

جامعة الجزائر (2)

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع

## الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات

- دراسة ميدانية على عينة من مدمني المخدرات الخاضعين للعلاج  
بمركز فرانتز فانون - البليدة -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الجريمة والانحراف

إشراف الأستاذ

إعداد الطالب:

الدكتور: رشيد بوسعادة

منير قندوز

السنة الجامعية: 2016/2015

## الإهداء

إلى...

الوالدين الكريمين عليهما من الله واسع الرحمة والرضوان  
إلى سكي وتوأم روعي إلى زوجتي الغالية  
إلى بعض روعي تميم مؤيد وزين العابدين  
إلى من أضاءت الحياة بعد ظلمتها أمي الصغرى عائشة  
إلى قرّة العين الوافد الجديد سادن جعل الله له من اسمه نصيب

أهدي هذا العمل

منير قندوز

# شكر... وعرافان

الحمد لله أحمدته حمد الشاكرين وأثني عليه ثناء الذاكرين، حمدا يوافي نعمه ويكافئ مزيدته، كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، وبما يليق بعزته وكبريائه، فله الحمد والشكر حمدا طيبا مباركا فيه، وأشكره على مننه وفضله لما أسبغ علي من تيسير بأن وفقني لإتمام هذه الدراسة، ولإنجاز هذا العمل المتواضع. فإنني أعترف بأن هذه المسيرة البحثية، ما كان من وسعي وطاقتي الضعيفة، أن أتصدى لها لولا ذلك التعاون الواسع، الذي من حظوظ هذه الرسالة التي تدين لذلك الفضل الكبير عليها، ما يكل اللسان بالتعبير عنه، ويظل في نطاق ضميري وشعوري إلى سرمد الدهر، لذلك يلزمني مبدأ الوفاء بالجميل والاعتراف بالفضل، حشداً أسمى أي التقدير والعرافان لأهل الفضل.

وإذ أقدم بعبارات الشكر والامتنان، فإنه لا يسعني في هذا المقام إلا أن أسدي جميل الشكر والامتنان للأستاذ الدكتور رشيد بوسعادة الذي يرجع له الفضل بعد المولى جل في علاه في إخراج هذا الأطروحة بهذا الحلة القشبية، التي زينها بنصائحه وإرشاداته وزانها بتوجيهاته وملاحظاته القيمة، ومواصلة الحثية سواء في التوجيه أو المشاورة في جميع مراحل البحث فله مني أسمى معاني التقدير والعرافان.

كما أقدم بخالص شكري وفيض امتناني مسبقا للأساتذة الدكتوراة الأفاضل أعضاء اللجنة الموقرة التي ستشرف على مناقشة هذه الأطروحة والذين تفضلوا بقبول مناقشتها فلهم كل الشكر وجميل الامتنان.

إلى الأساتذة الأفاضل بجامعتي الجزائر والمسيلة، كل باسمهم مني أسمى آيات الشكر والعرافان.

كما أقدم بصادق امتناني وعظيم شكري لكل من قدم لي يد العون والمساعدة خلال ترددي على المكتبات العامة والخاصة أو في إعاره المراجع والكتب أو ساعدوا في أعمال الدراسة الميدانية ممن أشرفوا على جمع البيانات خاصة بمركز فرانتز فانوز.

وسبحان مَنْ لَهُ الْعَزَّ وَالْكَمَالُ، وَاللَّهُ وَلِي

التوفيق.

الصفحة	فهرس الأطروحة
ب	الإهداء
ج	شكر وتقدير
د	فهرس المحتويات
ح	- قائمة الجداول
ي	- قائمة الملاحق
ك- ن	ملخص الدراسة
01	- مقدمة
04	الجانب النظري
05	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
06	- تمهيد
07	1- الإشكالية
11	2- فرضيات الدراسة
12	3- مبررات الدراسة
12	4- أهمية الدراسة
13	5- أهداف الدراسة
14	6- تحديد المفاهيم والمصطلحات
14	أ- الإدمان
16	ب- المدمن
17	ج- المخدر
18	د- الاعتماد
19	هـ- الاعتياد
20	و- الاستعمال غير الطبي
21	ز- التحمل
22	ح- الخصائص
22	ط- الخصائص الاجتماعية
23	ي- الثقافة
24	ك- الخصائص الثقافية
26	ل- الخصائص الاقتصادية
26	7- الدراسات السابقة

27	أ- الدراسات السابقة الأجنبية
31	ب- الدراسات السابقة العربية
47	ج- الدراسات السابقة الجزائرية
55	د- مناقشة الدراسات السابقة
62	8- التوجه النظري للدراسة
67	- خلاصة
68	<b>الفصل الثاني: المخدرات</b>
69	- تمهيد
69	1- تعريف المخدرات
72	2- المخدرات تاريخيا
75	3- معايير تصنيف المخدرات
75	3-1- تصنيف المخدرات على أساس لونها
76	3-2- تصنيف المخدرات بحسب طريقة الإنتاج
77	3-3- تصنيف المخدرات على أساس تأثيراتها
86	4- الحجم العالمي والعربي والمحلي لمشكلة المخدرات
87	4-1- مشكلة المخدرات عالميا
90	4-2- مشكلة المخدرات عربيا
95	4-3- مشكلة المخدرات في المجتمع الجزائري
105	5- تحريم الشريعة الإسلامية وتحريم القانون الجزائري للمخدرات
105	5-1- تحريم الشريعة الإسلامية للمخدرات
108	5-2- تحريم القانون الجزائري للمخدرات
114	- خلاصة
115	<b>الفصل الثالث: الإدمان</b>
116	- تمهيد
116	1- كيفية حدوث الإدمان
119	أ- انتقال المخدر داخل جسم الإنسان
119	ب- مدة وجود المخدر في الجسم
120	2- العوامل المؤثرة على مفعول العقاقير
121	3- مراحل الإدمان
121	4- الخصائص العامة للإدمان

126	5- أضرار الإدمان على الفرد والمجتمع
127	6- أنواع الإدمان
128	- حسب معيار مدى انتشار الإدمان
131	ب- حسب معيار خصائص الإدمان
138	7- تصنيف إدمان المواد المخدرة
141	8- أنماط جرعة المخدر
142	9- مستوى تأثير المخدر
143	10- العوامل المؤدية لإدمان المخدرات
146	- خلاصة
147	الفصل الرابع: الإدمان نظرياته وعوامله وخصائص مدمني المخدرات
148	- تمهيد
148	1- النظريات المفسرة للإدمان
148	أ- النظريات البيولوجية
151	ب- النظريات السيكلوجية
157	ج- النظريات الاجتماعية- الثقافية
165	2- التحليل الاجتماعي والعوامل المؤدية لانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات
167	أ- بنية التنظيم الاجتماعي وضعف الضوابط الأخلاقية
168	ب- التحليل الاجتماعي وبنية الفعل الإنساني
174	3-العوامل المؤدية لإدمان لمخدرات
192	4- الخصائص النفسية والاجتماعية والاقتصادية للمدمنين
198	5- الآثار الناجمة عن انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات
198	أ- الآثار الصحية الناجمة عن التعاطي
201	ب- الآثار الاجتماعية للتعاطي
203	- خلاصة
204	الجانب الميداني
205	الفصل الخامس: الطريقة والإجراءات الميدانية للدراسة
206	- تمهيد
207	1- المنهج
207	2- مجتمع الدراسة

208	3- عينة الدراسة
209	4- مجالات الدراسة
211	5- أدوات جمع البيانات
216	6- القواعد والقياسات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.
216	7- صعوبات الدراسة.
217	- خلاصة.
218	<b>الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها</b>
219	- تمهيد
219	1- البيانات الشخصية
223	2- البيانات المتعلقة بإدمان المخدرات
230	3- الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لمدمني المخدرات
230	أ- الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات. مجال الدراسة الميدانية
234	ب- الوضع الاقتصادي لمدمني المخدرات. مجال الدراسة الميدانية
245	ج- الوضع الثقافي لمدمني المخدرات. مجال الدراسة الميدانية
266	- خلاصة
267	<b>الفصل السابع: مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء النتائج واستنتاجات عامة</b>
268	- تمهيد
268	1- النتائج المتعلقة بالبيانات الأولية
270	2- البيانات المتعلقة بظاهرة الإدمان
275	3- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الفرعية الأولى
278	4- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية
282	5- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الفرعية الثالثة
289	6- استنتاجات عامة
293	7- التوصيات
296	- الخاتمة
أ- ص	- قائمة المصادر والمراجع
أ- ط	- قائمة الملاحق

- قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
<b>الجدول الخاصة بالإطار النظري</b>		
1	القضايا المتعلقة بالمخدرات عدد وأنواعها في الكويت خلال (1999-2000م)	٥/
2	المخدرات المحجوزة والأشخاص المقبوض عليهم خلال الفترة (1985-1990م)	٥٤
3	المخدرات المحجوزة بالجزائر خلال الفترة الممتدة بين عام (1985-1990م)	٥٤
4	القضايا والأشخاص الموقوفين في جرائم المخدرات في الجزائر لسنوات 1990-1992	٥٥
5	المخدرات المهربة إلى الجزائر من 1999 حتى 2002	-، -
6	كميات القنب بالطن التي حجزتها مصالح مكافحة من سنة 1992 إلى 2003	-، ٠
7	كمية المخدرات المحجوزة من قبل مصالح مكافحة من 2006 حتى 2015	-، ٠
<b>الجدول الخاصة بالجانب الميداني</b>		
8	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	. -٥
9	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن	٠٠،
10	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الزوجية	٠٠ -
11	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	٠٠٠
12	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سن بداية التعاطي	٠٠ /
13	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتسبب في التعاطي	٠٠٠
14	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المخدر المتعاطي	٠٠ ١
15	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان التعاطي	٠٠ ٢
16	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مع من يتم التعاطي	٠٠ ٣
17	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة الإدمان	٠٠ ٣
18	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عدد مرات التعاطي	٠٠ ٤
19	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الطريقة التي تستخدمها بشكل أكثر في التعاطي	٠٠ ٥
20	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان الإقامة	٠ /،
21	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الزوجية للوالدين	٠ / -
22	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب ترتيبك في الأسرة	٠ / ٠
23	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عدد المستوى التعليمي للوالدين	٠ //
24	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المهنة	٠ / ٠
25	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة	٠ / ١
26	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الدخل الشهري بالدينار	٠ / ٢
27	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تصرفهم عند عدم كفاية الدخل	٠ / ٣
28	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب حصولهم على مساعدات من الغير	٠ / ٤
29	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمل بصفة دائمة	٠ / ٤

30	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب إعالة الغير والأفراد المعالين	٠ / ٥
31	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عمل الزوجة	٠٠٠
32	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عدد الأطفال	٠٠-
33	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن	٠٠-
34	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي الذي تقطن به	٠٠٠
35	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب ملكية السكن	٠٠/
36	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوعية السكن	٠٠/
37	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مصدر الحصول على المخدرات	٠٠٠
38	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تكلفة المخدر	٠٠٠
39	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب وجود مشكلات بالحي السكني	٠٠١
40	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العلم بحرمة المخدرات	٠٠٢
41	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك	247
42	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النظرة لتحقيق الأهداف	247
43	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النظرة لفرص النجاح التي يوفرها المجتمع	248
44	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب ما مدى موافقة عادات المجتمع وأعرافه لطموحاتهم	249
45	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع	249
46	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب هل الأسرة محافظة	250
47	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الثقافة الدينية	251
48	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تصرف الوالدين عند الإخلال بالعبادات	252
49	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة الزوجية والسن	253
50	توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري عمر بدأ التعاطي وممن تعلمت التعاطي	254
51	توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري النظرة لقيم المجتمع وهل يجب تجاوزها	255
52	توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري الأهداف المنشودة ومدى سهولة تحقيقها	256
53	توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري مستوى الثقافة الدينية وأداء الصلاة	257
54	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير المواظبة على صلاة الجماعة	258
55	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء	259
56	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير قضاء وقت الفراغ	260
57	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير البرامج التلفزيونية المشاهدة	261
58	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير الأسباب التي دفعتك للتعاطي	262

263	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير هل الإدمان على المخدرات	59
264	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير الإدمان على المخدرات	60
264	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير هل تعتقد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع	61
265	توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري هل إدمان المخدرات لا يحط من قيمة المدمن وهل هو منبوذا اجتماعيا	62

- قائمة الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
أ- ص	استمارة الاستبيان	، -

## الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات

دراسة ميدانية على عينة من مدمني المخدرات بمركز فرانتز فانون - البليلة -

إعداد

منير قندوز

المشرف

الأستاذ الدكتور رشيد بوسعادة

- الملخص:

تناولت الدراسة موضوع الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات دراسة ميدانية على عينة من مدمني المخدرات بمركز فرانتز فانون بالبليلة، وكانت تهدف إلى التعرف على بعض الخصائص السوسولوجية والثقافية والاقتصادية للمدمنين، من خلال دراسة المتغيرات التالية: المتغيرات المتعلقة بأسرة المدمن، وبيئته الاجتماعية المحيطة، الأهداف التي يسعى لتحقيقها في حياته، النظرة لفرص النجاح التي يوفرها المجتمع، مدى موثمة ثقافة المجتمع لطموحاته، القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع، مدى محافظة الأسرة وتصرفها عند الإخلال بالعبادات، مستوى الثقافة الدينية وأداء الصلاة، تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء، مكان قضاء وقت الفراغ، البرامج التلفزيونية المشاهدة، أسباب ودوافع التعاطي، وقد تمحورت إشكالية الدراسة في الأسئلة التالية:

ما هي الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات في مجال الدراسة؟

وللإجابة على هذه التساؤلات صاغ الباحث مجموعة من الفرضيات تتعلق بماهية الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمدمنين.

أجريت الدراسة على المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون بالبليلة، واستخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي وهو المنهج الأنسب والأكثر ملائمة لهذه الدراسة، تألفت عينة البحث من (341) مفردة، بلغ عدد الذكور الذين طبق عليهم الاستبيان (335) مدمنا، وعدد الإناث (6) مدمنات، ولجمع البيانات من الميدان قام الباحث باستخدام الأدوات التالية: أداة الاستبيان، الملاحظة، المقابلة الشخصية، السجلات والوثائق، لجمع بيانات تكون أكثر ثراء وتمثيلا لمجتمع الدراسة.

ولمعالجة البيانات قام الباحث باستخدام برنامج (spss)، واستخراج التكرارات والنسب المئوية، وحساب كاي مربع (للمطابقة) لاختبار الفروق بين المستجوبين اتجاه متغير واحد، وتوخيا لدقة أكبر في معالجة البيانات؛ فقد تم تحديد مستوى ثقة ب (85%)، وكان مستوى الخطأ المسموح به هو (1%).

وبعد عرض النتائج ومناقشتها، خلصت الدراسة إلى أنه هناك تضافرا لمجموعة من العوامل المتداخلة، عملت معا وهيئت المجال لإدمان المخدرات، عوامل أسرية وسلاسة عوامل الضبط الاجتماعي وتراجع دور الأسرة بصفقتها الوحدة الأساسية في المجتمع عن ذلك الدور الذي يكفل حياة متماسكة ومتضامنة، فضلا عن الظروف الاقتصادية السيئة التي يعيشها أسر مدمنو المخدرات من بطالة وضعف القدرة الشرائية، والظروف السكنية السيئة، وفي أحيان كثيرة تلعب الوفرة الاقتصادية دورا في تجريب المخدرات، لاسيما إذا كانت جماعة الأقران سيئة مع التسهيلات الموجودة في الحصول على المادة المخدرة أو ترويجها والمتاجرة بها. كما خلصت الدراسة إلى أن نسبة معتبرة من المدمنين اتخذوا من المخدرات وسيلة لممارسة نشاطهم الاقتصادي وطريقة لتحقيق عائد مادي، من خلال ترويجها والمتاجرة بها، وهو ما عزز من استهلاكها وتعاطيها وإدمانها.

وتعمل كل هذه العوامل عملها إذا كان الفرد غير محصن من الناحية الدينية والأخلاقية، خاصة وأن البيئة التي يعيش فيها المدمنون بناء على نتائج الدراسة الميدانية، تؤكد أن المجتمع لم يوفر التسهيلات اللازمة لتحقيق الأهداف التي ينشدونها ، ولهذا أصبحوا قادرين على التخلي عن قيمهم ومبادئهم شرط الحصول على غايتهم، حتى وإن كانت أفعالهم محظورة اجتماعيا وثقافيا وقانونيا وأخلاقيا لا يقبلها المجتمع ولا يقرها العرف.

## les caractéristiques socioculturelles des toxicomanes

Une étude de terrain sur un échantillon de toxicomanes suivant un traitement  
au Centre Frantz Fanon - Blida-

rédigé par  
Mounir guendouz  
superviseur  
Prof. Dr. Rashid Boussaâda

### Résumé

L'étude a abordé la question des caractéristiques socioculturelles des toxicomanes ; étude de terrain sur un échantillon de toxicomanes au Centre Frantz Fanon - Blida- elle a été conçue pour identifier certains caractéristique, sociologiques, culturels et économiques des toxicomanes, à travers l'étude des variables suivants liées à :

la famille du toxicomane, son environnement social, ses buts dans la vie, ses perspectives pour les chances de succès offertes par la société, la convenance de la culture de la société par rapport à ses ambitions, sa disposition pour remplacer les valeurs, habitudes et les coutumes de la société, le conservatisme de la famille et sa disposition à la violation de culte, le niveau de la culture religieuse et la tenu de la prière, l'interférence de la famille dans les choix des amis, du lieu de loisirs, des programmes de télévision, les raisons et les motivations de l'abus de drogue.

La problématique de l'étude a été centrée sur la question suivante:

Quelles sont les caractéristiques socioculturelles des toxicomanes dans le domaine de l'étude? Afin de répondre à cette question, le chercheur a formulé un ensemble d'hypothèses concernant l'essence des caractéristiques sociales, économiques et culturelles de la dépendance.

L'étude a été menée sur les toxicomanes suivant un traitement dans le centre Frantz Fanon à Blida, ou le chercheur a utilisé l'approche descriptive analytique, qui est la plus convenable pour cette étude, avec un échantillon composée de 341 toxicomanes (335d'hommes et 6 femmes. )

Pour recueillir Les données sur le terrain, le chercheur a utilisé les outils suivants: le questionnaire, l'observation, l'entretien personnel, les dossiers et documents, ce pour recueillir des données plus riche et plus représentative de la population étudiée.

Le chercheur a utilisé le programme SPSS pour le traitement des données, l'extraction des fréquences et pourcentages, et calculer «  $K^2$  (pour vérification) », pour tester les différences entre les répondants par rapport à un seul variable, et pour envisager une plus grande précision dans le traitement des données; le niveau de confiance a été identifié à (85%), et le niveau d'erreur à (1 %)

Après la présentation et la discussion des résultats, l'étude a conclu qu'il existe une combinaison d'un ensemble de facteurs interdépendants, qui ont travaillé ensemble et créé un espace pour la toxicomanie; des facteurs familiales, l'attendrissement des facteurs de contrôle sociaux, la diminution du rôle de la famille, comme unité de base de la société, ce rôle qui assure une vie cohérente et solidaire, ainsi que les mauvaises conditions économiques vécues par les familles des toxicomanes, le chômage, un pouvoir d'achat faible, les mauvaises conditions de logement,... alors que beaucoup de fois l'abondance économique joue aussi un rôle dans l'expérimentation des drogues, surtout si il y a mauvaise fréquentations, avec les facilités fournies pour obtenir, promouvoir et vendre la drogue.

l'étude a révélé qu'un pourcentage assez important de toxicomanes ont pris la drogue comme activité économique pour se faire de l'argent, à travers la promotion et le commerce, ce qui a stimulé la consommation et l'abus de drogue et la toxicomanie.

Tous ces facteurs font leur travail, si l'individu n'est pas protégé par la religion et la moral, d'autant plus que l'environnement dans lequel les toxicomanes vivent, sur la base des résultats acquis, confirme que la société n'a pas assuré les dispositions nécessaires pour qu'ils atteignent leurs objectifs, de ce fait, ils ont été en mesure d'abandonner leurs valeurs et principes pour obtenir ce qu'ils veulent, même si leurs actions sont prohibées socialement, culturellement, juridiquement et moralement.

مقدمة

## - مقدمة:

تعد مشكلة الإدمان على المخدرات من الظواهر التي يزداد خطرها يوما بعد يوم، حيث تشهد اتساعا في انتشارها وتزايداً في عدد المقبلين عليها رغم القيود والموانع التي فرضت عليها، وبالرغم من الدراسات والأبحاث التي سلطت عليها فهي ما فتئت تشغل حيزاً كبيراً من اهتمامات المفكرين والباحثين الاجتماعيين والقادة السياسيين والمعنيين بموضوعات الضبط الاجتماعي نظراً لما تحمله من مخاطر تهدد أمن المجتمع ومنظومة القيم والضوابط الأخلاقية للسلوك الإنساني، إضافة إلى أثارها المتعددة على بنية الاقتصاد الوطني المترتبة على انتشارها نتيجة امتصاصها للثروات الاجتماعية والإمكانات التي يملكها الأفراد من خلال أنماط سلوكية تحرمها الشرائع والقوانين والأعراف، يضاف إلى ذلك أن عملية التعاطي تؤثر على نحو سلبي في صحة المتعاطين أنفسهم، وفي أنماطهم الاجتماعية فضلاً على الآثار التي تتركها هذه الظاهرة في روابط الأسرة ومستقبل الأبناء.

وبالرغم من أن الاهتمامات العلمية لتحديدها ورصد أبعادها والعمل على معالجتها تعود إلى بداية القرن العشرين إثر تزايد الاهتمام بها على المستوى الدولي، وتوالي المؤتمرات والاتفاقيات الدولية لتقويض دعائمها والحد من انتشارها، ومع ذلك لم يكن اهتمام الباحثين بالظاهرة يتعدى كونها مشكلة يتعرض لها بعض الأفراد الذين يقبلون عليها، غير أن هذا الاهتمام سرعان ما أخذ ينمو مع تزايد حدة المشكلة وتنامي المخاطر التي تتجم عنها على مستوى الأفراد والمجتمع على حد سواء.

وتأخذ الدراسات هذه في معالجتها لجوانب الظاهرة والقضايا المرتبطة بها مسارات متعددة، وتتناول موضوعات مختلفة، ففي حين يولي عدد من الباحثين الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والنفسية التي تؤدي إلى انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات والآثار المترتبة عليها، يولي باحثون آخرون اهتمامهم بالمسائل التشريعية القانونية التي من شأنها الحد من انتشار الظاهرة، كما توجهت أعمال أخرى لإظهار المخاطر المترتبة على انتشار الظاهرة وأثارها السلبية على مستوى الفرد والمجتمع،

وكل هذه الدراسات والأبحاث تهدف إلى توعية الشرائح الاجتماعية بمخاطر المخدرات الظاهرة منها والكامنة، خصوصا الفئات الأكثر استعدادا لتعاطيها والإدمان عليها. ومن الملاحظ أن جزءا كبيرا من الدراسات الاجتماعية المعنية بظاهرة إدمان المخدرات يأخذ بالتحليل الجزئي للظاهرة، ويعتمد إلى تحليل العوامل المباشرة التي تدفع بالأفراد إلى التعاطي، غير أن الاكتفاء بهذا المستوى من التحليل يؤدي إلى إغفال عوامل أساسية أخرى، ويضعف من إمكانية تحقيق الشمولية لتفاعلات الظاهرة مع العوامل المؤدية إليها على مستوى المجتمع الكلي برمته.

ولمعرفة السمات والمواصفات الاجتماعية والثقافية التي يتميز بها المدمنون، جاءت هذه الدراسة التي تحاول الأخذ بالتحليل والتفسير لظاهرة انتشار إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري، والبحث إذا ما كانت نتاجا لمجموعة من العوامل الاجتماعية والنفسية والثقافية والاقتصادية والسياسية أم لا، من خلال معرفة دقيقة لحقيقة هذه الخصائص ومدى تأثيرها في شخصية المدمن.

ولمعالجة هذا الموضوع قسمت الدراسة إلى جانبين: جانب نظري، وآخر ميداني، احتوى الجانب النظري أربعة فصول، تضمن الفصل الأول الإطار العام للدراسة (مشكلة الدراسة؛ وتسأولاتها؛ والفرضيات؛ ومبرراتها؛ أهميتها، وأهدافها؛ والدراسات السابقة؛ والمفاهيم والمصطلحات؛ التوجه النظري للدراسة).

أما الفصل الثاني فتم التطرق فيه إلى المخدرات وتاريخها؛ وأنواع المخدرات؛ ومعايير تصنيفها، وحجم هذه المشكلة عالميا وعربيا ومحليا؛ وتحريم الشريعة الإسلامية وتجريم القانون الجزائري للمخدرات.

وأما الفصل الثالث فتناول موضوع الإدمان، كيفية حدوثه والعوامل المؤثرة على مفعول العقاقير، مراحل الإدمان، الخصائص العامة للإدمان، أنواع الإدمان، الأضرار التي يلحقها بالفرد والمجتمع، العوامل المؤدية لإدمان المخدرات.

وأما الفصل الرابع فتطرق إلى نظريات الإدمان وعوامله وخصائص مدمني المخدرات، النظريات المفسرة للإدمان، التحليل الاجتماعي والعوامل المؤدية لانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، الخصائص النفسية والاجتماعية والاقتصادية للمدمنين، الآثار الناجمة عن انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات.

أما الجانب الميداني فاشتمل هو الآخر على ثلاثة فصول: تناول الفصل الأول منه الإجراءات الميدانية للدراسة: (المنهج؛ وأدوات جمع البيانات؛ والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة؛ ومجتمع الدراسة)، وتم في الفصل الثاني عرض البيانات ومناقشتها. وأما الفصل الأخير منه، فتتمت فيه مناقشة النتائج مع تقديم الاستنتاجات ثم التوصيات فالخاتمة.

# الجانب النظري

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

- تمهيد
- الإشكالية.
- فرضيات الدراسة.
- مبررات الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- تحديد المفاهيم والمصطلحات.
- الدراسات السابقة.
- التوجه النظري للدراسة.
- خلاصة.

**- تمهيد:**

لا تتضح معالم البحث الاجتماعي، إلا بعد تحديد الإطار العام للدراسة الذي يكتسي أهمية بالغة بالنسبة للبحوث والدراسات الاجتماعية بشكل عام، والبحوث والدراسات السوسولوجية على وجه الخصوص. إنّ تحديد الإطار العام للدراسة يعني تحديد كافة العمليات الحاسمة فيها، والتي تتوقف عليها جميع الخطوات والإجراءات البحثية في مراحل تالية، ويتضمن هذا الإطار مشكلة البحث ومبررات القيام بها، وأهميتها وأهدافها، ومتغيراتها ومفاهيمها، والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع محل الدراسة، إضافة إلى تحديد الإطار الفكري المرجعي المتبنى في معالجة الموضوع، والذي بناء عليه تتضح طريقة المعالجة النظرية والنموذج التفسيري للبيانات الميدانية.

وعليه يحاول هذا الفصل من الدراسة تحديد المعالم الأساسية للدراسة من خلال التعرض للنقاط السالف ذكرها بدء من تحديد إشكالية الدراسة وصياغتها وانتهاء بتحديد التوجه النظري للدراسة.

## 1- الإشكالية:

المشكلة كما عرفها عبد الجليل الطاهر هي انحراف عن القواعد التي يعتز بها عدد كبير من الناس (العيساوي: 2008، ص191)، أو هي خروج عما هو موجود في الوضعية السوية والسائدة والمألوفة في التنظيم الاجتماعي (العاني: 1991م، ص10)، وتصاغ لغوياً بالبحث العلمي كجملة سؤاليه أي جملة تسأل عن العلاقة القائمة بين متحولين أو أكثر وجواب هذا السؤال هو الغرض من البحث العلمي(عاقل: 1977م- ص45).

عرف المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة جملة من التغيرات الكبيرة، والتحولات المتلاحقة في جوانب شتى سياسية واجتماعية وثقافية واقتصادية شاملة، واكب هذا التغير العديد من الظواهر السلبية التي لم يكن لا يخيف انتشارها، ولا تكاد تقلق إحصائياتها ولا عدد بمرتكبيها وضحاياها، ومن هذه الظواهر آفة المخدرات التي عرفها الإنسان منذ القدم، وأصبحت إحدى المشكلات المعاصرة التي لم تجدي معها الحلول ولم تنجح في استأصل شأفتها الخطط والبرامج المختلفة، فوقفت عاجزة عن مواجهتها أغلب الدول نامية كانت أو متطورة، لانتشارها من موطن إلى آخر زراعة وتصنيعاً وتعاطياً وإيماناً وترويجاً، ولمواجهة انتشارها ومحاربتها، أبرمت الاتفاقيات وعقدت الندوات والمؤتمرات، وقدمت البحوث والدراسات في شتى التخصصات العلمية المتعلقة بالظاهرة، وما يزيد من خطورتها كونها تصيب الفئة الفعالة في المجتمع، فئة الشباب التي تعد أساس الإنتاج وعماد التنمية، ناهيك عن امتدادها إلى فئة الأحداث، فبالإضافة إلى كون مشكلة المخدرات تعوق تقدم المجتمع في مجالات التنمية المختلفة، فإنها تلحق الأذى بالأفراد والإمكانات البشرية وكذلك المجتمعية على حد سواء، فإلى جانب ما تسببه من تدهور في قوى الفرد الجسمية والنفسية بمختلف وظائفها، فإنها تجعل هذا المتعاطي عبئاً ثقيلاً على نفسه وعلى أسرته وعلى مجتمعه، لما يمثله ذلك

من هدر بشري وتعطيل في عجلة الإنتاج وتقديم المجتمع، وإذا كانت مشكلة تعاطي الكبار للمخدرات تمثل ظاهرة خطيرة قد برزت بأبعادها الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية، فإن تعاطي المراهقين والشباب يعتبر من الظواهر الاجتماعية الخطيرة التي تترك الباعثين في علم الاجتماع وعلم الجريمة والعقاب وغيرها من العلوم ذات الاختصاص، لما تمثله من خطر يهدد مستقبل الأمم والمجتمعات، إذ تعد هذه الفئة رأس المال البشري الذي تعتمد عليه في تنميتها وتطورها وتقدمها، لذلك لاقى هذا الموضوع اهتماماً بالغاً من علماء الاجتماع والقانون وشتى التخصصات الأخرى، وأجريت الدراسات على المخدرات ومتعاطيها، وقد أولت أجهزة التشريع الجنائي والدفاع الاجتماعي بعنايتها إلى توجيه التشريعات العقابية لجريمة الإدمان نحو مزيد من السياسات الإصلاحية التي يمكن من خلالها إعادة المدمن والمتعاطي إلى الحالة الصحية ليصبح مواطناً سويّاً.

ومما لاشك فيه أن خطورة تعاطي المخدرات تمتد أثارها السلبية إلى المجتمع، فمتعاطي المخدرات يصبح عضواً غير منتج وغير قادر على كسب معيشته بمستوى مقبول كما قد يهدد المجتمع بالفساد والجريمة، وبالمثل فإن المجتمع الذي يكثر فيه المتعاطين للمخدرات يهبط مستوى إنتاجه ويضعف اقتصاده وقد يعتريه التفكك ويصبح مسرحاً للمشاكل والانحرافات التي يولدها الأشخاص المتعاطون للمخدرات، وبذلك فإن تعاطي المواد المخدرة أياً كان نوعها هي مواد ذات خطورة كبيرة وأضرارها المباشرة وغير المباشرة تشمل المجتمع الإنساني وتضر بأخلاقه واستقراره ومصادر عيشه.

والمجتمع الجزائري كباقي المجتمعات، يشكو من هذه المشكلة التي شهدت اتساعاً وتنامياً كبيراً، حيث بينت مختلف الدراسات والبحوث الاجتماعية والعلمية التي تناولت الظاهرة أن المجتمع الجزائري وإلى وقت قريب كان من بين المجتمعات التي سجلت بها أضعف نسب الإدمان على المخدرات، لكن ومع

التحولات الاقتصادية التي شهدتها الجزائر مطلع التسعينات ومع ارتفاع مستوى الأحداث والأزمات الاقتصادية وتردي الوضع الأمني واتساع ظاهرة التهريب على الحدود، لامتداد وشساعة الحدود الجزائرية المتزامية الأطراف مع مختلف دول الجوار، خاصة على الحدود الغربية باعتبار المملكة المغربية أكبر دولة منتجة للقنب الهندي في العالم (60%) من مجمل الإنتاج العالمي (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014)، لكل هذا فقد أصبحت الجزائر منطقة عبور لعصابات تهريب المخدرات لتتحول فيما بعد إلى سوق استهلاك، كل ذلك أدى إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري.

ففي دراسة وبائية شاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر، قام بها كل من الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010 مسح وطني شامل، مست هذه الدراسة أغلب مناطق الوطن واستهدفت 9240 أسرة بمجموع 48708 فردا موزعين على 46 ولاية منهم 44387 يعيشون في المناطق الحضرية، جاءت نتائج هذه الدراسة كما يلي: مجموع مستهلكي المخدرات في الجزائر بلغ 302967 متعاطي، منهم 23000 مستهلك للمخدرات الصلبة، وبلغت نسبة تعاطي المخدرات وطينا 1.15% تم احتسابها على أساس تعاطي المخدرات خلال 12 شهرا الأخيرة، الذكور 1.69% و0.67% لدى الإناث، أما عن الشرائح العمرية الأكثر استهلاكاً فكانت المنتمية للفئة العمرية بين 20-39 بنسبة 1.48%، تليها الفئة العمرية 40 سنة فأكثر بنسبة 1.11% ثم الفئة العمرية 16-19 سنة بنسبة 0.85%، وعن العقار الأكثر استهلاكاً فقد حلت المؤثرات العقلية أولا بنسبة 0.615% ثم القنب الهندي بنسبة 0.596% ثم الأفيون بنسبة 0.055%، ثم المنبهات بنسبة 0.037%، ثم الاكستازي بنسبة 0.015%، ثم الهيروين بنسبة 0.008%، وحل الكوكايين والكراك في المراتب الأخيرة بنسبة 0.006 و0.005% (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات: 2010، ص

(42)، وتبين الأرقام المقدمة من مؤسسة الدرك الوطني أن الكميات المحجوزة من المخدرات في السنة 2012 م تفوق ما تم حجزه منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، هذه الأرقام تعكس هول الظاهرة وتفاقم حجمها وتفشيها الكبير بين أفراد المجتمع، أما آخر الأرقام المسجلة خلال إحدى عشر شهر من سنة 2015م فقد تميزت حصيلة نشاطات مصالح مكافحة تهريب واستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية بحجز: 109244,628 كغ من راتنج القنب، 309 غ من بذور القنب، 86127,53 غ من الكوكايين، 48,3 غ من الكراك، 2573,75 غ من الهيروين، 14 غ من بذور الأفيون، 548848 قرص من مختلف المؤثرات العقلية و325 قارورة من سوائل المؤثرات، مع اكتشاف وإتلاف 571 نبتة من شجيرات القنب. (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات: 2015، ص 01)

إن هذه الإحصائيات والأرقام المقدمة من مختلف الهيئات والمؤسسات الرسمية تؤكد أن المشكلة بحاجة إلى إجراء دراسات علمية، وبحوث ميدانية مستفيضة، لإلقاء الضوء على جوانبها وأبعادها المعقدة ويتمثل هذا التعقيد في كون هذه المشكلة تشكل مجالا خصبا للكثير من العلوم، وحتى في إطار علم الاجتماع يبقى هذا الموضوع معقدا ومن الصعوبة الإلمام بكل جوانبه والإحاطة بها جميعا.

إن التحليل الاجتماعي المعقد للخصائص الاجتماعية والثقافية للمدمنين والمتعاطين للمخدرات لا يستقيم مع الاقتصار على التحليلات الجزئية التي ترصد الظاهرة على مستوى الأفراد، وعلى مستوى العوامل القريبة منهم التي تدفعهم إلى ممارسة التعاطي أو لممارسة أي نمط من أنماط السلوك المنحرف دون تحليل اجتماعي موسع للظاهرة على المستوى الكلي البنيوي الذي يمكن الدارس من رؤية العوامل في سياقها الاجتماعي الأوسع، ذلك أن العوامل المباشرة التي تدفع بالأفراد إلي تعاطي المخدرات بوصفهم أفرادا، ليست هي بالضرورة التي تؤدي إلى انتشار الظاهرة على مستوى المجتمع، ولهذا لا بد من التمييز بين

العوامل التي تدفع ببعض الأفراد إلى الإدمان على المخدرات في المجتمع، وبين العوامل التي تؤدي إلى انتشار الظاهرة على المستوى الاجتماعي بصورة عامة، وتجعل من الإدمان ظاهرة تنذر بمخاطر كبيرة وتقتضي الضرورة معالجتها، ولما كانت الدراسة الحالية تقع في حقل علم الاجتماع، فهي تفترض وجود علاقات سببية بين الإدمان وبين الإطار السوسيو ثقافي الذي يعيش فيه المدمنين، ولهذا جاءت هذه الدراسة لتبحث في الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات.

ومن ثم تتمحور أسئلة الدراسة في السؤال الرئيسي: ما هي الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات في مجال الدراسة؟

وتتفرع عن هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- أ- ما هي الخصائص الاجتماعية لمدمني المخدرات في المجتمع الجزائري.
- ب- ما هي الخصائص الثقافية لمدمني المخدرات في المجتمع الجزائري.
- ج- ما هي الخصائص الاقتصادية لمدمني المخدرات في المجتمع الجزائري.

## 2- فرضيات الدراسة:

أ- الفرضية الأولى: يتسم الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات بتلقي تنشئة اجتماعية سيئة، ووضع أسري متفكك، وصحبة سيئة.

ب- الفرضية الثانية: يعيش مدمني المخدرات وضعاً ثقافياً تسوده قيم سلبية، ويفتقد إلى المرافق الثقافية والترفيهية.

ج- الفرضية الثالثة: يعيش مدمني المخدرات وضعياً اقتصادياً مزرية جراء البطالة والفقر، وغياب فرص العمل ومشاكل في الحياة المهنية.

### 3- مبررات الدراسة:

هناك مجموعة من المبررات التي كانت وراء اختيار هذا الموضوع، يمكن إيجازها في النقاط التالية:

- الشعور بأهمية المشكلة وخطورتها.
- ارتفاع نسبة الإدمان في المجتمع الجزائري بشكل خطير يدعو إلى إجراء دراسة علمية لهذا الموضوع.
- الآثار الناجمة عن الإدمان، وبخاصة أنه يمس فئة الشباب، وهي الفئة الأكثر قدرة على العمل والإنتاج والمساهمة في تنمية المجتمع، وهي من أهم الطاقات البشرية المنتجة.
- جدة وحداثة موضوع البحث في الخصائص السوسولوجية والثقافية لمدمني المخدرات في مجال الدراسة نسبياً، فهذا الموضوع لم يتم الخوض فيه بشكل مستفيض باعتباره موضوعاً مستقلاً، على الرغم من أن موضوع الإدمان أخذ حيزاً واسعاً من الاهتمام في الدراسات الاجتماعية، سواء تعلق الأمر بالعوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية له، أو بآثاره أو من زاوية الوقاية والعلاج.
- الإيمان العميق بالدور الذي تلعبه الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية في زيادة حجم هذه المشكلة أو نقصانها، وهذا ما يستدعي التعرف على مواطن الخلل والعوامل المرتبطة بها، والتي يمكنها أن تهيأ للإدمان، ومن ثم يمكن وضع الاقتراحات والتوصيات بناء على النتائج التي يتم التوصل إليها لمواجهة هذه المشكلة.

### 4- أهمية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة كونها تعالج إحدى الموضوعات الفكرية والعلمية التي أضحت تمثل محط اهتمام شتى دول العالم، ألا وهي معضلة إدمان المخدرات، وتركز بالبحث والتدقيق أكثر في الخصائص التي تميز فئة المدمنين في المجتمع من خلال تقصي جوانب هذه الخصوصية اجتماعياً

واقتصاديا وثقافيا، والبحث فيما تنتجه وتفرزه هذه الظاهرة من مخلفات وما تشكله من مخاطر وتغيرات وآثار تصيب الفرد والأسرة والمجتمع، فإستراتيجية مواجهة مخاطرها تقتضي الوقوف على أبعاد الظاهرة ودراستها وتحليلها وكشف جوانبها المختلفة، أملا في الوصول إلى نتائج يمكن على ضوءها رسم سياسة واضحة تقوم على حقائق ومعطيات دقيقة، تعتمد في انجاز مخططات لمحاربة الظاهرة والتصدي لها، انقاء لسلبياتها ومواجهة لأضرارها ومخاطرها بالاتجاه الذي يحقق المنفعة للمجتمع بشكل عام.

### 5- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف والكشف على الخصائص السوسيوولوجية والثقافية والاقتصادية لمدمني المخدرات وذلك من خلال استطلاع رأي المدمنين أنفسهم، فهي تحاول الكشف عن العوامل الاجتماعية والثقافية التي لها علاقة بالتعاطي من خلال معرفة:

- المرحلة العمرية لبدء التعاطي عند المدمنين.
- الخصائص الاجتماعية العامة للمدمنين.
- الخصائص الثقافية العامة للمدمنين.
- الظروف الاقتصادية للمدمنين.
- أساليب الضبط الاجتماعي لدى أسر مدمني المخدرات.
- طبيعة العلاقات الأسرية.
- التعرف على المواد المخدرة الأكثر شيوعاً.

## 6- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

يقول ابن خلدون "إن الاصطلاحات في تعليم العلوم مَخَطَّةٌ على المتعلم، حتى لقد يظن كثيرٌ منهم أنها جزءٌ من العلم، ولا يدفع عنه ذلك إلا مُبَاشَرَتُهُ لاختلاف الطرق فيها من المعلمين" (ابن خلدون: 1990، ص541)، ولكي تحقق الدراسات ومنها الاجتماعية أهدافها المرجوة لا بدّ من توضيح معنى المفهوم أو المصطلح أو العبارة العلمية لكي تكون مدركة لدى القارئ المتخصص وغير المتخصص، تجنباً للبس أو خطأ الفهم والتفسير، فالمفهوم هو الوسيلة الرمزية التي يستعين بها الإنسان للتعبير عن المعنى الذي في ذهنه بهدف إيصاله إلى ذهن الآخرين، ومن خلاصة المفاهيم التي يبينها العلماء عن مضمون ما، يتمكن الباحث من صياغة مفهوم إجرائي لذلك المضمون يوفق ويوحد بين تلك المفاهيم المذكورة لكي يتمكن من توظيفه لخدمة دراسته، والمفهوم هو لفظ عام يعبر عن مجموعة متجانسة من الأشياء، وهو تجريد للواقع ويسمح للباحث أن يعبر عنه، مما يوجب عليه الدقة في تحديده لكي يتضح الذي يقصده الباحث بذهن القارئ، كما يعد تحديد المصطلحات أحد العوامل التي تمكن الباحث من رصد العلاقة بين متغيرات الدراسة بدقة، كما تمكن من تحديد الأطر العلمية للبحث، وقد حاول الباحث التركيز على المصطلحات المرتبطة بموضوع الدراسة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، على أن يتم تحديد المفاهيم لغوياً، واصطلاحياً، وإجرائياً، وقد استخدم الباحث المفاهيم والمصطلحات الآتية:

## أ- الإدمان (Addiction):

- الإدمان لغة: الإدمان لفظ مشتق من الفعل أَدَمَنَ، يُدْمِنُ، أَدْمَنُ، إِدْمَانًا، يقال أَدْمَنَ الشيء بمعنى أدامه وواظب عليه (بن هادية وآخرون، 1995، ص25). والإدمان لا يقع إلا على الأعراض فيقال مثلاً: فلان

يدمن الشرب أو الخمر بمعنى لزم شربها، فمدمن الخمر هو الشخص الذي لا يقلع عن شربها (ابن منظور، 1968، ص159).

ويعرف الإدمان في اللغة على أنه: "الإدامة والاستمرار والملازمة من غير انقطاع"، كما يعرف أيضا على أنه: "تعود الفرد تناول المكتفيات أو المخدرات لدرجة يصعب عليه الإقلاع عن هذه العادة التي تترك أثارا ضارة من الناحيتين الصحية والاجتماعية" (بدوي، مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، 1987م، ص14).

- **الإدمان اصطلاحاً:** عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه: "حالة نفسية وفي بعض الأحيان عضوية ناتجة عن التفاعل الذي يحدث بين الكائن الحي والمخدر، وتتميز باستجابات سلوكية عادة ما تتضمن دافعا عنيفا لتناول المخدر بشكل دائم أو بين فترة وأخرى للحصول على آثاره النفسية، وأحيانا من أجل تقادي أو تجنب الآثار المزعجة من تعاسة وقلق التي تنتج في حالة الامتناع" ( Schilit and Gomberg, 1991, p 4). وتفضل المنظمة استخدام مصطلح الاعتمادية على العقار المخدر، وهو مصطلح دبلوماسي بمعنى الإدمان والتعاطي (Lauri, 1968, p 11). وتضيف المنظمة أن هذا المفهوم ينطوي على الخصائص التالية:

- رغبة قهرية لتعاطي المخدر والحصول عليه بأي وسيلة وبأي ثمن.
- ميل واضح لزيادة الجرعة لتعود الجسم على المخدر، أو لعدم الحصول على التأثير المعتاد.
- وجود حاجة نفسية وجسمية للتعاطي.
- حدوث نتائج وتأثيرات ضارة بالمدمن وبالبيئة الاجتماعية (أبو غرارة، 1990، ص63).

ويعرف زهران الإدمان على المخدرات بأنه "اعتماد فسيولوجي نفسي، ولهفة واعتياد واستخدام قهري وتعاطي متكرر لعقار طبي أو صناعي، يؤثر على الجهاز العصبي وإذا منع أدى إلى أعراض المنع" (زهران، 1997م، ص439).

كما أكد الرئيس أن العلماء حددوا مفاهيم متعددة ومختلفة وأحياناً مترادفة لمفهوم تعاطي المخدرات، فمنهم من يشير إليه بالإدمان، أو بإساءة الاستخدام، أو الاستخدام الخاطئ للمخدرات، أو الاستخدام غير الطبي، ومنهم من يرى أن الإدمان هو الاعتماد أو الاعتياد، أو هوس الشم، أو الاستخدام القهري (الرئيس: 1415هـ، ص7).

- **التعريف الإجرائي للإدمان:** هو حالة مؤقتة أو مزمنة ناجمة عن تعاطي مخدر طبيعي أو مركب أو مخلوق، بحيث تتولد لدى المتعاطي رغبة قهرية قوية للاستمرار بالتعاطي تجعله يميل إلى زيادة الجرعة كنتيجة للاعتماد النفسي وأحياناً العضوي على المخدر، فيصبح في وضعية لا يستطيع فيها الإقلاع أو الامتناع عنه، وفي كلتا الحالتين، أي في حالة التعاطي أو في حالة الامتناع، تظهر على المتعاطي تغيرات وآثار جسمية ونفسية وصحية مضرّة بنفسه تؤثر عليه أولاً، لتظهر فيما بعد آثار صحية واجتماعية واقتصادية تلحق بأسرته وبمجتمعه.

ب- **المدمن:** يعرف المدمن بأنه: "ذلك الفرد الذي اعتاد استخدام عقار مخدر بأي صورة من صور التعاطي، حيث أن الاستمرار في استخدام المخدر والإفراط فيه يؤدي إلى التبعية النفسية والجسمية" (منصور: 1986م، ص28).

وقد فرق جمال أبو العزائم بين أنواع ثلاثة من متعاطي المخدرات، أولهم المجرب وهو الذي يتعاطى العقار مرة أو أكثر لكنه لا يواصل التعاطي، أما الثاني فهو المستهلك العارض الذي يتعاطى للترويح من

فترة لأخرى، أما النوع الثالث فهو المدمن المتعاطي بصفة منتظمة، فيصبح رهينا للمخدر أو العقار نفسيا أو بدنيا أو نفسيا وبدنيا معا (أبو العزائم، د ت، ص 21).

**التعريف الإجرائي للمدمن:** هو كل فرد تعاطى مادة مخدرة أيا كانت، فتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو كلاهما معا.

### ج- المخدر (Drug):

- **المخدر لغة:** للمخدر في اللغة معان عدة، فالخدرُ فتور يصيب الأعضاء اليد والرجل والجسد، كما يعني الكسل والسكون، يقال تَخَدَّرَ واختدر بمعنى استتر (الزبيدي، دت، ص 140-141). وَخَدَّرَ كأنه ناعس، والخادر هو الفاتر الكسلان (ابن منظور، 1968، ص 233). والخدرُ ستر يمدّ الجارية في ناحية البيت، ويقال أيضاً خدر الأسد في عرينه بمعنى أنه لم يستطع الخروج وهو خادر مخدَّر (بن عباد، د ت، ص 299).

- **المخدر اصطلاحاً:** المخدرات مادة خام أو مستحضرة قد تكون منبهة أو مسكنة، بحيث إذا استعملت لغير الأغراض الطبية والصناعية، فإن من شأنها أن تؤدي بالفرد إلى حالة من التعود والإدمان فتلحق به أضراراً جسمية، ونفسية، واجتماعية، وتمتد هذه الآثار لتشمل المجتمع (بدوي، 1977، ص 118).

وتعرف المخدرات علمياً بأنها كل مادة كيميائية يؤدي تناولها إلى النعاس والنوم أو غياب الوعي المرفق بالآلام. ووفقاً لهذا التعريف؛ فإن المخدرات المنشطة وعقاقير الهلوسة لا تدخل ضمن إطار المواد المخدرة، بينما يندرج الخمر تحت صنف المخدرات (دعبس، 1994، ص 23)

ومن الناحية القانونية تعرف المخدرات بأنها مجموعة المواد المحدثة للإدمان، يؤدي تعاطيها إلى تسمم الجهاز العصبي، ويحضر تداولها أو زراعتها أو صناعتها إلا لأغراض محددة وبترخيص قانوني؛

وتشمل: الأفيون ومشتقاته؛ والحشيش؛ وعقاقير الهلوسة؛ والمنشطات؛ والكوكايين، بينما لا تصنّف الخمر والمهدّئات والمنوّمات ضمن المخدّرات بالرغم من ثبوت أضرارها وقابليتها لإحداث الإدمان (العشماوي، 1995، ص10).

- **التعريف الإجرائي للمخدر:** المخدّرات مواد طبيعية أو مصنعة أو مخلّقة، تؤثر في الجهاز العصبي المركزي، وتختلف تأثيراتها باختلاف طبيعتها - منبّهة، مسكّنة، مهدّئة، مهلوسة - وبطريقة تعاطيها ومدة التعاطي، يؤدي التعاطي المتكرر والمستمر لها إلى إدمان تصاحبه تغيرات نفسية وجسمية تظهر أثناء التعاطي وأخرى تظهر في حالة الامتناع أو ما يطلق عليها بأعراض الانسحاب. ويتضمن مفهوم المخدّر في هذه الدراسة كل أنواع المخدّرات إضافة إلى الكحوليات- وهو التعريف الذي يتبناه مركز فرانتز فانون بحيث يصنّف الكحوليات ضمن المخدّرات- وذلك لأسباب تتعلق بالجانب الميداني، فالتركيز في هذه الدراسة ينصب على الإدمان، بصرف النظر عن كون المخدر هو أفيون أو مورفين أو هيروين أو كحول أو مواد عضوية أو غيرها.

د- **الاعتماد (Dependence):** يلاحظ في بعض الأدبيات الاجتماعية أنّ هناك من يستخدم مفهوم الاعتماد بمعنى الإدمان، بحيث يتضمن مفهوم الاعتماد جميع أنواع المخدّرات سواء نتج عن تعاطيها اعتماد جسمي أم لم ينتج (العشماوي، 1995، ص51).

وعلى الرغم من اتفاق التعاريف على الخصائص المميزة للإدمان، التي لم تأخذ بالاعتبار شرط وجود الاعتماد الجسمي (العضوي) دوماً بوصفه مظهراً مصاحباً في حالة الامتناع؛ إلا أنّ هناك من يذهب إلى عكس ذلك، فيرى أنّ ثمة اختلافاً يميز الإدمان عن غيره من المفاهيم الأخرى، ويتضح هذا الاختلاف فيما ينطوي عليه الإدمان من اعتماد جسمي في حالة الامتناع. فيؤكد "روبرت روب Robert Roop" أنّ

استعمال مفهوم الإدمان يبقى قاصراً على المخدرات التي يصاحبها في حالة الامتناع اعتماد جسدي، فالإدمان من وجهة نظره يجب أن يكون جسمانياً - قهرياً كحاجة ملحة لا تنطفئ، أما "تيرنس كوكس وآخرون Terrence.c Cox and Others"، فيرون أن مفهوم الإدمان يجب أن يتضمن الاعتماد بنوعيه العضوي والنفسي دون التمييز بينهما (العشماوي، 1995، ص 46-47)، ويظهر الاعتماد الجسدي (Physical Dependence) من خلال ظهور أعراض الانسحاب والانقطاع عن تناول المخدر على الجسم، أما الاعتماد النفسي، فيشير إلى الرغبة الجارفة الإلزامية العارمة أو الحاجة المستمرة للتعاطي، التي تكون مقدرة تقديراً ذاتياً عالياً بمدى التأثيرات التي يحدثها المخدر (Singer, 1975, p 23).

وأما منظمة الصحة العالمية فتعرف الاعتماد بأنه: "حالة نفسية وأحياناً جسمية، تنتج عن تفاعل بين كائن حي وبين أحد العقاقير، وتتسم باستجابات سلوكية واستجابات أخرى، وتتضمن هذه الحالة دائماً نوعاً من القهر لتناول العقار باستمرار، أو على فترات من أجل الشعور بآثاره، أو من أجل تجنب متاعب غيابه، وقد يصبح الاعتماد نوع من التحمل أولاً، كما قد يعتمد الشخص على أكثر من عقار".

هـ- **الاعتیاد (Habituation):** عرفته لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية بأنه حالة تنتج جراء

الاستهلاك المستمر لعقار ما. وتتصف بالخصائص التالية:

- رغبة غير قهرية للاستمرار في التعاطي.

- ميل ضئيل لزيادة الجرعة، وقد لا ينشأ هذا الميل إطلاقاً.

- درجة ما من الاعتماد النفسي مع عدم وجود اعتماد جسدي أو أعراض الانسحاب، وتقتصر آثار

الاعتیاد على الفرد فقط (العشماوي، 1995، ص 43).

يبدو من خلال التعريف الفرق الواضح بين الاعتیاد والإدمان، ويمكن ذكره ذلك في النقاط التالية:

- رغبة قهرية في الإدمان مقابل رغبة غير قهرية في الاعتقاد.
- ميل واضح لزيادة الجرعة في حالة الإدمان مقابل ميل ضئيل - أو عدم وجوده- لزيادة الجرعة في حالة الاعتقاد.
- وجود رغبة نفسية وأحياناً عضوية لتعاطي المخدر في حالة الإدمان، مقابل درجة ما من الاعتماد النفسي في حالة الاعتقاد مع عدم وجود اعتماد عضوي.
- النتائج الناجمة عن الإدمان تلحق بالفرد وبيئته الاجتماعية على عكس الاعتقاد، حيث تلحق الآثار فيه بالفرد فقط.

#### و- الاستعمال غير الطبي (إساءة الاستعمال) (Non Medical - Substance Abuse):

ورد في قاموس "وبستر" إساءة الاستخدام بمعنى: الاستخدام "اللا مضبوط واللا صحيح"، ويشير مصطلح "إساءة الاستعمال إلى "الاستعمال نفسه" وعن طريق الرغبة الذاتية في ذلك ولأي مخدر، وبصورة أو بأسلوب ينحرف عما توافقه وتؤيده الأنماط الطبية والاجتماعية في ثقافة محددة من الثقافات (والمقصود بالثقافة هنا هي السلوكيات الاجتماعية) (Macdonald,1984, p 52) كما يعرف على أنه: تناول لأية مادة كيميائية تحت ظل ظروف معينة أو على هيئة عبوات كاملة تزيد وبصورة جوهريّة من القدرات، وسواء كانت تلك المادة مستعملة لأسباب مرضية، أم لأسباب شرعية، أو قام بوصفها أحد الأطباء لمريض، أو لم تكن كذلك (Schilit and Gomberg, 1991,p 4).

ويقصد بالاستعمال غير الطبي الإفراط في استعمال عقار ما بصورة مستمرة أو دورية وبارادة من المتعاطي، ودون الالتزام بالاستعمال الطبي المحدد أو الموصوف بواسطة الطبيب؛ من أجل الشعور بالارتياح أو بما يتوهم المتعاطي بأنه يشعر بالراحة، أو بدافع الفضول أو لاستشعار خبرة معينة (مصيفر،

1985، ص26). ففي بعض الحالات المرضية يستدعي العلاج الطبي بعض الأدوية المهدئة أو المسكنة لتخفيف الآلام، فعند عدم التزام المريض بطريقة العلاج الموصوفة أو في غياب إشراف الطبيب؛ يؤدي التعاطي المستمر لتلك الأدوية إلى الإدمان عليها، لتبدأ في مراحل تالية أعراض الاعتماد العضوي والنفسي بالظهور. وعليه فهناك علاقة بين سوء الاستعمال والإدمان من ناحية أن سوء الاستعمال يؤدي، في بعض الأحيان إلى الإدمان (العشماوي، 1995، ص50-51).

يستنتج من خلال هذا التعريف، أن هناك بعض الأدوية الطبية التي تستخدم لأغراض العلاج الطبي، ويؤدي سوء استعمالها إلى الإدمان، ومن ثم فإن أنواع المخدرات تتسع لتشمل حتى بعض الأدوية الطبية التي لها التأثير نفسه لبعض المخدرات عند إساءة استعمالها.

### ز- التحمل (Tolerance):

ويقصد به فقدان وانعدام الإحساس بمؤثرات المخدر، إذ يحتاج المدمن إلى جرعات أكبر ومتكررة أكثر للحصول على التأثير الذي اعتاده في الأول (Macdonald, 1964, p 54). كما يشير التحمل أيضاً إلى القدرة التي يمتلكها الجسم لمقاومة تأثير المخدر حتى وإن أخذ بجرعات زائدة، فالتعاطي لفترة طويلة يدفع بالمتعاطي إلى زيادة الجرعة في كل مرة للحصول على التأثير المعهود، والسبب في ذلك يعود إلى اطراد نمو المناعة النسبية للجسم ضد تأثير المادة المخدرة إلى درجة تجعله قادراً على أخذ كميات زائدة لو تعاطاها فرد عادي لقصت عليه (غازي، 1965، ص25). وقد يكون التحمل عضوياً أو سلوكياً (عبد المنعم، 2003، ص38).

**ح- الخصائص:**

**التعريف اللغوي:** تأتي كلمة خصائص، من خص يخص: أي ميز الشيء، ومفرده خاصية (المعجم الوسيط، ب ت، ص:210).

**التعريف الاصطلاحي:** يعرفها عبد الخالق بأنها: "خصلة أو سمة ذات دوام نسبي، يمكن أن يختلف فيها الأفراد فتميز بعضهم. أي هناك فروق فردية فيها، وقد تكون السمة أو الخاصية وراثية، أو مكتسبة، كما يمكن أن تكون جسمية، أو معرفية، أو انفعالية، أو متعلقة بمواقف اجتماعية" (عبد الخالق، 1983م، ص:15).

**ط- الخصائص الاجتماعية:** تعرف الخصائص الاجتماعية بأنها: "سمات اجتماعية تميز أفراد المجتمع، وتؤثر في سلوكهم اتجاه موقف معين، وتتركز الخصائص والروابط الاجتماعية في متغيرات مثل: الحالة الزوجية، مستوى التعليم، ومستوى المعيشة، والروابط الأسرية" (العنزي، 1423هـ، ص:11).

ويعرفها رشوان بأنها (سمات اجتماعية تميز أفراد المجتمع وتؤثر في مسلكهم تجاه موقف معين، وتتركز أهم الخصائص والروابط الاجتماعية في متغيرات مثل الحالة الزوجية ومستوى التعليم ومستوى المعيشية والترابط الأسري) (رشوان، 1988م، ص:65).

**التعريف الإجرائي للخصائص الاجتماعية:** يقصد بها في هذه الدراسة مجموعة المتغيرات المتعلقة بأسرة المدمن، وبيئته الاجتماعية المحيطة، والتي قد يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر في إدمانه للمخدرات، والخصائص الاجتماعية في البحث هي: الجنس، السن، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، الحالة الزوجية للوالدين وترتيب المدمن في الأسرة والمستوى التعليمي للوالدين.

ي- **الثقافة**: كلمة ثقافة لغوياً مأخوذة من الفعل ثقّف أي صار حاذقاً خفيفاً، وثقوفة الكلام أي حذقه وفهمه بسرعة (معلوف، 1986، ص71)، والثقافة تعني الفطنة والنشاط والحذق والتمكن من الفنون والعلوم والآداب، ويعرف الثقافة مجمع اللغة العربية بأنها كل ما فيه استفادة للذهن وتهذيب للذوق وتنمية لمملكة النقد والحكم لدى الفرد والمجتمع (وحسن: 2007، ص55).

ولغوياً يترجم الوردى كلمة (culture) إلى مفردة ثقافة وليس حضارة، لأنّ الحضارة استخدمت باللغة العربية بمعنى المدنية، وهو ما ذهب إليه ابن خلدون وغيره من العلماء العرب، ويرى الوردى أنّ لفظ ثقافة في مجتمعنا العربي شاع استعمالها بالتداول العام بمعنى المعرفة أو التهذيب أو النضوج العلمي، وهذا يُوقع التباساً عند القارئ عن استعمالها بمعناها العلمي، ومنعاً للتباس استخدام الوردى مفردة الثقافة الاجتماعية ليعنى بها (culture). (الوردى، ب د، ص35).

أما اصطلاحياً فالثقافة هي الوجه الثاني لكيونة البشر وهي الناس في مقابل الطبيعة، والثقافة أهم ما يميّز المجتمع الإنساني عن غيره من التجمعات الحيوانية، إذ توفر للفرد صورة السلوك والتفكير والمشاعر التي ينبغي أن يكون عليها في طفولته، وتعطيه تفسيرات جاهزة عن أصل الإنسان وعن الطبيعة والكون، وتزوده بالقيم والمعايير التي هي لبّ الثقافة ونواتها لكي يميّز في ضوءها ما هو صحيح من الأمور عما هو خاطئ، والثقافة تخلق ضمير الفرد الذي يراقب سلوكه ويرسم شخصيته وذاته الاجتماعية، وهي التي تربط الفرد بالجماعة بما يميزه بسماتها التي تغرسها فيه، وهي الأساس المكون للسلوك والفعل الاجتماعي في حياة الفرد كما يصفها بارسنز (حسن، 2007، ص27-29)، كما وصف أوزوالد شبنلنجر الثقافات بأنها كائنات عضوية وتاريخ العالم هو قصة حياتها الجماعية. (اتزيوني، 1984م، ص46).

**تعريف الثقافة:** أول من وضع تعريفاً للثقافة هو الانثربولوجي البريطاني إدوارد تايلور، فقد عرفها تعريفاً وصفيًا وموضوعيًا وليس تعريفاً معياريًا، يختلف عن التعاريف الأخرى الحصرية والفردانية للثقافة ورأى أنها تعبر عن شمولية الحياة الاجتماعية للإنسان، وتتميز ببعدها الجماعي، وأنها مكتسبة فهي لا تنشأ عن الوراثة البيولوجية، ومع كونها مكتسبة فإن أصلها وطابعها غير واعي إلى حد كبير

**التعريف الإجرائي:** الثقافة حصيلة فكر الإنسان ونشاطه في جميع مجالات الحياة وهي بعد ذلك كل متماسك ومترابط ومتفاعل بقوة من القيم والمعايير والأفكار والمعتقدات والنشاطات الأخرى التي توافق عليها مجتمع ما، وتتنظم بموجبها سلوكيات أفرادها، وتتوارثها الأجيال منقحةً عن طريق التنشئة الاجتماعية.

ومن خلاصة التعاريف السابقة يستطيع الباحث القول إن ثقافة المجتمع هي تفكير الفرد والمجتمع وسلوكهما اللذان أنتجا مجموعة الظواهر والشواهد الحاضرة، وهي كل القيم والمعايير والغايات والأهداف وأشكال السلوك والنظم التي يؤمن بها الإنسان كفرد أو عضو في جماعة، وهي كذلك المثل العليا التي يسترشد بها الإنسان في توجيه السلوك أو تبريره.

**ك- الخصائص الثقافية:** يرى بدوي أن الخصائص الثقافية تعني العناصر الثقافية التي يشترك فيها أعضاء بعض فئات الأفراد دون غيرهم من باقي السكان كالعناصر الثقافية المرتبطة بمختلف المهن (بدوي، 1986م، ص405).

ويرى الدغماني أن الخصائص الثقافية تقتضي تناول عدة موضوعات كنوع السكن والسلوك الديني والأخلاق والقيم السائدة والقانون والنظام والضبط الاجتماعي والعادات الاجتماعية السائدة (الدغماني، 1415هـ، ص16).

كما يقصد بها مدى وجود العادات والتقاليد والقيم والأعراف والوعي القانوني والأخلاق المرتبطة بتحقيق الأمن في المجتمع (غانم، 1427هـ، ص16).

فاتجاه الفرد نحو ممارسة سلوكيات إجرامية كتعاطي المخدرات وإدمانها، إنما يكشف عن نوعية خاصة من السمات والخصائص الثقافية لهذه الفئة، حيث إن هؤلاء الأفراد يفتقدون إلى وجود المستوى المناسب من الوعي بالثقافة الأمنية في المجتمع، أو بمعنى آخر ضعف مستوى الثقافة الأمنية لدى متعاطي المخدرات من شأنه أن يسهم في اتجاهاتهم نحو الإدمان ومعاقرة مختلف أنواع المخدرات. ومن المتغيرات ذات الصلة بالثقافة:

1- العادات: يعرفها بدوي على أنها ليست إلا أنماط السلوك الجمعي التي تنتقل من جيل إلى جيل وتستمر فترة طويلة حتى تثبت وتستقر وتصل إلى درجة اعتراف الأجيال المتعاقبة بها، وفي بعض الأحيان نجد أن العادة تقوم مقام القانون في المجتمع (بدوي، 1986م، ص94).

2- التقاليد: يرى بدوي أن العلماء يفرقون بين العادة والتقليد فالعادة تتعلق بالسلوك الخاص أما التقليد فيتعلق بسلوك المجتمع كله (بدوي، 1986م، ص94).

3- القيم الاجتماعية: هي الصفات التي يفضلها أو يرغب فيها الناس في ثقافة معينة، وتتخذ صفة العمومية بالنسبة لجميع الأفراد، كما تصبح من موجهات السلوك أو تعتبر هدفا له (بدوي، 1986م، ص398).

**التعريف الإجرائي للخصائص الثقافية:** يقصد بها في هذه الدراسة مجموعة الخصائص الثقافية الفرعية التي يتميز بها مدمني المخدرات وهي: العلم بحرمة المخدرات، الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك، النظرة لفرص النجاح التي يوفرها المجتمع، مدى موائمة ثقافة المجتمع لطموحاتك، القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع، هل الأسرة محافظة، الثقافة الدينية، تصرف الوالدين عند الإخلال بالعبادات،

مستوى الثقافة الدينية وأداء الصلاة، المواظبة على صلاة الجماعة، تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء، مكان قضاء وقت الفراغ، البرامج التلفزيونية المشاهدة، الأسباب التي دفعتك للتعاطي، هل تعتقد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع، هل إدمان المخدرات لا يحط من قيمة الإنسان وهل المدمن منبوذا اجتماعيا.

ل- **الخصائص الاقتصادية:** يقصد بها في الدراسة مجموعة المتغيرات الاقتصادية المتعلقة بالمدمن وأسرته، والبيئة الخارجية، التي قد يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر أدى إلى الإدمان.

**التعريف الإجرائي للخصائص الاقتصادية:** المهنة، عدد أفراد الأسرة، الدخل الشهري بالدينار، التصرف عند عدم كفاية الدخل، الحصول على مساعدات من الغير، العمل بصفة دائمة، هل تعيل غيرك ومن هم الأفراد الذين تعيلهم، عمل الزوجة، عدد الأبناء، الحي الذي تقطن به، ملكية السكن، نوعية السكن، مصدر الحصول على المخدرات، تكلفة المخدر، سن بداية التعاطي، المتسبب في التعاطي، نوع المخدر المتعاطي، مكان التعاطي، مع من يتم التعاطي، مدة الإدمان، عدد مرات التعاطي.

## 7- الدراسات السابقة:

يتصف كل من العلم والمعرفة بالتراكمية؛ أي أنهما يزدادان ويتضاعفان نتيجة للإضافات والبحوث العلمية، فالسابق منهما أساس وإطار للاحق وسند له، واللاحق يكمل السابق ويضيف عليه. وبناءً على ذلك، يجب على كل باحث يقوم بإجراء بحث معين البدء من حيث انتهى الآخرون، وهو أمر لا يتحقق إلا من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة ببحثه.

والإدمان على المخدرات موضوع له ماض، وحاضر، ومستقبل، فالماضي يصل إلى فجر الحياة الإنسانية، أما الحاضر فمتسع يشمل العالم بأسره، في حين يتصف المستقبل بأبعاده المتجددة وغير المحددة، ويعد موضوع الإدمان واحدا من الموضوعات التي حظيت باهتمام عدد من الباحثين بمختلف

توجهاتهم، فقد تنوعت الدراسات حول هذه المشكلة، وتعددت معها النتائج واختلفت. وعلى اعتبار أن الدراسات السابقة هي السند العلمي لكل بحث، فسيتم التطرق في هذه النقطة إلى البعض منها -مماثلة كانت أو مشابهة- التي تم العثور عليها في حدود الإمكانيات المتاحة مع عرض لأهم النتائج التي توصلت إليها، وتبيان أوجه الشبه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية، وتحديد موقع هذه الأخيرة منها.

#### أ- الدراسات السابقة الأجنبية:

أولاً: دراسة راثود **Rathod (1919)** قام بها على عينة من المدمنين وانتهت إلى نتائج تؤكد أن نسبة كبيرة من المدمنين كانوا يعيشون وضعاً خاصاً في الأسرة، وانحدروا من أسر ليس بها آباء، وفي حالة وجودهما، فإنهما كانا غير متوافقين، أو مطلقين أو مريضين عقلياً، أو أنهما يتعاطيان المخدرات.

ثانياً: دراسة قام بها ايزدور تشاين **Isdor Chein (1956)** حول الإدمان على المخدرات في ولاية نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية، هدفت إلى معرفة الأحياء التي ينتشر بها تعاطي المخدرات، حيث قام الباحث بإعداد قوائم تتضمن أسماء مدمني المخدرات من ذوي الفئة العمرية (16-21 سنة) التي كانت الجهات الرسمية على علم بهم، اتضح من الدراسة أن تعاطي المخدرات ينتشر في المناطق السكنية الأكثر حرماناً وفقراً وازدحاماً، كما ينتشر في المناطق ذات الدخل والمستوى التعليمي المنخفض التي يسودها التفكك الأسري، وكشفت أيضاً أن الحرمان الاقتصادي للأسرة والبطالة وسوء الأحوال السكنية؛ كانت من أهم العوامل الكامنة وراء الإدمان (عبد المنعم، 2003، ص156، 161-162).

ثالثاً: دراسة هينت **P.G. Hunt (1975)** أجريت على عينة من المتعاطين للقنب أفضت نتائجها إلى أن احتمال إقبال الأبناء على التعاطي يكون كبيراً إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التسبب أو التفكك، ومتوسطاً إذا كانت العلاقة يغلب عليها روح التسلّط من جانب الآباء، أمّا إذا كانت العلاقة

ديمقراطية يسودها الحب والتفاهم جنباً إلى جنب مع التوجيه والحزم؛ فاحتمال إقبال الأبناء على التعاطي يكون ضئيلاً (سويف، 1996، ص78).

٦ وفي دراسة قام بها هربرت هندن **Herbert Henden (1980)** حول تعاطي الماريجوانا، كشفت نتائجها أنّ جميع المتعاطين كانوا يعيشون في جو أسري مضطرب، ولا يختلف هذا الجو عن الجو الذي يعاني منه معظم الشباب، كما اتضح أنّ هؤلاء المتعاطين يحاولون وضع أسس جديدة في طريقة تعاملهم مع آبائهم، وكانت اتجاهاتهم تميل لأن تكون مدمرة للعلاقة بين والديهم، وكان يبدي كل شاب رفضه لأوامر والديه، ويرغب في الحصول على النشوة والسعادة.

**خامساً: دراسة توردا Torda** قام بها على عينة تتكون من (60) فرداً نصفهم من مدمني الهيروين والنصف الآخر غير مدمنين (أفراد عاديين)، وقام بتطبيق اختبارات الشخصية واختبار التقييم "لروث" عليهم، توصلت الدراسة إلى أنّ مدمني المخدرات كانوا نتاجاً لأسر تعود فيها السلطة للأُم، التي كانت تتميز بشخصية معاقبة سواء على الأنشطة التي يقوم بها الأبناء أو على تعبيراتهم الذاتية، كما كانت تبدي عدم موافقتها الظاهرة لاحتياجاتهم، أمّا نظرة المدمن وصورته عن ذاته؛ فكانت لا تتعدى كونه إنساناً حقيراً غير مرغوب فيه (عبد المنعم، 2003، ص158، 161).

**سادساً: دراسة كوبرا وكوبرا (I.c Chopra , and R.N. Chopra)**: بالهند على عينة من متعاطي الحشيش، خلصت إلى أنّ تعاطي هذا المخدر يتركز عند الأفراد ذوي الفئة العمرية (16- 18 سنة). وأما عن أسباب التعاطي فتمثلت في إهمال الأسرة للأبناء؛ ومجاراته أصدقاء السوء؛ والرغبة في الاستطلاع؛ والبحث عن المتعة والتشبه بكبار السن من المدمنين. كما بيّنت الدراسة أن تعاطي الحشيش يزداد عند

سكان المدن مقارنة بسكان الريف، واثضح أنّ هناك علاقة بين التعاطي وبين متغير تدني المستوى التعليمي (ثابت، 1984، ص42/43).

**سابعاً: دراسة ماري شوكي (Mari choquet) وسيلفي ليدو (Sylvie Ledaux) 1993 بعنوان:**  
الشباب واستهلاك المخدرات غير المشروعة في فرنسا.

هدفت الدراسة إلى تحديد العوامل المؤدية إلى استهلاك المخدرات وتحديد حجم الظاهرة وكذا مسبباتها، وقد طبقت الدراسة على طلاب مدارس وثانويات ثمان مقاطعات فرنسية، وبلغ حجم العينة 2466 مبحوث، واستعملت استمارة المقابلة في جمع البيانات وخلصت الدراسة إلى أن أغلب المبحوثين أعمارهم لا تتجاوز 17 سنة، ويستهلكون أنواعاً مختلفة من المخدرات على مقربة من مؤسساتهم التعليمية، وينتشر التعاطي بين الذكور أكثر منه عند الإناث، وتعد العوامل الأسرية والاجتماعية الدافع الأكبر لتعاطي المخدرات، كالتفكك الأسري وضعف الوازع الديني والأخلاقي، وانتشار مظاهر الفساد الاجتماعي، وكذا سهولة الحصول على المواد المخدرة بسبب انتشارها في الشارع وأمام المؤسسات التربوية. (ديفل سعدة، 2011، ص 37-38)

**ثامناً: دراسة الباحثين باتريك أندرو وكاترين (Patrick Andrew, and Kathryn) 2006 بعنوان:**  
مشكلة تعاطي المخدرات من قبل الشباب المراهقين بالمدارس الابتدائية والطلاب في المدارس الثانوية  
فوق سن 15.

شملت (4000) طالب في المدارس الابتدائية والثانوية من الجنسين، وركزت على انتشار المخدرات بين المراهقين في المدارس والجهود المبذولة من قبل الحكومة البريطانية في وضع إستراتيجية مناسبة للحد من انتشار المخدرات بين الشباب، وأوصت الدراسة بالانتباه لأهمية ارتباط الشباب بالأسرة والمجتمع وعلاقة

الشباب بالمدرسة ودورها في تجنيب الشباب هذه المشكلة كما بينت نتائج الدراسة دور أولياء الأمور في تجنيب أولادهم تعاطي المخدرات خصوصا إذا ما تم الكشف عن التعاطي في وقت مبكر. ( Patrick, Andrew and Kathryn, 2006, 393–401)

**تاسعا: دراسة ماتيو (Matthew,2010):** ركز الباحث على الأسباب التي تدفع الشباب في الولايات المتحدة الأمريكية لتعاطي المخدرات، وتوصل إلى أن أهم هذه الأسباب هي الضجر والإحباط، وعدم قبول الشباب من قبل الأهل أو الآخرين، إضافة إلى بعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى كالطلاق وسوء المعاملة، وتناولت الدراسة أنواع المخدرات التي يتعاطاها الشباب في المجتمع مثل: المارجوانا والكوكايين وبعض الفيتامينات التي تؤدي إلى الهلوسة، والمنبهات، والاستنشاق لبعض المواد الكيميائية. وقد بين الباحث في دراسته الآثار السلبية الناتجة عن تناول المخدرات، مثل: سرعة التنفس، والتثبيط والإحباط، وزيادة سرعة ضربات القلب، وتغيرات في المزاج، والوفاة في بعض الأحيان. (Matthew,2010)

**عاشرا: دراسة أرون وشافان (Arun, and Chavan, Bir Singh , 2010):** وهي مسح ميداني أجري على (2292) فرداً تزيد أعمارهم عن (15) سنة، في بعض المناطق الريفية والحضرية في الهند، هدفت الدراسة التعرف على اتجاهات الشباب نحو مشكلة تعاطي المخدرات وشرب الكحول، وخلصت إلى أن تعاطي المخدرات ينتشر بين الشباب في أرجاء واسعة من الهند، خصوصا في المناطق الريفية والمناطق الفقيرة، وبينت الدراسة أنه في سبيل حل هذه المشكلة، فلا بد أن نتعرف إلى مواقف واتجاهات المجتمع تجاه مشكلة التعاطي وشرب الكحول. بالإضافة إلى معرفة اتجاهات الشباب بالذات تجاه تعاطي المخدرات. والاختلافات بين متعاطي المخدرات بين الشباب والظروف والبيئة التي تدفع بهم إلى التعاطي كالظروف الاجتماعية والنفسية والمادية. (Arun, and Chavan, Bir Singh , 2010, pp.126-136)

## ب- الدراسات العربية:

أولاً: دراسة ذعار سلطان السبيعي (1417هـ) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للجريمة.

استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن وبلغ حجم العينة (150) فرداً من نزلاء سجن الدمام بالسعودية، واستخدم أداة الاستبانة لجمع البيانات وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- هناك تفاوت واضح بين أفراد العينة في شدة ميولهم واتجاهاتهم بالعودة للجريمة، ويرجع ذلك إلى تفاوت فئاتهم العمرية وحالاتهم الاجتماعية ومستوياتهم التعليمية
- غالبية العائدين من ذوي المستويات التعليمية المتدنية ومن العزاب أكثر من المتزوجين والمطلقين.
- أن فئة الطلاب والموظفين هي أكثر الفئات المهنية ميلاً إلى ممارسة الجريمة والعود.
- أن فئة الذين يعولون أو من لديهم أربعة أبناء فأكثر هي أكثر الفئات ميلاً للعودة إلى الجريمة.
- تبين أن معظم أفراد العينة العائدين هم الآباء والأمهات الأميين.
- أن نسبة الجريمة في المدن أعلى منها في البيئات الاجتماعية الأخرى.
- إن العامل الاقتصادي عامل بارز في دفع الفرد إلى معاودة الإجرام. (السبيعي، 1417هـ)

ثانياً: دراسة ذعار فيصل العتيبي (1999) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأحداث العائدين للانحراف.

- أعتمد الباحث منهج المسح الاجتماعي وطبق الدراسة على الأحداث المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بالرياض وكان عددهم (207) نزيراً واستخدم الاستبانة كأداة لجمع المعلومات. وخلص إلى النتائج التالية:
- أن تعليم الأحداث المنحرفين لأول مرة يتركز بين المتوسط والثانوي.

- المستوى التعليمي لآباء الأحداث المنحرفين لأول مرة يقع بين الأمي والابتدائي.
- تدني المستوى التعليمي لدى أمهات الأحداث المنحرفين أو العائدين للانحراف.
- غالبية المبحوثين ينحدرون من أصول حضرية ويسكنون المدن.
- غالبية الأحداث المنحرفين في سن السابعة عشر.
- كبر حجم أسر الأحداث المنحرفين، وسوء العلاقة بين الأحداث العائدين للانحراف ووالديهم
- لا يتدخل الوالدين في اختيار الأحداث المنحرفين لأصدقائهم لدى أكثر من نصف المبحوثين.(الغريب، 2006، ص98).

ثالثاً: دراسة محمد بطي العنزي (2002) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين لجريمة ترويح المخدرات.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تدفع الفرد إلى العودة لجريمة ترويح المخدرات، إضافة إلى سعيها للكشف عن الخصائص الإجرامية للفرد العائد لجريمة ترويح المخدرات، استعان الباحث بمنهج المسح الاجتماعي الشامل لجميع مفردات مجتمع البحث المحكومين بقضايا ترويح المخدرات بمدينة الرياض، وكان عددهم (246) مبحوثاً، كما استخدم الاستبانة كأداة لجمع المعلومات وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- بالنظر إلى المرحلة العمرية في علاقتها بالعود إلى الترويح، تبين أن هناك ازدياداً في معدلات جريمة العود لترويح المخدرات في المرحلة العمرية (35-45 سنة) بنسبة قدرها (65.2%).
- بخصوص الحالة الزوجية وتأثيرها على العود إلى الترويح، تبين أن العزاب هم أكثر الفئات ميلاً لمعاودة ارتكاب جريمة ترويح المخدرات (51.2%) قياساً بالمتزوجين والمطلقين والأرامل.

- كشفت نتائج الدراسة عن تدني المستوى التعليمي للعائدين لجريمة ترويج المخدرات، ذلك العامل الذي يلعب دورا مهما في تزويد ظاهرة العود إلى الترويج، حيث تبين أن نسبة (72.1%) من ذوي المستويات التعليمية التي لا ترقى للمرحلة المتوسطة.

- أغلب العائدين لترويج المخدرات يأتون في الترتيب الأول بين أفراد أسرهم ويعيشون مع أسرهم.

- أغلب العائدين لجريمة ترويج المخدرات (69.9%) أولياؤهم غير متعلمين.

- ما نسبته (58%) من العائدين يعانون مشكلات وخلافات أسرية.

- ما نسبته (53.7%) من العائدين لهم أصدقاء يتاجرون بالمخدرات.

- ما نسبته (56.8%) من العائدين دخلهم لا يكفيهم للوفاء بمتطلباتهم المعيشية.

- النسبة الأكبر من العائدين لترويج المخدرات كانوا موظفين عند ارتكابهم أول جريمة ترويج مخدرات.

- كشفت الدراسة عن وجود علاقة قوية بين التعاطي والعودة لجريمة الترويج، حيث مثل التعاطي أحد

العوامل المهمة التي تدفع بالفرد إلى العودة لجريمة ترويج المخدرات مرة أخرى. (العنزي، 2002).

رابعا: دراسة خالد غرم الله المالكي (2005) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين

والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات.

طبق الباحث دراسته على مرضى الإدمان على المخدرات في مستشفيات الأمل في السعودية، واستخدم

منهج المسح الاجتماعي وكان حجم العينة الإجمالي (150) مدمنًا واستخدم أداة الاستبانة لجمع البيانات.

ومن أبرز ما توصلت إليه الدراسة:

- ضعف المستوى التعليمي للمدمنين وأسرهم.

- ضعف المستوى الاقتصادي لأسر المدمنين.

- معظم المبحوثين يقيمون في مناطق حضرية.
- سيادة النمط التفكك الأسري لدى معظم أسر المبحوثين. (المالكي، 2005)
- خامسا: دراسة سلمان العواد (1428هـ) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمدمني الامفيتامين ومدمني الحشيش والعاديين.**
- استعان الباحث بمنهج المسحي الوصفي المقارن وبلغ حجم العينة (100) فردا واستخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، ومن أبرز ما توصل إليه الباحث من نتائج:
- اتضح أن أغلب المبحوثين يقيمون في مدينة الرياض ولم يكونوا متزوجين.
- أغلب المبحوثين تراوحت أعمارهم بين 20 وأقل من 30 سنة.
- كشفت الدراسة عن ضعف المستوى التعليمي لمدمني الامفيتامين.
- كشفت الدراسة عن ضعف المستوى الاقتصادي لمدمني الحشيش والامفيتامين.
- ضعف المستوى التعليمي للوالدين لمدمني الحشيش والامفيتامين. (سلمان العواد، 2007)
- سادسا: دراسة طه فهد الدوسري (1420هـ) بعنوان: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بترويج المسكرات والمخدرات،.**

هدفت الدراسة إلى معرفة أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بترويج المسكرات والمخدرات وأوجه التشابه والاختلاف بين مروجي المخدرات والمسكرات، وخلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

أن أصدقاء السوء من أهم العوامل الاجتماعية التي تدفع مروجي المخدرات إلى هذه الجريمة، وأن المرود المادي لجريمة الترويج يعد من أهم العوامل الاقتصادية، ثم الرغبة في الحصول على المادة المخدرة، ومعاناة المروج من كثرة المصروفات والإنفاق، ومن أهم عوامل العود للجريمة هي إيمان

المروج للمخدرات، وعدم وجود فرص عمل في المرتبة الثانية، ثم الفقر وإغراء المادة لهذه الجريمة. (الدوسري، 1999).

**سابعاً: دراسة نايف الجهني: دراسة لبعض العوامل النفسية والاجتماعية الدافعة لتعاطي المخدرات.**

استعمل الباحث منهج المسحي الاجتماعي المقارن للتعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين مروجي المخدرات حول الخلفيات والعوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بتعاطي المخدرات واستخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وانطلقت الدراسة من التساؤلات التالية:

- ما العوامل الاجتماعية الدافعة لتعاطي المخدرات وإدمانها؟

- ما الفئة العمرية التي يبدأ عندها الفرد تعاطي المخدرات لأول مرة؟

- ما أهم الخصائص المميزة للفرد المتعاطي للمخدرات من حيث العمر الزمني، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الترتيب الميلاي، المهنة، الحالة السكنية؟ وتوصلت الدراسة من النتائج التالية:

1- العوامل النفسية: الشعور بالسرور والمرح بلغت نسبته 57%، الرغبة في زيادة الحيوية والنشاط بلغت نسبته 47%، الهروب من المشكلات 44%، الشعور بالاكنتاب والقلق بنسبة 34%، الشعور بالوحدة نسبته 30%، الشعور بالحرمان والإحباط بلغت نسبته 22%، الإحساس بعدم الأهمية في الحياة نسبته 22%، ضعف الوازع الديني بنسبة 21%، الرغبة في زيادة القدرة الجنسية 19%، فقدان الاهتمام بما يحيط بالمجتمع 18%، الشعور بالنقص وضعف الإرادة 16%، الشعور بعدم احترام الآخرين 15%، الهروب من الذات 14%، الرغبة في تأكيد الذات 12%،

2 - الخصائص المميزة للفرد المتعاطي حسب أهميتها: الفشل المتكرر في الحياة 46%، التورط في الديون والإحساس بضائقة مالية 37%، مجاملة الأصدقاء 35%، التعرف من خلال أصدقاء السوء على

مصادر الحصول على المخدرات 31%، السهر خارج المنزل 27%، كثرة الخلافات مع أفراد الأسرة 27%، عدم القدرة على توفير مستوى مناسب للأسرة 24%، الخضوع لغواية أصدقاء السوء 23%، الانصياع لرأي أصدقاء السوء الذين يعتبرون المخدر علاجاً للآلام العضوية 19%.

3- العمر الزمني للفرد عند تعاطي المخدرات لأول مرة مرتبة حسب أهميتها:

- الفئات العمرية من (16-20 سنة) بنسبة قدرها (42%).

- الفئات العمرية من (20-25 سنة) بنسبة قدرها (18%).

وهو ما يدل على أن أخطر مراحل العمر في حياة الفرد هي نهاية مرحلة المراهقة .

4- الخصائص المميزة للفرد المتعاطي حسب أهميتها:

- الغالبية العظمى عزاب 44%، غالبيتهم أميين 27%، ترتيبهم الأول في الأسرة 39%، أغلبهم عاطلين

عن العمل 41%، أغلبهم يقطنون في مساكن مستأجرة 68%.(القحطاني، 2002)

ثامناً: دراسة محمد بن راشد القحطاني (2002) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطي

المخدرات في المجتمع السعودي.

انطلقت الدراسة من الفرضية التالية: توجد فروق بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومتغيرات

تعاطي المخدرات.

واعتمد الباحث منهج المسح الاجتماعي، واعتمد عينة بحث من 400 مفردة من متلقي العلاج، واستعان

الباحث بالمقابلة والاستبيان في جمع البيانات، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 32.25% من المتعاطين من الفئات العمرية (25-30 سنة)، تليها الفئات العمرية (20-25 سنة) بنسبة

30%، كما أن الغالبية العظمى لم يتجاوز تعليمهم المرحلة الثانوية بنسبة 87.75%، كما توصلت الدراسة

إلى أن 94.75% ينتمون إلى الوسط الحضري، 46% من المبحوثين هم من الموظفين، ثم الطلبة بنسبة 22%، ثم البطالين ب 17.5%، وعن الحالة الزوجية بلغ العزاب 66%، والمتزوجين 27%، 7% مطلقين، وعن الدخول الشهري كان 40% بدون دخل، و 19% دخلهم متدني، و 12.5% دخلهم جيد.

- الغالبية من مجموع أفراد العينة تستخدم الحبوب المخدرة لسهولة حملها وإخفائها وتهريبها، ورخص ثمنها حيث بلغت نسبتهم 52.25%، يليها مستخدمو الحشيش بنسبة 21.25%، ثم مدمنو الهيروين بنسبة 11.50%، و 10% يستخدمون الأفيون، و 5% يتعاطون الكوكايين، والغالبية العظمى من المبحوثين كانوا يتعاطون مع رفقة ب 92.25%، و 7.75% كانوا يتعاطون لوحدهم، كما أن أغلب المبحوثين يعتمدون البلع في التعاطي بنسبة 52.25%، يليها المدخنون ب 21.25%، ثم الشم ب 20%، يلها الحقن ب 6.50%.

- غالبية أفراد العينة يتعاطون المخدرات عادة مع الأصدقاء 92.25%، و 7.75% يتعاطونها منفردين، وعن مدة إدمانهم أجاب 88% من المبحوثين أنه مضى على إدمانهم أكثر من سنة، وعن دوافع ولوجهم عالم المخدرات أجاب 28.75% بان الدافع هو رفقاء السوء، 21.25% كانت الظروف العائلية هي السبب، و 16% لشغل وقت الفراغ، 11.50% لأسباب اقتصادية، 9.75% لظروف نفسية. وعن العبادات فقد أجاب 42.5% بتأدية الصلاة في المسجد في بعض الأحيان، و 40% نادرا ما يصلون بالمسجد، وعن تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء فقد أجاب 62.5% بعدم تدخل الأسرة في ذلك، و 25% أحيانا، و 12.5% فقط كان أوليائهم دائما التدخل. (القحطاني، 2002)

تاسعا: دراسة لـ ناصر ثابت (1982) بعنوان: المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات دراسة اجتماعية ميدانية استطلاعية، الإمارات.

قام الباحث بهذه الدراسة لإلقاء الضوء على أبعاد هذه الظاهرة؛ وأسبابها؛ ونتائجها من خلال:

- التعرف على السمات العامة للمتعاطين وعلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية المؤدية للتعاطي
- التعرف على الآثار المختلفة للتعاطي وللمواد المستعملة في الاستنشاق.
- تحديد العلاقة بين تعدد الجنسيات في المجتمع والانحراف (التعاطي).
- الوصول إلى طريقة معينة لعلاج هذه الظاهرة.

وشملت عينة الدراسة (425) متعاطيا تم جمعها من مناطق متفرقة من المجتمع، واستخدم الباحث أداة

الاستبيان في جمع البيانات والمعلومات من الميدان. ومن النتائج التي انتهت إليها الدراسة فيما يتعلق بخصائص أسر المدمنين ما يلي:

- أشار (10.6%) من مجموع أفراد العينة إلى أن الخلافات بين الوالدين كانت موجودة.
- ذكر (5.2%) أن من نتائج الخلافات الأسرية انفصال الوالدين.
- ذكر (6.6%) أن من نتائج الخلافات الأسرية الطلاق.
- ذكر (4.9%) أن من نتائج الخلافات الأسرية اضطرار الأم إلى العمل خارج المنزل.
- أشار (18.4%) إلى أن من أسباب الخلافات الأسرية سوء تصرف الأب.
- أشار (20.9%) من مجموع أفراد العينة إلى أن تعاطيهم يعود إلى المشاكل الأسرية.
- أشار (18.4%) إلى أنهم أيتام بوفاة أحد الوالدين أو كليهما (ثابت، 1984)..

عاشرا: دراسة لـ محمد عيسى السويدي وعبد الله محمد أبو شهاب (1990) بعنوان: المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة.

ومن بين الأهداف التي كانت تسعى إليها هذه الدراسة:

- التعرف على الأوضاع المعيشية لمتعاطي المخدرات.

- التعرف على دوافع التعاطي.

- التعرف على الجو العائلي للمتعاطين.

- التعرف على الأضرار التي تلحق بالمتعاطين.

وقام الباحثان بهذه الدراسة، بعد أن شاهدا اتساع ظاهرة التعاطي بالمجتمع الإماراتي، لاسيما لدى فئة

الشباب، واعتمدا في دراسة هذا الموضوع على المنهج الوصفي، واستخداما أداة الاستبيان بوصفها وسيلة

لجمع البيانات من الميدان، وشملت عينة الدراسة (212) متعاطيا.

ومن النتائج التي توصلت إليها ما يلي:

- أن (27.4) من مجموع أفراد العينة ينتمون إلى أسر يتعاطى أحد أفرادها المخدرات.

- أن نسبة المتعاطين الذين توفي آباؤهم بلغت (29.8%) من مجموع أفراد العينة، وبلغت نسبة الذين

توفيت أمهاتهم (22.3%)، أما نسبة الذين توفي والداهم معاً، فقد بلغت (10.7%). والملاحظة المهمة التي

سجلت في هذا السياق هي أنّ وفاة الوالدين حدثت والأبناء في سن الرشد.

- بلغت نسبة المتعاطين الذين تزوج أحد والديهم بعد وفاة الآخر (9.9%)، وغالباً ما حدث الزواج والأبناء

في سن الرشد.

- كانت نسبة من أشاروا إلى أنهم تكفلوا برعاية أنفسهم بعد وفاة أحد والديهم (9.8%)، وأكد البقية بأنّ رعايتهم تمت على يد الأهل: (الجدّة، أو العمّة، أو الخالة، أو أحد الأخوة).
- عانى 19% من أفراد العينة من مأساة الطلاق والهجر بين الوالدين.
- كشفت الدراسة أنّ (21.8%) من آباء المتعاطين لا يهتمون بشؤون أبنائهم.
- لم تكن هناك طريقة واحدة للتربية بالنسبة للآباء، إذ تراوحت بين التشدد (38%)، والتدليل (11.6%)، وعدم المبالاة (10.7%)، بينما ذكر (39.7%) بأنّ تربيتهم كانت عادية (السويدي وبوشهاب، 1990).

إحدى عشر: دراسة لـ زين العابدين مخلوف حسن (1993) بعنوان: "الإدمان كمشكلة اجتماعية لدى بعض الشباب المصري، دراسة ميدانية".

سعت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن الخصائص العامة لمدمني المخدرات من الشباب مثل: السن؛ والمستوى التعليمي؛ والمهنة، وكذلك التعرف على العوامل الاجتماعية المؤدية إلى إدمان الشباب، والتعرف أيضاً على أنواع المخدرات المنتشرة وكيفية الحصول عليها وطرق تعاطيها، وذلك باستخدام أسلوب المسح الاجتماعي الشامل للمتقدمين طواعية للمصحات، وتم تطبيق الاستبيان على مجموعة من الشباب الذكور.

كشفت نتائج الدراسة أنّ من بين العوامل التي كان لها دور كبير في الإدمان، الاضطرابات الأسرية؛ وفقدان القدوة الحسنة داخل الأسرة، وتعاطي الوالد أو أحد الأخوة للمخدرات. بالإضافة إلى أصدقاء السوء، وكانت المخدرات التخليقية الأكثر شيوعاً وانتشاراً بين الشباب (الفوال وآخرون، 2002، ص 206).

## أثنى عشر: دراسة صالح السعد (1993) بعنوان: "تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في الأردن دراسة مقارنة".

توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج هي:

- يتركز تعاطي المخدرات عند أفراد العينة الأردنية عند ذوي المرحلة الإلزامية خصوصا المرحلة الإعدادية، إذ بلغت نسبتهم (46.7%) مقابل (2.5%) للجنسيات الأخرى.
- يشكل الحرفيين (المهنيين)، من أفراد العينة الأردنيين أعلى النسب مقارنة مع المهن الأخرى، إذ بلغت نسبتهم (25.9%) مقابل (5.7%) للمهن الأخرى.
- تبين من نتائج الدراسة أن (62.2%) من أفراد العينة الأردنيين كانت مستوياتهم العمرية عند بدء التعاطي المخدر بين (20-30 سنة) مقابل (45.9%) للجنسيات الأخرى.
- أشار (38.9%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم عرفوا التعاطي لأول مرة عن طريق الأصدقاء مقابل (40%) للجنسيات الأخرى، وأفاد (31.4%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم عرفوا تعاطي المخدر لأول مرة خلال وجودهم خارج البلاد للعمل أو الدراسة.
- ذكر (37.8%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم جربوا تعاطي أكثر من نوع من المخدرات، وأفاد (74.1%) أنهم كانوا مدمنين على المخدرات وبالدرجة الأولى الحشيش.
- أما عن أسباب التعاطي، فاحتل المركز الأول مجازاة أصدقاء السوء بنسبة (24.4%)، وفي المركز الثاني الظروف الاقتصادية بنسبة (15.6%)، ثم البحث عن المتعة (11.1%)، فالهروب من المشاكل بنسبة (8.9%) (السعد، 1993).

ثلاثة عشر: دراسة سيد محمد بن بعنوان: ظاهرة انتشار المخدرات بين الشباب في المجتمع المصري.

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات، الآثار الاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات، الخصائص الاجتماعية والثقافية للمدمنين. وانطلقت من التساؤلات التالية:

ما هي الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات ؟

ما هي الآثار الاجتماعية المترتبة على تعاطي الشباب للمخدرات؟ ما هي خصائصهم الاجتماعية والثقافية؟ نتائج الدراسة الدوافع الاقتصادية: أفصحت الدراسة الميدانية عن وجود 68% من أفراد العينة حرفيون مؤقتين، أيضا هناك 7% عاطلون تماما لا يقومون بأي عمل، بينما 13% يعملون موظفين بالحكومة بمرتبات ضعيفة و12% غالبا يتدبرون مصروفات التعاطي بأي وسيلة مشروعة كانت أو غير مشروعة.

الدوافع الاجتماعية: الفئة العمرية ورفاق السوء: بينت الدراسة الميدانية أن 4% من إجمالي العينة بدأ تدخين السجائر قبل العاشرة بينما بدأ 32% منهم التدخين في المرحلة العمرية من 10-11 سنة وبدأ 51% التدخين أيضا في المرحلة العمرية 15-20 سنة، بينما بدأ 10% منهم فقط التدخين بعد العشرين.

الدوافع الأسرية: وأهم عناصرها العلاقات الأسرية أقر 27% من أفراد العينة أن الأب متوفى، وأن 11% منهم انفصل الأب عن الأم، و6% سافر الأب إلى الخارج، و56% يعانون مشكلات متكررة مع الأسرة.

المتعاطون والمجتمع: 59% من أفراد العينة يقررون أن المجتمع ينظر إليهم باحتقار، بينما يرى 23% منهم أن المجتمع ينظر لهم على أنهم مرضى ويحتاجون للعلاج، و81% ينظرون له على أنه شخص عادي خائنه الظروف.

بالنسبة للظروف التي تدفع الشباب إلى تعاطي المخدرات اتضح أن 37% من أفراد العينة أدمنوا بسبب الأصدقاء، بينما أدمن 22% منهم بسبب حب الاستطلاع (التجربة)، وأدمن 14% منهم بسبب الشعور بالفراغ، و21% منهم بسبب كثرة المشكلات الأسرية، و6% منهم بسبب الرغبة في الهروب من الواقع. الخصائص الاجتماعية والثقافية للمدمنين: أوضحت النتائج الخاصة ببدايات التدخين أن 4% من المدمنين قد بدأوا التدخين قبل سن عشر سنوات، بينما بدأت نسبة 32% التدخين ما بين 10-11 سنة، ونسبة 51% بدأت التدخين من 15-20 سنة و3% منها لا يتذكرون متى بدأوا التدخين.

حجم الأسرة: اتضح من الدراسة الميدانية أن نسبة 50% من أفراد العينة يعيشون في أسر مكتملة البناء من المنظور السوسولوجي، أي أنها تتكون من الأب والأم والأبناء، وعلى الرغم من ذلك فإن العلاقات السائدة والقيم الموجودة وعدم رقابة الأبناء كانت وراء إدمانهم للمخدرات، بينما بلغت نسبة 9% من أفراد العينة يعيشون بمفردهم، وقد يبرر ذلك عوامل إدمانهم. بالإضافة إلى نسبة أخرى بلغت 18% يعيش فيها المدمن مع أسرته الصغيرة المكونة منه ومن زوجته وأولاده، ونسبة مماثلة يعيش فيها المدمن مع أسرة ممتدة تضم إلى جانب زوجته الآباء.

التعليم: أفصحت الدراسة عن وجود تباين واضح في مستوى التعليم لأفراد العينة، فلم يكمل التعليم الجامعي منهم إلا نسبة 20% فقط، ولم تتم نسبة 30% منهم مرحلة التعليم المتوسط، وتسرب من التعليم نسبة بلغت 16%، وتوقفت نسبة 14% عند المرحلة الإعدادية، أيضا استطاعت نسبة 11% أن تنتهي تعليمها المتوسط. (سيد محمدين ، 2003 ، ص 323-327).

أربعة عشر: دراسة رشاد عبد اللطيف بعنوان: "الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات عند الأحداث"

يمكن تحديد أهداف البحث في الآتي:

- التعرف على أهم العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات سواء كان ذلك متصلا بالنواحي الشخصية أو البيئية.

- التعرف على الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات سواء على الفرد أو على الأسرة أو على المجتمع.

- الوصول إلى محددات يمكن للمجتمع أن يستفيد منها في وضع إطار لمواجهة الآثار الاجتماعية المترتبة على تعاطي المخدرات.

لذلك تسعى الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات الآتية:

1. ما هي أهم العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات؟

أ- العوامل الشخصية (انخفاض مستوى التعليم، البعد عن الواقع... وغير ذلك).

ب- العوامل الاجتماعية (انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، سوء شغل وقت الفراغ، تفكك الأسرة...).

2. ما هي الآثار الاجتماعية المترتبة عن تعاطي المخدرات؟

أ- بالنسبة للمتعاظم (ضعف الصحة، الإهمال، السلبية... وغير ذلك).

ب- بالنسبة للأسرة (التفكك، الهجر... وغير ذلك).

ج- بالنسبة للمجتمع (ضعف الإنتاج، انتشار الجريمة وما إلى ذلك).

منهج الدراسة: استخدمت هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة بالنسبة للأحداث الجانحين المودعين بداري الملاحظة والتوجيه الاجتماعي، بالإضافة إلى عينة من المسؤولين من رعاية الأحداث والاختصاصيين الاجتماعيين، والنفسيين والعاملين مع الأحداث.

عينة البحث: لقد تم إجراء الدراسة على عدد 80 حدثاً من بين 102 حدث، وقد لوحظ أن عدد الأحداث يختلف من أسبوع إلى آخر بدار الملاحظة نظراً لأنها ليست مثل دار التوجيه الاجتماعي. والمسئولون بدار الملاحظة والتوجيه الاجتماعي عددهم 20.

أدوات البحث: الاستمارة بالمقابلة مع الأحداث الجانحين.

مقابلات شبه مقننة مع المسؤولين والاختصاصيين بدار الملاحظة والتوجيه الاجتماعي.

البحث المكتبي والوثائقي (رشاد عبد اللطيف، 1999، ص 109-112).

النتائج العامة للدراسة:

1- أبرزت الظاهرة أن معظم الأحداث متعاطي المخدرات يقعون في الفئة العمرية 12-14 سنة بنسبة 32.5%.

2- إن معظم متعاطي المخدرات من الناحية التعليمية (إما متأخرون دراسياً، أو راسبون، بنسبة 38.5% بالنسبة لراسبي الابتدائية).

3- أبرزت الدراسة أن معظم متعاطي المخدرات من سكان المدن بنسبة 73.8% وقد انخفضت النسبة إلى 26.2% بين سكان القرى.

العوامل الشخصية المؤدية إلى تعاطي المخدرات:

أشارت الدراسة أن هناك مجموعة من العوامل الشخصية تؤدي إلى تعاطي الأحداث للمخدرات أبرزها:

إثبات الرجولة بنسبة 40%، التقليد والمسايرة بنسبة 30%، نسيان المشكلات والهموم بنسبة 15%.

وقد أكد هذه النتائج رأي المسؤولين حيث أشاروا إلى إثبات الرجولة، ثم نسيان المشكلات والهموم وأخيرا التقليد.

العوامل المؤدية إلى تعاطي الأحداث للمخدرات:

1- تبين من الدراسة أن العوامل الاجتماعية كان لها التأثير الأول على تعاطي الأحداث للمخدرات.

2- وقد أبرزت نتائج الدراسة أن العوامل الاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات هي:

عدم وجود رقابة من جانب الوالدين، تعاطي أحد أفراد الأسرة المخدرات، التدليل الزائد في المعاملة، وجود خلافات بين الزوجين، انفصال الزوجين بالطلاق، وفاة أحد الوالدين.

وقد أكدت النتائج الخاصة بالمسؤولين عن رعاية الأحداث على هذه النتائج مع إعطاء أولوية للعوامل

الآتية:

تعاطي أحد أفراد الأسرة المخدرات، انفصال الزوجين بالطلاق، التدليل في المعاملة. (رشاد عبد اللطيف، ص155-160).

الآثار الاجتماعية الناجمة عن تعاطي المخدرات:

أ- الآثار (الأضرار الشخصية) على الحدث:

أبرزت نتائج الدراسة أن هذه الآثار هي: اللامبالاة والسلبية، إهمال الواجبات المدرسية، الاكتئاب، العزلة عن الآخرين.

وقد أكد المسؤولون هذه النتائج مع الاختلاف في الترتيب وهي: اللامبالاة والسلبية، عدم التركيز في

المذاكرة، إهمال الواجبات المدرسية، الاكتئاب، تأنيب الضمير، العزلة عن الآخرين.

ب- الآثار الاجتماعية الناجمة عن تعاطي المخدرات:

تعاطي الوالدين للمخدرات وأثره على الأبناء: نسبة 52.5% من آباء الأحداث يتعاطون المخدرات، وكذلك

نسبة 47.5% من الأحداث لهم إخوة يتعاطون المخدرات.

أثر تعاطي المخدرات على وجود مشكلات بالمدارس: أبرزت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين تعاطي

أحداث للمخدرات ووجود مشكلات مع مدرسيهم وزملائهم. (سيد محمد، ص 166-168).

ج- الدراسات السابقة الجزائرية:

وأما بالنسبة للدراسات السابقة في الجزائر، فيبدو أن موضوع خصائص المدمنين لم يأخذ حظاً

وافراً من الاهتمام (نسبياً)، بالرغم من تنامي هذه المشكلة وامتدادها إلى كل فئات مختلفة من المجتمع،

ومن خلال البحث والاستطلاع تم العثور على بعض الدراسات نذكر منها:

أولاً: دراسة كاشا 1985م.

في عام 1985م، قام الباحث بدراسة ميدانية حول ظاهرة إدمان المخدرات ومدى انتشارها بين

أوساط الشباب الجزائري؛ بهدف الكشف عن العوامل المؤدية إلى تناول المواد المخدرة والإدمان عليها،

وتوصلت النتائج إلى أن تناول الشباب للمخدرات عادة ما يتم عن طريق المبادلات العائلية للأدوية وعن

طريق الأصدقاء، كما أشارت الدراسة إلى أن من بين عوامل الإدمان عدم اهتمام الأسرة بشؤون أبنائها

واحتياجاتهم، وبخاصة عند وصولهم إلى المرحلة الحرجة من حياتهم، وهي مرحلة المراهقة. وأشارت

الدراسة إلى أن هذه الظاهرة كانت منتشرة أكثر بين فئة الذكور من ذوي الفئة العمرية (18-35 سنة).

## ثانياً: دراسة درامشي والجودي 1987م.

أجريت هذه الدراسة عام 1987، وكانت تهدف إلى محاولة إدماج فئة المدمنين في نسيج الحياة الاجتماعية، ومعرفة الأسباب التي دفعت بهم إلى الإدمان وتناول المخدرات مع توضيح أنواع المخدرات الأكثر انتشاراً في المجتمع الجزائري وطريقة الحصول عليها.

وبينت نتائج الدراسة أنّ من أسباب الإدمان: فقدان الحوار والمناقشة داخل الأسرة الجزائرية بين الآباء والأبناء؛ وضيق السكن؛ ووقت الفراغ. وكانت المخدرات تمثل لأغلبية الشباب الحل الوحيد لنسيان الهموم والمشاكل اليومية، في حين كانت تمثل للبعض الآخر حالة تم التعود عليها ولا يمكن لهم الاستغناء عنها، وعند البعض الآخر مصدراً للذة وحاجة ملحة في الحياة. أمّا عن كيفية الحصول على المخدرات، فقد أشار أغلبية الشباب إلى أنّهم كانوا يحصلون عليها عن طريق جماعة الرفاق، أو عن طريق المصادفة أو بتشجيع من المدمنين (مرام، 1998، ص28-29).

ثالثاً: دراسة لـ عبد القادر حمر الرأس (1993) بعنوان: الأسرة وتعاطي المخدرات دراسة ميدانية لأثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات، البليدة.

انطلقت هذه الدراسة من إشكالية تضمنت مجموعة من التساؤلات تمحورت حول ما إذا كانت هناك علاقة بين الوسط الأسري وتعاطي المخدرات، وهل يعود التعاطي إلى عدم قدرة الفرد على مواجهة الواقع الاجتماعي؟ وما هي فئة المتعاطين؟ وهل هي فئة عاملة أم متعطلة عن العمل؟ وهل تعكس هذه الفئة نوعاً معيناً من التربية؟ وهل توجد هناك قوانين صارمة ضد هذه الآفة؟ وهل للأجهزة التربوية الأخرى مثل: المدرسة؛ والمسجد؛ والتلفزة؛ والصحف دور في نمو هذه المشكلة وتطورها. وللإجابة عن التساؤلات السابقة؛ وضع الباحث مجموعة من الفرضيات هي:

- توجد علاقة بين حالات التفكك الأسري وتعاطي المخدرات.
  - تعاني أسر المتعاطين من عدم كفاية دخلها ومن سوء الأحوال السكنية.
  - من أسباب إقبال الشباب على المخدرات التهميش، وإهمال الشباب من طرف السلطات.
  - ضعف الحافز الديني يؤدي إلى التعاطي.
- واعتمد الباحث في دراسته على المنهج الإمبريقي الذي استخدمت فيه تقنية التحليل الإحصائي ومنهج دراسة الحالة، أمّا الأدوات، فاستخدم منها الملاحظة بكل أنواعها ما عدا الملاحظة بالمشاركة؛ والمقابلة الحرة؛ والمنظمة؛ والاستبيان.
- ومن بين أهداف الدراسة: التعرف على الظروف الأسرية والمادية التي يعيشها الأبناء التي أدت إلى انحرافهم، ومحاولة لفت انتباه الهيئات المعنية للاهتمام بالأسرة كسبيل للوقاية من تعاطي المخدرات. وبغية تحقق الباحث من الفرضيات التي وضعها، أجرى دراسته على عينة تكونت من ثلاث مجموعات:
- 1- عينة المجتمع العام، وشملت (200) حالة اختيرت بأسلوب العينة العرضي.
  - 2- عينة المتعاطين خارج السجن، وشملت (60) حالة اختيرت بالطريقة التراكمية.
  - 3- عينة المتعاطين المسجونين، وشملت (12) حالة اختيرت عشوائياً.
- وبينت نتائج الدراسة أنّ من سمات أسر المتعاطين ما يلي:
- القسوة في معاملة الأبناء، الأمر الذي يدفع بهم إلى الهروب من الأسرة والانخراط في جماعات الانحراف، كما بينت الدراسة بأنّ هناك ارتباطاً واضحاً بين: المستوى الثقافي للأباء، والوضع الاقتصادي للأسرة، ودرجة تماسكها أو تفككها، وبين أسلوب المعاملة، إذ تسود الشدة في المعاملة إلى جانب الإهمال لدى الآباء والأمهات من ذوي المستوى الثقافي المتدني، والوضع المادي المتردي.

- التفكك والاضطراب: إذ ذكر (41.5%) أن تعاطيهم للمخدرات يرتبط بالمشاكل العائلية.
  - القدوة السيئة: بينت الدراسة أن:
    - (40%) من مجموع أفراد العينة كان آباؤهم يتعاطون الخمر.
    - (5%) من مجموع أفراد العينة كانت أمهاتهم يتعاطين الخمر.
    - (23.3%) من مجموع أفراد العينة كان أخوتهم يتعاطون الخمر.
    - (56%) من مجموع أفراد العينة كان آباؤهم قد ارتكبوا جريمة.
    - (9.1%) من مجموع أفراد العينة كانت أمهاتهم قد ارتكبن جريمة.  - سوء الأحوال الاقتصادية والسكنية.
  - كبر حجم الأسرة، إذ إن (70%) من أسر المتعاطين يتراوح حجمها بين (10 - 13) فرداً مع انخفاض الدخل وسوء الأحوال السكنية.
- كما بينت الدراسة:
- أن أكبر الأبناء وأصغرهم في الأسرة كان أكثر تعرضاً للجنوح.
  - أن (51.5%) من المتعاطين بدأوا التعاطي في سن مبكرة.
  - أعلى نسبة للمتعاطين كانت بين الفئة العمرية (16 - 20) سنة.
  - أعلى نسبة للمتعاطين سجلت بالمناطق الأكثر ضيقاً بالأحياء الفاسدة أو غير المخططة، حيث انعدام المرافق الضرورية للحياة (حمر الرأس، 1993).

رابعاً: دراسة فارح سمير (2009) بعنوان: ظاهرة العود للإدمان على المخدرات والتفكك الأسري دراسة ميدانية تحليلية لفئة من الشباب بمستشفى "فرانز فانون" البلدية.

خلصت الدراسة إلى جملة من النتائج : الفئة العمرية الغالبة العائدة إلى تعاطي المخدرات تقع بين 20-29 سنة، وقدرت نسبتها بـ 65.44%، أغلبية المبحوثين يقطنون في مناطق شبه حضرية بنسبة 63.63%، نسبة الشباب العزاب أكثر من الحالات المدنية الأخرى، وتأخر سن الزواج إلى ما بعد سن 30 سنة، المستوى التعليمي من بين أفراد العينة جامعيون بنسبة 36.36%، أغلبية المتعاطين لهم مستوى دون الثانوي، البطالة قدرت بنسبة 41.81%، أسر أفراد العينة تميزون بمستوى تعليمي منخفض، نسبة العود للإدمان على المخدرات من طرف أفراد العينة مرتفعة جداً إذ بلغت نسبة العائدين لأكثر من مرتين 82%، أفراد العينة يعيشون في أسر مفككة بنسبة (53.63%) سواء ذلك بالطلاق أو انفصال، وفاة الأب أو الأم أو كلاهما، عدد مرات العود للإدمان المتزايدة له علاقة غير مباشرة بالتفكك الأسري بجميع أشكاله، غياب الأب كانت غالباً إذ قدرت النسبة في ذلك بـ 35.45%، من مجموع أفراد العينة، طبيعة العلاقة بين أفراد العينة والوالدين علاقة سيئة بنسبة 49.09%، توصلت الدراسة إلى أن العلاقة بين الوالدين سيئة لدى المبحوثين بنسبة 48.18%، تبين لنا أنه كلما كانت العلاقة بين الوالدين جيدة قلت عدد مرات العود للإدمان، أفراد العينة يقطنون في أسر يسودها غالباً النزاع بين الوالدين المتمثل في الضرب والشتم بنسبة 49.09%، الأغلبية من أفراد العينة يقضون أوقات فراغهم خارج المنزل، في المقهى وقاعات الترفيه، والمرافق العمومية، نسبة معتبرة من أفراد العينة ليس لديهم دخل شهري مما دفع للعود للمخدرات مرة أخرى، 70% من أفراد العينة يشكون من رداءة السكن، نسبة كبيرة من أفراد العينة لهم أصدقاء منحرفون وذوي سوابق عدلية مدمنون على المخدرات مما يجعلهم عرضة للإدمان على

المخدرات والعود إليها، الأفراد العائدين يعتقدون أن استهلاك المخدرات يؤدي إلى خلق جو من الرفاهية والسعادة وتنسي هموم الدنيا ومشاكلها، المرحلة العمرية التي بدأ فيها أفراد العينة تعاطيهم للمخدرات من (15- 24 سنة) بنسبة 37.27%، 41.45% من أفراد العينة يتعاطون أكثر من نوع واحد، واحتل الحشيش المراتب الأولى بنسبة 22.65%، تليها الحبوب و الأقراص، وهي المواد الأكثر انتشارا وفقا لوجهة نظرهم، تبين أن الحصول على المواد المخدرة كان مصدره الزملاء ب 54.54%، 88.18% من العائدين للإدمان قضاوا من ثلاث إلى أربع سنوات فأكثر وهم يتعاطون المخدرات. (فارح، 2009)

5- دراسة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها والمركز الوطني للدراسات والتحليل في مجال السكان والتنمية (2010) بعنوان: الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر مسح وطني شامل حول انتشار وباء الإدمان على المخدرات في الجزائر.

دراسة وبائية شاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر، قام بها كل من الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010 مسح وطني شامل، مست هذه الدراسة أغلب مناطق الوطن واستهدفت 9240 أسرة بمجموع 48708 فردا موزعين على 46 ولاية منهم 44387 يعيشون في المناطق الحضرية، هدفت الدراسة للتحقيق حول انتشار المخدرات واستعمالها في الجزائر، وقياس مدى انتشار تعاطي المخدرات في الجزائر؛ واستكشاف سلوكيات ومواقف ووجهات نظر الجزائريين (البالغين 12 سنة فأكثر) بخصوص تعاطي المخدرات في الجزائر؛ تزويد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها بمعلومات موثوقة من أجل تقويم استراتيجيات مكافحة المخدرات واعتماد برامج العمل المتصلة بها؛ عرض وحصر مختلف العناصر التي تساهم في تحديد عوامل الخطر النفسية منها والاجتماعية.

وجاءت نتائج هذه الدراسة كالتالي: مجموع مستهلكي المخدرات في الجزائر بلغ 302967 متعاطي، منهم 23000 مستهلك للمخدرات الصلبة، وكانت نسبة تعاطي المخدرات وطنيا 1.15%. تم احتسابها على أساس تعاطي المخدرات خلال 12 شهرا الأخيرة، الذكور 1.69% و 0.67% لدى الإناث، أما خلال الشهر الأخير فكانت النسبة لدى الذكور 1.18% و 0.52% لدى الإناث، أما عن الشرائح العمرية الأكثر استهلاكاً فكانت المنتمة بين 20-39 بنسبة 1.48%، تليها شريحة 40 سنة فأكثر بنسبة 1.11% ثم الشريحة العمرية 16-19 سنة بنسبة 0.85%، وعن العقار الأكثر استهلاكاً فقد حلت المؤثرات العقلية أولاً بنسبة 0.615% ثم القنب الهندي بنسبة 0.596% ثم الأفيون بنسبة 0.055%، ثم المنبهات بنسبة 0.037%، ثم الاكستازي بنسبة 0.015%، ثم الهيروين بنسبة 0.008%، وحل الكوكايين والكراك في المراتب الأخيرة بنسبة 0.006 و 0.005% (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، 2010، ص 42-43).

6- دراسة جيش لطيفة (2012) بعنوان: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطيات المخدرات في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية بولاية خنشلة.

ركزت الدراسة على بحث أسباب انتشار هذه الظاهرة عند النساء، وعينة البحث شملت المراهقات والشابات، الأميات والجامعيات، العاملات والبطالات، العازيات والمتزوجات، القاطنات بالمدينة والريف، وجميع أنواع الأحياء السكنية القصدية منها والراقية، أجريت الدراسة على عينة تتكون من 80 متعاطية للمخدرات، وتم اختيار العينة بطريقة كرة الثلج. والدراسة من النوع الوصفي وتم تطبيق منهج المسح الشامل، واستعملت أداة الاستبيان والمقابلة، انطلقت الدراسة من فرضية رئيسية لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الخصائص الاجتماعية ومتغيرات تعاطي المخدرات، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها :

- أهم الخصائص الاجتماعية: صغر السن، انخفاض المستوى التعليمي مع ارتفاع نسبة العلم بتحريم المخدرات في الشريعة الإسلامية وعقوبتها في القانون الجزائري، العزوبة، البطالة، الأصدقاء المقربون يتعاطون المخدرات، عدم علم الأسرة بتعاطي المخدرات.

- أهم الخصائص الديموغرافية لمتعاطيات المخدرات: ارتفاع عدد أفراد الأسرة، السكن في المدينة، العيش في أحياء قصديرية.

أما عن نتائج اختبار الفرضيات: - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين السن والمتغيرات التالية: (علم الأسرة بالتعاطي، مع من يتم التعاطي)

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والمتغيرات التالية (العلم بعقوبة تعاطي المخدرات في القانون الجزائري، نوع المخدر).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مكان السكن والمتغيرات التالية (السن عند بداية التعاطي، علم الأسرة بالتعاطي).

كما يتضح من خلال المعالجة الإحصائية والاعتماد على اختبار كا2 للكشف عن العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية ومتغيرات تعاطي المخدرات ما يلي: - يشير اختبار كا2 للعلاقة بين السن وعلم الأسرة بالتعاطي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة الثقة 0.100.

- يشير كا2 للعلاقة بين السن ومع من يتم التعاطي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة 2 اختبار كا إحصائية عند درجة الثقة 0.005.

- يشير اختبار كا2 للعلاقة بين المستوى التعليمي والعلم بعقوبة تعاطي المخدرات في القانون الجزائري إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة الثقة 0.010.

- يشير اختبار كا2 للعلاقة بين المستوى التعليمي ونوع المخدر إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة الثقة 0.750.

- يشير اختبار كا2 للعلاقة بين مكان السكن والسن عند بداية التعاطي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة الثقة 0.010.

- يشير كا2 للعلاقة بين مكان السكن وعلم الأسرة بالتعاطي إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند درجة الثقة 0.750. (جحيش لطيفة، 2012)

#### مناقشة الدراسات السابقة:

لقد عالجت الدراسات السابقة جوانب مهمة من موضوع التعاطي والإدمان على المخدرات، وأيضاً خصائص المدمنين، وتمت الاستفادة من نتائج تلك الدراسات الميدانية، بحيث تم توظيف الكثير من المعارف التي توصلت إليها سواء في الجانب النظري أو في الجانب الميداني من الدراسة المزمع القيام بها. وبشكل أكثر تفصيلاً وكما سبق ذكره في بداية طرح موضوع الدراسات السابقة، سيتم توضيح أوجه الاستفادة من تلك الدراسات كلا على حدا، مع الإشارة إلى الفرق بينها وبين الدراسة الحالية.

#### - تعقيب على الدراسات السابقة الأجنبية:

فبالنسبة للدراسة التي أجراها "راثود" وهي دراسة مشابهة وعلى الرغم من اختلاف الأهداف والجوانب المقصودة بالدراسة في كل منهما، فقد ساعدت في بناء جزء من الجانب النظري والمتعلق بالجوانب الاجتماعية والإدمان، إذ أشارت هذه الدراسة إلى أهمية وجود الوالدين باعتبارهما ركنين أساسيين في الأسرة وضرورة توافقهما، حيث كشفت أن الإدمان يكثر انتشاره بين الأسر التي فقدت أحد

الوالدين أو كليهما. ويعني هذا فقدان غياب السلطة الوالدية والضبط الاجتماعي. وبناءً على ذلك سيتم التطرق إلى العلاقة بين التفكك الأسري والإدمان،

أما بالنسبة للدراسة التي قام بها ايزدور تشاين فهي دراسة مشابهة، وكان موضوعها أيضاً يحمل طابع العمومية على العكس من الدراسة الحالية؛ لأنّ موضوع المخدرات موضوع متشعب وله جوانب عدة ومعقدة ومن الصعوبة الإلمام بكل جوانبه في بحث واحد، وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين هذه الدراسة والدراسة الحالية من حيث الموضوع، إلا أن الدراسة الحالية استفادت من نتائج الدراسة السابقة فيما يتعلق بدراسة العلاقة بين إدمان المخدرات، ومدى انتشاره في الأحياء الفقيرة والمحرومة. كما بينت أهمية الجانب الاقتصادي والمادي والمستوى التعليمي في حياة الأسرة، بحيث اتضح أن تعاطي المخدرات يكثر انتشاره في المناطق السكنية الأكثر حرماناً وفقراً والأشدّ أمية وأقلّ تعليماً، وهي نقاط سيتم التطرق إليها في الجانبين النظري والميداني.

أما دراسة "هينت" وهي دراسة مشابهة وبالرغم من اختلاف الأهداف في كل منهما، اتضح كيف يتأثر معدل الإدمان زيادة أو نقصاناً بطبيعة العلاقة بين الوالدين والأبناء،

أما دراسة كوبرا وكوبرا وهي الأخرى دراسة مشابهة، فقد تناولت جانب مهم له صلة بالدراسة الحالية عندما تعرضت إلى تعاطي نوع محدد من المخدرات تمثل في مادة الحشيش، وهي المادة التي ما فتئ يزداد حجم دخولها إلى التراب الوطني بكميات مهولة ويزداد معدل تعاطيها، إلا أنها ليست المادة المخدرة الوحيدة التي يكثر الإقبال عليها، بل هناك العديد من المواد المخدرة الأخرى، وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين الدراستين السابقة والحالية؛ إلا أن هذه الأخيرة استفادت بشكل كبير من الدراسة السابقة، خاصة في بناء الجانب النظري لها.

وأما دراسة "هربرت هندن" وهي دراسة مشابهة أيضاً، اتضح أن جميع المتعاطين كانوا يعيشون في جو أسري مضطرب، أما دراسة توردا فأبرزت دور أو أثر الأساليب التربوية المعتمدة في الأسرة على الإدمان، وهي جوانب وأفكار سيتم توظيفها جميعاً في بناء الجانبين النظري والميداني.

أما دراسة ماري شوكي وسيلفي لدو التي حاولت الكشف عن العوامل المؤدية إلى استهلاك المخدرات وتحديد حجم الظاهرة وكذا مسبباتها، ورغم اختلافها مع الدراسة الحالية في الموضوع إلا أنها أكدت على دور العوامل الأسرية والاجتماعية كالتفكك الأسري وكذا ضعف الوازع الديني والأخلاقي في الدفع بالفرد لتعاطي المخدرات، أما دراسة أندرو وكاترين حول مشكلة تعاطي المخدرات من قبل الشباب المراهقين وهي دراسة مشابهة، فقد أكدت على أهمية ارتباط الشباب بالأسرة والمجتمع وعلاقة الشباب بالمدرسة ودورها في تجنب الشباب مشكلة المخدرات ودور أولياء الأمور في ذلك.

أما دراسة ماتيو وهي دراسة مشابهة كذلك، فقد كان موضوعها أيضاً يحمل طابع العمومية على العكس من الدراسة الحالية؛ ومع ذلك فقد تمت الاستفادة من هذه الدراسة، وبخاصة أنها تناولت نقاطاً فرعية تتعلق بالربط بين الظروف الأسرية والإدمان، إضافة إلى بعض المتغيرات الاجتماعية كالطلاق وسوء المعاملة ويعد هذا جانباً مهماً في الدراسة الحالية، وحاولت دراسة أرون وشافان وهي الأخرى دراسة مشابهة فقط، التركيز على اتجاهات الشباب نحو مشكلة تعاطي المخدرات، وعلى الرغم من ذلك فقد تمت الاستفادة من هذه الدراسة، وبخاصة أنها تناولت بعض النقاط التي تتعلق بمعرفة اتجاهات الشباب تجاه تعاطي المخدرات، وكذا الدور الذي تلعبه الظروف والبيئة في الدفع بهم إلى التعاطي كالظروف الاجتماعية والنفسية والمادية.

وعلى الرغم من الأهمية البالغة للدراسات السابقة السالف ذكرها؛ إلا أنّ نقص المعلومات المتعلقة بالخصائص والجوانب الثقافية وبالأطر الاجتماعية العامة، وكذا بالنواحي العلمية والمنهجية النظرية والميدانية؛ يجعل الصورة غير واضحة بشكل أكثر وبصورة أدق، ناهيك عن اختلاف الجوانب المقصودة في تلك الدراسات والدراسة الحالية.

#### - تعقيب على الدراسات السابقة العربية:

لقد أعطت الدراسات العربية السابقة صورة واضحة على بعض جوانب موضوع إدمان المخدرات، وبخاصة أنها أجريت في مناطق متنوعة ومتفرقة من المجتمع العربي، وهي مجتمعات لا تختلف كثيراً عن مجتمع ميدان الدراسة وعليه، فإنه بالإمكان الاستفادة منها أكثر وتوظيفها بشكل يجعل الدراسة الحالية أكثر ثراءً، فبالنسبة لدراسة كل من السبيعي والعتيبي وهما دراستان مماثلتان للدراسة الحالية، من حيث منهج البحث المستخدم وكذا أداة جمع البيانات، وأيضاً من حيث البحث في خصائص العامة للسلوك الإجرامي إلا أنهما سلطتا الضوء على العائدين للجريمة واقتصرتا على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية بخلاف الدراسة الحالية التي توسعت في الطرح إلى تناول الخصائص الثقافية، وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين الدراستين والدراسة الحالية، إلا أنه تم الاستفادة منهما في وضع فصول الجانب النظري وفي بناء استمارة الاستبيان، أما دراسة العنزي وهي الأخرى دراسة مماثلة للدراسة الحالية، من حيث الموضوع وكذا من حيث المنهج المستخدم وأداة جمع البيانات، إلا أن الدراسة الحالية تناولت خصائص المدمنين وتوسعت في الطرح إلى الخصائص الثقافية والسوسولوجية والاقتصادية، وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين هذه الدراسة والدراسة الحالية في العديد من النقاط، إلا أن الدراسة الحالية استفادت من نتائج الدراسة السابقة.

أما بالنسبة لدراسة المالكي وهي الأخرى دراسة مماثلة للدراسة الحالية يلتقيان من حيث الموضوع والمنهج المستخدم وأداة جمع البيانات، إلا أنهما يختلفان في بعض الجوانب، حيث اقتصرت دراسة المالكي على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرر تعاطي المخدرات بخلاف الدراسة الحالية التي توسعت في تناول، إلا أنه تم الاستفادة من هذه الدراسة في وضع فصول الجانب النظري وفي بناء استمارة الاستبيان. والأمر ذاته ينطبق على دراسات كل من العواد والجهني والدوسري، أما دراسة القحطاني التي كانت مماثلة للدراسة الحالية، من حيث الموضوع وكذا من حيث المنهج المستخدم وأداة جمع البيانات وبعض النتائج المتوصل إليها، إلا أن الدراسة الحالية توسعت في الطرح إلى البحث في الخصائص الثقافية والسوسولوجية والاقتصادية، وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين الدراستين؛ إلا أن هذه الدراسة الحالية استفادت بشكل كبير من الدراسة السابقة للقحطاني، خاصة في بناء الجانب النظري والدراسة الميدانية، وتحديدًا في بناء استمارة المقابلة.

أما دراسة ناصر ثابت وهي دراسة مشابهة للدراسة الحالية، وعلى الرغم من اختلاف الموضوع والأهداف والخاصة بالدراسة في كل منهما، حيث ركزت دراسة الباحث على جوانب عامة من الموضوع بخلاف الدراسة الحالية التي ركزت على أهداف محددة وهو التعرف على خصائص المدمنين، إلا أنه تم الاستفادة منها في وضع فصول الجانب النظري. أما دراسة محمد عيسى وعبد الله محمد بوشهاب"، فهي الأخرى دراسة مشابهة فقط، وكان موضوعها أيضاً يحمل طابع العمومية على العكس من الدراسة الحالية؛ لأنّ موضوع المخدرات موضوع متشعب وله جوانب عدة ومعقدة ومن الصعوبة الإمام بكل جوانبه في بحث واحد، فالعمومية تفقد السيطرة والتحكم في البحث ناهيك عن عمومية النتائج، وعلى الرغم من ذلك فقد تمت الاستفادة من هذه الدراسة، وبخاصة أنها تناولت نقاطاً فرعية تتعلق بالظروف

العائلية التي يعيشها المتعاطين، أما دراسة زين العابدين مخلوف حسن فقد كشفت على أنه من سمات أسر المدمنين: استخدام أسلوب القسوة المفرطة في الأسرة؛ كثرة المشاجرات بين الوالدين وفتور العلاقة بينهما؛ والاضطرابات الأسرية؛ والقذوة السيئة داخل الأسرة (تعاطي الوالد أو أحد الأخوة للمخدرات)، أما دراسات كل من سيد محمد بن ورشاد عبد اللطيف وصالح السعد فقد كشفت عن الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات، والآثار الاجتماعية للمشكلة، وكذا الخصائص الاجتماعية والثقافية للمدمنين وبينت الدراسة دور عامل الأصدقاء في الإدمان، وهي جوانب استفيد منها نظرياً وميدانياً.

#### - تعقيب على الدراسات السابقة الجزائرية:

أما بالنسبة للدراسات السابقة الجزائرية فقد تطرقت هي الأخرى على قلة تلك التي كانت مماثلة لموضوع الدراسة، لجوانب ظاهرة الإدمان على المخدرات، وبخاصة أنها تناولت الموضوع من زوايا متعددة وأجريت عبر مراحل زمنية مختلفة وفي مناطق متفرقة من المجتمع الجزائري، وعليه فإنه بالإمكان الاستفادة منها أكثر وتوظيفها بشكل يجعل الدراسة الحالية أكثر ثراءً وفائدة.

فبالنسبة لدراسة كل من كاشا ودرامشي فقد توصلنا إلى أنه من بين العوامل المؤدية إلى الإدمان: ضيق السكن وسوء استخدام وقت الفراغ وكذا الطرد من المدرسة، والأبرز هو القسوة في معاملة الأبناء وإهمالهم وكذا فقدان وغياب أسلوب الحوار والنقاش داخل الأسرة. ولكن ما يلاحظ على هاتين الدراستين أنهما قديمتان، حيث كانت الفترة الفاصلة بين دراسة كاشا والدراسة الحالية حوالي (25) سنة وبين دراسة درامشي والجودي (17) سنة. وعليه، فإن هذا الموضوع بحاجة إلى دراسات حديثة، وبخاصة بعد سلسلة التغيرات المتسارعة التي شهدتها المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة، سواء من الناحية الاجتماعية أو

السياسية أو الاقتصادية أو الثقافية، هذا فضلا عن التصاعد الذي تشهده هذه الظاهرة. أما دراسة عبد القادر حمر الرأس التي أجريت عام (1993) فقد تمت الاستفادة من النتائج التي توصلت إليها، بحيث كانت نتائجها شاملة للكثير من الجوانب المقصودة في الدراسة الحالية، وأعطت صورة واضحة عن التعاطي في المجتمع الجزائري، من ناحية عوامله مثل: (التفكك الأسري؛ والمستوى الثقافي والمادي للأسرة؛ والأحياء التي يكثر بها التعاطي...)، وهي جوانب ساعدت في بناء الجانب النظري من الموضوع وفي بناء الاستبيان أيضا.

وحاولت دراسة فارح سمير وهي دراسة مشابهة، الربط بين التفكك الأسري وهو احد العوامل الاجتماعية الأسرية والعود للإدمان، بخلاف الدراسة الحالية التي تحاول التطرق لمختلف الخصائص الأسرية والاجتماعية والثقافية للمدمنين عامة وليس فقط للعائدين للإدمان، وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين الدراستين السابقة والحالية؛ إلا أن هذه الأخيرة استفادت بشكل كبير من الدراسة السابقة، خاصة في بناء الجانب النظري وفي الجانب المنهجي والدراسة الميدانية، وكذا في بناء استمارة المقابلة.

وبالنسبة للدراسة الوبائية الشاملة لنتفي المخدرات في الجزائر وبالرغم من أنها دراسة مشابهة، إلا أنها أمدت الباحث بحقائق ونسب وإحصائيات شاملة حول مدى انتشار تعاطي المخدرات في الجزائر واستكشاف سلوكيات ومواقف ووجهات نظر الجزائريين بخصوص تعاطي المخدرات.

وبالنسبة لدراسة جحيش لطيفة فإن الدراسة الحالية تقترب من هذه الدراسة في الموضوع والمنهج المستخدم وأداة جمع البيانات بعض الجوانب، وتختلف عنها في كون الدراسة الحالية تتناول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، كما تتجه الدراسة الحالية إلى معرفة خصائص كل المدمنين وليس الإناث فقط، وهذا وقد أمدت الدراسة الباحث بنظرة مسبقة حول الموضوع وكشفت له عن بعض نقاط

الغموض المحيطة به خاصة من حيث طريقة تناول، وفي بناء أداة جمع البيانات خاصة وأنها الدراسة الحديثة من مجموع الدراسات السابقة الجزائرية.

وما يمكن استنتاجه من خلال عرض الدراسات السابقة، أنّ موضوع الإدمان قد أخذ مجالاً واسعاً من الاهتمام من جانب الدراسات الاجتماعية، وربما ما يهم في الدرجة الأولى، هو النتائج التي انتهت إليها تلك الدراسات. وهي تكاد تكون متشابهة في بعض الجوانب دون الأخذ بالاعتبار أولوية تأثير كل متغير من المتغيرات، ومتباينة في جوانب أخرى وذلك بصرف النظر عن طبيعة كل دراسة وأهدافها، والتاريخ الذي أجريت فيه، أو المجتمع الذي أجريت عليه. وإذا كان موضوع الإدمان من الموضوعات التقليدية والمستهلكة، فقد تمّ أنفاً تحديد الفرق بين تلك الدراسات والدراسة الحالية من ناحية أوجه الشبه والاختلاف في حدود المعلومات والبيانات المتوفرة. وما يمكن استنتاجه أنّ بعض الدراسات السابقة التي تناولت الإدمان قد تناولته بشيء من العمومية (نسبياً) بما في ذلك تلك التي تطرقت إلى علاقة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية للأفراد بالإدمان.

## 8- التوجه النظري للدراسة:

إن الأدبيات المتوفرة حول ظاهرة الإدمان على المخدرات، تشير إلى الكم الهائل من الدراسات المتعددة التي تطرقت إلى هذا الموضوع وتناولته من مختلف الجوانب والزوايا بالدراسة والتحليل، ونظراً لخطورة الظاهرة وتعقدها من حيث الأسباب المؤدية إليها، أو من حيث الآثار المترتبة عنها، فقد تعددت نتيجة لذلك وجهات النظر حول هذا الموضوع، وتعددت آراء العلماء والباحثين والمفكرين، وظهرت مجموعة من التفسيرات النظرية للظاهرة.

وكل دراسة في علم الاجتماع تحتاج إلى مقارنة سوسولوجية تنطبق مع طبيعة الموضوع، وتعتبر عماد الدراسة أو الاتجاه الذي يسلكه الباحث، وعلى هذا الأساس يختلف استعمال المقاربة السوسولوجية باختلاف المواضيع المدروسة، وتعكس نظريات الإدمان الاتجاهات والممارسات السائدة في هذا المجال، ومن أجل تقديم الوصف الشامل للإدمان تنتظم نظريات الإدمان ونماذجها بصورة أوسع وطبقاً لميزاتها وخصائصها، وتوفر هذه النظريات ونماذجها الأطر المرجعية التي تساعد المتخصصين في فهم واستيعاب أسباب الإدمان ومعرفة جوانبه المختلفة، وإذا ما تم القيام بعملية إسقاط للمتغيرات المقصودة بالدراسة الحالية على تلك النظريات؛ فسيكون الاقتصار على نظرية واحدة لا يفي بالغرض المطلوب ولا يغطي الجوانب المقصودة بالدراسة. فالدراسة تسعى كما تم توضيحه في التساؤلات للبحث عن الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات من خلال المؤشرات التالية: الخصائص البنائية والوظيفية لمدمني المخدرات؛ واقع أسر المدمنين؛ طبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة فيها؛ والظروف الاجتماعية؛ والبيئة الثقافية، والحالة الاقتصادية. ومن ثم ستنبنى الدراسة أكثر من نظرية واحدة أو منظور، وستستند بشكل أساسي، إلى التحليلات التي قدمها المنحنى البنيوي الوظيفي (بارسونز وميرتون)، عندما فسرا الإدمان بالتفكك الاجتماعي، وانعدام الترابط، واضطراب الوسط الاجتماعي، وعدم الاستقرار، والطبقة الاجتماعية، إضافة إلى صراع الأدوار، إضافة إلى التفسيرات التي يقدمها سونرلاند القائمة على التعلّم الاجتماعي، و.بيكر

### - النظريات الاجتماعية - الثقافية (Sociocultural Theory):

تفترض النظريات الاجتماعية وجود علاقة سببية بين تطور نوع ما من الإشكالية الإدمانية وبين الإطار السوسيو ثقافي الذي تحددت فيه مواقع هذه الإشكالية وأمكنتها، وتطرح السؤال التالي: ما وظيفة الأسرة والبيئة والثقافة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الكامنة في تطور الإدمان؟

### - المنحنى البنيوي للإدمان:

يتضمن هذا المنحنى تطبيقاً للمفاهيم التحليلية والسوسيولوجية - الاجتماعية في محاولة توضيح السلوكيات الشاذة والمنحرفة، وما يتضمنه هذا المنحنى هو الافتراض القائل بأنّ هناك ظروفًا اجتماعية تعمل على إنتاج وخلق السلوكيات الشاذة والمنحرفة. لهذا يحاول مؤيدو هذه النظرة وضع ملخص للسمات والخصائص البنيوية ذات الصلة بالسلوكيات الشاذة، والتحقق من مدى علاقتها الكائنة بين صفات وخصائص اجتماعية معينة وبين الانحراف، فيرى هؤلاء أنّ هناك مجموعة من المتغيرات الاجتماعية (Social Variables) من أمثال: الطبقة الاجتماعية؛ والتفكك الاجتماعي؛ والاضطراب الاجتماعي؛ والتركيبية الاجتماعية؛ والوسط الاجتماعي؛ والتشرد؛ والانقطاع الثقافي؛ وصراع الأدوار؛ هي التي تؤدي إلى الانحراف، ولاشك في أنّ هذه الرؤية نابعة من موقف يتعلق بنظام القواعد أو ما يسمّى بتوقعات الأدوار الوظيفية وتكهناتها، فالمضمون الوارد هنا يقول بأنّ الانحراف حركة مستقلة وخاضعة للرؤى الخاصة بالمعزز أو المحرض. وهذا هو الموقف الذي يتخذه الباحثان "بارسونس وميرتون" Parsons and Merton، حيث يبدأ الباحثان بتحليل النموذج الستاتيكي للنظام الاجتماعي، ثم يطرحان سؤالاً يتعلق بسببية وجود انتهاكات للمعايير والقيم، فالسلوكيات الشاذة والمنحرفة حسب ميرتون ما هي إلا نتيجة لظرف خاص يتعلق بالبنية الاجتماعية التي يتوافر فيها التفكك وعدم الترابط، فتلقي البنية الاجتماعية

بظلالها وبضغوطاتها على الفرد لكي يتصرف بشكل منحرف ( Carey,1968, p2 ). ويقدم علماء الاجتماع الأمريكيون من أمثال "ميرتون وكلاورد Kloward و"أوهلن Ohlin " تفسيرات ثقافية بخصوص تعاطي المخدرات، فالتعاطي من وجهة نظرهم يمثل استجابة انسحابية تحدث لدى المتعاطي؛ لأن طرق وسبل النجاح أمامه غير متيسرة أو مغلقة، وفي الوقت ذاته يجد نفسه عاجزا عن ارتكاب أفعال إجرامية يحقق من ورائها أهدافه. ويفسر ميرتون ارتفاع معدلات الإدمان باعتبارها نتاجا للمواقف الاجتماعية التي يمجّد فيها الفرد هدف النجاح الفردي، وتصدّ الأبواب في وجه بعض الفئات الأخرى التي تخالف فيما بعد معايير مجتمعها وتتحرف عنه، وقد يكون من صور هذا الانحراف إدمان المخدرات (رفعت، 1980، ص99). ويقدم " دونالد تافت Donald Tafft " تفسيراً للانحراف الاجتماعي بما فيه الإدمان فيقول: "إذا كانت ثقافة ما تتسم بالتعقيد والدينامية، وتمجّد الشخص الذي ينجح في مواقف الصّراع والتنافس ولكنها تسدّ الطريق أمام الكثير لتحقيق هذا النجاح، فإنّ فشل هؤلاء يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية عدائية ضارّة بمصالح المجتمع ككل" (رفعت، 1989، ص101).

ويقدّم بعض الباحثين تفسيراً اجتماعياً قائماً على عملية التعلّم الاجتماعي، ومنهم "سوذرلاند Sutherland" الذي يرى بأنّ السلوك الإجرامي هو سلوك متعلّم يتمّ تعلمه من خلال الاتصال مع الآخرين أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي (الوريكات، 2004، ص123). ويؤكد "بيكر Bicker" أنّ السلوك الإنساني ما هو إلاّ نتاج لتتابع الخبرات الاجتماعية التي يكتسب الفرد من خلالها مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكناً ومرغوباً فيه، فيحدث الإدمان من وجهة نظر بيكر من خلال عملية التعلّم الاجتماعي (عبد المنعم، 2003، ص 88-99).

## - نظرية الأنساق (System Theory):

تحاول نظرية الأنساق أيضا تفسير الإدمان، وتضع في اعتبارها مجموعة من الأنظمة السائدة وبيئات هذه الأنظمة، فالمؤسسات وعمليات التواصل والتفاعل والاعتمادية المتبادلة والمشاركة وتكامل الأجزاء والعناصر، هي التي تتميز بها هذه النظرية. ووفقا لما يذكره الباحث "برتالانفي Bertalanffy " 1968م، فإنّ الأنظمة الحية كافة هي أنظمة مفتوحة، ويحافظ النظام المفتوح على المدخلات والمخرجات المستمرة ذات العلاقة بالطاقة وبيئتها، ويصبح هذا النظام المفتوح أكثر تنوعا وتعقيدا وتنظيما. أما النظام المغلق؛ فهو نظام منعزل عن بيئته، ويتوجه نحو "اللانظام" والفوضى المتزايدة. وتتنظر نظرية النظم إلى الناس على أنهم كائنات اجتماعية بدلا من النظر إليهم على أنهم كيانات سيكولوجية أو بيولوجية، والتفاعل ما بين الفرد والبيئة أمر حيوي للغاية، فإزالة آثار المخدر لمدمن متشرد ستكون معاملة سيئة إذا كان هذا المدمن سيرمي في الشارع مرة أخرى.

وإذا ما تم تطبيق نظرية النظم على الأسرة المدمنة، فسيكون من الواضح أنّ إساءة استخدام العقاقير أو ممارسة أي سلوكيات إدمانية، إنما يستهدف تحقيق غرض ينصب في النظام الأسري، ومن ثم فإنّها- الأسرة- ستؤدي دورا في بداية الإدمان، وفي تطوره، وفي معالجته.

**خلاصة:**

لقد انطلقت هذه الدراسة من إشكالية تسعى إلى الكشف عن الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات في المجتمع الجزائري، محاولة الكشف عن الخصائص الاجتماعية والثقافية لمدمني المخدرات. وكذا واقعهم الاقتصادي، وقد اختار الباحث وكما هو موضح في إشكالية الدراسة وفرضياتها البحث في خصائص المدمنين وواقعهم اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا وأخلاقيا ودينيا، وعرضت الدراسة للأسباب الكامنة وراء اختيار الموضوع وأهميتها وأهدافها، كما تم تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة حتى يتسنى قياسها ميدانيا، مع توضيح النظرية المتبناة في الدراسة.

إلا أن تحديد العناصر السابقة لا بد وأن يدعم بالتراث النظري والسوسيولوجي المتراكم حول الموضوع محل الدراسة باعتباره إطار فكريا مرجعيا يلقي المزيد من الضوء والرؤية حول الدراسة ولهذا؛ فإنّ الفصل الموالي سيتناول موضوع تاريخ المخدرات والإدمان؛ وأنواع المخدرات؛ وحجم هذه المشكلة عالميا وعربيا ومحليا؛ وموقف الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري من المخدرات. وفق تسلسل نظري علمي منطقي يحقق الانسجام المطلوب بين الجانبين النظري والميداني.

## الفصل الثاني: الإطار النظري للمخدرات:

- تمهيد.
- تعريف المخدرات.
- المخدرات تاريخيا.
- معايير تصنيف المخدرات
- مشكلة المخدرات عالميا
- مشكلة المخدرات في بعض البلدان العربية
- مشكلة المخدرات في المجتمع الجزائري.
- تحريم الشريعة الإسلامية للمخدرات.
- تجريم القانون الجزائري للمخدرات.
- خلاصة.

**- تمهيد:**

لقد عرف الإنسان المخدرات منذ القدم، وقد لجأ إليها إما سعياً للذة أو لغرض تخفيف المعاناة النفسية أو الجسدية أو لغرض التمهيد أو المشاركة في الممارسات والطقوس الدينية المختلفة، وما زالت هذه الغايات نفسها فعالة في دفع الإنسان لتناول هذه المواد التي تنوعت في الماضي والحاضر وتفاوتت انتشارها بين حضارة وأخرى ومن مجتمع لآخر، ومع أنه هناك فترات تاريخية اتسمت بالإسراف في الإقبال على هذه المواد، إلا أن عصرنا الحالي اشتهر بانتشار أوسع وأكثر إسرافاً في تعاطيها، إلى الحد الذي جعل من تعاطيها مشكلة هائلة من مشاكل العصر لها أبعادها ومخلفاتها في المجال الاجتماعي والثقافي والصحي والخلقي والاقتصادي والقانوني وغيرها من مجالات النشاط الإنساني.

**1- تعريف المخدرات:**

تعود معرفة الإنسان للمخدرات واستخدامها إلى ما يزيد عن أربعة آلاف عام على وجه التقريب، وتدل على ذلك الكتابات السومرية التي تم العثور عليها مؤخراً، وقد عرفت باسم "البوبيا"، وهي الثمرة التي كانت يستخرج منها المخدر آنذاك، وتعني "السعادة" (حجازي، 1991، 34). وبالنظر إلى ما كان يترتب على استخدام المخدر من ارتياح بعد الآلام الشديدة التي كان يعاني منها بعض المرضى، وبالنظر إلى غياب المعرفة بالآثار السلبية التي يتركها المخدر في شخصية الفرد، وبخاصة على المدى البعيد نسبياً، فإن الإنسان لم يكتشف مضاره، بل كان يتلمس الجوانب الطبيعية والعلاجية فيه، مما جعله يحظى بتقدير الناس آنذاك.

**1-1- التعريف بمفهوم المخدر:** يتداخل مفهوم المخدر كثيراً مع مفهوم الدواء، ذلك أن مفهوم

العقار (DRUG) يعني أصل الدواء، فيستخدم تعبير العقاقير للدلالة على أصول الأدوية، والعقار هو

مادة تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية في جسم الكائن الحي أو في الوظائف التي تؤديها مكوناته.

ومع ذلك فإن الدلالة التي ينطوي عليها تعبير المخدر تختلف في اللغة العربية عما هي عليه في اللغات الإنسانية الأخرى، ففي اللغة العربية كما يرى د. سعد مغربي أكثر دقة ودلالة في الاستخدام من التعبير المقابل لها في اللغات الأجنبية الأخرى، ذلك أن التعبير باللغة الأجنبية يعني من الناحية العلمية العقار أو أي مادة يستخدمها الأطباء في علاج الأمراض، وهي تستخدم في الوقت نفسه بمعنى المخدر ذي الخصائص المعروفة من تنبيه أو تخدير، كما يرتبط استخدامها بالوصمة وعدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد وغير مقبولة اجتماعيا، ويدل ذلك على أن للتعبير معنيان في اللغة الأجنبية، لكن الأمر يختلف باللغة العربية حيث يتم التفريق بين الدواء أو المستحضرات الدوائية وبين المخدرات. فالأولى تستخدم استخداما يقصد به العلاج، بينما تستخدم الثانية استخداما سيئا لآثارها الضارة بدنيا واجتماعيا. ولهذا يستخدم اصطلاح متعاطي المخدرات على أولئك الأشخاص الذين يستخدمون أنواعا محددة من المواد مرتبطة بقيم سلبية ضارة سواء كان ذلك حقيقيا أو وهميا (المغربي، 1986، 9).

أما من الناحية الاصطلاحية فيستخدم هذا التعبير للدلالة على المواد الكيميائية التي يؤدي استخدامها إلى تغيير المزاج أو الإدراك أو الشعور، ويساء استخدامها حتى تلحق الضرر بالفرد الذي يقبل على استخدامها وعلى المجتمع الذي يعيش فيه (لوري، 1990، 13). وقد تكون المخدرات مواد طبيعية أو مواد مصنعة، وهي بالأساس مجموعة المواد التي تسبب في أحداث حالة بديلة من الوعي بالإضافة إلى النعاس والنوم، إلا أنها أصبحت تعني المخدرات النباتية كالحشيش ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته وبدائله الصناعية، التي يؤدي استخدامها إلى زيادة في القدرة الاحتمالية للفرد، مما يتطلب زيادة في الجرعة باستمرار وصولا إلى الإدمان (زيد، 1988، 23). وبهذا المعنى يعرف محمد أرناؤوط المادة المخدرة بأنها كل مادة سواء كانت خام أم مستحضرة، وتحتوي على منبهات أو مسكنات يمكن أن يؤدي استخدامها في غير الأغراض الطبية أو الصناعية إلى حالة من التعود أو

الإدمان عليها، مما يؤثر على الفرد والمجتمع، ويترك آثارا ضارة جسميا ونفسيا واجتماعيا (أرناؤوط، 1990، 12). ولا يختلف تعريف لجنة المخدرات في الأمم المتحدة عن هذا التصور، فهو "كل مادة- خام أو مستحضرة- تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا ما استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان عليها، مما يضر بالفرد جسميا ونفسيا وكذا المجتمع" (غباري، 1991، 9).

والمخدر عند الإمام القرافي هو المفسد والمشوش للعقل مثل الحشيش والأفيون، وعند الخطاب ما يغيب العقل دون الحواس، والمفتر من التفثير، فيقال فتر عن العمل أي انكسرت حدته، فهو تكسير للحدة وتليين بعد الشدة، ويكون أعم من التخدير، وقد نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر (سنن أبي داود). وبهذا المعنى يورد عبد الله الطيار أن المفتر مأخوذ من التفتر والافتار، وهو ما يورث ضعفا بعد قوة، وسكونا بعد حركة، واسترخاء بعد صلابة، وقصورا بعد نشاط. فيقال فترة الأفيون إذ أصابه ما ذكر من الضعف والقصور والاسترخاء (الطيار، 1992).

ويفرق الإمام القرافي بين المسكر والمخدر والمفسد، وذلك على أساس غياب الحواس بعد تعاطي المخدر أو عدم غيابها، فإن غابت مع التعاطي الحواس كالبصر والسمع واللمس والشم فهو المخدر، وإن لم تغب الحواس فالأمر على وجهين، إما أن تحدث مع التعاطي نشوة وسرور وقوة نفس فذاك المسكر، وإن لم يحدث فذاك هو المفسد (أبو رخية، الشربة، 34). ويضيف عبد الرحمن إسماعيل إلى الأبعاد النفسية سمة التسمم في الجهاز العصبي، بالإضافة إلى البعد القانوني فهي بالنسبة إليه مجموعة المواد التي تؤدي إلى الإدمان وتسبب تسمم الجهاز العصبي، ويترتب على تناولها إنهاك الجسم والعقل ويحظر تناولها أو زراعتها أو تصنيعها أو الاتجار بها.

**2- المخدرات تاريخيا:**

لم تكن المخدرات وليدة عام أو عامين بل من آلاف السنين فقد ورد في تراث الحضارات القديمة آثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد المخدرة منذ تلك الأزمنة البعيدة، وقد وجدت تلك الآثار على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي المصرية القديمة أو كأساطير مروية تناقلتها الأجيال، واختلفت الروايات حول تاريخ ظهور كل مخدر والمكان الذي اكتشف فيه، وبخاصة المخدرات ذات المنشأ الطبيعي. ومحاولة لتغطية جوانب هذا الموضوع، سيتم التطرق إلى تاريخ أشهر أنواع المخدرات المعروفة والأكثر انتشارا بشكل موجز ومختصر.

فالأفيون مثلا واحد من المواد المخدرة، يعرف نباته باسم الخشخاش، عرف منذ زمن سحيق، إذ يمتد تاريخه إلى ما قبل الميلاد بآلاف السنين، وتعتبر الحضارة السومرية الحضارة السباقة في اكتشافه، فعرفه السومريون منذ 4000 سنة قبل الميلاد. بدليل ما تحدثت عنه لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 سنة قبل الميلاد. واستخدموه لعلاج المغص عند الأطفال (الدمرداش، 1982، ص160).

أما قدماء المصريون فقد استخدموه منذ ألف وخمسمائة سنة قبل الميلاد، ووصفوه بأنه يمنع الأطفال من البكاء، ثم امتد انتشاره فيما بعد إلى الصين والهند فالرومان واليونان، حيث أساءوا استعماله فأدمنوه إلى حد ما وهو ما كشفته بعض المخطوطات القديمة (مجدي وحجازي، 1994، ص16). أما العرب فعرفوه منذ القرن الثامن الميلادي، فوصفه ابن سينا لعلاج داء ذات الجنب أو ما يعرف بالتهاب غشاء الرئة وبعض أنواع المغص (الغريب، 2006، ص127)، ومع تطور الاكتشافات العلمية والطبية تمكن العالم الألماني "فريدريش سير تيرز F. Stiertis" عام 1806م من اكتشاف المورفين؛ وهو أحد مشتقات الأفيون، وأطلق عليه هذا الاسم نسبة إلى الإله مورفيوس، وهو إله الأحلام عند الإغريق، واستخدم المورفين طبيا في العمليات الجراحية، وبخاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات

المتحدة الأمريكية والحرب الألمانية الفرنسية، وازداد انتشاره بشكل أكثر بعد اكتشاف الإبر الطبية، إذ أصبح استعماله بطريقة الحقن في متناول اليد، وفي عام 1874م، تم فصل نوع آخر من المورفين يعرف بالهيروين أو ثاني أستيل المورفين وجرى تسويقه من طرف شركة باير الألمانية للأدوية عام 1897م. ثم أسيء استعماله فيما بعد، واعتبر من المواد المخدرة الفائقة الخطورة (الدمرداش، 1982، ص162-163). أمّا نبات الكوكا؛ فتشير بعض الروايات القديمة إلى أنه اكتشف في المنطقة الحدودية الواقعة بين بوليفيا والبيرو، إذ كانت عادة مضغ أوراق الكوكا منتشرة لدى شعوب هذه المناطق، ثم توسعت وامتدت إلى سكان أمريكا الجنوبية والوسطى (جرانبيردوبيه، 1968، ص11). ولدى هنود الأنكا، وفي عام 1860م. تمكّن العالم "ألفرد نيومان" من عزل المادة الفعّالة من هذا النبات التي تعرف حاليا باسم الكوكايين (الغريب، 2006، ص98). وفي عام 1887م، تم لأول مرة تحضير مادة مخدرة تعرف بالأمفيتامينات، ولكنها لم تستخدم طبيا إلا عام 1930م. وقد سوّقت تجاريا تحت اسم البنزدرين، ومع التقدم العلمي المتواصل جرى اشتقاق العديد من أنواع الأمفيتامينات مثل: الديكدرين؛ والميثدريين والريتالين (الدمرداش، 1982، ص188). واستعملت الأمفيتامينات كثيرا أثناء الحرب العالمية الثانية من طرف الجنود والطيارين؛ وذلك من أجل التغلب على التعب وزيادة القدرة على مواصلة العمل، وتوالى انتشارها فيما بعد، وتعد اليابان البلد الأكثر تعاطيا لهذه المادة (الغريب، 2006، ص98).

أمّا الحشيش، فيمتد تاريخه إلى آلاف السنين، إذ وردت أول إشارة إليه من طرف الإمبراطور "شين نانغ Shen Nung" عام 2737 قبل الميلاد. وقد وصفه دواء لعلاج حالات الاكتئاب، والإرهاق، وداء المفاصل والملاريا، وضعف الإمساك وضعف الذاكرة، أما العرب فعرفوه منذ القدم وكانوا يدخنونه في السهرات الليلية (يعقوب، 1991، ص38-39). كما تشير بعض المراجع التاريخية إلى أن الحشيش عرف في مصر منذ القرن العشرين قبل الميلاد، وكان يستخدم لعلاج أمراض العيون، ولكن

لا توجد هناك أدلة تثبت فعلا تاريخ هذا النبات عند العرب، وما هو موجود أنه كان معروفا لدى الآشوريين والفرس خلال القرن السابع عشر قبل الميلاد، ويبدو أن الاستخدامات الطبية للحشيش عند العرب بدأت خلال القرن التاسع قبل الميلاد. ثم بدأت هذه النبتة بالانتشار حتى وصلت إلى الشمال الإفريقي مع دخول القرن الرابع عشر (سويف، 1996، ص40).

وارتبط استعمال الحشيش في الهند بالاحتفالات الدينية، وخلال القرن الخامس عشر وما بعده وصفه الأطباء لعلاج الأمراض العقلية وتسكين الآلام. أمّا في أمريكا فلم يعرف الحشيش بوصفه مخدراً إلا في بداية القرن العشرين، واستخدم قبل مئات السنين في صناعة الحبال وفي النسيج (يعقوب، 1991، ص38-39). أما مخدرات الهلوسة، فقد عرفت هي أيضا منذ زمن بعيد، وارتبط استعمالها باعتقادات دينية وأحيانا شبه دينية، فالإغريق كانوا يستنشقون غاز ثاني أكسيد الكربون المنبعث من الشقوق الصخرية. أمّا المكسيكيون فكانوا يتناولون نبات الصبار لأغراض مماثلة. ومع تطور علم الكيمياء اكتشفت الكثير من العقاقير بعضها اشتق من مخدرات طبيعية والبعض الآخر مركب، ومن أشهر عقاقير الهلوسة عقار (ل.س.د) الذي اكتشف عام 1938م على يد الباحث الكيميائي السويسري "هوفمان A. Hofmann"، وارتبط أيضا استخدام المواد الطيارة في البداية بالأغراض الدينية والسحرية، إذ استعملت الروائح والأبخرة النفاذة وسيلة لتغيير الحالة النفسية والعقلية منذ عهود بالغة القدم، لكن بداية استعمالها لدى الإنسان الحديث تعود إلى أواخر القرن الثامن عشر وعلى امتداد القرن التاسع عشر (سويف، 1996، ص50-60).

ما يمكن استنتاجه من خلال هذا العرض لتاريخ أشهر أنواع المخدرات، أن المخدرات موضوع ذو ماضٍ وحاضر ومستقبل، فلم يكن ينظر إلى ظاهرة تعاطي المواد المحدثّة للإدمان، في بداية الأمر على أنها مشكلة، بل ارتبط استعمالها بالعادات والتقاليد وبعضها ارتبط بالأغراض الدينية والطقوس

السحرية، والبعض الآخر بالأغراض الطبية والصناعية. لكن ما إن عرفت آثارها المدمرة وحجم أضرارها الفادحة ومخلفاتها على الفرد والمجتمع والاقتصاد وعجلة الإنتاج، حتى أصبحت المخدرات تمثل مشكلة عالمية تطورت مع تطور المجتمع الصناعي الحديث.

### 3- معايير تصنيف المخدرات:

عرفت المخدرات منذ زمن بعيد، فهناك بعض النباتات والأعشاب التي استعملت كعلاج في بعض الأحيان، وبتطور التقدم العلمي تم تحليل تلك النباتات واستخلاص عناصرها التي استخدمت في التخدير وتخفيف آلام بعض الأمراض، وأما الاستخدام غير الشرعي للمخدرات فيتم عن طريق الاستنشاق، أو التدخين، أو الحقن في الجلد أو الأوردة، لإحداث شعور من النشاط والإثارة والسعادة، وسرعان ما يصبح متعاطي المخدرات معتمدين عليها جسدياً ونفسياً، ونظراً لتعدد أصناف المخدرات وتنوع أشكالها أصبح من الصعب تحديد معيار واحد وموحد للتصنيف، ومن المعايير المعتمدة في التصنيف: تصنيفها حسب طرق إنتاجها، وتصنيفها حسب تركيبها الكيميائية، وتصنيفها حسب طرق تأثيرها، وتصنيفها حسب طرق الاعتماد النفسي والعضوي، فهناك عدة تصانيف للمواد المخدرة حيث قسمت إلى أنواع وصنفت عدة تصانيف، وقام الباحثون بتصنيفها وتقسيمها حسب اتجاهاتهم وطريقة بحثهم ومن هذه التصنيفات ما يلي:

#### 3-1- تصنيف المخدرات على أساس لونها: وقد تم تصنيفها إلى

- المخدرات البيضاء كالكوكايين والهيروين.

- المخدرات السوداء كالأفيون والحشيش.

- تعاطيش الجسم مع العقار المخدر:

يتعايش عدد من العقاقير المخدرة مع جسم الإنسان بحيث يقل تأثير الجرعة مع تكرار الاستعمال، مما يضطر المدمن إلى زيادة الجرعة حتى يحصل على التأثير نفسه الذي يشعر به عند بداية الاستعمال. وبذلك يحتاج المعتمد في النهاية إلى تناول جرعات تزيد على الجرعة الأولى، إذ أن التأثير السمي للجرعة الكبيرة أكبر منه للجرعة الصغيرة، وذلك لأن تعايش الجسم مع التأثير العصبي للعقار أكبر.

**3-2- تصنيف المخدرات بحسب طريقة الإنتاج:** تصنف المخدرات بحسب طريقة إنتاجها إلى طبيعية ومصنعة وتخليقية

**أولاً- المخدرات الطبيعية:** هي مجموعة من النباتات الموجودة بالطبيعة والتي تحتوي أوراقها أو ثمارها أو مستخلصاتها على عناصر مخدرة فعالة، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتمادا وإدمانا نفسيا أو عضويا أو كلاهما.

وهي مخدرات نباتية الأصل، تتعاطى بطريقة مباشرة أو بعد إعدادها بالطرق البسيطة (إبراهيم، 2000، ص 4). وبعبارة أخرى هي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها الإنسان من الطبيعة دون إجراء أي تعديل صناعي عليها مثل: الأفيون، والحشيش، الكوكا، والقات (عرموش، 1993، ص 36).

**ثانياً- المخدرات المصنعة:** هي مجموعة من المواد المستخلصة أو الممزوجة أو المضافة أو المحضرة من نباتات موجودة في الطبيعة، تحتوي على عناصر مخدرة فعالة (مخدرات طبيعية)، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما قد تترك لدى المتعاطي اعتمادا نفسيا أو عضويا أو كلاهما. كما تعرف على أنها مواد مستخرجة من المخدرات الطبيعية تصنع في المختبرات الكيميائية، تمر أثناء عملية تصنيعها بمراحل مختلفة بإضافة مواد كيميائية لها، تأخذ أشكالا متنوعة: أقراص، كبسولات، بودرة، حبوب، سائل وأهمها: المورفين، الهيروين، الكودايين، السيديل، الديوكامفين، الكوكايين، الكراك (أرناؤوط، 1992، ص 30).

**ثالثاً - المخدرات التخليقية:** هي مركبات حضّرت بطرق كيميائية غير طبيعية المنشأ غالباً ما تأخذ

شكل حبوب، وهي مجموعة من المواد الاصطناعية سواء من العقاقير أو غيرها مصنعة من مواد أولية طبيعية أو غير موجودة في الطبيعة، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتماداً وإدماناً نفسي أو عضوي أو كلاهما وأهمها: عقاقير الهلوسة العقاقير المنشطة، المنبهات (الأمفيتامينات)، المنومات، العقاقير المهدئة، المذيبيات الطيارة، وعقار ل س د، والباربيبتورات (إبراهيم، 2000، ص5).

### 3-3 - تصنيف المخدرات على أساس تأثيراتها:

كما تصنّف المخدرات حيب تأثيراتها إلى مجموعات مختلفة، فهناك من يصنّفها إلى:

مهبطات مثل: الأفيون ومشتقاته، ومنشطات مثيرة ومنبهة مثل: الامفيتامينات والكوكايين، ومهلوسات مثل: عقار ل س د (زهرا، 1997، ص440). وهناك من يصنّفها إلى منبّطات مثل: المنومات؛ والمهدئات؛ والمسكنات كالأفيون، ومنبّهات وتنقسم إلى قسمين: منبّهات صغرى مثل الكافيين، ومنبّهات عظمى مثل: الامفيتامينات، وأخيراً مولّدات الاضطراب وتشمل: الحشيش؛ والمهلوسات والمذيبيات الطيارة (عبد الخالق والسيد، 2001، ص299). ولكن التصنيف الأكثر شيوعاً يصنّف المخدرات إلى مخدرات مسكنة؛ ومخدرات منبهة؛ ومخدرات مهلوسة. وفيما يلي شرح لهذه الأنواع من المخدرات.

### 3-3-1- مجموعة المخدرات المسكنة: وتشمل:

أ- الأفيون (Opium): والاسم العلمي له هو (Paper aver Somni Ferum) ويعني زهرة النوم، والأفيون هو العصارة اللزجة المستخرجة من ثمار الخشخاش بعد تشريط جدرانها الخضراء قبل نضجها، وهذا العصير الأبيض يجفف ليصبح مادة كريهة الرائحة شديدة المرارة، تحتوي على ما يزيد

عن 25 مادة مختلفة أهمها المورفين، الناركوتين، الكودايين، البابا فيرين وأخرى، بيد أن المورفين هو العامل الأساسي في الإدمان والذي ترجع إليه تأثيرات الأفيون المختلفة (أرناؤوط، 1992، ص 40).

إن تأثير الأفيون يكوم عاما على الجسم ويؤثر بصورة أساسية على المخ والجهاز العصبي والعضلات وتظهر الأعراض على متعاطيه خلال فترة وجيزة لا تزيد عن نصف ساعة، تختلف آثار الأفيون على جسم الإنسان من الناحية الكيميائية، الفسيولوجية والنفسية تبعا لنوع الأفيون، درجة نقاوته وتركيزه، طريقة تحضيره وتعاطيه والجرعة، والأفيون له تأثير عضوي على أنسجة الجسم يدفعها إلى الإدمان بشراسة وعند الانقطاع أو الإقلاع فإن أعراضا قاسية تبدأ بعد مضي 12 - 16 ساعة من آخر جرعة وتسمى بمتلازمة الحرمان وأهمها التوتر، تقلصات العضلات، ارتفاع ضغط الدم، فقدان التوازن، ارتفاع معدل السكر بالدم مع إفرازات غزيرة من الأنف والعينين والعرق إضافة إلى التبول واضطراب عمليات التفكير، واضطراب المعدة، والإمساك المستمر، وفقدان الشهية، والأرق (أبو غرارة، 1990، ص 68).

ودون التقليل من مخاطر الأفيون الخام، فإن الأخطار تزداد عند تعاطي مشتقاته المصنعة خاصة المورفين والهيروين وبيع عادة على شكل قطع مستديرة ملفوفة بورق السيلوفان، ويتميز الأفيون بأعراضه الجسمية والنفسية الخطيرة التي ترتبط بكمية الجرعة ودرجة نقاوة المخدر ومدة الإدمان، ومن أهمها: اضطراب في الذاكرة؛ وظهور أعراض الشخوخة (مصيقر، 1985، ص 29).

ينشأ الإدمان على الأفيون عند تناول جرعة منه (مهما كانت صغيرة) لأيام قليلة، بعدها يبدأ المتعاطي في زيادة الجرعة سعيا وراء الشعور بالنشوة، وكلما استمر في التعاطي استمرت حاجته إلى زيادة الجرعة وبعدها لا يمكنه التوقف عن التعاطي لفترة تزيد عن 12 ساعة تقريبا، بعدها يعاني من

أعراض التوقف المفاجئ وعادة ما تنتهي حياة المدمن في مصحات الأمراض العقلية أو بالموت في سن مبكرة (الجزيرة، 2001).

**ب- المورفين (Morphine):** يعتبر المورفين من أشهر مشتقات الأفيون المصنعة، ويمثل حوالي 15% من مكونات الأفيون الخام، وعرف لأول مرة في القرن السادس عشر غير أن الوثائق الطبية تشير إلى عام 1804م، يعد المورفين الممثل الرئيسي لمجموعة الأفيونات، ويشكل نسبة تتراوح بين (8-10%) من وزن الأفيون الخام، ويتخذ أشكالاً متعددة مثل: (الحبوب؛ والبلورات؛ والسوائل) (يوسف، 1998). تتم صناعة المورفين عن طريق تحليل مادة الأفيون الخام كيميائياً وباستخدام التسخين لإنتاج مسحوق أبيض عديم الرائحة، مر المذاق يمكن تسويقه صلباً أو مذاباً في سوائل خاصة، كما يمكن إنتاجه في صورة أقراص، يصف العلماء المورفين كمخدر يتسبب في اعتماد نفسي، واعتماد عضوي لأنسجة الجسم والإقلاع عن التعاطي يترك أعراضاً إنقطاعية قاسية تستدعي علاجاً ورعاية صحية، استخدم في البداية مسكناً للألام وعلاجاً للصدمة العصبية ثم أسيء استعماله فيما بعد، ويتم تعاطيه إما بحقنه تحت الجلد أو تناوله عن طريق الفم، وتؤدي زيادة الجرعة منه إلى حالة تسمم قد تنتهي بالوفاة (عبد المنعم، 1998، ص59).

ينفق العلماء بأن المورفين هو عقار طبي له استخداماته الخاصة في بعض الأحيان، غير أنه بالتأكد مركب خطر يسبب إدماناً سريعاً وشديداً وربما كان ذلك مدعاة ما اتخذ من إجراءات صحية حازمة تحد من استخدام الدواء وصرفه وتسويقه، وتتنحصر استخداماته حالياً في بعض حالات السرطان المتقدم، جلطة القلب الحادة، الحروق الشديدة، الصدمات العصبية نتيجة النزف الشديد وبعد بعض العمليات الجراحية ويتم وصفه بجرعات محدودة ولفترات قصيرة للغاية.

عند الإقلاع عن تعاطي المورفين يواجهه المدمن مجموعة من أعراض الإقلاع، خلال فترة تتراوح بين 24-48 ساعة واهم تلك الأعراض التوتر، الهياج، الأرق، حكة شديدة بالجسم، إفراز العرق بغزارة والرغبة الجامحة في البحث عن جرعة جديدة ومن أعراض إدمانه: القي المتكرر، والتهاب الرئتين، وفقدان المناعة المكتسبة، والتهاب الكبد الفيروسي، والتهاب الدماغ والسحايا، والتهاب النخاع الشوكي، واضطراب التنفس، وقد يؤدي إلى الوفاة (السعد، 1998، ص 15).

ويصف المدمنون شعورهم خلال تلك المرحلة بآلام جسدية متفرقة، وكثيرا من المدمنين يلجئون إلى تناول جرعات متزايدة تزيد عن 100 ملليجرام من المورفين قد تصبح مميتة خلال فترة تتراوح بين 6-12 ساعة، وقد رصد العلماء أن العديد من مدمني المورفين عن طريق الحقن يصابون بالتهابات شديدة تحت الجلد أو تجلط بالأوعية الدموية إضافة إلى معدلات متزايدة من الأمراض المتناقلة عن طريق الحقن الملوثة وأهمها مرض فقدان المناعة المكتسبة (عبد المنعم، 1998، ص 61).

ج- **الهيروين (Heroin):** أو ثنائي خلات المورفين: تم اكتشاف الهيروين على يد العالم الألماني " هنريش دريسر سنة 1989م. والهيروين اسم مشتق من الكلمة الألمانية (Heroinisch) وتعني بطولي (عبد المنعم، 1999، ص 59-60). وهو مشتق شبه صناعي من المورفين، ويعد من أخطر المستخلصات الأفيونية (جرانبير دوبيه، 1968، ص 11). ويتخذ عادة شكل مسحوق يخفف بالكافيين، تشكل نسبة الهيروين به من (25-45%)، ويضاف إليه، في بعض الأحيان، مواد كيميائية أخرى مثل: الاستريكينين؛ والكيتين؛ والسكوبالامين (يوسف، 1998). وتختلف طريقة تعاطيه من شخص لآخر، إذ يمكن لكونه مسحوقا يذوب في الماء حقنه تحت الجلد، أو استنشاقه، أو حرقه واستنشاق بخاره. وتكون قدرته في تسكين الآلام باثنتين أو ثلاث مرات قدرة المورفين (Pelicier, 1992, p35). ومن أعراضه: تصلب الشرايين وانسدادها؛ والتهابات موضعية تحت الجلد؛ وزيادة نسبة السكر في الدم؛ وفقدان

الشهية؛ والضعف والهزال والسرطان؛ وقد يؤدي إلى الوفاة (متولي، 2000، ص34). ويعد الهيروين من أشدّ المخدّرات خطورة التي تؤدي إلى الاعتماد النفسي والعضوي الشديدين (السعد، 1998، ص15).

د- **الكودايين (Codaine):** الكودايين هو من أحد مشتقات الأفيون، ويمثل (2%) من مكونات الأفيون، وتقل تأثيراته عن المورفين بنسبة (25%)، وتم تصنيعه واستخراجه من المورفين لاستخدامه كمسكن للألم وكانت البداية في عام 1822 ميلادية ونم تطويره ليستخدم كمهبط للسعال ( الكحة ) نظرا لتأثيره على بعض مراكز المخ ، غير أن ذلك قد ساهم في انتشار إدمانه نظرا لتوفره في عديد من أدوية السعال(أرناؤوط، 1992، ص58)، ومضادات الإسهال خاصة إنه كان غير مقيد ضمن عقاقير لوائح المخدرات وكان المدمنون يسعون إلى تأثيره المسبب للاسترخاء والهدوء ، والذي سرعان ما يتحول مع إدمانه إلى الشعور بالهياج العصبي والرغبة المستمرة في زيادة الجرعة وهو ما دفع دول عديدة إلى وضع ضوابط رقابية تنظم صرف وتداول الأدوية التي تحتوى مكوناتها على الكودايين (متولي، 2000، ص34).

هـ- **المنوّمات:** هي مجموعة من العقاقير التي تسبب النوم والنعاس في جرعاتها البسيطة، وتعرّف بمجموعة المواد الكيميائية المصنّعة التي تسبب الهدوء والسكينة والنعاس (العزّاوي، 2003، ص32)، غير أن الأبحاث الطبية أثبتت خطورتها البالغة في إحداث الإدمان لدى متعاطيها، وهناك مجموعة واسعة من تلك العقاقير أهمها مجموعة الباربيتورات ( Barbitarates ) والتي يبلغ عدد مركباتها ما يزيد عن 2500 مركب منها حوالي 50 مركبا يستخدم طبييا، تضم تلك العقاقير أيضا مركبات أخرى مثل الماندركس، البروميدات، الكلورال هيدرات، البارالدهيد وغيرها، والتي تتوفر في أشكال دوائية عديدة منها الأقراص، الشراب والحقن.

تستخدم المنومات طبيًا في علاج الأرق، الصداع الشديد، القرحة المعدية، عسر الطمث، قبل وبعد العمليات الجراحية، بعض حالات التشنجات والصرع وتستخدم أيضا ضمن أساليب التحقيق الجنائي بواسطة السلطات الأمنية.

إن معظم تلك المركبات تؤثر مباشرة على قشرة المخ (Cortex) ورصد العلماء مجموعة من المضاعفات التي تصيب المدمنين أهمها تبدل الجهاز العصبي المركزي؛ ورغبة عالية في النوم، الغيبوبة؛ وتلف في بعض الوظائف العقلية؛ وانخفاض ضغط الدم؛ والاكتئاب والقلق الشديدين، وتؤدي الباربيتورات إلى الاعتماد النفسي والعضوي اختلال القوى العقلية، الاكتئاب، فقدان الاتزان، التلعثم في الكلام إضافة إلى الشحوب وبطء الحركة (العشماوي، 1995، ص 72-79). لاحظ العلماء أيضا ارتفاع معدلات الانتحار بين هؤلاء المدمنين، كما أن زيادة الجرعة تؤدي مرارا إلى الغيبوبة والوفاة. إن الإقلاع عن تعاطي هذه المركبات يؤدي إلى أعراض أكثر قسوة من الهيروين وتبدأ هذه الأعراض عادة خلال 24 ساعة بعد التوقف عن تعاطي العقار وتشمل نوبات من الهذيان، الضعف العام، نوبات من التشنج والصرع، عدم القدرة على الحركة باتزان وتشير الإحصائيات الطبية إلى أن هذه الأعراض تسبب الوفاة لدى 07% من الحالات.

**3-3-2- مجموعة المخدرات المنبهة (Stimulants):** هي مواد ترفع القدرة الجسمية والذهنية لمن يتعاطاها بوصفات طبية محددة وقد استخدمت هذه العقاقير طبيًا في علاج بعض الأمراض أهمها تقليل شهية المصابين بالسمنة البالغة، علاج الشلل الرعاش (مرض باركينسونيان)، علاج بعض حالات الاكتئاب النفسي، علاج إدمان الخمر، بعض أنواع الصرع وعلاج التبول اللاإرادي (السلس الليلي)، غير أن هذه العقاقير وجدت طريقها إلى مدمني المخدرات ولعل أشهر هذه العقاقير هو (الماكستون فورت)، (السعد، 1998، ص 19). ولم يلبث العالم أن أدرك بأن هذه المركبات الطبية تحول متعاطيها

إلى حالة إدمان مؤسفة وأن لها أخطارا صحية جسيمة، تتوافر على شكل أقراص مختلفة التركيز يتم تعاطيها عن طريق البلع أو بإذابتها في الماء والعصائر، كذلك هناك مستحضرات يتم تعاطيها بالحقن بالوريد، كما صنع مروجي المخدرات أنواعا يمكن للمدمنين استنشاقها .

تعاطي المنشطات يؤدي إلى مجموعة من الأعراض المباشرة المؤقتة أهمها الشعور باليقظة والانتعاش وزوال الإرهاق إضافة إلى شعور بالثقة والقوة الذهنية، ويصاحب ذلك فقدان للشهية وبطء في نبضات القلب بينما يرتفع ضغط الدم، غير أن الإدمان عادة ما يتسبب في أعراض خطيرة أهمها التغيرات النفسية، ورصد العلماء مضاعفات أخرى أهمها حالات متقطعة من الهيجان العصبي والتشنجات وعادة ما يشكو المدمنون من رعشة مستمرة بالأطراف، ولقد أثبتت الأبحاث أن تناول الحوامل لتلك العقاقير في شهور الحمل الأولى عادة ما يتسبب في إصابة الأجنة بالنتشوهات الخلقية وقد أشارت الإحصائيات الطبية إلى أن ما يقارب 40% من مدمني المنشطات يميلون إلى الشكوك العدواني والعنف وأن 70% منهم يعيشون حياة أسرية مفككة نتيجة لشعورهم الدائم بالشك والخوف(شحاتة وآخرون، 1995، ص 182).

أ- الأمفيتامينات (Amphetamine): وهي مواد تتركب في المختبرات، وتعد من أشهر المنشطات والأكثر انتشارا التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي. ومن مشتقات الأمفيتامينات: البنزدرين (Benzedrine)؛ والديكسدرين (Dexdrine)؛ والديسوكسين (Dexoxyn) (العشماوي، 1995، ص 83). ويؤدي إدمان الامفيتامينات إلى زيادة ضربات القلب؛ وفقدان الشهية؛ والصداع؛ والقلق؛ وارتفاع ضغط الدم الذي ينتج عنه، في بعض الأحيان، حالات وفاة؛ والإغماء؛ والسلوك العدواني (السعد، 1998، ص 19).

ب- الكوكايين (Cocaine): الكوكايين مادة تستخرج من نبات الكوكا، ينمو هذا النبات في شمال أمريكا الجنوبية والشمالية وجنوبي شرقي آسيا، وتستخرج حالياً مادة الكوكايين بطرق كيميائية (زكي، 1965، ص17-18). ويتم تعاطيها إما عن طريق الاستنشاق أو بالحقن تحت الجلد أو بالتدخين، ومن أعراضها: تقلص وارتعاش عضلات الوجه واليدين؛ والتهاب الكبد؛ وحدوث هلوسات سمعية وحسية وبصرية؛ والحك الجلدي الوهمي؛ والهزال؛ وفقدان الرغبة الجنسية؛ وضعف القوى العقلية. ويؤدي إدمان الكوكايين إلى الاعتماد النفسي فقط (السعد، 1998، ص15).

3-3-3- مجموعة المخدرات المهلوسة (Hallucination Drugs): المهلوسات أو عقاقير الهلوسة تم تعريفها علمياً في مؤتمر الطب النفسي المنعقد بواشنطن 1966 على أنها: مركبات تؤدي إلى اضطراب النشاط العقلي، واسترخاء عام وتشوش في تقدير الأمور كما أنها مولدة للأوهام والقلق وانفصام الشخصية، وهي مجموعة المواد المسببة للهلوسة بدون وجود أي منبه محسوس وتسمى أيضاً بالمخادعات، بدأ تصنيعها في أمريكا، فرنسا والمكسيك لتشهد موجة رهيبية من إدمان المراهقين رافقتها ظواهر غريبة من الجرائم وحالات الانتحار ومعدلات عالية لمراهقين يلقون بأنفسهم من المباني الشاهقة إضافة إلى مواليد مصابين بتشوهات خلقية وتنبه العالم إلى أن السبب يعود أساساً إلى إدمان هذا العقار (سويف، 1996، ص50)، يصنع هذا العقار في صورة سائل ويتم تعاطيه بتناول نقطة واحدة بالفم سواء مخلوطاً بالسكر أو الشراب وسرعان ما طوره البعض ليستخدم عن طريق الحقن بالوريد، والجرعة الواحدة من عقار (إل. إس. دي) تترك المتعاطي في حالة هلوسة لمدة تتراوح بين 4 - 18 ساعة.

لم يتوقف الأمر على إنتاج عقار ( إل.إس.دي ) بل صنعت المختبرات الطبية مركبات أخرى تزيد خطورة عنه منها عقار (المسكالين) وعقار آخر أكثر خطورة وهو ( S.T.P ) اختصارا لكلمات ثلاثة هي ( الصفاء والهدوء والسلام ).

وفي عام 1968 عرفت شوارع سان فرانسيسكو عقارا آخرًا خرج من الاستخدام الطبي ليتلقاه مروجي وتجار المخدرات وهو (حبة السلام ) أو عقار ( الفينسيكليدين P.C.P ) وقائمة لجنة المخدرات التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي بالأمم المتحدة تضم ما يزيد عن 27 عقارا مختلفا مسببا للهلوسة منها: أ- عقار (إل.إس.دي): يستخرج هذا العقار من فطر الأرجوت (Ergot)، واكتشف على يد العالم السويسري هوفمان، وسجل طبيًا عام 1943م (عبد المنعم، 2003، ص81). وهو مركب عديم اللون والرائحة والطعم يشبه الماء، ولا يختلف عنه إلا من حيث قوّة تأثيره على الجهاز العصبي، يتم تركيبه من حامض الليسرجيك، ويؤدي تناول جرعة واحدة من هذا العقار إلى حالة هلوسة تتراوح مدتها بين 14 إلى 18 ساعة، ويؤدي تعاطيه إلى الاعتماد النفسي فقط؛ مما يجعل فرصة الإقلاع عنه سهلة.

ب- الميسكالين (Mescaline): الميسكالين مادة تأخذ شكل بودرة أو سائل أو كبسولات، لها تأثير يشبه تأثيرات عقار ل س د، استعملت في البداية لغرض علاج حالات التسمم، ولكنه لوحظ فيما بعد أنّ تعاطيها يؤدي إلى حالة من الانبساط والنشوة، ويؤدي التعاطي المتكرر والمستمر لها إلى الاعتماد النفسي (Departement de L'information des Nation, 1992, p 29-30). ومن آثار تعاطيها: حدوث اختلال في الإدراك البصري؛ وهلوسات بصرية (فقد يرى المتعاطي الأشياء وهي تتحرك وتهتز في الظلام)؛ والقلق؛ وفقدان الوعي؛ وفقدان البصر، ويبدو المتعاطي وكأنه مريض بالفصام، وقد يصاب بالذهان (عبد المنعم، 1998، ص73).

**ج- الحشيش (Hashish):** ويسمى أيضا بالقنب الهندي (Cannabis India)، وهو القمة المزهرة والثمرة النباتية التي يستخرج منها العصير الراتنجي، نباته يشبه الحنظل، ومن مشتقاته الماريجوانا وزيت الحشيش (متولي، 2000، ص38-39). ويتراوح مفعوله بين نصف ساعة إلى ساعتين، يؤدي تعاطيه إلى: الشعور بالانشراح؛ وإحساس المتعاطي بأنّ هناك ضبابا يفصله عن الواقع؛ والقهقهة والشغب؛ وتصلب الشرايين؛ وارتفاع ضغط الدم؛ والتهاب القصبة الهوائية؛ والدوار وأوجاع الرأس؛ واضطراب الجهاز الهضمي؛ والقصام؛ والذهان؛ وتدني مستوى الطاقة الذهنية؛ والاكنتاب (يعقوب، 1992، ص40). وهناك الكثير من المواد التي صنّفت من ضمن المخدرات كنبات القات، وهو نبات ينتشر بكثرة في اليمن والحبشة والصومال، إضافة إلى بعض المستنشقات والمواد الطيارة مثل: الصمغ؛ وطلاء الأظافر؛ والأستون، وهناك من يصنّف الخمر ضمن المواد المخدّرة (الدمرداش، 1982، ص10، 15، 17).

تتعدد المواد المخدّرة وتتنوع، وتختلف من حيث: مصدرها، وطريقة إنتاجها، وشكلها وأعراضها، وتأثيراتها، ولكنها تشترك في سمة واحدة هي أنها مضرّة بصحة الإنسان وبأسرته وبالمجتمع، بل وأصبحت تمثل مشكلة عالمية تهدد المجتمعات الإنسانية؛ وهذا ما سيتم التطرق إليه في النقطة التالية.

#### 4- الحجم العالمي والعربي والمحلي لمشكلة المخدرات:

يمثل الإدمان مشكلة إنسانية عامة تعاني منها الدول النامية والدول المتقدمة أيضاً، ففي أعلنت الأمم المتحدة أن حجم التعامل في المخدرات بلغ 500 مليار دولار وهو ما يفوق تجارة العالم في البترول، وتشكل المخدرات اليوم إحدى الآفات الاجتماعية الواسعة الانتشار والأشد فتكا بالمجتمعات الإنسانية، فأصبحت محط اهتمام الرأي العام العالمي، والمنظمات الدولية والإقليمية والوطنية، وتوالت النداءات

والدعوات بضرورة توقيع الاتفاقيات وعقد المؤتمرات للبحث في هذه المشكلة، ووضع الاستراتيجيات الكفيلة لمواجهتها، ففي إحدى تقارير الأمم المتحدة المتعلقة بالمخدرات؛ اتضح أن سوء استعمال المخدرات يعرف تزايداً مطرداً سنة بعد سنة مهدداً بذلك أقطاراً عديدة من العالم (أبو غرارة، 1990، ص15-16). وفيما يلي بعض المؤشرات والإحصاءات التي تنبئ بخطورة المشكلة على المستوى العالمي، والإقليمي، والمحلي (المجتمع الجزائري).

#### 4-1- مشكلة المخدرات عالمياً:

تشكل ظاهرة إنتاج وتعاطي المخدرات مشكلة عالمية لا يكاد يخلو مجتمع إنساني من آثارها المباشرة أو غير المباشرة. كما تكلف الإجراءات الدولية والمحلية لمكافحة انتشار المخدرات والتوعية بأضرارها وعلاج المدمنين حوالي 120 مليار دولار سنوياً، وتمثل تجارة المخدرات 8% من مجموع التجارة العالمية، ويشير تقرير الأمم المتحدة عام 2000 بشأن المخدرات إلى أن الكمية المضبوطة مقارنة بما يتم تهريبه تشكل نسبة ضئيلة، فعلى سبيل المثال لا تزيد كمية الهيروين المضبوطة عن 10% فقط من الكمية المهربة، كما لا تزيد في الكوكايين عن 30%، وتختلف كمية الاستهلاك من صنف إلى آخر، فقد زادت كمية استهلاك المنبهات خلال عقد التسعينيات عشرة أضعاف عما كانت عليه في الثمانينيات، في حين استقرت نسب استهلاك الأفيونات خلال السنوات الثلاث الأخيرة.

أ- الإنتاج: يشير تقرير الأمم المتحدة لعام 2000 م إلى أن إنتاج وانتشار المخدرات يكاد يغطي تقريباً كل مناطق العالم، فطوال النصف الثاني من التسعينيات ظل حجم الإنتاج العالمي غير المشروع من الأفيون ثابتاً على حاله، بينما انخفض إنتاج ورقة الكوكا. وكانت المساحة المزروعة بالخشخاش على نطاق العالم عند أدنى مستوياتها منذ عام 1988، كذلك كان إنتاج الكوكا عند أدنى مستوياته منذ عام 1987. وفي عام 1999 كان 95% من إنتاج الأفيون يتركز في بلدين فقط هما: أفغانستان وميانمار.

وتركز ثلثا الإنتاج العالمي من ورقة الكوكا في كولومبيا، هذا وسجل انتشارها في (170) بلدا وإقليما (الكوكايين في القارة الأمريكية، الحشيش والمنشطات في آسيا وأوروبا، ويزرع الحشيش وينتج في أفغانستان، وباكستان وميانمار، وبكميات أقل في تركيا ومصر والمغرب)، وتقدر المضبوطات من المخدرات بـ: 20-30% من حجم الكميات الموزعة في الأسواق، وقد شهد حجم الإنتاج العالمي للمخدرات تذبذبا بين الثبوت والانخفاض، فعرف إنتاج الكوكايين في الفترة (1992-1999) انخفاض يناهز 20% مقارنة بالثمانينات، وبلغ إنتاجه غير المشروع عام 1999م 765 طنا، وتعرضت المساحة المزروعة إلى النقص عام 1999م. بنسبة 14% عما كانت عليه عام 1990م. وظلّ حجم الإنتاج العالمي غير المشروع للأفيون ثابتا خلال التسعينات، لكنّه عرف انخفاضا خلال الفترة بين 1999-2000م، بحيث انخفض إنتاجه من 5800 طن عام 1999م إلى 4800 طن عام 2000م. وتقلّصت المساحة المزروعة به بنسبة 17% عما كانت عليه عام 1990م.

ب- الاتجار: يشكل الاتجار بالمخدرات ظاهرة عالمية تمسّ أيضا (170) بلدا وإقليما، وكان أقوى نمو للاتجار في التسعينيات من نصيب المنشطات الأمفيتامينية، ويتركز الاتجار إقليميا على النحو التالي:

- الكوكايين والماريجوانا في القارة الأمريكية.

- الأفيونيات في آسيا وأوروبا.

- الحشيش في أوروبا.

- المنشطات الأمفيتامينية في آسيا وأوروبا.

وكانت أكثر المضبوطات في العالم تخص القنب، أما مضبوطات الهيروين والكوكايين فقد تراجع كمياتها في التسعينيات مقارنة بالثمانينات، وتفوق التجارة الدولية للمخدرات تجارة النفط وتأتي في المرتبة الثانية بعد تجارة الأسلحة، والمصدر الرئيسي لتجارة المخدرات وإنتاجها هو: أفغانستان،

وبوليفيا، وكمبوديا، وميانمار، وتايلندا، والبيرو، ويتم إنتاجها على مستوى هذه الأقطار النامية لسد الطلب عليها من البلدان المتقدمة الصناعية (غاي، 1997، ص135). ويشير تقرير الأمم المتحدة لعام 2000م إلى أنّ الكمية المضبوطة من المخدرات مقارنة مع ما يتم تهريبه تشكل نسبة ضئيلة، فعلى سبيل المثال لا تزيد كمية الهيروين المضبوطة عن 10% فقط من الكمية المهربة، كما لا تزيد في الكوكايين عن 30% (شحاتة، 2001)

**ج- الاستهلاك:** استهلاك المخدرات هو أيضا ظاهرة عالمية، فقد أبلغ 134 بلدا وإقليما عن وجود مشكلة تتعلق بتعاطي المخدرات، ومع أن القنب هو العقار الأكثر استخداماً فما يزال الهيروين والكوكايين العقارين الأشد خطورة وتعقيداً. أما من الناحية الإقليمية فالعقاقير الرئيسية التي تتطلب علاجاً هي الأفيونيات في أوروبا وآسيا وأستراليا، والكوكايين في أميركا الشمالية والجنوبية، والمنشطات الأمفيتامينية في شرق وجنوب شرق آسيا، والقنب في أفريقيا، كما تشير تقديرات الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات ومنع الجريمة (الأوديسيب)، إلى أنّ عدد الأشخاص الذين استهلكوا عقاقير غير مشروعة في أواخر التسعينات بلغ (170 مليون شخص)، وهذا الرقم يشمل (144 مليون شخص) يتعاطون القنب، و(29 مليون) يتعاطون المنشطات الأمفيتامينية، و(14 مليون) الكوكايين، و(5,13 مليون) الأفيون منهم (9 ملايين) يتعاطون الهيروين، ومع أنّ القنب هو المخدر الأكثر انتشاراً؛ إلا أنّ الهيروين والكوكايين هما المخدران الأشد خطورة (شحاتة، 2001).

وتظهر اتجاهات التعاطي استقراراً أو انخفاضاً في تعاطي الأفيونيات في أسواق الاستهلاك الرئيسية في أوروبا الغربية، وهبوطاً في استهلاك الكوكايين في الولايات المتحدة. وعلى نقيض ذلك تتصاعد مستويات التعاطي في كثير من بلدان عبور المخدرات، فقد ازداد تعاطي المنشطات الأمفيتامينية في

التسعينيات، ولكن بدأت تظهر بوادر ثبات في بعض الأسواق الرئيسية في أوروبا الغربية مع اقتراب نهاية العقد، في حين واصل نموه في شرق وجنوب شرق آسيا (الجزيرة، 2001).

#### 4-2- مشكلة المخدرات عربياً:

البلدان العربية هي الأخرى لا تخلو من هذه المشكلة، وتأثرت بها بفعل عوامل متعددة: تاريخية؛ واجتماعية؛ واقتصادية؛ وسياسية، وقد دخلت إليها، إنتاجاً واستهلاكاً، وبخاصة في العصر الحديث، متأثرة في ذلك بالخلفية التاريخية وبالموقع الجغرافي الاستراتيجي الذي تحتله، حيث تقع وسطاً بين المشرق والمغرب وشمال الكرة الأرضية وجنوبها؛ مما جعلها نقطة عبور لتجارة المخدرات لاسيما وأنها تقع على خط تماس يربط بين مواقع إنتاجها وأسواق تصنيعها ومناطق استهلاكها (أبو غرارة، 1990، ص20). ولما كان من الصعوبة تناول هذا الموضوع في جميع الأقطار العربية، فسيتم التعرض إلى البعض منها على سبيل المثال لا للحصر.

- **مصر:** لفت التقرير السنوي للهيئة الدولية لمكافحة المخدرات لعام 2014 إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات شهدت ارتفاعاً ملحوظاً خلال الأعوام القليلة الماضية في مصر، حتى باتت أكثر رواجاً باعتبارها سوقاً استهلاكية تستقطب عدداً كبيراً من تجار المخدرات، وتخطت مصر المعدلات العالمية المتعارف عليها والتي تبلغ نسبتها 5% ووصلت إلى 7%، فضلاً عن ارتفاعها الملحوظ بعد عام 2011م، إذ احتلت المركز الأول عالمياً في تجارة المخدرات بعد أن كانت الثالث، وتليها السعودية وفقاً لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014).

- **السعودية:** صنفت الأمم المتحدة السعودية سنة 2013 على أنها أكبر مستهلك للمنشطات غير القانونية في منطقة الشرق الأوسط، وكان أكثرها حبوب "الكبتاجون"، وهي مادة ذات فعالية سريعة، وتتواجد بوفرة، ويستخدمها الشباب السعودي للمساعدة على اليقظة أو لتخفيض الوزن، أو حتى

الاستمرار للتواصل على مواقع التواصل الاجتماعي حتى ساعات متأخرة من الليل، لذلك لا يمكن حصر الأرقام لدى مستخدمي هذا العقار، وتضبط السلطات السعودية منها سنويا 60 مليون قرص، أي ما يعادل 10% فقط من إجمالي الاستهلاك في السوق السعودي، وتتخذ السلطات بعضا من الوسائل لملاحقة مهربي المخدرات، إما الاعتقال أو الإعدام، فضلا عن إنشاء العديد من مراكز التأهيل للحد منها، وإن كانت السعودية لا تريد أن يتم تداولها القضية إعلاميا بشكل واسع أو الإقرار بوجودها، ويشار إلى أن المدمنين من غير السعوديين يسجنون ويُرحلون من البلاد، أما السعوديون فيرسلون إلى المستشفيات الخاصة بعلاج الإدمان في الدولة، وبموجب القانون السعودي تعتبر تجارة المخدرات جريمة عقوبتها الإعدام (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014).

- الأردن: لقد كانت المملكة الأردنية حتى زمن قريب ممرا للمخدرات من دول الجوار في الشمال إلى دول الجوار في الجنوب والشرق وظاهرة التعاطي أكثر انتشارا بين طلاب الجامعات وحمات الجامعات هي الأماكن المخصصة لتعاطيها وترويجها، وأعداد المتعاطين بازياد مستمر، وفقا لآخر الإحصاءات، فالفروق في النسب واضحة بين عام وآخر في إحصاءات المؤسسات الرسمية، وبلغ عدد الأشخاص المضبوطين بقضايا المخدرات (8945) شخصا خلال عام 2013، منهم (1154) شخصا بقضايا اتجار و(7791) حيازة وتعاطي مواد مخدرة. وأشارت البيانات ذاتها إلى أن عدد الأردنيين المضبوطين وصل إلى (7809)، وغير الأردنيين (1136) شخصا (الجزيرة، 2014).

- لبنان: ظل لبنان وإلى عقود (أواخر الستينيات وبداية السبعينات والثمانينات) يمثل منتجا رئيسيا للمخدرات في الشرق الأوسط، وقد كشفت دراسة بحثية ميدانية للمؤسسة الدولية للمعلومات أن 80% من المدمنين في لبنان من الذكور و20% من الإناث، وجميعهم دون سن الخمسين عاما، لافتة إلى أن الظاهرة تجتاح مختلف فئات ومناطق المجتمع، وبلغت المحاضر الأمنية التي حررت رسميا لمتعاطين

خلال عام 2013 بلغت 1225 محضرا بارتفاع 5.4% عن العام 2012، أما محاضر الاتجار فوصل عددها العام 2013 إلى 860 محضرا، مقارنة مع 703 محاضر في العام 2012، أي بارتفاع نسبته 22.3%. وأوضحت دراسات بحثية منشورة أن نسبة متعاطي الحشيش خلال الثلاث سنوات الماضية بلغت 39% والهيروين 30% والكوكايين 13%، مرجعة سبب تنامي ظاهرة تعاطي الحشيش لوفرتها وكثرة زراعتها في مناطق البقاع بصورة علنية، وبشأن الفئات العمرية المدمنة على المخدرات تبين أن ما نسبته 25% ممن هم بين عشرين عاما وما دون، و32% بين سن 21 - 30، و16% بين سن 31-40، و14% بين سن 41-50، و10% بين سن 51 - 60 عاما، و3% ممن هم فوق 60 عاما. وافتتت "الدولية للمعلومات" إلى أن 62% من طلبة سبع جامعات خاصة بلبنان يشربون الكحول فيما يحصل 48% على المخدرات بسهولة، وبلغت نسبة من قالوا إنهم تعاطوا مخدرات لمرة واحدة 40%، إضافة إلى اعتقاد 64% من الطلاب أن نصف زملائهم يتعاطون المخدرات (الجزيرة، 2014).

- سوريا: لا توجد تقارير عن زراعة المخدرات في سوريا أو إنتاجها، لكن ما هو معروف أن سوريا ما زالت تسيطر على سهل البقاع اللبناني (سابقا)؛ الذي يعد من المناطق التي ينتشر بها القنب والأفيون، وتشير آخر المعلومات الواردة إلى مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات إلى مصادرة كميات كبيرة من راتج القنب عام 1996م، تقدر بـ: (1.57طن). وفيما يختص بالهيروين، فقد انخفضت مضبوطاته بنسبة (10%) بعد حملات الاستئصال والإبادة التي تمت في لبنان وسوريا. وتعد سوريا من المناطق الهامة في الشرق الأوسط لتجارة المخدرات، فهي تمثل منطقة عبور للمخدرات إلى تركيا، فيأتي الكوكايين إلى سوريا من أمريكا اللاتينية في طريقه إلى لبنان، حيث تتم معالجته الصناعية ليصدر مرة أخرى إلى أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية. ويشير تقرير الوفد السوري لندوة تخفيض الطلب للشرق الأوسط لعام 1997م. إلى وجود حوالي (1945) حالة إدمان بين الذكور عام

1996م. أما الإحصاءات المتوافرة لمكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات؛ فتشير إلى أنه في عام

1992م وجدت (3100) حالة إدمان للقنب، و(350) للهيروين، و(20) للكوكايين.

- الكويت: بلغ عدد مدمني المخدرات نحو 70 ألفاً، أي 7٪ من السكان، بحسب مكتب مكافحة

المخدرات التابع لمنظمة الصحة العالمية، ومن أكثر أنواع المخدرات المنتشرة في الكويت الحشيش، ثم

الهيرويين، ثم الأفيون، وأخيراً الكوكايين، وتعد الكويت من الدول المستهلكة للمخدرات والمؤثرات

العقلية، وليست دولة منتجة (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014).

هذا ودلت إحصائيات سابقة متعلقة بالاتجار أو الحيازة أو التعاطي أو بجلب المخدرات، أو بعدد

مرتكبي جرائم المخدرات، في الفترة الممتدة بين عام (1999- 2000 م) إلى وجود اتجاه عام

بانخفاض عدد القضايا، ويبين الجدول (1) عدد القضايا المتعلقة بالمخدرات وأنواعها في الكويت خلال

الفترة الممتدة بين عام (1999-2000).

الجدول (1): القضايا المتعلقة بالمخدرات عددها وأنواعها في الكويت خلال (1999- 2000م)

عدد القضايا وأنواعها	2000	1999
التجارة	255	246
الحيازة والتعاطي	383	438
الجلب	80	97
غير محددة	145	314
المجموع	863	1095

- المغرب: يحتل المغرب المرتبة الأولى عالمياً في إنتاج القنب الهندي (الحشيش) بمجموع 15٪ من

الإنتاج العالمي، متبوعاً بكل من أفغانستان، لبنان، الهند وباكستان، حيث عرف المغرب زراعة أكثر

من 47 ألف هكتار من القنب الهندي عام 2013، تم حصاد 42 ألفا منها، فيما تم تدمير 5 آلاف هكتار فقط، حسب التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، كما أكد على أن الحشيش المغربي يوجه بالأساس إلى الدول الأوروبية، وشمال إفريقيا خاصة الجزائر (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014). وفي تقرير أصدره مركز الأبحاث والدراسات حول البيئة والمخدرات في المغرب (هيئة مستقلة)، أكد أن نسبة تعاطي المخدرات لدى المراهقين والشباب المغاربة بلغت 26%. يتعاطون المخدرات بشكل منتظم، وأن 90% منهم تقل أعمارهم عن 25 سنة، بحيث تبلغ نسبة التعاطي في المراحل التعليمية الدنيا والمتوسطة 10% وتتضاعف في أوساط الطلاب في الجامعات والمعاهد العليا، ويعزو المختصون ارتفاع نسب تعاطي المخدرات بأنواعها في أوساط الشباب والمراهقين إلى عدم ملائمة القوانين والتشريعات الجزرية المعمول بها، مع الأساليب الترويجية الحديثة لهذه السموم بين التلاميذ والطلبة التي باتت تشكل خطرا حقيقيا يهدد مستقبل جيل بكامله (الجزيرة، 2014).

- تونس: أكدت دراسة حكومية صدرت 2013، على أن إدمان المخدرات في تونس ارتفع إلى 70% بعد الثورة، حيث لوحظ أن 30% من الفتيات في تونس يدمنّ المخدرات، فيما 60% من المدمنين هم من الفئة العمرية المتراوحة بين 13 و18 عامًا، وتعد مادة الحشيش أكثر المواد المخدرة استهلاكًا بنسبة 92% تليها المواد المستنشقة 23.3%، يليها الكوكايين بنسبة 16.7%، والهروين بنسبة 16%، وتعد تونس بحكم موقعها الجغرافي معبرًا لتجارة المخدرات، وخاصة القنب الموجه إلى أوروبا من مناطق الإنتاج في المغرب (العروسي، 2015، 144ص).

- ليبيا: لم تقدم ليبيا إحصاءات عن المخدرات لمكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات ومنع الجريمة منذ عام 1994. ولكن نظرًا لموقعها الجغرافي تمتلك ليبيا إمكانية كونها معبرًا لتجارة المخدرات، خاصة المخدرات المتجهة إلى مصر. ولا توجد معلومات كافية عن موقف تعاطي المخدرات فيها.

وتشير المعلومات التي قدمتها الحكومة الليبية لندوة تخفيض الطلب لشمال أفريقيا والتي عقدت في تونس عام 1996 إلى وجود نسبة متوسطة من متعاطي الحشيش والهروين وعقاقير الوصفات المحولة. ووفقا لهذا المصدر فإن أكثر المناطق التي يتفشى بها تعاطي المخدرات هي المناطق المدنية، كما أن المرافق العلاجية محدودة وفقيرة للغاية (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014).

#### 4-3- مشكلة المخدرات في المجتمع الجزائري:

لعل أبرز المراجع التاريخية التي وثقت لتاريخ تعاطي بعض الجزائريين للحشيش، الرواية التي كتبها الرحالة "هايزريش فون مالتسان" عن حياة الجزائريين في ذلك الوقت، حيث تطرق في روايته "مدخنو الحشيش في الجزائر"، إلى أسباب تعاطي الحشيش والمسكرات، فلاحظ أنّ المتعاطين كانوا يستعملون العرق بوصفه مشروبا مفضلا للإسكار، إلا أنهم وبعد الاحتلال أصبحوا يفضلون "الأبسنت" الذي أتى عن طريق الفرنسيين، وهو مشروب يميل إلى اللون الأخضر وشديد الإسكار. ويضيف الرحالة أنّ الحشيش كان من أكثر المخدرات انتشارا مقارنة بالخمير؛ لأنه لم يمنع قانونا، لذلك كان تعاطيه يتم علنا في المقاهي، وتعد فئة المسنين الفئة الأكثر إقداما عليه، وللمخدرات بالجزائر تاريخ يرتبط أيضا بالدولة العثمانية حيث كانت عادة التعاطي منتشرة في كامل أرجائها.

ويورد الرحالة الألماني فاغتر الذي زار مدينة الجزائر ما بين 1835 و 1836، أشار إلى العدد الكبير من المقاهي التي كانت في المدينة، أما المقاهي التي تقدم الحشيش فتحتل نسبة ضئيلة، كما أن أغلب المتعاطين من فئة المتقدمين في السن ومن الفقراء الذين يتحملون أعباء الحياة، وأغلبهم ليسوا من السكان الأصليين وفدوا من المناطق الداخلية. هذا وأورد لويس ليفين سنة 1927 أن العرب في المنطقة الشرقية من بسكرة يقومون باستهلاك معتبر للقنب، ومنه أنتقل إلى مختلف مناطق الشرق

الجزائري، وأن انتشاره يتركز أكثر في الأرياف، أما في المدن فيكاد يقتصر على الفنانين والعاملين بالميناء. (ص 128 الشباب وظاهرة تعاطي المخدرات

ولقد كان الاستعمار من أبرز العوامل الممهدة لانتشار المخدرات بالجزائر، أما مرحلة الاستقلال فتميزت بالجهود التنموية المتعثرة، وبخاصة للقطاعات الحيوية، إذ أصبح من الصعب تلبية احتياجات السكان المتزايدة من عمل وتعليم وصحة، وتوفير أماكن الترفيه، فكانت الأوضاع مزرية ظهرت نتائجها في السبعينات وتفاقمت أكثر في الثمانينات، وهيأت في مراحل تالية لظهور العديد من صور الانحراف منها إدمان المخدرات (العاقل، 1998، ص 139-140).

والجزائر التي تعد عضوا بالمنظمة الدولية لمراقبة المخدرات وقعت عدة معاهدات تلزمها بتكوين جهاز لمراقبة المخدرات سنة 1963 ثم تكوين جهاز لمراقبة بعض الأدوية (المهدئات، الباربيتورات والأمفيتامينات) ومنع استعمال المواد المهلوسة إلا في ميدان البحث العلمي سنة 1971. ورغم ذلك فإن الدارس للمجتمع الجزائري في العشر سنوات الأخيرة يلاحظ تنامي مستمر لظاهرة الإدمان على المخدرات بين أفرادها، حيث شهدت الجزائر تدفقا رهيبا للمخدرات في أوساط مختلف الفئات الاجتماعية وعبر جهات متفرقة من الوطن وهي في تزايد مستمر. وكان الإنذار الأول قد سجل سنة 1975 مع حجز ثلاثة أطنان من القنب، وتوقيف أغلب المتورطين في هذا التهريب ومعظمهم أجانب، أما الإنذار الثاني فقد وجه سنة 1989 إثر حجز أكثر من 02 طن من القنب وتوقيف حوالي 2500 شخص طول السنة وتعتبر فترة التسعينات مثالية لنقشي تجارة المخدرات في الجزائر، ويبدو أن سنة 1992 قد شكلت تحولا جذريا في طبيعة الميول العامة المتعلقة بالاتجار بالمخدرات وذلك بحجز كميات من الهيروين والكوكايين والمؤثرات العقلية وبصفة خاصة البنزوديازيبينات، وقد انتهز تجار هذه المادة فرصة انشغال قوات الأمن بمكافحة الإرهاب وتدهور الأوضاع الأمنية حيث كثفوا من

نشاطاتهم التي كانت تنطلق من الحدود الغربية، ويتم توجيه المخدرات المستوردة من المنطقة الغربية إلى موانئ وهران والجزائر لتصديرها نحو أوروبا، ومن جهة أخرى نحو البلدان الواقعة شرق الجزائر وجنوبها مرورا بورقلة و خاصة مدينة الوادي التي هي بصدد التحول إلى مفترق طرق هام في مجال الاتجار بالمخدرات في اتجاه ليبيا والشرق الأوسط وأوروبا، أما المنطقة الجنوبية التي تمتد من الوادي حتى تمنراست أصبحت مصدر خطر أكيد إذ تتميز بتواجد شبكات عديدة لمهربي المخدرات، ورغم ذلك فإن الخبراء مازالوا يعتبرون أن الجزائر في المرحلة الراهنة لا تعتبر بلدا منتجا ولا مستهلكا بصفة واسعة، لكنها تشكل فضاء للعبور وذلك بالاستناد إلى ما تم تسجيله من الكميات المحجوزة وأن نسبة 90% منها كانت موجهة للاستهلاك في أوروبا وإفريقيا والشرق الأوسط وهي لا تشكل سوى جزءا صغيرا من الكمية المتداولة.

ولا توجد، في الحقيقة، إحصاءات دقيقة تعبر عن الحجم الفعلي لمشكلة المخدرات في المجتمع الجزائري، ولكن توجد بعض المؤشرات التي تنذر بخطورتها سواء من حيث زيادة عدد المتعاطين، أو من حيث ارتفاع عمليات التهريب والتجارة غير المشروعة بالمخدرات، فعلى الرغم من تكثيف عمليات المراقبة من طرف مصالح الأمن للحيلولة دون دخول المخدرات إلى الجزائر؛ إلا أن عمليات الضبط والتحكم تلك، ستظل عملية صعبة أمام اتساع المساحة الجغرافية، وتعدد مناطق الدخول والعبور. وتوضح الجداول التالية مدى تفاقم هذه المشكلة (العاقل، 1998، ص148-161).

## الجدول (2): المخدرات المحجوزة والأشخاص المقبوض عليهم خلال الفترة (1985-1990م).

السنة	الكميات المحجوزة بـكلغ	عدد المقبوض عليهم
1985	933	1050
1987	608	1768
1989	2235	2437
1990	2266	2957
المجموع	6042	8612

يلاحظ من خلال الجدول (2) الذي يوضح الكميات المضبوطة من المخدرات وعدد الأشخاص الموقوفين في قضايا تتعلق بالمخدرات خلال الفترة الممتدة بين عام (1985-1990)، أن هناك زيادة في عدد الأشخاص المقبوض عليهم سنة بعد أخرى. فعلى سبيل المثال بلغ عدد الأشخاص المقبوض عليهم عام 1985م (1050) شخصا، ليرتفع عددهم عام 1990م. إلى (2957) شخص، وينطبق الشيء نفسه على الكميات المضبوطة من المخدرات باستثناء الانخفاض الملحوظ عام 1987م لترتفع الكميات المضبوطة من (2235 كلغ) عام 1989م إلى (2266 كلغ) عام 1990م. وما يمكن استنتاجه من خلال هذه النتائج أن مشكلة المخدرات تشهد تطورا سنة بعد أخرى.

## الجدول (3): المخدرات المحجوزة بالجزائر خلال الفترة الممتدة بين عام (1985-1990م).

السنة	توزيع الكميات المضبوطة بـكلغ		المجموع
	التهرب	الاستهلاك المحلي	
1985	581	324	905
1987	116	492	608
1989	1568	667	2235
1990	1900	336	2236
المجموع	4165	1819	5984

يلاحظ من خلال الجدول (3)، أن حجم الكميات المضبوطة من المخدرات التي كانت معدة للاستهلاك المحلي؛ تعرف زيادة في حجمها سنة بعد سنة، وذلك بدءا من عام 1985م حتى عام

1989م. فعلى سبيل المثال بلغ حجم الكميات المضبوطة عام 1989م (667 كلغ) مقابل (324 كلغ) عام 1985م. لتشهد انخفاضا عام 1990م، حيث بلغ حجمها (336 كلغ)؛ أما فيما يتعلق بالكميات التي كانت معدة للتهريب، فلقد بلغ حجمها عام 1985م. (581 كلغ)، لتتخض عام 1987م. إلى (492 كلغ)، وترتفع ارتفاعا ملحوظا في عامي 1989م و1990م. وهي بيانات توحي بأن مشكلة المخدرات تعرف تصاعدا مع مرور الزمن، كما يلاحظ أيضا أن حجم الكميات التي كانت معدة للتهريب يفوق، بشكل كبير، حجم الكميات التي كانت معدة للاستهلاك المحلي.

الجدول (4): القضايا والأشخاص الموقوفين في جرائم المخدرات في الجزائر لسنوات: 1992-90.

1992		1991		1990		نوع القضية/ السنة
القضايا	الموقوفين	القضايا	الموقوفين	عدد القضايا	عدد الموقوفين	
1704	2614	2045	2916	1632	2449	التعاطي
180	411	313	582	434	720	التهريب
178	42	-	45	-	-	النقل
178	63	162	55	-	-	تجارة غير مشروعة
3	-	5	-	-	-	صناعة
23	34	12	13	9	14	زراعة
-	2	-	-	-	-	إنتاج
146	275	274	440	146	275	حيازة
173	193	158	309	73	193	حيازة واستعمال
4	-	14	-	-	-	مخابئ
2298	3634	2983	4360	2294	2953	المجموع

ما يلاحظ من خلال الجدول (4)، الذي يوضح عدد القضايا والأشخاص الموقوفين من جانب مصالح الأمن والدرك الوطني لسنة 1990م، أن هناك تنوعا في القضايا المتعلقة بالمخدرات من تعاطي وتهريب وحيازة، وحيازة واستعمال وزراعة، وإذا ما تمّ ترتيب أنواع هذه القضايا حسب عدد

الأشخاص الموقوفين؛ فإن التعاطي يحتل المركز الأول ثم يليه التهريب، فالحياسة، فالحياسة والاستعمال وأخيرا الزراعة.

ولم تزود الجزائر مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات ومنع الجريمة بمعلومات طوعية منذ عام 1991، ولكنها وافقت على جميع الاتفاقيات الدولية المتعلقة بشأن المخدرات، ولم يسجل بها إنتاج ملحوظ للمخدرات، وتشير بعض التقارير إلى مصادرة كميات متواضعة من القنب بلغت (1.5 كغم) عام 1995م، وفي السنة نفسها تم مصادرة (0.5) كغم من الهيروين.

ويشير تقرير الأمم المتحدة لعام 2000 م. أنّ عدد المتعاطين للمخدرات في الجزائر عام 1996 قد بلغ (1618 متعاطيا)، وسجّلت في السنة نفسها أربع قضايا تتعلق بالزراعة و(514) قضية تتعلق بالتجارة. وتحدثت تقارير أخرى إلى أنّ ما نسبته (70-75%) من المخدرات المصادرة بالجزائر كانت معدة للتجارة العابرة. ووفقا لبعض المعلومات المتوافرة من الجزائر في ندوة تخفيض الطلب على المخدرات التي عقدت بتونس عام 1996م، فإنّ القنب والأفيون والبنزوديازين هي أكثر المخدرات انتشارا بالبلد، إضافة إلى زيادة عدد متعاطي الكوكايين والهيروين مؤخرا (شحاتة، 2001). ويرى مدير دراسات التحليل والتقييم بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها الموجود بالجزائر العاصمة، والذي أنشئ بمقتضى مرسوم تنفيذي رقم 1997/212، وتم التنصيب الرسمي له في أكتوبر 2002، أن المخدرات في الجزائر تعرف منزلقا خطيرا وتشهد انتشارا واسعا بين الذكور والإناث ومن أعمار ومستويات اجتماعية مختلفة، وبخاصة أنها تمس فئة الشباب، إذ يتراوح متوسط أعمار المتورطين في قضايا تتعلق بالمخدرات بين (15-53) سنة، وبنسبة (81%) من العدد الإجمالي، وتعرف الجزائر روجا كبيرا للقنب الهندي الذي يتم ضبطه بالأطنان. ففي عام 2002 تم ضبط (6) أطنان، لترتفع الكمية المضبوطة منه عام 2003 إلى (8) أطنان بزيادة وصلت إلى (32%)، أما

المخدرات الأخرى مثل الكوكايين والهيروين، فهي تضبط بكميات محدودة لا تتجاوز بعض الكيلوغرامات نتيجة لغلائها وخطورتها، وقد بلغ عدد المتورطين في قضايا تتعلق بالمخدرات بين عامي (1994-2001) (59804) شخص، أما بالنسبة للمؤثرات العقلية، فتم عام 2002 ضبط (452086) قرص، ليصل عددها عام 2003 إلى (571138) قرص، أي بزيادة تصل إلى (62%)، وسجلت وزارة العدل عام 2003 (5161) قضية مقابل (4227) قضية عام 2002 بزيادة تصل إلى (22.1%)، وفي الفترة الممتدة بين (2003-2004) تم ضبط في ولايات الجنوب (44.3) كلغ من الكيف المعالج، ورصد المركز الجزائري لمكافحة المخدرات أكثر من (8) أطنان من المخدرات تم مصادرتها عام 2003، ونحو (20) ألف قضية أحيلت إلى القضاء (ساسي، 2005).

#### الجدول(05): المخدرات المهربة إلى الجزائر من 1999 حتى 2002

السنة	المادة	الكمية
1999	الحشيش	2.5 طن
	الكوكايين	05 كلغ
	المهدئات	94 علبة
	المؤثرات العقلية	12265 قرص
2001	الحشيش	1729 كلغ
	الهيروين	06 غرام
	الكوكايين	229 غرام
	المهدئات	600 علبة
	المؤثرات العقلية	69300 قرص
2002	الحشيش	04.5 قنطار
	الهيروين	25 غرام
	الكوكايين	27 غرام
	المؤثرات العقلية	100266 قرص

عند مقارنة الجدول (4) مع الجدول (5) الذي يوضح توزيع القضايا السابقة خلال عام 1991م، يمكن ملاحظة نقطتين أساسيتين هما: الزيادة في نوعية القضايا، بحيث سجلت قضايا أخرى مثل: التجارة غير المشروعة، والنقل، مع زيادة في عدد القضايا وانخفاض عدد الأشخاص الموقوفين.

### جدول (06) كميات القنب بالطن التي حجزتها مصالح مكافحة من سنة 1992 إلى 2003

السنة	الأمن الوطني	الدرك الوطني	الجمارك	المجموع
1992	6.039	0.582	/	6.621
1993	1.022	0.206	/	1.228
1994	1.121	0.469	/	1.590
1995	1.811	2.511	/	4.322
1996	0.712	1.704	/	2.416
1997	1.592	1.728	/	2.319
1998	1.217	1.842	/	2.659
1999	2.452	2.00	/	4.452
2000	1.694	5.568	/	2.262
2001	1.728	3.098	/	4.826
2002	2.148	3.960	/	6.110
2003	2.252	3.904	1.912	8.068
المجموع	23.788	25.574	1.912	51.275

والبيانات التي يحملها الجدولين السابقين (06) و(07) تؤكد التوقعات التي قدمها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، حيث سبق وأندر من أن تتحول الجزائر إلى منطقة استهلاك بعدما كانت قد أدرجت ضمن قائمة دول العبور إذا لم تتخذ الإجراءات الوقائية اللازمة قبل فوات الأوان (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، 2015)، خاصة وأن تعاطي المخدرات لم يبق حكرا على الذكور فقط بل امتد حتى الإناث، إذ نجد من بين كل أربعة ذكور أنثى تتعاطى المخدرات وحسب ما تنشره الصحافة الوطنية فإن كميات كبيرة من المخدرات تتسرب باستمرار بين المتعاطين من الشباب وهم

يلجئون إلى استعمال المخدرات بسبب أعمال العنف أو الفقر والتهميش على أمل الفرار من عالمهم المحتقن بالخوف والقلق حيث تحولت الأحياء الشعبية إلى أسواق مثالية لانتشار المخدرات وحيازتها واستهلاكها والمتاجرة بها. وقد أكدت الدراسات الميدانية أن العمر الذي يبدأ فيه تعاطي المخدرات وعلى الخصوص الأدوية النفسية هو ما بين 13 و22 سنة وهو نفس العمر الذي يشرع الشاب فيه تدخين السجائر، وخلال هذه المرحلة يبدأ الشاب في العمل على تحقيق مشروع ما في حياته فإذا لم يجد من يوجهه يسقط في الخطأ، كما تكون لديه القابلية والقدرة على التغيير باستمرار، ويغلب عليه طابع الجرأة والخيال والمغامرة والاستقلال النسبي عن الالتزامات الأسرية وكثيرا ما توجهه النزوات والدوافع الشخصية، تلك المواصفات هي التي تجعله أكثر عرضة للإدمان. والدراسات الميدانية كشفت الارتفاع المخيف لعدد من مستهلكي المخدرات في الجزائر ففي سنة 1996 بلغ عدد المدمنين في الجزائر 300 ألف شاب ليرتفع إلى ما يقارب 500 ألف في بداية الألفية الحالية، وفي دراسة أجريت بالجزائر العاصمة استجوب فيها 450 تلميذ من 14 ثانوية وجد أن 14% منهم يتعاطون المخدرات بانتظام وأن 20% يتعاطونها في مناسبات معينة. لذلك أقرت وزارة الصحة قوانين تتعلق بكيفية حيازة وتسليم المواد السامة وجاء ذلك في قانون حماية الصحة وترقيتها لاسيما المادتان 19 و192 وسنت عقوبة للمخالفين بالسجن مدتها تتراوح بين شهرين وستين وغرامة مالية تتراوح بين 200 إلى 10000 دج، ويمكن أن تصل العقوبة إلى الإعدام إذا كان طابع المخالفات مخلا بالصحة المعنوية للشعب الجزائري، وفي سنة 2003 تم تنصيب لجنة وزارية مشتركة مكلفة بإعداد برنامج للتعاون مع مكتب الأمم المتحدة بفيينا في مجال مكافحة المخدرات والوقاية من الجريمة المنظمة. (أمزيان وناس، ص 139-142).

## الجدول (07) كمية المخدرات المحجوزة من قبل مصالح مكافحة من 2006 حتى 2015

المؤثرات العقلية أقراص	الأفيون بالغرام	الهيروين بالغرام	الكوكايين بالغرام	القنب			أنواع المخدرات السنوات
				نبات القنب (نبتته)	بذور القنب بالغرام	راتنج القنب بالكيلوغرام	
319014	12,2	25,3	7772,7	757	858	10046,286	2006
233950	74817	381,79	22000,5	20987	814	16595,436	2007
924398	15022,3	109,57	716,418	10712	115,9	38037,297	2008
90630	200	708,359	1026,36	1802	5909,3	74643,377	2009
304319,5	79	191,05	1177,72	3163	4883	23041,597	2010
262074	850,1	2496,65	10901,023	1019	39924	53323,093	2011
937660	13	6073,659	174821,7	88	127,4	157382,643	2012
1175974	500	868,299	3790,487	4831	36,3	211512,773	2013
1006016	325 41	339,11	1238,626	2522	9171,5	173143,352	2014
548848	14	2573,75	86127,53	571	309	109244,628	2015

وتبين هذه الأرقام المقدمة من هيئات مكافحة تهريب واستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية عبر مختلف مناطق الوطن من سنة 2006 إلى غاية سنة 2015، ونلاحظ الزيادات الكبيرة في كمية المخدرات المحجوزة من سنة لأخر، وكانت سنة 2012 سنة فارقة حيث سجلت الكميات المحجوزة قفزة خطيرة من (53323.093 كلغ) سنة 2011 إلى (157382.643 كلغ) وهي الكمية التي تفوق ما تم حجزه منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، لتبلغ الكمية المحجوزة ذروتها سنة بعد ذلك في 2013 (211512.773 كلغ) أرقام وإحصائيات تعكس هول الظاهرة وتفاقم حجمها وتغلغلها الكبير بين فئات المجتمع، وحجم الضرر الكبير الذي تلحقه بالاقتصاد الوطني. (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات،

(2016)

## 5- تحريم الشريعة الإسلامية وتجريم القانون الجزائري للمخدرات:

### 5-1- تحريم الشريعة الإسلامية للمخدرات:

اتفق العلماء في مختلف المذاهب الإسلامية على حرمة تناول القدر المؤثر على العقل من المواد والعقاقير المخدرة، فيحرم تعاطيها بأي وجه من الوجوه سواء كان بطريق الأكل أو الشراب أو التدخين أو الحقن بعد إذابتها، أو بأي طريق كان، واعتبر العلماء ذلك كبيرة من كبائر الذنوب.

ورغم وضوح حكم الشريعة الإسلامية في المخدرات؛ إلا أنّ هناك الكثير من الناس من يعتقد خطأ بعدم حرمتها ولا تعدو كونها مكروهة، ويعزى هذا الاعتقاد إمّا إلى الجهل وعدم الاهتمام والاستسلام لوسوسة الشيطان وإتباع طريق السوء، أو اللجوء إلى بعض الأعذار لتسويغ سلوكهم مثل عدم وجود نص صريح يتعلق بتحريم المخدرات ضاربيين عرض الحائط بأحكام الشريعة الإسلامية وأصولها وإجماع الفقهاء (السعد، 1998، ص71). فيعتقد بعض الناس أنّ الله حرّم الخمر ولم يحرمّ المخدرات بحكم عدم وجود نص صريح في الكتاب والسنة له علاقة بحرمة المخدرات؛ ومن ثم يرون بأنّها مباحة، فتجد الكثير ممن يحرص على أداء الفرائض من صلاة وصوم وزكاة، وبقدر ما يتجنبون الخمر لا يجدون مانعا في تعاطي المخدرات (دعبس، 1998، ص 223).

لا يوجد، وفي الحقيقة، نص صريح بشأن تحريم المخدرات؛ لأنها لم تكن معروفة في المجتمعات الإسلامية إبان الدعوة المحمدية؛ إلا ما يستشف من حديث رسول الله عليه الصلاة والسلام "لا ضرر ولا ضرار" (ابن ماجه، 2000، ص392). وتعاطي المخدرات له أضرار تلحق بالمتعاطي وبالمجتمع، وإيقاع الضرر بالنفس محرّم لقوله تعالى: (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة) سورة البقرة، الآية 159.

من المعروف أنّ الخمر حرام، وهي من الخبائث وتحريمها جاء تدريجيا، قال تعالى: (ومن ثمرات النخيل والأعناب تتخذون منه سكرا ورزقا حسنا) سورة النحل، الآية 67. وقال: (يسألونك

عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس وإثمهما أكبر من نفعهما) سورة البقرة، الآية 219. وقال تعالى: (يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون) سورة المائدة، الآية 91. وقال: (الذين يتبعون الرسول الأمي الذي يجدونه مكتوبا عندهم في التوراة والإنجيل يأمرهم بالمعروف وينهاهم عن المنكر ويحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث) سورة الأعراف، الآية 157.

والمخدرات باتفاق العلماء حرام؛ لأنها من الخبائث التي تغيب العقل، وهي بمنزلة غيرها من المخدرات لقول النبي عليه الصلاة والسلام: "كل مسكر خمر وكلّ خمر حرام" (مسلم، 2003، ص798). وجاء في فتح الباري لابن حجر العسقلاني واستدل بمطلق قوله عليه الصلاة والسلام: "كلّ مسكر حرام"، على تحريم كل ما يسكر ولو لم يكن شرابا، فيدخل في ذلك الحشيشة وغيرها، وقد جزم النووي بأنها مسكرة وجزم آخرون بأنها مخدرة، وقال النووي في المجموع (6): "وأما ما يزيل العقل من غير الأشرطة والأدوية كالبنج وهذه الحشيشة المعروفة، فحكمه حكم الخمر في التحريم" (السعد، 1998، ص69). وقد اعتبر الشيخ ابن تيمية المخدرات خمرا من ناحية العقوبة، قال في كتابه "السياسة الشرعية": "إنّ الحشيشة حرام، يحدّ تناولها من الخمر، وهي داخلة فيما حرّمه الله ورسوله من الخمر المسكر لفظا"، وقد وافقه هذا الرأي ابن حزم وابن القيم والذهبي والصنعاني (دردار، 1999، ص89-90). وقال أيضا: "إنّ ما يغيب العقل يحرم باتفاق المسلمين، وأما من استحلّ ذلك وزعم أنّه حلال فإنّه يستتاب، فإن تاب وإلا قتل مرتدا" (السعد، 1998، ص69). وقال الشيخ يوسف القرضاوي: "الخمر ما خامر العقل"، وهي كلمة نيرة قالها عمر بن الخطاب رضي الله عنه ليحدّد بها المقصود بالخمر حتى لا تكثر الأسئلة والشبهات، فكّل ما لبس العقل وأخرجه عن طبيعته المدركة، فهو خمر حرام حرّمه الله ورسوله عليه الصلاة والسلام، ويدخل في ذلك الأفيون، والكوكايين، والحشيش

ونحوهم، ممّا لها الأثر البالغ على متعاطيها؛ فتؤثر في عقله، وتؤدي به إلى العيش في الأوهام والأحلام، وتنسيه نفسه ودينه ودنياه، وتؤدي أيضا إلى فتور الجسد (دردار، 1999، ص 91). وفي حديث رواه أحمد وأبو داود عن أم سلمة رضي الله عنها قالت: "نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر" (القرضاوي 1977، ص58). وقد ورد في بحث إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد بالمملكة العربية السعودية بأنّ المفتر هو: " ما يورث ضعفا بعد قوة، وسكونا بعد حركة، واسترخاء بعد صلابة، وقصورا بعد نشاط " (يكن، 1998، ص64). ويرى الشيخ يوسف القرضاوي أنّ المخدرات تؤدي إلى خور النفوس، وتمييع الأخلاق وضعف الإرادة، وضعف الإحساس بالواجب، فتنج أفرادا غير صالحين في المجتمع، فضلا عن الانحراف وخراب البيوت وإتلاف الأموال. إذن فالتحريم يتبع الخبث والضّرر، وقد ثبت للمخدرات أضرارها الصحية، والنفسية، والخلقية، والاجتماعية، والاقتصادية (دردار، 1999، ص91). قال ابن تيمية بشأن المخدرات: وهي أخبث من الخمر" (الصباغ، 1995، ص96).

إنّ تحريم المخدرات يبنى على أساس يتعلق بكونها تعارض مقصدا من مقاصد الشريعة الإسلامية؛ وهو حفظ الضرورات الخمس: (الدين؛ والعقل؛ والنفوس؛ المال؛ والنسل)، والمخدرات تضرّ بالعقل، وكلّ ما يؤدي إلى الإضرار بالعقل فهو حرام، وهذا الحكم يشمل المخدرات (الصباغ، 1995، ص108). أمّا فيما يتعلق بحديث النبي عليه الصلاة والسلام: "ما أسكر كثيره فقليله حرام" (ابن ماجه، 2003، ص578)؛ فالترجيح ما ذهب إليه ابن تيمية بحرمة كثيرها وقليلها سدا للذريعة؛ لأنّ القول بالتجاوز عن القدر اليسير هو فتح باب للفساد ولعشاق اللهو والمجون (أبو رخية، 1980، ص353). قال ابن تيمية: "وقليلها يدعو إلى كثيرها كالشراب المسكر والمعتاد لها يصعب عليه فطامه عنها أكثر من الخمر، فضررها في بعض الأوجه أعظم من الخمر" (الصباغ، 1995، ص96).

## 5-2- تجريم القانون الجزائري للمخدرات:

تعرف جرائم المخدرات في القانون بصفة عامة على أنها تلك الجرائم المتعلقة بإنتاج المواد المخدرة، واستهلاكها، وترويجها، وتهريبها، وحيازتها، بما في ذلك المخدرات المحظور استعمالها إلا بوصفة طبية (رفعت، 1986، ص34). ومن المعروف أنّ مقومات الجريمة حسب النظرية العامة للجريمة، تتمثل في: العنصر الشرعي؛ ويقصد به وجود نص قانوني سابق يجرم الفعل ويعاقب عليه، والعنصر المادي المتمثل في ارتكاب الفعل المجرّم فلا جريمة بدون وجود نشاط إجرامي، وأخيراً العنصر المعنوي (الإرادة المعنوية)، ويقصد به وجود نية ارتكاب الفعل.

وقد اصدر المشرع الجزائري القانون الخاص بالمخدرات بعيدا عن قانون الصحة لوضع حد أو للتقليل من استفحال ظاهرة المخدرات في المجتمع الجزائري بحيث تعرض بصفة واضحة للتجريم والعقاب المتابعة سواء من الجانب القانوني أو القضائي، كما خصص عقوبات رادعة تتماشى و حجم الخطر الذي يمس المجتمع، وفيما يلي مناقشة لهذه العناصر في ضوء القانون الجزائري المتعلق بالمخدرات.

**1- العنصر الشرعي:** لقيام العنصر الشرعي لجريمة تعاطي المخدرات، لا بد من وجود نص قانوني يجرم هذا الفعل (العائش، د ت، ص22-29). وفي هذا السياق أولى المشرع الجزائري اهتماما كبيرا بمشكلة المخدرات بحكم وجود نص قانوني يجرم استعمال المخدرات، ويتمثل في كل النصوص القانونية التي نص عليها قانون 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها والمتمثلة في المواد الآتية:

المادة (17): "يعاقب بالحبس من عشر سنوات إلى عشرين سنة، وبغرامة مالية تتراوح ما بين

5.000.000 إلى 50.000.000 دج كل من قام بطريقة غير مشروعة بإنتاج أو صنع أو حيازة أو

عرض أو بيع أو وضع للبيع أو حصول وشراء قصد البيع أو التخزين أو استخراج أو تحضير أو

توزيع أو تسليم بأي صفة كانت أو سمسة أو شحن أو نقل عن طريق العبور أو نقل المواد المخدرات أو المؤثرات العقلية. ويعاقب على الشروع في هذه الجرائم بالعقوبات ذاتها المقررة للجريمة المرتكبة. ويعاقب على الأفعال المنصوص عليها في الفقرة الأولى أعلاه بالسجن المؤبد عندما ترتكبها جماعة إجرامية منظمة.

وتنص المادة (15): يعاقب بالحبس من خمس (05) سنوات إلى خمس عشرة (15) سنة، وبغرامة مالية ما بين 500.000 دج إلى 1.000.000 دج كل من:

- سهل للغير الاستعمال غير المشروع للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بمقابل أو مجاناً، سواء بتوفير المحل لهذا الغرض أو بأية وسيلة أخرى، وكذلك الأمر بالنسبة لكل من الملاك والمسيرين والمديرين والمستغلين بأية صفة كانت لفندق أو منزل مفروش أو نزل أو حانة أو مطعم أو ناد أو مكان عرض أو أي مكان مخصص للجمهور أو مستعمل من الجمهور، الذين يسمحون باستعمال المخدرات داخل هذه المؤسسات أو ملحقاتها أو في الأماكن المذكورة.

- وضع مخدرات أو مؤثرات عقلية في مواد غذائية أو في مشروبات دون علم المستهلكين.

**المادة (16):** يعاقب بالحبس من خمس (5) سنوات إلى خمس عشرة (15) سنة و بغرامة من 500.000 دج إلى 1.000.000 دج، كل من:

- قدم عن قصد وصفة طبية صورية أو على سبيل المحاباة تحتوي على مؤثرات عقلية.

- سلم مؤثرات عقلية بدون وصفة أو كان على علم بالطابع الصوري أو المحاباة للوصفات الطبية.

- حاول الحصول على المؤثرات العقلية قصد البيع أو تحصل عليها بواسطة وصفات طبية صورية بناء على ما عرض عليه.

**المادة (12):** " يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين و بغرامة مالية من 5000 إلى 50.000 دج أو

بإحدى هاتين العقوبتين، كل شخص يستهلك أو يحوز من أجل الاستهلاك الشخصي مخدرات أو

مؤثرات عقلية بصفة غير مشروعة." (القانون رقم 18/04، المتعلق بالوقاية من المخدرات)

**2- العنصر المادي:** يقصد بالركن المادي الفعل أو الامتناع الذي بواسطته نكتشف الجريمة ويكتمل

جسمها، ولا توجد جريمة بدون ركن مادي، إذ بغير مادياتها لا تصاب حقوق الأفراد أو الجماعة بدون

اعتداء. والركن المادي لجريمة المخدرات يتمثل في الأفعال المادية المنصبة على المخدرات والمادة

المخدرة،

- **الأفعال المادية:** الأفعال المادية في جرائم المخدرات تأخذ صوراً وأشكالاً مختلفة، فقد تكون في

صورة البيع، الإنتاج، الاستهلاك، الزراعة، الصناعة أو الاستيراد أو التنازل... وأن ينصب هذا الفعل

على نباتات أو مواد مخدرة ممنوعة الاستعمال والتداول، وأن يكون بقصد جنائي.

وقد تضمنت نصوص القانون 18/04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، جملة من الأفعال المادية

وأخضعتها للعقاب متى اتصلت بمخدر من المخدرات السابق شرحها ومن صور هذه الأفعال المادية ما

يلي :

- تنص المادة 17 من قانون 18/04 على ما يلي: "يعاقب ... . الذين يصنعون بصفة غير شرعية

مخدرات أو يحضرونها أو يحولونها أو يستوردونها أو يتولون عبورها أو يصدرونها أو يستودعونها

أو يقومون بالسمسرة فيها أو يبيعونها أو يرسلونها أو ينقلونها أو يعرضونها لتجارة بأي شكل كان ."

- **المادة المخدرة:** الركن الثاني من أركان جريمة المخدرات هو المادة المخدرة، أي أن ينصب الفعل

على مادة مخدرة سواء كانت نباتات مخدرة أو مستحضرات طبية كما نصت على ذلك المادة 02 من

القانون 18/04 مثال ذلك:

**النباتات المخدرة:** كالقنب الهندي، الكيف والشيرة، والمستحضرات الطبية : كلارطان، الترونكسان،

القاردينال، الديبرايام.

المواد الطيارة: إستنشاق الغراء، البنزين، المبيدات، الأصباغ...

**3- العنصر المعنوي:** تنص المادتان (47 و 48) من قانون العقوبات، على أنّ قيام الجريمة يتطلب أن يكون مرتكبها عالماً بعدم شرعية الفعل ومع ذلك يقدم على ارتكابه، بمعنى ضرورة توافر الإرادة غير المعيبة، ففي حالة ثبوتها حلّ العنصر الشرعي للجريمة وتوقع العقوبة. أمّا في حالة التعاطي الخطأ، فإنّ المتعاطي لا يتحمل المسؤولية الجنائية.

إذا توافر علم المتهم بأنّ المادة التي في حيازته أو محل تصرفه هي من المواد المخدرة الممنوعة قانوناً، واتجهت إرادته إلى ارتكاب الفعل المادي المعاقب عليه وجب ردعه بتوقيع العقوبة وذلك مهما كان الباعث على الفعل المعاقب عليه سواء كان الاتجار أو الاستهلاك أو انقاد شخص آخر من العقاب أو أحد أصول المتهم أو فروعه فلا يعتد المشرع بالباعث على ارتكاب هذا الفعل مهما كان سببه وذلك لسد الطريق أمام مروجيها. (القانون رقم 15/04 المعدل والمتمم لقانون العقوبات الصادر بتاريخ 2004/11/10)

**العقوبات:** هي مختلف العقوبات الواجب تطبيقها على من تثبت إدانته في جريمة من جرائم المخدرات و نظم المشرع الجزائري من المواد 12 إلى 31 من القانون 18/04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلقة بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها على أنواع العقوبات الواجب تطبيقها على من تثبت إدانته في جريمة من جرائم المخدرات وقسمها إلى عقوبات أصلية وعقوبات تكميلية:

### 1- العقوبات الأصلية:

**1-1- عقوبة الفاعل الأصلي:** تناولت المادة 17 من قانون 18/04 عقاب بالحبس من عشر سنوات إلى

عشرين سنة، وبغرامة مالية تتراوح من 5.000.000 إلى 50.000.000 دج الذين يصنعون بصفة غير شرعية مخدرات أو يحضرونها أو يحولونها أو يستوردونها أو ينقلونها أو يعرضونها للتجارة، بأي شكل كان أو يصدرونها.

و يعاقب القانون في المادة 15 من قانون 04-18 بالحبس من خمس (05) سنوات إلى خمس عشرة (15) سنة، وبغرامة مالية بين 500.000 إلى 1000.000 دج الأشخاص اللذين يسهلون للغير بمقابل أو مجانا الحصول على المخدرات. وتكون عقوبة السجن من أربع (04) سنوات إلى عشرون (20) سنة في حالة تسهيل حصولها للقصر (المادة 13 فقرة 02)

**1-2- عقوبة الاستهلاك:** تنص المادة 12 من القانون 04/18 على أنه يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين، وبغرامة مالية من 5000 و 50.000 دج أو إحداهما كل من يستعمل بصفة غير شرعية إحدى المواد أو النباتات المصنفة مخدرات.

- وتذهب أغلب التشريعات المقارنة إلى عدم معاقبة المدمن على المخدرات، واعتباره من المرضى، وبالتالي يجب وضعه في مؤسسة علاجية قصد معالجته، وحسب أنصار هذا المذهب فإن المدمن أو مستهلك المخدرات، هو إنسان مريض ومكانه المستشفى وليس مجرما ومكانه الحبس.

**1-3- عقوبة العود:** تنص المادة 27 من ذات القانون على أن تضاعف العقوبات المنصوص عليها في المواد من 12 إلى 17 المذكورة أعلاه في حالة عود المتهم إلى ارتكاب هذه الجرائم، بعد أن سبق الحكم عليه في أية جريمة.

**1-4- عقوبة الشروع:** نصت المادة 17 فقرة 2 أنه يعاقب على محاولة ارتكاب إحدى هذه المخالفات التي تقمها أحكام الفقرة السابقة للمادة 17 والتي تعاقب الذين يصنعون يحضرون، يحولون يستوردون، يتولون العبور أو يصدرون أو يستودعون أو يسمسون أو يبيعون أو يرسلون أو ينقلون أو يعرضون

## لتجارة المخدرات.

**1-5- عقوبة المحرض:** التحريض هو دفع الجاني إلى ارتكاب جريمة وذلك بالتأثير على إرادته وتوجيهها الوجهة التي يريد بها المحرض بوسائل مادية وقد عاقب المشرع الجزائري في المادة 22 من قانون 04/18 بالعقوبات المقررة للجريمة أو الجرائم المرتكبة، كل من حرض بأية وسيلة كانت على ارتكاب الجرح المنصوص عليها وعلى عقابها في المواد من 12 إلى 17 من هذا القانون، ولو لم ينتج عن هذا التحريض أي أثر.

**1-6- المبادرة بالتقديم للعلاج:** تنص المادة 06 من ذات القانون على أن "لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتثلوا للعلاج الطبي الذي وصف لهم وتابعوه حتى النهاية، كما لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين استعملوا المخدرات استعمالا غير شرعي إذا ثبت أنهم تابعوا علاجا مزيلا للتسمم، أو كانوا تحت المتابعة الطبية منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم" (القانون رقم 04/18، المتعلق بالوقاية من المخدرات) .

إن المشرع الجزائري باستصداره لهذا القانون الخاص بالمخدرات الذي جاء بعد قانون الصحة، يكون قد تدخل لمحاربة ظاهرة إدمان المخدرات والحد من استفحالها في المجتمع الجزائري، حيث تعرض بصفة واضحة للتجريم، والعقاب المتابعة سواء من الجانب القانوني أو القضائي، كما خصص عقوبات رادعة تتماشى وحجم الخطر الذي تخلفه هذه الآفة على أفراد المجتمع وعلى اقتصاد الوطني.

**خلاصة:**

لقد تطرق هذا الفصل إلى الكشف عن مشكلة المخدرات من خلال لمحة تاريخية عن معرفة الإنسان لها واستخداماته واستعمالاته للمخدرات، ثم تم التطرق لحجم الظاهرة على الصعيد العالمي والإقليمي والمحلي والتطور السريع الذي شهدته، وكذا موقف الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري من المخدرات

وسعى لتحقيق الانسجام بين الجانب النظري والميداني للدراسة، وانطلاقاً من الإطار العام للدراسة ومن الإشكالية المطروحة والفرضيات المصاغة والأهداف المحددة في الفصل الأول؛ فإنّ الجانب الميداني سيحاول تناول المواد المخدرة الأكثر تعاطياً، طرق تعاطيها، كيفية الحصول عليها.

## الفصل الثالث : الإطار النظري للإدمان.

- تمهيد.
- كيفية حدوث الإدمان.
- العوامل المؤثرة على مفعول العقاقير.
- مراحل الإدمان.
- الخصائص العامة للإدمان.
- أنواع الإدمان.
- تصنيفات إدمان المواد المخدرة.
- أنماط جرعة المخدر.
- مستوى تأثير المخدر.
- العوامل المؤدية لإدمان المخدرات.
- خلاصة.

**- تمهيد:**

تمثل معضلة الإدمان على المخدرات الظاهرة الأبرز بين الظواهر السلبية التي تعاني منها مختلف المجتمعات في هذا العصر، والواقع أن المعانات من الظاهرة لا تنحصر في مجتمعات بعينها، بل تمتد ظاهرة الإدمان لتهدد بقاء المجتمعات البشرية على حد سواء، ولعلها من أخطر القضايا التي تشغل الرأي العام في الوقت الحاضر، وتمارس البيئة المحيطة بالفرد ممثلة بالمجتمع تأثيراً مهماً في سلوك الأفراد والجماعات بما يتلاءم مع طبيعة الظروف السائدة في المجتمع، فتعاطي المخدرات لا يعد مسؤولية فردية (ذاتية) أو أسرية بحتة ولكنه يحدث أيضاً بفعل ظروف اجتماعية تتعلق بالبناء الاجتماعي بأسرة وحينما يصاب هذا البناء بالاضطراب ينعكس ذلك سلباً على الأفراد فيتصدع تفاعلهم.

ويعد مفهوم إدمان المخدرات والاعتیاد عليها واحداً من المفاهيم التي تحتاج إلى مزيد من البحث، لأن هذا المفهوم له أبعاد اجتماعية وثقافية واقتصادية تختلف من مجتمع لآخر، حيث تصدر بعض الدول المواد المخدرة وتستوردها دول أخرى، كما أن التعاطي الذي يعد محرماً ومجرماً في بعض الدول، نجده متاحاً ومسموحاً في دول أخرى، ومن هذا المنطلق كان لزاماً على الدراسة الحالية التعرض لماهية الإدمان وأعراضه، بجانب أنواع المواد المخدرة والآثار السلبية المترتبة عنها.

**1- كيفية حدوث الإدمان:**

لقد بذلت جهود كبيرة من قبل منظمة الصحة العالمية منذ عام 1951م، لأجل التفريق بين مصطلح التعود ومصطلح الإدمان، ولإزالة الاختلاف قائماً، إذ لا يوجد اتفاق تام حول معنى المصطلحين (الشيخ كمر، 1985، ص7)، ولو أن المصطلح الشائع والمستخدم حالياً هو مصطلح الاعتماد، وعلى

كل فتعاطي المخدرات سلوك واحد هدفه التأثير على جهاز المكافأة في المخ (سلوك إدماني). أما الإدمان ذاته فهو يخضع لثلاثة محددات أساسية هي: كمية التعاطي، فترة التعاطي، طريقة التعاطي، لأن أي مخدر يدخل جوف الإنسان لابد أن يذوب في الجسم، وكلما كان امتصاص الجسم أسرع كلما كان تأثير المخدر أسرع، فالهروين مثلا تأثيره على المخ سريع جدا لكونه يذوب بشكل سريع، لذا فإن أعراض الانسحاب مع الهروين تكون قوية، فكلما كان بقاء الخدر في الجسم أطول كلما كانت الأعراض الانسحابية أخف، وكلما كان سريان المخدر في الجسم نحو جهاز المكافأة بطيئا كلما بقي المخدر في الجسم فترة طويلة. ويقوم المخ البشري بإفراز مجموعة من المخدرات الطبيعية التي تساعد في تخفيف آلام الإنسان الجسدية والنفسية، وهذه المخدرات عبارة عن أحماض أمينية، كالإندروفين والإنكفالين، وهي موجودة في مناطق محددة من أسطح الخلايا العصبية بمراكز المخ الخاصة، كمركز الألم والخوف، والانفعالات، وفي وجود هذه المواد يعمل عقل الإنسان بحكمة وهدوء.

أما إذا قلت تلك المواد فإن خلايا قشرة المخ تتأثر وتضطرب، وينتج عن ذلك آلام نفسية وجسدية شديدة. واستعمال العقاقير المخدرة والمهدئة يوقف إفراز تلك المواد الطبيعية من الخلايا المتخصصة، وتحل محلها المواد المستعملة، وتقوم بعملها المسكن والمهدئ، وبتكرار التعاطي يتوقف الإفراز الطبيعي تماما، فيصبح المتعاطي تابعا لتلك العقاقير ولا يمكن الخلاص من عبوديته لها.

ومن ثم يمكن تناول مفهوم الإدمان على أنه حالة مرضية من الاعتماد النفسي والجسدي على عقار من العقاقير نتيجة التعاطي المتكرر له، مع رغبة ملححة في الحصول عليه بأي وسيلة (عبد الباقي، 1992، ص 101).

ويؤثر العقار في التمثيل الغذائي بمختلف خلايا الجسم، وخاصة خلايا ومراكز الحس بالمخ، بحيث تصبح معتمدة على وجوده بصورة واضحة، وبالتالي فإن أي توقف فجائي في أخذ العقار يحدث نوعاً من الاضطرابات بتلك الخلايا، مما يجعل الإنسان في حالة من القلق والتوتر العصبي الشديد المصحوب بأعراض الامتناع القاسية، فيتصبب عرقه، وتسيل دموعه بصفة مستمرة، مع إسهال شديد وآلام مبرحة بالجسم لا يمكن تحملها... وتشكل تلك الأعراض قوة ضاغطة على المدمن ليعود مرة أخرى للإدمان (غانم، 1998، ص48).

وكثيراً ما يحدث عند تكرار تعاطي تلك العقاقير أن يضعف تأثيرها في الجسم نتيجة لتكوين مواد مضادة لها بواسطة خلايا الجسم، أو لسرعة في تكسيرها بواسطة الكبد مع سرعة إخراجها. وذلك ما يدعو المدمن إلى زيادة الجرعة تدريجياً حتى يحصل على نفس التأثير الأصلي لها وهذا ما يسمى بالتعود، ونشاهد هذه بوضوح بين مدمني المخدرات مثل الأفيون والكوكايين والهيروين (سوف، 1987، ص103-104).

وتتغير سلوكيات الشخص المدمن ويتبدل نمط حياته عما كان عليه من قبل، فيصبح إنساناً مهملاً في عمله، منطوياً على نفسه لا يعطي اهتماماً للآخرين، ولا يحافظ على احترام ذاته في المجتمع، ويصبح كل اهتمامه منصباً على كيفية الحصول على المواد المخدرة بأي وسيلة كانت، فيزداد اندفاعاً وتهوراً، وقد يسلك سلوكيات مشينة للحصول على المخدر، مما يجعله عرضة للسخرية والاستهزاء فيصبح عاراً على نفسه وأهله (النجار، 1994، ص106).

وعليه فإن سلوكيات المدمن بالنسبة لعمليات التعاطي تصبح عادة لوجود نوع من الارتباط النفسي مع هذه المادة، التي لا تؤثر على خلايا المخ التأثير نفسه الذي يحدث مع عقاقير الإدمان، فلا ينتج عنها

اعتياد جسدي، والتوقف الفجائي عن تعاطيها لا يكون مصحوبا بأعراض الامتناع، بل بقليل من اضطراب المزاج، وأشهر مثال للمواد التي قد يعتاد عليها الإنسان مادة النيكوتين الموجودة في السجائر، ومادة الكافيين الموجودة بالقهوة.

والإقلاع عن العادة من السهولة بما كان حيث لا يتطلب سوى القليل من الإرادة والعزيمة الصادقة، وتؤكد على ذلك الأبحاث والدراسات، ففي دراسة أقيمت بانجلترا استطاع خلال السنوات القليلة الماضية حوالي 11 مليون شخص الإقلاع عن التدخين، بحيث أصبح عدد المدخنين لا يزيد عن 35% من تعداد الشعب الانجليزي (النجار، 1994، ص107).

#### أ- انتقال المخدر داخل جسم الإنسان:

يوجد في جسم الإنسان شبكة أعصاب، كما يوجد في المخ أيضا أعصاب، وعندما يعطي المخ إشارة إلى هذه الأعصاب تقوم بإفراز نواقل كيميائية موجودة داخل العصب، حيث تفرز ما نسبته (40%) أما نسبة (60%) تخرج من العصب ولكنها تعود مرة أخرى لتبقى داخل الجسم، هذه في الحالات العادية أما عند تعاطي مادة الكوكايين أو الكبتاجون أو النيكوتين فإنها تمنع النواقل الكيميائية (60%) من العودة مرة أخرى للعصب، ثم تتعامل هذه النواقل مع المستقبلات الموجودة في الجسم بصورة مكثفة.

#### ب- مدة وجود المخدر في الجسم: يكون عمر المخدر في الجسم مؤقتا لسببين اثنين:

1- الكبد: حيث تقوم الكبد بعملية الاستقلاب، وهي تحويل المخدر إلى مادة بسيطة تنتشر في الجسم ثم تذهب، لذلك فكثيرا ما تحدث أمراض نتيجة عملية الاستقلاب.

2- الكلى: حيث تقوم الكلى بطرد المخدر من الجسم عن طريق البول، وبعض المخدرات تذهب من الجسم بسرعة عن طريق الكلى قبل الكبد، أي أن الكبد لا تتعامل معها، أما إذا كان للمتعاطي مشاكل في الكبد بحيث لا تؤدي وظيفتها بشكل طبيعي، فإن المخدر يمكث في الجسم فترة أطول، ونفس الكلام ينطبق عن الكلى كالمريض بالفشل الكلوي.

## 2- العوامل المؤثرة على مفعول العقاقير:

أ- وجود العقاقير الأخرى (تفاعل العقاقير) وهو استخدام أكثر من مخدر في وقت واحد مثل (هيروين + كحول) هنا يكون التأثير أقوى على الجسم، حيث يتحد نوعان قد يكون لهما نفس التأثير، كما في المثال السابق الهيروين والكحول (مثبط + مثبط) وهذه المشكلة تؤثر على التفكير، والحاصل أن عقارا مع عقار يسبب تأثيرا قويا، أو رد فعل عكسي حينما يكون العقاران مختلفين من حيث التأثير كالهيروين وعقار الناركان (مثبط + منشط).

ب- عامل السن: حيث أن وظائف الإنزيمات تضعف مع تقدم العمر وبشكل تدريجي، وبذلك يكون تأثير العقار أكثر شدة وخطورة على كبار السن، لذا يجب تقليل كمية المخدر (الجرعة) مع المسن سواء كان مخدرا أو عقارا، فقد أثبتت دراسة أمريكية أن من يموتون بسبب تعاطي الهيروين من المسنين بلغت نسبتهم خمسة أضعاف من يموتون بسبب تعاطي الهيروين من فئة الشباب. (رشاد، 1992، ص70).

ج- الحالة الشعورية: وهي الخلفية أو المعتقد الشخصي نتيجة معلومات أو خبرة سابقة، فعلى سبيل المثال الشخص الذي لديه خلفية عن الماريجوانا يكون تأثيرها عليه أكثر وأقوى (عامل نفسي) من تأثيرها على شخص آخر ليس لديه خلفية مسبقة عنها.

## 3- مراحل الإدمان

يمر متعاطي المخدرات بعدة مراحل حتى يصل إلى مرحلة الإدمان وقد قسمها بعض المختصين إلى ثلاثة مراحل، وفي بعض التحليلات نجدها تقسم إلى خمس مراحل حتى يصل الفرد إلى مرحلة الإدمان.

أ- **مرحلة التحمل والاحتمال:** وهي المرحلة التي لا تستطيع فيها أنسجة الجسم الاستجابة للجرعات المعتادة من المادة المخدرة نفسها بل تستدعي زيادة الجرعة للوصول إلى نفس درجة التأثير، وبالتالي تظهر قوة الاحتمال.

ب- **مرحلة التعود:** وهي مرحلة التعود على تناول العقار أو المخدر ويغلب عليها الاعتماد النفسي إذا وجد كون المتعاطي يألف تناول هذه المادة وعند انقطاعه عنها قد تحدث له بعض المضايقات ولكنها غير خطيرة.

ج- **مرحلة الإدمان:** يشعر المتعاطي في هذه المرحلة بحاجته إلى المخدر مهما كان الثمن لأنه يفقد السيطرة على إرادته، وبعدها مباشرة أو بعد عدد من مرات التعاطي يصبح أسير مخدره، حيث يصبح المدمن معتمدا على المخدر لقيام الجسم بوظائفه الطبيعية وبالتالي يظهر الاعتماد النفسي والجسمي معا (الشرقاوي، 1991، 12).

4- **الخصائص العامة للإدمان:** أوردت لجنة الخبراء الخاصة بالمخدرات التابعة لهيئة الصحة العالمية عند تعريفها للإدمان أربعة خصائص عامة هي:

أ- الرغبة الشديدة للاستمرار في التعاطي والحاجة القهرية للحصول عليها: وتعني شدة الاشتياق إلى الشيء واللهفة الجارفة للحصول على المخدر أو العقار، وتعني كلمة غلابة حالة شديدة وغير طبيعية، أو مرضية للاستمرار في التعاطي، وللحصول على المادة المراد تعاطيها بأي وسيلة حتى لو كانت غير مشروعة، ويترتب على عدم إشباع الرغبة ردود فعل انفعالية عنيفة، كالغضب أو الغيظ والثورة، أو التجهم والعبوس، سرعة النبض، فقدان الشهية.

وترتبط درجة إلحاح الرغبة الشديدة إلى حد ما بمدة التعاطي، وكمية المخدر أو العقار، وسيكولوجية الشخص ومدى توازنه النفسي، كمال تتناسب درجة هذه الرغبة طرديا مع درجة الدافع للحصول على المخدر أو العقار، مثل درجة القلق، أو الاكتئاب، أو الكدر، أو الخوف الشديد، أو الفرح، وغيرها من العوامل الدافعة للتعاطي، وتختلف هذه الأعراض من حالة لأخرى أو من عقار لآخر.

#### ب- الاعتماد على المخدر أو العقار:

تحدد معظم الدراسات الطبية، والطب النفسيين والفارماكولوجية طبيعة الإدمان بشروط ثلاث هي: الاحتمال أي زيادة الجرعة، والاعتماد الجسماني، والاعتماد النفسي (المغربي، 1986، 26).

فالفرد يصبح مدمنا بعد فترة من التعاطي قد تطول أو تقصر، وذلك لإحساسه بحاجته القهرية إلى المخدر أو العقار، ويرجع ذلك إلى اعتماد المدمن على وجود مستوى معين من المخدر أو العقار في جسده للمحافظة على أداء وظائفه العضوية والنفسية في حالة طبيعية، ولكي يسعد بحاله التوافق الأولى التي كان يحدثها المخدر أو العقار.

ويشعر المدمن عندما ينقطع المخدر أو العقار فجأة باضطرابات قد تصل إلى درجة المعانات القاسية تختلف حسب نوع المخدر أو العقار، وتعتبر قسوتها دافعا للاستمرار في التعاطي وهذا ما يسمى بأعراض الانسحاب أو الانقطاع (العشماوي، 1414هـ، ص53).

- **الاعتماد النفسي:** ذكرنا أن المدمنون يتناولون مواد مخدرة أو عقاقير تخليقية تحدث آثارا على الجهاز العصبي المركزي (منبه، أو مهدئة، أو منومة) بعدها يصبحون معتمدين عليها، والسمة العامة لكل هذه المواد المخدرة هي قدرتها على خلق حالة عقلية مميزة تعرف باسم الاعتماد النفسي.

وتتفاوت هذه الحالة العقلية في درجتها، فتصل إلى أقصى حدتها بحيث تكون العامل القهري للاستمرار في التعاطي كما في الكوكايين، أو تكون من أقوى العوامل التي تؤدي إلى التسمم المزمن ببعض المواد المخدرة كما في الأفيون ومشتقاته، والعقاقير التي تستخدم في علاج بعض الأمراض النفسية كالمهدئات، وقد تصل إلى أكثر الدرجات اعتدالا وتكون محدودة بفترة الاستمرار في تعاطي المخدر أو العقار كما هو الحال في القات (المطيري، 1996، ص66).

ويحدث الاعتماد النفسي قبل حدوث الاعتماد العضوي، ويمكن أن يحدث الاعتماد النفسي دون حدوث الاعتماد العضوي أو يكون مرافقا له، ولا يمكن أن يحدث الاعتماد العضوي بمفردهن بل لا بد أن يسبقه اعتماد نفسي (ملطي، 1966، ص130).

ويعد الاعتماد النفسي هو المشكلة الأساسية التي تواجه مراكز العلاج الإدمان، لأن علاج الإدمان العضوي سهل لا يحتاج لأكثر من إخضاع المدمن لفترة من الامتناع الجبري، مع استخدام علاج طبي لإزالة التسمم، وبالتالي تزول حالة الاعتماد العضوي، فإذا لم يواكبها علاج للاعتماد النفسي ويعطي الاهتمام الكافي، فإن الرغبة الغالبة والحاجة الملحة للمخدر أو العقار تظل قائمة، وبالتالي يعود المدمن

للمخدر بعد انقطاعه عنه لفترة طويلة يقضيها في السجن، أو المصحة، وذلك عند أول فرصة تسنح له، أو عند أي موقف مثير.

- **الاعتماد العضوي:** فالثابت أن بعض أنواع المخدرات والعقاقير التخليقية تحدث الاعتماد العضوي إلى جانب الاعتماد النفسي.

ويحدث هذا النوع من الاعتماد نتيجة لتعاطي المخدر أو العقار بصورة متصلة أو دورية، وعند الانقطاع يظهر في صورة معاناة واضطرابات جسمية ونفسية شديدة، تسمى بأعراض الانسحاب، وإذا حرم المتعاطي من عقاره حوالي 12 ساعة بعد آخر جرعة تعاطاها فغنه سيعاني من الآم قاسية تشمل كثرة العطس، والتدميع، ورشح الأنف، ورعشة جلدية، وسرعة النبض، وتهيج جنسي، وزيادة في ضغط الدم، وتمدد في حدقة العين وغثيان وقيئ وانخفاض الوزن، وارتعاش العضلات (العشماوي، 1414هـ، 54).

وتختلف أعراض الانسحاب عند المتعاطين فهي تتوقف على نوع المخدر أو العقار وكميته، وطريقة تعاطيه، وعلى شخصية الفرد، وطبيعي أن أعراض الانسحاب تزول باستئناف تعاطي المخدر أو العقار ذاته أو بديل يحدث نفس الأثر.

كما أن الاعتماد العضوي له تأثير واضح على الاعتماد النفسي، لأن خوف المدمن من أعراض الانسحاب يقوي لديه الرغبة الشديدة في الاستمرار على تعاطي المخدر أو العقار، أو يدفعه إلى العودة إلى تعاطيه.

- **الميل على زيادة الجرعة:** الخاصية الثالثة من خصائص الإدمان هي ميل المدمن إلى زيادة الجرعة التي يتعاطاها من المخدر أو العقار، أو تعاطي أكثر من نوع بمرور الوقت، وهذا ما يسمى بالتحمل

أو الاحتمال أو المناعة النسبية ضد تأثير المخدر، وهذا الميل ميل تدريجي ومتصاعد في اتجاه زيادة الجرعة المتعاطاه" (ملطي، 1966، ص131).

ويرجع الميل إلى الاعتماد الجسم تدريجيا على المخدر أو العقار المستخدم ، واستمرار التعاطي يقلل من اثر الجرعة على الجسم، وهذا يدفع إلى زيادة الجرعة لتحقيق ذات الأثر الذي كان يحدثه عند بدء التعاطي. وظاهرة الاحتمال أي الميل لزيادة الجرعة تتم بمعدل أبطأ من ظاهرة الاعتماد، كما يعبر المدمنون عن الميل إلى زيادة الجرعة من الخدر بأنهم في حالة طبيعية بعد تناول الكمية التي اعتادوا تناولها ولكنهم لم يصلوا بعد إلى حالة النشوة.

ويعبر البعض عن هذه الظاهرة، أي ظاهرة التحمل بأنها حالة تتميز بزيادة تحمل المدمن لفعل المخدر، وتتناقص استجابة الجسم لمثل حجم الجرعة منه نتيجة مناعة نسبية ضد تأثير الجرعة المعتادة (المطيري، 1996، ص68).

وميل الفرد إلى زيادة الجرعة من المخدر لإحداث نفس الدرجة من التأثير ليس الحالة الوحيدة للاحتمال، بل يمتد مدلول المصطلح ليشمل استخدام المدمن لعقار أو مخدر آخر له نفس الآثار الفارماكولوجية غير الذي اعتاد تعاطيها وهذا ما يسمى بالتحمل العرضي، والذي عرفه البعض بأنه الحالة التي يكون عليها الجسم لتقليل الحساسية لآثار العقار الناتجة عن التحمل المكثف لعقار آخر والذي يدخل آثارا فارماكولوجية مشابهة" (ملطي، 1966، ص131).

ويرى (رادو) أنه عندما يصل المدمن في تاريخ إدمانه إلى النقطة التي لا يستطيع فيها أن يحقق أكثر من الحالة الطبيعية مهما زاد جرعاته، فإنه يدخل في أزمة الإدمان التي تحل بإحدى الطرق

الثلاث: الانقطاع التلقائي الحر فترة من الزمن لاسترجاع وتجديد قيمة وفعالية العقار أو المخدر، أو الوقوع في المرض العقلي، أو الانتحار (المغربي، 1986، ص310).

### 5- أضرار الإدمان على الفرد والمجتمع:

من خصائص الإدمان، أنه يضر ضرر بالغاً بمصلحة الفرد والمجتمع، حيث يترتب عليه نتائج سلبية: فبالنسبة للفرد يصيبه بالضعف الجسمي العام، وأعراض سوء التغذية، ويقلل من مناعة الجسم مما يعرض المدمن باستمرار لعدوى الأمراض، ويكفي للتدليل على خطورة تلك الأضرار أن نستعرض بعض ما ذكره الباحثون عن الآثار البدنية والنفسية لمتعاطي الأفيون.

فهو يؤثر على المخ والمجموع العصبي بالانهاط، ويغير الخلايا العقدية بشكل ثابت وخاص، فالمادة الحية (البروتوبلازم) تنتفخ وتتعكر ويصيبها انحلال حبيبي كما نحدث تغيرات دورية في أوعية المخ من حيث الاحتقان والزيادة في خلايا الأوعية نتيجة انسداد المجرى.

كما ثبت من تشريح المدمنين أن نسبة الإصابة باحتقان المخ تبلغ 40% بينما لا تتجاوز 5% لدى غير المدمنين، كما يؤدي إدمان الأفيون إلى ظاهرة انخفاض الشعور بالأمن كما يؤثر الأفيون على الكبد والمعدة والشعب الهوائية والجهاز التناسلي ويترك أثراً خطيرة وضارة على النواحي النفسية والعقلية والاجتماعية (المغربي، 1996، ص49).

ويزيد من ضرر الإدمان على المخدرات والعقارات حاجة المدمن المستمرة لزيادة الجرعة وهذا يؤدي إلى الجنون أو الوفاة، ولا شك أن الإضرار بالفرد يلحق الإضرار بالمجتمع، فالقوة البشرية هي أهم عناصر الإنتاج وعليها تقوم التنمية والرقى والتقدم، وتدهور هذه القوة وخاصة من الشباب يؤثر تأثيراً

خطيرا على تقدم الدول وعلى خطط التنمية، كما أن الأموال الطائلة التي تنفق على مكافحة المخدرات،  
والعلاج وضياع جانب من الناتج القومي في الاتجار بهذه السموم يعود ببالغ الضرر على المجتمع.

كما يؤدي الإدمان وما يلحق به من خاصتي الاعتماد والتحمل إلى خلق مناخ للسلوك غير السوي لدى  
المدمن، وأحيانا الانحراف الذي يزيد من حجم الجريمة ويخل بأمن المجتمع، كما يؤثر الإدمان على  
الأسرة سلبا، فيعزى بسببه تفكك الروابط الأسرية والاجتماعية.

ويرى الباحث أن الخصائص السابقة للإدمان حسب ما جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية للإدمان  
عام 1957م تشير إلى خطورة ظاهرة الإدمان على الفرد والمجتمع بشكل عام وعلى الفرد بشكل  
خاص، وعلى الرغم من اختلاف هذه الخصائص من مدمن إلى آخر إلا أنها توضح مدى ما يصل إليه  
المدمن من انحراف وما يسببه من أضرار لدى دخوله عالم المخدرات والإدمان عليها، وهو وسط  
تسوده قيم الانحراف وملئ بقيم السلوك الإجرامي التي قد تدفع المدمن إلى ارتكاب أبشع الجرائم من  
اجل الاستمرار في عادة التعاطي.

## 6- أنواع الإدمان:

إدمان المخدرات يختلف ويتباين تبعا لعوامل عدة، لعل من أهمها نوع المخدر، وطريقة التعاطي،  
درجة الإدمان، وشخصية المدمن، وعوامل أخرى سبق التطرق إليها، لذا فهناك عدة تصنيفات للإدمان  
بناء على التخصصات العلمية التي تهتم بدراسة الإدمان، ومن المنظور الاجتماعي يصعب وضع  
تصنيف كامل وواضح يطبق على سائر المجتمعات، كما أن الهدف من التصنيف من المنظور  
الاجتماعي ليس وضع المدمنين في قوالب ثابتة، بقدر ما هو محاولة لمعرفة العلة والمعلول. ولكل  
عقار أو مخدر خصائصه وسماته التي تظهر على متعاطيه، وبالتالي أدى ذلك إلى ظهور تقسيم لأنواع

الإدمان ينسب إلى نوع المخدر، وثم تصنيف المدمنين على أساسه فيقال مدمن مورفين، مدمن حشيش، وغيره.

#### أ- حسب معيار مدى انتشار الإدمان:

وفي التفسيرات التي تناولت الإدمان كظاهرة اجتماعية من واقع وجودها في مجتمعات العالم، تصنيف الإدمان وفقا لمدى انتشاره في المجتمعات، وقد ظهر هذا التصنيف عام 1956م ليضع الإدمان في أربعة أقسام رئيسة (البريثن، 2002، ص84) هي:

**أولاً: الإدمان الفردي:** وينشأ هذا النوع من الإدمان دون أي تأثير من الآخرين المحيطين بالمدمن، وهذا النوع ينقسم بدوره إلى ثلاثة أقسام:

- **الإدمان المقصود طبياً:** وهذا القسم يحدث فيه الإدمان أثناء العلاج الطبي، الذي يكون هدفه تسكين الأوجاع والآلام المرضية التي يعاني منها المرضى الذين تكون حالتهم غير قابلة للشفاء وخاصة المرضى ذو الحالة السيئة، أو ممن هم في طريقهم للموت، كمرضى السرطان مثلاً، وعلى ذلك فالإدمان في هذا القسم معلوم بوقوعه من جانب، ومن جانب آخر مبرر بقوة الدافع الطبي، كما أنه لا يمثل مشكلة كبيرة.

- **الإدمان الناتج عن العلاج الطبي:** وهذا القسم يحدث نتيجة الاستمرار في تعاطي العقاقير الطبية الموصوفة من قبل الطبيب، وتتفاقم مشكلة الإدمان حينما يتنقل المريض بين المعالجين دون تنسيق، ومن أمثلة ذلك مرضى القلق، حينما يتناولون جرعات مضاعفة من العقاقير المسكنة أو المنومة بهدف إزالة القلق، وعلى ذلك فالإدمان في هذا القسم غير معلوم بوقوعه، مع أنه ناتج عن العلاج الطبي، إلا أن وقوع الإدمان غير مبرر، أما درجة خطورته فتعتمد على الحالة التي بلغها المدمن.

- **الإدمان الذاتي:** يسجل تاريخ المخدرات حالات من الإدمان التي وقع فيها بعض الأطباء والصيدالدة، أو حتى العاملين في الحقل الطبي، والذي ربما يعود إلى قريبهم المباشر من العقاقير (أحمد عكاشة، 1976، ص356)، وهذا القسم من الإدمان الفردي يصنف هذه الفئة في قسم خاص، سواء كان الهدف من الإدمان إزالة أعراض مرضية كالإكتئاب أو الآلام المختلفة، أو كان الهدف تسجيل أو وصف مفعول عقار معين، وصفا تسلسليا مع درجات تفاعل الجسم للعقار مع كل مرة. ويندرج تحت هذا القسم الأطباء الذين يصفون العقاقير الخطرة للمرضى دون اكرثات أو محاسبة.

**ثانيا- الإدمان الوبائي:** وينشأ هذا النوع من الإدمان بتأثير من الآخرين، بمعنى أنه ينتقل كما تنتقل الأوبئة والأمراض، وتنتشر في المجتمع، وهذا القسم له خصائص تميزه عن القسم الأول الإدمان الفردي، وهذه الخصائص هي:

- 1- أن الإدمان الوبائي محدود بالحدود الجغرافية للمجتمعات، على عكس الإدمان الفردي.
- 2- أن العدوى تنتشر بشكل سريع عن طريق الاتصال والتفاعل المباشر بين المدمنين (حاملي الوباء) وبين الأشخاص القابلين للإدمان (المنقول إليهم الوباء).
- 3- أن الإدمان الوبائي يصيب في بداياته صغار السن، ومع انتشاره في المجتمع يمكن أن يدخل في نطاق فئات عمرية أخرى.
- 4- أن الإدمان الوبائي يصيب في بداياته فئات الرجال، ومع انتشاره في المجتمعات يتحول الإدمان الوبائي إلى إدمان مستوطن، ويصبح ظاهرة مقبولة أو شبه مقبولة اجتماعيا، وتزداد تدريجيا تبعا لذلك فئة المدمنين من النساء.

5- أن الإدمان الوبائي ينتشر بشكل سريع على الرغم من عدم تغير الظروف الاجتماعية، بينما الإدمان الفردي يتغير بتغير الظروف الاجتماعية، فهو ذو ثبات نسبي.

6- أن الإدمان الوبائي ينتشر في المجتمع وفقا لعاملين:

- شيوع العقار أو المخدر في المجتمع.

- المعتقد الشعبي تجاه العقار أو المخدر.

**ثالثا- الإدمان المستوطن:** يظهر هذا النوع من الإدمان في المجتمعات التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات على نطاق واسع، ويظهر الإدمان المستوطن في صورة وبائية وما يلبث أن يجد أرضا خصبة فينمو فيها ويتزعرع، ومثال ذلك كالماريجوانا في الولايات المتحدة، والقات في اليمن، والهيروين في أفغانستان، والإدمان المستوطن يشكل عادة الصورة النهائية للإدمان الوبائي، الذي يبدأ على نطاق ضيق ثم يشرع في الانتشار، حتى يصبح إدمانا مستوطنا يسوده قبول أو شبه قبول اجتماعي، بمعنى أن تأثيره يمتد إلى أكثر من نصف السكان، على العكس من الإدمان الوبائي.

**رابعا- الإدمان المتعدد:** الإدمان المتعدد ويسمى أيضا بالإدمان المكثف، يرمز إلى إدمان أكثر من

مادة، أو أكثر من عقار بهدف مضاعفة مفعول العقار استجابة لاحتمالية الجسم، أو لعدم توفر العقار المطلوب، أو نتيجة التقليد ودافع التجريب والفضول ومجاعة الرفاق، أو لتخفيف تأثير عقار أو مخدر بتناول واستخدام عقار ذو تأثير مضاد، كإدمان المنومات التي تستخدم للنوم، واستخدام المنشطات عند الاستيقاظ في الصباح لإزالة الشعور بالتعب والكسل وإبعاد النعاس (منصور، 1406هـ، ص71).

ويشكل هذا النوع ظاهرة من ظواهر الإدمان التي تنتشر عادة بين المدمنين، وغالبا ما يكون بين فئة الشباب.

وهذا التقسيم لأنواع الإدمان يستند إلى معيار جغرافي طبي حدد من خلاله أنواع الإدمان وفقا لمدى انتشاره في أماكن معينة، وهو تقسيم صالح لتحديد الأوبئة المرضية، إلا أن هذا التقسيم واسع وفضفاض لا يمكن الاستناد إليه في تحديد الإدمان ونوعه، لهذا فإننا سنأخذ بتقسيم أنواع الإدمان وفقا لنوع المخدر الذي يتم تعاطيه من قبل المدمن، لأن هذا المعيار أكثر دقة وتحديدا، وله أثر عملي في تحديد أسلوب وطريقة العلاج، كون علاج الإدمان يتطلب بالدرجة الأولى معرفة نوع المخدر الذي يتعاطاه المدمن حتى يتم تحديد العلاج المناسب له، كون كل مخدر له خصائصه وآثار تختلف من مخدر إلى آخر، لهذا فسوف نعرض تصنيف أنواع الإدمان وفقا للتصنيف الذي يستند إلى معيار خصائص الإدمان.

**ب- حسب معيار خصائص الإدمان:** وفقا لهذا المعيار فإن الإدمان ينقسم إلى:

- **إدمان الحشيش (الاعتماد القنبي):** يحدث هذا الإدمان نتيجة تعاطي مادة الحشيش المستخرجة من نبات القنب الهندي بأشكاله المختلفة سواء الحشيش الجامد أو السائل أو الماريجوانا، وغالبا ما يكون أسلوب التعاطي عن طريق التدخين أو البلع. وإدمان الحشيش ينشأ عند تعاطيه بصفة دورية ودائمة، خصائص يسميها البعض بالإدمان بينما يرى آخرون أنه لا يعدوا أن يكون مجرد اعتياد فقط، وذلك لعدم وجود أعراض جسمية تظهر على المدمن عند انقطاعه عن التعاطي. حيث تجمع الدراسات على أن التدوير بالحشيش يخلق حالة انفعالية أو وجدانية معينة توصف بالشعور بالرضا أو السرور أو النشوة، إلا أنه بعد تكرار التعاطي والاستمرار عليه لسنوات يصبح المدمن خاملا بطيء الحركة، وللحشيش تأثير قوي على بعض الأعضاء الهامة في الجسم بحيث يعوقها عن أداء وظائفها وأحيانا يوقف أداء هذه الوظائف إلى الأبد(طه، ب ت، ص22).

كما يؤدي التعاطي المستمر (المنتظم)، وفي بعض الأحيان الطارئ أو العرضي لمجموعة الحشيش إلى حالة إدمان تتميز بخصائص هي:

- اعتماد نفس متوسط أو حاد نتيجة التقدير الشخصي لأثار التعاطي.
  - انتفاء الاعتماد الجسماني، حيث لا تظهر أعراض الانقطاع عند التوقف عن تعاطي المخدر.
  - اتجاه لزيادة الجرعة دون أن تحدث المناعة النسبية أثارا (عيد محمد فتحي، 1408هـ، ص38).
  - إدمان الأفيون (المورفين): بعض الباحثين والمتخصصين يطلقون على هذا النوع من الإدمان، الإدمان المورفيني بدلا من الأفيوني، على الرغم من أن المورفين هو أحد مشتقات الأفيون، ودافع هذه التسمية هي أن المورفين هو معيار المقارنة بالنسبة لمركبات الأفيون (طه، ب ت، ص30).
- وهو حالة الاعتماد التي تظهر كنتيجة لتكرار تعاطي الأفيون ومشتقاته، ويدخل في الإدمان المورفيني الإدمان على الأفيون، المورفين، الهيروين، وعقار البنثيدين، وعقار الميثادون، إذا أن لهذه العقاقير تأثيرات مشابهة لتأثيرات المورفين، وأهم ما يميز الإدمان المورفيني هو كونه يؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسمي معا ويبدأ الاعتماد في التكوين منذ أول جرعة. ويؤثر الأفيون ومشتقاته الأخرى بشكل عام على الجهاز العصبي، والخلايا الحية في جسم الإنسان وفي حالة زيادة الجرعة يمكن أن يؤدي إلى الوفاة، كما أنها تسبب تنبيه وقتي للمخ والفكر، يعقبها نوع من الخمول والنوم العميق الذي يستيقظ منه المدمن محطم القوى، فاقدا للشهية، وضعيف غير قادر على الحركة، ميالا للقسوة والإجرام (سلوى علي سليم، 1989، ص48).

والضرر في حالات الإدمان على مركبات الأفيون ينشأ من معايشة المدمن للمخدر وإهماله لنفسه، الأمر الذي يعرضه للأمراض والعدوى، ويمكن إيجاز خصائص الإدمان على الأفيون فيما يلي:

أ- اعتماد نفسي حاد يظهر في الرغبة القاهرة للاستمرار في تعاطي المخدر والحصول عليه بكافة الوسائل لجلب السعادة ولدفع الشعور بالقلق، ويعد الهيروين من أسرع مشتقات الأفيون لتكوين الاعتماد النفسي، حيث تبلغ درجة فاعلية الهيروين في تخفيف الآلام ما بين (2 إلى 4 مرات) درجة فاعلية المورفين.

ب- ظهور مبكر للاعتماد الجسمي، يزيد مع زيادة الجرعة مما يجبر المتعاطي على الاستمرار في تعاطي المخدر نفسه، أو بديل عنه، يكون له آثار مماثلة وذلك للمحافظة على اتزان الجسم ولمنع ظهور أعراض وعلامات الانسحاب، وتبدأ علامات الانسحاب أو الانقطاع في الظهور بعد ساعات قليلة من تناول الجرعة الأخيرة، ويتوقف ظهور أعراض الانسحاب ومدة بقائها على عوامل عديدة منها: درجة الاعتماد، نوع المخدر، مقدار الجرعة، شخصية المتعاطي.

ج- ظهور الاحتمال أي تنشأ الرغبة في الزيادة المستمرة في حجم الجرعة للحصول على الآثار الأصلية للفعل الدوائي للمخدر أو العقار (المطيري، 1996، ص77).

- إدمان الكوكايين: ينشأ هذا النوع من الإدمان بسبب تعاطي أوراق نبات الكوكا أو أحد مشتقاته كالكوكايين أو عجينة الكوكا. ومجموعة الكوكايين منشطات تؤدي إلى الدرجة القصوى من درجات الإدمان النفسي، وتتحدد خصائص الإدمان عليها في الآتي:

أ- يحدث اعتماد نفسي حاد، يؤدي وحده إلى أشد وأخطر أنواع الإدمان على المواد المخدرة، لكونه كمخدر منبه يعطي أعلى درجات الإحساس باكتمال السعادة والشعور بالتعالى والعظمة، كما يولد إحساس بقوة عضلية كاذبة، كما يترتب على تعاطيه خيالات سمعية وبصرية وحسية.

ونظرا لأثاره السابق ذكرها فإنه يؤدي إلى أعلى درجات الاعتماد النفسي لدى المدمن.

ب- لا يتكون عن تعاطيه الاعتماد الجسمي، وبالتالي فلا تظهر أعراض الانسحاب أو الانقطاع عند الكف عن تناوله.

ج- ميل شديد إلى الاستمرار في التعاطي إذا كان مضغ الأوراق هي الطريقة المستعملة، وميل ورغبة ملححة إلى التكرار السريع للجرعة في فترات قد لا تتجاوز العشر دقائق بين الجرعة والأخرى، إذا ما تم التعاطي بالحقن أو الشم (كرامر وكامرون، 1977، ص40).

د- عدم ظهور الاحتمال لدى المدمن ولكن قد تزداد حساسية الجسم لتأثيره، ومن أثاره الجسمية، سوء الهضم، النحافة، التشنجات الفجائية أو الشديدة.

- **إدمان القات:** يعد نبات القات وأوراقه المخدر الذي ينشأ عن تعاطي هذا الإدمان، حيث يؤثر القات في الجهاز العضوي لمتعاطيه، فيؤدي إلى سرعة ضربات القلب، وزيادة ضغط الدم والتنفس، وارتفاع حرارة الجسم، وإفراز كمية كبيرة من العرق، كما يؤدي إلى اضطرابات هضمية، مثل إحداث إمساك شديد وتليف في الكبد، كما يؤدي إلى تنبيه الأعصاب، وتنشيط العضلات، ويمنع النوم مع الشعور بنشاط ذهني، ثم يؤدي إلى اضطرابات نفسية كالأرق، والوهن، وارتخاء فكري مع حدة في المزاج، وكثرة الأحزان، ومن يعتاد مضغه ويدمنه تظهر عليه مظاهر اتساع في حدقة العين والتهابات في الفم (سلوى علي سليم، 1989، ص56).

ويختلف تأثير تعاطي القات باختلاف الجرعة، ونسبة العناصر الفعالة فيها، والحالة العقلية والجسمية للمتعاطي واحتياجاته النفسية وظروف التعاطي وطريقته.

وقد أوضحت اللجنة البريطانية (الحادقة، 1411هـ، ص36) التي شكلت في اليمن لدراسة مشكلة القات عام 1957م، بأن تخزين أوراق القات ومضغها يخلف الأضرار التالية:

أ- الضعف العقلي والجسمي.

ب- العجز الجنسي.

ج- إصابة بعض المدمنين بالجنون.

د- الإصابة بالإمساك والنزلات المعوية.

ويتميز إدمان القات بالخصائص التالية:

أ- اعتماد النفسي معتدل أو متوسط طالما استمر المدمن في التعاطي، والشعور بالارتياح والبهجة الذي يجده عند التعاطي وهو الذي يغري المدمن بالاستمرار في التعاطي.

ب- لا يترتب على مواصلة تعاطيه اعتماد جسمي، وبالتالي لا تظهر أعراض الانسحاب عند انقطاع أو سحب القات عن المتعاطي.

ج- لا تظهر رغبة ملحّة في زيادة الجرعة، أي لا تنشأ قدرة تحمل (البريثن، 2002، ص80).

-إدمان الامفيتامين: يشمل الإدمان في هذا المجال تعاطي الامفيتامين، الديكسامفيتامين، والميثامفيتامين

دون استشارة طبية، أو بغير قصد العلاج من مرض معين، وهذه العقاقير التخليقية لها قدرة عجيبة

على إنعاش المزاج، ومقاومة التعب، ومواصلة النشاط العقلي لمدة طويلة كما تستخدم طبييا في إنقاص الوزن. وتوجد بعض العقاقير الشبيهة بالامفيتامينات ولها تأثيرات مشابهة لها مثل ميثيل فينيدات وجميع أملاحه، ومن أهم تلك الملامح الريتالين. وتشبه الآثار النفسية إلى حد كبير الآثار التي تحدث نتيجة تعاطي الكوكايين. تشمل الآثار الفارماكولوجية للامفيتامينات على المدمن زيادة في الضغط الدم، واتساعا في حدقة العين، وانحناء عضلات القناة الهضمية، والمسالك التنفسية والبولية، وينشط الجهاز العصبي المركزي على هيئة يقظة زائدة، وانتعاش وقتي يصاحبه تخفيف حالة الإجهاد وزيادة القدرة على العمل والشعور بالثقة في النفس وفقدان الشهية، إلا أن تأثير الامفيتامينات يفوق تأثير بعض المواد الأخرى، حيث تسبب عند الإقلاع عنها اعتمادا كالكآبة الشديدة، والإرهاق والأحلام المزعجة أثناء النوم (محمد الحسن، 1988، ص57).

ويمكن عرض أهم خصائص الإدمان الامفيتاميني كما يلي:

أ- اعتماد نفسي ظاهر ومتعدد الدرجات.

ب- لا يكون لإدمانها اعتماد جسيمي، إذ لا تظهر أعراض الانقطاع عند التوقف عن تعاطيها ولكن سحبها تتبعه حالة من الاضطراب الجسيمي والنفسي لتحرر الجسم من حالة التنبيه الشديد المستمر، التي كان يعاني منها المدمن أثناء تعاطيها مما يجعل البعض يرى أن الاعتماد الجسيمي موجود بدرجة ضئيلة.

ج- ظهور قدرة التحمل ببطء وبدرجة عالية ضد عدد كبير من تأثيرات الامفيتامينات، إلا أن مكونات الجهاز العصبي والقلق، وقد تظهر الأعراض النفسية السيئة كالهلوسة أو الوهم والاختلال العقلي برغم زيادة حجم الجرعات المتعاطاة (محمد عيد، 1408هـ، ص242).

- إدمان الباربيتيورات: الباربيتيورات عقاقير منومة ومسكنة، قصيرة ومتوسطة المفعول وأعراض التسمم بها يشبه أعراض التسمم الكحولي وإدمانها يعني تكرار قهري لتناول عقار من نوع بيتيورات بصورة دائمة أو دورية، أو بكميات تزيد عادة عن القدر اللازم للعلاج. وتستعمل طبيا لعلاج الأرق والصرع، ولتقليل القلق، وأي نوع من الخمول إذا أخذت طبقا لوصفات طبية، أما إذا استخدمت بشكل خاطئ وبكميات كبيرة من قبل من يتعاطاها فإنه يترتب على ذلك الكسل والتلعثم عند الحديث وفقدان الاتزان، وتؤدي أحيانا إلى السلوك العدوانى، والشعور العام بالسكر ذلك أن تأثير الباربيتيورات والكحول متطابق، ويختلف طبقا للجرعة، وحالة شخصية المتعاطي (سلوى سليم، 1989، ص79).

ويقوم مدمنو هذا العقار بسلوكيات غير مقبولة، ويكونون على درجة كبيرة من الفساد الاجتماعى والعاطفين ويميلون إلى العنف ويصابون بالاكنتاب الانتحاري، وتنشأ عند إدمان هذه العقاقير حالة إدمان نفسى ترتبط بالآثار التي تحدثها على المدمن، كما يحدث الإدمان العضوي ويجبر ذلك المدمن على الاستمرار في التعاطي للاحتفاظ بالحالة التي ينشدها، ولتفادي أعراض الانقطاع.

كما تنشأ قوة احتمال متفاوتة الدرجة وبصورة غير كاملة وغير منتظمة، وتختلف درجة قوة التحمل التي تحدثها الباربيتيورات فهي من أخطر صور هذا النمط من الإدمان، ويبدأ ظهورها خلال 24 ساعة من وقف تعاطي المادة، وتبلغ أقصى درجاتها بعد يومين أو ثلاثة أيام، ثم تبدأ في الزوال تدريجيا (محمد عبد، 1408هـ، ص241).

- إدمان المغيبات(عقاقير الهلوسة): هي العقاقير التي تؤدي إلى اختلال الإدراك أو الانفعال في التفكير والسلوك والوظائف الحركية، وتسمى عقاقير الهلوسة، وينتج عنها مشاكل تضر بالفرد والمجتمع، وإدمانها يؤدي إلى رغبة ملحة للاستمرار في تعاطيها بصورة دورية أو متصلة وبكميات

تزيد عادة عن القدر اللازم للعلاج الطبي، ومن أشهر هذه العقاقير عقار (L.S.D) الذي تحدث جرعة صغيرة منه إلى إدخال المتعاطي إلى عالم الهلوسة والجنون لساعات طويلة.

وتناول هذا العقار عن طريق الفم أو الاستنشاق أو الحقن يؤدي إلى حدوث آثار ضارة بمتعاطيه وهي: الشعور بالقلق وعدم الطمأنينة، واضطراب في الإدراك السمعي البصري (الهلوسة السمعية والبصرية)، فقد الإدراك الحسي بالزمان والمكان، كما يشعر أنه يسبح في الفضاء بعيدا عن أرض الواقع (سلوى على سليم، 1989، ص76). ولإدمان عقاقير الهلوسة خصائص يمكن ذكرها فيما يلي:

أ- اعتماد نفسي متفاوت الدرجة ولكن ليس من النوع الحاد، فالمدمن يتمتع بالتأثير الذي يشتهيهِ وبالتالي يود تكراره، ولكنه إذا لم يستطع الحصول عليه يمكنه الاستغناء عنه أو الاستعاضة عنه ببديل آخر يحدث أثر مقارب.

ب- لا يترتب عن إدمان تلك العقاقير اعتماد جسمي.

ج- ينشأ عن الاعتماد على العقاقير قدرة تحمل تظهر سريعا، وتختفي سريعا، وتكون بطيئة إلى حد ما بالنسبة للمتعاطين لعقار المسكاليين (عيد، 1408هـ، ص250).

#### 7- تصنيف إدمان المواد المخدرة:

في كثير من الأحيان تبدو ظاهرة إدمان المخدرات بسيطة، من حيث وصفها بعبارات بسيطة، ومن حيث كون الفرد يتعاطى المخدرات أم لا، إلا أن الأمر ليس بهذه البساطة فتصنيف الأفراد كمدمنين أو غير مدمنين لمواد معينة ليس أمرا سهلا، إذ يجب تفهم تعاطي المخدرات وأثرها على سلوك الفرد الذي يقوم باستخدامها وتختلف الثقافات العالمية في تفسيرها لمفهوم تعاطي المخدرات، فهناك الثقافات

الاجتماعية التي تدعوا وتبيح تناول واستخدام المواد ذات التأثير النفسي، الأمر الذي يعتبر في هذه الثقافة سلوكا عاديا عند أفراد هذا المجتمع. وعلى طرف آخر نجد إعراض العديد من أفراد ثقافة أخرى عن تناول مواد معينة تحرمها ثقافتهم، أو التي لا تقبلها لأسباب معينة، بمعنى أنه إذا تعاطت الأغلبية من أبناء ثقافة معينة مواد معينة، فالأرجح أن هذه الثقافة تبيح استعمال هذه المواد، فالمعروف أن الأخلاق والقوانين والأعراف مصدرها إجمالا إجماع العامة والخاصة في ثقافة ما بإباحة سلوك معين، وإن كان الاستخدام المتزايد لنوع معين من المواد النفسية، أو المخدرة في ثقافة معينة، وازدياد عدد المتعاطين لها يشكل خطورة وتهديدا لهذا الإجماع (الخطيب، 1990، ص103).

وتعاطي المخدرات يتبع تقسيمات معينة تقوم على:

- نوع المادة المستعملة.

- مختلف درجات تواتر التعاطي، وتقسم هذه الدرجات إلى:

أ- **التعاطي التجريبي:** إن الإقدام على تجريب مخدر للمرة الأولى ليس له علاقة بنوع المخدر أو بخواصه العقاقيرية، بقدر علاقته بما يضيفه للفرد على هاتين الناحيتين من معنى وقيمة، وقبل أن يكون الفرد قد جرب آثار المخدر قط، تقتصر معرفته على ما سمعه عن هذا المخدر وما يدور حوله من شائعات، وتشير الدراسات التي أجريت لمعرفة أسباب تعاطي المخدر للمرة الأولى، إلى أن السبب وراء ذلك مرده الفضول وإحاح الرفاق، وغالبا ما يكون هذا حافزا للإقدام على هذا التجريب. أما توفر المخدر، والظروف المأمونة نسبيا لتعاطيه، والرفاق الذين يتعاطون المخدرات، فإنها عوامل وإن كانت لازمة إلا أنها غير كافية لإدمان المخدرات للمرة الأولى. وتشير معظم الدراسات إلى أن أكثرية مجربي المخدرات غير المشروعة لا يصبحون من مدمنيها، أي أن التعاطي التجريبي لا يؤدي بدوره

غالبا إلى الإدمان، حيث أن المجرّب عندما يشبع فضوله ويجاري رفاقه، قد يجد أن آثار المخدر ليست ذات قيمة، ولا يشكل الأخطار التي ينطوي عليها، وأن هناك أنشطة أخرى يمكن أن يقوم بها، والتي تمثل في نظره قيمة أكبر.

**ب- التعاطي العرضي الوقتي:** إن غالبية مجربي المخدرات لا يستمرون في تعاطيها، كما أن أغلبية من يستمرون في تعاطيها يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي)، فلا يتناولون المخدر إلا في حالة توفره بسهولة، وفي السياق الاجتماعي الذي يتعاطى فيه، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبرا. وأهم أسباب استمرار التعاطي العرضي اجتماعية أولا، ولا تختلف كثيرا عن تلك التي تدفع الشباب إلى تناول الكحول من وقت لآخر، فهو ييسر التفاعل الاجتماعي ويعطي الشعور بالراحة النفسية والمرح، ومعظم المتعاطين العرضيين لا يصبحون متعاطين منتظمين، ولا يعتبرون تعاطي المخدرات كتجربة ونشاط ذا أهمية كبيرة، إذا قورن بتجارب وأنشطة أخرى (البرلسي، 1404، ص136).

**ج- التعاطي المنتظم:** إن التمييز بين التعاطي المنتظم والتعاطي الكثيف، يعود إلى مجموعة من العوامل ذات الصلة والمتمثلة في: تكرار التعاطي، نوع المخدر، وجهة نظر المشاهد أو الحكم. فالتعاطي المنتظم يتميز عن التعاطي الكثيف أو القهري من حيث أسبابه، وشدة الحاجة إليه. وعندما يصبح التعاطي منتظما أو كثيفا يدخل مفهوم التبعية النفسية في الحسبان، بحيث يشعر المتعاطي بالضيق والضجر إذا لم يتوفر له المخدر أو فرصة تعاطيه، ويبذل جهدا خاصا في طلبه. والأسباب التي تدعو إلى الإدمان سواء كان التعاطي منتظما أو كثيفا، أكثر تنوعا والتصاقا بشخصية المدمن من أسباب التعاطي التجريبي أو العرضي، وأكثر اتصالا بالمفعول العقاقيري للمخدر المعني، سواء أكان

منشطا أم مهبطا للنشاط، أم مسكنا، أم كان مادة تغيير إدراك الحسي للذات والبيئة (عبد الرحيم، 1985، ص245).

د- **التعاطي الكثيف أو القهري**: يترتب على تعاطي الكحول أن عد ضئيلا من المتعاطين يصبحون مدمنين، كما أن تعاطي المخدرات يترتب عليه أن عدد ضئيلا من المتعاطين يصبحون متعاطين قهريين، رغم أن التعاطي القهري يعني تناول المخدرات بصورة متكررة في فترات متقاربة للغاية، فإنه يشمل في الحقيقة درجات متفاوتة من التواتر. وتعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل الأساسي في التعاطي القهري، وعندما ينصرف الجانب الأكبر من وقت الفرد وتفكيره وطاقته للحصول على المخدر وتناوله، ومناقشة آثاره مع الاقتصار تقريبا على مرافقة من يتعاطونه، واستمرار ملازمتهم، فإن التعاطي عندئذ يعتبر قهريا (حسين، 1991، ص122).

**8-أنماط جرعة المخدر**: جرعة فعالة: وهي الجرعة التي تعطي المفعول المعروف عن المخدر

كالتنشيط والتثبيط مثلا.

- جرعة سامة: وهي الجرعة الزائدة من حيث الكمية، كأن تكون كبيرة، أو من حيث محتوى الجرعة، كان تكون محتوية على مادة أو مواد أخرى لها نفس المفعول، أو مفعول مضاد يكون نتيجتها التسمم.

- جرعة سامة وقائلة: وهي الجرعة المكثفة بنفس المعنى السابق، إلا أن النتيجة هنا تختلف بحيث تكون نتيجتها الوفاة.

**9- مستوى تأثير المخدر:**

أ- **حسب الشخص المتعاطي:** ويقصد بذلك الخصائص الشخصية وما يتعلق بها، كالعوامل الوراثية، ووجود أمراض جسمية، والطبيعة الفسيولوجية، ووجود أمراض نفسية، والمستوى الثقافي، والتنشئة الاجتماعية، والظروف المادية والاجتماعية للمتعاطي، والدافع من التعاطي، والخبرة الشخصية عن المادة المتعاطاة أو التوقعات الشخصية، والحالة النفسية والفسيولوجية عند التعاطي، وعوامل أخرى كالسن والجنس.

ب- **حسب المادة المتعاطاة:** قد تكون هذه المادة مخدرا أو عقارا، وينقسم تأثير المادة إلى ثلاثة أقسام:

- طريقة التعاطي حيث تؤثر طريقة التعاطي في الإدمان بشكل قوي، فالتدخين هو أسرع الطرق تأثيرا على جهاز المكافأة في المخ، يليه التعاطي بواسطة الإبر، وأقلها تأثيرا ما يؤخذ عن طريق الفم (أكل أو شرب)، بينما يؤدي الحقن إلى إدمان أسرع من غيره.

- مدة التعاطي فكلما كانت فترة التعاطي طويلة تمتد لسنوات عديدة، كلما كان تأصيل الإدمان في الشخص قويا لدرجة يصعب التخلص منها، وكلما كانت فترة التعاطي قصيرة كلما سهل التخلص منه.

- كمية المادة المتعاطاة فكلما كانت الكمية قليلة كلما هانت عملية التوقف، كما أن لنفاوة المادة من عدمه دورا قويا، فكمية قليلة من مادة الهيروين المحتوي على إضافات كثيرة، أقل تأثيرا في الإدمان من تأثير كمية كبيرة من هيروين يحتوي على إضافات قليلة.

ج - **البيئة المحيطة:** ويقصد بالظروف البيئية المحيطة، ظروف البيئة الطبيعية والاجتماعية وعناصرهما المختلفة كالموقع الجغرافي، والنظام السياسي والقضائي، والوضع الاقتصادي، والدين، والأسرة، والتربية، والثقافة ومكوناتها.

#### 10-العوامل المؤدية لإدمان المخدرات:

يتفق الباحثون والدارسون لموضوع المخدرات على أن السلوك الإنساني في غاية التعقيد، ولا يمكن تفسيره أو رده إلى عامل واحد بل هو مرتبط بمجموعة من العوامل البيولوجية والاجتماعية والبيئية والبيولوجية والوراثية المتفاعلة فيما بينها، والتي تتضافر مع بعضها البعض بحيث لا يمكن النظر إليها منفردة. وفي هذا الصدد يؤكد إيجر (Egger, 1980)، أن حالة الإدمان ليست الكل أو اللاشيء ولكنها الدرجة القصوى على متصل يبدأ بالتعاطي، وأن استخدام العقار يمكن أن يحدث على أي مستوى حينما ينتج التحول إلى الاعتماد أو سوء الاستخدام من تفاعل شخصية معينة مع عوامل بيئية مهيأة، حيث تجد هذه الأخيرة في استخدام العقار الراحة من الضغوط بصورة دائمة أو مؤقتة. (حسين فايد، ص 128).

وقد أعزى مجموعة من الباحثين أمثال بلوم وريتشارد (Blum et Richard , 1979) وآخرون، أن استخدام المخدر يرجع إلى طبيعة المخدرات وآثارها البيولوجية وطرق الحصول عليها واستعمالها، وإلى العوامل الوراثية وشخصية المدمن، وكذلك إلى العوامل السيكو دينامية كالضغط والصراع والحاجات والدوافع (Jualith G, 1982, pp434-435).

ووافق في ذلك سبترز وروسكان (Spitz et Roscan, 1987)، على أنه هناك ثلاثة عوامل رئيسية تسهم في بداية تعاطي العقاقير لأغراض غير طبية، والتي يمكن بدورها أن تؤدي إلى الاعتماد النفسي وهذه العوامل هي:

– الفرد: ويشمل الاستعداد الشخصي والاستعداد الوراثي البيو كيميائي.

– العقار: ويشمل مادة الفرد وطريقة التوجيه.

– البيئة: وتشمل العوامل الثقافية والعوامل الأسرية. (حسين فايد، ص128)

إن التعاطي والإدمان ما هما إلا عملية معقدة ناجمة عن التفاعل الدائم بين الشخص المتعاطي والمادة المتعاطاة والبيئة الخارجية المحيطة به، والإدمان هو بمثابة الحلقة الأخيرة والنهائية في سلسلة تبدأ بمرحلة الاحتكاك بالمادة المتعاطاة والعلم بوجودها وتوفرها ثم تجربتها، وأخيرا إدمانها، وعليه يمكن تصور العوامل المؤثرة في تطور وحدوث الإدمان من خلال الثلاثية الفرد، العقار والبيئة، وذلك نظرا لتأثير كل واحد منهم في الآخر.

أحيانا ما تؤدي العوامل المتعلقة بصحة الإنسان الجسمية والنفسية إلى إقبال بعض الأشخاص على تعاطي المخدرات هروبا من واقعهم الصحي، أو ظنا منهم أن فيها الخلاص من ذلك الواقع، ومن العوامل الصحية المسببة لزيادة أعداد متعاطي المخدرات، وبالتالي زيادة فرص انتشارها في المجتمع، ما يتعلق بالشخصية غير المستقرة نفسيا واجتماعيا، ومنها ما يتعلق بدوافع شخصية ناتجة عن ظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية ومتطلباتها، والضغوط المتزايدة غير القابلة للاحتمال من قبل بعض الأشخاص الذين لم يتعودوا على مواجهة مصاعب الحياة، كما أن هناك الأسباب المتعلقة بجهل بعض الأشخاص بالثقافة الصحية، وقبولهم لبعض المعلومات الصحية المروجة الخاطئة لاستخدام المخدرات

دون علمهم بأضرارها، ومن العوامل التي تدفع ببعض الأفراد لتعاطي المخدرات (كمال الدين الطاهر،

1995، ص 15-16) ما يلي:

- شعور الإنسان بالفشل والخيبة في الدراسة أو العمل أو الحياة الاجتماعية، إضافة لما يواجهه في

الحياة من نزاعات وخصومات، مما يؤدي إلى الشعور بالقلق والكآبة، وبهذا فإنه يلجأ لاستخدام

العقاقير متوهماً مقدرتها على إنسائه مشاكله وجلب السعادة والسرور له.

- حب الفضول والرغبة في اكتشاف المجهول وتجربة التأثيرات الجديدة.

- عدم وضوح الأهداف في الحياة مع فقدان الحوافز النفسية والاجتماعية لحب الحياة.

- رتابة الحياة والرغبة في ملء الفراغ الزمني مع وجود العديد من وسائل اللهو والتسلية الحديثة

كالانترنت والقنوات الفضائية وغيرها

- الرغبة في إظهار النضج والرجولة الكاملة للحصول على مكانة مرموقة وسط الأصدقاء.

- التوهم والانخداع بأن عالم المخدرات يساعد على قيام علاقات وطيدة مع الآخرين.

- التوهم بأن تعاطي المخدرات يزيد من القدرة على الابتكار والإدراك والتمتع والتبصر في الحياة.

- الوحدة القاتلة والانعزال عن المجتمع ما يؤدي إلى الشعور بالغربة النفسية والبحث عن مخرج منها

عن طريق المخدرات والمهلوسات.

- الجهل بالأضرار الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للمخدرات والمهلوسات.

- التشتت الأسري وعدم اهتمام الوالدين برعاية الأبناء وانشغالهم عنهم بهواياتهم وأعمالهم الخاصة.

- الإصابة بالخجل والرغبة والإصرار على إصلاح أخطاء جميع أفراد المجتمع مثل الكراهية والعنف والظلم والتفرقة والعنصرية، مع الاصطدام بالواقع والعجز عن تحقيق مثل هذه الأهداف، مما ينتج عنه الإحباط ومن ثم الهروب نحو المخدرات.
- الانغماس في عالم الانحراف والإجرام.
- ضعف الشخصية، وضعف الوازع الديني.

### خلاصة:

كشف هذا التناول النظري للإدمان، عن مختلف الجوانب المتعلقة بالظاهرة، وأوضح أن الخصائص السابقة للإدمان تشير إلى خطورة ظاهرة الإدمان على الفرد والمجتمع بشكل عام وعلى الفرد بشكل خاص، وعلى الرغم من اختلاف هذه الخصائص من مدمن إلى آخر إلا أنها توضح مدى ما يصل إليه المدمن من انحراف وما يسببه من أضرار لدى دخوله عالم المخدرات والإدمان عليها، في وسط تسوده قيم الانحراف قد تدفع المدمن إلى ارتكاب أبشع الجرائم من أجل الاستمرار في عادة التعاطي، وإدمان المخدرات يختلف ويتباين تبعاً لعوامل عدة، لعل من أهمها نوع المخدر، وطريقة التعاطي، درجة الإدمان، وشخصية المدمن، وعوامل أخرى سبق التطرق إليها، لذا فإن وضع تصنيفات للإدمان بناء على التخصصات العلمية التي تهتم بدراسة الإدمان من المنظور الاجتماعي يصعب وضع تصنيف كامل وواضح يطبق على سائر المجتمعات، كما أن الهدف من التصنيف من المنظور الاجتماعي ليس وضع المدمنين في قوالب ثابتة، بقدر ما هو محاولة لمعرفة العلة والمعلول.

## الفصل الرابع : نظريات الإدمان وخصائص مدمني المخدرات.

- تمهيد.
- النظريات المفسرة للإدمان.
- النظريات البيولوجية.
- النظريات السيكلوجية.
- النظريات الاجتماعية- الثقافية.
- التحليل الاجتماعي والعوامل المؤدية لانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات.
- العوامل المؤدية إلى إدمان لمخدرات
- الخصائص النفسية والاجتماعية والاقتصادية للمدمنين
- الآثار الناجمة عن انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات
- خلاصة

**- تمهيد:**

إن الأدبيات المتوافرة حول ظاهرة الإدمان على المخدرات، تشير إلى الكم الهائل من الدراسات المتعددة التي تطرقت إلى هذا الموضوع وتناولته من مختلف الجوانب والزوايا بالدراسة والتحليل، ونظراً لخطورة الظاهرة وتعقدها من حيث الأسباب المؤدية إليها، أو من حيث الآثار المترتبة عنها، فقد تعددت نتيجة لذلك وجهات النظر حول هذا الموضوع، وتعددت آراء العلماء والباحثين والمفكرين، وظهرت مجموعة من التفسيرات النظرية لظاهرة الإدمان يمكن إيجازها فيما يلي:

**1- النظريات المفسرة للإدمان:**

إن الحقيقة التي تجمع عليها الدراسات الاجتماعية التي أجريت حول تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات، هي أن مشكلة تعاطي المخدرات تمثل مشكلة متعددة الأبعاد والمتغيرات، فلا توجد نظرية واحدة أو عامل واحد أو متغير بعينه، يمكن في ضوءه تفسير أسباب تعاطي المخدرات، حيث تتعدد العوامل، وتتباين أهميتها من مجتمع لآخر، ومن فرد لآخر، وتوفر هذه النظريات ونماذجها الأطر المرجعية التي تساعد المتخصصين في تفهم واستيعاب أسباب الإدمان ومعرفة جوانبه المختلفة، وتستخدم للقيام بالبحوث والدراسات العلمية وفي الوقاية والعلاج ولتطوير السياسات المتبعة. وفيما يلي عرض للنظريات المعاصرة التي حاولت تفسير الإدمان:

**أ- النظريات البيولوجية (Biological theories):**

وتشتمل العوامل البيولوجية على عدة أسباب فمنها ما يرتبط بالوراثة حيث تشير بعض الدراسات الطبية أن التوائم المتجانسة يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنة بين التوائم غير المتجانسة، فضلا على انه يحتمل أن ينتقل إدمان الكحول إلى الطفل عن طريقة مستقبليات مخية بتأثير صبغات وراثية.

وتشير البحوث الطبية أيضا إلى وجود أمراض جسمية تقتضي تعاطي المخدرات مثل الأمراض السرطانية والام المفاصل ولاشك أن هذا التعاطي يمكن أن يؤدي للإدمان، ولاشك أن تعاطي الأم للعقاقير خلال فترة الحمل، يمكن أن يهيئ الطفل بعد الميلاد وعند البلوغ ويصبح لديه اعتماد فسيولوجي على التعاطي ويتعود عليه.

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الإدمان في الأصل ما هو إلا مرض وراثي ذو أساس جيني، وتوصلوا إلى تلك النتائج من خلال الدراسات التي تمت على التوائم المتماثلة والمتشابهة، ودراسة أبناء الكحوليين والمدمنين، ورغم النتائج إلا أن الدراسات التي أجريت على أطفال أسر المدمنين في كل من شمال أمريكا وغرب أوروبا، قد أوضحت أن الأطفال الذين ينتمون إلى آباء مدمنين للكحول يشيع بينهم الإدمان، حيث أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنين للكحول يزيد معدل الانتشار بينهم على نحو أربعة أمثال معدل الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين. (احمد فخرى 2006, ص:114)

وتنهض التفسيرات البيولوجية للتعاطي والإدمان، على أساس أن مخ الإنسان يحتوي على مواد كيميائية تقوم بنقل الإشارات من خلية إلى خلية أخرى، فالإنسان لديه مصنع طبيعي لإنتاج الأفيونات تعرف باسم الإندورفينات، هذه المواد تسكن الآلام التي يتعرض لها الإنسان سواء كانت آلاما عادية أو غير عادية، فحركة المفاصل بدون هذه الأفيونات غير محتملة، وعندما يتعرض الإنسان إلى حادثة أو كسر في العظام فإن المخ يعطي أوامره الفورية للخلايا فتنتج هذه الأفيونات الطبيعية على وجه السرعة، وهذه الأفيونات تعمل على تسكين الآلام، ولكن أحيانا يولد الإنسان ويكون حظه من هذه الأفيونات غير كاف، فيميل مثل هذا الإنسان لتعاطي المخدرات ليعوض نقصه من الأفيونات الطبيعية.

وتحمل خلايا الإنسان الكرموزومات وهذه الكرموزومات تحمل الجينات التي تتحكم في الصفات الوراثية للإنسان، وهذه الجينات قد تظل صامته لمدة سنين طويلة، ولكن تحت ضغط البيئة والظروف فإنها تبرز الاستعداد البيولوجي للإنسان، ولذلك فإن الأطفال المولودين من أمهات مدمنات للخمر تكون قابليتهم للإدمان أربعة أمثال الأطفال المولودين من أمهات غير مدمنات، ولذلك كثيراً ما يكون أبناء مريضة الإدمان مدمنين (عادل صادق, 1999, ص: 66,68)

وتعدّ التفسيرات البيولوجية هي الخطوة المكتملة للبحوث التي أجريت في مجال وراثة السلوك الإدماني، فالتغيرات البيولوجية قد نهضت لتوضيح الكيفية التي تتم بها هذه الوراثة

وانطلاقاً من هذه الفكرة فقد فسرت نظرية المستقبلات الساكنة، وهي إحدى النظريات البيولوجية المفسرة لظاهرة الإدمان، حيث يعتقد أصحاب هذه النظرية بوجود نوعين من المستقبلات في الخلايا العصبية، النوع الأول هو الذي يقوم بعمله ويتفاعل مع العقار المخدر المستعمل، والنوع الثاني، ساكن لا يتفاعل، وعندما يستمر المرء في تعاطي العقار المخدر، فإن المستقبلات الساكنة تنشط وتصبح من النوع الأول المستقبل، مما يسبب حاجة ملحة لتناول كميات متزايدة من العقار المخدر، وهذا ما يسمى بظاهرة التحمل، ومن ناحية أخرى إذا امتنع المرء عن تناول العقار الذي أدمن عليه، فإن ذلك يسبب نشاطاً ملموساً في المستقبلات الزائدة المنشطة الموجودة في الخلية العصبية، والتي كانت ساكنة، فتحدث ظواهر وأعراض الامتناع “الانسحاب”، التي تتباين شدتها حسب العقار المستعمل؛ وتستمر تلك الأعراض عادة حتى تعود المستقبلات التي نشطت بسبب تناول العقار المخدر إلى وضعية السكون الطبيعية.

إذن فالتفسيرات البيولوجية تؤكد على أن التكوين البيولوجي للفرد هو المحدد الرئيسي لسلوكه. هذا السلوك الذي يتأثر بعامل الوراثية والبيئة المحيطة بالفرد التي تولد لديه الاستعداد لتعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها. (احمد فخرى 2006, ص:116)

إذن فالتفسيرات البيولوجية تؤكد على أن التكوين البيولوجي للفرد هو المحدد الرئيسي لسلوكه. هذا السلوك الذي يتأثر بعامل الوراثية والبيئة المحيطة بالفرد التي تولد لديه الإستعداد لتعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها. (عادل صادق, 1999, ص116)

### ب- النظريات السيكلوجية:

تشير الأدبيات المتوافرة بشأن الإدمان إلى أن الدراسات المتنوعة قد ساهمت نوعاً ما في ظهور الآراء ذات الصلة بعلم أسباب هذه السلوكيات. والملاحظ لأدبيات البحوث السيكلوجية المتخصصة في التعاطي، يستنتج بأن العديد من المتعاطين للمخدرات كانوا يعيشون غربة وانعزالية، ويعتقد أن الأسباب المؤدية إلى التعاطي والإدمان هي أسباب مركبة، وغالبا ما تكون ذات صلة متبادلة مع عوامل أخرى (MacGrath and Scarpitti, 1970, p 2).

ويفسر أصحاب هذه النظرية الإدمان على المخدرات بأنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأية أعراض مرضية عقلية، ويتمثل الإدمان بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى يبطل فعل مراكز الكف في الجهاز العصبي المركزي، فيقوم الفرد بفعل سلوكيات غير مقبولة، محظورة من قبل القيم والتقاليد الاجتماعية، ولا تتفق هذه الأعمال، ولا تتناسب مع طبيعة الموقف الموجود فيه الفرد، إذ تنسم بالغرابية والشذوذ، وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتياد أو الاعتماد الفسيولوجي في تعاطي المخدر، فإن هذه الظاهرة بلا شك ترجع لاضطراب في شخصية الفرد.

فتعاطي المخدرات والإدمان عليها وفق هذه النظرية هو نتيجة إحياط لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب، سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحياط، أو لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحياط، والأغلب أن يكون ذلك مزيجاً من العاملين معاً، فتؤدي نتائج الإحياط للنفس إلى توتر يؤدي إلى النكوص، وظهور أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحبط، ولذا فإن التعاطي أو الإدمان ما هو إلا عملية هروب، تعني تدمير جانب من جوانب الموضوعات، وجانب من المشاعر، ومن الأنا الذي يخبئ هذه المشاعر، أي تزوير الواقع النفسي وإنكاره. (صالح سمير 2015، ص 99)

ويرى المحللين النفسيين، أن الإدمان ما هو إلا نكوص لمرحلة الطفولة، ومبدأ اللذة، والنظريات التحليلية المعاصرة تعتمد على نظرية العلاقات، والتي تفسر الإدمان كاستجابة لاحقة لقصور في بناء الذات وكميكانيزم تكيفي، وبهذا فهو يعتبر محاولة من قبل الفرد للقضاء على القصور في الشخصية منذ الطفولة، والتفاعلات المضطربة مع الوالدين من المراحل الأولى من الحياة، كما تفترض نظرية التحليل النفسي أن التعاطي والإدمان ما هو إلا محاولة ذاتية لتطبيب الذات وهي أحد التيارات السيكوديناميكية الحديثة، فالإدمان في هذه الحالة هو نوع من التطبيب الذاتي للتخلص من المشاكل النفسية، والآلام الانفعالية. وعلى الرغم من هذه الجهود من العلاج الذاتي، إلا أنها محكوم عليها بالفشل لما لها من المشاكل والتعقيدات والأنماط الغير ثابتة من التعاطي. (سعد المغربي 1986، ص 100)

وترى النظريات السيكلوجية أن الإدمان - على الكحوليات - هو ظاهرة من الظواهر والأعراض ذات الصلة بشخصية الفرد أو باختلالاتها الوجدانية - العاطفية، ويمكن هنا تمييز العديد من النظريات السيكلوجية أهمها:

- **نظرية السمات (Trait Theory):** ترى نظرية السمات بأنّ هناك سمات شخصية وخصائص معينة تُفرض على الأفراد وتحفزهم نحو الإدمان (Rasmussen, , 2000, p 32). وقد جرت محاولات عديدة من أجل تحديد سمات شخصية المدمن وفقا لأنماط الشخصية وميزاتها، وتتضمن هذه الميزات: حالة الكتابة المتدنية الدرجة؛ حب الاختلاط بالآخرين؛ ومشاعر الوضاعة (الإحساس بضعة النفس وهوانها) والمختلطة باتجاهات السّمو والفرع والاعتمادية على الغير (Robinson, 1976, p 52). وهناك تقرير حديث يصف دراسة كندية قامت بمتابعة (1034) طفلا بدءا من مرحلة الروضة والمرحلة التمهيديّة، واستمرت لمدة عشر سنوات؛ لتقييم سماتهم الشخصية وقياسها، فذكرت الدراسة أنّ بعضهم بدأ بالتدخين فالكحول ثم بالمخدرات الأخرى، فالبحت المكثف عن كل شيء جديد وتجنّب الأذى المتدني كانت لها دلالاتها الإحصائية في الدراسة (Rasmussen, 2000, p 33).

وتشير النتائج التي توصل إليها الباحثان "جيرارد وكورنتسكي Gerard and Kornetsky" عام 1955م، من خلال دراستهما للمراهقين المدمنين على الهيروين، إلى أنّ هؤلاء الشباب قد تعرّضوا إلى سوء تكيف سيكولوجي حاد جدا. ووصفا المجتمع الدراسي بأنّه مجتمع مصاب بحالات حادة من الإحباط المصحوبة بمشاعر مملوءة "بالعينية واللاجدوى"، وبالفشل والانتكاس، ويعاني القسم الأكبر منهم من شيزوفرينيا مبدئية أو علنية صريحة، وتبين أنّ غالبيتهم يتصفون بإشكاليات في هويتهم وكيونتهم (McGrath and Scarpitti, 1970, p2-3).

ولكنّ الباحث "أورفورد Orford" وكما هو الحال في الكثير من بحوث الإدمان على الكحول يقول: "يمكننا أن نجد بالنسبة لأية عبارة نعثر عليها في أدبيات البحوث المتعلقة بالعلاقة بين الإدمان الكحولي وبين الشخصية؛ نتيجة مناقضة لها في دراسة أخرى" (Robinson, 1976, p 53). إذن ليس من المدهش ولا المثير أنّ تصبح العديد من سمات وخصائص السكارى الشخصية" والمتميزة "أقل أهمية

مع استعمال اختبارات مقننة للشخصية الذاتية. وفي مراجعة قام بها الباحث "سيم Syme" " للدراسات المنضبطة والمنظمة"؛ استنتج قائلاً: " لم تظهر أية نتائج معتمدة تشير إلى أنّ المدمنين للكحوليات كمجموعة يمكن تمييزها عن المجموعات الأخرى من الناس العاديين" (Robinson, 1976, p 53).

- **نظريات التعلّم:** إن تفسيرات نظريات التعلّم لسوء استخدام العقار مبنية على مفاهيم وظفت في علم النفس السلوكي، والمبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو عوقبوا عليها، وقد طبق منظرو التعلّم هذا المبدأ على استخدام وسوء استخدام العقاقير. ويشير "Stolerman" (1991) إلى أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن عقاقير إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافئات) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافئات المتفق عليها مثل الطعام أو النقود، وتتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبياً بتأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار.

فتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطى المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعماً لتناوله هذه المواد في المرات التالية، مع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الانسحاب المزعجة وأوضح الاتجاه السلوكي أهمية الدور الذي يلعبه الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي في تكوين واستمرار عادة الإدمان، فتعاطي أي عقار عادة ما يتدعم عن طريق عوامل كثيرة، وأن هذه المدعمات الإيجابية يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من المواقف المثيرة للقلق، وبمجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً، فإن سلوك الإدمان يستمر بالمدعمات السلبية أكثر مع تجنب الأعراض الانسحابية غير السارة. (حسين فايد، ص 169)

وقد طور عدد من الباحثين النظريات التي تعتمد على مبادئ نظرية التعلم في تفسير الانحراف متضمنة سوء استخدام العقار فيرون أن الأشخاص يستخدمون العقار لأنهم يتلقون مكافئات على استخدام العقار، هذه المكافئات لا تتمثل في المكافئات النفسية الإيجابية (النشوة، وخفض الضغوط) فحسب، ولكن يتلقون أيضا مكافئات اجتماعية متمثلة في الصداقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من مدمني العقاقير وغالبا ما يكون التفاعل مع الأشخاص غير المستخدمين للعقاقير غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير، وهذا في حد ذاته يدعم المكافئات الإيجابية لاستخدام العقار والمساهمة في أسلوب حياة تعاطي العقاقير.

- النظرية النفسية الدينامية (Psychodynamic Theory): تفسر هذه النظرية الإدمان بمجموعة من العوامل هي:

- ينشأ الإدمان عندما يبدأ الأفراد باستعمال الكحول والعقاقير المخدرة، واللجوء إلى السلوكيات الأخرى لتجريب اللذة أو للهروب من الألم.

- يؤدي الصراع بين الأنا الدنيا والأنا العليا إلى إساءة استخدام المواد المخدرة للتخفيف من القلق والاضطراب.

- الرعاية الذاتية (Self-Care) والمحافظة على الذات (Self-Preservation) هي من مهمات وواجبات الأنا التي تقوم بتنظيم المشاعر وتنسيقها. وعليه، تؤدي النقائص والاختلالات في الرعاية الذاتية وفي تقديرها واحترامها مع الإحساس بالكينونة وبالرفاهية جنبا إلى جنب مع الفشل والنكوص في ضبط الوجدانيات والسيطرة عليها إلى الإدمان (Rasmussen,2000p 32-33).

## - نظرية التحليل النفسي ( Psycho - analysis Theory ):

تطرح مشكلة الإدمان كما تطرح غيرها من مشكلات السلوك الإنساني السوي منه والمرضي، على أساس أن لكل سلوك سبب، وأنه يخضع لحتمية معينة تكمن في التفاعل بين الفرد وبيئته. كما إن للسلوك دلالة ومعنى يتبين من خلاله تكوين الفرد وبناء شخصيته، كما أن له وظيفة تحقق للفرد إشباعاً معيناً وخفضاً لقلقه وتوتراته. فمدرسة التحليل النفسي تعتبر المشكلة ليست في المخدر وإنما في الدافع إلى استعماله، وترى أن نوع المخدر ليس في المقام الأول من الأهمية وإنما الأكثر أهمية هو تحريف إدراك الواقع الذي تسببه المخدرات، وأن الاستعداد لتعاطي المخدر موجود قبل خبرة التخدير (المغربي، 1986، ص84).

وتقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، يتمثل الأساس الأول في صراعات نفسية تعود إلى: الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي. وعليه، ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات؛ فإنه يلجأ إلى التعاطي. ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر. وتفسر نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة، التي لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، كما تفسرها أيضاً باضطراب العلاقات الحبيبة في مرحلة الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه، التي تتضمن ثنائية عاطفة، أي الحب والكراهية للوالد في الوقت ذاته، هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنتقل على المخدر، عندها يصبح المخدر رمزاً لموضوع الحب الأصلي الذي كان سابقاً يمثل الخطر والحب معاً، وترى هذه النظرية أن المدمن يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن يتعثر فيه، فيجد في المخدر سنداً له يساعده في حفظ ذلك التوازن (عبد المنعم، 2003، ص83-84).

وفي تفسير مشكلة الإدمان يشير التحليليون إلى أن الإدمان راجع إلى التنشيط الذي يحدث على المرحلة الفمية بسبب الحرمان وعدم إشباع بعض الدوافع المتعلقة بالطعام والشراب إذ أن المدمن يعاني من إحساس بالحرمان في طفولته. لقد ظهر عند تحليل المدمنين بأن معظمهم قد توقف نموهم النفسي الجنسي أو نكص إلى مراحل طفليه أو بدائية بسبب الفشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه وعدم إشباع حاجاته الأساسية في مرحلة الطفولة (الصالح وإسماعيل، 1994، ص162)

ويربط الكثير من مؤيدي نظرية التحليل النفسي حالة الإدمان الكحولي مع التركيز الجنسي الفموي، فالمدمنون يلجئون إلى استخدام العقاقير من أجل تحقيق لهفتهم الفموية- وهي بالطبع الالهفة الجنسية- والحاجة الماسّة للشعور بالأمن، وتتبع الكآبات الفموية والإحباطات من الأطر الأسرية البائسة على حدّ تعبير هؤلاء المنظرين.

أما فيما يتعلق بالموقفين الأساسيين الآخرين لنظرية التحليل النفسي اللذين صاغهما الباحثان "ما كورد وما كورد McCord and McCord" فهما:

- النظرية الألديرية (Alderianview) القائلة بأنّ الإدمان يمثل صراعا من أجل القوة.

- النظرية- لم تسمى- القائلة: بأنّ الإدمان ينشأ على هيئة استجابات للصراعات الداخلية (Robinson, 1976, p 56).

لكن الدلائل والإثباتات لنظرية التحليل النفسي ليست حاسمة ولا نهائية؛ لصعوبة ابتكار وتكوين اختبارات عملية تجريبية للتأكد من مثل تلك الافتراضات.

### ج- النظريات الاجتماعية- الثقافية (Sociocultural Theory):

ويفترض هذا النموذج أن هناك بعض الأشياء تتوسط فيما بين المنبه الكيميائي وسلوك وخبرات الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، هذا الشيء هو البعد الثقافي، وهو مجموعة من المعتقدات

والمفاهيم والمعرفة وطرق الفعل التي تكون خاصة بجماعة معينة فيما يتعلق ببعض أنماط السلوك، فتأثيرات المخدرات يمكن فهمها من خلال ثقافة الجماعة التي تستخدم أو تتعاطي هذه المخدرات. ولا يتفق علماء الاجتماع كثيرا مع أولئك الذين ينظرون إلى استخدام العقاقير، والذين ينظرون إلى كافة الانحرافات الاجتماعية الأخرى على أنها فقط مظاهر ومواصفات لبعض الظروف والحالات السيكو مرضية. ولما تمّ قبول مثل هذا الاتجاه في ميادين علم الاجتماع العامة، ولا من قبل علم الإجرام أو علم النفس، ومثل هذا الاتجاه السوسولوجي لتفهم واستيعاب استخدام المخدرات يمثله الباحث "كلوسن" أحسن تمثيل، عندما يشير إلى الدراسات والبحوث التي تناولت الشخصية ونموها للسكان في قاع المدينة، أي الأماكن المتدنية المستوى، فأشار إلى أنهم كانوا من ذوي الصفات والسمات الشخصية المتشابهة تماما، على عكس ما يظن البعض بأنها سمات ينفرد بها المدمنون فقط. ويفترض الباحث بأنه ربما تكون سلاسة الضوابط الاجتماعية في مثل تلك المناطق المتدهورة جنبا إلى جنب مع وفرة المخدرات فيها؛ عوامل تفرض نفسها من ناحية ارتباطها بالنسبة المرتفعة في الإقبال على تعاطي المخدرات (MacGrath and Scrapitti, 1970, p 5-7).

وتفترض النظريات الاجتماعية وجود علاقة سببية بين تطور نوع ما من الإشكالية الإدمانية وبين الإطار السوسيو ثقافي الذي تحددت فيه مواقع هذه الإشكالية وأمكنتها، وتطرح السؤال التالي: ما وظيفة الأسرة والبيئة والثقافة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الكامنة في تطور الإدمان؟

- **نظرية الأسرة:** لا تؤمن (Sandra Rasmussen) بالمبدأ القائل بأن الإدمان هو مشكلة فردية أو داء، وتشرح من خلال نظرية الأسرة كيفية مساهمة الأسرة في عملية الإدمان، وكيفية تأثير هذه المشكلة في كل فرد من أفراد الأسرة والأعباء الناجمة عن الأسرة بمجملها، فالإدمان إذن هو آلية من آليات المواجهة، والتسامح من جانب الأسرة يرسخ الإدمان، ومع مضي الوقت تتطور "الطقوس والقواعد"

الأسرية التي تعمل على تحديد السلوكيات والأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة كافة تجاه الإدمان، فالاتصالات السيئة والتعبير المحدد والمحدود عن المشاعر؛ هي التي تتمتع بها الأسرة المصابة بالإدمان، والتفاعلات والتكهنات ستكون غير ثابتة وغير مستقرة، والسلوكيات الفظة من جانب الأبناء هي الشائعة تماما في الجو الأسري، ويكون الوضع سلبيا للغاية، إذ يسود النكران والغضب وعلاج الذات بما يحلو لصاحبها، ويتطور الإدمان المشترك ومع تطوره يصبح هذا الإدمان متفشيا في أفراد الأسرة، فتنصاعد حدة الخلل الوظيفي، وتشعر زوجة المدمن بأن كل شيء في داخلها وفيما حولها ليس تحت سيطرتها والأمور كلها سائبة، فتنحصر المسؤولية وتحاول أن تضبط نفسها وزوجها وسلوكياته تجاه تناول الشراب، وغالبا ما يتباين هذا التسامح ويتراوح بين القيام بعملية إنقاذ لزوجها وبين القيام بتوجيه اللوم إليه ومعانته، ومصاحبة المدمن يديم الإدمان ويعززه، ويزيد من الخلل الأسري داخل الأسرة، وسيؤدي الاكتشاف المبكر للإدمان إلى حدوث انتكاسة جديدة، وربما يضطر الأطفال لأن يكونوا كبش فداء أو كأطفال ضائعين (Rasmussen, 2000, p 34).

وبيين "ولكر Walker" أنّ هناك نوعين من العوامل التي ترتبط بإدمان الأبناء عند وصولهم إلى سن المراهقة هما:

- صراعات خاصة بالرغبة في الاعتمادية، وتشمل:
- التذبذب الذي تبديه الأم بين العطف والحنان وبين النبذ.
- تهرب الأم من الأزمات الأسرية، وانصرافها إلى الخمر.
- انحراف سلوك الأم.
- إهانة الأب للأم.
- العلاقات المتنافرة بين الوالدين.

- عدم تقبل الأم لدورها الأمومي.
- عدم قدرة الطفل على إدراك دوره في المجتمع، ومن العوامل المتعلقة بهذا العجز:
- نبذ الوالدين للطفل.
- انعدام طموحات الوالدين بالنسبة لمستقبل أبنائهم.
- تهرب الأب من المسؤولية الملقاة على عاتقه، وانعدام الرقابة على سلوك الطفل.
- ضعف الضوابط المفروضة من قبل الأم على سلوك الطفل (عبد المنعم، 2003، ص 97).
- **نظرية الأنساق (System Theory):** تحاول نظرية الأنساق أيضا تفسير الإدمان، وتضع في اعتبارها مجموعة من الأنظمة السائدة وبيئات هذه الأنظمة، فالمؤسسات وعمليات التواصل والتفاعل والاعتمادية المتبادلة والمشاركة وتكامل الأجزاء والعناصر، هي التي تتميز بها هذه النظرية. ووفقا لما يذكره الباحث "برتالانفي Bertalanffy " 1968م، فإن الأنظمة الحية كافة هي أنظمة مفتوحة، ويحافظ النظام المفتوح على المدخلات والمخرجات المستمرة ذات العلاقة بالطاقة وبيئتها، ويصبح هذا النظام المفتوح أكثر تنوعا وتعقيدا وتنظيما. أما النظام المغلق؛ فهو نظام منعزل عن بيئته، ويتوجه نحو "اللانظام" والفوضى المتزايدة. وتنظر نظرية النظم إلى الناس على أنهم كائنات اجتماعية بدلا من النظر إليهم على أنهم كيونات سيكولوجية أو بيولوجية، والتفاعل ما بين الفرد والبيئة أمر حيوي للغاية، فإزالة آثار المخدر لمدمن متشرد ستكون معاملة سيئة إذا كان هذا المدمن سيرمى في الشارع مرة أخرى.
- وإذا ما تم تطبيق نظرية النظم على الأسرة المدمنة، فسيكون من الواضح أن إساءة استخدام العقاقير أو ممارسة أي سلوكيات إدمانية، إنما يستهدف تحقيق غرض ينصب في النظام الأسري، ومن ثم فإنها-الأسرة- ستؤدي دورا في بداية الإدمان، وفي تطوره، وفي معالجته.

- **النظرية الأنثروبولوجية:** تركز النظرية الأنثروبولوجية على القيم والاتجاهات والميول والمعتقدات، وعلى المبادئ والمعايير التي يؤمن بها المجتمع بالنسبة لاستخدام المخدرات والسلوكيات الإدمانية الأخرى، فالشعوب البدائية تعرف المخدرات وتستخدم الأنواع العديدة منها، ولكن الإدمان على أي نوع منها نادر الحدوث، وتفيد الدراسات الثقافية المقارنة بأنّ الوظيفة والدلالة الرئيسية للكحول في كل المجتمعات هي التقليل من التوتر، الذي عادة ما يرتبط باللا استقرار والقلق الاجتماعي ومع الاختلال الوظيفي، أو مع التغيير الذي يحدث في كل زاوية (Rasmussen, 2000, p 35).

#### - المنحنى البنيوي للإدمان:

قدم روبرت ميرتون (1938) نظريته، وذلك لتفسير الأنماط المتعددة للسلوك الشاذ متضمنة تعاطي العقاقير. والمبادئ الأساسية لهذه النظرية قائمة على أساس تصور ميرتون أن المجتمع الأمريكي في حالة من الشذوذ، وأن المجتمع الأمريكي قد خلق عدم الترابط بين الأهداف الثقافية الكلية التي يشترك فيها المواطنون الأمريكيون ويسمي ميرتون هذا "هدف النجاح للفرد الأمريكي"- الوظيفة المحترمة وإمكانية وجود وسائل شرعية التي يقدمها المجتمع لتحقيق تلك الأهداف (كالتعليم الرسمي والحصول على وظائف جيدة)- ونتيجة لعدم الاتصال والترابط هذا وجدت عدة أنواع من السلوك المنحرف (حسين فايد، ص 203). ويرى ميرتون أن الصور المختلفة من السلوك المنحرف تتجم عن التفاوت في تحقيق الأهداف بالوسائل الشرعية ولقد استخدم ميرتون مصطلح "الأنومي Anomie" من خلال قضية عامة مؤداها أن البناءات الاجتماعية تمارس ضغطا محددًا على أشخاص معينين (أو أي أشخاص في مواقف اجتماعية معينة) عندما لا يمثل السلوك بصورة أو بأخرى. ولكي يتقدم لهذه القضية فقد عقد تمييزًا بين الغايات والوسائل في أي مجتمع.

ويتضمن هذا المنحنى تطبيقاً للمفاهيم التحليلية السوسولوجية - الاجتماعية في محاولة توضيح السلوكيات الشاذة والمنحرفة، وما يتضمنه هذا المنحنى هو الافتراض القائل بأنّ هناك ظروفًا اجتماعية تعمل على إنتاج وخلق السلوكيات الشاذة والمنحرفة. لهذا يحاول مؤيدو هذه النظرة وضع ملخص للسمات والخصائص البنوية ذات الصلة بالسلوكيات الشاذة، والتحقق من مدى علاقتها الكائنة بين صفات وخصائص اجتماعية معينة وبين الانحراف، فيرى هؤلاء أنّ هناك مجموعة من المتغيرات الاجتماعية (Social Variables) من أمثال: الطبقة الاجتماعية؛ والتفكك الاجتماعي؛ والاضطراب الاجتماعي؛ والتركيبة الاجتماعية؛ والوسط الاجتماعي؛ والتشردم؛ والانقطاع الثقافي؛ وصراع الأدوار؛ هي التي تؤدي إلى الانحراف، ولاشك في أنّ هذه الرؤية نابعة من موقف يتعلق بنظام القواعد أو ما يسمّى بتوقعات الأدوار الوظيفية وتكهناتها، فالمضمون الوارد هنا يقول بأنّ الانحراف حركة مستقلة وخاضعة للرؤى الخاصة بالمعزز أو المحرض. وهذا هو الموقف الذي يتخذه الباحثان "بارسونس وميرتون" Parsons and Merton، حيث يبدأ الباحثان بتحليل النموذج الستاتيكي للنظام الاجتماعي، ثم يطرحان سؤالاً يتعلق بسببية وجود انتهاكات للمعايير والقيم، فالسلوكيات الشاذة والمنحرفة حسب ميرتون ما هي إلا نتيجة لظرف خاص يتعلق بالبنية الاجتماعية التي يتوافر فيها التفكك وعدم الترابط، فتلقي البنية الاجتماعية بظلالها وبضغوطاتها على الفرد لكي يتصرف بشكل منحرف ( Carey, 1968, p2). ويقدم علماء الاجتماع الأمريكيون من أمثال "ميرتون وكلاورد Kloward و"أوهلين Ohlin" تفسيرات ثقافية بخصوص تعاطي المخدرات، فالتعاطي من وجهة نظرهم يمثل استجابة انسحابية تحدث لدى المتعاطي؛ لأنّ طرق وسبل النجاح أمامه غير متيسرة أو مغلقة، وفي الوقت ذاته يجد نفسه عاجزاً عن ارتكاب أفعال إجرامية يحقق من ورائها أهدافه. ويفسر ميرتون ارتفاع معدلات الإدمان باعتبارها نتاجاً للمواقف الاجتماعية التي يمجّد فيها الفرد هدف النجاح الفردي، ويصدّ الأبواب في وجه بعض

الفئات الأخرى التي تخالف فيما بعد معايير مجتمعها وتتحرف عنه، وقد يكون من صور هذا الانحراف إدمان المخدرات (رفعت، 1980، ص99). ويقدم " دونالد تافت Donald Tafft " تفسيراً للانحراف الاجتماعي بما فيه الإدمان فيقول: "إذا كانت ثقافة ما تتسم بالتعقيد والدينامية، وتمجّد الشخص الذي ينجح في مواقف الصّراع والتنافس ولكنها تسدّ الطريق أمام الكثير لتحقيق هذا النّجاح، فإنّ فشل هؤلاء يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية عدائية ضارّة بمصالح المجتمع ككل" (رفعت، 1989، ص101).

ويقدم بعض الباحثين تفسيراً اجتماعياً قائماً على عملية التعلّم الاجتماعي، ومنهم "سوذرلاند Sutherland" الذي يرى بأنّ السلوك الإجرامي سلوك متعلم يتم تعلمه من خلال الاتصال مع الآخرين أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي (الوريكات، 2004، ص123). ويؤكد " بيكر Bicker " أنّ السلوك الإنساني ما هو إلاّ نتاج لتتابع الخبرات الاجتماعية التي يكتسب الفرد من خلالها مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكناً ومرغوباً فيه، فيحدث الإدمان من وجهة نظر بيكر من خلال عملية التعلّم الاجتماعي (عبد المنعم، 2003، ص 88-99).

- **نظرية الباب المفتوح (Gateway Theory):** تفترض نظرية الباب المفتوح بأنّ استخدام المخدرات بعينها يترك الأبواب منسّرة لاستخدام المخدرات الأكثر عنفاً وضرراً. فقد استنتجت كثير من الدّراسات السائدة بخصوص المراهقين؛ أنّ استخدام التبغ ثم استخدام الكحول سيستمر متقدماً لاستخدام المخدرات الأخرى. وهناك نظرية الأشياء المتيسرة- الوفرة (Availability Theory) التي تؤكد بأنّه كلّما زاد الإقبال على المواد المخدّرة أو سلوكياتها مثل: لعب القمار أو الجنس أو التسوق المرضي؛ ازدادت حدّة الإدمان ووفرتة، وتهتم النظريات الاقتصادية بالتكلفة الاجتماعية للإدمان (2000,p36 Rasmussen).

لهذه النظريات الاجتماعية، حالها حال النظريات البيولوجية والسيكولوجية ذات الصلة بالإدمان، نقاط ضعفها الجوهرية، فهناك الكثير من التساؤلات التي لا يمكن الإجابة عنها من منظور سوسيولوجي صرف ومجرد، وسنظل في حيرة من أمرنا بسبب مبادرة أفراد معينين باللجوء إلى تعاطي المخدرات، في حين أنّ الآخرين الموجدين في الإطار السوسيو ثقافي نفسه لا يلجأون إلى ذلك، إضافة إلى أن الدراسات الخاصة بعلاقة الخلفية الأسرية بالإدمان قلما ونادرا ما تعرف أوجه الشبه بين أسر المدمنين وغير المدمنين. فالدراسات الطويلة المدى المتعلقة بنشوء وتطور الإشكاليات الإدمانية الكامنة في النطاق الأسري وفي العلاقات اليومية غير متوافرة، وبخاصة أنّ هذه الأمور تعد جوهرية في أية نظرية سوسيولوجية.

#### - نظرية إيليويت التكاملية:

تشير نظرية "إيليويت Elliott" إلى وجود دوافع إيجابية لارتكاب الانحراف، وتتبع هذه الدوافع من الارتباط أو التماسك بالآخرين المنحرفين، وقد تبنى إيليويت نموذجا سببيا متطورا حدد فيه مجموعة من المتغيرات كنموذج سببي للجناح واستخدام العقاقير، هذه المتغيرات تتمثل فيما يلي:

الثقافة الاجتماعية: وهي تتكون من الانحلال الاجتماعي وإمكانية تعلم الأشياء المنحلة والزواج غير الشرعي، فقد ينمو طفل في بيئة فقيرة وانحلال اجتماعي حيث يجد مجموعات تتعاطى العقاقير وتصل إليهم العقاقير بسهولة.

البيئة الأولية: وهي تتكون من أنواع من خبرات التنشئة الاجتماعية الأولى التي يتعرض لها الطفل، ففي بيئة ما يتم تنشئة الأطفال تنشئة اجتماعية حسنة ويتمسكون بمجموعات غير مرتبطة بالآخرين المنحرفين، وهؤلاء ذوي التنشئة الاجتماعية الضعيفة وغير المناسبة وغير الفعالة يخاطرون بالتمسك والارتباط بالجماعات المنحرفة وارتكاب السلوك المنحرف.

الارتباط بالتقاليد: فقد توصل إيليويت إلى أن الناس يتنوعون في درجة الارتباط والتمسك بالتقاليد التي يخضعون لها، فالبعض يندفعون إلى القيام بالسلوك غير المنحرف، والآخرون لديهم روابط ضعيفة مع الجماعات غير المنحرفة، والمعايير وعلى اتصال وثيق بوسائل السلوك المنحرف.

الارتباط المنحرف: وهنا يشير إيليويت إلى أن خبرة بعض الأفراد تكون دافعا إيجابيا نحو الانحراف، ويتلقون مكافآت من أعمال الانحراف المرتكبة، وينتج فيها تماسك منحرف أو دمج والتزام وارتكاب لانحراف آخر.

السلالة: وتنتج عن الشعور بالفروق الاجتماعية والتي تكون عائقا في الوصول لإنجاز أهداف النجاح الشخصية.

## 2- التحليل الاجتماعي والعوامل المؤدية لانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات:

هناك ثلاثة عوامل أساسية ترتبط ارتباطا مباشرا مع انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، أولها طبيعة التنظيم الاجتماعي التي أضحت مبنية على تعدد منظومات القيم، وتنوع الضوابط المنظمة للسلوك الاجتماعي، ويتمثل العامل الثاني بنمو القوى الاجتماعية المستفيدة من انتشار جماعات المصلحة وتزايد قوتها وسعيها الحثيث لتحقيق الأرباح الخيالية من انتشار الظاهرة، وغالبا ما يقترن النشاط المنظم لهذه الجماعات بأعمال أخرى غير مشروعة، كتنظيم شبكات الدعارة، واستخدام مظاهر الفساد الإداري، وتجارة الأسلحة، والتعامل مع الجماعات الإرهابية، وغيرها من النشاطات التي يسهم كل منها بتخريب جانب من جوانب الحياة الاجتماعية، مما يجعل آثار المخدرات لا تقتصر على الفرد فقط بل تمتد لتشمل مختلف المظاهر الاجتماعية. (عبد الرزاق، 1989، ص87)

أما العامل الثالث فيتمثل في ضعف بنية الشخصية الفردية إثر تفكك بني التنظيم الاجتماعي وانجرافها للتيارات التي تجابهها على مستوى المجتمع، ولما كانت جماعات المصلحة المعنية بذلك، فإن

نجاحها وتحقق الأهداف التي تتوخاها إنما يرتبط بمقدار ما ينجرف من أفراد المجتمع مع التيارات الفكرية والاجتماعية التي تحدثها هذه الجماعات في بنية التنظيم الاجتماعي وتخدم أغراضها المادية والتجارية غير المشروعة. (عبد الرزاق، 1989، ص94)

وتؤدي العوامل الثلاثة عند تضافرها إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع بصورة عامة، وترتبط سرعة انتشارها بمستوى النضوج الذي يتصف به كل جانب من الجوانب المشار إليها، فالمجتمع الذي يتصف بتنوع الثقافات المؤثرة فيه، وبنشاط فاعل لجماعات المصلحة، وتبعثر الانتماءات يكون أكثر عرضة لوباء التعاطي والإدمان على المخدرات، بينما يسهم قيام المجتمع على أسس ثقافية وحضارية يتمثلها الأفراد بسلوكهم ووعيهم الاجتماعي في حماية المجتمع من خطر البعثة، ومن خطر جماعات المصلحة، ومن خطر انتشار الظاهرة على نطاق واسع.

إن ظهور مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية التي تدفع بعدد كبير من الأفراد إلى تعاطي المخدرات لا يؤدي بالضرورة إلى دفع مجموعة أخرى من الأفراد حتى مع تضافر العوامل ذاتها، ذلك أن أبعاد الشخصية وتوازنها، وطبيعة العلاقات الاجتماعية التي تقيمها مع الآخرين تختلف بين الأفراد اختلافاً بينا ينفي إمكانية تعميم أي نموذج للأسباب المؤدية إلى التعاطي على مستوى أفراد المجتمع، فاستقرار الشخصية، واكتسابها المناعة التي تحميها من التعاطي لا تأتي من اعتبارات نفسية وحسب، إنما من طبيعة النظام الذي يعيشه الفرد وتتنظم من خلاله علاقاته مع الآخرين، حتى أن قيم الفرد واتجاهاته الفكرية والاجتماعية والسياسية والثقافية، لا تتفصل عن بنية النظام الاجتماعي الذي يعيشه من خلال تفاعله مع البيئة المحيطة به.

### أ- بنية التنظيم الاجتماعي وضعف الضوابط الأخلاقية:

تعد بنية التنظيم الاجتماعي وطبيعة الروابط التي تنظم العلاقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية بين الأفراد والجماعات بمثابة الأساس الموضوعي الذي تعمل من خلاله المؤسسات الاجتماعية وتمارس تأثيراتها المختلفة على الأفراد، وقد أظهرت الدراسات الاجتماعية المتنوعة أن للعوامل الاجتماعية تأثيراً واضحاً في دفع الأفراد إلى تعاطي المخدرات أو وقايتهم منها، ويظهر ذلك على مستوى الأسرة، وجماعة الأقران، وظروف العمل، ومستويات التعليم وغيرها من العوامل التي يمكن عدها في إطار العوامل الاجتماعية لظاهرة التعاطي.

إلا أن هذه العوامل ليست في حقيقة الأمر إلا جزء لا يتجزأ من بنية التنظيم الاجتماعي، ويصعب النظر إليها على أنها عوامل فاعلة بمعزل عن طبيعة المعايير الناظمة للروابط الاجتماعية على المستويات كافة، فالأسرة مؤسسة اجتماعية تؤثر على نحو فعال في تنشئة أبنائها وتوجيههم التوجيه المناسب، وقد يؤدي الخلل في طبيعة الروابط الاجتماعية بين أبنائها إلى ظهور الخلل بدرجة أكبر في سلوك الأبناء وأنماط تربيتهم، غير أن الأسرة بحد ذاتها ليست بمعزل عن التنظيم الاجتماعي، بل تستمد منه طبيعة الروابط التي تنظم العلاقة بين أفرادها، والتي تتحدد من خلالها طبيعة الحقوق والواجبات المترتبة على كل فرد من أفرادها إزاء غيره من أفراد الأسرة، ولذلك فإن قوة التنظيم الاجتماعي للأسرة لا تأتي من الأسرة نفسها بقدر ما يتصل الأمر بالمعايير الأخلاقية والضوابط الاجتماعية التي تحكم أنماط السلوك، وتمييز بين المرغوب والمرفوض، وهو أمر يتعدى حدود الأسرة ويتصل ببنية التنظيم الاجتماعي بصورة عامة.

ويندرج الأمر ذاته على جماعة الأقران، حيث تنتشر بين أفرادها جملة من القيم والمعايير الضابطة للسلوك الاجتماعي، وهي ليست معزولة عن المجتمع الذي يحتضنها، وينمي فيها أشكالاً

متعددة من العلاقات الاجتماعية التي يعزز جزء منها قيم التعاون والتضامن والنجاح، ويعزز الجزء الآخر قيم التفرد والأنانية وحب الذات، وبرغم ذلك فإن جماعات الأقران تستمد معاييرها وقيمتها وأنماط السلوك التي تعززها بين أفرادها من بنية التنظيم الاجتماعي العام، الذي يسوغ هذه الأنماط الاجتماعية من السلوك ويرفض تلك. (بهجت، د.ت، 39).

ولا تشكل المؤسسات التعليمية ومؤسسات العمل، والمؤسسات الإعلامية استثناء من هذا القبيل، فجميعها مؤسسات اجتماعية تؤثر بالأفراد وتدفعهم تارة إلى تعاطي المخدرات، وتعمل تارة أخرى على وقايتهم منها تبعاً لمنظومة القيم الثقافية والأخلاقية الضابطة للسلوك، والتي تعمل على تنظيم أوجه العلاقات الاجتماعية بين الأفراد.

وفي ضوء ذلك تكمن أهمية البحث في التنظيم الاجتماعي وصلته الوثيقة بالمنظومة الثقافية والأخلاقية التي تعد مصدر وحدته، وتكامل الوظائف المنوطة بمكوناته.

### ب- التحليل الاجتماعي وبنية الفعل الإنساني:

في بعض الدراسات الاجتماعية يلاحظ أنها تحاول تفسير انتشار ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات بأسباب اقتصادية واجتماعية وسياسية متداخلة فيما بينها من جهة، وتحتاج إلى تفسير وتحليل من جهة أخرى، الأمر الذي يقلل من أهميتها العلمية ويجعلها غير قادرة على تفسير المشكلة تفسيراً متكاملًا، فأساليب التنشئة الاجتماعية وجماعات الأقران ووسائل الإعلام والعوامل النفسية الخاصة بالأفراد، كلها قضايا متداخلة مع بعضها البعض ويصعب النظر إلى أي منها بوصفها الفاعل أو المؤثر أو الأكثر تأثيرًا، والنتيجة التي قد يصل إليها الباحث بعد معالجة كل قضية من القضايا المطروحة أن المشكلة لا تكمن في أي منها بقدر ما تتصل بالبيئة الاجتماعية التي تتجلى في الجوانب المختلفة، وتتجلى في هذه القضايا كافة. (حسين، 1991، ص127).

إن إقدام الفرد على تعاطي المخدرات لا يخرج عن كونه نموذجاً من نماذج الفعل التي يمارسها الإنسان، وشكلاً من أشكال السلوك التي يسعى الفرد من خلالها لتحقيق عملية التكيف الاجتماعي، ولتحقيق عملية التواصل مع الآخر، وتبيين دراسات التحليل البنوي أن السلوك بحد ذاته ما هو إلا شكل من أشكال عملية التواصل التي يسعى الفرد لتحقيقها مع الآخر بوصفه الجزء المتمم للذات، ويأخذ السلوك الإنساني أشكاله وأبعاده تبعاً للمعاني والدلالات التي ينطوي عليها في ذهن الفاعلين، وفي ضوء هذا التصور فإن التحليل الاجتماعي لانتشار تعاطي المخدرات بوصفه شكلاً من أشكال الفعل التي يمارسها الإنسان لتحقيق غايات وأهداف يسعى إليها، مرتبط بالدلالات والمعاني التي تشكل في كلتها بنية الثقافة في المجتمع المعني، وتشكل الأساس الذي يقوم عليه نظام التفاعلات الاجتماعية، فإذا انحلت هذه القيم وضعفت الدلالات التي تنطوي عليها أشكال السلوك، انحلت النظام الاجتماعي وابتأ أقرب إلى التشتت والبعثرة منه إلى الوحدة والتكامل، الأمر الذي يفسر ظهور أنماط أخرى من السلوك القائم على المصلحة الآنية دون أي اعتبار لمصلحة الجماعة بسبب ضعف الارتباط الاجتماعي، وضعف منظومة القيم الأخلاقية الضابطة. (عبد الرزاق، 1989، ص103)

إن لكل سلوك يمارسه الفرد معنى محقق في ذات الفعل من جهة، وفي بنية الثقافة التي ينتمي إليها من جهة أخرى، فمظاهر الاستياء والغضب والفرح والتفاؤل ليست إلا أنماطاً من السلوك تحمل في ذاتها معانٍ مفهومة بالنسبة للآخرين، وليست إلا وسائل تعبير يريد الفاعل من خلالها إيصال معناها إلى غيره من الأفراد الذين يدركون دلالاتها ويعرفون المعاني التي تحملها، وهذا ما يقصده الاجتماعيون بمفهوم النظام، ومتى شعر الفرد بأن السلوك الذي يمارسه أو يرغب بممارسته لا يحمل بالنسبة إلى الآخر المعنى المطلوب فإن تغيير السلوك يصبح أمراً لا مفر منه، وإذا لم يكن على معرفة بالسلوك المناسب لهذا المعنى وقع المرء في اضطراب لفقد القدرة على إيصال المعنى إلى الآخر، ولغياب

قدرته على فهم لغة التفاعل الاجتماعي، الأمر الذي يقلل من شدة ارتباطه بالمنظومة الاجتماعية وبالنظام الاجتماعي ككل. (دعبس، 1998، ص 83)

والجماعة هي المجال الذي يمارس الفرد من خلاله سلوكه وأنماط فعله عامة، وإقباله على تعاطي المخدرات بصورة خاصة يصعب ملاحظة هذا التعاطي أو أي سلوك إنساني أو اجتماعي بمعزل عن الجماعة، والتي يعرفها (سميث) بأنها الوحدة التي تتكون من عدد من الأشخاص الذين يتوفر لديهم الإدراك الحسي الكلي بوحدتهم ولديهم القدرة على التفاعل، ويضع (مكدوجل) الشروط الرئيسية للجماعة والتي يجدها في استمرارية بعض العناصر المكونة لها، ووعي الأعضاء بطبيعة الجماعة وأغراضها، وتفاعلها مع غيرها، مع وجود القواعد التي تحدد العلاقات بين الأعضاء بالإضافة إلى البناء الذي يدل على تنوع الوظائف وتوزعها بين الأعضاء (بهجت، د.ت، 13).

ولا تقل قوة الدلالة التي ينطوي عليها السلوك الاجتماعي عن الدلالة التي يحملها التعبير اللفظي، بل قد يكون السلوك أوقع في الدلالة وأوضح في التعبير والمعنى، ويدل ذلك على أن أنماط السلوك الاجتماعي ليست إلا واحدة من أشكال التواصل مع الآخر، وتستمد دلالتها من البنية الاجتماعية التي تختلف من مجتمع لآخر.

ويظهر ذلك أيضا في أنماط السلوك القرابي كما يرى كلود ليفي ستراوس، ففي مقارنته بين اللغة والقرابة يجد ستراوس بين البنيتين تماثلا كبيرا برغم ما بينهما من تباين وفروق قد تبدو شاسعة وكبيرة، ذلك أن كل واحدة منهما تتطوي على دلالات ورموز تتعلق بمسألة التواصل الاجتماعي، فإذا كانت اللغة أداة تواصل بين أفراد المجتمع الواحد، بما تحمله من دلالات ومعانٍ للألفاظ والتعبير، فإن القرابة أيضا أداة للتواصل الاجتماعي، ولكن بمظهر مختلف، لأن القرابة مبنية على علاقات الزواج والمصاهرة، وعندما يقدم شخص من الأشخاص على الزواج من فتاة فإن ذلك دلالات اجتماعية

تكشف عن طبيعة التواصل الذي يقيمه هذا الشخص مع أفراد مجتمعه، وعندما يقدم شخص على تزويج ابنته من رجل في قبيلة أخرى فإن ذلك دلالة اجتماعية أيضاً، وبالتالي فإن نظم القرابة ما هي إلا لغة مليئة بالدلالات الاجتماعية التي تجسد عملية الاتصال شأنها في ذلك شأن اللغة تماماً. فاللغة والقرابة مظهران لحقيقة واحدة في بنيتين مختلفتين تنهل كل واحدة منهما من هذه الحقيقة مقوماتها وعوامل استمرارها، ولا يمكن النظر إلى اللغة بمعزل عن القرابة، ولا للقرابة بمعزل عن اللغة، فالارتباط بينهما ليس وظيفياً يقوم على التساند والارتباط العضوي الذي نلمسه في الجسم الحي، بل هو ارتباط بنيوي يستمد مقوماته من وحدة البنية التي تتجلى بأشكال مختلفة (ليني سترأوس، 1977، 50).

يلاحظ أن التحليل البنيوي يركز على الآليات التي تبرز من خلالها الظواهر والنظم والبنى الاجتماعية، فالآليات القرابة والقواعد الناظمة لها لا تختلف وفق تصور البنيويين عن آليات اللغة والقواعد الناظمة لها، ويندرج الأمر نفسه على البنى الأخرى السياسية والاقتصادية والثقافية المتنوعة، ومن الملاحظ أن البعد الاجتماعي للمجموعات البشرية المحقق من خلال عملية الاتصال شكل بالنسبة لسترأوس الأساس الذي قام عليه التحليل البنيوي، فاللغة والقرابة شكلان من الأشكال الاجتماعية التي يحقق من خلالها الفرد عملية التواصل الاجتماعي مع الآخر، فالبعد الاجتماعي للإنسان يتحقق فعلاً من خلال تطويره لنظام اللغة، ومن خلال تطويره للقواعد الناظمة للزواج والقرابة، ويلاحظ الأمر نفسه بالنسبة إلى تعاطي المخدرات، فالتعاطي ليس إلا شكلاً من أشكال عملية التواصل، إما مع واقع قائم وسط الجماعة بالفعل أو مع واقع اجتماعي افتراضي قائم في خيال الفاعل وحسب، وفي كلتا الحالتين ينطوي التعاطي على معنى في وعي الفاعل.

والبنية كما يراها البنيويون ليست مجرد تعبير عن ذلك الكل الذي لا يمكن رده إلى مجموع أجزائه، بل هي تعبير عن ضرورة النظر إلى الموضوع "على أنه نظام أو نسق حتى يكون في الإمكان إدراكه أو الوصول إلى معرفته" (إبراهيم، 1975، 34).

فالحكم على عملية التعاطي لابد أن يكون محكوما بظروفها من جهة وبمنظومة القيم الاجتماعية الضابطة لها من جهة أخرى.

وتمتد معالم التحليل البنيوي إلى الدراسات الوظيفية المعاصرة، وخاصة مع أعمال تالكوت بارسونز، وروبرت ميرتون، فالمعايير الناظمة لعملية الاتصال والدلالات الاجتماعية التي ينطوي عليها كل سلوك، مجسدة في منظومة القيم الثقافية والحضارية، والتي تميز المجتمعات الإنسانية عن بعضها البعض، فقد تناول بارسونز الشروط التي تحافظ من خلالها الوحدة الديناميكية للمجتمع على ذاتها، وتشكل نفسها على الرغم من التنوعات الاجتماعية الواسعة التي تضمها.

لقد أرجعت مجموعة من المقولات النظرية التي تفسر انتشار تعاطي المخدرات في المجتمع، إلى انحلال القيم الثقافية والحضارية والأخلاقية الناظمة للروابط الاجتماعية، مما يؤدي إلى غياب التنظيم الاجتماعي الذي يحدد قنوات التفاعل ويوضح الحقوق والواجبات المترتبة على الأفراد في علاقاتهم مع بعضهم البعض من جهة، وفي علاقتهم مع الدولة من جهة أخرى.

وبذلك تعكس ظاهرة تعاطي المخدرات خلا واضحا في بنية التنظيم الاجتماعي نفسه، وفي بنية العلاقات الاجتماعية السائدة بين الأفراد المكونين للمجتمع، فإذا أخذت القيم الأخلاقية والحضارية بالانحلال، وتجلت ذلك في انحلال الروابط الاجتماعية بضعف ارتباط الأفراد بالمنظومة الأم، في الوقت الذي يزداد فيه ارتباطهم بالتيارات التي تجرفهم لقبها من حاجاتهم الوهمية المباشرة، فتصبح البيئة الاجتماعية أكثر استعدادا لتنتشر فيها مظاهر الانحراف والإقبال على أنماط سلوكية ضارة

بأنفسهم وبالآخرين ويعاقب عليها القانون، ويختلف الأمر عن ذلك في البنى الاجتماعية المستقرة، المبنية على معايير ثابتة، حيث يكون ما يشد الفرد إلى المنظومة الأم قويا، ويكون ارتباطه بالتيارات التي تحاول جرفه معها ضعيفا، عندئذ تكون البيئة غير قادرة على تقبل الفساد أو تسويغه بسبب انتشار معايير الضبط الاجتماعي المكافئ، ويفسر ذلك انتشار الفساد بقوة في المجتمعات التي تتحل فيها القيم الأخلاقية والدينية. (دعبس، 1998، ص83)

وبناء على هذه التصورات يمكن إيجاز عناصر الإطار التحليلي لدراسة ظاهرة تعاطي المخدرات على الشكل التالي:

تأخذ مظاهر الضبط الاجتماعي أوضح صورها مع تحقق شرطين أساسيين هما وضوح المعاني في ذات الفاعلين، وتمثل الفاعلين لهذه المعاني، فإذا تحقق الشرط الأول زال الالتباس والغموض عن كل تصرف، وأصبح السلوك لغة معبرة وأداة متطورة قادرة على تحقيق عملية التواصل الاجتماعي، ويتحقق الشرط الثاني تكون عملية التواصل قد أنجزت بالفعل ومن خلالها تحقق اجتماعية الفرد وإنسانيته. (السعد، 1996، ص93).

لقد استقر المجتمع الجزائري على منظومة قيمية وأخلاقية تنظم العلاقات الاجتماعية السائدة بين الناس طيلة قرون عديدة، فجاء نظام الضبط الاجتماعي فيها نتاجا لتفاعل نموذجين من نماذج الضبط هما الدين والقرباة، فكانت صورة الحقوق والواجبات المترتبة على الأفراد واضحة كل الوضوح في أذهانهم وتصوراتهم وتفكيرهم، حتى أن كل فعل يمكن أن يمارس يقابله رد فعل مناسب يحدث على نحو تلقائي مرتبط بمكانة الفاعل وشخصيته، فتأتي ردود الأفعال كما هي متوقعة بين الناس تماما، ويسعى الأفراد في إطار هذه المنظومة إلى المحافظة على معايير التفاعل لكونها تجسد وحدتهم وهويتهم الثقافية والحضارية.

لقد أسهمت التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحاصلة في المجتمع في إضعاف تمثّل الفاعلين للدلالات الاجتماعية لأنماط السلوك، ذلك أن عملية التواصل الثقافي الحضاري الحاصلة تسهم في تفويض دعائم البنية الاجتماعية التقليدية دون أن تتشكل ملامح بنية اجتماعية يستطيع الفرد من خلالها الحكم على سلامة هذا السلوك أو ذلك، فتغيب مرجعية الحكم وتظهر معايير جديدة كثيرة ومتناقضة، وغالبا ما يترتب على ذلك تراجع في الدلالات الاجتماعية للسلوك وغياب لتمثيل الأفراد لها.

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات ومظاهر الفساد الاجتماعي الأخرى أنماطا من الفعل الإنساني الذي يحمل في أشكاله المتنوعة دلالات اجتماعية تختلف في المجتمع الواحد بين أوقات مختلفة، وتختلف بين المجتمعات المتعددة في الوقت الواحد، وتزداد هذه المظاهر انتشارا مع ضعف القيم الأخلاقية والدينية وغياب مظاهر الضبط الاجتماعي وضعف فعاليته، وهي تتناقض مع انتشار القيم الأخلاقية والدينية وقوة الضبط الاجتماعي، هذا ويظهر الضعف في منظومة القيم الأخلاقية والدينية مع توفر شرطين أساسيين هما غياب المعاني (الاجتماعية والحضارية والأخلاقية) للسلوك في ذات الفاعلين من جهة، وعدم تمثّل الفاعلين لهذه المعاني من جهة أخرى، ففي الحالة الأولى يضطرب الفاعل ويصبح غير قادر على التمييز بين الأفعال في أبعادها لتتناقض الدلالات التي يحملها، وفي الحالة الثانية تغيب الدلالات الاجتماعية للسلوك ويصبح الفرد أميل إلى تلبية رغباته وشهواته، مما يجعل أفراد المجتمع أقرب إلى البعثرة منهم إلى الوحدة، فتنتشر بينهم مظاهر الميل نحو الحلول الفردية لمشكلاتهم وطموحاتهم دون النظر إلى الأبعاد الاجتماعية للسلوك، ويشكل ذلك أساسا اجتماعيا لانتشار مظاهر الفساد. (رفعت، 1980، ص65)

### 3-العوامل المؤدية لإدمان المخدرات:

تتعدد العوامل والأسباب التي تؤدي في محصلتها إلى تنامي ظاهرة إساءة استخدام المخدرات وتعاطيها، حيث يقسم البعض تصنيف العوامل إلى عوامل مرتبطة بنوعية المواد المخدرة والعقاقير الشائعة، وعوامل ترتبط بخصائص وسمات شخصية المدمن، وعوامل ترتبط بالبيئة المحيطة وما تحويه من تهديدات وفرص، وحرري بنا في هذا السياق أن نتبنى تصنيفا مقبولا مهنيا يمكن من التوصل إلى الانطباعات الشخصية اللازمة، لتحديد التشخيص المناسب لكل حالة، والذي يكشف على أن التعاطي أو سوء استخدام المخدرات يمثل محصلة حتمية، ونتاجا لتفاعل العوامل الذاتية مع التنوع البيئي المحيط يمكن التوصل إلى التصور التالي لأهم المسببات والعوامل التي تؤدي إلى التعاطي (حسين، 1991، ص124).

#### أ- العوامل الاجتماعية:

- أثر التفكك الأسري في الإدمان على المخدرات: وسيتم تناوله من خلال العناصر التالية:

- وفاة أحد الوالدين أو كليهما: من النتائج المترتبة على وفاة أحد الوالدين أو كليهما اضطراب حياة الأبناء، فتفتقد حياتهم إلى الحنان والعاطفة والاستقرار وإلى السلطة الوالدية التي يقع على عاتقها مسؤولية التنشئة الاجتماعية من توجيه وإرشاد، كما يحرم الأبناء من مصدر للدخل فيترجع مستواهم المعيشي، وتقضي بعض هذه العوامل أو جميعها إلى حالات العوز والحرمان والعزلة واليأس، لتظهر فيما بعد شخصيات عدوانية لها قابلية للانحراف الذي قد يكون من صورته الإدمان على المخدرات، وتكون الفرصة سانحة أكثر في حالة توافر بعض المساهمات التراكمية مثل: رفاق السوء؛ وتراجع الرعاية المجتمعية.

ففي دراسة "لتماضر حسون" تناولت مشكلة انحراف الأحداث في الوطن العربي، اتضح من نتائجها أنّ هناك الكثير من المتغيرات الأسرية التي كانت لها علاقة بالانحراف منها وفاة أحد الوالدين أو كليهما، ومن صور هذا الانحراف تعاطي المخدرات. وفي دراسة أخرى "لصالح السعد" حول تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار غير المشروع بها في الأردن، أجريت على عينة نصفها من ذوي جنسية أردنية والنصف الآخر من جنسيات عربية، كشفت هذه الدراسة أنّ نسبة من توفي عنهم أحد والديهم أو كليهما من الأردنيين قد بلغت (77.8%) من إجمالي العينة مقابل (96.9%) بالنسبة للجنسيات الأخرى. وهذا ما يكشف بوضوح أنّ هناك علاقة بين وفاة الوالدين والإدمان. كما توصلت دراسة أخرى "لعدلي السمري" حول المتغيرات الاجتماعية لتعاطي المخدرات بجمهورية مصر العربية، أنّ نسبة من كان أبواهم على قيد الحياة في المجموعة التجريبية كانت (82%) مقابل (85.5%) بالنسبة للمجموعة الضابطة. وكشفت دراسة أخرى أجريت بالبلد نفسه على مجموعة من المدمنين، أنّ (61.9%) من إجمالي العينة فقدوا أمهاتهم بسبب الوفاة (السعد، 1996، ص 24-28).

- **الطلاق:** الطلاق قديم في المجتمعات الإنسانية قدم الزواج فيها، وسمة أصيلة في الطبيعة البشرية وعرضا للزواج ونتيجة طبيعية له. ويأتي الطلاق عادة نتيجة للخلافات الأسرية التي تحدث بين الزوجين، بحيث تصل إلى درجة من التعقيد يصعب تداركها، فيقع الطلاق (القصور، 1999، ص 99). والطلاق بوصفه ظاهرة اجتماعية له انعكاسات سلبية تلحق بالأسرة، فهو يؤثر في الوحدة الأسرية، ويستهدف ضرب الاستقرار الأسري وعملية التنشئة الاجتماعية، فالعلاقات الاجتماعية الإيجابية لا تتم إلا في الأسرة التي يعرف فيها الأبناء الاستقرار بوجود الوالدين معا، أمّا انفصالهما، فيعني بالنسبة لهم الحرمان من العطف، وبخاصة إذا تعلق الأمر بالأم، فبعد الابن عن أمه يجعله يواجه صعوبة في تكوين العادات السلوكية السوية وفي الامتثال لقواعد الجماعة وقيمها (الكندري، 1989، ص 210).

ويؤدي الطلاق إلى ضعف التماسك الأسري وانهيار مقومات البناء الاجتماعي للأسرة، ويعرض الأبناء نتيجة للتغير المفاجئ الذي يعتري حياتهم إلى الحرمان من حنان وعاطفة الوالدين، وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة، بالإضافة إلى المشكلات المادية وما يصاحبها من تداعيات تؤدي إلى عدم التوافق الاجتماعي وإلى الانحراف (الجميلي، 1998، ص247). فالطلاق يؤثر في الروابط الأسرية، ويؤدي إلى تفككها، ويستهدف البناء الأسري فيفوض من تماسكه، ويضرّ بالأبناء فيحرمهم النشأة الطبيعية والرعاية الوالدية، وتكون فرصة تشردهم سانحة أكثر في حالة ما إذا كانوا منحدرين من أسر تنتمي إلى طبقات اجتماعية فقيرة (القصير، 1999، ص103). فقد توصلت دراسة أجريت في سيريلانكا على عينة من النساء المسجونات بسبب ارتكابهن لجرائم تتعلق بالمخدرات، أنّ نسبة (75%) منهن كانت لهن ذكريات عن أسر تفككت بسبب الطلاق أو إعادة الزواج، وبيّنت دراسة "تماضر حسون" أنّ الطلاق كان من أهم العوامل ومن المتغيرات الأسرية المسؤولة عن الانحراف الذي كان من نماذجه التعاطي، والتشرد، والقتل، والسرقعة (السعد، 1996، ص29).

- **الهجر وتعدد الزوجات:** الهجر هو ترك الحياة الزوجية أو التفكير في إنهاؤها أو التهرب من المسؤوليات المترتبة عليها (الكندري، 1989، ص201). وقد ينفصل الزوجان دون طلاق ويعيشان حياة منفصلة يحتفظان فيها بالصورة الكاذبة للزوج، وأبسط صور الهجر هو ترك البيت دون ترتيب موارده المالية، وغالبا ما يحدث هذا الشكل من الهجر من جانب الزوج، وتكثر حالات الهجر في الجماعات الاجتماعية التي تسترخي فيها أساليب الضبط الاجتماعي، أي يجد الفرد سهولة في التحرر من المسؤوليات الأسرية ومن خرق القيم والعادات الاجتماعية، ويكثر أيضا في المدن التي تكون عرضة للتغير الاجتماعي المفاجئ والسريع، وفي الزمر والجماعات التي تتنافر فيها العلاقات الاجتماعية، وتتباين بها الثقافات (حسن، 1981، ص197).

وللهجر عوامل متعددة، فقد يكون ناجما عن الخلافات الأسرية أو مرتبطا بظروف العمل وغيرهما، وله آثار سلبية تلحق بالأبناء والأسرة، ويكون مصدرا للكثير من المشكلات الاجتماعية، والأخلاقية، والاقتصادية (الكندي، 1989، ص210). فلقد اتضح سابقا من الدراسة التي قام بها "محمد السويدي وعبد الله بوشهاب" بالإمارات العربية أنّ من سمات أسر المتعاطين للمخدرات الطلاق والهجر.

ولتعدد الزوجات أيضا آثار سلبية تؤثر في البناء الأسري منها:

- أن تعدد الزوجات يؤدي إلى زيادة حجم الأسرة، ومن ثمّ يزداد الأمر صعوبة لاسيما عندما يتعلق الأمر بمسألة التنشئة الاجتماعية للأبناء، فقد تحدث بعض حالات الإهمال للزوجة الأولى ولأبنائها، وتضعف مهمة السيطرة عليهم، ويتضاعف دور الأم، وفي مراحل تالية تؤدي هذه الاختلالات إلى سوء التوافق الاجتماعي للأبناء، فتتولد لديهم ميول عدوانية ومفاهيم متضاربة، لأنهم حرموا من الرعاية الوالدية المشتركة، وفي ظلّ هذه الظروف يجد الأبناء ثقافة رفاق السوء بديلا عن الحنان الذي افتقدوه، وما أن يستفيق الأهل حتى يجدونهم في عالم آخر من الإدمان والجريمة (السعد، 1996، ص31-32).

- أن تعدد الزوجات يثير الحساسية بين الزوجة الأولى والثانية، فيقع الشجار بينهما، وقد يحدث الطلاق (القصور، 1999، ص156).

- **الغياب الطويل والمتكرر للوالدين:** من العوامل المؤدية إلى اختلال التركيبة الأسرية غياب الطويل للوالدين، والمتأمل لنتائج الدراسات العلمية سيكتشف طبيعة الآثار التي يمكن أن تنعكس على الأسرة. ففي دراسة قام بها "روبنسن R.Wall" على بعض الزوج الأمريكيين انتهت إلى نتائج تؤكد وجود علاقة بين الغياب المتكرر للوالدين وبين الإدمان على المخدرات، فبلغت نسبة الأبناء ممن كان يتغيب

آباؤهم عن الأسرة الذين يستعملون الماريجوانا (49%) وممن يستعملون الهيروين والامفيتامينات (18%) والباربيتورات (9%)، ومخدرات أخرى (17%). وكشفت دراسة أجرتها "سلوى سليم" بعنوان "الإسلام والمخدرات دراسة سوسولوجية لأثر التغيير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات بالقاهرة"، أنّ نسبة المدمنين ممن يتغيب آباؤهم عن الأسرة قد بلغت (52.2%)، كما تبين أنّ (28%) من إجمالي المتعاطين كان آباؤهم يعملون بالخارج (السعد، 1996، ص32).

وتباينت وجهات النظر حول طبيعة الآثار التي يتركها غياب الوالدين عن الأسرة، فبالنسبة للأم تعتبر البعض أن غيابها المرتبط بالعمل لا يؤثر في التنشئة الاجتماعية للأبناء، وبخاصة إذا تمكنت وعملت جاهدة على تعويض الأبناء بالرعاية التي افتقدوها من جراء غيابها (عياد والخضري، 1997، ص188). فقد اتضح من دراسة قامت بها "كاميليا عبد الفتاح" أنّ أبناء الأمهات المشتغلات كانوا أكثر نضجا من الناحية الانفعالية مقارنة مع أبناء الأمهات غير المشتغلات، فالأمهات المشتغلات يملن إلى إعطاء فرص أكثر للأبناء فيما يتعلق بالاستقلالية والتعبير عن الذات، كما أنّ غيابهن يجعلهن يقبلن على أبنائهن بلهفة وشوق لتعويض ما فاتهم، في حين تعاني الأمهات غير المشتغلات من التعب والملل من وجودهن طيلة ساعات اليوم في البيت. لهذا يلجأن إلى استخدام أسلوب الزجر في معاملة أبنائهن. وتوصلت دراسة أخرى "لبثينة قنديل" إلى النتائج نفسها، حيث اتضح أنّ أبناء الأمهات المشتغلات كانوا أكثر طموحا من أبناء الأمهات غير المشتغلات (الشريبي وصادق، 1996، ص214). بينما ذهبت دراسة أخرى إلى العكس من ذلك، فترى أنّ الطفل المحروم من أمه عادة ما يعاني من الكثير من المشكلات أهمها: ضعف النضج؛ وضعف النمو العقلي؛ وضعف مستوى الذكاء والتحصيل الدراسي؛ وضعف النمو الحسي- الحركي (العناني، 2000، ص28).

أما فيما يتعلق بالأب، فقد اتفقت الدراسات العلمية على أهميته في التنشئة الاجتماعية، وتزداد هذه المسؤولية بشكل أكثر مع نضج الأبناء، ومن دون شك أنّ الحياة قد أوكلت للرجل تأمين احتياجات الأسرة، وفي الوقت ذاته لا يعتبر معفياً من مهمة القيام بتربية الأبناء إلى جانب الأم (عياد والخصري، 1997، ص189). ومن ثمّ، فإنّ غيابه يعني بالنسبة للأبناء الحرمان من الحنان والعطف الأبوي، وتناقص فرص المراقبة، والتوجيه، والمتابعة، وغياب السلطة الأبوية، أمّا بالنسبة للأمّ فيعني ذلك التوسع وزيادة مهامها، فيصبح دورها مزدوجاً (دور الأب، ودور الأم)، ومن الصعب قيامها بدور الأب وتقمصها له بالدرجة نفسها، ومن الصعب عليها أيضاً القيام بكل الأدوار في حالة وجودهما معاً، فجميع هذه التراكمات تؤثر في الأسرة وفي الأبناء، فتختل العملية التربوية، وتكون النتيجة في بعض الحالات خروج الأبناء عن سيطرة الأم واستقلالهم في اتخاذ القرارات، فابتعادهم عن الرقابة والمتابعة الأسرية يزيد من فرص تعرضهم للانحراف مثل اللجوء إلى تعاطي المخدرات، وبخاصة إذا توافرت بعض العوامل المساعدة مثل رفاق السوء، وسهولة الحصول على المواد المخدّرة (السعد، 1996، ص31).

ومن مظاهر التفكك الأسري توتر العلاقات الأسرية والإدمان على المخدرات، بحيث قد تتعرض الحياة الأسرية، في الكثير من الأحيان، إلى خلافات تؤثر، وبصفة مؤقتة، في العلاقة بين الزوجين، ولكنها لا تؤثر، بشكل كبير، في البناء الأسري طالما أنّها لا تمس دعائم التوافق الأسري ولا تتعلق بأيدولوجية الأسرة، أو أنّ آثارها لا تمتد إلى جوهر الروابط الأسرية بل تبقى سطحية وطفيفة تؤدي، فيما بعد، إلى نوع من الحيوية والتفاهم. أمّا الخلافات التي تضرب جوهر القيم والمعايير الاجتماعية للزوجين أو الخلافات المتعلقة بالتباين في المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي أو المتعلقة ببناء الشخصية والاتجاهات فعادة ما تؤثر سلباً في الأسرة (الجميل، 1998، ص241). ولعلّ الخلافات

التي تحدث بين الوالدين تكون أكثر خطرا على الوحدة الأسرية فيما لو حدث ذلك الخلاف بينهما وبين الأبناء، ويعزى هذا الاختلاف إلى التباين في صور الخلاف وعوامله ونتائجه، فظهور الخلاف بين الوالدين وتوتر العلاقات بينهما قد ينذر بانحلال الأسرة كلية، أمّا إذا حدث الخلاف بين الوالدين والأبناء فمن الممكن تداركه، وبخاصة إذا قلّ الوالدان من شأنه (غيث، 1999، ص161). وفي هذا السياق يذكر الباحث "بورن Bourne" في كتابه الإدمان (Addiction)، أن (80%) من المدمنين الإنجليز كانوا يتميزون بخلفية فعلية ذات صلة وثيقة بالعلاقات الأبوية (بين الأب والأم) الضعيفة والهزيلة (Bourne, 1974, p 44).

ويمثل الاضطراب الذي يعتري العلاقات الزوجية إرھاسا أوليا نحو الاختلال في التركيبة الأسرية، بدءا بالوالدين وانتهاء بالأبناء، أطفالا وشبابا، ويتخذ هذا الاضطراب أشكالا متعددة مثل: اختلال التوازن العاطفي؛ والصراع اللامتناهي بين الزوجين؛ وفقدان الاحترام بينهما؛ وديمومة الصراع الناجم عن المشاجرة والمشاحنة. ولاشك في أن توتر العلاقات الأسرية يخلق لدى الأبناء أمزجة متقلبة، وشخصيات عدوانية، ويكسبهم، بشكل شبه إلزامي، أنماط السلوك القائمة، قولا وعملا، في سن مبكرة تنمو تدريجيا مع أصدقاء مماثلين يجدون فيهم قدوة سيئة. وإذا كان التعاطي من السلوكيات الموجودة عند أصدقائهم، فإنهم سيصبحون، دون شك، فريسة سهلة لهم، وفيما بعد أعضاء فاعلين فيها (السعد، 1996، ص29-36).

ولقد اهتم الباحثون بدراسة العلاقة بين الآباء والأبناء في صلتها بالإدمان، واتضح أنه إذا كانت العلاقة بينهما متسببة ومفككة كان احتمال إقبال الأبناء على التعاطي كبيرا، ويكون هذا الاحتمال متوسطا إذا كانت العلاقة تسلطية، وضئيلا إذا كانت ديمقراطية يسودها الحب والتفاهم (سويف، 2000، ص80-81). ومن العوامل المؤدية إلى الخلاف بين الوالدين والأبناء تسامح الآباء؛ واسترخاء أساليب الضبط الاجتماعي؛ والاستقلال اللامحدود الذي يحظى به الأبناء في المجتمعات الحضرية؛

إضافة إلى ما يسمّى بصراع الأجيال، فأصبح اليوم من الصعب فرض على الأبناء تقاليد تسلّطية منحدرّة من رواسب القرن الماضي، فغالبا ما تصدم توقعات الآباء مع تصرفات الأبناء، فالمجتمعات في العصر الحديث تشهد صراعا بين ما هو قديم مع ما هو حديث ومستحدث من أساليب الحياة، وازدادت الهوة اتساعا بين أنماط التفكير وازداد عدم الانسجام بين الأجيال رافقه خروج الأبناء عن الواقع، والشعور، بالاستقلالية، واللامبالاة. وقد تدفع مثل هذه الظروف بالإضافة إلى عوامل أخرى إلى تعاطي الأبناء للمخدرات والبحث عن المتعة (السعد، 1998، ص78). ولكن ستؤدي المتعة الآنية غير الدائمة التي تحدثها المخدرات خلال فترة قصيرة إلى إيجاد وتكوين فترات طويلة ومنتزيدة من الألم، ولكنها لن تؤدي بالتأكيد إلى عدد قليل من المآسي والآلام الدائمة عبر الحياة. وبما أن البحث عن المشاعر والأحاسيس الجميلة هو نقطة البدء في هذه العملية؛ فغالبا ما تتم المحافظة عليها عن طريق صنارة الاعتماد الجسماني والإدمان الذي ليس هو متعة ولهو، ولكنه أمر صعب يصعب التخلص منه والتحرر من قبضته (Dupont, 1984, p19).

#### - القدوة الوالدية والإدمان على المخدرات:

إذا كان للأسرة دورها الإيجابي في الرعاية والتنشئة الاجتماعية وفي تشكيل الاتجاهات والقيم، فمن الممكن أن يكون لها دور سلبي، حيث توفر لأبنائها فرصا للتعاطي والإدمان إذا كان أحد أفرادها يتعاطى المخدرات. ففي الأسرة يمكن أن يكون الوالدان نماذج سلوكية سوية، وفي بعض الأحيان يمكن أن تكون الثقافة الفرعية للأسرة أو الحي الذي تقطن فيه يسوده اتجاهها محبذا، أو على الأقل، محايدا تجاه بعض المخدرات وليس ضدا لها. وعادة ما يتشكل هذا النمط من التنشئة الاجتماعية في أغلب المناطق التي تنتشر بها المخدرات لاعتبارات نفعية متعلقة باقتصاديات الأسرة، حتى يصل الأمر إلى درجة توارث مهنة جلب وتوزيع المخدرات والتجارة بها. وتتشكل أيضا هذه النماذج من التنشئة لدى

الأسر المستهلكة للمخدرات على المنهج نفسه لاستحلال التجارة أو التعاطي، وقد انبثق منهج الاستحلال هذا من التناقض التشريعي نحو مادتين إحدهما الخمر التي تباح تجارتها وتعاطيها بمقتضى قوانين وضعية في بعض البلدان العربية، والأخرى الحشيش وما شابهه من المخدرات كالقات الذي لم يرد بشأنه نصّ ديني يحرمه إلا من فتاوى بالتحريم ظهرت مؤخرا. وقد شكّل هذا التناقض ما يسمى بالفجوة الثقافية التشريعية أو التخلف الثقافي القانوني (Juridical culture Lag)، ومثّل هذا التناقض قد يؤدي، في بعض الأحيان، إلى تناقض مثير له في التنشئة الاجتماعية الأسرية (عبد المتعال، 2001).

وبصرف النظر عن دوافع التعاطي كونها متأتية من التخلف الثقافي القانوني أو من مصادر أخرى، فإن النماذج السلوكية داخل الأسرة وخاصة الوالدين لهما تأثيرا قويا على الأبناء. فلقد بينت الدراسات العلمية أنّ الأطفال الذين يعيشون في أسر يوجد بها متعاطي - وبخاصة الوالدين - يكون احتمال تعاطي أبنائها كبير جدا. (إبراهيم، 1998، ص 17). فيذكر "ولكر Walker" أنّ نسبة حدوث الإدمان بين أبناء يتعاطى آباؤهم المخدرات تتراوح بين (13-17) مرة نسبة حدوثه بين أبناء لا يتعاطى آباؤهم. وقد فسّر هذا السلوك بعملية التقليد، فإدمان الأب، على سبيل المثال، له تحديات قيمية، واجتماعية، واقتصادية تجابه أعضاء الأسرة سواء منفردين أو مجتمعين، وتؤثر سلبيا في مقومات تماسك الأسرة هذا فضلا عن صعوبة التكيف التي يواجهها الأبناء من جراء انطباعاتهم التي تتشكل في ظلّ مثل تلك الظروف والمواقف الحرجة التي تكتنفها الممارسات السلوكية المنحرفة بسبب فقدان القدوة الحسنة، وتوافر نماذج حية للقدوة السيئة، فمن السهل أنّ يقلد الابن سلوك والده المتعاطي بدافع التجربة والفضول لمعرفة آثار المخدرات؛ لأنّ المحاولة متيسرة ولا تحتاج إلى مهارات لتطبيقها، والمخدّر موجود، وثقافة تعاطيه أيضا موجودة ولا تستوجب جهدا أو عناء. أما في حالة تعاطي الأم؛

فالصورة تصبح أكثر سوءاً، فقد يتكرر الأبناء لمثل هذا السلوك، وفي حالات أخرى يكون التعاطي أقرب إليهم من حبلى الوريد، ويصبح الوضع مزريراً، سلوكاً ومعاملة، لأنّ تقليد سلوك الأم ومحاكاته سهل، وينال تقبلاً ومن ثمّ يصبح أكثر ممارسة واستساعة، فالتعاطي العلني للوالدين أمام الأبناء يخلق لديهم اتجاهات إيجابية نحو المخدرات، وتتولد عندهم قناعة بعدم ضررها وحرمتها، فالتجربة ماثلة والوالدان يقودانهم نحو مسلكهم، فيصبح عندئذ الدافع واحداً، والرغبة مشتركة، والعادة مستحكمة، وربما التعاطي مشتركاً (السعد، 1996، ص 40-41).

إنّ تأثير الوالدين يعدّ من أهم العوامل التي تساهم في تكوين الاتجاهات، فالاتجاهات الوالدية وما تتضمنه من تعزيز لبعض الأنماط السلوكية لها تأثير عميق على اتجاهات الأبناء (عبد الله، 1996، ص 74). ولهذا، هناك صلة وثيقة بين انحطاط المستوى السلوكي للأسرة والإجرام، فالطفل الذي يولد ويجد نفسه يعيش في أسرة أوغل أفرادها في عالم الانحراف، وتلوثوا بالردائل، ينزلق غالباً مع ذويه، ويزداد الأمر خطورة إذا تولت العائلة الموبوءة مسؤولية تدريب أبنائها على الانحراف (إبراهيم، 1998، ص 17).

ومن الدراسات التي بينت دور الآباء في إدمان أبنائهما، دراسة ميدانية قام بها "عدلي السمري" في مصر على مجموعتين إحداها ضابطة؛ والأخرى تجريبية، ائضح فيها أنّ نسبة الآباء الذين يتعاطون المخدرات علناً أمام أبنائهم بلغت في المجموعة التجريبية (70%) مقابل (20%) في المجموعة الضابطة. وتوصلت دراسة إحصائية أخرى أجريت في سويسرا عام 1976م. كانت تهدف إلى محاولة التعرف إلى أسباب حالات التسمم التي يتم إسعافها أنّ (12000) حالة تسمم إدماني لعقار الباربيتورات والأمفيتامينات سببها تعاطي أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة، لاسيما إذا علم أنّ حوالي (7000) حالة

من الحالات المدروسة كان ضحيتها أطفال لا تتجاوز أعمارهم (12) سنة (السعد، 1996، ص42-43).

وربما ينتقل السلوك الإدماني ليس فقط من خلال القدوة بل حتى عن طريق الحمل، فمن الممكن أن يتعرض الجنين إلى تشوهات خلقية، أو يكون نحيل الجسم، أو يولد ويكون مدمنا إذا كانت أمه تتعاطى المخدرات. فذكرت دراسة أنّ الطفل الذي يولد من أم مدمنة على الهيروين يكون معتمدا على المخدر ذاته وبنسبة تتجاوز (60%). وتتباين هذه النسبة تبعا لاختلاف نوع المخدر، ومدة الإدمان، وفترة الحمل، والجرعة المتعاطاة (السعد، 1996، ص88).

إنّ غياب القدوة السليمة والنموذج الصحيح والأمثل، وإدمان أحد الوالدين أو كليهما، يجعل من فرصة تقليد الأبناء لمثل هذا السلوك واردة. ومهما كان نمط القدوة إيجابيا أو سلبيا؛ فإنّ أثر الشعور أو اللاشعور يبدو قويا في عملية التقليد، وقد تكون القدوة من نموذج واقعي أو من الخيال. وهناك مجموعة من العمليات العقلية التي تؤدي دورا هاما في هذا التكوين مثل: الملاحظة؛ والتذكر؛ والتفكير إلى جانب ما يسمى بالمناشطة الاجتماعية التي تحدث من خلال المواقف التي يشارك فيها الطفل (مهداد، 2001، ص43).

#### - أصدقاء السوء:

وجماعة الرفاق ذات الخصائص المحددة يمكن أن تسهم من خلال هذه الخصائص في حدوث الانحراف حيث تعد جماعة الرفاق إحدى المؤسسات الاجتماعية التي تسهم بدور خطير في عملية الانحراف وذلك إذا كان بعض أعضاء هذه الجماعة أو غالبيتهم من ذوي السلوكيات المنحرفة، وتتميز جماعة الرفاق بوجود قدر من الوحدة والتشابه والتجانس ووجود مركز اهتمام مشترك بين أعضاء الجماعة، هذا وتصبح جماعة الرفاق المؤسسة الرئيسية في تنشئة الطفل أو المراهق، وتقوده لتكوين

علاقات اجتماعية جديدة تختلف عن علاقاته السابقة التي عهدا في نطاق أسرته، ففي إطار هذه الجماعة تنمو ذاتية الفرد ويكون له رأي خاص وصوت مسموع، وليس من الضروري أن تكون جماعة الرفاق عاملا من عوامل الانحراف، فذلك الأمر يتوقف على مستوى الرقابة والإشراف على أنشطتها من قبل الأسرة والجهات الرسمية وشبه الرسمية، وبالرغم من ذلك فمن طبيعة هذه الجماعات أنها تشكل بيئة صالحة للجنوح والانحراف (غباري، 1989م، ص 143).

إن خطورة جماعة الرفاق تأتي من توافق أعمارها عمرا ورأيا وقيما واتجاهات ورغبات ومعارف وحاجات وخبرات، فهذا التماثل يولد شعورا بالتوافق والانسجام ويولد شعورا وجدانيا مشتركا ينعكس أثره في تصرفات أعضائها فيتعلم أحدهم من الآخر ويساندون بعضهم البعض إلى درجة التعصب لكل ما يخالف معايير هذه الجماعة (غباري، 1984م، ص 305).

ويقول سذلاندي في نظرية الاختلاط التفاضلي أن الطفل لا يميل إلى الانحراف قبل اختلاطه بأطفال جانحين لكنه حينما يحدث ذلك ويختلط بأصدقاء جانحين فإنه يبدأ في تعلم القيم والاتجاهات والمهارات المؤدية إلى الجنوح والانحراف ويصبح بذلك جانحا.

- **العزلة الاجتماعية:** ويقصد بالعزلة الاجتماعية عدم التوافق في العلاقات الاجتماعية سواء في محيط الأسرة أو خارجها، حيث يفقد الفرد الشعور بالانتماء للجماعة ويصبح مغتربا عنهم، مما يؤدي في ظل ظروف متباينة إلى الانسحاب من التفاعل الاجتماعي (محمد وآخرون، 1989، ص 236).

وتولي الدراسات الاجتماعية العربية الراهنة اهتماما كبيرا بأهمية العامل الاجتماعي. وهناك عدد كبير من الباحثين الذين بحثوا في العوامل الاجتماعية لإدمان المخدرات، ومن هؤلاء الدكتور عادل الدمرداش، والدكتور صالح الرميح، والدكتور عبد الحليم محمود السيد، ود. عبد الرحمن شعبان

عطيات، ود.سمير نعيم، د.عبد المنعم محمد بدر من الذين بحثوا في العوامل الاجتماعية لتعاطي المخدرات.

وفي هذا السياق يرى د.عادل الدمرداش أن ظاهرة تسري المخدرات إلى الشباب العربي ظاهرة جديدة، وصلت إلينا من الحضارات الغربية التي حملت معها إيجابيات عديدة، ولكن لا تتركها إلا القلة القليلة، وسلبيات كثيرة يؤثر في الأغلبية التي تأخذ بالتقليد دون تبصر وتفهم، حتى ليخشى المرء من أن نكون في غمرة انبهارنا بمنجزات الغرب قد نسينا هويتنا العربية الأصيلة، وعلى هذا يرى د. الدمرداش أن اعتزازنا بحضارتنا والتمسك بتقاليدنا الأصيلة من الوسائل التي تساعدنا على الاستفادة من التجارب الغربية دون تحضر زائف كاذب (الدمرداش، 1982، 5).

ويجد د. صالح الرميح أن تعاطي المخدرات إنما هو نتاج لتكوين المجتمعات التي تحتوي على كثير من العناصر البنائية المتناقضة، أي التي تحوي الكثير من التناقضات الاجتماعية والاقتصادية. وهو يمثل اختلالاً في انساق القيم الاجتماعية السائدة. ويلاحظ الرميح أن من أبرز أسباب انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات إنما هي في ضعف الوازع الديني، وعدم التوعية الدينية وضعف الثقافة الدينية بين الشباب بالإضافة إلى ضعف الثقافة الصحية وضعف القدوة الحسنة، وضعف الروابط الأسرية وغيرها (الأمن والحياة، 17، 237).

#### ب- العوامل الثقافية:

يؤثر السياق الثقافي والاجتماعي السائد في المجتمع على أنماط سوء استخدام المواد المخدرة، وأنواع المواد نفسها، وهو ما يطلق عليه بالخصوصية الثقافية والاجتماعية التي تميز كل مجتمع عن الآخر، والتي تشكل مرجعية وخلفية ثقافية تمثل وقوداً ومحركاً للفرد أثناء ممارسته للأنشطة اليومية، والتي قد يكون من ضمنها تعاطي المواد المخدرة، واعتبارها بمثابة مكون في سلوك النمط اليومي

للفرد، حيث توجد ثقافات تقاوم تعاطي المخدرات بشدة، وقد يصل مدى المقاومة إلى درجات عالية وهي التحريم، واعتبار من يقوم بممارسة هذه الأنشطة منبوذا اجتماعيا من مختلف الفئات الاجتماعية، حيث تتكون اتجاهات سلبية نحو المخدرات ومن يتناولها أو يقبل عليها، سواء بطريقة اعتيادية تجريبية، أو بطريقة عرضية مؤقتة، وغالبا ما تأخذ هذه الاتجاهات السلبية الصبغة الدينية (دعبس، 1998، ص152).

إن الإطار الثقافي العام للجماعة أو المجتمع يفرض على الفرد مجموعة من السلوكيات التي اعتادتها الجماعة والفتها ودرجت على ممارستها، ورغم أن بعض المختصين والدارسين يرون أن الاتجاهات الخاصة بالأفراد ضرورية لتفسير الأشكال الاجتماعية للسلوك، وأن الفرد يتعلم لأن يستجيب لثقافته التقليدية، يتعلم لأن يستجيب في طرق مختارة ثقافيا، وفي طرق تراها الثقافة مناسبة ومقبولة (فاروق إسماعيل، 1987، 171) لأدركنا أن شكل ومضمون خبرة الإنسان بالمؤثرات العقلية خبرة منمطة، فمثلا في ثقافة الابو (IBO) في نيجيريا فإن معتقداتهم وأفكارهم المتعلقة بتعامل الناس مع بعضهم البعض، وكيف يشعرون، وقواعدهم السلوكية، وعاداتهم وتقاليدهم، نظرتهم إلى ثمار الكولا وتقييمهم لها وردود الفعل تجاه هذه الثمار (فاروق إسماعيل، 1986، 95)، وفي رواندا يتكامل تعاطي القنب مع النسيج الحضاري بشكل يتيح له أن يسهم بنصيب واضح في كل ما يحدد خصائص الإطار المهيأ للإدمان، يكاد يقتصر تعاطي الحشيش على الرجال من أبناء مجموعة عرقية صغيرة ذات مكانة اجتماعية متدنية ويطلق عليها اسم توا (TWA)، وما يترتب على إدمانهم من الاندفاع في أشكال مختلفة من العنف، وفي قبائل التونجا يتكامل تعاطي القنب مع النسيج الاجتماعي ولكن النمط يختلف، فقد أوضح (جونس) أن تدخين هذا العقار منتشر بين الراشدين بصورة تتيح للأطفال أن يشاهدوا ويعتادوا ظهور آثاره في حياتهم اليومية، وبالتالي هم يتوقعون آثاره عندما يكبرون، وتقضي العادات

الاجتماعية السائدة في ذلك المجتمع بأن تدخين القنب أمر مقبول اجتماعيا لاسيما إذا حدث هذا التدخين في ختام يوم عمل شاق، والتوجه الذهني الذي يحمله الناس هناك نحو العقار يدفعهم إلى توقعات بعينها إذا تعاطوه بهذه الصورة المقننة اجتماعيا، فهم يتوقعون أن يجعلهم أكثر ثقة بأنفسهم وأقرب إلى الزهو وكثرة الكلام ومواصلة الجدل، أما إذا أسرفوا في التدخين فهم يتوقعون أن يغرقوا في النوم (مصطفى سويف، 1987، 10-11).

وعن تعاطي القات في جنوب شبه الجزيرة العربية وشرق إفريقيا يعد إدمانه من الطرق التي تراها الثقافة مناسبة ومقبولة، ففي اليمن مازال للقات مجالس خاصة ذات أصول وتقاليد يقوم فيها الحضور بمضغ أوراق القات ويطلقون على هذه العملية التخزين، ونفس الحال في دول القرن الإفريقي في إثيوبيا والصومال وارتريا وجيبوتي، بل في بعض المناطق من الصومال أطلق عليه تسمية قوت الأولياء لدوره في المساعدة على المثابرة والاستمرار وبذل الجهد في البحث والدرس والدعوة.

نحن هنا بصدد نوع من الخبرة أو التجربة المتكررة بالنسبة للقات، ومن ثم يعد الصغار استجابتهم حين تأتي الفرصة المتاحة في الطرق التي تراها الثقافة صحيحة ومناسبة، لقد سبق وأن ألفوا هذا العقار وأدركوا آثاره في حياتهم اليومية، ويصبح إدمان القات بمثابة نوع من التقليد التلقائي الذي يأتي دون ضغط أو إلهام انه نتاج الخبرة الذاتية المتاحة والمتكررة في سهولة ويسر.

وعلى هذا فإن نظرة المجتمعات للمدمن تختلف من ثقافة إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر

1 - ثقافات تحرم تعاطي المخدرات والمسكرات كالمجتمعات الإسلامية، وبعض طوائف الديانة المسيحية واليهودية.

2 - ثقافات مزدوجة الموقف، حيث التناقض بين المنع والإباحة، مما يجعل أفراد المجتمع في ازدواجية ثقافية نحو المخدرات، كالمملكة المتحدة، والهند، وبعض الدول الإفريقية.

3 - ثقافات متساهلة حيث التراخي العام حيناً، والتشجيع حيناً آخر، مع توفير الإمكانيات لتعاطي المخدرات والمسكرات، كإسبانيا والبرتغال.

4 - ثقافات متساهلة بدرجة كبيرة، حيث لا يوجد منع، بل إباحية مطلقة كاليابان وفرنسا. (سيد منصور، 1986، ص 129-132).

### ج- العوامل الاقتصادية:

#### - عوامل ترتبط ببيئة العمل:

إن تعرض الفرد للعديد من الضغوطات اليومية التي قد تنتج عن التفاعل التلقائي غير المدروس والمقصود في إطار بيئة العمل، سواء كان مع الرؤساء أو المرؤوسين، بما قد يساهم في تكوين خبرات وتجارب ذات تأثير نفسي سيء (Swadi, H 1992, P145) قد يساهم في زيادة معدلات سوء التكيف مع بيئة العمل وانعكاس ذلك سلباً على القدرات التوافقية لديه، ويوصله إلى حالة الإنهاك بعد المقاومة غير المجدية قد تؤدي في محصلته إلى تعاطي الفرد للمواد المخدرة. كما أن عدم قدرة الفرد على الإنجاز وتحقيق التقدم المطلوب في بيئة عمله، خاصة إذا تعرض الفرد إلى عوامل التفضيل أو التمييز أو الاستثناء، لاختلاف اللون أو العرق أو النوع أو السلالة، من المحتمل أن يدفع بالفرد إلى الانسحاب من بيئة العمل، والانفصال عنها عقلياً ومزاجياً والهروب إلى التعاطي وسوء استخدام المواد المخدرة (Tompson, william : 1985).

#### - البطالة:

تعتبر البطالة أحد العوامل المهمة ذات التأثير القوي في تزايد الظاهرة باطراد، وتشكل البطالة أحد أهم المشكلات في أسواق العمل، وهي ناجمة عن تفاعل عدة عوامل، إذ لا يمكن إرجاعها لعامل واحد، فالبطالة تمثل مشكلة فردية يعاني منها الشخص العاطل عن العمل، فقد تنتج عن أسباب فردية مثل

نقص التدريب أو عوامل نفسية أو خلقية، كما أنها مشكلة اجتماعية واقتصادية في الوقت نفسه سواء من حيث أسبابها أو نتائجها.

وهي تعني أن الحالة التي يكون فيها الشخص قادر على العمل وراغبا فيه، وباحثا عنه ولكنه لا يجده (بدوي، 1986، 434). إن عدم توفر فرص العمل المناسبة للأشخاص ذوي القدرات والمهارات المختلفة تؤدي إلى تعاطيهم المخدرات.

ويعرف العاطل عن العمل بأنه الشخص في سن العمل ( الخامسة عشر فأكثر، إلا إذا تبنت الدولة المعينة تعريفا مختلفا لسن العمل) الذي لا يعمل، بالرغم من أنه يبحث بنشاط عن عمل، كأن يسجل نفسه في أحد مكاتب العمل ويتردد عليه باستمرار، أما الأشخاص الذين لا يعملون، ولا يبحثون عن عمل بطريقة نشطة فإنهم لا يعدون عاطلين عن العمل، بل يعدون من السكان غير النشطين اقتصاديا، ويدخل ضمن العاطلين عن العمل كل من كان يعمل ثم أصابته البطالة، وأيضا الداخلون الجدد إلى سوق العمل، أي الذين يبحثون عن عمل لأول مرة (الأمم المتحدة، 1992، ص39).

وتعد مشكلة البطالة من المشكلات التي تعاني منها الدول المتقدمة، والدول النامية على حد سواء، فالبلدان الصناعية المتقدمة التي استطاعت أن تتجاوز الأزمة الاقتصادية الكبرى، أي ما يعرف بالكساد العظيم في فترة الثلاثينيات من القرن العشرين، وأن تتطلق في حركة نمو متواصلة، لم تتجاوز معدلات البطالة أثناء تلك الفترة (3%)، كما استمرت الأجور في ارتفاع، فتمكنت القوى العاملة من تحقيق النجاح، والتمتع بمستوى معيشي مرتفع، إلى جانب حصولها على المزيد من الضمانات، والتأمينات الاجتماعية (الأمم المتحدة، 1997، ص5). وبالرغم من ذلك فقد ارتفعت معدلات البطالة فيها مرة أخرى، حيث أشار تقرير التنمية البشرية الصادر عن الأمم المتحدة لعام 1998 إلى ارتفاع نسبة البطالة في دول العالم المختلفة. فقد بلغ عدد العاطلين عن العمل في بلدان منظمة التعاون والتنمية

في الميدان الاقتصادي 34 مليون عاطل بمعدل قدره (7.1%)، وبلغ معدل البطالة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية (5.4%)، وبلغ في المملكة المتحدة (8.2%)، وذلك عام 1996 (الأمم المتحدة، 1998، ص88-192).

#### 4 - الخصائص النفسية والاجتماعية والاقتصادية للمدمنين:

تظهر الدراسات العربية اثر العوامل النفسية في الإقدام على الإدمان بشكل واضح، فبرغم أهمية العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤدي إلى انتشار الظاهرة، وبرغم ضخامة الإبعاد الاقتصادية والسياسية لها، فإن العامل النفسي يشكل الأساس الذي تقوم عليه أشكال الانحراف بوجه عام، وأشكال الإقدام على الإدمان بوجه خاص، فالعوامل الاجتماعية لا تؤثر على نحو مباشر ما لم تتأثر بها شخصية الفرد، وفي ذلك يجد علماء النفس أن مجموعة كبيرة من العوامل الاجتماعية التي يمكن أن تدفع الأفراد إلى الانحراف وتؤثر فيهم تبقى دون مستوى التأثير بسبب اختلاق الأفراد في طباعهم، وخصائصهم وقدراتهم على تحمل مصاعب الحياة، ومن الطبيعي أن يندفع الأضعف منهم إلى الانحراف والإقبال على إدمان المخدرات لما يجد فيها من حلول لقضاياهم ومشكلاته النفسية، التي تعود في جزء كبير منها إلى القضايا الاجتماعية المحيطة به، بينما يستطيع من يتمتع بخصائص أفضل أن يقاوم الظروف الصعبة والتحديات التي يمكن أن تجابهه، وبذلك تصبح العوامل النفسية بمثابة العوامل الأساسية التي يمكن من خلالها تفسير مظاهر الانحراف عامة، والإقبال على إدمان المخدرات بشكل خاص.

وفي هذا السياق يجد الدكتور علي القائمعي أن عدم التوازن في تأمين الاحتياجات أو كبتها يؤدي إلى الأخطار التي تهدد حياة الفرد، ومنها الانحرافات والمواقف غير المألوفة وغير المستساغة، وتظهر الآثار المترتبة على ضعف إشباع الحاجات في مستويات عديدة، منها ما يقع على الجسم مباشرة،

ومنها ما يقع على الجانب الروحي في حياة الإنسان، ومنها ما يظهر في البعد السلوكي والأخلاقي، ومنها ما يظهر في البعد الفكري والذهني، ومنها ما يظهر في البعد العاطفي والوجداني (القائمي، 1417هـ، ص35).

وقد أولت الدراسات العربية الراهنة اهتماما كبيرا بالعوامل النفسية التي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان على المخدرات بالشكل الذي يؤدي المتعاطي ويسبب له مشكلات صحية لاحقة تفوق في حجمها ما كان يعانيه من أزمات نفسية، ومن ذلك دراسات فاروق عبد السلام، وعبد المنعم محمد بدر، وسعد المغربي، إضافة إلى أعمال عديدة أخرى.

تهدف دراسة فاروق سيد عبد السلام إلى الإجابة على مجموعة من الأسئلة التي تأتي في مقدمتها: ما هي العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان، وما هي المتغيرات النفسية التي تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر، وما هي المتغيرات النفسية التي تطرأ على المدمن عند تنفيذ برامج العلاج، وقد بنيت الدراسة على مجموعة من الافتراضات الأساسية منها:

أن الشعور بعدم الطمأنينة الانفعالية أكثر شيوعا بين مدمني الأفيون. وأن أعراض الانحراف السيكوباتي تشيع بين مدمني الأفيون أكثر من انتشار الأعراض الذهانية أو الأعراض العصابية، وأن الإدمان يبدأ في فترة المراهقة، وأنه هناك علاقة طردية بين الإدمان والنشاط الجنسي. بالإضافة إلى فروض عديدة أخرى. وقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج التي يمكن ذكر أهمها بالشكل التالي (عبد السلام، 1977، 25، وما بعدها):

- يعاني المدمنون من الشعور بعدم الأمن والطمأنينة الانفعالية، ويكون المدمن أكثر عصابية وميلا إلى الذهان أو الانحراف السيكوباتي.

- إن المدمنين بصورة عامة ينتمون إلى المستويات الدنيا من الذكاء، كما أنهم ينتمون إلى الطبقات الدنيا من المجتمع.
- ينظر المتعاطي إلى المستقبل نظرة سلبية سوداوية مضطربة نتيجة تراكم المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعيشها والنتيجة بشكل أساسي عن مداومة الإدمان، وزيادة المرض في الأنا عنده.
- تتمثل صراعاته بشكل أساسي بالامتلاك والنجاح وتحقيق المتعة.
- يعد الفقر بالنسبة للمتعاطي وفقدان القدرة الجنسية من أكثر مصادر القلق التي يعيشها.
- تنتشر الأمية بدرجة كبيرة بين المتعاطين، وهم يزاولون المهن اليدوية غير الفنية، وأنهم من أصحاب الدخل المحدود.
- وتشير نتائج البحوث العلمية كما تذهب إلى ذلك الدكتورة حصة يوسف، إلى أن المتعاطي مسئول عن بداية استخدامه للمادة المخدرة، ذلك أن هناك عدد كبير ممن يتعرضون لذات الظروف التي يتعرض لها المتعاطي ولكنهم لا يقعون في براثن الإدمان مما يدل على وجود عوامل أخرى يمكن أن تكون عوامل مساعدة في انتشار هذا النمط السلوكي، فالحقائق ونتائج البحوث والدراسات تشير برأي الباحثة إلى أن العلماء ذهبوا مذاهب شتى في تفسيرهم لظاهرة التعاطي، ومع ذلك تفيد الباحثة بأن اللجوء إلى تعاطي المخدرات ليس إلا حيلة دفاعية لا شعورية يلجأ إليها الشخص كوسيلة للعلاج الذاتي لمواجهة كيوته وما يتعرض له من إحباط، ويتأكد ذلك خاصة مع من يعانون من اضطرابات في علاقاتهم بأنفسهم وأسرهم والواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه، فهؤلاء برأي الباحثة يعانون من اضطرابات عميقة تشبه أعراض المرض النفسي، وقد تكون أكثر حدة، ولهذا فإن المتعاطي كما يقول أطباء علم النفس أيا كانت سماته الشخصية فهو يتعاطي المخدرات باحثاً عن حل لمشكلاته حتى ولو كانت بأساليب منحرفة (يوسف، 1421، 37).

وأما دراسة سعد المغربي " سيكولوجية تعاطي المخدرات " فقد بنيت على تساؤلين أساسيين هما: هل تختلف شخصية المدمن عن غيره من الأشخاص الأسوياء غير المدمنين؟، ولماذا يقبل المدمن بقوة على الإدمان برغم النتائج الضارة الواقعة عليه وعلى بعض من يحيطون به ( الصواف، 1996، 16). وبغية الإجابة عن هذين السؤالين يقوم الباحث بتنفيذ دراسته على عينتين من المبحوثين، عدد كل واحدة منها (35) شخصا، وكانت الأولى تتعاطى المخدرات وهي مجموعة تجريبية، والأخرى لا تتعاطى المخدرات وهي مجموعة ضابطة ( الصواف، 1996، 16).

وقد خلص الباحث إلى مجموعة من النتائج التي تشير إلى أن الإقبال على التعاطي جاء في القسم الكبير منه إثر عمليات الصراع النفسي التي يتعرض لها الفرد والناجمة عن أنماط غير سوية من التنشئة الاجتماعية.

لقد وجد الباحث أن محاور العلاقات المختلفة مع الأب كانت تقوم على العقاب والقسوة والإهمال والإحباط الشديد والخوف وخيبة الأمل وعدم الثقة بالحياة والنظم والاجتماعية الأمر الذي يؤدي إلى نشوء صراع في شخصية الطفل بين العدوان والخوف من الذات ومن الأب والسلطة لما يجده من قسوة وإحباط وعقاب ومشاعر الإثم، وغالبا ما ينتهي هذا الصراع بكف العدوان والانسحاب والسلبية وفقدان اعتبار الذات، وهنا تصبح الشخصية مهياً لتعاطي المخدرات والإدمان على المخدرات بوصفه عاملاً يساهم في إعادة التوازن إلى الشخصية بتحقيق اعتبار الذات وصرف العدوان برده على الذات (الصواف، 1996، 17).

ويندرج الأمر ذاته على علاقة المتعاطي مع الأم فهي كما يرى الباحث علاقة مزدوجة قائمة على الحب والكرهية في نفس الوقت، فالعلاقة الحبية علاقة اعتمادية لا تلبث أن تنتهي بالهجر والتخلي من جانب الأم وتكون النتيجة صراع بين الحاجة والاستقلال والتمايز والحاجة إلى الاعتماد، والخوف من

الهجر والتخلي وفقدان الحب، ويظهر أثر المخدر في كونه يسهم في حل صراعات الاعتماد حيث يصبح بمثابة السند، وموضوع الحب الذي يرتمي المدمن في أحضانه يتهياً أن يكون المحب والمحبوب معاً، وكأن لسان حاله يقول: "لست في حاجة إلى احد" (الصواف، 1996، 17).

كما بنى محمد رشاد كفاقي دراسته لتعاطي الحشيش على مجموعة الحشيش على مجموعة من الافتراضات العلمية التي ترى أن عملية التعاطي ما هي إلا نتيجة لمجموعة من الاعتبارات النفسية التي يعيشها المدمن، الأمر الذي يدفعه إلى هذا السلوك لما يحققه له من وظائف نفسية تجعله يعيش حالة من الاستقرار والتوازن النفسي، وقد جاءت نتائج هذه الدراسة لتؤكد مجموعة من النتائج التي تأتي في مقدمتها (كفاقي، 1985، 41):

- يشعر متعاطي الحشيش في حال الحرمان بالتوتر الشديد الناجم عن الإحباط، كما يستشعر الحصر والاكنتاب والعجز وفقدان الأمان.

- الشعور القوي بالرغبة في مرضاة الأنا الأعلى الذي يقوم بالحجر على رغبات الهو بينما نجده في الحال المعتاد أكثر تعاطفاً مع مطالب الأنا الأعلى.

- يشعر المتعاطي بعدم الكفاية والقدرة على التعامل مع الواقع الخارجي وإقامة العلاقات مع الآخرين، ويصبح غير راغب في عملية التواصل الإنساني، مما يجعله ينظر إلى المخدر على أنه الوسيلة المناسبة للتعامل مع الواقع والتفاعل معه.

- يصاب المدمن باضطراب في البدن.

- يقترب البناء النفسي لمتعاطي الحشيش مع البناء النفسي لمريض الهوس والاكنتاب.

- وفي دراسة محمد رمضان محمد مصطفى "تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم" يبني الباحث دراسته على الافتراضات الرئيسية التالية (مصطفى، 1982، 45):

- سوء العلاقة بين الفرد ووالديه يؤثر على البنية النفسية لديه (سيكولوجيته) ويدفعه نحو التعاطي.
- اعتماد الفرد على والديه بشكل تام يؤثر على نفسيته في سن الرشد ويدفعه إلى التعاطي عندما يعجز في التخلص من الاعتماد على والديه.
- اختلاف أسلوب التربية بين الوالدين يؤثر على نفسية الأبناء ويدفعهم إلى تعاطي المخدرات.
- وقد خلص الباحث إلى جملة من النتائج كانت أهمها أن المدمن يعاني بالفعل من مشكلة الاضطراب وفقدان الهوية، ويعود ذلك إلى اضطراب علاقته مع أمه بالدرجة الأولى. وخاصة علاقة الذكور مع أمهاتهم. أما علاقة المدمنين مع آبائهم فتوصف غالباً بالتمرد والعصيان، وبالنظر إلى أنه لا يستطيع أن يقيم علاقات وثيقة مع الآخرين إثر تحطم صورة الوالدين بالنسبة له فهو يفتقر إلى القدرة على الوصول إلى الحب بشقيه الشهوي والحنان، فيجد ذلك في جلسات التعاطي التي توفر له إمكانية تحقيق الشهوة أكثر من الحنان. (الأصفر، ص 80 إلى 85)
- وتأتي أسباب الإدمان من الناحية الذاتية التي يشرحها محمد سلامة غباري قريبة من الأسباب التي يشرحها الآخرون، فأسباب الإدمان كما يرى يمكن إيجازها فيما يلي: خلل المستقبلات العصبية في خلايا الجسم، وخلل الهرمونات العصبية، ومحاولة إحداث التكيف البيولوجي للجسم، والهروب من الواقع المؤلم، والأمراض العقلية، واضطرابات الحب وعدم إشباع الرغبات وفقدان الشعور بالثقة، وضعف الذات، والانحراف في إشباع الدوافع والرغبات، والمشاعر السلبية إزاء الآخرين، والأمراض النفسية والدافع الجنسي وغيرها (غباري، 1991، 41).

## 5- الآثار الناجمة عن انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات:

تعد المخاطر المترتبة على انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بمثابة الدوافع الحقيقية التي تدفع الباحثين والمعنيين بأمن البلاد وأصحاب السلطة والقرار إلى البحث عن العوامل التي تؤدي إلى انتشار الظاهرة، وما يترتب عليها من آثار ضارة على مستوى الفرد المتعاطي نفسه، وعلى مستوى أسرته ومجتمعه وبلاده، ويصنف الباحثون المعنيون بالمخدرات آثارها في أربعة مستويات أساسية، يتعلق الأول بالآثار الصحية على المريض المتعاطي نفسه، ويرتبط الثاني بالآثار الاجتماعية، ثم الآثار الاقتصادية، والآثار المتعلقة بارتباط ظاهرة انتشار المخدرات بالجرائم الأخرى التي يقدم عليها بعض أفراد المجتمع.

## أ- الآثار الصحية الناجمة عن التعاطي:

تكشف الدراسات العربية المتنوعة عن مجموعة كبيرة من الآثار الصحية التي تصيب المدمن، مع أن نسبة الأضرار التي تترتب عن التعاطي تختلف بين الأفراد باختلاف طبيعة الإدمان وطبيعة المواد المستخدمة في الرادمان، وطبيعة الشخص المدمن نفسه، وغير ذلك من الاعتبارات، الأمر الذي يدل على صعوبة تحديد الآثار التي يمكن أن تترتب عن التعاطي بشكل مباشر، وقد تناول عدد كبير من الباحثين الآثار الصحية للإدمان، ويندر أن ينتشر كتاب أو بحث إلا ويتناول الآثار الصحية المترتبة عن التعاطي بشكل مباشر تارة، وبشكل غير مباشر تارة أخرى، ومن ذلك على سبيل المثال ما كتبه عبد المنعم محمد بدر، وحصه يوسف، ومحمد حجازي، وعبد العزيز بريثين، وغيرهم.

ويشير عبد المنعم محمد بدر إلى المضار الصحية المترتبة على تعاطي المخدرات ويجد ذلك بصورة عامة في تدهور الصحة العامة للمتعاطي، والتي تبدو آثارها في الأعراض الرئيسية التالية: (بدر،

(1987، 20)

فقدان الشهية للطعام، وغالبا ما تؤدي هذه إلى نتائج آخر مثل/ النحافة الهزال والضعف العام، مصحوبة باصفرار الوجه أو اسوداده، ويجد الدكتور بدر أن هذه تؤدي كذلك إلى قلة الحيوية والنشاط، وحدث دوار وصداع مزمن، واختلال في التوازن والتأزر العضلي العصبي، واضطراب وظيفي في حواس السمع والبصر.

التهيج الموضوعي للأغشية المخاطية للشعب الهوائية.

- اضطراب الجهاز الهضمي.

- إتلاف الكبد.

- الإصابة بالسرطان.

- اضطراب في الإدراك الحسي العام.

- اختلال في التفكير العام وصعوبته وبطئه.

- اختلال في الاتزان.

- اضطراب الوجدان.

- العصبية الزائدة والحساسية الشديدة والتوتر الانفعالي.

فبالإضافة إلى المخاطر الاجتماعية التي تؤدي إلى التفكك الاجتماعي والأسري، وانحلال بنية التنظيم فإن تعاطي المخدرات يؤدي إلى فقدان الوعي بدرجات مختلفة، والغيوبية ثم تعقبها الوفاة في كثير من الأحيان، فالمخدرات تدخل في جسم الكائن الحي وتعمل على تعطيل واحدة أو أكثر من وظائفه (بسيوني، 1990، 25).

وفي سياق شرحها للأثار المترتبة على تعاطي المخدرات تجد الدكتورة حصة يوسف أن المخدر أي كان نوعه يؤثر سلبا على أجهزة الجسم المختلفة من الناحيتين العضوية والوظيفية، فمن خلال

الملاحظات المتتابة يتصف المدمن عن غيره من الأشخاص بسمات عدة منها: الضعف والهزال في بنيته، وفقدان الشهية للطعام، ومظاهر الخدور والتعب بعد الاستيقاظ من النوم، وعدم الرغبة في الذهاب إلى العمل أو المدرسة عندما يكون المتعاطي طفلاً، والميل للخروج من المنزل كثيراً، وميله للوحدة والانطواء والعزلة في المنزل، وشعوره بالحزن والقلق حتى أيام السعادة واضطراب في الوظائف العقلية من حيث الإدراك والتفكير والتذكر والتخيل، بالإضافة إلى شحوب الوجه واحتقان العينين وظهور بقع على الجلد وتلف في عضلات الأنف بالنسبة للمتعاطين عن طريق الشم، وغير ذلك من الآثار (يوسف، 1421، 37). كما تجد الباحثة أن تعاطي المواد المخدرة يجعل من شخصية المتعاطي شخصية غير سوية، هابط الأخلاق والمبادئ والقيم الدينية، فالإيمان والعقيدة والعبادة أمور لا يتسع لها عقل المتعاطي (يوسف، 1421، 38).

أما الدكتور محمد حجازي فيرى أن أكثر المضاعفات المترتبة على تعاطي المخدرات انتشاراً تتمثل في التهابات الكبد الوبائي، والالتهابات الخلوية، ومرض الزهري، والايذز، والتهابات عضلة القلب، واضطرابات ضربات القلب، والمضاعفات في الدورة الدموية، والفشل الكلوي والاكئاب والجنون، والأمراض العضوية في المخ، وغيرها (حجازي، 1241، 58).

كما يشرح د. إبراهيم الجندي بعضاً من الآثار النفسية والتي يلخصها بأن المخدرات قادرة بالفعل على استعباد الإنسان، وتجعل المدمن غير قادر على أن يعيش حياة طبيعية نظراً لتأثير الإدمان في طموحاته وأماله والتزاماته اتجاه نفسه وأسرته ومجتمعه، فالمخدرات لها أثر مدمر على الصحة العقلية والنفسية للمدمن، فهي تؤدي إلى إخماد جذوة الفكر وقتل الإرادة وإضعاف الشخصية، كما أنها تذهب بالأخلاق الفاضلة وتؤدي إلى الانحلال وانهيار القيم، حيث يفقد الاهتمام الطبيعي بصحته من حيث

الغذاء والنظافة والرعاية الصحية في حالة المرض ويكون كل اهتمامه منصبا على المخدر بأية وسيلة(الجندي، 1421، 59).

وفي حديثه عن الآثار الصحية لتعاطي المخدرات يشير الدكتور عبد العزيز البريثين إلى أن العقار يؤثر في جهاز المكافأة بالمخ، وذلك من خلال عملية التعزيز التي تتباين بحسب عدد مرات التعاطي، وبحسب الكميات التي يتم تعاطيها وحينما يتعود الجسم على المخدر، وتفقد الأعضاء إمكانية عملها بدونه تحدث عملية الانسحاب حيث تستشعر المستقبلات الموجودة في الجسم بعدم وجود المخدر، إلى أن يتعاطى المريض المخدر فتعود وظائف الجسم لطبيعتها معه. غير أن بقاء المخدر في الجسم أمر يختلف بين عقار وآخر، فالمورفين مثلا يبقى فترة أطول من الهيروين، وذلك بحسب تركيبة وطبيعة بنيته(البريثين، 1423، 67).

#### ب- الآثار الاجتماعية للتعاطي:

تعد الآثار الاجتماعية المترتبة على تعاطي المخدرات موضوعا أساسيا من المواضيع التي أخذ الباحثون بإظهارها وشرحها في معظم الدراسات الاجتماعية، ومن ذلك على سبيل المثال ما قدمه محمد سلامة غباري، وإسماعيل غنيم ومحمد مياسا، وغيرهم. ويجد محمد سلامة غباري أن مشكلة الإدمان هي مشكلة اجتماعية بالدرجة الأولى، وتعاني منها الفئات الاجتماعية على اختلاف مستوياتها الاقتصادية والثقافية والتعليمية، وأن لهذه المشكلة أبعاد اجتماعية عديدة منها: (غباري، 1991، 33)

تأثير الإدمان على الأسرة حيث يؤدي إلى تفكك الأسرة وضعف الروابط الأسرية وزيادة المشكلات الزوجية والتي تنتهي في كثير من الأحيان إلى تدمير الأسرة وفراق الزوجين وضياع الأبناء.

تردي الوضع المعيشي للأسرة وانخفاض مستوى معيشتها، وبالنظر إلى كون الأب يشكل نموذجا سيئا بين أبنائه فليس غريبا أن يندفع الأبناء إلى الطريق نفسه الذي سلكه الأب، وبخاصة إذا كان النموذج يسوغ عملية التعاطي ويجد لنفسه التي تقنعه، وتلتفت حوله جمهرة من رفاق السوء.

معاناة المدمن من الأعراض النفسية والجسمية السيئة التي تنعكس أثارها على الأسرة برمتها، فيهمل نفسه وصحته وينطوي على ذاته، بالإضافة إلى كونه يتصف بالعصبية والعنف، فيؤثر بذلك على المحيطين به ضمن الأسرة وخارجها من أصدقاء وأقارب وجوار. كما يتناول إسماعيل غنيم مجموعة من الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات يوجزها في المخاطر الرئيسية التالية (غنيم، 1991، 62):

- تهديد الدين والقيم والمعتقدات.

- تهديد الأخلاق والروابط الاجتماعية والأسرية وتفكك الأسرة والروابط الأسرية وجنوح الأحداث وانحراف الشباب.

- تهديد صحة أفراد المجتمع ونشر الأمراض النفسية والعقلية والعصبية والجنسية واختلال الصحة العامة مما يجعل تلك المجتمعات مريضة خلقيا وصحيا، وتحتاج إلى بذل الطاقات والجهود الكبيرة لعلاجها.

- اختلال الأمن الاجتماعي وزيادة أنواع الجريمة بأسرها، لأن حاجة المدمن للإدمان وعدم قدرته على تأمينها وما يترتب على ذلك من تغيير في نفسيته كل ذلك يدفعه إلى ممارسة أنواع يدفعه إلى ممارسة أنواع يدفعه إلى ممارسة أنواع أخرى من الجرائم وأنماط السلوك التي يعاقب عليها القانون، ومن ذلك على سبيل المثال: - القتل العمد أو الخطأ، حيث يذهب ضحيته إنسان.

- السرقة والسلب بالقوة والاحتيال والغش.

- ممارسة أعمال العنف.

**خلاصة:**

تعد ظاهرة الإدمان على المخدرات من بين الظواهر الاجتماعية التي لاقت الكثير من البحث والدراسة والاهتمام، من قبل الباحثين والمفكرين في شتى التخصصات العلمية، ليخلف ذلك تراثا فكريا ورصيدا معرفيا تجلى في أعمال العديد من المنظرين والمختصين، برز في العديد من النظريات العلمية التحليلية منها والبيولوجية والسيكولوجية ذات البعد الفردي في التحليل، والاجتماعية والثقافية والايكولوجية والاقتصادية وغيرها ذات البعد البيئي الاجتماعي، وهو ما يؤكد على وجود اختلاف في التفسيرات والتحليلات للظاهرة، فمنهم من يرجعها إلى عوامل فردية وأخرى اجتماعية لتكون في الأخير محصلة الاتجاه التكاملية.

الجانب الميداني

## الفصل الخامس: الطريقة والإجراءات الميدانية للدراسة.

- تمهيد.
- المنهج.
- أدوات جمع البيانات.
- مجتمع الدراسة والعينة.
- القواعد والقياسات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.
- المجال الزمني للدراسة.
- صعوبات الدراسة.
- خلاصة.

**تمهيد:**

يتناول هذا الفصل الإطار المنهجي للدراسة الميدانية وإجراءاتها ونوع المنهج المستخدم ومبرراته، ثم أدوات جمع البيانات الميدانية، ثم تحديد مجتمع الدراسة أو الإطار العام الذي تسحب منه عينة الدراسة مع تحديد نوع العينة ومبررات استخدامها وكيفية استخراج المفردات، ثم تعرض إلى الأساليب والقياسات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات، وتحديد مجالات الدراسة الميدانية وصعوبات الدراسة، وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية التي تهتم بجمع وتلخيص الحقائق المرتبطة بطبيعة فئة من الناس أو بوضعهم، أو بعدد من الأشياء أو قطاعات من الظروف، أو سلسلة من الأحداث، أو منظومة فكرية، أو نوع من الظواهر أو القضايا أو الموضوعات، (داوود عزيز، 2006، ص7).

أما في إطار البحث الميداني لهذه الدراسة فقد تمّ استخدام طريقة المسح الاجتماعي بالعينة، التي تعد واحدة من الطرائق الأساسية المستخدمة في البحوث الوصفية التحليلية التي تنتمي إليها هذه الدراسة، وهي من أكثر طرائق الدراسات الاجتماعية ملائمة للواقع الاجتماعي وخصائصه، إذ من خلالها يمكن دراسة أبعاد الظاهرة الاجتماعية وتشعباتها في المرحلة الراهنة، بطريقة المقاربة المقطعية الراجعة التي تعتمد على ذاكرة المبحوث بشأن تجاربه الشخصية السابقة فضلاً عن المقاربة المقطعية الحاضرة، فقد استجمع الباحث المعلومات الكمية من الميدان الحقيقي للمشكلة بالنسب التمثيلية المنطقية، التي تقدم له وصفاً رقمياً يبين الخصائص السوسولوجية والثقافية لمدمني المخدرات بالصيغة التي تحددها نظريات الاختبارات والمقاييس للعلوم الإنسانية، مبيّنة خصائص هذه الفئة ومميزاتها ليس بمجرد الوصف فقط، بل باستخلاص الدلالات والمعاني التي تعطيها البيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها من قراءات التحليل الإحصائي الذي ربط هذه الظاهرة بالمتغيرات التي يستند عليها المحلل.

(إبراهيم عبد الوهاب، 1985م ص40)

**1- المنهج:**

يعني المنهج عدة أدوات استقصائية تُستعمل في استخراج المعلومات من مصادرها الأصلية والثانوية، البشرية والمادية البيئية والفكرية، تنظم بشكل مترابط ومنسق لكي تُفسر وتُشرح وتُحلل ويُعلق عليها (معن خليل وآخرون، 2006، ص96)، فلكل ظاهرة أو مشكلة بعض الخصائص التي تفرض على الباحث منهجاً محدداً لدراستها، ويمكن للباحث أن يستخدم مناهج عديدة وطرائق متكاملة تعينه في تحقيق هدفه العلمي، وفي هذه الدراسة سوف يستعين الباحث بالمنهج الوصفي التحليلي.

**المنهج الوصفي التحليلي:** وهو المنهج الذي يتناول الأبحاث والدراسات التي تَبحث فيما هو كائن الآن في حياة الإنسان أو المجتمع من ظواهر وأحداث وقضايا معينة، ويستخدم هذا المنهج طرقات وأدوات عدّة لجمع الحقائق والمعلومات والملاحظات، منها المقابلة والاختبار والاستفتاء (عزيز داوود، 2006، ص6)، ولما كانت الدراسة الحالية تسعى إلى الكشف عن الخصائص السوسيوولوجية والثقافية والاقتصادية للمدمنين على المخدرات، والحصول على بيانات يمكن عرضها وتحليلها وتفسيرها؛ فإن المنهج الوصفي التحليلي هو المنهج الأنسب والأكثر ملاءمة لهذه الدراسة؛ لأنه لا يتوقف عند حدود الوصف، بل يذهب إلى أبعد من ذلك، فيحاول وصف وتحليل الظاهرة المدروسة، وتفسيرها والخروج بنتائج يمكن تعميمها.

**2- مجتمع الدراسة:**

يتكون مجتمع الدراسة من مدمني المخدرات الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون بالبلدية خلال فترة الدراسة الميدانية، وتتباين التقديرات لعدد المدمنين على المستوى الوطني، رغم العديد من الدراسات التي حاولت الإحاطة بالرقم التقريبي للمدمنين، إلا أنها تبقى بعيدة عن العدد الحقيقي لهؤلاء، وتبقى الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر، التي أنجزها كل من

الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010 مسح وطني شامل، الأكبر باعتبارها مست أغلب مناطق الوطن واستهدفت أكبر عدد من الأفراد 9240 أسرة بمجموع 48708 فردا موزعين على 46 ولاية منهم 44387 يعيشون في المناطق الحضرية، وتوصلت إلى أن مجموع مستهلكي المخدرات في الجزائر بلغ 302967 متعاطي، منهم 23000 مستهلك للمخدرات الصلبة، وكانت نسبة تعاطي المخدرات وطنيا 1.15%. (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات: 2010، ص 42)

### 3- عينة الدراسة:

العينة هي جزء صغير من مجتمع البحث يتم اختياره منظماً أو عشوائياً، على أن تكون العينة ممثلة لمجتمع البحث تمثيلاً إحصائياً صادقاً لكي نتمكن من تعميم نتائج الدراسة الميدانية على المجتمع بأكمله، (عماد عبد الغني، 2002م ص70).

وعلى اعتبار أن الدراسة تتناول موضوعاً يعد من الطابوهات التي يصعب تناولها والخوض فيها، بالنظر لحساسية الموضوعات المتعلقة بسلوك تعاطي المخدرات والإدمان عليها، ولأن هذا السلوك مخالف لتعاليم الدين ونص القانون ولقيم وأعراف المجتمع وعاداته وتقاليده، فإنه من الصعوبة بما كان إقناع فئة المدمنين بضرورة البوح بخصوصياتهم والحديث عن أسرارهم الخاصة والمتعلقة بعالمهم، فهي فئة منغلقة على نفسها وهو ما يعقد من التواصل معهم وأخذ المعلومة منهم، لذلك تم الاعتماد على العينة العمدية، حيث يكون من الصعب معرفة حجم مجتمع الدراسة الكلي، وكذا الوصول إلى أفرادها واللقاء بهم وكشف خباياهم وأسرارهم، لذلك يقوم الباحث بالاعتماد على الحالات التي يتحصل عليها في الوصول إلى حالات أخرى مشابهة من نفس مجتمع الدراسة لتحقيق العدد المطلوب في عينة الدراسة، والذي يمثل وحدات مجتمع البحث بالصفات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمهنية التي يهتم بها البحث العلمي، وبالنسبة لهذه الدراسة تتألف عينة البحث من (341) مفردة،

المتردددين والخاضعين للعلاج بمصلحة الوقاية والعلاج من الإدمان بمركز فرانتز فانون بالبلدية ذكورا وإناثا، وقد بلغ عدد الذكور الذين طبق عليهم الاستبيان (335) مدمننا، وعدد الإناث (6) مدمنات، وبالتالي فإننا نعتقد أن هذه العينة ستلبي حاجة الدراسة وأهدافها.

#### 4- مجالات الدراسة:

إنّ مجالات الدراسة هي النطاق الذي أجريت فيه الدراسة، ويعتبر تحديد مجالات الدراسة ضرورة تستوجبها مرحلة التعميم وارتباط النتائج بالإطار الزمني والمكاني للظاهرة المدروسة، فالتعميم وبالرغم من انه يرتبط أوثق الارتباط بطريقة اختيار العينة ومدى تمثيلها للمجتمع، إلا أنه يتحدد أيضاً بمجال الدراسة جغرافياً وزمناً (الأخرس، 1989م ص310).

وينقسم مجال الدراسة إلى ثلاثة مجالات فرعية: هي المجال الجغرافي، وهو المكان أو المنطقة التي يجري فيها البحث، والمجال البشري، أي الأفراد الذين يعيشون في المجال الجغرافي، ثمّ المجال الزمني، والمقصود به المدة الزمنية التي استغرقها البحث منذ البدء به وحتى نهايته والخروج بالنتائج والمقترحات، وفي هذه الدراسة كانت المجالات المذكورة أنفا كما يأتي:

أ- **المجال المكاني:** المركز الخاص بالوقاية ومكافحة الإدمان على المخدرات فهو عبارة عن مصلحة تابعة لمستشفى فرانتز فانون بالبلدية "CHU BLI DA Fr ant z Fanon" ويقع هذا المستشفى شمال غرب ولاية البلدية يحدها من الشمال بلديات وادي العلايق و بني تامو، وجنوبا بلدية بوعرفة، والشريعة، أما شرقا بلدية أولاد يعيش و يعود وجود هذا المستشفى إلى سنوات الثلاثينيات إبان الحقبة الاستعمارية الفرنسية بالجزائر، وقد اختيرت منطقة غرب البلدية لتكون مكانا لضم فئة المتخلفين عقليا، وفي سنة 1993 عرف أول دخول للمرضى بوجود مصلحتين فقط، وبعد مجيء الدكتور "فرانتز فانون" Fr ant z Fanon وضعت خطة محكمة لعلاج هؤلاء المرضى، و

بالتالي ازدهرت شهرة هذا الدكتور فسمي باسمه، وفي سنة 1985 أدخلت إلى المستشفى عدة اختصاصات كما أعيد النظر في تسمية المستشفى إذ أصبح يدعى "المركز الاستشفائي الجامعي" وحدة فرانتز فانون" وهو يعتبر من المستشفيات الكبرى في الجزائر، إذ يحتوي على عدة مصالح مختلفة، وهي طب و جراحة الأعصاب مصلحة أمراض القلب، طب العيون الأنف والحنجرة مصلحة الإنعاش، مصلحة التدريب الوظيفي، مصلحة الإعانة الطبية النفسية لضحايا الإرهاب، مصلحة مكافحة السرطان وقسم خاص بالأمراض العقلية الذي يشتمل على ثلاث فئات كالتالي

- عشرة مصالح خاصة بالرجال

- ثلاث مصالح خاصة بالنساء

- مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان

**التعريف بمصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان:** تقع هذه المصلحة في مستشفى "فرانتز فانون" وتعتبر أول مصلحة مختصة في مجال الوقاية ومكافحة المخدرات والإدمان، وقد دشنت سنة 1994، وتتكون هذه المصلحة من العديد من الموظفين والمختصين والإداريين والفنيين يسهرون على تسيير المصلحة عن طريق مجلس الإدارة، وينقسم هؤلاء إلى أكثر من (35) موظف حسب أعمالهم من موظفين وإداريين ومساعدين بحيث نجد طبيبان مختصان في الأمراض العقلية، وطبيبان وخمس مختصين في علم النفس العيادي، ومختصان في علم الاجتماع وستة ممرضين ذو شهادة كفاءة، وسكرتيرة شبه طبي، وأربع مرببين وأربع عمال مكلفين بالنظافة، والقائم على هذا الفريق هو بروفيسور وهو مدير هذه المصلحة، ويلتحق بالمصلحة حوالي (250 إلى 332) مدمن شهريا، من الجنسين الذكور والإناث غير أن وجود الإناث يكاد يكون ضعيفا، إذ يلتحق بالمصلحة من (06 إلى 08) مدمنات شهريا. ويدوم الاستشفاء بها مدة (21) يوم حتى شهر كعلاج داخلي، وتبقى هناك متابعة بعد خروج المبحوث، وهناك من ينتكس يعود إلى المخدرات ويضطر إلى إعادة الإدماج من جديد.

**ب- المجال البشري:** أجريت هذه الدراسة على مجموعة من مدمني المخدرات بالمركز الإستشفائي فرانتز فانون، مصلحة التكفل وإزالة التسمم، حيث يتردد يوميا العديد من المدمنين من مختلف مناطق الوطن على المصلحة للعلاج من الإدمان، من الجنسين ذكور وإناث، إذ يخضع المدمن لفترة علاج واستشفاء بالمركز تمتد لمدة 21 يوم، إلى غاية شهر كعلاج داخل المركز، والعلاج بالمركز ليس إلزاميا أو إجباريا على المدمنين الذين يرغبون في العلاج من الإدمان على المخدرات بالمركز. وحسب الأخصائية النفسية العاملة بالمركز فإن عدد المترددين على المركز يصل في بعض الأحيان في اليوم الواحد إلى أربعين طالب للعلاج فأكثر\*.

**ج- المجال الزمني:** المقصود به المدة التي استغرقتها البحث من تاريخ البدء به حتى نهايته في صياغة وعرض المقترحات، ويتحدد هذا المجال وفقاً لما استغرقت مراحل البحث، بدءاً من مرحلة الإعداد النظري ومرحلة الإعداد للدراسة الميدانية وتنفيذها ثم التحليل الإحصائي والانتهاج منها واستخلاص النتائج وعرض المقترحات، وقد استغرقت مرحلة الدراسة الميدانية لدى الباحث من تاريخ المباشرة بها ثمانية أشهر تقريبا وذلك بدء من شهر سبتمبر من عام إلفين وخمسة عشر (2015/09) إلى غاية شهر أفريل من عام إلفين وستة عشر (2016/04).

## 5- أدوات جمع البيانات:

### أ- أداة الاستبيان:

استمارة الاستبانة عبارة عن أداة مهمة من أدوات البحث، وهي الوسيلة التي تجمع بين الباحث والمبحوث، وتوجه المداولة والمحاورة بينهما، إذ إنّ الباحث يروم جمع المعلومات والمبحوث يزوده بتلك المعلومات، ولا يمكن أن تتحقق عملية المقابلة بدون استمارة الاستبانة لأن ما يدور بينهما، من

\*-مقابلة أجريت مع أخصائية نفسية بمركز فرانتز فانون خلال إجراء الدراسة الميدانية وهي (الأخصائية التي ساعدتنا في الدراسة)

أسئلة مدون في الاستمارة المذكورة، وبالتالي فهي مصدر الباحث لجمع المعلومات والبيانات من الميدان (الحسن، 1986م ص 65 و 67).

وتعني تقنية مباشرة للتقصي العلمي تستعمل إزاء الأفراد وتسمح باستجوابهم بطريقة نصف موجهة والقيام بسحب كمي؛ يهدف إلى إيجاد علاقات رياضية والقيام بمقارنات رقمية (موريس أنجرس، 2006، ص 167).

أوهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة يتم الإجابة عليها من طرف المستجوبين، إذ يقوم المستجوبين بقراءة هذه الأسئلة ثم يحددون توقعاتهم، ثم يجيبون على الأسئلة (Ranjit K. 2005. p126). وقد تكون أسئلة الاستبيان مغلقة أو مفتوحة (ibid. p 132). وقد قام الباحث بالمزج بينهما.

وقد تم بناء أداة الاستبيان (وهي الأداة الأساسية) للكشف عن الجوانب المقصودة في الدراسة والمحددة على مستوى الفرضيات، وقد ضم عدد من المحاور يمكن تناولها بشكل مفصل على النحو التالي:

**المحور الأول:** ويشمل البيانات الأولية أو الشخصية: الجنس، السن، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي.

**المحور الثاني:** واشتمل على بيانات خاصة بالظاهرة المدروسة (إدمان المخدرات) وضم (08) أسئلة تتعلق بـ: كم كان عمرك عند بداية التعاطي، المتسبب في التعاطي، نوع المخدر المتعاطي، مكان التعاطي، مع من يتم التعاطي، مدة الإدمان، عدد مرات التعاطي، الطريقة التي تستخدمها بشكل أكثر في التعاطي.

**المحور الثالث:** وتعرض لطبيعة الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية، وضم (18) سؤال تتعلق بـ: مكان الإقامة، الحالة الزوجية للوالدين، ترتيبك في الأسرة، المستوى التعليمي للوالدين، المهنة، عدد أفراد الأسرة، الدخل الشهري بالدينار، التصرف عند عدم كفاية الدخل، الحصول

على مساعدات من الغير، العمل بصفة دائمة، إعالة الغير والأفراد المعالين، عمل الزوجة، عدد الأطفال، نوع السكن، الحي الذي تقطن به، نوعية السكن، مصدر الحصول على المخدرات، تكلفة المخدر.

**المحور الرابع:** ويكشف عن الوضع الثقافي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية: وجود مشكلات بالحي السكني، العلم بحرمة المخدرات، الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك، النظرة لتحقيق الأهداف، النظرة لفرص النجاح التي يوفرها المجتمع، مدى موائمة ثقافة المجتمع لطموحاتهم، النظرة لقيم المجتمع، القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع، هل الأسرة محافظة، الثقافة الدينية، تصرف الوالدين عند الإخلال بالعبادات، الأهداف المنشودة وسهولة أم صعوبة تحقيقها، مستوى الثقافة الدينية وأداء الصلاة، المواظبة على صلاة الجماعة، تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء، قضاء وقت الفراغ، البرامج التلفزيونية المشاهدة، الأسباب التي دفعتك للتعاطي، الغاية من الإدمان على المخدرات، الإدمان لنسيان المشاكل، هل تعتقد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع، هل إدمان المخدرات لا يحط من قيمة الإنسان وما إذا كان منبوذا اجتماعيا، وضم هذا المحور (22) سؤال.

### - صدق الاستبيان

يعرف الصدق بأنه: قدرة الأداة لقياس ما صممت لقياسه. كما يعرف بأنه: هو الإجابة على السؤال: هل نحن نقيس ما نفكر لقياسه؟ (ibid , p 155). وتمّ التأكد من صدق الأداة من خلال عرضها على مجموعة من الخبراء والمحكمين من ذوي التخصص، والخبرة، والكفاءة العلمية، لإبداء رأيهم وتقييمهم للاستبيان، سواء من حيث مدى مناسبة فقراته لأهداف البحث أو من حيث مدى دقة الفقرات ووضوحها من ناحية الصياغة اللغوية، ومدى تغطيتها للجوانب والمجالات المقصودة بالدراسة، كما طلب منهم أيضا إضافة الفقرات التي يرونها مناسبة، أو حذف بعض الفقرات التي لا

تتناسب مع طبيعة وهدف البحث، وبناء على ملاحظات المحكمين، تم إجراء التعديلات اللازمة والممكنة حتى ظهرت الأداة في صورتها النهائية.

#### - ثبات الأداة:

لمعرفة مدى ثبات الأداة فقد استخدم الباحث الطريقة الأكثر شيوعاً في اختبار ثبات أدوات جمع البيانات وهي الاختبار وإعادة الاختبار، بحيث طبق الاستبيان على (15) مستجوب، وبعد مدة أسبوع أعيد تطبيقه مرة أخرى وعلى نفس المستجوبين وفي نفس الظروف تقريباً.

#### ب- الملاحظة:

تعتبر الملاحظة من أهم أدوات المستخدمة في البحث الاجتماعي ومصدراً أساسياً لموضوع البحث، والملاحظة هي الرؤية بالعين مع تقصد الفحص والمراقبة. (ريمون كيني، لوك فان كامبنهود، 1997، ص 202) وهي إحدى طرق جمع البيانات الأولية باعتبارها طريقة منهجية نظامية للمشاهدة والاستماع للظاهرة كما هي موجودة في عين المكان. (Ranjit K., op cit. p119) وقد استخدم الباحث نوعين من الملاحظة هما:

#### - الملاحظة البسيطة (العادية - الطبيعية):

وقد لجأ الباحث إلى هذا النوع من الملاحظة لتسجيل بعض الملاحظات خاصة ما يتعلق بالجانب المظهري لأفراد عينة الدراسة، من خلال طريقة إجابتهم وردت فعلهم وتفاعلهم مع طريقة طرح الأسئلة والاستفسار عن بعض الإجابات.

- **الملاحظة بالمشاركة:** وهي الملاحظة التي يشارك فيها الباحث في أنشطة الجماعة التي يريد ملاحظتها بوصفه عضواً فيها، وسواء كانوا على معرفة بذلك أم لا. وقد لجأ الباحث إلى هذا النوع من الملاحظة لرصد ردود أفعال المدمنين في جلسات العلاج مع الأخصائية النفسانية.

### ج- المقابلة الشخصية:

وتعد المقابلة الشخصية من الأدوات الأكثر استخداما في العلوم الاجتماعية لمرونتها، وتعرف على أنها: تفاعل لفظي بين فردين في موقف المواجهة (الحسن، 1986م ص83)، كما يعرفها بنغهام بأنها: المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها. فهو يقصد بهذا المعنى أن المقابلة تشير إلى المحادثة بين شخصين أو أكثر عن طريق المواجهة، ومن جهة ثانية تكون هذه المحادثة موجهة نحو هدف محدد.

لذلك ارتأينا استخدام هذه الأداة مع المدمنين الذين يتلقون العلاج بالمركز، حيث وجهنا لهم بعض الأسئلة المفتوحة وفسحنا لهم المجال للإجابة عليها بكل حرية، حيث ساعدتنا تلك الإجابات في تحليل بعض البيانات من جهة، وتدعيم إجابات المدمنين على بعض أسئلة الاستمارة من جهة أخرى، كما كانت لنا مقابلات مع القائمين على إدارة وتأطير المركز من أطباء وأخصائيين نفسانيين واجتماعيين وممرضين.

### د- السجلات والوثائق:

تعد السجلات والوثائق من بين الأدوات التي تساعد الباحث على جمع المعلومات والبيانات، وليس من المفروض في كل بحث اجتماعي أن ينزل الباحث إلى الميدان، ويقوم بجمع البيانات اللازمة من أشخاص معينين فكثيرا ما تكون هذه البيانات المطلوبة مدونة في السجلات (عبد البسط، 1982، 42)، ويمكن للباحث أن يأخذ منها البيانات التي تحقق له أغراض البحث.

وبالعودة إلى السجلات والوثائق المتعلقة بمركز فرانتز فانون، فقد أتاحت لنا فرصة الاطلاع على مجموعة من الوثائق والإحصائيات والبيانات المتعلقة بالمدمنين الذين يخضعون للعلاج بالمركز سنويا، وكل ما يتعلق بالمجالين المكاني والبشري.

## 6- القواعد والقياسات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات:

بعد جمع البيانات من الميدان، قام الباحث بمعالجتها باستخدام برنامج (spss) أو ما يعرف بنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد اعتمد الباحث على نوعين من الجداول بسيطة ومركبة، حيث تم في الجدول البسيطة استخراج التكرارات والنسب المئوية، وحساب كاي مربع (للمطابقة) لاختبار الفروق بين المستجوبين اتجاه متغير واحد، أما في الجداول المركبة فتم حساب كاي مربع لدراسة استقلالية المتغيرات المستقلة والتابعة، وتوخيا لدقة أكبر في معالجة البيانات؛ فقد تم تحديد مستوى ثقة بـ (85%)، وكان مستوى الخطأ المسموح به هو (1%). ونظرا لكون الدراسة تستهدف الوقوف على الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات في صورتها الشاملة في مجال الدراسة، وحتى يتسنى رصد هذه الخصائص؛ فقد اختار الباحث بأن يكون التنسيب داخل الجداول المركبة لإجمالي عينة الدراسة، حيث يصف هذا التنسيب المتغيرات في اتجاهين (اتجاه المتغير المستقل والمتغير التابع)، وهذا ما يعطي تفاصيل أكثر وأدق عن الظاهرة مجال الدراسة. (p 252. ibid)

### - صعوبات الدراسة:

واجهت الباحث أثناء القيام بهذه الدراسة صعوبتين اثنتين هما:

أولاً: واجه الباحث صعوبة في تحديد المفهوم الإجرائي للخصائص الثقافية لتداخلها وتمازجها مع مختلف الخصائص الأخرى، ومن ثم صعوبة قياسها إجرائياً وميدانياً، وهذه الصعوبة تواجه معظم الدراسات الاجتماعية التي اقتفت البحث في مثل هذا الموضوع.

ثانياً: نظراً لما يتميز به موضوع تعاطي المخدرات من خصوصية، باعتباره أحد الطابوهات التي يصعب الخوض فيها والحديث عنها، فقد كان من الصعب بما كان التطرق لهذا الموضوع ومناقشة المدمنين والحصول على المعلومة منهم، خاصة لدى المدمنات، ولطبيعة مجتمع الدراسة الذي يعتبر

بعض السلوكيات والتصرفات أسراراً يستلزم التحفظ والتكتم عليها من جهة أخرى؛ فقد واجه الباحث صعوبة تكمن في التردد وعدم تعاون المبحوثين أحياناً، والرفض أحياناً أخرى. وهذا ما جعل الباحث يلجأ إلى العينة غير الاحتمالية رغم الإمكانية المنهجية لاستخدام العينات الاحتمالية والتي تعطي تمثيلاً أفضل وقابلية لتعميم النتائج بشكل أكبر.

### خلاصة:

لما كانت الدراسة وصفية تحليلية تهدف إلى وصف الموضوع محل الدراسة وهو الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات وتفسيره، فقد تم توظيف المنهج الوصفي التحليلي، مع الاعتماد على الاستبيان كأداة رئيسية في جمع البيانات من الميدان مجال الدراسة، إضافة إلى الملاحظة بنوعيتها البسيطة وبالمشاركة والمقابلة الشخصية والسجلات والوثائق، وقد أجريت الدراسة على مجموعة من مدمني المخدرات الخاضعين للعلاج بالمركز الإستشفائي فرانتز فانون، مصلحة التكفل وإزالة التسمم، واختيرت مفردات العينة وفق المعاينة العمدية، وفي تحليل البيانات استخدمت بعض القياسات الإحصائية هي حساب التكرارات والنسب المئوية، وفي دراسة العلاقة بين المتغيرات ونظراً لكون غالبية متغيرات الدراسة نوعية، فقد تم حساب كاي مربع لاختبار الفروق بين المستجوبين. أما الصعوبات التي واجهها الباحث فكانت في الدراسة الميدانية نظراً لغياب الاستجابة أحياناً من طرف المبحوثين، وتكمن الصعوبة الثانية في كون أن موضوع الخصائص الثقافية يكتسي طابعاً تجريدياً يصعب قياسه امبريقياً.

وبعد استكمال وضبط وتحديد الإجراءات الميدانية للدراسة خاصة بعد تحديد مجتمع الدراسة والعينة وأدوات جمع البيانات شرع الباحث في الدراسة الميدانية التي دامت ستة أشهر من شهر نوفمبر من عام إلفين وخمسة عشر إلى غاية شهر أفريل من إلفين وستة عشر، وبعد جمع البيانات قام الباحث بتحليلها وتفسيرها كما هو موضح في الفصل الموالي.

## الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها.

- تمهيد.

- البيانات الشخصية.

- البيانات المتعلقة بإدمان المخدرات.

- الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لمدني المخدرات.

- الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية.

- الوضع الاقتصادي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية.

- الوضع الثقافي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية.

- خلاصة.

**- تمهيد:**

لقد تم التطرق في الجانب النظري إلى موضوع المخدرات والإدمان والنظريات المفسرة له، من خلال الاعتماد على التراث السوسيولوجي المتوفر في هذا المجال، كما تم تحديد الإطار النظري العام الذي انطلقت منه الدراسة، وبعد الاستفادة من الجانب النظري في إطار الإشكالية المحددة والفرضيات التي تمت صياغتها تم ترجمة الفرضيات إلى أسئلة في شكل استبيان بغية الكشف عن مدى صحة الفرضيات أو بطلانها، وبعد تفريغ البيانات أسفرت الدراسة الميدانية عن نتائج يمكن عرضها على النحو التالي:

**تحليل البيانات الأولية:**

يتناول هذا الفصل عرضا للبيانات الميدانية في صورة جداول بسيطة وأخرى مركبة (ثنائية)، ويقدم

تحليلا وتفسيرا للنتائج المتوصل إليها

**- البيانات الشخصية:****الجدول (08): توزيع أفراد الدراسة حسب الجنس**

النسبة	التكرار	الجنس
98.2	365	ذكر
1.8	6	أنثى
100.0	341	المجموع

يلاحظ من الجدول (08) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب الجنس، أن الغالبية العظمى من المبحوثين كانوا ذكورا حيث بلغت نسبتهم (98.2%) في حين جاءت نسبة الإناث (1.8%)، وهذه النسبة لا تعكس عدد المدمنات اللاتي يستقبلهن المركز فمن مجموع المدمنين الذين استقبلهم المركز سنة (2015) بلغ عددهم (7797) كان عدد الإناث منهم (438) أي ما نسبته (5.61%) (المرجع). إلا أن هذه النسبة

تبقى بعيدة عن الأرقام الحقيقية لإدمان الإناث في المجتمع الجزائري. وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر مسح وطني شامل حول انتشار وباء الإدمان على المخدرات في الجزائر التي أعدها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها والمركز الوطني للدراسات والتحليل في مجال السكان والتنمية (المرجع) ونتائج دراسة ماري شوكي وسيلفي لدو.

#### الجدول (09): توزيع أفراد الدراسة حسب السن.

النسبة	التكرار	السن
-	-	أقل من 15
-	-	19-15
17.3	59	24-20
17.9	61	29-25
3.5	12	34-30
60.4	206	39-35
0.9	3	40- فأكثر
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

يبين الجدول (09) أن المبحوثين من ذوي الفئة العمرية (35-39) حلوا في المرتبة الأولى بنسبة (60.4%)، ثم جاءت في المرتبة الثانية الفئة العمرية (25-29) بنسبة (17.9%)، ثم الفئة (20-24) بنسبة (17.3%)، ثم تنخفض النسبة إلى أقل من (10%) في الفئات الأخرى. وتتفق هذه النتائج مع نتائج

الدراسات التالية: دراسة هريبرت هندن، ودراسة عبد القادر حمر الرأس ودراسة كاشا،

حيث ينتشر الإدمان والتعاطي عادة بين الفئة التي يتراوح عمرها بين (15-

40 سنة)(المرجع).

## الجدول (10): توزيع أفراد الدراسة حسب الحالة الزوجية.

النسبة	التكرار	الحالة الزوجية
66.9	228	أعزب
15.2	52	متزوج
17.9	61	مطلق
-	-	أرمل
100	341	المجموع

يبين الجدول (10) توزيع أفراد الدراسة حسب حالتهم الزوجية، وما يمكن ملاحظتها، أنّ الغالبية العظمى من المبحوثين كانوا عزابا حيث بلغت نسبتهم (66.9%)، بينما شكلت نسبة المتزوجين (15.2%)، وأخيرا المطلقين بنسبة (17.9%). وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من راثود وماري شوكي وسيلفي لدو وأرون وشافان

بخصوص أن التعاطي والإدمان يكثر بين العزاب مقارنة بالفئات الاجتماعية الأخرى. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين العزاب؛ إلى كون هذه الفئة أقل استقرارا وتماسكا من الناحية الاجتماعية، وأكثر عرضة للأزمات والمشكلات الاجتماعية والعاطفية والاقتصادية مقارنة بالمتزوجين. وربما تدعم فرضية دوركايم المتعلقة بالانتحار هذه النتيجة إذا قمنا بإسقاط نفس المقاربة، إذ يرتفع معدل الانتحار بين العزاب أكثر من المتزوجين، وقد أرجع دوركايم هذا التباين إلى ضعف الروابط الاجتماعية، وضعف التماسك والتضامن الاجتماعي الأسري.

## الجدول (11): توزيع أفراد الدراسة حسب المستوى التعليمي.

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
0.9	3	أمي
15.5	53	ابتدائي
44.0	150	متوسط
20.2	69	ثانوي
19.4	66	جامعي
100	341	المجموع

يتضح من خلال البيانات المبينة في الجدول (11)، أنّ أغلب المبحوثين كانوا من ذوي المستوى التعليمي المتدني (المتوسط والثانوي والابتدائي)، فبلغت نسبة ذوو المستوى التعليمي المتوسط (44%)، أما ذوو المستوى الثانوي فكانت (20.2%)، ثم تتخفف النسبة بين الجامعيين إلى (19.4%) وبين أصحاب مستوى الابتدائي بلغت (15.5%)، وعند الأميين (0.9%)؛ أي أنّ الإدمان منتشرًا بشكل أكبر بين الفئات الاجتماعية ذات المستوى التعليمي المتدني. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من: ايزدور تشاين، ودراسة كوبرا وكوبرا والسبيعي والعنبي والمالكي والحواد ونتائج دراسة عبد القادر حمر الرأس، حيث تكثر عادة التعاطي والإدمان بين الفئات ذات المستوى التعليمي المتدني. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين هذه الفئة إلى ما تتميز به من جهل وقلة وعي، وما ينتج عن ذلك من عدم القدرة على التوافق والتفاعل الاجتماعي الإيجابي مع المجتمع، كما أنّ هذه الفئة لا تمتلك المهارات الاجتماعية التي تؤهلها إلى التعامل السليم والصحيح مع المشكلات الاجتماعية التي تواجهها.

## 2- البيانات المتعلقة بإدمان المخدرات (الظاهرة المدروسة):

الجدول (12): توزيع أفراد الدراسة حسب سن بداية التعاطي

النسبة	التكرار	كم كان سنك عند بداية التعاطي
28.7	98	أقل من 15
44.0	150	15-19
21.1	72	20-24
2.6	9	25-29
3.5	12	30-34
100	341	المجموع

كا=209.044a=2 - درجة الحرية=4 - قيمة

الدلالة=0.000

يبين الجدول (12) أن أغلب أفراد الدراسة بدأوا التعاطي وأعمارهم كانت تتراوح بين (15-19 سنة)، بحيث بلغت نسبتهم (44%)، ثم تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية (أقل من 15 سنة) بنسبة (28.7%)، لتحل في المرتبة الثالثة الفئة العمرية (20-24 سنة) بنسبة (21.1%)، لتتخلف النسبة عند الفئات العمرية الباقية بالتدرج إلى أن تصل إلى (2.6%) عند الفئة (25-29)، وتتعدم عند الفئة (40 فأكثر). وبحساب كا2 لحسن المطابقة، فإن الفروق كانت دالة إحصائياً عند مستوى خطأ (5%)، على درجة حرية (4)، ومستوى ثقة (95%). أي يوجد اختلاف في الإجابات. وما يمكن استنتاجه من خلال هذه البيانات، أن أغلب المدمنين بدأوا التعاطي وهم في مرحلة المراهقة، والبعض مع بداية سن الرشد، والبعض الآخر ربما في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية سن البلوغ. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة

عبد القادر حمر الرأس (1993) ونتائج الدراسة ودراسة ماري شوكي وسيلفي لدو

. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإقبال على التعاطي لدى هاتين الفئتين؛ إلى التغيرات

الجسمية، والاجتماعية، والانفعالية، والعاطفية المفاجئة والسريعة التي يتعرض إليها المراهق، الذي عادة

ما يكون في هذه المرحلة مقيماً مع أسرته، وينشأ في الكثير من الأحيان، الصراع بينه وبين والديه؛ لأنه يبدأ في هذه المرحلة بالسعي للحصول على استقلاليته، ويحاول إثبات ذاته ومكانته الاجتماعية ويعمل على أن يكون صاحب قرار في الأسرة التي يجب عليها احترام آرائه وأفكاره. ففي حالة عدم تفهم الوالدين لخصوصية هذه المرحلة واحتياجاتها؛ فمن المحتمل أن ينحرف الأبناء لاسيما إذا كانت معاملتهم قاسية ومتسلطة ولا يحصلون على التقدير الاجتماعي الذي يبحثون عنه، كما أن هذه الفئة هي الأكثر تأثراً بالبيئة الاجتماعية والظروف الخارجية والأكثر بحثاً عن الأصدقاء والمتعة. وفي حالة تكيف الفرد مع هذه المرحلة الحرجة وتجاوزها؛ فإن نسبة الانحراف تقل، وربما هذا ما يفسر قلة الإقبال على التعاطي تدريجياً مع التقدم في العمر، بحيث يصبح الفرد أكثر اتزاناً ووعياً ونضجاً.

#### الجدول رقم (13): توزيع أفراد الدراسة حسب المتسبب في التعاطي

المتسبب في التعاطي	التكرار	النسبة
جماعة الرفاق	337	98.8
أحد الأقارب	2	0.6
من الشارع	2	0.6
المجموع	341	100

كا=2،  $b_6=658.211$  - درجة الحرية=2- قيمة  
الدلالة=0.000

يبين الجدول (13)، أن الأغلبية الساحقة من أفراد الدراسة تعلموا التعاطي من قبل جماعة الرفاق حيث بلغت نسبتهم (98.8%)، ثم جاء في المركز الثاني مناصفة وبنسب ضعيفة كل من تعلموا التعاطي من قبل الأقارب والذين تعلموها من الشارع بنسبة (0.6%)، وعليه فمن الممكن أن يكون عامل "أصدقاء السوء" من العوامل المهمة المؤدية إلى التعاطي، وبخاصة إذا توافرت بعض العوامل المساعدة مثل: ضعف أو غياب الرقابة والتوجيه من قبل الوالدين، ويمكن الاسترشاد بهذا من خلال نظرية (سدرلاند وترايزي) من خلال

نظرية الاختلاط التفاضلي، حيث يرى أن الفرد قد يتعلم من خلال الجماعة التي ينتمي إليها باعتباره جزءا منها، فيتبنى كل مواقفها واتجاهاتها ومن ذلك كراهية القانون أو الخروج عنه، ومن هنا لابد أن يندفع لارتكاب الأفعال المخالفة ومنها إدمان المخدرات. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من

#### الجدول (14): توزيع أفراد الدراسة حسب نوع المخدر المتعاطي

نوع المخدر	التكرار	النسبة
الأفيون	9	2.6
المنومات	8	2.3
الأمفيتامينات	3	0.9
الحشيش	61	17.9
الكحوليات	9	2.6
السيوبتكس	49	14.4
متنوعة	202	59.2
المجموع	341	100

كا=2 a=627.114 - درجة الحرية=1  
-قيمة الدلالة=0.011

يتضح من الجدول (14) أن أغلب أفراد الدراسة كانوا يتعاطون أنواعا مختلفة من المخدرات (59.2%) حيث وبعد إدمانهم لم يعد يشبع نهمهم نوع واحد فقط، لذلك يلجئون إلى أنواع مختلفة رغم أن أغلب المبحوثين يؤكدون على أنه هناك نوع واحد يستهلك بكمية كبيرة وباقي الأنواع لإشباع الحاجة، ويعمل عامل وفرة المال من عدمه الدور الكبير في تحديد نوع المخدر الذي يتم تعاطيه، فحسب المقابلات الميدانية التي أجريناها على عينة المدمنين بالمركز، تم الخروج باستنتاج يكاد يتفق فيه جميع المدمنين حيث أجمعوا أنواع المخدر المتعاطى يتحدد بكمية المال المتوفر\*، في حين بلغت نسبة مدمني الحشيش (17.6%)، يليهم مدمنو السيوبتكس بنسبة (14.4%)، ثم الأمفيتامينات بنسبة (9%)، لتتخف النسب عند

\* - مقابلات أجريت على عينة المدمنين بلغ عددهم 10 حالات في شهر ديسمبر 2015.

باقي الأنواع من المخدرات وتأتي بشكل متقارب في حدود (2.5%) عند كل من الكحوليات والأفيون والمنومات. والسيوبتكس دواء يحتوي على بيوبرينورفين (Buprenorphine) وهو يستخدم لعلاج الإدمان، وهو مشتق نصف تخليقي من ذيبايين، يعمل كمحاكي وكضاد مزدوج لمستقبلات الأفيونات في الجسم، يستخدم في جرعات عالية لعلاج إدمان الأفيونات ومشتقاتها كالهيريون، وفي جرعات منخفضة إلي متوسطه لعلاج الآلام الحادة أو المزمنة، يتوافر في عدة أشكال صيدلانية كأقراص تحت اللسان للألم أو حقن للآلام الحادة أو لصقات للجلد للآلام المزمنة، ويستخدمه المدمنون كمخدر، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من ماري شوكي وسيلفي لدو و .

#### الجدول (15): توزيع أفراد الدراسة حسب مكان التعاطي.

النسبة	التكرار	مكان التعاطي
43.1	147	البيت
56.9	194	خارج البيت
100	341	المجموع

يظهر من الجدول (15) أن (56.9%) من أفراد الدراسة كانوا يتعاطون المخدرات خارج البيت، مقابل (43.1%) يتعاطون المخدرات في بيوتهم. ويمكن تفسير هذه النتائج؛ على أن أغلب المبحوثين كانوا يتعاطون المخدرات قبل إدمانهم خارج البيت، لكن بعد الإدمان يفضلون التعاطي لوحدهم، ولن يتأتى لهم ذلك إلا في البيت، رغم أن المدمن عادة ما يحاول في غالب الأحيان، إخفاء تعاطيه عن أفراد أسرته وأهله بشكل عام، خوفا منهم أو تجنباً لوصمة العار التي تلاحقه وأسرته، أو لنظرة التحقير والإذلال التي يقابل بها، لأن هذه العادة منبوذة اجتماعياً ومخالفة للقيم والمعايير الثقافية السائدة، فضلاً عن أنها محرمة شرعاً وممنوعة قانوناً، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من ماري شوكي وسيلفي لدو .

## الجدول (16): توزيع أفراد الدراسة حسب مع من يتم التعاطي.

النسبة	التكرار	تعاطي عادة
72.7	248	لوحدهم
27.3	93	مع الأصدقاء
100	341	المجموع

كا<sup>2</sup>=70.455 - درجة الحرية=1 - قيمة الدلالة=0.000

يتضح من الجدول (16) الذي يبين توزيع أفراد الدراسة حسب مع من يتم التعاطي، أن الغالبية العظمى منهم كانوا يتعاطون بمفردهم، حيث بلغت نسبتهم (72.7%)، أما من كانوا يتعاطون مع الأصدقاء فبلغت نسبتهم (27.3%). ويمكن تفسير ذلك بأن أغلب المبحوثين كانوا يتعاطون المخدرات قبل إدمانهم مع الأصدقاء، وبعد الإدمان يفضلون التعاطي لوحدهم لأن المدمن في هذه المرحلة ينحو بنفسه إلى الوحدة والابتعاد عن الجماعة التي أُلِفَ الإدمان معها كأسلوب دفاعي، كي لا يتعرفوا على المخدر الذي يدمنه والجرعة التي يتعاطاها تجنباً لمساوماتهم وتدخلاتهم في حياته وهو ما أكدته الأخصائية النفسانية بمركز علاج الإدمان\*، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من

## الجدول (17): توزيع أفراد الدراسة حسب مدة الإدمان.

النسبة	التكرار	سنوات التعاطي
2.1	7	من سنة إلى 4 سنوات
46.0	157	من 5 إلى 9 سنوات
33.7	115	من 10 إلى 14 سنة
18.2	62	من 15 سنة فأكثر
100	341	المجموع

كا<sup>2</sup>=148.935a - درجة الحرية=3 - قيمة الدلالة=0.000

يبين الجدول (17)، أن أغلب أفراد عينة الدراسة مضى على بداية تعاطيهم من (5 إلى 9 سنوات)، حيث بلغت نسبتهم (46%)، ليحل في المرتبة الثانية الذين مضى على بداية تعاطيهم من (10 إلى 14 سنة)

\* - مقابلة أجريت مع المدمنين وبحضور أخصائية نفسانية في شهر ديسمبر 2015.

بنسبة (33.7%)، ثم الذين مضى على بداية تعاطيهم (15 سنة فأكثر) في المرتبة الثالثة بنسبة (18.2%)، لتتخف النسبة إلى (2.1%) عند الذين مضى على بداية تعاطيهم من (سنة إلى 4 سنوات). وما يمكن استنتاجه من خلال هذه البيانات، أن أغلب المدمنين لهم ماضي بعيد في الإدمان، ويمكن تفسير هذه النتائج، بعدد من الأسباب فربما يرجع الأمر إلى عدم تمكنهم من الخروج من دوامة الإدمان، وهذا هو المرجح، أو استمرار ظروفهم أو عدم وجود من يأخذ بيدهم إلى مراكز العلاج. ومهما يكن الأمر فإن الخروج من دائرة الإدمان يتطلب إرادة وعلاج وتحسن للظروف التي كانت سبب في ذلك، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة .

#### الجدول (18): توزيع أفراد الدراسة حسب عدد مرات التعاطي.

عدد مرات التعاطي	التكرار	النسبة
مرات في الأسبوع	2	0.6
مرة واحدة في اليوم	80	23.5
مرتين في اليوم	53	15.5
ثلاث مرات باليوم	51	15.0
أربع مرات فأكثر	147	43.1
حسب الظروف	8	2.3
المجموع	341	100

248.214b=2Ka - درجة الحرية=5- قيمة

الدلالة=0.000

يبين الجدول (18) أن أغلب أفراد الدراسة يتعاطون المخدرات أربع مرات في اليوم، حيث بلغت نسبتهم (43.1%)، في حين جاء في المرتبة الثانية الذين يتعاطون المخدرات مرة واحدة في اليوم بمعدل (23.5%)، وفي المرتبة الثالثة الذين يتعاطون المخدرات مرتين في اليوم بنسبة (15.5%)، وبنسبة مقاربة (15%) للذين يتعاطون المخدرات ثلاث مرات في اليوم، لتتخف النسبة إلى (6%) عند الذين يتعاطون المخدرات أربع مرات في اليوم، وإلى (2.3%) للذين يتعاطون حسب الظروف. ويمكن تفسير هذه النتائج

وبالاستناد إلى المقابلات التي أجريت على عينة من المدمنين أنهم أصبحوا غير قادرين على إدراك الواقع من جديد ولهذا يفضلون الاستمرار في غياب وعيهم، كما أن الأمر يرتبط بفقدان الجرعة لتأثيرها المتعود عليه المدمن، ولهذا يسعى دائما إلى زيادة الجرعة للحصول على النشوة المعهودة وهذا بسبب زيادة اعتمادية الجسم النفسية والجسدية على المخدر، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة .

**الجدول (19): توزيع أفراد الدراسة حسب الطريقة التي تستخدمها بشكل أكثر في التعاطي**

طريقة التعاطي عادة	التكرار	النسبة
التدخين	72	21.1
البلع	60	17.6
الشرب	7	2.1
حسب نوع المخدر	202	59.2
المجموع	341	100

241.252a=2ka - درجة الحرية=3- قيمة  
الدلالة=0.000

ينتضح من الجدول (19) الذي يبين توزيع أفراد الدراسة حسب الطريقة التي تستخدمها بشكل أكثر في التعاطي، فقد صرح (59.2%) منهم أن نوع المخدر المتوفر هو المحدد لطريقة التعاطي (حسب المقابلات)، وأن الظروف هي المتحكم في ذلك ويتعلق الأمر بمدى توفر المخدر المرغوب وكذا توفر المال لشرائه لذلك فهم يعتمدون كل الطرق لتعاطي المخدرات بالتدخين أم البلع أو الشرب أو الحقن، في حين صرح (21.1%) أنهم عادة ما يعتمدون التدخين في تعاطيهم للمخدر، أما الذين يعتمدون البلع فقد بلغت نسبتهم (17.6%)، وجاءت نسبة المعتمدين على الشرب بسيطة (2.1%)، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة ماري شوكي وسيلفي لدو ودراسة .

## 3- الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لمدمني المخدرات مجال الدراسة الميدانية:

أ- الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية:

الجدول (20): توزيع أفراد الدراسة حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة	التكرار	النسبة
ريف	68	19.9
مدينة	273	80.1
المجموع	341	100

يلاحظ من الجدول (20) أن أغلب أفراد الدراسة كانوا من المدينة، بحيث بلغت نسبتهم (80.1%) مقابل (19.97%) من قاطني الريف. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة "كوبرا وكوبرا" التي أجريت في الهند، والتي توصلت إلى أن تعاطي المخدرات يكثر بين سكان المدن مقارنة بسكان الريف. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين أبناء المدن إلى اتساع رقعة المدينة ومن ثم تقل فرصة مراقبة الآباء لأبنائهم، سلاسة الضوابط الاجتماعية والإهمال وبخاصة إذا تعلق الأمر بالمناطق الشعبية والهامشية التي تقع على أطراف المدينة حيث تنعدم المرافق الضرورية وسوء الأحوال السكنية والوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني وارتفاع معدل الانحراف، كثرة الاختلاط برفاق السوء، عادة ما تنتشر تجارة المخدرات بالمدينة، الوفرة الكبيرة لأماكن الترفيه والملاهي، وجود وتوافر كل الاتجاهات والميول، كما وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة المالكي وايزدورتشايين و

## الجدول (21): توزيع أفراد الدراسة حسب الحالة الزوجية للوالدين.

النسبة	التكرار	الحالة الزوجية للوالدين
63.3	216	متزوجان
3.5	12	مطلقان
33.1	113	وفاة احدهما أو كلاهما
100	341	المجموع

كا2=183.067c - درجة الحرية=2- قيمة الدلالة=0.000

يبين الجدول (21) أن أغلب أفراد الدراسة كان والداهم مرتبطين وعلى قيد الحياة، بحيث بلغت نسبتهم (63.3%)، ثم يأتي في المرتبة الثانية الذين توفي احدهما أو كلاهما بنسبة (33.1%)، ثم الطلاق بنسبة (03.5%). وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التالية: دراسة راثود؛ ودراسة ايزدور تشاين؛ ودراسة هينت؛ ودراسة ناصر ثابت؛ دراسة محمد عيسى السويدي وعبد الله محمد بوشهاب؛ ودراسة عبد القادر حمر الرأس؛ ولا شك في أن وفاة أحد الوالدين أو كليهما يعني بالنسبة للأبناء الحرمان من العطف والحنان الوالدي ومن الرعاية المشتركة اللازمة للنمو السليم وبناء الشخصية المتكاملة والسوية، إضافة إلى ذلك يفقد الأبناء إلى السلطة التي توجه سلوكهم وإلى من يعولهم ويتكفل بهم، فتضطرب حياة الأسرة، وتكون الفرصة بعدئذ سانحة لانحرافهم وتشردهم، لاسيما إذا توافرت بعض العوامل المساعدة مثل الاختلاط برفاق السوء، وتراجع الرعاية المجتمعية والأمر نفسه في حالة طلاق الوالدين أو انفصالهما، فالأسرة التي حدث بها الطلاق، دون شك أسرة مضطربة لا تعرف الاستقرار، وتسودها العلاقات الاجتماعية المتنافرة، وتكثر بها الشجارات المستمرة والخلافات الحادة بين الوالدين؛ فيفتقد الأبناء إلى الأمن والاستقرار، وربما يتعرضون للإهمال في ظل مثل هذه الظروف غير الملائمة، ويكون هروبهم ولجوئهم إلى رفاق السوء والتعاطي هو الوسيلة الوحيدة للتخلص عما يعانونه.

## الجدول (22): توزيع أفراد الدراسة حسب ترتيبهم في الأسرة

ترتيبك في الأسرة	التكرار	النسبة
الأول	155	45.5
الأوسط	76	22.3
الأصغر	110	32.3
المجموع	341	100

كا=27.630c- درجة الحرية=2- قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (22) فيما يتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب ترتيب ميلادهم في الأسرة، أن (45.5%) من أفراد الدراسة كان ترتيبهم الأول، يليهم من حيث الترتيب الابن الأخير بنسبة (32.3%)، ثم الأبناء الذين كان ترتيبهم الأواسط بنسبة (22.3%)، وهذا يعني أن أغلب المبحوثين كانوا من الأبناء الأوائل يليهم الأبناء الذين كان ترتيبهم الأخير ثم الأبناء الأواسط ، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من عبد القادر حمر الرأس.

وما يمكن استنتاجه أن الأبناء الأوائل كانوا أكثر إقبالا على تعاطي المخدرات، فعادة هؤلاء يحصلون على تنشئة اجتماعية تتميز بالحماية الزائدة والتدليل، وعادة أيضا تلبى احتياجاتهم بمجرد الطلب، وبالتالي عندما يخرجون إلى المجتمع فإنهم لا يجدون هذه المعاملة فيصطدمون بالواقع ويلجئوا للمخدرات للتغلب على النقص الذي يشوبهم، يليهم الأبناء الأواسط ثم الأواخر. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين الأبناء الأواسط إلى أن أفراد هذه الفئة، كما تبينه بعض الدراسات العلمية؛ هم الأكثر ميلا إلى البحث عن الأصدقاء والمتعة، ومن ثم فإنه إذا كان أصدقاؤهم منحرفين؛ فمن المحتمل أن يصبحوا مثلهم.

## الجدول (23): توزيع أفراد الدراسة حسب المستوى التعليمي للوالدين

المستوى التعليمي للوالدين	الأب		الأم	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
أمي	7	2.1	52	15.2
يقرأ ويكتب	100	29.3	110	32.2
ابتدائي	54	15.8	72	21.1
متوسط	75	22.0	10	2.9
ثانوي	7	2.1	49	14.4
جامعي	98	28.7	48	14.0
المجموع	341	100	341	100

لأب كا=155.944b- درجة الحرية=5- قيمة الدلالة=0.000 للأم كا=177.372d- درجة الحرية=4- قيمة الدلالة=0.000

أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي للآباء، فقد اتضح من الجدول أعلاه أن (29.3%) من آباء المبحوثين كان لهم مستوى "يقرأ ويكتب"، يلي ذلك من كان لأبائهم مستوى جامعي بنسبة مقاربة (28.7%)، ثم تقل النسبة لمن كان لأبائهم مستوى متوسط (22%)، في حين بلغت نسبة من لأبائهم مستوى ابتدائي (15.8%)، وجاءت نسبة من كان لأبائهم مستوى ثانوي متدنية (2.1%) وهي مساوية لنسبة الآباء الأميين، أما فيما يخص المستوى التعليمي للأمهات فقد صرح أفراد عينة الدراسة أن أمهاتهم لهم مستوى يقرأ ويكتب إذ بلغت نسبتهم (32%)، يليها من كانت لدى أمهاتهم مستوى الابتدائي بنسبة (21%)، ثم من كانت أمهاتهم أميات بنسبة (15.2%)، لتأتي بعدها النسبة متقاربة للذين صرحوا أن مستوى أمهاتهم الثانوي ثم الجامعي على التوالي (14.4%) و(14%).

من خلال نتائج هذا الجدول يتضح أن أغلب الأولياء كان مستواهم التعليمي متدنياً، إذ لم يقتصر تدني المستوى التعليمي على الآباء فقط، بل تعداه إلى الأمهات ولا يخفى الدور الكبير للأم فهي التي تهين الفرد وتعدده لمواجهة ظروف الحياة، ولا شك أن تدني المستوى التعليمي للوالدين ينعكس سلباً على تربية الأبناء

لأنهم يفتقرون إلى معرفة الأساليب التربوية السليمة القائمة على توفير جو الحوار اللازم البعيد عن أسلوب القسوة والتدليل في التعامل مع الأبناء. وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه كل من: ايزدور تشاين، وكوبرا وكوبرا وعبد القادر حمر الرأس.

### ب- الوضع الاقتصادي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية:

#### الجدول (24): توزيع أفراد الدراسة حسب المهنة.

النسبة	التكرار	المهنة
0.6	2	التعليم
0.6	2	موظف إداري
32.0	109	أعمال حرة
0.9	3	فلاح
28.7	98	عامل بسيط
21.7	74	بطل
15.5	53	طالب
100.0	341	المجموع

$\chi^2=95.906$  - درجة الحرية=4 - قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (24) أن أغلب أفراد الدراسة يمتهنون أعمال حرة، حيث بلغت نسبتهم (32%)، يليهم من يزاولون أعمالاً يومية بسيطة بنسبة (28.7%)، في حين بلغت نسبة العاطلين عن العمل (21.7%)، تليها فئة الطلاب الجامعيين بنسبة (15.5%)، لتتخفف النسبة بين العاملين في حقل التعليم والإداريين والفلاحين إلى نسب بسيطة. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين العاطلين عن العمل أو من يزاولون أعمالاً يومية والذين يصنفون ضمن العاطلين عن العمل أيضاً؛ إلى الظروف الاجتماعية والمادية الصعبة التي تواجهها هذه الفئة، من عدم القدرة على تلبية احتياجاتها وإثبات ذاتها، ومكانتها الاجتماعية، إضافة إلى الفقر والشعور بالنقص والنظرة الدونية، وربما الاحتقار الذي يلقونه من الآخرين، وبخاصة إذا

كانوا مرافقين أو شباباً؛ وهو ما من شأنه أن يدفع بهم إلى الانحراف والبحث عن المتعة والهروب من الواقع، وهو ما يحاولون إيجاده في معاقره المخدرات، وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التالية: السبيعي، والمالكي والعواد.

#### الجدول (25): توزيع أفراد الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة.

عدد أفراد الأسرة	التكرار	النسبة
3 فأقل	2	0.6
4-6	209	61.3
7 فأكثر	130	38.1
المجموع	341	100

$2c=192.006$  - درجة الحرية=2 - قيمة الدلالة=0.000

يبين الجدول (25) أن أغلب أفراد الدراسة كان عدد أفراد أسرهم من 4 إلى 6 أفراد حيث بلغت نسبتهم (61.3%)، ثم من كان عدد أفراد أسرهم أكثر من 7 أفراد بنسبة (38.1%)، أما من كان حجم أسرهم صغيراً فجاءت بنسبتهم ضعيفة (6%)، ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين الأسر ذات الحجم الكبير إلى أن زيادة حجم الأسرة يؤدي إلى إرباك حالتها الاقتصادية، ويقلل من التفاعل الاجتماعي بين الوالدين والأبناء، كما تقلص مساحة هذا الاحتكاك ومن ثم تقل فرص التطبيع الاجتماعي لهم، وهذا ما بينته أغلب الدراسات العلمية، كما أن زيادة حجم الأسرة يقوض من مهمة الوالدين في عملية مراقبة ومتابعة أبنائهم، وبخاصة خارج البيت؛ وبالتالي فمن الممكن أن تؤدي بعض هذه العوامل أو جميعها إلى انحراف الأبناء، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من:

## الجدول (26): توزيع أفراد الدراسة حسب الدخل الشهري بالدينار.

النسبة	التكرار	الدخل الشهري بالدينار
2.9	10	من مليون إلى أقل من مليونين
32.3	110	من مليونين إلى أقل من ثلاثة ملايين
19.6	67	من ثلاثة ملايين إلى أقل من أربعة ملايين
15.2	52	من أربعة ملايين إلى أقل من خمسة ملايين
29.9	102	من خمسة ملايين فأكثر
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

95.906a=2ls - درجة الحرية=4 - قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (26) والمتعلق بالدخل الشهري لأسر المدمنين، فقد سجلت أعلى نسبة لدى المدمنين الذين دخل أسرهم من (مليونين إلى أقل من ثلاثة ملايين) دينار شهريا بنسبة (32.3%)، ثم المدمنين الذين دخل أسرهم الشهري (من خمسة ملايين فأكثر) بنسبة (29.9%)، يلي ذلك المدمنين الذين دخل أسرهم الشهري (من ثلاثة ملايين إلى أقل من أربعة ملايين) بنسبة (19.6%)، ثم تنخفض النسبة عند المدمنين الذين دخل أسرهم يقع في الفئات الأخرى، كما هو موضح في الجدول، وما يمكن استنتاجه من خلال هذه النتائج، أن غالبية أفراد الدراسة كانوا ينتمون إلى الأسر ذات الدخل المتدني أكثر من (70%) عند حساب جميع الفئات التي تتلقى دخل شهري يقل عن خمسة ملايين سننيم، فالأسر ذات الدخل المتدني لا تستطيع سد احتياجات أبنائها، وربما ينشغل الأب بتوفير متطلبات الأسرة عن الاهتمام بالأبناء، وهو ما قد يجعلهم عرضة للانحراف، وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التالية: دراسة ايزدور تشاين ودراسة عبد القادر

\*

حمر الرأس ودراسة أرون وشافان و

الجدول (27): توزيع أفراد الدراسة حسب تصرفهم عند عدم كفاية الدخل.

النسبة	التكرار	عند عدم كفاية الدخل هل تقوم الأسرة الاستغناء عن الكماليات
20.5	70	الاستغناء عن الكماليات
65.1	222	الاقتراض
14.4	49	طلب المساعدة
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

كا=2b8156.15- درجة الحرية=2- قيمة  
الدالة=0.000

من الجدول (27) والمتعلق توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تصرفهم عند عدم كفاية الدخل، نلاحظ أن أغلب المبحوثين يلجؤون إلى الاقتراض في عند الحاجة إذ بلغت نسبتهم (65.1%)، ثم من يلجؤون إلى الاستغناء عن الكماليات بنسبة (20.5%)، ثم الذين يلجؤون إلى طلب المساعدة حيث بلغت نسبتهم (14.4%)، وترتبط هذه النتيجة مع نتيجة الجدول السابق الخاص بالدخل، حيث أن أغلب المبحوثين كان دخلهم غير كافي لتلبية احتياجاتهم الأساسية وتحقيق مستوى معيشي مقبول، وقد يكون ذلك احد العوامل التي تدفع بالفرد إلى الإدمان هرباً من الواقع المر الذي يعيشه نتيجة الفقر والعوز والحاجة، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسات كل من السبيعي، والعواد، من أن انخفاض المستوى المعيشي خاصة يتسم بها المدمنون.

الجدول (28): توزيع أفراد الدراسة حسب حصولهم على مساعدات من الغير.

هل تجد بعض المساعدات من الغير	التكرار	النسبة
نعم	98	28.7
لا	243	71.3
المجموع	341	100

$\chi^2 = 61.657$  - درجة الحرية = 1 - قيمة الدلالة = 0.000

يبين الجدول (28) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب حصولهم على مساعدات من الغير أن أغلب أفراد الدراسة لا يجدون أي نوع من المساعدة وقت حاجتهم إليها حيث بلغت نسبتهم (71.3%)، في حين صرح (28.7%) من المبحوثين بحصولها على مساعدات وقت حاجتهم إليها، وتؤشر هذه النسب على أن نقص الاهتمام بهؤلاء الأفراد وعدم مساعدتهم ومشاركتهم همومهم وآلامهم سوء من قبل الوالدين أو الأفراد المحيطين بهم، من شأنه إشعارهم بالوحدة والضعف بالتالي عدم قدرتهم على المواجهة وقد تكون للمخدرات الحل المثالي لهم لنسيان واقعهم وما يواجهونه، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة

\*

الجدول (29): توزيع أفراد الدراسة حسب العمل بصفة دائمة

هل تعمل بصفة دائمة	التكرار	النسبة
نعم	107	31.4
لا	234	68.6
المجموع	341	100

$\chi^2 = 95.906$  - درجة الحرية = 4 - قيمة الدلالة = 0.000

يلاحظ من الجدول (29) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب الوضعية المهنية وإذا ما كان المتعاطي يعمل بشكل دائم أم لا، أن أغلبية المبحوثين يعملون بصفة مؤقتة (68.6%)، في حين كانت نسبة الذين يمتنون أعمالاً بصفة دائمة (31.4%). ويمكن تفسير هذه النتائج بأن انعدام الاستقرار المهني وعدم وجود

دخل مادي دائم يمكن أن يؤثر على حياة الفرد وعلى التزامات المادية ومتطلباته المعيشية، وقد تدفع به الظروف الاقتصادية إلى تعاطي المخدرات. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من:

\*

الجدول (30): توزيع أفراد الدراسة حسب إعالة الغير والأفراد المعالين.

إعالة الغير	التكرار	النسبة
نعم	170	49.9
لا	171	50.1
المجموع	341	100
الأفراد المعالين	التكرار	النسبة
الزوجة والأبناء	91	53.5
كلا الوالدين أو احدهما	52	30.5
الإخوة	27	15.8
المجموع	170	100.0

كا=2c=0.003 - درجة الحرية=1- قيمة الدلالة=0.957

كا=2b=334.132 - درجة الحرية=3- قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (30) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب إعالة الغير أن النسب جاءت متقاربة فقد صرح (50.1%) من أفراد عينة الدراسة أنهم لا يعملون أحد سوى أنفسهم، مقابل (49.9%) من أفراد الأسرة. وعن الأفراد المعالين فقد صرح (53.5%) من المبحوثين أنهم يعملون زوجاتهم وأبنائهم، وكانت نسبة الذين صرحوا بإعالتهم لأحد الوالدين أو كليهما (30.5%)، وكانت أدنى نسبة تلك التي صرح من خلالها المبحوثين بإعالتهم لإخوانهم، ويمكن تفسير هذه النتائج بأن الأفراد الذين تقع على عاتقهم مسؤولية إعالة أسرهم بلغت نسبتهم (49.9%)، وإذا ما قارنا نتائج هذا الجدول مع نتائج الجدول (24، 25، 26) الخاصة بتوزيع أفراد الدراسة حسب المهنة وعدد أفراد الأسرة والدخل الشهري بالدينار، نلاحظ أن أغلبهم

يعانون من البطالة أو ضعف الدخل ويعيشون ظروفًا اقتصادية صعبة، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة السببي.

### الجدول (31): توزيع أفراد الدراسة حسب عمل الزوجة.

النسبة	التكرار	الزوجة تعمل
16.1	55	نعم
15.2	52	لا
68.6	234	غير متزوج أصلاً
100.0	341	المجموع

كا=2b=191.126 - درجة الحرية=2- قيمة  
الدالة=0.00

توضح بيانات الجدول (31) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب عمل الزوجة أن أغلب أفراد عينة الدراسة غير متزوجين أصلاً حيث بلغت نسبتهم (68.6%)، أما الذين أجابوا بعمل زوجاتهم فبلغت نسبتهم (16.1%)، وبنسبة مقاربة كانت إجابات من زوجاتهم ماكنات بالبيت (15.2%). ويمكن تفسير ذلك بأن تعاطي المخدرات ينتشر بين العزاب أكثر من المتزوجين لشعورهم بالمكانة الاجتماعية المتواضعة، كما أن عمل الزوجة يؤثر على تعاون الزوجين في تحمل الأعباء الاقتصادية للأسرة، كما يمكنه أن يؤثر أيضاً عن تخطي الأم عن دورها في تربية ورعاية الأبناء، وهو ما قد ينعكس سلباً على تنشئتهم ما يدفعهم لسلوك عالم الجريمة والإدمان والانحراف.

## الجدول (32): توزيع أفراد الدراسة حسب عدد الأطفال.

عدد الأطفال	التكرار	النسبة
لا يوجد	9	2.6
من 1-2	53	15.5
من 3-4	51	15.0
غير متزوج أصلا	234	66.9
المجموع	341	100.0

كا=2194.333 - درجة الحرية=3 - قيمة

الدلالة=0.000

توضح بيانات الجدول (32) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب عدد الأطفال أن أغلب أفراد عينة

الدراسة غير متزوجين أصلا حيث بلغت نسبتهم (68.6%)، في حين كانت نسبة المبحوثين الذين لديهم

أكثر من طفل (15.5%)، ثم الذين لديهم من ثلاثة إلى أربعة أطفال بنسبة (15%)، ومن ليس لديهم أطفال

بنسبة (2.6%). وترتبط هذه النتيجة مع نتائج الجدول السابق رقم (31) من أن زيادة عدد المعالين يتطلب

دخلا مناسباً يتوافق وتلبية احتياجاتهم، وقد تكون الضغوط الاقتصادية والمتطلبات المتزايدة سببا في ولوج

المعيل عالم الإدمان هربا من ضغوط الحياة. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة السببي ودراسة \*

## الجدول (33): توزيع أفراد الدراسة حسب نوع السكن.

نوع السكن	التكرار	النسبة
بيت قصديري	4	1.2
شقة في عمارة	172	50.4
فيلا	67	19.6
مسكن خاص	98	28.7
المجموع	341	100.0

كا=2194.333 - درجة الحرية=3 - قيمة الدلالة=0.000

يبين الجدول (33) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب نوع السكن أن أغلب أفراد عينة الدراسة

يقطنون شققا في عمارات إذ بلغت نسبتهم (50.4%)، ثم حل في المرتبة الثانية الساكنين في مساكن خاصة

بنسبة (28.7%)، ليأتي في المرتبة الثالثة القاطنين بفيلا (19.6%)، وفي المرتبة الأخيرة القاطنين في بيوت

قصديرية بنسبة بسيطة (1.2%). لقد كانت النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة يقطنون في عمارات، وتعاني معظم العمارات عبر الوطن من غياب بعض الخدمات الأساسية والضرورية، وانعدام مساحات اللعب وعدم الاهتمام بالمساحات الخضراء والنظافة، وغياب أعمال الترميم والإصلاح، إضافة لمختلف المشاكل الاجتماعية حيث توفر العمارات ملاذا لتعاطي المخدرات في الأقبية وفي الطوابق الأرضية المهجورة عادة، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة "يزدور تشاين".

**الجدول (34): توزيع أفراد الدراسة حسب الحي الذي تقطن به.**

النسبة	التكرار	الحي الذي تقطن به
22.0	75	شعبي
47.2	161	متوسط
30.8	105	راقي
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

ك=2b=33.525 - درجة الحرية=2 - قيمة الدلالة=0.000

توضح بيانات الجدول (34) والمتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب الحي الذي تقطن به، أن أغلب أفراد عينة الدراسة يقطنون بأحياء متوسطة حيث بلغت نسبتهم (47.2%)، ثم في المرتبة الثانية الذين يقطنون بأحياء راقية بنسبة (30.8%)، ثم القاطنين بأحياء شعبية بنسبة (22%)، فأغلب المبحوثين كانوا من أحياء متوسطة وأحياء شعبية، وهو ما يعكس ضعف آليات الضبط الاجتماعي في المناطق الحضرية وهو ما أسهم في حدوث تحول في البناء الاجتماعي والأدوار التي يقوم بها نوعية ومستوى الحي داخل المجتمع الحضري، وتشير مختلف الدراسات والبحوث العلمية والنظريات في مجال الجريمة والانحراف إلى دور الحي في توجيه سلوك الفرد نحو ممارسة الانحراف، فالأحياء الفقيرة تمهد الطريق لممارسة السلوك الانحرافي كتعاطي وإدمان المخدرات وولوج عالم الجريمة.

## الجدول (35): توزيع أفراد الدراسة حسب ملكية السكن.

ملكية السكن	النسبة	التكرار
ملك	265	77.7
إيجار	70	20.5
أخرى	6	1.8
المجموع	341	100

كا=2b=320.240 - درجة الحرية=2 - قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (35) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب ملكية السكن، أن (77.7%) منهم أجابوا بأن سكنهم كان ملكا لأسرهم مقابل (20.5%) لمن أجابوا بأن السكن كان مؤجرا، أما البقية والذين لم تتعدى نسبتهم (1.8%) فأجابوا بحالات أخرى غير الملك أو الإيجار وتمثلت في سكنات موروثه لم تقسم بعد يقطنها مجموعة من الأقارب أو سكنات للأهل.

## الجدول (36): توزيع أفراد الدراسة حسب نوعية السكن.

نوعية السكن	النسبة	التكرار
جيد	155	45.5
متوسط	113	33.1
رديء	73	21.4
المجموع	341	100

كا=2a=171.528 - درجة الحرية=3 - قيمة الدلالة=0.000

أما بالنسبة لجودة السكن، وكما يظهر من خلال الجدول (36)، فقد أجاب (45.5%) من أفراد الدراسة بأن سكنهم كان جيدا، يلي ذلك من أجابوا بمتوسط وبلغت نسبتهم (33.1%)، وأخيرا لمن أجابوا برديء وكانت نسبتهم (21.4%)، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كاشا وحمير الرأس، وعلى الرغم من أن نسبة من كانت سكنهم رديئا؛ أقل من ربع المبحوثين، إلا أنه يمكن القول إن القسوة في المعاملة، والعلاقات

الاجتماعية المتنافرة، والشعور بالتوتر وعدم الراحة، وفقدان الطمأنينة وكثرة المشاجرات؛ عادة ما ترتبط طرديا مع ضيق ورداءة السكن.

الجدول (37): توزيع أفراد الدراسة حسب مصدر الحصول على المخدرات.

النسبة	التكرار	مصدر الحصول على المخدر
81.2	277	الشراء
3.2	11	الأصدقاء
15.5	53	الترويج
100	341	المجموع

كا=2-359.812b - درجة الحرية=1- قيمة  
الدلالة=0.000

يظهر من الجدول (37) أن أغلب المبحوثين (81.2%) منهم أجابوا بأنهم كانوا يحصلون على المخدرات بالشراء، في حين (15.5%) منهم يحصلون على المخدر من خلال الترويج، أما البقية فيحصلون عليها من أصدقائهم. ولعل من بين الدوافع الأكثر إدراكا وتستحق التتبع كثرة ترويج المخدرات، حيث يمكن ربط ذلك بطبيعة المناطق الحدودية والمناطق ذات الاتصال المكثف مع العالم الخارجي إذ يفرض العرض المكثف الطلب، وجاءت هذه النتائج مطابقة لما توصلت إليه دراسة كاشا (1985).

الجدول (38): توزيع أفراد الدراسة حسب تكلفة المخدر.

النسبة	التكرار	تكلفة المخدر
97.5	333	مكلف
2.5	8	غير مكلف
100	341	المجموع

وفيما يتعلق بتكلفة المخدر، فقد أجابت الغالبية العظمى بنسبة (97.5%) أن المخدرات كانت مكلفة بالنسبة إليهم من الناحية المالية والجسدية والنفسية، بينما أجاب (2.5%) بلا. ولهذه النتائج الكثير من الدلالات،

فارتفاع نسبة من أجابوا بأن المخدرات كانت مكلفة؛ قد تعكس في بعض الأوجه أن التعاطي كان بالنسبة لهم عادة مستحكمة؛ ومن ثم فهم يلجئون للحصول على المخدرات مهما كلفهم الثمن وبشتى الطرق، لاسيما إذا كان أغلبهم عاطلين عن العمل وهذا ما ذكره الكثير من المبحوثين.

### ج - الوضع الثقافي لمدمني المخدرات بمجال الدراسة الميدانية:

الجدول (39): توزيع أفراد الدراسة حسب وجود مشكلات بالحي السكني.

وجود مشكلات بالحي السكني	التكرار	النسبة
انتشار الجريمة	2	0.6
تعاطي أو ترويج المخدرات	63	18.5
عدم توفر المرافق	61	17.9
وجود مظاهر غير أخلاقية	53	15.5
أخرى	162	47.5
المجموع	341	100.0

ك<sub>2</sub>=2.293c - درجة الحرية=1-  
قيمة الدلالة=0.255

وفيما يتعلق بوجود مشكلات بالحي السكني فقد صرح (52.5%) من أفراد عينة الدراسة بوجود مشكلات تنوعت بين ترويج وتعاطي المخدرات بنسبة (18.5%)، وغياب أبسط المرافق العمومية اللازمة للعيش الكريم بنسبة (17.9%)، ووجود مظاهر غير أخلاقية بنسبة (15.5%)، فيما تمثلت النسبة الأدنى في وجود مظاهر للجريمة بنسبة (6%).

إن الأحياء الفقيرة التي تتعدم فيها ضروريات الحياة، تهيئ للفرد الفرصة لدخول عالم الانحراف والجريمة وهو ما يعكس حالة التصدع الاجتماعي وضعف آليات الضبط الأخلاقي والاجتماعي في التجمعات الحضرية والشبه حضرية، والتي يغيب عنها التخطيط وانعدام المرافق الضرورية، وهو ما أسهم في حدوث تحول في البناء الاجتماعي، والأدوار التي يقوم بها نوعية ومستوى الحي داخل البناء الحضري،

وعادة ما ينتشر الإدمان في المناطق السكنية الأكثر ازدحاماً وحرماناً وفقراً، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة "إيزدورتشايين".

#### الجدول (40): توزيع أفراد الدراسة حسب العلم بحرمة المخدرات

هل المخدرات	التكرار	النسبة
محرمة شرعا	266	78.0
مكروه فقط	49	14.4
لا اعرف	26	7.6
المجموع	341	100

ك=227.402e=2 - درجة الحرية=4- قيمة  
الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (40) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب العلم بحرمة المخدرات أن 78% من المبحوثين يعلمون بحرمة تعاطي المخدرات، في حين كانت نسبة من يرون بأن تعاطي المخدرات مكروه فقط 14.4%، وجاءت نسبة الذين أجابوا بعدم معرفتهم بالأمر بسيطة 6.7%، ويتضح من هذه النسب ضعف الوازع الديني والأخلاقي لدى أفراد عينة الدراسة ووجود ازدواجية في النظرة إلى الأحكام والمعايير وقد يكون مرد ذلك إلى قلة الوعي وانخفاض المستوى التربوي والتعليمي والثقافي، وكذا التعرض للضغوط الاقتصادية والاجتماعية، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة العتيبي و

بخصوص ضعف الوازع الديني، ومع ما توصلت إليه دراسة

حول العلم بحرمة

المخدرات.

## الجدول (41): توزيع أفراد الدراسة حسب الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك

الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك	التكرار	النسبة
نجاح في مشروع مالي	59	17.3
الزواج وإيجاد منصب عمل	111	32.6
الهجرة إلى الخارج	70	20.5
العودة لحياتك الطبيعية	101	29.6
المجموع	341	100.0

ك=21.499a - درجة الحرية=3 - قيمة  
الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (41) والذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب الأهداف المراد تحقيقها في الحياة أن أغلب المبحوثين يبحثون عن الاستقرار الاجتماعي من خلال الزواج وإيجاد منصب عمل حيث بلغت نسبتهم (32.6%)، يليهم الذين يتمنون العودة لمظاهر الحياة الطبيعية وإلى مرحلة ما قبل الإدمان حيث بلغت نسبتهم (29.6%)، ثم الذين يتمنون الهجرة إلى الخارج بنسبة (20.5%)، وأخير الذين يحلمون بتحقيق نجاح في مشروع مالي حيث بلغت نسبتهم (17.3%)، وتؤشر هذه النتائج عن الحالة المزرية التي وصل إليها بعض الشباب بسبب غياب فرص العمل، وتكاليف الزواج الباهظة، ما دفع بعضهم إلى الإدمان، وإلى التفكير في الهجرة السرية إلى خارج البلاد.

## الجدول (42): توزيع أفراد الدراسة حسب النظرة لتحقيق الأهداف

هل الطريق لتحقيق أهدافك سهل	التكرار	النسبة
نعم	150	44.0
لا	191	56.0
المجموع	341	100

ك=4.930c - درجة الحرية=1 - قيمة  
الدلالة=0.026

يظهر من الجدول (42) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب النظرة لتحقيق أهدافهم في الحياة أن (56%) من المبحوثين يرون أن الطريق لتحقيق طموحاتهم وأهدافهم ليس سهلاً يسيراً،

في حين عبر (44%) من أفراد عينة الدراسة يرون عكس ذلك، ويتضح من خلال النسب المعبر عنها من طرف أفراد عينة الدراسة حالة الاغتراب الاجتماعي التي يعيشها هؤلاء، الذين ضاقت بهم السبل وسدت في وجوههم كل أبواب الأمل، حيث يرون المستقبل قاتما بعد أن تمكنت منهم آفة المخدرات ولم يعد باستطاعتهم الإفلات منها.

#### الجدول (43): توزيع أفراد الدراسة حسب النظرة لفرص النجاح التي يوفرها المجتمع

هل يوفر المجتمع فرصا متساوية لكل لأفراد لتحقيق أهدافهم	التكرار	النسبة
نعم	3	0.9
لا	338	99.1
المجموع	341	100

$$\chi^2 = 329.106a - \text{درجة الحرية} = 1 - \text{قيمة الدلالة} = 0.000$$

وفيما يتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب إذا ما كان المجتمع يوفر فرصا متساوية لأفراده لتحقيق أهدافهم يلاحظ من الجدول (43) أن الأغلبية العظمى من المبحوثين يرون عكس ذلك حيث بلغت نسبتهم (99.1%)، مقابل نسبة تكاد تكون معدومة (0.9%) من المبحوثين الذين يرون أن المجتمع يوفر فرص متساوية لأفراده لتحقيق أهدافهم في الحياة، وتؤشر هذه النتائج هي الأخرى عن حالة الاغتراب التي يعيشها هؤلاء المدمنون الذين فقدوا الثقة في مجتمعهم، بسبب غياب فرص العمل وأسباب العيش الكرام كما صرحوا لنا في جلسات المقابلة التي جرت معهم.

الجدول (44): توزيع أفراد الدراسة حسب مدى موافقة عادات المجتمع وأعرافه لطموحاتهم

هل ترى أن عادات المجتمع وأعرافه تعيق تحقيق أهدافك	التكرار	النسبة
نعم	341	100
لا	00	0.0
المجموع	341	100

يلاحظ من الجدول (44) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب النظرة لعادات المجتمع وأعرافه وتقاليده ومدى موافقتها لطموحاتهم أن كل أفراد عينة الدراسة يرون أن قيم وأعراف المجتمع وعاداته تعيق تحقيق أهدافهم وطموحاتهم، ويمكن تفسير هذه النتائج بأن هؤلاء المدمنين تمردوا على أعراف المجتمع وعاداته وتقاليده باعتبارها قيوداً حدت من حريتهم ،

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة هربرت هندن و ماري شوكي وسيلفي لدو .

الجدول (45): توزيع أفراد الدراسة حسب القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع

القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع	التكرار	النسبة
نعم	227	66.6
لا	114	33.4
المجموع	341	100

$\chi^2 = 37.446a = 2$  - درجة الحرية = 1 - قيمة الدلالة = 0.000

وفيما يتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع يلاحظ من الجدول (45) أن أغلب المبحوثين لديهم قابلية لتجاوز قيم المجتمع وعاداته وتقاليده وأعرافه حيث بلغت نسبة من يرون ذلك (66.6%)، مقابل (33.4%) من المبحوثين الذين أظهروا عدم قابليتهم لتخطي قيم المجتمع،

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة هربرت هندن ودراسة \*

وتفسر هذه النتائج مختلف السلوكيات التي تصدر من المدمنين الذين تجاوزوا الحدود والضوابط التي أقرها الشرع والقانون والأخلاق. حيث تتفق مع ما ذهب إليه كل من ميرتون وكلاورد وأوهلن من أن السلوكيات الشاذة والمنحرفة ما هي إلا نتيجة لظرف خاص يتعلق بالبنية الاجتماعية التي يتوافر فيها التفكك وعدم الترابط، فتلقي البنية الاجتماعية بظلالها وبضغوطها على الفرد لكي يتصرف بشكل منحرف، فالتعاطي من وجهة نظرهم يمثل استجابة انسحابية تحدث لدى المتعاطي؛ لأن طرق وسبل النجاح أمامه غير متيسرة، وفي الوقت ذاته يجد نفسه عاجزا عن ارتكاب أفعال إجرامية يحقق من ورائها أهدافه. ويفسر ميرتون ارتفاع معدلات الإدمان باعتبارها نتاجا للمواقف الاجتماعية التي يمجّد فيها الفرد النجاح الفردي، وتصدّ الأبواب في وجه بعض الفئات الأخرى التي تخالف فيما بعد معايير مجتمعها وتتحرف عنه، وقد يكون من صور هذا الانحراف إدمان المخدرات.

#### الجدول (46): توزيع أفراد الدراسة حسب مدى محافظة الأسرة

هل أسرتك محافظة	التكرار	النسبة
محافظة جدا	150	44.0
نوعا ما	138	40.5
ليست محافظة	53	15.5
المجموع	341	100.0

كا 2b= 49.202 - درجة الحرية=2- قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من الجدول (46) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب مدى محافظة الأسرة أن نسبة أفراد

عينة الدراسة الذين يرون أن أسرهم محافظة جدا بلغت (44%)، في حين يرى (40.5%)

أن أسرهم محافظة نوعا ما، في حين بلغت نسبة الذين يرون أن أسرهم ليست محافظة (15.5%).

ويمكن تفسير هذه النتائج بأن تخلي الأسرة عن دورها في غرس القيم الاجتماعية والدينية وتغذيتها في نفوس الأبناء من شأنه إضعافهم عند مواجهة الصعوبات والمشكلات؛ ومن ثم نشأتهم بشخصية ضعيفة تستسلم بسرعة، وتتصف بالقابلية للانحراف. وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه نتائج دراسات كل من

#### الجدول (47): توزيع أفراد الدراسة حسب الثقافة الدينية

هل ثقافتك الدينية عالية	التكرار	النسبة
جدا	-	-
متوسطة نوعا	284	83.3
لا	57	16.7
المجموع	341	100.0

$$151.111a=2\chi^2$$

- درجة الحرية=1 - قيمة الدلالة=0.000

يظهر من الجدول (47) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب ثقافتهم الدينية أن ما نسبته (83.3%) من المبحوثين يرون بانحصار ثقافتهم فيما يتعلق بالأمور الدينية وأنها متوسطة نوعا، وعبر (16.7%) من أفراد عينة الدراسة عن محدودية ثقافتهم الدينية وضعفها، في حين كانت النسبة معدومة لمقترح هل ثقافتك الدينية جيدة، وما يمكن استخلاصه من النسب السالفة الذكر هو ضعف الثقافة الدينية لأفراد عينة الدراسة ومدى انطباع ذلك على سلوكياتهم ولعله من الأسباب التي مهدت الطريق لوقوعهم في عالم المخدرات. وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة ودراسة ماري شوكي وسيلفي لدو.

## الجدول (48): توزيع أفراد الدراسة حسب تصرف الوالدين عند الإخلال بالعبادات

هل الوالدين متشددان معك عند تقصيرك بالواجبات الدينية	التكرار	النسبة
جدا	49	14.4
نوعا ما	228	66.9
غير متشددين	64	18.8
المجموع	341	100.0

كا=2b=173.496 - درجة الحرية=2- قيمة الدلالة=0.000

وفيما يتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب تصرف أوليائهم عند الإخلال بالعبادات يلاحظ من الجدول (48) أن أغلب المبحوثين أجابوا أن والديهم كانوا متشددين معهم نوعا ما حيث بلغت نسبتهم (66.9%)، مقابل (18.8%) من المبحوثين الذين أجابوا أن والديهم لم يكونوا متشددين معهم، في حين جاءت نسبة من أجابوا بتشدد والديهم في معاملتهم حال تقصيرهم وإخلالهم بواجباتهم الدينية ضعيفة بنسبة (14.4%)، وجاءت هذه النتائج لتؤكد على ما صرح به المبحوثين في الجدول (46) الخاص بمدى محافظة الأسرة.

## الجدول (49): توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري الحالة الزوجية والسن

المجموع	السن					الحالة الزوجية	
	40 فأكثر	39-35	34-30	29-25	24-20	التكرار	النسبة
228	3	102	8	56	59	التكرار	أعزب
% 66.9	% 0.9	% 29.9	% 2.3	% 16.4	% 17.3	النسبة	
52	0	51	0	1	0	التكرار	متزوج
% 15.2	% 0	% 15	% 0.0	% 0.3	% 0.0	النسبة	
61	0	53	4	4	0	التكرار	مطلق
% 17.9	% 0	% 15.5	% 1.2	% 1.2	% 0.0	النسبة	
341	3	206	12	61	59	التكرار	المجموع
% 100	% 0.9	% 60.4	% 3.5	% 17.9	% 17.3	النسبة	

يوضح الجدول أعلاه، والذي يربط بمتغيري الحالة الزوجية والسن، أن (29.9%) من إجمالي العينة كانوا عزاب وتقع عمرهم في الفئة (35-39)، وكان (15.5%) مطلّقين ويقع عمرهم في نفس الفئة العمرية المذكورة آنفاً، وبلغت نسبة العزاب ممن تقع أعمارهم في الفئة (20-24) (17.3%)، كما بلغت نسبة العزاب ممن أعمارهم تقع في الفئة العمرية (25-29)، (16.7%) وما يمكن استنتاجه من خلال ما سبق أن نسبة معتبرة من أفراد عينة الدراسة قد تأخر سن زواجهم، وعامل التأخر يعد في حد ذاته سبباً قد يدفع بالفرد إلى الإدمان، نتيجة للنقص الذي يعتريه والنظرة الدونية من أفراد المجتمع إليه، وعدم إشباعه لحاجات بيولوجية واجتماعية، كما قد تؤثر هذه النسبة للظروف التي يعيشها المدمن والتي كانت سبباً في تأخر زواجه، وكانت نسبة المطلّقين حديثاً أيضاً معتبرة ويعد الفشل في الزواج وبناء أسرة عاملاً قد يلقي بالفرد في عالم المخدرات، كما تؤثر النتائج إلى ارتفاع نسبة الإدمان عند العزاب في سن الشباب وقد تم تفسير هذه النتيجة سابقاً (أنظر الجدول رقم 09).

## الجدول (50): توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري العمر عند بدأت التعاطي وممن تعلمت التعاطي

المجموع	ممن تعلمت تعاطي المخدرات			كم كان عمرك عندما بدأت التعاطي؟
	من الشارع	أحد الأقارب	جماعة الرفاق	
98	0	00	98	أقل من 15
% 28.7	%0.0	% 0.0	% 28.7	التكرار
				النسبة
150	0	00	150	19-15
% 44.0	%0.0	% 0.0	% 44.0	التكرار
				النسبة
72	2	2	68	24-20
% 21.1	% 0.6	% 0.6	% 19.9	التكرار
				النسبة
9	0	0	9	29-25
%2.6	% 0.0	% 0.0	% 2.6	التكرار
				النسبة
12	0	0	12	34-30
% 3.5	% 0.0	% 0.0	% 3.5	التكرار
				النسبة
<b>341</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>337</b>	المجموع
<b>% 100.0</b>	<b>%0.6</b>	<b>% 0.6</b>	<b>% 98.8</b>	التكرار
				النسبة

الجدول (50) يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري العمر عند بدأت التعاطي وممن تعلمت التعاطي حيث وبعد الربط بين هذين المتغيرين يلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة الذين تعلموا تعاطي المخدرات من جماعة الرفاق ينتمون إلى الفئة العمرية (15-19) إذ بلغت نسبتهم (44%)، ثم الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (أقل من 15) سنة بنسبة (28.7%)، ثم المنتمين إلى الفئة العمرية (20-24) بنسبة (19.9%)، وما يمكن استخلاصه عند قراءة هذه النتائج أن الغالبية العظمى من المبحوثين الذين تعلموا التعاطي من جماعة الرفاق كانوا حيثي السن أقل من 15 سنة إلى 24 سنة، وهو ما يؤكد على حساسية هذه المرحلة العمرية للفرد وسهولة التأثير برفاق السوء حيث وفي غياب الرقابة الوالدية، وتقاعس مؤسسات التنشئة الاجتماعية عن أداء دورها، واضطراب المعايير والقيم الاجتماعية والثقافية للبناء الاجتماعي نتيجة الهزات

المختلفة التي يتعرض لها المجتمع وافتقاد المرافق الثقافية والترفيهية، قد يدفع بالفرد إلى التأثر بالرفقة السيئة وبالتالي ولوج عالم المخدرات والإدمان.

**الجدول (51): توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري النظرة لقيم المجتمع وهل يجب تجاوزها**

المجموع	هل يجب تجاوز العادات والقيم والأعراف لتحقيق أهدافك		هل عادات وقيم وأعراف المجتمع تعيق تحقيق أهدافك	
	لا	نعم	التكرار	نعم
341	114	227	التكرار	نعم
% 100.0	% 33.4	% 66.6	النسبة	
-	-	-	التكرار	لا
-	-	-	النسبة	
341	114	227	التكرار	المجموع
% 100.0	% 33.4	% 66.6	النسبة	

يلاحظ من الجدول (51) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري النظرة لقيم المجتمع وعاداته وهل يجب تجاوزها أن كل المبحوثين يرون أن عادات وقيم وأعراف المجتمع تعيق تحقيق أهدافهم، ويرى أغلب أفراد عينة الدراسة أنه يجب تجاوزها من أجل تحقيق أهدافهم وطموحاتهم حيث بلغت نسبتهم (66.6%) من مجموع المبحوثين في حين يرى (33.4%) عكس ذلك.

وتتفق هذه النتائج مع ما ذهب إليه روبرت ميرتون من أن الفرد ينحرف عن القيم السائدة في المجتمع وينحرف عن ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه في حالة ما إذا كان هذا الأخير يسد الأبواب في وجه أفراده ولا يتيح لهم تحقيق أهدافهم بالطرق المشروعة والقانونية.

الجدول (52): توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري الأهداف المنشودة وسهولة أم صعوبة تحقيقها.

المجموع	هل الطريق لتحقيق أهدافك سهل يسير		الأهداف التي تسعى لتحقيقها	
	لا	نعم	التكرار	النسبة
59	59	0	التكرار	النجاح في مشروع مالي
% 17.3	% 17.3	% 0.0	النسبة	
111	62	49	التكرار	الزواج وإيجاد منصب عمل
% 32.6	% 18.2	% 14.4	النسبة	
70	21	49	التكرار	الهجرة إلى الخارج
% 20.5	% 6.2	% 14.4	النسبة	
101	49	52	التكرار	الاستقرار
% 29.6	% 14.4	% 15.2	النسبة	
<b>341</b>	<b>191</b>	<b>150</b>	التكرار	المجموع
<b>% 100.0</b>	<b>% 56.0</b>	<b>% 44.0</b>	النسبة	

الجدول (52) يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري الأهداف التي يسعون إلى تحقيقها وهل الطريق لتحقيقها سهل يسير أم صعب، وما يلاحظ على بيانات الجدول أعلاه أن غالبية أفراد العينة يرون أن هناك صعوبة في تحقيق أهدافهم، حيث بلغت نسبتهم (56%) مقابل (44%) ممن أجابوا عكس ذلك، ويربط المتغيرين يلاحظ أن (18.2%) من المدمنين أجابوا بأنهم يسعون إلى الزواج ولكن المجتمع سد الأبواب في وجههم، يليهم من حيث الترتيب الذين يسعون إلى الاستقرار وتحقيق مشاريع مالية ناجحة بنسبة (17.3%).

وما يمكن استخلاصه من النتائج سالفه الذكر أن نسبة معتبرة من المدمنين فشلوا في تحقيق أهم أهدافهم في الحياة متمثلاً في الزواج والاستقرار، والسبب في ذلك أن المجتمع لم يتيح لهم الوسائل والسبل المشروعة اجتماعياً وثقافياً لتحقيق ذلك ويعتبر هذين العاملين من العوامل التي تدفع الفرد إلى الانحراف والإدمان كهروب من الواقع المفروض.

## الجدول (53): توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري مستوى الثقافة الدينية وأداء الصلاة

المجموع	هل تصلي			هل ثقافتك الدينية	
	لا أصلي	أحيانا	دائما	التكرار	جيدة
00	00	00	00	التكرار	جيدة
% 00	% 00	% 00	% 00	النسبة	
284	105	179	00	التكرار	نوعا ما
%83.3	%30.8	%52.5	% 00	النسبة	
57	8	49	00	التكرار	ضعيفة
% 16.7	%2.3	%14.4	% 00	النسبة	
341	113	228	00	التكرار	المجموع
% 100.0	%33.1	%66.9	% 00	النسبة	

الجدول (53) يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري مستوى الثقافة الدينية وارتباطها بممارسة شعيرة الصلاة، وبالنسبة للثقافة الدينية يلاحظ أن أغلب أفراد العينة لديهم ثقافة دينية متواضعة فقد بلغت نسبتهم (83.3%)، يليهم من حيث الترتيب الذين كانت ثقافتهم الدينية ضعيفة بنسبة (16.7%)، وأجاب غالبية أفراد عينة الدراسة بأنهم لا يداومون على أداء الصلاة فجاءت النسبة معدومة، وسجلت النسبة الأعلى (66.9%) لدى من يصلون أحيانا، ثم يليهم من حيث الترتيب المنقطعين عن الصلاة نهائيا حيث بلغت نسبتهم (33.1%) وتؤشر هذه النتائج بأن هناك تضييع لأهم شعيرة في الإسلام بالإضافة إلى الثقافة الدينية المتواضعة، ويربط المتغيرين يلاحظ أن كل أفراد العينة لا يواظبون دائما على الصلاة وليست لديهم ثقافة دينية جيدة، وحتى الذين لديهم ثقافة دينية متواضعة فإنهم يصلون أحيانا أو أنهم لا يصلون. وخالصة القول أنه هناك سمتين للمدمنين مجال الدراسة الميدانية هما تضييع فريضة الصلاة وعدم المداومة

عليها وتواضع الثقافة الدينية، ولا شك أن إهمال ذلك يجعل الفرد عرضة للانحراف والذي يهمل الصلاة تهون عليه باقي المنكرات وممارسة الرذائل والوقوع في المحرمات لاسيما عند الجهل بأمور الدين.

#### الجدول (54): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير المواظبة على صلاة الجماعة

النسبة	التكرار	المواظبة على صلاة الجماعة
-	-	دائما
44.0	150	أحيانا
56.0	191	مطلقا
100.0	341	المجموع

$\chi^2 = 4.930$  - درجة الحرية = 1 - قيمة الدلالة = 0.026

يلاحظ من الجدول (54) الذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغير المواظبة على صلاة الجماعة أن أغلب المبحوثين لا يؤدون صلاة الجماعة مطلقا فقد بلغت نسبتهم (56 %)، مقابل (44 %) ممن أجابوا بأنهم يؤدونها أحيانا، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة .

ويعتبر المسجد مؤسسة اجتماعية دينية لا يقتصر دورها على ممارسة الشعائر الدينية فقط بل يتعداه إلى الدور التربوي والتوعوي والتنقيفي كما الاندماج في الجماعة يخلق نوع من الشعور الجمعي والضبط الاجتماعي اللذان يؤثران في سلوك الفرد وتصرفاته إيجابا فبنشأ فردا صالحا يخاف الله في أفعاله وأقواله، والابتعاد عن المؤسسة يعني فقدان حصنا منيعا يقي الفرد من الوقوع في المحظورات والتي من بينها الإدمان على المخدرات الذي يشهد تنامي كبير بل وصل الأمر حتى التعدي عن حرمة المؤسسة الدينية.

## الجدول (55): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء

هل تتدخل الأسرة في اختيار أصدقائك	التكرار	النسبة
دائما	98	28.7
أحيانا	235	68.9
مطلقا	8	2.3
المجموع	341	100.0

كا=229.906a - درجة الحرية=2- قيمة الدلالة=0.000

يوضح الجدول أعلاه، توزيع أفراد الدراسة حسب متغير تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء، أن أغلب المبحوثين أجابوا بأن أسرهم أحيانا ما تتدخل في أختار أصدقائهم حيث بلغت نسبتهم (68.9%)، فيما أجاب (28.7%) من أفراد الدراسة بتدخل أسرهم الدائم في اختيار أصدقائهم، وتتفق هذه النتائج مع ما

\*

توصلت إليه دراسة

ولاشك أن للرقابة الوالدية دور هام في توجيه الأبناء وإرشادهم نحو الرفقة الصالحة، خاصة إذا تعدى دور الوالدين إلى مراقبة كل الأنشطة السلوكية التي يقوم بها أبنائهم رفقة أقرانهم، وقبل ذلك التدخل في اختيار الرفقاء أو التوجيه السليم نحو الاختيار المناسب من الأصدقاء بما يعود بالإيجاب على أبنائهم، حيث تؤكد اغلب الدراسات أن تراجع دور الأسرة في أداء الوظائف المنوطة بها يجعل من الضوابط الاجتماعية تتراجع، الأمر الذي يجعل الأبناء أكثر حرية في تصرفاتهم لاسيما مع عدم وعي الوالدين لما يقومون به خارج البيت.

## الجدول (56): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير قضاء وقت الفراغ

النسبة	التكرار	أين تقضي وقت فراغك
46.3	158	في الشارع
14.4	49	في البيت
3.2	11	في مشاهدة التلفاز
17.3	59	في ممارسة الهوايات
3.5	12	في الملهى
15.2	52	أخرى
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

كا=253.985b - درجة الحرية=5 - قيمة الدلالة=0.000

الجدول (56) يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغير قضاء وقت الفراغ، حيث بلغت نسبة الذين أجابوا بقضاء وقت فراغهم في الشارع (46.3%)، يليهم من حيث الترتيب الذين يقضون أوقات فراغهم في ممارسة هواياتهم وبلغت نسبتهم (17.3%)، يليهم أولئك الذين لم يصرحون بمكان قضاء أوقات فراغهم، إن عدم استثمار وقت الفراغ بشكل جيد يعود بالمنفعة على الفرد يجعله فريسة سهلة لمخالطة رفاق السوء، الأمر الذي يسهل عليه الانخراط في الجماعات المنحرفة، والانفتاح على سلوكياتها والخروج عن المعايير والضوابط الاجتماعية، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه

## الجدول (57): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير البرامج التلفزيونية المشاهدة

النسبة	التكرار	البرامج التلفزيونية التي تشاهدها
1.2	4	الرياضية
5.9	20	الغناء والشباب
59.2	202	العنف
2.6	9	الإباحية
28.7	98	أخرى
.6	2	الإخبارية
.6	2	السياسية
1.2	4	المسلسلات
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

كا=2853.815 - درجة الحرية=7 - قيمة  
الدلالة=0.000

يلاحظ من خلال الجدول (57) والذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغير البرامج التلفزيونية المشاهدة أن أغلب أفراد الدراسة يشاهدون أفلام العنف إذ بلغت نسبتهم 59.2، يليهم من حيث الترتيب الذين يشاهدون برامج أخرى لم يتم ذكرها بنسبة 28.7، أما النسب المتبقية فقد توزعت على برامج الغناء والشباب والبرامج الرياضية والمسلسلات والبرامج الرياضية والسياسية بنسب ضئيلة جدا. وتؤثر النتائج أعلاه أن أغلب المدمنين يشاهدون برامج العنف التي في العادة تكون مملوءة بالجريمة والانحراف والمخدرات والعصابات والمكائد والانتقام وممارسة الرذيلة ومن دون شك فإن التعرض لمثل هذه المواقف وتكرار مشاهدتها لاسيما مع الأساليب التي يستخدمها التلفزيون في الاستحواذ على حواس الإنسان، كفيل بخلق السلوكيات المشاهدة نفسها حسب النظرية التفاعلية الرمزية .

## الجدول (58): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير الأسباب التي دفعتك للتعاطي

النسبة	التكرار	الأسباب التي دفعتك للتعاطي
15.2	52	نفسية
46.9	160	عائلية
14.4	49	اجتماعية
2.9	10	اقتصادية
14.4	49	الأصدقاء
5.0	17	بدافع التجربة
1.2	4	دافع جنسي
<b>100.0</b>	<b>341</b>	<b>المجموع</b>

كا=2d=346.909 - درجة الحرية=6 - قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه والذي يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الأسباب التي دفعت أفراد عينة الدراسة إلى تعاطي المخدرات وفي مراحل تالية إلى الإدمان، أن غالبيتهم كانت الظروف العائلية هي السبب، حيث بلغت نسبتهم (46.9 %)، يليهم من حيث الترتيب من كان أسباب التعاطي نفسية بنسبة (15.2%)، ثم من كانت دوافعهم اجتماعية والرفقة السيئة ثم بقية العوامل الأخرى.

وخلاصة القول تلعب الأسرة دورا بالغ الأهمية في تربية وتنشئة أبنائها، ومن جهة أخرى قد تكون سببا مباشرة في دفعهم نحو عالم الجريمة والانحراف، لاسيما إذا كانت تعاني من ظروف كالتفكك والخلافات والتصدع، أو إذا كانت تواجه ظروفًا اقتصادية، أو فقدت أحد رعاياها كوفاة أحد الوالدين أو كلاهما، وتدل هذه النتائج على طبيعة المدركات المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات لدى الشباب، والتي تعكس طبيعة التكوين الاجتماعي والثقافي للمجتمع ودور العلاقات الأسرية والمكون الديني في توفير أدوات للضبط الاجتماعي، ولعل تفسير الشباب لانتشار ظاهرة التعاطي لأسباب اجتماعية ودينية يؤكد أزمة المجتمعات المتحولة أي التي تشهد تغيرا اجتماعياً وثقافياً واسعاً وما يفرضه هذا التغير من تناقضات واختلالات ما

بين معايير الضبط الاجتماعي التي تعبر عنها الحقائق الاجتماعية والثقافية وتحديداً الدينية وبين الممارسات في الحياة اليومية، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه راثود وايزدور تشاين وهربرت هندن.

#### الجدول (59): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير هل الإدمان على المخدرات

هل الإدمان على المخدرات	التكرار	النسبة
يكسب ثقة الأصدقاء	11	3.2
يميزك عن الآخرين	53	15.5
يوكب الحداثة	53	15.5
لإثبات الذات	175	51.3
أخرى	49	14.4
المجموع	341	100.0

كا=227.402e - درجة الحرية=4- قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه والذي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الهدف أو الغاية الشخصية من وراء إدمانهم أو تعاطيهم للمخدرات، فقد أجاب غالبيتهم أن السبب وراء التعاطي كان البحث عن تأكيد أو إبراز الذات، حيث بلغت سببتهم (51.3%)، يليهم من حيث الترتيب ممن يرون أن الإدمان يميزهم عن الآخرين، ويعتبر بمثابة مواكبة للتطور والحداثة وكانت النسبة متساوية بين هذين الاختيارين أي (15.5%) لكل منهما، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه هندن وماتيو

إن الحاجة إلى تأكيد الذات والبحث عن المكانة الاجتماعية بين أفراد المجتمع تعتبر ضرورة يبحث عليها أي إنسان، وهي حاجة مكتملة لبقية الحاجات الأخرى كالحاجة إلى المأكل والمشرب، فالإنسان مدني بطبعه يميل دائما إلى التجمع بيني جنسه، ويسعى وينشد بأن يكون لديه مركزا اجتماعيا يليق به، فإذا فشل

الإنسان في ذلك، قد يواجه صعوبات في التكيف والتوافق وقد يدفعه الأمر إلى العزلة الاجتماعية والانسحابية أو الهروب من المجتمع والمواجهة من خلال ولوج عالم المخدرات حتى يبقى بعيدا وغير مدركا لما يجري حوله.

#### الجدول (60): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير الإدمان على المخدرات

هل الإدمان على المخدرات يجعلك تنسى همومك وتعيش جو من السعادة	التكرار	النسبة
لا	-	-
المجموع	341	100.0

كا=2a=308.557 - درجة الحرية=2- قيمة  
الدلالة=0.000

وما يمكن ملاحظته أن كل الباحثين يعتقدون أن المخدرات تساعد متعاطيها على التخلص من المشكلات التي تواجهه في حياته اليومية، ولاشك أن هذا الاعتقاد لدى المدمنين يعود إلى قلة الوعي لديهم بخطورة المخدرات وقصور نظرهم اتجاهها، إلى أن يصلوا إلى مرحلة الإدمان والخضوع للمخدر، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه هندن وماتيو وأرون وشافان \*

#### الجدول (61): توزيع أفراد الدراسة حسب متغير الاعتقاد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع

هل تعتقد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع	التكرار	النسبة
نعم	258	75.7
لا	83	24.3
المجموع	341	100.0

كا=2a=89.809 - درجة الحرية=1- قيمة  
الدلالة=0.000

يلاحظ من خلال الجدول (61) والذي يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغير الاعتقاد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع أن أغلب أفراد الدراسة يعتقدون بذلك (75.7%)، أما من يعتقدون بضرر

المخدرات على المجتمع فبلغت نسبتهم (24.3%)، وتتفق هذه النتائج مع النتائج التي توصلت إليها دراسة غانم، ودراسة سيد محمد بن.

إن معرفة المبحوثين بمدى الضرر الناتج عن إدمانهم للمخدرات، وتأثير ذلك على المجتمع يعكس الازدواجية في النظرة إلى الأحكام والمعايير لدى المبحوثين، كما يمكن إرجاعه إلى قلة الوعي لديهم من مخلفات سلوكهم الانحرافي على المجتمع بكل فئاته ومقدراته، وهذا يعكس مدى تقصير المؤسسات الاجتماعية والتربوية والإعلامية والدينية بوجود التوعية بأضرار ومخاطر المخدرات.

الجدول (62): توزيع أفراد الدراسة حسب متغيري هل إدمان المخدرات لا يحط من قيمة المدمن وهل

هو منبوذا اجتماعيا

هل إدمان المخدرات لا يحط من قيمة الإنسان	التكرار	النسبة
نعم	207	60.7
لا	134	39.3
المجموع	341	100.0
هل متعاطي المخدرات غير منبوذا اجتماعيا	التكرار	النسبة
نعم	133	39.0
لا	208	61.0
المجموع	341	100.0

كا=15.628a=2 - درجة الحرية=1 - قيمة الدلالة=0.000 كا=16.496a=2 - درجة الحرية=1 - قيمة الدلالة=0.000

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه، والمتعلق بنظرة المدمنين إلى المخدرات وما إذا كانت تحط من قيمتهم في المجتمع، فقد أجاب غالبهم بأنها تحط من قيمتهم إذ بلغت نسبتهم (60.7%)، مقابل (39.3%) ممن أجابوا بالنفي. وفيما يتعلق بما إذا كان متعاطي المخدرات منبوذا اجتماعيا فإن غالبية أفراد الدراسة

أجابوا بالإيجاب، حيث بلغت نسبتهم (61%) مقابل (39%) ممن أجابوا عكس ذلك، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه توردا.

وتؤشر نتائج الجدول الموضح أعلاه، عن إدراك المدمنين للوضعية التي يعيشونها، والحالة التي أصبحوا عليها، فبالرغم من إدراكهم بأنهم وضيعة المكانة، وأنهم منبوذين اجتماعيا، إلا أن وطأة الإدمان واعتماديتهم النفسية والعضوية، وربما ضغط رفاقهم وأقرانهم أو الجماعات التي أصبحوا ينتمون إليها، أو في حالات أخرى استمرار ظروفهم السيئة، كقيلة بأن تجعلهم يعيشون في واقع لا يمكنهم الانفكاك منه، ورغم ذلك فإن هذا الإدراك الايجابي يؤشر بأن هناك إمكانية لتجاوز حالتهم ولعل ترددهم بمحض إرادتهم للعلاج، خير دليل على رغبتهم في التخلص من المتاعب التي يعيشونها. وهذا ما دلت عليه نتائج المقابلات الميدانية.

### خلاصة:

كانت هذه نتائج الدراسة الميدانية، وقد بينت أن هناك تضافرا لمجموعة من الظروف والعوامل المتداخلة والمتفاعلة عملت مع بعضها البعض وهيئت المجال لدخول عالم المخدرات، فقد اجتمعت الظروف الأسرية وسلاسة عوامل الضبط الاجتماعي وتراجع دور الأسرة بصفقتها الوحدة الأساسية في المجتمع عن ذلك الدور الذي يكفل حياة متماسكة ومتضامنة، فضلا عن الظروف الاقتصادية السيئة التي تحياها أسر مدمنو المخدرات من بطالة وضعف للقدرة الشرائية، وزيادة متطلبات الحياة، إضافة للبيئة الاجتماعية والثقافية العامة، كلها ظروف هيئت الفرصة لوقوع أفراد الدراسة ضحايا للمخدرات، وبشكل أكثر تفصيل سيتم مناقشة نتائج الدراسة الميدانية في ضوء فرضيات الدراسة، في الفصل الموالي.

## الفصل السابع: مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء النتائج واستنتاجات عامة

- تمهيد.

- مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء النتائج.

- استنتاجات عامة في ضوء الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.

- التوصيات.

**- تمهيد:**

إنّ تناول موضوعات مثل الجنس والسن، والمهنة والمستوى التعليمي، وحجم الأسرة والحالة الاجتماعية للوالدين، ونوع السكن وطبيعته وعدد الغرف به، والدخل الشهري، وغيرها من المتغيرات التي حاول الباحث الاستفادة من النتائج السابقة وتوظيفها عندما تصبح إمكانية الاستفادة منها متاحة في مناقشة الفرضيات. وقبل مناقشة فرضيات الدراسة سيتم تقديم تلخيص حول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمبحوثين مجال الدراسة الميدانية.

**1- النتائج المتعلقة بالبيانات الأولية:****أ- الجنس والسن:**

سيتم التطرق في هذه النقطة إلى النتائج المتعلقة بالبيانات الأولية لأفراد مجال الدراسة الميدانية، لأنها ذات أهمية كبيرة بالنسبة لموضوع الدراسة، خاصة ما تعلق منها بشق الخصائص الاجتماعية.

كانت عينة الدراسة مكونة من فئتي الذكور والإناث، وكانت النسبة الأكبر من فئة الذكور (98.2%) مقابل (1.8%) فقط من الإناث (أنظر الجدول 1)، وهذه النتائج لا تعكس عدد المدمنات اللاتي يستقبلهن المركز فمن مجموع المدمنين الذين استقبلهم المركز سنة (2015) والذين بلغ عددهم (7797) كان عدد الإناث منهم (438) أي ما نسبته (5.61%) (المرجع). إلا أن هذه النسبة تبقى بعيدة عن الأرقام الحقيقية لإدمان الإناث في المجتمع الجزائري. أما فيما يتعلق بالعمر فقد لوحظ ارتفاع نسبة من تنتمي أعمارهم إلى الفئة العمرية (35-39) إذ بلغت نسبتهم (60.4%)، ثم جاءت في المرتبة الثانية الفئة العمرية (25-29) بنسبة (17.9%)، ثم الفئة العمرية (20-24) بنسبة (17.3%)، حيث ينتشر الإدمان والتعاطي عادة بين الفئة التي تتراوح أعمارها بين (15-40 سنة) (المرجع).

**ب- الحالة الزوجية:**

أشارت نتائج الدراسة الميدانية (أنظر الجدول4) إلى أن غالبية المبحوثين كانوا عزابا، حيث بلغت نسبتهم (66.9%)، بينما شكلت نسبة المتزوجين (15.2%)، وأخيرا المطلقين بنسبة (17.9%). ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين العزاب؛ إلى كون هذه الفئة أقل استقرارا وتماسكا من الناحية الاجتماعية، وأكثر عرضة للأزمات والمشكلات الاجتماعية والعاطفية والاقتصادية مقارنة بالمتزوجين. وربما تدعم فرضية دوركايم المتعلقة بالانتحار هذه النتيجة إذا قمنا بإسقاط نفس المقاربة، إذ يرتفع معدل الانتحار بين العزاب أكثر من المتزوجين، وقد أرجع دوركايم هذا التباين إلى ضعف الروابط الاجتماعية، وضعف التماسك والتضامن الاجتماعي الأسري.

**ج- المستوى التعليمي والمهنة:**

وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي فإن أغلب المبحوثين كانوا من ذوي المستوى التعليمي المتدني (المتوسط والثانوي والابتدائي)، فبلغت نسبة ذوو المستوى التعليمي المتوسط (44%)، أما ذوو المستوى الثانوي فكانت نسبتهم (20.2%)، ثم تنخفض النسبة بين الجامعيين إلى (19.4%) وبين أصحاب مستوى الابتدائي بلغت (15.5%)، ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين هذه الفئة إلى ما تتميز به من وقلة وعي و إدراك بمضار المخدرات وإدمانها، وما ينتج عن ذلك من عدم القدرة على التوافق والتفاعل الاجتماعي الإيجابي مع المجتمع، كما أنها لا تمتلك المهارات الاجتماعية التي تؤهلها إلى التعامل السليم والصحيح مع المشكلات الاجتماعية التي تواجهها. ويرى "كلوسن" أن المدمنين من ذوي الصفات والسمات الشخصية المتشابهة تماما، على عكس ما يظن البعض بأنها سمات ينفرد بها المدمنون فقط. ويفترض بأنه ربما تكون سلاسة الضوابط الاجتماعية في مثل تلك المناطق المتدهورة

جنباً إلى جنب مع وفرة المخدرات فيها؛ عوامل تفرض نفسها من ناحية ارتباطها بالنسبة المرتفعة في الإقبال على تعاطي المخدرات.

## 2- البيانات المتعلقة بظاهرة الإدمان:

### أ- حسب عمر بداية التعاطي:

بناء على نتائج الدراسة، فإن أغلب أفراد الدراسة بدأوا التعاطي وأعمارهم تتراوح بين (15- 19 سنة)، حيث بلغت نسبتهم (44%)، ثم تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية (أقل من 15 سنة) بنسبة (28.7%)، لتحل في المرتبة الثالثة الفئة العمرية (20-24 سنة) بنسبة (21.1%) وما يمكن استنتاجه من خلال هذه البيانات، أن أغلب المدمنين بدأوا التعاطي وهم في مرحلة المراهقة، والبعض مع بداية سن الرشد، والبعض الآخر ربما في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية سن البلوغ. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإقبال على التعاطي لدى هاتين الفئتين؛ إلى التغيرات الجسمية والاجتماعية والانفعالية والعاطفية المفاجئة والسريعة التي يتعرض لها المراهق، الذي عادة ما يكون في هذه المرحلة مقيماً مع أسرته، وينشأ في الكثير من الأحيان الصراع بينه وبين والديه؛ لأنه يبدأ في هذه المرحلة بالسعي للحصول على استقلاليتة، ويحاول إثبات ذاته ومكانته الاجتماعية ويعمل على أن يكون صاحب قرار في الأسرة التي يجب عليها احترام آرائه وأفكاره. وإذا لم يتفهم الأولياء خصوصية هذه المرحلة واحتياجاتها؛ فمن المحتمل أن ينحرف الأبناء لاسيما إذا كانت معاملتهم قاسية ومتسلطة ولا يحصلون على التقدير الاجتماعي الذي يبحثون عنه، كما أن هذه الفئة هي الأكثر تأثراً بالبيئة الاجتماعية والظروف الخارجية والأكثر بحثاً عن الأصدقاء والمتعة. وفي حالة تكيف الفرد مع هذه المرحلة الحرجة وتجاوزها؛ فإن نسبة الانحراف تقل، وربما هذا ما يفسر قلة الإقبال على التعاطي تدريجياً مع التقدم في العمر، بحيث يصبح الفرد أكثر اتزاناً ووعياً ونضجاً.

**ب- حسب المتسبب في التعاطي:**

أجابت الأغلبية الساحقة من أفراد الدراسة أنهم تعلموا التعاطي من قبل جماعة الرفاق حيث بلغت نسبتهم (98.8%)، وينسب ضئيلة من تعلموا التعاطي من قبل الأقارب والذين تعلموها من الشارع بنسبة (0.6%).

وعليه فمن الممكن أن يكون عامل "أصدقاء السوء" من العوامل المهمة المؤدية إلى التعاطي، وبخاصة إذا توافرت بعض العوامل المساعدة مثل: ضعف أو غياب الرقابة والتوجيه من قبل الوالدين، ويمكن الاسترشاد بهذا من خلال نظرية (سذرلاند وترايزي) من خلال نظرية الاختلاط التفاضلي، حيث يرى أن الفرد قد يتعلم من خلال الجماعة التي ينتمي إليها باعتباره جزءا منها، فيتبنى كل مواقفها واتجاهاتها ومن ذلك كراهية القانون أو الخروج عنه، والاندفاع لارتكاب الأفعال المخالفة ومن بينها إدمان المخدرات.

**ج- حسب نوع المخدر ومكان التعاطي:**

أغلب أفراد الدراسة كانوا يتعاطون أنواعا مختلفة من المخدرات (59.2%) حيث وبعد إيمانهم لم يعد يشبع نهمهم نوع واحد فقط، لذلك فهم يلجئون إلى أنواع مختلفة رغم أن أغلب المبحوثين أكدوا أن هناك نوع واحد يستهلك بكمية كبيرة وباقي الأنواع لإشباع الحاجة، ويعمل عامل وفرة المال من عدمه الدور الكبير في تحديد نوع المخدر الذي يتم تعاطيه، فحسب المقابلات الميدانية التي أجريناها على عينة المدنين بالمركز، تم الخروج باستنتاج يكاد يتفق فيه جميع المدمنين حيث أجمعوا على أن نوع المخدر المتعاطى يتحدد بكمية المال المتوفرة، في حين بلغت نسبة مدمني الحشيش (17.6%)، يليهم مدمنو السيوبنكس بنسبة (14.4%)، ثم الأمفيتامينات بنسبة (9%).

أما بالنسبة لمكان التعاطي فإن (56.9%) من أفراد الدراسة كانوا يتعاطون المخدرات خارج البيت، مقابل (43.1%) يتعاطون المخدرات في بيوتهم. ويمكن تفسير هذه النتائج؛ على أن أغلب المبحوثين كانوا يتعاطون المخدرات قبل إدمانهم خارج البيت، لكن بعد الإدمان يفضلون التعاطي لوحدهم، ولن يتأتى لهم ذلك إلا في البيت، رغم أن الفرد المدمن عادة ما يحاول وفي غالب الأحيان، إخفاء تعاطيه عن أفراد أسرته وأهله بشكل عام، خوفاً منهم أو تجنباً لوصمة العار التي تلاحقه وأسرته، أو لنظرة التحقير والإذلال التي يقابل بها، لأن هذه العادة منبوذة ومخالفة للقيم وللمعايير الاجتماعية وللثقافة السائدة في المجتمع، فضلا عن أنها محرمة شرعا ومجرمة قانونا.

وتشير نتائج الدراسة أن الغالبية العظمى من أفراد الدراسة كانوا يتعاطون بمفردهم، حيث بلغت نسبتهم (72.7%)، أما من كانوا يتعاطون مع الأصدقاء فبلغت نسبتهم (27.3%). ويمكن تفسير ذلك على أن أغلب المبحوثين كانوا يتعاطون المخدرات قبل إدمانهم مع الأصدقاء، لكن وبعد الإدمان يفضلون التعاطي لوحدهم، حيث يرى الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون العاملين في مراكز علاج الإدمان أن المدمن ينحو بنفسه إلى الوحدة والابتعاد عن الجماعة التي ألف الإدمان معها كأسلوب دفاعي كي لا يتعرفوا على نوع المخدر الذي يدمنه وكمية الجرعة التي يتعاطاها كنوع من الحماية والسرية وهذا تجنباً لمساوماتهم وتدخلاتهم في حياته\*.

#### د- حسب مدة الإدمان وعدد مرات التعاطي:

أغلب أفراد عينة الدراسة مضى على بداية تعاطيهم من (5 إلى 9 سنوات)، حيث بلغت نسبتهم (46%)، وحل في المرتبة الثانية الذين مضى على بداية تعاطيهم من (10 إلى 14 سنة) بنسبة (33.7%)، ثم الذين مضى على بداية تعاطيهم (15 سنة فأكثر) في المرتبة الثالثة بنسبة (18.2%)، لتتخفف النسبة إلى (2.1%) عند الذين مضى على بداية تعاطيهم من (سنة إلى 4 سنوات). وهو ما

\*-مقابلة أجريت مع أخصائية نفسانية وبحضور بعض المدمنين في شهر ديسمبر 2015.

يظهر أن أغلب المدمنين لهم ماضي بعيد في الإدمان، ويمكن تفسير هذه النتائج بجملة من الأسباب فقد يعود الأمر إلى عدم تمكنهم من الخروج من دوامة الإدمان وهذا هو المرجح، أو استمرار الظروف والأسباب التي دفعتهم إلى تعاطي المخدرات، أو عدم وجود من يأخذ بيدهم ويحثهم على التوجه إلى مراكز العلاج. ومهما يكن الأمر فإن الخروج من دائرة الإدمان يتطلب إرادة قوية وتغيير في واقع الحال الذي دفع بهم إلى المخدرات وكان سببا في ذلك.

أما بالنسبة لعدد مرات التعاطي؛ فإن أغلب أفراد الدراسة يتعاطون المخدرات أربع مرات في اليوم، حيث بلغت نسبتهم (43.1%)، في حين جاء في المرتبة الثانية الذين يتعاطون المخدرات مرة واحدة في اليوم بنسبة (23.5%)، وفي المرتبة الثالثة الذين يتعاطون المخدرات مرتين في اليوم بنسبة (15.5%)، وبنسبة مقاربة (15%) للذين يتعاطون المخدرات ثلاث مرات في اليوم، لتتخفص النسبة إلى (6%) عند الذين يتعاطون المخدرات أربع مرات في الأسبوع، وإلى (2.3%) للذين يتعاطون حسب الظروف. ويمكن تفسير هذه النتائج وبالأستناد إلى المقابلات التي أجريت على عينة من المدمنين أنهم أصبحوا غير قادرين على إدراك الواقع من جديد ولهذا فهم يفضلون الاستمرار في غياب وعيهم، كما أن الأمر يرتبط بفقدان الجرعة لتأثيرها المتعود عليه المدمن، ولهذا يسعى دائما إلى زيادة الجرعة للحصول على النشوة المعهودة وهذا بسبب زيادة اعتمادية الجسم النفسية والجسدية على المخدر.

#### و- حسب الطريقة التي تستخدم بشكل أكثر في التعاطي:

أغالب أفراد الدراسة (59.2%) منهم يرون أن نوع المخدر المتوفر هو المحدد لطريقة التعاطي (حسب المقابلات)، وأن الظروف هي المتحكم في ذلك ويتعلق الأمر بمدى توفر المخدر المرغوب وكذا توفر المال لشرائه لذلك فهم يعتمدون كل طرق تعاطي المخدرات بالتدخين أو البلع أو الشرب أو الحقن، في

حين صرح (21.1%) أنهم عادة ما يعتمدون التدخين في تعاطيهم للمخدر، أما الذين يعتمدون البلع فقد بلغت نسبتهم (17.6%)، وجاءت نسبة المعتمدين على الشرب بسيطة (2.1%).

#### ز - حسب متغيري الحالة الزوجية والسن:

(29.9%) من إجمالي العينة كانوا عزاب وتقع أعمارهم في الفئة العمرية (35-39)، وكان (15.5%) منهم مطلّقين وتقع أعمارهم في نفس الفئة العمرية المذكورة آنفاً، وبلغت نسبة العزاب ممن تقع أعمارهم في الفئة (20-24) (17.3%)، كما بلغت نسبة العزاب ممن تقع أعمارهم في الفئة العمرية (25-29) (16.7%)، وما يمكن استنتاجه من خلال ما سبق أن نسبة معتبرة من أفراد عينة الدراسة قد تأخر سن زواجهم، وعامل التأخر يعد في حد ذاته سبباً قد يدفع بالفرد إلى الإدمان، نتيجة للنقص الذي يعتره ونظرة أفراد المجتمع الدونية إليه، وكذا عدم تمكنه من إشباعه حاجاته الغريزية والعاطفية والاجتماعية، كما قد تؤثر هذه النسبة عن الظروف التي يعيشها المدمن والتي كانت سبباً في تأخر زواجه، وكانت نسبة المطلّقين حديثاً أيضاً معتبرة ويعد الفشل في الزواج وبناء أسرة عاملاً قد يلقي بالفرد في عالم المخدرات، كما تؤثر النتائج إلى ارتفاع نسبة الإدمان عند العزاب في سن الشباب وقد تم تفسير هذه النتيجة سابقاً (أنظر الجدول رقم 02). وتتوافق هذه التفسيرات مع ما ذهب إليه كل من بارسونس وميرتون في محاولة تفسير السلوكيات الشاذة والمنحرفة، بأنّ هناك ظروفًا اجتماعية تعمل على إنتاج وخلق السلوكيات الشاذة والمنحرفة، وأنّ هناك مجموعة من المتغيرات الاجتماعية من أمثال: الطبقة الاجتماعية؛ والتفكك الاجتماعي؛ والاضطراب الاجتماعي؛ والتركيبة الاجتماعية؛ والوسط الاجتماعي؛ والتشردم؛ والانقطاع الثقافي؛ وصراع الأدوار؛ هي التي تؤدي إلى الانحراف، ولاشك في أنّ هذه الرؤية نابعة من موقف يتعلق بنظام القواعد أو ما يسمّى بتوقعات الأدوار الوظيفية وتكهناتها، فالمضمون الوارد هنا يقول بأنّ الانحراف حركة مستقلة وخاضعة بالمسببات التي تدفع إلى الإدمان.

**ح- حسب متغيري العمر عند بدأت التعاطي وممن تعلمت التعاطي:**

أغلب أفراد عينة الدراسة الذين تعلموا تعاطي المخدرات من جماعة الرفاق ينتمون إلى الفئة العمرية (15-19) إذ بلغت نسبتهم (44%)، ثم الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (أقل من 15 سنة) بنسبة (28.7%)، ثم المنتمين إلى الفئة العمرية (20-24) بنسبة (19.9%)، وما يمكن استخلاصه عند قراءة هذه النتائج أن الغالبية العظمى من المبحوثين الذين تعلموا التعاطي من جماعة الرفاق كانوا حديثي السن أقل من 15 سنة إلى 24 سنة، وهو ما يؤكد على حساسية هذه المرحلة العمرية للفرد وسهولة التأثير برفاق السوء حيث وفي غياب الرقابة الوالدية، وتقاعس مؤسسات التنشئة الاجتماعية عن أداء دورها، واضطراب المعايير والقيم الاجتماعية والثقافية للبناء الاجتماعي نتيجة الهزات المختلفة التي يتعرض لها المجتمع وافتقاد المرافق الثقافية والترفيهية، قد يدفع بالفرد إلى التأثر بالرفقة السيئة وبالتالي ولوج عالم المخدرات والإدمان. وتعد هذه النتيجة تفسيرات "سوذرلاند Sutherland" الذي يرى بأنّ السلوك الإجرامي هو سلوك متعلم يتم تعلمه من خلال الاتصال مع الآخرين أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي، و"بيكر Bicker" الذي يؤكد أنّ السلوك الإنساني ما هو إلاّ نتاج لتتابع الخبرات الاجتماعية التي يكتسب الفرد من خلالها مفهوما عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكنا ومرغوبا فيه، فيحدث الإدمان من وجهة نظر بيكر من خلال عملية التعلّم الاجتماعي.

**3- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى: "يتسم الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات**

بتنشئة اجتماعية سيئة، ووضع أسري متفكك، وصحبة سيئة.

وبخصوص الإقامة فإن أغلب أفراد الدراسة كانوا من قاطني المدن، حيث بلغت نسبتهم (80.1%)

مقابل (19.97%) من قاطني الريف. تعاطي المخدرات يكثر بين سكان المدن مقارنة بسكان الريف.

ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين أبناء المدن إلى اتساع رقعة المدينة ومن ثم نقل فرصة مراقبة الآباء لأبنائهم، وكذا لسلسلة الضوابط الاجتماعية والإهمال وبخاصة إذا تعلق الأمر بالمناطق الشعبية والضواحي، التي تقع على أطراف المدينة حيث البناءات العشوائية والسكنات غير المخططة، وانعدام المرافق الضرورية والوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني وارتفاع معدل الانحراف والجريمة وغياب الأمن، وانعدام المرافق الرياضية ومراكز التسلية والترفيه، وعادة ما تنتشر تجارة المخدرات بهذه الأحياء نتيجة وجود وتوفير كل الاتجاهات والميول.

وبالنسبة للحالة الزوجية للوالدين فأغلب أفراد الدراسة كان أولياؤهم مرتبطين وعلى قيد الحياة، حيث بلغت نسبتهم (63.3%)، ثم الذين توفي احد والديهما أو كلاهما بنسبة (33.1%)، ثم المطلقين بنسبة (3.5%). ولا شك في أن وفاة أحد الوالدين أو كليهما يعني بالنسبة للأبناء الحرمان من العطف والحنان الوالدي ومن الرعاية المشتركة اللازمة للنمو السليم ولبناء الشخصية المتكاملة والسوية، إضافة إلى ذلك يفتقد الأبناء إلى السلطة التي توجه سلوكهم وإلى من يعولهم ويتكفل بهم، فتضطرب حياة الأسرة وقد تسهل فرصة انحرافهم وتشردهم، لاسيما إذا توافرت بعض العوامل المساعدة مثل الاختلاط برفاق السوء، وتراجع الرعاية المجتمعية والأمر نفسه في حالة طلاق الوالدين أو انفصالهما، فالأسرة التي حدث بها الطلاق، دون شك أسرة مضطربة لا تعرف الاستقرار، وتسودها العلاقات الاجتماعية المتنافرة، وتكثر بها الشجارات المستمرة والخلافات الحادة بين الوالدين؛ فيفتقد الأبناء إلى الأمن والاستقرار، وربما يتعرضون للإهمال في ظل مثل هذه الظروف غير الملائمة، ويكون هروبهم ولجوئهم إلى رفاق السوء وممارسة التعاطي الوسيلة المثلى للتخلص مما يعانونه.

وفيما يتعلق بتوزيع أفراد الدراسة حسب ترتيب ميلادهم في الأسرة، فإن (45.5%) من أفراد عينة الدراسة كان ترتيبهم الأول، يليهم من حيث الترتيب الابن الأخير بنسبة (32.3%)، ثم الأبناء

الذين كان ترتيبهم الأواسط بنسبة (22.3%)، وهذا يعني أن أغلب المبحوثين كانوا من الأبناء الأوائل يليهم الأبناء الذين كان ترتيبهم الأخير ثم الأبناء الأواسط.

وما يمكن استنتاجه أن الأبناء الأوائل كانوا أكثر إقبالا على تعاطي المخدرات، فعادة هؤلاء الأبناء يحصلون على تنشئة اجتماعية تتميز بالحماية الزائدة والتدليل، وقد تلبى احتياجاتهم بمجرد الطلب، وبالتالي فميولهم للانحراف وممارسة السلوكيات غير السوية تكون عندهم أكثر من أقرانهم، وقد يصطدمون بالواقع عندما يخرجون إلى المجتمع لأنهم لا يجدون هذه المعاملة فيلجئون للمخدرات للتغلب على النقص الذي يشوبهم، ثم يليهم الأبناء الأواسط ثم الأواخر. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين الأبناء الأواسط إلى أن أفراد هذه الفئة، كما تبينه بعض الدراسات العلمية؛ هم الأكثر ميلا إلى البحث عن الأصدقاء وعن المتعة، وقد يتفق ويكون أصدقاؤهم من المنحرفين وأصحاب السوابق في عالم المخدرات؛ فيجرونهم إلى عالم التعاطي والإدمان.

وبخصوص المستوى التعليمي للآباء، فقد اتضح أن (29.3%) من آباء المبحوثين كان لديهم مستوى "يقرأ ويكتب"، يلي ذلك من كان لأبائهم مستوى جامعي بنسبة مقاربة (28.7%)، ثم تقل النسبة عند الذين كان لأبائهم مستوى المتوسط (22%)، وبلغت نسبة من لأبائهم مستوى الابتدائي (15.8%)، وجاءت نسبة من كان لأبائهم مستوى ثانوي متدنية (2.1%) وهي مساوية لنسبة الآباء الأميين، أما فيما يخص المستوى التعليمي للمهات أفراد عينة الدراسة فإن ما نسبته (32%) منهم لهم مستوى يقرأ ويكتب، يليها من كانت لدى أمهاتهم مستوى الابتدائي بنسبة (21%)، ثم من كانت أمهاتهم أميات بنسبة (15.2%)، لتأتي بعدها النسبة متقاربة بالنسبة للذين صرحوا أن لدى أمهاتهم مستوى الثانوي ثم الجامعي على التوالي (14.4%) و(14%).

من خلال نتائج هذا الجدول يتضح أن أغلب الأولياء كان مستواهم التعليمي متدنيا، إذ لم يقتصر تدني المستوى التعليمي على الآباء فقط، بل تعداه إلى الأمهات ولا يخفى الدور الكبير للأمم فهي التي

تهيئ الفرد وتعدده لمواجهة ظروف الحياة، ولا شك أن تدني المستوى التعليمي للوالدين ينعكس سلباً على تربية الأبناء لأنهم يفتقرون إلى معرفة الأساليب التربوية السليمة القائمة على توفير جو الحوار اللازم البعيد عن أسلوب القسوة والتدليل في التعامل مع الأبناء وكذا كيفية مواجهة مختلف المشكلات التربوية والسلوكية التي قد تواجه أبنائهم وطرق التعامل معها.

**4- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية:** "يعيش مدمنو المخدرات وضعية اقتصادية مزرية جراء البطالة والفقر، وغياب فرص العمل".

وفيما يتعلق بالمهنة فقد بينت النتائج المتحصل عليها أن أغلب أفراد عينة الدراسة يمتنون أعمال حرة، حيث بلغت نسبتهم (32%)، يليهم من يزاولون أعمالاً يومية بسيطة بنسبة (28.7%)، في حين بلغت نسبة العاطلين عن العمل (21.7%)، تليها فئة الطلاب الجامعيين بنسبة (15.5%)، لتتخفف النسبة بين العاملين في حقل التعليم والإداريين والفلاحين إلى نسب بسيطة. ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين العاطلين عن العمل أو من يزاولون أعمالاً يومية والذين يصنفون ضمن العاطلين عن العمل أيضاً؛ إلى الظروف الاجتماعية والمادية الصعبة التي تواجهها هذه الفئة، من عدم القدرة على تلبية احتياجاتها وإثبات ذاتها، ومكانتها الاجتماعية، إضافة إلى الفقر والشعور بالنقص والنظرة الدونية، وربما الاحتقار الذي يلقونه من الآخرين، وبخاصة إذا كانوا مراقبين أو شباباً؛ وهو ما من شأنه أن يدفع بهم إلى الانحراف والبحث عن المتعة والهروب من الواقع، وهو ما يحاولون إيجاداه في معاورة المخدرات.

أما ما يخص عدد أفراد الأسرة، فإن أغلب المبحوثين كان عدد أفراد أسرهم من 4 إلى 6 أفراد، حيث بلغت نسبتهم (61.3%)، ثم من كان عدد أفراد أسرهم أكثر من 7 أفراد بنسبة (38.1%)، لتتخفف النسبة لدى من كان حجم أسرهم صغيراً إلى (6%)، ويمكن تفسير ارتفاع نسبة الإدمان بين

الأسر ذات الحجم الكبير إلى أن زيادة حجم الأسرة يؤدي إلى إرباك حالتها الاقتصادية، ويقلل من التفاعل الاجتماعي بين الوالدين والأبناء، كما تتقلص مساحة هذا الاحتكاك ومن ثم تقل فرص التطبيع الاجتماعي لهم، وهذا ما بينته أغلب الدراسات العلمية، كما أن زيادة حجم الأسرة يقوض من مهمة الوالدين في عملية مراقبة ومتابعة أبنائهم، وبخاصة خارج البيت؛ إضافة إلى عجز الأولياء عن توفير ضروريات الحياة لأبنائهم، وبالتالي فمن الممكن أن تؤدي بعض هذه العوامل أو جميعها إلى انحراف الأبناء.

أما عن الدخل الشهري للأسرة، فقد سجلت أعلى نسبة لدى الأسر التي دخلها من (مليونين إلى أقل من ثلاثة ملايين) دينار شهريا بنسبة (32.3%)، ثم الأسر التي دخلها الشهري (من خمسة ملايين فأكثر) بنسبة (29.9%)، يلي ذلك الأسر التي دخلها الشهري (من ثلاثة ملايين إلى أقل من أربعة ملايين) بنسبة (19.6%)، ثم تتخفف النسبة عند الأسر التي يقع دخلها في الفئات الأخرى، كما هو موضح في الجدول (رقم 19)، وما يمكن استنتاجه من خلال هذه النتائج، أن غالبية أفراد الدراسة ينتمون إلى أسر ذات دخل متدني، أكثر من (70%) عند حساب جميع الفئات التي تتلقى دخل شهري يقل عن 5 ملايين سنتيم، فالأسر ذات الدخل المتدني لا تستطيع سد احتياجات أبنائها، وربما ينشغل الأب بتوفير متطلبات الأسرة عن الاهتمام بالأبناء، وهو ما قد يجعلهم عرضة للانحراف. وأما عن الحاجة للغير؛ فإن أغلب المبحوثين يلجؤون إلى الاقتراض في حال لم يفي الدخل الشهري بالغرض، حيث بلغت نسبتهم (65.1%)، تليها نسبة من يلجؤون إلى الاستغناء عن الكماليات ب(20.5%)، ثم الذين يلجؤون إلى طلب المساعدة حيث بلغت نسبتهم (14.4%)، وترتبط هذه النتيجة مع نتيجة الجدول الخاص بالدخل، حيث أن أغلب المبحوثين دخلهم غير كافي لتلبية احتياجاتهم الأساسية ولتحقيق مستوى معيشي معقول، وقد يكون احد العوامل التي تدفع بالفرد إلى عالم الإدمان هربا من الواقع المر الذي يعيشه نتيجة الفقر والعوز والحاجة. كما تؤكد نتائج الدراسة أن أغلب أفراد العينة لا يجدون أي نوع من

المساعدة وقت الحاجة إليها حيث بلغت نسبتهم (71.3%)، في حين صرح (28.7%) من المبحوثين بحصولها على مساعدات وقت حاجتهم إليها. وما يجعل الأمر أكثر تعقيدا أن غالبية المبحوثين يعملون بصفة مؤقتة (68.6%)، في حين كانت نسبة الذين يمتنون أعمالا بصفة دائمة (31.4%). ويمكن تفسير هذه النتائج بأن انعدام الاستقرار المهني وعدم وجود دخل مادي دائم يمكن أن يؤثر على حياة الفرد وعلى التزامات المادية ومتطلباته المعيشية، وقد تدفع به الظروف الاقتصادية إلى تعاطي المخدرات. وفيما يتعلق بإعالة الغير والأفراد المعالين فقد جاءت النسب متقاربة إذ صرح (50.1%) من أفراد عينة الدراسة أنهم لا يعملون أحدا سوى أنفسهم، مقابل (49.9%) يقومون بإعالة أفراد أسرهم. وعن الأفراد المعالين فقد صرح (53.5%) من المبحوثين أنهم يعملون زوجاتهم وأبنائهم، وكانت نسبة الذين صرحوا بإعالتهم لأحد الوالدين أو كليهما (30.5%)، وكانت أدنى نسبة تلك التي صرح من خلالها المبحوثين بإعالتهم لإخوانهم. وعن عمل الزوجة فإن أغلب أفراد عينة الدراسة غير متزوجين أصلا حيث بلغت نسبتهم (68.6%)، أما الذين أجابوا بعمل زوجاتهم فبلغت نسبتهم (16.1%)، وبنسبة مقارنة كانت إجابات من زوجاتهم ماكثات بالبيت (15.2%). ويمكن تفسير هذا أن تعاطي المخدرات ينتشر بين العزاب أكثر من المتزوجين لشعورهم بمكانتهم الاجتماعية المتواضعة، أما بالنسبة لعدد الأطفال فإن أغلب أفراد عينة الدراسة غير متزوجين أصلا حيث بلغت نسبتهم (68.6%)، في حين كانت نسبة المبحوثين الذين لديهم أكثر من طفل (15.5%)، ثم الذين لديهم من ثلاثة إلى أربعة أطفال بنسبة (15%)، في بلغت نسبة من ليس لديهم أطفال (2.6%). وترتبط هذه النتيجة مع نتائج الجدول رقم (23) من أن زيادة عدد المعالين يتطلب دخلا مناسباً يتوافق وتلبية احتياجاتهم، وقد تكون الضغوط الاقتصادية والمتطلبات المتزايدة سببا في ولوج المعيل عالم الإدمان هربا من ضغوط الحياة.

أما بالنسبة لنوع السكن فإن أغلب أفراد عينة الدراسة يقطنون شققا في عمارات، إذ بلغت نسبتهم (50.4%)، ثم حل في المرتبة الثانية الساكنين في مساكن خاصة بنسبة (28.7%)، ليأتي في المرتبة

الثالثة القاطنين بمنازل عادية (19.6%)، وفي المرتبة الأخيرة القاطنين في بيوت قصديرية بنسبة بسيطة (1.2%). وفيما يتعلق بالمحيط الذي يقطن به المدمنين فإن أغلب أفراد عينة الدراسة يقطنون بأحياء متوسطة حيث بلغت نسبتهم (47.2%)، ثم جاء في المرتبة الثانية الذين يقطنون بأحياء راقية بنسبة (30.8%)، ثم القاطنين بأحياء شعبية بنسبة (22%).

وما يلاحظ أن أغلب المبحوثين من أحياء متوسطة وأحياء شعبية، وهو ما يعكس ضعف آليات الضبط الاجتماعي في المناطق شبه الحضرية، وهو ما ساهم في حدوث تحول في البناء الاجتماعي والأدوار التي يقوم بها نوع ومستوى الحي داخل المجتمع الحضري، وتشير مختلف الدراسات والبحوث العلمية والنظريات في مجال الجريمة والانحراف إلى دور الحي في توجيه سلوك الفرد نحو ممارسة الانحراف، فالأحياء الفقيرة تمهد الطريق لممارسة السلوك الانحرافي كتعاطي وإدمان وترويج المخدرات وممارسة الجريمة. وبالنسبة لملكية السكن فقد صرح (77.7%) من المبحوثين بأن السكنات التي يقطنونها ملكا لأسرهم، مقابل (20.5%) أجابوا بأنهم يقطنون سكنا مؤجرا، أما البقية والذين لم تتعدى نسبتهم (1.8%) فأجابوا بحالات أخرى غير الملك أو الإجار وتمثلت في سكنات موروثية لم تقسم بعد يقطنها مجموعة من الأقارب أو سكنات للأهل. أما عن نوعية السكن فقد أجاب (45.5%) من أفراد الدراسة بجودة سكناتهم، يليهم الذين أجابوا بأن سكناتهم متوسطة وبلغت نسبتهم (33.1%)، وأخيرا الذين أجابوا بأن سكناتهم رديئة وكانت نسبتهم (21.4%)، وعلى الرغم من ضالة نسبة من كان سكنهم رديئا؛ إلا أنه يمكن القول إن القسوة في المعاملة، والعلاقات الاجتماعية المتنافرة، والشعور بالتوتر وعدم الراحة، وفقدان الطمأنينة، وكثرة المشاجرات؛ عادة ما ترتبط طرديا مع ضيق ورداءة السكن.

وأما عن مصدر الحصول على المخدرات فإن أغلب المبحوثين (81.2%) منهم أجابوا بأنهم كانوا يحصلون على المخدرات بالشراء، في حين كان (15.5%) منهم يحصلون على المخدر من خلال الترويج، أما البقية فكانوا يحصلون عليها من خلال أصدقائهم. وتؤشر نتائج الدراسة إلى أن الغالبية

العظمى من أفراد عينة الدراسة (97.5%) كانت المخدرات مكلفة بالنسبة إليهم من الناحية المالية والجسدية والنفسية، بينما جاءت نسبة الذين يرون عكس ذلك ضئيلة (2.5%). ولهذه النتائج الكثير من الدلالات، فارتفاع نسبة من أجابوا بأن المخدرات كانت مكلفة؛ قد تعكس في بعض الأوجه أن التعاطي كان بالنسبة لهم عادة مستحكمة؛ ومن ثم فهم يلجئون للحصول على المخدرات مهما كلفهم الثمن وبشتى الطرق، لاسيما إذا كان أغلبهم عاطلين عن العمل. وهذا ما ذكره الكثير من المبحوثين.

5 - مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الفرعية الثالثة: "يعيش مدمنو المخدرات وضعاً ثقافياً تسوده قيم سلبية، ويفتقد إلى المرافق الثقافية والترفيهية".

يتميز المحيط الذي يقطن به المدمنين على المخدرات مجال الدراسة الميدانية، بالعديد من المظاهر السلبية، إذ صرح (52.5%) من أفراد عينة الدراسة بوجود مشكلات تنوعت بين ترويح وتعاطي المخدرات بنسبة (18.5%)، وغياب أبسط المرافق العمومية اللازمة للعيش الكريم بنسبة (17.9%)، ووجود مظاهر غير أخلاقية بنسبة (15.5%)، فيما تمثلت النسبة الأدنى في وجود مظاهر للجريمة بنسبة (6%).

إن الأحياء الفقيرة التي تتعدم فيها ضروريات الحياة، تهيئ للفرد الفرصة لدخول عالم الانحراف والجريمة وهو ما يعكس حالة التصدع الاجتماعي وضعف آليات الضبط الأخلاقي والاجتماعي في التجمعات الحضرية والشبه حضرية، والتي يغيب عنها التخطيط وانعدام المرافق الضرورية، وهو ما أسهم في حدوث تحول في البناء الاجتماعي، والأدوار التي يقوم بها الحي داخل البناء الحضري. وفيما يتعلق بالعلم بحرمة المخدرات فإن (78%) من المبحوثين يعلمون بحرمة تعاطي المخدرات، في حين كانت نسبة من يرون بأن تعاطي المخدرات مكروه فقط (14.4%)، وجاءت نسبة الذين أجابوا بعدم معرفتهم بالأمر بسيطة (6.7%)، ويتضح من هذه النسب ضعف الوازع الديني والأخلاقي لدى أفراد

عينة الدراسة ووجود ازدواجية في النظرة إلى الأحكام والمعايير، وقد يكون مرد ذلك إلى قلة الوعي وانخفاض المستوى التربوي والتعليمي والثقافي، وكذا التعرض للضغوط الاقتصادية والاجتماعية. وعن الأهداف التي يسعى أفراد عينة الدراسة لتحقيقها في حياتهم فإن أغلبهم يبحثون عن الاستقرار الاجتماعي من خلال الزواج وإيجاد منصب عمل، حيث بلغت نسبتهم (32.6%)، يليهم الذين يتمنون العودة لمظاهر الحياة الطبيعية وإلى مرحلة ما قبل الإدمان بنسبة (29.6%)، ثم الذين يتمنون الهجرة إلى الخارج بنسبة (20.5%)، وأخير الذين يطمحون بتحقيق نجاح في مشروع مالي، إذ بلغت نسبتهم (17.3%). هذا ويرى (56%) من المبحوثين أن الطريق لتحقيق طموحاتهم وأهدافهم صعبا وليس سهلا يسيرا، في حين يرى (44%) من أفراد عينة الدراسة عكس ذلك.

ويتضح من خلال النسب المعبر عنها من طرف أفراد عينة الدراسة حالة الاعتراب الاجتماعي التي يعيشها هؤلاء، الذين ضاقت بهم السبل وسدت في وجوههم كل الأبواب، حيث يرون المستقبل قاتما بعد أن تمكنت منهم آفة المخدرات ولم يعد باستطاعتهم الإفلات منها. ففرص النجاح حسبهم غير متاحة، فالأغلبية العظمى من المبحوثين يرون عكس ذلك حيث بلغت نسبتهم (99.1%)، مقابل نسبة تكاد تكون معدومة (0.9%) من المبحوثين الذين يرون أن المجتمع يوفر فرص متساوية لأفراده لتحقيق أهدافهم في الحياة. وعن مدى موائمة ثقافة المجتمع لطموحاتهم فإن كل أفراد عينة الدراسة يرون أن قيم وأعراف المجتمع وعاداته تعيق تحقيق أهدافهم وطموحاتهم. لذلك فإن أغلب المبحوثين لديهم قابلية لتجاوز قيم المجتمع وعاداته وتقاليد وأعرافه حيث بلغت نسبة من يرون ذلك (66.6%)، مقابل (33.4%) من المبحوثين الذين أظهروا عدم قابليتهم لتخطي قيم المجتمع. وفيما يتعلق بمدى محافظة الأسرة فإن (44%) من أفراد عينة الدراسة يرون أن أسرهم محافظة، في حين يرى (40.5%) أن أسرهم محافظة نوعا ما، أما من يرون أن أسرهم ليست محافظة فقد بلغت نسبتهم (15.5%).

وعن الثقافة الدينية للمبحوثين فإن غالبيتهم يرون أن ثقافتهم فيما يتعلق بالأمور الدينية متوسطة نوعاً ما، حيث بلغت نسبتهم (83.3%)، في حين عبر (16.7%) من أفراد عينة الدراسة عن محدودية ثقافتهم الدينية وضعفها، أما مقترح هل ثقافتك الدينية جيدة فكانت النسبة معدومة، وما يمكن استخلاصه من النسب السالفة الذكر هو ضعف الثقافة الدينية لأفراد عينة الدراسة ومدى انطباق ذلك على سلوكياتهم ولعله من الأسباب التي سهلت وقوعهم في فخ المخدرات.

وعن رد فعل الوالدين اتجاه أبنائهم عند إخلالهم بالعبادات؛ فإن أغلب المبحوثين أجابوا بأن والديهم كانت كانوا متشددين معهم نوعاً ما حيث بلغت نسبتهم (66.9%)، مقابل (18.8%) من المبحوثين الذين أجابوا أن والديهم لم يكونوا متشددين معهم، في حين جاءت نسبة من أجابوا بتشدد والديهم في معاملتهم حال تقصيرهم وإخلالهم بواجباتهم الدينية بنسبة (14.4%)، ويرى أفراد عينة الدراسة أن عادات وقيم وأعراف المجتمع تعيق تحقيق أهدافهم، لذلك فغالبيتهم يرون أنه يجب تجاوزها من أجل تحقيق أهدافهم وطموحاتهم حيث بلغت نسبتهم (66.6%) من مجموع المبحوثين في حين يرى (33.4%) عكس ذلك. وتتفق هذه النتائج مع ما ذهب إليه روبرت ميرتون من أن الفرد ينحرف عن القيم السائدة في المجتمع وينحرف عن ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه، في حالة ما إذا كان هذا الأخير يسد الأبواب في وجه أفراد ولا يتيح لهم فرص تحقيق أهدافهم بالطرق المشروعة والقانونية. أما بالنسبة للأهداف المنشودة ومدى تحقيقها بسهولة أم بصعوبة؛ فغالبية أفراد العينة يرون أن هناك صعوبة في تحقيق أهدافهم، حيث بلغت نسبتهم (56%) مقابل (44%) ممن أجابوا عكس ذلك، ويربط المتغيرين يلاحظ أن (18.2%) من المدمنين أجابوا بأنهم يسعون إلى الزواج ولكن المجتمع سد الأبواب في وجوههم، يليهم من حيث الترتيب الذين يسعون إلى الاستقرار وتحقيق مشاريع مالية ناجحة بنسبة (17.3%). وما يمكن استخلاصه من النتائج سالفة الذكر أن نسبة معتبرة من المدمنين فشلوا في تحقيق أهم أهدافهم في الحياة متمثلاً في الزواج والاستقرار، والسبب في ذلك أن المجتمع لم يتيح لهم الوسائل والسبل

المشروعة اجتماعيا وثقافيا لتحقيق ذلك، ويعتبر هذين العاملين من العوامل التي تدفع بالفرد إلى الانحراف والإدمان هروبا من الواقع المفروض. وفيما يتعلق بالثقافة الدينية لأفراد عينة الدراسة، يلاحظ أن أغلب أفراد العينة لديهم ثقافة دينية متواضعة فقد بلغت نسبتهم (83.3%)، يليهم من حيث الترتيب الذين كانت ثقافتهم الدينية ضعيفة بنسبة (16.7%)، وأجاب غالبية أفراد عينة الدراسة بأنهم لا يداومون على أداء الصلاة فجاءت النسبة معدومة، وسجلت النسبة الأعلى (66.9%) لدى من يصلون أحيانا، يليهم من حيث الترتيب المنقطعين عن الصلاة نهائيا حيث بلغت نسبتهم (33.1%) وتؤشر هذه النتائج بتضييع أهم شعيرة في الإسلام بالإضافة إلى الثقافة الدينية المتواضعة، ولا يخفى ما للصلاة من أثر في حياة المسلم، إذ لا يقتصر دورها عن الجانب التعبدى فقط، بل يتعداه إلى أبعد من ذلك فهي مكمّن للراحة النفسية والعقلية والروحية، كما أنها وقاية من الوقوع في السلوكيات المنحرفة مصداقا لقول المولى عز وجل (إن الصلاة تنهى عن الفحشاء والمنكر). (الآية 45 سورة العنكبوت)، ويربط المتغيرين يلاحظ أن كل أفراد العينة لا يواظبون دائما على الصلاة وليست لديهم ثقافة دينية جيدة، وحتى الذين لديهم ثقافة دينية متواضعة فإنهم لا يواظبون على الصلاة أو أنهم لا يصلون.

وخلاصة القول أن هناك سمتان للمدمنين مجال الدراسة الميدانية، هما تضييع فريضة الصلاة وعدم المداومة عليها وتواضع الثقافة الدينية، ولا شك أن إهمال ذلك يجعل الفرد عرضة للانحراف والذي يهمل الصلاة تهون عليه باقي المنكرات وممارسة الرذائل والوقوع في المحرمات لاسيما عند الجهل بأمور الدين.

وعن المحافظة على صلاة الجماعة فأغلب الباحثين أجابوا بأنهم لا يؤدون صلاة الجماعة مطلقا فقد بلغت نسبتهم (56%)، مقابل (44%) ممن أجابوا بأنهم يؤدونها أحيانا، ويعد المسجد مؤسسة اجتماعية دينية لا يقتصر دورها على ممارسة الشعائر الدينية فقط بل يتعداه إلى الدور التربوي والتوعوي والتنقيفي، فالاندماج في الجماعة يخلق نوعا من الشعور الجمعي والضبط الاجتماعي، للذين

يؤثران في سلوك الفرد وتصرفاته إيجاباً فبنشأ فرداً صالحاً يستشعر مخافة الله في أقواله وأفعاله، والابتعاد عن هذه المؤسسة الاجتماعية يعني فقدان حصن منيع يقي الفرد من الوقوع في المحظورات والسلوكيات المنحرفة، والتي من بينها الإدمان على المخدرات الذي يشهد تنامي كبيراً. أما عن تدخل الأسرة في اختيار الأصدقاء فأغلب المبحوثين أجابوا بأن أسرهم أحياناً ما تتدخل في أختار أصدقائهم حيث بلغت نسبتهم (68.9%)، فيما أجاب (28.7%) من أفراد الدراسة بتدخل أسرهم الدائم في اختيار أصدقائهم. ولاشك أن للرقابة الوالدية دور هام في توجيه الأبناء وإرشادهم نحو الرفقة الصالحة، خاصة إذا تعدى دور الوالدين إلى مراقبة كل الأنشطة السلوكية التي يقوم بها أبنائهم رفقة أقرانهم. وتؤكد اغلب الدراسات أن تراجع دور الأسرة في أداء الوظائف المنوطة بها يجعل الضوابط الاجتماعية تتراجع، الأمر الذي يجعل الأبناء أكثر حرية في تصرفاتهم لاسيما مع عدم وعي الوالدين بما يقومون به خارج البيت. أما عن قضاء وقت الفراغ فقد بلغت نسبة الذين أجابوا بقضاء وقت فراغهم في الشارع (46.3%)، يليهم من حيث الترتيب الذين يقضون أوقات فراغهم في ممارسة هواياتهم وبلغت نسبتهم (17.3%)، يليهم أولئك الذين لم يصرحون بمكان قضاء أوقات فراغهم، إن عدم استثمار وقت الفراغ بشكل جيد يعود بالمنفعة على الفرد يجعله فريسة سهلة لمخالطة رفاق السوء أو قضاء أوقات الفراغ في الشارع، الأمر الذي يسهل عليه الانخراط في الجماعات المنحرفة. وفيما يتعلق بالبرامج التلفزيونية المشاهدة فإن أغلب أفراد الدراسة يشاهدون أفلام العنف إذ بلغت نسبتهم (59.2%)، يليهم من حيث الترتيب الذين يشاهدون برامج أخرى لم يتم ذكرها بنسبة (28.7%)، أما النسب المتبقية فقد توزعت على برامج الغناء والشباب والبرامج الرياضية والمسلسلات والبرامج الرياضية والسياسية بنسب ضئيلة جداً. وتؤشر النتائج أعلاه على أن أغلب المدمنين يشاهدون برامج العنف التي عادة ما تكون مليئة بمشاهد تعرض على الجريمة وتدفع إلى الانحراف والمخدرات، ومن دون شك فإن التعرض لمثل هذه المواقف وتكرار مشاهدتها لاسيما مع الأساليب التي يستخدمها

التفزيون في الاستحواد على حواس المشاهد، كفيل بخلق السلوكيات المشاهدة نفسها حسب النظرية التفاعلية الرمزية.

وعن الأسباب المؤدية إلى التعاطي، فإن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن الظروف العائلية كانت هي الدافع الأول حيث بلغت نسبتهم (46.9%)، يليهم من حيث الترتيب من كان أسباب التعاطي نفسية بنسبة (15.2%)، ثم من كانت دوافعهم اجتماعية والرفقة السيئة ثم بقية العوامل الأخرى.

وتعذب الأسرة دورا بالغ الأهمية في تربية وتنشئة أبنائها، لكن وعلى النقيض من ذلك فقد تكون سببا مباشرة في دفعهم نحو عالم الجريمة والانحراف، لاسيما إذا كانت تعاني من ظروف مؤثرة كالتفكك والخلافات والتصدع والصراع، أو إذا كانت تواجه ظروفًا اقتصادية، أو فقدت أحد ركناتها المتمثل في وفاة أو غياب أحد الوالدين أو كلاهما.

ويجيب غالبية المبحوثين أن السبب وراء التعاطي كان البحث عن تأكيد أو إبراز الذات، حيث بلغت نسبتهم (51.3%)، يليهم من حيث الترتيب من يرون أن الإدمان يميزهم عن الآخرين، ويعتبر بمثابة مواكبة للتطور والحدثة وكانت النسبة متساوية بين هذين الاختيارين أي (15.5%) لكل منهما. ويمكن القول أن الحاجة إلى تأكيد الذات والبحث عن المكانة الاجتماعية بين أفراد المجتمع تعتبر ضرورة يبحث عنها أي إنسان، وهي حاجة مكملة لبقية الحاجات الأخرى كالحاجة إلى المأكل والشرب، فالإنسان مدني بطبعه، ويميل دائما إلى التجمع ببني جنسه، ويسعى وينشد أن يكون لديه مركز اجتماعي يليق به، فإذا فشل في ذلك فقد يواجه صعوبات في التكيف والتوافق، وقد يدفعه ذلك إلى العزلة الاجتماعية والانسحاب أو الهروب من المجتمع والمواجهة من خلال اللجوء إلى المخدرات حتى يبقى بعيدا وغير مدركا لما يجري حوله.

وتؤشر نتائج الدراسة أن المبحوثين يعتقدون أن المخدرات تساعد متعاطيها على التخلص من المشكلات التي تواجهه في حياته اليومية، ولاشك أن هذا الاعتقاد لدى المدمنين يعود إلى قلة الوعي بخطورة المخدرات وقصور نظرتهم تجاه أضرار إدمانها، لذلك فهم تعتقدون أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع، إن معرفة المبحوثين بمدى الضرر الناتج عن إدمانهم للمخدرات على المجتمع يعكس الازدواجية في النظرة إلى الأحكام والمعايير لدى المبحوثين، كما يمكن إرجاعه إلى قلة الوعي لديهم من مخلفات سلوكهم الانحرافي على المجتمع بكل فئاته ومقدراته، وهذا يعكس مدى تقصير المؤسسات الاجتماعية والتربوية والإعلامية والدينية بوجود التوعية بأضرار ومخاطر المخدرات،

أما عن قيمة ومكانة المدمن في المجتمع فقد أجاب غالبية أفراد عينة الدراسة أن المخدرات تحط من قيمتهم حيث بلغت نسبتهم (60.7%)، مقابل (39.3%) ممن أجابوا بالنفي. وفيما يتعلق بمتغير ما إذا كان متعاطي المخدرات منبوذ اجتماعياً، فإن غالبية أفراد الدراسة، أجابوا بالإيجاب، حيث بلغت نسبتهم (61%)، مقابل (39%) ممن أجابوا عكس ذلك. وتؤشر هذه النتائج أن هناك إدراك للمدمنين عن الوضعية التي يعيشونها، والحالة التي أصبحوا عليها، فبالرغم من إدراكهم بأنهم وضيعة المكانة، وأنهم منبوذون اجتماعياً، إلا أن وطأة الإدمان واعتمادهم النفسي والعضوي على المادة المخدرة، وربما ضغط رفاقهم وأقرانهم أو العصابات التي انخرطوا فيها، أو في حالات أخرى استمرار ظروفهم السيئة، هي التي تجبرهم على العيش في واقع لا يمكنهم الانفكاك منه أو الإفلات منه، ورغم ذلك فإن هذا الإدراك الايجابي يؤشر بأن هناك إمكانية لتجاوز حالتهم ولعل ترددهم بمحض إرادتهم إلى المستشفى خير دليل على رغبتهم في التخلص من المتاعب التي يعيشونها. وهذا ما دلت عليه نتائج المقابلات الميدانية.

## 6- استنتاجات عامة:

انطلقت الدراسة في بدايتها من إطار عام تمحورت الإشكالية فيه حول الخصائص السوسولوجية والاقتصادية والثقافية لمدمني المخدرات في المجتمع الجزائري، وقد اتجهت الدراسة نحو التركيز على المجال الذي يعيش فيه مدمنو المخدرات بكل ما يتضمنه هذا المجال من متغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية، ذلك أن الإنسان بطبعه يتأثر بالبيئة والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، إذ أن البيئة تمارس نوعاً من الضغط على أفرادها وفق نظرية دوركايم، وحسب ما ذهب إليه تالكوت برسونز من أن القيود الثقافية والظروف الاجتماعية تلعبان دوراً بالغ الأهمية في بلورة وتشكيل الفعل الاجتماعي، وفي هذا السياق فإن عالم الاجتماع الأمريكي روبرت ميرتون يقدم تحليلات مستفيضة ومساهمات قيمة عن الدور الذي يؤديه البناء الاجتماعي في خلق سلوكيات منحرفة لدى أفراد المجتمع، لاسيما تحليلاته المتعلقة بتيارات الانومي واضطراب المعايير التي توجه سلوك الفرد وتتحكم فيه، على نحو يتحدد في ضوءه السلوك المرغوب فيه من السلوك غير المرغوب.

إن تبني هذه المقاربة النظرية يدعمنا بوحدة تحليلية ونماذج تفسيرية كافية لفهم الواقع الذي يعيشه مدمنو المخدرات مجال الدراسة الميدانية، فقد أكدت الدراسة الميدانية على أن هناك تضافراً لمجموعة من الظروف والعوامل المتداخلة والمتفاعلة، عملت مع بعضها البعض وهيئت المجال لدخول عالم المخدرات، فقد اجتمعت الظروف الأسرية وسلاسة عوامل الضبط الاجتماعي وتراجع دور الأسرة بصفتها الوحدة الأساسية في المجتمع عن ذلك الدور الذي يكفل حياة متماسكة ومتضامنة، فضلاً عن الظروف الاقتصادية السيئة التي يحياها أسر مدمنو المخدرات من بطالة وضعف القدرة الشرائية، والظروف السكنية السيئة، وفي أحيان كثيرة تلعب الوفرة الاقتصادية دوراً في تجريب عالم المخدرات، لاسيما إذا كانت جماعة الأقران سيئة مع التسهيلات الموجودة في الحصول على المادة المخدرة أو ترويجها والمتاجرة بها.

لقد أكدت نتائج الدراسة أن نسبة معتبرة من المدمنين اتخذوا من المخدرات وسيلة لممارسة نشاطهم الاقتصادي وطريقة لتحقيق عائد مادي، من خلال ترويجها والمتاجرة بها، وهو ما عزز من استهلاكها وتعاطيها وإدمانها.

وتعمل كل هذه العوامل عملها إذا كان الفرد غير محصن من الناحية الدينية والأخلاقية، خاصة وأن البيئة التي يعيش فيها المدمنون بناء على نتائج الدراسة الميدانية، تؤكد أن المجتمع لم يوفر التسهيلات اللازمة لتحقيق الأهداف التي ينشدها أفراد عينة الدراسة، ولهذا أصبحوا قادرين على التخلي عن قيمهم ومبادئهم شرط الحصول على غايتهم، حتى وإن كانت أفعالهم محظورة اجتماعيا وثقافيا وقانونيا وأخلاقيا لا يقبلها المجتمع ولا يقرها العرف، لذلك وفر عالم المخدرات بدائل من وجهة نظر المدمنين، إما للهروب من الواقع أو لتعزيز مكانتهم، فأصبحوا فريسة سهلة لعالم المخدرات لم يعد باستطاعتهم الإفلات منها، فكان البحث عن العلاج أخر صرخة وطلب نجدة يوجهونها للمجتمع لمساعدتهم والإحساس بوجودهم والشعور بهم، وعليه يمكن القول أن الفرضيات الفرعية المصاغة قد تحققت بدرجة كبيرة.

إن ظاهرة إدمان المخدرات تعكس خلافا واضحا في بنية التنظيم الاجتماعي، وفي بنية العلاقات الاجتماعية السائدة بين الأفراد المكونين للمجتمع، فإذا أخذت القيم الأخلاقية والمجتمعية والحضارية بالانحلال، وتجلت ذلك في انحلال الروابط الاجتماعية وضعف ارتباط الأفراد بالمنظومة الأم، في الوقت الذي يزداد فيه ارتباطهم بالتيارات التي تجرفهم لقربها من حاجاتهم الوهمية المباشرة، عندها تصبح البيئة الاجتماعية أكثر استعدادا لتنتشر فيها مظاهر الانحراف والإقبال على أنماط سلوكية ضارة بأنفسهم وبالآخرين يجرمها الدين ويعاقب عليها القانون، ويختلف الأمر عن ذلك في البنى الاجتماعية المستقرة، المبنية على معايير ثابتة، حيث يكون ما يشد الفرد إلى المنظومة الأم قويا، ويكون ارتباطه بالتيارات التي تحاول جرفه معها ضعيفا، عندئذ تكون البيئة غير قادرة على تقبل

الفساد أو تسويغه بسبب انتشار معايير الضبط الاجتماعي المكافئ، ويفسر ذلك انتشار الفساد بقوة في المجتمعات التي تتحل فيها القيم الأخلاقية والدينية.

# التوصيات

## 7- التوصيات:

أثارت دراسة موضوع الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات بعد تحليل النتائج المتوصل إليها وتفسيرها، ومناقشتها؛ الانتباه إلى الكثير من النقاط يمكن في ضوءها وضع التوصيات التالية:

أولاً: سد فجوة المعالجة القانونية في التعامل الأمني والقضائي مع التاجر والمروج والمتعاطي والمدمن وضرورة التطبيق الحازم للقانون، لا يكفي الجهات المختصة تطبيق القانون فقط، بل تؤكد للمجتمع بأنها تطبق القانون ولا تتهاون فيه.

ثانياً: وضع برامج للتوعية ونشر ثقافة إيجابية تحد من انتشار المخدرات في المناطق الحدودية، وكذا ضرورة التكفل بمطالب الشغل في هذه المناطق لصرف السكان عن تهريب المخدرات والاتجار بها.

ثالثاً: الاهتمام بتطوير مضامين إعلامية يخطط لها علمياً من خلال مخابر علمية متخصصة، تستهدف تعزيز ثقافة ايجابية وسط الشباب تعزز مناعتهم ضد إغراء مروجي المخدرات، وتواجه الثقافة الاستهلاكية التي تستهدف تهيئة الشباب بشكل غير مباشر للتعاطي.

رابعاً: دعوة الجامعات من خلال مخابر متخصصة إلى تطوير دورها في الحد من انتشار المخدرات وسط طلبة الجامعات من خلال التعاون مع الجهات المختصة، ونشر برامج التوعية والإرشاد.

خامساً: مراقبة سلوك الأبناء وتصرفاتهم خارج البيت في الشكل المعتدل لا المفرط، ومراقبة العلاقات الاجتماعية التي يقيمونها مع أصدقائهم والأماكن التي يترددون عليها باستمرار ومراقبة مجالات إنفاقهم.

## التوصيات

---

سادساً: اعتماد الحوار والمناقشة الجماعية وأسلوب الإقناع سواء بين الوالدين أو بين الوالدين والأبناء أو بين الأبناء وغرس هذه السلوك في نفوسهم، وتهيئة الجو العائلي الهادئ الذي يكفل للأبناء تنشئة اجتماعية صحيحة وكذا إتاحة الفرصة للأبناء للتعبير عن آرائهم، وأفكارهم، ومشاعرهم وتقديرها.

سابعاً: اهتمام الوالدين بمشكلات أبنائهم ومساعدتهم على حلها، لاسيما في مرحلة المراهقة.

ثامناً: دعوة الباحثين إلى الاهتمام بدراسة المجتمعات المحلية في الموضوعات ذات الصلة بالمخدرات إضافة إلى التركيز على البيئات الشبابية غير الآمنة، والانتقال من الدراسات الشمولية إلى دراسات المجتمعات المحلية، كدراسة جماعة الإقران ودورها في تفشي ظاهرة الإدمان، وتناولها في ضوء عامل الوفرة بالإضافة إلى دراستها في ضوء المحددات القيمية للمجتمع وثقافة المجتمع يشكل عام.

الخاتمة

- الخاتمة:

جاءت هذه الدراسة محاولة بسيطة لإلقاء الضوء على موضوع مهم يتعلق بمدمني المخدرات في المجتمع الجزائري، رصدًا لخصوصيات هذه الفئة وبحثًا ودراسة لمواصفاتها السوسولوجية والثقافية والاقتصادية للكشف عن المسببات التي أودت بهم إلى براثن المخدرات ودفعت بهم إلى عالم الإدمان.

وقد أكدت الدراسة الميدانية على وجود تضافر لمجموعة من الظروف والعوامل المتداخلة والمتفاعلة، عملت مع بعضها البعض وهيئت المجال لدخول عالم المخدرات، فقد اجتمعت الظروف الأسرية وسلاسة عوامل الضبط الاجتماعي وتراجع دور الأسرة بصفقتها الوحدة الأساسية في المجتمع عن ذلك الدور الذي يكفل حياة متماسكة ومتضامنة، فضلا عن الظروف الاقتصادية السيئة التي تحياها أسر مدمنو المخدرات من بطالة وضعف للقدرة الشرائية وغياب لفرص العمل، إضافة إلى الظروف السكنية السيئة، وفي أحيان كثيرة تلعب الوفرة الاقتصادية دورا في تجريب عالم المخدرات، لاسيما إذا كانت جماعة الأقران من السوء بما كان، مع التسهيلات الموجودة في الحصول على المادة المخدرة بالنظر إلى الكم الهائل من المخدرات التي تدخل إلى التراب الوطني وزيادة عدد المروجين لها والمتاجرين بها، حيث أكدت نتائج الدراسة أن نسبة معتبرة من المدمنين اتخذوا من المخدرات وسيلة لممارسة نشاطهم الاقتصادي وطريقة لتحقيق عائد مادي، من خلال ترويجها والمتاجرة بها، وعالم معزز من وفرتها واستهلاكها أو تعاطيها وإدمانها.

وتعمل كل هذه العوامل عملها إذا كان الفرد غير محصن من الناحية الدينية والأخلاقية، خاصة وأن البيئة التي يعيش فيها المدمنين بناء على نتائج الدراسة الميدانية، تؤكد أن المجتمع لم يوفر التسهيلات اللازمة لتحقيق الأهداف التي ينشدها أفراد عينة الدراسة، ولهذا أصبحوا قادرين على

التخلي عن قيمهم ومبادئهم شرط الحصول على مبتغاهم وغايتهم، حتى وإن كانت أفعالهم محظورة اجتماعيا وثقافيا وقانونيا وأخلاقيا لا يقبلها المجتمع ولا يقرها العرف، لذلك وفر عالم المخدرات بدائل من وجهة نظر المدمنين، إما للهروب من الواقع أو لتعزيز مكانتهم، فكانوا فريسة سهلة لعالم المخدرات لم يعد باستطاعتهم الإفلات منها، فكان البحث عن العلاج آخر نجدة وصرخة يوجهونها للمجتمع لمساعدتهم والإحساس بوجودهم والشعور بهم.

# قائمة المصادر والمراجع

## المصادر والمراجع

### 1- القرآن الكريم.

- ابن ماجه، الحافظ أبي عبد الله محمد بن يزيد القزويني: سنن ابن ماجه، دار إحياء التراث العربي، ط1، بيروت، 2000م.

- مسلم، أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري اليانسيوري، ( 1424هـ-2003)، صحيح مسلم، دار الكتب العلمية، بيروت.

### 2- المعاجم والقواميس:

- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين بن محمد بن مكرم: لسان العرب، المجلد الرابع، دار صادر، بيروت، 1968.

- بن عباد، إسماعيل أبو القاسم: المحيط في اللغة، تحقيق الشيخ محمد حسن آل ياسين، الجزء الرابع، عالم الكتب، بيروت، 336هـ.

- بن هادية، علي والبليشي، الحسن والجيلاني، بن الحاج يحيى: القاموس الجديد للطلاب، تقديم المسعدي، محمود، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر، ط7، 1995م.

- مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط، دار أحياء التراث العربي، بيروت، د ت.

- معلوف، لويس: المنجد في اللغة، ط35، المكتبة الشرقية، بيروت، 1986م.

### 3- الكتب:

- أبو حوسة، موسى محمود: دراسات في علم الاجتماع الأسري، مطبعة الجامعة الأردنية، عمان، 2001.

- أرناؤوط، محمد السيد: المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة، دار الجيل، ط1، بيروت، 1992

- ابن خلدون، عبد الرحمن بن محمد: مقدمة ابن خلدون، تحقيق الجويدي درويش، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت، 2003.

- أبو جادوا، صالح محمد: سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2، عمان، 2000.

- أبو رحية، ماجد: الأشربة وأحكامها في الإسلام (المسكرات والمخدرات)، مكتبة الأقصى، عمان، 1980.

- أبو غرارة، مصباح: المخدرات، سلسلة الوعي الأمني، مطابع العدل، ط1، طرابلس ليبيا، 1990.

- أبو العزائم، جمال ماضي: الإدمان، وكالة فينيسيا للإعلان، القاهرة، د ت.

- أنجرس، موريس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي، دار القصبه للنشر، ط2، الجزائر، 2006.
- الأمين، عدنان: التنشئة الاجتماعية وتكوين الطباع، المركز الثقافي العربي، بيروت، 2005م.
- الأخرس، محمد صفوح: المنهج وطرائق البحث في علم الاجتماع، مطبعة دار الكتاب، جامعة دمشق، 1989.
- الأخرس، محمد صفوح: الانثروبولوجيا وتنمية المجتمعات، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، 2001م.
- اتزيوني، أميتا، وايفا اتزيوني: التغيير الاجتماعي، ترجمة محمد احمد حسونة، منشورات وزارة الثقافة، الجزء الثاني، دمشق، 1984م.
- الأصفر، أحمد: عوامل انتشار المخدرات في المجتمع العربي، جامعة نايف، الرياض، 2004.
- إبراهيم عبد الوهاب: أسس البحث الاجتماعي، دار نهضة الشرق، ط1 القاهرة، 1985.
- إبراهيم، عبد الستار: الاكتئاب، دار المعرفة، الكويت، 1998.
- إبراهيم، مرفت: انحراف الشباب المشكلة والعلاج، مكتب العلم والإيمان، القاهرة، 2000.
- إبراهيم، أكرم نشأة: علم النفس الجنائي، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط2، عمان، 1998.
- إبراهيم، زكريا: مشكلة البنية، مكتبة مصر، القاهرة، 1975
- بوتفوشة، مصطفى: العائلية الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، ترجمة: دمري أحمد، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1984.
- بدر، عبد المنعم محمد: مشكلة المخدرات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1987.
- بسيوني، فؤاد: ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.
- بهجت، محمد الصالح، المدخل في العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، د.ت.
- بوشلوش، محمد الطاهر: التحولات الاجتماعية والاقتصادية وآثارها على القيم في المجتمع الجزائري (1967-1999)، دراسة ميدانية تحليلية لعينة من الشباب الجامعي، دار بن مرابط للنشر والطباعة والتوزيع، ط1، الجزائر، 2008.
- البهي، السيد فؤاد: علم النفس الاجتماعي، دار الفكر العربي، ط8، القاهرة، 1981م.
- بيومي، محمد أحمد: علم اجتماع القيم، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية، 1984م.
- البرلسي، صلاح الدين: الكشف عن المواد المخدرة بالوسائل العلمية، وزارة الداخلية، الرياض، 1404.
- بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، مكتبة لبنان، ط2، بيروت 1986م.

- بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1977.
- جابر، سامية محمد: القانون والضوابط الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1982م.
- جابر، سامية محمد: الانحراف الاجتماعي بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1980.
- الجريبة، ليلي بنت عبد الرحمن: كيف تربي ولدك، مطبعة سفير، ط2، الرياض، 2002.
- الجميلي، خيرى خليل: السلوك الانحرافي في إطار التخلف والتقدم، المكتب الجامعي، الإسكندرية، 1998.
- دعبس، محمد يسري إبراهيم: الإدمان في الثقافات المختلفة، وكالة البناء، دمنهور، 1998.
- دعبس، محمد يسري إبراهيم: الحياة الاجتماعية للمدمن، دراسة اجتماعية في أنثروبولوجية الجريمة، جامعة الإسكندرية، الإسكندرية، 1994.
- دردار، فتحي حسين: الإدمان- المخدرات- الخمر- التدخين، مكتبة بغدادية، الجزائر، 1999.
- دارام، غاري: حالات فوضى، الآثار الاجتماعية للعولمة، ترجمة أبو حجلة عمران، مراجعة عبد الله هشام، دار فارس للنشر والتوزيع، عمان، 1997.
- الدقس، محمد: التغيير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ط2، عمان، 1996.
- الدمرداش، عادل: الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم المعرفة، الكويت، 1982.
- الدغماني، حسين مخلف مفرح: أثر الحروب في انتشار المخدرات، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف، الرياض، 1415.
- داوود، عزيز: مناهج البحث العلمي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2006م.
- دامون، وليم: العالم الاجتماعي للطفل، ترجمة محمد أحمد حنوننة، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، 1991م.
- دياب، فوزية: القيم والعادات الاجتماعية، دار النهضة العربية، بيروت، 1980م.
- الهيتي، هادي نعمان: ثقافة الأطفال، عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1988م.
- الوردي، علي حسين: مهزلة العقل البشري، دار كوفان، بيروت، 1994.
- الوريكات، عايد عواد: نظريات علم الجريمة، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2004.
- وطفة، علي أسعد: علم الاجتماع التربوي وقضايا الحياة التربوية المعاصرة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط2، الكويت، 1998م.

- الزبيدي، محمد مرتضى: تاج العروس، تحقيق عبد الكريم العزباوي، الجزء الحادي عشر، د. ت.
- زيد، محمد: آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان، دار الأندلس، ط4، بيروت، 1988.
- زكي، سانحة أمين: المخدرات (بحث في طرق الإدمان وعلاجه)، مطبعة المعارف، بغداد، 1965.
- زهران، حامد عبد السلام: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط3، القاهرة، 1997.
- زهران، حامد عبد السلام: علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب، ط5، القاهرة، 1984.
- زهران، حامد عبد السلام: علم نفس النمو - الطفولة والمراهقة، عالم الكتاب، القاهرة، 1971م.
- حافظ، عباس: علم النفس الاجتماعي، المكتبة التجارية الكبرى، القاهرة، د. ت.
- حلي، علي عبد الرزاق: دراسات في المجتمع والثقافة والشخصية، دار النهضة العربية، بيروت 1984م.
- حسن، سمير إبراهيم: الثقافة والمجتمع، تقديم: خضير زكريا، دار الفكر، دمشق، 2007م.
- حسن، محمود: الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981.
- حرّار، بوعلام: المخدرات والتدخين، دار البدر، الجزائر، 2004.
- أ.د حويّتي، أحمد العروسي: الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات، دار جامعة نايف للنشر، الرياض، 2015.
- حسن، سمير إبراهيم: الثقافة والمجتمع، تقديم: خضير زكريا، دار الفكر، دمشق، 2007.
- الحسن، إحسان محمد: علم اجتماع العائلة، دار وائل للنشر، عمان، 2005م.
- الحسن، إحسان محمد: علم اجتماع الجريمة، دار وائل للنشر، عمان، 2008م.
- الحسن، محمد إبراهيم: المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان، دار الشرق للطباعة، الرياض، 1986.
- الحادقة، أحمد أمين: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب،
- الطاهر، عبد الجليل: مسيرة المجتمع، المكتبة العصرية، بيروت، 1966م.
- طالب، محمد سعيد: الثقافة والتنمية المستقلة في عصر العولمة، اتحاد الكتاب العربي، دمشق، 2005.
- الطيار، عبد الله بن احمد: المخدرات في الفقه الإسلامي، مكتبة التوبة، الرياض، 1992.
- طه، أحمد علي: المخدرات بين الطب والفقه، دار الاعتصام، القاهرة، د. ت.
- الطاهر، كمال الدين حسين: لا للمخدرات والمؤثرات العقلية، دار العلوم، الرياض، 1995.
- الطوسي باسم وآخرون: اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان، جامعة الحسين بن طلال، مركز الدراسات والاستشارات وتنمية المجتمع، الأردن.
- الطيبي، عكاشة عبد المنان: فن تنشئة الأطفال، دار الجيل، ط1، بيروت، 1999.

- يكن، فتحي: تحديات القرن الحادي والعشرين في ضوء فقه الفطرة، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1998.
- الكردي، محمد فهمي وآخرون: مشكلة تعاطي المخدرات، جامعة قطر، قطر، 1989.
- كمر، صالح الشيخ: الإدمان على الكحول، دار الحرية، بغداد، 1985.
- كرامر، ج.ف، د.س. كاميرون: الإدمان على العقاقير المخدرة، ترجمة الدكتور حمدي الحكيم، منشورات هيئة الأمم المتحدة لشعبة المخدرات، بغداد، 1977.
- الكنز، علي: الجزائر في البحث عن كتلة اجتماعية جديدة، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، 1996.
- كوش، دوني: مفهوم الثقافة في العلوم الاجتماعية، ترجمة قاسم المقداد، اتحاد الكتاب العرب، دمشق 2003.
- لبيب، طاهر: سوسولوجية الثقافة، معهد البحوث والدراسات العربية، بيروت، 1978م.
- لوري، بيتر: المخدرات حقائق اجتماعية ونفسية وطبية، ترجمة خليل نور الدين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1990.
- المغربي، سعد: سيكولوجيا تعاطي الأفيون ومشتقاته، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1986.
- المغربي، سعيد الليثي، أحمد: المجرمون، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1967.
- مصيقر، عبد الرحمن: الشباب والمخدرات في دول الخليج العربية، شركة الربيعان للنشر والتوزيع، ط1، السعودية، 1985.
- متولى، فؤاد بسيوني: التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، دراسة (نظرية-ميدانية، وثائقية) رؤية عصرية لبعض مشكلات المجتمع وعلاقتها بالتربية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2000.
- مجدي، أحمد وحجازي، محمود: المخدرات والواقع المصري، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1994.
- مذكور، إبراهيم: معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1975.
- معروف، أمل عواد: أساليب الأمهات في التطبيع الاجتماعي للطفل في الأسرة الجزائرية، مؤسسة الرسالة، ط1، بيروت، 1987.
- مدبولي، جلال: دراسات في الثقافة والمجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1983م.
- مختار، حمزة: علم النفس الاجتماعي، دار البيان العربي، جدة، 1982م.
- ناصر، إبراهيم: أسس التربية، دار عمار، عمان، 1989م.
- ناصر، إبراهيم، علم الاجتماع التربوي، دار الجيل، بيروت، 1996.

- نافع، إبراهيم: كارثة الإدمان، مركز الأهرام للترجمة والنشر، ط1، القاهرة، 1998.
- النجيجي، محمد لبيب: الأسس الاجتماعية للتربية، دار النهضة العربية، بيروت، 1981م.
- النجيجي، محمد لبيب: التربية وأصولها الثقافية والاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1984م.
- السيد، رضوان، وأحمد برقاي: المسألة الثقافية في العالم العربي الإسلامي، دار الفكر، دمشق، 2001.
- سيد، جابر عوض، وأبو الحسن عبد الموجود: الانحراف والجريمة في عالم متغير، المكتب الجامعي الحديث، إسكندرية، 2004م.
- السنبل، عبد العزيز عبد الله: التربية والتعليم في الوطن العربي على مشارف القرن الواحد والعشرين، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، 2004م.
- السويدي، محمد: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغيير الاجتماعي في المجتمع الجزائري المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 1990.
- السيد، فؤاد البهي: علم النفس الاجتماعي، دار الكتاب الحديث، ط2، الكويت، 1980.
- الكندري، أحمد مبارك: علم النفس الأسري، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط1، الكويت، 1989.
- السعد، صالح: المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها، مطابع الأرز، عمان، 1998.
- السعد، صالح: الوقاية من المخدرات، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 1999.
- السويدي، محمد وبوشهاب عيسى، محمد عبد الله: المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة، المطبعة الاقتصادية، ط2، دبي، 1990.
- سلوى، علي سليم: الإسلام والمخدرات (دراسة سيكولوجية لأثر التغيير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات)، مطبعة السفير، الرياض، 1989.
- سترأوس، ليفي: الأنثروبولوجيا البنوية، ترجمة مصطفى صالح، وزارة الثقافة السورية، دمشق، 1977.
- سويف، مصطفى: المخدرات والشباب في مصر، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، القاهرة. 1987.
- سويف، مصطفى: تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 1991.
- سويف، مصطفى: المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1996.
- سويف، مصطفى: مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية، الدار المصرية اللبنانية، ط1، القاهرة، 2000.

- سيد، محمدين: الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات وإستراتيجية مواجهتها، مطابع الشرطة، القاهرة، 2003.
- العايش، نواصر: استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع قرني عمار، الجزائر، د.ت.
- العزة، سعيد حسيني: الإرشاد الأسري، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2000.
- العشماوي، السيد متولي: الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان، الجزء الأول، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1414هـ.
- العناني، حنان عبد الحميد: الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: 2000.
- عبد الخالق، جلال الدين والسيد، رمضان: الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001.
- عبد الرزاق، عبد السلام: مشكلة المخدرات في الوطن العربي، دار الحرية للطباعة، بغداد، 1989.
- عبد الله، مجدي محمد: السلوك الاجتماعي وديناميته محاولة تفسيرية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1996.
- عرموش، هاني المخدرات: إمبراطورية الشيطان، دار النفائس، ط1، بيروت، 1993.
- عياد، مواهب إبراهيم والخضري، ليلي محمد: إرشاد الطفل وتوجيهه في الأسرة ودور الحضانة، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1997.
- عاقل، فاخر: أسس البحث العلمي في العلوم السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت، 1977.
- العيساوي، هادي صالح: آفاق علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- العيساوي، عبد الرحمن محمد: المخدرات وأخطارها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2005.
- العيساوي، عبد الرحمن: سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 1985.
- العاني، عبد اللطيف عبد الحميد، ومعن خليل العمر: المشكلات الاجتماعية، دار الحكمة، بغداد، 1991.
- عماد، عبد الغني: البحث الاجتماعي منهجه مراحل تطبيقاته، منشورات جروس بريس، ط1، بيروت، 2002.
- عبد الباسط، حسن محمد: أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة، القاهرة، 1982.
- عبد السلام، فاروق: سيكولوجية الإدمان دراسة نفسية واجتماعية لبعض التغيرات المرتبطة بالإدمان، عالم الكتاب، القاهرة، 1977.
- عبد المنعم، عفاف: الإدمان دراسة نفسية أسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
- عيد، محمد فتحي: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، جامعة نايف، الرياض، 1408هـ.

- العمر، معن خليل: التغيير الاجتماعي، دار الشروق، عمان، 2004.
- العمر، معن خليل: علم المشكلات الاجتماعية، دار الشروق، عمان، 2008.
- العاني، عبد اللطيف عبد الحميد، ومعن خليل العمر: المشكلات الاجتماعية، دار الحكمة، بغداد، 1991.
- عبد الكريم، أحمد عزت: المجتمع العربي، دار النهضة العربي، بيروت، 1980.
- عمر، نوال محمد: دور الإعلام في تغير بعض قيم الأسرة الريفية والحضرية، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1984.
- عثمان، إبراهيم عيسى: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، دار الشروق، عمان، 2008.
- فهمي، محمد سيد: أطفال الشوارع، المكتب الجامعي الحديث، إسكندرية، 2000.
- الفوال، نجوى وآخرون: ظاهرة المخدرات في مصر، دراسة توثيقية وتحليلية للبحوث والدراسات الاجتماعية، مطبعة الميليجي، القاهرة، 2002.
- فايد، حسين: سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، بيروت، د.ت.
- فتح الباب، حسن، وسمير عياد: المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، القاهرة، د.ت.
- القائي، علي: الأسرة ومتطلبات الأطفال، ترجمة مؤسسة البيان للترجمة، بيروت، لبنان، 1996.
- القرضاوي، يوسف: الحلال والحرام في الإسلام، مكتبة وهبة، ط11، القاهرة، 1977.
- القصير، عبد القادر: الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية (دراسة ميدانية في علم الاجتماع الحضري والأسري)، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1999.
- رفعت، محمد: إدمان المخدرات أضرارها وعلاجها، دار المعرفة للطباعة والنشر، ط3، بيروت، 1989.
- رفعت، محمد: الآفات الاجتماعية والأمراض النفسية، الموسوعة الصحية، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، ط1، بيروت، 1986.
- رشاد، أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، 1992.
- روشيه، غي: مدخل إلى علم الاجتماع (الفعل الاجتماعي)، ترجمة: مصطفى دغدشي، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ط1، بيروت، 1983.

- ريمون كفي، لوك فان كامبنهود: دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، ترجمة يوسف الجباعي، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، ط1، بيروت، 1997.
- الرشدان، عبد الله: علم اجتماع التربية، دار الشروق، عمان، 2004.
- رويدار، عبد الفتاح محمد: علم النفس الاجتماعي أصوله ومبادئه، دار النهضة العربية، بيروت، 1994.
- شايبير، هاري آل، وآخرون: الإنسان والحضارة والمجتمع، ترجمة عبد الكريم محفوظ، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، 1978.
- الشربيني، زكرياء، صادق، يسرية: تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته، دار الفكر العربي القاهرة، 1996.
- الشراقوي، أنور محمد: الأبعاد النفسية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب، المركز الإقليمي لتعليم الكبار بسرس الليان، مصر، 1991.
- الشيخ، عبد السلام: علم النفس الاجتماعي، دار الفكر، الإسكندرية، 1992م.
- شفيق، رضوان: علم النفس الاجتماعي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1966م.
- شريف، السيد وليد عبد القادر: التنشئة الاجتماعية للطفل العربي في عصر العولمة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2002م.
- شتا، السيد علي: الانحراف الاجتماعي الأنماط والتكلفة، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، ط1، إسكندرية، 1999.
- ثابت، ناصر: المخدرات واستنشاق الغازات، دراسات اجتماعية ميدانية استطلاعية، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1984.
- الخشالي، شاكراً حسين: ثقافة تربية الأطفال بين الوعي والعلم، دار بصمات للنشر، دمشق، 2010.
- خليل، محمد بيومي: سيكولوجية العلاقات الأسرية، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
- خيرى، السيد محمد؛ وآخرون: تغيير الرأي العام وعلاقته بالاتجاه نحو الجريمة. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1987.
- غازي، إبراهيم: المخدرات، مطبعة الحياة، دمشق، 1965.
- غباري، محمد سلامة: الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1991.
- غيث، محمد عاطف: المشاكل الاجتماعية والسلوك المنحرف، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
- غنيم، خالد إسماعيل: أضرار تعاطي المخدرات، مكتبة التوبة، بيروت، 1991.

- غانم، محمد حسن: بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2007.
- الغريب، علي عبد العزيز: ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف، ط1، الرياض، 2006.
- 5- المجالات:**
- البريثن، عبد العزيز: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، مجلة الأمن والحياة، العدد 236. محرم. 2002، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض.
- إبراهيم، أكرم نشأة: مشكلة المخدرات في الوطن العربي، مجلة دراسات اجتماعية (فصلية)، 1(3+4)، 4-8، 2000، تصدر عن قسم الدراسات الاجتماعية، بيت الحكمة، بغداد.
- بوعزيز، يحي: "الحالة الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع الريفي بالشرق الجزائري خلال القرن التاسع عشر"، في: مجلة الثقافة (تصدر كل شهرين)، 4(80)، 1994، تصدرها وزارة الثقافة، الجزائر.
- حجازي، محمد، كيفية التعرف على الشخص المدمن، مجلة الأمن والحياة، العدد 219. شعبان 1241، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض.
- الجندي، إبراهيم صادق، حتى لا يصبح أبناؤنا مدمنين، مجلة الأمن والحياة، العدد 214، ربيع الأول، 1421، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض.
- الشقيرات، محمد عبد الرحمن والمصري، عامر نايل: الإساءة اللفظية ضد الأطفال من قبل الوالدين في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالوالدين، مجلة الطفولة العربية (مجلة علمية بحثية محكمة)، 2(7)، 7-25، 2001، تصدرها الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.
- خمش، مجد الدين عمر خيرى: الشباب الجامعي والمشاركة في القرارات الأسرية في الأردن، مجلة جامعة دمشق، 12(2+1)، 69-110، 1996.
- الصباغ، محمد لطفي: الشريعة الإسلامية ودورها في تعميق الوعي بمخاطر التدخين والمخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 10(20)، 69-121، 1995، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض.
- يوسف، جمال: دراسة وصفية لدور الأخصائيين الاجتماعيين في الوقاية من تعاطي المخدرات، مجلة العربية الإنسانية، العدد(85)، 1421، مجلة فصلية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت، الكويت.
- مهداد، الزبير: العنف ضد الطفولة تدمير للمجتمع، مجلة الطفولة العربية(فصلية)، 3(9)، 91-95، 2001، تصدرها الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.

- وطفة، علي أسعد: التنشئة الاجتماعية ودورها في بناء الهوية عند الأطفال، مجلة الطفولة العربية (فصلية)، 2(8)، 92-104، 2001، تصدرها الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.
- منصور، محمد عباس: مفهوم الرقابة على المخدرات، مجلة الأمن والحياة، العدد 212، 1986، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض.
- كفاقي، علاء الدين: تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية، دراسة في عالية تقدير الذات، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، (فصلية)، 9(38)، 10-18، 1989، مجلة فصلية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت، الكويت.
- جرائير دوبيه، مارسيل: من الأفيون إلى عقار ل س د للمخدرات تاريخ طويل، رسالة اليونسكو، (84)، 4-11، 1968.
- مرسي، محمد عبد العليم: برامج مقترحة لأجهزة التلفزيون بدول مجلس التعاون للتصدي لمشكلة المخدرات في منطقة الخليج العربي. التعاون، السنة الرابعة، العدد الخامس عشر، مجلس التعاون لدول الخليج العربية، 1410.
- التركي، سعود عبد العزيز: العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمنظور الإسلامي لمواجهتها، العدد الأول، 1409، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية فصلية محكمة، الرياض.
- الحارثي، ساعد العرابي: أثر التلفاز في التوعية بأخطار تعاطي المخدرات وإدمانها، العدد الثالث عشر، السنة التاسعة، مجلة جامعة أم القرى فصلية محكمة، مكة المكرمة، 1416.
- الحارثي، زايد عجير: "نحو إستراتيجية تربوية اجتماعية للحد من مشكلة المخدرات عند الشباب"، السنة الأولى، العدد الأول، مجلة جامعة أم القرى فصلية محكمة، مكة المكرمة، 1409.
- حسين، محي الدين أحمد: "في سيكولوجية الاتجاه وتعاطي المخدرات: المبادئ العامة والإجرائية الحاكمة لتغيير الاتجاهات إزاء تعاطي المخدرات". المجلة الاجتماعية القومية فصلية محكمة، مجلد 28، عدد 2، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، القاهرة، 1991.
- يوسف، حصة: "مسؤولية الأسرة غي الرقابة من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية"، مجلة الأمن والحياة، العدد 214. ربيع الأول، 1421، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض.
- شكور، خليل: "الأهل وأثرهم في مستوى طموح الأطفال:، مجلة الثقافة النفسية، 2(6)، 72-78، 1991م، مجلة فصلية محكمة تصدر عن.

- النجار، مساعد وآخرون: تعاطي المخدرات لدى الشباب الخليجي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد(64)، 1994، مجلة فصلية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت، الكويت.
- غانم، محمد حسن: المدمنون وقضايا الإدمان، دراسة نفسية استطلاعية. مجلة علم النفس، عدد74. (1998)، مطي، يعقوب: الإدمان، مجلة الأمن العام، العدد 35، السنة التاسعة، القاهرة، 1966.
- فاروق إسماعيل: المخدرات والمؤثرات العقلية بين الدافعية والتأثير وإمكانية العلاج والوقاية، مجلة الوثائق والدراسات الإنسانية، العدد(02)، جامعة قطر، 1987.
- حسين، محي الدين حسين: في سيكولوجيتي الاتجاهات وتعاطي المخدرات: المبادئ العامة والإجراءات الحاكمة لتغيير الاتجاهات، المجلة الاجتماعية القومية، عدد02، القاهرة، 1991.
- عبد الرحيم، شاکر محمد: "دراسة حول علاج المسكرات والمخدرات في ضوء التوجيه الإسلامي"، مجلة رسالة الخليج، مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض، عدد14، 1985.
- العبد القادر، على عبد العزيز: "ماذا يمكن أن يفعله المربون لمكافحة المخدرات (دور الوازع الأخلاقي في توجيه السلوك الإنساني) إستراتيجية مقترحة للتطبيق في مجال التربية والتعليم والإرشاد". العدد السادس، السنة الرابعة، مجلة جامعة أم القرى فصلية محكمة، مكة المكرمة، 1412.
- الظريف، محمد سعد: تأثير برنامج مقترح في خدمة الجماعة على تنمية اتجاهات الشباب الجامعي الراضة للإدمان. دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الثاني، جامعة حلوان، 1997.
- السيد، سميرة أحمد: الآثار الاجتماعية لإدمان المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع، 10(12)، 20-28، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض، 1992.
- السعد، أحمد: "المخدرات ورفاق السوء"، المجلة الأمنية والتدريب، العدد(20)، مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة نايف، الرياض، 1998.
- حويتي، أحمد: أهم الأجهزة الدولية والإقليمية العاملة في مكافحة المخدرات، فعاليات الملتقى التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس، 2004.
- الظريف، محمد سعد: برنامج مقترح لتدعيم دور المؤسسات الشبابية في الوقاية من الإدمان "دراسة ميدانية مطبقة بدولة قطر". المؤتمر العلمي التاسع لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان في الفترة 13-15 مارس، 1996.
- يعقوب، غسان: الحشيش والماريجوانا، مجلة الثقافة النفسية، 2(6)، 65-69، 1991.

- الكبيبي، عبد الله جمعة: دور المدرسة و الجامعة في الوقاية من المخدرات. المؤتمر الدولي للحد من الطلب على المخدرات 2-4 مارس أبو ظبي، الإمارات العربية، 1997.
- نوفل، عصام الدين؛ الرندي، ربيعة عبد العزيز، (1998) اتجاه طلبة المرحلة المتوسطة نحو مشكلة المخدرات في دولة الكويت: دراسة ميدانية.المؤتمر العالمي الأول حول دور الدين و الأسرة في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات، في الفترة 16-18 مارس. الكويت.
- موسى، كوثر عبد الرحيم محمد: "العوامل الاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات وآثارها على الفرد و المجتمع". الندوة العلمية النسائية بالرياض. كيف نحسن أبنائنا ضد المخدرات. اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، وزارة الداخلية ، المملكة العربية السعودية، 1996.

#### - الرسائل العلمية:

- محمد بن راشد القحطاني: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، إشراف: أ. د/ خميس طعم الله، قسم علم الاجتماع، جامعة تونس، 2002/2001.
- سليمان فتيحة: الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، إشراف: د/ بولجراف بختاوي، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة وهران، 2012/2011
- ذعار بن سلطان السبيعي: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للجريمة، دراسة ميدانية، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير بالقيادة الأمنية، إشراف: د/ أحسن طالب، قسم العلوم الشرطية، جامعة نايف المملكة العربية السعودية، 1418هـ.
- خالد بن غرم الله المالكي: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات، دراسة ميدانية لمستشفيات الأمل في الرياض وجدة والدمام، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التأهيل والرعاية الاجتماعية، إشراف: د/ أحسن طالب، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف، المملكة العربية السعودية، 2005.
- سلمان محمد العواد بعنوان: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمدمني الامفيتامين ومدمني الحشيش والعائدين، دراسة مقارنة، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير تأهيل ورعاية اجتماعية، إشراف: أ. د/ عبد العاطي الصياد، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف، المملكة العربية السعودية، 2007

- طه فهد الدوسري: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بترويج المسكرات والمخدرات، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التحقيق والبحث الجنائي، إشراف: أ. د/ أحسن طالب، قسم العلوم الشرطية، جامعة نايف، المملكة العربية السعودية، 1999.
- محمد بطي العنزي: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين لجريمة ترويج المخدرات، دراسة مسحية على السجناء المروجين بإصلاحية الحائر، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في العلوم الشرطية، إشراف: د/ محمد فتحي عيد، قسم العلوم الشرطية، جامعة نايف، المملكة العربية السعودية، 2002.
- نجيب بوالماين: الجريمة والمسألة السوسولوجية، دراسة بأبعادها السوسيو ثقافية والقانونية، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة شعبة علم اجتماع التنمية، إشراف: أ. د/ بلقاسم سلاطنية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا جامعة منتوري قسنطينة، 2007/ 2008.
- جحيش لطيفة: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطيات المخدرات في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم اجتماع المؤسسات المجتمعية والتنمية البشرية، إشراف: أ. د/ سيف الإسلام شوية، قسم علم الاجتماع، جامعة باجي مختار عنابة، 2011/2012.
- فارح سمير: ظاهرة العود للإدمان على المخدرات والتفكك الأسري، دراسة ميدانية تحليلية لفئة من الشباب بمستشفى فرانز فانون بالبليد، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الجنائي، إشراف: د/ طاهر بوشلوش، قسم علم الاجتماع جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر، 2008/2009.
- فارح بسمة: أسباب التدخين وتعاطي المخدرات عند الطالبات الجامعيات، دراسة ميدانية بجامعة الجزائر دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الجنائي، إشراف: أ. د/ حويتي أحمد، قسم علم الاجتماع جامعة الجزائر 2، 2010/2011.
- نسيم نور الدين شريف: الشباب وظاهرة تعاطي المخدرات تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية عينة مأخوذة من الوسط الجامعي و مركز الوقاية من الإدمان فرانتز فانون بالبليدة، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، إشراف: د/ آسيا شريف، قسم علم الاجتماع جامعة الجزائر 2، 2010/2011.
- دريفل سعدة: تعاطي المخدرات في الجزائر وإستراتيجيات الوقاية، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الإجماع الثقافي، إشراف: أ. د/ معتوق جمال، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2010/2011.

- وزارة العدل، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها والمركز الوطني للدراسات والتحليل في مجال السكان والتنمية الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر مسح وطني شامل حول انتشار وباء الإدمان على المخدرات في الجزائر التقرير الختامي. [www.ceneap.com.dz](http://www.ceneap.com.dz)

#### - المنشورات والتقارير:

- وزارة الصحة، قانون رقم 1985/05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى، 1405هـ - 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الفصل السادس، الجزائر.

- وزارة العدل، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الأيام الدراسية حول تطبيق قانون 04-18، الجزائر، ماي 2009.

- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، الأمم المتحدة، نيويورك، 2012.

- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، الأمم المتحدة، نيويورك، 2014.

- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، الأمم المتحدة، نيويورك 1997.

- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، الأمم المتحدة، نيويورك 1998.

- مديرية التنمية الأمن العام، إدارة مكافحة المخدرات والتزييف، النشرة الخاصة، عمان، الأردن، 2003.

- وزارة العدل، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الأيام الدراسية حول تطبيق قانون 04-18، الجزائر، ماي 2009.

- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، دراسة وبائية شاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر مسح وطني شامل، رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010.

- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية، 2010.

- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، حصيلة إحدى عشرة شهر لسنة 2015، للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية، 2015.

- القانون رقم 23/06 المؤرخ في 20/12/2006 المعدل والمتمم لقانون العقوبات، الجريدة الرسمية عدد 84 بتاريخ 24/12/2006.

- القانون رقم 18/04 المؤرخ في 25/12/2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية عدد 83 بتاريخ 26/12/2004.
- المرسوم رقم 151/92 المؤرخ في 14/04/1992 المتضمن إنشاء لجنة وطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، الجريدة الرسمية عدد 28 بتاريخ 15/04/1992.
- المرسوم الرئاسي رقم 47/01 المؤرخ في 11/02/1997 المتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجريدة الرسمية عدد 41 بتاريخ 15/04/1997.
- القانون رقم 15/04 المعدل والمتمم لقانون العقوبات الصادر بتاريخ 10/11/2004، الجريدة الرسمية عدد 71 بتاريخ 10/11/2004.
- القانون رقم 22/06 المؤرخ في 20/12/2006، المعدل والمتمم لقانون الإجراءات الجزائية، الجريدة الرسمية عدد 84 بتاريخ 24/12/2006.
- القانون رقم 23/06 المؤرخ في 20/12/2006، المعدل والمتمم لقانون العقوبات، الجريدة الرسمية عدد 84 بتاريخ 24/12/2006.
- المراجع باللغة الفرنسية والإنجليزية.
- Bourne, p., (1974), Addiction, London: Academic Press.
- Carey, j., (1968), The College Drug Scene, USA: Prentice-Hall.inc.
- Dupont. R., (1984), Getting Tough on Gateway Drugs: A Guide for The Family, Washington: Academic Psychiatric Press.
- Lander, N., (1973), The Social Pattern of Teen- age Drug Abuser: Drugs and Youth The Challenge of Today, New York: Pergamon Press inc.
- Lauri, P., (1967), Drugs: medical, Psychological and social facts, England: Penguin books middlesex .
- le Departement de L'information des Natio, (1992), Programme des Nation Unies pour le Control International des Drogues, Alger.
- Macdonald, D., (1984), Drugs, Drinking and Adolescents, Chicago: Book medical publishers.
- McGrath, J. ,and Scarpitti, f.,(1970), Youth and Drugs: Perspectives on a Social Problem Illinois: Scott Foresman and Company.
- Parsons, T.,(1951), Social Structure and Personality, usa: A Free Press.
- Pelicier, Y., (1992), la drogue que-sais-je, septieme, Alger: edition dehleb.

- Rasmussen, s., (2000), *Addiction Treatment: Theory and Practice*, London: Sage Publication, INC.
- Robinson, B., Rhoden, J., (1997), *working with children of Alcoholics*, London: sage Publication.
- Robinson, D., (1976), *From Drinking to Alcoholism: A Sociological Commentary*, London New York: john Wiley and sons.
- Schilit, R., Gomberg, E., (1991), *Drugs and Behavior A sourcebook for the Helping Professions*, London New Delhi: SAGE Publications.
- Singer, K ., (1975), *The Prognosis of Narcotic Addiction*, London and Boston: Butterworths.
  
- Arun, Priti and Chavan, Bir Singh (2010), *Attitudes towards alcoholism and drug taking: a survey of rural and slum areas of Chandigarh, India*, *International Journal of Culture & Mental Health*; Vol. 3 Issue 2, pp.126-136.
- Betty Horwitz (2010), *The Role of the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD): Confronting the Problem of Illegal Drugs in the Americas*, *Latin American Politics and Society*, University of Miami.
- Fleson, M, and Clark, R.V (1998), *Opportunity marks the thief. Police Research Series paper 98, policing and Reducing Crime unit Research, Development and Statistics Directorate*, London, Home office.
- (2010), *Youth & Drug Abuse*, Matthew Schieltz
- .: "[http://www.ehow.com/about\\_6605579\\_youth-drug-abuse.html](http://www.ehow.com/about_6605579_youth-drug-abuse.html)
- Nathan Goetz (2001), *Investigation of Young People's Attitudes towards Drugs and Drug Strategy*, Australian National Council on Drugs, pp.317-344.
- Patrick Mc Crystal, Andrew Percy and Kathryn Higgins (2006), *Drug use patterns and behaviors of young people at an increased risk of drug use during adolescence*, *International Journal of Drug Policy*, 17, 393–401.
- Pepler D, Slaby RG (1994), *Theoretical and Developmental perspectives on Youth and Violence* " In: Eron, LD, Genty JH Schlegel editors, *Reason to Hope*". A psychosocial perspective on Violence and youth, Washington, DC: American Psychological Association (pp. 27 – 58).

- مواقع من الإنترنت:

- شحاتة، أمين ، (2001)، المخدرات خريطة الإنتاج والاستهلاك والاتجار . [www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k](http://www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k)
- الجزيرة، (2001)، تاريخ المخدرات. [www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k](http://www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k)
- الجزيرة، (2001) التأثير الصحي والنفسي للمخدرات. [www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k](http://www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k)
- عبد المتعال، صلاح: الأبعاد الاجتماعية والنفسية والتربوية لتعاطي المخدرات، 2001. [www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k](http://www.aljazeera.net/in-depth/2001/4/4-21-2htm-56k)
- يوسف، سميرة خلف، (1998)، آفة العصر: المخدرات. [Yousry.bave pages.com/drugs 20%NO2-htm-101k](http://Yousry.bave.pages.com/drugs%20%NO2-htm-101k)
- ساسي، سفيان، (2005)، انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب الجزائري. [www.tulkrm.com/&/modales.php?name=new&file=article&sid=53-124k](http://www.tulkrm.com/&/modales.php?name=new&file=article&sid=53-124k)

الملاحق

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع

الاستبيان

يطيب لي أن أطلب من سيادتكم التكرم بالإجابة على الأسئلة الواردة في هذه الاستبانة والمتعلقة  
بالدراسة المعنونة بـ:

الخصائص السوسيو ثقافية لمدمني المخدرات

دراسة ميدانية على عينة من مدمني المخدرات الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون -  
البليدة -

إشراف:

الأستاذ الدكتور رشيد بوسعادة

إعداد:

منير قندوز

ملاحظة: المعلومات التي يدلي بها المبحوث سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي فقط.

السنة الدراسية : 2016/2015

## 1- البيانات الشخصية:

- 1- الجنس: 1- ذكر  2- أنثى
- 2- العمر: 1- أقل من 15 سنة  2- 15-19  3- 20-24  4- 25-29  5- 30-34  6- 35-39  7- 40 فأكثر
- 3- الحالة الزوجية: 1- أعزب  2- متزوج  3- مطلق  4- أرمل
- 4- المستوى التعليمي: 1- أمي  2- ابتدائي  3- متوسط  4- ثانوي  5- جامعي
- 5- مكان الإقامة: 1- ريف  2- مدينة

## 2- البيانات المتعلقة بإدمان المخدرات

6- كم كان عمرك عندما بدأت التعاطي؟

- 1- أقل من 15 سنة  2- 15-19  3- 20-24  4- 25-29  5- 30-34  6- 35-39  7- 40 فأكثر
- 7- ممن تعلمت تعاطي المخدرات: 1- جماعة الرفاق  2- أحد الأقارب  3- من الشارع
- 8- ما هو نوع المخدر الذي تتعاطاه بشكل أكثر؟ 1- الأفيون  2- المنومات  3- الامفيتامينات  4- الحشيش  5- الكحوليات  6- السيونتكس  7- الكوكايين  8- الهيروين  9- مخدرات أخرى
- 9- أين يتم التعاطي بشكل أكثر؟ 1- في البيت  2- خارج البيت
- 10- مع من تتعاطى المخدر بشكل أكثر؟ 1- لوحده  2- مع الأصدقاء
- 11- كم مضى على إدمانك للمخدرات؟ 1- من سنة إلى 4 سنوات  2- من 5 إلى 9 سنوات  3- من 10 إلى 14 سنة  4- من 15 سنة فأكثر
- 12- عدد مرات تعاطيك للمخدرات: 1- مرات في الأسبوع  2- مرة واحدة باليوم  3- مرتين باليوم  4- ثلاث مرات باليوم  5- أربع مرات فأكثر  6- حسب الظروف
- 13- الطريقة التي تستخدمها لتعاطي المخدر: 1- التدخين  2- البلع  3- الشرب  4- الحقن  5- الشم  6- حسب نوع المخدر

### 3- الوضع الاجتماعي لمدمني المخدرات

- 14- مكان الإقامة:  1- ريف  2- مدينة
- 15- الحالة الزوجية للوالدين: 1- متزوجان (مرتبطان وعلى قيد الحياة)  2- مطلقان  - وفاة أحدهما أو كلاهما
- 16 - ترتيبك في الأسرة: 1- الأول  2- الأوسط  3- الأصغر
- 17- المستوى التعليمي للأب: 1- أمي  2- يقرأ ويكتب  3- ابتدائي
- 4- متوسط  5- ثانوي  6- جامعي
- 18- المستوى التعليمي للأم: 1- أمي  2- تقرأ ويكتب  3- ابتدائي
- 4- متوسط  5- ثانوي  6- جامعي
- 19- المهنة: 1- التعليم  2- موظف إداري  3- أعمال حرة
- 4- فلاح  5- عامل بسيط  6- بطال
- 7- طالب
- 20- عدد أفراد الأسرة: 1- 3 فأقل  2- من 4 إلى 6  3- 7 فأكثر
- 21- الدخل الشهري بالدينار: 1- من مليون إلى أقل من مليونين  2- من مليونين إلى أقل من ثلاثة ملايين
- 3- من ثلاثة إلى أقل من أربعة ملايين  4- من أربعة إلى أقل من خمسة ملايين  5- من خمسة ملايين فأكثر
- 22- عند عدم كفاية الدخل تقوم الأسرة: 1- الاستغناء عن الكماليات  2- الاقتراض  3- طلب المساعدة
- 23- هل تجد بعض المساعدات من الغير؟ 1- نعم  2- لا
- 24- هل تعمل بصفة دائمة؟ 1- نعم  2- لا
- 25- هل تعول غيرك؟ 1- نعم  2- لا
- إذا كنت تعول غيرك من هم: 1- الزوجة والأبناء  2- كلا الوالدين أو أحدهما  3- الإخوة
- 26- إذا كنت متزوجا هل الزوجة عاملة: 1- نعم  2- لا
- 27- ما عدد الأطفال لديك إذا كنت متزوجا: 1- لا يوجد  2- من 1- 2  3- من 3- 4  4- لا يوجد
- 28- نوع السكن: 1- بيت قصديري  2- شقة في عمارة
- 3- مسكن خاص  4- فيلا
- 29- إذا كنت مقيم بالمدينة الحي الذي تقطن فيه؟ 1- شعبي  2- متوسط  3- راقى
- 30- عائديه السكن: 1- ملك  2- إيجار  3- أخرى  تذكر.....
- 31- هل السكن؟ 1- جيد  2- متوسط  3- سيء
- 32- مصدر الحصول على المخدر 1- الشراء  2- الأصدقاء  3- الترويج
- 33- هل يكلفك المخدر الكثير من المال؟ 1- نعم  2- لا
- 34- المشكلات التي تعاني منها بالحي: 1- انتشار الجريمة  2- تعاطي أو ترويج المخدرات
- 3- وجود مظاهر غير أخلاقية  4- عدم توفر المرافق  أخرى
- 35- هل تعتقد أن تعاطي المخدرات: 1- محرم شرعا  2- مكروه فقط  3- لا اعرف

- 36- ما هي الأهداف التي تسعى لتحقيقها؟ 1- نجاح في مشروع مالي  2- الزواج وإيجاد منصب عمل
- 3- الهجرة إلى الخارج  4- العودة لحياتك الطبيعية
- 37- هل الطريق لتحقيق أهدافك سهل يسير؟ 1- نعم  - لا
- 38- هل ترى أن المجتمع يوفر فرصا متساوية لكل لأفراد لتحقيق أهدافهم؟ 1- نعم  2- لا
- 39- هل ترى أن قيم المجتمع وأعرافه وعاداته تعيق تحقيق أهدافك؟ 1- نعم  2- لا
- 40- هل لديك القابلية لتجاوز قيم وعادات وأعراف المجتمع؟ 1- نعم  2- لا
- 41- هل أسرتك محافظة؟ 1- جدا  2- نوعا ما  3- ليست محافظة
- 42- هل ثقافتك الدينية عالية؟ 1- جدا  2- نوعا ما  3- لا
- 43- والداك متشددان عند تقصيرك بالواجبات الدينية: 1- جدا  2- نوعا ما  3- غير متشددين
- 44- هل تصلي: 1- دائما  2- أحيانا  3- لا أصلي
- 45- هل تواظب على صلاة الجماعة: 1- دائما  2- أحيانا  3- نادرا
- 46- هل تتدخل الأسرة في اختيار أصدقائك: 1- دائما  2- أحيانا  3- مطلقا
- 47- أين تقضي أوقات فراغك: 1- في الشارع  2- في البيت  3- في مشاهدة التلفاز
- 4 - في ممارسة الهوايات  5- في الملهى  6- أخرى
- 48- البرامج التلفزيونية التي تشاهدها؟ 1- الرياضية  2- الغناء والشباب  3- العنف
- 4- الإخبارية  5- السياسية  6- الإباحية
- 7- المسلسلات  8- أخرى
- 49- الأسباب التي دفعتك للتعاطي؟ 1- نفسية  2- عائلية  3- اجتماعية
- 4- اقتصادية  5- الأصدقاء  6- بدافع التجربة
- 7- دافع جنسي
- 50- هل الإدمان على المخدرات؟ 1- يكسب ثقة الأصدقاء  2- يميزك عن الآخرين
- 3- يواكب الحداثة  4- لإثبات الذات  5- أخرى
- 51- هل إدمان المخدرات يجعلك؟ 1- تنسى همومك وتعيش جو من السعادة  2- عكس ذلك
- 52- هل تعتقد أن إدمان المخدرات لا يضر بالمجتمع؟ 1- نعم  2- لا
- 53- هل إدمان المخدرات لا يحط من قيمة الإنسان؟ 1- نعم  2- لا
- 54- هل متعاطي المخدرات غير منبوذ اجتماعيا؟ 1- نعم  2- لا

نشكر لكم حسن تعاونكم معنا،،