهم الحصول على المواد المخدرة ، ويزداد الخطر في حال تواجدهم مع رفقة سيئة قد تزين لهم سلوك التعاطي وتجريب المخدرات ، ولذلك فإن إعطاء الأبناء مبالغ مالية أكثر من المعاد أو أكثر من حاجتهم قد يدفعهم للتعاطي ، كما أن الشراء والوفرة المالية للأسرة قد يكون من الأسباب الدافعة للتعاطي وذلك لانشغال الوالدين وغيابهم عن المنزل ، وبالتالي ضعف دورهم التربوي والتوجيهي ، وفي ظل هذا الغياب وضعف الرقابة الأسرية تزداد احتمالية وقوع الأبناء في تعاطي المخدرات .

كما أظهرت نتائج الدراسة أن المعتقدات والأفكار الخاطئة عن المخدرات ومخاطرها من العوامل التي تدفع الكثير من الشباب لتجريب تعاطي المخدرات ، وهي من الخدع النفسية التي يروج لها ضعاف النفوس من المروجين أو بعض وسائل الإعلام ، كالدعائية بأن المنبهات والمنشطات تزيد من القدرة على التحصيل أثناء المذاكرة ، وأن تعاطي المواد المنشطة يضاعف من قدرة الطالب على التركيز واليقظة لتجاوز فترة الامتحانات والحصول على درجات مرتفعة ، مما يجعلهم فريسة لهذه المعتقدات الخاطئة والوقوع بالإدمان .

وفي الوقت الحالي أصبحت مشكلة تعاطي بعض الطلبة من الجنسين من أبرز التحديات التي تواجه المؤسسات التربوية ، وتشير قلق الأسر على أبنائها الطلبة من انتشار عدوى التعاطي في ظل صمت تلك المؤسسات أو افتقارها للبرامج التربوية والوقائية للحد من انتشار هذه الآفة في المدارس والجامعات ، ومواجهة هذه المعتقدات بوعية الطلاب بأثارها ومخاطرها وعدم التساهل مع حالات التعاطي ، وإن وجدت يجب التواصل مع الأسرة وإحالتها إلى المصحات العلاجية لنفي العلاج المناسب ، لحماية المتعاطي ومساعدته من جهة ، وحماية باقي الطلبة من انتشار هذا الوباء .

ومن المعتقدات الخاطئة بأن تعاطي بعض المواد المخدرة يزيد من الرغبة الجنسية وبطيل مدة العملية الجنسية ، وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية ارتباط قوي بين زيادة الرغبة

الجنسية بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، ولا شك أن هذا المعتقد الخاطئ عن المخدرات ومالها من أثر في السلوك الجنسي كان من الدوافع التي أوقعت الكثير من الشباب في شرك المخدرات ، وقد أكدت الكثير من الدراسات العلمية عدم صحة هذا المعتقد ، وقد أوضح " بوكيه pouquet " فيما يتعلق بأثر المخدر على الناحية الجنسية ، بأن " التهيج الشبقي Erotic Excitation " الذي يحدث خلال فترة التخدير لا يعدو كونه تهيجاً دماغياً Cerebral Excitation ، ولا تحدث أي تغيرات فسيولوجية أخرى ، وعلى ذلك فإن تعاطي المخدر المزمن يؤدي في النهاية إلى حالة من الضعف والهزال العام نتيجة لضعف شهية المتعاطي التي تصل إلى حد عدم تناول الطعام طوال اليوم ، وهذه الحالة من شأنها أن تؤدي إلى فقدان الرغبة الجنسية ، ثم الضعف الجنسي ، وقد أوضح " نايت Knight " في دراسته أن مدمني المخدرات معظمهم يعانون من الضعف الجنسي ، وقد أرجع هذا الضعف إلى تعاطي المخدرات ، كما ذكر أحمد عاكشة أن الانظام في استخدام المخدرات ينقص هرمون الذكورة بنسبة 30% مما يؤدي إلى اصابة المدمن بالضعف الجنسي.<sup>(150)</sup>

**السؤال الثاني : ما مدى تأثير العوامل الاجتماعية (الأسرة، الرفقة، الإعلام ، المجتمع ) في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي؟**

وللتعرف على مدى تأثير العوامل الشخصية أو الفردية التي تدفع الفرد للتعاطي من وجهة نظر المتعاطي ، قام الباحثون باستخدام العمليات الإحصائية التالية:

- اختبار الإنحدار المتعدد (Multi Linear Regression).
- بتحليل تباين خط الإنحدار البسيط (أنوفا ) للعلاقة بين العوامل الاجتماعية (الأسرة، الرفقة، الإعلام ، المجتمع ) وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.
- استخراج قيم معاملات الإنحدار المعيارية وقيم معاملات الإنحدار اللا معيارية وقيمة (T) ودلالتها الإحصائية للمتغير المستقل العوامل الاجتماعية ودلالتها الإحصائية .
- استخراج ترتيب أثر كل مفردة من مفردات العوامل (الأسرة، الرفقة، الإعلام ، المجتمع ) وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي باستخدام " اختبار سبيرمان " .

<sup>(150)</sup> عفاف عبدالمنعم، 1998 ، ص 352-353.

## وقد أظهرت نتائج المعالجة الاحصائية ، ما يلى:

- 1- وجود ارتباط قوي جداً بين العوامل الاجتماعية (الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع) بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي بدرجة ارتباط تساوي (0.933).
- 2- وجود أثر ذو دلالة إحصائية للعوامل الاجتماعية (الأسرة ، الرفقة ، الإعلام ، المجتمع) على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) من وجهة نظر المتعاطي.
- 3- أن قيمة (T) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ( $P \leq 0.05$ ) كما أظهرت أن العوامل الشخصية لها قدرة تنبؤية في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي.
- 4- أظهر اختبار سبيرمان لقياس الرتب للمتغيرات الوصفية بأن جميع مفردات العوامل الشخصية مرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وقد جاء ترتيب مفردات العوامل الشخصية من الأول إلى الأخير حسب درجة قوة الإرتباط بين المفردة ووجهة نظر المتعاطي ، وهي كما يلى:
  1. العوامل التي تعود للأسرة: مرتبة وفقاً لقوة الارتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي ( قسوة الوالدين أو أحدهما ، التفكك الأسري ، التفرقة بين الأولاد ، الطلاق ، عدم اشباع حاجة الأبناء المادية ، كثرة الخلافات والمشاجرات بين الوالدين ، غياب الوالدين أو أحدهما ، تعاطي الوالدين أو أحدهما ، الدلال الزائد ، تعدد الزوجات ، الزواج من أجنبيات ، كثرة عدد أفراد الأسرة ، تعاطي أحد أفراد الأسرة ، غياب الرقابة الأسرية ، انخفاض مستوى تعليم الوالدين ) ، وقد كان الإرتباط قوي جداً بين جميع المفردات بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي والتي انحصرت بين (0.863\*\* و (0.671\*\*) وهي تعد درجات ارتباط عالية تؤكد على أهمية وتأثير العوامل الأسرية في دفع الأبناء للتعاطي ، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة والترااث العلمي على وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات الأسرية وتعاطي المخدرات.
  - وقد لوحظ أن قسوة الوالدين احتلت المرتبة الأولى بين العوامل المؤثرة في تعاطي الأبناء للمخدرات من وجهة نظر المتعاطي ، وهي نتيجة منطقية ، لأن تعرض الطفل للقسوة الشديدة قد يدمر شخصية الأبناء ، وبالتالي يفقدون الشعور بالأمن والاستقرار

والثقة بالبيئة الأسرية ، ومن هنا يمكن القول بأن من يفقد الأمان لا يمكن أن يعطي الأمان لآخرين ، ومن يفقد الثقة من الأهل فلن يعطي الثقة للمجتمع ، لذلك تصبح المواد المخدرة الملجأ للفرد عندما يفقد الملجأ ، اعتقاداً منه أن المخدرات هي المخلص ، نظراً لما تعطيه من شعور بالنشوة والدفء وتجعله يتجاوز الزمان والمكان ولو لوقت محدود ، وهذا يؤكّد أهمية الخبرات السابقة في تشكيل شخصية الأبناء وما لها دور في التعاطي والانحراف .

وقد أظهرت نتائج دراسة الظفيري (2001) عن دراسته عن سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين ، ما يدعم نتائج الدراسة الحالية ، والذي حدد فيها خمس متغيرات أسرية تتميز بها أسر المدمنين ، وتتسرب في تعاطي الأبناء وانحرافهم:

1- الانهيار الأخلاقي في الأسرة والمتمثل في انحراف أو إدمان أحد أفراد الأسرة (الأب - الأم - الأخوة - الأقارب) .

2- الانهيار العاطفي والمتمثل بالنزاعات الأسرية والتوتر المزمن في العلاقات بين أفراد الأسرة ، بما في ذلك من الانفصال والطلاق والمشاحنات ، وقلة الاحترام بين أفراد الأسرة ، وقد اتضحت من نتائج الدراسة أنه كلما زادت حدة الخلافات واستمرت ازداد معها قلق الأبناء وشعروا بعدم الثقة والإكتئاب ، مما يتسبب في دفع هؤلاء الأبناء للجوء للمخدرات للتخلص من هذه المشاكل المستمرة.

3- خبرات فقد المبكر وخاصة الوالد المحبوب من نفس الجنس.

4- التسلط والقسوة والعذاب البدني من أهم السمات التي تتميز بها أسر المدمنين في هذه الدراسة ، وقد عبر جميع أفراد العينة أنهم تعرضوا لأساليب متشددة من الوالدين في فترة من فترات حياتهم كالضرب المبرح والحبس ، ومن أفراد العينة من يعبر بصرامة بكراهيته لوالده ، والتي تتصل أحياناً لضرب الأب ، وتعد هذه الأساليب الخاطئة في التربية من العوامل التي تشعر الأبناء بعدم القيمة وعدم الثقة بالنفس وانهيار اعتبار الذات ، لذلك فإن المخدر يصبح في هذه الحالة المخلص والمنفذ للفرد من الهوة السحيقة التي يتردى فيها ، ومن ثم ينقله إلى العالم الآخر الذي يجد فيه ذاته ومكانته وقدرته ويشعر بالكافية المطلقة واعتبار الذات.

5- التدليل الزائد والحماية الزائدة للطفل في بداية حياته ، وهي من المتغيرات التي تجعل هؤلاء الأبناء يشعرون بالعجز وعدم القدرة على تنمية مهارات المواجهة أو مهارات التواصل الاجتماعي.

كما أشار "الطفيري" (2005) إلى أن علاقة المدمن بالأب علاقة مضطربة ، فال الأب إما قاسي متسلط معاقب يحبط غالبًا محاولات الإشباع ، ويولد لدى الإن شعور بالحرمان من الأم التي كانت نقىض شخصية الأب ، والتي تكون علاقتها بالإبن علاقة تكافلية ، علاقة اعتماد طفلي ، كما أنها علاقة قائمة على الحب والكراهية في نفس الوقت أو ما يسمى ( بالثنائية الوجدانية ).

ويذهب "محمد عبدالوهاب عبدالمقصود (1982)" إلى أن التفكك الأسري وعدم الاستقرار العائلي والإضطراب الذي يصيب حياة أفرادها ، يلعب دوراً كبيراً في دفع الأبناء إلى الإدمان وخاصة تعاطي المخدرات ، إذا كانوا في مرحلة المراهقة ، التي تتميز بالتغييرات المفاجئة وال الحاجة إلى الإحساس بالقوة ، فالمخدرات من وجهة نظرهم تمنحهم الإحساس بالقوة وهذه المرحلة في بداية الحياة العملية بما تحمله من ضغوط وصعوبات يجدون الهروب في المخدرات.

وقد أوضح "رولنر وهولدن" (Rollins & Holden, 1972) بأن المراهقين الذين يعيشون في بيوت محطمة ترتفع قابليتهم لتعاطي المخدرات ، أكثر من المراهقين الذين يعيشون في أسر سليمة مترابطة.

ويؤكد كل من "لينور وشلدون" (Eleanor & Shelden) على أن متعاطي المخدرات من الأحداث ومرتكبي السلوك المنحرف غالباً ما يكونوا من أسر لا يتوافر فيها وجود الآباء ، ويشوبها التفكك الأسري بسبب الطلاق أو الهرج ، كما يتسم الأطفال متعاطوا المخدرات بعدم احترامهم للوالدين وعدم التزامهم بالقيم العائلية ، وتنمي الأسر التي يعيشون فيها بتفككها القيمي وضعف الرقابة ، وانعدام وسائل التسلية والترويح داخل الأسرة.

لهذا يمكن القول أن تخلي الأسرة عن أداء واجباتها ووظائفها يعد من أهم العوامل للضياع للأبناء وسقوطهم في وحل المخدرات ، كتخلي الأم عن مسؤوليتها كمربيه

أجيال وإسنادها هذه المهمة والواجب الأخلاقي والشرعى لخادمة أو مربية أجنبية ، أو إهمال الأب دوره كمسؤل عن العائلة مادياً أو معنوياً ولحوئه للعنف والقسوة كأسلوب تربوي للتعامل مع أفراد الأسر ( الزوجة - الأبناء ) ، أو كان غائباً منشغلًا عن أفراد أسرته بالعمل والسفر أو مدمناً يبحث عن الملاذات والشهوات ، أو احتقر أحد الزوجين الآخر أمام الأبناء ، أو أصبحت الأسرة مفككة ومتصدعة بسبب الخلافات والمشاجرات ، كلها هذه العوامل تعد من عوامل الخطير التي تنذر بانتشار الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية لدى الأبناء.

2. العوامل التي تعود للرقة: مرتبة وفقاً لقوة الإرتباط بالمعاطي من وجهة نظر المعاطي ( ضغوط الأصدقاء وتشجيعهم ، تقليد الأصدقاء ، الشعور بالرفض من قبل الرفض ) وقد كان الإرتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المعاطي والتي انحصرت بين ( $0.914^{**}$ ) و ( $0.809^{**}$ ) وهي درجات عالية توكل أهمية وتأثير العوامل التي تعود للرقة في تعاطي المخدرات والانحرافات السلوكية من وجهة نظر المعاطي ، وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن 75 % من أفراد العينة حصلوا على المادة المخدرة أول مرة من الأصدقاء ، وتنتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة والتراكم العلمي على أن كثير من حالات الإدمان لدى المراهقين تعود لتأثير جماعة أصدقاء السوء ، وفي الغالب ينبع المعاطي المراهق تحت وطأة ضغوط الأصدقاء وتشجيعهم ، أو ربما يضطر المراهق للامتثال للفئة التي ينخرط فيها ويجرفهم ويتناول المخدر معهم ، كما أن خشية المراهق من الطرد والرفض من جماعة الأصدقاء يدفعه لذلك ويضطره لمسايرتهم والرضوخ لرغباتهم وتعاطي المخدرات.

وقد أشار " تقرير الأمم المتحدة " ( 1978 ) إلى أهمية الدور الذي يلعبه الأصدقاء كعوامل مسؤولة عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها ، فمستخدمو العقاقير مثل غيرهم من الناس يبحثون عن استحسان سلوكهم مع أقرانهم ، وذلك لكي يقتنع الآخرين بمشاركتهم في عاداتهم كطريقة للبحث عن المكانة بينهم ويدفعهم ذلك للخروج عن القواعد القيمة المعترف بها في المجتمع.

ويبدو أنه عندما يتضاعل دور الأسرة يزيد دور جماعة القرآن ، فحين تزداد الخلافات الأسرية ، أو عندما تهمل الأسرة الأبناء ، أو عندما تتسم أساليب معاملة الأسرة للأبناء بالحماية الزائدة والتساهل أو القسوة والشدة ، أو عند غياب أحد الوالدين بالوفاة أو الطلاق أو السفر ، فمن الأرجح أن يتزايد دور جماعة القرآن على حساب دور الأسرة ، وقد يتأثر المراهق بالذات بسلوك جماعة القرآن التي ينضم إليها ، والتي توفر له الشعور بالإستقلالية والأمن النفسي ، وبعض جماعات القرآن يتسم سلوكها ببعض المساعدة المضادة للمجتمع مثل التدخين والإدمان والعدوان والتخريب (Stienberg, 1993, PP 120 - 180).

في دراسة عبدالرحمن العيسوي (2005) أن معاشرة أصدقاء السوء الذين يشكلون خطورة على المراهقين الأسواء تمثل نسبة 50% ، حيث يميلون إلى تقليد السلوك المنحرف والإنتصاع لضغوط القرآن والزماء.

3. العوامل التي تعود لوسائل الإعلام المختلفة: مرتبة وفقاً لقوة الإرتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي (موقع التواصل الاجتماعي ، انتشار الفضائيات ، تقليد الممثلين ، التأثر بالأفلام والمسلسلات ، الإنترن特 ، التقنيات الحديثة والهواتف النقالة ، الإثارة الإعلامية في عرض قضايا المخدرات ، إبراز الصحف لأخبار المخدرات ، الواقع الإباحية ) وقد كان الإرتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي والتي انحصرت بين (0.926\*\*) و (0.845\*\*) وهي درجات عالية تؤكد أهمية تأثير العوامل التي تعود لوسائل الإعلام في تعاطي المخدرات ، وتنتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة والتراث العلمي ، وقد أظهرت نتائج "الحمديدان" (2010) أن 57% من أفراد العينة البالغ عددهم 21113 ، بأن مصدر معرفتهم بالمخدرات هو التليفزيون ، ثم الصحف والمجلات 12% ، والإنترن特 8% ، أما عينة الأحداث البالغ عددها 330 تزيلأ في دور الرعاية ، فقد أظهرت النتائج أن 61% مصدر معرفتهم بالمخدرات هو التليفزيون ، أما الصحف والمجلات فقد كانت مصدر للتعرف على المخدرات 9% من أفراد العينة ، والإنترن特 3%.

و هذه النتائج وغيرها من نتائج الدراسات العلمية تؤكد على دور وسائل الإعلام المختلفة في تعاطي المخدرات و انتشارها ، حيث يقضي كثير من الناس معظم أوقاتهم في استخدامها و التعامل معها والاستماع إليها أو مشاهدتها خاصة في مجتمعنا العربي ، لذلك لابد من ترشيد الإعلام حول المخدرات والحد من الإثارة الإعلامية والإفراط في عرض أو إبراز مشكلة المخدرات بطريق مشوقة قد تدفع صغار السن والراهقين للتشوق لمعرفة آثارها وتجربتها ، كما يجب تعريف مفهوم الإعلام الأمني من خلال غرس القيم وتأصيل الوعي وتربيبة الضمير وتنمية الأخلاق الفاضلة.

وقد حذرت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات التابعة للأمم المتحدة ، في تقريرها من أن شبكة الإنترنت وموقع التواصل الاجتماعي هي أخطر وسائل ترويج للمخدرات في العالم ، وذكرت في تقريرها على تزايد ظاهرة صيدليات بيع المخدرات عبر شبكة الإنترنت.

وقال التقرير أن الظاهرة في تزايد وتتذر بخطر شديد على الشباب على الرغم من تحذيرات الأمم المتحدة المستمرة على مدى السنوات الخمس الماضية ، والتطور الأكثر خطورة بحسب التقرير ، هو بدء استخدام موقع التواصل الاجتماعي ومنها التويتر وفيسبوك في الترويج لبيع وتعاطي المخدرات في غالبية مناطق العالم ، وأشار التقرير إلى أن هناك ظاهرة جديدة تم رصدها العام الماضي وهي ترويج الأدوية المزيفة عبر شبكة الإنترنت وتبين أن الهند تقوم بتصنيع 60 % من الكمييات التي يتم ترويجها على مستوى العالم.

وطلبت الأمم المتحدة دول العالم بضرورة الإسراع بسن قوانين تنظم التسوق عبر الإنترنت ، مشيرة إلى أنه لا توجد مثل هذه القوانين سوى في دولة الإمارات العربية المتحدة.

وفي تقرير أصدرته وكالة تطبيق القانون الأوروبية (يوروبيول) و"المركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدمانها" حول "بيع المخدرات عبر الإنترنت" أن ألمانيا جاءت في مقدمة الدول الأكثر بيعاً للمخدرات عبر الإنترنت بين عامي 2011 – 2015 بقيمة مالية بلغت 26.6 مليون يورو ، وأضاف التقرير أن بريطانيا جاءت في المرتبة

الثانية من بين أكثر الدول التي يتم منها بيع المخدرات عبر الإنترن特 بـ 20.3 مليون يورو، ثلتها في المرتبة الثالثة هولندا بـ 17.9 مليون يورو.

4. العوامل التي تعود للمجتمع: مرتبة وفقاً لقوة الإرتباط بالتعاطي من وجهة نظر المتعاطي ( عدم تطبيق القوانين أو ضعفها ، خلل التركيبة السكانية ، الافتتاح الحضاري والثقافي ، الثغرات الأمنية في الموانئ والحدود البرية والبحرية والجوية ، الغزو الفكري ، تساهل الصيدليات في بيع الأدوية بدون وصفة طبية ، العمالة الوافدة ، نقص برامج الوقاية المجتمعية ، الوفرة المادية والرخاء ، وفرة المادة المخدرة ، ضعف أداء رجال الأمن ، عدم توفر أماكن ترفيهية للشباب ) ، وقد كان الإرتباط قوي جداً بين جميع المفردات وتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي والتي انحصرت بين (0.880\*\*) و (0.826\*\*) ، وهي درجات قوية وتوّكّد أهمية وتأثير العوامل المجتمعية في دفع الشباب للتعاطي ، وقد احتلت المرتبة الأولى عبارة عدم تطبيق القوانين أو ضعفها من وجهة نظر المتعاطي في بعد العوامل المجتمعية ، وهذه النتيجة تعد من النتائج المنطقية والخطيرة إذ أن المدمنين أكثر درايةً ومعرفةً بالثغرات القانونية وهو بمثابة اعتراف وتنويم للأجهزة الأمنية لمعالجة هذه الأخطاء الإجرائية في قضايا المخدرات ، كما أن هذه النتيجة تعد بمثابة تفسير منطقي لأحكام البراءة التي يحصل عليها الكثير من المتهمين في جرائم المخدرات وذلك بسبب الخطأ بالإجراءات ، كما أنها تعد من أبرز المشاكل والتحديات التي تعاني منها الأجهزة الأمنية في مكافحة المخدرات ، وتتطلب تدريب كافي لرجال الأمن ، كما يمكن تفسير هذه النتيجة من زاوية أخرى بأن عينة الدراسة من المتعاطين تشكّل بقدرة القانون على ردع مجرميـن أو الحد من نشاطـهم ، ويرى الباحثون أن هذه النتيجة قد تكون من أخطر النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية ، فإذا كانت نظرـتـ المـتعـاطـيـ أوـ المـجـرمـ نـقـومـ عـلـىـ التـشـكـيكـ بـتـطـبـيقـ القـانـونـ أوـ التـحـيزـ فـيـ تـطـبـيقـهـ أوـ انـهـ تـرـىـ أـنـهـ غـيرـ فـاعـلـ فـيـ رـدـعـ المـجـرمـينـ ، فـهـذـهـ مشـكـلةـ كـبـيرـةـ لأنـ القـانـونـ هوـ مـصـدـرـ حـمـاـيـةـ الـجـمـعـيـةـ وـاسـتـقـارـاـهـ ، وـهـذـهـ النـتـيـجـةـ تـتـطـلـبـ إـعادـةـ النـظـرـ فـيـ هـذـهـ القـانـونـ وـمـعـالـجـةـ الـخـلـلـ التـشـريـعيـ الـذـيـ مـكـنـ الـكـثـيرـ مـنـ الـمـجـرمـينـ فـيـ جـرـائـمـ

المخدرات من الحصول على البراءة بسبب أخطاء اجرائية بالضبط والتفتيش أو غيرها من الاجراءات.

وقد أشارت الدراسة التحليلية التي أعدتها إدارة الدراسات والبحوث في قطاع البحوث والمعلومات في مجلس الأمة حول التركيبة السكانية في دولة الكويت ، بأن الكويتيون يشكلون 31.7% من المجتمع السكاني في الكويت ، ويشكل غير الكويتيين (68.3%) بأغلبية آسيوية واضحة (62% من إجمالي الوافدين) مقابل (33.5%) للجنسيات العربية مجتمعة ، أما الأفارقة فبنسبة (2.8%) ، وأما الأوروبيون والأمريكيون والأتراك فلا يشكلون في مجموعهم سوى (1.7%) ، وأما فئة البدون (غير محدد الجنسية) وعددهم حوالي 90 ألف نسمة فتشكل نسبتهم حوالي (3%) من إجمالي غير الكويتيين ، كما أشارت بيانات وزارة الداخلية إلى أن الوافدين ينتمون لأكثر من 100 دولة وجنسية ، إضافة إلى حوالي 90 ألفاً من غير محدد الجنسية وبمعدل مواطن لكل (2.15) غير كويتي ، وأشارت الدراسة إلى أنه بجانب الفوائد والإيجابيات التي توفرها العمالة الأجنبية للاقتصاد والمجتمع الكويتي ، فإنه توجد بعض الآثار السلبية اجتماعياً ، واقتصادياً ، وثقافياً ، وأمنياً ، وسياسياً ، ومن أهمها ما يلي:

**اجتماعياً:** ظهر بعض الممارسات الغربية على مجتمعنا الكويتي المحافظ وتأثيرها السلبي في النشاء ، لاسيما بين المختلطين منهم بفئة خدم المنازل (وأغلبهم من الآسيويين).

**ثقافياً:** دخول كثير من المصطلحات الغربية على لغتنا العربية ، واختلاف أسلوب التخاطب بين الكويتيين عن ما كان بالقديم والذي تأثر بالعديد من المفردات اللغوية ذات المصادر الهندية والإيرانية ، أو حتى الإنجليزية ، بالإضافة إلى تعارض المعتقدات والتقاليد واحتلاطها وخلخلة منظومة القيم الكويتية العربية الأصيلة بسبب نقل بعض العادات السيئة للمجتمع الكويتي.

**أمنياً:** غالباً ما يكون هدف وجود العمالة الوافدة هو كسب العيش بالطريق الحلال ولكن تحت ضغط تجار الإقامات والظروف الخاصة لبعضهم ، فقد

تحدث بعض السلبيات الأمنية وأهمها ظهور بعض الجرائم الدخلية على المجتمع الكويتي بسبب كثرة العمالة الهاشمية مثل: جرائم سرقates البنية التحتية للبلاد ( أغطية الصرف الصحي ، أسلاك الكهرباء ، الشتلات بالشوارع، أدوات الري والتنقيط، المحابس...الخ ) ، وجرائم الخطف والإغتصاب ، وصناعة الخمور ، ومروجي المخدرات ، وشقق الدعاارة ، وجرائم التزوير في المعاملات المالية ورخص القيادية وغيرها.

ومن جانب آخر فإن هناك عوامل تعود للمجتمع ، وتوثر بشكل مباشر أو غير مباشر في ارتفاع معدلات التعاطي مثل توافر مواد الإدمان عن طريق المهربيين والمروجين ، والتي تجعل الحصول على المخدرات من الأمور السهلة والميسرة بالنسبة للمرأهقين والشباب ، كما أن الإنفتاح الحضاري والاقتصادي ساهم كذلك في انتشار هذه الآفة ، حيث تمكن ضعاف النفوس من استغلال هذا الإنفتاح الاقتصادي استغلالاً سيناً ، فبدلاً من قيامهم بإستيراد السلع الضرورية والمفيدة للمجتمع تحول نشاطهم للإضرار بالمجتمع واستغلال الثغرات الأمنية وإجراءات المراقبة والتفتيش بتهريب هذه السموم ، ونشرها بين الشباب لتحقيق أرباح مالية طائلة على حساب صحة الآخرين.

كما أن تساهل الصيدليات في بيع العقاقير ذات التأثير النفسي بدون وصفة طبية ودون رقابة من الأجهزة المعنية بوزارة الصحة يعد من العوامل المهمة في انتشار التعاطي من وجهة نظر المتعاطي وهذا يفسر ارتفاع نسبة من يتعاطى الليريكا في الدراسة الحالية والتي وصلت إلى 17% من أفراد العينة.

وقد أشار "مصطفى سويف" (1996) إلى أن كثير من القرائن إلى أن الدرجة التي تتوافر بها مادة نفسية غير مشروعة في المجتمع تعتبر عاملاً مهماً في شيوخ الإقبال عليها ولو على سبيل التجريب.

ويمكن القول بناءً على ما سبق إن توفر المادة في مجتمع ما يعتبر مؤشراً لنوع من التوازن بين العرض والطلب وفي الوقت نفسه فإن العرض والطلب يتاثران بالقوانين والنظم والعوامل الاقتصادية الفاعلة في المجتمع ، ومعنى ذلك في نهاية الأمر أنه مع زيادة وفرة المادة يزداد الطلب عليها.

السؤال الثالث: هل هناك فروق بين أفراد عينة الدراسة في تعاطي المخدرات ، والتي تعزى للمتغيرات الديموغرافية ( الجنس، السن ، نوع مادة التعاطي ، طريقة التعاطي)؟

أولاً : دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير الجنس في تعاطي المخدرات :

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير الجنس في تعاطي المخدرات ،

استخدم الباحثون اختبار (t. test) ، وجاءت النتائج كما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس في تعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) .

ثانياً : دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير طريقة التعاطي :

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير طريقة التعاطي في التوجه

لتعاطي المخدرات استخدم الباحثون اختبار (One Away ANOVA) ، وجاءت النتائج كما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى لمتغير طريقة التعاطي عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) ، ولمعرفة طبيعة الفروق ولصالح من تعود تلك الفروق استخدم اختبار (LSD) للمقارنات البعدية ، واتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتعاطي المخدرات بين طريقة التدخين وطريقة الشرب ، ولصالح طريقة الشرب مقارنة بطريقة بالتدخين ، في حين لم تكن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية لتعاطي المخدرات بين طرق تعاطي المخدرات الأخرى وبعضها.

ثالثاً : دلالة الفروق بين أفراد العينة تعزى لمتغير مادة التعاطي :

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة تعزى لمتغير مادة التعاطي ، استخدم الباحثين

اختبار (One Away ANOVA) ، وجاءت النتائج كما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى لمتغير مادة التعاطي عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) .

#### **رابعاً: دلالة الفروق بين أفراد العينة تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات:**

لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة التي تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات

استخدم الباحثين اختبار (One Away ANOVA) ، وجاءت النتائج كما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى لمتغير العمر في تعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ).

#### **رابعاً: توصيات الدراسة**

- الوقوف صفاً واحداً في وجه مشكلة تعاطي المخدرات التي تعد من المشاكل الاجتماعية المعقّدة التي يعني منها المجتمع بأسره وتنس كل فرد من أفراده ، فلم تعد مشكلة فردية تخص المتعاطي أو من هم حوله من أفراد أسرته ، وإنما هي مشكلة تجاوزت الحدود وتحتّط المعقول ، وإن تركت للزمن فإنها لا تبقى ولا تنز وسوف تمر الأخضر واليابس ، لذلك فالواجب الشرعي والأخلاقي والوطني يحتم علينا القيام بتوحيد الجهود المجتمعية الصادقة أمام هذه الآفة ، ومن يروج لها أو يتاجر بها.
- الإسراع بتشكيل هيئة أو لجنة وطنية عليا برئاسة معايي وزير الداخلية وبمشاركة كافة الجهات الرسمية والأهلية ذات الصلة ، لرسم سياسة وطنية عامة مشتركة للتصدي على هذه المشكلة بأبعادها الثلاثة ( خفض الطلب - خفض العرض - العلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة ).
- تشكيل لجان مشتركة بين الإدارات العامة لمكافحة المخدرات والوزارات المعنية منها : وزارة التربية ، وزارة التعليم العالي ، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية ، وزارة الإعلام ، وذلك لدراسة ملامح وحدود المشكلة وطبيعة انتشارها في المجتمع ، ووضع آليات تعاون مشتركة وتوفير كل ما يلزم لذلك.
- معالجة القصور في التشريعات والقوانين المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية ومعالجة الأخطاء في الإجراءات التي تتسبّب في براءة المتهمين بقضايا الاتجار بالمخدرات ، وهو الأمر الذي يعد من المطالب الملحة لمواكبة تطور الجريمة من حيث الكم والكيف ، وكذلك يولد الشعور بالأمن والأمان عند تطبيق القانون.

- التأكيد على أهمية دعم الأسرة والمحافظة على وحدتها وتهيئة الظروف المناسبة ل التربية للأبناء على الأسس الأخلاقية السليمة بالتعاون مع المؤسسات الرسمية ، وذلك لبناء جيل من الشباب الواعي المدرك لمسؤوليته ودوره في بناء المجتمع.
- التركيز على دور المدرسة في عملية التربية السليمة وغرس القيم الدينية والأخلاقية والوطنية في نفوس الطلاب ، وعدم الإقصار على الجوانب التعليمية ، وتزويد المدارس بالمتخصصين والمرشدين ومراقبى السلوك وتعزيز العلاقة بين المدرسة والأسرة.
- تشجيع ودعم البرامج الدينية لما لها من أثر فاعل في تدعيم الأمن الاجتماعي داخل المجتمع ومحاربة الظواهر السلوكية المنحرفة التي قد تطرأ على نفوس الناس وخاصة الناشئة وعلاجها من أجل الوقاية منها ، ولا يخفى على أحد أن دور الدين يفوق دور كافة المؤسسات التربوية والقانونية كونه يخاطب الضمير الإنساني الذي هو مركز التقليل في توازن الطابع البشري وتربيتها على حب الخير ونشره ومحاربة الشر وصدده.
- ضرورة توجيه أجهزة الإعلام المختلفة بمنع المسلسلات والأفلام والبرامج التي تروج للمسكرات والمخدرات بطرق مباشرة أو غير مباشرة ، وعرض المواد الإعلامية على لجنة مختصة بمشاركة متخصصين في علم النفس والاجتماع والتربية لمراجعة تلك المواد قبل التصريح بعرضها.
- القضاء على مشكلة البطالة التي يعاني منها المئات من الشباب بتوفير فرص العمل المناسبة والتوعي في برامج التدريب المهني للشباب ، والاعتماد على المواطن في عمليات البناء والتنمية والحد من الاعتماد على الخبرات الأجنبية بتوفير فرص التعليم والتدريب للشباب من الجنسين.
- توفير العلاج الصحي والاجتماعي للمدمنين والمعاطفين الذين يتم ضبطهم وذلك بتوفير المصحات النفسية ، والتوعي في برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين بمشاركة مؤسسات المجتمع المدني وتوفير فرص معيشية مناسبة لهم ولأسرهم.
- التوسيع في إنشاء مراكز لعلاج الإدمان في كل المحافظات وتزويدها بأخصائيين نفسانيين واجتماعيين للعمل على تشجيع إقبال المرضى المعاطفين للعلاج ، والسماح لقطاع الأهلي للمشاركة في بإنشاء مصحات للعلاج كما هو معمول به في جميع دول العالم.

- إقامة المعارض في النوادي الرياضية والمدارس التعليمية والجامعات التي تبين خطر الظاهرة وأضرارها.
- إقامة مسابقات لطلبة المدارس لتوسيع الطلاب بمخاطر المخدرات وأثارها السلبية على الفرد والمجتمع ، تشمل هذه المسابقات الرسم والقصة والشعر والتصميم وغيرها.
- الإسراع بإتخاذ الإجراءات الازمة لضبط ومراقبة الحدود والمنافذ البرية والبحرية والجوية وتزويدها بالأجهزة الحديثة لكشف المخدرات والمؤثرات العقلية ، وتشديد الرقابة على شركات البريد السريع لمنع إدخال المواد المخدرة والسلائف الكيميائية المرتبطة بتصنيعها ، وسد الثغرات التي يمكن أن تستغلها عصابات تهريب المخدرات ، وإحكام الرقابة والسيطرة على كافة المنافذ الحدودية.
- دعم البرامج العلاجية في المؤسسات الإصلاحية ، ومراعاة الفصل بين مروجي ومهربى المخدرات ، وبين متعاطيها ، وتشديد إجراءات التفتيش لمنع دخول المخدرات في السجون.
- رعاية أسر المدمنين أو الموقوفين بالسجون وسد حاجتهم ، وقضاء شؤونهم ، وهذا الأمر له أهميته البالغة في وقاية الأسرة من الإلحاد والضياع ، وهو من التكافل الاجتماعي الذي حث عليه ديننا الحنيف.
- الإهتمام بدور الإعلام الأمني وضرورة استخدام وسائل التواصل الاجتماعي لبث الرسائل التوعوية عن المخدرات وأثارها السلبية على الفرد والمجتمع.
- الإهتمام بالطاقات الشبابية وتشكيل فرق تطوعية لمواجهة هذه الآفة من خلال تصميم مواقع وصفحات إلكترونية لتوعية المجتمع بمخاطر هذه الآفة الدمرة.

## قائمة المراجع

### أولاً: المصادر:

1. القرآن الكريم.

### ثانياً: المراجع العربية:

- 1- ابن منظور ( 1994 ) ، لسان العرب ، بيروت: دار صادر.
- 2- أبو القاسم الحسين بن محمد المعروف بالراغب الأصفهانى ( المتوفى: 502 هـ ) المفردات في غريب القرآن ، ط 1 ، تحقيق صفوان عدنان الداودي ، دمشق وبيروت: دار القلم ، الدار الشامية.
- 3- أبو زيد، مدحت عبد الحميد ( 1992 ) الارتفاع العاققيري ، دراسة علمية مقارنة ، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 4- أبو مغصص ، عابد عبدالله و الزراد ، فيصل محمد خير ( 2001 ) ، الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية ( التشخيص والعلاج ) ، دمشق : دار اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 5- أحمد ، عبد اللطيف رشاد ( 1992 ) ، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات ، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 6- أحمد بن محمد علي المقرizi ( 1977 ) ، المصباح المنير ، تحقيق عبد العظيم الشناوي ، القاهرة: دار المعارف.
- 7- إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ( 1998 ) ، دراسة ميدانية حول مشكلة تعاطي المخدرات بين طلاب المدارس والأساليب الوقائية لمواجهتها ، الكويت : وزارة التربية.
- 8- الأشول ، عز الدين ( 1929 ) ، علم النفس النمو ، ط. 8 القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- 9- الأصفر، أحمد عبد العزيز ( 2004 ) ، عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في الوطن العربي ، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

- 10- العشماوي ، السيد متولي ( 2009 ) ، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان ، الجزء الأول ، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 11- البار ، محمد علي بار ( 1988 ) ، المخدرات الخطر الداهم ، دمشق : دار القلم.
- 12- البداینة ، ذیاب موسی ( 2012 ) ، الشباب والانترنت والمخدرات ، ط 1. ، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 13- الخطيب ، جمال محمد سعيد ( 1998 ) ، سیکولوجیہ تعاطی المخدرات ، الرياض: المجلة العربية للدراسات الأمنية ، العدد 11.
- 14- الدمرداش ، عادل ( 1990 ) ، الإدمان مظاهره وعلاجه ، الكويت: عالم المعرفة.
- 15- الحجار، محمد حمدي ( 1992 ) ، العلاج النفسي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 16- الحميدان ، عايد علي ( 2004 ) ، أهوال المخدرات في المجتمعات العربية ، الكويت: مطبعة الحكومة.
- 17- \_\_\_\_\_ ( 2004 ) ، المهدوسات والنشوة الزائفة ، الكويت: اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات.
- 18- \_\_\_\_\_ ( 2004 ) ، المذيبات الطيارة بين الخمول والهذيان ، الكويت: اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات.
- 19- \_\_\_\_\_ ( 2008 ) ، المخدرات الطبيعية سوم فتاكہ ، الكويت: الإداره العامة لمكافحة المخدرات.
- 20- \_\_\_\_\_ ( 2008 ) ، المخدرات المصنعة نهايتها مؤلمة ، الكويت: الإداره العامة لمكافحة المخدرات.
- 21- \_\_\_\_\_ ( 2008 ) ، المخدرات التخليقية دمار وهلاك ، الكويت: الإداره العامة لمكافحة المخدرات.
- 22- \_\_\_\_\_ ( 2008 ) ، تلوث البيئة والمخدرات ، الكويت: الإداره العامة لمكافحة المخدرات.
- 23- \_\_\_\_\_ ( 2010 ) ، المخدرات في دولة الكويت الأسباب والوقاية والعلاج ، الكويت: مطبعة الحكومة.

- 24 (2012) ، تعزيز الرقابة على الصناعة والإتجار المحلي والدولي في مادة الأستيك أنهيدريد في غرب آسيا ، الورشة الإقليمية للسيطرة على مادة الأستيك أنهيدريد في منطقة غرب آسيا، الدوحة: مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.
- 25 (2013) ، انتشار المخدرات بين الشباب "الآثار والأسباب والحلول" ، الكويت: الهيئة العامة للشباب والرياضة.
- 26 (2014) ، الشبو والآيس.. نزعة للهلاك ، الكويت : الإداراة العامة لمكافحة المخدرات.
- 27 (2014) ، الترامادول مسكن قاتل، الكويت : الإداراة العامة لمكافحة المخدرات.
- 28 (2014) ، ليربكا .. دمار شامل ، الكويت : الإداراة العامة لمكافحة المخدرات.
- 29 - الديدي ، رشا عبدالفتاح (2001) ، المرأة والإدمان ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- 30 - الدوري ، عدنان (1976) ، أصول علم الإجرام ، أسباب الجريمة السلوك الإجرامي ، الكتاب الأول ، الكويت: مطبعة جامعة الكويت.
- 31 - الركابي ، لمياء ياسين (2011) ، أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الابتدائية ، القاهرة : مجلة العلوم النفسية ، العدد 19.
- 32 - السيد ، حنان سعيد (2016 ) سيكولوجية السلوك الاجرامي ، مصر: مطبعة المحمدية.
- 33 - الشناوي ، محمد محروس (1998 ) ، العملية الإرشادية والعلاجية ، ط.1 ، القاهرة: دار غريب.
- 34 - الصالح ، عبدالله غلوم وإسماعيل ، عزت سيد (1994) ، المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات والعاقير ، الكويت : ذات السلاسل.
- 35 - الطواب ، سيد محمود ( 1991 ) ، النمو الإنساني أساسه وتطبيقاته ، ط. 8 ، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

- 36- الطوسي، باسم والنصرات ، محمد والمعاني، عبدالرازق وكريشان ، بشير (2013) ، اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان ، عمان: مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد 40 (2).
- 37- الظفيري ، عزيز بلهول (2001) ، سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين ، دراسة إكلينيكية ، القاهرة: رسالة دكتوراه منشورة ، جامعة الزقازيق.
- 38- \_\_\_\_\_ ( 2005 ) ، الصورة الأبوية المسقطة لدى مدمن الهيروين ، الكويت : المؤتمر الإقليمي لمكافحة المخدرات.
- 39- \_\_\_\_\_ ( 2018 ) ، وسائل التواصل الاجتماعي نافذة لتعاطي المخدرات ، الكويت: الادارة العامة لمكافحة المخدرات.
- 40- الغريب ، عبد العزيز بن علي (2006) ، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي ، الرياض : جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- 41- الغول ، حسن علي خليفة (2011) ، الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلجية للدمدن ، ط . 1 ، القاهرة : دار الفكر العربي.
- 42- القشعان ، حمود والكندي ، يعقوب ( 2002 ) ، العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات ، الكويت : المجلة التربوية ، المجلد 17 ، العدد 65.
- 43- المشهداي ، فهيمة كريم (2009) ، التصنيع والجريمة ، ط.1، بغداد : د. ن.
- 44- الطيرى ، عبير هادي (2001) ، جريمة المخدرات وجنوح الأحداث ، عمان : دار آمنة للنشر والتوزيع.
- 45- المغربي ، سعد زغلول (1986) ، سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 46- المهدي ، خالد حمد (2013) ، المخدرات وأثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، قطر: مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.
- 47- الوريكات ، عايد ، عواد (2004) ، نظريات علم الجريمة ، ط.1 ، عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع.

- 48 عمان: مجلة كلية المعلمين ، العدد 5 ( 1995 ) ، سوسيولوجيا تعاطي وإدمان المخدرات ،
- 49 بلوم ، جيرالد (1995) ، الديناميات النفسية .. علم القوى النفسية اللاشعورية ، ( ترجمة رزق سند ) ، بيروت: دار النهضة العربية.
- 50 بوبيدي ، لامية (2012) ، واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري ، الجزائر: مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، العدد 3
- 51 تركي ، مصطفى أحمد (1974) ، الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء ، دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت ، القاهرة : دار النهضة العربية.
- 52 جابر ، عبد الحميد جابر(2000) ، دراسة فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة ، دراسة إكلينيكية ، القاهرة : رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة القاهرة.
- 53 جمعية الطب النفسي الأمريكية (2004) ، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، ( ترجمة : نيسير حسون ) ، دمشق: د.ن.
- 54 حنورة ، مصري (1998) ، مظاهر اضطراب الشخصية لدى متعاطي المخدرات .. دراسة حضارية مقارنة على عينتين من مصر و الكويت ، الكويت : المؤتمر العالمي الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات.
- 55 حوري ، محي الدين (2003) ، الجريمة أسبابها ومكافحتها ، دمشق: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- 56 خليفة ، عبد اللطيف محمد و المشعان ، عويد سلطان (2003) ، تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت، الكويت: مجلة علم النفس ، العدد (65,66).
- 57 دويدار، عبد الفتاح محمد (1992) ، سيكولوجية النمو و الإنقاء ، الإسكندرية : دار المعرفة العربية.
- 58 زهران ، عبد السلام (1992) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط.2 ، مصر: عالم الكتب.

- 59- سليم ، سلوى علي (1994) ، الإسلام والمخدرات .. دراسة سيولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات ، الرياض : الدار الوطنية السعودية.
- 60- سويف ، مصطفى (1992) ، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، الكويت: عالم المعرفة.
- 61- \_\_\_\_\_ (2003) ، آفاق جديدة في مواجهة الإدمان ، المؤتمر السنوي الخامس ، القاهرة: مجلة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- 62- عبد الرحمن ، محمد السيد وهاشم ، أميرة جابر (2008) ، بناء برنامج إرشادي وقائي مقترن للوقاية من الإدمان على المخدرات لدى طلبة الجامعة ، القاهرة : المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد 59.
- 63- عبدالله ، نوري سعدون (2011) ، العوامل الاجتماعية المؤثرة في ارتكاب الجريمة.. دراسة ميدانية لأثر العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى ارتكاب الجريمة في مدينة الرمادي ، العراق: مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية ، العدد 1.
- 64- عبد السلام ، فاروق عبد العزيز (1977) ، سيكولوجية الإدمان ، القاهرة : دار المنافع للطباعة.
- 65- عبد الغني ، سحر(2005) ، الأطفال وتعاطي المخدرات ، ط.1، القاهرة : المكتبة المصرية.
- 66- عبداللطيف ، رشاد (1992) ، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 67- عبد المنعم، عفاف محمد (2003 ) الدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجـه ، القاهرة : دار المعرفة الجامعية.
- 68- عبد المنعم ، عفاف محمد (2007) ، الإدمان ، ط. 1، القاهرة : دار المعرفة الجامعية.
- 69- عرموش ، هاني (1992) ، المخدرات إمبراطورية الشيطان ، القاهرة : دار النافس للطباعة و النشر و التوزيع.
- 70- عسکر ، رأفت السيد (2004) ، تعاطي المخدرات في السينما المصرية .. دراسة في الخطاب السينمائي المصري ، القاهرة : الناشر المؤلف.

- 71- عسکر ، عبدالله السيد (1996) ، اضطرابات الشخصية وعلاقتها بالإدمان و اختيار مادة التعاطي .. دراسة مقارنة لتعاطي المسكرات والهيلروين والمنشطات والحسيش ، القاهرة: مجلة الصحة النفسية ، مجلد 37 ، العدد السنوي .
- 72- \_\_\_\_\_ (2000) ، الإدمان بين التشخيص والعلاج ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- 73- عكاشة ، أحمد محمود (1998) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- 74- عويدات ، عبد الله (1991) ، مظاهر الاغتراب عند معلمي المرحلة الثانوية ، عمان: مجلة دراسات العلوم الإنسانية ، العدد 22 (6).
- 75- غالى ، محمد (1980) ، سيكولوجيا الإدمان والمدمنين ، الكويت : مطبع دار البلاع.
- 76- غانم ، محمد حسن (2007) ، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات ، القاهرة : دار غريب للنشر والتوزيع.
- 77- غباري ، محمد سلامة (1991) ، الإدمان .. أسبابه ونتائجها وعلاجه ، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 78- فايد ، حسين علي (1992) ، دراسة مقارنة لديناميات شخصية منتعاطي الهيلروين ومنتهاي الحشيش ، ماجستير غير منشورة ، القاهرة : جامعة عين شمس.
- 79- فطرايرة ، جواد (2001) ، الإدمان .. أنواعه ومراحله وعلاجه ، القاهرة : دار الشروق.
- 80- فؤاد ، متولي بسيوني (2000) ، التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات ، مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 81- قمار ، فريدة (2009) ، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات ، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي ، معهد علم النفس وعلوم التربية ، الجزائر: جامعة الجزائر.
- 82- لوري ، بيتر (1995) ، المخدرات حقائق اجتماعية ونفسية وطبية ، ( ترجمة نور الدين خليل ) ، القاهرة : الهيئة المصرية للكتاب.

- 83- محمد على محمد ( 1985 ) ، وقت الفراغ في المجتمع الحديث ، بيروت : دار النهضة العربية.
- 84- محمد، محمد فتحي (2011) ، إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيالي ، ط.1، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- 85- محمد ، نجية (1992) ، الإدمان الكارثة والعلاج ، ط. 1، ليبيا : الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.
- 86- مخيم، عماد والظفيري ، عزيز (2003) ، ضغوط الأقران وتقدير الذات وعلاقتها بالإتجاه نحو تعاطي المخدرات لدى المراهقين الكويتيين ، القاهرة: مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية ، المجلد 13.
- 87- مرسي ، أبو بكر(2002) ، أزمة الهوية في المراهقة وال الحاجة ل لإرشاد النفسي ، ط. 1، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- 88- مسعود ، جبران (1996) ، معجم الرائد ، بيروت : دار العلم للملايين.
- 89- مشaque ، محمد أحمد(2007) ، الإدمان على المخدرات .. الإرشاد والعلاج النفسي ، ط. 1 ، عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 90- نشأت ، أكرم (2005) ، علم النفس الجنائي ، ط.2 ، بيروت : دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 91- نعيم ، سمير(1969) ، الدراسة العلمية للسلوك الإجرامي ، القاهرة : مكتبة سعيد رافت.
- 92- نيازي ، عبدالمجيد طاش (2008) ، برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان ، الرياض : جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 93- وزارة الإعلام ( د. ت ) ، المخدرات الخطر والمقاومة ، السعودية : مطبع مؤسسة الجزيرة.
- 94- وهبي ، محمد (1990) ، عالم المخدرات بين الواقع والخيال ، بيروت : دار الفكر اللبناني.

### **ثالثاً: المراجع الأجنبية**

- 1- Ackerman,N.(1994),The Psychodynamics of Family life .Joson Aronson Inc Northvale, New Jersey.
- 2- Barlow, D.H. (Ed.) (1990), Diagnoses, dimensions, and DSM-IV [Special issue]. Journal of. Abnormal Psychology, 100(3).
- 3- Barnes ,G: Farrell,M &Carins, A.(1986) , Parental socialization factors and adolescent behaviors .Journal of Marriage and the Family. vol. 84,PP27-360.
- 4- Bejerot , N.(1972),Addiction: An artificially induced drive .Spring field , 1 11:charles c . Thomas .
- 5- Becker, H, S(1955), Becoming A marihuana User A sociological Approach .In Mental Health and Mental Disorder, chap.28.
- 6- Bowen,M.(1959),Family relationship in schizophrenia.In A. Auerbach (Ed).,Schizophrenia :An integrated approach (pp. 147-178). New York : Ronald press.
- 7- Bowen,M.(1961),Family psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry,1(1),40-60.
- 8- Bowen,M.(1966),The use of theory in clinical practice. Comprehensive Psychiatry, 7,345-374.
- 9- Bowen,M.(1978),Family therapy in clinical practice .New York: Jason Aronson .
- 10- Bowlby.J.(1965), Child care and Growth of love .New York, Penguin Books .
- 11- Chalmers D, H., Bawyer K., Chester A. & Olenick, N. L. (1991), problem drinking and obesity A comparison in personality patterns and life style, international Journal of addiction, 25(7), 803 – 817.

- 12- **Duncan,D.& Petosa, R.(1995)**, Social and community factors associated with drug use abuse among adolescents in T.Gullota and G. Adams (Eds.) substance misuse in adolescence .London, sage publication .
- 13- **Drew, J.S., (1982)**, Treating drug addiction in the minority communities: The decade ahead, paper presented at the annual convention of the American Psychological Association.
- 14- **Gabriel G. And Nohas H. (1981)**, Drug Abuse In Modern World, New York Pergomon Press.
- 15- **Gary C. K. Chan(2017)**, Socio-economic differentials in cannabis use trends in Australia (pages 454–461) **Society for the Study of Addiction** , 454-461.
- 16- **Jari Haukka (2017)**, Non-medical use of psychoactive prescription drugs is associated with fatal poisoning , **Society for the Study of Addiction**, 113,464-472 28 SEP 2017 .
- 17- **Khantzian,E.J.(1982)**, Psychology, Psychodynamics alcoholism .In M. E. Pattison &E.Kaufman (Eds). Encyclopedia of alcoholism (pp. 581-597) . New York: Gardner press.
- 18- **Khantzian,E& Schneider,R (1991)**, Addiction ,adaptation, and the drug of choice Phenomenon :clinical perspectives, In , Milkman , H.(Eds) The addiction ,multidisciplinary perspectives and treatment. Toronto :Lexington Books.
- 19- **Lauri, P., (1967)**, Drugs, medical, Psychological and social facts, England: Penguin books Middlesex .
- 20- **Macdonald, D., (1984)**, Drugs, Drinking and Adolescents, Chicago: Book medical publishers.

- 21- **Martin, B., & Hall, W. (1999)**, The health effects of cannabis: Key issues of policy relevance. Retrieved August 10, 2009.
- 22- **Overholser, J. C., et al., (1997)**, Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts, Canadian Journal of Psychiatry, 42 (4), 402-408.
- 23- **Rasmussen, s., (2000)**, **Addiction Treatment: Theory and Practice**, London: Sage Publication, INC.
- 24- **Robinson, N. & Robinson. L. (1976)**, The Mentally Retarded Child: A Psychological Approach (2<sup>nd</sup> Ed.) New York: McGraw Hill.
- 25- **Shane Darke, Sharlene Kaye, Johan Duflou (2017)**, Rates, characteristics and circumstances of methamphetamine-related death in Australia: a national 7-year study, **First published:** 11 July.
- 26- **Sheer, M. G. (1989)**, Life style factors for drugs users in relation to risk for HIV. Aids care, 1, 45 – 50.
- 27- **Shulman, S., & Krenke, I.S. (1997)**, Fathers and adolescents: Developmental and clinical perspectives New York: Routledge.
- 28- **Steinberg, L.& Nancy, D.(1993)**, Parenting style as context: An integrative model. Psychological bulletin, US: American Psychological Association.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
بِحُمْدِ اللَّهِ

حقوق الطبع والنشر  
محفوظة للمؤلفين



## العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي

- تسلط الضوء هذه الدراسة التطبيقية المحكمة على عينة مكونة من 354 متعاطياً من الذين تم القبض عليهم من قبل الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بتهمة حيازة وتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.
- تتطرق الدراسة إلى المفاهيم والمصطلحات، والعوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بالمخدرات والمؤثرات العقلية.
- تبين الدراسة للقارئ تفسير الإدمان، وأبعاد مشكلة المخدرات، وتفسير نظريات المخدرات، وأنواع المخدرات والمؤثرات العقلية المستحدثة، وأثارها الاجتماعية والنفسية.
- تستعرض الدراسة أهم النتائج من خلال الواقع الميداني عند تطبيقها، وتوصي بمقترنات عديدة لحد من تامي مشكلة المخدرات في المجتمع الكويتي.

## مع تحيات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات

الخط الساخن

**1884141**

قسم التوعية

**24915065 - 24915061 - 24915062 - 24915063**

**الفاكس**

**24915066**

@ded\_kw ded\_kw 97470322 dedenforcement@gmail.com DED.KW7@MOI.GOV.KW