



أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية

مركز
الدراسات
والبحوث

مشكلة المخدرات في الوطن العربي

د. عبدالحليم محمود السيد

الرياض
١٤١٨هـ - ١٩٩٧م

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية



مشكلة المخدرات في الوطن العربي

« دراسة لدرجة انتشار المعلومات والخبرات
بالمخدرات لدى الشباب العربي »

د. عبدالحليم محمود السيد

الطبعة الأولى

الرياض

١٤١٨هـ - ١٩٩٧م

٢٠) أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، ١٤١٧هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

السيد، عبدالحليم محمود

مشكلة المخدرات في الوطن العربي: دراسة لدرجة انتشار المعلومات. -

٣٢٧ ص ، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك: ٣-٣٤-٧٢٥-٩٩٦٠

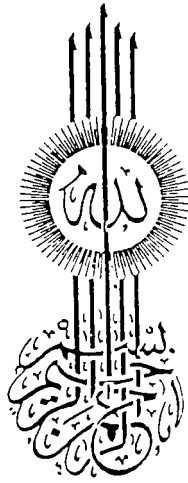
١- المخدرات والشباب ٢- ادمان المخدرات أ- العنوان

١٨/٠٤٥٢

ديوي ٢٩٣ ، ٣٦٢

رقم الايداع: ١٨/٠٤٥٢

ردمك: ٣-٣٤-٧٢٥-٩٩٦٠



المحتويات

التقديم	٣
المقدمة	٧
الفصل الأول : موضوع البحث وأهميته ومشكلته وإجراءاته	١٣
أولاً موضوع البحث	١٣
ثانياً : أهمية البحث	١٤
ثالثاً : مشكلة البحث وإجراءاته	١٨
الفصل الثاني : درجة انتشار تدخين السجائر لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية	٣٧
أولاً : أهم الأضرار الجسمية والنفسية المترتبة على تدخين السجائر	٣٧
ثانياً أهم الإطارات النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين بوجه خاص والمخدرات بوجه عام	٤٨
ثالثاً : نتائج الدراسة الميدانية لانتشار تدخين السجائر والمتغيرات المرتبطة به	٥٣
رابعاً : خاتمة الفصل الثاني	١١٩
الفصل الثالث : درجة انتشار تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية وبعض المتغيرات المتصلة بهذا التعاطي لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية	١٢٣
أولاً : تعريفات أساسية	١٢٣
ثانياً : نتائج الدراسة الميدانية	١٢٨
ثالثاً خاتمة الفصل الثالث	١٨

الفصل الرابع : درجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات لدى

١٨٥ تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

١٨٥ أولاً تعريفات أساسية

١٩١ ثانياً نتائج الدراسة الميدانية

٢٢٧ ثالثاً خاتمة الفصل الرابع

الفصل الخامس . تعاطي الكحوليات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد

٢٣١ العربية

٢٣١ أولاً التعريف بالمشكلة

٢٤٥ ثانياً : نتائج الدراسة الميدانية

٢٨٥ ثالثاً : خاتمة الفصل الخامس

الفصل السادس . الخاتمة

٢٨٩ أولاً أهم ما تبرزه نتائج البحث الحالي

٣١ ثانيا : أهم ما توحى به نتائج هذا البحث

٣١ ثالثاً : أهم التوصيات

٣١٣ المراجع

التقديم

يشكل إدمان المخدرات مشكلة صعبة تواجه مختلف المجتمعات الإنسانية، وقد أصبح تعاطي المخدرات ظاهرة اجتماعية عالمية تشير إلى الخلل القائم في الأنظمة القيمية والتربوية والاجتماعية في كثير من المجتمعات. ومما يثير القلق أن الإحصاءات والدراسات العلمية تشير أيضاً إلى أن أعداد المدمنين على المخدرات في ازدياد مستمر، ولا سيما بين الشباب وصغار السن الذين يشكلون مستقبل أية أمة وعماد تقدمها وأمنها

ومع أن هذه الظاهرة لم تتفاقم في المنطقة العربية إلى الدرجة التي وصلت إليها في مجتمعات كثيرة من العالم، إلا أن الأجهزة الأمنية في الدول العربية وعلى رأسها مجلس وزراء الداخلية العرب قد أخذت بأهمية الوقاية والمجابهة والعلاج من الإدمان على المخدرات والعقاقير النفسية، في فترة مبكرة لمواجهة هذه الظاهرة ولتفادي ما ينتج عنها من آثار سلبية عميقة تنعكس على الفرد والمجتمع على حد سواء

ولقد كرست أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية من جانبها نشاطات علمية كثيرة في هذا الميدان، شملت الندوات، والحلقات العلمية والمحاضرات الثقافية، وبرامج التدريب، والتعليم العالي، والمشاركات العلمية العديدة في المنطقة العربية وفي العالم، إلى جانب الدراسات والبحوث العلمية، ومنها هذا البحث الميداني الذي يتزامن نشره مع الاحتفال السنوي باليوم العالمي للوقاية من المخدرات هذا العام.

ولعل ما يكسب هذا البحث الميداني أهمية خاصة أنه توجه بالدراسة والبحث إلى شريحة هامة من الشباب العربي وهم طلاب المرحلة الثانوية.

وقد كشفت نتائج البحث عن التشابه الكبير بين أبناء الأمة العربية فيما يتعلق بظاهرة تعاطي هذه المواد والعقاقير المؤثرة في الأعصاب ، وفي سبيل الوقاية والتحصين منها

إن نتائج هذا البحث الميداني وغيره من البحوث التي يقوم بتنفيذها مركز الدراسات والبحوث بأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية الوسائل الوقائية المختلفة لتحصين الجيل الجديد من الشباب والناشئة في الدول العربية ، حيث كشفت أن وقايتهم من التدخين مثلاً تساعد على الوقاية من سائر المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية ، وأن نسبة التعاطي والإدمان تزداد مع انخفاض مستوى تعليم الأفراد ، ومع انخفاض المستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة

إن هذه الحقائق تشير من جديد إلى أن رسم السياسات العربية الوقائية بوصفها هدفاً استراتيجياً لمواجهة هذه الظاهرة يعد ضرورة ملحة تتطلب تآزر كل الجهود الحكومية والأهلية وجميع المؤسسات التشريعية والقضائية والتربوية والدينية والإعلامية في كافة الدول العربية على المستويين الوطني والإقليمي ، كما تتطلب مواجهة هذه المشكلة تعاوناً دولياً تزداد الحاجة إلى توثيقه ودعمه في سبيل مكافحة هذه الأضرار والوقاية منها

والله من وراء القصد

رئيس

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية

أ. د. عبدالعزيز بن صقر الغامدي

يهدف هذا البحث إلى إلقاء الضوء على مشكلة المخدرات في البلاد العربية، ومع أن كل دولة عربية تستخدم بعض الأساليب للكشف عن درجة انتشار تعاطي مختلف أنواع المخدرات بها، إلا أن هذا البحث يسد ثغرة قائمة تتمثل في عدم تكامل الصورة المتوفرة لدى متخذي القرار والمخططين والمنفذين للسياسات التعليمية والإعلامية والتشريعية والوقائية والعلاجية، فيما يتصل بالجوانب المشتركة من هذه المشكلة بين البلاد العربية، والجوانب التي قد تنفرد بها دولة دون أخرى.

ولا شك أن من شأن سد هذه الثغرة أن يسدي فائدة عظيمة لجهود الوقاية والعلاج لهذه المشكلة بين البلاد العربية التي يجتمعها الكثير من الروابط والظروف ورغم أن هيئات عالمية مثل هيئة الصحة العالمية، وعداداً كبيراً من المعاهد العلمية في كثير من الدول المتقدمة، تحاول تعميم الخبرات الناجحة في جهود الوقاية من المخدرات، إلا أن الطابع الثقافي الفريد الذي يجمع الدول العربية يفرض عليها عدم النقل من خبرات أجنبية، ومحاولة تبادل المعلومات والخبرات النابعة من هذه الثقافة، لأن ظروف انتشار المخدرات ودوافع تعاطيها وبالتالي أساليب الوقاية منها تتشكل وفقاً للثقافة التي ينتمي إليها المجتمع

لهذا فإن الحاجة ماسة لتضافر الجهود العربية لمواجهة الخطر الجسيم الذي تحمله المخدرات التي تهدد عقول وطاقات زهرة شباب هذه الأمة، في وقت هي أحوج ما تكون لهذه العقول والطاقات.

والبحث الحالي يمثل خطوة على الطريق لتوفر حد أدنى مشترك من المعلومات الواقعية عن درجة انتشار المعلومات والخبرات بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية في البلاد العربية. ابتداءً من التدخين، ثم الأدوية المؤثرة في

الحالة النفسية، ثم المخدرات ثم المسكرات لدى فئات مختلفة من الجمهور في البلاد العربية، في محاولة لتيسير المعلومات الأساسية والواقعية حول الجوانب المشتركة عن هذه الظاهرة في مختلف البلاد العربية. وتمهيداً لوضع هذه المعلومات في الحسبان عند رسم السياسات التعليمية والإعلامية والوقائية التي تهدف إلى الحد من هذه المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية والعصبية في البلاد العربية

ولاعتبارات عديدة، تقرر أن تتم الدراسة الحالية على عينة من تلاميذ المدارس الثانوية في عدد من البلاد العربية بوصفهم زهرة الشباب وأمل المستقبل على أن هذه الدراسة تمثل نقطة البدء في سلسلة من الدراسات الاستكشافية التالية، على مستوى الدول العربية، إذ أن الحاجة ماسة إلى إلقاء الضوء على هذه الظاهرة لدى أنواع أخرى من الجمهور في البلاد العربية مثل :

- جمهور تلاميذ المدارس الإعدادية

- جمهور تلاميذ المدارس الثانوية الفنية

- جمهور طلاب وطالبات الجامعات .

- جمهور العمال والموظفين .

كل هذا من أجل أن تبدأ خطط وبرامج وتجارب الوقاية الفعالة من تعاطي المخدرات التي تهدد عقول وطاقات أبناء هذه الأمة

وقد كشفت هذه الدراسة فعلاً عن درجة كبيرة من التشابه (بين أبناء الدول العربية) في الدوافع والظروف التي تدفع بعض الأبناء للبدء في تعاطي المواد المخدرة أو المؤثرة في الأعصاب، وكذلك الدوافع والظروف التي تمنع أو تقي من تعاطي هذه المواد مما يوحي بأن تآزر الجهود على مستوى

الوطن العربي مع الإفادة من كل الخبرات المحلية في كل بلد وتنميتها، ودعم الدراسات الاستكشافية على مستوى الوطن العربي من شأنه أن يرفع من مستوى هذه الجهود، ويضيق الخناق على هذا الداء، ويمكن من إجراءات تخصيص أبناء الأمة من هذا العدو اللعين. وهذا يمكن من استثمار الطاقات بطريقة خلاقة، تعود بالخير على مستقبل الأمة العربية

وأود هنا أن أسجل سيادة روح جديدة في معظم البلاد العربية، مؤداها إن إلقاء الضوء بأسلوب علمي دقيق على مشكلة المخدرات هو الطريقة الوحيدة التي تمكس من مواجهة هذه المشكلة، أما محاولة إخفاء هذه المشكلة أو تجاهلها أو الخجل من دراستها فإنها تؤدي إلى ضعف جهود المواجهة واستفحال المشكلة

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل المسؤولين في البلاد العربية التي رحبت بإجراء هذا البحث وأخص بالذكر المملكة الأردنية الهاشمية والإمارات العربية المتحدة وجمهورية السودان. وكان المغرب العربي ضمن البلاد العربية التي سعى الباحث الرئيس بمعاونة أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية (المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب سابقاً) للتطبيق فيها إلا أن ظروفاً خارجة عن إرادتنا حالت بيننا وبين تحقيق هذه الأمنية

ونود هنا أن نسجل وافر الشكر للجهات الرسمية بوزارات التربية والتعليم بكل من المملكة الأردنية الهاشمية، والامارات العربية المتحدة، وجمهورية السودان على كل ما وفرته من تيسيرات لتطبيق أداة هذا البحث

الفصل الأول

موضوع البحث وأهميته ومشكلته وإجراءاته

أولاً موضوع البحث .

ثانياً أهمية البحث .

ثالثاً مشكلة البحث وإجراءاته .

الفصل الأول

موضوع البحث وأهميته ومشكلته وإجراءاته

أولاً موضوع البحث.

موضوع هذا البحث هو دراسة تعاطي المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية (السجائر والأدوية المؤثرة في الحالة النفسية والمخدرات الطبيعية والمسكرات) في العالم العربي

ورغم أهمية دراسة كل القطاعات الثقافية والاجتماعية والعمرية في العالم العربي من ناحية درجة تعرضها للمعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية، فإن لمرحلة الشباب أهمية بالغة للأمة العربية، ولا سيما أن الشباب يحتل نسبة كبيرة من كل الفئات العمرية، تتراوح بين الثلث والنصف، وهي نسبة تتميز بها الأمة العربية على غيرها من الأمم

فإذا علمنا أن هذا الشاب الذي هو عنصر القوة والفعالية بالأمة العربية يتعرض لعدد من الظروف تقلل من كفاءته، وأشد هذه الظروف فتكاً به تتمثل في محاولة نشر تعاطي المواد المخدرة والمؤثرة على الأعصاب بينه وتوجد في معظم البلاد العربية مؤشرات لانتشار درجات من المعرفة والخبرة بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية بين الشباب

وقد أجريت بالفعل في عدد من البلاد العربية دراسات لإلقاء الضوء على هذه المشكلة (سويف وآخرون ١٩٨٧م؛ السيد عبدالحليم محمود ١٩٨٩م؛ السيد وآخرون ١٩٩١م)

ونظراً لما تبين من أن الأضرار الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة والمؤثرة في الحالة النفسية والجسمية تكون أشد فتكاً بالمتعاطين لدى من يبدأون في تعاطيها في عمر مبكر، ونظراً لأن جهود الوقاية تكون أعلى كفاءة، كلما

بدأت في مرحلة مبكرة من التعاطي ، بل وقبل البدء في التعاطي لهذه المواد المخدرة ، فقد تقرر أن يركز هذا البحث عنايته على درجة وظروف انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات والمواد المؤثرة في الأعصاب لدى جمهور الشباب من تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية كخطوة أولى يعقبها بإذن الله بحوث تالية على قطاعات عمرية واجتماعية أخرى على مستوى العالم العربي ، على أمل أن تكون هذه الدراسات في خدمة عمليات الترشيد للتخطيط لسياسات الوقاية من مشكلة المخدرات على مستوى العالم العربي

وهذا الاهتمام بالشباب بوجه عام ، وشباب المدارس الثانوية بوجه خاص ، يواكب الاهتمام العالمي بالشباب الذي أوصت به هيئة الصحة العالمية

وقد واصل العديد من مراكز البحث العلمي في عدد كبير من البلاد المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية (Jhonston et al., 1983; who, 1972, 1973; Smart & Feje Whib, 1970, 1981) إجراء مسح مستوية لتتبع الظاهرة ، فضلاً عن تقويم الدراسات الأخرى التي أجريت في دول أوربية ودول عربية (سويف وآخرون، ١٩٨٧ ، ١٩٩٢ م)

ثانياً أهمية البحث :

تبرز أهمية إجراء البحث الحالي من كل من :

١ تزايد حجم تجارة المخدرات في العالم ، إذ بلغت حوالي ٣٠٠ مليار دولار كل عام (الأهرام ٢٥ / ٣ / ١٩٨٩ م) وقد تزايد حجم المخدرات التي تهرب إلى البلاد العربية ، مما يكشف عنه تزايد حجم المضبوطات من هذه المخدرات ، حيث يقدر بعض الخبراء ما يضبط بحوالي خمس أو عشر إجمالي الكميات المهربة لكل بلد .

يضاف إلى هذا، تزايد تهريب مواد مخدرة شديدة الفتك بالمتعاطين، مثل الهيروين والكوكايين إلى جانب المخدرات التقليدية مثل الحشيش والأفيون، وسوء استعمال الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (المهدئة، والمنومة، والمنشطة).

٢- عدم وجود تقدير دقيق يعتمد على أسس علمية لحجم مشكلة تعاطي المخدرات والظروف التي تساعد على بدء التعاطي والاستمرار فيه على مستوى العالم العربي بوجه عام وتفاوت أساليب التقدير والجهات القائمة به، مما يجعل من الصعب معرفة الظروف المشتركة والظروف النوعية الخاصة بكل بلد فيما يتصل بحجم المشكلة، ودوافع وظروف البدء والاستمرار في تعاطي كل مادة من المواد المخدرة. وهذا من شأنه أن يعوق تآزر الجهود التي ترمي إلى تخطيط وتنفيذ سياسة الوقاية على مستوى العالم العربي.

٣- الأهمية الحيوية لجمهور الشباب على مستوى الأمة العربية، وخاصة الشباب من تلاميذ المدارس الثانوية بوصفهم يمثلون صفوة طلاب العلم الذين قطعوا شوطاً في طلب العلم، ويأملون في مواصلة الطريق لتحصيل المزيد من العلم والمعرفة والخبرة، من أجل نهضة أمتهم والدراسة العلمية الواقعية، تساعد على الكشف المبكر عن الظروف والملابسات التي تدفع بعض الشباب للتردي في براثن المخدرات، وعلى أمل تقدير الحجم الواقعي للمشكلة، وتلمس أساليب واقعية للوقاية منها منذ المراحل المبكرة من العمر، حماية للأبناء من الأضرار النفسية والجسمية الناجمة عن التعاطي، وحماية للأمة من هدر طاقاتها

وتأتي هذه العناية بالشباب العربي من واقع الاهتمام العالمي بالشباب بوجه عام، وبالظروف التي تغري بعضه إلى التردّي إلى دائرة المخدرات (Who, 1973)

٤ نظراً لأن أي محاولة لتنظيم جهود الوقاية من المخدرات على مستوى العالم العربي تحتاج إلى كل من .

أ - معلومات موضوعية مستمدة من دراسات علمية واقعية تلقي الضوء على الظروف النفسية والاجتماعية التي تدفع أو تيسر تعاطي المخدرات ، أو تمنع أو تنفر من تعاطيها

ب - تبادل هذه المعلومات الواقعية بين الدول العربية ، لإمكان التعاون في جهود الوقاية والعلاج من هذه المشكلة

ونأمل أن تسد الدراسة الحالية ثغرة قائمة على مستوى العالم العربي ، مما يساعد على تحقيق المزيد من تكامل الجهود الرامية للوقاية من هذه المشكلة ، خصوصاً وأن للعالم العربي خصوصية ثقافية تجعله لا يستطيع أن ينقل من البلاد الأجنبية تصوراتها وبرامجها للوقاية من هذه المشكلة لاختلاف دوافع التعاطي والظروف التي تساعد على الوقاية من تعاطي المخدرات في البلاد العربية عنها في البلاد الأجنبية ، بل إن تصورنا للمشكلة في العالم العربي يختلف تماماً عنه في العالم الغربي ، فمثلاً نحن ننظر إلى مجرد البدء في تعاطي المسكرات (ولو لمرة واحدة) على أنه كسر لقاعدة شرعية ، يحتاج إلى بذل الجهد لمزيد من الوقاية من تعاطي المسكرات (مهما تضاءلت نسبة الكحول بها) وكذلك جهود العلاج ودعم دوافع الامتناع عن التعاطي للمسكرات في ظل ثقافة عربية إسلامية ، يجعل الامتناع عن تعاطي المسكرات نوعاً من الطاعة لله

وإذا كانت البلاد الغربية لا تضع الكحول ضمن قائمة المخدرات بأساً من إمكان مقاومته ، فإن البلاد العربية لا يمكن أن تحاكي الغرب في هذا ، وأن عدم وجود أي قيود على شراء وإنتاج المواد المسكرة - في بعض البلاد العربية - اعتماداً على أن معظم الناس يمتنعون عنها دينياً من شأنه أن ييسر عملية تفشي تعاطيها ، وينذر بمشكلة لا تستطيع أن تتجنبها

وهكذا فإن ثمة خصوصية ثقافية للعالم العربي تجعله يختلف في أساليبه للوقاية والعلاج عن العالم الغربي إذا توفرت لدى المخططين لسياسات الوقاية المعلومات الدقيقة

ويكفي هنا لإثبات هذه الخصوصية بين نسب انتشار المواد المؤثرة في الحالة النفسية التي وردت في هذا التقرير وس نسب انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية ما يوضحه الجدول التالي المستمد من دراسة مسحية عن تعاطي التلاميذ للمخدرات في أميركا في الفترة من عام ١٩٧٥م وحتى ١٩٨٠م (Johnston et al., 1977)

الجدول رقم (١)

يوضح نسب الانتشار والتعاطي الحالي لستة عشر نوعاً من المخدرات في العام الدراسي ١٩٨٠م (بين تلاميذ المدارس الثانوية الأمريكية)

المادة	تعاطاها على الأقل مرة واحدة	الشهر الماضي	العام الماضي وليس الشهر الماضي	لم يتعاط العام الماضي	لم يتعاط لم يطنأ
الحشيش	٦٠,٣	٣٣,٧	١٥,١	١١,٥	٣٩,٧
المواد المتطايرة	١١,٩	١,٤	٣,٢	٧,٣	٨٨,١
عقاقير الهلوسة	١٣,٣	٣,٧	٥,٦	٤,٠	٨٦,٧
ل س د	٩,٣	٢,٣	٤,٢	٢,٨	٩٠,٧
ب. س. ب.	٩,٦	١,٤	٣,٠	٥,٢	٩٠,٤
الكوكايين	١٥,٧	٥,٢	٧,١	٣,٤	٨٤,٣
الهيروين	١,١	٠,٢	٠,٣	٠,٦	٩٨,٩
مشتقات الأفيون	٩,٨	٢,٤	٣,٩	٣,٥	٩٠,٢
المنبهات	٢٦,٤	١٢,١	٨,٧	٥,٦	٧٣,٦
المسكنات	١٤,٩	٤,٨	٥,٥	٤,٦	٨٥,١
المهدئات	١٥,٢	٣,١	٥,٦	٦,٥	٨٤,٨
الكحوليات	٩٣,٢	٧٢,٠	١٥,٩	٥,٣	٦,٨
السجائر	٧١,٠	٣٠,٥	٤٠,٥	٤٠,٥	٢٩,٠

Source: Johnston, et al., 1988.

وهنا لا يمنع من تبادل المعلومات بين مراكز البحث العلمي المتخصصة في بحوث المخدرات على مستوى العالم سواء تمثلت في هيئة الصحة العالمية، أو عدد كبير من مراكز البحث العلمي في البلاد المتقدمة مثل: المعهد القومي للصحة النفسية ((National Institute of Mental Health (NIMH)) بالولايات المتحدة الأمريكية، والمعهد القومي لبحوث سوء استعمال العقاقير أو المخدرات ((National Institute of Drug Abuse (NIDA)) ومؤسسة بحوث الإدمان بكندا (Foundation of Addition Research) وإذا كان إجراء الدراسات عبر الثقافية (Cross - Cultural) على مستوى العالم العربي في غاية الأهمية لدعم جهود الوقاية والعلاج لمشكلة المخدرات، فإن تبادل الخبرات والمعلومات والتقارير التي تصدرها الهيئات العلمية الرسمية وخصوصاً مراكز البحث العلمي على الدراسات التي تتم على عينات ممثلة للوطن أو لفئات نوعية منه (مثل تلك التي يجريها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية في مصر، من خلال البرنامج الدائم لبحوث المخدرات وبعض الهيئات العلمية والأمنية في عدد كبير من البلاد العربية) لها أهميتها الحيوية في دعم التعاون بين البلاد العربية في هذا المجال الحيوي.

ثالثاً مشكلة البحث وإجراءاته.

١- مشكلة البحث والأسئلة التي ستم الإجابة عنها:

تتمثل مشكلة هذا البحث في محاولة الإجابة على عدد من الأسئلة التي من شأنها أن تلقي الضوء على درجة انتشار المعلومات والخبرات والممارسات المتصلة بالمواد المخدرة أو المؤثرة في الأعصاب سواء على مستوى العينات النوعية لتلاميذ كل بلد من البلاد التي تم تطبيق أداة البحث بها أو على مستوى العينة الإجمالية، للكشف عن الظروف المشتركة التي

ترتبط في العينات الثلاث ، بدرجة التعرض للخبرة بالمواد المؤثرة في الأعصاب والمتغيرات التي تصاحبها

ونظراً للطبيعة الاستكشافية لهذا البحث ، فإنه لن يقوم بصياغة فروض يتم التحقق منها وإنما سيحاول الإجابة على عدد من الأسئلة ، التي تساعد الإجابة عليها على إلقاء الضوء على ظروف ودوافع انتشار المعلومات والآراء والخبرات المتصلة بالمواد المؤثرة في الأعصاب لدى الشباب العربي .

وس أهم الأسئلة التي سيحاول هذا البحث الإجابة عليها

١ - ما الخصال الشخصية والظروف الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات أو الامتناع عن تعاطيها مثل التدخين ، التعليم ، العمر ، الوالدين وغير ذلك .

٢ - ما درجة انتشار المعلومات والخبرات والممارسات المتصلة بكل من :
أ التدخين .

ب - الأدوية المؤثرة في الأعصاب ومشتقاتها (مهدئات ، منومات ، منشطات) .

ج - المخدرات التقليدية (الحشيش والأفيون)

د - المواد المسكرة (الكحوليات) .

٣ ما أهم مصادر الحصول على هذه المعلومات والخبرات المتصلة بهذه المواد .

٤ ما الظروف النفسية والاتجاهات الاجتماعية التي تيسر الحصول على هذه المعلومات أو الخبرات (بشكل محبذ جذاب أو منفر) مما يجعل الفرد يتصورها ضارة أو نافعة

٥ ما درجة تقبل الشخص لهذه المواد كما تبدو في تصور إيجابياتها وسلبياتها في قبول أو رفض تعاطيها ، إذا أتيحت له الفرصة

٦ - ما العلاقة بين مظاهر الجدية التي تبدو في جدية الدوافع للتعود وارتفاع

مستوى التحصيل أو ارتفاع درجة التدين وغير ذلك ، وبين تقبل هذه المواد أو النفور منها

٧ ما العلاقة بين تعاطي أحد أفراد الأسرة لهذه المواد وتقبل الفتيان لها أو إقبالهم عليها؟

٨ - ما أهم الظروف التي يبدأ فيها الفرد تعاطي هذه المواد؟

٩ ما أهم الظروف التي تساعد على بدء واستمرار التعاطي لهذه المواد .

١٠ ما أهم الظروف التي تساعد على التوقف عن تعاطي هذه المواد؟

١١- بالنسبة لمن تعاطى هذه المواد فعلاً :

أ - ما المادة التي تعاطاها؟

ب - ظروف بدء التعاطي؟

ج - السن عند بدء التعاطي؟

د - أهم مبررات التوقف أو الاستمرار؟

١٢ بالنسبة لمن لم يتعاط .

أ - ما أهم مبرراته لعدم التعاطي؟

ب - ما أهم الظروف الشخصية والاهتمامات التي تدعم عدم التعاطي؟

ج - هل إذا قدمت له هذه المواد سيقدم على تعاطيها أم يرفضها؟ ولماذا؟

٢ - إجراءات البحث .

تتمثل إجراءات هذا البحث في كل من .

١ - أداة جمع البيانات .

٢ - عينة البحث .

٣ - التحليلات الإحصائية .

١ - أداة جمع البيانات.

أمكن لهذا البحث أن يفيد من الدراسات السابقة ، وخصوصاً سلسلة الدراسات الوبائية التي أجريت في عدد من بلاد العالم وفي مقدمتها جمهورية مصر العربية خصوصاً وأن ثمة تاريخاً علمياً ممتداً للاهتمام بدراسة ظاهرة تعاطي المخدرات في مصر ، ابتداءً من هيئة بحث تعاطي الحشيش التي تكونت برعاية مادية وأدبية من المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية منذ عام ١٩٥٧م برئاسة المرحوم الأستاذ الدكتور مصطفى زيور ثم البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات في مصر بنفس المركز ، برئاسة الأستاذ الدكتور مصطفى سويف منذ عام ١٩٦٥م .

وقد كان للباحث الرئيس لهذا البحث شرف عضوية هذا البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات وأمانته الفنية منذ عام ١٩٦٥ حتى عام ١٩٩١م وقد زامله منذ أول تشكيل لهذه اللجنة كل من الدكتور زين العابدين عبد الحميد درويش والدكتور مصري عبد الحميد حنوره حيث قاموا بإعداد أداة لجمع البيانات بشكل منظم من خلال سلسلة من الدراسات الوبائية منذ عام ١٩٧٨م حتى عام ١٩٩١م

وقد أفاد الباحث الرئيس عند إعداده لأداة البحث الحالي من كل من :

١ - خبرته البحثية من سلسلة الدراسات التي شارك في إجرائها وتصميم أدواتها فيما يتصل بعدد من جوانب السلوك الإنساني المجرمة أو التي ترتبط بدرجة من الحساسية أو الحرج الاجتماعي مثل دراسات ومسوح تعاطي المخدرات والسلوك الجنسي والسلوك الجانح واتجاهات الرأي العام نحو الترتيب القيم للمشكلات الاجتماعية . (سويف وآخرون ١٩٨٧م ؛ السيد ١٩٨٢م ؛ El-Said, 1986) .

٢ - الدراسات العربية والأجنبية التي قام بها باحثون آخرون (المغربي ، سعد ، ١٩٧٥م ؛ Johnston, et al., 1983; Smart, et al., 1980)

ونظراً لأن كل هذه الدراسات السابقة ، تمت في إطار مجتمع واحد أو ثقافة واحدة (عربية أو أجنبية) على حين أن الدراسة الحالية تعد دراسة ثقافية مقارنة أو تتناول بالدراسة في آن واحد عدداً من الدول العربية

فقد اقتضى الأمر مراعاة العديد من الجوانب المنهجية والثقافية مما يسمح بوجود أساس عام مشترك يقبل المقارنة ، من ناحية ، مع مراعاة الخصائص النوعية لكل ثقافة وخاصة في بدائل الإجابة عن الأسئلة الرئيسة ، وذلك بالاستعانة بحكم باحثين متخصصين (ينتمون لكل ثقافة) على توفر أهم الملامح الأساسية في صياغة أسئلة الأداة- التي تجعلها مفهومة من أبناء كل مجتمع سيتم تطبيقها فيه

وروعي في ترتيب أسئلة أداة البحث التي اتخذت شكل استخبار يجيب عليه الشخص كتابة في موقف مقابلة جماعة ، يوضح في بدايتها أن هذا البحث علمي ، وبياناته سرية لا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي كما روعي أن تبدأ بأسئلة تدور حول بيانات ديمجرافية اجتماعية حول العمر وموطن النشأة وموطن الإقامة ومستوى تعليم وعمل كل من الوالدين ، ومدى تماس الشخص لمتابعة الدراسة وتقديره لمستوى تدينه ، ومستوى تفوقه وهواياته ، مما يوطد العلاقة مع المبحوث ، ويؤكد المطامع العلمية للدراسة الحالية في ذهنه

ثم يلي ذلك أسئلة حول أهم المواد المؤثرة في الحالة النفسية ، ابتداءً من التدخين ، ثم الأدوية ثم المخدرات الطبيعية ثم الكحوليات أو المسكرات . وكانت الأسئلة تبدأ بالنسبة لكل مادة من هذه المواد بإلقاء الضوء على المعلومات الشخصية عن درجة انتشار هذه المادة ومصادر معلومات الشخص واعتقاده في درجة ضررها أو فائدها ، ثم خبرته بها سماعاً أو رؤية أو تعاطياً ولو على سبيل التجربة لمرة واحدة . وقد بلغ عدد الأسئلة الرئيسة لأداة البحث الحالي ثمانين سؤالاً وتم التحقق من الكفاءة السيكمترية لهذه الأداة من خلال التحقق من مستوى ثباتها وصدقها

أ- الثبات.

تم التحقق من ثبات أداة البحث الحالي من خلال تطبيقها ثم إعادة تطبيقها بعد أسبوعين على عينة بلغت ١٥٠ فرداً، بواقع ٥٠ فرداً من كل بلد من البلاد التي تم جمع البيانات منها (الأردن، الامارات، والسودان) وتم تقدير قيمة الثبات عن طريق حساب معاملات الارتباط المستقيم (في المتغيرات المتصلة، كالعمر، والدخل) (في حين حسبت نسبة الاتفاق في التطبيق (في حالة المتغيرات المتقطعة التي تتضمن الاجابة عنها أحد احتمالين) وتبين أن: (٢١) سؤالاً أي (٢٥٪) من الأسئلة يتراوح مستوى ثباتها بين ٠,٦٥ إلى ٠,٧٤، أو (من ٦٥٪ إلى ٧٤٪)

و ٢٨ سؤالاً أي (٣٥٪) من الأسئلة يقع ثباتها بين ٠,٧٥ إلى ٠,٨٥، (أو من ٧٥٪ إلى ٨٥٪) و ٢ سؤالاً أي (٤٠٪) يزيد مستوى ثباتها عن ٠,٨٥، أو (٨٥٪) مما يشير إلى مستوى مرضٍ من الثبات

ب - صدق أداة البحث.

اعتمد تقدير صدق أداة البحث الحالي على عدد من الطرق أهمها:

١ - التكامل المتبادل: أي التقاء الإجابات التي تتناول مختلف الجوانب لمجال واحد، وتكوينها صورة متكاملة خالية من التناقض (سويف وآخرون، ١٩٨٧م) مثل الاتساق في مستوى أهمية كل مصدر من مصادر المعلومات أو الخبرة (سماعاً أو رؤية أو تجربة) بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية، حيث يؤدي الأصدقاء دوراً أكبر بالمقارنة بالأقارب لدى من لديه خبرة بهذه المواد ولو لمرة واحدة، في حين تؤدي وسائل الإعلام الجماهيرية (الكتب والمجلات والإذاعة والتلفزيون) دوراً أكبر لدى من لم يتعرض لخبرة تعاطي هذه المواد.

٢ - الاتفاق مع توقع معقول: مثل توقع ارتفاع نسبة من تعاطى المواد المؤثرة في الحالة النفسية (سواء كانت أدوية أو مخدرات أو مسكرات) لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين

٢ - عينة البحث.

تحدد إطار عينة هذا البحث في ضوء أهدافه التي تتمثل في التركيز على إلقاء الضوء على درجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المؤثرة في الأعصاب، والتي من شأنها أن تدفع إلى تعاطيها أو تمنع هذا التعاطي لدى جمهور الشباب، وخصوصاً في مرحلة الشباب المبكر الذي يمثل زهرة العمر وأمل الأمة وتمثل هذا الشباب المبكر في تلاميذ المدارس الثانوية الذين يرون بمرحلة حرجة من مراحل النمو، مرحلة تبلور الشعور بالهوية أثناء المراهقة المتأخرة أو الشباب المبكر وقد تم التركيز على دراسة الذكور دون الإناث، لأن تعاطي هذه المواد المؤثرة في الأعصاب ينتشر بوجه خاص لدى الذكور من شباب البلاد العربية.

ومن شأن إجراء هذا البحث على هذه العينة أن يمكّن من تنظيم جهود الوقاية التي لا يمكن أن تقوم إلا على معلومات منظمة، في وقت ملائم من حياة الأفراد.

وفي ضوء ما سبق، تم اتخاذ قرار أن تمثل عينة هذا البحث جمهور تلاميذ المدارس الثانوية بعدد من البلاد العربية وكانت الخطة الأصلية أن يتم تطبيق أداة البحث على عينة لا تقل عن ألف تلميذ من كل بلد تمثل تلاميذ المدارس الثانوية بعواصم كل من البلاد التالية:

١ - المملكة الأردنية الهاشمية (الأردن).

٢ - الإمارات العربية المتحدة (الإمارات)

٣ - جمهورية السودان (السودان)

٤ - المملكة المغربية ص .

إلا أن ظروفاً عملية ونظامية حالت دون تطبيق أداة البحث بالمملكة المغربية، وقد تم بالفعل جمع البيانات من خلال تطبيق أداة البحث (الاستخبار) تطبيقاً جمعياً في الفصول الدراسية على عينة من التلاميذ الذكور (بالسنوات الأولى والثانية والثالثة) بالمدارس الثانوية العامة الحكومية في كل من: الأردن، الإمارات، والسودان .

وذلك خلال شهر نوفمبر عام ١٩٨٦ م . وقد بلغ العدد الفعلي لعينة البحث من البلاد الثلاث ٦٣ ، ٩٨٪ من العينة المثالية، وهي نسبة ممتازة تحقق الأهداف المرسومة لعينة البحث . وقد قام بتطبيق أداة البحث باحثون نفسيون واجتماعيون تم تدريبهم لمدة أسبوع بأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية (المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب سابقاً)، قبل عملية جمع البيانات

وكان توزيع عينة البحث التالي كما هو موضح في الجدول رقم (٢)

الجدول رقم (٢)

يوضح أعداد عينة البحث من كل من الأردن والإمارات والسودان

النسبة المئوية	العـدد	البلد
٣٢,٧	٩٦٧	الأردن
٣٣,٧	٩٩٧	الإمارات
٣٣,٦	٩٩٥	السودان
١٠٠	٢٩٥٩	الإجمالي

يتبين من هذا الجدول إسهام كل بلد بنسبة تكاد تكون متساوية تتمثل في حوالي ثلث العينة الإجمالية التي بلغت ٢٩٥٩ طالباً

أما أهم خصائص العينة الإجمالية فقد تمثلت في كل من:

أ - الديانة:

يوضح الجدول رقم (٣) عدد ونسب كل من المسلمين والمسيحيين بعينة البحث، حيث يتبين أن (٩٨٪) من أفراد العينة من المسلمين.

الجدول رقم (٣)

يوضح ديانة أفراد عينة البحث

النسبة المئوية	العـدد	الديانة
٩٨,١	٢٩٠٢	مسلم
١,١	٣٣	مسيحي
٠,٨	٢٤	غير مبين

ب - الصف الدراسي .

ويوضح الجدول رقم (٤) التالي توزيع أفراد العينة الإجمالية على الصفوف الدراسية الثلاثة بالمدارس الثانوية العامة

الجدول رقم (٤)

توزيع العينة على الصفوف الدراسية

النسبة المئوية	العدد	الفرقة الدراسية
٤٠,١	١١٨٦	الأولى
٣٣,٨	٩٠١	الثانية (أدبي وعلمي)
٢٦,١	٧٧٠	الثالثة (أدبي وعلمي ورياضة)
١٠٠	٢٩٥٩	المجموع

ويتبين من هذا الجدول أن الفرقة الأولى تشتمل على أعلى نسبة (٤٠٪)، تليها الفرقة الثانية حوالي (٣٤٪) ثم الثالثة (٢٦٪) مما يتفق وتوزيع التلاميذ بالمدارس .

ج - العمر :

يوضح الجدول رقم (٥) التالي توزيع أعمار أفراد العينة الإجمالية حيث يتبين أن معظمها يقع في فئة العمر من ١٦ حتى قبل ١٨ سنة (٥٢٪) تليها فئة العمر ١٨ فأكثر (٣٦٪) ثم فئة العمر من ١٤ حتى أقل من ١٦ (١٠,٦٪)

الجدول رقم (٥)

توزيع أعمار عينة البحث

النسبة المئوية	العدد	العمر
١٠,٦	٣١٣	١٤ -
٥٢,٠	١٥٣٩	١٦ -
٣٦,٠	١٠٦٤	١٨ فأكثر
١,٤	٤٣	غير مبين
١٠	٢٩٥٩	الجملة

ونظراً لأهمية المستوى العمري لكل عينة من العينات الفرعية للبحث، فقد تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لعمر كل عينة فرعية من عينات هذا البحث، فكانت كما هو موضح بالجدول رقم (٦) التالي.

الجدول رقم (٦)

المتوسط والانحراف المعياري لعمر كل عينة فرعية من عينات البحث

الانحراف المعياري	المتوسط	العينة
١,١	١٦,٤	الأردن
١,٥	١٧,٢	الإمارات
١,٩	١٨,٠	السودان

ويتبين من هذا الجدول أن متوسط عمر عينات البحث تتدرج من الأدنى

إلى الأعلى من الأردن إلى الإمارات فالسودان . وقد تم تقدير المستوى الاقتصادي للأسرة وفقاً لتقدير التلميذ لمستوى ارتفاع أو انخفاض الدخل الإجمالي لأسرته (في ضوء معايير مجمعة) وتم تقدير المستوى الاجتماعي للأسرة وفقاً لمستوى المهارة والتعليم الذي تتطلبه مهنة الأب أو الأم . في حين تم تقدير المستوى الثقافي للأسرة على أساس مستوى تعليم الأب أو ولي الأمر

د - مستوى دخل الأسرة (كما يقدره التلميذ):

يوضح الجدول رقم (٧) التالي ، توزيع أو نسب دخل الأسرة ، كما يقدره التلميذ

الجدول رقم (٧)

توزيع الدخل الإجمالي للأسرة (كما يقدره التلميذ)

النسبة المئوية	العدد	مستوى الدخل
١٣,٥	٣٩٨	مرتفع
٣١,٨	٩٤	أعلى من المتوسط
٤٣,٨	١٢٩٧	متوسط
٤,٨	١٤٢	أقل من المتوسط
٣,٨	١١١	منخفض
٢,٤	٧١	غير سبب
١٠٠	٢٩٥٩	الإجمالي

هـ - مستوى مهنة الأب أو ولي الأمر

يوضح الجدول رقم (٨) التالي توزيع مستوى مهنة الأب بإجمالي عينة البحث

الجدول رقم (٨)

توزيع مستوى المهن لأباء عينة البحث

النسبة المئوية	العدد	المهنة
٢٥,٥	٧٥٥	عمال
٤٠,٥	١١٩٨	مهن متوسطة وكتابية
٢٧,	٧٩٩	مهن إدارية وتنفيذية عليا
٧,	٢٠٧	على المعاش
١٠	٢٩٥٩	الإجمالي

ويتبين من هذا الجدول أن آباء أكثر من ثلثي العينة من مستوى مهني متوسط فأكثر مما يتفق والحرص على متابعة الأبناء للتعليم الثانوي العام.

و - مستوى تعليم الأب (على مستوى العينة الإجمالية):

يوضح الجدول رقم (٩) التالي توزيع نسب تعليم آباء أفراد العينة الإجمالية.

الجدول رقم (٩)

يوضح مستويات التعليم لدى آباء العينة الإجمالية للبحث

النسبة المئوية	العدد	مستوى التعليم
١٣,٥	٣٩٩	أمي
٢٦,٦	٧٨٧	يقرأ ويكتب
١٢,٤	٣٦٧	إتمام الشهادة الابتدائية
٩,	٢٦٦	إتمام الشهادة الإعدادية
١٦,١	٤٧٦	إتمام الشهادة الثانوية
١٥,	٤٤٤	إتمام الشهادة الجامعية
٣,٤	١٠٢	شهادة فوق الجامعية
٤,٠	١١٨	غير مبين
١٠٠	٢٩٥٩	الإجمالي

ويتبين من هذا الجدول أن حوالي ثلث آباء أفراد العينة من مستوى تعليم متوسط فأكثر، وتبلغ هذه النسبة حوالي (٨١,٥٪) إذا أضيف إليها من يقرأ ويكتب أو حصل على شهادة ابتدائية (إتمام الشهادة الابتدائية فأكثر)، مما يشير إلى حرص من تعرضوا لخبرة التعليم بدرجات مختلفة على متابعة أبنائهم للتعليم العام

ز - مستوى تعليم الأب على مستوى كل عينة نوعية:

وقد أمكن الحصول على الجدول رقم (١٠) التالي في محاولة لإلقاء الضوء على الملامح الخاصة بكل عينة نوعية فيما يتصل بمستوى تعليم الأب نظراً لأنه سيعكس مستوى اهتمام الأب نحو تعليم الابن، كما أنه سيعكس أسلوب هذا الأب في التنشئة بوجه عام وخصوصاً فيما يتصل بثقافة الابن

التي قد تبعده أو تقربه من المواد المؤثرة في الأعصاب .

الجدول رقم (١٠) (*)

النسبة المئوية لمستويات التعليم لآباء كل عينة فرعية

السودان ن = ٩٩٥ %	الإمارات ن = ٩٩٧ %	الأردن ن = ٩٦٧ %	مستوى تعليم الأب
١٣,٨	٢٢,٦	٢٤,٩	أمامي
٣٩,٩	٤٨,٥	٣٣,٣	يقراً ويكتب + ابتدائية
٧,٤	٧,٩	١٣,٤	إعدادية
٣٨,٩	٢١,	٢٨,٤	ثانوية فأكثر
١٠٠	١٠٠	١٠٠	الإجمالي

(*) اقتصر على ذكر النسب المئوية حتى تكون الصورة أكثر وضوحاً

ومن الطبيعي أن هذه النسبة لا تمثل نسب التعليم للذكور الراشدين بالبلاد التي سحبت منها العينة، وإنما تمثل توزيع تعليم آباء تلاميذ المدارس الثانوية الذكور من المدارس التي سحبت منها العينة. والطابع العام على صورة العينة، هو أن معظم آباء تلاميذ المدارس الثانوية ممن يقرأون ويكتبون فصاعداً.

مع وجود بعض الفروق في توزيع نسب التعليم للآباء داخل كل عينة، فمثلاً الحاصلون على الشهادة الإعدادية فصاعداً في:

الأردن = ٤١,٨%

الإمارات = ٢٨,٩%

السودان = ٤٦,٣%

هذه هي أهم ملامح عينة البحث الحالي ، والتي استخلصت من مدارس ثانوية حكومية من عواصم البلاد العربية التي سحبت منها ورغم وجود بعض التحفظ على درجة تمثيل هذه العينة لجمهور كل التلاميذ إلا أنه ترك للجهات المسؤولة بكل دولة اختيار المدارس التي ترى أن سحب العينة منها يوفر أكبر قدر من التمثيل لتلاميذ المدارس الثانوية للذكور ، وقد تجاوز الباحثون كل الصعوبات العملية ، و نعتقد أن العينة الحالية تتوفر فيها كل المواصفات الأساسية لعينة معقولة

٣ - التحليلات الإحصائية:

تم ترميز الإجابات على الأسئلة ثم تم إجراء التحليل الإحصائي على الحاسب الآلي ، حيث تم استخلاص العدد والنسبة المئوية لكل إجابة فرعية عن كل سؤال بكل عينة من العينات على حدة ، وعلى مستوى العينة الاجمالية فيما يتصل بكل من

١ - الجداول البسيطة

٢- الجداول المركبة التي اشتملت على المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لكل مادة من المواد المؤثرة في الأعصاب (السجائر والأدوية والمخدرات والمسكرات)

كما اشتملت على عدد من المحاور المساعدة التي يتوقع أن تلقي مزيداً من الضوء على ظروف التعاطي أو الإقبال على المواد المؤثرة في الأعصاب أو الامتناع عن تعاطيها

وقد اشتملت هذه المحاور على كل من :

١ - مستوى التدين من منظور المبحوث .

٢ - مستوى التحمس للدراسة

٣ - مستوى التفوق في الإعدادية

٤ - المصروف الشهري للتلميذ

٥ - الصف الدراسي (أول، أو ثاني، أدبي أو علمي، وثالث).

٦ - مستوى تعليم الأم.

٧ - مستوى تعليم الأب

٨ - مستوى الكثافة السكانية بالمسكن الذي يقطنه التلميذ (أي عدد الأفراد بالأسرة/ على عدد الحجرات بالمسكن)

الفصل الثاني

درجة انتشار تدخين السجائر لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً . أهم الأضرار الجسمية والنفسية المترتبة على تدخين
السجائر

ثانياً . أهم الإطارات النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على
التدخين بوجه خاص والمخدرات بوجه عام

ثالثاً . نتائج الدراسة الميدانية لانتشار تدخين السجائر
والتغيرات المرتبطة به .

رابعاً . خاتمة الفصل الثاني .

الفصل الثاني

درجة انتشار تدخين السجائر لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً أهم الأضرار الجسمية والنفسية المترتبة على تدخين السجائر

نظراً لما يحيط باثار التدخين من غموض بفعل نقص المعلومات وبتأثير قوى الشركات العالمية التي تصدر وتوزع السجائر في العالم بوجه عام وفي العالم العربي بوجه خاص ، والتي تملك القدرة على نشر إعلانات شديدة الإغراء عن التدخين ، في كبريات الصحف العالمية والعربية . ونظراً لعدم التفات معظم الجهات الرسمية في الدول العربية لما يترتب على التدخين من أضرار تؤثر على صحة المواطنين وإنتاجيتهم في معظم المجالات بتسجيل عبارة «التدخين مضر بالصحة» بخط صغير ، وتعقبه عبارة «تحذير حكومي»

ونظراً لضخامة الضرائب التي تحصلها معظم الدول من السجائر مما يمثل دخلاً أساساً في ميزانيتها فإن جهود الوقاية من التدخين للسجائر شديدة الضعف . وأن الأمانة العلمية تقتضي وضع ما توفر من معلومات عن أوجه الضرر على الصحة والأداء العقلي والتأزر الحركي التي تصيب المدخنين ، والتي يمكن ترجمة تكلفتها على صحة المواطنين وإنتاجيتهم وبالتالي على الإنتاج القومي ، إلى عشرات الأضعاف من قيمة أية ضرائب تجمع من المدخنين

والمعروف أن هيئة الصحة العالمية قد أدرجت منذ أواخر السبعينيات

موضوع التبغ أو الطباق بكل أشكاله ومنها السجائر التي تحتوي على مقادير متفاوتة من النيكوتين ضمن المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية . التي تنطبق عليها شروط إحداث الاعتماد الجسمي والنفسي (Who, 1989 p, 42). وذلك بعد أن تحقق من عدد من الدراسات العلمية المضبوطة تجريبياً على كل من الحيوان والإنسان . إن التدخين الذي هو عادة مكتسبة يمارسها الأشخاص بعد التعود على التدخين مدفوعين إلى الاستمرار في تعاطيه تحاشياً لأعراض الانسحاب التي تصيبهم عند الانقطاع عن التعاطي رغم ما يلحق بهم من أضرار

وتتمثل أهم هذه الأعراض في كل من الصداع، الإسهال، التوتر النفسي والجسمي، وسرعة الاستثارة . كما أنه يترتب على مواصلة التدخين نوع من التحمل، أي تزداد مع تتابع الأيام الحاجة إلى مزيد من التدخين للحصول على كمية أكبر من النيكوتين في الدم، للتمكن من القيام بنفس المستوى من الأداء الجسمي والعقلي ومعظم المدخنين يبدون رغبة في الامتناع عن التدخين، مع الفشل في تحقيق هذه الرغبة (عبدالبر، هند سيد طه، ١٩٨٤؛ شحاته، ع م، ١٩٨٨؛ Leventhal et al., 1980, 1985). وقد كان وراء إدراج هيئة الصحة العالمية لتدخين التبغ بوجه عام بما في ذلك السجائر ضمن المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية الأسباب التالية

١ - المشكلات الصحية والاقتصادية المترتبة على التدخين:

تبين أن للتدخين آثاراً شديدة على الصحة، بل إنه يؤدي إلى الوفاة في كثير من الحالات (Eysenk, 1982) إذ أن تدخين السجائر يؤثر على أجهزة جسم الإنسان كافة، وخصوصاً كل من الجهاز التنفسي والدوري (عبدالله، م. س، ١٩٩١؛ Lancher, 1977)

كما أن لتدخين السجائر وما يصحبه من استنشاق للنيكوتين، وبعض

المواد الأخرى الموجودة بالتبغ مثل القار والكربون المؤكسد يعد من أكثر الأسباب المؤدية إلى مختلف أنواع السرطانات .

وعلى سبيل المثال يتعرض للموت بالولايات المتحدة الأمريكية حوالي ٨٠ ألف شخص بسبب سرطان الرئة وحوالي ٢٢ ألف شخص بسبب أنواع أخرى من السرطانات وأكثر من ١٩ ألف شخص بسبب أمراض الرئة الأخرى و ٢٢٥ ألف شخص بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية وترتبط هذه الحالات ارتباطاً مباشراً بتدخين السجائر (Luchtenstein & Brown, 1980; Eysenck. H., 1980, PP. 16 65)

وقد أوضحت دراسات أخرى نسباً من الإصابات والوفيات تفوق النسب السابقة في كل من كندا، الولايات المتحدة الأمريكية، ألمانيا، وبريطانيا وعدد كبير من الدول الأوروبية الغربية التي أولت هذه المشكلة عناية خاصة ويضاف إلى هذا ما يترتب على تدخين الأم الحامل من تشويه الأجنة (Nath. U., 1986; Eysenk, H. J., 1980; Thorm, 1978)

ويترتب على هذه الأضرار الصحية أضرار اقتصادية كبيرة للأفراد وللمجتمعات تمثل الجانب الآخر من المشكلة، إذ تقدر نفقات الولايات المتحدة وحدها لمواجهة الأضرار الصحية المتزايدة المترتبة على التدخين بحوالي ٢٧ بليون دولار سنوياً تنفق على كل من الرعاية الصحية للمرضى بأمراض تترتب على التدخين ونقص الإنتاج نتيجة التغيب عن العمل، وتضاؤل إنتاج بعض العاملين الذين يواصلون أعمالهم، والحوادث التي تقع في العمل، ونتيجة لبعض الإعاقات الصحية، إذ تبين أن المدخنين يتسببون في فقدان أو تضاؤل ١٤٥ مليون يوم عمل بالمقارنة بغير المدخنين (Luchtenstein & Brown, 1980, PP 76 176)

٢ - الأضرار النفسية المترتبة على التدخين:

أ - تدهور التيقظ العقلي والتأزر الحركي والبصري.

انخفاض كفاءة التيقظ العقلي ، والأداء النفسي الحركي ، والقدرة على التأزر الحركي البصري اللازمة لأنواع من المهام المهنية أو لقيادة السيارات : أغلب التجارب التي أجريت حول أثر التدخين في الكفاءة العقلية والحركية في بداية إجرائها كشفت عن عدد من العيوب المنهجية أهمها عدم استخدام مجموعة ضابطة من غير المدخنين ، وعدم التحقق من تكافؤ المجموعات التجريبية في بعض سمات الشخصية مثل العصائية أو التوتر النفسي ، رغم ما أوضحته البحوث ، من أنه يترتب على التدخين آثار مختلفة وفقاً لسمات الشخصية . فمثلاً يترتب على التدخين ارتفاع مستوى الاستثارة العقلية في حالة الاسترخاء بينما يترتب عليه انخفاض لهذه الاستثارة في حالة التوتر (Manjan & Golding, 1878) .

اقتصرت معظم التجارب على إجراء مقارنات بين مجموعات من المدخنين (بعضها يمتنع عن التدخين والأخرى تدخن بعد فترات مختلفة من الامتناع وثالثة لا تمتنع عن التدخين) أو بين مجموعات من الممتنعين أو غير الممتنعين عن التدخين يحصل كل منها على سجاثر ، تختلف في مقدار ما تحتوي عليه من النيكوتين . وتوحي نتائج هذه الدراسات بارتفاع مستوى الأداء النفسي الحركي ، واليقظة العقلية للممتنعين عن التدخين ، بالمقارنة بمن لم يمتنعوا عقب التدخين مباشرة ولمدة الساعات العشر الأولى فقط (Wesnes & Werburton, 1983) .

على أن هذا التأثير الإيجابي للتدخين لم يظهر في التجارب التي أحكم تخطيطها مثل تجربة هايمسترا وزملائه (Heimstra et al., 1980) . وكان هدف هذه التجربة هو الكشف عن أثر التدخين في كفاءة الأداء النفسي الحركي في مهمة تشبه عملية قيادة السيارة (Heimstra et al., 1980) وتمتد لمدة ٦ ساعات ، واشتملت التجربة على ثلاث مجموعات .

المجموعة الأولى : من غير المدمنين (ضابطة) .

المجموعة الثانية : من المدخنين الذين لم يطلب منهم الامتناع عن التدخين قبل التجربة وسمح لهم بتدخين أي عدد من السجائر خلال مدة الأداء (أي خلال مدة ٦ ساعات)

المجموعة الثالثة : من المدخنين الذين لم يطلب منهم الامتناع عن التدخين قبل التجربة إلا أنه لم يسمح لهم بالتدخين إطلاقاً أثناء مدة الأداء (٦ ساعات) .

وبمقارنة أداء المجموعات الثلاث على درجات اختبارات التيقظ السمعي ، والتعقب ، وسرعة زمن رد الفعل ، تبين ما يأتي .

١ - عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية (التي لم تحرم من التدخين أثناء الأداء) المجموعة الضابطة .

٢ - انخفاض دال في أداء المجموعة التجريبية الثانية (للمدخنين الذين حرّموا من التدخين) بالمقارنة بالمجموعتين الآخرين ، مما يؤكد أن التدخين لا يحسن من كفاءة الأداء ، وأن الحرمان من التدخين (أو عدم توفر المقدار الذي تعودده الشخص المدخن من النيكوتين في الدم) يؤدي إلى تدهور أو نقص شديد في كفاءة الأداء .

ومن التجارب العلمية المضبوطة التي استخدمت مجموعة «ضابطة» من غير المدخنين ، تلك التجربة التي أجراها تونج وزملاؤه ١٩٧٧م Tong et al., 1977) واستخدمت في هذه التجربة اختبارات التيقظ السمعي . واشتملت هذه الاختبارات على سلسلة من الأرقام العشوائية مسجلة على شريط تسجيل بطريقة تسمح للمبحوث أن يستمع إليها بمعدل رقم كل ثانية ، وذلك لمدة ٦٠ دقيقة

وكان على المبحوث أن يستجيب بالضغط على زر معين ، كلما تصادف

واستمع إلى ثلاثة أرقام فردية متتالية. وكان هذا الاختبار مقسماً إلى خمسة أقسام، يستغرق كل منها ١٢ دقيقة يفصل بين كل قسم والآخر فترة صمت تستمر لمدة دقيقتين

وطبق هذا الاختبار على ثلاث مجموعات من الطلاب تتكون كل منها من ٤٠ طالباً (من الذكور والإناث).

المجموعة الأولى (ضابطة) من غير المدخنين إطلاقاً والمجموعتان الأخريان (تجريبتان) من المدخنين لأكثر من ١٥ سيجارة يومياً، وطلب من أفراد هاتين المجموعتين التجريبتين الامتناع عن التدخين لمدة ثلاث ساعات فقط قبل تطبيق الاختبار، في فترة ما بعد الظهر

ثم اتبعت الإجراءات التالية:

١ - أجاب جميع المبحوثين على اختبار إيزنك للشخصية الذي يقيس سمتي العصبية والانبساط وسمح أثناء الإجابة من هذا الاستخبار لمجموعة واحدة من المدخنين، بتدخين سيجارة واحدة تحتوي على ١,٣ مجم من النيكوتين.

٢ - أتيح للمبحوثين - بعد تطبيق اختبار إيزنك - التدريب لفترة خمس دقائق على اختبار التيقظ السمعي سمح أثناءها لمجموعة المدخنين نفسها (التي سبق أن دخت سيجارة بتدخين سيجارة أخرى) ثم بدأ تطبيق اختبار التيقظ السمعي وتمثلت أهم نتائج هذه التجربة فيما يلي:

١ - عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاث على مقياس العصابية والانبساط.

٢ - عدم وجود فروق دالة بين الجنسين، داخل كل مجموعة من المجموعات الثلاث

٣ - كانت مجموعة غير المدخنين، أفضل بالمقارنة بالمجموعتين الأخريين من المدخنين من حيث متوسط الاستجابات الصحيحة، إذ كان متوسط

الاستجابات الصحيحة لكل مجموعة على النحو التالي
٩, ٧٤٪ لغير المدخنين .

٣, ٦٥٪ للمدخنين الممنوعين من التدخين .

٢, ٦٢٪ للمجموعة الأخرى من المدخنين .

٤ لم توجد فروق دالة بين مجموعتي التدخين ، في الأداء على كل قسم من أقسام الاختبار الخمسة ، إلا في القسم الأول حيث كان أداء المجموعة الممنوعة من التدخين أعلى وتمثل أهمية هذه التجربة ، في أنه تحقق فيها نوع من الضبط للمتغيرات الدخيلة وخاصة سمات الشخصية (وعدم توفر هذا الضبط أحدث كثيراً من الاختلاط في نتائج عدد من البحوث بين أثر التدخين وأثر العصائية مثلاً)

كما توفر في هذه التجربة وجود مجموعة ضابطة من غير المدخنين ، مما يميزها عن كثير من التجارب التي لم تراعى هذا الشرط ، واكتفت بالاعتماد على المقارنة بين أداء الممتنعين عن التدخين لمدة طويلة نسبياً (تراوحت بين ١٢ و ١٥ ساعة) وغير الممتنعين عن التدخين ، حيث كانت النتائج في هذه الدراسات غير المضبوطة تشير إلى وجود أثر إيجابي للتدخين عندما يعقب فترة الحرمان (Tong et al., 1977, pp. 365 - 368) . ومعنى هذا أن التدخين في حد ذاته ، لا يحسن من كفاءة الأداء ولكن الحرمان من التدخين أو عدم حصول الشخص المدخن المدمن على القدر الكافي من النيكوتين في الدم ، يؤدي إلى تدهور في كفاءة تيقظه العقلي وأدائه النفسي الحركي

وفي دراسة مصرية قامت بها الباحثة هند سيد طه ، في رسالة للدكتوراه عام ١٩٨٨ م حول الأثر النفسي طويل المدى للتدخين ، تمت المقارنة بين مجموعة تجريبية مكونة من ٧٥ مدخناً و ٧٥ شخصاً ومجموعة ضابطة مكافئة لهم تتكون من غير المدخنين ، وذلك من حيث كفاءة الأداء على عدد من الاختبارات النفسية التي تقيس كفاءة الأداء النفسي الحركي

من خلال سرعة توصيل دوائر صغيرة (مرسومة على ورقة كوارتو مرقمة
س ١- ٢٥ وموزعة عشوائياً) وكذلك عدد من الأخطاء في اختبار للتيقظ
السمعي أبرزت الدراسة تدهور أداء المدخنين المدمنين الذين لا تقل
مدة استمرارهم في التدخين عن ثلاث سنوات تراوحت مدة التدخين في
هذه المجموعة بين ٣ و ٢٣ سنة بمتوسط = ٢١, ١١ وانحراف معياري =
(٠١, ٤) بالمقارنة بغير المدخنين (عبدالبر، هند سيد طه، ١٩٨٨م)

ب - تدهور القدرة على التذكر:

تتفق نتائج عدد كبير من الدراسات التجريبية المضبوطة، على أنه يترتب
على تدخين السجائر تدهور في القدرة على التذكر الفوري أو المباشر،
وكذلك التذكر قصير المدى (أي محاولة الاستدعاء للمعلومات بعد عدد
قليل من الدقائق)، والتذكر طويل المدى (أي محاولة الاستدعاء بعد عدة
ساعات أو أيام إلى غير ذلك) ومن أهم التجارب التي أجريت في هذا
المجال تلك التي قام بها (هورستون وزملاؤه Hourston et al., 1976)
لقياس أثر التدخين على كل من التذكر قصير المدى وطويل المدى. واشتملت
عينته على (٢٤) مدخناً من طلاب الجامعة، نصفهم من الذكور والنصف
الآخر من الإناث، وتراوح عدد السجائر التي يدخنونها بين خمسة سجائر
وأربعين سيجارة يومياً. وطلب منهم جميعاً الامتناع عن التدخين لمدة ثلاث
ساعات قبل بدء التجربة، ثم وزعوا على مجموعتين. الأولى تجريبية،
والثانية ضابطة. وتم التحقق من تكافؤ المجموعتين من حيث الجنس
والعمر، ومتوسط عدد السجائر التي يتم تدخينها يومياً

وطبق في بداية الجلسات اختبار للتذكر يتكون من قائمة تشتمل على
(٧٥) كلمة موزعة توزيعاً عشوائياً، وإن كان يمكن تصنيفها إلى خمس
فئات من الأسماء هي.

- ١- أشخاص .
- ٢- مهــــ
- ٣- خضروات .
- ٤- حيوانات
- ٥- معادن

وقرئت كلمات هذه القائمة على مستوى المحوئين بمعدل كلمة كل ثانيتين ، ثم ترك لهم مدة ثلاث دقائق لتذكر أكبر عدد من الكلمات بأي ترتيب وأدخل بعد ذلك المتغير التجريبي (الذي تمثل في تدخين سيجارة تحتوي على ١,٥ مجم من النيكوتين) بالنسبة للمجموعة التجريبية ، على حين سمح للمجموعة الضابطة بتدخين سيجارة خالية من النيكوتين .

وبعد الانتهاء من التدخين عرضت على المجموعتين القائمة نفسها من الكلمات ثلاث مرات ، كل مرة بترتيب مختلف ، وترك للمجموعتين ، بعد كل مرة للعرض ، ثلاث دقائق لكتابة أكبر عدد من الكلمات بأي ترتيب وسمح بعد المحاولات الثلاث للأفراد أن يتركوا الجلسة ، بشرط أن يطلب منهم العودة مرة أخرى بعد يومين ، مع مراعاة الامتناع عن التدخين لمدة ثلاث ساعات قبل حضور الجلسة ، دون ذكر الهدف من هذه الجلسة الثانية وبعد يومين عاد فعلاً (١٦) فرداً ، نصفهم من المجموعة التجريبية والنصف الآخر من المجموعة الضابطة وتأكد أنهم يمثلون فعلاً المجموعتين الأصليتين ، التجريبية والضابطة .

وفي الجلسة الثانية : سمح لنصف كل مجموعة من المجموعتين بتدخين سيجارة ذات النيكوتين ، على حين سمح للنصف الآخر بتدخين السيجارة الخالية من النيكوتين ، ثم تركت لهم فرصة خمس دقائق لكتابة أكبر عدد من الكلمات التي سبق عرضها في الجلسة الأولى بأي ترتيب دون عرض القائمة عليهم (كاختبار للتذكر طويل المدى) . وكشفت نتائج هذا البحث

١ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، قبل إدخال المتغير التدريبي أي تدخين النيكوتين سواء من حيث عدد الكلمات التي تم تذكرها أو من حيث القدرة على التذكر حسب الفئات التصنيفية .

٢ تفوق المجموعة الضابطة (التي لم تدخن النيكوتين) في كل محاولة من المحاولات التجريبية الثلاث، في التذكر قصير المدى (الذي تم في الجلسة الأولى) مع عدم وجود فروق بين المجموعتين في القدرة على التضييق على فئات في التذكر طويل المدى (بعد يومين) مع عدم وجود فروق بين المجموعتين في القدرة على التذكر وفقاً للتصنيف إلى فئات

٣ تفوق المجموعة الضابطة (التي لم تدخن النيكوتين) في التذكر طويل المدى «بعد يومين» مع عدم وجود فروق بين المجموعتين في القدرة على التذكر وفقاً للتصنيف إلى فئات

وقد أكدت مثل هذه الدراسات التجريبية ودراسات أخرى شبه تجريبية (أي تمت فيها المقارنة بين المدخنين وغير المدخنين للسجائر) مثل تلك الدراسة التي قامت بها الباحثة المصرية هند طه عبدالبر عام ١٩٨٨م، أكدت تفوق التذكر لدى غير المدخنين وتدهور التذكر لدى المدخنين باتساق على اختبارات التذكر قصيرة المدى (سواء تمثلت في تذكر أشكال أو تذكر كلمات) أو طويل المدى .

ج - تدهور القدرة على التعلم:

أجرى ستيفنز (Stevens) عام ١٩٧٦م دراسة بهدف الكشف عن الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في القدرة على التعلم . وتمت هذه الدراسة على:

١ - مجموعة تجريبية من المدخنين بلغ عدد أفرادها ٤٨ طالباً مدخناً وكان متوسط عدد السجائر التي يدخنونها ٨١, ١٢ بانحراف معياري + ٢٣, ٧ سجائر

٢ - مجموعة ضابطة من غير المدخنين ، بلغ عدد أفرادها ٦٧ طالباً وروعي تكافؤ المجموعتين في عدد من المتغيرات المهمة (التي أدى عدم ضبطها إلى اختلاط النتائج في عدد من البحوث السابقة) وخصوصاً متغيرات : العمر ، المستوى الاجتماعي والاقتصادي ، ومستوى القلق الذي تم تقديره بمقياس تيلور للقلق الصريح) وطبق على المجموعتين أربعة اختبارات تفاوتت في مستوى صعوبتها وهي :

١ - اختبار هانز بسكال لتكوين المفهوم .

٢ - اختبار ويسكونس لتصنيف البطاقات

٣ - اختبار مقنن للجناس اللفظي .

٤ - اختبار لتعريف الكلمة في السياق .

وسمح للمجموعة التجريبية (المدخنين) أن يدخنوا بحرية ، متى شاءوا أثناء جلسات الاختبار ، وأوضحت النتائج التي تمت فيها المقارنة بين أداء كل من المجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة تفوق مجموعة غير المدخنين على مجموعة المدخنين بدرجة ذات دلالة إحصائية (Stevens, 1976, pp. 896 897)

د - الاعتماد على النيكوتين يجعل التدخين سلوكاً قهرياً:

وتتمثل هذه المشكلة في صعوبة الإقلاع عن عادة التدخين ، إذ كشفت بعض الدراسات المسحية الأمريكية والأوروبية أن حوالي (٩٠٪) من المدخنين الراشدين والمراهقين قد حاولوا الإقلاع عن التدخين وأن حوالي (٨٠٪)

من المدخنين للسجائر حاولوا الإقلاع أكثر من مرة، وكان متوسط محاولات الإقلاع خمس مرات، كما أن (٥٣٪) ممن امتنعوا عن التدخين لم يستمر إقلاعهم عنه لأكثر من أسبوعين (محمود، ع. ش، ١٩٨٨ م. Lechenstein, 1980) أي أن معظم المدخنين للسجائر لا يدخنونها لأنهم يرغبون في الاستمرار في التدخين، بل لأنهم لا يستطيعون التوقف عن التدخين، إذ يمثل سلوك التدخين بالنسبة لهم نوعاً من السلوك القهري، مثله في هذا مثل الاعتماد على بقية المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية والجهاز العصبي (Russel, M., 1977).

ونأمل أن يترتب على معرفة الأضرار التي تترتب على التدخين شحذ الهمم لإجراء المزيد من الدراسات الميدانية لتقدير حجم المشكلة ودوافع انتشارها، واستخدام المعلومات المتوافرة من هذه الدراسات الواقعية في التخطيط لبرامج وقائية وعلاجية من التدخين بوجه خاص، بوصفه المخدر الشعبي الذي لم يدرج بعد في قوائم المكافحة رغم أنه يمثل الطريق إلى معظم المواد المخدرة الأخرى.

ثانياً أهم الإطارات النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين بوجه خاص والمخدرات بوجه عام.

تعددت الإطارات النظرية المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين، أو لدوافع الاستمرار القهري في سلوك التدخين وقد عنيت عدة نماذج نظرية بمحاولة تفسير اكتساب الأفراد لسلوك التدخين للتبغ الذي يتم غالباً من خلال تدخين السجائر، وقد حاول البعض تعميم هذه الإطارات المفسرة لسلوك الاعتماد على التدخين لكي يشمل أنماطاً أخرى من الاعتماد على المواد المخدرة (مثل الأفيون والهيروين . وغيرها) ومن أهم هذه النماذج:

١ - نموذج الاعتماد الفسيولوجي على النيكوتين:

ويرى أصحاب هذا النموذج أن الدافع الرئيس للاستمرار في عادة التدخين، إنما يتمثل في حاجة المدخن إلى النيكوتين لمنع الآثار السلبية لأعراض الانسحاب (الصداع، والعصبية، والقلق، وضعف الانتباه، وبعض الأعراض الفسيولوجية الحشوية التي تصحب التوقان الشديد للتبغ) التي تترتب على نقصان النيكوتين في الدم (Russal, 1970; Jarvik, 1977; Schachter, 1978; Shiffman, 1979)

٢ - نموذج تعديل أو ضبط مستوى الاستئارة:

ويرى أصحاب هذا النموذج أن مادة النيكوتين لها آثار سيكوفارماكولوجية مثيية يسعى المدخن للحصول عليها بما يجعل للنيكوتين نوعاً من الدعم الإيجابي أي أن المدخن لا يعتمد على مادة النيكوتين ويحرص على تناولها من خلال التدخين تجنباً للآثار السلبية المترتبة على انسحابه أو نقصانه في الدم. وإنما لما تحدثه هذه المادة من تعديل في مستوى الاستئارة (Mangan & Golding, 1978; Ashton Steppey, 1979) ويرجع هؤلاء الباحثون هذا الغرض بناء على ما تبين تجريبياً من أن لمادة النيكوتين تأثيراً مزدوجاً فالجرعات منها تؤدي إلى التنبيه، ورفع مستوى الاستئارة، عند بداية تناول، بينما تؤدي الجرعات الكبيرة منها إلى التخميم وخفض مستوى الاستئارة (Armitage et al., 1969). وقد أوضحت بعض الدراسات العلمية التي حاولت تصنيف أنماط سلوك التدخين إلى وجود نمطين للتدخين، الأول. هو تدخين الانفعال السلبي، الذي يتم للتخلص من حدة الانفعالات السلبيه المكدره (كالتوتر الشديد والقلق والخوف. إلخ) أما الثاني: فهو نمط تدخين الانفعال الإيجابي، حيث يدخن الفرد سعياً

إلى التنبه والاستشارة وليس إلى التهدة (Ikard et al., 1969; Mckennell, 1970; Brith, 1971; Russill. et al., 1974). ويتفق هذا التفسير النفسي العصبي، مع تصور هاتز إيزنك لاختلاف دوافع التدخين باختلاف نمط الشخصية. فالشخص الانبساطي الذي يتميز بانخفاض مستوى الاستشارة اللحائية في المخ يتجه إلى التدخين بدافع رفع هذا المستوى من الاستشارة اللحائية إلي الحد الأمثل، في حين أن الشخص الانطوائي الذي يتميز بارتفاع مستوى الاستشارة اللحائية يلجأ للتدخين للتهدة أو لخفض مستوى الاستشارة إلي الحد الأدنى (Eysenk, H., 1978. P. 135). كما أن الشخص العصابي الذي يتميز بارتفاع في مستوى الاستشارة الانفعالية يلجأ إلى التدخين للتهدة أو خفض حدة هذه الاستشارة الانفعالية (Eysenk & Baves, 1980, p. 111.) وتمتد جذور هذا النموذج لتعديل مستوى الاستشارة إلى مقالة كتبها ميللر (Miller) عام ١٩٥١م حول مفهوم الدافع المكتسب والمكافأة، حيث يرى أن الدافع المكتسب إنما يتكون من خلال عمليات تشريط كلاسيكي وفقاً لنموذج تشريط بافلوف عن طريق التصاحب، بين تنبيه شرطي وتنبيه غير شرطي، حيث تكتسب التنبهات التي كانت محايدة، بعض خصائص التنبهات غير الشرطية، (تماماً كما يكتسب صوت الجرس نفس خصائص الطعام في استثارة اللعاب عند تكرار تصاحبها) حيث تكتسب التنبهات غير الشرطية خصائص الدافع أو صفة المكافأة مما يدفع أو يحرك أو يدعم نوع السلوك بشكل انتقائي.

أي إنه يتم تفسير الاستمرار في التدخين في ضوء بعض التنبهات الشرطية السابقة أو المصاحبة للتدخين (مثل رؤية السجائر وبعض العادات المصاحبة لبدء التدخين) وبين حالة السرور التي تترتب على التدخين. وكذلك بين الارتباط الشرطي بين بعض التنبهات المصاحبة لعدم التدخين أو عدم الحصول على التبغ، وبين الشعور بالكدر وبأعراض الانسحاب مما يفسر سهولة العودة إلى التدخين بعد الانقطاع عنه على أساس استعادة عملية

٣ - نظرية العملية المضادة لاكتساب الدافع.

نظراً لعدم كفاءة كل من الإطارين السابقين الفسيولوجي، والنفسي التشريطي في تفسير سلوك الاستمرار في التدخين فقد حاول بعض الباحثين مثل ريتشارد سولومون (Solomon R. L., 1980) أن يقدم تفسيراً لاكتساب عادة التدخين للسجائر أو التبغ، يتجاوز أوجه القصور في كل من النموذجين السابقين، وأطلق على هذا الإطار النظري الذي يقدمه اسم «نظرية العملية المضادة لاكتساب الدافع» ويحاول سولومون من خلال هذا الإطار النظري أن يفسر معظم أنواع الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب بوجه عام (الأفيون، الهيروين والمورفين وغيرها) بما في ذلك اكتساب الدافع لمواصلة تدخين السجائر وبالنسبة لتدخين السجائر، يحاول الربط بين كل من العوامل النفسية والفسيولوجية التي تقف وراء سلوك التدخين بطريقة أكثر شمولاً، وتتمثل الملامح الأساسية في نموذج سلومون - كما تنطبق على تدخين السجائر - فيما يلي:

تنقسم الاستجابة لتدخين السجائر إلى مرحلتين:

أ - مرحلة قصيرة من حالة اللذة أو المتعة.

ب - تعقبها حالة مضادة من الكدر والتعاسة.

ويترتب على الجمع الجبري بين العمليتين نوع من التعود. ويمكن للتنبهات التي ترتبط بحالة معينة (من السرور أو الكدر) تستثير هذه الحالة، كاستجابة شرطية، بعد تكرار التزاوج بينهما ويفترض نموذج (سولومون) للعملية المضادة، أن السجائر تحتوي على مواد تجلب اللذة أو المتعة، أي أنها تبدأ بالعملية (أ) أثناء الاستخدام المبكر ومع أنه قد تظهر أثناء هذا الاستخدام المبكر آثار غير سارة أو مكدرة فإن هذا الأثر السلبي قد تظمس معاملة بعض المدعّمات الأولى، مثل ضغوط الأصدقاء، وإذا لم يحدث

هذا الدعم لسلوك التعاطي في البداية، فلن يستمر سلوك التدخين للسجائر، أو سلوك تعاطي المواد المخدرة أو المؤثرة في الأعصاب ومع استمرار تدخين السجائر، تزيد العملية المضادة، فتضاءل حالة اللذة (أ) وتعظم حالة الكدر والانسحاب (ب) وتزداد حدة ونظراً لأن العملية (ب) تدفع إلى تعاطي المادة التي تحدث الحالة (أ)، يستمر سلوك التدخين (أو تعاطي المادة المخدرة) وهكذا يصبح سلوك التدخين نوعاً من السلوك المضاد الذي يتم دعمه دعماً إيجابياً (أي من خلال النتائج السارة أو هكذا تبدو لصاحبها) ودعماً سلبياً (عن طريق السعي لإنهاء حالة الانسحاب النفسي والجسمي، مما يحدث دائرة إدمانية أو اعتمادية).

ونظراً لأنه يتم دعم العملية (ب) فإن الشخص يكون مدفوعاً إلى تعاطي المزيد من الجرعات لإحداث الحالة (أ) مما يدعم بالتالي حالة التحمل (أي زيادة الجرعات بالتدرج للحصول على نفس الأثر) ونستطيع مما سبق أن ندرك مبررات إدراج الهيئات الصحية الدولية وخصوصاً هيئة الصحة العالمية لتدخين الطباقي ضمن المواد المخدرة أو المؤثرة في الأعصاب، بعد أن توفرت بيانات (لم تكن متوفرة قبل الستينيات) عن تأثير تدخين الطباقي منعزلاً عن غيره من المتغيرات الأخرى وبعد أن أوضحت الدراسات التجريبية المضبوطة الأضرار البالغة التي يحدثها التدخين في كل من الجهاز الدوري والتنفسي والعصبي، وما يترتب عليه من أنواع السرطانات فضلاً عن تدهور الوظائف النفسية والحركية (مثل الانتباه) واليقظ، وسرعة الاستجابة الحركية وكفاءة التذكر (الفوري وقصير المدى وطويل المدى) وكفاءة التعلم. وكذلك صعوبة الإقلاع عن عادة التدخين والاستمرار القهري في تعاطيه لدى معظم المدخنين مع حدوث نوع من التحمل أي الحاجة إلى زيادة كمية السجائر أو التبغ للحصول على نفس الأثر تجنباً لأعراض الانسحاب الجسمية والكآبة النفسية

ومع وضوح هذه المخاطر والأضرار التي يحدثها تدخين التبغ، برزت

أهمية التخطيط للبرامج الوقائية التي توجه أساساً لفئات الجمهور المعرضة لبدء التدخين أو تلك التي تمر بالمراحل الأولى للتدخين ، قبل أن تتفاقم هذه المشكلة ويصعب علاجها

وتعتمد هذه البرامج الوقائية بصفة أساسية على محاولة تغيير الاتجاهات نحو التدخين ، وقد بذلت في هذا المضمار جهود علمية وتطبيقية بناءة في مصر (شحاتة، ع م ، ١٩٨٨م) وتمت على مستوى العالم دراسات وإطارات نظرية سواء فيما يتصل بتغيير الاتجاهات والسلوك عموماً أو ما يتصل بسلوك التدخين بوجه خاص نظراً لما تؤكده الدراسات التي تناولت ظروف بدء سلوك التدخين والاطارات النظرية المفسرة لدعم نشأة هذا السلوك من الأشخاص المحيطين وخصوصاً الأصدقاء (Solomon, 1980).

ونظراً لما توضحه الدراسات المسحية الوبائية من ظروف بدء أنواع السلوك المرتبطة بتعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية والعصبية بما في ذلك تدخين السجائر (سويف ، ١٩٨٧م). فإن برامج وقائية ، يراد لها أن تكون مجدية ، لا بد لها من أن تعتمد على دراسات مسحية وبائية تلقي الضوء على درجة انتشار وظروف البدء والاستمرار والتوقف عن تعاطي هذه المواد المؤثرة في الحالة النفسية . ومن هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية في محاولة إلقاء الضوء على درجة وظروف انتشار تدخين شباب المدارس الثانوية بعدد من البلاد العربية ، على أمل أن تكون مثل هذه الدراسات أساساً لعدد من البرامج في الحالة النفسية

ثالثاً نتائج الدراسة الميدانية لانتشار تدخين السجائر والمتغيرات المرتبطة به.

١ - درجة انتشار التدخين وأهم خصال المدخنين والظروف الاجتماعية المرتبطة بالتدخين.

تمثلت أهم أهداف هذا الجزء من الدراسة الميدانية المتصل بتدخين تلاميذ

- المدارس الثانوية في البلاد العربية للسجائر أو التبغ، في محاولة الإجابة على عدد من الأسئلة المتصلة بكل من
- أ - درجة انتشار عادة التدخين وأنماطه
- ب - ظروف بدء التدخين
- ج - التدخين وبعض المتغيرات الشخصية والأكاديمية (العمر، والصف الدراسي) والتحمس لمواصلة الدراسة ومستوى الفصل الدراسي ومستوى التدين.
- د - الظروف الاجتماعية والأسرية المرتبطة بالتدخين.
- وفيما يلي عرض لتنتائج هذا الجانب من الدراسة الميدانية.

أ - درجة انتشار عادة التدخين وأنماطه

١ - درجة الانتشار:

نستطيع أن نلاحظ من الجدول رقم (١١) التالي أن النسبة المئوية للمدخنين من تلاميذ المدارس الثانوية في البلاد العربية التي أجري فيها البحث، تكاد أن تقترب كلها من ١٥٪، وهو ما تشير إليه نسبة التدخين في العينة الإجمالية.

الجدول رقم (١١)

نسبة المدخنين من تلاميذ المدارس الثانوية في البلاد العربية

العينة الإجمالية ن = ٢٩٥٩ ٪	السودان ن = ٩٩٥ ٪	الإمارات ن = ٩٩٧ ٪	الأردن ن = ٩٦٧ ٪	مصدر العينة نسبة المدخنين
١٥,٣	١٤,٤	١٥,٩	١٥,٥	

ويلاحظ أن هذه النسبة أعلى مما أوضحته دراسة مسحية أجريت على طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦ م (في الفترة نفسها تقريباً التي أجري فيها البحث الحالي) حيث كانت نسبة تدخين السجائر بين تلاميذ الثانوي الذكور بمدينة القاهرة هو (١٠,٥٪) ومما يذكر أن هذه النسبة (لتدخين تلاميذ المدارس الثانوية بمدينة القاهرة الكبرى) كانت عام ١٩٧٨ = (٢١, ١٨٪)، عندما كانت شروط القبول بالثانوي العام أقل صرامة مما هو بعد عام ١٩٧٩ م، حيث لم يسمح بمتابعة الثانوي العام إلا للتلاميذ الحاصلين على درجات مرتفعة في الشهادة الإعدادية (السيد، عبدالحليم وآخرون، ١٩٩١ م؛ سويف وآخرون، ١٩٨٧ م).

وفي محاولة للكشف عن جذور سلوك التدخين لدى تلاميذ المدارس الإعدادية في البلاد العربية تم إجراء دراسة فرعية طبقت فيها أدوات هذا البحث نفسها، على عينة مكونة من ٢٠٠ تلميذ من تلاميذ الإعدادي لكل من الأردن والإمارات والسودان بمجموع كلي ٦٠٠ تلميذ. وتبين من هذه الدراسة الفرعية أن نسبة تدخين السجائر لدى عينة التلاميذ موضع الدراسة كما يلي: (السيد عبدالحليم محمود، تحت النشر).

الأردن ١١,٥٪

الإمارات ٩,٥٪

السودان ٥,٤٪

العينة الإجمالية ٩,١٪

مما يشير إلى أن جذور سلوك التدخين يمتد إلى مرحلة التعليم الإعدادي، وهو أمر لم يلتفت إليه، فيما نعلم - حتى الآن - معظم من تناولوا سلوك التدخين في البلاد العربية، رغم دلالتهم في أي برامج وقائية

٢ - عدد السجائر التي يتم تدخينها يومياً

أما فيما يتصل بعدد السجائر التي يدخنها تلاميذ المدارس الثانوية الذين أقرؤا بتدخين السجائر فقد تبين كما هو موضح بالجدول رقم (١٢) التالي .

الجدول رقم (١٢)

عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم الواحد

العينة	عدد السجائر	أقل من ٥	٥ -	١٠ -	١٥ -	٢٠ فأكثر
إجمالي العينة	٣٦,٤	٢٠,٦	١٥,٤	٧,٥	٢٠,١	
عينة الأردن	٢٩,٠	٢٣,٠	١٨,٠	١١,٠	١٩,٠	
عينة الإمارات	٢٦,٣	١٣,٢	١٧,٨	٧,٢	٣٥,٥	
عينة السودان	٥٥,٩	٢٥,٩	٩,٨	٣,٥	٤,٩	

ونستطيع من هذا الجدول أن نرتب نسب من يدخنون أقل من ١٠ سجائر في العينات التي تم بحثها كالتالي :

الإمارات ٣٩,٥ %

الأردن ٥٢,٠ %

السودان ٨١,٨ %

ويلاحظ أن هذه الفئة في الدراسة المصرية تبلغ (٢,٦٨ %) (السيد وآخرون، ١٩٩١م) أما من يدخنون ١٥ سيجارة فأكثر، فإن ترتيب نسبهم في عينات البحث كالتالي :

السودان ٨,٤ %

الأردن ٣٠,٠ %

الإمارات ٤٢,٧ %

ونسبة هذه الفئة في الدراسة المصرية كانت (٨, ١٥ %) ويرجح ارتباط ارتفاع عدد السجائر بكل من ارتفاع قيمة المصروف وطول مدة التدخين .

ب - ظروف بدء التدخين

تمثلت ظروف بدء التدخين لدى أفراد عينة البحث، فيما يوضحه الجدول رقم (١٣) التالي

الجدول رقم (١٣)

ظروف بدء التدخين

التجربة والتقليد %	مواجهة آلام جسمية %	مواجهة حالة نفسية %	مناسبة اجتماعية %	صحبة أصدقاء أو زملاء %	ظروف بدء التدخين العينة
٩,٨	١,٠	١٠,٦	١٩,١	٤٢,٥	العينة الإجمالية
٥,٨		١١,٤	٢٤,٥	٤٦,٨	عينة الأردن
١١,٠	١,٠	٤,٠	١٥,٥	٤١,١	عينة الإمارات
١٥,٤	١,٥	١٦,٢	١٨,٥	٣٩,٣	عينة السودان

ويتبين من هذا الجدول أنه يمكن ترتيب ظروف بدء التدخين لدى أفراد عينة البحث - سواء نظر إليهم كعينة إجمالية أو كعينات فرعية - كما يلي :

١ - صحبة الأصدقاء أو الزملاء (وهي تحصل على نسبة أعلى من أي ظرف آخر)

٢ - مناسبة اجتماعية سارة .

٣ - مواجهة - أو الاعتقاد في مواجهة - حالة نفسية .

٤ - التجربة والتقليد .

وتأتي مواجهة آلام جسمية في ترتيب أخير وبنسبة ضئيلة لا تكاد تذكر والجدير بالذكر أن هذا الترتيب للظروف أو الأسباب الدافعة لبدء التدخين في رأي المبحوثين جاءت بالترتيب نفسه لدى العينة المصرية التي تمثل تلاميذ المدارس الثانوية بالقاهرة الكبرى (السيد ، عبدالحليم وآخرون ، ١٩٩١م ، ص : ٧٢)

ج - التدخين وبعض المتغيرات الشخصية والأكاديمية:

أمكن إلقاء الضوء على نسبة التدخين في اقترانها بعدد من المتغيرات الشخصية والأكاديمية من أهمها :

١ - العمر:

أما العمر عند بدء التدخين ، لدى أفراد عينة البحث ، فقد كان توزيعه كما هو موضح بالجدول رقم (١٤) التالي :

الجدول رقم (١٤)

العمر عند بدء التدخين

العينة	أقل من ١٢ %	١٢ - %	١٤ - %	١٦ فأكثر %
العينة الإجمالية	٤,٠	٤٤	٥٢	-
عينة الأردن	٤,	٥٨	٣٨	-
عينة الإمارات	٧,	٥١	٤٢	-
عينة السودان	,٧	٢٦	٧٣,٣	-

ويلاحظ من هذا الجدول :

- ١- أن نسبة ضئيلة نسبياً من تلاميذ الثانوي بدأت التدخين فعلاً قبل عمر ١٢ عاماً
- ٢- أن ما يقرب من نصف عيني الأردن والإمارات وربع عينة السودان بدأت التدخين في فترة العمر من ١٢ حتى قبل ١٤ عاماً (أي في عمر المدرسة الإعدادية تقريباً).
- ٣- أن حوالي (٤٠٪) من تلاميذ كل من الأردن والإمارات بدأوا التدخين من عمر ١٤ حتى قبل ١٦ سنة، في حين بدأ (٧٣٪) من عينة السودان التدخين في هذه الفترة.
- ٤- مع أن (٤, ٨٩٪) من أفراد العينة تقع أعمارهم من ١٦ عاماً فأكثر، إلا أنه لم يقرر أحد من هؤلاء أنه بدأ التدخين بعد ١٦ عاماً وهذه الصورة لبدء التدخين تتفق ودراسات مسحية أجريت في مصر، خصوصاً تلك الدراسة التي أجريت عام ١٩٨٦م (السيد وآخرون، ١٩٩١م)، إلا أنها تختلف عنها في أنه في الدراسة المصرية المشار إليها كانت نسبة من

بدأ في التدخين من عمر ١٦ فأكثر من تلاميذ المدارس الثانوية يقترب من ثلث عينة الدراسة المصرية (٤٤, ٣٣٪)

٢ - الصف الدراسي:

أما تدخين السجائر وعلاقته بالصف الدراسي، فقد أمكن الكشف عنه من خلال الجدول رقم (١٥) التالي:

الجدول رقم (١٥)

نسبة التدخين بين تلاميذ كل صف دراسي في عينات البحث

الثالث علمي %	الثالث أدبي %	الثاني %	الأول %	الصف الدراسي العينة
١٣,٩	٢١,٨	١٦,٩	١٣,٢	العينة الإجمالية
١١,٥	٣١,٣	١٨,٠	١٠,٧	عينة الأردن
١٢,٩	١٦,٨	١٤,٨	١٧,٠	عينة الإمارات
١٣,٨	٢١,١	١٧,٥	١٠,٩	عينة السودان

ويتبين من هذا الجدول:

١ - أن نسبة التدخين في الصف الأول تكون في أدنى مستوى (فيما عدا عينة الإمارات التي تكاد هذه النسبة تتساوى مع نسبة التدخين لدى تلاميذ الصف الثالث أدبي).

٢ - تزيد هذه النسبة إلى حد ما، بالصف الثاني الثانوي (ما عدا الإمارات).

٣ - ترتفع هذه النسبة ثانية بالصف الثالث أدبي، في حين تنخفض (بالمقارنة بكل من الصف الثاني - والثالث أدبي) لدى تلاميذ الصف الثالث

علمي

هذه النتيجة نفسها تكرر ظهورها في دراستين مصريتين إحداهما أجريت عام ١٩٧٨ م (سويف وآخرون) والأخرى أجريت عام ١٩٨٦ م. وفي هذه الدراسة الأخيرة، كانت نسبة تدخين تلاميذ الصف الأول في الدراسة الأخيرة (٨، ٧٪)، ولدى تلاميذ الصف الثاني (١٣، ١٠٪)، ولدى تلاميذ الصف الثالث أدبي (٥، ١٩٪)، ولدى تلاميذ الصف الثالث علمي (٠، ١١٪) (السيد وآخرون، ١٩٩١ م)

٣- التحمس لمواصلة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (١٦) التالي نسبة التدخين ودرجة التحمس لمواصلة الدراسة لدى أفراد العينة المبحوثة

الجدول رقم (١٦)

نسبة التدخين ودرجة التحمس لمواصلة الدراسة لدى أفراد العينة

مستوى التحمس للدراسة			مستوى الحماس العينة
منخفض %	متوسط %	كبير %	
٣٦,٥	٢,٢	١٢,٥	العينة الإجمالية
٣٦,٠	٢٠,٠	١٣,٠	عينة الأردن
٣٨,٥	٢٠,١	١١,٤	عينة الإمارات
٢٧,٥	٢١,٠	١٣,٢	عينة السودان

إن أعلى نسب للتدخين تقع لدى الطلاب ذوي المستوى المنخفض من الحماس للدراسة، في حين تتضاءل هذه النسبة إلى حد ما لدى الطلاب ذوي المستوى المتوسط للحماس لمواصلة الدراسة، وتنخفض هذه النسبة إلى أقل مستوى لدى المدخنين ذوي المستوى المرتفع من الحماس لمواصلة الدراسة

٤ - مستوى التحصيل الدراسي:

ويوضح الجدول رقم (١٧) التالي نسبة التدخين واقترانها بالتقدير الموضوعي لمستوى التفوق بنفس مقدرة التحصيل في الشهادة الإعدادية كما تعبر عنها النسبة المئوية للنجاح. والصورة التي تبرز من هذا الجدول ليست بنفس الوضوح والاتساق الذي ظهر في الاقتران بين التحمس للدراسة ونسبة تدخين السجائر لدى طلاب العينة

الجدول رقم (١٧)

نسبة التدخين لدى الطلاب من مختلف مستويات التحصيل

في الشهادة الإعدادية

مستوى التحصيل العينة		أدنى	أوسط	أعلى
		أقل من ٧٠٪	أقل من ٨٠٪	٨٠٪ فأكثر
العينة الإجمالية		١٦,١	١٥,٧	١٤,٢
عينة الأردن		١٠,٥	١٨,٦	١٤,٧
عينة الإمارات		١٦,٣	١٥,٣	١٧,٢
عينة السودان		١٨,٦	١٣,٧	١١,٢

إذ بينما لدى عينة السودان، الأدنى تحصيلاً أعلى تدخيناً، فإن الأعلى تدخيناً لدى عينة الأردن هم الأوسط تحصيلاً بينما لا يوجد فرق من مختلف المستويات التحصيلية لدى عينة الإمارات مما يشير إلى أن العبرة ليست بما حصله التلميذ من الدرجات وإنما بما يتحمس لتحصيله

٥ - مستوى التدخين:

وفي محاولة لكشف العلاقة بين نسبة التدخين لدى المدخنين، في

علاقته بتقدير التلاميذ لمستوى تدينهم أمكن الحصول على الجدول رقم (١٨) التالي

الجدول رقم (١٨)

نسبة التدخين، وتقدير أفراد العينة، لمستوى تدينهم

مستوى التدين			العينة مستوى التدين النسبة
منخفض %	متوسط %	مرتفع %	
٣٢,٦	١٥,	٨,٩	العينة الإجمالية
٣٢,	١٤,	٩,	عينة الأردن
٣٦,٩	١٦,٤	٩,٣	عينة الإمارات
٣٣,	١٣,	٨,	عينة السودان

الذي يتبين فيه تصاحب ارتفاع مستوى التدين (الذي يكثر أن يمثل في العالم العربي والإسلامي، مستوى من الجدية، في النظر إلى الأمور، والحرص على عدم تبديد الطاقة أو تناول مواد محرمة أو مشكوك في كونها حلالاً) مع انخفاض نسبة التدخين. وتزيد هذه النسبة إلى حد ما مع مستوى التدين المتوسط، وترتفع إلى أقصى مستوى عندما ينخفض الشعور بالتدين لدى الشخص

د - الظروف الاجتماعية والأسرية المرتبطة بالتدخين.

١ - المصروف الشهري.

في محاولة لإلقاء الضوء على هذه النقطة تم الحصول على نسبة التدخين لدى التلاميذ ممن يحصلون على مستويات من المصروف متفاوتة (مرتفع، ومتوسط، ومنخفض)

ونستطيع من خلال الجدول رقم (١٩) التالي، أن نلاحظ ما يأتي

الجدول رقم (١٩) (*)

قيمة المصروف ونسبة التدخين بوجه عام لدى عينات البحث
من تلاميذ المدارس الثانوية

منخفض %	متوسط %	مرتفع %	قيمة المصروف العينة
١٤,٥	١٥,٨	١٨,٧	العينة الإجمالية
١٤,٠	١٤,٠	١٩,	عينة الأردن
١٦,٧	١٦,٨	٢١,٩	عينة الإمارات
١٣,٠	١٥,١	١٧,٥	عينة السودان

(*) في تقدير أفراد عينة البحث .

تصاحب المصروف المرتفع مع ارتفاع نسبة المدخنين من بين جمهور تلاميذ المدارس الثانوية . وقد سبق ظهور هذه النتيجة في الدراسة المصرية (السيد وآخرون ، ١٩٩١م) حيث كانت نسب المدخنين موزعة كالتالي . ٢٢٪ ، ١٤,٨٪ ، ٧,٩٪ لدى ذوي المصروف المرتفع والمتوسط والمنخفض على التوالي ، مما يشير إلى ما يشبه القاعدة العامة .

وقد تأكدت هذه الصورة عند دراسة قيمة المصروف في صاحبه مع تدخين ٢٠ سيجارة فأكثر ، كما يوضحه الجدول رقم (٢٠) التالي :

الجدول رقم (٢٠)

التصاحب بين تدخين ٢٠ سيجارة فأكثر وقيمة المصروف

قيمة المصروف العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٣٠	١٨	١٨
عينة الأردن	٣١	١٤	٢١
عينة الإمارات	٤٧	٣٧	٢٩
عينة السودان	٢٨	١٩	١٦

حيث يقترن ارتفاع المصروف مع ارتفاع نسبة المدخنين لعشرين سيجارة فأكثر

٢ - مستوى تعليم الأب:

أما عن مستوى تعليم كل من الوالدين واقتارانه بتدخين الأبناء فلم يظهر اتجاه واضح المعالم لتوزيع نسب التدخين بناء على مستوى تعليم الأب، كما هو واضح من الجدول رقم (٢١) التالي:

الجدول رقم (٢١)

تعليم الأب ونسبة تدخين التلاميذ

تعليم الأب العينة	أمسي %	يقرأ ويكتب + شهادة ابتدائية %	شهادة إعدادية فأكثر %
العينة الإجمالية	١٧,٢	١٤,٤	١٥,٦
عينة الأردن	٩,٠	١٩,٨	١٣,٨
عينة الإمارات	١٩,٩	١٥,٢	١٥,٨
عينة السودان	١٦,٧	١١,٥	١٩,٨

اختلف الأمر فيما يتصل بتعليم الأم، إذ زادت نسبة تدخين أبناء الأمهات الأكثر تعليماً (في كل من الإمارات والسودان)، في حين كان أبناء الأميات بالأردن أكثر تدخيناً وإن كان أبناء الأمهات الأكثر تعليماً بوجه عام أعلى تدخيناً من أبناء الأقل تعليماً كما هو موضح بالجدول رقم (٢٢) التالي:

الجدول رقم (٢٢)
تعليم الأم ونسب التدخين

شهادة إعدادية فأكثر %	تقرأ وتكتب + شهادة ابتدائية %	أميّة %	تعليم الأم العينة
١٨,٣	١٦,٨	١٤,٩	العينة الإجمالية
١٦,٠	١٣,٩	١٩,٢	عينة الأردن
٢٢,٩	١٧,٢	١٤,٣	عينة الإمارات
٢٠,٠	١٢,١	١٣,٣	عينة السودان

وهذه النتيجة تحتاج إلى تأمل أكبر أي يعنى بدراسة السياق النفسي الاجتماعي في الأسرة الذي يسمح بارتفاع نسبة التدخين فهل ارتفاع مستوى تعليم الأمهات يرتبط بعملهن، أو ببعض ظروف خفض الرعاية ومتابعة الأبناء، هذا موضوع يحتاج إلى مزيد من البحث بلا شك

٢ - التدخين وبعض المتغيرات المتصلة بالخبرة وبالمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية (الأدوية والمخدرات والمسكرات):

وتتمثل أهم أهداف هذا الجزء من الدراسة في إلقاء الضوء على الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في مستويات الخبرة والاستعداد لتعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية، كما يرى من دراسات سابقة (السيد، عبدالحليم محمود، ١٩٩١ م; Donneel, J., 1979) والمتمثلة في كل من:

- ١ - نسبة السماع عن هذه المواد
 - ٢ - نسبة الرؤية المباشرة لها
 - ٣ - وجود نموذج لتعاطي هذه المواد .
 - ٤ - نسبة الاعتقاد في تأثيرها (فائدة أو ضرراً)
 - ٥ - التعاطي الفعلي لها
 - ٦ - الاستمرار أو التوقف عن التعاطي
 - ٧ - نمط التعاطي (منتظم أو غير منتظم) .
 - ٨ - أسباب التوقف .
 - ٩ - ظروف بدء التعاطي .
- وسنلقي الضوء فيما يلي على هذه المتغيرات مما يتصل بكل من

١ - الأدوية

٢ - المخدرات

٣ - المسكرات .

أ - مستويات الخبرة بالأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المدخنين وغير المدخنين .

١ - السماع عن الأدوية (المؤثرة في الحالة النفسية):

أمكس تحديد نسبة السماع عن كل من الأدوية المهدئة، والمنومة

والمنشطة ، لدى فئات عينة البحث من المدخنين وغير المدخنين ونستطيع من خلال الجدول رقم (٢٣) التالي ملاحظة ما يلي

الجدول رقم (٢٣)

نسبة السماع عن الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المدخنين وغير المدخنين

المنشطة		النوم		المهدئة		السماع عن الأدوية العينية
غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	
٤٤	٤٩	٦٤	٧٢	٥٥	٦٨	العينة الإجمالية
٣١	٣٦	٥١	٦٥	٤٩	٦٥	عينة الأردن
٤٢	٥٣	٥٩	٦٨	٥١	٧٤	عينة الإمارات
٥٨	٥٩	٨٢	٨٣	٦٠	٦٧	عينة السودان

الارتفاع الدال لنسبة سماع المدخنين (بالمقارنة بغير المدخنين) عن كل من الأدوية المهدئة والنوم والمنشطة لدى عينة الأردن والإمارات ، في حين تكاد لا توجد فروق لدى عينة السودان بين المدخنين وغير المدخنين .

وهنا نلاحظ أن استجابة العينة السودانية تشبه تماماً استجابات العينة المصرية من تلاميذ مدينة القاهرة الكبرى في نسبة السماع عن الأدوية (السيد وآخرون ١٩٩١م ، ص : ٨٣) حيث تكاد نسبة السماع أن تتساوى في ارتفاعها لدى كل من المدخنين وغير المدخنين .

٢ - الرؤية المباشرة للأدوية:

نستطيع من خلال الجدول رقم (٢٤) ملاحظة وجود فروق ذات دلالة مرتفعة بين المدخنين وغير المدخنين في كل عينات الدراسة في اتجاه ارتفاع نسبة الرؤية للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المدخنين

الجدول رقم (٢٤)

نسبة رؤية الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المدخنين وغير المدخنين

نسبة رؤية الأدوية		رؤية الأدوية العينة
لدى غير المدخنين %	لدى المدخنين %	
٢٦,٣	٤٧,٤	العينة الإجمالية
٢٧,	٥٠,	عينة الأردن
٢١,	٤٥,	عينة الإمارات
٣١,٠	٤٧,	عينة السودان

هذه النتيجة نفسها أمكن الحصول عليها في الدراسة المصرية التي أجريت على تلاميذ المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى (المرجع نفسه)

وفي محاولة للكشف عن بعض جوانب الخبرة المعرفية التي تميز المدخنين عن غير المدخنين، يبرز السؤال التالي: إلى أي حد تتصاحب خبرة التدخين، مع وجود نماذج من الأصدقاء والأقارب الذين يتعاطون فعلاً المواد المؤثرة في الحالة النفسية (الأدوية والمخدرات والمسكرات) وهذا السؤال سنجد الإجابة عنه في الفقرة التالية.

٣- وجود نموذج لتعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

نستطيع من الجدول رقم (٢٥) التالي ملاحظة الارتفاع الشديد (الذي يصل غالباً إلى مستوى الضعف) لوجود نموذج لتعاطي أدوية مؤثرة في الأعصاب أو في الحالة النفسية بالمقارنة بغير المدخنين.

الجدول رقم (٢٥)

نسبة وجود نموذج لتعاطي الأدوية المؤثرة في الأعصاب لدى المدخنين
وغير المدخنين

الأقارب		الأصدقاء		النوع العينة
غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	
١,٦	٢٠,٠	١٥,٢	٢٨,٦	العينة الإجمالية
٩,٠	١٥,	١٢,	٢٩,	عينة الأردن
٦,	١٥,٠	١٤,	٣٢,	عينة الإمارات
١٦,	٣٠,٠	١٩,	٢٧,	عينة السودان

وهذه النتيجة نفسها ظهرت في الدراسة المصرية على تلاميذ القاهرة الكبرى (السيد وآخرون، ١٩٩١م، ص: ٩٧).

٤ - الاعتقاد في تأثير الأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين.

أ - الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (٢٦) التالي أن نستنتج ما يأتي:

إن المدخنين أكثر اعتقاداً في فائدة الأدوية المهدئة، وأقل اعتقاداً في ضررها بالمقارنة بغير المدخنين ورغم أن الاعتقاد في عدم وجود أي تأثير للأدوية المهدئة يمثل نسبة محدودة من الاستجابات، إلا أن نسبة المدخنين المجيبين بهذه الاستجابة تكاد أن تكون ضعف غير المدخنين ورغم أن حوالي (٧٥٪) من المدخنين يعتقدون في ضرر الأدوية المهدئة إلا أن هذه النسبة تزيد لدى غير المدخنين وتصل في العينة الإجمالية إلى (٨٦٪) مما يجعل نسبة المدخنين المتساهلين مع تعاطي الأدوية أعلى من غير المدخنين.

الجدول رقم (٢٦)

نسب الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة

غير المدخنين			المدخنون			الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	
٨٦	٤	١٠	٧٦	٧	١٥	العينة الإجمالية
٨٣	٥	١٢	٧٥	٧	١٧	عينة الأردن
٨٢	٤	٨	٧٦	٨	١٤	عينة الإمارات
٨٧	٣	١٠	٧٨	٦	١٥	عينة السودان

ب - الاعتقاد في تأثير الأدوية المنومة:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (٢٧) التالي أن نستخلص ما يأتي:

الجدول رقم (٢٧)

نسب الاعتقاد في تأثير الأدوية المنومة

غير المدخنين			المدخنون			الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	
٨٧	٥	٨	٧٩	٧	١٥	العينة الإجمالية
٨٧	٩	٤	٨٤	١٢	١٤	عينة الأردن
٨٩	٤	٥	٧٨	٦	١٢	عينة الإمارات
٨٤	٣	١٣	٧٦	٥	١٩	عينة السودان

نجد هنا فيما يتصل بالأدوية المنومة الصورة نفسها التي سبق أن ظهرت في اعتقاد كل من المدخنين وغير المدخنين في تأثير الأدوية المهدئة حيث المدخنون أكثر اعتقاداً في فائدة الأدوية المنومة، وأقل اعتقاداً في ضررها ونسبة من يرى أنه لا تأثير لها أعلى أيضاً

جـ - الاعتقاد في تأثير الأدوية المنشطة:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (٢٨) التالي أن نستخلص ما يأتي

نمط الاعتقاد نفسه المميز للمدخنين وغير المدخنين في الجدولين السابقين (٢٦ ، ٢٧) المتمثل في ارتفاع نسبة المدخنين الأكثر اعتقاداً في التأثير المفيد للأدوية المنشطة، وكذلك نسبة من يعتقد أنه لا تأثير لها في حين أن نسبة من يعتقدون في ضررها من المدخنين أقل بالمقارنة بغير المدخنين وهذا النمط من الاعتقاد يسر على المدخنين، أو بالأحرى يبرر لبعضهم غالباً البدء في تجربة الأدوية المؤثرة في الأعصاب (المهدئة والمنومة والمنشطة) بدون أمر طبيب .

الجدول رقم (٢٨)

نسب الاعتقاد في تأثير الأدوية المنشطة

غير المدخنين			المدخنون			الاعتقاد في التأثير البنسبة
ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	
٨٤	٥,٢	١٠,٤	٧٣	٧	١٨	العينة الإجمالية
٧٧	٧,	١٥,٠	٦٥	٩	٢٦	عينة الأردن
٨٣	٦,٥	٩,٥	٧٢	١٠	١٧	عينة الإمارات
٨١	٢,٠	٦,٥	٨٤	٣	١٢	عينة السودان

وقد سبق الحصول على نتائج مشابهة لهذه النتائج من خلال دراسات
مصرية أجريت على عينة ممثلة لتلاميذ المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة
الكبرى عامي ١٩٧٨-١٩٨٦م، حيث كان المدخنون يعتقدون بنسبة أعلى
أي فائدة - أو عدم ضرر الأدوية المهدئة والنومة والمنشطة في حين أن غير
المدخنين كانوا يعتقدون بنسبة أعلى في ضرر هذه الأدوية (سويف وآخرون
١٩٨٧م؛ السيد وآخرون، ١٩٩١م)

٥ - التعاطي فعلاً للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (ولو لمرة واحدة):

نستطيع من خلال الجدول رقم (٢٩) التالي أن نلاحظ .

الجدول رقم (٢٩)

نسبة تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين
وغير المدخنين

المنشطة		النومة		المهدئة		نسبة التعاطي النفسية
غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	
١,٨	٧,١	٤,١	١٢,٣	٣,٥	١٠,٠	العينة الإجمالية
٢,٨	٩,٦	٣,٥	١٢,٧	٥,٥	١١,٤	عينة الأردن
,١	٦,٥	٢,٣	٥,٧	٣,٠	١٥,٠	عينة الإمارات
,٦	٥,٢	١,١	١٧,٧	٢,٠	٣٧,	عينة السودان

الارتفاع الدال لنسبة المدخنين ممن تعاطوا بالفعل (ولو لمرة واحدة)
الأدوية المؤثرة للحالة النفسية سواء كانت مهدئة أو نومة أو منشطة (بالمقارنة
بغير المدخنين) وهذه النتيجة نفسها سبق الحصول عليها من الدراسة المصرية
عن تلاميذ القاهرة الكبرى (المرجع نفسه)

ويلاحظ بوجه عام أن خبرة السماع متاحة لأكبر عدد من الأفراد سواء كانوا من المدخنين أو غير المدخنين ، وتضيق دائرة الخبرة قليلاً بالنسبة للرؤية ، وتصل إلى أقل مستوى بالنسبة للتعاطي حسب ما تعبر عنه النسب في الجداول السابقة .

٦ - الاستمرار أو التوقف عن تعاطي الأدوية:

وفي محاولة لإلقاء الضوء على نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي الأدوية (بعد التعاطي للمرة الأولى) بين المدخنين وغير المدخنين أمكن استخلاص الجدول رقم (٣٠) التالي .

الجدول رقم (٣٠)

نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي الأدوية بين المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين		المدخنون		الإستمرار أو التوقف العينة
توقف %	استمرار %	توقف %	استمرار %	
٧٥	٢٥	٦١	٣٩	العينة الإجمالية
٦٧	٣٣	٥٢	٤٨	عينة الأردن
٧٢	٢٨	٤٥	٥٥	عينة الإمارات
٩١	٩	٨٦	١٤	عينة السودان

ونستطيع من هذا الجدول أن نلاحظ ما يأتي :

- ١ - أن نسبة من استمروا في تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية من المدخنين أعلى بدرجة شديدة الوضوح والدلالة
- ٢ - وفي المقابل ، نسبة التوقف عن تعاطي هذه الأدوية أعلى ، لدى غير المدخنين بدرجة شديدة الوضوح والدلالة ، في كل العينات الفرعية

ومعنى هذا أن التدخين يدعم الاستعداد للاستمرار في تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية بعد تعاطيها للمرة الأولى

٧ - نمط التعاطي (أو درجة الانتظام):

وعند محاولة إلقاء الضوء على نمط تعاطي من استمر في تناول هذه الأدوية من المدخنين وغير المدخنين، أمكن الحصول على الجدول رقم (٣١) التالي .

الجدول رقم (٣١)

نسبة تعاطي الأدوية بشكل منتظم أو حسب الظروف لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين		المدخنون		نمط التعاطي العينة
حسب الظروف %	منتظم %	حسب الظروف %	منتظم %	
٨٩	١١	٦٨	٣٢	العينة الإجمالية
٨٣	١٧	٦٩	٣١	عينة الأردن
٩٢	٨	٧٠	٣٠	عينة الإمارات
١٠	-	٦٠	٤٠	عينة السودان

ويتبين من هذا الجدول الارتفاع الشديد في نسبة الانتظام على تعاطي الأدوية في العينات الثلاث (الأردن والإمارات والسودان) مع ملاحظة عدم انتظام أحد من غير المدخنين بالسودان مما يرجح ارتباط التدخين بالانتظام على تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية

٨ - أهم الأسباب التي تقف وراء التوقف عن تعاطي الأدوية المؤثرة في الأعصاب.

تمثلت أهم هذه الأسباب فيما يوضحه الجدول رقم (٣٢) التالي :

الجدول رقم (٣٢)

أسباب التوقف عن تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (لدى المدخنين وغير المدخنين)

غير المدخنين						المدخنون						أسباب التوقف العينة
التوقف من الإدمان	مخاطر اجتماعية وقانونية	التوقف من الأهل	تعبار مادية	تعبار دينية	%	التوقف من الإدمان	مخاطر اجتماعية وقانونية	التوقف من الأهل	تعبار مادية	تعبار دينية	%	
٢,٠	٠,٧	١,٥	٠,٧	٤	٤٦	٢	٢	٢	٢	٤	٤٣	العينة الإجمالية
٢,٠	٢,٠	٢,٠	--	٦	٤٣					٧	٤٠	عينة الأردن
--	--	--	٣,٠	٣	٥٧						٤٦	عينة الإمارات
٣,٥	١,٨	١,٨	--	٢	٣٩	٤	٤	٤	٤	٤	٤٢	عينة السودان

ويتضح من هذا الجدول :

- ١ - عدم وجود فروق في النسب المئوية لأسباب التوقف عن تعاطي الأدوية بين المدخنين وغير المدخنين .
- ٢ - تبرز المخاطر والأضرار الجسيمة والنفسية كأهم سبب للتوقف ، ويليه (وإن كان بنسبة تكاد تصل إلى العشر) التوقف لأسباب دينية . ومثل هذه الأسباب للتوقف ، يمكن الاستعانة بها عند إعداد خطط الوقاية

من البدء في تعاطي الأدوية ، أو مساعدة من بدأ بالتوقف عن التعاطي

٩ - ظروف بدء تعاطي الأدوية:

أ - تعاطي الأدوية المهدئة:

يتبين من الجدول رقم (٣٣) التالي وجود فروق واضحة بين المدخنين وغير المدخنين في كل من البلاد العربية الثلاثة موضوع البحث ، يضاف إليها الدراسة المصرية في تمييز المدخنين في ارتفاع النسب التالية عند ظروف بدء التعاطي

١ - مناسبة اجتماعية

٢ - في صحبة الأصدقاء

٣ - إشباع دوافع حصينة (مثل الاستكشاف)

٤ - مواجهة مشكلات شخصية أو اجتماعية

أما لدى غير المدخنين فكانت ظروف بدء التعاطي للأدوية المهدئة أعلى بوضوح فيما يتصل بالشعور بالتعب والألم الجسمي والإرهاق ، كما ازدادت نسب التعاطي أثناء المذاكرة . واقتربت نسب كل من المدخنين وغير المدخنين في حالة تعاطي الأدوية المهدئة بسبب مواجهة حالة نفسية . وكان كلاً منهما (المدخنون وغير المدخنين) يواجه حالات نفسية تجبرهم على تعاطي هذه الأدوية هرباً من هذه الحالات (وهذا أمر يحتاج إلى إبراز أضرار الاستخدام غير الطبي لهذه الأدوية ودعم الثقافة العلمية الصحية لدى الشباب

الجدول رقم (٣٣)

ظروف بدء تعاطي الأدوية المهدئة لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين							المدخنون							ظروف بدء التعاطي العينة
مواجهته بشكلان نفسي أو اجتماعي ٪	الشعور بالألم أو التعب الجسدي ٪	مواجهة حالة نفسية ٪	إشباع دوافع اجتماعية ٪	أثناء الذاكرة أو الإدمان ٪	في صحبة الأصدقاء ٪	مناسبة اجتماعية ٪	مواجهته بشكلان نفسي أو اجتماعي ٪	الشعور بالألم أو التعب الجسدي ٪	مواجهة حالة نفسية ٪	إشباع دوافع اجتماعية ٪	أثناء الذاكرة أو الإدمان ٪	في صحبة الأصدقاء ٪	مناسبة اجتماعية ٪	
٢	٥٧	١١	١	١٢	٨	٧	٦	٢٧	١٧	٦		٢٢	١١	العينة الإجمالية
٣٢	٦٢	١٤		١٦	٣	٣	١٨	١٨	١٨	٩		٢٧		عينة الأردن
٥	٤٥			٩	١٨	١٤		٤٢	٥			٢٦	١٦	عينة الإمارات
٦	٣٥	١٨	١	١	١	١			١٠	٢٠			٢٠	عينة السودان

ب - تعاطي الأدوية المنومة:

تختلف صورة ظروف بدء تعاطي الأدوية المنومة لدى المدخنين وغير المدخنين في بعض ملامحها التي تبرز في الجدول رقم (٣٤) التالي وإن كانت تحتفظ بطابعها الذي يتمثل في الصورة التالية:

لا تكاد توجد فروق بين المدخنين وغير المدخنين في مختلف دوافع بدء التعاطي للأدوية المنومة في صحبة الأصدقاء أو مناسبة اجتماعية إلخ إلا أن المدخنين تميزوا بنسبة أعلى في البدء بدافع الشعور بالألم أو التعب

الجدول رقم (٣٤)

ظروف بدء تعاطي الأدوية المنومة لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين		المدخنون						ظروف بدء التعاطي العينة					
مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪	مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪	مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪	مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪	مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪	مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪	مواجهتها بشكلان نحبها أو اجتماعية النوم بالألم أو التعب الجسمي مواجهة حالة نفسية إسراع دوافع اجتماعية أثناء المذاكرة أو الإزدان في صحبة الأصدقاء مناسبة اجتماعية ٪							
٥	٤٠	٩	٥	٦	١٢	٤	٥٢	١٤	٢	٨	١٥	٤	العينة الإجمالية
	٤٠	٨	٨	٨	١٢		٤٥	٦	٦	١٣	١٨		عينة الأردن
١	٣٩				١٧	١٠	٥٥	١١		١٠	٢	٤	عينة الإمارات
٤	٤٢	١٨	٨	١٠	٨	٢	٥٦	٢٤			٨	٤	عينة السودان

ج - تعاطي الأدوية المنشطة:

تتفق الصورة التي رسمها الجدول رقم (٣٥) عن ظروف بدء تعاطي المدخنين وغير المدخنين للأدوية المنشطة مع صورة ظروف بدء تعاطي كل من الأدوية المهدئة والمنومة إذ تزيد نسبة تعاطي المدخنين في العينات الثلاث في كل سن.

- مناسبة اجتماعية معينة

صحبة الأصدقاء.

كما تزيد نسبة تعاطي هذه الأدوية المنشطة (ولو لمرة واحدة) في حالة الشعور بالألم أو الإرهاق أو التعب الجسمي ونستطيع من الجداول الثلاثة السابقة أن نتصور إطاراً لمدى المعتقدات الشائعة والظروف النفسية

الاجتماعية التي تحيط ببدء تعاطي الشباب للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية سواء كانت مهدئة أو منومة أو منشطة .

الجدول رقم (٣٥)

ظروف بدء تعاطي الأدوية المنشطة لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين							المدخنون							ظروف بدء التعاطي العينة
مواجهه مشكلات نفسية أو اجتماعية : %	الشعور بالألم أو التعب الجسدي %	مواجهة حالة نفسية %	إتباع دوافع اجتماعية %	أثناء المذاكرة أو الإدمان %	في صحبة الأصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	مواجهه مشكلات نفسية أو اجتماعية : %	الشعور بالألم أو التعب الجسدي %	مواجهة حالة نفسية %	إتباع دوافع اجتماعية %	أثناء المذاكرة أو الإدمان %	في صحبة الأصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	
	٢١	٨	٧	٨		١٤			١٠	٥	١٤	٢	٣٠	العينة الإجمالية
	٢٩		٦	١٧	٦	١١					٢٧	٢٧	٢٧	عينة الأردن
	٤	٤		٧	١٥	٨						٣٣	٣٣	عينة الإمارات
	٢٠	٢٠	٢٠		٢٠				١٤	١٤	٢٤	٢٩	٢٩	عينة السودان

ب - مستويات الخبرة بالمخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

١ - السماع عن المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين.

نستطيع من خلال الجدول رقم (٣٦) الذي يوضح نسبة السماع عن المخدرات لدى عينة البحث ، أن نلاحظ ما يأتي :

الجدول رقم (٣٦)

نسبة السماع عن المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	نسبة السماع العينة
٨٩,٦	٩٤,٤	العينة الإجمالية
٨٧,٠	٩٦,٠	عينة الأردن
٨٨,٠	٩٣,٠	عينة الإمارات
٩٣,٩	٩٤,٣	عينة السودان

شيوخ السماع عن المخدرات لدى كل من المدخنين وغير المدخنين من تلاميذ المدارس الثانوية بالعينات الثلاث مع زيادة طفيفة في نسبة السماع عن المخدرات لدى المدخنين في كل من الأردن والإمارات .

٢ - الرؤية المباشرة للمخدرات:

أما عن نسبة الرؤية المباشرة للمخدرات لدى كل من المدخنين وغير المدخنين، فإنه يمكن أن نلاحظ من الجدول رقم (٣٧) التالي

الجدول رقم (٣٧)

نسبة الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	نسبة الرؤية العينة
٢٣	٤٠	العينة الإجمالية
٤	١٢	عينة الأردن
١٤	٣٥	عينة الإمارات
٤٨	٧٤	عينة السودان

الارتفاع الشديد في نسبة الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين في العينات الفرعية الثلاث للبحث .

٣ - وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

ونستطيع أن نلاحظ من الجدول رقم (٣٨) التالي

الجدول رقم (٣٨)

نسبة وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين

الأقارب		الأصدقاء		النموذج العينة
غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	
٨,٤	١٧,١	١٦,٩	٣٥,٨	العينة الإجمالية
,٧	١٤,٢	٢,	١٣,	عينة الأردن
٣,٥	٨,٥	١٣,٠	٣١,	عينة الإمارات

ارتفاع نسبة وجود نموذج لتعاطي المخدرات سواء من الأصدقاء أو الأقارب لدى المدخنين، بطريقة تفوق بكثير غير المدخنين .

٤ - الاعتقاد في تأثير المخدرات .

وفي محاولة لاستكشاف بعض الأبنية المعرفية التي تقف وراء زيادة تعاطي المدخنين للمخدرات (ولو لمرة واحدة) بالمقارنة بغير المدخنين تم استكشاف اعتقاد كل من المدخنين وغير المدخنين في تأثير المخدرات بوجه عام هل هو مفيد، أم ضار؟ أم لا هو بالمفيد أو الضار؟

وكانت استجابة عينة البحث كما هو موضح بالجدول رقم (٣٩) التالي

الجدول رقم (٣٩)

الاعتقاد في تأثير المخدرات

غير المدخنين			المدخنون			الاعتقاد في التأثير البنسبة
ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	
٩٨,٧	٠,٥	٠,٨	٩٣,٧	٢,٢	٤,١	العينة الإجمالية
٩٨,١	٠,٧	١,٢	٩٣,	٢,١	٤,٩	عينة الأردن
٩٨,٧	٠,٦	٠,٧	٩٤,	٣,٠	٣,٠	عينة الإمارات
٩٩,٣	٠,٢	٠,٥	٩٤,٢	١,٤	٤,٤	عينة السودان

ومن هذا الجدول نستطيع استنتاج أن البناء المعرفي المتمثل في الاعتقاد في فائدة المخدرات نسبته أعلى بدرجة واضحة ودالة لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين، وكذلك الاعتقاد في عدم وجود تأثير مفيد أو ضار (أي تحييد تأثير المخدرات) لدى المدخنين في مقابل ارتفاع نسبة الاعتقاد في ضرر المخدرات لدى غير المدخنين.

وهذا البناء المعرفي الذي يتمثل في الاعتقاد في فائدة المخدرات، أو على الأقل عدم وجود ضرر لها، لدى المدخنين في مقابل غير المدخنين، ظهر في دراسات مسحية مصرية سابقة من أهمها دراسة أجريت على عينة ممثلة لجمهور المدارس الثانوية العامة الذكور عام ١٩٧٨م، وأخرى أجريت عام ١٩٨٧م (سويف وآخرون، ١٩٨٧م، والسيد وآخرون، ١٩٩١م)

مما يرجح أن لدى المدخنين بناء معرفياً محبذاً ينظم آراءهم واتجاهاتهم وبالتالي سلوكهم نحو المخدرات، وعلى العكس من ذلك غير المدخنين، لديهم بناء معرفي منفرد من المخدرات.

وهذه النتائج تتفق في منطقتها المعرفي العام، مع دراسة أجريت في

مصر على المتعاطين للحشيش وغير المتعاطين ، وكان الاهتمام عندئذ ينصب على الاعتقاد في علاقة المخدرات بالدين - تحريماً أو إباحة - لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن نسبة أكبر من التسامح مع المخدرات لدى المتعاطين حتى يبرروا لأنفسهم استمرار تعاطيهم له وينعموا بنوع من الاتساق المعرفي وذلك من خلال اعتقاد معظمهم أن الحشيش مكروه وليس محرماً دينياً - المزور أو المشوه - بين سلوكهم واعتقادهم على حين كان غير المتعاطين للحشيش أكثر اتساقاً مع المعلومات الدراسية ، حيث قرر معظمهم أن الحشيش محررم دينياً (Souif et al., 1980).

٥ - التعاطي الفعلي للمخدرات (ولو لمرة واحدة) لدى كل من المدخنين وغير المدخنين.

كانت نسب التعاطي الفعلي للمخدرات ولو لمرة واحدة ، لدى عينات البحث من المدخنين وغير المدخنين ، كما هو واضح من الجدول رقم (٤٠) التالي :

الجدول رقم (٤٠)

نسب التعاطي الفعلي للمخدرات

(وخاصة الحشيش) (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	نسبة التعاطي العينية
١,٥	١٣,	العينة الإجمالية
,٣	٤,٤	عينة الأردن
٢,٢	٧,٧	عينة الإمارات
٢,١	٢٢,٧	عينة السودان

ونستطيع من هذا الجدول استنتاج أن نسبة تعاطي المدخنين للمخدرات أعلى بدرجة كبيرة تتراوح بين ثلاثة وعشرة أضعاف، بالمقارنة بغير المدخنين، مما يرجح أن التدخين يعد نذيراً بالإقبال على المواد المخدرة الأخرى وهذا يتفق مع ما تم استخلاصه من دراسات أجريت بالخارج (O' Donnell, J. A., 1979)

٦ - الاستمرار أو التوقف عن التعاطي لدى من تعاطى للمرة الأولى.

أما نسبة من يستمرون في التعاطي بعد التجربة الأولى للمخدرات بين كل من المدخنين وغير المدخنين فقد جاءت كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (٤١)

نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي المخدرات (لدى من تعاطى (ولو مرة واحدة) من المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين		المدخنون		الاستمرار أو التوقف النسبة
توقف %	استمرار %	توقف %	استمرار %	
٦٩	٣١	٤٨	٥٢	العينة الإجمالية
٥٠	٥٠	٢٥	٧٥	عينة الأردن
٦٧	٣٣	٣٣	٦٧	عينة الإمارات
٩٠	١٠	٨٦	١٤	عينة السودان

ويتبين من هذا الجدول أن نسبة المدخنين الذين يستمرون بعد تجربة تعاطي المخدرات - ولا سيما الحشيش - أعلى بدرجة شديدة الوضوح والدلالة بالمقارنة بغير المدخنين، كما أن نسبة التوقف عن تعاطي المخدرات

أعلى لدى غير المدخنين مما يجعل التدخين يمثل استعداداً للاستمرار في تعاطي المواد المخدرة عند تجربتها لأول مرة

٧- نمط تعاطي المخدرات (الانتظام أو عدم الانتظام) لدى المدخنين وغير المدخنين.

يوضح الجدول رقم (٤٢) التالي ارتفاع نسبة الانتظام على تعاطي المخدرات لدى من بدأ بالتعاطي (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين مما يشير إلى أن المدخنين لديهم استعداد للانتظام في تعاطي المخدرات، بعد البدء في تعاطيها بنسبة أعلى - بدرجة دالة - من غير المدخنين.

الجدول رقم (٤٢)

نسبة الانتظام على تعاطي المخدرات أو عدم الانتظام لدى من تعاطاها (ولو لمرة واحدة) من المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين		المدخنون		الانتظام البنسبة
غير منظم %	منظم %	غير منظم %	منظم %	
٧٥	٢٥	٦٣	٣٧	العينة الإجمالية
٧٥	٢٥	٦٧	٣٣	عينة الأردن
٨٠	٢٠	٧٥	٢٥	عينة الإمارات
٧٠	٣٠	٥٥	٤٥	عينة السودان

٨ - أسباب التوقف عن تعاطي المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

نظراً لضآلة أعداد من تعاطوا المخدرات عموماً - والحشيش خصوصاً - في كل عينة فرعية مما يجعل التوزيع على فئات متعددة لمعرفة أسباب التوقف

عن التعاطي أمراً أقرب للافتعال . إلا أن الصورة الأساسية التي فرضت نفسها هنا هي أن أكثر من (٥٠٪) ممن توقفوا عن التعاطي في كل العينات الفرعية كان توقفهم هذا سببه الأضرار الجسمية والنفسية

أما الأسباب الأخرى فقد كان ترتيبها كالتالي (من الأعلى للأدنى):

١ - أسباب دينية

٢ - الخوف من الإدمان .

٣ - الخوف من الأهل .

٩ - ظروف بدء تعاطي المخدرات (وخصوصاً الحشيش) لدى المدخنين وغير المدخنين .

نستطيع من الجدول رقم (٤٣) التالي أن نستخلص :

١ - أهم ظروف بدء التعاطي كان ترتيبها لدى كل من المدخنين وغير المدخنين كما يلي :

أ - صحبة الأصدقاء

ب - مناسبة اجتماعية .

ج - مواجهة حالة نفسية .

٢ ترتفع نسبة البدء بالتعاطي لدى المدخنين بدرجات أعلى في كل من : صحبة الأصدقاء ، والمناسبة الاجتماعية بالمقارنة بغير المدخنين .

ومعنى هذا أن السياق الاجتماعي (التمثل في صحبة السوء) يمثل

ظروفاً ضاغطة لبدء تعاطي المخدرات

الجدول رقم (٤٣)

ظروف بدء تعاطي المخدرات وخاصة الحشيش لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين			المدخنون			ظروف بدء التعاطي العينة
مواجهة حالة نفسية %	صحبة أصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	مواجهة حالة نفسية %	صحبة أصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	
٦	٥٥	١١	٧	٧٥	١٨	العينة الإجمالية
٤	٦٠	١٥	٥	٧١	٢٤	عينة الأردن
٨	٥٥	٨	١	٧٧	١٥	عينة الإمارات
٦	٥٠	١٠	٧	٧٨	١٥	عينة السودان

ج - مستويات الخبرة بالمسكرات:

١ - السماع عن المسكرات:

تبين من إجابات أفراد عينة البحث أن نسب التعرض للسماع عن المواد المسكرة بكل أنواعها شديدة الارتفاع لدى كل من المدخنين وغير المدخنين، كما يكشف عن هذا الجدول رقم (٤٤) التالي:

الجدول رقم (٤٤)

السماع عن المسكرات (لدى المدخنين وغير المدخنين)

غير المدخنين %	المدخنون %	نسب السماع العينة الإجمالية
٩١	٩٤	العينة الإجمالية
٩٢	٩٧	عينة الأردن
٨٧	٩١	عينة الإمارات
٩٤	٩٤	عينة السودان

مما يشير إلى أن مجرد السماع عن المسكرات أمر يكاد يشيع لدى بعض طلاب المدارس الثانوية من الشباب .

٢ - الرؤية المباشرة للمسكرات:

أما فيما يتصل بالرؤية المباشرة للمسكرات ، فقد أوضحت نتائج البحث ارتفاع نسبتها بدرجة شديدة الدلالة لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين كما يوضح ذلك الجدول رقم (٤٥) التالي

الجدول رقم (٤٥)

الرؤية المباشرة للمسكرات (لدى المدخنين وغير المدخنين)

غير المدخنين %	المدخنون %	نسب الرؤية العينة الإجمالية
٦٤	٨٥	العينة الإجمالية
٦٧	٩١	عينة الأردن
٤٩	٧٦	عينة الإمارات
٧٣	٨٧	عينة السودان

وكان خبرة التدخين ترتبط بتيسير خبرة الرؤية المباشرة للمسكرات بنسبة شديدة الارتفاع أو الدلالة .

٣- وجود نموذج لتعاطي المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

نستطيع أيضاً أن نستخلص بسهولة من الجدول رقم (٤٦) التالي:

ارتفاع نسبة وجود نموذج من الأصدقاء أو الأقارب ممن يتعاطون مسكرات لدى المدخنين بشكل شديد الارتفاع إذا قورن بغير المدخنين .

الجدول رقم (٤٦)

نسبة وجود نموذج لتعاطي المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين

الأقارب		الأصدقاء		النسبة العمومية
غير المدخنين %	المدخنون %	غير المدخنين %	المدخنون %	
٣٣,٣	٥٢,٤	٣٢,٨	٦٢,٤	العينة الإجمالية
١٦,	٥١,	٣١,	٧٢,	عينة الأردن
١٦,٠	٢٨,٠	٢٣,٠	٤٥,٠	عينة الإمارات
٥٦,	٧٧,	٤٤,٠	٧٠,	عينة السودان

٤- الاعتقاد في تأثير المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

أمكر الكشف عن اعتقاد كل من المدخنين وغير المدخنين في تأثير المسكرات وذلك من خلال الحكم عليها بأنها: مفيدة، أو ضارة، أو ليست بالمفيدة أو الضارة. ونستطيع معرفة ذلك من خلال الجدول رقم (٤٧) التالي

الجدول رقم (٤٧)

الاعتقاد في تأثير الكحوليات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين			المدخنون			العينة
ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير لها %	مفيدة %	
٩٧,٧	١,٥	,٨	٩	٣,٥	١,٥	العينة الإجمالية
٩٦,	٣,	١,٠	٨٣	٨,	٩,	عينة الأردن
٩٨,٣	,٩	,٧	٩٢	٢,	٦,٠	عينة الإمارات
٩٩,٠	,٦	,٤	٩٤,٩	,٧	٤,٤	عينة السودان

نستخلص بوضوح تميز المدخنين باتساق، بنسب أعلى من غير المدخنين - شديدة الدلالة - في الاعتقاد بأن المسكرات (مفيدة) وكذلك بنسب أعلى من غير المدخنين، بأن المسكرات ضارة، وبالتالي وجود بأن الكحوليات ليست مفيدة ولا ضارة بنسب أقل في أنها ضارة مما يشير إلى نوع من التسامح لدى المدخنين نحو الكحوليات، أو استعداد أعلى للبدء في تعاطيها في حالة عدم التعاطي، أو الاستمرار في التعاطي دون التعرض لصراع معرفي

٥ - تعاطي المواد المسكرة (ولو لمرة واحدة):

وفي محاولة للمقارنة بين التعاطي الفعلي لدى كل س المدخنين وغير المدخنين للمواد المسكرة، (ولو لمرة واحدة) تمت هذه المقارنة فيما يتصل بكل مادة مسكرة على حدة، نظراً لاختلاف درجة احتوائها على الكحول، وبالتالي درجة شدة إحداثها لأعراض الاعتماد والتحمل مما سيتم عرضه في الجداول الخمسة التالية:

أ - التعاطي الفعلي للبيرة:

يوضح الجدول رقم (٤٨) التالي ، نسب تعاطي أفراد عينة البحث للبيرة (التي تحتوي في المتوسط على نسبة كحول منخفض نسبياً من ٤ - ٦٪) من المدخنين وغير المدخنين ولو لمرة واحدة

الجدول رقم (٤٨)

نسب تعاطي البيرة (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	نسب التعاطي العينية
٧,٨	٣٣,٥	العينة الإجمالية
١٥.	٥١,	عينة الأردن
٥.	٢٥.	عينة الإمارات
٤,٠	٢٤,٠	عينة السودان

ويتبين من هذا الجدول أن نصيب المدخنين من التعاطي الفعلي للبيرة (ولو لمرة واحدة) يتراوح بين ثلاثة وستة أضعاف نصيب غير المدخنين من التعاطي .

ب - نسب تعاطي النبيذ (ولو لمرة واحدة):

وقد أمكن الحصول على نسب تعاطي كل من المدخنين وغير المدخنين للنبيذ ، كما يوضحه الجدول رقم (٤٩) التالي :

الجدول رقم (٤٩)

نسبة تعاطي النبيذ (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	العينة نسب التعاطي
٢,١	١٢,١	العينة الإجمالية
٦,١	٢٧,١	عينة الأردن
,٧	٤,	عينة الإمارات
٠,٧	٦,٥	عينة السودان

حيث نجد الارتفاع الشديد في تعاطي النبيذ لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين (والمعروف أن النبيذ يحتوي على نسبة كحول تتراوح بين (١٢-١٥)٪)

ج - تعاطي الويسكي (ولو لمرة واحدة):

فيما يتصل بنسب تعاطي أفراد العينة من المدخنين وغير المدخنين للويسكي (وهو من أكثر المسكرات الكحولية تركيزاً حيث تتراوح نسبة الكحول بين ٢٠ - ٤٠)٪. نستطيع من الجدول رقم (٥٠) التالي استنتاج ما يأتي:

الجدول رقم (٥٠)

نسب تعاطي الويسكي (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	العينة نسب التعاطي
٢,٩	٢١,٥	العينة الإجمالية
٦,٠	٣٥,٠	عينة الأردن
٢,٠	١٤,٠	عينة الإمارات
١,٠	١٦,٠	عينة السودان

١ - شدة ارتفاع نسبة المتعاطين للويسكي من المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين (مما يكاد أن يصل بين ٦ أضعاف و ١٦ ضعفاً).

٢ - عند مقارنة نسبة تعاطي الويسكي بكل من نسبة تعاطي البيرة والنبيد يتبين لنا

- أن أعلى نسبة للتعاطي للكحوليات (ولو لمرة واحدة) تتمثل في البيرة، ثم الويسكي ثم النبيذ.

ويرجح أن عدم ارتفاع نسبة تعاطي المدخنين للنبيذ إلى نفس نسبة تعاطي الويسكي قد يفسرها عدم الشيوع في المجتمعات العربية، أو أن التعود على البيرة- الكحولية- يؤهل صاحبه إلى تعاطي المواد الأكثر تركيزاً مثل الويسكي

د - تعاطي العرقي (ولو لمرة واحدة):

وفي محاولة لتقدير نسبة تعاطي أفراد عينة البحث للعرقي ولو لمرة واحدة، أمكن الحصول على الجدول رقم (٥١) التالي:

الجدول رقم (٥١)

نسب تعاطي العرقي (ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	نسبة التعاطي العينة
٣,٠	٢٠,٣	العينة الإجمالية
٥,٠	٢١,٠	عينة الأردن
٨,٦	٣,٠	عينة الإمارات
٣,٢	٣٣,٤	عينة السودان

ومنه يتبين ارتفاع نسبة تعاطي العرقي لدى المدخنين، وإن كانت هذه النسبة تختلف من بلد إلى آخر وفقاً لدرجة شيوع العرقي به (والمعروف أن العرقي من المشروبات الكحولية مرتفعة التركيز)

هـ - تعاطي أي مسكرات أخرى (ولو لمرة واحدة):

ونظراً لوجود مسكرات أخرى (غير ما سبق) في المحيط الاجتماعي والثقافي لكل بلد على حدة فقد تم الحصول على نسب ممن تعاطوا أي مسكرات أخرى، من أفراد عينة البحث من المدخنين وغير المدخنين، ويكشف الجدول رقم (٥٢) التالي عما يأتي:

الجدول رقم (٥٢)

نسب تعاطي المسكرات الأخرى لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين %	المدخنون %	نسبة التعاطي العينة
٢,٤	١٣,٧	العينة الإجمالية
٤,٠	٢١,٠	عينة الأردن
,٩	٣,٠	عينة الإمارات
٢,١	١٦,٨	عينة السودان

رغم تفاوت نسب التعاطي للمسكرات الأخرى من عينة فرعية لأخرى (حيث تراوحت لدى المدخنين بين (٣٪) لدى عينة الإمارات و(٢١٪) لدى عينة الأردن). إلا أن الفرق شديد الوضوح بين نسب التعاطي لهذه المسكرات الأخرى في اتجاه الارتفاع الشديد لدى المدخنين

٦ - الاستمرار (أو التوقف) عن تعاطي المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين.

لم يتميز المدخنون عن غير المدخنين في النسبة المئوية للاستمرار (أو التوقف) عن تعاطي المسكرات، إذ بلغت هذه النسبة للاستمرار في العينات الفرعية الثلاث حوالي الثلث (٣٣٪). في حين بلغت نسبة التوقف حوالي الثلثين (٦٧٪) سواء في ذلك لدى المدخنين أو غير المدخنين. أما الانتظام في التعاطي لدى المستمرين عليه فقد كانت نسبته كما هو موضح بالجدول التالي رقم (٥٣)

الجدول رقم (٥٣)

يوضح نسبة الانتظام أو عدم الانتظام لمن استمر في تعاطي المسكرات من المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين		المدخنون		الانتظام العينات
غير منتظم ٪	منتظم ٪	غير منتظم ٪	منتظم ٪	
٩٥	٥	٧٨	٢٢	العينة الإجمالية
٩٢	٨	٨٢	١٨	عينة الأردن
٩٨	٢	٧٥	٢٥	عينة الإمارات
٩٥	٥	٧٧	٢٣	عينة السودان

ونستطيع من هذا الجدول أن نستخلص ارتفاع نسبة الانتظام في التعاطي لدى المدخنين بدرجة شديدة الدلالة بالمقارنة بغير المدخنين (قارن الظاهرة نفسها بما يتصل بكل من الأدوية والمخدرات) الجدول رقم (٣١، ٤٢)

٧ - أهم أسباب التوقف عن تعاطي المسكرات.

تمثلت أهم أسباب التوقف بعد التعاطي ولو لمرة واحدة في كل من

أ - الأضرار الجسمية والنفسية:

حيث أقر حوالي (٥٠٪) من كل المدخنين وغير المدخنين أن أهم أسباب توقفهم عن تعاطي المسكرات تمثلت في الأضرار الجسمية والنفسية

ب - الأسباب الدينية:

ذكر (١٥٪) من المدخنين و (٣٠٪) من غير المدخنين توقفهم عن التعاطي لأسباب دينية

ج - الأسباب الأخرى:

مثل الخوف من الأهل أو من العدوان أو محاذير اجتماعية جاءت هذه الأسباب بنسب ضئيلة لدى كل من المدخنين أو غير المدخنين

٨ - ظروف بدء تعاطي المسكرات.

أ - ظروف بدء تعاطي البيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٥٤) التالي أن نستخلص ما يأتي

الجدول رقم (٥٤)

ظروف بدء تعاطي البيرة لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين							المدخنون							العينة
نسبة اجتماعة	صحية الأصدقاء	اتباع حالات معينة	مواجهة حالة نفسية	آلام ومناعب جسمية	وجودها بالبنزل	نسبة الأقران	نسبة اجتماعة	صحية الأصدقاء	اتباع حالات معينة	مواجهة حالة نفسية	آلام ومناعب جسمية	وجودها بالبنزل	نسبة الأقران	
٤١	٣٧	٣	٢	٤	٢	٢	٤١	٣٧	٣	٢	٤	٢	٢	عينة الأردن
٣٥	٥٠	٤	-	٤	٧	٤	٣٥	٥٠	٤	-	٤	٧	٤	عينة الإمارات
٤١	٢٢	٢٢	٤	٤	٤	٤	٤١	٢٢	٢٢	٤	٤	٤	٤	عينة السودان

أ - إن أهم ظروف تعاطي البيرة لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين من العينات الثلاث يتمثل في (صحة الأصدقاء).

ب - إن ظروف بدء التعاطي للبيرة لدى غير المتعاطين تتمثل في المناسبة الاجتماعية. ولا توجد فروق واضحة في الظروف الأخرى التي تظهر بشكل شبه عابر غالباً.

ب - ظروف بدء تعاطي النبيذ:

نستطيع من الجدول رقم (٥٥) التالي أن نستخلص ما يأتي:

الجدول رقم (٥٥)

ظروف بدء تعاطي النبيد لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين			المدخنون			ظروف بدء التعاطي العينة
دوافع معينة (حسب الظهور) %	صحة أصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	دوافع معينة (حسب الظهور) %	صحة أصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	
٣	١٨	٥٨	--	٤٨	٤٤	عينة الأردن
٣	--	٦٧	--	٣٣	٣٣	عينة الإمارات
٦	--	--	١٠	٢٠	٥٠	عينة السودان

- أ - إن أهم ظروف بدء تعاطي النبيد بالنسبة للمدخنين بالمقارنة بغير المدخنين في العينات الثلاث يتمثل في صحة الأصدقاء أيضاً.
- ب - إن أهم ظروف تعاطي غير المدخنين للنبيد يتمثل في المناسبة الاجتماعية وهي الصورة نفسها التي ظهرت بالنسبة لظروف بدء تعاطي البيرة
- ج - ظروف بدء تعاطي الويسكي.

نستطيع من الجدول رقم (٥٦) التالي أن نلاحظ :

الجدول رقم (٥٦)

ظروف بدء تعاطي الويسكي

غير المدخنين				المدخنون				ظروف بدء التعاطي العينة
وجوده بالمنزل %	إشباع دوافع معينة %	في صحة أصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	وجوده بالمنزل %	إشباع دوافع معينة %	في صحة أصدقاء %	مناسبة اجتماعية %	
--	٧	٢٣	٥٢	--	--	٤٦	٤٩	عينة الأردن
--	--	١٧	٦٦	--	--	٥٠	٣٠	عينة الإمارات
١٧	١٣	--	٢٠	٦	١٣	١٣	٥٦	عينة السودان

تكرار الظاهرة نفسها التي تتمثل في

أ - ارتفاع نسبة بدء تعاطي الويسكي في (صحبة الأصدقاء) لدى المدخنين .
ب - ارتفاع نسبة بدء تعاطي الويسكي في مناسبة اجتماعية لدى غير المدخنين

ج - وجود نسبة تعاطي للويسكي (ولو لمرة واحدة) لدى غير المدخنين لمجرد وجوده بالمنزل في عينة فرعية واحدة

د - ظروف تعاطي العرقي .

نستطيع من الجدول رقم (٥٧) التالي أن نلاحظ ظهور الطابع الأساس لبدء تعاطي المسكرات الذي يتمثل في كل من .

الجدول رقم (٥٧)

ظروف البدء بتعاطي العرقي لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين			المدخنون			ظروف بدء التعاطي العينة
وجوده بالمنزل	صحبة أصدقاء	مناسبة اجتماعية	وجوده بالمنزل	صحبة أصدقاء	مناسبة اجتماعية	
%	%	%	%	%	%	
--	٣	٥٠	--	٦٠	٣٩	عينة الأردن
--	٢١	٨٠	--	--	--	عينة الإمارات
٤	٢٤	٤٤	٤	٢٩	٤٧	عينة السودان

أ - زيادة نسبة البدء في صحبة أصدقاء لدى المدخنين .

ب - زيادة نسبة البدء في مناسبة اجتماعية لدى غير المدخنين

ج - وجود نسبة صغيرة للتعاطي لدى المدخنين وغير المدخنين لمجرد توفر المسكر

ومعنى هذا أن التدخين يمثل سياقاً نفسياً اجتماعياً خاصاً، ييسر فيه تأثير أصدقاء السوء من التلاميذ عملية البدء بتعاطي المسكرات أياً كان نوعها ومستوى تركيز الكحول فيها كما أن المناسبات الاجتماعية التي يتم فيها تعاطي المسكرات (أياً كان نوعها) هي التي تمثل السياق الذي يبدأ فيه غير المدخنين في تعاطي هذه المسكرات، كذلك فإن وجود توفر المسكرات بالمنزل ييسر عملية البدء في التعاطي سواء لدى المدخنين أو غير المدخنين.

ج- مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الحالة النفسية والعصبية لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية من المدخنين وغير المدخنين.

إن معظم بحوث تكوين الآراء والاتجاهات والسلوك، تنظر إلى هذه الآراء والاتجاهات وأنماط السلوك المترتب عليها، كمتغيرات تابعة لعدد من المتغيرات المستقلة المهمة، أهمها (Mc Guire, W., 1969, 1985)

١- مصدر التخاطب (Source of Communication)

٢- خصائص الرسالة (Message).

٣- خصال المتلقي (Receiver).

٤- وسيلة التوصيل (Channel)

وتتمثل أهم العمليات التي تساعد على تكوين اتجاه نحو تفضيل أو عدم تفضيل بعض الموضوعات في كل من عمليات.

١- تركيز الانتباه نحو هذا الموضوع

٢- فهم حقيقي أو مشوه لبعض أبعاده وخصائصه

٣- تأييده أو التعاطف معه

٤- تذكر خصائصه والاحتفاظ بها في الذاكرة.

٥- العمل وفقاً لهذا الاتجاه أو ترجمته إلى أفعال (تتمثل في الإقبال على أو النفور من) موضوعات الاتجاه

وإذا كانت هناك محاولات عديدة لحصر أهم صفات «صور التخاطب» الفعال، الذي يمثل متغيراً مستقلاً يساعد على تكوين وتغيير الاتجاهات، فإن صفات «مصدر المعلومات» والخبرات وما يترتب عليها من آثار تختلف كما أوضحت ذلك كل من الدراسات التجريبية والميدانية من فئة عمرية أو ثقافية اجتماعية إلى أخرى (Hovland, C., 1959)

وإذا كانت صفات «مصدر المعلومات» تؤثر في تشكيل الاتجاهات فإن فعالية هذه الصفات تختلف من سياق لآخر فمثلاً:

١ - القابلية للتصديق (Credibility):

التي يتمثل أهم عناصرها في كل من الاعتقاد في خبرة وكفاءة المصدر وكذلك في الثقة في نزاهة المصدر تكون هذه القابلية للتصديق أكثر فعالية عند تكوين اتجاهات أو آراء، لا ترتبط بموضوعات لتحيزات سابقة

٢ - الجاذبية:

وهي من صفات المصدر الذي يقسم بنوع من التشابه مع المتلقي مألوف منه ومفضل لديه. وهذه الصفة للمصدر تكون أكثر فعالية في تكوين الآراء والاتجاهات التي تتم بشكل تلقائي واختياري، على أساس أن العمليات الأساسية لتكوين الاتجاه هنا (كتركيز الانتباه، والفهم، والتأييد) إنما تتم بطريقة انتقائية، تساعد وتدعمها خصال الجاذبية في المصدر

٣ - خصال القوة أو السلطة في المصدر:

وهي تتمثل في السيطرة على الوسائل والغايات والمكافآت والعقوبات المادية والمعنوية، كما أنها ترتبط بكفاءة تكوين الآراء والاتجاهات حول موضوعات معينة، عندما تستخدم بمهارة وبمقادير محسوبة بدقة في موضوعات ترتبط بتحيزات سابقة (Mc Guire, W., 1969, 1985)

وقد أوضحت عدة دراسات سابقة أجريت في مصر منذ عام ١٩٧٨م و ١٩٨٦م على عينات من جمهور تلاميذ المدارس الثانوية بمدينة القاهرة ارتباطاً بزيادة نسبة التعرض للخبرة بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية (سواء بالسمع أو الرؤية المباشرة أو التعاطي الفعلي) بمصادر معينة، حيث زادت نسبة الأصدقاء والزملاء كمصادر لمعلومات المتعاطين .

كذلك أوضحت دراسات أجنبية ومصرية سابقة اختلاف مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى كل من المدخنين وغير المدخنين (السيد، عبدالحليم محمود، ١٩٩١م).

وقد خصصت الفقرة الحالية لمصادر المعلومات لدى المدخنين وغير المدخنين من المواد المؤثرة في الحالة النفسية، نظراً لأهمية هذه المصادر للمعلومات في توجيه اعتقادات سلوك الأفراد، وبالتالي إنجاح أي برنامج وقائي، بمقدار تربيته لهذه المصادر للمعلومات .

وقد تمثلت نتائج هذا الإجراء في كل من :

١ - مصادر السماع عن المواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى المدخنين وغير المدخنين .

نظراً لأن السماع غالباً يتم بشكل انتقائي، أي أن الشخص يميل إلى سماع ما يجذبه وعندئذ تتأثر آراؤه وتصرفاته واتجاهاته غالباً بهذا الذي مال إلى سماعه . لهذا فإن تحديد مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الأعصاب، وخصوصاً مصادر السماع، يمكن أن يساعد في تحديد جهات التأثير في المعلومات وبالتالي محاولة النفاذ من خلالها في برنامج يراد به الوقاية أو العلاج من مشكلة المخدرات خصوصاً بالنسبة للشباب في مراحل التعليم المتابعة ومرحلة التعليم الثانوي بوجه خاص

أ- مصادر السماع عن الأدوية:

سبق أن لاحظنا (من الجدول رقم ٢٣) ارتفاع نسبة السماع عن الأدوية لدى المدخنين بالمقارنة بعدد المدخنين، مما يدفع إلى محاولة إلقاء الضوء على المصادر التي يسمع من خلالها الطلاب عن هذه الأدوية التي تستخدم في غير الاستعمال الطبي. ونستطيع من خلال الجدول رقم (٥٨) أن نستنتج ما يأتي:

الجدول رقم (٥٨)

مصادر السماع عن الأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين			المدخنون			مصادر السماع			
إذاعة وتلفزيون	كتب ومجلات	أقارب	إذاعة وتلفزيون	كتب ومجلات	أقارب	العينة			
%	%	%	%	%	%				
٣٩	١٩	٢٤	٤٤٢	١٧	١٩	٥,٤	٢,٩	١١١	العينة الإجمالية
٤٤	١٩	١٨	٤٠	٢٥	٢٠	٤	٣	٨	عينة الأردن
٤٣	٢٣	١٧٥	٥٠	١٦	١٢	٤	٢	١٧	عينة الإمارات
٣٢	١٦	٣٣	٤١	١٣	٢٥	٨	٥	٨	عينة السودان

- ١- ترتفع نسبة الأصدقاء لدى المدخنين كمصدر للسماع عن الأدوية.
- ٢- في حين ترتفع نسبة الكتب والمجلات مع الأقارب لدى غير المدخنين.
- ٣- تكاد نسبة السماع عن الأدوية من الإذاعة والتلفزيون أن تتساوى لدى كل من المدخنين وغير المدخنين.

ب - مصادر السماع عن المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين.

نستطيع من الجدول رقم (٥٩) التالي ، أن نستخلص ما يأتي .

الجدول رقم (٥٩)

مصادر السماع عن المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين						المدخنون						مصادر السماع العينة
صدقااء	رررر	رررر	كككك وممجلات	إذاعة وتلفزيون	رررر	صدقااء	رررر	رررر	كككك وممجلات	إذاعة وتلفزيون	رررر	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
٤٣	٢٩	١٨	١٩	٣٢	٤٧	٤٩٨	٢٣٨	١٢٥	١٩	٣٢	٨٨	العينة الإجمالية
٤١	٤٠	١٥	٢	=	٢	٤٥	٣٨	١٢	=	=	٥	عينة الأردن
٤٩	٢٦	١٨	٩	٦	٥	٥٧	١٨	١٤	=	٧	١٠	عينة الإمارات
٣٨	٢٢	٢٢	٣	٨	٧	٤٧	١٤	١٢	٦	٩	١٢	عينة السودان

١ - أن نسبة الأصدقاء كمصدر للسماع عن المخدرات أعلى لدى المدخنين ،

بدرجة دالة بالمقارنة بغير المدخنين .

٢ - أن نسبة السماع أو الاطلاع على معلومات عن المخدرات من خلال

الإذاعة والتلفزيون أو الكتب والمجلات (أي وسائل الاعلام) أعلى

بوجه عام لدى غير المدخنين .

ج - مصادر السماع عن المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين.

ونستطيع من الجدول رقم (٦٠) التالي أن نلاحظ ما يلي

الجدول رقم (٦٠)

مصادر السماع عن المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين						المدخنون						مصادر السماع العينة
أرى	إذاعة وتلفزيون	كتب ومجلات	قنوات	أقارب	أصدقاء	أرى	إذاعة وتلفزيون	كتب ومجلات	قنوات	أقارب	أصدقاء	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
٤٥	٢١	١١	٩	٥	٥	٤٧	١١	٧	١١	٦	١٢	العينة الإجمالية
٤٤	٤٣	٩	٢	٠,٣	٢	٤٥	٣٨	٥	-	-	١٢	عينة الأردن
٥٢	٢٦	١٢	٤	٢	٥	٥٦	١٣	٩	٤	٥	١٣	عينة الإمارات
٣٨	١٤	١٣	١٥	١٢	٨	٤٦	٩	٧	١٩	٦	١٢	عينة السودان

- ١ - أن نسبة الأصدقاء كمصدر للمعلومات عن المسكرات أعلى بشكل واضح على مستوى العينة الإجمالية والعينات الفرعية (الأردن، الإمارات، والسودان) لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين.
- ٢ - أن نسبة السماع أو الاطلاع من خلال الإعلام سواء كانت كتباً أو مجلات أو إذاعة أو تلفزيوناً أعلى لدى غير المدخنين
- ٣ - أن المصادر الأخرى مثل الجيران والأقارب تكاد تتساوى لدى المدخنين وغير المدخنين

٢ - مصادر الرؤية المباشرة:

أ - مصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين.

نستطيع من الجدول رقم (٦١) التالي أن نستخلص بوضوح:

الجدول رقم (٦١)

مصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين				المدخنون				مصادر الرؤية
أصدقاء وزملاء	↑	↓	أ	أصدقاء وزملاء	↑	↓	أ	
%	%	%	%	%	%	%	%	
١٨,٨	٤١,٩	١٠,١	٢٩,٢	١٩,٩	٢٦,٢	١٢,٦	٤٧,٢	العينة الإجمالية
١٥,٠	٥٤,٠	٩,٠	٢٢,٠	٢٢,٠	٢٤,٠	١٠,٠	٤٤,٠	عينة الأردن
١٦,٠	٥١,٠	١٠,٠	٢٣,٠	١٢,٠	٢٥,٠	١٨,٠	٤٥,٠	عينة الإمارات
١٧,٠	٤٥,٠	١,٠	٢٧,٠	١٨,٠	٤٣,٠	١٨,٠	٢١,٠	عينة السودان

- ١- أن الأصدقاء يمثلون أهم مصدر للرؤية (لأنهم يحصلون على أعلى نسبة كمصدر لرؤية الأدوية) لدى المدخنين سواء على مستوى العينة الإجمالية أو على مستوى كل العينات الفرعية .
- ٢- أن مصدر الرؤية المباشرة للأدوية يغلب أن يتمثل في الأقارب لدى غير المدخنين حيث أن نسبة الأقارب كمصدر للرؤية المباشرة للأدوية أعلى بكثير لدى غير المدخنين منها لدى المدخنين .
- ٣- تكاد تتساوى نسبة الجيران كمصدر للرؤية المباشرة للأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين .

ب - مصادر الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

نستطيع من الجدول رقم (٦٢) التالي أن نستخلص:

الجدول رقم (٦٢)

مصادر الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين				المدخنون				مصادر الرؤية
أصدقاء وزملاء	أهل	قريب	أهل	أصدقاء وزملاء	أهل	قريب	أهل	
%	%	%	%	%	%	%	%	
٢٨	٢٤	١٤	٣٤	٤٦	١٠	١٤	٣٠	العينة الإجمالية
٣٠	١٢	١٢	٤٦	٧١	-	١٢	١٧	عينة الأردن
٤٥	٤	٩	٤٢	٦٢	٢	١	٢٩	عينة الإمارات
٢٤	٣١	١٥	٤٠	٣٥	١٦	١٧	٣٢	عينة السودان

١- أن الأصدقاء يمثلون أهم مصدر لحصولهم على أعلى نسبة كمصدر للرؤية المباشرة للمخدرات على مستوى العينة الإجمالية وعلى مستوى العينات الفرعية وهذه النتيجة تتفق مع دراسات سابقة في البلاد العربية مثل (السيد وآخرون ١٩٩١م).

٢- أن الجيران يمثلون أعلى نسبة كمصدر للرؤية المباشرة للمخدرات لدى غير المدخنين.

٣- أن نسبة الأقارب كمصدر للرؤية المباشرة تكاد تتساوى لدى المدخنين وغير المدخنين وهذه النتيجة عكس مصادر الرؤية المباشرة للأدوية إن كان الأقارب هم مصدر غير المدخنين. أما الجيران فتساوى نسبهم لدى المدخنين وغير المدخنين، وربما كان هذا لأن الأدوية توجد داخل الأسرة للعلاج مما يساعد على استخدامها أما المخدرات فهي لا تلقى تحبيذاً - غالباً - من داخل الأسرة.

جـ - مصادر الرؤية المباشرة للمسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين

نستطيع من الجدول رقم (٦٣) التالي أن نستخلص

الجدول رقم (٦٣)

مصادر الرؤية المباشرة للمسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين				المدخنون				مصادر الرؤية
أصدقاء وزملاء	أقارب	أهل	أصدقاء وزملاء	أقارب	أهل	أصدقاء وزملاء		
%	%	%	%	%	%	%		
١٧	٢٣	١٥	٣٨	١٤	٣٥	٣٤	العينة الإجمالية	
١٤	٢٢	١١	٤٦	١٧	٢٧	٤٤	عينة الأردن	
١٨	٢٥	١٣	٤٤	١١	٤١	٣٢	عينة الإمارات	
١٦	٢٢	١٤	٤٨	١٢	٤٢	٢٦	عينة السودان	

- ١- الأصدقاء يحصلون على أعلى نسبة كمصدر للرؤية المباشرة للمسكرات لدى المدخنين في العينات الثلاث .
- ٢- الجيران يحصلون على أعلى نسبة كمصدر لرؤية المسكرات لدى غير المدخنين في العينات الثلاث .
- ٣- تكاد المصادر الأخرى أن تتساوى بين المدخنين وغير المدخنين في العينات الثلاث .

٣- مصادر الحصول على المواد المؤثرة في الحالة النفسية:

أ- مصادر الحصول على الأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين.

نستطيع من الجدول رقم (٦٤) التالي أن نلاحظ أن أهم مصادر الحصول على الأدوية تتمثل في كل س:

الجدول رقم (٦٤)

مصادر الحصول على الأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين

مصادر الحصول على الأدوية لدى المدخنين		مصادر الحصول على الأدوية لدى غير المدخنين		مصادر الحصول على الأدوية لدى المدخنين		مصادر الحصول على الأدوية لدى غير المدخنين		مصادر الحصول على الأدوية لدى المدخنين وغير المدخنين
١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	%
٢٤	٢٥	٢٧	١٦	٥٩	٢١	٨	٨	العينة الإجمالية
٢٦	١٦	٤٠	١٤	٥٩	٢٦	٤	٧	عينة الأردن
٣٤	٢٠	١٧	٢٠	٦٨	١٤	٩	٥	عينة الإمارات
١٩	٤٠	١٩	١٥	٥٠	٢١	١٢,٥	١٢,٥	عينة السودان

١- الصديق أو الزميل ، هو أهم مصدر للحصول على الأدوية .

٢- الأقارب (وكذا الوالد والوالدة) هم غالباً مصادر الحصول على الأدوية بالنسبة لغير المدخنين وكانهم يحصلون عليها بمجرد توفرها بالمنزل .

ب- مصادر الحصول على المخدرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

رغم ضآلة أعداد من تعاطوا مخدرات داخل كل من مجموعة المدخنين وغير المدخنين إذ تراوحت هذه الأعداد بين شخصين وثمانية أشخاص في

كل مجموعة إلا أن الطابع الأغلب على مصادر الحصول على المخدرات هو الأصدقاء والزملاء لدى كل من المدخنين وغير المدخنين وإن كانت النسبة تصل إلى (٨٠٪) لدى المدخنين و (٦٦٪) لدى غير المدخنين .

ج- مصادر الحصول على المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين.

ورغم ضآلة أعداد من تعاطوا فعلاً مواد مسكرة، فإن معظم مصادر الحصول على المواد لدى المدخنين تتمثل في الأصدقاء والزملاء (بنسب تتراوح بين (٦٦٪ و ٧٥٪) في حين أن هذه النسبة لدى غير المدخنين تقل إلى (٣٥٪) أو (٤٠٪)

أما الأقارب الذين يتعاطون المسكرات أمام التلاميذ فتزيد نسبتهم لدى غير المدخنين كمصدر للحصول على المواد المسكرة بنسب تتراوح بين (٣٣٪) و (٣٦٪) في حين أن هذه النسب لدى المدخنين تقترب من (١٩٪)

ومعنى هذا أننا إزاء مصادر مختلفة للمعلومات وللخبرات بالمواد المسكرة (مثلها مثل باقي المواد المؤثرة في الحالة النفسية) لدى كل من المدخنين وغير المدخنين . وهذا يوجب حسن استثمار معرفتنا لهذه المصادر للمعلومات، عند مخاطبة كل من المدخنين وغير المدخنين، في أي محاولة تبذل في جهود الوقاية من المواد المؤثرة في الأعصاب، وإلّا ضاعت الجهود المبذولة عبثاً لأنها ستوجه لمن لا يلتفت إليها

٤ - العمر عند بدء تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية:

أ - العمر عند بدء تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (من تعاطى ولو لمرة واحدة) لدى المدخنين وغير المدخنين:

سوف نعرض فيما يلي إلى العمر عند بدء تعاطي كل نوع من الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية .

١ - العمر عند بدء تعاطي الأدوية المهدئة:

يوضح الجدول رقم (٦٥) التالي توزيع أعمار المتعاطين لهذه الأدوية (ولو لمرة واحدة) على أساس أن التعاطي (ولو لمرة واحدة) لهذه المواد يكشف عن كسر لحواجز المنع ويعرض الشخص لمواصلة التعاطي، وسوف نرى فيما يلي نسبة من استمر أو توقف عن تعاطي الأدوية ممن تعاطاها ولو لمرة واحدة)

الجدول رقم (٦٥)

نسب توزيع أعمار التلاميذ المدخنين وغير المدخنين عن بدء تعاطي الأدوية المهدئة ولو لمرة واحدة

غير المدخنين			المدخنون			العمر العينة
١٦-١٤ %	١٢- %	أقل من ١٢ %	١٦-١٤ %	١٢- %	أقل من ١٢ %	
٤٨,٨	٤٢,٤	٨,٨	٧٤	٢١	٥	العينة الإجمالية
٣٥,٠	٥٨,٠	٧,٠	٧٩	١٤	٧	عينة الأردن
٥٢,٠	٤٤,٠	٤,٠	٦٥	٣٠	٥	عينة الإمارات
٧١,٠	١١,٠	١٨,٠	١٠٠	-	-	عينة السودان

ويلاحظ من الجدول السابق ما يأتي :

- ١- تراوح المدى العمري لبدء تعاطي الأدوية المهدئة لدى كل من المدخنين وغير المدخنين بين أقل من ١٢ و ١٦ عاماً في كل العينات الفرعية
- ٢- ترتفع نسبة البدء في تعاطي الأدوية المهدئة في كل العينات داخل فئة العمر من ١٤ إلى أقل من ١٦ لدى المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين .
- ٣- ترتفع نسبة بدء غير المدخنين في تعاطي الأدوية المهدئة داخل فئة العمر من ١٢ إلى أقل من ١٤ سنة

٤ - ويلاحظ اختفاء فئتي العمر من ١٦ إلى ١٨ وس ١٨ فأكثر في هذه الدراسة، مقارنة بالدراسة المصرية لعينة تلاميذ المدارس الثانوية بالقاهرة الكبرى، التي كانت فيها فئة العمر (من ١١ إلى أقل من ١٨ سنة) تحتوي على أعلى نسبة للبدء في تعاطي الأدوية المهدئة (السيد وآخرون، ١٩٩١م، ص. ١١٠)

٢ - العمر عند بدء تعاطي الأدوية المنومة:

يوضح الجدول رقم (٦٦) التالي، أعمار التلاميذ المدخنين وغير المدخنين عند بداية تعاطي الأدوية المنومة، ولو لمرة واحدة.

الجدول رقم (٦٦)

نسب توزيع أعمار التلاميذ المدخنين وغير المدخنين عند بدء تعاطي الأدوية المنومة (ولو لمرة واحدة)

غير المدخنين			المدخنون			العمر العينة
أقل من ١٦ %	١٢ - ١٤ %	أقل من ١٢ %	أقل من ١٦ %	١٢ - ١٤ %	أقل من ١٢ %	
٦٥	٣١	٤	٨٠,٤	١٣,٧	٥,٩	العينة الإجمالية
٥٧	٣٩	٤	٨٨,٠	١٢,٠	-	عينة الأردن
٧١	٢٩	-	٦٢,٠	٣٨,٠	-	عينة الإمارات
٦٨	٢٨	٤	٨٠,٠	٨,٠	١٢,٠	عينة السودان

ويلاحظ من هذا الجدول أن النمط العام لتوزيع النسب المئوية للعمر عند بدء تعاطي الأدوية المنومة لدى المدخنين وغير المدخنين يكاد يتطابق مع النمط العام لتوزيع النسب المئوية للعمر عند بدء تعاطي الأدوية المهدئة الذي سبق شرحه، في حين أن نمط التوزيع لعينة الإمارات يختلف إذ ترتفع نسبة تعاطي الأدوية المنومة لدى غير المدخنين من فئة العمر الأخيرة (١٤ إلى أقل من ١٦).

٣- العمر عند بدء تعاطي الأدوية المنشطة:

يوضح الجدول رقم (٦٧) التالي، توزيع أعمار عينات البحث من المدخنين وغير المدخنين عند البدء في تعاطي الأدوية المنشطة للمرة الأولى.

الجدول رقم (٦٧)

نسب توزيع أعمار التلاميذ المدخنين وغير المدخنين عند بدء تعاطي
الأدوية المنشطة

غير المدخنين				المدخنون				العمر السن
أقل من ١٢	١٢-١٤	١٦-١٨	أقل من ١٢	١٢-١٤	١٦-١٨	أقل من ١٢		
%	%	%	%	%	%	%	%	
--	٧٣,٧	٢٦,٣	--	--	٧٤,١	٨,٥	٧,٤	العينة الإجمالية
--	٦٥,٠	٣٥,٠	--	--	٩٢,٠	٨,٠	--	عينة الأردن
--	٧٧,٠	٢٣,٠	--	--	٤٣,٠	٤٣,٠	١٤,٠	عينة الإمارات
--	١٠٠	--	--	٧٢	١٤,٠	١٤,٠	--	عينة السودان

ويلاحظ من هذا الجدول ظهور نمط جديد لتوزيع الأعمار عند البدء في تعاطي الأدوية المنشطة، مما يبدو تميز كل عينة من العينات بنمط فريد في نسب توزيع الأعمار عند البدء في تعاطي الأدوية المنشطة

فتلاميذ الأردن المدخنون، تقع أعلى نسبة من أعمارهم (٩٢%) عند البدء في تعاطي الأدوية المنشطة في فئة العمر التي تتراوح بين ١٤ وأقل من ١٦ سنة. في حين تلاميذ الإمارات ترتفع لديهم نسبة البدء في التعاطي لهذه الأدوية في عمر أقل من ١٢ إلى أقل من ١٤

أما تلاميذ السودان المدخنون، فإن نسبة مرتفعة منهم (٧٢%) بدأت

في تعاطي الأدوية المنشطة في سرحلة متأخرة نسبياً (من ١٦ إلى أقل من ١٨ عاماً)، وربما يكشف هذا عن فروق ثقافية في درجات التعرض للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية

ب - العمر عند البدء في تعاطي المخدرات.

ويوضح الجدول رقم (٦٨) التالي، توزيع العمر عند البدء في تعاطي المدخنين وغير المدخنين للمخدرات الطبيعية مثل الحشيش والأفيون.

الجدول رقم (٦٨)

النسبة المئوية لتوزيع العمر عند بدء تعاطي المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش والأفيون) لدى المدخنين وغير المدخنين

غير المدخنين					المدخنون					العمر السن
أقل من ١٢	١٢ - ١٤	١٤ - ١٦	١٦ - ١٨	أكثر من ١٨	أقل من ١٢	١٢ - ١٤	١٤ - ١٦	١٦ - ١٨	أكثر من ١٨	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
--	٥٠	٥٠	--	--	--	--	١٠٠	--	--	عينة الأردن
٣٧٥	١٢٥	١٢٥	١٢,٥	١٢,٥	١١	٤٤	٣٤	--	١١	عينة الإمارات
٣٥٠	٢٥	٢٤	١٠٠,٠	١٢,٠	٢٣	٧٤	٣	--	--	عينة السودان

ويتبين من هذا الجدول ما يأتي :

١ - العمر عند بدء تعاطي المخدرات أكثر تبكيراً لدى المدخنين، لذا فإن نسبة التعاطي أعلى في فئة المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين في فئة العمر من ١٤ إلى أقل من ١٦ بالأردن والإمارات. وأن فئة العمر من ١٦ إلى ١٨ سنة بالسودان والإمارات - مع ملاحظة ضالة أعداد المتعاطين أصلاً من غير المدخنين.

ج- العمر عند البدء في تعاطي المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين:

يوضح الجدول رقم (٦٩) التالي النسب المئوية لتوزيع أعمار عينات البحث الفرعية (والعينة الإجمالية) عند بدء تعاطي المسكرات لدى المدخنين وغير المدخنين ، ونستطيع أن نستخلص منه ما يأتي

الجدول رقم (٦٩)

النسبة المئوية لتوزيع أعمار التلاميذ في عينات البحث
عند بدء تعاطي المسكرات

غير المدخنين			المدخنون			العمر العينة
أقل من ١٢ %	١٢ - %	أقل من ١٢ %	أقل من ١٢ %	١٢ - %	أقل من ١٢ %	
٤٨	٣٨	٤	٧٧	٢٠	٣	العينة الإجمالية
٣٨	٥٠	١٢	٧٨	٢٢	--	عينة الأردن
٦١	٢٦	١٣	٨١	١٦	٣	عينة الإمارات
٥٤	٢٧	١٩	٧٤,٦	٢٠,٣	٥,١	عينة السودان

١- نسبة بدء غير المدخنين (في عمر مبكر أقل من ١٢ سنة) في تعاطي المسكرات ، أعلى بدرجة دالة بالمقارنة بالمدخنين وهي تصل إلى أربعة أضعاف النسبة لدى المدخنين

٢- كذلك فإن نسبة غير المدخنين الذين تعاطوا مسكرات في عمر يتراوح بين ١٢ وقبل ١٤ سنة أعلى بدرجة دالة وهي تصل إلى حوالي الضعف بالمقارنة بالمدخنين .

٣- معظم المدخنين (٧٥٪ فأكثر) يبدأون في تعاطي المسكرات في فئة العمر الممتد من ١٤ وحتى قبل ١٦ سنة . في حين أن نسبة أقل من غير المدخنين هي التي تبدأ متأخرة نسبياً (في الفئة نفسها من العمر من ١٤ وحتى ١٦ سنة) .

ومعنى هذا إننا إزاء نوعين من جمهور الطلاب .

١ - جمهور المدخنين مبكراً ممن يتأخر بدء تعاطيهم للمسكرات .

٢ - جمهور المتعاطين للمسكرات مبكراً، من غير المدخنين

وهذا يعني أننا نحتاج لمزيد من الدراسة والتعمق في ظروف ودوافع الإقبال المبكر على كل من تدخين السجائر وشرب المواد المسكرة .

٥ - نية الإقدام على تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية، لدى المدخنين وغير المدخنين الذين لم يسبق لهم التعاطي .

في محاولة للكشف عن درجة استعداد كل من المدخنين وغير المدخنين الذين لم يتعاطوا المواد المؤثرة في الحالة النفسية وخصوصاً الأدوية (المهدئة والمنومة والمنشطة) والمخدرات والمسكرات للإقدام على تعاطي هذه المواد، في حالة توفرها أمامهم أو تقديمها لهم

أمكن الحصول على استجابات أفراد عينات البحث عن السؤال التالي :

هل تقدم على التعاطي إذا أتاحت لك الفرصة؟

ويوضح الجدول رقم (٧٠) التالي نسبة من أجاب بالإيجاب، أي بنية التعاطي إذا أتاحت الفرصة من المدخنين وغير المدخنين . ونستطيع من فحص هذا الجدول أن نستخلص ما يأتي .

الجدول رقم (٧٠)

نسبة الإقرار بنية الإقدام على تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى المدخنين وغير المدخنين من غير المتعاطين لها

غير المدخنين			المدخنون			بنية التعاطي العينة
المسكرات %	المخدرات %	الأدوية %	المسكرات %	المخدرات %	الأدوية %	
٠,٦	٠,٦	٣,٥	٣,٧	٥	١٠	العينة الإجمالية
١,٥	٠,٧	٣,٠	٤,٠	٦	١١	عينة الأردن
٠,٩	٠,٥	٣,٠	٤,٠	٥	١٠,٥	عينة الإمارات
٠,٨	٠,٥	٤,٠	٣,٠	٤	٧,٥	عينة السودان

إن نسبة الإقرار بنية الإقدام على تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية (مثلة في كل من الأدوية والمخدرات والمسكرات) لدى المدخنين، أعلى بدرجة كبيرة منها لدى غير المدخنين، ممن لم يسبق لهم تعاطي هذه المواد، مما يشير إلى وجود استعداد لبدء تعاطي هذه المواد لدى المدخنين بدرجة أعلى بالمقارنة بغير المدخنين.

رابعاً خاتمة الفصل الثاني.

برزت من خلال هذا الفصل عدة نتائج على جانب كبير من الأهمية العلمية والتطبيقية أهمها:

- ١- الأضرار الجسمية والنفسية البالغة للتدخين
 - ٢ وجود نمط ثقافي مشترك بين تلاميذ البلاد العربية تمثل في وجود درجة كبيرة من التشابه في ظروف بدء التدخين، أو الامتناع عنه والمتغيرات الشخصية والاجتماعية المرتبطة بتدخين السجائر، وبالعلاقة المدخنين بالخبرة بالمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية سماعاً ورؤية وتعاطياً
 - ٣ اشتراك العينات الثلاث، في تبكير سن بدء التدخين من عمر (١٢) حتى ١٤ عاماً وتزايد نسبة التدخين مع تتابع سنوات الدراسة من الفرقة الأولى حتى الثالثة)
 - ٤- ارتباط بعض المتغيرات الشخصية بانخفاض نسبة تدخين السجائر والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية مثل: التحمس لمواصلة الدراسة والتدين
 - ٥- ارتباط بعد المتغيرات الاجتماعية مثل ارتفاع قيمة المصروف اليوسي أو الشهري، ووجود نماذج من المحيطين، (من الأصدقاء والأقارب) من المدمنين والمتعاطين للمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية.
 - ٦- التصاحب الشديد من التدخين وتعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية (سواء في ذلك الأدوية أو المخدرات أو المسكرات)
 - ٧ مصادر المعلومات عن المواد المخدرة والمؤثرة في الحالة النفسية يختلف لدى المدخنين عنها لدى غير المدخنين، فهي لدى المدخنين تتمثل أساساً في الوالدين وفي الكتب والمجلات ووسائل الإعلام.
- وهذا يوحي بفشل وسائل الإعلام التقليدية في مخاطبة الجمهور المعرض لتعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية، مما ينبغي أن يوضع في

الحسبان عند محاولة مخاطبة هذا الجمهور في برامج الوقاية من التدخين ومن المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية .

٨ وجود سياق نفسي اجتماعي محبذ للتدخين ولتعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية مما يشمل في كل من :

أ - أصدقاء السوء

ب - نماذج من الأقارب والمحيطين المتعاطين .

ج - تبني اعتقاد خاطئ يقلل من أضرار هذه المواد ، بل ويشجع وجود فائدة لتعاطيها

٩ - ظروف البدء في التدخين وتعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية تتمثل غالباً في صحبة الأصدقاء (أصدقاء السوء) .

١٠ - تتمثل ظروف التوقف عن التعاطي غالباً في كل من .

أ - تجنب الأضرار الجسمية والنفسية .

ب - أسباب دينية .

ونستطيع من خلال ما أبرزته نتائج الدراسة الحالية ، التوصية بتأزر الجهود المبذولة في جميع البلاد العربية ، من أجل دعم سياسات الوقاية من تدخين السجائر ، ومن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية

ونأمل أن تزداد كفاءة السياسات الوقائية ، بعد الاسترشاد بما ستبرزه الفصول القادمة المتصلة بظروف انتشار المعلومات والخبرات بالمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية ولا سيما الأدوية والمخدرات والمسكرات

الفصل الثالث

درجة انتشار تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية وبعض المتغيرات المتصلة بهذا التعاطي لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً تعريفات أساسية .

ثانياً نتائج الدراسة الميدانية

ثالثاً خاتمة الفصل الثالث

الفصل الثالث

درجة انتشار تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية وبعض المتغيرات المتصلة بهذا التعاطي لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً تعريفات أساسية:

١ - الأدوية والعقاقير المؤثرة في الحالة النفسية:

يطلق في الإنجليزية اسم Drug على كل من العقاقير والأدوية ذات التأثير في الحالة النفسية والعصبية(*) أما في العربية، فقد استخدم الأطباء العرب لفظين: الأول عقاقير Drugs (ومفردها عقار على وزن عطار) للإشارة إلى المواد الطبيعية التي تمثل أصول الأدوية، والثاني الأدوية التي تتمثل في عقاقير مصنعة أو مواد مركبة أو مخلقة كيميائياً تستعمل لإزالة الآلام، والأمراض أو تخفيفها أو محاولة الإبقاء على صحة الجسم أو التأثير في الحالة النفسية (السيد، عبدالحليم محمود، ١٩٧٩م، ص: ٢٩).

ومع أن عدداً كبيراً من المواد يمكن أن يؤثر في الحالة النفسية ويؤدي إلى تغيير في المزاج مثل كل من الكحول والنيكوتين والكافيين والجلوكوز (لدى مرضى السكر) والمواد المتطايرة (مثل الأيروسول) والمنظفات الصناعية (كالبترول والأسيتون) يمكن أن تؤثر في الحالة النفسية

(*) يطلق البعض عليها اسم العقاقير أو الأدوية النفسية، وهذه التسمية غير دقيقة لأن صفة نفسية أعم بكثير من مجرد الآثار التي تحدثها الأدوية أو المخدر على الحالة النفسية.

إلا أن الحد الفاصل الذي يميز كون المادة مخدرة أو مؤثرة في الحالة النفسية يكمن في نية الشخص عند استخدام هذه المادة، أي أن التعمد أو قصد الاستخدام العمدي أو القهري يستخدم كمحك للحكم على كون المادة مخدرة أو مؤثرة في الأعصاب من عدمه

فالمادة (سواء كانت طبيعية أو مخلقة فارماكولوجياً) تعد مخدرة أو مؤثرة في الحالة النفسية والعصبية إذا قصد باستخدامها تغيير حالة (أو عملية) نفسية أو فسيولوجية أو بيوكيميائية والتغيير المقصود، قد يهدف إلى إحداث تغييرات طبية أو سلوكية أو حالات إدراكية، وقد يقصد به أهداف أخرى علاجية أو غير طبية

ويفضل بعض الباحثين إطلاق اسم مخدر أو مادة مؤثرة في الحالة النفسية على كل مادة من خصائصها إحداث تغيير في المزاج (Mood) بصفة أولية أو ثانوية (Cox et al., 1983, pp. 3 - 4) وسنركز فيما يلي على تعريف الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية :

٢ - أنواع الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

تنتمي هذه الأدوية إلى نوعين أساسيين

النوع الأول. يتمثل في مهبطات الجهاز العصبي المركزي Cns depressants .

أما النوع الثاني: فيتمثل في منبهات أو منشطات Cns stimulants الجهاز العصبي المركزي

ومع أن كلا من النوعين من الأدوية له استخدامات طبية معينة، بشرط أن يتم تعاطيها تحت إشراف طبي دقيق، لأن الإفراط في تعاطيها لمدة طويلة يؤدي إلى نوع من الإدمان أو الاعتماد عليها، وحدوث نوع من التحمل

أي رغبة قهرية لدى الشخص لزيادة الجرعة لإحداث الأثر نفسه

ورغم وجود بعض المشكلات في وصف هذه الأدوية بدون التحذير من أثارها الضارة ودون إشراف يمنع من سوء الاستخدام إلا أن أكثر المشكلات ينجم عن سوء استخدام هذه الأدوية الناتج عن رغبة بعض الأفراد في تغيير حالتهم المزاجية ، ومثل هذا الاستخدام غير الطبي لهذه الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية له أضرار نفسية وجسمية بالغة ، ويترتب عليه أنواع من المشكلات النفسية والاجتماعية تصيب أصحابها ومن حولهم أيضاً وفيما يلي تعريف بكل نوع من هذين النوعين .

النوع الأول. مهبطات الجهاز العصبي المركزي:

وتنقسم أدوية هذا النوع إلى فئتين :

الفئة الأولى: هي فئة المسكنات (Sedatines) والمنومات (Hypnotics).

وتضم هذه الفئة مجموعة من الأدوية ، مختلفة من حيث التركيب الكيميائي ، إلا أنها تتفق في إحداث خفض في وظائف الجهاز العصبي المركزي ، ونعني هنا كل الأقراص (*) المسكنة والمنومة .

ويترتب على تعاطي هذه الأدوية المسكنة والمنومة خفض في تأثير الجهاز العصبي المركزي بدرجات تبدأ بالتسكّر أو التهدئة البسيطة ، إلى الاسترخاء ، إلى التخدير فالإغماء فالموت من آثار توقف التنفس ، كما يترتب على تكرار تعاطيها نوع من التحمل ، أي الشعور بالحاجة إلى تعاطي جرعة أكبر للحصول على الأثر نفسه .

(*) رغم أن كلاً من الكحول وبعض المواد المتطايرة تدخل ضمن هذه الفئة من حيث التأثير (انظر الفصل الخامس).

ويترتب على تعاطي هذه الأدوية بجرعات كبيرة - تحدث التخدير هبوط في نشاط مراكز المخ المسئولة عن التنفس والدورة الدموية، وقد تصدر عن الشخص حركات عضلية غير قابلة للتنبؤ كما قد يصدر عنه سلوك غريب أو عدواني . وبعض هذه الأدوية له مفعول سريع والآخر متوسط أو بطيء (Coxs, et al., 1983, pp. 43 - 44)

الفئة الثانية: هي فئة المهدئات الصغرى Minor Tranquilizers : وهي أدوية يصفها الأطباء عادة للتحكم في حالات التوتر أو القلق أو الشد الانفعالي وتسميتها بالمهدئات الصغرى، تعد تسمية مضللة، لأن آثارها الفارماكولوجية تختلف كيفاً، وليس كمأ، عن آثار المهدئات الكبرى Major Tranquilizers التي تستخدم في علاج الأمراض الذهانية (العقلية) كما أن هذه المهدئات الصغرى ليس لها فعالية في تعديل أو تحسين الأمراض الذهانية، بغض النظر عن الجرعات التي يتم تعاطيها

والآثار التي تحدثها المهدئات الصغرى على الجهاز العصبي تشبه آثار الأدوية المسكنة والنومة، لهذا فإن بعض الباحثين يرى إمكان النظر إليها على أنها تمثل إحدى الفئات المستقلة للأدوية المسكنة والنومة، لأن الفرق بين كل منها كمأ وليس كيفاً

ومع أن المهدئات الصغرى أقل إحداثاً لاضطرابات التنفس والاضطرابات الحشوية (من المسكنات والمنومات) إلا أن تكرار استخدامها بجرعات متزايدة وحدها أو مع مسكنات (أو منومات أو كحوليات) أو كبديل لها، بهدف إحداث نوع من النشوة، يترتب عليه نوع من الاعتماد . وللأسف لا يلتفت بعض الأطباء العموميين إلى خطورة هذه المهدئات الصغرى، فيصفها لمرضاه لتخفيف القلق والتوتر والأرق لفترات طويلة،

أو يستمر المريض دون استشارة طبية، في تعاطيها مما يحدث نوعاً من الاعتماد النفسي والجسمي عليها

كما أن إتاحة الحصول عليها من الصيدليات أو غيرها دون وصفة طبية يجعلها سهلة التناول لمن يرغب في تغيير مزاجه أو محاولة استكشاف آثارها، مما يعرض الكثير من الشباب لمخاطر الاعتماد عليها (Cox, et al., 1983, pp. 76 - 81)

النوع الثاني: يتمثل في المنبهات أو المنشطات للجهاز العصبي المركزي:

ويشتمل هذا النوع على عدد كبير من المواد المختلفة التي لا يجمعها إلا أنها تحدث نوعاً من التنبه يتمثل في زيادة النشاط العصبي المركزي ومع أن بعض هذه المواد أو الأدوية يستخدم لأغراض طبية مثل (الأمينوفيلين) الذي يستخدمه مرضى الحساسية الربوية نظراً لأنه يساعد على توسيع الشعب الدموية وتسهيل عملية التنفس، إلا أنه يزيد من معدل ضربات القلب، ويؤدي في بعض الحالات إلى العجز عن النوم.

ورغم أن الأثر التنبهية (أو التنشيطية) لم يكن هو المرغوب عند استخدام هذه الأدوية في الوصفات الطبية، إلا أن مستخدمي المخدرات الراغبين في تغيير حالتهم المزاجية أو التحكم فيها، يلجأون إلى استخدام هذه الأدوية المنشطة التي يترتب على استخدامها مشكلات صحية شديدة الخطورة، خصوصاً أنها تؤدي إلى نوع من الاعتماد عليها وتحدث نوعاً من التحمل أي الرغبة الملحة في زيادة الجرعة للحصول على الأثر نفسه، وتكف الرغبة في تناول الطعام ويعجز المعتمد عليها عن النوم، ومع تزايد الرغبة الملحة في مضاعفة الجرعات، يزداد الاستعداد لتعاطي مواد أكثر خطورة

مثل الكوكايين والأمفيتامينات (Cox, et al., 1983, p. 129)

ثانياً نتائج الدراسة الميدانية:

نعرض فيما يلي لأهم نتائج تطبيق أداة البحث على العينات الثلاث من كل من الأردن، والإمارات والسودان

١ - نسبة انتشار تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية وظروف البدء في تعاطيها أو التوقف عنها:

أ - نسبة التعاطي للأدوية:

ورغم ما قد يبدو من ضآلة النسبة العددية لتلاميذ المدارس الثانوية الذين تعاطوا فعلاً ولو لمرة واحدة، في حياتهم الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (المهدئة أو المنومة أو المنشطة) كما تبدو من الجدول رقم (٧١) التالي، حيث تتراوح نسبة التعاطي بين (٣، ٢٪ و ٤، ٦٪) إلا أن هذه النسبة لا تدعو للاطمئنان لأنها تقبل الزيادة من خلال التحول من دواء إلى آخر أكثر تأثيراً، ثم إلى مخدرات أقوى تأثيراً.

الجدول رقم (٧١)

عدد ونسبة المتعاطين لكل نوع من الأدوية بعينات البحث الفرعية
والعينة الاجمالية

منشطة		منومة		مهدئة		نوع الأدوية العينة
عدد	%	عدد	%	عدد	%	
٩٢	٣,٢	١٣٩	٤,٧	١٢٤	٤,٢	الإجمالية ن = ٢٩٥٩
٣٤	٤,٠	٤١	٤,٨	٥٥	٦,٤	الأردن ن = ٩٦٧
٤٦	٤,٦	٢٣	٢,٣	٤٧	٤,٧	الإمارات ن = ٩٩٧
١٢	١,٣	٧٥	٧,٨	٢٢	٢,٣	السودان ن = ٩٩٥

كما أن ثمة نسبة تتراوح بين ربع العينة وثلثها تستمر في تعاطي الأدوية، مما يشير إلى تزايد الاعتماد على الأدوية، كما هو موضح بالجدول رقم (٧٢) التالي الذي يوضح نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي الأدوية بعد التعاطي للمرة الأولى (على الأقل).

الجدول رقم (٧٢)

نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي الأدوية

توقف	استمرار	الاستمرار أو التوقف العينة
%	%	
٧١,٥	٢٨,٥	العينة الإجمالية
٦٤,٢	٣٥,٨	عينة الأردن
٦٣,١	٣٦,٩	عينة الإمارات
٧٧,٢	٢٢,٨	عينة السودان

ب - ظروف بدء التعاطي غير الطبي للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

١ - ظروف بدء تعاطي الأدوية المهدئة:

تمثلت أهم مناسبة لبدء تعاطي الأدوية المهدئة بدون أمر طبيب كما هو موضح بالجدول رقم (٧٣) التالي في كل من

أ - أساليب ضرورية لمواجهة المشكلات في الإحساس بالألم أو متاعب جسمية لدى نسب تتراوح بين (٣٠٪ و ٤٦٪) من حالات التعاطي للأدوية ، ثم محاولة مواجهة حالة نفسية أو عاطفية
ب - مجرد التأثر بصحبة أصدقاء أو وجود مناسبة اجتماعية

الجدول رقم (٧٣)

أول مناسبة لتعاطي الأدوية المهدئة

النسبة	المناسبة الاجتماعية	صحبة أصدقاء أو زملاء	انتهاء الذاكرة	إشباع دوافع معينة	مواجهة حالة نفسية أو عاطفية	الإحساس بالألم أو متاعب جسمية	مواجهة مشكلات شخصية أو عائلية	التمسك والإرهاق	آخرى
العينة	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪
العينة الإجمالية	٩,١	١٢,٧	٨,٢	٢,٧	١٢,٧	٣٦,٤	٣,٦	١٠,١	٥,٤
عينة الأردن	٢,١	٨,٣	١٢,٥	٢,١	١٤,٦	٤٥,٨	٦,٣	١,٣	٢,٠
عينة الإمارات	١٤,١	٢١,٩	٤,٩	--	٢,٤	٣٠,٣	٢,٤	١٤,٦	٩,٣
عينة السودان	١١,٠	٧,٩	٧,٠	٦,٠	٢٠,٥	٣٤,١	٢,١	٩,٤	٢,٠

٢- ظروف بدء تعاطي الأدوية المنومة:

نستطيع من الجدول رقم (٧٤) التالي ، أن ندرك تشابه دوافع وظروف بدء تعاطي الأدوية المنومة (في العينات الثلاث) مع دوافع وظروف بدء تعاطي الأدوية المهدئة والتي تتمثل في :

- أ أساليب غير توافقية لمواجهة آلام جسدية أو حالة نفسية .
ب- مجاراة الأصدقاء أو مناسبة اجتماعية .

الجدول رقم (٧٤)

أول مناسبة لتعاطي الأدوية المنومة

العينة	المناسبة	مناسبة اجتماعية %	صحبة أصدقاء %	المذاكرة أو الامتحان %	إشباع دوافع معينة %	مواجهة حالة نفسية %	الإحساس بالآم أو متاعب جسدية %	مشكلات شخصية أو عائلية %	النوم والإرهاق %	كان ينام بها عند الصغر %	آخرى %
العينة الإجمالية	٩,٣	٢٢,٧	٨,٥	٤,٩	١٤,١	٣١,٧	٢,١	١٢,٧	١,٤	٥,٠	
عينة الأردن	٧,٣	١٤,٦	٩,٨	٧,٣	٧,٣	٢٦,٨	٢,٤	١٧,١	٢,٤	٤,٩	
عينة الإمارات	١٤,٨	٢٢,٢	١١,١	--	٧,٤	٢٢,٢	١,	١٤,٠	٠	٧,٤	
عينة السودان	١,٨	٣٠,٦	٤,١	٧,٤	٢٧,٦	٢٩,٦	٢,٩	١,	١,٨	١٢,٩	

٣- ظروف بدء تعاطي الأدوية المنشطة:

تختلف دوافع تعاطي الأدوية المنشطة إلى حد ما عن دوافع تعاطي كل من الأدوية المهدئة والمنومة لأول مرة . ونستطيع أن نلاحظ ذلك من الجدول رقم (٧٥) التالي :

أ - انخفاض نسب تعاطي الأدوية المنشطة للتخلص من الإحساس بالآلام جسمية .

ب - ارتفاع نسب التعاطي لمواجهة مشكلات نفسية .

ج - ارتفاع نسب التعاطي أثناء المذاكرة ظناً في فائدة هذه الأدوية في عمل المذاكرة ودون التنبه لأضرارها البالغة

د - ارتفاع نسبة التعاطي في مناسبة اجتماعية وفي صحبة الأصدقاء .

الجدول رقم (٧٥)

أول مناسبة لتعاطي الأدوية المنشطة

المناسبة	مناسبة اجتماعية %	صحبة الأصدقاء والزملاء %	أثناء المذاكرة أو الامتحان %	إشباع دوافع معينة %	لمواجهة حالة نفسية %	الإحساس بالآلام جسمية %	التمسب أو الإرقاق %	أيام الأعياد %	بلون مناسبة %	أخرى %
العينة الإجمالية	١٣,١	١٤,٨	١١,٥	٤,٩	٦,٦	٢٤,٦	٤,٩	١,٦	١,٦	١٦,٤
عينة الأردن	١٠,٠	١,٧	٢٠,٠	١,٧	٣,٣	٢٦,٧	٣,٣	٣,٣	٣,٣	١٦,٧
عينة الإمارات	١٥,٨	٢١,١	٥,٣	٠	٥,٣	٢١,١	٥,٣	٠	٠	٢٦,٣
عينة السودان	٢٣,٥	١٦,٦	٩,٢	٨,٠	١١,٢	٢٦,٠	٦,١	١,٥	١,٥	٦,٢

أما أهم أسباب التوقف عن تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية المهذئة أو المنومة أو المنشطة كما يوضح الجدول رقم (٧٦) ، يأتي على رأسها:

- الشعور بأنها ضارة جسدياً ونفسياً

- انتهاء أسباب التعاطي (سواء كانت جسمية أو نفسية).

الجدول رقم (٧٦)

أهم أسباب التوقف عن تعاطي الأدوية

أسباب التوقف	العينة
ضارة جسمياً ونفسياً	٤٤,٨
أسباب دينية	٣,٨
أسباب مالية	١,١
خوف من الأهل	١,٦
تجنب محاذير اجتماعية	١,١
الخوف من إدمان	٢,٣
انتهاء أسباب التعاطي	٢٧,٠
بحث محاذير قانونية جسدياً ونفسياً	١,٥
غير مفيدة	٩,٢
أخرى	٣,٨

العينة الإجمالية	٤٤,٨	٣,٨	١,١	١,٦	١,١	٢,٣	٢٧,٠	١,٥	٩,٢	٣,٨
عينة الأردن	٤٢,٧	٥,٩	١,٥	١,٥	١,٥	١,٥	٢٥,٠	١,٥	٨,٨	١٠,١
عينة الإمارات	٥٣,٧	٢,٤	٢,٤	٠	٠	٠	٢١,٩	٠	١٢,٢	٧,٣
عينة السودان	٤٢,١	٢,٦	١,٣	٢,١	٢,٦	٤,٠	٣١,٦	٠	٧,٩	٥,٣

ورغبة في أن نكشف عن مختلف الظروف والمتغيرات التي من شأنها أن تسهم في جهود الوقاية من انتشار الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية، سوف نعرض فيما يلي بعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والشخصية التي قد تسهم في تيسير أو إعاقة تعاطي التلاميذ لهذه الأدوية.

٢ - بعض المتغيرات الاجتماعية وعلاقتها بالتعاطي غير الطبي للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

أ - موطن النشأة:

نستطيع أن نتبين من الجدول رقم (٧٧) التالي أن حوالي (٨١٪) من جمهور المتعاطين للأدوية في العينة الإجمالية ينتمون من حيث النشأة إلى المدن الكبرى، ونسبة أقل حوالي (١٠٪) تنتمي إلى مدن صغرى، ونسبة

أقل حوالي (٦, ٣٪) تنتمي إلى قرى ومراكز ويشمل الجدول على نسبة ضئيلة من تلاميذ المدارس الذين كانت تنشئتهم خارج بلادهم سواء كانت عربية أو أجنبية.

الجدول رقم (٧٧)

موطن النشأة ونسبة تعاطي الأدوية

دول أجنبية %	دول عربية خارج القطر %	مراكز وقرى %	مدن صغيرة %	مدن كبرى %	موطن النشأة العنصر:
١,٠	٤,٦	٣,٦	٩,٦	٨١,٢	الإجمالية ن = ٢٩٥٩
١,٩	١٠,٢	٠,٩	٤,٦	٨٢,٤	الأردن ن = ٩٦٧
--	١,٤	--	٩,٥	٨٩,٢	الإمارات ن = ٩٩٧
١,٠	١,٠	٩,٢	١٥,٣	٧٣,٥	السودان ن = ٩٩٥

ب - الديانة:

نظراً لأن الغالبية العظمى من السكان في عينة البحث مسلمة فقد أوضحت نتائج البحث أن نسبة مرتفعة جداً من المتعاطين يمثلون الديانة الغالبة في هذه البلاد وهو الإسلام، كما هو موضح بالجدول رقم (٧٨).

الجدول رقم (٧٨)

الديانة ونسبة تعاطي الأدوية (ولو لمرة واحدة)

مسيحي %	مسلم %	الديانة العينة
٢,٥	٩٧,٥	الإجمالية ن = ٢٩٥٩
٤,٦	٩٥,٤	الأردن ن = ٩٦٧
,	١٠٠,	الإمارات ن = ٩٩٧
٢,	٩٨,	السودان ن = ٩٩٥

ج- وجود الأب والأم على قيد الحياة:

تبين أن معظم التلاميذ المتعاطين ينتمون إلى أسر الأب منها والأم مازالوا على قيد الحياة وإن كانت نسبة تعاطي الأبناء للأدوية أعلى لدى التلاميذ في حالة وفاة الأب منها في حالة وفاة الأم (أنظر الجدولين رقم ٧٩ , ٨٠) (التاليين)

الجدول رقم (٧٩)

وجود الأب على قيد الحياة وتعاطي الأدوية

متوفى %	على قيد الحياة %	وجود الأب العينة
٨,٩	٩١,١	العينة الإجمالية
٨,٣	٩١,٧	عينة الأردن
٦,٦	٩٣,٤	عينة الإمارات
١١,٢	٨٨,٨	عينة السودان

الجدول رقم (٨٠)

وجود الأم على قيد الحياة وتعاطي الأدوية

متوفاة %	على قيد الحياة %	وجود الأم العينة
٣,٩	٩٦,١	العينة الإجمالية
٠,٩	٩٩,١	عينة الأردن
٤,٠	٩٦,٠	عينة الإمارات
٧,١	٩٢,٩	عينة السودان

د - مهنة الأب ونسبة توزيع التعاطي غير الطبي للأدوية:

رغم صعوبة المقارنة بين المهمل على مستوى البلاد العربية موضوع البحث إلا أنه أمكن تصنيف المهنة إلى أعلى وأوسط وأدنى، ويوضح الجدول رقم (٨١) التالي الذي يمثل توزيع المتعاطين للأدوية في عينات البحث وأن أعلى نسبة لتعاطي التلاميذ للأدوية تقع بين من ينتمون إلى آباء من مهمل متوسطة.

الجدول رقم (٨١)

مهنة الأب ونسبة تعاطي الأدوية (ولو لمرة واحدة)

مهنة الأب العينة	عليا %	متوسطة %	دنيا %	مستوى غير واضح %
العينة الإجمالية	٣,٠	٦٧,٧	٢٠,٨	٨,٥
عينة الأردن	٣,٧	٧٤,١	١٣,٠	٩,٣
عينة الإمارات	٠,٠	٦٤,٢	٢٢,٤	١٣,٤
عينة السودان	٠,٠	٦٧,١	٢٢,٨	٤,٣

هـ - تعليم الأب وتوزيع نسبة التعاطي غير الطبي للأدوية:

١ - تعليم الأب ونسبة تعاطي التلاميذ للأدوية المهدئة:

يتبين من الجدول رقم (٨٢) الذي يوضح توزيع نسب المتعاطين للأدوية بعينات البحث اختلاف نمط ارتباط الآباء بتعاطي التلاميذ للأدوية المهدئة من عينة لأخرى. حيث تتركز أعلى نسبة من التعاطي في أبناء الآباء من مستوى تعليم مرتفع (ثانوي فأكثر) بعينة الأردن، ومستوى تعليم ابتدائي بعينة الإمارات، أما عينة السودان فقد توزعت نسب تعاطي الأدوية فيها بين ثلاث نسب متساوية لتعليم الآباء (أمي، ابتدائي، ثانوي فأكثر)

الجدول رقم (٨٢)

تعليم الأب ونسبة تعاطي الأدوية المهدئة

العينة	تعليم الأب	أمي %	بقرأ ويكتب (ابتدائي) %	إعدادي %	ثانوي + جامعي %
عينة الأردن	٣٠,٧	٢٧,٨	١١,١	٥٧,٤	
عينة الإمارات	٢٠,٠	٦٦,٧	٦,٧	١,٧	
عينة السودان	٣١,٨	٣١,٨	٤,٦	٣١,٨	

٢ - تعليم الأب ونسبة تعاطي التلاميذ للأدوية المنومة:

يوضح الجدول رقم (٧٨) التالي توزيع تعاطي التلاميذ للأدوية المنومة وفقاً لمستوى تعليم الأب، وتشبه الصور العامة لنسب التعاطي في هذا الجدول، نسب التعاطي في الجدول السابق الخاص بتعاطي الأدوية المهدئة حيث أعلى نسبة لتعاطي الأدوية تظهر لدى أبناء الآباء من مستوى تعليم ثانوي فأكثر بعينة الأردن، وأبناء الآباء من مستوى تعليم ابتدائي، بعينة

الإمارات، في حين توزعت نسب التعاطي للأدوية المنومة بعينة السودان بين مستويين من تعليم الآباء ابتدائي و ثانوي فأكثر

الجدول رقم (٨٣)

تعليم الأب ونسبة تعاطي الأدوية المنومة

العينة	تعليم الأب	أمي %	يقراً ويكتب (ابتدائي) %	إعدادي %	ثانوي + جامعي %
عينة الأردن		١٢,٢	٢٢,	١٤,١	٥١,٢
عينة الإمارات		٢٢,٠	٤٢,٢	١٦,٣	٢٠,٢
عينة السودان		١٢,٥	٣٤,٧	٦,٩	٤٥,٨

٣ - تعليم الأب ونسبة تعاطي التلاميذ للأدوية المنشطة:

يوضح الجدول رقم (٨٤) التالي أن نسبة توزيع تعاطي التلاميذ للأدوية المنشطة تكاد أن تشابه لدى كل من عينة الإمارات والسودان حيث ثلثا المتعاطين للأدوية المنشطة ينتمون لآباء ذوي تعليم منخفض نسبياً (أمي يقرأ ويكتب حتى الابتدائي) في حين أن ثلثي المتعاطين من تلاميذ عينة الأردن ينتمون إلى آباء من مستوى تعليمي مرتفع، مما يشير إلى أن مستوى التعليم بمفرده لا يفسر الإقبال على التعاطي للأدوية وأنه يجب فحص عدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية الاقتصادية الأخرى التي يمكن أن تفسر إقبال التلاميذ على التعاطي غير الطبي للأدوية.

الجدول رقم (٨٤)

تعليم الأب ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة

العينة	تعليم الأب	أمي %	يقراً ويكتب (ابتدائي) %	إعدادي %	ثانوي + جامعي %
عينة الأردن		٥,٩	١٧,٧	٨,٨	٦٧,٧
عينة الإمارات		٢٣,٣	٣٣,٣	٨,٣	٢٥,٠
عينة السودان		١٨,٢	٤٥,٥	٩,١	٢٧,٣

و- تعليم الأم وتوزيع نسبة التعاطي غير الطبي للأدوية:

١ - تعليم الأم ونسبة تعاطي الأبناء للأدوية المهدئة:

يتبين لنا من الجدول رقم (٨٥) التالي وجود غمطين متميزين لتوزيع نسب تعليم الأم في علاقته بتعاطي الأبناء للأدوية المهدئة : الأول نلاحظه لدى كل من عيني الإمارات والسودان حيث تتركز نسب التعاطي الأعلى لدى أبناء الأمهات الأميَّات أو من مستوى تعليم أمي وابتدائي ، والثاني لدى تلاميذ عينة الأردن حيث ترتفع نسبة تعاطي الأدوية المهدئة لدى أبناء الأمهات من مستوى التعليم الابتدائي ثم مستوى التعليم الثانوي فأكثر

الجدول رقم (٨٥)

تعليم الأم ونسبة تعاطي الأدوية المهدئة

تعليم الأم	أمية %	نقرأ ونكتب (ابتدائي) %	إعدادي %	ثانوي + جامعي %	العينة
	١٧,٥	٣٨,٦	١٥,٨	٢٨,١	عينة الأردن
	٦٠,٩	٣٢,٦	٢,٢	٤,٣	عينة الإمارات
	٣٨,١	٣٣,٣	١٩,١	٩,٥	عينة السودان

٢ - تعليم الأم ونسبة تعاطي الأبناء للأدوية المنومة:

نلاحظ من الجدول رقم (٨٦) التالي اختلاف نمط توزيع نسب تعاطي الأدوية المنومة عن نسب تعاطي الأدوية المهدئة في علاقته بتعليم الأم ، حيث تكاد تتنوع النسبة لدى كل من عيني الأردن والسودان إلى ثلاثة أقسام متساوية وفقاً لمستويات التعليم الثلاثة (أدني وأوسط وأعلى) بينما تتركز النسبة الأعلى في عينة الإمارات في أبناء الأمهات الأسيات ومن تقرأ وتكتب .

الجدول رقم (٨٦)

تعليم الأم ونسبة تعاطي الأدوية المنومة

العينة	تعليم الأم	أمية %	تقرأ وتكتب (ابتدائي) %	إعدادي %	ثانوي + جامعي %
عينة الأردن	٣٠,٩	٢٨,٦	١٤,٣	٢٦,٢	
عينة الإمارات	٥٢,	٣٦,	٠,	١٢,٠	
عينة السودان	٣٣,٣	٣٣,٣	٢٥,٣	٩,٦	

٣ - تعليم الأم ونسبة تعاطي الأبناء للأدوية المنشطة:

نلاحظ من الجدول رقم (٨٧) التالي اختلاف نمط توزيع نسب التلاميذ ممن تعاطوا (ولو لمرة واحدة) الأدوية المنشطة بين كل من عينة الأردن من ناحية وعينتي السودان والإمارات من ناحية أخرى ، حيث ينتمي نصف عدد المتعاطين في العينتين السابقتين لأمهات أميات في حين أن ربع المتعاطين من عينة الأردن ينتمون لأمهات أميات والربع الآخر (لأمهات يقرأن ويكتبن) ونصف العينة لأمهات أكثر تعليماً من الابتدائي ، بينما تتميز عينة الإمارات بأن النصف الآخر من العينة ينتمي لأمهات تقرأ وتكتب ، في حين أن النصف الآخر لعينة السودان يتوزع بين مستوى تعليم الأم (تقرأ وتكتب والتعليم الإعدادي)

الجدول رقم (٨٧)

تعليم الأم ونسبة تعاطي الأدوية المنشطة

العينة	تعليم الأم	أمية %	تقرأ وتكتب (ابتدائي) %	إعدادي %	ثانوي + جامعي %
عينة الأردن	٢٥,٧	٢٥,٧	١٤,٣	٣٤,٣	
عينة الإمارات	٥٠,٠	٤٥,٨	٠٠,٠	٤,٢	
عينة السودان	٤٥,٤	٢٧,٣	٢٧,٣	٠٠,٠	

٣ - بعض المتغيرات الاقتصادية وعلاقتها بالتعاطي غير الطبي للأدوية
المؤثرة في الحالة النفسية:

أ - عدد حجرات المسكن:

نلاحظ من الجدول رقم (٨٨) التالي زيادة نسبة تعاطي الأدوية كلما ارتفع مستوى السكن ممثلاً في عدد الحجرات (في كل من عينتي الأردن والإمارات). وتساوي التوزيع لدى عينة السودان في المستويات الثلاثة من المسكن من حيث عدد الحجرات (الأدنى والأوسط والأعلى)

الجدول رقم (٨٨)

عدد حجرات المسكن ونسبة تعاطي الأدوية

العينة	عدد الحجرات	٣ فأقل (أدنى) %	٤ - ٥ (أوسط) %	٦ فأكثر (أعلى) %
العينة الإجمالية		٢٠,٩	٣٦,٤	٤٢,٦
عينة الأردن		٢٠,٨	٤٩,	٣,٢
عينة الإمارات		٢,٧	٢١,٦	٧٥,٧
عينة السودان		٣٥,	٣٤,١	٣٠,٩

وإذا كان عدد الحجرات لا يشير إلى مستوى الكثافة السكانية، فقد تم توزيع تعاطي الأدوية (المهدئة والمنومة والمنشطة) وفقاً للكثافة السكانية أي نسبة عدد الأفراد إلى عدد الحجرات بالمسكن وقد تم توزيع هذه النسب إلى:

- ملائمة (أكثر من حجرة للفرد الواحد).
- ومتوسطة (حجرة واحدة للفرد الواحد).
- وغير ملائمة (أكثر من فرد للحجرة الواحدة).

ب - الكثافة السكانية للأسرة ونسبة التعاطي غير الطبي للأدوية:

١ - نسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة والكثافة السكانية للأسرة:

ويلاحظ من الجدول رقم (٨٩) التالي وجود نمطين لتوزيع النسب:

النمط الأول: يسود عينتي الأردن والإمارات ويتمثل في ارتفاع نسب س تعاطي س التلاميذ للأدوية المهدئة، ولولمرة واحدة، في ظل كل من المستوى المتوسط والأدنى من حيث الكثافة السكانية.

والنمط الثاني يسود عينة السودان حيث تكاد تتوزع النسب بالتساوي بين المستوى الأول والمتوسط والأدنى

الجدول رقم (٨٩)

الكثافة السكانية ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة

الكثافة العينة	ملائمة (أعلى) %	متوسطة (أوسط) %	غير ملائمة (أدنى) %
العينة الإجمالية	١٠,٩	٥٥,٥	٣٣,٦
عينة الأردن	١٦,٧	٥٠,	٣٣,٣
عينة الإمارات	١٩,٩	٥٨,٩	٢١,٢
عينة السودان	٣٤,٤	٣٢/٣	٣٣,٦

٢ - نسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة والكثافة السكانية للأسرة:

نستطيع من الجدول رقم (٩٠) التالي استنتاج أن نمط توزيع نسب تعاطي التلاميذ للأدوية المنومة يكاد يتشابه مع نمط توزيع تعاطي الأدوية المهدئة (الذي سبق توضيحه) في علاقته بمستوى الكثافة السكانية، حيث أن معظم

نسب التعاطي تتركز في عيتي الأردن والإمارات في المستويين الأوسط والأدنى . أما نسب التعاطي بعينة السودان فتتوزع بين الأقسام الثلاثة لمستويات الكثافة السكانية (الأعلى والأوسط والأدنى)

الجدول رقم (٩٠)

الكثافة السكانية ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة

غير ملائمة (أدنى) %	متوسطة (أوسط) %	ملائمة (أعلى) %	الكثافة العينة
٣٩,٧	٤٦,٨	١٣,٥	العينة الإجمالية
١٥,٠	٦٧,٥	١٧,٥	عينة الأردن
٢١,٧	٦٠,٠	١٨,٣	عينة الإمارات
٣٢,٣	٣٠,٣	٣٧,٠	عينة السودان

٣- نسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة والكثافة السكانية للأسرة:

ونستطيع من الجدول رقم (٩١) التالي

الجدول رقم (٩١)

الكثافة السكانية ونسبة تعاطي الأدوية المنشطة

غير ملائمة (أدنى) %	متوسطة (أوسط) %	ملائمة (أعلى) %	الكثافة العينة
٢٥,٠	٦١,٨	١٣,٢	العينة الإجمالية
١٨,٢	٦٠,٦	٢١,٢	عينة الأردن
٢١,٤	٦٠,٥	١٨,١	عينة الإمارات
٣٤,٢	٣٣,٥	٣٢,٥	عينة السودان

أن نلاحظ نمط التوزيع نفسه الذي سبق أن ظهر في الجدول السابق، مما يشير إلى أن توزيع نسب تعاطي الأدوية المنشطة يتطابق مع نسب توزيع تعاطي كل من الأدوية المهدئة والمنومة في علاقته بالكثافة السكانية، الأمر الذي يشير إلى نمط عام لتوزيع الكثافة السكانية (في عينات البحث) في علاقته بنسب تعاطي الأدوية بوجه عام.

أما الظروف النفسية الاجتماعية التي تتحكم في توزيع نسب التعاطي في علاقته بالكثافة السكانية، فتحتاج إلى المزيد من الدراسة داخل إطار الثقافة الفرعية لكل مجتمع من المجتمعات التي سحبت منها العينات الثلاث لهذا البحث.

ج - الدخل الشهري للأسرة ونسبة توزيع تعاطي التلاميذ للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية بمختلف أنواعها:

نستطيع من الجدول رقم (٩٢) التالي أن نلاحظ ارتفاع نسب التعاطي غير الطبي للأدوية (المؤثرة في الحالة النفسية) لدى الأبناء الذين ينتمون إلى أسر مرتفعة الدخل الشهري (وخاصة لدى عينتي الأردن والإمارات) ووجود نسبة ليست قليلة (٣٣٪) بعينة الإمارات، و ٤١٪ بعينة الأردن و ٥١٪ بعينة السودان) ممن تعاطوا هذه الأدوية (ولو لمرة واحدة) من أبناء أسر من المستوى المتوسط للدخل

الجدول رقم (٩٢)

الدخل الشهري للأسرة ونسبة توزيع تعاطي الأدوية

العينات	الدخل	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية		٥٤,٦	٤٢,٦	٢,٨
عينة الأردن		٥٧,٠	٤١,١	١,٩
عينة الإمارات		٦٥,٣	٣٣,٤	١,٤
عينة السودان		٤٣,٩	٥١,٠	٥,١

د - المصروف الشهري للتلميذ ونسبة توزيع التعاطي غير الطبي للأدوية وفقاً لتأثيرها:

١ - الأدوية المهدئة والمصروف الشهري للتلميذ:

نستطيع من الجدول رقم (٩٣) التالي نلاحظ ما يأتي:

اختلاف نسب توزيع تعاطي الأدوية المهدئة في علاقاتها بالمصروف (من حيث كونه مرتفع أو متوسطاً أو منخفضاً) في تقدير التلاميذ من عينة لأخرى فأعلى نسبة لتوزيع تعاطي هذه الأدوية توجد لدى ذوي المصروف المتوسط بعينة الأردن، في حين أنها تتركز لدى المصروف المنخفض بعينة الإمارات، أما بعينة السودان فتتوزع النسب المرتفعة لتعاطي الأدوية المهدئة بين كل من ذوي المصروف المتوسط والمنخفض

الجدول رقم (٩٣)

المصروف الشهري للتلميذ ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة (ولو مرة واحدة)

منخفض %	متوسط %	مرتفع %	المصروف الشهري العينة
٣٩,٤	٣٧,٥	٢٣,١	العينة الإجمالية
٣١,٨	٤٠,٩	٢٧,٣	عينة الأردن
٤٨,٧	٣٣,٣	١٧,٩	عينة الإمارات
٤٠,٠	٤٠,٠	٢٠,٠	عينة السودان

٢ - الأدوية المنومة والمصروف الشهري للتلميذ:

نستطيع من الجدول رقم (٩٤) التالي أن نلاحظ ما يأتي

أ- في عينتي الأردن والإمارات تكاد تتساوى نسب توزيع تعاطي التلاميذ

للأدوية في كل من المستويات الثلاثة للمصروف (المرتفع والمتوسط والمنخفض)

ب- في عينة السودان تتركز النسب المرتفعة للتعاطي فقط في المستويين المتوسط والمنخفض.

الجدول رقم (٩٤)

المصروف الشهري للتلميذ ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة ولو مرة واحدة

منخفض %	متوسط %	مرتفع %	المصروف الشهري العينة
٣٧,٥	٣٩,١	٢٣,٤	العينة الإجمالية
٢٦,٧	٤٠,٠	٣٣,٣	عينة الأردن
٣٧,٥	٣٣,٣	٢٩,٢	عينة الإمارات
٤١,٩	٤٠,٥	١٧,١	عينة السودان

٣- الأدوية المنشطة والمصروف الشهري للتلاميذ:

نستطيع من الجدول رقم (٩٥) التالي أن نلاحظ وجود نمطين لتوزيع نسب التعاطي هي:

أ- عينة الأردن: حيث تتوزع نسبة تعاطي الأدوية المنشطة على كل من المستويات الثلاثة. المتوسط، المرتفع، والمنخفض.

ب- في عيني الإمارات والسودان: تتركز نسب تعاطي الأدوية المنشطة في كل من المصروف الأوسط والأدنى:

الجدول رقم (٩٥)

المصرف الشهرى للتلميذ ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة (ولو لمرة واحدة)

منخفض %	متوسط %	مرتفع %	المصرف الشهرى العينة
٣٤,٩	٤١,٣	٢٣,٨	العينة الإجمالية
٢٥,٨	٣٨,٧	٣٥,٥	عينة الأردن
٤٥,	٤٠,٠	١٥,	عينة الإمارات
٤١,٧	٥٠,٠	٨,٣	عينة السودان

٤ - بعض المتغيرات الشخصية وعلاقتها بنسبة التعاطي غير الطبي للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

أ- العمر عند بدء التعاطي للأدوية:

١ - العمر عند بدء تعاطي الأدوية المهدئة:

يتبين لنا من الجدول رقم (٩٦) التالي أن أعلى نسبة من المتعاطين (ولو لمرة واحدة) للأدوية المهدئة في العينات الفرعية الثلاث) بدأت هذا التعاطي عند عمر ١٤ سنة فأكثر مما يجعل هذا العمر يمثل النسبة الحرجة التي تحتاج إلى تحصين ضد بدء هذا التعاطي فيها أو بعدها بقليل .

الجدول رقم (٩٦)

العمر عند بدء التعاطي للأدوية المهدئة

العمر العينة	أقل من - ١٢ %	- ١٢ %	- ١٤ %	- ١٦ %	١٨ فأكثر %
العينة الإجمالية	١٤,٥	١٧,٥	٣١,٧	٢٥,٠	١٠,٨
عينة الأردن	١٤,٨	٢٠,٤	٤٤,٤	١٤,٨	٥,٦
عينة الإمارات	١٦,٣	١٨,١	٢٥,٦	٢٧,٩	١١,٦
عينة السودان	١٣,١	٨,٧	١٣,	٤٣,٤	٢١,٧

٢ - العمر عند بدء تعاطي الأدوية المنومة:

يتبين لنا من الجدول رقم (٩٧) التالي أيضاً أن عمر ١٤ سنة، و ١٦ سنة يمثلان المرحلة الحرجة التي يبدأ فيها معظم التلاميذ الذين تعاطوا (ولو لمرة واحدة) الأدوية المنومة.

الجدول رقم (٩٧)

العمر عند بدء التعاطي للأدوية المنومة

العمر العينة	أقل من - ١٢ %	- ١٢ %	- ١٤ %	- ١٦ %	١٨ فأكثر %
العينة الإجمالية	٩,٩	١١,١	٣٧,٢	٣٠,٥	١١,٣
عينة الأردن	٥,٠	١٧,٥	٤٧,٥	٢٧,٥	٥,٥
عينة الإمارات	٨,٠	١٦,٠	٢٨,٠	٤٠,٠	٨,٠
عينة السودان	١٣,٣	٦,٨	٣٣,٣	٢٩,٣	١٧,٣

٣- العمر عند بدء تعاطي الأدوية المشنطة:

يوضح الجدول رقم (٩٨) التالي، النمط نفسه من العمر لبدء التعاطي الذي سبق أن ظهر في الجدولين السابقين وهو أن مستوى العمر من ١٤ إلى ١٦ يمثل العمر الحرج للبدء، إلا أنه في هذه المرة يرتفع العمر الحرج إلى ١٨ سنة فأكثر لدى نسبة ليست قليلة (٢٠٪) من عينة الإمارات وحوالي ٤٢٪ من عينة السودان) وكان العمر الأعلى بهذه العينة الأخيرة يرتبط بنسبة أعلى لتعاطي الأدوية المشنطة.

الجدول رقم (٩٨)

العمر عند بدء تعاطي الأدوية المشنطة

العمر العينة	أقل من ١٢ ٪	١٢ - ٪	١٤ - ٪	١٦ - ٪	١٨ فأكثر ٪
العينة الإجمالية	٦,١	١٥,٢	٣٦,٤	٢٨,٨	١٣,٥
عينة الأردن	٠,٠	١٤,٧	٥٥,٩	٢٩,٤	٠,٠
عينة الإمارات	١٠,٠	٢٥,٠	٢٠,٠	٢٥,٠	٢٠,٠
عينة السودان	١٦,٦	٠,٠	٨,٣	٣٣,٣	٤١,٧

ب- مستوى التدخين كما يقدره الطلاب والتعاطي غير الطبي للأدوية:

١- مستوى التدخين وتعاطي الأدوية المهدئة:

نستطيع من الجدول التالي رقم (٩٩) ملاحظة انخفاض نسبة التعاطي لدى ذوي الدرجة المرتفعة من التدخين، وارتفاعها لدى ذوي الدرجة المتوسطة من التدخين وشدة ارتفاعها إذا تم ضم فئتي التدخين المتوسط والمنخفض حيث تتراوح نسبة التعاطي (ولو لمرة واحدة) في هاتين الفئتين مجتمعين بين حوالي (٧٣٪ و ٨٨٪)

الجدول رقم (٩٩)

مستوى التدين ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة

التدين العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	١٧,٥	٦٠,٠	٢٢,٥
عينة الأردن	١٠,٩	٥٨,٢	٣٠,٩
عينة الإمارات	٢٤,٢	٦٦,٣	٩,٥
عينة السودان	٢٧,٣	٥٤,٦	١٨,٢

٢ - مستوى التدين وتعاطي الأدوية المنومة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٠) التالي أن نلاحظ النمط نفسه الذي سبق ملاحظته في الجدول السابق حيث ارتفاع نسبة التعاطي غير الطبي للأدوية لدى ذوي مستوى التدين المتوسط وارتفاعها جداً وانخفاضها نسبياً لدى الفئتين (المرتفعة والمنخفضة من التدين)

الجدول رقم (١٠٠)

مستوى التدين ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة

التدين العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	١٤,١	٧٠,٤	١٥,٥
عينة الأردن	٧,١	٦٤,٣	٢٨,٦
عينة الإمارات	٢٥,٢	٦٤,٩	٩,٨
عينة السودان	١٨,٧	٧٦,٠	٥,٣

٣- مستوى التدخين وتعاطي الأدوية المنشطة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠١) التالي أن نلاحظ ارتفاع نسبة تعاطي الأدوية المنشطة في المستوى المتوسط من التدخين وانخفاضها نسبياً في المستويين الأعلى والأدنى من التدخين

الجدول رقم (١٠١)

مستوى التدخين ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة

التدخين العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	١٨,٦	٦٨,١	١٢,٨
عينة الأردن	١٧,١	٦٢,٩	٢٠,٠
عينة الإمارات	٢٤,٣	٦٥,٩	٩,٨
عينة السودان	٨,٣	٩١,٧	,

ج- مستوى التحمس للدراسة، ونسبة توزيع التعاطي غير الطبي للأدوية:

١- التحمس للدراسة، ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٢) التالي أن نلاحظ أمراً في غاية الخطورة، يتمثل في ارتفاع نسبة تعاطي الأدوية المهدئة (ولولمة واحدة) مع ارتفاع نسبة الحماس للدراسة حيث تتراوح هذه النسبة بين (٥٦٪ و ٧١٪) في العينات الثلاث، فإذا تم ضم فئتي الحماس الشديد والحماس المتوسط تراوحت نسب التعاطي في العينات الثلاث بين (٨٤٪ و ٩٥٪)، مما يشير إلى ارتفاع نسبة محاولة التحكم بالتهدئة لدى المتحمسين للدراسة.

الجدول رقم (١٠٢)

مستوى التحمس للدراسة ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة

التحمس العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٥٧,٤	٣٥,٦	٦,٩
عينة الأردن	٦٦,١	٢٨,٦	٥,٤
عينة الإمارات	٥٦,٢	٣٨,٢	٥,٦
عينة السودان	٧١,٤	٢٣,٨	٤,٨

٢ - التحمس للدراسة ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٣) التالي، ملاحظة ارتفاع نسبة تعاطي الأدوية المنومة كلما ارتفع مستوى التحمس للدراسة والارتفاع الشديد لنسبة التعاطي إذا تم ضم فئتي الحماس المرتفع والمتوسط مما يتطابق مع الصورة التي تم عرضها فيما يتصل بتعاطي الأدوية المهدئة والحماس للدراسة

الجدول رقم (١٠٣)

مستوى التحمس للدراسة ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة

التحمس العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٦٧,١	٢٩,٠	٣,٩
عينة الأردن	٤٨,٨	٤١,٩	٩,٣
عينة الإمارات	٥٥,٠	٣٨,٩	٦,١
عينة السودان	٦٧,٦	٢٩,٧	٢,٧

٣- التحمس للدراسة والتعاطي غير الطبي للأدوية المنشطة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٤) التالي أن نلاحظ النمط نفسه والعلاقة نفسها بين مستوى التحمس للدراسة ونسب تعاطي الأدوية المؤثرة في الأعصاب (سواء كانت مهدئة أو منومة) إذ ترتفع نسبة تعاطي الأدوية المنشطة مع ارتفاع نسبة الحماس للدراسة وترتفع النسبة جداً لدى فئتي الحماس المرتفع والمتوسط. وهذا يشير إلى نمط من العلاقة خطير يحتاج إلى التحذير منه، حيث يربط بين التحمس للدراسة وكل فئات تعاطي الأدوية المؤثرة في الأعصاب سواء كانت مهدئة أو منومة أو منشطة في العينات الثلاث موضوع الدراسة

الجدول رقم (١٠٤)

مستوى التحمس للدراسة ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة

العينة	التحمس	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٦٦,٧	٢٨,٨	٤,٥	
عينة الأردن	٥٧,١	٢٨,٦	١٤,٣	
عينة الإمارات	٥٦,١	٣٧,٥	٦,٤	
عينة السودان	٦٦,٧	٣٣,٣	,	

د- مستوى التحصيل الدراسي مقدراً بنسبة النجاح في الشهادة الإعدادية في علاقته بالتعاطي غير الطبي للأدوية:

١- التحصيل الدراسي ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٥) التالي استنتاج تغير كل عينة من العينات الثلاث بنمط فريد من العلاقة بين مستوى التحصيل الدراسي

وتوزيع نسب تعاطي الأدوية المهدئة، حيث تتركز أعلى نسبة من تعاطي الأدوية المهدئة في المستوى المرتفع من التحصيل الدراسي بعينة الأردن، وفي المستويين الأوسط ثم المنخفض بعينة السودان، بينما تكاد تتوزع نسبة تعاطي الأدوية المهدئة على المستويات الثلاثة المرتفع والمتوسط والمنخفض في عينة الإمارات.

الجدول رقم (١٠٥)

مستوى التحصيل الدراسي ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المهدئة

مستوى التحصيل العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٤١,٧	٢٩,٢	٢٩,١
عينة الأردن	٥٩,٣	٢٤,٧	١٦,٧
عينة الإمارات	٣٦,٦	٢٩,٤	٣٤,
عينة السودان	١٨,٢	٤٥,٤	٣٦,٤

٢ - التحصيل الدراسي ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٦) التالي استنتاج تشابه نمط تعاطي الأدوية المنومة مع نمط تعاطي الأدوية المهدئة السابق وصفه، وإن كانت توجد بعض الفروق تتمثل في ارتفاع نسبة التعاطي إلى حد ما في مستوى التعليم المتوسط بعينة الأردن، والتعليم المرتفع بعينة السودان.

الجدول رقم (١٠٦)

مستوى التحصيل الدراسي ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنومة

منخفض %	متوسط %	مرتفع %	مستوى التحصيل العينة
٢٩,٣	٣٨,١	٣٢,٦	العينة الإجمالية
١٢,٨	٣٠,٨	٥٦,٤	عينة الأردن
٣٦,٧	٢٧,٥	٣٥,٨	عينة الإمارات
٢٩,٧	٤٤,٦	٢٥,٧	عينة السودان

٣- التحصيل الدراسي ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة:

يكاد النمط السابق نفسه الذي ظهر في علاقة التحصيل الدراسي بكل من تعاطي الأدوية المهدئة والمنومة أن يتكرر فيما يتصل بتعاطي الأدوية المنشطة (وهذا ما يوضحه الجدول رقم ١٠٧) مع وجود بعض الملامح الجديدة التي تتمثل في زيادة نسبة تعاطي ذوي التحصيل المنخفض للأدوية المنشطة بعينة الأردن رغم الارتفاع الشديد لنسبة التعاطي لدى مرتفعي التحصيل بالعينة نفسها وكذلك يلاحظ ارتفاع ملحوظ في نسبة تعاطي هذه الأدوية المنشطة في المستوى المنخفض من التحصيل حوالي (٤٢٪) ويليه المستوى المرتفع فالمتوسط لدى عينة السودان ويستخلص مما سبق وجود ملامح مشتركة وأخرى نوعية في علاقة تعاطي الأدوية بمستوى التحصيل الدراسي في العينات الثلاث.

الجدول رقم (١٠٧)

مستوى التحصيل الدراسي ونسبة توزيع تعاطي الأدوية المنشطة

مستوى التحصيل العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٣٨,٤	٣١,٤	٣٠,٢
عينة الأردن	٥٠,٠	٢٦,٥	٢٣,٥
عينة الإمارات	٣٧,٤	٢٩,١	٣٣,٥
عينة السودان	٣٣,٣	٢٥,٠	٤١,٧

٥ - المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

أ - المعلومات والخبرات المتصلة بالأدوية:

١ - السماع عن الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها:

نستطيع من الجدول رقم (١٠٨) التالي أن نتبين الارتفاع الشديد في نسبة السماع عن الأدوية المهدئة والنومة والمنشطة الذي يتميز به المتعاطون للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين .

الجدول رقم (١٠٨)

نسبة السماع عن الأدوية المهدئة والمنومة والمنشطة لدى المتعاطين وغير المتعاطين

الأدوية المنشطة		الأدوية المنومة		الأدوية المهدئة		نسبة السماع العينية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٤٤,٤	٦٢,٤	٦٤,٤	٨١,٠	٥٥,١	٨٢,١	العينة الإجمالية
٣٠,	٥٤,٢	٥٠,٣	٧٠,٨	٥١,٢	٨٧,٧	عينة الأردن
٤٢,٤	٧٣,	٥٩,٧	٨٠,	٥٣,٦	٨٥,٥	عينة الإمارات
٥١,	٦٢,	٨١,٢	٩٢,٩	٦٠,	٧٣,٥	عينة السودان

٢- الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها:

يوضح الجدول رقم (١٠٩) ارتفاع نسبة الرؤية المباشرة للأدوية ارتفاعاً شديداً للدلالة بالمقارنة بغير المتعاطين، مما يشير إلى سابق المعرفة والرؤية الذي تتميز به مجموعة المتعاطين للأدوية عن غير المتعاطين.

الجدول رقم (١٠٩)

نسبة الرؤية المباشرة للأدوية عموماً لدى المتعاطين وغير المتعاطين

الأدوية		نسبة الرؤية العينية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٢٥,١	٦٨,٧	العينة الإجمالية
٢٤,١	٧٥,٧	عينة الأردن
٢٠,٧	٦٨,٥	عينة الإمارات
٣٠,٣	٦١,٢	عينة السودان

٣- وجود نموذج (مس الأصدقاء والأقارب) لتعاطي الأدوية لدى التلاميذ المتعاطين وغير المتعاطين:

يتبين لنا من الجدول رقم (١١٠) التالي ارتفاع نسبة وجود نموذج لتعاطي الأصدقاء والأقارب للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى عينة المتعاطين بالمقارنة بعينة غير المتعاطين

الجدول رقم (١١٠)

نسبة وجود نموذج لتعاطي الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين

الأقارب		الأصدقاء		النموذج البنية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٩,٦	٥٣,٣	١٤,٥	٤٢,٣	العينة الإجمالية
٦,٨	٣٤,	١٠,٧	٤١,٥	عينة الأردن
٥,٩	٢٦,٥	١٤,٤	٤٨,١	عينة الإمارات
١٥,٤	٤٣,٣	١٨,٠	٣٨,٩	عينة السودان

٤ - نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

أ - نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١١١) التالي أن نلاحظ ارتفاع نسب الاعتقاد في فائدة الأدوية المهدئة وكذلك ارتفاع نسب الاعتقاد في عدم تأثير هذه الأدوية لدى المتعاطين في مقابل انخفاض هذه النسب لدى غير المتعاطين. وفي المقابل ترتفع نسبة الاعتقاد في ضرر هذه الأدوية لدى غير المتعاطين. وأغلب الظن أن هذا الاعتقاد في فائدة الأدوية المهدئة وفي عدم وجود ضرر بها هو الذي يقف وراء سلوك الإقدام على تعاطي هذه الأدوية.

الجدول رقم (١١١)

نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة لدى المتعاطين وغير المتعاطين

غير المتعاطين			مفيدة وضارة: %	المتعاطون			مفيدة وضارة: %	الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٨٦,٩	٣,٥	٨,٧	٠,٩	٦٢,٩	٨,١	٢٧,٦	١,٤	العينة الإجمالية
٨٦,٧	٣,٧	٩,٠	٠,٧	٥٤,٣	١٠,٥	٣٤,٣	٠,٩	عينة الأردن
٨٧,٢	٣,٧	٧,٣	١,٧	٥٩,٧	١١,١	٢٦,٤	٢,٨	عينة الإمارات
٨٧,٨	٣,١	٩,٨	٠,٠	٧٤,٢	٣,٧	٣٢,١	,	عينة السودان

ب - نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المنومة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١١٢) التالي استنتاج أن المتعاطين للأدوية عموماً يعتقدون بنسبة أعلى بدرجة دالة في فائدة الأدوية (المنومة) أو في عدم وجود ضرر لها بالمقارنة بغير المتعاطين، في حين أن نسبة الاعتقاد في ضرر الأدوية المنومة لدى غير المتعاطين أعلى بدرجة شديدة الدلالة بالمقارنة بالمتعاطين.

الجدول رقم (١١٢)

نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المنومة لدى المتعاطين وغير المتعاطين

غير المتعاطين			مفيدة وضارة: %	المتعاطون			مفيدة وضارة: %	الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٨٧,٦	٧,٨	٧,٨	١,٠	٦٧,٠	٦,٤	٢٥,١	١,٥	العينة الإجمالية
٨٩,١	٤,٢	٦,١	٠,٧	٦٨,٣	٧,٧	٢٤,٠	,٠	عينة الأردن
٨٩,٢	٣,٩	٥,٠	١,٩	٦٤,٦	٧,٧	٢٤,٦	٣,١	عينة الإمارات
٨٤,٨	٢,٩	١٢,١	٠,٢	٦٧,٣	٤,١	٢٦,٥	٢,٠	عينة السودان

ج- نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المنشطة لدى المتعاطين وغير المتعاطين :

نستطيع من الجدول رقم (١١٣) التالي أن نستخلص ظهور النمط نفسه الذي سبق أن ظهر بالنسبة لكل من الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة والمنومة . حيث ترتفع نسبة الاعتقاد في فائدة الأدوية المنشطة (أو عدم وجود ضرر لها) أعلى بدرجة واضحة الدلالة لدى المتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين لها في حين يعتقد غير المتعاطين للأدوية بنسبة شديدة الارتفاع (بالمقارنة بالمتعاطين) في ضرر هذه الأدوية المنشطة

الجدول رقم (١١٣)

نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المنشطة لدى المتعاطين وغير المتعاطين

غير المتعاطين			مفيدة وضرارة %	المتعاطون			مفيدة وضرارة %	الاعتقاد في التأثير العينية
ضرارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضرارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٨٤,٨	٥,١	٩,٦	٠,٥	٦١,٥	٨,٧	٢٨,٣	١,٥	العينة الإجمالية
٧٨,٨	٦,٥	١٤,٣	٠,٥	٥١,٩	١٢,٥	٣٤,٦	١,٠	عينة الأردن
٨٣,٣	٦,٨	٨,٨	١,١	٥٠,٨	١٢,٣	٣٥,٤	١,٥	عينة الإمارات
٩١,٦	٢,٢	٦,١	٠,١	٧٩,٢	٢,١	١٦,٧	٢,١	عينة السودان

٥ - نسبة التعاطي الفعلي لكل نوع من الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية بمختلف أنواعها:

يتبين لنا من الجدول التالي رقم (١١٤) أن تعاطي الأدوية عموماً (بغض النظر عن نوعها) يرتبط بارتفاع نسبة تعاطي كل نوع من الأدوية على حدة (سواء كانت مهدئة أو منومة أو منشطة) لدى غير المتعاطين للأدوية بما يشير إلى نوع من الاستعداد لتعاطي الأدوية (أيأ كان نوعها لدى جمهور المتعاطين).

الجدول رقم (١١٤)

نسبة تعاطي كل نوع من الأدوية (المهدئة أو المنومة أو المنشطة) لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية بوجه عام

الأدوية المنشطة		الأدوية المنومة		الأدوية المهدئة		نوع المتعاطي النسبة
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٠,٢	٥٨,٥	٠,١	٣١,٧	٠,٣	٥٤,٢	العينة الإجمالية
٠,٣	٤٦,٣	٠,٣	٤٠,	٠,٤	٦٥,٤	عينة الأردن
٠,١	٤١,٩	٠,	٣٤,٥	٠,٢	٦٦,١	عينة الإمارات
٢١,٠	٧٩,٠	٨٤,٤	١٥,٦	٧٢,٢	٢٧,٨	عينة السودان

ب - المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

سنعرض فيما يلي الفرق في المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات لدى المتعاطين (ولو لمرة واحدة) وغير المتعاطين

١ - السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١١٥) التالي، استخلاص ارتفاع طفيف في نسبة السماع عن المخدرات لدى المتعاطين للأدوية، رغم أن نسبة السماع عن الأدوية لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين مرتفعة، مما يشير إلى درجة مرتفعة من الشروع للسماع عن المخدرات في عينات البحث.

الجدول رقم (١١٥)

نسبة السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

العينة	المتعاطون %	غير المتعاطين %
العينة الإجمالية	٩٤,٩	٩٠,٤
عينة الأردن	٩٥,٢	٨٨,١
عينة الإمارات	٩٠,٤	٨٩,٠
عينة السودان	٩٧,٩	٩٣,٨

٢ - الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع أن نلاحظ من الجدول رقم (١١٦) التالي، ارتفاعاً ذا دلالة واضحة في نسبة الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين.

الجدول رقم (١١٦)

نسبة الرؤية المباشرة للمخدرات، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

العينة	المتعاطون %	غير المتعاطين %
العينة الإجمالية	٤٠,٦	٢٤,١
عينة الأردن	١٥,٢	٣,٨
عينة الإمارات	٤٠,٥	١٥,٨
عينة السودان	٦٨,٠	٥٠,١

٣- وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١١٧) التالي ملاحظة ارتفاع نسبة وجود نماذج من المتعاطين للمخدرات (من الأصدقاء والأقارب) لدى المتعاطين للأدوية بدرجة شديدة الوضوح والدلالة بالمقارنة بغير المتعاطين.

الجدول رقم (١١٧)

نسبة وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين

الأقارب		الأصدقاء		النموذج البنسبة
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٩,٢	١٧,٢	١٩,٠	٣٢,٦	العينة الإجمالية
٠,٧	٥,٤	٢,٩	١٢,٧	عينة الأردن
٥,١	١١,٦	١٣,٨	٣٧,٠	عينة الإمارات
٢٤,١	٤١,٣	٣٧,٥	٥٠,٥	عينة السودان

٤- نسبة الاعتقاد في تأثير المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين:

نستطيع من الجدول رقم (١١٨) التالي ، أن نلاحظ ارتفاع نسبة الاعتقاد في فائدة المخدرات بدرجة ذات دلالة مرتفعة ، وكذلك الاعتقاد في عدم وجود تأثير للمخدرات لدى المتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين .

وعلى العكس ترتفع نسبة اعتقاد غير المتعاطين للأدوية في ضرر المخدرات بالمقارنة بالمتعاطين للأدوية ، مما يشير إلى أن تعاطي الأدوية يصحبه اعتقاد في فائدة المخدرات يهدد أو يعد صاحبه للبدء في تعاطيها .

الجدول رقم (١١٨)

نسبة الاعتقاد في تأثير المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين			مفيدة وضارة: %	المتعاطون			مفيدة وضارة: %	الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٩٨,٥	,٦	,٨	,١	٩٢,٩	١,٩	٤,٥	,٧	العينة الإجمالية
٩٨,١	,٧	١,١	,١	٩٢,٣	١,٩	٤,٨	١,٠	عينة الأردن
٩٨,٣	,٨	,٨	,١	٩١,٢	٢,٩	٤,٤	١,٥	عينة الإمارات
٩٩,١	١,٠	,٦	,٠	٩٤,٧	,٣	٤,٢	,٠	عينة السودان

٥ - التعاطي الفعلي للمخدرات، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١١٩) التالي، ملاحظة ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات لدى المتعاطين (ولو لمرة واحدة) للأدوية بدرجة شديدة الوضوح والدلالة مما يشير إلى ميل المتعاطين للأدوية إلى تعاطي المخدرات أو وجود ارتباط بين تعاطي المخدرات وتعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية.

الجدول رقم (١١٩)

نسب تعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية %	المتعاطون للأدوية %	العينة
٢,٠	١٥,٠	العينة الإجمالية
,١	٦,٩	عينة الأردن
١,٩	١٧,٦	عينة الإمارات
,٨	١٩,٠	عينة السودان

ج- المعلومات والخبرات المتصلة بالكحوليات أو المسكرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

١- السماع عن الكحوليات أو المسكرات

يتبين لنا من الجدول رقم (١٢٠) التالي، ارتفاع نسبة السماع لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية، أي شيوع السماع عن المسكرات، إلا أن نسبة سماع المتعاطين للأدوية أعلى إلى حد ما عن المسكرات.

الجدول رقم (١٢٠)

السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية %	المتعاطون للأدوية %	نسبة السماع العينة
٩١,٦	٩٦,٧	العينة الإجمالية
٩٣,٥	٩٧,٢	عينة الأردن
٩٠,٣	٩٦,٢	عينة الإمارات
٩١,	٩٧,٠	عينة السودان

٢- الرؤية المباشرة للكحوليات:

نستطيع من الجدول رقم (١٢١) التالي، أن نلاحظ ارتفاع نسبة الرؤية المباشرة، ارتفاعاً دالاً لدى المتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين.

الجدول رقم (١٢١)

الرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية %		المتعاطون للأدوية %		نسبة الرؤية العينية
٦٥,	٦٩,٤	٨٦,٥	٨٨,٨	
٥٠,٧	٧٤,	٧٩,٢	٨٩,٥	عينة الأردن
				عينة الإمارات
				عينة السودان

٣- وجود نموذج لتعاطي الكحوليات لدى كل من المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين:

نستطيع من الجدول رقم (١٢٢) التالي، ملاحظة الارتفاع الدال لنسبة وجود أصدقاء وأقارب (كنماذج لتعاطي الكحوليات) لدى المتعاطين للأدوية بنسبة أعلى بكثير وشديدة الدلالة بالمقارنة بغير المتعاطين للأدوية.

الجدول رقم (١٢٢)

نسبة وجود نموذج لتعاطي الكحوليات لدى المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين

الأقارب		الأصدقاء		النموذج العينية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٣٤,٤	٥٥,١	٣٥,٦	٥٧,٠	العينة الإجمالية
٢٦,٤	٥٤,٥	٣٤,٧	٥٦,٠	عينة الأردن
١٦,٤	٢٦,٦	٢٤,٦	٤٧,٨	عينة الإمارات
٥٧,٤	٧٦,١	٤٦,١	٦٥,٢	عينة السودان

٤ - نسبة الاعتقاد في تأثير الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١٢٣) التالي ، استنتاج أن المتعاطين للأدوية لديهم نسبة أعلى بدرجة ذات دلالة واضحة ، بالمقارنة بغير المتعاطين للأدوية ، من الاعتقاد في فائدة الكحوليات وكذلك في أنها لا تأثير لها وعلى العكس فإن غير المتعاطين يعتقدون بنسبة أعلى ذات دلالة واضحة في ضرر الكحوليات مما يشير إلي وجود ارتباط بين تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية والاعتقاد في عدم ضرر المسكرات ، مما يؤهل الفرد للإقدام على التعاطي الفعلي للمسكرات .

الجدول رقم (١٢٣)

نسبة الاعتقاد في تأثير الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين			مفيدة وضرار	المتعاطون			مفيدة وضرار	الاعتقاد في التأثير العينية
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٩٧,٤	١,٥	١,١	,	٨٨,٥	٤,٤	٧,	العينة الإجمالية	
٩٥,٣	٢,٩	١,٧	٠,	٨٢,٤	٧,٤	١,٢	عينة الأردن	
٩٧,٧	١,١	١,١	,١	٩١,	٣,	١,	عينة الإمارات	
٩٨,٩	,٥	,٦	٠,	٩٣,٧	٢,١	٤,٢	عينة السودان	

٥ - التعاطي الفعلي للكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

أ - تعاطي البيرة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١٢٤) التالي ، ملاحظة ارتفاع نسبة تعاطي البيرة (وهي أقل المشروبات الكحولية من حيث نسبة تركيز الكحول) لدى

المتعاطين للأدوية (ولو لمرة واحدة)، وكان تعاطي الأدوية يرتبط بتعاطي البيرة بدرجة شديدة الوضوح والارتفاع.

الجدول رقم (١٢٤)

نسبة تعاطي البيرة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية %	المتعاطون للأدوية %	نسبة التعاطي العينة
٩,٦	٢٩,٠	العينة الإجمالية
١٧,٣	٤١,٧	عينة الأردن
٧,٧	٢١,٨	عينة الإمارات
٥,	١٩,٧	عينة السودان

ب - تعاطي النبيذ لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

يوضح الجدول رقم (١٢٥) التالي، وجود فرق شديد الوضوح بين المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية من حيث نسبة تعاطي النبيذ في اتجاه ارتفاع نسبة تعاطي النبيذ لدى المتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين (والمعروف أن تركيز الكحول في النبيذ حوالي ١٢٪).

الجدول رقم (١٢٥)

نسبة تعاطي النبيذ لدى المتعاطين وغير المتعاطين

غير المتعاطين للأدوية %	المتعاطون للأدوية %	نسبة التعاطي العينة
٢,٨	١٢,٨	العينة الإجمالية
٦,٩	٢٧,٢	عينة الأردن
١,٢	٢,١	عينة الإمارات
١,٠	٤,	عينة السودان

ج- تعاطي الويسكي لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع أن نستنتج من الجدول رقم (١٢٦) التالي ، أن المتعاطين للأدوية أعلى بدرجة دالة من حيث نسبة تعاطي الويسكي (والمعروف أن الويسكي من المشروبات الكحولية التي تتراوح نسبة الكحول فيها بين ٢٠٪ و ٤٠٪)

الجدول رقم (١٢٦)

نسبة تعاطي الويسكي لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية ٪	المتعاطون للأدوية ٪	نسبة التعاطي العينة
٤,١	١٧,٥	العينة الإجمالية
٧,٦	٢٦,٧	عينة الأردن
٣,١	١٣,٥	عينة الإمارات
٢,٢	١٠,١	عينة السودان

د - تعاطي العرقي لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

نستطيع من الجدول رقم (١٢٧) التالي أن نستنتج ارتفاع نسبة تعاطي العرقي (وهو مشروب كحولي شديد التركيز) لدى المتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين .

الجدول رقم (١٢٧)

نسبة تعاطي العرقي لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية %	المتعاطون للأدوية %	نسبة التعاطي العينة
٤,٢	١٦,٩	العينة الإجمالية
٥,٠	٢١,٠	عينة الأردن
١,٢	٢,١	عينة الإمارات
٦,٠	٢١,٢	عينة السودان

هـ - تعاطي الكحوليات الأخرى لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١٢٨) التالي، استنتاج الارتفاع ذي الدلالة الواضحة لنسب تعاطي الكحوليات الأخرى لدى المتعاطين للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية بالمقارنة بغير المتعاطين، مما يشير إلي ارتباط تعاطي الأدوية بتعاطي الكحوليات.

الجدول رقم (١٢٨)

نسبة تعاطي الكحوليات الأخرى لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية %	المتعاطون للأدوية %	نسبة التعاطي العينة
٢,٧	١٦,٢	العينة الإجمالية
٤,٧	٢٠,٨	عينة الأردن
٠,٧	٧,٩	عينة الإمارات
٢,٩	١٤,٣	عينة السودان

٦ - مصادر المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين لها:

أ- الأدوية:

١ - مصادر السماع عن الأدوية:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١٢٩) التالي، أن نستخلص أن نسبة السماع عن الأدوية لدى المتعاطين للأدوية من خلال الأقارب والأصدقاء أعلى بدرجة واضحة بالمقارنة بغير المتعاطين، في حين تكاد تتساوى نسب المعرفة من خلال الكتب والمجلات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية أما المعرفة من خلال الإذاعة والتلفزيون عن الأدوية المؤثرة في الأعصاب، فنسبتها أعلى لدى غير المتعاطين، ومعنى هذا أن اعتماد وسائل الإعلام الرسمي يميز غير المتعاطين، أما المتعاطين للأدوية فمصادرهم غالباً هم الأقارب والجيران الذين يقدمون لهم صورة تدفع إلى التعاطي

الجدول رقم (١٢٩)

نسبة مصادر السماع عن الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

المصدر		المتعاطون						غير المتعاطين			العينة
أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	
أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	أدوية	العينة الإجمالية
١١,٥	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	١١,٩	عينة الأردن
١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	١١,٠	عينة الإمارات
١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	١٦,٢	عينة السودان

٢ - مصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

- نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١٣٠) التالي استخلاص ما يأتي .
- أ - عدم وجود فروق في نسب الأقارب كمصادر للرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية مما يمكن تفسيره بتوفر هذه الأدوية غالباً داخل نطاق الأسرة، كذلك لا توجد أيضاً فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين، في الجيران كمصدر للمعلومات عن الأدوية
- ب - نسبة الأصدقاء كمصدر للرؤية المباشرة للأدوية، أعلى بدرجة في العينات الثلاث (لدى المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين) وإن كانت أشد ارتفاعاً ودلالة لدى عينة السودان .

الجدول رقم (١٣٠)

نسبة مصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية					المتعاطون للأدوية					المصدر	العينة
أ	ب	ج	د	هـ	أ	ب	ج	د	هـ		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
١٨,٠	٥,١	٣٨,٢	١١,٨	٢٦,٩	١٩,٩	٤,٢	٣٨,٢	٧,٩	٢٩,٨	العينة الإجمالية	
١٥,٨	٢,٣	٤٦,٨	٩,٩	٢٣,٢	١٦,٧	١,٤	٤٦,٢	٧,٧	٢٥,١	عينة الأردن	
٢١,٧	٧,٥	١٦,٨	١٢,٤	٤١,٦	٣٠,	٤,	١٨,٠	٤,	٤٤,٠	عينة الإمارات	
١٧,٣	١٥,٤	٤٥,٣	١٢,٦	٩,٤	١٥,٩	٢,٦	٤٤,٤	١١,١	٢٧,٠	عينة السودان	

٣- مصادر الحصول على الأدوية لدى المتعاطين لها:

نستطيع من الجدول رقم (١٣١) التالي، استنتاج أن الأصدقاء يمثلون أعلى نسبة كمصدر للحصول على الأدوية للمتعاطين لها، ويأتي ذلك الأقارب بمختلف درجاتهم

الجدول رقم (١٣١)

مصادر الحصول على الأدوية لدى المتعاطين لها:

شخص آخر %	زميل %	صديق %	قريب %	والدة %	والد %	المصدر العين
٥,٨	٥,٣	٣٢,٥	٢٢,٨	٢١,٤	١٢,١	العينة الإجمالية
٥,٠	٦,٣	٣١,٣	١٦,٣	٣٠,٠	١١,٣	عيننة الأردن
٧,٣	٥,٥	٤٣,٦	١٨,٢	١٤,٦	١٠,٩	عيننة الإمارات
٥,٦	٤,٢	٢٥,٣	٣٣,٨	١٦,٩	١٤,١	عيننة السودان

ب- المخدرات:

١- مصادر السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

يلاحظ من الجدول رقم (١٣٢) التالي ما يأتي:

- أ أن الأصدقاء يحصلون على نسبة أعلى بدرجة دالة كمصدر للسماع عن المخدرات للمتعاطين للأدوية بالمقارنة بغير المتعاطين .
- ب- لا تكاد توجد فروق بين الكتب والمجلات والأقارب والجيران كمصادر للمعلومات عن المخدرات بين المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية .
- ج- نسبة الاعتماد على الإذاعة والتلفزيون كمصدر للسماع عن المخدرات

لدى غير المتعاطين للأدوية أعلى بدرجة شديدة الوضوح والدلالة، مما يجعلها مصدر أساسي لغير المتعاطين للأدوية، وهذا يحتمل هذين المصدرين مسئولية إبلاغ المعلومات الصحيحة لغير المتعاملين، ويجعلها أدوات جيدة للوقاية من التعاطي إذا أحسن استخدامها

الجدول رقم (١٣٢)

نسبة مصادر السماع عن المخدرات

غير المتعاطين للأدوية						المتعاطون للأدوية						المصدر العينة
رقم	إذاعة وتلفزيون	كتب ومجلات	قرب	أقرب	قريب	رقم	إذاعة وتلفزيون	كتب ومجلات	قرب	أقرب	قريب	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
٤٤,٤	٢٩,٥	١٦,٠	١,٧	٣,٤	٥,٠	٤٧,١	١٩,٩	١٦,٨	٥,٠	٢,٠	٩,٢	العينة الإجمالية
٤٤,٠	٤٣,٨	٩,١	١,٢	-٠,٢	١,٨	٤٦,٠	٣١,٠	١٤,٠	٣,٠	-٠,٠	٦,٠	عينة الأردن
٥١,٢	٢٤,٧	١٧,٦	٠,٧	-٠,٧	٥,١	٥٦,١	١٢,١	١٥,١	١,٥	-٠,٠	١٥,٢	عينة الإمارات
٣٨,٦	٢١,١	٢٠,٤	٣,٨	٨,٥	٧,٦	٤٢,١	١٣,٧	٢١,٠	٩,٥	٥,٣	٨,٤	عينة السودان

٢ - مصادر الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من خلال الجدول رقم (١٣٣) التالي استخلاص أن الأصدقاء يحصلون على أعلى نسبة مصدر من مصادر الرؤية المباشرة للمخدرات، في كل عينة من عينات البحث الثلاث لدى المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين لها وإن كانت نسبة الأصدقاء كمصدر لرؤية المخدرات أشد ارتفاعاً ودلالة لدى المتعاطين.

الجدول رقم (١٣٣)

نسبة مصادر رؤية المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية					المتعاطون للأدوية					المصدر العينة
١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤	٥	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
٣٢,٥	٣,٤	١٣,٣	٢٣,	٢٧,٨	٣٠,٩	٢,٧	١٦,٨	٩,٧	٣٩,٨	العينة الإجمالية
٤٤,٨	٣,٥	١٣,٨	١٠,٣	٢٧,٦	١٨,٨	٦,٣	١٢,٥	.	٦٢,٥	عينة الأردن
٤٠,٠	٢,٤	٩,٦	٤,	٤٤,٠	٢٦,٧	٠,	٣,٣	٠,	٧٠,٠	عينة الإمارات
٢٩,٦	٣,٧	١٤,٣	٢٩,٣	٢٣,١	٢٠,٨	٣,٠	٢٣,٩	١٦,٤	٣٥,٩	عينة السودان

٣- مصادر الحصول على المخدرات، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١٣٤) التالي، أن نستنتج رغم ضآلة من أقرؤا بتعاطي المخدرات، ولو لمرة واحد في حياتهم، أن الأصدقاء يمثلون المصدر الأساس للحصول على المخدرات سواء بالنسبة للمتعاطين أو غير المتعاطين للأدوية.

الجدول رقم (١٣٤)

مصادر الحصول على المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية						المتعاطون للأدوية						المصدر العينة
١	٢	٣	٤	٥	٦	١	٢	٣	٤	٥	٦	
٣,٦	١٠,٧	٧١,٤	١٤,٣	٠,٠	٠,٠	١٠,٧	٧,١	٦٠,٧	١٧,٩	٠,٠	٣,٦	العينة الإجمالية
٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٢٠,٠	٤٠,٠	٢٠,٠	٠,٠	٢٠,٠	عينة الأردن
٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٢٥,٠	٠,٠	٦٢,٥	١٢,٥	٠,٠	٠,٠	عينة الإمارات
٣,٨	١١,٥	٦٩,٢	١٥,٤	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٧,١	٧٨,٦	١٤,٣	٠,٠	٠,٠	عينة السودان

جـ - الكحوليات:

١ - مصادر السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١٣٥) التالي استخلاص ما يلي

١ - أن نسبة الأصدقاء كمصدر للسماع تمثل نسبة أعلى لدى المتعاطين للأدوية

٢ - لا تكاد توجد فروق بين المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين في كل من الجيران والكتب كمصادر للسماع

٣ - كل من الإذاعة والتلفزيون يمثلان نسبة أعلى كمصدر للمعلومات عن الكحول لدى غير المتعاطين للأدوية.

الجدول رقم (١٣٥)

نسبة مصادر السماع عن الكحول لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية						المتعاطون للأدوية						المصدر	العينة
أ. ر. %	إذاعة وتلفزيون %	كتب ومجلات %	ق. ر. %	أ. ر. %	م. د. ق. %	أ. ر. %	إذاعة وتلفزيون %	كتب ومجلات %	ق. ر. %	أ. ر. %	م. د. ق. %		
٤٨,١	١٩,٨	٩,٦	٩,٢	٦,٧	٦,٦	٤٨,٩	١٣,٣	١١,١	١١,١	٥,٦	١٠,٠	العينة الإجمالية	
٥١,٢	٢٣,٥	٦,٣	٨,٠	٥,٨	٥,٢	٥٨,١	١٣,٣	٨,٦	٧,٦	٢,٩	٩,٥	عينة الأردن	
٥٥,٢	٢٢,٨	١٠,٦	٣,٤	٢,٤	٥,٦	٤٥,٧	١٥,٧	١٢,٩	١١,٤	٢,٩	١١,٤	عينة الإمارات	
٣٩,٢	١٣,٨	١١,٦	١٥,٣	١١,٥	٨,٦	٤١,١	١١,٦	١٢,٦	١٤,٧	١٠,٥	٩,٥	عينة السودان	

٢ - مصادر الرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١٣٦) التالي أن نستخلص ما يلي:

- أ - الأصدقاء يحصلون على نسبة أعلى كمصدر للرؤية المباشرة للكحوليات
- ب - لم يتميز كل الأقارب والجيران والزملاء كمصادر للرؤية المباشرة للكحوليات لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية.

الجدول رقم (١٣٦)

نسبة مصادر الرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية					المتعاطون للأدوية					المصدر	العينة
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠		
رؤى	إلاء	ز	رؤى	إلاء	رؤى	إلاء	ز	رؤى	إلاء		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
٣٧,٤	٢,١	٢١,٢	٢٢,٥	١٦,٩	٣٢,٧	١,٧	٢٣,٥	١٨,٥	٢٣,٥	العينة الإجمالية	
٤٢,٦	١,١	١٧,٣	٢١,٧	١٧,٣	٣٧,٩	٢,١	٢١,٠	١٣,٧	٢٥,٣	عينة الأردن	
٤٣,٤	٣,٤	١٢,٤	١٤,٥	٢٦,٤	٣٦,٨	٣,٥	١٠,٥	١٤,٠	٣٥,١	عينة الإمارات	
٢٤,٤	٢,٧	٢٩,٨	٢٨,٣	١٥,٨	١٩,	,	٣٤,٩	٢٦,٧	١٨,٤	عينة السودان	

٣- مصادر الحصول على الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية:

نستطيع من الجدول رقم (١٣٧) التالي أن نستخلص ارتفاع نسبة الأصدقاء كمصدر للحصول على الكحول، لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية ويولي الأصدقاء (الأقارب) كمصدر لحصول كل من المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين لها على الكحول

الجدول رقم (١٣٧)

مصادر الحصول على الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

غير المتعاطين للأدوية						المتعاطون للأدوية						المصدر	العينة
١	٢	٣	٤	٥	٦	١	٢	٣	٤	٥	٦		
٣,٩	٦,٦	٥١,٥	٢٥,٦	٠,٩	١١,٥	٤,٣	٢,٩	٥٧,١	٢٨,٦	٠,٠	٧,١	العينة الإجمالية	
١,٠	١,٩	٥٠,٠	٢٨,٩	٠,٠	١٨,٣	٧,٧	٢,٦	٤٨,٧	٣٠,٨	٠,٠	١٠,٣	عينة الأردن	
١٠,٠	١٦,٠	٦٠,٠	١٠,٠	٠,٠	٤,٠	٠,٠	١٠,٠	٩٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	عينة الإمارات	
٤,٣	٦,٨	٤٧,٩	٣١,٥	٢,٧	٦,٨	٠,٠	٠,٠	٥٧,١	٣٨,١	٠,٠	٤,٨	عينة السودان	

ثالثاً خاتمة الفصل الثالث

وفي نهاية هذا الفصل الثالث الخاص بدرجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالاستخدام غير الطبي للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية والعصية نستطيع أن ندرك وجود عدد من الظروف والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بزيادة فرصة التعرض للخبرات المتصلة بتعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية بل والمواد الأخرى المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية، مثل المخدرات أو المسكرات، مثل مستوى مهنة الوالدين وتعليمهما، ومستوى الدخل الشهري للأسرة، ومصروف الطالب. وبعض المتغيرات الشخصية مثل العمر عند بدء التعاطي، ومستوى التحصيل الدراسي، والحماس لمواصلة الدراسة، والتدين في علاقتها بنسب تكافؤ الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية وكذلك ظروف ودوافع بدء التعاطي والامتناع عنه مما يساعد على تحديد الجماعات المعرضة أكثر من غيرها لمخاطر الاعتماد على الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية، والمخدرات والمسكرات.

كما أمكن في هذا البحث إلقاء الضوء على أهم مصادر المعلومات والخبرات بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية، حيث تبين تميز المتعاطين للأدوية (بالمقارنة بغير المتعاطين لها) بكون الأصدقاء يمثلون مصدراً رئيساً لكل من السماع والرؤية بل وللحصول على كل من الأدوية والمخدرات والمسكرات.

بينما تميز غير المتعاطين باتخاذ الإذاعة والتلفزيون كمصدرين أساسيين في الحالة النفسية (خصوصاً الأدوية والمخدرات والمسكرات) في حين اشترك كل المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية في كون الأقارب يمثلون مصدراً أساسياً للمعلومات وللخبرات (سماعاً ورؤية وحصولاً) بالمسكرات. وغني عن البيان أن هذه المعلومات لها أهميتها في التخطيط للأساليب الملائمة للوقاية من مختلف المواد المؤثرة في الحالة النفسية وتكاد هذه النتائج أن

تتطابق في العينات الثلاث للدراسة الحالية التي أجريت في ثلاثة بلدان عربية هي (الأردن، الإمارات، والسودان) بل وتكاد تتطابق مع نتائج الدراسات التي أجريت في مصر منذ عام ١٩٧٨م وحتى الآن. (سوييف وآخرون، ١٩٨٧م؛ سوييف ١٩٩٢م؛ السيد، ١٩٩١م).

ونأمل أن تمثل هذه النتائج مادة أولية في برامج الوقاية بين مختلف الدرجات ولمشكلة التعاطي غير الطبي للأدوية بوجه خاص وتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بوجه عام.

الفصل الرابع

درجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة
بالمخدرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية
بالبلاد العربية

أولاً تعريفات أساسية

ثانياً: نتائج الدراسة

ثالثاً : خاتمة الفصل الرابع

الفصل الرابع

درجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً تعريفات أساسية:

نظراً لأن أهم المخدرات(*) الطبيعية التي تشيع معرفتها ويتورط اليوم في تجربتها وتعاطيها في البلاد العربية تتمثل في كل من الحشيش والأفيون (ومشتقاته) سوف نحاول فيما يلي أن نعرف بأهم خصائص كل نوع من هذه المواد المخدرة وآثارها في السلوك الإنساني .

(*) لكلمة (خدر) (الخاء والذال والراء) ثلاثة معان :

أ - الظلمة والستر : فالخدارى هو الليل المظلم ، ويقال الليل خدر ، والليله الخدرة ، الليله المظلمة الممطرة ، وخدره = ستره ، ومنه خدر المرأة ، أي ألزمها الخدر ، وأخدره الليل ، وخدرت الظبية ولدها

ب - البطء والإقامة ، ومنه أخدر فلان في أهله ، أي أقام فيهم ، وخدر الظبي أي تخلف عن السرب . ويقال الخادر أي المتحير (ابن فارس ١٩٧٠م ، الجزء الثاني ، ص : ١٥٩) .

جـ - الفتور والاسترخاء : وهو أكثر المعاني شيوعاً . ومنه خدر خدراً بمعنى اعتراه فتور واسترخاء ، ويقال خدر من الشراب أو الدواء وخدر جسمه ، وخدرت عظامه ، وخدرت يده أو رجله ، وخدرت عينه أي ثقلت من أذى يصيبها (المعجم الوسيط الجزء الأول ، ص : ٢٨) . وفي ضوء ما سبق فإن المخدر هو مادة يؤذي تناولها إلى ستر العقل أو حجبه ومنعه عن أداء وظائفه أو تشويه هذا الأداء ، وقد سميت الخمر في اللغة العربية بهذا الاسم لأنها تخامر العقل أي أنها تغطيه وتبطل أثره ، لهذا فإن الحديث النبوي الشريف (كل مسكر خمر ، وكل خمر حرام) (رواه أبو داود والإمام أحمد) ينطبق على كل من المخدرات والمسكرات معاً .

يطلق اسم الحشيش أو الماريجوانا (في الغرب) أو البانجو في بعض البلاد العربية، على ذلك المخدر المستمد من أوراق شجيرات القنب الهندي (*Cannabis Sativa*) والذي يمكن زراعته في كل من المناطق الاستوائية والمناطق المعتدلة، وتمثل أهم مكونات الحشيش ذات التأثير الفعال في الحالة النفسية من مادة متطايرة يطلق عليها اسم تتراهيدرو كنبينول (Tetrahydro-Cannabinol)

والحشيش من المواد المهلوسة (Hallucinogens) التي تحدث لمن يتعاطاها بجرعات كبيرة نوعاً من الهلوسة، حيث يستجيب الشخص استجابات حسية وحركية ولفظية دون تبيهات خارجية. وأثر الحشيش أخف، إذا قورن بأثر نفسي وزنه من عقار LSD المهلوس ونسبة المادة الفعالة في الحشيش حوالي (٨٪) من إجمالي وزن المادة الناتجة من أوراق نبات القنب الهندي، التي تباع في الأسواق بطريقة غير مشروعة، مع تفاوت هذه النسبة حسب مدة التخزين (حيث تتطاير هذه المادة مع طول التخزين) ومقدار الغش بإضافة مواد أخرى عليه. أما درجة تركيب هذه المادة الفعالة في الحشيش السائل (أو خلاصة الحشيش) فتتراوح بين (١٥٪ و ٦٠٪) وفقاً لمصدر الحصول عليها، ونوع المذيب العضوي للمادة الفعالة (Cox, et al., 1983, p. 216)

ويتم تعاطي الحشيش غالباً عن طريق التدخين (*) بالشيشة (أو الجوزة) أو السجائر، ويغلب أن يتم تعاطي الحشيش في جماعات صغيرة يتبادل أعضاؤها التعاطي أثناء الحديث (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٤م)

(*) مع أن هناك طرقاً أخرى للتعاطي، مثل وضع الحشيش في مأكولات أو مشروبات، إلا أن طريقة التدخين هي أكثر الطرق انتشاراً، وهي أسرع تأثيراً في الجهاز العصبي المركزي نظراً لسرعة وصول المادة الفعالة إلى أنحاء المخ بعد انتقالها إلى حويصلات الرئة، ثم إلى الدم.

ومن أهم الآثار المباشرة التي تحدث فور التعاطي ولمدة ٢٤ ساعة للحشيش بكميات قليلة أو متوسطة شعور الشخص بأنه على ما يرام، ويتراوح تغيير المزاج بين الاسترخاء والنعاس من ناحية وبين الابتهاج والفرقة والانتعاش والمرح الهياجي من ناحية أخرى

أما فيما يتصل بالوظائف المعرفية، فيلاحظ حدوث تشويهاً في إدراك الزمان (نحو المزيد من البطء غالباً) وإدراك المسافات أو المكان (نحو المزيد من الامتداد) كما يدرك الشخص الألوان أكثر زهواً، والأصوات أكثر حدة، ويعاني الشخص من ضعف شديد في القدرة على تركيز الانتباه، وفي قدرة التذكر المباشر وقريب المدى، كما يعاني الشخص من خلل في التأزر الحسي والحركي، وفي عمليات التأزر بين اليدين والعينين، فضلاً عن عدم القدرة على أداء المهام الحركية بكفاءة.

هذا فضلاً عن عدد من الآثار الفسيولوجية لتعاطي الحشيش تصيب الجهاز الدوري (مثل زيادة ضربات القلب وارتفاع النبض وهبوط ضغط الدم)، والجهاز التنفسي وتهيج الأغشية المخاطية للجهاز التنفسي والمعدني والمعوي، وجفاف الفم والحلق والحنجرة. أما الآثار بعيدة المدى (المزمنة) لتكرار تعاطي الحشيش بمقادير معتدلة على مدى سنوات طويلة، فعلى عكس ما كان يظن من بساطتها، أثبتت البحوث الدقيقة في كل من مجال الطب العصبي والكيمياء الحيوي ودراسات الخصوبة، أضراراً بالغة للتعاطي طويل المدى للحشيش (Nahas, G. G., 1976) كما أوضحت الدراسات النفسية إصابة الوظائف العقلية العليا (كالانتباه والتذكر قصير المدى، والتفكير وكفاءة وسرعة الحركة الدقيقة، والتأزر الحسي الحركي بحيث تكاد تشبه آثار تعاطي الحشيش طويل المدى، آثار الإصابة العضوية بالمخ، Souif et al., 1980).

وقد أثارت هذه البحوث اهتماماً عالمياً واسعاً، بعد أن كان يشاع من

قبل ، من عدم وجود أضرار بعيدة المدى للحشيش ، مما شجع على انتشار تعاطي الحشيش بين الشباب في أوروبا وأمريكا بعد حرب فيتنام في أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات . ونتج عن تقدم وسائل الكشف عن مكونات الحشيش من ناحية (في أواخر الستينيات) وعن اكتشاف أضرار نفسية وفسولوجية بالغة لتعاطي الحشيش ، وخصوصاً ما يتصل بتأثير الحشيش على الوظائف العقلية العليا لدى الشباب الذي ينتشر بينه تعاطي الحشيش . ونتج عن هذا الاكتشاف لأضرار الحشيش التي تهدد القدرات العقلية للشباب الذي يمثل ثروة الأمم عناية فائقة من الهيئات الدولية ، والجهات العلمية والتنفيذية بمعظم الدول الكبرى ، بإعداد وتخطيط البحوث الوبائية التي تحدد درجة انتشار تعاطي الجمهور من مختلف الأعمار وخصوصاً الشباب للمخدرات بوجه عام والحشيش بوجه خاص ، وتنظيم برامج وقائية للعمل على خفض نسبة تعاطي الحشيش (Jehnsn el al., 1988; Who, 1973, 1974; Smart, Q G. & Fejer D., 1970)

٢ - الأفيون (Opium) ومشتقاته.

الأفيون ، مخدر مسكّن للألم (Narcotic Analgesic) وهو عبارة عن خلاصة مستمدة من السائل الأبيض المستخرج من ثمرة الخشخاش التي تنمو في بعض مناطق أوروبا والشرق الأوسط وجنوب شرق آسيا . ويتم إعداد الأفيون عن طريق عمل فتحات في ثمرة الخشخاش (التي تشبه الرمان) ثم جمع السائل الأبيض الذي يخرج منها ، ثم تجفيفه في منطقة مظلمة لعدة أيام حتى يغمق لونه بالتدريج ، ويقرب من اللون البني الغامق ، ويتماسك سمكه حتى يشبه القار ، وتكون رائحته كريهة ، وطعمه مرّاً ، مما يحدث عادة ميلاً للقيء ، وتعد المادة الخام من الأفيون في شكل قطع أو قوالب للتصدير وكان الأفيون يستخدم في أغراض التخدير الطبي ، إلا

أنه تم استبداله حالياً بمواد أخرى ، مستمدة من مواد طبيعية أو مخلقة تخليقاً
داملاً جزئياً (كالمورفين والهيدرومورفين ، والميريدين)

و لا يستخدم الأفيون الآن لأغراض طبية إلا في حالات نادرة .
والاستخدام السائد الآن للأفيون عبارة عن استخدام تخديري غير مشروع ،
حيث يتم تعاطيه (تدخيناً أو استهلاكاً أو تناوله مع طعام أو شراب) بهدف
الحصول على نوع من التسكين أو التخدير لألم أو للرغبة في مجرد الحصول
على نوع من النشوة ، إلا أنه بعد الاعتماد عليه ، يتم تعاطيه تحاشياً للآلام
والأوجاع التي تنتج عن أعراض الانسحاب التي تترتب على الامتناع عنه .
والمعروف أن تعاطي الأفيون بانتظام يؤدي إلى الاعتماد عليه ، وظهور
أعراض التحمل أو الرغبة الملحة في زيادة الجرعة للحصول على الأثر نفسه ،
مع عدم القدرة على الامتناع عن مواصلة التعاطي بانتظام تجنباً للآلام أعراض
الانسحاب . ويحتوي المورفين على عدد من المواد أهمها المورفين ،
والكودايين ، ولكل منهما خصائص المادة المخدرة أي المؤثرة في الحالة
النفسية .

والمادة الخام من الأفيون تحتوي على نسبة تتراوح بين (٠.٦٪ - ١.٢٪) من
المورفين ، ونسبة تتراوح بين (٠.٠٥ ، ٠.١٥٪) من الكودايين ، نسبة
تتراوح من (٠.٧٥٪ - ٠.٨٠٪) من مادة ليس لها أثر فارماكولوجي (Cox, et al.,
1983, p. 476)

وتتركز فيما يلي أهم خصائص كل من المورفين والهيريون (كمشتقات للأفيون)

أ- المورفين:

تستخلص مادة المورفين من الأفيون وهو مخدر مسكن للألام المتوسطة والشديدة في المجال الطبي والمورفين قد يتوفر في شكل سائل (أو حقن للعضل أو الوريد) أو أقراص أو بودرة شديدة القابلية للذوبان في الماء. ومما يؤسف له أنه يستخدم لغير أهداف طبية لمجرد الرغبة في الشعور بالاسترخاء والنشوة، وهو يحدث نوعاً من الاعتماد الجسمي والنفسي الشديد عليه كما يترتب على تكرار تعاطيه نوعاً من التحمل أي زيادة الجرعة للحصول على الأثر نفسه مما يؤهل للانتقال لمخدر أقوى وأعراض الانسحاب التي تظهر على الفرد عند الامتناع عن المورفين قريبة الشبه بتلك التي تحدث عند الامتناع أو التوقف عن الهيريون وإذا قورن الأثر التخديري لعشر ملليجرامات مورفين بالمواد الأخرى المخدرة، فإن هذا الأثر يساوي .

١ ١,٥ مجم من الأكسيمورفين، ١,٥ مجم من الهيدرومورفين،
٣ مجم من الهيريون، ٣,٥ مجم من الميتوبون، ٧,٥-١٠,٥ مجم من
الميثادون، ١٠-١٥ مجم من أوكسيكودون، ٢٥-٣٠ مجم من
الأنيليردين، ٨٠-١٠٠ مجم من الميبيريدين، ١٢٠ مجم من الكودايين.
(Cox, 1983, pp. 366 367)

ب- الهيريون:

عبارة عن مخدر شديد، مسكن للألم، يستخلص بطرق كيميائية من المورفين الطبيعي شبه القلوي. ونظراً لشدة قوته التخديرية التسكينية، كان

الهيرويين يستخدم لأغراض طبية، إلا أن هذا الاستخدام انحصر نظراً لشدة قابليته لإحداث اعتماد نفسي وجسمي شديد عليه ويحدث الهيرويين للمتعاطي شعوراً وهمياً بالانتعاش وهو يعد من أقوى المخدرات المسكنة للآلام إحداثاً للاعتماد النفسي والجسمي، وللتحمل (أي الرغبة القهرية في تناول جرعات أكبر للحصول على الأثر نفسه).

ويترتب على الامتناع عنه أعراض انسحابية شديدة الألم (Cox, 1983, pp. 270 - 271) ويضاف إلى آثاره الضارة، آثار المواد الضارة التي تضاف إليه لزيادة الربح غير المشروع في سوق المخدرات ونظراً لشدة أضراره وشدة فتكه بوظائف الجهاز العصبي المركزي وصعوبة التخلص من آثاره، تتعاون جهات دولية عديدة للحد من تجارته وانتشار تعاطيه.

ثانياً: نتائج الدراسة الميدانية:

نعرض فيما يلي نتائج تطبيق أداة البحث على العينات الفرعية الثلاث نفسها من تلاميذ المدارس الثانوية في كل من:

الأردن (ن = ٩٦٧ تلميذاً).

الإمارات (ن = ٩٩٧ تلميذاً).

السودان (ن = ٩٩٥ تلميذاً)

بمجموع كلي = ٢٩٥٩ تلميذاً

وقد أمكن من خلال البيانات المستمدة من خلال هذه الدراسة الميدانية إلقاء الضوء على المسائل التالية:

١ - نسبة انتشار تعاطي المخدرات وأهم ظروف البدء في التعاطي والتوقف عنه.

أ - نسبة تعاطي المخدرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية:

نستطيع من الجدول رقم (١٣٨) التالي:

الجدول رقم (١٣٨)

عدد ونسبة المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في عينات البحث الفرعية والعينة الإجمالية

غير متعاطين		غير المتعاطين		المتعاطون		العينة
عدد	%	عدد	%	عدد	%	
٢٢٣	٧,٥	٢٦٥٢	٨٩,٦	٨٤	٢,٨	الإجمالية (ن = ٢٩٥٩)
٦٨	٧,٠	٨٩١	٩٢,١	٨	٠,٨	الأردن
١٢٨	١٢,٨	٨٤٣	٨٤,٦	٢٦	٢,٦	الإمارات
٢٧	٢,٧	٩١٨	٩٤,٣	٥٠	٥,٠	السودان

أن نلاحظ ضالة نسب التلاميذ الذين تعاطوا فعلاً المخدرات الطبيعية ولو لمرة واحدة في عينات البحث الفرعية، وفي العينة الإجمالية. وهي نسب قريبة من تلك التي أظهرتها بحوث وبائية أخرى في بلاد عربية أخرى. إذ تبين من دراسة وبائية لتلاميذ المدارس الثانوية لتعاطي المخدرات (ولو لمرة واحدة) لدى تلاميذ المدارس العامة بمدينة القاهرة الكبرى، أجريت عام ١٩٨٦م أن حوالي (٥,٥%) من عينة هذا البحث، تعاطوا (ولو لمرة واحدة) في حياتهم أحد المخدرات الطبيعية (وهو الحشيش لدى أكثر من ٩٥%.

من الحالات) (السيد، عبدالحليم محمود وآخرون، ١٩٩١م ص ١٩٠).

ورغم أن هذه النسبة تعد ضئيلة بالمقارنة بنسب انتشار تعاطي المخدرات الطبيعية وخصوصاً الحشيش لدى الشباب الغربي وخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية، إذ تبين أن نسبة من تعاطى الحشيش (ولو لمرة واحدة) عام ١٩٧٨م = (٦٠٪) من جمهور الطلاب. (أنظر الجدول رقم ١) في الفصل الأول من هذا البحث.

لكن ضالة هذه النسب للتعاطي الفعلي للمخدرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية لا يقلل إطلاقاً من خطورة ظاهرة تعاطي المخدرات في البلاد العربية:

١- لأننا إزاء عينة مرتفعة التعليم بالمقارنة بجمهور السكان في البلاد العربية وتشكل أهم شرائح الشباب، مما يشير إلي أن هذه النسب تتضاعف كلما انخفض مستوى التعليم، بل وكلما انخفض مستوى التحصيل الدراسي، كما أوضحت هذا بعض الدراسات الوبائية (السيد، عبدالحليم محمود، ١٩٩١م، ص ص ٥٠ - ٥١)

٢- أن هذه النسبة قابلة للزيادة إذا لم تتخذ الإجراءات الوقائية اللازمة لأن ثمة تحولاً من مادة مؤثرة في الحالة النفسية إلى أخرى أشد غالباً

٣- أن نسبة تتراوح بين (٢٥٪ و ٤٠٪) ممن بدأوا في التعاطي للمخدرات تستمر في هذا التعاطي وهذا ما يكشف عنه الجدول رقم (١٣٩) التالي:

الجدول رقم (١٣٩)

نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي المخدرات

توقف %	استمر %	العينة الاستمرار أو التوقف
٧٥	٢٥	العينة الإجمالية
٦٠	٤٠	عينة الأردن
٦٥	٣٥	عينة الإمارات
٧٦	٢٤	عينة السودان

ب - ظروف تعاطي المخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٤٠) التالي ملاحظة أن أهم ظروف بدء التعاطي للمخدرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية الذين تعاطوا فعلاً (ولو لمرة واحدة) في حياتهم تتمثل في ظروف ذات طابع اجتماعي، حيث تتركز هذه الظروف إما في مناسبة اجتماعية أو صحبة الأصدقاء.

الجدول رقم (١٤٠)

ظروف بدء تعاطي المخدرات لدى المتعاطين لها (ولو لمرة واحدة) في الحياة

ظروف بدء التعاطي العينة	مناسبة اجتماعية %	في صحبة الأصدقاء %	في مواجهة حالات نفسية %	أخرى %
عينة الأردن	٦٢,٥	--	٣٧,٥	--
عينة الإمارات	٣٣,٣	٦٦,٧	--	--
عينة السودان	١٠٠,٠	--	--	--

جـ- أهم أسباب التوقف أو عدم الاستمرار في تعاطي المخدرات:

- نستطيع من خلال الجدول رقم (١٤١) أن هذه النسب تترتب حسب أهميتها (من أعلى أهمية فالأقل) كالتالي
- ١- لأنها ضارة صحياً (جسماً ونفسياً).
 - ٢ لأسباب دينية (أو لأنها محرمة دينياً)
 - ٣- الخوف من الأهل
 - ٤- الخوف من الإدمان.
 - ٥- زوال أسباب وظروف التعاطي
 - ٦ لأنها غير مفيدة.

ومثل هذا الترتيب له أهميته عند إعداد البرامج الوقائية التي تهدف إلى عدم اقتراب الأبناء من هذه المخدرات، أو إلى إقلاع من بدأ في تجربتها في التوقف عن تعاطيها

الجدول رقم (١٤١)

أهم أسباب التوقف عن تعاطي المخدرات

العينة								العينة الإجمالية
أثر	غير مفيدة	انتهاء سبب تعاطيها	الخوف من إدمانها	خوف من الأهل	أسباب مالية	أسباب دينية	ضارة جسدياً ونفسياً	عينة الأردن
%	%	%	%	%	%	%	%	١٠٠
١٥,٤	٢,٤	٢,٤	٤,٨	٩,٦	٢,٤	١١,٩	٥٢,٤	١٠
--	--	--	--	--	--	--	١٠٠	عينة الإمارات
--	--	--	--	--	--	--	١٠	عينة السودان
١٨,٨	٣,١	٣,١	٦,٣	١٢,٥	٣,١	١٥,٦	٣٧,٥	

٢ - أهم المتغيرات الاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

سوف نعرض فيما يلي أهم المتغيرات الاجتماعية في علاقتها بتعاطي المخدرات بهدف الكشف عن الظروف الاجتماعية المسيرة أو المعوقة لتعاطي المخدرات لدى الشباب من تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أ - موطن النشأة وعلاقته بتعاطي المخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٤٢) التالي أن نستخلص ما يأتي:

الجدول رقم (١٤٢)

نسبة تعاطي المخدرات حسب موطن النشأة

دول عربية	مراكز وقرى	مدن صغيرة	مدن كبرى	نسبة تعاطي المخدرات البنسبة
%	%	%	%	
٣,٦	٩,٦	١٠,٨	٧٦	الإجمالية ن = ٢٩٥٩
١٢,٥	١٢,٥	٠,٠	٧٥	الأردن ن = ٩٦٧
٤,٠	٤,٠	٨,٠	٨٤	الإمارات ن = ٩٩٧
٢,٠	١٢,٠	١٤,٠	٧٢	السودان ن = ٩٩٥

أن حوالي (٧٥٪) من المتعاطين فعلاً للمخدرات ينتمون إلى المدن الكبرى من حيث موطن النشأة وتتضاءل هذه النسبة كلما اتجهنا إلى المدن الصغيرة والمراكز والقرى.

ب - الديانة:

نستطيع من الجدول رقم (١٤٣) التالي ملاحظة أن معظم المتعاطين

للمخدرات مسلمون، وذلك يتسق مع كون أغلبية السكان في المجتمع الأصلي مسلمين .

الجدول رقم (١٤٣)

الديانة ونسبة تعاطي المخدرات (ولو لمرة واحدة)

مسيحي %	مسلم %	الديانة العينة
١,٢	٩٧,٦	العينة الإجمالية
١٢,٥	٨٧,٥	عينة الأردن
٠,	١٠	عينة الإمارات
٠,	٩٨	عينة السودان

ج- وجود الأب والأم على قيد الحياة:

نستطيع من الجدولين التاليين (١٤٤ , ١٤٥) ملاحظة انتشار تعاطي المخدرات لدى التلاميذ مع وجود كل من الأب والأم على قيد الحياة لأنه يتطلب توفر مصدر مستقر للإنفاق وسياق اجتماعي ثقافي يحدد التعاطي، إلا أن تعاطي الأبناء اليتامى للمخدرات يرتفع نسبياً مع زيادة وفاة الآباء، بالمقارنة بوفاة الأمهات مما ينبه إلى أهمية رعاية الأيتام، منعاً لوقوعهم فريسة لتعاطي المخدرات

الجدول رقم (١٤٤)

وجود الأب على قيد الحياة ونسبة تعاطي المخدرات

متوفى %	على قيد الحياة %	وجود الأب العينة
٨,٤	٩١,٦	العينة الإجمالية
٢٥,٠	٧٥,٠	عينة الأردن
٨,٠	٩٢,٠	عينة الإمارات
٦,٠	٩٤,٠	عينة السودان

الجدول رقم (١٤٥)

وجود الأم على قيد الحياة ونسبة تعاطي المخدرات

متوفاة %	على قيد الحياة %	وجود الأم العينة
٢,٤	٩٧,٦	العينة الإجمالية
٠	١٠٠	عينة الأردن
٠,٠	١٠٠	عينة الإمارات
٤,٠	٩٦,٠	عينة السودان

د - مهنة الأب:

نستطيع من الجدول رقم (١٤٦) التالي، الخاص بمهنة الأب، ملاحظة أن أعلى نسبة لتعاطي المخدرات في العينات الثلاث تتركز في المستوى الأوسط والأدنى من مهنة الأب

الجدول رقم (١٤٦)

مهنة الأب ونسبة تعاطي المخدرات ولو لمرة واحدة

مهنة الأب / العينة	عليا %	متوسطة %	دنيا %	أخرى %
العينة الإجمالية	٦,١	٥٥,٦	٣٢,٢	١,١
عينة الأردن	٧,٥	٥٠,٠	٣٠,	١٢,٥
عينة الإمارات	٤,٤	٦٠,٨	٣٠,٤	٤,٤
عينة السودان	٢,٠	٥٤,	٣٨,	١,٠

هـ - تعليم الأب ونسبة تعاطي التلاميذ للمخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٤٧) التالي، ملاحظة أن أبناء ذوي التعليم الأقل من المتوسط والمتوسط فأكثر، هم أصحاب أعلى نسب من تعاطي المخدرات ولو لمرة واحدة، على مستوى العينات الثلاث.

الجدول رقم (١٤٧)

تعليم الأب ونسبة تعاطي المخدرات

تعليم الأب / العينة	أمي %	يقراً ويكتب + ابتدائي %	إعدادي %	ثانوي وجامعي %
عينة الأردن	,٠	٤٠,٠	١٢,٥	٤٧,٥
عينة الإمارات	٢٠,٨	٣٧,٥	١٢,٥	٢٩,٢
عينة السودان	١٤,٣	٤١,١	٨,٩	٣٥,٧

و - تعليم الأم ونسبة تعاطي التلاميذ للمخدرات:

ونستطيع من الجدول رقم (١٤٨) التالي ، استنتاج أن معظم نسب من تعاطوا المخدرات (ولو لمرة واحدة) ينتسبون إلى أمهات أميات أو يقرأن ويكتبن

الجدول رقم (١٤٨)

تعليم الأم ونسبة تعاطي المخدرات

ثانوية وجامعية	إعدادية	تقرأ وتكتب + (ابتدائية)	أمية	فعلية الأم المبينة
%	%	%	%	
١٣,٤	٠,٠	٤٤,٤	٤٢,٢	عينة الأردن
٨,٥	٣,٧	٢٥,٩	٥١,٨	عينة الإمارات
١٢,٠	٤,٥	٣٤,٥	٤٩,٠	عينة السودان

٣ - المستوى الاقتصادي للأسرة ونسبة تعاطي التلاميذ للمخدرات:

أ - عدد حجرات المسكن.

نستطيع من الجدول رقم (١٤٩) التالي ، ملاحظة نمطين في توزيع نسب تعاطي التلاميذ للمخدرات وعلاقتها بعدد حجرات المسكن الأول : لا تكاد تتميز فيه المستويات الثلاثة من المسكن (وهو يسود عينتي الأردن والسودان).

الثاني: ترتفع قيمة نسبة تعاطي المخدرات كلما ارتفع عدد الحجرات (في عينة الإمارات)

الجدول رقم (١٤٩)

عدد حجرات المسكن ونسبة تعاطي المخدرات

١ فأكثر	٤ - ٥	أقل من ٣	عدد الحجرات العينة
%	%	%	
٤٤,٦	٣٣,٧	٢١,٧	العينة الإجمالية
٢٥,٠	٣٧,٥	٣٧,٥	عينة الأردن
٦٥,٤	٣٠,٨	٣,٩	عينة الإمارات
٣٤,٧	٣٦,٧	٢٨,٥	عينة السودان

ونظراً لأن عدد الحجرات وحده، لا يدل على المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، فقد تم حساب الكثافة السكانية لأسرة كل طالب حيث نظر إلى الكثافة على أنها غير ملائمة (إذا قل عدد الحجرات عن عدد الأفراد بالأسرة) ومتوسطة (إذا تساوى الاثنان) وملائمة (إذا زاد عدد الحجرات عن عدد أفراد الأسرة).

ب - الكثافة السكانية ونسبة تعاطي التلاميذ للمخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٥٠) التالي، أن نلاحظ ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات في ظل المستويين الأوسط وغير الملائم من حيث الكثافة السكانية للأسرة.

الجدول رقم (١٥٠)
الكثافة السكانية ونسبة تعاطي المخدرات

غير ملائمة	متوسطة	ملائمة	الكثافة العينة
%	%	%	
٤٥,٩	٤٢,٥	١١,٥	العينة الإجمالية
٣٣,٣	٥٠,٠	١٦,٧	عينة الأردن
١٥,٤	٦٩,٢	١٥,٤	عينة الإمارات
٥٨,٣	٣٣,٣	٨,٣	عينة السودان

جـ- الدخل الشهري للأسرة (في تقدير الطالب):

نستطيع أن نلاحظ من الجدول رقم (١٥١) التالي، ارتفاع نسب تعاطي المخدرات في ظل المستويين الأعلى والأوسط من دخل الأسرة كما يقدره الطالب.

الجدول رقم (١٥١)
الدخل الشهري للأسرة ونسبة تعاطي المخدرات

منخفض	متوسط	مرتفع	الدخل العينة
%	%	%	
١٠,٧	٤٥,٢	٤٤,١	العينة الإجمالية
١٢,٥	١٢,٥	٧٥,٠	عينة الأردن
٧,٧	٣٨,٥	٥٣,٩	عينة الإمارات
١٢,٠	٥٤,٠	٣٤,٠	عينة السودان

د - المصروف الشهري للطالب .

نستطيع من الجدول رقم (١٥٢) التالي ، أن نستخلص ارتباط ارتفاع المصروف بارتفاع نسبة تعاطي المخدرات ، ولو لمرة واحدة ، وعلى أن نسب التعاطي في عينة الإمارات تكاد تتوزع بالتساوي على المستويات الثلاثة للمصروف (مع زيادة طفيفة في المصروف المنخفض) وإن كان يرجح أن ما يقدره تلميذ الإمارات من الانخفاض في المصروف ، قد يعادل المستوى المتوسط أو المرتفع في العينتين الأخرين .

الجدول رقم (١٥٢)

المصروف الشهري للطالب ونسبة تعاطي المخدرات ولو لمرة واحدة

منخفض	متوسط	مرتفع	المصروف الشهري العينة
%	%	%	
٤٢,٢	٣١,٣	٢٦,٥	العينة الإجمالية
١٤,٣	١٤,٣	٧١,٤	عينة الأردن
٣٩,١	٢٦,١	٣٤,٨	عينة الإمارات
١٥,٦	٣٧,	٤٧,٤	عينة السودان

المهم أن القاعدة المتكررة في كل من التدخين للسجائر ، وتعاطي الأدوية ، تتكرر هنا أيضاً وهي أن ارتفاع المصروف الشخصي للطالب تصاحبه نسبة أعلى لتعاطي المواد المخدرة .

٤ - بعض المتغيرات الشخصية وعلاقتها بتعاطي المخدرات .

أ - التدخين ونسبة تعاطي المخدرات ولو لمرة واحدة :

نستطيع من الجدول رقم (١٥٣) التالي ملاحظة أن معظم نسب التعاطي

للمخدرات تتركز فيما يقرره التلاميذ بأنه مستوى متوسط ومنخفض من التدين في حين أن نسب تعاطي المخدرات (ولو لمرة واحدة) شديدة الضلالة لدى من أقرروا بأن درجة تدينهم مرتفعة .

الجدول رقم (١٥٣)

مستوى التدين ونسبة تعاطي المخدرات

التدين	مرتفع	متوسط	منخفض
العينة	%	%	%
العينة الإجمالية	١٢,٨	٦٥,١	٢٢,١
عينة الأردن	١٢,٥	٣٧,٥	٥٠,٠
عينة الإمارات	٣١,٧	٥٥,٠	١٣,٣
عينة السودان	٨,٦	٦٥,٥	٢٢,٤

ب - التحمس للدراسة:

يوضح الجدول رقم (١٥٤) التالي وجود نسبة لتعاطي المخدرات بين من يصفون أنفسهم بالتحمس للدراسة بدرجة مرتفعة أو متوسطة ، أعلى و بين من يصفون أنفسهم بأنهم غير متحمسين لمتابعة الدراسة . ونظراً لأن الحماس ليس له إلا التقدير الشخصي ، فإن التحصيل الدراسي أو مستوى التفوق في الشهادة الإعدادية قد يكون أكثر دلالة .

الجدول رقم (١٥٤)

مستوى التحمس للدراسة ونسبة تعاطي المخدرات

منخفض	متوسط	مرتفع	التحمس العينة
%	%	%	
٧,٩	٣٤,١	٥٧,٩	العينة الإجمالية
١٢,٥	٢٥,٠	٦٢,٥	عينة الأردن
١٠,٧	٣٩,٣	٥٠,٠	عينة الإمارات
٤,٠	٣٦,٠	٦٠,٠	عينة السودان

ج - مستوى التفوق في التحصيل الدراسي ونسبة تعاطي المخدرات.

يتبين لنا من الجدول رقم (١٥٥) التالي أن معظم نسب التعاطي (ولو لمرة واحدة) للمخدرات كانت بين ذوي نسب التحصيل الدراسي المتوسطة والمنخفضة. أي أن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي يصاحب ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات، بغض النظر عن تمني أو اعتقاد التلميذ بأنه متحمس وراغب في مواصلة الدراسة

الجدول رقم (١٥٥)

مستوى التفوق في التحصيل الدراسي ونسبة تعاطي المخدرات

منخفض أقل من ٪٧٠ ٪	متوسط ٪٧٠ ٪	مرتفع ٪٨٠ فأكثر ٪	التحصيل الدراسي العينة
٣٨,٨	٣١,٢	٣٠,٠	العينة الإجمالية
٣٧,٥	٣٧,٥	٢٥,	عينة الأردن
٥٠,	٣٣,٣	١٦,٧	عينة الإمارات
٤ ,٨	٤ ,٨	١٨,٤	عينة السودان

٥ - تعاطي المخدرات وعلاقته بمستوى المعلومات والخبرات بالمواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب وخصوصاً (الأدوية، والكحوليات):

أ - تعاطي المخدرات ومستوى المعلومات والخبرات المتصلة بالأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

١ - السماع عن الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من خلال الجدول رقم (١٥٦) التالي ملاحظة اتساق الارتفاع الكبير في نسبة سماع المتعاطين للمخدرات، عن الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية.

الجدول رقم (١٥٦)

نسبة السماع عن الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الأدوية المنشطة		الأدوية المنومة		الأدوية المهدئة		نسبة السماع البنسبة
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٦٤,٤	٩٠,٥	٤٤,٥	٧٢,٣	٥٦,١	٧٧,٤	العينة الإجمالية
٥١,٣	٨٧,٥	٣١,٩	٧٥,٠	٥٣,٩	٧٥,٠	عينة الأردن
٥٩,٩	٨٠,٨	٤٢,٤	٦٨,٠	٥٣,٦	٨٤,٦	عينة الإمارات
٨١,٢	٩٦,٠	٥٨,٧	٧٤,٠	٦٠,٤	٧٤,٠	عينة السودان

أي أنهم أكثر عرضة للثقافة والمعلومات المتصلة بالمواد المؤثرة في الأعصاب مهما اختلف شكلها

٢- الرؤية المباشرة للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات:

يتبين لنا من الجدول رقم (١٥٧) التالي الارتفاع الشديد في نسبة الرؤية المباشرة للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين (ولو مرة واحدة) للمخدرات مع ارتفاع أكثر في الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الجدول رقم (١٥٧)

نسبة الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الأدوية		الرؤية المباشرة العينة
غير المتعاطين %	لدى المتعاطين %	
٢٩,	١٠	عينة الأردن
٢٣,٤	٦٥,٤	عينة الإمارات
٣٢,٥	٥٩,٢	عينة السودان

٣- وجود نموذج لتعاطي الأدوية وتعاطي المخدرات ولو لمرة واحدة:
نستطيع من الجدول رقم (١٥٨) التالي ملاحظة وجود نسبة أعلى شديدة الارتفاع والدلالة من كل من الأصدقاء والأقارب لدى المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين مما يرجح تأثير النماذج القريبة من التلميذ في سلوكه. ويوضح أن المتعاطين تتوفر فيما بينهم ومن حولهم نماذج لتعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية أكثر من غير المتعاطين.

الجدول رقم (١٥٨)

نسبة وجود نموذج لتعاطي الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الأقارب		الأصدقاء		النموذج العينة
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
١١,٥	٣٨,٩	١٦,٢	٤٨,٧	العينة الإجمالية
١١,١	٧٧,٨	١٣,٣	٧٥,	عينة الأردن
٧,١	٢٧,٣	١٥,	٦٠,٩	عينة الإمارات
٢١,٤	٥٢,	١٩,٣	٣٨,٣	عينة السودان

٤ - الاعتقاد في تأثير الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من الجداول أرقام (١٥٩ ، ١٦٠ ، ١٦١) التالية أن نلاحظ الارتفاع الشديد (إلى حد الضعف أو عدة أضعاف) في نسبة الاعتقاد في فائدة الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى من تعاطوا المخدرات (ولو لمرة واحدة) بالمقارنة بمن لم يتعاطوها

الجدول رقم (١٥٩)

نسبة تعاطي المخدرات والاعتقاد في تأثير الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية

غير المتعاطين				المتعاطون				الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة وضارة %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير %	مفيدة وضارة %	مفيدة %	
٨٦,١	٤,	٩,١	٠,٨	٦٩,٥	٢,٤	٢٥,١	٢,٤	العينة الإجمالية
٨٦,٧	٥,١	٧,٧	٠,٦	٥٠,	,	٥٠,	,	عينة الأردن
٨٨,	٤,٣	١,٣	١,٤	٦٢,٥	٤,٢	٢٥,	٨,٣	عينة الإمارات
٨٣,٨	٢,٨	١٣,	٠,٥	٧٦,	٢,	٢٢,	٠,	عينة السودان

الجدول رقم (١٦٠)

تعاطي المخدرات والاعتقاد في تأثير الأدوية المشطبة

غير المتعاطين				المتعاطون				الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة وضارة %	مفيدة %	ضارة %	لا تأثير %	مفيدة وضارة %	مفيدة %	
٨٢,٩	٥,٥	١١,٠	٠,٦	٦٨,٨	٧,٥	٢١,٣	٢,٥	العينة الإجمالية
٧٥,٧	٧,٣	١٦,٥	٠,٦	٣٧,٥	١٢,٥	٥٠,	,	عينة الأردن
٨٢,٢	٧,٤	٩,٥	٠,٩	٤٥,٨	١٦,٧	٢٩,٢	٨,٣	عينة الإمارات
٩٠,٦	٢,١	٦,٩	٠,٤	٨٥,٤	٢,١	١٢,٥	٠,٠	عينة السودان

الجدول رقم (١٦١)

تعاطي المخدرات والاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة

غير المتعاطين				المتعاطون				الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %	مفيدة وضارة %	ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %	مفيدة وضارة %	
٨٥,١	٤,١	١٠,١	٠,٧	٦٩,١	٦,٢	٢٢,٢	٢,٥	العينة الإجمالية
٨٢,٩	٤,٩	١١,٥	٠,٦	٢٥,٠	٠,٠	٧٥,٠	٠,٠	عينة الأردن
٨٦,٣	٤,٥	٧,٩	١,٣	٦٦,٧	٨,٣	١٦,٧	٨,٣	عينة الإمارات
٨٦,٠	٣,٠	١٠,١	٠,٥	٧٧,١	٦,١	١٦,٣	٠,٠	عينة السودان

٥ - التعاطي ولو لمرة واحدة للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من الجدول رقم (١٦٢) التالي أن نلاحظ أن نسبة تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (سواء كانت مهدئة أو منومة أو منشطة) أعلى بدرجة شديدة لدى المتعاطين للمخدرات (ولو لمرة واحدة) منها لدى غير المتعاطين.

الجدول رقم (١٦٢)

نسبة تعاطي الأدوية (ولو لمرة واحدة) لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الأدوية المهدئة		الأدوية المنومة		الأدوية المنشطة		تعاطي الأدوية العينة
المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	
٢٢,٨	٤,٠	٣١,٢	٤,٥	١٤,٥	٢,٣	العينة الإجمالية
٦٦,٧	٦,١	٧١,٤	٤,٥	٤٢,٩	٣,٨	عينة الأردن
٣٤,٦	٤,٤	٨١,٢	٢,٤	١٧,٤	٢,٢	عينة الإمارات
١٠,١	١,٩	٣١,٢	٦,٤	٨,٧	٠,٩	عينة السودان

ب- تعاطي المخدرات ومستوى المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات:

١ - السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (١٦٣) التالي استنتاج ارتفاع نسبة السماع عن المخدرات رغم شيوع هذا السماع لدى النوعين من الجمهور

الجدول رقم (١٦٣)

السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها

غير المتعاطين %	المتعاطون %	نسبة السماع العينة
٩٠,٣	٩٧,٦	العينة الإجمالية
٨٨,٥	١٠٠,	عينة الأردن
٨٨,٧	٩٥,٨	عينة الإمارات
٩٣,٧	٩٨,٠	عينة السودان

٢ - الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها:

نستطيع من الجدول رقم (١٦٤) التالي استنتاج أن ارتفاع نسبة خبرة المشاهدة ارتفاعاً دالاً (يقترّب من الضعف) لدى المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين مما يشير إلى أن المتعاطين أكثر عرضة لمزيد من المعلومات المباشرة عن المخدرات من خلال رؤيتها

الجدول رقم (١٦٤)

الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها

غير المتعاطين %	المتعاطون %	نسبة الرؤية
		العينة
٢٣,٦	٨٩,	العينة الإجمالية
٤,٤	٨٧,٥	عينة الأردن
١٥,٨	٦٦,٧	عينة الإمارات
٤٩,٥	١٠٠,٠	عينة السودان

٣- وجود نموذج للتعاطي (من الأصدقاء والأقارب) لدى المتعاطين وغير المتعاطين.

نستطيع من الجدول رقم (١٦٥) التالي أن نلاحظ الارتفاع الشديد لنسبة وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى مجموعة المتعاطين (ولو لمرة واحدة) ونسبة التعرض تتراوح بين ضعف وأربعة أضعاف لدى المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين أي أننا هنا إزاء سياق اجتماعي متميز له مغرياته وضغوطه لدى المتعاطين يختلف عنه لدى غير المتعاطين.

الجدول رقم (١٦٥)

نسبة وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الأقارب		الأصدقاء		النموذج العينة
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٨,٧	٤٥,٥	١٨,٣	٧٨,٨	العينة الإجمالية
٠,٨	٥٥,٦	٣,٢	٨٧,٥	عينة الأردن
٣,٥	٢٧,٣	١٤,٢	٦٠,٩	عينة الإمارات
٢٣,٤	٦٨,٠	٣٦,٢	٨٥,٧	عينة السودان

٤- الاعتقاد في تأثير المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من الجدول رقم (١٦٦) التالي، استخلاص وجود فروق في التصور المعرفي لتأثير المخدرات لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين لها (ولو لمرة واحدة). حيث يعتقد المتعاطون (ولو لمرة واحدة) بدرجة شديدة الدلالة والارتفاع أن المخدرات مفيدة، كما ترتفع لديهم أيضاً نسبة تحييد أثرها (أي تصور أنها لا تأثير لها) أما عن غير المتعاطين فنسبة الاعتقاد في ضرر المخدرات لديهم أعلى بدرجة دالة بالمقارنة بالمتعاطين. وكأنا إزاء أيديولوجيتين أو تصورين معرفيين، يسيران أو يمينان من الإقدام على التعاطي الفعلي

الجدول رقم (١٦٦)

تعاطي المخدرات والاعتقاد في تأثيرها

غير المتعاطين				المتعاطون				الاعتقاد في التأثير النسبة
مفيدة وضارة %	لا تأثير %	مفيدة لا تأثير %	مفيدة وضارة %	مفيدة وضارة %	لا تأثير %	مفيدة لا تأثير %	مفيدة وضارة %	
٩٨,٦	,٥	,٧	,٢	٨٠,٥	٤,٨	١٤,٦	العينة الإجمالية	
٩٨,٣	,٦	,٩	,٣	٣٧,٥	١٢,٥	٥٠,٠	عينة الأردن	
٩٨,٣	,٧	,٧	,٣	٨٤,	٨,	٨,	عينة الإمارات	
٩٩,٢	,٣	,٤	--	٨٥,٧	٢,١	١٢,٢	عينة السودان	

ج- تعاطي المخدرات ونسبة المعلومات والخبرات المتصلة بالكحوليات.

١- السماع عن الكحوليات وتعاطي المخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٦٧) التالي ملاحظة ارتفاع بسيط في نسبة السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين للمخدرات بالمقارنة بغير المتعاطين (ولو لمرة واحدة).

الجدول رقم (١٦٧)

السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين %	المتعاطون %	نسبة السماع العينة
٩١,٨	٩٨,٨	العينة الإجمالية
٩٢,٩	١٠٠,٠	عينة الأردن
٨٨,٤	٩٨,٤	عينة الإمارات
٩٤,١	٩٨,٠	عينة السودان

٢ - الرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٦٨) التالي ملاحظة الارتفاع الشديد لنسبة الرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين (ولو لمرة واحدة) للمخدرات، بالمقارنة بغير المتعاطين.

الجدول رقم (١٦٨)

الرؤية المباشرة للكحوليات

غير المتعاطين %	المتعاطون %	الرؤية المباشرة العينة
٦٦,٤	٨٨,١	العينة الإجمالية
٧٠,٩	١٠٠,٠	عينة الأردن
٥٢,٥	٦٥,٤	عينة الإمارات
٧٣,٩	٩٨,٠	عينة السودان

٣ - وجود نموذج لتعاطي الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من الجدول رقم (١٦٩) التالي ملاحظة الارتفاع الشديد إلى مستوى يبلغ الضعف بنسبة وجود نموذج لتعاطي الكحوليات لدى المتعاطين للمخدرات مما يتمثل في الأصدقاء أو الأقارب .

الجدول رقم (١٦٩)

نسبة وجود نموذج لتعاطي الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

الأقارب		الأصدقاء		النسبة البيانية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٣٥,٢	٧٦,٦	٣٥,٧	٨١,٧	العينة الإجمالية
٢٨,٩	٨٥,٧	٣٥,٦	١٠	عينة الأردن
١٦,٨	٤٣,٥	٢٤,٩	٥٧,٧	عينة الإمارات
٥٧,٤	٩١,٧	٤٥,٣	٩١,٨	عينة السودان

٤ - الاعتقاد في تأثير الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٧٠) التالي استخلاص وجود نمط يميز كلاً من المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين لها حيث يعتقد المتعاطون للمخدرات بنسبة شديدة الارتفاع أن الكحوليات لها تأثير مفيد، كما أن نسبة الاعتقاد التحيدي بأن الكحوليات لا تأثير لها، أعلى أيضاً لدى المتعاطين للمخدرات، في حين أن نسبة الاعتقاد في ضرر الكحوليات أعلى لدى غير المتعاطين للمخدرات .

الجدول رقم (١٧٠)

تعاطي المخدرات والاعتقاد في تأثير الكحوليات

غير المتعاطين				المتعاطون				الاعتقاد في التأثير العينة
مفيدة وضارة %	لا تأثير %	مفيدة %	مفيدة وضارة %	مفيدة وضارة %	لا تأثير %	مفيدة %	مفيدة وضارة %	
٩٧,٢	١,٦	١,١	٠,٤	٨٠,٧	٤,٨	١٤,٥	العينة الإجمالية	
٩٤,٦	٣,٤	٢,١	,٠	٥٠,٠	١٢,٥	٣٧,٥	عينة الأردن	
٩٨,٠	٠,٩	,٩	,١٠	٨٠,٠	٨,٠	١٢,٠	عينة الإمارات	
٩٩,٢	,٥	,٥	,٠	٨٦,٠	٢,٠	١٢,٠	عينة السودان	

٥ - تعاطي الكحوليات ولو لمرة واحدة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من خلال الجدول رقم (١٧١) التالي ملاحظة:

١- الارتفاع الشديد لنسبة تعاطي الكحوليات لدى المتعاطين، بالمقارنة بغير المتعاطين في كل عينة من عينات البحث.

٢- البيرة من أكثر الكحوليات شيوعاً لدى غير المتعاطين، وإن كانت نسبة تعاطيها لدى المتعاطين للمخدرات تأتي في المرتبة الأولى أيضاً

٣- يكاد يساوي البيرة، في نسبة الشيوع لدى المتعاطين للمخدرات كل من الويسكي والعرق، فالكحوليات الأخرى ثم النبيذ.

٤- تؤكد هذه النسب ما سبق أنه ظهر من ارتفاع نسب المتعاطين للمواد المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين لأي مادة منها (السجائر، الأدوية، المخدرات، والمسكرات)

الجدول رقم (١٧١)

نسبة تعاطي الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

كحوليات أخرى		العرقى		الويسكي		البيز		البيرة		نوع الكحوليات العينة
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٢,٦	٤٦,٠	٣٦	٥٩,١	٤,٧	٤٣,٦	٣,١	٢٧,٠	١٠,٧	٥٠,٠	العينة الإجمالية
٥,٢	١٠٠,٠	٥,٥	٨٣,٣	٨,٩	٨٣,٣	٧,٩	٨٠,٠	١٨,٨	٨٣,٣	عينة الأردن
٠,٢	١٦,٧	٠,٥	١٤,٣	٢,٧	٢٦,٧	١,١	١٤,٣	٦,٨	٣٧,٥	عينة الإمارات
٢,١	٤٣,٧	٤,٢	٦٨,٩	١,١	٤٠,٦	٠,١	٢٤,٠	٥,٠	٤٦,٧	عينة السودان

٦ - مصادر المعلومات والخبرات عن المواد المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

أ - مصادر المعلومات عن الأدوية:

١ - مصادر السماع عن الأدوية:

نستطيع من خلال الجدول رقم (١٧٢) التالي، ملاحظة أن المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لا يتميرون تقريباً في نسبة السماع من مختلف المصادر عن الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية.

الجدول رقم (١٧٢)

مصادر السماع عن الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة
أرى	أذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	أقارب	أصدقاء	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أرى	أذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	أقارب	أصدقاء	أصدقاء أو زملاء المدرسة	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
٤٠,٠	١٨,٨	٢٣,١	٨,٣	١,٣	٨,٥	٤٣,٢	١١,١	١٩,٨	١١,١	٦,٢	٨,٦	العينة الإجمالية
٤٣,٠	٢٠,١	١٧,٩	٩,٩	١,٩	٦,٢	٢٥,٠	٢٥,٠	١٢,٥	٢٥,٠	٠,٠	١٢,٥	عينة الأردن
٤٤,٥	٢١,٢	١١,٠	٥,١	٠,٧	١١,٥	٦٢,٥	٤,٢	٤,٢	٨,٣	٨,٣	١٢,٥	عينة الإمارات
٣٤,٠	١٦,٠	٣١,٣	٩,٥	١,٤	٧,٩	٣٦,٧	١٢,٢	٢٨,٦	١٠,٢	٦,١	٦,١	عينة السودان

٢- مصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات:

يوضح الجدول رقم (١٧٣) التالي أن الأصدقاء يمثلون أعلى مصدر للرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين للمخدرات، في حين يمثل الأقارب أعلى نسبة كمصادر لرؤية الأدوية لدى غير المتعاطين للمخدرات

الجدول رقم (١٧٣)

مصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين للأدوية					المتعاطون للأدوية					المصدر	العينة
أرى	زمناء المدرسة	أرى	أرى	أرى	أرى	زمناء المدرسة	أرى	أرى	أرى		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
١٨,١	٤,٧	٣٩,٤	١١,	٢٦,٧	٢٩,٢	١,٩	٢٦,	٦,٠	٣٥,٨	العينة الإجمالية	
١٥,٨	٣,٤	٤٧,٤	١٠,٣	٢٣,١	٢٥,	٠,	٣٧,٥	٠	٣٧,٥	عينة الأردن	
٢٣,٨	٥,٥	١٨,٨	١٠,٥	٤١,٤	٣٥,	٧,٧	٧,٧	٧,٧	٤٢,٠	عينة الإمارات	
١٦,٧	٥,١	٤٥,٥	١١,٩	٢٠,٨	٢٧,٦	٠,	٣٤,٥	١٠,٣	٢٧,٦	عينة السودان	

٣- مصادر الحصول على الأدوية لدى المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين لها:

نستطيع من الجدول رقم (١٧٤) التالي ، أن نلاحظ أهم مصدر للحصول على الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين للمخدرات يتمثل في الأصدقاء أما بقية المصادر فتكاد تتساوى لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها:

الجدول رقم (١٧٤)

مصادر الحصول على الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين للأدوية						المتعاطون للأدوية						المصدر	العينة
١	٢	٣	٤	٥	٦	١	٢	٣	٤	٥	٦		
٦,٤	٤,٦	٢٦,٣	٢٢,٨	٢٣,٤	١٦,٤	٠	٦,٢	٥٦,٣	٢٨,١	٩,٤	٠	العينة الإجمالية	
٣,٩	٣,٩	٢٨,٩	١٩,٧	٣٠,٣	١٣,٢	٠	١٦,٧	٥٠,٠	١٦,٧	١٦,٧	٠	عينة الأردن	
٧,٥	٥,٠	٣٠,٠	٢٠,٠	١٧,٥	٢٠,٠	٠	٩,١	٨١,٨	٩,١	٠,٠	٠	عينة الإمارات	
٩,١	٥,٤	٢٠,٠	٢٩,١	١٨,٢	١٨,٢	٠	٠,٠	٤٠,٠	٤٦,٧	١٣,٣	٠	عينة السودان	

ب - مصادر المعلومات والخبرات عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات:

١ - مصادر السماع عن المخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (١٧٥) التالي ملاحظة أن الأصدقاء يمثلون أعلى نسبة من مصادر السماع عن المخدرات لدى المتعاطين (بوجه عام أي مقارنة بكل الوسائل الأخرى) بالمقارنة بغير المتعاطين

الجدول رقم (١٧٥)

مصادر السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة		
أرى	أذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	أصدقاء	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أرى	أذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	أصدقاء	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أرى	أذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام		كتب ومجلات	أصدقاء
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
٤٤,١	٢٩,٦	١٦,٣	١,٩	٣,١	٥,٠	٤٦,٢	٨,٧	١١,٣	٧,٥	١٠,٠	١٦,٣	١٦,٣	١٦,٣	١٦,٣
٤٤,٩	٤١,٨	٩,٦	١,٣	٠,٣	٢,٢	٣٧,٥	١٢,٥	١٢,٥	١٢,٥	٠,٠	٢٥,٠	٢٥,٠	٢٥,٠	٢٥,٠
٤٤,٩	٢٠,١	١٧,٧	٠,٨	٠,٣	٥,٢	٥٦,٦	١٣,٠	١٣,٠	٠,٠	٨,٧	٨,٧	٨,٧	٨,٧	٨,٧
٣٨,٥	٢١,٥	٢١,٤	٣,٣	٨,١	٧,٢	٤٢,٩	٦,١	١٠,٢	١٠,٢	١٢,٢	١٨,٤	١٨,٤	١٨,٤	١٨,٤

أما غير المتعاطين فإن أهم مصادر للسماع عن المخدرات لديهم تتمثل في الإذاعة والتلفزيون ثم الكتب. ومعنى هذا أننا إن شاء نوعين من الجمهور: النوع الأول: لا يمكن التوصل إليه من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية، لأنه لا يستمع إلا لأصدقاء السوء، والمطلوب الذهاب إليه هو وأصدقائه لإسماعهم ما نريد أن نسمعه، في الملاعب والمدارس ومواقف التفاعل الاجتماعي المباشر مع الأصدقاء.

النوع الثاني: من الجمهور، فهو جمهور غير المتعاطين، الذين يمكن مخاطبتهم من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية، من أجل تزويدهم بالمعلومات الدقيقة الأمنية، التي تحصنهم ضد الوقوع في براش المخدرات. أما الإكتفاء بوسيلة واحدة في خطاب الشباب بكل فئاته فإنه يمثل فشلاً في مخاطبته.

٢ - مصادر رؤية المخدرات:

نستطيع من خلال الجدول رقم (١٧٦) التالي، ملاحظة أن الأصدقاء يحصلون على أن نسبة من مصادر الرؤية لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين إلا أن نسبتهم كمصدر للرؤية لدى المتعاطين أعلى بدرجة كبيرة ودالة

الجدول رقم (١٧٦)

مصادر رؤية المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين لها

غير المتعاطين					المتعاطون					المصدر العينة
أرى %	زمناء الدراسة %	قريب %	أقرب %	أبداً %	أرى %	زمناء الدراسة %	قريب %	أقرب %	أبداً %	
٣٢,٥	٣,٢	١٤,١	٢٢,٧	٢٧,٤	٣٠,١	٤,١	١٣,٧	١٢,٣	٣٩,٧	العينة الإجمالية
٣٨,٥	٢,٦	١٠,٣	١٠,٣	٣٨,٥	٠,٠	١٤,٣	٢٨,٦	٠,٠	٥٧,١	عينة الأردن
٤٠,٦	٣,١	٩,٤	٣,٩	٤٣,٠	١٨,٧	٠,٠	١,٣	٠,٠	٧٥,٠	عينة الإمارات
٢٩,٨	٣,٣	١٥,٨	٢٩,١	٢٢,٠	٣٨,٠	٤,٠	١٤,٠	١٨,٠	٢٦,٠	عينة السودان

وتزداد نسبة الجيران كمصدر لرؤية المخدرات لدى غير المتعاطين مما يلزم بالحذر من جيران السوء، والملاحظ أن الأقارب كمصدر للرؤية يتساوى لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين.

٣ - مصادر الحصول على المخدرات.

نظراً لأن غير المتعاطين لم يحصلوا ولم يتعاطوا المخدرات فسوف

تقتصر المقارنة هنا على مختلف مصادر المتعاطين للحصول على المخدرات . ونلاحظ من الجدول رقم (١٧٧) التالي ، أن الأصدقاء خصوصاً إذا تم ضم فئة الزملاء إليهم يمثلون أهم مصدر لحصول المتعاطين على المخدرات وهذا أمر منطقي ، بعد أن كان هؤلاء الأصدقاء مصدراً أساسياً للسمع ثم للرؤية .

الجدول رقم (١٧٧)

مصادر الحصول على المخدرات

المتعاطون						العينة الإجمالية
والد	والدة	قريب	صديق	زميل	شخص آخر	
%	%	%	%	%	%	
١,٨		١٦,٤	٦٧,٢	٩,١	٥,٤	العينة الإجمالية
٢٠,٠	٠	٢٠,٠	٤٠,٠	٢٠,٠	٠,٠	عينة الأردن
٠,٠	٠	١١,١	٧٧,٨	,	١١,١	عينة الإمارات
٠,٠	٠	١٤,٦	٧٠,٧	٩,٨	٤,٩	عينة السودان

جـ - مصادر المعلومات عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

١ - السماع عن الكحوليات:

نستطيع من الجدول رقم (١٧٨) التالي أن نلاحظ أن الأصدقاء يمثلون أعلى نسبة من مصادر السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين في حين أن الإذاعة والتلفزيون يمثلان أعلى نسبة من مصادر السماع لدى غير المتعاطين .

الجدول رقم (١٧٨)

مصادر السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة
أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	أصدقاء أولاد أولاد أولاد أولاد	
٤٨,٠	٢٠,٤	٩,٦	٨,٩	٦,٨	٦,٣	٤٤,٥	٢,٦	٧,٢	١٦,٩	٧,٢	٢٠,٥	العينة الإجمالية
٥١,٩	٢٣,٥	٦,٢	٧,١	٥,٤	٥,٣	٦٢,٥	٠,٠	١٢,٥	٠,٠	٠,٠	٢٥,٠	عينة الأردن
٥٣,٧	٢٤,٣	١٠,٨	٣,٥	٢,٥	٥,٣	٤٢,٣	٧,٧	٣,٩	١٩,٢	٣,٩	٢٣,١	عينة الإمارات
٣٩,٣	١٤,٠	١٢,١	١٤,٧	١١,٨	٨,١	٤٢,٩	٢,٠	٨,٢	١٨,٤	١٠,٢	١٨,٤	عينة السودان

٢ - مصادر رؤية المسكرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين:

نستطيع من الجدول رقم (١٧٩) التالي ملاحظة أن نسبة الأصدقاء كمصدر لرؤية المسكرات لدى المتعاطين أعلى بدرجة مرتفعة، بالمقارنة بغير المتعاطين. ولا تكاد المصادر الأخرى للرؤية تفرق بين المتعاطين وغير المتعاطين.

الجدول رقم (١٧٩)

مصادر رؤية الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين					المتعاطون					المصدر العينة
أرى %	زمناء المدرسة %	قريب %	أقرب %	قريب %	أرى %	زمناء المدرسة %	قريب %	أقرب %	قريب %	
٣٦,٩	٢,	٢١,٦	٢٢,٤	١٧,١	٣٣,٧	١,٤	٢٠,٣	١٢,٢	٣٢,٤	العينة الإجمالية
٤٢,٢	١,٣	١٧,٥	٢١,٤	١٧,٧	٥٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٥٠,٠	عينة الأردن
٤٢,٣	٣,٤	١٣,٠	١٤,٤	٢٦,٩	٢٩,٤	٠,٠	١٧,٧	١١,٨	٤١,٢	عينة الإمارات
٢٨,٩	١,٨	٣٠,٧	٢٨,٢	١٠,٤	٣٢,٦	٢,٠	٢٤,٥	١٤,٣	٢٦,٥	عينة السودان

٣- مصادر الحصول على الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

نستطيع من الجدول رقم (١٨٠) التالي ملاحظة ارتفاع نسبة الأصدقاء كمصدر للحصول على الكحوليات لدى المتعاطين للمخدرات بالمقارنة بغير المتعاطين، ويتسق هذا مع كونهم من أهم مصادر السماع عن الكحوليات والرؤية المباشرة لها بالنسبة للمتعاطين للمخدرات.

الجدول رقم (١٨٠)

مصادر الحصول على الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة
١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	
١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	%
٩,٠	١٥,٠	٥٣,٠	١٤,٠	٠,٠	٨,٠	١٢,٥	١٢,٥	٦٢,٥	١٢,٥	٠	٠	عينة الأردن
٨,٣	١٦,٧	٦٠,٤	١٠,٤	٠,٠	٤,٢	٠,٠	٠,٠	١٠٠	٠,٠	٠	٠	عينة الإمارات
١,٦	٣,١	٤٨,٤	٣٥,٩	٣,١	٧,٨	٦,٩	١٠,٣	٥١,٧	٢٧,٦	٠	٠	عينة السودان

ثالثاً: خاتمة الفصل الرابع.

وفي ختام هذا الفصل الرابع ، الخاص بالمتغيرات المتصلة بتعاطي تلاميذ المدارس الثانوية للمخدرات (ولو لمرة واحدة) ، نستطيع أن نلمح عدداً من الخطوط الأساسية المميزة لكل من المتعاطين للمخدرات (ولو لمرة واحدة) وغير المتعاطين لها مما يرجح أن سلوك بدء التعاطي لا ينتج فجأة، وإنما هو نتاج لسياق نفسي واجتماعي واقتصادي وثقافي ، يشكل سلوك الأفراد أعضاء الجماعات الفرعية والأساسية . ويتأثر التعاطي أو عدمه بنوع العلاقات داخل الأسرة التي ينتمي إليها الشخص ، ومستوى تعليم ومهنة والديه (حيث يبدو ارتباط نسبة تعاطي المخدرات بالمستوى المتوسط والأدنى من المهن والمستوى التعليمي للوالدين) ونوع الأصدقاء الذين يختارهم الشخص ، ونمط التفاعل بينه وبينهم ، كما توضح نتائج هذا الجزء من الدراسة أن ثمة نمطاً متميزاً لمصادر المعلومات (التي تبدو بالسماع ثم بالرؤية المباشرة ثم بتيسير أو إعاقه عملية التعاطي الفعلي) يميز المتعاطين عن غير المتعاطين . كما يتميز المتعاطون أو من لديهم استعداد للتعاطي بنسب الاعتماد أو باتجاهات متسامحة وإيجابية نحو المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية بوجه عام ، مما يجعلهم يعتقدون بنسبة أعلى بفائدة هذه المواد أو الاعتقاد في تحييد أثرها أي عدم وجود فائدة أو ضرر لها ، أو وجود فائدة وضرر لها معاً كما تختلف مصادر المعلومات عن المخدرات (وباقى المواد المؤثرة في الحالة النفسية) لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين لها

وهذا الجانب له أهمية بالغة عند التخطيط للبرامج الوقائية من المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية لأن المتعاطين يتلقون معلوماتهم وخبراتهم غالباً من أصدقاء السوء أما غير المتعاطين فيتلقون معلوماتهم من مصادر التعليم والإعلام الرسمي المتاحة على مستوى مؤسسات التنشئة والتربية والتعليم والإعلام الرسمية أو شبه الرسمية .

ورغم أن ظروف ودوافع بدء التعاطي تختلف من مادة لأخرى من المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية حيث إن أهم دوافع بدء تعاطي المخدرات تتمثل في مشاركة الآخرين في مناسبة اجتماعية أو في صحبة الأصدقاء، في حين أن أهم دوافع تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية تتمثل في الرغبة في التخلص من الآلام الجسمية إلا أن هذه المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية كلها يسلم بعضها إلى البعض الآخر، حيث تبين أن مجرد البدء في تعاطي إحدى هذه المواد (ويدخل في هذا السجائر والأدوية المؤثرة في الحالة النفسية والمسكرات) يزيد من معدل تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية مما يدفع إلى أساليب أكفأ للوقاية من تعاطي كل هذه المواد المؤثرة في الحالة النفسية، بأسلوب متكامل تربوياً وإعلامياً ونفسياً واجتماعياً

الفصل الخامس

تعاطي الكحوليات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً : التعريف بالمشكلة

ثانياً : نتائج الدراسة الميدانية

ثالثاً : خاتمة الفصل الخامس

الفصل الخامس

تعاطي الكحوليات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

أولاً التعريف بالمشكلة

تمتد جذور مشكلة تعاطي الإنسان للمواد المسكرة أو الكحوليات، إلى أغوار الحضارات الإنسانية القديمة، إذ تدل الكتابات التاريخية على وجود مشروبات كحولية في مصر الفرعونية منذ أكثر من أربعة آلاف سنة (ق. م) وفي الهند منذ حوالي ألفي سنة (ق. م)، وقد شاع استخدام المسكرات في الجزيرة العربية قبل الإسلام. وما زالت مشكلة تعاطي المسكرات تؤرق المجتمعات الحديثة نظراً لما تتكبده هذه المجتمعات الغربية بوجه خاص من تكاليف باهظة نتيجة لما يترتب على الاعتماد على الكحوليات من مشكلات صحية واجتماعية واقتصادية وأمنية فضلاً عن الخسائر التي لا تقدر بثمن والتي تتمثل في تحطيم الحياة الفردية والاجتماعية وما زالت مواجهة الإسلام لمشكلة الاعتماد على الخمر تثير الدهشة والإعجاب على الإنجاز المعجز الذي تمثل في نجاح المجتمع الإسلامي في تحريم الخمر بخطوات أو مراحل تدريجية رغم أن تعاطي الخمر كان من أحب الأمور للعرب قبل الإسلام. ففي البداية أمر القرآن المسلمين بعدم تعاطي الخمر أثناء الصلاة ﴿يا أيها الذين آمنوا لا تقربوا الصلاة وأنتم سكارى، حتى تعلموا ما تقولون﴾ (سورة النساء، الآية: ٤٣)

وبعد أن ارتبط المسلمون بعقيدة الإسلام، وأصبحوا يكونون جماعة متماسكة في المدينة، لهم ولاؤهم والتزامهم بمعايير السلوك القويم المتمثل في طاعة الله ورسوله، نزلت آية التحريم ﴿إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر، ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم متتهون﴾ (سورة المائدة، الآية: ٩). فأجاب المسلمون عندئذ: «انتهينا يا رسول الله»

ويذكر أنس رضي الله عنه أن الخمر حرمت ولم يكن للعرب يومئذ عيش أحب منها، وما حرم عليهم شيء أشد من الخمر ويصف أنس رضي الله عنه استجابتهم وسلوكهم بعد تحريم الخمر، أي بعد نزول آية التحريم قائلاً «أخرجنا حباب الأنية إلى الطريق، فصبينا ما بها، فمنا من كسر حبه، ومنا من غسله بالماء والطين، ولقد غودرت أزقة المدينة المنورة بعد ذلك حيناً كلما مطرت، استبان فيها لون الخمر وفاحت ريحها» (النويري، ج ٤، ص: ٨٠)

لهذا فإن ظاهرة الاعتماد على المسكرات أو الكحوليات في المجتمعات الإسلامية، تختلف تماماً حتى الآن من حيث درجة انتشارها واستفحال أضرارها ودوافع تعاطيها عنها في المجتمعات الغربية أو المجتمعات غير الإسلامية بوجه عام.

إلا أن عدداً كبيراً من الظروف التي مرت بالمجتمعات الإسلامية خلال فترة الاحتلال الأجنبي، أدت إلى ظهور بعض الظروف السياسية والتشريعية والاجتماعية والشخصية التي تدفع بعض الأفراد إلى تعاطي المسكرات. وقد تأخرت الدراسة العلمية المنظمة لدرجة انتشار تعاطي المسكرات في البلاد العربية الإسلامية، إما اعتماداً على أنها محرمة في الشريعة الإسلامية، وبالتالي لا يتصور أن يمثل انتشارها خطراً يذكر في المجتمع الإسلامي، أو اعتقاداً بشدة ضالة نسب المقبلين على تعاطيها في المجتمع الإسلامي، أو اعتقاداً في أنها لا تنتمي إلى فئة المواد المخدرة! هذا على

الرغم من أننا في المجتمعات الإسلامية في أشد الحاجة إلى إلقاء الضوء على الظروف الدافعة أو الميسرة لتعاطي المسكرات والاعتماد عليها، وتقدير درجة انتشار هذا التعاطي (ولو لمرة واحدة في العمر) لدى مختلف الفئات العمرية والتعليمية والاجتماعية لأن إغفال هذه الظاهرة مهما تضاءلت ينذر باستفحالها أو عدم التمكن من الوقاية منها وعلاجها في مجتمع إسلامي يملك عدداً من المقومات في الوقاية من هذه المواد المسكرة، لا تملكها المجتمعات الغربية التي انتشر فيها هذا الداء .

١ - تعاطي الكحوليات (المسكرات) كمشكلة في المجتمعات الغربية الحديثة:

تأخر إدراج المجتمعات غير الإسلامية للكحوليات ضمن المواد المخدرة أو المؤثرة في الأعصاب، لمجرد شيوع تعاطيها في هذه المجتمعات، وعلى سبيل المثال فإن حوالي ثلثي الراشدين بالولايات المتحدة الأمريكية يتعاطون الكحول بانتظام، مما يجعل تعاطي الكحول يمثل سلوكاً شائعاً (Blun, K., 1977)

وقد أدى تفاقم المشكلات المترتبة على إدمان الكحول - أي وصول المتعاطي له إلى حالة شديدة من التدهور صحياً واجتماعياً واقتصادياً - إلى إصدار قانون بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٠م يقضي بمنع تعاطي الخمور إلا أن الفشل الشديد في تنفيذ هذا القانون، وتعاطي الأفراد للمواد الكحولية الصناعية (أي الكحول المثيلي الذي يؤدي إلى الوفاة أو إلى العمى) أديا إلى إلغاء هذا القانون ومع تتابع الأيام والسنين، تتعاظم مشكلات الإدمان للكحول وما يترتب عليه من أنواع الأمراض الجسمية والاجتماعية والسلوك التخريبي المعادي للمجتمع، إذ أن تعاطي الكحول في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال هو المسئول عن كل من:

٨٨٪ من حالات الطعن بسكين .

٧٠٪ من الحوادث الخطرة للسيارات .

٦٥٪ من حالات الضرب المبرح لشريك الحياة .

٦٠٪ من حالات السرقة

٥٥٪ من الاعتداء بعنف علي الأطفال

مما أدى باللجنة القومية الأمريكية لكشف أسباب العنف والوقاية منه أن تستخلص أنه لا يعدل الكحول أي مخدر آخر، أو أية مادة من المواد المؤثرة في الحالة النفسية والعصبية من حيث شدة الارتباط بالسلوك الإجرامي والعنيف، والانتحار وحوادث السيارات .

ويقدر عدد المدمنين للكحول في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٥م بعشرة ملايين ونصف المليون شخص (Harfolt & Noble, 1987) . ويقدر الثمن الذي تدفعه الولايات المتحدة الأمريكية (وحدها) لما يترتب على تعاطي الكحول من خسائر (تصيب الأبناء والأسرة، وما يترتب عليه من جرائم وحوادث، وما يتكلفه علاج المدمنين) ما يزيد على ٧,١ بليون دولار سنوياً، أي مائة وسبعة عشر ألف مليون دولار سنوياً (U.S Dep. of Health & Human Services, 1987; Steele C.M. & Joseph R. A., 1990). المجتمعات الغربية والشرقية (غير الإسلامية) من المشكلات العديدة (الصحية والاجتماعية والجنائية والاقتصادية) التي تترتب على تعاطي المسكرات .

ومع أن معظم المجتمعات العربية الإسلامية، لا تظهر فيها مشكلة الاعتماد على المسكرات بهذه الدرجة من الشدة، إلا أننا في أمس الحاجة إلى إلقاء الضوء بأساليب علمية موضوعية على الصورة الراهنة لنمط انتشار تعاطي هذه المواد المسكرة، والفئات العمرية والمهنية والتعليمية التي تتعاطاها فعلاً بدرجات ولو ضئيلة، والظروف والدوافع المحيطة بتعاطي هذه المواد المسكرة والاستمرار فيها أو الامتناع عنها، نظراً لأن ظروفها عديدة تحيط بأبناء المجتمعات الإسلامية تحاول أن تزيح لهم كل ما يصنعه أبناء الثقافة الغربية ومثل هذه المعرفة العلمية لواقع سلوك تعاطي المسكرات ودوافع

البدء فيه أو الامتناع عنه ، هي الطريق الوحيد للبدء في وقت ملائم في مواجهة أي مشكلة قبل استفحالها خصوصاً وأنا في سياق الثقافة العربية الإسلامية نستطيع أن نجد دعائم ثقافية واجتماعية ودينية للتصدي لانتشار هذه المواد المسكرة إذا أحسنّا فهمَ الواقع ومشكلاته واستثمرنا جوانب الثراء في ثقافتنا

٢ - أهم الآثار النفسية والعصبية المباشرة لتعاطي الكحوليات:

ثبت أخيراً للعلماء أن آثار الكحول على الجهاز العصبي ، تشبه آثار المواد المهبطة (Depressands) سواء كانت مسكنة أو منومة (Cox, et al., 1983, p. 219) ويختلف الأفراد في سرعة وترتيب ظهور علامات السكر عليهم ، حيث تظهر علامات جسمية حركية في البداية لدى البعض (مثل تداخل النطق بالأصوات والحروف ، وعدم التأزر الحركي) بينما تظهر لدى البعض الآخر التغيرات في بعض العمليات العقلية كالإدراك والتذكر والتفكير في البداية (Curran & Patridge, 1983, p. 314).

وبوجه عام تزول بعد تعاطي الكحول مباشرة ، الآثار الكافة للمراكز العليا للمخ ، وتتضاءل القدرة على التحكم في العضلات كما تتضاءل(*) الكفاءة النفسية مما يتمثل في تبلد الإدراك الحسي وبطء التفكير وضعف تذكر الأحداث البعيدة وتختفي أنواع الكف أو التحكم في توجيه السلوك وضبط النفس والتحفظ في الكلام ، مما يسمح بظهور موجات من الانفعال البدائي التي تتمثل في شكل مرح صاخب أو شعور بطيب الصحة ، وربما

(*) المعروف أن الكحول الذي يطرح للتناول في الأسواق هو الكحول المثيلي الذي يصنع عن طريق التخمر والتقطير من منتجات زراعية (كالشعير أو العنب أو البلح) أما الكحول المثيلي المصنع كيميائياً ، والذي يستخدم في أغراض صناعية فهو شديد الفتك بالشخص الذي يتعاطاه حيث يحدث فوراً الوفاة أو العمى

يتمثل هذا الانفعال في حزن أو إشفاق على النفس ، يصحبه بكاء وتشبث بمعونة الأصدقاء . وفي ظل الاسترخاء وانخفاض كف المراكز العليا ، تصدر عن الشخص أفعال ويعبر عن اتجاهات غير مقبولة اجتماعياً ، تتخذ غالباً شكل التعبير العدائي والسلوك العدواني وتصدر الأفعال سهلة دون نظرة نقدية ، في ظل مجال ضيق للنشاط العقلي لا يتضمن إلا الحاضر ، ويصحب هذا ثقة خادعة بالنفس ، واختفاء للشعور بالتعب ، وعدم الشعور بالذنب أو المسؤولية العقلية أو الخلقية ، مما يسهم في شعور الفرد بنوع من المزاج يتسم بالسرور والرضا الكاذب .

ويؤدي كف المراكز العصبية العليا إلى صدور أفعال وتصرفات تنتمي إلى مستوى متدن من القيم حيث يتساوى كل شيء ، وتسهل الصحبة ، ويندفع الشخص لأي فعل دون أي رقابة عقلية أو تقدير للعواقب الاجتماعية والخلقية . وفي المرحلة الأولى للسكر يسهم كل من شعور الفرد الخادع بالدفء الناتج عن اتساع الأوعية الشعرية للجلد ، وعدم الإحساس بالألم الجسمي وسهولة الحركة ، في إعطائه شعوراً بالتفوق والقوة ، له أهميته في فهم تكوين عادة الشرب وتزايد الاعتماد الكحولي ، ويصحب تكرار الشرب والاعتماد الكحولي نوع من التحمل أو تزايد الجرعات المطلوبة لإحداث الأثر نفسه (Cox, et al., 1983) . ومع تكرار التعاطي بكميات متزايدة يعجز التعاطي عند بلوغ الآثار السارة التي يسعى إليها مهما تعاطى من جرعات ، ويستمر في التعاطي بكميات متزايدة تجنباً للأعراض الانسحابية كما أن الامتناع عن التعاطي للكحول عقب فترات الشرب الممتدة ، ينتج عنه أعراض انسحابية بالغة الشدة قد تؤدي إلى الموت . وقد حاول بعض الباحثين الكشف عن العوامل النفسية التي تؤدي إلى وجود فروق فردية في مستوى فعالية الكحول في خفض مستوى التوتر لدى مختلف المتعاطين .

ومن أهم الدراسات التي أجريت في هذا المجال تلك الدراسة التجريبية التي أجرتها ليونورا أثينا كولا (Kola, L. A.) وكانت موضوعاً لرسالتها

للدكتوراه بجامعة بوسط عام ١٩٧٠م بهدف الكشف عن العوامل النفسية التي تؤدي إلى وجود فروق في فعالية الكحول في خفض مستوى التوتر لدى مختلف المتعاطين له لأن وجود هذه الفروق الفردية في الاستجابة للمواد المسكرة، يوحي بأن هذه الاستجابة ليست مجرد دالة للخصائص الفارماكولوجية للكحول، وإنما تتضمن متغيرات سيكولوجية أخرى تقع في موضع متوسط بين تعاطي المادة المسكرة وبين الاستجابة السلوكية أو الوجدانية لهذه المادة المسكرة.

وقد استخدمت هذه الدراسة التي قامت بها كولا نموذجاً تجريبياً لبحث آثار الكحول، يمكن من عزل الآثار الفارماكولوجية عن الآثار الناجمة عن التوقع أو تكون وجه ذهنية (Mental Set) أو توقع أثر الكحول. وهذا التوقع هو الذي يمثل الجزء المعرفي الذي يؤدي دوراً متوسطاً بين الاستثارة الفسيولوجية التي يحدثها الكحول وبين الاستجابة السلوكية، ولا سيما لدى المتعاطين للكحول ذوي الخبرات المتكررة في التعاطي.

واشتملت هذه الدراسة على تقديم شراب يحتوي على كحول، وآخر لا يحتوي على الكحول، وقدمت لبعض الأشخاص معلومات حقيقية عن احتواء الشراب للكحول بينما قدمت للبعض الآخر معلومات وهمية (غير حقيقية) عن احتواء الشراب للكحول. واستخدم في هذه التجربة أربعون معتمداً على الكحول قسموا إلى أربع مجموعات على النحو التالي

- ١- مجموعة قدم لها الشراب (الكحول).

- ٢- مجموعة قدم لها الشراب (الكحول) مع أي مع إعطاء معلومات من عدم وجوده.

- ٣- مجموعة قدم لها شراب وهمياً

- ٤- مجموعة ضابطة لم يقدم لها شيئاً

وقد أمكن تقسيم الأفراد داخل كل مجموعة على أساس توقعاتهم

الذاتية حول آثار الكحول على مستوى توترهم ، واستخدم لقياس مستوى التوتر ثلاثة عوامل هي القلق، العدوانية، والاكتئاب من مقياس للسمات المزاجية هو (Psychiatric Outpatient mood Scale) وتم قياس مستوى التوتر لدى الأفراد في أربع فترات زمنية، خلال الدراسة تمثل المراحل الحاسمة في سياق الشرب .

وتوضح نتائج هذه الدراسة : وجود فروق بين المتعاطين للكحول حسب درجة التوقع المعقود على فاعلية الكحول في خفض التوتر فالأشخاص ذوو التوقع المرتفع كان توترهم أعلى بطريقة ذات دلالة إحصائية من ذوي التوقع المنخفض قبل التعاطي مباشرة . مما يشير إلى أن تعاطي المسكرات مع عدم إغفال الآثار الفارماكولوجية لها يتضمن عنصراً ذاتياً إيحائياً عن آثارها مما يدفع الشخص إلى محاولة التخلص من التوتر عن طريق المسكر، إلا أن التوقع المرتفع لخفض التوتر هو نفسه يثير التوتر لدى المدمن قبل التعاطي

كذلك تبين من نتائج دراسة كولا أن المدمنين الذين كان لديهم قبل التعاطي توقع كبير لخفض التوتر أبدوا خفضاً كبيراً (له دلالة إحصائية) في التوتر إذا قورنوا بالمدمنين ذوي التوقع الضئيل أو ممن لم يأخذوا كحولاً بغض النظر عن توقعاتهم، وقد وجدت هذه العلاقة فقط بعد تناول الشراب مباشرة قبل أن يصل مستوى الكحول في الدم إلى ذروته .

ومن أهم نتائج هذا البحث أيضاً أن الكحول وحده لا يؤدي إلى خفض مستوى التوتر لدى المتعاطي، وهذه النتيجة تؤيد الافتراض بأن الجزء المعرفي، وهو هنا التوقع الذاتي للشخص (وليس التعليمات التي تقال له عن الأثر) يزيد من فعالية الشراب المسكر، بغض النظر عن دور الآثار الفارماكولوجية للكحول، على الأقل في المراحل الأولى للشرب (Kola, L. A., 1970) ونستطيع إلى حد كبير أن نتنبأ بناء على مثل هذا البحث :

أنه كلما زاد توقع الشخص للتأثير الفعال للمواد المسكرة في خفض التوتر، زاد إقباله عليها عندما يشعر بنوع من التوتر أو يواجه موقفاً يثير لديه القلق والخوف. وكلما أدى إقباله عليها إلى خفض التوتر زاد توقعه لخفض التوتر من خلال الكحول، وهكذا يسير الفرد في دائرة مفرغة من التوتر والإقبال على التعاطي إلى أن يصل إلى التمكن من الاعتماد على الكحول.

ومع وجود فروق فردية، فإن الأعراض السلوكية المترتبة على تعاطي الكحول (مثل أعراض السكر أو التخدير العميق الذي يتمثل في كل من ارتباك في المشي، وتداخل النطق، وعدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية، والارتعاش والدوار والقيء وفقدان الشعور) إنما يعتمد أساساً على درجة تركيز جرعات الكحول وسرعة تعاطيها واحداً إثر الأخرى

وفيما يلي بيان بأهم التغيرات السلوكية المرتبطة بنسبة تركيز الكحول في الدم.

التغيرات السلوكية المرتبطة بنسبة تركيز الكحول في الدم

التغيرات السلوكية	نسبة تركيز الكحول في الدم	عدد مرات الشرب
استرخاء بسيط، شعور بالرضا، انخفاض قليل في الكفاءة العقلية وانخفاض مستوى أنواع الكف.	٠,٠٦	٣ - ٢
ازدياد انخفاض الكف، وجود خلل في الكفاءة العقلية والنشاط الحركي والكلام ونقصان الشعور بالذنب، وبعد هذا المستوى في بعض الولايات الأمريكية دليلاً قانونياً على التسمم الكحولي وعدم القدرة على السوافة.	٠,١	٥ - ٣
تداخل الكلام (وعدم وضوحه)، وخلل الحركة، وقد أوضح المجلس القومي للأمن بأمريكا بأن يكون هذا المستوى دليلاً على التسمم الكحولي وعدم القدرة على السوافة.	٠,١٥	٧ - ٥
التسمم الكحولي واضح، والقدرات الحركية مصابة بخلل شديد.	٠,٢٥	*٨
كل من الحواس والقدرات الحركية تكون مصابة بخلل شديد، وقد يصاب الشخص بغيوبة.	٠,٣٠	١٠
الغيوبة العميقة هي الطابع الغالب والوفاة محتملة.	٠,٤٠	١٣
يوجد خلل بالغ في إيقاع التنفس والقلب، ويرجح أن يتوفى الشخص.	٠,٦٠	٢٠

Source: Altrochi, 1985, II Ray, 1978

(*) يختلف تأثير الجرعة حسب مقدارها ويختلف تأثير نفس المقدار من الكحول حسب وزن الشاربين (التأثير الكثير يكون على الأخف وزناً) وعند تعاطي رجل وامرأة من نفس الوزن ونفس الجرعة تتأثر بها المرأة أكثر نظراً لاحتواء جسم المرأة على دهن أكثر وسوائل أقل في الوحدة الوزنية الواحدة + على أقل تقدير (وتقدير كمية الجرعة بالوقية أو حوالي ٣٠ جراماً من المادة المسكرة سواء كانت كوب بيرة أو جرعة نبيذ).

ومن الناحية العقلية، يصحب غالباً الدرجات الشديدة من السكر زيادة في القابلية للتهيج، وانفجار الغضب والعنف وعلى العكس من ذلك، يصبح بعض الأشخاص خلال التسمم الكحولي شديدي العزلة والاكئاب مما قد يدفعهم إلى محاولات خطيرة للانتحار ومعظم الأحداث التي تحدث والأعمال التي يقوم بها الشخص في هذه المرحلة تظل عادة منسية بعد أن يرجع إلى رشده (Mayer Gross, et.al; pp. 349 - 350)

٣- أهم الآثار النفسية والعصبية في كفاءة أداء الشخص، على المدى الطويل لتعاطي الكحوليات:

وسوف نعرض فيما يلي لنوعين من التأثير هما

أ- التأثير في خصال الشخصية وبعض وظائفها:

توضح بعض البحوث السيكولوجية وخصوصاً مجموعة البحوث التي أجراها هلموت هوفمان (Helmut Hoffmann) بمستشفى ولاية مينوسوتا بالولايات المتحدة أن الاعتماد على الكحوليات يرتبط لدى المدمنين بعدد من الخصال الشخصية غير السوية التي ينخفض نصيبهم منها بعد العلاج مثل: الاكئاب، ومشاعر الذنب والحجل من الذات، والشعور بعدم القيمة وعدم القدرة على العمل، وخصال أخرى مثل: الاعتماد على تأييد الآخرين وعدم القدرة على الظهور بمظهر المخالف للاستجابات المرغوبة وإعطاء تقديرات أقل إيجابية مع اتباع التعليمات التي تعطى لهم في الاتجاه المرغوب على عكس السيكوباتيين، الذين يعطون استجابات مرغوبة عن أنفسهم ولا يغيرونها بعد إبداء ملاحظات مخالفة عليها، كما تميز المعتمدون على الكحول بانخفاض سمات العدوان والاستقلال والسيطرة وتحمل الألم (Hoffmann, H., 1970; "b" Hoffmann, et al., 1970)

ب- التأثير التراكمي للكحول على مزاج الشخص وسلوكه بوجه عام:

وهو تأثير يتزايد كلما طالت المدة التي اعتاد الفرد على تعاطي الكحوليات فيها ، ومنذ المراحل التمهيديّة التي تمهد عادة لاحتلال الكحول مكانة أساسية في حياة الشخص ، حيث التعاطي في المناسبات أو لإنجاز أعمال للتخلص من صعوبات وفي هذه المرحلة قد لا يلاحظ الشخص آثار الكحول على سلوكه ، إلا أن هذه الآثار تتمثل في نقصان مبادآته وكفاءته وظهور بعض المتاعب نتيجة لميل الشخص إلى التأخر في الاستيقاظ وكونه لا يطبق اتصال أحد به في الصباح ، وقد يساور الشخص في هذه المرحلة بعض القلق حول الطاقة التي يزوده بها الكحول

فإذا استقرت عادة التعاطي للكحوليات لدى الشخص فإنه يجد نفسه غير قادر على الشعور بالراحة مع غياب الكحول ، وقد يصعب على الشخص أن يصف حالته هذه . وإن كان يبدو عليه عند غياب الكحول علامات عدم الاستقرار وعدم اعتدال المزاج المصحوب بالقابلية للاستثارة مع إحساس بعدم الرضا ، وكل هذا يختفي بمجرد تعاطي الكحول ومن هنا يشعر الشخص بحاجته إليه مرة أخرى ، ولا يستطيع الشخص أن يتحكم في الكمية التي يشربها حتى بعد أن يبلغ قدراً من التركيز المريح تحت تأثير الكحول ، ولا يلبث أن يشعر بنوع مختلف من سوء المزاج من التعلق الشديد بالكحول ، وقد يدفع هذا الحال بحاجته إليه وعندئذ يدفع التعاطي مرة إلى التعاطي إذا اشتد الشخص إلى التوقف عن الشرب يوماً أو أكثر ، إلا أنه عادة يستأنف الشرب بعدها فوراً ، وعندئذ يحتاج إلى أن يشرب أكثر وأسرع من زملائه الآخرين ، وهنا يزداد التأثير على قابليته على العمل والمبادأة بشكل واضح ، فهو يعمل عملاً أقل في كميته وكفاءته وانتباهه له ، وتختفي أي أصالة فكرية ومهارة في الحديث ، ويعتمد على ما اختزنه من مهارات وعبارات ، ويتحدث باكليسيهات ويتخلى عن اهتماماته الخارجية ،

ولا يكون اهتمامات جديدة، وعندئذ تظهر لدى الفرد مشكلات اقتصادية، بعد أن يصبح أقل قدرة على التدقيق ويسوء حاله كثيراً إذا كان يقوم بأعمال تتطلب قدرة على الحكم مثل المزايدات أو المراهنات أو كان يزاول القمار مع ما يعانیه من ضعف في القدرة على الحكم

ومن الثابت أن طول فترة تناول الكحول تؤدي إلى اضطرابات حادة في كل من الجهاز الهضمي والكبد والجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطي وتخفيض القدرة العامة لدى الشخص وقدراته على التعامل بالأرقام والتأزر الحركي والمهارة العقلية اليدوية ومهارة الأصابع والتذكر (Kish & Cheney, 1969). ومن شأن كل هذا أن يضعف لياقة الفرد المهنية وقدرته على التصرف بطريقة ملائمة لما يستقبله من منبهات. وفي البيت يكون متركزاً حول ذاته، لا يراعي حقوق الآخرين أو مشاعرهم ويتملص غالباً من مسؤولياته، مع قدر متفاوت من الاعتذار المقبول، فإذا عهدت إليه بمهمة فقد يبدي قابلية للاستشارة العدوانية، ويعبر الشخص في هذه الفترة غالباً عن غير مرضية قد تكون ذات صلة بزيادة الوهم الجنسي لديه، وقد يتصاحب مع هذا الشعور بالضعف والميل إلى البكاء وغير ذلك من مظاهر القلق والاكتئاب (Steele & Josephs, 1990) أما في المرحلة المتقدمة للاعتماد على الكحول فإن الفرد يعاني من فقدان الشهية للطعام، وعدم القدرة على أخذ طعام كاف، والغثيان مع القيء في الصباح ورعشة، وانشغال مستمر بما لديه من زاد كحولي، وضرورة الشرب في الصباح قبل بدء النشاط حيث يمكن بعدها التحكم في الرعشة، كما يلزم شرب الكحول من أجل النوم ويؤدي فوراً الامتناع عن الكحوليات إلى قلق قد يكون حاداً

أما مرحلة الانهيار الكحولي ففيها سكر مزمن وضعف ناتج عن نقص الأكل، والقيء وبعض علامات التهاب الأعصاب المحيطة (Peripheral Neusitis) وضعف المبادأة بوجه عام إلا من أجل الحصول على مزيد من

الشرب ، أما المزاج فيغلب عليه القلق والاكتئاب والندم ، ويتركز تفكير الشخص في نفسه ، ماذا يشعر؟ ومتى يشرب ثانية ، مع عدم القدرة على تحمل الشرب إلى حد أنه يشرب أقل ، مع ضعف في إحساسه بالزمن وتقدير غامض للواقع الحديث وهنا يلاحظ ما يلي

- ١- تضاؤل مقدرة الشخص على التعاطي
- ٢- حدوث فترة من النسيان بعد تعاطي قدر صغير من الكحول وتلك علامة على حدوث إصابة عضوية بالمنح
- ٣- تضخم الكبد وتمدده (التي تمهد للتليف أو الالتهاب أو الوفاة).
- ٤- تمدد عضلات الجذع وأعصابه ، مع ضعف في الإحساس مما يشير إلى التهاب الأعصاب المحيطة (السيد ، عبدالحليم محمود ، ١٩٧٢م؛ Curran, D & Partridge, M., pp. 319 321)
- ٥- قد يترتب على تعاطي الكحول بجرعات شديدة الارتفاع (عندما تصل نسبة الكحول في الدم إلى ٥ ، ٠٪) هبوط شديد في التنفس قد يؤدي إلى الوفاة .
- ٦- تصبح جرعة الكحول الضئيلة قاتلة إذا خلطت بمهبطات أخرى للجهاز العصبي المركزي

هذه هي الاضطرابات العصبية والنفسية والجسمية المترتبة على الاعتماد على الكحوليات وما يترتب عليها من مشكلات في حياة الأفراد والمجتمعات التي تدفع ثمن هذا الاعتماد في شكل فاقد في الإنتاج وزيادة في معدلات الجريمة ، وزيادة في معدلات الحوادث ، حوادث العمل وحوادث الطريق بالإضافة إلى تكاليف علاج المدمنين

ومع أننا في البلاد العربية بوجه عام لا نواجه المشكلة بنفس هذا الحجم الذي توجد به في المجتمعات الغربية ، إلا أن عدم الالتفات إليها مع أنها بدأت تتفاقم بل إن البعض بلغت به الجرأة أن يدعو إلى تشجيع الكحوليات بدلاً من المخدرات

إن هذه الغفلة عن إلقاء الضوء على أبعاد المشكلة كما توجد فعلاً، أمر يؤدي إلى تفاقمها بدرجة قد يصعب معها مواجهتها إذا لم يتم نوع من التخطيط القائم على فهم الأبعاد والظروف المؤدية إلى انتشار آراء ومعتقدات وسلوكات متسامحة، بل ومحبذة لتعاطي هذه المواد الكحولية رغم ما يمكن أن يؤدي إليه تفاقم هذه المشكلة

أما عن أهم ملامح الخطة الوقائية التي من شأنها أن تؤمن الأفراد والمجتمع من انتشار الاعتماد على الكحوليات فإن هذه الخطة لا يمكن أن تتم إلا بناء على دراسة وبائية لتحديد ملامح المشكلة، وهذا هو ما سنحاوله من خلال عرض نتائج الدراسة الحالية، التي أجريت على عينات طلاب المدارس الثانوية العامة في ثلاثة بلاد عربية، قدمت كافة التيسيرات لإجراء دراسة علمية استكشافية لدرجة انتشار تعاطي المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية (ولو لمرة واحدة في الحياة) لدى عينة من تلاميذ المدارس الثانوية في البلاد العربية.

ثانياً: نتائج الدراسة الميدانية:

نعرض فيما يلي نتائج الدراسة الميدانية لنفس العينات الفرعية الثلاث والعينة الإجمالية المستمدة من ثلاثة بلاد عربية هي

الأردن (ن = ٩٦٧ تلميذاً).

والإمارات (ن = ٩٩٧ تلميذاً)

والسودان (ن = ٩٩٥ تلميذاً)

أي أن إجمالي العينة يبلغ ٢٩٥٩ تلميذاً وقد أمكن من هذه الدراسة الميدانية إلقاء الضوء على كل من:

١ - نسبة انتشار تعاطي (الكحوليات) وأهم ظروف البدء في تعاطيها أو التوقف عن تعاطيها:

أ - نسبة تعاطي المسكرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية:

نستطيع من الجدول رقم (١٨٢) التالي، أن نستخلص ما يأتي:

الجدول رقم (١٨٢)

نسب التعاطي ولو لمرة واحدة للمواد المسكرة لدى عينة البحث

مسكرات أخرى %	العرقى %	الويسكي %	البيذ %	البيرة %	الكحوليات	
					البيز	الإجمالي
٣,٩	٥,٤	٥,٤	٣,٨	١١,٥	٢٩٥٩	الإجمالية ن =
٦,٧	٦,٨	٩,٩	٩,٢	٢٠,٢	٩٦٧	الأردن ن =
١,٣	١,٢	٣,٨	١,٢	٨,٤	٩٩٧	الإمارات ن =
٣,٧	٧,٥	٢,٨	١,٢	٢,٥	٩٩٥	السودان ن =

١ - ضالة نسب التعاطي (ولو لمرة واحدة في الحياة) للمواد المسكرة بوجه

عام، مع تفاوت هذه النسب من عينة لأخرى.

٢ - المواد المسكرة الأقل تركيزاً وخصوصاً البيرة (والتي لا ترتبط غالباً لدى

الرأي العام بالخمير أو المواد الكحولية الأكثر تركيزاً) أكثر انتشاراً من

المواد المسكرة الأخرى.

٣ - إذا وضعنا في حسابنا نسب من يستمرون في التعاطي، التي يوضحها

الجدول رقم (١٨٣) التالي، أمكننا أن نستخلص أهمية زيادة الإجراءات

الوقائية في البلاد العربية، دفعاً لمخاطر أكثر انتشار الاعتماد الكحولي

في البلاد العربية

الجدول رقم (١٨٣)

نسبة الاستمرار أو التوقف عن تعاطي المسكرات

توقف %	استمرار %	العينة الاستمرار أو التوقف
٧٠,٠	٣٠,٠	العينة الإجمالية
٦٢,٨	٣٧,٢	عينة الأردن
٨٢,٢	١٧,٨	عينة الإمارات
٧٠,٥	٢٩,٥	عينة السودان

ب - أهم ظروف تعاطي المسكرات:

أما عن ظروف تعاطي المسكرات (ولو لمرة واحدة في الحياة) نستطيع من الجدول رقم (١٨٤) التالي، أن نستخلص أن أهم هذه الظروف في كل عينات البحث يمكن ترتيبها كالتالي:

- ١ - مناسبة اجتماعية سعيدة .
- ٢ - صحة أصدقاء
- ٣ - مناسبة أخرى وأهمها توفرها في البيئة المحيطة

أول مناسبة لتعاطي المسكرات

توافرها في البيئة المحيطة ٪	يسدون مناسبات ٪	أيام الأعياد ٪	الشمب والإرهاق ٪	الإحساس بالأم أو مناعب جسدية ٪	مواجهة حالات نفسية ٪	إشباع دوافع معينة ٪	أثناء المذاكرة أو الامتحان ٪	صحة أصدقاء أو أقارب ٪	مناسبة اجتماعية ٪	الناسبة البيئة
١,٥	٣,٣	١,١	,٢	١,٥	١,١	٨,٧	--	٢٥,٦	٤٥,٩	العينة الإجمالية
٢,٦	٥,	٢,-	,٧	,٧	,٧	١,٥	--	٢٥,٠	٤٨,٧	عينة الأردن
٢٢,٧	١١,١	--	--	--	--	--	--	١١,١	٥٥,٦	عينة الإمارات
١٨,٩	--	--	--	--	٣,٥	١٣,٨	--	٢٢,٤	٤١,٤	عينة السودان

جـ - أهم أسباب التوقف عن تعاطي المسكرات:

أما أهم أسباب التوقف عن التعاطي لمن توقف بعد التعاطي (ولو لمرة واحدة) فنستطيع من الجدول رقم (١٨٥) التالي أن نرتبها في كل عينات البحث كما يلي

- ١ - الخوف من الأضرار الجسمية والنفسية .
- ٢ - أسباب دينية (لأنها محرمة) .
- ٣ - أخرى وأهمها (نفسية واجتماعية وصحية)
- ٤ لأنها غير مفيدة

الجدول رقم (١٨٥)

أهم أسباب التوقف عن تعاطي المسكرات بعد تجربتها ولو لمرة واحدة في الحياة

أسباب التوقف	العينة	عينة الإمارات	عينة الأردن	عينة السودان	عينة الإمارات	عينة الأردن	عينة السودان	عينة الإمارات	عينة الأردن	عينة السودان
عذرة جسدياً ونفسياً	٨٤,٤	٢٩,٣	٦٢,٩	٣٠,٤	٢٩,٣	٦٢,٩	٣٠,٤	٢٩,٣	٦٢,٩	٣٠,٤
تعب	١٦,٦	٢٩,٣	٧,٦	١٩,٠	٢٩,٣	٧,٦	١٩,٠	٢٩,٣	٧,٦	١٩,٠
تعب من الأمل	٣,٣	١,٧	١,٠	٧,١	٣,٣	١,٧	٧,١	٣,٣	١,٧	٧,١
تعب من إدمانها	١,٢	١,٥	--	١,٣	١,٢	١,٥	--	١,٢	١,٥	--
تجنب محاذير اجتماعية	٠,٤	--	--	١,٣	٠,٤	--	١,٣	٠,٤	--	١,٣
الخوف من القانون	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
الخوف، سبب تعاطيها	٠,٤	--	--	٨,٣	٠,٤	--	٨,٣	٠,٤	--	٨,٣
تعب من البلدة	١١,٢	١٠,٥	٩,٥	١٣,٩	١١,٢	١٠,٥	١٣,٩	١١,٢	١٠,٥	١٣,٩
تعب من القرية	١٨,٢	٨,٦	١٨,١	٥,١	١٨,٢	٨,٦	٥,١	١٨,٢	٨,٦	٥,١

٢ - أهم المتغيرات الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المسكرات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية:

وتتمثل أهم هذه المتغيرات في كل من:

أ - موطن النشأة ونسبة تعاطي الكحوليات:

نستطيع من الجدول رقم (١٨٦) التالي، الذي يوضح نسبة تعاطي البيرة لدى من تعاطوها من تلاميذ المدارس الثانوية بالعينات موضع البحث، أن نلاحظ أن حوالي ثلثي المتعاطين ينتمون إلى مدن كبرى، وتتضاءل نسبة التعاطي بعد ذلك بالمدن الصغرى تضاهلاً كبيراً، وتنخفض نسبة التعاطي إلى أقل حد بالمراكز والقرى، وذلك في جميع عينات البحث.

الجدول رقم (١٨٦)

موطن النشأة ونسبة تعاطي البيرة

دول أجنبية	دول عربية	مراكز وقرى	مدن صغيرة	مدن كبرى	موطن النشأة العينة
%	%	%	%	%	
١,٤	٩,٣	٢,٢	٨,٧	٧٨,٣	العينة الإجمالية
٢,٥	١٥,٧	١,٣	٤,٤	٧٦,١	عينة الأردن
٠,٠	١,٦	٠,٠	١٣,١	٨٥,٣	عينة الإمارات
٠,٠	٠,٠	٧,٠	١٥,٨	٧٧,٢	عينة السودان

أما فيما يتصل بالكحوليات الأكثر تركيزاً فإننا نستطيع أن نلاحظ من الجدول رقم (١٨٧) التالي نفس النمط السابق أي ارتفاع نسبة التعاطي بالمدن الكبرى وانخفاضها في كل من المدن الصغيرة ثم في المراكز والقرى.

الجدول رقم (١٨٧)

موطن النشأة ونسبة تعاطي الكحوليات الأخرى

دول أجنبية	دول عربية	مراكز وقرى	مدن صغيرة	مدن كبرى	موطن النشأة العينة
%	%	%	%	%	
١,٧	٨,٩	٤,٣	١١,١	٧٤,٠	العينة الإجمالية
٣,٧	١٧,٦	٠,٩	٢,٨	٧٥,٠	عينة الأردن
٠,٠	٣,١	,	١٨,٨	٧٨,١	عينة الإمارات
٠,٠	١,١	٩,٦	١٨,١	٧١,٣	عينة السودان

ب - الديانة ونسبة تعاطي البيرة ولو لمرة واحدة:

نستطيع من الجدول رقم (١٨٨) التالي أن نلاحظ : أنه نظراً لأن أغلبية السكان في البلاد التي أجري بها البحث من المسلمين لهذا فإنه تبين أن أغلبية التلاميذ المتعاطين للبيرة مسلمون

الجدول رقم (١٨٨)

الديانة ونسبة تعاطي البيرة (ولو لمرة واحدة)

الديانة العينة	مسلم %	مسيحي %
العينة الإجمالية	٩٨,٨	٩,٨
عينة الأردن	٨٣,٦	١٦,٣
عينة الإمارات	١٠٠	٠,٠
عينة السودان	٩٨,١	١,٩

ج - وجود الأب والأم على قيد الحياة:

نستطيع من الجدولين (١٨٩) و (١٩٠) أن نلاحظ ما يلي :

١ - أن معظم الأبناء الذين يتعاطون البيرة ينتمون لآباء وأمهات على قيد الحياة .

٢ - نسبة يتامى الأب ، ممن يتعاطون البيرة أعلى من نسبة يتامى الأم . مما يشير إلى فقدان الضابط على سلوك الأبناء بعد وفاة الآباء .

الجدول رقم (١٨٩)

وجود الأب على قيد الحياة وتعاطي البيرة

متوفى %	على قيد الحياة %	وجود الأب العينة
١١,١	٨٨,٩	العينة الإجمالية
١٠,٧	٨٩,٣	عينة الأردن
٩,٧	٩٠,٣	عينة الإمارات
١٤,	٨٦,٠	عينة السودان

الجدول رقم (١٩٠)

وجود الأم على قيد الحياة وتعاطي البيرة

متوفاة %	على قيد الحياة %	وجود الأم العينة
٢,٩	٩٧,١	العينة الإجمالية
١,٩	٩٨,١	عينة الأردن
٣,٣	٩٦,٧	عينة الإمارات
٥,٣	٩٤,٧	عينة السودان

د- مهنة الأب ونسبة تعاطي الكحوليات:

نستطيع من الجدول رقم (١٩١) الذي يوضح توزيع نسب التعاطي للبيرة وفقاً لمستوى مهنة الأب أن نلاحظ أن نسب تعاطي البيرة مرتفعة جداً في المهنة المتوسطة، ثم المهنة الدنيا ثم المهنة العليا

الجدول رقم (١٩١)

مهنة الأب ونسبة تعاطي البيرة ولو لمرة واحدة

أخرى	دنيا	متوسطة	عليا	مهنة الأب العينة
%	%	%	%	
٤,٥	٢١,٨	٦٧,٦	٦,١	العينة الإجمالية
٥,٣	١٧,٣	٧٠,٧	٦,٧	عينة الأردن
١,٨	٢٦,٣	٧٠,٢	١,٨	عينة الإمارات
٥,٤	٢٩,	٥٦,٤	٩,١	عينة السودان

هـ - تعليم الأب ونسبة تعاطي الكحوليات (ولو لمرة واحدة):

نستطيع من ملاحظة الجداول س (١٩٢) حتى (١٩٥) وجود نمط متكرر في توزيع نسب تعاطي الأبناء للكحول في ظل مختلف مستويات تعليم الآباء

ويتمثل هذا النمط في ارتفاع تعاطي الكحوليات كلما ارتفع مستوى تعليم الأب، وقد ظهر هذا النمط في تعاطي الأبناء لكل من (النيبيذ والويسكي والعرقى)

أما بالنسبة للبيرة وهي المشروب الأقل تركيزاً في الكحول، والأكثر انتشاراً (نسبياً) فإن هذا النمط من العلاقة بين تعليم الأب وتعاطي البيرة اختلف قليلاً مع بقاء ملامحه الأساسية المتمثلة في تعاطي نسبة مرتفعة من أبناء ذوي التعليم الثانوي والجامعي للبيرة، مع ارتفاع نسبة تعاطي أبناء ذوي التعليم الابتدائي والإعدادي.

الجدول رقم (١٩٢)
تعليم الأب ونسبة تعاطي البيرة

ثانوي وجامعي %	إعدادي %	يقرأ ويكتب + ابتدائي %	أمي %	تعليم الأب العينة
٦٠,٥	١٣,٢	٢٣,٠	٣,٣	عينة الأردن
٢٧,٩	٩,٨	٤٤,٣	١٨,٠	عينة الإمارات
٤٩,١	١٠,٥	٢١,٢	١٩,٣	عينة السودان

الجدول رقم (١٩٣)
تعليم الأب ونسبة تعاطي النبيذ

ثانوي وجامعي %	إعدادي %	يقرأ ويكتب + ابتدائي %	أمي %	تعليم الأب العينة
٨٠,٨	١٠,٨	١٦,٩	١,٥	عينة الأردن
٥٠,٠	١٠,٠	٢٠,٠	٢٠,٠	عينة الإمارات
٤٦,٥	٩,١	١٨,٢	٢٧,٣	عينة السودان

الجدول رقم (١٩٤)
تعليم الأب ونسبة تعاطي الويسكي

ثانوي وجامعي %	إعدادي %	يقرأ ويكتب + ابتدائي %	أمي %	تعليم الأب العينة
٦١,٤	١١,٤	٢٤,٣	٢,٩	عينة الأردن
٤,٧	١١,١	٣٧,٠	١١,١	عينة الإمارات
٤٨,٠	٨,٠	٢٠,٠	٢٤,٠	عينة السودان

الجدول رقم (١٩٥)

تعليم الأب ونسبة تعاطي العرقي

ثانوي وجامعي %	إعدادي %	يقرأ ويكتب + ابتدائي %	أمي %	تعليم الأب العينة
٦٦,٧	١٢,٥	١٤,٦	٦,٣	عينة الأردن
٥٠,٠	١٢,٥	١٢,٥	٢٥,٠	عينة الإمارات
٤٠,٩	٩,١	٣٤,٩	١٨,٢	عينة السودان

٣ - أهم المتغيرات الاقتصادية ونسبة تعاطي الكحوليات لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية:

أ - عدد حجرات المسكن ونسبة تعاطي البيرة بوصفها من أكثر المشروبات الكحولية شيوعاً:

نستطيع من الجدول رقم (١٩٦) التالي ملاحظة ارتفاع نسبة تعاطي البيرة كلما ارتفع عدد حجرات المسكن

الجدول رقم (١٩٦)

عدد حجرات المسكن ونسبة تعاطي البيرة

٦ فأكثر %	٤ - ٥ %	٣ فأقل %	عدد الحجرات العينة
٤٠,٨	٤٣,٥	١٥,٦	العينة الإجمالية
٢٨,٤	٥٢,٩	١٨,٦	عينة الأردن
٧١,١	٢٥,٥	٣,٤	عينة الإمارات
٤٣,٦	٣٦,٤	٢٠,٠	عينة السودان

ب - الكثافة السكانية ونسبة تعاطي الكحوليات.

نظراً لعدم دقة عدد الحجرات كمؤشر للمستوى الاقتصادي إذ أن ملاءمة المسكن تعتمد على توفر حجرة أو أكثر لكل فرد

لهذا فإن حساب الكثافة السكانية أي قسمة عدد الحجرات على عدد الأفراد أكثر دقة في الدلالة على المستوى الاقتصادي للأفراد وللأسرة التي ينتمون إليها على أساس أن المسكن المتوسط هو الذي يتوفر فيه حجرة على الأقل لكل فرد، والمسكن الملائم الذي يزيد فيه نصيب كل فرد عن حجرة واحدة، والمسكن غير الملائم هو الذي يقل فيه عدد الحجرات عن عدد أفراد الأسرة.

ونستطيع من الجداول رقم (١٩٧) حتى (١٠٠) أن نلاحظ أن نسبة تعاطي الكحوليات في ظل المسكن المتوسط والملائم تتراوح بين (٧٥٪ و ٨٠٪) من نسب تعاطي الكحوليات. مما يشير إلى أن المستوى الاقتصادي يرتبط بارتفاع نسبة تعاطي الكحوليات.

الجدول رقم (١٩٧)

الكثافة السكانية ونسبة تعاطي البيرة

الكثافة العينة	ملائمة ٪	متوسطة ٪	غير ملائمة ٪
العينة الإجمالية	١٧,٠	٥٧,٩	٢٥,١
عينة الأردن	١٦,١	٥٨,١	٢٥,٨
عينة الإمارات	٢٢,٢	٦٣,٠	١٤,٨
عينة السودان	١٥,١	٤٧,٢	٣٧,٧

الجدول رقم (١٩٨)

الكثافة السكانية ونسبة تعاطي النبيذ

غير ملائمة %	متوسطة %	ملائمة %	الكثافة العينة
٢٠,٥	٥٣,٠	٢٦,٥	العينة الإجمالية
١٦,٩	٥٦,٩	٢٦,٢	عينة الأردن
١١,١	٦٦,٧	٢٢,٢	عينة الإمارات
٦٠,٠	٢٠,٠	٢٠,٠	عينة السودان

الجدول رقم (١٩٩)

الكثافة السكانية ونسبة تعاطي الويسكي

غير ملائمة %	متوسطة %	ملائمة %	الكثافة العينة
٢٤,٦	٥٤,١	٢١,٣	العينة الإجمالية
٢٩,٢	٥٥,٦	١٥,٣	عينة الأردن
٤,٥	٦٨,٢	٢٧,٣	عينة الإمارات
٣٩,١	٣٠,٤	٣٠,٤	عينة السودان

الجدول رقم (٢٠٠)

الكثافة السكانية ونسبة تعاطي العرقي

غير ملائمة %	متوسطة %	ملائمة %	الكثافة العينة
٣١,١	٥٢,٩	١٥,٩	العينة الإجمالية
١٦,٧	٦٢,٥	٢٠,٨	عينة الأردن
٠,٠	١٠٠	٠,٠	عينة الإمارات
٤٨,٣	٤٠,٠	١١,٧	عينة السودان

ج- المصروف الشهري للطلاب ونسبة تعاطي البيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٠١) التالي ملاحظة أن نسبة تتراوح بين ٥٣٪ و ٧٦٪ ممن قدروا مصروفهم الشهري بأنه مرتفع أو متوسط تعاطت البيرة، مما يشير إلى تصاحب ارتفاع المصروف مع زيادة نسبة التعاطي للبيرة والمشروبات الكحولية في ظل سياق نفسي اجتماعي مجهد للتعاطي .

الجدول رقم (٢٠١)

المصروف الشهري للطلاب ونسبة تعاطي البيرة ولو لمرة واحدة

المصروف الشهري العينة	مرتفع ٪	متوسط ٪	منخفض ٪
العينة الإجمالية	٢٥,٤	٤٠,٨	٣٣,٧
عينة الأردن	٢٨,٧	٤٧,٣	٢٤,٠
عينة الإمارات	٢٨,٣	٢٤,٥	٤٧,١
عينة السودان	١٦,١	٤١,١	٤٢,٨

د- الدخل الشهري للأسرة، ونسبة تعاطي التلاميذ للكحوليات (وخاصة البيرة):

نستطيع من الجدول رقم (٢٠٢) التالي، ملاحظة أن دخل الأسرة المرتفع والمتوسط يرتبطان بارتفاع نسبة تعاطي الأبناء للبيرة، في مقابل تساؤل نسبة التعاطي لدى التلاميذ الذين ينتمون إلى أسر ذات دخل منخفض .

الجدول رقم (٢٠٢)

الدخل الشهري للأسرة ونسبة تعاطي البيرة

منخفض %	متوسط %	مرتفع %	الدخل العينة
١,٨	٤٩,٨	٤٨,٤	العينة الإجمالية
١,٣	٥٠,٩	٤٧,٧	عينة الأردن
٣,٤	٤٩,٢	٤٧,٥	عينة الإمارات
١,٨	٤٧,٤	٥٠,٨	عينة السودان

٤ - بعض المتغيرات الشخصية ونسبة تعاطي الكحوليات:

سنحاول فيما يلي إلقاء الضوء على أهم المتغيرات الشخصية في علاقتها بنسبة تعاطي الكحوليات ولا سيما البيرة بوصفها من أكثر الكحوليات انتشاراً بين من تعاطوا ولو لمرة واحدة لأي نوع من الكحوليات.

أما أهم المتغيرات الشخصية فهي:

أ - العمر ونسبة تعاطي تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية للكحوليات:

نلاحظ من الجدول رقم (٢٠٣) التالي، ما يأتي

الجدول رقم (٢٠٣)

العمر عند تعاطي البيرة لأول مرة

العمر عند بدء التعاطي العينة	أقل من ١٢ %	١٢ - ١٤ %	١٤ - ١٦ %	١٦ فأكثر %
العينة الإجمالية	١٧,٧	١٣,٥	٣٠,١	٢٦,٠
عينة الأردن	١٨,٥	١٩,٠	٣٧,٥	٢٠,٢
عينة الإمارات	٩,٥	٨,٥	٣٠,٥	٣٠,٩
عينة السودان	٢١,١	٨,٩	١٩,٥	٣٠,٩

١- وجود ثلاثة أمطاط لتوزيع نسب تعاطي البيرة:

الأول : يتمثل في التبكير في عمر بدء التعاطي ، وتمثله عينة الأردن .

والثاني : يتمثل في تأخر عمر بدء التعاطي وتمثله عينة الإمارات

والثالث : يمثل توزيعاً منحنياً يغلب عليه تأخر عمر بدء التعاطي وإن

كانت نسبة التعاطي قبل ١٢ سنة مرتفعة نسبياً (٢١٪) . ومعنى

هذا أن كل مجتمع من مجتمعات العينات الثلاث له ظروف

نوعية ، ينبغي مراعاتها عند التخطيط لأي برنامج وقائي ،

وفقاً للملامح النوعية لكل مجتمع .

٢- تبدأ نسبة تتراوح بين (١٠٪ و ٢١٪) في تجربة تعاطي البيرة في سن مبكرة

جداً (أقل من عمر ١٢ سنة) أي في عمر تلاميذ المدارس الابتدائية

٣- يبدأ حوالي ثلث المتعاطين (لأول مرة) في كل من الأردن والسودان ،

في عمر أقل من ١٤ عاماً

٤- ترتفع نسب البدء في التعاطي في كل من العمر من ١٤ إلى أقل من ١٦

بالأردن والإمارات ومن ١٢ إلى أقل من ١٨ عاماً في كل من الإمارات

والسودان .

٥- حوالي (٢٠٪) من الأفراد الذين تعاطوا (ولو لمرة واحدة)، يقعون في عمر متأخر نسبياً من ١٨ فأكثر (بكل من الإمارات والسودان) وهذا التنوع في نسب التوزيع تبكيراً وتأخيراً يقتضي دراسة أعمق لظروف بدء تجربة التعاطي لأول مرة، في كل مجتمع على حدة حتى يمكن الإحاطة بالظروف الميسرة والمعوقة لبدء التعاطي للإفادة منها في برامج الوقاية.

ب - مستوى التدخين ونسبة تعاطي البيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٠٤) التالي أن نلاحظ ما يأتي:

الجدول رقم (٢٠٤)

مستوى التدخين ونسبة تعاطي البيرة

منخفض ٪	متوسط ٪	مرتفع ٪	التدخين العينة
١٨,٣	٦٨,٦	١٣,١	العينة الإجمالية
٢٤,٤	٦٦,١	٩,٦	عينة الأردن
١٤,٥	٦٩,٤	١٦,١	عينة الإمارات
٥,٣	٧٥,٤	١٩,٣	عينة السودان

١- أن نسبة تتراوح بين الثلثين وثلاثة الأرباع (من كل المتعاطين للبيرة ولو لمرة واحدة) في عينات البحث الثلاث يقدر على مستوى تدخينهم بأنه متوسط. وتوزع النسب الباقية من يرون أن تدخينهم منخفض أو مرتفع. ومن الواضح أن مفهوم التدني هذا مفهوم ذاتي يعتمد على شعور الشخص بدرجة ابتعاده أو اقترابه من تعليمات الدين وميل معظم من تعاطوا ولو لمرة واحدة البيرة إلى تصور أنهم يقعون

في درجة متوسطة من التدين ، يشير إلى محاولة لديهم للاتساق ، حيث إنهم لا يقبلون تصور أنهم ليسوا متدينين وفي الوقت نفسه يرون في تعاطي البيرة نوعاً من المخالفة لا تجعلهم على درجة مرتفعة من التدين .

وهذا يعني أن مشاعر التدين لها دور كبير في الامتناع عن تعاطي المسكرات ، إذا أحسن استخدامها في برامج وقائية فعالة ونستطيع من الجدول رقم (٢٠٥) التالي ، الحصول على دعم لهذا التفسير ، لأن نسب توزيع التعاطي (ولو لمرة واحدة) للويسكي وهو مسكر كحولي أكثر تركيزاً تتسق مع الصورة السابقة لنسب تعاطي البيرة في علاقتها بتقدير التلاميذ لمستوى تدينهم .

الجدول رقم (٢٠٥)

مستوى التدين ونسبة تعاطي الويسكي

التدين العينة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	١٠,٧	٦٢,٨	٢٦,٥
عينة الأردن	٥,٦	٦١,٩	٣٢,٤
عينة الإمارات	١٨,٥	٥٩,٣	٢٢,٢
عينة السودان	١٧,٤	٦٩,٦	١٣,٠

حيث إن النسبة الأعلى تتصور أنها متوسطة التدين ، إلا أن من تعاطوا الويسكي ترتفع لديهم نسبة من أقرؤا بانخفاض درجة التدين بالمقارنة بمس تعاطوا البيرة لأول مرة .

وهذا يشير إلى اتساق الإجابات الصادرة من الأشخاص مع تصورهم لأنفسهم ، إذ أن تعاطي الويسكي يمثل درجة أكبر من كسر حاجز الموانع الاجتماعية والدينية في المجتمعات العربية الإسلامية

ج - مستوى التحمس للدراسة ونسب تعاطي الكحوليات.

نستطيع من فحص الجدولين (٢٠٦ و ٢٠٧) التاليين أن نستخلص وجود نمط سائد يظهر في كل عينات البحث لدى المتعاطين لكل أنواع الكحوليات المختلفة من حيث درجة تركيزها

الجدول رقم (٢٠٦)

مستوى التحمس للدراسة ونسبة تعاطي البيرة

العينات / التحمس	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٦٣,٠	٣١,٥	٥,٤
عينة الأردن	٦٦,٢	٢٨,٧	٥,١
عينة الإمارات	٥١,٦	٤١,٩	٦,٥
عينة السودان	٦٧,٢	٢٧,٦	٥,٢

الجدول رقم (٢٠٧)

مستوى التحمس للدراسة ونسبة تعاطي الويسكي

العينات / التحمس	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينة الإجمالية	٥٦,٩	٣٤,٢	٩,٠
عينة الأردن	٦٤,٦	٢٧,٧	٧,٧
عينة الإمارات	٤٠,٧	٤٤,٤	١٤,٨
عينة السودان	٥٨,٣	٣٧,٥	٤,٢

ويتمثل هذا النمط في توزيع نسب تعاطي المسكرات لمن تعاطاها ولو لمرة واحدة فيما يلي :

١- الارتفاع الشديد لنسب تعاطي المسكرات (ولو لمرة واحدة في الحياة) لدى ذوي المستوى المرتفع من التحمس للدراسة .

٢- الانخفاض النسبي لتعاطي المسكرات لدى ذوي المستوى المتوسط من التحمس للدراسة .

٣- الانخفاض جداً لنسب تعاطي المسكرات لدى ذوي المستوى الأدنى من التحمس للدراسة .

وهذه النتائج المستخلصة لها أهمية بالغة ، حيث إنها تشير إلى نوعية التلاميذ المستهدفين للإغراء بتعاطي المسكرات ، وهم أكثر التلاميذ دافعية ورغبة في مواصلة الدراسة بتحمس . وهم يمثلون نوعية متميزة من حيث التحصيل والتفوق والرغبة والحماس لمتابعة الدراسة ، مما يجعلهم يمثلون صفوة التلاميذ الذين سيصبحون قادة الرأي والإنتاج في البلاد العربية وأغلب الظن أنهم يحاكون آخرين داخل نفس المجتمع أو خارجه ممن يربطون بين تعاطي المسكرات في الغرب ، وبين المستوى الحالي من التقدم الذي أحرزه الغرب ، لأسباب أخرى ، ليس منها قطعاً الخمر ، الذي يمثل تهديداً شديداً للحضارة الغربية كلها .

ومع أن نسب التعاطي (ولو لمرة واحدة) ليست شديدة الضخامة ، كما يوضح الجدول رقم (١٨١) إلا أن الصورة لا تدعو إلى الاطمئنان وتحمل المخططين لبرامج الوقاية من المواد المؤثرة في الحالة النفسية مسئولية خاصة .

د - مستوى التحصيل الدراسي (مقدراً بنسبة النجاح في الإعدادية) ونسبة تعاطي الكحوليات :

نستطيع من خلال فحص الجدولين رقم (٢٠٨) و (٢٠٩) اللذين

يعرضان نسب تعاطي التلاميذ للبيرة (بوصفها أخف مشروب كحولي متاح) والويسكي (بوصفه مشروباً كحولياً من أكثر المشروبات الكحولية تركيزاً) أن نلاحظ ما يأتي :

١ - على مستوى العينة الإجمالية توجد أعلى نسبة لتعاطي المواد الكحولية (سواء البيرة أو الويسكي . وغيرها) لدى ذوي التحصيل الدراسي المرتفع

٢ - على مستوى العينات الفرعية يختلف نمط العلاقة بين مستوى التحصيل ونسب التعاطي وفقاً لنوع الكحول .

أ - فالبيرة التي تمثل أخف المشروبات الكحولية تركيزاً أكثر شيوعاً أي تعاطاها نسبة أعلى من التلاميذ (حوالي ٤٤٪ من جملة المتعاطين للمسكرات) بكل من الإمارات والسودان ، أما في السودان فتكاد تتساوى نسب التعاطي (ولو لمرة واحدة) لدى ذوي التحصيل المرتفع والمتوسط وتزيد لدى ذوي المستوى المنخفض من التحصيل

ب - أما الويسكي وهو من أكثر المشروبات الكحولية تركيزاً :

الجدول رقم (٢٠٨)

مستوى التحصيل الدراسي ونسبة تعاطي البيرة

العينة التحصيـل نسبة	مرتفع ٪	متوسط ٪	منخفض ٪
العينة الإجمالية	٤٤,٣	٣٣,٦	٢٢,١
عينة الأردن	٥٤,٠	٣٦,٠	١٠,٠
عينة الإمارات	٢٩,٦	٢٥,٩	٤٤,٤
عينة السودان	٢٥,٤	٣٠,٥	٤٤,١

فتكاد تتفق العينات الثلاث على ارتفاع نسبة تعاطي الكحول، بمختلف درجات تركيزه والبيرة حتى الويسكي، لدى تلاميذ المدارس الثانوية، من المستوى التحصيلي المرتفع والمتوسط وإن كان تعاطي الويسكي، ترتفع نسبته لدى التلاميذ من مستوى التحصيل المنخفض بكل من السودان ثم الإمارات. (أنظر الجدول رقم (٢٠٩))

الجدول رقم (٢٠٩)

مستوى التحصيل الدراسي ونسبة تعاطي الويسكي

العينات التحصيل نسبة	مرتفع %	متوسط %	منخفض %
العينات الإجمالية	٤٨,١	٢٩,٣	٢٢,٦
عينة الأردن	٥٤,٣	٣١,٤	١٤,٣
عينة الإمارات	٤١,٧	٢٥,٠	٣٣,٣
عينة السودان	٣٣,٣	٢٥,٠	٤١,٧

مما يلفت النظر تصاحب ارتفاع مستوى التحصيل ومستوى تعليم الوالدين، مع ارتفاع نسبة تعاطي المسكرات (ولو لمرة واحدة) ومعنى هذا أن من تعاطوا هذه المواد المسكرة، يتأثرون بسياق ثقافي اجتماعي، يوحى لهم بأن تعاطي المسكرات يمثل أحد مظاهر التحضر والمدنية ممثلاً للقيم الغربية ينبغي التنبيه إليه، عند التخطيط وهو أمر للإعلام الوقائي

هـ- الاعتقاد في تأثير الكحوليات لدى المتعاطين للبيرة وغير المتعاطين:

نستطيع من الجدول رقم (٢١٠) التالي، أن نلاحظ

الجدول رقم (٢١٠)

الاعتقاد في تأثير الكحوليات ونسبة تعاطي البيرة

غير المتعاطين للبيرة			مفيدة وضار %	المتعاطون للبيرة			مفيدة وضار %	الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٩٨,٥	,٧	,٧	٠,١	٨٣,٠	٨,٥	٨,٥	٠	العينة الإجمالية
٩٧,٩	١,١	١,٠	--	٧٥,٣	١٣,٦	١١,٠	--	عينة الأردن
٩٨,٢	,٦	١,	٠,٢	٨٩,٧	٣,٥	٦,٩	--	عينة الإمارات
٩٩,٢	٠,٥	٠,٢	--	٩٦,٥	,	٣,٥	--	عينة السودان

الارتفاع في نسبة اعتقاد المتعاطين للبيرة (وهي أقل المشروبات الكحولية تركيزاً) في فائدة المشروبات الكحولية وكذلك ارتفاع نسبة الاعتقاد في عدم وجود تأثير ضار أو مفيد لها أما علاقة هذا الاعتقاد في فائدة المشروبات الكحولية وكذلك في تحديد وجهة النظر إليها فينعكس فيما يوضحه الجدول رقم (٢١١) التالي :

الجدول رقم (٢١١)

نسبة تعاطي الويسكي لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين للبيرة %	المتعاطون للبيرة %	نسبة التعاطي العينة
٠,٢	٥٦,٨	العينة الإجمالية
٠,٥	٦٢,١	عينة الأردن
٠,٢	٥١,٥	عينة الإمارات
٠,٠	٤٥,٤	عينة السودان

يوضح الجدول رقم (٢١١) نسبة التعاطي الفعلي للويسكي وهو من المشروبات الكحولية الأكثر تركيزاً، حيث يتبين أن نسبة كبيرة من المتعاطين للبيرة (من ٤٥٪ إلى ٦٢٪) تتعاطى الويسكي، في حين أن غير المتعاطين لا تكاد تتجاوز نسبتهم (٥، ٠٪ أو ٢، ٠٪) يتعاطى الويسكي مما يرجح أن البيرة طريق إلى الكحوليات.

٥ - المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمسكرات (وخصوصاً البيرة):

فيما يلي محاولة لإلقاء الضوء على أثر التعرض لخبرة تعاطي المسكرات (في أخف صور تركيزها) على نسبة التعرض للمعلومات والخبرات المتصلة بالمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية.

أ - المعلومات والخبرات المتصلة بالأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

١ - السماع عن الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة: نستطيع من الجدول رقم (٢١٢) التالي أن نلاحظ الارتفاع الشديد لنسبة السماع عن الأدوية لدى المتعاطين للأدوية بكل أنواعها بالمقارنة بغير المتعاطين.

الجدول رقم (٢١٢)

السماع عن الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

الأدوية المنشطة		الأدوية المنومة		الأدوية المهدئة		نسبة السماع العينية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٦٤,٦	٧٢,٣	٤٤,٨	٥٠,٢	٥٤,٥	٧٥,٥	العينية الإجمالية
٤٨,٧	٦٣,١	٢٩,٨	٤٠,٩	٤٩,٧	٧٢,٩	عينية الأردن
٥٩,٦	٧٣,٨	٤٣,٢	٥٤,٨	٥٣,٠	٧٧,٠	عينية الإمارات
٨٠,٥	٩٦,٤	٥٧,٤	٧٠,٩	٥٩,٣	٨٠,٧	عينية السودان

٢- الرؤية المباشرة للأدوية المهدئة والمنومة والمنشطة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع أن نلاحظ من الجدول رقم (٢١٣) التالي ما يأتي:

الجدول رقم (٢١٣)

نسبة الرؤية المباشرة للأدوية المهدئة والمنومة والمنشطة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

الأدوية المهدئة والمنومة والمنشطة		نسبة الرؤية العينية
غير المتعاطين للبيرة %	المتعاطون للبيرة %	
٢٥,٥	٥٧,٣	العينة الإجمالية
٢٥,٩	٥٦,٩	عينة الأردن
٢٠,٢	٤٧,٥	عينة الإمارات
٢٩,٦	٦٨,٤	عينة السودان

الارتفاع الشديد لنسبة الرؤية المباشرة للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى من تعاطوا البيرة ولو لمرة واحدة.

٣- وجود نموذج لتعاطي الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢١٤) التالي ملاحظة الارتفاع الشديد في نسبة وجود نموذج من الأصدقاء ثم نموذج من الأقارب ممن يتعاطون الأدوية لدى من تعاطوا (ولو لمرة واحدة) البيرة، مقارنة بغير المتعاطين.

الجدول رقم (٢١٤)

نسبة وجود نموذج لتعاطي الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

الأقارب		الأصدقاء		النموذج العينة
غير المتعاطين للبيرة %	المتعاطون للبيرة %	غير المتعاطين للبيرة %	المتعاطون للبيرة %	
١٠,٧	٢٤,٣	١٤,٧	٣٢,٩	العينة الإجمالية
١٠,٢	٢٤,٣	١١,٦	٢٨,٨	عينة الأردن
٦,٤	١٦,٤	١٣,٣	٣٠,٩	عينة الإمارات
١٥,٥	٤,٧	١٧,٥	٤٥,٦	عينة السودان

٤ - الاعتقاد في تأثير الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة والمواد الكحولية الأخرى:

نستطيع من الجدولين (٢١٥ و ٢١٦) ملاحظة ما يأتي:

الجدول رقم (٢١٥)

نسبة الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة والنومة والمنشطة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين			مفيدة وضار %	المتعاطون			مفيدة وضار %	الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		ضارة %	لا تأثير %	مفيدة %		
٨٥,٤	٣,٩	٩,٩	٠,٨	٧٤,٤	٦,٣	١٧,٠	٢,٢	العينة الإجمالية
٨٥,٧	٤,٠	٩,٧	٠,٥	٦٩,٣	٦,٥	٢٢,٩	١,٣	عينة الأردن
٨٤,٦	٤,٩	٩,٠	١,٦	٨٠,٠	٥,٠	٨,٣	٦,٧	عينة الإمارات
٥٨,٨	٣,٠	١٠,٨	٠,٤	٨٢,٥	٧,٠	١٠,٥	٠,٠	عينة السودان

١- عند مقارنة المتعاطين للبيرة بغير المتعاطين لها، تبين أن نسبة الاعتقاد في فائدة الأدوية لدى المتعاطين في عينة الأردن أعلى من غير المتعاطين، في حين لم توجد فروق بين المتعاطين (ولو لمرة واحدة) للبيرة في كل من عيتي الإمارات والسودان

٢- عند مقارنة المتعاطين للكحوليات الأخرى بغير المتعاطين تبين .

الجدول رقم (٢١٦)

الاعتقاد في تأثير الأدوية المهدئة والنومة والمنشطة
لدى المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات

غير المتعاطين			مفيدة وضارة %	المتعاطون			مفيدة وضارة %	العينة في التأثير الاجمالية
مفيدة %	لا تأثير %	ضارة %		مفيدة %	لا تأثير %	ضارة %		
١٠,٠	٤,١	٨٥,٢	٠,٧	٥,٧	٧٢,٥	١,٣	العينة الإجمالية	
١٠,٢	٤,٦	٨٤,٨	٠,٥	٩,٤	٦١,٣	١,٩	عينة الأردن	
٨,٥	٤,٨	٨٥,٢	١,٥	٣,١	٨٧,١	٣,١	عينة الإمارات	
١١,٠	٣,٠	٨٥,٧	٠,٤	٢,٢	٨٣,٥	٠,٠	عينة السودان	

ارتفاع نسبة الاعتقاد في فائدة الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين للكحوليات الأكثر تركيزاً مما يعد مؤشراً لاستعداد س يقبل على تعاطي الكحوليات لتعاطي الأدوية المؤثرة في هذه الحالة النفسية .

٥- تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (المهدئة والنومة والمنشطة) لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢١٧) التالي ملاحظة:

الجدول رقم (٢١٧)

نسبة تعاطي الأدوية (ولو لمرة واحدة) لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

الأدوية المنشطة		الأدوية المنومة		الأدوية المهدئة		نسبة التعاطي العينية
غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	غير المتعاطين %	المتعاطون %	
٤,٠	١٥,٦	١,٦	٩,٢	٣,٦	١٢,١	العينية الإجمالية
٣,٠	١٤,٨	٢,٨	٩,٣	٥,٣	١٢,٧	عينية الأردن
٢,٠	١٠,٠	١,٥	٦,٨	٣,٤	١١,٧	عينية الإمارات
٦,٢	٢٢,٢	٠,٦	١١,٣	١,٦	٩,٤	عينية السودان

اتفاق عينات البحث الثلاث والعيينة الإجمالية في ارتفاع نسبة التعاطي الفعلي للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (سواء في ذلك المهدئة أو المنومة أو المنشطة) لدى المتعاطين للبيرة بالمقارنة بغير المتعاطين. وهذه النتيجة تتفق مع ما سبق أن ظهر من نتائج البحوث الوبائية المصرية (السيد، عبدالحليم وآخرون، ١٩٩١م، ص: ٣٠٦).

بما يشير إلى أن تعاطي المواد المسكرة في أخف صورها ييسر الطرق أمام الخبرة بالأدوية المؤثرة في الحالة النفسية سماعاً ورؤية وتعاطياً

ب - المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

١ - السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من خلال الجدول رقم (٢١٨) التالي:

الجدول رقم (٢١٨)

السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

السماع عن المخدرات العينة	المتعاطون للبيرة %	غير المتعاطين للبيرة %
العينة الإجمالية	٩٥,٢	٨٩,٧
عينة الأردن	٩٤,٣	٨٧,١
عينة الإمارات	٩٤,٩	٨٧,٨
عينة السودان	٩٨,٣	٩٣,٤

ملاحظة أنه رغم ارتفاع نسبة السماع عن المخدرات، لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين للمسكرات إلا أن نسبة المتعاطين للبيرة أعلى

٢ - الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢١٩) التالي، ملاحظة الارتفاع الدال لنسب الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين مقارنة بغير المتعاطين للبيرة.

الجدول رقم (٢١٩)

الرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

نسبة الرؤية العينة	المتعاطون للبيرة %	غير المتعاطين للبيرة %
العينة الإجمالية	٣٦,٠	٢٣,٣
عينة الأردن	١٤,٥	٢,٩
عينة الإمارات	٤١,٤	١٣,٨
عينة السودان	٨٧,٧	٤٦,٥

٣- وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرية:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٠) التالي أن نلاحظ .

الجدول رقم (٢٢٠)

نسبة وجود نموذج لتعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرية

الأقارب		الأصدقاء		النموذج البيروني
المتعاطون للبيرية غير المتعاطين للبيرية %	المتعاطون للبيرية %	المتعاطون للبيرية غير المتعاطين للبيرية %	المتعاطون للبيرية %	
٨,٨	١٣,٨	١٧,٥	٣٤,٨	العينة الإجمالية
٠,٧	٥,١	٢,٢	١١,٠	عينة الأردن
٣,٢	١٢,٢	١٢,١	٤٨,٢	عينة الإمارات
١٩,٤	٤٠,٠	٣٢,٨	٨٢,٥	عينة السودان

الارتفاع الشديد في كل عينات البحث الفرعية والعينة الإجمالية، في نسبة وجود أصدقاء وأقارب يمثلون نماذج لسلوك تعاطي المخدرات لدى المتعاطين للبيرية .

٤ - نسبة الاعتقاد في تأثير المخدرات:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢١) التالي أن نلاحظ ارتفاعاً واضح الدلالة في نسبة الاعتقاد في فائدة المخدرات لدى المتعاطين للبيرية مقارنة بغير المتعاطين في عينات البحث الثلاث وكذلك العينة الإجمالية وتتجاوز نسبة اعتقاد المتعاطين للبيرية (ولو لمرة واحدة) في فائدة المخدرات عشرة أضعاف نسبة غير المتعاطين لها مما يشير إلى أن المتعاطين للبيرية لديهم منظومة من الاعتقادات تبرر لهم تعاطي المواد المخدرة .

الجدول رقم (٢٢١)

الاعتقاد في تأثير المخدرات وتعاطي البيرة لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين			مفيدة وضار	المتعاطون			مفيدة وضار	الاعتقاد في التأثير العينة
ضارة	لا تأثير	مفيدة		ضارة	لا تأثير	مفيدة		
%	%	%	%	%	%	%	%	
٩٨,٩	٠,٥	,٤	٠,١	٩٢,٤	١,٩	٥,٧	٠	العينة الإجمالية
٩٨,٩	,٣	٠,٥	٠,٣	٩١,٣	٢,٧	١,٠	٠	عينة الأردن
٩٨,٣	,٩	٠,٦	٠,٢	٩٤,٦	,٠	٥,٤	٠	عينة الإمارات
٩٩,٤	٠,٤	,٢	,	٩٣,٠	١,٧	٥,٣	--	عينة السودان

٥ - نسبة تعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٢) التالي ملاحظة

الجدول رقم (٢٢٢)

نسبة تعاطي المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين للبيرة	المتعاطون للبيرة	نسبة تعاطي المخدرات العينة
%	%	
١,٣	١٣,٣	العينة الإجمالية
,٢	٣,٥	عينة الأردن
,٥	١٤,٦	عينة الإمارات
٢,	٢٥.	عينة السودان

الارتفاع الدال لنسب التعاطي الفعلي للمخدرات لدى المتعاطين مقارنة بغير المتعاطين لها وكان مجرد التعاطي للبيرة (ولو لمرة واحدة) يجعل

الشخص أكثر استعداداً لمزيد من السماع والرؤية والتعاطي الفعلي للمخدرات الطبيعية ويبدو أن هذا يأتي نتاجاً لمتغيرات عديدة من أهمها وجود نماذج من الأصدقاء والأقارب الذين يتعاطون فعلاً هذه المخدرات.

٦ - مصادر المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية:

أ - مصادر السماع:

١ - مصادر السماع عن الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٣) التالي ملاحظة ما يأتي:

- ١- ارتفاع نسبة الأصدقاء كمصدر للسماع عن الأدوية لدى المتعاطين للبيرة.
- ٢- ارتفاع نسبة وسائل الإعلام الرسمية وخصوصاً الإذاعة والتلفزيون لدى غير المتعاطين للبيرة.

الجدول رقم (٢٢٣)

مصادر السماع عن الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين للبيرة						المتعاطون للبيرة						المصدر العينة
أرى	إذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	أقارب	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أصدقاء	أرى	إذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	أقارب	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أصدقاء	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
٣٨,٢	١٩,٣	٢٣,٩	٩,١	١,٤	٨,	٤٩,١	١١,٩	٢٠,١	٧,٣	١,٣	١٠,٣	العينة الإجمالية
٤٨,٧	٢٠,٤	١٨,٤	١١,٤	٢,	٦,١	٤٨,٨	١٤,٤	١٩,٢	٨,٨	٠,٨	٨,٠	عينة الأردن
٤٣,٠	٢٢,٩	١٧,١	٥,٦	٠,٩	١٠,٧	٥٠,	١١,١	٢٠,٤	١,٩	٠,٠	١٦,٧	عينة الإمارات
٣٣,٧	١٦,٣	٣١,٥	١٠,٢	١,٤	٧,٤	٤٩,١	٧,٣	٢١,٨	٩,١	٣,٦	٩,١	عينة السودان

٢ - مصادر السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٤) التالي ملاحظة ما يأتي:

١- ارتفاع نسبة الأصدقاء والزملاء كمصدر للسماع عن المخدرات لدى المتعاطين للبيرة

٢- ارتفاع نسبة الكتب والمجلات وكذلك الإذاعة والتلفزيون كمصادر للسماع عن المخدرات لدى غير المتعاطين

الجدول رقم (٢٢٤)

مصادر السماع عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة		
أرى	إذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	قرا	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أرى	إذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام	كتب ومجلات	قرا	أصدقاء أو زملاء المدرسة	أرى	إذاعة وتلفزيون ووسائل إعلام		كتب ومجلات	قرا
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
٤١,٦	٣١,١	١٧,٤	١,٨	٣,٢	٤,٨	٥٣,٤	٢٣,٥	١٠,٨	٢,٧	١,٢	٨,٥	العينة الإجمالية		
٤٠,٨	٤٥,٨	١٠,٣	١,٣	٤,١	١,٣	٥١,٤	٣١,٨	١٠,١	--	--	٦,٨	عينة الأردن		
٤٨,٢	٢٨,٤	١٧,٧	٠,٥	٠,٢	٥,٠	٦٢,٥	١٦,١	٨,٩	٥,٤	٠,٠	٧,١	عينة الإمارات		
٣٧,٢	٢٢,٩	٢٢,١	٣,٠	٧,٦	٧,٢	٥,٠	٨,٩	١٤,٣	٧,١	٥,٤	١٤,٣	عينة السودان		

٣ - مصادر السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من ملاحظة الجدول رقم (٢٢٥) أن نستنتج اختلاف مصدر السماع عن الكحوليات لدى المتعاطين عنه لدى غير المتعاطين، حيث تزداد نسبة الأصدقاء والزملاء كمصدر للسماع لدى المتعاطين، في حين ترتفع

نسبة وسائل الإعلام الكتب، والمجلات، وكذلك الإذاعة والتلفزيون كمصادر للسمع لدى غير المتعاطين للبيئة

الجدول رقم (٢٢٥)

مصادر السمع عن الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيئة

غير المتعاطين للبيئة						المتعاطون للبيئة						المصدر العينة
أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	أصدقاء أولياء المدرسة ٪	
٤٦,٤	٢١,٦	١٠,٩	٨,٢	٦,٨	٦,١	٤٩,٨	٨,٧	٤,٨	١٩,٨	٦,٦	١٠,٣	العينة الإجمالية
٥٠,٨	٢٧,٧	٧,٩	٤,٣	٥,٣	٤,٥	٤٧,٥	٨,٩	٣,٨	٢٤,١	٥,٧	١٠,١	عينة الأردن
٥٣,٥	٢٤,٧	١١,٠	٣,٣	١,٩	٥,٧	٥٧,٦	١١,٩	٦,٨	٨,٥	٦,٨	٨,٥	عينة الإمارات
٣٨,٠	٥١,١	١٣,٠	١٤,٨	١١,٧	٧,٥	٤٨,٢	٥,٤	٥,٤	١٩,٦	٨,٩	١٢,٥	عينة السودان

ب - مصادر الرؤية المباشرة:

١ - مصادر رؤية الأدوية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيئة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٦) ملاحظة .

١ - ارتفاع نسبة الأصدقاء كمصدر للرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين للبيئة .

٢ - ارتفاع نسبة الأقارب كمصدر للرؤية المباشرة للأدوية لدى غير المتعاطين للبيئة مقارنة بالمتعاطين للبيئة .

وكأننا هنا إزاء نمط لمصادر الرؤية المباشرة للأدوية لدى المتعاطين وغير

المتعاطين للبيئة

الجدول رقم (٢٢٦)

مصادر الرؤية المباشرة للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين للبيرة					المتعاطون للبيرة					المصدر	العينة
أ. رؤية	ب. زملاء الدراسة	ج. زملاء	د. أصدقاء	هـ. آباء	أ. رؤية	ب. زملاء الدراسة	ج. زملاء	د. أصدقاء	هـ. آباء		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
١٨,٩	٣,٩	٤٢,٣	١٠,٢	٢٤,٦	٢٠,١	٣,٤	٣٦,٢	١,٧	٣٣,٦	العينة الإجمالية	
١٤,٩	٠,٧	٥٢,٧	٨,٨	٢٣,٨	١٩,٧	٤,٩	٣٩,٥	٧,٤	٢٤,٤	عينة الأردن	
٢٥,٤	٤,٨	٢١,٤	١٠,٣	٣٨,١	١٧,٩	٣,٦	١٤,٣	٧,١	٥٧,١	عينة الإمارات	
١٨,٢	٥,٤	٤٦,٥	١٠,٨	١٩,٩	٢٢,٥	--	٤٥,٠	٥,٠	٢٧,٥	عينة السودان	

٢ - مصادر رؤية المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٧) التالي استنتاج الارتفاع الشديد لنسبة الأصدقاء كمصدر للرؤية المباشرة للمخدرات لدى المتعاطين للبيرة مقارنة بغير المتعاطين في حين ترتفع نسبة الجيران كمصدر لرؤية المخدرات لدى غير المتعاطين للبيرة.

الجدول رقم (٢٢٧)

مصادر رؤية المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين للبيرة					المتعاطون للبيرة					المصدر	العينة
أرى	زملاء الدراسة	أقرب	أقرب	أقرب	أرى	زملاء الدراسة	أقرب	أقرب	أقرب		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
٣٤,٠	٢,٧	١٣,٧	٢٤,٦	٢٥,٠	٣٠,٢	٦,٣	١١,٤	٧,٣	٤٤,٨	العينة الإجمالية	
٥٥,٦	--	١١,١	١١,١	٢٢,٢	١٨,٢	٩,١	٩,١	٩,١	٥٤,٥	عينة الأردن	
٤٤,٩	١,١	٩,٠	٣,٤	٤١,٦	٢٠,٨	٤,٢	٤,٢	٤,٧	٦٦,٧	عينة الإمارات	
٣٠,٥	٣,١	١٥,٠	٣٠,٢	٢١,٣	٤٠,٠	١,٠	١٦,٠	٨,٠	٣٠,٠	عينة السودان	

٣- مصادر الرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٨) ملاحظة:

الجدول رقم (٢٢٨)

مصادر رؤية الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين للبيرة					المتعاطون للبيرة					المصدر	العينة
أرى	زمناء المدرسة	أقارب	أصدقاء	أهل	أرى	زمناء المدرسة	أقارب	أصدقاء	أهل		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
٣٨,٧	١,٩	٢٠,٨	٢٣,٣	١٥,٣	٢٩,٣	٢,٦	٣٠,٥	١٢,	٢٥,٦	العينة الإجمالية	
٤٦,٧	٠,٥	١٤,١	٢٣,٤	١٥,٣	٢٩,٥	٣,٢	٣٣,٣	١٠,٣	٢٣,٧	عينة الأردن	
٤٦,٨	٣,٦	١٢,٣	١١,٩	٢٥,٥	٢٧,٨	٣,٧	١٣,	١٦,٧	٣٨,٩	عينة الإمارات	
٢٩,١	١,٩	٣٠,٠	٢٩,١	١٠,	٣٠,٤	--	٣٩,٣	١٢,٥	١٧,٩	عينة السودان	

١ - ارتفاع نسبة كل من الأصدقاء والأقارب كمصادر للرؤية المباشرة للكحوليات لدى المتعاطين للبيرة في كل عينات البحث .

٢ - ارتفاع نسبة الجيران كمصدر للرؤية المباشرة للكحوليات لدى غير المتعاطين للبيرة (في كل من الأردن والسودان)

٣ - مصادر الحصول على المواد المؤثرة في الحالة النفسية ، لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

ج - مصادر الحصول على المواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

١ - مصادر الحصول على الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة:

نستطيع من الجدول رقم (٢٢٩) التالي ملاحظة

الجدول رقم (٢٢٩)

مصادر الحصول على الأدوية المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرية

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة
١	٢	٣	٤	٥	٦	١	٢	٣	٤	٥	٦	
٨,٦	٥,٢	١٨,٩	٢٨,٥	٢٣,٣	١٥,٥	٣,٣	٥,	٥٥,٠	١١,٧	١٣,٣	١١,٧	العينة الإجمالية
٨,١	٤,٨	١٤,٣	٢٣,٨	٣٥,٧	١٤,٣	٣,٠	٦,١	٥٤,٦	١٢,١	١٨,٢	٦,١	عينة الأردن
٧,٤	٧,٤	٢٩,٦	٢٥,٩	١٤,٨	١٤,٨	٧,٧	٠,٠	٦٩,٢	٠,٠	٠,٠	٢٣,١	عينة الإمارات
١٠,٦	٤,٣	١٧,٠	٣٤,٠	١٧,٠	١٧,٠	٠,	٧,١	٤٢,٩	٢١,٤	١٤,٣	١٤,٣	عينة السودان

- ١- الارتفاع الشديد في نسبة الأصدقاء كمصدر للحصول على الأدوية لدى المتعاطين للبيرية بالمقارنة بغير المتعاطين لها
- ٢- ارتفاع نسبة الوالدين والأقارب كمصادر للحصول على الأدوية لدى غير المتعاطين مقارنة بالمتعاطين للبيرية، وذلك في كل عينات البحث الفرعية والعينة الإجمالية

٢- مصادر الحصول على المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرية:

نستطيع من الجدول رقم (٢٣٠) التالي ملاحظة أن الأصدقاء والزملاء هم أهم مصادر الحصول على المخدرات لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين للبيرية في كل عينات البحث.

الجدول رقم (٢٣٠)

مصادر الحصول على المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين				المتعاطون				المصدر العينة
شخص آخر %	زميل %	صديق %	قريب %	شخص آخر %	زميل %	صديق %	قريب %	
٦,٦	٦,٧	٦٦,٧	٢٠,٠	٥,٦	٥,٦	٦١,١	٢٢,٢	العينة الإجمالية
--	--	--	--	--	٣٣,٣	٣٣,٣	٣٣,٣	عينة الأردن
٥٠,٠	٥٠,٠	٠,٠	٥٠,٠	,٠	--	١٠٠	٠,	عينة الإمارات
٠,	٧,٧	٦٩,٢	٢٣,١	٨,٣	,٠	٦٦,٧	٢٥,٠	عينة السودان

٣- مصادر الحصول على الكحوليات.

نستطيع من الجدول رقم (٢٣١) التالي ملاحظة ما يأتي:

الجدول رقم (٢٣١)

مصادر الحصول على الكحوليات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للبيرة

غير المتعاطين						المتعاطون						المصدر العينة
شخص آخر %	زميل %	صديق %	قريب %	شخص آخر %	قريب %	شخص آخر %	زميل %	صديق %	قريب %	شخص آخر %	قريب %	
٢,٩	١٤,٧	٤١,٢	٢٦,٥	٥,٩	٨,٨	٤,٠	٣,٥	٥٢,٦	٣٧,٤	٠,٤	١٢,٠	العينة الإجمالية
١١,١	--	٤٤,٤	٣٣,٣	--	١١,١	٣,٠	٢,٢	٤٨,١	٣١,١	٠,٧	١٤,٨	عينة الأردن
--	٣٧,٥	٣٧,٥	١٢,٥	--	١٢,٥	١٠,٩	٨,٧	٦٩,٦	٦,٥	--	٤,٤	عينة الإمارات
--	١١,٨	٤١,٢	٢٩,٤	١١,٨	٥,٩	٠,٠	٢,٢	٤٨,٩	٣٧,٨	٠,٠	١١,١	عينة السودان

- ١ أن الصديق يمثل مصدراً أساساً للحصول على المواد الكحولية خصوصاً بالنسبة للمتعاطين للبيرة
- ٢ ارتفاع نسبة الوالد كمصدر للحصول على الكحول بشكل مباشر أو غير مباشر لدى المتعاطين للبيرة مقارنة بغير المتعاطين لها مما يشير إلى أن تسامح الوالد أو تعاطيه الكحوليات ييسر حصول الأبناء عليها على سبيل التجربة أو المحاكاة في البداية .

ثالثاً: خاتمة الفصل الخامس.

وفي ختام هذا الفصل الخامس الذي يتصل بنسبة انتشار تعاطي المسكرات أو المواد الكحولية لدى تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية نستطيع أن نلاحظ الارتفاع النسبي لتجربة تعاطي البيرة بين تلاميذ المدارس الثانوية إذ إن نسبة تتراوح بين (٧٪ - ٢٠٪) من التلاميذ أقدموا على التعاطي ولو لمرة واحدة مع العلم بأن ثلث هذه النسبة استمر في التعاطي لهذه المواد.

وقد أبرزت نتائج هذا البحث عدداً من المتغيرات الاجتماعية الثقافية المرتبطة بظروف الإقبال على التعاطي أو التوقف عنه حيث تمثلت أهم مناسبة لتعاطي المسكرات لدى التلاميذ في كل س

١ - مناسبة اجتماعية سعيدة

٢ - صحبة الأصدقاء

في حين تمثلت أهم أسباب التوقف عن التعاطي بعد تجربتها (ولو لمرة واحدة) في كل من :

١ - الأضرار الجسمية والنفسية

٢ - أسباب دينية

ومن أهم ما يلفت النظر في تتابع هذا البحث تصاحب ارتفاع نسبة تعاطي التلاميذ للكحوليات مع ارتفاع كل من مستوى تعليم الأب والأم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ومستوى التحمس للدراسة والتفوق فيها، مما يوحي بأن نسبة من المثقفين بالبلاد العربية تحاكي الثقافة الغربية في تعاطي المسكرات كمظهر من مظاهر التحضر

كما أبرزت نتائج البحث التبكير في العمر عند بدء تعاطي التلاميذ للكحول ممثلاً في البيرة بوجه خاص

وقد أوضحت النتائج ما سبق أن ظهر في الفصول السابقة من ارتباط تعاطي الكحول بارتفاع نسبة التعرض للمعلومات والخبرات بالمواد المؤثرة في الحالة النفسية (الأدوية والمخدرات) سماعاً ومشاهدة واعتقاداً في فائدتها وتأثراً بنماذج اجتماعية محيطة تتعاطاها

وقد تميزت مصادر المعلومات عن الكحوليات للمتعاطين بزيادة نسبة الأقارب إلى جانب الأصدقاء كمصدر للسماع والرؤية المباشرة والتعاطي الفعلي أو الحصول على المواد المسكرة وهذه النتائج السابقة توحى بأهمية وضع خطة شاملة ومتكاملة للوقاية من انتشار تعاطي الكحوليات في البلاد العربية قبل استفحالها مع الإفادة من مرتكزات الثقافة العربية الإسلامية، خصوصاً الثقافة الدينية التي أمكنها أن تقضي على مشكلة الإدمان في المجتمع الإسلامي منذ نشأته، والتي أمكنها حتى الآن أن تقف إلى حد كبير أمام كل محاولات الاختراق للمجتمع العربي الإسلامي

الفصل السادس

الخاتمة

أولاً أهم ما تبرزه نتائج البحث الحالي
ثانياً أهم ما توحى به نتائج هذا البحث
ثالثاً أهم التوصيات .

الفصل السادس

الخاتمة

يشتمل هذا الفصل على ثلاث محاور أساسية هي :

أولاً : أهم ما تبرزه نتائج البحث الحالي

ثانياً : أهم ما توحى به نتائج هذا البحث

ثالثاً : أهم التوصيات .

أولاً : أهم ما تبرزه نتائج البحث الحالي .

أوضحت نتائج البحث الحالي ، وجود ملامح مشتركة في الظروف
الميسرة أو المعوقة لانتشار تعاطي المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة
النفسية لدى الشباب من تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية

وأمكن للدراسة الحالية أن تلقي الضوء على عدد كبير من المتغيرات
الشخصية والاجتماعية المتصلة بانتشار المواد المؤثرة في الحالة النفسية (تيسيراً
أو إعاقَةً) وخاصة كل من السجائر والأدوية (المهدئة والمنومة والمنشطة)
والمخدرات الطبيعية والكحوليات ، مما ساعد على اكتشاف عدد كبير من
الظروف والمتغيرات الشخصية والاجتماعية المصاحبة لزيادة أو انخفاض
نسب التعرض للمعلومات والخبرات المتصلة بهذه المواد .

ورغم وجود عدد من الملامح الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المميزة
لكل بلد من البلاد العربية بوجه عام ، والبلاد التي سحبت منها عينات
البحث بوجه خاص ، فإن نتائج هذا البحث قد كشفت عن عدد كبير من
اللامح المشتركة عبر البلاد العربية ، في الظروف المهيئة للتعاطي ، والظروف
التي تزيد المناعة ضد تعاطي المواد المخدرة .

ومن شأن البيانات التي سنوجز أهم ملامحها فيما يلي (مما سبق عرضه تفصيلاً خلال فصول هذا البحث) أن توفر عدداً من المعلومات التي تسهم في خدمة عمليات التخطيط لسياسة وقائية عربية، لمواجهة تعاطي الشباب العربي للمخدرات على أسس من الدراسات العلمية الواقعية للظروف المهمة والمصاحبة لتعاطي هذه المواد المخدرة.

كما أن ماتم اكتشافه من قدر كبير من التشابه في دوافع الإقدام على المواد المخدرة (أو المؤثرة في الحالة النفسية) أو الإحجام عنها، عبر البلاد العربية، يفتح الأمل في المزيد من تآزر الجهود العربية التي تهدف إلى رفع مستوى كفاءة المواجهة لهذه المشكلة الخطيرة على مستوى العالم العربي، من خلال تآزر الجهود وتبادل الخبرات في مجال مقاومة هذه الآفات والوقاية منها، والإفادة من الجهود البحثية المبذولة في كل البلاد العربية، وتنظيم الدراسات والتجارب في مجال المقاومة والوقاية من المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية، وتعميم الخبرات والتجارب الناجحة على مستوى البلاد العربية.

أما أهم الملامح المشتركة التي أبرزتها نتائج هذا البحث، فيما يتصل بنسب وظروف انتشار الخبرات المتصلة بالمواد المخدرة، أو المؤثرة في الحالة النفسية، فتتمثل في كل من:

١ - تدخين السجائر:

أ- أهم الظروف المصاحبة له ارتفاعاً وانخفاضاً أو امتناعاً:

أوضحت نتائج البحث أن حوالي (٥٠٪) من طلاب المدارس الثانوية بالبلاد العربية موضوع البحث بدأوا التدخين في عمر يقل عن ١٤ سنة وهي مرحلة مبكرة نسبياً

كما تبين أن ثلث هؤلاء المدخنين يدخنون بانتظام أقل من خمس سجائر يومياً ونسبة تتراوح بين (٥٠٪ و ٨٠٪) يدخنون أقل من عشر سجائر يومياً، ونسبة تتراوح بين (٣٠٪ و ٥٠٪) تدخن من عشرة إلي أكثر من عشر سجائر يومياً

أما عن المتغيرات التي تصاحب تدخين السجائر فقد تبين أن نسبة المدخنين ترتفع مع ارتفاع مستوى الصف الدراسي، من الأول إلى الثاني إلى الثالث (الأدبي بوجه خاص حيث يبدأ تدخين السجائر في الصف الأول الثانوي بنسبة حوالي ١٠٪ وينتهي في الصف الثالث (أدبي) إلى نسب تتراوح بين (٢٠٪ و ٣٠٪).

ومعنى هذا أن التدخين يبدأ لدى بعض التلاميذ من المدارس الإعدادية ويزداد مع العمر وتتابع السنوات وتتابع الظروف التي تدعم عادة التدخين، مع غياب الجهود المنظمة للوقاية منه منذ وقت مبكر

وارتبط بزيادة نسبة التدخين لدى التلاميذ في عينات البحث الثلاث كل من .

- ارتفاع مصروف التلاميذ .

- ارتفاع الدخل الشهري للأسرة .

- انخفاض مستوى تعليم الأم .

في حين ارتبط انخفاض نسبة التدخين بكل من

- ارتفاع مستوى التدين (كما يقدره الشخص)

- ارتفاع مستوى التحمس للدراسة

ب - التدخين ودرجة التعرض للخبرة بالمواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية:

أوضحت نتائج هذا البحث وهي في هذا تتفق مع دراسات وبائية أخرى (السيد، عبدالحليم محمود، ١٩٩١م؛ وسويف، ١٩٨٧م) أن التدخين

أكثر تعرضاً للمعلومات والخبرات المتصلة بتعاطي المواد المخدرة والمؤثرة في الحالة النفسية بكل أشكالها سواء في ذلك الأدوية (المهدئة والنومة والمنشطة) أو المخدرات أو الكحوليات. حيث كان المدخنون (مقارنة بغير المدخنين) أكثر سماعاً عنها، ورؤية لها، واعتقاداً في فائدتها (أو تحييداً لأضرارها) كما أنهم كانوا أعلى من حيث نسبة التعاطي الفعلي لكل تلك المواد المؤثرة في الحالة النفسية. كما كشفت نتائج هذا البحث أن المدخنين أكثر تبكيراً في تعاطي المخدرات، إذا قورنوا بغير المدخنين.

أما بالنسبة للأدوية (المهدئة والنومة والمنشطة) وكذلك بالنسبة للكحوليات كان المدخنون أكثر عرضة (أي أعلى نسبة) في تعاطي هذه المواد، وإن كانوا يبدأون في تعاطيها في عمر متأخر نسبياً (بالمقارنة بغير المتعاطين)، وكأن التدخين يمثل مرحلة أولى للتأثير في الجهاز العصبي المركزي، تليها بعد التعود عليه وظهور أعراض التحميل الرغبة في إضافة مواد أخرى أكثر تأثيراً في الجهاز العصبي المركزي، وحدها أو بإضافة مؤثرات مثل الأدوية (المهدئة والنومة والمنشطة) والكحوليات وهذا ما تؤكدته دراسات سابقة في العالم العربي (السيد، عبدالحليم، ١٩٩١م، سويف، وآخرون، ١٩٨٧م؛ Johnston et al., 1983) مما يوحى بأن الوقاية من التدخين تساعد بالتالي على الوقاية من سائر المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية.

٢ - تعاطي الأدوية (المهدئة والنومة والمنشطة) لغير أسباب طبية وبدون إذن طبيب.

أ - انتشار تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية:

أوضحت النتائج أن نسبة تعاطي تلاميذ المدارس الثانوية بالبلاد العربية تتراوح بين (٣٪ و ٥٪) وأن نسبة الاستمرار في التعاطي تتراوح بين (٢٥٪)

و (٣٥٪) من الأفراد الذين جربوا التعاطي ولو لمرة واحدة .

أما عن العمر عند بداية تعاطي التلاميذ للأدوية فإن نسبة ضئيلة منهم تبدأ قبل ١٤ سنة ، ومعظم المتعاطين (من ٤٥٪ إلى ٨٥٪) يبدأون من عمر ١٤ سنة وقبل ١٨ سنة ويتأخر هذا العمر في بعض البلاد العربية حيث يرتفع نسبياً عمر تلاميذ المدارس الثانوية (كما هي الحال في عينة السودان) حيث بدأ معظم هؤلاء التلاميذ في تعاطي الأدوية من عمر ١٦ سنة حتى ١٨ سنة فأكثر .

ب - علاقة الأدوية ببعض المتغيرات الشخصية:

تبين أن تعاطي الأدوية يتصاحب مع ارتفاع مستوى التحمس للدراسة ، وكل من المستوى المرتفع والمتوسط من التحصيل الدراسي ، والمستوى المتوسط من التدبير .

ج - الأدوية وتعاطي المواد المخدرة الأخرى:

تصاحب تعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية (المهدئة، المنومة، المنشطة)، ولو لمرة واحدة، بارتفاع نسبة الخبرة بالمواد الأخرى المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية سواء في ذلك الأدوية نفسها (بكل فئاتها) أو المخدرات أو الكحوليات . حيث تميز المتعاطون للأدوية بنسبة أعلى للسمع عن المواد المخدرة الأخرى ، وكذلك بنسبة أعلى لرؤية هذه المواد، ولوجود نموذج من الأشخاص المحيطين الذين يتعاطون هذه المواد المخدرة، وكذلك بنسبة أعلى من حيث الاعتقاد في فائدة هذه المواد أو تحييد ضررها (أي الاعتقاد في أنه لا ضرر ولا فائدة لها) . وأخيراً تصاحب تعاطي الأدوية مع ارتفاع نسبة التعاطي الفعلي لكل المواد المخدرة والمؤثرة في الحالة النفسية مقارنة بغير المتعاطين للأدوية

٣- تعاطي المخدرات.

أ- نسبة التعاطي والمتغيرات المرتبطة به:

تتراوح نسبة انتشار تعاطي المخدرات (وخصوصاً الحشيش) ولو لمرة واحدة في الحياة، بين تلاميذ المدارس الثانوية في البلاد العربية بين (١٪ و ٥٪) من إجمالي التلاميذ. وهذه النسبة وإن بدت ضئيلة مقارنة بما هو سائد في البلاد الغربية، إذ أن هذه النسبة تتراوح بين (٥٪ - ١٧٪) بكندا (Smart et al., 1970, 1972) و (٦٠٪) بالولايات المتحدة الأمريكية (Jonston, 1986) فإن خطورتها تزداد في البلاد العربية إذا وضعنا في حسابنا أننا إزاء صفة الشباب في البلاد العربية مع علمنا بأن نسبة تعاطي المخدرات تزداد مع انخفاض مستوى تعليم الأفراد وانخفاض المستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة، وبالتالي فإن هذه النسبة تتضاعف كلما انخفض المستوى التعليمي والاجتماعي للأفراد والأسر في البلاد العربية. يضاف إلى هذا أن نسبة تتراوح بين (٢٥٪ و ٤٠٪) تستمر في التعاطي بعد تجربة المخدرات للمرة الأولى.

وقد تمثلت أهم ظروف تعاطي المخدرات، لأول مرة في كل من

١- مناسبة اجتماعية.

٢- صحة الأصدقاء

أما أهم أسباب التوقف عن التعاطي للمخدرات فقد تمثلت في كل من (بالترتيب):

١- لأنها ضارة صحياً

٢- أسباب دينية

٣- الخوف من الأهل

ومع أن معظم التلاميذ المتعاطين ينتمون لوالدين على قيد الحياة إلا أن

وفاة الأب صاحبها زيادة واضحة في نسبة تعاطي المخدرات

ولوحظ أيضاً أن حوالي ثلثي آباء التلاميذ المتعاطين للمخدرات (ولو مرة واحدة) من ذوي التعليم المنخفض، كما أن نسبة تتراوح بين ٧٥٪ و ٨٦٪ من أمهات هؤلاء التلاميذ في مستوى تعليمي أقل من الإعدادية (أميات أو يقرآن ويكتبن) وتصاحب ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات بارتفاع قيمة المصروف الشهري للتلميذ كما لوحظ نسبة تعاطي المخدرات لدى التلاميذ من ذوي المستوى المتوسط والمنخفض من التحصيل والمستوى المتوسط والمنخفض من التدين.

ب - تعاطي التلاميذ للمخدرات والخبرة بالمواد المخدرة الأخرى:

كان التلاميذ الذين تعاطوا المخدرات ولو لمرة واحدة في حياتهم أكثر تعرضاً للمعلومات والخبرات المتصلة بالمواد الأخرى، فهم أكثر سماعاً ورؤية للأدوية والكحوليات ورؤية لنماذج الأشخاص المحيطين المتعاطين لها، وأكثر اعتقاداً في فائدتها أو في تحييد تأثيرها، وأكثر من حيث نسبة التعاطي الفعلي لها

٤ - تعاطي الكحوليات:

توضح نتائج البحث الحالي عدم تنبه كثير من البلاد العربية إلى خطورة انتشار الكحوليات بين الشباب اعتماداً على الاعتقاد بوجود نوع من النفور من الكحوليات تدعمه المشاعر والعقيدة الدينية لغالبية السكان المسلمين، دون أن يصطحب هذا في معظم الحالات إجراءات منع أو وقاية من انتشار تعاطي المسكرات بين الشباب. كما تبرز نتائج الدراسة وجود نمط جديد لتعاطي المسكرات يتمثل في تصاحب ارتفاع نسب تعاطي الكحوليات مع ارتفاع نسبة التعليم للوالدين، وارتفاع نسبة التحصيل للتلاميذ، ونسبة

التحمس لمواصلة الدراسة لدى التلاميذ . ومعنى هذا أن تعاطي المسكرات في البلاد العربية ييسره أو يساعد على عدم الحد منه عدم اقتناع أكثر الفئات تعليماً بخطورته بل تحييد نسبة كبيرة منهم لتعاطي الكحوليات في شكلها المخفف (في صورة البيرة) محاكاة للثقافة الغربية ، وتعد نسبة انتشار تعاطي الكحوليات (ولو لمرة واحدة) في الحياة على عكس المتوقع من أعلى نسب الانتشار بين كل المواد المؤثرة في الحالة النفسية . إذ تتراوح نسبة تعاطي البيرة بين (٧٪ و ٢٠٪) أما الويسكي فتتراوح نسبة تعاطيه بين (٣٪ و ١٠٪) أما نسبة الاستمرار في التعاطي فتصل إلى (٣٠٪) .

أما العمر عند بدء تعاطي الكحوليات وخصوصاً البيرة، فقد كان كالتالي

٢٠٪ يبدأون في عمر أقل من ١٢ سنة .

٣٠٪ يبدأون في عمر أقل من ١٤ سنة

٦١٪ يبدأون في عمر أقل من ١٦ سنة .

٨٧٪ يبدأون في عمر أقل من ١٨ سنة .

أي أن حوالي (٥٠٪) من التلاميذ المتعاطين للبيرة (ولو لمرة واحدة) يبدأون التعاطي في عمر أقل من ١٤ سنة وارتبط ارتفاع نسبة التعاطي بتقدير الشخص لدرجة تدينه بأنها متوسطة أو منخفضة ، وتبين أن المتعاطين للكحوليات أكثر تعرضاً للمعلومات وللخبرات المتصلة بالمواد الأخرى المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية (المخدرات والأدوية) وكذلك أكثر مشاهدة لنماذج من الأشخاص المحيطين بالمتعاطين لهذه المواد وأكثر اعتقاداً في فائدتها، بل وأكثر تعاطياً لها فعلاً مما يشير إلى أن المواد المؤثرة في الحالة النفسية يؤدي بعضها إلى البعض الآخر، بالإضافة إلى آثار كل منها المدمرة للوظائف النفسية والعقلية للإنسان

٥- دوافع التعاطي والامتناع عن المواد المخدرة والمؤثرة في الحالة النفسية:

أوضحت نتائج هذا البحث أن أهم دوافع التعاطي تتمثل في فئتين .

الأولى في كل من

١- صحبة الأصدقاء

٢- مناسبة اجتماعية

وخصوصاً لدى المتعاطين لكل من :

١- السجائر

٢- المخدرات .

٣- الكحوليات

أما الفئة الثانية : فتمثل في التخلص من متاعب وآلام جسمية . وظهرت هذه الفئة لدوافع التعاطي لدى المتعاطين للأدوية .

أما أهم أسباب التوقف أو الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية ، فقد تركزت في معظم الأحوال (معظم المواد المؤثرة في الحالة النفسية) فيما يلي بترتيب الأهمية

١- الخوف من الأضرار الجسمية .

٢- أسباب دينية .

ولدوافع التعاطي وأسباب التوقف أهمية خاصة في توجيه برامج الوقاية من المخدرات

٦- أهم مصادر المعلومات عن المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية:

تركزت أهم مصادر المعلومات في فئتين :

الفئة الأولى فئة المتعاطين (للسجائر والأدوية والمخدرات والكحوليات)

وهذه الفئة تعتمد على الأصدقاء (أصدقاء السوء عادة) كمصدر للمعلومات وللخبرات، سماعاً ورؤية وحصولاً على هذه المواد المخدرة وخصوصاً في حالة السجائر والمخدرات. أما في حالة الأدوية والكحوليات فإنه يضاف إلى الأصدقاء، الأقارب، ثم الجيران

الفئة الثانية فئة غير المتعاطين للمخدرات أو المواد المؤثرة في الحالة النفسية ويتمثل المصدر الأساس للمعلومات لدى هذه الفئة في القراءة أو الاستماع أو الرؤية من خلال وسائل الإعلام الرسمية (الصحف والمجلات، والكتب، أو الإذاعة والتلفزيون). أي أننا هنا إزاء نوعين عن الجمهور ١ جمهور يتلقى معلوماته من خلال علاقاته الوثيقة مع نماذج من المتعاطين قريبة منه، وخصوصاً الأصدقاء (في حالة تعاطي السجائر أو المخدرات) ويضاف إليهم الأقارب والجيران في حالة كل من الأدوية والكحوليات.

٢- جمهور يتلقى معلوماته من خلال وسائل التعليم والإعلام الرسمي، وهو جمهور غير المتعاطين غالباً

وتشبه هذه النتائج نتائج دراسات سابقة في بلاد عربية أخرى (السيد وآخرون، ١٩٨٠م، ١٩٩١م). وكذلك بلاد أجنبية (Smart & Fejer, 1974; Fejer & Smart, 1973; Fejer, Smart & Whitehead, 1971)

٧- الظروف الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية:

ثمة ثلاثة أنماط من الظروف الاجتماعية الثقافية ارتبطت بتعاطي المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية:

النمط الأول: ارتبط فيه ارتفاع المستوى الثقافي الاجتماعي للوالدين وارتفاع مستوى طموح التلاميذ وتحصيلهم الدراسي، بانخفاض الإقبال على تعاطي المواد المخدرة (مثل السجائر والمخدرات).

أما النمط الثاني فقد ارتبط فيه ارتفاع المستوى الثقافي (أو التعليمي) والاجتماعي للوالدين وارتفاع مستوى طموح الأبناء وتفوقهم بارتفاع الإقبال على تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية وقد ظهر هذا في حالة تعاطي الكحوليات (وخصوصاً البيرة) ولو لمرة واحدة في الحياة محاكاة للثقافة الغربية.

أما النمط الثالث فيرتبط فيه المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط للوالدين والمستوى المتوسط من تحصيل الأبناء وطموحهم الدراسي وتدينهم بتعاطي الأدوية

وتشير الصورة السابقة إلى أن أي خطة للوقاية من المخدرات لا بد أن تضع في حساباتها التمييز بين المتعاطين وغير المتعاطين للمواد المؤثرة في الحالة النفسية لأن مصادر المعلومات والتأثر تختلف لدى كل منهما. كما أن المستويات المختلفة من التعرض للمعلومات تحتاج لأساليب مختلفة للتخاطب الفعال. كذلك لا بد من مراعاة عدد كبير من المتغيرات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تبين أنها تتفاعل مع اتجاهات وسلوك تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية. ومع وجود أضرار لكل مادة من المواد المؤثرة في الحالة النفسية إلا أن لكل منها نوعاً معيناً من الجمهور لديه استعداد أكبر للبدء في تعاطيها، ثم الاستمرار في هذا التعاطي ثم الانتقال إلى المواد الأخرى الأكثر ضرراً.

واكتشاف خصال الجمهور المعرض لتعاطي كل مادة من المواد المؤثرة في الحالة النفسية يساعد على التبكير في الوقاية من هذا التعاطي خصوصاً وأن الظاهرة شديدة الخطورة، ولنا أن تصور مدى خطورة مشكلة المخدرات

والمواد المؤثرة في الحالة النفسية ، في البلاد العربية إذا أمكننا أن نحول نسبة المتعاطين لكل مادة من هذه المواد إلى أرقامها الحقيقية في المجتمع الذي تمثله . فمثلاً إذا كانت نسبة تعاطي الأدوية أو المخدرات (ولو لمرة واحدة) لدى الشباب في مجتمع معين تساوي (٥٪) ، فمعنى هذا إذا كان مجموع تلاميذ الثانوي العام (الذين أخذت منهم عينة البحث) مائة ألف تلميذ . فإن مجموع التلاميذ الذين يتعاطون كلاً من المخدرات والأدوية المؤثرة في الحالة النفسية هو خمسة آلاف تلميذ ، يتضاعفون إلى خمسة وعشرين ألف تلميذ في حالة ارتفاع مجموع تلاميذ المدارس الثانوية التي سحبت منها العينة إلى خمسمائة ألف .

وكذلك الأمر في حلة التدخين والمسكرات وخصوصاً البيرة فإذا كانت نسبة التلاميذ المدخنين في العينة تساوي (٢٠٪) فإن هذه النسبة تتحول في المجتمع المدرسي إلى عشرين ألف تلميذ من بين كل مائة ألف ، ونفس الأمر ينطبق على المسكرات وخصوصاً البيرة .

ويكفي أن نتصور تلاميذ المدارس الثانوية في أحد البلاد العربية وقد انتشر بينهم كل من التدخين وتعاطي الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية وتعاطي المخدرات والمسكرات بنسب متفاوتة ، وما يصحب هذا من إعطاء نموذج لغير المتعاطين يجعله عرضة لبدء التعاطي ، وما يصحب هذا كله من ضعف في كفاءة القدرات العقلية والجسمية ، وما يترتب عليه من تكاليف المقاومة والعلاج ، وتكاليف في انخفاض الإنتاجية

يكفي أن نتصور هذا ، لكي نصمم على بذل أقصى الجهد في وقاية أبنائنا وبالتالي أمتنا من مخاطر المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية

ثانياً أهم ما توحى به نتائج هذا البحث.

أمكن للدراسة الحالية التي تعد أول دراسة عربية مقارنة، عبر عدد من البلاد العربية أن تكشف عن أهم الظروف والمتغيرات المشتركة بين البلاد العربية سواء فيما يتصل بالظروف والمتغيرات الشخصية والاجتماعية، المسيرة أو المعوقة لانتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية، وكذلك الظروف والدوافع التي تشجع على البدء في سلوك التعاطي الفعلي لهذه المواد أو الامتناع عن تعاطيها وقد أمكن إلقاء الضوء على هذه المتغيرات خلال الفصول السابقة لهذا البحث تفصيلاً وخلال الفقرة الأولى من هذا الفصل إجمالاً بين البلاد العربية.

ومثل هذه الملامح المشتركة التي أمكن الكشف عنها فيما يتصل بمشكلة تعاطي المخدرات وما يرتبط بها من معلومات وخبرات، من شأنها أن تدفع إلي تآزر الجهود التي تبذل على مستوى العالم العربي، أملاً في مواجهة أعلى كفاءة لمشكلة المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية التي تهدد أعلى ما في العالم العربي من ثرواته ممثلة في شبابه

وأهم ما توحى به نتائج البحث الحالي ما يأتي

١ أهمية التخطيط لسياسة عربية وقائية متكاملة، في ضوء المعلومات التي كشفت عنها هذه الدراسة والدراسات الأخرى التي أجريت في العالم العربي وخصوصاً تلك التي قام بها مركز البحوث الاجتماعي والجنائية في مصر (السيد وآخرون، ١٩٩١م؛ سويف وآخرون، ١٩٨٧م)

ولا شك أن إجراء الدراسة الحالية رغم ما واجهته من صعوبات ورغم ما يشوبها من بعض جوانب القصور أو عدم القابلية للتعميم تمثل خطوة كبيرة إلى الأمام نحو إجراء دراسات عربية وبائية على عينات ممثلة في البلاد

العربية، تتم في الفترة الزمنية نفسها وعلى نوعية واحدة أو فئة معينة من فئات الجمهور بعدد من البلاد العربية من أجل متابعة ورصد تطور هذه المشكلة تفاعلاً أو انحساراً بطريقة علمية موضوعية، تحاول الكشف عن أهم أبعاد المشكلة من أجل التخطيط الأكفأ لمواجهتها، بدلاً من تجاهلها أو الخطأ في تقدير خطورتها، أو عدم مواجهتها بالطريقة الملائمة بعد الاستفادة من المعلومات المتراكمة من الدراسات الوبائية التي تمدنا بمعلومات محققة عن درجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمواد المخدرة أو المؤثرة في الحالة النفسية، ودرجة انتشار التعاطي الفعلي لهذه المواد بشكل منتظم (أو غير منتظم) وأهم الظروف المصاحبة أو الميسرة أو الممهدة لهذا التعاطي، وأهم الشرائح العمرية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية المعرضة لمخاطر تعاطي هذه المواد

وقد أجمع الباحثون المحققون على أهمية رسم سياسات وقائية، بوصفها هدفاً استراتيجياً لمواجهة هذه المشكلة الخطيرة هدفاً تتأزر في تحقيقه كل الجهود الحكومية والأهلية وجميع المؤسسات التشريعية والقضائية والتنفيذية، والتعليمية والدينية والإعلامية في كل بلد على حدة وعلى مستوى مجموعات البلاد المتجانسة بل وعلى مستوى العالم. (السيد، ١٩٨٥؛ سويف، ١٩٨٥؛ Who, 1974, 1973, 1972).

٢- دعم مستويات الوقاية من المخدرات. (Prevention) ويقصد بالوقاية كل الجهود والإجراءات المنظمة التي تهدف إلى كل من:

أ - الوقاية من الدرجة الأولى: والتي تتمثل في منع انتشار مشكلة تعاطي المخدرات أو المواد المؤثرة في الحالة النفسية في قطاعات بشرية لم تظهر فيها بعد وإن كانت مهددة بالانتشار فيها، ويطلق على هذه الجماعات إسم الجماعات المستهدفة للخطر (Groups at risk) أو الجماعات الهشة غير المحصنة والمعرضة للخطر (Vulnerable groups) وهي تمثل في

حالة مشكلة المخدرات الفئات التي يرتفع احتمال تعاطي أفرادها للمخدرات أو المواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية، ما لم تحول دون هذا عدد من الظروف أو الإجراءات (Who, Tech Report Series No. 526, 1973) وكل إجراءات الوقاية من الدرجة الأولى، رغم أهميتها الشديدة لا يمكن أن تبدأ بطريقة منظمة وفعالة، إلا بعد إجراء الدراسات الوبائية التي تكشف عن درجة انتشار المعلومات والخبرات المتصلة بالمخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية لدى عينات ممثلة للجمهور من مختلف الأعمار والمستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، كتلاميذ المدارس الإعدادية والثانوية والجامعات والعمال وغيرهم. (السيد وآخرون، ١٩٩١م، سويف ١٩٨٧م، Adams, Blanken & Ferguson, 1990)

وإذا كانت معظم الدراسات في هذا المجال مستعرضة (Cross sectional)، فإن عدداً من الدراسات الارتقائية الطويلة Longitudinal تم إجراؤها في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، على عينات من أطفال المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية وشباب الجامعات الأسوياء (حيث كان المعتاد من قبل إجراء هذه الدراسات الطويلة على المدمنين أو المرضى)، وذلك بهدف محاولة الكشف عن الترتيب السببي للعلاقة بين الظروف والمتغيرات النفسية والاجتماعية للأفراد وسلوك التعاطي من ناحية أخرى، مما يتيح الدراسة الطويلة كبديل للدراسة التجريبية التي يستحيل - أخلاقياً - إجراؤها على جمهور الأسوياء (Gene et al., 1978; Kandel, D.B., 1978; Broock & Whiteman, 1986; Bloock & Keyes, 1988; Hawkins, Catalino & Mille, 1992)

ومما لا شك فيه أن المجتمعات العربية كلها تفتقر إلى إجراء مثل هذه الدراسات الطولية التي تتابع جمهوراً معيناً بهدف رصد ظروف تعاطي كل نوع من المخدرات أو الامتناع عنه

كذلك حاول بعض الباحثين الكشف المبكر عن الظروف الأسرية التي تدفع إلى تعاطي المخدرات، والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية والعصبية. وقام آخرون بتجربة أساليب للتدخل المبكر لحل المشكلات الأسرية أو الكشف عن جوانب القصور في سياق الأسرة، بطريقة تمكن بكفاءة التدخل المبكر لحماية الأطفال المعرضين لمخاطر الإدمان أو تعاطي المخدرات (Bleechman, Tayler & Schrader, 1981)

ورغم توفر عدد كبير من المعلومات التي تتصل بظروف بدء التعاطي للمخدرات، والظروف التي يتزايد في ظلها احتمال المواد المخدرة وذلك من خلال نتائج الدراسات الوبائية التي أجريت في عدد من البلاد العربية (سويف وآخرون، ١٩٨٧م) والتي تتفق في معظم ملامحها مع نتائج الدراسة الحالية والتي أمكن من خلالها اكتشاف أهم المراحل العمرية التي يبدأ عندها الأطفال والمراهقون والشباب في التعرض لمخاطر المخدرات وبعض الظروف الاجتماعية والثقافية التي تيسر أو تعوق تعاطي المخدرات، وبعض خصال الشخصية التي تيسر التعاطي أو تحصن ضد الوقوع في أسره وأهم دوافع البدء في التعاطي والامتناع عنه وغير ذلك. إلا أن ثمة افتقاراً شديداً - على مستوى العالم العربي كله - لبرامج تعليمية وإعلامية منظمة ومخططة بهدف الوقاية من المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية.

لهذا فإن ثمة حاجة ملحة إلى إنشاء جهاز عربي للتخطيط الوقائي (تعليمياً وإعلامياً واجتماعياً وتشريعياً) لمواجهة مشكلة المخدرات

والمواد المؤثرة في الحالة النفسية، بتقديم المعلومات الصحيحة عنها، والعمل على تآزر الجهود لمكافحة تعاطيها على أساس أن التعاطي لا يقل خطورة عن الاتجاه بل هو أساس الطلب والاقبال على الاتجار

ومثل هذا الجهاز العربي للوقاية من المخدرات، يمكنه الاستفادة من جهود الباحثين النفسيين الاجتماعيين وخصوصاً في مجال تغيير الاتجاهات والسلوك، وفي تنظيم حملات، والقيام بتجارب للوقاية من المخدرات بكل أنواعها، بحيث يتم تعميم نتائج هذه التجارب على أسس علمية صحيحة في أنحاء العالم العربي، أسوة بما يتم في كثير من بلاد العالم المتقدم (Smart & Fejer, 1974; Mc. Guire, 1985). خصوصاً مع ما تبين من البحث الحالي، وبحوث أخرى عربية ودولية، وأن وسائل التعليم الرسمي والاتصال الجماهيري (وخصوصاً الصحف والمجلات والإذاعة والتلفزيون،) هي المصدر الموثوق فيه والأكثر أثراً وتوجيهاً لدى معظم أفراد الجمهور من غير المتعاطين للمخدرات.

لهذا، فإن الوسائل الإعلامية الجماهيرية يمكنها أن تقوم بدور فعال في التحصين ضد تعاطي المخدرات بدلاً من أن تستخدم دون قصد غالباً للترويج لأنواع السجائر والمخدرات والمسكرات (Eysenck & Nias, 1978)

كذلك يدخل في إجراءات الوقاية من الدرجة الأولى، إعداد جيل من الإخصائيين النفسيين والاجتماعيين بالمدارس (الابتدائية والإعدادية بل وبالجامعات) في البلاد العربية وتدريبهم لتقديم المعلومات الصحية نحو المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية، ولتقديم العون للحالات المعرضة لمخاطر التعاطي ولإدمان المخدرات وتدريبهم على تقديم أنواع من الخدمات النفسية والاجتماعية للتلاميذ وللأسر مما يزيد من تحصينهم ضد المخدرات، نظراً لما تبين من عدد من الدراسات الوبائية ومن البحث الحالي، أن نسبة لا تقل عن (٢٠٪) من تلاميذ المدارس

الثانوية تعاني من مشكلات نفسية وجسدية (السيد، عبد الحليم محمود، الصبوة، محمد نجيب ، ١٩٩٠م).

كما يدخل في إجراءات الوقاية العناية الصحية وتنمية الوعي الصحي للتلاميذ إذ أن بعضهم يلجأ للأدوية المؤثرة في الحالة النفسية ويسيء استخدامها نتيجة ما يعانيه من مشكلات صحية .

ب- الوقاية من الدرجة الثانية: التي تتمثل في كل الجهود المبذولة للحد من التماذي في التعاطي في مراحل مبكرة من البدء فيه، والتقليل من تفاقم المشكلة، وزيادة مضاعفتها في بداية ظهورها في بعض القطاعات العمرية والاجتماعية (Who, 1973)

وقد أوضحت نتائج البحث الحالي وعدد آخر من البحوث في البلاد العربية (السيد، وآخرون ، ١٩٩١م) أن معظم الأفراد يبدأون في تجربة تعاطي السجائر والأدوية والكحوليات والمخدرات في عمر مبكر، ولهذا فإن جهود الوقاية من الدرجة الثانية التي تبدأ في المراحل الأولى من التعاطي لها أهمية بالغة خصوصاً إذا أمكننا أن نتجه إلى جمهور كل نوع من المخدر (وفقاً لدوافعه والظروف الدافعة له)، سواء كانت صحبة الأصدقاء أو مناسبة اجتماعية، أو محاولة التخلص من مشكلات نفسية أو جسدية، وخصوصاً أن قنوات المعلومات لدى من يبدأون في التعاطي تختلف عند غير المتعاطين وهي تتمثل غالباً في أنماط من التأثير بالأصدقاء (في حالة السجائر والمخدرات) أو الأقارب (في حالة الأدوية والكحوليات) .

وفي كل الأحوال فإن تنظيم برامج للوقاية من خلال القنوات الموصلة للبادئين في التعاطي وهي هنا الجماعات التي ينتمون إليها (جماعات الفصل أو اللعب أو الأسرة) أمر مهم ولا شك أن جهود الوقاية في هذا المستوى الثاني مستوى البادئين في التعاطي أو في المراحل الأولى

من التعاطي لكل أنواع المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية شديدة الندرة ولا تكاد توجد في معظم البلاد العربية

رغم أن ثمة عوامل للتراجع عن التعاطي تكشف عن نفسها بشكل تلقائي تتراوح بين (٧٠٪ و ٧٥٪) لدى البادئين بتعاطي معظم المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية، ومن شأن استثمار دوافع التوقف عن التعاطي التي كشفت عنها نتائج هذا البحث، والبحوث المماثلة لها (السيد وآخرون، ١٩٩١م؛ سويف، وآخرون ١٩٩٠م، ١٩٩٢م، ١٩٩٣م) أن تزودنا بأساس يمكننا من إنشاء برامج منظمة للوقاية من المواد المؤثرة في الحالة النفسية، بحيث تزداد حالات التوقف بنسبة كبيرة عن نسبة التوقف التلقائي التي تتم دون تنظيم جهود منظمة أو برامج مخططة للوقاية من الاستمرار في التعاطي

وقد اشتملت الفقرات رقم (٥) (٦)، (٧) من الفقرة الأولى من هذا الفصل السادس على أهم دوافع البدء بالإقدام على التعاطي للمواد المخدرة، أو التوقف عن التعاطي، وأهم مصادر المعلومات عن المخدرات لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات، وأهم الظروف الاجتماعية والاقتصادية المصاحبة لتعاطي المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية.

ومع توفر هذه المعلومات فما زالت جهود الوقاية من الدرجة الثانية شديدة الندرة، ولا يكاد تظهر بشكل منظم في العالم العربي. ولا نعرف شيئاً عن برامج من هذا النوع في أي بلد عربي. وينبغي عدم الخلط بين هذه البرامج المنظمة على أسس علمية للوقاية، وبين تلك الحملات التلقائية ضد المخدرات التي لا يتم تقدير موضوعي لآثارها

هذا عن مجال البرامج الوقائية، أما عن الدراسات العلمية التي تعتمد عليها مثل هذه البرامج الوقائية فقد توفر بالعالم العربي عدد

من الدراسات الوقائية تكشف عن عدد من الملامح يمكن وضعها في الحساب عند التخطيط لهذه البرامج على أسس من التصميم التجريبي (Mc Guigan, 1983)

أما دراسات تغيير الاتجاهات والسلوك التي هي لب عملية الوقاية من الدرجة الأولى والثانية من مشكلة المخدرات، فلا تكاد تعرف في العالم العربي حتى الآن (في منتصف التسعينات من القرن العشرين) دراسة منظمة حول هذا الموضوع غير رسالة الدكتوراه التي أعدها الدكتور عبدالمنعم محمود شحاتة بقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة القاهرة، تحت إشراف الباحث الرئيس وكان موضوعها (تغيير الاتجاهات نحو التدخين) باعتبار التدخين للسجائر من أهم الطرق المؤدية إلى المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية كما أشارت إلى ذلك العديد من الدراسات الوبائية غير الدراسة الحالية (السيد وآخرون، ١٩٩١م؛ وسويف ١٩٨٧م؛ Jonston, 1980).

وقد توصل الدكتور عبدالمنعم شحاتة من دراسته إلى أن عملية تغيير الاتجاهات نحو التدخين، من خلال دراسة تجريبية يتم فيها القياس القبلي، قبل إجراء التجربة التي تتضمن مناقشات وعرض معلومات وحقائق عن أضرار التدخين ومناقشة الدوافع الحقيقية للبدء والاستمرار فيه ثم القياس البعدي للاتجاهات.

ونعتقد أن الحاجة ماسة للتوسع في إجراء مثل هذه الدراسات ودعمها، خصوصاً وأن عملية انتشار المعلومات والخبرات بالبلاد العربية والدوافع المرتبطة بالإقبال عليها أو الإحجام عنها تتسم بقدر كبير من الأسس المشتركة بين البلاد العربية فيما بينها من ناحية، وبطابع ثقافي واجتماعي خاص يميزها عن الثقافات الأخرى غير العربية وغير الإسلامية.

هذا بالإضافة إلى دعم جهود الكشف المبكر عن كل صور التعاطي للمخدرات والمسكرات مع دعمها ببرامج لتغيير الاتجاهات والسلوك ضد الاستمرار في التعاطي

ج- الوقاية من الدرجة الثالثة: وتطلق على كل أنواع التدخل بالعلاج لوقف المضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان وفق ما يترتب على حالات الإدمان من تدهور صحي واجتماعي واقتصادي للأفراد وللأسر، ويدخل في هذا كل من العلاج الطبي والنفسي، داخل المؤسسات وخارجها وما يصحب هذا العلاج وما يليه من تأهيل الشخص على حياة خالية من المخدرات وتأهيل الأسرة على الاستمرار في الامتناع عن الانتكاسات للمخدرات

ويدخل في هذا النوع الإعلام عن استعداد الأدباء والهيئات الصحية، الرسمية وغير الرسمية، والمؤسسات العلاجية لتقديم العون فور اكتشاف حالات إدمان المخدرات باعتبارها حالة سرضية، كما يدخل ضمن هذا المستوى علاج الأفراد المضبوطين في قضايا جنائية لتعاطي المخدرات حيث يتم علاجهم قبل الإفراج عنهم، ولا يتم التعرض لهم في حالة الانتكاس والعودة إلى التعاطي، ويدخل في هذا الباب إعداد أجيال من المعالجين من الأطباء والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين الذين يشتركون كفريق متكامل في علاج المدمنين، وتأهيلهم للحياة الطبيعية. كل ذلك من أجل مجتمع عربي خال - أو يكاد يكون خالياً - من المخدرات ومن أثارها المدمرة

ثالثاً أهم التوصيات .

نوصي في ضوء نتائج هذا البحث والمناقشات لأهم النتائج التي أمكن الحصول عليها ، وأهم الدراسات والإجراءات التي تم وصفها بالآتي :

١- إعادة هذه الدراسة الوبائية على عينات مثالية وممثلة بجمهور تلاميذ المدارس الثانوية العامة مرة كل عشر سنوات على مستوى البلاد العربية ، للتحقق من اتجاهات نسب انتشار المعلومات والخبرات ونسب تعاطي المواد المخدرة في هذه السنوات

٢- إجراء دراسات وبائية على عينات ممثلة لتلاميذ المدارس الإعدادية العامة وتلاميذ المدارس الإعدادية والثانوية الفنية بالبلاد العربية ، مرة كل عشر سنوات .

٣- إجراء دراسات وبائية على عينات ممثلة لطلاب الجامعات بالبلاد العربية مرة كل عشر سنوات .

٤- إجراء دراسات وبائية على عينات من الأطفال والشباب العاملين غير المنتظمين في المدارس والجامعات .

٥- إجراء دراسات وبائية على العمال والموظفين .

٦ التخطيط لبرامج وقائية من الدرجات الأولى والثانية ودعم البرامج العلاجية ببرامج وبائية ، تعتمد على قياس الاتجاهات النفسية الاجتماعية التي تتحكم في السلوك ثم تقديم البرامج الوقائية ، ثم تقديم أثر هذه البرامج في دراسات علمية محكمة يتم تعميم نتائجها على مستوى العالم العربي مع إفادة هذه البرامج الوقائية من كل الدراسات المسحية والوبائية السابقة

٧- دعم إجراء دراسات ارتقاء (على تلاميذ من مراحل مبكرة) تتم متابعتهم خلال مراحل نموهم وارتقاء سلوكهم لعدد من السنوات ، بطريقة تمكن من الكشف عن عدد من التغيرات التي تساعد على التنبؤ بالظروف

والسمات التي تدفع إلى التبكير أو التأخير في تعاطي المخدرات أو مقاومة هذا التعاطي .

٨ - إنشاء جهاز عربي في ظل أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية لإجراء الدراسات الوبائية عن المخدرات وتنظيم دراسات و حملات لتغيير الاتجاهات نحو المخدرات والعمل على نقل الخبرات المتصلة بأساليب الوقاية وتعاطي المخدرات عبر البلاد العربية ، بالإضافة إلى تدريب كوادر العاملين على الوقاية من المخدرات من المعلمين والمتخصصين النفسيين والاجتماعيين والإعلاميين وكذلك إعداد كوادر من الأطباء العموميين المهتمين للخدمة في مجال الوقاية والعلاج من المخدرات والتعاون مع الأجهزة المماثلة في العالم العربي من أجل تحقيق الأهداف السائدة وتعميم الخبرات الناجحة ، ودعم إجراء دراسات وبائية وبحوث تطبيقية تهدف إلى الوقاية من المخدرات على مستوى العالم العربي مع الاستفادة من كل الخبرات العالمية في هذا المجال .

المراجع

أولاً : المراجع العربية:

- ١ حنورة ، مصرى ؛ سويف ، مصطفى ؛ السيد ، عبد الحليم ؛ ودرويش ، زين العابدين « الجانب المنهجي فى إجراء البحوث الوبائية لتعاطى المخدرات » دراسة قدمت فى مؤتمر دور المجتمع فى معالجة مشكلة الإدمان ٢١ ٢٣ مارس ١٩٨٠ م .
- ٢ درويش ، زين العابدين ؛ سويف ، مصطفى ؛ السيد ، عبد الحليم محمود ؛ وحنورة ، مصرى « البروفيل الاجتماعى لتعاطى المخدرات لدى طلاب الثانوية العامة » مؤتمر علاج المجتمع لمشكلة المخدرات ، الأقصر ، ٢١ ، ٢٣ مارس ١٩٨٠ م
- ٣ سويف ، مصطفى « اسهامات العلوم الاجتماعية فى بحوث تعاطى المسكرات والمخدرات » . مجلة علم النفس ، السنة الأولى ، يناير ١٩٨٧ م .
- ٤ ————— «أيدولوجية تعاطى الحشيش» ترجمة السيد ، عبد الحليم محمود فى مليكة ، لويس كامل قراءات فى علم النفس الاجتماعى فى الوطن العربى القاهرة : الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٧٩ م ، ص ٤٢٩ - ٤٤٢
- ٥ ————— تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب : دراسة ميدانية فى الواقع المصرى . المجلد الأول ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٩٠ م .
- ٦ ————— نحو سياسة وقائية متكاملة فى مواجهة مشكلات الإدمان فى مصر القاهرة : مركز البحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٨٨ م .

- ٧ - سويف ، مصطفى ؛ السيد ، عبد الحليم محمود ؛ حنورة ، مصرى ؛ ودرويش ، زين العابدين المخدرات والشباب فى مصر بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب القاهرة. المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٨٧م
- ٨ السيد ، عبد الحليم محمود. «دور علم النفس فى مجال الوقاية بوصفها هدفاً استراتيجياً للعمل فى فريق لمواجهة مشكلة الإدمان» المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلة الإدمان ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٣ ١٠ ، سبتمبر ١٩٨٨م
- ٩ _____ علم النفس الاجتماعي والإعلام. القاهرة : دار الثقافة للطباعة والنشر ، ١٩٧٩م ، ص ص ٨٥ - ١٠٩
- ١٠ _____ «الدوافع والآثار النفسية لتعاطى المسكرات والإعتماد عليها» المجلة الاجتماعية القومية ، ١٩٧٢م .
- ١١ - السيد ، عبد الحليم محمود ؛ سويف ، مصطفى ؛ حنورة ، مصرى ، ودرويش ، زين العابدين «مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة فى الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة» . مؤتمر علاج المجتمع لمشكلة المخدرات ، وزارة الصحة ، هيئة الصحة العالمية ، ٢١ ٢٣ مارس ١٩٨٠م
- ١٢ السيد ، عبد الحليم محمود ؛ سويف ، مصطفى ؛ الصبوة ، محمد نجيب ؛ خليفة عبد اللطيف محمد ؛ عبد الله ، معتر سيد ؛ وجلال ، أحمد سعد «بعض ملامح اتجاهات تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب لدى تلاميذ المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى بين عامى ١٩٧٨-١٩٨٦م . المؤتمر السنوى الثالث لعلم النفس ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، ٢٦- ٢٨ يناير ١٩٨٧م

١٣- السيد ، عبد الحلیم محمود ، والصبوة ، محمد نجيب . «اتجاهات التغير فى حجم الإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية المصاحبة لتعاطى المخدرات والمواد المؤثرة فى الحالة النفسية لدى تلاميذ الثانوى العام بالقاهرة الكبرى» مجلة علم النفس ، ١٩٩٠م .

١٤ - السيد ، عبد الحلیم محمود ؛ الصبوه ، محمد نجيب ؛ خليفه ، عبد اللطيف ؛ وعبد الله ، معتز تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب ، لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى . القاهرة : مركز البحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٩١م

١٥ - شحاته ، عبد المنعم «تغيير الاتجاه نحو التدخين : دراسة تجريبية» رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٨م

١٦ - عبد البر ، هند سيد طه «تدخين السجائر طويل المدى دراسة للأداء على بعض الإختبارات النفسية الموضوعية» رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٨م

١٧ - ابن فارس ، أبو الحسين معجم مقاييس اللغة ط ٢ ، القاهرة الحلبى ، ١٩٧٠م .

١٨ - مصيقر ، عبد الرحمن . الشباب والمخدرات فى دول الخليج الكويت . الربيعان للنشر والتوزيع ، ١٩٨٥م .

١٩ - المغربى ، سعد ظاهرة تعاطى الحشيش دراسة نفسية اجتماعية ج ٢ ، القاهرة : دار الراتب الجامعية ، ١٩٨٤م

٢٠ - ابن منظور ، أبو الفضل ، وجمال الدين بن مكرم لسان العرب القاهرة دار المعارف ١٩٨٠م .

٢١- النويرى ، شهاب الدين أحمد بن عبد الوهاب . نهاية الأرب فى فنون
الأدب ج ٤ ، الباب ٤ ، القاهرة دار الكتب المصرية ، د . ت .

- 1-Adams, E.,H. Blanken, A.J.;Ferguson, L.D. & Kopstein A."Overview of Selected Drug Trends" M.D.National Institute on Drug Abuse, 1990.
- 2-Altrocchi, John. Abnormal Behavior. New York: Harcourt Brace, 1980.
- 3-Armitage,A., "The Role of Nicotine in the Tobacco Smoking Habit" in R.E. The Thorton (ed.) Smoking Behavior. Physiological and Psychological Influence. London: churchill Livingstone, 1978.
- 4-Armitage, A.K., Hall, G. & Sellers, C., "Effects of Nicotine on Electro cortical Activity and Acetylcholine Release from the Cat Cerebral Cortex" British Journal of Pharmacology, 35,(1969): 156-160.
- 5-Ashton, H. & Stepney, R. Smoking: Psychology and Pharmacology. London: Tavistock, 1982.
- 6-Baker, T.B., "Models of Addiction Introduction to the Social Issue of Journal". Abnormal Psychology, 2 (1988): 115-117.
- 7-Bandura, A., & Walters, R.H., Social Learning and Personality Development. New York: Holt, Rinhart and Winston, 1963.
- 8-Black, G.S., "The Attitudinal Basis of Drug use 1987 and changing Attitudes" Journal of Drug Use, 1988.
- 9-Blechman E. A., Faylor, C.J. & Schrader, S.M., "Family Problem Solving Versus home notes.as early intervension with high Risk Children" Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1981.

- 10-Block J.H. & Block J., "The Role of Ego control and ego resiliency in the organization of Behavior". in Collins, Minnesota Symposia on child Psychol., V.B., New Jersey Elbaum, 1980, pp. 39-101.
- 11-Block, J; Block, J.H., & Keyes, S., "Longitudinal forecasting Drug usage in Adolescence: Early Childhood Personality and Environmental precursors" Child Development, 59 (1988): 336-355.
- 12-Blum, K., (ed.) Alcohol and opiates, New York: Academic Press, 1977.
- 13-Brook, J.S., Gordon, A.S., & Whiteman, M., "Stability of personality during adolescence and its relationship to stage of drug use" Genetic, Social, and General Psychology Monographs, III, 1985, pp.317-330.
- 14-Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S., & Cohen, P. Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. Developmental Psychology, 22 (1986): 403-414.
- 15-Brook, J.S., Cohen, P., & Gordon, A.S., "The impact of sample attrition in a longitudinal study of adolescent drug use" Psychological Reports, 53 (1983): 375-378.
- 16-Cox, Terrence C., Jacobs, M.R., Lebane, A.E., & Marshman J.A., Drug and Drug Abuse: A Reference Text. Toronto: Addiction Research Foundation, 1983.
- 17-Curran, D., & Partridge. Psychological Medicine, Edinburgh Livingston, 1983.
- 18-Eysenck, H.J. "Personality and the maintenance of the smoking habit" In: W.L. Dunn (ed.) Smoking Behavior: Motives and Incentives. London: Wiley & Sons, 1973, pp. 113-146.
- 19-Eysenck, H.J. & Eaves, L.J. The causes and Effects of Smoking. London: Maurice Temple Smith, 1980.

- 20-Eysenck & Nias. Sex and Violence. London: Maurice Temple, 1978.
- 21-Fejer, D. & Smart, R.G. "The Knowledge About Drugs: Attitudes Towards them and Drug Use Rates of High School Students" Journal of Drug Education, 3 (1973): 377-388.
- 22-Fejer, D., Smart, R.G., Whitehead, P.C., & Laforest, L. "Sources of Information about Drugs Among High School Students". The Public Opinion Quarterly, 35 (1971): 235-241.
- 23-Fishbein, M. "Social Psychological Analysis of Smoking Behavior" In R.Eiser(ed.)Social Psychology and Behavioural Medium. New York: Wiley & Sons. Ltd., 1982, pp.179-197.
- 24-Fishbein, M. & Ajzen, I., Belief, Attitude, Intention and Behavior. Addison-Wesley: Reading Mass, 1975.
- 25-Gene, M.S., & Fogg, Ch.P., "Psychological Predictors of Early use, Late Use, and Non Use of Marijuana among Teenage student" Ch.4, in Kandel, D.B., (ed.) Longitudinal Research on Drug use: Empirical Findings and Methodological Issues. 1978.
- 26-Green, D.E., Psychological Factors in smoking. National Institute of Drug Abuse Research Monograph, Series 26, August, 1979.
- 27-Hawkins, J.D., Catalano, R.F., and Miller, T.Y., "Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drugs Problems in Adolescence and Early Childhood: Implications for Substance Abuse Prevention" Psychological Bulletin, V. III, No.1, 1992, pp. 64-105.
- 28-Heimstra, N.W., Fallesen, J.J., Kinsley, S.A. & Warner, N.W. "The effects of deprivation of cigarette smoking on Psychomotor Performance". Ergonomics, 23,11 (1980): 1047-1055.
- 29-Hoffmann, H., "Depression and Defensiveness Inself-Descriptive Moods of Alcoholics". Psychological Reports, 1970, pp. 23-26.

- 30- ——— "Personality Characteristics of Alcoholics in relation to age" Psychological Reports, 1970, pp. 169-171.
- 31-Hoffman, H. & Abbott, D. "Emotional self-Description of Alcoholic Patients after Treatment" Psychological Reports, 1970.
- 32-Huba, G.J., & Bentler, P.M., "A Developmental theory of Drug use: Derivation and Assessment of causal Modeling Approach" in Balts, P.B. & Brem, O., Life-Span Development and Behavior. Vol.4, New York: Academic Press, 1983.
- 33-Ikard, F.F., Green, D.E. & Horn, D.A. scale to differentiate between types of smoking as related to management of affect. International Journal of Addictions, 4 (1969): 649-659.
- 34-Jarvik, M.E. "Biological factors underlying the smoking habit" In M.E. Jarvik, J.W. Cullen, E.R. Gritz, T.M. Vogt & L.J. West (eds.) Research on smoking Behavior. Washington, D.C.: U.S. Govt. Print Off., 1977, pp. 122-146.
- 35-Jessor, R., Chase, J.A. & Donovan, J.E. "Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents". American Journal of Public Health, 70 (1980): 604-613.
- 36-Jessor, R., & Jessor, S.L., Problem behavior and psychological development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press, 1977.
- 37- ——— "Theory testing in longitudinal research on marijuana use". In D.B. Kandel (ed.) Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues. Washington, DC: Hemisphere, 1978, pp. 41-71.
- 38-Johnston, L.D., Bachman, J.G., & O'Malley, P.M. Highlight from student drug use in America 1975-1981. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1981, "a"

- 39- _____ Student drug use in America 1975-1981. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1981, "b"
- 40- _____ Drugs and American high school students, 1975-1983. Washington, DC: Government Printing Office, 1984.
- 41- _____ Drug use among American high school student, College students, and other young adults: National trends through 1985. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1986.
- 42-Kandel, D.B., (ed); Longitudinal Research on Drug use: Empirical Findings and Methodological Issues. New York: John Wiley & Son, 1978.
- 43- _____ "Convergence in Prospective Longitudinal Surveys of Drug use in Normal Populations" in Kandel, D.B., (Ch. 1) 1978.
- 44-Kellam, S.G., Branch, J.D., Agrawal, K.C., & Ensminger, M.E. Mental health and going to school: The Woodlawn program of assessment, early intervention, and evaluation. Chicago: University of Chicago Press, 1975.
- 45-Kola, Lenore Athena. "Alcohol Instructional Set, subjective experience and Tension Reduction in Alcoholics" Unpublished Ph.D. thesis, Boston University, Graduate School, 1970.
- 46-Lancher, J., "Smoking Behavior and Disease", In M.Jarvik et al., (ed.) Research on smoking Behavior. Washington, NIDA Research Monograph Series, Vol. 17, 1977, pp. 230-263.
- 47-Leventhal, H. & Cleary, P., "The smoking Problem: A Review of the Research and theory in Behavioral Risk Reduction" Psychol. Bull., 88 (1980): 370-405.
- 48-Leventhal, H., Porhasha, T. & Hirschman, R., "Preventive Health Behavior Across the life Span", In J.Resen & L.Soloman (ed.) Prevention in Health Psychology. Vol. 8, New Hampshire: Uni. Press of New England, 1985, pp. 191-235.

- 49-Mangan, G.L. & Golding, J.F. "An enhancement model of smoking maintenance" In R.E. Thonton (ed.) Smoking Behaviour: Physiological and Psychological Influences. London: Churchill Livingstone, 1978, pp. 87-144.
- 50-Mayer-Gross, W., Slater, E. & Roth, M. Clinical Psychiatry. London: Cassell, 1980.
- 51-Mc Cord W., & Mc Cord J., Origins of Alcoholism. California: Stanford University Press, 1960.
- 52-Mc Guigan, F.J., Experimental Psychology: a methodological approach. Prentice-Hall of Co., 1983.
- 53-Mc Guire, W.; "Attitudes and Attitude Change" In G.Lindzey & E. Aronson (eds.) The Handbook of Social Psychology. V.2. New York: Random House, 1985, pp. 233-346.
- 54- ————— "The Nature of Attitudes and Attitude Change" In Lindzey & Eronson (eds.). The Handbook of Social Psychology, 3, Addison-Wesby: Reading Mass, 1969, pp. 136-314.
- 55-Nath, U. Smoking: Third World Alert. Oxford University Press, 1968.
- 56-Nahas, G.G. Keep of the Grass and A Scientists Documented Account of Marijuana's Destructive Effects. New York: Reader's Digest Press, 1976.
- 57-O'Donnel, J.A., "Cigarette smoking as a precursor of Illicit Drug Use". In N.A. Krasnegal (ed.) Cigarette Smoking as a Dependence Process. Washington, NIDA Research Monograph Series, Vol. 23, 1979, pp. 30-43:
- 58-Peele, S."The Cultural Contact of Psychological Approaches to Alcoholism". American Psychologist, 12, (1984): 1337-1351.
- 59-Russel, M. "Smoking Problem: an over view" In M.Jarvik et al., (eds.) Research on smoking behavior. Washington. NIDA Research Monograph Series, Vol. 17, 1977, pp. 13-34.

- 60-Russell, M.A.H., Pets, J. & Patel, U.A. "The classification of smoking by Factorial structure of motives" Journal of the Royal Statistical Society. 137, 3 (1974): 313-333.
- 61-Schachter, S. "Pharmacological and Psychological determinants of smoking" Annals of Internal Medicine, 88, 1 (1978): 104-114.
- 62-Shedler, J. & Block, J. "Adolescent Drug use and Psychol. Health" Amer. Psychol, May, 1990, pp. 612-630.
- 63-Shiffman, S.M., "The tobacco withdrawal syndrome" In N.A. Krasneger (ed.) Cigarette Smoking as a Dependence Process. Washington, D.C.: U.S. Govt., Print. Off., 1979, pp. 158-184.
- 64-Smart, R.G., Fejer, D., & White, J; Drug Use Trends Among Metropolitan Toronto Students: A Study of Changes From 1968 to 1970. Toronto, Addiction Research Foundation, 1972.
- 65- ——— The Extent of Drug use in Metropolitan Toronto Schools: A study of Changes from 1968 to 1970. Toronto: Addiction Research Foundation, 1970.
- 66- ——— The Extent of Drug use in Metropelitan Toronto schools: A study of change from 1978 to 1980. Addiction Research foundation, 1980.
- 67-Smart, R.G. & Fejer Dianne. Drug Education: Current Issues, Future Directions. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1974.
- 68-Smart, R.G. & Krakowski, M. "The Nature and Frequency of Drug content in Magazines and on Television" Journal of Alcohol and Drug Education, 18 (1973): 16-22.
- 69-Smart, R.G. & Fejer, D. "Credibility of Sources of Drug Information for High School Students". Journal of Drug Issues, 2 (1972): 8-18.

- 70-Smart, R.G. "Selective Exposure to Information About the Harmful Effects of Marihuana and Tranquilizers". Journal of Drug Education, 2 (1972): 279-288.
- 71-Smart, R.G. & Fejer, D. Most Influential and Credible sources of Drug Information for Adults: Differences Between Marijuana users. Substudy No. 7-8 & Jo-71. Toronto: Addiction Research Foundation, 1971.
- 72-Smart, R.G. & Jackson D. A Preliminary Report on the Attitudes and Behavior of Toronts Students in Relation to Drugs. Toronto: Addiction Research Foundation, 1969.
- 73-Smith, G.M., & Fogg, C.P. "Psychological predictors of early use, late use, and nonuse of marijuana among teenage students" In D.B.Kandel (ed.) Longitudinal research on drug use. 1978, pp. 101-113.
- 74-Soloman, R.L. "The opponent-process theory of acquired motivation". American Psychologist, 35, 8 (1980): 691-712.
- 75- ——— "An opponent-Process Theory of Acquired Motivation: IV. The affective dynamics of addiction". In J.D.Maser, M.E.P. Seligmon (eds.) Psychopathology: Experimental Models. San Francisco: Freeman, 1977, pp. 66-103.
- 76-Solomon, R.L. & Cerbet, J.D. "An Opponent-Process Theory of Motivation, I-Temporal Dynamics of Affect" Psychological Review, 81 (1974): 119-145.
- 77- ——— "An opponent-Process Theory of Motivation, II Cigarette Addiction". Journal of Abnormal Psychology, 81 (1973): 158-171.
- 78-Soueif, M., Darweesh, Z., & Taha, H., "The Non-Medical Use of Prescription Psychotropic Drugs by school Boys in Greater Cairo" Drug and Alcohol Dependence, 15 (1985): 193-201.

- 79-Soueif, M., El Sayed, A.,M., Darwish, Z., Honourah, M.," The Extent of Non Medical use of Psycho. active substances among secondary school students in Greater Cairo" Drug and Alcohol Dependence, 9 (1982): 15-41.
- 80- ————— The Egyptian Study of Chronic Cannabis consumption. Cairo: National Center for Social & Criminological Research (NCSCR). 1980 pp. 90-110.
- 81-Soueif, M., et al., "The Non-Medical use of Psychoactive substances among Male Secondary School Students in Egypt: An Epidemiological study (preliminary Report)". Drug & Alcohol Dependence, 5 (1980): 235-238.
- 82-Soueif, M., "The Epidemiology of Drug Dependence: A Discussion of some Technical Problems". In M.,Soueif (ed.) Drug dependence: problems of behavioral Research. Cairo: NCSCR, 1980, pp. 1023.
- 83-—————"The use of Cannabis in Egypt: A Behavioural study" Bulletin on Narcotics, 23, 4 (1971): 17-28.
- 84-—————"Chronic cannabis users: Further Analysis of objective test results" Bulletin on Narcotics, 2714 (1975): 1-16.
- 85-—————"Chronic Cannabis Takers: Some Temperamental Characteristics" Drug Alcohol Depend, 1 (1975): 126.
- 86-Steele, Ch.M. & Josephs, R.A. "Alcohol Myopia, Ills, Preza and Dangerous Effects" American Psychologist, 8 (1990): 921-933.
- 87-Stein, J.A. et als., "Structure of Drug use Behavior and Consequences Among Young Adults Multitrait-Multimethod Assessment of Frequency, quantity, work site and problem substance use" Journal Applied Psychol, 73, 4, pp. 595-605.

- 88-Termes, J.W., The opponent Process Theory of Habitual Behavior, with Special Reference to smoking. Research Monograph Series, 17, National Institute on Drug Abuse, 1977.
- 89-Tong, J.E., Leigh, G., Campbell, J. & Smith, D. "Tobacco smoking, personality and sex factors in auditory vigilance performance" British Journal of Psychology, 68 (1977): 365-370.
- 90-U.S. Department of Health and Human Services. Report to Congress Toward a National Plan to Combat Alcohol Abuse and Alcoholism.
- 91-Warburton, D.M. & Wesnes, K. "The role of electrocortical arousal in the smoking habit" In A Remond & C.Izard (ed.) Electrophysiological Effects of Nicotine. Amsterdam: Elsevier North Holland, 1979, pp. 183-199.
- 92-Wesnes, K. & Warburton, D.M. "The effects of Cigarette of varying yield on rapid information processing performance" Psychopharmacology, 82 (1984): 338-342.
- 93- ——— "Effects of smoking on rapid information processing performance" Neuro psychobiology, 9 (1983) 223-229.
- 94- ——— "The effects of cigarette smoking and nicotine tablets upon human attention" In R.E. Thornton (ed.) Smoking Behaviour: Physiological and Psychological Influences. London: Churchill Livingstone, 1978, pp. 131-147.
- 95-World Health Organization (WHO). Technical Report Series, No. 551, Geneva, 1974.
- 96- ——— Health Education Programmes Concerning Drug Abuse in Young People. Regional Office of Europe, 1973.
- 97- ——— Technical Report Series, No. 526, Geneva, 1973.
- 98- ——— "International Drug Monitoring: The Role of National Centers" Technical Report, No. 498.

- 99- ——— "Study Group, Youth and Drugs" Technical Report,
No. 516, Geneva, 1973.
- 100- ——— Health Education Programmes Concerning Drug Abuse
in Young People. Copenhagen: Regional Office of Europe,
1973.
- 101- ——— "The use of cannabis report of WHO Scientific group"
Technical Report, No. 478, 1971.

الاخراج الفني والطباعة - مطابع أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض - هاتف: ٢١٦٠٠٤٥