وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 –محمد بن أحمد–

كلية العلوم الاجتماعية

قسم ديمغرافيا

تخصص : ديمغرافيا اجتماعية

بعنوان:

الأبعاد الديمغرافية لمشكلة المخدرات في مدينة وهران

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر تخصص ديمغرافيا

من إعداد الطالب:

نمر محمد

تحت إشراف الأستاذ:

زاوي قادة

لجنة المناقشة

الرقم	الأساتذة	الجامعة	الصفة
1	بودية ليلى	جامعة وهران 2	رئيسة لجنة المناقشة
2	زاوي قادة	جامعة وهران 2	المؤطر
3	بن عابد	جامعة وهران 2	الأستاذة المناقشة

السنة الجامعية:2024/2023

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى الوالدين أطال الله عمرهما و حفظهما إن شاء الله، و إلى إخوتي الصغار عمر و صديق، و إلى زوجتي المستقبلية إكرام، و إلى جدتي هوارية رحمها الله، و إلى جدتي خيرة أطال الله عمرها، و إلى خالتي العزيزة رزيقة و إلى حي مارفال الشعبي و كل زملائي و أساتذتي الأعزاء خاصة الأستاذة هاشم.

الشكر و العرفان

أول من يشكر هو الله الأحد العلي القهار، الأول و الآخر، و الظاهر و الباطن، الذي أغرقنا بنعمه التي لا تحصى، و أغرقنا بالرزق الذي لا يفنى، و أنار دروبنا. لله الحمد كله و الشكر كله أن وفقنا و ألهمنا الصبر على المشاق التي واجهتنا لإنجاز هذا العمل المتواضع.

و الشكر موصول إلى الأستاذ "زاوي" و الأستاذة "بودية" و "بن عابد" و كل أستاذ أفادنا علمه من أول الدراسة حتى هذه اللحظة كما نرفع كلمة الشكر إلى الأستاذة "أمال هاشم" التي ساعدتني على إنجاز هذا البحث و كل من ساعدني من قريب أو من بعيد.

الفهرس

الإهداء ..... أ

الشكر و العرفان .....ب

الفهرس ..... ج

مقدمة..... 1

1 الإشكالية 3

2 الفرضيات 3

3 أسباب إختيار الموضوع 3

4 أهمية الدراسة 4

6 المنهج المتبع 4

7 حدود الدراسة 5

8 مصادر البيانات 5

تمهيد 7

1 تعريف المخدرات

1.1 التعريف اللغوي للمخدرات

2.1التعريف الإصطلاحي للمخدرات 9

3.1تعريف منظمة الصحة العالمية للمخدرات 9

4.1التعريف العلمي للمخدرات 9

5.1التعريف القانوني للمخدرات 10

6.1التعريف التشريعي للمخدرات 10

2أنواع المخدرات في مدينة وهران 10
1.2 المخدرات الطبيعية 10
2.2 المخدرات المصنعة 13
4.2 المهلوسات 20
5.2 المذيبات الطيارة 22
1 مشاكل المخدرات الديمغرافية 49
1.1 كثرة حوادث المرور 49
2.1 العقم و مشاكل الخصوبة 49
3.1 تأخر سن الزواج 51
4.1 الشدود الجنسي 51
2 مراحل الإدمان على المخدرات 52
3 العوامل المؤدية إلى المخدرات 54
1.3 العوامل المساعدة التي تتعلق بالمخدرات المستعملة 54
2.3 شخصية المدمن 55
5.3 العوامل الإجتماعية للمخدرات 56
1.5.3 التفكك الأسري 56
6.3 العوامل الإقتصادية للمخدرات 62
4 آثار المخدرات 63
تمهيد 63
1.4 آثار المخدرات على الفرد 63

2.4 آثار المخدرات على المجتمع 64
5. علاج الإدمان و أساليب الوقاية من المخدرات 65
1.5 مراحل العلاج من الإدمان 65
2.5 أساليب الوقاية من المخدرات 66
1.2.5 مستويات الوقاية من إدمان المخدرات 67
2.2.5 التدابير الوقائية الإجتماعية 69
1.2.2.5 دور المؤسسات الاجتماعية.....
2.2.2.5 دور المجتمع المدني.....
مجالات الدراسة 75
عينة الدراسة 75
حجم العينة 75
خلاصة عامة 90
قائمة المراجع العربية 92
قائمة الملاحق 80

قائمة الجداول :

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم 01	توزيع المبحوثين حسب الجنس.	58
جدول رقم 02	توزيع المبحوثين حسب العمر .	59
جدول رقم 03	توزيع المبحوثين حسب مستواهم الدراسي.	60
جدول رقم 04	توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية.	60
جدول رقم 05	توزيع لإجابات المبحوثين عن التدخين.	61
جدول رقم 06	توزيع المبحوثين حسب عمر تعاطيهم للمخدرات.	61
جدول رقم 07	توزيع لإجابات المبحوثين عن أول مخدر تم تعاطيه.	62
جدول رقم 08	توزيع لإجابات المبحوثين حول مصدر معرفتهم للمخدرات.	62
جدول رقم 09	حالة والدين كل مبحوث.	63
جدول رقم 10	توزيع عدد أفراد العائلة لكل المبحوثين.	63
جدول رقم 11	توزيع لإجابات المبحوثين حول من يصرف على العائلة.	64
جدول رقم 12	توزيع الدخل الشهري للعائلة حسب إجابات المبحوثين.	64
جدول رقم 13	توزيع المبحوثين العاملين و الغير عاملين.	65
جدول رقم 14	دخل المبحوثين.	65
جدول رقم 15	توزيع لإجابات المبحوثين عن هل يتناولون المخدرات كل يوم.	66
جدول رقم 16	توزيع لإجابات المبحوثين عن أكثر مخدر يتعاطونه.	66
جدول رقم 17	توزيع لإجابات المبحوثين عن كم يصرفون على المخدرات في اليوم	67
جدول رقم 18	إجابات المبحوثين حسب كم من مخدر يتعاطونه في اليوم الواحد.	67
جدول رقم 19	توزيع لإجابات المبحوثين حول مكان تعاطي المخدرات.	68
جدول رقم 20	توزيع لإجابات المبحوثين عن مع من يتعاطون المخدرات.	68
جدول رقم 21	توزيع لإجابات المبحوثين عن وقت تناول المخدرات.	68
جدول رقم 22	توزيع المبحوثين حسب أسباب إدمانهم على المخدرات (إجابات متعددة).	69
جدول رقم 23	توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا كانو يعلمون أن المخدرات تسبب الشدود الجنسي.	69
جدول رقم 24	توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا كانو يعلمون أن المخدرات تسبب العقم	70
جدول رقم 25	توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا كانو يفكرون في الزواج.	70

جدول رقم 26	توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا قاموا بالسياقة تحت تأثير المخدرات	71
جدول رقم 27	توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا حاولوا التوقف عن تعاطي المخدرات	71
جدول رقم 28	توزيع المبحوثين الذين حاولوا التوقف عن المخدرات حسب طريقة محاولة التوقف	71
جدول رقم 29	توزيع لإجابات المبحوثين الذين لم يحاولوا التوقف عن المخدرات إذا يفكرون بالتوقف	72

مقدمة:

تعتبر ضاهرة المخدرات من أكثر الآفات سوءا و إنتشارا في أوساط المجتمعات الحضرية، إذ أصبحت موضع قلق لأغلب الحكومات و ذلك لما تسببه من مشاكل على حياة المجتمعات برمتها على جميع الأصعدة سواء الصحية أو الإجتماعية أو الأخلاقية أو الدينية أو غيرها....

كما أن المخدرات من الظواهر الأكثر صعوبة و تعقيدا لما تشكله من مخاطر على الفرد و المجتمع، كما تعتبر هذه الظاهرة مشكلة من مشكلات العصر بحث تمس الدول الفقيرة و تمس الدول الغنية، لذلك أجمعت كل الدول على إختلاف معتقداتها و سياستها على محاربة هذه الظاهرة، و إنشاء مؤسسات و تنظيم برامج كفيلة بالتغلب عليها، و عقد المؤتمرات و الندوات الإقليمية و الدولية.

الفصل الأول

الجانب المنهجي

1 الإشكالية :

تعرف ظاهرة تعاطي المخدرات في الجزائر عامة و مدينة وهران خاصة انتشارا كبيرا في السنوات الأخيرة، حيث أصبحت تشكل خطرا كبيرا على أفراد المجتمع خاصة الشباب، لما يترتب عنها من آثار سلبية على الفرد و المجتمع. و بالتالي تأتي هذه الدراسة للإجابة على هذا التساؤل الرئيسي:

ما هو واقع و أثار تعاطي المخدرات في مدينة وهران ؟

و من هذا السؤال تتفرع مجموعة من الأسئلة الثانوية :

1- ما هي العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات ؟
2- ما هي الآثار المترتبة عن هذه الظاهرة ؟
3- ما هي أبعادها الديمغرافية ؟
4- كيف يمكن التصدي لهذه المشكلة ؟
5- ما هي آليات علاج الإدمان على المخدرات ؟

2 الفرضيات :

1- المخدرات ظاهرة تمس الذكور و الإناث من مختلف الأعمار.

2- تعتبر البطالة و المشاكل الأسرية من الأسباب المؤدية إلى الإدمان على المخدرات.

3- للمخدرات آثار على الفرد و الأسرة و المجتمع..

4- تتعدد أجهزة مكافحة المخدرات في مدينة وهران..

3 أسباب إختيار الموضوع :

إضافة لكون ظاهرة تعاطي المخدرات من أهم المشاكل الإجتماعية التي يجب البحث و التعمق فيها و إيجاد حدود لها، هناك أسباب أخرى دفعتنا إلى إختيار هذا الموضوع تمثلت في :

- الرغبة في التعرف على الموضوع و على المفاهيم المتعلقة به عن قرب.

- الكشف عن تعاطي المخدرات كظاهرة من ناحية المضمون و العوامل و الآثار المترتبة عنها.

- محاولة تناول الظاهرة من الجانب الديمغرافي.

- إنتشار تعاطي المخدرات بكثرة في الجزائر و خصوصا في مدينة وهران.

4 أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الموضوع في :

1- عند معرفة أسباب الظاهرة يمكننا إيجاد حلول لها.

2- إن ظاهرة تعاطي المخدرات تمس بالدرجة الأولى الشباب و الاطفال و هما أساس كل مجتمع.

5 أهداف الدراسة :

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى :

بيان الإطار المفاهيمي للمخدرات (إبراز الطبيعة و مفهوم الظاهرة و دراستها).

تحديد أبرز الآثار المترتبة و الناجمة عن هذه الظاهرة.

الإطلاع و معرفة أهم الأسباب و العوامل التي تؤدي إلى تفشي المخدرات.

محاولة تقديم آليات مكافحة ظاهرة المخدرات و الوقوف على طرق و أساليب علاجها أو الحد منها.

6 المنهج المتبع :

ما دامت هذه الدراسة تهدف إلى بحث موضوع المخدرات و عواملها و آثارها و سعيا للإجابة على التساؤلات المطروحة سابقا، تم الإعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، إذ أنه المنهج الذي يسمح لنا بالتعرف على المفاهيم الخاصة بهذه الظاهرة و أهم آثارها و أسبابها.

7 حدود الدراسة :

من ناحية المكان فالدراسة تخص مدينة وهران، أما الزمان فهو غير محدد بالضبط لكنه يخص الأعوام القليلة الماضية.

8 مصادر البيانات :

لإنجاز هذه المذكرة إعتمدنا على مصادر مختلفة سواء كتب، مجلات، مذكرات، حيث كانت هذه المراجع باللغة العربية و الأجنبية.

الفصل الثاني

تعريف المخدرات و أنواعها

تمهيد :

تعد الجزائر من بين الدول التي تعرف استفحالا كبيرا لظاهرة الإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية خاصة في الآونة الأخيرة بحيث أصبحت بلد إستهلاك بعدما أن كانت بلد عبور. و تعرف المادة المخدرة على أنها مادة يترتب عن تعاطيها فقدان كلي أو جزئي لإلدراك. فهي تحدث فتور لجسم الشخص المدمن ما يجعله يعيش في دوامة خالية و الوصول إلى درجة الإدمان الحتمي. (أحمد أبو الروس، 2008، ص 584).

و بإعتبارها بلد مسلم فقد حرص الإسلام على تجريم تناول المخدرات بإعتبارها عنصر مفسد للعقل و الجسم لقوله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم : ﴿ يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر و الميسر و الأنصاب و الأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلّكم تفلحون ﴾. (سورة المائدة، الآية 90).

و من آياته كذلك : ﴿ يسألونك عن الخمر فيهما إثم كبير و منافع للناس و إثمهما أكبر من نفعهم ﴾. (السورة البقرة، الآية 219).

1 تعريف المخدرات :

إن المخدّرات مادة مخدرة لها حالات منها ما كان تخديرا كليا أو جزئيا من فقد الوعي أو دونه، إنها تعطي شعورا كاذبا بالنشوة و السعادة للهروب من الواقع إلى عالم الخيال (علوي طه الصّافي، 1989، ص 41)

و في تعريف آخر قدمه الباحث "خالد مختار القار" حيث أشاد بأن مفهوم المخدرات : يعني المخدّر هو الخدر و الفتور و الكسل في حين أن المخدرات تضم عدة أنواع و لا تؤدي بالضرورة إلى الإسترخاء و النوم، إنّما تعطي تأثيرا مغايرا تماما، و بذلك فإننا نرى بأنّ للمخدرات تأثيرا يمكن أن يكون منبهاً أو منشطاً أو مهبطاً، و بالتالي فالمخدرات هي مجموعة من المواد الطبيعية أو المستحضرة التي إذا تناولها الإنسان أدت به إلى حالة من الإنهاك أو التنبيه أو التنشيط لجسمه و حالته النفسية بحسب نوع المخدر و طبيعته و لها تأثيرها على الجهاز العصبي و العقلي (خالد مختار القار، 2016، ص 66).

المخدرات مادة يتعاطاها الناس بهدف تغيير الطريقة التي يشعرون بها أو يفكرون أو يتصرفون، و يشمل هذا الوصف الكحول و التبغ، كما يشمل المخدرات الأخرى الطبيعية أو المصنوعة، و في الماضي كانت معظم المخدرات المستعملة تصنع من نباتات، أي من نباتات تزرع ثم تحول إلى مخدرات مثل الكوكايين و الهيروين و القنب، و في القرن العشرين إكتشف الناس كيف يصنعون المخدارت من الكيمياويات، و هي تعرف بأي مخدرات من صنع الإنسان، أو مخدرات تركيبية و هي تشمل "سبيد" و "أكستاسي" و "ل س د" و "باتو" و "هوت آيس" و "كلينكس" و "ميت" و ما إلى ذلك.....(منظمة الأمم المتحدة، 2003، ص 10).

المخدرات بصفة عامة جمع مخدر، تؤثر في الإنسان، فتؤدي إلى فقدان الوعي بدرجات متفاوتة، أو هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا إستخدمت فى غير الأغراض الطبية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود ا أو الإدمان بما يضر الفرد صحيا أو نفسيا و إجتماعيا، فهي تجعل متعاطيها يعيش حالة بعيدة عن واقعه (القريشي، بلسم محمد،2020، ص 235-236).

- **التعريف اللغوي للمخدرات :**

تعتبر كلمة المخدر في اللغة العربية أكثر دقة ودلالة من الكلمة المقابلة لها في اللغة الإنجليزية و الفرنسية Drug، لأن هذه الكلمة الأوربية تعني من الناحية العلمية العقار أو أي مادة يستخدمها الأطباء

في علاج الأمراض...، أو في مجال فسيولوجيا الكائن الحي، و لكن كلمة عقار في الوقت نفسه تستخدم بمعنى المخدر ذو الخصائص المعروفة من تنبيه أو إنهباط، كما يرتبط إستعمالها بالوصمة و عدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد و غير مقبولة اجتماعيا، و هكذا نجد بها معنيين في اللغة الأجنبية، فالدواء يستخدم بقصد العلاج، أما المستحضرات الدوائية تستخدم إستخداما سيئا لآثارها الضارة بدنيا و إجتماعيا و لأنها فعل أو سلوك مرفوض من طرف المجتمع (بورنان سامية، 2016-2017).

أما المخدرات أو المخدر لغة لفظ مشتق من خدر و مصدره التخدير، و يعني ستر بحيث يقال تخدر الرجل أو المرأة أي إستتر أو إستترت و خدر الأسد التزم عرينه و يقال يوم خدر يعني مليء بالسحاب الأسود و ليلة خدره يعني الليل الشديد الظلام، ويقال أن التخدر هو الفتور و الكسل الذي يعتري شارب الخمر في إبتداء السكر أو أنها الحالة التي يتسبب عنها الفتور و الكسل و السكون أو الإسترخاء الذي يعتري متعاطي المخدرات كما أنها تعطل الجسم عن أداء وظائفه و تعطل الإحساس و الشعور (عوفي مصطفى، بغزة عادل، 2016).

2.1 التعريف الإصطلاحي للمخدرات :

تعرف المخدرات على أنها هي كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية تحتوى عناصر منومة أو مسكنة أو مفترة من شأنها إذا إستخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان مسببة الضرر النفسي أو الجسماني للفرد و المجتمع (العنزي بن عبد سعود، 2017).

و عرفت المخدرات على أنها كل مادة تدخل جسم الكائن الحي و تعمل على تعطيل واحدة أو أكثر من وظائفه (NJERI Njeru Alice , NGESU Lewis , 2014).

3.1 تعريف منظمة الصحة العالمية للمخدرات :

تعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات بأنها كل المواد التي تستخدم في غير الأغراض الطبية، و يكون من شأن تعاطيها تغيير وظائف الجسم و العقل، و يؤدي الإفراط في تناولها إلى حالة من التعود و الإدمان بالإضافة للآثار الجسمية و النفسية و الإجتماعية (الحميدان علي عايد، 2007).

4.1 التعريف العلمي للمخدرات :

هي مادة كيميائية تسبب النعاس و النوم و غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، لذلك لا تعتبر المنشطات و لا العقاقير المهلوسة وفق التعريف العلمي من المخدرات، بينما يعتبر الخمر من المخدرات (محمد فتحي حماد، 2004، ص 23).

5.1 التعريف القانوني للمخدرات :

المادة التي تشكل خطرا على صحة الفرد و على المجتمع، أو هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان و ترهق الجهاز العصبي، و يحضر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، و لا تستعمل إلا بترخيص ذلك (الدمرداش عادل، 1983، ص 10).

6.1 التعريف التشريعي للمخدرات :

لم تكن المخدرات معروفة في زمن الرسول صلى الله عليه و سلم كما نعرفها اليوم، و لم يكن لها مفهوم واضح في عقول الناس، لذلك لم يرد لها ذكر صحيح في القرآن الكريم أو في السنة النبوية، بل شمل القرآن في تحريمه للمحرمات، كل ما هو خبيث و ذكر الخمر باسمها، ولا يوجد أدنى شك في أن تعاطي المخدرات تدخل ضمن الخبائث التي حرمها الله (هاني عرموش، 1993، ص 13).

و عليه، فإن المخدر هو كل شيء ما يشوش العقل، أو يثبطه أو يخدره أو يغير في تفكير و شخصية الإنسان الذي كرمه الله تعالى و خلقه في أحسن تقويم. (نفس المرجع السابق ص 14).

2 أنواع المخدرات في مدينة وهران :

1.2 المخدرات الطبيعية :

تعتبر المخدرات الطبيعية من أصل نباتي، و هي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة، سواء كانت نباتات برية أي تنبت دون زراعة أو نباتات تم زرعها : (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 22).

1.1.2 الحشيش :

الحشيش هو الإسم العربي لمخدر شرقي يستخلص من نبات القنب الهندي و يسمى علميا (Cannabis Indica) نسبة إلى الهند و هذه التسمية العلمية هي المستخدمة في ميدان الفارما كوبيا والفسيولوجيا و الطب العقلي (المغربي مصطفى، 1984، ص 51).

يعتبر مخدر الحشيش أكثر أنواع المخدرات انتشاراً في الجزائر، و يرجع هذا لرخص ثمنه و توفره بكثرة بالمقارنة مع باقي أنواع المخدرات. و هنا تتمثل مدى خطورة الحشيش على عقول متعاطيه خاصة من فئة الشباب و المراهقين الذين يتوهمون أن مخدر الحشيش لا يمكن إدمانه كالكوكايين أو الهيروبين.

كما يعتبر تدخين الحشيش مع السجائر هو النوع الأكثر شيوعا في الجزائر سواء بين الشباب أو حتى الكبار، و عندما يدخن الشخص الحشيش تمر بسرعة مادة (THC) من الرئتين إلى مجرى الدم، و يحمل الدم المواد الكيميائية للمخ و الأعضاء الأخرى و يبدأ المتعاطي في الشعور بآثار المخدر بعد حوالي نصف ساعة.

يكون مفعول القنب عند تدخينه أقوى بـ 3 إلى 4 أضعاف من أكله (مصباح عبد الهادي، 2004، ص 107). و تتوزع مادة (THC) في الدم بسرعة كبيرة عند تدخينه، و يظهر مفعوله على الجهاز العصبي في الثواني الأولى، و بعد عشر دقائق من تدخين القنب على أساس عشر جرعات (C.H. Ashton 2001).

أما مفعول مادة (THC) عن طريق الأكل يكون بعد ثلاث ساعات من بدأ التعاطي، و يكون التركيز في الدم أقل بكثير (Th Lehmann , 1995 , pp 15-16).

كما هناك إحتمالية الإجهاض المبكر أو موت الجنين، إذا ما تعاطت الأنثى الحامل مخدر الحشيش، و قد وجد أن مخدر الحشيش يؤدي إلى تحطيم الكروموسومات و الذي يؤدي إلى زيادة معدل حدوث تشوهات خلقية.

و يسبب تعاطي المارجوانا أو الحشيش للذكر نقصا في هرمون الذكورة التستوستيرون، و نقصا في إنتاج الحيوانات المنوية الطبيعية، و زيادة إنتاج الحيوانات المنوية المشوهة، أما بالنسبة للأنثى الطبيعية التي تدخن الماريجوانا أو الحشيش فإن إضطراب الهرمونات الأنثوية يؤدي إلى زيادة في عدم إنتظام الدورة الشهرية (د/ وليد حسني، 2015، ص 54).

2.1.2 القات :

و يعرف القات بأنه نبات دائم الخضرة و ينمو في المناطق الجبلية و في عدة دول مثل اليمن و السودان و الصومال و إثيوبيا و غيرها من الدول الأخرى و يصنف القات بأنه نبات مفيد يشفي من إرتفاع درجة الحرارة و أمراض الجهاز الهضمي و قد رأى العلماء أن القات يتميز بمفعول تخديري على الجهاز العصبي للإنسان و أن كثرة تعاطيه يؤدي إلى أمراض نفسية (جعفر حسان، 2002، ص 317-325).

يعتبر القات مضر بالصحة لإحتوائه على مادة مخدرة من أشباه القلويات تسمى "قاتين"، و من أعراض متعاطيه إضطرابات في الدورة الدموية، كما تصاب المعدة بالإلتهابات و قلة إفرازاتها، و يحدث شلل في الأمعاء و في مجرى البول، بالإضافة إلى تليف الكبد، مع ظهور أعراض الخمول الجنسي، بحيث أنه يشعر الأعزب بعدم قدرته على ممارسة الجنس، و لذا يبدو على مدمن القات ضعف البنية و إصفرار الوجه و قلة النشاط، و مشكلة القات ما زالت إقليمية النطاق، و لا تخضع لمزيد من الرقابة الدولية في الوقت الحالي لعدة أسباب، أهمها ذبول أوراق هذا النبات عند نقلها إلى الأماكن البعيدة، و بالتالي ضياع تأثيرها الفعال، بالإضافة إلى إنحصار مشكلاته داخل مناطق إنتاجه، و بالتالي لا يسبب مشكلات للدول المستهلكة الكبرى (محمد مؤنس محب الدين، 1995، ص 20).

3.1.2 الأفيون :

يعتبر الأفيون من أقدم المواد المخدرة التي إكتشفها الإنسان، و إستخدمتها الحضارات القديمة إما للرفاهية أو أثناء المناسبات أو الطقوس الدينية أو كعلاج لبعض الأمراض.

شجرة الخشخاش هي المصدر الذي يؤخذ منه الأفيون، و هو نبات يبلغ طوله من 70 سم إلى 110سم، و أوراقه طويلة و ناعمة خضراء ذات عنق فضي، أهم مناطق زرعها هي تركيا، المكسيك، الهند...الخ، و يستخلص الأفيون عن طريق تشريط رأس النبات و يتميز برائحة نفاذة، و يتعاطى عن طريق الفم أو الحقن في الجسم بعد إذابته في الماء (نبيل صقر، 2006، ص 17).

و من آثاره الشعور بالنشوة و الإنشراح و السعادة في كامل الجسم مع بطئ في ضربات القلب، كما له تأثير على المعدة و الأمعاء و البنكرياس، حيث تقلل الإفرازات و العصارات المعدية و المعوية، و من مخاطره إلتهاب الكبد و الإيدز نتيجة تبادل الحقن بين المدمنين (محمد رفعت، 1989، ص 25).

4.1.2 الكوكا :

عرف الإنسان نبات الكوكا منذ أكثر من خمسة عشر قرنا من الزمان، فشجرة الكوكا عبارة عن نبات ذات أوراق دائمة، تسمى شجيرة الكوكا الحمراء، و هي لا تنمو إلا في مناخ تتراوح درجة الحرارة فيه من 15 إلى 20 درجة مئوية، و تنمو في مجموعات من سبع أوراق على شكل فرع من أفرع النبات، و يخضع نبات الكوكا لنظام الرقابة الدولية المنصوص عليه في الإتفاقية الوحيدة لمكافحة المخدرات (محمد فتحي عيد، 1988، ص 198).

و يتم زراعتها في أمريكا اللاتينية خاصة في بوليفيا و البيرو و كولومبيا، و الطريقة الشائعة لتعاطي أوراق شجرة الكوكا مضغها بالفم، و كذلك إستحلاب عصارة الأوراق المحتوية على مادة الكوكايين، و هي شبيهة بطريقة تعاطي القات تقريبا (محمد عبد الكريم الدوس، 2013، ص 15).

2.2 المخدرات المصنعة :

يقصد بالمخدرات المصنعة هي تلك المخدرات المستخلصة من المواد و النباتات الطبيعية، ولكنها أقوى تركيزا منها و أشد فتكا بالإنسان، مثل المورفين المستخلص من الأفيون لكنه أشد قوة منه، و الهيروين المشتق من المورفين و هو أيضا أشد قوة من المورفين، و لعل هذه المواد المصنعة لها تأثير صحي بالغ الخطورة لما تسببه من فقدان للشهية، زيادة في ضربات القلب، قصور في وظائف الكلية، القشعريرة و غيرها من المخاطر، و لعل أشد هذه الأعراض هو مرض نقص المناعة المكتسبة " الإيدز " الذي ينتقل عادة عن طريق الحقن التي يستخدمها المدمنون (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 47).

و من بين هذه المخدرات الموجودة في مدينة وهران نجد :

1.2.2 الكوكايين :

و هي عبارة عن مادة بيضاء منبهة للجهاز العصبي، و تستخرج من أوراق أشجار الكوكا، و يتم إستخدامها كمخدر موضعي في العمليات الجراحية الخاصة بالعينين و الأنف و الحلق، و من آثار إستهلاك الكوكايين شعور بالنشوة و الفرح، و يعقب ذلك سرعة في النبض و شعور بالحزن و اليأس و الكسل، فيبحث المدمن عن الإستهلاك مرة أخرى لتكرار المتعة، و هكذا يبقى أسيرا لهذا المخدر، و من مخاطره أيضا أن خمس جرعات بمقدار غرام واحد لكل منها قد يؤدي إلى الموت (بن عبيد سهام، 2013، ص 19).

و يمكن تعاطي الكوكايين إما عن طريق الحقن أو الشم أو التدخين أو عن طريق تدليك الأغشية المخاطية للفم و اللثة به، لكي يمتص من خلالها. و لعل التدخين من أسرع وسائل التعاطي من حيث الامتصاص، و الوصول إلى المخ تماما مثل الحقن من خلال الوريد (مصباح عبد الهادي، 2004، ص 194).

و في حالة إدمان الكوكايين، فإنه يلتصق بناقل الدوبامين و بالتالي يمنع الدورة الطبيعية للدوبامين في المخ، مما يؤدي إلى تنبيه المخ، من أجل إفراز كميات إضافية من الدوبامين، و هذا يجعل المدمن يشعر

بالتأثير الإيجابي الذي يحدثه الكوكايين بمجرد تناوله، و يمكنه من الإحساس بالنشوة، و السرور، و المزاج العالي، بسبب إفراز الدوبامين. و بعد أن يلتقي الدوبامين بمستقبلاته عند النهايات العصبية، تنخفض نسبة الدوبامين في المخ نظرا لأن الكوكايين ملتصق بناقل الدوبامين، الذي من المفروض أن يعيد توازن هذه الدورة بالمخ، و بالتالي يشعر المدمن بحالة من الإكتئاب الشديد و الحزن، و يسعى جاهدا لأخذ جرعة أخرى من الكوكايين، حتى يعود إلى حالته الطبيعية مرة أخرى، و هكذا يتكرر حتى لا يستطيع المدمن أن يعيش بدون تعاطي هذا المخدر (مصباح عبد الهادي، 2004، ص 194).

و لا يسبب الكوكايين زيادة التحمل، لكنه يسبب الإعتماد النفسي (الدمرداش عادل، 1982، ص 185).

2.2.2 المورفين :

المورفين عبارة عن مسحوق أبيض، و يعتبر من أقوى المخدرات المانعة للألم، يكون على شكل أقراص مستديرة، بحيث يكون لونه ما بين الأبيض و الأصفر، و يمكن إستخلاصه من النبات المحصود " قش الخشخاش "، و يتعاطى معظم مدمني المخدرات مادة المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل، و نادرا ما يتعاطونه عن طريق البلع، إلا أنه لدى إستعماله بهذا الأسلوب يتعين تعاطيه بكميات كبيرة، و هو ما يكلف ماليا تكاليف باهظة، و في حالات الإدمان المتقدم يلجأ المتعاطي إلى الحقن في الوريد مباشرة، حيث تكون فاعليته أسرع من الحقن تحت الجلد (محمد عبد الكريم الدوس، 2013، ص 17).

أما بالنسبة لآثاره فتكمن في نشوء التأثير القوي على قشرة المخ، و كثرة إستعماله قد تؤدي إلى الإعتماد عليه، أما إذا غاب عنه ذلك المخدر، فإنه يصاب بهيجان عصبي، كما أنه لا يوجد في الطب الآن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسيمة، و كثرة إستخدامه تؤدي إلى الإدمان عليه (إعمارن سهام و قرايشي سامية، 2018، ص 13).

3.2.2 الهيروين :

و هو مشتق شبه صناعي من المورفين، و يفوق فعاليته مرتين إلى عشر مرات وفقا للمقادير المستعملة، و يعتبر أكثر المخدرات خطورة في العالم، و ذلك لكثرة المتعاطين له و سرعة الإدمان عليه، و هو مسحوق أبيض غير بلوري و ناعم جدا إذا وضع على اليد و ضغط عليه يختفي (أحمد أبو الروس، 1996، ص 15).

و لقد إستخدم الهيروين في العلاج الطبي، لكنهم سرعان ما تخلوا عنه نتيجة أضراره الكبيرة و في مقدمتها الإدمان عليه، و يعد الكيميائي الإنجليزي Wrightأول من قام بإكتشاف هذه المادة و تصنيعها سنة 1874 و ذلك بمستشفى سانت ماري في لندن (خلود سامي آل معجون، 1991، ص 30).

كذلك يتميز متعاطيه بإضطراب الشخصية مع سلوك معادي و فشل مستمر في العمل و قلة التركيز و أيضا يشعر بحكة في العيون و الأنف، و رغبة في الهرش بالأيدي و الرجلين، و بعد زوال أثر الحقنة يبدأ المدمن بالإحساس بالتوتر و العصبية و العرق و التثاؤب (محمد عبد الكريم الدوس، 2013، ص 18).

كما أنه يشعر مدمن الهيروين بأنه قد أكل حتى شبع، و أنه قد مارس العملية الجنسية حتى نهايتها و أنه فضلا عن ذلك قد أزال جميع مشاعر القلق، و يستخدم الهيروين بالإستنشاق على صورة صعود، أو بحرقه على ورق فضة و إستنشاق أبخرته، أو عن طريق الحقن في الوريد، بحيث أنه يكفل أسلوب التعاطي عن طريق الحقن أقصى تأثير ممكن (محمد عبد الكريم الدوس، 2013، ص 19).

4.2.2 الكوديين :

يشتق الكوديين عموما من الأفيون، و يستعمل كمادة فعالة في أدوية الكحة و في بعض المسكنات حيث الإدمان، و من مزاياه أنه يفوق المورفين من حيث تأثيره المضاد للسعال، و من أهم مشتقاته الهيدروكودين، البيروكودان، الفولكودين.

يتم تعاطيه إما عن طريق الفم أو عن طريق الحقن، و من أهم آثاره هي الإضطرابات التنفسية و الإمساك و كثيرا ما يحدث عدم إستقرار و توتر و تقلصات عضلية في حالات الإدمان المتواصل (محمد عبد الكريم الدوس، 2013، ص 72).

3.2 المخدرات التخليقية أو الكيمياوية :

و هي نوع من أنواع المخدرات التي يتم صنعها في المعامل، و هي لا تحتوي على أي نوع من المخدرات الطبيعية، لكنها تحدث آثارا مشابهة للمخدرات الطبيعية و بالأخص الإدمان.

فهذا النوع هو مستخلصات ناتجة عن تفاعلات كيميائية، فمنها من يسبب التنبيه للجهاز العصبي و هي ما تسمى بالمنبهات، و منها ما يسبب الهبوط و الهدوء و هي ما تسمى بالمهدئات، و منها ما يؤدي إلى

إختلال الإدراك أو الإنفصام في التفكير و السلوك و الوظائف الحركية و هي ما تسمى بالمهلوسات، و منها مايسمى أيضا بالمذيبات الطيارة (زواش ربيعة، 2015، ص 443).

1.3.2 المنبهات و المنشطات :

و هي عقاقير محددة، من خواصها تنشيط الجهاز العصبي و عدم إحساس الفرد بالإرهاق و النوم، كما يشعر متعاطيها بالنشوة الحيوية و الرغبة في العمل و الزيادة في التركيز، و عادة ما تنتشر بين الطلبة و الرياضيين (نبيل صقر، 2006، ص 22).

و من أهم مضاعفاتها هبوط ضغط الدم، الإصابة بالإلتهاب الكبدي، الضعف الجنسي، هبوط حاد في القلب، الإصابة بسرطان الرئة (عايد علي الحميدان، 2011).

و النوع الذي يتعاطاها مدمنون المخدرات في وهران و الأكثر إنتشارا هو :

1.1.3.2 الترامادول :

إعتبر الترامادول أكبر و ألعن كارثة دوائية في العالم سواء كان من ناحية الإدمان أو التعود فالمهم أن الترامادول صار كارثة كبرى يصيب عقول متعاطيه و يفقدهم الذاكرة، حيث أن الترمادول يعد أكبر و أهم دواء يتم إستهلاكه خاصة في مصر، و يستخدم الترامادول كثير من الرجال سعيا وراء إطالة مدة الجماع الجنسي رغم أن هذا ليس غرضه إطلاقا، و في نفس الوقت عندما يبحث عن الترامادول المحتاج له فعلا (المتألم) فلن يجده، و ذلك لأن بعض الصيادلة معدومي الضمير قد قاموا ببيع كل علب الترامادول بدون وعي لمن هب و دب.

و الترامادول أو الترامال أو الأمادول أو التراماكس أو الألترادول أو الأسماء الكثيرة غيره ا، و هي بالنهاية تعتبر مسكنات آلام قوية تشبه المورفين، و الترامادول له جرعات محدودة و يجب ألا يتعداها، و خاصة لمرضى الكلى و الكبد، و المأساة أن الترامادول إذا وصل متعاطيه إلى درجة التعود يضطر مستخدمه إلى مضاعفة الجرعة للحصول على التأثير. و من أعراض الترامادول الجانبية الصداع و الدوار و الغثيان وصولا إلى التشنجات و الصعوبة في التنفس وخلل في وظائف الكبد، و الترامادول له تفاعلات خطيرة مع أدوية أخرى... لذلك أدخلت وزارات الصحة في بعض الدول مادة الترامادول ضمن جدول المخدرات فى الصيدليات. و إنتشار الترامادول الذي صار وباء، و قد حذر منه و صار سعر شريط الترامادول 20 ضعف سعره الأصلي، و يتم تهريب أقراص الترامادول من الصين و بعض دول آسيا و مصر. و كشف حديثا أن تناول جرعات من الترامادول لإطالة فترة الجماع قد يؤدي إلى إحتقانات في

المثانه و من ثم الإحتباس البولي إلى جانب الإلتهابات المتكررة في أنسجة الأعضاء التناسلية، فضلا عن الإرهاق العضلي والإرتخاء لفترة طويلة، كما إن الترامادول لا يجدى فى حالات مثل نقص هرمونات الذكورة، و أمراض التسرب الوريدي، بل و قد يؤجل التشخيص السليم للمرض و يؤثر سلبا على المريض (الإدارة العامة لمكافحة المخدرات قسم التوعية... دولة الكويت).

فبات الترامادول واحدًا من أكثر أنواع المخدرات إنتشارًا بين آلاف من الشباب الذين يسعون للحصول عليه بهدف الإستيقاظ لفترات طويلة، و التغلب على الإرهاق و التعب، و قضاء وقت أطول في المذاكرة، و لتحسين قدراتهم الجنسية، و لكن لا يعلم أي من هؤلاء أن الترامادول قد يصل به إلى الوفاة خاصة مع وجود أنواع مغشوشة منه قادمة من الصين و الهند، أقل خطورة لها هي الإصابة بالصرع الذي يظل يلازم صاحبه حتى بعد شفائه، و في العديد من الدراسات عن أسباب الإنتشار المفاجئ تجد الكثير من الأسباب الإجتماعية و منها قصور الدور التربوي للأسرة و هو ما أدى إلى إرتفاع نسبة الإدمان فى أوساط الشباب الأقل من 30 عام (Adams , Dart , Knisely & Schnoll , 2005).

تعاطي الترامادول هو نوع من الإدمان على عكس ما هو شائع بين الناس من أنه منشط أو مسكن، و الدليل أنه عند إيقافه تحدث أعراض إنسحابية على المستويين الجسماني و النفسي، فيصاب المتعاطي بالإسهال و القلق و عدم النوم و يشعر بحالة همدان و خمول في الجسم و عدم القدرة على الحركة أو التركيز في أي أعمال يقوم بها سواء بدنية أو ذهنية، و إضافة أن تعاطي الترامادول إنتشر هذه الأيام بصورة غير مسبوقة و أن السبب في ذلك يرجع إلى أنهم في بداية التعاطي يشعرون بنوع من التحسن و القوة فنجد الطالب مثلا يستطيع أن يستذكر لمدة أطول و لكن هذا التحسن مؤقت فسرعان ما يتعود الجسم عليه و يدمنه فيعجز عن القيام بأي عمل بدون إستخدامه فلا يستطيع الإنسان التوقف عن تعاطيه، و إذا حاول يصاب بأعراضه إنسحابية فيعود إليه مسرعا و يظل عبدا له (حسام عبد المجيد جادو، 2012).

2.1.3.2 الأمفيتامينات :

إكتشف هذا العقار لأول مرة عام 1887، و في عام 1937 أنتج الآمفيتامين كأقراص لعلاج النوم، و كان المحاربون في الحرب العاملية الثانية يتناولونه للتغلب على الإجهاد و يظلون يقظين. و في عام 1972 أدرج هذا العقار و مشتقاته في جدول العقاقير المسببة للإعتماد، ومنع بيعها إلا بموجب وصفة طبية (عرموش هاني، 1993، ص 201).

تستعمل الأمفيتامينات كمركبات دوائية منشطة للقوة الجسمية و النفسية، و تستعمل لعلاج حالات النوم القهري، حالات الاكتئاب، حالات الإعتماد على الكحول (تماضر محمد زهري حسون، 1993، ص 66).

تتوفر غالبا الأمفيتامينات على شكل أقراص أو كبسولات، و هي تؤخذ عن طرق الفم، إلا أن هناك بعض المتعاطين يقومون بحقنها في الوريد، وذلك بسحق الحبوب و إذابتها في الماء و تسخين المحلول حتى الغليان ثم حقنها، و مع تصنيع الآيس بدأ إستخدام الأمفيتامينات عن طريق التدخين (مصباح عبد الهادي، 2004، ص 182).

يمكن للمتعاطي أن يزيد من كمية الأمفيتامين بطريقة ملحوظة، و ينتج عن هذا تعقيدات متنوعة، غير أن التحمل يزول بالإمتناع عن الآمفيتامين (Charles , Sharp Wm , 2012).

و الإعتماد النفسي ملحوظ و سريع، و يمكن أن يكون في بعض الحالات الإعتماد الجسدي، كما يؤدي تعاطي الآمفيتامين إلى وقف الإحساس بالتعب، إن جرعة من " " Ice Crystalو هي من عائلة الأمفيتامينات يتم الشعور بها مباشرة، و هي تؤدي إلى إسراع وظيفة الجسم و المخ، حيث تقوم بتنشيط الجهاز العصبي" "Sympathiqueوتؤدي إلى إرتفاع شدة الدم و خفقان القلب و التنفس، إرتفاع درجة حرارة الجسم و التعرق، نقص اللعاب، فقدان الشهية، كثرة الكلام، ذلاقة اللسان (N.D.A.R.C , 2011).

ينتج عن تعاطي الآمفيتامينات تغيرات سلوكية أو نفسية يمكن ملاحظتها بسهولة، تتمثل في النقاط التالية : الإحساس بالمتعة و الإنتعاش، اليقضة الشديدة، حساسية في العلاقات مع الغير، قلق، غضب أو إحساس بالضغط، رتابة سلوكية، تغير و إضطراب في الأحكام،تغير و إضطراب في السلوك الإجتماعي و المهني، الومضة، إحساس بالحرارة، فقدان الشهية، العصبية، إفراط حركي نفسي و جنسي (Michael Bodmer , and al , 2011).

2.3.2 المهدئات و المهبطات :

و يطلق عليها مجموعة البارابيتيوارت، و هي العقاقير المستعملة في بعض الأغراض الطبية المشروعة، فهي تسبب الهدوء و السكينة و تستخدم في التخدير و علاج الصداع و التوتر، و عند إساءة إستعمالها تؤدي إلى الإدمان، من أنواعها السيكومال و أقراص المندركس، و هذه المواد المخدرة من المواد المؤثرة على الحالة النفسية، و بسببها أبرمت إتفاقية المواد المؤثرة على الحالة النفسية التي عقدت في فيينا عام

1971، و هي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي و تؤدي إلى إبطاء النشاط الذهني (أحمد أبو الروس، 1996، ص 20).

نجد الشباب الوهراني مدمن عليها بكثرة لإخفاض التوتر و النوم بشكل جيد خصوصا للمدمنين الذين لا يعرفون النوم بسبب عدم تناولهم للمخدرات المعتادون على تناولها كالحشيش و الكوكايين.... إلخ.

و كذلك الشباب الذين يريدون الإقلاع و الإبتعاد عن المخدرات الأخرى نجدهم يستعملون البعض من أنواع هذه المهدئات من تلقاء نفسهم ضنا أنها الحل المناسب دون الحاجة للذهاب عند الطبيب أو العلاج في المصحات الخاصة لعلاج المدمنين و ذلك من أجل التقليل من القلق و الإكتئاب الناجم عن إقلاعهم. أو تناولها مع الحشيش مثلا لزيادة النشوة و الشعور بسعادة أكثر خصوصا إذا كانت كميات الحشيش أو أي مخدر لم تعد تفي بالغرض و يتطلب على المدمن زيادة الجرعة فيلجأ إلى تناول معها هذه العقاقير و من بين هذه المهدئات و المهبطات نجد :

1.2.3.2 الكيتيل :

الذي ينتمي إلى عائلة البينزوديازبين التي تمتلك تأثيرا مهدئا و منوما، حيث ترتبط بمستقبلات خاصة بها في الدماغ، مما ينشط عمل مستقبلات "حامض غاما امنوبوترك" التي تمتلك تأثيرا مهدئ، و الذي قد يسبب إدمانا نفسيا و جسديا، لذا فهو لا يوصف إلا بوصفة طبيب مختص و لا ينصح بإستخدامه لفترات طويلة.

2.2.3.2 الديازيبام :

يسمى في وسط المدمنين عليه في الجزائر بإسم "الدياز"

ينتمي الديازيبام إلى البنزوديازيبينات و هي من المواد المهدئة و المنومة في نفس الوقت، تم اكتشافها سنة 1955 و هي تستخدم في علاج حالات القلق و الأرق و إسترخاء العضلات و كمضادات للصرع (جابر بن سالم موسى و آخرون، 2005، ص 13).

حيث ينتمي الديازيبام إلى مجموعة البنزوديازبين متوسطة و طويلة المفعول و هذه المجموعة تستخدم لعلاج حالات القلق و التوتر العصبي و حالات الصرع، و بعضها يستخدم مصاحبا للتخدير مثل الفاليوم من أجل التهدئة قبل إجراء الجراحات (عبد الهادي مصباح، 2004، ص 131).

و الإستخدام اليومي لأي من أدوية هذه المجموعة، يمكن أن يؤدي إلى إدمانها، حتى لو كان إستخدامها في البداية من أجل العلاج (H. Ashton , 1995 , p158-165).

و نجد أنواع أخرى من هذه المجموعة كالرفوتريل المسمى" الحمرى أو الروش " في وسط المدمنين الذي هو من مجموعة البنزوديازبين قصيرة المفعول و تستخدم لعلاج الأرق و لكنه يدفع بالمتعاطي للقيام بأفعال عنيفة و كما قلنا سابقا فهذه المجموعة من البنزوديازبين يستخدمها البعض أحيانا مصاحبة لبعض المواد الأخرى المسببة للإدمان، لكي يحصل المدمن على حالة أعلى من النشوة و السرور، مما يعرضه للخطر في بعض الأحيان، مثل تناولها مع الخمور و الكحوليات و المثبطات الأخرى، مثل الهيروين، أو المنبهات مثل الكوكايين، مما يسبب إصابة المدمن بحالة تسمم يمكن أن تؤدي إلى وفاته (U.Busto and al , 1986 , p 854-857).

3.2.3.2 البريجابالين :

هو ما يعرف بالصاروخ و ليريكا وسط المدمنين في وهران.

ليريكا أو بريغابالين، هو شبيه (غاما امينو بيوتريك أسيد) و يستخدم كمضاد للصرع و مهدئ لآلام الأعصاب، كما يستخدم كدواء إضافي في علاج الصرع الجزئي سواء كان يتمدد ليصبح منتشرا في كامل الجسم أو يبقي محصورا في منطقة واحدة من الجسد، و هي حبوب مسكنة تحتوي على مادة بريجابالين هي مادة تستخدم كمضاد للصرع و مهدئ لآلام الأعصاب، و تستخدم حبوب ليريكا كعلاج للمصابين بـ الصرع الجزئي حتى لا يتمدد و يصبح منتشرا في جميع أنحاء الجسم و يتم حصره في منطقة واحدة، و تصنف حبوب ليريكا على أنها من الأدوية التي يستخدمها بعض الأشخاص كمخدر، و تسبب في كثير من الأحيان التعرض لخطر الإدمان إذا تم تعاطي جرعة كبيرة منها، كما أنه يعتبر من الأدوية التي من النادر أن تستخدم لغايات الإدمان و في حالات قليلة كتعاطي جرعة عالية، و يصنف الدواء كمادة مراقبة تحت الفئة الخامسة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أنه لا يعتبر مؤثرا عقليا

. (https://www.hopeeg.com/drugs/lyrica-addiction)

لكن في الجزائر يندرج البريجابالين ضمن المؤثرات العقلية و يعاقب القانون الجزائري عليه، و يعد أكثر أنواع المخدرات إنتشارًا في مدينة وهران و الأسهل تحصلا عليه سواء فئة 150 مغ أو 300 ملغ. و حذرت منظمة الصحة العالمية من تداول مادة البريجابلين، لكونها السبب في زيادة المدمنين حول العالم كما أكدت الوكالة الأوروبية للدواء أن البريجابلين خطر علي المرضى الذين يتناولونه بدون إشراف طبي.

4.2 المهلوسات :

وهي مجموعة من المواد الكيميائية التي تسبب لمستهلكها الهلوسات و الخدع البصرية و السمعية و إختلال الحواس و الإنفعالات، و تسمى بالمهلوسات لأن متعاطيها يصاب بهلوسة عقلية و تحدث له تخيلات غريبة قد تدفعه إلى الجنون أو الإنتحار أو إرتكاب جريمة، و أهم هذه المهلوسات عقار " "L.S.D و عقار " "P.C.Pو تكون المهلوسات على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم أو كمساحيق للشم (زواش ربيعة، 2015، ص 444).

1.4.2 حبوب السعادة (إكستاسي) :

من بين أسمائها الشائعة بين المتعاطين و التجار في الجزائر هي الحلوة أو ليكستا.

يستخدم الشباب هذا العقار غالبا في الحفلات و المناسبات و خاصة يستخدم كثيرا في الملاهي الليلية.

حبوب السعادة أو الإكستازي تنتمي الإكستازي أو MDMAإلى فئة المخدرات التي تسبب الهلوسة و تحفز الجسم و الخيال في الوقت ذاته على النشاط بصورة كبيرة، و في الكثير من الأحيان لا تصنع الإكستازي من المركب الكيميائي آنف الذكر فقط، بل بخلطه مع مادة مخدرة أخرى (البرفيتين غالبا). و كل من يقبل على تعاطي الإكستازي يتوقع منها شعورا بالسعادة الشديدة، و الإرتخاء العميق، و الراحة، و التفاهم مع الآخرين، و العاطفة القوية تجاههم، (ولا بد من الإعتراف بأن جرعة ضئيلة صافية من الإكستازي تثير مثل هذا الشعور بالفعل). لذلك أيضا يطلق عليها لقب «مخدرات الحب»، و يبدأ مفعول هذه المادة المخدرة بدفعة قوية من النشاط و الحيوية تستغرق ساعتين تقريبا، يعقبها إرتخاء يستمر عدة ساعات، غير أن المفعول الحقيقي لهذا المخدر لا يظهر إلا إرتباطا بالرقص على موسيقى التكنو الصاخبة للغاية، و لأن الإكستازي تضاعف من نشاط العضلات فإن من يتعاطاها يستطيع الرقص على موسيقى التكنو حتى ساعات الفجر من دون إستراحة.

يكون الإكستازي على شكل أقراص يكون مرسوم عليها عبارات مختلفة مثل عبارات سيارات أو شخصيات كرتونية أو مدن و تكون على أشكال متعددة دائرية و مربعة و مستطيلة و له ألوان عديدة و مكتوب عليها عبارات و رسوم مثل القلوب .

2.4.2 ل س د : (L S D)

يعرف وسط المدمنين في وهران بإسم ل س د أو بالتامبر نظرا لشكله الذي يشبه الطابع البريدي، لكنه ليس منتشرا بشكل كبير و ليس معروف كثيرا وسط المدمنين، له نفس تأثير الإكستازي لكنه أقوى منه، و

يقصد به حمض دايتلامين اليسرجيك الذي إستخرجه عالم الكيمياء السويسري Hofman Alber في 1943 . (Richard. Denis , and al , p 377)

و يختصر هذا الحمض بالرموز التالية LSD و هو يعتبر النموذج الأصلي للعقاقير المهلوسة، و هو أقوى و أكثر عقاقير الهلوسة تغييرا للمزاجية للمتعاطي. و عند تعاطيه تصبح المدمن في عالم من السعادة و الألوان بحث يصبح يرى الألوان بشكل أكثر نصاعة و دقة أكبر.

5.2 المذيبات الطيارة :

يعتبر إستنشاق المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد التنفسية و الإعتماد عليها، وتشترك المواد المصنعة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة و في كونها تحدث درجة من التسمم عند إستنشاقها، يدخل من أنواعها مزيل طلاء الأظافر و البنزين و الصموغ الصناعية بأنواعها و وقود الولعات و مزيل البويا و غيرها (محمد فتحي عيد، 1888، ص 273).

و لقد قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1973 بإدراج مجموعة من المواد التي تستنشق ضمن قوائم العقاقير و المواد التي تسبب الإعتماد، و يتم تعاطي المذيبات الطيارة عن طريق وضع المادة الطيارة في كيس ورقي أو بالستيكي و إستنشاقها بعمق، أو عن طريق وضع المادة الطيارة على قطعة قماش ثم توضع على الفم والأنف بغرض إستنشاقها و غيرها من الطرق الأخرى (هاني عرموش، 1993، ص 287).

و من أهم مضاعفات الغازات و المذيبات الطيارة أنها تسبب الدوار و تضعف جهاز المناعة، و كذلك إنتشار الأمراض الجنسية و ضعف القدرة على الممارسة، بالإضافة إلى فقدان الوعي و إضطرابات نفسية و جسدية، و كذلك قد تؤدي إلى فقدان السيطرة و الوهن و الضعف و الموت الفجائي (محمد عبد الكريم الدوس، 2013، ص 22)

الفصل الثالث

مشاكل و عوامل المخدرات

1 مشاكل المخدرات الديمغرافية :

1.1 كثرة حوادث المرور :

إن السبب الأكبر في إرتكاب الجرائم المرورية أن يكون السائق في حالة تعاطي مخدرات أو كحول و لذلك نظرا لخطورة هذه الجريمة لقد وضع المشرع لها قانون مرور خاص بها، فالمادة 18 من قانون 1-14 المتعلق بتنظيم حركة المرور تنص على أنه : " يجب أن يمتنع كل سائق عن السياقة عندما يتعاطى مسكرا أو يكون تحت تأثير مادة أخرى من شأنها أن تؤثر في ردود أفعاله و قدراته في السياقة (إبن شيخ لحسين، 2011، ص 109).

نعتبر تعاطي المخدرات و الإدمان عليها هو المسبب الكبير في إرتفاع نسبة الحوادث المرورية، و إزدياد حالات الوفيات، فمثال نجد شخص يقود السيارة و يكون في حالة سكر فيتسبب في قتل أرواح عديدة من الأشخاص أو إصابتهم بجروح و لا ربما يتعرض لعاهة مستديمة (إعمارن سهام و قرايشي سامية، 2018، ص 25).

تعد السياقة في حالة سكر أو تحت تأثير الكحول أو المخدر جريمة قائمة بحد ذاتها، و ذلك لضعف السياقة و إزدياد حوادث المرور في الطرقات، و لذلك شدد المشرع الجزائري العقوبة لمن يرتكب حادث مرور و هو متناول مخدر أو نوع من أنواع الكحول، و يفهم من المادتين 288 و 289 من قانون العقوبات أنه إذا توفرت حالة السكر أو المواد المخدرة حالة القتل أو الجرح غير العمديين مع توفر ظروف القيادة في حالة سكر أو تحت تأثير مادة مخدرة، و هدف المشرع من ذلك هو أن يتوخى السائق كل الحيطة و الحذر و ذلك بأن لا يتناول مواد مخدرة تفقده وعيه و وزنه، فتناول مثل هذه المواد إحدى أسباب كثرة حوادث المرور التي قد تؤدي إلى الوفاة (حسين فريحة، 2006، ص 11).

تزيد إحتمالية حدوث إصابات خطيرة لمدمن الترامادول نتيجة قيادته للسيارة تحت تأثير المخدر لشعوره بالنعاس، و كذلك بإن بطء التناسق العضلي العصبي تحت تأثير المخدر يؤدي إلى بطء في إتخاذ القرارات المفاجئة أثناء القيادة مما يقلل من قدرة المدمن على تفادي الحوادث.

2.1 العقم و مشاكل الخصوبة :

تأثير شرب المواد الكحولية على خصوبة الرجل قد تأكد في جميع الأبحاث التي أجريت على نطاق واسع و أُثبتت نتائجها مرات عديدة، كما ظهر في الإحصائيات المختلفة في جميع أنحاء العالم أن الكحوليات لها تأثير ضار و سام مباشر على الخلايا المنتجة للحيوانات المنوية بالخصية مما يجعلها تفرز حيوانات منوية

قليلة العدد و ضعيفة الحركة مع إرتفاع في نسبة المشوهة منها، أما المواد المخدرة مثل : الحشيش، و الأفيون، و الأنواع الأقوى مثل : الهيروين، و الكوكايين فتأثيرها على خصوبة الرجل و فحولته أكثر بكثير من المشروبات الكحولية، أما بالنسبة للنساء فقد أثبتت الدراسات و الأبحاث بالإضافة إلى ما تتركه هذه الآفات من آثار سلبية على صحة المرأة أنها تؤثر على نشاط مراكز المخ المتحكمة في إنتظام الدورة و التبويض مما يؤدي إلى العقم، هذا بالإضافة إلى تأثير المخدرات على الغدة النخامية مما يؤثر على عمل الهرمونات الأنثوية، و هذا يؤدي إلى عدم إنتظام الدورة الشهرية و عدم تكون البويضات (د. محمد بن هائل بن غيلان المدحجى).

تعاطي الكحول لدى الرجال يؤدي إلى العجز الجنسي، و العقم كما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي، و دورات الحيض غير الطبيعية، و العقم لدى النساء، و يمكن أن يؤدي شرب الكحول أثناء الحمل إلى ضرر كبير بنمو الجنين و زيادة مخاطر الإجهاض و الولادة المبكرة و ولادة جنين ميت.

و قد دلت الأبحاث العلمية أن تعاطي الحشيش لمدة طويلة يخفض من نسبة هرمون الذكورة في الدم، و يؤدي إلى تضخم ثدي الرجل و تشوهات في الجنين إن حدث التعاطي أثناء الحمل (جاسم عبد الله النقبي، 2010، ص 99).

كلما دخنت الأم أكثر أثناء الحمل، كلما كان المولود الجديد ضعيف الوزن، فالتدخين يزيد من خطر ولادة الطفل لوزن أقل من 2500 غرام (U.S. Department of Health and Human Ser'ices , 1988).

كما يسبب التدخين الإجهاض العفوي و موت الفجأة أو السريع للرضيع، 18% من ظاهرة موت الفجأة عند الأطفال الرضع يعود سببها الرئيسي إلى تدخين الأمهات للتبغ (Southall, D.P. ; and Samuels, M.P , 1992 , p 265-266).

و من أهم حدوث العقم و هو عدم القدرة على تكوين البويضات في المبيض و بالتالي يؤدى ذلك إلى عدم نزول بويضات إلى الرحم، و يعود هذا لإضطراب وظائف الغدد النخامية و الذي ينتج بسبب أمراض تصيب المخ الأوسط، أو بسبب الحالة النفسية للمرأة نظراً لتناولها بعض العقاقير مثل الأدوية المستخدمة فى علاج الضغط (د. أحمد مصطفى الراس، ص 5).

أما إذا كانت المرأة مدمنة على الهيروين و هي حامل فإن الجنين قد يصاب بنزيف بالمخ، و قد يصاب بنقص في النمو (G.K. Hulse ; and all , 1997 , p 1573-1574) .

و يصاب أيضا بمرض الصفراء الذي يؤدي إلى الوفاة، و قد يدمن الجنين على الهيروين، و تظهر

عليه أعراض الإنسحاب، و لذلك يجب أن يعطى فور ولادته مزيلا للألم و هو عبارة عن صبغة الأفيون أو الميتادون، وكذلك يعطى نالكسون لمنع حدوث هبوط التنفس (L.M. Jansson ; and all , 1996 , p 321-323).

كما الدراسات أثبتت أن الترامادول سبب رئيسي و مباشر في العقم و المشكلات المتعلقة بالحيوانات المنوية و ضعفها و تشوهها و المحصلة النهائية أنه يسبب ضعف في القدرة الجنسية و السائل المنوي لدى معظم الأجيال الشابة التي تعتاد مثل هذه الحبوب و في بحث عن العلاقة بين الترامادول و مستوى المناعة لدى المتعاطي و هل يترك تأثيرا سلبيا أم إيجابيا عليه ؟ أم أنه ليس له أي تأثير ؟ و قد إستعان البحث بعينات وصلت إلى المئات من السائقين و طلاب الجامعات و توصلت نتائجه إلى أن الترامادول سبب رئيسي لنقص المناعة (سلمى هلال، 2014).

3.1 تأخر سن الزواج :

إن الإدمان على المخدرات دافع كبير لتأخير سن الزواج و ذلك راجع إلى عدة عوامل منها النفسية و التي تكون غير قادرة و غير مستعدة للزواج، و الإقتصادية التي تكون غير سامحة لذلك فالزواج يتطلب أموال و مصاريف، كما نجد عند الشباب المدمن غياب المسؤولية و نقص في الوازع الديني حيث دين الإسلام يحفز على الزواج فهو نصف الدين، كذلك نظرة المجتمع إلى المدمن على أنه ليس الشخص المناسب للزواج ربما من إبنتهم حتى إذا توقف عن المخدرات، بالتالي يجد المدمن نفسه في وضع لا يسمح له بذلك و مع مرور الوقت يصل إلى سن الثلاثينات من دون زواج.

يعتبر تأخير سن الزواج إلى ما بعد سن الخامسة و العشرين و هو سن الخصوبة الأمثل من الأسباب الهامة لإنتشار العقم (د.زهير السباعي، ص 331).

4.1 الشدود الجنسي :

شهدت الجزائر ظاهرة جديدة و هي المثليين جنسيا سواء رجال أو نساء حيث إرتفعت نسبتهم بشكل ملحوظ في السنوات القليلة الماضية خصوصا في المدن الكبرى كمدينة وهران و هذا راجع لعدة أسباب منها المخدرات التي تؤدي إلى هذا الفعل و هو الشيئ الذي يجهله معظم مدمني المخدرات حيث أثبتت عدة دراسات أن الإدمان على المخدرات يمكن أن يدفع بصاحبه إلى الجنسية المثلية، إن مصطلح الجنسية المثلية مشتق من المثل أي إشتهاء نفس الجنس، بمعنى أن يشعر الشخص بالإنجذاب النفسي و العاطفي و الجنسي ناحية أشخاص من نفس جنسه (الميزر هند عقيل، 2013، ص 2448).

يطلق مصطلح الجنسية المثلية على تلك العلاقات التي تتخذ فيها الليبدو موضوعا خارجيا من نفس الجنس، فيتجه الذكر لمثله و الأنثى لمثيلتها (متولي متولي فكري لطيف، 2012، ص 46).

و تنقسم الجنسية المثلية إلى شقين :

اللواط : و هو لفظ ديني خاص بالإسلام و المقصود به علاقة جنسية شرجية بين إثنين من الذكور، و لفظ مشتق من قوم لوط (الميزر هند عقيل، 2013، ص 2448).

السحاق : يبدأ السحاق بقصة حب بين فتاة و أخرى، و في حالات كثيرة يقتصر الأمر على القبلات و المداعبات الجسدية السطحية، و في بعض الحالات تحدث إثارة جنسية بوسائل مختلفة حتى تحقق النشوة النهائية.

بالمختصر إن المخدرات تسبب الشدود الجنسي و بالتالي سوف تأثر على الديمغرافية بحيث يقل الإنجاب مستقبلا، بسبب علاقات من جنس واحد فقط.

2 مراحل الإدمان على المخدرات :

1.2 مرحلة التجربة :

تعتبر هذه المرحلة هي المرحلة الأولى من مراحل الإدمان، فهي مرحلة استكشافية تعتمد على تجربة العقار أو المخدر كأول مرة، و تكفي كميات صغيرة لإحداث أثر المخدر، لأن خاصية الإدمان لم تتكون بعد، و قد يتعاطى الفرد المخدر على فترات متباعدة، و قد يتعاطاها في مناسبات إجتماعية معينة و قد يترك الفرد المخدر و قد يستمر في التعاطي لشهور أو سنوات دون أن يتجاوز مرحلة التجربة، و في هذه المرحلة لا تظهر أي علامات على المتعاطي، و كذلك لا توجد رغبة في زيادة الجرعة، و تعتبر التجربة من بين الأسباب المؤدية إلى الإدمان (فارح سمير، 2009، ص 50).

2.2 مرحلة التعاطي المتعمد :

في هذه المرحلة يبدأ الفرد بالبحث عن المخدر أو عن الأفراد المتعاطين و جعلهم أصدقاء له، بحيث يكون المتعاطي قد تعود على تناول المادة المخدرة، و يميل لتكرار عملية التعاطي لهذه المادة و ذلك بهدف الحصول على نفس الأثر الذي حدث له في المرات السابقة، و في هذه المرحلة ينخدع المتعاطي بقدرته على الإستمرار في حياة مزدوجة و تدعوه للإعتقاد بأنه قادر على التحكم في تعاطي المخدرات، و في حالة

توقفه عن التعاطي يحدث له ما يسمى بأعراض الإدمان، و لكن هذه الأعراض قد تحدث بصورة بسيطة و ليس هناك حاجة قهرية لزيادة الجرعة من المخدر، حيث يمكن تركه بسهولة دون الحاجة للعلاج في مصلحة متخصصة لعلاج حالات الإدمان. (نفس المرجع، ص 51).

3.2 مرحلة الإدمان :

في هذه المرحلة يشعر المتعاطي بحاجته إلى المخدر مهما كان الثمن، لأنه يكون قد فقد كل السيطرة على إرادته تجاه هذه المادة، و إذا توقف عن استعمال المخدر أو إذا منع من تناوله فإنه سوف يعاني من آلام جسمانية و عقلية مؤلمة، و إذا حصل ذلك فإن هذا العقار المخدر سوف يعتبر من العقاقير التي تسبب الإعتماد الجسماني عليه (عدنان حسين عوني، 2001، ص 127).

4.2 مرحلة الإحتراق :

و هي تعتبر آخر مرحلة من مراحل التعاطي و الإدمان، و أقرب تعريف لهذه المرحلة يمكن تسميتها بالموت البطيء، حيث نادرا ما يشعر المتعاطي بالنشوة و اللذة، و يكون التعاطي للمخدر عن قصد و غير خاضع لسيطرته، و مستمرا طوال اليوم من أجل التغلب على أعراض الحرمان التي تظهر بكثرة خلال هذه المرحلة، و هنا تزداد فكرة الإنتحار لدى المتعاطي و تصبح مسيطرة عليه، و كذلك يصبح بحاجة أكثر للعلاج في مصحة متخصصة لعلاج المدمنين، و إلا سيؤدي به الأمر إلى الموت (رجب أبو جناح، 2000، ص 47)

العوامل المؤدية إلى المخدرات :

تمهيد :

يرى الكثير من العلماء و المتخصصين و الباحثين في مجال المخدرات أن العوامل التي تؤدي إلى التعاطي تختلف بين آن و آخر في المجتمع الواحد، و بين مجتمع و آخر في الآن نفسه، فالعوامل التي كانت تدفع إلى تعاطي المخدرات و المؤثرات العقلية في الماضي، ليست هي نفسها التي تؤدي إلى التعاطي في الوقت الراهن، بحكم إختلاف الشروط الإقتصادية و الإجتماعية و الثقافية لحياة الناس، فتعاطي المخدرات بقيت لفترة طويلة من الزمن خارج إطار التشريع الجنائي للدول، و لم تظهر التشريعات التي تمنع إستخدامها إلا في الفترة الأخيرة التي إقترنت مع ظهور المخدرات غير الطبيعية، ذات التأثير البليغ في حياة الإنسان، و بعد أن أصبح لإستخدامها أبعاد إقتصادية و سياسية متنوعة، و لهذا فإن العوامل التي ساعدت على التعاطي في الماضي تختلف عما هي عليه اليوم (عبد العزيز أحمد الأصفر، 2012، ص 138).

إن عوامل تعاطي الأشخاص للمخدرات ذات بعد مزدوج، البعد الأول يتمثل في العوامل الفردية أو الداخلية للأشخاص، كالعامل الوراثي، و المورفولوجية الحسمية و التكوين النفسي للشخص، و البعد الثاني يتمثل في العوامل البيئية أو الخارجية، التي تدفع بالشخص للإنحراف و تعاطي المخدرات كتوفر المادة المخدرة، و المحيط الأسري، و جماعة الرفاق، و بالتالي هذه العوامل مستقلة عن الشخص و تؤثر فيه.

3 العوامل المؤدية إلى المخدرات :

1.3 العوامل المساعدة التي تتعلق بالمخدرات المستعملة :

1.1.3 تركيب المخدرات و خواصها الكيميائية :

تختلف المواد و العقاقير المخدرة بأنواعها المختلفة من حيث التركيب و الخواص الكيميائية، و المخدر الأقوى في التركيب و الخواص الكيميائية يسهل الإدمان عليه عند التعاطي المتكرر، فمثال يسهل الإدمان على مخدر الهيروين و ذلك لقوة تركيبه و خواصه الكيميائية بينما يحتاج متعاطي الحشيش و الكحول لوقت أطول لدخول مرحلة الإدمان (محمد أبو جناح رجب، 2000، ص 115).

2.1.3 طريق إستعمال و تعاطي المخدر :

طريقة التعاطي مثل تعاطي المخدرات بالفم أو الشم فإنه يسهل الإدمان عليها، بينما يقلل إستخدامها بطريق الحقن من فرص الإدمان يضاف إلى ذلك مرات التعاطي، فالتعاطي المستمر و اليومي يزيد من فرص الإدمان بخلاف الإستخدام المؤقت و الذي يحدث في المناسبات كالأعياد و الأفراح و غيرها فإنه يقلل من فرص الإدمان (المشرف عبد الإله بن عبد الله، 2011، ص 86).

3.1.3 توفر المخدرات و سهولة الحصول عليها :

يعد وجود المادة المخدرة ركنا أساسيا من أركان عملية التعاطي، إذ لا يستطيع الفرد ممارسة الإدمان على تعاطي سلعة هي بالأساس غير موجودة و التي لا يعرف عنها شيئا، الأمر الذي يجعل مكافحة وجود المخدرات كسلعة متداولة بين الناس شرطا أساسيا من شروط مكافحة ظاهرة التعاطي و الحد من إنتشارها في الوسط الإجتماعي (عبد العزيز أحمد الأصفر، 2012، ص 140).

4.1.3 نظرة المجتمع للمادة المخدرة :

تعد نظرة المجتمع إلى المادة المخدرة عاملا أساسيا من عوامل إنتشار المخدر، فتعاطي الكحول في الثقافات غير الإسلامية يعد مقبولا، و لهذا ينتشر تعاطيه بكثرة، بينما ينظر المجتمع الإسلامي إلى تعاطي الكحول على أنه خروج عن الشريعة، و خروج عما هو مألوف في الحياة الإجتماعية، و من الطبيعي أن تأتي درجة إنتشار تعاطي الكحول منخفضة بالموازنة مع ما هي عليه في المجتمعات الأخرى، و قد بقي تعاطي المخدرات حتى بدايات القرن العشرين مقبولا في الكثير من المجتمعات الأمر الذي كان يساعد في إنتشاره على نطاق واسع (عبد العزيز أحمد الأصفر، 2012، ص 143).

2.3 شخصية المدمن :

إن بعض إضطرابات الشخصية من الممكن أن تحرض إلى تعاطي المواد المخدرة و الإدمان عليها، إما بسبب أن شخصية الفرد تكون أكثر قابلية هنا للعطب و تعاطي المخدرات، أو لأن هذه الشخصية تجد في المواد المخدرة سبيلا لتغيير و تعديل الحالة النفسية، حيث نجد أن شخصية متعاطي العقاقير تتسم بمجموعة من السمات سواء كانت هذه السمات سببا أو نتيجة، و تشتمل هذه السمات على العدوانية، الإندفاعية، السيكوباتية إنخفاض تقدير الذات، الإكتئابية، و الإنطوائية، من هنا يرى البعض أن الإدمان يرجع إلى البنية الشخصية للفرد، إذ أن هناك شخصيات مضطربة تميل أكثر إلى الإدمان، و الذي يعتبر تبعا لذلك عرضا لعدم التوافق العام للشخصية، كما يعتبر طريقة من الطرق التي تعبر بها الشخصية عن إضطرابها (فاطمة صادقي، 2014، ص 196).

3.3 غياب الوازع الديني :

يشكل ضعف الوازع الإيماني لدى الفرد دافعا و عاملا قويا من عوامل اللجوء إلى تعاطي المخدرات، فالفرد المتعاطي للمخدرات يلازمه التفكير بعدم تحريم المخدرات، كما يرتبط هذا بعدم الإلتزام بالقيم و الأخلاق و العادات الإسلامية السائدة في المجتمع، و ضمور الوازع الديني ناجم عن ضعف ثقافته الدينية، و عدم تمثله ما تغرسه العقيدة في النفس من قيم و أخلاق، و جميع مؤسسات المجتمع هي المسؤولة عن ذلك (المشرف عبد الإله بن عبد الله، 2011، ص 86).

4.3 الأمراض النفسية و الجسمية :

و هي حالات مرضية يضطر المريض فيها إلى التعامل مع بعض أنواع الأدوية، و لكن الإستعمال المتكرر بدون مراقبة طبية، يمكن أن يؤدي إلى إستعمال تلك الأدوية لغرض آخر غير التداوي، مما يوقع صاحبه في بؤرة التعاطي، و من أكثر الأمراض النفسية و العقلية إحداثا للإدمان مرض الإكتئاب و القلق النفسي و الفصام في بدايته، و لا يحدث الإدمان إلا في الأمراض الجسمية التي تسبب الألم و تتطلب إستخدام مسكنات الألم المخدرة بكثرة، و آلام ما بعد العمليات الجراحية و الحروق و غيرها، و لا يعتبر إستخدام هذه المواد للإسعاف و بصورة مؤقتة تحت إشراف الطبيب إدمانا بطبيعة الحال، و لكن إذا كان الشخص من ذوي الإستعداد للإصابة بالإدمان و إستمر الطبيب في علاجه بالمسكنات المخدرة طويلا فقد يصبح المريض مدمنا على هذه المواد و يبحث عنها حتى عند زوال الألم (عادل الدمرداش، 1982، ص 41).

5.3 العوامل الإجتماعية للمخدرات :

1.5.3 التفكك الأسري :

يقصد بالتفكك الأسري، أنه فك الشيء بعد ترابطه و فصله من تجمعه. يشير مفهوم التفكك الأسري إلى إختلال السلوك في الاسرة، و إنهيار الوحدة الاسرية و إنحلال بناء الأدوار الإجتماعية لأفراد الأسرة (سامي مهدي العزاوي، 2009، ص 35).

فالتفكك الأسري هو إنفكاك فرد أو أكثر عن الأسرة و ضعف العلاقات و الترابط و الرحمة و المحبة و المودة بين الأبناء و الوالدين أو أحدهما و من ثم يؤدي إلى إنحلال الأسرة و نشوب الخلافات و زيادة التذمر و الإستياء (سلوى الجسار).

الأسرة من أهم المجتمعات الإنسانية و أعظمها تأثيرا في حياة الأفراد و الجماعات، فهي الوحدة البنائية الأساسية التي تنشأ عن طريقها مختلف التجمعات الإجتماعية، و هي التي تقوم بالدور الرئيسي في بناء صرح المجتمع، و تدعم وحدته، و تنظم سلوك أفراده، بما يتلائم مع الأدوار الإجتماعية المحددة، وفقا للنمط الحضاري (عبد الباسط محمد حسن، 1977، ص 406).

غير أنها تعرضت في المجتمعات الحضرية و الصناعية و الحديثة لكثير من التغيرات البنائية و الوظيفية، نتيجة للتصنيع و عمليات التحضر، مما أثر على النمط العام للأسرة في المجتمعات القديمة (الأسرة الممتدة) و فرضت الحياة نوعا مغايرا و جديدا من الأسر الصغيرة (الأسرة النووية) و بذلك أصبحت الروابط القرابية أقل بكثير مما كانت عليه في المجتمعات السابقة و إنحصرت الروابط بين الزوجين و أولادهم المباشرين فقط (سلوى علي سليم، 1989، ص 124).

و يرى الباحثون أن هناك نموذجا واضحا للأسرة التي يترعرع فيها متعاطو المخدرات، و يكون من صفات هذه الأسرة، عدم الاستقرار في العلاقات الزوجية، و إرتفاع نسبة الهجر، كما أن الأسلوب الخاطئ التي تقوم به بعض الأسر في تربية و تنشئة أبنائها قد نتج عنه أن الأطفال الذين تحولوا إلى تعاطي المخدرات كانوا حوالي 50% من الشباب المتشرد، و أن نسبة 80% من الشباب الذين يتعاطون المخدرات كانوا يعانون من الجو السيء داخل أسرهم (نفس المرجع، ص 126).

الأسرة المفككة هي من أهم العوامل التي تؤدي إلى الإدمان فإستمرار النزاع و الشقاق بين الآباء و الأمهات في معظم الأوقات، فلا شك أن الشاب إذا وجد الخصومة دائمة في المنزل، فإنه سيترك هذا الجو الخانق و يهرب من محيط الأسرة باحث عن أية وسيلة تنسيه همومه و مشكلاته العائلية، و غالبا ما ينجم عن هذا الوضع الخاطئ الوقوع في العادات الإجتماعية السيئة مثل التدخين و السهر خارج المنزل ثم تكون النهاية بتعاطي المخدرات، وخاصة السموم البيضاء (شاهين أحمد عبد الهادي، 2000، ص 31).

إن إدمان أحد الوالدين أو كلاهما يساعد بدرجة كبيرة في إتجاه الأبناء إلى الإدمان نظرا لإعتقادهم اللاشعوري بأنهم لا يفعلون شيئا خاطأ لأن آبائهم يتناولون المخدرات أمامهم (محمد عودة الريماوي و آخرون، 2006، ص 648).

كما إن إدمان الزوج خاصة يؤثر على تفكك الأسرة بشكل مباشر، لأنه لا يلبي حاجيات أسرته بالإضافة إلى عجزه عن تلبية رغبات زوجته خاصة إذا كانت شابة، فتطلب الطلاق أو تتجه إلى الدعارة لتلبية رغباتها و توفير متطلبات المعيشة، و من هنا ينمو الأطفال في منبت سوء، الأب المدمن و الأم عاهرة، فتتشكل العقد النفسية لديهم و هذا ما يسمى بالدور السلبي للأسرة، و الذي يعمل على دفع الأبناء إلى الإنحراف و قد يؤدي كذلك إلى دور إيجابي و هذا في نظر الطفل و المتمثل في إشتغال الإبن بمتاجرة المخدرات و كذلك عن طريق التدريب و المحاكاة.... إلخ (مصطفى سويف، 1999، ص 24).

2.5.3 التفكك الإجتماعي :

يرى إليوت Elliote أن المقصود بالتفكك الإجتماعي هو إضطراب أو إنشقاق أو صراع أو إفتقار يحدث في نطاق جماعة من الجماعات، أو في مجتمع ما، و يؤثر على العادات الإجتماعية السلوكية المقررة أو على النظم الإجتماعية أو على الضوابط الإجتماعية بصورة تجعل من المستحيل أن يتحقق لهذه الأمور أداءا وظيفيا منسجما (جلال الدين عبد الخالق رمضان، 2001، ص 203).

كما يوضح بكمان Buckman أن التغيرات السريعة التي تحدث في المجتمع تشكل مظهرا للصراع أمام الشباب أثناء محاولتهم تحقيق ذواتهم و إشباع حاجاتهم و رغباتهم، و أيضا تجعل البعض منهم يشعر بالتشاؤم تجاه العالم المحيط به، خاصة من كان منهم في بداية مرحلة الشباب، حيث إنهم أكثر قابلية للتأثر بهذه المتغيرات مما يثير لديهم مظاهر الإضطراب في الشخصية، الأمر الذي يدفع البعض منهم إلى تعاطي المخدرات كوسيلة هروبية من مواجهة أمور حياته (Jerome J Plat , 1986 , pp 32)

و أثبتت الدراسة التي قام بها الباحث الأمريكي بيرجس Berges Ernest أن نسبة عالية من مدمني الخمور و المخدرات يقطنون بمدينة شيكاغو، و ذلك يعود إلى عدم الثبات في العلاقات و إلى العزلة و الإغتراب (عبد الرحمان محمد علي أبو توتة، 1998، ص 139).

فمدخل التفكك الاجتماعي يفسر إدمان المخدرات بأنه سلوك منحرف و يعبر عن مشكلة سببها إنحراف المدمن عن المعايير و القيم التي أقرها المجتمع (عبد العزيز بن عبد الله البريثن، 2002، ص 110).

و ركز Sellin Thurston في نظريته على التفكك الإجتماعي، على أنه يلعب دورا قويا في تعاطي المخدرات، لأن كل فرد يرتبط بمجموعة من الوحدات الاجتماعية، و كل وحدة منها تشبع له حاجة إجتماعية (فوزية عبد الستار، 1977، ص 48).

فبالنسبة لعالم الإجتماع، الإدمان هو عبارة عن حل للتفكك الاجتماعي، فالإدمان بما أنه مشكل إجتماعي و فردي، هو عبارة عن جواب تمت صياغته من طرف الإيديولوجية السائدة أو الطاغية التي تعبر عن طريق التفكك الاجتماعي، و عدد الأحداث و الظواهر عبارة عن أعراض هذا التفكك : " البطالة، سوء الأحوال المعيشية الناتجة عن الفقر، سرعة النمو الاقتصادي " فبالنسبة لعلم الاجتماع، هذا التصرف لا يترسخ بالتاريخ الشخصي للفرد، و لا بنوعية التفاعل الإجتماعي مع المحيط، و لكن بواسطة التنظيم الإجتماعي الذي من خلاله يأخذ مكانه، و هذا التفسير يقودنا مباشرة إلى نظرية الأنومي (Emmanuel JOVELIN).

إن المجتمع كما يتصوره روبرت ميرتون يؤلفه نظامان أساسيان، أولهما البعد الثقافي بما يشمله من قيم إجتماعية و مبادئ أخلاقية و أهداف يسعى إليها، و البعد التنظيمي تتحدد من خلاله الظروف الإجتماعية للأفراد و الطرق التي يستطيعون من خلالها تحقيق الأهداف التي يقرها البعد الثقافي، غير أن مجموعات كبيرة من الأفراد قد تجد صعوبات عديدة تحول بين أهدافها بالطرق التي يقرها المجتمع، فتظهر ملامح الخلل في عملية التوازن بين الأهداف التي يسعى إليها الأفراد، و الوسائل التي يعتمدون عليها في تحقيق تلك الأهداف، و غالبا ما يترتب على هذا التناقض أشكال من الإنحراف الإجتماعي، و تبعا لهذه الرؤية فإن تعاطي المخدرات هو إستجابة إنسحابية من جانب المتعاطي الذي يجد أن سبل النجاح مغلقة أمامه، كما أنه لا يستطيع إرتكاب أفعال إجرامية يحقق بها أهدافه لعجزه عن ذلك، و يفسر إرتفاع معدلات الإدمان على المخدرات على أنه إنعكاس للموقف الذي يجد فيه المجتمع هدف النجاح الفردي، مثل تجميع الثروة و الممتلكات، و لكنه في نفس الوقت لا يسمح لبعض الناس بتحقيق هذا الهدف، فيخالف هذا البعض معايير المجتمع و ينحرف عما يرضيه، و قد تكون أوجه هذا الإنحراف هو إدمان المخدرات (فريدة قماز، 2009، ص 57).

3.5.3 رفقاء السوء :

الإنسان إجتماعي بالطبع كما قال إبن خلدون، فهو لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الآخرين، و إنما هو بحاجة إلى الإختلاط مع غيره من الأفراد لتأمين حاجاته و مسيرته في الحياة. و الإنسان في إختياره لأصدقائه يفضل المجموعة التي تتقارب معه في السن و تتفق معه في الميول و الإتجاهات، و من الطبيعي أن يكون للحدث أصدقاء من بين هؤلاء يرتبط بهم وجدانيا و يأنس لهم و يشاركهم إنفعالاتهم و عواطفهم (عبد العزيز بن باز، 1403 هجري، ص 68).

ففي مرحلة معينة من حياة الطفل، تعتبر جماعة الرفاق المحيط البديل عن الأسرة بالنسبة له، فهي المحيط الذي يحاول الطفل أن يتعلم المهارات التي إفتقدها في أسرته، و إستكمال جوانب النقص في شخصيته، لكن قد يكون من سوء حظ الطفل أن ينتمي إلى جماعة الرفاق المنحرفة، فتلقنه مبادئ و آليات الإنحراف، و كثيرا ماتكون الجرائم المرتكبة من قبل الأحداث، آتية من جراء تأثير رفاقهم عليهم، و خاصة تعاطي المخدرات و الإنحلال الخلقي (مصباح عامر، 2003، ص 248).

يمكن لجماعات الأقران أن تنافس الأسرة في محاولة إستقطاب الأبناء و جذبهم إلى تكويناتها، و على قدر إرتباط الأبناء بالأسرة و إنشدادهم إليها يأتي تأثير جماعات الأقران الذي يتضاءل مع قوة الإرتباط بالأسرة، و ينمو بقوة مع ضعف الإرتباط الأسري، و بالنظر إلى ما تشهده الأسرة العربية من تفكك إرتفعت

نسبته قياسا إلى ما كان عليه في فترات زمنية سابقة، فإن أثر الأقران يزداد بقوة في الأبناء، و في تكوين إتجاهاتهم و مشاعرهم و أحاسيسهم، و في أنماط السلوكات التي يمارسونها، بما في ذلك مظاهر الإنحراف المختلفة (عبد العزيز أحمد الأصفر، 2012، ص 159).

و غالبا ما تكون الصحبة هي المصدر الذي يزود الفرد بالمعلومات عن المخدرات و آثارها و كيفية تعاطيها، و كثيرا ما يدفع حب الإستطلاع أو الرغبة في إكتشاف المجهول إلى تجربة التعاطي تقليدا للصحبة، و قد يقف الأمر عند حد التجربة و قد يستمر البعض في التعاطي مجاراة للرفاق، و حتى يصبح المتعاطي جديرا بالصحبة، و لقد أثبتت أبحاث كثيرة في العصر الحاضر، إلى دور العصبة السيء كعامل أساسي للجناح، و مما لاشك فيه، أن الفرد في جماعته من رفاقه أو أصدقائه غير في أسرته أو و هو وحده. و بمعنى آخر، يتأثر سلوك الفرد تبعا لسلوك من يخالطهم من الأفراد الآخرين، فإذا كان سلوكهم منحرفا، كان الإحتمال قويا في إنقياده لهم، و خاصة أنه إن لم يجاريهم في سلوكهم فإنه يصبح غير متوافق فينبدونه، و هذا أقصى عقاب يتعرض له، و لذلك يحرص على أن لا يعرض نفسه له. هذا فضلا عن حقيقة أن الفرد يستطيع أن يحقق ذاته بشكل فاعلي، عن طريق معاشرة أفراد الجماعة و ما يظهر أثناء ذلك من مواقف تبعث على الحب و ظروف تدفع إلى الكره، و هذه هي الممارسة الواقعية الحقيقية للحياة (الساعاتي سامية حسن، 1983، ص 126).

و قد أكدت معظم الدراسات التي أجريت على الأحداث المنحرفين، على أهمية جماعة الأقران في تحديد سلوك المراهق، و ذهبت جل هذه البحوث إلى دور جماعة الأقران في ولوج المراهق عالم المخدرات. و من بين العوامل الفعالة في هذا الصدد كون هؤلاء الأقران و الأصدقاء يتعاطون المخدر، هذا من ناحية و من ناحية أخرى كونهم يشجعون الشاب الذي لم يتعاطى بعد أن يقدم على التعاطي و يخوض التجربة (سويف مصطفى، 1996، ص 90).

و بينت الدراسة التي أجراها شوبرا وشوبرا على متعاطي الحشيش في الهند أن المتعاطين غالبا ما يحاولون إقناع أصدقائهم بتعاطي الحشيش بعد أن يزينوا لهم هذا التعاطي (Chopra, I.C ; et Col , 1957) .

و قد أقرت اللجنة القومية لبحث تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية في تقريرها المقدم إلى الرئيس الأمريكي و الكونغرس في مارس 1972، أن من أهم العوامل المؤثرة في تحديد سلوكيات المراهقين في الولايات المتحدة تأثير جماعات الأقران، فصحبة من يتعاطى الماريجوانا تهيء الشخص لتعاطيها (National Commission on Marihuana and Drug Abuse , 1972).

كما تؤكد كل الدراسات الميدانية التي أجراها مصطفى سويف و زملاؤه الدور الذي يقوم به الأصدقاء في دعم عملية تعاطي المواد النفسية بين الشباب (سويف مصطفى، 1996، ص 91-92).

و تشير نتائج الدراسة التي قام بها فريق من علماء الطب و الإجتماع بجامعة شيكاغو على جماعات تعاطي المخدرات بجميع أنواعها، أن هذه الجماعات أكثر قدرة من المتعاطين المنفردين على دفع الآخرين إلى تعاطي المخدرات (J. F. E. Shick , and al , 1978 , pp 203-204) .

4.5.3 وسائل الإعلام :

على الرغم من الدور الايجابي الذي تقوم به وسائل الإعلام المختلفة، المتمثل في نقل المعلومات و المعارف، إلا أنها بالمقابل تلعب دورًا خطيرًا و سلبيًا إذا ما أسيء إستخدامها. فالإستخدام غير المشروع لوسائل الإعلام يترك تأثيرا واضحا على فكر الفرد و سلوكه، و أنماط تفكيره نظرا لما تحدثه من تغيرات جوهرية في منظومة المجتمع (علي نبيل، 2011، ص 23).

و قد أظهرت نتائج عملية مسح أجرتها مؤسسة " ويكلي ريدر " لإستطلاع الرأي عام 1987 بالولايات المتحدة الأمريكية أن للتلفزيون و السينما أكبر الأثر في جعل المخدرات و الكحوليات تبدو جذابة بالنسبة لطلاب الصفوف من الرابع إلى السادس (إبراهيم نافع، 1991، ص 50).

و بظهور شبكة الإنترنت و إنتشارها الواسع برزت على الساحة مشكلة شديدة الخطورة تمثلت في إدخال المخدرات و المؤثرات العقلية نطاق العالم الإفتراضي " شبكة الإنترنت " و ظهر مصطلح جديد و هو cyber drugs. (عمر بن يونس، 2004، ص 18).

و يشير تقرير صادر عن الإنتربول إلى أن 890 مليون متعاطي للمخدرات معظمهم في آسيا و أوروبا و أمريكا الشمالية يستخدمون شبكة الإنترنت بإمكانياتها المتاحة في الحصول على المخدرات (محمد فتحي عيد، 2003، ص 5-6).

كما قد تساهم وسائل الإعلام في عرض صورة مضللة فيما يتعلق بتعاطي المخدرات مما قد يساعد على تشويش ذهن المشاهد و عدم وضوح الرؤية الحقيقية لديه، فقد تكون الفكرة المعروضة في الأساس غير حقيقية كأن يعرض الفيلم السينمائي أو المسلسل التلفزيوني أساليب تعاطي المخدرات و أدواتها و النشوة الإيجابية التي تأتي من التعاطي و الراحة التي يشعر بها المتعاطي و كأن التعاطي هو وسيلة للشعور بالراحة و التخلص من الهموم و الضغوط النفسية، و قد تعرض الفكرة بشكل متناقض عن الواقع و كما يصور المسلسل أو الفيلم أو الكاتب أمرا مقبولا إجتماعيا , و يذكر سويف أنه في دراسات ميدانية

إستهدفت فئة عريضة من الشباب في المدارس و الجامعات أن وسائل الإعلام (الراديو و التلفزيون و الصحف) تأتي في مرتبة بعد مرتبة الأصدقاء مباشرة، كمصدر يستمد منه الشباب معلوماتهم عن المخدرات بجميع أنواعها، كما أوضح نفس المصدر وجود إرتباط إيجابي قوي بين درجة تعرض الشباب لهذه المعلومات و إحتمالات تعاطيهم هذه المخدرات (مصطفى سويف، 2014، ص 24).

6.3 العوامل الإقتصادية للمخدرات :

الفقر يعتبر سببا من أسباب التعاطي، و كذلك الثراء الناتج عن الحياة الحديثة المعقدة، دفع بالإنسان من خلال العرض و الطلب إلى تعاطي المخدرات. و في المجتمعات حديثة النمو، تتضافر عوامل إقتصادية أخرى في دفع الأفراد إلى طريق المخدرات (سليم سلوى علي، 1989، ص 141).

و التغير الإقتصادي السريع سواء كان إلى الرخاء أو إلى الكساد يؤدي إلى زيادة حجم ظاهرة التعاطي و قد إنتهى إلى هذا الرأي الكثير من الباحثين (R.W. Susman , 1979 , p 45)

و تعليل ذلك أن الرخاء المفاجئ يؤدي إلى وفرة المال، قد تؤدي إلى الإقبال على تعاطي المخدرات كما أن هذه الثروات تصبح هدفا لمهربي المخدرات و المتاجرين فيها الذين يحاولون فتح أسواق جديدة لها في الدول الغنية، كما تجتذب عمليات التنمية التي تصاحب الرخاء، الأيدي العاملة التي تأتي إليها محملة بخبراتها و سيئاتها و من بين هذه السيئات تعاطي المخدرات، و الكساد المفاجئ، يؤدي إلى التفكك الأسري و البطالة بما تعنيه من إحباط الأمل و الشعور بالفشل خصوصا بين الشباب الذي يواجهون الصعوبات في البحث عن عمل مناسب (United nations , 1979 , p 04)

إن الطفل عندما يتوافر معه فائض من الدخل قد يدفعه ذلك إلى إرتياد أماكن اللهو و تعاطي المشروبات المخدرة و المسكرة، و ما ينجم عن ذلك من وقوع الجرائم الخلقية (عزت سيد، 1984، ص 226).

أما عن الإنخفاض في دخل الأسرة و علاقته بإنحراف الأحداث، فقد تبين من نتائج البحوث الميدانية أن الأحداث الجانحين غالبيتهم من أسر على جانب كبير من الإنخفاض في المستوى الاقتصادي، و يؤكد ذلك البحث الذي أجراه مركز بحوث الخدمة الاجتماعية بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالاسكندرية عام 1974م في دراسة إجتماعية لأسر الأحداث المنحرفين المودعين بالمؤسسات لإعادة التربية بالإسكندرية (البار محمد علي، 1998، ص 321 – 322).

إن مشاكل الفقر و البطالة و مرارة العيش و مشاكل العمل المختلفة كالطرد و إخنفاض الأجور مقابل إرتفاع الأسعار كل هذه العوامل تكون أسباب لتعاطي المخدرات كأحد أنواع الهروب من تلك الضغوط، و تعد مشكلة البطالة من بين المشاكل التي تطرح نفسها على مستوى كل المجتمعات خاصة عندما يتعلق الأمر بخريجي الجامعات، ليزداد الوضع تأزما و تعقيدا عندما يعقد البطال مقارنات بينه و بين الآخرين، حيث قد ترتسخ بذهنه بعض القناعات التي مفادها أن الإستفادة من العلم و قضاء فترة بين مقاعد الدراسة يدرج في خانة مضيعة للوقت لعدم التمكن من تحقيق التطلعات، إذ قد يحقق البعض من الأفراد طموحاتهم دون الإستفادة الوافرة من العلم، لذا يتوجه البعض إلى إعتماد المخدرات لتناسي الفشل في توكيد الذات و العجز في تحقيق التطلعات و الطموحات (لامية بوبيدي، 2012).

4 آثار المخدرات :

تمهيد:

للمخدرات آثار سلبية كثيرة على الفرد و سلوكه و على المجتمع ككل فالفرد هو جزء من المجتمع بالتالي سوف يأثر عليه

1.4 آثار المخدرات على الفرد :

يؤدي تعاطي المخدرات و الإدمان عليها إلى حدوث إضطرابات في الإدراك الحسي خصوصا في السمع و البصر و إختلال في التفكير العام فيصبح المدمن متقلب الأحوال و لا يحسن التمييز بين الأفكار و يشعر بالخوف و القلق خاصة عندما يكون وحيدا و يفقد السيطرة على نفسه أمام الآخرين (يوسف عبد الحميد المراشدة، 2012، ص 93).

إن الإدمان على المخدرات له ضرر كبير على الناحية الجسمية للفرد مما يجعله يعاني من ضعف عام في صحته و نقص في وزن الجسم و إرتعاش في الأطراف بالإضافة إلى شعوره بالخمول و الكسل و فقدان الشهية و ضعف الإنتباه البصري و السمعي، كما يعاني المدمن من إضطرابات في الجهاز التنفسي و إختلال في وظائف الكبد و بداية الفشل الكلوي (مدحت محمد أبو النصر، 2008، ص 123).

كما تؤثر في النشاط الجنسي و تحدث أمراضا خطيرة كالسرطان والايدز.

لقد ثبت أن إستهلاك المخدرات و الإدمان عليها يؤدي إلى تدمير الفرد صحيا و نفسيا و إجتماعيا و يؤدي بالتالي إلى تحطيم القوة البشرية بإستنزاف و تمزيق أواصر التالف الإجتماعي و ينتج عن ذلك فئة من الشعب مختلة الإرادة و العقل (دردار فتحي، 2000، ص 5).

تكمن الآثار التي يسببها الإدمان على المدمن في الأضرار الجسمية و النفسية التي تتركها تلك المادة، نذكر منها إختلال في التفكير العام، الخلل في الإدراك سواء للزمن أو إدراك المسافات قلة النشاط و الحيوية كما يحدث إلتهاب في المعدة و المخ مما يؤدي إلى نشوء الهلوسة السمعية و البصرية، اضطرابات في الجهاز الهضمي التي تؤدي في بعض الأحيان إلى حالات الإسهال خاصة عند تناول مادة الأفيون، كما تترك آثار نفسية مثل التوتر الدائم، القلق، عدم الإستقرار، الشعور بالفشل و عدم القدرة على العمل، و يكون عصبي جدا.....إلخ (محمد مرعي صعب، 2007، ص 55-57).

2.4 آثار المخدرات على المجتمع :

إن تعاطي المخدرات لا يؤثر على الفرد فقط، بل يتعدى ذلك إلى المجتمع ككل لأنه جزء منه و له حقوق و عليه واجبات، الأمر الذي يتطلب محاربة هذه الظاهرة التي أصبحت تهدد أمن المجتمعات خاصة في الآونة الأخيرة. فظاهرة تعاطي المخدرات تحدث ضررا كبيرا في أي مجتمع بما فيه المجتمع الجزائري، حيث أنها تؤدي إلى إزدياد الجرائم بمختلف أنواعها، و زيادة الأمراض النفسية و الجسمية بين أفراد المجتمع، كما تؤدي إلى عرقلة سير العمل في جوانب مختلفة و تعطل القوى البشرية القائمة على حماية الوطن و تخصص جزء كبير منها لمحاربة المدمنين و المهربين، حيث يزداد عدد أفراد الشرطة و عدد الأطباء و عدد المسؤولين عن السجون و موظفي الرعاية الإجتماعية، و كذا زيادة النفقات في معالجة المدمنين و مكافحة ظاهرة المخدرات، من خلال بناء المراكز الخاصة بالإدمان و المشرفين عليها من مختصين نفسانيين و إجتماعيين و أطباء و غيرها (يوسف عبد الحميد المراشدة، 2012، ص 95).

جرائم المخدرات تؤدي إلى زعزعة البناء الإجتماعي و تراجع أطر التفاعل الإجتماعي بين أعضاء المجتمع و خاصة إذا كان المتعاطي يشكل محور في الأسرة مثل الأب أو الأم فسلوك الأب المنحرف يؤدي إلى سخط الأبناء بالقيم و المعايير الأخلاقية السلوكية التي تحكم الأسرة (صالح السعد، 1996، ص 11).

و قد وصف تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام (2011) , مشكلة تعاطي المخدرات بأنها تكاد تتخذ بعدا وبائيا فتساهم في تفاقم طائفة من المشكلات الإجتماعية التي تشمل العنف و الجريمة المنظمة و الفساد و البطالة، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة يتضرر منها الفرد و المجتمع و لا سيما في المجتمعات المحلية ذلك أن كثيرا من هذه المجتمعات الهامشية تعرض صحة الذين يعيشون في كنفها لخطر فادح و

يمكن أن تكون مصدر خطر عظيم يهدد المجتمعات التي تنتمي إليها ككل (تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات 2012، ص 1).

و هناك ترابط بين مجموعة النظم الحياتية و أن أي إختلال في توازن هذه النظم ينعكس سلبا على النسيج الإجتماعي. و يمكن ملاحظة إتجاهات تلك الآثار الإجتماعية بإهدار القيم العليا بحيث يكون السعي في سبيل الحصول على المخدر هدف أسمى و جوهري و بغض النظر عن الغاية سواء كانت المتاجرة أو بهدف التعاطي و الإستعمال الشخصي دون الإلتفات إلى الإلتزامات الأخلاقية و القيود الإجتماعية (سالم محمد عبود، 2007، ص 93).

و أشارت العديد من الدراسات إلى تورط الشباب المتعاطين للمخدرات في إرتكاب جرائم السرقات و العنف و التشويه و إستخدام الأسلحة و العصابات و ذلك لتعودهم على تعاطي المخدرات و خاصة من أجل الحصول على العقاقير و المواد المخذرة أو المال الذي يشترون به المخذر. كما وجد أن هناك علاقة وطيدة بين المخدرات و الإنتحار بسبب تعاطي جرعات كبيرة من المخدر (سوسن شاكر مجيد، 2008، ص 185-190).

إن الشخص الذي يقع تحت تأثير المخدرات يفقد شخصيته و إرادته و تتحطم أمامه الموانع الأخلاقية و الحدود الإجتماعية و القانونية فإذا كان في حالة إحتياج للجرعات اللازمة تراه يرتكب أبشع أنواع الجرائم كالسرقة و الإغتصاب في سبيل تأمين الكمية المطلوبة من المخدرات، يضاف إلى ذلك أن جرائم المخدرات ترتبط بجرائم أخرى كالفساد و الإرهاب و غسيل الأموال و تجارة الأسلحة (عيسى القاسمي، 2005، ص 4-5).

5. علاج الإدمان و أساليب الوقاية من المخدرات :

1.5 مراحل العلاج من الإدمان :

إن علاج الإدمان ليس بالمهمة السهلة، فهو يتطلب إرادة و عزيمة قوية من مدمن المخدرات، و رعاية مهنية و طبية خاصة، و إجراءات و مراقبة صارمة، لضمان علاج مدمني المخدرات في بيئة آمنة دون تحفيز من قبلهم للإدمان على المخدرات مثل الأصدقاء السيئين.

يتخد العلاج ثلاثة مراحل متتالية تكمل بعضها البعض و هي كالتالي :

1.1.5 مرحلة التخلص من السموم :

هي مرحلة طبية في الأساس، ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية يتخلص من السموم تلقائيا، فالعلاج يقدم للمتعاطي في هذه المرحلة لمساعدة الجسم على القيام بالوظائف الطبيعية و التخفيف من الآلام المصاحبة له.

2.1.5 مرحلة العلاج النفسي و الإجتماعي :

تتضمن هذه المرحلة العلاجية للفرد المتعاطي، ثم تمتد إلى الأسرة، كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات للمتعاطي على كيفية إتخاذ القرار، و حل المشكلات.

3.1.5 مرحلة التأهيل و الرعاية اللاحقة :

و تنقسم هذه المرحلة إلى ثلاثة أقسام و هي :

• مرحلة التأهيل العلمي : تستهدف إعادة المدمن لقدراته و فاعليته.

• مرحلة التأهيل للإنتكاسات : تستهدف هذه العملية إعادة إدماج المدمن في الأسرة و المجتمع.

• مرحلة الوقاية من الإنتكاسات : يقصد بها المتابعة العلاجية لما شفي لفترة تتراوح بين 6 أشهر و عامين من بداية العلاج و تدريبه و أسرته على الإكتشاف المبكر للعلاقات المنذرة على إحتمالات النكسة (محمد زيان عمر، 1989، ص 134-135).

2.5 أساليب الوقاية من المخدرات :

قد لا نجد أصدق من المثل القائل درهم وقاية خير من قنطار علاج تعبيرا عن حالة الإدمان على المخدرات، و كما هو معلوم، فالوقاية تغني عن العلاج في معظم الأحيان، و نعني بالوقاية كافة الإحتياطات التي تتخذ تحسبا لوقوع مشكلة، أو لظهور مضاعفات معينة لمشكلة قائمة فعلا.

و للوقاية من إدمان المخدرات مستويات ثلاثة و هي الوقاية من الدرجة الأولى و التي تهدف إلى منع الإدمان على المخدرات، و الوقاية من الدرجة الثانية و التي تهدف إلى تشخيص مشكلة الإدمان على

المخدرات و القضاء عليها بالدرجة الممكنة بعد أن تكون قد بدأت بالظهور، و الوقاية من الدرجة الثالثة و التي تهدف إلى إيقاف خطورة مشكلة الإدمان على المخدرات رغم إستمرار الظروف التي أحاطت بظهورها.

و لا شك بأن الوقاية من المخدرات و الإدمان عليها هو أمر بالغ التعقيد نظرا لتشابك المتغيرات التي تحيط بها سواء النفسية أو الجسمية و غيرها من المتغيرات، فتدخل التدابير الوقائية الإجتماعية للحذر من الوقوع في هذه الظاهرة هو أمر مهم جدا للحد من هذه الظاهرة و بداية القضاء عليها (وسام الليثي إبراهيم بهنج، 2020، ص 37).

1.2.5 مستويات الوقاية من إدمان المخدرات :

إن الوقاية من الإدمان على المخدرات تعتبر مسؤولية إجتماعية شاملة، تتضمن مكافحة إنتاج مواد التعاطي تقليل العرض و مقاومة الطلب، و يعرف الدكتور مصطفى سويف الوقاية بأنها : " أي عمل مخطط نقوم به توقعا لظهور مشكلة معينة " (صحية كانت أم اجتماعية) أو تحسبا لمضاعفات مشكلة قائمة بالفعل، و يكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما (نفس المرجع السابق، ص 38).

و تبنت منظمات الأمم المتحدة المعنية بمشكلة المخدرات هذه الوقاية، ففي الجلسة الثانية و الثلاثين للجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة المنعقدة في فيينا بالفترة الممتدة من " 3-11 فبراير 1987 " إرتأى معظم الأعضاء و المراقبين ضرورة أن يتوفر في أي برنامج يهدف إلى التحكم في المواد النفسية التوازن بين إجراءات خفض العرض و إجراءات خفض الطلب غير المشروع على المواد المخدرة (مصطفى سويف، 1996، ص 18).

و للوقاية من هذه المخدرات و الإدمان عليها ثلاث مستويات هم :

أولا / الوقاية من الدرجة الأولى :

يهدف هذا النوع من الوقاية إلى منع تعاطي المخدرات في المجتمع أصلا، و ذلك بمحاربة الأسباب التي تعزز ظاهرة الإدمان، بالإضافة إلى التوعية التي توجه للجماعات الهشة المستهدفة، و هذه التوعية يجب أن توجه للفئة المناسبة و في الوقت المناسب، بحيث أنه ما يناسب الشباب أو كبار السن قد لا يناسب الشابات أو صغار السن، و يجب الحذر من توجيه التوعية في وسائل الإعلام العامة مثل التلفزيون و الإذاعة، نظرا لخطور ة ذلك ألمر من ناحية أنه يدفع بالشخص إلى حب الإستطلاع و التجربة للمادة المخدرة (حلمي القمص يعقوب، ص 25).

و بالرغم من كل ما بذل و يبذل حتى الآن سواء في مجال الوقاية أو العلاج أو حتى إستخدام البدائل العقابية، فإن هذه الظاهرة لم تختفي، و لم تتوقف الجرائم المتصلة بها، و لم تتلاشى الأمراض المتعلقة بها سواء النفسية أو العقلية، و هذا نظرا للتعقد و التشابك الشديد في هذا النوع من السلوك و خاصة من الناحية السببية (محمد ربيع و آخرون، 1994، ص 524).

فالوقاية الأولية يجب أن يكون هدفها الأساسي هو مساعدة الشباب قبل ولوجهم عالم المخدرات و المواد النفسية، أو عن طريق ترقية و تطوير مواقف سليمة و صحية و ذكية تسمح لهم بالإمتناع عن التعاطي و الإدمان على هذه المادة المخدرة، و كذلك العمل على توعية الشباب و تحسيسهم بمخاطر المخدرات، و بذل الدولة لجهود كثيفة لمكافحة عرض المخدرات (بولخروف ريان، 2016، ص 38).

ثانيا / الوقاية من الدرجة الثانية :

و هذه الوقاية تعتبر خط الدفاع الثاني، فالهدف منها الإستكشاف المبكر لحالات التعاطي، فمن لا يستفيد من الوقاية الأولى يستفيد من الثانية، و لا سيما أن نسبة الذين يتراجعون بعد السقوط في المرحلة الأولى يبلغون أربعة أضعاف الذين يستمرون في التعاطي و الإدمان، فالنسبة تبلغ 4 إلى 1، أي كل خمسة أشخاص يسقطون في المرحلة الأولى التجريبية من التعاطي يتراجع منهم أربعة أشخاص، و يستمر شخص واحد يستكمل مشوار الموت، و هذه النسبة مشجعة جدا للقيام بدور الوقاية من الدرجة الثانية (حلمي القمص يعقوب، ص 29).

فإجراءات الوقاية من الدرجة الثانية تكون إما على مستوى فردي خاصة في العيادات الموجهة للكشف الطبي عن الشباب، و إما سياسة عامة في الدولة و مؤسساتها تقتضي الكشف عن حالات التعاطي بين الشباب المتقدمين للإلتحاق بمجالات معينة كالخدمة العسكرية و النوادي الرياضية (مصطفى سويف، 1996، ص 111).

و قد أشارت الكثير من الدراسات الميدانية إلى أن نسبة كبيرة من الشباب حديثي العد بتعاطي المخدرات يكونون على إستعداد التوقف و الرجوع عنه بسهولة و هم في مرحلة التجريب و الإستكشاف خلال هذا المستوى من الوقاية، بحيث أنه يتضح من خلال هذه الدراسات أن نسبة من يتوقفون أو يتراجعون عن التعاطي و هم لا يزالون في هذه المرحلة تقترب من 75 %، و أن هذه النسبة ثابتة فيما يتعلق بمعظم المخدرات و المواد النفسية، و هذا ما يجعلنا نرجح أن التدخل العلاجي في هذه المرحلة من شأنه أن يكون مجديا في إنقاذ نسبة لا يستهان بها من الشباب (محمد ربيع و آخرون، 1994، ص 526).

ثالثا / الوقاية من الدرجة الثالثة :

يهدف هذا المستوى إلى وقاية المدمن من التدهور الطبي أو الطبي النفسي السلوكي للحالة التي غالبا ما يترتب على إستمراره فيها إدمانه على المخدر، و يتوسع البعض أحيانا في التعامل مع هذا المفهوم على أساس إبتكار بعض الأساليب المرنة التي تسمح للمدمنين أن يعيشوا حياة أقرب إلى السواء، لكن تحت المراقبة الأمنية و الطبية مع تلقي بعض الخدمات الطبية و المعيشة التي تغنيهم على الإستمرار دون تعاطي (مصطفى سويف، 1996، ص 111).

و القصد من هذه الوقاية هو تحجيم المشكلة حتى لا تتفاقم أكثر، فهي تسعى إلى تأهيل المرضى الذين تم علاجهم حتى يتم حمايتهم من خطر هذه الظاهرة، و أيضا إنقطاع المدمن على الإدمان و لو لفترات متقطعة يعتبر هدف لا بأس به خلال هذه المرحلة (حلمي القمص يعقوب، ص 29).

و هذا المستوى من الوقاية له بعد وقائي مؤثر، يمس الأشخاص المدمنين بشدة الذين إعتنقوا المادة المخدرة و أظهروا تبعيتهم، فتصبح التدخلات على هذا المستوى أكثر عمقا و إستراتيجية، لأنها تسعى إلى الوصول لهدفين أساسيين عبر كل الأنشطة المتبناة، بحيث أن يكمل أحدهما الآخر :

– الوقاية من سلوك الإستهلاك (كل العمليات التربوية الموجهة لفائدة الشباب المدمنين).

– الوقاية من كل إنتقال أو مرور من سلوك الإستهلاك إلى سلوك التعاطي و الإدمان (أعزيز غنية، 2017، ص 79).

2.2.5 التدابير الوقائية الإجتماعية :

إن مشكلة إدمان المخدرات كما ذكرنا سابقا لها أبعادها الإجتماعية و الإقتصادية و التربوية و الدينية و غيرها، و بالتالي فهي تدخل في نطاق إهتمام معظم أجهزة الدولة و مؤسساتها المختلفة، و قضية الإدمان و المدمنون هي قضية أمن المجتمع بالدرجة الأولى، و لذلك فإننا مطالبون بأسلوب جديد و شامل في مواجهة هذه الظاهرة، و لذلك تأتي أهمية المؤسسات الإجتماعية و المجتمع المدني في الوقاية من هذه الظاهرة (وسام الليثي إبراهيم بهنج، 2020، ص 41).

أولا / دور المؤسسات الإجتماعية :

تعد ظاهرة الإدمان على تعاطي المخدرات في عالمنا اليوم من المعادلات الهامة و الأساسية و التي تعترض طرق التنمية و التطور في العديد من المجتمعات الإنسانية، و هذا ما أدى بنا إلى الحديث عن دور المؤسسات المجتمعية في الوقاية من هذه الظاهرة الخطرة (نفس المرجع السابق).

الأسرة :

تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى للمجتمع و هي البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل و يرتبط بها و يشب في أحضانها، و على الأسرة يقع دور توعية الأبناء و رقابتهم و تهيئة الجو المستقر لهم حتى تجنبهم مخاطر الإدمان و ذلك من خلال تقديم القدوة الحسنة لهم، فمثال الأب الذي يدخن لا يمثل قدوة حسنة لأبنائه فمهما قدم لهم من توعية و نصائح حتى يحذروا التدخين، فإن نصائحه تضيع في مهب الريح، و كذلك يجب الحفاظ على جو الهدوء و السلام و السعادة داخل الأسرة، فالأسرة المستقرة المتحابة هي حصن حصين ضد الإدمان على المخدرات، و كذلك عليها أن تكون على درجة من الوعي بحجم مشكلة الإدمان و إنتشارها في المجتمع و غرس الأبناء في المساجد منذ صغرهم و زرع القيم الدينية فيهم (حلمي القمص يعقوب، ص 35).

المسجد :

المسجد هو المنطلق لتكوين الفرد و المجتمع بأبعاده إلنسانية و الإجتماعية و الفكرية لما يقوم به المسجد من دور هام في الإرشاد و التوجيه، و يمكن محاربة ظاهرة المخدرات من خلال الدور التربوي للمسجد، حيث يعتبر المسجد أحد المؤسسات التربوية ذات الدور المباشر في التأثير على حياة الفرد المسلم و سلوكياته، و لهذا يجب أن تتم محاربة ظاهرة تعاطي المخدرات و الإدمان عليها من خلال الخطب و المحاضرات التي تلقى في المسجد و الندوات التي تعقد به لمناقشة آثارها المختلفة على الفرد و المجتمع عامة، و كذلك يبرز دور المسجد من خلال التعليم التربوي الذي عن طريقه يمكن غرس القيم الإسلامية الصحيحة في نفوس الأفراد و كذلك من خلال الندوات المتخصصة التي يلقيها أطباء مسلمون و غيرهم ممن لهم إتصال بدراسة ظاهرة إدمان المخدرات (وفقي حامد أبو علي، 2003، ص 145-146).

مؤسسات التعليم العالي :

مؤسسات

التعليم العالي كالجامعات و كليات المجتمع نطاقها خطير بخصوص هذه الظاهرة، إذ أن طلبة هذه

المؤسسات جميعها من فئة الشباب، حيث يتطلب التعامل معهم قدرا أكبر من الحكمة والمهارة التربوية، و المعلومات العلمية و الطبية و الإجتماعية (عبد الرحمن شعبان عطيات، 2014، ص 221).

المؤسسات الصحية :

لا شك أن مسؤولية الأطباء في الوقاية من خطر المخدرات و العقاقير الخطرة مسؤولية كبيرة، فعليهم الحذر الشديد عند وصف المخدرات للمرضى، و كذلك هناك عدد من الأمور التي ينبغي أخذها بعين الإعتبار لتعزيز دور المؤسسات الصحية في الوقاية من المخدرات، أبرزها ما يلي :

– النظر إلى المدمن كمريض يجب مساعدته على الشفاء.

– جعل العلاج مجانيا في المؤسسات الصحية الحكومية، و أن يصاحب العلاج الطبي علاج نفسي و إجتماعي يساعد في إعادة تأهيل المدمن.

–عدم إلزام المدمن الراغب في العلاج بالإفصاح عن هويته و ذلك تشجيعا لهذه الفئة من الناس على الحضور إلى هذه المراكز إذا علموا أنه لن يرافق عملية العلاج تشهير للمريض أو المدمن.

–كشف المدمنين عن طريق الإستبيانات، و الدراسات الإجتماعية، و عن طريق الحالات التي تكشفها الشرطة في حوادث المرور، و تشجيعهم على العلاج.

–إنشاء جمعيات و لجان خاصة و تطوعية لعلاج المدمنين (نفس المرجع السابق ص 222).

وسائل الإعلام :

إن عصرنا هذا هو عصر الثورة المعلوماتية، فقد أصبحنا في أقل من دقائق معدودة نتلقى كما هائلا من المعلومات من مختلف أرجاء المعمورة، و وسائل الإعلام لها دور كبير في الوقاية من المخدرات و الإدمان عليها، فهي تصل إلى جميع الناس على إختلاف أعمارهم و ثقافتهم، و من هنا كان لا بد من أن تأخذ وسائل الإعلام على عاتقها توفير المعلومات الكاملة عن الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات و العقاقير الخطرة، كما تعمل على إرشاد و توعية من يتعاطونها، و من ثم مساعدتهم في التحرر منها (ضاوي آمنة و ضربان كوثر، 2017، ص 78).

إن مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات و الإدمان على هذه الأخيرة عبر وسائل الإعلام تحتاج منا إلى خطة مدروسة تتوخى نشر المعلومات و الحقائق المتعلقة بظاهرة تعاطي المخدرات بموضوعية كاملة، دون تهويل أو تهوين مما يتطلب ذلك توظيف كافة الطاقات و الكفاءات المتميزة بالإبداع بالتصدي لهذه الظاهرة من

خلال البرامج المختلفة و نشر الوعي العلمي بين فئات المجتمع المهنية و العمرية، و على ذلك يجب مراجعة هذه الوسائل بدقة فائقة و التأكد من أنها تؤدي دورها في المجتمع، و كذلك محاولة إستخدامها بدرجة عالية لمكافحة المخدرات تضامنا مع المؤسسات الأخرى في المجتمع و هي الأسرة و الجامعة و المسجد (وفقي حامد أبو علي، 2003، ص 148).

ثانيا / دور المجتمع المدني :

تعتبر المخدرات تحديا هاما خطيرا لما لها من تأثير مباشر على الإنسان و تحويله من عماد للتنمية إلى أداة للهدم و التخريب، و بغض النظر عن الآثار الخطيرة للمخدرات و التي تتجلى على المستوى الصحي و النفسي و الإجتماعي و الإقتصادي، فإن هذه الظاهرة ذات أبعاد و صلات وثيقة بالفساد و سائر أشكال الجريمة المنظمة، مما جعل مواجهتها و الوقاية منها عملية صعبة و معقدة تتطلب تجنيد أكبر عدد ممكن من القطاعات ذات الصلة المباشرة أو غير المباشرة بمكافحة المخدرات (وسام الليثي إبراهيم بهنج، 2020، ص 44).

الحد من عرض المخدرات :

إن التدابير الوقائية التي تهدف إلى الحد من عرض المخدرات متكاملة، بحيث شملت الإنتاج و التداول على نحو غير مشروع، بدءا من زراعة النباتات التي تنتج منها المخدرات، مرورا بتصنيعها وصولا إلى الإتجار غير المشروع بها و توزيعها على المتعاطين و المدمنين، كما إعتمد تدابير خاصة أيضا بالسلائف، و أخرى كفلت ضمان حاجات العلاج الطبي و البحوث العلمية و التعليم (عادل مشموشي، 2014، ص 259).

و يكون التقليص أو الحد من عرض المخدرات عن طريق التنسيق و التكامل المنهجي بين المصالح المعنية عبر إشراك المجتمع المدني و القطاع الخاص في الوقاية من المخدرات، و كذلك تعزيز التعاون و التنسيق بين جميع القطاعات و الجهات الفاعلة المعنية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بمكافحة المخدرات و يتجلى ذلك من خلال لقاءات التنسيق المنعقدة، و يكون كذلك الحد من عرض هذا الأخير عن طريق دعم التعاون الإقليمي و الدولي عبر تدعيم و توطيد الشراكة على المستوى الإقليمي، و على مستوى بلدان البحر المتوسط، و أيضا على المستوى الدولي، و كذلك عن طريق نقل الخبرات و إنشاء قاعدة للمعطيات و تبني التوصيات الدولية و تنفيذها (طيبي جمال الدين وجدة أسماء، 2018، ص 93).

الحد من الطلب على المخدرات :

و ينبغي في معرض خفض الطلب غير المشروع على المخدرات التنبيه إلى ضمان توفير الحاجات المشروعة، سواء كانت لتلبية متطلبات البحث العلمي أو حاجات العلاج الطبي و الإستعمالات الصناعية المشروعة (عادل مشموشي، 2014، ص 304).

و يكون الحد من الطلب على المخدرات من خلال تعزيز الوقاية عبر تحسين معارف المواطنين بصفة عامة و الشباب بصفة خاصة حول المخاطر المرتبطة بإستهلاك و إستعمال المخدرات على المستوى الصحي و تداعياتها العقابية و الإجتماعية، و كذلك عن طريق تحسين قدرات الموظفين، و يتجلى ذلك من خلال عدد الملتقيات التكوينية المنظمة و عدد الأشخاص الفاعلين الذين تم تكوينهم، و دعم و تعزيز القدرات التربوية عبر القيام بنشاطات إعلامية موجهة إليهم، و كذلك المشاركة النشيطة للحركات و المنظمات الشبابية في الحملات التحسيسية على المستوى الوطني و بإتجاه التجمعات الوطنية في الخارج، المتجلية من خلال عدد الشباب المنتسبين إلى الجمعيات و عدد الجمعيات التي تم إنشاؤها (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها، 2011، ص 25).

و كذلك يكون الحد من الطلب عليه عن طريق تقليص المخاطر عبر تعزيز النشاطات الثقافية و الترفيهية المتنوعة، و ترقية الإدماج الإجتماعي للفئات الضعيفة و الهشة المعرضة للخطر، و كذلك ضمان التكوين الفعال لكل الفئات المتداخلة في مجال المخدرات، و ضمان مشاركة كل أفراد المجتمع المدني لضمان التماسك الإجتماعي و ضمان الوقاية و الرعاية للمستهلكين و لفئات المجتمع الأكثر عرضة لخطر المخدرات (طيبي جمال الدين وجدة أسماء، 2018، ص 95).

الفصل الرابع

الجانب التطبيقي

مجالات الدراسة :

المجال المكاني : أجريت هذه الدراسة على مستوى مدينة وهران.

المجال الزماني : تم إنجاز هذه الدراسة خلال الموسم الجامعي 2024/2023، و كان النزول إلى الميدان خلال شهر أفريل من عام 2024، حيث تم إنشاء الإستمارة و إرسالها للمبحوثين، و كذلك مقابلة بعض المبحوثين لتوضيح الأسئلة أكثر، خاصة لذوي المستوى التعليمي المحدود.

عينة الدراسة :

هي إختيار جزء من المجتمع الأصلي الأم بحيث يحمل هذا الجزء نفس خصائص المجتمع الأصلي الأم أي جزء من الكل.

و لإختيار العينة نجد عدة طرق و أنواع حسب طبيعة مجتمع البحث و ظروف الباحث، ففي هذه الدراسة تم إختيار عينتنا بطريقة عشوائية نظرا لإحتياجات الدراسة تم إختيار عينة من المدمنين المقيمين بمدينة وهران.

حجم العينة :

يقدر عدد أفراد عينة موضوع دراستنا 52 مبحوث توفرت فيهم شروط البحث.

الجنس :

يعتبر الجنس أهم المتغيرات الديمغرافية التي تحدد مختلف الظواهر الإجتماعية و الديمغرافية، و يعد هذا المتغير أحد العوامل ذات علاقة بموضوع تعاطي المخدرات.

- **جدول رقم 01 :** توزيع المبحوثين حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	47	90,4
أنثى	5	9,6
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نجد أن أغلبية المبحوثين ذكور و ذلك بنسبة 90,4%، فيما الإناث 9,6%.

العمر :

يعد العمر من بين أهل المتغيرات الديمغرافية المحددة للظواهر الإجتماعية و الديمغرافية، كما يعد من العوامل ذات علاقة بموضوع إدمان المخدرات.

- **جدول رقم 02 :** توزيع المبحوثين حسب العمر.

العمر	التكرار	النسبة
19-18	2	3,8
24-20	31	59,3
29-25	16	30,7
34-30	2	3,8
39-35	1	1,9
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

توزعت أعمار المبحوثين بين 18 سنة و 37 سنة، يوضح" الجدول رقم 02 " أن أعمار أغلبية المبحوثين تراوحت بين " 20 سنة و 24 سنة "، حيث بلغت نسبتهم 59,3%، ثم الفئة العمرية " 25 و 29 سنة " بنسبة 30,7%، ثم كل من الفئتين " 18-19 " و " 30-34 " بنسبة 3,8% لكل واحدة منها، ثم الفئة الأخير " 35-39 " بنسبة 1,9%.

المستوى الدراسي :

يعد المستوى التعليمي أحد أهم المحددات السوسيو ديمغرافية للعديد من الظواهر السكانية و الإجتماعية حيث أثبتت مختلف الدراسات أن له تأثيرا كبيرا في مختلف إشكالات الدراسات.

- **جدول رقم 03** : توزيع المبحوثين حسب مستواهم الدراسي.

المستوى الدراسي	التكرار	النسبة
الإبتدائي	0	0
المتوسط	11	21,2
الثانوي	18	34,6
الجامعي	23	44,2
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يشير الجدول رقم 03 إلى أن أغلبية المبحوثين لهم مستوى جامعي بنسبة 44,2%، و لم نشهد أي حالة من المستوى الإبتدائي، كما شهد المستوى المتوسط 11 تكرارا بنسبة 21,2%، و المستوى الثانوي 18 تكرار بنسبة 34,6%.

الحالة المدنية :

تعتبر الحالة المدنية من بين أهم المتغيرات الديمغرافية التي تحدد مختلف الظواهر الإجتماعية.

- **جدول رقم 04** : توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية.

الحالة المدنية	التكرار	النسبة
متزوج	3	5,8
أعزب	44	84,6
مطلق	5	9,6
أرمل	0	0
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 04 الحالات المدنية لكل المبحوثين بحيث نلاحظ أن معظمهم عزاب بنسبة 84,6%، و لا نجد أي أرمل و لا أرملة، كما نجد 3 متزوجين بنسبة 5,8%، و 5 مطلقين 4 منهم إناث بنسبة 9,6%.

التدخين :

يعد التدخين أول خطوة لتعاطي المخدرات، كما أنه يعتبر من المخدرات نظرا لإدمانه و ما يسببه من مخاطر صحية و نفسية.

- **جدول رقم 05** : توزيع لإجابات المبحوثين عن التدخين.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	37	71,2
لا	08	15,4
أحيانا	07	13,5
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 05 أن معظم المبحوثين المتعاطين للمخدرات هم مدخنون حيث 37 من 52 حالة تدخن بنسبة 71,2% من المجموع، و 15,4% لا يدخنون السجائر، كما هنالك 13,5% من يدخنون بين الحين و الآخر.

- **جدول رقم 06** : توزيع المبحوثين حسب عمر تعاطيهم للمخدرات.

الفئة العمرية	التكرار	النسبة
من 15 إلى 20 سنة	37	71,2
من 20 إلى 25 سنة	12	23,1
من 25 إلى 30 سنة	1	1,9
من 30 إلى 35 سنة	1	1,9
من 35 إلى 40 سنة	1	1,9
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 06 أن أغلبية المبحوثين تعاطو المخدرات في الفئة العمرية الأولى أي " من 15 إلى 20 سنة " بنسبة 71,2%، تم تليها الفئة العمرية الثانية " من 20 إلى 25 سنة " بنسبة 23,1%، ثم باقي الفئات العمرية بنسبة 1,9% لكل واحدة منها.

- **جدول رقم 07** : توزيع لإجابات المبحوثين عن أول مخدر تم تعاطيه.

المخدر	التكرار	النسبة
الحشيش	32	61,5
الخمر	7	13,5
العقاقير المخدرة مثل ليريكا والترامادول	7	13,5
الكوكايين	4	7,7
الإكستازي	2	3,8
مخدر آخر	0	0
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 07 أن أكثر مخدرة بدأ به المتعاطين المبحوثين هو الحشيش بنسبة 61,5%، ثم يليه كل من الخمر و العقاقير الخطرة بنسبة 7% لكل منهما، ثم الكوكايين بنسبة 7,7%، ثم الإكستازي بنسبة 3,8%، كما لم نشهد أي مخدر آخر بدأ به التعاطي للمبحوثين.

- **جدول رقم 08** : توزيع لإجابات المبحوثين حول مصدر معرفتهم للمخدرات.

المصدر	التكرار	النسبة
الأهل	4	7,7
الأصدقاء	35	67,3
الأفلام	4	7,7
الأغاني	5	9,6
مصدر آخر	4	7,7
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نستخلص من خلال الجدول رقم 08 أن الأصدقاء هم الأكثر نسبة حسب إجابات المبحوثين و ذلك بنسبة 67,3%، ثم تأتي الأغاني بنسبة 9,6%، ثم كل من الأهل و الأفلام و المصادر الأخرى بنسبة 7,7% لكل واحدة، و المصادر الأخرى تمثلت في مواقع التواصل الإجتماعي حسب إجابات المبحوثين.

- **جدول رقم 09** : حالة والدين كل مبحوث.

الحالة	التكرار	النسبة
عادية (الأب و الأم موجودين)	38	73,1
الأب متوفي	5	9,6
الأم متوفية	4	7,7
الأب و الأم متوفيين	2	3,8
مطلقين	3	5,8
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

من خلال الجدول رقم 09 نرى أنه أغلب المبحوثين لهم أب و أم ذلك بنسبة 73,1%، و 9,6% آبائهم متوفيين، و 7,7% أمهاتهم متوفيين، و 3,8% كلاهما متوفيين " الأب و الأم "، أما المطلقين فهم بنسبة 5,8% من المجموع.

- **جدول رقم 10** : توزيع عدد أفراد العائلة لكل المبحوثين.

العدد	التكرار	النسبة
1	1	1,9
3	4	7,7
4	8	15,4
5	20	38,5
6	9	17,3
7	5	9,6
8	5	9,6
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 10 عدد أفراد عائلة كل مبحوث، حيث نلاحظ أن الأغلبية و بنسبة 38,5% هم 05 أفراد، ثم 17,3% هم 06، و هناك حالة عدد الأفراد فيها 01 فقط.

- **جدول رقم 11** : توزيع لإجابات المبحوثين حول من يصرف على العائلة.

الصارف على العائلة	التكرار	النسبة
الأب	33	63,5
الأم	2	3,8
الأب و الأم	6	11,5
شخص آخر	11	21,2
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 11 أن الأب هو الأكثر من يصرف على العائلة على حسب إجابات المبحوثين و ذلك بنسبة 63,5%، عكس الأم التي لم تتعدى نسبة 4%، كما نجدهما مجموعين معا بنسبة 11,5%، و هناك من يصرف عليهم شخص آخر من العائلة بنسبة 21,2%.

- **جدول رقم 12** : توزيع الدخل الشهري للعائلة حسب إجابات المبحوثين.

الدخل	التكرار	النسبة
ما بين 1 و 2 مليون دينار جزائري	4	7,7
ما بين 2 و 3 مليون دينار جزائري	13	25
ما بين 3 و 4 مليون دينار جزائري	4	7,7
ما بين 4 و 5 مليون دينار جزائري	15	28,8
أكثر من 5 مليون دينار جزائري	9	17,3
أكثر من 8 مليون دينار جزائري	7	13,5
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نرى أن الدخل الشهري للعائلة في أغلبية المبحوثين تراوحت بين 4 و 5 مليون دينار جزائري بنسبة 28,8%، ثم بين 2 و 3 مليون دينار جزائري بنسبة 25%، و أكثر من 5 مليون بنسبة 17,3%، و أكثر من 8 مليون بنسبة 13,5%، و ما بين " 1 مليون و 2 مليون " و " 3 مليون و 4 مليون " بنسبة 7,7% لكل واحدة منها.

- **جدول رقم 13** : توزيع المبحوثين العاملين و الغير عاملين.

اللإجابات	التكرار	النسبة
نعم	23	44,2
لا	13	25
أحيانا	16	30,8
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

من خلال الجدول رقم 13 نلاحظ أن معظم المبحوثين يعملون ذلك بنسبة 44,2%، و هناك من يعملون أحيانا و أحيانا أخرى لا يعملون بنسبة 30,8%، و نجد الغير عاملين من المبحوثين بنسبة 25%.

- **جدول رقم 14** : دخل المبحوثين.

الدخل	التكرار	النسبة
1000 دج	23	44,2
دج1500	8	15,4
2000 دج	12	23,1
دج 2500	1	1,9
دج3000	8	15,4
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

من خلال الجدول نرى أن 1000 دج هي الدخل للأغلبية بنسبة 44,2%، و 2500 للأقلية بنسبة 1,9%، و توزع الدخل الآخر على النحو التالي : 1500 دج نسبة 15,4%، 2000 دج بنسبة 23,1%، 3000 دج بنسبة 15,4%.

- **جدول رقم 15** : توزيع لإجابات المبحوثين عن هل يتناولون المخدرات كل يوم.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	29	55,8
لا	23	44,2
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نرى من خلال الجدول 15 أن معظم المبحوثين يتعاطون المخدرات كل يوم بنسبة 55,8%، و 44,2% لا يتعاطون كل يوم.

- **جدول رقم 16** : توزيع لإجابات المبحوثين عن أكثر مخدر يتعاطونه.

المخدر	التكرار	النسبة
الحشيش	19	36,5
الخمر	4	7,6
البريجابالين	16	30,7
الترامادول	2	3,8
ليفوتريل	1	1,9
الإكستازي	3	5,7
الديازيبام	1	1,9
الكوكايين	6	11,5
مخدر آخر	0	0
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نرى أن الحشيش هو الأكثر تعاطي بين المبحوثين بنسبة 36,5%، يليه البريجابالين بنسبة 30,7%، و ذلك نظرا لرخص ثمنهم و توفرهم بشكل كبير.

● **جدول رقم 17** : توزيع لإجابات المبحوثين عن كم يصرفون على المخدرات في اليوم.

المبلغ	التكرار	النسبة
500 دج	19	36,5
1000 دج	12	23,1
1500 دج	6	11,5
2000 دج	3	5,8
أكثر من 2000 دج	12	23,1
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

من خلال الجدول رقم 17 نلاحظ أن إجابات أغلبية المبحوثين كانت 500 دج بنسبة 36,5%، ثم 1000 دج و أكثر من 2000 دج كانت بنسبة 23,1% لكل واحدة، و 1500 دج بنسبة 11,5%، و أخيرا 2000 دج بنسبة 5,8%.

● **جدول رقم 18** : إجابات المبحوثين حسب كم من مخدر يتعاطونه في اليوم الواحد.

العدد	التكرار	النسبة
واحد	13	25
إثنان	18	34,6
ثلاثة	11	21,2
أربعة	2	3,8
أكثر	8	15,4
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 18 أن أكثر المبحوثين يتعاطون مخدرين في اليوم الواحد و ذلك بنسبة 34,6%، و 25% يتعاطون مخدر واحد فقط في اليوم، كما هناك 21,2% يتعاطون ثلاثة، و 3,8% يتعاطون أربعة، و هناك من يتعاطون أكثر من 4 مخدرات في اليوم بنسبة 15,4%.

- **جدول رقم 19** : توزيع لإجابات المبحوثين حول مكان تعاطي المخدرات.

المكان	التكرار	النسبة
البيت	14	26,9
الشارع	31	59,6
العمل	2	3,8
المدرسة أو الجامعة	5	9,6
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نستنتج من خلال الجدول رقم 19 أن أغلبية المبحوثين يتعاطون المخدرات في الشارع و ذلك بنسبة 59,6%، ثم في البيت بنسبة 26,9%، و الأقلية من يتعاطون المخدرات في العمل بنسبة 2%، و 5% من يتعاطون المخدرات في المدرسة أو الجامعة.

- **جدول رقم 20** : توزيع لإجابات المبحوثين عن مع من يتعاطون المخدرات.

مع من	التكرار	النسبة
لوحدك	24	46,2
مع صديقك	24	46,2
مع شريكتك	4	7,7
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 20 أنه المبحوثين الذين يتعاطون المخدرات لوحدهم و الذين يتعاطون المخدرات مع أصدقائهم متساوين بنسبة 46,2% لكل واحدة، كما هناك 4% من المبحوثين يتعاطون مع شريكاتهم.

- **جدول رقم 21** : توزيع لإجابات المبحوثين عن وقت تناول المخدرات.

الوقت	التكرار	النسبة
الصباح	12	23,1
المساء	12	23,1
الليل	28	53,8
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 21 أن أكثر المبحوثين يتعاطون المخدرات في الليل بنسبة 53,8%، فيما الباقي ينقسم بنسبة 23,1% لكل من يتعاطون في الصباح و المساء.

- **جدول رقم 22** : توزيع المبحوثين حسب أسباب إدمانهم على المخدرات (إجابات متعددة).

الأسباب	التكرار	النسبة
وقت الفراغ	18	34,6
من أجل التجربة	9	17,3
تقليد الأصدقاء	7	13,5
كثرة المال	0	0
مشاكل عائلية	11	21,2
عدم الحصول على عمل	10	19,2
التعثر الدراسي	10	19,2
دخول السجن	4	7,7
تحسين المزاج	29	55,8
سبب آخر	4	7,7

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نرى من خلال الجدول رقم 22 أن معظم المبحوثين يتعاطون المخدرات من أجل تحسين المزاج بنسبة 55,8%، و النسبة الثانية تعود لوقت الفراغ بنسبة 34,6%، و 21,2% بسبب المشاكل العائلية، و كانت الإجابات منعدمة في كثرة المال.

● **جدول رقم 23** : توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا كانو يعلمون أن المخدرات تسبب الشدود الجنسي.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	20	38,5
لا	17	32,7
مجرد إشاعات	15	28,8
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

من خلال الجدول رقم 23 نرى أنه 38,5% من المبحوثين على دراية أن المخدرات تسبب الشدود الجنسي، و أن 32,7% ليسوا على دراية بذلك، كما هناك 28,8% يعتقدون أن المخدرات تسبب الشدود الجنسي مجرد إشاعات فقط.

● **جدول رقم 24** : توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا كانو يعلمون أن المخدرات تسبب العقم.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	31	59,6
لا	9	17,3
مجرد إشاعات	12	23,1
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 24 أنه أغلبية إجابات المبحوثين كانت بنعم ذلك بنسبة 59,6%، و الإجابات التي كانت بلا بلغت نسبتهم 17,3%، و المعتقدين أنها مجرد إشاعات كانت نسبتهم 23,1%.

- **جدول رقم 25** : توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا كانو يفكرون في الزواج.

الإجابات	التكرار	النسبة
متزوج	2	3,8
أفكر بذلك	17	32,7
لست أفكر بذلك	6	11,5
أريد الهجرة	27	51,9
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نرى من خلال الجدول رقم 25 أن أكثر من نصف المبحوثين كانت إجاباتهم " أريد الهجرة " بنسبة 51,9%، و 32,7% يفكرون بالزواج، و 11,5% لا يفكرون بذلك، و هناك 3,8% متزوجين فقط.

- **جدول رقم 26** : توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا قاموا بالسياقة تحت تأثير المخدرات.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	25	48,1
لا	27	51,9
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

يوضح الجدول رقم 26 أن 48,1% من المبحوثين قاموا بالسياقة تحت تأثير المخدرات، و 51,9% منهم لم يقوموا بذلك.

- **جدول رقم 27** : توزيع لإجابات المبحوثين حول ما إذا حاولوا التوقف عن تعاطي المخدرات.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	36	69,2
لا	16	30,8
المجموع	52	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نستنتج من خلال الجدول رقم 27 أن معظم المبحوثين حاولوا التوقف عن تعاطي المخدرات و ذلك بنسبة 69,2%، في حين أن 30,8% لم يحاولوا التوقف.

- **جدول رقم 28** : توزيع المبحوثين الذين حاولوا التوقف عن المخدرات حسب طريقة محاولة التوقف.

الطريقة	التكرار	النسبة
لوحدك	33	91,6
في مصحة متخصصة	3	8,3
بمساعدة عائلتك	0	0
المجموع	36	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 28 أن أغلبية المبحوثين حاولوا التوقف عن تعاطي المخدرات لوحدهم بنسبة 91,6%، و الأقلية منهم توجهوا إلى مصحة متخصصة بنسبة 8,3%، و لم يستعن و لا واحد منهم بعائلته.

- **جدول رقم 29** : توزيع لإجابات المبحوثين الذين لم يحاولوا التوقف عن المخدرات إذا يفكرون بالتوقف.

الإجابات	التكرار	النسبة
نعم	11	68,7
لا	5	31,2
ربما	0	0
المجموع	16	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بناءا على معطيات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 29 أن 68,7% يفكرون بالتوقف عن التعاطي، بينما 31,2% لا يفكرون بذلك.

خلاصة عامة :

يعتبر موضوع دراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات من أهم المواضيع الحساسة و التي يجب الإلتفات إليها بشكل كبير، لأن هذه الظاهرة تعتبر من المشكلات الإجتماعية التي تؤثر تأثيرا بالغا على المجتمع و أفراده، و ذلك لما لها من نتائج سلبية على المستوى الإقتصادي و الإجتماعية و الثقافي و الصحي و النفسي.

و أخيرا يمكن القول أن دراسة الأبعاد الديمغرافية لمشكلة المخدرات في مدينة وهران يكمن أخذها كمعيار لقياس عدد المدمنين و إنتشار هذه الظاهرة في مدينة وهران، و معرفة علاقة هذه الظاهرة بالديمغرافيا و إن لم تكن العينة كافية إلا أن هذه الدراسة توصلت إلى نتائج مهمة تفيد البحث العلمي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع العربية :

- أحمد أبو الروس، التحقيق الجنائي، و التصرف فيه و الأدلة الجنائية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2008.
- علوي طه الصّافي، "1989"، مجلة الفيصل، صفحة 41، دار الفيصل الثقافية، مجلة ثقافية شهرية، العدد 154، الرياض.
- خالد مختار القار "2016"، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات و الأمن النفسي لدى تعاطي المخدرات، طبعة 1 , مكتبة جزيرة الورد، القاهرة، مصر.
- منظمة الأمم المتحدة (2003) الأمم المتحدة و مراقبة إساءة استعمال المخدرات، ترجمة المركز العربي للعلوم الأمنية والتدريب.
- القريشي، بلسم محمد، (2020)، أثر لغة التواصل الإجتماعي في التفكك الأسري و شيوع المخدرات، المجلة الدولية للعلوم النسانية و الإجتماعية، كلية العلوم النسانية، ع(13).
- بورنان سامية، مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات –دراسة ميدانية ببعض ثانويات مدينة المسيلة–، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس، قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة باتنة1، باتنة، الجزائر، 2016–2017.
- عوفي مصطفى، بغزة عادل، "دراسة إحصائية لأهم أسباب إستهلاك المخدرات في الجزائر بناء على نتائج المسح الجزائري حول المخدرات 2010"، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 21، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، الجزائر، 2016.
- العنزي بن عبد سعود، "دور الجامعات السعودية في توعية المجتمع بأضرار المخدرات و طرق الوقاية منها –دراسة ميدانية– "، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، المجلد 10، العدد 27، جامعة العلوم و التكنولوجيا، صنعاء، الجمهورية اليمنية، 2017.
- الحميدان علي عايد، أثر الحروب في إنتشار المخدرات، مركز الدراسات و البحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2007.
- محمد فتحي حماد : الإدمان و المخدرات، دار فجر للنشر و التوزيع، طبعة 1، مصر، 2004.
- هاني عرموش، المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع، بيروت، 1993.

- محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات، دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2007.ذ
- المغربي مصطفى، (1984م). ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية إجتماعية، دار الراتب الجامعي، بيروت.
- مصباح عبد الهادي، الإدمان، طبعة 1، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2004.
- د/ وليد حسني، الترامادول والمخدرات رحلة داخل النفق المظلم، طبعة 1، 2015.
- جعفر حسان، (2002م)، المخدرات و التدخين و مضارهما. دار الحرف العربية للطباعة و النشر و التوزيع، لبنان.
- محمد مؤنس محب الدين، السياسة الجنائية في مواجهة المخدرات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1995.
- نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهدى للطباعة و النشر، عين مليلة، الجزائر، 2006.
- محمد رفعت، إدمان المخدرات –أضرارها و عالجها–، دار المعرفة للطباعة و النشر، الطبعة الثالثة، بيروت 1989.
- محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب، الجزء الأول، الرياض، 1988.
- محمد عبد الكريم الدوس، جرائم المخدرات في التشريع الفلسطيني، دراسة تحليلية، رسالة ماجستير في القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الأزهر، غزة، 2013.
- بن عبيد سهام، جريمة إستهلاك المخدرات بين العلاج و العقاب، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير، كلية الحقوق، جامعة الحاج لخضر –باتنة–، 2013.
- الدمرداش عادل، الإدمان مظاهره و علاجه، عالم المعرفة، العدد 56، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الأداب، الكويت، 1982.
- إعمارن سهام و قرايشي سامية، الإدمان على المخدارت و تأثيره على السلوك الإجرامي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة عبد الرحمان ميرة –بجاية–، 2018.
- أحمد أبو الروس، مشكلة المخدرات و الإدمان، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 1996 .
- خلود سامي آل معجون، مكافحة جرائم المخدارت في النظام الإسلامي و تطبيقه في المملكة العربية السعودية، المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب، الرياض، 1991 .

- زواش ربيعة، جريمة إستهلاك المخدارت بين العقوبة و تدابير الأمن في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة –1–، العدد 44 و 49، المجلد أ، ديسمبر 2015.
- عايد علي الحميدان، المخدارت التخليقية، تقرير صادر عن اللجنة الوطنية للوقاية من المخدارت، الكويت، 2011 / موجود على الرابط التالي :. www.nadc-kw :orgتاريخ الإطلاع : 04-03-2024 الساعة : 20:30.
- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات قسم التوعية... دولة الكويت.
- حسام عبد المجيد جادو، 2012، مقال بعنوان الترامادول خطر داهم، بتاريخ 2012/07/25.
- تماضر محمد زهري حسون، المخدرات أخطارها و طرق الوقاية منها، المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم، تونس، 1993.
- جابر بن سالم موسى وآخرون، المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط2، 2005.
- منصور عبد المجيد سيد أحمد، الإدمان أسبابه و مظاهرة الوقاية و العلاج، وزارة الداخلية مركز أبحاث مكافحة المخدرات، الرياض، 1406 هجري.
- سويف مصطفى، المخدرات و المجتمع نظرة تكاملية، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الأداب، الكويت، 1996.
- صالح محمد علي أبو حادو، علم النفس التطوري "الطفولة و المراهقة"، ط 2، دار المسيرة، عمان، 2007.
- محمد السيد أرناؤوط، المخدرات و المسكرات بين الطب و القرآن و السنة، طبعة1، المكتب الثقافي للنشر و التوزيع، 1990.
- فارح سمير، ظاهرة العود للإدمان على المخدرات و التفكك الأسري، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الإجتماع الجنائي، كلية علم الإجتماع، جامعة بن يوسف بن خدة –الجزائر–، 2009.
- عدنان حسين عوني، سلبيات المخدرات، ورقة عمل مقدمة لأعمال الندوة العلمية حول "دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات"، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001.
- رجب محمد أبو جناح، المخدرات آفة العصر، دار الجماهيرية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، بنغازي، ليبيا، 2000.
- عبد العزيز أحمد الأصفر، أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة السعودية، 2012.

- المشرف عبد الإله بن عبد الله، المخدرات و المؤثرات العقلية أسباب التعاطي و أساليب المواجهة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة السعودية، طبعة 1، 2011.
- فاطمة صادقي، الآثار النفسية للإدمان على المخدرات دراسات نفسية و تربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية، المجلد 1، العدد 2، 2014.
- سامي مهدي العزاوي، نساء و أطفال و قضايا الحاضر و المستقبل، بغداد، مطبعة القبس، 2009.
- عبد الباسط محمد حسن، علم الإجتماع، ط 1، مكتبة غريب، مصر، 1977.
- شاهين أحمد عبد الهادي (2000)، مشكلة الإدمان و التدخين عند الشباب و كيف عالجها الإسلام، القاهرة، دار الكتب المصرية.
- محمد عودة الريماوي و آخرون، علم النفس العام، ط 2، دار المسيرة، عمان، 2006.
- مصطفى سويف، مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية، ط 1، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 1999.
- جلال الدين عبد الخالق رمضان، الجريمة و الإنحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2001.
- عبد الرحمان محمد علي أبو توتة، الأحداث الجانحون، طرابلس، (ب–ن) 1998.
- عبد العزيز بن عبد الله، البريثن، الخدمة الإجتماعية في مجال إدمان المخدرات، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2002.
- فوزية عبد الستار , مبادئ علم الإجرام و علم العقاب، القاهرة، دار النهضة العربية، 1977.
- فريدة قماز، عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، الجزائر، جامعة قسنطينة، 2009.
- عبد العزيز بن باز، كشف الستار عما في المخدرات و المسكرات من أضرار، مكة المكرمة، مطابع التراث الإسلامي، 1403هـ.
- مصباح عامر، التنشئة الإجتماعية و السلوك الإنحرافي لتلميذ المدرسة الثانوية، طبعة 1، الجزائر، دار الأمة للطباعة و النشر، 2003.
- الساعاتي سامية حسن، الجريمة و المجتمع، طبعة 2، بيروت، دار النهضة للطباعة و النشر، 1983.
- علي نبيل، "الثقافة العربية و عصر المعلومات"، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة الآداب، الكويت، العدد 276، 2011.

- إبراهيم نافع، " في بيتنا مدمن كيف نمنع الكارثة "، طبعة 1، القاهرة، مركز الأهرام للترجمة و النشر، 1991.
- عمر محمد بن يونس، المخدرات و المؤثرات العقلية عبر الإنترنت، الاسكندرية، دار الفكر الجامعي، 2004.
- محمد فتحي عيد، الإنترنت و دوره في إنتشار المخدرات، الرياض، مركز البحوث و الدراسات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003.
- سليم سلوى علي، الإسلام و المخدرات، دراسة سوسيولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات، القاهرة، مكتبة وهبة، 1989.
- عزت سيد، اسماعيل، جنوح الأحداث، الكويت، وكالة المطبوعات، 1984.
- البار محمد علي، المخدرات الخطر الداهم، الأفيون و مشتقاته، ط2، دمشق، دار القلم، 1998.
- لامية بوبيدي، واقع ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الإنسان، المجلد 1، العدد 3، 2012.
- يوسف عبد الحميد المراشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار الحامد للنشر و التوزيع، طبعة 1، عمان، 2012.
- مدحت محمد أبو النصر، مشكلة تعاطي و إدمان المخدرات العوامل و الآثار المواجهة، الدار العالمية للنشر و التوزيع، طبعة 1، القاهرة، 2008
- دردار فتحي، الإدمان "المخدرات، الخمر، التدخين"، 2000.
- محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، دون طبعة، منشورات زين الحقوقية، بيروت، لبنان، 2007.
- صالح السعد، المخدرات و المجتمع، دار الثقافة، عمان، 1996.
- تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، لعام (2011)، منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 2012.
- سالم محمد عبود، ضاهرة غسيل الأموال – المشكلة – الآثار – المعالجة، دار المرتضى، بغداد، 2007
- سوسن شاكر مجيد، العنف و الطفولة دراسة نفسية، عمان، دار الصفاء للنشر و التوزيع، 2008.
- عيسى القاسمي، التعاون الدولي القانوني في مجال مكافحة المخدرات، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2005.
- إبن شيخ لحسين، مذكرات في القانون الجزائري الخاص، (جرائم ضد الأشخاص و ضد الأموال و أعمال تطبيقية)، الطبعة السابعة، دار هومة، الجزائر، 2011.

- حسين فريحة، شرح قانون العقوبات الجزائري، جرائم الإعتداء على الأشخاص و جرائم الإعتداء على الأموال، ديوان المطبوعات الجامعية، بدون سمة الطبع، الجزائر، 2006.
- د. محمد بن هائل بن غيلان المدحجى، أحكام النوازل فى الإنجاب، دار كنوز إشبيليا للنشر و التوزيع.
- جاسم عبد الله النقبي، تعاطي المواد المخدرة و المؤثرات العقلية، دارسة مقارنة، رسالة ماجستير، كلية الحقوق جامعة الإسكندرية، 2010.
- الدكتور أحمد مصطفى الراس، إستشاري أمراض النساء و الولادة، العقم عند المرأة أسبابه و طرق تشخيصه و علاجه.
- سلمى هلال، 2014، مقال بعنوان " تأثير المخدرات و الإدمان على الصحة النفسية "، 2014/10/29.
- د. زهير السباعى، د. محمد على البار، الطبيب أدبه و فقهه.
- الميزر هند عقيل، الجنسية المقلية " العوامل و الآثار "، مجلة الدراسات في الخدمات الإجتماعية و العلوم الإنسانية، (34)، 2013.
- متولي متولي فكري لطيف، فعالية برنامج إرشادي في علاج بعض المشكلات الجنسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه منشورة، قسم العلوم التربوية و النفسية، جامعة بنها، 2012.
- محمد زيان عمر، البحث العلمي مناهجه و تقنياته دن، الجزائر، 1989.
- سلوى الجسار، التفكك الأسري و أثره في سلوك الأبناء، http://alwatan.kuwait.tt/articledetails , Consulté le 2024/01/18.
- وسام الليثي إبراهيم بهنج، الإدمان على المخدرات و سبل علاجه في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات شهادة الماستر في القانون الجنائي و العلوم الجنائية، كلية الحقوق و العلوم السياسة، جامعة قاصدي مرباح –ورقلة–، 2020.
- حلمي القمص يعقوب، الإدمان : الوقاية و العلاج، الجزء الثاني، موجود على الموقع الإلكتروني:
- https://st-takla.org/books/helmy-elkommos/addiction/home.html، صفحة 25
- ، تاريخ الإطلاع : 01 ماي 2024، الساعة : 22:34.

- محمد ربيع و آخرون، علم النفس الجنائي، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، الرياض، 1994.
- بولخروف ريان، جودة الحياة عند المدمنين على المخدرات، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية علم النفس و علوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة –2–، 2016.
- أعزيز غنية، ظاهرة الإدمان على المخدرات لدى الشباب في الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، كلية علم النفس و علوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة –2–، 2017.
- وفقي حامد أبو علي، ظاهرة تعاطي المخدرات الأسباب–الآثار–العلاج، وازرة الأوقاف و الشؤون الإسلامية، الكويت، 2003.
- عبد الرحمن شعبان عطيات، المخدرات و العقاقير الخطرة و مسؤولية المكافحة، دار الحامد للنشر، الطبعة الأولى،عمان، 2014.
- ضاوي آمنة و ضربان كوثر، مكافحة جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة –1–، 2017.
- عادل مشموشي، المخدرات ماهيتها–مخاطرها–مكافحتها، بدون دار نشر، الطبعة الأولى، بيروت، 2014.
- طيبي جمال الدين وجدة أسماء، جرائم المخدارت في التشريع الجزائري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في الحقوق، كلية الحقوق، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب –عين تموشنت–، 2018.
- الإستراتيجية الجزائية و الصحية في معالجة الإدمان على المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها ع.00 سبتمبر 2014، مطبعة بوجمعة و ملال، الجزائر، العاصمة، 2011.

قائمة المراجع الأجنبية :

4 NJERI Njeru Alice , NGESU Lewis، « Causes And Effects Of Drug And Substance Abuse Among Secondary School Students In Dagoretti Division, Nairobi West District-Kenya » , Global Journal Of Interdisciplinary Social Sciences , Vol.3 (3) , 2014.

- C.H. Ashton. "Pharmacology of cannabis : a brief review". British Journal ofPsychiatry,178(2001) :pp.101-106. http://www.tc.gc.ca/media/documents. (08/12/2012).
- Th , Lehmann. Chemical Profile of Cannnabis Sativa. Berne : University of Berne , 1995.
- Adams , Dart , Knisely & Schnoll , 2005 ; Reeves & Burke , 2008 ; Ritvo , Koonce , Thurstone & Causey , 2007 ; Senay , Adams & Geller , 2013 ; Skipper , Fletcher, Rocha-Judd & Brase , 2004.
- Charles, Sharp Wm. Mechanisms of Tolerance and Dependence. NIDA Research Monograph 54, National n »titute on Drug Abuse, Maryland 198. http://archives.drugabuse.gov/pdf. (10/11/2012).
- N.D.A.R.C. ILLICIT DRUG DEPENDENCE : Mental Disorders and Illicit Drug Use Expert Group, Global Burden of Disease. 'xpert Group National Drug and Alcohol Research Centre University of New South Wales , Sydney , AUSTRALIA , p.3..http://www.gbd.unsw.edu.au. (13/05/2011).
- Michael Bodmer ; et al. " Les intoxications aux a »phétamines : importance pour la médecine d'urgence". Forum Med Suisse, 8(2008) : pp.30-31. http://www.medicalforum.ch. (20/03/2011).
- H. Ashton. "Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use". Psychiatric Annals , 25(1995).

- U.Busto ; and al , "Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines". N Engl J Med , 315 (1986).
- M., Bayard ; et all. "Alcohol withdrawal syndrome". Am Fam Physician , 69(2004).
- Jerome J. Plat , Heroin addiction : Theory Research and a Treatment , Volume 1 , (2^{nd}) floride , Malbar ,
- FL : Kieger Publishing Company , 1986.
- Emmanuel JOVELIN , Iconet Training Module , France , Lille social Institute/Lille , catholic university , France , http://www.iconet-eu.net , Consulté le 03/01/2024.
- Chopra, I.C ; et Col , "The use of the Cannabis drugs in India" , Bulletin on Narcotics , IX,1 , 1957 , pp. 33. http://www.unodc.org/unodc. 27/04/2024.
- National Commission on Marihuana and Drug Abuse (N.C.M.D.A).Marijuana. A signal of misunderstanding. The Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse Commissioned by President Richard M. Nixon , March , 1972 , Washington , US Government Printing Office , 1972. http://www.druglibrary.org. « 20/09/2012 ».
- J. F. E. Shick ; W. Dorus ; and P. H. Hughes. " Adolescent drug using groups in Chicago parks ». Drug and Alcohol Dependence, 3(1978).

- R.W. Susman , Reducing of drug demand , General Consideration study on measures to reduce illicit demand for drugs , New York , united nations , 1979.
- United nations , Preliminary Report on the study on measures to reduce illicit demand for drugs presented to the commission on narcotic drugs at its twenty seventh session , prepared by working group of experts , United nations , New York , 1979.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking : Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Rockville , Maryland : U.S. Department of Health and Human Services , Public Health Service , Centers for Disease Control , Center for Health Promotion and Education , Office on Smoking and Health , 1988.
- Southall, D.P. ; and Samuels, M.P. “Reducing the Risks in Sudden Infant Death Syndrome”. Br. Med. J, 304 (February, 1992) : pp.265-266. http://www.ncbi.nlm.nih.gov. (05/12/2011).
- G.K., Hulse ; et all. “ The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight”. Addiction, 92,11(1997).
- L.M., Jansson ; et all, F. “Pregnancy and addiction : a comprehensive care model”. Journal of Substance Abuse Treatment, 13,(1996).

المراجع من المواقع الإلكترونية :

- نقلا عن الموقع الإلكتروني https://www.hopeeg.com/drugs/lyrica-addiction بتاريخ : 26/11/2023، الساعة : 23:21.

قائمة الملاحق

إستبيان الدراسة من إعداد الطالب

الجنس :

ذكر

أنثى

كم عمرك ؟

مستواك الدراسي

- الإبتدائي
- المتوسط
- الثانوي
- الجامعي

- حالتك المدنية

- متزوج
- أعزب
- مطلق
- أرمل

- هل تدخن ؟

- نعم
- لا
- أحيانا

- كم كان عمرك لما تعاطيت المخدرات لأول مرة ؟*

- من 15 إلى 20 سنة
- من 20 إلى 25 سنة
- من 25 إلى 30 سنة

قائمة الملاحق:

- من 30 إلى 35 سنة
- من 35 إلى 40 سنة

- ما هو أول مخدر تعاطيته ؟*
  - الحشيش
  - الخمر
  - العقاقير المخدرة مثل (ليريكا أو الترامادول)
  - الكوكايين
  - الإكستازي
  - مخدر آخر
- كيف عرفت المخدرات ؟
  - من الأهل
  - من الأصدقاء
  - من الأفلام
  - من الأغاني
  - من مصدر آخر
- حالة الوالدين
  - عادية (الأب موجود و الأم موجودة)
  - الأب متوفي
  - الأم متوفية
  - الأب و الأم متوفيين
  - مطلقين
- كم عدد أفراد العائلة ؟

- من يصرف على البيت ؟

  - الأب
  - الأم
  - الأب و الأم
  - شخص آخر من العائلة

- كم هو الدخل الشهري للعائلة
- ما بين مليون و مليونين دينار جزائري
- ما بين 2 مليون و 3 مليون دينار جزائري
- ما بين 3 مليون و 4 مليون دينار جزائري
- ما بين 4 مليون و 5 مليون دينار جزائري
- أكثر من 5 مليون دينار جزائري
- أكثر من 8 مليون دينار جزائري
- هل أنت تعمل ؟*
- نعم
- لا
- أحيانا أعمل و أحيانا لا
- كم هو دخلك اليومي ؟
- 1000 دج
- 1500 دج
- 2000 دج
- 2500 دج
- 3000 دج
- هل تتناول المخدرات كل يوم ؟*
- نعم
- لا
- أكثر مخدر تتناوله ؟
- الحشيش
- الخمر
- البريجابالين
- ترامادول
- الريفوتريل

قائمة الملاحق:

- الإكستازي
- الديازيبام
- الكوكايين
- مخدر آخر

- كم تصرف على المخدرات في اليوم ؟
- 500 دج
- 1000 دج
- 1500 دج
- 2000 دج
- أكثر من 2000 دج

- كم تأخد من مخدر في اليوم ؟*
- واحد
- إثنان
- ثلاثة
- أربعة
- أكثر

- أين تتناول المخدرات أكثر ؟*
- البيت
- الشارع
- العمل
- المدرسة أو الجامعة

- مع من تتناول المخدرات ؟*
- وحدك
- مع صديقك
- مع شريكتك

- وقت تناولك للمخدرات ؟*
- في الصباح
- في المساء

- في الليل

- ما هي أسباب إدمانك للمخدرات ؟*

- وقت الفراغ
- من أجل تجربتها
- تقليدا للأصدقاء
- كثرة المال
- مشاكل عائلية
- عدم حصولك على عمل
- التعثر الدراسي
- دخول السجن
- تحسين المزاج
- سبب آخر

- هل تعلم أن المخدرات تسبب الشدود الجنسي ؟*

- نعم
- لا
- فقط إشاعات

- هل تعلم أن المخدرات تسبب العقم ؟*

- نعم
- لا
- فقط إشاعات

- هل تفكر في الزواج ؟*

- متزوج
- أفكر بذلك
- لست أفكر في ذلك
- أريد الهجرة

قائمة الملاحق:

- هل سبق لك سياقة السيارة تحت تأثير المخدرات *
  - نعم
  - لا
- هل حاولت التوقف عن تعاطي المخدرات ؟*
  - نعم
  - لا
- إذا حاولت فكيف كان ذلك ؟
  - لوحدك
  - في مصلحة متخصصة لعلاج حالات الإدمان
  - بمساعدة عائلتك
- إذا لم تحاول فهل تفكر في التوقف عن المخدرات ؟
  - نعم
  - لا
  - ربما