بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة أم القرى
كلية التربية- مكة المكرمة
الدراسات العليا

نموذج رقم (٨)

إجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية
بعد إجراء التعديلات المطلوبة

الاسم الرباعي : نايف بن خربوش بن هندي الذويبي القسم : علم النفس
الدرجة العلمية: ماجستير التخصص: إرشاد نفسي
عنوان الأطروحة : " علاقة تعاطي المخدرات { الهيروين- الحشيش- الكبتاجون } بالتوافق الشخصي الاجتماعي ، دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين في محافظة جدة "

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد :
فبناء على توجيه اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة المذكورة بعالية والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٤٢٠/٧/١١هـ . بقبول الأطروحة بعد إجراء التعديلات المطلوبة ، وحيث تم عمل اللازم فإن اللجنة توصي بإجازة الأطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي للدرجة العلمية المذكورة أعلاه .

والله الموفق .

المشرف	المناقش من داخل القسم	المناقش من خارج القسم
الاسم/ د. محمد حسن عبدالله	الاسم/ أ.د. عبد المنان ملا معمور بار	الاسم/ د. موسى محمد صالح الحبيب
التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/

يعتمد/ رئيس قسم علم النفس
د/ محمد جعفر جمل الليل
التوقيع/

(يوضع هذا النموذج أمام الصفحة المقابلة لعنوان الأطروحة في كل نسخة)

٠٠١٠٦٧
٣٢٠٠

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية- قسم علم النفس

٣٠١٠٢٠٠٠٠٣٣٠٠

علاقة تعاطي المخدرات (الهيروين - الحشيش- الكبتاجون) بالتوافق الشخصي الاجتماعي، دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين في محافظة جدة

إعداد الطالب
نايف بن خربوش بن هندي الذويبي

إشراف الدكتور
محمد بن حسن بن عبد الله

دراسة مقدمة إلى قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة أم القرى كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس تخصص (إرشاد نفسي).

الفصل الثاني١٤١٩هـ

ملخص الدراسة

اسم الباحث :

نايف بن خربوش بن هندي الذويبي

عنوان الدراسة :

علاقة تعاطي المخدرات (الهيروين- الحشيش- الكبتاجون) بالتوافق الشخصي الاجتماعي ، دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين في محافظة جدة.

أهداف الدراسة :

الكشف عن العلاقة بين التعاطي والتوافق الشخصي الاجتماعي ، والكشف عن الفروق بين المتعاطين والأسوياء في التوافق الشخصي الاجتماعي الكلي وأبعاده والتي تشمل التوافق (النفسي،الجسمي،الأسري،الاجتماعي) ، وكذلك الكشف عن الفروق بين عينات التعاطي في التوافق الشخصي الاجتماعي وأبعاده.

منهج الدراسة :

اتبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي .

العينة :

تكونت العينة من مائتان وست وعشرون فرداً (٢٢٦) من السعوديين ساكني مدينة جدة منهم مائة فرداً(١٠٠) من الأسوياء غير المتعاطين ومائة وست وعشرون فرداً (١٢٦) من متعاطي المخدرات الذين يتلقون العلاج في مستشفى الأمل بجدة موزعين على النحو التالي :- ست وأربعون فرداً (٤٦) من متعاطي الهيروين وأربعون فرداً (٤٠) من متعاطي الحشيش وأربعون فرداً (٤٠) من متعاطي الكبتاجون .

نتائج الدراسة :

١- وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين التعاطي والتوافق الشخصي الاجتماعي

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطي المخدرات والأسوياء في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي .

٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطي المخدرات والأسوياء في الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي.

٤- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات التعاطي الثلاث في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي .

٥- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات التعاطي الثلاث في الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي .

التوصيات :

تم وضع التوصيات التي انبثقت من نتائج الدراسة وذلك وفقا للثقافة السائدة في المجتمع السعودي .

اعداد الطالب	إشراف الدكتور	يعتمد/عميد كلية التربية
نايف بن خربوش بن هندي الذويبي	د/ محمد حسن عبدالله	د/ صالح محمد السيف
التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/

الإهداء

إلى والِدَيَّ
وهذا بعض غرسكما

شكر وتقدير

أدين بالشكر والعرفان لله سبحانه وتعالى على نعمه التي لا تعد ولا تحصى ، فله الحمد والشكر والمنة .

كما أزجئ آيات الشكر والعرفان لسعادة الدكتور / محمد حسن عبدالله المشرف على هذه الرسالة ، والذي كان دوما مثالاً للصبر والتفاني ، جعل الله هذا الجهد الذي قدمه في موازين حسناته .

ومن باب إسناد الفضل لأهله أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لسعادة الدكتور/ حسين عبدالفتاح الغامدي الذي وقف مع الباحث منذ أن كانت هذه الدراسة مجرد فكرة في ذهن الباحث حتى لمساتها النهائية حيث كانت له اليد الطولى في مساندة وتوجيه الباحث .

كما لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لسعادة الأستاذ الدكتور/عبدالمنان ملا معمور بار المناقش الداخلي للرسالة ، وسعادة الدكتور / موسى الحبيب المناقش الخارجي للرسالة ، على تشريفهما وموافقتهما على مناقشة هذه الرسالة ، والذي استفدت من توجيهاتهما وآراءهما عند مناقشتها .

كما أتقدم بالشكر لأسرتي الصغيرة على ما اهدوني إياه من طمأنينة ، وما قاموا به من تشجيع ومؤازرة حتى أنجز هذا العمل العلمي .

والشكر الوافر أهبه لسعادة اللواء / فهد المهوس الحربي مدير الإدارة العامة للتدريب في الأمن العام الذي كان لوقفته المباركة معي أبلغ الأثر ، وسهلت الكثير من الصعاب ، حتى تفرغت لهذه الدراسة ، وما دفعه لذلك إلا الإخلاص لله ثم لأبناء وطنه وتحمل المسئولية التي أنيطت به فله الشكر والعرفان .

كما لا يفوت الباحث أن يتقدم بالشكر لكل من قدم له العون والمساعدة حتى وصلت هذه الدراسة إلى ما وصلت إليه . وأخص بالذكر سعادة العقيد/ عواد الجهني مدير أدارة مكافحة المخدرات بجدة سابقاً . والزملاء في مستشفى الامل وجميع الأخوة الزملاء الذين ابدوا له النصح والمشورة وكانوا عوناً وسنداً له بعد الله سبحانه وتعالى طيلة أيام الدراسة. والشكر لمن قاما بمساعدة الباحث في التصحيح اللغوي لهذه الدراسة وهما الأخ الإستاذ/ عبد الرحمن المغامسي . والأخ / ضيف الله سلطان الذويبي .

والشكر لجميع الهيئات والمؤسسات التي قدمت لنا العون في الحصول على المعلومات اللازمة وسهلت الكثير من الصعاب . والله ولي التوفيق .

الباحث

المحتويات

الموضـــــــــــوع	الصفحة
ملخص الدراسة	أ
الإهداء	ب
شكر وتقدير	ج
فهرس المحتويات	د- هـ
قائمة بجداول الدراسة	و
فهرس الملاحق	ز
الفصل الأول : المدخل إلى الدراسة	
مقدمة	٢
مشكلة الدراسة	٤
مصطلحات الدراسة	٧
أهمية الدراسة	٨
أهداف الدراسة	٩
حدود الدراسة	١٠
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
**الإطار النظري	
أولاً :التوافق الشخصي الاجتماعي	
تمهيد	١٢
تعريف التوافق	١٣
الاتجاهات الرئيسة لتفسير التوافق	١٤
أبعاد التوافق	١٦
المنظور الإسلامي للتوافق	١٨
ثانيا : المـــخدرات	
تعريف المخدرات	٢١
تصنيف المخدرات	٢٢
مفهوم التعاطي	٢٣
أنماط التعاطي	٢٤
مفهوم الإدمان	٢٦

نظريات الإدمان ٢٨
موقف الشرع الإسلامي من المخدرات ٣٢
مشكلة المخدرات على الصعيد العالمي ٣٤
حجم المشكلة في المملكة العربية السعودية ٣٧
المخدرات (موضوع الدراسة) وآثارها النفسية والعضوية ٤٠
** الدراسات السابقة
الدراسات المحلية والعربية ٤٥
الدراسات الأجنبية ٥١
التعليق على الدراسات السابقة ٥٤
الدراسات السابقة والدراسة الحالية ٥٥
فروض الدراسة ٥٦
الفصل الثالث : إجراءات الدراسة
عينة الدراسة ٥٨
أدوات الدراسة ٦٣
منهج الدراسة ٦٩
الأسلوب الإحصائي ٦٩
الفصل الرابع :نتائج الدراسة وتفسيرها
نتائج الفروض ٧١
تفسير النتائج ٧٦
التوصيات ٨٦
الدراسات المقترحة ٨٧
المراجع ٨٨
الملاحق ٩٦

فهرس جداول الدراسة

رقم الجدول	الموضـــــــــــــوع	رقم الصفحة
١-	خصائص العينة من حيث السن	٦٠
٢-	خصائص العينة من حيث المهنة	٦٠
٣-	خصائص العينة من حيث الحالة الاجتماعية	٦١
٤-	خصائص العينة من حيث المؤهل التعليمي	٦١
٥-	العلاقة بين درجة شدة التعاطي والدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي	٧١
٦-	الفروق بين المتعاطين والأسوياء في التوافق الكلي	٧٢
٧-	الفروق بين المتعاطين والأسوياء في الأبعاد الفرعية للتوافق	٧٢
٨-	تحليل التباين بين عينات التعاطي في الدرجة الكلية للتوافق	٧٣
٩-	تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق الجسمي	٧٤
١٠-	تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق النفسي	٧٤
١١-	تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق الأسري	٧٥
١٢-	تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق الاجتماعي	٧٥

فهرس الملاحق

رقم الملحق	اسم الملـــــــــــــحق	رقم الصفحة
١-	قائمة بأسماء محكمي اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي.	٩٦
٢-	العبارات المعدلة في اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي.	٩٧
٣-	الصورة النهائية لاختبار التوافق الشخصي الاجتماعي.	٩٩
٤-	استبيان شدة التعاطي بصورته الأولية .	١٠٢
٥-	استبيان شدة التعاطي بصيغته النهائية.	١٠٦
٦-	قائمة بأسماء محكمي استبيان شدة التعاطي.	١٠٨
٧-	أرقام العبارات المعبرة عن أبعاد اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي.	١٠٩

الفصـــــــــــل الأول

المدخل إلى الدراسة :

مقدمـــــــــــــة

مشكلة الدراســـــــة

أهمية الدراســـــــة

مصطلحات الدراســـة

أهداف الدراســـــــة

حدود الدراســـــــة

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

بعد مضي أربعة آلاف سنة على معرفة الإنسان لأهم مصدر طبيعي للمواد المخدرة وهو شجرة الخشخاش والتي كان يسميها الفراعنة شجرة الإله حيث عرفوا بعض خواصها العلاجية ، إلا أن الإنسانية ، لم تعرف خطر المخدرات إلا بعد حرب الأفيون التي شنتها بريطانيا على الصين ، وشلت فيها أكبر خريطة إنسانية عن مسار الأحداث العالمية وكان ذلك عام ١٨٣٩م (البار،١٩٨٨) .

وتفاقمت هذه المشكلة حتى أصبحت مشكلة القرن العشرين ،وأفاقت معظم الدول في العالم على نواقيس خطرها تقرع في كل مكان . إذ تحولت هذه المادة من قائمة العقاقير الطبية إلى قائمة الأسلحة الفتاكة الجماعية ، تهدد أمن العالم المتحضر والنامي دون استثناء ، تبدأ بتدمير الفرد فيدمر البيت والمجتمع الصغير ثم الشعب وتليه الأمة ، تضرب من خلاله ركائز اقتصاد البلد مادياً وقوةً عاملةً بشريةً ، فيتحطم الإنتاج وتُدمر العلاقات الاجتماعية والإنسانية والقيم والمثل.

ومما يثير الاستغراب أن انتشار المخدرات جاء في وقت يفخر فيه أهل القرن العشرين، بالتفجر المعرفي الثقافي، والتطور التكنولوجي . كما لوحظ في العقود الأخيرة من هذا القرن توسع هائل في الإنتاج والتداول للمواد المخدرة ، وازدياد في أعداد الضحايا لها، إلى جانب تطور في عمليات التصنيع والتهريب وفنون جديدة ومبتكرة في الترويج واصطياد الزبائن ، كما لوحظ أيضاً أن هناك توافقاً بين نماء أي بلد اقتصادي واستهدافه من قبل منظومات التصنيع والتهريب والترويج للمخدرات وعصاباتها ، لأنها تبحث عن أسواق بكرٍ يسهل التعامل معها إلى جانب ثروات يمكن ابتزازها وامتصاصها. وهذا ما نلاحظه على تطور مشكلة المخدرات وتناميها مواكبة لنماء دول منطقة الخليج الاقتصادي .

وقد ساعد الانفتاح بين دول العالم على انتقال كثير من العادات والتقاليد والظواهر بين الشعوب دون النظر إلى سلبياتها وإيجابياتها وذلك بتنقل الأفراد سياحة أو تجارة أوعملاً.

إن مشكلة تعاطي المخدرات أصبحت مشكلة عالمية، تعاني منها معظم دول العالم وتزداد وتتفاقم يوماً بعد يوم ، جارفة في تيارها شرائح من كل مجتمع ، بل تعتبر حربا عليه وعلى مقدراته وثرواته البشرية والاقتصادية إلى جانب تدمير روابطه ومثله وأخلاقياته، والمملكة العربية السعودية إحدى دول العالم التي تعاني من المشكلة فهي

تشعر بأنها مستهدفة كقدوة للشعوب العربية والإسلامية، وانفتاحها على العالم مفروض عليها لأنها تحتضن أعظم مقدسات العالم الإسلامي . ولما كانت المملكة العربية السعودية مستهدفة أيضاً كسوق يتمتع بنماء اقتصادي ، فقد شعرت بخطورة هذا الأمر ، وتصدت له بأسلوب يكاد يكون متميزاً بين أساليب الدول الأخرى المكافحة ضد انتشار المخدرات.

فالمملكة العربية السعودية تمتلك ثلاث جبهات للمقاومة ، الجبهة الأولى تحصين الأفراد فكرياً ضد المخدرات وانتشارها، وذلك بالتركيز على نهج إسلامي واضح وصريح في التربية ، وتقوية الوازع الديني عند أفراد مجتمعها، فدرجة الوعي الديني عالية إذا ما قيست بمجتمعات أخرى، ومعدلات المشاكل لديها لا تقارن بالدول حتى المحيطة بها، ثم تابعت مكافحتها على جبهة أخرى هي جبهة التوعية بحملات مخططة مدروسة وعلى كل المستويات، اضطلعت بها كل الشرائح المثقفة في المملكة، ثم توجت عملها في جبهة المكافحة فعملت على شقين اثنين : أولهما تطوير الأجهزة الداخلية الأمنية تطويراً نوعياً لتستطيع سد جميع الثغرات التي تخطر ببال المهربين أو المروجين ، أما الشق الثاني فهو إقامة مكاتب اتصال خارجية في أكثر الدول التي تعتبر إما مصدرة للمخدرات أو محطات عبور ، وقد ساعدتها هذه المكاتب في اكتشاف العديد من محاولات التهريب.

وتوجت هذه الخطط بعلاج المدمنين مجاناً وذلك بإقامة مستشفيات متخصصة بعلاج الإدمان . وكان القرار الحازم والحاسم والذي يعتبره تجار المخدرات العقبة التي لا يمكن تجاوزها هي الحكم بالإعدام للمهربين ولمن يُكرر الترويج وكان تطبيقه شديد الوقع عليهم لأن إغراءاتهم لا تصمد أمامه.

وأمام هذا الدور الكبير والعظيم الذي تقوم به حكومة المملكة العربية السعودية وما تتحمله في سبيل القضاء على هذه الظاهرة حماية لمجتمعها ، فإن كل مواطن فيها أصبح يشعر وباندفاع شديد نحو المؤازرة والمساندة في درء هذا الخطر ولو بالكلمة الطيبة ، أو بالدراسة والبحث والتقصي والتحليل كمساهمة وطنية منه ، وأمام هذا الدافع تأتي هذه الدراسة للتعرف والكشف عن العلاقة التي تربط بين التعاطي للمخدر والتوافق الشخصي الاجتماعي لمتعاطي المخدرات ، وكذلك التعرف على الفروق بين المتعاطين والأسوياء في التوافق الشخصي الاجتماعي ، وحتى الفروق بين المتعاطين أنفسهم لأكثر المخدرات انتشاراً في المملكة العربية السعودية والله ولي التوفيق .

مشكلة الدراسة

إن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه ، حياته مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بهذا المجتمع ، وأي فرد فيه إذا أساء التصرف أو فقد التوازن والاتزان أصبح بين أفراد المجتمع شاذاً منبوذاً. ومتعاطي المخدرات إنسان فقد اتزانه يتوارى عن الأنظار ليشبع أنانيته في التعاطي ،هاربا من واقع إلى واقع آخر يرسمه خيال زائف بلذة عارضة ، وفاقداً لتفكيره ببيته وأسرته ، إلى جانب نفسية مضطربة ليس لها من مبدأ ثابت أو اتجاه معين .

فهذه الشخصية تملكها المخدر فلم تستطع منه فكاكاً، وأصبحت توظف مصدر دخلها ودخل أسرتها لصالح المخدرات فإذا ما نفذ المدخر من المال ، فالجريمة تهون بل تصبح سلوكاً عاديا ، حيث أكدت الدراسات الجنائية بأن التعاطي يُظهر معدلاً إجرامياً أعلى من أشكال الانحرافات الأخرى ، ففي أمريكا بلغت الإصابات التي تعرض لها الأطفال والتي لها علاقة بتعاطي المخدرات٥٠% من مجموع حالات الإصابات المتعمدة (العليان، ١٩٩٦م:٧٠) .

وإلى جانب حوادث المرور المروعة والتي لا مجال هنا للدخول في تفاصيل دراساتها فإن الدراسات المتخصصة في مجتمعنا أثبتت وجود ارتباط بين الجريمة بأنواعها وتعاطي المخدرات كما وجد أن حاجة المتعاطي للمال دفعته لوسائل غير مشروعة للحصول عليه، شملت السرقة والنصب والاحتيال والرشوة، ففي دراسة عن تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على معدلات الجريمة مع التركيز على السرقات فقد وجه سؤال إلى بعض المسئولين في المملكة العربية السعودية عما إذا كانت الزيادة في عدد جرائم السرقة مرتبطة بجريمة أخرى فأجاب ٤٥% منهم بأن تعاطي المخدرات من أبرز الجرائم المرتبطة بالسرقة(شمس وآخرون،١٩٩٣).

وأكدت النتائج التي توصل إليها الباحثون في المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في مصر أن إنتاج العامل ينخفض في اليوم التالي من تعاطيه للمخدر بشكل ملحوظ كما ينتابه شعور بالقلق والاضطراب ،مما ينعكس على إنتاجيته كماً وكيفاً ، وعلى علاقاته الاجتماعية بزملائه ورؤسائه(زيور،١٩٦٤) . وهذه النتائج أكدتها دراسة فوريث(1980)Forsyth حيث توصل إلى أن المتعاطي لا يقدر القيم الاجتماعية ولا يكترث بالإنتاج والعمل الجاد ولا يحرص على الالتزام بالمسئولية الاجتماعية ، وفي دراسة سالزمان (1978)Salzman توصل إلى أن شخصية المدمن تتميز بمجموعة من الخصائص الانفعالية التي تعبر عن القلق والتوتر والعدوان . كما شاركه في الاستنتاج أيضاً عبد السلام (١٩٧٧) في دراسته إلى شيوع السمات النفسية المرضية وأبرزها،

عدم الاتزان الانفعالي والاكتئاب والانحراف السيكوباتي لدى المدمنين . كما وجد أن الانتحار ينتشر بين المتعاطين للمخدرات وخاصة الهيروين بشكل كبير أكثر من غيره نتيجة للقلق والاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى إضافة إلى سوء التوافق التي يسببها العقار. فمن نتائج عدة دراسات أجريت في الولايات المتحدة وإنجلترا تبين أن نسبة ٤٥%-٥٠% من حوادث الانتحار كانت من بين متعاطي المخدرات(عبد اللطيف ،١٩٩٢م) .

أما الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الهيئات الدولية المتخصصة فقد أكدت على أن الفرد المتعاطي للمخدرات قد سجل بالفعل تهديداً لمجتمعه وكيانه وساهم مساهمة فعالة في عرقلة مسيرة البناء والتقدم في شتى المجالات ، فالموارد التي يمكن إنفاقها على الصحة أو التعليم أوالاسكان تذهب بدلاً من ذلك على المخدرات وسبل مكافحتها وعلى علاج المدمنين (الأمم المتحدة،١٩٩٥م) .

ومشكلة المخدرات والتعاطي غير المشروع لها أصبحت مشكلة تعاني منها معظم دول العالم وتزداد سوءً يوماً بعد يوم ،وتجرف في تيارها الكثير من الناس،ويتعاظم خطرها في الكثير من البلدان،ومن بينها المملكة العربية السعودية فقد دلت الإحصاءات الرسمية الصادرة في المملكة إلى تضاعف المخدرات ومتعاطيها فمن ٥٦ قضية فقط في عام ١٣٩٠هـ إلى ١٧٣٣ قضية في عام ١٣٩٨هـ إلى أن وصلت في آخر إحصائية صادرة من الجهات المختصة ٧٤٧٤ قضية في عام ١٤١٦هـ.(وزارة الداخلية ، الكتب الإحصائية رقم ١٤-١٥-٢٢) .

إن هذا الازدياد المستمر والمتضاعف لحجم الظاهرة وما شاهده الباحث من واقع عمله في مجال مكافحة المخدرات منذ ثلاثة عشر عاماً، من آثار ومآسٍ نفسية واجتماعية تظهر على المتعاطين ،كشعورهم بالدونية والنقص ومشاعر الذنب وكراهيتهم لأنفسهم وتوترهم المستمر وعدم اهتمامهم بعلاقاتهم الاجتماعية وعدوانيتهم نحو أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم واتجاههم لجرائم أخرى مضادة للمجتمع في سبيل الحصول على المخدر ، كل ذلك دفع الباحث وأوجد لديه اهتماماً خاصاً لدراسة هذه المشكلة وعلاقتها بالتوافق الشخصي الاجتماعي لمتعاطيها. وبالتحديد أكثر المخدرات انتشاراً في المملكة وهي الهيروين والحشيش والكبتاجون. فقد دلت آخر الإحصاءات الرسمية الصادرة من الإدارة العامة لمكافحة المخدرات إن هذه الأنواع تبلغ نسبتها ٧٣,٦% من مجموع القضايا في عام ١٤١٦هـ،وتبلغ نسبة المتهمين فيها ٨٢,١% (الكتاب الإحصائي،١٤١٦هـ).

والذي دفع الباحث لدراسة الفروق بين أنواع المخدرات الأكثر انتشاراً في المملكة إضافة لما سبق ذكره، هو ما نشاهده في واقع حياتنا العملية من تذمر المتعاطين وأسرهم وعامة الناس من مخدرات بعينها كالهيروين مثلاً ، وتساهلهم في أمر مخدرات أخرى كالحشيش والكبتاجون وأستخفافهم بهما وخاصة الحشيش عندما يقارنونهما بالهيروين بدعوى أنهما لا يؤثران على الفرد كما يؤثر الهيروين.

والباحث يحاول في دراسته الكشف عن ذلك بدراسة علمية من واقع التوافق الشخصي الاجتماعي للمتعاطين أنفسهم، وهل يوجد في المخدرات أهون الشرين كما يعتقد البعض أم إنها كلها شرٌ بأنواعها المختلفة .

وتحاول هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين التعاطي والتوافق والتعرف على الفروق بين المتعاطين والأسوياء ،وكذلك التعرف عما إذا كانت توجد فروق بين عينات تعاطي المخدرات السابق ذكرها في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي وفي الأبعاد الفرعية للتوافق، كما هو موجود في الفروق بين أنواع المخدرات الثلاث (موضوع الدراسة) من حيث التركيب الكيمائي والأثر الذي يحدثه نوع المخدر ،وسرعة الاعتماد عليه وأعراضه وطريقة استعماله وغيره من الأمور الفارقة والمتعارف عليها بين أنواع المخدرات المذكورة . أم أن التوافق غير ذلك وليس له علاقة بتلك الفوارق الموجودة بين أنواع المخدرات .

وسوف تحاول هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية :-

١- هل هناك علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين درجة شدة التعاطي لجميع المخدرات (موضوع الدراسة) والدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي لدى المتعاطين لها من السعوديين في محافظة جدة.؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة من متعاطي المخدرات (الهيروين، الحشيش ، الكبتاجون) وعينة من الأسوياء في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي.؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة من متعاطي المخدرات (الهيروين،الحشيش،الكبتاجون) وعينة من الأسوياء في الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي (الجسمي ، النفسي، الأسري، الاجتماعي).؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي.؟

٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون في الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي (الجسمي، النفسي، الأسري، الاجتماعي).؟

مصطلحات الدراسة

١- التوافق الشخصي الاجتماعي :

يعرفه الديب(١٩٨٨: ١١٠) "بأنه حالة من التلاؤم والانسجام بين الفرد وبيئته ، تبدو في قدرته على إرضاء أغلب حاجاته وتصرفه تصرفاً مُرضياً إزاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية ". وهذا التعريف هو ما ستأخذ به الدراسة حيث يقوم اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي المستخدم في هذه الدراسة عليه .

٢- المتعاطون :

نقصد بهم الأشخاص الذين يستخدمون المخدر بصورة تؤدي إلى الاعتماد النفسي أو الجسمي أوكليهما ، أو الإسراف في التعاطي . وذلك بناء على ما هو مبين بملف المريض والمُشخص من الفريق المعالج في مستشفى الأمل ، القائم على الدلالات التشخيصية للاعتماد وسوء التعاطي في DSM IV .

٣- الأسوياء :

هم الأشخاص الذين لم يسبق أن تعاطوا المخدر.

٤- المخدرات :

ستأخذ هذه الدراسة بتعريف لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة وذلك لشموليته والذي يعرفها بأنها " كل مادة – خام أو مستحضر-تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسميا ونفسياً واجتماعيا " (البرلسي ،١٩٨٨ :١٤) وتشمل في هذه الدراسة كل مما يأتي :

أ-الهيروين :

مادة مستخلصة من المورفين كيميائياً لها تأثير مهبط على الجهاز العصبي لمتعاطيها تؤدي إلى الاعتماد الجسمي والنفسي للمتعاطي وهي على شكل بودرة يتفاوت لونها بين الأبيض الناصع إلى البني.

ب-الحشيش :

مادة طبيعية مستخلصة من نبات القنب لها تأثير مهلوس على الجهاز العصبي لمتعاطيها وتؤدي إلى اعتماد نفسي وهي أما على شكل مادة راتنجية بنية اللون أو سوداء ويسمى الحشيش وأما أوراق وثمار نباتية وتسمى الماريوانا.

ج-الكبتاجون :

مادة كيميائية لها تأثير مشابه للامفيتامينات المنشطة ولها تأثير منشط على الجهاز العصبي لمتعاطيها وتؤدي إلى اعتماد نفسي وقد تحدث اعتماد جسمي وهي عبارة عن حبوب بيضاء اللون صغيرة الحجم تسمى عادة في مجتمعنا بالحبوب البيضاء أو أبو ملف.

٥- شدة التعاطي :

ونقصد بها مقدار تأثر الشخص بتعاطي المخدرات وانقياده لها وتحكمها فيه وعدم استطاعته الخلاص منها، وتقوم على مجموع الدرجات المتحصلة من استبيان شدة التعاطي والذي يتضمن على بعض البنود التي تدور حول كمية التعاطي وعدد الأنواع المستخدمة وطريقة التعاطي واستمرارية تأثير المخدر وتاريخ التعاطي والمشاكل الأمنية التي يتعرض لها المتعاطي إضافة لبعض البنود الآخرى التي توضح مدى تعلق المتعاطي بالمخدر.

أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من جوانب متعددة فهي تتناول مشكلة المخدرات وخطرها الناتج عن سوء استعمالها . وما أوجدته من شروخ في أجساد المجتمعات أجمع، إلى جانب إحساس المجتمع السعودي المسلم الملتزم بقيم الإسلام ومثله، بأن المخدرات خطر يتهدده في صميم معتقده المبني على علاقات اجتماعية وثيقة العرى محكمة الترابط ومما يزيد في أهمية هذه المشكلة ومخاطرها والتصدي لها ، أن المخدرات مادة وافدة من خارج الحدود انتاجا وتصنيعاً وغالباً تهريباً ، وأن عمرها في المملكة قصير جداً ، ومما يزيد في أهمية مثل هذه الدراسة أنها تتناول أكثر المخدرات انتشاراً في المملكة .

كما إن للعينة التي اختارها الباحث دور في أهمية الدراسة ، فالشريحة المستهدفة للوقوع في براثن المخدر من هذا المجتمع هم شباب الوطن وقوته الفاعلة فالضحايا أكثرهم ما بين ٢٠-٤٠ سنة . منهم مازال على مقاعد الدرس في المراحل المتقدمة منه

ومنهم من بدأ احتلال موقع عمل أو مسؤولية أنيطت به ، وآخر هم مـن يعتبر فـي ذروة العطاء واكتمال الخبرات . ومعظمهم أصبح معيلا لأسرة وقدوة لجيل وسندا لعائلة .

وتعتبر هذه الدراسة من أوائل الدراسات في المملكة العربية السعودية التي تطرقت لدراسة التوافق الشخصي الاجتماعي لمتعـاطي المخـدرات ومـن الدراسـات القليلـة التـي تطرقت لثلاث أنـواع مـن المخـدرات ، فـإن نجاحـها قـد يسـاعد مؤسسـاتنا الاجتماعيـة والجهات المختصة في معالجة المشكلة ووضعها في أطرها العلمية الدقيقة ، فعن طريقها قد يمكن التعرف على علاقة تعاطي المخدر بالتوافق الشخصي الاجتمـاعي ، والتعـرف على الفروق بين عينات التعاطي الثلاث في التوافق الشخصي الاجتماعي ، وفي الأبعـاد الفرعية للتوافق ، مما قد يساعد على حصر الجهود وتكثيفـها فـي نقـاط محـددة بـدلا مـن تشتتها .

ومما يكسب هذه الدراسة دقـة أنـها اختـارت موقعـا يتمـيز بتنـوع فاعلياتـه واتسـاع مساحته الجغرافية السكانية والتي قد تشمل جميع سـكان المملكـة ، فمحافظـة جـدة ليسـت مجتمعا ضيقا يحس فيه الفرد بالعزلة أويضطر ساكنيه للأنزواء والانطـواء فـهو مجتمـع نابض بكل أنواع التفاعلات والنشاط .

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على ما يلي :-

١- معرفة العلاقة بين تعاطي المخدرات (الحشيش –الهيروين-الكبتاجون)والتوافق الشخصي الاجتماعي لدى المتعاطين لها.
٢- التعرف علـى الفـروق بيـن المتعـاطين والأسـوياء فـي التوافـق الشـخصي الاجتماعي والأبعاد الفرعية للتوافق.
٣- التعرف على الفروق بيـن عينـات التعـاطي فـي التوافـق الشـخصي الاجتمـاعي والأبعاد الفرعية للتوافق.

حدود الدراسة

تتحدد هذه الدراسة في الآتي :-

١- في متعاطي المخدرات الثلاث (الهيروين –الحشيش – الكبتاجون) والذين ثبت تعاطيهم وهم من نزلاء مستشفى الأمل في جدة ، وعددهم مائة وست وعشرون فردا (١٢٦) . وكما تتحدد عينة الدراسة من بعض الأسوياء في محافظة جدة وعددهم مائة فردا(١٠٠) الذين وافقوا مشكورين على أجراء الدراسة عليهم كمتبرعين .

٢- الحدود الزمانية: تم تطبيق الدراسة الميدانية في الفصل الدراسي الأول لعام ١٤١٩هـ.

٣- الحدود العمرية: تقع أعمار الخاضعين للدراسة من العينتين ما بين ٢٠-٤٠ عاما .

٤- الأدوات المستخدمة: أ-اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي (إعداد علي الديب،١٩٨٨) .

ب- استبيان شدة التعاطي من إعداد الباحث.

الفصـــــــــل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

أولاً : التوافق الشخصي الاجتماعي

تمهيد

تعريف التوافق

الاتجاهات الرئيسة لتفسير التوافق

أبعاد التوافق

المنظور الإسلامي للتوافق

ثانياً : المخدرات

تعريف المخدرات

تصنيف المخدرات

مفهوم التعاطي

أنماط التعاطي

مفهوم الإدمان

نظريات الإدمان

موقف الشرع الإسلامي من المخدرات

مشكلة المخدرات على الصعيد العالمي

حجم المشكلة في المملكة العربية السعودية

المخدرات وآثارها النفسية والعضوية

الدراسات السابقة

الدراسات العربية

الدراسات الأجنبية

التعليق على الدراسات السابقة

الدراسات السابقة والدراسة الحالية

فرضيات الدراسة

أولا: التوافق الشخصي الاجتماعي

تمهيد..

يعتبر التوافق الشخصي من المفاهيم الأساسية الهامة في علم النفس بصفة عامة والصحة النفسية خاصة.

وقبل الخوض بتعاريفه وأبعاده والاتجاهات المختلفة لتفسيره،يرى الباحث بأنه لا بد من توضيح اللبس الحاصل بينه وبين مصطلح التكيف.

فقد يصعب أحيانا الفصل بين مصطلح التوافق(Adjustment)ومصطلح التكيف(Adaptation)وذلك لاستخدام المصطلحين بمعنى واحد في بعض الأبحاث.

إلا أن المعاجم اللغوية النفسية والاجتماعية تشير إلى أن التوافق أعم من التكيف ، ويؤكد ذلك السيد(١٩٨٠: ١٦٠) حيث يرى أن التوافق أعم من التكيف ويكاد يكون معناه قاصرا على النواحي النفسية والاجتماعية ،بينما التكيف يختص بالنواحي الفسيولوجية . فالتوافق عملية تغيير الفرد لسلوكه ليتسق مع غيره ،وذلك بإتباعه للعادات والتقاليد وخضوعه للالتزامات الاجتماعية .أما عملية التكيف فهي بمثابة عملية مواءمة حدقة العين للظلام، وذلك بإتساعها في الظلام وضيقها في الضوء الشديد لتتم بذلك عملية التكيف في الرؤية .

ويذكر الصفطي(١٩٨٣: ١٣)إن أول استخدام لمفهوم التكيف كان في علم البيولوجيا،حيث كان مصطلح التكيف هو المصطلح الشائع الاستخدام ،وكان هذا المفهوم هو حجر الزاوية في نظرية داروين(Darwin) ومنه استعار علماء النفس المفهوم البيولوجي (التكيف) وأعادوا تسميته بالتوافق.

إلا أننا نلاحظ أنه لازال هناك بعضا من الباحثين استخدم المصطلحين بمعنى واحد ومنهم فهمي(١٩٨٧: ٣٣)الذي يعرف التكيف (التوافق) بأنه "تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين البيئة " .

ومن الملاحظ أنه يوجد اختلاف بين مفهوم التوافق والتكيف ،فالأخير يستخدم عادة في المجال الفسيولوجي والبيولوجي وذلك لتوضيح التغيرات التي تحدث للكائن الحي نتيجة لمؤثر معين أو للإشارة للتغيرات التي تصدر من الكائن الحي وتجعل سلوكه أكثر

مواءمة للبيئة التي يعيش فيها، بعكس التوافق الذي يستخدم عادة في الجوانب النفسية والاجتماعية،والتي تخص الإنسان دون سواه.
ويستخدم الباحث في دراسته مصطلح التوافق لما له من ارتباط بالجانب النفسي والاجتماعي لدى الإنسان.

تعريف التوافق:

رغم أهمية التوافق ووفرة الدارسين إلا أن هناك اختلافاً كبيراً في تعريفه، ويستعرض الباحث فيما يأتي بعض تعريفاته،ومن ثم ذكر الاتجاهات التي تحكمها :-

١- مفهوم التوافق لغويا :

ففي اللغة توافقت الجماعة أي اتفقت وتضافرت،ويرى فهمي(١٩٨٧ :٣٣) أن التوافق كلمة تعني "التآلف والتقارب واجتماع الكلمة فهي نقيض التخالف والتنافر والتصادم".
ويذكرعبد الرحيم(١٩٨١ :٣٢)"إن التوافق لغوياً مشتق من الفعل (وفق) الذي يعني القبول والإلتقاء".
ومعنى التوافق في الفلسفة "أن يسلك المرء مسلك الجماعة،ويتجنب ما عنده من شذوذ في الخُلقِ والسلوك" (أنيس،د. ت:١٠٤٧).

٢- بعض التعاريف العربية والأجنبية للتوافق:

يرى مرسي(١٩٧٦: ١٢)التوافق بأنه عملية إشباع بين الفرد وبيئته،فيقول بأنه"القدرة على إيجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته سواء كانت هذه البيئة طبيعية أو ثقافية أو اجتماعية".
أما زهران (١٩٨٠:٣٥) فيضيف لعملية الإشباع التوازن بين الفرد والبيئة حيث يعرف التوافق بأنه "عملية إحداث توازن بين الفرد وبيئته متضمناً إشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة". وهذا ما يذهب إليه وولمان Walman في (كفافي،١٩٨٧: ٩) عند تعريفه للتوافق حيث يؤكد على ضرورة إشباع حاجات الفرد مع عدم التعارض مع متطلبات البيئة فهو يرى التوافق بأنه "علاقة متناسقة مع البيئة تتضمن القدرة على إشباع اغلب حاجات الفرد وتلبية اغلب متطلبات البيئة الطبيعية والاجتماعية " . ايضا يعرفه ايزنك Eysenk في(محمود،١٤٠٥: ١٨) "بأنه حالة تكون فيها حاجات الفرد ومتطلبات البيئة مشبعة تماماً من خلال علاقة متسقة بين الفرد وبيئته" .

وتصفه دافيدوف (١٩٨٠: ٦١٦)على أنه "مواجهة متطلبات الذات ومتطلبات البيئة"، ويتفق معها مخيمر(١٩٧٨: ١٦)حيث يرى أن التوافق لا يتم إلا من خلال"إطار تكاملي بين حاجات الفرد والظروف البيئية المحيطة به، سواء الطبيعي منها أو الاجتماعي". وضمن الإطار التكاملي يعرفه ايدلبيرج Eidelberg في(الصيدلاني،١٩٩٠ :٢٤) "بأنه تكامل الحاجات الغريزية مع شروط ومتطلبات العالم الخارجي ومقتضيات الأنا الأعلى،تلك مهمة تقوم بها الأنا عن طريق التعلم واختبار الواقع".

ويركزسويف(١٩٩٠ :٣٤٠)على البيئة الاجتماعية في تعريفه للتوافق حيث يعرفه بأنه"حالة من التوازن بين الفرد وبيئته الاجتماعية". ويأخذ بنفس الاتجاه جوردون Gordonحيث يذكر بأنه"محاولات الفرد لعمل نوع من العلاقات الثابتة والحسنة مع بيئته الاجتماعية"(الصفطي،١٩٨٣: ٢٣) .

ويرى دسوقي(١٩٧٦: ٢٤) "أنه تكيف الفرد في بيئته الاجتماعية بمجال مشكلات حياته مع الآخرين ،التي ترجع لعلاقاته بأسرته ومجتمعه ومعايير بيئته الاقتصادية والسياسية والخلقية".

وعرف الزيادي(١٩٦٩ :٢٤)التوافق بأنه "القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مثمرة وممتعة مع الآخرين،وتتسم بقدرة الفرد على الحب والعطاء والقدرة على العمل المنتج الفعال،الذي يجعل من الفرد شخصاً نافعاً في محيطه الاجتماعي".

ويرى هنا(١٩٦٠ :٤٨)بأن التوافق هو"عملية تشير إلى أن الأحداث النفسية تعمل على استبعاد حالات التوتر وإعادة الفرد إلى مستوى معين هو المستوى المناسب لحياته في البيئة التي يعيش فيها ".

ويرى سميث Smith في (الصفطي،١٩٨٣: ٢٣) "أن التوافق السوي بالنسبة للإنسان هو الاعتدال في الإشباع العام للدوافع،وليس إشباع دافع على حساب الدوافع الأخرى والشخص غير المتوافق هو الذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين في سبيل إشباع حاجات حالية شديدة وملحة " .

الاتجاهات الرئيسة لتفسير التوافق

من خلال عرض التعريفات السابقة سواء كانت عربية أم أجنبية نلاحظ أن هناك خلط في تعريف وتفسير التوافق وقد صنفها الطواب(١٩٧٤) في ثلاث اتجاهات هي:

أ- التوافق يعني المواءمة بين حاجات الفرد ومطالب البيئة.

ب- التوافق يُقصد به إشباع دوافع الفرد.

ج- التوافق يعني السلوك وفق أساليب الثقافة.

وصنفه كذلك عبد الحميد(١٩٨٧) فيما يلي:

أ-الاتجاه الفردي: حيث يرى التوافق عملية فردية تبدأ وتنتهي بالفرد.

ب-الاتجاه الاجتماعي: حيث يرى أن التوافق عملية اجتماعية تقوم على الانصياع للمجتمع بغض النظر عن رضاء الفرد لهذا الانصياع.

ج-الاتجاه التكاملي: فهو يوفق بين ما هو فردي واجتماعي.

وفي ضوء هذه التصنيفات يأخذ الباحث بالتصنيف الأخير ويعرض أبرز ملامحه، وما يتفق معه من التعريفات السابق ذكرها.

أ- الاتجاه الفردي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن التوافق والانسجام في الحياة لا يتم إلا بإشباع الفرد لحاجاته ودوافعه. وهذا يعني أن التوافق هو بمثابة مخفض لدرجة التوتر أو الصراع ويتحقق ذلك عن طريق الاعتدال والتوازن في الإشباع (الصيدلاني،١٩٩٠).

وهذا يتحقق في التعريفات السابقة لـ(سميث وهنا) واللذان فسرا التوافق بتحقق الإشباع للدوافع الذي عادة ما يصطدم بما يضعه المجتمع من معايير تحد وتحرم الفرد من إشباع بعض دوافعه.

ب- الاتجاه الاجتماعي:

ويرى فيه أصحاب هذا الاتجاه أن التوافق يقوم على أساس عملية مسايرة من قِبل الفرد للنماذج والأنماط والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع، فكلما كان الفرد منقاداً لهذه المعايير والأنماط كان أكثر توافقاً. فالشخص المتوافق هو الذي يساير ثقافته التي نشأ فيها وبقدر اقترابه منها ومن أنماطها يكون أكثر توافقاً ، فإذا ما ابتعد عنها قلت درجة توافقه (قذافي،١٩٩٨).

إلا أن أصحاب هذا الاتجاه قد خلطوا بين مصطلح التوافق Adjustment ومصطلح المسايرةConformity فهم يرجعون عملية التوافق بأسرها إلى المعايير الاجتماعية.فالتوافق عندهم خضوع كامل للظروف والأحوال السائدة وتعديل مستمر للاتجاهات والمشاعر بما يتفق ويتلاءم مع ما تراه الجماعة.(دمنهوري،١٩٩٥)

وهذا الخلط بين المصطلحين يعني أن المسايرة للمعايير الاجتماعية تُجنب الفرد الوقوع في الصراع بين ما يريده هو وما يريده مجتمعه،ولكن التوافق لا يخلو من الصراع،

والمهم هو كيفية مواجهته والتخفيف من آثاره،كما أن أصحاب هذا الاتجاه حولوا التوافق إلى عملية جامدة وخالية من الفاعلية الإيجابية المستمرة وذلك عندما قرنوه بالمسايرة .
ويذهب مع هذا الاتجاه في التعريفات السابقة كل من(الزيادي ، وجوردون، وسويف ودسوقي، ومرسي).

ج- الاتجاه التكاملي:

حيث يرى أصحاب هذا الاتجاه أن التوافق يقوم أساسا على التكامل بين الاتجاهين السابقين ، فهو عبارة عن مواءمة بين حاجات الفرد ومطالب البيئة فهي عملية مركبة من عنصرين أساسيين ،أحدهما الفرد بحاجاته ودوافعه ورغباته وتطلعاته ، وثانيهما البيئة بمكوناتها المادية والاجتماعية والقيمية،وبما تملكه من ضوابط ومعايير ومقومات وروادع.(دمنهوري،١٩٩٥)
ويتفق هذا الاتجاه مع التعريفات السابقة لكل من(زهران ،وولمان، وايزنك، ودافيدوف، ومخيمر، وايدلبيرج). حيث اهتموا بالمواءمة بين متطلبات الفرد ومتطلبات البيئة.

ويخلص الباحث مما سبق إلى أنه يوجد اختلاف بين الباحثين في علم النفس في تحديد تعريف للتوافق. كما يلاحظ إهمالا من قبل معظم التعاريف السابقة للجانب الروحي رغم أهميته في إحداث التوافق للإنسان.

وسيستخدم الباحث في هذه الدراسة تعريف الديب(١٩٨٨: ١١٠) وذلك لأن الاختبار المستخدم في هذه الدراسة يقوم على هذا التعريف ، حيث يعرف التوافق بأنه "حالة من التلاؤم والانسجام بين الفرد وبيئته تبدو في قدرته على إرضاء أغلب حاجاته وتصرفه تصرفا مرضيا إزاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية".

أبعاد التوافق:

اختلف الباحثون في تحديد أبعاد التوافق، وربما يرجع هذا الاختلاف إلى معالجة هؤلاء الباحثين للتوافق حسب متغيرات دراساتهم. وتتحدد أبعاد التوافق في هذه الدراسة بالأبعاد الرئيسة للتوافق وهما التوافق الشخصي والاجتماعي،وهذان البعدان ليسا منفصلين،فكلاهما يؤثر ويتأثر بالآخر ومن محصلتهما النهائية يتحقق التوافق العام،وسوف يستعرض الباحث أهم مضامينها فيما يلي:-

أ- التوافق الشخصي: Personal Adjustment

يصف فهمي(١٩٨٧: ٣٤)التوافق الشخصي"بأن يكون الفرد راضياً عن نفسه غير كارهٍ لها أو نافرٍ منها أو ساخطٍ عليها أو غير واثق فيها، كما تتسم حياته بالخلو من التوترات والصراعات النفسية المقترنة بمشاعر الذنب والقلق والنقص". ويتضمن التوافق الشخصي السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع والحاجات الأولية والثانوية مع عدم وجود صراع داخلي،والتوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة (زهران ،١٩٩٥). ويخلص الباحث إلى أن التوافق الشخصي يشير إلى إحساس الفرد بقيمة نفسه ورضاه عنها والثقة بها والتحرر من الأعراض العصابية وشعوره بالحرية والانتماء وإشباع دوافعه المختلفة بصورة مقبولة منه كفردٍ ومن مجتمع ينتسب إليه .

ب-التوافق الاجتماعي:Social Adjustment

يتحدد التوافق الاجتماعي من خلال التزام الفرد بأخلاقيات المجتمع وعاداته وتقاليده وقيمه وتحرره من الميول المضادة للمجتمع وامتثاله لقواعد الضبط الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي المثمر في المؤسسات الاجتماعية(عبد الفتاح،١٩٩٠).

ويفسر فهمي(١٩٨٧: ٣٥)التوافق الاجتماعي بشكل أوضح حيث يقول بأنه"القدرة على عقد صلات اجتماعية راضية مُرضية مع من يعاشرونه أو يعملون معه من الناس،صلات لا يغشاها التشكي والشعور بالاضطهاد،ودون أن يشعر الفرد بحاجة ملحة إلى السيطرة أو العدوان على من يقترب منه أو برغبة ملحة في الاستماع إلى إطرائهم له أو في استدرار عطفهم عليه أو طلب المعونة منهم". ويرى زهران(١٩٩٥: ٣٥)بأنه السبيل لتحقيق الصحة الاجتماعية التي ينشدها الجميع عندما وصف التوافق بأنه "يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة والسعادة الزوجية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية".

وعملية التوافق الاجتماعي ممتدة امتداد الحياة وتبرز أهميتها خاصة عندما يواجه الفرد بيئة اجتماعية جديدة عندئذ تبدأ عملية التوافق مع تلك البيئة(السيد،١٩٨٠).ويخلص الباحث مما سبق أهم مضامين التوافق الاجتماعي والتي تتمثل في إقامة علاقات طيبة مع البيئة الاجتماعية وإدراك واحترام الفرد لحقوق الآخرين واكتساب المهارات الاجتماعية والخلو من الميول المضادة للمجتمع.

المنظور الإسلامي للتوافق :

تتجلى نظر ة الإسلام إلى توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه من أنــه فطـره الله سبحانه وتعالى على الخير ولا يصلح له إلا الخير قال تعالى { فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا ۚ فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا ۚ لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ}(الروم:٣٠) . وأنه مخلـوق ذا إرادة منحـه الله العقل عن سائر مخلوقاته فهو قادر على التمييز بين ما هو خير وما هو شر ، وقادر على الاختيـار بعد مشيئة الخالق عز وجل ، فإن شاء سار على طريق الخير والفلاح الموافق لفطرتـه التي فطره الله عليها وإن شاء عصى وتمرد على فطرتـه وسـار علـى طريـق الشـر قـال تعالى { وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ۝ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ۝ قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا ۝ وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا } (الشمس:٧-١٠) ويفسر قطب(ب. ت :٣٩١٧) هذه الآيات بقوله:-

"فالإنسان قادر على التمييز بين ما هو خير وما هو شر ، كما أنه قادر على توجيه نفسه إلى الخير وإلى الشر سـواء ، وأن هـذه القـدرة كامنـة فـي كيانـه، يعبر عنها بالإلهام تارة : ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها ، ويعبر عنها بالهدايـة تـارة : فـهديناه النجدين، فـهي كامنـة فـي صميمـه فـي صـورة استعداد ، والرسـالات والتوجيـهات والعوامـل الخارجيـة إنمـا توقـظ هـذه الاستعدادات وتشحذها وتوجهها ولكنها لا تخلقها لأنها مخلوقـة فطـرة وكائنـة طبعـا وكامنـة إلـهاما .أذن هنـاك تبعـة مترتبـة علـى منـح الإنسـان هـذه القـوة الواعية القادرة على الاختيار والتوجيه ..... فـهي حريـة تقابلـها تبعـة، وقدرة يقابلها تكليف، ومنحة يقابلها واجب" .

وتزكية النفس تكون بتطهيرها من الإثـم والشـر . فالإسـلام لا يدعـو إلـى تقويـم السـلوك الخارجي فقط ، بل يهتم بالأساس وهو النفس الإنسانية التي دعى إلى تخليصها وتزكيتـها من الأثام والشرور عن طريق التقوى ، فمتى ما تخلصت هذه النفس من الإثم فأن آثارها ستظهر واضحة جلية في السلوك الإنساني (حبنكة،١٤١٥) .هذه التزكية إذا ما تمت فـأن النفس الإنسانية صالحة لغرس فضائل الأخلاق التي هي منبع حسن الخلق .

وترتبط الصحة النفسية -والتوافق الشخصي الاجتماعي مـن أهـم أركانـها- بالإيمـان بـالله وملائكته وكتبه ورسله والقضاء والقدر، خيره وشره ، كون الإيمان عملية نفسـية ، تنفذ إلى أعماق النفس وتحيـط بجوانبـها الإدراكيـة والوجدانيـة ، فتبعـث بـه يقينـا لا يـتزعزع بوحدانية الله ، وثقة بعدله وحكمه ، ورضا بقضائه وقدره .

ويأتي صلاح النفوس بالإيمـان فـي الإسـلام مـن كـون الإسـلام يدعـو إلـى حسـن الخلـق ويعتبره دليلا سلوكيا ملحوظا ، فكلما زاد الإيمان زاد حسن الخلق ، وكلما نقص الإيمـان ساء الخلق .

ويورد (مرسي،١٤١٨) بعض من الأدلة التي نستنتج من خلالها أن الإيمان سبب في الصحة النفسية ، والصحة النفسية نتيجة للإيمان منها :

١- الإيما ن بالله يبعث في النفس الطمأنينة ، ويبعدها عن الهم والقلق والاضطراب قال تعلى { ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَتَطۡمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكۡرِ ٱللَّهِۗ أَلَا بِذِكۡرِ ٱللَّهِ تَطۡمَئِنُّ ٱلۡقُلُوبُ }(الرعد،٢٨)

٢- الإيمان يجعل الفرد راضيا عن نفسه متقبلا لوجوده، قانعا بقدراته وإمكانياته .

٣- الإيمان يبعث في النفس حبا للناس ، ورغبة في مودتهم والتعاون معهم .

٤- الإيمان ينمي في النفس حب الخير لها وللناس ، ويحميها من الحسد والغيرة والعداوة قال تعـــــالى { أَمۡ يَحۡسُدُونَ ٱلنَّاسَ عَلَىٰ مَآ ءَاتَىٰهُمُ ٱللَّهُ مِن فَضۡلِهِۦۖ فَقَدۡ ءَاتَيۡنَآ ءَالَ إِبۡرَٰهِيمَ ٱلۡكِتَٰبَ وَٱلۡحِكۡمَةَ وَءَاتَيۡنَٰهُم مُّلۡكًا عَظِيمًا} (النساء، ٥٤)

٥- الإيمان يشيع في النفس تفاؤلا ، ويحميها من التشاؤم مما يجعل المؤمن راضيا عن ماضيه وحاضره ومستقبله، فلا يتحسر على ما فاته ، ولايسخط على ماأتاه ، ولا يخاف مما سيأتيه

٦- الإيمان ينمي في النفس صبرا وتحملا للمصائب ، فالمؤمن لا ييأس ولا يقنط ، مهما تعاظمت الخطوب ، لأنه يعلم أن كل شئ خلق بقدر .

٧- الإيمان ينمي في النفس قناعة بقسمة الله في الرزق والصحة والقدرات والمواهب والزوجة والولد فالمؤمن قنوع ، وطموحاته في حدود قدراته وإمكانياته .

٨- الإيمان يسمو بغايات النفس ، فتسمو أفعالها . فغاية المؤمن عبادة الله ،وتعمير الأرض . وهذه الغاية تجعله يحب الآخرة ويستخدم الدنيا وسيلة لتلك الغاية النبيلة.

وتوافق الفرد مع نفسه في الإسلام يقوم على حسن الخلق مع النفس وتزكيتها ، وتنميتها ، وحمايتها من كل ما يفسدها ويدنسها ، وعلاج انحرافاتها ، وقبولها وحبها ، والرضا عنها وعن قدراتها والتبصر بميولها وحاجاتها ، وإشباعها في حدود ما أمر الله دون إفراط ولا تفريط . ومن حسن التوافق مع النفس تحميلها ما تطيق وتقدر عليه فالله يريد بنا اليسر ولا يريد بنا العسر . (مرسي،١٤١٨)

وفي توافق الفرد مع مجتمعه نجد أن ديننا الحنيف يحث المسلمين على التعاون والتكاتف ومشاركة بعضهم البعض في الأفراح والأحزان ، ويدعو إلى تكوين مجتمع موحد الكلمة متضامن يشعر فيه المؤمن أنه لبنة في بناء واحد متكامل قال تعـــالى { وَتَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلۡبِرِّ وَٱلتَّقۡوَىٰۖ وَلَا تَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلۡإِثۡمِ وَٱلۡعُدۡوَٰنِۚ وَٱتَّقُواْ ٱللَّهَۖ إِنَّ ٱللَّهَ شَدِيدُ ٱلۡعِقَابِ } (المائدة:٢)

ويتحقق التوافق الاجتماعي في الإسلام عن طريق حب الناس ومودتهم ورحمتهم وإرادة الخير لهم وحماية أموالهم ورعاية حقوقهم وحفظ أسرارهم وبسط الوجه ولين القول مع البر والعاصي ، والكبير والصغير ، والقريب والبعيد .

ومن التوافق الاجتماعي في الإسلام طاعة ولي الأمر ومسايرته في غير معصية الله وعدم شق عصا الطاعة أو إثارة الفتن والقلاقل في المجتمع الإسلامي ، قال تعالى {يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ أَطِيعُواْ ٱللَّهَ وَأَطِيعُواْ ٱلرَّسُولَ وَأُوْلِي ٱلۡأَمۡرِ مِنكُمۡۖ }(النساء:٥٩) .

ومن التوافق الجسمي ما يدعو إليه ديننا الحنيف من الاهتمام بصحة الإنسان وحفظ حياته وتنميته ، ووقايته من كل ما يؤذيه قال تعالى{ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِنَّمَا ٱلۡخَمۡرُ وَٱلۡمَيۡسِرُ وَٱلۡأَنصَابُ وَٱلۡأَزۡلَٰمُ رِجۡسٞ مِّنۡ عَمَلِ ٱلشَّيۡطَٰنِ فَٱجۡتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمۡ تُفۡلِحُونَ } (المائدة:٩٠).

ومن التوافق الجسمي في الإسلام المحافظة على الحواس وتنميتها واستخدامها فيما خلقت له وتسخيرها في طاعة الله عز وجل . وكذلك المحافظة على المظهر ونظافته لكي يكون جميلاً فعندما سئل عليه الصلاة والسلام : إن الرجل يحب أن يكون ثوبه حسنا ونعله حسنا . أهذا من الكبر ؟ قال عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم " إن الله جميل يحب الجمال،الكبر بطر الحق وغمط الناس " أورده مسلم في صحيحه ، كتاب الإيمان ، باب تحريم الكبر حديث رقم ٢٦١ .

وفي مجال الأسرة والتوافق الأسري نجد أن الإسلام أهتم بتكوين الأسرة كضرورة لا تستغني عنها أمة ولا جيل وكوضع فطري ارتضاه الخالق عز وجل للإنسان منذ فجر الخليقة قال تعالى { فِطۡرَتَ ٱللَّهِ ٱلَّتِي فَطَرَ ٱلنَّاسَ عَلَيۡهَاۚ لَا تَبۡدِيلَ لِخَلۡقِ ٱللَّهِۚ } (الروم:٣٠). وقد بيّن ديننا الحنيف أن حياة الرجل والمرأة معاً في إطار الأسرة إنما قصد بها التعاون على تهيئة الظروف المثلى التي يجد كل منهما طلبه ومبتغاه . فليس الزواج شركة بل هو ميثاق مؤكد وعهد مشهود بين الزوجين . ولم يذر الإسلام العلاقة الزوجية مفوضة إلى حسن النية وطهارة الطوية بل حد حدوداً ، ووضع أسسا تنظم الواجب والحق وتشرع السلوك القويم للزوجين بحيث يتحقق من خلاله التوافق الأسري . (الغزالي:ب ت)

ثانيا: المخـــدرات

تعريف المخدرات:-

إن تعريف المخدرات أمر ضروري لفهم طبيعتها علماً بأنــه لا يوجد هنـاك تعريف عام متفق عليه يوضح مفهوم المخدرات، رغم اتفاق دول العـالم علـى تحريـم الاستخدام غير الشرعي للمـادة المخـدرة، فالاتفاقيـات الدوليـة لـم تحـدد تعريفـاً واضحـاً ومحـدداً للمخدرات، وإنما قـامت بحصـر المـواد المخـدرة فقـط دون تعريـف ووضعتـها بجـداول متدرجـة،الأخطـر فـي الجـدول الأول ثـم الأقـل خطـورة بعـده وهكـذا.(الـتركي،١٩٨٩) والتزمت الدول بهذه الجداول وإن كانت الاتفاقيات أعطت الدول الحق في نقـل مـادة مـن جدول أقل خطورة إلى آخر أكثر خطورة ، وأعطت لها الحق أيضـاً فـي إدراج أي مـادة ليست موجودة في الجداول.(المخدرات والعقاقير المخدرة،١٩٨٥) والباحث يعرض فيمـا يلي أهم التعريفات التي تصف المخدر وتبين طبيعته :

فمن حيث المعنى اللغوي يصف المعجم الوسيط المخدر بأنه المسبب لفقدان الوعي وهـي مشتقة من اللفظ(خَدَرَ) بمعنى ستر أو استتر حيـث يقـال خـدرت المـرأة بمعنـى استترت وخدر الأسد أي دخل عرينه ولزمه. وهناك لفظ(خَدِرَ)بمعنى عراه فتور واسترخاء فيقال خَدِرَ من الشراب أو الدواء وخَدِرَ جسمه وخدرت عظامه (أنيس وآخرون، د. ت).

وتعرفها الموسوعة العربية (١٩٦٥: ١٦٦٦) بأنها "مادة تسـبب فـي الإنسـان والحيـوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة وقد تنتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة" .

ويعرف معجم اكسفورد الوجيز كلمة مخدر بأنها "المادة الطبية الأساسية البسـيطة سـواء كـانت عضويـة أو غـير عضويـة التـي تسـتخدم وحدهـا أو كعنصـر فـي غيرهـا مـن المواد"(العليان،١٩٩٦: ٣٤).

وتعـرف علميـاً بأنـها "المـادة الكيميائيـة التـي تسـبب النعـاس والنـوم أو غيـاب الوعـي المصحوب بتسكين الألم"(عبد الرحيم ومسلم،١٩٩٦: ٦). ووفق هـذا التعريـف لا تعتـبر المنشطات ولا بعض عقاقير الهلوسة مخدرة بينما يمكن اعتبار الخمر من المخدرات.

وقانوناً تعرف المخدرات بأنها"مجموعة من المواد التي تؤدي إلى الإدمان وتسبب تسـمم الجهاز العصبي،ويحظر تداولـها أو زراعتـها أو تصنيعـها أو الاتجـار بـها إلا لأغـراض يحددها القانون وبواسطة جهات مرخص لها بذلك"(زيد، ١٩٨٨: ١٤).

وفي المملكة العربية السعودية نصت المادة الثانية من نظام منع الاتجار بالمواد المخدرة على ما يلي:-

" تشمل عبارة المواد المخدرة العقاقير المذكورة في المادة (٣) من النظام والتي يعلن عنها من وقت لآخر إنها من المواد المخدرة بإعلان ينشر في الجريدة الرسمية " ويعلق البار(١٩٨٨: ٣٧٢)على هذه المادة بقوله"لقد جاء هذا النص من العموم بحيث يجعل الباب مفتوحاً لتحريم كل مادة تظهر في المستقبل ويثبت ضررها وإفسادها".

وتوصلت لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة لتعريف للمادة المخدرة فاعتبرت أنها "كل مادة— خام أو مستحضر— تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسمياً ونفسياً وكذلك المجتمع" (البرلسي،١٩٨٤: ١٢). ويأخذ الباحث في دراسته بتعريف لجنة المخدرات لشموليته.

تصنيف المخدرات:-

كان لتعدد أنواع المخدرات و تأثيراتها ومكوناتها ومناطق إنتاجها أثر في المعايير المستخدمة أساساً في تصنيفها.

ومن ابسط تصانيفها ذلك التصنيف الذي قسم المخدرات حسب لونها،حيث هناك مخدرات داكنة اللون أطلق عليها المخدرات السوداء كالحشيش والأفيون،ومخدرات ليست داكنة أطلق عليها المخدرات البيضاء كالهيروين والكوكايين (التركي ،١٩٨٩).

وهناك من قسمها على أساس خطورتها فقسمها إلى مخدرات كبرى كالهيروين والأفيون وأخرى صغرى كالمسكنات والمهدئات.(منصور،١٩٨٩)

ومن التصانيف الأكثر وضوحاً من سابقتيها التصنيف الذي صنفها على أساس تأثيرها على الجهاز العصبي حيث قسمها إلى ما يلي:-

أ- المنبهات أو المنشطات ومنها الكوكايين والقات والامفيتامينات وأشباهها والتي منها الكبتاجون.

ب- المنومات والمهدئات ومنها الباربيتورات والسيكونال.

ج- المهبطات ومنها الأفيون والمورفين والهيروين.

د- المهلوسات ومنها مشتقات القنب (الحشيش- الماريجوانا- زيت الحشيش) وعقارLSD المهلوس.(إبراهيم،١٩٩٤)

ورغم تداخل العوامل المختلفة في تصنيف المخدرات إلا أنه اصبح في حكم المتفق عليه بين الباحثين في موضوع المخدرات وعلماء الفارماكولوجيا والفسيولوجيا والطب العقلي أن المخدرات تصنف وفق اصلها وهي كالتالي:-

أ- المخدرات الطبيعية :وهي المواد المستخرجة من النباتات مثل الحشيش والافيون ونبات شجرة الكوكا والقات.

ب-المخدرات المصنعة (النصف تخليقية): وهي تُنتج من المخدرات الطبيعية ثم يجرى عليها بعض العمليات الكيميائية البسيطة التي تجعلها في صورة أخرى مختلفة ومن أمثلتها (المورفين-الهيروين-الكوكايين).

ج-المخدرات التخليقية: وهي التي لا ترجع إلى أصول طبيعية وإنما عبارة عن مواد كيميائية تحدث نفس تأثير المخدرات الطبيعية والمصنعة ،ومنها بعض المهلوسات والباربيتورات والامفيتامين وأشباه الامفيتامين ويدخل ضمنها الكبتاجون.(الأسماعيل،١٩٨٨)

مفهوم التعاطي The Concept of Drug Addiction :

وكما اختلف الباحثون والمتخصصون بشأن تعريف المخدرات نجدهم قد اختلفوا بتفسير التعاطي وتحديد أنماطه، وإن كان بدرجة اقل حدة من سابقتها.

ففي المعجم الوسيط نجد أن التعاطي مشتق من الفعل (عطا) بمعنى تناوله فيقال عطا عرض أخيه أي تناوله بالذم وتعاطى الرجل أي قام على أطراف أصابعه لآخذ الشيء (أنيس،د. ت:٦٠٩).

وفي لسان العرب لابن منظور نجد أن التعاطي هو"تناول ما لا يحق ولا يجوز شرعاً" (الكبير وآخرون،١٤٠١: ٣٠٠٢).

وعرفت لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO) عام ١٩٦٩م تعاطي المخدرات بأنه "الاستعمال المتواصل أو الزائد عن الحد للمخدرات بما لا يتفق أو يتصل بالممارسة الطبية المقبولة " .ومن أجل تفادي الغموض أشارت المنظمة إلى إمكانية تقسيم مصطلح التعاطي لعدد من حالات الاستعمال يلخصها العليان (١٩٩٦) فيما يلي :

١- الاستعمال المحظور: وهذا يشير إلى استعمال المخدر الذي يحرمه ويحظره المجتمع.

٢- الاستعمال الخطر : وهو استعمال المخدر الذي يحتمل أن يؤدي إلى عواقب ضارة بالمستعمل.

٣- الاستعمال المعطل للوظائف: وهو استعمال المخدر مما يؤدي إلى إعاقة نفسية واجتماعية .

٤- الاستعمال الضار: وهو استعمال المخدر المعروف بأنه يسبب ضرراً للأنسجة أو مرضاً عقلياً لمستعمله.

ويعرف المركز القومي للبحوث الجنائية بمصر التعاطي بأنه "استخدام أي عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما، للحصول على تأثير نفسي أو عقلي معين"(زيور،١٩٦٤).

ويعرف المكي(١٩٨١: ٣٢٢) تعاطي المخدرات بأنه" رغبة غير طبيعية يُظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف إرادياً أو عن طريق المصادفة على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة وتسبب حالة من الإدمان تضر بالفرد والمجتمع جسمياً ونفسياً واجتماعيا".

أنماط التعاطي:

تعاطي المخدرات يتبع تقسيمات معينة تقوم على نوع المادة ودرجات تواتر تعاطيها وقد قسمها كتاب المخدرات والعقاقير المخدرة (١٩٨٥) إلى الأنماط التالية:

أ- التعاطي التجريبي:Experimental Use

إن الإقدام على تجريب المخدر للمرة الأولى ليس له علاقة بنوع المخدر أو خواصه وإنما تشير الدراسات التي أجريت عن أسباب تعاطي المخدر للمرة الأولى إلى أن السبب وراء ذلك مردهُ الفضول وإلحاح الرفاق أما توافر المخدر والظروف المأمونة المناسبة لتعاطيه فإنها عوامل وإن كانت لازمة فإنها غير كافية لتعاطي المخدر للمرة الأولى، والتعاطي التجريبي يعتبر أقل أنماط التعاطي ضرراً ،فهو لا يؤدي إلى الاعتماد النفسي أو الجسمي،فالمجرب عادةً عندما يشبع فضوله ويجاري رفاقه قد يجد أن آثار المخدر ليست ذات قيمة .ويحدث إجمالاً من مرة إلى ثلاث مرات.

ب- التعاطي العرضي (الوقتي):Asual or Occasional

وفي هذا يكون التعاطي على أساس عرضي (وقتي) فلا يتناول المخدر إلا في حالة توفره بسهولة ويتم التعاطي في إطار اجتماعي ويكون عادة عفوياً أكثر منه مُدبراً واحتمال الاعتماد أكبر من التجريبي خاصة في المخدرات ذات الإدمان السريع

كالـهيروين ويحـدث عـادةً مـرة أو مرتيـن فـي الشـهر،والمتعـاطون لا يعتـبرون تعـاطي المخدرات أمراً ذا أهمية كبيرة إذا قورن بتجارب وأنشطة أخرى.

ج- التعاطي المنتظم :Regular Use

وهذا التعاطي يحدث مرة أو عدة مرات في الأسبوع ليس للتسلية أو التجريب وإنما لشعور صاحبه بالضيق والضجر لعدم تعاطيـه (التبعيـة النفسـية) فيبـذل المتعـاطي جـهداً خاصاً في طلبه.

والأسباب في هذا النوع من التعاطي تكون أكثر تنوعاً والتصاقاً بشخصية المتعـاطي مـن الأنماط السابقة وأكثر اتصالاً بالمفعول العقاقيري للمخدر.

د- التعاطي الكثيف أو القهري:Heavy or Compulsive Use

ويتميز هذا النمط بالتعاطي اليومـي وبكميـات كبـيرة وبصـورة متكـررة فـي فـترات متقاربة. وتعتبر درجة سيطرة المخـدر علـى حيـاة الفـرد العـامل الأساسـي فـي التعـاطي القهري.

فعندما يصرف الجانب الأكبر من وقت الفرد وتفكيره وطاقته إلى الحصول على المخدر وتناولـه وكيفيـة الحصـول علـى الجرعـة التاليـة مـع الاقتصـار تقريبـاً علـى مرافقـة مـن يتعاطونه واستمرار ملازمتهم،فإن التعاطي عندئذ يعتبر قهرياً ويكون الفـرد حينـها تابعـا نفسياً للمخدر، ويظهر هذا النوع عادةً في متعاطي الافيونات.

مفهوم الإدمان :

كلمة إدمان تعني ميل معتاد للقيام بفعل ما، ويشير هذا اللفظ إلى التكريس والالتزام، كما يستخدم للدلالة على المداومة والاستمرار على عمل شئ معين مثلاً كالإدمان على مشاهدة التلفاز. بينما ارتبط لفظ الإدمان اليوم بالمخدرات فأصبح يعني أن يكون المرء مستعبداً للمخدرات أو الكحوليات (الصالح وإسماعيل،١٩٩٤).

وقد وصفت منظمة الصحة العالمية(WHO) الإدمان في عام ١٩٥٠م بأنه"حالة مؤقتة أو مزمنة من السكر الضار بالفرد والمجتمع تترتب على التعاطي المتكرر لعقار- طبيعي أو مركب- وتتضمن خصائصه رغبة أو حاجة قهرية لمواصلة تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة من الوسائل، ورغبة في زيادة الجرعة،وهو اعتماد نفسي،وبعض الأحيان جسمي على آثر العقار" .(سوين،١٩٧٩: ٥٢٣-٥٢٤)

وقد أعادت المنظمة صياغته في١٩٥٢م ثم أعادت صياغته عام ١٩٥٧م حيث تشير إلى الإدمان كحالة من التسمم المزمن Intoxication أو النوابي Periodic يحدثها أحد المواد. وحيث تكون هناك رغبة قهرية لتعاطي هذه المادة وميل إلى زيادة الجرعة واعتياد نفسي،وكذلك اعتياد بدني في الأغلب وحدوث آثار ضارة بالفرد والمجتمع.(الصالح وإسماعيل،١٩٩٤)

ومع بداية عام ١٩٧٧م بدأ استخدام مصطلحي الإدمان ADDICTION والاعتياد Habituation يقل تدريجياً،واصبح المصطلح الشائع هو"سوء استعمال العقار" Substance Abuse ويلخص المرزوقي وآخرون(١٩٩٥) ابرز مضامين هذا المصطلح فيما يلي:

١- العقار عبارة عن أية مادة يؤدي تعاطيها إلى تغير بعض أو كل وظائف الكائن الحي.

٢- سوء استعمال العقار هو عبارة عن مغالاة مؤقتة أو مزمنة في تعاطي عقار أو أكثر وتتعارض مع ما هو مقبول طبيا.

٣- الاعتماد على عقار أو أكثر هو عبارة عن حالة نفسية وأحياناً جسمية تنجم عن تفاعل الكائن الحي والعقار، وتتسم بأنماط سلوك واستجابات،وتشمل دائما ًميلاً قاهراً لتعاطي العقار باستمرار ومن الدلائل المهمة التي تشير لوجود اعتماد جسدي على العقار ما يلي :

أ- الإحساس الذاتي بنزعة شديدة للتعاطي وذلك عندما يحاول الإقلاع أو التخفيف من التعاطي.

ب- وجود رغبة في الإقلاع مع استمراره في التعاطي.

ج- وجود تكيف عصبي ينعكس في قدرة الجسم على تحمل كميات العقار المتصاعدة.

د- ظهور أعراض الانسحاب في حالة الامتناع عن التعاطي كاشتهاء المخدر والارتعاش وتقلصات الأمعاء والإسهال .

هـ- إعطاء الأولوية في حياته للبحث عن العقار بأية وسيلة كانت.

وتعتبر أعراض الاعتماد حقيقة علمية لا جدال فيها إلا من ناحية تحديد ما إذا كانت أعراضاً نفسية بحتة أو الاثنين معاً ، ويبدو من الصعب حسم هذه الأمور،بسبب تعدد مواد الاعتماد وتباين شخصيات المدمنين إلا أن الأرجح هو وجود النوعين من الأعراض وتفاعلهما معاً بصورة دينامية لتكوين شخصية الإنسان المدمن.

نظريات الإدمان:

عند مناقشة أسباب الإدمان ، ينبغي أن ندخل في الاعتبار إن أية مشكلة ليست في الاغلب وليدة سبب واحد فقط ،وإنما تتدخل عادة مجموعة من العوامل لتسهم في إحداث المشكلة. وبالنسبة للإدمان فإن هذه العوامل قد تعزى إلى داخل الفرد نفسه، وإلى البيئة التي يعيش فيها. ويبدو ان هذه العوامل تتفاعل معاً بحيث أن كلاً منها يعمل على تدعيم الآخر وتعزيزه، وأن تأثير هذه العوامل يتباين من شخص لأخر. وقد قامت عدة نظريات نفسية واجتماعية لتفسير الإدمان وفق مفاهيم النظرية وسوف يتطرق الباحث لأبرزها.

أولاً نظرية التحليل النفسي :

عندما يطرح التحليل النفسي مشكلة الإدمان إنما يطرحها كما يطرح غيرها من مشكلات السلوك الإنساني السوي منه والمرضي ، على أساس أن لكل سلوك سبب، وأنه يخضع لحتمية معينة تكمن في التفاعل بين الفرد وبيئته. كما إن للسلوك دلالة ومعنى يتبين من خلاله تكوين الفرد وبناء شخصيته، كما إن له وظيفة تحقق للفرد إشباعاً معينا وخفضاً لقلقه وتوتراته . فالتحليل النفسي يعتبر المشكلة ليست في المخدر وإنما في الدافع إلى استعماله، ويرى بأن نوع المخدر ليس في المقام الأول من الأهمية وإنما الأكثر أهمية هو تحريف إدراك الواقع الذي تسببه المخدرات ، كما يرى التحليل النفسي إن الاستعداد لتعاطي المخدر موجود قبل خبرة التخدير. (المغربي،١٩٨٦)

وفي تفسير مشكلة الإدمان يشير التحليليون إلى أن الإدمان راجع إلى التثبيت Fixation على المرحلة الفمية Oral stage وأن المدمن يعاني من إحساس بالحرمان في طفولته حيث ظهر عند تحليل المدمنين بأن معظمهم قد توقف نموهم النفسي الجنسي أو نكص إلى مراحل طفلية أو بدائية بسبب الفشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه (الصالح وإسماعيل ،١٩٩٤).

ونتيجة لهذا الفشل فإن الطفل يفقد القدرة على ادراك وتعلم أن جميع حاجاته لا يمكن إشباعها في الواقع ويرى في الآخرين وسائط إشباع لهذه الحاجات . ونتيجة لتوقف النمو النفسي الجنسي تأخذ الحاجات والرغبات الفمية المقام الأول من النشاط ،كما تصبح اللذائذ الجنسية التناسلية بعيدة عن الاهتمام . ولكون الواقع لا يسمح بإشباع تلك الحاجات على المستوى الفمي، فإن ذلك يسبب الإحباط ومن ثم يستجيب الشخص لهذا الإحباط بعدوان يتجه غالباً نحو الوالدين وخاصة الأم ، كما قد يرتد هذا العدوان نحو الذات

متضمناً الرغبات التدميرية لحياة الشخص حيث يتجه لتعاطي المخدر كنوع من العقاب يوقعه المدمن على نفسه جزاء له على مشاعره العدوانية.

وتعاطي المخدر يقوم من وجهة النظر التحليلية بعدد من الوظائف ، فالشعور بالإحباط يقل بالنشوة والشعور بالاستمتاع الناتج عن تحريف الواقع الذي تحدثه التأثيرات الفارماكولوجية للمخدر ، ولما كان تعاطي المخدر عدواناً على محرمات دينية وقانونية تسبب الإثم ولما كانت نتائج استخدام المخدر ضارة بالفرد من جميع النواحي فإن باستخدامه يدمر الفرد نفسه ويكفر عن مشاعر الإثم في نفس الوقت، ويرى المحللون النفسيون أن المدمن لا يشعر فقط بالاحباط والعدوان وإنما يعاني أيضاً من الاكتئاب الذي يحاول التخلص منه بتعاطي المخدر.(المغربي،١٩٨٦)

ثانياً النظرية السلوكية :

الإدمان وفقاً لأصحاب النظرية السلوكية ليس ناتجاً عن مشاعر الحرمان ودوافع لاشعورية من الكراهية والعدوان ، وإنما يفسر من خلال دافع خفض التوتر والقلق الذي يعاني منه الشخص في حياته اليومية فبناء على قوانين التعزيز فإن خفض التوتر والقلق الناتج من تعاطي المخدر يعتبر بمثابة نتيجة تعزيزية تتكرر باستمرار كلما شعر الشخص بالتوتر والقلق إلى أن يصل لمرحلة لا يهمه فيها عما إذا كان المخدر يحدث حالة سيكولوجية من الانشراح لتخفيف التوتر أو لا وإنما يهمه فعلاً إعادة التوازن لحالته الفسيولوجية نتيجة اعتماده الجسمي على المخدر.

وهناك تفسير آخر هو نوع من التعديل لمبدأ خفض التوتر، يتلخص في أن من يتعاطون المخدر إنما تنقصهم الثقة بالنفس ويشعرون بعدم الأمن، ومن ثم فإنهم يلجأون للمخدر ليس بهدف خفض التوتر، وإنما لحماية انفسهم من مشاعر العجز والنقص وعدم الكفاية. وبهذا فان تعاطي المخدر يجعلهم يشعرون بسيطرتهم على الموقف وبقدرتهم على مواجهة مطالب الحياة المختلفة.(الصالح واسماعيل،١٩٩٤)

ومما تقدم يتضح لنا أن النظرية السلوكية ترى بأن تعاطي المخدر يعتبر حلاً لبعض مشكلات النضج الجالبة للتوتر والقلق ، فاستخدام المخدر بمثابة نوع من الاستجابة المتعلمة للتعامل مع المشكلات التي تواجه الفرد سواء كان قصده منها التخفيف من القلق والتوتر أو كان قصده حماية نفسه من مشاعر العجز والنقص، فهي تعتبره سلوك متعلم يتم تدعيمه من خلال التخفيف من حدة ما يعانيه الشخص من متاعب وصراعات نفسية.

ثالثاً النظرية الاجتماعية :

يفسر علماء الاجتماع ظاهرة الإدمان على أساس أنها رغبة الإنسان الكامنة في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم ، تدفعه هاتان الرغبتان للاتجاه لأي طريق يحققهما. فهم يرون أن تعاطي المخدر ما هو إلا نوع من الحيل الاجتماعية تمثل سلوكاً لا شعورياً تتمثل في أداء سلسلة من الخطوات غير السوية المعقدة لتحقيق المتعاطي لرغبته. وبذلك تفسر ظاهرة الإدمان من الناحية الاجتماعية ليس على أساس كونها مرضاً أو علة نفسية ، بل على أساس حيلة أو خدعة اجتماعية.(منصور،١٩٨٦) ويصنف علماء الاجتماع المدمنين وفق هذه النظرية ومن خلال الحيل والخدع الاجتماعية المستخدمة إلى ثلاثة أنواع :

١- المدمن المتحدي : وهو الذي يضع نفسه في موقف يسمح للآخرين بالسخط عليه وعلى تصرفاته، ويتلذذ هو لهذا العقاب، وبتعاطيه يشعر بنفسه أنه يتحداهم، ولسان حاله يقول :(امنعوني إن استطعتم، فأنا أقوى منكم ولن تستطيعوا منعي مهما فعلتم). والهدف من السلوك العدواني الذي يتبعه المدمن، هو دفع من حوله إلى الغضب الشديد منه، بحيث يبدو على سلوك الآخرين قلة الحيلة لإخفاقهم في كف سلوك التعاطي عنه. فسلوك المدمن هنا يمثل نوعاً من العدوانية والانتقام ، وهذا في حد ذاته يعتبره مكسباً له.

٢- المدمن الذي يستجدي العطف : وهو الشخص الذي يشعر بأنه لا يحصل على الرعاية والاهتمام من المحيطين به، فيقوم بتدمير صحته وذلك بتعاطيه المخدر، حتى يكسب عطف الآخرين وعنايتهم به وإيوائهم له.

٣- المدمن المتفاني : وهو الشخص الذي يلجأ للتعاطي حتى ينتقص من قيمته الاجتماعية ومقدرته الجسدية ، لكي لا يشعر شريكته بنقص موجود بها ، ظناً من أنه بهذا الأسلوب يرضي الطرف الآخر.(عرموش،١٩٩٣)

ومما سبق من خلال عرض الخطوط العريضة للنظرية الاجتماعية ، يتبين لنا أن هذه النظرية لم توضح السبب أو الدافع للإدمان وإنما قامت بتفسير الإدمان بعد وقوعه . لذلك عندما درس العلماء هذه النظرية، قالوا إنها تدرس علاقة المدمن بالآخرين بعد حدوث الإدمان، ولكنها لا تفسر لنا سبب الإدمان (غباري،١٩٩١) .

واضافة لما سبق ذكره من نظريات للإدمان فإن هناك العديد من التفسيرات التي تبحث عن الإدمان وعلته فهناك من يفسره على أساس فسيولوجي والمتعلق بحاجة الجسم عند الشخص المدمن . وهناك من يفسره من ناحية بيولوجية من حيث عمل الموصلات الكيميائية الموجودة في المخ وكيفية تنبيه الخلية العصبية وهناك أيضاً من يفسره على

أساس أيكيولوجي أي الربط بين البيئة المكانية وتعاطي المخدر، وهناك من ينحو منحى اجتماعي في تفسيره فيرده إلى الظروف والاتجاهات الاجتماعية ، كفشل عملية التطبيع الاجتماعي والصراع مع القيم والفشل في الأدوار الاجتماعية والقبول الاجتماعي للمخدر وظروف الأسرة والرفاق وظروف العمل وغيرها من العوامل الاجتماعية .

ويرى الباحث رغم ما قدمته النظريات السابقة وغيرها من النظريات والتفسيرات التي درست الإدمان واهتمت به ، من توضيح لأسبابه وعلله الظاهرة من وجهة منظريها ، إلا أننا لا نستطيع فهم ظاهرة الإدمان من خلال نظرية بعينها ، فالإدمان مشكلة متشابكة فهو نتاج عوامل متعددة منها : اقتصادية ، نفسية ، اجتماعية ، وظيفية ، عضوية وفارماكولوجيه ، هذه العوامل وغيرها لا تستطيع أي نظرية لوحدها أن تفسر لنا تداخلها بظاهرة الإدمان .وعلى ضوء ذلك يرى الباحث أن غالبية تفسيرات الإدمان يكمل بعضها بعضاً ، فلا نستطيع فهم الإدمان عن طريق نظرية واحدة فقط . ويتفق الباحث مع ما ذكره عبد السلام(١٩٧٧:٨٢) "من المهم أن نتدبر عادة الإدمان كما هي بغض النظر عن السبب الذي من أجله يبدأ الفرد هذه العادة " إننا نركز على السببية رغم صعوبات تحديد السبب .

موقف الشرع الإسلامي من المخدرات

إذا كانت الخمر قد حرمت بجميع أنواعها وأشكالها وأصنافها بالنصوص القاطعة بالقرآن الكريم والسنة المطهرة والإجماع لعلة الاسكار ومخالطة العقل وستره وغيبته . فأن تحريم المخدرات أشد واعظم فهي تشمل عناصر الموبقات التي تواجه بالتحريم الشرعي ، فهي مفسدة للدين والعقل والنسل والنفس والمال . أي الضرورات الخمس . فأضرارها ومفاسدها على دين وعقل الفرد وشخصية ومجتمعه لا تخطئها العين ولا ينكرها إلا جاحد .

فالمخدرات كالخمر لأن كل منهما يخامر العقل ويحجبه ، والعقل هو أساس مناط التكاليف والإنسان هو وحده المكلف بالتكاليف الشرعية فإن طرأ على عقله شيء بسبب مرض كالجنون أو الغيبوبة بدون فعل منه فإن الشرع لا يؤاخذه على ما يصدر منه من أذى أثناء ذلك . ولكن الشرع يؤاخذه على ما صدر عنه أثناء ذلك إذا كان قد تعاطى ما أدى إلى غياب عقله ، وهو ما يعرف عادة بالاسكار ، والمعروف أن السكر هو نقيض الصحوة ومن أجل ذلك ورد تحريم الخمر في القرآن الكريم .(موسى وآخرون،١٤١٠)

والمخدرات تحرم بالإجماع لدى علماء المسلمين . فهناك قاعدة عند المحدثين والأصوليين ومفادها بأنه إذا ورد النهي عن شيئين ثم نص على حكم النهي عن أحدهما من حرمة أو غيرها ، أعطي الآخر ذلك الحكم . وفي حديث أخرجه أبي داؤد في سننه كتاب الأشربة ، باب تحريم الخمر حديث رقم٣٥٤٠ " نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مُسكر ومفتِّر " ففي الحديث اقترن المسكر والمفتر في الذكر والنهي ، وذكر المفتر مقترناً بالمسكر ، ولكون تحريم المسكر تقرر بالإسلام في الكتاب والسنة والإجماع ، فيجب أن يعطى المفتر حكمه بقرينة النهي عنهما مقترنين . وقال العلماء بتفسيرهم للمفتر بأنه كل ما يورث الفتور والخدر في الإطراف.

وحكى القرافي وابن تيمية الإجماع على تحريم الحشيشة . وذكر الماوردي أن النبات الذي فيه شدة مطربة يجب فيه الحد . (الكيلاني،١٤١٠)

وتحرم المخدرات بالقياس على الخمر بجامع الاسكار فكلاهما يؤدي إلى الاسكار وهو قياس صحيح وصريح استوى فيه الأصل والفرع من كل وجهة ومن ثم وجب الحكم بالتسوية بين أنواع المسكر فالتفريق بين نوع وآخر تفريق بين متماثلين من جميع الوجوه. (عبداللطيف،١٤١٢)

وعلة تحريم الخمر في الإسلام هي الاسكار ولكون المخدرات أشد مخامرة للعقل من الخمر نفسها فإن حكمها الشرعي هو التحريم قياساً على الخمر لاتحادهما في علة الحكم

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم في حديث أخرجه الترمذي في الجامع الصحيح كتاب الأشربة ، باب ما جاء في شارب الخمر، حديث رقم ١٨٦١ " كُلُّ مُسكِرٍ خَمْرٌ وكُلُّ مُسكِرٍ حَرَامٌ " .

وفي أعلى درجة من درجات تحريم الخمر أمر الله عز وجل المؤمنين باجتنابها ووصفها بأنها رجس من عمل الشيطان وهو الذي يزين تعاطيها حتى يؤثر على الإنسان أمام خالقه في الدنيا والآخرة قال سبحانه وتعالى:

يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِنَّمَا ٱلْخَمْرُ وَٱلْمَيْسِرُ وَٱلْأَنصَابُ وَٱلْأَزْلَٰمُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ ٱلشَّيْطَٰنِ فَٱجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿٩٠﴾ إِنَّمَا يُرِيدُ ٱلشَّيْطَٰنُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ ٱلْعَدَٰوَةَ وَٱلْبَغْضَآءَ فِى ٱلْخَمْرِ وَٱلْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ ٱللَّهِ وَعَنِ ٱلصَّلَوٰةِ ۖ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ (المائدة: ٩٠، ٩١)

وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم في حديث أورده البيهقي في السنن الكبرى، كتاب الصلح ، باب لاضرر ولاضرار، الجزء السادس ص٦٩ " لا ضرر ولا ضرار " . فإذا طبقنا مضمون هذا الحديث الشريف على المخدرات نجد إن لها من الأضرار الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية ما لا تعد ولا تحصى فهي مفسدة للدين والعقل والنسل والنفس والمال ، وقد اثبت العالم اجمع ضررها وخبر مخاطرها وأضرارها ، مما جعله يحرمها دولياً في جميع المجتمعات وفي شتى أرجاء المعمورة .

والمخدرات تجعل من صاحبها شخص منهك القوى ضعيف الجسد عرضة للأمراض وتؤدي به عادة للوفاة والله سبحانه وتعالى في محكم التنزيل يأمرنا بأن لا نلقي أنفسنا بالمهالك وما المخدرات إلا إحداها قال سبحانه في محكم التنزيل:

{ وَأَنفِقُواْ فِى سَبِيلِ ٱللَّهِ وَلَا تُلْقُواْ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ ۛ وَأَحْسِنُوٓاْ ۛ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلْمُحْسِنِينَ } (البقرة:١٩٥)

وهي إضافة لمخاطرها الجسمية والنفسية والاجتاعية فهي مضيعة للمال وتبذير له واسرافا فيه وإهدار لأنعم الله التي ائتمننا عليها ، وسائلنا عنها يوم القيامة قال تعالى

{ إِنَّ ٱلْمُبَذِّرِينَ كَانُوٓاْ إِخْوَٰنَ ٱلشَّيَٰطِينِ ۖ وَكَانَ ٱلشَّيْطَٰنُ لِرَبِّهِۦ كَفُورًا } (الأسراء:٢٧).

مشكلة المخدرات على الصعيد العالمي:

يتطرق الباحث في دراسته عن حجم مشكلة المخدرات عالمياً إلى ما جاء في وثائق منظمة الأمم المتحدة.

ففي الوثيقة رقم(E/Cn-7/1990/CRP8) والصادرة في عام ١٩٩٠م بلغت مضبوطات الحشيش في العالم عام ١٩٨٧م(٥٤)ألف طن وبمقارنتها بالمتوسط السنوي في الفترة من ١٩٧٥-١٩٨٦م والذي يبلغ (٩٥٠٠) طن سنوياً نلاحظ الفارق الكبير والمثير للغرابة والذي تضاعف ست مرات.

أما الهيروين فكان معدل الضبط السنوي سبعة أطنان في الفترة من ١٩٧٥-١٩٨٦م وفي عام ١٩٨٨م فقد تضاعفت الكمية أكثر من ثلاث مرات حيث بلغت (٢٣) طنا .

ووصلت كمية الأفيون التي ضبطت على مستوى العالم في عام ١٩٨٨م إلى رقم قياسي لم تصله من قبل حيث بلغت (٩٢) طناً والمعدل السنوي لمضبوطات الأفيون هو (٥٢) طناً للفترة من ١٩٧٥-١٩٨٦م.

أما الامفيتامينات وأشباهها فقد شهد عام ١٩٨٤م أكبر كمية ضبطت وقدرها(٩) أطنان و(٢٠) مليون جرعة ،أما الكمية التي ضبطت عام ١٩٨٨م فقد بلغت أربعة أطنان و(١٦٦) مليون جرعة، ورغم انخفاض الكمية بالأطنان إلا أننا نلاحظ أن كمية الجرعات والتي تقدر بالملايين تضاعفت ست مرات تقريبا.

وإضافة لما سبق فقد تضاعفت كميات المخدرات الأخرى مثل الكوكايين والباربيتورات والمهلوسات بشكل مضطرد .كما أنه يظهر في كل وقت نوع جديد كالكراك والايس وبعض المهلوسات الأخرى التي غزت أسواق الغرب،مما ينبئ بأسوأ الاحتمالات للعالم بأسره ما لم تتضافر الجهود وتتكاتف في سبيل القضاء على هذا الوباء أو على الأقل الإقلال من حجم المشكلة وذلك بين جميع دول العالم قاطبة سواء كانت دول منتجة أو مستهلكة أو دول عبور للمخدر، وحتى الدول التي ليست منتجة أو مستهلكة أصبحت ليست بمنأى عن هذا الخطر.والذي أصبح يتفاقم ويتضاعف سنة بعد سنة، وخاصة في ظل التطور التكنولوجي في مجال الاتصالات والتواصل بين دول العالم ، والذي أصبح العالم في ظله كسكان قرية واحدة .

وإذا أخذنا في الاعتبار أن الكميات السابقة الذكر قد لا تبلغ سوى نسبة ٥%-١٠% من كمية المخدرات المستهلكة، حيث اعتبرت منظمة الشرطة الجنائية (الانتربول) وأجهزة هيئة الأمم المتحدة ذات العلاقة أن كمية المخدرات المضبوطة في أي بلد تبلغ النسبة

السابقة من كمية المخدرات المستهلكة.(عيد،١٩٩٠) فإن هذا يؤكد على أن الحجم المتاح منها للمتعاطين لم يتأثر ، الأمر الذي يشير إلى الحجم الرهيب للإنتاج غير المشروع.
وهذه الزيادة المذهلة في المضبوطات لو أنها في بلدان معينة ومحددة لما أشار إليها الباحث لكونها لا تعتبر دليلاً على زيادة الاستهلاك وانتشار المخدر فقد تكون الزيادة ناتجة عن تطور أساليب الكشف عن الجريمة، أما أن تكون على مستوى بلدان العالم جميعها، فالأمر يختلف فلا يعقل أن تنتشر أساليب الكشف المتطورة وتُدعم أجهزة المكافحة في جميع دول العالم المتقدم منها والنامي بين عشية وضحاها.

وعن العواقب الاقتصادية والاجتماعية لتعاطي المخدرات تشير الوثيقة رقم (E/CN-7/1995/3) والصادرة في عام ١٩٩٥م والتي وزعت على أعضاء لجنة المخدرات في الأمم المتحدة في دورتها الثامنة والثلاثين إلى العديد من النقاط التي تبين خطورة المشكلة على الصعيد العالمي ومنها:

١- تتراوح التقديرات المتحفظة لحجم المبيعات السنوي لصناعة المخدرات غير المشروعة عالمياً ما بين ٤٠٠-٥٠٠ مليار دولار أمريكي وهذا يساوي ما يقارب ١٠-١٣ في المائة من مجموع التجارة الدولية، وهو أكثر من التجارة الدولية في (الأغذية والحيوانات الحية والمشروبات والتبغ)، والتي تقدر بـ ٩% من التجارة الدولية.

٢- يبدو أن ظاهرة تعاطي المخدرات أكثر تواتراً بين الشباب من الفئة العمرية١٥ -٣٥ وعلى هذا النحو فإنها تشمل أولئك الذين دخلوا أو هم على وشك الدخول في القوى العاملة ولذا فإن استهلاك المخدرات يحد من الفرص المتاحة للدخول أو البقاء في قوة العمل.

٣- ازداد استعمال العقاقير المخدرة غير المشروعة على النطاق العالمي ازدياداً واضحاً في الثمانينات والتسعينات ومن المحتمل أن يستمر هذا الاتجاه التصاعدي لفترة من الوقت.

٤- قُدر مجموع التكاليف الاقتصادية المترتبة على تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة بنحو ٧٦ مليار دولار في عام ١٩٩١م بعد أن كان ٤٤ مليار في عام ١٩٨٥م.

٥- التكاليف الصحية لمدمن المخدرات تتجاوز بنحو ٨٠% التكاليف الصحية للمواطن العادي (والباحث هنا يثمن الدور الكبير الذي تتحمله الدولة في سبيل علاج المدمنين

والذي قامت في سبيله بإنشاء أربعة مستشفيات متخصصة لعلاج الإدمان بالمجان رغم التكاليف الباهظة التي تتحملها من أجل ذلك).

٦- بلغت التقديرات المتعلقة بالوفيات ذات الصلة بالمخدرات بين متناولي المخدرات بالحقن ٢٠٠,٠٠٠مائتي ألف حالة سنويا.

٧- أثبتت الدراسات التي أجراها معهد الأمم المتحدة لبحوث البيئة الاجتماعية في بعض الدول الأعضاء ما يلي :

أ- أن الترابط بين تعاطي المخدرات غير المشروعة وتفكك الأسرة أشد بكثير من الترابط بينه والفقر.

ب- أدى استخدام المخدرات في المناطق التي كانت الأسرة فيها تمارس النفوذ الاجتماعي إلى انهيار هذا النفوذ.

ج- أن التوسع الحضاري والتغير الثقافي السريع وانهيار الترابط الأسري أدى إلى زيادة تعاطي المخدرات.

وفي أمريكا يذكر بلوم وآخرون (Blume, et al 1994) الحقائق التالية عن مدى انتشار وحجم الظاهرة:

١- أصبحت عادة تجريب وإستعمال المواد المخدرة قاعدة سلوكية أساسية وذلك في جميع المجموعات العمرية المراهقة.

٢- رغم التحذيرات والتوعية المستمرة التي تصدر من الأسرة والمحيط الاجتماعي للمراهقين بخطر المواد المخدرة إلا أن نسبة كبيرة منهم تقع في هذه المصيدة.

٣- في معظم الحالات إن لم تكن كلها تكون مشكلة استعمال المخدر دلالة لعدد من المشاكل النفسية والاجتماعية والعامة الآخرى.

حجم المشكلة في المملكة العربية السعودية:

يقاس رقي أي مجتمع بمدى قدرته على تكميم وحصر ظواهره السالبة ، ومن المعروف أن الظواهر السلبية في أي مجتمع تكون صعبة الحصر لأنها في الغالب لا تظهر علناً خشية القوانين والأعراف، وتعاطي المخدرات وسوء استعمالها من ضمن تلك الظواهر السلبية بل هو أخطرها على الفرد والمجتمع. لذلك فإن تحديد حجمها صعب في كل زمان ومكان(المرزوقي وآخرون،١٩٩٥). وظاهرة تعاطي المخدرات في المملكة ظاهرة حديثة لم تبرز كظاهرة إلا في العقدين الأخيرين. فلقد كانت المملكة خلال العقود الثلاثة الأولى من تاريخها كدولة ذات سيادة خالية من وجود مشكلة المخدرات وهذا حكم يتفق عليه جميع الباحثين (آل سعود،١٩٨٨). وقد كان المخدر الوحيد السائد هو القات في أطراف المملكة الجنوبية الغربية وذلك لطبيعة زراعته (الميمان،١٩٨٧). والمملكة الآن ليست بلداً زارعاً أو منتجاً أو مصنعاً للمخدرات(العواجي،١٩٨٧).

ورغم ذلك فهي لم تسلم من ظاهرة المخدرات. فالمملكة جزء لا يتجزأ من هذا العالم تتأثر به وتتفاعل معه خاصة بعد أصبح كالقرية الصغيرة بفضل التطور التكنولوجي في شتى المجالات. والمملكة تتميز بعدد من الخصائص كموقعها الجغرافي وحدودها المترامية الأطراف،وكثرة الدول المشتركة معها في الحدود ووجود الأماكن المقدسة والتي تستقبل مئات الألوف سنوياً لأداء مناسك الحج أو العمرة ،إضافة إلى كونها دولة مفتوحة للعديد من الجنسيات التي قدمت مع انطلاق التنمية النفطية في السبعينات الميلادية وما أحدثته من تغير اجتماعي واقتصادي سريع على المجتمع، كل تلك الخصائص أو العوامل جعلت من المملكة دولة مستهدفة لترويج ونشر المخدرات.

وتكشف الإحصاءات المتتابعة والتي تصدر من المصدر الأساسي للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في المملكة وهي (الإدارة العامة لمكافحة المخدرات) عن وجود أيد خفية تحاول تهريب كافة أنواع المخدرات. حيث بلغ عدد القضايا التي ضبطت في عام ١٤١٦هـ (٧٤٧٤) قضية مخدرات بزيادة قدرها (١٧١)عن عام ١٤١٥هـ وتشمل (١٠٦٨٥) متهماً بزيادة قدرها (٣٥٧) متهماً عن عام ١٤١٥ هـ.

ويركز الباحث في دراسته عن حجم المشكلة محليا على المخدرات موضوع الدراسة لكونها هي الأكثر انتشارا وبدورها تعكس حجم المشكلة محليا وهي لعام ١٤١٦هـ كما يلي :-

١- بلغت قضايا الكبتاجون (٢٥٤٩) قضية بها (٣٩٦٢) متهماً بنسبة ٣٤,١%من مجموع القضايا ونسبة٣٧,١%من مجموع المتهمين،والكمية المضبوطة تقريبا(٣,٨٨٢,٧٣٠)حبة – تنقص عن العام السابق بمقدار(٢,٦٨٨,٩٢٤) حبة – ويحتل المركز الأول في عدد القضايا والمتهمين.

٢- بلغت قضايا الهيروين (١٨٣٣) قضية بها (٢٨٢٢) متهماً بنسبة ٢٤,٥% من مجموع القضايا ونسبة ٢٦,٤% من عدد المتهمين، والكمية المضبوطة تقدر بـ (٤٨٣) كيلو غراماً بزيادة عن العام السابق بمقدار(١٥٩) كيلو غرام، ويحتل المركز الثاني في عدد القضايا والمتهمين.

٣- بلغت قضايا الحشيش (١١١٩) قضية شاملة (١٩٩١) متهماً بنسبة ١٥% من مجموع القضايا ونسبة ١٨,٦% من مجموع المتهمين، والكمية المضبوطة يقدر وزنها بـ (٣٥٣١) كيلو غرام بزيادة عن العام السابق بمقدار (١٧٢١) كيلو غرام، ويحتل المركز الثالث في عدد القضايا والمتهمين.

وبهذا تكون مجموع نسب قضايا المخدرات (موضوع الدراسة) لعام ١٤١٦هـ ٧٣,٦% من مجموع القضايا في المملكة، ونسبة المتهمين ٨٢,١% من إجمالي أعداد المتهمين في المملكة. وتأتي منطقة مكة المكرمة (والتي من ضمنها مدينة جدة مكان الدراسة)أكثر المناطق نصيباً في القضايا حيث بلغت(٢٤٦٧) قضية بنسبة ٣٣% من أجمالي القضايا في المملكة ، ثم تليها منطقة الرياض ثم المنطقة الشرقية. ومن حيث أعداد المتهمين تأتي منطقة مكة المكرمة أيضاً في المقدمة حيث بلغ عدد المتهمين (٤٠٣٣) متهماً بنسبة ٣٧,٧% من إجمالي أعداد المتهمين في المملكة ثم تأتي منطقة الرياض بعد ذلك ثم المنطقة الشرقية (الكتاب الإحصائي،١٤١٦هـ).

وكما ذكر الباحث في حجم المشكلة عالمياً، فإن كمية المخدرات ليس دليلاً مؤكداً على انتشار المشكلة وكمية الاستهلاك ، رغم أهميته واستخدام غالبية البحوث العربية له. ولكن الذي يكشف المشكلة وحجم الاستهلاك بشكل أوضح من وجهة نظر الباحث هو أعداد المتعاطين المقبوض عليهم بتهمة تعاطي واستعمال المخدرات.

حيث توضح إحصاءات عام ١٤١٦هـ أن عدد قضايا الاستعمال بلغت (٤٠٨٧) قضية تم ضبط(٦٠١٥)متهماً فيها، من بينهم (٥٣٨٦) مواطناً بنسبة ٨٩,٥% من مجموع المتعاطين. وبمقارنتها بإحصائية عام ١٤١٥هـ نجد أن قضايا الاستعمال بلغ عددها(٤٣٧٥) قضية تم ضبط (٦١١٩) متهماً فيها، بلغ عدد المواطنين منهم (٤٨٣٩) متهما.

ورغم النقص الحاصل في القضايا والمتهمين عن عام ١٤١٥هـ إلا أننا نلاحظ زيادة أعداد المتهمين من المواطنين بالتعاطي،حيث بلغت الزيادة (٥٤٧) متهما أي بما نسبته ١٠%.

وأمام هذه الزيادة المطردة فإن حكومة المملكة لم تآل جهدا في سبيل مكافحتها ومحاربتها، فقد دعمت أجهزة المكافحة ماديا ومعنويا وقامت بحملات توعية على مختلف الأصعدة وأنشأت المستشفيات الخاصة بعلاج الإدمان مجانا رغم تكلفة العلاج الباهظة. وسنت الأنظمة الشديدة التي تقطع دابر مهربيها ومروجيها . ورغم ذلك لازال الخطر بين ظهرانينا ، ومنبع الخطورة في هذه المشكلة أنها لا تقتصر على الفرد المدمن فقط بل تتعداه إلى المجتمع كافة. قال تعالى: { وَٱتَّقُواْ فِتْنَةً لَّا تُصِيبَنَّ ٱلَّذِينَ ظَلَمُواْ مِنكُمْ خَآصَّةً } (الأنفال،٢٥) فما لم يتعاون المواطن مع رجال الأمن فإن هذه المشكلة سوف تستمر وخطرها سوف يزداد، قال تعالى:{ وَٱلْمُؤْمِنُونَ وَٱلْمُؤْمِنَٰتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَآءُ بَعْضٍ ۚ يَأْمُرُونَ بِٱلْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ ٱلْمُنكَرِ } (التوبة،٧١) وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم في حديث اورده البخاري في صحيحه في كتاب الشركة،باب هل يقرع في القسمة ، حديث رقم ١١٣٥: {مثل القائم في حدود الله والواقع فيها كمثل قوم استهموا على سفينة فصار بعضهم أعلاها وبعضهم أسفلها إذا استقوا مروا على من فوقهم فقالوا: لو خرقنا في نصيبنا خرقا ولم نؤذ من فوقنا، فإن تركوهم وما أرادوا هلكوا جميعا، وإن أخذوا على أيديهم نجوا ونجو جميعا} .

المخدرات(موضوع الدراسة) وآثارها النفسية والعضوية

١- الهيروين HEROINE :

يتم تحضيره من المورفين الذي يشتق بدوره من الأفيون والذي يستخلص من زهرة نبات الخشخاش، وهو يعتبر من المخدرات ذات التأثير المهبط على الجهاز العصبي.والاسم العلمي له الدياستيلمورفين(Diacetyl Morphin) وقد اكتشفه العالم الألماني Dank- Wartt في عام ١٨٩٠م وذلك بعد تسخينه للمورفين مع كلوريد الاستيل، ومن ثم قامت شركة باير الألمانية عام ١٨٩٨م بإنتاجه تجارياً تحت اسم الهيروين Heroine (عباس،١٩٨٩)

ويعتبر الهيروين أكثر المخدرات فعالية وتأثيراً حيث تصل فاعليته من ٥-٦ أمثال فاعلية المورفين.وهو عبارة عن مسحوق يتفاوت لونه ما بين الأبيض الناصع(وهو أنقى أنواعه) واللون البني، ولا يستخدم الهيروين طبياً إلا في علاج المدمنين في بريطانيا فقط وفي تخفيف الآم مرضى السرطان الميؤوس من شفائهم (المخدرات والعقاقير،١٩٨٥م). وهناك شبه إجماع على حذفه من جميع دساتير الأدوية لخطورته(منصور،١٩٨٩).

والهيروين ذو اللون البني هو الأكثر انتشاراً في المملكة، ويتم تحضيره في باكستان وأفغانستان والهند، ويستخدم الهيروين عن طريق الاستنشاق أو بالحقن في الجلد أو الوريد، كما أن هناك طريقة شائعة في المملكة للمستخدمين المبتدئين وهي عن طريق التدخين وذلك بوضعه على قطعة من القصدير ثم يحمى عليه من أسفل فيتطاير الدخان الذي يسحبه المتعاطي بماصة من الورق تشبه ماصة العصير والحليب الموجود في الأسواق.

ويعتبر الهيروين أشد العقاقير التي يتناولها متعاطي المخدرات تسبيباً للإدمان، وتكفي في الغالب حقنتان أو ثلاث متتاليات في جعل الشخص معتمداً عليها اعتماداً نفسيا وجسمياً، وهذا هو السبب الرئيسي وراء طلب منظمة الصحة العالمية(WOH) تحريم تصنيعه واستعماله (البار،١٩٨٨).

ومن خصائص الاعتماد النفسي للهيروين الاندفاع باستمرار نحو التعاطي والسعي للحصول على المخدر بأية طريقة كانت ، فهم المتعاطي الوحيد هو تأمين الهيروين قبل أي أمر آخر وانشغال التفكير به وبكيفية الحصول عليه مرة أخرى (غباري،١٩٩١).

أما الاعتماد الجسمي فيحدث مبكراً ويتطور نحو الشدة كلما زيدت الجرعة من نفس المادة، والتي تحدث بدورها قدرة تحمل تتطلب الزيادة المستمرة في الجرعة المتعاطاة لإحداث الأثر الأول للتعاطي (عباس،١٩٨٩).

وتبرز آثار الاعتماد الجسمي والنفسي بعد الانقطاع عن الهيروين لمدة ١٢ساعة، حيث تبدأ بتصبب العرق والتثاؤب والعصبية الزائدة والعطاس بعنف وذرف الدموع والتقلص العضلي وسيلان الأنف والارتعاش، وعند زيادة الانقطاع لمدة ١٢ساعة أخرى يضطرب المدمن اضطراباً عنيفاً يصل به لدرجة الجنون، حيث يظهر عليه عدم الاستقرار وكثرة الحركة دون هدف وزيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والعصبية العدوانية والقيء والإسهال والأرق الشديد وسرعة الاستثارة والاكتئاب والرعشة والضعف الجسماني وآلام المفاصل والعضلات.(منصور،١٩٨٦)

ومن الآثار التي لاحظها الباحث – بحكم عمله في مجال مكافحة المخدرات – في المتعاطي حديثاً –أي في غيبوبة التعاطي وخاصة بعد التعاطي مباشرة ولمدة ساعة تقريباً--انطباق الجفن الأعلى في العين على الأسفل بشدة وسيلان الأنف والفم الشديدين واللامبالاة وبطء الحركة والترنح وصعوبة التحدث وتتكيس الرأس إلى باطن الصدر.

ويذكر منصور(١٩٨٦ :١٨٣) بعضاً من الآثار النفسية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي الهيروين حيث يقول" يكون المدمن متمركزاً حول ذاته لا يهتم إلا بملذاته ولا يهتم بمن حوله ولا يخشى العقاب ويصبح بالتالي متبلد الذهن والحواس والانفعالات".

وأورد الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع(DSM VI)علامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفيه بسبب التعاطي الحديث للمواد الافيونية – والهيروين أخطر أنواعها- فمن العلامات النفسية الشعور بالسرور أو الضيق مع التبلد والبطء الحركي، ومن العلامات العصبية الضيق الشديد في حدقتي العين أو اتساعها عند زيادة الجرعة بصورة شديدة. ومن العلامات العصبية أيضاً النعاس وعدم وضوح مقاطع الكلام واضطراب الانتباه والذاكرة. أما السلوكيات الغير تكيفيه فتشمل اضطراب الحكم على الأمور الذي يترتب عليه فشل الشخص في علاقاته الاجتماعية وأدائه الوظيفي (حمودة،١٩٩٦).

والهيروين ثاني أكثر المخدرات انتشاراً في المملكة وذلك حسب آخر الإحصاءات الصادرة من الإدارة العامة لمكافحة المخدرات.

٢- الحشيش:

يستخلص الحشيش من نبات القنب الهندي واسمه العلمي (Cannabis Staive) ،وكلمة حشيش مشتقة من كلمة(شيش) العبرية ومعناها الفرح. ويعرف في الدول العربية بإسم الحشيش أو الكيف وفي أمريكا يعرف بإسم الماريوانا وفي القارة الهندية يعرف بإسم شاراس أو غانجا. وعلى الرغم من أن جميع هذه الأسماء وغيرها كثيراً ما تصف النبات نفسه لكن درجة سميته وتأثيره تختلف باختلاف العوامل الجغرافية وظروف زراعته وتعتمد كذلك على أجزاء النبات التي يتم استعمالها أو التي يتم الاستخلاص منها للمادة الفعالة وهي التتراهيدروكنابيدول.(العليان،١٩٩٦)

وتشير كلمة الحشيش إلى الراتنج المستخرج خصيصاً من النبات أما الماريوانا فتشير إلى الأوراق والقمم المزهرة في النبات نفسه (المخدرات والعقاقير المخدرة،١٩٨٥).

ويمكن تدخين هذا المخدر أو مضغه أو شربه مع الشاي أو أي مشروب آخر إلا أن تدخينه هو الأسلوب الأكثر شيوعاً. ونبات القنب نبات حولي ينمو برياً ومن الممكن زراعته في جميع المناطق المعتدلة والحارة في العالم، ويعتبر من أقدم النباتات غير الغذائية للإنسان فهو مصدر مهم للألياف التي تستخدم في صناعة الحبال.ولازال تصنيف الحشيش فارماكولوجيا موضع خلاف إلا أن الأمم المتحدة في تقرير لها بعنوان (الماريوانا والصحة) صنفت الحشيش تحت المواد المهلوسة (الكاوي،١٩٨٦) .

وتشير هذه الدراسة إلى أن المقصود بالحشيش هو المادة المستخلصة من نبات القنب سواء كانت مادة راتنجية (حشيش) أو أوراق وبذور(ماريوانا) نظراً لكون مصدرهما ومفعولهما واحد.

والصورة العامة لمتعاطي الحشيش أثناء التعاطي والتي أجمعت عليها معظم الدراسات تتسم بإختلاف الإحساس بالزمن والمسافة والاسترخاء واضطراب الإدراك وخاصة في مجال السمع والبصر مما يؤدي إلى سوء تقدير الزمن والأبعاد – وهذا ما يفسر كثرة حوادث السيارات لمتعاطيها – ونقص الحيوية واليقظة وانخفاض في مستوى القدرة على تناول الأفكار الدقيقة والمعاني الواضحة. كما يتسم المتعاطي بوجدان سار قاعدته الشعور الهادي باللذة والنشوة والتعاطف والمسالمة ويتجه في نهاية التخدير إلى حالة من الهبوط ومن ثم النوم (المغربي،١٩٨٤).

وفي دراسة تجريبية قام بها تنكلبيرج وآخرون (Tunklberg.et.al.,1972) ذكرت في (سويف،١٩٨٧،٣٢) تهدف للكشف عن تأثير الحشيش على ثلاث وظائف نفسية هي

الانتباه والذاكرة المباشرة وإدراك الزمن، وقد أعطى الباحثون العقار لخمسة عشر طالبا من المتطوعين وبعد اتخاذ الإجراءات المناسبة لضمان الموضوعية، توصل الباحثون إلى أن الشخص المتعاطي يشعر بمرور الزمن ببطء كما أن الأعمال التي تحتاج لتركيز شديد للانتباه يسود أداؤها إلى حد ما عدم التركيز أما الذاكرة المباشرة فلم تتأثر تأثراً ملحوظاً. وفي دراسة عربية نشرت في عام ١٩٦٤م تبين أن ٧٣% من متعاطي الحشيش يقرون بوجود اختلال في إدراكهم للأبعاد المكانية وأن ٢٨% يقرون بوجود اختلال في إدراكهم نحو البطء (زيور،١٩٦٤).

ويورد الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع(DSM VI) بعض السلوكيات المضطربة المصاحبة للتعاطي، منها الأفكار الاضطهادية ونوبات القلق الحادة واعتقاد الفرد أنه يحتضر أو أنه سوف يصبح مجنوناً، واضطراب الحكم على الأمور مما يؤثر على أدائه الوظيفي والاجتماعي ويصاحب ذلك اختلال الآنية واختلال البيئة(Depersonalization and Derealization)، كما توجد ضلالات اضطهادية تتبع التعاطي مباشرة أو أثناءه ويصاحبها قلق ملحوظ وتقلب انفعالي واختلال الآنية ونسيان النوبة (حمودة،١٩٩٦: ٢١٧). ومن أبرز الأعراض الجسمانية التي تظهر بعد التعاطي مباشرة احتقان العين واحمرارها وعدم الاتزان الحركي وزيادة الشهية للطعام وانخفاض ضغط الدم وزيادة ضربات القلب والتي قد تؤدي إلى هبوطه في الأشخاص المصابين بأمراض القلب (عباس،١٩٨٩).

ولقد بينت النتائج المعملية أن المادة الفعالة في الحشيش(التتراهيدروكابينول) تحدث تخريباً عضوياً في المخ (مبارك،١٩٨٦). وتشير بعض الدراسات إلى أن الاستمرار في تعاطي الحشيش بصورة منتظمة يؤدي إلى حالات من الذهان،حيث تسيطر على المتعاطي هلاوس سمعية وبصرية وحالة من تبعثر الشخصية، كما تسيطر على المدمن بلادة في الذهن والعواطف وضعف التركيز واضطراب الذاكرة ويقل اعتناؤه بمظهره وصحته.

ويذكر المغربي(١٩٨٤) أهم السمات الشخصية المميزة لمتعاطي الحشيش المنتظم ولفترات طويلة بأنها ما يلي:-

أ- انخفاض المستوى الذهني والكفاية العقلية.

ب- الانطواء الاجتماعي.

ج- السلبية وتدهور في مستوى الطموح.

د- الخمول والبلادة والإهمال وعدم الاكتراث وعدم الإحساس بالمسئولية الاجتماعية .

وقد اختلف الباحثون حول ما إذا كان تعاطي الحشيش يؤدي إلى اعتماد نفسي من عدمه. وقد حسم هذا الجدل لجنة الخبراء للاعتماد على المخدرات التابعة لمنظمة الصحة العالمية WHO وغالبية الهيئات الطبية الدولية حيث أشاروا إلى أن الحشيش يسبب الاعتماد النفسي(العليان،١٩٩٦).

٣- الكبتاجون CABTAGON :

هو أحد العقاقير ذات التأثير المشابه لتأثير الامفيتامينات المنشطة فهو من العقاقير ذات الأثر المنشط على الجهاز العصبي واسمه العلمي(الفينتلين) ويصنف ضمن أشباه الامفيتامينات ،والكبتاجون الاسم التجاري له .وقد أدرج في عام ١٩٨٦م على الجدول الثاني المرفق بإتفاقية المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١م، ويصنع هذا العقار في ألمانيا وأوربا الشرقية، ويساء استعماله على نطاق واسع في منطقة شبه الجزيرة العربية والخليج.(عيد،١٩٩٢) والكبتاجون يستخدم في المملكة لأثره المنشط، فعادة ما يستخدمه الطلبة أثناء الامتحانات والسائقون، وهو على شكل أقراص بيضاء صغيرة الحجم محفور بإحدى جهاتها قوسان متداخلان ، وهذا ما جعل المتعاطين يطلقون عليه بالعامية (أبوملف) وهذا أحد أسمائه الشائعة ومن أسمائه الشائعة (الحبوب البيضاء). وتبلغ نسبة قضايا الكبتاجون في المملكة لعام ١٤١٦هـ أعلى نسبة مقارنة بالمخدرات الأخرى، حيث تشغل المرتبة الأولى بنسبة وقدرها٣٤,١% من مجموع القضايا ونسبة ٣٧,١% من مجموع المتهمين . ومن ابرز الأعراض التي لاحظها الباحث – من واقع عمله- على المتعاطي وهو تحت تأثير العقار، جفاف الفم وزيادة إفراز العرق وكثرة الحركة وضعف الشهية والقيام بحركات لا إرادية كاصطكاك الأسنان أو حركات تكرارية كتقطيع شعر الشنب بالأسنان والتدخين بشراهة لمن يدخن .

وعند استعماله بصورة منتظمة تظهر في المتعاطي هلاوس بصرية وسمعية وحسية في صورة دبيب حشرات تحت الجلد والقلق والاكتئاب وضلالات اضطهادية واعتقادات خاطئة وغير منطقية كالشك والريبة ويسلك المتعاطي سلوك عدواني وتبرز ارتعاشات اليدين وتحدث تشنجات صرعية، كما تكثر بين المتعاطين أمراض الأوعية الدموية والقلب،وقد يحدث عطب في المخ (عقيل،١٤٠٧) .

وعند التوقف عن الامفيتامينات أو المواد المماثلة المفعول يورد الدليل الأمريكي الرابعDSM VI بعض من الاضطرابات والتي تحدث خلال ثلاثة أيام من التوقف أو تقليل التعاطي ومنها الاكتئاب والإجهاد واضطراب النوم وزيادة الأحلام لزيادة النوم ذي الحركة السريعة في العين (حمودة،١٩٩٦).

الدراسات السابقة

قام العديد من الباحثين بدراسة مشكلة المخدرات اختلفت هذه الدراسات تبعاً لمتغيراتها والأهداف التي تسعى لتحقيقها. حيث كانت هناك كثير من الدراسات التي تناولت العوامل النفسية والاجتماعية لمتعاطي ومدمني المخدرات وبعضها تناول الخصائص الشخصية للمتعاطي والجوانب النفسية لدى فئات مختلفة من المتعاطين،وعينات ذات متغيرات ديموجرافية مختلفة استخدمت بها مقاييس نفسية متعددة. ورغم وفرة الدراسات التي تطرقت لمشكلة المخدرات إلا أن الباحث لم يعثر على أية دراسة لها نفس الاهتمام الذي تقوم عليه الدراسة الحالية. وسوف يستعرض الباحث عدداً من الدراسات التي تناولت تعاطي المخدرات في علاقته بعدد من المتغيرات ذات العلاقة بالتوافق مثل {الاضطرابات ، العدوانية ، الانطواء، السلبية} وغيرها من المتغيرات ذات العلاقة بالتوافق الشخصي الاجتماعي، وفق التصنيف التالي:

أ- الدراسات المحلية والعربية.

ب- الدراسات الأجنبية.

أ- الدراسات المحلية والعربية:

في دراسة عن ظاهرة تعاطي الحشيش في مصر استخدم المغربي في عام ١٩٦٠م اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه ،واختبار روشاخ ،والفحص الطبي، ودراسة الحالة على عينة مكونة من ٢٢٥فرداً موزعين ما بين متعاطين داخل السجن وخارجه وأسوياء. وقد توصل إلى وجود فروق جوهرية في الهستيريا والانطواء الاجتماعي لصالح المتعاطين في اختبار الشخصية المستخدم، كما وجد أن هناك اتجاه نحو الانحراف السيكوباتي من قبل المتعاطين وأن علاقاتهم تتسم بالانطواء الاجتماعي وعدم المساهمة الإيجابية.(المغربي،١٩٨٤)

وفي دراسة تعتبر من أوائل الدراسات الكبرى في عالمنا العربي، قام المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة بدراسة ظاهرة تعاطي الحشيش في مصر بإشراف زيور(١٩٦٤) بهدف التعرف على العديد من العلاقات بين المتعاطين ومتغيرات مختلفة كثيرة وذلك على مجموعة من المتعاطين يبلغ عددهم ٢٠٤فردا من متعاطي الحشيش بصورة منتظمة وعينة ضابطة عددها ١١٥فردا، وقد توصل الباحثون إلى نتائج مهمة

ومتعددة منها أن أسر المتعاطين يقل فيها الوفاق كما أن آبائهم أقل اهتماماً وعناية بهم مقارنة بالعينة الضابطة.

وفي دراسة عن سيكولوجية التعاطي ومن أهدافها التعرف على درجة التوافق بين الذكور والإناث في ممارسة الأدوار المنوطة بهم قام فيها مصطفى(١٩٨٢) باستخدام أدوات متعددة من ضمنها اختبار هيوم بل للتوافق على عينة من الذكور وعددهم خمسة أشخاص تتراوح أعمارهم ما بين ١٩-٢٤سنة، وعينة مماثلة من الإناث تتراوح أعمارهن من ١٨-٢٣سنة وجميع أفراد العينتين ممن يتعاطون الحشيش منذ ثلاث سنوات، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أنهم يشعرون بالضياع ويتمردون على السلطة بكافة أشكالها، وتغلب عليهم سمة اللاتوافق في الأبعاد التالية: التوافق المنزلي- التوافق الصحي – التوافق الانفعالي .

وتوصل ابا الرقوش(١٤٠٤) في دراسة عن بعض عوامل السواء النفسي لمتعاطي المخدرات إلى أن الأبعاد السلبية كانت متدنية بصفة عامة لدى المتعاطين أكثر من الأبعاد الإيجابية، ولكن لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية إلا في عدم الثبات الانفعالي والإحساس بعدم الاتساق وذلك على مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة والمطبق على عينة من ٣٠فرداً ممن يتعاطون المخدرات و٣٠فرداً من المسجونين بتهم أخرى غير المخدرات وعينة ضابطة من الأسوياء، ويرى الباحث الحالي بأن عدم وجود فروق ذات دلالة في غالبية الأبعاد قد يعود لصغر العينة.

وفي دراسة تهدف إلى التعرف على الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لمن يتعاطى المخدرات والتعرف على العوامل المسببة للإدمان مع تحديد أنماط التعاطي من حيث النوع والكمية، والتعرف على الاضطرابات الطب نفسية التي يشكو منها المتعاطين، قام العقباوي وآخرون(١٩٨٤) ذكرت في الصيرفي(١٩٨٨) بتطبيق ثلاثة استبيانات، يتعلق الأول بجمع بيانات عن الإدمان وأسبابه والأبعاد الاجتماعية، والثاني لقياس البعد النفسي الدينامي الخاص بالعلاقات الأسرية، والثالث لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية (مقابلة إكلينيكية)، وذلك على عينة من ١٢٣شاباً من المقبوض عليهم في تعاطي أو ترويج المخدرات في دولة قطر. وقد توصلت لنتائج عديدة منها أن أكثر من ثلث المتعاطين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة للإدمان مثل الاكتئاب والقلق، كما أن أكثر من نصفهم لهم شخصيات غير سوية، وأنماط العدوان السلبي والشخصية الانزوائية والاعتمادية منتشرة بينهم.

وفي دراسة عسكر(١٩٨٥) التي تهدف إلى التعرف على الخصائص الشخصية لمتعاطي الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة ، كانت العينة تتألف من ستة طلاب من المتعاطين تتراوح أعمارهم بين٢٣-٢٥سنة استخدم الباحث قائمة منيسوتا للشخصية والمقابلة الإكلينيكية ،واختبار تفهم الموضوع TAT ،والملاحظة، وقد توصل إلى أن المتعاطي يعاني من مشاعر اكتئابية ناتجة عن المشاعر المنبثقة من عجز الانا الأعلى، كما أن المتعاطي ترتفع لديه درجة الانحراف السيكوباتي .

وفي دراسة الحازمي(١٤٠٩) لبعض الخصائص العقلية والانفعالية والأسرية لمدمني المنبهات والمهدئات(لم يحدد الباحث أنواعها) على عينة مكونة من ٣٠٠فردٍ موزعة بالتساوي بين متعاطي المنبهات والمهدئات والعاديين. توصل إلى أن مدمني المنبهات اقل اتزاناً وأكثر انفعالية وأكثر انطوائية واقل ثقة بالنفس من مدمني المهدئات، وأظهرت المجموعتان ارتفاعاً أكثر عن العاديين في جميع سمات الشخصية التي قاسها اختبار الشخصية لبرنرويتر المستخدم في الدراسة.

وفي دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطي الحشيش في منطقة الرياض قام بها السعيد(١٤٠٨) على عينة تتألف من ٣٠٠ فردٍ مقسمين بالتساوي بين متعاطي الحشيش وسجناء غير متعاطين وأسوياء من خارج السجن، وجد فروق ذات دلالة إحصائية على جميع المقاييس التي استخدمت لدراسة بعض جوانب الشخصية لمتعاطي الحشيش وخاصة(الانحراف السيكوباتي، الهستيريا، الشعور بالوحدة، الاكتئاب، العلاقات الاجتماعية المتبادلة والقلق) لصالح المتعاطين. وتتفق دراسة السعيد مع ما توصل إليه زيدان(١٩٩٠) بأن مدمني الحشيش يعانون من الهوس والاكتئاب بدرجة أكبر من العاديين وذلك في دراسة للتحقق من التفسير السيكوديناميي لسيكولوجية مدمني المخدرات، والتي كانت عينة البحث مكونة من ٣٠ فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ٢٥-٣٥من متعاطي الحشيش ومثلها من مدمني الكحوليات وأخرى من العاديين.

وفي دراسة طبقت مقياس مكة للشخصية على عينة مكونة من ٤٠ فرداً من المتعاطين و٤٠ من النزلاء بتهم أخرى في سجون جدة تتراوح أعمارهم ما بين ١٨-٢١ سنة، تهدف لدراسة بعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات توصل الزهراني(١٤٠٩) إلى أن متعاطي المخدرات هم أميل إلى عدم السواء عن غير المتعاطين في كل من متغير(الانتماء الأسري، توهم المرض، الهستيريا، البارانويا، الفصام، الهوس الخفيف) حيث أظهرت النتائج فروق ذات دلالة لصالح المتعاطين، ولم تظهر فروق دالة في كل من الاجتماعية والاتساق الذاتي والاكتئاب والقهار والانطواء

الاجتماعي، وإن كان يوجد في بعضها ارتفاع في المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين عن غير المتعاطين، ويرى الباحث الحالي بأن السبب في عدم وجود فروق ذات دلالة في الأبعاد السابقة قد يكون بسبب كون عينة التقنين من السجناء المراهقين حيث لا يستبعد تعاطيهم للمخدرات.

وتوصل الغامدي (١٤٠٩) إلى وجود فروق ذات دلالة بين المدمنين والاسوياء في جميع أبعاد مفهوم الذات الجسمية ،والخلقية،والشخصية،والاجتماعية،والأسرية،ونقد الذات، لصالح الأسوياء وذلك في دراسته التي تهدف إلى التعرف على ما يؤثر في طلب العلاج ،استخدم فيها مقياس مفهوم الذات ومقياس الخلفية الشخصية وخلفية الإدمان ، قام بتطبيقها على ٨٧ متطوعاً للعلاج، و٧٧ من سجناء المخدرات، و١٣٦ من الاسوياء.

وفي دراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الحرمان المؤقت من الوالدين وإدمان الشباب على تعاطي الهيروين أجرى عبد الله(١٩٨٩) دراسته على عينة من ٢٧ مدمناً من الذين تعرضوا للحرمان المؤقت من الوالدين في مرحلة الطفولة المبكرة، و٢٥ مدمناً من الذين تعرضوا للحرمان المؤقت في مرحلة المراهقة وعينة من العاديين الذين لم يسبق لهم أن تعاطوا المخدر ولم يتعرضوا للحرمان وعددهم٢٥ فرداً. وبإستخدامه للملاحظة الميدانية المباشرة ودراسة الحالة وقائمة منيسوتا المتعدد الأوجه MMPI واختبار تفهم الموضوع TAT توصل إلى انتشار السمات الاكتئابية والشعور بالنقص واتهام الذات والإحساس العميق بالوحدة والعجز والذل لدى متعاطيّ الهيروين، كما أنهم يلجاؤن إلى العدوان لإثبات وجودهم ،وهم ناقمون على الحياة وغير متوافقين مع مجتمعهم، ولا توجد لديهم القدرة على تأجيل اشباعاتهم وينزعون إلى الحصول على اللذة العاجلة، كما أثبتت النتائج أن هناك فروق دالة إحصائياً في توهم المرض وأعراض الاكتئاب والانحراف السيكوباتي والفصام والهوس الخفيف.ويخلص الباحث الحالي إلى أن نتائج هذه الدراسة تدعم الفرض القائل بأن المدمنين اقل توافقاً اجتماعياً من غيرهم. وتتفق الدراسة السابقة مع دراسة المرزوقي وآخرون(١٩٩٠) والتي تهدف إلى التعرف على الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بظاهرة تعاطي المخدرات، حيث ثبت ارتفاع مستوى التنفيس عن طريق العدوان عند المتورطين بالمخدرات في الدراسة التي قام بها الباحثون في مصر على عينة قوامها ٥٤١ فرداً منهم ١٤٩ من نزلاء السجون و١٢١ من طالبي العلاج من الإدمان والبقية من الأسوياء ، استخدم الباحثون فيها مقياس مفهوم الذات واستمارة استقصاء واختبار اليد الاسقاطي ، كما ظهر أن المتعاطين للمخدرات هم أكثر اضطرابا واحساسا بالدونية من الأسوياء.

كما أظهرت دراسة مماثلة للمرزوقي وآخرون(١٩٩٤) في السعودية لها نفس هدف الدراسة السابقة واعتمدت على تطبيق المقاييس السابقة نفسها إضافة لاستطلاع الصحة النفسية العامة واستبيان أنماط التنشئة الأسرية، على ٢٠٠نزيلاً في مصحات الإدمان الثلاث في المملكة و٢٦٩سجين مخدرات و٢٤٠طالبا جامعياً و١٨٧ من عامة المواطنين في الرياض . حيث أظهرت النتائج أن فئة نزلاء المصحات والسجون يعانون من إختلالات نفسية جمة مقارنة بالعاديين ،وأن نظرتهم لذواتهم تتسم بالسلبية أكثر من العاديين . وأرجع الباحثون كثيراً من الظروف السلبية المحيطة بالمدمن السعودي لواقع إدمانه وليس لأي سبب آخر.

وقد أجرت سلوى عبد الباقي(١٩٩٢) دراسة بهدف التعرف على خصائص شخصية المدمنين مقارنة بغير المدمنين وذلك على عينة تتألف من٤٧ حالة من مدمني الهيروين بالرياض تتراوح أعمارهم ما بين ٢٢-٢٩ سنة إضافة إلى٢١فرداً من غير المدمنين، واستخدمت الباحثة اختبار الشخصية MMPI وتوصلت إلى أن المدمنين يشعرون بالاضطهاد ولديهم انحراف سيكوباتي ويشعرون باليأس وفقدان الثقة بالنفس وبالآخرين، وخلصت إلى أن الصحة النفسية للمدمنين الذين استمروا في التعاطي لمدة عامين إلى أربعة أعوام تختلف عن العاديين.

وفي دراسة استهدفت معرفة الأسباب والدوافع النفسية والاجتماعية التي أدت إلى العودة إلى التعاطي من وجهة نظر المدمن وأفراد أسرته والفريق المعالج والتي أجريت على عينة من ٦٠ مدمناً للهيروين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠-٣٠ سنة واستخدم فيها اختبار الشخصية لبرنرويتر، واستمارات لإجراء المقابلات مع المدمن، والأخصائي النفسي ،والفريق العلاجي ،وجدت ماجدة محمود (١٩٩١) في دراستها التي عنونتها بسيكولوجية المدمن العائد، أنه يبدو على المدمنين العائدين للإدمان عدم الاستقرار الانفعالي وانعدام الطمأنينة والشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات ، وغالبيتهم يتسمون بالعدوان ولا يشعرون بالآخرين بشكل سوي.

وفي دراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين بعض العوامل النفسية والاجتماعية (الاغتراب، المسئولية الاجتماعية،التوافق،القيم) وإدمان الشباب ، توصل عبد المجيد(١٩٩٣) إلى أن الشباب المدمن أكثر اغتراباً وأقل اهتماماً تجاه المسئولية الاجتماعية والتوافق من الشباب غير المدمن ، وذلك في دراسته التي طبقها على عينة من الشباب المدمن في المنصورة وبورسعيد في مصر.

وفي دراسة على عينة مكونة من ٥٠ مدمناً للهيروين يخضعون للعلاج في مستشفى الأمل بالدمام و٥٠ فرداً من المجتمع ممن لم يسبق لهم التعاطي ،توصل مفتاح وزميلته(١٩٩٥) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقاييس الاعتمادية، والتقدير السلبي للذات ،وعدم الكفاية الشخصية ،وعدم التجاوب الانفعالي وعدم الثبات لصالح المتعاطين، ولم توجد فروق على مقاييس العدوان/ العداء ومقياس النظرة السلبية للحياة، وذلك عند استخدامهم لاستبيان تقدير الشخصية للكبار. وقد ارجع الباحثان عدم وجود فروق على مقياس العدوان/العداء لاستخدامهم ميكانزم الإنكار الذي يميز متعاطي المخدرات والكحول، كما ارجعا عدم وجود فروق في النظرة السلبية للحياة لكون العينة تخضع لبرنامج علاجي فإنهم يستخدمون إمكانياتهم الدفاعية في تخفيف مشاعر اليأس واستبصارهم بمئالهم السيء الذي وصلت إليه حالتهم.

وأجرى الحربي(١٤١٥) دراسة مقارنة لبعض خصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين على عينة مكونة من ٥٠مدمناً للهيروين و٥٠ مروجا و٥٠ من العاديين تبلغ أعمارهم ما بين ٢٠-٣٠ سنة استخدم فيها الباحث استمارة الخلفية من إعداده وقائمة منيسوتا للشخصية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة لدى المدمنين والمروجين مع العاديين في مقاييس كل من (الانحراف السيكوباتي ، البارانويا السيكاثيا ، الفصام ، الهوس الخفيف ، الانطواء الاجتماعي) وذلك لصالح المدمنين والمروجين، ولا توجد فروق في مقياس(الاكتئاب- توهم المرض- الهستيريا).وخلصت الدراسة إلى أن المدمنين والمروجين لا يختلفون عن بعضهم البعض إلا في الانحراف السيكوباتي حيث ظهر أن المدمنين أكثر سيكوباتية من المروجين وبفروق دالة.

وفي احدث الدراسات التي يقوم بها مركز أبحاث مكافحة الجريمة على مستوى العالم العربي عن المخدرات قام المرزوقي وآخرون(١٩٩٦) بدراسة عن إدمان المخدرات في لبنان على ٥٧ مدمناً ممن اجتازوا مرحلة إزالة السموم في عيادات ومستشفيات متخصصة و١٠٠فردٍ من غير المتعاطين ،وطبق الباحثون استمارة استقصاء تشمل متغيرات شخصية، وأسرية ، ومقياس الصحة العامة ، ومقياس المركز لمفهوم الذات وتوصل الباحثون إلى نتائج عديدة ومختلفة منها أن الاختلالات النفسية وأعراض المرض النفسي شائعة في أوساط المدمنين مقارنة بغير المدمنين ،ومن أبرزها مفهوم ذات سلبي وإحساس دفين بالدونية للمدمن.

ب- الدراسات الأجنبية:

في دراسة قام بها توردا (Torda,1961)أشار لها عبد السلام(١٩٧٧) تهدف للكشف عن ديناميات شخصية متعاطي الهيروين وذلك على عينة مكونة من ٣٠ مدمنا للهيروين و٣٠ مدمنا في فترة الامتناع ، طبق الباحث اختبار الشخصية البولوجية ، واختبار العلاقة بين الطفل والأم ، واختبار التقييم ، واختبار اليأس للتوافق الأسري . وقد توصل إلى أن فكرة مدمن الهيروين عن نفسه ، واعتباره لذاته منخفضة ، فهو يرى نفسه أنه مجرد إنسان حقير متعب لا حاجة له ، كما وجد أن مدمني الهيروين نتاج لأسر تمثل فيها الأم السلطة، وخلص إلى أن تعاطي الهيروين يحجب المثيرات الشعورية المؤلمة ويحقق للمتعاطي ذاته ويخلق لديه مشاعر بالقدرة على حل مشاكله وقضاء حاجاته.

وجاء في دراسة قام بها هيكيمان وجرشون (Hekiman&Gershon, 1966) ذكرت في عبد السلام(١٩٧٧) أن مدمني الهيروين يكونون عادةً ذوو شخصيات سيكوباتية وأنهم مضطربون انفعالياً وذلك عند تطبيقهما لاختبار منيسوتا للشخصية MMPI على عينة مكونة من (١١٢) مدمنا للأمفيتامينات والحشيش وLSD المهلوسة والهيروين من المرضى المدمنين في مستشفى بلفيو. كما وجد هل وآخرون(Hil,et.Al, 1962) في دراسته التي أشار لها مفتاح(١٩٩٥) واستخدم بها نفس مقياس الدراسة السابقة على عينة من ٢٧٠من مدمني الهيروين، حيث وجد أنهم ذوو شخصيات سيكوباتية، فقد كانت درجات معظمهم عالية على مقياس الانحراف السيكوباتي.ووجد أيضا أيستون (Eston,1970) ذكرها عبدالسلام(١٩٧٧) أن المدمنين يعانون من اضطرابات خطيرة في الشخصية،إضافة لنوبات اكتئابية مع مشاعر الخواء والملل ، وتشيع فيهم الانحرافات السيكوباتية، وتعد صورة الأب لديهم قاصرة وغير متسقة. وذلك عند فحصه إكلينيكيا لمجموعة من المدمنين بلغ عددهم ٢١ مدمناً على المخدرات . وفي استفتاء يتكون من ٣٥٠ فقرة، يهدف لمعرفة درجة التباين لمائة مدمن للمخدرات بين تصورهم لذواتهم والصورة النمطية للمدمن ذكر في عبدالسلام(١٩٧٧) توصل مونرو واستين (Monroe&Astin, 1971) إلى أن الذين يعطون لأنفسهم درجات أعلى من الصورة النمطية ينتكسون بسرعة في استخدام المخدر، وغير متوافقين مع مجتمعهم وهم ذوو شخصيات سيكوباتية، وأقل استجابة للعلاج من الذين يعطون لأنفسهم درجات أقل من الصورة النمطية. وفي دراسة سمارت وفيجر(Smart&Fejer,1971) ذُكرَت في المرزوقي وآخرين(١٩٩٠) عن اتجاهات تعاطي المراهقين للمخدرات قارنوا فيه

بين٦٤٤٧ طالباً وطالبة في عام١٩٦٨ و٨٨٦٥ طالباً وطالبة في عام ١٩٧٠م مستخدمين استبياناً عن مدى شيوع وتكرار تعاطي المخدرات المختلفة بينهم ، وتوصلوا إلى نتائج عديدة منها ارتباط التعاطي في كل أنواع المخدرات بالإحساس العام، والاغتراب والعزلة الاجتماعية وتزداد احتمالية التعاطي بين الذين ليس لهم عقائد دينية وقيميه. وتشيرهذه الدراسة بوضوح إلى أهمية القيم والمعتقدات الدينية في مقاومة التعاطي ومحاربته. وفي دراسة تهدف إلى التعرف على تورط طلاب الجامعات في تعاطي المخدرات ، وأهم العناصر المرتبطة بالتعاطي على عينة مكونة من ٢٨٢ من الطلاب المقيمين في سكن ليبرهول في عام ٦٩-١٩٧٠م استخدمت فيها عدد من الاستبيانات ، توصل ميهرا (Mehra,1973) ذكرت في العتيبي(١٤٠٩) إلى أن شخصية المتعاطي يغلب عليها صفة الأنانية وعدم الاستقرار الاجتماعي ، وأن متعاطي المخدرات شخص انطوائي وقلق البال جدا وأن هناك علاقة بين تعاطي المخدرات والفجور(الفسق) والمسئولية التعليمية المنخفضة. وفي دراسة قام بها مالهوترا وموروثي (Malhotra&Murthy,1977) أشار لها المرزوقي وآخرون(١٩٩٠) بتطبيق مقياس عوامل الشخصية ومقياس تفهم الموضوع ومقياس منيسوتا للشخصية إضافة لتاريخ مفصل لكل فرد من عينة البحث المكونة من عشرة مدمني مخدرات وعشرة من المرضى السيكاترين وعشرة من الأسوياء وذلك في الهند، وأعمارهم تتراوح ما بين ١٨-٣٠ سنة، ومن أهم النتائج التي توصلا لها أن مجموعة المدمنين كانت اقرب في خصائصها من مجموعة المرضى عن مجموعة الأسوياء ، وكانت درجات المدمنين أعلى بشكل دال إحصائيا في العدوانية والانحراف السيكوباتي والتوتر عن مجموعة الأسوياء الضابطة ، واتضح وجود سمات عصابية وأنماط من السلوك المضاد للمجتمع أكثر خلال مراحل طفولة المدمنين مقارنة بالمجموعتين الأخيرتين . وفي دراسة تهدف للتعرف على العلاقة بين تعاطي المخدرات والتمرد وبعض الاتجاهات الاجتماعية والمتغيرات الشخصية والاجتماعية أجرى سيبر (Siber,1984) في دراسته التي ذكرها المرزوقي وآخرون (١٩٩٠) مقابلات وحصل على بيانات لـ٨٤١ مفحوصا من الذكور في سويسرا تتراوح أعمارهم ما بين ١٩-٢٢ سنة، من أهم نتائجها : أن متعاطي المخدرات أكثر اضطرابا نفسيا ويعانون من الاغتراب والاكتئاب .

وتوصل وولفيش وآخرون (Walfish et.al,1990) ذكرت في المرزوقي وآخرون (١٩٩٥) في دراستهم على ٨٠٩ من نزلاء مركز كوالا العلاجي في ولاية فلوريدا الأمريكية، بعد أن قاموا بتقسيمهم إلى أربع مجموعات بحسب نوع الإدمان، حيث

توصلوا إلى أن جميع المبحوثين بغض النظر عن مادة الإدمان يعانون من ارتفاع في درجات القلق والغضب مقارنة بعينة معيارية في بحث سابق ، كما تبين بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الأربع والتي هي الكحوليات، القنب، الكوكايين ، الأفيونات في القلق والغضب وذلك عند تطبيقهم مقياس سبلبرج عن سمات الشخصية. وفي دراسة قام بها مكورميك وسميث (McCormicke&Smith,1995) تهدف إلى معرفة مدى تأثير استخدام المخدرات والكحول في إثارة الدوافع العدوانية سواء كان استخدامها فردياً أو مختلطاً مع أنواع أخرى من المخدرات. اقيمت على ٣٣٦٧ شخصاً من الذين يبحثون العلاج في المركز الطبي في كليفلاند بأمريكا، استخدما فيها البيان المفصل للصفات والقدرات الشخصية للعدوانية لبوس ودوركي، ومقياس العدوانية NEO ، وتوصلا إلى ارتباط العدوانية والميل للعنف مع الاستخدام المختلط للمخدرات ، وتسوء الحالة النفسية والاجتماعية ، ويزيد العداء ، وسوء الطبع وحدة المزاج كلما زاد استخدام أكثر من مادة مخدرة . وفي دراسة فيشبين وريولاند (Fishbein&Reuland,1994) تهدف إلى معرفة هل لتاريخ الأسرة والطفولة والمرض النفسي وبعض القياسات السيكولوجية الأخرى صلة وعلاقة بالمخدر محل الاختيار وتكراره ؟ وذلك على ٧٦ نزيلاً من نزلاء سجن مركز الاحتجاز بمدينة بلتمور في ميرلاند بأمريكا. استخدما فيها العديد من المقاييس منها مقياس ويلش للقلق ، بيك للاكتئاب ، بوس ودوركي للعدوانية، ايسنك للشخصية ، مقياس الاجتماعية وغيرها وتوصلا إلى أن للاضطراب العقلي والسيكوباتية علاقة وثيقة مع تكرار بعض المخدرات وأن تكرار استخدام مخدر معين له علاقة بالامراض النفسية والاكتئاب والقلق والدافعية السيئة ، وأن النزلاء أصحاب الاستخدام المتكرر سجلوا ارتفاعاً في العدوانية بالاضافة لإرتكابهم جرائم سرقات أكثر من الآخرين.

وفي دراسة فيرجسون وهرود (Fergusson&Horwood 1997) امتداداً لبحث تتبعي في نيوزيلاند يرمي إلى دراسة أخطار الحشيش على الصحة النفسية للمراهقين مشتملاً على صعوبات السلوك ، ومشكلات عقلية ، والصعوبات في المدارس ، وذلك على ١٢٦٥ طفلاً تمت ولادتهم في منتصف عام ١٩٧٧ انسحب منهم ٣٣٨ لأسباب متنوعة، وتدرجت دراستهم منذ ولادتهم وعندما بلغوا أربعة أشهر وبعد ذلك كل سنة حتى بلغوا سن ١٧ سنة. واستخدمت العديد من الأدوات شاملة مقابلات وإحصائيات للأسرة والمراهقين ، وملء قوائم استقصاء في أزمنة متفرقة إضافة لمجموعة من المقاييس المختلفة ، وأسئلة خاصة بأستخدام الحشيش. وتوصلوا إلى نتائج عديدة منها ارتباط

استخدام الحشيش بترك الدراسة في وقت مبكر والجنوح نحو الجريمة ، كما توصلوا إلى أن التوافق الشخصي الاجتماعي يزداد سوءً بتكرار الاستخدام ، وازدياد المشاكل النفسية مع تعاطي الحشيش ، وأن استخدامه يؤدي إلى مخاطر جسمية ونفسية.

التعليق على الدراسات السابقة :

بالنظر إلى ما تقدم من معطيات الدراسات السابقة ، والتي بلغ عددها ثلاث وثلاثين دراسة منها تسع دراسات تمت على عينات محلية ، وإحدى عشرة دراسة تمت على عينات عربية ، وثلاث عشرة دراسة تمت على عينات أجنبية. تناولت أنواع مختلفة من المخدرات . وتعددت أهدافها ، فمنها من درس سمات الشخصية للمتعاطي ، ومنها من تناول العوامل النفسية أو الاجتماعية أو الديموغرافية ، ومنها من درس أثار التعاطي نفسياً واجتماعياً . وتوصلت في دراساتها عن المخدرات والتعاطي لنتائج متعددة ومتنوعة تكاد أن تشمل معظم الاضطرابات النفسية.

ورغم عدم عثور الباحث على أية دراسة لها نفس الاهتمام الذي تقوم عليه الدراسة الحالية. إلا أننا نجد أن معظم الدراسات السابقة ظهرت في نتائجها مؤشرات تشير إلى انخفاض التوافق الشخصي الاجتماعي والصحة النفسية بصفة عامة وهي كالتالي:

١- شيوع الانحراف السيكوباتي لدى المتعاطين في معظم الدراسات السابقة ، وخاصة في الدراسات التي استخدمت الادوات التي تقيسه.

٢- شيوع القلق والاكتئاب في معظم الدراسات السابقة.

٣- أشارت كل من دراسة المغربي (١٩٦٠) وسمارت وفيجر (Smart&Fagher,1971) والسعيد (١٤٠٨) والحازمي(١٤٠٩) والحربي(١٤١٥)، إلى أن متعاطي المخدرات يتميزون بالانطواء الاجتماعي، والعزلة الاجتماعية، وعدم الاستقرار الاجتماعي ،وعدم المساهمة الإيجابية في المجتمع، والاحساس بالاغتراب.

٤- اشارت دراسة توردا(Torda,1964) والحازمي (١٤٠٩) وعبد الله(١٩٨٩) وماجدة(١٩٩١) ومفتاح(١٩٩٥) ودراسات المرزوقي وآخرون لعام (١٩٩٠،١٩٩٣،١٩٩٦) إلى التقدير السلبي للذات، وانخفاض تقدير الذات، والاحساس بالدونية للمتعاطي ، وأن المتعاطي أقل ثقة بنفسه.

٥- اشارة دراسات كل من ميهرا (Mehra,1973) و مالهوترا ومورثي(Malhotra&Murthy,1977) و العقباوي (١٩٨٤) وعبدالله(١٩٨٩) و المرزوقي وآخرون(١٩٩٠) و ميكروميك وسميث(McCormick&Smith,1995)

ودراسة فيشبين وريولاند (Fishbein&Reulan,1994) إلى أن غالبية المتعاطين يتسمون بالعدوان ويلجؤون إليه كإثبات وجود أو للتنفيس .

٦- أشارت دراسة مصطفى (١٩٨٢) إلى أن المتعاطين تغلب عليهم سمة اللاتوافق في الأبعاد التالية : التوافق المنزلي، والصحي، والانفعالي. كما أشارت دراسة زيور (١٩٦٤) إلى أن أسر المتعاطين يقل فيها الوفاق. وأشارت دراسة عبد المجيد(١٩٩٣) إلى أن الشباب المدمن أقل توافقا من غير المدمن.

٧- أشارت دراسة عبدالله (١٩٨٩) ومونرو وأستين(Monroe&Astin,1961) إلى أن متعاطي المخدرات غير متوافقين مع مجتمعهم ، وأشارت دراسة فيرجسون وهرود(Fergusson&Horwood,1997)إلى أن التوافق الشخصي الاجتماعي يزداد سوء بتكرار الاستخدام.

ويظهر لنا من خلال استعراض الدراسات السابقة بأنه لا توجد دراسة استخدمت أي من مقاييس التوافق سوى دراسة توردا والتي استخدمت مقياس الياس للتوافق الأسري من ضمن عدة مقاييس في دراسته التي تهدف للكشف عن ديناميات الشخصية للمتعاطي. ودراسة مصطفى(١٩٨٢) والتي استخدمت اختبار هيوم بال للتوافق للتعرف على درجة التوافق بين الذكور والإناث في ممارسة الأدوار المنوطة بهم .

الدراسات السابقة والدراسة الحالية :

اتصفت الكثير من الدراسات السابقة التي تناولت ظاهرة تعاطي المخدرات بالموضوعية العلمية ،وأمدت الباحث بالكثير من المعلومات والمفاهيم المتعلقة بهذه الظاهرة ، والتي استفاد منها الباحث الحالي في تحديد أهمية بحثه وصياغة فروضه وساعدته في اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة.

إلا أن هناك بعض الاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية يوجزها الباحث فيما يلي:

١- أغلب الدراسات تناولت السمات والخصائص الشخصية والعوامل النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات ، ولم تتطرق بشكل مباشر إلى دراسة علاقة التعاطي بالتوافق الشخصي الاجتماعي ، كما لم تتطرق إلى دراسة الفروق بين الاسوياء والمتعاطين في التوافق أو بين عينات التعاطي . أما دراستنا الحالية فإنها تدرس العلاقة بين التعاطي والتوافق ، والتعرف على الفروق بين الاسوياء والمتعاطين ، إضافة إلى دراسة الفروق بين عينات التعاطي .

٢- معظم الدراسات السابقة لم تحدد العقار المستخدم وإن حددته فإنها تقتصر على عقار واحد أو عقارين وخاصة المحلية منها والعربية. أما الدراسة الحالية فإنها تتناول ثلاثة من أكثر العقاقير المخدرة انتشارا في المملكة العربية السعودية .

ونتيجة لعدم دراسة التوافق الشخصي الاجتماعي وعلاقته بالتعاطي ، وكذلك الفروق بين المتعاطين والأسوياء والفروق بين عينات التعاطي لدى المتعاطين في الدراسات السابقة. فإن الباحث يرى أهمية دراسة مثل هذه الجوانب والتي لم تتناولها الدراسات السابقة مباشرة وذلك من خلال التحقق من الفروض التالية:

فروض الدراسة

إنطلاقا من الاطار النظري المستعرض . ومن خلال إلقاء الضوء على الدراسات السابقة استطاع الباحث صياغة الفروض التالية :

١- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة شدة التعاطي لجميع أنواع المخدرات (موضوع الدراسة) والدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة من متعاطي المخدرات (الهيروين ،الحشيش، الكبتاجون) وعينة من الاسوياء في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة من متعاطي المخدرات (الهيروين ،الحشيش، الكبتاجون) وعينة من الاسوياء في الابعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي (الجسمي، والنفسي، والأسري، والاجتماعي) .

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون في الابعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي(الجسمي، والنفسي، والأسري، والاجتماعي).

الفصـــــــل الثالث
إجراءات الدراسة

أولا: عينة الدراسة

ثانياً: أدوات الدراسة

ثالثاً: منهج الدراسة

رابعاً: الأسلوب الإحصائي

أولاً : عينة الدراسة

بلغت عينة الدراسة ككل ٢٢٦ فرداً موزعة كالتالي :-

١- مجموعة المتعاطين

بلغ عددهم النهائي ١٢٦ فرداً،قام الباحث بتطبيق أدوات دراسته عليهم أثناء تواجدهم في مستشفى الأمل للعلاج ، بعد بناء الثقة بينه وبين مجموعة كبيرة من العينة وذلك أثناء تدرب الباحث في المستشفى طيلة الفصل الدراسي الأول لعام ١٤١٩هـ،وتتكون مجموعة المتعاطين من ثلاث عينات هي :

أ- عينة متعاطي الهيروين

تم حصر عدد من متعاطي الهيروين الذين تنطبق عليهم شروط العينة وقد بلغ عددهم ٧٩ فرداً وتم اختيار ٥٠ فرداً منهم بطريقة عشوائية من الذين أمضوا أكثر من أسبوع في المستشفى ، وهي المدة المقررة كحد أقصى لإزالة السموم بالمستشفى ولإختفاء الأعراض الانسحابية ، وقد تم استبعاد بعضهم لعدم جديتهم بالإجابة ليصل عددهم النهائي لـ ٤٦ فرداً .

ب- عينة متعاطي الحشيش

تم اختيار جميع متعاطي الحشيش الذين دخلوا المستشفى أثناء فترة التطبيق والتي استمرت قرابة ثلاثة أشهر وذلك لقلة عددهم، حيث بلغ عددهم ٥٧ فرداً ، جرى استبعاد بعضهم لعدم انطباق شروط العينة عليهم كما جرى استبعاد بعضهم الآخر لعدم تعاونهم، ليصل عددهم في النهاية إلى ٤٠ فرداً ، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة عليهم بعد أن أمضوا أكثر من أسبوع في المستشفى .

ج- عينة متعاطي الكبتاجون

تم اختيار جميع متعاطي الكبتاجون الذين دخلوا المستشفى أثناء فترة التطبيق والتي استمرت قرابة ثلاثة أشهر وذلك لقلة عددهم، حيث بلغ عددهم ٦٨ فرداً ، جرى استبعاد بعضهم لعدم انطباق شروط العينة عليهم كما جرى استبعاد بعضهم الآخر لعدم تعاونهم، ليصل عددهم في النهاية إلى ٤٠ فرداً ، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة عليهم بعد أن أمضوا أكثر من أسبوع في المستشفى.

٢- الأسوياء

تم اختيار عينة قصدية تتكون من ١٤٠ فرداً وقد تم استبعاد بعضهم أما لعدم جدية بعضهم في الإجابة ، وأما لعدم توفر شروط العينة فيهم ، كما جرى استبعاد البعض

الآخر للوصول لعينة متجانسة لحد ما مع العينة التجريبية في السن والمؤهل، ليصل عددهم النهائي لـ ١٠٠ فرداً

قام الباحث بتطبيق استبيان التوافق الشخصي الاجتماعي عليهم ، بعد أن أنهى تقريبا ٧٥% من عينة المتعاطين ، وقد اختار الباحث ٤٠ %منهم تقريباً من الأشخاص الذين يعرفهم جيداً وممن عُرفوا بعدم التعاطي ،أما البقية فقد اختارهم من أناس لا يعرفهم كمعرفته للسابقين ، من الاشخاص المشهود لهم بعدم التعاطي ومن الأسس الموضوعية التي وضعها الباحث للأشخاص الذين لا يعرفهم معرفة جيدة بأنهم لا يدخنون . وذلك لكون غالبية الدراسات المتخصصة أكدت وجود علاقة بين التعاطي والتدخين ، كما أن خبرة الباحث ومن سبقه في هذا المجال تؤكد بأنه قل أن يضبط متعاطي لا يدخن ، حيث إن من الأمور التي تثير الشك والريبة لدى محقق المخدرات اعتراف الشخص بأنه يتعاطى المخدر أياً كان نوعه وهولا يدخن ،مما يكون مدعاة لإعادة التحقيق اكثر من مرة للتأكد من صدق أقواله . هذا وقد راعى الباحث أن تكون العينة موزعة على كامل مدينة جدة .

شروط اختيار العينة :

وضع الباحث عدداً من الشروط عند اختيار عينة الدراسة وهي كالتالي:

١- أن يكون جميع أفراد العينة من سكان مدينة جدة.

٢- أن يكون جميعهم من الذكور السعوديين.

٣- أن لا تقل أعمارهم عن ٢٠ولاتزيد عن ٤٠سنة.

٤-عينة الأسوياء تنطبق عليها مواصفات عينة المتعاطين إلى حد ما وخاصة في السن والمؤهل التعليمي ماعدا التعاطي.

٥- أن تقتصرعينة المتعاطين على متعاطي(الهيروين،الحشيش،الكبتاجون)

خصائص العينة :

تكونت عينة الدراسة من ٢٢٦ فرداً ، بلغت عينة الأسوياء ١٠٠ فردٍ بمتوسط عمري قدره ٣٠,٢٤ وانحراف معياري ٤,٨٣ ،كما بلغت عينة المتعاطين ١٢٦ فرداً بمتوسط عمري٣٣,٣ وانحراف معياري ٢,٨٧ .

وقد تم وضع بيانات أولية عن المفحوص في صفحة التعليمات الخاصة باختبار التوافق تشمل العمر والمهنة والحالة الاجتماعية والمؤهل التعليمي ،وذلك محاولة من الباحث

لضبط عينات الدراسة قدر الإمكان ، وقد استبعد الباحث فيما بعد المهنة والحالة الاجتماعية لصعوبة ضبطها مع عينة الأسوياء ، وسوف يعرضها الباحث رغم إنها ليست جزء من البحث فقد تفيد في تفسير النتائج .

حيث كان توزيع السن للعينة على الشكل التالي :

جدول (١)

خصائص العينة من حيث السن

فئات السن	الأسوياء		المتعاطون	
	ك	%	ك	%
٢٠-٢٥	٢٨	٢٨	٢٧	٢١,٤٣
٢٦-٣٠	٣٥	٣٥	٣٨	٣٠,١٥
٣١-٣٥	٢٤	٢٤	٤٠	٣١,٧٥
٣٦-٤٠	١٣	١٣	٢١	١٦,٦٧
المجموع	١٠٠	%١٠٠	١٢٦	%١٠٠

ويتضح من الجدول السابق تركز معظم أفراد العينة في الفئات العمرية الواقعة ما بين ٢٠-٣٥ عمراً . حيث بلغت نسبتهم بين المتعاطين ٨٣,٣٣% وفي الأسوياء ٨٧% وهذا يعني أن عينة الدراسة متقاربة من حيث السن .

ومن حيث المهنة فتتوزع العينة كالتالي :

جدول (٢)

خصائص العينة من حيث المهنة

المهنة	الأسوياء		المتعاطون	
	ك	%	ك	%
عسكري	٢١	٢١	٨	٦,٣٤
موظف أهلي	٢٨	٢٨	٢٢	١٧,٤٦
موظف حكومي	٣٤	٣٤	١٥	١١,٩٠
متسبب	٩	٩	٥٠	٣٩,٧٠
عاطل	٢	٢	٢٧	٢١,٤٣
طالب	٦	٦	٤	٣,١٧
المجموع	١٠٠	%١٠٠	١٢٦	%١٠٠

ويتضح من الجدول السابق أن نسبة كبيرة من المتعاطين ليس لديهم عمل ثابت ومحدد فهم أما عاطلين عن العمل أو متسببين ، والاخيرة في مجتمعنا هي مهنة من لا مهنة له ، حيث بلغت نسبتهم ٦١,١٣ وتعتبر هذه النسبة امر طبيعي نتيجة للتصرفات غير المسؤولة التي يقدم عليها المتعاطي ، والتي تؤدي به بالتالي لفقدان عمله .

أما من حيث الحالة الاجتماعية فتتوزع العينة كالآتي :

جدول (٣)

خصائص العينة من حيث الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	الأسوياء		المتعاطون	
	ك	%	ك	%
متزوج	٦٧	٦٧	٤٤	٣٤,٩٢
مطلق	---	---	١٦	١٢,٧٠
أعزب	٣٣	٣٣	٦٦	٥٢,٣٨
المجموع	١٠٠	%١٠٠	١٢٦	%١٠٠

ويتضح من الجدول السابق كثرة الطلاق لدى مجموعة المتعاطون ، ويعتبر هذا أمر طبيعي في ظل ما يحدثه التعاطي من توترات ومشاكل أسرية غالباً ما تؤدي للطلاق.

ومن حيث المؤهل التعليمي فتتوزع العينة كالآتي :

جدول (٤)

خصائص العينة من حيث المؤهل التعليمي

المؤهل التعليمي	الأسوياء		المتعاطون	
	ك	%	ك	%
أمي	---	---	٥	٣,٩٦
ابتدائي	٦	٦	٣٤	٢٦,٩٨
متوسط	٢٣	٢٣	٤٨	٣٨,٠٩
ثانوي	٣٣	٣٣	٢٩	٢٣,٠٤
جامعي ومافوق	٣٧	٣٧	١٠	٧,٩٣
المجموع	١٠٠	%١٠٠	١٢٦	%١٠٠

ومن الملاحظ في الجدول السابق تقارب المجموعتان في المؤهل التعليمي للمرحلتين المتوسطة والثانوية ، حيث بلغ ما نسبته ٥٦% لمجموعة الأسوياء وما نسبته ٦١,١٣%

لمجموعة المتعاطين ، وهذا التقارب يصاحبه تباعد ملحوظ في المرحلة الابتدائية والجامعيه . حيث نلاحظ زيادة كبيرة لصالح المتعاطين في المرحلة الابتدائية ، وتقل بنسبة كبيرة في المرحلة الجامعية عند مقارنتها بمجموعة الأسوياء . وإن كانت نسب بعض المؤهلات التعليمية لا ترقى إلى ما ينشده الباحث من ان تكون المؤهلات متقاربة . فإن ما يعذر الباحث أنه حاول وقام بإلغاء عدد لا بأس به من استمارات الأسوياء حتى يصل إلى هذه النسبة التي يرى بأنها مقبولة نسبياً ، في ظل ما يحدثه التعاطي من تأخر وانقطاع عن الدراسة وفي ظل ارتفاع نسبة التعليم الجامعي ولله الحمد في مجتمعنا .

ثانيا: الأدوات المستخدمة في الدراسة

استخدم الباحث الأدوات الآتية :

١-اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي للراشدين إعداد (الديب،١٩٨٨) وقام الباحث بحساب الصدق والثبات له .

٢- استبيان شدة التعاطي من إعداد الباحث .

أ- وصف اختبار التوافق الشخصي الإجتماعي :

أعد الاختبار الديب (١٩٨٨) ويتكون من خمسة أبعاد وهي: التوافق الجسمي ،التوافق النفسي ،التوافق الأسري ،التوافق الاجتماعي،التوافق الانسجامي، ومجموع بنوده (١٠٠) بندٍ، ويصحح بطريقة ليكرت من (٣) درجات وهي:

(نعم—لا--بين بين) حيث (نعم) تأخذ ثلاث درجات ،وتأخذ(لا) درجة واحدة وفي حالة البنود سالبة الاتجاه فتعكس الدرجات،اما (بين بين) فتأخذ في الحالتين درجتين.

صدق الاختبار على البيئة المصرية :

أ- صدق المحكمين

عرضت الصورة الأولية للاختبار على عشرة محكمين من أساتذة علم النفس، وذلك لتحديد صدق بنود الاختبار ،وقد أخذ مُعد الاختبار بالبنود التي بلغت فيها نسبة اتفاق أكثر من ٨٠% لأنها تقيس ما وضع الاختبار من أجله وقد قام بإلغاء وتعديل العبارات التي حصلت على أقل من ذلك وأعيد تحكيمها مرة أخرى .

ب- الصدق العاملي

١- حلل معد الاختبار مصفوفة معاملات الارتباط الناتجة من درجات(٧٥) فرداً بين أبعاد الاختبار الخمسة،ووجد أن هناك علاقة على مستوى عال ومقبول بين أبعاد المقياس

٢- أجرى تحليلاً عامليا لدرجات المفحوصين على أبعاد الاختبار وذلك للتعرف على مدى الصدق العاملي.

٣- استنتج عن طريق استخدام قيمة(ت) بين الارباعي الأعلى والارباعي الادنى لدرجات المفحوصين على كل بُعد أن الاختبار قادر على التمايز الطرفي.

ج- الصدق التجريبي

طُبق الاختبار مع اختبار التوافق من إعداد صبرة (١٩٨٠) والذي يمتاز بصدق وثبات عال وذلك على عينة من (٣٠) طالب وطالبة من كلية التربية بالفيوم ،وكان معامل الارتباط=٧١ , وهو معامل ارتباط عالٍ ومقبول.

ثبات الاختبار على البيئة المصرية :

تم حساب ثبات الاختبار باستخدام طريقة الإعادة ،وذلك بعد خمسة عشر يوماً من التطبيق الأول على (٣٠) طالب وطالبة وكانت نسبة الثبات(,٧٦)

صدق الاختبار على البيئة السعودية :

قامت الباحثة المشاط(١٤١١) بحساب صدق الاختبار على البيئة السعودية حيث استخدمته في دراستها عن التوافق الشخصي الاجتماعي للمعلمات بمدينة جدة،وقد قامت الباحثة بعرضه على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس،وتم اتفاق المحكمين على أن البنود تحتاج إلى صياغة وإصلاح ضمير المخاطبة،لأن الإختبار موجه للإناث في دراستها ولقد قامت الباحثة بإجراء التعديلات المشار اليها من قبل المحكمين. كما استخرجت الباحثة الصدق الذاتي الذي بلغ ٨٥,٠مما يشير على إن الاختبار على درجة عالية من الصدق والثبات .

صدق وثبات الاختبار في الدراسة الحالية :

لكون عينة الدراسة الحالية لها خصائص تختلف عن العينات السابقة التي جرى التطبيق عليها سواء كانت العينة الأساسية المصرية التي بُني على أساسها الاختبار،أو العينة السعودية التي طبق عليها المقياس ، من مختلف النواحي سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو خلفية تعليمية.

لذلك قام الباحث بإعادة صياغة ضمير المخاطبة في بنود الاختبار الذي استخدمته الباحثة السابقة،وتم عرضه على مجموعة من الأساتذة المحكمين ،لإبداء رأيهم حول بنود الاختبار وأبعاده ومدى مناسبته لعينة الدراسة ،وعما إذا كان يحتاج لحذف أو تعديل،وقد تأكد للباحث صدق وثبات الاختبار وفق ما يلي :

أ- صدق المحكمين :

استخدم الباحث صدق المحتوى للتحقق من صدق العبارات المكونة للاختبار وملاءمتها للبيئة السعودية ولعينة الدراسة حيث تم عرض الاختبار على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس في جامعة أم القرى وعددهم (٧){ملحق رقم١ }
وقد رأى المحكمون تعديل وحذف بعض البنود واتفق ٨٠% منهم على استبعاد البعد الانسجامي مع نقل بعض بنوده للبعد الاجتماعي.
ولكون معظم المقاييس الخاصة بالتوافق التي اطلع عليها الباحث لم تورد مثل هذا البعد، وأنها لاتفرق بين التوافق الاجتماعي والانسجام مع المجتمع بل تعتبرها شيئاً واحداً . لذلك أخذ الباحث برأي المحكمين في هذا الشأن،وقام بحذف هذا البعد مع نقل بعض عباراته للبعد الاجتماعي،كما جرى تعديل وحذف بعض العبارات الأخرى التي اتفق عليها غالبية المحكمين {ملحق رقم ٢}.
وبذلك اصبح الاختبار في صورته النهائية مكوناً من(٧٦) بنداً{ملحق رقم ٣}موزعا على النحو التالي:
التوافق الجسمي:
ويتكون من (٢٢)بنداً والدرجة القصوى التي يحصل عليها المفحوص هي(٦٦) درجة والدرجة الدنيا(٢٢) درجة.
التوافق النفسي:
ويتكون من (٢٠) بنداً والدرجة القصوى التي يحصل عليها المفحوص هي(٦٠) درجة والدرجة الدنيا(٢٠) درجة.
التوافق الأسري:
ويتكون من (١٦) بنداً والدرجة القصوى التي يحصل عليها المفحوص هي(٤٨) درجة والدرجة الدنيا(١٦) درجة.
التوافق الاجتماعي:
ويتكون من (١٨) بنداً والدرجة القصوى التي يحصل عليها المفحوص هي(٥٤) درجة والدرجة الدنيا(١٨) درجة.
ب- ثبات الاختبار :

استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار على عينة قوامها (٣٠) مفحوصا من متعاطي المخدرات في مستشفى الأمل وذلك بعد فترة زمنية قدرها أحد عشر يوماً من التطبيق

الأول ،وكانت معاملات الثبات { ٠,٨٠، ٠,٧٥، ٠,٨٢، ٠,٧٦، ٠,٨٦} لكل من التوافق الجسمي،النفسي، الأسري،الاجتماعي،العام .على الترتيب وهي معاملات ثبات مرتفعة نسبياً ودالة إحصائيا.

٢- استبيان شدة التعاطي :

إن الدراسة الحالية تهدف من ضمن ما تهدف إليه معرفة العلاقة بين التعاطي والتوافق الشخصي الاجتماعي، ونظراً لعدم توفر مقياس يقيس التعاطي – على حد علم الباحث – سوى مقياس شدة الإدمان {Addiction Severity Index } والمعروف اختصاراً بـ{ ASI }والمعد أصلاً لغرض تقييم حاجات المرضى المدمنين حيث يقوم على تقدير المعالج لحاجة المريض لأي علاج إضافي في أي جانب من الجوانب،أكثر من قيامه على إجابة المريض . وقد ترجم هذا المقياس ترجمة حرفية إلى اللغة العربية حيث بلغت عدد صفحاته (٢٢) صفحة دون أي تعديل في بنوده مما يجعل من عملية تطبيقه من الصعوبة بمكان نظراً لتشعبه وكثرة أسئلته التي تشعر المفحوص بالملل إضافة إلى أن غالبية بنوده لا تتفق مع بيئتنا العربية . ولذلك فقد اعتمد الباحث في قياس شدة التعاطي على استبيان مبسط قام بإعداده لحساب الدراسة الحالية وفيما يلي خطوات إعداده :

أ- الاطلاع على الدراسات والبحوث التي تهتم بهذا المجال ،وخاصة أدوات وأبحاث مركز أبحاث مكافحة الجريمة بالرياض ذات الصلة ،ومقياس القلق للمدمنين للزراد،ومقياس شدة الإدمان {ASI }،والدلالات التشخيصية للاعتماد في الدليل التشخيصي الأمريكي{DSM VI } والدلالات التشخيصية الصادرة في تقارير منظمة الصحة العالمية{WHO } .

ب- تم توجيه استفتاء شفهي مفتوح لبعض المدمنين الذين أمضوا في مستشفى الأمل بجدة أكثر من خمسة أشهر وكذلك المدمنين المتعافين الذين تم استكمالهم للعلاج وشفوا تماما من الإدمان وعادوا إلى حالتهم الطبيعية، والذين يعرفهم الباحث جيداً من واقع عمله في هذا المجال . وأيضاً المدمنين المتعافين الذين يعملون الآن في مجال إرشاد وتوجيه المدمنين في المستشفى، حيث تمت مقابلتهم من قِبل الباحث كلٌ على حده . وتم توجيه بعض الأسئلة الشفهية عن بداية التعاطي ومراحل تطوره إلى أن وصل إلى درجة

الإدمان المزمن.حيث شملت الأسئلة مواضيعا متعددة وخاصة في هذا الجانب ، ومنها مدة التعاطي وأنواعه وكميته وطرق استخدامه واستمرارية تأثيره والقدرة على التحمل وسلوكه مع أسرته ومجتمعه ومدى سيطرة المخدر عليه وغيرها من الأسئلة التي توضح مراحل وتسلسل التعاطي منذ البداية حتى وصوله لمرحلة متقدمة ومزمنة في الإدمان .

ج- على ضوء تلك الاستجابات وما استفاده الباحث من المقاييس والمصادر المتخصصة،أمكن صياغة عدد من البنود التي تدور حول عدد الأنواع المخدرة وكميتها وطريقة التعاطي والقدرة على تحمل المادة المخدرة وشدة الأعراض الانسحابية ومدة تأثيرها. وبنود أخرى تبحث عن مدى سيطرة المخدر على الفرد المتعاطي وانقياده له وتحكمه فيه ،وجميع ذلك بما يتوافق مع بيئتنا المحافظة دون جرح لكرامة المفحوص .

د- عُرض الاستبيان بصورته الأولية والمتكونة من ٣٢بنداً{ملحق رقم ٤}على عدد من الأساتذة في كلية التربية بجامعة أم القرى وبعض الأطباء والأخصائيين بعلاج الإدمان في كل من مستشفى الأمل بجدة ومستشفى الصحة النفسية بالطائف،وذلك للتأكد من صياغة البنود وملاءمتها لما وضعت لقياسه،وبناء على ذلك أمكن حذف بعض البنود وتعديل صياغة البعض الآخر وخاصة فيما يتعلق بمظاهر الصعوبة والغموض والتكرار والتسلسل،ووصل الاستبيان بعد التحكيم إلى ٢٥ بنداً.

هـ- استفاد الباحث إضافة لإطلاعه على المراجع المتخصصة في المخدرات، من آراء المختصين بمستشفى الأمل حيال كيفية حساب وتوزيع الدرجات على فئات الاستجابة.

و- جرى تطبيق الاستبيان بعد التعديل على عينة استطلاعية بلغت ٣٠مفحوصاً من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون الموجودين في مستشفى الأمل، بهدف التعرف على وضوح الأسئلة والبنود ومدى ملائمة فئات الاستجابة وكان يجري التطبيق على المفحوصين مع مناقشة متعمقة للأسئلة والبنود . وبناء على ذلك جرى حذف وتعديل بعض البنود التي تضمنت على جوانب صعوبة وسوء فهم من قِبل المفحوصين،كما جرى تعديل لمدد بعض فئات الاستجابة التي اتفق غالبية المفحوصين بالإجابة عليها .وعلى ضوء ما سبق فقد تم بناء الاستبيان في صيغته النهائية مكوناً من ٢٣ بنداً {ملحق رقم٥}.

طريقة تصحيح الاستبيان:

أقصى درجة يحصل عليها المفحوص هي(٩٢) وأدنى درجة هي (٢٣) . ولكل بند في الاستبيان أربعة استجابات،يُعطى المفحوص درجة على استجابته التي تمتد من ١ إلى ٤ درجات ويختار المفحوص منها استجابة واحدة توافق حالته ويضع علامة (X)في المربع الموجود أمام الاستجابة ،ما عدا البندين الرابع والخامس ،ففي الرابع يعتمد التقدير على كمية التعاطي التي يضعها المفحوص،وفي الخامس يختار المفحوص الطرق التي يستخدمها وتوضع الدرجة بناء على طريقة التعاطي الأسرع تأثيراً من الطرق التي اختارها. وقد ادخل الباحث سؤالين مفتوحين لا يدخلان في حساب درجات شدة التعاطي فيجيب المفحوص بكتابة أسماء الأنواع التي يستخدمها والمخدر الذي يشكل أكبر مشكلة له وبسبب تعاطيه دخل المستشفى،وذلك كي تُسهل على الباحث عملية تصنيف المتعاطين.

صدق الاستبيان :

١- صدق المحكمين

استخدم الباحث صدق المحتوى للتحقق من صدق البنود المكونة للاستبيان وذلك بعرضه على(١٤) من المحكمين في جامعة أم القرى ومستشفى الأمل بجدة ومستشفى الصحة النفسية بالطائف. {ملحق رقم٦}

وذلك لمعرفة رأيهم حول مدى قدرة البنود على قياس ما وضعت من أجله ، وفي ضوء آراء المحكمين تم استبعاد بعض البنود وتعديل البعض الأخر.

٢- صدق المحك

قام الباحث بإستخدام محك خارجي للحكم على صدق الاستبيان حيث حسب الصدق التلازمي لأحكام الفريق المعالج على شدة تعاطي ٣٢ فرداً من المتعاطين ثم طبق عليهم الاستبيان وحسب درجة الإرتباط بين حكم الفريق المعالج ودرجة الاستبيان حيث كان معامل الارتباط (٠,٦١) وهو دال عند مستوى(٠,٠١)

ثبات الاستبيان :

استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار على عينة قوامها ٣٠ فرداً من بين متعاطي المخدرات في مستشفى الأمل وذلك بعد فترة زمنية قدرها أحد عشر يوماً من التطبيق الأول وكان معامل الثبات (٠,٨٨) وهو معامل ثبات مرتفع.

ثالثا : منهج الدراسة

استخدم الباحث الأسلوب الوصفي وذلك لكونه الأنسب في الدراسات الإنسانية (عبيدات،١٩٨٩) ، ولملاءمته لعينة الدراسة وأدواتها . والذي يشمل في بعض أجزائه المنهج الوصفي الارتباطي والمنهج السببي المقارن حيث قارن الباحث بين الاسوياء والمتعاطين وبين فئات التعاطي

رابعا : الأسلوب الإحصائي

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية :

١-حساب ت الاختبارt.test للفروق بين العينات.

٢-حساب تحليل التباين لمعرفة مدى التباين بين عينات الدراسة .

٣- معاملات الارتباط .

٤- التكرارات والنسب المئوية.

الفصـــــــل الرابع

نتائج الدراسة

نتائـــج الفروض

تفسير النتـــــائج

التوصيـــــــات

الدراسات المقترحة

المراجـــــــع

الملاحـــــــق

نتائج الفروض

أولا: نتائج الفرض الأول

ينص هذا الفرض على أنه (**لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين درجة شدة التعاطي والدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي)**. وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجة شدة التعاطي والدرجة الكلية لاختبار التوافق الشخصي الاجتماعي ،وذلك لدى مجموعة المتعاطين. وجاءت النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول(٥)

درجة ارتباط التوافق الكلي مع درجة التعاطي

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التوافق الكلي	٠,٦٧٣ -	ارتباط سلبي عند ٠,٠٠١
درجة التعاطي		

ويتضح من الجدول السابق وجود ارتباط سالب دال عند مستوى ٠,٠٠١ بما يعني كلما زادت درجة التعاطي قل التوافق الشخصي الاجتماعي والعكس صحيح .

ثانيا: نتائج الفرض الثاني

ينص هذا الفرض على أنه **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين والأسوياء في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي)** وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بحساب قيمة (ت) بين متوسطات درجات مجموعتيّ الأسوياء والمتعاطين على اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي في المجموع الكلي، وجاءت النتيجة كما هو واضح في الجدول التالي :-

جدول(٦)

الفروق بين الأسوياء والمتعاطين في التوافق الكلي

البعد	أسوياء ن=١٠٠		متعاطين ن=١٢٦		قيمة ت	درجة الحرية	اتجاه الفروق
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف			
الكلي	١٩٩,٦١	١١,٥٩١	١٦٥,٠٧٩	٢١,٤٨٣	١٥,٤٣	٢٢٤	لصالح الأسوياء

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ بين مجموعتي الدراسة في التوافق الكلي، حيث حصلت مجموعة الأسوياء على متوسطات أعلى من مجموعة المتعاطين. وبذلك يكون الفرق دال جوهرياً لصالح الأسوياء .

ثالثا: نتائج الفرض الثالث

ينص هذا الفرض على أنه **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين والأسوياء في الأبعاد الفرعية في التوافق الشخصي الاجتماعي)**. وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بحساب قيمة (ت) بين متوسطات الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي للمجموعتين، وجاءت النتائج كما هو واضح في الجدول التالي:

جدول (٧)

الفروق بين الأسوياء والمتعاطين في الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي

البعد	أسوياء ن=١٠٠		متعاطين ن=١٢٦		قيمة ت	درجة الحرية	اتجاه الفروق
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف			
الجسمي	٥٥,٥١	٥,١٤١	٤٧,٩٩	٧,٩٠٩	٨,٦٢	٢٢٤	لصالح الأسوياء
النفسي	٥٠,٠٧٠	٥,٢٨٢	٣٨,٢٣	٧,٥٦٧	١٣,٨٢	٢٢٤	------
الأسري	٤٥,٨٤	٢,٤٥٧	٣٧,٨١	٦,٦٢٦	١٢,٥٥	٢٢٤	------
الاجتماعي	٤٨,٢٤	٣,٧٩٠	٤١,١١	٦,٠٤٥	١٠,٨٢	٢٢٤	------

يتضح من الجدول السابق مايلي:

١- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١بين الأسوياء والمتعاطين في التوافق الجسمي لصالح الأسوياء .

٢- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١بين الأسوياء والمتعاطين في التوافق النفسي لصالح الأسوياء .

٣- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١بين الأسوياء والمتعاطين في التوافق الأسري لصالح الأسوياء .

٤- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١بين الأسوياء والمتعاطين في التوافق الاجتماعي لصالح الأسوياء .

رابعا : نتائج الفرض الرابع

ينص هذا الفرض على أنه **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي)** وللتحقق من صحة هذا الفرض أستخدم الباحث تحليل التباين أحادي الاتجاه بين العينات الثلاث،وجاءت النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٨)

نتائج تحليل التباين بين عينات التعاطي الثلاث

في الدرجة الكلية لاختبار التوافق

البعد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الكلي	بين المجموعات	٢	٣٩٧,٥٣٧	١٩٨,٧٦٨	٠,٤٢٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٣	٥٧٢٩٣,٤١٨	٤٦٥,٨٠٠		
	المجموع	١٢٥	٥٧٦٩٠,٩٥٣			

أظهرت نتائج تحليل التباين في الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات التعاطي الثلاث في الدرجة الكلية للتوافق الشخصي الاجتماعي .

خامسا: نتائج الفرض الخامس

ينص هذا الفرض على أنه **(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات من متعاطي الهيروين والحشيش والكبتاجون في الأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي)**.وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدم الباحث تحليل التباين أحادي الاتجاه بين العينات لمعرفة دلالة الفروق،وكانت النتائج على النحو التالي :

١-التوافق الجسمي :

جدول (٩)

نتائج تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق الجسمي

البعد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجسمي	بين المجموعات	٢	٣٥,٨٥٥	١٧,٩٢٧	٠,٢٣٨	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٣	٧٧٨٣,١٦٦	٦٣,٢٧٧		
	المجموع	١٢٥	٧٨١٩,٠١٩			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينات في التوافق الجسمي .

٢-التوافق النفسي :

جدول(١٠)

نتائج تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق النفسي

البعد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
النفسي	بين المجموعات	٢	١٧٠,٧٩٦	٨٥,٣٩٨	١,٥٠٣	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٣	٦٩٨٧,٥١٣	٥٦,٨٠٩		
	المجموع	١٢٥	٧١٥٨,٣٠٨			

تظهر النتائج الموضحة في الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات التعاطي في التوافق النفسي.

٣-التوافق الأسري :

جدول (١١)

نتائج تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق الأسري

البعد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأسري	بين المجموعات	٢	١٣٧,٥٤٦	٦٨,٧٧٣	١,٥٨١	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٣	٥٣٥١,٢٠١	٤٣,٥٠٥		
	المجموع	١٢٥	٥٤٨٨,٧٤٦			

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العينات في التوافق الأسري.

٤- التوافق الاجتماعي :

جدول (١٢)

نتائج تحليل التباين بين عينات التعاطي في التوافق الاجتماعي

البعد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الاجتماعي	بين المجموعات	٢	٠,١٤٥٥	٠,٠٧٢٨	٠,٠٠٢	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٣	٤٥٦٨,٣١٩٦	٣٧,١٤٠٨		
	المجموع	١٢٥	٤٥٦٨,٤٦٤			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينات في التوافق الاجتماعي .

تفسير النتائج

أولاً : تفسير نتائج الفرض الأول

لقد حققت هذه الدراسة أحد أهدافها في معرفة العلاقة بين التعاطي والتوافق الشخصي الاجتماعي ، حيث أسفرت نتائج الفرض الأول عن ارتباط جوهري سلبي ذو دلالة إحصائية بين درجة شدة التعاطي والتوافق ، ويحتمل أن يكون ازدياد درجة شدة التعاطي سبباً في ضعف التوافق الشخصي الاجتماعي ، كما يحتمل أن يكون ضعف التوافق وانخفاضه سبباً في ازدياد درجة شدة التعاطي.

وبالنظر إلى الجدول رقم (٥) يتضح لنا أن العلاقة عكسية بين المتغيرين بمعنى أنه كلما زادت درجة التعاطي قل التوافق والعكس صحيح ،فإذا ارتفعت درجة التوافق انخفضت درجة التعاطي .

إن هذه الدراسة لا تبحث عن العليَّة أو السببية وأيهما السبب في حدوث الأخر، ولا نستطيع إرجاع ظاهرة التعاطي لعامل واحد فقط . فالظواهر الإنسانية عامة والظواهر النفسية خاصة لا يمكن ردها إلى عامل واحد تستند عليه مهما كانت أهمية هذا العامل(عبد السلام،١٩٧٧) . وإنما هناك خليط متشابك من العوامل جميعها تؤثر على الفرد لتؤدي به إلى التعاطي وفي النهاية إلى الإدمان ،منها الفرد بشخصيته وسلوكه واضطراباته واستعداداته وتقبلاته ، ومنها المادة بتأثيرها وقوتها وفاعليتها معه وآثرها الأول الذي تتركه في الشخص المتعاطي، ومنها البيئة بما فيها من مشاكل أسرية أو اجتماعية أو اقتصادية أو التقاليد والعادات والقيم والقبول الاجتماعي. فالعلاقة السببية لا تستطيع مثل هذه الدراسة حسمها أو مجرد التلميح بحسمها لأنها تحتاج إلى دراسة تتبعية منذ الطفولة وحتى الانغماس {لا قدر الله} في الإدمان ، أو استخدام منهجاً تجريبياً وهذا ما لا يمكن من الناحية الأخلاقية .

إلا أنه من الملاحظ للدراسات السابقة في هذا المجال أن التعاطي له علاقة بالكثير من الانتكاسات والاضطرابات في شخصية وسلوكيات المتعاطي . فالبطالة وتردي علاقات المدمن بالآخرين والاختلالات النفسية التي يعاني منها المدمن كلها تبدو نتائج للإدمان وليست منتجة للإدمان(المرزوقي وآخرون،١٩٩٥). وقد أكدت دراسة بلوم وآخرون(Blume et,al.1994) على أنه في معظم الحالات إذا لم تكن جميعها تكون مشكلة تعاطي المخدر دلالة وبداية لعدد من المشاكل الاجتماعية والنفسية والعامة الأخرى التي يعاني منها المتعاطي . وتوصل غباري(١٩٩١) في دراسته إلى أن ٥٨% تسبب لهم المخدر بمشاكل أسرية و٧٥% أفادوا بأن المخدر يعوقهم عن العمل و ٩٥,١%

ذكروا بأن المخدر يسبب لهم الكثير من الأمراض و٨٢,٨% ذكروا بأن المخدر يؤثر سلبياً على تعاملهم مع الآخرين.وتوصل مركز أبحاث مكافحة الجريمة في دراسته التي أجريت في الإمارات العربية المتحدة ، أن علاقات غير المدمنين بآبائهم أفضل بكثير من علاقات المدمنين بآبائهم ويفسرون ذلك بأن وجود هذا الفارق على الرغم من الأهمية التي تعطى في المجتمعات العربية الإسلامية للعلاقات الجيدة والمتينة مع الوالدين يدل على أن الإدمان هو فعلاً السبب الرئيسي لتردي علاقات المتعاطين بأسرهم, كما أشاروا صراحة في بحثهم الذي أجري في السعودية أن جزءاً على الأقل من سوء التوافق الأسري هو بسبب التعاطي في حد ذاته واستشهدوا بأن آباء المدمنين وغالبية أقاربهم من غير المتعاطين . (المرزوقي وآخرون١٩٩٤،١٩٩٥).

ورغم تسليم الباحث بأنه قد يكون سوء التوافق موجوداً في بعض افراد العينة قبل التعاطي ، وقد يكون دافعاً للتعاطي ومسبباً له نتيجة الظروف الاجتماعية السيئة المحيطة بالمتعاطي أو نتيجة لظروف ومشاكل أخرى متعددة الجوانب ، وهذا ما تشير إليه بعض الدراسات المتخصصة ، ومنها دراسة لوثر وكوشينغ (Luthar&Cushing,1997) والتي توصلتا فيها إلى أن سوء استخدام المخدر يمثل عرضاً كبيراً لسوء التوافق وذلك في دراستهما على عينة من الجانحين والجانحات من أعراق مختلفة في أمريكا . وفي جزء من دراسة طولية توصل كل من دورتي و نيدل (Doherty&Needle,1991) في دراستهم عن التوافق النفسي وتعاطي المخدرات لدى المراهقين قبل وبعد طلاق الوالدين ، إلى أن اتجاه الأبناء لاستخدام المخدر بدأ بعد المشاكل الأسرية التي حدثت قبل الانفصال وبعده.

ورغم ذلك فأن نتائج هذا الفرض تؤكد على إنه وأن كان هناك سوء توافق قبل التعاطي ، فأن التعاطي المستمر وبشدة لأي نوع من المخدرات بصرف النظر عن خطورته ، يؤدى إلى مزيداً من سوء التوافق ، وانه كلما زاد التعاطي وتكرر بصفة دورية وزادت شدته وأصبح المخدر مسيطراً على الفرد ، والفرد منقادٌ له فإنه يؤدي إلى تدهور التوافق الشخصي الاجتماعي.

وتتسق نتيجة هذا الفرض مع ما توصلت له دراسة فيشبين وريولاند (Fishbein&Reuland,1994) حيث وجدا أن تكرار استخدام المخدر بصفة دورية يؤدي إلى الاضطراب النفسي والعدوانية بدرجات عالية إضافة لارتكاب المدمنين جرائم السرقات أكثر من غيرهم. وإذا رجعنا إلى مضامين التوافق الشخصي الاجتماعي نجد أن من الصفات التي يتمتع بها الشخص المتوافق نفسياً واجتماعياً هي خلوه من الاضطرابات

النفسية والبعد عن العدوانية ومسايرة الجماعة والبعد عن كل ما يمس قيم ومبادئ المجتمع .

كما أن نتيجة هذا الفرض تتسق مع دراسة مكورميك وسميث (McCormicke&Smith,1995) والتي توصلت إلى أنه كلما زاد التعاطي وتنوع كلما أدى ذلك إلى تدهور حالة المتعاطي النفسية والاجتماعية ، وهذا ما يلاحظه من يعمل في هذا المجال فالغالبية العظمى من المتعاطين وخاصة متعاطي الهيروين قد خبروا أنواعا أخرى من المخدرات والكحول وبالتالي زادت لديهم درجة التعاطي.

وتتسق نتيجة الفرض مع دراسة دونوهو وآخرون(Donohue et.al,1996) حيث توصلوا إلى أن مستويات الاكتئاب ترتفع مع زيادة التعاطي، ولقد وجدوا أن فعالية برامج العلاج لمتعاطي المخدرات تؤتي أكلها إذا أضيف لها استراتيجيات لمكافحة الاكتئاب .

وتتفق النتيجة مع ما توصل إليه فيرجسون وهرود(Fergusson&Horwood,1997) في دراستهما التتبعية والتي توصلا فيها إلى أن التوافق يزداد سوءً بتكرار استخدام الحشيش كما توصلا إلى ارتباط تعاطيه بترك الدراسة في وقت مبكر والجنوح نحو الجريمة والسلوك المضاد للمجتمع.

ويمكن أن تفسر هذه العلاقة بأن درجة شدة التعاطي والتي تتمثل بمدى سيطرة المخدر على الفرد المتعاطي وانقياده له وتُحكمه فيه، والتي تتكون درجته المتحصلة في الاستبيان من مجموعة من البنود تدور حول عدد الأنواع المستخدمة والكمية وطرق التعاطي ومدة التأثير وقدرته على التحمل واستمرارية التعاطي والمشاكل الأمنية التي تعرض لها ومدى اللامبالاة والاستهتار عنده . هذه الدرجة عندما تزداد فهذا يعني ازدياد الاعتماد النفسي أو الجسمي أو كليهما على المخدر، مما يجعله شخصاً عدوانيا قلقاً حتى يحصل على الجرعة المناسبة ، وهذا ما أكدته دراسة فيشبين وريولاند (Fishbein&Reulnd,1994) والتي ربطت بين العدوانية والاستخدام المتكرر للمخدرات. ولتجنب الأعراض الانسحابية النفسية أو الجسمية أوكليهما يصبح المتعاطي في حالة خدر مستمر وبالتالي يصبح شخصا مكتئباً سلبياً غير مكترث بالأمور المحيطة به حتى وإن كانت تخص أقرب الناس إليه. ولكونه غالباً في حالة تخدير فإنه يصرفه عن ذكر الله ويصرفه عن الصلاة التي هي عماد الإسلام قال سبحانه وتعالى{ اتْلُ مَا أُوحِيَ إِلَيكَ مِن الكِتَابِ وَأَقِمِ الصَّلاَةَ إِنَّ الصَّلاَةَ تَنهَى عَنِ الفَحشَاءِ وَالمُنكَرِ وَلَذِكْرُ اللهِ أَكْبَرُ واللهُ يَعلَمُ مَا تَصْنَعُونَ} (العنكبوت،٤٥).ونحن نعلم ما للصلاة من دور في شعور الفرد بالطمأنينة والأمن النفسي والسكينة .

وعندما تزداد درجة شدة التعاطي لديه يزداد بحثه عن المخدر فينشغل تفكيره به وبكيفية الحصول عليه حتى أنه يحلم به في نومه ففي دراسة مركز أبحاث مكافحة الجريمة التي أُجريت في لبنان ، تبين أن التفكير في المخدر يستحوذ على معظم أوقات المدمنين المزمنين سواء في اليقظة أو النوم إذ أن لكثير منهم أحلاماً تتعلق بالمخدرات (المرزوقي وآخرون،١٩٩٦) . وأيضاً يقتصر على مرافقة من يتعاطاه وهذا يؤثر على علاقاته بأسرته وزملائه ومحيطه الاجتماعي بصفة عامة مما يزيده عزلة تزيد من قلقه واضطرابه النفسي ، وقد تدفع به إلى إيذاء نفسه أو إيذاء غيره . فقد تبين من عدة دراسات أن نسبة ٤٥% -- ٥٠% من حوادث الانتحار في أمريكا وإنجلترا كانت من بين متعاطي المخدرات(عبد اللطيف،١٩٩٢).

والتعاطي المنتظم للمخدر وما يصاحبه من حالة تخدير مستمرة واعتماد نفسي أو جسمي أوكليهما تسبب للمتعاطي التغيب المستمر عن العمل وتقل إنتاجيته وتسوء علاقاته بمرؤوسيه ورؤسائه وزملائه ويتعرض باستمرار إلى حسميات وتوقيف عن العمل وغالباً الفصل وهذا ما تؤكده معظم الدراسات المتخصصة ، وفي الدراسة الحالية وجد الباحث ان نسبة العاطلين ومن لا عمل ثابت له بلغت ٦١% من مجموع المتعاطين . وفقدان المتعاطي للعمل يؤثر على شعوره بالانتماء والارتباط في المجتمع. فالانتاجية المترتبة على العمل تعتبر من أقوى الروابط التي يعتز بها الفرد والتي قد يعيش عليها وعلى ذكرها(العامر،١٤٠٩) .

وعندما تزداد درجة الشدة فهذا يعني زيادة في الكمية المستخدمة المكلفة مالياً مما يؤدي إلى استنزاف موارد الأسرة المالية، فقد أكدت دراسة مركز أبحاث مكافحة الجريمة التي أجريت في السعودية أن ٩٤% من الدخل الاقتصادي الشهري لنزلاء مصحات الإدمان في المملكة يصرف على شراء المخدر(المرزوقي وآخرون، ١٩٩٤). ويؤثر بلا شك هذا الصرف على مطالب والتزامات أسرة المتعاطي من قوت وملبس ومسكن ، وبالتالي تكثر المشاكل والخلافات الأسرية بينه وبين أسرته والتي تؤدي غالبا إلى الطلاق إذا كان متزوجاً . كما أن ما يقدم عليه المتعاطي من تصرفات غير مسؤولة في سبيل تأمين قيمة المخدر ، كالبيع خلسة لمدخرات الأسرة ومحتويات المنزل من أثاث وخلافه ، وما يسبب لأسرته من إحراج من كثرة مديونياته ونصبه واحتياله على الناس. كل ذلك يؤدي إلى رد فعل من أسرته بالقسوة عليه ونبذه وأحيانا طرده . ويشير المرزوقي وآخرون (١٩٩٥،١٩٩٤) إلى أن المعاملة الوالدية القاسية للمدمنين في المجتمع الخليجي قد تكون ناتجة عن إدمانهم وليس العكس . هذه المعاملة التي يراها

المدمن بأنها قاسية تثير فيه الكراهية نحو أسرته ،فيسقط تعاطيه وما وصل إليه من تردي حالته على أسرته والمشاكل التي يثيرونها معه .

كما أثبتت الدراسات العلمية أن التعاطي المستمر للمخدرات يؤدي إلى خفض الهرمونات الجنسية وبالتالي تقل القدرة الجنسية ويصاب بالضعف الجنسي(البار،١٩٨٩ : ٣٢١). وهذا يؤثر على علاقات المتعاطي بزوجته ويؤدي إلى غيابه المستمر عن المنزل ،ويعتبر أحد الأسباب الغير معلنة للخلافات الزوجية والتفكك الأسري ، هذا الفشل إضافة لما يسببه من مشاكل زوجية فإن المتعاطي يشعر بالضيق والاكتئاب مما يدفعه لزيادة الكمية المتعاطاة أكثر فأكثر لكي ينسى النقص والضعف الحاصل لديه ويعيش في عالم من الهلاوس والخيالات التي يشعر من خلالها بالسعادة الزائفة .

ثانيا: تفسير نتائج الفرض الثاني والثالث

من خلال النتائج السابق عرضها ، اتضح أن هناك فروقا دالة إحصائياً بين المتعاطين والأسوياء في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي لصالح الأسوياء، كما هو موضح في الجدول رقم (٦) الخاص بالفرض الثاني والجدول رقم (٧) الخاص بالفرض الثالث.

وتتسق نتائج الفروق بين المتعاطين والأسوياء في البعد العام والأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي مع ما أشار إليه سمارت وفيجر Smart&Fejer (١٩٧١) والمغربي (١٩٨٤) والسعيد(١٤٠٨) والحازمي (١٤٠٩) والحربي(١٤١٥) في أن متعاطي المخدرات يتميزون بالانطواء الاجتماعي والعزلة الاجتماعية وعدم الاستقرار والسلبية والشعور بالدونية وعدم المساهمة الإيجابية في المجتمع. ويشير زهران (١٩٩٥) في إطار تناوله لأهم مضامين التوافق الشخصي الاجتماعي إلى أن من مظاهر التوافق الجيد ، السعادة مع النفس والرضا عنها والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة. وهذا يتناقض مع ما تشير إليه النتائج من انطواء وسلبية وعدم اكتراث ولامبالاة في ما يحدث في أسرته عوضاً عن مجتمعه.

كما أن النتائج تتسق مع دراسات مالهوترا ومورثيMalhotra&Mourthy (١٩٧٧) والعقباوي وآخرون (١٩٨٤) وعبد الله (١٩٨٩) والمرزوقي وآخرون(١٩٩٠) حيث أشاروا إلى أن غالبية المتعاطين يتسمون بالعدوان ويلجأون إليه كإثبات وجود أو محاولة تنفيس .

وتتفق نتائج الفروق السابقة مع ما توصلت إليه دراسات زيور(١٩٦٤) ومنرو واستينMonroe&Astin (١٩٦١) ومصطفى(١٩٨٢) وسلوى عبد الباقي (١٩٩٢) والتي يشيرون فيها إلى أن المتعاطين يغلب عليهم سمة اللا توافق، وأن أسرهم يقل فيها الوفاق وأنهم غير متوافقين مع مجتمعهم وأن الصحة النفسية للمدمنين تختلف عن العاديين.

ونظراً لأن النتائج أظهرت فروقاً دالة إحصائياً لجميع الأبعاد الفرعية والبعد العام. فأن الباحث حرصاً منه على عدم الإطالة المملة وعدم التكرار فإنه سوف يقوم بتفسير نتائج الفرضين سوياً، خاصة إذا علمنا أن جميع الأبعاد التوافقية لا يوجد بها بُعد مستقل عن الآخر بل كل منها يؤثر ويتأثر بالآخر .

ويمكن أن تُفسر نتيجة الفروق بأن ما يحدثه التعاطي من مشاعر الذنب وتأنيب الضمير جاء بسبب ما يرتكبه المتعاطي من معصية للخالق عز وجل في تعاطيه للمخدر ، وما يرتكبه من سلوكيات تضر بأسرته ومجتمعه، و ذلك يولد لديه التوترات والصراعات النفسية والتي قد تكون في الأصل هي ما دفعته للتعاطي وتضاعف دورها بعد التعاطي. هذه الصراعات والتوترات تنهكه وتجعل منه شخصاً عاجزاً غير قادر على مواجهة المشكلات الحياتية الصغيرة فضلاً عن الكبيرة ، سريع الانفعال لأتفه الأسباب، يسعى للمخدر بأية وسيلة حتى وإن كانت فيها مضرة لنفسه أو لمجتمعه. فلم تعد تهمه المعايير والقيم الأخلاقية التي يتمسك بها المجتمع وإنما المهم لديه هو تأمين المخدر .

والنتائج السابقة هي نتيجة طبيعية للخلافات والمشاكل التي تغلف حياة المتعاطي في أسرته وعمله ومجتمعه بصفة عامةً والتي عادةً ما يكون هو المتسبب الرئيسي فيها، فرغم أيماننا بأن هذه المشاكل قد تكون موجودة لدى بعض المتعاطين قبل اتجاههم للمخدرات إلا أنها أصبحت أكثر سوءً من ذي قبل ،حيث تجعل منه شخصاً منبوذاً في المجتمع لا أحد يهتم به أو يلقي له بالاً والكل يتجنب التعامل والحديث معه ، وبالتالي يؤثر ذلك على ثقته بنفسه وعلى تكامل شخصيته . وسوء فكرة المتعاطي عن نفسه وإحساسه بأنه منبوذ وأنه غير مرغوب فيه تجعله يميل إلى عدم الاكتراث بالأمور المحيطة به ويتسم بالسلبية والفشل في العمل أو التحصيل الدراسي(عبد اللطيف،١٩٩٢). و يولد لديه كل ذلك، الشعور بالدونية والنقص ، حيث يسعى إلى تدمير ذاته وذلك بالاستمرار بالتعاطي وبشكل أكبر وأخطر فالحياة والموت لديه سيان . وهذا ما نشاهده عادةً في متعاطي الهيروين خاصة ، فرغم أن غالبيتهم قد خبروا أُناس قضوا نحبهم أمام أعينهم بأسباب التعاطي إلا أنهم لا زالوا مستمرين وبشكل أكبر مما مضى .

كما إن ما توضحه نتائج الفروق بين المتعاطين والأسوياء في التوافق الشخصي الاجتماعي هي نتيجة طبيعية لعدم الاتزان الانفعالي التي تتسم سلوكيات المتعاطي بها ، فالمتعاطي يصبح غير قادر على إقامة علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين سواء داخل أسرته أو في عمله أو مجتمعه ، مما يفقده الثقة بالنفس ويسبب له عزلة اجتماعية وشعوراً بالدونية ، تزيد من قلقه واضطرابه النفسي ،وبالتالي يسلك سلوكاً عدوانياً نحو أسرته ومحيطه الاجتماعي حتى أطفاله قد لا يسلمون من عدوانيته .

والمتعاطي يوجه اهتمامه الأول للحصول على المخدر وتعاطيه ، لذلك لا يهتم بكافة نواحي الحياة الأخرى ، فيهمل طعامه وراحته وغذاءه مما يؤدي إلى تأخر صحته العامة ويصاب بالضعف والوهن العام وأمراض أخرى مرتبطة بنوع المخدر الذي يستعمله، كتقيح الجلد في متعاطي الهيروين، مما يجعله شخصاً مهزوزاً غير متقبل لوضعه الجسمي كارهاً له ، مهملاً لنظافته وهندامه.

وأيضاً يعتبر الباحث النتائج السابقة هي نتيجة طبيعية لما يشعر به المتعاطي من خوف ووجل وترقب . فهو في حال توفر المخدر في حالة خوف من نقصانه ، وحالة خوف من أثاره الإنسحابية التي بسبب خوفه تتضخم وتزيد شدتها . فالخوف يصحبه عادة تغيرات وأعراض فسيولوجية تدخل تحت أعراض الانسحاب مثل زيادة العرق والإسهال (عبد السلام،١٩٧٧) . وهو في خوف من أنه لن يتوفر لديه المخدر، وهو في خوف من أنه لن يجد المال الكافي للمخدر، وهو في خوف من أن تقبض عليه الجهات المختصة في أية لحظة . ولقد صور لنا المصطفى عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم أهمية شعور الفرد بالأمن النفسي في المجتمع، حيث قال {من أصبح آمناً في سربه ،معافى في جسده، عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها} رواه الترمذي في الجامع الصحيح ،كتاب الزهد باب ٣٤ ،حديث رقم٢٣٤٦. أين متعاطي المخدرات من هذا الأمن، فهو يتوقع القبض عليه كما أسلفنا في أية ساعة ، منبوذ من أفراد مجتمعه، لا أحد يجرؤ على مخالطته ، جسده منهك وهن ، قوت يومه هو المخدر ولاشيء غيره .

ثالثا : تفسير نتائج الفرض الرابع والخامس

ومن خلال نتائج الفروق بين عينات التعاطي الثلاث {هيروين، حشيش، كبتاجون} في البعد الكلي والأبعاد الفرعية للتوافق الشخصي الاجتماعي والتي أظهر فيها تحليل التباين المستخدم لتوضيح الفروق بأنه لا توجد فروق ذات دلالة حسب ما هو موضح في

الجـدول رقـم (٨) الخـاص بـالفرض الرابـع والجـداول رقـم(٩-١٠-١١-١٢) الخاصة بالفرض الخامس .

ونظراً لعدم وجود فروق ذات دلالة فـي الفرضين فإن الباحث حرصاً منه على عدم الإطالة والتكرار سوف يقوم بتفسيرهما سويا .

فالنتيجة السابقة تختلف مع ما توصل إليه الحازمي(١٤٠٩) من أن مدمني المنبهات والمهدئات توجد بينهم فروق في الاتزان الانفعالي والانطوائية والثقة بالنفس. ويرجع الباحث الحالي وجود هذا الاختلاف بأنه قد يكون لاختلاف عينته عن عينة الحازمي ، فرغم أن الباحث لم يحدد أنواع المخدرات إلا أننا نستطيع القول إن الحازمي عند تطبيقه لدراسته لم يكن الهيروين منتشراً في المملكة، وبالتالي فإننا نستبعد الهيروين من الدراسة وإن كان موجوداً فنسبته قليلة لا تؤثر على الدراسة ، كما أنه في ذلك الوقت كان السيكونال المنوم منتشراً أكثر من أي مخدر آخر والذي اختفى في السنين الأخيرة ولم يعد له وجود في المملكة العربية السعودية .

وتتسق نتائج الفروق بين عينات التعاطي مع ما توصل له وولفش وآخرون (Walfish et.al,1990) من أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات دراسته والتي درست الكحول والحشيش والكوكايين والأفيونات في سمة القلق والغضب (المرزوقي وآخرون,١٩٩٥) . وهما من العوامل التي تساهم في سوء التوافق . فالشخص المتوافق هو من يحفظ اتزانه عند الغضب ويسيطر على انفعالاته ، وقد نبهنا المصطفى صلى الله عليه وسلم في حديثه الذي اخرجه مسلم بصحيحه في كتاب البر، باب فضل من يملك نفسه عند الغضب حديث رقم٢٦٠٨،المجلد السادس عشر ، فعن ابن مسعود رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: { ما تعدون الصرعة فيكم ؟قالوا: الذي لا تصرعه الرجال.قال:ولكنه الذي يملك نفسه عند الغضب } . فمن سمات الفرد المتمتع بالصحة النفسية ، قدرته على الصمود حيال الأزمات دون أن يلجأ إلى أساليب ملتوية غير ملائمة لحل أزمته كالعدوان ونوبات الغضب (فهمي،١٩٨٧). كما أن القلق كسمة لا تتوافر إلا في شخص فقد توافقه .

ويُرجع الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات التعاطي الثلاث في التوافق الشخصي الاجتماعي العام والأبعاد الفرعية، رغم اختلاف تركيب المواد المخدرة الكيميائي وتصنيفها الفارماكولوجي وما تحدثه للمتعاطي من آثار عند التعاطي ، فسيولوجية ونفسية واجتماعية . يُرجع ذلك إلى أنه قد يكون السبب هو التبعية النفسية للمخدر (الاعتماد النفسي)، ومايحدثه من آثار تجعل الشخص المتعاطي عبداً للمخدر

والمخدر سيده يأتمر بأمره. فغالبية عينة التعاطي لم يأتوا طواعية إلى المستشفى إلا عندما شعروا بتبعيتهم للمخدر وعدم قدرتهم الإنفكاك منه، والمجبرون منهم لم يدخلهم ذووهم إلا عندما شعروا بسيطرة المخدر عليهم .

إن عدم وجود فروق في التوافق الشخصي الاجتماعي ببعده العام وأبعاده الفرعية يؤكد لنا أهمية ودور التبعية النفسية فيما تحدثه من آثار نفسية واجتماعية وأسرية وجسمية على المتعاطي. فرغم أن الحشيش والكبتاجون لا يوجد بهما وجه مقارنة مع الهيروين في التبعية الجسمية (الاعتماد الجسمي) إلا أننا فيما نلاحظه من نتائج في فروض الفروق بين عينات التعاطي الثلاث في التوافق الشخصي الاجتماعي ، يؤكد لنا دور التبعية النفسية (الاعتماد النفسي) . ولكونها تعتبر أهم القواسم المشتركة التي تجمع بين العينات الثلاث، ولا نكون مبالغين إذا قلنا إنها تجمع جميع أنواع المخدرات الطبيعية والتخليقية والصناعية تحت مظلتها.

هذه التبعية تجعل من الشخص المتعاطي يبحث عن المخدر بأي شكل وتحت أي ظرف ضارباً بعرض الحائط أي شيء يعترض سبيله من أجل الحصول على المخدر، فلا يردعه دين ولا مثل ولا قيم أخلاقيه أو اجتماعية ولا عادات ولا معايير ، فالمهم هو تأمين المخدر بأية وسيلة كانت فالغاية هنا تبرر الوسيلة .

هذه التبعية تثير فيه القلق والاكتئاب والتوتر وتجعل منه شخصاً عدوانياً خاصة عندما لا يحصل على المخدر، مما يسبب له تلك الصراعات النفسية التي تنهكه وقد تؤدي إلى تفكك شخصيته

ونتائج الفروق بين عينات التعاطي في التوافق وأبعاده المختلفة، تؤكد خطأ الاعتقاد السائد لدى عامة الناس بأن هناك مخدرات خطيرة كالهيروين مثلاً ومخدرات أقل خطورة كالحشيش مثلاً، ورغم أن هذا الاعتقاد ليس خطأ مطلقاً ، فلا يمكن أن يقارن الهيروين بالحشيش أو القات أو غيره من المخدرات اللاأفيونية . ولكن هذه الخطورة أخذها الناس بوجهها الظاهر من المشكلة ، فمتعاطي الهيروين عادة ما تظهر آثار تعاطيه وتلاحظ أكثر من غيره من المخدرات نتيجة لأعتماده الجسمي والنفسي السريعين ولزيادة درجة ترسبه في الدم أكثر من غيره وبالتالي يؤدي إلى نقصان مفعول العقار . فمدمن الهيروين قد يصل إلى جرعة تعادل ٥٠ ضعف الجرعات القاتلة للفرد العادي و٢٠٠ ضعف الجرعة الطبية (عبد السلام،١٩٧٧) . كما أنه يحدث آثاراً مقززة للنفس ساعة تعاطيه ، وعادة ما يسبب الوفاة . إضافة لما رسخ في أذهان الناس نتيجة ما يشاهدونه في وسائل الإعلام المختلفة ، ففي التلفاز يتم تصوير أعراض الانسحاب الجسمي المنفرة في

الأفلام والمسلسلات والمشاهد المختلفة بشكل مرتبط بالهيروين فقط ، وهذا يصور للناس أنه هو الأخطر أما الباقي فأقل خطورة أو لا توجد خطورة منه . أما المخدرات الأخرى والتي يهمنا منها في دراستنا هذه الحشيش والكبتاجون فلا يظهر على متعاطيها العرضي أي أثر على صحته الجسمية أو على علاقاته الاجتماعية ويمارس حياته بشكل طبيعي لا تثير الانتباه. وهنا مكمن الخطورة ، حيث يصبح التعاطي الأولي أو العرضي مدعاة للاستمرار بتعاطيها بدعوى أنها لم تؤثر على سير حياته اليومية سواء في الأسرة أو العمل ولم تؤدي به إلى الإدمان ، فمن هنا تبدأ دوامة الاعتماد النفسي على المخدر ويبدأ في التعاطي المنتظم ومن ثم زيادة الجرعة لإحداث الأثر المطلوب ، حتى يصل لمرحلة متقدمة من الإدمان شبيهة بمتعاطي الهيروين إن لم تكن في بعض الحالات أشد وقعاً منه فتسوء حالته الجسمية والنفسية ويفقد توافقه الشخصي الاجتماعي وهذا ما أكدته الدراسة الحالية .

خاتمة نهائية

المخدرات مشكلة اجتماعية لها علاقة مباشرة بالتوافق . هذه العلاقة قد تكون تبادلية ، بمعنى أن ما يمر به الفرد من ظروف سيئة اجتماعية أو شخصية أو اقتصادية قد تقوده للتعاطي .والتعاطي بدوره يؤدي إلى المزيد من المشكلات الجسمية والنفسية والاجتماعية، التي تتمخض أجمالاً في مزيد من سوء التوافق الشخصي الاجتماعي . وهذا ما تدل عليه الفروق بين المتعاطين والأسوياء وما أكدته العلاقة بين شدة تعاطي المخدر بصرف النظر عن خطورته وسوء التوافق . وعلى غير ما هو متوقع دلت الفروق بين المخدرات على أنه لا يوجد بينها ما هو اشد سوءاً في التوافق ، فهي جميعها متساوية بدرجة السوء ، وذلك عكس ما هو متوقع وما هو سائد بين الناس بأن التعاطي لمخدرات خطره كالهيروين مثلاً يدل على درجة اسواء في التوافق من المخدرات الاسهل كالحشيش .

التوصيات

على ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة ومشاهدات الباحث اليومية للظاهرة يوصي ببعض الأمور التي يرى بأنها قد تفيد في التقليل من حجم الظاهرة.وهي كما يلي:-

١- تثقيف وتوعية النشء بأضرار المخدرات كافة ، وذلك من خلال إدخال موضوعات متفرقة عن المخدرات وأثرها وخطورتها وما تحدثه من سوء توافق نفسي واجتماعي في المناهج الدراسية المتوسطة والثانوية وكذلك المرحلةالجامعية .

٢- توضيح خطورة الاعتماد النفسي على المخدر للمدمن وأسرته بصفة خاصة وللمجتمع بكافة قطاعاته بصفة عامة.

٣- تفعيل دور الإعلام بتوعية المجتمع بخطورة المخدرات بصفة عامة وعدم الاقتصار على مخدر دون آخر فخطورتها واحدة .

٤- الاهتمام بالعلاج الأسري لتبصير الأهل بمشكلة ابنهم المدمن وأسبابها وكيفية علاجها.

٥- إنشاء مركز متخصص للإدمان على غرار الدول التي سبقتنا في هذا المجال، لوضع السياسات والخطط التي تكفل القضاء على المشكلة والاهتمام بها من كافة الجوانب العلاجية والوقائية والبنائية .

٦- التشديد والمراقبة الكامله على صرف الأدوية النفسية ووضع آلية فاعلة من الجهات ذات العلاقة تكفل عدم إساءتها.

٧- اتخاذ سياسات عليا من قِبل دول الخليج للضغط على الدول المصنعة لعقار الكبتاجون لإقفال مثل هذه المصانع مقابل مصالحها الاقتصادية لدينا، لكونها الدول الأكثر تضرراً منه في العالم .

٨- إقامة معسكرات عمل وإعادة تأهيل وتدريب ، وذلك لمن يتكرر علاجه في مستشفيات الأمل خمس مرات وأيضاً لمن يرغب ذووه إدخاله،بعد علاجه من أعراض الانسحاب .

الدراسات المقترحة :

١- استخدام استبيان شدة التعاطي في دراسة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية وعلاقتها بالتعاطي .

٢- القيام بدراسة عن الفروق في التوافق الشخصي الاجتماعي لعينات تعاطي أخرى ومقارنتها مع النتائج الحالية .

٣- أجراء دراسة عن أسباب انتشار تعاطي الكبتاجون في المملكة والخليج دون دول العالم الأخرى .

٤- القيام بدراسات عن أسباب الانتكاسة لمدمني المخدرات في المملكة مع مقارنتها بدول أخرى .

٥- أجراء دراسات عن دور الرعاية اللاحقة في إرشاد وتوعية ومتابعة المدمنين .

٦- إقامة دراسات متخصصة إكلينيكية في دراسة الاعتماد الجسمي للكبتاجون .

٧- أجراء دراسات عن دور القبول الاجتماعي في انتشار تعاطي بعض أنواع المخدرات في بعض مناطق المملكة أو لدى بعض فئات السكان .

المراجـــــع
أولاً : المراجع العربية

-القرآن الكريم

- فتح الباري بشرح صحيح البخاري ، لابن حجر العسقلاني .الجزء الخامس، بيروت، دار المعرفة.

- صحيح مسلم بشرح النووي ،(١٤١٩). اعداد خليل مأمون شيحا. الجزء الأول والسادس عشر بيروت ،دار المعرفة .

- سنن أبي داود . القاهرة ، دار إحياء السنة النبوية ، الجزء الثالث .

- الجامع الصحيح وهو سنن الترمذي .لأبي عيسى محمد بن سورة ، تحقيق إبراهيم عطوة . الجزء الرابع ، القـــاهرة ، دار الحديث .

-السنن الكبرى . للأمام الحافظ أبي بكر البيهقي ، تحقيق يوسف المرعشلي. المجلد السادس بيروت دار المعرفة.

١- أبا الرقوش، جمعان رشيد،(١٤٠٤). دراسة لبعض عوامل السواء النفسي لمتعاطي المخدرات في المملكة، رسالة ماجستير. غير منشورة، مكة المكرمة،كلية التربية ، جامعة أم القرى.

٢- إبراهيم، محمد يسري،(١٩٩٤). الإدمان بين التجريم والمرض . دمنهور ،وكالة البنا للنشر.

٣- آل سعود، سيف الإسلام،(١٩٨٨). تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي، رسالة ماجستير منشورة ، الرياض.

٤- أنيس ، أبراهيم وآخرون (د.ت) . المعجم الوسيط.

٥- البار، محمد علي ،(١٩٨٨) . المخدرات الخطر الداهم . دمشق ، دار القلم.

٦- البرلسي، صلاح الدين، (١٩٨٤). دور المرشدين في الوقاية من تعاطي المخدرات . الكويت ، المجلة العربية للعلوم الانسانية، العدد٥٨، ص ص(٨٦-١٢٩).

٧- التركي، سعود عبد العزيز،(١٩٨٩). العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات. مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود، العدد الاول، ص ص(٤١٧-٤٨٤)

٨- الادارة العامة ،لمكافحة المخدرات(١٤١٦) . الكتاب الإحصائي. الرياض.

٩- دافيدوف ، ليندا ، (١٩٨٠) . مدخل علم النفس . ترجمة سيد الطواب وآخرون ، الرياض ، دار القلم .

١٠- دسوقي، كمال (١٩٧٦) . علم النفس ودراسة التوافق . بيروت ، دار النهضة العربية.

١١- دمنهوري ، رشاد صالح،(١٩٩٥). بعض العوامل النفسية ذات الصلة بالتوافق الدراسي . دراسة مقارنة، المنوفيه، مجلة البحوث النفسية، جامعة المنوفيه.

١٢- الديب ، علي محمد ،(١٩٨٨). اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي. دراسة إستطلاعية، مجلة الدراسات التربوية ، مجلد٣، جزء٢ ،عدد١١

١٣- موسى ،جابر سالم وآخرون، (١٤١٠). المخدرات- الأخطار- المكافحة- الوقاية. الرياض ، دار المريخ .

١٤-الحازمي ، صالح (١٤٠٩) . دراسة لبعض الخصائص العقلية والإنفعالية والخلقية والأسرية لمدمني المنبهات ومدمني المهدئات من نزلاء السجون بالمنطقة الغربية. رسالة ماجستير، غير منشورة، مكة المكرمة، كلية التربية، جامعة أم القرى .

١٥- حبنكة، عبد الرحمن، وآخرون(١٤١٥). الثقافة الإسلامية.جدة ، مطابع جامعة الملك عبد العزيز

١٦-الحربي ، سعدي (١٤١٥) . دراسة مقارنة لبعض الخصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين، رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

١٧- حمودة، محمود (١٩٩٦) . النفس أسرارها وأمراضها . القاهرة ، مكتبة الفجالة .

١٨- زهران ، حامد عبد السلام (١٩٨٠) .التوجيه والإرشاد النفسي. القاهرة ،عالم الكتب .

١٩- زهران ، حامد عبد السلام (١٩٩٥) . الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة ،عالم الكتب.

٢٠-الزهراني ، طلال (١٤٠٩) . دراسة لبعض السمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات . مكة المكرمة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى.

٢١- الزيادي ، محمود محمد (١٩٦٩) . دراسة تجريبية في التوافق النفسي لطلبة الجامعات . رسالة دكتوراة ، القاهرة ،غير منشورة، كلية الاداب ، جامعة عين شمس .

٢٢- زيدان ، وجدي عبد اللطيف (١٩٩٠) . التحقق من التفسير السيكوديناميي لسيكولوجية مدمني المخدرات. رسالة دكتوراة ، غير منشورة ، بنها ، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٢٣- زيد ، محمد (١٩٨٨) . آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان . دار الأندلس.

٢٤- زيور ، مصطفى ،(إشراف) ،(١٩٦٤). تعاطي الحشيش. التقرير الثاني. القاهرة ، المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية .

٢٥-السعيد ، أحمد (١٤٠٨) . دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطي الحشيش بالرياض . رسالة ماجستير ، الرياض ،غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الإمام محمد بن سعود .

٢٦-الاسماعيل ، محمد عبد العزيز (١٩٨٨) . المخدرات بداية النهاية . الاحساء ، مطابع الحسيني.

٢٧- سويف ، مصطفى وآخرون (١٩٨٧) . المخدرات والشباب في مصر . القاهرة ، المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية .

٢٨- سويف ، مصطفى وآخرون (١٩٩٤) .الأسس النفسية للتكامل الإجتماعي . القاهرة ، دار المعارف.

٢٩- سوين ، ريتشارد. م (١٩٧٩) . علم الامراض النفسية والعقلية. ترجمة احمد عبد العزيز سلامة القاهرة ، دار النهضة العربية .

٣٠- السيد ، فؤاد (١٩٨٠) . علم النفس الاجتماعي . القاهرة ، دار الفكر العربي .

٣١- شمس ، محمد محمود وآخرون (١٩٩٣) . تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على معدلات الجريمة، مركز ابحاث مكافحة الجريمة، الرياض ،العدد الثاني ،ص ص ١١-٢٩.

٣٢-الصالح ، عبد الله واسماعيل ،عزت (١٩٩٤) . المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات . الكويت ، ذات السلاسل .

٣٣ -الصفطي ، مصطفى محمد (١٩٨٣). التوافق الشخصي الاجتماعي والدراسي لطلاب الثانوية العامة . رسالة دكتوراة ، الاسكندريةغير منشورة ، كلية التربية ،جامعة الاسكندرية.

٣٤- الصيرفي ، عبد الله وآخرون (١٩٨٨) . نوع جريمة المخدرات المرتكبة بواسطة نزلاء السجون السعوديين .الرياض، مركز ابحاث مكافحة الجريمة.

٣٥-الصيدلاني ، عبد العزيز عواد (١٩٩٠) . التطلع المهني للمكفوفين في المملكة وعلاقته بتوافقهم الشخصي الاجتماعي . رسالة ماجستير، غير منشورة ، المدينة المنورة كلية التربية ، جامعة الملك عبد العزيز.

٣٦-الطواب ، سيد (١٩٧٤) . السلوك التوافقي وعلاقته بنجاح طلاب دور المعلمين . رسالة ماجستير، غير منشورة، القاهرة،كلية التربية ،جامعة عين شمس.

٣٧- العامر ، سعـــــود (١٤٠٩) . العلاقة بين التقاعد والتوافق النفسي الاجتماعي لدى ضباط القوات المسلحة. رسالة ماجستير غير منشورة، مكة المكرمة، كلية التربية ، جامعة أم القرى .

٣٨-عباس ، محمـــــــــد (١٩٨٩) . المخدرات والإدمان . القاهرة ، أخبار اليوم .

٣٩- عبد الباقي ، سلـــــوى (١٩٩٢) . خصائص شخصية المدمن في المملكة العربية السعودية . القاهرة ، مجلة دراسات نفسية، العدد الثاني ، المجلد الاول.

٤٠- عبد الحميد ، نبـــــــيل(١٩٨٧) . العلاقات الاسرية للمسنين وتوافقهم النفسي . القاهرة ، الدار الفنية للنشر .

٤١-عبد الرحيم ، آمال صلاح ومسلم ،عدنان (١٩٩٦) . مشكلة المخدرات في سوريا . الشارقة ، مجلة شئون اجتماعية ،عدد ٤٩، ص ص ٥-٣١ .

٤٢-عبد الرحيم ، عبد المجيـــــد(١٩٨١) . علم النفس التربوي والتوافق الاجتماعي. القاهرة ،دار النهضة المصرية.

٤٣-عبد السلام ، فاروق سيـــد (١٩٧٧) . سيكولوجية الإدمان . القاهرة ، عالم الكتب.

٤٤-عبد الفتاح ، يوســـــــف (١٩٩٠) . دراسة مقارنة في التوافق النفسي لدى الطفل المصري والإماراتي. الشارقة ، مجلة شؤون اجتماعية ، العدد ٢٤،السنة السادسة ،ص ص ١٢٣-١٤٠ .

٤٥-عبداللطيف ، رشاد احمد (١٩٩٢) . الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات . الرياض ، المركز العربي للدراسات الامنية.

٤٦-عبد الله ، عادل علـــــي (١٩٨٩) . علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، القاهرة كلية الآداب ، جامعة، عين شمس .

٤٧-عبد المجيد ، السيـــــد محمد(١٩٩٣) . بعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان . رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة المنصورة.

٤٨-العتيبي ، مرزوق مصلح (١٤٠٩) . الإختلافات في مفهوم الذات النفسي والاسري والاجتماعي والتعاملي لدى المراهقين . رسالة ماجستير غير منشورة، مكة المكرمة ، كلية التربية ،جامعة أم القرى.

٤٩- عرموش ، هـــــاني (١٩٩٣) . المخدرات امبراطورية الشيطان . بيروت ، دار النفائس.

٥٠-عسكر ، عبـــــد اللـــــه (١٩٨٥) . تعاطي الأقراص المخدرة والعقاقير المهلوسة لدى الشباب المتعلم.رسالة ماجستير ،غير منشورة، جامعة الزقازيق،مصر.

٥١-عقيل ، عبد الرحمن (١٤٠٧) . العقاقير المخدرة وآثارها السلبية . ابحاث ندوة أخطار المخدرات، الادارة العامة لمكافحة المخدرات، الرياض.

٥٢-العليان ، عبد العزيز (١٩٩٦) . المملكة والجهود الدولية لمكافحة المخدرات . الرياض ، مكتبة العبيكان

٥٣- عيد ، محمد فتحي (١٩٩٠) . السنوات الحرجة في تاريخ المخدرات . الرياض ، مركز ابحاث مكافحة الجريمة .

٥٤-عيد ، محمد فتحي (١٩٩٢) . المخدرات ، الاسباب الصكوك البشر . الرياض، مركز ابحاث مكافحة الجريمة .

٥٥-العواجي ، ابراهيم (١٩٨٧) . جهود المملكة في مكافحة المخدرات . بحث منشور ، مقدم في اجتماع اللجنة الدولية لمكافحة المخدرات ، فينا.

٥٦- الغامدي ، احمد محمـــد(١٤٠٩) . مفهوم الذات وبعض الخلفيات للمدمنين المراجعين لمستشفى الامل والمقبوض عليهم بالرياض. رسالة ماجستير غير منشورة ، مكة المكرمة ،كلية التربية، جامعة أم القرى

٥٧- غباري ، محمد ســـــلامة(١٩٩١) . الإدمان – أسبابه – ونتائجه- وعلاجه ، دراسة ميدانية ،الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .

٥٨- الغزالي، محمد ، وآخرون (د.ت). الثقافة الإسلامية ، الكتاب الثالث، جدة ،مطابع جامعة الملك عبدالعزيز .

٥٩- فهمي ، مصطفـــــــى (١٩٨٧) . الصحة النفسية ، دراسات في سيكولوجية التكيف. القاهرة ، مكتبة الخانجي .

٦٠-قذافي ، رمضـــــــان(١٩٩٨) . الصحة النفسية والتوافق ،الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

٦١- قطب ، سيـــــد (١٤١٥) . في ظـــــلال القرآن . بيروت ، دار الشروق .

٦٢- الكاوي ، محمد زهير (١٩٨٦) . التأثير النفسي والعضوي للمخدرات . مختصر الدراسات الامنية، الرياض ، المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب.

٦٣-الكبير، عبدالله وآخرون(١٤٠١) . لسان العرب ، لإبن منظور. القاهرة ، دار المعارف .

٦٤- كفافـــــي ، عـــلاء الدين(١٩٨٧). الصحة النفسية. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية. -

٦٥- مبارك، زين العابديـن (١٩٨٦) . الحشيـــــش . مختصر الدراسات الامنية ، الجزء الثاني ، الرياض، المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب.

٦٦- محمود، عدنان محمـــــد(١٤٠٥) . مشكلات التوافق لدى طلبة المرحلة المتوسطة ، رسالة ماجستير غير منشورة ،المدينة المنورة ،كلية التربية، جامعة الملك عبد العزيز.

٦٧-محمود ، ماجدة حسيـــن(١٩٩١). سيكولوجية المدمن العائد ، رسالة ماجستير غيرمنشورة ، القاهرة ،جامعة عين شمس.

٦٨-المخدرات والعقاقير المخدرة(١٩٨٥) . مركز أبحاث مكافحة الجريمة، الكتاب الرابع ، مكة المكرمة، مكتبة الطالب الجامعي.

٦٩-مخيمر ، صـــــــــلاح (١٩٧٨) . مفهوم جديد للتوافق . القاهرة، مكتبة الأنجلو.

٧٠- المرزوقي ، حمد وآخرون(١٩٩٠) . التورط في المخدرات . الرياض ، مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

٧١-المرزوقي ، حمد وآخرون(١٩٩٤) . ظاهرة ادمان المخدرات في المجتمع السعودي . الرياض مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

٧٢-المرزوقي ، حمد وآخرون(١٩٩٥) . ادمان المخدرات في اوساط الشباب الاماراتي . الرياض، مركز ابحاث مكافحة الجريمة

٧٣-المرزوقي ، حمد وآخرون (١٩٩٦) . ظاهرة ادمان المخدرات في بعض أنحاء لبنان . الرياض، مركز ابحاث مكافحة الجريمة.

٧٤-مرسي ، سيد عبد الحميد(١٩٧٦) . الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة،مكتبة الخانجي.

٧٥- مرسي،كمال إبراهيم (١٤١٨) . المدخل إلى الصحة النفسية. الكويت ، دار القلم .

٧٦-المشاط ،هدى عبد الرحمن(١٤١١) . التوافق الشخصي والاجتماعي للمعلمات السعوديات بمدينة جدة وعلاقته ببعض سمات الشخصية. رسالة ماجستير غير منشورة ، مكة المكرمة ، كلية التربية، جامعة أم القرى.

٧٧-مصطفى محمد رمضان(١٩٨٢). تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم . رسالة دكتوراة غير منشورة، القاهرة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

٧٨-المغربي ، سعد زغلول (١٩٨٤) . ظاهرة تعاطي الحشيش ، دراسة نفسية اجتماعية. رسالة ماجستير منشورة ، بيروت ، دار الراتب الجامعية.

٧٩-المغربي ، سعد زغلول (١٩٨٦) . سيكولوجية تعاطي الافيون ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٨٠- مفتاح، علي وبدوي ،امينة(١٩٩٥) .دراسة مقارنة بين عينة من متعاطي الهيروين وغير المتعاطين في تقدير الشخصية. المنوفية ، مجلة البحوث النفسية والتربوية ، العدد الثاني، سنة١١ ،ص ص ٩٥-١١٣ .

٨١- المكي ، التوهامـــي (١٩٨١) . ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب المغربي .الرباط ، المجلة العربية للدفاع الاجتماعي، العدد١٣ ،ص ص٣٢٠-٣٣٦ .

٨٢- منصور، عبد المجيـد(١٩٨٩) . المسكرات والمخدرات والمكيفات . الرياض ، المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب.

٨٣-منصور، عبد المجيد(١٩٨٦) . الإدمان اسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج . مركز ابحاث مكافحة الجريمة،مكة المكرمة، مكتبة الطالب الجامعي.

٨٤-الميمان ،إبـــــــراهيم(١٩٨٧) . نشرة عن جهود المملكة في مكافحة المخدرات . الرياض، الادارة العامة ،اللجنة الوطنية.

٨٥- الموسوعة العربية الميسرة، (١٩٦٥) . دار القلم ، القاهرة ، مطبعة مصر.

٨٦-هنا ، عطية محمود (١٩٦٠) . الشـخصية والصحـة العقلية. القـاهرة ، مكتبـة الانجلو المصريـة.

٨٧-هيئة الأمم المتحدة ،(١٩٩٠) . الوثيقـة رقـم E/CN-7/1990/CRP8 . لجنـة الخبراء ، فينـا.

٨٨-هيئة الأمم المتحدة،(١٩٩٥) . الوثيقة رقم E/CN-7/1995/3 .المجلس الاقتصادي الاجتماعي، النسخة العربية ، فينا .

٨٩- وزارة الداخلية ، الكتب الاحصائية رقم ١٤- ١٥ ــ٢٢ . الرياض إدارة الإحصاء بالوزارة

ثانياً : المراجع الأجنبية

90- Blume, T. W. et al. (1994)Social role negotiation skills for Abuse Treatment. Substance Abusing adolescents: agroup model. Journal of Substance Vol 11, No3 pp197-204

91- Donohue, B. Acierno, R. Kogan. E. (1996). Relationship of depression measures of Social functioning in a dult drug a busers . Addictive Behaviors . Vol . 21. No 2. Pp211-216

92- Fishbein, D. h. & Reuland, M. (1994). Psychological correlates of frequency and type of drug use. A mong jail inmates. Addictive Behaviors Vol. 19. No 6 pp. 583-598

93- Fergusson, D. M. &Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in Young adutls . Journal of Addiction . Vol. 92 .No 3 .pp.279-296

94-Forsyth, S.W.(1980). Drug use and social change . British Journal of Addiction. Vol. 75. Pp312-321

95- McCormick, R. A. & Smith, M. (1995). Aggression and hostility in substance abusers: The relationship to abuse patterns, coping style, and relapse triggers. Addictive Behaviors, Vol 20. No. 5 pp. 555-562

96-Salzman,C.(1978). Psychology of Hallucinating Drug Discomtinuers Messchusettes. Mental Health (Center) Psychphormalogy

97-Luthar, S. @ Cushing, G. (1997). Substance use and personal adjustment among disadvantaged teenagers: a six-month prospective study. Journal of Youth @Adolescence, Vol 26. No.2 pp. 353-372

98-Doherty, W. @ Needle, R. (1991). Psychological adjustment and ubstance use among adolescents before and after a parental divorce. Child Development, Vol 62 No 2. Pp328-337

الملاحـــــق

ملحق (١)

أسماء محكمي مقياس التوافق الشخصي الاجتماعي

١- الدكتور/ احمد السيد	كلية التربية- قسم علم النفس
٢- الدكتور/ حسين عبد الفتاح الغامدي	----------
٣- الدكتور/ ربيع طه	----------
٤- الدكتور/ محمد جعفر جمل الليل	----------
٥- الدكتور/ محمد حسن عبد الله	----------
٦- الدكتور/ نبيل السيد	----------
٧- الأستاذ / يوسف محمود	----------

ملحق (٢) يوضح بعض عبارات اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي قبل وبعد التعديل

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
٢٣	أجد متعة في ممارسة أنواع كثيرة من وسائل الترفيه والرحلات والحفلات.	أجد متعة في ممارسة أنواع كثيرة من وسائل الترفيه .
٢٨	تستلزم صحتي الجسمية الرعاية الطبية المستمرة.	تحتاج صحتي الرعاية الطبية المستمرة.
٣١	اشعر بالمرح عندما أتطوع للإشتراك في بعض الألعاب أو نواحي النشاطات الأخرى.	اشعر بالمرح عندما أشارك الأصدقاء في بعض الألعاب المسلية.
٣٢	اشعر بآلام صحية.	اشعر بآلام جسمية.
٣٣	أثق بأفراد أسرتي.	أحب أفراد أسرتي.
٣٤	أكره النشاط الاجتماعي.	أكره حضور المناسبات العامة.
٣٦	أنني حساس أكثر من اللازم.	أنني حساس جداً.
٣٧	اشعر بالراحة وأنا في المنزل	اشعر بالضيق وأنا في المنزل.
٣٨	لا أمانع في مقابلة الغرباء.	يضايقني مقابلة الغرباء.
٤٢	يسعدني جداً حضور الجلسات العائلية في المنزل مع والدي واخواني.	يسعدني جداً حضور الجلسات العائلية في المنزل.
٤٩	أيأس بسهولة.	لا يصيبني اليأس بسهولة.
٥٢	من النادر أن يصيبني الإمساك.	أعاني من الإمساك.
٥٩	اشعر بأنني منسجم في العمل الذي اذهب إليه.	اشعر بأنني ناجح في العمل الذي اقوم به.

٦٣	لا داعي للحفلات أو العزائم التي يقيمها العمل أو الزملاء.	لا احب العزائم التي يقيمها الزملاء.
رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
٦٨	اشعر من وقت لأخر بالكراهية نحو أفراد أسرتي التي احبها.	اشعر من وقت لأخر بالكراهية نحو أفراد أسرتي
٧٢	اشعر في معظم الوقت بآلام في رأسي.	اشعر بآلام في رأسي.
٧٣	تتقلب حالتي المزاجية بين السعادة والحزن دون سبب ظاهر.	تتقلب حالتي بين السعادة والحزن دون سبب ظاهر.

تابع ملحق رقم (٢) يوضح بعض العبارات المنقولة من الأبعاد المختلفة

١٥	ينتابني قلق على صحتي.	نقلت من البعد الجسمي إلى النفسي
٤٧	أنني سهل الاختلاط بالناس.	نقلت من البعد الانسجامي إلى الاجتماعي
٦٩	لا يهتم زملائي في العمل بوجودي بينهم.	نقلت من البعد الانسجامي إلى الاجتماعي

ملحق (٣) اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي في صورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

الاسم : _____ (اختياري)

العمر : _____

الحالة الاجتماعية: متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐

المستوى التعليمي: أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي وما فوق ☐

المهنة: عسكري ☐ موظف حكومي ☐ موظف أهلي ☐ متسبب ☐ عاطل ☐ طالب ☐

تعليمات

أخي المجيب :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته, وبعد

يتكون هذا المقياس من ٧٦عبارة والمطلوب إجابتك عنها با لتعبيرعن حالتك وما تشعر به من توافق شخصي اجتماعي

** يمكنك الإجابة على الأسئلة بوضع (X)في الخانة (نعم) إذا وجدت العبارة إنها تنطبق عليك تماما.

**ويمكنك وضع علامة (X) في الخانة (لا) إذا وجدت أن العبارة لا تنطبق عليك

**ويمكنك وضع علامة (X) في الخانة (بين بين)إذا لم تستطيع بدقة تحديد ما إذا كانت العبارة تنطبق أو لا تنطبق عليك.

**الرجاء توخي الدقة وجميع البيانات التي ستدلي بها لن تستخدم ألا لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين سلفاً حسن تعاونكم

الباحث

نايف الذويبي

البعد	الجسمي	النفسي	الأسري	الاجتماعي	العام
الدرجة					

الرقم	العبارة	نعم	لا	بين بين
١-	أعاني من نزلات البرد.			
٢-	ينفذ صبري بسهولة مع الآخرين.			
٣-	أحب أسرتي إلى درجة كبيرة.			
٤-	أندمج في معظم النشاطات الإجتماعية مع زملائي.			
٥-	تنتابني آلام في عيني.			
٦-	أجد نفسي مرح على غير العادة دون سبب معين.			
٧-	أتمتع بعلاقة طيبةللغاية مع أفراد أسرتي.			
٨-	أصدقائي يشعرونني بالمكانة الإجتماعية.			
٩-	أعاني من الغازات في معدتي وأمعائي.			
١٠	من السهل أن يتملكني الغضب.			
١١	علاقاتي طيبة مع والدي.			
١٢	علاقاتي الاجتماعية مع جيراني طيبة.			
١٣	أصاب بضيق في التنفس.			
١٤	أفقد ثقتي بنفسي بسهولة.			
١٥	ينتابني قلق على صحتي.			
١٦	إذا كنت موجود في حفلة تسودها الكآبة فإنني أستطيع أن أشيع فيها جو المرح.			
١٧	أصاب بنوبات إغماء في المواقف الصعبة.			
١٨	أشعر في معظم الأوقات بالحزن.			
١٩	تنشأ خلافات حادة بيني وبين إخواني.			
٢٠	أشعر بالحرج عند التعرف على أناس لأول مرة.			
٢١	يسهل أن ينتقل إلي عدوى الزكام.			
٢٢	أشعر بالوحدة حتى أثناء وجودي مع الناس .			
٢٣	أجد متعة في ممارسة أنواع كثيرة من وسائل الترفيه.			
٢٤	عيناي شديدة الحساسية للضوء.			
٢٥	حالتي النفسية مستقرة.			
٢٦	يسود جو الحب والتفاهم داخل أسرتي.			
٢٧	أفضل أن تقتصر حياتي الاجتماعية على أفراد أسرتي.			
٢٨	تحتاج صحتي الرعاية الطبية المستمرة			
٢٩	يصعب علي البقاء في المنزل في حالة مرح.			
٣٠	علاقتي طيبة مع والدتي.			
٣١	أشعر بالمرح عندما أشارك الأصدقاء في بعض الألعاب المسلية			
٣٢	أشعر بآلام جسمية.			
٣٣	أحب أفراد أسرتي .			
٣٤	أكره حضور المناسبات العامة.			
٣٥	أسناني في حاجة إلى علاج.			
٣٦	إنني حساس جداً.			
٣٧	أشعر بالضيق وأنا في المنزل			

الرقم	العبارة	نعم	لا	بين بين
٣٨	يضايقني مقابلة الغرباء.			
٣٩	أشعر بالتعب في بدني عندما أنهض صباحا.			
٤٠	أنا سعيد في حياتي.			
٤١	من السهل إثارتي.			
٤٢	يسعدني جداً حضور الجلسات العائلية في المنزل.			
٤٣	علاقاتي بزملائي في العمل جيدة .			
٤٤	أعاني من تصلب في عضلاتي .			
٤٥	لدي ألام في القلب والصدر.			
٤٦	ظروفي الأسرية ممتازة .			
٤٧	أنني سهل الاختلاط بالناس.			
٤٨	أعاني من مرض في سمعي.			
٤٩	لا يصيبني اليأس بسهولة.			
٥٠	أسرتي توفر لي الجو المناسب للعمل.			
٥١	أشعر إنني مقبول بين زملائي.			
٥٢	أعاني من الإمساك.			
٥٣	أشعر بالضيق والاكتئاب.			
٥٤	توجد علاقة طيبة بين أفراد أسرتي وأقاربي.			
٥٥	أتمتع بشعبية اجتماعية بين الأصدقاء.			
٥٦	كنت أمرض بكثرة في طفولتي.			
٥٧	يضايقني الشعور بالنقص .			
٥٨	يسود التفاهم بيني وبين أفراد أسرتي.			
٥٩	أشعر بأنني ناجح في العمل الذي أقوم به.			
٦٠	أعتقد أن الدين له الاثر الاكبر في نفسي.			
٦١	جسمي متناسق مع وزني.			
٦٢	اشعر أنني أكثر سعادة في حياتي العائلية			
٦٣	لا أحب العزائم التي يقيمها الزملاء.			
٦٤	أجد صعوبة في حفظ توازني أثناء سيري.			
٦٥	أعاني من وجود صراعات أسرية .			
٦٦	أشعر أن زملائي في العمل يسرهم أن أكون معهم.			
٦٧	من الصعب استثارتي .			
٦٨	أشعر من وقت لآخر بالكراهية نحو أفراد أسرتي			
٦٩	لا يهتم زملائي في العمل بوجودي بينهم .			
٧٠	أتغيب عن العمل بسبب المرض.			
٧١	أكون متماسك وهادئ في المواقف المحرجة .			
٧٢	أشعر بالآم في رأسي .			
٧٣	تتقلب حالتي بين السعادة والحزن دون سبب ظاهر.			
٧٤	أشعر برعشة في حركات يدي.			
٧٥	كثيراً ما تشغلني الأفكار إلى درجة لا أستطيع معها النوم.			
٧٦	تصيبني نوبات صرع .			

ملحق (٤) استبيان شدة التعاطي في صورته الأولية قبل التحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الفاضل الدكتور/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

أتشرف بأن أقدم لكم برفقه استبيان شدة تعاطى المخدرات والذي صممه الباحث لقياس درجة شدة تعاطى نوع أو أكثر من أنواع المخدرات وقد روعي أن يشتمل على كمية التعاطي وعدد مرات التعاطي وأنواعها وقدرة المتعاطي على تحمل الامتناع عن المخدر ومدى احتياجه للمخدر والأحكام القيمية التي يتبناها المتعاطي عن المخدرات وبعض من آثارها النفسية والاجتماعية التي توضح تعلق المتعاطي بالمخدر.

ودرجة تعاطي المخدرات نقصد بها مقدار تأثر الشخص بتعاطي المخدرات وانقياده لها وتحكمها فيه وعدم استطاعته الخلاص منها . ويتكون المقياس من أثنين وثلاثين بنداً يرى الباحث أنها تقيس درجة التعاطي.

والمطلوب التكرم بتزويدنا بمرئياتكم عن مدى ملائمة البنود لقياس درجة التعاطي ونشكر لكم سلفاً تعاونكم الكريم مع ترحيبنا بأي ملاحظات على بنود الاستبيان أو أي تعديلات ترون إضافتها . والله الموفق .

الباحث

نايف خربوش الذويبي

١.	كم نوع من أنواع المخدرات تتعاطى ؟	نوع	نوعان	ثلاث	اكثر	مناسبة	غير مناسبة
٢.	أي من المخدرات التالية تشكل أكبر مشكلة لك ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	حشيش	كبتاجون	هيروين	أخرى (اذكرها)	( )	( )
٣.	منذ متى وأنت تتعاطى المخدرات ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	أقل من سنه	٢-٤ سنوات	٥-٦ سنوات	أكثرمن٦ سنوات	( )	( )
٤.	كم مرة تتعاطى المخدر يومياً ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	لا أتعاطاها يومياً	١-٢ مرات	٣-٤ مرات	أكثرمن ٧ مرات	( )	( )
٥.	ما هو مقدار الكمية التي تتعاطاها يومياً قياساً بزملائك ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	قليلة جداً	قليلة	متوسطة	كبيرة	( )	( )
٦.	كم مرة سجنت بأسباب التعاطي التعديل الذي تراه مناسباً :	لم اسجن	مره	مرتان	أكثر	( )	( )
٧.	أستطيع أن انقطع عن التعاطي التعديل الذي تراه مناسباً :	لساعات	أيام	أسبوع	أكثر	( )	( )
٨.	تستمر معي مدة تأثير المخدر التعديل الذي تراه مناسباً :	أقل من ساعة	ساعة	ساعتين	اكثر	( )	( )
٩.	أتعاطى المخدر عن طريق التعديل الذي تراه مناسباً :	الحقن	الفم	الاستنشاق	التدخين	( )	( )
١٠.	كم مرة حاولت الانقطاع عن المخدر ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	لم أحاول	١-٣	٤-٧	أكثرمن ٧مرات	( )	( )
١١.	كم عدد المرات التي تعالجت فيها من تعاطي المخدرات ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	لم أتعالج	١-٣	٤-٧	أكثرمن ٧مرات	( )	( )
١٢.	كم كان عمرك عندما تعاطيت المخدرات أول مرة ؟ التعديل الذي تراه مناسباً :	اقل من ١٥سنة	١٦-٢٠	٢١-٢٥	اكبر من٢٥ سنة	( )	( )
١٣.	كم عدد المرات التي تعرضت فيها إلى حالات اسعافية ناتجة عن تعاطي المخدر التعديل الذي تراه مناسباً :	لم أتعرض	مرة	مرتان	أكثر	( )	( )

١٤. يقل تأثير الجرعة رغم استمراري تعاطيها بنفس الكمية — دائماً ( ) عادةً ( ) نادراً ( ) إطلاقاً ( )

التعديل الذي تراه مناسباً : --- --- --- ----

١٥. أشعر بأعراض انسحابية عند الانقطاع عن المخدر — --- --- --- ---- ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

١٦. اشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه اجتماعياً بأسباب التعاطي — --- --- --- ---- ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

١٧. أتعرض لمشاكل بسب تعاطي المخدرات — --- --- ---- ---- ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

١٨. أتعاطى المخدرات بشكل أكبر مما عزمت عليه ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

١٩. أميل إلي زيادة الجرعة ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٠. اشعر بالندم بعد زوال مفعول المخدر ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢١. تراودني فكرة الامتناع عن تعاطي المخدر ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٢. يصعب علي ممارسة عملي اذا لم أتعاطى المخدر ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٣. أتعاطى المخدر في العمل ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٤- أتعاطى المخدر أثناء قيادة السيارة ( ) ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٥- يراودني شعور بالخوف والقلق على حياتي — دائماً عادة نادرا اطلاقاً مناسبة غيرمناسبة

التعديل الذي تراه مناسباً : ( ) ( )

٢٦- أفتقد المتعة ولذة الحياة اذا لم أتعاطى المخدر ---- ---- ---- ---- ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٧- أضحي بأشياء هامة في سبيل الحصول على المخدر ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٨- اشعر بالرضا عن وضعي الحالي ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٢٩- يشغل تفكيري المخدر وكيفية الحصول عليه ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٣٠- يصعب علي تحمل الحرمان من تعاطي المخدر ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٣١- لاتهمني الوسيلة في سبيل الحصول على المخدر ---- ---- ---- --- ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

٣٢- أرى أن تعاطي المخدرات حرام مكروه حلال ( ) ( )

التعديل الذي تراه مناسباً :

ملحق (٥) الصورة النهائية لإستبيان شدة التعاطي

**ما هي أنواع المخدرات التي تتعاطاها؟ ج-.....

***ما هو المخدر الذي يشكل أكبر مشكلة لك؟ ج-.....

١-كم نوع من أنواع المخدرات تتعاطى؟	☐ نوع	☐ نوعان
	☐ ثلاث	☐ أكثرمن ثلاث
٢-منذ متى وأنت تتعاطى المخدرات؟	☐ أقل من سنة	☐ ١-٢سنوات
	☐ ٣-٤سنوات	☐ أكثرمن ٤سنوات
٣-كم مرة تتعاطى المخدر يوميا ؟	☐ لا أتعاطاها يوميا	☐ ١-٣ مرات
	☐ ٤-٦ مرات	☐ أكثرمن٦مرات
٤-ماهو مقدار الكمية التي تتعاطاها يوميا في حالة توفر المخدر؟ (فضلا حدد الكمية بدقة)	☐ بالجرام	☐ بعدد الحقن
	☐ بالسيجارة	☐ بالحبة
	☐ أخرى(حدد الكمية)	
٥-ماهي الطرق التي تتعاطى بواسطتها المخدر؟	☐ التدخين	☐ الفم
	☐ الاستنشاق	☐ الحقن
٦-كم من الوقت يستمرمعك تأثير المخدر؟	☐ أكثر من٨ساعات	☐ ٧-٨ساعات
	☐ ٥-٦ساعات	☐ ٤ساعات أواقل
٧-كم هي المدة التي تستطيع فيها التوقف عن التعاطي ؟	☐ أكثر من أسبوع	☐ أسبوع
	☐ أيام معدودة	☐ ساعات قليلة
٨-كم مرة حاولت التوقف عن التعاطي؟	☐ لم أحاول	☐ ١-٣مرات
	☐ ٤-٧مرات	☐ أكثرمن٧مرات
٩-كم كان عمرك عندما تعاطيت المخدرات أول مرة؟	☐ أكبرمن٢٥سنة	☐ ٢١-٢٥سنة
	☐ ١٦-٢٠سنة	☐ ١٥سنة وأقل
١٠-هل واجهت مشاكل أمنية بسبب تعاطي المخدر؟	☐ أبدا لم أواجه	☐ مرة واحدة
	☐ ٢-٤مرات	☐ أكثرمن٤مرات

١١-كم عدد المرات التي تعرضت فيها إلى حالات إغماء ناتجة عن تعاطي المخدر؟	☐ لم أتعرض ☐ ٢-٤مرات		☐ مرة واحدة ☐ أكثرمن٤مرات	
١٢-هل تشعر بأعراض انسحابية عند الانقطاع عن المخدر؟	☐ لا أشعربأية أعراض ☐ متوسطة		☐ بسيطة ☐ شديدة	
١٣- ماهومقدار الوقت الذي يقل فيه تأثير المخدر رغم استمرارك تعاطيه بنفس الكمية ؟	☐ لايقل تأثيره ☐ ٢-٤أسابيع		☐ بعد شهروأكثر ☐ أسبوعان وأقل	
١٤-اشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه اجتماعياً بأسباب التعاطي	دائماً ☐	أحيانا ☐	نادراً ☐	أبداً ☐
١٥-أميل إلى زيادة الجرعة	☐	☐	☐	☐
١٦-يصعب علي ممارسة أي جهد إذا لم أتعاطى المخدر	☐	☐	☐	☐
١٧-أتعاطى المخدر عندما أعمل	☐	☐	☐	☐
١٨-أتعاطى المخدر أثناء قيادة السيارة	☐	☐	☐	☐
١٩-افتقد المتعة ولذة الحياة إذا لم أتعاطى المخدر	☐	☐	☐	☐
٢٠-أضحي بأشياء هامة في سبيل الحصول على المخدر	☐	☐	☐	☐
٢١-يشغل تفكيري المخدر وكيفية الحصول عليه	☐	☐	☐	☐
٢٢-يصعب علي تحمل الحرمان من تعاطي المخدر	☐	☐	☐	☐
٢٣-لاتهمني الوسيلة في سبيل الحصول على المخدر	☐	☐	☐	☐

ملحق (٦) أسماء محكمي استبيان شدة التعاطي

١- الدكتور / حسين عبد الفتاح الغامدي	كلية التربية- قسم علم النفس
٢- الدكتور / محمد حسن عبد الله	----------
٣- الدكتور / أيمن عرقسوس	مستشفى الأمل بجدة
٤- الدكتور / عبد العزيز الحسن	----------
٥-الدكتور / صلاح الجيلي	----------
٦- الأستاذ / علي الفقيه	----------
٧-الأستاذ / سعيد الشيخي	----------
٨-الأستاذ / عبد المقصود	----------
٩-الأستاذ / ثروت فريد	----------
١٠-الدكتور / إيمان البدراوي	مستشفى الصحة النفسية بالطائف
١١-الدكتور / أسامة بركات	----------
١٢-الأستاذ / حميد محمد القرشي	----------
١٣-الأستاذ / عبد العزيز الفته	----------
١٤-الأستاذ / منصور محمد النفيعي	----------

ملحق رقم (٨) يوضح أرقام العبارات المعبرة عن
اختبار التوافق الشخصي الاجتماعي

اسم البعد	أرقام العبارات المعبرة عن الاختبار
التوافق الجسمي	١-٥-٩-١٣-١٧-٢١-٢٤-٢٨-٣٢-٣٥-٣٩-٤٤-٤٥-٤٨-٥٢-٥٦-٦١-٦٤-٧٠-٧٢-٧٤-٧٦
التوافق النفسي	٢-٦-١٠-١٤-١٥-١٨-٢٢-٢٥-٢٩-٣٦-٤٠-٤١-٤٩-٥٣-٥٧-٦٠-٦٧-٧١-٧٣-٧٥
التوافق الأسري	٣-٧-١١-١٩-٢٦-٣٠-٣٣-٣٧-٤٢-٤٦-٥٠-٥٤-٥٨-٦٢-٦٥-٦٨
التوافق الاجتماعي	٤-٨-١٢-١٦-٢٠-٢٣-٢٧-٣١-٣٤-٣٨-٤٣-٤٧-٥١-٥٥-٥٩-٦٣-٦٦-٦٩