

## تعاطى المخدرات بين الشباب المصريين

### مبادئ أساسية لمشروعات الوقاية<sup>(\*)</sup>

#### مقدمة:

تعتبر مشكلة تعاطى المخدرات على جانب كبير من الأهمية، كما أنها على درجة عالية من التعقد، بالنسبة للفرد والمجتمع.

وتبدو أهميتها بالنسبة للمواطن الفرد فى كونها - إذا تمكنت منه - فإنها تمس حياته الشخصية والاجتماعية من جميع جوانبها، فهى تمس علاقته بنفسه من حيث صورته فى نظر نفسه، ومن حيث تحديد اهتماماته وأهدافه التى تملك عليه وجدانه وعقله. كما تمس الصلة بينه وبين عائلته، صورته أمام زوجته وأبنائه ونوع الأثر الذى يتركه فيهم، وقد يمتد هذا الأثر فى أبنائه ليشمل عددا من أجيالهم المتوالية. وكذلك تتدخل هذه المشكلة فى التأثير على علاقته بالقانون، وبالأجهزة القائمة على تطبيقه ابتداء بأجهزة مكافحة وانتهاء بالسجون. وأخيرا فإن هذه المشكلة تمس - وبشكل حاسم فى كثير من الأحيان - مستقبل المواطن الفرد، ولا تقتصر على تشكيل حاضره، فهى ترسم له دورا فى الحياة هو دور «المدمن»، كما أنها قد تؤدى به إلى السجن ومن ثم يصبح من أرباب السوابق، وفى بعض الحالات تدفعه بطرق غاية فى التعقد، (بالنسبة للفرد وللمجتمع) دفعا إلى أن يصير من الموزعين والمهريين.

وتتمثل أهمية المشكلة بالنسبة للمجتمع فى أنها تحيط به وتمسه فى جميع جوانبه الرئيسية، وأوضح هذه الجوانب هو أمن المجتمع، فما دام فعل التهريب أو الاتجار أو الحيازة أو التعاطى مجرمًا فارتكاب أى واحد من هذه الأفعال يعتبر

(\*) الأمن العام (القاهرة) ١٩٨٥.

المطلوبة للعلاج والوقاية والتوجيه، كما يهتم المجتمع الدولي بوضع الاتفاقيات الدولية التي تنظم التعامل بين الدول حول هذه المواد: ومن أشهر الإنجازات فى هذا الصدد «الاتفاقية الوحيدة للعقاقير المخدرة، لسنة ١٩٦١»، و«اتفاقية المواد النفسية، لسنة ١٩٧١». ثم هناك هيئة خبراء بحوث تعاطى المخدرات المشكّلة فى رحاب هيئة الصحة العالمية، وما تصدره من تقارير فنية متلاحقة، ثم هناك المؤتمرات الدولية التي لا تنقطع، فى جميع أنحاء العالم، شرقا وغربا.

### دراسات مصرية:

فى هذا السياق يأتى اهتمامنا بإجراء عدد من البحوث الميدانية على قطاعات مختلفة من مجتمعنا المصرى، وقد كان ولا يزال الهدف الرئيسى لهذه الدراسات تكوين صورة للمشكلة أقرب ما تكون إلى واقعها: بحيث يتحدد فى هذه الصورة حجم المشكلة ومعالمها الرئيسية.

ولا سبيل فى هذا المقال المحدود إلى عرض هذه الدراسات جميعا، فإذا كان القارئ مهتما بالوقوف على تفصيلاتها فىإمكانه الرجوع إلى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية حيث تتوفر المنشورات العلمية عن نسبة كبيرة منها. وفى الوقت نفسه يجب التنبيه إلى وجود دراسات أخرى جادة، تمت خارج نطاق المركز القومى للبحوث، مثل الدراسة التى قام بها الأستاذ الدكتور سعد المغربى، ونشرتها دار المعارف، والدراسة القانونية التى أجراها ونشرها العميد الدكتور محمد فتحى عيد حول تعاطى المخدرات فى القانون المصرى والقانون المقارن.

أما فى هذا المقال فسوف نقتصر على ذكر بعض النتائج التى توصلنا إليها فى سياق دراستين وبائيتين أجريناها فى السنوات القليلة الماضية على مجموعات كبيرة من طلاب المدارس الثانوية العامة (عدد = ٥٥٣٠ طالبا)، والمدارس الفنية المتوسطة (عدد = ٣٦٨٦ طالبا)، وتقع جميعا فى نطاق مدينة القاهرة الكبرى وسنركز اهتمامنا فى بيان ما يمكن أن يكون لهذه النتائج من أهمية فى رسم السياسات ووضع البرامج الوقائية.

ونرجو أن يتاح لنا فى المستقبل القريب تقديم مقالات أخرى نعرض فيها للقارئ العربى عدداً آخر من الحقائق عن مدى انتشار التعاطى بين هذا القطاع من الطلاب وبين قطاعات أخرى من الشباب .

### معنى الوقاية :

ومادام الهدف الرئيسى لهذا المقال هو بيان كيف يكون التخطيط للبرامج الوقائية على ضوء نتائج الدراسات العلمية الميدانية للتعاطى فليزنا هنا أن نقدم للقارئ تحديداً مبسطاً لمعنى الوقاية .

تعرف مشروعات أو برامج الوقاية (بالنسبة لمجالات الصحة والصحة النفسية والاجتماعية جميعاً) بأنها أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسباً لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسباً لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلاً، ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لحدوث المشكلة، أو التعقيدات، أو كليهما .

فالتدابير التى نتخذها للحيلولة دون إقدام قطاعات معينة من الشباب على تدخين السجائر تعتبر مشروعات أو أجزاء من مشروعات وقائية، والإجراءات التى نتخذها للحيلولة دون إقدام مدخنى السجائر على تدخين الحشيش تعتبر كذلك إجراءات وقائية، الأولى للإعاقة الكاملة لظهور مشكلة التعاطى بين الشباب (تعاطى النيكوتين وهو المادة المؤثرة فى الأعصاب عن طريق تدخين السجائر)، والثانية للإعاقة الجزئية حتى لا تتفاقم مشكلة قائمة فعلاً وهى تدخين السجائر فتتطور إلى تعقيدات إضافية بأن تمتد إلى تعاطى الحشيش كذلك . وقد تكون هذه التدابير طبية، أو تربوية، أو قانونية، أو اقتصادية .

وإكمالاً لمعنى الوقاية يفرق الخبراء بين ثلاث درجات منها، هى :

الوقاية الأولية، أو الوقاية من الدرجة الأولى، ويقصد بها إجراءات الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلاً . والوقاية الثانوية، ويقصد بها الإجراءات التى نتخذها للحيلولة دون ظهور تعقيدات جديدة لمشكلة نسلم بوجودها فعلاً .

والوقاية من الدرجة الثالثة، ويشار بها إلى الإجراءات التي نتخذها حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور، كأن نعالج المدمن حتى يبرأ من إدمانه، ثم نتخذ تدابير معينة للحيلولة دون انتكاسه إلى التعاطى والإدمان من جديد.

هذا هو معنى الوقاية، وهذه هي مستوياتها الثلاثة المتفق عليها بين الخبراء. ومن المفيد أن تكون هذه الأفكار واضحة في ذهن القارئ وهو يناقش ما تنطوى عليه نتائج البحوث الميدانية من إحياءات فيما يتعلق بالمشروعات والسياسات الوقائية، فليس المهم أن نضع أية خطط أو مشروعات للوقاية، لكن المهم أن تكون الخطط والبرامج التي نقترحها قابلة للتنفيذ، أو مضمونة الكفاءة إلى حد معقول.

### كفاءة البرامج الوقائية:

لكي تكون برامج الوقاية من تعاطى المخدرات على درجة معقولة من الكفاءة أو الفعالية يجب أن تتوفر لها عدة شروط. غير أننا لن ندخل في حديث مفصل عن هذه الشروط جميعا، ولكننا سنكتفى بتقديم شرطين هما الحد الأدنى فيما يجب أن يتوفر، وكلاهما يتعلق بالأهداف التي توضع هذه البرامج من أجل تحقيقها: الشرط الأول هو أن تكون هذه الأهداف محددة بقدر الإمكان. والشرط الثاني أن تكون واقعية.

وتكون الأهداف محددة إذا كان مستوى الوقاية المطلوبة (من الدرجة الأولى أو الثانية أو الثالثة) معلوما ومنصوصا عليه صراحة منذ البداية، في عقول واضعي البرامج، وفي البرامج نفسها، وإذا كانت الشريحة الاجتماعية المستهدفة من هذه البرامج محددة منذ البداية أيضا، وإذا كانت المادة المخدرة المقصود الوقاية من تعاطيها محددة كذلك منذ الخطوة الأولى.

بعبارة أخرى، البرامج الوقائية بالغة التعميم التي لا تقصد أصلا إلى تحقيق مستوى معين من الوقاية، ولا تستهدف جمهورا بعينه، ولا مادة مخدرة على وجه الخصوص، لا جدوى منها.

وتكون الأهداف واقعية بقدر ما يُدخل واضع البرنامج مجال العوامل الرئيسية التي يتبين من الدراسات السابقة أنها تتدخل في ظاهرة التعاطى سلبا أو إيجابا . كأن يدخل في حسابه الدوافع التي تدفع المتعاطين إلى بدء التعاطى أصلا، وإلى الاستمرار فيه، وإلى العودة إليه بعد محاولات فاشلة للانقطاع عنه، والعوامل النفسية والاجتماعية التي تساعد على ذلك .

ومعنى هذا أنه لا يمكن لأية برامج وقائية يراد لها أن تكون مجدية أن تقوم على فراغ . لا بد لهذه البرامج أن تعتمد على دراسات سابقة تكشف عن حقيقة الدوافع والعوامل المنشطة للتعاطى أو المعوقة له . ولا بد أن تعرف هذه الدوافع والعوامل على حقيقتها، أى كما هى فى نفوس البشر المتعاطين وفى ظروف واقعهم الذى يحيونه، لا كما يتخيلها البعض ممن يحلو لهم أن يتصوروا أنهم يعرفون كل شىء ويستطيعون الكلام والإفتاء فى كل شىء . وقد آن الأوان لكى يعرف ويعترف ذوو النوايا والتمنيات الطيبة وحدها أنها لا تجدى فى تحقيق الوقاية من التعاطى . وأن التعاطى ليس مجرد نوع من الخروج على الآداب العامة، أو من الجريمة، أو من المعصية الدينية، ولكنه سلوك بشرى يتم تحت ضغط دوافع وبتشجيع من عوامل معينة، وأنه لا بد من المعرفة العلمية الدقيقة لكى تقام برامج وقائية مجدية فعلا . وأن ما خلا ذلك فهو تبديد للمال والطاقة، بل وربما ليس تبديدا فحسب، لكن له آثارا جانبية تضاف أضرارها إلى الأضرار الأصلية التي تترتب على التعاطى والإدمان .

خلاصة القول أن كفاءة البرامج الوقائية تعتمد على توفر شروط متعددة، أهمها شرطان يتعلقان بأهداف هذه البرامج: أن تكون هذه الأهداف محددة، وأن تكون واقعية .

وفيما يلى نتحدث عن بعض نتائج البحوث الوبائية المصرية، ومضامينها بالنسبة للوقاية .

### بعض نتائج البحوث الميدانية:

١ - من بين النتائج الهامة التي تكرر ظهورها فى عدد من بحوثنا تحديد العمر

الذى يغلب أن يبدأ فيه التعاطى، فهو ما بين سن ١٥ سنة و١٧ سنة. هذا هو العمر الذى يغلب أن يبدأ الشاب عنده تدخين السجائر<sup>(١)</sup>، وتعاطى الأدوية النفسية (أو ما يسمى عادة بالمواد المخلقة)، والمخدرات الطبيعية (كالحشيش والأفيون)، وشرب الكحوليات. وقد تكرر أمامنا ظهور هذه الحقيقة، بالنسبة لتلاميذ المدارس الثانوية، والمدارس الفنية المتوسطة، وفى دراسات على شرائح أخرى من المجتمع المصرى أجريناها فى الستينات وفى السبعينات. كما ظهرت لنا حقيقة أخرى تشير إلى تناقص ملحوظ فى أعداد الشباب الذين يبدأون التعاطى بعد سن العشرين، وتناقص شديد فى أعداد الذين يبدأون بعد سن ٢٤ سنة، وندرة فيما يتعلق بالبدء بعد سنة ٣٠ سنة. هذه الحقائق مجتمعة تقدم لنا مؤشرات بالغة الأهمية فيما يتعلق بتحديد من نسميهم بالجماعات الهشة، أى الجماعات المعرضة لخطر البدء فى هذا الداء، وهو التعاطى. وبديهي أن هذه الجماعات يجب أن تعتبر الهدف المقصود من برامج الوقاية الأولية، أو الوقاية من الدرجة الأولى.

وتنطوى هذه النتيجة على اعتبارات لا يمكن التقليل من شأنها، نجملها فيما يلي:

أولاً: لا فائدة من تقديم برامج للوقاية الأولية إلى رجال فوق سنة ٣٠ سنة.

ثانياً: إذا نظرنا من الزاوية الخاصة بأفضل عائد يعود علينا من برامج الوقاية الأولية فمن أهم الشروط التى يجب أن تحقق أن توجه هذه البرامج إلى من تقع أعمارهم فى الفترة من ١٥ سنة إلى ١٧ سنة أو قبيلها بقليل (وهى فترة التلمذة فى المدارس الثانوية، أو بدءاً من السنة النهائية فى التعليم الإعدادى، وما يعادل ذلك فى شرائح الشباب من غير الطلاب).

٢ - كذلك من الحقائق التى أسفرت عنها البحوث أن الشباب يبدأون خطواتهم الأولى فى التعاطى بمرحلة يمكن أن نسميها بالمرحلة التجريبية. فهم يجربون هذه

(١) يعتبر النيكوتين أحد المواد النفسية، أو المؤثرة فى الأعصاب، ولذلك ندخله فى حسابنا فى هذه الدراسات.

المغامرة، مرة أو بضع مرات، ثم تراجع عنها نسبة كبيرة منهم، والذي يبقى ويواصل التعاطى هو دائما نسبة محدودة تتراوح بين ٢٥٪ و ٣٥٪ من مجموع من أقبلوا على المغامرة. وقد تبين لنا أن هذه النسبة ثابتة فى حالة جميع المواد النفسية، أى السجائر، والأدوية المخلقة، والمخدرات الطبيعية، والكحوليات.

والاستنتاج المهم الذى نقيمه على هذه الحقيقة هو استنتاج خاص بتكلفة البرامج الوقائية، إذ تظل هذه التكلفة داخل حدود معقولة لأن الجمهور الذى نوجهها إليه جمهور محدود نسبيا وليس كل الجمهور الذى تكشف عنه الدراسات الوبائية ممن جربوا التعاطى ولو مرة واحدة.

وفى الوقت نفسه هناك استنتاج آخر لا يقل عن ذلك أهمية، إذ يضيف بُعدا جديدا للتخطيط الذكى للبرنامج الوقائى: مؤداه أننا لكى نقلل من أعداد المتعاطين المواطنين أو الدائمين الذين سيدخلون الميدان فى المستقبل القريب لابد من أن نعمل منذ البداية على تقليل عدد المتعاطين المجربين، أى لابد لنا من أن نبتكر الوسائل والأساليب التى من شأنها أن تقلل من الإقبال على مغامرة التجريب أصلا. وهنا مجال واسع لاجتهاد الاجتماعيين والتربويين والقانونيين، وكل من يعنيه مستقبل الشباب فى مجتمعنا.

٣ - وهناك حقيقة تكشف لنا فى بحوثنا أيضا. فقد تبين لنا أن نسبة تتراوح بين ٢٪ و ١٠٪ ممن لا يتعاطون ولم يجربوا التعاطى هم فى حقيقتهم مستعدون لخوض التجربة إذا أتاحت لهم الفرصة. ومعنى ذلك أن أقدامهم ليست راسخة فى العزوف عن التعاطى والنفور منه. وأعلى هذه النسب المستعدة للمغامرة موجودة فيما يتعلق بالأدوية المخلقة، وأقلها موجود فيما يتعلق بالمخدرات الطبيعية.

وتنطوى هذه النتيجة على مؤشر هام بالنسبة للمعنيين بشئون الوقاية، إذ أنها تشير إلى ضرورة إعادة النظر فى تحديد جماعات الشباب المعرضين لأخطار التعاطى، أو من نسميهم بالجماعات «الهشة». فعلى ضوء هذه الحقيقة لم يعد

يكفى لمخططي السياسات الوقائية أن يعرفوا مقدما نوعية وعدد الذين أقبلوا على المغامرة ولو مرة واحدة، بل لابد لهم من أن يعرفوا شيئا عن حجم هذه النسبة المحدودة المسترة داخل غير المتعاطين والتي هي مستعدة للمغامرة إذا ما سنحت لها الفرصة.

٤ - حقيقة أخرى رابعة تبينها في دراساتنا وهي تتعلق بالأراء والمعتقدات الشائعة حول المخدرات. فقد وجدنا أن حوالي ١٠٪ من عينات الطلاب التي درسناها تعتقد أن تعاطي الأدوية المخلفة مفيد حتى ولو كان ذلك بدون إذن الطبيب. وهناك نسبة تتراوح بين ٢٪ و ٥٪ تعتقد الاعتقاد نفسه بالنسبة للمخدرات الطبيعية. ويلاحظ أن من يعتقدون ذلك ليسوا من المتعاطين فقط، بل أن بعضهم من الشباب غير المتعاطين.

والاستنتاج الرئيسي الذي نقيمه على هذه الحقيقة هو أن واضعي البرامج الوقائية يلزمهم أن يضعوا ضمن مخططاتهم نشر المعلومات العلمية التي تجمع بين الأمانة العلمية وبين التبسيط، عن الآثار القريبة والآثار البعيدة لتعاطي هذه المواد المخدرة. وغنى عن القول أن هذه المعلومات يجب أن تنشر بصورة شديدة الاتزان بحيث لا تثير حب الاستطلاع الذي يحفز إلى التجريب، ولا تدعو إلى فرع مبالغ فيه فتحفز من يتلقاها إلى التشكك في صدقها.

٥ - ومن النتائج المهمة التي توصلنا إليها وجود علاقة إيجابية قوية بين دخول الشباب فعلا في تجربة التعاطي وبين مقدار تعرضهم لموضوعات تتعلق بالمخدرات (سواء بالسماع أو بالرؤية أو بالقراءة... إلخ). فقد وجدنا أن متعاطي جميع المواد النفسية (سواء أكانوا يتعاطون مادة واحدة أو أكثر من مادة نفسية واحدة معا) تعرضوا أكثر من غير المتعاطين لأنواع شتى من هذه الموضوعات. فهم سمعوا عن المخدرات أكثر مما سمع غير المتعاطين، وأتيح لهم أن يروا هذه المخدرات أكثر مما أتيح لغير المتعاطين، كما أنهم عرفوا أصدقاء وكان لهم أقرباء يتعاطون المخدرات أكثر بكثير مما توفر لغير المتعاطين.

هذه النتيجة تلقى على عاتق مخططي برامج الوقاية مهمة ضمن مهامهم المتعددة، خلاصتها أن ينظروا فى كيفية الإقلال من تعرض الشباب لهذه المثيرات المرتبطة بالمخدرات .

ومن الجدير بالذكر فى هذا الصدد أن أحد المصادر الهامة لهذه المثيرات وسائل الإعلام . وقد ورد ضمن نتائجنا التى وصلنا إليها أن الراديو والتلفزيون والسينما تأتى فى مقدمة المصادر التى يتعرض الشباب من خلالها لتلك المثيرات، وتأتى بعد ذلك الجرائد اليومية والمجلات الأسبوعية، وفى المرتبة الثالثة يأتى الأصدقاء وزملاء الدراسة، وأخيراً يأتى الجيران والأقارب .

والتعليق الواجب هنا أنه إذا جاز لنا أن نقف مكتوفى الأيدى أمام مسألة تعرض الشباب للمثيرات من خلال أصدقائهم وزملائهم وجيرانهم وأقاربهم، فلا يجوز ذلك عندما نفكر فى تعرضهم للمثيرات التى تنصب عليهم من خلال وسائل الإعلام .

لابد من مواجهة السؤال المناسب هنا فوراً وبأمانة: كيف السبيل إلى ترشيد وسائل الإعلام فى هذا الصدد؟

أما بعد، فقد ذكرنا خمس نتائج فقط، من بين نتائج البحوث الميدانية المصرية التى أجريناها فى موضوع تعاطى المخدرات بين الشباب . وهى جميعاً تنير الطريق إلى وضع البرامج الوقائية فى هذا الصدد. غير أن هذه النتائج الخمس ليست سوى أمثلة على ما يمكن للدراسات الوبائية (أو المسحية) أن تقدم لكل من يعينهم أمر الوقاية من تعاطى المخدرات فى مجتمعنا . وهناك أعداد كبيرة من نتائج أخرى توصلنا إليها وتعتبر مؤشرات على الطريق إلى السياسات الوقائية .

فقد وجدنا مثلاً، أنه يمكن القول بوجه عام أن المناسبات الاجتماعية التى تدعو إلى تعاطى الحشيش والكحوليات تختلف عن المناسبات التى تدفع إلى تعاطى الأدوية المخلقة، الأولى مناسبات سارة، والثانية مناسبات تنطوى على كثير من المشقة النفسية . فإذا صح هذا فقد وجب على مخططي برامج الوقاية أن يكونوا

على علم مقدما بما هي المواد المخدرة التي يوجهون برامجهم للوقاية من تعاطيها .  
ووجدنا أيضا أن المتعاطين الشبان الذين فحسناهم ينقسمون من حيث خبراتهم  
فى بدء التعاطى إلى فئتين: فئة لعبت فى خبرة البدء هذه دورا سلبيا، فقد  
تعرضوا لضغوط من المحيطين بهم (أصدقاء أو أقرباء . . . إلخ) وانحصر دورهم  
فى الاستجابة لهذه الضغوط، فبدأوا التعاطى، وهؤلاء هم الغالبية .

ولكن هناك فئة أخرى تتراوح بين ٥٪ فى حالة المخدرات الطبيعية و ٤٠٪ فى  
حالة الأدوية المخلقة قاموا بدور إيجابى، فقد بذلوا جهدا إيجابيا فى سبيل  
معايشة خبرة التعاطى . هاتان فئتان مختلفتان من الناحية النفسية، ولا يجوز لنا أن  
نطمس الفروق بينهما . وبالتالي لابد من أن نحسب حساب هذين النموذجين،  
وليس نمودجا واحدا، عند إعداد البرامج الوقائية .

وهناك حقائق أخرى كثيرة غير ما ذكرنا، والبحوث البوائية وسائر البحوث  
العلمية فى هذا الميدان كفيلا بالكشف عن المزيد .

ولكن الشيء الذى نلح عليه فى هذا المقال هو ضرورة المبادرة بالإفادة من هذه  
الحقائق فى وضع سياسات وقائية فعّالة .