المسوح الميدانية كأداة علمية لتقدير حجم مشكلة المخدرات وخطورتها(*)

مقدمة:

يحتاج المعنيون فى أى مجتمع، سواء فى ذلك المجتمعات المتقدمة أو النامية، إلى أدوات وأساليب علمية للوصول إلى تقدير دقيق لحجم مشكلة المخدرات فى مجتمعاتهم، ومدى تعقدها؛ لأن هذه المعرفة هى الخطوة الأولى التى لا غنى عنها، لوضع السياسة اللازمة والمناسبة للتصدى لمشكلة المخدرات بشقيها الرئيسيين: العرض، والطلب. ولما كانت هذه المشكلة لم تترك مجتمعا فى العالم كله فى الوقت الحاضر لم تصبه بآثارها، فقد أصبح الجميع بحاجة إلى الدراية بهذه الأدوات والأساليب، وإلى توفير طواقم العاملين الملمين بالمعلومات المتعلقة بها، والمدربين على استخدامها بكفاءة تضمن الحصول بوساطتها على الخدمة المتوقعة فى أفضل صورة ممكنة.

وجدير بالذكر أن مشكلة المخدرات (من حيث العرض) قد بلغت فى الوقت الحاضر درجة عالية من التعقد ضاعفت من خطورتها، إذا ما قورن وضعها الآن بما كان عليه منذ عشرين أو ثلاثين عاما؛ ففى خلال هذه المدة كثرت المعامل المشبوهة وانتشرت فى مناطق كثيرة من العالم، بما فى ذلك منطقة الشرق الأوسط العربى، وظهرت فى الأسواق غير المشروعة مواد مخدرة بصورة تسمح لها بدرجة عالية من الفاعلية مع انخفاض فى الثمن مصحوب بدعاية نافذة (من هذا القبيل الكوكايين فى صورته الجديدة المسماة الكراك)، كما راجت أنواع لا آخر لها من

(*) مجلة الأمن والقانون (دبى) ١٩٩٤.

المواد الدوائية المحدثة للإدمان، هذا بالإضافة إلى المواد الطيارة، أو ما يعرف أحيانا باسم المذيبات العضوية التى تثير مشكلة غير مسبوقة فيما يتعلق بكيفية وضعها تحت سيطرة القانون.

وقد أسهمت الأحداث السياسية العالمية التى وقعت خلال الفترة الزمنية نفسها (التى نحن بصدد الحديث عنها) فى زيادة تعقد المشكلة واستشرائها؛ من هذا القبيل انهيار بعض النظم السياسية، وما صحب ذلك من تفكك لبعض الدول، وانتشار للقلاقل التى تكشف عن نفسها فى أشكال عدة، لعل أخطرها بالنسبة لموضوعنا الهجرات الجماعية، والصراعات العرقية والدينية. وقد ارتبط هذا كله بتنشيط لم يسبق له مثيل فى تجارة المخدرات متشابكة مع تجارة السلاح. ولما كان العالم كما نشهده جميعا قد أصبح الآن (نتيجة للثورة المعاصرة فى مخترعات المواصلات والاتصالات) شبيها ببلدة صغيرة، فقد أصبح من المتعذر إن لم يكن من المحال أن تحدث فى بعض أركانه هذه الأحداث الجسام دون أن تكتوى بنارها سائر الأركان.

ولم يكن من المتوقع، ولا من المعقول، أن ينشط جانب العرض من مشكلة المخدرات ويتضخم ويتشعب على هذا النحو الذى ألمحنا إليه دون أن يقترن به تنشيط مكافىء للجانب الخاص بالطلب. وفعلا، تشير التقارير والدلائل إلى تزايد أعداد المتعاطين لمعظم أنواع المواد النفسية الإدمانية فى كثير من بلدان العالم، وإلى امتداد ظاهرة التعاطى لتنفذ إلى شرائح عمرية مبكرة لم تكن لتصل إليها من قبل (الأولاد أقل من ١٢ سنة). وإلى تزايد أعداد النساء المتعاطيات (ومن ثم المدمنات)، وإلى تفاقم مشكلة التعاطى المتعدد، أى تعاطى الشخص الواحد أكثر من مادة إدمانية واحدة (معًا أو على التوالى)، هذا بالإضافة إلى تفاقم الاضطرابات الصحية والاجتماعية المترتبة على التعاطى، ويكفى أن نشير فى هذا الصدد إلى أن نسبة كبيرة من حالات الإصابة بمرض نقص المناعة تحدث كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لبعض ممارسات التعاطى.

لهذه الأسباب مجتمعة أصبحت قضية المخدرات أعقد وأخطر من أن تعتمد الحكومات (والمنظمات غير الحكومية) فى مواجهتها على الطرق التقليدية والاجتهادات الفردية، وأصبح من واجب الجميع ومن مصلحتهم، أن يعملوا على الارتقاء بموقف المواجهة شيئا فشيئا من الارتجالات الاجتهادية إلى مزيد من الاعتماد على أساليب العلم الحديث. وأول خطوة فى هذا السبيل هى التقدير الذى يمكن الاعتماد عليه، تقدير حجم المشكلة، ومدى تعقدها. وهو ما نكرس له هذا المقال.

ماذا يعنى تقدير المشكلة:

تقدير أى مشكلة يعنى الوصول إلى معلومات دقيقة بشأن هذه المشكلة من حيث الكم والكيف، وبالنسبة للموضوع الذى نحن بصدده فتقدير الكم يتمثل فى الإجابة عن فئة من الأسئلة نذكر منها على سبيل المثال: حجم المعروض فى السوق غير المشروعة من مختلف المواد شائعة التعاطى، وعدد المتعاطين، ومقدار المواد الإدمانية التى يستهلكونها فى الشهر أو فى السنة، ومتوسط الجرعة التى يستهلكها الفرد فى المرة الواحدة من أى مادة، ومتوسط عدد المرات التى يتم فيها التعاطى فى الأسبوع أو فى الشهر. إلخ أما تقدير المشكلة من حيث الكيف فيبدو فى محاولات الإجابة عن فئة أخرى من الأسئلة، نذكر منها ما يأتى: ما هى طرق التعاطى السائدة فى المجتمع لكل مادة (التدخين، والمضغ، والبلع، والاستنشاق، والحقن، وأنواع الحقن المختلفة هل هى تحت الجلد، أم فى الوريد؟. الخ)، وما هى التوليفات السائدة بين المواد الإدمانية المختلفة عند الأفراد ممن يميلون إلى التعاطى المتعدد، وتوزيع التعاطى بين الشرائح العمرية، وكذلك بين القطاعات الاجتماعية المختلفة (الطلبة، العمال، الموظفين، أبناء الريف فى مقابل أبناء المدن، النساء، عمال الزراعة فى مقابل عمال الصناعة، التجار.. الخ) والكثافة النسبية للتعاطى والمتعاطين فى المناطق المختلفة من القطر، وما هى أنواع الاضطرابات الصحية الشائعة بين المتعاطين، وما مدى ارتباطها بأنماط التعاطى المختلفة، وأخيرا وليس آخرا ما هى أنواع المشكلات

الاجتماعية المقترنة، فى هذا المجتمع أو ذاك بالتعاطى كما يمارس فيه؟. الخ.

هذه عينة محدودة من الأسئلة التى يجب الإجابة عنها عند التقدم بمشروع لتقدير مشكلة التعاطى من حيث الكم والكيف. وهى جميعا أسئلة لا غنى عنها لوضع سياسة متكاملة وفعالة لمواجهة مشكلة المخدرات.

معنى السياسة المتكاملة:

المعنى المقصود بمصطلح «السياسة المتكاملة» فى معالجة مشكلة المخدرات هو الإشارة صراحة إلى أن هذه السياسة ذات شقين: أحدهما خاص بالعرض، والآخر خاص بالطلب. وهذا هو بالضبط ما تدعو إليه المنظمات الدولية المتخصصة فى توجيهها الحديث نحو معالجة المشكلة.

فقد عقدت «لجنة المخدرات» التابعة للأمم المتحدة جلستها الثانية والثلاثين فى فيينا خلال الفترة من ٢ إلى ١١ فبراير سنة ١٩٨٧. وجاء فى تقرير عن هذا الاجتماع ما يلى: «ارتأى معظم الأعضاء والمراقبين ضرورة أن يتوفر فى أى برنامج يهدف إلى التحكم فى المواد النفسية، (المحدثة للإدمان) التوازن بين إجراءات لمكافحة العرض، وإجراءات لخفض الطلب، غير المشروع بالنسبة لهذه المواد» (Nagler 1987).

وفى الفترة من ١٧ إلى ٢٦ يونية سنة ١٩٨٧ عقد «المؤتمر الدولى للمخدرات: التعاطى والاتجار غير المشروع» فى فيينا، أى بعد الاجتماع سالف الذكر للجنة المخدرات بأربعة شهور. وجاء فى الإعلان الصادر عنه بإجماع الآراء، ما يأتى: «وفى سبيل المعالجة الشاملة للمشكلات التى يثيرها التعاطى والاتجار غير المشروع فى المخدرات لابد من الاتجاه إلى خفض كل من العرض والطلب» (المرجع السابق).

وجدير بالذكر أن هذا التوجه الذى تدعو إليه المنظمات الدولية فى الوقت الحاضر لم يأت من فراغ، ولكنه جاء نتيجة للدراسات المستفيضة المتوالية لعائدات جهود المكافحة فى كثير من الدول على مر الأعوام، وخاصة منذ انتهاء الحرب

العالمية الثانية. فقد تبين أن تصعيد إجراءات مكافحة التهريب والزراعة والتصنيع والاتجار كان يأتى فى معظم الأحوال بتقليص محدود ومؤقت لتيار تفاقم المشكلة، ثم لا يلبث التيار أن يعود إلى مواصلة اندفاعه وزيادة خطورته، وذلك لأن حالة الطلب قائمة تغرى بمزيد من تصعيد روح المغامرة فى مواجهة تصعيد إجراءات المكافحة. وفى هذا الصدد نذكر بحوث الدكتور سمارت R. G. Smart الباحث الكندى فى مؤسسة بحوث الإدمان فى تورنتو؛ ففى ثنايا عرض تقويمى من منظور تاريخى اجتماعى لعائدات جهود المكافحة فى عدد كبير من الدول، يخلص هذا الباحث إلى عدد من الاستنتاجات من أهمها ما يأتى: «يتحقق للقيود القانونية أعلى درجة من الفاعلية إذا ارتبطت وتزامنت معها الجهود التربوية والتأهيلية، وذلك كما حدث فى اليابان عند مواجهتها للانتشار الوبائى لتعاطى الأمفيتامين» (Samrt 1976). وجدير بالذكر أن الجهود التربوية والتأهيلية ليست سوى إجراء محدود من إجراءات خفض الطلب.

أدوات تقدير المشكلة:

لتقدير مشكلة المخدرات من حيث الكم والكيف أدوات متعددة، نذكر فى مقدمتها ما يأتى:

١ ـ تقارير إدارات المكافحة فى الدول المختلفة: وهى تقارير تتناول عادة أحجام المضبوطات من المواد الإدمانية المختلفة التى أمكن ضبطها ومصادرتها فى خلال سنة كاملة، وأعداد المقبوض عليهم، وأعداد القضايا المنظورة أمام المحاكم بشأن هذه المضبوطات. وقد تزيد بعض التقارير على ذلك بضع فصول تتناول فيها بعض حالات المهربين أو التجار أو بعض القضايا بأسلوب دراسة الحالة لما تراه فى هذا الصدد من أنها جديرة بالدراسة المفصلة التى تصلح للإفادة منها فى المستقبل. وقد جرت على هذا النهج الإدارة العامة لمكافحة المخدرات فى مصر، فى كثير من تقاريرها. وتعتبر هذه التقارير أداة مهمة لتقدير حجم العرض.

٢ ـ تقارير شبكات المعلومات وشبكات الإنذار القائمة فى بعض الدول

فردية واجتماعية ومشكلات تمس الصحة العامة. وهناك اعتبارات متعددة توحى جميعا بالفائدة التى يمكن أن نجنيها من تطبيق الأساليب الوبائية فى دراسة الاعتماد على المخدرات. من هذا القبيل مثلا أن أنواعا عديدة من الاعتماد على المخدرات لا يحدث أى منها إلا عند فئة قليلة من الأشخاص وذلك فى معظم الأماكن والشرائح العمرية، وهو أمر يوحى بإمكان تحديد العوامل المرتبطة ارتباطا جوهريا بنشوء هذه الأنواع من الاعتماد. كذلك فإن وجود مناطق ترتفع فيها معدلات الانتشار وأخرى تنخفض فيها هذه المعدلات داخل المدينة الواحدة يتيح إمكانات مماثلة لتحديد العوامل المسئولة.

وبالمثل فإن قابلية انتشار الاعتماد عن طريق «العدوى الاجتماعية» وأهمية تعرض الشخص والضعف الذى يبديه بعض من يتعرضون لأجواء التعاطى، هذه كذلك جوانب من الظاهرة تزكى استخدام منحى كان معدا أصلا لدراسة انتشار الأوبئة. وأخيرا فربما كان أهم ما يغرينا بتطبيق المنحى الوبائى هو أن الاعتماد على المخدرات ظاهرة لاشك فى تعدد العوامل المسهمة فى نشأتها. (WHO 1973, Techn. Rep. Ser. No. 526' P. 12)

ويتضح للقارىء من هذا النص عدة حقائق، فى مقدمتها أن البحوث الوبائية (من حيث هى نوع من أنواع المسوح الميدانية) تعتبر من بين الأساليب التى يجب إضافتها إلى ما لدينا من أدوات وطرق متعددة لتقدير مشكلة المخدرات. ويتضح كذلك أنها تنصب بالدرجة الأولى على تقدير جانب الطلب من بين جانبى المشكلة، ومع ذلك فهذا لا يمنع من أنها يمكن أن تضىء لنا الطريق بصورة غير مباشرة إلى مزيد من الدقة فى تقدير الشق الخاص بالعرض.

الدعوة إلى العناية بالمسوح الميدانية؛ لماذا؟

لا جدال فى أن الأدوات الثلاث التى ذكرناها، وهى تقارير إدارات المكافحة، وتقارير شبكات الإنذار، والمسوح الميدانية، بالغة الأهمية فى تقدير مشكلة المخدرات. بل وهناك أدوات أخرى تستخدم للغرض نفسه، لم نذكرها، لها هى

العالمية الثانية. فقد تبين أن تصعيد إجراءات مكافحة التهريب والزراعة والتصنيع والاتجار كان يأتى فى معظم الأحوال بتقليص محدود ومؤقت لتيار تفاقم المشكلة، ثم لا يلبث التيار أن يعود إلى مواصلة اندفاعه وزيادة خطورته، وذلك لأن حالة الطلب قائمة تغرى بمزيد من تصعيد روح المغامرة فى مواجهة تصعيد إجراءات المكافحة. وفى هذا الصدد نذكر بحوث الدكتور سمارت R. G. Smart الباحث الكندى فى مؤسسة بحوث الإدمان فى تورنتو؛ ففى ثنايا عرض تقويمى من منظور تاريخى اجتماعى لعائدات جهود المكافحة فى عدد كبير من الدول، يخلص هذا الباحث إلى عدد من الاستنتاجات من أهمها ما يأتى: «يتحقق للقيود القانونية أعلى درجة من الفاعلية إذا ارتبطت وتزامنت معها الجهود التربوية والتأهيلية، وذلك كما حدث فى اليابان عند مواجهتها للانتشار الوبائى لتعاطى الأمفيتامين» (Samrt 1976). وجدير بالذكر أن الجهود التربوية والتأهيلية ليست سوى إجراء محدود من إجراءات خفض الطلب.

أدوات تقدير المشكلة:

لتقدير مشكلة المخدرات من حيث الكم والكيف أدوات متعددة، نذكر فى مقدمتها ما يأتى:

١ ـ تقارير إدارات المكافحة فى الدول المختلفة: وهى تقارير تتناول عادة أحجام المضبوطات من المواد الإدمانية المختلفة التى أمكن ضبطها ومصادرتها فى خلال سنة كاملة، وأعداد المقبوض عليهم، وأعداد القضايا المنظورة أمام المحاكم بشأن هذه المضبوطات. وقد تزيد بعض التقارير على ذلك بضع فصول تتناول فيها بعض حالات المهربين أو التجار أو بعض القضايا بأسلوب دراسة الحالة لما تراه فى هذا الصدد من أنها جديرة بالدراسة المفصلة التى تصلح للإفادة منها فى المستقبل. وقد جرت على هذا النهج الإدارة العامة لمكافحة المخدرات فى مصر، فى كثير من تقاريرها. وتعتبر هذه التقارير أداة مهمة لتقدير حجم العرض.

٢ ـ تقارير شبكات المعلومات وشبكات الإنذار القائمة فى بعض الدول

المتقدمة: وهى تقارير تقوم على تجميع البيانات المرصودة والمسجلة فى دور العلاج، والإسعاف، وأقسام استقبال الحوادث فى المستشفيات، ومراكز الطب الشرعى القائمة على تشريح جثث القتلى فى حوادث الانتحار أو شبهة الانتحار وفى حوادث الطرق... إلخ. ومن أشهر التقارير التى تندرج تحت هذه الفئة تلك التى تصدر سنويا فى الولايات المتحدة الأمريكية باسم DAWN، وهى التسمية المختصرة لـ«شبكة الإنذار الخاصة بتعاطى المخدرات». Drug Abuse Warning Network. وقد جاء فى تقرير سنة ١٩٧٨ عن هذه الشبكة... إنها مشروع يقوم تحت الرعاية المشتركة للإدارة العامة للمكافحة، والمعهد القومى لبحوث تعاطى المخدرات، وإن هدفه العام هو تجميع، وتفسير، ونشر المعلومات التى تتعلق بالتعاطى والواردة من مواقع محددة داخل الولايات المتحدة. وإن الإدارة العامة للمكافحة تستخدم هذه المعلومات فى برامجها لتطبيق القانون، وضمان الخضوع له، وإعداد جداول عملها، وفى دراساتها؛ كما أن المعهد القومى يستغل المعلومات فى إعداد برامجه التنبؤية، والتربوية، والوقائية، والعلاجية والتأهيلية». (Project Dawn 1978) وتعتبر هذه التقارير من المصادر الهامة لتقدير حجم الطلب فى المجتمع.

٣ ـ المسوح الميدانية[١] يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى البحوث التى تتناول انتشار ظاهرة ما أو بعض الظواهر فى المجتمع، ويكون هدفها العام عادة إلقاء الضوء على العلاقات التى تربط بين الظاهرة وعدد من العوامل التى تسهم فى تشكيلها أو تحديدها. وقد يكون من بين أهداف البحث تحديد معدل انتشار الظاهرة فى المجتمع أو تحديد معدلات انتشارها فى شرائحه المختلفة. فإذا كان هذا من بين أهداف الدراسة، وجب الالتزام بقواعد معينة فى انتخاب عينة البحث بحيث يتوفر فيها شرط تمثيل المجتمع الذى يدرسه الباحث تمثيلا دقيقا. فإذا كانت الظاهرة التى يتناولها المسح ظاهرة مرضية سمى المسح بحثا وبائيا[٢].

---

(1) Surveys

(2) epidemiological research

وكانت البحوث الوبائية فى أول عهد الباحثين بها طوال النصف الثانى من القرن التاسع عشر وقفا على دراسة أنماط انتشار الأمراض الوبائية، أى الأمراض سريعة الانتقال بالعدوى، كالحميات والكوليرا (ومن هنا جاءت تسميتها). وفى السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر أخذت تمتد لتشمل أنماط انتشار الأمراض المزمنة. ومع منتصف القرن العشرين امتدت لتتناول أشكال انتشار الأمراض النفسية فى المجتمعات (Morrison 1959; Reid 1960; Lin & Standley 1962) ومع اقتراب السبعينيات امتدت البحوث الوبائية لتشمل كذلك دراسة كيفية انتشار تعاطى المخدرات وإدمانها فى المجتمعات. وفى هذا الصدد نص التقرير الفنى التاسع عشر الصادر عن لجنة خبراء بحوث المخدرات، بهيئة الصحة العالمية، الصادر فى سنة ١٩٧٣ على أهمية هذا الامتداد بأسلوب البحوث الوبائية (التى هى أصلا جزء من المسوح الميدانية) إلى ميدان المخدرات. ونظرًا لأهمية هذا النص فإننا نورده فيما يلى:

«شاع استخدام المناحى والمناهج الابيديميولوجية فى دراسة نوعيات مختلفة من الأمراض، والاضطرابات، والظواهر المرضية التى تراوحت بين الأمراض المعدية والاضطرابات القلبية والرئوية، وشملت الاختلالات الوراثية، والأمراض النفسية، والجناح والحوادث. وقد استخدمت هذه المناحى والمناهج لأغراض منها: (١) تحديد الانتشار، والإصابة، والتوزيع الذى تظهر به حالة أو اضطراب ما فى مجتمع بعينه (٢) وتحديد التاريخ الطبيعى لاضطراب معين، (٣) وتوضيح منشأ العوامل المرسبة أو المعدلة وطبيعتها. (٤) وتقدير الخطر المحتمل لظهور الاضطراب لدى المجتمع أو الفرد، (٥) ووضع الأساس اللازم لإقرار سياسة أو برنامج معين، (٦) وتقويم كفاءة هذا النوع من السياسات والبرامج فى تحقيق أهدافها المعلنة، (٧) والكشف عن أشكال مرضية جديدة.

وفيما يتعلق بالأنماط المتعددة للاعتماد على المخدرات فإن هناك حاجة ملحة تدعو إلى طلب المزيد من المعلومات التى تدور حول هذه الأغراض التى ذكرناها، وذلك بخصوص الأماكن والمناطق التى يؤدى تعاطى المخدرات فيها إلى مشكلات

فردية واجتماعية ومشكلات تمس الصحة العامة. وهناك اعتبارات متعددة توحى جميعا بالفائدة التى يمكن أن نجنيها من تطبيق الأساليب الوبائية فى دراسة الاعتماد على المخدرات. من هذا القبيل مثلا أن أنواعا عديدة من الاعتماد على المخدرات لا يحدث أى منها إلا عند فئة قليلة من الأشخاص وذلك فى معظم الأماكن والشرائح العمرية، وهو أمر يوحى بإمكان تحديد العوامل المرتبطة ارتباطا جوهريا بنشوء هذه الأنواع من الاعتماد. كذلك فإن وجود مناطق ترتفع فيها معدلات الانتشار وأخرى تنخفض فيها هذه المعدلات داخل المدينة الواحدة يتيح إمكانات مماثلة لتحديد العوامل المسئولة.

وبالمثل فإن قابلية انتشار الاعتماد عن طريق «العدوى الاجتماعية» وأهمية تعرض الشخص والضعف الذى يبديه بعض من يتعرضون لأجواء التعاطى، هذه كذلك جوانب من الظاهرة تزكى استخدام منحى كان معدا أصلا لدراسة انتشار الأوبئة. وأخيرا فربما كان أهم ما يغرينا بتطبيق المنحى الوبائى هو أن الاعتماد على المخدرات ظاهرة لاشك فى تعدد العوامل المسهمة فى نشأتها. (WHO 1973, Techn. Rep. Ser. No. 526' P. 12)

ويتضح للقارىء من هذا النص عدة حقائق، فى مقدمتها أن البحوث الوبائية (من حيث هى نوع من أنواع المسوح الميدانية) تعتبر من بين الأساليب التى يجب إضافتها إلى ما لدينا من أدوات وطرق متعددة لتقدير مشكلة المخدرات. ويتضح كذلك أنها تنصب بالدرجة الأولى على تقدير جانب الطلب من بين جانبى المشكلة، ومع ذلك فهذا لا يمنع من أنها يمكن أن تضىء لنا الطريق بصورة غير مباشرة إلى مزيد من الدقة فى تقدير الشق الخاص بالعرض.

الدعوة إلى العناية بالمسوح الميدانية؛ لماذا؟

لا جدال فى أن الأدوات الثلاث التى ذكرناها، وهى تقارير إدارات المكافحة، وتقارير شبكات الإنذار، والمسوح الميدانية، بالغة الأهمية فى تقدير مشكلة المخدرات. بل وهناك أدوات أخرى تستخدم للغرض نفسه، لم نذكرها، لها هى

الأخرى أهمية لا يمكن تجاهلها. من هذا القبيل ما يسمى بتقارير تقدير الحالة، وهى تقارير يكتبها بعض العاملين الميدانيين فى حقل المكافحة يقدرون فيها حجم المشكلة وخطورتها فى منطقة محددة من الوطن الذى يعملون فيه، وهم يعتمدون فى تقديراتهم هذه على رصيدهم من الخبرة الميدانية مضافا إلى اتصالاتهم الرسمية وغير الرسمية. كذلك هناك ما يمكن وضعه من تقارير تستند إلى بيانات تستقى من واقع ملفات قضايا المخدرات التى يتم الحكم فيها. هذه كلها أدوات تستخدم أو يمكن استخدامها فى تقدير مشكلة المخدرات بأبعادها المختلفة، ولكل منها أهميته لسبب رئيسى هو أنها تتكامل فيما بينها، بمعنى أن كلا منها يمدنا بنوع من المعلومات عن المشكلة لا توفره لنا الأدوات الأخرى، ومن ثم فلا يمكن أن يقال إن إحدى هذه الأدوات التى ذكرناها تغنى عن الأخرى. ومن هنا يصبح المطلب المشروع فعلا هو أننا باليتنا كنا نستطيع أن نستخدم هذه الأدوات جميعا، أو بعبارة أخرى باليت أن هذه الأدوات جميعا يمكن استخدامها فى جميع الدول القائمة الآن على سطح الكرة الأرضية. ولكننا نعلم أن هذا التمنى بعيد عن التحقق فى الحاضر وفى المستقبل القريب، والسبب فى ذلك هو أن بعض هذه الأدوات يحتاج لاستخدامه إلى توفر قدرات كبيرة على الإنفاق، وعلى التنظيم الإدارى، وعلى توفر أنواع من الخدمات، وأعداد من الفنيين المدربين تدريبا خاصا، وهذه كلها شروط لا تتوفر لمعظم الدول فى الوقت الحاضر. خذ مثلا على هذا تقارير شبكات المعلومات والإنذار، فهذه بكل ما تقتضيه من ميزانية، ومن جهود تنظيمية وإدارية، ومن توفر فعلى لخدمات بعينها، ومن تدريب نوعى لأعداد كبيرة من الفنيين. .الخ هذه الأداة لم تستطع العمل بها سوى دولة واحدة هى الولايات المتحدة الأمريكية. فحتى سائر الدول المتقدمة (ناهيك عن النامية) لم تستطع أى منها حتى الآن أن تقيم دعائم شبكة مماثلة من حيث الحجم ولا من حيث انضباط العمل واستمراره منذ سنة ١٩٧٣ وحتى الآن. لذلك فليس من الواقعية فى شىء أن ندعوا إلى استحداث مثل هذه الشبكة فى بلادنا العربية فى الوقت الحاضر ولا أن نستثير الآمال فيما يمكن أن نجنيه من تقاريرها من فوائد.

تبقى أمامنا الأداتان الرئيسيتان الأخريان، تقارير إدارات المكافحة، والمسوح الميدانية. ولاشك لدينا أن معظم دولنا العربية لديها تقارير مكافحة بصورة أو بأخرى، وقد تتفاوت هذه التقارير فيما بينها من دولة إلى أخرى من حيث شمولها، أو انتظامها، أو استقرارها على صورة معينة، ولكن جميع هذه الأمور تفصيلات يمكن النظر فى تعديلها وتطويرها نحو مزيد من الدقة سعيا وراء مزيد من كفاءة التشغيل أو الاستفادة، أما الأمر المهم فهو أن هذه التقارير موجودة.

فماذا عن المسوح الميدانية؟ هذه المسوح الميدانية تحتاج إليها كثير من الدول العربية، ويمكنها أن تشرع فورا فى تنشيطها بما لديها من إمكانات مادية وبشرية فى الوقت الحاضر. لهذا السبب رأينا أن ندير الحديث حولها فى هذا المقال.

أساسيات المسوح الميدانية:

يهمنا أن نتحدث فى هذا المقام عن نقطتين أساسيتين، هما الهدف الرئيسى للمسح الميدانى، والعينة التى يعتمد الباحث عليها فى إجراء هذا المسح.

الهدف الرئيسى لأى مسح ميدانى هو الكشف عن العوامل التى تقف وراء الظاهرة التى يتقدم الباحث لدراستها، وهى العوامل التى تسهم فى تشكيل أو تحديد الظاهرة موضع الدراسة. بعبارة أخرى إذا كان الباحث بصدد النظر فى أمر ظاهرة اجتماعية ما (أو نفسية اجتماعية) وكان عنده ما يبرر تصور أن الظاهرة ترجع إلى عدد من العوامل لا إلى عامل واحد، (وهو الأمر الشائع فيما يتعلق بمعظم الظواهر الاجتماعية، والنفسية الاجتماعية، والظواهر التى تنتمى إلى مجال الصحة) فالدراسة المسحية هى الطريق العلمى الأمثل أمامه لإلقاء الضوء على هذه العوامل، أى لتحديد هويتها على أساس واقعى، بدلا من الجدل النظرى الذى قد يكون بعيدا عن الحقيقة ويظل كذلك من أوله إلى آخره. ولما كانت كثير من الظواهر الاجتماعية والنفسية الاجتماعية تعانى من الآراء الظنية التى ينحاز إليها أصحابها كل يفسرها كما يتراءى له، وقد تختلف الآراء حول تفسير ظاهرة واحدة دون أن يستطيع أصحاب هذه الآراء حسم خلافاتهم بصورة تقنع جميع الأطراف

فإن الحل الأوحد هو امتحان الواقع نفسه بالأسلوب العلمى. وفى هذا المجال فإن أسلوب المسح الميدانى هو الطريق العلمى المضمون. وهذا بالضبط هو ما فعلته «لجنة بحث تعاطى الحشيش فى مصر» عندما شكلت فى سنة ١٩٥٧ وكلفت بالإجابة على السؤال البسيط الذى كان يفرض نفسه على عقول الجميع، وهو: ماهى العوامل التى تجعل بعض المواطنين يتعاطون الحشيش؟ وفى محاولتها أن تجد الإجابة العلمية التى سوف تكون مقنعة للجميع رأت اللجنة أن الخطوة الأولى التى يجب أن تخطوها فى هذا السبيل هى إجراء مسح ميدانى يتناول هذا الموضوع (لجنة بحث تعاطى الحشيش ١٩٦٠ و ١٩٦٤).

وليس معنى هذا الكلام أن السؤال الذى نشير إليه هو السؤال الأوحد الذى يمكن للمسح الميدانى أن يجيب عنه، ولكن معناه المقصود هو أن هذا السؤال هو السؤال المحورى، الذى قد تتولد عنه أو تدور حوله أسئلة أخرى ولكنه يظل هو الأساس. مثال ذلك أن السؤال الذى نحن بصدده يمكن أن يتولد عنه سؤال فرعى أول مؤداه: هل العوامل القائمة وراء الظاهرة (ظاهرة تعاطى القنب مثلا) هى نفسها بالنسبة للأفراد من جميع شرائح المجتمع؟ ويتولد عن هذا سؤال فرعى ثان، وثالث ورابع حول العوامل المسئولة عن التعاطى فى شريحة الطلاب، وتلك المسئولة عن التعاطى بين العمال... الخ. كذلك يمكن أن يتولد سؤال فرعى ذو توجه جديد، مؤداه: وهل تكون العوامل كلها ذات أوزان متماثلة أي ذات إسهامات متساوية فى تشكيل الظاهرة؟ ثم عن هذا السؤال يتفرع غيره، وهكذا. على هذا النحو يمكن أن نجد أنفسنا فى غمرة عشرات الأسئلة. ولكن يظل المحور واحد، وهو إلقاء الضوء على حقيقة العوامل التى تسهم فى تشكيل الظاهرة أو تحديدها. هذا عن الهدف الرئيسى للمسح الميدانى.

أما عن النقطة الأساسية الثانية وهى الخاصة بالعينة فهى تدور حول ما ينبغى للباحث أن يوفره فى العينة من الأفراد الذين سيجرى المسح عليهم. والشرط الرئيسى فى هذا الصدد هو أن تكون العينة ممثلة للجمهور الذى سوف يعمم الباحث نتائج بحثه عليه، وهو شرط يفرضه المنطق قبل أى اعتبار آخر. إلا أن

الالتزام الدقيق به وبمقتضياته يخضع لعدة اعتبارات مما يتيح لنا أن ننظر إلى هذا الالتزام على أن تحققه يمكن أن يمر بمستويين، أولهما مستوى التمثيل الإجمالى (أو التقريبى)، والثانى هو المستوى التفصيلى الدقيق. فعندما يكون الباحث بصدد المراحل الأولى أو المبكرة من مشروع بحثى كبير، وتكون هذه المراحل المبكرة ذات طبيعة استكشافية يجوز له أن يجرى مسحا على عينة تقترب إجمالا من تمثيل الجمهور الذى ينوى تعميم النتائج عليه. كذلك عندما يكون مطلب الباحث هو الحصول على نوع معين من المعلومات عن العوامل التى يسعى إلى الكشف عنها جاز له أن يكتفى بالتمثيل الإجمالى الذى نتحدث عنه. مثال ذلك: نفرض أننى بصدد محاولة الإجابة عن السؤال الذى يدور حول ما هى العوامل المسئولة عن التعاطى، أو المرتبطة به؟ فى هذه الحالة يكفينى فى العينة أن تكون ممثلة بوجه عام للجمهور. بعبارة أخرى مادمت أسعى إلى تحديد ماهية العوامل المسئولة دون أوزانها النسبية، أو مادمت أسعى إلى معرفة ما إذا كانت العوامل التى أفترض وجودها مرتبطة أم غير مرتبطة بالتعاطى، أو مادمت أسعى إلى معرفة ما إذا كانت هذه العوامل مترابطة أم غير مترابطة فيما بينها (دون أن أسعى إلى معرفة الحجم الحقيقى للارتباطات القائمة فيما بينها) فى هذه الأحوال جميعا يمكن الاكتفاء بأن تكون العينة ممثلة تمثيلا إجماليا (تقريبيا) للجمهور الذى نستمدها منه. بعبارة موجزة إنه كلما كان مطلب الباحث هو الكشف عما إذا كانت علاقة ما موجودة أو غير موجودة (بين عامل بعينه والظاهرة موضوع الدراسة) جاز الاكتفاء بالتمثيل التقريبى أو الإجمالى فى العينة.

ولكن هناك أنواعا أخرى من المعلومات إذا قصد الباحث إلى السعى للحصول عليها فلا يجوز له الوقوف بعينته عند هذا المستوى الإجمالى الذى نتكلم عنه. مثال ذلك: نفرض أنه يسعى للحصول على معلومات عن معدلات انتشار التعاطى فى قطاع اجتماعى معين، وليكن طلبة الجامعات، أو لنفرض أنه بصدد الحصول على معلومات عن متوسطات الأعمار التى يبدأ عندها أبناء عدد من الشرائح الاجتماعية تعاطى نوع معين من المخدرات، أو أنه يحاول الوصول إلى معلومة

عن الحجم الحقيقى للعلاقة (لا مجرد وجود علاقة) بين مستوى الدخل الشهرى للعامل واحتمالات تعاطيه مخدرًا بعينه. . . الخ ففيما يتعلق بالسعى إلى الحصول على معلومات عن هذه النقاط لا يجوز للباحث أن يعتمد على عينات غير محققة التمثيل للجمهور الذى سوف تعمم النتائج عليه.

هاتان هما النقطتان الرئيسيتان اللتان تأتيان فى مقدمة أساسيات المسوح الميدانية، إحداهما تتعلق بوظيفة هذه المسوح، والأخرى تدور حول بناء العينات التى تعتمد عليها للوصول إلى المعلومات المطلوبة.

مستلزمات إجراء المسوح الميدانية:

إذا اتجه ذهن الباحث إلى إجراء مسح ميدانى للكشف عن العوامل القائمة وراء الظاهرة التى يريد دراستها، وكان على دراية كافية بالمحورين الأساسيين، الهدف والعينة، فلا يلزمه بعد ذلك إلا التفكير فى الأدوات التى سوف يستخدمها؛ وفى هذا الشأن تلزمه أداتان: أداة لجمع البيانات حول الظاهرة، وأداة لتحليل هذه البيانات بما يمكنه من تقديم الإجابات المحددة عن سؤاله الرئيسى الذى بدأ به.

وقد جرت العادة على أن تكون أداة جمع البيانات فى شكل استبيان أو ما يسمى أحيانا استخبارا (أو استمارة بحث)، وهو قائمة بعدد من الأسئلة التى تدور حول بعض خصائص الأفراد الذين تتكون منهم عينة البحث، كما تدور حول بعض جوانب الظاهرة موضوع البحث. ومع ذلك فليست هناك ضرورة تحتم أن تكون الأداة استبيانا، بل قد تكون مشاهدات يجرى جمعها حسب خطة معينة، وقد تكون اختبارا نفسيا أو عددا من الاختبارات النفسية يجرى تطبيقها على أفراد عينة البحث، وقد تكون استبيانا مصحوبا بمشاهدات أو باختبارات. . . الخ. هذا عن أداة جمع البيانات. ويبقى بعد ذلك أداة تحليل هذه البيانات، وهى طرق التحليل الإحصائى، وهذه تتراوح بين أبسط الطرق كحساب التوزيعات التكرارية، أو حساب المتوسطات والتشتتات. . . الخ. . وطرق أخرى على

مستويات أكثر تعقيدا مثل بعض معاملات الارتباط أو معاملات الانحدار (Kahn 1984, P. 11).

تعقيب على موضوع المسوح الميدانية ومستلزماتها:

فى ختام هذه الفقرة من حديثنا عن المسوح ومستلزماتها نرى لزاما علينا أن نقدم للقارىء عددا من التعقيبات تدور حول أهم المبررات العملية التى حدت بنا إلى تحبيذ المسوح الميدانية كواحدة من الأدوات الهامة لتقدير مشكلة المخدرات وتقديمها على هذا النحو للقارىء العربى:

أولاً: تعتبر هذه المسوح أدق الأدوات التى يمكن الاعتماد عليها للوصول إلى تقدير صحيح لحجم مشكلة المخدرات فى المجتمع، ولعدد من أوجه خطورتها. ومن أهم مزاياها أن نتائجها تكون مزودة بتقدير لاحتمالات الخطأ المتضمنة فى أى معلومة من الحقائق الكثيرة التى تقدمها لنا، ومن ثم فهى تعطى للمعنيين من صناع القرارات على اختلاف مستوياتها فرصة التبصر بالقيمة الحقيقية التى ستكون لأى قرار يتخذونه بناء على هذه المعلومة أو تلك، وهذا يهديهم إلى الإحجام عن اتخاذ القرارات الخطيرة حيث تنطوى المعلومة على احتمالات عالية للخطأ، والإقدام حيث تنخفض احتمالات الخطأ. بعبارة أخرى إن هذه المسوح لا تحمل للمعنيين هذه المعلومة أو تلك فحسب، ولكنها تزودهم كذلك بما من شأنه ترشيد عملية اتخاذ القرار المؤسس عليها.

ثانياً: التكلفة المالية لإجراء هذه البحوث زهيدة بشكل ملحوظ إذا قورنت بالتكلفة المالية التى تقتضيها أنواع أخرى من بحوث المخدرات، ويدخل فى هذا الصدد بوجه خاص أن إجراءها لا يحتاج إلا إلى العقل البشرى والجهد البشرى؛ وفيما عدا الاحتياج إلى خدمات الحاسب الآلى فالمسألة لا تحتاج أية تقنيات متقدمة أو غير متقدمة.

ثالثاً: مجموعة المعلومات الرئيسية التى تزودنا بها هذه المسوح لا يمكن الحصول عليها من أى مصدر أجنبى، وهو الأسلوب الذى اعتاده معظم الفنيين

المتخصصين لدينا، بعكس الحال بالنسبة لمعلومات أخرى مما تقدمه التحليلات الكيميائية أو الفارماكولوچية مثلا: فإذا كنت أعرف أن معدل انتشار تعاطى الحشيش بين تلاميذ المدارس الثانوية للبنين فى مدينة القاهرة الكبرى سنة ١٩٧٨ هو ١٠٪ فهذه معلومة لا يمكن الحصول عليها من أى مرجع أجنبى. ولو أننى تصورت أن المعلومات المناظرة الواردة فى المراجع الأجنبية يمكن الاعتماد عليها فسأقع حينئذ فى خطأ فادح. خذ مثلا النتيجة المناظرة المنشور عن تلاميذ المدارس الثانوية فى الولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٨٠ تجدها تشير إلى أن هذا المعدل هو ٦٠٪ (Johnston et al. 1980, P . 11) أى لدينا ١٠٪ ولديهم ٦٠٪ (فى نطاق الشريحة نفسها هنا وهناك). هذا مثال لا يحتاج إلى مزيد من الإيضاح. والصورة مختلفة تماما إذا تركنا موضوع معدلات انتشار التعاطى واتجهنا إلى معلومة فارماكولوچية مثل القول بأن THC Δ_9 هو العنصر الفعال فى الحشيش، أى العنصر المسئول عن معظم التغيرات السلوكية الناتجة عن تعاطى الحشيش. أما Δ_8 THC فيكاد يكون خاملا بالنسبة لهذه التغيرات. مثل هذه المعلومة يمكن الاعتماد فيها على النقل من المراجع الأجنبية، فهى صالحة للاستعمال المباشر فى أى بلد على سطح الكرة الأرضية. وجدير بالذكر أن هذه المقارنة وما نستخلصه منها تصدق بالنسبة لمعظم المعلومات التى تقدمها لنا المسوح الميدانية فى مقابل معظم المعلومات التى تزودنا بها معظم البحوث الكيميائية والفارماكولوچية.

رابعاً: يلاحظ أن المعلومات والمهارات الأكاديمية والعملية التى يتطلبها إجراء هذه المسوح، واستخلاص النتائج المرجوة منها، وعرض هذه النتائج بالصورة التى يحتاج إليها عالم التطبيق (بدءاً من الآباء والمربين إلى صناع القرار والمشرعين) هذه المعلومات والمهارات تقع جميعا داخل نطاق ما يتعلمه دارسو العلوم النفسية والاجتماعية فى كثير من الجامعات العربية، ومن ثم فالطواقم اللازمة للتوظيف الاجتماعى للأداة التى نحن بصدد الحديث عنها موجودة فعلا، فى حوزة الدول العربية، ولا يتطلب الأمر بعد ذلك سوى خلق الآلية التى تقوم بالدور القيادى

لتشغيل هذه الطواقم. وربما استلزم الأمر فى بدايته قدرا محدودا من التدريب بما يكفى لوضع النقاط فوق الحروف.

كيف نستعين بالمسوح الميدانية لتقدير مشكلة المخدرات:

سبق أن أشرنا فى مستهل هذا الحديث، إلى وجود شقين رئيسيين لتقدير مشكلة المخدرات؛ وهما التقدير الكمى، والتقدير الكيفى. وضربنا الأمثلة لما يقع تحت كل من النوعين. والآن، وقد فرغنا من إلقاء قدر لا بأس به من الضوء على المسوح نفسها؛ وظيفتها ومزاياها ومستلزماتها، فقد آن الأوان للحديث عن الكيفية التى يمكن بها استخدام هذه الأداة للتقدير الكمى والكيفى المطلوبين.

نفرض أن سؤالا وجه إلينا من قبل المسئولين حول تقديرنا لعدد متعاطى الحشيش بين تلاميذ المدارس الثانوية (البنين) فى جمهورية مصر العربية. عندئذ تقتضى الإجابة التخطيط لمسح ميدانى، نحصل من أجله على المعلومات الرسمية المتوفرة لدى السلطات التعليمية عن تعداد تلاميذ المدارس الثانوية فى الجمهورية وتوزيعهم على فئات هذه المدارس المختلفة، وهذه كلها معلومات متوفرة فعلا لدى وزارة التعليم، ولا يقتضى الحصول عليها سوى بضع إجراءات محدودة. وعلى ضوء هذا الحصر والميزانية المرصودة لأداء المهمة (ولا يقتضى الأمر ميزانية كبيرة)، والطاقة البشرية التى يحسن الاستعانة بها للمعاونة يضع الباحث الرئيسى (الذى سيتولى مسئولية المشروع) خطته للعمل فيما يتعلق بحجم العينة من الطلاب التى سيتناولها البحث، وخصائص هذه العينة، كما يصوغ أسئلة الاستبيان الذى سوف يستعين به لجمع البيانات المطلوبة، ثم يختار مساعديه من بين المؤهلين فى الدراسات النفسية أو الاجتماعية ويخضعهم لبرنامج تدريبى محدود قد لا يستغرق أكثر من بضعة أيام، ويبدأ بعد ذلك فى تطبيق استبيانه حسب التخطيط المرسوم لحجم العينة وتوزيعها. فإذا ما اكتمل له جمع البيانات كانت الخطوة التالية هى إجراء التحليلات الكفيلة بالإجابة أولا عن سؤال يدور حول نسبة متعاطى الحشيش من التلاميذ فى عينة البحث، ثم ترجمتها إلى أعداد

مطلقة فى مجموع تلاميذ التعليم الثانوى فى القطر. ومثل هذا حدث معنا فعلا فى مصر فى سنة ١٩٨٧، فقد وجه إلينا السؤال المذكور من قبل المعنيين، وبالفعل تم اتخاذ الخطوات التى أتينا على ذكرها، وانتهينا إلى تقديم الإجابة، ومؤداها أن ٥,٩٤٪ من عينة البحث على مستوى القطر تعاطت أو تتعاطى الحشيش. وبما أن نسبة العينة أصلا إلى جمهور طلاب المدارس الثانوية كان ٤,١٢٪، وكان تعداد التلاميذ (أى الحجم الكلى لجمهورهم) يساوى ٣٥٥٤٥٤ تلميذًا، فقد كان معنى ذلك أن عدد الأفراد الذى جربوا تعاطى القنب فى هذه الشريحة ٢١١١٤ تلميذاً. ولكى نستكمل المعلومة بالصورة اللائقة بالعقل العلمى كان علينا أن نعرف نسبة من توقفوا نهائيا عن التعاطى بعد خبرة واحدة أو بضع خبرات محدودة، إذ أن هذا يحدث كثيرا فى محيط هؤلاء الشباب؛ بل إن الغالبية منهم لا يلبثون أن يتوقفوا عن التعاطى بعد أن جربوه، ويكون هذا التوقف لأسباب تختلف باختلاف ظروف كل شاب. وفعلا تبين لنا أن نسبة الذين توقفوا على هذا النحو بلغت ٧٦,٣٢٪ ممن تعاطوا، فى حين أن ١٥,١٧٪ فقط هم الذين استمروا فى تعاطيهم. فإذا نسبنا هؤلاء إلى العينة الكلية للبحث (لا إلى الذين تعاطوا فقط) وجدنا أنهم لا يزيدون على ٩,٠٪ من هذه العينة الكلية؛ فإذا حولنا هذه النسبة إلى أعداد مطلقة فى جمهور تلاميذ الثانوى بأكمله تبين أنهم ٣١٩٩ تلميذا. هذا مثال محدود لبعض معلومات تتعلق بالتقدير الكمى للمشكلة. وهناك معلومات أخرى تكمل الصورة من هذه الزاوية لمن أراد استكمال الصورة، وهى جميعها منشورة (أنظر سويف، ١٩٩٢)، ولكننا نكتفى بهذه الجزئية التى أوردناها. وننتقل الآن إلى الحديث عن التقدير الكيفى للمشكلة، أى تقدير خطورة المشكلة.

لتقدير خطورة مشكلة المخدرات هناك أسئلة لابد من طرحها لأن الإجابات عليها هى المكونات الرئيسية لتقدير هذه الخطورة. من هذه الأسئلة على سبيل المثال (وقد طرحنا عددا منها كذلك فى بداية هذا المقال) ما يأتى: ما هى أنماط تعاطى الحشيش السائدة بين هؤلاء التلاميذ؟ ذلك أن الأضرار الصحية (البدنية

والنفسية المترتبة على التعاطى بالتدخين تختلف عن تلك التى تترتب على التعاطى بالبلع. . إلخ). وما هو توزيع التعاطى بين الشرائح العمرية المختلفة لهؤلاء التلاميذ؟ ذلك أنه كلما بدأ التعاطى مبكرا ارتفعت احتمالات استمرار الشباب فى تعاطيه حتى يصل إلى مستوى الإدمان (soueif 1971) ثم سؤال ثالث: ماهى أنواع المشكلات الاجتماعية المقترنة بهذا التعاطى؟ وهناك أسئلة أخرى كثيرة تعتبر أسئلة كاشفة عن خطورة المشكلة، ولكننا نكتفى بهذه الأسئلة الثلاثة التى أوردناها، وننظر فى الإجابات عنها.

تبين لنا أن التدخين فى السجاير (مع الطباق) هو النمط السائد بين الغالبية العظمى للتلاميذ. وفى هذا الصدد يلزمنا أن نتذكر الرأى الطبى الجاد فى أثر تدخين القنب. ونحن نورد هنا قدرا محدودا من هذا الرأى نقلا عن وثيقة علمية بالغة الأهمية، بعنوان: «القنب: الآثار الضارة بالصحة، بيان أعدته مجموعة مؤسسة بحوث الإدمان فى أونتاريو ـ كندا» (١٩٨٠) جاء فى البيان ما يلى:

«يدخن القنب عادة إما بمفرده أو ممزوجا بالطباق. والدخان عبارة عن رذاذ يتكون من جسيمات دقيقة معلقة فى خليط من بخار الماء وغازات مثل أول أوكسيد الكربون. وتشكل هذه الجسيمات البقايا الصلبة المسماة بالقطران. وينتج القنب كمية من القطران تزيد بنسبة ٥٠٪ عن الكمية الناتجة عن وزن مماثل لأنواع الطباق القوى. وعادة ما تدخن سيجارة القنب بحيث لا يتبقى منها سوى عقب صغير بقدر الإمكان. ولذا ينتج عنها ضعف كمية القطران التى كان من الممكن أن تنتج إذا ما دخنت بالطريقة نفسها التى تدخن بها السيجارة العادية.

وبالإضافة إلى ذلك، يحتوى القطران على أكثر من ١٥٠ نوع من هيدروكربونات مركبة تحتوى على مواد محدثة للسرطان مثل البنزو (أ) بيرين، ويعتبر تركيز هذا المكون فى قطران القنب أعلى بمقدار ٧٠٪ عنه فى وزن مماثل من قطران الطباق. ولذا فإن الإحتراق الكامل لسيجارة واحدة من القنب ينتج عنه حوالى خمسة أمثال كمية البنزو (أ) بيرين (٣) الناتج عن سيجارة واحدة

مماثلة الوزن من الطباق، ولكنها تم تدخينها حتى عقب يبلغ طوله ٣٠ ملليمترا. بل إن كمية البنزو (أ) بيرين المختزنة فى الرئتين نتيجة لتدخين سيجارة واحدة من القنب غالبا ما تكون أكبر من الكمية المختزنة نتيجة لتدخين خمس سجاير بطريقة عادية، وذلك نظرا لأن دخان القنب يستنشق بعمق ويحتفظ به لمدة تصل إلى ٣٠ ثانية. ومن ثم فإن تدخين سيجارتين أو ثلاث سجاير من القنب فى اليوم يمكن أن يحمل نفس خطر إصابة الرئتين كتدخين علبة كاملة من سجاير الطباق بالطريقة العادية» (سويف ١٩٩٢، ص١٩١).

وفيما يتعلق بالسؤال الثانى، الخاص بتوزيع التعاطى بين الشرائح العمرية المختلفة للتلاميذ تبين أن أكثر قليلا من ٦٪ من الذين أقروا بالتعاطى بدأوا محاولاتهم الأولى قبيل بلوغ سن الثانية عشرة. وأن أخطر الأعمار هى الفترة من سن ١٥ سنة وحتى سن ١٧ سنة إذ تقفز نسبة المبتدئين فى سن ١٥ سنة إلى ١٩٪ من المتعاطين ثم ٣٠٪ عند سن ١٦ سنة، ثم ٢٠٪ عند سن ١٧ سنة ثم تأخذ فى الانخفاض بشكل ملحوظ بعد ذلك.

وفيما يتعلق بالسؤال الثالث، وهو الذى يدور حول المشكلات الاجتماعية المقترنة بالتعاطى كان أخطر ما تبين لنا هو الارتباط الجوهرى بين تعاطى الحشيش وشيوع الانحرافات السلوكية بين التلاميذ المتعاطين بصورة تفوق كثيرا جدا وجود هذه الانحرافات بين غير المتعاطين. وجدير بالذكر أن ما تحققنا من وجوده فى هذا الصدد هو ثلاث فئات من انحرافات السلوك؛ فئة تتعلق بالحياة المدرسية لهؤلاء التلاميذ، والفئة الثانية تقع فى مجال علاقاتهم بعائلاتهم، والثالثة تقع فى مجال احتكاكهم بالحياة العامة.

خلاصة القول فى هذه الفقرة أننا نقدم للقارىء من خلال نموذج واقعى لدراسة مسحية أجريت حديثا فى جمهورية مصر العربية كيف يمكن الاستعانة بالمسوح الميدانية للإجابة عن أسئلة تتناول تقدير بعض الأبعاد الكمية لمشكلة تعاطى المخدرات، كما تتناول التقدير الكيفى لخطورتها. وغنى عن البيان أن ما

قدمناه إنما هو لمحة شديدة الإيجاز؛ فإلى جانب بضعة الأسئلة المحدودة التى أوردناها هناك عشرات الأسئلة الأخرى التى تمت الإجابة عنها أيضا: منها ما يتعلق بالكم ومنها ما يشير إلى الكيف، ثم إن ما ذكرناه بالنسبة لتعاطى الحشيش يمكن تكراره حول تعاطى مخدرات أو مواد نفسية إدمانية أخرى كالأفيون والأدوية النفسية وقد حدث ذلك بالفعل فى نطاق النموذج المذكور.

كذلك فإن ما أمكن إجراؤه بالنسبة لتلاميذ المدارس يمكن تحقيقه بالنسبة لطلبة الجامعات (Soueif, et. al., 1986, 1987) ولفئات العمال (Soueif, et. al., 1988) ولسائر الشرائح أو قطاعات المجتمع.

كلمة ختامية

فى ختام هذا الفصل تبقى كلمة أخيرة يلزمنا أن نضعها على مشهد من القارىء، وذلك باسم الأمانة العلمية والشعور بالمسئولية الاجتماعية نحو تطبيقات العلم. فقد أدرنا الحديث كله حول مزايا استخدام المسوح الاجتماعية كأداة علمية لتقدير مشكلة المخدرات المؤرقة للجميع. وأشرنا بالتصريح أحيانا وبالتلميح أحيانا أخرى إلى أن كفاءة هذه الأداة فى أداء المهمة المطلوبة تفوق بكثير كفاءة الطرق التقليدية التى جرى استخدامها فى الماضى ولايزال يجرى هذا الاستخدام فى الحاضر.

والذى يجب علينا أن نقوله الآن هو أن النغمة السائدة فى هذا الحديث لا يجوز لها أن توحى للقارىء بأن مسألة استخدام هذه المسوح مسألة ميسورة دون إعداد علمى كاف لمن يقوم بها. إن الخطأ الشائع الذى يقع فيه الكثيرون هو تصور أنه بإمكان أى شخص (من أى خلفية دراسية) أن يقوم بإجراء هذه المسوح ما دامت المسألة تتلخص فى توجيه عدد من الأسئلة (الاستبيان أو الاستخبار) إلى عدد من أفراد الشريحة (العينة) المطلوب معرفة أحوال التعاطى فيها. هذا التصور خطأ من أوله إلى آخره، لأنه يقوم على تبسيط مخل إخلالا شديدا للأمور. ذلك أن مسألة إعداد الاستبيان بالأسئلة المناسبة، لا من حيث

طبيعة الكلمات التى يجب اختيارها وتلك التى يجب تحاشيها، والتسلسل الذى يجب أن تقدم الأسئلة متبعة خطواته لا خطوات أى تسلسل آخر، ثم ما ينبغى أن يوفر لهذه الأسئلة من قدرة على استثارة الإجابة الدقيقة (وذلك بحساب درجة الثبات والعمل على رفعها بالطرق الفنية التى يعرفها المختصون)، بالإضافة إلى ضرورة تقدير صدقها (بحساب معامل الصدق). والضمانات (المنهجية) التى يجب أن تقدم فى سياق الاستبيان لكى يطمئن المجيب إلى أن الإجابات التى يدلى بها لن تؤدى إلى التعرف عليه واحتمال الإضرار به، ثم مسألة الطول الأمثل للاستبيان، وموقف التطبيق المناسب، هذه كلها أمور لابد من الدراية العلمية المتخصصة بها، وهى تدرس فى الجامعات تحت عنوان «طرق القياس النفسى»، وأى استهانة بمقتضياتها لابد وأن تؤدى إلى إهدار قيمة ما ينتج عنها. ثم هناك بعد ذلك مسألة الشروط الواجب توفرها فى العينات البشرية التى سوف يجرى عليها تطبيق الاستبيان بحيث يمكن الاعتماد عليها فى الإجابة عن الأسئلة المطروحة بأفضل صورة ممكنة. ثم هناك أولا وأخيرا أنواع التحليلات الإحصائية التى يمكن إجراؤها على ما تجمع لدينا من بيانات حتى يتيسر لنا فهم هذه البيانات والخروج منها باستنتاجات سليمة، هذه كلها أمور بالغة الأهمية. وليس أفضل فى شأن التصدى لها من الامتثال لتوجيهات الحكمة القائلة بإسناد صنع الخبز إلى الخباز، وهو مقتضى التحلى بالروح العلمية فى تدبير أمورنا الاجتماعية.

تلخيص

يدور هذا الفصل حول موضوع له أهميته العلمية والعملية، وهو موضوع استخدام المسوح الميدانية كأداة لتقدير مشكلة المخدرات. وقد بدأنا الحديث بتوضيح ماذا يعنى تقدير مشكلة المخدرات، وأشرنا فى هذا الصدد إلى أن التقدير يشمل جانبى المشكلة، الكم؛ أى حجم المشكلة، والكيف؛ أى أوجه خطورتها. ثم انتقلنا إلى الحديث عن دعوة المنظمات الدولية إلى ضرورة أن تتبنى الدول المختلفة سياسة متكاملة فى مواجهة مشكلة المخدرات، وأن السياسة المتكاملة هى تلك التى تتصدى لجانبى العرض والطلب من تلك المشكلة. وانتقلنا

بعد ذلك إلى حديث موجز عن الأدوات المعروفة عالميا لتقدير المشكلة، وحصرنا حديثنا بهذا الشأن فى ثلاث أدوات، وهى: تقارير إدارات المكافحة، وشبكات المعلومات والإنذار، والمسوح الاجتماعية. وأوضحنا أن التقارير موجودة فعلا فى إدارات المكافحة التابعة لمعظم الدول، غير أنها لا تفى بتقديم القدر المطلوب من المعلومات عن جميع جوانب المشكلة خاصة جانب الطلب. ثم تكلمنا عن شبكات المعلومات والإنذار وقلنا إنها تحتاج إلى إعداد علمى وإدارى وخدمى ليس فى متناول معظم دول العالم المتقدمة والنامية على حد سواء. ولا يبقى بعد ذلك سوى المسوح الميدانية. وعن هذه الأخيرة أفردنا فقرة كاملة لشرح طبيعتها، أتبعناها بفقرة ثانية عن بيان الأسباب التى تبرر الدعوة إلى العناية بها، ثم فقرة ثالثة عن أساسيات المسوح الميدانية، ورابعة عن مستلزمات إجراء هذه المسوح. وأخيرا تكلمنا بشىء من التفصيل عن كيفية الاستعانة بهذه المسوح لإجراء التقدير الفعلى لمشكلة المخدرات من حيث الكم والكيف، مع الإشارة إلى أن هذا أمر ميسور بالنسبة لمعظم الدول العربية نظرا لتوفر الطواقم البشرية التى تؤهلها دراساتها الجامعية للقيام بهذه المهمة.

المراجع

- **Drug Abuse Warning Network, 1978 DAWN annual report,** Drug Enforcement Administration & National Institute on Drug Abuse, 1978. U. S. Department of justice, Drug Enforcement Administration, Washington D. C. 20537.

- Edwards, A. (1954) Experiments: Their Planning and excution, in *Handbook of social psycholgy* G. Lindzey ed.' Cambridge 42 (Mass) Addison - Wesley 259 - 288.

- Johnston, L.D., Bachman, J.G. & O'Malley. P.M.(1981) *Highlights from student drug Use in America* 1975 - 1980, Maryland: NIDA .

- Kahn, A. S. *Social psychology*, (1984) Dubuque (Iowa): Wm. C. Brown, .

- Lin, T. & Standley, C.C. *The scope of epidemiology in psychiatry,* Geneva: WHO 1962.

- Morrison, S.L. Principles and methods of epidemiological research and their application to psychiatric illness, *J.ment. Sc.,* 1959, 105/441, 999 - 1011.

- Nagler, N.A. (1987) The Council of Europe Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (the Pompidou Group), *Bull. Narcotics,* 39/1. 3 - 30.

- Reid, D.D.(1960) *Epidemiological methods in the study of mental disorders, Geneva: WHO* .

- Smart, R.G. (1976) Legal restraint and the use of drugs, Paper presented at the 6 th International Institute on the prevention and treatments of drug dependence, 28 June - 2 July 1976. Hamburg: ICAA, 10 - 23.

- Soueif, M. I. (1971) The use of cannabis in Egypt: a behavioural study, *Bull. Narcotics*, 23/4. 17 - 28.

- Soueif, M. I., Darweesh, Z. A., El -Sayed A. M., Yunis, F. A., & Taha, H.S. (1986) The extent of drug use among Egyptian male university students, *Drug & Alcohol Dependence,* 28, 389 - 403.

- Soueif, M. I., Hannourah, M. A., Darweesh. Z. A., El - Sayed, A. N., Yunis, F. A., Taha, H. S. (1987) The use of psychoactive substances

by female Egyptian university students, compared with their male colleagues on selected itms, *Drug &Alcohol Dependence,*. 19, 233 - 247.

- Soueif, M. I., Yunis, F. A., Youssuf, G. S. Moneim, H. A., Taha, H. S. Sree, O. A., & Badr, K. (1988) The use of psychoactive substances among Egyptian males working in the manufacturing industries, *Doug & Alcohol Dependence,* 21, 217 - 219.

- WHO techn. Rep. Ser. No. 526, Geneva: 1973.

ـ «**تعاطى الحشيش» التقرير الأول، استمارة الاستبار**، القاهرة: منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٠.

ـ «**تعاطى الحشيش» التقرير الثانى: نتائج المسح الاستطلاعى فى مدينة القاهرة** منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٤.

ـ سويف (مصطفى) (١٩٩٢) **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الرابع تعاطى المخدرات الطبيعية**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.