معدلات انتشار تعاطى المخدرات فى مصر*

ليلى عبد الجواد**

تعرض الدراسة الراهنة لمعدلات انتشار تعاط ى المخدرات فـى مصر والعوامل المؤثرة فيها ، التى تتشكل فى الخصائص الديموجرافية للمتعاطين ، وسياق التعاط ى، والأفكار والمعتقدات المؤثرة فيها ، وطبق على عينة مكونة من (25) ألف أسرة ، بمدى عمر ى من (12–60) عامًا من مختلف المحافظات، كما تم تطبيق استمارة استبار مكونة من (107) أسئلة. ونعرض فـى هذه الدراسة النتائج المتعلقة بنسبة انتشار تعاط ى المخدرات فـى العينة ككل، والمتعلقة بمتغيرات النوع والعمر ، والحالة الاجتماعية، والتعليم والمهنة، وكذلك المتغيرات المرتبطة بسياق التعاط ى، ونوع المادة، التى يتم تعاطيها ، وأسباب الاستمرار والتوقف عن التعاط ى، وصولًا إلى النتائج المتعلقة بالأفكار والمعتقدات المرتبطة بالإدمان.

مقدمة

لقد تزايدت مشكلة التعاطى والإدمان فى الآونة الأخيرة وذلك رغم المحاولات العديدة التى بذلت ومازالت تبذل للقضاء على هذه الظاهرة، ويشير "مصطفى سويف" إلى أن تعاطى المخدرات موضوع ذو ماضى وحاضر ومستقبل، أما الماضى فبعيد يصل إلى فجر الحياة الإنسانية، وأما الحاضر فمتسع يشمل العالم بأسره، وعن المستقبل فأبعاده متجددة وليست محددة، فما من مجتمع ترامت إلينا سيرته عبر القرون إلا وجدنا بين سطور هذه السيرة ما ينبئ – بشكل مباشر – وغير مباشر عن التعامل مع مادة أو مواد محدثة لتغيرات بعينها فى الحالة النفسية بوجه عام[1].

* اعتمدت الدراسة الحالية على نتائج بحث المسح القومى الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان المواد المؤثرة فى الحالة النفسية فى مصر، 2017، إشراف عام: أ. د. نجوى خليل، إشراف تنفيذى: أ. د. ليلى عبد الجواد، أ. د. هند طه، أ. د. إينـاس الجعفـراوى باحثًا رئيسيًا، وعضويـة كـل مـن: أ. د. هالـ ـة رمضـ ـان، د. ريهـام محـى الدين، أ. عزيزة عبد العزيز.

** أستاذ علم النفس، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

ورغم تاريخ المخدرات الطويل نسبيًا، فقد برز هذا الموضوع على هيئة مشكلة عصيبة تمثل مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية على الصعيد العالمى فى تاريخ قريب نسبيًا (منذ منتصف الستينيات من القرن الماضى) وتبلور الاهتمام بها فى عدد من المجتمعات العربية بدءًا من منتصف السبعينيات واستمرت قوة الدفع على الصعيد العالمى على ما هو عليه طوال الثمانينيات ومع بداية التسعينيات.

يقدر مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة حجم متعاطى المخدرات بنسبة 5٪ من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 – 64 عاماً، وأن 1 من كل 20 بالغاً أو ربع مليون شخص ممن تتراوح أعمارهم بين 15 – 64 عاماً تعاطوا مخدرًا واحدًا على الأقل فى عام 2014، فبالنظر إلى أن ما يزيد على 29 مليوناً من متعاطى المخدرات يقدر أنهم يعانون من اضطرابات مرتبطة بتعاطى المخدرات وأن 12 مليونًا منهم هم من متعاطى المخدرات بالحقن، ومنهم 14٪ من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وهو ما يعنى أن أثر تعاطى المخدرات من حيث عواقبها الصحية لا يزال مدمراً، ويقدر عدد الوفيات المتصلة بالمخدرات فى عام 2014 ما يعادل 43٪ حالة وفاة لكل مليون شخص ممن تتراوح أعمارهم ما بين 15 – 64 عاماً، وتمثل الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة نحو ثلث إلى نصف الوفيات المتصلة بالمخدرات، وتعزى معظم الحالات إلى مشتقات الأفيون، وشهد العلاج المتصل بتعاطى القنب زيادة مستمرة فى العديد من المناطق على مدى العقد الماضى[2].

ويوضح تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2014 أن أجزاء من إفريقيا تواجه تحديات كبيرة تتعلق بالتصدى لتزايد تعاطى وإدمان مخدرات وعقاقير رئيسة

مثيرة للقلق، فقد شهدت مناطق فرعية من القارة تزايدًا فى مضبوطات راتنج القنب، وكذلك فى الاتجار بالمنشطات الأمفيتامينية.

ويظل القنب هو المخدر الرئيس المثير للقلق فى إفريقيا ولا يزال إنتاجه والاتجار به، وتعاطيه ظواهر تمثل تحديات كبرى، وعلى الرغم من الجهود المضنية لإبادة محاصيله فإنه يزرع على نحو غير مشروع فى جميع أنحاء القارة، أما راتنج القنب فيقتصر إنتاجه غير المشروع على بلدان محددة فى شمال إفريقيا، ومازالت المغرب أكبر منتج لراتنج القنب فى القارة وأحد أكبر منتجى راتنج القنب فى العالم[3].

وتحظى مشكلة المخدرات بأهمية خاصة فى العديد من الدول، بل تحتل مكان الصدارة بين العديد من المشكلات فى الكثير من الدول ومن بينها مصر، وتنبع هذه الأهمية لما لهذه المشكلة – تعاطى المخدرات وإدمانها – من خطورة بالغة على كل جوانب الحياة.

ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد، فقد كانت مصر سباقة إلى محاصرة الظاهرة وملاحقتها على مستوى البحث العلمى، وتزامن ذلك مع إنشاء المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية وذلك منذ منتصف الخمسينيات تقريبًا، والذى بدأ ببحث الحشيش ثم تطور بعد ذلك ليصبح برنامجًا دائمًا لبحوث تعاطى المخدرات، والذى ما يزال يقدم المزيد من البحوث التى تشكل قاعدة رئيسة للبيانات حول انتشار تعاطى المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب لدى قطاعات عديدة من الجمهور[4].

كما اهتمت وحدة الأبحاث فى الأمانة العامة للصحة النفسية بوزارة الصحة بإجراء بحث قومى للإدمان بدأ منذ عام 1995 وكان يهدف إلى الإلمام بأبعاد مشكلة الإدمان وسوء استخدام المخدرات، ويعد البحث القومى للإدمان دراسة استقصائية مجمعة دورية تعمل على تتبع مدى انتشار ظاهرة استخدام المخدرات فى المجتمع المصرى بجميع شرائحه بكل محافظات مصر[5].

ولما كانت مشكلة تعاطى المواد النفسية بكل أشكالها من المشكلات التى تمثل تهديداً على المستويين الفردى والمجتمعى، لذلك بدأت الجهات المختصة فى التنبيه إلى خطورة هذه الظاهرة وأنها فى حاجة إلى مزيد من البحث والدراسة للوقوف على مدى انتشارها وكيفية مواجهتها والوقاية منها، وهو ما دعا المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى لإجراء هذا المسح القومى الشامل لظاهرة التدخين وتعاطى المواد المؤثرة فى الحالة النفسية.

ويستهدف هذا الفصل محاولة تحديد الحجم الحقيقى لأبعاد مشكلة تعاطى المواد المؤثرة فى الحالة النفسية فى مصر ومعدلات انتشارها للوقوف على أهم العوامل المهيئة لانتشار الظاهرة، النوع (ذكور– إناث)، نوع المخدر الذى جربه المبحوث، دور الأصدقاء والأقارب، دور الآخرين فى التشجيع على التعاطى، السياق النفسى الاجتماعى الذى أحاط بأول خبرة تعاطى، الاستمرار – التوقف عن التعاطى، إدراك المبحوثين لتأثير التعاطى على ظروفهم الاجتماعية، حجم التكلفة المادية لتعاطى المخدرات، المفاهيم والتصورات والمعتقدات الخاطئة حول فوائد التعاطى، محاولات التوقف وآلياته.

أولًا: معدلات انتشار تعاطى المخدرات

يقصد بمعدلات الانتشار جميع أشكال ومستويات التعاطى، بدءًا من التعاطى ولو لمرة واحده مرورًا بالتعاطى فى المناسبات إلى التعاطى المنتظم (الإدمان).

1- **معدلات الانتشار لدى أفراد العينة**

جدول رقم (1)

توزيع عينة الدراسة طبقًا لتعاطى المخدرات

الاستجابة	ك	٪
نعم	1217	4,9
لا	23783	95,1
الإجمالى	**25000**	**100**

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم (1) إلى أن نسبة 4,9٪ من المبحوثين أقروا بأنهم يتعاطون المخدرات، وتوجد نسبة 95,1٪ لا يقبلون عليها، أى بلغ معدل الانتشار بين المبحوثين وفقاً لاستجاباتهم 4,9٪، ويقتصر هذا المعدل على ما يلى: البانجو 19٪، الحشيش 79,9٪، البودرة 0,2٪.

2- **معدلات الانتشار طبقاً للنوع**

جدول رقم (2)

توزيع عينة المتعاطين طبقًا للنوع

الاستجابة	ك	٪
ذكور	1198	98,5
إناث	19	1,5
الإجمالى	**1217**	**100**

إذا كانت ظاهرة تعاطى المواد المؤثرة على الحالة النفسية فى مجتمعنا هى ظاهرة ذكورية فى الأساس نظرًا لطبيعة الثقافة والتقاليد التى توفر حماية أعلى للإناث، فإن النتائج تشير إلى أن نسب تعاطى الذكور بلغت 98,5٪، ووصلت نسبة تعاطى الإناث إلى 1,5٪، والنسب فى الاتجاه المتوقع، فرغم التحديث فإن تصور أن

تكون الأنثى متعاطية مازال موضع إدانة من قبل التقاليد السائدة، إضافة إلى صعوبة إقرار الإناث بالتعاطى، إلى جانب أن السياق الاجتماعى قد يفرض التحرج بحيث نجد الأهل يترددون فى الإفصاح عن وجود مدمنة لديهم.

وتنطوى هذه النتيجة على بعض المعانى التى تستوجب التأمل، ويتجسد أول هذه المعانى فى شكل تساؤل: هل يفوق المدمنون فى عددهم المدمنات إلى الحد الذى تطالعنا به النسب المطروحة؟

فى تصورى ومن واقع الخبرة العملية أن هذه النسبة لا تعكس واقع حال الإدمان فى مصر حتى مع التسليم بأن عدد المدمنين يفوق بالفعل عدد المدمنات، فقد يكون بسبب ظروف التحديث وانتشار ثقافة الاستهلاك ووطأة بعض جوانب أيديولوجيا العولمة، لذلك بدأت الإناث يشاركن فى هذه الظاهرة.

وحول الاحتمالات المرجحة من قبل التقرير العالمى عن المخدرات فى عام 2014، فقد أكد التقرير أن العدد الإجمالى لمتناولى المخدرات فى البلدان النامية سوف يزداد كثيرًا ليس فقط بسبب النمو السكانى وإنما أيضًا بسبب المجموعات السكانية الأكبر شبابًا وتوسعها الحضرى بمعدلات سريعة، علاوة على ذلك وهو الأهم فقد بدأت الفجوة بين الجنسين فى التقلص[6].

3- **معدلات الانتشار طبقاً للحالة الاجتماعية**

جدول رقم (3)

توزيع عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات طبقًا للحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	ك	٪
دون سن الزواج	39	3,2
أعزب	374	31,1
خاطب أو عاقد قرانه	70	5,8
متزوج	691	56,8
مطلق	16	1,3
أرمل	22	1,8
منفصل	4	0,3
هجر	1	0,1
الإجمالى	**1217**	**100**

يشير الجدول رقم (3) إلى أن نسبة 56,8٪ من المتزوجين متعاطون للمخدرات، وهى تمثل أكثر من نصف العينة بقليل، يليهم العزاب بنسبة 31,1٪، وتأتى بعدهما باقى الفئات بنسب صغيرة متباينة.

4- **معدلات الانتشار طبقاً للتعليم**

جدول رقم (4)

توزيع عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات طبقًا للتعليم

التعليم	ك	٪
أمى	122	10,0
يقرأ ويكتب	100	8,2
ابتدائى	89	7,3
إعدادى	141	11,6
ثانوى عام	57	4,7
ثانوى فنى	410	33,7
فوق المتوسط	83	6,8
جامعى	206	17,0
فوق الجامعى	1	0,1
غير مبين	8	0,7
الإجمالى	**1217**	**100**

يعكس هذا الجدول تعاطى المخدرات مع نوعية التعليم فنجد أعلى نسبة للتعليم الثانوى الفنى (33,7٪)، يليه الحاصلون على تعليم جامعى (17,0٪)، ثم التعليم الإعدادى (11,6٪)، والأميون (10,0٪)، ثم من يقرأ ويكتب (8,2٪)، والتعليم الابتدائى (7,3٪)، وفوق المتوسط (6,8٪)، وحصل الثانوى العام على نسبة 4,7٪، بينما حصل التعليم فوق الجامعى على نسبة ضئيلة جدًا (0,1٪). وكما نرى تتذبذب النتائج بين صعود وهبوط بين نوعيات التعليم المختلفة، حيث أعلى نسبة هى نسبة التعليم الفنى تليها نسبة التعليم الجامعى وأقل نسبة على الإطلاق للتعليم فوق الجامعى، وما بينهم تتفاوت النسب بدون ترابط.

5- **معدلات الانتشار طبقاً للعمل**

يوضح الجدول التالى رقم (5) أن نسبة تعاطى المخدرات بين العاملين 82,3٪ وهى نسبة كبيرة إذا ما قورنت بغير العاملين (17,7٪).

جدول رقم (5)

توزيع عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات طبقًا للعمل

الاستجابة	ك	٪
يعمل	1002	82,3
لا يعمل	215	17,7
الإجمالى	**1217**	**100**

6- **معدلات الانتشار طبقاً للمهنة**

توضح نتائج جدول رقم (6) أن الحرفيين يمثلون أكبر شريحة فى تعاطى المخدرات بنسبة 23,2٪؛ يليهم عمال المصانع (18,0٪)، وعمال الخدمات (16,6٪)، ثم عمال المهن العادية (11,8٪)، وأقل نسبة فى فئة العمال كانت لعمال الزراعة (5,7٪). أما بالنسبة للوظائف الأخرى فكانت النسبة الأعلى للفنيين ومساعدى الأخصائيين (10,6٪)، تلاهم أصحاب المهن العلمية (6,5٪)، ثم رجال التشريع وكبار المسئولين والمديرين (3,3٪)، وتشير نتائج البحوث الميدانية– التى أجراها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بالتعاون مع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى – إلى انخراط نسب كبيرة من العمال بجميع فئاتهم فى تعاطى المخدرات[7].

جدول رقم (6)

توزيع عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات طبقًا للمهنة

المهنة*	ك	٪
رجال التشريع وكبار المسئولين والمديرين	33	3,3
الأخصائيون (أصحاب المهن العلمية)	66	6,6
الفنيون ومساعدو الأخصائيين	103	10,3
العاملون فى المهن الكتابية والسكرتارية	10	1,0
عمال الخدمات	166	16,6
المزارعون وعمال الزراعة	57	5,7
الحرفيون	266	26,6
عمال تشغيل المصانع وعمال الإنتاج	180	18,0
عمال المهن العادية	118	11,8
مسافر للخارج	2	0,2
غير مبين	1	0,1
الإجمالى	**1000**	**100**

* الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

ثانياً: معدلات الانتشار الجغرافى

1- معدلات الانتشار طبقاً للإقليم

جدول رقم (7)

توزيع عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات طبقًا للإقليم

الإقليم	ك	٪
محافظات حضرية	**571**	**46,9**
محافظات وجه بحرى	**493**	**40,5**
محافظات وجه قبلى	**128**	**10,5**
محافظات حدود	**25**	**2,1**
الإجمالى	**1217**	**100**

يشير هذا الجدول إلى وجود النسبة الأكبر من متعاطى المخدرات فى المحافظات الحضرية، حيث بلغت نسبتهم 46,9٪، تليها محافظات الوجه البحرى بنسبة 40,5٪، ثم محافظات الوجه القبلى بنسبة 10,5٪ ومحافظات الحدود بنسبة 2,1٪. وتشير الدراسات الميدانية فى هذا الصدد إلى ارتفاع نسب التعاطى فى المحافظات الحضرية ومحافظات الوجه البحرى عن الوجه القبلى[8].

2- معدلات الانتشار طبقاً للبيئة السكنية

تشير بيانات الجدول رقم (8) إلى زيادة نسب التعاطى فى الحضر عن الريف بحوالى الضعف حيث بلغت فى الحضر 61,4٪، مقابل 38,6٪ فى الريف. وهذه الزيادة طبيعية ولها ما يبررها، حيث مازال الريف يحتفظ بالعادات والتقاليد رغم الثقافات الواردة عليه حديثًا.

جدول رقم (8)

توزيع عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات طبقًا للبيئة السكنية

البيئة السكنية	ك	٪
ريف	470	38,6
حضر	747	61,4
الإجمالى	**1217**	**100**

ثالثاً: الخبرة بتعاطى المخدرات

1- العمر عند بداية التعاطى لأول مرة

جدول رقم (9)

عمر المبحوث عند بداية تعاطى المخدرات لأول مرة

الاستجابة	ك	٪
10- 19	441	36,3
20- 29	613	50,3
30- 39	125	10,3
+40	18	1,5
غير مبين	20	1,6
الإجمالى	**1217**	**100**

تعكس الفئات العمرية لعينة الدراسة ملامح مشكلة الإدمان بين المراحل العمرية المختلفة وانتشار المخدرات بينها، فتشير النتائج إلى أن بدء الإقدام على التعاطى كان فى سن مبكرة، وتوضح النتائج بالجدول (9) أن (441) مبحوثاً بنسبة 36,3٪ بدأوا التعاطى من سن10 إلى أقل من 20 عاماً وهى المرحلة العمرية التى يمر بها الفرد بفترة المراهقة وما يرتبط بها من انفعالات وما يعانيه من صعوبات التكيف مع أسرته

التى يعيش فيها خاصة إذا لم يكن هناك من يوليهم الرعاية والاهتمام – ويوجد (613) بنسبة 50,3٪ بدأوا التعاطى من سن 20 إلى أقل من 30 عاماً وهو سن إثبات الذات والبحث عن عمل، وخاصة أن المجتمع قد شهد فى الآونة الأخيرة تزايدًا كبيرًا فى أعداد المتعطلين، وتزداد خطورة المشكلة فى حالة ارتباطها بالشباب نظرًا لما ينشأ عنها من الشعور بالإحباط والظلم وعدم العدالة الاجتماعية، إضافة إلى عدم احترام الآخرين لهم، مما قد يدفع الفرد إلى الانغماس فى دائرة التعاطى والإدمان.وتوجد نسبة 10,3٪ من إجمالى المبحوثين بدأوا التعاطى من سن يتراوح ما بين ثلاثين عامًا إلى أقل من أربعين عامًا وهو سن الإنتاج.

2- **نوع المادة المخدرة**

جدول (10)

توزيع عينة الدراسة طبقًا لنوع المادة المتعاطاة

الاستجابة	ك	٪
البانجو	231	19,0
الحشيش	972	79,9
الهيروين	2	0,2
الأفيون	4	0,3
المورفين	5	0,4
مستنشقات: بنزين/كله/دوكو/أسيتون	3	0,2
الإجمالى	**1217**	**100**

وفيما يختص بنوع المخدر الذى يتعاطاه المبحوثون بعينة الدراسة وفق جدول (10)، تشير النتائج إلى أن النسبة الأكبر من الاستجابات كانت للحشيش 79,9٪ وهو ما يتفق مع تقرير المخدرات العالمى، حيث تشير البيانات إلى أن الاتجاه العام

لتعاطى القنب (الحشيش) ظل مستقرًا خلال السنوات الثلاث الماضية، وأن القنب مازال أكثر المخدرات شيوعًا على الصعيد العالمى، وأيضًا على الصعيد المحلى كما فى النتائج، ثم مخدر البانجو وبفارق كبير بنسبة 19٪، والنسبة الأقل للمبحوثين الذين جربوا الهيروين، والمستنشقات بنسبة 0,2٪ لكل منها.

وتشير الأدبيات إلى أن التعاطى لا يؤخذ صورة الكل أو لا شىء ولكنه يحدث بشكل تدريجى، مروراً بالاستهداف (التهيؤ) للتعاطى ثم التعاطى الفعلى الذى يتضمن مرحلتين أساسيتين: مرحلة التعاطى التجريبى، مرحلة التعاطى المنتظم.

وفيما يتعلق بالتعاطى التجريبى وهى محاولة المتعاطى أن يجرب أيًا من المواد المخدرة وفق ما تسمح به عوامل الإتاحة أو التعلم الاجتماعى فى سياق الفرد المتعاطى، وتأتى هذه المرحلة (التعاطى التجريبى) محكومة بعدد من المتغيرات تنقسم بين متغيرات الاستهداف للتعاطى، والاتجاهات والمعتقدات إزاء التعاطى، والتأثيرات الشعورية المدركة، والتعاطى داخل نطاق الأسرة والتعاطى بين الأقران، وفئة متغيرات الاضطراب التى تندرج تحتها متغيرات التنشئة ونمط الشخصية ومخزون الفرد من أساليب ومهارات المواجهة لأحداث الحياة المثيرة للمشقة، بالإضافة إلى الاستعداد النيروفسيولوجى للتعاطى، والتى تطرحها نتائج البحوث الوبائية مثل المجاراة، حب الاستطلاع، التداوى من عدد من الآلام الجسمية أو النفسية، طلب المتعة، الزيادة فى المقدرة الجنسية..... إلخ[9].

رابعاً: التكلفة المادية والاجتماعية لتعاطى المخدرات

1- التكلفة المادية

جدول (11)

التكلفة المادية لتعاطى المخدرات شهريًا

الاستجابة	ك	٪
أقل من100	14	8,1
100-	38	22,0
200-	43	24,9
300-	36	21,1
400-	6	3,6
500-	21	12,4
1000+	5	2,8
لا شىء	5	2,8
غير مبين	3	2,3
الإجمالى	**171***	**100**

* عدد المتعاطين بشكل مستمر.

وفيما يختص بالتكلفة التقريبية شهريًا لتعاطى المخدرات لدى المبحوثين، فتشير النتائج إلى أن النسبة الأكبر للذين ينفقون من 200 جنيه إلى أقل من 300 جنيه شهريًا بنسبة 24,9٪، ومن 300 جنيه إلى أقل من 400 جنيه شهريًا بنسبة 21,1٪، كما لا توجد تكلفة لتعاطى المخدرات لدى البعض وهم من ذكروا (لا شىء).

جدول (12)

نسبة الإنفاق من الدخل على تعاطى المخدرات شهريًا

الاستجابة	ك	٪
أقل من10٪	25	14,5
٪10	46	27,0
٪20	58	33,9
٪30	15	9,0
٪40	6	3,8
٪50	4	2,3
٪60	3	1,7
٪70	2	1,0
٪90	3	1,7
لا شيء	5	2,7
غير مبين	4	2,4
الإجمالى	**171**	**100**

يوضح الجدول (13) نسبة إنفاق المبحوث من دخله شهريًا على تعاطى المخدرات، وتشير النتائج إلى أن النسبة الأكبر من المبحوثين (33,9٪) أقروا بإنفاقهم 20٪ – لأقل من 30٪ من دخلهم الشهرى على المخدرات وهى نتيجة لها دلالات خطيرة إذا ما أخذنا فى الاعتبار انخفاض المستوى الاقتصادى الاجتماعى، وهو ما قد يشير إلى أن المتعاطين يضعون التعاطى على رأس أولوياتهم الحياتية مثل السكن والملبس، بل قبل الطعام والشراب أحياناً، ونتيجة أخرى قد يكون لها دلالاتها وهى أن إنفاق ما يقرب من ربع الدخل على تعاطى المخدرات قد يشير إلى وجود نمط من الإدمان أو التعاطى المكثف بين المبحوثين، وهو ما يؤكد حاجة هؤلاء إلى برامج

علاجية سريعة تفاديًا لمشكلات صحية واجتماعية ونفسية محتملة، يليها من أقروا بإنفاقهم 10٪- لأقل من 20٪ من الدخل الشهرى بنسبة 27٪.

وجاءت النسبة الأقل لمن أقروا بأنهم أنفقوا (70٪- لأقل من 80٪) من دخلهم بنسبة 1٪، وإذا ما أضفنا إلى ذلك من يحصلون على المخدرات مقابل خدمات، وبالإمكان تصور نوعية الخدمات التى يمكن أن يقدمها المتعاطون للحصول على المخدرات والتى تتباين ما بين الاقتراض من الآخرين أو بيع بعض الممتلكات الخاصة أو بيع المخدرات أو تقديم خدمات للمتعاطين مقابل الحصول على المخدرات.

2- **التكلفة الاجتماعية**

جدول (13)

مدى تأثير التعاطى على الظروف الاجتماعية للمبحوثين

الاستجابة	ك	٪
نعم	106	25,8
لا	304	74,2
الإجمالى	**410***	**100**

* عدد المتعاطين (سواء بشكل مستمر أو فى المناسبات).

ومن النتائج الجديرة بالاهتمام فى جدول (13) فيما يختص بتأثير التعاطى على الظروف الاجتماعية للمبحوثين، أن النسبة الأكبر منهم أقروا بعدم تأثير التعاطى على الظروف الاجتماعية بنسبة 74,2٪، وقد يكون بسبب رغبتهم فى عدم مواجهة مشكلات اجتماعية أو رغبتهم فى الترويح عن أنفسهم أو تخفيف حدة المشاعر التى يعانون منها والتى تتمثل فى افتقاد الشعور بالأمن والمساندة الاجتماعية والمشاركة

الوجدانية من جانب الأسرة والأصدقاء، والنسبة الأقل 25,8٪ أقروا بتأثير التعاطى على ظروفهم الاجتماعية والتى تمثلت فى عدم إحساسهم بالسعادة الشخصية.

جدول (14)

انعكاس التأثيرات الاجتماعية للتعاطى على المبحوثين

الاستجابة *	ك	٪
توقفت عن العمل	9	8,5
مشكلات أسرية	84	79,7
مشكلات اجتماعية	12	11,6
عنف وخناقات	17	16,0
مشكلات قانونية	1	1,1
مشكلات فى العمل	5	4,8
كراهية من حولى	17	16,0
مشكلات تعليمية	2	1,5
مشكلات مادية	39	37,1
عدد المستجيبين	**106**	--

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

جاءت المشكلات الأسرية فى مقدمة التأثيرات الاجتماعية المترتبة على التعاطى 79,7٪، فالمشكلات المادية، مشكلات اجتماعية والتى تمثلت فى"شجار بين الزوجين، حدوث عنف، خناقات". ويكشف المتأمل فيما يختص بالتأثيرات الاجتماعية للتعاطى على المبحوثين جدول (14) أن الواقع الاجتماعى الذى يعيشون فى إطاره واقع مشكلات، فالحياة الأسرية تسودها الخلافات سواء بين أعضائها أو بين الآباء والأبناء والتى قد تصل الخلافات فيها إلى الطلاق إذا كانوا متزوجين.

وإذا كانت المشكلات الاجتماعية تشكل خلفية للمخدرات، فإن المخدرات يمكن أن تشكل خلفية لكثير من الانحرافات، بعض من هذه المشكلات يتعلق بالمشكلات الأسرية، فتشير النتائج إلى أن نسبة 79,7٪ يعانون مشكلات أسرية، وتوجد نسبة 37,1٪ يعانون مشكلات مادية، فعادة يعانى المتعاطون من تراكم ديون مالية عليهم وربما يكون من أسبابها تكلفة الحصول على المادة المخدرة، إضافة إلى ذلك فمشكلات عنف وكراهية من حولى قد تصل إلى 16٪ لكل منهما، ومشكلات اجتماعية بنسبة 11,6٪، والنسبة الأقل توقف عن العمل بنسبة 8,5٪، ومن المتوقع أن يكون من أهم أسباب التوقف عن العمل مشكلات داخل العمل.

خامساً: العوامل الاجتماعية المهيئة لتعاطى المخدرات

1- دور الأصدقاء والمعارف

جدول (15)

مدى معرفة المبحوث بأحد الأشخاص المتعاطين

الاستجابة	ك	٪
نعم	4397	17,6
لا	20603	82,4
الإجمالى	**25000**	**100**

أقرت غالبية المبحوثين بعدم معرفتهم بإحدى الشخصيات التى تتعاطى بنسبة 82,4٪، وفى المقابل أكد 17,6٪ على معرفتهم بأشخاص يتعاطون المخدرات، ورغم صغر النسبة فهى تدق ناقوس الخطر لخطورة معرفتهم بشخصيات تتعاطى المخدرات.

جدول (16)

الأشخاص المتعاطون الذين يعرفهم المبحوث

الاستجابة*	ك	٪
صديق/صديقة	1243	28,3
زميل فى الدراسة	181	4,1
أنا نفسى	311	7,1
من أهل البلد	2867	65,2
من الجيران	2060	46,9
من الأقارب	391	8,9
عدد المستجيبين	4397	--

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

وبسؤال المبحوثين عن الأشخاص المتعاطين الذين يعرفونهم أقر عدد (2867) بنسبة 65,2٪ بمعرفتهم متعاطين من أهل البلدة التى يقطنون بها والنتيجة صادمة إلى حد كبير، فوجود أصدقاء يتعاطون مخدرات يؤدى إلى زيادة احتمالات خوض تجربة التعاطى كنتاج لزيادة احتمالات تأثير عمليات نفسية واجتماعية متعددة بعضها يزيد من دافعية الفرد نحو التعاطى، وبعضها الآخر يقدم مناخًا معرفيًا واجتماعيًا مشجعًا على الانحراف السلوكى، يليهم الجيران بنسبة 46,9٪، فالأصدقاء بنسبة 28,3٪، فعادة ما يفضل المتعاطون التعاطى وسط جلسة من الأصدقاء لزيادة الإحساس بالسعادة.وجاء الأقارب، وأنا نفسى، وزملاء الدراسة فى المرتبة التالية 8,9٪، 7,1٪، 4,1٪.

2- **دور الأقارب**

جدول (17)

الأقارب المتعاطون الذين يعرفهم المبحوث

الاستجابة*	ك	٪
الأب/الأم	23	5,9
الزوج/الزوجة	14	3,6
أحد الأبناء	28	7,1
الأخ/الأخت	122	31,3
العم / الخال/(العمة–الخالة)	137	35,1
أخرى	125	31,8
عدد المستجيبين	391	--

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

وبسؤال المبحوثين عمن هم الأقارب المتعاطون، أقر معظمهم بنسبة 35,1٪ بأنهم العم/ الخال (العمة/ الخالة)، والأخ والأخت بنسبة 31,3٪، وأقارب آخرون بنسبة 31,8٪، ثم تناقصت النسب تدريجيًا كالتالى: أحد الأبناء (7,1٪)، الأب/الأم (5,9٪)، وأخيرًا الزوج/ الزوجة (3,6٪).

3- **أسباب تعاطى المخدرات**

قبل أن نتحدث عن أسباب التعاطى كما وردت من مفردات عينة الدراسة، فقد قسم "مصطفى سويف" المتغيرات المتصلة بمنشأ التعاطى إلى ثلاث فئات كبري يتصل أولها بالشخص المتعاطى (ويندرج تحتها العوامل الوراثية والعوامل النفسية) وتتعلق الثانية بالمادة النفسية المتعاطاه، ويندرج تحتها ثلاثة عوامل هى: توافر المادة، ثمنها وقواعد التعامل بشأنها، وتتصل الثالثة بالظروف البيئية المحيطة بالمتعاطى وما يتعاطاه.

جدول (18)

أسباب تعاطى المخدرات من وجهة نظر عينة الدراسة

الأسباب *	ك	٪
حب المغامرة والتجريب	8771	35,1
أصدقاء السوء	19649	78,6
التقليد	11814	47,3
ضعف الرقابة الأسرية	10302	41,2
عدم الوعى بأخطارها	7156	28,6
كثرة الفلوس	7046	28,2
قلة الفلوس	2802	11,2
الشعور بالوحدة	2824	11,3
القسوة الزائدة من الأهل	4300	17,2
وقت الفراغ	6548	26,2
التدليل والدلع	4264	17,1
مشكلات فى العمل	2841	11,4
مشكلات عاطفية	3109	12,4
مشكلات أسرية	4239	17,0
إثبات الذات	2825	11,3
مشكلات صحية	2133	8,5
تحسين القدرة الجنسية	2185	8,7
التخلص من التوتر والقلق	2380	9,5
الحصول على النشوة والسرور	3567	14,3
البطالة	9577	38,3
معالجة الآم نفسية	3761	15,0
فشل دراسى	4145	16,6
الثقة الزائدة من الأهل والأسرة	3671	14,7
مشكلات زوجية	4296	17,2
عدم وجود حوار داخل الأسرة	4503	18,0
عدد المستجيبين	25000	---

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

وبالنظر إلى النتائج الواردة بالجدول (18) والخاصة بأسباب التعاطى وفقًا لآراء المبحوثين، نجد أن الأصدقاء يمثلون عامل ضغط وإغراء لتجريب المخدرات والدخول إلى دائرة الإدمان، فقد جاءت أكثر الأسباب شيوعاً أصدقاء السوء بنسبة 78,6٪، يليها وبفارق التقليد بنسبة 47,3٪، وضعف الرقابة الأسرية بنسبة 41,2٪ وجاءت البطالة فى المرتبة التى تليها بنسبة 38,3٪، فحب المغامرة والتجربة بنسبة 35,1٪، أما بالنسبة للأسباب الأقل شيوعًا من وجهة نظر المبحوثين فكان التخلص من التوتر بنسبة 9,5٪، وتحسين القدرة الجنسية بنسبة 8,7٪، والمشكلات الصحية بنسبة 8,5٪، وغيرها.

4- **مناسبة تجربة المخدرات لأول مرة**

أول ما يلفت النظر بجدول (19) والخاص بالسياق النفسى الاجتماعى الذى أحاط بأول خبرة تعاطى، تشير نتائج الجدول إلى أن (580) مبحوثًا بنسبة 47،4٪ أقدموا على تعاطى المخدرات لأول مرة بسبب جلسة مع الأصدقاء، فوجود أصدقاء يتعاطون يؤدى إلى زيادة احتمالات خوض تجربة التعاطى، تليها مناسبة اجتماعية سعيدة بنسبة 42,5٪ ممثلة فى الأفراح، الأعياد، سهرة يوم الخميس،... إلخ، يليهما وبفارق كبير لإشباع دوافع نفسية بنسبة 5,7٪.

وتختلف نتائج المسح الراهن عن نتائج مسح أجرى عام 1991 (سويف وآخرون)، حيث أكد مسح سويف الذى أجرى على عينة من تلاميذ المدارس الثانوية على مستوى الجمهورية أن أعلى التكرارات هو المتاعب الجسمية "أى تعاطى الأدوية النفسية كمطلب للتداوى"، وقد يكون بدء التعاطى بالأدوية مختلفًا عن بدء التعاطى بالمخدرات[10].

جدول (19)

مناسبة تعاطى المبحوث للمخدرات أول مرة

المناسبة	ك	٪
مناسبة اجتماعية سعيدة	517	42,5
جلسة مع الأصدقاء	580	47,7
مواجهة مشكلات نفسية	17	1,4
مواجهة مشكلات عائلية	5	0,4
فى السفر والرحلات	15	1,3
لإشباع دوافع نفسية	69	5,7
أثناء المذاكرة والامتحان	2	0,1
أخرى	12	1,0
الإجمالى	**1217**	**100**

سادساً: الاستمرار/ التوقف

جدول (20)

مدى استمرار المبحوث أو توقفه عن التعاطى

الاستجابة	ك	٪
أتعاطى لغاية دلوقتى	410	33,7
توقفت عن التعاطى	807	66,3
الإجمالى	**1217**	**100**

وبسؤال المبحوثين عن مدى استمرارهم أو توقفهم عن التعاطى، أقرت نسبة 66,3٪ بأنهم توقفوا عن التعاطى، فى مقابل 33,7٪ مازالوا مستمرين فى التعاطى،

واللافت للنظر أن الغالبية العظمى من المتوقفين يأتى توقفهم خلال مدة لا تزيد على سنة من بدء التعاطى وفقًا لنسب 16: 4: 1 (16 يجرب، 4 يتعاطى، 1 يدمن).

1- **نمط الاستمرار فى تعاطى المخدرات**

جدول (21)

نمط الاستمرار فى التعاطى

الاستجابة	ك	٪
بشكل مستمر	171	41,9
فى المناسبات	239	58,1
الإجمالى	**410**	**100**

وحول طبيعة الاستمرار فى التعاطى لدى عينة الدراسة وفق جدول (21) كشفت النتائج أن النسبة الأكبر منهم (239) أقروا بأنهم يتعاطون فى المناسبات بنسبة 58,1٪، ويوجد عدد (171) بنسبة 41,9٪ يتعاطون بشكل منتظم، وقد يكون لسهولة الحصول على المخدر (الوفرة)، أو وجود دعامات ثانوية سواء من المحيطين بالمتعاطى أو البيئة المحيطة أو وجود تاريخ للمتعاطى بالأسرة، وغيرها الكثير.

جدول (22)

عدد مرات التعاطى

المدة	كل يوم		كل أسبوع		كل شهر		الإجمالى	
عدد المرات	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪
(2-1)	66	68,8	30	43,5	3	50,0	99	57,9
(4-3)	16	16,7	30	43,5	3	50,0	49	28,7
(6-5)	6	6,3	8	11,6	0	0	14	8,2
7 +	3	3,1	1	1,4	0	0	4	2,3
غير مبين	5	5,2	0	0	0	0	5	2,9
الإجمالى	**95**	**100**	**70**	**100**	**6**	**100**	**171**	**100**

وعن عدد مرات التعاطى للمبحوثين المستمرين فى التعاطى يوضح الجدول (22) أن العدد الأكبر من الذين يتعاطون يومياً بإجمالى (95) من (171)، يليهم من يتعاطون كل أسبوع بإجمالى (70) من (171) والعدد الأقل لمن يتعاطى كل شهر بإجمالى (6) من (171).

2- **أسباب الاستمرار فى تعاطى المخدرات**

جدول (23)

أسباب استمرار المبحوث فى تعاطى المخدرات

الأسباب*	ك	٪
لأنها بتريحنى	79	45,9
بتعدل مزاجى	102	59,7
بتقلل التعب والإرهاق	54	21,7
بتنسينى همومى	48	28,2
بتضيع الوقت	32	18,4
بتديني إحساس بالقوة الجسمية والجنسية	13	7,7
ما بتحملش آلام التوقف	2	1,4
أخرى	12	6,8
عدد المستجيبين	171	--

*توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

أقر 41,9٪ من المتعاطين بأنهم استمروا فى التعاطى، بينما أقر 58,1٪ منهم بأنهم يتعاطوا فقط فى المناسبات، وتوصلنا من خلال استجاباتهم إلى مجموعة من الأسباب منها: اعتقادهم بأن المخدرات (بتعدل المزاج) بنسبة بلغت 59,7٪، تليها أنها (بتريحهم) بنسبة 45,9٪، كما أشار 28,2٪ منهم إلى أنهم مستمرون فى المخدرات لأنها بتنسيهم همومهم، وأنها بتقلل التعب والإرهاق بنسبة 21,7٪، وجاءت النسب الأقل لمن أقروا بأنه من أسباب استمرارهم فى التعاطى (ما بتحملش آلام التوقف) (أى المتاعب الجسمية).

والنتائج تعكس الدافع المحورى لاستمرارهم فى التعاطى، وقد يكون من أهمها سوء التوافق فى العمل، مواجهة مشكلات عائلية، مشكلات مادية ... إلخ، ومن ثم فهم بحاجة إلى علاقات تتسم بالدفء والتعاطف، وقد يكون اللجوء إلى التعاطى والميل إلى الانسحاب بسبب ضعف الثقة فى النفس وسوء التوافق الاجتماعى مع الأسرة والزملاء فى العمل ومشكلات صحية.

3- أسباب التوقف عن تعاطى المخدرات

جدول (24)

أسباب التوقف

الاستجابة *	ك	٪
إحساس بالضياع	111	13,7
صحتى راحت	85	10,5
مشكلات فى الأسرة	111	13,7
مشكلات فى العمل	25	3,1
مبقتش قادر على مصاريفها	83	10,2
حسيت إن ملهاش لزمة	589	73,0
أخرى	82	10,2
عدد المستجيبين	807	--

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

تجدر الإشارة فيما يختص بأسباب التوقف عن التعاطى الواردة بجدول (24) إلى أن الضرر النفسى والجسمى (انعدام الفائدة) إضافة إلى المشكلات الأسرية والمالية احتلا رؤوس القائمة فى أسباب التوقف عن التعاطى، فقد أقر عدد (589) بنسبة 73٪، – كما جاء على لسانهم – (حسيت إن ملهاش لزمة)، وقد يكون الخوف من تأثيرها على الصحة، ويليها وبفارق كبير (الإحساس بالضياع)، (ومشكلات فى الأسرة) بنسب متساوية لكل منها 13,7٪، فللمخدرات تأثيراتها على الحياة الأسرية والتى تتمثل فى الخلافات الحادة بين الزوجين أو بين الآباء والأبناء والتى قد تصل

إلى الإحساس بالانهيار فى الصحة (صحتى راحت) 10,5٪، (ومبقتش قادر على مصاريفها) 10,2٪، وجاءت مشكلات العمل فى ذيل القائمة، وقد يكون من بينها عدم الانتظام فى العمل أو ارتكاب بعض الانحرافات السلوكية.

5- **مدة الاستمرار فى تعاطى المخدرات قبل التوقف**

جدول (25)

مدة الاستمرار فى التعاطى قبل التوقف

الاستجابة	ك	٪
أقل من سنة	506	62,7
2-1	139	17,2
4-3	66	8,2
6-5	36	4,5
8-7	14	1,7
+9	38	4,7
غير مبين	8	1,0
الإجمالى	**807**	**100**

بسؤال المبحوثين عن مدة استمرارهم فى التعاطى قبل التوقف وفق جدول (25) أقرت نسبة 62,7٪ بأنهم استمروا مدة محدودة "أقل من سنة"، وعادة ما يظهر هذا النمط فيما يتعلق بالبدء فى تعاطى المخدرات، إضافة إلى التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية، وبعينة الدراسة 1,7٪ استمروا فى التعاطى لمدة من (7 – 8) سنوات قبل التوقف.

وتتفق نتائجنا مع نتائج ودراسات مصطفى سويف وآخرين كما سبقت الإشارة إليها، حيث أكدت الدراسات السابقة أن أكثر من الثلث توقفوا عقب الخبرة الأولى

والغالبية العظمى من المتوقفين تأتى فى خلال مدة لا تزيد على سنة من بدء التعاطى.

5- **كيفية التوقف عن تعاطى المخدرات**

جدول (26)

آليات التوقف عن التعاطى

الاستجابة*	ك	٪
دخلت مستشفى للعلاج	8	1,0
بمساعدة طبيب	12	1,4
بمساعدة الأهل	41	5,1
بمساعدة الأصدقاء	30	3,7
توقفت من نفسى	702	87,0
أخرى	17	2,1
عدد المستجيبين	807	--

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

وفيما يختص بآليات التوقف عن التعاطى، يوضح جدول (26) أن أغلبية المتعاطين بعينة الدراسة أقروا بأنهم توقفوا من أنفسهم بنسبة بلغت 87٪، أو بمساعدة الأهل 5,1٪، وبمساعدة الأصدقاء 3,7٪، تليها بمساعدة طبيب 1,4٪، والنسبة الأقل لمن دخلوا مستشفى للعلاج.

والجدير بالذكر أن الارتفاع فى عدد المرضى الذين توقفوا من أنفسهم لا يعنى تعافيًا، فالتعافى يستلزم تعديلًا للسلوك، وتغييرًا فى الشخصية من خلال برامج علاجية متخصصة، وجهات متخصصة تقدم هذه البرامج، وقد يكون صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى من أهمها، كما أقرت نسبة 1٪ من مرضى الإدمان بأنهم لجأوا إلى

مستشفى متخصص ليعالجهم، وهو ما يعنى أن العلاج بجهات متخصصة احتل مرتبة متدنية.

ومن الخبرة العملية فإن هذه الحالات (التوقف من أنفسهم أو الأهل أو الأصدقاء) غالبًا ما تنتهى بالفشل والانتكاس والعودة للتعاطى مرة أخرى بعد فترة من التوقف، وهى نتيجة فى غاية الخطورة لأن مثل هؤلاء يصبحون فاقدى الثقة فى أنفسهم من ناحية، وفى قدرتهم على التوقف عن التعاطى من ناحية أخرى، كما يصبحون نماذج حية للفشل وبث قناعة زائفة بين المتعاطين بأن التعاطى والإدمان غير قابلين للتعافى.

سابعاً: الأفكار الشائعة عن المخدرات والأدوية

يقصد بها مجموعة الأفكار الشائعة والمعتقدات التى تصدر من وجهة نظر المتعاطين أو المروجين للمخدرات حول تأثير المخدرات وما تمنحه للفرد من مشاعر وأحاسيس مغلوطة، ويمكن اعتبارها من الوجهة النفسية إسقاطًا للحالة الانفعالية للشخص، فالمدمن أو المتعاطى يحاول دون وعى منه تأويل البيئة المحيطة به، إلى الدرجة التى يعجز معها عن التعامل مع الواقع المحيط به، حيث يجد بالشائعات تفسيرًا مقبولًا لسلوكه المرفوض[11].

ولاشك أن تعاطى المواد المؤثرة على الحالة النفسية له تأثيره على المستوى الفردى خاصة فيما يختص بالتصورات والأفكار الشائعة عنها.

وتم تصنيف الأفكار والمعتقدات الشائعة حول تعاطى المخدرات وإلى ثلاثة أنماط من الاستجابات:

جدول (27)

الأفكار الشائعة عن تعاطى المخدرات والأدوية من وجهة نظر المبحوث

الاستجابة*	ك	٪
بتخلى الواحد ينسى همومه	3533	14,1
بتخلى الواحد يتصور إن أحلامه اتحققت	3017	12,1
بتخلى الواحد يحس إنه قوى وشجاع	3954	15,8
بتساعد الواحد إنه يفكر كويس فى مشاكله	1729	6,9
بتنشط القدرة الجنسية	4375	17,5
بتخلى الواحد يقدر يشتغل كويس ويستحمل	4654	18,6
بتخلى الواحد يحس باحتقار لنفسه	8230	32,9
بتخلى الواحد يقدر يتكلم كويس	1893	7,6
بتساعد على التركيز والانتباه	2645	10,6
مافيش نص فى الدين بيحرمهم	2212	8,8
بتخلى الواحد فى عصبية مستمرة	15458	61,8
بتخلى الواحد عدوانى بدرجة كبيرة	14750	59,0
تساعد الواحد على التركيز أكثر فى المذاكرة	2457	9,8
بتسبب عجز جنسى	6801	27,2
بتقلل الإحساس بالألم	9880	39,5
بتساعد على التخلص من التوتر والقلق	6523	26,1
تؤدى إلى الوفاة	20433	81,7
بتدمر خلايا المخ	21035	84,1
بتسبب أضرارًا نفسية	19645	78,6
بتفتح الشهية	5191	20,8
بتسبب مشكلات صحية	21823	87,3
بتساعد على النوم	8776	35,1
عدد المستجيبين	25000	--

* توجد إمكانية اختيار أكثر من بديل.

النمط الأول لتلك الأفكار التى وافقت عليها عينة الدراسة بنسب متدنية والتى تراوحت نسبتها ما بين 6,9٪ - 10,6٪ كالقول:

١ -المخدرات تساعد الواحد أنه يفكر كويس فى مشاكله 6,9٪.

٢ -بتخلى الواحد يقدر يتكلم كويس 7,6٪.

٣ -مفيش نص فى الدين بيحرمها 8,8٪.

٤ -بتساعد الواحد على التركيز أكثر فى المذاكرة 9,8٪.

٥ -بتساعد على التركيز والانتباه 10,6٪.

وقد يرجع انخفاض نسب الموافقة على هذه الأفكار إلى أنها تتنامى مع حالة الغياب التى تسببها المخدرات، الأمر الذى يجعلهم يدركون بوضوح زيف هذه الأفكار.

ويتمثل **النمط الثانى** من الاستجابات وهى المتعلقة ببعض الأفكار الشائعة والتصورات التى نالت موافقة أعلى قليلًا من الأفكار السابقة فى:

١ -المخدرات بتفتح الشهية 20,8٪.

٢ -بتساعد على التخلص من التوتر والقلق 26,1٪.

٣ -بتسبب عجزًا جنسيًا 27,2٪.

٤ -بتخلى الواحد يحس باحتقار لنفسه 32,9٪.

٥ -بتساعد على النوم 35,1٪.

والجدير بالذكر أن هذه الأفكار قد تساعد الفرد على نسيان همومه، فالمخدرات تضعف القيود الاجتماعية والأخلاقية، ومن ثم فالمتعاطى لا يعى ما تحدثه المخدرات[12].

أما النمط الثالث والأخير من الأفكار الشائعة والتى نالت قبولاً من عينه الدراسة فيتمثل فى:

١ -بتخلى الواحد عدوانى بدرجة كبيرة 59٪.

٢ -بتخلى الواحد فى عصبية مستمرة 61,8٪.

٣ -بتسبب أضرارًا نفسية 78,6٪.

٤ -تؤدى إلى الوفاة 81,7٪.

٥ -بتدمر خلايا المخ 84,1٪.

وبالنظر إلى مجموعة التأثيرات الصحية والتى لاقت قبولاً إلا أنه كما يبدو أن غالبية المتعاطين لم يخبروها لأنها تأثيرات تتجاوز ثقافتهم المحدودة كالقول إن التعاطى يدمر خلايا المخ، فالمخدرات تسبب أضرارًا نفسية أو تؤدى إلى الوفاة والدليل على ذلك أننا إذا تأملنا هذه الأفكار نجد أنها ذات تأثير سلبى كما أدركها المتعاطون، وبرغم ذلك فهم مستمرون فى سلوكيات التعاطى تحت سيطرة المادة المخدرة عليهم من خلال الإدمان.

فمن خلال التعاطى انفصلوا عن الواقع، فهم لا يشعرون بالزمن، ولا يستطيعون تذكر الأشياء، وتضعف متابعتهم لتفاعلاتهم، ولا يوجد لديهم اهتمام بالمستقبل، فإذا كانت متابعة الحاضر صعبة فالأولى أن يتم إسقاط ذلك على المستقبل حيث تتبلد المشاعر والأحاسيس[13].

خاتمة

قدمنا فى الفصل الحالى مجموعة من النتائج التى توصلنا إليها ميدانيًا عن تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب والتى أجريت على عينة عشوائية قوامها 25,000 مفردة من الذكور والإناث ممثلة للمجتمع المصرى، وقد توزعت العينة بين الريف والحضر: الريف بنسبة 56,8٪، والحضر بنسبة 43,2٪ وكان أفراد العينة يقعون فى الفئة العمرية (12 – 60) سنة.

وكان معدل انتشار المخدرات وفقًا لعينة المسح القومى الشامل 4,9٪، بينما تراوح العمر عند بداية التعاطى بين 10– 19 عامًا، أما نوع المخدر الذى جربه المبحوث من واقع نتائج الدراسة الميدانية، فكانت أعلى نسبة لمخدر الحشيش بنسبة 79,9٪، وفيما يتعلق بمتوسط التكلفة الشهرية للتعاطى فكانت النسبة الأكبر لمن ينفقون من 200 جنيه لأقل من 300 جنيه. وأقرت نسبة 65,2٪ بمعرفتهم بمتعاطين

من أهل البلدة، و 46,9٪ أقروا بمعرفتهم بمتعاطين من الجيران. وجاءت المشكلات الأسرية فى مقدمة التأثيرات الاجتماعية المترتبة على التعاطى بنسبة 79,7٪، وكان من أهم أسباب التعاطى وجود أصدقاء السوء بنسبة 78,6٪، وجاءت جلسة مع الأصدقاء بنسبة 47,7٪ لتشير إلى مناسبة التعاطى لأول مرة.

كما تمت مناقشة مجموعة المعتقدات الشائعة والمغلوطة المرتبطة بفوائد المخدرات وما تمنحه للمتعاطين – من وجهة نظرهم – من مشاعر وأحاسيس تنقلهم إلى عالم من التوهان، فالشخص الذى يعجز عن التعامل مع الواقع المحيط به قد يجد بالأفكار المغلوطة تفسيراً لسلوكه المرفوض، وقد حرصت الدراسة على معرفة أسباب التوقف عند المتوقفين وأسباب الاستمرار عند المستمرين.

المراجع

١ –مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة (205)، مطابع السياسة، الكويت، 1996، ص ص 13 – 14.

٢ –تقرير المخدرات العالمى 2016، مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، خلاصة وافية.

٣ –تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2014.

٤ –انظر: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوى العام، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الثامن، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1999.

–تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوى الفنى (بنين)، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد التاسع، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2002.

–مصطفى سويف وآخرون، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ الثانوى العام وتلاميذ الثانوى الفنى، دراسة مقارنة على أسس ميدانية، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2003.

–مصطفى سويف وآخرون، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين أبناء الريف المصرى، دراسة استكشافية، المجلد الحادى عشر، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2004.

٥ –وزارة الصحة، الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، البحث القومى للإدمان، معدلات استعمال إدمان المخدرات والكحوليات، التقرير المجمع لمراحل البحث القومى للإدمان، القاهرة، 2015، ص 43.

٦ –تقرير المخدرات العالمى 2014، مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، خلاصة وافية.

٧ –مصطفى سويف وآخرون، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين عمال الصناعة: دراسة ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد السادس، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1994.

٨ –انظر: محمود عودة، نسرين البغدادى، وآخرين، ظاهرة المخدرات فى الريف المصرى: دراسة ميدانية فى عدد من القرى، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، 2011.

٩ –لويس كامل مليكة وآخرون، دليل الأخصائى النفسى فى الوقاية والعلاج من الإدمان، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، 1999، ص ص 54 – 55.

١٠ مصطفى سويف وآخرون، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الثالث، التعاطى غير الطبى للأدوية، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1991، ص14.

١١ إبراهيم عسكر، المتغيرات الاجتماعية والفيزيقية للمنتكسين من علاج الإدمان، دراسة حالة لعينة من الشباب العائد للتعاطى ، رسالة دكتوراه، 2016، قسم العلوم الإنسانية والبيئية، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ص 188.

١٢ على ليلة، سلوى العامرى، ليلى عبد الجواد، وآخرون، تعاطى المخدرات بين شباب العشوائيات، دراسة ميدانية لمنطقة الشرابية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، القاهرة 2002، ص ص 255 – 260.

١٣ على ليلة، سلوى العامرى، ليلى عبد الجواد، وآخرون، مرجع سابق، ص ص 255 – 260.

Abstract

Drug Abuse Prevalence Rates in Egypt

Laila Abd Algawad

The current study presents the rate of prevalence of drug abuse in Egypt and its associated factors, such as the demographic characteristics of the drug abusers, its context, and the associated ideas and beliefs. It was applied on a sample of 25,000 families between 12 and 60 years old from various governorates of Egypt. An interview questionnaire consisting of 107 questions was applied. In this study we present the results related to the prevalence of drug abuse in the sample as a whole, which is related to the variables of gender, age, marital status, education and profession, as well as variables related to the abuse context, the type of the substance abused, the reasons for continuation and stopping, ending with the results related to the thoughts and beliefs associated with addiction.