

المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

إعداد

الدكتور خالد حمد المهدي
وحدة الدراسات والبحوث
مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات
لمجلس التعاون لدول الخليج العربية

الدوحة – قطر
2013



فهرس الكتاب

الصفحة	الموضوع
7	تقديم
9	مقدمة
17	الفصل الأول
19	خلفية تاريخية
23	أولاً: المخدرات
23	1. تعريفها
26	2. أنواع المخدرات
44	3. طرق تعاطي المخدرات
47	ثانياً: الإدمان
47	1. مفهوم الإدمان
50	2. تعريف الإدمان
53	3. مراحل الإدمان
54	4. خصائص الإدمان
54	5. أنواع الإدمان
61	الفصل الثاني: الأسباب المؤدية إلى تعاطي وإدمان المخدرات
67	أولاً: الأسباب التي تعود إلى الفرد
69	ثانياً: الأسباب التي تعود إلى الأسرة
72	ثالثاً: الأسباب التي تعود إلى المجتمع

75	الفصل الثالث: الآثار والأضرار السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات أولاً : الآثار والأضرار العضوية ثانياً: الآثار والأضرار النفسية ثالثاً: الآثار والأضرار الاجتماعية رابعاً: الآثار والأضرار الاقتصادية خامساً: الآثار والأضرار السياسية
77	
83	
99	
102	
105	
107	الفصل الرابع: المخدرات: التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية
131	الفصل الخامس: أساليب الوقاية من تعاطي المخدرات وطرق العلاج أولاً: أساليب الوقاية وطرق العلاج ثانياً: مبادئ العلاج الأساسية ثالثاً: مراحل العلاج رابعاً: الإجراءات العلاجية حتى التأهيل
133	
135	
137	
140	
147	الفصل السادس: مشكلات تعاطي المخدرات في بعض دول الخليج أولاً: مشكلة تعاطي المخدرات في دولة الكويت ثانياً: مشكلة تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية ثالثاً: مشكلة تعاطي المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة
149	
183	
196	
211	المصادر والمراجع المراجع العربية المراجع الإنجليزية
211	
220	

تقديم:

شغلت مشكلة المخدرات المجتمعات في العالم أجمع، لما لها من آثار مدمرة على الفرد والمجتمع في مجالات عدة (نفسية واجتماعية واقتصادية)، وقد أصبحت تؤرق جميع المهتمين في المجتمع كالقيادات الأمنية التي لها تماس مباشر مع مثل هذه الجريمة الخطيرة، وكذلك علماء الاجتماع وعلماء النفس ورجال الدين، وذلك من أجل احتوائها ومحاصرتها والحد من مخاطرها.

ولاريب ان قضية الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية والسلائف الكيميائية أحد الملفات الامنية التي لا يخلو منها أي مؤتمر أو ندوة أو ملتقى دولي باعتبارها إحدى المشاكل الدولية التي أصبحت في العقدين الأخيرين تقلق السلم والأمن العالميين.

وكأحد أهداف المركز الاستراتيجية برفد أجهزة مكافحة المخدرات بمجلس التعاون لدول الخليج العربية بالدراسات المهمة والمتطورة التي من شأنها إثرائها والمساهمة في زيادة تأهيل منتسبيها، يسرني أن أضع بين أيديكم كتاب **"المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية"**، وهو الإصدار الثاني ، وقد كان الإصدار الأول في بداية العام 2013، كتاب بعنوان "الإدمان الشرعي".

آملين أن يسهم هذا الاصدار في رفد الأخوة المهتمين بقضايا مكافحة المخدرات بالمعلومات المفيدة والمرجوة، وان يصب في نشر التوعية المجتمعية لمواجهة هذه الآفة.

يأتي ذلك ضمن جهود وأهداف مركز المعلومات الجنائية لمكافحة
المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، الرامية إلى إجراء دراسات تحليلية
لمشكلة المخدرات في الدول الأعضاء وفي المنطقة.

ولا يسعني إلا أن أقدم الشكر والتقدير إلى الزملاء في وحدة الدراسات
والبحوث على جهودهم المبذولة لإعداد هذا الكتاب .

والله الموفق،،

العميد صقر بن راشد المريخي

مدير المركز

مقدمة:

أصبح الاعتماد على المواد المؤثرة عقلياً (المخدرات) خطراً يهدد الكثير من أبناء المجتمعات المختلفة، بل زاد خطره إلى درجة استخدامه كسلاح خفي في الحروب بين الدول مستهدفاً بشكل خاص فئة الشباب منهم من أجل تحويلهم من قوة وطنية فاعلة ومنتجة إلى قوة مدمرة تشل حركة ذلك المجتمع وتبديد ثرواته، بل وصل الأمر إلى أن خطر الاعتماد على المواد المؤثرة عقلياً (المخدرات) لم يعد مقتصرًا فقط على فئة الشباب وحدها بل امتد ليشمل صغار السن، فقد أشار "سندي" - في كلمته لمؤتمر المجلس الدولي لشؤون الكحول والإدمان - إلى أن الاعتماد امتد ليشمل من هم في سن (12) عاماً، وفي نفس المؤتمر أشار "بيكمان" إلى نقطة خطيرة، وهي ان الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً منتشر في جميع أنحاء العالم دون استثناء (السليم، 2006). من أجل مواجهة هذا الخطر نجد أن جميع الهيئات المحلية والمنظمات الدولية حشدت جهودها المادية، والبشرية والسياسية، والقانونية من أجل التصدي لهذه المشكلة.

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات التي تؤثر في بناء المجتمع وأفراده لما يترتب عليها من آثار اجتماعية واقتصادية ونفسية سيئة تتسحب على الفرد وعلى المجتمع، كما أنها ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة؛ بعضها يتعلق بالفرد والبعض الآخر بالأسرة والثالث بالبناء الاجتماعي ككل. وقد دلت الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الهيئات المتخصصة على أن الفرد (متعاطي المخدرات) قد سجل بالفعل تهديداً لكيان المجتمع وساهم في عرقلة مسيرة البناء والتطور في كل المجالات.

وتتضح خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المتعاطين على الأوضاع القانونية والاقتصادية والاجتماعية للمجتمع الذي يعيشون فيه؛ حيث يتمثل ذلك من الناحية القانونية في ازدياد معدلات القضايا والمخالفات التي يرتكبونها نتيجة

الاستغراق في تعاطي المخدرات، الأمر الذي يتطلب مزيداً من إجراءات الشرطة والقضاء لمواجهة هذه المشكلة.

كما يتمثل الجانب الاقتصادي في الخسائر التي تعود على المجتمع جراء فقدته لهذه العناصر البشرية التي كان من الممكن أن تساهم في عملية البناء والتنمية، حيث يعتبر المتعاطين خسارةً على أنفسهم وعلى المجتمع من حيث أنهم قوى عاملة معطلة عن العمل والإنتاج يعيشون حالة على ذوبهم وعلى المجتمع، وإن أنتجوا فإننتاجهم ضعيف لا يساعد على التقدم والتنمية بل قد يكونوا في مستقبل حياتهم عوامل هدم وتعويق لعملية الإنتاج، بالإضافة إلى ضعف أداء وكفاءة المتعاطي أو المدمن لعمله وسوء إنتاجه لأن الإنتاج يتطلب عقولاً وأبداناً صحيحة، وهذا لا يكون متوفراً نتيجة التعاطي وغيره من الظواهر المرضية التي تهدد أمن المجتمع ورفاهيته.

أما تأثير تعاطي المخدرات على النواحي الاجتماعية فيتمثل في كون المتعاطين يشكلون خطراً على حياة الآخرين من حيث أنهم عنصر قلق واضطراب لأمن المجتمع في سعيهم للبحث عن فريسةٍ يقتنصونها أو سرقةٍ أو نصبٍ أو ممارسة أي لون من ألوان الإجرام المخالف للقانون، كما أنهم يشكلون خطراً كبيراً على أنفسهم وعلى حياتهم نتيجة التعاطي مما قد يقودهم في النهاية إلى أن يصبحوا شخصيات سيكوباتية أو إجرامية أو حاقدة على المجتمع لا تعرف سبيلاً لأهدافها إلا بالعدوان أو الضغط، وبعد فترة يقع ضحية للمرض النفسي أو الانسحاب والانطواء على النفس وعدم مشاركة الآخرين في بناء المجتمع .

ومما هو جدير بالذكر أن المفوضية الأوروبية قامت في العاشر من مارس عام "2009" بنشر تقريرها عن أسواق المخدرات في العالم؛ وقد بيّن هذا التقرير الجهود الكبيرة التي بذلت على مدى السنوات العشر الماضية لمكافحة المخدرات على مستوى العالم، والجهود المكثفة لمساعدة متعاطي المخدرات، والتدابير الصارمة

التي تم اعتمادها ضد تجار المخدرات ؛ إلا أن النتائج كانت مخيبة للآمال إلى حد كبير، فلم تحتوِ الدراسة التي استند عليها التقرير على أي عنصر يظهر تراجع مشكلة تعاطي المخدرات على مستوى العالم في الفترة من 1998_2007 حيث أنه بصفة عامة قد تحسن وبشكلٍ طفيف في بعض البلدان الأكثر غنى في العالم وازداد سوءاً في بعض البلدان الأخرى إلى حدٍ فاق التصور؛ خصوصاً في بعض البلدان النامية.

ويؤكد تقرير المفوضية الأوروبية أيضاً على أنه إضافةً إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات على مستوى العالم لم يظهر عليها تحسن منذ عام 1998 فإنها أصبحت أكثر تعقيداً في أكثر البلدان الغربية :

- حيث انخفضت أسعار المخدرات بنسبة تتراوح بين 10 و 30% رغم تشديد العقوبات على بائعي المخدرات مثل الهيروين والكوكايين

- كما دلت المؤشرات على أن الحصول على المخدر أصبح أكثر سهولة كما أصبح تعاطي الحشيش (القنب) بين أوساط الشباب في بعض البلدان الغربية شائعاً إلى حد أن نحو 50% ممن ولدوا بعد عام 1980 جربوا الحشيش على الأقل مرة في حياتهم، رغم أن غالبيتهم يتوقف عن تعاطيه عند سن البلوغ .

وأقر التقرير "على المستوى الاقتصادي" بصعوبة إعطاء رقم حقيقي عن حجم سوق المخدرات في العالم لغياب المعطيات الدقيقة حول إنتاج المخدرات وترويجها واستهلاكها في أماكن كثيرة من العالم، لكنه أعطى تقديرات لحجم تجارة بعض المواد يكفي أن نذكر منها رقم واحد لنعرف مدى التأثير الذي تتركه المخدرات على الواقع الاقتصادي العالمي حيث يقدر التقرير بالنسبة للحشيش (القنب) وحده أن إيراداته تصل في أوروبا وأمريكا وأوقيانوسيا فقط إلى 70 مليار يورو لعام 2005 بينما تقدره منظمة UNODC بـ 125 مليار يورو .

وبالرجوع لمنظمة الأمم المتحدة ممثلة في المكتب المعني بالمخدرات والجريمة تحقق تجارة المخدرات أرقاماً خيالية تتراوح ما بين الـ 300 و 400 مليار يورو في العام الواحد أي ما يعادل 10 آلاف يورو في اللحظة بينما ينفق الاتحاد الأوروبي وحده 5,6 مليار يورو في السنة الواحدة تكاليف استمرار أجهزة مكافحة في عملها. ورغم كل هذا الإنفاق وكل التشريعات القانونية المستحدثة لمعالجة مروجي المخدرات فإن أثر المكافحة يبقى محدوداً إلى حدٍ كبير لأن ما يضبط من المخدرات في الاتحاد الأوروبي لم يتجاوز قط 15% من حجم المخدرات المتداولة في دول الاتحاد، ومثل هذه النسبة لا تؤثر على كبار تجار المخدرات عبر العالم في شيء، وإنما في التأثير عندما يبلغ المحجوز ما قيمته 75% من المتداول .

ومن النقاط المهمة التي أثارها التقرير ضعف النظام الدولي لجمع البيانات والمعلومات عن مشكلة المخدرات في العالم، وإذا كان الاتحاد الأوروبي قد استثمر مبالغ كبيرة لتنمية أنشطته في رصد مشكلة المخدرات عن طريق المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان؛ فمن غير الواقعي أن نتوقع وضع آليات مثلها لجمع البيانات على المستوى العالمي. وبالمقابل يدخل عامل جديد في عالم المخدرات بدأ يبشّر منذ فترة بإمكانية فهم علمي لظاهرة التعاطي، وبالتالي بإمكانية فتح آفاق جديدة للوقاية من المخدرات وللعلاج منها، ويتمثل هذا العامل في النجاحات التي تحقّقها البحوث البيو- عصبية (بيولوجيا الأعصاب) في العقدين الأخيرين، فقد نشر تقرير حديث (OEDT،2009) أن التطورات التي تشهدها بحوث الدماغ تسمح لنا بأن نفهم كيف تتشكل ظاهرة التعاطي والاعتماد وتمنحنا فرصاً جديدة لإيجاد استراتيجيات أكثر فعالية للوقاية وللعلاج الطبي والنفسي. فالكثير من الاكتشافات في مجال البيولوجيا العصبية كفيلة بأن تغير إجاباتنا تجاه مشكلة المخدرات، وأن تفتح الإمكانيات لاستثمار مساحة أكبر من التقنيات لعلاج التعاطي والاعتماد أو للوقاية منه. ومن الإمكانيات التي بدأت تظهر في الأفق؛ الحقن التي تستهدف

المخدر في دم الشخص وتمنعه من الوصول إلى الدماغ والتأثير فيه، ومنها كذلك زرع الجسيمات التي تحوي مخدراً تفرزه شيئاً فشيئاً بطريقة بطيئة، وهو ما يساعد على تخفيض كمية المخدر بالتدريج. ومنها الاختبارات الجينية التي تساعد العلماء على اكتشاف الجينات التي تزيد من قابلية الاعتماد على المخدر. هذا فضلاً عن التقنيات المتطورة لتصوير الخلايا والتي تساعد على فحص الدماغ من الداخل، وعلى تسليط الضوء على مسارات الإدمان .

ومثل هذه الاكتشافات والإمكانات الجديدة التي تفتحها البحوث العلمية في مجال التعاطي والاعتماد ومعالجته لن تمر دون أن تثير ردود أفعالٍ عكسية وجدل حول الجوانب الأخلاقية أو ذات العلاقة بالحرية الشخصية.

والدعوات الحثيثة التي أخذها بعين الاعتبار في تقييم هذه الاكتشافات في عالم بيولوجيا الأعصاب.

خلاصة القول فإن الأرقام والدراسات توضح أمرين أساسيين لا يناقض أحدهما الآخر في شيء:

الأول: أن الجهود المبذولة لمكافحة المخدرات كبيرة على المستويات جميعها

الثاني: أن السياسات المعتمدة لم تتجح إلى الآن في الحد من هذه المشكلة التي تؤرق العالم، ولا يستثنى أحد.

إن هذا لا يناقض ذلك في شيء، فالنتائج كما تقول التقارير الدولية ليست في مستوى الجهود المبذولة فضلاً عن الآمال والطموحات، وقد تكون المشكلة حينها مشكلة "كيف" لا مشكلة "كم" أي أنه علينا مراجعة جهودنا التي نبذلها في سبيل مكافحة المخدرات، لا لنبذل أكثر بل علينا أن نبذل بطريقة مختلفة عما تعودناه وأحسن مما تعودناه. فالمخدرات هي من المشاكل الإنسانية التي تزداد خطورة مع الأيام بفعل تطور أنماط الاستهلاك ووسائل الاتصال. وقد امتدت آثارها إلى جوانب

مختلفة من الحياة البشرية، وأضحت سبباً مباشراً في انتشار عددٍ لا بأس به من الجرائم الخطيرة والآفات الصحية والنفسية والاجتماعية التي تقوض مقومات المجتمع وتتخره من الداخل وتهدد حياة الشباب، حتى أصبحت بحق "الموت" معبأً في أفراسٍ وحقن، و"السُّم" معروضٌ في ألف شكلٍ وشكل، وضحاياها من كل جيلٍ وجنس وطبقةٍ اجتماعية.

إن المتابع لمشكلة تعاطي المخدرات على الصعيد العالمي يجد أنها أصبحت من أكبر المعضلات التي تعاني منها كافة دول العالم وشعوبها، فخطورتها أصبحت ماثلة أمام جميع الدول مما دفعها إلى العمل على محاربة هذه الآفة من خلال الاتفاقيات والبروتوكولات والمعاهدات حتى باتت مشكلة تعاطي المخدرات - في السنوات الأخيرة - أزمة تقض مضاجع كل الحكومات؛ ليس فقط لما هو معروف عن أضرارها الصحية والاقتصادية والاجتماعية بشكلٍ عام أيضاً لما تسببه من مشاكل أمنية بشكل خاص وارتباطها بالجريمة المنظمة وقضايا غسل الأموال وشبكات الإرهاب عبر العالم.

ومما يزيد العالم قلقاً؛ ما تؤكدته الأرقام من ازديادٍ مطرد لهذه الآفة، ولا يخفى علينا ما لهذا الازدياد من أثرٍ سلبي على المجتمعات وعلى اقتصاد الدول وما يظهره من فشل السياسات والبرامج حتى الآن في إيقاف هذا الزحف المهدد للإنسانية. وذلك كله يتطلب مزيداً من حشد الجهود وإبرام الاتفاقيات ودعم العمل المشترك بين الدول داخل إطار استراتيجيات شاملة، ومعالجات عميقة.

ومما هو جديرٌ بالذكر أن مشكلة المخدرات لم تعد مقصورةً على شريحةٍ معينة من المجتمع تتسم بعمرٍ معين وبمستوى ثقافي محدود، بل تفاقمت حتى أصبحت مشكلة تعاني منها شرائح المجتمع بمختلف مستوياتها، وقد نادى الدول والمنظمات الدولية بضرورة محاربة هذا الداء العضال، واستخدمت في ذلك أساليب متنوعة: شملت تحريمها دولياً، واعتبار بيعها أو تزويجها أو تعاطيها مخالفة يستحق

عليها الجاني العقاب الذي يصل إلى الإعدام في بعض الدول كما حرصت كثير من المؤسسات التنقيفية على السعي الحثيث نحو نشر الوعي حول أخطار هذه الآفة ومضارها على الفرد والمجتمع والدولة.

لقد وصل عدد المتعاطين للمخدرات - وفق تقرير الأمم المتحدة لعام "2008" عن ظاهرة تعاطي المخدرات - على مستوى العالم إلى (208) مليون متعاطٍ للمخدر في أنحاء المعمورة. ويتركز التعاطي لدى المراهقين من الجنسين ممن وقعوا ضحايا لهذه الآفة، كما بلغ حجم الاستثمار العالمي لتجارة المخدرات حوالي (500) بليون دولار سنوياً. أصبحت تجارة المخدرات تمثل المرتبة الثالثة من حيث الحجم، أي تشكل ما بين (9 إلى 10 %) من حجم التجارة العالمية - بعد تجارة النفط والسلاح - وهذا المؤشر يؤكد أن تعاطي المخدرات أصبح خطراً عالمياً يحتاج إلى تضافر الجهود في مواجهته.

الفصل الأول (خلفية تاريخية)

أولاً: المخدرات

1. تعريفها
2. أنواعها
3. طرق تعاطي المخدرات

ثانياً : الإدمان

1. مفهوم الإدمان
2. تعريف الإدمان
3. مراحل الإدمان
4. خصائص الإدمان
5. أنواع الإدمان

الفصل الأول

خلفية تاريخية

ورد في تراث الحضارات القديمة آثاراً كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد المخدرة منذ تلك الأزمنة البعيدة، وقد وجدت تلك الآثار على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي في الحضارة المصرية القديمة، أو كأساطير رُويت وتناقلتها الأجيال. وقد عرفت الشعوب القديمة الحشيش وصنعوا من أليافه الحبال والأقمشة، وأسماء الصينيون واهب السعادة، وأطلق عليه الهندوس اسم مخفف الأحزان، أما كلمة القنب فهي كلمة لاتينية معناها ضوضاء، وقد سمي الحشيش بهذا الاسم لأن متعاطيه يحدث ضوضاء بعد وصول المادة المخدرة إلى ذروة مفعولها. ومن المادة الفعالة في نبات القنب هذا يصنع الحشيش، ومعناه في اللغة العربية "العشب" أو النبات البري. ويرى بعض الباحثين أن كلمة حشيش مشتقة من الكلمة العبرية "شيش" التي تعني الفرخ، انطلاقاً مما يشعر به المتعاطي من نشوة وفرح عند تعاطيه الحشيش.

وقد كان الهندوس يعتقدون أن الإله (شينا) هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط ثم تستخرج منه باقي الآلهة ما وصفوه بالرحيق الإلهي ويقصدون به الحشيش، وقد نقش الإغريق صوراً لنبات الخشخاش على جدران المقابر والمعابد، وقد اختلف المدلول الرمزي لهذه النقوش حسب الآلهة التي تمسك بها؛ ففي يد الآلهة (هيرا) تعني الأمومة، والآلهة (ديميتر) تعني خصوبة الأرض، والإله (بلوتو) تعني الموت أو النوم الأبدي. أما قبائل الإنديز فقد انتشرت بينهم أسطورة تقول أن امرأة نزلت من السماء لتخفف آلام الناس، وتجلب لهم نوماً لذيذاً، وتحولت بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا.

وقد كانت مشكلة تعاطي المخدرات في الماضي مقصورة على عدد محدود من الدول العربية لكنها سرعان ما انتشرت في المنطقة، كما كانت في الماضي قاصرة على الحشيش والأفيون فأصبحت تشمل كافة أنواع المخدرات. وتعد مصر واحدة من أكبر أسواق المخدرات في المنطقة العربية وقد اختلفت الروايات في تأكيد معرفة قدماء المصريين للمخدرات فمنها ما ينفي معرفتهم بها ومنها ما يؤكد ذلك، فيذهب أصحاب الاتجاه الأول إلى التدليل على رأيهم بأن المصريين القدماء لم يعرفوا الخشخاش (الأفيون) ويستدلون على ذلك بأن معظم الآثار الفرعونية القديمة كانت خلواً من زهرة، أو كبسولة، أو بذور الخشخاش. بينما يذهب أصحاب الاتجاه الثاني إلى أن الإنسان المصري قد عرف المخدرات منذ زمنٍ قديم؛ ففي النقوش التي وجدت على مقابر الفراعنة ما يثبت أن قدماء المصريين استخدموا الأفيون في عمل وصفاتٍ دوائيةٍ لعلاج الأطفال وهو ما حدث بعد ذلك بقرونٍ طويلة عندما كان الناس في صعيد مصر يستخدمون الخشخاش (الأفيون) في جلب النوم إلى الأطفال المشاكسين أو المرضى، ومما يرجح الرأي الأخير أنه عقب اكتشاف مقبرة الأسرة الثامنة عشر؛ عثر فيها على دهان يحتوي على المورفين وعند التنقيب عن الآثار عثر على قرطين يمثلان كبسولة الخشخاش تتماثل الأخاديد فيهما مع الخطوط البارزة في كبسولة الخشخاش، وقد عثر على زهور وأوراق الخشخاش على مومياء الأسرة الواحدة والعشرين، وكذلك في أكاليل الزهور الخاصة بالأميرة الفرعونية (نسكونس).

ويشار في مذكرات (هيروdot) ما يؤكد أن مصر عرفت الحشيش في عصر الفراعنة وأنه كان موجوداً مع البغاء عند غانية تسمى (رادوبيس)، كانت عندها الليالي الحمراء والزرقاء (المخدرات)، وأنها كانت تحلم ببناء هرم يشبه هرم خوفو (الهرم الأكبر)، بل إنه قد قيل أنها هي التي بنت الهرم الأصغر من أموال البغاء والحشيش.

ويوضح لنا ذلك أن استخدام المخدرات قديم قدم البشرية عرفته أقدم الحضارات في العالم فقد وجدت لوحة سومرية يعود تاريخها إلى الألف الرابعة قبل الميلاد تدل على استعمال السومريين للأفيون وكانوا يطلقون عليه (نبات السعادة)، وعرف الهنود والصينيون الحشيش منذ الألف الثالث قبل الميلاد كما وصفه هوميروس في الأوديسا.

وعرف الكوكايين في أمريكا اللاتينية منذ 500 عام ق . م وكان الهنود الحمر يعضون أوراقه في طقوسهم الدينية، أما القات فقد عرفه الأحباش قديماً ونقلوه إلى اليمن عام 525 للميلاد.

وفي أوائل القرن التاسع عشر تمكن الألماني (سيد ترونر) من فصل مادة المورفين عن الأفيون وأطلق عليها هذا الاسم نسبةً إلى (مورفيوس) إله الأحلام عند الإغريق.

وفي المشرق الإسلامي يرجح ابن كثير أن الحسن بن الصباح - زعيم طائفة الحشاشين في أواخر القرن الخامس الهجري- كان يقدم طعاماً لأتباعه يحرف به مزاجهم ويفسد أدمغتهم، وهذا يعني أن نوعاً من المخدرات عرفه العالم الإسلامي في تلك الحقبة، وتشير دراسات عديدة إلى أن تعاطي المخدرات قد عرف في المجتمعات والحضارات القديمة كالحضارة الفرعونية والرومانية واليونانية والصينية والعربية .. وغيرها

ويقال كما أسلفنا آنفاً أن الفراعنة هم أول من عرف المخدرات وكان أهمها تلك المشتقة من نبات الخشخاش والقنب، لكن استعمال هذه النباتات وما يشتق منها من مخدرات كان مقصوراً على مجالات بعيدة عن التعاطي والإدمان، حيث كانت تستعمل في مجال الطب؛ فالأفيون كان يستخدم لعلاج أمراض العيون وعمل مراهم

لآلام الجسم، وكذلك كان يصنع منه مساحيق لنفس الأغراض، كما كان يستخدم في ذلك الوقت كدواء لتهديئة الأطفال من الصراخ.

ومع بداية القرن الحالي أخذت إساءة استعمال المخدرات تشغل بال المسؤولين حيث بدأت تتدفق على البلاد كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان، وأقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، بعد أن كان التعاطي محصوراً في نطاقٍ ضيقٍ على بعض الأحياء الوضيعة في المدن، وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى مصر وتقديمه للطبقة العليا، ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين بسرعة امتدت إلى باقي الطبقات الأخرى من الشعب .

أولاً : المخدرات

1. تعريفها :

إن تعريف المخدرات يختلف باختلاف النظرة إليها، ولذلك لا يوجد تعريف موحد أو متفق عليه للمخدرات، ويمكن تعريف المخدرات من الجوانب التالية:

تعريف لغوي: تأتي كلمة مخدر - بضم الميم وفتح الخاء وتشديد الدال المكسورة - من (الخدر) - بكسر الخاء وسكون الدال - وهو الستر ، فيقال المرأة خدرها أهلها بمعنى ستروها وصانوها من الامتهان، أي أن الخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد .

تعريف اجتماعي: المخدر هو كل ما يشوش العقل أو يثبطه أو يخرجه ويغير في تفكير وشخصية الفرد، وهناك فرق بين التعود والإدمان، فالاعتقاد مرحلة تؤدي إلى الإدمان وهي حالة تشوق لتعاطي عقار معين ومن خصائصه وجود رغبة قهرية لدى المتعود بالتمادي والاعتقاد ، والتعود هو أول خطوة نحو الإدمان. أما الإدمان فهو الاعتماد على المادة المخدرة اعتماداً تاماً نفسياً وجسدياً بحيث تصبح الحاجة إليها حاجة ملحة قهرية بل تفوق لديه أهمية الأكل والمشرب .

تعريف علمي: المخدر هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وهي ترجمة لكلمة (Narcotic) المشتقة من الإغريقية (Narcosis) التي تعني يخر أو يجعله مخدراً.

تعريف المخدر في الفقه الإسلامي: عرّف الإسلام المخدر بأنه ما غطى العقل وما أسكر منه الفرق فملء الكف منه حرام .

التعريف القانوني: المخدرات مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك.

وللمخدرات في الطب فوائد جلية، ولكن إساءة الأفراد استعمالها أدى لوجود تجارة عالمية بطرق غير مشروعة، مما خلق إشكالا كبيرا أدى إلى وجوب إيجاد رقابة صارمة تفرضها قوانين معظم البلاد وذلك على صناعتها وتخزينها وبيعها ووصفها طبياً، وزيادةً على ذلك أنشئت في معظم بلاد العالم مكاتب خاصة للمخدرات ومكافحتها، أنشئ أحدها في مصر عام 1929 والذي يعتبر أول مكتب لمكافحة المخدرات في العالم العربي.

وفي عام 1931 عُقد مؤتمر دولي في جنيف لتحديد وتقنين صنع المخدرات وتوزيعها مثلت فيه معظم الدول، واتفقت آراؤها على أن لا يصنع من هذه المخدرات إلا ما يكفي فقط للأغراض الطبية، وأن لا تنقل من بلد إلى آخر إلا بترخيص خاص وبواسطة أشخاص مرخص لهم بذلك، وقد تألفت في الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1969 لجنة خاصة للمخدرات.

(تعريف التخدير): هو فقد الحس بتأثير العقاقير على الجسم. وتوجد أنواع مختلفة للتخدير تستعمل الآن على نطاق واسع في الجراحة وفروعها، وفي التخدير العام يفقد الإنسان الوعي والإحساس في كل مناطق الجسم، وهذا هو النوع المستعمل الآن في كل العمليات الجراحية الكبرى.

إن آفة تعاطي المخدرات قديمة منذ أن وُجد البشر، ورغم محاربتها من الناس أنفسهم ومن المسؤولين في كل عصر إلا أنها مازالت تنتشر من الأجيال السابقة إلى الحاضرة، واستبدلت المخدرات بعقاقير تؤدي إلى الهلوسة، أو إلى نشاطٍ خداع، أو إلى هدوءٍ نسبي يسبق الآلام النفسية القاسية.

ومازال العالم يعاني من المخدرات والمخدرين الذين يبلغ تعدادهم الملايين، فالبعض يتناول المخدرات الكبرى التي تشتمل على المورفين والأفيون والحشيش

والكوكابين والهيروين، والبعض يتناول المكيفات والمهدئات كالقهوة والشاي والباربيتيورات .

إن عالم اليوم مليء بالأحداث التي تؤثر على الحالة النفسية للإنسان وتجعله قلقاً متوتراً غير مستقر فيلجأ إلى ما يهدئ حالته الانفعالية، وتختلف الفروق الفردية بين الناس، فمنهم من يعذب ذاته بالالتجاء للمخدرات الكبرى أو الصغرى أو المكيفات، ومنهم من يقاوم حالته المزاجية فيعتدل في تصرفه وسلوكه، ومنهم من يستخدم المنشطات عندما يحتاج إلى حالة جسدية ونفسية قادرة على مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب هذه المنشطات، ومنهم من يلجأ للمنومات والمسكنات ليهدأ بالاً وينام نوماً عميقاً اصطناعياً لا طبيعي .

وعلى الرغم من أن المخدرات الصغرى ليست ذات أهمية عند مقارنتها بالمخدرات الكبرى التي عُرفت منذ أقدم الحضارات، فقد استخدمها رجال الدين المسيحي منذ أزمان بعيدة للتأثير على عقول الناشئة، كما استخدمها المجوس وأمرء البيرو، كما استخدمت في الحروب الصليبية وفي جيوش أمرء الهند في القرن الثامن عشر .

وليس للمخدرات تأثيرٌ على عالم الإنسان فقط، بل إن الحيوانات تتأثر أيضاً بالمخدرات؛ فيذكر (لندلر) أنّ الحشرات المسماة بـ " الغزلان الطائرة " تتذوق بعض المخدرات الطبيعية والتي تصل إليها بمهارة، وتعاني هذه الحشرات معاناةً شديدة فيصيبها الترنح، وتحاول أن تتماسك على قوامها حتى تقع وهي في منتهى السكر .

ومن غرائز النمل مص أئداء بعض الطفيليات الصغيرة والتي تصل إلى أربعمئة ضربٍ من ضروب الطفيليات وفقاً لمشاهدات (ميتلينك) وذلك لتأثيراتها التي تسببها الإفرازات والتي تختلف بين التنويم والترنح، وفي دراسات لـ (فيكتو

ريكو) وجد إن كثيراً من النباتات المكسيكية تتغذى عليها الحيوانات وتؤثر فيها تأثيراً مخدراً لدرجة تشبه الإدمان، وما تحدثه النباتات في الحيوانات هو نوع من التسمم كما يحدث عند المدمنين من عالم البشر .

2. أنواع المخدرات :

يندرج تحت اسم "المخدرات" نوعان رئيسيان:

1- المخدرات الكبرى.

2- المخدرات الصغرى؛ وإن كان البعض منها يشترك مع المكيفات إلا أن ضررها أكبر من المكيفات،

وفيما يلي إيضاح لكلٍ من هذين النوعين:

المخدرات الكبرى:

هي أخطر أنواع المخدرات لآثارها السُّمية أضرارها الصحية والاجتماعية، وتعرف بـ "المخدرات الكبرى الطبيعية"، وتشمل: الأفيون ومشتقاته، الحشيش (القنب)، الكوكايين، القات، الهيروين، الماريجوانا.

وفيما يلي عرض لكل من المخدرات الكبرى :

الأفيون ومشتقاته:

تشير بعض المراجع إلى أن الاستخدام الطبي للأفيون عُرف منذ ما يقرب من سبعة آلاف سنة قبل الميلاد، وتشير (برديه أبيرز) إلى أنه كان يستخدم في علاج المغص عند الأطفال، (Densou Mule1981) ،

كذلك ورد ذكره في ملاحم هوميروس باعتباره الدواء الذي يهدئ الألم والغضب ويمحو من الذاكرة كل أثر للأحزان. ووصفه سلسوس وديسكورديس وبليني للعلاج من ضيق التنفس وللمساعدة على النوم. وكذلك نبّه هؤلاء إلى خطر الموت الذي قد يترتب على زيادة جرعته. وكذلك وصف الحكيم العربي (ابن سينا) استخدام بذور الخشخاش في علاج " ذات الجنب"، كما وصف استعمال الأفيون في علاج بعض أنواع " القولنج" ؛ (ابن سينا _ ص 255 و 269). كذلك ذكر داود الأنطاكي في تذكرته المعروفة باسم " تذكرة أولي الأبواب والجامع للعجب العجاب" تحت اسم خشخاش قائلاً بهذا الصدد أن الخشخاش يراد به النبات المعروف في مصر بأبي النوم . وقال انه ينمو برياً، وقد يزرع أيضاً، ومنه يستخرج الأفيون بالشرط . وذكر في وصف آثاره أنه إذا دُق بجملته رطباً وفُرّص كان مُرَقداً جالباً للنوم، مجففاً للرطوبة، محللاً للأورام، قاطعاً للسعال وأوجاع الصدر الحارة، وحرقة البول، والإسهال المزمن. أما بذره فإنه نافع لخشونة الصدر والقصبية وضعف الكبد والكلية، ويصب طبخه على الرأس فيشفي صداعه وبعض أنواع الجنون كالبرسامو المالخوليا (الأنطاكي 1952).

وفي الهند يبدو أن نبات الخشخاش، والأفيون نفسه كانا معروفين منذ القرن السادس الميلادي. وتذكر بعض المراجع أنه ورد إلى الهند والصين أصلاً من بلاد سومر (Arif&Westermeyer 1988)، وكان السومريون في الألف الثالثة قبل الميلاد يشغلون المنطقة التي نسميها الآن شمال سوريا والعراق. ويبدو أن الأفيون استقر في الهند قبل الصين بزمن طويل، وانتشر تعاطيه بين الهنود سواء عن طريق الأكل، أو التدخين، أو الشرب (Chopra & Chopra، 1957). وظلت الهند تستخدم الأفيون في تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين، إلى أن قررت شركة الهند الشرقية في أوائل القرن التاسع عشر أن تضعه ضمن احتكاراتها، ثم اتجهت به إلى محاولات التسويق بالقوة في أسواق الصين، وانتهت مقاومة الصين لهذه

المحاولات بوقوع الحرب المعروفة باسم حرب الأفيون (من 1839-1842) بين الصين مدافعةً عن نفسها وانجلترا مصممةً على فتح أسواق الصين بالقوة وإغراقها بالأفيون بضاعة شركة الهند الشرقية. وتغلبت إنجلترا على الصين في هذه الحرب. ونتيجةً لذلك وقعت الدولتان معاهدة نانكين سنة 1843. وبمقتضاها استولت إنجلترا على هونج كونج، وفتحت أسواق الصين أمام الأفيون الهندي، وفتحت معظم الموانئ الصينية الكبرى أمام البضائع الغربية بحد أقصى للضرائب الجمركية 5%، وأعفي الرعايا الأجانب من الخضوع للقانون الصيني. وشجع ذلك الولايات المتحدة الأمريكية فضغطت على الصين ووقعت معها معاهدة مماثلة سنة 1844. وكان من أهم النتائج بعيدة المدى التي تترتبت على ذلك الانتشار الواسع لإدمان الأفيون بين جميع فئات الشعب الصيني، حتى أنه قد قُدر عدد المدمنين في سنة 1906 بخمسة عشر مليون مدمن، وقُدر في سنة 1920 بـ 25% من مجموع الذكور في المدن الصينية. واستمرت هذه الأوضاع المتردية في الصين حتى أكتوبر سنة 1950، عندما أعلنت وزارة الصحة الصينية في حكومة ماوتسيتونج بدء برنامج فعال للقضاء على تعاطي الأفيون وتنظيم تداوله (Lowinger 1973).

أما في الهند فقد ظلت استخداماته تتراوح بين التعاطي والإدمان من ناحية والتطبيب من ناحية أخرى. ويقال أن المسئول عن إدخاله ضمن ممارسات الطب الهندي هم العرب في حوالي القرن التاسع الميلادي. وقد عُرف الطب العربي في الهند ولا يزال باسم UnnaTibia أي الطب اليوناني نظراً لأصوله اليونانية. ويقول الثقاق أن المؤلفات الطبية العربية لم تقتصر على وصف خصائص الأفيون فقط بل زادت على ذلك أن أدخلته في كثير من وصفاتها الطبية، فمن بين الاضطرابات التي يعالجها الطب العربي في الهند بواسطة الأفيون: الأرق، الاستثارة العصبية، الإسهال، الدوسنتاريا، التهاب الأعصاب، والآلام الروماتيزمية. ومن الخصائص التي يذكرها للأفيون أنه منوم، ومسكن للأوجاع، ومخثر للدم، وممسك. والجدير

بالذكر أن هذا النوع من التطبيق لا يزال يمارس في الهند كجزء من الطب الشعبي خاصةً في القرى الهندية (Dawarakanath 1965).

يبقى من الفصول المهمة في تاريخ الأفيون أن الصيدلاني الألماني الشاب (سيرتورنر) تمكن في سنة 1803 من عزل العنصر الفعال في الأفيون وهو المورفين؛ وهو العنصر المسئول عن معظم الآثار الفيزيولوجية والسيكولوجية المترتبة على تناول الأفيون بأي صورة من الصور. وقد انتشر استخدام المورفين بعد ذلك لأغراض طبية في العالم الغربي خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وساعدت على ذلك بصورة خاصة ظروف الحرب الأهلية " التي بدأت عام 1861 واستمرت حتى أواخر عام 1864"، وذلك لمواجهة احتياجات العمليات الجراحية أثناء الحرب. ومع حلول عام 1870 كانت الإبرة الطبية اللازمة للحقن تحت الجلد قد أُخترت "منذ منتصف القرن" وأدخلت عليها التحسينات التقنية اللازمة بحيث أصبحت أداة شائعة الاستعمال بين الأطباء والمرضى لحقن المورفين. وفي عام 1874 أمكن تخليق الهيروين معملياً، وعُرف في البداية باسم (داي أسيتايل مورفين _ diacetylmorphine) إلى أن أطلقت عليه شركة باير للأدوية اسم الهيروين سنة 1898. (Musts 1991). وفي النهاية فإن آخر النقاط المهمة في هذا التاريخ اكتشاف النالورفين Nalorphine سنة 1914، وبدء ظهور التقارير الطبية سنني 1943 و 1944 عن استخداماته المضادة للتأثيرات المورفينية على مدمني الأفيون والمورفين، والمحاولات الطبية والصيدلانية التي انطلقت بعد ذلك لمزيد من الارتقاء بهذا العلاج. (Deneau & Mule)

الحشيش:

يشير تاريخ الحشيش (القنب) إلى أنه استُخدم عدة استخدامات، فقد صنعت من أليافه حبال وأنواع من الأقمشة المتينة، كما وصفه الأطباء لعلاج أدواءٍ بعينها،

واستعمل كذلك لأغراضٍ دينية ، وللتغلب على الجوع والعطش، وكذلك استُعمل لأغراضٍ ترويحوية.

ويقال في بعض المراجع أنه ظهر أول ما ظهر فوق جبال الهيمالايا بشمال الهند منذ ما يقرب من 35 قرناً . ومن هناك انتشر مع تحركات البشر الرحل في جميع أنحاء العالم .(A Idrich 1974). وترى مراجع أخرى أن الاستخدامات الطبية لهذا العشب عُرِفَت منذ ما يقرب من خمسين قرناً. (Mikuriya 1969). وهو قول يعارضه بعض المؤلفين المحدثين حيث أنهم يقولون أنه قول لا يصمد أمام النقد الفيلولوجي. (chipper1982). وعلى أية حال يتجه الرأي الغالب بين المختصين إلى القول بأن الصين القديمة عرفت زراعة القنب فكانت بذلك أقدم منشأ للنبات على سطح الأرض. وقد استغل الصينيون هذا النبات أول ما استغلوه لكي يستخدموا أليافه في صنع نوعٍ معين من الأقمشة يصنع منها الفقراء ملابسهم، كان ذلك في مناطق تقع وفق خرائطنا الحديثة في شمال شرق الصين وشرق سيبيريا، وتشير الدلائل الأثرية إلى أن نبات القنب كمصدرٍ للألياف التي يصنع منها النسيج والحبال عُرِفَ في الصين منذ ما يقرب من ستة آلاف سنة، (منذ عصر حضارة يانج شاو YANG-SHAO)، وقد ظل معروفاً وموجوداً في تلك البقاع حتى العصر الحديث.

وتشير بعض الوثائق الأثرية إلى أن الحبال استُخدمت هناك لصنع شباك الصيد.

كذلك يبدو أن ألياف القنب استُخدمت في صناعة الورق في تلك المناطق حوالي أوائل القرن الثاني الميلادي. أما استعمال بذور القنب كطعام كما استخدم الأرز والشعير وفول الصويا فقد عُرِفَ قبل ذلك بكثير ، ربما في الوقت نفسه الذي

استُخدمت فيه أليافه. لكن هذا الاستخدام يبدو أنه لم يستمر إلى أقرب من القرن السادس الميلادي نظراً لظهور أنواع من البقول تفضله (HUI-LINLI 1974).

أما عن الاستعمالات الطبية للعشب فيقال أنها ترجع إل حوالي القرن العشرين قبل الميلاد، أيام إمبراطور الصين الحكيم شن نونج. ShenNung فقد وصف القنب لعلاج الإمساك، وداء الملوك، والملاريا، والروماتيزم. ويبدو أن الاستعمالات الطبية للقنب استمرت في الصين حتى بدايات التقويم الميلادي؛ غير أن هذه الاستعمالات بدأت تتحسر شيئاً فشيئاً وارتبط هذا الانحسار بظهور المزيد من ملاحظات الأطباء على تأثير هذا العقار في تشويه الإحساس بالزمان والمكان (المرجع السابق). وفي الهند استخدم القنب لأغراض دينية قبل أن يُستخدم لأغراض طبية. وكان الرأي السائد بين الداعين إلى استخداماته الدينية: "أنه يخلص عقولنا من المشتتات الدنيوية حتى نقوى على التركيز على الموجود الأعلى"، ولا يزال هذا العشب يُستخدم في معابد الهندوس والسيخ، وفي نيبال يوزع في معابد أتباع شيثا في أيام الأعياد المقدسة (Blum et al 1969).

وتشير بعض المراجع التاريخية كذلك إلى أنه عُرف في مصر منذ حوالي القرن العشرين قبل الميلاد، واستُخدم حينئذٍ في علاج بعض أمراض العيون، ولكن ليس هناك ما يشهد بوجود تاريخ متصل لهذا العشب في هذه المنطقة، أي مصر والعالم العربي سواء فيما يتعلق بالاستخدامات الطبية أو الدينية أو الترويحية. كل ما في الأمر أننا نعلم أن هذا العشب كان معروفاً في بلاد الفرس وربما عند الأشوريين حوالي القرن السابع قبل الميلاد (المرجع السابق). ويقال أن المنطقة العربية عُرفت بالاستخدامات الطبية للقنب في حوالي القرن التاسع الميلادي مع قيام حركة الترجمة عن الطب اليوناني. ومع بداية القرن العاشر تبدأ الإشارات الصريحة إلى القنب في الطب العربي. ففي كتابٍ عن السموم لابن وحشية يرد ذكر القنب

على أنه سام، كما يرد ذكره عند الرازي. ويبدو أن كلمة الحشيش استُخدمت لأول مرة عند الكتاب العرب في أواخر القرن الحادي عشر الميلادي، بعد أن كانت كلمة بنج هي الشائعة. وخلال القرن الثاني عشر دخل القنب مصر، وكان ذلك في أوائل حكم الأيوبيين. وفي أوائل القرن الثالث عشر كان القنب قد انتشر في فارس والشام ومصر. وفي القرن نفسه (الثالث عشر) اجتاح المغول العالم الإسلامي "1221-1300" بادئين بفارس، وكان ذلك بقيادة جنكيز خان، وكان المغول يتعاطون القنب فازداد انتشاره مع الزحف المغولي، وبذات القرن (الثالث عشر) كتب ابن البيطار "1197-1248" عالم النبات العربي عن القنب، فقال إنه يزرع في مصر وإنه يعرف فيها بالحشيش، كما ذكر أنه يؤكل، وأن أكله يُشعر بالخفة والسرور، ولكنه ينتهي إلى العته أو الموت. وقال أن الصوفية والإسماعيلية يتعاطونه في ممارساتهم الدينية. وكذلك في القرن نفسه بدأ الحكام "الأيوبيين" في مصر يحاربون زراعته، لكن نجاحهم بذلك كان مؤقتاً. ففي نفس القرن نجح المماليك في إسقاط الدولة الأيوبية في مصر (1254م) ، وتمكنوا من إيقاف زحف المغول غرباً، وذلك في موقعة عين جالوت في الشام (1260م) وفي غمرة هذه الأحداث يأمر الملك الظاهر بيبرس (وهو الذي هزم المغول) بمنع تداول القنب أو تعاطيه ومعاقبة من يخالف ذلك، لما لاحظته من تأثير سيئ لهذا العشب على معنويات جنوده حتى والمغول لا يزالون يهددون سلامة البلاد. وأيضاً في ذات القرن (الثالث عشر) يكتب القرافي بما معناه أنه لا حرج من تعاطي القنب بمقادير صغيرة بحيث لا تؤثر في العقل ولا تفسد الحس. ومع دخول القرن الرابع عشر بدأ ينتشر الحشيش في الشمال الأفريقي حتى بلغ الأندلس ، وقد تحدث ابن بطوطة عن انتشاره في البلدان التي ارتحل إليها من فارس إلى شرق أفريقيا. وفي هذه الفترة نشر الشيخ الإمام أبو عبد الله بدر الدين محمد بن عبد الله الزركشي رسالته الشهيرة التي استهلها بقوله ((أما بعد فهذه فصول في الكلام عن الحشيشة اقتضى الحال شرحها

لعموم بلوى كثيرٍ من السفلة بها وتوقف كثير من الناس في حكمها لما لم يجدوا للسلف فيها كلاماً)) "Rosenthal1771". وعلى امتداد القرن الرابع عشر تقوم عدة محاولات من حكام مصر لمنع تداول الحشيش أو تعاطيه، ولكن نجاحها يكون مؤقتاً. وفي حوالي منتصف القرن الخامس عشر يكتب المقريري مسفهاً الحشيش ومتعاطيه. وفي سنة 1453م تسقط القسطنطينية في يد العثمانيين، وفي سنة 1517م يستولون على مصر. ويبقى شيوخ الحشيش في مصر بين مدٍ وجزر ، ولكنه لا ينتشر في الأناضول بدرجةٍ مماثلة، ويشهد مؤرخ تركي عاش في القرن السابع عشر؛ أنه عندما كان في القسطنطينية وجد ألف حانوت تبيع البيرة، و 104 تبيع الخمر، ولكنه لم يجد سوى 60 مكاناً لبيع الحشيش وتدخينه " AUSTIN & GRIEG 1982".

وقد عُرف القنب في أوروبا الحديثة من خلال بعض الكتابات العلمية الهادئة منذ القرن السادس عشر، فقد كتب عنه حينئذٍ بروسبر ألبانيو "Prosper Albino" في كتابه "De Medicina Aegyptiorum" كما كتب عنه لينوس " C Linnaeus". عالم النبات الشهير وكان ذلك بعد منتصف القرن الثامن عشر بقليل. غير أن أوروبا عرفت بعد ذلك موضوعاً لكتابات مثيرة للجدل، وكان ذلك بشأن خصائصه كمخدر. وبهذا الاعتبار وصلت سمعته إلى أوروبا عن طريقين: الأول هو حركة الاستشراق التي نشطت بوجهٍ خاص في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر مع تأسيس الجمعية الآسيوية للبنغال سنة 1784، والجمعية الآسيوية الملكية في بريطانيا سنة 1824. في هذه الفترة التاريخية درست وتُرجمت وأُلفت (على سبيل المحاكاة) كتب كثيرة عن الشرق والمؤلفات الشرقية _ وكان معظم الاهتمام منصباً آنذاك على ما يخص الهند وفارس والشرق الأوسط العربي، ومن أشهر النماذج التي تناولتها هذه الدراسات ونقلتها للقارئ الأوروبي "ألف ليلة

وليلة". وجدير بالذكر هنا أنّ هذه الدراسات والترجمات لم تتوجه لدولة أوروبية بعينها، ولكنها توجهت إلى الجميع.

وفي غمار هذه الحركة انتقلت سيرة الحشيش كمخدر، مع كل تهويمات الخيال الأدبي. هذا عن الطريق الأول. أما الطريق الثاني فكان ما حمله معهم علماء نابليون بونابرت وجنوده بعد عودتهم من مصر على أثر فشل الحملة العسكرية التي استمرت من 1798 إلى 1801. وفي ظل تداخل هذين الطريقين معاً، وتوافر المناخ المناسب في أوروبا شهدت السنوات من حوالي 1840 إلى ما يقرب من سنة 1860 نشاطاً بارزاً من الكتابات والتجارب والاجتماعات التي تدور كلها حول الحشيش وآثاره على المتعاطين، ففي سنة 1843 دَوّن (تيوفيلجوتيه T. Jauntier) - وهو أديب فرنسي رومانسي عاش من 1811_1872 وعرف بدفاعه عن نظرية الفن للفن - ملاحظاته الاستتباطية على خبرته الذاتية الناجمة عن التعاطي. وفي سنة 1845 نشر (مورو دي تور Moreeau de Tours) - الطبيب النفسي الفرنسي كتاباً عنوانه "عن الحشيش والاضطراب العقلي" Meunier P.136، 1909". وفي سنة 1846 تعاطي (بودلير Baudelaire.C) الحشيش وكتب يصف خبرته مع هذا التعاطي مقالاً بعنوان "عن الخمر والحشيش مع المقارنة بينهما كوسيلتين لمضاعفة الفردية". وفي سنة 1856 نشر هذا الشاعر نفسه مجموعة من خمس مقالات عن الحشيش؛ هي "مذاق اللامتتاهي - ما هو الحشيش - مسرح سيرافين - الإنسان والإله - الأخلاق". (Nahas 1977، P.37 Baudelaire 1928). وفي سنة 1857 أعلنت الجمعية الدوائية في باريس عن مسابقة علمية موضوعها القنب الهندي (سوف 1972). ومع اقتراب القرن التاسع عشر من نهايته هدأت الضجة التي أثارها مجموعة الأدباء والفنانين الأوروبيين حول الحشيش. ومع بداية القرن العشرين عرف الحشيش طريقه إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك من خلال هجرة المكسيكيين شمالاً خلال عشرينيات القرن

للاشتغال كعمال زراعيين فيها، فقد كان المكسيكيون يعرفونه ويدخنونه ، فانتقل معهم وبدأ ينتشر في أوساطٍ بعينها في الولايات المتحدة؛ أوساط عازفي موسيقى الجاز السود بوجهٍ خاص وبعض البيض (Musto 1991). وفي سنة 1938 طلب عمدة مدينة نيويورك " Fiorillo la Juardia " إلى الأكاديمية الطبية لنيويورك أن تهتم بإجراء بحث علمي اجتماعي حول مشكلة الحشيش في المدينة . وتشكلت على أثر ذلك لجنة لإجراء البحث المطلوب عُرفت تلك اللجنة باسم لجنة لاجوارديا، وأشرفت على إجراء البحوث المطلوبة ونشرت تقريراً عن ذلك عُرف باسمها، وقد أثار كثيراً من الجدل حول قيمته العلمية. (Nahas 1973).

وتضع الحرب العالمية الثانية (1939 - 1945) خاتمة لما نسميه السرد التاريخي لأحداث القنب في العالم ومع بدء خمسينيات القرن الماضي يبدأ الحاضر.

الكوكايين:

يستخلص الكوكايين من نبات الكوكا. *Erythroxylon coca*. وقد عُرف هذا النبات في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي سنة، وفي عصور ازدهار قبائل الإنكا كانت أوراق الكوكا تعتبر شيئاً ثميناً وكانت تحجز عادة عن العامة لكي يبقى استخدامها وقفاً على النبلاء ورجال الدين (كانت طريقة الاستخدام أو التعاطي هي مضغ الأوراق وإبقاؤها في الفم حوالي ساعة لاستحلابها). ونظراً لما لوحظ من تأثيرٍ منشط لهذه الأوراق فقد كان الجنود (أيام الإنكا أيضاً) يستخدمونها عندما يخرجون للحرب، كذلك كان حاملو الرسائل يستخدمونها لتعينهم على الارتحال مسافاتٍ طويلة حاملين رسائلهم. وعندما احتل الإسبان البلاد في القرن السادس عشر ترك الهنود الحمر يمزغون أوراق الكوكا ليستعينوا بها على تحمل مشاق العمل للسادة الإسبان في مناجم الذهب والفضة. وفي ظل هذا النظام الجديد عني الإسبان بزراعة

شجر الكوكا بانتظام (كان الهنود الحمر من قبل يكتفون بالاعتماد على الأشجار التي تنبت في المكان تلقائياً)، وأصبح العمال الهنود يعطون جزءاً من أجرهم مقادير من أوراق الكوكا. وانتشر مضغ الكوكا أكثر من ذي قبل. وربما رأى فيها الهنود المقهورون أمام المستعمر الإسباني بقية باقية من ممارساتهم الحضارية المندثرة. (إلى جانب آثارها التنشيطية) فازدادوا تمسكاً بها. ويقدر عدد الهنود الذين يمارسون الآن مضغ الكوكا بانتظام في بيرو وبوليفيا بما يزيد قليلاً على أربعة ملايين نسمة.

وفي سنة 1860 تمكن نيمان Niemann من عزل العنصر الفعال في النبات، وأسماه كوكايين. وتوالت التجارب بعد ذلك على الكوكايين لاستغلاله في الأغراض الطبية. وفي حوالي سنة 1885 اكتشف كارل كولر Karl Koller أن الكوكايين يمكن استخدامه كمخدر موضعي لإجراء جراحة العيون دون ألم يذكر. كذلك نشطت البحوث في تأثيره على الجهاز العصبي المركزي، وبالتالي فقد أُدخل الكوكايين كمنشط في عدد من الأدوية والمشروبات الترويحية. ومن أشهر هذه المشروبات الكوكاكولا التي قُدمت في سنة 1886، (ولكن في سنة 1903 استُبعد الكوكايين من تركيبها). (Van DKe 1981). في تلك الفترة تبارى أطباء الأمراض العصبية، كما تبارت شركات الأدوية في الدعوة للإقبال على الكوكايين. ويذكر في هذا الصدد اسم وليام هاموند أحد كبار أطباء الأعصاب في أمريكا، الذي يقال أنه أسهم كثيراً بالقول وبالكتابة في امتداح الكوكايين. وكان من أقواله الشهيرة التي أطلقها سنة 1887 إن ضرر الكوكايين في استثارة اعتياد الإقبال على تناوله لا يزيد على ضرر الشاي والقهوة في هذا الصدد. كذلك تفاخر بأنه استطاع بالتعاون مع أحد الصيادلة في نيويورك أن يكون ما أسماه "بنبيذ الكوكايين" وذلك بإضافة ما مقداره 130 مليجراما من الكوكايين إلى لترٍ من النبيذ ومزجها جيداً، وإن هذا النبيذ يفوق كثيراً نبيذاً آخر كونه الفرنسيون بطريقة مقارنة كان يعرف باسم نبيذ مارياني

Vin Marine لأن هذا الأخير لا يحتوي إلا على حوالي 30 مليجراما فقط من الكوكايين.

وبالإضافة إلى هذه التصريحات من هاموند وأمثالها من غيره من أطباء الأعصاب (ومنهم سيجموند فرويد) سارعت شركة بارك دافيز . Parke - Davits Co. للأدوية إلى تقديم الكوكا والكوكايين في 15 شكلا مختلفا، من بينها مثلا سجائر الكوكا، وكوكايين للحقن، وكوكايين للشم. كذلك قدمت هذه الشركة ما اعتبرته حقيبة معدات صغيرة تجعل الكوكايين في متناول من يريد ببسر وسهولة. وكان من بين ما تحويه الحقيبة حقنة لحقن العقار تحت الجلد. ومن بين ما جاء في إعلان الشركة حينئذٍ إن هذا العقار "يمكن أن يحل محل الطعام" كما أنه يجعل الجبان شجاعاً، والسكوت فصيحاً...، كما أنه يحول دون المعاناة من الألم (Musto).

ومن المؤسف حقا أن تاريخ المواد المخدرة زخر بمثل هذه الاندفاعات الحماسية سواء من جانب شركات صناعة الدواء (بدافع الإسراع إلى جني الأرباح). ومن جانب كثيرٍ من الأطباء وغيرهم من الأشخاص ممن يحملهم المجتمع عبئاً مضاعفا لمسؤولية الكلمة، ويتوقع منهم في المقابل قدراً مضاعفاً من ضبط الحكم والقول. حدث هذا في تاريخ الكوكايين كما رأينا، وحدث ما يماثله في تاريخ الهيروين، وحدث كذلك في تاريخ المهدئات الصغرى (البنزوديازيبينات، كالديازيبام)، ولا يزال يحدث إلى حد ما بشأن تدخين القنب. وفي سنة 1886 نُشر أول تقرير طبي، نشره طبيب في واشنطن عن بعض الإرجاع المعاكسة المترتبة على الحقن بالكوكايين للتخدير في إحدى العمليات الجراحية، ولم يلتفت أحد إلى هذا التقرير. ثم توالى التقارير عن أرجاع معاكسة ترتبت على زيادة الجرعة أو على عوامل أخرى أكثر ارتباطاً بالظروف النوعية للمرضى، ثم توالى التقارير عن المشكلات

السلوكية الاجتماعية المترتبة على تناول الكوكايين على فترات زمنية طويلة. وفي سنة 1914 وُقِع ما يعرف باسم قانون هاريسون الذي وضع قيوداً مشددة على تداول الكوكايين، منها تحريم بيعه إلا من خلال الوصفات الطبية، ومنها تحريم إدخاله بأي قدر من الأدوية للسيارة. وفي سنة 1930 جاء في تقرير لجنة نيويورك (بإشراف عمدتها) للنظر في أمر المخدرات، أن تعاطي الكوكايين لم يعد مشكلة مؤرقة. (Musto 1991).

القات:

القات شجرة دائمة الخضرة، وأول من أسماها باسمها العلمي ووصفها وصفاً دقيقاً هو عالم النبات السويدي بير فورسكال Per Forsskal الذي توفي في اليمن سنة 1763. أما الاسم العلمي الذي أطلقه على هذا النبات، فهو Catha edulis ويتراوح طول شجرة القات بين خمسة وعشرة أمتار. وأوراق الشجرة بيضاوية مدببة.

وتُقطف للمضغ وهي صغيرة السن يبلغ عمرها أيما أو لا يزيد على أسابيع قليلة. (P27،Weir 1985). ويرى بعض المؤرخين أن القات وُجد أول ما وُجد في منطقة تركستان أو أفغانستان. ويعتمد هذا الرأي على ما ذكره البيروني في "كتاب الطب" وجاء فيه ما يأتي "القات شيء مستورد من تركستان، طعمه حامض .. ولون القات أحمر مع رثة من السواد .. وهو يبرد الحمى .. ويريح الصفراء ويبرد المعدة والمصران" وقد عاش البيروني في الفترة ما بين سنة 973 وسنة 1051. (مركز الدراسات والبحوث اليمنية، 1981، ص 210).

ويبدو في حدود الوثائق التاريخية القليلة المتوافرة حول الموضوع، أن شيوع عادة مضغ أوراق القات في منطقة جنوب البحر الأحمر (وبوجه خاص في اليمن

والحبشة) يرجع إلى حوالي القرن الرابع عشر الميلادي، وقد ورد ذكر ذلك عرضاً في وثيقة تاريخية حبشية (مكتوبة باللغة الأمهرية) تصف حملةً تأديبية قام بها جنود الملك المسيحي عمدا سيون Amda Seyon (من الحبشة) ضد الملك المسلم صبر الدين (في اليمن). وتؤرخ هذه الوثيقة بالعام 1330م . كذلك يرد ذكر القات في كتاب لمؤرخ عربي يُدعى ابن فضل الله العمري كُتب بين سنتي 1342-1349م، وفيه يورد الكاتب قصة عن كيف ورد القات (بعادات مضغه) من الحبشة إلى اليمن (Weir 1985;P72). كما يشهد المقرئ في رسالة له بعنوان "الإلمام بأخبار من في أرض الحبشة من ملوك الإسلام" (وقد عاش المقرئ ما بين 1364م و 1442م) بوجود شجرة من أرض الحبشة، "تسمى القات، وهي شجرة لا تعطي فواكه، لكن السكان يأكلون أوراقها الصغيرة ... هذه الشجرة تنشط الذاكرة ، وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والشهوة والنوم ...". (مركز الدراسات والبحوث اليمنية، 1981، ص 211). ويبدو أنه قد ثار جدلٌ بين اليمنيين خلال القرن السادس عشر الميلادي حول ما إذا كان يسري على القات ما يسري على الخمر من تحريم باسم الدين، و لجأوا إلى استفتاء أهل الفتوى، وكان من بين هؤلاء شهاب الدين أحمد بن محمد علي بن حجر الهيتمي السعدي، وكان مقيماً في مكة (عاش في الفترة بين 1504 و 1567 أو 1587) وقد استشكل أمره عليه على إثر تباين أقوال متعاطيه بين قائلٍ بتخديره وقائلٍ بأنه لا يؤثر على الجسم ...". فنتج عن هذا كله أن لا طريق لنا إلى العلم بحقيقته إلا مجرد الخبر المتواتر من متعاطيه بما يجدونه منه.

ولم يتم لما علمت من الخلاف والاختلاف، إذ القائلون بالحل ناقلون عن عدد متواتر أنه لا ضرر فيه، والقائلون بالحرمة ناقلون عن عدد متواتر أن فيه آفاتٍ ومفاسد منها أنه مخدر ومغيب ومسكر ومطرب، فأحد الخبرين كاذبٌ قطعاً مع

رعاية العموم سلباً وإثباتاً (المرجع السابق، ص76). وقد استمر الجدل حول موجبات
تحريم القات أو حله ولا يزال مستمرا حتى الوقت الحاضر.

وتشير دراسات كثيرة حول التاريخ الاجتماعي لتعاطي القات في اليمن إلى أنه
مر بمرحلة في بداية تاريخه خلال القرنين الثالث عشر والرابع عشر كان مقترناً فيها
بالشرائح الفقيرة من المجتمع، غير أنه اتجه بعد ذلك تدريجياً إلى الاقتران بالشرائح
الغنية ذات النفوذ، وفي ذلك يقول سيرجنت R.B.Serjeant - وهو أحد أعلام
الدارسين للحياة اليمنية - إن القات كان مقبولاً وكان تناوله شائعاً بين الصفوة
الحاكمة في القرن الثامن عشر، "وهو ما نستنتجه من سيرة أحد أحفاد الإمام
المتوكل إسماعيل الذي كان يحب الأدب.. وكان يتجه إلى الخلوة أحيانا للتعبد
والصلاة، وكان مولعاً بأكل القات". (Weir 1985;P 76). وهناك دراسات
متعددة تابعت التغيرات التي كانت تطرأ من حين لآخر على ثمن القات في السوق
المحلية نتيجة لتغير مكانة المتعاطي.

الهيروين:

وهو أحد مشتقات المورفين وهو مسحوق أبيض اللون بلوري، يذوب بصعوبة
في الماء وبسهولة في الكحول، ولما كان الإنسان قد يصبح مدمناً للهيروين بسهولة
فقد قل استعماله وندر وصفه طبيياً، بل وقد حظر تحضيره في بلادٍ كثيرة. وهناك
شبه إجماع على حذفه من جميع دساتير الأدوية.

الماريجوانا:

هو القمم الزهرية المؤنثة لنبات القنب، وهو يُحدث تهيجاً كما يحدث هبوطاً،
ومع أنه استُعمل أولاً في حالات الصداع والأرق، إلا أنه قد بطل استخدامه تقريباً
ولم يعد يوصف في التذاكر الطبية. وهو من العقاقير التي تُحدث عادة الإدمان،

وقد شاع استعماله في أمريكا بتدخينه على شكل السجائر التي لا يمكن الحصول عليها إلا عن طريق التجارة غير المشروعة والتهرب، واتخذت الحكومة الأمريكية كل الخطوات لمراقبة زراعة القنب.

المخدرات الصغرى:

وهي أقل ضرراً إلى حد ما عن المخدرات الكبرى الطبيعية على الإنسان، ومنها الطبيعي ومنها الصناعي. وفيما يلي نعرض لأنواع مختلفة من المخدرات الصغرى :

البن والشاي (الكافيين):

نتكلم في السياق الراهن عن البن والشاي معاً لأن ما يعنينا هو العنصر الفعال، وهو واحد في كل منهما ويسمى الكافيين Caffeine. وتشير بعض الآثار إلى أن الشاي كان معروفاً في الصين منذ ما يقرب من ثلاثة آلاف عام، وإن كانت الكتابات التي تذكره صراحة لا ترجع إلى أبعد من سنة 350 ميلادية. أما بالنسبة للبن (والقهوة) فليس لدينا من الإشارات التاريخية ما يشهد له بتاريخ مماثل في القدم، ومع ذلك فيبدو أن الشعوب العربية (في شبه الجزيرة العربية) كانت تشربه منذ ألف سنة على الأقل. ويبدو تاريخ تقديم الشاي للمواطن الأوروبي مرتبطاً بتاريخ شركة الهند الشرقية في أوائل القرن السابع عشر. وكما قوبل القنب عند دخوله مصر في القرن الثاني عشر الميلادي بالكثير من الجدل بين من يرتضون تناوله ومن ينهون عنه، وهو ما حدث أيضاً مع كثير من المواد النفسية الأخرى (مثل الأمفيتامينات والكوكايين والطباق وقت دخولها كثير من البلدان) كذلك حدث الشيء نفسه مع القهوة والشاي، فقد صدرت على مر التاريخ العديد من قرارات عدة في دول مختلفة تحرم شربهما، ثم عدل عن هذه القرارات استناداً إلى مبررات متعددة (greden&waltres 1992 ;greden1981)

وجديرٌ بالذكر هنا أن الجدل لا يتناول كون هذه المادة أو تلك (الكافيين أو أي مادة أخرى) تؤثر على المخ ومنه على السلوك والمزاج، هذا شيء لا يتناوله الجدل، فالكل مسلمٌ بأن الكافيين ذو تأثير تنشيطي (تنبهي) على المخ. ولكن الجدل ينصب على احتمالات التمادي في تناوله و ما يترتب على ذلك من أضرار. ومن أوضح مظاهر هذا الجدل تردد العلماء في تصنيف مادة الكافيين ضمن المواد المحدثة للاعتماد. ومن ثم نجد أن نظام التصنيف الأمريكي للاضطرابات النفسية الصادر سنة 1980 والمعروف باسم DSM 4 أو Diagnostic & statistical Manual of Mental disorders يذكر "التسمم الكافيني" و "الاضطراب النفسي العضلي المرتبط بالكافيين"، ويقدم قائمة تحتوي على اثني عشر عرضاً وعلامة كمعايير لتشخيص التسمم الكافيني، وفي حين أن نظام التصنيف المناظر له والصادر عن هيئة الصحة العالمية؛ وهو المعروف باسم ICD-10 أو The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders لا يحوي أي ذكر لهذا الموضوع .

الكوكا(الكولا أو الكوله):

وهي شجرة استوائية اسمها العلمي (كوكا اكيومنياتا) وموطنها افريقيا، وتزرع في المناطق الدافئة لبزورها المعروفة باسم (بندق كولا) والتي تحوي الكافين والزيت والجلوكسيد كولانين. ويستخدم الأهالي في تلك الأقاليم البندق الطازج، وتصدر البذور لاستعمالها في المشروبات وفي الطب.

جوزة الطيب:

بذرة شجرة مستديرة الخضرة اسمها العلمي (مريستيكا فراجرانس) و هي تابل قيم، ويستخرج من غلاف البذرة تابل آخر، ومن البذور وغلافها زيت يستعمل في الطب وفي أدهنة الشعر.

البتل (البويو) :

نوع من الفلفل الأسود انتشرت زراعته في الشرق الأقصى ويطلق عليه الغربيون اسم (بويو) والبويو هو العجينة المحضرة من أجل المضغ والتي تحتوي بالإضافة إلى البتل المكون الرئيسي من جوزة الطيب، وعلى كلس حتى يتم الحصول عليه من الاصداف المتكلسة. ويبدو أن استخراج البتل في بلاد الشرق الأقصى يعود إلى عهود قديمة جداً فقد روى أوائل البحارة الغربيين أنهم رأوا رجالاً ضعافاً في غاية المرض لأن أفواههم تدمي حيث كانوا يبصقون الدم بغزارة. وما كان هؤلاء البحارة يعرفون البتل عندئذٍ، بل عُرف بعد زمن طويل أن اللون الشديد الاحمرار للعباب أولئك المرضى الفقراء ولون أسنانهم ومخاطية الفم واللثة لديهم يعود إلى (البويو) الذي يمضغونه باستمرار، ويعد (البويو) عند الكثيرين من سكان الهند وجزر الفلبين شيئاً أكثر أهمية من الذهب نفسه، وهناك لدى بعض الأمراء بهذه البلاد خدم متخصصون في تحضير (البويو) علماً بأن هؤلاء الخدم ذوو حظوة لقيامهم بهذه المهمة، حيث لا يكلف بها إلا أكثر الخدم نكاهاً وقدرًا، هذا ولم تحدد بعد صفات البويو، وما عرف عنه هو أن جوزة الطيب تحتوي على نوع من النيكوتين، وأن البويو لولا الكلس لما اصطبغ باللون الأحمر، فالبويو بمقوماته الثلاثة، تلك المقومات التي يكمل بعضها بعضا يوتر الأعصاب ويبعد الجوع والتعب، ومن جهة أخرى فإن البويو مع أنه مخدر مشؤم إلا أنه يبدو إلى حد ما ضروري لسكان الشرق الأقصى، ذلك لأن الكلس الذي يدخل في تركيب البويو يعوض النقص الواضح جدا بالكلس في بعض المناطق الشرقية هناك ، ويؤكد الأوربيون الذين مضغوا البويو وهم قلة نتيجة اللون الأحمر الذي يفرزه أنه يسبب في بادئ الأمر إثارة دماغية مزعجة ويحدث تقيؤات ودوارا، ويتحول كل ماضغ للبتل بمرور الزمن إلى كائن ضعيف، نزق، سريع الغضب والحدة، فاقدٌ للشهية ويشعر بجميع الأعراض التي يسببها التبغ

بشدة، وقد يعود ذلك إلى هذا النوع من النيكوتين الذي تحويه جوزة الطيب
الممزوجة مع البتل علماً بأن البتل بحد ذاته مخدرٌ قويٍ شبيه بالكوكا.

3. طرق تعاطي المخدرات:

مع انتشار المواد المخدرة تعددت وتتنوع أساليب تعاطيها فمنها ما يتم تعاطيه
عن طريق التدخين إما مع السجائر أو الجوزة مثل الحشيش والأفيون. تلك المواد
التي تباع في الأسواق للمدمنين على هيئة قطع صغيرة ملفوفة بورق السوليفان .
وقد يتناولها البعض عن طريق البلع أو إذابتها في قليلٍ من القهوة أو تركها لتذوب
في الفم. وأحياناً يُذاب الأفيون الخام أو المورفين في قليلٍ من الماء ثم يحقن تحت
الجلد أو في الوريد ، ولا يخفى علينا ما يمكن أن يحدثه استعمال أدوية غير معقمة
من خرايج في موضع الحقن أو نقلٍ للأمراض نتيجة للاستعمال المتكرر لنفس
الحقنة من قبل أشخاص عدة كالتهاب الكبد الوبائي ، والملاريا ، وأخيراً مرض
الإيدز ؛ ففي إحصائية أخيرة أجريت بالولايات المتحدة على مرضى الإيدز وُجد أنه
من اثنتي عشر ألف حالة مصابة بالإيدز؛ 73% منهم من مدمني تعاطي العقاقير
المخدرة عن طريق الحقن .

وهناك أيضاً الأقراص المخدرة التي يتناولها المدمنون بكميات كبيرة كالريتاين.
أما المواد المخدرة التي يتعاطاها المدمن عن طريق الشم كالكوكايين والهيروين فلقد
زاد استخدامها في الفترة الأخيرة بشكلٍ واضح، ويستخدم المدمن بوردرة الهيروين أو
الكوكايين مخلوطة بسكرٍ أبيض وبحمض بوريك حتى يخفف تركيز المخدر في
المسحوق المتعاطي إلى حوالي 7% من العقار، إذ أن شمةً واحدة نقية 100% من
تلك المواد قد تؤدي بحياة الإنسان إلى الهلاك. وكثيراً ما يُحدث الشم تقبحات شديدة
في الأنف وثقوب بالحاجز الأنفي للمدمن.

وجدير بالذكر أن تعاطي المخدرات عن طريق الفم يكون أقل خطورة في بادئ الأمر عنه في حالات الشم أو الحقن ...، فالمخدر المعطى بالفم يمر بالجهاز الهضمي حتى يصل إلى الكبد الذي يحاول التخلص من تلك المواد السامة لكي يحمي باقي خلايا الجسم من أثارها المدمرة، إلا أن خلايا الكبد نفسه تتلف بعد حين؛ ولكن في حالات التعاطي بالشم أو الحقن ، فإن المخدر يصل إلى خلايا الجهاز العصبي مباشرة ويتلفها. وهنا مكن الخطورة، فالخلية العصبية هي خلية الجسم الوحيدة التي لا يمكن تعويضها.

وكما أسلفنا فإن طرق تعاطي المخدرات تختلف من صنفٍ إلى آخر ومن شخص إلى شخص آخر، فالبعض يفضل التعاطي منفرداً والبعض الآخر يشعر بنشوة وهو يتعاطاها وسط مجموعة وبالنسبة للمخدرات نفسها فالبعض يفضل الشم والبعض الآخر يفضل التدخين وبعض ثالث يفضل الحقن في الوريد، ومن أمثلة ذلك:

الحشيش:

يتم تعاطيه عن طريق التدخين " سيجارة، سيجار، نرجيلة "، ومن أشهر الدول العربية المنتشر فيها هذا الصنف مصر. أو عن طريق الشراب حيث يقطع المتعاطي أوراق الحشيش وقممه الزهرية وينقعها في الماء ويذيبها ثم يشربها، وتنتشر هذه الطريقة في الهند. أو أن يتم تعاطيه عن طريق الأكل بحيث يخلط الحشيش بمواد دهنية أو بالتوابل، ويقطع على هيئة قطع الشوكولاتة ويؤكل مع بعض الأطعمة .

الأفيون:

يستخدم الأفيون في المجال الطبي لتخفيف الألم، فيستعمل على شكل محاليل تؤخذ في الغالب في العضل حتى لا يتعرض المريض لإدمانها، أو أقراص تُتناول

عن طريق الفم. أما التعاطي غير الطبي للأفيون فيتم عن طريق التدخين كما هو في الهند وإيران، أو البلع بالماء وقد يعقبه تناول كوبٍ من الشاي، وأحياناً يلجأ المدمن إلى غلي المخدر وإضافة قليلٍ من السكر إليه ثم يشربه. أو عن طريق الاستحلاب حيث يوضع تحت اللسان وتطول فترة امتصاصه، أو يؤكل مخلوطاً مع بعض الحلويات، أو الحقن، أو يشرب مذاباً في كوب من الشاي أو القهوة .

القات:

تنتشر زراعته وإدمانه في منطقة القرن الأفريقي والسودان واليمن، وهو عبارة عن نبات أخضر تمضغ أوراقه وتخزن في فم المدمن ساعات طويلة، يتم خلالها امتصاص عصارتها، ويتخلل هذه العملية بين الحين والآخر شرب الماء أو المياه الغازية، وشرب السجائر أو النرجيلة .

المهلوسات:

وقد سميت بهذا الاسم لآثار الهلوسة التي تحدثها على شخص المتعاطي، وهي في الغالب تخيلات عن أصوات وصور وهمية، وأهم هذه المهلوسات عقار L.S.D. وعقار P.C.P، وتكون المهلوسات على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم .

(المنشطات_ الأمفيتامينات):

تنتشر في الوسط الرياضي وبين طلبة المدارس والجامعات، وسائقي الشاحنات على الطرق الخارجية والدولية ، وذلك لآثارها المنشطة على الجهاز العصبي ، ومن أشهر طرق تعاطيها الحبوب التي تؤخذ عن طريق الفم .

المورفين والهيريون:

للمورفين خاصية كبيرة في تسكين الآلام، إلا أنه يسبب الإدمان الفسيولوجي، حيث يؤثر على وظائف خلايا المخ . والهيريون من مشتقات المورفين ويكثر استعماله عن طريق الشم، ويتم إدمانه بعد أسبوع من البدء في تعاطيه.

الكوكايين:

يؤخذ الكوكايين بطرق متعددة تتشابه إلى حد كبير مع الحشيش ، سواء عن طريق التدخين أو الاجترار تحت اللسان أو البلع أو مع بعض الأطعمة والمشروبات.

ثانياً: الإدمان:-

1- مفهوم الإدمان:

لغةً: دَمِنَ عَلَى الشَّيْءِ أَي لَزِمَهُ وَأَدْمَنَ عَلَى الشَّرَابِ وَغَيْرِهِ : أَدَامَهُ وَلَمْ يَقْلَعْ عَنْهُ، وَيُقَالُ أَدْمَنَ الْأَمْرَ، وَوَاظَبَ عَلَيْهِ.

اصطلاحاً: تعاطي المواد الضارة طبيياً واجتماعياً وعضوياً بكميات أو جرعات كبيرة ولفترات طويلة، تجعل الفرد تعودا عليها وخاضعا لتأثيرها ويصعب أو قد يستحيل عليه الإقلاع عنها.

والإدمان قد يكون إدماناً على الخمر والمسكرات، أو إدماناً على المخدرات أو حتى بعض الأدوية والعقاقير. ولكنه في كل الأحوال أكثر تعقيداً من مجرد الاشتهااء الجسمي لأنه يؤثر على أجهزة الجسم وبخاصة على الجهاز العصبي والنفسي للإنسان والقاعدة في الشريعة الإسلامية تقرر أنه لا يحل للمسلم أن يتناول من الأطعمة أو الأشربة شيئاً يتسبب بقتله سواء كان بسرعة أو ببطء أو ما يضره ويؤذيه ، فإن المسلم ليس ملك نفسه ، وإنما هو ملك دينه وأمته ،

وحياته وصحته وماله ونعم الله كلها عليه وديعةً عنده، ولا يحل له التفريط فيها قال سبحانه وتعالى: { ولا تقفوا بأيديكم إلى التهلكة } البقرة"195" ، وقال سبحانه وتعالى: { ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً } النساء"29" فقد أثبتت الأبحاث الطبية والاجتماعية أن أشر ما يؤدي إلى التهلكة هو الإدمان. ويعتبر الإدمان في العصر الحديث من أشد المشكلات إيلاًماً لأسر المدمنين والمجتمع إذ يؤدي إلى حالة من التدهور في الشخصية تهتز معها القيم والمعايير فلا يعود المدمن قادراً على التوافق السليم مع القانون والحياة الاجتماعية السوية.

إن الإدمان ظاهرة المجتمعات التي تحتوي على كثيرٍ من العناصر البنائية المتناقضة. وبخاصة في أنساق القيم، ويبدو أن هذا ما انتبعت إليه الحضارة الحديثة متأخرة، حيث بدأت كثير من الدول التي لا تدين بدين الإسلام بالأخذ بنظرة الإسلام والتفكير جدياً في وضع القيود والقوانين الصارمة على الخمر والمخدرات إن لم يكن تحريمها.

ونسوق هنا تعريفاً آخر للإدمان هو: تكرار تعاطي مادة أو أكثر من المواد المخدرة بشكل قهري مما يؤدي إلى حالة اعتمادٍ عضوي أو نفسي أو كليهما مع التحمل وظهور الأعراض الانسحابية في حالة الانقطاع.

والمقصود بالاعتماد العضوي:

حالة يعتادها الجسم على المواد المخدرة ليؤدي وظائفه الفسيولوجية وفي أثناء غياب تلك المادة تختل تلك الوظائف وينتج عنها أعراض انسحابية جسدية: وهي ردود فعل سلبية من الجسم نتيجة نقص المادة المخدرة وتكون على شكل آلام في المفاصل والعضلات والصداع والرغبة في الأطراف والعرق ودموع العين ورشح الأنف ونقص الوزن وارتفاع الضغط وسرعة النبض والتثاؤب المستمر والغثيان والقيء والكسل وغيرها.

أما المقصود بالاعتماد النفسي:

رغبة المدمن في الحفاظ على الأحاسيس والمشاعر واللذة الناجمة عن التعاطي لضمان الاستقرار النفسي. وللاعتدال النفسي أعراض انسحابية نفسية: وهي القلق والاكتئاب والمخاوف الوهمية والشك والانفعال الشديد والحساسية الشديدة والخجل والغضب والأرق والشعور بالذنب وفقدان الشهية وفقدان الرغبة الجنسية.

التحمل: ويعني ميل الشخص المتعاطي إلى زيادة الجرعة المخدرة للحصول على الحالة المنشودة من تعاطي المخدر والتي حصل عليها في مرحلة التعاطي الأولى

مفهوم التعاطي: جاء في لسان العرب لابن منظور أن التعاطي هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله. ويقصد بتعاطي المخدرات Drug use استخدام العقاقير المخدرة والتي لا يسمح المجتمع بتعاطيها بقصد الحصول على تأثير جسدي، أو نفسي، أو عقلي. بمعنى أن التعاطي هو عبارة عن "تناول المواد المخدرة بشكل تجريبي، أو متقطع، أو بشكل منتظم". ولالإدمان مستوى أعلى من التعاطي في تناول المواد المخدرة، حيث تشير الدراسات الحديثة إلى ضرورة التمييز بين ثلاث فئات أو مستويات من التعاطي هي:

- (1) التعاطي الاستكشافي أو على سبيل التجربة وحب الاستطلاع.
- (2) التعاطي بالمناسبة أي في المناسبات فقط كالأعياد وحفلات الزواج.
- (3) التعاطي المنتظم أو المتصل، وهذه الفئة تواظب على التعاطي بانتظام بغض النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا.

وهذه الفئة الأخيرة هي أقرب الفئات إلى مفهوم الإدمان أو الاعتماد النفسي والعضوي بالمعنى العلمي الدقيق، وبناءً على المشاهدات الميدانية وُجد أن نسبة

المدمنين المنتظمين أقل بكثير من نسبة المتعاطين بالمناسبة، وهؤلاء أقل بكثير من نسبة المتعاطين على سبيل التجربة.

بمعنى أن المدمن يمر بثلاث مراحل هي:

(1) مرحلة ما قبل الإدمان: وتتميز هذه المرحلة بتعاطي المخدرات في المناسبات فقط.

(2) مرحلة الإنذار بالإدمان (مرحلة التعاطي): وتتصف هذه المرحلة بالإسراف في تعاطي المخدرات وشعور المتعاطي بعدم الارتياح والتوتر في حالة نقصها.

(3) مرحلة الإدمان: وتتميز هذه المرحلة بتبعية الفرد النفسية أو الجسدية أو كليهما معاً للمخدر، ويظهر مشكلات توافق وتكيف واضحة على المدمن. وهكذا يمكن أن نحدد خمس مراحل زمنية في موضوع تناول المواد المخدرة كالتالي:

(1) مرحلة حب الاستطلاع.

(2) مرحلة حب التجربة.

(3) مرحلة التعاطي.

(4) مرحلة الإدمان.

(5) مرحلة المرض والعجز والوفاة.

2- تعريف الإدمان:

لغوياً الإدمان مصطلح يشير إلى المداومة على الشيء أو الاعتماد المضطرد عليه. وهناك عدد من التعريفات المتاحة عن مصطلح الإدمان Drug Addiction نذكر منها :

1- الإدمان حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر.

2- الإدمان هو الاعتماد النفسي و العضوي على أحد المواد المخدرة.

3- الإدمان هو حالة تعود قهري على تعاطي مادة معينة من المواد المخدرة بصورة دورية متكررة بحيث يلتزم المدمن بضرورة الاستمرار في استعمال هذه المادة، فإذا لم يستعملها في الموعد المحدد فلا بد أن تظهر عليه أعراض صحية و نفسية بحيث تجبره و تقهره للبحث عن هذه المادة و ضرورة استعمالها.

4- عرفت منظمة الصحة العالمية WHO الإدمان بأنه "حالة نفسية و أحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار"، و من خصائصها استجابات و أنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره.

و في ضوء ما سبق يمكن أن نقول أن الإدمان هو:

1- الرغبة القهرية بمعنى الإلحاح و الرغبة في الاستمرار على تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة.

2- الرغبة في زيادة الجرعات، و هو ما يعرف بالتحمل، و إن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة.

3- الاعتماد النفسي و العضوي على المخدر (بمعنى الخضوع و التبعية النفسية و العضوية لمفعول المخدر).

4- ظهور أعراض نفسية و جسمية عند الامتناع المفاجئ، أو الانقطاع الفوري عن المخدر سواء كان ذلك بطريقة إجبارية، أم اختيارية، و هو ما يعرف بسحب المخدر (الإقلاع) Drug Withdrawal.

5- الآثار الناجمة الضارة و المدمرة على الفرد و المجتمع معاً.

هذا و قد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة و هو ما يعرف بالإدمان المكثف Intensive Addiction.

الاعتماد:

يقصد بالاعتماد على المخدر Drug dependence الحاجة النفسية أو الجسدية أو الاثنين معاً للعقار المخدر. ولقد أوصت منظمة الصحة العالمية WHO التابعة للأمم المتحدة في تقريرها رقم 287 الصادر في سنة 1964 باستخدام مصطلح الاعتماد على العقاقير بدلاً من مصطلحي الإدمان والتعود أو الاعتياد Habituation، على أن يقرن دائماً بكلمة الاعتماد الإشارة الى نوع المخدر المقصود.

هذا و يمكن تحديد نوعين من الاعتماد هما:

أ- الاعتماد النفسي:

يتعلق الاعتماد النفسي بالشعور و الأحاسيس و لا علاقة له بالجسد، و هو تعود الشخص على الاستمرار في تعاطي عقار ما (طبيعي أو اصطناعي)، لما يسببه من الشعور بالارتياح و الإشباع، ولتجنب الشعور بالقلق والتوتر، ومن المخدرات التي تسبب اعتماداً نفسياً: التبغ، والحشيش، والقات، والكافيين، والكوكايين و هو أشهرها تأثيراً.

ب- الاعتماد العضوي:

يتعلق الاعتماد العضوي أو الجسدي بانحراف الأعمال الوظيفية الطبيعية لجسم الشخص بسبب استمراره في أخذ عقار مخدر، بحيث أصبح تناول هذا

العقار بشكل دائم ضرورة ملحة لاستمرار حياة الشخص وتوازنه بشكل طبيعي، ويصبح العقار المخدر ضرورياً له كالأطعام والشراب بل أهم من ذلك، بحيث يحدث منعه عنه مصاعب كبيرة جداً وأعراضاً خطيرة قد تدفعه إلى ارتكاب أي جريمة للحصول على العقار المخدر المنشود أو ربما يسبب له الوفاة المفاجئة أحياناً. ونذكر كمثال على المخدرات التي تسبب اعتماداً عضوياً: المنومات، والخمور، والمورفين، والهروين وهذا أشدها تأثيراً. ومنذ عام 1977 بدأ استخدام مصطلح الاعتماد يقل تدريجياً، وأصبح المصطلح الشائع هو سوء استخدام المخدر أو العقار Drug Abuse.

3- مراحل الإدمان: يمكن تحديد أربع مراحل للإدمان هي :

المرحلة الأولى: حب الاستطلاع و المغامرة و التجريب مع الأقران.

المرحلة الثانية: مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الاستغناء عنها، بل أن الشخص المدمن غالباً ما يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجياً، بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر و زيادة ما يسمى باحتماله لدرجة أن أي انقطاع فوري عن المخدر يولد لديه عوارض مؤلمة و خطيرة.

المرحلة الثالثة: مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيراً للمادة المخدرة.

المرحلة الرابعة: مرحلة ظهور الآثار السلبية (سواء كانت جسدية أو نفسية أو عقلية أو اجتماعية أو اقتصادية أو أمنية) لمشكلة الإدمان.

4 - خصائص الإدمان:

هذا و يمكن تحديد الخصائص التالية لمريض الإدمان:

- 1) استحواذ التعاطي علي الفكر والإلحاح والرغبة المستمرة في التعاطي.
- 2) أولوية الحصول علي المخدر قبل أي شي آخر .
- 3) محاولات فاشلة للتوقف أو التحكم أو التخفيف من التعاطي.
- 4) زيادة التحمل للجرعات الكبيرة.
- 5) الاعتماد الجسدي أو النفسي أو كليهما.
- 6) ظهور الأعراض الانسحابية عند الانقطاع .
- 7) الاستمرار في التعاطي بالرغم من العلم بالمشاكل الاجتماعية أو النفسية أو الجسدية الناتجة عنه.
- 8) التخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية الهامة بسبب استخدام المخدرات .
- 9) القيام بتصرفات غير أخلاقية وغير اجتماعية وغير طبيعية للحصول علي المخدر .

5- أنواع الإدمان:

هناك عدة أنواع من الإدمان يمكن عرض أربعة أنواع منها حسب طبيعة شخصية المدمن، كالتالي:

- 1) **الإدمان الصدمي:** ويأتي في أعقاب صدمة حدثت بصورة مفاجئة و حادة ومثل هذا الشخص يدمن بهذه الطريقة عادة ما يفتقر إلى العلاقات

الاجتماعية المناسبة مما يؤدي إلى تطور الأزمة التي سببتها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزوع نحو تدمير الذات.

(2) **الإدمان الفعلي:** ويتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح، والكآبة أو الإقلال من الاهتمامات والاتجاهات والأنشطة المعبرة عن العواطف، ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدي والتعصب وبوجهه إلى الأشخاص المسؤولين عن وقوعه في هذا الصراع.

(3) **الإدمان الانتقالي:** ويرجع إلى اضطرابات نفسية متنوعة تتلاءم مع بداية إدمان العقاقير، مثل حالات الهوس و خاصة بين مدمني الهيروين، ومثل حالات الاكتئاب المتكررة مع الأشكال الطقوسية القهرية.

(4) **الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي:** حيث يقع المدمن في صراع نفسي اجتماعي يعبر عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي، و بحياة عائلية مضطربة، كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي والقانوني في أثناء فترة المراهقة، وعادة ما يوجد في تاريخ هذا المدمن ما يدل على سلوك غير مبال بالآخرين، وغير قادر أيضا على إعطاء الحب أو قبوله، أو على إنشاء علاقات ذات هدف.

المتعاطي:

المتعاطي هو الشخص الذي يتداول المواد المخدرة بشكل تجريبي، أو متقطع، أو منتظم، بحيث يؤدي تناولها إلى إضرار له و للمجتمع. والمدمن مستوى أعلى من المتعاطي في تناول المواد المخدرة، و ذلك كما سيوضح عند تعريف مصطلح المدمن في البند الخامس.

المدمن:

1. المدمن Addict:

هو ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير و تعود عليه، أو على مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة و التي لا يستطيع الامتناع عنها وعن تعاطيها بل و يبحث عنها، و في حالة وجودها يعجز عن ممارسة حياته وعمله العاديين و يعيش في حالة نفسية سيئة و مضطربة. وهناك من يعرف المدمن بأنه مستخدم أو مستهلك المادة المخدرة، سواء كان في صورة تعاطي أو في صورة إدمان، وسواء كانت تلك المادة المخدرة طبيعية أو اصطناعية أو تخليقيه. بما يضر بصحته و يفقد القدرة على ضبط النفس.

2. بداية طريق الإدمان :

وللأسف فان بداية طريق الإدمان غالباً ما يكون عبارة عن محاكاة و تقليد الآخرين أو مجازاة لزميل أو صديق سوء أو تحدي له، و قد يكون السبب في بادئ الأمر اعتقاد خاطئ من الشخص بأن المخدرات سوف تؤدي إلى التخلص من المشكلات التي تواجهه، أيضاً قد يبدأ التعاطي أو الإدمان على أنه دعابة أو تجربة أو حب استطلاع، ثم يتكرر حتى يصعب التراجع عنه أو التوقف عن ممارسته، ليصبح الشخص مدمناً.

ويبدأ سلوك الإدمان لدى كثير من الناس بالأشياء التي تفتح بوابة الإدمان والتي يطلع عليها بالإنجليزية Gate Way Drugs مثل السجائر، والبييرة، ومضغ بعض الأعشاب الطبيعية التي لها تأثير منوم أو مسهر، والاستخدام الخاطئ لبعض الأدوية... ثم ينتقل الشخص من هذه المنبهات إلى الأنواع الأخطر مثل: شرب الكحوليات و الحشيش و الأفيون.

3. عملية اكتشاف المدمن:

يمكن اكتشاف المدمن من خلال ملاحظة سلوكه، حيث أن عملية تعاطي المخدرات تقصد السلوك و تترك آثارها الواضحة على وجه الشخص المدمن، بالإضافة إلى معاشرته لشلة السوء وإهماله لمظهره و لدراسته أو عمله وأسرته..، وهروبه من الحوار مع الآخرين (مثل: الوالدين و الزوجة والمعلم أو رئيس العمل...).

علامات تظهر على المدمن و توضح تأثير الإدمان على شخصيته:

تظهر على المدمن عدة علامات وتأثيرات من أهمها:

- الانطوائية و الانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية .
 - الإهمال و عدم الاهتمام أو العناية بالمظهر.
 - الكسل الدائم و التناؤب المستمر.
 - شحوب في الوجه و عرق و رعشة في الأطراف.
 - فقدان الشهية للطعام، و الهزال والإمساك.
 - العصبية والهياج لأقل سبب بخلاف الطبيعة المعتادة والمشاجرات مع الغير لأتفه الأسباب.
 - اليقظة أثناء الليل و النوم بالنهار، مما يجعل الانتظام في العمل أو المدرسة مستحيلاً، فضلاً عن الإهمال الواضح في الأمور الذاتية.
 - إهمال الهوايات المختلفة الرياضية أو الثقافية، أو الاجتماعية.
 - اللجوء إلى الكذب و الحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال.
 - اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل دون اكتشاف السارق.
 - الخروج كثيراً من البيت على خلاف المعتاد.
- و بوجه عام تغيير ملحوظ في كثير من أنماط السلوك أو في الطباع على خلاف المعتاد.

4. شخصية المدمن :

هذا و قد اتفق علماء النفس و الاجتماع و الخدمة الاجتماعية على أن الإدمان يكون أكثر انتشاراً بين أربع أنواع من الشخصيات هي:

أ- الشخصية الاكتئابية : Depressive Personality

المكتئب شخص أميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن و افتقاد الرغبة و الحماس لكثير من الأشياء التي تثير حماس و اهتمام الناس. و هذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر.. وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها.. و لكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي يعرف بأنها ترفع معنوياته و تجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم.

ب_ الشخصية المتهيبية اجتماعياً: Schizoid Personality

المتهيب أو الهيايب اجتماعياً Socially Phobic شخص خجول يفضل العزلة و يهرب من الناس و من التجمعات و لا يقوى على مواجهتهم و لا يقوى على التعبير عن رأيه و يشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس في ظروف اضطرارية، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله و تلغي توتره و تطلق لسانه و تهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة.. و بدون خجل.. و يجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة كلما اضطرته الظروف لمواجهة مسؤولياته مع الناس.. يلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر.. و قد يقوده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها و لكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التي يعرف

أنها تغير من شخصيته تماماً فينعم و لو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء
بلا خوف من الناس.

ج- الشخصية المكروبة : Stressed Personality

تعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر وسهولة الاستثارة و العصبية والاندفاع
وعدم الصبر مما يعرضه للخطر والاحتكاك بالآخرين. والشخص المكروب
دائماً في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد انه يرهق نفسه ومن يتعامل
معه. وغالباً ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر
ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة. حيث يكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل
كل التوترات و تجعله هادئاً بارداً مسترخياً متأنياً.. ويجد نفسه مضطراً
لاستعمال هذه المادة بشكل متقطع أو مستمر.. وقد يقوده سوء الاستعمال
لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها.

د- الشخصية السيكوباتية : Psychopathic Personality

من سمات هذه الشخصية: أنها غير اجتماعية بشكل واضح، وتحمل مشاعر
العدوانية نحو الآخرين، وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع. ويسعى
الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب أي
إنسان وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه فهو يسرق..
يرتشي.. يؤذي.. يدمن يفعل أي شيء دون أن يتحرك لديه أدنى إحساس بالألم
أو ندم.. وبشكل عام فإن السيكوباتي لا يتعلم من أخطائه ولا يجدي معه
العقاب.

الفصل الثاني

الأسباب المؤدية إلى تعاطي وإدمان المخدرات

- أولاً : الأسباب التي تعود إلى الفرد.
- ثانياً : الأسباب التي تعود إلى الأسرة.
- ثالثاً: الأسباب التي تعود إلى المجتمع.

الأسباب المؤدية إلى تعاطي وإدمان المخدرات

إن مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة متعددة الأبعاد Multi-Dimensional Problem و لفهم هذه المشكلة لابد أن نتعرف على العوامل العديدة المؤدية إليها و الآثار المترتبة عليها.

إن مشكلة تعاطي المخدرات ليس لها جانب واحد، وهي من الظواهر الاجتماعية المرضية في العالم الحديث، وخاصة في المناطق الحضرية، إن وجهة النظر غير التقليدية لمشكلة تعاطي المخدرات تعتمد على شمولية الرؤية لهذه المشكلة، من خلال النظر إليها من مختلف الجوانب و ليس من جانب واحد، مع أهمية دراسة التفاعل المتبادل بين العوامل المؤدية، والتفاعل المتبادل بين الآثار المترتبة، بل وبين هذه العوامل والآثار فقد يحدث أحياناً تحول بعض الآثار إلى عوامل والعكس صحيح.

أيضاً إن النظرة الحديثة لهذه المشكلة تركز على الاستفادة من كل العلوم والمهن المرتبطة بالمشكلة Multi-Disciplinary Approach وبالتالي النظر إليها من منظور تكاملي يشمل العوامل والآثار الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية.

إن النظر إلى المشكلة من منظور أحادي يسبب نوعاً من سوء أو خطأ الفهم لهذه الظاهرة أو المشكلة بل إن هذا الموقف ينطبق على كل الظواهر والمشكلات الاجتماعية الأخرى.

هذا، ويمكن استعراض العوامل المؤدية إلى مشكلة تعاطي المخدرات:

أسباب تعاطي و إدمان المخدرات:

- يرى محمد سلامة غباري أن الأفراد يلجئون إلى تعاطي المخدرات لأسباب عديدة معظمها راجع إلى الوهم والجهل وسوء الفهم، ومن هذه الأسباب ما يلي:
- 1- الحصول على اللذة أو السرور وكما معروف فإن هذه الحالة دائماً تكون وهمية ومؤقتة.
 - 2- الظروف الاجتماعية والأسرية غير المناسبة مثل: التفكك الاسري أو انحراف أحد الوالدين، و رفقة السوء والعادات الخاطئة.
 - 3- الهروب من بعض ضغوط الحياة و مشاقها ومن بعض مظاهر سوء التوافق الشخصي أو الاجتماعي في البيت أو المدرسة أو العمل.
 - 4- يضاف إلى ذلك نبذ الأبوين للطفل أو المراهق وتهرب الأب من مسؤولياته وانعدام طموحات الأبوين بخصوص مستقبل الطفل وحدث صراعات مستمرة بينهما أمام الأطفال أو المراهقين.
 - 5- انخفاض الوازع الديني لدى الفرد وعدم قيام الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بإبراز الأوامر والنواهي الدينية المتعلقة بالمخدرات للأفراد على نحو مناسب.
 - 6- التعامل السيئ من جانب بعض وسائل الإعلام مع موضوع المخدرات وتعاطيها حيث تترك الفرصة لغير المتخصصين للكلام عنها بشكل غير علمي.
- وفي ضوء عدد من البحوث الدراسات المرتبطة، حدد (دياب لبدانة) أسباب تعاطي المخدرات في الآتي :

(1) كشف الذات To Explore Self: و هنا قد يستخدم الشباب المخدرات لكشف قدراتهم العقلية، و لاسيما أن هناك أفكاراً شائعة في المجتمعات عن تأثير القدرات العقلية باستعمال بعض المخدرات.

(2) تغيير المزاج To Alter Mood: إن ما يتعرض له الشباب من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية تجعلهم أكثر عرضه للاكتئاب و القلق، فقد يهرب الشباب من مواجهة هذه الضغوط بالالتجاء إلى المخدرات وخصوصاً المنبهات و المسكنات.

(3) لعلاج المرض To Treat Disease: هناك بعض المخدرات التي استخدمت و ما زالت تستخدم في المعالجة الطبية مثل المورفين، فقد تُستخدم المخدرات لعلاج الحالات النفسية كذلك.

(4) لتعزيز وتقوية التفاعل الاجتماعي To promote and enhance social interaction: هناك بعض العقاقير و المخدرات التي تشجع على تفاعل الفرد مع الآخرين مثل الكحول، فقط يلجأ الشباب إليها لزيادة الجرأة في التفاعل مع الآخرين و خصوصاً مع الجنس الآخر.

(5) لتعزيز الخبرة الحسية و السعادة To enhance sensory experience and pleasure: يسعى الشباب إلى الحصول على اللذة و تجنب الألم وخصوصاً عندما تتبع أفكار اجتماعية حول بعض المخدرات مثل الماريجوانا مع الجنس و الكونياك مع السيجار.

(6) لإثارة الإبداع الفني و الأداء To stimulate artistic creativity and performance: قد تستعمل المخدرات كمثيرات للأداء الفني خاصةً عند أصحاب القدرات الفنية كالكتابة أو الرسم.

(7) لتحسين الأداء الجسدي To improve physical performance : قد يستخدم الشباب المخدرات من أجل الحصول على لياقة رياضية عالية وتحمل التعب والمشاق، أو قد تستخدم للحفاظ على بنية جسدية قوية (كمال الأجسام أو المصارعة).

(8) للعصيان To rebel : تعد المخدرات من المواد الممنوع تعاطيها على غالبية مجتمعات العالم، و لذلك قد يستخدمها الشباب كتعبير عن رفض النظام الاجتماعي السائد و الخروج عليه، بالإضافة إلى ذلك فإن الشباب قد يستخدمها في حالة مرور المجتمع بحالة تفسخ اجتماعي حيث تضعف المعايير الاجتماعية أو تتصارع أو تكون غائبة عن المجتمع. وقد تستخدم المخدرات للكشف عن مشاعر مكبوتة أو متعارضة مع المجتمع.

(9) مجازاة ضغط الرفاق To go along with peer pressure : تعد الجماعة نقطه مرجعية مهمة في حياة الفرد، تتوزع السلطة فيها بين الأفراد فمن الأفراد من يحتل مركزاً قيادياً، ومنهم من يحتل موقعاً تابعاً. الخ، وإذا ما انتشر تعاطي المخدرات بين الشباب في جماعة معينة من المرجح أن ينتشر تعاطيها بين طبقة أفراد الجماعة بسبب الضغط الاجتماعي الذي يمارس من الجماعة على أفرادها.

(10) لتكوين الهوية To establish identity : قد يستخدم الشباب المخدرات من أجل بيان أنهم مميزون عن الآخرين و أن لهم هويتهم التي تختلف عن الآخرين.

(11) لتجنب ضغوط الحياة و مشكلاتها To avoid life problems : إن كثرة المشكلات وتفاقمها لدى الطبقات الفقيرة يفسر انتشار تعاطي المخدرات بين هذه الطبقات.

وفي هذا السياق يمكننا رصد الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات كآلاتي :

أولاً : الأسباب التي تعود إلى الفرد :

هناك عدة أسباب هامة تكمن وراء الإقدام على تعاطي الفرد للمخدرات، و يمكن تقسيمها كآلاتي :

1- ضعف الوازع الديني لدى الفرد المتعاطي: لا شك أن عدم تمسك بعض الشباب و على وجه الخصوص أولئك الذين هم في سن المراهقة قد لا يلتزمون التزاما كاملا بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف من حيث إتباع أوامره واجتتاب نواهيه، ينسون كتاب الله و سنة رسوله صلى الله عليه و سلم و نتيجة ذلك أنساهم الله سبحانه أنفسهم فأنحرفوا عن طريق الحق و الخير إلى طريق الفساد و الضلال، و قال تعالى: (ولا تكونوا كالذين نسوا الله فأنساهم أنفسهم أولئك هم الفاسقون).

2- مجالسة أو مصاحبة رفاق السوء: تكاد تجمع جميع الدراسات النفسية والاجتماعية التي أجريت على أسباب تعاطي المخدرات وبصفة خاصة بالنسبة للمتعاطي لأول مرة، على أن عامل الفضول و إلحاح الأصدقاء أهم حافز على التجربة كأسلوب من أساليب المشاركة الوجدانية مع هؤلاء الأصدقاء، فالله سبحانه وتعالى حذرنا من إتباع أهواء المضللين فقال تعالى: (ولا تتبعوا أهواء قوم قد ضلوا من قبل و أضلوا كثيراً و ضلوا عن سواء السبيل).

3- الاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية: يعتقد بعض الشباب أن هناك علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات وزيادة القدرة الجنسية من حيث تحقيق أقصى إشباع جنسي وإطالة فترة الجماع بالنسبة للمتزوجين وكثيراً من المتعاطين يقدمون

على تعاطي المخدرات سعياً وراء تحقيق اللذة الجنسية و الواقع أن المخدرات لا علاقة لها. بالجنس بل تعمل على عكس ما هو شائع بين الناس .

4- السفر إلى الخارج: لاشك أن السفر للخارج مع وجود كل وسائل الإغراء وأماكن اللهو وعدم وجود رقابة على الأماكن التي يتم فيها تناول المخدرات يعتبر من أسباب تعاطي المخدرات.

5- الشعور بالفراغ: لا شك أن وجود الفراغ مع عدم توفر الأماكن الصالحة التي تمتص طاقة الشباب كالنوادي والمنتزهات وغيرها يعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات أو المسكرات و ربما لارتكاب الجرائم.

6- حب التقليد: وقد يرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة إثبات ذاتهم وتناولهم إلى الرجولة قبل أوانها عن طريق تقليد الكبار في أفعالهم وخاصة تلك الأفعال المتعلقة بالتدخين أو تعاطي المخدرات من أجل إضفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء أو الجنس الآخر.

7- السهر خارج المنزل: قد يفسر البعض الحرية تفسير خاطئ على أنها الحرية المطلقة حتى و لو كانت تضر بهم أو بالآخرين و من هذا المنطلق يقوم البعض بالسهر خارج المنزل حتى أوقات متأخرة من الليل و غالباً ما يكون في أحد الأماكن التي تشجع على السكر والمخدرات وخلافه من المحرمات.

8- توفر المال بكثرة: إن توفر المال في يد بعض الشباب بسهولة قد يدفعه إلى شراء أغلى الطعام و الشراب وقد يدفعه حب الاستطلاع و رفاق السوء إلى شراء أغلى أنواع المخدرات والمسكرات، وقد يبحث البعض منهم عن المتعة الزائفة مما يدفعه إلى الإقدام على ارتكاب الجريمة.

9- الهموم والمشكلات الاجتماعية: هناك العديد من الهموم و المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها الناس فتدفع بعضهم إلى تعاطي المخدرات بحجة نسيان هذه الهموم و المشاكل.

10- الرغبة في السهر للاستذكار: يقع بعض الشباب فريسة لبعض الأوهام التي يروجها بعض المغرضين من ضعاف النفوس عن المخدرات و خاصة المنبهات على أنها تزيد القدرة على التحصيل و التركيز أثناء المذاكرة و هذا بلا شك وهم كاذب و لا أساس له من الصحة بل بالعكس قد يكون تأثيرها سلبياً على ذلك.

11- انخفاض مستوى التعليم: ليس هناك من شك في أن الأشخاص الذين لم ينالوا قسطاً وافراً من التعليم لا يدركون الإضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات أو المسكرات فقد ينساقون وراء شياطين الإنس من المروجين و المهريين للحصول على هذه السموم، و إن كان ذلك لا ينفى وجود بعض المتعلمين الذين وقعوا فريسة لهذه السموم.

ثانياً : الأسباب التي تعود إلى الأسرة:

تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع وهي التي ينطلق منها الفرد إلى العالم الذي حوله بتربية معينة وعادات وتقاليد اكتسبها من الأسرة التي تربي فيها، ويقع على الأسرة العبء الأكبر في توجيه صغارها إلى معرفة النافع من الضار والسلوك الحسن من السيئ بالرفق، فهي لهم سبيل في اكتساب الخبرات معتمدين على أنفسهم تحت رقابة واعية ومدركة لعواقب الأمور كلها.

وقد أظهرت نتائج تعاطي المخدرات أن تداخل الاستقرار في جو الأسرة متمثلاً في انخفاض مستوى الوفاق بين الوالدين وتآزم الخلافات بينهما إلى درجة

الهجر والطلاق يولد أحيانا شعورا غالباً لدى الفرد بعدم اهتمام والديه به. ومن أهم الأسباب التي تعود للأسرة وتساهم في تعاطي المخدرات:

1- القدوة السيئة من قبل الوالدين:

يعتبر هذا العامل هو من أهم العوامل الأسرية التي تدفع الشباب إلى تعاطي المخدرات و المسكرات و يرجع ذلك إلى انه حينما يظهر الوالدين في بعض الأحيان أمام أبنائهم في صورة مخجلة تتمثل في إقدامهم على تصرفات سيئة و هم تحت تأثير المخدر، فان ذلك يسبب صدمة نفسية عنيفة للأبناء و تدفعهم إلى محاولة تقليدهم فيما يقومون به من تصرفات سيئة.

2- إدمان احد الوالدين:

عندما يكون احد الوالدين من المدمنين للمخدرات أو المسكرات فان ذلك يؤثر تأثيرا مباشرا على الروابط الأسرية نتيجة ما تعانيه الأسرة من الشقاق والخلافات الدائمة لسوء العلاقات بين المدمن وبقية أفراد الأسرة مما يدفع الأبناء إلى الانحراف والضياع.

3- انشغال الوالدين عن الأبناء:

إن انشغال الوالدين عن تربية أبنائهم بالعمل أو السفر للخارج و عدم متابعتهم أو مراقبتهم يجعل الأبناء عرضة للضياع و الوقوع في مهاوي الإدمان و لا شك أن مهما كان العائد المادي من وراء العمل أو السفر فانه لا يعادل الأضرار الجسيمة التي تلحق بالأبناء نتيجة عدم رعايتهم الرعاية السليمة.

4- عدم التكافؤ بين الزوجين:

ففي حالة عدم التكافؤ بين الزوج و الزوجة، يتأثر الأبناء بذلك تأثيرا خطيراً وبصفة خاصة إذا كانت الزوجة هي الأفضل من حيث وضع أسرتها المادية أو

الاجتماعية، فإنها تحرص على أن تذكر زوجها بذلك دائماً، مما يسبب الكثير من الخلافات التي يتحول على أثرها المنزل إلى جحيم لا يطاق، فيهرب الأب من المنزل إلى حيث يجد الراحة مع رفاق السوء، كما تهرب هي أيضاً إلى بعض صديقاتها من أجل إضاعة الوقت، وبين الزوج والزوجة يضيع الأبناء وتكون النتيجة في الغالب انحرافهم.

5- القسوة الزائدة على الأبناء:

إنه من الأمور التي يكاد يجمع عليها علماء التربية بان الابن إذا عومل من قبل والديه معاملة قاسية مثل الضرب المبرح و التوبيخ فان ذلك سينعكس على سلوكه مما يؤدي به إلى عقوق والدية وترك المنزل والهروب منه باحثاً عن مأوى له فلا يجد سواء مجتمع الأشرار الذين يدفعون به إلى طريق الشر وتعاطي المخدرات.

6- كثرة تناول الوالدين للأدوية و العقاقير:

إن حب الاستطلاع و الفضول بالنسبة للأبناء قد يجعلهم يتناولون بعض الأدوية والعقاقير التي تناولها آباؤهم مما ينتج عن ذلك كثيراً من الأضرار والتي قد يكون من نتائجها الوقوع فريسة للتعود على بعض تلك العقاقير.

7- ضغط الأسرة على الابن من أجل التفوق:

عندما يضغط الوالدين على الابن ويطلبون منه التفوق في دراسته مع عدم إمكانية تحقيق ذلك قد يلجأ إلى استعمال بعض العقاقير المنبه أو المنشطة من أجل السهر والاستذكار وتحصيل الدروس، وبهذا لا يستطيع بعد ذلك الاستغناء عنها.

تلك هي أهم أسباب تعاطي المخدرات المتعلقة بالأسرة و مسؤولية القضاء عليها والحد منها على الوالدين و علماء الدين وعلى كل من أبصر على معرفة آفة المخدرات وما ينتج عنها من أضرار سيئة للغاية وقانا الله منها.

ثالثاً: الأسباب التي تعود إلى المجتمع:

إذا كانت الأسرة هي البيئة الاجتماعية الأولى التي يعيش فيها الإنسان منذ صغره فإن مختلف الجماعات التي ينتمي إليها الفرد تشكل البيئة الاجتماعية الثانية التي يحيا فيها الإنسان وقد تدعم هذه الجماعات ما تبنيه الأسرة وقد تهدمه و تعطل تأثيره، وقد تعوض الجماعة الفرد عن مشاعر الحرمان العاطفي وعدم التقبل أو افتقاد الشعور بالأمن.

و هناك أسباب في تعاطي المخدرات تعود للمجتمع و منها :

1- توفر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين:

ويعتبر هذا العامل من أهم العوامل التي تعود للمجتمع والتي تجعل تعاطي المخدرات سهلاً وميسوراً بالنسبة للشباب ويرجع ذلك إلى احتواء كل مجتمع من المجتمعات على الأفراد الضالين الفاسدين والذين يحاولون إفساد غيرهم من أبناء المجتمع، فيقومون بمساعدة غيرهم من أعداء الإسلام بجلب المخدرات و السموم و ينشرونها بين الشباب.

2- وجود بعض أماكن اللهو في بعض المجتمعات:

هناك بعض أماكن اللهو في بعض الدول تعتمد أساساً على وجود المواد المخدرة و المسكرة من اجل ابتزاز أموال روادها ولا يهتم أصحابها سوى بجمع المال بصرف النظر عن الطريقة أو الوسيلة المستخدمة في ذلك.

3- العمالة الأجنبية:

إن عمليات التنمية في دول الخليج تتطلب الاستعانة ببعض العمالة والخبرات الأجنبية وهذه العمالة تأتي أحيانا وهي محملة بحسناتها وسيئاتها متمثلة في محاولة البعض إدخال بعض السموم والمواد المخدر معها بغرض متعتهم الخاصة أو بغرض الكسب المادي من وراء ذلك.

4- الانفتاح الاقتصادي:

يحاول بعض ضعاف النفوس من أفراد المجتمع استغلال الانفتاح الاقتصادي استغلالاً سيئاً فبدلاً من قيامهم باستيراد السلع الضرورية لأفراد المجتمع يقومون بالإتجار وتهريب المخدرات بطرق غير شرعية بكونها تحقق لهم أرباحاً كبيرة و بأقل مجهود.

5- قلة الدور التي تلعبه وسائل الإعلام المختلفة:

أجهزة الإعلام في بعض الدول العربية الإسلامية و خاصة التلفزيون قد ابتليت بظاهرة خطيرة وهي المبالغة في طول ساعات الإرسال والتفاخر بطول مدة الإرسال، غير أن قدرة هذه الأجهزة الفنية قاصرة على ملء هذه الساعات الطويلة بالإنتاج الإعلامي المحلي أو الغربي أو الإسلامي فيحدث المحذور وهو الالتجاء إلى أجهزة الإعلام الغربية من أفلام وأشرطة من قيم متضاربة مع القيم الإسلامية لكي يحقق أهدافه المرسومة ضد الأمة الإسلامية وبالأخص شبابها محاولاً بذلك هدم العنصر الأساسي من عناصر القوة والتنمية وهم الشباب.

6- التساهل في استخدام العقاقير المخدرة و تركها دون رقابة:

قد يكون التساهل باستيراد بعض الأدوية والعقاقير المخدرة اللازمة للاستخدام في المستشفيات دون تشديد الرقابة عليها من قبل وزارة الصحة في

المجتمع سبب من أسباب استخدامها في غير الأغراض الطبية التي خصصت لها، هذا بالإضافة إلى أنه قد تدخل هذه العقاقير تحت أسماء مستعارة و بطريقة نظاميه، كما أنها قد تدخل بطريقة غير نظامية مما يؤدي لانتشارها و تداولها بين الشباب.

7- غياب رسالة المدرسة:

ويقع ذلك على عاتق المربين و المسؤولين عن وضع المناهج التعليمية والتي يجب أن تتضمن أهداف واضحة تجعل الفائدة منها جيدة من حيث توضيح ما ينبغي إتباعه من فضائل وما يجب تجنبه من خبائث و رذائل وهكذا يتضح لنا العديد من العوامل التي تدفع إلى تعاطي المخدرات حيث تم التطرق إلى عدد من العوامل و من هنا يمكننا القول بان هذه المشكلة ليس سببها الفرد فقط بل يشارك في ذلك الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه.

الفصل الثالث

الآثار والأضرار السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات

الفصل الثالث

الآثار والأضرار السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات

نعالج في هذا الفصل أهم الآثار العضوية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي ترتبت على تعاطي المواد النفسية وإدمانها، وسوف نقتصر على رصد أهم التغيرات التي تطرأ على المتعاطين كالتغيرات العضوية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية، فمن الثابت علمياً أن تعاطي المخدرات يضر بسلامة جسم المتعاطي ويؤثر على وظائفه العقلية كالانتباه والإدراك والذاكرة، وإن الفرد المتعاطي يكون عبئاً وخطراً على نفسه وعلى أسرته وجماعته من المحيطين به، وعلى أخلاقه وإنتاجيته، وكذلك على أمن ومصالح مجتمعه، بل كذلك على كيان الدولة السياسي.

أولاً: الآثار والأضرار العضوية:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى فقدان المتعاطي شهيته للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار وشحوب الوجه، كما يؤدي التعاطي إلى اضطراب في الجهاز الهضمي والذي ينتج عنه سوء الهضم، كما يؤدي التعاطي إلى إتلاف الكبد وتليفه حيث يحل المخدر خلايا الكبد ويحدث بها تليفاً وزيادةً في نسبة السكر، مما يسبب التهاب وتضخم في الكبد فتوقف عمله بسبب السموم التي يعجز الكبد عن تخليص الجسم منها، كما يؤدي إلى التهاب في المخ وتحطم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكوّن المخ مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة واضطراب في القلب، وارتفاع في ضغط الدم ، وانفجار الشرايين، كذلك يؤثر التعاطي على النشاط الجنسي حيث يقلل من القدرة الجنسية وينقص من إفرازات الغدد الجنسية. كما أن المخدرات هي السبب الرئيسي في الإصابة بأشد الأمراض خطورة مثل السرطان.

وعند تفصيلنا لهذه الآثار فإنه يمكننا توزيعها على العناصر التالية:

الآثار والأضرار العضوية لتعاطي الأفيون:

يعتبر الأفيون من أكثر المهبطات الطبيعية شهرةً ، حيث يحتوي على أكثر من 35 مركباً كيميائياً أهمها المورفين والكوديين ، ويستخرج الأفيون من العصارة اللبنية لنبات الخشخاش الذي يزرع وسط مزارع القمح والشعير ، وقد ينمو تلقائياً كما هو الحال في الدول الواقعة في شمال البحر الأبيض المتوسط. ويعتبر الأفيون من أخطر أنواع المخدرات حيث تؤدي كمية قليلة منه إلى الأعراض التالية: (مختار، 2004؛ موسى وآخرون، 1999)

- _ الرغبة في النوم والنعاس
- _ ارتخاء الجفون ونقص حركتها
- _ حكة في الجسد
- _ اصفرار الوجه
- _ ازدياد العرق
- _ احتقان العينين والحدقة
- _ الشعور بالغثيان
- _ اضطراب العادة الشهرية عند النساء
- _ انخفاض كميات السائل المنوي
- _ الإصابة بالزهري نتيجة استخدام إبر ملوثة

وعند تشريح جثث مدمني الأفيون وُجدت آثار تدل على تأثيره على الجهاز العصبي متمثلة في احتقان المخ وقلة نشاطه وتعرضه للنزف. ومن آثاره السلبية الأخرى إبطاء حركة التنفس، وتقليل معدل النبض القلبي، وتليف بعض خلايا الكبد، وتقليل حركة المعدة مما يتسبب في الإصابة بالإمساك المزمن.

الآثار والأضرار العضوية لتعاطي الحشيش:

يستخرج الحشيش من نبات القنب الذي يزرع في الأمريكتين وأفريقيا وجنوب شرقي آسيا والشرق الأوسط وأوروبا، وله أسماء أخرى كثيرة منها الماريجوانا "الحشيش المجفف" والبانجو "أوراق تحتوي على نسبة قليلة من المادة الفعالة"، وزيت الحشيش "التي تتخذ شكلاً سائلاً غير قابل للذوبان في الماء". والحشيش نبات خشن الملمس له جذور عمودية وسيقان مجوفة، وأوراق مشرشرة مدببة الأطراف، وهو أحادي الجنس أي يوجد نبات ذكر وأنثى. تتميز الأنثى عن الذكر بكونها أكثر فروعاً وأفتح ألواناً، كما أن زهرة الأنثى معتدلة مورقة ولها قاعدة على شكل قلب، بينما تكون زهرة الذكر ذابلة رخوة ذات غلاف زهري. والحشيش هو السائل المجفف لشجرة القنب، ويستخرج من الرؤوس المجففة المزهرة أو المثمرة من سيقان الإناث التي لم تستخرج مادتها الصبغية.

يأخذ الحشيش شكل المساحيق، وقد يحول إلى مادة صلبة مضغوطة ومجزأة إلى عدة قطع ملفوفة في ورق السوليفان لها لون بني غامق، أو ربما تحول إلى مادة سائلة غامقة اللون تحتوي على درجة تركيز عالية، يتم تعاطيه عن طريق تدخينه في السجائر أو النرجيلة وأحياناً يُحرق داخل كوب ويستنشق المتعاطي البخار المتصاعد.

يؤثر الحشيش على الجهاز العصبي المركزي، إلا أن هذا التأثير يختلف من مدمن لآخر بحسب قوته البدنية والعقلية تبعاً لطبيعة المتعاطي وميوله، إذ قد يستغرق المتعاطي في خياله وأوهامه كما قد ينتاب المتعاطي ذو الميول الإجرامية ثورات جنونية ربما تدفع به إلى ارتكاب أعمال لها سمة العنف.

وعموماً يمكننا إيجاز الآثار الفسيولوجية للحشيش على النحو التالي:

_ ارتعاشات عضلية

- _ زيادة في ضربات القلب
- _ سرعة في النبض
- _ دوّار
- _ شعور بسخونة الرأس
- _ برودة في اليدين والقدمين
- _ شعور بضغط وانقباض في الصدر
- _ اتساع العينين
- _ تقلص عضلي
- _ احمرار واحتقان في العينين
- _ عدم التوازن الحركي
- _ اصفرار في الوجه
- _ جفاف في الفم والحلق
- _ قيء في بعض الحالات

أما الآثار الصحية على المدى الطويل فتتمثل في الضعف العام والهزال، وضعف مقاومة الجسم للأمراض، والصداع المستمر، وأمراض مزمنة في الجهاز التنفسي مثل الربو والتهاب الشعب الهوائية، وتصل تلك الأعراض إلى حد الإصابة بالسل. وبالنسبة للجهاز الهضمي تظهر أعراض الإمساك تارةً والإسهال تارةً أخرى وذلك بسبب تأثير الأغذية المخاطية للمعدة .

الآثار والأضرار العضوية لتعاطي الكوكايين:

يستخرج الكوكايين من الأفيون الخام ، حيث تتراوح نسبة الأفيون فيه ما بين 0.5-2.5% من وزنه، كما يوجد في نبات الكوكا الذي ينمو في أمريكا الجنوبية، وخاصة في جبال الإنديز وبيرو وكولومبيا والهند وإندونيسيا .

وتحتاج زراعته إلى درجات مرتفعة من الحرارة والرطوبة. والكوكا نبات معمر يمكن لشجرته البقاء لمدة عشرين عاماً، وتحصد ست مرات في العام الواحد. يستخرج من هذا النبات مادة شديدة السمية هشة الملمس بيضاء اللون إذا كانت نقية أطلق عليها اسم الكوكايين، وتتركز خطورتها في التأثير على خلايا الجهاز العصبي المركزي، حيث تؤخذ بالشم أو الحقن أو بالمضغ. وفي حالة تناول جرعة زائدة عن المسموح بها طيباً تؤدي إلى الوفاة مباشرة. وينزع المتعاطون للكوكايين في أمريكا الجنوبية العصب المركزي للنبات ويمضغون أوراقه، ويزداد استخدامه بين الطبقات العاملة كونه يعطيهم إحساساً بالقوة ويزيل الشعور بالتعب والجوع.

الآثار والأضرار العضوية لتعاطي القات:

القات من المنشطات الطبيعية، بعد أن يمضغه المتعاطي يشعر في البداية بنوع من النشاط ثم بعد فترة من المضغ تصيبه حالة من الفتور والكسل. يزرع القات في اليمن ومنطقة القرن الأفريقي، والمادة الفعالة فيه هي الكاسين Cathine، وتمتص عن طريق مضغ أوراق النبات. وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله؛ حتى أنه ينسى الشعور بالجوع. ثم بعد عدة ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني، واضطرابات هضمية وإمساك، والتهابات في المعدة، وارتفاع في ضغط الدم، بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكتئاب.

ويمكننا إجمال أنواع المخدرات السابق ذكرها وآثارها في الجدول التالي:

(جدول يوضح أنواع المخدرات وآثارها)

آثارها	المادة
<p>_ الشعور المؤقت بالنشوة والارتياح الزائف. _ زيادة الخمول والقلق وضيق التنفس والدوار وانخفاض حرارة الجسم. _ ظهور الهزال بمعدلات سريعة.</p>	الأفيون
<p>اضطراب في الإدراك، والذاكرة، والانتباه البصري والسمعي، وانعدام الإحساس بالزمن، والضعف الجنسي.</p>	الحشيش
<p>تهيج شديد ، طلاقة اللسان ، قلة الشعور بالتعب ، الشعور بالسرور، تصرفات عدائية، انهيار الحالة العقلية بسبب الإدمان، قروح على أغشية الأنف، أرق، تشنجات في العضلات.</p>	الكوكايين
<p>تأثير مزدوج على الجهاز العصبي، منشط في البداية تعقبه حالة من الهبوط في وظائف الجهاز العصبي.</p>	القات

ثانياً: الآثار والأضرار النفسية:

سنقتصر في هذا السياق على رصد أهم التغيرات التي تطرأ على ما تعارف عليه علماء النفس والأطباء النفسيون على تسميته بالوظائف النفسية:

الأفيون و مشتقاته:

لا وجه للمقارنة بين البحوث المنشورة عن الآثار السلوكية المترتبة على إدمان الأفيون و مشتقاته وتلك التي تتناول الآثار السلوكية لإدمان الكحول سواء من حيث الكم أو من حيث الكيف، فمنشورات التخصص التي تتناول الكحول أكثر وأعمق من نظيرتها التي تدور حول الأفيون ومشتقاته ومن أهم أسباب ذلك :

الفرق الكبير بين مدى انتشار شرب الكحول و مدى انتشار تعاطي الأفيون في العالم الغربي الذي يسود فيه الاهتمام بإجراء هذه الدراسات ونشرها. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى كون شرب الخمر غير مجرم قانوناً في هذا العالم الغربي (وفي كثير من المجتمعات الآخذة بنظم الحياة الغربية كلياً أو جزئياً) وقد ساعد ذلك على أن تفصح الآثار السلوكية عن نفسها بكل الدرجات الممكنة، وهو أمر لا يتيسر في حالة تعاطي الأفيونيات.

على أن هذه الأسباب المفترقة بين الكحول والأفيون في المنشورات السيكولوجية والسيكياترية ليست سوى الأسباب المباشرة أي التي تقف وراء ما نشهد من فروق بشكل مباشر، ولا شك أن وراءها أسباب أخرى أكثر إمعاناً في السمات الحضارية المميزة للحياة في المجتمعات الغربية في مقابل نظائرها المرتبطة بالحياة في المجتمعات التقليدية في جنوب شرقي آسيا (حيث تعاطي الأفيونيات أوسع انتشاراً و أطول تاريخاً).

الاكتئاب وإدمان الأفيونيات: الصورة السيكياترية المرتبطة ارتباطاً جوهرياً بتعاطي و إدمان الأفيون تولد الاكتئاب. و لكن لما كانت هذه الصورة

وليدة بحوث أُجريت على مدمنين متقدمين للعلاج من إدمانهم فلا يمكن الجزم بأنها مستقلة تماماً عن أعراض الانسحاب التي تبدأ مع توقف تعاطي الجرعة التالية في موعدها. غير أن هذا لا يعني أن كل الاكتئاب الموجود في هذه الصورة مرجعه إلى أعراض الانسحاب. يعزز هذا الرأي أن عدداً من هؤلاء المدمنين تبين في تاريخهم المرضي أنهم قد عانوا في وقت من الأوقات من بعض الأعراض الاكتئابية، وكان ذلك سابقاً على تاريخ بدء تعاطي الأفيون. ومن ثم فإن الرأي المرجح الآن هو أن مدمني الأفيون يعتبرون في جملتهم مجموعة هشة أو مستهدفة أكثر من مجموعات الأشخاص الأسوياء للإصابة بالاكتئاب (Bruce et al 1982) و تشير بعض البحوث كذلك إلى غلبة العوامل المهيأة للسلوكيات الانتحارية بين مدمني الأفيون (Moore et al 1979).

وتتفق هذه البحوث ذات الطابع الإكلينيكي التي أُجريت على مدمنين أمريكيين يعيشون في الولايات المتحدة الأمريكية في نتائجها العامة، مع بحوث ذات طابع أنثروبولوجي أُجريت على مدمنين تايلنديين يعيشون في المناطق الجبلية الممتدة من هضبة شان في بورما إلى شمال تايلاند ولاوس (وهي المناطق المعروفة في عالم المخدرات باسم المثلث الذهبي وهي التي تمد العالم بأكبر قدر من الأفيون)، إذ تشير هذه البحوث الميدانية إلى إن أهالي هذي المنطقة يدخنون الأفيون في ظروف الأسى أو الحزن الشديد الناجم عن فقدان الأعراف كالزوجات و الأطفال. (Sowonwela et al 1978). والخلاصة أن هذه البحوث تشير إلى وجود اقتران واضح بين تعاطي الأفيون والأعراض الاكتئابية. لكن هذه البحوث لا تكفي للجزم بما إذا كانت هذه الأعراض جزءاً من أعراض الانسحاب، أم أنها تحتوي على ما هو أكثر من ذلك. كما أنها لا تكفي للإجابة الحاسمة عن السؤال المعلق حول الآثار بعيدة المدى لإدمان الأفيون.

التأثير في الأجنة: من أخطر الموضوعات التي تناولتها البحوث الحديثة (وقد بدأت منذ أواخر الستينات) موضوع التأثيرات التي تقع على الأجنة لدى الحوامل من النساء مدمنات الأفيون. وبوجه عام أصبح انتقال هذه التأثيرات من الأم إلى الجنين عبر المشيمة من الحقائق المعروفة. وفيما يلي بعض المعلومات التفصيلية في هذا الصدد.

أولاً : يلاحظ أن المرأة التي تدمن الأفيون يغلب عليها الإهمال في أحوالها الصحية، مما يكون له أثر سيئ على الحمل (إذا كانت حاملاً) وعلى الجنين، وكذلك على عملية الوضع نفسها. وبالتالي تزداد في حالة هؤلاء النساء نسبة المضاعفات التي تصاحب الولادة، من ذلك زيادة حالات الإجهاض، و الاحتياج إلى التدخل بالعملية القيصرية، وحالات الإكليميا (أو ما يعرف أحياناً بالتشنج الحلمي)، وموت الجنين داخل الرحم، والنزيف اللاحق للولادة، والولادات المبسرة. وقد أمكن رصد بين 10 و 15% من الحوامل المدمنات يصبن بما يعرف بالتسمم الحلمي، كما أن حوالي 50% من الحوامل مدمنات الهيروين اللاتي لا يتلقين العناية الواجبة أثناء الحمل يفاجئن بالولادات المبسرة.

ثانياً: لما كانت الأفيونيات المعروضة في السوق غير المشروعة يقع عليها كثير من الغش (بخلطها بمواد قد تكون شديدة الأذى) فإن النساء المدمنات كثيراً ما يتعرضن لأخطار تضطرهن (تحت الضغوط الطبية) إلى الدخول في خبرات "الانسحاب" كما أنهن كثيراً ما يتعرضن من ناحية أخرى إلى أخطار الجرعات الزائدة من المخدر. و قد لوحظ قدر من الاقتران بين خبرات الانسحاب التي تمر بها الأم واحتمالات ولادة الأجنة الميتة.

ثالثاً: تشير كثيراً من الدراسات إلى تأخر في نمو الأجنة عند الحوامل من مدمنات الهيروين ، ولما كان هذا التأخر يستمر حتى إذا وضعت الأم الحامل موضع رعاية غذائية طبية فالراجح أن تأخر نمو الجنين لا يرجع كله إلى سوء

التغذية التي تعاني منه كثير من هؤلاء النساء، ولكن بعضة على الأقل يرجع إلى تأثير نوعي للهيروين على نمو الجنين.

رابعاً: تشير نتائج بعض البحوث إلى الأثر السيئ للهيروين التي تتعاطاه الأم على عمليات الأيض لدى الجنين كما تشير هذه البحوث نفسها إلى أن تأثير الهيروين في هذا الصدد يفوق كثيراً سائر المواد المحدثه للإدمان.

خامساً: في دراسة طبية إحصائية على 337 من الأطفال حديثي الولادة تبين أن متوسط الوزن الذي يولد به الطفل الذي أنجبتة أم تدمن الهيروين هو 2.490 كجم ، في مقابل وزن الطفل المولود لام كانت تدمن الهيروين قبل حملها في هذا الطفل هو 2.651 كجم، و هذا في مقابل أن وزن الطفل المولود لام كانت موضوعة طبييا على الميثادون كان 2.961 كجم، و هذا في مقابل أن متوسط وزن الطفل المولود لأم سوية غير مدمنة 3.176 كجم.

سادساً: تشير كثير من البحوث إلى أن حالات سوء التغذية التي تصحب إدمان الأفيونيات تكون ناتجة أساسا عن الكف الذي يقع على المراكز المخية التي تحكم الشهية و الجوع.

سابعاً: تشير الدراسات التي أُجريت على كروموسومات الدم المحيطي لدى الأطفال حديثي الولادة لأمهات مدمنات للهيروين في مقابل أطفال حديثي الولادة لأمهات غير مدمنات تشير هذه الدراسات إلى الزيادة الجوهرية لمقدار التشوهات الحادثة في كروموسومات المجموعة الأولى من الأطفال.

ثامناً: تشير بعض البحوث إلى أن ولادة التوائم تحدث لأمهات مدمنات الهيروين بمعدلات أعلى مما يحدث للأمهات غير المدمنات. و قد تبين في هذه الدراسات أن ولادة التوائم جاءت بمعدل 1 في كل 32 حالة ولادة، وهو معدل يفوق نظيره

في الجمهور العام 3 مرات. والافتراض المطروح هنا هو انه ربما كان من بين التأثيرات الفارماكولوجية للهيروين تأثير مباشر بالتنشيط يقع على المبيض.

تاسعاً: تشير البحوث كذلك إلى ارتفاع نسبة الوفيات بين الأطفال المولودين لأمهات مدمنات للهيروين عن النسبة المناظرة بين أطفال غير المدمنات. فنسبة الوفيات بشكل إجمالي (أي بغض النظر عن الحالة الصحية للمولود) بين أطفال المدمنات تبلغ 4.5% في مقابل 6.1% في أطفال الأمهات غير المدمنات. فإذا اقتصرنا في المقارنة على الأطفال منخفضي الوزن في المجموعتين تبين أن النسبة بين أطفال المدمنات 13.3% في مقابل 10.88% في الأطفال المولودين لأمهات غير مدمنات.

عاشراً: أجريت بعض الدراسات على أشكال و معدلات النمو لمدة أكثر من سنتين بعد الولادة، و ذلك بين أطفال مولودين لأمهات مدمنات للهيروين مقارنين بأطفال لأمهات غير مدمنات. وتبين في هذه الدراسات أن 80% من أبناء المدمنات كانوا يعانون من أعراض انسحابيه أثناء ولادتهم ، كما أن 60% استمرت لديهم هذه الأعراض و لكن بصورة اقل من الحادة لمدد تراوحت بين 3 و 6 شهور. هذا بالإضافة إلى وجود اضطرابات أخرى في أطفال الأمهات المدمنات بنسب متفاوتة من هذه الاضطرابات النشاط الحركي الزائد، وضيق نطاق الانتباه.

هذه بعض نتائج البحوث الإكلينيكية التي أجريت في مجال التأثيرات التي تقع على أبناء النساء مدمنات الأفيونيات، وذلك في المرحلة الجنينية لهؤلاء الأطفال، أو عقب ميلادهم مباشرة ، أو بعد ميلادهم لمدد تصل إلى ما يقرب من 3 سنوات . و قد تعمدا تقديم مزيد من تفصيل الحديث في هذا الموضوع لخطورته أولاً و لقلّة شيوع المعرفة به ثانياً (1979 Finnegan)

الحشيش (القنب):

يسود الاعتقاد بين الكثيرين من المواطنين (في مصر وفي العالم العربي) بان الآثار السلوكية السيئة (أي غير التوافقية) للحشيش ليست سوى آثار عابره بمعنى أنها تنتهي تماما بعد التعاطي ببضع ساعات. وهذا خطأ شديد يزيد من انتشار هذا المخدر.

ومن المؤسف حقاً أن مجموعة الملابس التاريخية التي أحاطت بانتشار تعاطي الحشيش في أوروبا وأمريكا الشمالية بدأ من أواسط الستينيات في هذا القرن (تحت اسم الماريجوانا) وطوال السبعينيات ساعدت على انتشار اعتقاد مماثل أيضاً في ذلك الجزء من العالم. وانتشرت حينئذٍ كتابات كثيرة تروج لهذا الاعتقاد بشكل مباشر وبشكل غير مباشر. ولكن مع تقدم الثمانينيات بدأت هذه الموجه من الكتابات في الانحسار التدريجي، وأخذت الكتابات الأكثر التزاماً بالموضوعية العلمية تظهر بأعداد متزايدة.

ومن الجدير بالذكر أن العنصر الفعال في الحشيش (القنب) (أي العنصر المسئول عما يحدثه من تأثيرات تخديرية في الوظائف النفسية عند متعاطية) مهما اختلفت فصائله هو دلتا 9 تتراهيدروكنابينول، وأن الفرق الرئيسي بين أنواع الحشيش (القنب) أو أسماء مختلفة الذي يتسمى بها في البلدان المختلفة (كالحشيش، والماريجوانا ، والكيف، والبانجو، والجانجا، والكاراس... الخ) إنما هو في درجة تركيز العنصر الفعال في العينات الممثلة لهذا النوع أو ذلك.

الاضطرابات النفسية العامة: حتى منتصف الخمسينيات من القرن الحالي كان الأطباء النفسيون في مصر يصنفون بعض مرضاهم الذهانيين تحت فئة "ذهان الحشيش" و كذلك كان الحال في المغرب (Ben bud 1957).

ولكن سرعان ما أُقبت ظلال من الشك على القيمة العلمية لهذا التشخيص. لكن هذا لا ينفي أن الملاحظات الإكلينيكية ظلت تتواتر عن وجود اقتران بدرجه ما بين التعاطي طويل الأمد للقلب وظهور أعراض مرضيه نفسيه في نسبه من هؤلاء المتعاطين المزمنين.

وقد أجرى العالم أندرسون وآخرون في السويد بحثا وبائيا ، وذلك من خلال متابعه 55 ألف شاب من المجندين السويديين لمدة خمسة عشر عاما متتالية، وذلك لاستكشاف العلاقة بين التعاطي المكثف للقلب واحتمالات ترسيب مرض الفصام. وقد تبين للباحثين أن نسبه الإصابة بالفصام بين هؤلاء المتعاطين تزيد ست مرات على النسبة المناظرة بين غير المتعاطين . مما يقطع بوجود اقتران بين التعاطي المكثف والإصابة بالفصام (Nahas 1990).

والخلاصة أنه لم يقد دليل يوثق به على سلامه استخدام بطاقة تشخيصيه باسم " ذهان الحشيش "، ولكن تواتت الأدلة الميدانية على وجود اقتران بين التعاطي المكثف للحشيش وظهور اضطرابات سيكياترية، أخطرها ترسب مرض الفصام في بعض الحالات يولد التصعيد من تعاطي الحشيش إلى تعاطي المخدرات أقوى منه.

في السياق الراهن لابد من الإشارة إلى ما يلاحظ أحيانا من أن بعض متعاطي الحشيش(وخاصة في حالات التعاطي المكثف) يتجهون إلى تعاطي مخدرات أخرى أقوى من الحشيش غالبا على سبيل الإضافة (إلى الحشيش الذي يستمرون في تعاطيه) (سويف1967). وأحيانا على سبيل الإحلال . ونقصد هنا مفهوم المخدر الأقوى المخدر الذي له قبضه إدمانيه على المدمن أقوى من قبضه الحشيش ويبدو ذلك بوجه خاص في شدة أعراض الانسحاب. ونشير هنا بوجه خاص إلى التصعيد الذي تقدم عليه نسبه معينه من متعاطي الحشيش إذ يصعدون ممارستهم إلى تعاطي الأفيون

(فيزيولوجياً) فينتج نحو زيادة جرعة ماده محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل. ومعنى ذلك ومن اللافت للانتباه أن بعض متعاطي الحشيش يصل بهم الأمر بعد بضع سنوات من بدء التعاطي إلى أن زيادة جرعة الحشيش تعجز عن تحقيق مطلبهم التخديري، مما يدفعهم إلى تجاوزه إلى مخدر أقوى. هذا عن التفسير القائم على أسس فارماكولوجية. أما التفسير الاجتماعي فخلاصته أن هذا التصعيد يأتي نتيجة طبيعية لاتصال متعاطي الحشيش بعالم الاتجار غير المشروع. إذ لا سبيل أمامه للحصول على الحشيش إلا من خلال قنوات الاتصال تصله في نهاية الأمر (مهما طالت وتعدد الوسطاء فيها) بعالم الاتجار غير المشروع، حيث يجري التعامل في الحشيش وغيره من المخدرات كالأفيون والمورفين والهيروين ، حيث تتضافر قوى السوق على محاوله الترويج للمخدرات الأعلى ثمناً لكي تدر على البائع ربحاً أعلى. كما أن اتصاله بهذه القنوات يعرضه للاتصال بكثير من المتعاطين الذين يتعاطون مخدرات أخرى غير الحشيش. والذين لا يكفون أبداً عن محاولات الإغراء لكل من لا يتعاط المخدر الذي يدمونه. والمحصلة النهائية لهذه المؤثرات جميعاً هي انتقال نسبه ممن كانوا يقتصرون على تعاطي الحشيش إلى تعاطي المخدرات الأفيونية.

اختلال الوظائف النفسية:

تتخر البحوث التجريبية المنشورة حول الآثار السلوكية لتعاطي الحشيش بقدر كبير من المعلومات المحققة حول أنواع الاختلال التي تتعرض لها عدة وظائف نفسية لدى المتعاطين (Melges et al 1970:weil et al) (Manno et al 1970:Manno et al 1971). غير أن معظم هذه الثروة من المعلومات تنصب على الآثار المباشرة للتعاطي، أي التغيرات

السلوكية التي تحدث للمتعاطي في خلال بضع الساعات، (ثلاث أو أربع ساعات) عقب التعاطي، وهناك شبه إجماع بين النقات على هذه التأثيرات

ولكن الجدل المشحون بكثير من الخلافات يتناول الآثار غير المباشرة (أو طويلة الأمد) للتعاطي على الوظائف السلوكية المختلفة، الآثار التي تمتد لأسابيع وشهور، وربما لسنوات. وقد استمر هذا الجدل إلى وقت قريب (Fletcher & Stay 1977:souEIF1977). ثم تغير الموقف في خلال الثمانينيات، بحيث اعترف أكثر الباحثين تحمسا للقول بزوال كل أثر للحشيش بعد بضع الساعات التالية للتعاطي اعترفوا بأنهم كانوا مخطئين وقالوا أنهم بعد أن أعادوا إجراء تجاربهم بمزيد من الدقة المنهجية تبين لهم وجه الخطأ في قولهم السابق وأصبح واضحا أمامهم أن اختلال الوظائف النفسية يبقى لمدد طويلة بعد التعاطي (page al 1988) ، ثم نشرت بعد ذلك بحوث استخدمت أساليب تمكنها من مزيد من الدقة. وقد صادقت هذه البحوث على القول ببقاء اختلال الوظائف النفسية لمدد طويلة بعد انتهاء فتره التأثير المباشر للتعاطي (nahas : Schwartz 1993 1993 : schwarty et al 1989)

الوظائف النفسية التي يصيبها الاختلال:

فيما يلي نقتصر على ذكر أهم الوظائف النفسية التي يصيبها الاختلال على النحو الذي وصفناه آنفا:

أ) دقه الإدراك: ومن أهم الاختبارات التي تستخدم في هذا الصدد اختبارات تقوم على المضاهاة البصرية بين عدة أشكال مرسومه على الورق تحتوي على عدد من التفاصيل الشكلية الدقيقة، على أن تتم المضاهاة في فترة زمنية محددة.

ب) دقه الإدراك المصحوب بأداء يعتمد على التأزر البصري الحركي: وتستخدم لهذا الغرض اختبارات تقتضي من الشخص الذي يتناوله الفحص أن ينسخ بالقلم

الخصائص شكلا هندسيا بسيطا مرسوما أمامه على الورق، ولا تشتت في هذه الحالة سرعة الأداء

(ج) **سرعة الحركة البسيطة:** وتستخدم لاختبار هذه الوظيفة اختبارات تتطلب أداءً حركيا شديدا البساطة بأعلى سرعة ممكنة.

(د) **سرعة الأداء الحركي في إطار مجال بصري معقد:** كأن يقتضي الأداء عمليه تحليل لحدود بعض المنبهات البصرية مع قدرة على الاستجابة الحركية السريعة.

(هـ) **الذاكرة قصيرة المدى:** ويستخدم هذا الاصطلاح للإشارة إلى عمليه تذكر لمنبه ما بعد توسط تنبيه آخر بين المنبه الأصلي وصدور الاستجابة المطلوبة . على أن يتم هذا كله في فتره زمنية محدودة (تتراوح بين بضع ثوان وثلاثين دقيقه).

(و) **تقدير الأطوال المحدودة:** من الآثار طويلة الأمد لتعاطي الحشيش (القنب) اختلال هذه الوظيفة، ويكون الاختلال في الاتجاه إلى زيادة تقدير الطول عن حقيقته الموضوعية.

(س) **تقدير المدد الزمنية المحدودة:** ويكشف الاختلال عن نفسه في أن المتعاطين يخطئون أخطاءً أكبر في حجمها (سواء بالزيادة أو بالنقصان عن حقيقة المدة الزمنية الموضوعية) من الأخطاء التي يقع فيها الأشخاص العاديون من غير المتعاطين .

تعقيب على موضوع الوظائف:

1- تصاب هذه الوظائف السبع بخلل جوهري يبقى مشوها إياها لمدد طويلة قد تمتد إلى أسابيع أو شهور وربما لسنوات نتيجةً للتعاطي المزمّن (أي التعاطي

طويل الأمد) للقلب حتى بعد أن يتوقف الشخص تماما عن تعاطيه (soueif
1975 : 1974 : 1971)

2- لكي ندرك الأخطار الحقيقية التي يمكن أن تترتب على هذه الأشكال المتعددة من الخلل (بغض النظر عما تعنيه من اعتلال للصحة النفسية) يحسن بنا أن نتخيل عددا من مواقف العمل المختلفة التي قد يكون على المدمن مواجهتها، وخاصة إذا كانت هذه المواقف تقتضي منه أن يتعامل مع الآلات تتطلب مستوى معقولا من الحيطة والحذر. وبناء على هذا التخيل نستطيع أن نتصور القدر الكبير من الخسائر الاقتصادية التي تترتب على سلوكيات تتطوي على هذه الأنواع من الخلل. هذا زيادة على الأخطار الحقيقية التي تتعرض لها سلامه العامل المدمن.

فإذا امتد بنا الخيال ليشمل مواقف قياده السيارات والقاطرات والطائرات ازيد حجم الخسائر الاقتصادية المتوقعة أضعافا مضاعفه واتسع نطاق الأخطار المحدقة ليشمل المدمن وآخرين أوقعهم حظهم العاثر داخل مجال حركته. ومما يزيد من قتامة الصورة في هذا الصدد ما تكشف عنه بعض الدراسات الميدانية من زيادة معدلات تعاطي الحشيش بين العمال الصناعيين المهرة مقارنة بمزملتهم من العمال غير المهرة أو غير الحاذقين، وزيادة معدلات التعاطي بين عمال الصناعات الثقيلة إذا قورنوا بمزملتهم من عمال الصناعات المتوسطة والخفيفة (1988 سويف وآخرون، عبدالمعمر، 1999)

العلاقة بين اختلال الوظائف النفسية وفوق الفردية:

من الأسئلة المهمة التي فرضت نفسها على عقول الباحثين في هذا المجال السؤال عما إذا كانت هناك علاقة بين مقدار اختلال الوظائف النفسية عند المتعاطين والفروق الفردية القائمة بينهم؟ بعبارة أخرى هل تحدث الاختلالات

الوظيفية (السابق ذكرها) بنفس الدرجة عند جميع الأفراد مدمني الحشيش؟ فرض هذا السؤال نفسه على العقول بوصفه نتيجةً منطقيةً لما لوحظ من وجود تضارب بين نتائج بعض الباحثين والبعض الآخر.

(: bowman&phil 1973 : waskow 1970 : rubin&conitas 1973 :)
(soueif 1971)

فالبعض يؤكدون وجود اختلالات وظيفية تبقى عند المدمنين حتى بعد انقطاعهم عن الإدمان لمدد متفاوتة ، والبعض يؤكدون زوال كل اثر للاختلالات الوظيفية بعد الفترة المحددة للتأثير المباشر وهي ثلاث أو أربع ساعات . وكان لابد من إلقاء الضوء على حقيقة هذا التضارب . والاقتراح الذي يتبادر للذهن في مثل هذا الموقف هو أن هذا التضارب يرجع إلى تدخل عامل أو بضعة عوامل بصورة غير محسوبة، فحيث تتدخل هذه العوامل تميل النتائج إلى الاتجاه وجهة إبراز الخلل، وحيث لا تتدخل تميل النتائج إلى طمس معالم هذا الخلل .

وتتلخص الإجابة التي انتهينا إليها في هذا الصدد فيما يأتي: تتحدد درجة تدهور الوظائف النفسية التي يصل إليها الشخص المدمن بناء على موقعه من العوامل الثلاثة التالية:

- التعليم في مقابل الأمية
 - سكني المدن في مقابل التنشئة والإقامة الريفية.
 - تبكير العمر (في بواكير الشباب) أو تأخره .
- فالمتعلمون، وسكان المدن. وصغار الشباب معرضون لمقادير من التدهور الناجم عن الإدمان أكبر مما يتعرض له الأميون ، والريفيون ، والأشخاص المتقدمون في السن (40 سنة فما فوق)

جدير بالذكر هنا أن هذه الإجابة تتفق تماما مع نتائجها الميدانية. كما أنها تفسر أشكال التضارب التي ظهرت بين نتائج دراسات الباحثين المختلفين في أوائل السبعينيات كما اشرنا من قبل. ففي معظم البحوث التي أمكن لنا التحقق من الخلفية الديموغرافية للأشخاص المبحوثين فيها تبين لنا صحة هذه الإجابة، فحيث لم يظهر ما يدل على حدوث تدهور أو ظهر ما يدل على حدوثه بمقادير طفيفة كان المفحوصين أميين أو أشباه أميين، أو كانوا ريفيين، أو من كبار السن، وحيث التدهور أسفر عن وجهة بصورة واضحة كان المفحوصين متعلمين و ومن سكان المدن و وصغار الشباب .

وخلصه هذه الفقرة إن هذا التحليل الذي أجريناه يكشف عن حقيقتين متداخلتين: أولا أن التعاطي الإدماني للحشيش يقترن به تدهور حقيقي دائم لعدد من الوظائف النفسية والعقلية العليا ، ثانيا إن هذا التدهور يتحدد مقداره بناء على عوامل ثلاثة يمكن حسابها في حاله كل فرد ، هي التعليم ومستوى "الحضرية" والعمر ونظرا لتدخل هذه العوامل على هذا النحو في تشكيل الحصيلة النهائية للتأثير طويل المدى للمخدر فإن أهل التخصص يطلقون عليها (من الناحية المنهجية) اسم المتغيرات المعدلة ويطلق هذا الاسم عنوانا على هذا المنهج في التحليل .

وفي ختام هذا الفقرات التي أفردناها للحديث عن الآثار السلوكية للتعاطي طويل الأمد للحشيش(القنب) تلخيصا لعناصرها الرئيسية :

أ- هناك علاقة قوية بين التعاطي وترسب الاضطراب العقلي المعروف باسم " الفصام " عند نسبة معينه من المتعاطين .

ب- حقيقة ثانيه بالغه الأهمية هي انه مع طول مدة تعاطي القنب يزداد احتمال ظهور التصعيد إلى تعاطي مخدر أقوى (هو الأفيون ومشتقاته غالبا).

ج- حقيقة ثالثة أن التعاطي طويل الأمد يقترن باختلال دائم في عدد من الوظائف النفسية والعقلية العليا ذات الأهمية المحققة في مواقف العمل المختلفة، مما يترتب عليه أخطار لا تقف عند حدود التعاطي وحده بل تتعداه إلى غيره.

د- حقيقة رابعة أن اختلال الوظائف النفسية المشار إليها (في النتيجة السابقة) لا يتم بنفس القدر عند الأشخاص المختلفين، بل يتم بمقادير تتفاوت من شخص إلى آخر حسب موقعه من ثلاثة متغيرات تسمى بالمتغيرات المعدلة وهى:

التعليم في مقابل الأمية، والحضرية في مقابل الريفية والعمر، ويبلغ الخلل أقصاه عند المتعلمين الحضريين صغار السن، وبلغ أدنى درجاته عند الأميين، الريفيين، كبار السن.

وأخيرا نعرض رأي هيئة الصحة العالمية كما عبر عنه ممثلها في " الندوة الدولية الثانية " التي نظمتها في باريس الأكاديمية الطبية القومية في الفترة من 8-9 ابريل سنة 1992 . قال ممثل الهيئة تحت عنوان (القنب: وجهة نظر هيئة الصحة العالمية) ما يأتي :

تأسيسا على المناقشات التي أدارتها جمعيات علمية اجتمعت باسم منظمة الصحة العالمية، وعلى المعاهدات الدولية تتناول التحكم في تعاطي المواد النفسية، وعلى قرارات المجلس الاجتماعي والاقتصادي للأمم المتحدة، فإن المنظمة ترى أن للقنب أضرارا حادة (مباشرة) وأخرى مزمنة (طويلة البقاء) على صحة الإنسان ". (idanpaan – heikkila 1993)

الكوكايين:

تشير البحوث الإكلينيكية القائمة في الميدان إلى أن الاضطراب الرئيسي الذي يترتب أحيانا كنتيجة طويلة المدى على تعاطي الكوكايين هو تعرض الشخص لنوبات الفرع التي قد تتوالى بتكرارات عالية. ويرجع الباحثون

المتخصصون أن هذا الاضطراب يأتي كنتيجة طبيعية لتأثير الكوكايين على المخ وهو التأثير الذي يتلخص في خفض عتبة الإحساس بالمنبهات، أي انخفاض الحد الأدنى المطلوب لصدور الاستجابة على المنبهات.

ويتميز اضطراب الهلع حسب نظام التصنيف للاضطرابات العقلية والسلوكية الصادر عن منظمه الصحة العالمية المعروف باسم ICD- 10 (والصادر في سنة 1992) بأن أهم جوانبه تعرض الشخص لنوبات متوالية من القلق العنيف الذي لا يرتبط بموقف بعينه ولا بمجموعه بعينها من الظروف. وبالتالي تأتي هذه النوبات من حيث مكانتها من شخص إلى آخر. إلا أن أكثر هذه المكونات شيوعاً هي: سرعة دقات القلب، وآلام في الصدر، وإحساس بالدوخة، وغالباً ما يصاحب هذه المكونات خوف من الموت، أو خوف من الجنون، وتستغرق النوبة الواحدة غالباً بضع دقائق ولكنها في بعض الأحيان تستمر لمدد أطول من ذلك. وكثيراً ما يترتب على الإصابة بهذه النوبات نشوء مخاوف لدى الشخص من الوحدة، وكذلك من ارتياد الأماكن العامة (GOLD 1992).

وأخيراً تشير الدراسات إلى اضطرابات الوظيفة الجنسية، و يشير البعض إلى أن الاضطراب يأخذ شكل العجز الجنسي أو العنه أحياناً، و من أهم المظاهر والتي يظهر بها هذا الاضطراب مظاهر تناول وظيفتي الانتصاب والقذف، كما أن البعض يفقد تماماً الرغبة في النشاط الجنسي، و تستمر هذه الاضطرابات لفترات طويلة حتى بعد الانقطاع عن التعاطي.

كذلك تشير البحوث الإكلينيكية إلى احتمال إصابة متعاطي الكوكايين باضطراب آخر يبقى لأمد طويل هو اضطراب "عصب الانتباه" و يتميز هذا الاضطراب بعجز الشخص عن متابعة معظم النشاطات التي يبدأها، فهو ينتقل من نشاط إلى آخر ومنه إلى ثالث دون أن يكمل أيّاً منها، وكأنه يفقد الاهتمام

بأي نشاط بعد أن يبدأ بقليل، أو كأنه يعجز عن مقاومة عوامل التثتيت التي تحيط به أثناء إقباله على أي نشاط جديد.

القات:

نشطت البحوث الفارماكولوجية أخيرا حول تأثير القات في فئران التجارب، وخاصة بعد أن تمكن الباحثون عن عزل مادة الكايتون Ceeathinone التي يعزى إليها الفاعلية الأساسية لهذا المخدر، و كان ذلك سنة 1975، كما أمكنهم أن يحددوا بدقة الصيغة الحقيقية لهذه المادة في سنة 1978 (zelger et al 1980) ومع ذلك فلا تزال البحوث المنضبطة حول تأثير الكايتون في سلوك البشر شحيحة.

وتشير الدراسات المتوافرة في هذا الصدد إن أهم المواد الفعالة التي أمكن عزلها حتى الآن مادتان، هما الكاتين والكايتون، وكلاهما يشبه في تأثيره ما تفعله الأمفيتامينات وخاصة فيما يتعلق بالتأثير في الحالة النفسية، وفي عمليات الأيض وفي الدورة الدموية القلبية، وبناء على توصية هيئة الصحة العالمية فقد تم في سنة 1986 إدراج الكايتون في الجدول الأول من مجموعة الجداول الملحقة باتفاقية المواد النفسية المعروفة باتفاقية فينا لسنة 1971، وهو ما يحتم إخضاعه لأقصى الضوابط، أما الكاتين فقد تم إدراجه في الجدول الثالث للاتفاقية.(Elemi et al 1987).

وفي دراسة تم إجراؤها في الجمهورية العربية اليمنية في أوائل الثمانينات تبين أن الأطفال المولودين لأمهات اعتدن على مضغ القات وتخزينه يولدون منخفضي الوزن، وفيما يتعلق بالمشكلات الاجتماعية المرتبطة بتعاطيه يتحدث عدد من الباحثين عن الاضطرابات العائلية الخطيرة التي قد تصل إلى درجة

التخلي عن الالتزام الأسري، والإهمال الشديد لمطالب تنشئة الصغار وتعليمهم، وإهدار الموارد المالية التي يمكن أن تكون سندا للأسرة في حياتها. كذلك تحدث عدد من الباحثين عن الاضطرابات الصحية التي تصحب التعاطي، وفي مقدمتها ارتفاع ضغط الدم، وزيادة عدد ضربات ضغط القلب، وزيادة عدد معدلات التنفس، وارتفاع حرارة الجسم، والإمساك وانسداد الشهية، والأرق والصداع النصفي، وضعف الدافع الجنسي.

ثالثاً : الآثار والأضرار الاجتماعية الناتجة عن تعاطي المخدرات :

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات أهم و اخطر المشاكل التي تواجه الفرد والأسرة و المجتمع في كل أنحاء العالم نظراً لكثرة أنواع المخدرات وسرعة انتشار تجارتها بين كافة مستويات المجتمع. إن مشكلة تعاطي المخدرات التي تؤرق العالم لم تنشأ من عامل واحد بل تتسبب فيها عوامل عديدة اجتماعية واقتصادية ونفسية وثقافية وتربوية وغير ذلك.

إن من أهم الأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات هي الأضرار الاجتماعية التي و بلا شك تلقى بظلالها على الحياة بشكل عام بدءاً من الضرر الواقع على الفرد المتعاطي مروراً بأسرته وامتداداً إلى مجتمعه.

وهناك الكثير من الآثار الاجتماعية التي تظهر على الفرد المتعاطي منها:

الانعزالية: وعدم المشاركة وجدانياً لكونه غير قادر على ممارسة حياته بشكل طبيعي ومشاركة الآخرين في تقرير المصير وعدم القدرة على الابتكار والإنتاج. التفكك الأسري والنفور من المجتمع والمحيطين به وبالتالي تنشأ أسرة ضعيفة مفككة لكون المتعاطي قد أدخل دور الأسرة وأهميتها في إيجاد جيل صالح فعال يؤدي دوره تجاه مجتمعه بكل همة ونشاط.

ومن الأضرار أيضاً ضرر المخدرات على الفرد نفسه لان تعاطي المخدرات يحطم إرادة الفرد المتعاطي وذلك لان تعاطي المخدرات يجعل الفرد يفقد كل القيم الدينية والأخلاقية، ويتعطل عن عمله الوظيفي ويتوقف عن التعلم والتعليم مما يقل إنتاجيته ونشاطه اجتماعياً وثقافياً، وبالتالي يحجب عنه ثقة الناس به ويتحول بالتالي بفعل المخدرات إلى شخص كسلان سطحي، غير موثوق فيه، ومهمل حتى لحاجاته الضرورية، ومنحرف في المزاج، والتعامل مع الآخرين.

و تشكل المخدرات أضرارا على الفرد منها:

1- المخدرات تؤدي إلى نتائج سيئة للفرد، سواء بالنسبة لعمله أو إرادته، أو وضعه الاجتماعي وثقة الناس به. كما أن تعاطيها يجعل من الشخص المتعاطي إنسانا كسولا ذا تفكير سطحي، يهمل أداء واجباته ولا يبالي بمسؤولياته وينفعل بسرعة ولأسباب تافهة، و ذو أمزجة منحرفة في تعامله مع الناس، كما أن المخدرات تدفع الفرد المتعاطي إلى عدم القيام بمهنته ويفتقر إلى الكفاية والحماس والإرادة لتحقيق واجباته مما يدفع المسؤولين عنه بالعمل أو غيرهم إلى طرده من عمله أو تغريمه غرامات مادية تتسبب في اختلال دخله.

2- عندما يلح متعاطي المخدرات على تعاطي مخدر ما ، ويسمى بـ " داء التعاطي " أو بالنسبة للمدمن يسمى بـ " داء الإدمان " ولا يتوفر للمتعاطي دخل ليحصل به على الجرعة الاعتيادية و ذلك أثر إلحاح المخدرات، فانه يلجأ إلى الاستدانة، وربما إلى أعمال منحرفة، وغير مشروعة، مثل قبول الرشوة، والاختلاس والسرقة والبغاء وغيرها. وهم بهذه الحالة ، قد يبيع نفسه وأسرته ومجتمعه وطناً وشعباً، لان المخدرات تصبح عنده هي عمله وأمله وحياته ومسؤوليته، وهي كل شيء في حياته، فيهون عنده كل شيء من أمانه أو حرام أو حتى شرف وعرض.

3- يحدث تعاطي المخدرات للمتعاطي أو المدمن مؤثرات شديدة وحساسيات زائدة، مما يؤدي إلى إساءة علاقاته بكل من يعرفهم. فهي تؤدي إلى سوء العلاقة الزوجية والأسرية، مما يدفع إلى تزايد احتمالات وقوع الطلاق، وانحراف الأطفال، وتزيد أعداد الأحداث المشردين، وتسوء العلاقة بين المدمن وبين جيرانه، فيحدث الخلافات والمشاجرات، التي قد تدفع به أو بجاره إلى دفع الثمن باهظاً. كذلك تسوء علاقة المتعاطي بزملائه، ورؤسائه في العمل، مما يؤدي إلى احتمال طرده من عملة أو تغريمه غرامه مالية تخفض مستوى دخله.

4- الفرد المتعاطي يفقد توازنه ويختل تفكيره، ولا يمكنه إقامة علاقات طيبة مع الآخرين، ولا حتى مع نفسه، مما يتسبب في سيطرة الفوضى على حياته، وعدم التكيف وسوء التوافق والتواء الاجتماعي على سلوكياته، وكل مجريات حياته، الأمر الذي يؤدي به في النهاية إلى الخلاص من واقعه المؤلم بالانتحار.

فهناك علاقة وطيدة بين تعاطي المخدرات والانتحار حيث أن معظم حالات الوفاة التي سجلت كان السبب فيها هو تعاطي جرعات زائدة من المخدر.

5- المخدرات تؤدي إلى نبذ الأخلاق، وفعل كل منكر وقبيح وكثير من حوادث الزنى والخيانة الزوجية تقع تحت تأثير هذه المخدرات وبذلك نرى ما للمخدرات من آثار وخيمة على الفرد والمجتمع.

تأثير المخدرات على الأسرة:

الأسرة هي الخلية الرئيسية في الأمة، إذا صلحت صلح حال المجتمع، وإذا فسدت انهار بنيانه فالأسرة أهم عامل يؤثر في التكوين النفساني للفرد، لأنه البيئة التي يحل بها وتحضنه فور رؤية نور الحياة، ووجود خلل في نظام الأسرة،

من شأنه أن يحول دون قيامها بواجبها التعليمي والتربوي لأبنائها فتعاطي المخدرات يصيب الأسرة والحياة الأسرية بأضرار بالغة من وجوه كثيرة أهمها :

1- ولادة الأم المدمنة على تعاطي المخدرات لأطفال مشوهين .

2- مع زيادة الإنفاق على تعاطي المخدرات، يقل دخل الأسرة الفعلي مما يؤثر على نواحي الإنفاق الأخرى، ويتدنى المستوى الصحي، والغذائي والاجتماعي والتعليمي وبالتالي الأخلاقي لدى أفراد تلك الأسرة التي وجه عائلها دخله إلى الإنفاق على المخدرات وبالتالي فإن هذه المظاهر تؤدي إلى انحراف الأفراد لسببين:

أولهما: أعراض القدوة الممثلة في الأب والأم أو العائل، السبب الآخر: هو الحاجة التي تدفع الأطفال إلى أدنى الأعمال، لتوفير الاحتياجات المتزايدة في غياب العائل.

أضف إلى ذلك، نجد أن جو الأسرة العام يسوده التوتر والشقاق، والخلافات بين أفرادها فإلى جانب إنفاق المتعاطي لجزء كبير من الدخل على المخدرات والذي يثير انفعالات وضيق لدى أفراد الأسرة، فالمتعاطي يقوم بعادات غير مقبولة لدى الأسرة حيث يتجمع عدد من المتعاطين في بيته ويسهرون إلى آخر الليل مما يولد لدى أفراد الأسرة تشوق لتعاطي المخدرات، تقليداً للشخص المتعاطي، أو يولد لديهم الخوف والقلق خشية أن يُهاجم المنزل بضبط المخدرات والمتعاطين. أو بأذى المتعاطين أنفسهم لأنهم يفقدون أخلاقهم، ويفقدون السيطرة حتى على أنفسهم.

رابعاً: الآثار والأضرار الاقتصادية:

يعتبر الفرد لبنه من لبنات المجتمع، وإنتاجيه الفرد تؤثر بدورها على إنتاجية المجتمع الذي ينتمي إليه. فمتعاطي المخدرات لا يتأثر وحده بانخفاض إنتاجه

في العمل ولكن إنتاج المجتمع أيضا يتأثر في حاله تفشي المخدرات وتعاطيها فالظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات تؤدي إلى انخفاض إنتاجية قطاع من الشعب العام فتؤدي أيضا إلى أنماط أخرى من السلوك تؤثر أيضا على إنتاجية المجتمع، ومن الأمثلة على ذلك السلوك هي: تشرد الأحداث وإجرامهم والدعارة والرشوة والسرقة والفساد والمرض العقلي والنفسي والإهمال واللامبالاة وأنواع السلوك هذه يأتيها مجموعة من الأشخاص في المجتمع ولكن أضرارها لا تقتصر عليهم فقط بل تمتد وتصيب المجتمع بأسره وجميع أنشطته وهذا يعني أن متعاطي المخدرات لا يتأثر وحده بانخفاض إنتاجه في العمل ولكنه يخفض من إنتاجية المجتمع بصفة عامه وذلك للأسباب التالية :

انتشار المخدرات والاتجار بها وتعاطيها يؤدي إلى زيادة الرقابة من الجهات الأمنية حيث تزداد قوات رجال الأمن ورقباء السجون والمحاكم والعاملين في المصحات والمستشفيات ومطارده المهربين للمخدرات تجارها والمروجين ومحاکمتهم وحراستهم في السجون ورعاية المدمنين في المستشفيات تحتاج إلى قوى بشرية ومادية كثيرة للقيام بها وذلك يعني انه لو لم يكن هناك ظاهره لتعاطي وانتشار أو تزويج المخدرات لأمكن هذه القوات إلى الاتجاه نحو إنتاجية أفضل ونواحي صحية أو ثقافية بدلا من بذل جهودهم في القيام بمطارده المهربين ومروجي المخدرات وتعاطيها ومحاکمتهم ورعاية المدمنين وعلاجهم.

يؤدي كذلك تعاطي وانتشار المخدرات إلى خسائر مادية كبيره بالمجتمع ككل وتؤثر عليه وعلى إنتاجيته وهذه الخسائر المادية تتمثل في المبالغ التي تنفق وتصرف على المخدرات ذاتها فمثلا: إذا كانت المخدرات (تزرع في أراضي المجتمع) التي تستهلك فيه فإن ذلك يعني إضاعة قوى بشرية عامله وإضاعة الأراضي التي تستخدم في زراعه هذه المخدرات بدلا من استغلالها في زراعه

محاصيل يحتاجها واستخدام الطاقات البشرية في ما ينفع الوطن ويزيد من إنتاجه أما إذا كانت المخدرات تهرب إلى المجتمع المستهلك للمواد المخدرة فإن هذا يعني إضاعة وإنفاق أموال كبيرة ينفقها أفراد المجتمع المستهلك عن طريق دفع تكاليف السلع المهربة إليه بدلاً من أن تستخدم هذه الأموال في ما يفيد المجتمع كاستيراد مواد وآليات تفيد المجتمع للإنتاج أو التعليم أو الصحة، إن تعاطي المخدرات يساعد على إيجاد نوع من البطالة، وذلك لأن المال إذا استغل في المشاريع العامة النفع تتطلب توفر أيدي عاملة وهذا يسبب للمجتمع تقدماً ملحوظاً في مختلف المجالات ويرفع معدل الإنتاج، أما إذا استعمل هذا المال في الطرق الغير مشروع كتجاره المخدرات فإنه حينئذٍ لا يكون بحاجة إلى أيدي عاملة، لأن ذلك يتم خفيه عن أعين الناس بأيدي عاملة قليلة جداً .

إن الاستسلام للمخدرات والانغماس فيها يجعل مستخدمها يركن إليها وبالتالي فهو يضعف أمام مواجهة واقع الحياة الأمر الذي يؤدي إلى تناقص كفاءته الإنتاجية فيما يعوقه عن تنمية مهاراته وقدراته وكذلك فإن الاستسلام للمخدرات يؤدي إلى إعاقة تنمية المهارات العقلية والنتيجة هي انحدار الإنتاجية لذلك الشخص وبالتالي للمجتمع الذي يعيش فيه كماً وكيفاً.

كل دولة تحاول أن تحافظ على كيانها الاقتصادي وتدعيمه لكي تواصل التقدم. ومن أجل أن تحرز دولة ما هذا التقدم فإنه لابد من وجود قدر كبير من الجهد العقلي والعضلي معاً (ببذل بواسطة أبناء تلك الدولة سعياً وراء التقدم وللحاق بالركب الحضاري والتقدم والتطور) ليتحقق لها ولأبنائها الرخاء والرفاهية فيسعد الجميع، ولما كان تعاطي المخدرات يُنقص من القدرة على بذل الجهد ويستنفذ القدر الأكبر من الطاقة ويضعف القدرة على الإبداع والبحث والابتكار فإن ذلك يسبب انتهاك لكيان الدولة الاقتصادي وذلك لعدم وجود (الجهود العضلية والفكرية والعقلية) نتيجة لضياعها عن طريق تعاطي المخدرات.

إضافةً إلى ذلك فإن المخدرات تكبد الدولة نفقات باهظة ومن أهم هذه النفقات هو ما تنفقه الدولة في استهلاك المخدرات فالدول المستهلكة للمخدرات (مثل بعض الدول العربية) تجد نفقات استهلاك المخدرات فيها طريقها إلى الخارج بحيث أنها لا تستثمر نفقات المخدرات في الداخل مما يؤدي (غالباً) إلى انخفاض في قيمة العملة المحلية لو كانت العملة المفضلة لدى تجار المخدرات ومهربيها هو الدولار.

أثر المخدرات على الأمن العام مما لا شك فيه أن الأفراد هم عماد المجتمع فإذا تفشت و ظهرت ظاهرة المخدرات بين الأفراد انعكس ذلك على المجتمع فيصبح مجتمع مريضاً بأخطر الآفات، يسوده الكساد والتخلف و تعمه الفوضى ويصبح فريسة سهلة للأعداء للنيل منه و في عقيدته و ثرواته فإذا ضعف إنتاج الفرد انعكس ذلك على إنتاج المجتمع وأصبح خطر على الإنتاج و الاقتصاد القومي، إضافة إلى ذلك هنالك ما هو اخطر وأشد وبالاً على المجتمع نتيجة لانتشار المخدرات التي هي في حد ذاتها جريمة فان مرتكبها يستمرئ لنفسه مخالفة الأنظمة الأخرى فهي بذلك (المخدرات) الطريق المؤدي إلى ارتكاب جرائم أخرى.

خامساً: الآثار والأضرار السياسية:

يهتز الكيان السياسي لأي دولة إذا لم يكن في وسعها و مقورها بسط نفوذها على أقاليمها و لقد ثبت أن كثيراً من مناطق زراعة المخدرات في أنحاء متفرقة من العالم لا تخضع لسلطات تلك الدول التي تقع ضمنها، أما لاعتبارها قبلية، أو اعتبارها جغرافية، و هناك روابط وثيقة بين الإرهاب الدولي والاتجار غير المشروع في الأسلحة والمفرقات من جانب، والاتجار غير المشروع في المخدرات من جانب آخر كما يهتز كيان الدولة السياسي إذا اضطرت الدولة إلى

الاستعانة بقوات مسلحة أجنبية للحفاظ على كيانها، وقد حدث مثل هذا في إحدى دول أمريكا الجنوبية اللاتينية، حيث توجد عصابات لزراعة الكوكا وإنتاج مخدر الكوكايين وتهريبه وهي عصابات جيدة التنظيم، ولديها أسلحة متقدمة ووسائل نقل حديثة حتى أن هذه العصابات وجد بحوزتها قواعد عسكرية ومهابط طائرات وقد سيطرت هذه العصابات على مناطق زراعية للكوكا والقنب ومنعت القوات الحكومية من دخولها الأمر الذي دعا الدولة إلى الاستغاثة واستدعاء قوات أجنبية .

كما أن الحركات الانفصالية في العالم تغذيها أموال تجار المخدرات ومهربيو المخدرات والمتاجرون في المخدرات لا يؤمنون بدين أو عقيدة ولا ينتمون إلى وطن وليس لديهم انشغال سوى التفكير في الكسب المادي غير المشروع من وراء الاتجار بالمخدرات فهم على استعداد لبيع أنفسهم وأسرهم وأوطانهم وشعوبهم مقابل السماح لهم بالمرور بالمخدرات وتهريبها فيفشون الأسرار ويقدمون المعلومات للأعداء مما يجعل من المتعاطي ومهربي المخدرات فريسة سهلة للعدو ومخابراته.

الفصل الرابع

المخدرات: التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية

المخدرات : التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية

لعل تعاطي المخدرات غير المشروعة يعد من أكبر وأعقد التحديات التي يواجهها العالم في العصر الحديث¹، ومما يزيد الموقف تعقيداً أن المشكلة ذات أبعاد متعددة وهي عالمية لا تعرف الحدود وتطال كافة الدول من أغناها إلى أفقرها، وجميع فئات المجتمع وكافة الأعمال. كما إنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً باستفحال الجريمة والفساد والإرهاب على الصعيد العالمي. وفي نفس الوقت تندر أرباحاً طائلة لفئة، بينما تضر بفئة أخرى ضرراً بليغاً وتزهق ملايين الأرواح وتهدد بقاء المجتمعات في حد ذاتها .

ولا يخفى إن آثار مشكلة المخدرات العالمية وتأثيرها تهدد نظم الصحة والتعليم والعدالة الجنائية والرفاه الاجتماعي والاقتصادي والنظم السياسية. وقد اكتسبت هذه المشكلة زخماً كبيراً ووجدت بفضل التكنولوجيا الحديثة، ومنها الإنترنت ووسائل ووسائط جديدة لتوسيع نطاق تأثيرها وربحيتها.

إن مشكلة المخدرات اتخذت في بعض البلدان بعداً وبائياً فساهمت في تفاقم سلسلة من المشاكل الاجتماعية والتي تشمل ضمن أشياء أخرى ، العنف، الجريمة المنظمة والفساد والبطالة وسوء الأحوال الصحية ورداءة مخرجات التعليم، وكل ذلك يلحق الضرر بالأفراد والمجتمعات.

ومما لا شك فيه الأهمية الكبرى المترتبة على تلبية احتياجات السكان في تلك المجتمعات، وتشكل الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالقضاء على الفقر، وضمان التعليم الابتدائي وتعزيز الصحة العامة للجميع ومكافحة فيروس نقص المناعة، وضمان الاستدامة البيئية وتيسير الشراكات العالمية من أجل التنمية

¹ - تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات 2011.

ومكافحة المخدرات، تشكل تلك الأهداف محور الأساس في نجاح جهود القضاء على طاعون العصر والمتمثل في المخدرات، وفيما يلي التشوهات الاجتماعية في مجتمعات المخدرات:-

- تهديد التماسك الاجتماعي
- التفاوت الاجتماعي
- نشوء ثقافة الإسراف
- نمو النزعة الفردية والاستهلاكية
- التحول في القيم التقليدية
- النمو الحضري السريع
- فقدان احترام القانون

التشوه الاقتصادي :

قد تنشط تجارة المخدرات غير المشروعة في هذه المجتمعات إلى حد أنها تقتلع بالفعل الأنشطة الاقتصادية المشروعة.

التوصيات: إن الخروج من الحلقة المفرغة للتفكك الاجتماعي وما يقترن به من مشاكل المخدرات، يستلزم اتباع نهج متعدد التخصصات يشارك فيه أصحاب المصلحة على كافة المستويات، بما يشمل المواطن والأسرة والمجتمع المدني والحكومي والقطاع الخاص وتوصي الهيئة بأنه :

- يجب على الحكومات أن تكفل تمكين الشباب من الحصول على فرص للتعليم والعمل والترويج عن النفس.

- التصدي لمظاهر النجاح المالي المقترن بالعمل في سوق المخدرات غير المشروعة، وإيجاد بدائل تكون قدوة للشباب.
- تنفيذ برنامج شامل من تدابير الإصلاح المجتمعي.

الوضع العالمي²:

يبلغ عدد متناولي المخدرات الذين يعانون من مشكلة الإدمان إلى 27 مليون شخص، أي ما نسبته 0.6% من عدد سكان العالم من الراشدين. هذا وتسبب المخدرات مثل: الهيروين، والكوكايين، في زهق أرواح نحو 0.2 مليون شخص سنوياً، وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى تشتيت الأسر ويجلب البؤس على الآخرين. ومقروناً بذلك تقويض أركان التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وتسهم في ارتكاب الجرائم وزعزعة الاستقرار واضطراب الأمن وتفشي الأمراض، مثل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية.

إن الاتجار بالمخدرات له ابعاد عالمية، تربط ما بين المناطق والقارات، مما تكون له أحياناً عواقب وخيمة على البلدان المتأثرة بهذه التدفقات.

تجدر الإشارة إلى أن معدل المخدرات غير المشروعة على الصعيد العالمي خلال الخمس سنوات المنتهية بعام 2010 ثابتاً من نسبة تراوحت بين 3.4% و6.6% من السكان الراشدين (أي أعمارهم بين 15 و 64 عاماً)، بيد أن نسبة تتراوح بين 10-13% من متناولي المخدرات مازلوا متناولين إشكاليين يعانون من اضطرابات مرتبطة بالارتهان للمخدرات، كما إن إنتشار فيروس الإيدز 20% ، والتهاب الكبد (ج) 46.7%، والتهاب الكبد (ب) 14.6% في صفوف متناولي المخدرات عن طريق الحقن.

²- تقرير المخدرات العالمي 2012، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات.

الانتشار السنوي لتناول المخدرات غير المشروعة
واعداد متناولها على الصعيد العالمي 2010

العدد بالآلاف		النسبة المئوية		المادة
الأعلى	الأدنى	العليا	الدنيا	
224,900	119,420	5.0	2.6	القنب
36,120	26,380	0.8	0.6	شبهه الأفيون
20,990	12,980	0.5	0.3	المواد الأفيونية
19,510	13,200	0.4	0.3	الكوكايين
52,540	14,340	1.2	0.3	المنشطات الإيفيتامينية
28,120	10,480	0.6	0.2	الاكتاسي
300,000	153,000	6.6	3.4	مخدرات أخرى غير مشروعة

الآثار الإجتماعية:

يتمثل أحد أهم آثار تناول المخدرات غير المشروعة على المجتمع في العواقب الصحية السلبية التي يعاني منها أفرادها، ويفرض تناول المخدرات عبئاً مالياً ضخماً على المجتمع، فبالأرقام النقدية يلزم ما بين 200 و 250 بليون دولار (0.3-0.4 في المائة من الناتج العالمي) لتغطية جميع التكاليف المرتبطة بالعلاج من المخدرات على مستوى دول العالم.

أشارت دراسة أجريت في الولايات المتحدة إلى أن الفاقد يعادل ما بين 0.3 و 0.4 في المائة من الناتج الإجمالي. كذلك التكاليف المترتبة على الجرائم المتصلة بالمخدرات كبيرة أيضاً، إذ تشير دراسة أجريت في المملكة المتحدة وإيرلندا الشمالية إلى أن التكاليف المترتبة على الجرائم المتصلة بالمخدرات "الاحتيايل والسطو والسلب والسرقة..." في انجلترا وويلز تعادل 1.6 من الناتج المحلي الإجمالي.

عوامل تحديد شكل وتطور المشكلة :

من الواضح إن تطور المشكلة العالمية المعقدة للمخدرات غير المشروعة مدفوع بعدد من العوامل. فالاتجاهات الاجتماعية الديمغرافية، مثل التوازن الجنساني والعمرى للسكان، ومعدل التوسع الحضري، وهي عوامل مؤثرة . فإذا تغيرت السمات الديمغرافية لمجتمع ما، فقد يتغير أيضاً السلوك المتعلق بتناول المخدرات تبعاً لذلك، وللعوامل الاجتماعية والاقتصادية، ومنها معدلات الدخل المتاح للإنفاق وعدم المساواة والبطالة دور مؤثر في هذا الشأن. ذلك إن زيادة معدلات الدخل المتاح للإنفاق قد تسمح لعدد أكبر من الناس شراء المخدرات . في حين إن ارتفاع معدلات عدم المساواة والبطالة قد تزيد من الميل إلى تناول المخدرات غير المشروعة في صفوف المعرضين لها.

وهناك أيضاً فئة عريضة من المحفزات الاجتماعية الثقافية التي تؤثر بدورها في تطور المشكلة، وإن يكن بطرائق يصعب قياسها في كثير من الأحيان، وتشمل هذه المحفزات التغيرات في النظم التقليدية للقيم ونشوء " ثقافة شبابية" موحدة نسبياً في بلدان عديدة.

تطور المشكلة في المستقبل:

أحد التطورات الهامة والجديرة بالرصد هي التحول الجاري في البلدان المتقدمة والنامية، وهو ما يمثل عبئاً على بلدان غير مستعدة نسبياً للتصدي، وتوحي الاتجاهات الديمغرافية أن العدد الإجمالي لمتناولي المخدرات في البلدان النامية سوف يزداد كثيراً، ليس فقط بسبب النمو السكاني فقط، وإنما بسبب مجموعتها السكانية الأكثر شباباً وتوسعها الحضري بمعدلات سريعة. وعلاوة على ذلك، قد تبدأ الفجوة بين الجنسين في التقلص إذ أن من المرجح أن تشهد البلدان النامية زيادة في معدلات تناول الإناث للمخدرات في اعقاب زوال الحواجز الاجتماعية الثقافية وزيادة المساواة بين الجنسين.

تناول المخدرات وآثاره على الصحة:

تشير التقديرات على الصعيد العالمي أنه في عام 2010، كان ما بين 153 و 300 مليون شخص تتراوح أعمارهم بين 15-65 سنة (أي 3.4 – 6.6 في المئة) من سكان العالم من هذه الفئة العمرية، قد تناولوا مادة غير شرعية مرة واحدة على الأقل خلال السنة السابقة، وبالتالي ظل تناول المخدرات غير المشروعة مستقرًا، ولكن متناولي المخدرات الإجماليين المقدر عددهم ما بين 15.5 مليون و 38.6 مليون شخص (أي ما يقارب 12%) من متناولي المخدرات غير المشروعة، بمن فيهم المعانون من الاضطرابات المرتبطة بتناول المخدرات.

العدد التقديري للوفيات المتصلة بالمخدرات، ومعدلاتها

لكل مليون من السكان المتروحة أعمارهم بين 15 و 64

المنطقة	عدد متناولي جميع المخدرات بالآلاف	نسبة انتشار التناول	عدد الوفيات المتصلة بالمخدرات	معدل الوفيات بين كل مليون شخص بين 15-64
أفريقيا	72000-22000	12.5-3.8	41700-1300	73.5-229
أمريكا الشمالية	46,000-45,000	15.1-14.7	44,800	147.3
أمريكا الجنوبية	13,000-10,000	4.6-3.2	9,700-3,800	31.1-12.2
آسيا	127,000-38,000	4.6-1.4	-14,900 133,700	48.6-5.4
أوروبا	37,000-36,000	6.8-6.4	19,900	35.8
أوقيانوسيا	5,000-3,000	20.1-12.3	3000	123.0
العالم	300,000-153,000	6.6-3.4	-99,000 253,000	55.9-22.0

المصدر: البيانات المستمدة من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية لمكتب الأمم المتحدة المعني بمكافحة المخدرات، ولجنة البلدان الأمريكية لمكافحة المخدرات، والمركز الأوروبي لمكافحة المخدرات.

تشكل حالات الوفاة المتصلة بالمخدرات ما بين 0.5% و 1.3% من جميع الوفيات على الصعيد العالمي للفئات العمرية ما بين 15 و 64 سنة، ولكنها تختلف

اختلافاً كبيراً جوهرياً من منطقة إلى أخرى، وأعلى نسبة وفيات متصلة بالمخدرات هي في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا، حيث تشكل هذه الوفيات نحو حالة من بين كل 20 حالة وفاة لدى الأشخاص المتراوحة أعمارهم بين 15-64 سنة، وتشكل في آسيا نحو حالة واحدة من بين 100 حالة وفاة، وفي أوروبا حالة واحدة من بين 110 حالة وفاة، وفي أفريقيا حالة واحدة من بين كل 150 حالة وفاة، وفي أمريكا الجنوبية حالة واحدة من بين كل 200 حالة. ويعزى سبب ارتفاع معدل الوفيات المتصلة بالمخدرات في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا، إنما يعود إلى أن لدى المنطقتين عدداً أكبر من متناولي المخدرات الإشكاليين ونظماً أفضل لرصد حالات الوفاة المتصلة بالمخدرات والإبلاغ عنها. وبالمقارنة، فالقدرة في آسيا وأفريقيا محدودة ورصد الوفيات المتصلة بالمخدرات ممارسة نادرة فيها.

الإنتاج المحتمل من الأفيون والصنع المحتمل غير المشروع من الهيروين

المجهول النقاء 2004-2011

الوحدة: طن

السنة	الإنتاج الكلي المحتمل من الأفيون	كميات الأفيون المحتملة التي لم تحول إلى هيروين	كميات الأفيون المحتملة تحولها إلى هيروين	حجم الصنع الكلي المحتمل
2004	4,850	1,197	3,653	529
2005	4,620	1,169	3,451	472
2006	6,610	2,056	4,555	629
2007	8,890	3,411	5,479	757
2008	8,641	3,080	5,561	752
2009	7,853	2,898	4,955	661
2010	4,736	1,728	3,008	384
2011	6,995	3,400	3,595	467

المصدر: تقرير المخدرات العالمي 2012، UNODC

الأبعاد الرئيسية لمشكلة المخدرات المعاصرة:

وصل تعداد سكان العالم إلى 7 مليارات نسمة، ويقدر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن يكون نحو 330 مليوناً من هؤلاء يتناولون مخدرات غير مشروعة مرة واحدة في السنة على الأقل.

الوفيات وسنوات الحياة المفقودة المعدلة باحتساب سنوات العجز التي يمكن عزوها إلى تناول المخدرات غير المشروعة والكحول والتبغ

المجموع	التبغ	الكحول	المخدرات غير المشروعة	البيان
7.6	5.1	2.3	0.245	الوفيات المتصلة بتناول مواد الإدمان (بالملايين)
12.6	8.7	3.6	0.4	الوفيات على مستوى العالم (نسبة مئوية)
139.5	56.9	69.4	13.2	سنوات الحياة المفقودة المعدلة باحتساب سنوات العجز (بالملايين)
9	3.7	4.4	0.9	سنوات الحياة المفقودة عالمياً المعدلة باحتساب سنوات العجز (نسبة مئوية)

المصدر: تقرير المخدرات العالمي 2012، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات.

سياسات الصحة العمومية والمخدرات: المؤثرات العقلية:

توسع دور الدولة في صون الصحة العمومية توسعاً مطرداً بمرور الوقت، بما في ذلك نهج تنظيمي يترتب عليه تنفيذ نظام معقد من الأودونات ومراقبة النوعية، وأطلقت النداءات إلى إنشاء نظام متعدد الأطراف لمراقبة المخدرات، ونتيجة لذلك انعقد أول مؤتمر للجنة الأفيون الدولية في شنغهاي 1909، وأعقبه اعتماد اتفاقية الأفيون الدولية والتي وقعت في لاهاي 1912، وتلى ذلك ثلاث اتفاقيات لمراقبة المخدرات في الإعوام 1961، 1971، 1988، ومازالت هذه الاتفاقيات الثلاث تشكل الأساس للنظام الدولي الراهن لمراقبة المخدرات.

تعد الصحة العمومية بعداً رئيساً من أبعاد نظام الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات، كما جاء في ديباجة اتفاقية الأمم المتحدة الأولى 1961، وصيغتها المعدلة ببروتوكول 1972.

اقتصاد المخدرات غير المشروعة:

ان اقتصاد المخدرات غير المشروعة، شأنه شأن الأنشطة الأخرى التي تقايس فيها السلع والخدمات مقابل الربح، يخضع بشكل أساسي لقانون العرض والطلب، وإن كان للإدمان والحظر تأثير كبير على التفاعل بين العرض للمخدرات غير المشروعة والطلب عليها.

من المتوقع أن يرتفع الطلب للمخدرات واحد من بين كل ثمانية من متناولي المخدرات غير المشروعة، ويؤثر سلوك المرتهين على منحى الطلب بجعله أقل تمشياً مع السعر، فعلى عكس سلوك المتناول العادي، حيث يؤثر السعر على الطلب (يؤدي ارتفاع الأسعار إلى انخفاض الاستهلاك)، ولا يتأثر المرتهون للمخدرات غير المشروعة عادةً بزيادة الأسعار في الأمد القصير.

أما على المدى الطويل فسوف ينخفض الاستهلاك الإجمالي إذا ارتفعت الأسعار بشكل ملحوظ لأن المرتهين سيواجهون صعوبات مالية، والعكس صحيح بأن المرتهين سوف يزدون استهلاكهم عند انخفاض الأسعار.

إن الأسواق السوداء لا تحترم الحدود الدولية، قد يكون من المتوقع في عصر يتسم بالعولمة أن ينشأ اقتصاد عالمي للمخدرات. وتوجد في واقع الحال اتجاهات متماثلة في العديد من البلدان.

الآثر على المجتمع والدولة: الآثر على الصحة:

إن أخطر أثر لتناول المخدرات غير المشروعة على المجتمع هو ما يجلبه تناولها من عواقب صحية سلبية على أفراد المجتمع، ولتناول المخدرات آثار صحية خطيرة، فمثلاً تناول الكوكايين يمكن أن يتسبب في حدوث السكتة، والإمفيتامينات يمكن أن تسبب في اختلال مهلك في ضربات القلب، أو فرط تسارع ضربات القلب. وتناول القنب يضعف القدرة على القيادة بدرجة خطيرة، ويمكن أن يؤدي تناول المزمّن على القنب إلى الارتهان للمخدرات، إضافة إلى عدد من الحالات السلوكية والنفسية مثل الاكتئاب وغيره. كذلك انتشار الأمراض المعدية بين المتعاطين، إضافة إلى اختلال وظائف القلب والأوعية الدموية وأمراض الرئة، واضطراب الوظائف الكلوية، واختلالات وظائف الغدد الصماء.

الآثار السلبية التي تترتب عن وجود سوق سوداء تتمثل في ازدياد خطر الحصول على مخدرات رديئة النوعية. تمثل الوفيات المتصلة بالمخدرات أشد العواقب الصحية الناجمة عن تناول المخدرات قسوة ، ويلقى 200,000 شخص حتفهم سنوياً جراء تناول المخدرات، أما تناول المخدرات عن طريق الحقن، هو وسيلة نقل وانتشار فيروس الإيدز، والتهاب الكبد (ب) و (ج).

يحتاج المرتهنون للمخدرات إلى العلاج ما قد يفرض عبئاً مالياً على الأفراد وأسرهم أو على المجتمع عموماً. في عام 2009 كان يتلقى العلاج من مشاكل متصلة بتناول المخدرات في العالم زهاء 4.5 ملايين شخص من بينهم مليون أوروبي " باستثناء الاتحاد الروسي، وأوكرانيا، بيلاروسيا، ومولدوفا".

وفي الولايات المتحدة تلقى مليوناً شخص مثل هذا العلاج في عام 2002، حيث قدرت التكاليف الصحية المترتبة على تناول المخدرات غير المشروعة بنحو 15.8 بليون دولار، أي ما يعادل 0.15 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. وعلى افتراض أن التكاليف الصحية تتطور بالتناسب مع عدد الأشخاص المتلقين للعلاج، وإن الزيادات في هذه التكاليف مناسبة مع النمو الاسمي للناتج المحلي الإجمالي، يحتمل أن تكون التكاليف الصحية السنوية المتصلة بالمخدرات قد ارتفعت إلى نحو 24 بليون بحلول عام 2010. بلغ عدد المحتاجين للعلاج في عام 2010 في الولايات المتحدة وحدها نحو 7.9 ملايين شخص، ولكن لم يتلق هذا العلاج سوى 2.2 مليون شخص منهم، أما هذه النسبة فنقل عن ذلك كثيراً وتصل إلى واحد بين كل خمسة أشخاص.

الآثر على الإنتاجية :

رغم أن العديد من الدراسات تشير إلى أن أثر تناول المخدرات غير المشروعة على إنتاجية المجتمع قد يكون أكثر أهمية من أثره الصحي. وقدرت دراسة أجريت في عام 2011 قيمة الخسائر في الإنتاجية في الولايات المتحدة بمبلغ 120 بليون دولار، 0.9% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2007، وبينت دراسة مماثلة أجريت في كندا عام 2002 أن خسائر الإنتاجية الناجمة عن تناول المخدرات غير المشروعة بلغت 4.7 بلايين دولار كندي (0.4%) من الناتج المحلي الإجمالي. وتوصلت دراسة استرالية إلى أن تكلفة خسائر الإنتاجية بلغت 2.1 بليون دولار استرالي 2004-2005 (0.3%) من الناتج المحلي.

بخلاف التكاليف الصحية، تم تقييم الخسارة في الموارد المحتملة وتمثل خسائر الانتاجية العمل الذي لم يتم أدائه على الإطلاق، ولكن يمكن التوقع على نحو معقول أنه كان سيؤدي لولا تأثير تعاطي المخدرات. ويمكن النظر إلى الخسائر الإنتاجية على أنها خسائر محتملة وبالتالي خسارة في الناتج المحلي الإجمالي عائدة إلى تقليص حجم القوى العاملة و/أو انخفاض فعاليتها.

الأثر على الجريمة:

يرتبط تناول المخدرات غير المشروعة ارتباطاً وثيقاً بالجريمة وبطرائق متعددة . فكثيراً ما يلجأ متعاطو المخدرات إلى جريمة الإحراز من أجل تمويل عاداتهم، كما أن العديد من المجرمين يرتكبون جريمتهم تحت تأثير المخدرات غير المشروعة. ويقترن تعاطي المخدرات غير المشروعة بمشاكل سلوكية، قد تشمل، طبقاً لمادة الإدمان والكمية المتناولة منها الإعتداء أو العنف. وإذا كان الشخص يعاني من اضطرابات سلوكية وذو شخصية عدوانية .. يجعلهم ذلك عرضة للتورط في ارتكاب الجريمة. وغالباً ما تكون معدلات تناول المخدرات لدى المجرمين أعلى بكثير منها لدى بقية الأفراد.

عادة ما تكون تكاليف الجرائم المتصلة بالمخدرات كبيرة، ففي المملكة المتحدة، أشارت دراسة للتكاليف الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على تناول المخدرات غير المشروعة إلى أن مجموع تكلفة الجرائم المتصلة بالمخدرات زهاء 13.9 بليون جنيه استرليني في إنجلترا وويلز 2004/2003، وتتمحور هذه الجرائم حول الاحتيال والسطو على المنازل والسلب والسرقة.

وترتبط الجريمة بتناول المخدرات من خلال الاتجار بالمخدرات، فعلى الرغم من أن تجار المخدرات يتفادون عموماً جذب وانتباه سلطات إنفاذ القانون، ولكن قد يؤدي التنافس بين مختلف الجماعات المتجررين إلى استخدام العنف الذي يشمل القتل في

صراعها للدفاع عن حصصها في السوق غير المشروعة. يضاف إلى ذلك أن الجماعات الإجرامية التي تجني أرباحاً طائلة تستخدم هذه الأرباح للإفساد.

استخدام المنشطات الامفيتامينية:

أشارت 44% من الدول المبلغة إلى حدوث زيادة في تناول المنشطات الامفيتامينية. بينما كانت الزيادة الكبيرة في تناول المنشطات الامفيتامينية يبلغ عنها في أوروبا وأمريكا الشمالية في التسعينيات ، إلا أنه في السنوات الأخيرة أبلغت عن أضخم الزيادات بلدان في شرق وجنوب شرق آسيا، والشرقين الأدنى والأوسط. وكان أكبر الطلب غير المشروع على المخدرات في الشرقين الأدنى والأوسط، وخصوصاً في شبه الجزيرة العربية، على الأقراس التي تحتوي على الامفيتامين و (الكافيين) وتعرف باسم كابتاغون وهو اسم تجاري كان أطلق في الماضي على مستحضر صيدلاني يحتوي على مادة الفينيتيلين.

التوزيع الجغرافي لصنع المنشطات الامفيتامينية:

كان الصنع غير المشروع للمنشطات الامفيتامينية متسماً في الماضي بشدة التركيز، ولكن تدريجياً أصبح أكثر توزعاً. ففي أوروبا صنع المنشطات وفي مقدمتها "الامفيتامين والاكستاسي" مركزاً في هولندا بدرجة كبيرة، وبدرجة أقل في بلجيكا، وبولندا، والآن يصنع في العديد من البلدان الأوروبية، بلدان البلقان، وبلاد البلطيق. وفي شرق آسيا بدا في اليابان، ثم انتقل إلى جمهورية كوريا وتايوان وتايلند، والآن أصبح مركزاً في الصين وميانمار والفلبين.

وأحد الاتجاهات التي برزت خلال السنوات القليلة الماضية توسع صنع المنشطات الامفيتامينية غير المشروعة في بلدان مثل : كمبوديا، واندونيسيا، وماليزيا، والتي كانت قبل ذلك بلدان عبور للمنشطات الامفيتامينية. وفي اوقيانوسيا كانت معظم المنشطات الامفيتامينية أوروبية المنشأ، وفي العقدين الآخريين أصبحت تصنع في

أستراليا ونيوزيلندا (معظمها من الميثامفيتامين). كذلك أصبحت جنوب أفريقيا تصنع محلياً المنشطات الإدمانية ويتم استهلاكها في مصر تحت اسم (ماكسيون فورت).

تناول المخدرات عن طريق الحقن:

إن تناول المخدرات بالحقن هو من منظور الصحة العامة أكثر طرائق التناول إثارة للمشاكل، فهي تعرض المتناول لدرجة أعلى من خطر تناول جرعة مفرطة قاتلة، لأن سرعة بدء المفعول تجعل من الصعب تقدير الجرعة المناسبة، والجرعات الزائدة تتطلب عناية طبية فورية . كذلك تحمل الحقن في طياتها خطر الإصابة بالأمراض المعدية، خاصة في حالة الاستعمال المشترك.

ويذكر أن الهيروين والميثامفيتامين هما الأكثر شيوعاً بين المخدرات غير المشروعة التي يتم تعاطيها عن طريق الحقن.

وقد أقر على المستوى الدولي بالمخاطر الواسعة الأثر الناشئة عن الاتجار بالمخدرات والجريمة المنظمة منذ أكثر من 20 عاماً، وذلك في اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988، والتي أُشير فيها إلى أن الاتجار غير المشروع في المخدرات يمكن المنظمات الإجرامية عبر الوطنية من اختراق وتلويث وإفساد هيكل الحكومات والمؤسسات التجارية والمالية المشروعة، والمجتمع على جميع مستوياته.

دور التكنولوجيات الجديدة :

شهدت العقود القليلة الماضية توافر الهواتف المحمولة وحوايب موصولة بشبكة الإنترنت، وارتفعت نسبة السكان المتصلين بشبكة الإنترنت من 0.005% في عام 1990 إلى 30.5% في العام 2010، وإلى نسبة تصل إلى 76.5% في

بلدان منظمة التعاون والتنمية ذات الدخل المرتفع والمتأثرة بشدة من انتشار تناول المخدرات.

وقد كان للإنترنت أثر كبير على تجارة المخدرات غير المشروعة، وقد أصبح من السهل على كثير من المتجرين أن يطلعوا على مستويات الأسعار في مختلف الأسواق، ويحصلوا على السلائف الكيميائية، فبدأ متناولوا المخدرات غير المشروعة في استخدام الإنترنت كوسيلة لتبادل المعلومات (الأسعار، النوعية) إضافة إلى ذلك نجح تسويق عقاقير جديدة لم تخضع للمراقبة الدولية مثل (سبايس)

في نفس الوقت فتح الإنترنت آفاقاً جديدة للتدخلات الخاصة بمكافحة المخدرات، فهو واسطة حاسمة لنشر المعلومات عن المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات غير المشروعة، كما يوفر الإنترنت للسلطات المختصة وسيلة إضافية لرصد سوق المخدرات غير المشروعة وكشف خطط المجرمين وعملياتهم، وبات أسهل على سلطات إنفاذ القانون أن تتعاون عبر الحدود، يقابلهم تجار المخدرات الذين أصبحوا أكثر حذراً وخوفاً، ويستطيعون بفضل ثرائهم توظيف أعلى الخبرات في الحواسيب لضمان تشفير رسائلهم، واستحالة تعقب مواقعهم وإتلاف ملفاتهم المحفوظة في حالة مصادرة حواسيبهم.

كذلك أحدث الهاتف المحمول وخاصة خدمة الرسائل القصيرة (SMS) ، إضافة إلى بطاقات الدفع المسبق (SIM) ثورة في تجارة المخدرات غير المشروعة على كافة المستويات، إذ يصعب رصد الرسائل القصيرة وتعقبها. كذلك يستخدم تاجر المخدرات الهاتف المحمول أيضاً كسجل لعملائه، والأرقام المسجلة في هذه الهواتف هي بالنسبة لبعض هؤلاء التجار ثروتهم الأساسية.

كذلك أدى النمو السريع في التجارة الدولية إلى تيسير الاتجار بالمخدرات، حيث ضخامة كميات البضائع المشروعة التي تنتقل في جميع أنحاء العالم تجعل

من الصعب اكتشاف شحنات المخدرات غير المشروعة. وقد ارتفعت الصادرات العالمية من السلع، بالقيمة الاسمية بسنبة 44% خلال الفترة 1990-2010، إذ أخذ التضخم في الحسبان، فإن ذلك يعادل زيادة سنوية بنسبة 5% من حيث الحجم. علماً بأن الكثير من البضائع المتاجر بها تشحن في حاويات، ويبلغ الوزن السنوي الكلي لشحنات الحاويات حوالي 1100 مليون طن، وتشكل المخدرات غير المشروعة المنتجة عالمياً أقل من 0.005% من ذلك الرقم (المخدرات لا تتقل كلها بالحاويات)، ومن ثم فإن احتمال اكتشاف مخدرات غير مشروعة بفحوص عشوائية للحاويات هو احتمال ضعيف إلى أقصى حد.

كذلك هناك زيادة في حركة النقل الجوي وهو تطور آخر من التطورات التي شهدتها العقود القليلة الماضية، فقد ارتفع عدد الرحلات الجوية أكثر من 80% بين 1990-2009، أي بنسبة 3.2% سنوياً. وعجلت هذه الزيادات مضافاً إليها انخفاض أسعار تذاكر الطيران بمثابة حافز لجماعات الاتجار على استغلال الزيادة في حجم حركة النقل الجوي. أما بتوظيف أعداد كبيرة من الأشخاص للعمل (كسعاة) وينقلون المخدرات داخل أجسادهم، أما بإخفاء المخدرات داخل الشحنات الجوية أو الطرود البريدية.

تطور اقتصاد المخدرات: نظرة مستقبلية:

مازال اقتصاد المخدرات غير المشروعة يتطور، وفهم أسباب هذا التطور وكيفيته عملية معقدة، إذ توجد عوامل كثيرة محتملة ينبغي النظر فيها وطريقة تفاعلها والآثار المترتبة على هذه التفاعلات، علاوة على ذلك، يتعذر قياس العديد من العوامل ذات الصلة وآثارها، كما يتعذر تحديد كميتها، الأمر الذي يصعب تحليلها. ومع ذلك فإن إجراء استعراض موجز لما يمكن أن يعتبر بدرجة معقولة عوامل خطر ومحفزات قابلة للتنبؤ في اقتصادات المخدرات غير المشروعة.

عوامل اجتماعية - ديمغرافية:

إن تناول المخدرات غير المشروعة هو في ظل النظام الحالي لمراقبة المخدرات أكثر شيوعاً في أوساط فئات معينة وفي بيئات معينة. تظهر البيانات إن الذكور يتناولون المخدرات أكثر من الإناث.

عامل آخر اجتماعي - ديمغرافي رئيسي آخر محفز على تناول المخدرات غير المشروعة، وهو كثافة التجمعات السكانية، أو التوسع الحضري، وعموماً يكثر تناول المخدرات غير المشروعة في البيئات الحضرية عنه في البيئات الريفية.

المحفزات الاجتماعية - الثقافية:

لقد كان أيضاً لعدة عوامل اجتماعية - ثقافية تأثير كبير على تطور مشكلة المخدرات غير المشروعة، وتشمل هذه العوامل نظم القيم المجتمعية المتغيرة وثقافة شبابية تفرض نفسها بشكل متزايد وإن يكن من الصعب قياس بعض هذه الظواهر.

ويبدو إن أهم عامل اجتماعي - ثقافي حفز تطور مشكلة المخدرات كان نشر الثقافة الشبابية. وقد حدث ذلك في العديد من البلدان النامية مترافقاً مع توجه نحو نمط حياة غربي قد يشمل لدى البعض الإغراء المتمثل في تناول المخدرات غير المشروعة.

في كثير من المجتمعات هناك اتجاه نحو تقليص الرقابة الاجتماعية، وكثيراً ما يحدث ذلك بالتوازي مع ارتفاع معدلات التوسع الحضري والهجرة، وقد يؤدي ذلك إلى تغيرات ثقافية وإضعاف الروابط الأسرية القوية، وتراجع أهمية نظم القيم التقليدية، وفي بعض الحالات قد تنشأ وتحل محل القيم التقليدية قيم ثقافية فرعية تكون أكثر قبولاً للانتهاكات والجريمة والعنف وتناول المخدرات غير المشروعة.

ومعظم الديانات السائدة حالياً تشجب تناول المخدرات غير المشروعة والسُّكر، وقد أظهرت الدراسات الاستقصائية إن الأفراد الذين يؤدي الدين دوراً مهماً في حياتهم

يكونون أقل عرضة لتناول المخدرات. هناك عوامل ثقافية واجتماعية أخرى تساهم في تكوين شكل تطور مشكلة المخدرات، وتتصل هذه العوامل بالظروف السائدة لدى الفئات الضعيفة، مثل الأطفال والمراهقين، التي تؤدي إلى ظهور مشاكل سلوكية ونفسية وإلى اضطرابات في الصحة العقلية. وكثيراً ما تكون هذه العوامل متصلة بتعرض الأطفال والمراهقين للإهمال وسوء المعاملة والخلل الوظيفي الأسري والعنف وعدم الاستقرار. ويمكن أن يكون لهذه الظروف آثار ليس فقط على وظائف المخ بل وعلى تكوينه، وهو ما يؤدي إلى تغييرات كبيرة في نظام المكافأة الدماغية ونظام التحفيز والذاكرة العاطفية ودوافع صنع القرار، وغالباً ما تتأثر هذه العوامل من الصحة العقلية لدى الأطفال والمراهقين، وتزيد من احتمالات تناولهم للمخدرات.

المحفزات الاجتماعية - الاقتصادية:

شهدت العقود الماضية حدوث زيادة كبيرة في توافر الدخل المتاح للإنفاق، وخصوصاً لدى جيل الشباب، مما سهل نمو استهلاك المخدرات ومعدلات تناول المخدرات غير المشروعة هي الأعلى في البلدان المتقدمة، حيث الدخل المتاح للإنفاق أعلى فمثلاً تناول المخدرات في أمريكا الشمالية وكندا أعلى منه في المكسيك. ولكن الدخل المتاح للإنفاق لا يعطل بمفرده لكل أوجه الاختلاف في تناول المخدرات، فمستويات الدخل في أفغانستان منخفضة، في حين أن معدلات تناول المخدرات غير المشروعة مرتفعة. كذلك هناك عامل اجتماعي اقتصادي وهو حجم انعدام المساواة الاجتماعية، فهو يساهم في نشوء مشكلة تناول المخدرات أو يهيء الظروف المواتية. وعادة تكون المجتمعات المتسمة بقدر كبير من عدم المساواة في الدخل أكثر عرضة للجريمة، وبما في ذلك جريمة الاتجار في المخدرات غير المشروعة.

تشكل البطالة عاملاً اجتماعياً- اقتصادياً رئيساً محفز على الاتجار بالمخدرات وعلى تناول المخدرات غير المشروعة، وقد بينت الدراسات مراراً وتكراراً في مختلف

أنحاء العالم إن تناول المخدرات غير المشروعة منتشر على نطاق واسع بين العاطلين عن العمل.

نظام مراقبة المخدرات:-

رغم أنه ما من شك في أن لمختلف العوامل الاجتماعية - الثقافية، والاجتماعية - الديمغرافية، والاجتماعية الاقتصادية، تأثيراً كبيراً على تطور مختلف جوانب مشكلة المخدرات، فهناك عامل مهم آخر لا يقل عنها تأثيراً، وهو سياسة مراقبة المخدرات. ولقد ظلت المعالم الأساسية لنظام مراقبة المخدرات الحالي مستقرة على حالها طيلة الوقت، وتشمل هذه المعالم الأساسية: مبادئ قصر وحصر استعمال المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية، وخفض العرض والطلب وتطبيق تدابير على جانبي العرض والطلب على السواء.

يهدف تطبيق تدابير مراقبة المخدرات إلى زيادة المخاطر على منتجي المخدرات غير المشروعة والمتجرين بها ومتعاطيها. فمن شأن الارتفاع الكبير في الأسعار للمخدرات و/أو مخاطر مواجهة ردود فعل القائمين على إنفاذ القانون أن يحد من تناول المخدرات غير المشروعة "مقارنة بحالة افتراضية لم يتم فيها تطبيق هذه التدابير" وما لمثل هذه التدابير من تأثير، فإن من شأن تطبيقها اشتداد المخاطر على المنتجين والمتجرين أن يحد من استعدادهم للمشاركة في سوق المخدرات. فلولا خطر إبادة المحاصيل غير المشروعة، لكان مثلاً أن يتوقع إقدام مزيد من المزارعين على زراعتها.

توافر المخدرات وإدراك مخاطرها: الوفرة والإدراك:

من البارامترات الرئيسة التي تحدد حالة تناول المخدرات غير المشروعة مدى توافر المخدرات وإدراك مخاطرها تناولها . والميل في هذا الصدد هو أنه كلما

زاد توافر المخدرات زاد الاستهلاك، وفي المقابل، كلما زادت المخاطر المرتبطة بتناول المخدرات انخفض الاستهلاك.

وتظهر البيانات ترابطاً سلبياً قوياً جداً بين المخاطر المتصورة والانتشار السنوي في اهم المخدرات غير المشروعة، أي أنه كلما زادت المخاطر المرتبطة بتناول مخدر معين، قل احتمال استهلاك ذلك المخدر، وظهر أن أعلى نسبة مخاطر هي في تناول الميثامفيتامين والهيروين، وأدناها في تناول القنب وأعلى معدلات انتشار هي في تناول القنب وأدناها في تناول الهيروين والميثامفيتامين.

المستقبل:

يمكن استقاء أفضل التنبؤات من الاسقاطات الديمغرافية ، ففي اكتوبر 2011 بلغ عدد سكان العالم 7 بلايين، بزيادة بلغت 77 مليون منذ عام 2005، ورغم انخفاض الخصوبة، فمن المتوقع زيادة تعداد سكان العالم إلى 9.3 بلايين بحلول 2050، وإلى 10.1 بلايين بحلول عام 2100، ويرجح أن تجلب هذه الزيادة السكانية معها زيادة في العدد المطلق لمتناولي المخدرات غير المشروعة، وفي حين أن معدل انتشار تناول المخدرات غير المشروعة ظل ثابتاً نسبياً على مدى العقد الماضي، إزداد العدد الإجمالي لمتناولي المخدرات تماشياً مع الزيادة السكانية، وعلى افتراض أن نظام مراقبة المخدرات لن يتغير تغييراً جوهرياً، وإن معدل الانتشار السنوي الإجمالي لتناول المخدرات غير المشروعة سيظل مستقراً عند 5% تقريباً من السكان الفئة العمرية بين 15 و 64 سنة، فقد يكون هناك نحو 65 مليون متعاطٍ اضافي بحلول عام 2050، وحوالي 74 مليون نسمة بحلول عام 2100، ومن شأن ذلك أن يوصل العدد الكلي لمتعاطي المخدرات سنوياً إلى حوالي 300 مليون/ شخص بنهاية القرن الحالي.

الأثر الصحي:

إن أثر تناول المخدرات على الصحة هو أول مؤشرات أثاره الضارة وأكثرها إثارة للقلق، ويقدر مكتب الأمم المتحدة (UNODC) إن 12% تقريباً من متناولي المخدرات السنويين يصبحون مرتهين لها ويتحولون إلى متناولي مخدرات إشكاليين، ويوجد منهم حالياً 30 مليون. وتناول المخدرات عن طريق الحقن هو وسيلة مهمة في نقل وانتشار العدوى بفيروس الإيدز والتهاب الكبد (ألف و جيم)، كذلك وبحسب منظمة الصحة العالمية، يلقي حتفه كل سنة جراء تناول جرعات مفرطة وجراء الإصابة بأمراض مرتبطة بالمخدرات ما يقرب من 250,000 شخص، وتسبب الكحول في وفاة نحو 2.3 مليون، والتبغ يتسبب في وفاة 5.1 ملايين شخص.

يحتاج المرتهون إلى العلاج، ففي 2009 بلغ عدد متلقي العلاج من مشاكل متصلة بتناول المخدرات غير المشروعة نحو 4.5 ملايين شخص في العالم أجمع، على الرغم من أن الحاجة إلى مثل هذا العلاج تفوق ذلك الرقم بكثير، وتوفير العلاج لكل من هم بحاجة إليه سيكون باهظ التكلفة، وحسب التقديرات التقريبية فإن علاج جميع الأشخاص المرتهين للمخدرات في كافة أنحاء العالم ما يتراوح بين 200 و 250 مليون دولار.

الفصل الخامس

أساليب الوقاية وطرق العلاج من تعاطي المخدرات

أولاً: أساليب الوقاية وطرق العلاج ومراحله

ثانياً: مبادئ العلاج الأساسية

ثالثاً: مراحل العلاج

رابعاً: الإجراءات العلاجية حتى التأهيل.

الفصل الخامس

أساليب الوقاية وطرق العلاج من تعاطي المخدرات

أولا : أساليب الوقاية وطرق العلاج :-

تشكل عمليات الوقاية والعلاج وتطوير استراتيجيات مكافحة الهدف الرئيسي الذي تتوخاه البحوث المعنية بالمخدرات، فانتشار الظاهرة الذي يتزايد يوما بعد آخر، ويشكل تهديدا حقيقيا للأفراد والمجتمعات على حد سواء، برغم كل الجهود التي تبذل للحد منه تستدعي إعادة النظر في الوسائل والأدوات والتصورات التي تحكم تفاعل المعنيين مع هذه الظاهرة، ذلك أن شبكات الاستخدام غير المشروع للمخدرات يطورون وسائلهم وأدوات عملهم بشكل منقطع النظير، مما يجعل الدول والمفكرين والاقتصاديين وأصحاب القرار معنيين بتطوير معارفهم وتحديث أساليب عملهم بغية علاج المشكلة أولا، ثم العمل على وقاية المجتمع منها، ووضع استراتيجيات بعيدة المدى لمكافحة الظاهرة (الأصفر، 2004).

ويفسر ذلك اهتمام المعنيين بموضوع البحث بمسائل العلاج والوقاية والعمل على تطوير الاستراتيجيات القادرة على وضع حد لهذا النمو الهائل في انتشار الظاهرة، ويمكن تصنيف الدراسات والبحوث في هذا السياق إلى ثلاثة مجموعات رئيسية، تهتم المجموعة الأولى بمسائل العلاج، وتضع مجموعة من التصورات التي تساعد أصحاب القرار والمعنيين بطرق العلاج من أخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأطباء وغيرهم، وتوفر لهم بعض القواعد المعرفية التي تساهم في تحسين طرق التفاعل مع المرضى الذي وقعوا في قبضة التعاطي، ويرغبون في التحرر من

سيطرته، وتولي المجموعة الثانية من الأبحاث اهتمامها بطرق منع انتشار ظاهرة التعاطي وتحصين المجتمع من الأخطار الثقافية الناجمة عن الحضارة المادية التي تساعد في انتشار الظاهرة وتمكينها في المجتمع، أما المجموعة الثالثة فهي تظهر ما تم تحقيقه وإنجازه على المستوى الدولي، والإقليمي العربي في مجال مكافحة المخدرات، فيتناول الباحثون فيها تطور الظاهرة على المستوى الدولي، وما رافقها من اتفاقيات دولية تهدف إلى الحد من انتشار الوياء المدمر.

تأخذ قضايا العلاج من مخاطر التعاطي اهتماما كبيرا من قبل الباحثين المعنيين بقضايا المخدرات في المجتمع العربي، وذلك أن الانتشار الواسع للظاهرة أوقع أعداداً كبيرة من الناس في متاهات التعاطي، ومضاره، وبات من الضروري أن تبذل الجهود للعمل على معالجتهم وتحريرهم من الآثار السلبية التي تلحق قبل أن يستفحل بهم الإدمان ويقضي عليهم نهائياً .

وينطلق الباحثون من مقولة أن العلاج ممكن، وليس أمراً مستحيلاً على الرغم من أن صعوبات كثيرة يمكن أن تظهر، ويعود بعضها إلى المدمن نفسه من حيث قبوله للمعالجة ورغبته فيها ويعود بعضها الآخر إلى طبيعة الإدمان وفتراته الزمنية السابقة ودرجة تشبع الجسم بسموم المخدرات، وطبيعة المخدرات التي تم تعاطيها، ومن المتوقع أن تظهر معوقات تتعلق بطبيعة البيئة الاجتماعية المحيطة بالمتعاطي من أقارب وأصدقاء وجوار وجماعات الأقران في العمل وغير ذلك، ويدل هذا كله على أن عملية المعالجة ليست يسيرة إلا إذا تضافرت مجموعة من العوامل تأتي في مقدمتها رغبة المتعاطي نفسه، وطبيعة ظروف البيئة الاجتماعية المحيطة به ، فإذا جاءت هذه الظروف على النحو الذي يساعد على المعالجة فإن احتمالات

التخلص من مرض الإدمان يعد أمرا يسير بصرف النظر عن الفترة الزمنية التي يحتاجها المريض للتخلص من إدمانه والتي تزيد وتنقص تبعا لخصوصية تجربته، أما في حال ضعف هذا التضافر فقد يصبح العلاج شاقا وقد تبذل جهود كبيرة من قبل الأخصائيين وأفراد الأسرة دون جدوى كبيرة .

ثانيا: مبادئ العلاج الأساسية:

في سياق الاهتمام بطرق المعالجة ووسائلها يجد عادل صادق أن معالجة الإدمان لا بد أن تنطلق من حقائق أساسية تعد معرفتها مسألة ضرورية لأيّة معالجة وتتمثل هذه بالأمور التالية (غباري، 1991):

إن الإدمان له علاج وكل مدمن يمكن علاجه وشفائه ما عدا الشخصية السيكوباتية فلها ظروفها الخاصة التي تمنع إمكانية معالجتها بالطرق التي تعالج بها مظاهر الإدمان المختلفة بالنسبة إلى الأشخاص العاديين .

يحتاج العلاج، وإنقاذ المدمن من خطر المخدرات إلى وقت وصبر ونفس طويل وعمل بلا ملل أو كلل.

إن التوقف عن تعاطي المخدرات لا يعد بحد ذاته علاجا ولا يشكل دليلا على الشفاء من مرض التعاطي ولكنه يشكل الخطوة الأولى التي لا بد منها في أي علاج ولا بد من استمرار هذا التوقف خلال مراحل العلاج اللاحقة.

- يرتبط العلاج الحقيقي للإدمان بعلاج الأسباب المؤدية إليه والتي تختلف نسبيا من شخص إلى آخر فالتشخيص الموضوعي لأسباب الإدمان يعد خطوة أساسية وضرورية في المعالجة والشخص الذي اندفع إلى الإدمان

لاعتبارات نفسية لابد أن تعالج المسائل النفسية بالنسبة له والشخص الذي اندفع إلى التعاطي بسبب رفاق السوء لابد أن يأخذ العلاج هذه المسألة ويبنى عليها ما ينبغي من إجراءات تأخذها بعين الاعتبار .

- يأخذ الشخص الأقرب إلى المريض المتعاطي للمخدرات موقعا هاما في عملية العلاج ، قد يفوق أهمية الطبيب نفسه ذلك أن الثقة التي يتمتع بها من قبل المريض المتعاطي تجعله شديد الصلة به وتجعله قادر على تحقيق التواصل الأفضل والأسلم وتوجيه النصائح التي تجعل المتعاطي يفلح عن الكثير من العادات السيئة التي تقترن على نحو من الأنحاء بعملية الإدمان . يتوقف العلاج الحقيقي لأي مدمن على مقدار الشعور بالحب سواء حب الناس وخاصة المحيطين به أو حبه للناس الذين تفاعل معهم على أن يكون هذا الحب لله عز وجل وليس لغرض دنيوي أو مادي وإذا كان الأمر كذلك فإن مخاطرة بالنسبة إلى المدمن تزداد صعوبة لما يترتب عليها من أزمات نفسية ومعنوية يعيشها .

- تعد مشاركة المتعاطي نفسه، ضرورة أساسية من ضرورات العلاج فالإرادة والرغبة في التخلص من شرور المخدرات والنظر إلى التعاطي على أنه فعلٌ لابد من التخلص عنه لما فيه من مخالفة لله عز وجل وما فيه مخالفة لعادات الناس وقيمهم وتقاليدهم ولما فيه من ضرر يلحق بالفاعل .

كل ذلك يساعد المريض على تجاوز الصعوبات التي قد يلاقيها أثناء العلاج ويرى فيها متعة تفوق في أهميتها متعة التعاطي نفسه .

وتعد هذه الحقائق بمثابة مقدمات ضرورية لا بد من الإحاطة بها بالنسبة لكل من يرد أن يتصدى لعلاج المدمن سواء أكان يعمل في مجالات الطب المختلفة أو يعمل في مجالات الإرشاد والتوجيه الاجتماعيين فإذ أخذ المعالج بهذه المبادئ كان نصيبه من النجاح كبيراً لتوفر الإرادة الحقيقية من المعالج من جهة ومن المريض من جهة ثانية .

ثالثاً: مراحل العلاج:-

إذا أفلتت فرصة الفرد من الوقاية فعلياً أن نشبث بفرصة العلاج لتكون الحل الأخير، سواء للوصول إلى تخليص الفرد من تلك الأضرار الصحية المدمرة، أو لإنقاذه من معاناة وآلام مرحلة الانسحاب على حد سواء. وعلاج الإدمان له مراحل متتالية، لا يمكن تجزئته بالاكتهاء بمرحلة منه دون أخرى، أو تطبيق بعضه دون بعض، لأن ذلك مما يضر به ويضعف من نتائجه، فلا يجوز مثلاً الاكتهاء بالمرحلة الأولى المتمثلة في تخليص الجسم من السموم الإدمانية دون العلاج النفسي والاجتماعي، لأنه حل مؤقت ولا يجوز الاكتهاء بهذا وذلك دون إعادة صياغة علاقة التائب من الإدمان بأسرته ومجتمعه، ثم دون تتبع الحالة لمنع النكسات المحتملة التي تمثل خطراً شديداً على مصير العملية العلاجية ككل.

وكما أن العلاج وحدة واحدة، فإنه أيضاً عمل جماعي يبدأ من المدمن ذاته الذي يجب أن تتاح له الفرصة ليسهم إيجابياً في إنجاحه، ويصدق هذا القول حتى ولو كان العلاج بغير إرادته كأن يكون بحكم قضائي أو تحت ضغط الأسرة، بل إن مشاركة الأسرة ذاتها ضرورة في كل مراحل العلاج، ويحتاج الأمر أيضاً إلى علاج مشاكل الأسرة سواء كانت هذه المشاكل مسببة للإدمان أو ناتجة عنه.. (المشرف

والجوادي، 2011). ومن الضروري ألا يقتصر العلاج على كل ذلك، بل يجب أن تتكامل التخصصات العلاجية وتتحدد وصولاً إلى النتيجة المطلوبة، وهي الشفاء التام وليس الشفاء الجزئي أو المحدود؛ ذلك أن الشفاء الحقيقي لا يكون مقصوراً فقط على علاج أعراض الانسحاب ثم ترك المدمن بعد ذلك لينتكس، إنما يجب أن نصل معه إلى استرداد عافيته الأصلية من وجوهها الثلاثة، الجسدية والنفسية والاجتماعية، مع ضمان عودته الفعالة إلى المجتمع ووقايته من النكسات في مدة لا تقل عن ستة أشهر في الحالات الجديدة ، أو سنة أو سنتين في الحالات التي سبق لها أن عانت من نكسات متكررة.

وعلى العموم فإنه كلما ازداد عدد النكسات وزادت خطورة المادة الإدمانية يجب التشدد في معايير الشفاء حتى في الحالات التي يصحبها اضطراب جسيم في الشخصية أو التي وقعت في السلوك الإجرامي مهما كان محدداً ، وتبدأ مراحل العلاج بالمراحل الآتية:

• مرحلة التخلص من السموم:

وهي مرحلة طبية في الأساس ، ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية إنما يتخلص تلقائياً من السموم؛ ولذلك فإن العلاج الذي يقدم للمتعاطي في هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد على القيام بدوره الطبيعي، وأيضاً التخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب، هذا، وقد تتداخل هذه المرحلة مع المرحلة التالية لها وهي العلاج النفسي والاجتماعي؛ ذلك أنه من المفيد البدء مبكراً بالعلاج النفسي الاجتماعي وفور تحسن الحالة الصحية للمتعاطي.

• مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي:

إذا كان الإدمان ظاهرة اجتماعية ونفسية في الأساس. فإن هذه المرحلة تصبح ضرورة، فهي تعتبر العلاج الحقيقي للمدمن، فأنها تنصب على المشكلة ذاتها، بغرض القضاء على أسباب الإدمان. وتتضمن هذه المرحلة العلاجية العلاج النفسي الفردي للمتعاطي، ثم تمتد إلى الأسرة ذاتها لعلاج الاضطرابات التي أصابت علاقات أفرادها، سواء كانت هذه الاضطرابات من مسببات التعاطي أم من مضاعفاته، كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات عملية للمتعاطي على كيفية اتخاذ القرارات وحل المشكلات ومواجهة الضغوط، وكيفية الاسترخاء والتنفس والتأمل والنوم الصحي. كما تتضمن أيضاً علاج السبب النفسي الأصلي لحالات التعاطي فيتم - على سبيل المثال - علاج الاكتئاب إذا وجد أو غيره من المشكلات النفسية كما يتم تدريب المتعاطي على المهارات الاجتماعية لمن يفتقد منهم القدرة والمهارة، كما تتضمن أخيراً العلاج الرياضي لاستعادة المدمن كفاءته البدنية وثقته بنفسه وقيمة احترام نقاء جسده وفاعليته بعد ذلك .

• مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة:

وتنقسم هذه المرحلة إلى ثلاثة مكونات أساسية أولها:

• مرحلة التأهيل العملي:

وتستهدف هذه العملية استعادة المدمن لقدراته وفاعليته في مجال عمله، وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل، أما إذا لم يتمكن من هذه العودة، فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آخر متاح ، حتى يمارس الحياة بشكل طبيعي.

• التأهيل الاجتماعي:-

وتستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع، وذلك علاجاً لما يسمى (بظاهرة الخلع) حيث يؤدي الإدمان إلى انخلاع المدمن من شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية ، ويعتمد العلاج هنا على تحسين العلاقة بين الطرفين (المدمن من ناحية والأسرة والمجتمع من ناحية أخرى) وتدريبهما على تقبل وتفهم كل منهما للآخر، ومساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه وإعطائه فرصة جديدة لإثبات جديته وحرصه على الشفاء والحياة الطبيعية.

• الوقاية من النكسات:

ومقصود بها المتابعة العلاجية لمن شفى لفترات تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج ، مع تدريبه وأسرته على الاكتشاف المبكر للعلامات المنذرة لاحتمالات النكسة ، لسرعة التصرف الوقائي تجاهها.

رابعا : الإجراءات العلاجية حتى التأهيل :-

إن إعادة التأهيل والعلاج وجهان لعملة واحدة فلا يمكن الاكتفاء بمرحلة العلاج فقط دون الوصول إلى الهدف الأسمى للعلاج، ألا وهو (إعادة التأهيل) لتحويل هذا الفرد المدمن إلى عضو فاعل في المجتمع الذي يعيش فيه لذا ألا تكون هناك حدود فاصلة في تلك الرحلة العلاجية للفرد المدمن وإنما هي مراحل شكلية تتداخل مع بعضها البعض.

فتوفير العلاج والتأهيل المتكامل: طبيا ونفسيا واجتماعيا هو الشيء المطلوب بالنسبة للمدمنين ويجب على الدولة بمقتضى الاتفاقيات الدولية التي هي طرف فيها. أن تهتم بالعلاج وإعادة التأهيل للمدمنين وإكمال الطريق إلى نهايته مبتدئا بالوقاية ثم العلاج ومنتهيا بعد ذلك بإعادة التأهيل ومن ثم فأي محاولة للتوصل من ذلك

شأنها أن تسيء إلى الدولة في المحافل الدولية بأشكال مختلفة وعلى مستويات مختلفة .

ويلاحظ أن هذه الاتفاقيات الدولية لم تظلي أبداً أن تغير الدولة فلسفتها الأساسية في هذا الصدد فإذا كانت الفلسفة العقابية فليكن ويظل على الدولة أن توفر أسباب العلاج والتأهيل جنباً مع جنب مع أسباب العقاب .
وللوصول إلى مرحلة إعادة لآبد من المرور بعدة مراحل هي :-

• الإجراءات الإسعافية:-

وهي إجراءات تتخذ في مواجهة بعض الحالات التي قد تتعرض لما يسمى بحالات التسمم المرضية الحادة فقد تنتاب الشخص نوبة عنف واضح فيهاجم بعض الأشخاص القريبين منه أو يحاول إتلاف بعض الأثاث أو الممتلكات المادية وذلك على أثر تعاطي جرعة من الكحوليات أو المثبطات أو من المهلوسات وتحدث هذه النوبات للإفراط في الجرعة أو لحدثة عهد المتعاطي بالتعاطي أو لمروره حديثاً بأزمة وجدانية شديدة الوطأة وفي هذه الحالة لا بد أن يتناوله بالرعاية طاقم طبي مدرب يقوم بطمأنته وفي الوقت نفسه بالحيلولة بينه وبين أن يؤذى نفسه أو الغير وربما اضطر إلى أن يستخدم لهذا الغرض بعض التدخل الدوائي ، كذلك قد تتعرض بعض الحالات بشكل مفاجئ أيضاً لما يسمى بأعراض الذهان العصبي فتظهر لدى الشخص بعض أنواع الخداع الحسي كما قد تظهر بعض الهلوس والضلالات وفي هذه الحالات قد يحتاج الطبيب إلى قدر محدود من التدخل الدوائي .

• إجراءات تطهير البدن :-

ويطلق عليها أحياناً سحب المخدر وهي إجراءات تتوقف من ناحية على نوع المخدر ومن ناحية أخرى على المعالج في تطبيقها فقد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر سحباً بطيئاً متدرجاً وفي هذه الحالة لا يحتاج المعالج المشرف على العملية

إلى أي تدخل دوائي ويكتفي بإرشاد المتعاطي خطوة بخطوة مع طمأننته وتشجيعه. وتتراوح المدة التي تنتهي منها من أربعة أيام حتى سبعة أيام في حالة المواد ذات الفاعلية قصيرة المدى كالهروين، عشرة أيام في حالة المواد ذات الفاعلية طويلة المدى كالأفيون فقد تطول من عشرة أيام إلى ستة أسابيع.

• إجراءات علاج المضاعفات الطبية للتعاطي :-

وهي مجموعة الإجراءات الطبية التي لابد من القيام بها في مواجهة بعض المضاعفات الصحية التي يعاني منها كثير من المدمنين دون أن تكون من الآثار المترتبة مباشرة على تعاطي هذه المادة أو من تلك المواد الإدمانية كسوء التغذية فانتشار سوء التغذية بين المدمنين ظاهرة ملحوظة لأسباب متعددة أوضحها أن بعض المدمنين يصل به الأمر أحياناً إلى ضرورة المفاضلة بين إنفاق المبالغ المحدودة التي في حوزته على المخدر أو على الطعام والغالبية أن ترجح كفة المخدر . وهناك مضاعفات مرتبطة بطرق التعاطي كأن يكون التعاطي عن طريق التدخين فلهذه الطرق جميعاً مضاعفاتها الطبية التي كثيراً ما تواجه الطبيب المعالج وعليه أن يعنى بإبراء مريضه منها إلى جانب الإجراءات الإسعافية وإجراءات تطهير البدن .

مكونات إعادة التأهيل والعلاج المتكامل:-

تتألف تلك المرحلة من ثلاث مكونات أساسية هي :-

- مكون طبي.
- مكون نفسي.
- مكون اجتماعي.

• المكون الطبي:-

يقوم المكون الطبي على استراتيجيتين رئيسيتين وهما :-

- استراتيجية الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه .
- استراتيجية سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكه. وللطبيب المعالج أن يختار إحدى الاستراتيجيين بناء على اعتبارات متعددة تختلف من حالة لأخرى .

الاستراتيجية الأولى: الفطام التدريجي:-

وفيها يننقى للقيام بهذه المهمة مخدرا أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة ولكن من الفصيلة نفسها، ويتولى الإشراف على إعطائه للحالة بدلا من المخدر الأصلي بجرعات وعلى فترات محددة على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجيا حتى ينتهي الأمر غالبا إلى فطام كامل للحالة، والشائع بين الأطباء في كثير من دول العالم أنهم يختارون عقار الميثادون لأداء مهمة الفطام التدريجي بالنسبة لمدمني الأفيون ومشتقاته بما في ذلك الهيروين وذلك على أساس أن الميثادون نفسه هو أحد مشتقات الأفيون ولكن قوته على إحداث الإدمان أضعف بكثير من الهيروين والمورفين والأفيون .

الاستراتيجية الثانية: سد القنوات العصبية :-

وفيها يننقى لذلك عقار مثل عقار النالتركسون يتولى الإشراف على إعطائه للحالة بجرعات محددة وعلى فترات محددة ويتلخص تأثير النالتركسون في سد المستقبلات العصبية المعدة أساسا في مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته، ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية في جسم المدمن ومعنى ذلك أن المدمن الذي يتناول النالتركسون لن يتأثر بالأفيون أو أي من مشتقاته إذا تعاطاه ما دام تأثير النالتركسون قائما، ويستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار حسب نظام محدد ولفترة محدودة حتى ينتهي الأمر بالمدمن إلى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفسيولوجي دون حاجة إلى وجود الأفيون أو مشتقاته ويصحب ذلك انتهاء اللهفة إلى المخدر.

• المكون النفسي:-

توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات الإدمان على اختلاف أنواعها ومن أشهر العلاجات النفسية الحديثة في الميدان ما يعرف بمجموعة العلاجات السلوكية للإدمان وهذا العلاج النفسي يستلزم درجة عالية من التعاون بين المدمن والمعالج مع قدر من الإجراءات العلاجية المعقدة ومواظبة ومثابرة على تلقى هذا الأجراء لفترة زمنية تصل إلى عدة شهور تتبعها فترة أخرى وتمتد المتابعة فيها إلى بضعة سنوات بهدف التقييم الدوري والتدخل من حين لآخر للصياغة والانعكاسات المحتملة .

ومن طرق العلاج السلوكي المشهورة في هذا الصدد طريقة (بودن) ويستغرق اجتياز هذا العلاج بضعة شهور ويمكن تطبيقه على مدمنين محتجزين داخل المصحات كما يمكن تطبيقه على أساس نظام العيادة الخارجية وهو ما يشهد بمرونته ومن ثم يعظم من فائدته .

المكون الاجتماعي :

وفي مجال علاج التعاطي والإدمان يستخدم مصطلح "إعادة التأهيل" ليضم ما يوصف بأنه إعادة التأهيل الاجتماعي والعلاج المتكامل وأحياناً يقتصر في استخدامه على الإشارة إلى مجال محدود هو إعادة التأهيل المهني والاجتماعي وفي هذه الحالة يترك المجال الاجتماعي ليندرج تحت مصطلح خاص به هو إعادة

الاستيعاب الاجتماعي

أ- إعادة التأهيل :إعادة التأهيل الاجتماعي المقصود هنا هو العودة بالمدمن الناقه (مرحلة النقاهة من إدمانه) إلى مستوى مقبول في الأداء المهني سواء كان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتنها قبل الإدمان أو في إطار مهني جديد وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل في هذا الصدد ثلاث عناصر هي:

1. الإرشاد المهني .
2. قياس الاستعدادات المهنية .
3. التوجيه المهني و التدريب.

ب- إعادة الاستيعاب الاجتماعي .

ويشير مصطلح الإرشاد إلى مجموعة من الإجراءات تمتد لتحتل المشورة والمعلومة وتزويد المسترشد بأسلوب لفهم المشكلات التي تواجهه والتغلب عليها بالحلول المناسبة ويدور هذا في مجال العمل ومشكلاته ثم يأتي الدور بعد ذلك على قياس الاستعدادات المهنية أي درجة احتمال نجاح الفرد في مجال بعينه من مجالات النشاط الاقتصادي كالتجارة أو الصناعة أو الأعمال المكتسبة ، ثم يوجه المدمن الناقله بعد ذلك إلى قياس استعداداته المهنية وذلك للاسترشاد بنتائج هذا القياس في اختيار أنسب الأعمال لهذه الاستعدادات ومن هنا تبدأ خطوات التوجيه المهني. ويقع تحت مفهوم التوجيه المهني مجموع الإجراءات التي تتخذ استغلالاً للمعلومات التي تجمعت لدى المدمن الناقله من خلال الإرشاد ومن خلال قياس استعداداته المهنية فيجري توجيهه إلى الالتحاق بالمهنة التي تتناسب وهذه المعلومات ولكي يكتمل التوجيه يحتاج الأمر إلى أن يكون لدى القائمين على توجيه مجموعتين إضافيتين من المعلومات إحداهما تتعلق بالمهنة الشاغرة في سوق العمل والثانية تتعلق بما يسمى بروفيل المهارات اللازمة للاشتغال الكفاء بهذه المهنة ويعتمد توافر هذا البروفيل على ما يسمى بتحليل العمل .

إعادة الاستيعاب الاجتماعي، هي الخطوة الأخيرة والمكتملة لإجراءات الرعاية التي تتناول المدمن الناقله . ولا يشترط بالضرورة أن تأتي زمنياً بعد خطوة إعادة التأهيل المهني ، بل يمكن تصور أن تتزامن الخطوتان . ولكن المهم أنه لا يجوز تجاهلها في نسبة كبيرة من الحالات، وخاصة تلك التي تمكن منها الإدمان إلى درجة الاقتران بأشكال ودرجات خطيرة من التدهور الاجتماعي.

الفصل السادس

مشكلات تعاطي المخدرات في بعض دول الخليج

الفصل السادس

مشكلات تعاطي المخدرات في بعض دول الخليج

أولاً: مشكلة تعاطي المخدرات في دولة الكويت:

من المسلّم به أن للمخدرات مخاطرها ومشكلاتها العديدة التي أصبحت تكلف العالم ثروة بشرية واقتصادية كبيرة، فالمشكلات النفسية والبدنية والاجتماعية والاقتصادية نتاج أساسي لانتشار المخدرات وتعاطيها، وهذه المشكلات هي - في حقيقة الأمر- من أخطر الظواهر الاجتماعية والصحية والنفسية التي تواجهها معظم بلدان العالم في الوقت الحاضر. ذلك أن حوالي ربع سكان الكرة الأرضية تقريباً يتعاطون أنواعاً من المخدرات على أمل أن تساعدهم في تغيير نمط حياتهم وتفكيرهم!! لذا فإن مشكلة المخدرات تعد بحق من مشكلات العالم المعاصر الخطرة (الحارثي، 1997).

تعتبر مشكلة إدمان المخدرات ظاهرة خطيرة على كافة المستويات لآثارها المدمرة على الفرد والأسرة والمجتمع. إذ تدل الإحصاءات والبيانات الدولية على تزايد الإقبال على تعاطي المخدرات، (محمد، 1996)، الأمر الذي يتطلب تضافر الجهود من أجل الحد من هذه الظاهرة أو القضاء عليها بأسلوب علمي وفق خطة وطنية. إن هذا التعاطي يكاد يشمل أغلب قطاعات المجتمع بشكل يهدد بالخطر فئة الشباب، حيث تؤكد دراسة نوفل والرندي (1998) أن الطلبة أكثر تعرضاً لتعاطي المخدرات من غيرهم. كما تؤكد الدراسات والأبحاث في الخليج العربي أن المخدرات أكثر انتشاراً بين الشباب ومن هنا فإن الاهتمام بالشباب يجب إن يأتي في مقدمة الأولويات بالنسبة لمؤسسات الدولة (السويد، 1990).

وإذا كان تعاطي الكبار للمخدرات تمثل ظاهرة خطيرة فإن تعاطي الشباب يمثل كارثة للمجتمعات حيث تمثل تلك الفئة رأس المال البشري الذي تعتمد عليها المجتمعات في تنميتها وتطورها وتقدمها. إن شباب الجامعة هم صفة الشباب وعيا وإدراكا لطبيعة التفاعل الاجتماعي والأيدولوجية السائدة في المجتمع، ولاشك أن الكشف عن اتجاهات الشباب نحو المخدرات والإدمان ذا أهمية خاصة، وذلك لأن هناك علاقة بين الاتجاهات التي يعبر عنها الشباب وبين سلوكهم الحالي والمستقبلي، كما أن الاتجاهات التي يكونها الشباب تشكل القاعدة لفهم وتفسير الحوادث والقضايا الاجتماعية والسياسية المعاصرة والمستقبلية (فهيم، 1998).

ولقد تم إجراء العديد من الدراسات والبحوث في دولة الكويت عن مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات نذكر منها:

دراسة الإدارة العامة لمكافحة المخدرات (2012) المخدرات في دولة الكويت.... الأسباب والوقاية والعلاج، وقد اعتمدت هذه الدراسة على المؤشرات الرقمية الإحصائية التي عكست انتشار مشكلة المخدرات بالمجتمع الكويتي . لاستخلاص النتائج والتدقيق والتفحص في المشكلة والتعرف على أسبابها الحقيقية للحصول على النتائج الواقعية لمعرفة الأسباب الحقيقية لمدى انتشار مشكلة المخدرات، وتهدف بذلك إلى تجنب الشباب شرورها، وتبسيط الضوء على مشكلة المخدرات في الكويت من حيث كونها مشكلة اجتماعية سلبية من سلبيات المجتمع التي يعاني منها الشباب خاصة، والوقوف على أسباب المشكلة وانتشارها وطرح الحلول والمقترحات لدرء تنامي آفة المخدرات .

وقد بلغ إجمالي عينة الدراسة (21113) مبحثاً، كالتالي:

الأحداث والمسجونين: وكانت غالبيتهم من الذكور بنسبة 54 في المائة و46% إناث.

وبالنسبة للمستوى التعليمي كانت النسبة:

• حملة الشهادة الابتدائية وأقل 26 %.

• 15% المئة من حملة الشهادة المتوسطة.

• 37% من حملة الشهادة الثانوية.

• 8% من خريجي التطبيقي.

• 14% من حملة الشهادة الجامعية فأعلى.

وبالنسبة للسؤال المتعلق عن سكنهم بغرفة مستقلة داخل المنزل أجاب منهم 74% أن لديهم غرفة خاصة بهم.

وبالنسبة للسؤال المتعلق بسكنهم مع ذويهم أجاب بنسبة 81% بأنهم يعيشون مع والديهم .

وبالنسبة للدخل رأى بنسبة 78% من أفراد العينة بأن دخلهم الشهري كاف مقابل 22% رأوا العكس.

وبالنسبة للسؤال المتعلق بتجربة المخدرات اتضح بنسبة 14% من إجمالي العينة أنهم سبق وأن جربوا المخدرات، وبالنظر لتوزيع العينة نجد أن من سبق وجربوا المخدرات

• 10% من عينة الشباب.

• 83% من عينة الأحداث.

• 100% من عينة المسجونين.

• 100% من عينة المعتمدين على المخدرات .
وعند الانتقال لقياس اتجاهات الرأي بالنسبة للوقاية من المخدرات
أشار 85 % من العينة إلى أنهم يعلمون ببرامج وحملات التوعية ضد
المخدرات
ورأى 74 % منهم أن لهذه البرامج تأثير شخصي عليهم
أما فيما يتعلق بماهية هذه البرامج والحملات، ومدى مساهمتها في ابتعاد
الشباب عن تجريب المخدرات سوف نتطرق لذلك بالشرح التفصيلي لاحقاً
عند صدور الدراسة.
وعن مدى المعرفة بالمخدرات كمعرفة عامة أجاب ما نسبته 84 % أن
لديهم معرفة عامة بالمخدرات.

- أن أهم مصدر لمعرفتهم بها التلفزيون بنسبة 57 %.
- يليه الصحف والمجلات بنسبة 12%.
- ثم الانترنت بنسبة 8%.
- ثم الأصدقاء بنسبة 7%.

نتائج الدراسة على الشباب:

بلغ حجم عينة الشباب 20002 مبحوثاً من الطلاب والطالبات في
المرحلة الثانوية الصف 11+12 والمقررات والمعهد الديني والمدارس الخاصة
العربية والأجنبية وجامعة الكويت والجامعات الخاصة ، والكليات والمعاهد
التطبيقية، ومراكز الشباب ، واللاعبين واللاعبات بالأندية الرياضية.

بالنسبة للجنس كان غالبية أفراد العينة من الذكور بنسبة 52 % والإناث بنسبة 48 %.

وبالنسبة للسن فإن الغالبية من عينة الشباب بالفئة العمرية من 16-17 سنة بنسبة 75.6%.

يليها الفئة العمرية من 18-19 سنة بنسبة 9.4%.

وأخيراً الفئة العمرية من 20-29 سنة بنسبة 15 %.

وبالنسبة للمستوى التعليمي:

• كانت نسبة حملة الشهادة المتوسطة وقل 2%.

• و 76 % من حملة الشهادة الثانوية.

• و 8 % من خريجي التطبيقي.

• و 15 % جامعيين فأعلى.

وبالنسبة للسؤال المتعلق عن سكنهم بغرفة مستقلة داخل المنزل أجاب منهم 74 % أن لديهم غرفة خاصة بهم.

وبالنسبة للسؤال المتعلق بسكنهم مع ذويهم أجاب بنسبة 82 % بأنهم يعيشون مع والديهم .

وبالنسبة للدخل رأى بنسبة 79 % من أفراد العينة بأن دخلهم الشهري كاف مقابل 21% رأوا العكس .

وبالنسبة للسؤال المتعلق بتجربة المخدرات ذكر بنسبة 10% من إجمالي العينة أنهم سبق وأن جربوا المخدرات.

وكانت أهم أسباب البدء في تعاطي المخدرات بالنسبة لعينة الشباب، وبالترتيب هي:

- زيادة الكفاءة الجنسية.
 - الاعتقاد بالشفاء من بعض الأمراض.
 - وتقليد سلوك الكبار (وبخاصة إذا كان المتعاطي صغير السن).
 - ويليه ضعف هيبة القانون بين الشباب في المجتمع.
 - ومحاولة نسيان المشكلات الشخصية.
 - وحب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي
 - والبحث عن البهجة.
 - وتأثير وسائل الإعلام.
 - والتشبه بمجموعة من المتعاطين الذين شكلوا بالنسبة للبادئ الجديد جماعة ضغط وإغراء وتيسير.
 - ومحاولة التغلب على حالة الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية، و المشكلات الاجتماعية.
 - وأخيراً ضعف الوازع الديني.
- وكما كانت أهم أسباب ودوافع الاستمرار في تعاطي المخدرات من وجهة نظر الشباب، و بالترتيب هي:
- معالجة بعض الأمراض.
 - وثم زيادة الكفاءة الجنسية.
 - والاعتقاد بالنجاة من العقاب.
 - ونبذ المجتمع لهذه الفئات.

- والتشبه بالكبار سواء التشبه بالرجال عند المراهقين أو التشبه بالنساء عند المراهقات.
 - والتخلص من حالات الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية
 - و عدم احترام القانون أو التقاعس في تطبيقه أحياناً .
 - والمعاناة الناتجة عن الامتناع عن التعاطي في بداية الأمر.
 - والرغبة في نسيان المشكلات الشخصية.
 - والإحساس بالعجز أو عدم القدرة على الامتناع عن التعاطي.
 - ويليه عدم توفر الرعاية اللاحقة ، ومشاركة الأصدقاء.
 - وأخيراً ضعف الوازع الديني.
- وتبين أن أهم أسباب ودوافع العودة إلى تعاطي المخدرات بعد الانقطاع، وبالترتيب هي :

- عدم تقبل المجتمع للمدمن المتعافي أو التائب، والضغط الاقتصادية المالية .
- وعدم توفر فرصة العمل.
- والبحث عن المتعة وطلباً للبهجة.
- ويليه لمعالجة المشكلات الشخصية.
- وبسبب الألم الناتج عن الأعراض الانسحابية.
- لقضاء وقت الفراغ والشعور بالوحدة.
- وضعف برامج الرعاية اللاحقة.
- عدم وجود رقابة أمنية متصلة تتابع المتعافين عند خروجهم من السجن أو مركز علاج الإدمان.
- وجود أقران سوء داخل السجون.

- بسبب ضغط وإلحاح المكان أو الموقف المتواجد به.
 - وأخيراً ضعف الوازع الديني.
- وعند الانتقال لقياس اتجاهات الرأي بالنسبة للوقاية من المخدرات، أشار 28% من العينة إلى أنهم يعلمون ببرامج وحملات التوعية ضد المخدرات، ورأى 75% منهم أن لهذه البرامج تأثير شخصي عليهم.
- وعن مدى المعرفة العامة بالمخدرات أجاب ما نسبته 86 في المئة أن لديهم معرفة عامة بالمخدرات، وأن مصدر معرفتهم بها التلفزيون بنسبة 59%، يليه الصحف والمجلات بنسبة 12%، والانترنت بنسبة 9 في المئة، والأصدقاء بنسبة 6% .

نتائج الدراسة على المسجونين:

بلغ حجم عينة المسجونين بقضايا التعاطي بالمؤسسات الإصلاحية 577 نزياً.

بالنسبة للجنس كان غالبية أفراد العينة من الذكور حيث بلغ عددهم 560 بنسبة 97.1%، والإناث 17 بنسبة 2.9% ، وبالنسبة للسن فإن الغالبية من عينة المسجونين بالفئة العمرية

- من 20-29 سنة بنسبة 47.4%
- يليها الفئة العمرية من 30-39 سنة بنسبة 38.6%
- ثم الفئة العمرية من 40-49 سنة بنسبة 11.4%
- وأخيراً الفئة العمرية من 18-19 سنة بنسبة 2.8%.

وبالنسبة للمستوى التعليمي:

- كانت نسبة حملة الشهادة الابتدائية واقل 26 %.
 - وكانت نسبة حملة الشهادة المتوسطة 37 %.
 - و21% من حملة الشهادة الثانوية.
 - و 8 % من خريجي التطبيقي.
 - و 8 % جامعيين فأعلى.
- وبالنسبة للدخل رأى بنسبة 66% من أفراد العينة بأن دخلهم الشهري كاف مقابل 34% رأوا العكس .

وبالنسبة للسؤال المتعلق بتجربة المخدرات: جميع أفراد العينة بنسبة 100% ممن سبق وأن جربوا المخدرات، وهذا ما حرصنا عليه عند تطبيق الدراسة من واقع السجلات الرسمية للمؤسسات الإصلاحية.

وكانت أهم أسباب البدء في تعاطي المخدرات بالنسبة لعينة المسجونين، وبالترتيب هي:

- المشكلات الاجتماعية.
- والتشبه بمجموعة من المتعاطين شكلوا بالنسبة للبادئ الجديد. جماعة ضغط وإغراء وتيسير.
- ومحاولة نسيان المشكلات الشخصية.
- ومحاولة التغلب على حالة الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية.
- وتلاه البحث عن البهجة.

- وحب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي.
 - ويليه تأثير وسائل الإعلام.
 - وتقليد سلوك الكبار (وبخاصة إذا كان المتعاطي صغير السن).
 - وضعف هيبة القانون بين الشباب في المجتمع.
 - وزيادة الكفاءة الجنسية.
 - ويليه الاعتقاد بالشفاء من بعض الأمراض.
 - وأخيراً ضعف الوازع الديني.
- وكما كانت أهم أسباب ودوافع الاستمرار في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المسجونين، و بالترتيب هي:
- مشاركة الأصدقاء.
 - والرغبة في نسيان المشكلات الشخصية.
 - والتخلص من حالات الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية.
 - ويليه عدم توفر الرعاية اللاحقة.
 - والمعاناة الناتجة عن الامتناع عن التعاطي في بداية الأمر.
 - والإحساس بالعجز أو عدم القدرة على الامتناع عن التعاطي.
 - ونبذ المجتمع لهذه الفئات، وعدم احترام القانون أو النقايس في تطبيقه أحياناً.
 - وتلاه زيادة الكفاءة الجنسية.

- والاعتقاد بالنجاة من العقاب.
 - والتشبه بالكبار سواء التشبه بالرجال عند المراهقين أو التشبه بالنساء عند المراهقات.
 - وتلاه ضعف الوازع الديني.
 - وأخيراً معالجة بعض الأمراض.
- وتبين أن أهم أسباب ودوافع العودة إلى تعاطي المخدرات بعد الانقطاع، وبالترتيب هي:

- بسبب ضغط وإحاح المكان أو الموقف المتواجد به.
 - ولقضاء وقت الفراغ والشعور بالوحدة.
 - والضغوط الاقتصادية (المالية) وعدم توفر فرصة عمل.
 - وضعف برامج الرعاية اللاحقة.
 - وتلاه عدم تقبل المجتمع للمدمن المتعافي أو التائب.
 - ووجود أقران سوء داخل السجون ومركز علاج الإدمان.
 - وعدم وجود رقابة أمنية متصلة تتابع المتعافين عند خروجهم من السجن أو مركز علاج الإدمان.
 - البحث عن المتعة وطلباً للبهجة.
 - بسبب الألم الناتج عن الأعراض الإنسحابية.
 - وتلاه لمعالجة المشكلات الشخصية.
 - وأخيراً ضعف الوازع الديني.
- وعند الانتقال لقياس اتجاهات الرأي بالنسبة للوقاية من المخدرات، أشار 70% من العينة إلى أنهم يعلمون ببرامج وحملات التوعية ضد المخدرات،

ورأى 57 في المئة منهم أن لهذه البرامج تأثير شخصي عليهم. وعن مدى المعرفة العامة بالمخدرات أجاب ما نسبته 100 % أن لديهم معرفة عامة بالمخدرات، وأن مصدر معرفتهم بها الأصدقاء بنسبة 35 %، يليه السجن بنسبة 34 %، والتلفزيون بنسبة 23 في المئة، وأخيراً التجريب الشخصي بنسبة 8 %.

نتائج الدراسة على الأحداث:

بلغ حجم عينة الأحداث النزلاء في الدور التابعة لإدارة رعاية الأحداث 330 نزياً.

بالنسبة للجنس كان غالبية أفراد العينة من الذكور حيث بلغ عددهم 317 بنسبة 96% والإناث 13 بنسبة 4%.

وبالنسبة للسن فإن الغالبية من عينة الأحداث النزلاء بالدور التابعة لرعاية الأحداث بالفئة العمرية

- من 14- 15 سنة بنسبة 74.5 %.
- وأخيراً الفئة العمرية من 16 - 17 سنة بنسبة 25.5 %.

وبالنسبة للمستوى التعليمي:

- كانت نسبة حملة الشهادة الابتدائية وقل 28%.
- وكانت نسبة حملة الشهادة المتوسطة 56%.
- 16% من حملة الشهادة الثانوية.

وبالنسبة للسؤال المتعلق عن سكنهم بغرفة مستقلة داخل المنزل: أجاب منهم 57% أن لديهم غرفة خاصة بهم.

وبالنسبة للسؤال المتعلق بسكنهم مع ذويهم: أجاب بنسبة 73% بأنهم يعيشون مع والديهم.

وبالنسبة للدخل: رأى بنسبة 81% من أفراد العينة بأن دخلهم الشهري كاف مقابل 19% رأوا العكس.

وبالنسبة للسؤال المتعلق بتجربة المخدرات: أكد ما نسبته 83% أنهم سبق وأن جربوا المخدرات.

وكانت أهم أسباب البدء في تعاطي المخدرات بالنسبة لعينة الأحداث، وبالترتيب هي:

- ضعف الوازع الديني.
- والمشكلات الاجتماعية.
- ومحاولة نسيان المشكلات الشخصية.
- والبحث عن البهجة.
- ومحاولة التغلب على حالة الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية.
- وتأثير وسائل الإعلام.
- والتشبه بمجموعة من المتعاطين شكلوا بالنسبة للبادئ الجديد جماعة ضغط وإغراء وتيسير.
- ويليه ضعف هيبة القانون بين الشباب في المجتمع.

- وحب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي.
 - وتقليد سلوك الكبار (وبخاصة إذا كان المتعاطي صغير السن).
 - والاعتقاد بالشفاء من بعض الأمراض.
 - وأخيراً زيادة الكفاءة الجنسية .
- وكما كانت أهم أسباب ودوافع الاستمرار في تعاطي المخدرات من وجهة نظر الأحداث، وبالترتيب هي:
- ضعف الوازع الديني
 - ومشاركة الأصدقاء
 - و عدم توفر الرعاية اللاحقة
 - وعدم احترام القانون أو التقاعس في تطبيقه أحياناً
 - والمعاناة الناتجة عن الامتناع عن التعاطي في بداية الأمر.
 - والرغبة في نسيان المشكلات الشخصية
 - والإحساس بالعجز أو عدم القدرة على الامتناع عن التعاطي.
 - والتخلص من حالات الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية.
 - والتشبه بالكبار سواء التشبه بالرجال عند المراهقين أو التشبه بالنساء عند المراهقات.
 - ونبذ المجتمع لهذه الفئات ، والاعتقاد بالنجاة من العقاب، وزيادة الكفاءة الجنسية.

• وأخيراً معالجة بعض الأمراض.
وتبين أن أهم أسباب ودوافع العودة إلى تعاطي المخدرات بعد الانقطاع، وبالترتيب هي :

- ضعف الوازع الديني.
- وعدم وجود رقابة أمنية متصلة تتابع المتعافين عند خروجهم من السجن أو مركز علاج الإدمان.
- ووجود أقران سوء داخل السجن ومركز علاج الإدمان.
- ويليه بسبب ضغط وإلحاح المكان أو الموقف المتواجد به.
- وضعف برامج الرعاية اللاحقة.
- ولقضاء وقت الفراغ والشعور بالوحدة.
- ولمعالجة المشكلات الشخصية.
- وعدم تقبل المجتمع للمدمن المتعافي أو النائب
- والبحث عن المتعة وطلباً للبهجة
- وبسبب الألم الناتج عن الأعراض الإنسحابية
- وأخيراً الضغوط الاقتصادية (المالية) وعدم توفر فرصة العمل.

وعند الانتقال لقياس اتجاهات الرأي بالنسبة للوقاية من المخدرات، أشار 85% من العينة إلى أنهم يعلمون ببرامج وحملات التوعية ضد المخدرات، ورأى 78% منهم أن لهذه البرامج تأثير شخصي عليهم،

وعن مدى المعرفة العامة بالمخدرات أجاب ما نسبته 97% أن لديهم معرفة بالمخدرات، وأن مصدر معرفتهم بها التلفزيون بنسبة 61%، الأصدقاء بنسبة 16%، يليهم التجريب الشخصي بنسبة 11%، وأخيراً الصحف والمجلات 9% .

أهم نتائج تطبيق الدراسة على عينة المعتمدين على المخدرات في مركز الإدمان:

بلغ حجم عينة المعتمدين على المخدرات 204 معتمداً على المخدرات من النزلاء في مركز بيت التمويل الكويتي لعلاج الإدمان.

بالنسبة للجنس كان غالبية أفراد العينة من الذكور حيث بلغ عددهم 203 بنسبة 99.5%، وأنتى واحدة بنسبة 0.5%.

وبالنسبة للسن يوضح الجدول السابق في عينة الدراسة الإجمالية، نجد أن الغالبية من عينة المعتمدين على المخدرات

- بالفئة العمرية من 20 إلى 29 سنة بنسبة 44.6%.
- يليها الفئة العمرية من 30-39 سنة بنسبة 39.2%.
- ثم الفئة العمرية من 18-19 سنة بنسبة 9.8%.
- وأخيراً الفئة العمرية من 40-49 سنة بنسبة 6.4%.

وبالنسبة للمستوى التعليمي:

- كانت نسبة حملة الشهادة الابتدائية وأقل 15%.
 - وكانت نسبة حملة الشهادة المتوسطة 45%.
 - و25% من حملة الشهادة الثانوية.
 - و12% من خريجي التطبيقي.
 - و3% جامعيين فأعلى.
- وبالنسبة للدخل رأى بنسبة 55% من أفراد العينة بأن دخلهم الشهري كاف مقابل 45% رأوا العكس .
- وبالنسبة للسؤال المتعلق بتجربة المخدرات: جميع أفراد العينة بنسبة 100% ممن سبق وأن جربوا المخدرات، وهذا ما حرصنا عليه عند تطبيق الدراسة ومن واقع السجلات الرسمية لمركز الإدمان.
- وكانت أهم أسباب البدء في تعاطي المخدرات بالنسبة لعينة المعتمدين على المخدرات، وبالترتيب هي:
- البحث عن البهجة.
 - وحب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي
 - ومحاولة التغلب على حالة الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية
 - ومحاولة نسيان المشكلات الشخصية

- والتشبه بمجموعة من المتعاطين شكلوا بالنسبة للبادئ الجديد جماعة ضغط وإغراء وتيسير
 - والمشكلات الاجتماعية
 - وضعف الوازع الديني
 - ويليه تأثير وسائل الإعلام
 - وزيادة الكفاءة الجنسية
 - وتقليد سلوك الكبار (وبخاصة إذا كان المتعاطي صغير السن)
 - وتلاه الاعتقاد بالشفاء من بعض الأمراض.
 - وأخيراً ضعف هيبة القانون بين الشباب.
- وكانت أهم أسباب ودوافع الاستمرار في تعاطي المخدرات من وجهة نظر المعتمدين على المخدرات، وبالترتيب هي:

- مشاركة الأصدقاء
- والمعاناة الناتجة عن الامتناع عن التعاطي في بداية الأمر
- وثم التخلص من حالات الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية
- والإحساس بالعجز أو عدم القدرة على الامتناع عن التعاطي
- ويليه الرغبة في نسيان المشكلات الشخصية، ونبذ المجتمع لهذه الفئات
- وعدم توفر الرعاية اللاحقة
- وتلاه ضعف الوازع الديني

- والاعتقاد بالنجاة من العقاب
 - عدم احترام القانون أو التقاعس في تطبيقه أحياناً
 - وزيادة الكفاءة الجنسية
 - وتلاوة معالجة بعض الأمراض
 - و التشبه بالكبار سواء التشبه بالرجال عند المراهقين أو التشبه بالنساء عند المراهقات.
- وتبين أن أهم أسباب ودوافع العودة إلى تعاطي المخدرات بعد الانقطاع، وبالترتيب هي:

- قضاء وقت الفراغ والشعور بالوحدة
- وثم وجود أقران سوء داخل السجون ومركز علاج الإدمان
- ويليه بسبب ضغط وإلحاح المكان أو الموقف المتواجد به
- والبحث عن المتعة وطلباً للبهجة
- والضغط الاقتصادية وعدم توفر فرصة عمل
- وتلاوة عدم تقبل المجتمع للمدمن المتعافي أو التائب
- وضعف برامج الرعاية اللاحقة
- ويسبب الألم الناتج عن الأعراض الإنسحابية
- ولمعالجة المشكلات الشخصية، ويليه ضعف الوازع الديني

- وأخيراً عدم وجود رقابة أمنية متصلة تتابع المتعافين عند خروجهم من السجن أو مركز علاج الإدمان.

وجاءت أهم وجهات نظر المعتمدين على المخدرات التي تتعلق بالعلاج من المخدرات، وبالترتيب هي:

- أنهم يشعرون بأن الكادر المعالج يعاملهم باحترام، و يستطيعون أن يتحدثوا مع كادر مركز علاج الإدمان بكل صراحة
- ويليه أنهم تعرفوا على الكثير من المدمنين خلال تواجدهم في مركز علاج الإدمان
- و تعلموا مهارات الوقاية من الانتكاسة خلال تواجدهم في مركز علاج الإدمان
- وأشارت مجموعة منهم بأن برامج الإيداع في مركز علاج الإدمان مفيدة جداً
- وتلا ذلك أنهم تعلموا مهارات مواجهة المشكلات خلال تواجدهم في مركز علاج الإدمان
- بينوا أن البرامج العلاجية المتوفرة تتناسب حاجاتهم كمرضى
- وجاء أخيراً من اعتقدوا أن برامج الإيداع غير متوفرة وغير مفيدة
- وأن العلاج في مركز الإدمان يعتمد على العقاقير الطبية.

وبين 86% من المعتمدين أنهم حاولوا الامتناع عن التعاطي، وكما أشار أفراد العينة إلا أن أكثر من ثلاثة أرباعهم وبنسبة 76% كانت

بدايتهم بالتعاطي بالمشاركة مع أصدقائهم الذين سعوا لإدخالهم في عالم المخدرات.

وعند الانتقال لقياس اتجاهات الرأي بالنسبة للوقاية من المخدرات، أشار 83% من العينة إلى أنهم يعلمون ببرامج وحملات التوعية ضد المخدرات، ورأى 64% منهم أن لهذه البرامج تأثير شخصي عليهم، وعن ماهية هذه البرامج والحملات، ومدى مساهمتها في ابتعاد الشباب عن تجريب المخدرات سوف نتطرق لذلك بالشرح التفصيلي لاحقاً.

وعن مدى المعرفة العامة بالمخدرات أجاب ما نسبته 100% أن لديهم معرفة عامة بالمخدرات، وأن مصدر معرفتهم بها الأصدقاء بنسبة 35%، يليه السجن بنسبة 22%، مركز الإدمان بنسبة 12%، التلفزيون بنسبة 20%، وأخيراً التجريب الشخصي بنسبة 11%.

دراسة المشعان (1998): حول أسباب تعاطي المخدرات وكيفية معالجته من وجهة نظر الطالب الجامعي بدولة الكويت على عينة تكونت من (303) طالب وطالبة من خلال توجيه سؤالين فقط هما ما هي أسباب تعاطي المخدرات؟ وما هي وكيفية الوقاية منها؟ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

بالنسبة لأسباب التعاطي من وجهة نظر الذكور احتل أصدقاء السوء المرتبة الأولى حيث بلغت نسبته (87.2%) ثم التفكك الأسري بنسبة (77.7%) ثم ضعف الوازع الديني بنسبة (65%) يليه عدم استغلال أوقات الفراغ بنسبة (62.2%) ثم ضعف الرقابة الأسرية بنسبة (66%)،

أما وجهة نظر الإناث فقد كانت الأسباب متشابهة مع الذكور في الثلاثة الأول فأصدقاء السوء حاز على نسبة (87%) والتفكك الأسري (85،65%) وضعف الوازع الديني بنسبة (60%) أما المرتبة الرابعة والخامسة فقد كانت من نصيب ضعف الرقابة الأسرية للأبناء بنسبة (7،47%) وضعف التوعية الإعلامية بإخطار المخدرات بنسبة (2،41%).

أما بالنسبة لطرق الوقاية من المخدرات من وجهة نظر الذكور فقد اتضح أن زيادة برامج التوعية الإعلامية قد احتلت المرتبة الأولى فقد بلغت النسبة (88%)، يلي ذلك تقوية الوازع الديني بنسبة (70.9%)، الابتعاد عن أصدقاء السوء بنسبة (60.8%) ثم الرقابة والتوجيه السليم بنسبة (50%) وفي المرتبة الخامسة شغل أوقات الفراغ (45.3%)، أما وجهة نظر الإناث فقد احتلت التنشئة الاجتماعية الصحيحة للأبناء المرتبة الأولى وذلك بنسبة (76.1%)، ثم زيادة التوعية الإعلامية بنسبة (68.3%) تقوية الوازع الديني بنسبة (64.5%) وبنسبة (43.2%) لبند الابتعاد عن رفقاء السوء أما شغل أوقات الفراغ فقد حاز على نسبة (41.9%).

دراسة النجار (1994): والتي هدفت إلى الوقوف على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والمرتبطة بمشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب الكويتي ، وتكونت عينة البحث من نزلاء السجن المركزي الذين يقضون العقوبة نتيجة تعاطي المخدرات بلغ إجمالي حجمها 107 سجيناً .

وتحددت المجموعة الثانية من السجن المركزي فيمن ليس لهم علاقة بتعاطي المخدرات بلغ إجمالي حجمها 107 سجيناً ، أما المجموعة الثالثة فتكونت عينتها من المتعاطين خارج السجن حيث بلغ إجمالي حجمها أيضاً 107 .

وقد توصلت الدراسة إلى أن بداية التعاطي لدى عينة البحث من المتعاطين كانت في المرحلة العمرية من 20 عاماً - 24 عاماً، وأن المستوى التعليمي لمتعاطي المخدرات هو المستوى المتوسط، وكانت في عينة غير المتعاطين هو المستوى الجامعي، أما عينة المدمنين فكانت عند المستوى الثانوي، وتطرقت الدراسة إلى أن الأصدقاء هم السبب الرئيسي لتعاطي المخدرات، وهم مصدر رئيسي للحصول عليها .

دراسة إدارة البحوث والدراسات وزارة الداخلية (1995): على عينة مكونة من 24 مسجوناً من السجن المركزي والتي هدفت إلى معرفة العوامل المؤثرة على تعاطي الشباب للمخدرات، والأساليب التي يتبعونها في التعاطي ، والطرائق المستخدمة في الوقاية من المخدرات، ومكافحتها وكشفت الدراسة أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات ومكافحتها، هي: الفشل الدراسي والمشاكل العائلية وسوء المعاملة من قبل الأسرة، وغياب الوازع الديني، وأن من أهم أسباب تعاطي الشباب للمخدرات لأول مرة يتمثل في الرغبة في اقتحام التجربة والفرشة والسفر إلى الدول التي تتوفر فيها أنواع المخدرات ووفرة المادة المخدرة.

دراسة إدارة البحوث والدراسات في وزارة الداخلية (1996): والتي هدفت إلى معرفة الأسباب الاجتماعية والنفسية الدافعة لارتكاب جرائم العنف في دولة الكويت

وبيان الحلول المناسبة للوصول إلى الجانب الوقائي من هذه الجرائم ، وتكونت عينة البحث من نزلاء رعاية الأحداث ، وتوصلت إلى أن التجارب الحياتية المريرة تسبب ارتفاعاً في نسبة جرائم العنف المرتكبة داخل دولة الكويت، وأن تعاطي المخدرات والمشروبات الكحولية يساهم في رفع معدل جرائم العنف في دولة الكويت، وأن جرائم العنف عند أصحاب الدخل المرتفعة أقل من أصحاب الدخل المتوسطة.

دراسة عايد الحميدان (1996): والتي هدفت إلى معرفة الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة على سوء استعمال المخدرات في الكويت، على عينة من نزلاء مستشفى الطب النفسي، وإدارة رعاية الأحداث بلغ إجمالي العينة 500 شخص منهم 300 مدمن، و 200 فرد من غير المدمنين من الأسوياء، وأسفرت النتائج عن وجود نسبة كبيرة من المدمنين تقاوم أو تعارض فكرة العلاج كان بعضهم لا يعرفون المضار المترتبة على المخدرات، وتبين أيضاً وجود ارتفاع ملحوظ في نسبة المتعاطين بعد العدوان.

دراسة وزارة التربية - إدارة الخدمة الاجتماعية النفسية (1998): تناولت الدراسة عينة من 2000 طالب وطالبة من جميع المناطق التعليمية 500 من هيئة التعليم بالمدارس الثانوية، 500 من أولياء الأمور، وكانت أبرز النتائج أن أهم أسباب ودوافع التعاطي تتمثل في الهروب من المشاكل، وضعف الوازع الديني، والرغبة في الانبساط والترفيه، فإثبات الرجولة، ثم بعد ذلك الأسباب الخاصة بالأسرة وسوء التنشئة الاجتماعية وعدم المراقبة. وأكثر المواد استخداماً حبوب الهلوسة والهيروين، وشعور الأبناء بوجود المشكلة بين أولياء الأمور أكبر منها عند أعضاء الهيئة التدريسية .

دراسة عفاف عبد المنعم (1998): والتي هدفت إلى الوقوف على مشكلة التعاطي من النواحي النفسية والاجتماعية والعوامل المؤدية إلى انتشار الإدمان أو التعاطي على مجموعتين: الأولى تجريبية من مدمني المخدرات وعددهم 48 مشاركاً والثانية ضابطة ليس لها علاقة بالمخدرات 48 مشاركاً، وتوصلت إلى أن انخفاض بعض القدرات العقلية لدى المدمنين، تمثلت في ضعف الذكاء، وانخفاض القدرة على التفكير الابتكاري، والمرونة التلقائية والطلاقة الفكرية، كما تبين أن هناك علاقة طردية بين انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي وإدمان المخدرات، وأوضحت أيضاً وجود اضطرابات في التفكير وضعف في الذاكرة لدى المدمنين، وحدوث تدهور في الأداء العام نتيجة الكسل والإهمال إلى أن يفقد المدمن عمله.

دراسة نعيمة ظاهر (2003): أسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المسجونون الكويتيون، والتي هدفت إلى : الكشف عن أهم الأسباب الدافعة إلى تعاطي المخدرات من وجهة نظر المسجونين في عينة البحث. الكشف عن علاقة الخصائص الديموغرافية الأساسية للمسجونين في عينة البحث ، والأسباب الدافعة للتعاطي . وقد بلغت عينة الدراسة 225 مسجوناً من المسجونين المحكوم عليهم في جرائم تعاطي المخدرات والذين يقضون مدة عقوبتهم في السجن المركزي بدولة الكويت. وقد كانت أداة الدراسة عبارة عن استخبار مكون من 32 سؤالاً دارت حول البنود التالية : البيانات الأولية أو الديموغرافية . مدى الاعتقاد بأن المدمن يجب علاجه أو النظر إليه كمجرم يجب عقابه. مدة العقوبة، وجود مدمن بالأسرة، نوع المخدر. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

جدول رقم (1)

توزيع عينة البحث من المسجونين وفقاً لنوع المخدر
الذي كانوا يتعاطونه قبل دخولهم السجن

نوع المخدر	العدد	النسبة
هيروين	182	40.0
حشيش	166	36.4
مؤثرات عقلية	108	23.6
إجمالي	456	100

جدول رقم (2)

يوضح الجدول توزيع المسجونين في عينة البحث وفقاً لمدى اعتقادهم في أن
مدمن المخدرات مريض يجب علاجه، أو أنه مدمن يجب عقابه.

مدى الاعتقاد	العدد	النسبة
مريض يجب علاجه	210	93.4
مجرم يجب عقابه	3	1.3
غير مبين	12	5.3
إجمالي	225	100

ويمكننا من خلال هذا التوزيع ترتيب المسجونين وفقاً لمدى اعتقادهم

تتازلياً، وذلك على النحو التالي:

يؤكد غالبية المسجونين في عينة البحث على أن مدمن المخدرات مريض يجب
علاجه بنسبة 93.4% بينما تتخفص بشكل لافت أعداد ونسب المسجونين في
عينة البحث الذين يعتقدون في أن مدمن المخدرات مجرم يجب عقابه بنسبة
(1.3%).

جدول رقم (3)

الأسباب المؤثرة على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المسجونين

العوامل	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب المتوسط المرجح	النسبة المشاهدة	المعنوية النسبة لا تساوي (0.5)
العوامل الاجتماعية						
أصدقاء السوء	3.320	1.341	%66.4	21	0.458	0.230
ضعف الوازع الديني	4.169	1.072	%83.4	3	0.787	0.00
التدخين المبكر	3.0569	1.192	%7.9	9	0.538	0.286
عدم استغلال أوقات الفراغ	3.324	1.198	%66.5	20	0.436	0.062
الغزو العراقي الغاشم	3.622	1.120	%72.4	8	0.600	0.003
ضعف الرقابة الأسرية	2.164	1.341	43.3	40	0.731	0.00
المشاكل	3.480	1.184	%69.6	14	0.524	0.505
الجهل بأضرار ومخاطر الإدمان	3.271	1.162	%65.4	25	0.400	0.003
التفكك الأسري	3.333	1.392	%66.7	19	0.502	1.000
التدليل الزائد للأبناء	3.476	1.154	%69.5	15	0.520	0.594
حب التجريب وتقليد الآباء والآخرين	3.151	1.219	63.05	31	0.354	0.00

المعنوية النسبة لا تساوي (0.5)	النسبة المشاهدة	الترتيب حسب المتوسط المرجح	الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العوامل
0.033	0.427	24	%65.7	1.191	3.284	القيود الاجتماعية
1.000	0.502	18	%67.1	1.540	3.356	ليس هناك تحريم ديني
0.001	0.387	37	%56.6	1.644	2.831	التساهل في تطبيق القوانين الخاصة بالمخدرات
0.00	0.627	6	%75.6	1.083	3.778	الرغبة في المتعة والضحك
						العوامل الاقتصادية
0.00	0.627	7	%73.2	1.489	3.658	كثرة العمالة الأجنبية
0.689	0.516	13	%70.1	1.130	3.507	توفر المال
0.046	0.431	29	%63.6	1.312	3.182	السعي وراء الربح السريع
0.00	0.279	33	%60.3	1.079	3.013	البطالة والفقر
						العوامل النفسية
0.062	0.564	12	%70.4	1.310	3.520	الهروب من المشاكل النفسية والاجتماعية
0.182	0.547	17	%69.0	1.0278	3.449	الشعور بالافتقار واليأس
0.00	0.880	1	%89.2	0.916	4.462	الرغبة في الهروب من الواقع
0.00	0.253	38	%53.7	1.181	2.684	الإحباط المتكرر

المعنوية النسبة لا تساوي (0.5)	النسبة المشاهدة	الترتيب حسب المتوسط المرجح	الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العوامل
0.003	0.400	32	%61.2	1.229	3.058	طول وقت الفراغ
0.00	0.338	35.5	%58.5	1.0145	2.924	الحرية الزائدة
0.023	0.578	10	%71.6	1.182	3.582	الاعتقاد الخاطئ بأنها تقوي الجنس
0.005	0.404	2	%66.3	1.211	3.316	العزلة الاجتماعية
0.001	0.387	30	%63.5	1.036	3.173	الشعور بالوحدة
0.594	0.520	11	%70.7	1.126	3.533	اضطرابات الشخصية
0.002	0.604	4	%76.3	1.138	3.813	الحرمان العاطفي
0.594	0.480	16	%69.2	1.224	3.458	كثرة الضغوط العائلية
0.083	0.440	26	%64.5	1.372	3.227	الفشل الدراسي
0.046	0.431	27	%64.6	1.241	3.222	ضعف الشخصية والشعور بالنقص
0.00	0.182	39	%46.8	1.225	2.338	الشعور بالرجولة
						العوامل الإعلامية
0.00	0.813	2	%85.8	1.057	4.289	انتشار المخدرات بالمجتمع سهولة الحصول عليها
0.062	0.436	28	%63.8	1.215	3.191	ضعف التوعية الإعلامية بأخطار ومضار المخدرات

العوامل	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب المتوسط المرجح	النسبة المشاهدة	المعنوية النسبة لا تساوي (0.5)
كثرة السفر إلى الخارج	3.302	1.117	%66.00	23	0.44	0.142
مشاهدة الأفلام التي تتحدث عن المخدرات	2.99	1.217	%58.5	35.5	0.311	0.00
الانفتاح على العالم عبر قنوات فضائية	2.924	1.217	% 58.5	35.5	0.311	0.00
عدم وجود الرقابة من الأهل على القنوات الفضائية	3.791	1.252	%75.8	5	0.600	0.003

حسب تكرار موافق بشدة وموافق جداً .

ويوضح الجدول السابق رقم(3) أن أهم العوامل المؤثرة في تعاطي المخدرات مرتبة تنازلياً حسب أهميتها من وجهة نظر المبحوثين هي:

1. الرغبة في الهروب من الواقع ، بأهمية نسبية قدرها 89.2% .
2. انتشار المخدرات بالمجتمع وسهولة الحصول عليها ، بأهمية نسبية قدرها 58.8% .
3. ضعف الوازع الديني ، بأهمية نسبية 83.4% .
4. الحرمان العاطفي ، بأهمية نسبية قدرها 76.3% .
5. عدم وجود الرقابة من الأهل على القنوات الفضائية ، بأهمية نسبية قدرها 75.8% .
6. الرغبة في المتعة والضحك بأهمية نسبية قدرها 75.6% .

وبحساب المتوسط المرجح والانحراف المعياري والأهمية النسبية لكل عامل ترتب ترتيباً تنازلياً اتضح ما يلي:

(1) بالنسبة لترتيب العوامل الاجتماعية: ضعف الوازع الديني والرغبة في المتعة والضحك الغزوي العراقي الغاشم والتدخين المبكر والمشكلات الاجتماعية، والتفكك الأسري، وعدم استغلال أوقات الفراغ ، وأصدقاء السوء ، والقيود الاجتماعية ، والجهل بأضرار ومخاطر الإدمان ، وحب التجريب وتقليد الآباء والآخرين ، والتساهل في تطبيق القوانين الخاصة بالمخدرات .

(2) بالنسبة لترتيب العوامل الاقتصادية: كثرة العمالة الأجنبية وفرة المال والترفيه والسعي وراء الربح السريع والبطالة والفقر .

(3) بالنسبة لترتيب العوامل النفسية: الرغبة في الهروب من الواقع والحرمان العاطفي والاعتقاد الخاطيء بأنها تقوى الجنس واضطرابات الشخصية والهروب من المشكلات النفسية والاجتماعية وكثرة الضغوط العائلية والشعور بالاكئاب واليأس والعزلة الاجتماعية والفشل الدراسي وضعف الشخصية والشعور بالنقص والشعور بالوحدة وطول وقت الفراغ والحرية الزائدة والإحباط المتكرر والشعور بالرجولة .

(4) بالنسبة لترتيب العوامل الإعلامية: انتشار المخدرات بالمجتمع وسهولة الحصول على المخدرات، عدم وجود الرقابة من الأهل على القنوات الفضائية، وكثرة السفر إلى الخارج، وضعف التوعية الإعلامية بأخطار ومضار المخدرات ومشاهدة الأفلام التي تتحدث عن المخدرات والانفتاح على العالم عبر القنوات الفضائية .

النتائج الخاصة بتأثير الخصائص الديموغرافية للمسجونين بالعوامل المؤدية لتعاطي المخدرات :

1. أظهرت الدراسة عدم وجود علاقة بين المتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية، عدد الزوجات، تعليم الزوج، تعليم الزوجة، عمل الزوج، عمل الزوجة، العمر، الدخل الشهري) والعوامل الاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات.
 2. وجدت الدراسة بأنه لا يوجد علاقة للمتغيرات الديموغرافية بالعوامل النفسية المؤدية إلى تعاطي المخدرات.
 3. وجدت الدراسة بأنه لا يوجد علاقة للمتغيرات الديموغرافية بالعوامل الإعلامية المؤدية إلى تعاطي المخدرات.
 4. وجدت الدراسة بأنه لا يوجد علاقة للمتغيرات الديموغرافية بالعوامل الاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات.
- والنتيجة العامة لذلك : هو أنه لا توجد علاقة بين المتغيرات الديموغرافية للمسجونين في عينة البحث والمحكوم عليهم في قضايا تعاطي المخدرات والعوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات

توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات اقترحتها كالتالي:

1. الاهتمام بالبرامج الوقائية لمكافحة تعاطي المخدرات من خلال وسائل الإعلام والمؤسسات المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية كدور العبادة والمدارس والجامعات بزيادة التوعية الإعلامية وتقوية الوازع الديني وزيادة برامج التوعية بأضرار ومخاطر المخدرات وكيفية شغل أوقات الفراغ بما يعود على النشء بالفائدة.
2. الاهتمام بمساعدة الأسرة على القيام بدورها في نشر الوعي الثقافي بها والمحافظة على استقرارها من خلال دعم البرامج الأسرية وقيام الأسرة بدورها في توعية الأبناء بكل ما يتعلق بالمخدرات والمسكرات وأضرارها وتوجيه الأبناء لاختيار أصدقائهم والاستماع لما يكون لدى الأبناء من مشكلات حتى لا يقعون فريسة لأصدقاء السوء الذين يدفعوهم للوقوع في مشكلة التعاطي لأي نوع من المخدرات .
3. الاهتمام بتنشئة الأبناء تنشئة دينية وفقاً لتعاليم ديننا الإسلامي وقيمنا العربية الأصيلة وتوعية مداركهم لما يوفره الدين من سند وأمن ذاتي للفرد ويحمه من المخدرات وغيرها من المؤثرات الحياتية الخطرة على مستقبله.
4. توفير المؤسسات العلاجية في كافة مناطق المجتمع الكويتي للمساهمة في اكتشاف حالات التعاطي والإدمان في بدايتها وتأهيل المتعاطين لمساعدتهم في التخلص من المشكلات التي يقعون فيها نتيجة لتعاطيهم للمخدرات.
5. العمل على تدعيم جهود اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات بالكويت وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية لقيامها بدورها الوقائي والعلاجي التنموي في إطار سياسة قومية للحد من انتشار تعاطي المخدرات بوجه عام في المجتمع لارتباطها بعدد من المشكلات الخطيرة والمدمرة للمدمن ولأسرته بل وللمجتمع بوجه عام .

ثانياً : مشكلة تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية

في العاشر من مارس من سنة (2009) نشرت المفوضية الأوروبية تقريرها عن أسواق المخدرات في العالم. وقد بين هذا التقرير أن جهوداً كبيرة بذلت على مدى السنوات العشر الماضية لمكافحة المخدرات: فقد وضعت سياسات كاملة لمكافحة المخدرات على مستوى العالم، وكثفت الجهود لمساعدة متعاطي المخدرات واعتمدت تدابير أكثر صرامة ضد تجار المخدرات، ولكن النتائج كانت مخيبة للآمال إلى حد كبير (European Commission، 2009) حيث لم تحو الدراسة التي استند إليها هذا التقرير أي عنصر يظهر تراجع مشكلة المخدرات على مستوى العالم في الفترة من 1998م-2007م وبصفة عامة فقد تحسن الوضع بشكل طفيف بعض البلدان الأكثر غنى في العالم، ولكنه ازداد سوءاً في بعض البلدان الأخرى إلى حد كبير خصوصاً في بعض البلدان النامية أو التي تعيش مرحلة إنتقالية. ويؤكد هذا التقرير أنه إضافة إلى أن ظاهرة المخدرات العالمية لم يطرأ عليها تحسن منذ 1998، فإنها أصبحت أكثر تعقيداً في أكثر البلدان الغربية: حيث انخفضت أسعار المخدرات بنسبة تتراوح بين 10% و30% رغم تشديد العقوبات لبائعي المخدرات مثل الهيروين أو الكوكايين.

كل المؤشرات تدل على أن الحصول على المخدر أصبح أكثر سهولة:

أصبح تعاطي القنب في أوساط الشباب في بعض البلاد الغربية شائعاً إلى حد أن نحو 50% من أولئك الذين ولدوا بعد عام 1980م، جربوا القنب على الأقل مرة في حياتهم، رغم أن الغالبية منهم يتوقف عن تعاطيه بعد أول سني البلوغ.

ولم تعد مشكلة المخدرات مقصورة على شريحة معينة مكن المجتمع تتسم بعمر معين وبمستوى ثقافي محدود، بل تفاقمت حتى أصبحت مشكلة تعاني منها كل شرائح المجتمع بمختلف مستوياتها، وقد تتادت الدول والمنظمات الدولية لمحاربة هذا العصال، واستخدمت في ذلك أساليب متنوعة: شملت تحريمها دولياً، واعتبار بيعها أو ترويجها أو تعاطيها مخالفة يستحق عليها الجاني العقاب الذي قد يصل إلى الإعدام في بعض الدول مثل المملكة العربية السعودية، كما حرصت كثيراً من المؤسسات التثقيفية على السعي الحثيث نحو نشر الوعي حول أخطار هذه الآفة ومضارها على الفرد والمجتمع والدولة.

ووفق تقرير الأمم المتحدة لعام (2008) عن ظاهرة المخدرات وصل عدد المتعاطين للمخدرات على مستوى العالم إلى (208) ملايين مدمن ومستخدم ومتعاط للمخدرات في أنحاء المعمورة (الجدول رقم 1) ويتركز التعاطي لدى المراهقين من الجنسين الذين وقعوا ضحايا هذه الظاهرة ، كما بلغ حجم الاستثمار العالمي لتجارة المخدرات قرابة (500) بليون دولار سنوياً .

وأصبحت تجارة المخدرات تمثل المرتبة الثالثة من حيث الحجم، أي تشكل ما بين (9-10%) من حجم التجارة العالمية - بعد تجارة النفط والسلاح، وهذا المؤشر يوضح أن المخدرات أصبحت خطراً عالمياً، وتحتاج إلى تضافر جميع الجهود في مواجهتها.

الجدول رقم (4) يبين عدد المتعاطين في العالم

عدد المتعاطين في العالم	العام
185.000.000 مدمن	2004/2003م
205.000.000 مدمن	2005/2004م
200.000.000 مدمن	2006/2005م
208.000.0000 مدمن	2007/2006م

واقع مشكلة المخدرات في دول الخليج العربي بصفة عامة والسعودية بصفة خاصة:

واقع الأمر أن دول الخليج العربي مثلها مثل كثير من دول العالم عرضة للتعرض لهجمة شرسة من (أباطرة وتجار ومروجي المخدرات بكافة أنواعها).

والمنتبع للواقع في الخليج العربي - من هذه الناحية يرصد الآتي:

- إنشاء عديد من حكومات دول الخليج العربي لمستشفيات متخصصة لعلاج الإدمان.
- تخصيص بعض العنابر في المستشفيات النفسية لعلاج الإدمان.
- نتيجة للطفرة المالية التي حدثت في دول الخليج العربي والتي جعلت منها سوقاً مفتوحة لكثير من الجنسيات، والتي استغل بعضها هذه الوضع (تعدد الجنسيات ومن أماكن متعددة من العالم) في ترويج المخدرات.

- إن الوفرة المالية في دول الخليج قد ساعدت الكثير من الشباب على السفر إلى الخارج، والذي يعد أحد أهم الأسباب التي تقود إلى الإدمان مع إمكانية عرض بعض المروجين في تلك الدول التي سافروا إليها من عرض المخدرات على هؤلاء الشباب وربما كان هؤلاء الشباب المسافرين إلى تلك الدول في الخارج من المراهقين.
- وجود حملات إعلامية مكثفة عبر وسائل الإعلام المختلفة تهدف إلى تبصير الجميع بأضرار المخدرات.
- قيام مؤسسات رعاية الشباب في عديد من دول الخليج العربي بتنظيم ما يسمى (بقافلة التوعية) تطوف عديد من المدن والمجتمعات السكانية للتبصير بأضرار المخدرات (خاصة في اليوم العالمي لمكافحة المخدرات).
- عقد العديد من الندوات والمؤتمرات من خلال دعوة كثير من المعنيين بأمر المخدرات والإدمان في مختلف دول العالم بهدف تبادل الخبرات في مجال الوقاية والتشخيص والمكافحة والعلاج والتأهيل.
- تشديد العقوبات على المروج والمهرب والمدمن والتي تصل في بعض إحكامها إلى الإعدام.
- نشر وسائل الإعلام لمثل هذه العقوبات حتى تكون عبرة وردعاً للآخرين أو لكل من تسول له نفسه أن يسير على هذا الدرب.
- الملايين التي تنفق سنوياً على حملات التوعية والوقاية، أو البرامج العلاجية للمستشفيات المخصصة لعلاج الإدمان أو عنايرها الموجودة في المستشفيات النفسية.

- رغم كل الجهود السابقة تسجل البيانات والإحصاءات زيادة في اعداد المتعاطين وانضمام فئات جديدة إلى التعاطي، بل دخول مواد مخدرة جديدة إلى سوق التعاطي.
- قيام العديد من دول الخليج العربي وبالطبع المملكة العربية السعودية سباقاً في هذا الأمر- إلى تشكيل جهاز حكومي خاص هي الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، إضافة إلى تجنيد عدد من الأجهزة لمساعدتها ونشر الوعي الصحي على أساس أن غزو المخدرات يعد كارثة.
- بالرغم من أن دول الخليج العربي تعد سوقاً مفتوحة لغالبية الجنسيات الأخرى ، وقريبة في نفس الوقت من أماكن إنتاج المخدرات إلا أنه لا توجد بها زراعة أو تصنيع أو إنتاج أي مواد من المواد المخدرة ولكنها(سوق مستهدف).
- أخيراً توجد خصوصية تميز دول الخليج العربي وخاصة المملكة العربية السعودية ، ووجود أماكن مقدسة للمسلمين ، يحتم دخول ملايين الأشخاص سنوياً إما لأداء العمرة (بمسمياتها المختلفة) أو لأداء فريضة الحد ولا شك أن (مافيا) المخدرات تنتهز هذه الفرص وتدس بعض عناصرها الإجرامية داخل هذه التجمعات منتهزين فرصة الزحام في بعض المواسم (خاصة عمرة رمضان وموسم الحج) وتهريب المخدرات ، مما يحتم على رجال الأمن والمكافحة درجة قصوى من اليقظة والاستتفار إضافة إلى مواجهة حيل مبتكرة لا حدود لها في التهريب والترويج. (محمد غانم، 2004)
- وتعد مشكلة المخدرات من المشكلات الاجتماعية الخطيرة التي تفتت في مختلف أنحاء العالم، وما أن وجدت في مجتمع إلا ونشرت فيه الفساد، وأحدثت فيه الفوضى، ودمرت الأخلاق، وأصبحت سبباً مباشراً في انتشار الجرائم.

ولهذا فقد أصبحت مشكلة المخدرات مشكلة عالمية الأبعاد، تشغل الناس في أنحاء الدنيا فعقدت لأجلها المؤتمرات، وأقيمت لها الندوات، وأبرمت الاتفاقيات بين الدول، وقامت الهيئات والمنظمات لمكافحة وبخاصة حينما تجاوزت المخدرات مفهوم الجريمة التقليدية لتصبح خطراً يهدد الأمن الاجتماعي في أغلب بلدان العالم المتقدمة والنامية (الزهراني، دت)

ولقد بدأ التصدي العالمي المنظم للمخدرات منذ بدايات القرن العشرين حيث عقد أول مؤتمر عالمي لمكافحة المخدرات بمدينة شنغهاي في الصين ، ولكن على الرغم من استمرار كافة أنواع المكافحة إلا أن انتشار المخدرات يزداد يوماً بعد يوم، وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية التي ترصد مثل هذه الظواهر وتتابعها (الحقيل، 1996).

أما المملكة العربية السعودية فلم تكن تعرف المخدرات إلى وقت قريب حيث أكد تقرير الأمم المتحدة عام 1975، أن المخدرات في المجتمع السعودي غير متداولة، إلا أنه نتيجة للثورة الثقافية في المواصلات والاتصالات ولكون المملكة مكان جذب لغير أهلها من القادمين للحج أو العمل، ولارتفاع دخل الفرد فيها فقد أصبحت منطقة جذب لهذه الآفة (الجهني، 1997)

دراسة الشريف (2011): العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية (دراسة ميدانية على متعاطي المخدرات في مجتمعات الأمل للصحة النفسية، وقد هدفت الدراسة إلى الوقوف على العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات وقد استخدمت المنهج الوصفي وذلك لمناسبته لطبيعة

الدراسة الحالية وتم إجراء الدراسة الميدانية على المتعاطين والمقيمين في مجتمعات الأمل بالمملكة والمتعالجين في مجموعات البرامج التأهيلية في كل من (الرياض-جدة-مكة المكرمة- القصيم - حفر الباطن- الدمام -المدينة المنورة).

أما بالنسبة لتغير المرحلة فقد اتضح من نتائج الدراسة بأن نسبة 2,46% من إجمالي عينة الدراسة لا تعمل وهي نسبة عالية، وخاصة وأن السن قد بلغ 32 عاماً، ونسبة الشباب أقل من 20 عاماً مما يؤكد أن البطالة وعدم توفر العمل يعتبر سبباً في تعاطي المخدرات.

دراسة يوسف (1997): دراسة استكشافية لدور المرشدين الطلابيين في الوقاية من تعاطي المخدرات وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الذي يقوم به أو يمكن أن يقوم به لدى تلاميذ المدارس في المملكة العربية السعودية، وقد طبقت الدراسة علي عينة قوامها (56) مرشداً طلابياً من العاملين بالمدارس الحكومية بمراحلها الثلاث (الابتدائية - المتوسطة - الثانوية)، ويتراوح المعدل العمري لهذه العينة ما بين (25) و(37) عام ، بمتوسط 29.30% وانحراف معياري 45،20، وقد تراوحت فترة عملهم بالإرشاد الطلابي ما بين ثلاثة وعشرة سنوات بمتوسط 6.4 وانحراف معياري 1.9، قد اعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة للدراسة الحالية، وقد أوضحت النتائج وجود نقص واضح في معلومات المرشدين الطلابيين حول موضوع المخدرات بصفة عامة، واعتمادهم على الوسائل المتخصصة من كتب ومؤلفات علمية ورغم شعور هؤلاء المرشدين بحيوية وأهمية موضوع الوقاية من تعاطي المخدرات وضرورة مساهمتهم فيه، ورغم بعض ما لديهم من توجيهات إيجابية نحو العوامل التي تساعد على

تحسين وممارسة دورهم في هذا المجال، فإنهم يعتقدون ان وضعهم الراهن وإعدادهم الحالي لا يمكنهم من ممارسة دورهم بفاعلية في هذا المجال، ويعزون ذلك إلى نقص في الإعداد العلمي ونقص الخبرة العملية بموضوع الوقاية بصفة عامة ومن المخدرات بصفة خاصة، وهو ما يحتم ضرورة إعادة النظر في إعداد وتأهيل هؤلاء المرشدين، ووضع البرامج والدورات التدريبية المناسبة لمساعدتهم في المشاركة في جهود الوقاية داخل نطاق عملهم، وكذلك النظر في إعداد المرشدين الجدد الذين لم يلتحقوا بالعمل فيما بعد، بحيث يصبح إعدادهم للمساهمة في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات جزءاً لا يتجزأ من إعدادهم وتأهيلهم المهني.

دراسة العريني (2007): دور المدارس الثانوية في منطقة الرياض في نشر الوعي للحد من تعاطي المخدرات (دراسة ميدانية) وقد هدفت الدراسة إلى:- التعرف على أساليب التوعية بأضرار المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض.

التعرف على أهم الوسائل المستخدمة للتعامل مع الطلاب الذين تبدو عليهم آثار استخدام المخدرات.

التعرف على أي من العاملين في المدرسة يباشر حالة الطلاب الذين تبدو عليهم آثار استخدام المخدرات.

التعرف على الأوقات التي يكثر فيها وضوح آثار المخدرات على الطلاب.

التعرف على المواد المخدرة الأكثر شيوعاً بين الطلاب في حالة ظهور آثار المخدرات عليهم.

وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي ، وذلك لوصف الواقع عن طريق استفتاء أفراد البحث وتحليل استجاباتهم التي تصف المشكلة ويتناسب هذا المنهج وطبيعة مشكلة البحث.

وقد تكون مجتمع الدراسة من جميع مديري المدارس الثانوية العامة والحكومية بالإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة الرياض، وعددهم (76 مديراً) (إدارة التربية والتعليم بالرياض، 2007)

وقد تكونت عينة الدراسة من نصف مجتمع الدراسة عشوائياً ليتم تطبيق أداة الدراسة عليهم، وقد وزعت أداة الدراسة على مديري المدارس الثانوية التي تم اختيارهم بحيث تكون العينة موزعة على مراكز الإشراف التربوي بالرياض (تسعة مراكز) وقد تم توزيع (38) استفتاء أعيد منها (29) وتم استبعاد (3) لعدم صلاحيتها للتحليل ليبقى العدد (26) استفتاء لعينة البحث.

وقد اعتمدت الدراسة على الاستفتاء كأداة للدراسة وقد توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى: أن الأساليب المستخدمة في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض في التوعية بأضرار المخدرات جاءت بالترتيب التالي:-

م	الأسلوب	المتوسط الحسابي	الترتيب
1	استخدام برامج الحاسب الآلي في التوعية.	53.1	10
2	استخدام الإنترنت المباشر	30.1	12 مكرر
3	عرض أفلام الوثائقية	73.1	8
4	استخدام البث المباشر من القنوات الفضائية	07.1	14
5	التعامل مع الطلاب بالصدقة والأخوة	34.2	2

وأن الوسائل المستخدمة في التوعية بأضرار المخدرات جاءت بالترتيب التالي:-

م	الأسلوب	المتوسط الحسابي	الترتيب
1	توجيه الطالب الفردي ونصحه	73.2	1
2	إبلاغ ولي أمره	35.2	2
3	تحويله إلى مستشفى الأمل	42.1	4
4	إبلاغ الشرطة	31.1	5
5	علاجه في المدرسة	58.1	3

وقد اتضح من خلال نتائج الدراسة أن ترتيب المباشرين للطلاب في حالة التعرف على أحد منهم عليه آثار المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض كالتالي:-

م	الأسلوب	المتوسط الحسابي	الترتيب
1	مدير المدرسة	1.69	3
2	أحد الوكلاء	2.11	2
3	المرشد الطلابي	2.77	1
4	المعلم	1.50	4

أما فيما يتعلق بترتيب المواد المخدرة الأكثر شيوعاً بين الطلاب في حالة ظهور آثار المخدرات عليهم فكانت كالتالي:

م	المادة المخدرة	المتوسط الحسابي	الترتيب
1	الكبتاجون	14	1
2	الحشيش	11	2
3	التشفيط	4	3
4	العرق	3	4
5	الكولونيا - القات - التبناك	1	5

كذلك أفادت إجابات الدراسة على السؤال المتعلق بالملاحظات التي أبدوها حول المخدرات في المدارس الثانوية بمنطقة الرياض كالتالي:-

1. ضرورة التعاون بين إدارة مكافحة المخدرات ومستشفى الأمل والمدارس.
2. عقد دورات تدريبية للمرشدين الطلابيين في المدارس الثانوية للتعرف على حالات المخدرات.
3. تكثيف الدوريات حول المدارس الثانوية وخاصة أيام الاختبارات.
4. بين أحد المديرين أن هذه الظاهرة قليلة جداً في مدارسنا.
5. هناك تهاون من إدارة مكافحة المخدرات في موضوع القات.
6. وجوب زيادة المعارض المخصصة للمكافحة.
7. أن يكون هناك تعاون سري بين المدارس الثانوية وإدارة مكافحة المخدرات.
8. زيادة عدد المرشدين الطلابيين في المدارس الثانوية.
9. الانتباه الشديد ودقة الملاحظة للمعلمين في المدارس لأنه قد يكون منهم من يستخدم المخدرات.
10. تكثيف التوعية الموجهة لأولياء الأمور في هذا الجانب.
11. إنشاء جمعية أهلية مسمى (جمعية حماية الشباب من المخدرات)

وقد توصلت الدراسة إلى التوصيات التالية:-

1. الوضوح والشفافية في معالجة مشكلة المخدرات في المدارس الثانوية.
2. التعاون التام بين إدارة مكافحة المخدرات والمدارس الثانوية في الخطط الوقائية وتبادل المعلومات.
3. محاصرة داء الكبتاجون والحشيش لكثرة تكرارهما في المدارس الثانوية حسب رأي مديرها والتصدي لهذا الداء وبيان أضراره الجسيمة.

4. إقامة الدورات التدريبية للمرشدين الطلابيين في المدارس الثانوية للتعرف على آثار تعاطي المخدرات على الطلاب.
5. الإفادة من المنهج الدراسي لعرض أضرار المخدرات في مواد التربية الوطنية والتعبير، وغيرها.
6. إدخال مفاهيم صحية خلال المناهج الدراسية لتحقيق الصحة السلوكية.
7. التعاون مع أولياء أمور الطلاب في مواجهة هذا الداء وطرح هذه المواضيع في المجالس المدرسية ومجالس الآباء والمعلمين.
8. تغيير نظام الاختبارات الحالي بنظام آخر يحفظ الطلاب داخل المدارس لحين نهاية اليوم الدراسي المعتاد في الأيام العادية.

ثالثاً: مشكلة تعاطي المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة:

في الواقع أن العوامل التي تساعد على انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في الإمارات تتداخل وتتشابك، ومن الخطأ إرجاعها إلى سبب واحد فمنها ما يعود للدولة ومنها ما يعود للفرد نفسه وللبيئة التي يقطنها ، ولعل من أهم العوامل الموقع الاستراتيجي للدولة وقربها من الدول المصدرة والمنتجة للمخدرات، وطول سواحلها، وكذلك لدي تعدد المناطق الجبلية والبحرية وضعف الرقابة على هذه المناطق إلى تسهيل الأمر على المهريين في إدخال المخدرات إلى الدولة.

ومجتمع دولة الإمارات كان يتميز بالاستقرار في عاداته وتقاليده وعلاقاته الاجتماعية القوية، ولكن نتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثورة التكنولوجية (بعد ظهور النفط) وما صاحب هذه التغيرات من الانفتاح على العالم الخارجي وتوافد العمالة الأجنبية إلى الدولة وتعدد جنسياتها مصطحبة معها قيمها وعاداتها المغايرة والمسببة للعديد من السلوكيات والانحرافات التي لم تكن موجودة من قبل بالإضافة إلى تفاقم واستفحال المشكلات التي كانت موجودة والتي بدورها أثرت على اتجاهات الشباب وقيمهم مثل السرقة والاعتصاب وتعاطي المخدرات والكحوليات وغيرها من السلوكيات المنحرفة .

أما الأسباب التي قد تعود للفرد نفسه فهي متجددة منها ضعف الوازع الديني والفرغ وضعف الشخصية التي يسهل التأثير عليها، ومصاحبة أصدقاء السوء والفضول وحب التقليد فبعض المراهقين يحاولون تقليد الكبار في أفعالهم مثل التدخين وتعاطي المخدرات اعتقاداً منهم أنه من خلال ذلك يمكن إثبات رجولتهم، والأمر الذي يساعدهم في ذلك توفر المال لديهم مع توفر المادة المخدرة في السوق.

وللمشكلات الاجتماعية التي يعيشها الفرد دور في دفعة إلى التعاطي اعتقاداً منه بأن المخدرات تساعد في نسيان مشاكله وهمومه وأيضاً يعتقد بعض الشباب أن المخدرات تساعد على زيادة القدرة الجنسية وتزيد القدرة على الاستذكار والتحصيل والتركيز من خلال تناول بعض المنبهات مثل حبوب (الكبتاجون و الإيفيتامين)، التي تقلل الحاجة إلى النوم.

دراسة برهوم (1997) حول اتجاهات طلبة المدارس الثانوية في مجتمع الإمارات نحو تعاطي المخدرات، وقد تكونت عينة الدراسة من (730) طالبا وطالبة من مختلف إمارات الدولة، وجاءت نتائج الدراسة على النحو التالي :

1- مصادر المعلومات:

تبين أن التليفزيون المصدر الرئيسي للحصول على المعلومات لدى كلا الجنسين. واحتلت الصحف والمجلات المرتبة الثانية، يلي ذلك الزملاء، والمصدر الرابع هو الفيديو، أما المصدر الأخير للحصول على المعلومات فهو الأسرة.

2- المعرفة بأنواع المخدرات:

تبين أن لدى الطلبة من كلا الجنسين علم ومعرفة بأنواع المخدرات ابتداءً بالهيروين والحشيش والأفيون والكوكايين، بالإضافة إلى اعتبار كل الجنسين أن الغراء تعد مادة مخدرة وأيضاً الحبوب المنومة.

والملاحظ وجود فروق واضحة لصالح الذكور عن الإناث ويعزي السبب في ذلك إلى تعدد مصادر معلومات الذكور بسبب انفتاحهم على الحياة الاجتماعية بشكل أكبر مما هو متاح للإناث.

3- المعرفة بمصدر المتعاطين على المخدرات:

تبين أن المروجين هم المصدر الرئيسي للحصول على المخدرات، وفي المرتبة الثانية يأتي الحصول على المخدر من خارج الدولة ن ثم يأتي الزملاء، يلي ذلك الصيدلة كمصدر من المصادر، هذا وقد نفى كلا الجنسين أن يكون الطبيب مصدراً من مصادر الحصول على المخدرات .

4- معلومات الطلبة عن انتشار الظاهرة :

بينت النتائج أن نسبة (14.5) من الذكور يعرفون زميلاً لهم يتعاط في المدرسة، وقد ارتفعت النسبة إلى (37) عند سؤالهم عن معرفتهم بأفراد يتعاطون خارج المدرسة، وانخفضت النسبة لدى الإناث بالنسبة لمعرفتهم بزميلة تتعاط داخل المدرسة ولكن ارتفعت النسبة في حالة معرفتهم بأفراد يتعاطون خارج المدرسة، وقد أجاب بنسبة (29) من الذكور بأن هناك مشكلة تعاطي في المدرسة بينما أجابت (11) من الإناث بالإيجاب على هذا السؤال .

5- أسباب التعاطي:

أ - أسباب تتعلق بالأسرة: ارتفعت نسبة موافقة كلا الجنسين على إن أسلوب التدليل الزائد يدفع بالفرد إلى تعاطي المخدرات، وفي المرتبة الثانية طلاق الأم كسبب من أسباب التعاطي، وفي المرتبة الثالثة تعاطي أحد أفراد الأسرة للمخدر. وتتقارب النسب في تعدد الزوجات ووفاة أحد الوالدين لدى الجنسين، ولكن يوجد فرق واضح يكاد يصل إلى الضعف بين نسب الذكور والإناث في الخلافات العائلية

وكذلك وجد الفرق في تغيب الأب عن المنزل، وقد ترجع هذه الفروق بين كلا الجنسين إلى قرب الإناث من الأسرة واطلاعهن على قضاياها .

ب - أسباب تتعلق بالمجتمع: احتل أصدقاء السوء أعلي النسب من حيث الأسباب التي تدفع بالفرد إلى التعاطي، وفي المرتبة الثانية توفر المال، ثم وقت الفراغ وجاء في المرتبة الرابعة سهولة الحصول علي المخدر وبعدها الرغبة في التجريب والمرتبة الأخيرة الإصابة بالمرض والفشل الدراسي.

6- المشكلات الناتجة عن التعاطي:

هناك عدة مشكلات تنتج عن التعاطي منها المشاكل الأسرية في المرتبة الأولى وانحراف الزملاء، أما فقدان فرص العمل فقد احتل المرتبة الثالثة ثم الإساءة لسمعة العائلة، والتأخر الدراسي، وجاء في المرتبة الأخيرة تدهور صحة المتعاطي.

7- سلوك الطلبة تجاه التعاطي:

- موقف الطلبة من المتعاطين: بلغت نسبة نصح المدمن بالعلاج المرتبة الأولى ثم نصحه بالالتزام بالدين ونصحه بالتوقف عن التعاطي.
- نظرة الطلبة للمتعاطي: كانت نظرة أغلبية الطلبة لمتعاطي المخدرات أنه شخص مريض يحتاج إلى العلاج. ويلي ذلك بأنه محتاج إلى تقديم المساعدة وفي المرتبة الثالثة ينظر الطلبة إلى المتعاطي نظرة عطف وشفقة، أما التجنب والازدراء فقد حازا على المرتبة الأخيرة.

دراسة النعيمي وآخرون (1997): حول مدى انتشار المواد المؤثرة في الأعصاب في دولة الإمارات العربية المتحدة، والتي طبقت علي (1594) طالباً وطالبة من مختلف المراحل التعليمية في الدولة، **كانت نتائج الدراسة كالتالي :**

- الذكور غير مواطنين أكثر الفئات تدخيناً للسجائر وشرباً للكحوليات والإناث المواطنات الأكثر تعاطياً للمهدئات والمنومات، بالنسبة للمنشطات وتعاطي الشيشة والمخدرات كانت بنسبة أكبر بين فئة الذكور المواطنين.

- تدخين السجائر أعلى لدى طلاب التقنية من مراحل الإعدادي والثانوي والجامعي وتليه مرحلة الثانوي، وتبين أن إناث المرحلة الثانوية أكثر تدخيناً للسجائر ، بينما توصلت الدراسة كذلك إلى أن ذكور المرحلة الثانوية يشيع لديهم تعاطي المهدئات ويليهام المرحلة الإعدادية ثم الجامعية، وبالنسبة للإناث فالمهدئات تنتشر في المرحلة الثانوية. أما المنشطات فهي تنتشر عند ذكور المرحلة الثانوية وبالنسبة للإناث تنتشر عند المرحلة الإعدادية، أما إناث الثانوية لديهن تعاطي المنومات وكذلك بالنسبة للذكور بالإضافة إلى طلاب الجامعة.

أما الفئات التي جربت تعاطي المخدرات فتأتي في المرحلة الأولى ذكور الإعدادي ثم الجامعة ثم الثانوي، وبالنسبة للإناث فأكثر الفئات تركزت في المرحلة الإعدادية. أما تجربة شرب الكحوليات فقد شاعت بين ذكور الثانوي فالجامعة ثم الإعداد وتندعم التجربة عند ذكور التقنية، أما الإناث اللاتي جرين شرب الكحوليات فوجد أن إناث التقنية أعلى الفئات تليها الثانوية فالإعدادية.

- بالنسبة لعمر بدء التعاطي توصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة الكلية قد جربوا الكحوليات والمخدرات في سن مبكرة (13) سنة، وتأخر سن تعاطي المنومات إلى (15) سنة.

- اتضح أن أكثر مناسبات التدخين للسجائر والشيشة ، عندما يكون الفرد بصحبة أصدقائه ثم للتجربة ثم في حفلة أو رحلة، أما أكثر المناسبات تعاطي الأدوية المهدئة والمنشطة والمنومة هي الآلام الجسمية التي يعاني منها أفراد العينة الأرق وكثرة السهر فالتعرض للضغوط النفسية أو الاجتماعية.

- تبين أن أهم أسباب التوقف عن تعاطي المخدرات هو أنها ضارة صحيا ولأسباب دينية، أما التوقف عن تعاطي الأدوية فأسبابه زوال سبب تعاطيها لأول مرة ثم الخوف من الإدمان عليها، وبالنسبة للتوقف شرب الكحوليات يرجع إلى نصح الآخرين بالتوقف عن تعاطيها ولأسباب دينية، أما أسباب الاستمرار في التعاطي فهي عدم زوال الأسباب التي أدت إلى تعاطيها لأول مرة وكذلك الشعور بالراحة.

- بالنسبة لسعي أفراد العينة وكيفية الحصول علي المواد المخدرة تبين أن (45.1%) من متعاطي الأدوية سعوا بأنفسهم إلى تعاطيها مقابل (54.9%) قدم لهم بواسطة أفراد وأقر (20%) من متعاطي المخدرات أنهم سعوا إليها بأنفسهم في مقابل (80%) قدم لهم بواسطة أحد الأفراد، وبالنسبة للكحوليات أقر (45%) أنهم سعوا إليها بأنفسهم في مقابل (55%) قدمت لهم من قبل أحد الأشخاص .

- بالنسبة لكمية التعاطي تبين أن (28.4%) من متعاطي الأدوية (مهدئات - منشطات - منومات) يتعاطونها بانتظام يومي ن مقابل (47.4%) يتعاطونها كل أسبوع فقط و (24.2%) كل شهر.

- توصلت الدراسة إلى أن مصادر سماع أفراد العينة عن المواد المؤثرة في الأعصاب كانت من خلال الإذاعة التلفزيون ثم الصحف والمجلات فالأصدقاء فالأقارب.

أما مصادر الرؤية فهي الفنادق والصيدليات ثم الأقارب وأخيرا الجيران (النعيمي وكمالي، 1997)

دراسة البريمي (2002): أثر الخصائص الديموغرافية الاجتماعية علي اتجاهات الشباب نحو ظاهرة المخدرات في دولة الإمارات وقد هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات الشباب نحو هذه الظاهرة سواء السلبية والإيجابية وذلك من خلال :

* التعرف علي مصادر معرفة الشباب للمخدرات .

* التعرف علي واقع المخدرات بالجامعة من خلال مصادر حصول الطلاب علي المخدرات، أماكن التعاطي والأسباب التي تدفع بهم إلى ذلك بالإضافة إلى معرفة موقف الطلبة من التعاطي وعملية التعاطي وأيضاً محاولة المبحوث تجربة المخدرات ومدى مساهمة الطلبة بأنشطة تساهم في التقليل من حدة المشكلة .

وقد تم تطبيق الاستبيان علي عينة من (918) طالباً وطالبة من عدة جامعات بالدولة:

وخلصت الدراسة إلى عدة نتائج منها:

* احتلت المرحلة الإعدادية المرتبة الأولى في حصول المبحوث علي معلومات عن المخدرات.

* الغالبية العظمي من المبحوثين أقروا بأن وسائل الإعلام هي المصدر الرئيسي في الحصول على المعلومات الخاصة بالمخدرات.

* أقر أغلب المبحوثين أن الأماكن المعتادة للتعاطي بين الطلبة هي السيارات.

* تبين أن الهيروين أكثر أنواع المخدرات انتشاراً بين الطلبة، وأن أكثر طرق التعاطي المتبعة هي الحقن

* هذا بالإضافة إلى العديد من النتائج الهامة التي توصلت إليها الدراسة والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل المسؤولين.

دراسة عامر والمعتصم (2002): سوء استخدام المواد المخدرة والمؤثرات العقلية "دراسة إحصائية"

وقد تناولت هذه الدراسة مشكلة سوء استخدام المؤثرات العقلية (مشكلة المخدرات)، عالمياً وعربياً ومحلياً، خصص الجزء النظري منها لدراسة أنواع المخدرات وأماكن إنتاجها وتأثيرها علي المتعاطين جسدياً ونفسياً واجتماعياً والأضرار الناجمة عنها المتعلقة بالفرد المتعاطي أو أسرته والمجتمع المحيط به.

ولإظهار حجم المشكلة عالمياً وعربياً تناولت الدراسة وجهة نظر الخبراء العاملين في مجال مكافحة سوء استخدام المؤثرات العقلية وبيّنت من خلال الجداول الإحصائية حجم هذه المشكلة وتطورها خلال الفترة الماضية. وانصب الجانب التطبيقي للدراسة على حجم مشكلة المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة والتطور التاريخي والكمي لهذه المشكلة، حيث بيّنت الدراسة بالتحليل الإحصائي الوصفي حجم هذه الجرائم ومرتكبيها وتصنيفها والكميات المضبوطة وذلك خلال الفترة من عام 1974م إلى عام 2001 م .

وخلصت الدراسة إلى إن هناك ارتفاع مضطرد في عدد جرائم المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحد، وأحتل المواطنون المرتبة الأولى بعدد جرائم المخدرات، شكلت جرائم التعاطي ما يقارب من نصف هذه الجرائم. يليهم في المرتبة الثانية الإيرانيون ثم الباكستانيون، وتركزت جرائمهم علي الاتجار والتهرب ولخصت الدراسة كذلك إلى أن الموقع الجغرافي لدولة الإمارات المجاور لدول المثلث الذهبي والهلال الذهبي في آسيا مناطق إنتاج المخدرات والوفرة الاقتصادية يجعل منها هدفاً مهماً لتجار المخدرات.

تحليل ظاهرة المخدرات في دولة الإمارات إحصائياً:-

مما لا شك فيه أن الطفرة الاقتصادية التي حدثت في دولة الإمارات والناجئة عن اكتشاف النفط، قد ولدت الكثير من الآثار الاجتماعية المغايرة لقيم المجتمع وعاداته والتي كانت نتاج عدم قدرة المجتمع على ملاحقة التطورات السريعة ودخولها في مصاف الدول الغنية مما نتج عنه انتشار المخدرات بين الشباب بسبب ضعف الوازع الديني لديهم وتغير قيمهم ومعتقداتهم تأثراً بما تبثه الوسائل الإعلامية من سموم بالإضافة للدور الذي تلعبه الجنسيات الآسيوية والأوروبية في ترغيبهم وتسهيل الطرق أمامهم في الحصول على المخدرات .

وفيما يلي عرض لمظاهر انتشار ظاهرة المخدرات بالدولة بناء على البيانات الصادرة عن وزارة الداخلية بدولة الإمارات وأقتصر التحليل على الفترة (1998 - 2002) والذي سيتم من خلاله تناول النقاط التالية:

أولاً: قضايا المخدرات بالدولة حسب الإمارة:

احتلت إمارة دبي المرتبة الأولى من حيث عدد القضايا التي ضبطت فيها فقد بلغ إجمالي (2088) قضية منذ عام 1998 - 2002 م فهي قد زادت من (194) قضية في عام 1998 إلى (584) قضية في 2002 أي بزيادة وقدرها (390) قضية.

وقد يرجع السبب في ذلك إلى انفتاح إمارة دبي على العالم الخارجي وتنوع الجنسيات فيها، بالإضافة إلى زيادة الجهود المبذولة من رجال المكافحة لضبط المهريين والمروجين للمخدرات وأيضاً متعاطيها .

أما أمارة الشارقة وأبو ظبي فقد كان الفرق في إجمالي عدد القضايا بينهما بسيطاً، فقد بلغ الإجمالي في إمارة الشارقة (555) قضية منذ 98 - 2002 إما إمارة أبو ظبي فقد بلغ إجمالي عدد القضايا (505) قضايا.

أما بالنسبة لبقية الإمارات فعدد قضايا المخدرات تقل فيها، وقد يرجع ذلك إلى قلة الجنسيات المختلفة نظراً لتركزهم في إمارة دبي والشارقة لأن هاتين الإمارتين تشكلان عنصراً جذاباً للجنسيات لما يتمتعان به من توسطهما الدولة وانفتاحهما على العالم الخارجي وازدهار النشاط التجاري والاقتصادي فيهما، ويتبين ذلك من الجدول رقم (5).

جدول (5) قضايا المخدرات بالدولة حسب الإمارات 1998-2002
التقرير الجنائي السنوي - الإدارة العامة للأمن الجنائي، وزارة الداخلية

السنوات الإمارة	1998	1999	2000	2001	2002
أبوظبي	61	90	98	124	132
دبي	194	266	425	619	584
الشارقة	65	78	108	047	157
رأس الخيمة	28	32	43	49	55
عجمان	35	41	18	42	51
أم القوين	29	19	12	21	9
الفجيرة	16	18	19	21	18
المجموع	428	544	723	1023	1006

ثانياً : قضايا المخدرات بالدولة حسب الغرض من الحيازة :

بلغ إجمال قضايا المخدرات بالدولة (3642) قضية من الفترة 98 - 2002 م.

زادت قضايا المخدرات المضبوطة منذ عام 98 والتي بلغت (362) قضية إلى (1004) في عام 2002، وقد يرجع السبب في هذه الزيادة إلى تكثيف الجهود المبذولة من قبل رجال المكافحة للقضاء علي هذه الآفة، وأيضاً زيادة عدد المتعاطين والمروجين للمخدرات، وذلك يوضح الجدول (6).

جدول (6)

قضايا المخدرات بالدولة حسب الإمارة من 1998 - 2002

السنوات القضايا	1998	1999	2000	2001	2002
تهريب وحيازة	106	258	313	437	397
اتجار وترويج	75	71	139	142	144
تعاطي	141	156	242	428	445
استنشاق مواد متطايرة	40	46	27	14	16
زراعة	-	-	1	2	2
المجموع	362	531	722	1023	1004

وبلغ إجمالي عدد المواطنين المتهمين في قضايا المخدرات من الفترة 1998-2002م، (2506) مواطن وهم يمثلون نسبة 44% من إجمالي المتورطين علي مدى الخمس سنوات، ففي عام 1998 بلغ العدد (305) أشخاص زاد إلى (726) في عام 2001 أي بزيادة وقدرها (421) ثم عاد وانخفض إلى (660) شخصاً بفارق وقدره (66) وهذه النسبة تعد نسبة كبيرة جداً لمجتمع يدين بالإسلام ويتمسك بالعادات والتقاليد الأصلية، مما يعني سقوط الكثير من المواطنين والوافدين والانزلاق في هاوية المخدرات نتيجة للأساليب والمخططات المتبعة من قبل عصابات تهريب المخدرات لاستدراجهم إلى هذا المستقع .

أما بالنسبة للأجانب المتورطين في قضايا المخدرات فقد بلغ عددهم (2539) شخص بنسبة 44.6% ففي عام 1998 بلغ عددهم (256) شخصاً وزاد إلى (663) في عام 2001 بزيادة وقدرها (407) أشخاص ثم قل إلى (658) في عام 2002 بفارق وقدره خمسة أشخاص وتشير الإحصاءات إلى أن أغلب الأجانب المخدرات متهمين بالتهريب والجلب والترويج للمخدرات بين فئة الشباب المواطنين ، ويتضح ذلك من الجدول رقم (7) المتورطين في قضايا المخدرات.

جدول (7)

المتهمون في قضايا المخدرات حسب الجنسية من 1998-2002

السنوات الجنسية	1998	1999	2000	2001	2002	المجموع	النسبة
مواطنون	305	348	467	726	660	2506	44%
عرب	95	95	137	166	144	437	11.2%
أجانب	256	405	557	663	658	2539	44.6%
المجموع	656	848	1161	1555	1462	5682	100%

ثالثاً : المتهمون في قضايا المخدرات حسب الفئة العمرية :

بلغ إجمالي عدد المتهمين في قضايا المخدرات طبقاً للفئة العمرية من (15 - 20) سنة (478) شخصاً بنسبة 8% وزاد العدد من (71) في عام 1998 إلى (129) شخصاً في عام 2002، وذلك بزيادة (58) شخصاً .

كما بلغ إجمالي عدد المتهمين في قضايا المخدرات للفئة العمرية من (21 - 30) سنة (2758) شخصاً بنسبة 46% فقد كان عدد المتهمين في عام 1998 (378) شخصاً ثم ارتفع إلى (718) شخصاً في 2001 أي بزيادة وقدرها (340) شخص ثم عاد وانخفض قليلاً وبلغ (710) بفارق ثمانية أشخاص فقط في عام 2002، أما الذين يندرجون تحت الفئة العمرية (أكثر من 30) سنة فقد بلغ إجمالي عددهم (2593) شخصاً ففي عام 1998 بلغ عددهم (270) شخصاً ثم زاد إلى (721) في عام 2002 بزيادة وقدرها (451) شخصاً

ومن الجدول الأخير نجد أن نصف المتورطين في قضايا المخدرات بنسبة 46% من الشباب وفي الفئة العمرية (21-30) والتي تتميز بالقدرة علي العطاء والتعلم والإنتاج وهذا يعد مؤشراً خطيراً لان المجتمع يعتمد علي الشباب في الكثير من الأمور التي تساهم في بناء الدولة ورقها وإذا بقي الأمر علي ما هو فإن ذلك سيؤثر سلباً علي الدولة كما تبدو المشكلة في أن هناك نسبة 8% من صغار السن يقعون في الفئة العمرية (15-20) سنة وهذا يعني أن ظاهرة المخدرات قد استقلحت في مجتمع الإمارات وأنها غدت ظاهرة شبابية بالدرجة الأولى، ويتضح ذلك من الجدول رقم (8) .

جدول (8)

المتهمون في قضايا المخدرات حسب الجنسية من 1998-2002

السنوات الفئة العمرية	1998	1999	2000	2001	2002	المجموع	النسبة
20-15	71	75	87	116	129	478	%8
30-21	378	384	568	718	710	2758	%46
أكثر من 30	270	388	522	692	721	2593	%43
غير معروف	4	21	33	32	43	133	%2
المجموع	723	868	1210	1558	1603	5962	%100

المراجع والمصادر

- المراجع العربية:
- الجعفري، ابتسام (2002). السائقون وظاهرة المخدرات (دراسة على عينة من شباب السائقين).
- حسن، أحمد حسين (2002) العوامل المهيئة لتعاطي المخدرات بين السائقين الشباب وظاهرة المخدرات، دراسة على عينة من شباب السائقين.
- الفار، أحمد شوقي وآخرون (1984) مشكلة تعاطي المخدرات. جامعة قطر. الدوحة.
- الأصفر، أحمد عبد العزيز (2004) عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض .
- عكاشة، أحمد (1982) طلاب الجامعة الناجحين والراسبين الذين يستخدمون المخدرات،(من كتاب: الادمان: أضراره - نظريات تفسيره - علاجه - دراسة عبر ثقافية بين المدمنين في مصر ودول الخليج العربي، محمد حسن غانم؛ و محمود السيد ابو النيل، 2005)
- الأمم المتحدة (1991) اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988. منشورات الأمم المتحدة. نيويورك.
- عبد الجواد، انعام (2000). المسح الشامل لظاهرة تعاطي و ادمان المخدرات المرحلة الاولى "دراسة استطلاعية على نزلاء السجون في القاهرة الكبرى.

- الشربيني، إيمان طه (2004). المخدرات و الإدمان و كيفية حدوثه و تأثيراته و مشاكله. مجلة الأمن العام (المجلة العربية لعلوم الشرطة بوزارة الداخلية ، مصر).
- مكي، التهامي (1981) "ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب المغربي"، مجلة الدفاع الاجتماعي، المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي، العدد 12.
- موسى، جابر بن سالم، وآخرون(1989) المخدرات، الأخطار والمكافحة والوقاية والعلاج . دار المريخ للنشر. الرياض.
- يوسف، جمعة سيد (1997) دراسة استكشافية لدور المرشدين الطلابيين في الوقاية من تعاطي المخدرات لدى تلاميذ المدارس في المملكة العربية السعودية، المجلة العربية للعلوم الإنسانية المجلد (15) العدد(58) مجلس النشر العلمي. جامعة الكويت.
- يوسف، جمعة سيد (2003). الوقاية من تعاطي المخدرات .
- عبد المنعم، الحسين (1991). انتشار تعاطي المواد النفسية بين عمال الصناعة في مصر دراسة مقارنة بين العمال المهرة وغير المهرة. المجلة الاجتماعية القومية. (عدد خاص: تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الاعصاب بين عمال الصناعة).
- الحسيني، رباب (2006). المجلد الثالث العدد الثاني، ثقافة المخدرات في منطقة ابو قتادة (المخدرات والشباب في مصر).
- عبداللطيف، رشاد أحمد (1992) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات: تقدير مصطفى سويف: "المسوح الميدانية كأداة علمية لتقدير حجم مشكلة

- المخدرات وخطورتها"، مجلة الأمن والقانون، كلية شرطة دبي، المجلد 2، العدد 2. دبي.
- عبداللطيف، رشاد أحمد (1994) "الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات"، المجلة العربية للدراسات الأمنية. العدد 7. الرياض.
- عبداللطيف، رشاد أحمد (1994) الجوانب الاجتماعية للسياسة الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية، العدد 7، الرياض.
- مصلح، سامي (1995) رحلة في عالم المخدرات. دار البشير للطباعة والنشر. القاهرة.
- المغربي، سعد (1986) تعاطي المخدرات. المشكلة والحل . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
- سليم، سلوى على (1989) اثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات (من كتاب: الادمان: اضراره-نظريات تفسيره- علاجه- دراسة عبر ثقافية بين المدمنين في مصر ودول الخليج العربي، محمد حسن غانم؛ ومحمود السيد ابو النيل، 2005)
- سلمان، سليم (2000). التعاطي والادمان بين العمال (دراسة ميدانية)- المجلة الاجتماعية و الجنائية - ع1.1ع - مج 43.
- تميم، ضاحى خلفان (1997) "دور الشرطة في علاج وتأهيل المدمنين التائبين"، ندوة رؤية تكاملية لمواجهة الإدمان على المخدرات. 25-26 فبراير. دبي.
- الدمرداش، عادل وآخرون(1982) حول استعمال وسوء استعمال الأدوية

- والعقاقير. إدارة البحوث الاجتماعية والجنائية مجلس الوزراء، الكويت.
- سويف، مصطفى وآخرون(1981) المخدرات والشباب في مصر، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.
 - صادق، عادل (1999) الإدمان له علاج . مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع. ط2. القاهرة.
 - عبد الله، عادل علي (1989). علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين(دراسة نفسية واجتماعية).
 - الحميدان، عايد علي (1998) " تأثير المخدرات على الأسرة والمجتمع"، المؤتمر العلمي الأول حول الدين والأسرة لوقاية الشباب من تعاطي المخدرات: 16-18 مارس. الكويت .
 - الشريف، عبد الإله محمد (2011) العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية (دراسة ميدانية على متعاطي المخدرات في مجتمعات الأمل للصحة النفسية ورقة مقدمة للمؤتمر العالمي نحو استراتيجية فعالة للتوعية بأخطار المخدرات (الرياض)
 - العطيفي، عبد الحكيم (1986) الإدمان. الزهراء للإعلام العربي. القاهرة.
 - السواس، عبد الحلیم أحمد (2001). المخدرات مفسدات التوازن الحيوي في الانسان. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب. السعودية: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية .
 - بن حسين، عبد العزيز بن محمد أحمد (2002). العوامل المجتمعية المعوقة لإعادة التكيف النفسي- الاجتماعي لدي المتعافي من إدمان المخدرات. مجلة البحوث الأمنية (مركز البحوث و الدراسات بكلية الملك

- فهد الأمنية، الرياض، السعودية).
- خليفة، عبد اللطيف؛ والمشعان، عويد سلطان (2003) تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت" دراسة وبائية".
 - منصور، عبد المجيد (1986) الإدمان، أسبابه ومظاهره وللوقاية والعلاج. مركز أبحاث مكافحة الجريمة. الرياض.
 - العريني، عبدالعزيز عبدالله (2007) دور المدارس الثانوية فى منطقة الرياض فى نشر الوعي للحد من تعاطى المخدرات (دراسة ميدانية) ندوة دور المؤسسات التربوية فى الحد من تعاطى المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية 2-4/4/2007. الرياض.
 - عبدالمنعم، عفاف: الإدمان - دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1998) .
 - محمد، علي الدين السيد (1988). دور الاسرة فى رعاية الناقهين من ادمان المخدرات.
 - بسيوني، فؤاد (1988) ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
 - يونس، فيصل (1991). بعض مصاحبات التجريب المتعدد للمواد النفسية. المجلة الاجتماعية القومية. (عدد خاص : تعاطى المواد النفسية المؤثرة فى الاعصاب بين عمال الصناعة).
 - جمعة، مايسة محمد عبد الحميد (1995). مفهوم الذات لدى متعاطى المواد المؤثرة فى الاعصاب لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة.

- المجالس القومية المتخصصة (1985) تقرير عن المخدرات في مصر. القاهرة.
- المجلس القومي لمكافحة الإدمان (2003) التقرير السنوي-استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات. القاهرة.
- السلكاوي، محمد (1991). بعض المتغيرات المتصلة بمنشأ ظاهرة تعاطي المخدرات بين عمال الصناعة في مصر. المجلة الاجتماعية القومية (عدد خاص: تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الاعصاب بين عمال الصناعة).
- غانم، محمد حسن (1996). الديناميات النفسية للاحتياجات/ الضغوط ومركز التحكم لدى مدمني المخدرات دراسة مقارنة.
- غباري، محمد سلامة (1991) الإدمان، أسبابه ونتائجه وعلاجه. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية.
- جوهر، محمد موسى (1988) نموذج ديني مقترح في خدمة الفرد لتفسير وعلاج مشكلة ادمان المخدرات من وجهة نظر الدين الإسلامي.
- المخدرات: خفض الطلب. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.
- أبوالنصر، مدحت محمد (1998) مشكلة تعاطي المخدرات في الإمارات"، مجلة الأمن والقانون، كلية شرطة دبي، السنة 6، العدد 2. دبي.
- فتحي، مديحه مصطفى (1988). دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات الاجتماعية لإدمان المخدرات (دراسة بنادي الدفاع الاجتماعي بمحافظة كفر الشيخ).
- مرزوق، مرزوق عبد المجيد، 1990، أسباب تعاطي المخدرات والمسكرات

- في أوساط الشباب - دراسة نفسية على هدى القران والسنة(من كتاب: الإدمان: إضراره - نظريات تفسيره - علاجه- دراسة عبر ثقافية بين المدمنين في مصر ودول الخليج العربي، محمد حسن غانم؛ و محمود السيد أبو النيل، 2005).
- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (2000) المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات. المرحلة الرابعة. المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. الجيزة.
- النجار، مساعد يعقوب: أسباب تعاطي المخدرات - دراسة مسحية (الكويت: وزارة الداخلية، إدارة البحوث والدراسات، بالإدارة العامة للتخطيط والتنظيم، 1994).
- سويف، مصطفى (1990) الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.
- سويف، مصطفى (1992). دراسة بعنوان تعاطي المواد المؤثرة في الاعصاب بين الطلاب.
- سويف، مصطفى (1993) "مشكلة المخدرات بنظرة علمية"، مجلة الأمن والقانون، كلية شرطة دبي. المجلد 1. العدد 1. يناير. دبي.
- سويف، مصطفى (1996). المخدرات والمجتمع (نظرة تكاملية). سلسلة عالم المعرفة. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.
- سويف، مصطفى، وآخرون (1986) تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية بمدينة القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.

- سويف، مصطفى، وآخرون (1994) نماذج استعمال المخدرات بين الطلاب والعمال في مصر. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.
- سويف، مصطفى (1990) الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.
- سويف، مصطفى، وطه؛ هند، بدر؛ خالد، السلكاوي؛ محمد، عامر؛ أيمن (1999) تعاطى المواد المؤثرة في الاعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة (دراسات ميدانية في الواقع المصري) - تدخين السجائر بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة المصرية (بنين).
- علي، ممدوح مختار (1998) مذكرة في الإدمان والاعتماد على المخدرات. كلية شرطة دبي.
- حسين، منصور (1982). المشكلات المرتبطة باستخدام العقاقير بين طلاب المدارس والوسائل التربوية للوقاية منها.
- ثابت، ناصر (1984) المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات. مكتبة ذات السلاسل. الكويت.
- المرواني، نايف محمد ، 1994، الإدمان والمدمنون- دراسة نفسية اجتماعية (من كتاب: الإدمان: إضراره- نظريات تفسيره- علاجه- دراسة عبر ثقافية بين المدمنين في مصر ودول الخليج العربي، محمد حسن غانم؛ و محمود السيد ابو النيل، 2005).
- نعيمة شاطر مبارك طاحوا: أسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المسجونين الكويتيون، مجلة دراسة في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 17، الجزء الأول،

- القاهرة: أكتوبر 2004، ص ص 305-334.
- آل خليفة، نورة إبراهيم (2009). فاعلية علاج المدمنين في مملكة البحرين (دراسة تقييمية). رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان.
 - القشقش، هبة (1996) علاقة سمات الشخصية بإدمان المخدرات. من الدراسة التوثيقية للدكتورة نجوى الفوال، التقرير الثاني.
 - وزارة الداخلية (1995) أسباب تعاطي الشباب للمخدرات وأضرارها. الإدارة العامة للتخطيط والمعلومات. الكويت.
 - وزارة الداخلية (1996) بحث ميداني حول الأسباب الاجتماعية والنفسية لارتكاب جرائم العنف في دولة الكويت. إدارة البحوث والدراسات. الكويت.
 - وزارة الداخلية (2005) التقرير السنوي للإدارة العامة لمكافحة المخدرات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. القاهرة.
 - وزارة الداخلية (2012) المخدرات في دولة الكويت: الأسباب والوقاية والعلاج. الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. الكويت.
 - وزارة الداخلية: أسباب تعاطي الشباب للمخدرات وأضرارها (الكويت: الإدارة العامة للتخطيط والمعلومات، 1995).
 - وزارة الداخلية: بحث ميداني حول الأسباب الاجتماعية والنفسية لارتكاب جرائم العنف في دولة الكويت (الكويت: إدارة البحوث والدراسات 1996).
 - وزارة العمل والشئون الاجتماعية (1990) المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة . وزارة العمل والشئون الاجتماعية. دبي.
 - التونسي، يزيد محمد (1987) المخدرات وأضرارها على الفرد والمجتمع وطرق الخلاص منها. جامعة الملك عبد العزيز الرياض.

المراجع الانجليزية:

- Bowker, J.B. : Education for Primary Prevention in Social Work (N.Y.: Council on social Work Education ، 1983) pp. 2-4.
- Hess, L. Jason; R.; R.Felner (1987) Prevention : Toward a Multi-Disciplinary Approach (N.Y : The Haworth Press ،Inc. ،pp. 1-3.
- Schuckit, M. (1979) Drug and Alcohol Abus (N.Y. :Plenum Medical Book co. p.3.
- Martin Bloom : Primary Prevention: The Possible Science (N.J: Prentice Hall ،1981) pp. 303 – 304.
- El Nasr, Medhat M.Abo & Martin Read: "How Many People should I Talk ? The classic Problem of Appropriate Sample Size in Survey Size in survey Research" ،Research Guide Series ،Social Research Unit ،series 4. Univ. of Wales ،1991 ،pp. 1-10.
- Blum, Richard H. and others : The Role of the Family in the Origin and Prevention of Drug Risk (Sam Francisco : Jossey Bass ،1972) pp. 37- S.K. Chatterjee(1987) Can Demand for Illicit drugs Be Reduced? Journal of Narcotics ،Vol. 39 ،No.2 ،pp. 309-310.
- Blum, Richard H. and others : The Role of the Family in the Origin and Prevention of Drug Risk (Sam Francisco : Jossey Bass ،1972) pp. 15-16.
- Chatterjee, S.K. (1987) Can Demand for Illicit drugs Be Reduced? Journal of Narcotics ،Vol. 39 ،No.2 ،pp. 309-310.
- WHO(1973) Drug and Alcohol Dependence (Geneva : WHO Publications.

Further readings

1. **Illicit Drugs: Social Impacts and Policy Responses** , UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT , UNRISD Briefing Paper No. 2, World Summit For Social Development November 1994.
2. **The SOCIAL IMPACT OF DRUG ABUSE**, by UNDCP, (Copenhagen, 6-12 March 1995).
3. **Drugs and development: The global impact of drug use and trafficking on social and economic development**, Merrill Singer, International Journal of Drug Policy 19 (2008) 467–478.

DRUG POLICY, CRIMINAL JUSTICE AND MASS IMPRISONMENT, Bryan Stevenson , Working Paper

4. Prepared for the First Meeting of the Commission, Geneva, 24-25 January 2011.
5. **Drugs and Society**, Glen Hansen, et al, Jones & Bartlett Publishers, Aug 31, 2011 - 618 pages
6. **THE SOCIAL & ECONOMIC IMPACT OF DRUG USE ON FAMILIES: A QUALITATIVE INSIGHT.** United Nations Office on Drugs and Crime
7. **DRUGS IN THE FAMILY: THE IMPACT ON PARENTS AND SIBLINGS**, Marina Barnard, 26 April 2005 .
8. **SOCIAL CONTEXT AND PERCEIVED EFFECTS OF DRUGS ON SEXUAL BEHAVIOR AMONG INDIVIDUALS WHO USE BOTH HEROIN AND COCAINE.**
Kopetz CE, Reynolds EK, Hart CL, Kruglanski AW, Lejuez CW.
9. The impact of drugs on family well-being. Drugnet Ireland, Issue 20, Winter 2006 . pp. 15-16., Keane, Martin.
10. **Social Drugs and Breastfeeding** Handling an issue that isn't black & white, Denise Fisher
MMidPrac, RN, IBCLC.

Bibliography:

11. Australian Institute of Health and Welfare. *National Drug Strategy Household Survey 1998*. [Online]. Available: <http://www.aihw.gov.au/publications/health/ndshs98.html>
12. Astley S, Little R 1990. Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicol teratol* 2(12) 161-168

13. Cobo E, 1973. Effect of different doses of ethanol on the milk-ejecting reflex in lactation women. *Am J Obst Gynecol* 115 817-821.
14. Hale T 1999. *Medications and Mothers' Milk* 8th ed, Pharmasoft Medical Publishing, Texas
15. Howard C, Lawrence R 1998. Breast-feeding and drug exposure. *Obs Gynec Clin of Nth Am* 25(1) 195-217.
16. Liston J 1998. Breastfeeding and the use of recreational drugs – alcoholism, caffeine, nicotine and marijuana. *Br Review* 6(2) 27-30.
17. Little RE 1989. Maternal alcohol use during breastfeeding and infant mental and motor development at one year. *New Engl J Med* 321 425-430
18. MacMahon, J 1997. Perinatal Substance Abuse: The impact of reporting infants to child protective services. *Pediatrics* 100(5) e1. Available: <http://www.pediatrics.org/>
19. Makkai T, McAllister I 1998. Patterns of drug use in Australia 1985 – 1995. *National Drug Strategy* [Online] Available: <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/patterns.pdf>
20. Maza P, et al 1998. Maternal Lifestyles Study. Caretaking environment and stability of substanceexposed infants at one month corrected age. *An NY Acad Sc* 846, 358-361.
21. Mennella J 1998. Short-term effects of maternal alcohol consumption on lactational performance. *Alcohol Clin Exp Res*, 22(7) 1389-1392.
22. Mennella J, Beauchamp G 1992. The transfer of alcohol to human milk. *Br Review* 2(6) 286-290.
23. Minchin M 1991. Smoking and breastfeeding: An overview. *J Hum Lact* 7(4) 183-188.
24. Poinsett, PM re Bi-Valley Medical Clinic studies – personal communication Schulte P 1995. Minimising alcohol exposure of the breastfed infant. *J Hum Lact* 4(11) 317-319.
25. Wiemann C, DuBois J, Berenson A, 1998. Racial/Ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. *Pediatrics* 101(6) e11. Available: <http://www.pediatrics.org/>
26. . Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study.

Newcomb, Michael D.; Bentler, Peter M.

Journal of Abnormal Psychology, Vol 97(1), Feb 1988, 64-75. doi: [10.1037/0021-843X.97.1.64](https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.1.64)