

المرجع العلمي

الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

برنامج بيئات التعليم

١٤٣٨هـ / ٢٠١٦م

المشروع الوطني للوقاية من المخدرات «نبراس»

مشروع تتبناه اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات
بمبادرة من الشركة الوطنية للصناعات الأساسية (سابك)



الجهات الشريكة

flynas® دار الهندسة
طيران ناس شاعر و مشاركوه



ملكية فكرية

للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات

المملكة العربية السعودية

٢٠١٦ - ١٤٣٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع	الفصل
٩-٨		مقدمة
١٠	الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية: المداخل العلمية والنظريات المفسرة	الفصل الأول
١٤-١١	تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية	١
١٨-١٥	مرض إدمان تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية	٢
٢٣-١٩	الأمراض والآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات	٣
٢٦-٢٤	الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية	٤
٣٨-٢٧	نظريات الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية	٥
٤٧-٣٩	الوقاية وأهمية بناء الوعي بخطر المخدرات	٦
٥٥	مبادئ تصميم برامج الوقاية والتوعية	٧
٥٦	عوامل الخطورة والحماية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية: الدراسات العالمية.	الفصل الثاني
٦٥-٥٧	نتائج البحوث العالمية عن عوامل الخطورة والحماية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية	١
٧٢-٦٦	نتائج المسوح العالمية عن تعاطي الطلبة للمؤثرات العقلية	٢
٧٥	السياسات والتجارب الدولية في مجال الوقاية والحماية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية	الفصل الثالث
٨٥-٧٤	سياسات الوقاية حول العالم	١
٨٦	واقع مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في المجتمع السعودي.	الفصل الرابع
٨٧	مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في المملكة العربية السعودية	١
١٠١-٨٨	الدراسة الأولى: ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي (١٤٣٢هـ / ٢٠١١م)	٢
١٠٦-١٠٢	الدراسة الثانية: قابلية تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدى الطلاب والطالبات: الوقاية والعلاج (١٤٣٤هـ / ٢٠١٣):	٣
١١١-١٠٧	الدراسة الثالثة: معدل انتشار تعاطي المؤثرات العقلية بين الشباب وعلاقته بسمات الشخصية (١٤٣٣هـ / ٢٠١٢م)	٤
١٢٢-١١٢	الدراسة الرابعة: وعي الشباب بأخطار المخدرات على الصحة بين برامج التعليم وسياسات التثقيف ٢٠١٤هـ	٥

مقدمة:

منذ قرابة أربعة عقود وجميع دول العالم تواجه مشكلة سلوكية صحية بالدرجة الأولى تتمثل في تزايد معدل تعاطي المؤثرات العقلية بين الناس بوجه عام، وبشكل خاص ومقلق بين صغار الشباب حول العالم. ونظراً لأثر تعاطي هذه المواد السامة والتي من شأنها أن تغير من خصائص الوظائف الحيوية للجسد وأن تغير من طبيعة أنظمة العقل، تربط البرامج والفعاليات العالمية الواعية بخطورة المؤثرات العقلية على الصحة بين صحة الشباب وبين ما تقدمه من مضامين تثقيفية وتعليمية. فالمتبع لتقارير مكتب مكافحة المخدرات التابع للأمم المتحدة الذي يتمعن في طبيعة الفعاليات المصاحبة لليوم الدولي لإساءة استعمال المخدرات والاتجار غير المشروع بها، يلحظ التركيز الدائم على الربط بين برامج وفعاليات ذلك اليوم وبين صحة الشباب وصغار المراهقين الأكثر عرضة لتعاطيها والأقل خبرة بمخاطرها الصحية والانعكاسات السلبية الناتجة عن تعاطيها.

المراهقون والشباب عامة يقعون في تعاطي المخدرات في سن مبكرة، تتراوح ما بين سن ١٣ وتصل إلى سن ٢٢ من العمر. ويقدمون على تعاطيها نتيجة وقوعهم في دائرة من العوامل الدافعة والأخرى المهيأة لهم لقبول التعاطي. ويتضمن هذا التعاطي تعاطي أنواع مختلفة من المخدرات تتضمن الحشيش والأمفيتامين والكوكايين والهيروين وغيرها، الأمر الذي يترتب عليه آثار صحية تتجلى في ظهور الاعتماد العقلي والجسدي على المخدر والإصابة بمرض إدمان المخدرات، وتشكل حالة الاحتمال الجسدية التي تؤدي إلى طلب الجسد لمزيد من الجرعات.

أجريت في دول كثيرة حول العالم العديد من الدراسات والمسوح المتخصصة في شتى مجالات ظاهرة الإدمان. الأمر الذي سهل عملية قياس معدل انتشار سلوك التعاطي وربطها بالصحة العقلية للصغار والشباب. كما ساعد كثيرا من دول العالم للتعامل بشكل أفضل مع المشكلة، وساهم في رسم سياسات الحماية والتثقيف الملائمة لعوامل الخطر التي تسهم في وقوع صغار المراهقين والشباب في تعاطي هذه المواد شديدة السمية على الجهاز العصبي ووظائف المخ.

الأهداف:

- يسعى هذا العمل إلى تأصيل المعرفة وجمعها من مختلف مصادرها عن الوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية، وذلك من أجل:
- 1- التعرف على مفهوم الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، والمداخل العملية والنظرية المفسرة.
 - 2- التعرف على مفهوم مرض الإدمان والمضار الصحية المترتبة عليه.
 - 3- التعرف على نتائج الدراسات السابقة على المستوى العالمي الراصدة لطبيعة عوامل الخطورة والحماية المؤثرة في الإقبال والوقوع في تعاطي المخدرات.
 - 4- التعرف على السياسات والتجارب الدولية ذات العلاقة بالوقاية والحماية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.
 - 5- التعرف على واقع مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية حسب نتائج الدراسات المحلية.

الفصول:

1. الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية: المداخل العلمية والنظريات المفسرة.
2. عوامل الخطورة والحماية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية: الدراسات العالمية.
3. السياسات والتجارب الدولية في مجال الوقاية والحماية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.
4. واقع مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في المجتمع السعودي.

الفصل الأول

الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية
المدخل العلمية والنظريات المفسرة

أولاً- تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية:

١- ظاهرة تعاطي المخدرات:

ظاهرة تعاطي المخدرات وبقية المؤثرات العقلية، هي ظاهرة سلوكية بشرية سلبية خطيرة جدا على الفرد والمجتمع والأسرة. ويقصد بها تعاطي بعض أفراد المجتمع مواد قابلة للإدمان (المخدرات والمسكرات والمستنشقات والمخدرات الطبية). وهذه المواد تسمى مخدرات أو مؤثرات عقلية، وهي مواد تذهب العقل ورشد التصرف. وتؤدي إلى إصابة الفرد بمرض الإدمان المائل في حدوث تغيرات حاسمة في وظائف المخ وتركيبته. ويشخص مرض الإدمان بين الأطباء بالزامية السعي للحصول على المخدر مع علم الفرد بمضار التعاطي وما يترتب على فعله من عقوبات. كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى تغيرات سلوكية ضارة بالفرد والأسرة وإنتاجية العمل وبإستقرار المجتمع، فضلا عن أضرارها الصحية الأخرى والمتعدية على الآخرين^١.

فسر الأطباء السعي الإجباري للحصول على المخدر مع علم المتعاطي السابق بالمضار والعقوبة بأنه يحدث نتيجة لما أصيب به العقل من تغيرات حاسمة أثرت على وظائفه. وهذا ما يجعل العقل يصدر إشارات لا إرادية تدفع بالمتعاطي جبرياً للحصول على المخدر، وتجعل الفرد في حالة من التوتر والعصبية وعدم الاكتراث بأي شيء عدى الحصول على المخدر.

عالمياً توصلت الأبحاث المتخصصة في مجال طب الإدمان وعلم السموم والأوبئة وفي مجال الجريمة والانحراف وفي مجال برامج مواجهة ظاهرة المخدرات، إلى نتائج وحقائق راسخة حول خطر تعاطي المؤثرات العقلية وأثرها على كل من الجهاز العصبي والعقل، وأيضا خطرها على التصرف والسلوك البشري، وخطرها على المحيط الأسري. كما توصلت إلى فهم علمي دقيق للمخاطر والعوامل التي تؤثر في تهيئة الفرد وتجعله منحرفا لتعاطي المخدرات^٢.. ومن أبرز المضار المترتبة على تعاطي المخدرات التي تلحق بالفرد:

١- الإصابة بمرض إدمان المخدرات.

^١ انظر: الأمانة العامة للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي، ٢٠١١م.

^٢ Brain science, addiction and drugs, An Academy of Medical Sciences working group report chaired by Professor Sir Gabriel Horn FRS FRCP, 2008.

- ٢- الإصابة بأمراض نفسية شديدة الخطورة.
- ٣- الإصابة بأمراض جسدية فادحة.
- ٤- تغيرات سلوكية حادة مصحوبة باضطرابات عالية في المزاج.
- ٥- تغير سمات الشخصية والتحول إلى الشخصية الاضطهادية الانفعالية والانعزالية.
- ٦- الوقوع في مشكلات حادة أسرية واقتصادية وتعليمية ومهنية وأمنية.
- ٧- إهمال الواجبات الدينية والأسرية والمهنية.
- ٨- عدم الرضا عن الذات، وانخفاض تقدير الذات.

٢ - المخدرات بوصفها مواد كيميائية:

المخدرات والمسكرات والمستنشقات هي مواد ذات تركيب كيميائي ضار بالصحة، تؤثر بشدة على العقل ونظمه وعلى الجهاز العصبي وتجعلها غير قادرة على القيام بوظائفها الطبيعية، بل وتعمل على تعطيلها بشكل كامل على مدار أشهر وسنوات^٣.

المخدرات والمؤثرات العقلية هي إما مواد طبيعية أو مستخلصة أو مشتقة من مواد طبيعية أو مواد مركبة تركيباً كيميائياً، تؤثر حين تعاطيها على وظائف العقل والجهاز العصبي، وتغير من قدرة الإنسان على التصرف بتوازن ووعي كامل، نظراً لما تحدثه من تغيرات في كيميائية العقل والجهاز العصبي. ويقصد بلفظ المخدرات أو المؤثرات العقلية (كل مادة خام أو مستحضر يحتوي على عناصر ومركبات منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان على تعاطيها، مما يضر بالفرد والمجتمع جسدياً ونفسياً واجتماعياً. وتشمل الأنواع الآتية:

- ١- المخدرات: (المخدرات غير الشرعية) مواد طبيعية ومستحضرة ومصنعة لها مفعول مخدر أو منشط ويسبب تعاطيها مرض الإدمان، وليس لها أي استخدام طبي. ومن أمثلتها الهيروين والكوكايين والحشيش والإمفيتامين

³ Academy of Medical Sciences, Brain science, addiction and drugs, An Academy of Medical Sciences working group report, chaired by Professor Sir Gabriel Horn FRS FRCP, 2008. ISBN No: 1-903401-18-6.

وحبوب الهلوسة. وبالتالي فالقانون لا يسمح بتداولها ولا بتناولها ويعاقب على حيازتها.

٢- المخدرات الطبية: (مخدرات شرعية طبيياً) وهي عقاقير طبية تستخدم لأغراض طبية ولا تصرف للاستخدام إلا بوصفة طبية مقننة، لكون إساءة استخدامها يسبب الإدمان. وقانونياً يعد استخدامها بدون وصفة طبية إساءة استعمال لمواد تؤدي إلى الإدمان على تعاطيها وتضر بالصحة وتتم المعاقبة عليه.

٣- الكحول: ويقصد بها المشروبات التي تحتوي على نسب من العناصر المسكرة والمذهبة للعقل، نظراً لاحتوائها على نسب من المواد الفاعلة الكحولية التي تسبب الإسكار والتمل، وتشمل المسكرات المصنعة لغرض السكر، والعرق المصنع محلياً، فضلاً عن استخدام الكولونيا العطرية التي يستخدمها قلة من المتعاطين.

٤- المستنشقات: ويقصد بها المواد الطيارة ذات التأثير العقلي التي توجد عناصرها الفعالة في كثير من المنتجات المنزلية مثل منظفات الفرن والبنزين والدهانات الرشيّة وغيرها من المواد النفاثة، وهي تتسبب في حدوث تغييرات عقلية حين استنشاقها.

٣ - الرؤية العلمية لمصطلح المؤثرات العقلية Narcotic:

المخدرات والمسكرات هي مواد ذات تركيب كيميائي من أصول نباتية في الغالب. وفي مجال علم الأدوية يستفاد من الأشجار الطبيعية والنباتات في استخلاص عقارات وأدوية لعلاج الأمراض التي تصيب الإنسان. ومصطلح drug والذي يترجم عربياً بكلمة مخدر، هو مصطلح يدل في مجال علم الأدوية على معنى عقار. وهو يعني في مجال علم الأدوية والسموم أية مادة تعمل كبديل لأية وظيفة طبيعية في جسم الكائن الحي عندما يمتصها الجسم، وتتفاعل مع كيميائية الجسد^٤.

يحذر علماء الأدوية والسموم والمتخصصين في مجال علم الأمراض والأوبئة من تعاطي المخدرات والمسكرات الذي يؤدي بشكل مباشر إلى^٥:

⁴ The American Heritage® Medical Dictionary, 2007, by Houghton Mifflin Company.

⁵ Academy of Medical Sciences, Brain science, addiction and drugs, An Academy of Medical Sciences working group report, chaired by Professor Sir Gabriel Horn FRS FRCP, 2008. ISBN No: 1-903401-18-6.

- ١- اختلال وظائف حيوية في الجسد وتعطل وظائف أخرى.
- ٢- تسبب ضرراً فادحاً في صحة الجسد عامة وصحة الجهاز العصبي والمخ خاصة.

ثانياً - مرض إدمان تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

تعاطي المخدرات وبقية المؤثرات العقلية يتطور بشكل متدرج وغير مدرك لدى الناس إلى درجة من الاعتماد الوظيفي لوظائف المخ والجهاز العصبي على المادة التي يتم تعاطيها. وهو ما يسمى بمرض إدمان تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، والذي يشخص بالزامية السعي للحصول على المخدر حتى مع العلم المسبق بأضراره⁶. وجميع المواد ذات التأثير العقلي لها صفة قابلية الإدمان على تعاطيها، وتعرف في العرف العلمي بأنها مؤثرات عقلية، ولعل أخطرها وأكثرها شيوعاً هو نمط تعاطي المخدرات غير الشرعية الذي تصل نسبة انتشاره إلى قرابة ٨٠% من غير نسبة الإدمان على الكحول، والمخدرات الطبية، والمستنشقات^٧.

إدمان المخدرات يعتبر مرض عقلي لأن المخدرات تغير وظائف وتركيبية المخ - فهي تغير تركيبته والطريقة التي يعمل بها. هذه التغييرات في المخ تستطيع أن تمتد لأمد طويل وتستطيع أن تقود إلى سلوكيات ضارة يمكن رؤيتها على من يتعاطون المخدرات^٨.

١- العوامل التي تساعد في حدوث الإدمان:

كشفت الدراسات الطبية الحديثة أن غالبية من يتعاطون المخدرات، ويستمررون على تعاطيها، يصابون بمرض الإدمان نتيجة لتعرضهم المكثف لمواد ذات تأثير على المخ وخلاياه ووظائفه. ومرض الإدمان يجعلهم أكثر تكرراً لتعاطي المخدرات، وأكثر تعلقاً بها بشكل جبري. وشدة وسرعة الإصابة بمرض الإدمان تؤثر فيها العديد من المتغيرات وتسرع بقوعها، ومنها:

- ١- تعاطي المخدرات في سن مبكرة من العمر.
- ٢- الانتظام على تعاطي المؤثرات العقلية.
- ٣- كمية المواد التي يتم تعاطيها، ومدة التعاطي.
- ٤- الطريقة التي يتم بها تناول المخدرات.

⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Drug_addiction :

⁷ Drugs of Abuse Information: <http://www.nida.nih.gov/drugpages/>

⁸ National Institutes of Health :U.S. Department of Health and Human Services, Addiction: "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction" 2008

- ٥- الخلط بين أكثر من مادة.
- ٦- عوامل بيولوجية، قابلية الإصابة بتغيرات جينية.
- ٧- حساسية خلايا المخ ودرجة مقاومتها للاختراقات والتأثيرات الخارجية.

تعاطي المخدرات في أي سن يؤدي بشكل عالي الاحتمالية إلى الإصابة بمرض الإدمان. وتزيد بشكل أعلى هذه الاحتمالية لدى الأشخاص الذين يبدوون باستخدام المخدرات في وقت مبكر من عمرهم. وذلك لكون المخ لا زال في مرحلة تشكل، وخاصة منطقة الناصية المسؤولة عن صناعة القرار في المخ والتي تكتمل بعد بلوغ الواحد والعشرين من العمر.

وهذه الإصابة بمرض الإدمان، عائدة لطبيعة الآثار الضارة التي تحدثها العقاقير المخدرة على المخ ووظائفه، وخاصة خلال مرحلة نمو الفرد الجسماني والعقلي. ومع أن خطر الوقوع في تعاطي المخدرات وبالتالي الإصابة بمرض الإدمان، ناجم عن كوكبة من عوامل عدم التحصين الاجتماعي ضد تعاطي المخدرات وعوامل الضعف البيولوجي، والتي تتضمن قابلية الإصابة الوراثية والمرض العقلي وعدم استقرار العلاقات الأسرية وكذلك التعرض للإعتداء البدني أو الجنسي، إلا أن الاستخدام المبكر للمخدرات يظل مؤشراً قوياً على ظهور مشاكل في المستقبل لدى الفرد، من بينها تعاطي وإدمان المخدرات.

٢- مرض الإدمان يمنع المتعاطي عن وقف تعاطي المخدرات:

كل الأفراد تقريباً من الذين انتظموا على تعاطي المخدرات وأصيبوا بمرض الإدمان، كانوا يعتقدون في بداية التعاطي أنهم يستطيعون إيقاف تناول المخدرات بإرادتهم. ولكن بعد أن أصيبوا بمرض الإدمان نتيجة استمرارهم على تعاطي المخدرات، اكتشفوا أنهم لا يستطيعون وقف التعاطي. فقد حاول الكثير منهم التوقف بدون مساعدة علاجية. ولكن غالبية هذه المحاولات باءت بالفشل في تحقيق امتناع كلي أو طويل الأجل عن تعاطي المخدرات، فسرعان ما يعاودون التعاطي. وذلك بسبب إصابتهم بمرض الإدمان. إذ إن الأبحاث أظهرت أن الاستعمال الطويل للمخدر ينتج عنه تغيرات عميقة وحاسمة في وظائف المخ والتي تدوم طويلاً بعد توقف

الأفراد عن التعاطي. ومن ضمن ما تشتمل عليه هذه التغيرات، أن يصبح السلوك ملتزماً بتعاطي المخدرات.⁹

٣ - تأثير المخدرات على الخلايا العصبية وأنظمة العقل:

المخدرات مواد كيميائية تعمل بطريقة خاصة في الجسم والعقل. قام بتشخيصها المختصون في مجال علم حركة العقار في الجسد. حيث تعمل المخدرات في الدماغ من خلال قيامها بما يلي:

- اختراق نظام الاتصال العصبي.

- ثم تتداخل مع عمليات وطرق إرسال و استقبال الخلايا العصبية للمعلومات

التي تعمل على معالجتها عقليا.

- ومن ثم تأثر في أسلوب وطريقة معالجة المعلومات.

تؤثر مخدرات كالحشيش أو الهيروين ، في أسلوب عمل الخلايا العصبية، لأن تركيبها الكيميائية تتشابه مع تركيبة الناقل العصبي الطبيعي والذي تسمح الخلايا العصبية عادة بدخولها إلى داخلها لإيصال الرسائل العصبية لخلايا العقل. هذا التشابه في التركيبة الكيميائية بين الناقل العصبي الطبيعي وبين المخدر، يخدع المستقبلات العصبية التي تستقبل الرسائل، فتقوم بإدخاله إلى داخل الخلية العصبية في المخ، ومن ثم تفعيل الخلايا العصبية.

فإذا دخلت هذه المخدرات والتي تحاكي كيميائية الناقل العصبي في المخ، فإنها تعمل بطريقة مختلفة وتقوم بتنشيط تفاعلية الخلايا العصبية تنشيطا مختلفا عن ما يفعله الناقل العصبي الطبيعي. مما يؤدي إلى نقل رسائل غير متساوية بين الخلايا العصبية، وغير واضحة ومشوشة، لا تفهمها الخلايا العصبية. وعلى الخلايا العصبية أن تصدر استجابات لمثل هذه الرسائل، فتصدر مجموعة استجابات متغايرة غير مركزة مما ينم عن حالة عدم تركيز واضحة، وتصبح هذه الاستجابات مرسلة عبر الشبكة العصبية في المخ.¹⁰

⁹ Brain science, addiction and drugs, An Academy of Medical Sciences working group report chaired by Professor Sir Gabriel Horn FRS FRCP, 2008.

¹⁰ Academy of Medical Sciences, Brain science, addiction and drugs, An Academy of Medical Sciences working group report, chaired by Professor Sir Gabriel Horn FRS FRCP, 2008. ISBN No: 1-903401-18-6.

بينما مواد مخدرة أخرى مثل الإمفيتامين والكوكايين، تتسبب في إفراز الخلايا العصبية لكمية كبيرة من الناقل العصبي الطبيعي بخلاف المعتاد، أو تتسبب في منع إعادة التدوير الطبيعي لكيميائية المخ العصبية. وهذا التفاعل والمنع ينتج رسالة مضخمة، في نهاية المطاف تقوم بتعطيل قنوات الاتصال المسئولة عن تدوير كيميائية المخ. وهذا الاختلاف بين حجم هذه الرسائل المضخمة وحجم الرسائل الطبيعية، يتم تشبيهه بمثل من يهمس في الأذن ومن يصرخ في الميكروفون.

ثالثاً - الأمراض والآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات

الأفراد الذين يعانون من تعاطي وإدمان المخدرات بمختلف أنواعها، لديهم على الأقل مشكلة صحية مصاحبة لمرض لإدمان ويزيد احتمال تعدد هذه المشاكل الصحية لديهم. وتشمل هذه الأمراض أمراض الرئة والأوعية الدموية والسكتة والاضطرابات العقلية فضلاً عن السرطان، إلى جانب الأمراض النفسية والسلوكية العنيفة المصاحبة لتعاطي المخدرات. علماً بأن الأمراض السلوكية الناتجة عن تعاطي المخدرات سيتم التطرق لها في الوحدة الثانية من هذا الكتاب.

فعلاوة على مرض الإدمان، أظهرت نتائج التصوير بالأشعة السينية والطبقية وتحليل الدم، آثاراً فادحة على صحة الجسد بسبب تعاطي المخدرات. فعلى سبيل المثال، المخدرات التي يتم تعاطيها عن طريق التدخين، تتسبب في حدوث سرطان الفم والحلق والحنجرة والدم والرئة والمعدة والبنكرياس والكلية والمثانة وعنق الرحم. في حين أن تعاطي المستنشقات بصفتها مواد شديدة السمية يمكن لها أن تدمر الخلايا العصبية، كما تتمكن من أن تلحق الضرر بها في أوقات وجيزة، سواء كانت تلك الخلايا في الدماغ أو في الجهاز العصبي الطرفي. كما أن من الثابت علمياً أن تعاطي المخدرات الطويل قد يؤدي إلى انبثاق أو تفاقم الاضطرابات العقلية، وخاصة لدى الأشخاص الذين لديهم مواطن ضعف معينة¹¹.

بحسب نتائج الأبحاث الطبية التي توصلت لها المؤسسات المعنية بالصحة ودراسات أثر تعاطي المؤثرات العقلية بمختلف أنواعها على الصحة، فإن لتعاطي المؤثرات العقلية آثاراً خطيرة على الصحة الجسدية والنفسية والعقلية، بات متعارف عليها بين المتخصصين في مجال طب الإدمان.

١- الآثار الصحية العامة التي تتسبب بحدوثها المؤثرات العقلية:

١- اضطرابات في وظائف المخ تؤدي إلى:

الهيجان العصبي - التوتر الانفعالي - الحساسية المفرطة - اضطراب الشعور - اختلاف الاتزان - عدم انتظام في الحس العام والشعور العام - الاكتئاب - الشعور بالضيق - تبدل الشعور والأحاسيس - انخفاض نسبة الذكاء - الدوار والصداع المزمن - اختلال التوازن المستمر .

¹¹ انظر الموقع التابع للمختبرات القومية الأمريكية الخاص بوزارة الصحة:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/substanceabuseproblems.html>

٢- اضطرابات في وظائف التنفس :

مثل : التهاب الأغشية المخاطية المبطنة للجهاز التنفسي – تمدد وانفجار الحويصلات الهوائية – اختلال في عملية تبادل الأكسدة .

٣- اضطرابات في وظائف الهضم تؤدي إلى :

فقدان الشهية – تليف الكبد – ضعف الهضم – اضطرابات في حركة الأمعاء – الإمساك المزمن.

٤- اضطرابات في وظائف القلب :

مثل: ضيق الشرايين التاجية – جلطات القلب.

٥- اضطرابات عامة :

مثل : انخفاض حاد في القدرة الجنسية – ضعف عام مع قلة الحيوية والنشاط – الإصابة بمختلف أنواع الأمراض السرطانية .

٦- الإصابة بالأمراض المعدية والحوادث:

هذا أيضا مع الأخذ في الاعتبار الإصابات التي قد تحدث نتيجة لتورط المتعاطين في أشكال مختلفة من التصرفات السلوكية المتهورة وتسبب بعض أشكال التعاطي بانتقال أمراض معدية نتيجة تبادل الحقن أو ممارسة الجنس المحرم. فضلا عن الإصابة بإصابات جسدية مثل حالات الإصابة من جراء حوادث السيارات أو الاعتداءات أو القتل، والتي يتورط فيها المتعاطون عادة.

٢- الأمراض النفسية ذات العلاقة بتعاطي المخدرات:

يعتبر تعاطي المخدرات من أهم الأسباب التي تحفز ظهور الأمراض والاضطرابات النفسية لدى المتعاطي. كما أن العلماء يعتبرون أن أحد العوامل الرئيسية لشيوع الأمراض النفسية هو تعاطي المخدرات. فهناك علاقة وثيقة ومتبادلة بين الإدمان على المخدرات والأمراض النفسية ، فالمخدرات تسبب ظهور الكثير من الأمراض النفسية^{١٢}.

¹² W.J. Wayne Skinner, Concurrent Substance Use and Mental Health Disorders, A Pan American Health Organization/ World Health Organization Collaborating Centre, Copyright © 2004 Centre for Addiction and Mental Health.
http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/Concurrent_Disorders_Information_Guide/concurrent_disorders_info_guide.pdf

الاضطرابات والأمراض النفسية التي يسببها تعاطي المخدرات كثيرة ومتعددة ويمكن أن ينشأ منها أكثر من نوع في الوقت نفسه. ومن أبرز هذه الاضطرابات والأمراض، الاضطرابات الذهانية المصحوبة بأوهام وضلالات وهلاوس. واضطرابات المزاج خاصة اضطرابات المزاج الاكتئابية، واضطرابات القلق، واضطرابات النوم. وحالات الهذيان والخلط.

والأطباء يستطيعون الكشف عن ذلك عن طريق التشخيص المزدوج الذي يعنى بعلاج إدمان المخدرات المصحوب باضطرابات نفسية. والتشخيص المزدوج يتطلب علاجاً مزدوجاً، علاج موجه لمرض الإدمان على تعاطي المخدرات، وعلاج لمعالجة الاضطرابات والأمراض النفسية المصاحبة لمرض الإدمان. وغالباً ما يكون هذا الاضطراب ذهانياً مع تعاطي مواد مخدرة. وعادة ما تكون أعراض الاضطراب لدى المدمنين مزمنة وشديدة، لذلك تتطلب هذه الحالات علاجاً دوائياً مكثفاً وبرامج علاجية قد تختلف عن البرامج العلاجية المتعارف عليها في علاج الإدمان أو علاج الأمراض النفسية.

وقد أثبتت الكثير من الدراسات الحديثة انه عند تعاطي أي مادة من المواد المخدرة والمؤثرات العقلية فإن نسبة وجود أحد الاضطرابات النفسية يرتفع، فمثلاً نسبة اضطراب الفصام لدى الأفراد العاديين تكون ١% ولكنها ترتفع إلى ٣٠% عند تعاطي المواد المخدرة أو الإدمان عليها. فالاضطرابات النفسية والإدمانية وجهان لعملة واحدة، وفي التشخيص الحديث الأمريكي للاضطرابات النفسية Dsm لا يمكن تشخيص الحالة بأي نوع من الاضطرابات النفسية في حالة وجود تعاطي للمواد المخدرة والاضطرابات النفسية.

الدلائل الطبية تشير إلى أنه في حالة توفر استعداد مرضي لمرض الفصام لدى الشخص المتعاطي، فإن استخدام بعض العقاقير المخدرة مثل الحشيش من المحتمل أن تؤدي إلى ظهور نوبة فصامية. وهذه النوبة من الممكن أن تنتهي عند التوقف عن تعاطي تلك المواد ومن الممكن أيضاً أن تستمر. لذلك إذا كان هناك تاريخ أسري لمرض الفصام في عائلة المريض فإن تعاطي المخدرات يقود باحتمالية عالية لبروز هذا المرض لدى المتعاطي، وقد يستمر المرض لديه.

٣. الآثار الصحية لتعاطي المخدرات على الآخرين:

هناك العديد من الآثار الضارة الواقعة على الفرد نتيجة إدمانه على المخدرات، كما ذكرت العديد من المراجع العلمية حقائق متشابهة عن هذا الأمر. ولكن ضرر تعاطي المخدرات لا يقتصر على تعاطي الفرد للمخدر الذي يصبح إجباراً ويؤثر على صحته العامة وعلى حالته المزاجية والسلوكية، بل يطال صحة أسرته والأطفال، حيث يمكن أن يسبب تعاطي المخدرات بمشاكل صحية خطيرة للآخرين. إذ يوجد بشكل ثابت علمياً للإدمان ثلاث نتائج خطيرة ومقلقة على صحة الآخرين^{١٣}، وهي:

١- هناك علاقة بين تعاطي المخدرات وصحة الأطفال قبل الولادة. ويرى المختصون أن الأبناء الذين لهم آباء يعانون من الإدمان، ربما سيتأثرون لاحقاً بنتائج المخدرات على أنظمة عقل آباءهم التي تغيرت وخاصة نظام التذكر والتعلم. فمن المرجح حسب نتائج أبحاث مؤسسة نايدا، أن بعض الأطفال الذين يتعرضون للمخدرات قبل ولادتهم، سيحتاجون لدعم تعليمي في الفصول الدراسية لمساعدتهم في التغلب على ما قد يعانون منه من نقص في عمليات التعلم والتذكر، كالحاجة لتنمية السلوك والانتباه والإدراك. والعمل يجري حالياً في مراكز البحث الطبي المتقدمة للتحقق من ما إذا كانت آثار التعرض للمخدرات قبل الولادة والتي لحقت بالعقل والسلوك، تمتد إلى مرحلة المراهقة وتسبب مشاكل أخرى خلال تلك الفترة الزمنية أم لا.

٢- نظراً لأن بعض المخدرات يتم تعاطيها عن طريق التدخين، مثل الحشيش والمروانا. فمن المتعارف عليه صحياً أن للتدخين غير المباشر أو هو التدخين السلبي، أثراً في حدوث مشاكل صحية متعددة على صحة الجسد وخاصة الأطفال وذلك نتيجة لتعرضهم لاستنشاق عدد كبير من المواد الخطرة على صحة الإنسان. ووفقاً لتقرير الجراحين الصادر عام ٢٠٠٦، والمعنون بـ "العواقب الصحية للتعرض غير الطوعي لدخان التبغ"^{١٤}، يشير إلى أن

¹³ The National Institute on Drug Abuse (NIDA), Drug abuse and HIV/AIDS are intertwined epidemics, THE SCIENCE OF ADDICTION DRUGS, BRAINS, AND BEHAVIOR: 2008. National Survey on Drug Use and Health, Children Living with Substance-Dependent or Substance-Abusing Parents: 2002 to 2007, Office of Applied Studies, April 16, 2009.

¹⁴ The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. – [Atlanta, Ga.] : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion·National

التدخين السلبي، يزيد من خطر الإصابة بأمراض القلب بنسبة ٢٠-٣٠% وسرطان الرئة بنسبة ٢٥-٣٠% لدى من لم يسبق لهم التدخين.

٣- تعاطي المخدرات وخاصة عبر الحقن، يلعب دوراً مثبتاً في انتشار الأمراض المعدية مثل الإيدز والتهاب الكبد وغيره من الأمراض المنقولة عبر الدم. إذ يذكر دليل علم الإدمان أن حقنة مخدرات مثل الهيروين، تتسبب في الإصابة بالإيدز بمقدار أكثر من ثلث حالات الإيدز الجديدة الناتجة عن عوامل أخرى. في حين أن تعاطي المخدرات بالحقن يعد عاملاً رئيسياً في انتشار التهاب الكبد الوبائي من نمط (C). كما أنها نمطاً من التعاطي يزيد من احتمالية انتشار الأمراض الكامنة القاتلة وتسريع نمو مشاكل الصحة العامة. علماً بأن تعاطي المخدرات بطريقة الحقن، ليس النمط الوحيد لتعاطي المخدرات الذي يسهم في انتشار الأمراض المعدية؛ فجميع أنواع تعاطي المخدرات وبعض أشكال السكر، التي تتداخل مع عمليات الحكم العقلي وتؤدي إلى غياب الوعي الإدراكي لمخاطر التصرف، تتسبب في الوقوع في سلوكيات جنسية تسهم في انتشار الفيروس الذي يتسبب في حدوث نقص المناعة لدى الإنسان ومرض الإيدز، كما يزيد من مخاطر نقل فيروس التهاب الكبد الوبائي B و C، وغيرها من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، وهذا ما يهدد صحة الأزواج على وجه التحديد، ويتسبب في ولادة أطفال مصابين بمثل بعض هذه الأمراض المعدية.

رابعا - الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية:

تستهدف برامج الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية بشكل أساسي ومحوري، رفع معدلات الوعي المعرفي وبناء الاتجاهات والقيم وإكساب المهارات التي تسهم في خفض معدلات الإقبال على تعاطي المخدرات والمسكرات، وخاصة لدى الصغار والشباب، ولدى المعننين بتربيتهم وتعليمهم و تثقيفهم.

المراجع العلمية المتخصصة، تشير إلى أن مصطلح الوقاية المعاصر يدل على أهمية تجنب عمل شيء ما، والبقاء بعيدا عن الخطر¹⁵. والوقاية من تعاطي المخدرات **drug abuse prevention** والمعروفة أيضا بالوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية **Substance abuse prevention**، تدل على تلك العمليات التي تحاول منع ظهور استعمال المخدرات وإساءة استعمال المخدرات الطبية وغيرها من بقية المؤثرات العقلية بين الناس، كما تدل على تلك العمليات التي تحاول الحد من تطور المشاكل المرتبطة باستخدام المؤثرات العقلية.

إن جهود الوقاية قد تركز على الأفراد أو على المناطق المحيطة بهم. بينما مفهوم 'الوقاية البيئية **environmental prevention** ' يركز على تغيير أوضاع المجتمع الكبير أو المجتمع المحلي والبيئة التفاعلية، وقد يدل على تغيير السياسات، بحيث يتم تقليل توافر المواد المخدرة فضلا عن تقليل عمليات الطلب عليها.

تعاطي المؤثرات العقلية، تعتبر أكبر مشكلة سلوكية تواجهها المجتمعات المعاصرة، تهدد بشكل خاص الصغار والشباب. وتجعل المجتمعات تعيش حالة من القلق نتيجة لما تخلفه من آثار مباشرة مدمرة على مستوى الصحة العقلية والنفسية والجسدية وعلى مستوى الاقتصاد والأمن. ولذلك تنفق الدول مبالغ طائلة في مجال رصد المشكلة وتشخيص عوامل انتشارها، وترصد ميزانية كبيرة للحد من معدل انتشارها ولخفضه.

¹⁵ <http://en.wikipedia.org/wiki/Prevention>

الوقاية تعتبر أهم عناصر إستراتيجية مكافحة المخدرات وتعاطي المؤثرات العقلية. إذ تركز غالبية الإستراتيجية العالمية في مجال مكافحة المخدرات، على أربع مناطق أساسية^{١٦}:

- ١- منع عرض المخدرات: وذلك من خلال التركيز على منع تهريب المخدرات، وصناعتها، وترويجها، وتبادلها. ويتضمن هذا العمل سن الأنظمة والعقوبات وإيجاد الأجهزة الأمنية والرقابية الكافية والمدربة بشكل متقدم.
- ٢- منع الإقبال على تعاطي المخدرات: وذلك من خلال تصميم برامج الوقاية والتعليم الملائمة، التي تنشر الوعي الكافي بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، وتزيد من معدل الإجراءات والسياسات التي تقي وتحمي الصغار والشباب من عوامل خطورة الإقبال على التعاطي.
- ٣- خفض الضرر الصحي المرتبط بتعاطي المخدرات: وذلك من خلال مساعدة المبتدئين في التعاطي على وقف تعاطي المؤثرات العقلية، وعلاج المدمنين ومنعهم من مواصلة التعاطي، ومعالجة الأمراض المصاحبة للتعاطي.
- ٤- إعادة تأهيل المتعافين من تعاطي المخدرات: وذلك من خلال إعادة تأهيلهم الفكري والنفسي والممي وتزويدهم بالمهارات اللازمة لمعاودة الاندماج في المجتمع والعودة إلى عالم الانتاجية والاعتماد على الذات في مواجهة ظروف الحياة، بعيداً عن تعاطي المخدرات.

إن الوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية الموجهة للأفراد، هي مجموعة من السياسات والإجراءات التي يتم بناؤها وتصميمها وفق خطة مبنية على معلومات دقيقة. من أجل تكوين سمات الشخصية والمعرفة والمهارات اللازمة لدى الفرد التي تساعده في تجنب المواقف الضاغطة لتعاطي المخدرات، وتمنعه من التفكير في تعاطي المخدرات^{١٧}. وينبغي أن يوجه جهد كبير من قبل المجتمع للوقاية من تعاطي المخدرات، لكونها خط الدفاع الأول والأساسي الذي يقي الفرد من خطر التعاطي، سواء كان الفرد يعيش في مجتمعه أو قابلته مخاطر خارج مجتمعه.

^{١٦} انظر: الأمانة العامة للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، برامج مشروع الأمير نايف للوقاية من المخدرات، ٢٠١٢.

^{١٧} Sociological Theories of Drug abuse
http://www.udel.edu/soc/tammya/pdf/crju369_theory.pdf

ومن أجل تصميم سياسات وبرامج فاعلة للوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية وللتوعية بأضرارها المختلفة، ينبغي أن يتم اتباع منهجية البحث العلمي الماثلة في الخطوات التالية¹⁸:

- ١- تشخيص المشكلة عبر مسح ودراسات مثبتة علمياً.
- ٢- تصميم السياسات والخطط بناء على ما توجه به النظريات العلمية وفي ظل ما تتسم به المشكلة من خصائص على مستوى المجتمع أو الفئة المستهدفة.
- ٣- توضع آليات التنفيذ ومكونات البرامج في ظل إرشادات النظرية ونتائج الدراسات والمسوح المتخصصة في مجال تشخيص المشكلة.
- ٤- تقييم السياسات وتحسينها وتطويرها.

¹⁸ Implementing a Comprehensive Drug Abuse Prevention Strategy, Linda Dusenbury
TANGLEWOOD RESEARCH.
http://www.tanglewood.net/projects/teachertraining/Book_of_Readings/Dusenbury.pdf

خامساً - نظريات الوقاية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية
هناك مجموعة مناهج وطرق معمول بها على المستوى العالمي في مجال التوعية والتثقيف وتصميم برامج التعليم بخطر تعاطي المخدرات وبقية المؤثرات العقلية، أثبتت فاعليتها في مجال وقاية وبناء وعي الشباب الكافي لمنعهم من الإقدام على تعاطي المخدرات. تستند هذه المنهجيات على أسس علمية تم تطويرها خلال ٣٠ سنة الماضية. والدراسة الراهنة تقدم في الجزء منها، استعراضاً لأبرز النظريات المستخدمة في هذه النهج التوعوية والتثقيفية والتعليمية، المفسرة للعوامل المؤدية لاستخدام المراهقين للمخدرات. والغرض من هذا الاستعراض هو توفر إطار نظري يلخص منطلقات تلك النظريات التي تساعد على فهم عملية الإقدام على تعاطي المخدرات، وليبرز أهميتها في مساعدة مطوري البرنامج المعنية بالوقاية وبناء الوعي بخطر المخدرات وكذلك مساعدة الباحثين والممارسين في مجال برامج التوعية والتثقيف بخطر تعاطي المؤثرات العقلية ليصبحوا أكثر فعالية في منع الإقدام على تجربة المؤثرات العقلية.

بشكل خاص وحسب ما أشارت له دراسات تقييم برامج التوعية والتثقيف عالمياً، يساعد الاستخدام المبني الاحترافي لمثل هذه النظريات الممارسين في مجال الوقاية والتوعية من خطر تعاطي المخدرات، في تكوين إطار منظم لما يقدمونه من معلومات ومن برامج. كما أن استخدام نظريات الوقاية من خطر التعاطي، يساعد في تفسير الإقدام على تجربة المؤثرات العقلية وفقاً للخصائص والظروف المصاحبة للتجربة، مما يساهم في تصميم برامج توعية وتثقيف وتعليم متخصصة ومحترفة في منع تجربة المؤثرات العقلية. علماً بأن غالبية هذه النظريات المستخدمة في مجال التوعية الوقائية والتعليم الوقائي من خطر التعاطي، لا تركز على تفسير عوامل الاستمرار على التعاطي والاعتماد الجسدي.

١- نظريات الوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية:

أجريت العديد من الأبحاث العالمية من مختلف المناظير النفسية والاجتماعية والجناائية وكذلك الطبية التي تحاول معرفة الأسباب والعوامل والكيفيات التي تؤدي بصغار الشباب إلى تعاطي المخدرات. ووجدت أن مشكلة الإقبال على تعاطي المؤثرات

العقلية بصفتهما من المشكلات السلوكية، هي من المشكلات المعقدة التي يرتبط حدوثها بعدد من المجالات الاجتماعية من ذلك¹⁹:

- سمات الشخصية: وتشمل معدلات الوعي بخطر المخدرات، وطرق التفكير والاتجاه والميول والقناعات والسلوك والخبرات الفردية السابقة.
- مجال الأسرة: ويشمل أبعاد التفاعل الأسري، ونوعية التعليم والوضع الاقتصادي والميول والأبعاد الجنائية والترابط الأسري، وقدرة الأسرة على مراقبة وضبط أفرادها واحتوائهم.
- مكان العيش: ويشمل بنية الحي والخدمات وتفاعل الجيران وثقافة المجتمع المحلي ووجود الضبط الاجتماعي وتوافر الضبط الرسمي والمستوى الاقتصادي والتعليمي للجيران.
- بيئة التعليم: وتشمل نوعية الارتباط بالتعليم، وخبرات التفاعل مع زملاء المدرسة، ومهددات وعي مؤسسات التربية بعوامل خطورة التعاطي ومهددات وعي الطلاب بخطر التعاطي.
- الرفاق: ويشمل طبيعة ثقافتهم وميلوهم وتصرفاتهم وخلفيتهم الجنائية وسلوكهم وأنشطتهم وطبيعة التفاعلات الحادثة بينهم.

ومن ثم حاول العلماء استخلاص العلاقات السببية التي تؤدي بالأفراد إلى الإقدام على تعاطي المؤثرات العقلية، وخرجت مجموعة من التفسيرات والنظريات العلمية التي تركز على عدد من المواضيع المهمة التي تفسر حدوث تعاطي المؤثرات العقلية. والتي تساعد في تصميم سياسات وقاية من المخدرات فاعلة في الحد من تطور المشكلة والمشكلات الأخرى المصاحبة لها²⁰.

¹⁹ A CULTURAL-IDENTITY THEORY OF DRUG ABUSE, Tammy L. Anderson. Sociology of Crime, Law, and Deviance, Volume 1, pages 233-262. Copyright O 1998 by JAI Press Inc. All rights of reproduction in any form reserved. ISBN: 0-7623-0282-8
<http://people.oregonstate.edu/~flayb/TTI%20citations/Substance%20use/Anderson%2098%20Cultural%20Identity%20Theroy%20of%20Drug%20Abuse.pdf>

²⁰ DAN J. LETTIERI, Ph.D. THEORIES ON DRUG ABUSE: Selected Contemporary Perspectives, NIDA Research Monograph 30 March 1980
<http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/30.pdf>

٢ - النظريات المعرفية العاطفية Emotional Cognitive Theories :^{٢١}

ترى النظريات المعرفية العاطفية، أن المعرفة المتشكلة لدى الأفراد عن المؤثرات العقلية وخاصة عن تأثيرها على الصحة وعلى التصرف وأثرها على العلاقات الأسرية وعلى مستوى التعليم ومهارات العمل وعلى المجتمع، فضلا عن المعرفة بتأثير المؤثرات العقلية وما تحدثه من نشوة ومن حالة انبساط وقتية، يؤثر وبشدة على معتقدات الأفراد وعلى قرار تعاطي المخدرات لديهم.

لذا تأخذ النظريات المعرفية العاطفية في عين الاعتبار معتقدات المراهقين حول عواقب تجريب مواد محددة، وإسهامها في إقدامهم على تعاطي تلك المواد. حيث ترى بأن ما يمتلكه المراهقون من معلومات ومن اتجاهات ومعتقدات حول ما سيؤدي إليه تعاطي المخدرات من مخاطر صحية وآثار سلوكية، يؤثر على قرار إقدامهم لتجربة المؤثرات العقلية. فمن يمتلكون معتقدات مضادة لتعاطي المخدرات، تقل في وسطهم بشكل ملحوظ عملية الإقدام على تعاطي المخدرات. بينما من لا يمتلكون معتقدات أكيدة حول طبيعة المضار والمخاطر التي تترتب على تعاطي المخدرات، يزيد إقبالهم على تعاطيها.

التدخلات الوقائية والتوعوية التي تستخدم هذا النهج العلمي تركز على زيادة معتقدات المراهقين حول الآثار السلبية لتعاطي المخدرات، وتسلط الضوء على فوائد عدم تعاطي المخدرات، وتعمل عبر برامجها على تصحيح التقديرات أو التصورات المبالغ فيها عن تعاطي المخدرات.

٣ - نظريات التعلم الاجتماعي Social Learning Theories :^{٢٢}

يتعلم الإنسان الكثير من قيمه وعاداته ومعارفه من محيطه الاجتماعي، ويتعلم الناس سلوكهم ونمط عيشتهم من خلال محاكاتهم لنمط التصرفات السائد في محيطهم الاجتماعي. وترى نظريات التعلم الاجتماعي، أن الإنسان يتأثر كثيرا بمن

²¹ Lisbeth B. Schorr & Vicky Marchand, pathway to the Prevention of Child Abuse and Neglect Pathways Mapping Initiative, June, 2007.
<http://www.childsworld.ca.gov/res/pdf/Pathway.pdf>

²² Gang Lee & othr, Social Learning and Structural Factors in Adolescent Substance Use, Western Criminology Review, 5(1) 17-34 (2004)
<http://wcr.sonoma.edu/v5n1/manuscripts/lee.pdf>

حوله، بالمحاكاة والتقليد يكتسب الإنسان الأفكار والعادات وأنماط التصرف. ويكون الإنسان شديد التأثر بالأشخاص القدوات في حياته، مثل الآباء والأمهات والإخوة الكبار، والأقران. وبناء على هذا، تفترض نظريات التعلم الاجتماعي حصول المراهقين على معتقداتهم حول استعمال المخدرات واكتساب السلوكيات الأخرى الجانحة من الأشخاص القدوات ومن الأصدقاء ومن الآباء والأمهات.

وبناء على هذا المنظور، فمن المهم أن يعمل المنهج الوقائي على تزويد المراهقين بأفكار تعليمية مركزة حيال القدوات، كما يعمل على تزويدهم بقدوات حسنة. وأن يعلمهم مهارات الرفض والقيم التي تمكنهم من مقاومة المخدرات وعوامل السحب لها، القادمة من ثقافة الأقران والجماعات والقدوات الساحبة للمخدرات.

٤ - نظريات الالتزام بالتقاليد والارتباط الاجتماعي^{٢٣}:

تفترض هذه النظريات أن الارتباط العاطفي لدى المراهقين بأقرانهم الذين يستخدمون المؤثرات العقلية هو السبب في تعاطي المؤثرات العقلية. ولذا فالمناهج الوقائية والتوعية التي تستخدم هذا المنهج تستهدف تحسين وتطوير الروابط بين المراهقين وجماعات الأقران الإيجابية والمؤسسات الاجتماعية غير الرسمية ذات القيم الإيجابية، على أن يكون لهذه الجماعات معايير تثني المراهقين عن الانخراط في السلوك المنحرف عامة وتمنعهم عن الإقبال على تعاطي المؤثرات العقلية خاصة.

التدخلات الوقائية التي تستخدم هذا المنهج تركز على تحسين مهارات الحياة المهنية والأكاديمية للمراهقين وتزويدهم بفرص العمل. كما تركز على تعليم الآباء والأمهات كيفية تنشئة وتعزيز أطفالهم وتزويدهم بالقيم والمهارات التي تمنعهم عن تجربة المخدرات.

²³ Theories of Drug Use : *Drugs in American Society*, 5th, 6th, 7th and 8th editions, Erich Goode, McGraw-Hill, 1999/2005/2008/2012. Chapter 3/6
<http://www.umsl.edu/~keelr/180/theordrg.html>

٥ - نظريات الدواخل الشخصية^{٢٤}:

هذه النظريات تدرس مساهمة كل من سمات شخصية المراهقين وعواطفهم ومهاراتهم السلوكية في تعاطي المخدرات. ومنها عمليات الاجتهاد في المدرسة، واحترام الذات، ومهارات التفاعل الاجتماعي، ومهارات التعامل، والاضطراب العاطفي.

تدخلات الوقاية التي تعتمد على منطلقات هذه النظريات تستهدف العديد من هذه الخصائص الفردية للأطفال بدلاً من التركيز على معتقداتهم حول المخدرات والسلوكيات. ومن ثم تعمل على تعزيز السمات الإيجابية في الأطفال التي يتوقع أنها تحد من تعاطي المخدرات، وتعمل على تغيير السمات السلبية التي تسهم في الاقتراب من خطر تعاطي المؤثرات العقلية.

٦ - نظرية عوامل الخطورة والحماية^{٢٥}:

منذ أكثر من ٢٠ عاماً، قام باحثان من جامعة واشنطن (الدكتور ج ديفيد هوكينز، والدكتور ريتشارد ف كتالانو) بدراسات متخصصة معها توصلوا إلى منظور عوامل الخطورة والحماية التي تسهم في خفض أو تطوير السلوكيات الخطرة لدى الصغار. وعبر سنوات من جمع وتحليل الأدلة، اكتشفا أن هناك أوضاعاً تسهم أو تحمي من الإقدام على تعاطي المؤثرات العقلية ومن الوقوع في سلوكيات خطيرة أخرى. وأسماها هذه الظروف عوامل الحماية والخطورة.

واكتشفا أن عوامل الخطورة والحماية ترتبط بخمس مجالات من السلوكيات الخطرة، وهي تعاطي المخدرات والعنف والانحراف وحمل السفاح لدى المراهقات والهروب من المدرسة. وهذه العوامل للخطورة والحماية توجد بشكل منتظم في مجالات أو مناطق في غاية الأهمية من حياة صغار الشباب، وهي: مجال الفرد (الفرد نفسه/الأقران)، العائلة، المدرسة والجيرة. ولمنع حدوث المشكلة، فمن الأهمية بمكان

²⁴ Evidence-Based Practice for Adolescent Substance Abuse: A Primer for Providers and Families. UNCG Center for Youth, Family, and Community Partnerships, JULY 2008. http://www.azdhs.gov/bhs/guidance/catsu_attach_c.pdf

²⁵ Prevention: Risk and Protective Factor Theory. <http://www.dshs.state.tx.us/sa/Prevention/riskandprotectivefactortheory.shtm>

التعرف على العوامل التي تزيد من حدة المشكلة، والعوامل التي تخفض من معدل انتشارها. كما يؤكد هذا المدخل العلمي ما لهذه المجالات من دور في تشكيل وعي الصغار والشباب بخطر المخدرات على الصحة.

يتشابه منظور الخطورة والحماية مع النموذج الطبي الذي يحدد عوامل الخطورة والحماية المرتبطة بأمراض مثل النوبات القلبية وغيرها. إذ أراد كل من هوكينز وكتالانو تطوير نظرية تنظر للمشاكل السلوكية كما ينظر الأطباء إلى المرض. فاستخدام النموذج الطبي، يتيح للأطباء التنبؤ باحتمالية أن المشكلة ستتطور (مثل المرض أو الاضطراب) استناداً إلى المتغيرات الموجودة بداخل الشخص وفي بيئته. فإذا بدأت المشكلة تتطور، يقوم الطبيب بالتدخل في محاولة منه لخفض العوامل التي تسبب المشكلة (عن طريق الدواء أو الجراحة). وبنفس الآلية يمكن لهذا النموذج التنبؤ باحتمالية الإقدام على تعاطي المخدرات ومن ثم يمكن العمل على حماية الصغار منها من خلال رفع عوامل الحماية وتقليل عوامل الخطورة التي تحيط بالفرد.

وعى كل من القائمين على التوعية والتنشئة والتربية والتعليم بعوامل الخطورة التي تهدد الصغار والشباب في مجتمعهم بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، يسهم بشكل مباشر في خفض معدلات تدني الوعي بخطر التعاطي ويسهم في رفع مستويات الحماية المحيطة بالصغار والشباب.

٧ - منظور الأصول الإنمائية^{٢٦}:

بدأ في عام ١٩٨٩م أحد معاهد البحوث في أمريكا بحثه في مجال الأصول الإنمائية للوقاية من المخدرات، وذلك بالاعتماد على وضع قائمة مكونة من ٤٠ أصلاً للتنمية. وكان هذا العمل هو امتداد لبحثهم فيما يلزم لإنشاء اللبنة اللازمة للشباب ليكون شباباً صحيحاً ومهماً وذا مبادئ ومنتجاً. وبالتالي خرجت نظرية الأصول

²⁶ Richard M. Lerner, PROMOTING POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT: THEORETICAL AND EMPIRICAL BASES, Institute for Applied Research in Youth Development Tufts University. <http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/pubPromotingPositive.pdf>

التنموية، التي تعتبر منهجا واعدا لم يختبر بعد بشكل كاف، إذ لم يتم نشر أبحاث حتى الآن تثبت بالحقائق أن هذا المنهج يفيد في خفض أو منع تعاطي المخدرات أو أي من المشكلات السلوكية الأخرى.

وهذا النموذج المعتمد على وجود ٤٠ أصلا إنمائيا، يرى أن هذه الأصول هي أصول مهمة وذات جدوى لتنمية صحة الشباب. وهي مقسمة إلى أصول داخلية وخارجية. فالأصول الخارجية هي تلك التي تنطوي على العلاقات والفرص المتاحة للشباب (مثل، الدعم، التمكين والحدود والتوقعات الاستخدام البناء للوقت). بينما الأصول الداخلية هي تلك التي تنطوي على قيم ومهارات تنمية الشباب لتوجيه أنفسهم (مثل الالتزام بالتعلم والقيم الإيجابية والكفاءات الاجتماعية وهوية إيجابية).

ولتفعيل هذا المنظور في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات والوقوع في الانحراف، عمل المتخصصون في مجال الوقاية على تطوير مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات التي تهدف إلى زرع تلك الأصول في الشباب. وتنفيذ هذه الإستراتيجيات يتطلب من المنفذين:

- الوعي بالإطار الذي تنطلق منه إستراتيجيات التطبيق.
- تقييم تلك الأصول لدى كل الشباب المستهدف.
- توفير قائمة بالموارد المتاحة لبناء تلك الأصول.
- القدرة على التنفيذ الناجح ومتابعة الإستراتيجيات.

٨ - منظور المرونة^{٢٧}:

تطور منظور المرونة عبر الملاحظة التي تشير إلى أن العديد من الشباب يتمكن من المحافظة على البقاء في مسار إيجابي على الرغم من وجود خلفيات مضطربة. ففي عام ١٩٨٦م، حددت " إيمي فيرنر " بعض خصائص الشباب المرن:

- النظرة المتفائلة Optimistic outlook.

²⁷ Marc T. Braverman, Applying Resilience Theory to the Prevention of Adolescent Substance Abuse, focus Center for Youth Development, The University of California, Davis. & Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 115-132). NY: Cambridge. <http://www.ca4h.org/files/1232.pdf>

- فعالية الذات أو الجدارة Self-efficacy or competence ؛
- الانضباط الذاتي (القدرة على تأخير الإشباع والتحكم في النزوة) Self-discipline (ability to delay gratification and control impulses)
- مهارات حل المشاكل (مثل التفكير بتجرد) Problem-solving skills.
- تعزيز العلاقات. Nurturing relationships.
- فيرنر حددت العديد من العوامل البيئية التي تعزز المرونة في الشباب، بما في ذلك:
 - الأمهات الأصغر للأبناء، والآباء الأكبر للبنات.
 - وجود أقل من أربعة أطفال في الأسرة.
 - وجود فرص عمل ثابتة للأم، ولا سيما إذا كانت الأم هي العائل الوحيد للأسرة.
 - التدين.

ومع ذلك، هناك باحثون آخرون خلصوا إلى استنتاجات مختلفة حول ما يجعل الطفل مرناً بشكل إيجابي لا يتأثر بتلك الخلفيات المضطربة، والكلمة الأخيرة لم تحسم بعد. مما يجعل الحاجة تملئ بإجراء المزيد من الأبحاث على افتراضات منظور المرونة، لا سيما في ظل اختلاف الثقافات بين الجماعات والمجتمعات. منظور المرونة أيضاً لا يزال منظوراً واعدماً حيث لم تخرج أبحاث منشورة تثبت صحته بالدليل. إذ لا يوجد أبحاث راهنة تظهر بشكل قاطع أن زيادة المرونة تؤدي إلى انخفاض تعاطي المؤثرات العقلية أو المشكلات السلوكية الأخرى.

- ٢٨ - نظرية الهوية الثقافية لتعاطي المخدرات a cultural-identity theory of drug abuse :²⁸
- ترى نظرية الهوية الثقافية أن تعاطي المخدرات هو نتيجة لعملية تغير الهوية القادم من اختلال عوامل بناء الهوية الاجتماعية والقادم من جذب ثقافة جماعات المخدرات. وهذا التغير في الهوية يكون مسؤولاً عنه المتغيرات التالية:
- ثلاثة متغيرات على مستوى وحدات التحليل الصغرى (تتميش الشخصية، وعدم الارتياح لهوية الأنا، وفقد التحكم في تحديد هوية)،

²⁸ A CULTURAL-IDENTITY THEORY OF DRUG ABUSE, Tammy L. Anderson. Sociology of Crime, Law, and Deviance, Volume 1, pages 233-262. Copyright © 1998 by JAI Press Inc. All rights of reproduction in any form reserved. ISBN: 0-7623-0282-8 <http://people.oregonstate.edu/~flayb/TTI%20citations/Substance%20use/Anderson%2098%20Cultural%20Identity%20Theory%20of%20Drug%20Abuse.pdf>

- متغير ان على مستوى تحليل الوحدات المتوسطة (التمهيش الاجتماعي وتشكل هوية مع الجماعة صاحبة ثقافة المخدرات).
- وبثلاثة متغيرات على مستوى وحدات التحليل الكبرى (الفرص الاقتصادية، وفرص التعليم، والثقافة الشعبية السائدة).

هذه النظرية بما تحتويه من مفاهيم، تصف الدوافع لتعاطي المخدرات ومسار تغير الهوية وبنية الفرص التي تحدث التغير الثقافي لدى الفرد الذي ينعكس على الممارسة السلوكية، وفق شبكة من العلاقات التي تحدث بين هذه المتغيرات وعبر مراحل من التطور التاريخي. ويحتوي هذا النموذج النظري على ١٢ فرضية توضح طبيعة العلاقات التي تنشأ بين هذه المتغيرات وذلك وفقاً لما يلي:

- ١ - تمهيش الشخصية له تأثير مباشر وإيجابي على انزعاج هوية الأنا (قبل استخدام المخدرات أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة والمراهقة).
- ٢ - تمهيش الشخصية له تأثير مباشر وإيجابي على فقد التحكم في تحديد الهوية.
- ٣ - انزعاج هوية الأنا (قبل استخدام المخدرات أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة والمراهقة) له تأثير مباشر وإيجابي على فقد التحكم في تحديد الهوية.
- ٤ - فقد التحكم في تحديد الهوية له أثر مباشر وإيجابي على تحديد الهوية عبر ثقافة المخدرات الفرعية.
- ٥ - انزعاج هوية الأنا (قبل استخدام المخدرات أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة والمراهقة) له أثر مباشر وإيجابي على تحديد الهوية عبر ثقافة المخدرات الفرعية.
- ٦ - تحديد الهوية عبر ثقافة المخدرات الفرعية له أثر مباشر وسلبى على انزعاج هوية الأنا لاحقاً (أي خلال مرحلة تعاطي المخدرات).
- ٧ - الفرص الاقتصادية لها أثر مباشر وسلبى على التمهيش الاجتماعي.
- ٨ - الفرص التعليمية لها أثر مباشر وسلبى على التمهيش الاجتماعي.
- ٩ - الثقافة الشعبية لها أثر مباشر وإيجابي على تحديد الهوية عبر ثقافة المخدرات الفرعية.

١٠ - التهميش الاجتماعي له أثر مباشر وإيجابي على تحديد الهوية عبر ثقافة المخدرات الفرعية.

١١ - التهميش الاجتماعي له ارتباط إيجابي مع انزعاج هوية الأنا (قبل استخدام المخدرات أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة والمراهقة).

١٢ - انزعاج هوية الأنا المبكر (قبل استخدام المخدرات أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة والمراهقة) له علاقة إيجابية ومباشرة بانزعاج هوية الأنا المتأخر (أي خلال تعاطي المخدرات).

هذا النموذج النظري ساعد وبشكل مباشر في تصميم إستراتيجيات الوقاية من المخدرات، من خلال عمله على بناء منهجيات التربية وتعزيز فرص بناء الهوية الاجتماعية الفاعلة منذ مراحل مبكرة في نفسية الطفل، وتشجيع فرص احترام الذات وتحسين فرص التعليم والمستوى الاقتصادي.

١٠- النظريات الشاملة^{٢٩}:

النظريات الشاملة تجمع بين عدة عناصر من جميع النظريات الأخرى. وهي تحاول أن تقدم تفسيراً شاملاً لكيفية تفاعل بيولوجياً المراهقين ونمط شخصيتهم وأبعاد علاقتهم مع الأقران والآباء والأمهات والثقافة أو البيئة، ووعيهم العام والخاص بخطر التعاطي وكيف يؤثر في إقدامهم على تعاطي المخدرات.

وتنصح الأدلة المتخصصة في برامج الوقاية أن يتم العمل على بناء مجموعة برامج متداخلة على عدة مستويات، تشمل أبعاد الحماية والتوعية وتستهدف الفرد عبر الأسرة والحي والمدرسة وبيئة العمل وعبر الإعلام. فضلاً عن تنفيذ مجموعة برامج تنموية لتطوير الجوانب الإيجابية وتعزيز القدرات وشغل أوقات فراغ الشباب.

²⁹ Further Discussion of Comprehensive Theory of Substance Abuse Prevention March, 2011
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Further_Discussion_Comp_Theory_bhc.pdf

١١ - معايير اختيار الموجه النظري للوقاية^{٣٠}:

النظرية في مجال التوعية والوقاية من خطر تعاطي المخدرات مسألة مهمة. فهي التي تقود إلى تحديد نوعية المبادئ التي تكمن وراء منظور الوقاية والتوعية المستخدم. فالنظريات تفسر أسباب الإقدام على سلوك التعاطي وتقتح السبل الكفيلة بإحداث تغيير في السلوك. كما يمكنها أن تفسر ديناميات السلوك- لماذا يحدث تعاطي المخدرات؟ والعنف وغيرها من سلوكيات المراهقين الخطرة والمنحرفة. وتمكن النظريات من شرح العمليات الخاصة بكيفية تغيير السلوك من خلال تنمية الوعي وبناء القيم الإيجابية وأثر التأثيرات الخارجية على السلوك. وتساعد على تحديد أنسب الفئات السكانية المستهدفة وأنسب الأساليب لتحقيق التغيير، وما ينبغي أن يتم رصده وقياسه خلال عملية التقييم. والنظريات تتيح للمخططين الإجابة عن جميع أسئلة 'لماذا؟' 'ماذا؟' و'كيف؟'.
ولكن قبل تحديد المنظور الذي سيستخدم في نهج الوقاية، ينبغي على الممارسين النظر في المسائل التالية:

النفوذ المهيمن في حياة المراهق:

لعل الإجابة على الأسئلة التالية تساعد في تحديد كيفية معالجة التأثيرات الاجتماعية للنفوذ المهيمن على حياة المراهقين، عبر برامج الوقاية من المخدرات:

- من هم الأناس الفاعلون في مجال دعم المراهق؟ وهل هم مساهم أساس على مستوى خطر استخدام المراهق للمؤثرات العقلية؟
- ما هي مستويات وعي المراهقين بخطر التعاطي، وكيف تتشكل اتجاهاتهم نحو مؤثرات عقلية بعينها في ظل ما يمتلكونه من معلومات مواقف نفسية مسبقة؟
- كيف قد تؤثر تلك القيم التي يتم اكتسابها من خلال ثقافة المراهقين على قرارات تجربة المؤثرات العقلية؟

³⁰ Identifying and Selecting Evidence-Based Interventions, Guidance Document for the Strategic Prevention Framework State Incentive Grant Program, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, January 2007.
<http://www.maine.gov/dhhs/osa/prevention/community/spfsig/documents/national/idenselectinterventions.pdf>

- ما سمات شخصية المراهقين المعرضين لخطر تعاطي المؤثرات العقلية من حيث الوعي ومهارات التفكير والاتجاهات والسلوكيات؟

معتقدات وخبرات المراهقين ومحيطهم البيئي:

على أبسط المستويات، ينبغي على الممارسين في مجال التوعية والتثقيف بخطر التعاطي، أن يأخذوا بعين الاعتبار كلاً من سلوك وقرارات ونوايا المراهقين للتنبؤ الأولي بما إذا كان سيتم استخدام المراهقين المخدرات. كما ينبغي أن ينظر الممارسون إلى الأسباب غير المباشرة للسلوك، مثل معرفة نوعية قذوات المراهقين، وكيف يرتبط المراهقين مع أقرانهم ومع الفئات الاجتماعية. وينبغي على الممارسين النظر في كيف يمكن أن تؤثر العوامل التي تخرج عن نطاق سيطرة المراهقين (كجريمة حي، طلاق الوالدين، إلخ) على فرص نجاح مناهج الوقاية التي يجري التفكير في استخدامها.

١٢ - تعقيب على نظريات الوقاية:

مما سبق يتضح أن هناك العديد من النظريات المختلفة التي يمكن استخدامها في مجال الوقاية والتوعية في مجال المخدرات. فبعض النظريات متخصصة في مجال تفسير كيف ولماذا يتغير سلوك الأفراد، وبعض النظريات متخصصة في تفسير علميات التغيير التي تحدث على مستوى المجتمعات والأنظمة. والنظرية التي من المفروض استخدامها في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات ينبغي أن تركز على:

- تحديد العوامل التي تتنبأ بتعاطي المؤثرات العقلية.
- تشرح الآليات التي تعمل من خلالها تلك العوامل على إحداث عملية الإقبال على التعاطي.
- تحديد المتغيرات الداخلية والخارجية التي تؤثر على هذه الآليات، بما في ذلك العوامل الثقافية.
- تتنبأ بالنقاط التي تعيق عملية الإقدام على استعمال المخدرات.
- تحدد التدخلات الرامية إلى منع ظهور تعاطي المؤثرات العقلية.

سادساً - الوقاية وأهمية بناء الوعي بخطر المخدرات:

خبراء ودراسات تقييم العمل التوعوي يشيرون إلى أن الوقاية من تعاطي المخدرات، تتطلب من المجتمع ومن المؤسسات ذات العلاقة بالوقاية، أن تعمل على بناء وعي مجتمعي ووعي فردي شامل وعميق بخطر تعاطي المخدرات وأثره على كل من:

- ١- الصحة العقلية للأفراد.
- ٢- الصحة العامة للمجتمع.
- ٣- سلامة البناء الأسري.
- ٤- الأمن المجتمعي والأمن الاقتصادي.

وتشير المراجع العلمية المتخصصة إلى أن مصطلح الوعي يدل على حالة أو قدرة إدراك أو استشعار الأحداث والمواضيع أو المحسوسات. ولذا فهو نوعية من الإدراك المتوفر لشيء ما. فعلى المستوى الفردي وفي علم النفس البيولوجي، يتم تعريف الوعي في الإنسان بأنه الإدراك وردة الفعل المعرفية نحو وضع معين أو حدث. وعرّفت الموسوعة الفلسفية "مفهوم الوعي" بوصفه حالة عقلية من اليقظة، يُدرك فيها الإنسان نفسه وعلاقاته بما حوله من زمان ومكان وأشخاص، كما يستجيب للمؤثرات البيئية استجابة صحيحة. وبالرجوع إلى أصل الكلمة في اللغة اللاتينية، يتضح أنها تعني أشياء معروفة على نحو متصل، ويرجع بعض الناس الوعي إلى المعرفة³¹.

وبهذا يعني أن الوعي بخطر تعاطي المخدرات هو القدرة العقلية على إدراك خطر المخدرات وخطر تعاطيها على صحة الأفراد وعلى الأسرة وعلى الأمن وعلى بقية مكونات المجتمع البشرية والمادية. وهذا الوعي لا ينتج إلا عن طريق المعرفة والعمل على نشرها بطرق فاعلة تعزز من معارف الناس وتبني اتجاهاتهم وقيمهم.

درجة وجود ومعدل انتشار تعاطي المخدرات في المجتمع، هو ما يحدد درجة وعي المجتمع وأفراده بها، فكلما قل انتشار تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في المجتمع، كلما برهن ذلك على ارتفاع معدلات وعي المجتمع وأفراده بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، والعكس صحيح. كما يستطيع المجتمع أن يبني وعياً صحيحاً بخطر تعاطي المؤثرات العقلية يساهم في تقليص مشكلة التعاطي في المجتمع، وهذا ما يعرف بالوعي

³¹ <http://en.wikipedia.org/wiki/Awareness>

الموجه الصحيح³². والوعي الصحيح الموجه إلى التحذير والتوعية عن خطر المخدرات وأثرها، يسهم بشكل عالٍ في خفض معدل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات. وهذا الوعي الموجه يستهدف بناءه مستويان، مستوى الوعي الاجتماعي العام للمجتمع بما فيه من مؤسسات، ومستوى آخر موجه للأفراد ويعرف بالوعي الفردي³³.

١. الوعي الاجتماعي (العام) بخطر المخدرات:

الوعي الاجتماعي بخطر ظاهرة المخدرات وتعاطي المؤثرات العقلية، هو مصطلح يدل على التصور والانعكاس المتشكل في العقلية العامة لطبيعة الوجود الاجتماعي وأهميته وخطر التعاطي على ترابط هذا الوجود وتماسكه وقدرته على مواجهة التحديات. كما يعكس حالة الإدراك العامة في المجتمع بما فيه من نظم وسياسات وبرامج، تستشعر خطر الظاهرة على تحقيق أهداف المجتمع. ويشترط لسلامة وصحة هذا الوعي الجمعي أن يكون متسقاً ومتفقاً، مصطلحاً على المفاهيم وعلى أهمية السياسات وخطوات المواجهة. كما يعكس الوعي المجتمعي السائد في المجتمع درجة الفهم السائد والمشارك للمشكلة بين أفراد ومؤسسات المجتمع.

فالوعي الاجتماعي بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، هو منظومة عامة من الأفكار والنظريات السائدة في المجتمع حول مجمل الأخطار الاقتصادية والأمنية والصحية والبشرية التي تتسبب بها ظاهرة المخدرات، وما ستؤدي إليه من تفكيك للعلاقات الاجتماعية القائمة بين الأفراد. بل ووعي كامل بالطرق الخاصة والدقيقة والفاعلة بكيفية مواجهة الظاهرة. شرط أن يكون هذا الوعي يمثل فهماً كلياً للظاهرة بكل أبعادها ومخاطرها وعوامل تكوينها وطرق مقابلتها المحترفة. وهذا الفهم الكلي يُعد الشكل الأرقى والأعلى للوعي الاجتماعي لخطر الظاهرة الذي يمكن المجتمع من مواجهة فاعلة مع الظاهرة. وهذا الوعي الاجتماعي هو المصدر الأول لوعي الأفراد، والموجه الخفي للسياسات والبرامج والجهود المتخصصة في مواجهة الظاهرة³⁴.

³² <http://en.wikipedia.org/wiki/Awareness>

³³ Further Discussion of Comprehensive Theory of Substance Abuse Prevention
March, 2011

http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Further_Discussion_Comp_Theory_bhc.pdf

³⁴ Lisbeth B. Schorr & Vicky Marchand, pathway to the Prevention of Child Abuse and Neglect Pathways Mapping Initiative, June, 2007.
<http://www.childsworld.ca.gov/res/pdf/Pathway.pdf>

٢. الوعي الفردي بخطر تعاطي المخدرات^{٣٥}:

يستند مفهوم الوعي الفردي إلى أن الإنسان في الجوهر كائن مدرك لتصرفاته المتعددة (بتعدد أبعاد الحياة اليومية وزواياها، أي جميع أنواع النشاط الإنساني المادي والروحي). ويرتبط تشكل الوعي الفردي بالوجود المحدد للفرد في جماعة وطبقة ومجتمع معين، وبكل أساليب وفرص إشباع حاجاته الروحية والمادية المتاحة، وبما يحيط به من تحديات وأخطار وطرق لحماية الذات. حيث يتشكل وعي الأفراد من ثقافة المحيط وتفاعل الفرد مع هذا المحيط، ويستمد أيضا من وعي الفاعلين المحيطين بالفرد.

أما عمّا يحدث داخل الفرد حيال وعيه بخطر المخدرات، فإن الوعي بخطر المخدرات هو العملية التي يقوم بها العقل باستخدام المعرفة المختزنة لديه عن المخدرات ومخاطرها، والتي تم اكتسابها من الخبرات وعمليات التربية والتعليم والمثاقفة التي تدور بين الناس والمعتمدة أيضا على نوعية وعي المحيط الاجتماعي بالفرد. ويفترض بالوعي الفردي حيال خطر المخدرات، أن يكون مدركا بشكل كافٍ لخطر تعاطي المخدرات وآثاره المنعكسة على الفرد وعلاقته بالمجتمع^{٣٦}. وينقسم الوعي بخطر المخدرات لدى الفرد إلى نوعين: وعي يومي (تطبيق)، ووعي نظري^{٣٧}.

- يُقصد بالوعي اليومي، وعي بخطر المخدرات ينشأ من الشروط التطبيقية للحياة الاجتماعية التي تملّي ضرورة عدم الاقتراب من المخدرات وتحذر من تعاطيها، وفيه تعبر الحاجات والمطالب البشرية عن نفسها.

- يُقصد بالوعي النظري، هو امتلاك فهم معرفي شامل عن خطر المخدرات يستطيع معه الفرد تصدير المعرفة والثقافة المبنية على أسس علمية موثوق بها، تمكن الفرد من التعبير عن جوهر الظاهرة الاجتماعية السلبية ومدى ما قد تحدثه من آثار مختلفة تمس الفرد والأسرة والأمن والمجتمع.

³⁵ John A. Logan College Drug, Alcohol, Violence Prevention and Sexual Assault Awareness Program, http://www.jalc.edu/admissions/davpsaa_program/

³⁶ Urban Delinquency and Substance Abuse Initial Findings, U.S. Department of Justice, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/urdel.pdf>

³⁷ Anders Kofod-Petersen and J"org Cassens, Using Activity Theory to Model Context Awareness, Norwegian University of Science and Technology, <http://www.idi.ntnu.no/~anderpe/publications/MRC-LNCS-06-AKP-JC.pdf>

ويكمن الاختلاف بين هذين النوعين. اليومي والنظري. في أن الوعي الأول يبقى وعياً سطحياً يلامس سطح الظواهر دون أن تصل أبعاده إلى فهم عمقها. بينما الوعي الثاني (النظري) هو وعي يحاول التعمق والتفكير المتمعن في جوهر الظاهرة وكشف قوانين وجودها الفعلي وتطورها، وكيف يمكن مواجهتها.

وهذا يعني أن الوعي الفردي بخطر تعاطي المخدرات يعنى وجود اتجاه عقلي انعكاسي، يُمكن الفرد من إدراك خطر المؤثرات العقلية على صحته وذاته ومستقبله بشكل واضح ودقيق. ويتضمن الوعي بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، وعي الفرد بخطر التعاطي على وظائف العقل والجسم ووعيه بخطر التعاطي على محيطه الخارجي، وأثره على إدراكه لذاته بوصفه فرداً وعضواً في الجماعة. وأثره على عمليات تواصل الفرد مع عالمه الاجتماعي. كما يشمل بعد التطبيق الذي يتمثل في عدم الاقتراب من المجالات الساحبة للتعاطي، كالبعد عن مرافقة المتعاطين، وكذمّ التفكير والرغبة في التعاطي.

٣ - أبعاد الوعي لدى الأفراد بخطر تعاطي المؤثرات العقلية:

تكاد تتفق الدراسات التي اهتمت بموضوع الوعي الاجتماعي وبأنماطه النوعية، على أن للوعي أبعاداً أساسية^{٣٨}، هي:

١. البعد النفسي الاجتماعي في الوعي: ويتمثل في وجود اتجاه أو موقف إيجابي أو سلبي نحو القضية أو الموضوع المراد استطلاع الوعي بشأنه.
٢. البعد العلمي للوعي: ويقوم على إدراك القضية أو الموضوع من خلال تفسيره، وإبراز إيجابياته وسلبياته.
٣. البعد الأيديولوجي: ويقوم على تقديم تصور بديل للواقع الراهن لهذه القضية أو ذلك الموضوع الذي يُستطلع الوعي بشأنه.

وهذا يدل على أن وعي الأفراد بخطر تعاطي المخدرات، له الأبعاد التالية:

³⁸ Bryan, A., Moran, R., Farrell, E., & O'Brien, M. (2000). Drug-Related Knowledge, Attitudes and Beliefs in Ireland: Report of a Nation-Wide Survey. Dublin: The Health Research Board. http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/KABREPORT.pdf

- ١- وجود اتجاه او موقف نحو تعاطي المخدرات.
- ٢- مستوى من إدراك خطر المخدرات، والقدرة على معرفة أبعادها السلبية على مختلف المستويات.
- ٣- وجود تصور لدى الشباب حول سبل تجنب التعاطي، والطرق الفاعلة للتغلب على ظاهرة المخدرات.

ولكون ظاهرة المخدرات في المجتمع من الظواهر المقلقة والتي تسبب مشكلات صحية وأمنية. فإن الوعي الفردي المتشكل حول قضية المخدرات، يعتمد على إدراك وانعكاسات المخاطر الصحية التي لحقت بفئة المتعاطين، فضلاً عن إدراك آثارها المتعددة على الأسرة والمجتمع وعلى مستقبل الأمة، كما يتضمن وعي الأفراد بالمرققات والسبل التي تؤدي إلى الاقتراب من خطر التعاطي.

٤ - تحديات تنمية وعي المجتمع بخطر تعاطي المخدرات:

- في الغالب تعتمد إستراتيجية أي مجتمع لبناء وعي اجتماعي عام ووعي فردي بخطر ظاهرة المخدرات، على وعي المخططين بالأسس العلمية لبناء مثل هذين المستويين من الوعي. ولكي يتمكن المخططون من بناء وعي اجتماعي وفردي متين عالي الجودة بخطر المخدرات ورفض لتقبلها، يفترض بالمجتمعات أن تعمل على بناء مصادر هذا الوعي:
- ١- أيديولوجية معتمدة على مخرجات البحث العلمي تبث مجموعة الأفكار الأساسية في ثقافة المجتمع وتشكل حجر الأساس لعميات التخطيط والتكامل بين أداء المؤسسات، وتؤدي إلى بناء هوية الوعي الاجتماعي بخطر تعاطي المخدرات.
 - ٢- استنفار لحالة الشعور العام للمجتمع المستهجنة والمدركة لخطر تعاطي المخدرات.

١/٤ - تناقض أفكار الأيدولوجية نحو تعاطي المخدرات³⁹ :

لم تعد الأيدولوجية التي يصنعها مخططو المجتمع قادرة على توجيه الاتجاه العام لأفراد المجتمع بالبعد عن تعاطي المخدرات، نتيجة تداخلها مع الأفكار العالمية والتحولت المعاصرة في نمط الحياة الفردية والاجتماعية، وبرزت تيارات من الإعلام الفضائي وعبر وسائل الاتصال الحديث.

فغدت بعض الأيدولوجيات الاجتماعية السائدة في ثقافة الشعوب المختلفة، غير متوازنة من حيث ما تبثه من أفكار عامة عن تعاطي المؤثرات العقلية. فهناك إباحية عالمية منتشرة لتعاطي المشروبات الكحولية، تعزز فكرة تعاطي المؤثرات العقلية، وهناك تيار من الأفكار متصاعد في بعض الدول بعدم تجريم تعاطي بعض المخدرات.

الأفكار العلمية القادمة من مؤسسات البحث العلمي تشير إلى النتائج السلبية لتعاطي المؤثرات العقلية، دون أن تقوم بعض المجتمعات بتعزيزها بقوانين تحرم وتعاقب التعامل مع هذه المؤثرات العقلية، تزامناً مع انخفاض دور المؤسسات الدينية في النداء عالمياً بحريم تعاطي المؤثرات العقلية.

حالياً وكحقيقة تاريخية معاصرة، ما تبثه القنوات الفضائية وما تنشره الأفكار الثقافية المناقضة للأخلاق وتعاليم الدين، يؤسس لمنحنى خطير في مجال أيدولوجية تعاطي المؤثرات العقلية. إذ تقوم القنوات الفضائية بشكل متواصل على مدار الساعة، ببث العديد من الأفلام والمقاطع التي تتوفر فيها مشاهد داعمة لتعاطي المؤثرات العقلية. ويكون أبطال هذا العمل هم شخصيات نموذجية محببة لدى الجمهور، وحانات خمر وشوارع تروج مناظرها العامة لمزيد من انحراف الثقافة العالمية للشباب المعاصر في شتى بقاع العالم. وهذا العمل غير المحسوب من قبل صناعات السينما وناشري مثل هذه الأفكار، يعزز الفكرة العالمية لثقافة الشباب نحو

³⁹ Erich Goode, A Sociological Perspective on Drugs and Drug Use, 1972 Alfred A. Knopf, Inc. ISBN 0-394-31323-2. <http://www.psychedellic-library.org/goode.htm>

تجربة المؤثرات العقلية والاعتقاد بأن التعاطي شيء يمكن تجربته والقيام به ومن ثم تركه بسهولة.

٢/٤. ضعف التخطيط والبحث العلمي^{٤٠}:

ما يجعل المجتمع غير قادر بشكل مؤسسي على تصدير الأفكار الأساسية والحاسمة في تشكيل وعي اجتماعي رصين رافض لتعاطي المخدرات، هو أمر عائد لطبيعة النقص الحادث في عدد الخبراء المتخصصين في مجال ظاهرة المخدرات ومعدل إنتاجهم العلمي في المجتمع.

كما أن نقص التخصصات العلمية وجهود البحث العلمي، وضعف المنهجيات العملية الملائمة لأبحاث الإدمان وانتشار ظاهرة المخدرات وقلة النشر العلمي وانعدام المسوح الدورية في المجتمع التي ترصد تطورات الظاهرة وتشخصها، يؤثر وبشكل حاد سلبي على قدرة المجتمع على فهم الظاهرة وعوامل تكوينها، كما يؤثر سلباً على عمليات التخطيط بفاعلية لمواجهة ظاهرة المخدرات.

وهذا النقص في عدد المتخصصين وفي عدد المؤسسات المتخصصة في مجال التخطيط للظاهرة، فضلاً عن قلة المسوح وضعف مستوى الأبحاث العلمية وعدم اتسامها بمنهجية البحث في ظاهرة المخدرات. يؤدي بدوره إلى ضعف الرؤية التخطيطية المستقبلية لمواجهة ظاهرة المخدرات، والتي يفترض بها أن تعتمد على فهم علمي متمكن من خطر الظاهرة. والسبب في هذا الضعف في عمليات التخطيط يعود غالباً إلى عدم معرفة الكيفية الملائمة لمواجهة الظواهر الاجتماعية لمن يهتمون بالتخطيط للظاهرة. مما يجعل العمل والجهد المجتمعي باقياً في إطار من التفكير الاجتهادي الفردي.

^{٤٠} انظر: سعيد السريحة، دليل المجتمع لمواجهة ظاهرة المخدرات، ٢٠١١.

٣/٤ - ضعف التواصل والتنسيق بين المؤسسات المعنية بمواجهة ظاهرة المخدرات^{٤١}:

مواجهة ظاهرة المخدرات تتطلب عمليات تنسيق وتشابك وإمداد وتخطيط وانسجام بين كل مؤسسات المجتمع وعلى مختلف المستويات، من أجل مواجهة متفوقة لصالح المجتمع. وضعف التشابك الاجتماعي بين مؤسسات المجتمع المعنية ببناء الأفكار الأيديولوجية، والمعنية بتوجيه الوعي الاجتماعي بخطر المخدرات. يؤدي إلى حدوث نقص وفقد لقدرة المجتمع على بناء وعي اجتماعي يكون المسؤول الأول عن تشكل عمليات الوعي الفردي بخطر المخدرات.

وحيثما تفتقد أيديولوجية المجتمع للتنبيه لأهمية واستشعار مسؤولية هذا التكاتف بين المؤسسات وتغيب مؤسسات التنسيق، تصبح عمليات التخطيط فاشلة وغير فاعلة لمواجهة الظاهرة، وغير مستساغة من قبل الوعي الاجتماعي. وحيثما تحدث عمليات اتهام متبادل بين الجهات المسؤولة عن مواجهة الظاهرة، وبشكل علني، يصبح موقف الوعي الاجتماعي العام بخطر ظاهرة المخدرات مشوشاً. والأضر من هذا بالوعي الاجتماعي، حينما يلحظ تزايد معدل توفر المخدرات وقلة جهود المجتمع في محاربتها. فيصبح الوعي الاجتماعي في حيرة من مؤسسات المجتمع، بل ويسلم في أحيان كثيرة الوعي الاجتماعي بتعايشه مع ظاهرة المخدرات.

٤/٤ - قلة مؤسسات التدريب والتعليم في مجال ظاهرة المخدرات:

تتطلب المواجهة الفاعلة مع ظاهرة المخدرات أن يكون المجتمع مالكا لمؤسسات كافية وذات قدرات متقدمة، تتولى عمليات التدريب على كيفية تقديم برامج التوعية والتثقيف والتعليم والعلاج والمواجهة الأمنية وغيرها من برامج المواجهة مع ظاهرة المخدرات. فضلاً عن امتلاكه لمؤسسات تعليم متخصصة تعمل على تخريج الكوادر المتخصصة في مجالات المواجهة.

^{٤١} انظر: عبد الله الرشود، آليات التشبيك بين المؤسسات الحكومية والأهلية للوقاية من مشكلة تعاطي المخدرات في مجتمع المملكة العربية السعودية، ورقة عمل مقدمة في مؤتمر نحو إستراتيجية فاعلة للتوعية بأخطار المخدرات وأضرارها، جامعة الملك عبد العزيز:

<http://dl.dropbox.com/u/27158821/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AC%D9%84%D8%AF%20%D8%A7%D9%84%D8%AB%D8%A7%D9%86%D9%8A.pdf>

وحيثما يستشعر الوعي الاجتماعي غياب مثل هذه المؤسسات ينخفض لديه تقدير حجم ضرر المخدرات على المجتمع، وربما تتأثر ثقته بالأفكار الأيديولوجية التي يبثها المجتمع لتشويه صورة المخدرات في العقلية الاجتماعية العامة.

٥/٤ - ضعف أداء مؤسسات التثقيف والتوعية^{٤٢}:

مؤسسات التثقيف والتوعية هي مؤسسات تعمل في مجال نشر التوعية بخطر المخدرات وكيفية تعامل الجمهور والأسر والمربين والمعلمين معها. هذه المؤسسات تواجه العديد من التحديات على مستوى كثير من دول العالم. ومن هذه التحديات نقص الأبحاث العلمية عن طبيعة المشكلة في مجتمعها المحلي، ونقص في الكوادر المتخصصة التي تعمل على تصميم مثل هذه البرامج، ونقص في الإمكانيات والموارد التي تتيح لها مستويات التخطيط ومن الأداء الأفضل. مما يجعل جهود هذه المؤسسات متعثرة وغير قادرة على تلبية الاحتياج العام لبناء الوعي الكافي لدى الجمهور.

تُعثر عمليات التثقيف والتوعية وضعفها، يؤدي إلى تقلص عمليات التوعية الاجتماعية، وبالتالي يتأثر مستوى الوعي الاجتماعي والوعي الفردي بخطر ظاهرة المخدرات. ولكن المشكل الأبرز أن هذه التحديات التي تواجه مؤسسات التوعية والتثقيف، تخل بمحتويات التثقيف والتوعية وتجعل هناك عمليات نقل لمحتويات غير مرغوب فيها تصل إلى الجمهور العام مما يفقد الجمهور العام الثقة في مؤسسات التوعية والتثقيف. كما أن تفاوت الأدوار ومستويات الأداء بين المؤسسات في المجتمع الواحد على مستوى التثقيف والتوعية وأحيانا تعارضها وتناقض الرسائل، يؤثر سلبا على مصداقية التوعية العامة لدى الجمهور. كما أن عدم اتسام هذه الأعمال بالتنظيم والتركيز والاحترافية له نفس المفعول على عقلية الجمهور.

⁴² Douglas Longshore, Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act, California Health and Human Services Agency, 2006.
http://www.uclaisap.org/prop36/documents/sacpa_costanalysis.pdf

سابعاً - مبادئ تصميم برامج الوقاية والتوعية^{٤٣}

تشير دراسات التقييم والمنهجيات العملية المثبتت صحتها إلى أن هناك مجموعة من المبادئ والأسس التي ينبغي مراعاتها حين تصميم برامج التثقيف والتوعية لمواجهة وحماية المجتمع من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.

١- برامج الحماية من خطر التعاطي (التثقيف والتوعية) ينبغي أن تعزز من تركيزها على العوامل المانعة لوقوع الشباب في المخدرات وتنقص من عوامل الخطورة الدافعة للتعاطي. على أن تأخذ في حسابها الاعتبارات التالية:

- من الخطورة بمكان أن يصبح المتعاطي مرتبطاً بعلاقة بين عدد من أنواع عوامل الخطر وعوامل الحماية، كوجود ظروف مدرسية تدفع به للتعاطي وظروف أسرية تمنعه عن التعاطي علاوة على وجود وعي زائف بخطر المخدرات لديه. ولذا ينبغي تصميم البرامج والسياسات في ظل هذه الاعتبارات. بحيث تساعد البرامج على تعزيز الوعي وبناء جوانب الحماية وتخفض من مستويات الخطورة، من خلال تعزيز عوامل الحماية في البيئة التي تزيد معدلات الخطورة فيها بما فيها الوعي الصحيح بخطر التعاطي والوعي بسلوكيات تطبيق الوعي الصحيح.

- الأثر المحتمل لخطر محدد وعوامل حماية معينة تتغير بتغير العمر. مثلما أن عوامل الخطورة المرتبطة بالأسرة لها أثر عظيم على الطفل الأصغر، بينما الارتباط بأقران يستخدمون المخدرات ربما يكون أكثر خطورة بالنسبة للمراهق. وحينما تصمم برامج للأطفال يتم التركيز على الأسرة، ولكن حينما يتم تصميم برامج وسياسات للشباب المراهق، على هذه البرامج أن تكون ذات طبيعة متوافقة مع متطلبات الشباب.

- التعرض المبكر لعوامل خطورة مثل السلوك العدواني والافتقار لضبط الذات، غالباً يكون لها أثر عظيم فيما بعد على الشاب. ولذا ينبغي التركيز على وجود برامج وسياسات حاضنة ومحتوية لفئة الأطفال والشباب الذين تعرضوا

^{٤٣} كتبت هذه الجزئية بالاعتماد على الدليل الذي صمته أمانة اللجنة : معايير تصميم برامج التثقيف والتوعية، والمستند على أدلة مؤسسة نايدا والتي من أشهرها:

- National Institute on Drug Abuse, Preventing Drug Use among Children and Adolescents. 2003. http://www.unodc.org/pdf/youthnet/tools_nida.pdf

لمشاكل في الصغر لكي يكونوا في اتجاه متوازن نحو تغيير طريقة الحياة والتفكير بدلا من المشاكل تجاه السلوك الإيجابي.

- في الوقت الذي تكون فيه عوامل الخطر والحماية تؤثر على الناس باختلاف تصنيفهم، إلا أن هذه العوامل لها أثر مختلف يعتمد على عمر الشخص ونوعه وخلفيته الثقافية والعرقية وبيئته. ومن هنا على المصمم والمخطط وراسم السياسات أن يطوع هذه البرامج لكي تكون ملائمة لكل هذه المتغيرات وذات فاعلية في إحداث فارق إيجابي في حياة الأفراد.

٢- ينبغي أن تصمم برامج التثقيف والتوعية والحماية لمواجهة كل أشكال وخصائص تعاطي المواد، سواء بشكل فردي أو بشكل جماعي، مشتملة على:

- التعاطي قبل سن البلوغ (١٤ سنة فأقل).

- تعاطي المخدرات الطبية.

- تعاطي الكحول والتدخين.

- تعاطي المخدرات غير الشرعية.

- تعاطي المواد الطيارة.

٣- برامج الحماية ينبغي أن تكون منصبة على أنماط مشاكل التعاطي في المجتمع المحلي وعوامل خطورة التكيف وعوامل الحماية الفاعلة المحددة حسب خصائص المجتمع. وعلى المخطط لمثل هذه البرامج أن يكون أحد المتخصصين في مجال ظاهرة المخدرات وأن له خبرة بحثية طويلة في مجال تخصصه، فضلا عن تميز مستواه التعليمي.

٤- ينبغي أن تصمم برامج الحماية من التعاطي لتلائم الخطورة بشكل خاص وفقاً لخصائص الفئة المستهدفة والمجتمع المحلي، مثل العمر والجنس والعرق، من أجل تحسين فاعلية البرامج.

٥- ينبغي أن تحكّم هذه البرامج من قبل مراكز متخصصة في البحث العلمي ورسم سياسات مواجهة ظاهرة المخدرات. وأن تكون متوافقة مع متطلبات التنفيذ العلمية ومع أسس التخطيط المتخصص في مجال مواجهة الظاهرة الاجتماعية السلبية.

١- التخطيط للوقاية والتوعية Prevention Planning :

التخطيط لتصميم برامج حماية (تثقيف وتوعية) من أجل حماية الناس من الوقوع في المخدرات، مفهوم عريض لا يتضمن التركيز على طريقة واحدة. وعلى مؤسسات التخطيط تصميم مثل هذه البرامج ، بحيث يكون لديها فريق متخصص محترف واعى بكيفية تصميم هذه البرامج وفق أسس ومعايير ذات فاعلية على مختلف المستويات. فالآباء فاعلون في حياة الأطفال والأمهات فاعلات في حياة الزوج والأبناء، والأجداد والأعمام والأخوال يمكنهم المشاركة في تعزيز عوامل الوقاية والتوعية والحماية. كما أن المدرس وبيئة التعليم يمكنها وبشكل أساسي أن تجنب الصغار والشباب الوقوع في خطر تعاطي المؤثرات العقلية. كما أن حياة الجوار وعمامة الناس يمكن تثقيفهم وتوعيتهم بشكل عام.

إن الفئات المستهدفة متعددة ولكل فئة خصائص وأساليب مغايرة، لا يعيها بشكل جيد إلا المتخصص في مجال تصميم برامج مكافحة المخدرات.

١/١- البرامج الأسرية Family Programs :

٦- برامج التثقيف والتوعية والحماية الموجهة للأسر ينبغي أن تركز على هدف زيادة قوة الروابط والعلاقات الأسرية، وأن تشتمل على تعليم مهارات أبوية فاعلة لتوعية الأبناء بخطر التعاطي، كتعليم الآباء طرق إشراك الأبناء في المشاركة في التطوير والنقاش ووضع السياسات الأسرية لمواجهة تعاطي المواد القابلة للإدمان. كما تشمل هذه البرامج الأسرية عقد دورات تدريب للأسر متخصصة في التثقيف الموجه للآباء بخطر مواد التعاطي. كما أن هذه البرامج تشتمل تعليم وتوعية وتثقيف الآباء بالمحاور التالية:

- رقابة الوالدين وإشرافهم أمر حاسم في الحماية من تعاطي المخدرات. وهذه المهارات يمكن أن تعزز بواسطة التدريب على وضع القواعد الأسرية، وتعلم المناورة بتطبيق أنشطة المراقبة، واتباع أسلوب امتداح السلوك الملائم والمعتدل والانضباط المنتظم والتي تطبق وفقاً لقواعد الأسرة. إن مثل هذه البرامج تقام في الغالب في شكل برامج أسرية

تدريبية تنفذ على مستوى الأحياء ويشترك الناس فيها عبر التعلم والتدريب.

- التثقيف بخطر المخدرات وما يرتبط بها من معلومات موجه للوالدين أو المربين يقوى ما يتعلمه الأطفال عن الآثار المؤذية لتعاطي المخدرات العقلية وتفتح الفرص لمناقشات الأسرية حول تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية. ولذا فهذه المنهجية تتمثل في تعليم الآباء والمربين تعليماً متخصصاً في مجال المخدرات، ومن ثم يدربون تدريباً فاعلاً حول كيفية تطبيقه عبر المناقشات مع الأطفال. إننا ندرّب الكبار على كيفية حماية الصغار وتعليمهم قواعد النقاش والوعي وبناء قيم داخلية رافضة لتعاطي المخدرات.

- التدخلات المركزة على عامة السكان، كالخطب وبرامج التلفزيون والمقالات وبعض البرامج العامة، بإمكانها أن تحدث تغييراً محدداً إيجابياً في السلوك الأبوي والذي يمكن من خفض الخطورة المتأخرة لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدى الأبناء.

- حينما تصمم البرامج الأسرية ينبغي أن يستهدف بها فئة الآباء الأقل تعليماً والأحياء الأكثر تشبعا بالمشاكل والانحرافات، كما تطبق في الأحياء الأخرى لحماية الناس منها. كما يمكن أن تصمم وتنفذ في معاهد ومقار، ويتم دعوة الناس لحضورها. بينما الآباء الأكثر تعليماً يمكن تصميم نوعية مغايرة من البرامج تتلاءم وطبيعة ثقافتهم ومستوى مكانتهم الاجتماعية.

- المناشط والبرامج والفعاليات التي تصمم للأسر لا بد أن تكون شمولية ومصممة وفقاً لخصائص معطيات وثقافة الناس وعاداتهم. وينبغي أن تدعم هذه البرامج بوسائل تدريب وتغذى بأنشطة لها علاقة بطريقة عيش الناس.

- ينبغي أن يشترك الناس في مناقشة المشاكل الشائعة في أسرهم ويتم تخصيص حلقات نقاش لتبادل وجهات النظر وتعميم الخبرات والاستفادة من طرائق الناس في إدارة حياتهم الأسرية. وتسمى هذه

البرامج برامج التوجيه الذاتي من قبل الآباء أنفسهم ويقتصر مجال الفاعلين والجهات الداعمة لمثل هذه البرامج والمناشط على إدارة وتصميم البرنامج. بينما من يغذيه بالخبرات هم المشاركون في عملية التدريب.

- لا تقتصر هذه البرامج على تعليم الآباء سلوكيات معاملة الأبناء وطريقة حمايتهم و تثقيفهم. بل تشمل كيفية ملاحظة الأقارب وأبناء الأخت والأخ، وكذلك متابعة سلوكيات أبناء الجيران في الحدود المعتادة على وجودها في المعاملة. إن مثل هذه البرامج تدعم زيادة الروابط القرابية وتعلم الناس أهمية المشاركة في تعليم الأقارب أساسيات فاعلة في التربية والتعامل.

- يمكن لبيئات العمل أن تقيم مثل هذه البرامج للآباء في مجال العمل.
- يمكن لدور الأحداث أن تقيم مثل هذه البرامج للآباء والأقارب، وتعلمهم كيفية احتواء الأبناء والتعامل معهم وحماية من لم يقعوا في المشاكل والتعاطي بعد.

- يمكن لمراكز علاج الإدمان أن تقيم مثل هذه البرامج التدريبية للآباء والأقارب، أولاً على كيفية التعامل مع التعاطي وعلى كيفية وقايته من النكسة، وعلى كيفية حماية بقية الأبناء من الوقوع في المخدرات.
- يمكن أن تقام برامج نسائية متخصصة في مجال تثقيف الزوجة والأم وتعليمها عبر النشاطات أساليب تربية الأبناء وأساليب التعامل مع الزوج واحتوائه، كما تعلمها كيفية التعرف على علامات تعاطي المخدرات، وكيف تتدرب على التعامل معها.

٢٨١- البرامج المدرسية School Programs:

٧- برامج الوقاية والحماية يمكن أن تصمم لمواجهة الخطر كمرحلة مبكرة من مراحل التعليم قبل دخول المدرسة. وبطريقة التصميم الاستباقي لعوامل الخطر المحتمل، تواجه عوامل الخطورة المبكرة التي تؤدي إلى التعاطي ويكون الطفل معرضاً لها قبول دخوله المدرسة. وهذه البرامج التعليمية الاستباقية عبارة عن

برامج تعليم مصممة تعطى للأطفال في الأحياء وفي مدراس الروضة وفي المساجد التي تصمم حلقات تحفيظ للصغار.

٨- ينبغي على برامج التعليم والتثقيف والحماية المصممة للمرحلة الابتدائية أن تركز على مسألة تحسين عمليات التعلم الاجتماعية والعاطفية لمواجهة عوامل خطورة التعاطي التي تنتج عن النقص في عمليات التعلم لأسس التعامل الاجتماعي والعاطفي وكيفية التغلب على مشاكلها. كمشكلة العدوان، وال فشل الدراسي، أو الطرد من الدراسة. إذ ينبغي أن يهتم التعليم في هذه المرحلة بالتركيز على:

- ضبط النفس.
- الوعي العاطفي.
- التواصل.
- حل المشاكل الاجتماعية.
- التعاون الدراسي وخاصة في القراءة.

٩- البرامج المصممة لطلاب المرحلة المتوسطة والثانوية، ينبغي أن تزيد من الجدارة العلمية للطالب مع التركيز على إكساب الطالب المهارات التالية:

- التعود على الدراسة كسلوك والدعم العلمي.
- تعلم فنون التواصل مع الآخر بشكل محترف.
- الوعي بأدبيات علاقات الأقران.
- التمرس على مبدأ الفاعلية الذاتية و الحزم.
- تعلم كيفية مقاومة تعاطي المخدرات.
- تقوية الاتجاهات الراضية لتعاطي المخدرات.
- تقوية الالتزامات الشخصية المضادة لتعاطي المخدرات.

٢٨١- برامج المجتمع Community Programs:

١٠- برامج الحماية التي يستهدف بها عامة الناس وتركز على نقاط معينة من التحول إلى حياة جديدة، كحال الانتقال إلى المرحلة المتوسطة أو تغيير بيئة الحي، بإمكانها أن تؤدي إلى نتائج فاعلة لحماية الناس من تعاطي المخدرات حتى وإن كان هناك عوامل خطورة عالية تحيط بهم حتى في أسرهم.

١١- برامج حماية المجتمع التي تضم اثنين أو أكثر من البرامج الفاعلة، كالبرامج الموجهة للأسرة والأخرى الموجهة للمدرسة، تكون أكثر فاعلية من البرامج الوحيدة.

١٢- برامج حماية المجتمع التي تقدم للجماهير في مواقف مختلفة، كالمدرسة والنوادي والمساجد وعبر وسائل الإعلام تكون أعظم أثراً حينما تقدم بانتظام رسائل متعددة للمجتمع في كل موقف.

٢ - تنفيذ برامج الوقاية والتوعية Prevention Program Delivery

١٣- حينما يطوع المجتمع البرامج لمقابلة العديد من الاحتياجات، أو معايير المجتمع أو متطلبات الاختلاف الثقافي، فينبغي على هذه البرامج أن تحافظ على العناصر الجوهرية للتدخل الأصلي، والتي تشمل:

- بناءية البرنامج (كيف نظم وكيف شيد؟).

- محتوى البرنامج (معلومات ومهارات وإستراتيجيات البرنامج).

- تقديم البرنامج (كيف يبرئ للبرنامج، وينفذ، وقيم؟).

١٤- ينبغي أن تتسم برامج الوقاية والحماية بعملية تكامل وتداخل متتابعة، من أجل تعزيز مسألة تحقيق أهداف الحماية الأصلية. فلقد أظهرت الأبحاث أن برامج الحماية الموجهة لطلاب المرحلة المتوسطة تقل قيمتها بدون وجود برامج متابعة في المرحلة الثانوية.

١٥- برامج الوقاية والحماية ينبغي أن تشتمل على تدريب المعلم على ممارسة الإدارة الجيدة للصف الدراسي.

١٦- برامج الوقاية والحماية تكون أكثر فاعلية حينما تطبق تقنيات التفاعل، كالمناقشات الجماعية للأقران ولعب دور الأباء، وهي تقنيات تتيح الانخراط في عمليات تعلم عن تعاطي المؤثرات العقلية تسهم في تقوية مهارات رفضها والامتناع عن تعاطيها.

١٧- قد يرى البعض أن برامج الوقاية والحماية المنطلقة من نتائج البحث العلمي تكون مكلفة، والحقيقة أنه اتضح مؤخرا أن كل ريال استثمر في برامج الوقاية والحماية هذه أدى إلى توفير ١٠ ريالات كانت ستنفق في علاج تعاطي المؤثرات العقلية.

الفصل الثاني:

عوامل الخطورة والحماية المرتبطة
بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية:
الدراسات العالمية.

أولاً- نتائج البحوث العالمية عن عوامل الخطورة والحماية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية^{٤٤}؛

١ - مقدمة:

توصلت البحوث العلمية المتخصصة حول العالم وعلى المستوى المحلي إلى تشخيص عام يشير إلى وجود مجموعة من العوامل تهيئ الشخص وتؤدي به إلى تعاطي المخدرات. وفي هذه الدراسة سنعمل على التعرف على أهم النتائج العملية المرتبطة بتشخيص العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات وهي العوامل التي تسمى عوامل خطورة التعاطي، وعوامل الحماية التي تمنع من الوقوع في خطر التعاطي.

تشير تقارير الأمم المتحدة ونتائج مسح تعاطي المؤثرات العقلية التي تُجرى في العديد من دول العالم إلى وجود تزايد خلال الثلاثين سنة في مستوى انتشار تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية بين صغار السن حول العالم. إذ يبدو أن تعاطيها في سن مبكرة تتراوح ما بين سن ١٣ وتصل إلى سن ٢٢ من العمر ويشتمل هذا التعاطي على تعاطي الكحول، والحشيش، والإمفيتامين، والكوكايين، والهيروين، والمخدرات الموصوفة طبياً، وغيرها^{٤٥}.

وقد أجريت العديد من الدراسات في مجال العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات. وثبت علمياً أنه من النادر جداً حدوث تعاطي المخدرات بدون وجود عوامل تساعد على حدوثه. وتختلف هذه العوامل نسبياً باختلاف المجتمعات وأماكن العيش. كما أنها تختلف باختلاف الشخصيات، وأنماط التنشئة، وغيرها من العوامل

⁴⁴ Lucy Dillon & others, Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences.
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr0407.pdf>

⁴⁵ Allison Smith Estelle, International Responses to Drug Abuse among Young People: Assessing the Integration of Human Rights Obligations, Copyright © 2000 Allison Smith Estelle.

النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية، فضلاً عن العوامل البيولوجية^{٤٦}. وسعت مراكز بحثية عديدة حول العالم للتعرف على العوامل العامة التي تسهم غالباً في حدوث التعاطي؛ وذلك بهدف التوصل لطريقة علمية تساعد المجتمعات في تجنب عوامل الخطر التي تحيط بالفرد، وتدفع به إلى تعاطي المخدرات، وتعزز عوامل الحماية التي تقي الفرد ضرر الوقوع في تعاطي المخدرات.

قامت دراسات عديدة تهتم بدراسة التفاعل بين أنماط مختلفة من سلوكيات الشباب الخطيرة المتمثلة في استخدام المخدرات وغيرها من السلوكيات المنحرفة تفحص أثر عوامل، مثل: التعرض لوسائل الإعلام ووجود شبكات الدعم الاجتماعية واحترام الذات أو حتى حدوث العنف في المنزل وفي الحي؛ بهدف الكشف عن أثرها في تشكيل نهج السلوك وحده نحو تعاطي المخدرات. ومدى مصابقتها لسلوكيات منحرفة، مثل: التدخين، والميل نحو العدوان، وعصيان الوالدين، كما تهتم بمعرفة العلاقة بين سمات الشخصية وعلاقتها بوقوع الفرد في التعاطي؛ نتيجة لعدم مقاومته الرفاق على سلوكه. وتؤكد غالبية النتائج العلمية أهمية وجود مستويات مختلفة من الإجراءات الاجتماعية لحماية الناس من تعاطي المخدرات، كما تؤكد ضرورة وجود سياسات وبرامج ثبتت صحتها علمياً، بحيث تفيده في تحصين الشباب ضد خطر السقوط في تعاطي المخدرات. إذ توصي الدراسات الرصينة بأهمية ملاءمة سياسات وبرامج الوقاية والحماية الواقع المحيط بالشباب بعوامله المختلفة، وذلك لغالبية تصرفات واتجاهات وقناعات الشباب المعاصر ونمط الحياة المعاصرة.

استقر العلماء بعد قرابة أربعين سنة من البحث العلمي المتواصل في مجال علم الإدمان وبواعث التعاطي وعوامل انحراف الأحداث والشباب إلى أن هناك أربعة مجالات خارجية تشكل مصدر خطورة فيما يتعلق بتشكيل قابلية التعاطي لدى الفرد، كما أن لها دوراً في ترقية سلوك تعاطي المخدرات، والمسكرات، والانحراف.

⁴⁶ Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: Risk Factors and Protective Factors. <http://www.drugabuse.gov/Prevention/risk.html> & <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook.pdf>
- Lucy Dillon & others, Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr0407.pdf>

وهذه المجالات هي الأسرة، وبيئة الجوار، والمدرسة، والأقران أنفسهم. وتعدّ سمات شخصية الفرد ونمط سلوكه واتجاهاته المجال الخامس (شخصية الفرد وسلوكه) الذي تصب فيه آثار بقية المجالات^{٤٧}.

من الثابت علمياً أن الفرد لا يولد بطبيعته مجرماً ولا منحرفاً. وفي الغالب تعمل الظروف المحيطة والمجالات الخارجية على تهيئة الفرد لممارسة السلوكيات المرغوبة أو الجنوح نحو السلوكيات المنحرفة والخطرة التي منها تعاطي المخدرات. كما أن المجالات الخارجية لها تأثير في تشكل شخصية الفرد وتكوين منظومة قيمه، وتؤثر في تصميم شكل فعله وردة فعله وطريقة تفاعله ورصيد خبراته وميوله. ومن ناحية أخرى فإن هذه المجالات الخارجية، تعدّ أيضاً مصدراً لحماية الفرد من الوقوع في سلوكيات خطيرة^{٤٨}.

وجدت العديد من الأبحاث أن عوامل مختلفة تؤثر في اتخاذ الفرد القرار الأول لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وذلك من خلال تهيئتها الفرد لقبول فعله. كما أن لهذه العوامل دوراً لاحقاً في زيادة التعلق بالمخدر^{٤٩}.

أثبتت الأبحاث أنه كلما زاد تعرض الفرد لعوامل خطر محددة وفق خصائص الفرد زاد احتمال تهيئته لقبولية تعاطي المخدرات، وهو ما يؤدي إلى قرار استعمال المخدرات والاستمرار في تعاطيها ومن ثم إدمانها. في حين أثبت من تعاطوا المخدرات أن عوامل الحماية التي تقلل من خطر الوصول إلى قرار تعاطي المخدرات وإدمانها كانت قليلة في حياتهم أو منخفضة، أو أنهم لم يتعرضوا لها أصلاً، ولم تعمل أسرهم ولا

⁴⁷ Lucy Dillon & others, Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences, UK Home Office Online Report 04/07.

⁴⁸ National Institute on Drug Abuse, Preventing Drug Use among Children and Adolescents, Second Edition October 2003.

⁴⁹ Sheena George, Art Dyer and Phyllis Levin, An Overview of Risk and Protective Factors, The Alberta Youth Experience Survey 2002.

مدارسهم على توفيرها لهم بشكل ملائم خلال مراحل تربيتهم وتعليمهم لكي تمنعهم من الوقوع في خطر تعاطي المخدرات.⁵⁰

٢ - ملخص نتائج ٢٥١ دراسة عن عوامل تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية:

أجرى مجموعة من الباحثين البريطانيين برئاسة مارتن فرشر في عام ٢٠٠٧م مراجعة علمية لـ ٢٥١ دراسة كمية ونوعية، تعدّ من أفضل الدراسات التي أجريت حول العالم بين عامي ٢٠٠٠م و٢٠٠٤م، ومنها ١٠% دراسات بريطانية، حيث اشتملت على دراسات مسحية وبحوث كيفية، ودراسات مُقارَنة وجميعها من نوع الدراسات التي أجريت؛ لمعرفة الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات.⁵¹

استخدم الباحثون منهجية تحليل المضمون؛ لتصنيف التفسيرات والعوامل التي توصلت لها تلك الدراسات. ولذا تعدّ هذه الدراسة من أهم الدراسات المعاصرة في مجال تشخيص عوامل الخطورة وفقد عوامل الحماية التي يمكن أن يستعان بها، لتوجيه الدراسات المماثلة، فضلاً عن كونها تلخص نتائج العديد من الدراسات العلمية في مجال البحث عن عوامل الخطورة التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات.

هدفت الدراسة إلى تقويم الأدلة المذكورة عن عوامل الخطورة وفقد عوامل الحماية في الدراسات السابقة المؤدية إلى تعاطي المؤثرات العقلية؛ وذلك لتحديد العوامل المؤدية إلى التعاطي، وتزيد من خطر الاستمرار في التعاطي، فضلاً عن التوصل لطبيعة العوامل التي تسهم في حماية الأبناء من تعاطي المخدرات، وذلك من غير تحيز بأقصى قدر ممكن. وفي الوقت نفسه، يهدف أيضاً العرض المقدم والمراجع لنتائج الدراسات في هذا المجال إلى تحليل البحوث النوعية من أجل التعرف على كيفية تكامل نتائجها مع الأبحاث والدراسات الكمية. ووجدت الدراسة أن الدراسات

⁵⁰ Michael w. Arthur & j. David Hawkins, " Measuring Risk and Protective Factors for Substance Use, Delinquency, and Other Adolescent Problem Behaviors" , EVALUATION REVIEW, Vol. 26 No. 6, December 2002 575-601.

⁵¹ Martin Frisher & others, Predictive factors for illicit drug use among young people: a literature review. Home Office Online Report 05/07, 2007

السابقة تصنف عوامل الخطورة إلى أربع فئات من العوامل التنبئية الدالة على خطر الوقوع في تعاطي المخدرات، وهي:

١- العوامل الشخصية (لا يمكن تغييرها): بيولوجية ونفسية وديموجرافية. وتشتمل على الاستعداد الوراثي والنوع والعمر والعرق وأحداث الحياة التي مر بها الشخص واحترام الذات والتمتع (البحث عن الشعور) والاضطراب العقلي أو الاكتئاب.

٢- العوامل السلوكية (يمكن تغييرها): وهي سلوكيات واتجاهات من السهولة تغييرها عبر سياسات تعامل أو تغيير نمط الحياة. ومن أمثلتها: خرق القانون (الإجرام) والسلوك المضاد للمجتمع (اضطراب سلوك) ومشكلات تعليمية والتدخين المبكر واستخدام الكحول المبكر ووجود اتجاه لتعاطي المخدرات والنفور (العصيان) وقلة التدين، والتعامل مع المخدرات.

٣- العلاقات الشخصية: وتشمل العلاقة بالعائلة والأصدقاء. مثل: ضعف الروابط الأسرية والإدارة الأسرية (تحكم الوالدين) والمشكلات الأسرية (الصراع) وأصدقاء لديهم متاعب أو يستخدمون مخدرات، وانخفاض دعم الشبكة الاجتماعية.

٤- عوامل مرتبطة بالبيئة والاقتصاد: وفي الغالب هذه العوامل تقع خارج قدرة الفرد، مثل المكانة الاقتصادية والاجتماعية (الفقر) والإدارة المدرسية ومشكلات الجيرة وأشياء تحدث في مكان العيش، وتوفر المخدرات.

وكان هناك ٦٢ دراسة كمية من بين كل الدراسات محل التحليل، منها ٣٦% ركزت على استخدام الحشيش، و ١٠% منها ركزت على مجموعة أصناف من المخدرات، و ١٠% ركزت على استخدام المخدرات المنشطة amphetamines/ecstasy، وبقية الدراسات الكمية (٥٠%) أجريت على استخدام المخدرات بشكل عام. وتحليل العلاقة الترابطية بين متغيرات الدراسات الكمية، وجدت أن هناك ٣١٧ علاقة بين عوامل هذه الدراسة. وتوصل الباحثون إلى تحديد دقيق لحجم خطورة العوامل التي تقود إلى تعاطي المخدرات لدى الأفراد، وذلك وفق نسبة الخطورة الموضحة في الجدول التالي:

نسبة الخطورة	فئة العوامل الخطرة	م
٢٧%	عوامل شخصية: العوامل البيولوجية والنفسية.	١
٢٤%	عوامل سلوكية: سمات الشخصية (السلوك والاتجاهات).	٢
٣٣%	العلاقات الشخصية للفرد.	٣
١٦%	المجال الخارجي (البيئة والاقتصاد).	٤

١/٢ - العوامل الشخصية : العوامل البيولوجية والنفسية :

على مستوى العوامل العائدة لخصائص الشخص التي يصعب تغييرها وتسهم في تعاطي المخدرات، كشفت نتائج المراجعة العلمية للدراسات السابقة مجموعة من النتائج التي من أهمها أن الذكور الأكبر عمراً ارتبطوا بمعدلات أعلى من تعاطي المخدرات. كما أن انخفاض تقدير الذات والبحث عن المتعة عوامل ترتبط بالمعدلات العليا لاستخدام المخدرات. ومن خلال تحليل نتائج الدراسات السابقة، وجدت الدراسة أن الشواهد على كون الاكتئاب والقلق وأحداث الحياة ذات علاقة بتعاطي المخدرات تمثل شواهد متناقضة بين الدراسات. في حين أن هناك مجموعة كبيرة من الأدلة التي تربط بين الصحة العقلية، وبين استخدام المخدرات. وهناك دلائل قليلة أثبتتها بعض الدراسات، تربط بين عدم القدرة على التعلم وبين تعاطي المخدرات. وهناك أدلة محدودة للغاية تشير إلى بعض العوامل المسؤولة عن الاستمرار في تعاطي الحشيش يمكن أن تكون عائدة للعوامل الوراثية. ولا يوجد أي دليل من الاستعراض على أساس العرق فيما يتعلق بتعاطي المخدرات في المملكة المتحدة. ولا يوجد أي دليل على أن عامل العرق يلعب دوراً في تعاطي المخدرات.

٢/٢ - العوامل السلوكية : سمات الشخصية (السلوك والاتجاه) :

هناك علاقة قوية جداً كشفت عنها مجموعة الدراسات موضع مقام التحليل بين سلوك الطالب المدرسي وبين تعاطي المخدرات. كما أظهرت الدراسات علاقة عالية بين التدوق المبكر للمخدرات والاستخدام المتأخر لها، وكذلك ما يحدثه التعاطي من مشكلات للفرد. كما أن هناك شواهد على أن نوع المادة التي يتم تعاطيها كتجربة أولى يقود إلى تعاطي النوع نفسه من المواد المخدرة والإدمان عليها. كما ترتبط الاتجاهات المتساهلة بتعاطي المخدرات

بمستويات عليا لاستخدام المخدرات. وتبين أن مستوى ممارسة النشاطات الدينية والرياضية له علاقة بالحماية من تعاطي المخدرات. وبشكل عام كلما زادت مستويات الخطورة في السلوك والاتجاه زاد مستوى تعاطي المخدرات، وكلما قلت مستويات السلوك الخطر قلت مستويات التعاطي.

٣/٢ - العلاقات الشخصية للفرد:

اتضح من تحليل الدراسات السابقة أن بعض الجوانب من بنية الأسرة ترتبط بتعاطي المخدرات (مثل: الأشقاء من المرحلة العمرية نفسها وانفصال الوالدين والآباء الصغار). فهناك مجموعة كبيرة من الأدلة التي تربط بين اختلال التفاعل الأسري وتعاطي المخدرات في الأسرة وبين تعاطي المخدرات لدى الفرد. وهناك أيضاً أدلة كثيرة تربط بين تعاطي المخدرات وبين وجود أقران يتعاطون المخدرات.

٤/٢ - المجال الخارجي (البيئة والاقتصاد):

هناك شواهد محدودة أظهرتها الدراسات السابقة عن العلاقة بين المكانة الاجتماعية والاقتصادية وبين تعاطي المخدرات. وهناك شواهد معتبرة تربط بين وضع المدرسة وبين تعاطي المخدرات. وأكدت معظم الدراسات أن تعاطي المخدرات المتاح بمستوى عالٍ في الحي وعلى مقربة من صغار الشباب له علاقة قوية بالمستوى العالي لتعاطي المخدرات. ولم تكن هناك علاقة واضحة تربط بين المستوى الصحي للبيئة التي يعيش فيها الفرد والمستوى التعليمي وبين مستويات تعاطي المخدرات.

٥/٢ - العوامل الأكثر تعلقاً بتعاطي المخدرات:

من الشواهد الأكثر تعلقاً بتعاطي المخدرات علاقة طبيعة التفاعل الأسري بتعاطي المخدرات، إذ إن العناصر الأساسية لتفاعل الأسرة من أجل حماية الأبناء من تعاطي المخدرات، تتمثل بانضباط الأبوين والتماسك الأسري ومراقبة الوالدين للأبناء. وتفيد غالبية الدراسات المتخصصة في سلوكيات الوالدين موضع مقام التحليل، أن تعديل أسلوب مراقبة الوالدين للأبناء قد يكون فاعلاً في الحد من تعاطي المخدرات لدى المراهقين. فلقد أثبتت الدراسات أن بعض مظاهر البناء الأسري ترتبط بتعاطي

المخدرات في سن المراهقة. وهناك أيضًا أدلة قوية تربط بين استخدام الرفاق المخدرات ووجود مخدرات متاحة وبين تعاطي المخدرات في سن المراهقة.

هذه العوامل المتمثلة في اختلال الرقابة الأسرية خلال مرحلة المراهقة، ووجود رفاق يتعاطون المخدرات، والعيش في بيئة يتوفر بها تعاطي للمخدرات، ربما تفسر ما أكدته الدراسات من نتائج تظهر ارتباط سن المراهقة بتعاطي المخدرات، وعلاقة جميعها بالمتغيرات السابقة.

٦/٢ - النتائج العامة والأساسية:

وبقراءة تفاعل عوامل الخطورة حسبما أشارت إليه الدراسات محل التحليل: الكمية منها والنوعية، وجدت النتائج الرئيسية التالية:

- ١- ليس هناك عامل وحيد مسؤول بشكل مباشر عن وقوع الفرد في تعاطي المخدرات، ولكن توفر وتضافر مجموعة من العوامل في ظل غياب عوامل حماية معينة تهيئ الفرد لتعاطي المخدرات، وتجعله قابلاً للتعاطي.
- ٢- يعد ارتفاع معدل وعي الأفراد بخطر تعاطي المخدرات وحقيقة ما تحدثه من خطر على صحة العقل من أهم العوامل التي تقي الفرد من الوقوع في تعاطي المخدرات؛ لكون هذا الوعي يشكل الاتجاهات المانعة للفرد من الوقوع في مجموعة السلوكيات التي تهدد صحته.
- ٣- المنازل التي يوجد بها آباء يمارسون ضغطاً على أبنائهم في الغالب هي منازل تخرج منها فئات من المراهقين يتعاطون المخدرات.
- ٤- وعي الوالدين بأصول التربية المتوازنة التي تراعي الاحترام ووعي الطفل وتربيته تربية متوازنة مع متغيرات العصر يقلل فيها تعاطي المراهقين المخدرات.
- ٥- الآباء الذين يتعاطون مخدرات أو تميل اتجاهاتهم للمخدرات، أو يبيعون المخدرات، يشكلون خطراً على أطفالهم، وعلى اتجاهات المراهق نحو تعاطي المخدرات.

- ٦- المرحلة العمرية الخطرة لتعاطي المخدرات تتراوح ما بين ١٣ إلى ١٨ عامًا. وهو ما يوجب ضرورة توجيه الانتباه والرعاية والتثقيف لهذه الفئة بخطر تعاطي المخدرات.
- ٧- صغار الشباب والمراهقون الذين يتذوقون طعم المخدرات في مراحل مبكرة من عمرهم معرضون لتعاطي المخدرات فيما بعد بشكل مكثف وخطير على صحتهم.
- ٨- المراهقون يذكرون أنه لا يوجد شيء يمنعهم أو يوقفهم عن تعاطي المخدرات إذا جربوها، وأنهم لن يستمعوا لأية نصيحة من أي أحد في بدايات التعاطي والانتظام عليه.
- ٩- المراهقون متعاطو المخدرات لا يرغبون في تدخل أحد لإنقاذهم من تعاطي المخدرات، فهم يستمتعون ولا يرغبون في تدخل الآخرين ولا يرون أن تعاطي المخدرات مشكلة بقدر ما يرون أن تدخل والديهم ومن حولهم في سلوك التعاطي الذي يتصفون به هو مشكلة تزعجهم للغاية. وهذا ما جعل الكثير من دول العالم تتبع سياسات التعليم المبكر للأطفال بخطر المخدرات، وتعليمهم أساليب قبول المساعدة في حال وقوعهم في مخاطر تعاطي المخدرات. وهي سياسات باتت تفرضها أجهزة مكافحة المخدرات على المدارس؛ لتوفير تعليم مبكر للأطفال، يعلمهم كيفية تجنب تجربة المخدرات. وكل الدراسات محط التقويم في هذه الدراسة تشير إلى أن العامل الحاسم في الانتظام على تعاطي المخدرات يمكن في مرحلة تجريب المخدر.
- ١٠- عوامل الحماية لها دور فاعل في التعافي من تعاطي المخدرات. ويعدّ توفير عوامل الحماية لمتعاطي المخدرات من أهم الأسس التي ينبغي توفيرها لمن يعالجون من تعاطي المخدرات. وتشير هذه الدراسات إلى أن بقاء عوامل الخطورة محيطة بالفرد سيؤثر بشكل خطير في مرحلة تعافي الفرد من تعاطي المخدرات.

ثانياً - نتائج المسوح العالمية عن تعاطي الطلبة المؤثرات العقلية:

١- المسح الأسترالي لتعاطي طلبة المرحلة المتوسطة التبغ والكحول والمخدرات:^{٥٢}

المسح يستهدف توفير معلومات عن تعاطي الطلبة التدخين، والكحول، والمخدرات، وتعاطي المخدرات الطبية بدون وصفة طبيب، وذلك في صفوف الطلبة في كل أنحاء أستراليا ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٧ عامًا. كما أنه يقيس الاتجاهات العامة للطلبة نحو المؤثرات العقلية. وتتم الاستفادة من نتائج المسح من قبل صانعي القرار، لفهم حدة انتشار المشكلة، ورسم الخطط المناسبة؛ لمواجهة وحماية طلاب المدارس الأسترالية.

تُجري أستراليا على مستوى المرحلة المتوسطة مسوحًا دورية منذ عام ١٩٨٤ م تحت عنوان: استخدام طلبة المرحلة المتوسطة التبغ، والكحول، والمخدرات، والمؤثرات العقلية. المسح الدوري التاسع الذي أُجري في عام ٢٠٠٨^{٥٣}، حيث شارك فيه قرابة ٢٤٠٠٠ طالب وطالبة من طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة للفئة العمرية التي تتراوح ما بين ١٢ إلى ١٧ عامًا، حيث سئل الطلبة عن كيفية قضاء وقت فراغهم، وعن مدى استخدامهم التبغ والكحول والمستنشقات والمخدرات والأدوية الطبية ذات التأثير العقلي، وما يرتبط بتعاطيها من ممارسات.

أظهر المسح العديد من النتائج التي من أهمها أن هناك حوالي ١٠% ممن تبلغ أعمارهم ١٢ عامًا من الطلبة في أستراليا جربوا التدخين في حين أن النسبة تزيد إلى ٤٦% لدى من تبلغ أعمارهم ١٧ عامًا. كما بين المسح أن هناك ٨ من بين كل ١٠ طلاب قد جربوا الكحول على مدار حياتهم. وهناك ٦١% منهم تعاطوا الكحول خلال ١٢ شهرًا الماضية وفق مخرجات مسح ٢٠٠٨ م، وبلغت نسبة من قاموا بتعاطي الكحول خلال ٧ أيام السابقة لتطبيق المسح ٢٣% من مجموع العينة الطلابية المستجيبة

⁵² <http://www.dao.health.wa.gov.au/Informationandresources/Researchandstatistics/Statistics/AustralianSchoolStudentsAlcoholandDrugSurvey.aspx>

⁵³ Tobacco, alcohol, over-the-counter and illicit substance use among Australian secondary school students 2008

للبحث. ووجد المسح أن النسبة العامة لتعاطي الكحول للفئة العمرية للطلبة (١٢ إلى ١٧ عامًا) قد انخفضت عمًا كانت عليه خلال عامي ٢٠٠٢م و٢٠٠٥م.

تواجه أستراليا ظاهرة تتمثل في انتشار تعاطي المسكنات، حيث بين المسح أن هناك ٩٠% ممن تبلغ أعمارهم ١٢ عامًا قد تناولوها خلال مشوار حياتهم. ووجد المسح أيضاً أن هناك ٥٠% من مجموع المستجيبين قد تناولوا هذه المسكنات خلال الأربعة أسابيع السابقة لتطبيق المسح، في حين تناولها ٤١% خلال الأسبوع الأخير السابق لبدء تطبيق المسح. وكانت الأعدار المستخدمة لدى الطلبة لتناولهم هذه المسكنات هو الصداع والصداع النصفي ونزلات البرد. ولم يكن هناك تغير واضح في مستوى هذه النسبة ما بين عامي ٢٠٠٢م و٢٠٠٨م.

وعلى مستوى تعاطي المهدّئات وجد أن ما بين ٤% و٥% من الطلبة قاموا بتعاطي المهدّئات الطبية خلال الشهر الأخير السابق لتطبيق المسح. وعلى مستوى تعاطي الحشيش الذي هو أشهر نمط من أنماط تعاطي المخدرات غير الشرعية في أستراليا، أشار ١٤% من الطلبة إلى أنهم تعاطوا الحشيش خلال حياتهم ولو لمرة واحدة. بحيث تتدرج نسبة التعاطي من ٣% للعمر ١٢ عامًا، وتبلغ ٢٦% لدى بالغي ١٧ عامًا. وبلغت نسبة التعاطي ٦% بين مجموع الطلبة خلال الشهر الأخير السابق لتطبيق المسح. وأشار المسح إلى وجود انخفاض دال في نسبة التعاطي لعام ٢٠٠٨م عمًا كانت عليه في عامي ٢٠٠٢م و٢٠٠٥م. كما كشف المسح عن أن تعاطي المستنشقات تزيد نسبته بين صغار السن (١١%) من المبحوثين أكثر من الذين يكبرونهم عمراً بنسبة بلغت (٤%)، وهذا لمن قاموا بتعاطيه خلال الشهر الأخير من تطبيق المسح. وقد بين المسح أيضاً انخفاضاً ملحوظاً في نسبة تعاطي المستنشقات عمًا كانت عليه في عامي ٢٠٠٥م و٢٠٠٢م. كما أشار ٧% ممن بلغت أعمارهم ١٧ عامًا أنهم جربوا تعاطي الإيفيتامين المُنثَبط، في حين ذكر ٢% ممن بلغت أعمارهم ١٥ عامًا فأكثر أنهم جربوها خلال الشهر الأخير السابق على تطبيق المسح.

٢ - خلاصة مسح كندا عن تعاطي الطلبة الكحول والمخدرات: ٥٤

تمتلك كندا مركز مسح متخصصاً؛ لقياس مدى انتشار التعاطي بين الطلبة في كندا، ويسمى مركز مسح استخدام الطلبة المخدرات the Student Drug Use Surveys (SDUS). ومؤخراً خلال عام ٢٠١١م قام هذا المركز بالتعاون مع المركز الكندي للمؤثرات العقلية (CCSA) Canadian Centre on Substance Abuse بوضع تقرير عام يلخص تطورات التعاطي في صفوف الطلبة في مدارس كندا وذلك من خلال إعادة تحليل البيانات المتوفرة عن الموضوع منذ عام ٢٠٠٧م بالاعتماد على مراجعة جميع المسوح التسعة^{٥٥} التي تُجرى في كندا بانتظام، وتمت حتى تاريخ صدور التقرير في عام ٢٠١١م.

وجد التقرير أن طلاب المدارس ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ عاماً إلى ١٨ عاماً قاموا بالتعاطي خلال السنة الماضية ولو لمرة واحدة فقط بنسب متفاوتة حيث قامت بتعاطي الكحول نسبة تصل إلى ٤٦% لدى من تبلغ أعمارهم ١٢ عاماً، وتصل إلى ٦٢% لدى من تبلغ أعمارهم ١٨ عاماً. وبلغت نسبة تعاطي الحشيش ١٧% لدى من تبلغ أعمارهم ١٢ عاماً، وتصل إلى ٣٢% لدى من تبلغ أعمارهم ١٨ عاماً. وأشار ما بين ١٩% لعمر ١٢ عاماً، وبلغت النسبة ٣٠% لعمر ١٨ عاماً، إلا أنهم قاموا بشرب الكحول خلال الشهر السابق لاستجابتهم للمسح. وأشار قرابة ١٦% ممن يدرسون في الصف ١٢ إلى أنهم قاموا بالقيادة خلال السنة الماضية وهم تحت تأثير المُسكِرَات، كما ذكر ٣٠% أنهم كانوا ركاباً بصحبة سائق ثمل. ومن أشاروا إلى أنهم يتعاطون الحشيش بشكل يومي بلغت نسبتهم ٣% من مجموع الطلبة. ووجد أن هناك تعاطياً للإكستاسي بلغت نسبته ٥,٥%، وكذلك للمهلوسات بنسبة بلغت ٣%، وذلك في أوقات فراغ الطلبة. ونظراً لتعاطي الكحول بين طلبة المرحلة المتوسطة، وخاصة طلبة الصف

⁵⁴ Student Alcohol and Drug Use, Student Drug Use Surveys (SDUS) Working Group and Canadian Centre on Substance Abuse 2011, ISBN 978-1-926705-71-2.

^{٥٥} هذه المسوح تعرف بالأسماء التالية في كندا:

the BC Adolescent Health Survey; the Alberta Youth Experience Survey; the Manitoba Student Alcohol and Drug Use Survey; the Ontario Student Drug Use and Health Survey; the Québec Survey on Tobacco, Drug Use and Gambling in High School Students; and the Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces.

السابع وهو ما يعادل الصف الأول المتوسط وذلك بنسبة بلغت ١٨%، فقد أشار التقرير إلى وجود ضعف عام في سياسات وقاية هذه الفئة من خطر التعاطي.

٣. تعاطي المؤثرات العقلية منذ عام ١٩٩٥م إلى عام ٢٠١١م بين الطلبة في ٣٦ دولة أوروبية:^{٥٦} مؤخراً تم إعداد تقرير عن تعاطي المؤثرات العقلية بين الطلبة ممن تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ١٦ عامًا في ٣٦ دولة أوروبية^{٥٧}، حيث تعاون في إخراج هذا التقرير العديد من المؤسسات الأوروبية المعنية بمسح ودراسة التعاطي والإدمان. والتقرير الصادر في عام ٢٠١١م استمد بياناته من البيانات المتوفرة عبر خمس موجات من نتائج مشروع المسح الدوري للمدارس الأوروبية عن تعاطي الكحول والمؤثرات العقلية الأخرى (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). وهي بيانات مجموعة مكونة من ١٠٠,٠٠٠ طالب وطالبة في الفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم فيها ما بين ١٥ إلى ١٦ عامًا. فسنويًا هناك ٥٠٠,٠٠٠ طالب أوروبي يستجيبون لاستبيان المسح الدوري عن التعاطي (ESPAD). ويعدّ هذا التقرير الثاني من حيث الترتيب.

على مستوى تدخين السجائر وجد أن مسح ٢٠١١م كشف عن تجربة ٥٤% من طلاب أوروبا التدخين ولو لمرة واحدة على الأقل. ومنهم حاليًا ٢% يدخنون علبة من الدخان يوميًا. وأشار التقرير إلى أن هناك انخفاضًا بمتوسط ٧ درجات في المئة بين نسبة التدخين المكتشفة لعام ١٩٩٩ في الدول المشاركة بالمسح. ولكن النسبة بين مسح لعامي ٢٠٠٥م و٢٠١١م لم يلحظ بينهما فرق واضح.

⁵⁶ The 2011 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 36 European Countries, The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2012.

⁵⁷ Albania, Belgium (Flanders), Bosnia and Herzegovina (Republic of Srpska), Bulgaria, Croatia, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Estonia, the Faroe Islands, Finland, France, Germany (five Bundesländer), Greece, Hungary, Iceland, Ireland, the Isle of Man, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Malta, Moldova, Monaco, Montenegro, Norway, Poland, Portugal, Romania, the Russian Federation (Moscow), Serbia, Slovakia, Slovenia, Sweden, Ukraine and the United Kingdom

أشار ٧٠% من الطلاب إلى أنهم تعاطوا الكحول ولو لمرة واحدة على الأقل خلال حياتهم، وبلغ المتوسط ٨٧% خلال مسح عام ٢٠١١م. وبلغت نسبة التعاطي خلال ٣٠ يومًا السابقة على استجابتهم للمسح ٥٧%. وكان الاختلاف بين مسوح الأعوام الآتية: ٢٠٠٣م و٢٠٠٧م و٢٠١١م اختلافًا قليلاً. ولكن هناك اختلافًا هائلًا بين هذه النسب من بين الطلبة حسب البلدان، فمثلاً: تعاطي الكحول خلال الثلاثين يومًا الأخيرة كانت نسبته ٧٥% بين الطلبة في جمهورية التشيك والدنمارك، في حين أنها لم تتجاوز ١٧% في أيسلاند، و٣٢% في ألبانيا. ولم يكن هناك نمط جغرافي واضح يميز بين موجات التعاطي في القارة الأوروبية.

أشار ٢٩% من طلاب الـ ٣٦ دولة إلى أن الحصول على الحشيش أمر يسير، وهناك تباين في مسألة توفر هذا الحشيش بين الدول. فتوفره في جمهورية التشيك بلغ ٥٩%، وتدني في دول أخرى إلى ٦%، مثل: المالديف. ولم يجد التقرير أن توفر حبوب الإيفيتامين المنشط والإكستاسي عالٍ كالحشيش. بينما في مسح عام ١٩٩٥م أشار ١١% من الطلاب أنهم استخدموا إحدى المواد المخدرة على الأقل ولو لمرة واحدة طوال حياتهم، وارتفعت هذه النسبة في مسح عام ٢٠١١م إلى ١٨%، وهي زيادة دالة تدعو لمعرفة العوامل التي أدت إلى زيادتها، حيث أقر في مسح عام ٢٠١١م حوالي ١% من الشباب و١٥% من الفتيات من طلاب وطالبات الدول المشمولة بالمسح بتعاطي الفئتين المخدرات ولو لمرة واحدة طوال حياتهم. وهذا التعاطي متباين حسب الدول، فمثلاً: بلغ المتوسط العام بين الطلبة الفرنسيين ٤٣%، ولدى الطلبة في موناكو ٣٩%. في حين لم تتجاوز النسبة ٦% بين الطلبة في البوسنة والهرسك والنرويج. والغالبية العظمى من الطلبة الذين جربوا هذه المخدرات استخدموا الحشيش، حيث أشار إلى استخدامه ١٧% في مسح عام ٢٠١١م. ووجد التقرير أن الطلبة الذين استخدموا الحشيش خلال ١٢ شهرًا الأخيرة بلغت نسبتهم ١٣% من بين جميع الطلبة بنسبة ١٥% للذكور و ١١% للإناث. في حين بلغت نسبة تعاطيه خلال الـ ٣٠ يومًا الأخيرة ٨% بين الطلاب و ٥% بين الطالبات.

٤ - التعاطي لدى طلبة المرحلة المتوسطة في الولايات المتحدة الأمريكية منذ عام ١٩٧٥م وحتى ٢٠١٠م^{٥٨} : تُجرى في أمريكا العديد من المسوح على مستويات متعددة لمعرفة حجم انتشار تعاطي المؤثرات العقلية. ومن أهم المسوح المطبقة في أمريكا مسح السلوكيات الخطرة الذي يطبق على الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ إلى ٢٤ عامًا. كما أن هناك المسح السنوي الذي يقيس مستوى تعاطي الكحول والمخدرات ومستوى الصحة الذي تشرف عليه وزارة الصحة.

في أمريكا يصدر تقرير سنوي يُعنى برصد التطور الحادث في تعاطي طلبة المرحلة المتوسطة المؤثرات العقلية، ومقارنة هذا التطور عبر السنوات الممتدة منذ عام ١٩٧٥م وحتى تاريخ صدور التقرير. وهو تقرير مبني على نتائج المسوح السنوية التي تُجرى على البالغين والمراهقين. وفي هذا المقام سيتم تلخيص أهم النتائج التي وردت في تقرير عام ٢٠١٠م.

ذكر التقرير أن هناك تزايدًا في معدل تعاطي طلبة المرحلة المتوسطة المخدرات مع بداية العقد ١٩٩٠م، وأن هناك علاقة بين هذا التعاطي وبين ما هو سائد في وسط الطلبة من اتجاهات ومعتقدات عن تعاطي المخدرات. وكان هذا التعاطي في حالة تزايد حتى عام ١٩٩٧م، حيث أشارت نتائج المسح لتلك السنة إلى انخفاض النسبة عمّا كانت عليه من تصاعد في وتيرتها، وخاصة بين طلاب الصف الثامن. ولكن الماريجوانا (الحشيش) استمر معدل تعاطيها في التزايد بين طلبة الصفين العاشر والثاني عشر. في حين حدث خلال الأعوام الآتية: ١٩٩٨م و ١٩٩٩م و ٢٠٠٠م استمرار في انخفاض تعاطي المخدرات لدى جميع المراحل. وحدث خلال عامي ٢٠٠٢م و ٢٠٠٣م في انخفاض معدل التعاطي لدى طلاب الصفين الثامن والعاشر بشكل ملحوظ ودال إحصائيًا عمّا كان عليه في السنوات السابقة. وبحلول سنة ٢٠٠٣م لوحظ انخفاض واضح في التعاطي بين طلاب الصف الثاني عشر.

⁵⁸ Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2009. Volume I Secondary School Students. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health and National Institute on Drug Abuse, NIH Publication No. 10-7584. http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-vol1_2010.pdf

في عام ٢٠٠٨ م ارتفع معدل تعاطي المؤثرات العقلية بين طلاب الصفين الثامن والثاني عشر، وتبعه ارتفاع ملحوظ في عام ٢٠٠٩ م لدى طلاب الصفين الثامن والعاشر. وفي عام ٢٠١٠ م ارتفع معدل التعاطي بين جميع طلبة الصفوف، وكان دالاً إحصائياً لدى طلبة الصف الثامن.

وتمثل أشهر الأنماط شيوعاً للتعاطي بتعاطي الماريجوانا، حيث يعدّ النمط السائد والأكثر شهرة للتعاطي بين طلاب المرحلة المتوسطة في الولايات المتحدة الأمريكية منذ بداية التسعينات. وكان من النادر تعاطي LSD خلال عقدي الستينيات والسبعينيات الميلادية إلا أن تعاطيه بات يتزايد في صفوف المرحلة المتوسطة منذ بداية التسعينيات الميلادية.

تعاطي الإكستاسي كان نادر الحدوث بشكل عام، ولكنه قفز عموماً ما بين عامي ١٩٩٤ م و١٩٩٥ م، وقفز بشكل خاص بين صغار المراهقين من ٠,٧% في عام ١٩٩٤ م إلى ١,٦% في عام ١٩٩٥ م. وقفز في عام ١٩٩٦ م لدى طلاب المرحلة المتوسطة إلى ٤,٦%، وهي نسبة أعلى حتى من نسبة تعاطيه لدى طلاب الكليات، وسجل معدل تعاطيه تزايداً بين الطلاب خلال عام ٢٠١٠ م.

كما يعدّ تعاطي الإمفيتامينات المنشطة من أنماط التعاطي الشهيرة بين طلبة المرحلة المتوسطة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث قفز تعاطيها بمقدار النصف بين طلاب هذه المرحلة خلال الفترة المتراوحة ما بين ١٩٩٠ م و١٩٩٦ م. واستمر شيوع تعاطيها بل صار في تزايد.

إلى جانب الأنماط السابقة هناك الميثامفيتامين، والكريستال ميثامفيتامين، والكراك كوكايين، والمستنشقات، فضلاً عن الهيروين، وتدخين السجائر، وتعاطي الكحول.

الفصل الثالث:

السياسات والتجارب الدولية في مجال الوقاية
والحماية من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

أولاً - سياسات الوقاية حول العالم

تبذل كل دول العالم جهوداً مضاعفة متعددة على كافة المستويات لمواجهة ظاهرة المخدرات وتعاطي المؤثرات العقلية. حيث أصبحت ظاهرة المخدرات من المشاكل العالمية التي يتشارك المجتمع الدولي الاتفاق والتعاون والتساند وتبادل المعلومات^{٥٩}، كإستراتيجية عالمية ناتجة عن حقبة عالمية من التطور في الاتفاق العالمي لمواجهة عدو الإنسانية المشترك المائل في المخدرات، وذلك للحد من استفحالها العالمي المهدد لاستقرار البشري. وهو ما يجعل مكتب مكافحة المخدرات التابع للأمم المتحدة يعمل بشكل دائم على إصدار تقرير سنوي عن ظاهرة المخدرات حول العالم، مبني على تلك الإحصاءات التي تزود بها دول العالم المكتب. وبات التقرير يرسم إستراتيجيات ومنهجيات عمل دولية ملزمة في غالبية أحوالها للدول من حيث التطبيق. وجميع مجتمعات العالم حالياً تهتم بحضور ما يعقد من مؤتمرات دولية سنوية. يعقدها مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات، ويتباحث عبرها مع الدول الأعضاء الموقعة على (الاتفاقية الوحيدة للمخدرات ١٩٦١م)^{٦٠}، سياسات الدول ومشاكلها والتحديات التي تواجهها والنتائج المتحققة لها وما قامت به من تطبيقات لتوصيات وقرارات الدول الأعضاء، ولتشجيع الدول وتشجيع عملية التعاون الدولي لأخذ كافة التدابير التي من شأنها منع انتشار ظاهرة المخدرات^{٦١}.

ومن خلال استعراض مجموعة من النماذج العالمية الأشهر في مجال الوقاية من خطر تعاطي المؤثرات العقلية، يتضح نوعية العمل الوقائي الإستراتيجي وما يشتمل عليه من سياسات وبرامج نوعية تعزز عملية الوقاية من خطر التعاطي.

^{٥٩} انظر: الأمم المتحدة، اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية ١٩٨٨، http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1988_ar.pdf

^{٦٠} انظر: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١، بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢، المعدل للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١، الأمم المتحدة. http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_ar.pdf

^{٦١} See: The Commission on Narcotic Drugs: <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/index.html>

١- السياسة البريطانية لمواجهة ظاهرة المخدرات:

مشكلة تعاطي المخدرات في بريطانيا مشكلة تحتل أعلى مستوى لها مقارنة مع بقية الدول الأوروبية^{٦٢}. حيث زادت المشكلات خلال الربع الأخير من القرن العشرين. إذ تصاعد عدد مستخدمي الهيروين من ٥٠٠٠ شخص في عام ١٩٧٥ بلغ قرابة ٢٨١٠٠٠ شخص في إنجلترا حالياً وقرابة ٥٠٠٠٠ في أسكتلندا. حيث توفي في عام ٢٠٠٥ قرابة ١٦٤٤ شخصاً جراء تعاطي المخدرات. وبالتالي فبريطانيا تعتبر ثاني دولة من حيث الوفيات بالمخدرات على مستوى دول أوروبا. مما يستعدي النهوض الاجتماعي بوعي كافة فئات المجتمع واستئثار وعي كل فئات المجتمع.

التراث العلمي على المستوى العالمي وعلى مستوى تقييم برامج التثقيف والتعليم الموجهة للطلبة، يظهر كما يظهر في بريطانيا أن برامج التثقيف والتوعية والتعليم الموجهة لخطر التعاطي، ليست فاعلة كما ينبغي، ما لم تقدم هذه البرامج بشكل فاعل ومخطط له لحماية الشباب مستقبلاً من خطر التعاطي. مما يملئ على الخطة القادمة أن تطور من سياسات الحماية عبر الحي وعبر جماعة الأقران، وتفعل بشكل مثالي برامج الاحتواء المبكر. كما أن الجهود الأهلية وخاصة جهود الأسرة، لا تزال منخفضة نتيجة لقلة برامج تثقيف الوالدين بأساليب معاصرة لمراقبة واحتواء الأبناء. كما أن ما تعيشه بريطانيا من تشكل مستمر لما يعرف بثقافة الشباب الفرعية، يدعو لمزيد من تبصير الشباب بمخاطر بعض القيم الشبابية التي تجعل وتسوق لكون ظاهرة التعاطي مرحلة تجربة شبابية.

خطة بريطانيا الممتدة خلال العشر سنوات (١٩٩٨ وحتى ٢٠٠٧) والتي تم تجديدها بحلول عام ٢٠٠٨، استهدفت العديد من النطاقات لمحاصرة المشكلة تضمنت إجراء العديد من التغييرات على مستوى عدد من الأهداف التي تسعى الخطة لتحقيقها خلال هذه العشر سنوات، وتضمنت:

١- خفض الأذى المرتبط بتعاطي المخدرات، ويشمل الآثار الصحية وما يرتبط بالتعاطي من وقوع الضحايا. وصمم لذلك مقياس يقيس مستوى انخفاض

⁶² An Analysis of UK Drug Policy .
<http://www.ukdpc.org.uk/docs/UKDPC%20drug%20policy%20review.pdf>

هذه الآثار. إلى جانب زيادة عدد المتعافين الذين يدخلون مرحلة العلاج من خلال نظام دور الإصلاح والسجون من المحكوم عليهم في قضايا مختلفة ويعانون من مشكلة تعاطي المخدرات.

٢- خفض عدد المقبلين على تعاطي المخدرات الأكثر شيوعاً تعاطيها. من خلال التركيز على الشباب الأقل من ٢٥ سنة الأكثر قابلية للتعاطي. وتضمن هذا الهدف ضرورة العمل على توفير برامج الحماية والوقاية الملائمة ووفقاً لأساليب متطورة من الأداء.

٣- زيادة عدد الاستيعاب لمعالجة من يعانون من مشكلة تعاطي مخدرات، وزيادة قدرة البرامج العلاجية والعمل على تحسينها. فوضعت برامج للاحتواء المبكر موجهة للجماعات الصغيرة الخطرة وصغار المنحرفين، لاحتوائهم عن الوقوع في مخاطر الجريمة وتعاطي المخدرات.

٤- تحسين برامج التعليم والتثقيف وزيادة تركيزها على نوعيات مثل الحشيش والهيروين وحبوب الهلوسة. ولذا عملت الحكومة البريطانية على إدراج مواد تعليمية تحذر عن مخاطر تعاطي الحشيش والمخدرات عامة في الفصول الدراسية بشكل نظامي.

٢- سياسات أمريكا لمواجهة ظاهرة المخدرات:

ينظر مكتب سياسات مكافحة المخدرات في أمريكا لظاهرة المخدرات بصفتها خطراً كبيراً يهدد المجتمع الأمريكي. ولذا تركز السياسات الأمريكية على مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات من خلال، سياسات الوقاية وسياسات العلاج وسياسات التأهيل. وتنظر أمريكا لسياسات الوقاية أنها إنفاق فاعل وشعور عام وأداء مثالي يسعى إلى تحقيق أمن وصحة المجتمعات المحلية. وترجمة هذا الهدف إلى أداء فعال يواجه تحديات مختلفة. مما جعل سياسات الوقاية في أمريكا تصمم برامج تسعى لتحقيق مجتمعات خالية من المخدرات. فتم تصميم الإطار العام الملائم لكل ولاية كإستراتيجية وقاية خاصة بكل ولاية. وتم تأسيس جمعية الإعلام الشبابية لمكافحة تعاطي المخدرات، وأصبحت نموذجاً يحتذى به ومصدراً للمعلومات لكثير من المؤسسات. كما تم إنشاء

المؤسسة القومية الأمريكية لأبحاث تعاطي المخدرات التي باتت مرجعاً عالمياً في مجال أبحاث الوقاية وبرامجها وفي مجال أبحاث الإدمان وبرامج العلاج.

بات يجري في أمريكا مسح سنوية منذ قرابة ٣٥ سنة. تراقب تطور ظاهرة المخدرات. فهناك المسح المدرسي السنوي الذي يقيس السلوكيات الخطرة بين الطلاب. وهناك مسح التعاطي والسلوكيات الضارة بالصحة الذي يطبق على العسكريين. وهناك مسح تطبق على المودعين في دور الإصلاح. وفي ضوء هذه المسوح تسعى السياسات السنوية الأمريكية لتصميم برامج الوقاية الفاعلة على مستوى المدارس وبيئات العمل وعبر وسائل الإعلام. فمثلاً ركزت السياسات الأمريكية خلال الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٩ على الوقاية من خطر التعاطي في سن مبكرة للكحول وللحشيش. وعملت على تصميم برامج لحماية الصغار الأقل من ١٨ سنة من خطر تعاطي الحشيش. فدلّت نتائج المسوح على مدار هذه الفترة على انخفاض الإقبال على تعاطي الحشيش في هذه الفئة العمرية.

كما أن فترة السبع السنوات الأخيرة (٢٠٠٥-٢٠١١)، باتت فيها سياسات الوقاية تركز على استعمال وسائل الاتصال الحديث وخاصة المواقع التفاعلية في الإنترنت لمواجهة الثقافة الفرعية للشباب المعززة بقيم التعاطي. ومن خلال تصميم المواقع المتخصصة في لقطات الفيديو، ومن خلال تصميم حملات تفاعلية موجهة للصغار في سن مبكرة من التعليم لتثقيف الصغار الذين لم تتجاوز أعمارهم ٨ سنوات بخطر التعاطي.

١/٢- البرامج الأمريكية لمواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات:

بات في أمريكا العديد من المؤسسات والمراكز والبرامج الفدرالية للوقاية من المخدرات، ومنها:

١- مراكز لتطبيقات التقنية الوقائية Centers for the Application of Prevention Technologies (CAPT)، ومهمة هذه المراكز هي تقديم البحوث المبنية على الدليل العلمي لمساعدة المهتمين والمتخصصين والولايات في تصميم برامج الوقاية والعلاج وتصميم السياسات.

- ٢- مركز تدريب القوة العاملة في مجال الوقاية Department of Labor's Working Partners، ومهمة هذه المراكز تأهيل شركاء العمل وبناء قوة العمل التي تسعى لجعل المجتمع خالياً من تعاطي المخدرات، من خلال تزويد المؤسسات المتخصصة المستثمرة والمجتمع المحلي بالوسائل والمعلومات والتأهيل الفاعل لتشخيص المشكلة وبناء البرامج الملائمة.
- ٣- برامج حماية بيئات العمل من المخدرات Division of Workplace Programs، وتتضمن برامج حماية بيئات العمل من التعاطي، سياسات واضحة وملزمة لمؤسسات العمل، لتعليم العاملين بخطر تعاطي المخدرات، ونتائج التعاطي على الإنتاجية وعلى سلامة زملاء العمل. وتتضمن المراقبة لسلوك العاملين وتدريب المراقبين والمشرفين على كيفية قيامهم بمثل هذه المسؤوليات. فضلاً عن تقديم برامج المساعدة للعاملين الذين يواجهون مشكلات تعاطي تساعدهم في وقف التعاطي، فضلاً عن تضمن هذه السياسات برامج لعلاج المدمنين العاملين. كما تتضمن هذه السياسات برامج للكشف عن تعاطي العاملين وفق معايير ثبات محددة من مكتب مكافحة المخدرات.
- ٤- مكتب أمن ووقاية المدارس من تعاطي المخدرات، Office of Safe and Drug-Free Schools: وهذا يقدم برامج للحماية من العنف في المدارس ولحمايتها من العنف الذي يمكن أن يصيبها من حولها. ويقدم برامج قوية في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات والكحول والتبغ موجهة لطلاب المدارس، وتتضمن إشراك الوالدين في هذه البرامج. ويتم ربطها وتنسيقها مع بقية الجهود الموجودة في الولايات وعلى مستوى السلطات المحلية وبمؤسسات المجتمع المحلي.
- ٥- مؤسسة كشف تعاطي الطلاب للمخدرات Student Drug Testing Institute: وتهدف هذه المؤسسة لتقديم معلومات عن طبيعة التعاطي المنتشرة بين الطلاب من خلال قيامها باختبارات عشوائية للطلاب عبر برامج معتمدة. وهي هامة لتطوير برامج الكشف عن التعاطي. ولتصميم

برامج الوقاية الأخرى المبنية على نوعية التعاطي السائد بين الطلاب. ولكي تحث الطلاب على أن يصبحوا أكثر خلوًا من التعاطي.

٦- البرامج النموذجية لإدارة خدمات الصحة العقلية وإساءة استعمال
المؤثرات العقلية Substance Abuse and Mental Health Services
Administration (SAMHSA) Model Programs: وبات لها رابط إلكتروني
تفاعلي فاعل يسهل لجميع المؤسسات والناشطين استجلاب أفضل
النماذج والبرامج الفاعلة لمواجهة ظاهرة المخدرات على مستوى الوقاية
والعلاج. والهدف من هذه البرامج النموذجية المتاحة للجميع والتي تعتبر
مصدرا لنمذجة الأداء، هو أن تصبح البرامج المتخصصة في مجال الوقاية
وما تتضمنه من محتوى، برامج معيارية مبنية على أسس علمية
متخصصة.

٣- تجربة ورؤية كندا في مواجهة ظاهرة المخدرات:

تعود جذور إستراتيجية السياسات الكندية لمواجهة ظاهرة المخدرات لعام ١٩٠٨ المنبثقة من معاهدة عدم استخدام الأفيون في غير الأغراض الطبية. حتى باتت الآن في كندا سياسات متقدمة على مستوى الوقاية والعلاج وضبط إساءة استعمال المؤثرات العقلية، لمواجهة استعمال المخدرات غير الشرعية ولمواجهة استعمال المخدرات الطبية. وتشمل سياسات الوقاية في كندا سياسات فرعية موجهة للحشيش والكوكايين والهيروين والميثامفيتامين والإكستاسي والتبغ والكحول والمهلوسات والأدوية الموصوفة طبياً^{٦٣}.

وإستراتيجية كندا لمواجهة ظاهرة المخدرات (CDS) Canada's Drug Strategy، تعتمد على تنسيق جهود المؤسسات الحكومية المعنية بمواجهة الآثار (الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية) لتعاطي المخدرات على الفرد والعائلة والمجتمع. كما تشمل

⁶³ This document is the first in a series entitled *Substance Abuse Issues and Public Policy in Canada* by the same author. The others are: *II. Parliamentary Action (1987-2005)*, PRB 06-05E; *III. What, When, Who and Why?*, PRB 06-11E; *IV. Prevalence of Use and Its Consequences*, PRB 06-19E; and *V. Alcohol and Related Harms*, PRB 06-20E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 2006.

تنظيم الجهود الرسمية وغير الرسمية للمؤسسات الحكومية والجمعيات وتتلاقى وتتكامل مع التوجهات الدولية. ولذا فهي تراعي طبيعة المشكلة المحلية على مستوى كندا وتأخذ بمعايير واتفاقيات التوجه العالمي والاتفاقيات الدولية الثنائية والجماعية، على مختلف المستويات وعلى مستوى الوقاية خاصة.

خصّصت كندا في عام ١٩٧٨ م ٢١٠ مليون دولار لإستراتيجية تمتد لخمس سنوات، وسميت الإستراتيجية الوطنية لمواجهة المخدرات *the National Drug Strategy*، لإزالة العوامل التي تتسبب في حدوث مشكلة التعاطي في كندا. وكانت تنطلق تلك الإستراتيجية من منظور التوازن الاجتماعي الذي يؤمن بان هناك خللاً في عمليات الأداء الاجتماعي يؤدي إلى بروز مشكلة ظاهرة المخدرات. وكانت تستهدف كلاً من جانبي العرض والطلب لمشكلة المخدرات. وكانت تركز على ست مناطق أساسية من أبرزها التثقيف التعليمي والوقاية، وتوفير المعلومات والأبحاث^{٦٤}.

وفي عام ١٩٩٨ ركزت الحكومة الفدرالية الكندية في الإستراتيجية الثالثة لكندا على أربعة مرتكزات أساسية. كان اولها مرتكز التثقيف التعليمي والوقاية. ونظراً لقلّة الإنفاق على محاور الإستراتيجية، فقد اعتبر البعض أن هذه الفترة هي فترة ذبول جهود كندا في مواجهة ظاهرة المخدرات^{٦٥}. وفي عام ٢٠٠٣ استثمرت كندا ٢٤٥ مليون دولار في مواجهة ظاهرة المخدرات على مدار الخمس سنوات القادمة. وتم تجديد الإستراتيجية الوطنية لكندا لمواجهة ظاهرة المخدرات. وبقي التركيز على مجال الوقاية من أهم المرتكزات^{٦٦}.

كندا تصدر تقريراً كل سنتين عن معدل تحقيقها لغايات إستراتيجية مواجهة ظاهرة المخدرات. ففي تقريرها لعام ٢٠٠٦، مثلاً ذكرت الحكومة الكندية السياسات التنفيذية التي انتهجتها خلال السنتين الماضيتين، والتي اشتملت على^{٦٧}:

⁶⁴ Government of Canada, *National Drug Strategy: Action on Drug Abuse*, 1988

⁶⁵ Office of the Auditor General of Canada, *2001 Report of the Auditor General of Canada*, Chapter 11, "Illicit Drugs – The Federal Government's Role," 2001

⁶⁶ - Health Canada, *Information: Canada's Drug Strategy*, May 2003

⁶⁷ Information on InSite, the supervised injection site, is available on the Vancouver Coastal Health's Web site.

- ١- السعي لخفض الأضرار الناجمة عن تعاطي المخدرات.
- ٢- السعي لخفض عدد صغار الشباب الذين يجربون المخدرات.
- ٣- السعي لخفض عدد الحوادث والأخطاء التي تحدث بسبب التعاطي وتؤدي إلى انتشار الأمراض المعدية.
- ٤- السعي لتشخيص الاتجاهات والأنماط الحديثة للاستخدام.

التثقيف والتعليم المرتبط بظاهرة تعاطي المؤثرات العقلية في كندا يعد من المسؤوليات الأساسية لحكومة المقاطعات والأقاليم. وتستهدف هذه العملية بشكل أساسي الفئات السكانية الأكثر عرضة لخطر التعاطي، من خلال توجيه برامج التثقيف والوقاية على مستوى الحكومة الفدرالية للمقاطعة أو الإقليم. وهناك عدد من المداخل التي تنتهج لتنفيذ التثقيف والوقاية على كل مستويات المؤسسات الحكومية⁶⁸. فهناك:

- البرامج المدرسية.
- البرامج الموجهة لفئات بعينها تحيط بها عوامل خطورة تدفعها للتعاطي، مثال برامج الأحياء.
- حملات التوعية الإعلامية.
- أنشطة متعددة دورية موجهة لجماعات الشباب (مثل، الأنشطة الترفيهية (recreational activities).
- برامج تعليم الوالدين ثقافة حماية النشء واحتوائهم.
- سياسات البيئة المدرسية الرسمية لمنع التعاطي والحيازة ومساعدة المبتدئين واحتوائهم.
- فضلا عن نهج التحذيرات الصحية.
- ونهج حماية الفرد والأسرة والمجتمع من ضرر المتعاطي وتصرفاته الضارة.

⁶⁸ Office of the Auditor General of Canada, 2001 Report of the Auditor General of Canada, Chapter 11, "Illicit Drugs – The Federal Government's Role," 2001

كما أوجدت كندا مجموعة من سياسات التنفيذ التي تشرك المجتمع المحلي وتستهدف شباب الشوارع والمشردين، ومرتا دي دور اللهو والنوادي الليلية، لكي تقدم لهذه المجموعات معلومات عن المراكز المتاحة لهم والتي تقدم لهم خدمات علاجية وخدمات تلبية الاحتياج⁶⁹.

٤- إستراتيجية أستراليا لمواجهة ظاهرة المخدرات:

منذ عام ١٩٨٥ وأستراليا تعتمد في مواجهة لظاهرة المخدرات وإساءة استعمال المؤثرات العقلية إستراتيجية تحظى بقوة الدعم السياسي للحكومة. ويشارك في تنفيذها العديد من قطاعات المجتمع الاسترالي الحكومية والفدرالية والقطاع الأهلي. وتهدف في غايتها الإجمالية إلى تحسين مستويات الصحة والمخرجات الاجتماعية والاقتصادية لأستراليا. من خلال سعيها لمنع وقوع أثار ضارة وخفض معدلات الضرر الحادث بسبب هذه المشكلة. وتتبع أستراليا خطة إستراتيجية خمسية لمواجهة ظاهرة المخدرات. فمثلا خطة أستراليا الأخيرة (٢٠١١ و ٢٠١٥ م)⁷⁰، تعتمد على ثلاثة محاور أساسية لخفض الطلب، وذلك من خلال:

- الحماية من الوقوع في التعاطي.
- خفض عدد المستخدمين في المجتمع.
- دعم الناس لتأهيلهم من التعاطي ولكي يندمجوا مرة أخرى في المجتمع.
- دعم الجهود الاجتماعية البديلة لشغل أوقات الناس والمفيدة في تقليص فرص عوامل الخطورة المرتبطة بمشكلة التعاطي.

وتقدر خسائر أستراليا بسبب تعاطي المخدرات بين سنتي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٥ بقرابة ١,٥٦ بليون دولار. بما فيها تكاليف الصحة والمجمعات العلاجية، والخسارة الاقتصادية الناجمة عن ضياع إنتاجية المتعاطي في بيئات العمل، والحوادث والجريمة. فتعاطي المخدرات ليست مشكلة ذات دلالة بضررها الصحي على المجتمع فقط، ولكنها أيضاً

⁶⁹ See, for example, the *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 174, Issue 1, 3 January 2006, which includes an article and a commentary on an innovative, shelter-based "managed alcohol program" which seeks to minimize personal harm and adverse social effects related to high rates of alcohol and drug use among homeless people.

⁷⁰ The National Drug Strategy 2010-2015 (PDF 173 KB).

ذات علاقة وثيقة بارتفاع معدلات الجريمة. وبالتالي فهي تتبع سياسات جداً متقاربة مع سياسات كندا.

٥ - سياسات ماليزيا لمواجهة ظاهرة المخدرات:

ماليزيا اعتمدت تاريخياً في تطوير سياسات معالجة ظاهرة المخدرات على اتخاذ إجراءات عقابية قاسية، بما في ذلك الاعتقال والسجن على نطاق واسع من المستخدمين، واستمرار استخدام عقوبة الإعدام على جرائم الاتجار. ولكن هذا الاتجاه تغير وبات يركز على التثقيف والصحة. فبخصوص سياسات ماليزيا التثقيفية بخطر التعاطي، أنشأت ماليزيا في عام ١٩٩٦م لجنة وطنية متخصصة معنية بمكافحة المخدرات تشرف عليها وزارة الداخلية الماليزية وسميت (The National Anti Drugs Agency) وتهدف هذه اللجنة إلى تنسيق الجهود والإشراف على تنفيذ الخطط والسياسات الوطنية في مجال مواجهة ظاهرة المخدرات. وهذه اللجنة تهتم بمتابعة:

- تنفيذ البرامج الوقائية.
- تنفيذ برامج العلاج والتأهيل.
- ترقية نظام لجمع البيانات وإجراء تقييم لفعالية جميع البرامج الوطنية لمكافحة المخدرات.
- تعزيز الجهود التعاونية الإقليمية والدولية لمكافحة مشكلة المخدرات.
- العمل بمثابة أمانة لجنة وزارية لمكافحة المخدرات والعمل مع اللجان الوطنية الأخرى ذات العلاقة وتشكيل اللجان المتخصصة لرسم السياسات والخطط والإشراف.

نموذج التثقيف الماليزي المعاصر المتعلق بظاهرة المخدرات، صمم لتثقيف الأفراد عن المشكلات والقضايا المرتبطة بتعاطي المخدرات. ويتم تقديم هذه البرامج على ثلاثة مستويات، المدرسة، الأسرة، المجتمع العام school, family and community-based. وهذا النموذج يستهدف التركيز على برامج من بينها التدريس ونشر المعلومات عن الإستراتيجيات الفعالة في مواجهة عوامل الخطر وديناميات الأسرة وتنمية المهارات الحياتية للتدريب على القيادة وتعزيز الثقة بالنفس.

كما ينطلق هذا النموذج التثقيفي من إيمان القائمين عليه بأهمية أن تكون جهود مواجهة ظاهرة المخدرات التثقيفية جهوداً متكاملة وثابتة، وموجهة لكل مستويات المجتمع ، الآباء والأمهات والأطفال والشباب والمعلمين والعمال والمجتمع ككل. كما أن أهم مبدأ يوجه هذا النموذج أيضاً، انطلاقة من فكرة أن المعالجة الفاعلة لمشكلة المخدرات في البلاد ، هي عمل مشترك ومنسق ومتعدد الجوانب، ويحتاج إلى أن ينطلق من مستوى وطني واسع، لتكون هذه المعالجة معتمدة من قبل الدولة والدوائر والوكالات الفدرالية والمنظمات غير الحكومية. ففي خريف ٢٠٠٨ تم تنفيذ برنامج تثقيفي واسع في ماليزيا، (برنامج لخفض الطلب، وبرامج تثقيف وقائية) واستهدفت سياسات هذا العمل إعطاء الجماهير المستهدفة معلومات، حيث استهدفت هذه البرامج منع وقوع أفراد المجتمع وخاصة الشباب فريسة للمخدرات، وانقسمت البرامج إلى:

- برامج الدعوة والإعلام.

- برامج تعبئة المجتمع.

برامج الدعوة والإعلام اشتملت على قيام:

- وحدة متنقلة للوقاية من خطر تعاطي المخدرات. وهي وحدة معارض وتثقيف مصممة وفق نتائج البحث العلمي، تعمل على زيارة الأماكن العامة ومقابلة الجمهور وفق سياسات تنظيم ملائمة لها أهداف محددة.
- حملات توعية واسعة: وتشمل وجود حملات إلكترونية عبر الإعلام الجديد، وتتضمن نشرات إلكترونية وأفلاماً، ومنشورات ورقية.
- حملة الأصدقاء والأقران لمنع تعاطي المخدرات، حيث يوجد بماليزيا جمعية للشبان تعني بأقرانهم وتعلم الأصدقاء والشباب مهارات حياتية في البيئات الحضرية والأرياف، مهارة القدرة على المشاركة ومهارة رفض التعاطي وبناء أفكار وسلوكيات تعاونية تساعد الشبان على حماية أنفسهم وأقرانهم من خطر التعاطي.

برامج التعبئة الجماهيرية:

حيث تستهدف هذه البرامج ، جماعات محددة مثل الآباء والمعلمين والقيادات الدينية وبعض القدوات الاجتماعية. وتعمل على تزويدهم بمفاهيم ومبادئ تستهدف تعليمهم معاني نمط الحياة الصحي الخالي من سلوكيات التعاطي، بهدف أن يعملوا على نقلها إلى الشباب والأبناء. فضلا عن توعيتهم بأفضل الممارسات التي تساعد في احتواء الشباب، مثل الأنشطة الرياضية وتعليم الأبناء مهارات العمل. وشارك في هذا البرنامج العديد من القيادة المجتمعية البارزة كالدعاة والمدراء والآباء ومن المشهورين والمعلمين والأستاذة الجامعيين وغيرهم. وتستهدف هذه البرامج :

- حشد التأييد الاجتماعي، من أجل تشكيل وعي عام يؤكد على اهتمام المجتمع بالمشكلة ويبين للناس خطرها ومناهضة كل فئات المجتمع لها.
- ليستشعر ويدرك الشباب وجميع الأبناء خطر التعاطي والمخدرات، من خلال ما يدركونه من رأي عام حاسم.
- ليستشعر كل المسؤولين عن الأبناء والشباب أهمية أدوارهم وما يمكن أن يفعلوه لحماية الشباب ومجتمعهم.

الفصل الرابع:

واقع مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات
العقلية في المجتمع السعودي.

أولاً- مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في المملكة العربية السعودية

أشار تقرير اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات الأول والثاني عن حجم مضبوطات المخدرات وعدد طلبات العلاج، والمبني على الإحصاءات الرسمية للفترة الممتدة منذ عام ١٤١٩هـ وحتى ١٤٣٤هـ إلى تزايد معدلات ضبط المخدرات والمؤثرات العقلية بشكل مضاعف.^{٢١} فقد بلغت عدد القضايا سنة ١٤١٩هـ ما مجموعه ٩٤.٧ قضية و١٣٨٣٨ متهماً في حين وصل عدد القضايا سنة ١٤٣٤هـ (٣٥٦٩٥) قضية وذلك بنسبة نمو بلغت ٢٩٧,٥% مما يدل على زيادة بلغت ضعفي ما كان عليه الوضع في فترات سابقة.

وفي عام ١٤٣٤هـ، كان هناك ٩٥,٢% من قضايا المخدرات المضبوطة (استعمال، تهريب، ترويج) انحصرت في الحشيش (٤١,٥%) والأمفيتامينات (٣٠,٢%)، والقات (٢٣,٦%).

سعت اللجنة الوطنية منذ عام ١٤٣٠هـ وحتى ١٤٣٦هـ إلى إجراء عدد من الدراسات الوطنية والمسوح التي تستهدف تشخيص عوامل الخطورة المؤدية إلى الوقوع في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية. إذ أثبتت الدراسات العالمية عن عوامل الخطورة أن هناك عوامل خطر تهيئ المراهقين منذ مراحل مبكرة لتعاطي المخدرات أو الانحراف بشكل عام، فعلى المستوى المعرفي، لا يزال الفرد خلال مرحلة المراهقة في طور نمو مهارات صنع القرار، وإصدار الأحكام، وهذه مسألة قد تحدُّ من قدرة المراهقين على تقويم المخاطر بدقة، واتخاذ قرارات سليمة، وهذا ما يجعلهم لا يدركون الانعكاسات السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات والكحول ومنها: تعطيل وظائف المخ في مناطق حساسة لها علاقة بالدافعية والتذكر والتعلم والتحكم والسيطرة على السلوك؛ لذا ليس من المستغرب أن المراهقين الذين يتعاطون الكحول والمخدرات لديهم في الغالب مشكلات أسرية ومدرسية، ويعانون من ضعف التحصيل الدراسي، ولديهم أيضاً مشكلات مرتبطة بالصحة (بما فيها الصحة العقلية)، كما يوجد لديهم مشكلات

^{٢١} انظر: التقرير الوطني الأول والثاني عن حجم المخدرات، اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، الأمانة العامة، ١٤٣٠هـ.

جنائية^{٧٢}. كما بينت الدراسات أن خطر تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية يزيد بشكل أكبر خلال فترات التحول والانتقال التي قد يمر بها الطالب، مثل: تغيير المدارس، والانتقال من مرحلة تعليمية إلى أخرى، أو من خلال تغييره بيئة التعليم وزملاء الدراسة، كما يحدث في ظل التحولات الأسرية مثل: حدوث الطلاق، أو تفاقم الصراع بين أفراد الأسرة. ولكن بيئات التعليم التي تطبق سياسات لحماية الطلاب من خطر التعاطي تستطيع تحقيق معدلات وقاية عليا لطلابها، كما تمكنها هذه السياسات من إنقاذ المبتدئين بالتعاطي من خطر الاستمرار فيه^{٧٣}.

وفي هذا المقام سنعرض لنتائج الدراسات وما تم التوصل إليه من نتائج على المستوى المحلي التي تبين خصائص عوامل الخطورة المحلية وعوامل الحماية ذات العلاقة بتعاطي المؤثرات العقلية، وذلك حسبما كشفت عنه دراسة ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي.

الدراسة الأولى: ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي (١٤٣٢هـ / ٢٠١١م):

تهتم دراسة ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي بمعرفة عوامل تعاطي المؤثرات العقلية والإدمان عليها من مراحل الخطورة المبكرة في الطفولة إلى مراحل التعافي الحرجة. بوصف دراسة مسحية طبقت على المدمنين المستفيدين من خدمات مجمعات الأمل لعلاج الإدمان. حيث سعت الدراسة إلى التعرف على الأنماط الشائعة للتعاطي والتي أدت بالمرضى المنومين والمراجعين لطلب العلاج من تعاطي المؤثرات العقلية. في محاولة للكشف عن طبيعة العوامل الخطرة التي أدت بهم للتعاطي والاستمرار فيه، فضلاً عن هدفها للكشف عن الآثار المرتدة للتعاطي على الفرد وأسرته والإنتاجية والأمن. واستغرق إجراء الدراسة قرابة سنة (من تاريخ ١-٧-١٤٣١هـ إلى ١-٧-١٤٣٢هـ). وأجرت هذه الدراسة فرق من المتخصصين بإشراف من أمانة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات – وبتمويل من المركز الوطني لأبحاث الشباب وبرنامج الدكتور ناصر الرشيد للوقاية من المخدرات.

⁷² . Helen Beckett et al., Understanding problem drug use among young people accessing drug services: a multivariate approach using statistical modeling techniques, UK Home Office, 2008.p51

⁷³ .National Institutes of Health:U.S. Department of Health and Human Services, Addiction: "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction" 2008.p17.

طبقت الدراسة المسحية على مرضى الإدمان المستفيدين من خدمات مجمعات الأمل الأربعة في المملكة العربية السعودية، وشملت ٧٩٢ مبحوثاً ومبحوثة. وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج والتوصيات والتي من أبرزها ما يلي:

١- خصائص المتعاطين:

وجدت الدراسة أن متعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية يلجأ للعلاج بعد سنوات عديدة من تعاطيه حينما تبدأ تتفاقم لديهم المشكلات الصحية والأسرية. حيث إن أكبر نسبة من المبحوثين الخاضعين للعلاج (٤٤,٥%) تتراوح أعمارهم بين ٢٤ سنة و٣٣ سنة. يليهم من تتراوح أعمارهم بين ٣٤ و ٣٨ سنة وذلك بنسبة ١٥,١%. وتبين أن هناك ما نسبته ٥٠,٨% من المبحوثين لم يسبق لهم الزواج، في حين بلغت نسبة المتزوجين ٣١,٩%. أما نسبة المطلقين والمنفصلين فقد شكلوا ما نسبته ١١,٦% من جملة المبحوثين. كما وجدت الدراسة أن ٣٩,٧% من المبحوثين يعملون في مجالات مختلفة. في حين أن ٤٨% من المبحوثين ليس لديهم عمل حالياً. كان ما نسبته ١٢,٣% من المبحوثين من فئة الطلبة.

وتبين أن نسبة المتعاطين الحاصلين على تعليم جامعي فأعلى قد بلغت ٨,٦% من جملة المبحوثين المتعاطين، وبلغت نسبة الحاصلين على الشهادة الثانوية ٢٦,٥%. في حين بلغت من لم يتجاوز تعليمهم بشكل عام بعض صفوف الثانوي (٦٤,١%) من جملة المبحوثين.

ووجد أن هناك ما نسبته (٣٥,٣%) من المبحوثين المتعاطين يوجد في أسرهم شخص فأكثر يتعاطون المؤثرات العقلية وخاصة المخدرات. كما أن هناك قرابة ١٨,٣% من المبحوثين يعيشون في أسر يوجد بها على الأقل ٣ متعاطين.

٢- خصائص التعاطي بين المبحوثين:

المبحوثون جربوا العديد من مواد المخدرات الكحولية والأفيونية والمنشطة والمخدرة والمهدئة. وكانت مادة الحشيش من أكثر المواد شيوعاً للتعاطي بين المبحوثين حيث كانت نسبة شيوع تعاطيها بين المبحوثين تصل إلى ٥٦,٤%. بينما كانت نسبة شيوع تعاطي الحبوب المنشطة ٥٣,١% في وسط المبحوثين، ثم تعاطي الكحول الذي تصل نسبة شيوعه بين المبحوثين إلى نسبة ٢٩,٣%. وقد بلغت نسبة تعاطي الهيروين بين طالبي العلاج من المبحوثين ١٩,٤% ، وهذا يدل على أن قرابة خمس المتعاطين المراجعين للمراكز العلاجية يتناولون الهيروين . في إشارة إلى معاودة موجة تعاطي الهيروين في وسط المجتمع السعودي. وتبين أن هناك ثلاث مواد أساسية يمكن أن تعتبر مواد مخدرة يبدأ المدمنون بتجربتها كأول مادة يتم تعاطيها في حياتهم، وهي:

١- الحبوب المنشطة: حيث بدأ بتعاطيها ٤١,٨% من المبحوثين.

٢- الحشيش: حيث بدأ بتعاطيه ٢٨,٥% من المبحوثين.

٣- الكحول: حيث بدأ بتعاطيه ١٦,٧% من المبحوثين.

قرابة ١% من المبحوثين بدأ التعاطي في سن مبكرة تتراوح بين سن الثامنة والعاشر. في حين أن قرابة ٨% من المبحوثين بدؤوا بالتعاطي وهم دون سن ١٣. في حين أن من تعاطوا المخدرات أو المسكرات وهم لا زالوا في سن بين ١٤ و ١٦ من عمرهم بلغت نسبتهم ٢٨%. وهذه النتيجة تعكس أن الأطفال معرضون لخطر التعاطي بنسبة يمكن تقديرها بـ ٩%. في حين أن المتحولين من عالم الطفولة إلى عالم المراهقة معرضون إلى خطر التعاطي بنسبة ٢٨%.

هناك ما نسبته ٣٢,١% من المبحوثين بدؤوا بتعاطي المخدرات في سن المراهقة (١٧ و ١٩ سنة). في حين أن من تعاطوا المخدرات وهم في سن بين ٢٠ و ٢٢ سنة كانت نسبتهم ١٨,٠%، ومن تعاطوا المخدرات وهم في سن بين ٢٣ و ٢٥ بلغت نسبتهم ٧,٤%. وهناك من وقع في التعاطي بعد سن الخامسة والعشرين وبلغت نسبتهم ٥,٨%.

التجربة الأولى للمخدرات قادت بنسبة ٦١,٥% من المبحوثين للانتظام المباشر على تعاطي المؤثرات العقلية، وعملت بشكل لاحق فيما بعد على تكرار التجربة بين المبحوثين الآخرين في أوقات لاحقة.

مدة التعاطي التي بلغت في المتوسط ١٤,٦٨ سنة بين المبحوثين، جرب خلالها المبحوثون العديد من المواد ذات التأثير العقلي من مخدرات ومسكرات ومواد تشفيط ومخدرات طبية. إذ جرب ٧٢,٦% من المبحوثين الحشيش، وجرب الحبوب المنشطة ٦٢,٢% منهم، وجرب تعاطي الكحول ٤٤,٦% منهم، وجرب الهيروين ٢٠,٥% وجرب العرق ٢٠,٠%. في حين جرب المخدرات الطبية ٩,٢%.

بدأ ٦٩,٤% من المبحوثين بتعاطي المؤثرات العقلية وهم صفوف المدرسة. في حين أن ٣٠,٦% منهم بدؤوا بتجربة تعاطي المؤثرات العقلية وهم غير ملتحقين بالدراسة. وتبين أن هناك ١٦% ممن بدؤوا بالتعاطي وهم في صفوف المدرسة، حدث لهم ذلك وهم في المرحلة الابتدائية. مما يعكس خطورة عالية تبدأ تطال صفوف المرحلة الابتدائية وتشكل حالة من قبول التعاطي والانتظام عليه في ما بعد.

٣ - عوامل الخطورة والافتقار لعوامل الحماية الأسرية:

تعرض المبحوثون لمستوى افتقار لعوامل الحماية الأسرية وصلت نسبته إلى ٣٩,٢%. بحيث لم يحضوا بما فيه الكفاية من الحماية المتوازنة التي تساعد في تشكيل شخصيتهم الراضية لتعاطي المخدرات. ومن جهة أخرى تعرضوا لعوامل خطورة في مجال الأسرة على نحو مبكر وصل مستواها إلى ما نسبته ٢٩,٩% من الخطر، ساهمت لاحقاً في تعرض المبحوثين للوقوع في تعاطي المؤثرات العقلية. حيث كانت نسبة شيوع المشكلات بين الأبوين تصل إلى ما نسبته ٣٣,٣%. وبلغت نسبة العيش في أوساط أسرية لا تراقب سلوك الأبناء ٤٢,٢%. في حين بلغت نسبة العيش في أوساط أسرية لا تحترم الأبناء ٢٩,٨%. وأخيراً فإن النمط الأخطر من فقد عوامل الحماية أن أسر المبحوثين لا تسأل أين ينفق الأبناء الأموال (٥١,٥%).

كان أشهر نمط لعوامل الخطورة الأسرية، هو التوبيخ الأسري للأبناء (٤٠,١%)، والعيش في وسط أسرة لها أبناء يتعاطون المخدرات (٣٨,٥%). كما أن العنف الأسري المائل في الضرب (٣٢,٦%) والتسلط الأسري (٢٩,١%) والقمع (٢٨,١%) وتعامل الأب القاسي (٢٥,١%)، عمل على نحو خطر في تشكيل شخصية الأبناء الذين وقعوا في تعاطي المخدرات. كما أن متوسط تعلم التدخين من الأسرة شائع في وسط المبحوثين بنسبة ٢٦,٨%، وكان هناك تعاطي للمؤثرات العقلية في وسط أسر المبحوثين بنسبة ٢٤,٨%، كما اتضح أن متوسط تعلم المبحوثين لتعاطي المخدرات من أحد أفراد أسرهم بلغ ٢١,٢%.

٤ - عوامل الخطورة والافتقار لعوامل الحماية في بيئة الجوار:

مستوى الافتقار لعوامل الحماية الكلي المرتبط ببيئة الجوار بلغ ٥٣,٦%. كما أن مستوى التعرض لعوامل خطورة مباشرة مرتبط ببيئة الجوار بلغ مستوى ٥٤,٦%. وبلغت الخطورة الإجمالية لكل من الافتقار والتعرض لعوامل الخطورة ٥٤,١% في بيئة الجوار التي قطنها. حيث تعرض المبحوثون للعيش في بيئات جوار تفتقد لوجود من يراقب سلوك الأبناء والشباب في الحي (٦٢,٥%)، وفي أحياء لا يوجد بها تواجد أمني ملحوظ (٥٧,٢%). في الوقت الذي كان فيه المبحوثون يلعبون كثيراً في الشارع مع أبناء الحي (٦٧,٢%) ويتزامن ذلك مع وجود جيران لا يتواصلون (٤٩%) ولا يهتم الناس بشكل عالٍ بتربية أبنائهم (٤٥,٧%)، كما أن هذه الأوساط من الجيرة تتسم بتغيير دائم للجيران بمتوسط يبلغ (٤٠,٢%). ومن حيث عوامل خطورة الحي، تعلم المبحوثون التدخين من أبناء الجيران بمستوى بلغت قوته ٦٠,٨%. كما أن هذه الأوساط من الجوار وطرق العيش فيها دفعت بهم للتعرف على أبناء الحي المنحرفين (٥٩,٧%) الذين غالباً ما يكونون متسكعين في أركان الحي. وأثر الأصدقاء الذين تعرف عليهم المبحوثون في هذه الأحياء على تجربة المبحوثين للمخدرات (٥٨%). بل ويشير غالبية المبحوثين إلى أنهم عاشوا في أحياء ينتشر فيها بيع المخدرات (٥١,٩%) ويكثر فيها الانحراف (٤٢,٨%).

٥ - عوامل الخطورة والافتقار لعوامل الحماية في البيئة المدرسية:

تبين أن مستوى الافتقار الكلي للحماية الذي تعرض له المبحوثون في بيئة المدرسة بلغ مستوى ٤٠%. كما أن مستوى الخطورة المباشرة بلغ ما نسبته ٤٥,٣٣%. حيث تبين ضعف اهتمام المدرسة بمعرفة مشكلات الطلاب (٥٧,١%). كما قل تواصل المدرسة مع الأسرة في وسط المبحوثين (٤١,٢%). وتبين أن المبحوثين درسوا في بيئات تعليم لا تهتم بإشراك الطلاب في الأنشطة (٣٩,٣%). فضلاً عن عدم استشعار المبحوثين لاحترام المدرسة لهم (٣١,٢%) إلى جانب قلة سؤال المدرسة عن أسباب غياب الطلاب (٣٠,٣%). وسمحت أجواء بيئة المدرسة غير المراقبة بفاعلية ولا تدار بانضباط ملائم، لتحول المبحوثين في الغالب إلى مشاغبين في بيئة المدرسة (٥٤,٢%)، في ظل تشكل سلوكيات سلبية من قبل المعلم الذي لا يحترم طلابه (٣٤,٧%). كما أن أجواء المدرسة سمحت بوجود زملاء تعليم اكتسب منهم المبحوثون تعلم التدخين (٥٢,٢%). كما أن بيئة المدرسة قللت من اهتمام الطلاب بعملية التعليم والدراسة (٥١,٣%)، وسمحت لهم بتعلم سلوكيات سيئة (٤٩,٧%). فهذه المدارس لم تكن تعير اهتمام متوقع للمبحوثين (٤٥,٩%)، مما سمح لهم بتعلم المخدرات من أصدقائهم الطلاب بنسبة مرتفعة (٣٧,٦%). كما أشار المبحوثون إلى وجود بيع للمخدرات في بيئات المدرسة التي تعلموا فيها (٢٦,٦%).

٦ - عوامل الخطورة والافتقار لعوامل الحماية المرتبطة بالأصدقاء:

تبين من قياس مستوى الافتقار لعوامل الحماية في جانب أصدقاء المبحوثين خلال دخولهم مرحلة المراهقة وقبل الدخول في عالم التعاطي، أن أصدقاءهم يفتقدون لقدرة حماية المبحوثين بمستوى بلغ ٥٢,١%. في حين بلغت خطورتهم المباشرة مستوى ٣٦,٢%. حيث خالط المبحوثون أصدقاء يدخنون في الغالب (٦٣,٦%)، في الوقت الذي لا تعرفهم أسر المبحوثين (٥٦,٩%). وهم أصدقاء يشتهرون بالسهر (٥٧,٩%) وميالون للمغامرة (٥٥,٢%) ولا يؤدون الصلاة (٥٣,٤%) ولا يهتمون بالدراسة (٥٣,٢%). ولا يتورعون عن استخدام الكلمات البذيئة (٥٠%)، وبعضهم عاطل عن العمل (٤٧,٩%) وقرابة نصف الأصدقاء أكبر من المبحوثين سناً (٤٥,٧%) ويتسم سلوك نسبة منهم (٣٩,١%) بالعنف. ولم يكن الأصدقاء فقط يفتقدون

لعوامل الحماية المفترضة، ولكنهم أيضاً كانوا معززين بعوامل خطورة مباشرة، عرضت المبحوثين في مرحلة دخول المراهقة لخطر الاقتراب من تجربة المخدرات. فكان مقدار النصف من الأصدقاء يوجد لديهم انحرافات معلومة من قبل المبحوثين (٤٧,٢%)، وكان هؤلاء الأصدقاء يتعاطون المخدرات بنسبة خطيرة (٤٥%) بل ويبيعون المخدرات (٣٢,٦%). وسبق لهم ارتكاب جرائم (٣١%) ومنهم المطلوبون في قضايا أمنية (٢٥,٤%).

٧ - عوامل الخطورة والافتقار لعوامل الحماية المرتبطة بخبرات وتصرفات المبحوثين:

ومن حيث خبرات المبحوثين الخطيرة، تم قياس مستوى الافتقار للتصرفات الآمنة الذي تعرض له المبحوثون والمرتبطة بخبرات مرحلة الطفولة، ووجد أن مستوى الافتقار بلغ ٥٢,٦%، بينما بلغ مستوى خطورة التصرف غير الآمن والخبرات الخطرة التي تعرض لها المبحوثون في خبرات مرحلة الطفولة ٤٠,٥%. وبلغ المتوسط الإجمالي للعوامل الشخصية المرتبطة بخبرات مرحلة الطفولة ٤٦,٥%. ومن التصرفات التي كانت سائدة في وسط المبحوثين وتدل على فقد الحماية في التصرف هو الميل للخروج للشارع بشكل متكرر وشبه دائم (٦٠,١%). والأخطر من هذا أن هناك مستويات من التعلم للتدخين من الصغر بلغت في المتوسط العام ٥٦,٦%، وهو جانب من جوانب فقد حماية التصرف التي تعرض المبحوثين للإقبال على تصرفات أخطر مثل تعاطي المخدرات. فضلاً عن أن المبحوثين خلال مرحلة الطفولة خالطوا من هم أكبر منهم سناً (٥٤,٢%) وهذا ما جعلهم متأثرين بتصرفات الشباب والأطفال الأكبر. ومن جهة أخرى كان نمط التصرف بعصبية سائداً بين المبحوثين، حيث بلغ في المتوسط العام ما نسبته ٤٥,٨%، كما كان ينتشر على نحو متوسط بين المبحوثين التعثر الدراسي خاصة في المرحلة الابتدائية بنسبة بلغت ٤٤,٧%. حيث جرب المبحوثون في طفولتهم التدخين (٥٩,٧%) وهذه التجربة للتدخين في مرحلة الطفولة هو تصرف خطير يحمل في طياته دلالة ضمنية على وجود نزعة داخلية للتمرد على ضوابط المجتمع والميل لممارسة الانحراف من مرحلة الطفولة. ومن المخاطر التي اكتسبها المبحوثون في مرحلة الطفولة، أنهم في طفولتهم شاهدوا أشخاصاً يتعاطون المخدرات (٣٥,٧%). وكان لديهم ميل لإيذاء الآخرين (٣٥,٣%) وخاصة إيذاء العمالة الوافدة الذي ينتشر في وسطهم بمستوى ٣٥,٧%. ولكن هناك مستوى لتجريب المخدرات

بلغ ٣٣,٩% حدث في وسط المبحوثين خلال مرحلة الطفولة، ولعله أخطر ما يمكن توقع حدوثه للطفل. ومن جهة دالة على التمرد وعدم احترام أعراف المجتمع، كان المبحوثون لا يحترمون جيرانهم بمستوى بلغ ٣١,٣%. وعدم الاحترام المبكر هذا المتكون في شخصية الطفل من شأنه أن يجعل الطفل في مراحل نزاع متأخرة للبحث عن المتعة واللذة دون اعتبار للآخرين.

الافتقار للتصرفات الآمنة في مرحلة الطفولة تتمثل في عدم تجنب رفاق السوء (٦٨,٧%)، وعدم خشية نقد الناس (٦٢%)، والميل للاهتمام بالأصدقاء أكثر من الأسرة (٦١,٥%)، وعدم الاهتمام بحضور المناسبات الاجتماعية (٦٠,٤%)، وعدم تكوين ميول رافضة لتعاطي المخدرات (٦٠,٤%) وعدم الاهتمام بالتعليم (٥٩,٨%).

حينما دخل المراهقون مرحلة المراهقة وفضلوا أصدقاءهم السيئين على أسرهم ولم يعودوا يخشون نقد الناس وأهملوا التعليم وحضور المناسبات الاجتماعية، ولم يعودوا يستمعون لتوجيهات أسرهم (٥٩,٥%)، وأصبحوا اتكاليين (٥٤,٨%) ومتمردين على أسرهم (٥٢,٧%). وهذا ما يمكن تسميته بالميل الخطير نحو التصرفات غير الآمنة، التي تهيئ للوقوع في تصرفات أكثر خطورة بل وتدفع بالمراهق للوقوع في تعاطي المخدرات.

هناك ٩٧% من المبحوثين وقعوا قبيل تعاطيهم للمخدرات في تصرفات خطيرة متعددة هددت سلوكهم وحدت بهم نحو تعاطي المخدرات والمسكرات. ومستويات التصرفات والخبرات غير الآمنة التي تعرض لها المبحوثون قبل التعاطي خلال بدايات مرحلة المراهقة، بلغت مستوى عالٍ لدى ٥٣,٦% من المبحوثين، وبلغت مستوى متوسطاً لدى ٢٣,٤% من المبحوثين، وبلغت مستوى منخفضاً لدى ١٦% من المبحوثين، في حين لم يتعرض لها ٦,٩% فقط من المبحوثين. إذ تعلم غالبية المبحوثين التدخين في بداية مرحلة المراهقة وقبل تعاطيهم، بمتوسطات عالية معها أصبحوا مدخين رسميين (٧٧,٥%). وكانوا ميالين لحب اللعب والاستمتاع (٧٦,٦%) في الوقت الذي كانوا معه غير مهتمين بمعرفة خطر التعاطي (٧٠,٤%) مع ما يرافقه من تهرب من مراقبة

الأسرة (٦٥,٨%) وتشديد علاقات صداقة مع رفاق سيئين ومنحرفين (٦٣,٨%). وفي هذه المرحلة تعلم المبحوثون الكذب (٦١%) والمغامرات العاطفية (٦٠,٧%) والميل للخروج على الأنظمة (٥٨,١%) وعدم احترام إشارات المرور (٥٤,٩%) إلى جانب ممارسة التفحيط (٤٥,٧%).

أعلى مستوى للخطورة الإجمالية تعرض له المبحوثون قبل تعاطي المخدرات، هو خبرات مرحلة المراهقة، ثم خطورة بيئة الجوار فخطورة خبرات مرحلة الطفولة، فخطورة الأصدقاء، فخطورة بيئة المدرسة، ولعل أقل عوامل الخطورة تكمن في العوامل الأسرية. وتبين أن خبرات مرحلة المراهقة كان فيها مستوى الاشتغال على عوامل الخطورة أعلى (٦١,٧%) من التعرض لفقد الحماية (٦٠%). يلي خبرات مرحلة المراهقة ببيئة الجوار التي تشتمل بدورها على عوامل خطورة (٥٤,١%) بمستوى أعلى من جانب فقد الحماية (٥٣,٦%). يليها من حيث معدل الخطورة الأعلى من جانب فقد الحماية بيئة المدرسة التي كانت فيها معدلات الخطورة (٤٥,٣%) أعلى من جانب فقد الحماية (٤٠%).

٨ - الإقدام على التعاطي بين الوعي الزائف وتدني إدراك خطر التعاطي:

من حيث الدوافع التي دفعت بالمبحوثين لتجربة المخدرات لأول مرة في حياتهم. كان عامل البحث عن المتعة من أهم العوامل الدافعة لتجربة المخدرات وذلك بمستوى دفع بلغت قوته ٧٠%. يليه عامل الإخضاع الذي بلغت قوة تأثيره ٥٣,٨%. ثم عامل الوعي الخاطئ الذي بلغت قوته ٥١,٤% وأخيراً عامل الهروب من المشكلة الذي بلغت قوته ٥٠%. وتبين أن التجربة الأولى للمخدر قام بها ٨٨,٦% من المبحوثين وهم لا زالوا مع أسرهم، وكان منهم ٦٩,٢% حينها في مرحلة الدراسة. ولعل النتيجة الأهم هي أن ٥٧,٤% من المبحوثين لم يكونوا يتوقعوا أنهم سيتعاطون المخدرات، وأكد ٧٩,٤% من المبحوثين أنهم تعاطوا المخدر بعد تعرفهم على أصدقاء يتعاطون المخدر. وكان أعلى عامل دفع بالمبحوثين لتجربة المخدرات لأول مرة، هو رغبتهم في تجربة المخدرات (٧٨,٣%)، للحصول على المتعة (٧١,٤%) وكان ذلك بدون تفكير متأن (٧٥,٢%) منهم، من أجل الحصول على النشاط والحيوية (٦٧%) ورغبة الاستمتاع كما يفعل رفاق المبحوثين (٦٦,٧%) فضلاً عن الرغبة في السهر (٦٤,٨%).

لم يكن المبحوثون ليقدموا على تعاطي المخدرات بعيداً عن عوامل الضغط والعرض والتشجيع والإلحاح. فكان أعلى خطر دفع بالمبحوثين لتجربة المخدرات، أنه تم عرض المخدرات عليهم ولم يرفضوا تعاطيها، وذلك بنسبة بلغت قوتها في وسط المبحوثين ٦٨%. فالمبحوثون في أصلهم راغبون في تجربة المخدرات. وتزامن مع هذه الرغبة عرض، فتوافقت الرغبة مع العرض. وترافق مع هذا الأمر إلحاح الأصدقاء (٥٥,٤%) بالتزامن مع رغبة المبحوث في تقليد الآخرين الذين يتعاطون المخدرات. هذا الأمر أتى في ظل ما تلقاه المبحوث من تشجيع على التعاطي (٥٢,٦%) والخجل من رفض عرض المخدرات أمام المشجعين على التعاطي بلغت قوته ٤٧,٦%.

سمعة المخدرات المتشكلة لدى المبحوثين، شجعتهم منذ سنوات مبكرة من عمرهم على الإقدام على تعاطي المخدرات والمسكرات لأول مرة. فنتيجة ما سمعه المبحوثون (٦٠,٨%) عن ما تحدثه المخدرات من متعة، وفي خلفية ما سمعوه من قصص عن آثار تعاطيها (٤٩,١%) وبناء على ما فعلته النكات الرائجة عن أفعال من يتعاطونها (٤٤,١%)، أقدم المبحوثون على تجربة المخدرات لأول مرة. سعياً من المبحوثين لتغيير المزاج ورغبة في الهروب من المشاكل التي تحيط بالمراهق (٦٠,١%) حينها. ونظراً لما يمر به المبحوثون وقت التعاطي لأول مرة من ضغط نفسي (٤٩,٦%). فضلاً عن أن هناك من المبحوثين من جرب المخدرات لطرد الخجل (٤٥,٢%) أو لكونه يمر بمشكلة مع أسرته (٤٥,١%). والعوامل المباشرة التي دفعت بالمبحوثين للإقدام على التعاطي وتجربة المؤثرات العقلية لأول مرة في حياتهم، لم تكن لتعمل بصفة أحادية، ولكن قوة اتحادها وتشكلها أسهمت جميعها في صنع قرار المبحوث لتجربة المخدرات لأول مرة.

التجربة الأولى للمخدر ترافق معها استشعار اللذة عالياً (٨٣,٦%) والانبساط (٨٠,٥%) والاستمتاع (٧٨,٥%) والارتياح (٧٢,٦%) فضلاً عن النشاط (٧١,٤%). فأعجب الكثير (٦٩,٥%) من المبحوثين بلذة تعاطي المؤثرات العقلية التي تناولها لأول مرة وفي لحظتها استشعروا ثقة بأنفسهم (٦٧,٧%) لم يعهدوها من قبل.

في بدايات التعاطي، فكر المبحوثون بشكل متوسط القوة في ترك التعاطي (٥١,٩%). ولم يكونوا يدركون على نحو جيد خطورة التعاطي الصحية عليهم، حيث لم يتجاوز قوة هذا الإدراك لديهم ما نسبته ٤٠%. وكان المبحوثون يتضجرون من نصح الناس لهم في بدايات التعاطي (٦٣,٢%). ورغم وجود الخوف من إلقاء القبض عليهم (٦٢,١%)، وتعرضهم للافتضاح نتيجة ظهور آثار التعاطي عليهم من خلال السنة الأولى إلا أن المبحوثين استمروا في التعاطي نتيجة لوجود عوامل مختلفة تزامنت مع مرحلة التعاطي. حيث ساهم عامل الإخضاع بقوة بلغ قدرها ٦٥,٤% في استمرار المبحوثين على التعاطي. كما أن تغير طبيعة العلاقات الأسرية وميل المراهق للتمرد على الرقابة والتوجهات الأسرية وخروجه من حمايتها فضلاً عن وجود عوامل خطورة أسرية مستمرة من حول المبحوثين، أسهم أيضاً في دفع المبحوثين نحو المزيد من التعاطي بقوة بلغ قدرها ٥٦,٢%.

وكان أكبر عامل دفع بكل المبحوثين لمزيد من التعاطي (٩٤,٣% من المبحوثين) هو لذة التجربة الأولى للتعاطي. وهذا الأمر دفع به في البدايات إلى الاستمرار في التعاطي رغبة في الحصول على المزيد من اللذة (٧٩,٣%). كما أن توفر كل من المخدر (٧٨,٢%) والوقت الكافي للاستمتاع بالتعاطي (٧٦,٩%)، وسهولة الحصول على المخدر (٧٥,٤%) وتوفر وسيلة المواصلات والمال ومعرفة الباحثين ببائعي المخدرات (٦٧,٢%). جميعها عوامل ساهمت في استمرار التعاطي لدى المبحوثين.

كما مارس الإخضاع دوراً قوياً في دفع المبحوثين لمزيد من التعاطي. فملازمة أصدقاء التعاطي المشبعين بثقافة التعاطي والممارسين لسلوكيات جميعها مركزة على التعاطي، ساهمت بقوة عالية (٧٥,٢%) في مزيد من استمرار المبحوثين في تعاطي المخدرات. كما أن معرفة المتعاطين بسلوك التعاطي الملازم لشخصية المبحوثين، عرض المبحوثين بشكل متكرر لدعوتهم من قبل زملائهم لجلسات بها تعاطي (٦٨,٢%). كما أن ثقافة الإهداء الشائعة في ثقافة التعاطي أسهمت بقوة بلغت ٦٦,٧% لمزيد من استمرار المبحوثين في التعاطي. كما أن رغبة المبحوثين في التعاطي وبلوغهم مستويات التعلق العليا لم يجعلهم يستطيعون رفض عرض المخدرات (٦٤,٤%).

ومن حيث عوامل البيئة، فإن بقاء المبحوثين في أحياء ينتشر فيها تعاطي المخدرات، وتشجيع بها ثقافة تعاطي المخدرات والمسكرات، عملت كمثيرات تدعو بشكل دائم المبحوثين للاستمرار في التعاطي (٣,٥٩%). ومن جهة أخرى فإن معرفة زملاء التعاطي بأن المبحوثين من متعاطي المخدرات، يجعلهم معرضين بشكل دائم لطلب المخدرات منهم (٥,٥٨%). وساهم في استمرار التعاطي كل من عدم معرفة الأسرة بتعاطي المبحوثين (١,٧٦%)، وبعدهم عن أسرهم (٨,٥٧%). ومن جهة أخرى شكل عدم اكتراث الأسرة بما قد يفعله المبحوثون المتمردون على أسرهم دوراً في استمرار المبحوثين على التعاطي (٣,٥٧%). كما أن غياب الرقابة الأسرية (٤,٥٦%) تزامناً مع استمرار حالة عصيان الأسرة (٨,٥٠%) إلى جانب وجود أشخاص في بعض الأسر يتعاطون المؤثرات العقلية، أسهم بنسب مختلفة في استمرار المبحوثين على التعاطي.

٩ - مقاومة المبحوثين للنصح والإرشاد:

بلغ المستوى العام للمحاولات التي حاولها الناس مع المبحوثين لوقف التعاطي والدخول في مرحلة العلاج، مستوى ٧,٤٩%. حيث حاولت الأسرة مع المبحوثين كثيراً وبلغت مستوى قوة محاولات الأسرة مع المبحوثين لدفعهم نحو وقف التعاطي ٧١%. إذ حاول الأقارب إقناع المبحوثين بالعلاج (٩,٥٦%)، كما حاول أهل الخير (٨,٥٦%) وحاولت الزوجة وزملاء العمل وبعض الجيران والمشرفون وبعض المتخصصين. وكان المتعاطون يرفضون أي تدخل لعلاج سلوك التعاطي لديهم بشكل مرتفع (٣,٦٩%). بل وكان المبحوثون يكرهون من يتدخل في سلوك التعاطي لديهم أو يناقشهم فيه (٢,٦٨%) أو في أمر العلاج. حيث ينكرون بشدة سلوك التعاطي (٨,٦٧%)، ويرفضون الاستماع إلى من يناقشهم في الأمر (١,٦٢%). ويبرر المبحوثون موقفهم من رفض النصح والعلاج ورفض تدخل الناس في سلوك التعاطي لديهم، بأنهم كانوا يعتقدون أن العلاج غير ضروري لحالتهم (٧,٦٦%). كما أنهم لم يفكروا في دخول مرحلة العلاج خلال مشوار التعاطي (٥,٦٣%). وحتى وإن فكروا فهم يخشون من الفضيحة حينما يطلبون العلاج (١,٥٨%)، بل وكان يسيطر عليهم بشكل أعلى من المتوسط فكرة أنه قد يكون هناك تحقيق معهم وربما سجن في حالة طلبهم للعلاج (٥,٥٦%).

١٠- المضار الصحية والسلوكية نتيجة التعاطي:

أعلى ما حدث للمبحوثين من مشكلات نتيجة تعاطيهم وإصابتهم بمرض الإدمان، هو تغير حاد في حالتهم المزاجية جعلتهم ميالين بشكل دائم للعنف والانفعال (٥٠,٧%). كما أن معظمهم حدثت له مشاكل أسرية متعددة (٤٧,٩%) وأخرى مهنية (٤٥,٢%)، وجنائية (٤١,٥%) فضلاً عن المشاكل الصحية المرافقة لمرض الإدمان (٣٧,٧%). فبشكل عام (٦٩,٢%) خسر المبحوثون الكثير من الأشياء بصفة عامة نتيجة لتورطهم في تعاطي المخدرات، حيث خسروا الأصدقاء الطيبين (٦٩,١%) وتدنى مستوى تعليمهم (٦٤,٨%) خاصة وأن هناك ٦٩,٢% من المبحوثين من أقدم على التعاطي وهو لا يزال في صفوف الدراسة. كما يشير المبحوثون بقوة عالية إلى الشعور الدائم الذي يلزمهم بعدم الرضا عن الذات (٦٤,٨%). وأصبح العنف سمة واضحة لديهم (٦٦,٨%). حيث أدى بهم تعاطي المخدرات والميل للعنف أن دخلوا في مضاربات (٥٥,١%). والأدهى من هذا كله، أن مستوى الاعتداء على أحد الوالدين بالضرب حدث بقوة بلغت (٣٠,٢%). حيث لم يستطع المبحوثون وخاصة غير المتزوجين من الزواج بسبب التعاطي. وطلق العديد زوجاتهم بسبب التعاطي (٣٣,٨%). وأهمل الكثير منهم أسرته (٦٦,٣%). كما ساهم التعاطي في فصل العديد من المبحوثين عن أعمالهم بشكل مباشر وغير مباشر (٤٥,٢%) ولم يتمكن كثير منهم من الحصول على عمل (٤٥,٢%) بسبب ما يسببه لهم التعاطي من حالة تردد واثكالية وعدم الرغبة في القيام بالمسؤوليات. و ساهم في سجن قرابة نصف المبحوثين (٤٧%) بل وجعلهم التعاطي يقدمون على الجريمة ويسجنون بسببها (٣٦,١%).

أعلى مشكلة صحية واجهها المبحوثون بسبب التعاطي هي إصابتهم بتغيرات سلوكية نتيجة لوجود تغيرات في كيميائية العقل، ونتيجة الإصابة بمرض الإدمان. وفوق هذا فقد بلغت شدة الإصابة بمرض فيروس الكبد الوبائي ما نسبته ٣٤,٣%، وباتت الإصابة بأمراض معدية أمراً متفشياً بين المبحوثين (٢٨,٨%). والأخطر من هذا أن الإصابة باضطرابات نفسية نتيجة ما أصيب به المخ من تغيرات خطيرة باتت عالية الانتشار بين المبحوثين (٥٠,١%).

يسعى المبحوثون منذ فترات لمحاولة ترك الاعتماد على المؤثرات العقلية والخروج من دائرة التعاطي. ولكن محاولاتهم لا يحالفها الفلاح. حيث حاول ٧٨,٤% مرات عديدة، وبلغ متوسط الانتكاسة بين المبحوثين قرابة ٤ مرات. وكان أعلى سببين لوجود الانتكاسة هو بقاء أصدقاء التعاطي حول المبحوثين (٧٦,٧%) ونوبات الاشتياق للتعاطي التي يصاب بها المبحوثون (٧٥,٢%). واتضح أن أكبر عامل يعمل على إحداث الانتكاسة هو عامل الاشتياق (٦٩,٥%) ثم عامل الاخضاع (٦٤,٨%) ثم عامل الهروب من المشكلات (٦٠,٣%) ثم عامل عدم التقبل الاجتماعي للمريض بعد علاجه (٤٩,٥%).

الدراسة الثانية:

قابلية تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدى الطلاب والطالبات: الوقاية والعلاج

(٢٠١٣/١٤٣٤هـ):

طبقت أمانة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات بتمويل من وزارة التربية والتعليم دراسة مسحية على طلاب المرحلة المتوسطة بعنوان (قابلية تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدى الطلاب والطالبات: الوقاية والعلاج) وذلك عام ١٤٣٤هـ / ٢٠١٣م. وطبقت الدراسة باستخدام منهج المسح بالعينة عبر المدارس المتوسطة الحكومية والأهلية، حيث سعت الدراسة إلى التعرف على عوامل الحماية التي تسهم في منع وقوع الطلاب في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وعوامل الخطورة التي قد تدفع بهم لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، إلى جانب معرفة مدى وعي الطلبة بخطر تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية على الصحة والسلوك، ولتحديد مدى انتشار التعاطي في محيط الطلبة، ومدى تجربة المبحوثين تعاطي المواد الضارة والمخدرة. واستخدمت الدراسة مقاييس متخصصة لقياس قابلية تعاطي المؤثرات العقلية لدى الطلبة.

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع

٣	المنطقة	التكرار	النسبة %
١	الرياض	٧٦٨٨	٢١,٩
٢	مكة	٦٩٦١	١٩,٨
٣	المدينة	٢٧٦٨	٧,٩
٤	القصيم	١١٧٥	٣,٤
٥	الشرقية	٢٨٧٧	٨,٢
٦	عسير	٣٢٦٥	٩,٣
٧	تبوك	١٩٦٢	٥,٦
٨	حائل	١٨٧٤	٥,٣
٩	الشمالية	٩٤٩	٢,٧
١٠	جازان	٣٣٩٤	٩,٧
١١	نجران	١٠٨٣	٣,١
١٢	الباحة	٨٨١	٢,٥
١٣	الجوف	١٩٣	٠,٦
	الإجمالي	٣٥٠٧٠	١٠٠

طلاب وطالبات المرحلة

المتوسطة بمدارس التعليم العام

بالمملكة العربية السعودية،

والذي بلغ وفق إحصاءات عام

١٤٣١/١٤٣٢هـ الصادرة عن

مركز الحاسب الآلي والمعلومات

بوزارة التربية والتعليم

(١٤١٤، ١٩٨٨، ١) طالب وطالبة. في

حين بلغ حجم العينة ٣٥٠٧٠

طالب وطالبة. وتوزيع المبحوثين

على المنطقة الإدارية وفقا

للجدول الآتي:

١- توزع المبحوثون ما بين ٥٢,٣% طالباً بلغ عددهم الإجمالي ١٨٣٥٠ مبحوثاً، و٤٧,٧% طالبة بلغ عددهن ١٦٧٢٠ مبحوثة. وبلغ عدد الطلبة السعوديين ٣١٥٧١ طالباً وطالبة بنسبة ٩٠% مقابل ٣٤٩٩ غير سعودي بنسبة ١٠% من جملة المبحوثين. بينما تراوحت أعمار غالبية الطلبة والطالبات (٩١,٦%) ما بين ١٣ و ١٦ سنة، وبلغ متوسط الأعمار ١٤,٣١ سنة، وهو متوسط أعمار مناسب للأعمار في المرحلة المتوسطة. وبلغت نسبة طلاب الصف الأول المتوسط ٣٣,٦%، ونسبة طلاب الصف الثاني المتوسط ٣٢,٩%، ونسبة طلاب الصف الثالث المتوسط ٣٣,٥%.

٢- التدخين ينتشر بواقع ٣٥,٨% في المحيط الأسري، وبواقع ٤٧,٨% بين سكان الحي الذي يسكنه المبحوثون. كما يلحظ انتشار كل من التدخين في مدارس الطلبة بمستوى ٢١,٢%، والشمة بمستوى ١٧,٥%. أما من حيث انتشار التدخين بين أصدقاء الطلبة فيذكرون أن التدخين ينتشر بين أصدقائهم بمستوى بلغ ١٦,٦%. وبلغ المستوى العام لانتشار التدخين في محيط المبحوثين مستوى ٢٧,٨%.

٣- تعاطي المخدرات ينتشر في الأحياء التي يسكن فيها الطلبة المبحوثون بمستوى ١٧,٧%، في حين ينتشر تعاطي المخدرات في المحيط الطلابي للطلبة بمستوى انتشار بلغ ٨,٣%، كما ينتشر تعاطي المخدرات في محيط أصدقاء الطلبة بواقع ٦,٨%. وهذا ما يظهر وجود انتشار عام لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في محيط الطلبة بمستوى ١٠,٩%، وهو مستوى انتشار عام مرتفع.

٤- الطلبة في هذه الدراسة تعرضوا لدعوات لتجربة التدخين بلغ مستواها ١٦,٤%. بينما تعرض قرابة ٤,٣% طالب من كل مئة طالب لمواقف عرض عليهم فيها تعاطي المسكر أو المخدر (٤,٢%). ووصل التجريب الحقيقي للتدخين في وسط الطلبة مستوى ١٤,٩% من الانتشار في صفوفهم. بينما بلغ مستوى

الاستمرار على التدخين حتى وقت إجراء البحث ٦,٢% من الانتشار في وسط
المبحوثين.

٥- وبالمجموع تبين أن هناك ٢٢,٧% من الطلبة المبحوثين تعرضوا لدعوات
مختلفة تحث على تجربة التدخين أو تعاطي المسكرات أو المخدرات، وذلك
مقابل ٧٧,٣% من المبحوثين لم يتعرضوا لتلك الدعوات.

٦- هناك قرابة ٤٧% من المبحوثين جربوا مشروبات الطاقة، ومن المعروف أنه من
غير المسموح به صحياً تناول مشروبات الطاقة من قبل من تقل أعمارهم عن
١٧ سنة. في حين أن متوسط أعمار العينة لم يتجاوز ١٤,٣ سنة.

٧- بينما جرب ٢٢,٢% من الطلبة من عينة الدراسة تناول أدوية مهدئة بدون
وصفة طبية؛ مما يدل على شيوع ثقافة ونزعة، لتجريب المهدئات، وتجاهل
النصائح الطبية التي تدعو إلى مراعاة نصائح الطبيب، وتجنب تناول مثل هذه
الأدوية بدون وصفة طبية.

٨- وبلغ مستوى تجربة المخدرات وتعاطيها من قبل طلاب المرحلة المتوسطة إلى

ترتيب المناطق الإداري	تجربة تعاطي أي نوع من المخدرات حسب المنطقة	
١٣	الجوف	٨,٩%
١٠	جازان	٧,٤%
٩	الشمالية	٥,٧%
٧	تبوك	٥,٦%
٣	المدينة	٥,٥%
١١	نجران	٥,٤%
٢	مكة	٥,٠%
٨	حائل	٤,٤%
٤	القصيم	٤,٣%
١	الرياض	٣,٤%
٦	عسير	٣,٢%
٥	الشرقية	٣,٠%
١٢	الباحة	٢,١%
١٤	المجموع	٤,٥%

مستوى ٤,٥% من
الانتشار. والجدول القادم
يبين تراتب المناطق من
حيث مستويات تجربة
تعاطي المخدرات بين
الطلاب:

٩- الطلبة تلقوا في المتوسط
العام بمعدل ٧٥,٢%
تحذيرات مختلفة من
خطر تعاطي المؤثرات
العقلية، حيث إن أعلى من

يقوم بتحذير الطلاب من خطر تعاطي المخدرات هي الأسرة (٨٩,١%)، ثم المدرسة (٧٧,٤%)، وأخيراً الأصدقاء (٦٨,٣%).

١٠- على مستوى الوعي بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، وجدت الدراسة أن هناك مجموعة من الحقائق العلمية الأساسية عن مخاطر تعاطي المؤثرات العقلية، وخاصة المخدرات، لا يدركها كل الطلبة، بل إن هناك حقائق مهمة لم يعلم بعض المبحوثين عنها شيئاً قبل سؤالهم عنها.

١١- الطلبة المبحوثون لا يدركون كما ينبغي أنه يصعب على من جرب تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية تركها بسهولة، حيث لم يتجاوز إدراك المبحوثين هذه الحقيقة مستوى (٦٤,٦%).

١٢- الطلبة يعتقدون بمستوى ٧٠,٧% و ٧٠,٤% أن التجربة الأولى تسحب الشخص لمزيد من تعاطيها، وأنه كلما زاد تكرار التعاطي زادت كمية التعاطي، ولكن في المقابل هذا يعني أن هناك عدم إدراك لهاتين الحقيقتين بلغ مستواه ٢٩,٣% و ٢٩,٦% على التوالي.

١٣- المستوى العام للمعرفة بخصائص مرض الإدمان بصفته مرضاً ينتج عن تعاطي المؤثرات العقلية على اختلاف أنواعها ٦٦,٨%، وهو مستوى معرفة منخفض، يجعل ثلثة عريضة من المبحوثين معرضين لخطر تعاطي المؤثرات العقلية نتيجة هذا النقص في هذا الجانب المعرفي. وبلغ مستوى إدراك الطلبة المضار الصحية المترتبة على تعاطي المؤثرات العقلية (٧٣,٦%)، وذلك في مقابل فاقد في مستوى هذه المعرفة يصل إلى (٢٦,٤%).

١٤- وتبين وجود فقد معلوماتي لدى الطلبة عما يحدثه تعاطي المؤثرات العقلية من أضرار صحية وسلوكية، يصل مستواه العام إلى ٢٩,٨%، وهو فقد يدل على وجود خطورة مرتبطة بوعي مخاطر التعاطي، كما يدل الأمر على خلل في عمليات التوعية التي تعرض لها قرابة ربع عينة الطلاب، حيث لم يتمكن العمل والجهد التوعوي المبذول من نقل المعلومات المناسبة للطلبة فاقد هذه المعلومات.

١٥- تبين وجود علاقات قوية طردية بين تجربة المخدرات والمؤثرات العقلية بين صفوف طلبة المرحلة المتوسطة وبين عوامل الخطورة الأسرية والجوار والمدرسة والأصدقاء والتصرفات والسمات الشخصية، فضلاً عن انتشار التدخين والتعاطي في المحيط الاجتماعي والأسري، والتعرض لعرض التعاطي، ومستويات تلقي التوعية.

١٦- تبين أن من وقعوا في تجربة التعاطي بلغ متوسط تعرضهم لدعوات وعروض تعاطي المخدرات ٦٩%، بينما الذين لم يقعوا في تجربة التعاطي كان تعرضهم لمثل تلك الدعوات أقل (٢٠,١%)، وذلك بشكل لا يقارن مع المتوسط السابق، حيث إن الفرق بين هذين المتوسطين بلغ قرابة ٤٩ درجة من مجموع الدرجات البالغة ١٠٠ درجة، وهو فرق كبير جداً. ومن ناحية أخرى تبين أن من وقعوا في تعاطي المخدرات كان مستوى تلقيهم للبرامج التوعوية أقل (٦٧,٤%) ممن لم يقعوا في تعاطي المخدرات (٧٥,٦%).

١٧- وبعد استخراج مؤشر قابلية التعاطي، تبين أن مستوى قابلية تعاطي المؤثرات العقلية بلغ ٢٧,١% من الانتشار بين طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة. حيث يرتفع مستوى قابلية تعاطي المؤثرات العقلية بين الطلاب (٣٠,١%) عن متوسط قابلية التعاطي لدى الطالبات (٢٣,٨%). ومن حيث الصف الدراسي، وجدت الدراسة أنه يرتفع مستوى قابلية تعاطي المؤثرات العقلية بين طلاب الصف الثالث المتوسط (٢٨%) عن مستوى قابلية تعاطيها لدى طلاب الصف الثاني المتوسط (٢٧,٥%)، وينخفض نسبياً مستوى هذه القابلية لدى طلاب الصف الأول المتوسط (٢٥,٨%) عن مستوى تلك القابلية لدى بقية الطلاب.

الدراسة الثالثة:

معدل انتشار تعاطي المؤثرات العقلية بين الشباب وعلاقته بسمات الشخصية

(١٤٣٣هـ / ٢٠١٢م)

هو مسح وطني واسع من أهدافه الرئيسية معرفة حجم انتشار المشاكل بين الشباب السعودي، وخاصة مشكلة تعاطي المؤثرات العقلية، وتقدير حجم انتشارها بين أقارب الشباب ورفاقهم. إلى جانب معرفة أشهر خصائص شخصية الشباب السعودي وعلاقتها بانتشار تعاطي المؤثرات العقلية. فضلاً عن الوصول إلى تقدير عام لحجم المتعاطين من الشباب السعودي وخاصة فيما يتعلق بتعاطي الحشيش والحبوب المنشطة وحجم الاستهلاك اليومي التقريبي لهذه المواد. تعاون في إعداد نتائج وتقرير هذا المسح كل من أمانة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والمركز الوطني للأبحاث الشباب بجامعة الملك سعود.

طبق المسح على الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٩ سنة. بحيث تم مسح ٢٢٠ منطقة عدّ إحصائية في جميع مناطق المملكة العربية السعودية الإدارية. وتم اختيار مناطق العد هذه وفق أسلوب المعاينة العشوائية المنتظمة، وذلك بمساعدة وإشراف قسم المعاينة بالمصلحة العامة للإحصاءات والمعلومات. وبلغ عدد الشباب المطبق عليهم المسح ٦١٥٩ شاباً، منهم ٥٢,١% شاباً، و ٤٧,٩% شابة.

١- مشكلات عامة يعاني منها الشباب:

بشكل عام يظهر الجدول أن المبحوثين الشباب وقعوا في مشكلات عنف بنسبة بلغت في المتوسط العام ٢٦,٩% من الشباب. ومنهم من تعرض للعنف الأسري بمتوسط انتشار عام بلغ ١٦,٩% من الشباب. ووقع في مشاكل مع الشرطة نسبة بلغت ٩,١% من الشباب. ويعاني ما نسبته ١٥,٣% من الشباب من مشكلة السمنة، في حين يعاني مجموعة من الشباب بلغت نسبتهم العامة ١٩,٦% من الديون.

٢- التدخين وتعاطي المخدرات في محيط الشباب:

ووجد المسح أن هناك ٥٢,٣% من الشباب لديهم أقارب يدخنون. في حين أن نسبة انتشار تعاطي المخدرات في وسط الأقارب بلغت ٨,٢% لدى المبحوثين. مما يعني أن نسبة انتشار تعاطي المخدرات في المحيط الأسري والقراي للمبحوثين تشير إلى معدل

مرتفع من انتشار هذا السلوك. في حين سُئل المبحوثين عن مستوى انتشار تعاطي المؤثرات العقلية بين أصدقاء المبحوثين من خلال سؤالهم هل لديك صديق أو لديك صديقة تتعاطى المؤثرات العقلية؟ كانت استجابة المبحوثين تشير إلى وجود قرابة ٧,١% من المبحوثين لديهم أصدقاء أو لديهم صديقات يتعاطون المخدرات. وتعتبر هذه نسبة مرتفعة أيضاً. ويشير ١٠,٩% في المتوسط العام من المبحوثين أن لديهم شخصياً مشكلة تدخين.

٣- تأييد ربط فحص الزواج بالكشف عن تعاطي المخدرات:

لقد أصبح تعاطي المخدرات من أبرز المشاكل المعاصرة التي تهدد الاستقرار الأسري وتعصف بمستقبل الأطفال. بل وعامل حاسم من عوامل الطلاق المبكر. ولمعرفة مدى تأييد الشباب لوجود كشف عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية مرتبط بفحص الزواج. تم سؤال الشباب عن مدى تأييدهم للكشف عن التعاطي خلال فحص الزواج، فأنت أجابهم بشكل عام تؤيد هذا الكشف. إذ يؤيد المبحوثون بنسبة عالية بلغت ٨١,١% إجراء فحص للكشف عن المخدرات قبل الزواج.

٤- التعاطي والتدخين في محيط الشباب الذكور والفتيات:

من حيث المقارنة بين معرفة الشباب الذكور والفتيات بمسألة تدخين وتعاطي الأقارب للمخدرات. تبين أن الشباب الذكور له معرفة أعلى بانتشار التدخين في وسطهم القرابي (٥٥,٥%) مقارنة مع متوسط معرفة الفتيات (٤٨,٨%). كما زاد متوسط معرفة الشباب الذكور بانتشار تعاطي المخدرات في وسط الأقارب (١٠,٢%) عن معرفة الفتيات (٥,٩%).

ومن حيث وجود أصدقاء أو صديقات يتعاطون المخدرات، يشير نسبة من الشباب الذكور (٩,٩%) أن لهم أصدقاء لديهم مشكلة تعاطي مؤثرات عقلية. بينما تشير نسبة أقل من الفتيات (٤%) إلى وجود صديقات لهن لديهن مشكلة تعاطي مخدرات.

٥- أبرز سمات الشباب السعودي:

المسح سعى لتشخيص سمات الشباب السعودي بشكل عام. ووجد أن أعلى السمات شيوعاً بين عامة الشباب السعودي، هي الاهتمام بالمظهر الشخصي (٨٤,٨%) وسمّة الالتزام الديني (٨٤,٨%)، و مراعاة آداب السلوك في الأماكن العامة (٨١,٧%) و الالتزام الأخلاقي (٨١,٥%). مما يدل على أن شخصية الشباب السعودي بشكل عام تعبر عن ثقافة المجتمع السعودي التي تؤكد على ضرورة التمسك بتعاليم الدين ومراعاة الآداب العامة والتحلي بحسن الخلق. ولكن هناك نسبة تتراوح ما بين ١٥% إلى ١٩% من انخفاض جودة هذه السمات، مما يدل على وجود نسبة من الشباب لا تنتشر في وسطهم هذه السلوكيات، كما تدل هذه النسبة بشكل آخر على انخفاض جودة هذه السمات لدى فئات أخرى من الشباب.

هناك ثلاث سمات تراوحت نسبة انتشارها في حدود السبعين بالمئة. وهي احترام العلاقات مع أفراد الأسرة (٧٨,٩%) وسمّة الإتيان (٧٤,٦%)، وسمّة التخطيط للأمور المستقبلية (٧٣,٣%). وبشكل عام تعد نسبة انتشار هذه السمات مقبولة في وسط الشباب، ولكن انعدام أو انخفاض مستوى هذه السمات لدى عينة من الشباب لا يستهان بها توجب العمل على الرفع من جودتها.

أما السمات التي تراوحت نسبة انتشارها في وسط الشباب ما بين ٦٩% و ٦٠%، فتمثلت في مراعاة ظروف الآخرين، وتنمية الذات ومساعدة الآخرين وإدارة الضغوط والمبادأة الاجتماعية والمرونة في التعامل مع الآخرين وإدارة الوقت والميل للتجديد وإدراك كفاءة الذات والتعرف على الآخرين والحرص على أداء الواجبات الاجتماعية ومراعاة اللوائح والقوانين. وهذه النتيجة تعكس نسبة فقد لا يمكن الاستهانة بها على مستوى انتشار سمات مثل مراعاة اللوائح والقوانين التي تفتقد بين الشباب بنسبة ٣٧,٨%. وإدارة الوقت التي يفتقد لها بمتوسط ٣٣,٧%. وعدم الحرص على أداء الواجبات الاجتماعية بنسبة انتشار تصل إلى ٣٦%.

السمات التي لم يزد مستوى انتشارها على نسبة ٥٩% وتقل إلى حدود ٥٠% من الانتشار، تعكس انخفاض مستوى تحمل المسؤولية لدى الشباب السعودي، وتعكس

نسبة انتشار التعصب التي بلغت في المتوسط العام ٥٧,٤%. وتدل على مستوى انخفاض الاهتمام بالصحة، وقلة الحيوية وضعف إدارة العاطفة، وتدني مستويات التسامح مع الآخرين، وعدم القدرة الكافية على التعبير عن المشاعر. كما تعكس عدم قدرة الشباب الكافية لإدارة الحوار مع الآخرين حول المسائل الخلافية، وتبرز ارتفاع مستويات الغضب التي بلغت مستوى انتشار ٥٠,٧%. كما تعكس ضعف استقلالية الرأي لدى الشباب.

السمات التي قلت بشكل عام عن ٥٠% تمثلت في ضعف قدرة الشباب على صنع القرار في الحياة اليومية (٤٨,٧%) وتدني قدرات الشباب فيما يتعلق بالإدارة الفعالة للمال (٤٨,٦%). ومن ناحية سلبية تبرز سمة العدوانية (٣٢,٩%) كسمة غير مرغوب فيها في وسط شباب متعلم متحضر.

حيث تنتشر بين الفتيات سمات أعلى من انتشارها بين الشباب الذكور. فهن أكثر اهتماما بالمظهر الشخصي من الشباب الذكور، ويزيد في وسطهن الالتزام الديني ومراعاة آداب السلوك في الأماكن العامة، والالتزام الأخلاقي، ومراعاة ظروف الآخرين، والميل للتجديد، والتعصب، و تحمل المسؤولية، وأسلوب الحوار الإيجابي مع الآخرين حول المسائل الخلافية، بشكل أعلى من الشباب الذكور.

وهناك مجموعة من السمات التي يتساوى مستوى انتشارها بين الذكور والإناث وهي: سمة الغضب، وسمة تنمية الذات وسمة المرونة في التعامل مع الآخرين وسمة الإلتقان، وسمة الإدارة الفعالة للمال وسمة مراعاة اللوائح والقوانين. في حين أن الشباب الذكور أعلى امتلاكاً للسمات الباقية من الفتيات.

٦- علاقة التعاطي بسمات شخصية الشباب السعودي:

مقارنة مع من لا يعانون مشكلة تعاطي المؤثرات العقلية، تبين أن من يعانون من مشكلة تعاطي المؤثرات العقلية من المبحوثين تدنت لديهم مستويات السمات التالية:

- ١- الالتزام الأخلاقي
- ٢- الالتزام الديني
- ٣- الاهتمام بالمظهر الشخصي
- ٤- مراعاة آداب السلوك في الأماكن العامة
- ٥- مراعاة اللوائح والقوانين
- ٦- احترام العلاقات مع أفراد الأسرة
- ٧- إدارة الضغوط
- ٨- أسلوب الحوار مع الآخرين حول مسائل خلافية
- ٩- المرونة في التعامل مع الآخرين
- ١٠- تحمل المسؤولية
- ١١- الإتيقان
- ١٢- إدراك كفاءة الذات
- ١٣- التعصب
- ١٤- صنع القرارات في الحياة اليومية
- ١٥- الاستقلالية في الرأي
- ١٦- مراعاة ظروف الآخرين
- ١٧- التخطيط للأمور المستقبلية
- ١٨- تنمية ذاتية
- ١٩- الحرص على أداء الواجبات الاجتماعية
- ٢٠- المبادأة الاجتماعية
- ٢١- التعرف على الآخرين
- ٢٢- التعبير عن المشاعر
- ٢٣- التسامح مع الآخرين

الدراسة الرابعة:

وعي الشباب بأخطار المخدرات على الصحة بين برامج التعليم وسياسات التثقيف ٢٠١٤هـ

نفذ هذه الدراسة المركز الإقليمي لمراقبة السموم بالمنطقة الشرقية لصالح اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات. وهي دراسة متخصصة لقياس وعي الشباب في المجتمع السعودي بسمية المواد المخدرة على العمليات العقلية ووظائف الجسد، وللكشف عن مدى ملاءمة سياسات وبرامج التوعية لمتطلبات مواجهة خطر تعاطي المخدرات. حيث سعت الدراسة لمعرفة ما تشتمل عليه المواد ذات التأثير العقلي من مكونات خطيرة وما يتم إضافته لها بهدف الغش من مواد أخرى تزيد من خطورتها على صحة المستخدمين لها. فضلا عن سعي الدراسة لمعرفة ما يدركه الشباب في المجتمع السعودي عن مخاطر تعاطي المؤثرات العقلية على الصحة والسلوك، وما يعرفونه من أساسيات حول مرض الإدمان وما تحدثه المؤثرات العقلية عامة والمخدرات خاصة من تأثيرات وتغيرات تلحق بالدماغ. كما أن الدراسة سعت لمعرفة المستوى المهني للعاملين في المجال وما يدركونه عن مخاطر التعاطي. في سعي من هذه الدراسة لمعرفة واقع الوعي السائد بين الشباب وما يحيط به من تحديات ترتبط بالعاملين وبسياسات برامج الوقاية والتوعية والتثقيف. فتم تصميم المقاييس التي تقيس وعي الشباب والعاملين، وتقيس مهارات الاحتراف المهني لدى العاملين، كما تقيس جودة برامج التوعية بشكل عام. فتبين من تحليل ٣٤٦ من عينات المواد ذات التأثير العقلي المضبوطة محليا، أن هذه المواد تنتج بطرق بدائية وتصنع بطرق عشوائية وتضاف لها مواد أخرى ضارة بالصحة، وبعضها تخلوا من المكون المحدث للأثر، وتخزن وتنقل بطرق ترفع من مستوى خطورتها، وفي عينات عديدة منها معادن ثقيلة ذات سميات عالية، وفي غالبيتها جراثيم بكتيرية مرضية ذات خطورة عالية. وبقياس الوعي المنتشر بين ٩٠٦٤ شاب وشابة يمثلون كل الشباب في المملكة العربية السعودية، تبين أن هذا الشباب تكاد تنعدم لديه المعرفة العلمية بمخاطر التعاطي وما تسببه المؤثرات العقلية من مخاطر صحية وسلوكية. وتبين أن هناك فئة من الشباب المستجيب

تحيط به ظروف وعوامل داعمه للتعاطي، ومنهم فئة وقعت في التعاطي. حيث يقل استشعار الشباب لخطورة التعاطي، ولا يعرفون بشكل مناسب ما تحدثه المؤثرات العقلية عامة والمخدرات خاصة من تغيرات تلحق بوظائف العقل وتركيبه الخلوي العصبية. كما أنهم لا يدركون خصائص مرض الإدمان، ولا يعرفون بشكل مناسب أن المواد التي يروج لها محليا هي مواد ذات خطورة عالية وأنها تتعرض لعمليات تصنيع رديئة وغش وتخزين سيئ. من يعملون في المجال في الغالب هم أشخاص غير متخصصين ولا مدربين ولا مؤهلين للعمل في هذا المجال. ينطلقون في أداء محاضرات التوعية، ولا يجيدون تصميم البرامج، ولا تفرغهم جهات عملهم للعمل في المجال. أنهم غير راضين عن دور المؤسسات في التوعية، ويشتكون من عدم وجود الخطط التي توجه العمل، وغياب التطوير المهني عن مؤسسات العمل التي يعملون بها، كما أنهم يقرون بأن مستوى زملائهم المهني لا يرتقى لمصاف الطموح الاجتماعي في وجود توعية معيارية. كما أن الخبراء يؤكدون عشوائية جهود التوعية وعدم رقيها لمصاف الاحتراف المهني، ويوصون بوجود مؤسسات تدريب، ووضع خطة وطنية للوقاية من خطر تعاطي المؤثرات العقلية، مع توزيع مناسب للأدوار، والعمل على تصميم أدلة العمل، وإصدار تقارير دورية خاصة بتقييم الجهود المبذولة في مجال الوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية.

١ - النتائج التفصيلية:

هدفت الدراسة لمعرفة ما تحتويه المواد المخدرة المضبوطة محليا، من عناصر سامة وما تشتمل عليه من عناصر مضافة تؤثر على صحة المستخدمين العقلية والجسدية علاوة على مضار المادة نفسها. فتم تحليل ٣٤٦ عينة من المواد المخدرة المضبوطة المحالة للتحليل في المختبرات الفنية المعنية بالتعرف على مكونات المواد الكيميائية والمعدنية. حيث بلغت عينة الحبوب ٩٨ عينة وبلغت عينة الحشيش ١٠٠ عينة، وبلغت عينة الكحول ١٠٠ عينة، وبلغت عينة البودرة ٣٣ عينة، وبلغت عينة النباتات ١٥ عينة.

نتائج التحليل المخبري لعينة الحبوب، وهي الحبوب التي يتم بيعها على اعتبار أنها حبوب منشطة، كشفت عن أن المادة الفاعلة الأصلية المعروفة باسم الفينيثالين Fenethylamine لم تكن موجودة في أي من العينات. وحيث بات يستخدم الإمفيتامين كمكون أساسي إلى جانب إضافة مواد أخرى له، لإحداث فاعلية مشابهة لما تنتجه مادة الفينيثالين الأصلية، فقد تبين أن حتى مركب الإمفيتامين لم يكن موجوداً في ١٢,٢% من العينات. وكان هناك ٤٩% من عينات الحبوب لا يوجد فيها إلا نسب ضئيلة جداً من الإمفيتامين. في حين أن العينات التي يوجد بها الإمفيتامين لم تتجاوز نسبتها ٣٨,٨%. واتضح أن هناك ٩٣,٩% من عينة الحبوب تحتوي على الثايوفلين، وهو دواء يستخدم في علاج أمراض الجهاز التنفسي والربو. ووجد الوبرينول في ما نسبته ٥٩,٢% من عينة الحبوب، وهو دواء يستخدم في علاج النقرس. كما وجد الباراسيتامول في ما نسبته ٥٧,١% من العينات الخاضعة للتحليل، ويعرف باسم أسيتامينوفين وهو مسكن للألام ومتوفر ورخيص الثمن.

ووجد بعينات الحشيش العديد من المعادن الثقيلة أمثال البرومين والحديد والمغنسيوم والأسترونيوم والزنك وأخيراً الألومنيوم، وبلغ عدد العينات التي تحتوي على عناصر معدنية ٧٩ من العينات. وهذه المعادن ضارة بالصحة الجسدية بشكل عام، ولكن عنصر الألومونيوم على وجه التحديد له قابلية الامتصاص داخل جسم الإنسان، وهو الأمر الذي يزيد ذلك من معدل الاضطرابات العصبية، كما يتسبب بألم وضمور في العضلات، وألم في العظام، اضطرابات في درجة الوعي، وهشاشة في العظام والتهابات في المثانة والكلية. كما تبين أن ٦١% من عينات الحشيش يوجد بها تلوث بكتيري، قد يؤدي إلى الإصابة بتلوث بكتيري خطير.

وجد عدد من المركبات التي تعتبر شوائب في الكحول. ومن المفترض بشكل معياري أن لا توجد مثل هذه المركبات نتيجة لضررها على الصحة، ونظراً لكونها غير فاعلة في إحداث تأثير تعاطي. حيث وجد أن هناك ٨٣% من العينات بها مادة ثالث ميثايل هكسين. كما وجد مركب إيزوبوتانول في ٧٤% من العينات. كما وجد الميثانول

METHANOL في ٢٤% من العينات وهو من المواد الشائبة، حيث تتم إضافته لزيادة حدة الطعم للخمر أثناء التعاطي.

٢ - نتائج عينة الشباب:

تم جمع ٩٠٦٤ مفردة من مفردات البحث الماثلة في الشباب الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٥ سنة ممن يعيشون في المجتمع السعودي، وذلك من خلال استخدام المعاينة العشوائية التي شملت جميع مناطق المملكة العربية السعودية. توزع المبحوثون ما بين ذكور (٥٣,٦%) وإناث (٤٦,٤%) وهي نسبة تعد تقريبا متساوية وتعكس الوضع العام لكل من الشباب الذكور والفتيات. من استجابوا انقسموا ما بين ٩٠,٦% سعوديين، و٩,٤% غير سعوديين، علما بأن المستجيبين للدراسة هم من الناطقين باللغة العربية. وبلغت نسبة غير المتزوجين ٨٠% ونسبة الخاطبين ٧,٨% وبلغت نسبة المتزوجين ٧%، وهي نسب متوافقة مع أوضاع الشباب خلال هذه المرحلة العمرية.

هناك ٥٧,١% من المبحوثين الشباب يقبلون تبادل نكت الحشيش، بينما يرى ٢٣,٦% منهم أن تعاطي المخدرات غير ضار. وعلى مستوى التفكير والتوق للتعاطي، فقد وجدت الدراسة أنه عرض تعاطي المخدرات على ٢١,٨% من المبحوثين. كما وجدت أن هناك ١٨,٢% من المبحوثين الشباب يراودهم شوق لتجربة المسكر، بينما يفكر في تعاطي المخدرات ما نسبته ١٦,١% من المبحوثين الشباب.

ويذكر ٢١,٩% من المبحوثين الشباب أن لديهم زملاء يتعاطون المخدرات، بينما يوجد ٢٢,٢% من المبحوثين الشباب يعرفون أشخاصاً يبيعون المخدرات. ويذكر ٢٩,٨% أنه يوجد في محيط سكنهم الجوّاري أشخاص يتعاطون المخدرات. ويعترف ١٩,٦% من المبحوثين أن لديهم على الأقل صديق يتعاطى المخدرات، ويذكر ١٧,٩% أنهم يرافقون أشخاصاً يتعاطون المخدرات.

تبين أن هناك ما نسبته ٤١,٢% من المبحوثين يتوافر من حولهم على الأقل بعد واحد من أبعاد المحيط الداعم لتعاطي المؤثرات العقلية. بينما هناك ٥٣,٧% لا يوجد حولهم مثل هذا المحيط.

كما اتضح أن هناك ٢٤,٥% من المبحوثين الشباب سبق لهم تجربة التدخين، بينما جرب تعاطي الأدوية النفسية ما نسبته ١٤,٥% منهم. في حين جرب تعاطي المسكرات ما نسبته ١٤,١% من المبحوثين، وجرب تعاطي المخدرات ما نسبته ١٣,٧% منهم. في حين يدخن حالياً ما نسبته ١٧,٦% من الشباب عامة، ويتعاطى الأدوية النفسية ما نسبته ١٣,٥%، ويتعاطى المسكرات ما نسبته ١٣,٣% منهم. بينما هناك ١٢,٧% من الشباب في هذه العينة يتعاطون حالياً المخدرات.

بشكل عام ينتشر تعاطي المؤثرات العقلية سواء المخدرات أو المسكرات أو الأدوية النفسية بين الشباب في هذه العينة بنسبة ١٤,٨% من جملة الشباب الذكور والإناث.

نسبة الذكور المدخنين بلغت ٢٢,٢% من جملة الشباب الذكور، وبلغت نسبة انتشار التدخين بين الفتيات ١٢,٤% من جملة الفتيات المبحوثات. واتضح أن هناك ما نسبته ١٧,٢% من الذكور منتظمون وقت إجراء البحث على تعاطي المؤثرات العقلية. في حين أن هناك ما نسبته ١١,٩% من الفتيات يتعاطين بشكل منتظم وقت إجراء البحث.

احتلت منطقة الحدود الشمالية المرتبة الأولى من حيث نسبة انتشار تعاطي المخدرات بين شباب المنطقة وذلك بنسبة انتشار بلغت ٢٠,٩% بين شباب المنطقة المستجيب. يليها المنطقة الشرقية بنسبة انتشار بلغت ١٩,٢% بين شباب المنطقة، ثم شباب منطقة الجوف بنسبة ١٦,٥% فشباب منطقة عسير بنسبة ١٤,٤%. ومن جهة أخرى كان أقل معدل لانتشار تعاطي المخدرات هو بين شباب منطقة جازان بنسبة ٥,٣% فشباب منطقة تبوك (٦,٣%) فشباب منطقة القصيم ٧,١%، فشباب منطقة الباحة ٨,٤%.

المبحوثون الشباب لا يستشعرون خطورة تعاطي الأدوية النفسية على الصحة وذلك بنسبة بلغت ٢٣,٧%، في حين أن منهم ١٥,١% لا يعلمون في حقيقة الأمر خطورة هذه الأدوية على الصحة. لم تتجاوز النسبة العامة لاستشعار خطورة الأدوية النفسية في وسط المبحوثين ٦٦,٤%.

هناك ١٥,١% من المبحوثين لا يرون أن هناك ضرراً في تعاطي القات، بينما قرابة ٩% من المبحوثين لا يعلمون هل هو خطير أم لا؟ وهناك ١٨% من المبحوثين يرون أن تعاطي البيرة بالكحول أمر غير خطير، في حين أن ١٢,٣% من المبحوثين لا يعلم مدى خطورتها. وبلغ مستوى استشعار خطورة الحبوب المنشطة، والتي منها (الكبتاجون)، في وسط المبحوثين ٨٤,٧% بشكل عام مما يدل على فقد استشعار هذه الخطورة في وسط قرابة ١٥% من المبحوثين.

وبلغ مستوى استشعار المبحوثين العام لخطورة تعاطي الشراب المسكر على الصحة ٨٨,٩% وبلغ للحشيش ٩٠,١%. بينما بلغ مستوى استشعار العينة لخطر تعاطي المخدرات الطبية ٧٣,٦% على الصحة، وبلغ استشعارهم لخطر تعاطي المستنشقات ٧٤,٢%، في حين بلغ للمسكرات ٨١,٢%. وكان أعلى استشعار لخطر التعاطي على الصحة مرتبط بالمخدرات غير الشرعية مثل الحشيش والهيروين والحبوب المنشطة والكوكايين. حيث بلغ المتوسط العام لهذا الاستشعار ٨٥,٣%.

المتعاطون قللوا من نسبة خطورة المسكرات والمستنشقات، حيث بلغت نسبة استشعار المتعاطين لخطورتها (٧٧,٨%) و (٨١,٥%)، في حين زادت نسبة استشعار غير المتعاطين لخطورة كل من المسكرات (٨٢%) والمخدرات (٨٦,٢%).

٣- معرفة ووعي الشباب بخطر تعاطي المؤثرات العقلية:

الشباب لا يعرف بشكل مناسب مجموعة المعارف والمعلومات والطرق المرتبطة بألية عمل المؤثرات العقلية في العقل والجسد، حيث لم يتجاوز مستوى المعرفة العامة لديهم ما نسبته ٣٣,٣%. والدوبامين وهو النظام الذي يعتقد المتخصصون أنه مسؤول عن حدوث مرض الإدمان، قلت مستويات المعرفة العامة به لدى المبحوثين الشباب إلى مستوى ١٩%. كما قلت مستويات معرفتهم بالأعراض الإنسحابية (١٩,٣%) وبخصائص مرض الهذيان (٢٣,٤%) وبمعنى تحمل الجسد للمخدر (٢٤,٩%). كما قلت معرفتهم بألية حدوث مرض الإدمان (٣٥,٧%) وقلت معرفتهم بعلامات تعاطي المنشطات (٣٩,١%) والحشيش (٣٩,٣%).

مستوى وعي المبحوثين بالمخاطر المترتبة على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية بلغت ما نسبته ٥٣%، وهي نسبة تدل على انخفاض جودة وعي الشباب المبحوث وتنم عن انخفاض مستوى جودة الوعي العامة لدى الشباب بما نسبته ٤٧%. وكانت أدنى درجات وعي المبحوثين هي وعيهم بما يحدثه تعاطي المؤثرات العقلية من جعل الجسد معتمداً في أدائه لبعض وظائفه على مادة خارجية بدلاً من المادة الحيوية الداخلية، إذ يقل إدراك المبحوثين بنسبة ٦٢% أن المخدر يحل محل وظائف الجسد الطبيعية. كما يقل الإدراك (٤٦,٨%) أن التعاطي كسلوك مستمر يؤدي إلى حدوث تغيرات في كيميائية الجسد ينتج عنها الاعتماد على المادة المخدرة.

وقل إدراك المبحوثين عن أن المخدرات تتسبب في حدوث تغيرات تلحق بأنظمة العقل وذلك بنسبة ٥٦,٤%. كما تدنى مستوى إدراك المبحوثين العام بأن مرض الإدمان يجبر على مزيد من التعاطي ويدفع بالشخص للسعي الإجباري للبحث عن المخدرات وتعاطيها، إلى ما نسبته ٤٩,٦%.

مستوى وعي المبحوثين العام بالمضار الصحية التي يصاب بها الشخص نتيجة لتعاطي المؤثرات العقلية بلغ ٤٨,٠%، مما يعني وجود عدم إدراك لهذه المخاطر والمضار بلغت نسبته ٥٢,٠%. والشباب المبحوث في هذه الدراسة لا يدركون بمستوى ٤١,٤% أن تعاطي جميع أصناف المؤثرات العقلية تؤدي إلى الإصابة بمرض الإدمان. وكان إدراك المبحوثين لكون الأدوية النفسية تسبب مرض الإدمان هو إدراك مفقود بمتوسط

بلغت نسبته (٦٠%). وهناك عدم إدراك بأن تعاطي الحبوب المنشطة يسبب مرض الإدمان بلغ متوسطه ما نسبته ٤٠%، كما أن عدم إدراك المبحوثين لعلاقة الحشيش بمرض الإدمان بلغت مستوى من الفقد وصل إلى ٣٥,٣%. كما قلّ إدراك المبحوثين (٥٢,٤%) أن المخدرات تغير تركيبة الخلايا العصبية.

ولم يتجاوز مستوى إدراك المبحوثين العام أن تعاطي المخدرات يقود لمزيد من التعاطي ما استواه ٥٩,١%. وجد أن نسبة عدم إدراك المبحوثين العامة لكون تعاطي المؤثرات العقلية يضر بالعمليات العقلية قد بلغ مستوى ٣٤,٤%. فالمبحوثون لا يعلمون بما نسبته ٤٧,١% أن تعاطي الأدوية النفسية يؤثر على التركيز، ولا يدركون بما نسبته ٤١% أن إدمان المنشطات يقلل من القدرة على التعلم، ولا يفتنون بما نسبته ٣٦,٥% إلى أن المخدرات تؤثر على عمليات التذكر.

أعلى المناطق من حيث امتلاك الشباب للوعي المناسب العام بخطر تعاطي المؤثرات العقلية، هي منطقة نجران بنسبة ٦٠,٥% ثم منطقة جازان بنسبة ٥٦%، فالمنطقة الشرقية بنسبة ٥٥,٦% فالقصيم بنسبة ٥٤,٥%. وكانت أقل المناطق هي منطقة الحدود الشمالية (٤٧,٧%) فمنطقة الباحة (٤٨%) فمنطقة حائل (٤٨,١%)، فتبوك (٥٢,٢%). لم تتجاوز نسبة وعي المبحوثين ٢٧,٤% بحقيقة ما يضاف للمواد المخدرة على وجه التحديد، من مواد أخرى تزيد من خطرها على الصحة، وما تتعرض له من عمليات تصنيع وتهريب وخبز رديئة تجعلها أكثر عرضة للتسمم والتلف وتغير محتوياتها الكيميائية.

بشكل عام كان الشباب في جميع المناطق لهم وعي منخفض حيال إدراكهم للمخاطر المرتبطة بتصنيع المخدرات وتهريبها، لم يتجاوز في حده الأعلى ٣١,٩% لشباب منطقة نجران، وهو وعي متدني بكل المقاييس. كان أقل إدراك مرتبط بشباب منطقة حائل (١٩,٥%) ثم شباب منطقة مكة المكرمة (٢٤,٤%)، ثم شباب منطقة القصيم.

٤- برامج التوعية والتثقيف التي تلقاها المبحوثون:

تم سؤال المبحوثين عن نوعية البرامج التي تلقوها خلال حياتهم، وعن حجم وكثافة هذا التعرض. فكان أعلى معدل تعرض له المبحوثون من برامج، من نصيب النشرات الورقية وذلك بمتوسط انتشار في صفوف المبحوثين بلغت قوته ٥٤,٩%. يليه تلقي المبحوثين لمحاضرات بمتوسط بلغت قوته ٥٣,٩%، ثم التثقيف عبر المدرسة بمتوسط بلغت قوته ٥٢,٧%. ثم ما تلقاه المبحوثون خلال متابعة للبرامج التلفزيونية (٥٢,٢%). وهي معدلات في الغالب ليست عالية.

بلغت نسبة الشباب المبحوث الذي لم يتلقَ منشورات ورقية ١٦,١% من جملة الشباب، بينما من لم يتلقوا محاضرات طوال حياتهم عن المخدرات بلغت نسبتهم ١٦,٩%، ومن لم يتلقوا تثقيفاً عبر المدرسة بلغت نسبتهم ١٨,٤%، ومن لم يتابعوا برامج تلفزيونية بلغت نسبتهم ١٩,١%.

من نتائج المؤشر العام الذي يقيس شدة تلقي المبحوثين لبرامج التوعية في المجتمع السعودي. تبين أن هناك ٢٥,٧% من المبحوثين يكاد يكون تلقيهم للبرامج شبه معدوم. ووصل الأمر إلى وجود ٧,٦% من المبحوثين لم يتلقوا أي برنامج توعوي. بينما هناك ٢١,٤% من المبحوثين تلقوا برامج ولكن بشكل من الكثافة ضعيف لم تتجاوز قوته ما مستواه ٣٩%. ومن تلقوا برامج توعية بشكل متوسط بلغت نسبتهم ٢٣,١% من المبحوثين، بينما من تلقوا برامج على نحو مناسب فكانت نسبتهم من جملة المبحوثين ٢١,٢%.

تم قياس متوسط كثافة تلقي البرامج لدى فئتي من وقعوا في التعاطي والفئة السليمة، وما تم ملاحظته، أن فئة من وقعوا في التعاطي تلقوا برامج توعية بشكل أعلى (٦٦,٢%) من فئة غير المتعاطين (٤٠,١%).

وتم سؤال المبحوثين عن المصادر التي عادة تزودهم بمعلومات عن خطر تعاطي المخدرات، فوجد أن الآباء (٦٧,١%) على رأس قائمة المصادر التي تعمل بشكل دائم على تزويد المبحوثين بمعلومات عن خطر التعاطي. ثم أتت البرامج التلفزيونية

بمتوسط بلغت نسبته ٦١,٦%، ثم المدرسة بمتوسط بلغت نسبته ٥٩,٤%، ثم المعلمين (٥٨%) فالكتب بنسبة ٥٣,٦%. مما يدل على تدني دور كل من المدرسة والمعلم وما تحتويه الكتب من معلومات مفترضة، في تزويد الشباب بالمعلومات المفترضة عن خطر تعاطي المؤثرات العقلية.

طلب من المبحوثين تقييم برامج التوعية التي تلقوها، وتقييم القائمين على تقديمها. فقيم المبحوثون تخصص القائمين على البرامج التوعوية المقدمة لهم بتقدير ٦٩,٦% وهو تقدير منخفض. مما يعني أن هناك فقداً في مهارات التخصص لدى العاملين في هذا المجال تصل إلى ٣٠,٤% حسب وجهة نظر المبحوثين الشباب. كما أن تقييم المبحوثين لكفاءة المحاضرين الذين يعملون على تقديم على هذه البرامج لم يكن مرتفعاً (٦٧,٩%) وهو تقدير يعني وجود انخفاض في هذه الكفاءة بقدر ٣٢,١%.

كان أقل تقييم من المبحوثين موجه لعنصر جذب الانتباه في البرامج (٦٤,٩%) التي قدمت لهم لتوعيتهم بخطر التعاطي. حيث يرى المبحوثون أن تلك البرامج ليست جذابة بما يكفي (٦٦,٢%). ولم يرَ المبحوثون بشكل عالٍ (٦٩,٥%) أن المواضيع التي تطرحها تلك البرامج مناسبة، ولم يشيروا بشكل مرتفع إلى جودة المعلومات التي تقدمها البرامج (٦٨,٥%).

فقناعة المبحوثين بصحة المعلومات التي تقدمها برامج التوعية كانت غير كافية (٧١,٧%). وهذا ما جعل المبحوثين يشيرون بنسبة أقل (٦٨,٥%) إلى حجم الاستفادة من تلك البرامج، مما يعني أن الفقد في مستوى الاستفادة كان ٣١,٥% وهو قرابة الثلث. وبالتالي فإن من كانت انطباعاتهم عن برامج التوعية والتثقيف التي تلقوها ممتازة لم تتجاوز نسبتهم ٤٢% من مجموع المبحوثين، في حين أن هناك ٢٦,٩% من المبحوثين أشاروا إلى أنه يمكن تقدير هذه البرامج بشكل عام بنسبة جيد. أما بقية المبحوثين فقد قدروها بتقديرات مختلفة منهم ٧,١% يرون بأنها برامج ضعيفة للغاية.

أيد المبحوثون أن يتم البدء بضح برامج التوعية من خطر تعاطي المخدرات في سن مبكرة بشكل عام، حيث أيد ١٢,٣% من المبحوثين توجيه مثل هذه البرامج لمن تتراوح أعمارهم بين ٦ و ٩ سنوات، وأيد ٢١,٥% من المبحوثين أن يتم توجيه هذه البرامج لمن تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٢ سنة. في حين أيد ٣٧,٢% من المبحوثين أن يتم توجيه هذه البرامج لمن تتراوح أعمارهم بين ١٣ و ١٥ سنة. وهذا التأييد عامة يعكس أهمية توجيه برامج التوعية منذ مرحلة مبكرة للشباب والصغار وهم لا يزالون في سن مبكرة.



المشروع الوطني للوقاية من المخدرات

www.ncnc.sa

ص.ب 50045 الرياض 11523

هاتف 011 4818020

فاكس 011 4818003

 ncnc.sa	 ncnc_sa	 ncncsa	 @ncnc_sa	 الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان National Society for Human Rights
 nebrasncnc	 nebrasncnc	 nebrasncnc	 @nebrasncnc	 نبراس nebras المشروع الوطني للوقاية من المخدرات

رقم الإيداع: ١٤٣٧/٦١٩٣

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٨١٩٨-١٨-٦