

الجوانب الاجتماعية لظاهرة الادمان

الجزء الثاني



دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
باليابن

١١

١١

١١

مكتبة الأستاذ

الجوانب الاجتماعية لظاهرة الادمان

الجزء الثاني

الدكتور السيد متولي العشماوي

دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالياض

١٤١٤ هـ

حقوق النشر محفوظة للناشر

دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالرياض

الرياض

١٤١٤هـ [الموافق ١٩٩٣م]

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المحتويات

الفصل الرابع : نتائج المسح الاجتماعي لظاهرة الدراسة

من واقع الدراسة الميدانية ١١

(المجال الجغرافي للبحث، الخصائص الاجتماعية والشخصية
لمجتمع البحث، الخصائص المميزة للاعتماد على تعاطي العقاقير
التخليقية، الأسباب الاجتماعية للتعاطي من خلال الدراسة
الميدانية، الاعتماد والنشاط الجنسي، علاقة الاعتماد بالعقاقير
التخليقية بالعمل والانتاج، علاقة الاعتماد على تعاطي العقاقير
التخليقية والسلوك الاجرامي، علاقة الاعتماد على تعاطي العقاقير
التخليقية بالسلوك الديني، الاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية
والعلاج).

المراجع : ٢٢٧

الملاحق : ٢٣٥

أولاً : استبيان المقابلة «الاستبار» .

ثانياً : مصطلحات الثقافة الفرعية للمدمنين «المعتمدين» .

الفصل الرابع

نتائج المسح الاجتماعي لظاهرة الدراسة

أولا : المجال الجغرافي للبحث

يكون من المناسب قبل عرض الشواهد الكمية لنتائج الدراسة،

توضيح التوزيع الكمي للمسح الاجتماعي الذي اجري في ثلاثة

مواقع جغرافية متنوعة في المجتمع المصري .

والجدول التالي يوضح هذا التوزيع :

م	البيان	ك	%
١	نادي الدفاع الاجتماعي لعلاج مرضى الإيمان بمدينة الزقازيق	٥٢	٥٣,٧
٢	نادي الدفاع الاجتماعي لعلاج مرضى الإيمان بمدينة كفر الشيخ	٣٢	٣٢,٩
٣	مستشفى أبي العزائم للصحة النفسية بمدينة نصر بالقاهرة	٩	٩,٣
٤	مستشفى المقطم للصحة النفسية بالقاهرة	٤	٤,١
	المجموع	٩٧	١٠٠

ويلاحظ من الجدول السابق تنوع عينة البحث (المسح الشامل) - حيث جاء هذا التنوع الجغرافي مقصوداً اتساقاً مع اغراض الدراسة من حيث انها تسعى في جزء منها إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية لظاهرة اعتماد بعض الأفراد على تعاطي العقاقير التخليقية - وجاء مفيداً إلى حد كبير أيضاً للتعرف على المعدلات الاجتماعية لتوزيع هذه الظاهرة في أجزاء متفرقة من المجتمع المصري .

ومن ناحية ثانية يكمن وراء هذا التنوع حرص الباحث على شمول الدراسة لقطاع المستشفيات الخاصة - ذلك لأنها قد تعكس فروقا ذات دلالة اجتماعية هامة لتقرير الظاهرة كما هي في الواقع، أو بمعنى آخر كما هي في ثوبها الجديد .

ونظرة أخرى على التوزيعات التكرارية لنسب الجدول - يلاحظ أنها جاءت بطريقة قد تفوق عمليات المقارنة الموضوعية للظاهرة في تلك المواقع الجغرافية المتنوعة - ذلك بسبب اتجاه الدراسة اتجاهاً مسيحياً شاملاً، وهكذا لم تأت النسب متساوية في أغلبها - بل جاءت على العكس متفاوتة إلى حد كبير في المؤسسات الحكومية عنها في المستشفيات الخاصة - وهذا قد يعد من الأمور الطبيعية بسبب التكلفة المادية الباهظة التي يتكبدها المتعاطي (المعتمد) من وراء العلاج في تلك الأماكن (المستشفيات الخاصة) والتي لا يقوى عليها كثير من المتعاطين في المجتمع المصري .

وعلى الرغم من ذلك كله - فليست المقارنة هدفاً من أهداف هذه الدراسة وستظل هذه النسب الضئيلة مؤشراً هاماً يعكس التغير الهام الذي طرأ على الشريحة الاجتماعية للمتعاظين في المجتمع المصري .

ومن ناحية ثالثة يلاحظ اتجاه هذه الدراسة اتجاهاً جديداً من حيث تركيزها على مؤسسات غير تقليدية، فجمعت بين المؤسسات الحكومية (نواحي الدفاع الاجتماعي باعتبارها تتصل بالخدمة الاجتماعية بالدرجة الأولى) والمؤسسات الخاصة (مستشفيات العلاج الخاص) - ليس هذا فحسب - بل انها حرصت على ارتياد مناطق لم تجر فيها دراسات سابقة كثيرة في هذا المجال (نواحي الدفاع الاجتماعي بمحافظة الشرقية وكفر الشيخ)، وحتى حينما اجريت الدراسة في مدينة القاهرة الكبرى^(*) اتجهت إلى مؤسسات جديدة لم تشملها كثير من الدراسات من قبل .

* ركز كثير من الدراسات التي اجريت في مدينة القاهرة الكبرى على مستشفيات الخانكة، العباسية، الجمعيات والمؤسسات الاهلية، (جمعية العتبة - السيدة زينب - جمعية اولى العزم الدينية) انظر على سبيل المثال :

١ - دراسة : فاروق سيد عبدالسلام، دكتوراه منشورة، كلية التربية، جامعة الازهر ١٩٧٧ .

٢ - دراسة : ناهد عباس، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .

٣ - دراسة : عبدالكريم العفيفي، دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب بسوهاج، جامعة اسيوط ١٩٨٤ .

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى يكون من المناسب عند الحديث عن المجال الجغرافي للدراسة إعطاء فكرة مختصرة عن الأماكن التي أجريت فيها الدراسة الميدانية حتى يكتمل السياق .

وفيما يلي عرض موجز لكل مكان على حدة :

١ - نادي الدفاع الاجتماعي لعلاج مرضى المسكرات والمخدرات بمدينة الزقازيق :

تاريخ الانشاء : ١٩٨١ .

العنوان الرئيسي : حي الصيادين بمدينة الزقازيق - المبنى الملحق بمؤسسة الأحداث .

عدد الحالات التي ترددت على النادي منذ انشائه : ٢١٠ حالات .

عدد الحالات المنتظمة نسبياً على التردد^(٥) : ٨٠ حالة .

عدد من يتعاطى العقاقير التخليقية : ٥٥ حالة .

الجهاز الوظيفي :

١ - مدير النادي - بكالوريوس زراعة - مدير ادارة الدفاع الاجتماعي بمديرية الشؤون الاجتماعية بالشرقية .

١ - ينوه الباحث إلى ضعف نسب تردد المتعاطين على نوادي الدفاع الاجتماعي بكل من الزقازيق وكفر الشيخ ، وفي سبيل الباحث لجمع البيانات قام بمساعدة المسؤولين بهذه الأماكن على إرسال خطابات استدعاء ، وفي بعض الأحيان تمت زيارات منزلية بمساعدة المتخصصين الاجتماعيين بملاء الاستمارة الخاصة بالبحث .

- ٢ - طبيب أمراض نفسية وعصبية، دبلوم دراسات عليا في الأمراض العصبية والنفسية .
- ٣ - متخصص اجتماعي - بكالوريوس خدمة اجتماعية، ١٩٧٣ .
- ٤ - متخصص نفسي - ليسانس آداب - علم نفس ١٩٦٤ .
- ٥ - سكرتير النادي - دبلوم تجارة .
- ٦ - موجه ديني .
- ٧ - ممرض .
- ٨ - عامل .

أهداف النادي :

يقوم النادي طبقاً للائحته الأساسية بالجانب الوقائي والعلاجي ويركز على التجمعات السكانية والطلابية والعمالية في الجانب الأول في حين يركز على علاج حالات الإدمان والآثار المترتبة عليه في الجانب الثاني .

مدى تحقيق هذه الأهداف :

يركز النادي على علاج آثار الإدمان أكثر من تركيزه على علاج حالات الإدمان ذاتها .

- ٢ - نادي الدفاع الاجتماعي لعلاج مرضى المسكرات والمخدرات بكفر الشيخ :

تاريخ الانشاء : ١٩٨٦ .

العنوان الرئيسي : المدينة الصناعية بكفر الشيخ .

عدد الحالات التي تعاملت مع النادي منذ نشأته : ٤٨ حالة .

عدد الحالات المنتظمة على التردد : ١٠ حالات^(١) .

عدد من يتعاطون العقاقير التخليقية : ٣٢ حالة .

الجهاز الوظيفي :

١ - مدير النادي : مدير ادارة الدفاع الاجتماعي بمديرية الشؤون

الاجتماعية بكفر الشيخ .

٢ - طبيب أمراض نفسية وعصبية : دبلوم الدراسات العليا في

التخصص المذكور .

٣ - عدد ٣ متخصصين اجتماعيين : عدد ٢ ليسانس آداب

اجتماع ، عدد ١ بكالوريوس خدمة اجتماعية .

٤ - سكرتير النادي .

٥ - ممرض .

٦ - عامل .

أما من حيث الاهداف ومدى تحقيقها فلا يختلف الحال كثيرا عن

النادي السابق .

٣ - مستشفى أبي العزائم للصحة النفسية بمدينة نصر القاهرة :

* نفس الملحوظة السابقة .

يقع هذا المستشفى بشارع الطيران بمدينة نصر - وهو مستشفى على مستوى عال من التجهيزات والخدمات - يعمل به فريق متكامل من العلاج - يعالج الأمراض النفسية والعصبية والعقلية وحالات الإدمان (الاعتماد) .

يوجد بالمستشفى قسم خاص لعلاج الإدمان بالدور الرابع ، يتولى الاشراف عليه طبيب نفسي متخصص .

بلغ عدد الحالات الموجودة بالمستشفى أثناء فترة جمع البيانات حوالي ١٥ حالة اعتماد، وصل عدد المعتمدين على العقاقير التخليقية حوالي ١٢ حالة، استجاب عدد ٩ حالات بملء الاستمارة ولم يستجب الباقي .

٤ - مستشفى المقطم للصحة النفسية بالقاهرة :

يقع هذا المستشفى بجبل المقطم بمدينة القاهرة - وهو مستشفى على مستوى عال من التجهيزات - يعمل به فريق متكامل من العلاج ، لا يختلف في أهدافه عن المستشفى السابق .

بلغ عدد الحالات التي تعالج من الإدمان حوالي ٦ حالات : ٤ منهم ينطبق عليهم شروط البحث (عقاقير تخليقية) استجابوا جميعا لفكرة ملء الاستمارة .

ثانياً : الخصائص الاجتماعية والشخصية لمجتمع البحث

سنحاول في هذا الجانب الاجابة على التساؤل الأول من تساؤلات هذا البحث والمتعلق بالخصائص الاجتماعية والشخصية للمتعاطين المعتمدين على العقاقير التخليقية بالتطبيق على عينة منهم من أماكن متفرقة من المجتمع المصري .

وسوف تتم الاجابة على هذا التساؤل من خلال المؤشرات التالية :

العمر - النوع والسن والديانة - الحالة التعليمية - الحالة الزوجية (المدنية) - عدد مرات الزواج - أسباب الزواج بأكثر من واحدة - السن عند الزواج - عدد مرات الطلاق - نسبة الاعالة - مكان السكن والنشأة الأولى - أسباب ترك المسكن لمن هاجروا من موطنهم الأصلي - نوع السكن وعدد الحجرات ونوع المرافق - العمل الحالي والسابق - دواعي عدم العمل أو تركه وأسباب ذلك ومدى الاستمرار فيه - مدى وجود أعمال اضافية في حياة المتعاطي (المعتمد) - الدخل الشهري وكمية المنصرف منه على المخدرات والعقاقير.

وفيما يلي عرض للشواهد الكمية (الجداول) التي توضح ذلك :

١ - التركيب العمري لمجتمع البحث :

الجدول رقم (١) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب الفئة العمرية

مجمع البحث		كفر الشيخ		الزقازيق		القاهرة		المجموع	
الفئة العمرية		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من ٣٠		٩	٢٨,٢٣	١١	٢١,١٥	٧	٥٣,٨٥	٢٧	٢٧,٨٤
٣٠ -		١٤	٤٣,٧٥	١٥	٢٨,٨٤	٤	٣٠,٧٧	٣٣	٣٤,٠٢
٤٠ -		٦	١٨,٧٥	١٦	٣٠,٧٨	١	٧,٦٩	٢٣	٢٣,٧١
٥٠ فأكثر		٣	٩,٣٧	١٠	١٩,٢٣	١	٧,٦٩	١٤	١٤,٤٣
المجموع		٣٢	١٠٠	٥٢	١٠٠	١٣	١٠٠	٩٧	١٠٠

كا^٢ المحسوبة = ٩,٩٥٥ وهي غير معنوية عن مستوى احتمالي ٠,٥ ,

في ضوء تساؤلات البحث السابق تحديدها والمتعلقة بالخصائص الاجتماعية والشخصية لمجتمع البحث - يأتي هذا الجدول ليوضح التركيب العمري للمجتمعات البحثية الثلاثة (كفر الشيخ - الزقازيق - القاهرة) للتعرف على التوزيع الكمي لهذا التركيب من ناحية، ومعنوية الفروق بين هذه المجتمعات فيما يتعلق بهذا الجانب من ناحية أخرى.

• بلغ المتوسط الحسابي لمجتمع البحث بشكل عام ٣٩,٠٢ سنة بانحراف معياري قدره ١٢,٧٥ ومعامل اختلاف يصل إلى ٣٢,٢١.

ويتضح من الجدول السابق أن :

الفئة العمرية التي تقع بين (٣٠ - ٤٠ سنة) أكبر من مثيلتها للفئات العمرية الأخرى ويبلغ مقدارها الكلي ٣٤,٠٢ ٪، حيث توزعت بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة وكانت مرتفعة بين مجتمع كفر الشيخ عن كل من القاهرة والزقازيق، وبلغت نسبتها ٤٣,٧٥ ٪، ٣٠,٧٧، ٢٨,٨٤ ٪ على الترتيب.

أما الفئة العمرية (الأقل من ٣٠ سنة) فقد بلغت نسبتها الكلية ٢٧,٨٤ ٪، وتوزعت بنسب : ٥٣,٨٤ ٪، ٢٨,١٣ ٪، ٢١,١٥ ٪ في كل من القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب.

في حين أن الفئة العمرية (٤٠ - ٥٠) قد بلغت نسبتها الكلية ٢٣,٧١ ٪، وتوزعت بنسب : ٣٠,٧٨ ٪، ١٨,٧٥ ٪، ٧,٦٩ ٪ في كل من الزقازيق وكفر الشيخ والقاهرة على الترتيب.

وفي المقابل حصلت الفئة العمرية (الأكبر من ٥٠ سنة) على أقل نسب هذا الجدول حيث بلغت ١٤,٤٣ ٪، وتوزعت بنسب ١٩,٢٣ ٪، ٩,٣٧ ٪، ٧,٦٩ ٪، في كل من الزقازيق وكفر الشيخ والقاهرة على الترتيب، وهذا يعني إقبال الفئات المبكرة على التعاطي (الاعتماد)، وانخفاض نسبتها في الفئات المسنة. وباختبار استقلالية العلاقة باستخدام اختبار مربع كاي - بلغت قيمة كاي^٢ المحسوبة ٩,٩٥٥، في حين بلغت كاي^٢ الجدولية ١٢,٦ عند مستوى احتمالي . . ,٠٥

وهذا يعني أن الفروق بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة تبعاً لخاصية التركيب العمري غير معنوية.

وإذا كان الجدول السابق قد أوضح الفئات العمرية التي يقع داخلها المتعاطون وقت إجراء الدراسة الميدانية - فيكون من المفيد أيضاً مقارنة هذا المتوسط العام لحساب سن المتعاطين وقت إجراء الدراسة بالمتوسط العام لحساب سن المتعاطين عند بداية التعاطي، وهذا ما سيوضحه الجدول التالي.

الجدول رقم (٢) يوضح العلاقة بين عمر المتعاطي وقت إجراء الدراسة، وعمره عند بداية التعاطي

م	العمر الزمني للمتعايطي الآن	ك	%	م	العمر الزمني للمتعايطي ك عند البداية		%
١	- ١٠	٢	٢,١	١	- ١٠	٣٧	٣٨,٢
٢	- ٢٠	٢٥	٢٥,٧	٢	- ٢٠	٣٣	٣٤
٣	- ٣٠	٣٣	٣٤	٣	- ٣٠	١٤	١٤,٥
٤	- ٤٠	١٣	١٣,٤	٤	- ٤٠	٩	٩,٣
٥	- ٥٠	١٨	١٨,٥	٥	- ٥٠	-	-
٦	٧٠ - ٦٠	٦	٦,٢	٦	٧٠ - ٦٠	-	-
المجموع		٩٧	١٠٠			٩٧	١٠٠

يتضح من الجانب الأول للجدول السابق رقم (٢) والمتعلق بالعمر الزمني للمتعاطين وقت إجراء الدراسة : أن أعلى نسبة تقع بين فئة السن من (٣٠ - ٤٠) بنسبة ٣٤,٠٪، ويأتي ذلك الفئة التي تقع بين (٢٠ - ٣٠) بنسبة ٢٥,٧٪، ثم من (٥٠ - ٦٠) بنسبة ١٨,٥٪، ثم من (٤٠ - ٥٠) بنسبة ١٣,٤٪، بمتوسط حسابي قدره ٣٩,٢، في حين يقل إلى حد كبير نسب طرقي هذا الجدول عند بدايته ونهايته.

وبنظرة أخرى على الجانب الثاني من هذا الجدول نرى أن نسبة كبيرة قد بدأت التعاطي في سن مبكرة (أقل من عشرين عاماً) بنسبة تصل إلى ٣٨,٢٪، يلي ذلك على التوالي المرحلة العمرية التالية (من ٢٠ - ٣٠) بنسبة تصل إلى ٣٣٪ بمتوسط حسابي قدره ٢٤,٦.

وبتحليل هذه البيانات لا نستطيع القول بأن التعاطي (الاعتماد) ينتشر بنسبة كبيرة في الفئة من (٣٠ - ٤٠) كما هو واضح من الجانب الأول من الجدول، لأن هذا القول خادع تماماً - ذلك أن تردد التعاطي على أماكن العلاج لا يعكس هذا الانتشار بقدر ما يكون ذلك راجعاً إلى الاستمرار الطويل في التعاطي الذي يعقبه

يلاحظ أن عدد الفئات جاء أكثر عدداً في هذا الجدول بالمقارنة بالجدول السابق في نفس الخصوص، ويرجع ذلك إلى رغبة الباحث في تفريد هذه الفئات بما يخدم الغرض من السؤال من حيث السعي إلى التعرف على البدايات لعمر المتعاطي بدقة أكثر مما هو مطلوب في الجدول السابق الذي يسعى إلى التعرف على عمر المتعاطي الآن (وقت إجراء الدراسة الميدانية).

إنهاك للقوى الجسمية والعقلية - وعند هذه اللحظة قد يتقدم المتعاطي للعلاج - لذلك يرى الباحث أنه على الرغم من ضآلة نسبة من يقع عمرهم الزمني بين فئة (أقل من عشرين عاما) في الجانب الأول من الجدول (يلاحظ حصولها على أعلى نسبة في الجانب الثاني من نفس الجدول) فإن بداية التعاطي يقع في هذه السن المبكرة (المراهقة - الشباب) حيث تظهر سمات مميزة كالرغبة في الاستقلال وحب الاستطلاع والقابلية للتجريب والاستهواء والتمرد على السلطة وعدم الاستقرار الانفعالي .

ومن ناحية أخرى تعد هذه المرحلة مجالا خصباً للتأثير القوي والمباشر للجماعات الرسمية وغير الرسمية (جماعات المدرسة - العمل - الحي) كل ذلك في مقابل ما هو متوقع في بعض الأحيان من ضعف أساليب التنشئة الاجتماعية، وعدم فهم بعض الأسر لسمات هذه المرحلة - وفي ضوء ذلك تشكل كل هذه العوامل تربة صالحة لنمو الانحراف باشكاله المتعددة، وهكذا يتعين التركيز على الوقاية في مجال التجمعات الشبابية في المدرسة والجامعة والمصنع . . الخ . بالاقتناع والتوعية وتقديم الحقائق الواقعية دون مبالغة - تجنباً لعدم التقليد .

٢ - توزيع مجتمع البحث حسب النوع والديانة :

الجدول رقم (٣) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب النوع والديانة

م	الديانة / نوع	مسلم		مسيحي	
		ك	%	ك	%
	ذكر	٩٤	٩٦,٩	٣	٣,١
	أنثى	-	-	-	-
	المجموع	٩٤	٩٦,٩	٣	٣,١

بالنظر إلى الجدول السابق رقم (٣) يلاحظ سيادة الذكور لمجتمع البحث - حيث وصلت نسبتهم إلى ١٠٠٪ - ويرجع ذلك في جزء كبير منه إلى القيم والثقافة المصرية التي لا تبيح للمرأة المجاهرة بالتعاطي بل تضيي على مثل هذه السلوك قدراً كبيراً من الاستهجان - فهي وإن كانت تستهجن التدخين بالنسبة لها - فكيف يكون الحال فيما يتعلق بتعاطي المخدرات - وعلى أية حال لا يجب أن يؤخذ الموقف بهذه البساطة لأن الأمر يحتاج إلى مزيد من الايضاح - ذلك لأننا لا نستطيع أن نسلم بعدم تعاطي المرأة للمخدرات في المجتمع المصري خاصة التخيلية منها - حيث تؤكد مشاهدات الباحث الميدانية خارج نطاق البحث^(٥) تحول البعض من الفتيات والسيدات ووقوعهن فريسة

* تجمعت هذه الشواهد من خلال إشراف الباحث الميداني على تدريب طلاب المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ طوال ١٤ عاماً في مناطق

لما يسمى بالإدمان (الاعتماد) الطبي، فلقد درجن على تعاطي الاقراص المهدئة والمنومة والمخدرة لعلاج بعض الامراض النفسية للشعور بمزيد من الاسترخاء النفسي - كل ذلك بالاضافة إلى تعاطي بعض الفتيات للمنشطات (الأمفيتامين) كوسيلة لإنقاص الوزن (التخسيس)، ثم ينقلب الموقف بعد ذلك إلى الاعتماد بشتى صورته.

واتساقاً مع ما تفرضه الثقافة المصرية من استهجان قد يميل البعض منهن ممن وقعن فريسة الاعتماد إلى تجنب التردد على مثل هذه الأماكن التي اجريت فيها الدراسة ويطلبن العلاج في بعض العيادات الخاصة وهكذا يكون هذا التفسير مناسباً لعدم شمول الدراسة الميدانية للنساء أفضل كثيراً من الزعم بعدم وجود أو بندرة تعاطي النساء للمخدرات لأننا لا نملك الآن دليلاً على ذلك.

وبنظرة اخرى على الجانب الآخر من الجدول. يلاحظ ارتفاع نسبة المتعاطين من المسلمين بالمقارنة بالمسيحيين حيث كانت النسبة ٩٦,٩ ٪ للمسلمين مقابل ٣,١ ٪ من المسيحيين.

ويرجع ذلك بالطبع إلى خصائص التوزيع الديمغرافي (السكاني) للمجتمع المصري وزيادة عدد المسلمين إلى المسيحيين أكثر مما يرجع إلى اختلاف هذه الأديان في مناط التحريم - فكلاهما ذو موقف متقارب في تحريم المخدرات والمسكرات بكافة أنواعها - كما هو واضح من الفصل الثالث من هذا البحث.

جغرافية متعددة - كما تجمعت أيضاً من خلال مناقشات الباحث مع الطلاب والطالبات والاساتذة المهتمين بهذا الأمر - يذكر الباحث منهم على سبيل المثال الاستاذ الدكتور/ عبدالحليم محمود استاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب، جامعة القاهرة.

٣ - توزيع مجتمع البحث حسب الحالة التعليمية :

الجدول رقم (٤) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب الحالة التعليمية

المجموع		القاهرة		الزقازيق		كفر الشيخ		مجتمع البحث
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الحالة التعليمية
٤٠,٣	٣٩	صفر	صفر	٥١,٩٢	٢٧	٣٧,٤	١٢	امي
٣٠,٩	٣٠	صفر	صفر	٣٤,٦١	١٨	٣٧,٤	١٢	يقرا ويكتب
٩,٢	٩	٢٣,٠٨	٣	٥,٧٧	٣	٩,٤	٣	تعليم ابتدائي واععدادي
٧,٢	٧	٧,٦٩	١	٣,٨٥	٢	١٢,٤	٤	تعليم متوسط
١٢,٤	١٢	٦٩,٢٣	٩	٣,٨٥	٢	٣,٤	١	تعليم عالي
١٠٠	٩٧	١٠٠	١٣	١٠٠	٥٢	١٠٠	٣٢	المجموع

كا^٢ المحسوبة = ٥٦,٣٤ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٠٥ .

ارتباطا بتساؤلات البحث فيما يتعلق بالخصائص الاجتماعية والشخصية يأتي هذا الجدول ليوجب على الحالة التعليمية للمعتمدين المتعاطين للعقائير التخليقية لبيان المستوى التعليمي لهم من ناحية

ولتوضيح معنوية الفروق بين المجتمعات البحثية الثلاثة فيما يتعلق بهذا الجانب من ناحية اخرى .

وتوضح البيانات الواردة في الجدول السابق رقم (٤) الحالة التعليمية وفيه يتبين ان نسبة (الأميين) أكبر من مثلتها في الفئات الأخرى حيث بلغت نسبتها الكلية ٢٠, ٤٠٪ وتوزعت بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة مرتفعة بين مجتمع الزقازيق عن كل من كفر الشيخ - القاهرة وبلغت نسبتها ٩٢, ٥١٪، ٤, ٣٧٪، صفر٪ على الترتيب .

أما فئة من يقرأون ويكتبون، فقد بلغت نسبتها الكلية ٩٣, ٣٠٪ وتوزعت بنسبة ٤, ٣٧٪، ٦١, ٣٤٪، صفر٪ في كل من كفر الشيخ والزقازيق والقاهرة على الترتيب .

لذلك يمكن القول أن نسبة الأميين ومن في حكمهم (يقرأون ويكتبون) قد مثلوا أكثر من ٧٠٪ من المجتمع الكلي للبحث - وهكذا يكون من المتوقع زيادة هذه النسبة بين هاتين الفئتين لتوفر خصائص عدم قدرة الفرد على الإدراك الملائم لخطورة التعاطي - انتشار بعض الأفكار الخاطئة عن علاقة التعاطي بزيادة فاعليته للممارسة الجنسية أو التوافق المهني وهي بالطبع تكون عالية لدى الأميين عنها لدى المتعلمين .

ثم تأتي بعد ذلك فئة من حصلوا على (شهادة ابتدائية أو اعدادية) بنسبة ٢٨, ٢١٪، ولقد توزعت بنسب ٠٨, ٢٣٪،

٤, ٩٪، ٥, ٧٧٪ في كل من القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب.

ويأتي بعد ذلك فئة (التعليم العالي) حيث بلغت نسبتها ١٢, ٣٧٪، وتوزعت بنسب ٢٣, ٦٩٪، ٣, ٨٥٪، ٣, ١٣٪ في كل من القاهرة والزقازيق وكفر الشيخ على الترتيب.

وفي المقابل حصلت فئة (التعليم المتوسط) على أقل نسب هذا الجدول حيث بلغت ٧, ٢٢٪ للمجمعات الثلاثة وتوزعت بنسب ١٢, ٤٪، ٧, ٦٩٪، ٣, ٨٥٪ في كل من كفر الشيخ والقاهرة والزقازيق على الترتيب. ولقد بلغ المتوسط الحسابي للحالة التعليمية لمجتمع البحث ككل ٢, ٠٦٪.

ونخلص من ذلك كله إلى أننا لا نستطيع أن نزعم طبقاً لبيانات هذا الجدول بعدم اقبال اصحاب الشهادات والمتعلمين على تعاطي هذه العقاقير بافتراض ان ثقافتهم أو علمهم سوف يعصمهم من الوقوع في دائرة الاعتماد - حيث بلغت نسبتهم إلى ما يقرب من ٤٠٪ تقريباً من الحجم الكلي لمجتمع البحث - وهكذا يمكن القول بان الاعتماد بدأ يزحف على المتعلمين وأصحاب الشهادات - وليس كما كان معتقداً من قبل بوقوعه داخل فئات الاميين ومن في حكمهم.

وباختبار استقلالية العلاقة بين توزيع مجتمع البحث وفقاً للحالة التعليمية في المناطق الثلاث باستخدام مربع كاي - اتضح ان قيمة كاي^٢ المحسوبة = ٥٦, ٣٤ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠, ٠٥ .

وهذا يعني أن الفروق بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة وفقاً لخاصية الحالة التعليمية هي فروق معنوية.

وقد تم استخدام اختبار (ف) للحكم على معنوية الفروق بين متوسطات درجات الحالة التعليمية في المجتمعات البحثية الثلاثة، فبلغت قيمة (ف) المحسوبة ١٢, ٣١ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠, ٠٥ ، وبمقارنة الفرق بين المتوسطات بأقل فرق معنوي، اتضح أنه لا يوجد فرق بين متوسطات كفر الشيخ والزقازيق، في حين توجد فروق معنوية بين كفر الشيخ والقاهرة/ الزقازيق والقاهرة - والجدول التالي يوضح معنوية هذه الفروق.

الجدول رقم (٥) يوضح متوسط درجات المستوى التعليمي والفروق بين المتوسطات في المجتمعات البحثية الثلاثة

المجموعات	المتوسط الحالي	الازواج	اقل فرق معنوي	الفرق بين المتوسطات
كفر الشيخ	٢, ٠٦	كفر الشيخ - الزقازيق	٠, ٥٣	٠, ٣٥
الزقازيق	١, ٧١	كفر الشيخ - القاهرة	٠, ٤٦	٠, ٤٠ (٥)
القاهرة	٤, ٤٦	القاهرة - الزقازيق	٠, ٣٩	٠, ٧٥ (٥)

ف = ١٢, ٣١ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠, ٠٥ ،

* تشير هذه العلاقة إلى وجود فرق معنوي .

ترجع معنوية الفروق بين مجتمع كفر الشيخ والقاهرة - والزقازيق والقاهرة من وجهة نظر الباحث ليس إلى انتشار التعاطي بين فئات المتعلمين بمدينة القاهرة بالمقارنة بالمدن الأخرى، بقدر ما يرجع ذلك إلى طبيعة المؤسسات التي اخذت منها عينة القاهرة والتي يكون من المتوقع أن يتردد عليها اصحاب الدخول المرتفعة من ناحية والمتعلمون من ناحية أخرى، حيث يعكس تعليمهم حرصهم على ارتياد أماكن ملائمة للعلاج، ويتوقع الباحث الحصول على نسب مرتفعة نسبيا من غير المتعلمين إذا ما أخذت هذه العينة من بعض المؤسسات التقليدية بمدينة القاهرة كنوادي الدفاع الاجتماعي أو احدى الجمعيات الأهلية^(٥) وهذا هو ما دفع الباحث إلى ارتياد مؤسسات غير تقليدية (المصحات الخاصة) كي يرى الظاهرة في ثوبها الجديد.

وعودة مرة أخرى للجدول رقم (٤) يتضح أن نسبة المتعلمين تعليما عاليا في مجتمع القاهرة وحده قد يصل إلى حوالي ٧٪، وهي ذات النسبة التي قررت للاميين ومن في حكمهم في نفس الجدول، وقد تعطي هذه النسبة مؤشرا يمكن على الأقل القول من خلاله انه على الرغم من انتشار الاعتماد على هذه العقاقير بين فئات الاميين ومن في حكمهم، إلا أنه قد بدأ في الزحف على أصحاب الشهادات العالية^(٥)

- توصلت دراسة عبدالكريم العفيفي إلى هذه النتيجة - دراسة سابقة .
- من الحالات التي قابلها الباحث بالمستشفيات الخاصة عدد خمسة من الحاصلين على بكالوريوس التجارة وعدد واحد طبيب امراض نساء وولادة - مصور باحدى الجرائد اليومية - عدد واحد بكالوريوس زراعة - عدد واحد بكالوريوس خدمة اجتماعية .

٤ - طبيعة الظروف المدنية (الزواجية) لمجتمع البحث :

جدول رقم (٦) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب الحالة الزوجية

المجموع		متزوج		غير متزوج		الحالة الزوجية
%	ك	%	ك	%	ك	المجتمع
١٠٠	٣٢	٦٨,٧٥	٢٢	٣١,٢٥	١٠	كفر الشيخ
١٠٠	٥٢	٦٥,٣٩	٣٤	٣٤,٦١	١٨	الزقازيق
١٠٠	١٣	٤٦,١٦	٦	٥٣,٨٤	٧	القاهرة
١٠٠	٩٧	٦٣,٩٢	٦٢	٣٦,٠٨	٣٥	المجموع

كا = ٢,١٥٢ وهي غير معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٠٥ .

في ضوء تساؤلات البحث السابقة والمتعلقة بالخصائص الاجتماعية للمتعاين - يأتي هذا الجدول ليوضح الحالة الزوجية لمجتمع البحث من ناحية وما إذا كان هناك فروق بين المجتمعات الثلاثة فيما يتعلق بهذا الجانب من ناحية أخرى.

يود الباحث أن يشير إلى دمج فئة المطلق والأرمل إلى فئة غير المتزوج وذلك نظرا لقلّة عددهم حيث وصلت أعداد المطلقين خمس حالات وأرمل واحد بنسبة ١,٥%, ١%, على الترتيب لمجتمع الزقازيق، في حين خلا مجتمع كفر الشيخ والقاهرة من هذه الفئات.

وتوضح البيانات الواردة بالجدول تزايد نسبة المتزوجين في مجتمع البحث حيث وصلت نسبتهم إلى ٦٣,٩٢ ٪، في حين وصلت نسبة غير المتزوجين إلى ٣٦,٠٨ ٪، وبتحليل هذه النسب، يمكن القول بأن تزايد نسب المتزوجين في هذا الجدول قد جاء طبيعياً ومتسقاً مع نسب الجدول السابق رقم (١) الخاص بفئات السن حيث شكلت الفئة من (٢٠ - ٤٠) حوالي ٩٠ ٪ تقريباً من المجتمع الكلي للبحث، ويتسق هذا إلى حد كبير مع نسب المتزوجين في هذا الجدول - ذلك أن هذه الفئة (٢٠ - ٤٠) هي التي تشكل الغالب الأعم من نسب الزواج في المجتمع المصري، ويود الباحث أن يشير هنا إلى اختفاء أسلوب الزواج العرفي بين المجتمعات البحثية الثلاثة - ذلك أن هذا الأسلوب يقابل بقدر من الاستهجان في الثقافة المصرية - كما يلاحظ من ناحية أخرى انخفاض نسب المطلقين (١, ٥ ٪) وتم دمجها مع فئة غير المتزوجين)، وهكذا لم تشكل هذه الفئة متغيراً ذا دلالة فيما يتعلق بتهيئة الظروف المجندة والمساعدة على التعاطي - وعلى أية حال يعد الطلاق ذلك المظهر الخارجي الملموس لسوء التوافق الأسري - في حين قد يرتبط سوء التوافق هذا بمظهر آخر كالزواج المتكرر على سبيل المثال . . الخ، وهذا ما سوف يوضحه الجدول التالي رقم (٧).

ومن ناحية أخرى توضح البيانات الواردة بالجدول السابق (رقم ٦) وجود فروق بين المجتمعات البحثية الثلاثة فيما يتعلق بالحالة الزوجية، حيث بلغت نسبة المتزوجين في المنطقة الأولى (كفر الشيخ) ٦٨,٧٥ ٪ في حين انخفضت في المنطقة الثانية (الزقازيق) لتصل إلى ٦٥,٣٩ ٪ بينما بلغت في المنطقة الثالثة (القاهرة) ٤٦,١٦ ٪.

وباختبار معنوية العلاقة باستخدام مربع كاي - بلغت قيمة كاي المحسوبة ٢,١٥٢ عند مستوى احتمالي ٠,٥ ، ولما كانت قيمة كاي الجدولية : (٥,٩٩) أكبر من قيمة كاي المحسوبة عند نفس المستوى الاحتمالي ٠,٥ ، يمكن القول بأن الفروق الموجودة بين المجتمعات البحثية الثلاثة فيما يتعلق بالحالة الزوجية - هي فروق غير معنوية .

٥ - عدد مرات الزواج لمجتمع البحث :

الجدول رقم (٧) يوضح عدد مرات الزواج للمتزوجين من عينة البحث

٢	البيان	ك	%
١	متزوج بواحدة	٥٥	٨٠,٩
٢	متزوج باثنتين	١٢	١٧,٦
٣	متزوج بثلاث	-	-
٤	متزوج بأربع	-	-
٥	أكثر من ذلك	١	١,٥

يوضح هذا الجدول رقم (٧) عدد مرات الزواج للمتزوجين من افراد مجتمع البحث - ويلاحظ أن نسبة المتزوجين بواحدة شكلت أعلى نسبة من نسب هذا الجدول والتي وصلت إلى ٨٠,٩ %، في حين تلي ذلك نسبة المتزوجين باثنتين والتي وصلت إلى ١٧,٦ %، في حين توجد حالة واحدة فقط هي التي تزوجت بأكثر من أربع .

وبتحليل نسب هذا الجدول يمكن القول بأن الزواج بوحدة فقط هو أمر طبيعي ومألوف في المجتمع المصري بعامة - وعلى الرغم من أن هذه النتيجة لم تكن متوقعة لأي دارس للجوانب الاجتماعية لظاهرة الاعتماد وحيث يكون المتوقع أن تزداد نسب الطلاق والزواج بأكثر من واحدة - لكن ليس معنى ذلك خلو هذه الأسر من المشاكل والمشاحنات التي قد يترتب عليها الطلاق أو الزواج مرة ثانية - ذلك أن المعاناة المادية القاسية التي يعيشها الأفراد في المجتمع المصري يكون من المتوقع أن تجعلهم غير قادرين على تحمل التبعات الاقتصادية لتكلفة الطلاق أو الزواج مرة ثانية ويكون المقابل هذه الضغوط البيئية المستمرة والتي تكون العقاقير وسيلة التعاطي لتناسي هذه الهموم أو استجلاب السرور أو بمعنى آخر محاولة افتعال المرح باكتئاب الغضب.

٦ - أسباب الزواج بأكثر من واحدة لمجتمع البحث :

الجدول رقم (٨) يوضح أسباب الزواج بأكثر من واحدة لعينة البحث

ن = ١٣

٢	البيان	ك	%
١	من أجل المتعة الجنسية	٢	١٥,٣
٢	من أجل الانجاب	٣	٢٣
٣	من أجل انجاب الذكور	-	-
٤	بسبب عدم تعاطي الزوجة الأولى للمخدرات	٢	١٥,٣
٥	بسبب افساد التعاطي للحياة الزوجية الأولى	٧	٥٣,٨
٦	لعدم وجود اتفاق	٧	٥٣,٨
٧	بسبب تدخل الأهل والاقارب	-	-
٨	أخرى تذكر	١	٦,٧

يتضح من الجدول السابق رقم (٨) أن أهم أسباب الزواج بأكثر من واحدة كانت افساد التعاطي للحياة الزوجية الأولى، كما أشارت بذلك نسبة ٥٣,٨ ٪ من استجابات المبحوثين، ومن أهم الأسباب أيضا عدم وجود اتفاق كما أشارت بذلك نسبة مساوية للاستجابة السابقة (٥٣,٨ ٪) ثم يأتي بعد ذلك الرغبة في الانجاب بنسبة تقدر بحوالي ٢٣ ٪ تقريبا فالرغبة في المتعة الجنسية بنسبة تقدر بحوالي ١٥,٣ ٪، ثم نفس النسبة لعدم تعاطي الزوجة الأولى للمخدرات (١٥,٣ ٪).

ويتحليل نسب هذا الجدول - يمكن القول بأنه على الرغم من ضآلة عدد المتزوجين بأكثر من واحدة (١٣) بالمقارنة بحجم العينة الكلي (٩٧) - إلا أن هذا الجدول يوضح الآثار المدمرة للتعاطي على هدم الحياة الزوجية - لما ترتب على التعاطي (الاعتماد) من قصور في الإدراك والاحساس والتفكير والتنفيذ - ناهيك عن استنزاف ميزانية الأسرة في الحصول على المخدر - لذلك يرى الباحث أن النسبة التي أشارت بعدم وجود اتفاق وهي نسبة مماثلة لما قبلها - ربما تكون من أثر التعاطي أيضا لأن التعاطي المسرف قد يعطي للفرد تصورا واهما بالشك والخوف والوهم وعدم الاتزان الانفعالي وتخيلات وخداعات سمعية وبصرية - والتي يمكن أن تستحيل معها الحياة الزوجية .

٧ - عدد مرات الطلاق للمتزوجين طوال فترة حياتهم الزوجية :

الجدول رقم (٩) يوضح عدد مرات الطلاق للمتزوجين طوال فترة الحياة الزوجية

ن = ٦٨

م	البيان	ك	%
١	ولا مرة	٥٩	٨٦,٨
٢	مرة واحدة	٧	١٠,٢
٣	مرتان	١	١,٥
٤	ثلاث	-	-
٥	أربع	-	-
٦	أكثر من ذلك	١	١,٥
		٦٨	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٩) عدد مرات الطلاق للمتزوجين من عينة البحث حيث أشارت نسبة كبيرة من نسب هذا الجدول بعدم حدوث ذلك مطلقا (٨٦,٨ %) في حين أشارت نسبة تقدر بحوالي ٢,١٠ % بحدوث ذلك مرة واحدة، ونسبة أقل بكثير (١,٥ %) تشير بحدوث ذلك مرتين وأكثر من أربع مرات.

وكما هو واضح في الهامش الخاص بالجدول رقم (٦) من ضعف نسبة حالات الطلاق وقت اجراء الدراسة - يأتي هذا الجدول ليؤكد

هذه النتيجة ليس فيما يتعلق بحدوث ذلك وقت إجراء الدراسة الميدانية فقط بل طيلة فترة الحياة الزوجية - ولا يختلف التحليل الذي يقال هنا عن الذي قيل في الجدول رقم (٦) فيما يتعلق بهذا الجانب - سوى الإشارة بأن حالات الطلاق في الجدول رقم (٦) كانت أقل من حالات الطلاق في هذا الجدول، والسبب في ذلك هو أن الجدول رقم (٦) كان يخص حالات الطلاق وقت إجراء الدراسة الميدانية - في حين يصب اهتمام هذا الجدول على حالات الطلاق التي وقعت في حياة المتعاطي كلها - وهكذا يلاحظ بعض الاختلافات الطفيفة بين حالات الطلاق في كل من الجدولين.

٨ - توزيع مجتمع البحث حسب الدخل الشهري :

الجدول رقم (١٠) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب الدخل الشهري

المجموع		القاهرة		الزقازيق		كفر الشيخ		مجموع البحث فئات الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
٤٠,٢١	٣٩	صفر	صفر	٥٧,٦٩	٣٠	٢٨,١٣	٩	أقل من ٧٥
٢٩,٨٩	٢٩	صفر	صفر	٣٤,٦٢	١٨	٣٤,٣٧	١١	- ٧٥
١٠,٣١	١٠	صفر	صفر	٥,٧٧	٣	٢١,٨٧	٧	- ١٢٥
١٩,٥٩	١٩	١٠٠	١٣	١,٩٢	١	١٥,٦٣	٥	٢٠٠ فأكثر
١٠٠	٩٧	١٠٠	١٣	١٠٠	٥٢	١٠٠	٣٢	المجموع

كا = ٧٣,١٤ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٠٥

يوضح الجدول السابق رقم (١٠) الدخل الشهري الكلي للمتعاطي وقت إجراء الدراسة الميدانية - حيث يلاحظ أن أعلى نسب هذا الجدول كانت في محيط فئة الدخل (أقل من ٧٥ جنيهاً) وبلغت نسبتها ٢١, ٤٠٪ أي ما يقرب من نصف مجتمع البحث، ولقد توزعت بنسب ١٣, ٢٨, ٦٩, ٥٧, صفر٪، في كل من كفر الشيخ والزقازيق والقاهرة على الترتيب.

يلي ذلك فئة الدخل (من ٧٥ - أقل من ١٢٥ جنيهاً) حيث بلغت نسبتها ٩, ٢٩٪، حيث توزعت بنسب ٣٧, ٣٤٪، ٦٢, ٣٤٪، صفر٪، في كل من كفر الشيخ والزقازيق والقاهرة على الترتيب.

ثم تأتي فئة الدخل (من ٢٠٠ فأكثر) بنسبة ١٩, ٥٩٪، وتوزعت بنسب ١٠٠٪، ١٥, ٦٣٪، ١, ٩٢٪، في كل من القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب. وفي النهاية تأتي فئة (من ١٢٥ إلى أقل من ٢٠٠) بنسبة ٣١, ١٠٪، وتوزعت بنسب ٢١, ٨٧٪، ٥, ٧٧٪، صفر٪، في كل من كفر الشيخ والزقازيق والقاهرة على الترتيب.

وباختبار استقلالية العلاقة بين توزيع مجتمع البحث وفقاً للدخل الكلي الشهري في المناطق الثلاث باستخدام مربع كاي - اتضح أن قيمة كاي^٢ المحسوبة ١٤, ٧٣ في حين بلغت قيمة كاي^٢ الجدولية ٦, ١٢ عند مستوى احتمالي ٠, ٠٥ .

وهذا يعني أن الفروق بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة وفقاً لخاصية الدخل الشهري الكلي هي فروق معنوية.

وبنظرة مدققة على نسب الجدول السابق رقم (١٠)، يمكن القول بأن نصف مجتمع البحث تقريباً يصل دخله الشهري الكلي إلى أقل من ٧٥ جنيهاً شهرياً مما يشكل ضغوطاً اجتماعية كبيرة على المتعاطين في ظل الظروف الاقتصادية التي يمر بها المجتمع المصري مما يزيد من احتمال محاولات الهروب من هذه الضغوط تحت تأثير التخدير المؤقت للعقاقير التخليقية.

وعلى الجانب الآخر يلاحظ من الجدول رقم (١١) أن المتوسط الحسابي لمجتمع القاهرة قد وصل ٢٠٠ جنيه ومثل هذا المتوسط نسبة ١٠٠٪ في الجدول رقم (١٠)، ولعل هذا يشير إلى الوضع الطبقي لهذه الفئة، وهكذا يمكن القول بأن وفرة النقود يمكن أن تكون نكبة على صاحبها، إذا ما أسيء استخدامها دون ترتيب، فإذا كان الفقر وما يتبعه من ضغوط وحرمان قد شكل أحد الأسباب الدافعة إلى تمهيد الطريق إلى التعاطي، فيمكن القول أيضاً أن وفرة النقود والتي تأتي بسهولة دون عناء وجهد حقيقي تولد الاستسهال في كل شيء، وينقلب الخير إلى شر، وتكون وفرة النقود من خلال هذا المحور شراً على صاحبها وتؤدي إلى الاعتماد - مثلما أدى الفقر إلى ذات السبب،

بلغ المتوسط الحسابي للدخل الكلي للمتعاطين في مجتمع البحث ككل

١٠٨,٣٨٪.

وربما تختلف الوظيفة الاجتماعية للعقار من فئة إلى أخرى، فربما تكون على النقيض بالنسبة للغني فقد تشكل نوعا من المسرة الاجتماعية أو زيادة الشعور بالاسترخاء النفسي.

وعلى أية حال سوف يستوي الفريقان حيث يصلان في النهاية إلى الدائرة الخبيثة المحكمة - ألا وهي دائرة الاعتماد (الإدمان).

ويقودنا الحديث في النهاية عن الضغوط الاجتماعية التي تنحدر من قلة الدخل إلى حقيقة هامة - ألا وهي (نسبية) الفقر فقد تكفي المائة جنيه فردا واحدا، في حين لا تستقيم الأمور مع أسرة بأكملها - وهكذا يكون من المناسب أن نلقي بعض الضوء على نسب الاعالة الكلية للمتعاطين في اتصالها بالدخل الشهري حتى يكتمل السياق - والجدول التالي سوف يوضح ذلك.

ولقد تم استخدام اختبار (ف) للحكم على معنوية الفروق بين متوسطات درجات الدخل الشهري في المجتمعات البحثية الثلاثة - حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة ١٧٠ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠٥، وبمقارنة الفرق بين المتوسطات بأقل فرق معنوي تبين بالدرجات أن معنوية (ف) ترجع إلى التباين بين المجتمعات الثلاثة كما يتضح من بيانات الجدول رقم (١١) - وعلى الرغم من معنوية الفروق، إلا أن مقدار الفرق بين كل من القاهرة والزقازيق كان كبيرا ٤٧، ١٩، وكذلك بين كفر الشيخ والقاهرة ٨٣، ٥٩ بالمقارنة بمقدار الفرق بين كل من كفر الشيخ والزقازيق ٣٥، ٨٨.

الجدول رقم (١١) يوضح متوسط الدخل الكلي الشهري لمجتمع
البحث والفرق بين المتوسطات

الفرق الطبيعي	اقل فرق معنوي	الازواج	المتوسط الحسابي	المجموعات
٨٣,٥٩	١٣,٦٥	كفر الشيخ - القاهرة	١١٦,٤١	كفر الشيخ
٣٥,٨٨	٩,٣	كفر الشيخ - الزقازيق	٢٠٠,٠٠	القاهرة
١١٩,٤٧	١٢,٧٨٥	القاهرة - الزقازيق	٨٠,٥٣	الزقازيق

الجدول رقم (١٢) يوضح مقارنة الدخل الكلي للمتعاطي بكل من
نسبة الاعالة والنصرف على العقاير ونوع المسكن

نوع المسكن				النصرف على العقاير						الاعالة						الدخل الكلي للمتعاطي					
المجموع	اجار		ملك	المجموع		الدخل		الدخل		المجموع	أقارب	زوجات		أبناء		ك	%	ك	%	ك	%
	%	ك		%	ك	%	ك	%	ك			نسبة الاعالة	ك	نسبة الاعالة	ك						
١٠٠	٣٩	٧٩,٥	٣١	٨	٢٠,٥	٣٩	٣٥,٩	١٤	٣٥,٩	١٤	٣,٣٣	١٦	٠,٧٤	٢٩	٢,١٨	٨٥	٤٠,٢	٣٩	٤٠,٢	٧٥	٧٥
١٠٠	٢٩	٥٨,٦	١٧	١٢	٤١,٤	٢٩	٢٧,٦	٨	٤١,٣	٩	٢,٧٥	٨	٠,٢٨	٢٠	١,٨٢	٥٣	٢٩,٩	٢٩	٢٩,٩	-	٧٥
١٠٠	٩	٦٦,٧	٦	٣	٣٣,٣	٩	-	-	٤٤,٤	٤	٣,٢١	٣	١,١١	١٠	١,٧٧	١٦	٩,٣	٩	٩,٣	-	١٢٥
١٠٠	٢٠	٢٥,٠	٥	١٥	٧٥,٠	٢٠	-	-	٤٥,٠	٩	٢,٧٥	٦	٠,٢٥	١٣	١,٨	٣٦	٢٠,٦	٢٠	٢٠,٦	٢٠	٢٠,٦
١٠٠	٩٧	٦٠,٨٢	٥٨	٢٨	٣٩,١٨	٩٧	٢٢,٧	٢٢	٣٧,١	٣٦	٣,٠٣	٣٢	٠,٧٤	٧٢	٢,٠	١٩٠	١٠٠	٩٧	١٠٠	٩٧	٩٧

يوضح الجدول السابق رقم (١٢) نسب الدخل الشهري الكلي لمجتمع البحث في علاقته ببعض المتغيرات الأخرى كنسب الاعالة - والمنصرف على العقاقير من الدخل الشهري - ونوع المسكن - في محاولة لتوضيح الضغوط الاقتصادية الواقعة على المتعاطي والتي قد تمهد الطريق إلى الاعتماد.

ويتضح من البيانات الواردة بالجدول أن :

أعلى نسب الاعالة^(٥) (٣, ٣٣) كانت بين أقل الفئات دخلا (أقل من ٧٥ جنيها)، في حين تقل تدريجيا (٢, ٧٥) بين الفئات العالية (٢٠٠ جنية فأكثر)، فاذا أضفنا إلى معدل الاعالة السابق - ما ينفق على العقاقير - لاكتملت حلقة الضغوط، حيث يلاحظ أيضا أن هذه الفئة (أقل من ٧٥ جنيها) تنفق مبالغ كبيرة على تعاطي العقاقير (٩, ٣٥٪ تنفق نصف دخلها ونسبة مساوية تنفق كل دخلها) - وعلى الجانب الثالث يلاحظ أن هذه الفئة أيضا تفتقر إلى خاصية تملك العقارات حيث بلغت نسبة المستأجرين للمسكن ٧٩,٥٪ من حجم

* ينوه الباحث إلى أن نسب الإعالة المذكورة بالجدول لا تتضمن المتعاطي نفسه، وحينما نكون بصدد التحدث عن الضغوط الاقتصادية وعلاقتها بالاعتماد، يتعين علينا إضافة فرد واحد إلى كل هذه النسب السابقة، وهكذا يمكن القول بأن نسب الاعالة الكلية لمجتمع البحث هي من ١ - ٤ تقريبا لكل من المتزوجين وغير المتزوجين، ولا شك أن الحال سوف يختلف إذا ما حسبت هذه النسبة للمتزوجين فقط حيث تصل تقريبا إلى ١ - ٥ مضافاً إليها المتعاطي ذاته.

هذه الفئة - ومن الصعب أن نتخيل وجود نسبة تقترب من نصف المجتمع الكلي للبحث ٢, ٤٠ ٪، تعيش بدخل شهري أقل من ٧٥ جنيها بمعدل إعالة يصل إلى أكثر من أربعة افراد (مضافا إلى هذه النسبة المتعاطي نفسه) وانفاق نصف الدخل على الأقل في تعاطي العقاقير، إلى جانب ما ينفق على إيجار المسكن (نسبة ٥, ٧٩) في ضوء ذلك كله يجد بعض المتعاطين من أمثال هؤلاء الطريق ممهداً للتعاطي لتخفيف حدة هذه الضغوط بالهروب من هذا الواقع تحت تأثير التخدير المؤقت لهذه الأنواع من العقاقير.

كما يلاحظ من ناحية أخرى كما هو وارد في بيانات الجدول السابق أن معدل الانفاق على العقاقير يزداد بزيادة الدخل ابتداء من (فئة ١٢٥ فأكثر).

٩ - توزيع مجتمع البحث حسب نمط الإقامة :

الجدول رقم (١٣) يوضح توزيع افراد العينة حسب نمط الإقامة

المجموع		ايجار		ملك		مجموع البحث نوع المسكن
		%	ك	%	ك	
١٠٠	٣٢	٦٥,٦٣	٢١	٣٤,٣٧	١١	كفر الشيخ
١٠٠	٥٢	٧٣,٠٨	٣٨	٢٦,٩٢	١٤	الزقازيق
١٠٠	١٣	صفر	صفر	١٠٠	١٣	القاهرة
١٠٠	٩٧	٦٠,٨٢	٥٩	٣٩,١٨	٣٨	المجموع

كا^٢ المحسوبة ٢٣,٧٨٨ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٠٥ ,

ارتباطا بتساؤلات البحث الرئيسية والمتعلقة بالخصائص الاجتماعية والشخصية للمتعاين للعقائير التخليقية - يحاول هذا الجدول الوقوف على نسب التوزيع التكراري لنمط الاقامة لمجتمع البحث من ناحية وكذلك على مدى وجود فروق معنوية بين نمط الاقامة في المجتمعات البحثية الثلاثة .

وتوضح البيانات الواردة بهذا الجدول حصول نسبة كبيرة من مجتمع البحث على خاصية المسكن المؤجر، حيث وصلت هذه النسبة إلى ٦٠,٨٢ %، وقد توزعت على أساس ٧٣,٠٨ %، ٦٥,٦٣ %، صفر % في كل من الزقازيق وكفر الشيخ والقاهرة على الترتيب .

في حين تقل إلى حد كبير خاصية تملك المسكن لمجتمع البحث حيث تصل هذه النسبة إلى ١٨, ٣٩٪، وقد توزعت على أساس ١٠٠٪، ٣٧, ٣٤٪، ٩٢, ٢٦٪، في كل من القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب.

وباختبار معنوية العلاقة باستخدام مربع كاي - بلغت قيمة كاي^٢ المحسوبة ٢٣, ٧٨٨، وهي أكبر من قيمة كاي^٢ الجدولية والتي بلغت ٨, ٧١ عند مستوى احتمالي ٠, ٠٥ .

وهذا يعني أن الفروق بين المجتمعات البحثية الثلاثة هي فروق معنوية فيما يتعلق بخاصية نمط الإقامة .

أما فيما يتعلق بارتفاع نسبة المسكن المؤجر وعلاقة ذلك بالاعتماد على العقاقير، فلا يوجد أكثر من التحليل السابق الوارد في جدول رقم (١٢) والخاص بزيادة الضغوط الاقتصادية والاجتماعية على المتعاطي، وعلى الرغم من قبول هذا التفسير مؤقتا - إلا أن هناك سؤالا يبرز على سطح المناقشات، لا يرجع إلى نمط الإقامة بقدر ما يرجع إلى عدد الحجرات ومعدل التزاحم للأفراد في الحجرة الواحدة، فربما تضيف الاجابة على هذا السؤال ضغوطا اخرى تضاف إلى سابقه - وهذا ما سوف يوضحه الجدول التالي رقم (١٤).

١٠ - توزيع مجتمع البحث حسب عدد حجرات المسكن .

الجدول رقم ١٤ يوضح عدد حجرات المسكن للمجتمع الكلي للبحث .

المجموع		٤ فأكثر		٤-٢		٢-١		مجموع البحث عدد الحجرات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
١٠٠	٣٢	صفر	صفر	٥٣,٢	١٧	٤٦,٨	١٥	كفر الشيخ
١٠٠	٥٢	١,٩	١	٣٤,٦	١٨	٦٣,٥	٣٣	الزقازيق
١٠٠	١٣	٥٣,٨	٧	٣٨,٥	٥	٧,٧	١	القاهرة
١٠٠	٩٧	٨,٣	٨	٤١,٢	٤٠	٥٠,٥	٤٩	المجموع

كأ^٢ المحسوبة ٤٦,٢٦ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٠٥ ,

انساقا مع ما تقدم من طبيعة الخصائص الاجتماعية والشخصية للمتعاطين المعتمدين على تعاطي العقاقير التخليقية، ومع ما تقدم من ضغوط اجتماعية واقتصادية - يوضح هذا الجدول من خلال البيانات الواردة فيه أن :

نسبة ٥٠,٥ ٪ من مجتمع البحث يقيمون في الفئة من (١ - ٢ حجرة)، ثم تأتي بعد ذلك فئة من يقيمون في (٢ - ٤ حجرة) بنسبة ٤١,٢ ٪، في حين يلاحظ وجود نسبة ضئيلة تقدر بحوالي ٨,٣ ٪ ممن يقيمون بالفئة من (٤ حجرات فأكثر).

ولقد توزعت الفئة التي تقيم في (١ - ٢ حجرة) على أساس ٦٣,٥ ٪، ٤٦,٨ ٪، ٧,٧ ٪ في كل من الزقازيق وكفر الشيخ والقاهرة على الترتيب.

في حين توزعت الفئة التي تقيم في (٢ - ٤) على أساس : ٥٣,٢ ٪، ٣٨,٥ ٪، ٣٤,٦ ٪، في كل من كفر الشيخ والقاهرة والزقازيق على الترتيب.

وتأتي في النهاية نسبة من يقيمون في (٤ حجرات فأكثر) حيث توزعت على أساس ٥٣,٨ ٪، ١,٩ ٪، صفر ٪، في كل من القاهرة والزقازيق وكفر الشيخ على الترتيب.

وباختبار استقلالية العلاقة باستخدام مربع كاي، بلغت قيمة كا^٢ المحسوبة ٤٦,٢٦، في حين بلغت قيمة كا^٢ الجدولية ٩,٤٩ عند مستوى احتمالي ٠,٥، وهذا يعني أن الفروق بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة تبعاً لخاصية عدد الحجرات هي فروق معنوية.

بلغ المتوسط الحسابي لعدد حجرات المسكن في مجتمع البحث ككل ٢,٦، بانحراف معياري قدره ٤,٢١ ومعامل اختلاف قدره -٤٠.

وباختبار العلاقة تبعا لقياس أقل فرق معنوي ومقارنته بالفرق الطبيعي لمتوسطات أزواج المجموعات بين المتعاطين في المجتمعات الثلاثة كما هو واضح من الجدول رقم (١٥) التالي :

الجدول رقم (١٥) يوضح متوسط عدد حجرات المسكن والفرق بين المتوسطات لمجتمع البحث

المجموعات	المتوسط الحسابي	الأزواج	أقل فرق معنوي	الفرق بين المتوسطات
كفر الشيخ	٢,٦٣	كفر الشيخ - الزقازيق	,٤٤	,٤
الزقازيق	٢,٢٣	كفر الشيخ - القاهرة	,٦٢	١,٣٧
القاهرة	٤,٠٠	الزقازيق - القاهرة	,٥٩	١,٧٧

(ف) المحسوبة ١٨,٥٢ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٥

في ضوء الجدول السابق رقم (١٥) يتضح انه لا يوجد فرق معنوي بين مجتمع كفر الشيخ والزقازيق تبعا لخاصية عدد الحجرات حيث بلغ أقل فرق معنوي ٠,٤٤ في حين كان الفرق الطبيعي بين المتوسطات ٠,٤، وهذا يعني أنه لا توجد فروق معنوية بين المتعاطين في كل من مجتمع كفر الشيخ والزقازيق تبعا لخاصية عدد الحجرات، في حين بلغت قيمة الفرق الطبيعي بين كفر الشيخ والقاهرة ١,٣٧ - وكان أقل فرق معنوي بينهما ٠,٦٢، مما يؤكد وجود فروق معنوية بين المتعاطين في المجتمعين تبعا لخاصية عدد الحجرات .

كما بلغت قيمة الفرق الطبيعي بين مجتمع الزقازيق والقاهرة ١,٧٧ في حين كانت قيمة أقل فرق معنوي بينهما ٠,٥٩ ، مما يؤكد وجود فروق معنوية بين المتعاطين في المجتمعين تبعاً لخاصية عدد الحجرات ، وإن بدأ الفرق أكبر بين الزقازيق والقاهرة عنه بين كفر الشيخ والقاهرة ، وترجع الفروق من وجهة نظر الباحث إلى طبيعة المؤسسات التي أجريت فيها الدراسة حيث كانت بطريقة متجانسة في كل من كفر الشيخ والزقازيق (نواحي الدفاع الاجتماعي) في حين اختلف الحال في مدينة القاهرة بطريقة عمدية (المستشفيات الخاصة) لظهور بعض الفروق لتقرير الظاهرة كما هي في الواقع .

وإذا أخذنا في الاعتبار المتوسط الحسابي العام لعدد حجرات السكن لمجتمع البحث ككل والذي يبلغ ٦,٢ ، فإنه يمكن القول بأن ضيق المسكن يعد من عوامل الطرد للأفراد خارج الأسرة - فقد يدفع الفرد إلى الإلتجاء إلى أماكن خارجية أكثر راحة - ليشكل هذا الطرد في أحيان كثيرة بداية الإلتحام برفاق السوء والتردد على أماكن اللهو (المقاهي - السينما - السيرك) لتكتمل حلقة التعرف على العقاقير والمخدرات بشتى أنواعها .

في ضوء ذلك ، يمكن القول بأن المسكن المزدهم أحد العوامل المهيئة للانحراف بشكل عام والذي يعد تعاطي العقاقير أحد أشكاله ، حيث سيتلقى الفرد خارج نطاق الأسرة وفي تردده على مثل هذه الأماكن دروساً في كيفية التعاطي من خلال جماعات اللهو ومن على شاكرتها .

الجدول رقم (١٦) يوضح نوعية المرافق الموجودة في مسكن مجتمع

البحث

ن = ٩٧

٢	البيان	ك	%
١	كهرباء «نور»	٩٧	١٠٠
٢	مياه	٩٦	٩٨,٩
٣	مجارى	٨٥	٨٧,٧

يوضح هذا الجدول رقم (١٦) نوعية المرافق الموجودة في سكن المتعاطي وتشير نسب هذا الجدول إلى توفر الكهرباء عند جميع افراد مجتمع البحث بنسبة ١٠٠٪، فيلاحظ توفر المياه لدى الغالبية العظمى من مجتمع البحث بنسبة ٩٨,٩٪، في حين تقل نسبة توفر المجاري نسبيا حيث وصلت النسبة في هذا الخصوص إلى ٨٧,٧٪.

وبتحليل هذا الجدول لم يتضح وجود مظاهر للحرمان المادي لمجتمع البحث ويرجع ذلك في جزء كبير منه إلى خطة الدولة في تعميم الكهرباء والمياه والمجاري في جميع أنحاء المجتمع المصري تقريبا.

وإذا كنا في الجداول السابقة قد أشرنا إلى تأثير عامل الازدحام في المسكن بشكل غير مباشر على تعاطي العقاقير، فنحن هنا في مجال

هذه العناصر المادية (الكهرباء - المياه - المجاري) لسنا في موقع مماثل من حيث تأثيرها كضغوط بيئية أو كعوامل طرد.

ويرجع ذلك في جزء كبير منه من وجهة نظر الباحث إلى اختلاف البناء الاجتماعي للقرية عنه في المدينة - فعلى الرغم من التغير الذي طرأ على القرية المصرية في السنوات الأخيرة من حيث التطور ودخول عناصر الثقافة المادية (الكهرباء - التليفزيون) وزيادة فرص الاتصال بالمدينة (تدعيم شبكة المواصلات والاتصالات اللاسلكية) - إلا أن القرية ما زالت تتمتع بقدر من التماسك والتضامن الاجتماعي والقيم والمعايير التي تستهجن السلوك الانحرافي على عكس المدينة التي تتميز بالاستقلالية في السلوك وزيادة معدلات الانحراف وقابليتها لامتناس المهاجرين ودخول ثقافات جديدة عليها وندرة مفاهيم التضامن والانتفاءات القرابية - لذلك يسود فيها الاحساس بالاعتراب والهامشية، وكلها عوامل تساعد على الانحراف.

الجدول رقم (١٧) يوضح مكان الإقامة بكل مدينة على حدة من حيث الأحياء الشعبية وغير الشعبية

١ - مجتمع مدينة الزقازيق

٢	البيان	ك	%
١	قرية	٨	١٥,٢
٢	مدينة	٤٤	٨٤,٧
المجموع	الأحياء	٥٢	١٠٠
١	حي الإشارة	٢٢	٥٠
٢	حي الحريري	٥	١١,٤
٢	حي الجامع	٥	١١,٤
٤	حي الصيادين	٥	١١,٤
٥	حي النحال	٧	١٥,٨
المجموع		٤٤	١٠٠

١١ - توزيع المتعاطين حسب محل إقامتهم وموطن النشأة الأولى :

ينطوي تحليل هذا الجانب على أساس عرض التوزيعات التكرارية (قرية - مدينة) بشكل عام، يلي ذلك عرض آخر للتوزيعات التكرارية لأحياء المدن (الزقازيق - كفر الشيخ - القاهرة)

تلك التي يقطن فيها مجتمع البحث كل على حدة - لبيان الطبيعة الايكولوجية للظاهرة من حيث الاقامة في الاحياء الشعبية أو الاحياء غير الشعبية^(٥).

وفيا يلي عرض للشواهد الكمية التي توضح كل ذلك :

الجدول رقم (١٨) يوضح مكان اقامة مجتمع البحث وفقا للقرية أو المدينة

م	البيان	ك	%
١	قرية	١٥	١٥,٥
٢	مدينة	٨٢	٨٤,٥
المجموع		٩٧	١٠٠

يلاحظ من الجدول السابق رقم (١٨) ارتفاع كبير في نسب الاقامة في المدينة ٨٤,٥ %، في حين يقل إلى حد كبير نسب الاقامة في القرية ١٥,٥ %.

• يقصد الباحث بالاحياء الشعبية - تلك المناطق التي تتميز بالتزاحم في السكان وضيق المساحات والافتقار إلى الخدمات الأساسية أما الاحياء غير الشعبية فهي التي تتميز بكثافة سكانية غير عالية وتوفر الخدمات الأساسية.

يلاحظ من الجدول السابق رقم (١٧) تمركز المتعاطين في أحياء معينة، حيث تتزايد نسبة المقيمين في حي كفر الاشارة بنسبة ٥٠٪، يلي ذلك حي كفر النحال بنسبة ١٥,٨٪، ثم تتساوى الاحياء الأخرى (الحريري - الجامع - الصيادين) في النسب لكل منها ١١,٤٪.

ويود الباحث أن يشير هنا إلى انطباق مفهوم الأحياء الشعبية على كل هذه المناطق من حيث - زيادة نسب السكان فيها - المنازل المتلاصقة والمتهدمة - فقر واضح في الخدمات الأساسية - انتشار نسب الانحراف والتشرد - انتشار العصابات - كثرة المشاغبات والمناوشات بين ساكنيها^(٥).

● تؤكد ذلك مشاهدات الباحث الميدانية أثناء زيارته لهذه الأماكن للعملاء سواء ملء استمارة البحث في بعض الحالات التي كانت تستدعي ذلك أو أثناء تدخله المهني مع بعض الحالات المختلفة - ويؤكد الباحث أن أكثر هذه المناطق شعبية هي منطقة كفر الاشارة التي يقطن فيها نصف مجتمع بحث مدينة الزقازيق.

الجدول الفرعي رقم (١٩)
(٢) مجتمع مدينة كفر الشيخ

م	البيان	ك	%
١	قرية	٧	٢١,٩
٢	مدينة	٢٥	٧٨,١
المجموع	الأحياء	٣٢	١٠٠
١	حي الحكر	٣	٥٢
٢	حي داير الناحية	٧	٢٨
٣	كفر الشيخ الجديدة	٥	٢٠
المجموع		٢٥	١٠٠

يلاحظ من الجدول السابق رقم (١٩) تمركز نسبة كبيرة من المتعاطين في هذا الحي (الحكر) حيث يقيم أكثر من نصف مجتمع البحث (٥٢ %) فيه، يلي ذلك بنسبة ٢٨ % حي داير الناحية، في حين يقل من يقيم في مدينة كفر الشيخ الجديدة بنسبة ٢٠ %.

ويتحليل نسب هذا الجدول، تشير مشاهدات الباحث الميدانية^(٥) إلى اعتبار كل من حي الحكر وحي داير الناحية من الأحياء

* تكونت مشاهدات الباحث الميدانية من خلال إشرافه على تدريب طلاب المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ طيلة أكثر من ١٤ عاما وزياراته المتكررة لهذه الأماكن بحكم عمله وإقامته المؤقتة في هذه المدينة.

الشعبية لتوفر نفس الخصائص تقريباً السابق الاشارة إليها في الجدول السابق، فهذه المناطق (الحكر - داير الناحية) كانت منذ فترة طويلة هي مدينة كفر الشيخ القديمة ثم تحولت بعض الفئات القادرة مادياً إلى الاستقلال عنها والخروج إلى منطقة (ما بعد المزلقان) وإقامة المباني الجديدة، والتي أصبحت الآن كفر الشيخ الجديدة.

الجدول الفرعي رقم (٢٠) يوضح أحياء مجتمع مدينة القاهرة

م	الأحياء	ك	%
١	حي مصر الجديدة	٥	٢٨,٥
٢	حي الهرم	٣	٢٣
٣	حي السيدة زينب	٢	١٥,٤
٤	حي الوايلي	١	٧,٧
٥	حي العرب بمدينة السويس	٢	١٥,٤
	المجموع	١٣	١٠٠

يلاحظ من هذا الجدول رقم (٢٠) أنه جاء مختلفاً عن سابقه فبينما تركزت اقامة المتعاطين في كل من مدينتي الزقازيق وكفر الشيخ في الأحياء الشعبية - نرى تركيز نسبة لا بأس بها في أحياء غير شعبية (مصر الجديدة - الهرم) - إذ تقدر هذه النسبة بحوالي ٦١,٥ % من المجتمع الكلي للبحث بمدينة القاهرة.

ونظراً لصغر حجم مجتمع بحث مدينة القاهرة فلا نستطيع أن نعمم هذه النتيجة، ولكن يمكن على الأقل القول بأن تعاطي المخدرات بدأ يزحف أيضاً على الأحياء غير الشعبية.

وينظره متأنية على الجداول السابقة المتعلقة بمحل إقامة مجتمع البحث في المناطق الثلاث - يمكن القول بأن ظاهرة تعاطي العقاقير التخيلية أكثر انتشاراً في المناطق الشعبية عنها في المناطق غير الشعبية - وهذا يرجع بالطبع للمنظور الايكولوجي الذي سبق تناوله في الجزء النظري من هذا البحث والذي يرى أن انتشار الاعتماد على المخدرات والعقاقير كشكل من أشكال الانحراف يتركز في تلك المناطق ذات المدن الكبيرة والمهدمة والمزدحمة بالسكان والتميزة بسكنى الأشخاص من ذوي المكانات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة، والمتشر فيها أيضاً نسب عالية من الأنواع الأخرى للامراض الاجتماعية.

وتجدر الإشارة هنا أيضاً أنه في حي كفر الإشارة على سبيل المثال الذي تتركز فيه نسب كبيرة من مجتمع مدينة الزقازيق يتميز بنسب عالية من الانحراف والتشرد، بل يقطن فيه أكبر تجار للعقاقير والمخدرات في مدينة الزقازيق منذ زمن طويل حتى الآن، كما تنتشر فيها بعض العصابات مثلها في ذلك تماماً مثل حي الحريري بنفس المدينة الذي تنتشر فيه طبقة اللصوص^(٥)، وهكذا يمكن القول بأن

* يتشر في هذا الحي فئة من اللصوص التي تعرف بالهجامين ويطلق عليهم لفظ (الهنجاريسة).

هذه المناطق الموبوءة بالأمراض الاجتماعية ذات ثقافة فرعية تعمل على تعلم الانحراف ونقله من جيل إلى جيل - فهي أكثر تسامحاً في تعاطي العقاقير والمخدرات عن مناطق أخرى - لذلك قد يكون التعاطي مجرد أداة تكييفية يلجأ إليها المتعاطي هرباً من الاحباطات التي تنشأ من خلال المعوقات الثقافية التي يفرضها البناء الاجتماعي للمجتمع الأكبر، كما أنها أداة تكييفية للاوضاع الثقافية التي يتعلمها المتعاطي من هذه المناطق للتغلب على المواقف الصعبة في الحياة أو إكتساب حب الجماعات الفرعية التي ينتمي إليها . الخ . ولا يمكن للثقافة الفرعية للمدمن (المعتمد) ان تنمو كما يقول (دونيل ١٩٦٧)^(٥)، إلا من خلال التفاعل - التعلم - التوحد - الاهتمامات والاحاسيس المشتركة - تلك التي تنمو من خلال الاقامة في مناطق وتجمعات مشتركة .

ويعبر عن نفس هذا المعنى (البرت كوهين)^(٦) بقوله أن الشرط الذي يجب أن يتوفر للثقافة الفرعية هو الوجود أو الامتداد - التفاعل، والاتصال المؤثر بين الأعضاء الداخليين في الثقافة أو المدمنين أو المتعاطين للمخدرات .

• للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثالث - الجزء النظري من هذا البحث .

• للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثالث - الجزء النظري من هذا البحث .

وفي هذا المجال يود الباحث أن يشير إلى تتبعه لفكرة الثقافة الفرعية في منطقة حي كفر الاشارة بمدينة الزقازيق حيث لاحظ لغة مشتركة وأسماء ومفاهيم واحدة لأنار المخدر والعقار - وانتشار خاصية التعلم - بل أن الأكثر من ذلك وجود تاريخ إدماني في العائلة الواحدة وفي الجيرة والنسب^(٥).

الجدول رقم (٢١) يوضح مكان النشأة (السنوات العشر الأولى من العمر) لمجتمع البحث

م	البيان	ك	%
١	في نفس محل الإقامة	٨٢	٨٤,٦
٢	في مكان آخر	١٥	١٥,٤
المجموع		٩٧	١٠٠

• حاول الباحث تتبع التاريخ الإدماني لبعض الحالات التي تعامل معها في مدينة الزقازيق، حيث وجد انتشار التعاطي في أسر وعائلات كاملة بل يحدث كثير من الأحيان الرغبة في امتداد النسب بين هذه الأفرع - وهكذا نجد الثقافة الفرعية مجالاً خصباً للتفاعل - التعلم - والانتشار والانتقال من جيل إلى جيل عبر عمليات التنشئة الاجتماعية للأسرة.

يوضح الجدول السابق رقم (٢١) موطن النشأة الأولى (السنوات العشر الأولى من العمر) لبيان ما إذا كان المتعاطي قد هاجر من محل اقامته الأولى للاقامة في موطن سكنه الحالي، فيلاحظ استقرار نسبة كبيرة من مجتمع البحث في أماكن نشأتها الأولى كما تشير بذلك نسبة ٨٤,٦ ٪ في حين انتقلت نسبة ضئيلة من مجتمع البحث من موطن نشأتهم الأولى إلى محل الإقامة الحالي بنسبة تصل إلى ١٥,٤ ٪.

وينطوي هذا الجدول على حقيقة مؤداها أن الانتقال من المجتمع الأصلي والهجرة إلى الانتقال إلى مجتمع آخر من شأنه أن يلحق بعض التصدع في القيم والمعايير الأولى خاصة إذا كان الانتقال من المجتمع الشعبي (التقليدي) إلى المجتمع الصناعي (الفريد كلارك وآخرون - الجزء النظري - الفصل الثالث).

وبتطبيق هذه الوجة من النظر على نسب هذا الجدول يلاحظ عدم تعرض نسبة كبيرة من مجتمع البحث للانتقال أو الهجرة - وليس معني ذلك أن الانتقال أو الهجرة هو الذي يتزامن مع تصدع القيم والمعايير فقط فهناك التغيرات الاجتماعية السريعة التي تشهدها المجتمعات والتي تلحق نفس التصدع في المعايير - بسبب الصراع الناتج بين قيم المجتمع وعدم قدرة الافراد على الاستجابة ومسايرة هذه القيم .

وعلى الرغم من ضآلة نسبة الذين انتقلوا من مواطن اقامتهم الأصلية إلا أن ذلك لا يجعلنا نتجاهل هذه النسبة للتعرف على أسباب هذا الانتقال والجدول التالي يوضح ذلك .

الجدول رقم (٢٢) يوضح أسباب ترك مواطن النشأة لمجتمع البحث

م	البيان	ك	%
١	بسبب اقامة الاسرة	٣	٢٠
٢	بسبب التعيين	٥	٣٣,٣
٣	بسبب توفر فرص العمل	٤	٢٦,٧
٤	بسبب ارتفاع أجر العمل	-	-
٥	بسبب توفر فرص التعاطي	-	-
٦	بسبب الهرب من وطأة التعاطي	-	-
٧	لأنه محل إقامة الطرف الآخر	-	-
٨	بسبب وجود الأصدقاء والأقارب	-	-
٩	أخرى تذكر	٣	٢٠
المجموع		١٥	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٢٢) أسباب ترك المتعاطي لموطن إقامته الأول والاقامة في الموطن الحالي، حيث يلاحظ أن أعلى نسبة كانت بسبب التعيين ٣٣,٣ %، يلي ذلك توفر فرص العمل ٢٦,٧ %، ثم بسبب اقامة الأسرة ٢٠ %، واخيراً بسبب بعض الأسباب التي لم تحتو

عليها استجابات هذا الجدول (اخرى تذكر) بنسبة ٢٠ ٪، اقامت أغلبها بسبب الهجرة من مناطق القناة والاقامة في الموطن الحالي منذ حرب ١٩٦٧ م.

ويلاحظ أن تعاطي المخدرات أو الهروب منها لم تكن سببا في الهجرة او الانتقال - وان دل ذلك على شيء فلإنما يدل على أمرين هامين الأول هو توفر فرص التعاطي في موطن الإقامة الحالي أو على الأقل الأشباع النسبي لها، والثاني ذلك التسامح الذي تمليه تلك المجتمعات على تعاطي العقاقير أو على الأقل عدم التعرض للنبذ الاجتماعي الذي يكون من المتوقع أن تتم الهجرة أو الانتقال بسببه .

١٢ - توزيع مجتمع البحث حسب طبيعة الأعمال السابقة والحالية):

الجدول رقم (٢٣) يوضح عمل المتعاطي وقت إجراء الدراسة من عدمه

م	البيان	ك	٪
١	نعم	٨٦	٪٨٨,٧
٢	لا	١١	٪١١,٣
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٢٣) مدى قيام المتعاطي (المعتمد) بأداء عمل يكسب منه رزقه وقت إجراء الدراسة الميدانية. ويلاحظ من الجدول أن نسبة عالية من المتعاطين يعملون وقت إجراء الدراسة الميدانية ٨٨,٧ ٪، في حين أن نسبة بسيطة تقدر بحوالي ١١,٣ ٪ بدون عمل في هذا الوقت.

وبتحليل هذا الجدول يمكن القول بأنه على الرغم من آثار التعاطي (الاعتماد) السيئة على قوة المتعاطي الجسمية والعقلية. إلا أن الكثير منهم تحت وطأة ظروف الحياة الاقتصادية القاسية يستمرون في مزاولة بعض الأعمال التي سوف يتضح من الجدول التالي أنها تميل إلى الهامشية، ولم تتضح الآثار السلبية للعقاقير إلا في نسبة قليلة هي التي استسلمت للبطالة والتي تشير إليها النسبة الثانية من نسب هذا الجدول.

الجدول رقم (٢٤) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب العمل (المهنة)

المجموع		القاهرة		الزقازيق		كفر الشيخ		مجتمع البحث
٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	المهنة
٣	٣	٢٣	٣	صفر	صفر	صفر	صفر	طالب
٢٦,٨	٢٦	٥٣,٨	٧	١٩,٢	١٠	٢٨,١	٩	موظف
١٧,٦	١٧	٢٣,١	٣	١٣,٥	٧	٢١,٩	٧	تاجر
٥٢,٦	٥١	صفر	صفر	٦٧,٣	٣٥	٥٠	١٦	حرفي
١٠٠	٩٧	١٠٠	١٣	١٠٠	٥٢	١٠٠	٣٢	المجموع

كما المحسوبة = ١٨١, ٣٤ وهي معنوية عند مستوى احتمالي

. , ٥٥

اتساقاً مع تساؤلات البحث المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والشخصية للمتعاين المعتمدين على تعاطي العقاقير التخليقية يأتي هذا الجدول رقم (٢٤) ليحاول الاجابة على توزيع مجتمع البحث حسب المهنة والعمل من ناحية، وعماً إذا كان هناك فروق معنوية بين المجتمعات البحثية الثلاثة فيما يتعلق بهذه الخاصية (المهنة والعمل) من ناحية اخرى.

وتوضح البيانات الواردة بهذا الجدول انه :

(فئة الحرفيين) مثلت أعلى نسب هذا الجدول - حيث توزعت بنسب ٣, ٦٧, %، ٥٠, %، على كل من مجتمع الزقازيق وكفر الشيخ والقاهرة على الترتيب.

ويلي ذلك فئة (الموظفين) حيث توزعت بنسب ٨٥, ٥٢, %، ٢٢, ٢٨, %، ٢٣, ١٩, %، على كل من مجتمع القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب.

في مجال العمل أو المهنة - استعان الباحث بالتعريفات الاجرائية التالية :

- ١ - الموظفون وعمال القطاع العام والخاص : هم الأشخاص الذين يتقاضون أجوراً شهرية ثابتة عن أعمالهم.
- ٢ - التجار : هم الأشخاص الذين يستخدمون رؤوس أموالهم أو خدماتهم العينية لتحقيق أرباح.

ثم يأتي بعد ذلك (فئة التجار) حيث توزعت بنسب ٢٣٪، ٢١،٩٪، ١٢،٥٪، في كل من مجتمع القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب.

وفي النهاية تأتي (فئة الطلاب) حيث توزعت بنسب ٢٣٪، صفر٪، صفر٪، ١٢،٥٪، في كل من مجتمع القاهرة وكفر الشيخ والزقازيق على الترتيب.

وباختبار استقلالية العلاقة باستخدام اختبار مربع كاي - بلغت قيمة كاي^٢ المحسوبة ١٨١، ٣٤، في حين كانت قيمة كاي^٢ الجدولية ١٢، ٦ عند مستوى احتمالي ٥٠، ، مما يعني أن الفروق بين المتعاطين في المجتمعات البحثية الثلاثة تبعا لخاصية المهنة أو العمل هي فروق معنوية.

ويرجع انتشار التعاطي بنسب عالية بين (فئة الحرفيين) من وجهة نظر الباحث ربما إلى طبيعة الأعمال التي يقومون بها والمحاكاة التي تنشأ من تأثير جماعات العمل الفرعية (ذات التأثير القوي على أعضائها)، حيث أشار الكثير منهم إلى مشاعر الإيحاء التي غرسها فيهم (زملاء الصنعة) حول الاعتقادات الخاطئة لتأثير بعض العقاقير على بعث القوة والنشاط (السهر) لتحقيق ربح أكبر في مجال العمل

٣ - الطلبة : هم الأشخاص المتفرغون لتلقي العلم طوال فترة الدراسة .

٤ - الحرفيون : هم الأشخاص الذين يزاولون حرفة معينة وينقسمون إلى عمال مهرة أو غير مهرة وفقا لطبيعة الحرفة وما تستلزمه من توفر عنصر المهارة من عدمه - في الأعمال التي يقومون بها .

من ناحية وإلى الاعتقاد الخاطيء أيضا بقدرتها على زيادة فعالية الممارسات الجنسية - وهنا تظهر مرة أخرى فرص التفاعل والاتصال والتعليم التي تشكل محتوى عملية انتقال الثقافة الفرعية لجماعات المتعاطين .

ويفسر كذلك لجوء النسبة التي تلي ذلك من (فئة الموظفين) إلى تعاطي هذه العقاقير ربما بسبب الهروب من الواقع المتمثل في دخولهم المنخفضة، وزيادة الأعباء الأسرية - إلى جانب ما قد يحيط ببعض الوظائف من خواص الملل والرتابة - كما أنهم يخضعون أيضا للتأثير القوي لجماعات العمل (إذا ما وجد بعض المتعاطين في محيطهم) .

كما يمكن تفسير لجوء بعض التجار للاعتماد على هذه العقاقير ربما من أجل الاعتقاد بقدرة بعضها على بعث القوة والنشاط واليقظة (المنشطات) لانجاز الأعمال، أو من أجل المسرة الاجتماعية أو تحقيق الاسترخاء النفسي - بالإضافة لما قد يتاح لبعضهم من دخول مرتفعة خاصة في الفترات التي أعقبت الانفتاح الاقتصادي ورواج بعض الأعمال التجارية، ومرة أخرى يمكن القول بأن الربح السريع دون جهد حقيقي يولد الاستسهال في كل شيء، وهكذا يمكن أن تتحول وفرة النقود في بعض الأحيان كما هو الحال لدى بعض الحرفيين إلى نكبة على صاحبها - إذا ما أدت به الدخول في دوامة الإدمان .

كما يلاحظ أيضا على الجانب الآخر أن الطلاب قد مثلوا نسبة ضئيلة من مجتمع البحث، وعلى الرغم من قلتها (بسبب طبيعة

سحب العينة وعدم تركيزها على فئة بعينها)، إلا أن ذلك يعد مؤشراً خطيراً خاصة إذا ما أدركنا طبيعة هذه المرحلة وما يستتبعها من خاصية القابلية للاستهواء والتجريب للحبوب المنشطة التي تسمى بينهم (بحبوب السهر أو النجاح) في الفترات التي تسبق أداء الامتحانات، ليعتادوا عليها بعد ذلك - ويعد ذلك بعدا هاما ينبه الأذهان إلى أهمية الوقاية داخل التجمعات الطلابية ودعم الأنشطة والبرامج الثقافية والرياضية الموجهة وتقديم الحقائق دون مبالغة أو تهوين.

ونحن في غنى من ناحية أخرى للحديث عن الفروق الواضحة في مجال العمل أو المهنة بين مجتمع القاهرة وكل من مجتمع كفر الشيخ والزقازيق، فربما يرجع ذلك إلى أسلوب المسح الاجتماعي الذي طبق في هذا المجتمع (القاهرة) والذي شمل المستشفيات الخاصة - تلك التي تعكس بالطبع تفوقاً في الخصائص الاجتماعية الشخصية والتي من بينها العمل والمهنة.

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يرى الباحث أن الأمر يستلزم إلقاء بعض الضوء على طبيعة الأعمال الحرفية التي شملت أكثر من النصف الكلي لمجتمع البحث، وهذا هو موضوع الجدول التالي رقم (٢٥).

الجدول رقم (٢٥) يوضح نوعية الأعمال «الحرفية» التي يمارسها المتعاطون من مجتمع البحث

ن = ٥١

المهنة أو العمل	ك	%	المهنة أو العمل	ك	%
قهوجي	٩	١٧,٧	مبلط	١	١,٩
سائق	٥	٩,٨	بنا	١	١,٩
بائع متجول	٤	٧,٨	سباك	١	١,٩
سمكري سيارات	٤	٧,٨	ميكانيكي	١	١,٩
نجار مسلح	٣	٥,٩	ترزي	١	١,٩
مكوجي	٣	٥,٩	سماك	١	١,٩
عربجي	٣	٥,٩	عامل جزارة	١	١,٩
مساح احذية متجول	٣	٥,٩	مصوراتي	١	١,٩
حلاق	٢	٣,٩	فران	١	١,٩
نقاش	٢	٣,٩	عامل بالسيرك	١	١,٩
مبيض محارة	٢	٣,٩	شبال	١	١,٩
المجموع	٤٠	٧٨,٤	المجموع	١١	٢١,٦

يوضح الجدول السابق رقم (٢٥) نوعية الأعمال الحرفية التي يمارسها المتعاطون من مجتمع البحث - حيث شملت فئة (عامل البوفيه - قهوجي) أعلى نسب هذا الجدول فبلغت ١٧,٧ %، ويرجع ذلك من وجهة نظر الباحث إلى طبيعة المهنة والاحتكاك المستمر

بنوعيات عديدة من المدمنين (المعتمدين) وقد يصل البعض منهم (عمال البوفيه) إلى حد الاتجار والترويج بحكم طبيعة المهنة وما يتبع ذلك من تردد الكثير من المتعاطين للجلوس على المقهى - وتعد هذه الفئة طبقا للتعريف الاجرائي من العمالة غير الماهرة - يلي ذلك (فئة السائقين والبائعين الجائلين) بنسب متقاربة حيث توزعت بنسبة ٧,٨ ٪، ٩,٨ ٪ على الترتيب - ويفسر لجوء هؤلاء إلى تعاطي العقاقير ربما إلى طبيعة العمل وما تستلزمه من يقظة وحركة ونشاط مستمر وعلاقة ذلك بتعاطي بعض المنشطات - وإذا اعتبرنا السائق من العمالة الماهرة، فالعكس صحيح بالنسبة للبائع المتجول، ثم تقل تدريجيا نسب فئة (سمكري سيارات - نجار مسلح) بنسبة ٧,٨ ٪ للأولى، و٩,٩ ٪ للثانية، ثم تتوالى بعد ذلك فئة المكوجي - العربي - الحلاق - ماسح أحذية متجول بنسبة ٩,٥ ٪، ويمكن اعتبارهم جميعا عمالة غير ماهرة - ثم فئة النقاش ومبيض المحارة والحلاقة بنسبة ٣,٩، ثم الميكانيكي والترزي والمصوراتي بنسبة ١,٩ ٪ لكل منهم ويعدون جميعا من العمالة الماهرة.

يلي ذلك أيضا بعض أشكال العمالة غير الماهرة مثل الفران والسماك والشيال بنسبة ٣,٢ ٪ أيضا.

ثم في النهاية يأتي كل من السباك والبناء كعمالة ماهرة بنسبة ١,٩ ٪، ثم عامل الجزيرة وعامل السيرك بنسبة ١,٦ ٪ كعمالة غير ماهرة.

وعلى ذلك يمكن حساب العمالة الماهرة طبقا للتعريف الأخير السابق تحديده على أنها تمثل نسبة ٤٣,٥ ٪ من مجتمع الحرفيين، في حين تمثل النسبة الباقية العمالة غير الماهرة من مجتمع الحرفيين.

الجدول رقم ٢٦ يوضح طبيعة العمل الخاص بوالد المتعاطي في كل من مجتمع الزقازيق - كفر الشيخ.

٢	البيان	ك	٪
١	موظف بالحكومة أو القطاع العام	٥	٥,٩
٢	فلاح (مزارع)	١١	١٣,١
٣	عامل بالاجر اليومي	١٥	١٧,٩
٤	بائع متجول	١٥	١٧,٩
٥	عربجي	٨	٩,٦
٦	عسكري بالشرطة أو الجيش	٣	٣,٥
٧	نقاش	٤	٤,٧
٨	قهوجي	٨	٩,٦
٩	نجار	٢	٢,٤
١٠	تاجر	٧	٨,٤
١١	سائق	٤	٤,٨
١٢	خفير	١	١,١
١٣	حلاق	١	١,١
المجموع		٨٤	١٠٠

الجدول رقم (٢٧) يوضح طبيعة العمل الخاص بوالد المتعاطي في
مجتمع مدينة القاهرة

م	البيان	ك	%
الوالد			
١	مهندس زراعي	٢	١٥,٣
٢	مدير منطقة طبية (طبيب)	١	٧,٧
٣	صاحب محل مجوهرات	١	٧,٧
٤	صاحب مراكب صيد	١	٧,٧
٥	رجل أعمال	١	٧,٧
٦	تاجر	٤	٣٠,٨
٧	ترزي	١	٧,٧
٨	موظف بالحكومة	١	٧,٧
٩	ناظر مدرسة	١	٧,٧
المجموع		١٣	١٠٠

بالنظر إلى الجدول السابق رقم (٢٦) والجدول الفرعي الملحق به رقم (٢٧) يلاحظ على الجانب الأول (عمل الوالد) انحداره إلى طبيعة الأعمال الهامشية (بائع متجول ١٧,٩ ٪ - عامل بالأجر اليومي ١٧,٩) وهي التي حصلت على أعلى نسب هذا الجدول - يلي ذلك الزراعة بنسبة ١٣,١ ٪ ثم بعض الأعمال الحرفية مثل (قهوجي ٩,٦ ٪ - عربجي ٩,٦ ٪ - في حين يقل تدريجياً عمل الوالد كموظف بالحكومة بنسبة ٥,٩ ٪، وكذلك العمل بالتجارة ٨,٤ ٪.

ويعنى آخر إذا جمعنا تكرارات ونسب من يقومون من آباء المتعاطين بالأعمال الحرفية الماهرة فكانت النسبة ١٢, ٦٩ ٪، وهي نسبة قريبة من نسبة المتعاطين الذين يعملون في نفس هذه الأعمال (٥٢, ٥٧ ٪) في حين أننا لو نظرنا إلى الجدول الفرعي الخاص بمجتمع القاهرة لاتضح لنا ميل مهن الآباء إلى التفوق بالمقارنة بمجتمع كفر الشيخ والزقازيق - حيث يلاحظ أن أعلى نسبة كانت بين التجار ٨, ٣٠ ٪ ثم أصحاب الأعمال (صاحب مراكب صيد - صاحب محل مجوهرات - رجل أعمال) بنسبة ٨, ٣٠ ٪، تلي ذلك فئة المهن الفنية الزراعية (٣, ١٥ ٪)، ثم الترزي (٧, ٧ ٪)، والموظف بالحكومة (٧, ٧ ٪) ثم ناظر المدرسة (٧, ٧ ٪).

وبنظرة شاملة على هذه المهن يلاحظ خلوها من الأعمال الهامشية والحرفية ويتسق ذلك مع مهن المتعاطين من هذا المجتمع (مجتمع القاهرة) والتي مثل المتعلمون من الحاصلين على مؤهلات عالية أو ما زالوا في مرحلة التعليم العالي نسبة ٧٠ ٪ تقريبا.

في ضوء ذلك كله يتضح كيف تؤثر مهنة الأب على تعليم الأبناء أو على المهن التي يشغلونها فيما بعد، فحينما انتشرت المهن الهامشية أو الحرفية بين الآباء في مجتمع البحث بمدينة الزقازيق وكفر الشيخ جاءت النتيجة متسقة إلى حد كبير مع مهن الآباء. والعكس يمكن أن يقال في مجتمع القاهرة.

وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها «برنارد روسن BERNARD ROSEN» في الدراسة التي أجراها في أمريكا على مدى

تأثير مركز الأب وعمله المهني على الطريقة التي يشعر بها أبناؤه نحوه بالتطبيق على أبناء الطبقة الوسطى والدنيا - حيث اتضح أن أبناء الطبقة الوسطى يدركون طموح آبائهم وثقافتهم ونجاحهم لذا فإن نظرتهم نحوه تؤثر في اهتمامهم بالأداء الدراسي ويحرصون على مستقبلهم المهني - بينما وجد العكس بين أبناء الطبقة الدنيا - حيث وجد أن اهتماماتهم العلمية والدراسية تتأثر بنظرتهم نحو آبائهم فلا يهتمون بالدراسة ولا بالمستقبل المهني⁽¹⁾.

كما أن أبحاث «ماكلياند MACCLELLAND» وأصدقائه في الفترة من ١٩٥٣ إلى ١٩٦٢ فيما يتعلق بفحص العلاقة بين السلوك الوالدي وقوة الانجاز لدى الأبناء - أظهرت أن المعايير الفاضلة التي يتميز بها الآباء نحو الحاجة إلى الاتجار تظهر لدى الأبناء ويكتسبون هذا التفوق منهم⁽²⁾.

أما فيما يتعلق بعمل والده المتعاطي (المعتمد) فلم تكن هناك فروق بين المجتمعات البحثية الثلاثة اللهم إلا وجود أم واحدة في مجتمع بحث مدينة القاهرة تعمل مهندسة زراعية - وعدد ٧ أمهات في مجتمع مدينة الزقازيق يعملن بائعات متجولات وعدد أم واحدة تعمل غسالة في نفس المجتمع أيضا - وفيما عدا ذلك فالتبقيات منهن يعملن ربوات بيوت - وكذلك لم يشأ الباحث تقرير هذه النسب في صورة جدول لعدم وجود دلالة اجتماعية كبيرة في هذا الخصوص .

1 - Bernard, Rosen: Social Class and the Child's Perception of the parent "Child Development", 1964, p. 153.

2 - Marlowe Gerfen. (Ed.): Personality and Social Behavior. Addison-Wesley Publishing Company, 1970, p. 5.

الجدول رقم (٢٨) يوضح أسباب عدم العمل لمجتمع البحث

ن = ١١

م	البيان	ك	%
١	بسبب أنه ما زال طالبا	٣	٢٧,٢
٢	بسبب ضعف الأجر	-	-
٣	بسبب تأثير التعاطي	٧	٦٣,٦
٤	بسبب قلة فرص العمل	٤	٣٦,٣
٥	بسبب اتجاهات اصحاب الأعمال السلبية تجاه المتعاطي	٧	٦٣,٦
٦	بسبب عدم الحاجة المادية للعمل	٣	٢٧,٢
٧	اخرى تذكر	٣	٢٧,٢

يوضح هذا الجدول رقم (٢٨) الأسباب التي حالت بين المتعاطي وبين العمل أو الاستمرار فيه - حيث كانت أهم هذه الأسباب - تلك المتعلقة بالاعتماد على العقاقير المخدرة وتأثيرها السيء على التوافق الوظيفي للمتعاطي (المعتمد)، حيث احتل هذا السبب صدارة هذا الجدول بنسبة ٦٣,٦ %، وبنفس النسبة تقريبا ٦٣,٦ % كانت اتجاهات المجتمع السلبية المتمثلة في أصحاب الأعمال حائلا دون استمرار المتعاطي في العمل أو البحث عن عمل جديد - ويعد هذا بعدا بنائيا هاما في التفسير السوسولوجي للتعاطي - ذلك أن هذه الاتجاهات السلبية قد تزيد من احباطات المتعاطي ولا تساعده على الانسحاب - بل إن شفاءه من «الاعتماد» يكون بلا نفع حقيقي إزاء

هذه الاتجاهات، وغالبا ما يصاب بالانتكاسة حينما يفاجأ بغلق أبواب الرزق أمامه.

ويأتي نقص فرص العمل في المرتبة الثانية من حيث الأسباب كما تشير بذلك نسبة ٣٦,٦ ٪، من مجتمع غير المسلمين العاملين وهذا بعد بنائي آخر يساعد المتعاطي على الاستمرار في دعم عاداته او ربما يكون هو في بعض الأحيان نفس السبب في التعاطي. ثم تأتي في النهاية الظروف الفردية لكل حالة على حدة، فربما يكون المبحوث ما زال طالبا أو لعدم حاجته المادية للعمل حيث مثلوا ٢,٢٧ ٪ لكل منهم - ثم يأتي في النهاية بعض الأسباب المجهولة داخل فئة (أخرى تذكر) تمثل ٢,٢٧ ٪ وهم الأفراد الذين أصبحوا الآن على المعاش لبلوغهم السن القانونية أو لاصابتهم بعجز كلي من جراء الاعتماد (الإدمان).

الجدول رقم (٢٩) يوضح ما إذا كان المتعاطي ما زال في العمل الحالي من عدمه

م	البيان	ك	٪
١	نعم	٧٢	٨٣,٨
٢	لا	١٤	١٦,٢
المجموع		٨٦	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٢٩) فرص التوافق الوظيفي للمتعاطي فيما يتعلق بالاستمرار في عمله الحالي طوال فترة حياته - وعلى الرغم من أن مؤشرات هذا الجدول تجيب على هذا التساؤل بالإيجاب كما أشارت نسبة ٨٣,٨ ٪، لكن الاستمرار ليس دليلاً على الاستقرار إذا ما أخذنا في اعتبارنا بعض الأبعاد البنائية الهامة التي تحدثنا عنها في الجدول السابق والتي تزيد من مخاوف المتعاطي في ترك العمل - كما أن تدهور حالة المتعاطي تجعل الغالبية منهم لا يفكرون في مزيد من الطموحات - لذلك نرى الكثير منهم كما تشير بذلك نسب الجدول رقم (٢٥) يزاولون أعمالاً هامشية في البناء الاجتماعي، وطالما أن الغالبية العظمى منهم يعملون في هذه الأعمال الهامشية التي يديرها بنفسه فلا توجد مشاكل كثيرة للفصل من العمل بسبب التعاطي .

وعلى الجانب الآخر، تشير نتائج هذا الجدول إلى انتقال نسبة ١٦,٢ ٪، منهم من الأعمال السابقة وعدم استقرارهم فيها، ويفسر الباحث ذلك بأن هؤلاء ربما يكونون من الموظفين الذين يعملون في دواوين الحكومة حيث أدت مشاكلهم وسوء حالتهم من التعاطي إلى الفصل نتيجة للتغيب أو الحصول على (رشوة) أو ربما (السرقه) إلى غير ذلك من أشكال السلوك الانحرافي التي أدلى بها البعض منهم حينما كان الباحث يتعمق في مناقشة هذه الأمور مع بعضهم .

الجدول رقم (٣٠) يوضح أسباب انتقال المتعاطي من عمله السابق إلى عمله الحالي

ن = ١٤

م	البيان	ك	%
١	الانفصال من العمل بسبب التعاطي	١٢	٨٥,٧
٢	بسبب الأجر الضعيف للعمل السابق	٦	٤٢,٨
٣	بسبب اندثار الحرفة الأصلية	١	٧,١
٤	اخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٣٠) الأسباب التي دعت المتعاطي إلى ترك عمله السابق - ولعل أبرزها كما يشير الجدول هي الانفصال بسبب التعاطي حيث مثلوا الغالبية العظمى منهم بنسبة ٨٥,٧ %، ويعكس هذا بالطبع النتائج المترتبة على الاعتماد (الإدمان) من حيث التوافق الوظيفي - ولعل أبرز الجوانب السلبية التي أدت إلى الفصل هي التغيب عن العمل والسلبية والتواكل واللامبالاة وربما التورط في بعض أشكال السلوك الانحرافي لدعم عاداتهم من التعاطي.

ثم يلي ذلك في الأهمية الأجر الضعيف للعمل السابق حيث مثلوا نسبة ٤٢,٨ %، ويرى الباحث أن إسراف المتعاطي في تناول الأقراص والحبوب المخدرة تحت وطأة التحمل (القابلية لزيادة الجرعة) يجعله في قلق مستمر ويصبح الأجر المتقاضى من الوظيفة لا يكفي لسد حاجته من الحبوب الاقراص المخدرة.

ثم يلي ذلك اندثار الحرفة الأصلية حيث مثلوا ١, ٧٪، ومن المعروف أن هناك بعض المهن التي اندثرت في الآونة الأخيرة، ولنفس الأسباب المذكورة. (ثانياً) يشعر المتعاطي بعدم إمكان حرفته على الوفاء بالمدد المستمر لعادته من التعاطي - ويذكر الباحث أن هذه الحالة كانت (عربجي حنطور)، وعلى الرغم من أن التاكسي قد حل محل هذه الوسيلة - إلا أن هناك الكثير ممن يزاولونها الآن من غير المتعاطين - فكأن التعاطي كان يستنزف كل الدخل مما أعطى للمتعايطي تصوراً بالابتزاز وعدم الفائدة.

الجدول رقم (٣١) يوضح عما إذا كان للمتعايطي عمل إضافي بجانب عمله الأصلي من عدمه

٢	البيان	ك	٪
١	نعم	٦	٦,٢
٢	لا	٩١	٩٣,٨
		٩٧	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٣١) بعض أشكال الضغوط الاجتماعية والاقتصادية الواقعة على المتعاطي. فتعدد الأدوار أصبح الآن من خصائص الحياة الاجتماعية في المجتمع المصري، ولكن يبدو أن التأثير المستمر للعقاقير المخدرة كان سبباً في عدم تنمية الشعور بالمسئولية الاجتماعية الملقاة على عاتق الانسان المصري في الآونة الأخيرة.

لذلك لم يكن للكثير من أفراد مجتمع البحث أعمال إضافية كما تشير بذلك نسبة ٩٣,٨ ٪ منهم، في حين لم تقو على موازنة هذه الأدوار الإضافية إلا نسبة ضئيلة منهم ٦,٢ ٪.

ومعنى ذلك كله كان من المفترض أن يكون للضغوط البنائية التي يعيشها الانسان في المجتمع المصري الآن أثر في مضاعفة ساعات العمل ولكن يبدو أن المتعاطين واجهوا هذه الضغوط بالهروب بوساطة التأثير المهبط للموارد المخدرة.

نتائج الدراسة فيما يتعلق بالخصائص الاجتماعية والشخصية لمجتمع البحث

من خلال عرض الشواهد الكمية السابقة يمكن استخلاص أهم
النتائج التالية :

١ - أظهرت نتائج الدراسة أن التركيب العمري لمجتمع البحث
ينتشر أكثر ما ينتشر بين الفئة العمرية التي تقع بين (٣٠ - ٤٠)
حيث بلغت نسبتها ٣٤,٠٢٪، في حين تقل نسب الفئات
الأخرى (أقل من ٣٠) (٤٠ - ٥٠)، (٥٠ فأكثر)، حيث
توزعت بنسب : ٢٧,٨٤٪ ، ٢٣,٧١٪ ، ١٤,٤٣٪ على
الترتيب، بمتوسط حسابي قدره ٣٩,٠٢ سنة، وانحراف
معياري قدره ١٢,٧٥ معامل اختلاف قدره ٣٢,٢١.
وبتطبيق اختبار مربع كاي - كانت قيمة كا^٢ المحسوبة ٩,٩٥٥،
في حين بلغت قيمة كا^٢ الجدولية ١٢,٦ عند مستوى احتمالي
٠,٠٥ ، ويعني ذلك أنه لا توجد فروق معنوية بين المجتمعات
البحثية الثلاثة (القاهرة - كفر الشيخ - الزقازيق) فيما يتعلق
بخاصية التركيب العمري.

٢ - أظهرت نتائج الدراسة أن التعاطي يبدأ لدى نسبة كبيرة من
مجتمع البحث تقدر بـ ٣٨,٢٪ في سن مبكرة (أقل من عشرين
عاما)، ويرجع ذلك من وجهة نظر الباحث إلى ما تتميز به هذه

المرحلة (المراهقة - الشباب) من الرغبة في الاستقلال وإثبات الذات وحب الاستطلاع والقابلية للتجريب والاستهواء والتمرد على السلطة - إلى جانب كونها مجالاً للتأثير القوي والمباشر للجماعات الرسمية وغير الرسمية التي ينتمي إليها المراهق أو الشاب - وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عبدالكريم العفيفي التي أجريت على عينة من المتعاطين بمدينة القاهرة^(٩). ولقد بلغ المتوسط الحسابي العام لعمر بداية التعاطي ٦, ٢٤ سنة، ومنه يتبين الفرق الواضح بين المتوسط الحسابي العام للمتعاظمي وقت إجراء الدراسة الميدانية (٢, ٣٩ سنة).

٣ - جاء انتشار التعاطي بين الأميين ومن في حكمهم (من يقرأ ويكتب) أعلى من غيرهم من المتعلمين، حيث مثلوا حوالي ٧٠٪ تقريباً من مجتمع البحث، وعلى الرغم من ذلك - إلا أن التعاطي بدأ يزحف أيضاً على اصحاب الشهادات، حيث بلغت نسبتهم ٢٨, ٨٪ من مجتمع البحث - ومن بين هذه الفئة الأخيرة بلغت نسبة الحاصلين على مؤهلات عالية حوالي ١٢, ٤٪، وكان من المفروض أن تعصمهم ثقافتهم أو علمهم من الوقوع في دائرة الاعتماد الخبيثة، ولقد أظهرت الدراسة فروقا معنوية بين المتعاطين فيما يتعلق بخاصية الحالة التعليمية حيث بلغت قيمة كا^٢ المحسوبة ٥٦, ٣٤ بين المجتمعات البحثية الثلاثة، وهي أكبر من قيمة كا^٢ الجدولية التي بلغت ١٥, ٥،

* رسالة دكتوراة غير منشورة، مرجع سابق.

ذلك عند تطبيق مربع كاي بمستوى احتمالي ٠,٠٥ كما كانت الفروق واضحة بين كل من كفر الشيخ والقاهرة، والزقازيق والقاهرة، في حين لم تظهر فروق معنوية باستخدام اختبار (ف) بين كل من الزقازيق وكفر الشيخ. وتتفق النتيجة الأولى (زيادة الانتشار بين الأميين) مع دراسة كل من عبدالكريم العيفي، وفاروق سيد عبدالسلام^(٥).

٤ - فيما يتعلق بالحالة الزوجية (المدنية) للمتعاطي أظهرت نتائج الدراسة حصول فئة (المتزوجين) على نسبة كبيرة - إذ بلغت حوالي ٦٣,٩٢ ٪، ويرجع ذلك إلى حقيقة مؤداها أن المتعاطي لا يتقدم للعلاج إلا في سن متأخرة نسبيا كما هو واضح من الجدول الخاص بالعمر الزمني - فهو وقت إجراء الدراسة قد وصل إلى المرحلة السنية التي تؤهله للزواج. وبتطبيق اختبار مربع كاي لم تظهر فروق معنوية بين المجتمعات البحثية الثلاثة (القاهرة - كفر الشيخ - الزقازيق) فيما يتعلق بخاصية الحالة الزوجية (المدنية).

٥ - يعد أسلوب الزواج بواحدة هو النمط السائد في مجتمع البحث، حيث مثل هؤلاء نسبة ٨٠,٩ ٪، في حين يقل إلى حد كبير نموذج الزواج المتكرر حيث لم تتعد نسبتهم ١٩,١ ٪ تقريبا - وداخل هذه الفئة الأخيرة كان نمط الزواج بائنتين هو السائد حيث بلغت نسبتهم ١٧,٦ ٪.

* رسالة دكتوراة منشورة، مرجع سابق.

٦ - ينطوي الزواج المتكرر على بعض الأسباب - لعل من أبرزها آثار الاعتماد (الإدمان) السلبية لافساد الحياة الزوجية الأولى، إلى جانب ما يحدثه المخدر من تناقص وجداني مما جعل من الاتفاق بين الزوجين أمراً صعباً.

٧ - لم تظهر فروق جوهرية لاختلاف سن بداية الزواج لكل من الزوج والزوجة، وهكذا لم يشكل هذا الجانب بعداً جوهرياً للتعاطي ذلك أن الفارق الكبير بين سن بداية الزواج بين الزوجين قد يتيح الفرصة لتعاطي المخدرات لتعويض ما هو متوقع من قصور جنسي أو فتور جنسي.

٨ - لم تظهر النتائج ارتفاع نسب حالات الطلاق بين مجتمع البحث، حيث بلغت نسبة من قاموا بتطليق زوجاتهم من قبل حوالي ٢, ١٤٪ فقط، في حين مثلت النسبة الباقية من لم يمروا بهذه الخبرة - وعلى الرغم مما يعكسه ذلك من تهيئة الفرصة لتعاطي المخدرات - إلا أن الطلاق يعد مظهراً خارجياً لسوء التوافق - في حين قد يستمر هذا الحال بين المتزوجين دون (طلاق) ربما تحسباً للتكلفة المادية للتطليق أو الزواج بأخرى أو حرصاً على الأبناء..

٩ - أظهرت نتائج الدراسة ميل أسرة المتعاطي إلى الحجم الكبير إذ بلغ متوسط نسب الاعالة لمجتمع البحث ككل من ١ - ٤ في المتوسط، في حين بلغ المتوسط العام لنسب الاعالة للمتزوجين منهم من ١ - ٥، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من عبدالكريم العفيفي، وفاروق سيد عبدالسلام السابق الإشارة

إليهما - إذ تشير كلتا الدراستين إلى أن متوسط حجم أسرة المتعاطي يصل إلى أكثر من (٦ أفراد).

١٠ - يبلغ متوسط الدخل الشهري للمتعاطين حوالي ١٠٨,٣٨ جنيهات وهو متوسط مقبول، لكن إذا ما أخذنا في اعتبارنا زيادة نسب الاعالة - سواء بالنسبة لمجتمع البحث ككل - أو بالنسبة للمتزوجين منهم - لاتضح لنا الضغوط الاقتصادية الواقعة على المتعاطي في الوقت الحالي للمجتمع المصري على وجه الخصوص، ولقد وجدت فروق معنوية بين المجتمعات البحثية الثلاثة (القاهرة - الزقازيق - كفر الشيخ) فيما يتعلق بخاصية الدخل - إذ بلغت قيمة χ^2 المحسوبة ١٤,٧٣ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠,٠٥، وبتطبيق اختبار (ف) للحكم على معنوية الفروق بين متوسطات درجات الدخل الشهري، وجد أن هناك فروقا معنوية بين متوسط درجات الزقازيق والقاهرة عنها بين كل من الزقازيق وكفر الشيخ. وتتفق هذه النسبة مع دراسة فاروق سيد عبدالسلام، وتختلف مع دراسة عبدالكريم العفيفي الذي وصل من خلال دراسته إلى أن أعلى نسبة دخول شهرية للمتعاطي كانت بين الفئة من (١٣٠ - ٢٠٠ جنيه)، وعلى الرغم مما وصلت إليه الدراسة الراهنة من نتائج في هذا الصدد - إلا أن هناك بعض الفئات التي تعدى دخلها الشهري المائتي جنيه شهريا بنسبة ١٠٠٪ من مجتمع مدينة القاهرة، وهكذا ربما يصبح القول في تساوي كل من الندرة والوفرة كعوامل مهيئة للتعاطي - ذلك أن لجوء

الفقير إلى التعاطي ربما يشكل نوعاً من الهروب من الاحباطات المتكررة الناتجة عن الفقر أو الحرمان، في حين أنه ربما يلجأ نظيره إلى التعاطي كمظهر من مظاهر المسرة الاجتماعية أو الشعور بمزيد من الاسترخاء النفسي.

١١ - أظهرت الدراسة أن قيمة ما ينفق على المخدرات والعقاقير عموماً لا يقل عن نصف الدخل، وفي بعض الأحيان يضطر المتعاطي إلى الاستدانة لدعم عاداته من التعاطي.

١٢ - يفتقر مجتمع البحث إلى خاصية تملك العقارات السكنية - حيث يقيم عدد كبير من المتعاطين في مساكن مؤجرة بنسبة ٨٢،٦٠٪، ويزداد معدل التزاحم داخل المسكن الواحد - ذلك أن نسبة كبيرة منهم تقدر بأكثر من نصف مجتمع البحث تقيم في الفئة من (حجرة إلى حجرتين) وبعد ذلك بعداً هاماً كعامل طرد للمتعاطي مما يفسح الطريق لمقابلة رفاق السوء والتردد على أماكن اللهو والانحراف، وبتطبيق مربع كاي لاستقلالية العلاقة بين المجتمعات البحثية الثلاثة (كفر الشيخ - القاهرة - الزقازيق) اتضح أن هناك فروقاً معنوية بينهما إذ بلغت قيمة كاي^٢ المحسوبة ٧٨٨،٢٣ وهي معنوية عند مستوى احتمالي ٠،٥ .

١٣ - أظهرت الدراسة عدم افتقار مسكن المتعاطي إلى المرافق الأساسية (الكهرباء - المياه - المجاري) حيث مثلت الكهرباء بحوالي ١٠٠٪ من مجتمع البحث في حين كانت المياه ٩٨،٩٪ وتأتي المجاري في النهاية لتمثل ٨٧،٧٪.

١٤ - أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة كبيرة من مجتمع البحث تقيم في المدينة ٨٤,٥ ٪ في مقابل نسبة ١٥,٥ ٪ تقيم في القرية، ويرجع ذلك إلى الفروق الكبيرة بين القرية والمدينة من حيث توفر عوامل الانحراف فعلى الرغم مما وصلت إليه القرية الآن من تحضر نسبي بفضل دخول الكهرباء وزيادة نسبة المعلمين. الخ. إلا أنها ما زالت تملك قدرا ملائما من القيم والمعايير التي تستهجن بعض أشكال السلوك الانحرافي كتعاطي المخدرات والعقاقير - كل ذلك إلى جانب ما يتوفر في المدينة من الاحساس بالهامشية والاعتراب وضعف التماسك الاجتماعي وتصعد القيم والمعايير - وهي كلها عوامل مهينة لأشكال السلوك الانحرافي بالمقارنة بالقرية.

١٥ - أظهرت الدراسة أن نسبة كبيرة من مجتمع البحث تقيم في الأحياء الشعبية في مدينتي الزقازيق وكفر الشيخ على وجه الخصوص - تلك التي تتميز بزيادة معدل التزاحم السكاني وسكنى الأفراد ذوي المكانات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة - إلى جانب زيادة معدلات الجريمة والتشرد والانحراف، وتتفق هذه النتيجة مع وجهة النظر الايكولوجية في تفسير التعاطي (الاعتماد).

١٦ - في نفس الوقت أظهرت الدراسة أن نسبة لا بأس بها من مجتمع البحث بمدينة القاهرة تقيم في أحياء (مصر الجديدة والهرم) حيث وصلت هذه النسبة إلى حوالي ٦١,٥ ٪، وهي أحياء

تعرف بالتحضر بالمقارنة بأحياء أخرى من نفس المدينة كحي (الوايلي - السيدة زينب) على سبيل المثال .

معنى ذلك كله - أنه بينما تكون الظاهرة أكثر انتشارا في الأحياء الشعبية . إلا أنها بدأت تغزو بعض الأماكن المتحضرة واكتسبت الظاهرة بذلك شكلا جديدا في الأونة الأخيرة .

١٧ - تعمل هذه المناطق الشعبية بما تحويه من أمراض اجتماعية مختلفة على نقل الثقافات الفرعية والتي منها الثقافة الفرعية للمدمن (المعتمد) من جيل إلى جيل عبر عمليات التنشئة الاجتماعية للأسرة، وليس أدل على ذلك من جود تاريخ إدماني لكثير من المتعاطين وانتشار اللغة المشتركة والمفاهيم والمصطلحات - إلى جانب تجمعهم في مناطق توفر العقاقير ونقل طريقة وأسلوب التعاطي إلى الأعضاء الجدد الداخلين في الثقافة .

١٨ - توضح نتائج الدراسة عدم تعرض الكثير من المتعاطين للهجرة من موطنهم الأصلي (السنوات العشر الأولى من العمر) والاقامة في الموطن الحالي، وتشير النسب إلى أن ٦, ٨٤ ٪ لم يهاجروا في حين تعرض ٤, ١٥ ٪ منهم للانتقال إلى الموطن الحالي، وقد لا تتفق هذه النتيجة مع بعض التفسيرات السوسولوجية التي ترى أن هذا الانتقال ربما يعكس بعض التغيرات في نظام القيم والمعايير خاصة في فترات التحول من المجتمعات الشعبية (التقليدية) إلى المجتمعات الصناعية والتي تفسح المجال لبعض صور الانحراف والتي منها تعاطي

- المخدرات - لعدم قدرة الفرد على مسايرة هذا التحول أو لحدوث صراع بين القيم الجديدة والقديمة . . الخ .
- ١٩ - تميل فئة ضئيلة من فئات مجتمع البحث إلى البطالة وقت إجراء الدراسة الميدانية إذ مثلوا نسبة ٢, ١١ ٪ في حين كانت النسبة الغالبة يعملون (٧, ٨٨ ٪) .
- ٢٠ - أظهرت الدراسة من أهم الأسباب التي وقفت حائلا دون عمل المتعاطي (البطالة) أو الاستمرار فيه - هي أسباب بنائية كاتجاهات أصحاب الأعمال السلبية في تشغيل المتعاطين بعد الشفاء - إلى جانب عدم توفر فرص العمل الكافية أمام الكثير منهم - وكلها عوامل تتسبب في إنتكاسة المتعاطي مرة أخرى .
- ٢١ - أظهرت الدراسة التوزيعات المختلفة للعمالة بين مجتمع البحث - حيث مثل الحرفيون أعلى نسبة ٥٢, ٥٧ ٪ من مجتمع البحث - يلي ذلك موظفو الحكومة والقطاع الخاص بنسبة ٢٦, ٨ ، والتجار بنسبة ١٧, ٥٢ ٪ لكل فئة، في حين جاء انتشار التعاطي بين الطلاب بنسبة ٣, ٠٩ ٪، وبتطبيق استقلالية العلاقة باستخدام مربع كاي - اتضح أن هناك فروقا معنوية بين المجتمعات البحثية الثلاثة فيما يتعلق بخاصية المهنة، حيث بلغت قيمة كاي^٢ المحسوبة ٣٤, ١٨١ عند مستوى احتمالي ٠, ٠٥ ، وكانت الفروق واضحة بين كل من كفر الشيخ والقاهرة والزقازيق والقاهرة فيما يتعلق بانتشار (الحرفيين)، ويعزو الباحث أسباب انتشار التعاطي بين الحرفيين لبعض العوامل التي أهمها :

أ - انتشار بعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة عن علاقة العقاقير بالنشاط وبعث القوة والسهر وبالتالي تحقيق ربح سريع في وقت قليل .

ب - وفرة النقود لدى البعض منهم .

ج - تأثير جماعات (الصناعة) القوي المباشر على الأعضاء الجدد ونقل بعض المفاهيم الخاطئة (الثقافة الفرعية) إلى بعض الصبية .

د - انخفاض المستوى التعليمي لدى الغالبية العظمى منهم مما يصعب معه فهم الآثار المدمرة للعقاقير وعلاقتها ببعض المعتقدات الخاطئة فهما صحيحا .

٢٢ - جاء إنتشار التعاطي بين الحرفيين من ذوي العمالة غير الماهرة بشكل أكبر نسبيا بين العمالة الماهرة، حيث وصلت النسبة في الفئة الأولى ٦٥,٥٪، في حين بلغت في الثانية ٤٣,٥٪ .

٢٣ - لم يتعرض الكثير من المتعاطين للتنقل المهني أو ترك العمل السابق والالتحاق بالعمل الحالي إلا في حدود ضئيلة بلغت نسبتهم ١٦,٢٪، وكانت أهم أسباب هذا التنقل هو الانفصال بسبب الإدمان (الاعتماد) بنسبة ٨٥,٧٪ .

٢٤ - أظهرت الدراسة عدم مزاولة المتعاطي لأعمال اضافية بعد العمل الأساسي كما أشارت بذلك نسبة ٩٣,٨٪ - ويرى الباحث أن ذلك ربما يرجع في جزء منه إلى التأثير السلبي للعقاقير المخدرة على قوى المتعاطي الجسمية والعقلية وما يترتب على الاسراف في التعاطي من مشاعر الاستسلام والسلبية وانخفاض نسبة الطموحات .

ثالثاً : الخصائص المميزة للاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية

يختص هذا الجانب بأحد التساؤلات الرئيسية للدراسة فيما يتعلق بالخصائص المميزة للاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية ذلك أن تعاطي هذا النوع من العقاقير يعد حديثاً نسبياً على المجتمع المصري والذي أخذ في الانتشار السريع في الآونة الأخيرة (فترة السبعينيات وما بعدها) لذلك فإن الكشف عن هذه الخصائص يعد أمراً مفيداً لتقرير الظاهرة كما هي في الواقع، والتي ربما تختلف عن أنواع أخرى من المخدرات التقليدية (الحشيش - الأفيون - الكحوليات).

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي بعض التساؤلات الفرعية والتي تشمل :

أنواع العقاقير التخليقية التي يعكف المدمن (المعتمد) المصري على تعاطيها - وكذلك الأسماء الدارجة التي تشكل محتوى الثقافة الفرعية للتعاطي .

هل يعكف المتعاطي على هذه العقاقير فقط؟ وما الأسباب التي تجعله يتعاطى أكثر من نوع منها أو من غيرها؟ وما طريقة التعاطي؟ وما عدد المرات؟ وما الأماكن التي يحصل منها المتعاطي عليها؟ وما محاولاته للاقلاع عنها؟ وما أسباب العودة؟ وما أعراض الانسحاب الجسمية والنفسية؟ وما خصائص التعاطي من حيث وجود جماعة

(شلة) من عدمه؟ وما الأوقات والظروف التي يحرصون على التعاطي فيها؟ ولسوف تحاول الصفحات القادمة الإجابة على كل هذه التساؤلات من خلال عرض الشواهد الكمية (الجداول) التي كشفت عنها الدراسة الميدانية.

١ - أنواع العقاقير التخليقية وغير التخليقية المتعاطاة :

الجدول رقم (٣٢) يوضح نوع العقاقير والمخدرات المتعاطاة من قبل مجتمع البحث

$$ن = ٩٧$$

م	النوع	ك	%
١	المنومات	٤١	٣٩,٨
٢	المنشطات	٢٣	٢٣,٧
٣	المغيبات	٧٧	٧٩,٤
٤	مخدرات طبيعية	٤٧	٤٨,٥
٥	عقاقير نصف تخليقية	١٢	١٢,٤
٦	كحوليات	١٠	١٠,٣
٧	أخرى تذكر	٨	٨,٢

يوضح هذا الجدول رقم (٣٢) أنواع العقاقير والمخدرات المتعاطاة بشكل عام من قبل مجتمع البحث - ويلاحظ أن العقاقير التخليقية (المنومات - المنشطات - المغيبات) تشكل أعلى نسبة، وهذا أمر طبيعي وفقا لمحددات الدراسة التي استلزمت ضرورة تناول

المبحوث أحد أو كل هذه العقاقير لكن الملفت للنظر هو تفوق المغيبات من حيث النسبة، حيث وصلت إلى ٤, ٧٩ ٪ - يلي ذلك المنومات بنسبة ٨, ٣٩ ٪ ثم المنشطات بنسبة ٧, ٢٣ ٪.

وفي مجال المخدرات الطبيعية - يلاحظ أنها جاءت ذات نسب مرتفعة أيضاً، حيث مثل من يتعاطاها نسبة ٥, ٤٨ ٪، يلي ذلك العقاقير نصف التخليقية (المهيروين والكوكايين) بنسبة ٤, ١٢ ٪، ويرجع انخفاض هذه النسبة إلى إرتفاع ثمنها - إذ يقدر ثمن الجرام الواحد منها حوالي ٨٠ جنيهاً تقريباً - الأمر الذي لا يقوى عليه إلا أصحاب الدخول المرتفعة مثل الذين تضمنتهم الدراسة في مجتمع البحث في مدينة القاهرة، وفي المقابل يقل تناول المتعاطين للكحوليات نظراً لارتفاع ثمنها، ويستعاض عنها بمشروبات أخرى - تلك التي شملتها (فئة أخرى تذكر) كعصير القصب المخمر (البايت) - البيرة - جوزة الطيب.

ونظراً لاهتمام هذه الدراسة بالعقاقير التخليقية على وجه الخصوص، فسوف نحاول فيما يلي استعراض الأسماء الدارجة لها والتي تم تحديدها من قبل المتعاطين وفقاً لتصنيفاتهم الدارجة المتعارف عليها.

الجدول الفرعي رقم (٣٣) يوضح الأسماء الدارجة للعقاقير التخيلية
(منومات - منشطات - مغييات)

م	النوع	ك	%
	أولاً : المنومات ن = ٤١		
١	البارباتيورات	٢٤	٥٨,٥
٢	مليرال	١٧	٤١,٥
	المجموع	٤١	١٠٠
	ثانياً : المنشطات ن = ٢٣		
١	فيدرين (بنذرين)	١٨	٧٨,٢
٢	مائة وأحد عشر	٥	٢١,٨
	المجموع	٢٣	١٠٠
	ثالثاً : المغييات ن = ٧٧		
١	ترنكلان	٢١	٢٧,٤
٢	صلبية	١٨	٢٣,٣
٣	كويتان	١٥	١٩,٥
٤	فراولة	١١	١٤,٣
٥	مندركس	١٠	١٢,٩
٦	استادول (حقن)	٢	٢,٦
	المجموع	٧٧	١٠٠

بالنظر إلى الجدول الفرعي رقم (٣٣) يلاحظ وجود كم كبير من الأسماء بعضها يأخذ الاسم العلمي مثل : البارباتيورات - مليرال - البنزدرين ، ولم يجد الباحث صعوبة في تصنيفها وفقا للاطار النظري الموجه للدراسة والمتعلق بأنواع المنومات والمغيبات والمنشطات - وفيما عدا ذلك صنف الأسماء الدارجة الأخرى داخل التصنيف العام وفقا لآراء المدمنين ذاتهم - ذلك أنهم أكثر خبرة ودراية فيما يشعرون به من آثار - ولقد لجأ الباحث إلى ذلك بعد استشارة بعض الأطباء المعالجين والصيدلة الذين لم يتفقوا على رأي سواء في وضع هذه الأسماء داخل التصنيفات الرئيسية - أضف إلى ذلك صعوبة التعرف على بعض العقاقير التي تهرب من الخارج دون أن يوجد لها اسم علمي معروف داخل الإطار العلاجي لها .

والباحث في اعتماده على آراء المدمنين في التصنيف السابق ، يرى أنها قابلة للتداخل ، بل قد يحتاج الموقف من تخصصات اخرى (حقل الفارماكولوجي) إلى مزيد من الدراسات للتعرف على هذه الأشكال الغريبة من العقاقير التي يتعاطاها المدمن (المعتمد) المصري والتي تأخذ اشكالا جديدة يوما بعد الآخر، ومحاولة تأصيل هذه الأسماء الدارجة إلى أسماء علمية بقدر المستطاع .

الجدول الفرعي رقم (٣٤) يوضح أنواع العقاقير والمخدرات الأخرى المتعاطاة من قبل مجتمع البحث

م	النوع		%
	اولاً : المخدرات الطبيعية ن = ٤٧		
١	حشيش	٣١	٦٥,٩
٢	أفيون	١٦	٣٤,١
	المجموع	٤٧	١٠٠
	ثانياً : عقاقير نصف تخليقية ن = ١٢		
١	هيروين	١٢	١٠٠
	المجموع	١٢	١٠٠
	ثالثاً : أنواع أخرى ن = ٨		
١	عصير قصب مخمر	٥	٦٢,٥
٢	جوزة الطيب	٣	٣٧,٥
	المجموع	٨	١٠٠

يتضح من الجدولين الفرعيين السابقين ميل المدمن (المعتمد) المصري إلى المزاوجة بين أنواع متعددة من المخدرات والعقاقير - فإلى جانب الاقراص بجميع أنواعها يتعاطى المدمن بعض الأنواع

الأخرى خاصة الطبيعية منها (الحشيش - الأفيون) حيث يتضح تزايد نسبتها - إذ يصل حجم من يزواج بينها وبين الاقراص إلى نصف مجتمع البحث تقريبا - وربما يرجع ذلك إلى بعض المفاهيم الثقافية المرتبطة بهذه الأنواع من المخدرات من حيث آثارها المختلفة في افتعال المرح وبعث اليقظة والنشاط .

وإلى جانب ذلك يميل بعض المدمنين (المعتمدين) من ذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة إلى إحلال بعض المشروبات الأخرى (كالعصير المخمر وجوزة الطيب) وذلك في أوقات العوز المادي أو لإحكام الرقابة على العقاقير والمخدرات الأخرى .

كما يلاحظ أن أكبر أنواع العقاقير نصف التخليقية انتشارا هو الهيروين الذي ينتشر بين الأفراد من ذوي المكانة الاقتصادية المرتفعة، وعلى الرغم من ضآلة نسبة تعاطيه بين مجتمع البحث بشكل عام إلا أنه يمثل نسبة مرتفعة جدا داخل مجتمع البحث في مدينة القاهرة (المستشفيات الخاصة) بنسبة ٩٢,٣ ٪ من هذا المجتمع .

ويود الباحث إضافة حقيقة مؤداها أن ضعف أساليب الرقابة على كل هذه المواد يعد عاملا هاما من العوامل المسؤولة عن انتشار هذه الظاهرة، لذا يتوقع الباحث أن الموقف سيختلف كثيرا من حيث الانتشار إذا ما أحكمت الرقابة على مثل هذه المواد .

٢ - الأسباب التي تدعو المتعاطين إلى تعاطي أكثر من نوع من العقاقير التخليقية :

الجدول رقم (٣٥) يوضح أسباب تعاطي أكثر من نوع من العقاقير التخليقية

ن = ٦٨

م	البيان	ك	%
١	بسبب الأثر الفريد الذي يحدثه كل نوع على حدة	٢٨	٤١,١
٢	بسبب الأثر الذي يحدثه نوع في تعزيز النوع الآخر	٣٨	٥٥,٨
٣	بسبب الراحة المنبثقة من نوع معين في حالة غياب الآخر	٦٤	٩٤,١
٤	بسبب أن لكل نوع وقتاً معيناً	١٧	٢٥
٥	بسبب التحمل الذي يحدث بعد فترة من تعاطي نوع واحد	٣	٤,٤
٦	أخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٣٥) الأسباب التي تدعو المتعاطين إلى تعاطي أكثر من نوع من العقاقير التخليقية - والتي من أبرزها الراحة المنبثقة من نوع معين من العقاقير في حالة غياب النوع الآخر بنسبة ٩٤,١%، ويمكن تفسير ذلك على أساس وطأة وقع الإدمان (الاعتماد) على المتعاطي ذلك أن خوف المتعاطي من اختفاء نوع معين يجعله يؤمن نفسه بأكثر من عقار لدعم المدد الذي يعينه على تحمل تبعات الانسحاب الجسمي والنفسي في حالة غياب العقار، يلي ذلك الأثر الذي يحدثه نوع معين من تعزيز النوع الآخر بنسبة ٥٥,٨% وهي الظاهرة التي تعرف في مجال الإدمان (الاعتماد) بظاهرة

التحمل العرضي (التبادلي) - ذلك أن تناول المتعاطي (المعتمد) لعقار معين فترة طويلة يقلل من تأثير هذا النوع على الجسم، ليكون العقار الآخر هو البديل المناسب لهذه الحالة - لكن الأمر سيتحول بعد فترة إلى العقار الآخر، وهذه هي دورة الإدمان (الاعتماد) الخبيثة، ثم يأتي بعد ذلك في الأهمية ذلك الأثر الفريد الذي يحدثه كل نوع على حدة بنسبة ١, ٤١ ٪، وبمعنى آخر قد يأخذ المتعاطي بعض الاقراص المنشطة لكي ينجز بعض الأعمال ليعتاد النشاط، ثم ما يلبث أن يحتاج إلى المنومات في فترات اخرى - وهكذا - وهو نفس التفسير للرأي القائل بأن لكل نوع وقتاً معيناً والتي وصلت نسبتها إلى ٢٥ ٪، وهكذا يتضح أن للمتعاطي عالماً من الثقافة الفرعية يتحكم ويشكل أسلوب التعاطي .

٣ - الأسباب التي تدعو المتعاطي إلى المزاوجة بين العقاقير التخيلية وغيرها :

الجدول رقم (٣٦) يوضح الأسباب التي تدعو المتعاطي إلى المزاوجة بين تعاطي العقاقير التخيلية وغيرها من المخدرات والعقاقير الأخرى

ن = ٦٢

م	البيان	ك	٪
١	حسب الموجود في السوق	٤٤	٧٠,٩
٢	بسبب انعدام تأثير نوع واحد فقط على المتعاطي	٥٣	٩٥,٤
٣	لان لكل نوع موقفاً معيناً	٤٦	٧٤,١
٤	بسبب خلط نوع بنوع آخر	٤	٦,٤
٥	أخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٣٦) الأسباب التي تدعو المتعاطي إلى المزاوجة بين تعاطي العقاقير التخليقية وغيرها من أنواع المخدرات والعقاقير الأخرى الطبيعية ونصف الطبيعية والكحوليات - حيث يلاحظ أن أبرز هذه الأسباب هو انعدام تأثير نوع واحد فقط على المتعاطي بنسبة ٤, ٨٥٪ وهي نفس الظاهرة التي تحدثنا عنها في الجدول السابق والتي تعرف في مجال الاعتماد (بالتحمل) وهي الحالة التي بموجبها يقل تدريجياً تأثير العقاقير على الجسم بعد فترة من التعاطي المنتظم - لذلك يحاول المتعاطي أن يؤمن نفسه بأكثر من عقار خوفاً من اعراض الانسحاب المبرحة.

يلي ذلك في الأهمية موقفية العقار بنسبة ١, ٧٤٪، حيث يميل المتعاطي إلى تطويع المخدرات والعقاقير بما يخدم المواقف التي يمر بها - فلا يتم تعاطي الحشيش على سبيل المثال إلا في وجود «شلة» وفي وقت معين وهكذا، ثم يأتي بعد ذلك خاصة الوفرة والندرة بنسبة ٩, ٧٠٪ (حسب الموجود في السوق) - وكأن السوق هو المتحكم في طريقة المتعاطي فربما يعكس هذا التحكم تلك الرغبة الغالبة في المزاوجة بين أغلب أنواع العقاقير والمخدرات - فالمتعاطي يود أن يؤمن نفسه ضد أي تحكم أو رقابة على نوع معين من العقاقير.

٤ - عدد مرات التعاطي في اليوم الواحد :

الجدول رقم (٣٧) يوضح عدد مرات التعاطي في اليوم

م	عدد المرات	ك	%
١	مرتان	١٦	١٦,٥
٢	أكثر من ذلك	٨١	٨٣,٥
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٣٧) عدد مرات التعاطي في اليوم الواحد حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة تقدر بـ ٨٣,٥% من المتعاطين يميلون إلى تكرار هذه العملية أكثر من مرتين في اليوم الواحد، في حين تصل نسبة من يمارسها مرتين فقط (١٦,٥%)، ثم تلاشت فئة من يتعاطى مرة واحدة من مجتمع البحث.

وتتفق هذه النتائج تماما مع خصائص الاعتماد بما يحمله من خاصية التحمل (القابلية لزيادة الجرعات)، كما أن المتعاطي (المعتمد) يميل إلى تكرار ممارسته خوفا من (الأم) الانسحاب الجسمية والنفسية التي يكون قد مر بها في أوقات ندرة العقار لأسباب اقتصادية أو خارجية.

ويود الباحث أن يشير هنا إلى أن التعاطي في المرة الواحدة يشمل حوالي عشرة أقراص في المتوسط - وتصل كمية الاقراص المتعاطاة في

اليوم الواحد على مدى المرات كلها من (٣٠ : ٧٠) قرصا يوميا في المتوسط^(٥).

٥ - مصادر الحصول على العقاقير التخليقية :

الجدول رقم (٣٨) يوضح مصادر الحصول على العقاقير التخليقية

ن = ٩٧

٢	البيان	ك	%
١	من الصيدليات بتذكرة	٣	٣
٢	من الصيدليات بدون تذكرة	٧٩	٨١,٤
٣	من التجار	٣١	٣٠,٩
٤	من المروجين	٣٢	٣٢,٩
٥	من أكشاك خاصة بذلك	٤٣	٤٤,٣
٦	من بعض الأصدقاء	٣٣	٣٤
٧	من بعض الأطباء	٨	٨,٢
٨	أخرى تذكر	٤٣	٤٤,٣

* لأهمية هذه النقطة في زيادة فهم الباحث لخصائص الاعتماد على العقاقير التخليقية - أجرى عدة مقابلات متعمقة مع فئات مختلفة من المدمنين المعتدلين في التعاطي وغيرهم من شديدي الاعتماد للوقوف على هذه الكميات.

يوضح الجدول رقم (٣٨) المصادر المختلفة التي يحصل منها المتعاطي على العقاقير التخليقية - ولعل أبرز هذه المصادر كما هو واضح - الصيدليات (بدون تذكرة) كما تشير بذلك نسبة ٤٠,٨١٪ من مجتمع البحث، يلي ذلك الأكشاك بنسبة ٣,٤٤٪، وبنفس النسبة فئة (اخرى) والتي أشار المدمنون من خلالها بحصولهم على العقاقير من بعض المنازل التي تخصصت في بيع هذه السموم نظرا لما تحققه من أرباح ضخمة من وراء هذا الاتجار غير المشروع، يلي ذلك بعض الأصدقاء بنسبة ٣٤٪، وهنا يظهر التأثير السيء للرفاق ودورهم كجماعات مؤثرة في انتشار هذه السموم، واخيرا التجار والمروجون بنسب متفاوتة حيث كانت في الأولى ٩,٣٠٪، في حين كانت في الثانية ٩,٣٢٪.

والشي الهام في هذه الاستجابات أن الأطباء مثلوا مصدرا من المصادر التي يحصل منها المتعاطون على العقاقير كما تشير بذلك نسبة ٢,٨٠٪، وكان من المفترض أن يعصمهم علمهم من هذا التورط.

وبنظرة شاملة على نسب هذا الجدول - يجد الباحث نفسه مضطرا لأن يلقي باللوم على الصيدليات التي أنساها الربح والجشع عن رسالتها الانسانية، حينما تسمح لنفسها أن تبيع هذه السموم دون ترخيص طبي - لذلك فإن الرقابة الصارمة يجب أن تفرض عليها، كذلك على المنازل التي تحولت إلى اوكار لبيع هذه السموم للمواطنين.

٦ - المناطق أو الأحياء التي يحصل منها المتعاطون على العقاقير :
الجدول رقم (٣٩) يوضح المنطقة أو الحي الذي يحصل منه المتعاطي
على العقاقير

م	الحي أو المنطقة	ك	%
	مجتمع مدينة الزقازيق ن = ٥٢		
١	احدى الصيدليات بشارع فاروق	٢٥	٤٨
٢	أحد الاكشاك بشارع فاروق	٣٠	٥٧,٦
٣	أحد المنازل بحي حسن صالح	٢٣	٤٤,٢
٤	أحد المنازل بحي الاشارة	٢٤	٤٦,١
٥	احدى الصيدليات بكفر ابو حسين والمساكن	٢٥	٤٨
	مجتمع مدينة كفر الشيخ ن = ٣٢		
١	أحد الاكشاك والمقاهي بحي الحكر	٢٠	٦٢,٥
٢	أحد الاكشاك بحي داير الناحية	١٨	٥٦,٢
٣	بعض الصيدليات بكفر الشيخ الجديدة	٢٠	٦٢,٥
	مجتمع مدينة القاهرة ن = ١٣		
١	القلعة	٨	٦١,٥
٢	سوق السلاح	٥	٣٨,٤
٣	الدراسة	٣	٢٣
٤	مصر الجديدة	٢	١٥,٣
٥	المدبح	٢	١٥,٣
٦	مدينة السلام	٢	١٥,٣
٧	الباطنية	٢	١٥,٣
٧	بولاق الدكرور	٢	١٥,٣
٩	شارع محمد علي	٢	١٥,٣
١٠	العتبة	٢	١٥,٣

يوضح الجدول رقم (٣٩) الأماكن التي يحصل منها المتعاطون على العقاقير في مدينة القاهرة والزقازيق وكفر الشيخ والذين يشكلون المجال الجغرافي للدراسة الراهنة .

وبنظرة سريعة على الأحياء التي شملها الجدول - نلاحظ كما سبق القول إنها أحياء شعبية في الغالب والأعم ، وتشكل أماكن تجمع هامة يلتقي فيها المدمنون (المعتمدون) من حين إلى آخر وهذا يسمح بالطبع بنقل الثقافة الفرعية للاعتماد من خلال هذا التجمع .

٧ - محاولات المدمن للاقلاع عن التعاطي - عدد المرات - أسباب العودة :

الجدول رقم (٤٠) يوضح محاولات المدمن للاقلاع عن التعاطي

م	محاولات الاقلاع	ك	%
١	حاول الاقلاع	٥٣	٥٤,٦
٢	لم يحاول من قبل	٤٤	٤٥,٤
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٤٠) محاولات المبحوث للاقلاع عن التعاطي حيث حاول نسبة ٤٥,٦% الاقلاع، في حين لم يمر ٤٥,٤% من مجتمع البحث بهذه الخبرة .

وإذا كانت نسبة المحاولين مرتفعة نسبياً عن غير المحاولين - فإن ذلك يعد أمراً هاماً يعكس رغبة أكثر من نصف مجتمع البحث في التخلص من دوامة الاعتماد، ويشير كثير من البحوث وبعض آراء المتخصصين في علاج الإدمان إلى علاقة توفّر الرغبة في العلاج باستكمالها والنجاح فيه .

الجدول رقم (٤١) يبين
عدد مرات الاقلاع عن التعاطي لمجتمع البحث

م	عدد المرات	ك	%
١	مرة واحدة	٩	١٦,٩
٢	مرتان	١٢	٢٢,٧
٣	ثلاث مرات	١١	٢٠,٨
٤	أكثر من ذلك	٢١	٣٩,٦
المجموع		٥٣	١٠٠

بالنظر إلى هذا الجدول (٤١) يلاحظ تكرار محاولات الاقلاع أكثر من ثلاث مرات بنسبة ٣٩,٦ %، كأعلى نسبة، يلي ذلك من حاول مرتين بنسبة ٢٢,٧ %، ثم من حاول ثلاث مرات بنسبة ٢٠,٨ %، ولا شك أن هذه المحاولات تثير تساؤلاً هاماً حول الأسباب التي دفعت المتعاطي إلى العودة مرة أخرى، وهذا ما سيوضحه الجدول التالي .

الجدول رقم (٤٢) يوضح
أسباب العودة إلى التعاطي لمن سبق أن أقلع عنه

ن = ٥٣

م	أسباب العودة	ك	%
١	بسبب عدم القدرة على تحمل ألم الانسحاب الجسمي	٢٣	٤٣,٢
٢	بسبب عدم القدرة على تحمل ألم الانسحاب النفسي	١٧	٣٢
٣	بسبب ضعف العزيمة	٧	١٣,٢
٤	عدم وجود من يشجع على الانقطاع	٢٤	٤٥,٢
٥	لوجود الأصدقاء الذين يشجعون على العودة	٣٨	٧١,٦
٦	بسبب ملاحقة المشاكل على طول الدوام	٢٥	٤٧,١
٧	بسبب استمرار ذات السبب الذي تعاطى من أجله	١٩	٣٥,٨
٨	بسبب عودة المرض الذي كان سببا للتعاطي مرة أخرى	٢	٣,٧
٩	ضعف القدرة على العمل	٢٩	٥٤,٧
١٠	بسبب عودة الضعف الجنسي مرة أخرى	٤	٧,٥
١١	أخرى تذكر	-	

يوضح هذا الجدول رقم (٤٢) أسباب العودة إلى التعاطي مرة أخرى لمن سبق أن أقلع عنه - حيث نلاحظ أن أعلى نسبة من استجابات المدمنين كانت ٦, ٧١٪، وهم الذين أشاروا إلى وجود الأصدقاء الذين شجعوا التعاطي على العودة، وهذا يعكس التأثير القوي للجماعة المرجعية على تشكيل سلوكه، ثم يأتي ضعف القدرة على العمل في الأهمية الثانية بنسبة ٧, ٥٤٪، ويرى الباحث أن ذلك مجرد إيجاء - ذلك أن الانسحاب من المخدر يعكس آلاماً جسدية ونفسية قد يشعر معها التعاطي بعدم قدرته على الحركة والنشاط، كذلك كان استمرار المشاكل وملاحقتها على طول الدوام أحد الأسباب الهامة للعودة بنسبة ١, ٤٧٪، وهذا يعكس أهمية تخفيف ضغوط العوامل البيئية (العلاج الاجتماعي)، ومرة أخرى نعود إلى الأصدقاء وعدم وجود من يشجع على الانقطاع التي مثلت نسبة ٢, ٤٥٪، مما يعزز دور الفريق العلاجي والبحث عن المتعاطين السابقين (الساعد) ممن استكملوا شفاءهم كحافز لاستمرار الانقطاع.

ثم يأتي بعد ذلك عدم قدرة التعاطي على تحمل آلام الانسحاب الجسدية بنسبة ٢, ٤٣٪ والنفسية بنسبة ٣٢٪، مما يعكس ضرورة المرور بعمليات السحب التدريجي للعقار وعلاج التسمم للتخفيف من حدة الآلام الجسدية والنفسية المصاحبة للانقطاع والتي تعرف في مجال الاعتماد بأعراض الانسحاب.

٨ - نمط التعاطي - الفردي أو الجماعي للعقائير التخليقية وأسباب ذلك :

الجدول رقم (٤٣) يوضح نمط التعاطي (الفردي والجماعي)

م	نمط التعاطي	ك	%
١	فردى	٧٥	٧٧,٣
٢	جماعى	٢٢	٢٢,٧
المجموع		٩٧	١٠٠

يعكس الجدول السابق رقم (٤٣) نمط التعاطي لمجتمع البحث فتنتطوي نسب هذا الجدول على ارتفاع نمط التعاطي الفردي بنسبة ٧٧,٣ %، فى حين يقل أسلوب التعاطي الجماعى (فى وجود شلة) حيث مثلت هذه الفئة نسبة ٢٢,٧ %.

ويمكن القول بأن هذه النسب جاءت على غير ما تعارف عليه بشكل عام فى مجال تعاطي المخدرات من حيث المقولة الشهيرة (لا يأتى المزاج إلا عن طريق الصحبة أو الشلة)، وهكذا أن الحال قد اختلف فيما يتعلق ببعض الخصائص المميزة لتعاطي العقائير التخليقية فيما يتعلق بهذا الخصوص، وسوف تحاول الحداويل التالية ارقام (٤٥ - ٤٦ - ٤٧) استطلاع هذا الأمر بشيء من التفصيل.

الجدول رقم (٤٤) يوضح المشاعر التي يختبرها
المتعاطي مع جماعة (شلة المتعاطين)

ن = ٢٢

م	المشاعر	ك	%
١	روح المرح	١٧	٧٧,٢
٢	الصحبة الحلوة	١٨	٨١,٨
٣	تركيز التفكير في المزاج فقط	١٥	٦٨,١
٤	الشلة تعطي للمزاج طعماً	١١	٥
٥	مع الشلة يتلاشى العيب	١٠	٤٥,٤
٦	مع الشلة يشعر المتعاطي أن له أسرة وناساً	٥	٢٢,٧
٧	التفاهم المشترك	٨	٣٦,٣
٨	الشعور بالأمن	٩	٤٠,٩
٩	الشعور بالحب	٨	٣٦,٣
١٠	الشعور بالقوة	٩	٤٠,٩
١١	اخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٤٤) المشاعر التي يختبرها المتعاطي أثناء جلسة التعاطي الجماعية (الشلة) ولعل في مقدمة هذه المشاعر كما يلاحظ من الجدول السابق - الصحبة الجميلة بنسبة ٨١,٨٪، ثم روح المرح بنسبة ٧٧,٢٪، يلي ذلك بالترتيب - تركيز التفكير في المزاج فقط - الشعور المتميز (بالمزاج) - التسامح وتلاشي العيوب - الشعور بالأمن - الشعور بالقوة - الاحساس بالحب - التفاهم المشترك

- الشعور بالانتماء، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى تعكس هذه المشاعر ذلك الدور الذي تلعبه جماعات التعاطي كجماعة فرعية في إشباع كثير من الاحتياجات الاجتماعية والنفسية والتي من أهمها كما هو واضح تناسي الهموم واستجلاب السرور، إلى جانب ما تقوم به تلك الجماعات من إضفاء قدر كبير من الاستحسان بسلوك المتعاطي وقبول تصرفاته - تلك التي لم تتوفر مع الجماعات الأخرى كجماعة الأسرة والعمل التي قد تقف في كثير من الأحيان موقفا مخالفا من حيث استهجان مثل هذا السلوك.

الجدول رقم (٤٥) يوضح نوع جماعة (شلة التعاطي)

٢	نوع الشلة	ك	%
١	بعض الأصدقاء	٢٢	١٠٠
٢	بعض الأقارب	-	-
٣	بعض الجيران	-	-
٤	بعض أفراد الأسرة	-	-
٥	مع الطرف الآخر	-	-
٦	مع أي شلة حسب الظروف	٢	٩
٧	أخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٤٥) الأفراد الذين تشملهم شلة التعاطي، حيث يلاحظ أن الأصدقاء يمثلون الجماعة المرجعية للمتعاظم بنسبة ١٠٠٪، ويعد هذا بعدا هاما من أبعاد انتشار ظاهرة

المخدرات والعقاقير في المجتمع المصري - حيث يزخر هذا المجتمع ببعض القيم التي تمجد الصداقة والتي تعكسها بعض المقولات الشعبية المعروفة (الصديق المخلص لا يعوض - خذ لك من كل بلد صديق ولا تأخذ لك من كل بلد عدو - الصديق رفيق - احذر من صاحبك ولا تخونه وان خنته خانك وان صنته صانك).

وهكذا تشكل هذه المقولات بعض الأطر القيمة للشباب في المجتمع المصري - ولكن شتان بين الصديق الصالح وصديق السوء. ومن ناحية أخرى تعكس هذه المقولات مدى التأثير القوي لجماعات الأصدقاء في غرس السلوك الانحرافي بما تتيحه من فرص التفاعل والمشاركة والاتصال المستمر.

الجدول رقم (٤٦) يوضح الأسباب التي تدعو المتعاطين للعقاقير التخليقية إلى التعاطي الفردي

ن = ٧٥

٢	الأسباب	ك	%
١	لأن تعاطي العقاقير التخليقية لا يحتاج إلى شلة	٧٤	٩٨,٦
٢	حب الانسجام مع النفس	٩	١٢
٣	بسبب كتمان موضوع التعاطي	٢	٢,٦
٤	بسبب المركز الاجتماعي	٣	٤
٥	بسبب حب العزلة	٣	٤
٦	أخرى تذكر	٢	٢,٦

يوضح الجدول رقم (٤٦) العوامل التي اختارها المبحوثون سببا في التعاطي المنفرد للعقاقير التخليقية - حيث يلاحظ أن الغالبية العظمى من مجتمع البحث ترى أن نظام تعاطي هذا النوع من العقاقير لا تحتاج إلى شلة بنسبة ٩٨,٦ ٪، ويعكس هذا الطبيعة المتميزة لها من حيث سهولة تعاطيها في أي وقت دون ترتيبات (كالخشيش)، يلي ذلك حب الانسجام مع النفس بنسبة ١٢ ٪، ثم الخوف على المركز الاجتماعي وحب العزلة بنسبة ٤ ٪ لكل منهم، فكتمان موضوع التعاطي بنسبة ٢,٦ ٪ - وفيما يتعلق بفئة (أخرى تذكر) - أشار بعض المتعاطين إلى تجنب التعاطي المشترك بسبب ارتفاع ثمن الاقراص في السوق السوداء، بحيث يصل ثمن الشريط الواحد (عشرة اقراص) إلى ٦ جنيهات تقريبا، وهكذا لا تكون فرص التعاطي مواتية في كل الاحوال كي يقوم (بمعاملة) غيره من زملاء التعاطي .

ويلاحظ كذلك أن نسبة من يحرص على كتمان التعاطي نسبة قليلة، وهذا يعكس مدى الاستحسان المرتبط بسلوك التعاطي من قبل الجماعات الفرعية إلى الدرجة التي صارت معها المجاهرة بالسلوك أمرا غير عادي - كما أن ما عرف في الفترات الأخيرة من تعاطي بعض الفئات ذات المكانة الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة ساعد على هذه المجاهرة من قبل أصحاب الطبقات الدنيا .

٩ - الظروف والأوقات المفضلة لتعاطي العقاقير التخليقية من قبل مجتمع البحث :

الجدول رقم (٤٧) يوضح ما إذا كانت هناك ظروف أو أوقات معينة للتعاطي

م	البيان	ك	%
١	نعم	٨٦	٨٨,٧
٢	لا	١١	١١,٣
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٤٧) مدى موافقة المدمنين على أن هناك وقتاً وظروفاً معينة يفضل تعاطي العقاقير التخليقية فيها - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة تقدر بحوالي ٨٨,٧ %، ترى أن هناك أوقاتاً وظروفاً محددة يعتاد عليها المتعاطي - في حين أنه لم تعتد نسبة ضئيلة على أوقات وظروف محددة للتعاطي والتي تقدر بحوالي ١١,٣ %، والجدول التالي يوضح نوعية الوقت والظروف المحببة للتعاطي .

الجدول رقم (٤٨) يوضح نوعية الوقت والظروف المحيية للتعاطي

ن = ٨٦

٢	البيان	ك	%
١	في الصباح بعد الاستيقاظ	٦٦	٧٦,٧
٢	قبل الذهاب إلى العمل	٥٥	٦٣,٩
٣	بعد الافطار	١٠	١١,٦
٤	بعد العودة من الشغل	٢٠	٢٣,٢
٥	قبل العملية الجنسية	١١	١٢,٧
٦	عند الذهاب إلى المقهى	١٧	١٩,٧
٧	عند مقابلة الشلة	١٠	١١,٦
٨	عند لعب الميسر «القمار»	٣	٣,٤
٩	عند حدوث أية مشكلة	٧	٨,١
١٠	عند حدوث خلافات مع الزوجة والأولاد	٨	٩,٣
١١	عند توفر الامكانيات المادية	١٣	١٥,١
١٢	عند حدوث الالام أو عودة بعض الامراض	٤	٤,٦
١٣	أخرى تذكر	٤٥	٥٢,٣

يوضح الجدول السابق رقم (٤٨) الأوقات والظروف المفضلة من قبل المدمنين للتعاطي، ونلاحظ من الجدول أن أعلى نسبة مئوية كانت لأولئك الذين يفضلون التعاطي بعد الاستيقاظ مباشرة ٧٦,٧% أو قبل الذهاب إلى العمل ٦٣,٩%، يلي ذلك بعد العودة من العمل بنسبة ٢٣,٢%، وتتفق هذه النتائج مع خصائص دورة الإدمان (الاعتماد)، فلقد تبين للباحث من واقع مقابلاته مع المدمنين

(المعتمدين) أنهم عادة ما يعانون في الصباح من مشاعر الضيق والقلق - ذلك أن الجسم يكون قد تخلص من آثار التخدير طوال فترة النوم - لتبدأ دورة الاستيقاظ مع دورة الاعتماد - ويشير كثير من المتعاطين إلى ضرورة تأمين ما يسد رمقهم منذ المساء السابق حتى لا يفاجأ المدمن «المعتمد» بتوتر حالته في الصباح الباكر - ويصل الحال ببعض المدمنين إلى عدم القدرة على انتظار فصل الاقراص عن الغلاف بفعل اشتهاء العقار كخاصية نفسية مصاحبة للاعتماد ويكون المقابل هو تناول (الشريط) برمته ، وينطبق نفس التفسير تقريبا على ما قبل الذهاب إلى العمل .

ومن ناحية أخرى يخشى المدمن من تكرار مشاكله في المنزل بعد عودته - لذا يداوم على تناول هذه العقاقير في هذا الوقت حرصا على هدوء أعصابه من ناحية وعدم اكرائه بما يحدث من أمور تزيد من توتره من ناحية أخرى - كل ذلك إلى جانب عدم قدرته على النوم دون التعاطي ، وهكذا يبدأ دورة الإدمان (الاعتماد) مع دورة الحياة اليومية مبتدئة بالاستيقاظ ومنتبهة بالنوم - وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فاروق سيد عبد السلام التي أجريت بالتطبيق على مدمني الافيون .

كما يلاحظ من الجدول وجود نسبة كبيرة ٥٢,٣ ٪ من مجتمع البحث داخل فئة (اخرى تذكر) ويشير الباحث إلى أنها جاءت في مجملها مؤكدة على التعاطي أثناء العمل (الشغل) ويرجع ذلك في جزء كبير منه إلى الاعتقاد الخاطيء الذي يسود بعض المتعاطين بشأن قدرة المخدرات على الايقاظ وبث النشاط والتحفز .

١٠ - الأسباب التي تدعو المتعاطين إلى تفضيل تعاطي العقاقير
التخليقية :

الجدول رقم (٥٠): يوضح الأسباب التي تدعو المتعاطين إلى تفضيل
العقاقير التخليقية

ن = ٩٧

م	الأسباب	ك	%
١	بسبب مفعولها السريع	٨٤	٨٦,٥
٢	بسبب رخص ثمنها بالمقارنة بالمخدرات الطبيعية	٧٤	٧٦,٢
٣	بسبب سهولة الحصول عليها	٩٣	٩٥,٨
٤	لأن تعاطيها ليس له مشاكل	٨٥	٨٦,٦
٥	لأن تعاطيها أقل ضررا من المخدرات الطبيعية	٨	٨,٢
٦	لأن تعاطيها غير محرم شرعا	٨	٨,٢
٧	من أجل معالجة بعض الأمراض وتخفيف الآلام الجسمية	٢	٢
٨	من أجل معالجة بعض الأمراض وتخفيف الأمراض النفسية	٢	٢
٩	من أجل الحصول على الراحة والنوم	٢٤	٢٤,٧
١٠	للحصول على قدر من الطاقة للعمل	٣٥	٣٦
١١	من أجل تناسي الهموم والمشاكل	٥٩	٦٠,٨
١٢	من أجل تنشيط العملية الجنسية	١٠	١٠,٣
١٣	لأنها تعطي تصورا جميلا للحياة	٥٥	٥٦,٧
١٤	من أجل القدرة على مواجهة المواقف الصعبة في الحياة	٢٠	٢٠,٦
١٥	أخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٥٠) الأسباب التي تدعو المتعاطي إلى تفضيل تعاطي العقاقير التخليقية - ويلاحظ أن أبرز هذه الأسباب كما يشير إليها هذا الجدول كانت سهولة الحصول عليها بنسبة (٨, ٩٥٪)، وهذا أمر مؤسف حقا بسبب عدم القدرة على إحكام الرقابة الجادة على صرف هذه العقاقير سواء من (الصيدليات - الاكشاك - المنازل). وعلى الرغم مما يواجهه عملية الرقابة على الصيدليات من صعاب بسبب ضرورة وجود هذه الأدوية لعلاج بعض الأمراض - إلا أنها ليست عملية مستحيلة .

وينطوي أحد الأسباب أيضا على عدم وجود مشاكل لتعاطي هذه العقاقير كما أشار نسبة ٨٦,٦٪ - ذلك أنها لا تحتاج إلى جلسات وما يتبع ذلك من ترتيبات وخوف من الرقابة والبوليس، فلا تحتاج أكثر من البلع أو الاستحلاب في أي وقت وأي مكان - ولا شك أن هذه السهولة تعكس قابلية هذه العقاقير على وجه الخصوص للانتشار السريع .

واتصالا بالأسباب أيضا - يلاحظ أهمية مفعول هذه العقاقير السريع بنسبة ٨٦,٥٪، ذلك بسبب تأثيرها المباشر على الجهاز العصبي المركزي، وترتبط هذه السرعة أيضا بسهولة التعاطي، فالخشيش على سبيل المثال يحتاج إلى وقت كي يشعر المتعاطي بآثاره التخديرية المختلفة والمعروفة - وهو ما لا يتوفر في تعاطي هذه العقاقير.

كما ترتبط بالأسباب أيضا، رخص ثمنها بالمقارنة بالمخدرات الطبيعية أو نصف الطبيعية حيث أشارت نسبة ٢, ٧٦٪ بهذا الرأي، وقد تصح هذه الوجة من النظر إذا ما اشترى المتعاطي هذه العقاقير من الصيدليات بترخيص طبي (تذكرة) لكن ذلك لا يحدث في كثير من الأحيان مما يتيح الفرصة للتجارة والترويج غير المشروع سواء عن طريق الصيدليات أو الأكشاك أو غيرها، وهكذا تتاح الفرصة لارتفاع ثمنها.

كما تظهر خاصية اخرى لا تنفرد بها العقاقير التخليقية وحدها بل تشاركها فيها غيرها من المخدرات الأخرى - ألا وهي خاصية تناسي الهموم والمشاكل حيث مثل هذا الرأي نسبة ٨, ٦٠٪ - ذلك أن بعض العقاقير التخليقية (النومات والمغيات على وجه الخصوص) لها آثار تخديرية مثلها في ذلك مثل بعض المخدرات الطبيعية (الحشيش)، وبنفس الطريقة (الخواص المشتركة)، تشارك العقاقير التخليقية المخدرات الأخرى في خاصية إعطاء تصور جميل للحياة أو الحصول على (الفرفشة) بنسبة ٧, ٥٦٪، ثم في النهاية الحصول على قدر من الطاقة للعمل بنسبة ٣٦٪ - وهي كلها خصائص يلعب الایحاء دورا كبيرا فيها.

١١ - أعراض الانسحاب كما يختبرها المتعاطي (المعتمد) :

الجدول رقم (٥١) يوضح أعراض الانسحاب عن التوقف عن التعاطي

ن = ٩٧

م	الأعراض	ك	%
١	اسهال شديد	١٨	١٨,٥
٢	كثرة العطس	٢	٢
٣	تدفق الدموع من العين بغزارة	٥	٥,١
٤	قيء مستمر	١١	١١,٣
٥	سرعة ضربات القلب	٣	٣
٦	رعشة جلدية	٢	٢
٧	كثرة التثاؤب	٣	٣
٨	عرق غزير	٧	٧,٢
٩	الشعور بالبرد والحر في نفس الوقت	١	١٠
١٠	فقدان الشهية	١٢	١٢,٣
١١	انخفاض في الوزن	٢٥	٢٥,٧
١٢	رعصة العضلات	٩	٩,٢
١٣	ارتفاع في ضغط الدم	٦	٦,١
١٤	رفرقة سريعة في جفون العين	٢٩	٢٩,٨
١٥	رشح غزير من الأنف	٩	٩,٢
١٦	اضطراب وقلق في النوم	٨٢	٨٤,٥

٩,٢	٩	التهيج الجنسي	١٧
٨٨,٦	٨٦	القلق المستمر	١٨
٧٠,١	٦٨	خوف دائم	١٩
٩٣,٨	٩١	توتر الأعصاب	٢٠
٩٦,٩	٩٤	الثورة لاتفه الأسباب	٢١
٨٦,٥	٨٤	الشعور بالكسل والخمول	٢٢
١	١	أخرى تذكر	٢٣

يوضح هذا الجدول رقم (٥١) أعراض الانسحاب المختلفة التي يختبرها المتعاطي حينما يتوقف عن التعاطي لأي سبب من الأسباب، ويود الباحث أن يشير أنه حينما صاغ هذه الأعراض وضع في اعتباره شمولها لكل أنواع العقاقير والمخدرات بشكل عام كما وردت في المراجع العربية والأجنبية (يرجع إلى الفصل الثاني في الجزء النظري من هذا البحث)، لاحتتمال تعاطي المبحوث أكثر من عقار تخليقي وغير تخليقي، ولهذا يلاحظ تنوع هذه الأعراض من ناحية ووجود فارق كبير في التكرارات والنسب المثوية من ناحية أخرى.

ونظراً لتركيز الدراسة الراهنة على العقاقير التخليقية جاءت الأعراض النفسية أكثر تفوقاً بالنسب عن الأعراض الجسمية اتساقاً مع الطبيعة المتميزة لأعراض الانسحاب الخاصة بهذه العقاقير والتي يغلب عليها الطابع النفسي.

وهكذا يلاحظ من الجدول أن الثورة لاتفه الأسباب ٩٦,٩٪
وتوتر الأعصاب ٩٣,٨٪، والقلق المستمر ٨٨,٦٪، والشعور
بالكسل والخمول ٨٦,٥٪، واضطراب النوم ٨٤,٥٪، والخوف
الدائم ٧٠,١٪، هي أكثر الأعراض ظهوراً عند التوقف فجأة عن
التعاطي.

ثم تأتي الأعراض الجسمية بنسب أقل، كالرغبة السريعة في
جفون العين ٢٩,٨٪، وانخفاض الوزن ٢٥,٧٪، والاسهال
الشديد ١٨,٥٪، وفقدان الشهية ١٢,٨٪، والقيء المستمر
١١,٣٪، وغير ذلك من الأعراض الموضحة بالجدول والتي تصاحب
أكثر ما تصاحب المنومات (البارباتيورات) كعقار تخليقي والهيروين
كعقار نصف تخليقي.

نتائج الدراسة فيما يتعلق بالخصائص المتميزة للاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية

١ - تعد المغيبات من أكثر العقاقير التخليقية انتشاراً بين مجتمع
البحث - حيث مثل من يعتمد عليها نسبة ٧٩,٤٪ يلي ذلك
المنومات بنسبة ٣٩,٨٪ ثم المنشطات بنسبة ٣٣,٧٪ - ويعد
انتشار المغيبات بعداً هاماً ينبه الأذهان إلى خطورة هذا العقار
على العنصر البشري الذي هو عماد التنمية المتبغاة في المجتمع
المصري الآن - ذلك بسبب ما يحدثه هذا العقار من آثار سلبية

سيئة على قوى المتعاطي الجسمية والعقلية، وتؤدي به إلى حالة من عدم الاتزان العقلي والنفسي وتصيبه ببعض الهلاوس السمعية والبصرية مما يدفعه في بعض الأحيان إلى ارتكاب بعض أشكال السلوك الانحرافي.

٢ - يضيف المدمن (المعتمد) المصري على العقاقير التخليقية أسماء ومفاهيم دارجة لا تمت في أغلب الأحيان إلى أسمائها العلمية بصلة، وتشكل هذه المفاهيم والمصطلحات محتوى الثقافة الفرعية التي تميل إلى التواصل والانتقال بين جماعات المتعاطين في أقاليم جغرافية بعيدة نسبيا.

٣ - تميل نسبة كبيرة من مجتمع البحث تقدر بحوالي ٦٣,٩ ٪ إلى المزوجة بين تعاطي العقاقير التخليقية وغيرها من أنواع العقاقير والمخدرات الأخرى - ويأتي (الحشيش والأفيون) في مقدمة هذه المخدرات، ثم الهيروين، فالكحوليات، ولعل أبرز الأسباب التي تدعوهم إلى هذه المزوجة ما يعرف في مجال الإدمان بخاصية التحمل أو الاطاقة والتي بمقتضاها يميل المتعاطي إلى زيادة الجرعات فترة بعد الأخرى لانعدام تأثير الجرعات السابقة على الجسم، فيضطر إلى هذه المزوجة خوفا من آلام الانسحاب الجسمية والنفسية المبرحة، كما تتحكم عوامل الندرة الدائمة أو المؤقتة في تلك المزوجة - ذلك أن الرقابة الصارمة على نوع معين في بعض الأحيان تدفع المدمن (المعتمد) إلى تأمين نفسه ببعض البدائل.

٤ - تصل نسبة من يعتمد على العقاقير التخليقية وحدها إلى حوالي ٣٦,١ ٪، من المجتمع الكلي للبحث - ويعزى ضآلة هذه النسبة إلى الأسباب سالفه الذكر في المزاوجة - ولا يعني ذلك انكساراً في نسبة من يتعاطى هذه العقاقير - بل يعني ذلك ما يعني بخاصية إنفراد (المزاج) الذي يختلف فيه الافراد بعضهم عن البعض الآخر - ويجب أن ننوه في هذا الصدد إلى أن جميع أفراد مجتمع البحث يتعاطون هذه العقاقير إلى الدرجة التي يعتمدون عليها اعتماداً جسياً أو نفسياً .

ومما يدل على تزايد تعاطي هذه العقاقير (التخليقية) ما أسفرت عنه الدراسة التقييمية^(١) التي أشرف عليها الدكتور جمال ماضي أبو العزائم لجهود «جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات» بالعبدة منذ إنشائها عام ١٩٦٩ حتى عام ١٩٨٣ ، والتي أظهرت زيادة نسبة تعاطي الاقراص من ٢,٤ ٪ الى ١٠ ٪، ثم الى ٢٠ ٪، وارتفعت كذلك نسبة تعاطي حقن (الماكستون) من ٠,٥ ٪ إلى ٣ ٪ ثم إلى ٨ ٪، وتشير الدراسة إلى تناقص عدد المتعاطين للمخدرات التقليدية، في حين تزايد الاقبال على المخدرات التخليقية المستحدثة، وتضاعفت الأرقام بشأنها من سنة إلى أخرى .

١ - المؤتمر الرابع للدفاع الاجتماعي ، المخدرات والمسكرات ، اتجاهات جديدة في مجالات المكافحة والعلاج مع تقويم التجربة المصرية ، ٣ : ٥ مايو ١٩٨٣ ، سلسلة مطبوعات الدفاع الاجتماعي ، ص ١٥٠ .

٥ - تميل الغالبية العظمى من مجتمع البحث ٨٣,٥ ٪ إلى تعاطي العقاقير التخليقية أكثر من ثلاث مرات في اليوم الواحد، ويتفق ذلك تماما مع خاصية التحمل كإحدى الخصائص المحددة لظاهرة الاعتماد، حيث يصل متوسط ما يتعاطاه المدمن (المعتمد) من الاقراص في اليوم الواحد من ٣٠ - ٧٠ قرصا في المتوسط .

٦ - أظهرت الدراسة أن أهم المصادر التي يحصل منها المتعاطي على هذه العقاقير هي الصيدليات (دون ترخيص طبي) - يلي ذلك الاكشاك والمنازل، مما يستلزم فرض رقابة صارمة على هذه الأماكن - والحقيقة التي يجب أن يقال أنه إذا جاز ضمنا بهذه الأكشاك والمنازل بيع هذه السموم - فكيف يجوز للصيدلة ذلك - الذين أغراهم الربح بالبعد عن رسالتهم الانسانية .

٧ - أظهرت الدراسة أن أكثر من نصف مجتمع البحث ٥٤,٦ ٪ قد حاول الاقلاع عن التعاطي عدة مرات - كما أظهرت الدراسة إجابة على أسباب العودة مرة أخرى، والتي كان من أبرزها وجود أصدقاء السوء، وضعف القدرة على العمل، وملاحقة المشاكل على طول الدوام، واستمرار الأسباب الاجتماعية التي أدت إلى التعاطي، وعدم القدرة على تحمل آلام الانسحاب الجسمية والنفسية .

٨ - يتوفر للعقاقير التخليقية خاصية مميزة تختلف عن غيرها من الخصائص المعروفة عن تعاطي المخدرات بشكل عام - ألا وهي خاصية التعاطي المنفردة (دون شلة) كما أشارت بذلك نسبة ٧٧,٣ ٪ من مجتمع البحث وبذلك تنسحب المقولة الشهيرة

المتعلقة بارتباط (المزاج بوجود شلة) عن هذه العقاقير، ومن ناحية أخرى أظهرت الدراسة بعض الأسباب التي كانت وراء ذلك - ولعل من أبرزها تلك الطبيعة المتميزة لتعاطي هذا النوع (التخليقي) الذي لا يحتاج إلى مشاركة في التعاطي (كما هو الحال في الحشيش)، ولا يحتاج كذلك إلى ترتيبات ولا تجهيزات خاصة.

٩ - يتوفر للاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية خاصية المداومة على التعاطي في أوقات محددة والتي من أهمها بالترتيب : توقيت ما بعد الاستيقاظ مباشرة - قبل الذهاب إلى العمل - أثناء العمل - بعد العودة من العمل - قبل النوم - وتتفق هذه النتيجة مع خصائص الاعتماد الجسمي والنفسي المحددة لظاهرة الإدمان (الاعتماد) والتي يتعين بمقتضاها على المتعاطي ممارسة عاداته في أوقات محددة - تلك التي يفرغ الجسم بعدها من آثار التخدير والتي من أبرزها وقت الاستيقاظ - حيث يكون الجسم قد تخلص من المخدر أو العقار أثناء فترة النوم.

١٠ - تنطوي الأسباب التي تدعو المتعاطين إلى تفضيل تعاطي العقاقير التخليقية على خصائص تنفرد بها وأخرى تشارك فيها غيرها من المخدرات الأخرى، ولعل من أبرز العوامل المرتبطة بالنوع الأول ما يلي :

أ - سهولة الحصول عليها.

ب - سهولة تعاطيها.

ج - الآثار السريعة (مفعولها السريع) بسبب تأثير بعضها على الجهاز العصبي المركزي .

د - رخص ثمنها بالمقارنة بالمخدرات الطبيعية ونصف الطبيعية والكحوليات .

ومن ناحية أخرى تتلخص أهم العوامل المرتبطة بالنوع الثاني (المشترك) فيما يلي :

أ - ما تبعثه من تخدير يعين المتعاطي على تناسي الهموم والمشاكل .

ب - ما تحدثه من آثار منعشة (الفرغشة - الانبساط - السرور) .

ج - قدرتها كما يعتقد المتعاطون على تنشيط القدرة على العمل والتقليل من المشاكل مع الزملاء والرؤساء .

١١ - يغلب على أعراض الانسحاب المرتبطة بالعقاقير التخليقية -

اعراض الانسحاب النفسية بصورة أكبر من أعراض الانسحاب الجسمية كما تشير بذلك النسب المئوية - ويتسق ذلك مع طبيعة ظاهرة الاعتماد على هذه العقاقير المشار إليها في الفصل الثاني من الجزء النظري لهذا البحث .

رابعاً : الأسباب الاجتماعية للتعاطي من خلال الدراسة الميدانية

يرتبط هذا الجانب بأحد التساؤلات الرئيسية للدراسة الراهنة من حيث البحث عن الأسباب الاجتماعية للاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية، وسوف تشتمل الاجابة على هذا التساؤل الرئيسي ببعض التساؤلات الفرعية التي اشتملتها استمارة البحث والتي منها :

- ١ - ما هي الأسباب التي دفعت المدمن (المعتمد) إلى التعاطي في البداية؟ ومن المشاركون له؟
- ٢ - هل يرجع التعاطي إلى وجود مشكلة صحية تزامنت مع تحديد شكل البداية .
- ٣ - ما هي المشكلات الاجتماعية (الأسرية - العائلية - الأصدقاء - العمل) الموجودة في حياة المتعاطي؟ وما دورها في تهيئة المناخ للوقوع في دائرة الاعتماد؟
- ٤ - ما هي مناطق الفشل أو القصور في عمليات التنشئة الاجتماعية المحيطة بحياة المتعاطي وأثر ذلك على دفعه للاعتماد؟ .
- ٥ - هل يرتبط التعاطي بنظرية التعلم الاجتماعي التي صاغها «سيزرلاند» من خلال نموذج أسري أو عائلي؟
- ٦ - ما احتياجات المتعاطي الحالية، وإلى أي مدى ترجع مشكلة الاعتماد إلى عدم القدرة على مسايرة أو تحقيق الأهداف المرغوبة من قبل المجتمع الأكبر؟ .

٧ - كيف يقضي المتعاطي وقت فراغه، وإلى أي مدى يسهم هذا الفراغ في تدعيم ممارسته في التعاطي؟.

٨ - ما المشكلات والآثار المترتبة على الاعتماد من النواحي الصحية والاقتصادية والنفسية والعقلية والاجتماعية؟.

ولسوف نحاول في الصفحات القادمة الاجابة على كل هذه التساؤلات تلك التي كشفت عنها الدراسة الميدانية مع تأصيل النتائج لكل من التراث والدراسات الغربية والعربية كلما كان ذلك متاحا.

١ - أهم الأسباب التي دفعت المبحوث إلى التعاطي في البداية :

الجدول رقم (٥٢) يوضح أهم الأسباب التي دفعت المبحوث إلى التعاطي في البداية

ن = ٩٧

٢	الأسباب	ك	%
١	من أجل مجارة الأصدقاء	٨٣	٨٥,٥
٢	لتناسي الهموم والمشاكل	٦٧	٦٩
٣	لتجريب الجنس	١٥	١٥,٤
٤	لحل المواقف الصعبة التي تواجهه	٩	٩,٢
٥	للعلاج من بعض الامراض	٣	٣
٦	للتقليل من بعض الآلام	٦	٦,١
٧	من أجل تحمل متاعب العمل	٥٠	٥١,١
٨	للتجارة والترويج	٣	٣
٩	أخرى تذكر	١٤	١٤,٤

يوضح الجدول رقم (٥٢) أهم الأسباب التي دفعت بمجتمع البحث إلى التعاطي في البداية - حيث يلاحظ أن مجارة الأصدقاء كانت أهم هذه الأسباب بنسبة ٨٥,٥ ٪، وتتفق هذه النتيجة مع ما أوردناه في الجزء النظري من هذا البحث والذي عرف بنظرية الاستمالة والتي أيدتها دراسات «شين CHIEN على المدمنين من الأحداث المنحرفين، حيث استخلص من دراساته أن المدمن يصبح كذلك في البداية عن طريق الأصدقاء، كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة عبدالكريم عفيفي الذي استخلص أن أهم أسباب التعاطي في البداية هي مجارة الأصدقاء.

ويلى ذلك في الأهمية كما يلاحظ من نسب الجدول السابق الرغبة في تناسي الهموم والمشاكل بنسبة ٦٩ ٪، والقدرة على تحمل متاعب العمل بنسبة ٥١,١ ٪، وتجريب الجنس بنسبة ١٥,٤ ٪.

وتشتمل فئة (أخرى تذكس) التي حصلت على نسبة ١٤,٤ ٪، على الرغبة في الانبساط والفرقة واستجلاب السرور - إلى جانب التجريب والعلم بالشيء، وهي كلها عوامل سبق الحديث عنها في الأجزاء السابقة من الدراسة الميدانية، ورغبة في مزيد من الدقة والتمحيص كان لزاماً علينا الوقوف على المشاركين للمبحوث في بداية التعاطي من أصدقاء أو أقارب. . الخ، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (٥٣) يوضح المشاركين للمبحوث عند مرحلة البداية

ن = ٩٧

١	المشاركون	ك	%
١	أحد أفراد الأسرة	٢	٢
٢	أحد الأقارب	-	-
٣	أحد الأصدقاء	٩٣	٩٥,٨
٤	بنفسه عن طريق التجربة	٦	٦,١
٥	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٥٣) جماعات التعاطي الفرعية التي رسمت بداية الطريق لتعاطي العقاقير التخليقية - حيث يلاحظ أن الأصدقاء ما زالوا هم أهم المشاركين بنسبة ٩٥,٨٪، وفي محاولة الباحث الوقوف على نوعية هؤلاء من خلال المقابلات المتعمقة التي كان يجريها في بعض الأحيان جاء زملاء المهنة (الصنعة) خاصة في مجال الأعمال الحرفية، وزملاء السفر حينما اغترب البعض منهم للعمل في بعض الدول النفطية أو في بعض الدول الأجنبية.

ثم تأتي بعد ذلك فكرة التجريب الشخصي بنسبة ٦,١٪، وهنا تبرز أهمية شغل أوقات الفراغ بما هو مفيد، والتأثير السلبي لبعض وسائل الاعلام التي قد تخاطب الجماهير بلغة تحمل في طياتها عنصر التشويق لبعض الجماعات التي يطلق عليها في مجال علم النفس الاجتماعي بالجماعات «الهشة» تلك الجماعات التي يستهويها التجريب وحب المغامرة.

ويأتي في نهاية الجدول المشاركون ضمن افراد الأسرة بنسبة ضئيلة جدا تقدر بحوالي ٢٪ ولا تحتاج إلى تعليق.

الجدول رقم (٥٤) يوضح ما إذا كان هناك مشكلة صحية قبل
التعاطي

م	البيان	ك	%
١	يوجد	١٢	١٢,٤
٢	لا يوجد	٨٥	٨٧,٦
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٥٤) نوعاً من أنواع الإدمان «الاعتماد» الذي يعرف بالإدمان أو الاعتماد الطبي - ذلك أن حاجة الانسان إلى أدوية لعلاج بعض الأمراض العضوية أو النفسية قد تدفعه إلى الافراط في تناول بعض من هذه العقاقير المسببة للاعتماد دون استشارة الطبيب المعالج - يتحول هذا الانسان بعد ذلك إلى مدمن أو معتمد على هذه العقاقير - ويلاحظ من الجدول أن هذه العقاقير لا تمثل في مجتمع البحث بشكل كبير - حيث أشارت نسبة ٨٧,٦% بعدم وجود أية مشكلة صحية قبل التعاطي .

الجدول رقم (٥٥) يوضح العلاقة بين وجود مشكلة صحية قبل
التعاطي والاستمرار فيه

ن = ١٢

م	البيان	ك	%
١	نعم	١٢	١٠٠
٢	لا	-	-
المجموع		١٢	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٥٥) العلاقة بين وجود مشكلة
صحية قبل التعاطي والاستمرار في الاعتماد على بعض العقاقير
الطبية المعالجة - ويلاحظ من الجدول وجود هذه العلاقة بنسبة
١٠٠٪، ولا يحتاج الموقف إلى تعليق أكثر مما هو موجود في الجدول
السابق رقم (٥٤).

٢ - طبيعة المشكلات الموجودة في حياة المتعاطي وإلى أي مدى يرتبط
الاعتماد بها :

الجدول رقم (٥٦) يوضح طبيعة المشكلات الموجودة في حياة المتعاطي

م	المشكلات	ك	%
١	مشكلات أسرية	٦٨	٧٠,١
٢	مشكلات عائلية	٤١	٤٢,٣
٣	مشاكل في العمل	٣١	٣١,٩
٤	مشاكل مع الأصدقاء	٢	٢
٥	لا توجد مشاكل من هذا النوع	١١	١١,٣

يوضح الجدول السابق رقم (٥٦) طبيعة المشكلات التي يعيش في محيطها المتعاطي - حيث يلاحظ أن أكثر هذه المشكلات كانت في محيط الأسرة بنسبة ٧٠,١ %، في حين جاءت المشكلات العائلية أقل نسبياً بنسبة تقدر بحوالي ٤٢,٣ %، يلي ذلك المشكلات في محيط العمل بنسبة ٣١,٩ % - الجداول التالية ستوضح طبيعة المشكلات الأسرية والعائلية لبيان دورها في التعاطي - علماً بأن التركيز سوف يشمل هاتين المشكلتين لحصولهما على أعلى نسبة من التكرارات .

الجدول رقم (٥٧) يوضح طبيعة المشكلات الأسرية الموجودة حالياً في
محيط الأسرة

ن = ٦٨

م	المشكلات الأسرية	ك	%
١	هجر	٣	٤,٤
٢	طلاق	٨	١١,٧
٣	قلة الدخل	٥٢	٧٦,٤
٤	زيادة أعباء الحياة	٥٩	٨٦,٧
٥	برود جنسي من الطرف الآخر	١٢	١٧,٦
٦	برود عاطفي من الطرف الآخر	٦	٨,٨
٧	انعدام الاهتمام والمشاركة من الطرف الآخر	٣٥	٥١,٤
٨	خلافات حول الانجاب	٨	١١,٧
٩	خلافات حول الانجاب المبكر	٨	١١,٧
١٠	خلافات حول تربية الأبناء	٢٨	٤١,١
١١	كثرة عدد الأبناء	١٧	٢٥
١٢	اسراف الطرف الآخر	٣	٤,٤
١٣	خيانة زوجية	١	١,٤
١٤	أخرى تذكر	١٠	١٤,٧

يوضح الجدول السابق رقم (٥٧) طبيعة المشكلات الأسرية الموجودة في حياة المتعاطي - حيث يلاحظ أن زيادة أعباء الحياة مع قلة الدخل قد مثلت أعلى نسبة من نسب هذا الجدول حيث وصلت في الأولى ٨٦,٧ % وفي الثانية ٧٦,٤ % - يلي ذلك انعدام الاهتمام والمشاركة في الطرف الآخر بنسبة ٥١,٤ %، ثم وجود خلافات حول

تربية الأبناء بنسبة ٤١,١ ٪، ويأتي في قاع الجدول مشكلات متفاوتة بنسب قليلة مثل : كثرة عدد الأبناء - برود جنسي من الطرف الآخر - خلافات حول الانجاب - الطلاق - البرود العاطفي - الهجر - الاسراف .

كما يلاحظ حصول فئة (أخرى تذكر) على نسبة ١٤,٧ ٪ والتي تميل غالبيتها في وجود خلافات بين الأب والأبناء بسبب التعاطي والسكر الشديد - إلى جانب وجود خلافات بين الأب والأم بسبب الاسراف الشديد على تعاطي المخدرات بشكل عام .

وبتحليل نسب هذا الجدول يمكن القول أن مشكلة زيادة أعباء الحياة وقلة الدخل التي حصلت على أعلى نسب هذا الجدول - هي ظاهرة ملموسة في المجتمع المصري بأسره - وإن اختلف مداها من فئة إلى أخرى أو من طبقة إلى أخرى - وفي المقابل نرى أيضا كيف يكون الرخاء (زيادة معدلات الدخل بين مجتمع البحث بمدينة القاهرة) في بعض الأحيان بلاء على صاحبه يدفعه إلى التعاطي (خاصة الكسب السريع الذي لا يأتي من خلال جهد حقيقي) - ذلك هو التناقض الذي خلفه الانفتاح الاقتصادي على بنية المجتمع المصري والذي زاد الغني غنى وزاد الفقير فقراً .

وعلى أية حال لا يمكن الجزم بالأثر المباشر للضغوط البيئية المتمثلة في زيادة أعباء الحياة مع قلة الدخل على تعاطي المخدرات لأن الكثير من الافراد في المجتمع المصري الآن ربما يشتركون في هذه الخاصية في غياب التعاطي - ولذلك يكون التحليل المناسب هو ما تهيئه هذه الضغوط البيئية من إحباطات قد تساعد ربما بشكل مباشر أو غير مباشر على الوقوع في دائرة الاعتماد .

الجدول رقم (٥٨) يوضح طبيعة الخلافات العائلية الموجودة في حياة المتعاطي

ن = ٤١

م	المشكلات العائلية	ك	%
١	بين الأب والأم	٢٢	٥٣,٦
٢	بين الأخوة	٧	١٧
٣	بين المتعاطي والأب	١٨	٤٣,٩
٤	بين المتعاطي والأم	٥	١٢,١
٥	بين المتعاطي والأخوة	٢١	٥١,٢
٦	بين المتعاطي والجيران	٣	٧,٣
٧	بين عائلة المتعاطي والعائلات الأخرى	-	-
٨	بين المتعاطي وأهل الطرف الآخر	-	-
٩	بين الطرف الآخر وأهل المتعاطي	١	٢,٤
١٠	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٥٨) طبيعة الخلافات العائلية الموجودة في حياة المتعاطي - حيث يلاحظ أن الخلافات بين الأب والأم قد مثلت أعلى نسبة ٥٣,٦ % - يلي ذلك الخلافات بين المتعاطي والأخوة بنسبة ٥١,٢ %، ثم بين المتعاطي والأب بنسبة ٤٣,٩ % - وكذلك بين الأخوة عموماً بنسبة ١٧ % - وتقل تدريجياً الخلافات بين المتعاطي وبين الجيران بنسبة ٧,٣ % - وبين الطرف الآخر وأهل المتعاطي بنسبة ٢,٤ %.

ولا يختلف التحليل هنا كثيرا عن الجدول السابق من حيث تأثير هذه الخلافات على تهيئة الظروف والاضاع التي تسهل عملية التعاطي ، لكن ما يود الباحث التركيز عليه هو ارتفاع نسبة الخلافات بين الأب والأم - ذلك أن مثل هذه الأمور تمثل عوامل طرد للفرد داخل الأسرة لتكون الفرصة مواتية لمصادقة رفاق السوء أو التردد على بعض الأماكن المشبوهة للهروب من هذا الواقع .

يوضح الجدول السابق رقم (٥٩) الدور الذي تلعبه المشاكل المتنوعة (الأسرية - العائلية - الأصدقاء - العمل) في دفع المبحوث إلى

م	البيان	ك	%
١	نعم	٨٣	٩٦,٥
٢	لا	٣	٣,٥
المجموع		٨٦	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٥٩) الدور الذي تلعبه المشاكل المتنوعة (الأسرية - العائلية - الأصدقاء-العمل) في دفع المبحوث إلى التعاطي - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة من مجتمع البحث بنسبة ٩٦,٥ %، قد أفادوا بدور تلك الخلافات في دفعهم إلى التعاطي ، في حين جاءت نسبة الذين لم يوافقوا بسيطة للغاية تقدر بـ ٣,٥ % .

ويمكن القول بأن الاجابة على هذا التساؤل بالايجاب ربما بسبب هروب المبحوث وتنصله من مسئولته الذاتية (الشخصية) من مشكلة التعاطي والدفع بهذه الأسباب الخارجية كعوامل مسئولة عن وقوعه في دائرة الاعتماد.

وعلى الرغم من أن هذا الاحتمال لا يمكن تجاهله، إلا أن الباحث يتفق مع وجهة نظر المبحوثين من خلال مشاهداته الميدانية التي تجمعت من دراسته لحالات التدخل المهني والتي أكدت وجود مشكلة اجتماعية أو عدة مشكلات كعوامل مسببة لوقوع الفرد في دائرة الاعتماد.

٣ - بعض أوجه القصور في التاريخ الاجتماعي والتنشئة الاجتماعية للمتعاطي (المعتمد) :

الجدول رقم (٦٠) يوضح ما إذا كان والد ووالدة المبحوث على قيد الحياة وقت إجراء الدراسة

٢	البيان	ك	%
	<u>الوالد</u>		
١	نعم	٥١	٥٢,٦
٢	لا	٤٦	٤٧,٤
المجموع		٩٧	١٠٠
	<u>الوالدة</u>		
١	نعم	٥٨	٥٩,٨
٢	لا	٣٩	٤٠,٢
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٦٠) المدى الذي يتواجد به الأب والأم في حياة المتعاطي وقت إجراء الدراسة الميدانية حيث مثلت نسبة من يعيش والده وقت إجراء الدراسة الميدانية ٥٢,٦ %، ووالدته نسبة ٥٩,٨ %، في حين تقترب نسبة من توفي والده ووالدته من هذه النسبة، حيث بلغت في الأولى ٤٧,٤ %، وفي الثانية ٤٠,٢ %.

وعن علاقة ذلك بتهيئة الظروف لتعاطي المخدرات كشكل من أشكال الانحراف الاجتماعي، يمكن القول بأن وجود الأب والأم

يعد عماد عملية التنشئة الاجتماعية من حيث غرس القيم والمعايير وممارسة عمليات الضبط الاجتماعي، إلا أن الشيء الهام في هذا الجانب هو وجود الأب والأم في مراحل النمو الأولى (الطفولة المبكرة والمتأخرة)، وهو الشيء الذي لم يوضحه هذا الجدول. وربما نجد إجابة ثانية له في الجدول التالي.

الجدول رقم (٦١) يوضح سن المبحوث عند وفاة الأب أو الأم

م	البيان	ك	%
<u>الوالد</u>			
١	أقل من ٥ سنوات	٥	١٠,٨
٢	من ٥ إلى أقل من ١٠	٣	٦,٥
٣	من ١٠ إلى أقل من ١٥	١٠	٢١,٨
٤	من ١٥ إلى أقل من ٢٠	١١	٢٣,٩
٥	من ٢٠ فأكثر	١٧	٣٦,٩
المجموع		٤٦	١٠٠
<u>الوالدة</u>			
١	أقل من ٥ سنوات	٦	١٥,٤
٢	من ٥ إلى أقل من ١٠	٨	٢٠,٥
٣	من ١٠ إلى أقل من ١٥	١٠	٢٥,٧
٤	من ١٥ إلى أقل من ٢٠	٨	٢٠,٥
٥	من ٢٠ فأكثر	٧	١٧,٩
المجموع		٣٩	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٦١) سن المتعاطي وقت حدوث الوفاة (الأب والأم) - حيث يلاحظ أن أعلى نسبة لوفاة الأب هي الفئة من (عشرين سنة فأكثر) بنسبة ٣٦,٩٪، يلي ذلك الفئة (من ١٥ - ٢٠) بنسبة ٢٣,٩٪، ثم الفئة من (١٥ - ١٠) بنسبة ٢١,٨٪، ومعنى ذلك كله أن تأثير عدم وجود الأب في مراحل النمو المبكرة ليس له دلالة كبيرة - في حين نجد عكس ذلك بالنسبة لوفاة الأم، حيث كانت أعلى نسبة (٥, ٢٥٪) في الفئة من (١٠ - ١٥)، ثم تساوت النسبة (٥, ٢٥) في الفئتين من (٥ - ١٠)، ومن (١٥ - ٢٠)، يلي ذلك (فئة ٢٠ فأكثر) بنسبة ١٧,٩٪، ثم فئة (أقل من ٥ سنوات) بنسبة ١٥,٤٪.

والموقف في وفاة الأم يختلف عن الموقف في وفاة الأب - ذلك أن الرجل غالباً ما يتزوج باخرى وقد تنجب اطفالاً غير أشقاء - ناهيك عن سوء المعاملة التي قد يلقاها الطفل من زوجة الأب وكلها عوامل قد تسهم إلى حد كبير في دعم مناطق القصور في حياة المتعاطي والتي تشمل عدم النضج الانفعالي وتنشيط السلوك العدواني والكرامية وتراكم الاحباطات - إلى جانب ما هو متوقع من ضعف الروابط الاجتماعية وضعف الاحساس بالحب والتقدير والانتهاك كحاجات اجتماعية أساسية.

كل ذلك إلى جانب ما قد يشمله الجو المضطرب للعلاقات الأسرية في حياة النمو الأولى من قصور في غرس القيم والمعايير الفاضلة التي تعد خط الدفاع الأول ضد الانحراف.

وعلى أية حال يوضح الجدول التالي ما إذا كان والد المبحوث قد تزوج بغير والدته من عدمه؟

الجدول رقم (٦٢) يوضح ما إذا كان والد المبحوث قد تزوج بغير والدته من عدمه

م	البيان	ك	%
١	نعم	٢٥	٢٥,٨
٢	لا	٧٢	٧٤,٢
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٦٢) ما إذا كان والد المبحوث قد تزوج بغير والدته من عدمه - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة من مجتمع البحث لم تمر بهذه الخبرة ٧٤,٢ %، في حين مر بهذه الخبرة نسبة ٢٥,٨ %، من مجتمع البحث - وإذا نظرنا إلى هذه النسبة الأخيرة نجد أنها ضئيلة بالنسبة لحجم المجتمع الكلي - لكننا إذا قمنا بعملية حسابية أخرى كي نرى ما تمثله هذه النسبة بالمقارنة بمن توفيت والدتهم وعددهم ٣٩ فرداً فكانت النسبة ٦٤,١ %، مما يدعم التفسير الخاص بأثر وفاة الأم على اضطراب حياة المتعاطي والوارد في الجدول السابق.

الجدول رقم (٦٣) يوضح سن المبحوث عند زواج والده بأخرى

م	البيان	ك	%
١	قبل الولادة	١	٤
٢	أقل من عشر سنوات	١٢	٤٨
٣	من ١٠ إلى أقل من ٢٠	١٢	٤٨
٤	من ٢٠ إلى أقل من ٣٠	-	-
٥	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	-	-
٦	من ٤٠ فأكثر	-	-
المجموع		٢٥	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٦٣) سن المتعاطي عند زواج الأب بأخرى حيث يلاحظ أن نسبة ٤٨٪، ممن تزوج والدهم بأخرى يقعون في فئة (أقل من عشر سنوات)، ونسبة متماثلة للفئة من (١٠ - ٢٠)، ثم نسبة قليلة (٤٪) ممن تزوج والدهم بأخرى قبل ولادتهم.

وتأتي هذه النتائج لتدعيم ما سبق الحديث عنه في الجدولين السابقين فيما يتعلق بأثر وجود زوجة الأب على الصحة النفسية للأبناء من ناحية واضطراب نسق القيم من ناحية أخرى وهي كلها عوامل تمهد الطريق للانحراف.

الجدول رقم (٦٤) يوضح ما إذا كان هناك خلافات بين والد ووالدة
المبحوث من عدمه

م	البيان	ك	%
١	خلافات كثيرة	٤٨	٤٩,٥
٢	خلافات بسيطة	٢٣	٢٣,٧
٣	لا توجد خلافات	٢٦	٢٦,٨
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٦٤) طبيعة الخلافات الموجودة بين الأب والأم التي احاطت حياة المبحوث وقت إجراء الدراسة وما قبلها، حيث يلاحظ وجود خلافات كثيرة بينهما في نسبة كبيرة من مجتمع البحث تقدر بـ ٤٩,٥ %، في حين جاءت الخلافات البسيطة بنسبة ٢٣,٧ %، في المرتبة الثانية من حيث التكرارات، وفي المقابل كانت نسبة من لا توجد خلافات بين الوالدين منهم ٢٦,٨ %، وبمنظرة مدققة نرى أن نسبة من لديهم خلافات بين الوالدين عموماً تمثل حوالي ٧٣,٢ %، وهي نسبة مرتفعة إلى حد ما، تضطرب بموجبها الحياة الاجتماعية للمتعايشين، وتشكل كما سبق القول عامل طرد للفرد خارج الأسرة، ناهيك عن محاولات البحث المفرط عن السرور والانبساط التي تبعثها المخدرات كمحاولة لتناسي هذه الهموم والمشاكل.

وإذا كانت الجداول القليلة السابقة قد أظهرت ندرة نسبية في عدد المتزوجين بأخرى من آباء المتعاطين - فإن الحياة مع المشاكل في وجود الأب والأم قد تقترب خطورتها من خطورة حياة الفرد مع زوجة الأب فكلاهما أوضاع مقلقة ومحبطة ومنفرة.

الجدول رقم (٦٥) يوضح ما إذا كان هناك نموذج أسري أو عائلي لتعاطي العقاقير والمخدرات في حياة المتعاطي

م	البيان	ك	%
١	يوجد	٥٥	٥٦,٧
٢	لا يوجد	٤٢	٤٣,٣
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٦٥) مدى وجود نموذج للتعلم في حياة المتعاطي حيث يلاحظ توفر ذلك في أكثر من نصف مجتمع البحث بنسبة ٥٦,٧%، في حين لا يتوفر مثل هذا النموذج في نسبة ٤٣,٣%.

وبتحليل هذا الجدول يمكن القول بوجود تاريخ ادماني (اعتمادي) في المحيط الاجتماعي لنسبة مرتفعة نسبيا بين المتعاطين - ذلك الجو الذي يساعد على انتقال الخبرة، وربما يضيف على هذا

السلوك قدرا من القبول والاستحسان، أو ربما يرتبط المتعاطي بهذا النموذج كقدوة يحتذى بها.

ولسوف يوضح الجدول التالي مدى تعلم هذه الخبرة من هذا النموذج.

الجدول رقم (٦٦) يوضح ما إذا كان المبحوث قد تعلم التعاطي من هذا النموذج

٢	البيان	ك	%
١	نعم	٤٩	٨٩,١
٢	لا	٦	١٠,٩
المجموع		٥٥	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٦٦) مدى تعلم المبحوث عادة التعاطي من النموذج الأسري أو العائلي - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة (٨٩,١%) قد اكتسبت هذه الخبرة - وتتفق هذه النتيجة مع نظرية «ادوين سيذرلاند» التي أطلق عليها المخالطة الفارقة والتي بمقتضاها يرى أنه حينما يكون اتحاد الفرد مع إحدى الجماعات التي تستخدم المخدر، فإن ممارسته من المحتمل أن تتوافق مع معيار الجماعة في هذا الخصوص.

الجدول رقم (٦٧) يوضح أسلوب التنشئة الاجتماعية للمتعاطي
خلال السنوات العشر الأولى من العمر

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	تدليل	٢٠	٢٠,٦
٢	قسوة	٥٢	٥٣,٦
٣	حرمان زائد	٥٩	٦٠,٨
٤	رعاية أكثر من اللازم	٢	٢
٥	عادية	١٥	١٥,٤
٦	أخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٦٧) أسلوب التنشئة الاجتماعية للمتعاطي خلال السنوات العشر الأولى من العمر - حيث يلاحظ أن من عاشوا حياة الحرمان الزائد قد مثلوا أعلى نسبة ٦٠,٨ %، يلي ذلك من عاشوا حياة القسوة بنسبة ٥٣,٦ %، في حين مثل من عاشوا حياة التدليل نسبة ٢٠,٦ %، وفي المقابل أفادت نسبة تقدر بحوالي ١٥,٤ % بأن حياتهم كانت عادية خالية من هذه الصور السابقة.

وإذا كانت القسوة والحرمان الزائد هي من السمات المميزة لحياة المتعاطي الأولى، فلنا أن نتوقع مناشط سلوكية دفاعية - عدوانية - وقد يكون العدوان على النفس - الغير - السلطة... الخ، كما قد

تكتسب الشخصية من هذا المحور القلق - التوتر - مخالفة النسق القيمي والمعايير المتعارف عليها اجتماعيا - انتهاك القانون . الخ .

ومن ناحية أخرى يكسب التدليل سمات القصور النفسي - وعدم القدرة على تحمل الاحباط - عدم القدرة على التصرف في مواقف الألم أو التحدي - التعود على حياة النزوة والاشتهاء . الخ .

ولا شك أن كل هذا صور من مناطق الفشل في عمليات التنشئة الاجتماعية والتي تفسح الطرق لاشكال السلوك الانحرافي والتي يمكن أن يكون من بينها الاعتماد على العقاقير والمخدرات .

الجدول رقم (٦٨) يوضح مدى علم الأسرة بتعاطي المبحوث للعقاقير

م	البيان	ك	%
١	نعم	٩١	٩٣,٨
٢	لا	٦	٦,٢
مج		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٦٨) مدى علم الأسرة بتعاطي المبحوث للمخدرات والعقاقير - حيث يلاحظ أن نسبة ٩٣,٨ %، من أسر المتعاطين تعلم بهذا الأمر، في حين نجد ان نسبة ٦,٢ % لا تعلم ذلك .

وفي الحقيقة يعد هذا الأمر قصورا في عمليات التنشئة الاجتماعية للأسرة - ذلك أن علمها بالتعاطي يفرض عليها مسئولية اجتماعية في العلاج والمتابعة اللهم إلا إذا استخفت الأسرة بمثل هذا السلوك، أو أصبحت غير قادرة بالتأثير على المتعاطي بالاقلاع، وأحلاهما مر وأشد مرارة ما يرتبط بهذا التساهل من سرعة انتشار الظاهرة من خلال نماذج التعلم.

الجدول رقم (٦٩) يوضح علاقة علم الأسرة بتعاطي المبحوث للعقاقير واحداث خلافات ومشاكل داخلها

م	البيان	ك	%
١	يؤدي ذلك إلى حدوث مشاكل كثيرة	٧٢	٧٩,٢
٢	يؤدي ذلك إلى حدوث مشاكل بسيطة	٣	٣,٣
٣	لا يؤدي ذلك إلى حدوث مشاكل على الاطلاق	١٦	١٧,٥
المجموع		٩١	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٦٩) علاقة علم الأسرة بتعاطي المبحوث للعقاقير واحداث مشكلات داخلها - حيث يلاحظ الآثار السلبية التي تنعكس على الأسرة والمتعاطي في صورة حدوث مشاكل كثيرة بنسبة ٧٩,٢ %، في حين لم تتأثر بعض الأسر بنسبة ١٧,٥ %، بالموقف بشكل عام.

ويبدل هذا بشكل عام على استهجان كثير من الأسر لهذا الشكل من الانحراف (التعاطي)، أو حتى على الأقل استنكار هذا الفعل بدلالة آثاره (الاقتصادية - الانفعالية - الصحية - العقلية - الاجتماعية) على العميل والأسرة، ويعد هذا الاستهجان سواء المباشر أو غير المباشر أمراً إيجابياً ومطلوباً كحافز للمتعاطي للتقدم بطلب العلاج، وعلى الجانب الآخر نرى أن نسبة من لم يتأثروا بهذا الموقف جاءت مرتفعة نسبياً (١٧,٥ ٪) وهذا يعكس مدى التساهل والاستحسان والقبول الاجتماعي لبعض الأسر لهذا السلوك - ويرى الباحث أن ذلك ربما يشمل فقط بعض الأسر من لها تاريخ إدماني سابق، كما هو واضح من الجدول رقم (٦٥).

٤ - الآثار المترتبة على التعاطي :

الجدول رقم (٧٠) يوضح مدى حدوث مشكلات للمتعاطي بعد فترة الاعتماد

م	البيان	ك	٪
١	نعم	٩٧	١٠٠
٢	لا	-	-
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٧٠) مدى موافقة المبحوث على حدوث مشكلات بعد فترة من التعاطي المنتظم (الاعتماد)، حيث أشار جميع أفراد مجتمع البحث بنسبة ١٠٠ ٪، بحدوث ذلك لهم، ويعكس هذا الإجماع بالطبع الآثار السلبية التي تلحق بالمتعاطي وتحد من فعالية القيام بوظائفه الاجتماعية التي تفرضها الأدوار الملقاة على عاتقه.

كما تعكس هذه المشكلات مدى الإسهام المتردي لجهود هؤلاء الأفراد على التنمية التي ينشدها المجتمع المصري الآن.

ولسوف توضح الجداول التالية طبيعة هذه المشكلات :

الجدول رقم (٧١) يوضح المشكلات التي حدثت للمبحوث
بعد فترة من التعاطي المنتظم ن = ٩٧

أولاً : المشكلات الصحية

م	المشكلات	ك	%
١	هزال شديد	٨٤	٨٦,٥
٢	فقدان الشهية	٨٧	٨٩,٦
٣	ضعف مقاومة الجسم	٧٦	٧٨,٣
٤	أمراض في العين	٧	٧,٢
٥	أمراض في الأنف	٨	٨,٢
٦	أمراض في الجهاز التنفسي	٢٨	٢٨,٨
٧	ضعف القدرة على الانتصاب	٦	٦,١
٨	امراض جلدية	-	-
٩	أخرى تذكر	-	-

ثانياً : المشكلات الاقتصادية ن = ٩٧

م	المشكلات	ك	%
١	قلة الدخل	٩٢	٩٤,٨
٢	السلف والاستدانة	٩٠	٩٢,٧
٣	بيع الممتلكات	٧٣	٧٥,٢
٤	أخرى تذكر	-	-

ثالثاً : المشكلات النفسية ن = ٩٧

م	المشكلات	ك	%
١	قلق	٥٦	٥٧,٧
٢	توتر	٩٢	٩٤,٨
٣	خوف دائم	٧٠	٧٢,١
٤	التهيج العصبي	٦٨	٧٠,١
٥	الاكتئاب	١٦	١٦,٤
٦	الوهم	٢١	٢١,٦
٧	الشك	١٧	١٧,٥
	أخرى تذكر	-	-

رابعاً : المشكلات العقلية ن = ٩٧

م	المشكلات	ك	%
١	ضعف الذاكرة وعدم القدرة على التركيز	٨٦	٨٨,٦
٢	خطرفة وتلعثم في الكلام	٦٩	٧١,١
٣	عدم الحكم السليم على الأمور	٧٥	٧٧,٣
٤	ضعف القدرة على التفكير السليم	٦٠	٦١,٨
٥	هلوسة	١	١
٦	أخرى تذكر	-	-

خامساً : المشكلات الاجتماعية = ٩٧

٢	المشكلات	ك	%
١	خلافات كثيرة مع الطرف الآخر	٥٧	٥٨,٧
٢	خلافات كثيرة مع الأولاد	٣٩	٤٠,٢
٣	خلافات كثيرة في العمل	٥٨	٥٩,٧
٤	قلة الانتاج عما قبل التعاطي	١٩	١٩,٥
٥	عدم القدرة على تحمل المسئولية قبل التعاطي	٢٧	٢٧,٨
٦	قلة العلاقات والصلات مع الآخرين عما قبل التعاطي	٥٣	٥٤,٦
٧	زيادة مشاكل الأسرة والأولاد عما قبل التعاطي	٥٧	٥٨,٧
	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٧١) المشكلات التي حدثت للمتعاظم بعد فترة من التعاطي المنتظم (الاعتماد)، ولقد قسمت هذه المشكلات بحيث تشمل الصحية والاقتصادية والنفسية والعقلية والاجتماعية.

١ - بالنسبة للمشكلات الصحية - كانت أبرز هذه المشكلات هي فقدان الشهية ٦, ٨٩٪، ثم الهزال الشديد ٥, ٨٦٪، يلي ذلك ضعف مقاومة الجسم ٣, ٨٧٪، وترتبط هذه المشكلات بعضها ببعض الآخر بدءاً من فقدان الشهية ثم الهزال ثم ضعف مقاومة الجسم.

ويشير أغلب المتعاطين في هذا الصدد إلى الأثر السلبي الذي تحدثه هذه العقاقير على نظام الغذاء، فهناك تعارض من وجهة نظرهم بين الغذاء وبين إبطال مفعول ما يتعاطونه إلى الحد الذي وصف به بعضهم هذه الظاهرة بالعذاء لكل من يقوم باعطائه الغذاء لأن هذا الموقف يتطلب منه أن يأخذ كمية أخرى كي يعوض ما أفسده الغذاء، وكان لا بد أن تحدث هذه الدائرة الخبيثة آثارا سلبية واضحة على الجسم من حيث الهزال وضعف المقاومة العامة للجسم.

٢ - أما بالنسبة للمشكلات الاقتصادية فيوضح الجدول أن أبرز هذه المشكلات هي قلة الدخل ٨, ٩٤٪، ثم السلف والاستدانة ٧, ٩٢٪، يلي ذلك بيع الممتلكات ٢, ٧٥٪.

وهذا ليس بالغريب على مجال الادمان (الاعتماد) والذي بمقتضاه تستنزف العقاقير دخلا كبيرا فيضطر المتعاطي إلى السلف والاستدانة أو في كثير من الأحيان إلى بيع الممتلكات - ذلك بسبب أعراض الانسحاب المبرحة النفسية والجسمية المترتبة على التوقف عن التعاطي المفاجيء.

٣ - ومن ناحية ثالثة يعكس الجدول الخاص بالمشكلات النفسية مدى التوتر الذي أصبح يصيب المتعاطي بعد الاعتماد - حيث يلاحظ أن من خبروا هذه المعاناة النفسية قد مثلوا أعلى نسبة ٨, ٩٤٪، يلي ذلك الخوف الدائم بنسبة ١, ٧٢٪، ثم التهيج العصبي بنسبة ١, ٧٠٪، كما أن القلق كان من أهم المشكلات التي تصيب المتعاطي بعد فترة من التعاطي المنتظم، حيث مثل

من خبروا هذه المشكلة نسبة ٧, ٥٧٪، ثم الوهم والاكتئاب والشك بنسب ضئيلة ومتقاربة.

وتعد كل هذه الأعراض من الآثار النفسية المترتبة على تعاطي العقاقير التخليقية بسبب تكرار محاولات الاقلاع ثم العودة، وبمداومة هذه الحلقة يكتسب المتعاطي هذه المشاعر.

٤ - كما يوضح الجدول أيضا المشكلات العقلية المترتبة على الاعتماد على هذه العقاقير - حيث يلاحظ أن أبرزها كان يتعلق بضعف الذاكرة وعدم القدرة على التركيز بنسبة ٦, ٨٨٪، يلي ذلك ضعف القدرة على الحكم السليم على الأمور بنسبة ٣, ٧٧٪، ثم التلعثم في الحديث بنسبة ١, ٧١٪، فضعف القدرة على التفكير السليم بنسبة ٨, ٦١٪، ويلاحظ أن المشكلات العقلية المرتبطة بالهلأوس السمعية والبصرية جاءت طفيفة جدا بنسبة ١٪، ويرى الباحث أن هذه النسبة لا تمثل الحقيقة الموضوعية - فالبدل المقترح هو حدوث مثل هذه الهلأوس لدى الغالبية منهم كما كشفت عن ذلك ملاحظات وشواهد الباحث الميدانية لكن الأمر يرتبط في الواقع بعدم تسليم المتعاطين بهذه الحقيقة لأنها تمس أحد العيوب المتصلة بالناحية العقلية والتي قد ترتبط في ذهن الغالبية بمظاهر الجنون.

ومن ناحية أخرى يرجع ظهور مثل هذه المشكلات العقلية بهذه الصورة لدى المتعاطين بسبب ما تحدثه من تأثير مباشر على الجهاز العصبي المركزي المهيمن على العمليات العقلية.

٥ - كما يوضح الجدول نوعا من المشكلات المتصلة بحياة المتعاطي الاجتماعية مع الأسرة من ناحية والمجتمع الخارجي من ناحية أخرى - تلك التي تبدو في صورة مشكلات في العمل بنسبة ٥٩,٧٪، ثم حدوث مشكلات كثيرة مع الطرف الآخر بنسبة ٥٨,٧٪، وبنفس النسبة ٥٨,٧٪، زادت مشكلات الأولاد والأسرة عموما عما قبل التعاطي، ثم تلي تلك المشكلات مشكلة ضعف علاقات المتعاطي واتصالاته الخارجية مع الآخرين بنسبة ٥٤,٦٪، كما اوضح الجدول أيضا قصور علاقات المتعاطي بشكل عام مع الأولاد بنسبة ٤٦,٢٪، ثم ضعف القدرة على تحمل المسؤولية بالمقارنة بفترة ما قبل التعاطي بنسبة ٢٧,٨٪، ثم تأتي في النهاية قلة الانتاج بنسبة ١٩,٥٪.

وتأتي هذه المشكلات الاجتماعية كمحصلة نهائية للمشكلات السابقة - الاقتصادية - النفسية - العقلية - ذلك أن السلف والاستدانة، والتوتر والقلق، وضعف القدرة على التركيز كمظاهر ترتبت على الاعتماد، من شأنها أن تزيد من مشاكل المتعاطي مع الطرف الآخر، ومع الأولاد وتضفي عليه قدرا من الكسل واللامبالاة كمشكلات اجتماعية، ويمكن القول بالاضافة إلى ما تقدم إلى أن ضعف علاقات واتصالات المتعاطي بالغير قد ترجع إلى سوء مظهره وحالته من حيث الملابس والهزال الشديد والهلاوس فينعكس كل ذلك على ضعف علاقاته واتصالاته الخارجية بالغير عما قبل التعاطي.

٥ - الاحتياجات المختلفة للمتعاظم وقت إجراء الدراسة الميدانية :

الجدول رقم (٧٢) يوضح الاحتياجات المختلفة للمتعاظم وقت إجراء الدراسة الميدانية

أولاً : الاحتياجات العلاجية ن = ٩٧

م	الاحتياجات	ك	%
١	العلاج من التعاظم	٩٣	٩٥,٨
٢	العلاج من أمراض أخرى	٣٥	٣٦
٣	عودة الصحة كما كانت	٧٠	٧٢,١
٤	الحصول على الأدوية المرتبطة بالشفاء	١٩	١٩,٥
٥	وجود مستشفى متخصص لعلاج الادمان	٣٤	٣٥
٦	أخرى تذكر	-	-

ثانياً : الاحتياجات الاقتصادية ن = ٩٧

ن = ٩٧

م	الاحتياجات	ك	%
١	زيادة الدخل	٩٠	٩٢,٧
٢	تسديد السلف	٨٤	٨٦,٥
٣	إيجاد عمل للكسب الملائم	٤٦	٤٧,٤
٤	الحصول على مسكن أفضل مما هو فيه	٥٢	٥٣,٦
٥	أخرى ذكر	١	١

ثالثاً : الاحتياجات الاجتماعية ن = ٩٧

م	الاحتياجات	ك	%
١	التغلب على المشاكل التي تواجهه	٦٧	٦٩
٢	الزواج	٢٩	٢٩,٨
٣	زواج الأولاد	٢٨	٢٨,٨
٤	الزواج مرة أخرى	٤	٤,١
٥	القدرة على تحمل المسؤولية	٧	٧,٢
٦	الاحساس بالحب	٤٢	٤٣,٢
٧	الاحساس بالأمن	٣٤	٣٥
٨	الاحساس بالانتماء	٩	٩,٢
٩	الاحساس بالاهتمام	١٤	١٤,٤
١٠	الاحساس بالتقدير	٢٠	٢٠,٦
١١	أخرى تذكر	-	-

رابعاً : الاحتياجات التعليمية

ن = ٩٧

٢	الاحتياجات	ك	%
١	النجاح على طول الدوام	-	-
٢	التعليم بشكل أفضل	١٥	١٥,٤
٣	تعليم الأولاد بشكل أفضل	٤٨	٤٩,٤
٤	أخرى تذكر	٣٥	٣٦

يوضح الجدول السابق (٧٢) الاحتياجات المختلفة للمتعاطي وقت إجراء الدراسة الميدانية، والتي تنوعت فشملت الاحتياجات العلاجية والاقتصادية والاجتماعية والتعليمية.

وفىما يتعلق بالاحتياجات العلاجية كما هو واضح من الجدول - يلاحظ أن احتياج العلاج من التعاطي قد مثل أعلى نسبة من نسب الجدول ٨, ٩٥٪، يلي ذلك الرغبة في عودة الصحة إلى ما كانت عليه قبل التعاطي بنسبة ١, ٧٢٪، ثم العلاج من أمراض أخرى بنسبة ٣٦٪، فوجود مستشفى متخصص لعلاج الادمان بنسبة ٣٥٪، واخيرا الحصول على الأدوية المرتبطة بالشفاء بنسبة ١٩,٥٪. وارتباطا بما تقدم يمكن القول بأن الاحتياج الخاص بالعلاج قد يعكس الرغبة من جانبهم بهذا الخصوص - ذلك انه من الأهمية بمكان

فيما يتعلق باستراتيجيات العلاج - تلك الرغبة النابعة من جانب المتعاطي ، ويرتبط بذلك أيضا رغبته في عودة الصحة إلى ما كانت عليه قبل التعاطي مما يدل على عمق الأذى من الآثار المدمرة للعقاقير التخليقية على القوى الجسمية مما يتطلب دعم طرق العلاج عن طريق عمل الفريق (الطبيب - المتخصص النفسي - الموجه الديني) - فالرغبة وإن كانت تعد نصف العلاج ، إلا أنها قد تنطفئ إزاء الإهمال أو التراخي أو عدم إكمال أية حلقة من حلقات العلاج السابقة .

ومن ناحية ثانية يوضح الجدول الاحتياجات الاقتصادية أيضا - حيث يلاحظ أن أبرزها جاء من نصيب زيادة الدخل بنسبة ٩٢,٧ ٪ - بسبب التزيف المستمر للاقتصاد اليومي من جراء نفقات التعاطي الباهظة ، ويرتبط بذلك أيضا احتياج تسديد السلف والاستدانة بنسبة ٨٦,٥ ٪ ، مما يدل على عمق التأثير السلبي للمخدرات على الحياة الاقتصادية اليومية ، ثم يأتي بعد كل هذه الاحتياجات الحصول على مسكن أفضل بنسبة ٥٣,٦ ٪ ، وأخيرا إيجاد عمل للكسب الجيد بنسبة ٤٧,٤ ٪ .

وتشير كل هذه الاحتياجات إلى طبيعة الأوضاع المتردية لحياة المتعاطي من قلة الدخل ثم السلف والاستدانة فالرغبة في الحصول على مسكن وعمل أفضل ، وهي كلها عوامل محبطة تمهد الطريق إلى التعاطي أو إلى الاستمرار فيه كمحاولة من جانب المتعاطي للتعاش مع كل هذه الهموم عن طريق افتعال المرح أو تخدير الحس التي تبعثها المخدرات والعقاقير .

ومن ناحية ثالثة يوضح الجدول الاحتياجات الاجتماعية والتي من أهمها التغلب على المشاكل التي تواجه المتعاطين بنسبة ٦٩ ٪، ثم الاحساس بالحب بنسبة ٤٣, ٢ ٪، فلاحساس بالأمن بنسبة ٣٥ ٪، ثم الزواج بنسبة ٢٩, ٨ ٪، ثم زواج الاولاد بنسبة ٢٨, ٨ ٪، فلاحساس بالتقدير ٢٠, ٦ ٪، والاهتمام ١٤, ٤ ٪، والانتفاء ٩, ٢ ٪، والقدرة على تحمل المسئولية ٧, ٢ ٪، والزواج مرة أخرى بنسبة ٤, ١ ٪.

وتعكس هذه النسب بعض الحاجات الاجتماعية النفسية والتي يرتبط بها كل الأفراد على حد سواء - إلا أنها تبدو في مجال التعاطي ذات الحاح للشباب - فالرغبة في التغلب على المشاكل تعكس عجز المتعاطي عن إيجاد حل لها - كما تعكس الحاجة إلى الحب والتقدير والاهتمام والانتفاء مدى افتقاد المتعاطي لهذه الاحاسيس نتيجة لنظرة المجتمع إليه كمدمن أكثر من نظرتهم له كمريض - فهو يحتاج إلى علاج أكثر مما يحتاج إلى عقاب (فيما عدا المتاجرين والمروجين) - يحتاج إلى الأخذ بيديه أكثر مما يحتاج إلى احاطته بالقيود الاجتماعية والثقافية التي يفرضها البناء الاجتماعي للمجتمع الأكبر.

ومن ناحية رابعة يوضح الجدول الاحتياجات التعليمية - حيث يلاحظ حرص الآباء على تعليم الأبناء، فقد مثل هذا الاحتياج نسبة ٤٩, ٤ ٪، من استجابات الباحثين - في حين جاءت رغبتهم في التعليم بشكل أفضل أقل بكثير حيث مثل من يرغب هذا الاحتياج نسبة ١٥, ٤ ٪ من استجابات الباحثين.

وشملت فئة (أخرى تذكر) على نسبة كبيرة تقدر بحوالي ٣٦ ٪، واحتوت جميعها على عدم وجود احتياج تعليمي على الإطلاق لا بالنسبة للمتعاطي ولا لأبنائه - ويعكس ذلك بالطبع انخفاض نسبة الطموح لدى المتعاطي بسبب التأثير المدمر للعقاقير والمخدرات على قواه العقلية مما يستحيل معه التفكير السليم أو تكوين بصيرة لمستقبله أو لمستقبل ابنائه هذا بالإضافة إلى انحدار أغلبهم من أسر غير متعلمة ومن عملهم في مهن حرفية وهامشية .

الجدول رقم (٧٣) يوضح المدى الذي تحقق به احتياجات المتعاطي السابقة

٢	البيان	ك	٪
١	حقق جزءا كبيرا منها	٣	٣
٢	حقق جزءا بسيطا منها	٩	٩,٣
٣	لم يحقق ما يرغبه	٨٥	٨٧,٧
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٧٣) المدى الذي تحقق به احتياجات المتعاطي الواردة في الجداول السابقة - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة تقدر بحوالي ٨٧,٧ ٪، لم يستطيعوا تحقيق ما يصبون إليه - ومن المعروف أن احتياجات الانسان لا تنتهي بفعل تزايد الطموحات التي تبعثها التغيرات السريعة والتقدم التكنولوجي الذي يشهده العالم

الآن - وإزاء هذه التغيرات السريعة يسقط كثير من الأفراد ضحايا لعدم القدرة على ملاحظتها، ومن ثم يقع البعض منهم فريسة المرض النفسي أو العقلي أو الاعتماد على المخدرات والعقاقير يوماً بعد يوم.

فالحضارة الحديثة تنتج لنا كثيراً من المقتنيات المادية المتطورة - إلا أنها في المقابل لا تقوى على اشباعها - والانسان إزاء كل ذلك إما أن يلهث ركضاً وراء هذه الاشباعات وقد تنقطع أنفاسه وهو في الغالب الأعم يصل إلى هذه النتيجة عن قرب أو أن ينسحب من كل هذه الهموم والمشاكل ويعيش في «الظل» ظل «الاعتماد» حيث النسيان والهروب من الواقع - ولا يمكن أن نتوقع للصنف الأول «الباحث عن الاشباع» أنه سيقى نفسه من الوقوع فريسة لهذه الأمراض الاجتماعية - بل ربما يقع هو الآخر فريسة لها نتيجة الاحباطات المتكررة أو الهروب من قيم وطموحات المجتمع الأكبر ليحتمي تحت ظلال قيم أكثر تساهلاً وتسامحاً - ألا وهي قيم الجماعات الفرعية المنحرفة والتي منها جماعات الإدمان (الاعتماد) - وهذا هو تفسير «ميرتون» للانحراف حيث يرى أن هناك قيماً تدعو إلى الثراء وأخرى تحوي الأساليب المشروعة لبلوغ هذا الهدف، وهي لا تسمح للكثير من أفراد الطبقات الدنيا لتحقيق الأهداف بطرق مشروعة - لذلك فإن هذا الصراع سوف يؤدي بهم في النهاية إلى الانسحاب من المجتمع باللجوء إلى الإدمان «الاعتماد»^(٥).

* للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثالث من الجزء النظري لهذا البحث.

وفي النهاية يجزنا الحديث عن فشل المتعاطين في إشباع أو تحقيق أغلب احتياجاتهم إلى الحديث عن الأسباب التي ارتضاها المبحوثون سببا في ذلك .

والجدول التالي يوضح هذه الأسباب .

الجدول رقم (٧٤) يوضح الأسباب التي اعاقت تحقيق الاحتياجات والاهداف

ن = ٩٤

٢	البيان	ك	%
١	ضعف الامكانيات المادية	٧٣	٧٧,٦
٢	ندرة الفرص لاستغلالها	٦١	٦٤,٨
٣	اتجاهات الافراد السلبية في مساعدة الآخرين	٥٣	٥٦,٣
٤	الطموحات والامال أكبر من الامكانيات	١٧	١٨
٥	المهم الآن الحصول على المخدر أو العقار	٨	٨,٥
٦	عدم تعلم القدرة على تحمل المسئولية منذ الصغر	١٠	١٠,٦
٧	المهم الآن لقمة العيش فقط	٦	٦,٣
٨	عدم المقدرة على الوفاء بالواجبات في ظل الحياة الحالية	٩٠	٩٥,٧
٩	تعدد الادوار المطلوب القيام بها الآن بالمقارنة بما قبل	٨٩	٩٤,٦
١٠	أخرى تذكر	-	-

يوضح هذا الجدول رقم (٧٤) الأسباب التي أعاقت تحقيق أغلب احتياجات وأهداف المتعاطين (المعتمدين) حيث يلاحظ أن أهم هذه الأسباب كانت عدم القدرة على الوفاء بالواجبات في ظل الحياة الحالية بنسبة ٩٥,٧٪، وعلى نفس القدر تقريبا كان تعدد

الأدوار المطلوب القيام بها من قبل المتعاطين الآن بالمقارنة بما سبق بنسبة ٦, ٩٤٪، ثم ضعف الامكانيات المادية بنسبة ٦, ٧٧٪، فندرة الفرص المتاحة للاستثمار بنسبة ٨, ٦٤٪، ثم اتجاهات الأفراد السلبية في مساعدة الآخرين بنسبة ٣, ٥٦٪، فانفصال الطموحات والآمال عن الامكانيات بنسبة ١٨٪، يلي ذلك كله بعض الأسباب الهامشية التي لم تمثل نسبة كبيرة لعدم القدرة على تحمل المسؤولية منذ الصغر ٦, ١٠٪، الانشغال في الحصول على المخدر فقط ٥, ٨٪، الاهتمام بلقمة العيش ٣, ٦٪.

وبتحليل هذه النسب يمكن القول بأن أهم الأسباب التي أعاقت تحقيق الأهداف والاحتياجات كانت الالتزامات المتلاحقة التي تفرضها الحياة العصرية في المجتمع المصري الآن وما يتطلبه ذلك من تعدد الأدوار المطلوب القيام بها للوفاء بهذه الالتزامات، فقد يفقد بعض الأفراد توازنهم الاجتماعي بشعورهم بعدم كفاية الأدوار التي يقومون بها في ظل ضغوط وأوضاع اجتماعية واقتصادية مربكة - ذلك أن المحددات التي يضعها المجتمع لبعض الأدوار قد تؤدي إلى شعور البعض بعدم الكفاية مما قد يكون سبباً في الانحراف الاجتماعي.

ويرجع «توماس سيزاس»^(٥) أسباب تزايد نسب وقوع المرض العقلي والتسمم الكحولي والاعتماد على المخدرات إلى لعبة الأدوار التي تتغير وتتبدل بسرعة في أوقات التغير السريع التي تشهدها بعض المجتمعات، لدرجة أن الفرد لا يكون قادراً على البقاء أو الاستمرار - فيحاول أن يلعب أدواراً أخرى قد تكون ناقصة في كفايتها.

ومن ناحية أخرى كانت اتجاهات فئات المجتمع السلبية تجاه المدمن سببا في عدم قدرته على تحقيق احتياجاته - وكما عبر كثير من المتعاطين إلى عدم الاعتراف به كإنسان، وعدم الثقة في قدرته على تخطي أزمة التعاطي، وغلق كثير من الأبواب والفرص، وعدم الانتفاع بالخدمات الموجودة في المجتمع - لأنه عائد لا محالة إلى الاعتماد مرة أخرى بسبب هذه الاتجاهات البنائية التي فرضها البناء الاجتماعي عليهم.

وتتفق هذه النتيجة مع رأي «راي RAY» - (١٩٦٤) والذي يرى أن فشل الآخرين في المصادقة على الدور الجديد للمدمن المعافي من الإدمان يمكن أن يسهم بشكل فعال في عودته إلى دوره القديم كمدمن مخدرات^(*).

* للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثالث من الجزء النظري لهذا البحث.

الجدول رقم (٧٥) يوضح أماكن شغل وقت الفراغ للمبحوث ن =

٩٧

م	البيان	ك	%
١	لا يوجد وقت فراغ	٣٢	٣٢,٩
٢	على المقهى	٣٩	٤٠,٢
٣	مع المتعاطين	٢٤	٢٤,٧
٤	في تعاطي العقاقير والمخدرات	١٨	١٨,٥
٥	في البحث عن المخدر أو العقار	٩	٩,٢
٦	في النادي	٥	٥,١
٧	في ممارسة الرياضة	١	١
٨	في عمل اضافي	٦	٧,٥
٩	في القراءة والاطلاع	٩	٩,٢
١٠	في المنزل	١٢	١٢,٣
١١	في تعليم الأولاد	-	-
١٢	أخرى تذكر	-	-

الجدول رقم (٧٦) يوضح مكان التجمع في حالة قضاء وقت الفراغ
مع المتعاطين

ن = ٢٤

م	البيان	ك	%
	في مدينة الزقازيق		
١	احدى العصارات بحي الصيادين بالزقازيق	٩	٣٧,٥
٢	احد المقاهي بحي الاشارة	٥	٢٠,٨
	في مدينة كفر الشيخ		
١	احد المقاهي بداير الناحية بكفر الشيخ	٦	٢٥
	في مدينة القاهرة		
١	نواد متفرقة بمدينة القاهرة	٤	١٦,٧
	المجموع	٢٤	١٠٠

يوضح الجدولان رقما (٧٥، ٧٦) مدى وجود وقت فراغ للمتعاطي - وفي أي الأماكن يقضي وقته فيها - حيث يلاحظ أن أغلب المتعاطين يفضلون قضاء هذا الوقت على المقهى بنسبة ٤٠,٢ %، أو مع المتعاطين بنسبة ٢٤,٧ %، أو في تعاطي المخدرات والعقاقير بنسبة ١٨,٥ %، أو في البحث عن المخدر والعقار بنسبة ٩,٢ %.

وفي حين يقل إلى حد كبير نسب من يقومون بشغل وقت فراغهم في عمل نافع ومفيد - حيث يلاحظ أن نسبة من يقضي هذا الوقت في القراءة والاطلاع ٢, ٩٪، وفي عمل اضافي ٥, ٧٪، وفي النادي ١, ٥٪، وفي ممارسة الرياضة ١٪.

معنى ذلك كله أن التعاطي كما هو واضح من النسب السابقة يمثل طريقة المدمن في الحياة - تلك هي الثقافة الفرعية التي عرفت كطريقة للحياة تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق عمليات التنشئة الاجتماعية للأسرة، ويتفق هذا الرأي مع ما أورده «ليند سمس ١٩٦٨» في أن أغلب نشاط المدمن وأحاديثه يرتكزان على عادة تعاطي المخدر والتي تعتبر الأساس التنظيمي للثقافة الفرعية للادمان.

ومن ناحية أخرى يشير الجدول رقم ٧٦ السابق إلى تجمع المتعاطين في أماكن محددة في مجتمع البحث عموماً - هذا هو ما أشار إليه «دونيل - ١٩٦٧» بخصوص أهمية عناصر الاتصال بين جماعات المدمنين كأساس للثقافة الفرعية - تلك التي يتعلم كل عضو من خلالها مفاهيم ومصطلحات التعاطي^(٥).

نتائج الدراسة فيما يتعلق بالأسباب الاجتماعية للتعاطي

١ - تنطوي أهم الدوافع الاجتماعية للتعاطي في البداية على توفر المناخ الاجتماعي الذي يساعد ويجذب هذا السلوك - فلقد

* للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثالث من الجزء النظري من هذا البحث.

أظهرت الدراسة أن الأصدقاء وبخاصة أصدقاء المهنة (الصنعة) وكذلك أصدقاء السفر هم الأساس الذي حدد شكل البداية لنسبة كبيرة من المتعاطين ٨٥,٥ ٪، وتتسق هذه النتيجة مع نظرية الاستمالة كاحدى نظريات التعلم الاجتماعي، وكذلك مع دراسة «شين ChIEN» التي اجريت على المدمنين من الأحداث المنحرفين بالمجتمع الامريكى والتي رأى فيها أن المدمن يصبح مدمنًا عن طريق الأصدقاء، وكذلك مع دراسة عبدالكريم العفيفي (دكتوراه) التي اجريت على عينة من المتعاطين للمخدرات بمدينة القاهرة.

٢ - كما ترتبط الدوافع الاجتماعية في البداية كذلك برغبة المتعاطين لتناسي الهموم والمشاكل التي تحيط بحياتهم بنسبة ٦٩ ٪، والقدرة على تحمل متاعب العمل ٥١,١ ٪، وتجريب الممارسات الجنسية ١٥,٤ ٪، أكثر مما ترتبط بوجود ما يعرف بالادمان أو «الاعتماد»، الطبي - وهي الحالة التي يتحول من خلالها الانسان إلى متعاط رغم أنه بسبب افراطه في تناول بعض العقاقير المسببة للاعتماد في محيط علاج بعض الأمراض العضوية أو النفسية التي كان يعاني منها في البداية.

٣ - تسود حياة المتعاطي بعض المشكلات التي تهيم الظروف والأوضاع للاعتماد على المخدرات والعقاقير - حيث مثلت المشكلات الأسرية أعلى نسبة ٧٠,١ ٪، ثم العائلية ٤٢,٣ ٪، فمشاكل العمل ٣١,٩ ٪، ثم الأصدقاء ٢ ٪، في حين كانت نسبة من لا توجد مشكلات من هذا النوع في حياتهم ١١,٣ ٪.

٤ - أظهرت الدراسة - وجود بعض مناطق القصور في مراحل التاريخ الاجتماعي للمتعاطين والتي من بينها وفاة الأم في سن مبكرة وزواج الأب بأخرى في سن مبكرة أيضاً ووجود خلافات كبيرة بين الأب والأم - وهي كلها عوامل طرد للفرد خارج الأسرة كي يبحث لنفسه عن مأوى أكثر حياً وأمناً وتسامحاً، وعند ذلك قد يجد كل ما يريد في إحدى الجماعات الفرعية المتمرسه على أشكال الانحراف المختلفة والتي ربما يكون من بينها الاعتماد على المخدرات والمسكرات والعقاقير بكافة أنواعها.

٥ - أظهرت الدراسة أن نسبة من يرتبطون بتاريخ إدماني في الأسرة أو العائلة تفوق أكثر من نصف مجتمع البحث ٥٦,٧ ٪، ووافقت نسبة منهم تقدر بحوالي ١, ٨٩ ٪ على أنهم قد تعلموا مبادئ التعاطي من هذا النموذج الأسري أو العائلي - وتتفق هذه النتيجة مع نظرية المخالطة الفارقة التي صاغها «اودين سيزرلاند» والتي يرى من خلالها أن اتحاد الفرد مع إحدى الجماعات التي تستخدم المخدر يكون من المحتمل أن تتسق ممارسته مع معيار الجماعة في هذا الخصوص.

٦ - أظهرت الدراسة أن حياة المتعاطي الأولى (السنوات العشر الأولى من العمر) يسودها القسوة والحرمان الزائد بنسب كبيرة، حيث بلغت في الأولى ٥٣,٦ ٪، وفي الثانية ٦٠,٨ ٪، في حين جاءت نسبة من عاشوا حياة التدليل ٢٠,٦ ٪، ومثلت نسبة من كانت حياتهم الأولى عادية حوالي ١٥,٤ ٪، من المجتمع

الكلي للبحث، وهكذا نرى أنه ربما تنبع جذور الانحراف من أوجه القصور المترسبة من عمليات التنشئة الاجتماعية للأسرة، فالتربية المدللة أو الكابتة أو الكابحة - تعد مظاهر سلبية تمهد الطريق إلى الانحراف.

٧ - أظهرت الدراسة أن كثيراً من الأسر تعلم بتعاطي المبحوث للعقاقير والمخدرات بنسبة ٨, ٩٣٪، ويعمل ذلك على حدوث مشاكل كثيرة في محيط الأسرة بنسبة ٢, ٧٩٪، ويعد هذا أمراً إيجابياً - إذ يعمل على استبصار هذه الأسر بخطورة هذا الفعل، وقد يؤدي هذا الاستهجان من ناحية أخرى إلى تنشيط ارادة المتعاطي ورغبته في التقدم لطلب العلاج.

٨ - أظهرت الدراسة أن للاعتماد على العقاقير التخليقية آثاراً سلبية ظهرت في شكل مشكلات عدة بعد فترة من التعاطي المنتظم (الاعتماد) حيث أجمع مجتمع البحث بشكل عام على حدوث هذه المشكلات بنسبة ١٠٠٪، مما يضعف من قدرة قيام المتعاطي بوظائفه الاجتماعية المفروضة عليه من تلك الأدوار الملقاة على عاتقه، كما يعكس هذا الاجماع من ناحية أخرى مدى الاسهام المتردي لجهود هؤلاء الأفراد على التنمية التي يشهدها المجتمع المصري الآن.

٩ - أظهرت الدراسة الطبيعة المتميزة للمشكلات المصاحبة للاعتماد والتي بدت في صورة مشكلات صحية واقتصادية ونفسية وعقلية واجتماعية - حيث انطوت المشكلات الصحية على فقدان الشهية وارتباط ذلك بالهزال الشديد وضعف مقاومة الجسم، في

حين تمثلت أهم المشكلات الاقتصادية في قلة الدخل والاستدانة وبيع الممتلكات - وانحصرت أهم المشكلات النفسية في زيادة نسب التوتر والقلق والتهيج العصبي - في حين ارتبطت المشاكل العقلية بالآثار المتعلقة بالجهاز العصبي المركزي - لذلك كان من أهمها - (ضعف الذاكرة وعدم القدرة على التركيز وضعف الحكم السليم على الأمور والتلعثم في الحديث ثم الهلوسة)، كما ارتبط بكل هذه الآثار بعض المشكلات الاجتماعية في محيط الأسرة والاتصالات بالعالم الخارجي - حيث احتوى هذا النوع من المشكلات على زيادة الخلافات الأسرية بشكل عام مع الأسرة والأولاد، وضعف الاتصالات والعلاقات بالمحيط الاجتماعي والخارجي، وضعف القدرة على الانتاج.

١٠ - أظهرت الدراسة الطبيعة المتميزة لاحتياجات التعاطي وقت إجراء الدراسة الميدانية، والتي شملت الاحتياجات العلاجية والاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، حيث كان من أبرز الاحتياجات العلاجية ما تعلق منها بالرغبة في العلاج من التعاطي وعودة الصحة إلى ما كانت عليه قبل التعاطي، أما الاحتياجات الاقتصادية فتتنحصر أهمها في الرغبة في زيادة الدخل ورد الاستدانة وإيجاد عمل ومسكن جيد، وتركزت الاحتياجات الاجتماعية للمبحوثين في الرغبة بالتغلب على المشاكل التي تحيط بحياتهم، واشباع بعض الاحتياجات الاجتماعية كالحاجة إلى الحب والأمن والتقدير والاهتمام والانتفاء - في حين جاءت الاحتياجات التعليمية غير معبرة عن

احتياج حقيقي حيث أشار حوالي ٣٦ ٪ من المتعاطين بعدم وجود أية احتياج تعليمي لا بالنسبة لهم ولا لأولادهم، وانحصر اهتمام نسبة ٤٩,٤ ٪ منهم في الرغبة لتعليم اولادهم، ويرجع الباحث هذا الاهتمام إلى تجنب اسقاط متاعب المتعاطي على أولاده، وفي المقابل لم تظهر الاحتياجات التعليمية للمتعاطين ذاتهم إلا في نسبة بسيطة تقدر بحوالي ١٥,٤ ٪.

ولا شك أن كل هذه النتائج (الاحتياجات) تعكس عمق الاحباطات التي يعيش في ظلها المتعاطي، مما قد يمهد الطريق إلى الاعتماد أو الاستمرار فيه في محاولة من جانبه للتعايش مع كل هذه الاحتياجات الناقصة، فيلجأ إلى إفتعال المرح وتخدير الاحاسيس والمشاعر التي تبعثها المخدرات والعقاقير.

- أظهرت الدراسة اخفاق نسبة كبيرة من مجتمع البحث ٨٧,٧ ٪ في تحقيق أو إشباع احتياجاتهم وأهدافهم - وانطوى هذا الاخفاق على بعض الأسباب التي من أهمها - طبيعة الحياة الحالية وما تفرضه من ضغوط وما يتبع ذلك من تعدد الأدوار المطلوب القيام بها للوفاء بهذه الالتزامات المتلاحقة - إلى جانب فشل الآخرين في المصادقة على الدور الجديد للمدمن المعافي من الإدمان، وندرة الفرص التي يمكن استثمارها لتحسين احوالهم.

- أظهرت الدراسة أن شغل وقت فراغ أغلب المتعاطين ٩٢,٦ ٪، ينحصر إما في الجلوس على المقهى أو مع المتعاطين

أو في البحث عن المخدر أو العقار لدعم عادة التعاطي - في حين تقل إلى حد كبير نسبة من يشغل هذا الوقت في عمل نافع (القراءة والاطلاع - عمل إضافي - ممارسة الرياضة) بنسبة ٢٢,٨ ٪ - وهكذا يعد التعاطي طريقة أغلب المتعاطين في الحياة - تلك الظاهرة التي تعرف بمفهوم الثقافة الفرعية للمدمن - وهذا هو رأي «لندسمس» الذي يرى أن أغلب نشاط المدمن واحاديثه تتركز على عادة تعاطي المخدر والتي تشكل الأساس التنظيمي للثقافة الفرعية .

١٣ - يوحي تجمع المتعاطين في أماكن محددة كما أظهرت نتائج الدراسة بتوفر عنصر الاتصال والتفاعل والتعلم كأساس للثقافة الفرعية - وتتفق هذه النتيجة مع رأي «دونيل» عن محتوى الثقافة الفرعية للمدمن والتي تشمل من وجهة نظره على عنصر الاتصال والذي بدوره يساعد على نقل عمليات التعلم وتعليم المصطلحات .

خامساً : «الاعتماد» والنشاط الجنسي

ينطوي هذا الجانب على علاقة الاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية بالنشاط الجنسي ، ويتصل في نفس الوقت بأحد التساؤلات الرئيسية للدراسة الراهنة ، وسوف نحاول فيما يلي أن نجيب على هذا التساؤل من خلال عرض الشواهد الكمية للدراسة استرشاداً بالتساؤلات الفرعية التالية :

- ١ - إلى أي مدى ينتشر التعاطي قبل الزواج؟
- ٢ - ما مدى زيادة كميات التعاطي بعد الزواج؟
- ٣ - ما الأسباب الكامنة وراءها التزايد؟
- ٤ - ما الدور الذي يلعبه التعاطي في الممارسة الجنسية؟

وفيما يلي عرض الجداول التي تسهم في الإجابة على كل من
التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية المرتبطة به :

الجدول رقم (٧٧) يوضح مدى تعاطي المبحوثين مخدرات أو أقراصاً
قبل الزواج

م	البيان	ك	%
١	نعم	٤٨	٧٠,٦
٢	لا	٢٠	٢٩,٤
المجموع		٦٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٧٧) مدى تعاطي المبحوثين
مخدرات أو أقراصاً قبل الزواج - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة تقدر
بحوالي ٧٠,٦ % كانت في حالة تعاطي قبل الزواج في مقابل نسبة
٢٩,٤ % لم تمر بهذه الخبرة قبل الزواج.

ويعني ذلك أن خبرة الاعتماد كانت سابقة على خبرة الزواج وما
يتبعه من ممارسات جنسية - وعلى الرغم من أن الممارسات الجنسية

يمكن أن تتم بشكل غير مشروع قبل الزواج - إلا أنها لا تكون متصلة بالشكل الذي يسمح بتعاطي المخدرات من أجل تنشيطها - أضف إلى ذلك قدرة الفرد الجنسية في فترات الشباب (قبل الزواج) والتي لا تحتاج إلى تنشيط على حد اعتقاد بعض المتعاطين - على أية حال سوف يوضح الجدول التالي مدى الزيادة التي لحقت بالتعاطي من قبل المتزوجين بعد الزواج .

الجدول رقم (٧٨) يوضح مدى زيادة كميات التعاطي بعد الزواج

م	البيان	ك	%
١	زادت بكمية كبيرة	٤٢	٨٦,٥
٢	زادت بكمية بسيطة	٤	٨,٣
٣	نفس القدر	٢	٤,٢
المجموع		٤٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٧٨) مدى الزيادة التي لحقت بكميات التعاطي بعد الزواج - حيث يلاحظ أن من زادوا من كميات التعاطي بجرعات كبيرة خلال هذه الفترة مثلوا نسبة ٨٦,٥ % من مجتمع المدمنين المتزوجين، ومن زادوا هذه الكميات بجرعات بسيطة يقدرون بحوالي ٨,٣ %، في مقابل نسبة ٤,٢ % ظلوا ثابتين على نفس الجرعات قبل وبعد الزواج .

وقد يعني ذلك أن الزواج بما يحمله من تبعات مختلفة (ضغوط - مشاكل - خلافات - جنس) يعد من العوامل الدافعة إلى تزايد كميات الجرعات المأخوذة من قبل المتعاطين، وسوف يظل السؤال الخاص بعلاقة هذه الجرعات المتزايدة بالممارسة الجنسية حائراً - ذلك بسبب تبعات الزواج المختلفة التي تشمل إلى جانب الممارسة الجنسية مشاكل وضغوطاً عديدة قد تكون دافعا إلى زيادة الجرعات . لذلك يمكن للجدول التالي أن يوضح علاقة هذه الزيادة بالممارسة الجنسية في حد ذاتها .

الجدول رقم (٧٩) يوضح الأسباب الكامنة وراء زيادة الجرعات المأخوذة بعد الزواج

ن = ٤٦

م	البيان	ك	%
١	من أجل دعم الممارسة الجنسية	٤٦	١٠٠
٢	من أجل مواجهة مشاكل الزواج	٤٥	٩٧,٨
٣	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٧٩) الأسباب الكامنة وراء زيادة الجرعات المأخوذة بعد الزواج - حيث يلاحظ أن من وجه إليهم هذا السؤال أجابوا جميعا بعلاقة هذه الزيادة بدعم الممارسة الجنسية - كما حظيت مشاكل الزواج على نسبة كبيرة أيضا ٩٧,٨ % كسبب في هذه الزيادة .

وارتباطاً بما تقدم يمكن القول بأن هناك اعتقاداً كبيراً بين المتزوجين بتأثير العقاقير المنشطة والمخدرة على تحمل تبعات الزواج ودعم الممارسة الجنسية، ويرجع ذلك في جزء كبير منه إلى الاعتقادات الخاطئة التي تحملها الثقافة الفرعية للاعتماد والتي تدعم مثل هذه الممارسات عن طريق الايحاء النفسي.

الجدول رقم (٨٠) يوضح رأي المبحوث في علاقة التعاطي بالممارسة الجنسية

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	ليس له دور فعال في الممارسة	٣٦	٣٧,١
٢	يعمل على زيادة القدرة على الانتصاب	٣٠	٣٠,٩
٣	يطيل من فترة الجماع الجنسي	٥٥	٥٦,٧
٤	زيادة إحساس المتعاطي باللذة بصورة أكبر	٤٢	٤٣,٢
٥	يزيد من تجاوز الطرف الآخر	٢	٢
٦	يقلل القدرة على الانتصاب	٣١	١١,٣
٧	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٨٠) علاقة التعاطي بالممارسة الجنسية من حيث دورها في دعم هذه الممارسة أو في التقليل منها -

ويلاحظ أن أعلى نسب هذا الجدول ٥٦,٧ ٪، كانت بخصوص قدرة المخدر على إطالة فترة الجماع الجنسي، يلي ذلك بنسبة ٤٣,٢ ٪، ممن يعتقدون في قدرة المخدر على زيادة الاحساس باللذة البكرى، في حين رأى ٣٠,٩ ٪، من عدد المتعاطين أن المخدر يعمل على زيادة القدرة على الانتصاب الجنسي، ونسبة قليلة جدا ٢ ٪، رأت أن المخدر يزيد من تجاوب الطرف الآخر.

وعلى الجانب الآخر، نرى أن نسبة لا بأس بها تقدر بحوالي ٣٧,١ ٪، يرون عدم وجود علاقة بين التعاطي وبين دعم الممارسة الجنسية، ونسبة أقل منها تقدر بحوالي ١١,٣ ٪، ترى أن المخدر يقلل من القدرة على الانتصاب.

ويود الباحث أن يشير هنا إلى حقيقة هامة تتعلق بأثر التعليم على تقبل الاعتقادات الخاطئة التي تنتشر بين المتعاطين - تؤكد مشاهدات الباحث الميدانية أثناء فترة جمع البيانات أن أغلب المتعلمين رأوا أن هذا الاعتقاد الخاطيء لا يعدو أن يكون مجرد إيحاء نفسي، ويرى الباحث أن هذا الإيحاء كان في الغالب والأعم بفعل تأثير جماعات الرفاق من المتعاطين، ولهذا يلاحظ أن نسبة من أفادوا بوجود علاقة عكسية بين المخدرات والجنس تقترب من نسبة المتعلمين كما هو واضح من الجدول السابق الخاص بذلك - كما تؤكد ملاحظات الباحث الميدانية ومناقشاته مع المتعاطين أثناء فترة جمع البيانات عدم وجود علاقة بين العقاقير التخليقية (المنومات - المغييات على وجه الخصوص) وبين دعم الممارسات الجنسية - ويلاحظ كذلك أن النسبة

التي تتعاطى عقاقير تخليقية فقط ١, ٣٦٪ وهي نسبة قريبة جدا من نسبة هؤلاء الذين أشاروا بوجود علاقة عكسية بين المخدرات والممارسة الجنسية.

نتائج الدراسة الميدانية فيما يتعلق بعلاقة الاعتماد على المخدرات والعقاقير بالنشاط الجنسي

١ - أظهرت الدراسة أن خبرة الاعتماد على العقاقير كانت سابقة على خبرة الزواج وما يتبعه من ممارسات جنسية - حيث بلغت نسبة من تعاطوا عقاقير أو مخدرات قبل الزواج ٦, ٧٠٪ وهذا يوضح أن دعم الممارسة الجنسية لم يكن سببا مباشرا في التعاطي (إلا إذا كانت هناك ممارسات غير شرعية قبل الزواج).

٢ - أظهرت الدراسة زيادة كبيرة في كميات الجرعات المأخوذة من قبل المتزوجين بعد الزواج - إذ بلغت نسبتهم ٥, ٨٦٪، في حين بلغت نسبة من زادت كميات التعاطي لديهم بجرعات بسيطة ٣, ٨٪، وعلى العكس من ذلك لم تتغير الكميات قبل وبعد الزواج لنسبة ٢, ٤٪.

ولقد علل المتعاطون أسباب هذا الزيادة كما أشارت نسبة ١٠٠٪، من الذين زادت كميات التعاطي لديهم بعد الزواج بأثر ذلك على دعم الممارسة الجنسية من ناحية وللتغلب على مشاكل الزواج من ناحية أخرى ٨, ٩٧٪.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فاروق سيد عبدالسلام التي أجريت في المجتمع المصري على المدمنين المتعاطين للافيون بالصحة النفسية للخانكة عام ٧٤ - ١٩٧٥ حيث وجد أن ٧٧,٦٪ من المدمنين قد سبب لهم الزواج زيادة في كمية العقار بنسبة تتراوح بين الضعف والثلاثة أضعاف معللين ذلك برغبتهم في الانسجام مع الزوجة فيما يتعلق بإطالة مدة الاتصال الجنسي وزيادة القدرة على الانتصاب.

٣ - أظهرت الدراسة وجود علاقة بين التعاطي ودعم الممارسة الجنسية فيما يتعلق بإطالة فترة الجماع الجنسي ٥٦,٧٪، وتحقيق اللذة الجنسية الكبرى ٤٣,٢٪، وزيادة القدرة على الانتصاب ٣٠,٩٪، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية التي أجريت على المتعاطين للحشيش من الذكور المصريين (المقيمين في القاهرة) في الفترة من يناير ١٩٦١ إلى يوليو ١٩٦٢، حيث قرر ٧٧٪ من المتعاطين بقدرتهم على إطالة فترة الجماع الجنسي مدة أطول تحت تأثير المخدر بالمقارنة بالمدة التي يستغرقونها دون مخدر^(١).

وعلى العكس من ذلك بلغت نسبة من لم يوافقوا على هذه العلاقة ٣٧,١٪ - كذلك رأى ١١,٣٪ منهم أن المخدرات والعقاقير تقلل

١ - تعاطي الحشيش، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، التقرير الثاني، نتائج المسح الاستطلاعي في مدينة القاهرة، مارس ١٩٦٤، ص ١٦٩.

القدرة على الانتصاب، ويود الباحث أن يشير إلى العلاقة الوثيقة بين التأثير القوي لجماعات التعاطي في بث الايحاء النفسي لهذا اللاعتقاد الخاطيء - ذلك ما أكدته مشاهدات الباحث ومناقشاته مع المتعاطين في هذا الخصوص حيث أشار كثير من المتعلمين (الحاصلين على شهادات) إلى عدم وجود مثل هذه العلاقة وما يوجد ليس إلا مجرد إيحاء فقط، ويتفق هذا الرأي مع رأي «نيس واندر» الذي يرى أن الإدمان يعوق أو يقلل من الرغبة الجنسية حيث تحدث المشاكل والصعوبات الجنسية لدى الزوجين حين يصبح احدهما من المدمنين - حيث يصبح العقار في حد ذاته عاملاً هاماً في نقص الاهتمام بالعمليات الجنسية^(*).

كما يتفق هذا الرأي مع ما أسفرت عنه نتائج بعض المؤتمرات التي عقدت في كل من هونج كونج «بانجكوك» عام ١٩٦٤ والتي لخصت هذه العلاقة في الايحاء النفسي^(*).

سادساً : علاقة الاعتماد على العقاقير التخليقية بالعمل والانتاج

ينطوي هذا الجانب على محاولة إيضاح العلاقة بين الاعتماد على العقاقير التخليقية والعمل والانتاج - ويتصل في نفس الوقت بأحد التساؤلات الرئيسية للدراسة الراهنة - حيث نحاول أن نسعى

* للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثاني من الجزء النظري لهذا البحث.

للإجابة على هذا التساؤل الرئيسي من خلال بعض التساؤلات الفرعية التالية :

١ - ما تأثير التعاطي على عمل المدمن (المعتمد) من حيث الانتظام والتغيب، من حيث النشاط أو الكسل، من حيث الهدوء أو الانفعال؟

٢ - ما علاقة الاعتماد على العقاقير التخيلية بالانتاج؟ هل تعمل على زيادته؟ هل تعمل على نقصانه؟ أم أنه ليس له دور في الزيادة أو النقص؟

ولسوف نحاول فيما يلي من خلال عرض الجداول الكمية أن نجيب على كل هذه التساؤلات :

الجدول رقم (٨١) يوضح تأثير تعاطي العقاقير التخيلية على عمل المتعاطي

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	تعطي القدرة على الانتظام في العمل	١١	١١,٣
٢	تعطي القدرة على النشاط في العمل	٢٢	٢٢,٦
٣	تجعل الفرد هادئ الطباع في العمل	٥٣	٥٤,٦
٤	تحول دون حدوث مشاكل كثيرة من الزملاء والرؤساء	٩	٩,٢
٥	تعطي القدرة على السهر وتحقيق دخل كبير	١٦	١٦,٤
٦	تعطي القدرة على الاستذكار والنجاح بمجموع كبير	٣	٣
٧	تسبب التغيب عن العمل	٣٨	٣٩,١
٨	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٨١) تأثير تعاطي «الاعتماد» على العقاقير التخليقية بعمل المتعاطي حيث يلاحظ التأثير السلبي لهذا النوع من العقاقير على تغيب المتعاطي عن عمله بنسبة ٣٩,١ ٪، في مقابل نسبة ١١,٣ ٪ من يعتقدون في قدرة هذه العقاقير على الانتظام في العمل، كما يلاحظ كذلك دورها في جعل المتعاطي أكثر هدوءاً في العمل بنسبة ٥٤,٦ ٪ ذلك بفعل قدرتها على تخدير مشاعر وانفعالات المبحوث، كما يلاحظ كذلك أن نسبة من يروا أثراً لهذه العقاقير في زيادة النشاط في العمل مثلت ٢٢,٦ ٪، وربما يرجع ذلك إلى تعاطيهم بعض المنشطات التي تعرف بخواصها في هذا المجال - وفي نفس الاتجاه يرى البعض أن هذه العقاقير تعطي القدرة على السهر وتحقيق دخل كبير بنسبة ١٦,٤ ٪ وربما يرجع ذلك في جانب كبير منه لاتجاهات الريح السريع التي شهدتها بعض الاعمال الحرفية في الآونة الأخيرة في المجتمع المصري - ذلك بسبب تعود بعض الحرفيين من طائفة المعمار على السهر المتواصل لانجاز اعمالهم في وقت قصير لمتابعة غيرها وهكذا.

في ضوء ذلك تعكس كل هذه النسب الخصائص المتميزة للعقاقير التخليقية من حيث قدرتها الانهباطية على قوى الانسان فتجعله أكثر هدوءاً أو تزيد من خموله فتحول دون المتابعة الجادة لعمله اليومي .

وعلى الجانب الآخر - نرى كيف تؤثر العقاقير المنشطة (الامفيتامين) على اعتقاد بعض الافراد في قدرتها على بعث القوة

والنشاط واليقظة - وان صح هذا الاعتقاد لكن الخطورة التي تظل
كامنة من خلفه هي في قابلية هذا النوع من العقاقير للاعتماد ومن ثم
التحمل (زيادة الجرعات) إلى أن يصل الفرد بعد فترة من التعاطي
المنتظم إلى الدرجة التي لا يستطيع أن يزاول أعماله دونها - بل أن
الأكثر من ذلك هو ما سمعه الباحث أثناء مناقشاته الميدانية مع
المدمنين عن المزاجية بين المنشطات والمنومات - حيث يصل المدمن
«المعتمد» بعد مدة إلى عدم القدرة على النوم بسبب المنشطات
فيتعاطى (المنومات) ثم عدم القدرة على العمل بسبب «المنومات»
فيتعاطى (المنشطات) - تلك هي الدائرة الخبيثة للإدمان على هذا
النوع من العقاقير.

الجدول رقم (٨٢) يوضح العلاقة بين الاعتماد على تعاطي العقاقير
التخليقية وزيادة أو نقص الانتاج

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	يعمل على زيادة الانتاج أ - بكمية كبيرة ب - بكمية بسيطة	٢٣	٢٣,٧
		٢٠	-
		٣	-
المجموع		٢٣	
٢	يعمل على نقص الانتاج أ - بكمية كبيرة ب - بكمية بسيطة	٧٤	٧٦,٣
		٦٦	-
		٨	-
المجموع		٧٤	
٣	لا يزيد ولا ينقص	-	-
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٨٢) العلاقة بين الاعتماد على
العقاقير التخليقية وبين زيادة أو نقص الانتاج - حيث يلاحظ أن نسبة

كبيرة من مجتمع البحث ٧٦,٣ ٪ قد استبصروا بالعلاقة العكسية بين الاعتماد والانتاج وجاءت هذه العلاقة واضحة مما يتعلق بالمدى الذي وصل إليه الانتاج من جراء هذا الاسراف في التعاطي (نقص الانتاج بكمية كبيرة بنسبة ٨٩,١ ٪)، في مقابل نسبة أقل بكثير ممن يعتقدون في قدرة هذه العقاقير على زيادة الانتاج حيث مثلوا نسبة ٢٣,٧ ٪ من مجتمع البحث.

في ضوء ما تقدم تبدو لنا العلاقة واضحة بين الاعتماد على تعاطي العقاقير التخيلية والانتاج - ذلك أن ما تحدته هذه العقاقير كالمثومات والمغيبات على وجه الخصوص من تأثيرات مباشرة على الجهاز العصبي المركزي تبدو أكثر وضوحا على شكل وتصرفات المتعاطي من ناحية الخمول والكسل وعدم القدرة على الحركة بانتظام. . . الى غير ذلك. مما يحول دون الذهاب إلى العمل تماما أو الاحساس بعدم الاكتراث فيما يتعلق بزيادة الانتاج.

وفما يتعلق برأي البعض في قدرة هذه العقاقير على زيادة الانتاج - يرى الباحث أنهم لم يخرجوا عن كونهم من المتعاطين للمنشطات وينطبق عليهم نفس التحليل المذكور في الجدول السابق.

نتائج الدراسة الميدانية فيما يتعلق «بعلاقة الاعتماد على العقاقير التخيلية بالعمل والانتاج

١ - أظهرت الدراسة وجود علاقة سلبية بين الاعتماد على تعاطي العقاقير التخيلية وبين التوافق الوظيفي أو المهني للمتعاطين حيث أدى التعاطي إلى تغيب نسبة ٣٩,١ ٪ من مجتمع البحث

عن أعمالهم في مقابل نسبة ١١,٣٪ ممن يعتقدون في قدرة هذه العقاقير على الانتظام في العمل.

٢ - يلجأ أكثر من نصف مجتمع البحث تقريبا ٥٤,٦٪ إلى تعاطي هذا النوع من العقاقير كي يكونوا أكثر هدوءا في مجال العمل ويرتبط بذلك حدوث مشاكل مع الزملاء والرؤساء كما أشارت بذلك نسبة ٩,٢٪ ويعد هذا الأمر على جانب كبير من الأهمية من حيث إرتباط التعاطي بتحقيق الاستقرار أو التوافق الوظيفي على حد اعتقاد المتعاطين أنفسهم.

٣ - أظهرت الدراسة وجود علاقة سلبية بين الاعتماد على العقاقير التخيلية ونقص الانتاج بنسبة ٧٦,٣٪ في مقابل ٢٣,٧٪ ممن يعتقدون في هذه العقاقير لزيادة الانتاج. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية في هذا الخصوص - حيث أظهرت زيادة في نسبة من يصبح انتاجهم قليلا وتقل نسبة من يقدرون أن انتاجهم وسط بين القلة والكثرة^(١).

ومن ناحية أخرى تتفق هذه النتائج أيضا مع رأي «نيس واندر» والتي ترى ان مشاكل التوافق الوظيفي للمدمنين تكون من النوع المتوقع، فهم غير منتجين وأقرب إلى البطالة أو العمالة غير المنتظمة منهم إلى العمالة المنتظمة المستقرة المربحة^(٥)

١ - تعاطي الحشيش، المركز القومي للبحوث الاجتماعية الجناائية، مرجع سابق ص ١٧٨.

• - للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثاني من الجزء النظري بهذا البحث.

سابعاً : علاقة الاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية بالسلوك الاجرامي

يرتبط هذا الجانب بأحد التساؤلات الرئيسية التي تسعى الدراسة
الراهنة إلى الاجابة عليها والتي تتضمن علاقة الاعتماد على تعاطي
العقاقير التخليقية بالسلوك الاجرامي ، وفي محاولتنا الاجابة على هذا
التساؤل سوف نسترشد بالتساؤلات الفرعية التالية :

١ - ما أشكال السلوك الاجرامي التي يرتبط بها المتعاطون لهذا النوع
من العقاقير؟

٢ - هل هناك فرق بين متعاطي العقاقير التخليقية في ارتكاب بعض
أشكال السلوك الاجرامي عن غيره من المتعاطين للانواع
الأخرى للمخدرات؟

٣ - ما الدور الذي تلعبه الأثار المباشرة لهذا النوع من العقاقير في
ارتكاب بعض أشكال السلوك الاجرامي؟

٤ - ما الأسباب التي تدفع المتعاطين لارتكاب بعض أشكال السلوك
الاجرامي؟

ولسوف تحاول الجداول التالية الاجابة على كل من التساؤل
الرئيسي والتساؤلات الفرعية المرتبطة به :

الجدول رقم (٨٣) يوضح سلوك المتعاطي في حالة عدم وجود نقود
لشراء ما يتعاطاه

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	لا يقوم بالشراء	-	-
٢	السلف والاستدانة	٩٣	٩٧
٣	السرقه	٨٢	٨٤,٥
٤	التزوير	٧٩	٨١,٤
٥	الرشوة	٨٠	٨٢,٤
٦	بيع أثاث المنزل	٨٢	٤,٥
٧	بيع مصوغات الزوجه	٨٩	٩١,٧
٨	رهن أي شيء من الممتلكات	٩٠	٩٢,٧
٩	من الممكن أن يقتل	٧٧	٧٩,٣
١٠	عمل أي شيء من أجل الحصول على العقار	٨٦	٨٨,٦

يوضح الجدول السابق رقم (٨٣) بعض أشكال السلوك
الاجرامي التي يرتبط بها المتعاطون للعقاقير التخليقية في حالة عدم
وجود نقود لدعم عاداتهم من التعاطي - حيث يلاحظ ارتباطهم
بالأشكال التالية حسب ترتيب التكرارات : السرقه ٨٤,٥ % -
الرشوة ٨٢,٤ % - التزوير ٨١,٤ % - القتل ٧٩,٣ %.

كما يلاحظ تدرج سلوك المتعاطي في ارتكاب هذه الأشكال من السلوك الاجرامي بدءاً من السرقة إلى القتل .

كما يلاحظ عمق آثار الانسحاب النفسية والجسمية لهذا النوع من العقاقير إلى الدرجة التي لا يقوى معها متعاط واحد على عدم الشراء بسبب الإلحاح السريع والقوي لاشتراء العقار .

وعلى الجانب الآخر يلاحظ عدم إقدام المتعاطي على ارتكاب بعض أشكال السلوك الاجرامي السابقة دون المرور ببعض التصرفات التي لا تعد ضمن طائفة أشكال السلوك الاجرامي - ذلك أنه يبدأ بالسلف والاستدانة ٩٧ ٪ - ثم بيع أثاث المنزل ٩٤,٥ ٪ - ثم رهن أي شيء من الممتلكات ٩٢,٧ ٪ - ثم بيع مصوغات الزوجة ٩١,٧ ٪ - وحينها يفشل يقدم على أشكال السلوك الاجرامي السابقة الاشارة إليها .

كما يلاحظ أن نسبة كبيرة أيضاً من المتعاطين ٨٨,٦ ٪ لديهم الاستعداد لعمل أي شيء من أجل الحصول على العقار - ذلك تجنباً للمرور بعمليات الانسحاب الجسمية المبرحة في بعض الأحيان .

وتعكس هذه النسب السابقة مدى الخطورة التي من الممكن أن تترتب على حالة (الحرمان) هذه والتي سوف تنعكس سلباً على المتعاطي نفسه ثم الأسرة فالاقارب فجميع أفراد المجتمع .

الجدول رقم (٨٤) يوضح ما إذا كان هناك فرق بين متعاطي العقاقير
التخليقية وغيره من المتعاطين في ارتكاب الأفعال السابقة

م	البيان	ك	%
١	متعاطي العقاقير التخليقية أكثر	٩٤	٩٦,٩
٢	متعاطي العقاقير التخليقية أقل	-	-
٣	لا يوجد فرق	٣	٣,١
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٨٤) الفرق بين المعتمدين على
تعاطي العقاقير التخليقية وبين غيرهم من المعتمدين على الأنواع
الأخرى من المخدرات والمسكرات في ارتكاب الأفعال السابقة -
حيث يلاحظ أن نسبة من أفادوا بالإيجاب تقدر بحوالي ٩٦,٩ % في
حين تأتي نسبة قليلة ٣,١ % أنه لا يوجد فرق بين هذا وذاك .

ويود الباحث أن يشير إلى أن المتعاطين للهيروين (البودرة)
بجانب هذا النوع من العقاقير قد رأوا أن الهيروين والأقراص أكثر
أنواع المخدرات اسهاما في الأشكال السابقة من السلوك الاجرامي .

وهكذا تتضح الطبيعة المتميزة للعقاقير في علاقتها بالسلوك
الاجرامي وربما يرجع ذلك إلى تأثيرها المباشر والقوي على الجهاز
العصبي المركزي الذي يتحكم في العمليات العقلية من ناحية وما
تبعته بعض هذه العقاقير كالمنشطات من إحساس واهم بالجرأة

والاقدام، ومن نفس الرد يميل بعض العلماء من المهتمين^(*) بعلاقة الاعتماد على العقاقير التخليقية والمخدرات بالسلوك الاجرامي إلى تركيز مزيد من الاهتمام حول هذا الجانب (فقدان الوعي من أثر التعاطي)، في حين يميل البعض الآخر إلى التركيز على ندرة المخدر وعدم القدرة المالية للحصول عليه وهي الحالة التي تعرف في مجال الاعتماد (بالحرمان) - وعلى أية حال سوف تحاول الجداول التالية حسم هذا الخلاف ربما لتأييد أحدهما أو أخذ كل منهما في الاعتبار.

الجدول رقم (٨٥) يوضح ما إذا كان ارتكاب المتعاطي للافعال السابقة أكبر وهو تحت تأثير العقار

م	البيان	ك	%
١	وهو تحت تأثير العقار أكبر	٩٢	٩٤,٨
٢	لا يوجد فرق	٥	٥,٢
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٨٥) مدى موافقة المتعاطي على الرأي القائل بتأثير العقار على ارتكاب الأشكال السابقة من السلوك الاجرامي، حيث مثل من وافق على هذا الرأي نسبة ٩٤,٨ %، في حين رأت نسبة قليلة ٥,٢ % عدم وجود فرق بين مفعول العقار أثناء ارتكاب السلوك الاجرامي وبدونه.

* للمزيد من التفصيل يمكن الرجوع الى الفصل الثاني من الجزء النظري لهذا البحث.

وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي قام بها «توبين وآخرون عام ١٩٧١» حيث توصلوا إلى أن طبيعة الجرائم التي يرتكبها المتعاطون الميسثون لاستعمال عقار الامفيتامين المنشط هي من جرائم العنف تلك التي يكون مبعثها الاحساس بالنشاط الزائد الذي يتيح هذا العقار^(٥).

الجدول رقم (٨٦) يوضح الأسباب التي تدفع المتعاطي لارتكاب الجريمة

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	بسبب عدم وجود المخدر	٩٠	٩٢,٧
٢	فقدان الوعي من أثر التعاطي	٩٢	٩٤,٨
٣	تأثير شلة المتعاطين	١١	١١,٣
٤	ما يبعثه العقار من نشاط وجرأة	٢٣	٢٣,٧
٥	أخرى تذكر	-	-

يحاول هذا الجدول رقم (٨٦) حسم الجدل المثار حول الأسباب التي تدفع المعتمدين على تعاطي العقاقير التخليقية إلى ارتكاب بعض أشكال السلوك الاجرامي - حيث يلاحظ أن أهم هذه الأسباب كانت بسبب فقدان الوعي من أثر التعاطي ٩٤,٨ %، يلي ذلك ندرة

* للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثاني من الجزء النظري لهذا البحث.

المخدر إما بسبب إحكام الرقابة عليه أو عدم القدرة المالية لشرائه بنسبة ٩٢,٧ ٪ - ثم الأثر الذي يحدثه العقار من جرأة ونشاط واقدام بنسبة ٢٣,٧ ٪، في حين جاء تأثير شلة المتعاطين كسبب أقل النسب حيث مثلوا ١١,٣ ٪.

وهكذا يتضح أن كلاً من فقدان الوعي من أثر التعاطي وعدم وجود المخدر هما أهم الأسباب الدافعة إلى ارتكاب السلوك الاجرامي .

ويلاحظ كذلك أن تأثير ما يبعثه العقار من جرأة ونشاط جاء قليلا نسبيا ٢٣,٧ ٪ وربما يرجع ذلك إلى قلة عدد المتعاطين الذين يتناولون المنشطات (يرجع إلى الجدول رقم ٣٣) وذلك اتساقا مع خصائص هذا العقار من حيث بعث النشاط والجرأة والاقدام .

في حين جاءت نسبة تأثير شلة المتعاطين قليلة ١١,٣ ٪ ومخالفة لوجهة نظر كل من «إلين وود، وكرامر وآخرين» الذين يرون أن جرائم العنف المرتبطة بتعاطي الامفيتامين كعقار منشط لا ترتكب إلا إذا كانت في محيط الجماعة، فهي التي تشعر الفرد بتأثير العقار وتحفزه على الفعل^(٥).

* - للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثاني من الجزء النظري لهذا البحث .

نتائج الدراسة الميدانية فيما يتعلق بعلاقة الاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية بالسلوك الاجرامي

- ١ - أظهرت الدراسة أن أشكال السلوك الاجرامي التي يرتبط بها المتعاطون تتدرج من السرقة ٥, ٨٤٪ إلى الرشوة ٤, ٨٢٪، إلى التزوير ٤, ٨١٪ إلى القتل ٣, ٧٩٪.
- ٢ - قد يرتبط المتعاطي بأشكال أخرى من السلوك الانحرافي التي لا ترتقي إلى السلوك الاجرامي لدعم عاداته من التعاطي في حالة عدم وجود الموارد المالية والتي تتدرج من السلف والاستدانة ٩٧٪ إلى بيع أثاث المنزل ٥, ٩٤٪ إلى رهن الممتلكات ٧, ٩٢٪، إلى بيع مصوغات الزوجة ٧, ٩١٪.
- ٣ - أظهرت الدراسة أن نسبة كبرى من مجتمع البحث تقدر بحوالي ٦, ٨٨٪ لديها الاستعداد لعمل أي شيء من أجل الحصول على المخدر ويعكس ذلك عمق الآثار القاسية للانسحاب الفجائي عن تعاطي المخدر والذي يشمل أعراضا جسمية ونفسية قاسية.
- ٤ - أظهرت الدراسة أن هناك فرقا واضحا بين المتعاطين للعقاقير التخليقية وربما نصف التخليقية (الهيروين) وبين غيرهم من المتعاطين للمخدرات والمسكرات الأخرى في ارتكاب السلوك الاجرامي - حيث مثلت نسبة من وافقوا على هذا الفرق ٩, ٩٦٪ من المجتمع الكلي للبحث، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي قام بها «ألين وود» عام ١٩٧٦ في محاولته

للمقارنة بين عييتين من المتعاطين للامفيتامين وغيرهم من المتعاطين للعقاقير الأخرى - حيث وجد أن المتعاطين الذين يتناولون ٣٠ ملليجراماً فأكثر من عقار امفيتامين يتصفون بمعدلات زائدة للسلوك الانحرافي عن غيرهم .

٥ - أظهرت الدراسة أن أهم الأسباب التي تدفع المتعاطين إلى ارتكاب بعض أشكال السلوك الاجرامي هو ما يتعلق بفقدان الوعي من أثر التعاطي ٨, ٩٤٪، وعدم وجود المخدر ٧, ٩٢٪، وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي أجريت في مدينتي نيويورك وشيكاغو بالولايات المتحدة الامريكية والتي رأت أن إجرام المدمن راجع بشكل كبير إلى المشاكل الاقتصادية المتعلقة بالحصول على المخدر* .

٦ - أظهرت الدراسة التأثير القوي لبعض العقاقير التخليقية (المنشطات) على ارتكاب السلوك الاجرامي، حيث أشارت نسبة ٧, ٢٣٪ من مجتمع البحث إلى الأثر الذي يبعثه العقار من نشاط وجراة تساعد على ارتكاب بعض أشكال السلوك الاجرامي - وعلى الرغم من ضآلة هذه النسبة بشكل عام إلا أنها جاءت متسقة تماماً مع عدد المتعاطين الذين يتناولون المنشطات كما هو واضح من الجدول رقم (٣٣) .

• - للمزيد من التفصيل يرجع إلى الفصل الثاني من الجزء النظري لهذا البحث .

ومن ناحية أخرى تتفق هذه النتيجة مع رأي «توين وآخرين» حيث يرون أن جرائم العنف التي يرتكبها المتعاطون الميثون لعقار الامفيتامين كمعقار منشط يكون مبعثها الإحساس بالنشاط الزائد الذي يتيح هذا النوع من العقاقير.

ثامناً : علاقة الاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية بالسلوك الديني

يتصل هذا الجانب بأحد التساؤلات الرئيسية للدراسة الراهنة فيما يتعلق بعلاقة الاعتماد بالسلوك الديني للمتعاطين للعقاقير التخليقية - وسوف تتم محاولة الاجابة على هذا التساؤل من خلال الاسترشاد بالتساؤلات الفرعية التالية :

- ١ - ما موقف المتعاطي من أداء فريضة الصلاة قبل وبعد الاعتماد؟
 - ٢ - ما رأي المتعاطي في علاقة الاعتماد بالدين - محرم دينيا - غير محرم دينيا - مكروه دينيا؟
 - ٣ - ما أنواع المخدرات والعقاقير المختلفة التي يرى المتعاطي انها محرمة كلياً أو جزئياً؟
 - ٤ - هل تحدث المتعاطي عن علاقة الدين بالتعاطي من قبل؟ ومع من؟
 - ٥ - هل تضمن الحديث العلاقة المحرمة للتعاطي؟ وإلى أي مدى اقتنع المتعاطي بها؟ وما أسباب عدم اقتناعه؟
- وفيماء يلي عرض للجداول والشواهد الكمية التي تحاول الاجابة على كل من هذه التساؤلات :

الجدول رقم (٨٧) يوضح موقف المتعاطي من أداء فريضة الصلاة

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	كان يصلي تماما قبل التعاطي	١٠	١٠,٣
٢	اصبح يصلي بعد التعاطي	٣	٣
٣	كان يصلي احيانا قبل التعاطي	١	١
٤	ما زال يصلي احيانا	٢١	٢١,٦
٥	ما زال يصلي تماما حتى الآن	٣	٣
٦	لم يصل حتى الآن	٦٣	٦٤,٩

يوضح الجدول السابق رقم (٨٧) موقف المتعاطي من أداء فريضة الصلاة قبل وبعد التعاطي . حيث يلاحظ أن نسبة من لم يؤديوا هذه الفريضة حتى الآن هي أعلى نسب هذا الجدول حيث مثلوا ٦٤,٩ % ثم يلي ذلك هؤلاء الذين ما زالوا يؤديون هذه الفريضة أحيانا حيث مثلوا نسبة ٢١,٦ % يلي ذلك أولئك الذين كانوا يؤديون هذه الفريضة تماما قبل التعاطي بنسبة ١٠,٣ %، في حين جاءت نسبة من أصبح يؤدي هذه الفريضة بعد التعاطي قليلة جدا حيث مثلوا نسبة ٣ % من مجتمع البحث . وبنفس النسبة أيضا ٣ % كانت لأولئك الذين ما زالوا يؤديون هذه الفريضة تماما حتى الآن .

وتأسيسا على ما تقدم يمكن القول بأن احجام نسبة كبيرة من المتعاطين ٦٤,٩ % عن أداء فريضة الصلاة قبل وبعد التعاطي مؤشر

خطير على الدين وهو الدعامة الأساسية للبناء الاجتماعي في المجتمع المصري - ذلك أن العبادة في شكل أداء فريضة الصلاة والمداومة عليها تقي الانسان من شرور نفسه الأمانة بالسوء، وهكذا يكون هؤلاء الافراد وقد حرموا من المسجد أو الكنيسة كمؤسسات اجتماعية دينية ذات وظيفة اجتماعية مما لها من دور هام في إثراء الوعي الديني لدى المواطنين في هذا الجانب .

كما أن هذا المؤشر يعطي أهمية كبرى للارشاد الديني في مؤسسات العلاج عن طريق ترشيد وتهذيب المعتقدات الخاطئة وتبصير المتعاطي بخطورة الاعتماد على النفس والعقل والأسرة والمجتمع .

الجدول رقم (٨٨) يوضح رأي المبحوث في علاقة الدين بتعاطي العقاقير والمخدرات بكافة أنواعها

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	بعضها حرام	٣	٣
٢	بعضها حلال	١	١
٣	كلها حرام	٨٩	٩١,٧
٤	كلها حلال	-	-
٥	بعضها مكروه	١	١
٦	كلها مكروه	٤	٤,١

الجدول رقم (٨٩) يوضح أنواع المخدرات والعقاقير المحرمة والمحللة
كلية وجزئيا

م	البيان	ك	%
١	البعض المحرم الخمر	٣	٦٠
٢	البعض المحلل الحشيش	١	٢٠
٣	ما هو مكروه البرشام	١	٢٠
المجموع		٥	١٠٠

يوضح الجدولان السابقان رقم (٨٨ ، ٨٩) رأي مجتمع البحث من موقف الدين في تعاطي الأنواع المختلفة من المخدرات والمسكرات والعقاقير حيث يلاحظ أن الغالبية العظمى من هذا المجتمع ٩١,٧% ترى أن تعاطي كل هذه الأنواع مخالف للدين (كلها حرام) في حين لم ير أحد أن هذا السلوك مباح (حلال).

وعلى الجانب الآخر - يلاحظ أن نسب هذا الجدول تشير إلى أن التعاطي في جزء فيه حلال أو في جزء منه مكروه - حيث بلغت نسبة من يرون أن البعض حرام (الخمس) ٣%، ومن يرون أن البعض منها حلال (الحشيش) ١%، ومن يرون أن البعض مكروه (الاقراص)

مع النص الواضح في القرآن الكريم، وأن الحشيش محلل لعدم النص الواضح عليه، وكذلك الاقراص. وعلى الرغم من ضالة هذه النسب إلا أنها تحتاج أيضا إلى فهم وترشييد وتهذيب من جانب المؤسسات الدينية والمرشدين الدينيين.

الجدول رقم (٩٠) يوضح رأي المبحوث عما إذا كان قد تحدث عن علاقة الدين بالمخدرات والعقاقير عموما من قبل

م	البيان	ك	%
١	نعم	٥٦	٥٧,٧
٢	لا	٤١	٤٢,٣
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول رقم (٩٠) رأي المبحوث في علاقة الدين بالمخدرات والعقاقير من حيث استحواذها على بؤرة اهتمامه بالحديث عنها عموما من قبل - حيث يلاحظ أن من تحدثوا عن هذه العلاقة من قبل مثلوا نسبة ٥٧,٧ %، في حين أن من لم يشغل هذا الموضوع بؤرة اهتمامهم قد مثلوا نسبة ٤٢,٣ %.

وعلى الرغم مما وصلنا إليه من قبل من نتائج تتعلق باعتراف الغالبية العظمى من مجتمع البحث بمخالفة التعاطي للدين - فربما قد تشكل هذا الاعتراف بمحض الصدفة من مشاهدة برنامج تليفزيوني أو سماع برنامج إذاعي . . الخ . وهذا يختلف كثيرا عن استحواذ هذا الموضوع لبؤرة اهتمام المتعاطي الأمر الذي يجعله يهتم بالحديث عن

هذه العلاقة مع آخرين أو حتى استثمار الحديث إذا ما جاء على هامش الحياة اليومية .

ويعد حديث نسبة لا بأس بها من مجتمع البحث ٥٧,٧ % عن علاقة التعاطي بالدين أمرا إيجابيا يتيح الفرصة للنقاش والحوار كخطوة نحو الاقتناع .

الجدول رقم (٩١) يوضح الاشخاص الذين تحدث معهم المبحوث عن علاقة الدين بالمخدرات بشكل عام من قبل

ن = ٥٦

م	البيان	ك	%
١	بعض الأصدقاء	٢٠	٣٥,٧
٢	رجال الدين	٣٨	٦٧,٨
٣	بعض المتعاطين	١٢	١٢,٤
٤	بعض الأقارب	٨	١٤,٢
٥	الموجه الديني بمؤسسة العلاج	٩	١٦
٦	المتخصص الاجتماعي	٨	١٤,٢
٧	المتخصص النفسي	-	-
٨	الطبيب المعالج	٦	١٠,٧
٩	افراد الأسرة	٩	١٦,٦
١٠	زملاء العمل	٣	٥,٣
١١	رؤساء العمل	١	١,٧
١٢	أخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٩١) نوعية الأشخاص الذين تحدث معهم المتعاطي عن علاقة الدين بالمخدرات والمسكرات والعقاقير عموماً، حيث يلاحظ أن رجال الدين مثلوا أعلى نسبة من نسب هذا الجدول ٦٧,٨ ٪. وبعد هذا أمراً طيباً يفيد إلى حد كبير في العلاج إذا ما تم التركيز عليه من قبل المؤسسات العلاجية ثم يلي ذلك الأصدقاء بنسبة ٣٥,٧ ٪، وكما كان للأصدقاء دور سلبي في دفع الأفراد إلى التعاطي - لهم كذلك دور قد يكون إيجابياً إذا ما تضمن الحديث مخالفة هذا السلوك للدين كما سيتضح من الجداول التالية، يلي ذلك بعض المتعاطين حيث مثلوا نسبة ٢١,٤ ٪، ويرجع ذلك إلى استمرار الاتصال بهم في دعم عادة التعاطي، وجاءت النسب بعد ذلك مخيبة للآمال فيما يتعلق بدور الموجه الديني بمؤسسة العلاج حيث مثل من تحدث معهم في هذه العلاقة نسبة ١٦ ٪ فقط، يلي ذلك أفراد الأسرة بنسبة ١٦ ٪، ثم المتخصص الاجتماعي ١٤,٢ ٪ وبعض الأقارب ١٤,٢ ٪ فالطبيب المعالج ١٠,٧ ٪، فزملاء العمل ٥,٣ ٪، فرؤساء العمل ١,٧ ٪.

وتعكس كل هذه النسب أهمية رجال الدين في ترشيد وتهذيب سلوك المتعاطي على محور التحريم - وهو ما لا يتم بشكل جيد من قبل الموجهين الدينيين بمؤسسات العلاج - ذلك أنهم أقرب إلى المتعاطين من رجال الدين الخارجين من حيث الاتصال المستمر والتواجد شبه الدائم، وما يمكن أن يلعبه التثقيف الجمعي في محيط جماعة المتعاطين من آثار إيجابية في هذا الخصوص.

الجدول رقم (٩٢) يوضح ما إذا كان الحديث قد تضمن أن تعاطي المخدرات والعقاقير بكافة أنواعها حرام

م	البيان	ك	%
١	نعم	٤٩	٨٧,٥
٢	لا	٧	١٢,٥
المجموع		٥٦	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٩٢) محتوى حديث المتعاطي مع بعض الأشخاص فيما يتعلق بمخالفة المتعاطي للدين - حيث يلاحظ أن نسبة كبيرة ممن خبروا هذا الحديث ٨٧,٥٪ قد تضمن حديثهم القول بأن المخدرات بكافة أنواعها (حرام)، في حين جاء محتوى حديث نسبة قليلة ١٢,٥٪ بطريقة عكسية وحينما ناقش الباحث هذا المحتوى مع المتعاطين اتضح أن مصدره بعض اصداقائهم من المتعاطين - ذلك أنهم يحاولون أن يضيفوا على سلوكهم شرعية دينية ربما للتخفيف على حدة الشعور بالذنب أو لإضفاء قدر من التسامح والقبول لهذا السلوك ودعمه داخل جماعاتهم الفرعية.

الجدول رقم (٩٣) يوضح مدى اقتناع المتعاطين بوجهة نظر من

تحدثوا معهم

ن = ٤٩

م	البيان	ك	%
١	نعم	٤٢	٨٥,٧
٢	لا	٧	١٤,٣
المجموع		٤٩	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٩٣) مدى اقتناع المتعاطين بوجهة نظر من تحدثوا معهم والذين تضمن حديثهم أن تعاطي المخدرات بكافة أنواعها (حرام) حيث يلاحظ أن من اقتنعوا مثلوا نسبة كبيرة منهم ٨٥,٧ في حين جاءت نسبة من لم يقتنعوا ١٤,٧%.

ويوضح ذلك سهولة التأثير على المتعاطين فيما يتعلق بهذا الجانب ولا يحتاج الأمر أكثر من النقاش والحوار وأخذ الحجة بالحجة مما يعكس كما سبق القول أهمية دعم مؤسسات العلاج بالموجهين الدينيين من لديهم قدرة على الاقناع ومهارة في إدارة النقاش والتوجيه الجمعي.

ولعل ما يلفت النظر في نسب هذا الجدول عدم اقتناع القلة منهم بما دار من نقاش حول هذا الموضوع ولسوف يوضح الجدول التالي أسباب عدم الاقتناع.

الجدول رقم (٩٤) يوضح أسباب عدم الاقتناع

ن = ٧

م	الأسباب	ك	%
١	لأن حديثهم غير مقنع	٥	٧١,٤
٢	بسبب مخالفة حديثهم للدين	-	-
٣	لانهم لا يمثلون قدوة	٣	٤٢,٨
٤	لعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر	٢	٢٨,٥
٥	اخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٩٤) الأسباب التي حالت دون اقتناع بعض المتعاطين بما يتضمنه حديث بعض الأشخاص عن مخالفة التعاطي للدين - حيث يلاحظ أن أهم هذه الأسباب كانت عدم قدرة المتحدثين على الاقتناع ٧١,٤ %، يلي ذلك أهمية القدوة في حياة المتعاطي، حيث لم يمثل من تحدث معه قدوة يحتذى بها، وقد مثل هؤلاء نسبة ٤٢,٨ % من نسب هذا الجدول.

ثم يأتي في النهاية عدم قدرة المتعاطي عن الاستغناء عن المخدر وإن كان ذلك لا يعد من مؤشرات عدم الاقتناع - إلا أنه عائق من العوائق التي تحول دون الامتثال للاقتناع.

وتعكس أغلب هذه النسب أهمية انتقاء من يتعامل مع المتعاطين من رجال دين ومتخصصين اجتماعيين ونفسيين وأطباء بل وسعاة وسكرتارية بحيث تتوفر لديهم المهارة والقدوة الحسنة والقدرة على الاقتناع.

نتائج الدراسة الميدانية فيما يتعلق بعلاقة الاعتماد على المخدرات والعقاقير بالدين

١ - أظهرت الدراسة لإحجام عدد كبير من المتعاطين عن أداء فريضة الصلاة وقت إجراء الدراسة الميدانية قبل وبعد التعاطي حيث مثلوا أعلى نسبة من نسب الجدول الخاص بذلك ٦٤,٩٪، وهكذا يكون قد حرم هؤلاء من المسجد أو الكنيسة كمؤسسات اجتماعية دينية ذات وظيفة اجتماعية في إثراء الوعي الديني عن طريق ترشيد وتهذيب بعض المعتقدات الخاطئة من ناحية وتبصير المتعاطين بخطرورة التعاطي على النفس والعقل والأسرة والمجتمع .

٢ - أظهرت الدراسة موافقة الغالبية العظمى من مجتمع البحث ٩١,٧٪ على مخالفة التعاطي للشرائع الدينية (كلها حرام) وعلى الرغم من تناقض هذا الاعتقاد مع النتيجة السابقة من حيث إحجام نسبة ٦٤,٩٪ عن أداء فريضة الصلاة - إلا أنه يعد أمراً طيباً يسهل الطريق أمام عمليات التهذيب والترشيد المبتغاة من الموجهين الدينيين بمؤسسات العلاج أو أماكن العبادة كتنظيمات مجتمعية ذات وظيفة اجتماعية هامة .

٣ - أظهرت الدراسة سعي نسبة لا بأس بها تقدر بأكثر من نصف مجتمع البحث ٥٧,٧ إلى الحديث عن علاقة الدين بتعاطي المخدرات عموماً - ولقد تضمن الحديث لدى نسبة ٨٧,٥٪ منهم ان تعاطي مثل هذه الأنواع مخالف للدين، واقتنع نسبة كبيرة منهم تقدر بحوالي ٨٥,٧٪ بهذا الرأي، وكان أهم

الأشخاص الذين تحدث المتعاطون معهم في هذا الخصوص هم رجال الدين خارج نطاق المؤسسة العلاجية بنسبة ٨, ٦٧٪، ثم الأصدقاء بنسبة ٧, ٣٥٪.

٤ - أظهرت الدراسة ان دور الموجه الديني بمؤسسة العلاج لم يكن ملموسا حيث بلغت نسبة من تحدث من المتعاطين معه في علاقة الدين بالمخدرات عموما ١٦٪ فقط من النسبة الكلية لمجتمع البحث على الرغم من وجود موجه ديني في ثلاثة من المجال الجغرافي للدراسة (الزقازيق - كفر الشيخ - مستشفى أبي العزائم) ولم تشكل نسبة مستشفى الصحة النفسية بالمقطم أكثر من ١, ٤٪ من المجال الجغرافي للدراسة وهو المكان الذي خلا من موجه ديني.

تاسعاً : الاعتماد على تعاطي العقاقير التخليقية والعلاج

يعد العلاج في محيط الإدمان (الاعتماد) الغاية المستهدفة من خلال كل الجهود المهنية المبذولة تجاه المتعاطي .

وتتعدد طرق وأساليب العلاج المستخدمة في محيط الإدمان «الاعتماد» حيث تتوزع على العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي والارشاد الديني - ذلك أن العمل مع المتعاطي «المعتمد» يحتاج إلى جهود هذا الفريق المتكامل مجتمعة، لذلك كله شاء الباحث أن يدمج هذا المتغير «العلاج» في محيط المتغيرات الهامة التي تشملها هذه الدراسة - كي نتعرف على بعض ما يحيط بهذا المتغير من ظروف وملابسات ربما قد تدفعه إلى الامام او تعوق تقدمه، وسوف يستخدم

الباحث المؤشرات التالية لمعالجة هذا الموضوع :

- ١ - الوقوف على محاولات المتعاطي السابقة في العلاج.
- ٢ - التعرف على أهم أسباب الفشل أن وجدت.
- ٣ - التعرف على أنواع العلاج المستخدمة.
- ٤ - الوقوف على رأي المتعاطي فيما يتعلق بمدى كفاءة العلاج المقدم له من قبل المؤسسة العلاجية.
- ٥ - كيف حضر المتعاطي إلى المؤسسة وإلى أي مدى يرتبط ذلك برغبته في العلاج؟

وفيما يلي ملخص للجداول التي تعين على إيضاح المؤشرات السابقة من خلال عرض للشواهد الكمية التي توصلت إليها الدراسة الميدانية لهذا البحث.

الجدول رقم (٩٥) يبين ما إذا كان المبحوث قد حاول العلاج من قبل

م	البيان	ك	%
١	حاول العلاج من قبل	٥١	٥٢,٧
٢	لم يحاول	٤٦	٤٧,٣
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٩٥) محاولات المتعاطي السابقة فيما يتعلق بالعلاج، حيث يلاحظ أن نصف مجتمع البحث تقريبا ٥٢,٧% قد خبر هذه التجربة، في حين لم تحاول نسبة تقدر بحوالي

٣, ٤٧٪ العلاج من قبل . وترتبط مسألة طلب العلاج بعوامل عديدة منها على سبيل المثال وطأة الاعتماد على الفرد ومدى وعي المتعاطي بخطورته - درجة التعليم والثقافة - عدد سنوات الاعتماد - مدى توفر مؤسسات العلاج من حيث عددها وقربها من محل الإقامة - تراكم الخبرات المنقولة من مدمنين سابقين عن تلك المؤسسات سلبيًا أو إيجابيًا . الخ . وعلى الرغم مما يحيط بمؤسسات العلاج خاصة الحكومية، والتي هي متاحة للغالبية العظمى من المتعاطين من قصور في طرق وأساليب العلاج (كما هو واضح في مستهل هذا الفصل) إلا أن إقبال هذا العدد ٧, ٥٢٪ على العلاج حافز للقائمين على أمر هذه المؤسسات للعمل في شكل فريق متكامل بصورة أفضل مما هو عليه .

الجدول رقم (٩٦) يوضح أسباب الفشل في العلاج السابق

ن = ٥١

٢	الأسباب	ك	٪
١	بسبب عدم تكملة كل العلاج	١٩	٣٧,٢
٢	بسبب عدم كفاءة العلاج	١٧	٣٣,٣
٣	بسبب عدم متابعة العلاج من قبل المعالجين	١٢	٢٣,٥
٤	بسبب نقص النقود	١٢	٢٣,٥
٥	بسبب عدم الاهتمام بالظروف الأسرية والعائلية المسببة للتعاطي	٣٥	٦٨,٦
٦	لعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر	٢٠	٣٩,٢
٧	بسبب ملاحقة العمل وكان المخدر الوسيلة لانجازة	٢٠	٣٩,٢
٨	عدم وجود أماكن جيدة للعلاج	١١	٢١,٥
٩	عدم الاهتمام من المسؤولين عن العلاج	١٢	٢٣,٥
١٠	بسبب بعد أماكن العلاج عن محل الإقامة	٩	١٧,٦
١١	اخرى تذكر	-	-

يوضح الجدول السابق رقم (٩٦) الأسباب الكامنة وراء فشل العلاج السابق لمن مروا بهذه التجربة حيث يلاحظ ان عدم الاهتمام بالظروف الأسرية والعائلية المسببة للتعاطي من أهم الأسباب ٦٨,٨ ٪ التي أعاقت استكمال العلاج. ذلك أنه من غير المقبول تجاهل هذه الظروف أو عدم اعطائها الاهتمام الكافي، والباحث يعتقد أنه مهما وصل العلاج الطبي من كفاءة أو مقدرة فسوف يصب في وعاء بلا قاع ما لم يساير غيره من أنواع العلاج النفسي والديني والاجتماعي على وجه الخصوص.

فلقد بلغ عدد المدمنين المتكسين في المستشفى الفيديرالي في لكسنجتون بامريكا الى ما يقرب من ٧٥٪ من الحالات التي عادت إلى المخدر مرة اخرى بسبب اتجاهات المجتمع التي تجعل من الامسك عن التعاطي أمرا صعبا، وهكذا يجد المدمن نفسه مدفوعا للعودة إلى سنه الكيماوي مرة أخرى^(١).

كما يلاحظ من الجدول توالي الأسباب التي كانت وراء فشل العلاج السابق والتي منها على التوالي عدم القدرة على الاستغناء عن المخدر ٣٩, ٢ ٪ وملاحقة الأعمال المهنية أو الوظيفية واعتبار المخدر وسيلة للتعامل معها بنسبة ٣٩, ٢ ٪ أيضا.

ولقد سبق لنا تناول هاتين الاستجابتين في جداول سابقة حيث أنطوت الاستجابة الأولى على فكرة الخوف من آلام الانسحاب

1 - Robert. De Roop, Drug and the mind, Op. cit. P. 158.

المبرحة والوصول إلى درجة من اشتها العقار وهي كلها خواص للاعتماد، إلى جانب ما يتعلق بالاستجابة الثانية من ذلك الأفكار الخاطئة عن علاقة المخدرات بالقدرة على مواصلة العمل اليومي .

ثم يأتي بعد ذلك عدم تكلمة كل أنواع العلاج بنسبة ٢, ٣٧ ٪، ويعكس ذلك بالطبع التكامل المطلوب في عمليات العلاج في محيط فريق العمل الذي تحدثنا عنه من قبل - ذلك أن افتقاد إحدى الحلقات سوف يؤثر على الدائرة كلها، ثم يصور لنا الجدول بعد ذلك بعض حلقات القصور فيما يتعلق بالعلاج كعملية والتي منها عدم كفاءة العلاج بنسبة ٣, ٣٣ ٪ ثم عدم الاهتمام من المسؤولين عن العلاج ٥, ٢٢ ٪ ثم عدم المتابعة ٥, ٢٣ ٪ ثم عدم توفر أماكن العلاج الجيد ٥, ٢١ ٪ ثم بعد أماكن العلاج عن محل الإقامة ٦, ١٧ ٪، وهكذا يشكل القصور في مناحي العلاج المختلفة أحد العوامل الرئيسية في الانتكاسة والعودة مرة أخرى إلى المخدر. والحقيقة التي يجب أن تستخلص من كل هذه النتائج أنه ليس من المطلوب فقط إبعاد المدمن عن المخدر بقدر ما يكون المطلوب الاحتفاظ به بعيداً عنه بعد فترات الانسحاب .

الجدول رقم (٩٧) يوضح نوعية العلاج الحالي

ن = ٩٧

م	البيان	ك	%
١	علاج طبي	٩٧	١٠٠
٢	علاج نفسي	١٣	١٣,٤
٣	علاج اجتماعي	١٧	١٧,٥
٤	علاج ديني	١٦	١٦,٤

يوضح هذا الجدول رقم (٩٧) أنواع العلاج المستخدم في علاج المتعاطين المعتمدين على العقاقير التخليقية - حيث شمل العلاج الطبي ١٠٠٪ كل أفراد مجتمع البحث - وبعد هذا أمرا طبيعيا حيث يمثل هذا النوع من العلاج حجر الزاوية في عملية العلاج ذاتها - ويود الباحث أن يشير هنا إلى أن هذا النوع من العلاج كان قاصراً إلى حد كبير في نوادي الدفاع الاجتماعي (الزقنازيق - كفر الشيخ) كمؤسسات مفتوحة حيث تم التركيز فيها حيث كان علاجاً لآثار الإدمان أكثر من كونه علاجاً لحالات الإدمان في حد ذاتها - ولقد حاول الباحث تمثيلاً مع مفهوم فلورانس هولس عن ثقافة المهن^(٥) أن يناقش الأطباء المتخصصين في طريقة العلاج بالمشادون والعلاج

* بمقتضى هذا المفهوم يقتضى من المتخصص الاجتماعي معرفة قدر مناسب من المعلومات عن ثقافة المهن التي يتعامل معها المتخصص الاجتماعي كمهنة الطب والمحاماة والتدريس . . الخ كي ينعكس ذلك على صالح العملاء .

بالانسولين المخفف مع مضادات الاكتئاب^(٥) - إلا أن من المؤسف هو عدم تفهم هؤلاء لهذه الأساليب تفهما جيدا ويرجع ذلك إلى تخصصاتهم التي تبعد إلى حد ما عن علاج الإدمان^(٥).

ثم يوضح الجدول بعد ذلك نوعية العلاج الاجتماعي حيث مثل من خبر هذا النوع من العلاج من المتعاطين حوالي ١٧,٥ ٪ وهي نسبة ضئيلة جدا من مجتمع البحث وحتى بين هذه النسبة انحصرت اهتمام الاخصائيين الاجتماعيين على عمل البحث الاجتماعي المبدئي ولم يتم في أغلب الحالات عمليات التبع والزيارات البيئية لكل من أسرة العميل أو موقع عمله . . الخ .

كما جاء كل من العلاج الديني والنفسي بنسب ضعيفة، حيث بلغ في الأولى نسبة ١٦,٤ ٪، وفي الثانية ١٢,٤ ٪، وتعكس كل هذه النتائج كما سبق القول مدى القصور الكامن في تكامل عمليات العلاج التي تقدم للمتعاطي .

-
- اثبت هذا العلاج نجاحا كبيرا في الجمعية المركزية لعلاج المخدرات والمسكرات بالعتبة كمؤسسة مفتوحة.
 - تخصص هؤلاء الأطباء في علاج الأمراض النفسية والعصبية ولم تكن لهم خبرة كبيرة لا من الناحية الاكاديمية ولا من الناحية العملية في علاج حالات الإدمان .

الجدول رقم (٩٨) يوضح رأي المبحوث في العلاج الحالي

م	البيان	ك	%
١	جيد جدا	١٢	١٢,٣
٢	متوسط	٨١	٨٣,٥
٣	غير ملائم	٤	٤,٢
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح الجدول السابق رقم (٩٨) مدى ملاءمة أنواع العلاج السابقة من وجهة نظر المتعاطين - حيث يلاحظ أن أعلى نسبة من نسب هذا الجدول كانت بخصوص توفر درجة متوسطة من الجودة للعلاج بشكل عام ٨٣,٥%، في حين جاء نصيب الاجادة التامة قليلاً بنسبة ١٢,٣% وربما يرجع ذلك إلى اتساق هذا العدد مع عدد المتعاطين المعالجين في المستشفيات الخاصة التي كانت ضمن المجال الجغرافي لهذا البحث.

كما أن العلاج لم يكن ملائماً من وجهة نظر نسبة ٤,٢% من عدد المتعاطين.

وعلى الرغم من ارتفاع نسبة الاجادة المتوسطة - إلا أن الباحث يذكر هنا أن ما رآه من علاج في هذه المؤسسات الحكومية على وجه

الخصوص لم يكن ملائماً بالمفهوم العلمي للعلاج - وبيرر الباحث سبب إرتفاع هذه النسبة إلى سوء ظن كثير من المتعاطين بمهمة الباحث واعتباره ضمن فريق العمل (على الرغم من توضيح مهمته في البداية لكل مبحوث على حدة) مما أثر على موضوعية الاستجابات في هذا الخصوص، والمدقق للجداول السابقة يلاحظ أنها جاءت عكسية مع نسب هذا الجدول لأن الاسئلة حولها كانت بشكل غير مباشر مما قلل من الحساسية المتوقعة في استجابات تلك الجداول.

الجدول رقم (٩٩) يوضح الأشخاص والجهات الذين شجعوا
المتعاطي على الذهاب إلى المؤسسة

م	البيان	ك	%
١	حضر بنفسه	٤٣	٤٤,٣
٢	الأسرة	٨	٨,٢
٣	أحد الأقارب	٦	٦,١
٤	بعض الأصدقاء	٤	٤,١
٥	متعاط سابق	٢٦	٢٦,٨
٦	أحد الصيادلة	١	١
٧	أحد الأطباء	١	١
٨	المتخصص الاجتماعي	١	١
٩	المدرسة	-	-
١٠	الكلية أو المعهد	-	-
١١	الشرطة	٢	٢
١٢	الصدفة	١	١
١٣	برامج الاذاعة والتلفزيون	٢	٢
١٤	الصحف والمجلات	-	-
١٥	اخرى تذكر	-	-
المجموع		٩٧	١٠٠

يوضح هذا الجدول رقم (٩٩) الأشخاص أو الجهات التي شجعت المتعاطي على الحضور إلى مؤسسة العلاج - حيث يلاحظ أن أعلى نسبة ٣, ٤٤ ٪، وهم قد حضروا بأنفسهم يلي ذلك الأثر المعنوي والمادي للمتعاطين السابقين كقدوة علاجية بنسبة ٨, ٢٦ ٪، ثم الأسرة ٢, ٨ ٪، فأحد الأقارب ١, ٦ ٪، فبعض الأصدقاء ١, ٤ ٪، ثم تقل إلى حد كبير النسب الأخرى المتعلقة بالأطباء والصيدلة والمتخصص الاجتماعي والشرطة والصدفة وبرامج الاذاعة والتلفزيون. وربما تعكس هذه النسب مدى رغبة العميل وحرصه على العلاج مع الأخذ في الاعتبار أن هناك عوامل أخرى كثيرة قد تكون دافعا للمتعاطي للحضور بنفسه دون فرض الرغبة كأن يكون المكان قريبا من محل الإقامة ويجدها فرصة لشغل وقت الفراغ. بسبب الانتفاع بالمساعدات التي تقدمها هذه المؤسسات الحكومية في بعض المناسبات - بسبب الانتفاع من بعض الأدوية التي تقوم بصرفها هذه الأماكن لبيعها وابدال ثمنها بشراء العقاقير المخدرة... الخ. ولكن على الرغم من كل هذه التفسيرات والاقتناع بها - إلا أن وجود المتعاطي كأحد هذه الأسباب إذا ما استثمر من قبل الفريق العلاجي (لكونه يحضر دون ضغوط) فسوف تكون له نتائج طيبة طالما توفر الانتظام في التردد وعدم وجود ضغوط قهرية من قبل الشرطة كسبب في الحضور.

وعلى الجانب الآخر يلاحظ كيف شكلت القدوة العلاجية الحسنة (المتعاطي السابق) حافزا لبعض المتعاطين للحضور للعلاج

وإعادة الثقة في مستوى الخدمات الموجودة - على الرغم من أن الدافع إلى الحضور السابق الاشارة إليه قد يكون قائما هنا أيضا بسبب ما قد ينقل من خبرات خاصة بالنفع والاستفادة من المتعاطين السابقين - ولكن على الرغم من ذلك كله تشكل القدوة العلاجية الحسنة (كما لاحظ الباحث من خلال برنامج التدخل المهني) قدوة لا بأس بها في حفز الآخرين لطلب أو الاستمرار في العلاج - وهو ما يعرف في مجال العلاج الاجتماعي (بعلاج الساعد) - وهو البرنامج الذي يستخدم فيه المعالج النفسي أو الاجتماعي بعض الأشخاص ذوي الخبرة أو المكانة وسط جماعات المدمنين لتزويد المتعاطين زملاءهم بالخبرات والمعلومات العلاجية - شريطة أن يتقني هذا الساعد انتقاء جيدا، ويفضل أن يكون من المتعاطين الذين احرزوا تقدما ملموسا في العلاج بشكل عام.

نتائج الدراسة الميدانية فيما يتعلق بالعلاقة بين الاعتماد على العقاقير التخليقية والعلاج

١ - أظهرت الدراسة أن أكثر من نصف مجتمع البحث تقريبا ٥٢,٧ ٪ قد حاولوا العلاج من قبل - وكان من أهم العوامل المسببة لانتكاستهم ذلك القصور الواضح في عدم الاهتمام بالظروف الأسرية والعائلية المسببة للتعاطي ومتابعتها حيث أشار بذلك نسبة تقدر بحوالي ٦٨,٦ ٪، فحينما^(١) توجد المعاناة أو

1 - EDWIN M. Schur, OP. Cit, P. P. 31-32.

الارباك أو الحيرة تكون الفرصة موجودة دائما كي يرجع المدن إلى عاداته السابقة، كما أنه لمن الواضح أيضا أن الوضع الاجتماعي العام للمدمن الذي عولج سوف يظل عظيم التأثير في فرصته إما للبقاء على المخدر وإما الإبقاء على الانقطاع وفقا لطبيعة هذه الظروف.

٢ - أظهرت الدراسة أن وجود مناحي قصور عديدة فيما يتعلق بالعلاج والمرتبط بعدم كفايته - وعدم الاهتمام الموجه من قبل القائمين عليه - وعدم وجود أماكن جيدة له - وبعده عن محل إقامتهم - كان أهم الأسباب وراء عدم اهتمام المتعاطي بتكملة العلاج وانتكاسته مرة أخرى.

٣ - كما انطوت الانتكاسة على بعض الأسباب الهامة التي منها عدم القدرة على الاستغناء عن المخدر بنسبة ٢, ٣٩% إلى جانب الاعتقاد الخاطيء بقدرة المخدرات للتغلب على مشاكل العمل المتلاحقة التي حصلت على نفس النسبة تقريبا.

٤ - أظهرت الدراسة وجود قصور واضح في طرق العلاج بشكل عام (الطبي - النفسي - الاجتماعي - الديني) حيث انصب تركيز نوادي الدفاع الاجتماعي على العلاج الطبي لآثار الإدمان أكثر من اهتمامه بعلاج حالات الإدمان ذاتها - إلى جانب عدم اهتمام العلاج النفسي بجلسات العلاج الجماعي التي تعد ذات فائدة في مثل هذه الحالات - بالإضافة إلى افتقار العلاج الاجتماعي للزيارات والتبعبات البيئية في أغلب الحالات واقتصاره على عمل الأبحاث المكتبية على وجه الخصوص - كما

تتضح جوانب القصور في العلاج الديني في الاهتمام التقليدي بشرح المحرمات (مع ندرة الجلسات) دون إتاحة الفرصة للحوار والنقاش وأخذ الحجة بالحجة.

٥ - أظهرت الدراسة أن أهم الأشخاص تشجيعا للمتعاطي للحضور إلى المؤسسة العلاجية كان المتعاطي نفسه بنسبة ٤٤,٣٪، ثم احد المتعاطين السابقين بنسبة ٢٦,٨٪، وربما يعكس ذلك رغبة العميل في العلاج من ناحية والعلاج بالساعد كأسلوب علاجي نفسي اجتماعي (المتعاطين السابقين) من ناحية أخرى.

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١ - أحمد بن محمد المقرزي : المصباح المنير، تحقيق د. عبدالعظيم الشناوي، القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٧م.
- ٢ - أحمد عزت راجح : أصول علم النفس، الاسكندرية، المكتب العربي الحديث، ١٩٧٣.
- ٣ - أحمد علي طه ريان : المخدرات بين الطب والفقه، القاهرة، دار الاعتصام، ١٩٨٤م.
- ٤ - الأنبا غريغورس : رأي المسيحية في المخدرات، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦.
- ٥ - أنا فرويد : الأنا وميكانيزمات الدفاع، المؤلفات الأساسية في التحليل النفسي، ترجمة صلاح خمير وعبد مبخائيل، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٧٢م.
- ٦ - جميل حنا مسيحة : الاعتماد على المخدرات وتنظيم أجهزة مكافحة، القاهرة، معهد الدراسات العليا لضباط الشرطة، ١٩٨٤.
- ٧ - رمزي زكي : دراسات في أزمة مصر الاقتصادية مع استراتيجية مقترحة للاقتصاد المصري في المرحلة القادمة، القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٨٣.

- ٨ - روبرت هاربر : التحليل النفسي والعلاج النفسي، ترجمة سعد جلال، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٧٤ .
- ٩ - سامية جابر : الانحراف الاجتماعي بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٤ م.
- ١٠ - سعد المغربي : ظاهرة تعاطي الحشيش، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٦٣ م.
- ١١ - سعد المغربي : سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦ م.
- ١٢ - سعد المغربي أحمد الليثي : المجرمون، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، الطبعة الأولى، ١٩٦٧ م.
- ١٣ - سيد محمد غنيم، هدى برادة : الاختبارات الاسقاطية، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٤ م.
- ١٤ - عادل الدمرداش : الإدمان - مظاهره وعلاجه، الكويت، عالم المعرفة، ١٩٨٢ م.
- ١٥ - عادل رسلان : حكم تناول المخدرات والمفتريات وتداولها في التشريع الإسلامي، القاهرة، المجلس الأعلى للشؤون الاسلامية، العدد السادس، ديسمبر ١٩٨٥ م.
- ١٦ - عادل صادق : الإدمان له علاج، القاهرة، بدون، الطبعة الأولى، ١٩٨١ م.
- ١٧ - عبدالباسط عبدالمعطي : في نظرية علم الاجتماع، الاسكندرية، دار الكتب الجامعية، ١٩٧٣ م.

- ١٨ - عبدالرحمن مصيقر : الشباب والمخدرات في دول الخليج العربية، الكويت، شركة الربيعان للنشر والتوزيع، ١٩٨٥م.
- ١٩ - عبدالفتاح عثمان : المدارس المعاصرة في خدمة الفرد - نحو نظرية جديدة للمجتمع العربي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٧٨م.
- ٢٠ - عبدالفتاح عثمان : خدمة الفرد في المجتمع النامي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٨٠م.
- ٢١ - علي زيدان : خدمة الفرد، الاتجاه النفسي والاجتماعي، القاهرة، بدون، ١٩٨٤م.
- ٢٢ - غريب محمد سيد أحمد : تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٠م.
- ٢٣ - فاروق سيد عبدالسلام : سيكولوجية الإدمان، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٧م.
- ٢٤ - فاروق فهمي : الشمة القاتلة - أسرار حرب الإدمان في مصر، القاهرة، مؤسسة أمون للطبع والنشر، ١٩٨٥م.
- ٢٥ - فؤاد مرسي : هذا الانفتاح الاقتصادي، القاهرة، دار الثقافة الجديدة، الطبعة الثانية، ١٩٨٤م.
- ٢٦ - ك. هوك ولندزي : نظريات الشخصية، ترجمة أحمد فراج وآخرين، مراجعة لويس كامل مليكة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، ١٩٧١م.

- ٢٧ - لويس معلوف اليسوعي : المنجد في اللغة والأدب والعلوم، بيروت، دار الشرق، الطبعة الثالثة عشرة، ١٩٧٣م.
- ٢٨ - محمد ابراهيم الفيومي : قضايا في علم الاجتماع الاسلامي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة الأولى، ١٩٧٧م.
- ٢٩ - محمد الجوهرى : المدخل إلى علم الاجتماع، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، ١٩٨٤م.
- ٣٠ - محمد الجوهرى : ميادين علم الاجتماع، القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٤م.
- ٣١ - محمد الجوهرى، عبدالله الخريجي : طرق البحث الاجتماعي، القاهرة، دار الكتاب للتوزيع، الطبعة الثالثة، ١٩٨٢م.
- ٣٢ - محمد حسن غامري : ثقافة الفقر، دراسة في انثربولوجيا التنمية الحضرية، الاسكندرية، المركز القومي للنشر والتوزيع، ١٩٨٠م.
- ٣٣ - محمد علي محمد : علم الاجتماع والمنهج العلمي، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨١م.
- ٣٤ - محمد علي محمد : المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٥م.
- ٣٥ - محمد فتحى عيد، رياض هاشم : تجارة الهيروين والكوكايين في مصر والعالم، القاهرة، الهيئة المصرية للكتاب، ١٩٨٥.
- ٣٦ - محمد فتحى عيد : المخدرات، الجريمة والعقاب والسلطان، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦م.

- ٣٧ - مدحت عزيز شوقي : اسطورة المخدرات - والجنس، القاهرة، النهضة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٥م.
- ٣٨ - مصطفى سويف : أيديولوجية الحشيش، قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٧٩م.

المجلات والدوريات والبحوث والدراسات :

- ١ - أحمد فؤاد كامل : السموم البيضاء والاسلام، القاهرة، مجلة اليقظة العربية، مطابع روز اليوسف، ديسمبر ١٩٨٥م.
- ٢ - العلم والمجتمع : الوسائل الكفيلة لمكافحة المخدرات والسموم، العدد ٥٥، السنة الرابعة عشرة، يونيو، سبتمبر ١٩٨٤ مجلة.
- ٣ - جمال الدين محمود : ليس بالحكومة وحدها. . نواجه الخطر القادم، جريدة الأخبار، نوفمبر ١٩٨٥.
- ٤ - زين العابدين درويش : البروفيل الاجتماعي لانتشار تعاطي المخدرات بين طلاب الثانوي العام، دراسة وبائية، مؤتمر دور المجتمع في معالجة مشكلة ادمان المخدرات، الأقصر من ٢١ - ٢٣ مارس ١٩٨٠م.
- ٥ - سعد المغربي : ظاهرة تعاطي المخدرات «التعريف والأبعاد»، الندوة الدولية حول ظاهرة تعاطي المخدرات، جامعة الدول العربية، المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي، المكتب العربي لشؤون المخدرات، القاهرة، من ٤ - ١٠ مايو ١٩٧١م.

- ٦ - سمير نعيم : أسباب تعاطي المخدرات الاقتصادية والاجتماعية، الندوة الدولية حول ظاهرة تعاطي المخدرات، القاهرة، جامعة الدول العربية، ٤ - ١٠ مايو ١٩٧١م.
- ٧ - عبدالحليم محمود السيد : الدوافع والآثار النفسية لتعاطي المسكرات والاعتماد عليها، المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، العدد الثالث، المجلد التاسع، ١٩٧٢م.
- ٨ - عبدالكريم العفيفي : ظاهرة تعاطي المخدرات وأثرها على التنمية الاجتماعية، دراسة تقويمية لأثر ممارسة خدمة الفرد في علاج عينة من المتعاطين للمخدرات بمحافظة القاهرة، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع، غير منشورة، كلية الآداب بسوهاج، جامعة أسيوط، ١٩٨٤م.
- ٩ - علي الدالي : الموت لتجار المخدرات . . والسجن لتجار العملة، جريدة الجمهورية، ٦ من نوفمبر ١٩٨٥م.
- ١٠ - محمد عودة : ظاهرة قتل الأقارب لذويهم، جريدة الاهرام، ١٧ نوفمبر ١٩٨٥م.
- ١١ - يحيى الرخاوي : وفرة النقود. أم عتمة الوعي؟ جريدة الأخبار، ديسمبر ١٩٨٥م.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- Austin Gregory A., et. al.: Research Issues Update. 1978, N.I.D.A., Washington, 1979.
- Annotated Bibliography of papers from the Addiction Research Center (N.I.D.A. - New Publication 1978).
- Bean, Philip: The Social Control of Drugs. London, Martins Robertson, 1974.
- Brill Leon: The de-addiction process studies in the de-addiction of confirmed heroin addicts. U.S.A., Charles C. Tomas, 1972.
- Cox Terrence, et. al.: Drug and Drugs Abuse. A Reference Text, Canada Addiction Research Foundation, Toronto, 1983.
- Davidson Gerald C. and Neale John M.: Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach (N.Y., London, John Willy, Sons, 1974).
- De Roop Roberts: Drugs and the Mind. (N.W., 1960).
- Finlator John: The Drugged Nation, A "Narc" Story (N.W., 1973).
- Gerfen, Marlowe: (ed.) Personality and Social Behavior. (Addison-Wesley Publishing Company, 1970).
- Hyman Herbert H.: Interviewing in Social Research (The University of Chicago Press, 1975).
- Henslin James M. and Light Donald W.: Social Problems. (N.Y. McGraw, Hill, 1983).
- Hollis Florence: Case Work; A Psychosocial Therapy. (New York, Rondon House, 2ed., 1972).
- Joan Maria: The General Method of Social Work Practice (New Jersey, Prentice Hall Inc., 1984).
- J.A. O'Donnel: Narcotic Addiction and Crime Social Problems, 1966. In Annotated Bibliography of Papers from the Addiction Research National Institute on Drug Abuse, 1978.

- Jessor Richard, et. al.: *Society, Society Personality and Deviant Behavior; A Study of Tri-Ethnic Community*. (Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1968).
- J. Turner, Franis: *Social Work Treatment; Inter looking therpetial approaches* (N.Y., London, The Free Press, 1974).
- Kurtz Russel H.: *Social Work Yearbook*. (N.Y., N.A.S. W., 1960).
- Lewis Occor: *The Children of Sanchez*. (Penguin Books, 1961).
- Loewenberg, F.M.: *Fundamentals of Social Intervention Basic Concepts Intervention, Activities and Core Skills* (N.Y., Columbia Press, 2ed, 1983).
- Martindale Don and Martindale Edith: *The Social Dimensions of Mental Illness, Alcoholism and Drug Dependence*. (Greenwood Publishing Company, West Port, 1971).
- Moynihan Danil P.: *On Understanding Poverty, Perspective from Social Science* (United States, Library of Congress, 1978).
- Michale: *Drugs, "Ripping and Running", a Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts* (N.Y., London, Seminal Press, University of California, 1973).
- O'Donnel John A.: "Narcotic Addiction" in Harry L. (ed.) *Encyclopedia of Social Work*. (N.A.S. W., 1965).
- Perlman Hellin: *Social Case Work; Problem Solving Process* (Chicago, 1957).
- Rosen, Bernard: *Social Class and the Child's Perception of the Parent "Child Development"* 1964.
- Reid William J. and Smith Audrey D.: *Research in Social Work*. (N.Y., Columbia University Press, 1981).
- Schur Edwin M.: *Narcotic Addiction in Britain and America, The Impact of Public Policy*. (London, Tavistock Publication 1966).
- Soueif M.I.: *Drug Independence Problems of Behavioural Research*. (Cairo, Egypt, "NCSCR" 1980).

الملاحق

- أولاً : استمارة المقابلة (الاستبار).
- ثانياً : مصطلحات الثقافة الفرعية للمدمنين «المعتمدين».

أولاً : استمارة المقابلة (الاستبيان)

أولاً : بيانات اجتماعية أولية :

س^١ : اسم المؤسسة؟

س^٢ : اسم المبحوث (إذا رغب)؟

س^٣ : عمرك كام سنة؟

- ١ - أقل من عشرين ()
٢ - من ٢٠ إلى أقل من ٣٠ ()
٣ - من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ ()
٤ - من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ ()
٥ - من ٥٠ إلى أقل من ٦٠ ()
٦ - من ٦٠ فأكثر ()

س^٤ : ديانتك إيه؟

- ١ - مسلم ()
٢ - مسيحي ()

س^٥ : النوع؟

- ١ - ذكر ()
٢ - أنثى ()

س^٦ : ياترى إيه هو المستوى التعليمي؟

- ١ - أمي ()
٢ - قراءة وكتابة ()
٣ - ابتدائي ()
٤ - اعدادي ()
٥ - تعليم متوسط ()
٦ - عالي ()
٧ - فوق العالي ()

س^٧ : طيب إيه حالتك الزوجية (المدنية)؟

- ١ - أعزب ()
٢ - متزوج () أ - عرفي () ب - رسمي ()
٣ - مطلق ()
٤ - أرمل ()
٥ - منفصل ()
في حالة الزواج يسأل س^٨ ، س^٩ ، س^{١٠} ، س^{١١} .

س^٨ : كم مرة تزوجت ؟

١ - واحدة () ٢ - اثنتين () ٣ - ثلاث () .

٤ - أربع () ٥ - أكثر من ذلك () .

في حالة الزواج بأكثر من واحدة يسأل س^٩

س^٩ : ياترى أية سبب زواجك بأكثر من واحدة؟

١ - علشان المتعة الجنسية () ٢ - علشان الخلف ()

٣ - علشان أخلف ذكور () ٤ - علشان الاولنية ماكانتش بتشرب مخدرات

٥ - علشان الادمان أفسد حياتي () ٦ - ما حصلش فيه اتفاق

٧ - بسبب تدخل الأهل والأقارب () ٨ - أخرى تذكر ()

س^{١٠} : ياترى كان سنك كام وسن الطرف الآخر كام عند الزواج؟

الزوجة : المرة الأولى () الثانية ()

الثالثة () الرابعة ()

الزوجة : المرة الأولى () الثانية ()

الثالثة () الرابعة ()

س^{١١} : ياترى حصل أنك طلقت زوجتك من قبل كده؟

١ - ولا مرة () ٢ - مرة واحدة () ٣ - مرتين () .

٤ - ثلاث () ٥ - أربع () ٦ - أكثر من ذلك () .

س^{١٢} : ياترى بتعمل كام شخص ؟

١ - أبناء : يذكر العدد () ٢ - زوجات : يذكر العدد ()

٣ - أقارب : يذكر العدد ()

س^{١٣} : طيب أنت ساكن فين الآن ؟

مدينة

حي

شارع

س١١ : موطن النشأة (العشر سنوات الأولى من العمر)

محافظة

مدينة

١ - قرية

في حالة ترك هذا الموطن والاقامة في الموطن الحالي يسأل س١٢ .

س١٢ : طيب وليه جيت هنا؟

- ١ - علشان الأسرة قعدت هنا ()
- ٢ - علشان اتعينت هنا ()
- ٣ - علشان هنا شغل كثير ()
- ٤ - علشان أجر العمل هنا مرتفع ()
- ٥ - علشان هنا ناس كثير بتوع مزاج وشرب ()
- ٦ - علشان أهرب من الناس اللي عرفوا أنني بتعاطى ()
- ٧ - علشان الطرف الآخر من هنا ()
- ٨ - علشان فيه أصدقاء وأقارب هنا ()
- ٩ - أخرى تذكر ()

س١٣ : ياترى السكن اللي انت قاعد فيه نوعه أيه؟

- ١ - ملك مستقل ()
- ٢ - ملك مشترك ()
- ٣ - إيجار مستقل ()
- ٤ - إيجار مشترك ()
- ٥ - حكر ()
- ٦ - لا يوجد سكن دائم ()

س١٤ : طيب السكن فيه كام حجرة؟

- ١ - واحدة ()
- ٢ - اثنتين ()
- ٣ - ثلاث ()
- ٤ - أربع ()
- ٥ - أكثر من ذلك ()

س١٥ : طيب فيه إيه من المرافق اللي هملك عليها دي؟

- ١ - نور ()
- ٢ - ميه ()
- ٣ - مجاري ()

س١٦ : ياترى بتشتغل الآن؟

نعم () لا () يسأل س١٧ .

س١٧ : طيب إيه هو عملك الحالي أو السابق؟

- ١ - موظف بالحكومة ()
 ٢ - موظف بالقطاع الخاص ()
 ٣ - موظف بالقطاع العام ()
 ٤ - أعمال حرفية () تذكر
 ٥ - مزارع ويملك ()
 ٦ - عامل زراعي ()
 ٧ - طالب جامعي ()
 ٨ - طالب ثانوي ()
 ٩ - طالب اعدادي ()
 ١٠ - أخرى تذكر ()

س١ : طيب ليه السبب في عدم شغلك؟

- ١ - لأنني ما زلت طالب ()
 ٢ - الشغل النهارده أجره ضعيف ()
 ٣ - التعاطي خلاني ما أقدرش أشتغل ()
 ٤ - ما فيش فرص عمل دلوقتي ()
 ٥ - لما الناس بتعرف اني بتعاطي ما بترضاش تشغلني ()
 ٦ - ربنا سترها ومش محتاج ()
 ٧ - أخرى تذكر ()

إذا كان يعمل يسأل س١ ، س٢ ، س٣

س٢ : طيب أنت في العمل ده من أول ما أشتغلت؟

نعم () لا () يسأل س٣

س٣ : طيب ليه انتقلت من العمل السابق للعمل الحالي؟

- ١ - علشان انفصلت بسبب التعاطي ت ()
 ٢ - علشان كان أجره ضعيف ()
 ٣ - علشان حرفتي الاصلية بطلت خلاص ()
 ٤ - أخرى تذكر ()

س٤ : هل لك عمل اضافي بعد شغلك الأساسي؟

نعم () لا ()

س^{٢٠} : ياترى دخلك قد إيه فى الشهر ؟

- ١ - أقل من ٥٠ جنيه ()
٢ - ٥٠ - ٧٥ جنيه ()
٣ - ٧٥ - ١٠٠ جنيه ()
٤ - ١٠٠ - ١٢٥ جنيه ()
٥ - ١٢٥ - ١٥٠ جنيه ()
٦ - ١٥٠ - ١٧٥ جنيه ()
٧ - ١٧٥ - ٢٠٠ جنيه ()
٨ - ٢٠٠ فأكثر ()

س^{٢١} : طيب بتصرف كام من الدخل على المخدرات والمكيفات عموماً؟

- ١ - ربع الدخل ()
٢ - نصف الدخل ()
ثلاثة أرباع الدخل ()
٤ - الدخل كله ()
٥ - أكثر من كل الدخل ()

ثانياً : تعاطي العقاقير التخليقية^(٣)

س^{٢٢} : ياترى بتأخذ إيه من المخدرات والعقاقير اللي هاقولك عليها دي :

- ١ - منومات () يذكر الاسم الدارج للنوع .
٢ - منشطات () يذكر الاسم الدارج للنوع .
٣ - مغيبات «هلوسة» () يذكر الاسم الدارج للنوع .
٤ - مخدرات طبيعية () يذكر النوع .
٥ - عقاقير نصف تخليقية .
٦ - كحليات (خمور) ()
٧ - أخرى تذكر () .

• عند القيام بملء الاستمارة من الباحثين يقوم الباحث بشرح المقصود بكل نوع من أنواع العقاقير التخليقية أو غيرها من النصف تخليقية وذلك قبل الاجابة على السؤال رقم ٢٧ .

إذا كان يتعاطى أكثر من نوع من العقاقير التخليقية يسأل س^{٢٨}.

س^{٢٨} : طيب إليه السبب اللي يخليك تاخذ أكثر من نوع من العقاقير التخليقية ؟

- ١ - علشان لكل نوع أثر معين ()
- ٢ - علشان فيه نوع يقوي النوع الآخر ()
- ٣ - علشان فيه نوع يريحني لما مالقيش النوع الآخر ()
- ٤ - علشان لكل نوع وقت معين ()
- ٥ - علشان تناولي لنوع واحد مالوش أثر بعد فترة من التعاطي ()
- ٦ - أخرى تذكر ()

إذا كان يتعاطى عقاقير تخليقية مع طبيعية أو نصف تخليقية أو كحليات يسأل س^{٢٩}

س^{٢٩} : طيب إليه السبب في كده؟

- ١ - حسب الموجود في السوق ()
- ٢ - مافيش نوع واحد يآثر فيا ()
- ٣ - لكل نوع موقف وقعه ()
- ٤ - لاني بخلط نوع على نوع آخر ()
- ٥ - أخرى تذكر ()

س^{٣٠} : طيب ياترى بتاخذ العقاقير دي ازاى ؟

- ١ - عن طريق البلع ()
- ٢ - عن طريق الاستحلاب ()
- ٣ - عن طريق الحقن ()
- ٤ - عن طريق الاستنشاق ()
- ٥ - أخرى تذكر ()

س^{٣١} : يا ترى بتاخذ العقاقير كام مرة في اليوم

- مرة واحدة ()
- مرتين ()
- أكثر من ذلك ()

س٣٢ : ياترى سنك كان كام لما خدت أول مرة العقاقير «الأقراص»؟
يذكر السن سنة .

س٣٣ : ياترى هونفس السن اللي بدأت التعاطي فيه؟
نعم () لا ()

س٣٤ : طيب تفتكر أول مرة في التعاطي كانت عن طريق مين؟
١ - أحد افراد الأسرة () ٢ - أحد الأقارب ()
٣ - أحد الأصدقاء () ٤ - بنفسي عن طريق التجربة ()
٥ - أخرى تذكر ()

س٣٥ : طيب البداية كانت علشان أيه :

- () ١ - علشان أجاري الأصدقاء
() ٢ - علشان أنسى همومي ومشاكلي
() ٣ - علشان أجرب الجنس
() ٤ - علشان أحل موقف صعب واجهني
() ٥ - علشان اتعالج من بعض الأمراض
() ٦ - علشان أخف من بعض الآلام
() ٧ - علشان أقدر اشتغل كويس
() ٨ - كانت البداية التجارة أو الترويج
() ٩ - أخرى تذكر

س٣٦ : طيب تقدر تقوللي مين بتجيب العقاقير «الأقراص»؟

- () ١ - من الصيدليات بتذكرة
() ٢ - من الصيدليات بدون تذكرة
٣ - من التجار () ٤ - من المروجين ()

- ٥ - من الأكشاك ()
٦ - من بعض الأصدقاء ()
٨ - أخرى تذكر ()
من بعض الأطباء ()

س٣٧ : ياترى تقدر تقوللي إيه هي المنطقة اللي كنت بتجيب منها العقاقير؟
يذكر الحي أو المنطقة فقط «ان امكن»

س٣٨ : طيب ما حاولتش مرة تبطل التعاطي؟

- ١ - حاولت ()
٢ - لم أحاول ()
إذا كان قد حاول يسأل س٣٩، س٤٠.

س٣٩ : كم عدد المرات ؟

- مرة واحدة ()
مرتين ()
ثلاث مرات ()
أكثر من ذلك ()

س٤٠ : طيب ياترى إيه سبب العودة؟

- ١ - ماقدرتش اتحمل ألم الانسحاب الجسمي ()
٢ - ماقدرتش اتحمل أعراض الانسحاب النفسية ()
٣ - ماعنديش عزيمة قوية ()
٤ - محدش كان بيشجعني على الانقطاع ()
٥ - صحابي كانوا بيشجعوني على العودة ()
٦ - المشاكل دائما كانت ملحقاني ()
٧ - السبب اللي اتعاطيت علشانه زي ما هو ()
٨ - المرض اللي كان السبب رجعلي تاني ()
٩ - ما كنتش قادر اشتغل كويس ()
١٠ - رجعت أضعف جنسيا تاني ()
١١ - أخرى تذكر ()

س١ : ياترى لما ما بتلاقيش النوع اللي انت بتخده من الأقراص وتقعده فترة من غيره يحصل لك إيه؟

- ١ - اسهال شديد () ٢ - كثرة العطش ()
٣ - تدمع بغزارة () ٤ - قيء ()
٥ - سرعة دقات القلب () ٦ - رعشة جلدية ()
٧ - كثرة التثاؤب () ٨ - عرق غزير ()
٩ - الشعور بالبرد والحر في نفس القوت ()
١٠ - فقدان الشهية () ١١ - انخفاض في الوزن ()
١٢ - رعشة العضلات ()
١٣ - ارتفاع في ضغط الدم ()
١٤ - رفرقة سريعة في جفون العين ()
١٥ - رشح غزير من الأنف ()
١٦ - اضطراب وقلق في النوم ()
١٧ - التهيج الجنسي () ١٨ - القلق المستمر ()
١٩ - خوف عطلول () ٢٠ - توتر الاعصاب ()
٢١ - الثورة لاتفه الأسباب () ٢٢ - الشعور بالكسل والخمول ()
٢٣ - أخرى تذكر ()

س٢ : فيه ناس بتقول بأن المزاج ما يجيش إلا بقاعدة شلة، ياترى الكلام ده ينطبق على الاقراص؟

نعم () لا ()

في حالة الاجابة بنعم يسأل س٣، س٤ ولا يسأل س٥.

س٣ : ياترى إيه اللي بتحس بيه معاهم؟

١ - روح المرح () ٢ - الصحبة الحلوة ()

- ٣ - مافيش تفكير الا في المزاج ()
 ٤ - بشعر معاهم بأني مش لوحدي ()
 ٥ - بيبقى للمزاج طعم ()
 ٦ - بينهم مفيش حاجة اسمها عيب ()
 ٧ - بشعر معاهم بازي لي ناس وأسرة ()
 ٨ - بشعر أنهم فهميني كويس ()
 ٩ - بشعر معاهم بالامان ()
 ١٠ - بشعر معاهم بالحب () ١١ - بشعر معاهم بالقوة ()
 ١٢ - أخرى تذكر ()

س: " طيب ممكن أعرف الشلة اللي انت بتقعد معاهم مين من دول :

- ١ - بعض الأصدقاء () ٢ - بعض الأقارب ()
 ٣ - بعض الجيران ()
 ٤ - اتعاطى مع بعض افراد الأسرة ()
 ٥ - اتعاطى مع الطرف الآخر ()
 ٦ - اتعاطى مع أي شلة حسب الظروف ()
 ٧ - أخرى تذكر ()

س: " ممكن تقولي إيه السبب في التعاطي لوحدهك ؟

- ١ - علشان الاقراص والحبوب ما بتحتاجش لقاعدة ()
 ٢ - احب انبسط مع نفسي ()
 ٣ - محبش حد يعرف أنني بتعاطى ()
 ٤ - مركزي ما يسمحش لي أقعد مع شلة ()
 ٥ - انا بطبيعتي بحب العزلة ()
 ٦ - أخرى تذكر ()

س١١ : طيب ياترى فيه وقت وظروف معينة تحب تتعاطى فيها ؟

نعم () لا ()

إذا كانت الاجابة بنعم يسأل س١٧

س١٧ : ياترى إيه هو الوقت والظروف دي :

- ١ - في الصباح وقت الاستيقاظ ()
- ٢ - قبل ما أروح الشغل ()
- ٣ - بعد الفطار ()
- ٤ - بعد ما أرجع من الشغل ()
- ٥ - قبل العملية الجنسية ()
- ٦ - لما أروح القهوة ()
- ٧ - لما أقابل الشلة ()
- ٨ - لما نلعب قمار ()
- ٩ - لما بتحصل أي مشكلة ()
- ١٠ - لما بيكون فيه فلوس كثير ()
- ١١ - لما يحصل خلافات مع الزوجة أو الأولاد ()
- ١٢ - لما بتحصل لي آلام أو بيرجع لي المرض ()
- ١٣ - اخرى تذكر ()

ثالثاً : العوامل والمشكلات الاجتماعية للتعاطي :

س١٨ : ياترى كنت بتشتك من مشكلة صحية قبل التعاطي ؟

نعم () يسأل س١٩ لا ()

س١٩ : هو ده السبب اللي خلاك تتعاطى بعد كدة؟

نعم () لا ()

س٢٠ : ياترى فيه في حياتك إيه من المشاكل اللي حقوقها لك دي :

- ١ - مشاكل أسرية ()
- ٢ - مشاكل عائلية ()
- ٣ - مشاكل في العمل ()
- ٤ - مشاكل مع الأصدقاء ()

٥ - لا يوجد مشاكل من هذه الأنواع ()
في حالة وجود مشاكل أسرية يسأل س١ ، وخلافات عائلية يسأل س٢
س١ : إليه هي ؟

- ١ - هجر () ٢ - طلاق () ٣ - قلة الدخل ()
- ٤ - زيادة أعباء الحياة () ٥ - برود جنسي من الطرف الآخر ()
- ٦ - انعدام الاهتمام والمشاركة من الطرف الآخر ()
- ٧ - خلافات حول الخلف () ٨ - خلافات حول الانجاب المبكر ()
- ٩ - خلافات حول تربية الاولاد () ١٠ - كثرة عدد الأبناء ()
- ١١ - الطرف الآخر مش مدبر () ١٢ - خيانة زوجية ()
- ١٣ - اخرى تذكر ()

س٢ : ياترى الخلافات بين مين؟

- ١ - بين الأب والأم () ٢ - بين الأخوة ()
- ٣ - بينك وبين الأب ٤ - بينك وبين الأم ()
- ٥ - بينك وبين الأخوة () ٦ - بينكم وبين الجيران ()
- ٧ - بينكم وبين العائلات الأخرى ()
- ٨ - بينك وبين أهل الطرف الآخر ()
- ٩ - بين الطرف الآخر وبين أهلك ()
- ١٠ - أخرى تذكر ()

س٣ : طيب ياترى الخلافات الأسرية والعائلية كان لها دور في التعاطي؟

نعم () لا ()

س٤ : ياترى والدك ووالدتك عايشين؟

الوالد : نعم () لا ()

الوالدة : نعم () لا ()

في حالة الوفاة يسأل س٥

س١١ : كان عندك كام سنة لما ماتوا؟

١ - الوالد : تذكر السنة () ٢ - الوالدة : تذكر السنة ()

س١٢ : كانوا بيشتغلوا أيه :

١ - الوالد : يذكر العمل .. ٢ - الوالدة : يذكر العمل ...

س١٣ : ياترى كان فيه خلافات بينهم ؟

١ - فيه خلافات كثيرة () ٢ - فيه خلافات بسيطة ()

٣ - لا توجد خلافات ()

س١٤ : هل والدك انحجوز غير والدتك؟

نعم () لا ()

إذا كانت الاجابة بنعم يسأل س١٥

س١٥ : كان عندك كام سنة لما ده حصل ؟

١ - كنت لسه ما تولدتش () ٢ - تذكر السنة ..

س١٦ : ياترى حياتك في العشر سنوات الأولى كان فيها :

١ - تدليل () ٢ - قسوة () ٣ - حرمان زايد ()

٤ - رعاية زايدة عن اللازم () ٥ - عادية () ٦ - أخرى تذكر ()

س١٧ : طيب ممكن تقوللي انت بتاخد الاقراص «العقاقير التخليقية» دي ليه؟

١ - علشان مفعولها سريع () ٢ - علشان بليقيها بسهولة ()

٣ - علشان مش حرام () ٤ - علشان أقدر أنام ()

٥ - علشان أقدر اشتغل () ٦ - علشان منشطة للجنس ()

٧ - علشان تعاطيها مالوش مشاكل ()

٨ - علشان أعالج الأمراض والألام ()

٩ - علشان أرخص من المخدرات الطبيعية ()

١٠ - علشان أقل ضرر من المخدرات الطبيعية ()

١١ - علشان أنسى همومي ومشاكلي ()

- ١٢ - علشان بتعيشني في خيال جميل ()
 ١٣ - علشان أقدر أواجه المواقف الصعبة في الحياة ()
 ١٤ - علشان أعالج بعض الأمراض النفسية ()
 ١٥ - أخرى تذكر ()

س١١ : طيب ياترى فيه مشكلات حصلت لك بعد فترة من التعاطي المنتظم؟

- نعم () يسأل س١٢ لا ()

س١٣ : صحية زي :

- ١ - هزال شديد () ٢ - فقدان الشهية ()
 ٣ - ضعف مقاومة الجسم () ٤ - أمراض في العين ()
 أمراض في الأنف () ٦ - أمراض في الجهاز التنفسي ()
 ٧ - ضعف القدرة على الانتصاب ()
 ٨ - أمراض في الجهاز التنفسي ()
 ٩ - أخرى تذكر ()

اقتصادية زي :

- ١ - قلة الدخل () ٢ - السلف والاستدانة ()
 ٣ - بيع الممتلكات () ٤ - أخرى تذكر ()

نفسية زي :

- ١ - قلق () ٢ - توتر () ٣ - خوف دائم ()
 ٤ - تهيج عصبي () ٥ - اشتها العقار () ٦ - الاكتئاب ()
 ٧ - الوهم () ٨ - الشك () ٩ - أخرى تذكر ()

عقلية زي :

- ١ - ضعف الذاكرة وعدم القدرة على التركيز ()
 ٢ - خطرقة وتلعثم في الكلام ()
 ٣ - ضعف الحكم السليم على الأمور ()

٤ - ضعف القدرة على التفكير السليم ()

٥ - حدوث هلوسة () ٦ - اخرى تذكر ()

اجتماعية زي :

١ - خلافات كثيرة مع الطرف الآخر ()

٢ - خلافات كثيرة مع الاولاد ()

٣ - خلافات كثيرة في العمل ()

٤ - الانتاج قل عن الاول ()

٥ - ما بقدرش اتحمل مسئوليات كثيرة زي الاول ()

٦ - علاقتي واتصالاتي بالناس قلت عن الاول ()

٧ - مشاكل الأسرة والاولاد زادت عن الاول ()

٨ - اخرى تذكر ()

س١٤ : طيب ياترى فيه حد في العيلة بياخد أقراص أو مخدرات؟

نعم () يسأل س١٥ لا ()

س١٥ : هل تعلمت منهم؟

نعم () لا ()

س١٦ : ياترى الأسرة تعرف أنك تتعاطى؟

نعم () يسأل س١٧ لا ()

س١٧ : طيب الموضوع ده ما بيعملش مشاكل في الأسرة أو العيلة؟

١ - بيعمل مشاكل كثيرة () ٢ - بيعمل مشاكل بسيطة ()

٣ - ما بيعملش مشاكل ()

س١٨ : طيب بتقضي وقت فراغك فين وازاي؟

١ - لا يوجد وقت فراغ () ٢ - على القهوة ()

٣ - مع المتعاطين () يذكر مكان التجمع ان امكن

٤ - في تعاطي المخدرات () ٥ - في البحث عن المخدر أو العقار ()

٦ - في النادي () ٧ - في ممارسة الرياضة ()

٨ - في عمل اضافي () ٩ - في القراءة والاطلاع ()

١٠ - في المنزل () ١١ - في تعليم الاولاد ()

١٢ - أخرى تذكر ()

س١٩ : طيب لكل واحد في حياته حاجات عايز يحققها - إيه هي احتياجاتك دلوقت؟
احتياجات علاجية زي :

١ - اتعالج من التعاطي () ٢ - العلاج من أمراض أخرى ()

٣ - صحي ترجملي زي زمان ()

٤ - الاقي الادوية اللي تشفيني ()

٦ - أخرى تذكر ()

احتياجات اقتصادية زي :

١ - الدخل يزيد () ٢ - أسدد السلف ()

٣ - الاقي عمل أكسب منه () ٤ - الاقي سكن أوسع ()

٥ - أخرى تذكر ()

احتياجات اجتماعية زي :

١ - أحل مشكلتي () ٢ - أتجوز ()

٣ - أجوز ولادي () ٤ - أتجوز كمان مرة ()

٥ - أقدر أتحمّل المسؤولية () ٦ - أحس بالحب ()

٧ - أحس بالأمن () ٨ - أحس بالانتماء ()

٩ - أحس بالتقدير () ١٠ - أخرى تذكر ()

احتياجات تعليمية زي :

١ - انجح علطول () ٢ - اتعلم أحسن من كده ()

٣ - أعلم ولادي كويس () ٤ - أخرى تذكر ()

س٢٠ : طيب ياترى حققت كل الاحتياجات والاهداف اللي أنت عايزها؟

١ - حققت جزء كبير منها () ٢ - حققت جزء بسيط ()

٣ - ما حققتش اللي انا عايزه ()

إذا كانت الاجابة بغير الاستجابة الأولى يسأل س١

س١ : طيب إيه السبب في عدم مقدرتك على تحقيق أغلب احتياجاتك؟

١ - امكانياتي المادية محدودة ()

٢ - مفيش فرص أقدر استغلها ()

٣ - الناس وحشة وما بتساعدش حد ()

٤ - ساعات انا بحس بالحاجات لكن ميهمنيش انها تتحقق ()

٥ - الواحد ساعات تبقى آماله أكثر من امكانياته ()

٦ - المهم دلوقتي أجيب المخدر ازاى ()

٧ - ما اتعلمتش وأنا صغير اتحمل المسئولية ()

٨ - المهم دلوقتي لقمة العيش ويس ()

٩ - الواحد مش قادر يوفي بواجباته في الحياة الحالية ()

١٠ - بقى فيه حاجات وأدوار مطلوبة مني النهارده أكثر من الأول ()

١١ - اخري تذكر ()

رابعا : التعاطي والجنس :

س٢ : ياترى قبل الجواز بتتعاطى مخدرات أو أقراص؟ «للمتزوجين»

نعم () يسأل س٣ لا ()

س٣ : هل زادت بعد الزواج؟

١ - زادت بكمية كبيرة () ٢ - زادت بكمية بسيطة ()

٣ - هية هية ()

إذا كانت الاجابة بغير المتغير الثالث يسأل س٤

س٤ : ما هي أسباب هذه الزيادة؟

١ - علشان تحقيق لذة جنسية كبرى ()

٢ - علشان أقدر أواجه مشاكل الزواج ()
س٢٥ : طيب انت شايف أن الاقراص لها دور في عملية الجماع مع الطرف الآخر؟

- () ١ - ملهاش دور
() ٢ - بتزود القدرة على الانتصاب
() ٣ - بتطول فترة الجماع
() ٤ - بتشعر الواحد باللذة أكثر
() ٥ - بتخلي تجاوب الطرف الآخر أكبر
() ٦ - بتقلل الانتصاب
() ٧ - أخرى تذكر

خامسا : التعاطي والعمل :

س٢٦ : ياترى إيه تأثير تعاطي الاقراص على شغلك؟

- () ١ - بتخليك تنتظم في شغلك
() ٢ - بتخليك تتغيب عن الشغل
() ٣ - بتزود انتاجك
() ٤ - بتضعف انتاجك
() ٥ - بتخليك هادىء الطبع في العمل
() ٦ - تديك قوة ونشاط وحيوية في العمل
() ٧ - ما بتخليكيش تعمل مشاكل مع زميلك ورؤسائك
() ٨ - مبتخليك تسهر كثير وتحقق دخل أكبر
() ٩ - بتخليك تذاكر وتجييب مجموع كبير
() ١٠ - أخرى تذكر

س٢٧ : ياترى التعاطي بيعمل على زيادة انتاجك ولا نقصه؟

- () ١ - يعمل على زيادة الانتاج
أ - بكمية كبيرة ()
ب - بكمية بسيطة ()

- ٢ - يعمل على نقص الانتاج ()
 أ - بكمية كبيرة ()
 ب - بكمية بسيطة ()

- ٣ - لا يزيد ولا ينقص ()

سادساً : التعاطي والسلوك الاجرامي :

س٨ : طيب لو فرض أنك ممعكش فلوس تشتري اللي انت بتاخده تعمل ايه؟

- ١ - ماشتريش ()
 ٢ - أسرق علشان أجيب المخدر ()
 ٣ - آخذ رشوة ()
 ٤ - أستلف إذا لقيت حد يسلفني ()
 ٥ - أرهن أي شيء ()
 ٦ - أزور علشان أجيب مخدر ()
 ٧ - أبيع أثاث المنزل ()
 ٨ - أبيع مصوغات الزوجة ()
 ٩ - ممكن أقتل ()

- ١٠ - أعمل أي حاجة علشان أحصل على المخدر ()

س٩ : طيب فيه فرق بين متعاطي الاقراص وغيره من المتعاطين في ارتكاب الأفعال الي قلت لك عليها؟

- ١ - متعاطي الاقراص أكثر ()
 ٢ - متعاطي الاقراص أقل ()
 ٣ - دي زي دي ()

س١٠ : طيب ياترى وهو تحت تأثير العقار يكون ارتكابه لها أكثر ولا مفيش فرق؟

- ١ - أبوة أكثر ()
 ٢ - مفيش فرق ()

س١١ : طيب ياترى المتعاطي يرتكب الجريمة بسبب ايه :

- ١ - عدم وجود المخدر ويصبح خرمان ()
 ٢ - غياب الوعي الي ممكن يحصل من التعاطي ()
 ٣ - تأثير شلة المتعاطين ()

- ٤ - احساسه بالقوة والنشاط والجرأة الي ممكن تبعثها المنشطات ()
 ٥ - أخرى تذكر ()

سابعاً : التعاطي والدين :

س^{٨٢} : ياترى بتصلي؟

- ١ - صليت قبل التعاطي ()
 ٢ - صليت بعد التعاطي ()
 ٣ - كنت بصلي أحيانا قبل التعاطي ()
 ٤ - ما زلت بصلي أحيانا ()
 ٥ - ما زلت أصلي تماما حتى الآن ()
 ٦ - مصلتش لحد دلوقتي ()

س^{٨٣} : ياترى في رأيك تعاطي المسكرات والمخدرات والاقراص حرام ولا حلال؟

- ١ - بعضها حرام () يذكر النوع
 ٢ - بعضها حلال () يذكر النوع
 ٣ - كلها حرام () ٤ - كلها حلال
 ٥ - بعضها مكروه () يذكر النوع
 ٦ - كلها مكروه ()

س^{٨٤} : ياترى انت اتكلمت مرة في علاقة الدين بالمخدرات مع حد قبل كدة؟

نعم () لا ()

إذا كانت الاجابة بنعم يسأل س^{٨٥}، س^{٨٦}، س^{٨٧}، س^{٨٨}

س^{٨٩} : مع مين ؟

- ١ - بعض الأصدقاء ()
 ٢ - رجال الدين ()
 ٣ - بعض المتعاطين ()

- ٤ - بعض الأقارب ()
 ٥ - الموجه الديني بمؤسسة العلاج ()
 ٦ - المتخصص الاجتماعي ()
 ٧ - المتخصص النفسي ()
 ٨ - الطبيب المعالج ()
 ٩ - أفراد الأسرة ()
 ١٠ - زملاء العمل ()
 ١١ - رؤساء العمل ()
 ١٢ - أخرى تذكر ()

س٨٦ : ياترى حد قلقك فيهم أن تعاطي المخدرات والعقاقير بكافة أنواعها حرام؟

نعم () يسأل س٨٧ لا ()

س٨٧ : هل اقتنعت بوجهة نظرهم؟

نعم () لا () يسأل س٨٨

س٨٨ : طيب إيه السبب في عدم اقتناعك؟

- ١ - كلامهم غير مقنع ()
 ٢ - كلامهم مخالف للدين ()
 ٣ - أصلهم مش قدوة ()
 ٤ - ما أقدرش استغني عن العقار ()
 ٥ - أخرى تذكر ()

ثامناً : التعاطي والعلاج :

س٨٩ : هل حاولت تتعالج قبل كده؟

١- حاولت () يسأل س٩٠ لم أحاول ()

س٩٠ : ياترى إيه سبب الفشل؟

- ١ - ماكملتش كل العلاج ()
- ٢ - العلاج ماكنش كويس ()
- ٣ - ما حدش تابع معايا العلاج ()
- ٤ - الفلوس ماكنتش مساعداي ()
- ٥ - ما حدش اهتم بظروفي الأسرية والعائلية اللي كانت سبب التعاطي ()
- ٦ - ما قدرتش استغنى عن المخدر ()
- ٧ - الشغل كان كتير والمخدر كا وسيلتي الوحيدة ()
- ٨ - ما كانش فيه أماكن كويسة للعلاج ()
- ٩ - ما فيش اهتمام من المسؤولين عن العلاج ()
- ١٠ - كانت أماكن العلاج بعيدة عن محل اقامتي ()
- ١١ - أخرى تذكر ()

س١١ : ياترى العلاج اللي انت بتاخده دلوقت عبارة عن ايه؟

- ١ - علاج طبي : يعني أدوية وكشف طبي وتحاليل وخلافه ()
- ٢ - علاج نفسي : يعني حد قعد معاك وكلمك عن مشاكلك واحوالك النفسية ()
- ٣ - علاج اجتماعي : يعني حد قعد معاك وكلمك عن مشاكلك الأسرية والعائلية وشغلك وراح زارك في البيت أو في الشغل وقابل حد من أسرتك أو اصدقائك علشان حالتك ()

- ٤ - علاج ديني : يعني حد قعد معاك من رجال الدين أو الوعاظ وكلمك في تعاطي المخدرات - حرام - حلال - مكروه . . الخ ()

س١٢ : طيب ياترى رأيك إيه في العلاج الحالي عموما ؟

- ١ - كويس جدا ()
- ٢ - نص نص ()
- ٣ - مش كويس ()

س ١٣ : ممكن تقولي مين اللي شجعك تيجي المكان ده :

- () ١ - جيت بنفسى
() ٢ - الاسرة
() ٣ - احد الأقارب
() ٤ - بعض الأصدقاء
() ٥ - متعاطي سابق
() ٦ - أحد الصيادلة
() ٧ - أحد الأطباء
() ٨ - المتخصص الاجتماعي
() ٩ - المدرسة
() ١٠ - الكلية أو المعهد
() ١١ - الشرطة
() ١٢ - الصدفة
() ١٣ - برامج الاذاعة والتلفزيون
() ١٤ - الجرائد
() ١٥ - أخرى تذكر

ثانياً : مصطلحات الثقافة الفرعية للمدمنين «المعتمدين» .

قائمة بأسماء بعض المصطلحات التي وردت خلال الدراسة وتفسيرها

م	المصطلح	التفسير
١	الفراولة	وهي اقراص ذات اللون الاحمر - ولقد أطلق عليها هذا الاسم لتمييزها بهذا اللون الذي يشبه الفراولة، ولا يعرفها المدمنون الا بهذا الاسم ولا يكاد يعرف لها اسم علمي بينهم .
٢	الحضرة الشريفة	وهي اقراص ذات اللون الاخضر - ويطلق عليها هذا الاسم تمشياً مع لونها من ناحية، ومع ما تبعته من خيال يشبه الحياة في الجنة على حد اعتقادهم من ناحية أخرى .
٣	الصلية	وهي اقراص ذات اللون الأبيض - ولقد اطلق عليها هذا الاسم لوجود خطين متقاطعين أشبه برسم الصليب تماماً .
٤	حبوب السهر أو النجاج أو الريح	وهي الاقراص المنشطة التي تبعث قدرة على السهر فترات طويلة، ولقد اطلق عليها هذا الاسم وأخذ انتشاراً واسعاً بين فئات الطلاب والحرفيين .
٥	تذكرة	يطلق هذا الاسم على شمة المهيروين الواحدة - ويرى الكثير من المتعاطين انها تذكرة تؤهلهم إلى الدخول في عالم الخيال والسرور ومن ناحية أخرى يطلق لفظ (البودرة) على المهيروين .
٦	تسيح البرشام	يطلق هذا المصطلح على إحدى العمليات المترتبة بتعاطي الاقراص، فالاقراص لا يمكن أن تؤتي ثمارها

التفسير	المصطلح	٢
<p>المرغوبة الا عن طريق عملية «التسييح» حيث تنطوي على ضرورة تعاطي كميات كبيرة من مشروب الشاي (المس) مع كميات أكثر من تدخين السجائر، ويعتاد بعض المدمنين على تعاطي الاقراص عن طريق الاستحلاب للشعور (بمرارتها) كبديل لتعاطي الافيون.</p>		
<p>يطلق هذا المصطلح على لفظ المزاج وهو المقابل لكلمة Mode باللغة الأجنبية، ويتشر هذا المصطلح بين بعض المتعاطين من المتعلمين الذين يدركون المعنى اللغوي لهذا المصطلح (المتعدين بالمستشفيات الخاصة على وجه الخصوص)، ويختفي هذا اللفظ تماما بين المتعاطين (من نوادي الدفاع الاجتماعي) وينطوي لفظ المود «المزاج» على ما يترتب على المخدر أو العقار من آثار - فبعض الاقراص على حد اعتقادهم تؤدي الى الآثار التالية: (تعمل دماغ - تعمل فرفشة - تعمل برتس)، فالأثر الاول على سبيل المثال من شأنه أن يبعد عن المخ كل المشاكل والضعوط، في حين يبعث الأثر الثاني على السرور والانبساط، أما الأثر الثالث (المنشطات): فيؤدي إلى تحقيق ربح سريع أو فائدة معينة لتوفر خاصية السهر أو اليقظة أو الاقدام والجرأة.</p>	<p>المود «Mode»</p>	<p>٧</p>
<p>يطلق هذا الاسم على المدمن (المعتمد) الذي يعتمد على تعاطي الاقراص دون غيرها فترات طويلة من الزمن.</p>	<p>برشمجي</p>	<p>٨</p>

٢	المصطلح	التفسير
٩	بشلجي	يطلق هذا المصطلح على بعض المدمنين وغيرهم من الذين اعتادوا على إيذاء أنفسهم (بموس حلاقة أو غيره من الآلات الحادة) لاجبار المحيطين بهم على تلبية رغباتهم بطرق الضغط المختلفة، ويضطر بعض المدمنين إلى هذا الأسلوب عند التعامل مع الشرطة أو في فترات الحبس، أو عند الحاجة الملحة إلى المخدر أو العقار.
١٠	دومنجي	يطلق هذا الاسم على كل من يساعد فرداً آخر عند ممارسة بعض ألعاب القمار أو السحر... الخ. ويكون صاحب هذا الاسم وهو المساعد الجهول لصاحب اللعبة - ففي لعبة الورق (الثلاث ورفات) على سبيل المثال يضطر صاحب اللعبة أن يبحث عما يساعده لظهور المكسب المفري للعبة أمام الآخرين (الابرياء)، وتنتشر هذه اللعبة بين بعض المدمنين الذين يجردون فيها مكسباً مغرباً لدعم حاجتهم الملحة من المخدر أو العقار.
١١	الهنجرانية	يطلق هذا المصطلح على بعض الجماعات الفرعية لطبقة اللصوص، بحيث يختص بفئة الهجامين دون غيرهم - وهم الذين يتخصصون في سرقات السطو المسلح أو السرقة بالإكراه - ويطلق هذا المصطلح على هذه الفئة في كل أنحاء المجتمع المصري.

مجلة الطابع السنوية بإدارة النشر بالمركز القومي للدراسات الأمنية والتشهير
بالإصدارات ١٤١٤هـ - ١٩٩٢م



مركز النشر
بمركز الدراسات والبحوث
القومي للأمن والتشهير

