دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

دور الإسلام في الوقاية والعلاج والتأهيل من الإدمان

المؤتمر الدولي الحادي والأربعون للمجلس الدولي
لشؤون الكحول والإدمان
المنعقد في القاهرة
في الفترة من ١٧ - ٢٢ مايو ١٩٩٧م

إشراف وتقديم
الدكتور
عبد الرحمن عبد الله العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

تحرير
الدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الدكتور مختار محمد بشر

١٩٩٩

دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

دور الإسلام في الوقاية والعلاج والتأهيل من الإدمان

المؤتمر الدولي الحادي والأربعون للمجلس الدولي
لشؤون الكحول والإدمان
المنعقد في القاهرة
في الفترة من ١٧ - ٢٢ مايو ١٩٩٧م

إشراف وتقديم
الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية
للعلوم الطبية

تحرير
الدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد
للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الدكتور مختار بشر

١٩٩٩

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

دور الإسلام في الوقاية والعلاج والتأهيل من الإدمان/ تحرير أحمد رجائي الجندي، تقديم وإشراف عبدالرحمن عبدالله العوضي - ط الأولى - الكويت: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ١٩٩٩م.

٣٢٨ص، ٢٤ × ١٧سم. (الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة).

- (المؤتمر الدولي الحادي والأربعون للمجلس الدولي لشؤون الكحول والإدمان المنعقد في القاهرة في الفترة من ١٧-٢٢ مايو ١٩٩٧)

ردمك: ×-٥٣-٣٤-٩٩٩٠٦

١ - المخدرات ٢ - الإدمان ٣ - الوقاية والعلاج ٤ - الإسلام والطب

أ - الجندي، أحمد رجائي (محرر) ب - العوضي، عبدالرحمن عبدالله (مقدم) ج - السلسلة

د - المؤتمر هـ - العنوان

ديوى ٣٦٤,١٤

ردمك: ×-٥٣-٣٤-٩٩٩٠٦

ISBN 99906-34-53-×

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويات

اليوم الرابع من أيام المؤتمر

تقديم

للدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

الكويت

بحمد الله وتوفيقه انعقد المؤتمر العالمي الحادي والأربعون الذي عقده المجلس العالمي لمحاربة المخدرات والمشروبات الكحولية (ICAA) بالقاهرة في الفترة ما بين ١٧ - ٢٢ مايو ١٩٩٧م.

وقد سبق لهذا المجلس عقد مثل هذه الاجتماعات في أقطار مختلفة وجاءت هذه المرة بجمهورية مصر العربية، وقد انتهزت المنظمة هذه الفرصة لتشارك (ICAA) هذا الاجتماع بتخصيص يومين تعرض فيهما جهود الدول العربية والإسلامية في مكافحة هذه الأوبئة، إضافة إلى إبراز رأي الإسلام فيها وعرضه أمام المشاركين في هذا المؤتمر خاصة بأن الـ (ICAA) تقوم بدعوة العديد من الجهات والمنظمات والهيئات والشخصيات العالمية المهتمة بمكافحة هذه الأوبئة.

وقد كان قرار المنظمة بالمشاركة مناسباً وموفقاً، فقد اكتظت القاعة المخصصة لهذا الموضوع بالباحثين والمهتمين من عرب وغيرهم مسلمين وغير مسلمين للاطلاع على ما يقدمه الباحثون الذين اختارتهم المنظمة لعرض تجارب بلادهم.

وقد كان التفاعل بين الباحثين والمستمعين كبيراً مما يدل دلالة

واضحة على ضرورة أن تشارك الدول الإسلامية ومنظماتها وهيئاتها في مثل هذه المنتديات العالمية للتعامل بين الجهات المختصة واكتساب الخبرات والاطلاع على تجارب الآخرين، فالجميع محتاج إلى أن يعلم بعضه بعضاً والتصدي لهذه المشكلة الخطيرة التي تهدد العالم في أعز ما يملك بتدمير القوى الإنسانية الشبابية في عمر الإنتاج والإبداع.

فالعالم يواجه مافيا خطيرة لا هم لها سوى جمع المال ولو كان ذلك على حساب الإنسانية، فجيشوا الجيوش وأنشأوا المصانع والمعامل وصاروا قوة يحسب لها ألف حساب، وأضلهم شيطانهم بتخليق مواد جديدة ذات فاعليات تدميرية خطيرة على المخ ومن ثم تعطيل هذه الطاقات المنتجة وتحويلها إلى هباء منثوراً.

بل إنهم سخروا العديد من العلماء لاختراق الحواجز البشرية وزيادة قاعدة انتشارهم بين المواطنين وتحويل أكبر عدد ممكن منهم إلى مدمنين أو ما يطلق عليهم أشباه البشر، فقد جردتهم من أعز صفاتهم بتدمير ما يميز الإنسان من الحيوان وهو العقل.

فالمخدرات أصبحت هماً إنسانياً عالمياً يؤرق الجميع على جميع المستويات ابتداء من الفرد والأسرة والمجتمع، ولذلك فإن مكافحة هذا الأمر لن يقتصر على فرد بذاته ولا هيئة بعينها، ولكنه يحتاج من الجميع التضافر والتماسك، فالمشكلة ليست أمنية ولا قانونية بل إنها مجموعة من العوامل تدفع الفرد إلى الانحراف عن الطريق الصحيح، فالوازع الديني والأسرة والمدرسة والإعلام والاقتصاد والزراعة والقانون والأمن والجمارك كلها عوامل تؤثر سلباً وإيجاباً في انتشار المشكلة أو الحد منها.

لذلك فإن جميع الأجهزة والمؤسسات في الدولة يجب أن تتضافر مع بعضها البعض في مكافحة ظاهرة المخدرات لأن الأمر قد اتسع

بشكل كبير، فالإعلام المرئي وجهاز الإنترنت أضافا إضافة خطيرة في انتشار المشكلة بصورة لم يسبق لها مثيل.

وقد كانت كل هذه التصورات أمام المنظمة ساعة التخطيط للمشاركة في أعمال هذا المؤتمر العالمي، ولم تكتف المنظمة بعرض تجارب بعض الدول الإسلامية، بل خصصت وقتاً كافياً للرؤية الإسلامية وإبرازها في مكانها اللائق بها لتُسمع الجميع كيف ينظر الإسلام لهذه المشكلة وكيف يضع الحلول لها بالتربية السليمة والقدوة الحسنة والتكافل والتضامن وترسيخ الإيمان في قلوب ونفوس أبنائه ليكون سداً منيعاً أمام هذه الموبقات.

ولقد أثارت هذه المواضيع الكثير ممن شاركوا هذه الجلسات وكانوا سعداء لسماعهم ومعرفتهم دور الإسلام في محاربة هذه الآفات التي غزت المجتمعات.

تلك التجربة تحتاج إلى تكرار مرات ومرات مع هذه الهيئات لتوضيح الرؤية الإسلامية في مثل هذه المشكلات.

وقد كنا نتمنى - جرياً على عادة المنظمة - أن يتضمن هذا الإصدار رصداً كاملاً للمناقشات التي تمت أثناء عقد الجلسات، لكن ظروف تجهيز المؤتمر لم تكن معدة لهذا الأمر.. وفي المرات القادمة إن شاء الله سوف تأخذ المنظمة الاحتياطات اللازمة لذلك.

هذه هي الأبحاث التي ألقيت أثناء المؤتمر راجين أن تكون دعامة جديدة وإضافة إلى مسيرة مكافحة تلك الأوبئة التي انتشرت في ربوع العالم أجمع.

والله أدعو أن يوفقنا إلى ما يحبه ويرضاه.

مقدمة

للدكتور أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

الكويت

تمر الحضارة الإنسانية بمأزق خطير يهددها بالفناء والدمار لأنه يصيب أعز ما تملكه البشرية وهو الإنسان، فرغم التقدم العلمي الهائل الذي أحرزه الإنسان في مجالات العلوم الأساسية عامة والطبية بصفة خاصة مثل الهندسة الوراثية والاستنساخ، والتي كان من المفروض أن تدخل إلى نفسه السعادة والهدوء والسكينة إلا أنه زاد تعاسة وشقاء، فنسبة الانتحار في ازدياد بسبب الخواء الروحي الذي يعيشه الإنسان، فرغم ارتفاع الدخول المادية وتوفر أسباب المعيشة الهنية إلا أن هناك شيئاً مفقوداً، وأطل علينا بعض الأدعياء لإطلاق عنان الغرائز البشرية لعله يجد فيها سلواه ولشهواته العنان، ليحصد سوء عمله مراً علقما ووبالا على البشرية. فنتيجة الحرية استفحل وباء الأيدز الذي يكاد يعصف بالبشرية. فلقد ثبت بأن السبب الرئيسي الآن في انتقال الفيروس هو العلاقات الجنسية المحرمة بعد أن تمت السيطرة على بقية طرق العدوى الأخرى إلى حد ما، ورغم اقتناع العالم أجمع بأن السبيل الوحيد للقضاء عليه هو العفة وتحريم اللقاءات الجنسية المحرمة إلا أننا نفاجأ بشعار الجنس الآمن باستخدام العوازل الذكرية والأنثوية، وكان ذلك إيذاناً بدخول العالم نفقاً مظلماً، فدخلت التجارة طرفاً في المشكلة

وظهرت العوازل الفاسدة وظن المغامرون الذين يجرون وراء شهواتهم أن الأمر حقيقي وأنهم باستخدامهم للعوازل إنما هم في أمان.

وكانت النتيجة زيادة أعداد الإصابة بهذا الوباء الخطير ويمكن لأي منصف أن يراجع الوضع الصحي في أوغندا وزائير وغيرهما من الدول الأفريقية المصابة بهذا المرض ليجد نتيجة كذبهم وافترائهم، وفي الوقت نفسه نجد أن التعاليم الإسلامية واضحة في هذا المجال فحرمت العلاقات الجنسية غير المشروعة بل إن أشد عقوبة في الدين الإسلامي كانت لجريمة الزنى وهي الرجم إذا ما ثبت ذلك حسب الضوابط الشرعية التي حددتها الشريعة الإسلامية، والإحصائيات العالمية خير شاهد على ذلك فالدول الإسلامية ما زالت نسبة الإصابة فيها أقل من مثيلاتها، والجاليات الإسلامية في الدول الغربية ما زالت نسبة الإصابة فيها أقل من مثيلاتها، وفي أحد المؤتمرات الأخيرة بالكويت عن الأيدز أذاع باحث من أوغندا أن أقل نسبة من الإصابات تقع في مجموعة من القبائل تقتل من يقترف الزنى، ولذلك نجد أن الإسلام قد حض على الزواج وأمرنا بتيسيره حفاظاً على الأسرة التي هي أساس المجتمع وعلى العلاقات الإنسانية والزوجية من خطر الانهيار، وتلك كانت المشكلة الأولى.

أما المشكلة الثانية: التي يواجهها العالم من بين المشاكل الأخرى فهي تعاطي الكحول، فقد حرمه الإسلام تحريماً قاطعاً للمتعاطي والتاجر والصانع، بل إن التعاليم الإسلامية تدين وتلعن عاصر الخمر وحاضر مجلسها ومقدمها وبائعها وشاربها حتى لا يغوى من يجلس مع قرناء السوء من متعاطيها. والسبب وراء تحريمها هو غياب العقل لأن ذهابه يؤدي بصاحبه إلى الإتيان بأفعال وأعمال جسيمة قد تودي بحياته وحياة أسرته، وقد اعتبر العقل في الإسلام مناط التكليف فإن غاب العقل ذهب التكليف مصداقاً لقول الرسول صلى الله عليه وسلم «رفع

القلم عن ثلاثة: عن المجنون المغلوب على عقله حتى يشفى، وعن النائم حتى يستيقظ، وعن الصبي حتى يحتلم».

هناك من يدّعي بأن الجزيرة العربية لم يكن بها خمر والعكس هو الصحيح، فقد كانت الخمر في كل بيت في تلك الأيام لدرجة أن أحد الصحابة يصف حالة المدينة ساعة نزول آية التحريم، وقيام المسلمين بسكبها بأن حاراتها كادت تسبح في الخمر المسكوب، بل إن العرب قالوا فيها شعرا وعشقوها عشقاً كبيراً.. ومع ذلك عندما نزلت آية التحريم تسألهم ﴿هل أنتم منتهون﴾ قالوا نعم إنا منتهون، وهنا تظهر أهمية الإيمان ودوره في اتباع أصحابه للأوامر والنواهي لأنهم يعلمون علم اليقين أنها صادرة من رب العباد وليست من تشريع البشر، هذه الصورة تقابلها صورة أخرى في المجتمع الأمريكي عندما أصدر الكونجرس في عام ١٨٨٩ قانون تحريم صناعة الخمور والمشروبات الكحولية فظهرت صناعات سرية لها، وكانت النتيجة ارتفاع حالات التسمم وزيادة الوفيات نتيجة تعاطيها مما اضطر الإدارة الأمريكية إلى العدول عن القرار والسماح بعودة التصنيع للمشروبات الكحولية.

النتيجة الآن بين أيدينا الخسائر العالمية المادية بالمليارات، والبشرية بالملايين، والأبحاث تجرى هنا وهناك عن الآثار الجانبية ومعالجتها وكيفية التصدي لها بعقد المؤتمرات والندوات، ورغم هذا فلا أحد ينتهي.

والمشكلة الثالثة: هي المخدرات، وهي محرمة في الإسلام تحريماً قاطعاً مثلها في ذلك مثل المشروبات الكحولية، وخسائر العالم الناتجة عن تعاطي المخدرات لا تقل عن خسائر المشروبات الكحولية إن لم تكن تفوقها.

هذا هو الفكر البشري المحدود يشرِّع اليوم تحت أوهام آنية ويجني الآلام والمصائب بعد ذلك، أما التشريع الرباني فهو منَ الله الحكيم الخبير الذي خلق الإنسان ويعلم ما توسوس به نفسه هذه النفس التي عجز عن تحليلها كل المحللين النفسيين حتى الآن ولا يعرفون حقيقة كنهها لذلك جاء الإسلام متوافقاً مع الفطرة البشرية إذ يعتبر الإنسان خليفة الله في الأرض وأمره بإعمارها بما ينفع الناس، فوضع له دستوراً ومنهجاً من قبل أن يولد وبعد أن يولد ويصبح صبياً ثم شاباً ثم كهلاً، وحدد له الطريق القويم في كل مرحلة من مراحل حياته: ماذا يأكل وماذا يشرب، بماذا يلهو وبم لا يلهو.. حقوقه واجباته حتى أصدقائه وأقرانه فمثل الجليس السوء والجليس الطيب كمثل نافخ الكير وحامل المسك، وأرشده كيف يختار زوجته - كيف يربي أولاده، وحدد له علاقاته وحقوقه وواجباته تجاه ربه ونفسه وأهله وأسرته وجيرانه ومجتمعه، يربيه ويؤدبه ويقوي الإيمان في نفسه فالإيمان بضع وستون شعبة أعلاها لا إله إلا الله وأدناها إماطة الأذى عن الطريق، والحياء شعبة من الإيمان. وبين له الحلال والحرام وأمره أن يتبع ذلك حتى يسعد في الدنيا والآخرة.. هذا الاهتمام الكبير بالإنسان في الإسلام كانت نتيجته حضارة استمرت قروناً عديدة في عطاء مستمر وانتشرت شرقاً وغرباً تأمر أصحابها بأن يتقوا ربهم الذي خلقهم وألا يقدموا إليه إلا كل ما فيه خير ونفع للإنسان والإنسانية.

نحن إذن أمام هجمة شرسة تحتاج منا جميعاً أن نواجهها كما أمرنا ربنا وأن نتبع ما أمرنا به، ونترك ما نهانا عنه وفي ذلك صلاح أمرنا.

ولعلّ هذه مناسبة مباركة أن يعقد المؤتمر الحادي والأربعون لمعهد المجلس الدولي لشئون الكحول والإدمان في القاهرة وهي إحدى العواصم العربية الإسلامية ليلتقي هذا الجمع من كل أنحاء العالم

ليستمع إلى رأي الإسلام في هذه المواضيع المختلفة وأهمية الإيمان في الوقاية والعلاج والتأهيل، وعن دور الجمعيات الأهلية الإسلامية في الاهتمام بهذا الخطر ودورها في التصدي له، كيف تطورت القوانين لتكون أداء في سبيل الوقاية والعلاج، ما هي الجهود المبذولة في هذا الصدد لكي نتناول الأفكار مع بعضنا بعضاً بالنقاش الموضوعي الهادف، وتتحاور دول أوروبا وأمريكا وبعض الدول العربية والإسلامية وتتبادل الأفكار والخبرات بما يفيد بعضنا بعضاً.

إن خبرة ICAA في هذا المجال خبرة كبيرة، ولعلّ أكبر شاهد على هذا هو الكم الهائل من المؤتمرات والندوات التي تعقدها في هذا المجال ولقد سبق أن ناقشت دور الأديان والعقائد المختلفة في المؤتمرات السابقة وقد آن الأوان أن نناقش دور الإسلام في التصدي لهذه الموبقات بما يقوي ويدعم دور ICAA في هذا المجال.

لقد وجدت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية فرصة ممتازة لتشارك وتتولى تدبير التمويل اللازم لدعوة بعض ممثلي الدول العربية والإسلامية للمشاركة، وإثراء النقاش في هذا المؤتمر العالمي.

البرنامج

برنامج مشاركة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بموضوع: دور الإسلام في الوقاية والعلاج والتأهيل من الإدمان في مؤتمر ICAA الحادي والأربعين بالقاهرة ١٧ - ٢٢ مايو ١٩٩٧م

اليوم الثالث من أيام المؤتمر
٢٠مايو ١٩٩٧م

أولاً: الافتتاح

- كلمة الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي
  رئيس المنظمة الاسلامية للعلوم الطبية

ثانياً: الجلسات العلمية

الجلسة الأولى: (١١ - ١٢,٣٠) صباحاً

الرئيس : دكتور عبدالرحمن العوضي

المقرر : دكتور أحمد رجائي الجندي

١ - مكانه العقل في الإسلام وموقفه نحو المفترات والمشروبات الكحولية والمخدرات:

الشيخ محمد المختار السلامي (١١ - ١١,٣٠ صباحاً)

٢ - أثر أنماط الحياة الإسلامية على إدمان الكحول والمخدرات:
الدكتور عمر سليمان **(١١,٣٠ - ١٢ ظهراً)**

المناقشات: (١٢ - ١٢,٣٠ ظهراً)

الجلسة الثانية: (٢ - ٣,٣٠ بعد الظهر)

الرئيس : دكتور صلاح عبدالمتعال
المقرر : دكتور مالك مبشر

١ - دور المسجد في الوقاية والعلاج من إساءة استخدام العقاقير:
الدكتور جمال ماضي أبو العزايم **(٢ - ٢,٢٠ بعد الظهر)**

٢ - منهج إسلامي جديد للتعامل مع المدمنين في الكويت:
الأستاذ عبدالحميد البلالي (٢,٢٠ - ٢,٤٠ بعد الظهر)

المناقشات: (٢,٤٠ - ٣,٣٠ بعد الظهر)

الجلسة الثالثة: (٤,٠٠ - ٥,٣٠ مساء)

الرئيس : دكتور عمر سليمان
المقرر : دكتور عادل الزايد

١ - تطور التشريعات في مواجهة المخدرات في دولة الكويت:
المستشار عبدالله العيسى (٤ - ٤,٢٠ مساء)

٢ - الأبعاد الاجتماعية والثقافية لتعاطي المخدرات بين الطلبة المصريين من المنظور الإسلامي:
الدكتور صلاح عبدالمتعال (٤,٢٠ - ٤,٤٠ مساء)

٣ - نظرة على الوضع الحالي للعقاقير وسوء استخدامها، وإدمانها وجهود الوقاية منها في مصر:
الدكتور فؤاد أبو حطب (٤,٤٠ - ٥ مساء)

المناقشات: (٥ - ٥,٣٠ مساء)

اليوم الرابع من أيام المؤتمر
٢١ مايو ١٩٩٧م

الجلسة الأولى: (١١ - ١٢,٣٠ صباحاً)

الرئيس : دكتور عمر شاهين
المقرر : دكتور عبدالله بن شريف

١ - دور المنظمات والهيئات غير الحكومية في محاربة سوء استخدام العقاقير في الكويت:
الدكتور خالد الصالح (١١ - ١١,١٥ صباحاً)

٢ - دور المرأة والأسرة في القضايا المرتبطة بتعاطي المخدرات:
الدكتورة غادة الحافظ (١١,١٥ - ١١,٣٠ صباحاً)

٣ - توجيه الموارد لمحاربة إساءة استخدام العقاقير:
الدكتور أحمد محيط (١١,٣٠ - ١١,٤٥ صباحاً)

٤ - الأنواع المختلفة من المخدرات والمؤثرات النفسية في المجتمع المصري ودور الحكومة والهيئات غير الحكومية في منعها
الدكتور فؤاد السعيد (١١,٤٥ - ١٢ ظهراً)

المناقشات (١٢ - ١٢,٣٠ ظهراً)

الجلسة الثانية: (٢,٠٠ - ٣,٣٠ بعد الظهر)

الرئيس : دكتور فريدون مهرابي
المقرر : دكتور خالد الصالح

١ - رعاية المتعاطي والمدمن داخل وخارج المستشفى:
الدكتور عبدالله بن إبراهيم الشريف (٢,٠٠ - ٢,١٥ بعد الظهر)

٢ - وضع المخدرات في الكويت قبل الغزو العراقي وبعده:
الدكتور عادل الزايد (٢,١٥ - ٢,٣٠ بعد الظهر)

المناقشات: (٢,٣٠ - ٣,٣٠ بعد الظهر)

الجلسة الثالثة: (٤,٠٠ - ٥,٣٠ مساء)

الرئيس : دكتور فؤاد أبو حطب

المقرر : الأستاذ عبدالحميد البلالي

١ - المخدرات والمسكرات في إيران قبل وبعد الثورة الإسلامية:

الدكتور فريدون مهرابي (٤ - ٤,١٥ مساء)

٢ - وضع الوقاية والعلاج من المخدرات والمسكرات في باكستان:

الدكتور مالك مبشر (٤,١٥ - ٤,٣٠ مساء)

٣ - الوسائل المختلفة في علاج الإدمان:

الدكتور أحمد القاضي وإيمان القاضي (٤,٣٠ - ٤,٤٥ مساء)

المناقشات: (٤,٤٥ - ٥,٣٠ مساء)

كلمة الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

بالكويت

كلمة الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
بالكويت

الحمدُ للهِ ربِّ العالَمين، القائلِ في قرآنِهِ الكريمِ ﴿إنَّما الخَمْرُ والمَيْسِرُ والأنصابُ والأزلامُ رجسٌ مِنْ عَمَلِ الشيطانِ فاجتنبوهُ لعلكُمْ تفلحُون﴾، والقائِلِ ﴿ولا تُلقُوا بأيديكُم إلى التهلكةِ﴾. وأصلي وأسلم على سيدنا محمد القائل «الخمر أم الخبائث»، والقائل أيضا «لا ضَرَرَ ولا ضرارَ».

وأحييكُم بتحيةِ الإسلامِ فسلامُ اللهِ عليكُم ورحمتُهُ وبركاتُهُ.

كما يُسْعدُني أن أحيِّيَكُم من عاصمةِ أقدمِ حضارةٍ في التاريخ، من أرضٍ طيبةٍ مباركةٍ، شهدتْ صعودَ وانحسارَ حضاراتٍ مُتنوعة.

والقاهرةُ لها عبقُ التاريخِ، ولها مُميزاتٌ تختلفُ عن بقيةِ دولِ العالَم، فَأهْراماتُها شاهِدٌ على حضارةِ شعبِها وتَطوُّرِ الحياةِ فيها، ومآذنُ مساجِدِها وكنائسُها تُنْبِيءُ عن تمسّكِ أبنائِها بأديانِهم واستقرارِهم في سلامٍ ووِئامٍ، وتؤكدُ تعايُشَ وتَسامُحَ الأديانِ مَعَ بعضِها منذُ آلافِ السِّنين.

وَنيلُها يُعْلِنُ عن خُصوبةِ أَرْضِها، وأزهرُها الشريفُ أقدمُ جامعةٍ عالميةٍ، تُشعُّ نورَ الإسلامِ للدُّنيا كلِّها، وتَدعُو إلى المحبةِ والإخاءِ والسَّلامِ.

وجاءَ ذِكرُها في القُرآنِ الكريمِ، وأَوْصَى الرسولُ الكريمُ أصحابَهُ بأهلِ مصرَ وجُنودِها.

أيها الإخوةُ:

لقد جاءَ الإسلامُ ليكونَ الدينَ الخاتَمَ للبشريةِ كافةً، لم يَكُنْ قاصراً على مكانٍ بعينهِ ولا فئةٍ بذاتِها، ولازمن معين، وأمَرَ أَصحابهُ بأنْ يسعوا إلى نشرِ الإسلام، متمسكينَ بشعارِ «**ادفعْ بالتي هيِ أحسنُ فإذا الذي بينكَ وبينهُ عداوةٌ كأنَّهُ وليٌّ حميمٌ**».

فالإسلامُ - وهوَ من عندِ ربِّ العالمينَ - اهتمَّ أكثرَ ما اهتمَّ بالإنسانِ منْ حيثُ هُوَ إنسانٌ، وعندما نزلَ على رسولنا الكريم الوحيُ كان أولُ ما نزل أمرهُ بالقراءةِ النافعة للبشريةِ كُلِّها.

واستمرَّ في بناءِ الإنسانِ المسلمِ روحاً وعقلاً وجسداً على مدى ثلاثةَ عَشَرَ عاماً في العهدِ المكيِّ، ويعدهُ لمواجهةِ المشاكلِ الحياتيةِ القادمةِ وما فيها من خيرٍ وشر، فأرسى قواعد الإيمانِ في عقله وقلبه، وبين له الأسلوبَ الإسلاميَّ في الحياةِ، من إيثارٍ وحبٍّ وتَعاطفٍ ومودةٍ وإخاءٍ، حتى إذا نزلت التعاليم الإسلامية من المسلم منزلا صالحاً بدأ يبينُ له الحلالَ والحرامَ، وافعلْ ولا تفعل، فتقبلها بقبولٍ حسنٍ، وعن اقتناعٍ كاملٍ بأنَّ هذا الأمرَ جاءَ منْ ربِّ العبادِ، منزهاً عن كلِّ هوى، فهو خالقه وهوَ هاديه، وهو أدرى بمصلحتهِ أكثرَ منهُ، فَعلى سبيلِ المِثالِ: عندما نزلَ تحريمُ الخمرِ في الإسلامِ كانَ المسلمون يعاقرونها ويتغزلون بها شعرا، ويصنعونها ويتاجرونَ فيها، فلما نزلتْ آيةُ التحريمِ، تسألهم: «**فهلْ أنتمْ مُنتهُونَ**»، قالوا جميعاً: نعمْ إنا منتهون، وسَكبوها في الطُّرقاتِ والشوارعِ، وكسروا أوعيتها، وانصاعوا لأمرِ ربِّ العبادِ، لدرجةِ أنَّ أحدَ الصحابةِ وصفَ حاراتِ وشوارعِ المدينةِ بأنَّها كانتْ تسبح في الخمر.

هذا هو الأمرُ الرباني لعباد الله المُؤمنينَ بتعاليمهِ، قبلوا ذلك عن طيبِ خاطرٍ؛ لأنَّهم على يقينٍ بأنَّ هذا الأمرَ وراءهُ الخيرُ العظيمُ لهم في الدنيا والآخرةِ، فهوَ يصونُ العقلَ الذي له مكانةٌ أكبر في الإسلام، فقد ميز الله الإنسانَ عن سائرِ المخلوقاتِ بالعقل؛ ولذلك اختارهُ ليكونَ خليفتهُ في الأرضِ ليُعمرَها، واعتبرَ الإسلامُ أن أيَّ شيءٍ يُخامرُ العقلَ أو يذهبه أو يسكره حرام، وما يقال عن الخمرِ ينطبقُ على المخدراتِ والمؤثراتِ العقليةِ الأخرى؛ لأن إذهابَ العقلِ سوفَ يؤدي بصاحبه إلى ارتكابِ الكثير من الأعمالِ الضارة، التي تعود عليهِ شخصياً بالأذى، وعلى أسرتهِ وعلى مجتمعهِ بالوبالِ، والإحصاءات بين أيدينا خيرُ شاهدٍ على ذلك، فالخسائرُ في الأرواحِ بالملايين، والخسائرُ في الاقتصادِ بالمليارات وكلُّها بسببِ التشريعاتِ البشرية القاصرةِ التي عصتِ الخالق، والتي أباحتِ استخدامَ المشروباتِ الكحولية. فأباحوها وتغنوا بها رغمَ أن جميعَ الأبحاث العلميةِ والاجتماعيةِ تذكرُ كلَّ المخاطرِ الصحيةِ والأضرار الجانبيةِ على الإنسان، وكانتِ النتيجة وبالاً على البشريةِ في كلِّ مكان.

إن العالمَ كله الآن أصبحَ قريةً صغيرةً، ولا توجدُ دولة بمعزل عن العدوى بهذه الموبقات، فالحدث يذاع ساعة وقوعهِ، والكلُّ يراهُ بالصوتِ والصورة؛ ولذلك فإنَّ العدوى قد انتشرت انتشار النارِ في الهشيم، ولقدَ شهدتِ السنواتُ الأخيرة رواجاً شديداً في تجارةِ الخمرِ والمخدراتِ والتدخينِ من فئات جشعة، لا هَمَّ لها إلا السعي وراء الكسبِ الماديِّ السريع، برغمِ أنه كسب غيرُ مشروعٍ ومحرم في الأديان السماوية.

إن هذهِ الأوبئة الخبيثة تنالُ من الإنسانِ عقلاً وصحةً واقتصاداً، وهذا ينعكس على الأسرةِ والمجتمعِ ليتحولَ الجميعُ إلى أشباهٍ للبشرِ لا حياة فيهم بلْ هُمْ إلى الموتِ أقربُ.

إنَّ الحضارةَ العالمية تمرُّ بأخطرِ مراحلها، فهي تحملُ في رحمها أسباب دمارها بسببِ ما تروجُ لهُ من مقولاتٍ خاطئة، فبدل أن تدعو إلى العفة، وتشجع الزواج وإقامة الأسرة بمفهومها الصحيح، نجدها تتبنى مقولة الجنس الآمن، وحطمت الأسرة، ودعت إلى تفككها تحت شعارِ أسرة الفردِ الواحدِ، ذكراً كان أم أنثى، وبدلاً من أن تسعى إلى منعِ المخدراتِ ومحاربتها ترفعُ شعاراتٍ مزيفةً باطلةً، باستبدالِ الهيروين بالماريجوانا، والطامةُ الكبرى أنها تصفها بأنها أقلّ ضرراً، وماذا بعد عشرة أعوامٍ أو عِشرينَ عاماً، ثم بَدَلَ أن تُوقِفَ من معاقرةِ الخَمرِ ومشتقاتها يخرجُ علينا البعضُ ليقولَ مقولاتٍ خاطئةً، بأن القليل منها يساعدُ مرضَى القلب. ألم يكن التدخينُ بسببِ مثل هذه المقولاتِ الخاطئةِ، وثبتَ أن وفَياتِ التدخينِ تفوق وفيات الحرب العالمية الثانية ووفياتِ السرطان والإيدز، والآن تجتاحُ هذه الأوبئة العالم أجمعَ، فالإيدزُ خارج عن السيطرةِ والمخدراتُ والمسكراتُ تجتاحُ العالمَ، وخسائرُ التدخينِ أنتم أعلمُ بها من أيِّ فردٍ آخرَ.

إن المشكلة معقدة، وأسبابها كثيرةٌ، وأطرافها متشابكة. فالأسرةُ بمفهومها الصحيحِ لها دورُها، والمدرسة لها دورها، والمجتمعُ له دورهُ، والإعلام له دوره، والتشريع له دوره، والأمنُ له دوره، والصحة لها دورها.

كلُّ هذه المظاهرِ هي بسبب ابتعادِ الإنسانِ عن الله وبسبب غروره وإعجابه بنفسه، وأصبح الإنسانُ يعبد نفسه، ويلبي طلبات النفس الأمارة بالسوء، ويحطم ذلك الرباط المقدس، الذي يربط الإنسان بخالقه. وبلغَ بالإنسان مدى من الانحلال والكفر بالأديان حتى تحطمت النفسُ البشرية، وأصبحت تعيش أشدَّ لحظات التعاسة التي تحملها هذه النفسُ الضعيفة.

كلُّ هذا يدعونا إلى وقفةِ تأملٍ وتدبرٍ والعودةِ إلى محرابِ عبادة اللهِ واللجوءِ إلى الدينِ كمنقذٍ لهذه النفسِ البشريةِ الضائعة.

لذلكَ، فإننا اليومَ في أمس الحاجةِ إلى العودةِ إلى الأديانِ؛ لأن تعاليمها جاءت من رب العبادِ، وهي منزهة عن كل هوى، وتدعو إلى الفضيلةِ وإلى الترابطِ والتعاطف والتراحم، والتعاونِ بينَ الأسرةِ والمجتمعِ، وتُربي الفردَ تربيةً إيمانيةً قويةً، يستطيع أن يجابِهَ كل مُغريات الحياةِ والعرضَ الزائلَ في الدنيا، ويتطلع إلى النعيم الدائمِ في الآخرة.

إنَّ المؤتمرات والندوات والاجتماعات سوفَ لا يكونُ لها مردود فعال إذا لم ترتكزْ على أهميةِ العودة إلى الأديانِ السماويةِ؛ ليكونَ لها دورٌ فعال في حياتنا اليومية، فالإنسانُ بطبيعته له ميولٌ دينية، فهذه هي الفطرة الإنسانية التي فطرَ اللهُ الناسَ عليها، وهي أقربُ إلى قلبِهِ من أيةِ تَعاليمَ أخرى، وعلينا ألا نُغفل الجوانب الإيمانيةَ والرُّوحية، سواء في الوقاية أو العلاجِ أو إعادة التأهيل؛ لأنَّ البعد الروحي له قوةٌ سحريةٌ كبيرة في إنقاذِ أصحابِه مما هم فيه.

أيها الإخوةُ

يأتي مؤتمرُنا هذا متميزاً بطابع خاصٍّ فمنظمةُ ICAA تعقدُ مؤتمراتها على مدى نصف قرن، في سبيل مكافحة هذه الأوبئة التي تجتاح العالم إلا أن هذا المؤتمر والذي يعقد بالقاهرة تشارك في أعماله المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت بجانب كبير في تنظيمه، إذ لاحظتُ أن مشاركةَ الدولِ العربيةِ والإسلاميةِ في مؤتمراتِ ICAA السابقةِ تكادُ تكونُ ضعيفة رغمَ أهميةِ المشاركةِ في مثلِ هذه المؤتمراتِ؛ للاطلاعِ على أحدثِ الأبحاثِ ووجهاتِ النظرِ التي تُقالُ فيها.

لذلك رأتِ المنظمة أن تأخذَ على عاتِقها في هذا المؤتمرِ أن تدعو أكبرَ عددٍ ممكنٍ من الدولِ العربيةِ والإسلامية؛ للمشاركةِ فيه، وإطلاعِ الباحثينَ الآخرينَ على ما يجري في دول المنطقة والعالمِ الإسلامي من جهودٍ كبيرةٍ في هذا المجالِ وعلى الاتجاهاتِ المختلفةِ والخبرةِ في العلاجِ، خاصةً أن منطقتنا هي مهبط الرسالاتِ السماويةِ، التي أنارت للبشريةِ الطريق إلى خالقها. وفي الوقتِ نفسهِ يطلعُ ممثلو هذه الدولِ على ما يجري في العالم لتتحققَ الفائدةُ المرجوة.

فتحيةً طيبةً لمنظمةِ ICAA التي كانت متحمسةً لهذه المشاركةِ ونرجو أن يستمر التعاونُ في هذا المجالِ من أجلِ خدمةِ الإنسانيةِ جَمعاءَ.

أيها الإخوة

أدعو الله أن يوفّقنا جميعاً إلى ما يحبهُ ويرضاه؛ ليعيشَ عالمنا نظيفاً خاليا من هذه الأوبئة المدمرة لنا وللأجيالِ القادمة.

والسلام عليكم ورحمةُ الله وبركاتُه.،

اليوم الثالث للمؤتمر
الثلاثاء ٢٠ مايو ١٩٩٧م

الجلسة الأولى

الرئيس : دكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

المقرر : دكتور أحمد رجائي الجندي

الباحثان : ١ - الشيخ محمد المختار السلامي
٢ - دكتور عمر سليمان

مكانة العقل في الإسلام
وموقفه نحو المفترات والمشروبات الكحولية والقمار

الشيخ محمد المختار السلامي

مفتي تونس

مكانة العقل في الإسلام وموقفه نحو المفترات والمشروبات الكحولية والقمار

الشيخ محمد المختار السلامي

مفتي تونس

السيد الرئيس، حضرات الأساتذة:

كما جاء في الورقة الضابطة لأعمال المؤتمر من تخصيص يوم عن دور الدين في الوقاية من الادمان وعلاجه مع الإشارة بوجه خاص إلى الإسلام «تحت رعاية المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية». فإنه يسعدني أن أعرض عليكم ما استخلصته من الطريقة التي يصلح بها الإسلام أمر البشر لحمايتهم من المخدرات والمسكرات والقمار أو لمساعدتهم وانتشالهم إذا أصيبوا بآفة من هذه الآفات.

إن الإشكالية الرئيسية في هذا الموضوع نتبينها في هذا التناقض بين الغاية والواقع، أو بين النتائج التي تمت صياغة البشرية على نمطها، وبين ما يعمل العلم والسياسة على تحقيقه.

نلاحظ من ناحية تراكم المنتجات الحضارية التي عملت وما تزال تنجز ما يجعل حياة الإنسان أفضل وأمتع بفتح قنوات الوصول إلى المعرفة والاتصال بين أجزاء الكون.

بتمكين الإنسان من الاستفادة بالطاقة المتنوعة لتكون عاملا في

نماء الثروة وتعميم الإفادة منها، وبدخول الالكترونيات في حياة الانسان وإمكاناتها الخصبة التي ما يزال العالم في أول مراحل كوامنها العجيبة.

وقد كان لكل ذلك أثره في إشباع مطالب وحاجات الفرد والجماعة. مما جعل طريقة الحياة أيسر وأجمل وأكمل. وما من شأنه أن يمكن من الالتحام والامتزاج بين البشر بصفة أتم وأفضل.

كما نلاحظ من ناحية أخرى أن هذه المنجزات الحضارية بدخولها في الحياة جرفت معها سيلا طاميا من الظواهر المنحوسة الأخرى، استشرت بين البشر. وهي آخذة في تمديد رقعة انتشارها مع الزمن مما يهدم ذلك الصرح الذي بنته الحضارة المعاصرة، وذلك كالكآبة، والخوف، والقلق عند البعض.

وعند بعض آخر، الرغبة في تهييج الشهوة للفوز بأقصى حد من اللذة والمتعة التي إن كانت صعبة التحقيق في عالم الحقيقة فإنه يمكن خداع النفس بالإحساس بها في عالم الخيال الرحب المصنوع. ولدى الفريقين تمردت الأنانية وحب الذات.

حتى إن الرابطة العائلية أخذت تضعف وتتآكل ويتحلل بناء المجتمع؛ تبعا لضعف بناء الأساس الذي لا يقام إلا عليه. وتدنت قيم الإيثار والبذل والعطاء التي كان يجد فيها الفرد لذة عظمى بتكسير أغلال الأنانية. وبتحلل هذه القيم فقد السند الذي كان يسنده عند الحاجة، فتضاعف شعوره بالانبتات عن المجتمع بما يصحب ذلك من الاهتزازات النفسية والانحراف في السلوك. وهو ما يولد طبعا الإمعان في البعد عن المجتمع، وصقيع أوتار العلاقات، فلا تنبض بحرارة ولا تلين بدفء.

يقول روبارت هـ. فرانك إن اليد الخفية لآدم سميث قد زرعت فكرة أن السلوك الخلقي يمكن أن لا يكون لازما، وإنا سائرون إلى

مشاهدة أفضل صورة يمكن أن يكون عليها العالم إذا رضي البشر بالاقتصار على تحقيق مصالحهم الخاصة، وإن نظرية داروين، البقاء للأصلح، تمشي إلى أبعد من هذا. إذ تخلق انطباعا بأنه يمكن أن يضر بالصحة العزوف عن تلبية المصالح الخاصة.

Au delà de l'egoisme Robert H Frank.

Sa main invisible a semé l'dée que le comportement moral pouvait ne pas être nécessaire et qu'on assisterait à l'vénement du meilleur des mondes possibles si les hommes se contentaient de satisfaire leur propre interèt. La Thêorie de Darwin sur la survie des plus aptes alla plus loin encore et créa l'impression qu il pourrait être mauvais pour la santé de ne pas chercher à satisfaire ses interèts. Dialogue 2: 1990.

إنه لا شك أن موكب التطور الحضاري لم يبلغ المستوى الذي وصل إليه والآفاق المفتوحة الداعية للإنسان ليلج عوالمها الرحبة إلا بعد أن تخلص من الضغوط التي كانت تكبله وتوقف أمامه خطوطا حمراء لا معقولة تحتم عليه أن لا يتجاوزها. فلما تحرر العقل البشري من المحظورات وتحرر العلم تبعا لذلك فأصبح لا يقر إلا ما يقره العقل وتثبته التجربة، وانكشفت للإنسان مجاهيل طوعت المعرفة أسرارها فلمستها البشرية ونعمت بها. تولد من ذلك طغيان الحرية. وضاق في التصور العام دائرة الارتباط بينها وبين المسئولية وما تزال هذه الرابطة تتقلص كل يوم لتزيد الحرية تضخما والمسؤولية ضمورا. وهو ما يوضح لنا فلسفة آدم سميث ومن هم على رأيه وانعكاساتها في عالم الاقتصاد وفي عالم السلوك. فتولد من الحرية الأنانية المستبدة.

وإذا كانت الحرية انبنت على النظرة الموضوعية للأشياء وتحرير العقل والتجربة من كل المؤثرات غير الموضوعية. فإنها في الاجتماع

قد ولدت عكس ذلكم المنهج فأصبح الإنسان هو قطب الوجود، والمعيار الذي يعود إليه هو ذاته ومصالحه.

أريد أن لا أنطلق بعيدا في هذا الاتجاه. لأنه يخرج بي عن الموضوع الذي أريد التحدث فيه. فأختصر إذ أقول إن النظرة التي كان قطبها الإنسان ذاته قد جعلته في معظم أحوال الجنس البشري أحد رجلين.

القسم الأول: هو الذي تغزوه باستمرار منتجات الحضارة المادية كل يوم. بصورها الظاهرة الخلابة. وبالإعلام المدروس عنها إعلاما تتحلب معه الشراهة ويزيده الإغراء بالتحصيل عليه شعورا مضاعفا بالحرمان، إن هو قصرت به إمكاناته المادية عن تملكه. كما أنه إذا اعتمد شراء ما يدفع ثمنه على أقساط تقتطع من راتبه الشهري، فإنه يشعر بالاحباط عند نهاية كل شهر وهو يجد نتاج جهوده قد استهلكه قبل أن يحققه، وأنه بتصوير مجسم أن جهده قد مات قبل أن يولد.

ومن ناحية أخرى فإن ارتخاء العزيمة والتقبل لآثار الغزو المادي تنحل به قوة الرفض أو على أصح تعبير قوة المناعة. ويختل التوازن النفسي ثم التوازن المالي. ويجد الإنسان الذي ظن أول الأمر أنه سيكون أكثر سعادة ونظرة متفتحة للحياة يجد نفسه ناقما على وضعه متبرما بحياته عاجزا عن سد الخلل الممزق للنسيج الذي كان يحويه ويعطيه دفء الحياة.

وكثير من هؤلاء يفرون من الحياة ويرغبون في نسيان الواقع. الواقع الذي لا يزول من الحياة بإرادة واهنة وفعل معدوم. وتأتي المسكرات والمخدرات وسيلة لنسيان هذا الواقع. فإذا هم بعد أن هدموا استقرارهم النفسي يخربون بسرعة صحة أبدانهم وسلامة أجهزتهم. فإذا الحرية المولدة للأنانية وحب الذات تعود على الفرد بعبودية عنيفة هي عبودية المخدر أو الكحول. وإذا المجموعة البشرية

التي كانت ترغب في تخفيف أثقالها بتمكين كل فرد من تحقيق ذاته بإنتاجه تجد نفسها أمام جيش من المهزومين نفسيا. المشلولة إرادتهم وقوتهم على العمل، المخدرين في عالم الوهم. المعرَّضين لمتنوع الأمراض التي تحمل المجموعة أعباء مرهقة لعلاجهم.

القسم الثاني: هم الذين توفرت لديهم إمكانات مادية مساعدة. وكثير من هؤلاء وقعوا تحت تأثير الغزو العنيف المبرز للاستمتاع بمختلف وجوهه القبيحة والمقبولة والشاذة وغيرها. ومع هؤلاء فريق من الشباب في غلمة الفتوة وثوران الغرائز ورغب هؤلاء وأولئك أن يفرطوا في الإحساس باللذة والعَبِ من متفجر ينبوع الجنس إلى مستويات لا يحققها عالم الواقع. وإنما هي في عالم الخيال الرحب. فوجدوا في المخدرات والمسكرات ما يقيم لهم هذه العوالم الكاذبة وانغمسوا بذلك في الملذات إلى الأذقان.

ومما فتح لهم هذه الأبواب المخربة عرض المشاهد الجنسية الخليعة. وتغرير البسطاء بأن ما يعرض عليهم هو حقائق مع أنه بعيد عن الواقع لا يعدو أن يكون تمثيلا هابطا سيئا وسخيفاً.

وتحول قسم من الشباب إلى أشلاء من المخدرين واهني القوى عالة عن المجتمع. فسد منهم الجسم والعقل. والنفس والإرادة.

هذا وبجانب هاتين الآفتين اللتين ابتلي بهما كثير من أفراد الجنس البشري انحاز قسم إلى نوع آخر من المنشطات هو القمار. باعتبار أن الإنسان حر في ماله يتصرف فيه كيف يشاء. وكم اقترنت موائد القمار بحرفاء من مستهلكي المخدرات التي يجدون في تناولها ما ينسيهم وقع خسائرهم أو بالمدمنين على الخمر الذي يجدون به الشجاعة للجلوس على تلك الموائد، وفي تلك الزمر، ليمضوا بعزيمة أقوى في تحمل نتائج اللعب التي يكون وقع صدمتها أعنف عندما يعود الرشد وتذهب آثار الكحول الخادع.

بيان حقيقة

ليست هذه الآفات وليدة عصرنا. ولكنها رافقت البشرية في مسارها الطويل عبر الأحقاب. ولكن الظاهرة اللافتة للنظر التي تدعونا للعمل الجاد على إنقاذ البشرية من هذه البلايا هو أنها انتشرت انتشارا مفزعا. ودخل العلم ودخلت الصناعة في تجويدها ودخلت وسائل النقل والاتصال في نشر رواجها بصفة أوسع بين مختلف طبقات البشر. فكأن الحضارة تحمل في طياتها جرثومة تخريب مقوماتها.

كيف عمل العالم على مقاومة المخدرات والمسكرات والقمار؟

لقد اتفق كل الباحثين على أن المخدرات مهلكة للصحة. مخزية للعقل ولقوى الإنتاج منهكة لميزانية الدول. وبالجملة فهي آفة تعدى ضررها المبتلين بها إلى المجتمع كله بما تنتهي إليه من أعمال السطو والسرقة وحتى القتل لتحصيل المدمنين على ما هم مستعبدون له من المواد المخدرة. وبما تنتهي إليه من أمراض استعصت عن العلاج كالسيدا واختلال الأعصاب.

ومع هذا الإجماع فإن مواجهة هذه الظاهرة المتفشية قد أخذت طريقين:

١ - اتجاه الأقلية وقد أخذت به بعض الدول. يرى إيقاف التشريعات المحرمة لتناول المخدرات وترويجها ما دامت ليست من النوع العنيف. مستندة إلى أن المنع المطلق تسبب عنه قلة العرض وانحطاط النوعية. فارتفعت الأثمان ارتفاعا مشطا. الأمر الذي أغرى عصابات المخدرات باتخاذ طرق ملتوية وغير إنسانية ولا مقبولة أصلا. وركبوا كل أنواع المخاطر طمعا في الأرباح الخيالية من ترويج المخدرات. ففي الدراسة التي قام بها Morton: M: Kondrake يثبت أن الكوكايين يتضاعف ثمنه ثلاث مرات من مكان زراعته إلى المرفأ الذي يصدّر منه. فإذا وصل إلى الولايات

المتحدة الأميركية فإن الثمن يتضاعف اثنتي عشرة مرة بين قيمته عند الدخول وقيمته عند المروج الصغير. فيرى هؤلاء أنه لكي نقطع باب المغامرة الآثمة عند المروجين. وحتى نتفادى لجوء قسم كبير من المدمنين إلى السرقة والسطو. وحتى نحول بين استخدام الأطفال في الترويج لتغطية الكبار من المؤاخذة نرفع الحظر عن المخدرات غير العنيفة ونحول الأموال التي كانت مرصودة لملاحقة تلكم العصابات من شرطة لمكافحة المخدرات ورجال الديوانة والقضاء. فنصرفها على علاج المدمنين ومضاعفة الجهود لتحسيس الشعوب بمخاطر المخدرات. كما أن الإجرام يهبط بصفة ملحوظة لعدم مؤاخذة المستعملين والمروجين.

إن هذه النظرية التي دافع عنها الدكتور Ethan Nadelman[١] بشدة هي في نظري تؤدي إلى عكس ما يظنه. وذلك أنه إذا كان رواج المخدرات يستشري مع صنعه وقيام أجهزة كثيرة في الدولة على منع وصوله إلى المستهلكين، فإن في تعطيل تلك الجهود وإباحته ما يمكنه من الانتشار بكل سهولة. فيتضاعف شرّه في الأفراد والمجتمع. إن سهولة الوصول إليه وانخفاض ثمنه يغري عددا أكبر باستعماله ويحوّل كثيرا من غير المدمنين إلى مدمنين.

٢ - الاتجاه الغالب هو مضاعفة الجهود لمقاومة عصابات المروجين للمخدرات وتشديد العقوبات. كما أنه لا غنى عن اليقظة الحازمة والمراقبة وما يمكن أن يكشف عن استعماله كتحليل البول في المعاهد والمكاتب والمعامل. إيقاف كل المخالفين وإجبارهم على متابعة العلاج المزيل لسلسلة الاحتياج للمخدر إذا كانوا يرغبون في التحصيل على شغل[٢].

---

(١) Dialogue 3/1989

(٢) الجدل الوارد بالعدد 1989/C. مجلة ديالوق الأميركية Polémique sur la drogue: Ethan. A. Nadelman et Morton Kondracke.

وهذا الاتجاه وإن كان في نظري أنجع من الأول إلا أنه في حقيقته لا يعدو أن يكون علاجا لبعض الظواهر وليس علاجا جذريا للتغلب على هذه الآفات.

أول ما يلاحظ على الذين يعلقون آمالا كبيرة على التشريع الحازم في المنع، هو أن حجتهم تضعف بتفريقهم بين المخدرات والمسكرات. إذ إن تأثيرهما على اختلال المدارك العقلية واحد. وأن كليهما يخرج الإنسان عن إنسانيته. وإذا كانت وسائل الاعلام قد استطاعت أن تعمق إحساس الجماهير بأخطار المخدرات فإن هذا الإحساس لا يغير الواقع. جاء في جريدة لوفيقرو. الصفحة العلمية (١١) من ١٨ مارس ١٩٩٧ أن إدمان الخمور هو في فرنسا هو سبب شائع جدا لدخول المستشفيات حسب تحليل CREDES ٣٪ من الأشخاص هم يعالجون بسبب مرض مرتبط مباشرة بالإدمان على الكحول. وفي ٧٥٪ من هذه الحالات المصابون رجال بين ٤٠ و٦٤ سنة. يعالجون في أقسام الأمراض النفسية (٤٠٪) وفي الطب العام (٣١٪). وإن الخلل الأساس هو اختلاط عقلي. سبع حالات من عشرة. وتليف الكبد اثنان من عشرة. وأن قيمة نفقات علاج المدمنين تبلغ ٦,٤ مليارات فرنك سنة ١٩٩٢.

ومع هذا فإن من بين ١٠٪ من المرضى الذين يدخلون المستشفيات لأسباب أخرى. فإن الإدمان على الخمور يعتبر عامل خطر. كما هو الحال في بعض الأورام أو الاضطرابات العصبية التي يدخل فيها الإفراط في الكحول بكيفية هامة جدا... أ هـ..

ولذا لما كان الإسلام تدور أحكامه على حفظ المقاصد الكلية الخمسة. والعقل أحدها فقد حرمهما ولم يفرق بين القليل والكثير ولا القوي والضعيف منهما. ذلك أن قيمة الإنسان في الإسلام تكمن في مسئوليته. هذه المسئولية التي مناطها العقل. فكل ما يخدر العقل أو يعطله يخرج الإنسان من شرف المسؤولية ويلحقه بوحدات الكون

اللامسئول. فاعتبر تبعا لذلك جناية على الإنسان وهدما لهذا التميز الذي به كان للإنسان دوره في الكون.

ولما كان الإسلام يعتبر حفظ العقل من مقاصده الأولى اليقينية التي بنى عليها متنوع التشريعات وراعاها حق رعايتها فإنه في مكافحة المخدرات والمسكرات ينظر أولا إلى حماية الإنسان من الانزلاق في هذه الآفات التي أخطر ما فيها أنها تستعبد المتناول لها وتتحكم فيه بطريقة تفقده الإرادة. وتهزم فيه العزيمة وتجعله أسيرا للمادة المخدرة أو الكحولية يضعف عن مقاومة ندائها. وإن كان عقله عندما يستيقظ يعلمه أنه يسير إلى الضياع والانتحار ولكنه ينهار أمام ضراوة النداء العنيف للإدمان.

ولذا انبنت سياسته على معالجة هذا الإشكال من وجهين:

الوجه الأول: حماية الإنسان من الانزلاق في باب المخدرات والمسكرات.

الوجه الثاني: علاج من زلت قدمه فتناول المخدر أو المسكر.

حماية الإنسان من الانزلاق في المخدرات والمسكرات والقمار:

يقول الله تعالى: **﴿يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون. إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر. ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة. فهل أنتم منتهون﴾**[1].

(١) سورة النساء آية 91/90.

هذه الآية جمعت بين أربعة أشياء: الخمر، والميسر، والأنصاب، والأزلام.

وهذه الموبقات الأربع تنتظم في أنها خراب للعقل الإنساني أولا. ولصحة الإنسان البدنية ثانيا. وقد توزعت في الآية على شطرين. اعتني الشطر الأول بتخريب العقل بما يدخله الإنسان من مواد تعطله عن النشاط السوي أو بانحراف العقل عن الطرق المنتجة في وضوح حسب قوانين الكون إلى الطرق التي يكتنفها الغموض ويلفها الظلام فهو تعطيل الإنسان قواه العقلية ليكون مصيره مرتبطا بورقة أو رقم.

واعتني الشطر الثاني بالعقدة الكبرى التي تنعقد على العقل فتشله شللا عاما دائما وذلك في اعتقاد الإنسان الكمال في حجر، فيتقرب إليه أو المعرفة في قِدْح زَلَم يحدد له الغيب وبالتالي الاختيار الذي يختاره.

٢ - إن الإسلام يقيم توازنا بين مطالب الروح والجسد فلا الطيبات من منتجات الحضارة أو خيرات الكون مُوَهّنة القيمة، ولا القيم الروحية بمعزولة عن متشابك المدركات التي بها ينعم الإنسان.
قال تعالى: **﴿وابتغ فيما أتاك الله الدار الآخرة ولا تنس نصيبك من الدنيا وأحسن كما أحسن الله إليك﴾**[١].

إنه لا مطمع في إنقاذ البشرية من الأخطار التي تتهددها إلا أن يعود قطار السلوك إلى اعتماد الخطين المتوازيين.

٣ - إن الإسلام يقيم حمايته للإنسان من الانزلاق بتيسير الالتزام الذي يعود نفعه عليه. وذلك أنه يقرر أن البعد عن المخدرات والكحول والميسر عوامل ثقة في الإنسان يتبعها ما يجعله مؤهلا لتولي مراكز الأمانة من المجموعة أو الأفراد. لأنه إذا ما ارتكب واحدا

(١) القصص آية 77.

من هذه الموبقات فقد تبعا لذلك كثيرا من حقوقه المدنية فلا تقبل شهادته ولا تسند إليه مناصب الثقة والتيسير. كما أنه يضيع على نفسه فرص الغنم والربح بالنظر إلى أن هذه الموبقات تنشر البغضاء. وتمزق النسيج الاجتماعي والتواصل المنتج. إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر.

وهكذا يكون إثارة الأنانية وحب الذات بالطرق الناجعة الفاعلة المتكيفة مع الظروف في حكمة أحد مقومات المناعة من السقوط في الإدمان.

٤ - إن الحرية والمسؤولية ليس بينهما تناقض. إذ هما متكاملان في نظر الإسلام. إذ الحرية المنفلتة من المسؤولية فوضى مخرّبة. والمسؤولية بدون حرية عبودية مسخرة. وهما معا الطاقة المولدة للخير.

وبذلك كان تصرف الإنسان في أمواله التي اكتسبها، يربي في الإسلام على أن حريته في التصرف فيها حرية مسؤولة لها حدود. فهو مسؤول عن طرق تحصيلها وطرق إنفاقها. وهي المسؤولية التي لا تقضي على حرية الفرد. ولا تقر في الآن نفسه عبثه بمكتسباته. وبهذا يستوي في نظر الإسلام شر القمار ما كان على الموائد المرخص فيها أو غير المرخص في نشاطها. إذ كلها شر على مالية المقامرين وشر على صحتهم البدنية بما للاهتزازات العنيفة من تأثير على النظام المعقد للتحولات داخل الجسم Métabolisme du corps، وشر على العقل البشري بتحوله من الطرق التي قام عليها نظام الكون والطبيعة. هذه القوانين التي قام عليها العلم وفتح ما فتح من الآفاق. تحوله إلى الصدفة وإلى الحظ. وإلى طرق لا يتحكم في إنتاجها لا في أول الأمر ولا في نهايته ولا فيما بينهما.

٥ - إنه بجانب التربية لا غنى عن إقامة تشريع واضح لا تمييز في تطبيقه، يلزم كل الدول باحترامه ويكون أحد بنود العقد الدولي

الذي يقوم عليه التعاون بينها في جميع المجالات. ويعتبر الإخلال به ليس أمرا داخليا ولكنه أمر يهم الجنس البشري. من حقه أن يوقف زحف الأخطار عليه.

إنه إذا ما اختلف التشريع في منع المخدرات والمسكرات والقمار فإن أثر ذلك لا يختص بالدول التي رضيت به. ولكنه يتعداها حتما إلى الإضرار بالدول الأخرى. لأن عامل الإدمان أو العبودية القاسرة والقاهرة بهذه الموبقات سوف تتضرر منه الدول الأخرى من ناحيتين. أولا من الأشخاص ينتقلون من الدول المبيحة وإليها. وثانيا بسبب صعوبة مراقبة ما بين المجموعات الكبرى وما بينها وبين بقية أقطار العالم، خاصة مع الوسائل المتطورة جويا وبحريا وأرضيا والاتصالات السلكية واللاسلكية. ومع الحيل التي تتخذ أشكالا لا نهاية لها إذ هي من مصدر الذكاء البشري.

الوجه الثاني:

١ - أما الذين قامت يقظتهم وتحركت روح المسؤولية في بواطنهم فأقلعوا. فإن الإسلام يثبتهم على اختيارهم الصالح. برفع كل تتبع أو عقوبة. بل يؤلفهم ويمد لهم يد المساعدة لعدم العود.

٢ - من تمكنت منه إحدى هذه الموبقات. فإن الإسلام لا يقطعه من الجماعة ولا ينبذه. روى البخاري في صحيحه أن أحدهم تكرر منه شرب الخمر وكلما أدب عاد. ففي الرابعة قال أحدهم: أخزاك الله. فقال النبي ﷺ: لا تقولوا هكذا لا تعينوا عليه الشيطان. هذا من ناحية بل يشعره أن الجماعة وإن كانت ترفض سلوكه فإنها ترغب رغبة آكد في شفائه. وذلك بما توفره الدولة من مصحات وبحث علمي لتخليص المدمن من أظافر الوحش الذي يمزق كيانه العقلي والصحي والاجتماعي.

إن إيقاظ ضمائر المدمنين مهمة تتوزعها قوى التأثير. من علماء الدين. ووسائل الإعلام وعلماء النفس. والأطباء والجمعيات الإنسانية. ولذا فإن مسؤولية هؤلاء هي شرفهم في هذه الحياة ليطهروا العالم من الآفات الثلاث وهو ما يقتضي الاتصاف بالشجاعة لشجب هذه الظواهر، وإن كان ذلك يختلف مع ما استقر في بعض العادات أو في التشريعات أو في المعتقدات. وبمتابعة صبورة لا تتراخى. وحب الإنسان لأخيه الإنسان.

أنماط الحياة الإسلامية وأثرها على معاقرة الخمر ومواد الإدمان

دكتور/ عمر سليمان
منظمة الصحة العالمية
الأردن

أنماط الحياة الإسلامية وأثرها على معاقرة الخمر ومواد الإدمان

دكتور/ عمر سليمان

منظمة الصحة العالمية - الأردن

١ - تعاريف

تعرَّف أنماط الحياة الإسلامية بأنها طرق تعَامُل الأفراد والمجتمعات بعضهم مع بعض، وكيفية تعديلهم لسلوكياتهم من أجل تحقيق التوافق والسِلم والسعادة، والحفاظ على حياة الناس وبيئتهم.

وقد وردت أنماط الحياة الصحية في القرآن الكريم، ووصايا وتعاليم الرسول ﷺ، وإجماع علماء المسلمين، والسنة العملية للنبي ﷺ، وأفعال الصحابة والتابعين والعلماء. وكل ذلك معين لا ينضب يتعلم منه الناس يوماً بعد يوم.

وتعتبر معاقرة المسكرات ومواد الإدمان إثماً يضر بالناس، وهي سلوك ينافي تعاليم الإسلام، وينجم عن الجهل بهذه التعاليم، وبكيفية اجتناب مسببات هذا السلوك.

٢ - أساسيات أنماط الحياة الإسلامية على الحقائق والمبادىء التالية:

٢ - ١ الإسلام هو دين الفطرة، ومن ثم فإن أي تعاليم أو سلوكيات منافية للفطرة، وتضر بسلامة الإنسان، تكون بالتالي منافية لتعاليم الإسلام. وفي ذلك يقول الله سبحانه وتعالى في محكم تنزيله:

﴿فطرة الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم﴾ الروم: ٣٠

٢ - ٢ يقدر الإسلام الإنسان حق قدره، ويتجلى هذا في قوله تعالى:

﴿ألم تروْا أن الله سخر لكم ما في السماوات وما في الأرض وأسبغ عليكم نعمه ظاهرة وباطنة﴾ لقمان: ٢٠

وقوله تعالى: **﴿لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم...﴾** التين: ٤

وقول تعالى: **﴿ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير مِمَّنْ خلقنا تفضيلا﴾** الإسراء: ٧٠.

فما أعجب هذا الإنسان، الذي خلقه الله في أحسن تقويم، وسخر له ما في السماوات وما في الأرض من أجل نفع العالمين، والوفاء باحتياجات نموه وسعادته، إذ يسعى بعد كل ذلك إلى انتهاج أنماط حياتية ضارة، كمعاقرة المسكرات والمخدرات، فيحرم نفسه من كل هذه المنافع، وحيثما لا يجد الإنسان حاجته فليمش في مناكب الأرض الذلول، التي يسر الله له تقلبه فيها. والعجب كل العجب لذلك الذي يستبدل الذي هو أدنى بالذي هو خير.

كما أن الإسلام يحترم عقل الإنسان وقدرته على استخدام هذا العقل، ويأمر الناس بالابتعاد عن كل ما من شأنه الحد من هذه القدرة، كما أمر الإسلام الناس أن يجتنبوا كل ما يضر بصحتهم، وأن يتفكروا في الخلق كي يزدادوا إيماناً بقدرة الخالق وعظمته. وفي هذا يقول الله تعالى في قرآنه العظيم:

﴿إن في خلق السماوات والأرض واختلاف الليل والنهار لآيات لأولي الألباب﴾ آل عمران: ١٩٠

٢ - ٣ وعلى المسلم أن يعيَ جيداً أن الله مطلع على سريرته، ولهذه السريرة مظهر خارجي يتأثر بمجتمعه وبيئته، وينعكس في سلوكياته. ونية المرء من سريرته، ويعوِّل الإسلام تعويلًا كبيراً على النوايا، حتى أن الرسول ﷺ يقول:

«إنما الأعمال بالنيات وإنّما لكل امرىءٍ ما نوى».

ويوقن المسلم حق اليقين أن الله يعلم خائنة الأعين وما تخفي الصدور. والمسلم لا يخشى إلا الله، وإذا هم بعملٍ يمكن أن يلحق الضرر بنفسه أو بغيره، أو حتى سولت له نفسه فعل ذلك. فليتذكر قول الله عز وجل:

﴿إذ يتلقى المتلقيان عن اليمين وعن الشمال قعيد * ما يلفظ من قول إلا لديه رقيب عتيد﴾ قَ: ١٧ - ١٨.

ويعتبر الإسلام إضرار المرء بنفسه أو أسرته أو مجتمعه أو بيئته إثماً عظيماً، وينهى الناس عن الخضوع لرغباتهم وشهواتهم، متذكرين قول الله سبحانه وتعالى:

﴿ومن أضل ممن اتبع هواه بغير هدىً من الله إن الله لا يهدي القوم الظالمين﴾ القصص: ٥٠

ويخاطب الله سبحانه وتعالى نبيه داوود عليه السلام بقوله:

﴿ولا تتّبع الْهوى فيضلَّك عن سبيل الله﴾ صَ: ٢٦.

ومن المسلَّم به أن رغبة الإنسان تدفعه إلى تجربة المسكرات والمخدرات للمرة الأولى، فإذا واصل الخضوع لرغبته، فإن ذلك

يفضي به إلى الإدمان. والمسلم مأمور بحسن المعاملة مع جميع الناس، كما أنه مأمور في الوقت نفسه بتجنب الذين يسرفون على أنفسهم بما يتبعونه من عادات ذميمة، وإذا اضطر إلى معاملتهم فإن عليه أن يحذر تقليدهم. وصدق الله العظيم إذ يقول في قرآنه الكريم.

﴿ولا تُطع من أغفلنا قلبه عن ذكرنا واتَّبع هواه وكان أمره فُرُطا﴾ الكهف: ٢٨.

ويحرم على المسلم أن ينتهج عادات أو سلوكيات تضر بالغير، حتى وإن اقتصر على محاولة إغرائهم باتباع عادات ذميمة مثل معاقرة المخدرات. وصدق الله العظيم إذ يقول:

﴿والذين يؤذون المؤمنين والمؤمنات بغير ما اكتسبوا فقد احتملوا بهتاناً وإثماً مبيناً﴾ الأحزاب: ٥٨

وصدق النبي ﷺ إذ يقول: «... ومن سنَّ في الإسلام سنَّة سيئة كان عليه وزرها ووزر من عمل بها من بعده إلى يوم القيامة». ويقول في حديث آخر: «لا ضرر ولا ضرار».

والإسلام يحترم الفرد وحقوقه وحرياته، غير أنه يضع عليه التزامات وتبعات تجاه الآخرين، وتجاه المجتمع الذي يعيش فيه، فلا تعني حرية الفرد أن يضر بالمجتمع الذي هو جزء منه، ويقول النبي ﷺ «المسلم للمسلم كالبنان المرصوص». فالمسلون يتآزرون ويتراحمون ويتناصحون ويتكافلون، حتى إن الرسول يشبههم بالبنان المرصوص الذي يشد بعضه بعضا، ومن ثم فلا ينبغي للمسلم أن ينأى عن الجماعة فيضطرب البنيان ويتعرض للانهيار.

٢ - ٤ والمعرفة ضالّة المؤمن، وهو مأمور بأن يجتهد في طلب

العلم وتحصيله، وتعليم غيره، وله عندئذ عند ربه الجزاء الأوفى، إذ يقول الله تعالى في كتابه الكريم:

﴿يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات﴾ المجادلة: ١١

والذين يعلمون يدركون أن سبيل الله هو الحق، وأنه أحق بأنْ يتبع. وصدق الله العظيم حين يقول:

﴿إنما يخشى اللهَ من عباده العلماءُ إن الله عزيز غفور﴾ فاطر: ٢٨.

ويقول الرسول ﷺ «طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة»، وعلى المسلم أن يعرف كيف يميز بين العمل الصالح والطالح، وعلى ذلك فمن البديهي أن على المسلم أن يسعى لمعرفة كل شيء عن أضرار المسكرات والمخدرات حتى ينأى بنفسه عنها. والإسلام يحض الوالدين وأولي الأمر على حسن تربية الصغار، وإسداء النصح لهم، وتوجيههم. وتتجلى هذه المعاني بكل وضوح في قوله تعالى:

﴿يا أيها الذين آمنوا قوا أنفسكم وأهليكم نارا﴾ التحريم: ٦

٢ - ٥ ويأمر الإسلام أولي الأمر بأن يشرعوا لمجتمعاتهم ما يناسبها من القوانين والتشريعات، وأن يبذلوا قصارى جهدهم للوفاء بمسؤولياتهم. وها هو الرسول ﷺ يقول لأولي الأمر: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته».

٢ - ٦ والإسلام دين الوسطية، والمسلم مأمور بأن يكون معتدلاً في أقواله وأفعاله، وبأن يأكل ويشرب دون أن يسرف، بل وأن يكون معتدلاً في انفعالاته. والتطرف بجميع صوره ليس من الإسلام في شيء. ويقول الله عز وجل في كتابه الكريم:

﴿وكذلك جعلناكم أمة وسطا﴾ البقرة: ١٤٣

كما نهى الرسول ﷺ عن التطرف والتعصب، إذ قال: «إياكم والغلو في الدين»، وحذر من عاقبة المغالاة فقال: «هلك المتنطعون».

٢ - ٧ وقدر الله سبحانه وتعالى كل شيء بميزان، ونهى عن الإخلال بالميزان، والذي من قبيله إدمان المسكرات لأنه يخل بتوازن الجسم، ويقول سبحانه وتعالى في كتابه العزيز:

﴿والسماء رفعها ووضع الميزان * ألا تطغوْا في الميزان﴾ الرحمن: ٧ - ٨.

ويأمر الإسلام المسلمين بأن يكونوا على حذر من السلوكيات الدخيلة على مجتمعهم، وأن يستقصوها لتقدير نفعها أو ضررها، وفي ضوء ذلك يأخذوا بها أو يتركوها. وفي هذا يقول الرسول ﷺ: «إن خير الحديث كتاب الله، وخير الهدْى هدْى محمد. وشر الأمور محْدَثاتها، (وكل محدثة بدعة) وكل بدعة ضلالة». كما يقول الرسول الكريم في حديث له: «لا يكن أحدكم إمعة يقول إن أحسن الناس أحسنت وإن أساءوا أسأت، ولكن وطنوا أنفسكم إن أحسن الناس أن تحسنوا، وإن أساءوا أن تتجنبوا إساءتهم».

٢ - ٨ ويؤكد القرآن والحديث النبوي الشريف على المساواة بين الناس، على اختلاف أجناسهم ومجتمعاتهم، وفي هذا يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه العزيز: **﴿إن أكرمكم عند الله أتقاكم﴾** الحجرات ١٣، أي بقوة إيمانه وطاعته لله، وقيامه بكل ما يقربه من الله. ويقول الرسول ﷺ، «الناس سواسية كأسنان المشط، لا فضل لعربي على أعجمي، ولا أبيض على أحمر إلا بالتقوى».

وهكذا فإن الإسلام يحرم تماماً التمييز والظلم والحرمان بكل

صوره. ولا يخفى أن هذه كلها من مسببات الاضطراب النفسي، كما أنّها تدفع إلى معاقرة المسكرات والمخدرات.

٢ - ٩ والقرآن والسنّة النبوية الشريفة هما المرجع الذي يلوذ به المسلمون عندما تنزل بهم مشكلات قد تفضي بهم إلى الإدمان، ولا يمكن أن يطرأ أي تبديل أو تحريف على القرآن أو السنة. وفي تفسير القرآن وتطبيق أحكامه ضمانةٌ لتجدد فكر الإنسان، الذي يجد في القرآن ضالته في كل ما يعن له من ابتلاءات في حياته. ويقول الله عز وجل:

﴿ونزلنا عليك الكتاب تِبياناً لكل شيء وهدىً ورحمة وبشرى للمسلمين﴾ النحل: ٨٩

كما يقول الله تعالى في قرآنه الكريم: **﴿ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾** الرعد: ٢٨، ولا يدرك هذه الحقيقة إلا المسلم الحق، الذي يستشعر السلام والراحة والاطمئنان كلما قرأ القرآن.

٣ - ملامح أنماط الحياة الإسلامية

٣ - ١ لعل أهم ما يميز أنماط الحياة الإسلامية هو ضرورة تطابق الأقوال مع الأفعال، وصدق الله العظيم إذ يقول:.

﴿يا أيها الذين آمنوا لِمَ تقولون ما لا تفعلون﴾ الصف: ٢

كما يقول الرسول الكريم: «إنما الأعمال بالنيات وإنما لكل امرىء ما نوى»، وهكذا فنية المرء هي معيار الحكم على ما إذا كان عمله صالحاً أم لا. وإذا هم المسلم بسيئة ولم يفعلها كتبت له حسنة. وهذا الوضوح والتكامل يسهلان مراقبة المرء لنفسه، والحكم على سلوكياته، ومن ثم تسنح الفرصة له كي يصلح فلا يكون عليه إثم.

٣ - ٢ ويأمرنا الإسلام بأن نتدرّج في الأخذ بالأنماط الحياتية

الجديدة، أو في العدول عن الأنماط الذميمة. وهذا ما اتبعه الإسلام في التدرُّج في تحريم الخمر. ففي أول الأمر نُهِيَ المسلمون عن الصلاة وهم سكارى. وبَيَّن القرآن أن للخمر إثماً ومنافع، وأن إثمه أكبر من نفعه، ثم كان بعد ذلك تحريم الخمر تحريماً قاطعاً. ولا يخفى أن أسلوب التدرج هذا في التعامل مع الأنماط الحياتية الضارة، هو أسلوب عملي ومنطقي، وهو يدعو الناس إلى الشروع في حل المشكلة بطريقة عملية تدريجية، آخذين في الحسبان حالة المرء، وما يعانيه من مشكلات، والبيئة المحيطة به. ولا يكتفي الإسلام بنهي الناس عن الأنماط الحياتية الضارة، وإنما ينهاهم كذلك عن التعرض لمغرياتها التي يمكن أن تفضي بهم إلى سوء العاقبة. كما نهى الناس عن بيع الخمر وحمله وشرائه، وفي هذا يقول الرسول الكريم: «لعن الله الخمر وشاربها وعاصرها ومعتصرها وبائعها ومشتريها وحاملها والمحمولة إليه».

٣ - ٤ وأهم ملامح أنماط الحياة الإسلامية هي روح الجماعة، التي تتجلى في أبرز صورها في صلاة الجماعة التي يحث الإسلام على أدائها بالمسجد خمس مرات يومياً. ومن ذلك أيضاً صلاة الجمعة، وصلاة التراويح في رمضان، وصلاة العيدين، وفي موسم الحج يفد الناس على مكة من كل فج عميق وقد ارتدوا ملابس الإحرام، حيث يقضون أيام الحج معاً، وحيث لا رفث ولا فسوق ولا جدال في الحج.

وتقع على كل مسلم مسؤوليات تجاه الآخرين، وإذا تعرض أحدهم لأي مضرة فلا بد أن يخف الجميع لدفعها، ومساندته وتوجيهه بالكلمة الطيبة والفعل الحسن. وفي هذا يقول الرسول الكريم: «المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يسلمه ولا يخذله». كما يقول ﷺ: «المسلمون كالجسد الواحد، إذا اشتكى بعضه اشتكى كله».

ولا يخفى أن التماسك الذي يتسم به المجتمع الإسلامي يقلل من فرص عزلة الناس بعضهم عن بعض، تلك العزلة التي تساعد على لجوء الناس إلى معاقرة المخدرات. كما أن تعارف الناس يعرفهم بمشاكلهم ومن ثم يستطيعون مساندة من يحتاج إلى المساندة، ومساعدة المحتاجين منهم والمرضى، وتتيح صلاة الجماعة الفرصة كي يتجمع الناس لتثقيفهم وتوعيتهم، على غرار ما نراه في المساجد.

٣ - ٥ الحقوق والمسؤوليات: يحدد الإسلام حقوقاً للإنسان، كما يحدد في الوقت نفسه مسؤوليات على الفرد والأسرة والمجتمع، وأولي الأمر والدولة، والجنس البشري عامة. وقد حددت منظمة المؤتمر الإسلامي حقوق الإنسان الإسلامية في ٢٧ حقاً، تتعلق بالمسؤولية تجاه الوالدين، والإخوة، والأبناء، والجيران، والأقارب، والناس عموماً، بل وحتى البيئة التي يعيش فيها الإنسان، وتساوي هذه الحقوق بين جميع الناس، وتؤكد على ما جاء في قول الرسول الكريم ﷺ: «أحب الناس لله أنفعهم للناس». ومن بين حقوق الإنسان الإسلامية احترام حرية الإنسان في العمل، والتعبير عن رأيه، والتنقل، واتخاذ القرار، والتملك، والعيش في سلام واطمئنان.

وتقع على الأسرة مسؤولية حسن تربية الأطفال، ورعاية الشيوخ والمرضى. وعلى المجتمعات وأولي الأمر أن يكفلوا الرعاية لجميع الناس، ولا سيّما المحرومون والمستضعفون والفقراء والمرضى، وتوضح الحقوق والمسؤوليات على هذا النحو أنماط الحياة الإيجابية والصحية المأمونة لجميع الناس.

٣ - ٦ ويأمرنا الإسلام بأن نعطي القدوة الحسنة بالقول والفعل. وصدق الرسول الكريم إذ يقول: «من سَّن في الإسلام سنَّة حسنة فله أجرها وأجر من عمل بها من بعده».

وفي هذا تحفيز للناس على أن يسنّوا سنناً حسنةً ويطبقوها، ولهم أجرهم وأجر من يعمل بها من دون أن ينقص أجرهم. ومن المصادر الرئيسية لأنماط الحياة الإسلامية سنن الرسول الكريم وصحابته والتابعين رضوان الله عليهم وعلماء المسلمين، وعندما يهتدي المسلم بالسنة النبوية الشريفة، وسنن الصحابة والتابعين وعلماء المسلمين يكون في ذلك وقاية له من الوقوع في شرك معاقرة المسكرات والمخدرات. ومما يثلج الصدر أن هذا هو الاتجاه الأعم بين جموع المسلمين.

٣ - ٧ ويحرم الإسلام معاقرة المسكرات والمخدرات تحريماً تاماً، حتى أنه ينبغي على المرء أن يتجنب كل ما يمكن أن يفضى به إلى معاقرة المسكرات والمخدرات. أو يغريه بمعاقرتها. كما يحرم على المسلم أن يرتكب عملاً تترتب عليه آثار ضارة. ومن أمثلة ذلك تحريم أي أعمال أو سلوكيات قد تفضي بالناس إلى معاقرة المسكرات والمخدرات، بما فيها إنتاجها أو الإعلان عنها أو الترويج لها. ومن ثم فلا غرابة في تحريم كل ما من شأنه تبديد الموارد، والإضرار بالصحة، وهدم حياة الأسرة، وما إلى ذلك. وينهى الإسلام عن إنفاق المال في ما يضر، وما يخالف تعاليم الدين، ويقول عز من قائل:

﴿وابتغ فيما آتاك الله الدار الآخرة ولا تنس نصيبك من الدنيا وأحسن كما أحسن الله إليك﴾ القصص: ٧٧

٣ - ٨ الانتفاع بوقت الفراغ: حرِيّ بالمسلم أن يقضي وقته في العمل الصالح الذي يعود بالنفع عليه وعلى غيره، ما استطاع إلى ذلك سبيلا. وفي كثير من المواضع قرن القرآن بين الإيمان بالله والعمل الصالح. فيقول الله تعالى في كتابه الكريم.

﴿والذين آمنوا وعملوا الصالحات لا نكلف نفساً إلا وسعها﴾ الأعراف: ٤٢.

ويقول الرسول الكريم: «ما من يوم ينشق فجره إلا وينادي: يا ابن آدم أنا خلق جديد، وعلى عملك شهيد، فاغتنم مني فإني لا أعود إلى يوم القيامة». وينهي الرسول ﷺ عن حياة الكسل ويحض على الاعتماد على النفس، فيقول «ما أكل ابن آدم طعاماً قط خيراً من أن يأكل من عمل يده». وينهى صلوات الله عليه وسلامه عن التسول فيقول: «لأن يأخذ أحدكم حبلاً فيحتطب خير من أن يسأل الناس أعطوه أو منعوه». وقد أمر الله الناس أنهم إذا لم تتوافر لهم فرص العمل، أو إذا ظُلموا أو استُضعفوا، أن يمشوا في مناكب الأرض التي ذللها لهم، بحثاً عن الحياة الكريمة، وإذا تبقى للمرء وقت فراغ فلينفقه في الترويح عن نفسه. أو مساعدة إخوانه أو تعليمهم، أو اكتساب المزيد من العلم والمعرفة، أو التفكر في خلق الله وعبادته. وما يكون لامرىء بأي حال من الأحوال أن يضيع وقته في الإضرار بنفسه أو غيره. وإذا اقترف خطأ فينبغي أن يرجع عنه ولا يجاهر به، حتى لا يشيع في مجتمعه. ويقول الله عز وجل في قرآنه العظيم:

﴿إن الذين يحبون أن تشيع الفاحشة في الذين آمنوا لهم عذاب أليم في الدنيا والآخرة﴾ النور: ١٩.

كما يقول الرسول الكريم: «كل أمتي معافى إلا المجاهرين».

٣ - ٩ التأهيل: يأمرنا الإسلام بعيادة المرضى، والاطمئنان عليهم، ونصحهم، وعدم تجنبهم أو ظلمهم. وتقع على الأسرة وأولي الأمر وأفراد المجتمع مسؤوليات خاصة في هذا الصدد. وعلى المجتمع أن يرعى المصابين بأمراض مزمنة، والمدمنين. ويتوجب على العاملين في المجال الصحي والطبي ألّا يبخلوا بمعارفهم في معالجة المرضى وتأهليهم، وينبغي أن يقوم أولو الأمر بسن التشريعات اللازمة لحماية الناس من الإضرار بهم. ويتسم التأهيل الذي يدعو إليه الإسلام

بأنه شامل، إذ يتضمن معالجة المرضى، وحفظ الصحة، والتأهيل الاجتماعي، والمتابعة. ومن الجدير بالذكر أن الرسول ﷺ قد أعطى الصدقة للأعمى وللأصم، وأن عثمان بن عفان رضي الله عنه قد قرر مخصصات مالية للمجذومين.

٤ - مدونة أنماط الحياة الصحية الإسلامية

تتسم أنماط الحياة الإسلامية باتساعها ورحابتها بحيث إنها تشمل جميع مجالات الحياة. ويشتمل «إعلان عمان لتعزيز الصحة» (حزيران/ يونيو ١٩٨٩) على أنماط الحياة الإسلامية التي تساعد على حفظ الصحة وتعزيزها، والتي إذا روعيت من قِبَل الفرد والأسرة والمجتمع فإنها تؤتى نتائج إيجابية في مجال توقي ومكافحة معاقرة المسكرات ومواد الإدمان. وفي مايلي موجز لإعلان عمَّان:

أولاً: الصحة نعمة من الله، ومغبون فيها كثير من الناس، كما جاء في الحديث الشريف.

ثانياً: الصحة عنصر من عناصر الحياة، لا يكتمل إلا بتوافر العناصر الأساسية الأخرى مثل: الحرية، والأمن، والعدالة، والتعليم، والعمل، والكفاية، والمأكل، والمشرب، والملبس، والمسكن، والزواج وصحة البيئة.

ثالثاً: يستطيع الإنسان حفظ صحته، بأن يحافظ على النظام الصحي في حالة اعتدال، فلا يطغى في هذا الميزان ولا يخسر الميزان، التزاماً بما أمر به القرآن الكريم.

رابعاً: لكل إنسان رصيد صحي ينبغي له أن ينميه ليستمتع بالمعافاة الكاملة، ويأخذ من صحته لمرضه كما ورد في الحديث الشريف.

خامساً: لنمط الحياة الذي يتبعه الإنسان أثر رئيسي على صحته وعافيته.

سادساً: تشتمل أنماط الحياة الإسلامية على كثير من الأساليب الإيجابية المعززة للصحة، وتأبى جميع السلوكيات السلبية المنافية للصحة.

سابعاً: الإسلام كما يعرّفه القرآن هو الفطرة التي فطر الله الناس عليها. فالالتزام بأنماط الحياة الصحية هو تحقيق لطبيعة الإسلام الأصيلة، وانسجام مع سنن الله في الجسم والنفس، وفي الفرد والأسرة والمجتمع، وفي الإنسان وبيئته.

ثامناً: تشتمل الوثيقة التي تُعَدّ للإلحاق بهذا الإعلام على قائمة بأنماط الحياة الإسلامية المستخرجة من القرآن والسنة.

تاسعاً: يشرح الإعلان مسؤوليات الشعوب والحكومات والمنظمات والمجتمعات والقادة والمؤسسات في مجال تعزيز أنماط الحياة الإسلامية.

٥ - أنماط الحياة الإسلامية وعلاقتها بالعوامل والأسباب التي تؤدي إلى معاقرة المسكرات ومواد الإدمان.

تنطوي تعاليم الإسلام على حلول للتغلّب على جميع العوامل والأسباب التي يمكن أن تدفع الناس إلى معاقرة المسكرات ومواد الإدمان.

وتصف تعاليم الإسلام أنماط الحياة التي يستطيع الناس بها أن يتجنبوا تلك العوامل. وفي مايلي خلاصة لهذه العوامل، التي ترد على سبيل المثال:

العوامل التي تؤدي إلى المعاقرة	التعاليم الإسلامية(أنماط الحياة الإسلامية)
العوال الوراثية	تشجيع الناس على الزواج بالأصحاء وليس بذوي القربى، وتعزيز التفاعل بين مختلف الفئات العمرية، ومختلف الأعراق والثقافات.
المشكلات الوجدانية	تُعَدُّ الصداقة والأخوة والسلم والتعاون وروح الجماعة من جوهر تعاليم الإسلام، كما أن أنماط الحياة الإسلامية تعزز هذه المفاهيم.
العزلة	يقول الرسول الكريم: «المسلم للمسلم كالبنيان يشد بعضه بعضاً». كما يقول صلوات الله عليه وسلامه: «الخلق عيال الله»، والله يحب من يحب عياله ومن كان في عونهم.
القلق والخوف	الإيمان بأن كل شيء يحدث بأمر الله سبحانه وتعالى، وعدم الخوف من أي مخلوق، لأن الضرر والنفع بيد الله وحده، وبذلك تكون السكينة من داخل النفس لا من خارجها، وهكذا يتغلب المرء على الخوف والقلق.
المنازعات	**﴿فإن تنازعتم في شيء فردوه إلى الله والرسول﴾** النساء: ٥٩ **﴿وإن طائفتان من المؤمنين اقتتلوا فأصلحوا بينهما﴾** الحجرات: ٩
الفشل والخسارة	لا ينبغي أن يستسلم المرء لمشاعر الإحباط واليأس، فلعل الله يهديه رحمة من عنده تخرجه من حزنه، ولو أن الإنسان صبر على ما ابتلى به في ماله ونفسه فلا ريب أنه مأجور من الله على ما صبر. وصدق الله العظيم إذ يقول: **﴿وبشر الصابرين * الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون﴾** البقرة: ١٥٥ – ١٥٦.
التمييز	لا ينبغي التمييز بين الناس بسبب اللون أو العقيدة أو الوضع الاجتماعي. فقد قال الرسول الكريم: «كلكم لآدم وآدم من تراب»، كما قال: «الناس سواسية كأسنان المشط».
افتقاد الشعور بالأمن في العمل وافتقاد مصدر الدخل	يأمر الإسلام بالتعاون بين الناس، ويأمر الإسلامُ الأغنياءَ بأن يفيضوا على الفقراء مما أفاء الله به عليهم، في صورة زكاة تطهر مالهم لا تزيد على ربع العشر من مالهم، كما تفرض زكاة على سائر أنواع الثروات كالذهب والفضة، والمواشي والزروع، وعلى المسلم كذلك أن يعلم غيره ما علمه الله.

٦ - الوضع الراهن في العالم الإسلامي

لا تتوافر في معظم الدول الإسلامية معطيات موثوقة حول معاقرة المسكرات والمخدرات، وقد يكون ذلك بسبب الحرج الاجتماعي المرتبط بمعاقرتها، وقصور نظم المعلومات عموماً. غير أن هنالك بينات على زيادة إنتاج المخدرات والتعويل عليها في بعض البلدان. وفي العادة يترافق إنتاجها بالفقر ونقص مصادر الدخل البديلة. وأحياناً توجد عصابات شرهة وقوية ومسيطرة، تقوم بدور كبير في ترويج المخدرات. وبعض المجتمعات لا تنتهج أنماط الحياة الإسلامية بسبب بعض العوامل الخارجية أو المحلية. فمثلاً هنالك مسلمون كثيرون يمتنعون عن إرسال أطفالهم إلى المدارس، ومن ثمّ ترتفع معدلات الأمية، والجهل بمختلف نواحي الحياة. ولا يخفى أن ذلك مناف لتعاليم الإسلام، وينجم عن ذلك مزيد من الفقر والبدائية، مما يؤدي بدوره إلى قلة الرغبة في التعلم، وتمضي الحلقة المفرغة على هذا النحو.

ويختلف الحال بالنسبة للمسلمين الملتزمين، فهم ينتهجون أنماط الحياة الإسلامية قدر استطاعتهم، ويجتنبون ما نُهُوا عنه مثل معاقرة المسكرات والمخدرات.

ولا بد أن نفْصِل بين ما تقول به تعاليم الإسلام بشأن أنماط الحياة وبين تصرفات بعض المسلمين غير الملتزمين، وقد تعرض الإسلام باستمرار من بين جميع الأديان السائدة في هذا الإقليم لهجوم ثقافي واجتماعي وسياسي خارجي. والبلدان الإسلامية هي من البلدان النامية، ومعظمها عانى من السيطرة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية الخارجية. مما جعل المجتمعات الإسلامية عرضة لتأثير الثقافي الخارجي، وبذلك ازدادت الأوضاع فيها تعقيداً. وما لم ندرك أن الهجوم الخارجي

على الإسلام يضرُّ بنا، فسوف نظل نعاني من عديد من الأمراض الاجتماعية، وانعكاساتها على طبائع الناس ومعاملاتهم، وعلى المجتمع الدولي ألّا يغفل الجوانب الإيجابية في مختلف الثقافات، وألّا يسمح للاعتبارات السياسية وغيرها بتجاهل هذه الجوانب الإيجابية.

وعادةً ما تبالغ وسائل الإعلام في إبراز الأحداث السلبية، مما يؤثر سلباً على الجهود التي يبذلها كثير من الناس لاستكشاف الجوانب الإيجابية في مختلف الثقافات. وإذا استمر سوء الفهم الثقافي، وانعدام التوافق على هذا النحو، فسوف يضر هذا بالبشرية جمعاء في مختلف بقاع الأرض.

٧ - البُعْد العملي لأنماط الحياة الصحية

٧ - ١ كيف يمكن ترجمة تعاليم الإسلام وأنماط الحياة الإسلامية إلى إجراءات عملية لمكافحة معاقرة المسكرات ومواد الإدمان؟

يتعين تناول هذه القضية بحذر في بعض المجتمعات الإسلامية، نظراً للحساسيات السياسية في بعض البلدان تجاه أي عمل مجتمعي يتصل بالدين. غير أنه لا يمكن لأحد أن ينكر أهمية البعد الثقافي والروحي في أي عملية للتطور أو التدخل الصحي، لا سيّما إذا ارتبطت بنمط حياتي، مثل إدمان المسكرات أو المخدرات.

وعليه فالخطوة الأولى هي الحصول على الدعم السياسي لهذا الأسلوب، سواء على الصعيد الوطني أو المحلي. ولا ينبغي تخطي المؤسسات والقيادات المجتمعية المحلية والتقليدية، كما لا ينبغي تجاهلها أو استبدالها. ومن الضروري التشجيع على تحقيق درجة ما من التنظيم المجتمعي، ضماناً للاستمرارية والعمل التطوعي. ولا بد من الحوار المستمر مع القادة والأسر والفئات المستهدفة لنجاح العمل

المجتمعي المرتكز، ويمكن بعد ذلك تجربة مختلف الاستراتيجيات بما يتفق مع الظروف المحلية. وتشمل هذه الاستراتيجيات بعض أو كل العناصر المذكورة فيما يلي:

لما كانت المعرفة ومشاركة المجتمع من الجوانب الأساسية لأنماط الحياة الصحية، فلا بد إذن من توعية المجتمع بهذه المشكلة الهامة، وأبعادها المختلفة. ومن الضروري كذلك تدريب قيادات المجتمع على كيفية تحليل الوضع، كي يتسنى تحديد مدى جسامة المشكلة، والعوامل التي تؤدي إلى نشوئها. ونظراً للمسؤولية الملقاة على عاتق قيادات المجتمع بمقتضى تعاليم الإسلام، فإن على هذه القيادات أن تقوم بتحليل أسباب المشكلة، وطرح الحلول المناسبة وتنفيذها، ووضع خطة لمنع انتشار هذه البلية في المجتمع. ومن الضروري كذلك تنفيذ خطة لاستغلال أوقات الفراغ، على أن تشمل في ما تشمل، تعزيز الأنشطة الترفيهية الجماعية، كالأنشطة الرياضية. وممّا ييسّر هذا الأمر، أن يتم اكتشاف أي مهارات خاصة لدى أفراد المجتمع الموهوبين، والانتفاع بهذه المهارات التي يمكن الاستفادة بها في تدريب الأشخاص الذين سيتم تأهيلهم، بحيث يتمكنون من استخدام مهاراتهم المكتسبة حديثاً في زيادة دخلهم، أو تلبية احتياجات مجتمعهم. وعلى المجتمع أن يحدد مجالات الاختلاف والتعارض بين أفراده، وأسباب الكروب والاضطراب النفسية، والعمل على تذليلها. كما يلزم تحديد أفراد المجتمع المحتاجين لأي مساندة أو دعم، والعمل على تقديمها لهم. ولا بد من وجود خبراء من مختلف القطاعات لمساعدة المجتمع في هذه العملية. ومثل هذا الأسلوب الذي يرتكز على المجتمع، ويقوم المجتمع نفسه بتنفيذه، له مزايا عديدة، أهمها ما يلي:

١ - في هذا الأسلوب ضمانة لاستمرارية التنفيذ، نظراً لما للمجتمع من قدرات، وديناميكية، ولأن المشكلة تعنيه بصورة مباشرة.

٢ - تقليل التكلفة التي يتحملها القطاع العام أو الحكومي، نظراً للاستعانة بكثير من المتطوعين.

٣ - تعزيز العلاقات والروابط الاجتماعية، وروح التكافل والتضامن بين الناس.

٤ - تعزيز المهارات والإدارة المجتمعية، علماً بأنه يمكن استخدام هذه المهارات في القيام بأعمال أخرى تساعد على تحسين نوعية حياة الناس.

٥ - زيادة إمكانية الاعتماد على المعلومات المتوافرة حول معاقرة المخدرات والمسكرات، وإمكانية استخدامها في التنفيذ في محيط المجتمع.

تحديد المتطوعين من مختلف الفئات العمرية، الذين يمكن الاستعانة بهم في أنشطة التثقيف والتدريب.

٧ - ٢ من الضروري تزويد علماء الدين بالمراجع الخاصة بأنماط الحياة الإسلامية، والتي تعرض في ما تعرض، لمضار معاقرة المخدرات والمسكرات. ويمكن إذا لزم الأمر أن تعقد لهم جلسات توعية وتبصير، ثم يتم بعد ذلك تشجيعهم على توعية الجمهور في جلسات تثقيفية خاصة، مستعينين بما اكتسبوه من معارف.

٧ - ٣ من الضروري تحديد المدخل المناسب لكل مجتمع ووضع على حدة، والدخول منه لاكتساب ثقة الفئات المستهدفة. وينصح بالتعامل ببراعة وحكمة ولباقة مع مسألة تثقيف جماهير الناس ومحاولة إقناعهم، تطبيقاً لقول الله عز وجل:

﴿ادع إلى سبيل ربك بالحكمة والموعظة الحسنة﴾ النحل: ١٢٥،

٧ - ٤ ينبغي أن تشتمل مناهج توعية الناس على معلومات كافية حول أنماط الحياة الإيجابية، ومضار المخدرات والمسكرات.

٧ - ٥ يمكن عند التعامل مع المشكله تشجيع قيادات المجتمع على معالجة الحالات السهلة في البداية، من أجل كسب الثقة. وينبغي تشجيع المدمنين على أن يتحادثوا بعضهم مع بعض، مع تقديم القليل من التوجيه والدعم لهم. كما ينبغي أن يناقش أفراد المجتمع أي مشكلات أخرى، ويعملوا على حلها. ويتفق هذا مع الأساليب الشاملة التي تدعو إليها تعاليم الإسلام في قضاء مصالح الناس. ويمكن أن ترافق الجهود المبذولة لتلبية الاحتياجات الحياتية الأساسية، مع الجهود المبذولة لمكافحة معاقرة المخدرات والمسكرات.

٧ - ٦ يمكن تضمين التشريعات التي تسنها الدولة أحكام الإسلام بشأن إنتاج المسكرات والمخدرات والاتّجار فيها.

٧ - ٧ ينبغي أن يقوم الخبراء في مختلف المجالات بدراسة الأبعاد الثقافية والتنموية الكامنة في جوهر الإسلام، والأنماط الحياتية التي يدعو إليها، مع مراعاة الموضوعية والتجرد من الهوى والأحكام المسبقة. ويمكن أن تقوم النوادي والجمعيات الإقليمية والدولية بتنظيم مجموعات رئيسية ممن تتوافر فيهم روح التفاني والالتزام، كي يقوموا بتعزيز التوافق والتفاهم بين مختلف الثقافات. ولا ينبغي أن يغيب عن أذهاننا أن الجنس البشري سوف يظل يقاسي الأَمَرَّيْن، إذا ظلت قيم أي شعب أو أمة محل انتقادٍ ظالمٍ، أو تجاهُل.

اليوم الثالث للمؤتمر
الثلاثاء ٢٠ مايو ١٩٩٧م

الجلسة الثانية

الرئيس : دكتور صلاح عبدالمتعال

المقرر : دكتور مالك مبشر

الباحثان : ١ - دكتور جمال ماضي أبو العزايم
٢ - الأستاذ عبدالحميد البلالي

دور المسجد في الوقاية وعلاج الإدمان

دكتور جمال ماضي أبو العزائم

مدير مستشفى الأمراض العصبية والنفسية - السابق

مصر

دور المسجد في الوقاية وعلاج الإدمان

الدكتور جمال ماضي أبو العزائم

مدير مستشفى الامراض العصبية والنفسية السابق - مصر

يلقي هذا المقال الضوء على السياسة العلاجية التي اتبعها الإسلام إبان أيامه الأولى لوقف وباء تعاطي الخمر والمخدرات باتخاذه المسجد مركزا لهذه الحملة.

لقد جاءت معالجة الإسلام لهذه المشكلة في أربع خطوات تدريجية تتسم بالعمل على التحصين النفسي الاجتماعي للسكان. إن النجاح الذي حققه الإسلام في التقليل من تعاطي الخمر يعتبر نموذجا يمكن تحقيقه بنجاح. كما أن المقال سيلقي الضوء على الأبحاث العلمية التي أجريت في هذا المجال وعلى التجارب التي أجريت في مصر للاستفادة من المسجد كمركز للوقاية والعلاج من تعاطي الخمر والمخدرات موضحا ذلك بالحقائق والأرقام ويلقي الضوء على المشكلات التي حدثت وكيفية التغلب عليها. كما يشير إلى البحث الذي أجري مع المجلس الوطني الأمريكي بواشنطن ١٩٨٠-١٩٨٥ لتقييم هذا الأسلوب بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لتدريب الدعاة الدينيين لمساعدتهم في هذا الميدان الجديد مع الفريق المعالج.

الخطة الإسلامية لمواجهة تعاطي الخمر والمخدرات:

كان تعاطي الخمر منتشرا على نطاق واسع في كل شبه الجزيرة العربية قبل الإسلام ويبدو هذا واضحا في قصائد الشعر في ذلك

الوقت. وقد ظهرت النتائج المدمرة لتناول الخمر في الحياة الاجتماعية وفي قيام الحروب المستمرة. وكان الأسلوب الذي واجه به الإسلام هذه المشكلة يتسم بالتدرج لتحريم الخمر والمخدرات. وقد تم هذا الأسلوب جنبا إلى جنب مع تحسن الأوضاع الاجتماعية للشعب. وقد لعب الدين دورا مهماً في هذين الأسلوبين. وقدر الزمن الذي مر منذ بداية الحملة الإسلامية حتى نهايتها بخمس عشرة سنة نفذت فيها الحملة على أربع خطوات.

الخطوة الأولى: وقد تمثلت الخطوة الأولى في شخصية القائد – وهو النبي صلوات الله عليه – التي كانت ثورية في تحقيق هذا التغيير. إن النموذج الذي أعطاه كان الخطوة الأولى وكان النموذج الذي اتبعه كل أصحابه فأكسبهم احترام الجميع وأخذ الناس يستمعون إلى نصائحهم ويتبعونها ويستجيبون لها ويقول القرآن الكريم في هذا المجال: **﴿لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة﴾** (السورة رقم ٦٠ الآية رقم ٦).

الخطوة الثانية: أما الخطوة الثانية فكانت بث المعلومات عن أضرار الخمر وتأثيراتها المدمرة. ويقول القرآن **﴿ويسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس وإثمهما أكبر من نفعهما﴾** (سورة البقرة الآية رقم ٢١٩). وبهذا وجه الانتباه للتأثير المدمر للخمر والميسر.

الخطوة الثالثة: أما الخطوة الثالثة فقد كانت أكثر حسما حيث يقول القرآن **﴿يا أيها الذين آمنوا لا تقربوا الصلاة وأنتم سكارى﴾** (السورة رقم ٤ الآية رقم ٤٣) وبهذا قلل من استعمال الخمر معظم ساعات النهار نظرا لأن الصلوات الخمس تمتد من الفجر حتى العشاء.

الخطوة الرابعة: أما الخطوة الرابعة فجاءت عندما زاد وعي الناس واستعدادهم لتقبل المنع اقتداء بالرسول واقتناعاً بالتشريع الخاص بهذا الموضوع. وقد جاء أن عمر بن الخطاب قال في أحد الاجتماعات بالمسجد: (اللهم أرنا في الخمر بيانا شافيا) وفي هذه المرحلة من

الوعي الديني الصحيح جاءت الخطوة الأخيرة بالآية التي تقول ﴿**يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون**﴾ (السورة رقم ٥ الآية رقم ٩٠). لقد كانت هذه الخطوات الهامة التي تعالج الناحية الاجتماعية والروحية هي الدعائم التي قامت عليها خطة المكافحة ويقول لنا التاريخ إنه منذ نزول هذه الآية الأخيرة انخفض عدد المتعاطين انخفاضا إلى أدنى درجاته، وعاش الناس بدون استعمال الخمر أو بيعه أو شرائه أو الجلوس في مجالسه أو حمله. إن هذه الصورة تمثل نجاح العقيدة الإسلامية في التحصين ضد التعاطي من هذا النموذج الذي أوردناه ونستطيع أن نستنتج الأسلوب الإسلامي:

١ - الأسوة التي أعطاها القائد.

٢ - نشر المعلومات عن أخطار تعاطي الخمر.

٣ - الخطوات التشريعية جاءت متدرجة ومتمشية مع تحسن الأوضاع الاجتماعية لحياة الشعب.

٤ - جاء قانون الحظر مع فرض العقوبات على المخالفين كخطوة أخيرة. وأود أن أشير إلى الخطة الصينية لمكافحة تعاطي الأفيون في هذا القرن والتي جاءت مشابهة إلى حد كبير لنفس الأسلوب وحققت نجاحا ملحوظا. أما الولايات المتحدة فقد حاولت مقاومة تعاطي الخمر بقانون حاسم لم يكن متدرجا ويخطو خطوة إثر خطوة مما أدى إلى تفاقم الموقف وزيادة التعاطي.

أضواء على التجارب التي أجريت في مصر عن دور المسجد في مكافحة تعاطي المخدرات:

١ - منذ سنة ١٩٦٨ بُدئ بالاستعانة بالداعية الديني للعمل مع الفريق المعالج في علاج تعاطي المخدرات. وقد أجريت هذه التجربة

في عيادة العتبة بالقاهرة. وقد أدى هذا الأسلوب لزيادة عدد طالبي العلاج بالعيادة طلبا للعلاج كما يلي:

سنة ١٩٦٨	١٠٤
سنة ١٩٦٩	٤٠٥
سنة ١٩٧٠	١٤٠٩

كما أن هذا الأسلوب قد أدى إلى نجاح دورات العلاج الجماعي.

٢ - قيمت منظمة الصحة العالمية هذا الأسلوب واعترفت بأهميته.

٣ - ألحقت عيادة بأحد المساجد في حي مزدحم وكانت سياسة العلاج تقوم على الاستفادة من المؤتمرات النفسية الاجتماعية والدينية، وقد تم تدريب الدعاة الذين وقع عليهم الاختيار وزودوا بالمعلومات اللازمة لخطة العلاج. (يمكن الرجوع إلى التقرير الذي أعد عن التقييم المقارن لعلاج مجموعة من متعاطي الأفيون الذين تطوعوا للاشتراك في التجربة - المشروع رقم -A-275-03) ADAMHA-85).

تدريب الدعاة:

من الجدير بالذكر أن اللقاءات التي أجريت مع هؤلاء الدعاة أثبتت أن بعضهم كانت لديهم نفس الآراء الخاطئة وسوء الفهم الشائع في المجتمع عن الأسباب الكامنة وراء الأمراض النفسية والعصبية وإدمان المخدرات بصفة خاصة. ولذلك فقد تركز التدريب على الحقائق الدينية والعلمية لتغيير مفاهيم الدعاة واتجاهاتهم حتى يستطيعوا نقل هذه الحقائق إلى المجتمع عن طريق نشاطهم في المسجد مستعينين بآيات القرآن وأحاديث الرسول (ﷺ).

الصلاة كوسيلة علاجية:

ونفذت العيادة أداء الصلوات في أوقاتها يؤديها كل العاملين في العيادة في جماعة. وكان المرضى يشتركون وكان الداعية يدعوهم جميعا للاشتراك في لقاءات العلاج الدينية التي كانت تعقد بعد الصلاة والتي كان يشترك فيها كل أعضاء الفريق. وفي هذه اللقاءات المفتوحة كان يشترك الفريق المعالج الذي سبق تدريب أعضائه على العلاج الديني وكان أعضاؤه يجيبون عن أي أسئلة توجه لهم محاولين توضيح مزايا التوجيهات الدينية كالنظافة والوضوء وتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي وكذلك تأثير الصلاة الجماعية من الناحية النفسية وتأثيرها المهدىء. وقد ساعدت هذه اللقاءات على زيادة اهتمام المشتركين فيها بالبرنامج اليومي وبينت لهم كيف يمكنهم الاستفادة بأنشطة ممتعة وبناءة ومنشطة. لقد كان هذا التدريب هو حجر الزاوية الذي أقيم عليه دور المسجد.

تقييم دور المسجد:

عندما أعلنت نتائج التجارب طلبت منظمة الصحة العالمية تقييم التجربة عالمياً وقدم اقتراح للاتصال بالمعهد القومي الخاص بتعاطي المخدرات في واشنطن للحصول على موافقته وتم اشتراك المعهد في هذه الأبحاث وقد تم إعداد بروتوكول للبحث لتقييم عيادتين إحداهما عيادة عادية والأخرى عيادة ملحقة بمسجد أبو العزائم حيث استعمل أسلوب العلاج النفسي الاجتماعي الديني وكانت عيادة العتبة هي العيادة العادية، أما العيادة الثانية فكانت ملحقة بمسجد حيث استعمل أسلوب العلاج النفسي الاجتماعي الديني، وقد أجريت تجربة محجوبة البيانات Double blind استعملت فيها أربع مجموعات من الأدوية لعلاج أربع مجموعات من الذكور من مدمني الأفيون ممن يعيشون في وسط

القاهرة، وقد أجريت مقارنة بين المجموعات الأربع التي أجرى علاجها بعيادة العتبة والمجموعات الأربع التي أجرى علاجها بعيادة المسجد وكانت كل مجموعة تتكون من أربعين مريضا.

أما العلاجات الأربعة فكانت كما يلي:

١ - علاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب.

٢ - علاج بالأنسولين المعدل.

٣ - علاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب والأنسولين.

٤ - العلاج بالكبسولات الخالية من أي عقار Placebo.

وبعد مرور سنة على العلاج والمتابعة أدخلت النتائج على جهاز الكمبيوتر وسجلت. وبعد فك رموز المعلومات تبين أن المرضى الذين لجأوا للعلاج بعيادة المسجد كانوا الأكثر تعاطياً للمخدر وكانوا من أصحاب الحالات المزمنة والذين انتكسوا عدة مرات في العيادات العادية ذكروا: أنهم لجأوا للمسجد لإيمانهم بالعلاج الديني.

بعض الاختلافات الأساسية للمجموعتين:

١ - ١١,٥٪ من متطوعي العلاج بالعتبة مقابل ٢١,٢٥٪ من متطوعي العلاج بعيادة المسجد كانوا ينفقون أربعة جنيهات مصرية يوميا على المخدرات.

٢ - ٩,٤١٪ من متطوعي العلاج بالعتبة مقابل ١٥٪ من متطوعي العلاج بالمسجد قالوا: إنهم كانوا يتعاطون المخدر ثلاث مرات أو أكثر يوميا.

٣ - ٥٧,٥٥٪ من متطوعي العلاج بالعتبة مقابل ٧٠٪ من متطوعي العلاج بعيادة المسجد قالوا: إنهم كانوا يشعرون بالتوتر العصبي عندما لا يتعاطون المخدر.

٤ - ٢٩,٧١٪ من متطوعي العلاج بالعتبة مقابل ٤٧,٥٪ من متطوعي العلاج بعيادة المسجد أقروا: أنهم لم يكونوا يتحملون أعراض الانسحاب ولذلك كانوا يعودون للتعاطي مرة أخرى بعد التوقف.

٥ - ٥,٨٪ من متطوعي العلاج بالعتبة مقابل ١٠٪ من متطوعي العلاج بعيادة المسجد قالوا إنهم كانوا يمضون وقت فراغهم جالسين على المقاهي.

٦ - ٥,٨٪ من متطوعي العلاج بالعتبة مقابل ١٣,٧٥٪ من متطوعي العلاج بعيادة المسجد أقروا أن حالتهم المادية والصحية دفعتهم للبحث عن العلاج من تعاطي المخدرات.

ومن الواضح أن أصحاب الحالات الشديدة هم الذين كانوا يلجأون لعيادة المسجد طلبا للعلاج، وهذا يدل على تزايد إيمان المجتمع بالمنظمة الدينية. وهكذا يعتبر هذا الإيمان سلاحاً قوياً في حملة العلاج.

وبعد التحليل الدقيق لأعراض الانسحاب والتحسن من هذه الأعراض عن طريق وسائل العلاج المختلفة أظهرت النتائج أن العيادة الملحقة بالمسجد قد حققت سبع درجات من عشر في حين حققت العيادة العادية ثلاث درجات فقط مما يدل على نجاح عيادة المسجد. (يمكن الرجوع إلى المشروع (03-275-A-ADAMHA-85)، (03-275-A-ADAMHA-1985). كما تبين أيضا أن نتيجة استعمال الكبسولات الخالية من العقاقير Placebo - حيث كان المرضى يحقنون بحقن ماء ويعطون كبسولات بها النشا (مادة عديمة الفاعلية) - تبين أن العلاج بهذا الأسلوب حقق نفس النتيجة التي حققها العلاج بمضادات الاكتئاب والأنسولين. ولا شك أن هذه الحقيقة في حاجة للتحليل ولا سيما أن الحالات التي كانت تعالج بهذه الطريقة في المسجد أصبحوا مدمنين للحقن وكبسولات النشا. وكانوا يلحون في طلبها بعد إيقاف التجربة.

وعندما سئلوا عن تأثيرها قالوا إنها كانت تنشط قدراتهم وطاقاتهم الجنسية وأنها كانت تحقق لهم راحة البال والهدوء.

وتبين هذه الحقيقة دور الإيمان في العلاج كما أنها تلقي الضوء على تأثير الصبر ودور الاندورفينات في تخفيف الألم وتحقيق الاستقرار للمرضى. كما تدل هذه النتيجة على أهمية الإيمان كما أنها تلقي الضوء على ما يمكن تحقيقه من المسجد في ميدان الصحة النفسية وعلاج الإدمان.

ويوجد في مصر أكثر من ٧٥ ألف مسجد منها ألف مسجد فقط تعمل كمركز لصحة المجتمع حيث تجري الأنشطة النفسية والاجتماعية والتعليمية والعلاجية والتأهيلية. وتتقدم الحركة بتؤدة لإشراك هذه المساجد في الحملة.

التوصيات:

١ - القيام بتخطيط شامل لتدريب الدعاة لمواكبة هذه الحركة.

٢ - تكوين منظمة مركزية للتخطيط والتشجيع والمتابعة وإقناع المنظمات الأخرى والمساجد باتباع نفس الأسلوب والمساعدة على عقد مؤتمرات ولقاءات حول دور المسجد في الصحة النفسية بصفة عامة وفي مقاومة إدمان المخدرات بصفة خاصة.

بعض الإحصاءات المهمة التي يجب أن توضع موضع الاعتبار في التخطيط للسياسة العلاجية:

لقد تبين أن هناك موجات من الزيادة في أعداد الأشخاص الذين يطلبون الدخول إلى العيادات طلبا للعلاج. ويتزامن هذا الوضع مع زيادة أسعار المخدرات في السوق الخفية وترجع هذه الزيادة في الأسعار لحملات الشرطة الكثيرة والناجحة. وتقول البيانات الإحصائية أنه كلما

تقدمت الشرطة بإجراءات نشطة ضد المدمنين أنفسهم فإن هؤلاء المدمنين يعزفون عن طلب العلاج خوفا من وقوعهم في يد الشرطة وهذا يعني أن اتباع سياسة التدرج يمهد الطريق لزيادة قوة العزيمة لطلب العلاج. هناك أيضا زيادة في الدخول الاختياري للعيادات طلبا للعلاج وذلك نتيجة لنشاط وسائل الإعلام ضد الإدمان، وهذا يعني أن هناك حاجة لزيادة التوعية غير المباشرة على جميع المستويات.

كما تبين أيضا أن فتح العيادات في الأماكن الموبوءة أو بالقرب منها يزيد من عملية طلب العلاج. وهذا يعني أن العيادات الملحقة بالمساجد هي أنسب الأماكن لهذه الحملات.

من الواضح أن الجمعيات غير الحكومية أخذت المبادرة لمعالجة المشكلة ولذلك فلا بد من التخطيط لتنشيط هذه الجمعيات لتنشيط عملها وللمعاونة على القيام بجهود أكثر فاعلية.

دعوة لخطوة تشريعية ضرورية:

بعد ما سبق من الحقائق التي هي نتيجة لأبحاث مستفيضة في هذا المجال، فمن المتوقع أن تقدم الجهات المسئولة على اتخاذ الخطوة اللازمة لوضع التشريع اللازم لمكافحة إدمان المخدرات.

الخطوة المقترحة:

يجب وضع خطة خمسية لما يلي:

- يجب فتح عيادات في المراكز الدينية.
- تدريب الفريق اللازم لهذه الحملة مع زيادة الاهتمام بالدعاة.
- تنشيط وسائل الإعلام على جميع المستويات.
- تنشيط الحملات الشرطية.

الإيمان وأثره في علاج الإدمان

الأستاذ عبدالحميد البلالي

جمعية بشاير الخير
الكويت

الإيمان وأثره في علاج الإدمان

الأستاذ عبدالحميد البلالي

جمعية بشاير الخير - الكويت

مقدمة

يقول النبي ﷺ في الحديث الذي أخرجه الإمام الطبراني بإسناد حسن «أحب الناس إلى الله أنفعهم، وأحب الأعمال إلى الله عز وجل سرور تدخله على مسلم، أو تكشف عنه كربة، أو تقضي عنه دينا، أو تطرد عنه جوعا، ولأن أمشي مع أخي المسلم في حاجة أحب إلى من أن أعتكف في المسجد شهرا، ومن كف غضبه ستر الله عورته، ومن كظم غيظا ولو شاء أن يمضيه ملأ الله قلبه رضا يوم القيامة، ومن مشى مع أخيه المسلم في حاجته حتى يثبتها له أثبت الله تعالى قدمه يوم تزل الأقدام، وإن سوء الخلق ليفسد العمل كما يفسد الخل العسل».

هذه الأعمال الخيرية العظيمة التي تعتبر أحب الأعمال إلى الله تعالى كلها تشترك بميزة واحدة، وهي الخروج من إطار النفس والذات، إلى نفع الآخرين، وبناء ذواتهم، مما يدل على أشرف وأنبل الصفات البشرية وهي الإيثار، وهي من أبرز علامات الإيمان حيث ذكر النبي ﷺ في الحديث المتفق عليه «لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه». ولأننا في لجنة بشائر الخير نحب الخير لوطننا ولأمتنا بادرنا بمثل هذه الأعمال لإدخال السرور على نفس أم غابت عنها الابتسامة لسنين طويلة في غيبة الوعي لولدها المدمن أثناء إدمانه،

ولإعادة الفرحة لزوجة وأبناء حضر أبوهم معهم بجسده، وغاب عنهم بعقله وروحه عندما كان مفقودا في عالم المخدرات، ولنكشف كربة الأمهات والآباء والزوجات والأبناء الذين يعانون كرباً كثيرة بسبب إدمان ولدهم، ليعود لهم لمّ الشمل والفرح والسرور. ونحاول في لجنة بشائر الخير قضاء ديون التائبين في عالم الإدمان، والمساهمة بطرد شبح الجوع عنهم وعن بيوتهم بالتنسيق مع بيت الزكاة وأهل الخير، والمشي في حاجة هؤلاء الإخوة التائبين من الإدمان لنرجعهم إلى أعمالهم التي فصلوا منها، وإعادة العلاقات المنقطعة بينهم وبين زوجاتهم، وبينهم وبين والديهم، والسعي لقضاء حاجاتهم، كل ذلك أحب إلينا من الاعتكاف في المساجد شهورا عدة.

لذلك كانت تجربتنا التي نقدمها بين أيديكم لعلاج المدمنين إنما تقوم على إنكار الذات وتعميق الإيمان في نفوس المدمنين حتى يستطيعوا الوصول إلى اتخاذ القرار بعد أن تقوى إرادتهم بقوة الإيمان.

ونسأل الله التوفيق في مهمتنا وإنقاذ ما نستطيع من هذا المستنقع الآسن، وأن ينتشر هذا الخير ليعم العالم بأسره، وهو بلا شك مفخرة ليست للجنة بشائر الخير، ولا لجمعية الإصلاح، بل هي مفخرة لكل كويتي على هذه الأرض الطيبة التي تعودت أن يتفجر منها الخير الذي يعم العالم.

كيف نشأت الفكرة

بعد الاحتلال العراقي لبلدنا الحبيب، وما خلفه من دمار شمل جميع نواحي الحياة وخاصة ما يتعلق بالإنسان الكويتي. اجتمع نفر من الشباب الكويتي بعد التحرير وفكروا مليا بما يمكن المساهمة به لإعادة نبض الحياة للوطن، وبعد طرح الكثير من الأفكار، استقر في نهاية المطاف اختيار طريق بالغ الصعوبة ولكنه في غاية الأهمية، وهو إعادة بناء شريحة من الشباب الكويتي حطمتهم آفة، زاد الاحتلال العراقي من

انتشارها ونشرها في المجتمع إبان الاحتلال، تلك الآفة التي حطمت أمما كاملة، وتهدد أمما قائمة، وحضارة فاعلة، وترصد لها الدول الكبرى ميزانيات بالملايين لمقاومتها دون جدوى - هي آفة المخدرات بشتى أنواعها. والصعوبة في سلوك هذه الطريق في الإصلاح تكمن في أسباب انتشار هذه الآفة، والقوى التي تقف وراء ازدياد انتشارها، وصعوبة معالجة هذه الشريحة من المجتمع، ولهذه الأسباب زهد الدعاة والمصلحون في هذه الفئة، واتجهت جهودهم لفئات أخرى من المجتمع لسهولة التعامل معها.

أسباب اختيار هذه الفكرة:

.. ولكننا اخترنا الطريق الصعب والفئة المنسية من الدعاة والمصلحين لعدة أسباب:

أولها: أن الله سيسألنا يوم القيامة عنهم وعما بذلناه في سبيل إنقاذهم.

ثانيا: ضرورة تضافر الجهود الحكومية مع الجهود الشعبية لإنجاز عملية الإنقاذ.

ثالثا: عندما تكون نياتنا خالصة لله تعالى متوكلين عليه قبل توكلنا على الأسباب فإنه ما من صعب إلا ويسهل.

رابعا: لو تخلى الجميع عن سلوك هذه الطريق في المعالجة، بسبب صعوبته وخطورته، من سيسلكه؟ ومن لهؤلاء الذين ابتلوا بهذه الآفة؟

خامسا: ثقتنا بالله ليس لها حدود، بأنه سيعيننا ويقف معنا مادمنا لا نبتغي من وراء ذلك مطمعا من الدنيا إلا إنقاذ أبنائنا، وترجمة مبادئنا الإسلامية إلى واقع ملموس، كما أن ثقتنا بأنفسنا بعد الله وبالنجاح دافع من دوافع اختيار هذه الطريق.

طريقة المعالجة:

كما حددنا طريقة المعالجة لهذه الفئة بما يتناسب مع قيمنا ومبادئنا وعاداتنا فاخترنا «الطريقة الإيمانية» في المعالجة بعد أن حددنا معالمها وأسسها كما سيأتي شرحه. ولا بد من الإشارة إلى هذه الطريقة انبثقت من خلال عدة أمور:

١ - من خلال رؤيتنا للتحولات الإيجابية الأخلاقية في شريحة كبيرة من المجتمع بسبب خطب الجمعة والدروس الدينية وتأثيرها عليهم.

٢ - من خلال النتائج الإيجابية الملموسة التي لوحظت على السجناء في الكويت والولايات المتحدة بعد تلقيهم هذه الجلسات الدينية.

٣ - اعتقادنا الراسخ بأن للقرآن الكريم الأثر الفعال في تغيير النفوس.

متى بدأ العمل:

بدأت المشاورات في الشهر السادس من عام ١٩٩٣ وحتى نهاية العام نفسه مع أبرز العاملين في المجال الاجتماعي والأكاديميين وبعض الوزراء السابقين، وبعض رؤساء اللجان وجمعيات النفع العام العاملة في المجال الاجتماعي، لأخذ المشورة والتصور لهذا العمل الجديد، فتكونت لنا فكرة واضحة عن كيفية البداية ومحاذير الطريق، وسبل النجاح، وحددنا لنا بعد ذلك أسسا لطريقة العلاج الإيماني بمثابة الدستور لهذا العمل الجديد. ثم بدأ العمل الفعلي في بداية عام ١٩٩٤م.

أسس العلاج الإيماني:

١ - التعاون مع الجميع.

٢ - النزول للميدان وعدم الاكتفاء بالتنظير.

٣ - معاملة المدمن كمريض لا كمجرم.

٤ - لا نطرح أنفسنا كبديل بل كمكمل للجهود الموجودة من غيرنا.

٥ - العمل على تقوية الجانب الإيماني لاعتقادنا بأن ضعفه يشكل السبب الرئيسي في الانحراف.

٦ - تقوية الثقة بالنفس.

٧ - بث روح الأمل وتوافر الفرص للتعافي والتوبة.

٨ - إيجاد البيئة البديلة.

٩ - حل المشكلات مثل الديون، الأسرة، العمل... الخ.

١٠ - ملء وقت الفراغ.

١١ - إشباع حاجة التقدير.

خطوات العلاج الإيماني

١ - العلاج الطبي والنفسي:

لا بد كخطوة أولى للمدمن، أن ينقي جسمه من جميع الآثار السلبية التي سببها المخدر، خاصة أن المواد المخدرة تسبب الكثير من الأمراض النفسية مثل الفصام والكآبة وغيرها من الأمراض. ولا يمكن أن تنجح أية طريقة في علاج المدمن قبل أن يتخلص من هذه الآثار السلبية ويعود جسمه إلى حالته الطبيعية.

٢ - ترك رفقاء السوء:

أكبر مشكلة يعانيها المدمن وتسبب له الانتكاسة تلو الانتكاسة هي إبقاؤه على أصدقائه من أصحاب السوء، الذين يتصلون به على الدوام ويترقبون خروجه من السجن، أو انتهاء فترة معالجته في المستشفى ليعود إلى انتكاسته مرة أخرى، فكانت أهم خطوة يقوم بها هي هجرانه

لهؤلاء، وقطع جميع أنواع الصلة بهم، وتغيير أرقام هواتفه ومكان إقامته.

٣ - مصاحبة الأخيار:

يقول الرسول ﷺ «المرء على دين خليله فلينظر أحدكم من يخالل»: أي أن الإنسان يتأثر بمن يحتك به ويصادقه تأثرا إما إيجابيا أو سلبيا، لذلك كان من الأهمية بمكان أن يستبدل المدمن أصدقاءه القدامى بأصدقاء جدد من الصالحين حتى يتأثر بخصالهم الخيرة، ويقتدي بسلوكهم السوي، ويتشجع وتقوى إرادته على ترك المخدرات.

٤ - الابتعاد عن بيئة الإدمان:

لا يكفي أن يبدل المدمن أصحابه القدامي السيئين بآخرين من الصالحين، ولكن لا بد أيضا أن يعتزل كل مكان يذكره بالماضي حتى لا تتسبب رؤيته في أن يحدث نفسه بالعودة.

٥ - القيام بالفرائض الدينية:

لا يمكن أن تقوى هذه النفس على ترك المخدر وتقوى الإرادة إلا بالاستعانة بمن هو أقوى منها، وهو الله وهذا لا يمكن أن يتأتى إلا من خلال القيام بما أمرنا به من الفرائض والابتعاد عما نهانا عنه من الذنوب، حيث يقول تعالى في كتابه الكريم **﴿واستعينوا بالصبر والصلاة وإنها لكبيرة إلا على الخاشعين﴾** ويقول تعالى **﴿إن الصلاة تنهى عن الفحشاء والمنكر والبغي﴾**، ويقول تعالى **﴿إن الإنسان خلق هلوعا إذا مسه الشر جزوعا وإذا مسه الخير منوعا إلا المصلين الذين هم على صلاتهم دائمون﴾**. وهذا لا يخص الصلاة فحسب بل باقي الفرائض أيضا كالقيام والزكاة والحج وبر الوالدين وغيرها من الفرائض.

٦ - تقوية الجوانب الإيمانية:

فبالإضافة إلى الفرائض، لابد من تقوية النفس بالنوافل والقربات، كقراءة القرآن وحفظه، وقيام الليل وصلاة الضحى، والصدقات، وحضور دروس العلم، والمداومة على أذكار الصباح والمساء والعمرة وغيرها من الطاعات.

٧ - شغل الفراغ:

الفراغ هو أحد أكبر الأعداء للمدمن، فلا بد من الانتباه لهذا العدو وقهره حتى لا يعود شيء في حياة المدمن التائب يسمى فراغا، إلا فترات يحتاج فيها الجسم للراحة. واستغلال الفراغ أمر ممكن إذا استطاع المدمن التائب أن ينظم أوقاته بما يعود عليه وعلى أسرته ومجتمعه بالخير، كاستغلال الوقت في الرياضة والرحلات البرية والبحرية، وتدريس الأطفال واللعب معهم، وزيارة الأرحام، والقراءة، والاشتراك بدور القرآن الكريم والنوادي الصحية، وحضور مجالس العلم. وغيرها من الأمور.

٨ - مراجعة الطبيب:

لا بد للمدمن من مراجعة الطبيب بين فترة وأخرى، ليس لهدف أخذ المزيد من الجرعات والحبوب المجانية، بل لمتابعة الحالة الصحية، وتطورها، وأخذ المزيد من التوجيهات والنصائح الطبية والنفسية، وللحصول على إجابة بعض التساؤلات لما يجده المريض من تبدلات صحية ونفسية تطرأ عليه بين الفينة والأخرى.

٩ - التفكر:

والتفكر أسلوب فعال في معالجة النفس والارتقاء بها إلى

الأفضل، كما أنها تقوى جانب الإصرار والثبات على التوبة، وتعمقها في نفسية المدمن.. والتفكر الإيجابي هو الذي ينحصر في ما يلي:

أ - **الخسائر**.. فيتفكر فيما جباه من الخسائر منذ بداية الإدمان حتى هذه الساعة، من فقدان لزوجته وأبنائه، ومن خسارته لماله ولوظيفته، ومن احتقار الناس له، ومن غضب الوالدين عليه. ومن تورطه في الكثير من القضايا، ومن معاناته للكثير من الأمراض، ومن معصيته لربه.

ب - الموت.. تفكر بالموت وهو نهاية كل إنسان، فماذا ستقول لله تعالى بعد موتك؟ وبماذا ستعتذر؟ وماذا قدمت لإنقاذ نفسك من عذاب الله تعالى وأنت في عنقك مظالم لا تعد ولا تحصى، بداية من ظلمك لنفسك ومرورا بظلمك لزوجتك وأبنائك، ونهاية بظلم والديك وأقاربك.. فهل تبادر قبل الموت وتتوب توبة نصوحا، قبل أن تغلق أخر فرصة لك؟

ج - **السعادة**... اسأل نفسك... هل أنت سعيد؟ لماذا أكون تعيسا والآخرون سعداء؟ تفكر عن أسباب تعاستك، وأسباب سعادتك... تفكر بأنك قادر على أن تكون مثل الآخرين إذا قررت ذلك، فلماذا تستمر بهذا الطريق الذي لا يؤدي إلا إلى المزيد من التعاسة والألم؟

د - **الآخرة**.. تفكر بالآخرة وماذا أعددت لها، وأنت ستقف بين يدي الله تعالى، ويسألك عن كل صغيرة وكبيرة، فبماذا ستجيبه عن السؤال؟ وتفكر بما أعده الله من العذاب للمدمن.

١٠ - الحذر من تزيين الشيطان:

ما أكثر مداخل الشيطان على الإنسان، فلقد توعد ابن آدم أمام الله حينما قال «**لأحتنكن ذريته إلا قليلا**»: أي أنه توعد ابن آدم بإغوائه وإبعاده

عن الصراط المستقيم إلا القليل الذي يسلم منه من المخلصين الثابتين. لذلك حذرنا الله تعالى منه أشد التحذير وقال «**إن الشيطان لكم عدو فاتخذوه عدوا، إنما يدعو حزبه ليكونوا من أصحاب السعير**» وقد يدخل إليك ويقول لك: اترك الخمر لأن فيها نصا بالتحريم واذهب إلى مخدر آخر ليس فيه نص، أو يقول لك اترك الهيروين واذهب إلى ما هو أخف منه كالحشيش، حتى تسهل عليك التوبة، أو يوهمك بالتدرج بالترك، فيقنعك بعدم الإكثار منه، بل بأخذه ولو مرة بالأسبوع.. أو يقول لك بعد توبتك اذهب إلى أصحابك القدامى وانصحهم حتى يقلعوا، فإذا بك تقع بالفخ وترجع إلى الإدمان من حيث لا تشعر... كل ذلك وأمثاله من مداخل الشيطان التي لا ينتبه لها الكثير من المدمنين، ولا سبيل للوقاية منه إلا بالإكثار من الاستعاذة منه، ولزوم الشباب الصالح، وترك الذهاب لأصحاب السوء، والإكثار من الطاعات، وعدم الذهاب إلى أماكن المعصية كما جاء في الخطوات السابقة.

١١ - المحاسبة:

حاسب نفسك يوميا في نهاية اليوم، وقبل أن تخلد إلى النوم على ما قمت به من الخطوات العشر السابقة. فإذا كنت قد وفقت للقيام بها جميعا فأنت على خير كبير، واعلم أنك على طريق الثبات والهداية، والأمان من السقوط، فاحمد الله على ذلك، واستمر على هذا الأمر، ولا تتخلف عن شيء منها، وإن كنت قد أخللت ببعضها، أو لم تكملها، فاعلم أنك على خطر عظيم، وربما كان ذلك سببا في عودتك إلى طريق الإدمان والسقوط مرة أخرى، فأدرك وأسرع قبل السقوط واعزم على توبة نصوح، واستكمال ما لم تكمله من الخطوات، واستغفر الله على ما اقترفته من إخلال، فإن باب التوبة مفتوح في الليل والنهار، والأمل موجود ما دام في جسدك نبض الحياة.

مواضيع نركز عليها:

هناك مجموعة من المواضيع الهامة نركز عليها أثناء احتضاننا للمدمنين لتحقيق أهدافنا في انتشالهم مما هم فيه من البلاء، ومن أبرز هذه المواضيع:

١ - اتخاذ القرار والطرق الموصلة إليه.
٢ - أهداف الإنسان في الحياة.
٣ - لماذا كرم الله ابن آدم على الحيوان.
٤ - ما الذي يميز الإنسان عن غيره من المخلوقات.
٥ - خطورة الشيطان ومداخله.
٦ - السبيل للسعادة.
٧ - أهمية العقل والإدراك.
٨ - واجب الإنسان في مجتمعه.
٩ - واجب الإنسان نحو أسرته.
١٠ - بر الوالدين وعقوبة عقوقهما.
١١ - عقوبة الدنيا وعقوبة الآخرة.
١٢ - آثار المخدرات الصحية على الإنسان.
١٣ - آثار المخدرات الاجتماعية على الإنسان.
١٤ - الرفقة السيئة.
١٥ - الصحبة الصالحة.
١٦ - الندم يوم القيامة.

وسائلنا:

١ - ترتيب ندوات ومحاضرات وأسابيع ثقافية للتوعية في مجال المخدرات.

٢ - طباعة مطويات شهرية وكتيبات توعية في مجال المخدرات وتوابعه.

٣ - التنسيق مع الجهات المختلفة لتحقيق الأهداف.

٤ - زيارات أسبوعية ميدانية للمدمنين (مستشفى الطب النفسي والبيوت والسجن المركزي).

٥ - تنظيم محاضرات في المدارس الثانوية.

٦ - توزيع أشرطة كاسيت وفيديو تتعلق بقضية المخدرات.

٧ - عمل مسرحيات تعالج هذه القضية.

٨ - عمل معارض متنقلة في جميع أنحاء الكويت.

٩ - القيام بدراسات متخصصة للمساهمة في علاج هذه القضية.

١٠ - عمل دورات توعية لأسر المدمنين.

١١ - زيارات مفتوحة لجميع الديوانيات الشعبية لزيادة الوعي.

١٢ - متابعة المدمنين التائبين بعد خروجهم من المستشفى وحل مشكلاتهم المالية والاجتماعية والنفسية.

١٣ - عمل ديوانية أسبوعية للتائبين.

١٤ - عمل إفطار جماعي كل خميس يعقبه مسابقة.

١٥ - القيام بعمرة سنوية.

١٦ - القيام برحلة للحج.

١٧ - القيام برحلات بحرية وبرية.

١٨ - تكريم من مضي عليهم عام.

١٩ - اعتكاف العشر الأواخر من رمضان.

إنجازاتنا:

١ - القيام بثلاث رحلات حج وعمرة.

٢ - توبة ٢٠ مدمناً، ثلاثة منهم تجاوزوا السنتين.

٣ - طباعة وتوزيع ما يزيد على ٥٠٠ ألف مطوية وكتيب في هذا المجال.

٤ - توزيع ما يزيد على ١٠ آلاف شريط في مجال المخدرات.

٥ - القيام بأكثر من مائة محاضرة في المساجد والمدارس الثانوية والديوانيات عن المخدرات.

٦ - القيام بعدة معارض متنقلة في أنحاء الكويت.

٧ - توثيق العلاقة بين أعضاء اللجنة والطاقم الطبي.

٨ - ترتيب ديوانية أسبوعية للتائبين.

٩ - عمل اعتكاف جماعي للتائبين.

١٠ - حل المشكلات المالية لما يزيد عن نصف التائبين.

١١ - إعادة ثلاثة منهم للعمل.

١٢ - تزويج أحدهم.

١٣ - تقوية العلاقة بين أعضاء اللجنة وأسر المدمنين.

١٤ - القيام بعدة رحلات برية وبحرية للمدمنين والتائبين.

١٥ - القيام بعدة أمسيات رمضانية في كل رمضان.

تحليل النتائج

عدد المدمنين الذين عملت اللجنة معهم منذ تأسيسها في الشهر السادس عام ١٩٩٣ هو ٤٠ مدمنا، والنتائج المبينة في الجداول السابقة منحصرة في هذه الشريحة التي تعاملت وعملت معها لجنة البشائر، ولا بد من الإشارة إلى أن هذه النتائج متغيرة دائما، وبالتالي فهي تمثل عدد المدمنين الذين تعاملت معهم اللجنة حتى ساعة طباعة هذه الدراسة... ويتبين من النتائج السابقة مايلي:

أولا: جدول رقم (١):

يبين هذا الجدول نسب درجة إقلاع المدمنين عن المخدر حيث يتضح أن عدد التائبين بلغ ٥٠٪ أي عشرون منهم، وهم الذين أقلعوا عن الإدمان تماما، حيث تتفاوت فترات الإقلاع بينهم بسبب اختلاف تواريخ انضمامهم للجنة، وتفاعلهم مع برامجها، كما يلاحظ أن نسبة المتذبذبين بلغت ٢٠٪، وهم الذين يتوبون ثم ينتكسون، وتختلف فترات توبتهم طبقا للظروف الخارجية التي يتأثرون بها، ودرجة التزامهم بالبرنامج الموضوع لهم من قبل اللجنة، ويلاحظ أن هذه الشريحة أقل التزاما بهذا البرنامج من الشريحة الأولى، كما أن تذبذبهم يعتبر إنجازا للجنة، حيث إنهم استمروا في إدمانهم من غير توقف، حتى تم تجريب برنامج اللجنة عليهم. فأثر في زيادة مدة إقلاعهم، وتأخير رجوعهم للمخدر. أما الشريحة الثالثة والتي بلغت ٣٠٪، فهي التي لم تتفاعل أبدا مع برنامج اللجنة، ولم تكن جادة في التوبة عن المخدرات، ولكن تربطنا معهم علاقة طيبة.

جدول رقم (٢):

يبين هذا الجدول عدد المدمنين بالنسبة لمحافظات الكويت، وهو بلا شك لا يمثل واقع المدمنين وعددهم في هذه المحافظات، حيث إن محافظة حولي تضم أكثر المدمنين، ليس بسبب أن عدد المدمنين الحقيقي في هذه المحافظة هو الأكبر، بل بسبب أن عدد أعضاء اللجنة أكثرهم يتمركزون في هذه المحافظة، حيث يكثر نشاطهم فيها دون المحافظات الأخرى، والسبب الثاني أن الأحمدي والجهراء تبعدان نسبيا عن مستشفى الطب النفسي، الذين سيتبين من الجداول القادمة أنه أكبر المنابع لكسب التائبين الجدد. وقد يكون سبب قلة أعداد التائبين أو عناصر الشريحة في العاصمة يرجع إلى أن معظم العوائل الميسورة وأصحاب المناصب القيادية في الدولة يتمركزون في هذه المحافظة،

والذين يعالج معظمهم خارج الكويت هربا من الفضيحة أو أي سبب آخر قد لا يتضح لدينا.

جدول رقم (٣):

هذا الجدول يبين عدد المدمنين نسبة لأعمارهم، وهو جدول واقعي إلى حد كبير، حيث إن أكبر نسبة من التائبين تقع أعمارهم بين (٣٠ - ٣٩) وهي السن التي يبدأ بها المدمن التفكير الجدى بالإقلاع، بعد مضى من ١٠ سنوات إلى ٢٠ سنة على إدمانه، ويكون المدمن أقرب إلى النضوج في هذه السن، واكتمال العقل، وزيادة عدد الأبناء والمسئوليات، بينما نلاحظ أن أقل نسبة في الجدول هي السن بين (١٤ - ١٩) حيث إن معظم المدمنين في هذه الشريحة من الصغار، الذين ليس عليهم أية مسئولية في الحياة، وعادة يكونون غير متزوجين، وهي السن التي تتميز بالاندفاع وعدم الفهم الكامل لخطورة المخدرات وما تؤدي إليه. كما نلاحظ في الجدول أن النسبة القليلة الأخرى هي السن بين (٥٠ - ٥٩) حيث إنه من النادر أن يفكر الإنسان في الإدمان في هذه السن، إذ سيتبين من الجدول القادم أن معظم المدمنين يبتدئون إدمانهم في سن مبكرة من حياتهم.

جدول رقم (٤):

هذا الجدول يبين عدد المدمنين نسبة لأعمارهم عند الإدمان، حيث يتضح أن معظم المدمنين، ما يزيد على ٥٠٪ من الشريحة بدأوا إدمانهم بين سن (١٥ - ١٩) و٣٣٪ منهم بدأ الإدمان بين سن (٢٠ - ٢٩) وأقل نسبة هي من بدأ إدمانه بعد الثلاثين، وهذا يبين نشاط مروجي المخدرات في فئة الشباب، وخاصة طلاب مدارس «الثانوية

والجامعة»، وهي الشريحة التي يقل عندها الوعي بخطورة المخدرات، ويكثر عندها عادة التقليد للغير، وحب الاستطلاع.

جدول رقم (٥):

هذا الجدول يبين عدد المدمنين بالنسبة لطريقة التعرف وهو جدول يعكس واقع نشاط اللجنة بين جميع شرائح المجتمع، حيث إن أكثر نشاط تقوم به في مستشفى الطب النفسي، لذلك كان لها أكبر كسب من ذلك المكان، والملاحظة الثانية التي يجب أن يلفت لها النظر، هي أن أقل عدد للمدمنين الذين تعاملت معهم اللجنة أتى من قبل الزوجة، وهذه نتيجة طبيعية، إذ إن معظم الزوجات يخشين مفاتحة أزواجهن، أو التبليغ عنهم لجهات أخرى، لما يسببه ذلك من نتائج سلبية عليهن ولأبنائهن كالطلاق وغيره.

جدول رقم (٦):

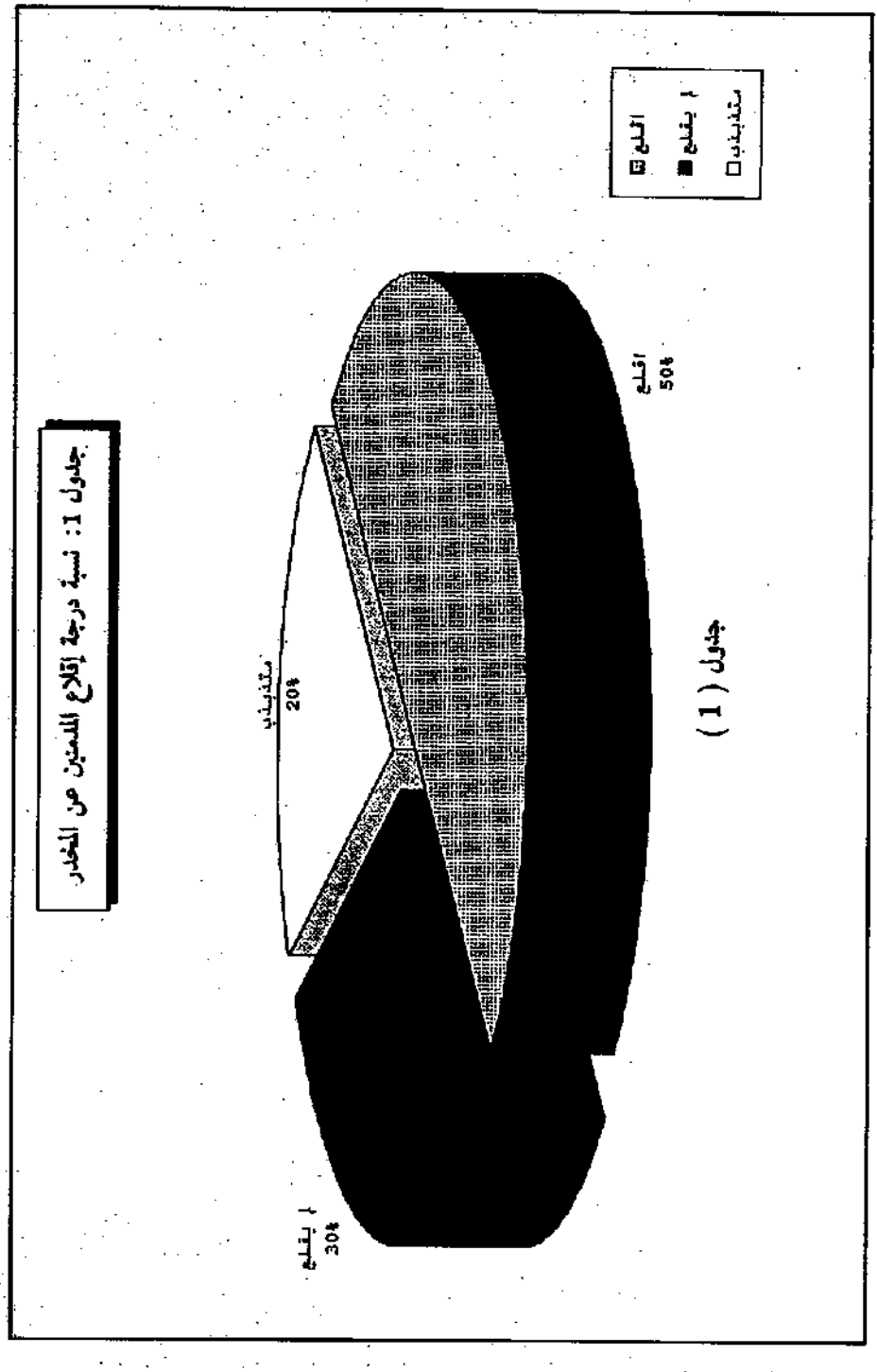
يبين هذا الجدول نسب المدمنين بالنسبة للحالة الاجتماعية، وواضح بأن أكبر نسبة هي للمتزوجين إذ بلغت ٨٢٪، وهي نسبة متناسقة ومتكاملة مع ما ذكر في جدول رقم (٣)، حيث ذكرنا في ذلك الجدول أن أكبر نسبة ممن تعاملت معهم اللجنة، وتفاعلوا مع برامجها هي التي بين (٣٠ - ٣٩)، وفي هذا السن غالبا ما يكون المرء متزوجا.. واللافت للنظر في هذا الجدول أن أقل نسبة هي للمطلقين، وهو يبين مدى قوة الترابط الأسرى في مجتمعاتنا العربية والإسلامية، إذ أن الإدمان على المخدرات هو السبب الرئيسي في العالم للطلاق أو ضرب الزوجات، ونسبة العزاب تمثل في معظم الأحوال شريحة الشباب من (١٥ - ٢٠) سنة.

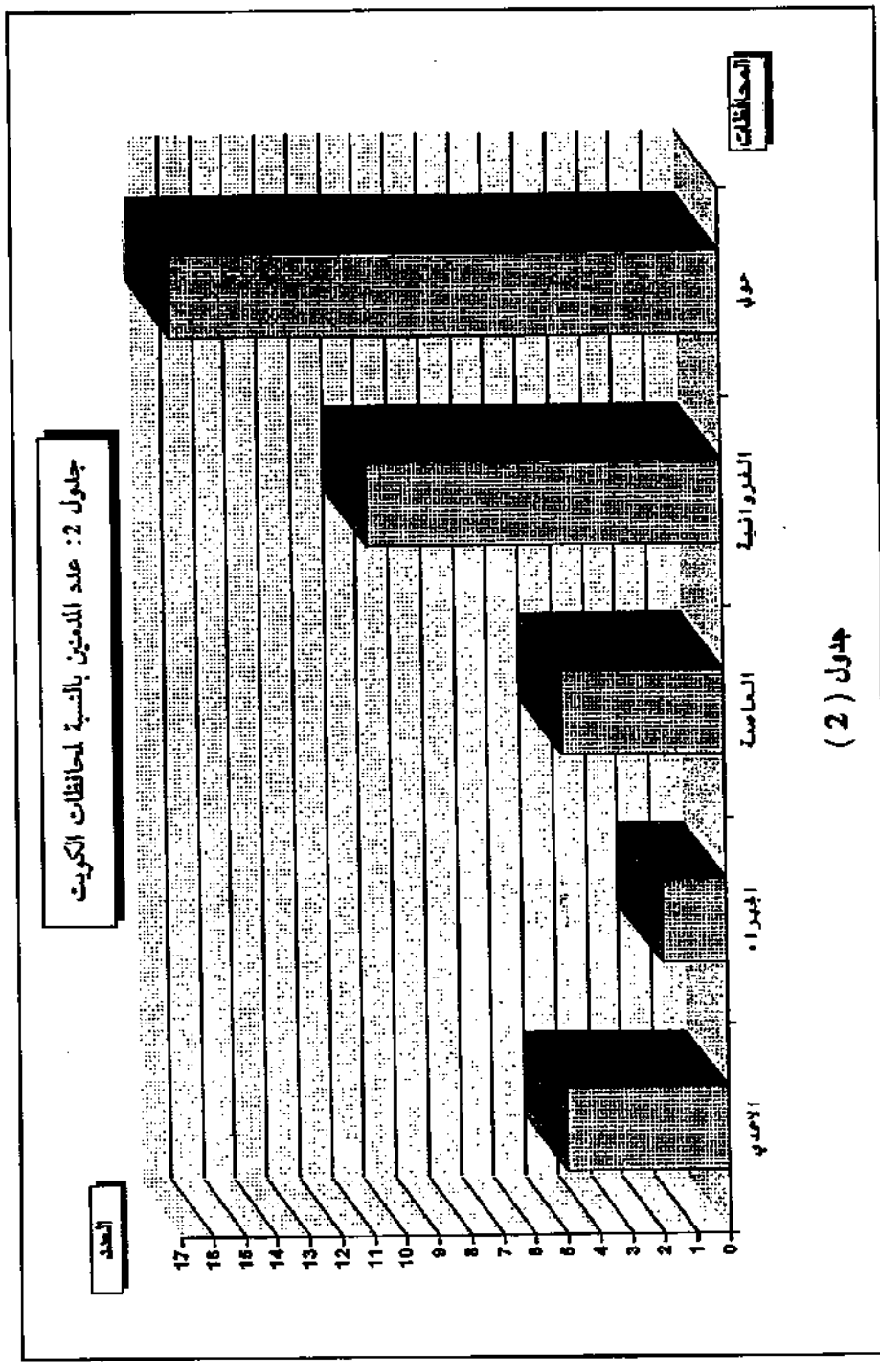
جدول رقم (٧):

يبين هذا الجدول عدد المدمنين بالنسبة لنوع المخدر، حيث يتضح أن أعلى نسبة من المدمنين يتعاطون مادة الهيروين، وهي نسبة طبيعية في مجموع مدمني الكويت، والسبب في ذلك يرجع إلى الوفرة المالية في هذا المجتمع، وسهولة تهريبها للكويت، وتركيز المروجين والتجار على هذه المادة، لارتفاع ثمنها الذي يتناسب مع ارتفاع معدل دخل الفرد في الكويت. بينما نلاحظ أن أقل نسبة في الجدول هي (المواد الطيارة - أو الحبوب) لأن معظم المدمنين قادرون على شراء ما هو أغلى من ذلك.

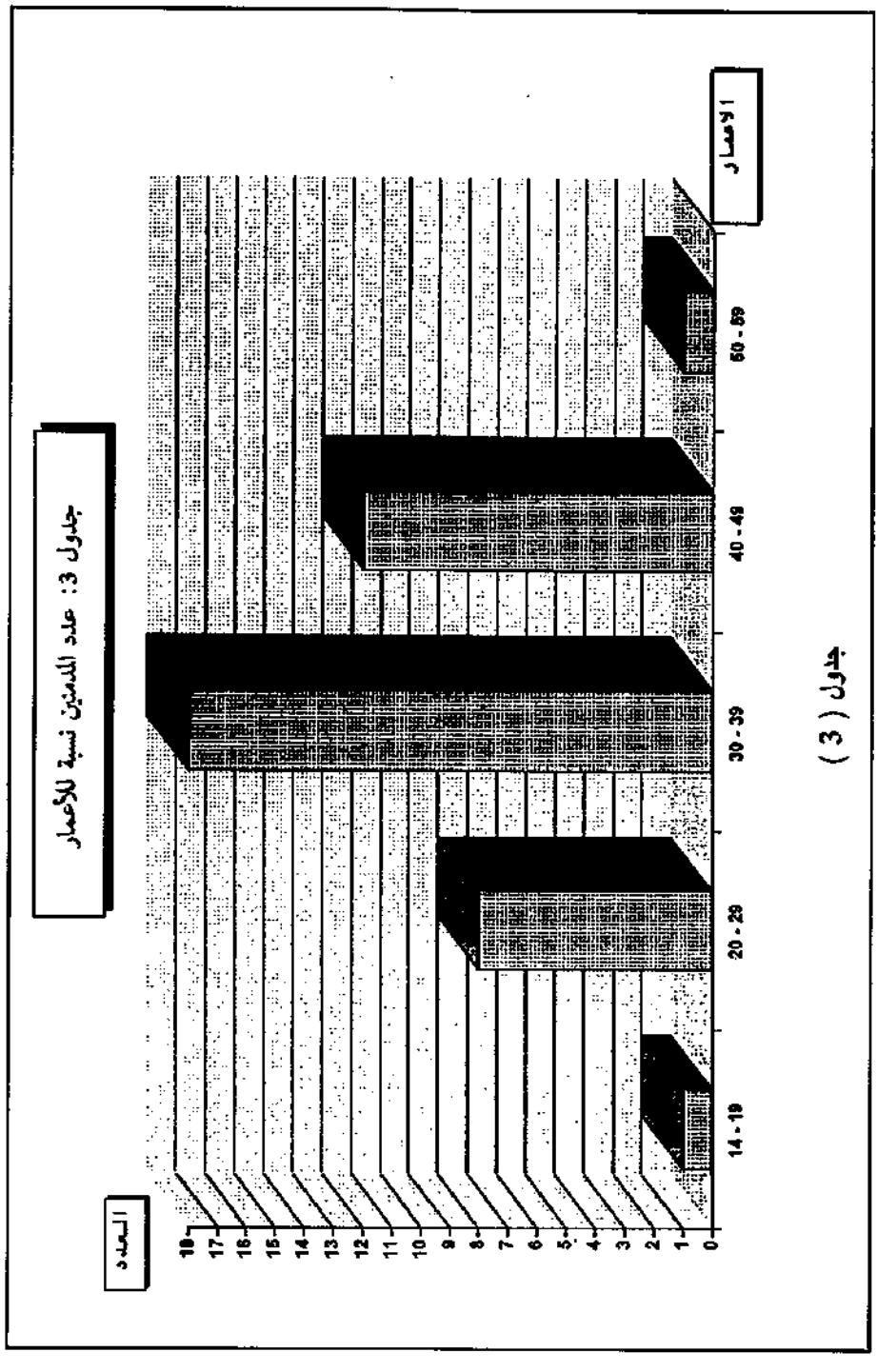
جدول رقم (٨):

يبين هذا الجدول عدد المدمنين بالنسبة لتاريخ التعرف عليهم، حيث يتضح ازدياد نشاط اللجنة عاما بعد عام، والملاحظة التي يجب التوقف عندها هي الزيادة عام ١٩٩٣ والانخفاض عام ١٩٩٤. حيث بدأت اللجنة بهذا العدد الكبير بسبب قلة خبرتها، وعدم وضع الضوابط المناسبة للاختيار بين من تعمل معه، لذلك تساقط البعض في سنة ١٩٩٤، ثم ارتفعت المعدلات بعد ذلك لاكتساب الخبرة في هذا المجال.

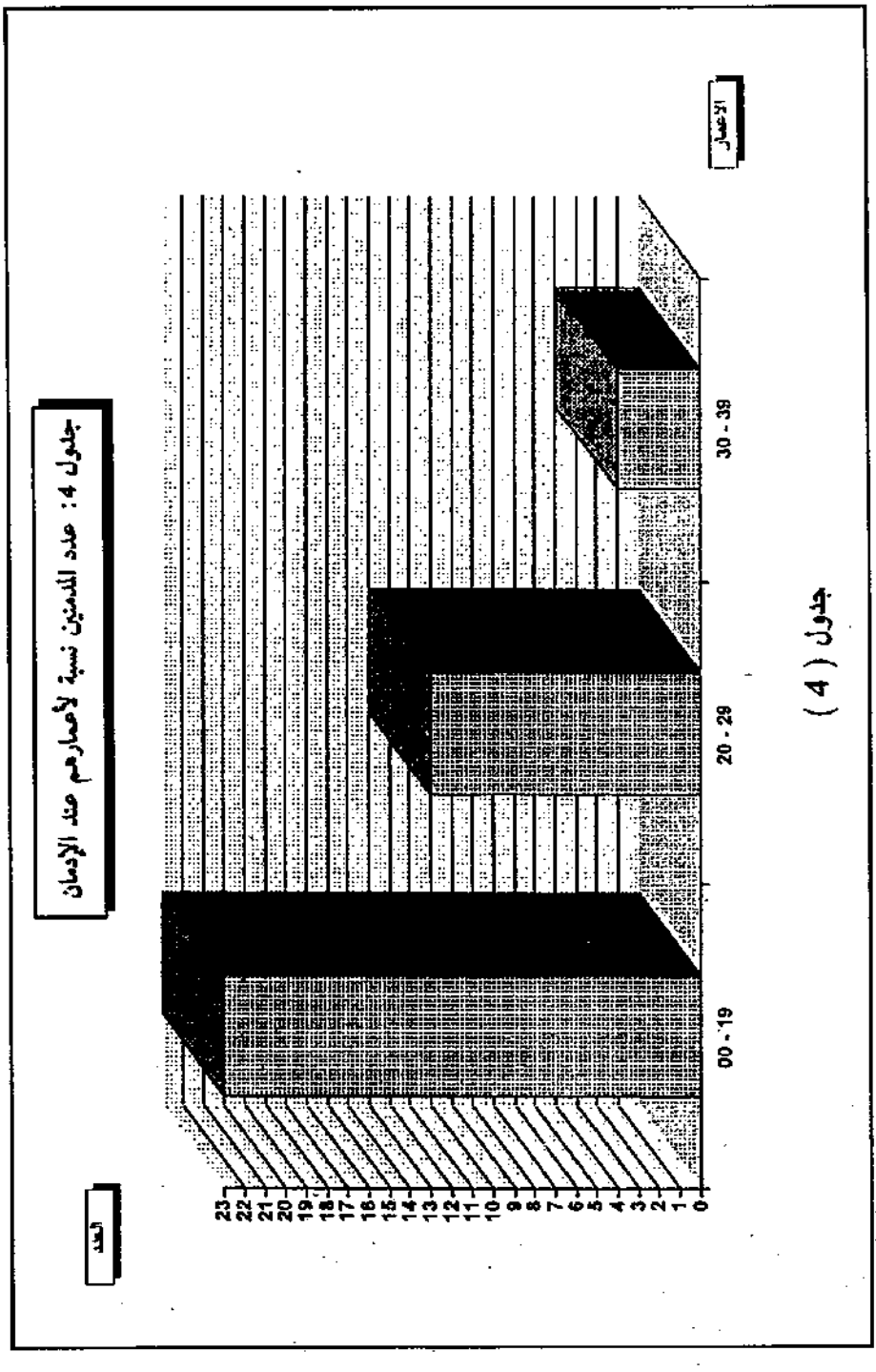

جدول 1: نسبة درجة إقلاع المدمنين عن المخدر
أقلع
لا يقلع
متذبذب
أقلع
50%
لا يقلع
30%
متذبذب
20%
جدول (1)


جدول 2: عدد المدمنين بالنسبة لمحافظات الكويت
العدد
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
الاحمدي
الجهراء
العاصمة
الفروانية
حولي
المحافظات

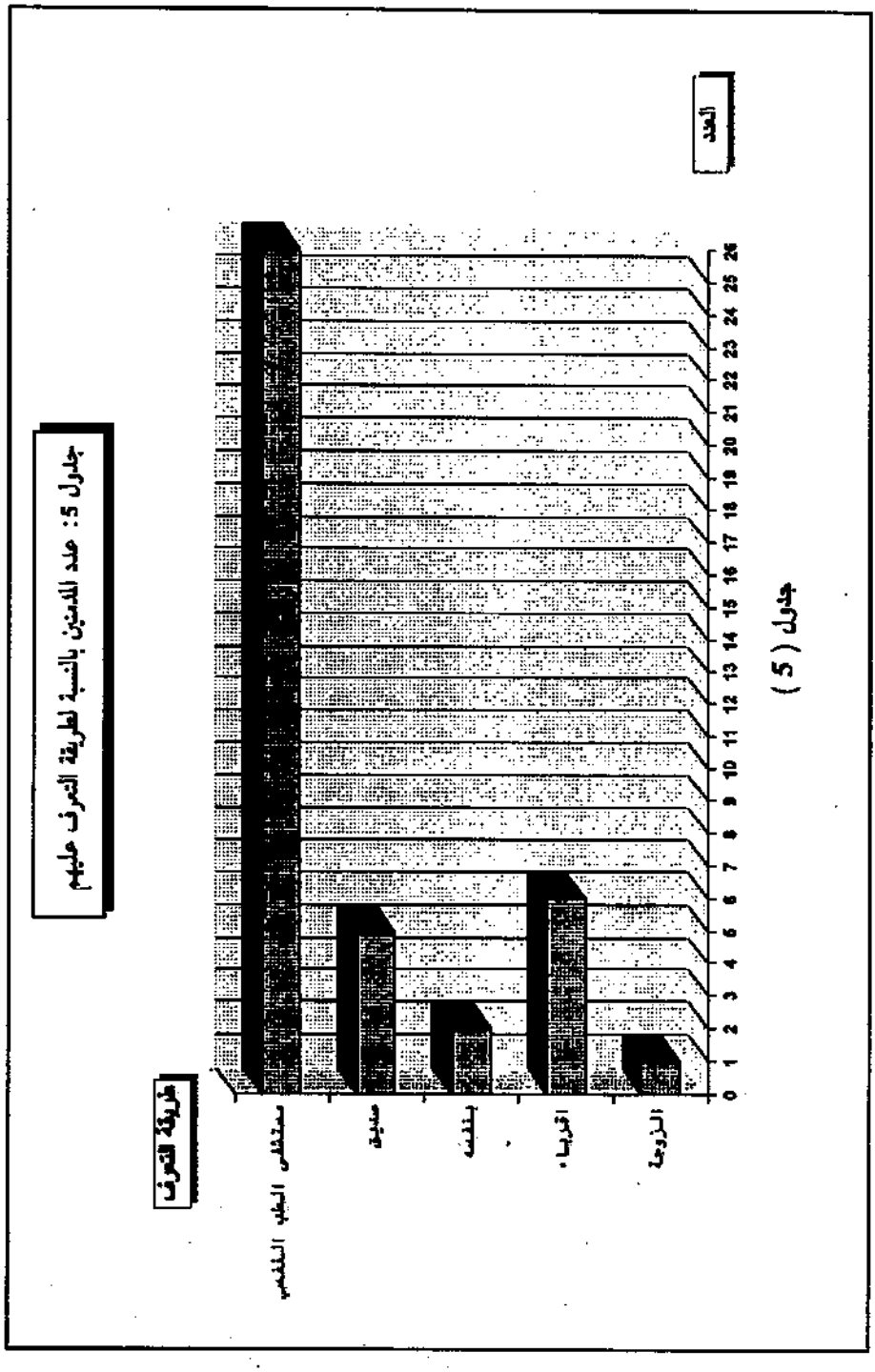
جدول (2)


جدول 3: عدد المدمنين نسبة للأعمار
العدد
الاعمار
14 - 19
20 - 29
30 - 39
40 - 49
50 - 59
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

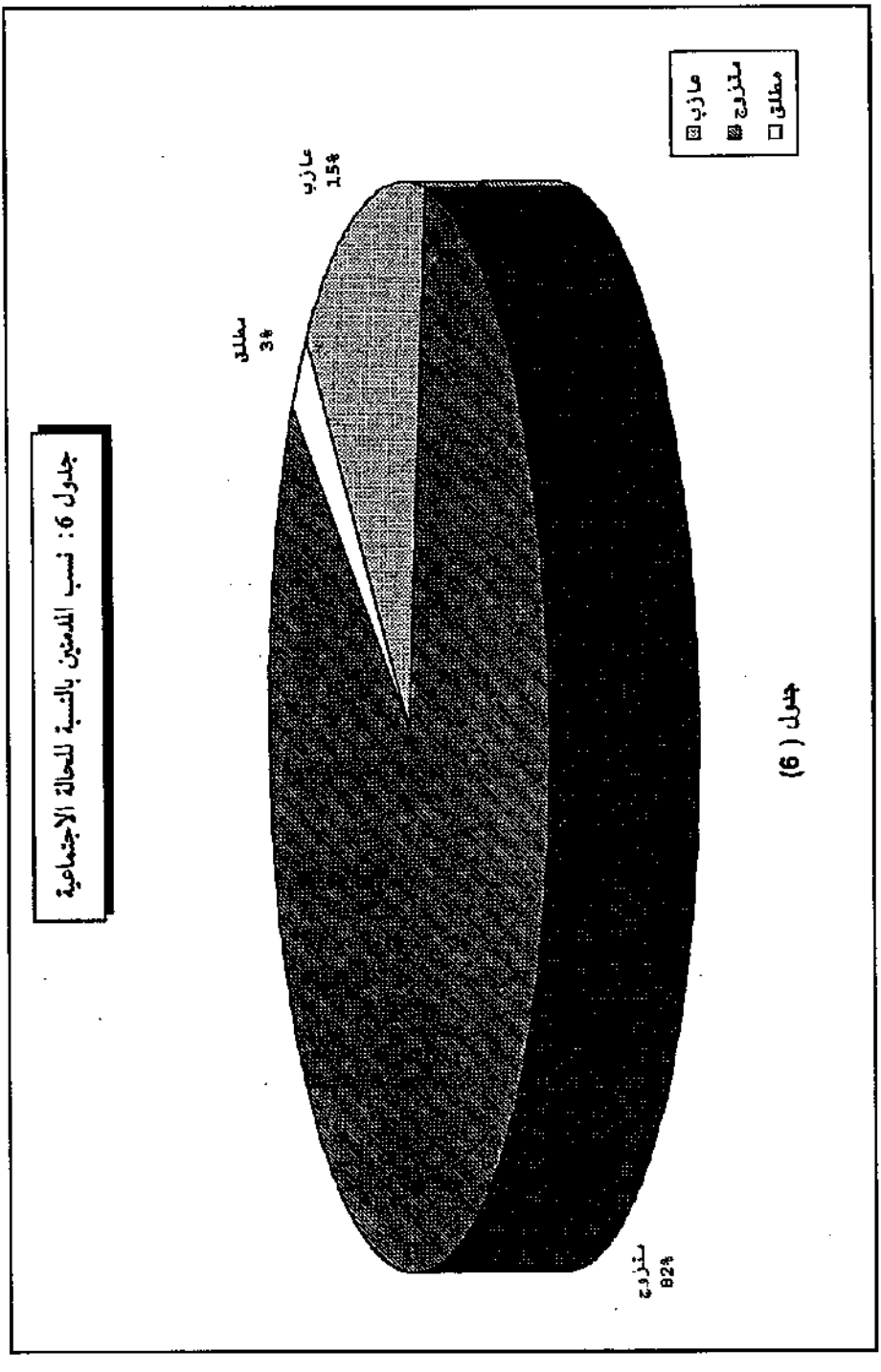
جدول (3)


جدول 4: عدد المدمنين نسبة لأعمارهم عند الإدمان
العدد
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
00 - 19
20 - 29
30 - 39
الأعمار

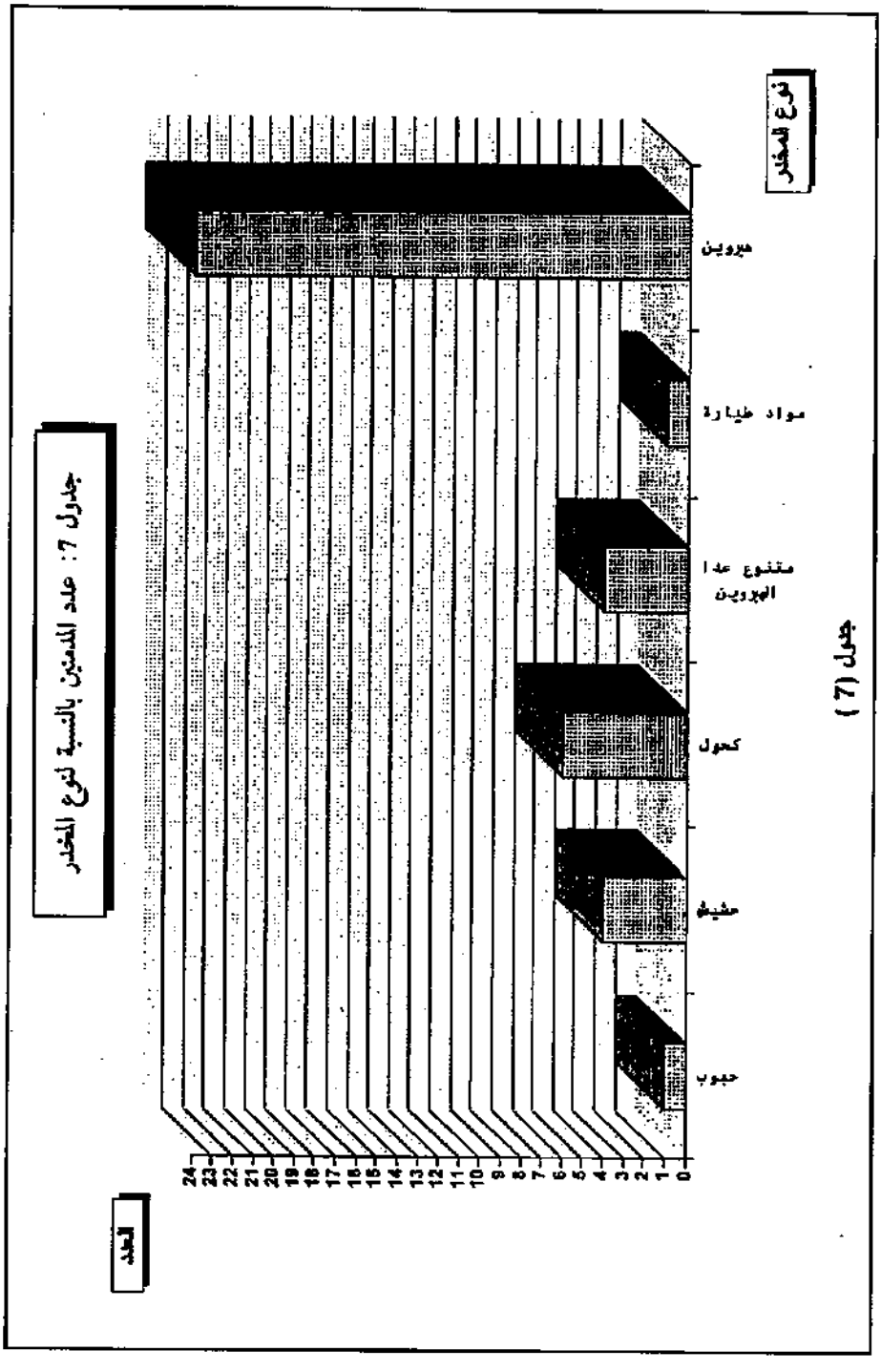
جدول (4)


جدول 5: عدد المدمنين بالنسبة لطريقة التعرف عليهم
طريقة التعرف
العدد
مستخدمي الطب التقليدي
صديق
بنفسه
أقرباء
الزوجة
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

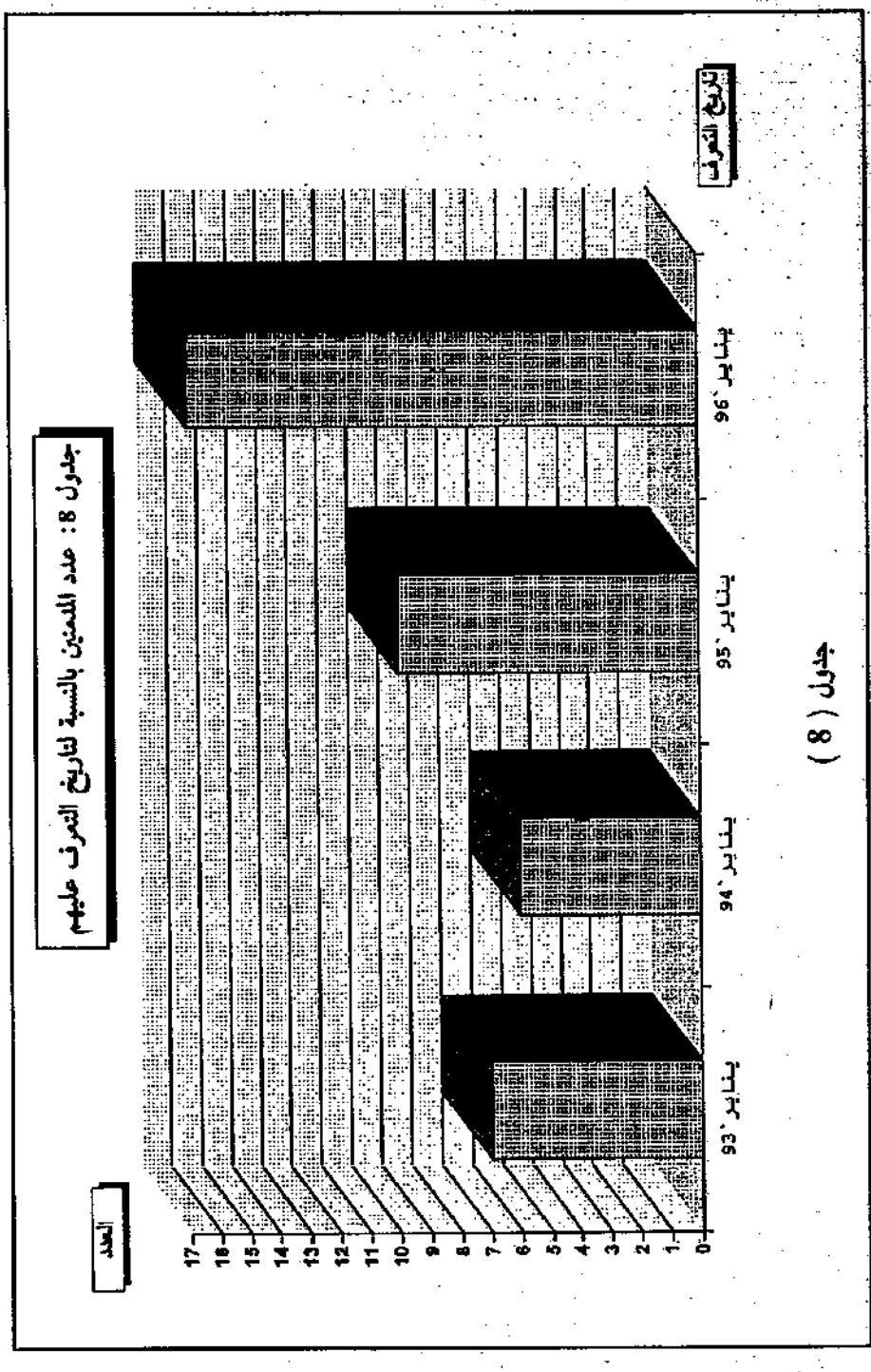
جدول (5)


جدول 6: نسب المدمنين بالنسبة للحالة الاجتماعية
عازب
15%
مطلق
3%
متزوج
82%
عازب
متزوج
مطلق

جدول (6)


جدول 7: عدد المدمنين بالنسبة لنوع المخدر
العدد
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
حبوب
حشيش
كحول
متنوع عدا الهيروين
مواد طيارة
هيروين
نوع المخدر

جدول (7)


جدول 8: عدد المدينين بالنسبة لتاريخ التعرف عليهم
العدد
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
يناير '93
يناير '94
يناير '95
يناير '96
تاريخ التعرف

جدول (8)

اليوم الثالث للمؤتمر
الثلاثاء ٢٠ مايو ١٩٩٧م

الجلسة الثالثة

الرئيس : دكتور عمر سليمان

المقرر : دكتور عادل الزايد

الباحثون: ١ - المستشار عبدالله العيسى
٢ -دكتور صلاح عبدالمتعال
٣ - دكتور فؤاد أبو حطب

تطوّر التشريعات
في مواجهة المخدرات
في دولة الكويت

المستشار: عبدالله علي العيسى
نائب رئيس محكمة التمييز، وعضو مجلس أمناء المنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية

تطور التشريعات في مواجهة المخدرات

في دولة الكويت

المستشار: عبدالله علي العيسى
نائب رئيس محكمة التمييز، وعضو مجلس أمناء
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

مقدمة

إن الارتفاع المفاجىء في إدمان المخدرات - في كثير من دول العالم - وتسارعه نحو التصاعد خلال العقود الثلاثة الأخيرة من هذا القرن، والانتشار العريض لهذه الآفة الاجتماعية بين مختلف الأوساط والطبقات، هو ظاهرة غريبة، بل ظاهرة مخيفة لم يسبق لها مثيل، وتوشك أن تعم العالم أجمع، فلا يكاد يخلو منها بلد، وقلّ أن تنجو منها طبقة من طبقات المجتمع، فقد شملت مختلف الأعمار من شباب وكبار، ورجال ونساء.

وموجة الإدمان وإن كانت تختلف من بلد إلى بلد آخر بالنسبة لعمقها الضارب في كل مجتمع، إلا أنها في كل بلد قد أفزعت الناس وبثت القلق في نفوس المسئولين، وجعلت كل أسرة تتوجس خيفةً على أبنائها، لما تحدثه تلك المخدرات من أذى بليغ وضرر جسيم يتعلق بصحة الإنسان البدنية وحالته النفسية وقدراته وإمكانياته الإنتاجية، فضلاً عن المشكلات الاجتماعية التي تخلفها حالة الإدمان وأثرها على المدمن وأسرته، ويتعاظم الخطر عندما يتسع حجم الإدمان فينتظم أعداداً غير

قليلة من شباب الأمة، مشكِّلًا أعباء جساماً على الدولة وعلى المجتمع، ومؤدياً إلى تدهور العطاء، وقلة الإنتاج، وثقل التكاليف التي تتحملها مؤسسات الدولة، فضلًا عن تكاثر العاطلين بسبب الإدمان وضياعهم وتشرد أسرهم، وتسربهم إلى مسالك الانحراف والإجرام، وما إلى ذلك من أضرار عديدة تلقي بظلالها الكئيبة على حياة الأفراد والمجتمعات والأمم.

ولقد كان للشريعة الإسلامية موقف حازم من المخدرات بجميع أنواعها وأصنافها، بيَّنها فقهاؤنا المتقدمون والمعاصرون، وسوف نبينها فيما يلي:

موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات

لا جدال في أن سعادة الإنسان مرهونة باستقامة عقله، به يميز الخير من الشر، والنافع من الضار، والهدى من الضلال، والله سبحانه وتعالى فضل الإنسان وكرمه على كثير من خلقه ﴿**ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلا**﴾ وكنتيجة لهذا العقل المدرك استخلفه الله في الأرض يعمرها، وأمره بتكاليف فيها نفعه وخير مجتمعه وبها تكون عمارة الأرض، وأباح له الطيبات من الرزق، وحفظا لنعمة العقل، ونعمة الطيبات من الرزق حرَّم الله عليه كلَّ ما يفسد العقل، وما يفسد نعمة الرزق من إتلاف أو تبذير في وجه غير مشروع، وإذا كان القرآن الكريم قد حرم الخمر تحريما قاطعا بقوله تعالى: ﴿**إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون، إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم منتهون**﴾ وكذلك بقول الرسول ﷺ: «كل مسكر خمر وكل خمر حرام»، كما وردت في هذا

الباب أحاديث كثيرة، ولا ريب أن السبب في تحريم الخمر ليس لمصدرها الذي اتخذت منه ولا لهيئتها التي صنعت عليها، وإنما لتأثيرها في عقل شاربها، وما تحدثه من زوال نعمة العقل، وإتيانه أفعالاً وتصرفات تخرجه عن طور الإدراك، وانشغاله بها عما اختاره له وكرمه بسببه.

ولما كانت المخدرات لها من الآثار والأضرار الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية ما يتجاوز مضار الخمر، فإن الشريعة الإسلامية التي تبني أحكامها على جلب المصالح ودرء المفاسد لا شك أنها تحرم كل ما يفسد صحة البدن - ولأن من مقاصد الشريعة حفظ الضروريات الخمس: الدين والنفس والنسل والعقل والمال - وتعاطي ما يفسد العقل ويذهب صحة البدن ويهدر المال هو بلا جدال من المحرمات، سواء أكان ذلك المفسد شرابا أم جامدا، أم حقنا، أم شمًّا.

والفقهاء الذين وُجدت المخدرات في عصرهم تصدوا لها ببيان حكم الشريعة الإسلامية فيها بعد أن اتضحت لهم أضرارها ومفاسدها سواء بالنسبة لمتعاطيها أو أسرته أو مجتمعه، فقالوا: يحرم مطلقا ما يخدر من الأشياء الجامدة المضرة بالعقل أو غيره من أعضاء الجسد، وذلك إذا تناول قدرا مضرا منها دون ما يؤخذ منها من أجل المداواة، لأن حرمتها ليست لعينها بل لضررها، وعلى هذا فيحرم تناول البنج والحشيشة والأفيون لأن ذلك كله مفسد للعقل، واستدلوا بما رواه الإمام أحمد في مسنده، وأبو داود في سننه عن أم سلمة رضي الله عنها قالت: «نهى رسول الله ﷺ عن كل مسكر ومفتر».

قال العلماء: المفتر كل ما يورث الفتور والخدر في الأطراف، قال ابن حجر: وهذا الحديث فيه دليل على تحريم الحشيش بخصوصه، فإنه يسكر ويخدر ويفتر.

وحكى القرافي من المالكية وابن تيمية الإجماع على تحريم الحشيشة[١].

قال شيخ الإسلام ابن تيمية: كل ما يغيّب العقل فإنه حرام وإن لم تحصل به نشوة ولا طرب، فإن تغييب العقل حرام بإجماع المسلمين (أي إلا لغرض معتبر شرعا).

وقال: وأما المحققون من الفقهاء فعلموا أنها مسكرة، وإنما تتناول لما فيها من النشوة والطرب فهي تجامع الشراب المسكر في ذلك، والخمر توجب الحركة والخصومة، وهذه توجب الفتور والذلة، وفيها مع ذلك من فساد المزاج والعقل ما يجعلها من شر الشراب المسكر[٢].

وقال شيخ الإسلام كذلك: إن رسول الله - ﷺ - قال: «كل مسكر حرام»[٣]، وقال فيما رواه أبو داود وغيره: «إن من الحنطة خمرا، ومن الشعير خمرا، ومن الزبيب خمرا، ومن التمر خمرا، ومن العسل خمرا، وأنا أنهي عن كل مسكر».

والرسول - ﷺ - بما أوتي من جوامع الكلم جمع كل ما غطى العقل وأسكر، ولم يفرق بين نوع ونوع، ولا تأثير لكونه مأكولا أو مشروبا، وكل ذلك حرام، وإنما لم يتكلم المتقدمون في خصوص الحشيشة لأنه إنما حدث أكلها في أواخر المائة السادسة أو قريبا من ذلك مع ظهور التتار[٤].

وقال ابن القيم في كتابه زاد المعاد ما خلاصته:

---

(١) الموسوعة الفقهية ج١١ ص٣٤.

(٢) مجموع الفتاوى لابن تيمية ج٣٤ ص٢١١.

(٣) رواه الشيخان.

(٤) مجموع الفتاوى ج٣٤ ص٣٠٥، السياسة الشرعية لابن تيمية ص١١٨.

إن الخمر يدخل فيها كل مسكر، مائعا كان أو جامدا، عصيرا أو مطبوخا، فيدخل فيها لقمة الفسق والفجور - ونعني بها الحشيشة - لأن هذا كله خمر بنص رسول الله - ﷺ - الصريح، إذ صح عنه قوله: «كل مسكر خمر»، وصح عن أصحابه رضي الله عنهم الذين هم أعلم الأمة بخطابه ومراده بأن الخمر ما خامر العقل.

وحكى ابن حجر الهيتمي الشافعي عن الذهبي القول: بأن الحشيش كالخمر في الحدِّ، استنادا إلى عموم قوله - ﷺ -: «كل مسكر حرام» فما يسكر من المخدرات يعطى حكم الخمر ويقاس عليه في الحكم.

وقال صاحب سبل السلام: إنه يحرم ما أسكر من أي شيء وإن لم يكن مشروباً كالحشيشة.

وقد أفتى بحرمة المخدرات الفقهاء المعاصرون؛ فقد جاء في فتوى لمفتي الديار المصرية سنة ١٩٤٠ بشأن الحشيش والأفيون وما في حكمها قوله: (إنه لا يشك شاك ولا يرتاب مرتاب في أن تعاطي هذه المواد حرام لأنها تؤدي إلى مضار جسيمة ومفاسد كثيرة، فهي تفسد العقل وتفتك بالبدن إلى غير ذلك من المضار والمفاسد الخطيرة، فلا يمكن أن تأذن الشريعة بتعاطيها مع تحريمها لما هو أقل منها مفسدة وأخف ضررا، ولذلك قال بعض الحنفية: إن من قال بحل الحشيش زنديق مبتدع - وهذا منه دلالة على ظهور حرمتها ووضوحها.. إلخ).

وجاء في فتوى للشيخ حسنين مخلوف مفتي الديار المصرية قوله: (وقد علم من ذلك إجماع الأئمة على حرمة تعاطيها وبيعها وشرائها وإن أدنى أحوالها أنها مخدرة، والراجح عند الأكثر أنها مسكرة فتأخذ حكم المسكر، والحديث صريح في تحريم كل مسكر)[1].

(١) فتاوى وأبحاث للشيخ حسنين مخلوف ج٢ ص١٨١.

الجهود الدولية لمكافحة المخدرات

حينما اشتد ساعد عصابات تهريب المخدرات واتسعت مناطق نفوذهم وأسواقهم التي يرتادونها وتضاعف انتشار الإدمان بحيث أصبح ظاهرة في هذا العصر، تحولت تلك الظاهرة إلى مشكلة عالمية تتنادى الهيئات الدولية والإقليمية للتعاون من أجل مكافحتها، وعقد المؤتمرات والندوات، وتبادل المعلومات وإجراء الاتفاقات بين الدول من أجل تضييق الخناق على تجار المخدرات ومروجيها.

وقد رفع السكرتير العام للأمم المتحدة عام ١٩٧٠ لواء التحذير من هذا الخطر المحدق وهو في بدايته إذ قال في برقية وجهها إلى لجنة المخدرات المنبثقة عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي في دورتها المنعقدة في سبتمبر ١٩٧٠ (لقد شعرت بضرورة دعوة جميع المشتركين في هذه الدورة إلى أن يتخذوا دون إبطاء التدابيرَ الفعّالةَ ضد إساءة استعمال المخدرات التي اتخذت حجم الوباء، وأضحت بصفة خاصة تهديدا عاما لا يستثنى أي بلد من البلاد، فإذا ما تأخرنا أكثر من ذلك في اتخاذ تدابير قوية للقضاء على الإنتاج غير المشروع للمخدرات والاتجار فيها، فسيفلت الزمام من أيدينا لحل هذه المشكلة)[١].

ويبدو أن تحذير السكرتير العام لم يلق تجاوبا فعالا، إذ اجتاحت العالم فيما بعد موجة عارمة من تداول المخدرات، وزاد الطين بلة أن انتشر استعمال المؤثرات العقلية.

وقد انعقدت مؤخرا ندوة دولية في واشنطن خلال شهر سبتمبر ١٩٨٩ لمكافحة المخدرات، اشترك فيها عدد من الدول من أمريكا

---

(١) انظر بحث التعاون العربي والدولي لمواجهة مشكلة المخدرات للواء/ أحمدن أمين الحادقة، أعمال الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات.

وأوروبا وآسيا وأفريقيا، وفي تلك الندوة أعلن مدير المعهد القومي الأمريكي للوقاية من الإدمان، أن أعداد المدمنين زادت بنسبة ٤٠٠٪ خلال السنوات الأربع الماضية، وأن هناك ١٥ مليون مدمن لمادة (الكراك) المخدرة من الشباب الأمريكي تتراوح أعمارهم بين ٢٠ و٢٥ عاما من طلبة المدارس، وأشار إلى أن بحثا طبيا أجري على ١١ ألف طالب من المدارس الابتدائية والمتوسطة تبين منه أن عددا كبيرا ممن تخلفوا عن دراستهم كان بسبب الإدمان على المخدرات، وخاصة الكوكايين، كما أعلن مدير قسم الإدمان والوقاية بذات المعهد أن هناك ١٤ مليون مدمن مستهدف من استخدام تلك المادة المخدرة، وقد أشار التقرير الذي أعدته الأمانة العامة لمؤتمر الأمم المتحدة الثامن لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين الذي عقد في هافانا في شهر سبتمبر ١٩٩٠ إلى الدراسة الاستقصائية الثالثة للأمم المتحدة عن اتجاهات الجريمة في العالم والتي بينت أن جرائم المخدرات بما فيها التعاطي والإدمان قد زادت بمعدلات عالية وأن الزيادة ستكون في المستقبل أكبر.

لقد أولت الأمم المتحدة اهتماما لهذه المشكلة منذ زمن بعيد وقبل أن يستفحل الخطر، ومن قبلها كانت عصبة الأمم قد عقدت عدة اتفاقيات منها اتفاقية (لاهاي) سنة ١٩١٢ واتفاقية (جنيف) عام ١٩٢٥ والمعدلة في (نيويورك) سنة ١٩٤٦ بتعديل شمل كل الاتفاقيات السابقة، وكان أهم الاتفاقيات التي عقدتها الأمم المتحدة هي اتفاقية نيويورك عام ١٩٦١ وما جرى عليها من تعديل وفق صيغتها المعدلة (ببروتوكول) ١٩٧٣، والاتفاقية الخاصة بالمواد المؤثرة على الحالة النفسية والعقلية التي عقدت في فيينا عام ١٩٧١، ثم اتفاقية مكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية التي عقدت في فيينا عام ١٩٨٨.

لكن هذه الجهود الدولية لم تَحُلْ دون انتشار المخدرات بشكل مريع، ولم تحقق الأهداف التي توخاها المجتمع الدولي من عقد تلك الاتفاقيات، مما يجعلنا نعتقد أنه ينبغي من المجتمع الدولي أن يتكاتف من أجل مكافحة هذا الوباء، وأن يعمل بروح من التعاون الوثيق في سبيل تطبيق تلك الاتفاقيات تطبيقا فعالا لتجني البشرية جمعاء ثمار التعاون فيرتفع عنها ذلك الشبح المخيم على أرجاء المعمورة.

وإذا كانت مشكلة المخدرات قد أخذت من اهتمام الأوساط الدولية ما ألمحنا إليه فإنها بالنسبة لكل دولة على حدة قد أصبحت مثار قلق للسلطات المحلية الأمر الذي دفع كثيرا منها إلى حشد الطاقات، وبذل الجهود للحد من تفشي تلك السموم، والحيلولة دون تزايد انتشارها، وذلك بما تجريه من تعديل في تشريعاتها، وتشديد الرقابة على موانئها الجوية والبحرية، وتكثيف النشاط لمراقبة حدودها، واستعمال أقصى درجات الحذر من المهربين، والاستعانة بالوسائل الحديثة للتصدي لهم وكشف حيلتهم، وملاحقة تفننهم في استحداث طرق مبتكرة للتهريب[١].

بيد أن تلك الإجراءات مع صرامتها في بعض الدول المستهدفة كأسواق للإدمان أو ممرات لتلك الأسواق لم تستطع كبح جماح

(١) ومن أمثلة ذلك ما حدث في أحد مطارات مدريد، حينما شاهد رجل الأمن السري امرأة شابة ترتدي الأبيض من رأسها إلى أخمص قدميها ففكر أن لباسها قد يكون علامة تدل القادم لملاقاتها على أنها ناقلة المخدرات، وعند مرورها على قسم الجمارك أشار ذلك الرجل إلى فتاتين من المفتشات لتفتيشها، وبعد نصف ساعة من إدخالها غرفة التفتيش هرعت إليه إحداهما وهي تلوح بصورة أشعة «أنها وسخة» فقبل هبوط الطائرة إلى مدريد ابتلعت المرأة ما لا يقل عن سبعين كرة مطاط مصنوعة من أصابع القفازات التي تستعمل في العمليات الجراحية، وكانت تحتوي الواحدة منها على ٨ جرامات من الكوكايين (المختار عدد أكتوبر ١٩٨٩).

عصابات التهريب لأسباب نعتقد أن مردها: فقدان التعاون الدولي في هذا المضمار، وقلة العاملين في حقل المكافحة، وضآلة أجورهم ومكافآتهم مع ما يتعرضون له من إغراءات مادية من تلك العصابات، وما يتهددهم من أخطارها، ومع ذلك فالصراع دائر والمطاردة مستمرة على مدار الساعة بين رجال الأمن وعصابات المخدرات التي تملك - في العديد من الدول - إمكانيات هائلة تجعل هذه المشكلة تتسم بالتعقيد والتشابك؛ إذ قد يرتبط الاتجار بالمخدرات في حالات كثيرة بأنشطة أخرى معادية للمجتمع كالجريمة المنظمة والتآمر والرشوة والفساد وتهديد الموظفين الحكوميين، وبعض العصابات الكبرى في أمريكا اللاتينية وصلت إلى مرحلة فرض نفسها على ساحة بلدها إذ تسيطر على مطارات ولها أسطول من الطائرات خاص بها ولديها مساحات شاسعة من مزارع المخدرات ومصانع لإنتاج أنواع منه، بل إنها تتحكم في مجريات الأمور العامة كما في كولومبيا إذ تسببت في اغتيال جمع كبير من رجال العدالة، وأدى ذلك إلى استقالة عدد ممن شغلوا حقيبة وزارة العدل في تلك الدولة واحداً إثر الآخر، وقامت بتفجير مقر إحدى كبريات الصحف، وقتلت اثنين من رؤساء تحريرها، ويقول تقرير عن تلك العصابات أن إتحاد ميدلين للكوكايين في كولومبيا يستخدم:

٤٥٠٠٠٠	مزارع لزراعة الكوكا وهي المادة الخام للكوكايين.
١٥٠٠٠٠	يحولون الكوكا إلى معجون.
١٥٠٠٠	ينقلون الأوراق وكميات المعجون.
٢٥٠٠	يكررون المعجون ويحولونه إلى مسحوق الكوكايين

تلك التقديرات كانت قبل عشر سنوات فإلى أي حجم وصلت الآن تلك الأعداد؟!

دور العالم العربي في المكافحة

بدأ الاهتمام في العالم العربي بمشكلة المخدرات بشكل جماعي بين دول الجامعة العربية عام ١٩٥٠ حينما أنشىء مكتب لمكافحة المخدرات تابع للجامعة العربية، ثم عقدت اتفاقية بإنشاء المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي والتي كان من ضمن أهدافها مكافحة المخدرات؛ فقامت تلك المنظمة بعقد ندوات ومؤتمرات حول هذا الموضوع، وأصدرت مجلة دورية كان من اهتماماتها نشر البحوث والدراسات المتعلقة بالمخدرات واستمرت في عملها إلى أن آلت معظم صلاحياتها واختصاصاتها إلى مجلس وزراء الداخلية العرب.

ومن أجل ملاحقة تطورات الإدمان عقدت الندوات والمؤتمرات التالية:

١ - الندوة التي دعا إليها المكتب العربي لشئون المخدرات التابع لجامعة الدول العربية التي عقدت بالقاهرة عام ١٩٧١.

٢ - المؤتمر الإقليمي السادس للمخدرات المنعقد في الرياض عام ١٩٧٤.

٣ - المؤتمر الدولي المنعقد في بغداد عام ١٩٧٦.

٤ - المؤتمر العربي الثالث لمكافحة الإدمان على الكحول والمخدرات الذي عقد في الخرطوم عام ١٩٧٧.

كما وافق مجلس وزراء الداخلية العرب على مشروعين مهمين:

أولهما: الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية التي اعتمدها المجلس في دور انعقاده الخامس في تونس بالقرار رقم ٧٢ بتاريخ ١٩٨٦/١٢/٢ وهي تقوم على الأهداف التالية:

١ - تحقيق أكبر قدر ممكن من التعاون الأمني العربي لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية.

٢ - إلغاء الزراعات غير المشروعة للنباتات المنتجة للمواد المخدرة وإحلال زراعات بديلة لها من خلال خطة شاملة.

٣ - فرض رقابة شديدة على مصادر المواد المخدرة.

ثانيهما: مشروع القانون العربي الموحد للمخدرات والذي وافق عليه مجلس وزراء الداخلية العرب في اجتماعه الذي عقد في الدار البيضاء بتاريخ ٤/٢/١٩٨٦، وهذا المشروع في مجمله يتوافق مع القانونين المصري والكويتي.

وإدراكاً من الدول العربية لأهمية التعاون الدولي في مجال مكافحة الخطر الذي يهدد شباب الأمة فقد انضمت إلى العديد من الاتفاقيات الدولية، ومنها اتفاقية نيويورك عام ١٩٦١ واتفاقية فيينا للمؤثرات العقلية المنعقدة عام ١٩٧١ والتي تناولت الجوانب الرئيسية والخطوط الإرشادية لعمل التدابير اللازمة لمكافحة سوء استعمال المواد والمستحضرات المؤثرة عقليا، ومن جهة أخرى تابع مجلس وزراء الداخلية العرب مسيرة العمل العربي في مضمار محاربة المخدرات وكرس لها جهوده، فقام بدراسة أبعاد المشكلة على مستوى الوطن العربي، وتوج هذا الجهد بإعداد مشروع قانون عربي موحد لمكافحة المخدرات.

أما على الصعيد المحلي لكل دولة عربية فقد كانت قوانينها الجزائية وأنظمتها المطبقة تجرم الاتجار بالمواد المخدرة وتعاطيها - باستثناء القات في اليمن.

وقد كان لمصر قصب السبق في مجال تشريع مكافحة المخدرات بسبب توطن استعمال الحشيش لدى الطبقات الفقيرة منذ زمن بعيد،

حيث أصدرت في أواخر القرن التاسع عشر تشريعا يمنع استيراد الحشيش وزراعته، وقد تتابعت تعديلات التشريع المصري حيث صدر المرسوم بقانون رقم ٣٥١ لسنة ١٩٥٢ ثم القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ وتعديلاته التي كان آخرها القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ والذي رفع العقوبة إلى الإعدام في حالات تصدير أو جلب المخدرات بدون ترخيص أو الاتجار بها، وكذلك في حالات أخرى عدّدها القانون.

وقد حذت بعض التشريعات العربية الأخرى حذو التشريع المصري بعد موجة تكاثر الإدمان التي يشهدها العالم الآن، وانتشار تعاطيها بين أعداد غير قليلة، وما رافق ذلك من هجمة شرسة تقوم بها عصابات تجار المخدرات، من تهريب وترويج وتسهيل للتعاطي مستهدفة أجيال الشباب، مبتغية توسيع دائرة أسواقها من أجل جني الأرباح الهائلة، ولذلك عمد عدد من دول مجلس التعاون الخليجي إلى فرض عقوبة الإعدام على الاتجار بالمخدرات.

أما في دولة الكويت فإن المراحل التي مر بها التشريع في هذا الصدد كانت في البداية عبارة عن نصين وردا في قانون الجزاء الصادر في ٢/٦/١٩٦٠ وهما المادتان ٢٠٧، ٢٠٨، أولاهما: تعاقب على الاتجار وتقديمه للتعاطي وتسهيله بعقوبة تصل في حدها الأعلى إلى سبع سنوات، والأخرى: تعاقب على التعاطي بعقوبة الجنحة، وجدير بالذكر أن أحكام التعزير في الشريعة الإسلامية هي التي كانت تطبق على تعاطي المخدرات والاتجار بها قبل صدور ذلك القانون، ولم تصمد المادتان ٢٠٧، ٢٠٨ وحدهما كثيرا لعدم إحاطة التشريع - وهو في بدايته - بالجوانب الرئيسية للمشكلة، فما لبث المشرع أن استن قانونا خاصا بالمخدرات وهو القانون رقم ٢٦ لسنة ١٩٦٠ وما لحقه من تعديلات بالقانون رقم ٥٠ لسنة ١٩٦٠، والقانون رقم ١٥ لسنة ١٩٧٦، بالإضافة إلى بقاء المادتين ٢٠٧، ٢٠٨ جزاء، وقد أحال

عليهما القانون رقم ٢٦ لسنة ١٩٦٠ في تطبيق العقاب الأشد لبعض الأفعال الإجرامية.

بيد أن المشرع لم يكتف بذلك فبعد أن تتابعت تطورات الإدمان والتهريب كما أسلفنا بادر فأصدر القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ في شأن مكافحة المخدرات واستعمالها والاتجار فيها، وقد حرصت الدولة على متابعة التطورات الدولية لهذه المشكلة وسارعت إلى الإنضمام إلى الاتفاقيات الدولية والعربية ابتغاء تعاون أمثل من أجل الحفاظ على كيان الأمة من أن يصيبه الوهن ويتخلل صفوف أفراده نتيجة عمل تدميري يصيب الفرد في بدنه ونفسه وماله وحالته الاجتماعية.

وثمة حلقة أخرى في مسلسل المخدرات طرأت فيما بعد؛ تلك هي المواد والمستحضرات المؤثرة عقليا والتي تستخدم كمواد أساسية لصناعة كثير من الأدوية والمستحضرات الطبية، والأصل أن يكون استعمالها بغرض العلاج، إلا أنه في السنوات الأخيرة بدأ استعمالها في غير الأغراض الطبية وانتشرت بين فئات الشباب مما حدا بالدولة إلى أن تبادر بعلاج هذا الأمر قبل أن يستفحل فشاركت في بعض الندوات والمؤتمرات التي تعنى بالمكافحة، ومن ذلك المؤتمر الذي تمت الموافقة فيه على اتفاقية فيينا عام ١٩٧١ للمؤثرات العقلية - كما ذكرنا سابقا - وكانت دولة الكويت من بين الدول التي انضمت إليها وصدقت عليها بمقتضى المرسوم رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٩.

ولم تكتف بذلك بل أصدرت مرسوما بالقانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٨٧ في شأن مكافحة المؤثرات العقلية وتنظيم استعمالها والاتجار فيها.

ورغم صدور تلك التشريعات سواء منها ما يتعلق بالمخدرات أو المؤثرات العقلية فإنها لم تكن كافية للحد من انتشار الإدمان، ولم يكن

لها أثر ملموس في ردع تجار ومروجي المخدرات، فقد تضاعفت أعداد القضايا بشكل كبير، وذلك كما يتبين من الإحصائيات المرفقة بهذا البحث، الأمر الذي حدا بالمشرِّع إلى إصدار القانون رقم ١٣/ ٩٥ بتعديل بعض أحكام القانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ الذي شدد فيه العقوبة على مروجي المخدرات وعلى الأفعال الأخرى المؤثمة قانونا بما فيها التعاطي، ورفع عقوبة الاتجار بحيث تصل إلى الإعدام في الحالات التي فصلها القانون.

المواد المخدرة والمواد المؤثرة عقليا

قبل أن نتعرض للقانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ وتعديلاته في شأن مكافحة المؤثرات العقلية وتنظيم استعمالها والاتجار فيها، فإن الأمر يقتضي بيان المقصود بالمخدر والمقصود بالمؤثرات العقلية.

المؤثرات العقلية:

هي مواد تستخدم كمواد أساسية لصناعة الكثير من الأدوية والمستحضرات الطبية، وتتفاوت أنواع هذه المواد من حيث تأثيرها على صحة الإنسان، والأصل أن استعمالها هو بغرض العلاج، ولكن في السنوات الأخيرة انتشر استعمالها بين الشباب في غير الأغراض الطبية[١].

المخدرات:

يُعرِّف البعض المخدرات بأنها مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي.

وتُعرَّف علمياً بأنها مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي مصحوباً بتسكين الألم[٢].

---

(١) المذكرة الإيضاحية لقانون المؤثرات العقلية.

(٢) الإدمان: مظاهره وعلاجه د. عادل الدمرداش ص٩، ١٠ سلسلة عالم المعرفة – الكويت.

وتتجه أغلب التشريعات إلى عدم وضع تعريف محدد للمخدر لأن المواد المخدرة على أنواع كثيرة وفصائل متعددة يحمل كل منها اسماً علمياً خاصاً، فضلاً عن مشتقاته ومركباته المختلفة مما يتعذر معه تعريفها تعريفاً جامعاً مانعاً، ولذلك اتجهت التشريعات التي تأخذ بوجهة النظر هذه إلى إيراد حصر كامل للمواد المخدرة المحظورة، ووضعت لها جداول ألحقتها بالقانون، وقد وضع المشرع الكويتي ستة جداول أرفقها بالقانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ بيّن فيها ما يُعد مواد مخدرة، وما يخرج منها، ووضع الحدود القصوى لكميات المواد والمستحضرات الطبية التي لا يجوز للأطباء تجاوزها في وصفة طبية واحدة، وبين كذلك المواد الممنوع زراعتها[١].

والمخدرات قد تكون طبيعية وقد تكون مصنَّعة، والمخدرات الطبيعية عبارة عن نباتات تحتوي أوراقها وسيقانها وأزهارها وثمارها على مادة فعالة لها تأثير التخدير الكلي أو الجزئي على الجهاز العصبي للإنسان.

والمواد المصنعة نوعان:

الأول: مواد تستخرج أو تُفْصل من المخدرات الطبيعية وخاصة عصارة نبات الخشخاش.

الآخر: مواد تُصنَّع من مركبات كيميائية كالعقاقير المنشطة والمهدئة والمنومة وعقاقير الهلوسة.

---

(١) شرح قانون العقوبات التكميلي - د. رؤوف عبيد ص١٥، وانظر د. عبدالمهيمن بكر - في جرائم المخدرات والعرض والاعتبار (مذكرات لطلبة الحقوق) ص٢٥.

أهم المخدرات والمؤثرات العقلية

١ - الحشيش.

٢ - الأفيون ومشتقاته.

وتنقسم مشتقات الأفيون إلى:

أ - مشتقات خام: مثل المورفين والكودايين والبابافرين.

ب - مشتقات نصف مصنعة: مثل الهيروين الذي يُحضَّر من المورفين وهو على شكل مسحوق رمادي أو أبيض اللون، وقد يخلط مع شوائب أخرى، وهو ما يسمى بالهيروين الصيني، وتبلغ قوة الهيروين في بعض الأصناف عشرة أضعاف المورفين.

ج - مركبات مصنعة: وهي التي تحضر في المختبرات ومنها الميثادون ومشتقات المورفينات.

هذا عدا عن مشتقات ومستحضرات كيميائية طبية كثيرة.

ويعتبر الأفيون بجميع مشتقاته من أشد أنواع المخدرات خطرا على صحة الإنسان ونفسيته وعلاقاته الاجتماعية.

٣ - الكوكايين.

٤ - نبات البابفرين.

٥ - نبات القات.

ويحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط مع حالة تشبه حالة الحالم، ثم يعقبه خمول، وقد أدرج هذا النبات في قائمة

المخدرات بواسطة هيئة الصحة العالمية سنة ١٩٧٣ بعد أن تبين أنه يخدر ويؤدي إلى تهيج الجهاز العصبي المركزي.

٦ - عقاقير الهلوسة.
وأشهرها - ال.اس.دي L.S.D.

٧ - مجموعة الامفيتامينات.

ملامح القانون رقم (٧٤) لسنة ١٩٨٣ بشأن مكافحة المخدرات، وسماته

بعد أن باتت مشكلة المخدرات تتفاعل على المستويات المحلية والإقليمية والدولية وتفاقمت إلى حد كبير مما شغل بال المسئولين في المجتمعات الدولية، وذلك لما تجره من تدهور في الصحة العامة والأخلاق، وتعطيل القوى البشرية، بما يصيبها من الوهن والمرض، خاصة وأن فئات كثيرة على الصعيد العالمي باتت تعاني من مشكلة إدمانها، ودلت الإحصاءات على انتشارها في محيط الشباب إلى حد ينذر بالخطر، لذلك حرصت الاتفاقيات الدولية على حث الدول على القيام بجهد منسق لضمان فاعلية التدابير المتخذة ضد إساءة استعمال هذه المواد، ابتغاء القضاء على هذه المشكلة وتعاطيها، لذلك رأى المشرع ضرورة وضع قانون يهدف إلى مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها بما يحقق تلك الأهداف[١].

وحينما نستعرض هذا القانون مقارنا بالمادتين ٢٠٧، ٢٠٨ والقانون رقم ٢٦ لسنة ١٩٦٠ وتعديلاته نجد أن القانون المذكور يتميز بسمات عديدة غير كونه جمع الأحكام الخاصة بالمخدرات في هذا

(١) انظر المذكرة الإيضاحية للقانون في هذا المعنى.

القانون بعد أن كانت موزعة بين قانون الجزاء في المادتين المشار إليهما والقانون رقم ٢٦ لسنة ١٩٦٠ وتعديلاته، وتلك السمات هي:

أولا: ألحق المشروع بالقانون ستة جداول ونص في المادة الأولى منه على أن «تعتبر مواد أو مستحضرات مخدرة في تطبيق أحكام هذا القانون المواد والمستحضرات المدرجة في الجدولين رقمي ١، ٣ الملحقين به، ويستثنى منها المستحضرات المدرجة بالجدول رقم (٢)».

كما نص في المادة ٢٥ منه على أنه «لا يجوز زراعة النباتات المبينة بالجدول رقم (٥)». ونصت المادة ٢٦ منه على استثناء أجزاء النباتات المبيَّنة بالجدول رقم (٦)، ونص في الجدول الرابع على الحد الأقصى لكميات المواد والمستحضرات المخدرة الذي لا يجوز للأطباء البشريين وأطباء الأسنان تجاوزه في وصفة طبية واحدة.

ثانيا: استحدث القانون أفعالاً إجرامية لإحكام الحماية من أخطار المواد المخدرة ومعالجة ما كشف عنه التطبيق العملي للقانون السابق رقم ٢٦ لسنة ١٩٦٠ من قصور، فقد استحدث بمقتضى المادة (٣١-ب) تجريم وعقاب كل من أنتج أو استخرج أو صنع مواد أو مستحضرات مخدرة، وكان ذلك بقصد الاتجار، واستحدث بمقتضى المادة (٣١-ج) تجريم وعقاب كل من زرع نباتا من النباتات الواردة بالجدول رقم (٥) أو صدّر أو استورد نباتات من هذه النباتات في أي طور من أطوار نموها هي وبذورها وكان ذلك بقصد الاتجار، أو اتّجر فيها بأي صورة، وذلك في غير الأحوال المرخص بها في هذا القانون.

ويلاحظ أن زراعة النباتات المدرجة في الجدول رقم (٥) لم تكن مؤثّمة من قبل، وقد بادر المشرع إلى تلافي النقص في القانون السابق.

واستحدث بمقتضى المادة (٣٣) تجريم وعقاب كل من جلب أو

أنتج أو استخرج أو فَصَل أو صنع مواد مخدرة، وكذلك من زرع نباتا من النباتات الواردة في الجدول رقم (٥) أو حاز أي من المواد المذكورة أو أحرزها أو اشتراها، وكان ذلك بقصد التعاطي أو الاستعمال الشخصي ما لم يثبت أنه قد رخص له قانونا بذلك.

واستحدث بمقتضى المادة (٣٧) تجريم وعقاب كل من ارتكب ذات الأفعال السابقة فيما عدا الجلب وكان ذلك بغير قصد الاتجار أو التعاطي أو الاستعمال الشخصي، وفي غير الأحوال المرخص بها قانونا.

واستحدث بمقتضى المادة (٣٢-د) تجريم وعقاب كل من يدير أو يعد أو يهيىء مكانا لتعاطي المخدرات بمقابل، أما إذا كانت الأفعال السابقة بدون مقابل فتكون العقوبة أخف.

واستحدث القانون أيضا في المادة (٣٨) تجريم وعقاب كل من ضبط في أي مكان أعد أو هيىء لتعاطي المخدرات وكان يجري فيه تعاطيها مع علمه بذلك.

ثالثا: شدد القانون المذكور ومن بعده القانون المعدل له رقم ٩٥/١٣ العقوبات على نحو يجعلها كفيلة بتحقيق الردع المنشود، وجعل العقوبة متدرجة تبعاً لجسامة الجريمة وخطورة الجاني وصفته، وذلك بأن جعل القانون أشد الجرائم خطورة تلك التي تجمعها فكرة إيجاد المخدر في البلاد بقصد الاتجار، سواء بالاستيراد أو بالفصل أو الاستخراج أو الصنع أو الزرع وكذلك تصديرها إلى دولة أخرى بقصد الاتجار، وإن كان قانون ١٩٨٣ قد قرر لهذه الجريمة مدة حبس طويلة إلا أن قانون ١٩٩٥ قد فرض لها عقوبة أشد هي الإعدام أو الحبس المؤبد، أما إذا توافر أحد الظروف التي أوردها القانون في المادة ٣١ مكرر أو ٣٢ مكرر فتكون الإعدام، ومن هذه الظروف تقديم المخدر

إلى حدث سواء كان ذلك بمقابل أو غير مقابل، أو إذا وقعت الجريمة في إحدى دور العلم أو العلاج أو المستشفيات.

أما إذا حصل الجاني على المخدرات بقصد التعاطي أو الاستعمال الشخصي، ولم تطبق المحكمة التدبير العلاجي، فقد قرر القانون في المادة (٣٣) منه لهذه الجريمة عقوبة الجناية، وقد كانت جريمة التعاطي في قانون الجزاء عقوبتها عقوبة جنحة ولما لاحظ المشرع تفشي حالة التعاطي رفع العقوبة في قانون ١٩٨٣ بحيث أصبحت جناية، ثم شدد العقوبة في القانون رقم ١٣/ ٩٥.

والجرائم المتقدم ذكرها تنطبق على كافة الناس بمن فيهم الأطباء والصيادلة طالما تجاوزوا حدود الإباحة المقررة قانونا وتوافرت في شأنهم شروط إحدى هذه الجرائم، بل إن قانون ١٩٩٥ قد جعل هذه الصفة ظرفاً مشدداً لمن يكون من الموظفين العموميين المنوط بهم الرقابة على تداول المخدرات أو حيازتها - قد تصرف بها بقصد الاتجار.

رابعا: رعاية لمرضى الإدمان على المواد المخدرة والعمل على علاجهم من هذا الداء، وأخذاً بتوصيات الأمم المتحدة والمؤتمرات الدولية، وأسوة بما اتبعته بعض التشريعات المقارنة تضمنت الفقرة الثانية من المادة (٣٣) من القانون حكما يجيز للمحكمة - بدلاً من توقيع العقوبة المنصوص عليها في الفقرة الأولى منها على من يحصل على المخدر بقصد التعاطي أو الاستعمال الشخصي - أن تأمر بإيداع من يثبت إدمانه على تعاطي المخدرات أحد المصحات ليعالج فيها إلى أن تقدم لجنة - يصدر بتشكيلها قرار من وزير الصحة العامة - تقريراً عن حالته إلى المحكمة لتقرير الإفراج عنه - إن كان قد شفي - أو استمرار إيداعه لمدة أو لمدد أخرى، ولا يجوز أن تقل مدة البقاء بالمصح عن ستة أشهر ولا تزيد على سنتين، وثبوت الإدمان والحاجة إلى العلاج لا يكون إلا بتقرير طبي من المختصين بالمصحة العلاجية. وتشجيعا للمدمن على أن

يتقدم من تلقاء نفسه للعلاج، نصت الفقرة الأولى من المادة (٣٤) على عدم إقامة الدعوى الجنائية عليه، وتوفيراً لفرصة العلاج لمريض الإدمان وحماية لأسرته أجاز القانون في المادة (٣٥) لأحد الزوجين أو أي من الأقارب حتى الدرجة الثانية أن يطلب إلى النيابة العامة إيداع زوجه أو قريبه الذي يشكو الإدمان ولم يتقدم للعلاج.

خامساً: عنى القانون بتشجيع الكشف عن الجناة في أخطر جرائم المخدرات، وذلك بالنص في المادة (٤٦) على أن يعفى من العقوبات المقررة بالمادتين (٣١، ٣٢) كل من بادر من الجناة بإبلاغ السلطات العامة عن الجريمة ومرتكبيها قبل علمها بها، وذلك تشجيعاً لمرتكبي هذه الجرائم على التراجع عن غيهم وإبلاغ أمرها إلى السلطات العامة، ورغبة في التوصل إلى ضبط فاعليها ومعاقبتهم[١].

أركان جرائم المخدرات

أركان جرائم المخدرات ثلاثة:

الأول: المادة المخدرة موضوع الجريمة.

الثاني: الركن المادي وهو أحد الأفعال المادية التي حددها قانون المخدرات.

الثالث: الركن المعنوي وهو القصد الجنائي.

الركن الأول: المخدر

يتعين لقيام إحدى جرائم المخدرات أن يكون موضوعها مادة مخدرة، فإذا كانت المادة المضبوطة مما لا يُعَدُّ مخدرا فلا جريمة حتى ولو كان المتهم يعتقد أنها مادة مخدرة.

---

(١) انظر المذكرة الإيضاحية للقانون رقم ٧٤ لسنة ٨٣، ود/ عبدالمهيمن بكر - المصدر السابق.

الركن الثاني: الأفعال المادية

يقوم الركن المادي في جرائم المخدرات على أحد الأفعال المادية التي أخضعها قانون المخدرات للعقاب، وهذه الأفعال يمكن إرجاعها إلى سبع صور بحيث تتضمن كل صورة منها طائفة من نوع واحد من هذه الأفعال، وهذه الصور هي:

١ - الزراعة أو الإنتاج.

٢ - الاستيراد أو التصدير.

٣ - الحيازة أو الإحراز.

٤ - التعامل أو الوساطة أو الاتجار.

٥ - التقديم للتعاطي.

٦ - إعداد أو تهيئة أو إدارة مكان لتعاطي المخدرات.

٧ - التصرف في المخدر المرخص بحيازته في غير الغرض الذي رخص من أجله.

وسوف نتناول بعض تلك الصور والتي يتحقق بها الركن المادي لهذا النوع من الأفعال.

أ- إعداد أو تهيئة أو إدارة مكان لتعاطي المخدرات:

نصت المادة (٣٢ فقرة د) من القانون على عقاب كل من أدار أو هيأ بمقابل مكاناً لتعاطي المخدرات فيه، والعقوبة هي ذاتها المنصوص عليها في الفقرة الأولى من هذه المادة، وكما هو الشأن في التقديم للتعاطي نَزَل المشرع بالعقوبة إلى النصف إذا كان بدون مقابل، وشددها في حالة العود أو لصفة الجاني.

ولا يشترط أن يكون المكان المعد لتعاطي المخدرات مخصصا

لفئة محدودة من الأفراد أو مجموعة معينة؛ فيمكن أن يكون معداً لكل من يرده بغير تمييز، وسواء أكان مخصصاً لتعاطي المخدرات أم مخصصا في ذات الوقت لأغراض مشروعة، أو أغراض وهمية لتضليل رجال الأمن، ولا عبرة بموقع هذا المكان أو هيئته أو طريقة إعداده أو المادة المصنوع منها.

ب- من يضبط في مكان مُعدٍّ أو مهيَّىءٍ لتعاطي المخدرات:

استحدث القانون في الفقرة الأولى من المادة (٣٨) حكماً يقضي بمعاقبة من يضبط في أي مكان أعد أو هيىء لتعاطي المخدرات وكان يجري فيه تعاطيها مع علمه بذلك.

والحكمة من استحداث هذا النص أن هؤلاء الأشخاص وإن لم يثبت تعاطيهم المخدرات إلا أن وجودهم في مثل هذه الأمكنة التي يجري فيها تعاطيها يرشحهم لذلك، ومن ثم كان العقاب على تواجدهم فيها للردع حتى يُحجموا عن ارتيادها.

ج- التصرف في المخدر المرخص بحيازته في غير الغرض الذي رخص من أجله:

تنص المادة (٣٢ فقرة ج) على «عقاب كل من رخص له بحيازة مواد أو مستحضرات مخدرة لاستعمالها في غرض أو أغراض معينة، ويكون قد تصرف فيها بمقابل بأية صفة كانت في غير الأغراض».

وهذا إذا كان التصرف بمقابل، أما إذا كان بدون مقابل فتنخفض العقوبة إلى النصف، وتشدد العقوبة في حالة العود أو لصفة الجاني، وهذه الجناية ترتكب من أشخاص مرخص لهم قانوناً في حيازة المخدر، إما للعلاج الشخصي أو لاستعماله في علاج المرضى أو

صرفه أو بيعه بشروط حددها القانون، فيتصرفون فيه بأية صفة في غير تلك الأغراض، وعلى ذلك فهي تقع من المرضى الذين حازوا المخدر بموجب وصفة من طبيب مرخص أو من الأطباء، أو من الصيادلة المرخص لهم بذلك، أو من الأشخاص المرخص لهم استيراد أو تصدير المواد المخدرة، أو إنتاجها أو صنعها.

وقد يحدث التصرف المؤثم من الحائز للمخدر، وذلك بتعاطيه شخصياً إذا لم يكن الغرض من الترخيص له بحيازته هو التعاطي أو الاستعمال الشخصي.

الركن الثالث: الركن المعنوي أو القصد الجنائي:

جرائم المخدرات لا بد أن تكون عمدية، فيلزم أن يتوفر لدى الجاني فيها القصد الجنائي حتى يحق عليه العقاب، والأصل في القصد الجنائي هو القصد العام وهو: انصراف إرادة الجاني إلى ارتكاب الفعل الإجرامي مع العلم بأن المادة موضوع هذا الفعل هي من المواد المخدرة.

المواجهة تشريعيا

لقد هدف التشريع الكويتي في مواجهته للمخدرات بإصداره القانون رقم ١٣ لسنة ٩٥ الذي قضى بتعديل بعض أحكام قانون المخدرات رقم ٧٤ لسنة ١٩٨٣ - هدف إلى غاية محددة أساسها الأسمى القضاء على تجارة المخدرات أو على الأقل الحد منها - ووسيلته في ذلك تشديد العقوبة في القانون وأخصها الحالات التي جعلت عقوبتها الإعدام إذا توفر ظرف من الظروف الواردة في المادتين ٣١ مكرر و٣٢ مكرر وتلك الظروف هي:

أ - العود.

ب - إذا كان الجاني من الموظفين أو المستخدمين العموميين المنوط بهم مكافحة مواد ومستحضرات المخدرات أو الرقابة على تداولها أو حيازتها.

ج - إذا استخدم في تنفيذ الجريمة حدثا لا تزيد سنه على ثماني عشرة سنة.

د - إذا كانت المواد أو المستحضرات المخدرة من تلك المنصوص عليها في البندين ١٩، ٤٣ من جدول رقم (١) والبند رقم (١) والبند رقم (٢) من الجدول رقم (٣) المرافقين لهذا القانون.

هـ - إذا كان الجاني قد أنشأ أو أدار تنظيما يكون الغرض منه أو يكون من بين نشاطه ارتكاب جريمة من الجرائم المنصوص عليها في المادة (٣١) من هذا القانون.

وهذه الظروف هي ما أوردته المادة ٣١ مكرر أما الظروف التي أوردتها المادة ٣٢ مكرر فهي:

١ - ظرف من الظروف المشددة المنصوص عليها في المادة (٣١) مكرر.

٢ - إذا قدم مواد مستحضرات المخدرات أو باعها أو نزل عنها أو صرفها أو تصرف فيها إلى حدث لا يزيد سنه على ثماني عشرة سنة.

٣ - إذا وقعت الجريمة في مدارس أو معاهد التعليم أو المستشفيات أو دور العلاج.

وإذا كان أي تشريع لا بد له من فترة زمنية حتى يستبين من التطبيق مدى ملاءمته لمعالجة ما شرع لأجله، فإننا لا نحتاج إلى تأكيد ما هو مستقر في أذهان المهتمين بمشكلة المخدرات - وبالذات حالات الإدمان - من أن معالجة تلك الظاهرة لا يمكن أن تتم من جانب تشريعي فقط، بل لا بد أن تكون المعالجة من الجوانب الأخرى؛ لأن العوامل التي تؤدي إلى الإدمان ليست من نسيج واحد، وإنما هناك مسببات عديدة ومؤثرات مختلفة، كما ينبغي التفرقة في مواجهة المخدرات بين المهربين والمتاجرين بها والمروجين لها، وبين من وقعوا ضحية لذلك (وهم المدمنون)، فالمدمن يحتاج إلى تضافر الجهود وتآزر الجهات الإعلامية والدينية والأمنية والصحية والاجتماعية والتربوية للعمل تحت مظلة واحدة تعطى لها صلاحية مواجهة هذا الخطر بكل كفاءة واقتدار، أما الاتجار والترويج بكل وسائله فيحتاج مواجهة تشريعية رادعة كما هو الشأن فيما انتهجته أغلب التشريعات العربية ومنها التشريع الكويتي وفق آخر تعديل له.

إحصائيات من واقع سجلات وزارة الصحة

السنة	نوع القضايا					
	جلب مواد مخدرة		الاتجار بالمخدرات		حيازة وتعاطي المخدرات	
	عدد القضايا	عدد المتهمين	عدد القضايا	عدد المتهمين	عدد القضايا	عدد المتهمين
١٩٨٧	١٦٦	١٧٥	٥٦	١٤٢	١٤	١٤
١٩٨٨	٨١	٩٤	٦٢	١٨٠	٢٥	٣٩
١٩٨٩	٦٩	٨٠	٧٤	١٩٣	٣٠	٣٩
١٩٩٠#	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٩٩١#	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٩٩٢	١٣٦	١٦٣	٦٣	١٥٢	٣٩	٦٠
١٩٩٣	١١٨	١٤١	١٥٩	٤٩٨	٦٩	٩٨
١٩٩٤	١٢٢	١٤٠	٩٨	٢٤٤	١١٥	١٨١
١٩٩٥	١٥٢	١٨٢	٩٢	٢٦٥	١٢٨	٢١٤
١٩٩٦	١١٧	١٤٢	١٠٩	٢٩٧	&٢٣٧	٤٠٢

استبعدت من المقارنة لعدم انضباط بياناتها بسبب الغزو العراقي.

& بالإضافة إلى ٢٢ حالة وفاة سنة ١٩٩٦..

إحصائيات من واقع سجلات وزارة الداخلية

النوع	السنة ١٩٨٧	السنة ١٩٨٨	السنة ١٩٨٩	السنة ١٩٩٢	السنة ١٩٩٣	السنة ١٩٩٤	السنة ١٩٩٥	السنة ١٩٩٦
حشيش جرام	٦٤٧١٣	١٩٣٤٤٧	٦٨٦٦٧	٦٣٧٢٤٤	١٥٧٨٦٧	١٢٨٦٧٠	٦٣٣٢٢٢	١٤٥٨٢٣
هيروين جرام	٤٣١٨	٥٣٣١	١٢١٥٤	٢٠٥٤	١١٣٠٤	٣١٧٥	٧٨٧٤	٤٨٣٢٩
افيون جرام	٨٩٧٢	٩٤٢٧	٥٣٦	٨٨٨	٨٥٦٣	٢٥٢٦٠	٣٣٩٤٤	٢١٥٢١
ماريجوانا جرام	١٢٢٣٧	١٠٠	٢٠٦٧	٢١٩٥	٣٨٣	١١٩٩	٢١١	٣٦٦٨
خشخاش كبسولة	٢٠٩٢١ جرام		١٣٧	٦٢٩	٩٤٧	٨٢٤		
قات جرام	٤٥٨				١٣٩	١١٠		١٥
كوكايين جرام	٢٠	٦٦	٤	٣٠	٥٥٤		١٢٠	١٦
مورفين حقنة			١٢	١١				١٦
مؤثرات عقلية حبة	١,٨٢٤,٨١٧	٨,٩٤٠,٣٤٣	٧٧٧٤٨٢	٥١١٣١٨	٦٧٥٩٩	٣٨٢٣١	١٣٤٨٣٢	٣٤١٤

مشروع دراسة الجوانب الاجتماعية والنفسية وراء انتشار ظاهرة المخدرات، وصورة عن الظاهرة بين طلبة الجامعة

الدكتور صلاح عبدالمتعال

أستاذ علم الاجتماع

ومستشار البحوث الاجتماعية والجنائية

مشروع دراسة الجوانب الاجتماعية والنفسية وراء انتشار ظاهرة المخدرات، وصورة عن الظاهرة بين طلبة الجامعة

الدكتور صلاح عبدالمتعال

أستاذ علم الاجتماع ومستشار البحوث الاجتماعية والجنائية

تصنيف الظاهرة:

تصنف ظاهرة تعاطي المخدرات في مصر من بين الكوارث الاجتماعية Social Disasters التي تضخم حجمها إلى الدرجة التي تعرض فيها المجتمع العربي إلى خطر شديد يحدث خسائر عديدة في الأرواح والممتلكات، وتصدع البناء الاجتماعي وإعاقة كثير من وظائف المجتمع.

أبعاد تاريخية ودينية:

وظاهرة تعاطي المخدرات وأهمها الحشيش لها أصول تاريخية منذ قدماء المصريين حسب رواية هيرودوت، ولها أبعاد ثقافية ودينية تراوحت بين الإباحة والتحريم، فقد أباحه الشيخ علم الدين أحمد بن الصاحب سند ٦٨٠هـ وأكد تحريمه الفقيه بدر الدين الزركشي سنة ٧٩٤هـ وكان التحريم يتصاعد عند مجابهة الأعداء من تتار وصليبيين، وتشيع إباحته في عصور الانحدار الحضاري خاصة في عصر المماليك إلى درجة المتاجرة به لحساب الدولة، وقد أكد تحريمه في العصر

الراهن الفقهاء المعاصرون استنادا إلى القياس وإستنباط الأحكام من القرآن والسنة التي حرمت كل مفتِّر، ولكن رغم ذلك فإن الظاهرة أطلّت برأسها من جديد بشكلها المتضخم والانتشار السريع الذي صاحبه تحولات في أنواع المخدرات التي تستخدم، فقد باتت المخدرات المصنّعة أو التخليقية أشد خطورة في آثارها النفسية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

أبعاد علمية دولية

لقد أولت الهيئات العلمية الدولية والوطنية الاهتمام بظاهرة انتشار المخدرات، كما وضعت الأمم المتحدة هذه المشكلة في جداول أعمالها في المؤتمرات الدولية لمكافحة الجريمة ومعاملة المذنبين منذ الخمسينيات حتى الآن.

ففي المؤتمر الخامس سنة ١٩٧٥ (جنيف) اهتمت معظم الدول في موضوع بدائل الحبس ضرورة الإخضاع القهري لعلاج التنقية من السموم المخدرات desiutoxication بالنسبة لمدمني المخدرات Toxicomanes أو الخمر Alcoolique.

كما حذر مؤتمر ميلانو سنة ١٩٨٥ من تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات والاتجار فيها على مستوى العالم، حيث أن التعاطي والإدمان لا يمثلان ضرراً صحياً فحسب، وإنما يعتبران وبالاً على عملية النمو الاقتصادي والاجتماعي إذ تعرضان للخطر صحة الآلاف من الناس.

وقد أظهرت وفود بلاد كثيرة في هذا المؤتمر تزايد أنشطة الجريمة المنظمة ومن صورها الإتجار غير المشروع بالمخدرات وتأثيره السيئ على الكيان البدني والروحي للشباب.

كما استخدم الإدمان على المخدر في إنشاء وصون شبكات من الدعارة تديرها بغير شفقة تشكيلات الإجرام المنظم، كما أن هذا الإدمان أفضى إلى إرتكاب جرائم كثيرة تعتبر نتيجة الحاجة إلى توفير المخدر للإبقاء عليه، وأشارت وفود كثيرة أيضا إلى الآثار المدمرة لتجارة المخدرات وما تحدثه من ضرر بالاقتصاد القومي وبكيان المجتمع وصحة المواطنين وما يصاحبها من إرشاء لرجال السلطة العامة.

كما أبدت بعض الوفود أن إساءة استخدام الكحول أيضاً ذات تأثير سيئ غير منكور على اقتصاديات بلاد كثيرة، لأنها تؤدي إلى ظاهرة التغيب عن العمل وظاهرة انخفاض القدرة الإنتاجية، كما أنها تقترن بكمية ذات شأن من جرائم ترتكب تحت تأثير الكحول كأفعال العنف وحوادث يسببها الإهمال مثل حوادث السيارات، كما أنه يرتبط بالخمر كذلك حوادث الفتنة والشغب والتخريب من غير اكتراث.

في المنهج ومجال الدراسة:

لن تقتصر المعالجة العلمية للدراسة الراهنة على سوء استخدام المواد المخدرة التقليدية كالحشيش، والكوكايين ومشتقات الأفيون من مورفين وهيروين بل تمتد إلى تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب - خاصة بين الطلاب كما أظهرت بحوث البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات (١٩٩١).

وتعتبر مصر سوقاً رائجة لاستهلاك المخدرات، كما أنها إلى عهد قريب محطة ترانزيت رئيسية بين الشرق والغرب. وتمثل مشكلة المخدرات ظاهرة أشد شراسة من مشكلة تعاطي الخمور التي يسمح القانون بتعاطيها في الأماكن المخصصة لذلك وهي محرمة قطعا طبقا للنصوص القرآنية، بينما تأخرت فتاوى تحريم المخدرات نسبيا مما

انعكس على عقلية وقناعة متعاطي الحشيش بوجه خاص خاصة في الفترة التي سبقت فتاوى التحريم.

وتنهج المعالجة العلمية لدراسة المشكلة أولا إلى تحديد حجمها ومدى انتشارها إيكولوجيا وإجتماعيا، وتستحق مثل هذه الظاهرة محاولة تحديد حجمها رغم عدم ثبات الإحصاءات الجنائية، فالتصور الإحصائي لا يمثل إلا القضايا المضبوطة بينما تحت السطح الآلاف من أفعال التعاطي والجلب والاتجار لم يتم الكشف عنها، ومن ثم يكن استخدام مناهج مستحدثة مثل أسلوب التقرير الذاتي Self-Report أو بتقرير المجني عليهم اجتماعيا، المعايشين للمتعاطين أو المدمنين كأعضاء أسرهم هذا فضلا عن أسلوب مسح الخبرة الذي يستخدم مقابلات جماعية لأهل الخبرة Experience Survey في مجال الوقاية والمكافحة والعدالة الجنائية.

واستخدام هذه الأساليب المنهجية البديلة يكشف عن الأفعال الخفية غير المضبوطة للتعاطي والجلب والاتجار، مما يكمل النقص والقصور في الإحصاءات الرسمية، ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال مشروع دراسي أو بحثي تتبناه بالاشتراك ICAA والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ولكنه يمكن الاستعانة بنتائج البحوث والدراسات التي تم إجراؤها في نطاق موضوع الدراسة الراهن والتي قامت بها هيئات علمية وبحثية معتمدة.

في الآثار النفسية والاجتماعية:

كما يمكن الكشف أيضا عن تكلفة جريمة المخدرات - إن أمكن ذلك - وإهدارها للاقتصاد القومي واقتصاد الأسرة وتفكك أوصالها الاجتماعية وردود الأفعال النفسية في تصور الذات Self-Conful وكذلك تصور الآخر المباشر (كالأسرة والأصحاب والجيران) وغير المباشر

كمؤسسات المجتمع والدولة بأجهزة العدالة الجنائية (الشرطة والنيابة والمحاكم والمؤسسات العقابية) كذلك يمكن أن تقف على الآثار النفسية والاجتماعية للتعاطي والإدمان إزاء بطء إيقاع الاستجابات السلوكية في المجال الإدراكي والوجداني وضروب السلوك المختلفة في مجال الدراسة والعمل.

ويجدر الكشف أيضا عن العلاقة بين خبرات تعاطي وإدمان المخدرات من ناحية وتعاطي وإدمان الخمور من ناحية أخرى. ومدى وقوع التلازم بينهما، فهل هناك علاقة جدلية بين سوء الاستعمال بدءا من التدخين إلى الأدوية المؤثرة في الأعصاب من (مهدئات ومنشطات) والمخدرات والمسكرات؟ وهل ثمة علاقة إيجابية بالجريمة من حيث اعتبار الإدمان (عاملاً مساعداً) قد يؤدي في الغالب إلى ارتكاب الجريمة؟ أم أنه مجرد (عامل عارض) يحث المدمن على ارتكاب الجريمة لمجرد الحصول على المال لشراء مواد التعاطي أو الإدمان؟ وما هي درجة الارتباط أيضا بأنماط العدوان والحبس بصفة خاصة؟ أم أن هذا قاصر فقط عندما يتورط المتعاطي أو المدمن في تشكيل عصابات منظمة يمارس فيها جرائم مركبة من التعاطي والإدمان وجلب المخدرات والإتجار فيها متوزيعها وأعمال الدعارة والعنف والسرقة؟ مما يدعو إلى مضاعفة الجهود العلمية والوقائية وأعمال المكافحة.

افتراضات للتفسير:

في ضوء نظريتي الارتباط المتغاير Differencial Associetion Theory والفرص الفارقة Dirfferencial Opprotunity Theory يمكن وصف كيفية تدعيم سلوك التعاطي والإدمان من خلال تجمعات الشباب في المناطق العمالية وأشد وضوحا في التجمعات الطلابية في بعض المدارس الثانوية والجماعات، كما يمكن تفسير انضمام شباب

المتعاطين والمدمنين إلى رفقاء سوء أو جماعات جانحة أو عصابات تمثل بدائل منحرفة للجماعات السوية التي ينتمي إليها الشباب وتم الاغتراب عنها.

إن هذه الجماعات المنحرفة التي يُزَيِّن فيها للشباب إغراءات المتعة العارضة تصبح مصدراً لترويج المخدرات والتسلل إلى تجمعاتهم الطلابية والعمالية لنشر ثقافة المخدرات حتى يتمكن المروجون من استقطاب الفئات الهشة التي تقع بسهولة فريسة لعصابات الترويج أو لإغراءات الأصدقاء المتعاطين، كما يمكن أن يوضع في الاعتبار إضافة إلى ما سبق دور الإعلام التلفزيوني والسينمائي في إطلاق شحنات لتدعيم ثقافة تعاطي المخدرات وذلك باسم المكافحة الإعلامية للمخدرات.

منهج المواجهة:

إن مشكلة المخدرات في مصر لم تقتصر فقط على أن تكون مرضا اجتماعيا كأي مشكلة اجتماعية تقليدية، بل أصبحت (كارثة اجتماعية) كما ذكرنا سالفاً. لقد أنفق كثير من الجهد العلمي والبشري والاقتصادي والأمني والنفسي على مواجهة مشكلة المخدرات خاصة بين الشباب من الطلاب ويظهر لنا في المقام الأول آثارها المدمرة اقتصاديا ونفسيا واجتماعيا وحضاريا وتفاجئنا تكلفتها الباهظة على الاقتصاد القومي حيث أنها تأكل حصاد التنمية أولا بأول.

وأخطر الأمور إزاء هذه الكارثة الاجتماعية هو منهج المواجهة لآثارها وأسبابها واقتلاع جذورها. ويتوقف ذلك على منهج المواجهة العلمية التي ينبغي أن تكون مواجهة أو معالجة متكاملة بين الأبعاد الطبية والدينية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وأخطر من ذلك كله الأبعاد الاجتماعية الثقافية التي تؤثر في المتعاطين والمدمنين وضحاياهم

من أسرهم الذين قد يشكلون بيئة جانحة تدعم سلوك التعاطي والاتجار كما حدث في كثير من المحلات وبعض الأحياء العشوائية أو المتخلفة. كما تؤثر الأبعاد الثقافية أيضا في اتجاه المسؤولين عن الوقاية والمكافحة حيث كان ينظر إلى المشكلة بإدانة اجتماعية رغم تراخي القوانين في الماضي، بينما أصبح ينظر إليها بتراخٍ ولين اجتماعي رغم تغليظ العقوبة وقسوتها في الوقت الراهن.

لقد طرأت تغيرات واضحة في البعد الثقافي في المجتمع المصري شاملة الاتجاه نحو المخدرات والمسكرات وممارسة القمار حيث تصك الوصمة الاجتماعية بسهولة على شخصية المخمور و المقامر ويصبح إنساناً سيئ السمعة بين الأوساط الاجتماعية ويشك دائما في سلوكه الأسري والوظيفي.

أما المخدرات فقد تراوحت الإدانة الاجتماعية لها بين التشدد والتسامح خاصة عندما انضم إلى صفوف المتعاطين والمدمنين أبناء من الطبقة الثرية وأصحاب النفوذ.

ويحدث هذا رغم أن العمق الثقافي للمجتمع المصري تستند إدانته لهذه الآفات الاجتماعية على ركائز التحريم والتجريم النابعة من ثوابت الشريعة الإسلامية. ولذلك فإن المنهج العلاجي الذي يحاول إيقاظ الهمم الروحية بين الناس يمكن أن يكون كفيلا بحل المشكلة أو تقليص حجمها على الأقل إذا ما أولت الهيئات والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية، فضلا عن الأسرة والمؤسسة التعليمية، كل اهتمامها وتنسيق جهودها لمواجهة الظاهرة منطلقة من منظور حضاري إسلامي يعيد التوازن إلى الشخصية المصرية والمجتمع المصري بفئاته المختلفة خاصة اليافعين والشباب.

نظرة على الوضع الراهن للمخدرات في مصر وسوء استخدامها وإدمانها وجهود الوقاية وأساليب التدخل

الدكتور فؤاد أبو حطب

أستاذ علم النفس التربوي

كلية التربية - جامعة عين شمس

مدير المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي

بجمهورية مصر العربية

رئيس الجمعية المصرية للدراسات النفسية

نظرة على الوضع الراهن للمخدرات في مصر وسوء استخدامها وإدمانها وجهود الوقاية وأساليب التدخل

الدكتور فؤاد أبو حطب

أستاذ علم النفس التربوي

كلية التربية - جامعة عين شمس

مقدمة :

ابتداء من أواخر القرن التاسع عشر توالت الجهود التشريعية المنظمة لمقاومة المخدرات في مصر، وبدأت بالحشيش (استيراداً وزراعة وإحرازاً وتعاطياً) في عام ١٨٧٧، ثم الأفيون في عام ١٩٢٦، والكوكايين والهيروين في عام ١٩٢٥ اللذين أثار ظهورهما في مصر أثناء الحرب العالمية الأولى ذعراً هائلاً.

وفي عام ١٩٢٩ أنشىء أول مكتب لمكافحة المخدرات باسم (مكتب المخابرات العامة للمواد المخدرة). ثم كان أول قانون مصري يتناول المخدرات من منظور شامل وهو القانون الذي صدر عام ١٩٢٨. وتبدو أهمية هذا القانون في أنه تضمن لأول مرة جواز أن تحكم المحكمة بإرسال المدمن إلى إصلاحية خاصة لعلاجه بدلاً من الحكم عليه بالسجن.

وقد صدرت بعد ذلك عدة قوانين اتجهت كلها نحو تغليظ العقوبة في أعوام ١٩٥٢، ١٩٦٠، ١٩٦٦.

ويلاحظ بصفة عامة أن الفترة من ١٩٤٥ - ١٩٦٦ لم يعد الكوكايين والهيروين للظهور في السوق غير المشروعة للمخدرات، وظلت السيطرة على السوق لتجارة الحشيش والأفيون مع زيادة واضحة لتعاطي الحشيش، ثم ازدادت صعوبة تهريب الحشيش والأفيون عبر سيناء والبحر الأحمر في أعقاب حرب يونيه ١٩٦٧ مما أدى إلى الارتفاع الكبير في أثمانهما وزيادة نسبة الغش فيهما.

وحينئذ بدأ إتجاه جديد في تجارة المخدرات غير المشروعة في مصر وهو ظهور الأقراص الدوائية المؤثرة في الأعصاب والتي تستعمل في غير الأغراض الطبية بالإضافة إلى الماكستون فورت السائل. وكان ذلك سمة بارزة للفترة من ١٩٦٧ - ١٩٨٠.

وخلال مدى زمني طوله قرن من الزمان انضمت مصر إلى جميع الاتفاقيات الدولية ابتداء من اتفاقية الأفيون الدولية التي عقدت عام ١٩٢٧. واتفاقية تنظيم مراقبة مراحل صنع المخدرات للأغراض الطبية والعلمية عام ١٩٣١. واتفاقية مكافحة الاتجار بالمخدرات عام ١٩٣٦.

وكانت معاهدة مونترو عام ١٩٣٧ بإلغاء الامتيازات الأجنبية في مصر حدثاً بالغ الأهمية حيث امتدت يد القانون المصري إلى المجرمين الأجانب المتورطين في جرائم طلب الجلب أو الاتجار أو الإحراز أو التعاطي في مصر. كما عقدت اتفاقية المخدرات عام ١٩٦١.

وفي عام ١٩٧١ عقدت الاتفاقية الدولية لتنظيم تداول المواد المخدرة المؤثرة في الأعصاب وهي المواد التي لم يرد ذكرها في اتفاقية عام ١٩٦١.

التطورات المعاصرة لمشكلة المخدرات في مصر:

يقصد بالتطورات المعاصرة لمشكلة المخدرات في مصر الفترة الزمنية التي تشمل عقدي الثمانينات والتسعينات والذي شهدت مجموعة من الأحداث بالغة الأهمية هي:

١ - ردود أفعال مجتمعية بالغة الشدة ضد المخدرات خلال منتصف الثمانينات وخاصة مع عودة الهيروين والكوكايين للظهور وشيوع المواد المؤثرة في الأعصاب لغير الأغراض الطبية، وظهر ذلك في أجهزة الإعلام خاصة، كما ظهر بصورة رسمية في تقريرين أحدهما للمجلس القومي للخدمات (١٩٨٥) والآخر لمجلس الشوري (١٩٨٩).

٢ - صدور القرار الجمهوري بتشكيل المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان عام ١٩٨٦ ويتألف من ١٢ عضواً منهم ١٠ وزراء ويرأسه رئيس مجلس الوزراء.

٣ - صدور قانون جديد للمخدرات عام ١٩٨٩.

٤ - صدور قرار رئيس مجلس الوزراء بتشكيل لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان عام ١٩٩٠ وتضم نخبة من المتخصصين في بحوث المخدرات يرأسها رائد هذه البحوث في مصر الأستاذ الدكتور مصطفى سويف.

٥ - اقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان أعدتها لجنة المستشارين العلميين المشار إليها عام ١٩٩١.

معالم الاستراتيجية القومية المصرية المتكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان:

صدر تقرير هذه الاستراتيجية عام ١٩٩١ وجاء في ستة فصول. وجاء الفصل الأول بعنوان (خطوات على الطريق) مؤلفاً من قسمين أولهما يتناول تشكيل لجنة المستشارين العلميين، وعرض ثانيهما لموضوع دور العلم في تخطيط السياسات حيث انتهى بتحديد دور لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

وفي الفصل الثاني يتناول التقرير مشكلة المخدرات في مصر بادئاً بمقدمة تاريخية حيث حدد بداية معرفة المصريين بالمخدرات وتابع الجهود التشريعية والقانونية والعلمية لمواجهة المشكلة.

وخصص الفصل الثالث لمواجهة المشكلة من حيث العرض والطلب. وفي الفصل الرابع يركز التقرير على السياسات قريبة المدى لمزيد من كفاءة المكافحة. أما الفصل الخامس فقد خصص للسياسات بعيدة المدى، وخصص الفصل السادس والأخير للتوصيات التي صنفت إلى توصيات عامة تتعلق بسياسة الدولة في مواجهة مشكلة المخدرات وتوصيات خاصة تتصل بالعلاج وجهود الوقاية والقانون.

والتقرير وثيقة علمية رفيعة المستوى، والمرجو إذا تم تنفيذ هذه الاستراتيجية وتطويرها من خلال التطبيق أن تصبح علامة بارزة في الجهود المصرية في هذا الميدان.

بعض الأضواء على الوضع الراهن لمشكلة المخدرات في مصر:

من بديهيات البحث في مجال المخدرات أن جهود مواجهة هذه المشكلة لا بد أن تسلك طريقين معاً وفي وقت واحد وهما:

١ - خفض العرض من خلال جهود المكافحة وخاصة في مجال التهريب والاتجار والترويج والإنتاج.

٢ - خفض الطلب من خلال تنظيم جهود الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية اللاحقة بالاستيعاب الاجتماعي.

ولإلقاء بعض الأضواء على الوضع الراهن لمشكلة المخدرات في مصر نعرض لبعض جوانب كل من العرض والطلب وأوجه التفاعل بينهما:

أولا: العرض:

المصدر الأساسي لبيانات العرض Supply هو التقارير السنوية الصادرة من الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. ويستند تحليل هذه التقارير والبيانات الواردة فيها إلى مسلمة مؤداها أن المضبوطات هي مؤشر على حالة العرض في السوق غير المشروعة لتجارة المخدرات في البلاد. ويوضح الجدول (١) حجم المخدرات المضبوطة على مدى ستين عاماً ابتداء من عام ١٩٢٩ (عام الأساس) وحتى عام ١٩٨٩ (عام صدور القانون الجديد للمخدرات) وذلك من خلال بضع سنوات مختارة لأسباب نوضحها أثناء تناولنا لبيانات هذا الجدول على النحو الآتي:

١ - الفترة من ١٩٢٩ - ١٩٣٢ هي فترة الأزمة الاقتصادية العالمية وكان لها تأثيرها في خفض القدرة الشرائية لدى نسبة عالية من المدمنين.

٢ - في الثلاثينات اتجه الكوكايين والهيروين (وقد أثارا ذعراً هائلاً في ذلك الوقت) إلى التناقص. أما الأفيون فلم يتراجع كثيراً بينما تراجع الحشيش بوضوح. وتفسر لجنة المستشارين العلميين في تقريرها ذلك بسببين أحدهما دولي وهو ظهور تركيا كمصدر رئيس لتهريب الأفيون ومشتقاته بعد أن أخضعت المصادر الأوروبية الأخرى للرقابة الدولية(بعد ظهور عصبة الأمم المتحدة) وثانيهما هو نشاط الزراعات المحلية للخشخاش (مصدر الأفيون).

٣ - الوضع العام للمشكلة أثناء الحرب العالمية الثانية لم يتغير كثيراً وخاصة في تناقص مضبوطات الكوكايين والهيروين.

٤ - ظل تراجع الكوكايين والهيروين خلال الفترة من ١٩٤٥ - ١٩٦٦

وسيطر على السوق غير المشروعة للمخدرات الحشيش والأفيون، مع غلبة واضحة للحشيش.

٥ - لوحظ أنه عقب صدور أي قانون جديد للمخدرات يظهر انخفاض ملحوظ في حجم المضبوطات (يؤكد ذلك بيانات الأعوام التالية لصدور قوانين ١٩٥٢، ١٩٦٠، ١٩٦٦) ويشمل الانخفاض الحشيش والأفيون، مع انخفاض أكثر وضوحاً للحشيش. إلا أنه عادة ما يكون انخفاضا مؤقتا تعود بعده المضبوطات إلى الزيادة على نحو قد يفوق سنوات ما قبل صدور القانون. أي أن أثر القانون مؤقت وليس دائماً.

٦ - ظهرت الأقراص والسوائل الدوائية المؤثرة في الأعصاب لأول مرة عام ١٩٧٠ ومع ذلك ظلت نسبة المضبوطات من الحشيش والأفيون كبيرة مع غلبة الحشيش مرة أخرى.

٧ - شهد عقد الثمانينات عودة الهيروين إلى الظهور بكميات صغيرة في البداية ثم تزايدت مقاديرها تدريجياً. كما شهدت نفس الفترة ظهور الكوكايين، ولكن مقاديره ظلت ضئيلة نسبياً بمقارنته بالهيروين. ولعل ظهور هذين المخدرين مرة أخرى هو السبب الجوهري للحملة الإعلامية الضارية على المخدرات التي شهدها منتصف الثمانينات على نحو يذكرنا بما حدث أثناء الحرب العالمية الأولى وما بعدها.

٨ - استمرار المضبوطات خلال الثمانينات من الأقراص والسوائل الدوائية والتي أضيفت إليها عقاقير جديدة ولعل أخطرها عقار LSD.

٩ - تضخم مضبوطات الحشيش في فترة الثمانينات على نحو غير مسبوق. أما الأفيون فلم تزد مضبوطاته على نحو يلفت الانتباه.

جدول رقم (١)

المخدرات المضبوطة خلال الفترة ١٩٢٩ - ١٩٨٩

السنة	كوكايين (بالكيلوجرام)	هيروين (بالكيلوجرام)	أفيون (بالكيلوجرام)	حشيش (بالكيلوجرام)	الأقراص الدوائية (بالكيلوجرام)	السوائل (بالسنتيمتر المكعب)
١٩٢٩	٢,٦	٨٠,٣	٨٧٣,٩	١٢٤٣٤,٣	-	-
١٩٣٠	٣,٦	٥٤,٧	٥٩١,٠	٩٩٦٤,٨	-	-
١٩٣٢	٠,١	٢٦,٩	٥٩٥,٢	٥٢٠٣,٢	-	-
١٩٣٩	٠,٥	٢٤,٩	١١١٠,٧	٧٢٣,٨	-	-
١٩٤٥	١,٧	٠,٨	٢٠٠٦,٣	١٦٢٥,١	-	-
١٩٥١	٨,٨	٤٠٢,١٩	١٤٠٦,٠	١٣٥٠٩,٠	-	-
١٩٥٢	-	٣١٥,٩	٢٦٩٤,٠	١١٩٥٣,٠	-	-
١٩٥٣	-	١٢,٠	١٤٧٥,٠	٢٩٣١,٠	-	-
١٩٥٩	-	٢٤,٢	١٣٩٤,٠	٤٥٧٦,٠	-	-
١٩٦٠	-	-	١٤٦٣,٠	٨٨٨٦,٠	-	-
١٩٦١	-	١,٠	١٩٢٣,٠	٦٩٢٠,٠	-	-
١٩٦٥	٢٤,٠	-	١٢٤٧,٠	١٢٠٢٠,٠	-	-
١٩٦٦	-	-	٢٣٩٤,٠	١٧٩٥,٠	-	-
١٩٦٧	-	-	١٢٣٨,٠	٦٧٣٢,٠	-	-
١٩٧٠	-	-	٣١٤١,٠	١١٩٩٣,٠	-	-
١٩٧١	-	-	٢٣٧٦,٠	٥٦٨٢,٠	(الأقراص الدوائية)	ماكسون فورت
١٩٧٩	-	-	١٠٣٠,٠	١٩٧٢٤,٠	(الأقراص الدوائية)	-
١٩٨٠	-	٠,٢٦	٣١٤٧,٨	١١٦٥٧,٠	٩٥١,٢	٢٤,٢
١٩٨٤	٠,٠١	٢٠,٤	٢٩١,٧	٨٤٤٧٩,٦	١٤٤,٧	٤٤٢,٠
١٩٨٥*	١,٠٥	١٢٣,٨	٢٨٧,٥	٥٠١٧٤,٧	١٨٩,٠	٤٣٢,٨
١٩٨٦**	٢,٤	٩٨,٦	٥٤,٤	٢١٣٢٤,٩	٦,٤	٢٠٠٤,٤
١٩٨٩***	٦,١	٥٧,٩	٨٩,٧	٣٧٧٦٧,٣	١٩,١	٤٦٨,٢

* ضبط لأول ٣٦ قطعة LSD.

** ضبطت أقراص دوائية أخرى من أنواع مختلفة.

*** ضبطت كميات من الهيروين السائل.

ثانياً: تقدير الحجم الكلي للتعاطي والإدمان:

كيف يمكن تقدير الحجم الكلي للتعاطي والإدمان حتى يمكن دراسة حالة الطلب demand؟

يذكر تقرير الاستراتيجية الذي أعدته لجنة المستشارين العلميين أن هناك ثلاث طرق تستخدم لهذا الغرض وهي:

١ - ضرب كمية المضبوطات من مخدر معين في مقدار ثابت يتراوح بين ٥، ١٠ واعتبار ذلك تقديراً يقترب من حقيقة الكمية المتسربة إلى داخل البلاد.

٢ - ضرب عدد المحكوم عليهم في قضايا المخدرات (التعاطي والاتجار معاً) في مقدار ثابت هو ١٠٠.

٣ - استطلاع أوضاع المخدرات من خلال سؤال مسئولي الإدارة المحلية في القرى والأحياء (وخاصة العمد والمشايخ).

وقد انتقدت لجنة المستشارين العلميين هذه الطرق الثلاث، إلا أنها فضلت الطريقة الأولى واعتبرت الضرب في ٥ تمثيلا للحد الأدنى للتقدير والضرب في ١٠ تمثيلا للحد الأقصى، ثم قسمة الناتج على متوسط حجم الجرعة التي يتعاطاها الفرد الواحد من المخدر وصولاً لتقدير عدد المتعاطين.

إلا أن اللجنة وجدت أن الأسلوب الأكثر ملاءمة هو أسلوب الدراسات الميدانية، والتي يطلق عليها أحياناً اسم الدراسات الوبائية epidemiological. وقد اعتمد في ذلك على الدراسات التي أجريت ضمن البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة. وفي ضوء نتائج الدراسات التي أجريت على العمال وجد أن نسبة الذين يتعاطون المخدرات الطبيعية (الحشيش أو الأفيون) بينهم حوالي ١٢,٨٪ منهم، من بينهم ٩٠٪

يتعاطون الحشيش وحده والباقون (أي ١٠٪) يتعاطون الأفيون أو يجمعون معه الحشيش. ويمكن بنفس الطريقة حساب تقديرات لباقي المواد المخدرة.

وقد ميزت البحوث الوبائية بين ثلاثة مستويات من التعاطي هي:

١ - التعاطي الاستكشافي: وهو نوع من التعاطي التجريبي الذي يكون للاكتشاف وقد يكون في الأغلب للمرة الأولى والأخيرة. وهذا النوع يشمل النوعين التاليين أيضاً ولذلك يسمى أحياناً التعاطي الكلي.

٢ - التعاطي المنقطع occasitional والذي عادة ما يتم في مناسبات معينة (الأفراح - الأعياد - الحفلات). ويشمل أيضاً النوع الثالث.

٣ - التعاطي المستمر والمنتظم تبعاً لفترات زمنية محددة(وهذا ما يطلق عليه الإدمان).

ويذكر تقرير لجنة المستشارين العلميين أن الدراسات الميدانية التي أجريت في مصر ضمن بحوث البرنامج الدائم أكدت أن النسبة بين المستويات الثلاثة هي ١٦ : ٤ : ١.

ثالثاً: الطلب:

يرتبط مفهوم الطلب demand بمفهوم الاستهلاك، وقد ركزت لجنة المستشارين العلميين في تناولها لموضوع الطلب في تقرير الاستراتيجية مرة أخرى على تقارير البحوث الميدانية التي أجريت ضمن البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. وتتوافر في هذه التقارير ثروة هائلة من المعلومات والبيانات العلمية حول ما يلي:

١ - طبيعة الطلب (أي الأنماط السائدة للتعاطي) ويصنف ذلك تبعاً للمتغيرات الآتية:

أ - نوع المخدر الذي يتم تعاطيه.

ب - كمية المخدر وجرعته في المرة الواحدة.

ج - تكرار التعاطي (عدد مرات التعاطي يومياً أو أسبوعياً أو شهرياً).

د - مدة التعاطي (وتحسب بالفترة الزمنية التي تنقضي منذ بدء التعاطي).

هـ - طريقة التعاطي (البلع - التدخين - الاستنشاق - الحقن تحت الجلد أو في الوريد).

و - الظروف التي تحيط بالتعاطي.

٢ - وظيفة الطلب: أي الدوافع التي تحرك الشخص نحو التعاطي ويشمل ذلك:

أ - الترويح عن النفس.

ب - الهرب من عالم الواقع.

جـ - الخضوع لضغوط الأقران.

د - المجاملة.

هـ - تيسير بعض المعاملات الاجتماعية.

و - التداوي الذاتي (دون مشورة طبية).

٣ - التفاعل بين طبيعة الطلب ووظيفته.

وتوضح الجداول ٢، ٣، ٤ وظيفة الطلب لأنواع مختلفة من المخدرات لدى طلاب المدارس الثانوية، وطلاب الجامعات، والعمال. كما توصلت إليها تقارير البرنامج الدائم.

جدول رقم (٢) وظيفة الطلب لدى تلاميذ المدارس الثانوية

الدوافع والبواعث	تعاطي الحشيش ٪	تعاطي الأفيون ٪	تعاطي أدوية مهدئة ٪	تعاطي أدوية منشطة ٪	تعاطي أدوية منومة ٪
مشاركة في مناسبة اجتماعية سعيدة	٤٥	٧	٥	٧	١
مشاركة في جلسة مع الأصدقاء	٣٢	١٠	٥	٨	٤
التخلص من متاعب جسمية وإرهاق	١	٢	٣٣	٢٦	٣٨
مواجهة مشكلات نفسية واجتماعية	٣	-	٨	٤	٣
مواجهة ظروف العمل في الفنادق	٢	٢	٨	٣	١٠
فتح الشهية	-	-	١١	٩	١٤
مواجهة ظروف السفر والرحلات	-	-	١	-	١
حب الاستطلاع	١	١	-	-	-
مواجهة خلافات عائلية	٢	٥	٤	١	٢
المذاكرة والامتحان	٢	٥	٩	٢٥	١٥
أخرى	١	٢	٢	٤	٢
غير مبين	١١	٦٦	١٤	١٣	١٠

جدول رقم (٣) وظيفة الطلب لدى طلبة الجامعات (ذكور)

الدوافع والبواعث	تعاطي الحشيش ٪	تعاطي الأفيون ٪	تعاطي أدوية مهدئة ٪	تعاطي أدوية منشطة ٪	تعاطي أدوية منومة ٪
مشاركة في مناسبة اجتماعية سعيدة	٣٤	١	٣	٢	–
مشاركة في جلسة مع الأصدقاء	٤٥	١	٣	٢	٢
التخلص من متاعب جسمية وإرهاق	–	١	١٢	٢	٨
مواجهة مشكلات نفسية واجتماعية	٢	–	٢٧	٢	٥٠
حب الاستطلاع	٩	١	٣	–	٢
مواجهة مشكلة شخصية	–	–	٦	–	٢
المذاكرة والامتحان	١	–	٣٠	٢١	٣٣
أخرى	–	–	–	١	٣
غير مبين	٩	٩٦	١٦	٧٠	–

جدول رقم (٤) وظيفة الطلب لدى العمال الصناعيين

الدوافع والبواعث	تعاطي حشيش + أفيون ٪	تعاطي المواد الدوائية ٪
مشاركة في مناسبة اجتماعية سعيدة	٥٧	٩
مشاركة في جلسة مع الأصدقاء	٣٢	١٦
التخلص من متاعب جسمية وإرهاق	–	٢٢
مواجهة مشكلات نفسية واجتماعية	–	٢٧
حب الاستطلاع	٣	٢
أخرى	٤	١٣
غير مبين	٤	٦

ومن النظر إلى هذه الجداول الثلاثة يتضح مايلي:

١ - أن دافع المشاركة في مناسبات اجتماعية سعيدة هو أعلى الدوافع لدى طلاب المدارس الثانوية والعمال، بينما دافع المشاركة مع الأصدقاء هو أعلاها لدى طلاب الجامعات.

٢ - يشترك الطلاب سواء تلاميذ المدارس الثانوية أو طلاب الجامعات في غلبة دافع طلب المتعة (في حالة تعاطي الحشيش) والتخلص من المتاعب الجسمية (في حالة الأدوية المؤثرة في الأعصاب). وتتفق المجموعتان على الرغبة في الاستذكار والاستعداد للامتحانات.

إستراتيجية مواجهة مشكلة المخدرات في مصر:

تتلخص استراتيجية مواجهة مشكلة المخدرات في مصر - كما حددتها لجنة المستشارين العلميين - في تناول عنصري المشكلة وهما العرض والطلب على النحو الآتي:

(أولاً): مواجهة العرض:

تتوجه استراتيجية مواجهة العرض إلى التركيز على العناصر الثلاثة الآتية:

١ - المكافحة والتي تتولاها بكفاءة واقتدار الإدارة العامة لمكافحة المخدرات والتي تنسق جهودها مع عدد من الأجهزة في الدولة وهي:

أ - قوات حرس الحدود (بالقوات المسلحة).

ب - مصلحة الجمارك بوزارة المالية.

ج - الإدارة المركزية للشئون الصيدلية بوزارة الصحة.

د - الإدارة العامة للدفاع الاجتماعي بوزارة الشئون الاجتماعية.

هـ - أجهزة وزارة الداخلية المختلفة.

و - التنسيق مع أجهزة مكافحة المخدرات بالأمم المتحدة والشرطة الجنائية الدولية.

٢ - القانون: منذ عام ١٨٧٩ والتشريعات القانونية في مجال مجابهة مشكلة المخدرات لم تتوقف حتى صدر القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩، باعتبار أن التشريع من أهم ميادين المجابهة ويقوم بدوره كقوة ردع أساسية.

٣ - الاتفاقيات الدولية والإقليمية.

(ثانياً): مواجهة الطلب:

تتوجه استراتيجية مواجهة الطلب أيضاً إلى التركيز على عناصر ثلاثة هي:

(١) القانون:

تضمنت معظم القوانين التي صدرت في مصر وخاصة منذ عام ١٩٢٨ (القانون رقم «٢١» لسنة ١٩٢٨) بالاهتمام بعلاج المدمنين حيث أجاز للمحكمة بدلاً من عقوبة الحبس المقررة في القانون على التعاطي أن تحكم «بإرسال الجاني إلى إصلاحية خاصة لمدة لا تقل عن ستة شهور ولا تزيد عن سنة».

ومن الطريف أن هذا الاتجاه العلاجي في القانون أسقط في القانون رقم «٣٥١» لسنة ١٩٥٢ ولكنه أعيد مرة أخرى في القانون رقم «١٨٢» لسنة ١٩٦٠ وقد تضمن القانون تفصيلات الإجراءات العلاجية على نحو ازداد تفصيلاً في القانون رقم «١٢٢» لسنة ١٩٨٩ وهو آخر القوانين الصادرة في هذا الشأن.

ولعل من أهم ما تضمنه القانون الأخير مايلي:

أ - تحديد السلطة المختصة بإصدار القرار المنشىء لمصحات علاج المدمنين.

ب - كيفية إصدار هذا القرار.

ج - تحديد السلطة المخول لها حق إصدار قرار الإفراج عن المودع بعد شفائه.

د - كيفية تشكيل اللجنة التي لها هذه السلطة.

هـ - الإجراءات التي تتخذ إزاء من يتقدم متطوعاً من تلقاء نفسه للعلاج، أو من يتقدم بطلب بذلك نيابة عنه من أحد الأصول أو الفروع.

و - الحفاظ على أسرار المودع للعلاج.

ز - الإشارة الواضحة إلى العلاج الشامل طبياً ونفسياً واجتماعياً.

ح - تحديد مصادر الإنفاق على العلاج وما يلزمه.

(٢) العلاج:

ويوصف أحياناً بالوقاية من الدرجة الثالثة. ويجب النظر إليه على أنه منظومة شاملة تشمل النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية كما ترتبط به عضوياً عملية التأهيل.

ويجب التنبيه إلى ضرورة الانفتاح على مختلف فنيات العلاج. فالعلاج السلوكي وحده لا يكفي، ولا بد من أن تلعب القيم دوراً هاما في العلاج ومن هنا تنشأ أهمية الاستفادة من الفنيات الجديدة للعلاج النفسي كالعلاج المعرفي والعلاج بالمعنى وغيرها. وهنا نجد للتربية وخاصة التربية الدينية والأخلاقية مكاناً بارزاً.

ولابد أن يتوج العلاج بما يسمى الاستيعاب الاجتماعي حيث يستعيد المدمن السابق اكتساب الأهلية الاجتماعية.

(٣) الوقاية:

ويقصد تهيئة أفضل الظروف المناسبة لمنع ظهور المشكلات أو مضاعفاتها. وتشمل نوعين أساسيين (بالإضافة إلى النوع الذي صنفناه تحت فئة العلاج).

أ - الوقاية من الدرجة الثانية والتي تهدف إلى وضع حد لبعض النتائج غير المرغوبة والتي تنشأ في المراحل المبكرة لظهور مشكلة التعاطي.

ب - الوقاية من الدرجة الأولى أو الوقاية الأولية والتي تهدف إلى منع المشكلة من الظهور ابتداء. وهذا النوع هو الأولى بمفهوم الوقاية.

عناصر الوقاية من الدرجة الأولى:

يقصد بالوقاية من الدرجة الأولى السعي لمنع حدوث المشكلة. وعلى الرغم من صعوبة الإجراءات، ونظر البعض إلى هذا النوع من الوقاية على أنه تصور يوتوبي إلا أننا نرى ضرورة اعتماد هذا المدخل باعتباره التناول الصحيح لمشكلة تعاطي المخدرات وإدمانها ويشمل ذلك ما يلي:

(أولاً): العناية بالجماعات المستهدفة أو الهشة:

وهي الجماعات الأكثر استعداداً للسقوط في التعاطي أو الإدمان واحتمال حدوث الإدمان بينهم أكثر من غيرهم من جماعات المجتمع الأخرى. وتتحدد الجماعات الهشة في ضوء المحكات الآتية:

١ - وجود تاريخ للإدمان في الأسرة.

٢ - البنيان الأسرى الضعيف أو الهش.

٣ - المستويات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة.

٤ - ضعف القيم الدينية.

٥ - اختلال الضوابط داخل الأسرة (بصرف النظر عن المستوى الاقتصادي الاجتماعي).

٦ - تدخين السجائر أو تعاطي الخمر وخاصة قبل سن ١٢ سنة.

٧ - مصاحبة أقران مدمنين.

٨ - الظروف السيئة لبيئة العمل أو الدراسة.

(ثانياً): رفع مستوى الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية:

ويتطلب ذلك توفير هذه الخدمات للجميع في مواقع العمل أو الدراسة.

(ثالثاً) التدخل التربوي:

التدخل التربوي له أهميته البالغة في الوقاية من الدرجة الأولى، ويتطلب ذلك إعادة النظر في دور المدرسة، وتطوير دور الأسرة؛ لتقوم بأدوار تربوية واضحة.

ويشمل ذلك ما يلي:

١ - تحديداً واضحاً للأهداف التربوية مع التركيز على الجوانب المهملة أو الغائبة في منظومة التربية وهي الجوانب الاجتماعية والأخلاقية والدينية.

٢ - تصميم برنامج للتعليم يرتبط بمشكلة المخدرات، ويشمل الجوانب الأساسية لمنظومة التربية، وهي:

أ - الجانب المعرفي المعلوماتي.

ب - الجانب المهاري العملي.

ج - الجانب الوجداني القيمي.

هنا لا بد من التركيز على الوقاية من الدرجة الأولى، ولا بد أن تتوجه إلى تغيير الاتجاهات، والتركيز على القيم الإيجابية، والاهتمام بالسلوك الديني الإيجابي الذي يتبلور حول المغزى والمعنى والهدف من الحياة.

٣ - أن تحتل الجوانب غير المعرفية مكانة واضحة في تقويم الطلاب، حيث يحظى الطلاب الذين يبادرون إيجابياً في السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، وأولئك الذين يتمثلون القيم الصحيحة - بمكانة ومكان في منظومة التربية.

المراجع:

١ - مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع. الكويت: عالم المعرفة ١٩٩٦.

٢ - المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان(لجنة المستشارين العلميين). التقرير التمهيدي باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩١.

اليوم الرابع للمؤتمر
الأربعاء ٢١ مايو ١٩٩٧م

الجلسة الأولى

الرئيس : دكتور عمر شاهين

المقرر : دكتور عبدالله الشريف

الباحثون: ١ - دكتور خالد الصالح
٢ - دكتورة غادة الحافظ
٣ - دكتور أحمد محيط
٤ - دكتور فؤاد السعيد

دور الجمعيات الأهلية في مكافحة المخدرات في دولة الكويت

الدكتور خالد أحمد الصالح
السيد أحمد سليمان عصفور
السيد محمد أحمد مصيلحي

دور الجمعيات الأهلية في مكافحة المخدرات في دولة الكويت

الدكتور خالد أحمد الصالح
السيد أحمد سليمان عصفور
السيد محمد أحمد مصيلحي

مقدمة:

يعتبر بحث دور الجمعيات الأهلية في مكافحة المخدرات محاولة لتسليط الضوء على الأعمال، التي قامت بها هذه الجمعيات في هذا المجال، أو الخطط المقصودة والطموحات المأمول تحقيقها في القريب العاجل، وهذا البحث يشتمل على ظاهرة المخدرات في الكويت ويسلط الضوء على هذه الظاهرة كقسم أول، والقسم الثاني يشمل الجهود المبذولة من الجمعيات الأهلية للوقوف في وجه تيار تعاطي المخدرات.

نبذة تاريخية:

أوضحت بعض الدراسات التاريخية أن الإنسان عرف واستخدم المخدر لعلاج بعض الأمراض، «فقد استعمل الصينيون القدماء المواد للتخدير في العمليات الجراحية، كما استغل قدماء المصريين الحشيش في علاج أمراض العيون، أما اليونانيون القدماء فاستخدموا المخدر في شعائرهم الدينية وكذلك استخدمها الهندوس»*

(*) المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم - المخدرات وأخطارها.

وقد انتشر المخدر في القرن السابع عشر في أمريكا عن طريق المهاجرين، فعرفوا زراعة «القنب» واستخدموا الخشخاش والكوكا في الوصفات الطبية، ومن نبات الخشخاش استخلص الأفيون، ومنه اكتشف المورفين في أوائل القرن التاسع عشر، والهيروين في أواخر نفس القرن. وقد كان الخشخاش كنبات يستخدم تاريخيا منذ عهد السامريين والبابليين، وانتقل إلى المصريين القدماء والإغريق، فقد عرّفه أبقراط كمصدر للدواء.. ومنذ القرن الثالث قبل الميلاد استحضر الترياق من الخشخاش، الذي اشتهر إهداؤه إلى الأمراء والملوك، أما الكوكايين فقد عرف منذ القرن الخامس قبل الميلاد، حيث استخدمه هنود الأنكا في أمريكا الجنوبية عن طريق مضغ أوراق الكوكا. أما في العصور اللاحقة فقد أشار ابن البيطار في القرن الثالث عشر الميلادي إلى زراعة القنب «الحشيش»، وقد حاول أحد أمراء المماليك تحريم الحشيش الذي كان منتشرا بين الطبقات الفقيرة، ومع بداية القرن العشرين انتشر استخدام المخدر؛ مما أدى إلى أخطار تهدد العالم أجمع.

المخدرات ظاهرة عالمية:

حتى نهاية القرن التاسع عشر لم يكن يعتبر موضوع المخدرات مشكلة دولية، إلا أن التطورات، التي حدثت في الجزء الثاني من القرن التاسع عشر - أعطت هذه المشكلة أبعادا جديدة، منها:

أولا: التطور التقني أصبح قادرا على إنتاج عدد متزايد من مشتقات الأفيون وورق الكوكا.

ثانيا: سهولة المواصلات قصرت المسافة، وأزالت العوائق الطبيعية بين الشعوب والأمم؛ لدرجة أصبح فيها المجتمع الدولي ككل منطقة واحدة، وما كان مشكلة محلية أصبح الآن مشكلة عالمية.

ومما يلفت النظر في المجتمع الحديث ازدياد ترسانة العقاقير بصورة عامة، وتعاطي المخدرات المثير للاضطرابات النفسية بصورة خاصة، زيادة مذهلة، أجبرت المجتمع الدولي والسلطات المهتمة بالصحة العامة إلى اتخاذ إجراءات متعددة، في سبيل الحد من اتساع ظاهرة تعاطي المخدرات، وقد اهتمت الأمم المتحدة بهذه الظاهرة، وشكلت لجنتين تحت لوائها هما: لجنة الأمم المتحدة للمخدرات، والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

أبعاد مشكلة المخدرات في الكويت:

مع بداية الخمسينات أحس المسئولون ببوادر ظهور مشكلة المخدرات بالكويت، ولذلك تم إنشاء مكتب لمكافحة المخدرات برئاسة ضابط وعدد بسيط من الأفراد.

ونظراً للتطور السريع وكثرة توافد الوافدين إلى الكويت وسفر أبناء الكويت للخارج - بدأت تزداد مشكلة المخدرات تدريجيا، (انظر شكل ١)، مما استدعى تطوير مكتب مكافحة المخدرات إلى قسم يتبع إدارة المباحث الجنائية، وذلك في أبريل عام ١٩٦٢م، وزود في تلك الفترة بعدد كبير من الأفراد والتجهيزات التي تتناسب مع حجم المشكلة، وفي السبعينات تحول هذا القسم إلى مكتب مركزي، تحال إليه جميع القضايا التي يتم ضبطها في جميع أنحاء الكويت.

وفي عام ١٩٧٦ تحول هذا المكتب المركزي إلى إدارة لمكافحة المخدرات. ولتوضيح حجم المشكلة التي تضر المجتمع الكويتي، وحتى نفهم حجم الدور الذي تقوم به الجمعيات الأهلية في العمل الجاد لمكافحة هذه الظاهرة - لا بد أن نعتمد على الإحصائيات الرسمية المتوفرة بين أيدينا، ويمكننا ملاحظة أن حجم المشكلة تعتمد على المثلث الذي تدور فيه قضية المخدرات، وهو الجلب والمتاجرة وأخيرا التعاطي، وهنا نلاحظ إمكانية تقسيم نشاط المخدرات في

الكويت إلى فترتين زمنيتين أولاهما قبل عام ١٩٧٥م، وثانيتهما بعد هذا العام. ومن الجدول رقم (٢) نلاحظ فترة الستينات والتذبذب الذي يدور فيه حجم المشكلة، حيث لا يزيد حجم المشكلة عن ١٪ من مجموع قضايا الإجرام في الكويت، ومع بداية السبعينات يبقى العدد نفسه المحدد للقضية، ففي الجدول رقم (٢) لم يزد عدد المتهمين في قضايا الجلب والمتاجرة والتعاطي في العام الواحد عن ٨٨ متهما حتى منتصف السبعينات، ثم بدأت بعد ذلك زيادة كبيرة في السنوات اللاحقة حيث أصبح العدد ١٥٦ في عام ١٩٧٦م، وظل يدور حول هذا الرقم في تلك الفترة من الزمن، ثم قفز مرة أخرى في بداية الثمانينات إلى (٢٥٢) شخصا، ويستمر في الارتفاع مع نزول طفيف في عامي ١٩٨٤، ١٩٨٥ اللذين شهدت الكويت فيهما مصاعب اقتصادية (أزمة المناخ)، وتعود المشكلة في النمو عام ١٩٨٦ إلى (٣٤٥) متهما حتى فترة ما قبل الغزو العراقي (٣١٢) متهما، انظر جدول رقم (٤)، ثم يقفز الرقم مرة أخرى بعد التحرير واستقرار الأمور، فنشاهد في عام ١٩٩٣م ارتفاعا كبيرا (٧٧٤) متهما، ثم ينخفض الرقم نسبيا عام ١٩٩٤ (٥٦٥) متهما، ويرتفع في ثلاثة الشهور الأولى عام ١٩٩٥ ليصبح (٣٥٠) متهما. ومن هنا نلاحظ أنه بعد الغزو كان هناك نمو كبير لظاهرة انتشار المخدرات في الكويت، وتوضح الجداول المرفقة صورة المخدرات في الكويت (جدول رقم (٥)..ويمكننا هنا مقارنة الزيادة بالزيادة العامة لعدد السكان كما هو موضح بالجدول رقم (٦).

لو قارنا بين المتهمين من الكويتيين وغيرهم، في فترة النمو (٨٧٦) وما يليها، للاحظنا جليا أن غير الكويتيين كانوا يشكلون الرقم الأكبر في البداية، حتى نهاية الثمانينات، وعندما بدأ الكويتيون أنفسهم يتعاملون في تعاطيها واستخدامها والمتاجرة بها، أصبح في السنوات التالية لما بعد الغزو عدد الكويتيين المتهمين في قضايا المخدرات يفوق عدد غير الكويتيين..

أما نوعية المخدرات فقد كان الحشيش هو الأكثر انتشارا، يليه الأفيون في منتصف السبعينات، وقد تنوع المخدر في عام ١٩٨٦ ليشمل الأنواع كلها من هيروين إلى كوكايين ومورفين وماريجوانا وأفيون... واستمر هذا التنوع سائداً في فترة التسعينات مع زيادة في استخدام الكوكايين.

دور الجمعيات الأهلية

جمعيات النفع العام في الكويت أسست طبقا للقانون ٢٤ لسنة ١٩٦٢، الذي صدر بتاريخ ٦/٨/١٩٦٢، والقانون المعدل له رقم ٢٨ لسنة ٦٥، منذ ذلك التاريخ بدأ العمل التطوعي القانوني في الكويت، فكانت الجمعية الثقافية الاجتماعية هي التي افتتحت هذا الباب في عام ١٩٦٢، والذي ما زال مفتوحا للعمل التطوعي الذي أصبح عدده ثمان وأربعين جمعية واتحاداً ومركزاً ورابطة ونادياً، فكان آخرها الاتحاد الكويتي للجمعيات النسائية في شهر يوليو ١٩٩٤، وإذا كان العمل التطوعي القانوني قد بدأ عام ١٩٦٢ فقد كان العمل التطوعي التلقائي أحد أهم صفات الشعب الكويتي، فكانت هناك جماعات تطوعية مختلفة ومتعددة لأفعال الخير والتوعية والمساعدة.

ويمكننا تقسيم جمعيات النفع العام الرسمية إلى تسعة أقسام حسب طبيعة عملها. ويوضح جدول رقم (٧) هذه الأقسام.

ويمكننا استخراج أربع دوائر تتشابك فيما بينها في العمل التطوعي، لتصب في النهاية ناحية مكافحة تعاطي المخدرات، ومساعدة المتعاطين لهذه الآفة. فهناك جمعيات نفع عام للتوعية العامة، وجمعيات ثقافية ودينية وطبية، تقوم كل منها منفردة منذ سنوات طويلة بالمساعدة في التوعية والعلاج والمتابعة والمساندة للمتعاطين للمخدرات رسم رقم (٨).

ومن هذه الدوائر الأربعة يمكننا استخراج أسماء أهم الجمعيات الأهلية، التي تهتم بمكافحة المخدرات، فمن الجمعيات الطبية تعتبر الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان هي الرائدة في مجال مكافحة المخدرات، ومن الجمعيات الإسلامية تعتبر جمعية الإصلاح الاجتماعي هي الأكثر فعالية، ومن جمعيات التوعية العامة تقوم الجمعية الكويتية التطوعية النسائية لخدمة المجتمع بدور كبير في هذا المجال، أما الجمعيات الثقافية فإن رابطة الاجتماعيين، وجمعية الخريجين تقوم بدور في هذا المجال عن طريق التوعية والندوات التي تقوم بها، وبعيدا عن الجمعيات الرسمية فإن جماعة المدمن المجهول تتولى منذ سنوات دور القيادة في العمل التطوعي، للمساعدة في التخفيف من مشكلة المخدرات في الكويت، ومساعدة المتعاطين.

ورغم تعدد جمعيات النفع العام المهتمة بمكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات، إلا أن نسبة المشاركة لها في هذا المجال تختلف، وتعتبر جمعية الإصلاح الاجتماعي أكثر الجمعيات نشاطا في هذا المجال، ويبلغ نسبة نشاطها حوالي (٤٠٪) من مجموع النشاط العام للجمعيات، يليها الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان، والتي تمثلها لجنة مكافحة المخدرات بنسبة (٢٥٪)، ثم الجمعية الكويتية التطوعية النسائية لخدمة المجتمع بنسبة (١٥٪)، بعد ذلك تأتي رابطة الاجتماعيين وجمعية الخريجين الكويتية... انظر شكل رقم (٩).

للجمعيات التطوعية ركائز أساسية ثلاث في مكافحة ظاهرة المخدرات في الكويت، والركائز الثلاثة هي: (انظر شكل ١٠)

١ - التوعية.

٢ - العلاج.

٣ - إعادة التأهيل.

ومن إحصائيات جمعيات النفع العام يتبين لنا أن نسبة التوعية في نشاطاتهم تصل إلى ٨٥٪، أما العلاج أو المساعدة عليه فإن نسبتهما لا تزيد عن عشرة بالمائة، وإعادة التأهيل تصل إلى ٥٪ انظر شكل (١١)، وهذا يعكس مقدار الاهتمام بالتوعية؛ لأنها الخطوة الأولى في مجال مكافحة المخدرات، كما أنها تشكل الجهد الأبسط والأقل تكلفة ماليا، أما العلاج فيحتاج إلى تخصص؛ لذا نجد كثيراً من الجمعيات يقتصر دورها في هذا المجال على إعطاء بعض المعونات المالية، أو العلاج الروحي والنفسي، لدعم المتعافين من التعاطي، وتعتبر إعادة التأهيل للمتعافين أحد النشاطات الجديدة التي تتولاها جمعية الإصلاح الاجتماعي، وجماعة المدمن المجهول.

ويمكن اعتبار التوعية العامة التي تقوم بها الجمعيات التطوعية الكويتية ذات أبعاد ستة:

تتمثل بالمحاضرات، واللقاءات والمؤتمرات، وبرامج التلفاز والإذاعة، والكتابة في الصحف، وطباعة الكتيبات، وأخيرا نشاطات المجاميع.

ويوضح الشكل رقم (١٢) نسبة كل نشاط من الأنشطة السابقة في مجال التوعية العامة، ويمكننا ملاحظة أن المحاضرات والندوات تشكل النسبة الأكبر، ولعل ذلك يرجع لسهولتها وقلة تكلفتها (٤٠٪)، يلي ذلك نشر كتيبات ونشاط المجموعات (٣٠٪)، والنشاط الأخير تقوم به الجمعيات الإسلامية لزيادة الاتصال مع المدمنين، وإعطائهم دفعة إيمانية مع زيارات لأماكن مقدسة إسلامية؛ لإعادة تأهيلهم وتثبيتهم.

ورغم أن نشاطات التوعية العامة في الجمعيات الأهلية التطوعية الكويتية متعددة إلا أننا نلاحظ أن بعض هذه النشاطات يأخذ اهتماماً أكبر ويكون على حساب نشاط آخر.. وهذا التوجه يكون بسبب

الإمكانيات الخاصة التي تملكها كل مؤسسة أهلية، وكذلك طبيعة الأمور التي يحددها نظامها الأساسي.

فجمعية الإصلاح الاجتماعي الكويتية يكون تركيزها على المحاضرات، ونشاطات المجاميع، وهذا يشكل ٥٠٪ من نشاطها ضد آفة المخدرات (شكل رقم ١٣).

أما الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان المنبثقة عنها اللجنة الكويتية لمكافحة المخدرات - فإن جل نشاطها يعتمد على المحاضرات، التي تشكل ٦٠٪ من نشاطها، بينما لا يوجد لها أي نشاط في المجاميع، شكل رقم (١٤)، كما نلاحظ أن الجمعية الكويتية التطوعية النسائية لخدمة المجتمع ترتفع عندها نسبة المشاركة في المؤتمرات الدولية، ذات الصلة بالمخدرات، تصل إلى ٤٠٪ من نشاطها.

أما جمعية الخريجين فإن لها نشاطا إعلاميا في التلفاز، حيث كان لها برنامج تليفزيوني دوري وثابت، تسلط الضوء من خلاله على هذه الظاهرة.

أما فيما يتعلق بالنشاط العلاجي فمن الصعب توفر أرقام واضحة في هذا الاتجاه، حيث لا يسمح القانون بالعلاج الصحي المباشر للجمعيات التطوعية الأهلية ضد هذا المرض.. ويقتصر النشاط العلاجي على العلاج الروحي والعلاج النفسي، ويلاحظ هنا أن جمعية الإصلاح الاجتماعي، هي الأكثر نشاطا في جانب العلاج الروحي من بين الجمعيات الأهلية الرسمية في دولة الكويت، وقد شكلت من أجل هذا مجموعات، تقوم بالتوعية الإيمانية والرحلات الدينية للأماكن المقدسة، وقد حققت في هذا الإطار نسبة نجاح جيدة.

أما جماعة المدمن المجهول فقد بدأت تلعب دورا كبيرا ومهماً، ورغم أنها لا تقع تحت مظلة جمعيات النفع العام، العاملة داخل

الكويت بموجب القانون، الذي يحدد عمل كل منها. إلا أنها بارتباطها الدولي ونشاطها الواضح شكلت أحد أهم العلامات الجديدة على مستوى النجاح، في إقناع المدمنين بقبول العلاج، وتجنبهم للانتكاسة، التي هي في مرحلة المتابعة وإعادة التأهيل، والمدمن المجهول جماعة لا تهدف إلى أية أرباح مادية، وتتكون من أناس تعتبر المخدرات مشكلتهم الرئيسية، فهم مدمنون متعافون يجتمعون بانتظام؛ ليساعد بعضهم بعضا في تجنب الانتكاسة.. ولديهم في هذا المجال برنامج يتكون من ١٢ نقطة، يبدأ باعتراف المدمن، وينتهي بسعيه الجاد للإقلاع عن هذه الآفة.. كما أن لهذه الجماعة اثنى عشر تقليدا.. تحاول من خلالها أن تبث الثقة في طالبي الإقلاع، مع وعود بالسرية. ونلاحظ استقلالية هذه الجماعة واعتمادها على ذاتها.

وقد وجدت هذه الجماعة مساعدة معنوية كاملة من المؤسسات المختلفة؛ لما حققته من نجاح في زيادة عدد المتعافين.

أما دور جمعيات النفع العام في إعادة التأهيل فهو محدود جدا، حيث لا يشكل سوى ٥٪ تقريبا من نشاط هذه الجمعيات، ويعود ذلك للقصور الكبير في الوسائل الممنوحة لجمعيات النفع العام، والدعم المادي المحدود لها.

ويقتصر نشاط إعادة التأهيل على التعاون القائم بين مستشفى الطب النفسي في الكويت (جهة حكومية)، وبعض الصناديق الخيرية لمنح المتعافين وسائل، تمكنهم من إعادة كسب الرزق، دون تسلمهم أموالاً مباشرة حتى لا ينتكسوا مرة أخرى.

وتلخيصا لكل ما سبق نلاحظ أن جمعيات النفع العام في الكويت لديها الرغبة الكاملة والقوية للمساعدة، في مكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات في الكويت.. وإن قوة هذه الرغبة دفعت المهتمين باستخدام

كل ما في إمكانياتهم؛ لتوعية العامة بمخاطر هذه الظاهرة، ولا يمكن من خلال هذا البحث أن نلاحظ أي قصور في مجال التوعية العامة، من قبل جمعيات النفع العام في الكويت ذات الصلة.. كما أن النسب المتدنية لمشاركة هذه الجمعيات في العلاج وإعادة التأهيل - سببه الرئيسي عدم وجود جمعية أهلية متخصصة لمكافحة المخدرات في الكويت، وانخفاض الدعم المادي من قبل الجمعيات الأخرى لمثل هذا النشاط.

لهذا فإننا نستنتج في نهاية هذا البحث النقاط التالية:

١ - إن استهلاك المخدرات في ازدياد مستمر، وخاصة في السنوات الأخيرة، وهو مرتبط بشكل كبير بالناحية الاقتصادية.

٢ - إن الجمعيات الأهلية تلعب دورا مؤثرا، ضد نشاطات المخدرات في الكويت.

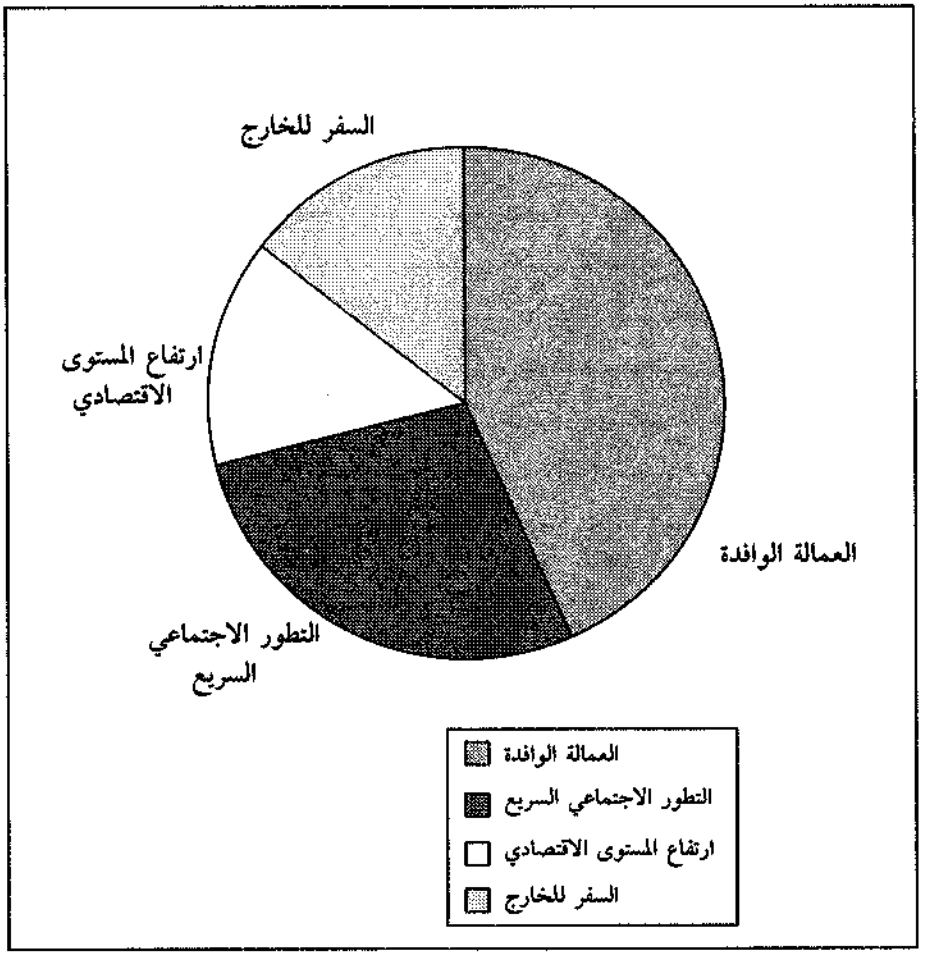
٣ - إن التوعية العامة هي أهم الحقول، التي تتناولها جمعيات النفع العام في الكويت.

٤ - إن العلاج وإعادة التأهيل يحتاجان إلى تنشيط؛ لتزداد نسبة مساهمتها في مكافحة ظاهرة المخدرات في الكويت.

أخيرا نوصي (بزيادة الدعم المادي للجمعيات الخمس، التي تعمل ضد ظاهرة المخدرات في الكويت، حيث إن المساعدة في العلاج وإعادة التأهيل تحتاج إلى كثير من المال).

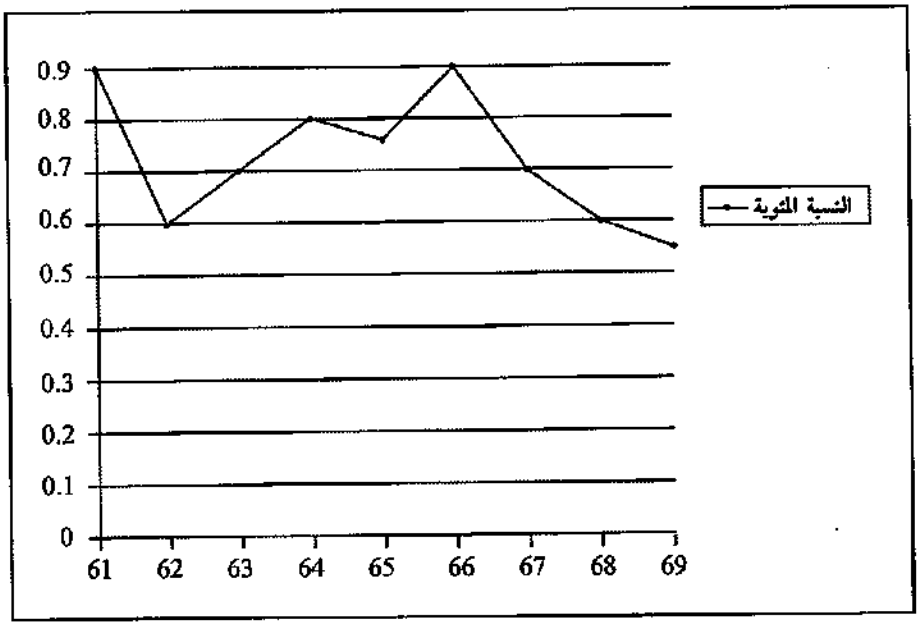
كما نوصي (بالاستعجال بإنشاء جمعية خاصة بمكافحة المخدرات في الكويت، حتى تتحمل مسئولياتها تجاه مكافحة المخدرات).

أسباب انتشار ظاهرة المخدرات في الكويت



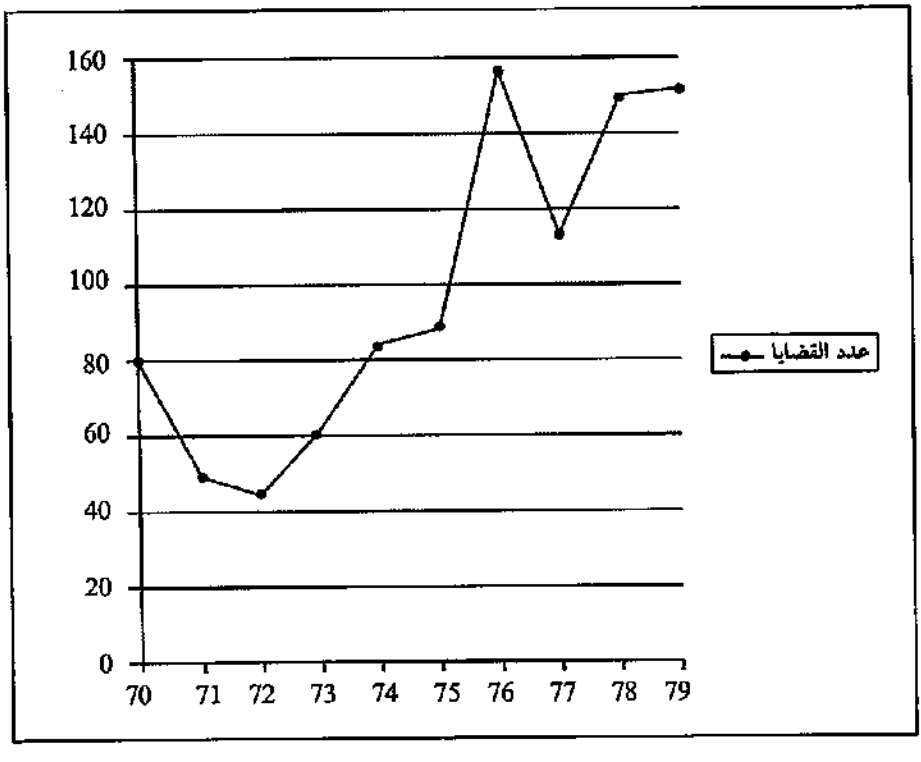
شكل رقم (١)

نسبة جرائم المخدرات بين عامي ١٩٦١-١٩٦٩



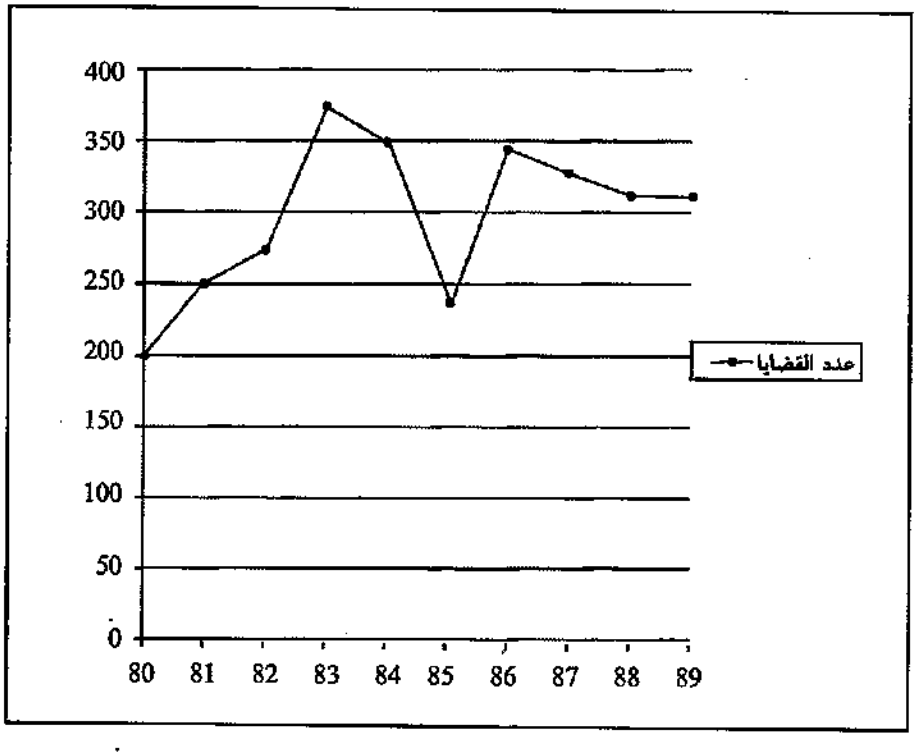
جدول (٢)

عدد القضايا بين عامي ١٩٧٠-١٩٧٩



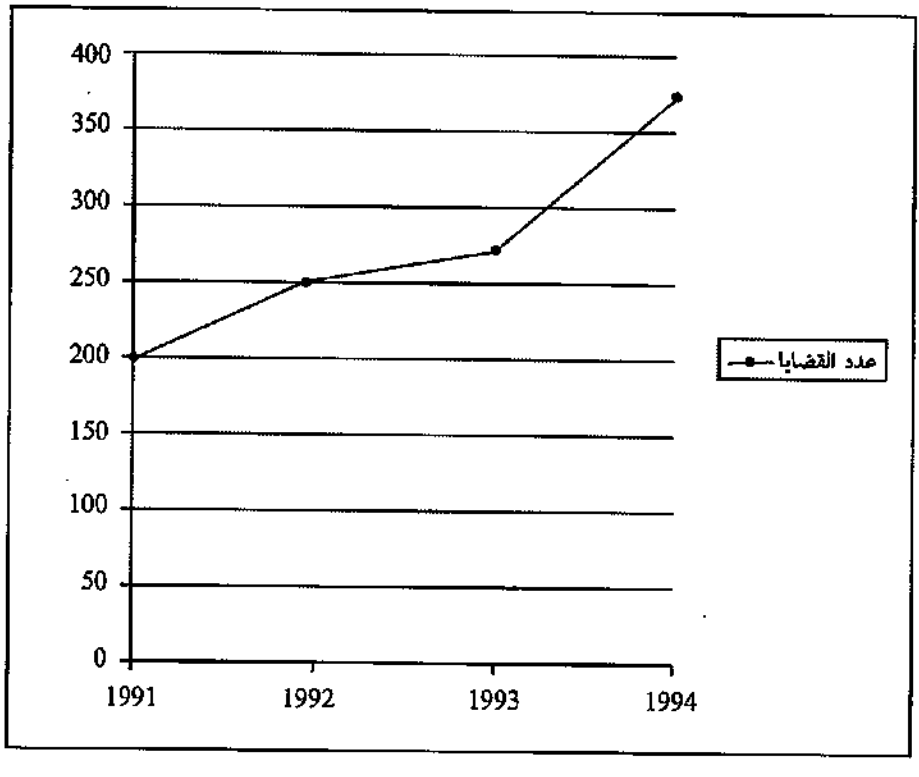
جدول (٣)

عدد القضايا بين عامي ١٩٨٠-١٩٨٩



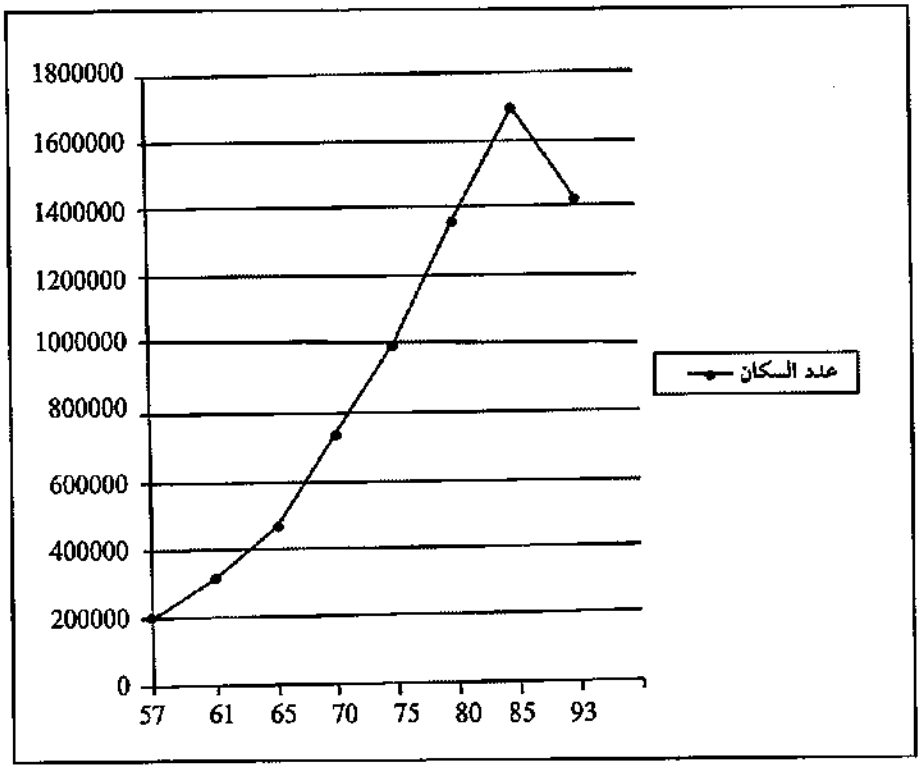
جدول رقم (٤)

عدد القضايا من عام ١٩٩١ إلى عام ١٩٩٤



جدول رقم (٥)

عدد سكان الكويت من عام ١٩٥٧ إلى عام ١٩٩٣



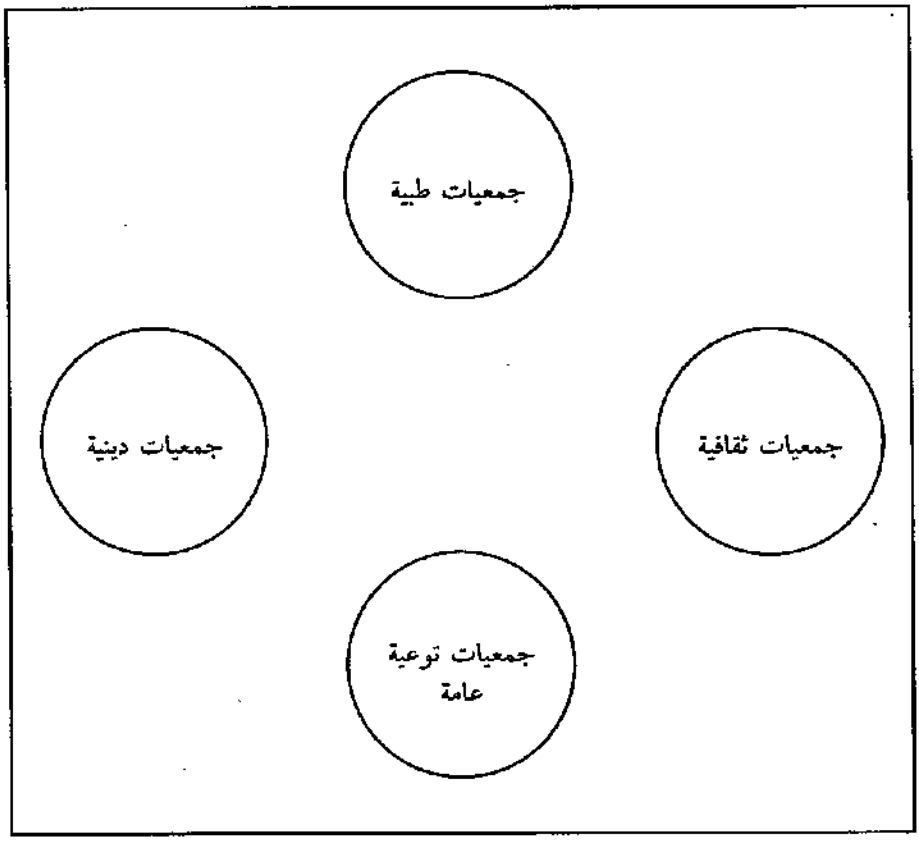
جدول رقم (٦)

تصنيف عام لجمعيات النفع العام

جمعيات نفع عام مهنية اقتصادية	١- جمعية المحاسبين الكويتية. ٢- جمعية الاقتصاديين الكويتية. ٣- جمعية المحاسبين والمراجعين. ٤- الجمعية الكويتية لمتداولي القطع.
جمعيات نفع عام للرعاية الطبية	١- الجمعية الطبية الكويتية. ٢- الجمعية الصيدلية. ٣- جمعية أطباء الأسنان الكويتية. ٤- جمعية القلب الكويتية. ٥- الجمعية الكويتية لزراعة الأعضاء. ٦- الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان.
جمعيات نفع عام علمية وتقنية	١- جمعية الطيارين ومهندسي الطيران. ٢- جمعية المهندسين الزراعيين. ٣- الجمعية الكويتية لهواة اللاسلكي. ٤- جمعية الحاسوب الكويتية. ٥- الجمعية الكيميائية الكويتية.
جمعيات نفع عام ذات طبيعة خاصة	١- الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين. ٢- جمعية المكفوفين الكويتية. ٣- نادي الصم الكويتي. ٤- جمعية الهلال الأحمر الكويتي. ٥- جمعية الشيخ عبدالله النوري الكويتية.
جمعيات نفع عام رعاية إسلامية	١- جمعية الإصلاح الاجتماعي. ٢- جمعية إحياء التراث الإسلامي. ٣- جمعية بيادر السلام النسائية. ٤- جمعية الرعاية الإسلامية.
مهنية صحافية	جمعية الصحافيين الكويتية
جمعيات نفع عام مهنية ثقافية وأدبية	١- جمعية الخريجين الكويتية. ٢- الجمعية الجغرافية الكويتية. ٣- رابطة الأدباء. ٤ - الجمعية الكويتية للدراسات والبحوث التخصصية. ٥- رابطة الأدباء.
جمعيات نفع عام فنية	١- الجمعية الكويتية للفنون التشكيلية. ٢- الاتحاد الكويتي للمسارح الأهلية. ٣- نادي الكويت للسينما.
جمعيات توعية عامة	١- مركز تقويم وتعليم الطفل. ٢- الجمعية الكويتية التطوعية النسائية لخدمة المجتمع. ٣- الجمعية الثقافية النسائية. ٤- الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

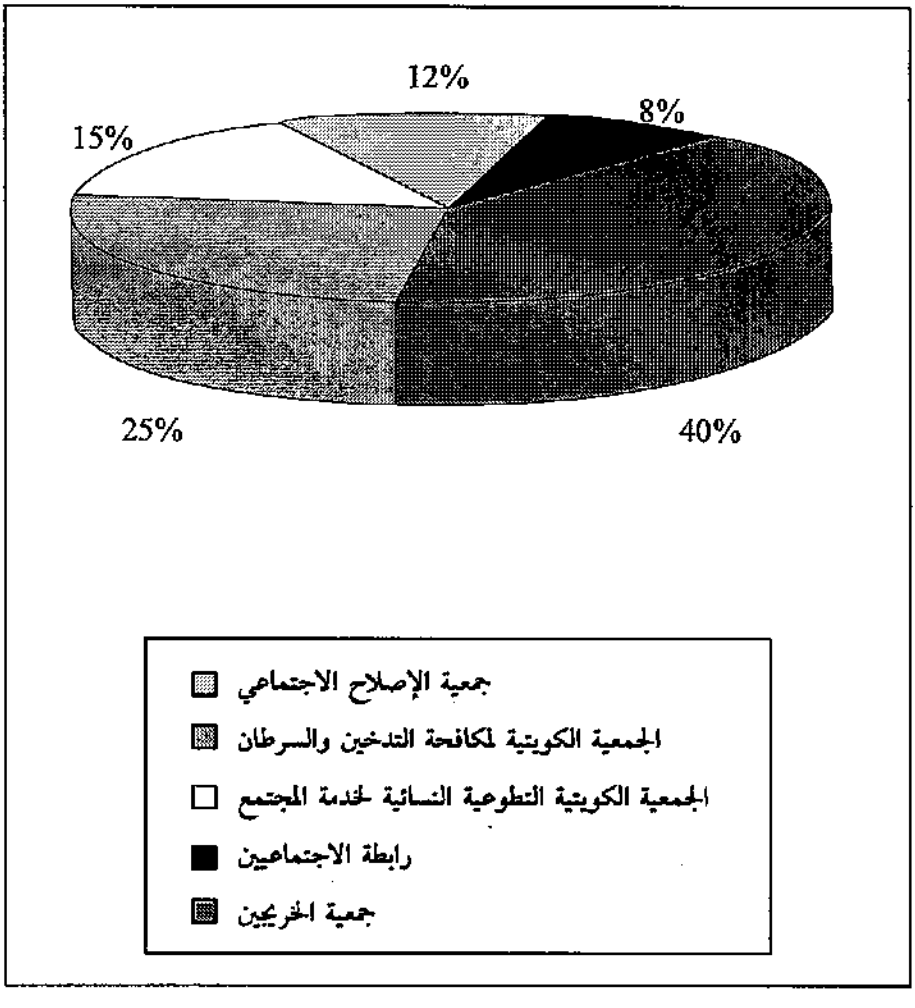
جدول رقم (٧)

الجمعيات الأهلية ذوات العلاقة بمكافحة المخدرات في الكويت



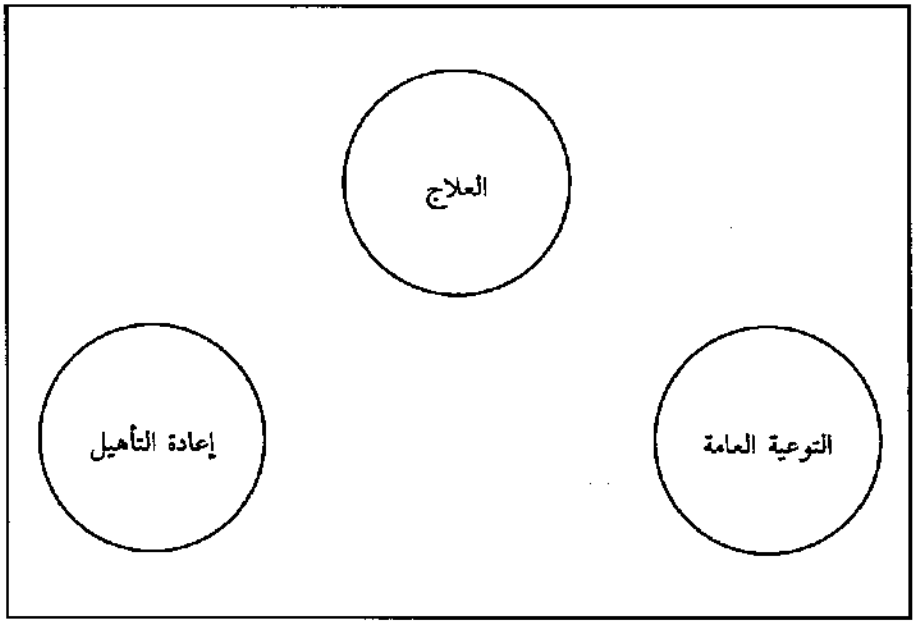
جدول رقم (٨)

نسب المشاركة للجمعيات الأهلية المهتمة بموضوع مكافحة المخدرات



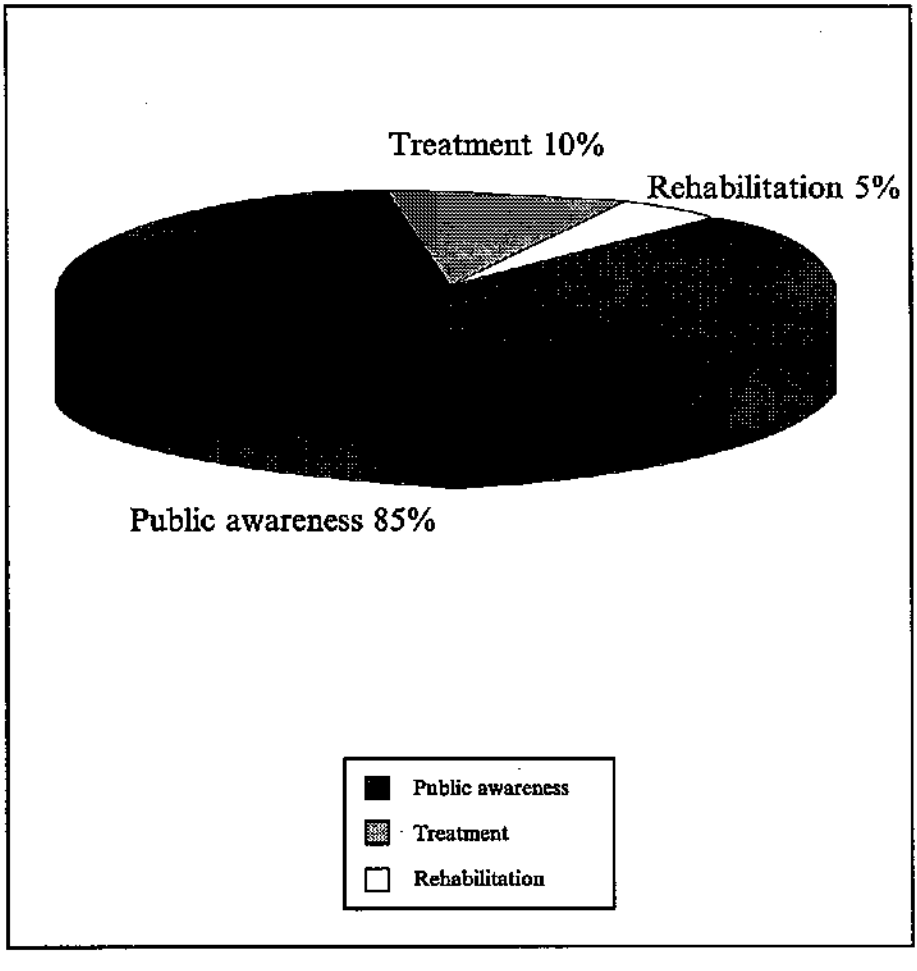
شكل رقم (٩)

أنواع الركائز في مكافحة المخدرات



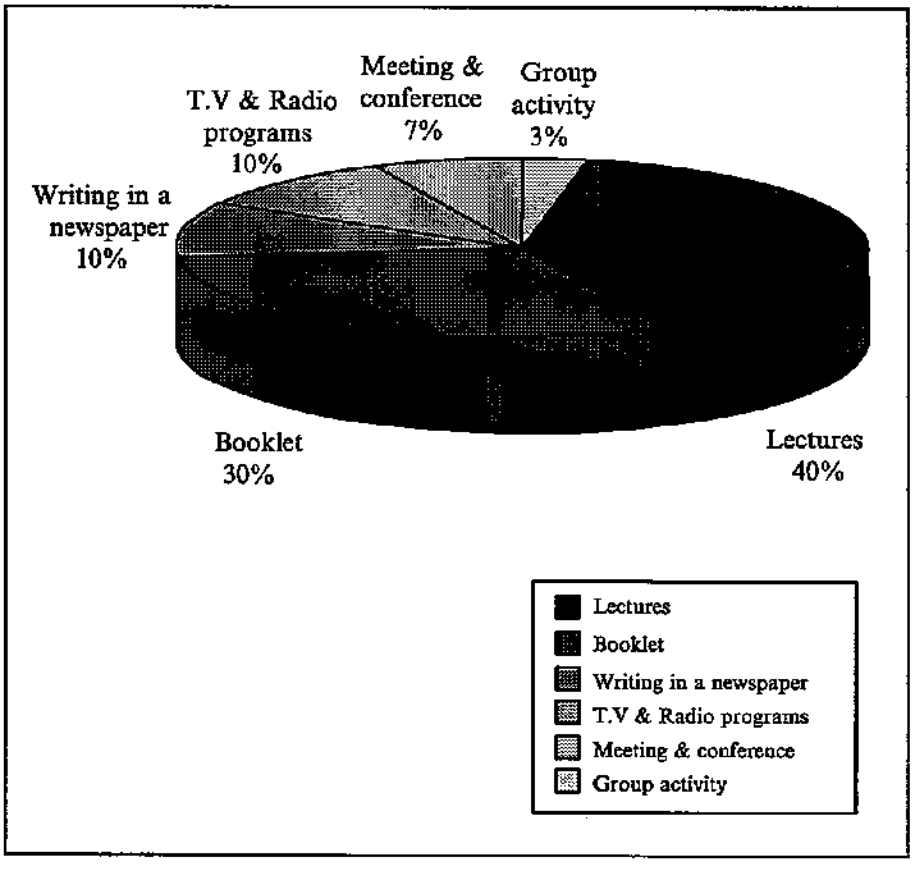
شكل رقم (١٠)

Percentage of different activity of NGO's in Kuwait



شكل رقم (١١)

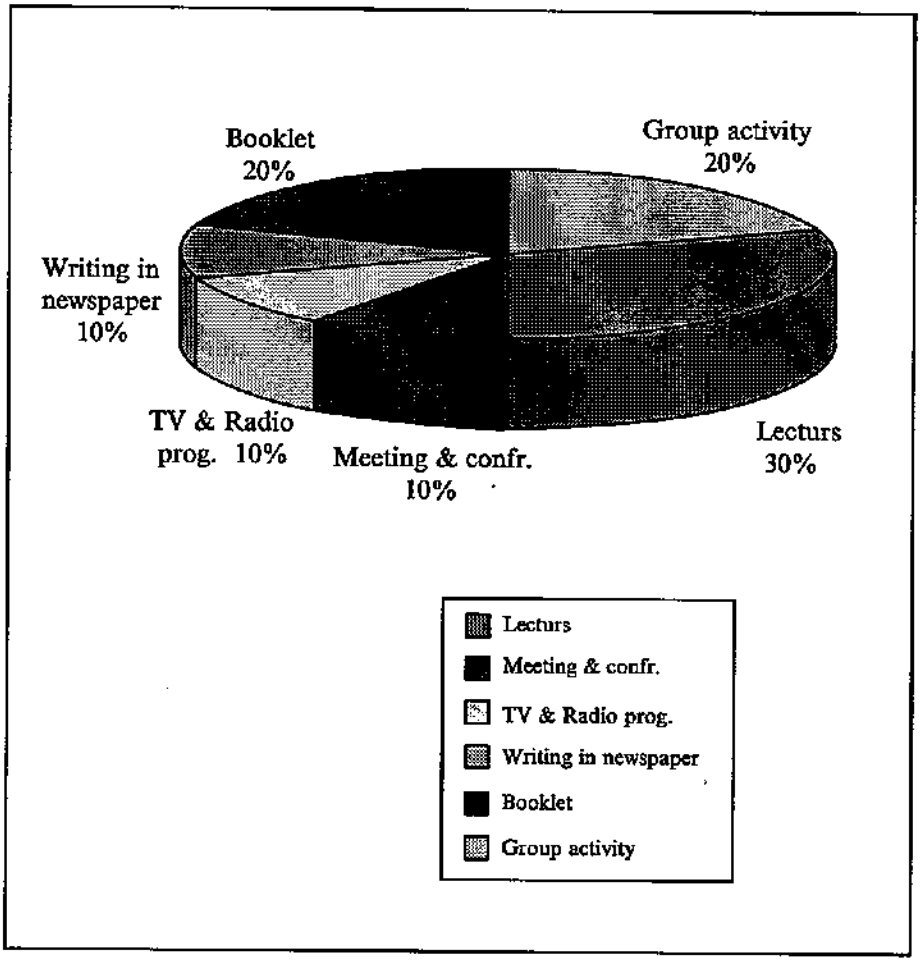
Percentage of different Kind of public awareness



شكل رقم (١٢)

Spicific activity of each N.G.O in Kuwait

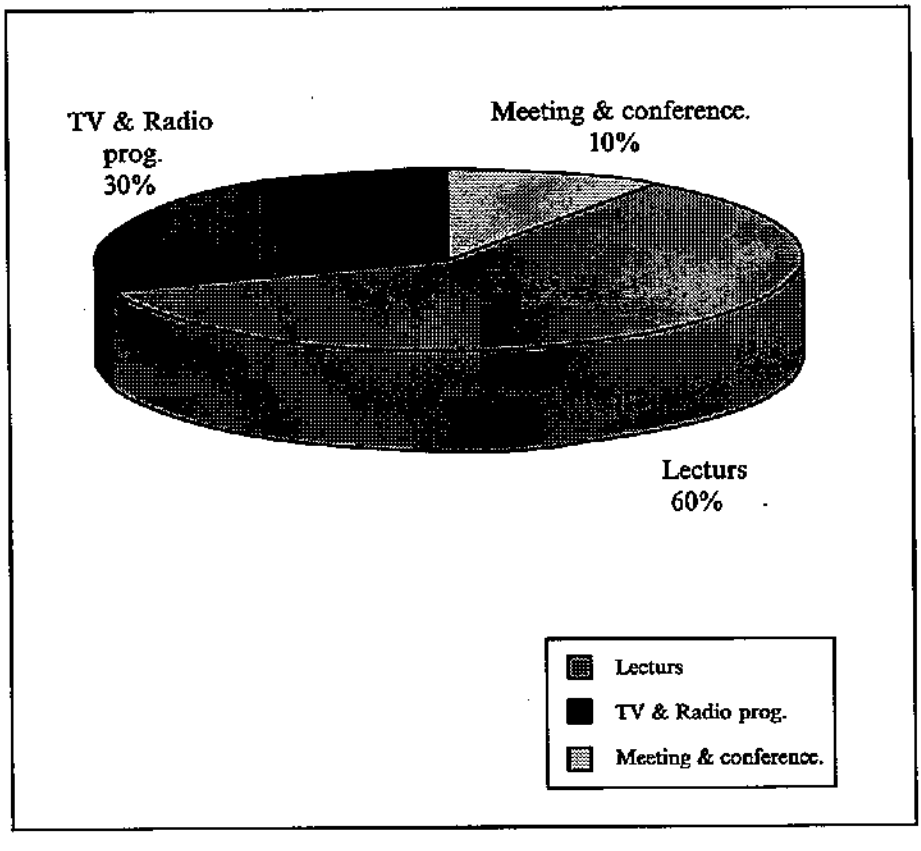
Social Reform Society



شكل رقم (١٣)

Spicific activity of each N.G.O in Kuwait

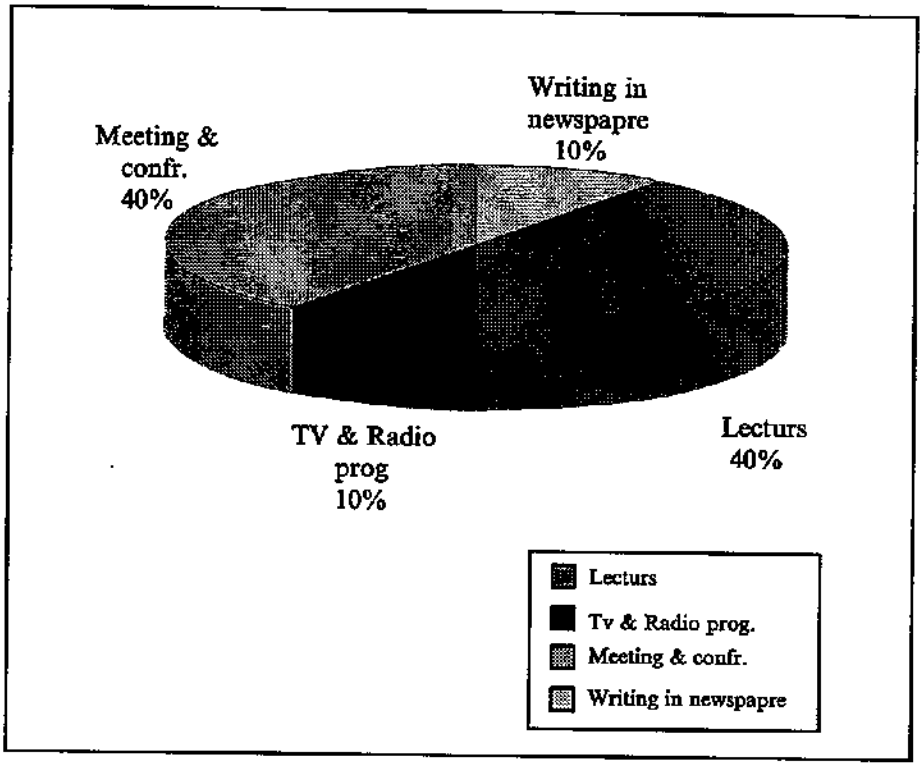
Kuwait Society for Smoking & Cancer Prevention



شكل (رقم (١٤)

Spicific activity of each N.G.O in Kuwait

Kuwaiti Women's Voluntary Society for Community Services



شكل رقم (١٥)

المراجع:

١ - أطروحة دكتوراة بعنوان الآثار الاجتماعية والإنسانية لسوء استعمال المخدرات في الكويت - إعداد الدكتور عايد علي الحميدان.

٢ - المخدرات وجنود الاحتلال - إعداد عميد متقاعد عبدالله سعود الفرحان.

٣ - نشرة المدمن المجهول.

٤ - النظام الأساسي للجمعيات الأهلية.

٥ - تقارير جمعية الإصلاح الاجتماعي.

٦ - تقارير الجمعية التطوعية النسائية لخدمة المجتمع.

٧ - تقارير الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان.

٨ - تقارير إحصائية عن ظاهرة المخدرات في الكويت - وزارة الداخلية.

دور الأسرة والمرأة في مجال معاقرة المخدرات

الدكتورة غادة الحافظ

مديرة قسم الصحة وتعزيزها
منظمة الصحة العالمية
الأسكندرية

دور الأسرة والمرأة
في مجال معاقرة المخدرات

الدكتورة غادة الحافظ
مديرة قسم الصحة وتعزيزها
المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - الأسكندرية

١ - المقدمة

١ - ١ تُعتبر معاقرة المخدرات قضية معقّدة جداً، وتقف وراءها أسباب بيولوجية - نفسية - اجتماعية. وهنالك عدد كبير من الموارد المختلفة التي يمكن الاستعانة بها في الوقاية من معاقرة المخدرات والمسكرات، ومعالجة وتأهيل المدمنين.

١ - ٢ وتُعتبر الأسرة من أهم المؤسسات التي يمكن أن يكون لها دور مفيد من ناحية، أو ضار من ناحية أخرى، في مجال معاقرة المخدرات. وفضلاً عن كونها أهم لبنة في البناء الاجتماعي، وكونها حجر الزاوية في هذا البناء، فإنها أيضاً البيئة البيولوجية الطبيعية للإنسان، وهي المهد الذي تترعرع فيه حياته النفسية. وليست هنالك بيئة تفوق الأسرة قوةً وتأثيراً في مجال تعلّم المرء. ولا يخفى دور الأسرة في تشكيل القيم والنظم، والحفاظ عليها وحمايتها.

ثم إن الأسرة هي حاملة لواء الثقافات والتقاليد الموروثة، وعليها يعتمد التوازن الجيد للتطور الوجداني. والأسرة هي التي يعرف المرء منها ما هو الخير، وما هو الشر. وهي اللبنة الاقتصادية الأساسية

للمجتمع التي يتم عن طريقها أو من خلالها عادة تلبية جميع الحاجات الأساسية لأفرادها. والموارد الاقتصادية للأسرة وأسلوب تقاسم هذه الموارد بين أفرادها يمكن أن تكون مصدراً للشعور بالأمن والانتماء، أو الشعور بعكس ذلك. كما يمكن أن يسهم ذلك في اكتساب الطفل أو المراهق الشعور بالمسؤولية، أو يكون سبباً في غياب هذا الشعور أصلاً، واكتساب مواقف تفتقر إلى حُسن تبصُّر العواقب. والأسرة هي التي ترسِّخ في الفرد العقيدة والإيمان، وما يرتبط بهما من سلوكيات.

١ - ٣ وتقوم المرأة بأهم دور في الأسرة، وهي التي يتعلم الطفل منها التفاعلات الاجتماعية الأولى. والأم السعيدة الراضية التي تنعم باحترام النفس تنقل هذه المشاعر إلى طفلها، ومن ثم فلا يُضطر إلى البحث عن الحب والرضاء في أي مصدر آخر. أما إذا كانت الأم تعيش في تعاسة وشقاء، وتعاني من الظلم وسوء المعاملة، فلن ينجو أطفالها من ظلمها لهم وإساءة معاملتهم، مما يحملهم على التماس الحب والراحة، والفرار من مشاعر الظلم وسوء المعاملة، في أي مصدر آخر، ولو كان معاقرة المخدرات.

ولا يقتصر دور المرأة على الأسرة، فيما يتعلق بمكافحة معاقرة مواد الإدمان، وعلى الجانب الإيجابي والمضيء فقط، بل يمكن للمرأة، في جميع مشارب الحياة، أن تسهم في دفع هذه البَلِيّة - ألا وهي معاقرة المخدرات - ومعالجة وتأهيل ضحاياها. إذْ لا غنى في هذا الصدد عن المرأة، سواء كانت من القيادات المجتمعية، أو كانت معلّمة، أو مشاركة في الأنشطة التطوعية، أو في أنشطة المنظمات اللاحكومية، أو كانت ممرضة أو طبيبة. أما على الجانب السلبي والمظلم، فلا يخفى أن المرأة يمكن أن تسقط ضحية لمعاقرة المخدرات. ومما يزيد الطين بلّة تزايد خطر الأمراض المنقولة جنسياً، ولا سيّما متلازمة العَوز المناعي المكتسب (أي مرض الإيدز) في فئات خاصة مثل البغايا.

١ - ٤ وتُلقي هذه الورقة الضوء على الجوانب المختلفة للدور الذي يمكن أن تقوم به الأسرة والمرأة، في مجال مكافحة معاقرة المخدرات، مع التركيز على بلدان إقليم شرق المتوسط، والبلدان الإسلامية، حيث لا يزال الناس يحتفظون بالروابط الأسرية قوية نوعاً ما.

٢ - الأسرة وأنماطها

٢ - ١ لعل أكثر تعريف للأسرة قبولاً وشيوعاً هو أن الأسرة كيان يتألف من زوجين تجمع بينهما علاقة يقرها الشرع والقانون والمجتمع، وأطفال هم نتاجٌ لهذه العلاقة. ويصدق هذا التعريف على الأسرة البيولوجية (النووية)، أي التي تقتصر على الزوجين وأبنائهما. وهذا هو النمط الرئيسي للأسرة في البلدان الصناعية الغربية، والمناطق الحضرية في البلدان النامية. ولا يصدق هذا التعريف على سائر أنماط الأسرة بما فيها الأسرة الممتدة، أي التي تشمل الجد والجدة وأبناءهما وأزواجهم، وأحفادهما. ويتشارك أفراد الأسرة الممتدة لا في المسكن فحسب، وإنما كذلك في نظام اقتصادي واحد. غير أن الأسرة الممتدة التي تتوافر فيها كل هذه المعايير ليست شائعة، ومع ذلك فإن كثيرا من الملامح الخاصة بهذه الأسرة، ولا سيما المساندة الوجدانية من الأقارب، تتوافر في الأرياف والمجتمعات الزراعية.

٢ - ٢ تفكُّك الأسرة الممتدة وعواقبه

تَرافَقَ انحسار الحياة الريفية كما نعهدها، وهجرة سكان الريف إلى المدن الكبيرة، بتفكّك الأسرة الممتدة، وتحولها إلى نمط الأسرة النووية. وأصبح أفراد هذه الأسرة النووية يفتقدون الدعم الذي كانوا يلقونه دائماً في أسرتهم الممتدة. ولا يخفى أن هذا التحول ينطوي على

ضغوط هائلة. ويلاحَظ أن معظم الذين يهاجرون إلى المدن الكبيرة هم من صغار السن، وينتهي بهم الأمر إلى أن يعيشوا في أكواخ تحيط بالمدن الكبيرة. وفي هذه الأحوال تنتشر البطالة والفقر، ويصبح الفرد فريسة لمشاعر الغربة والوحدة، مما يفسح المجال لحدوث كثير من الأمراض الاجتماعية، بما في ذلك معاقرة المخدرات وما يرتبط بها من آثام، وغير ذلك من مظاهر الجنوح والانحلال. والأسرة التي تعيش في أمثال هذه الظروف لا تعرف أي معنى للاستقرار، وترتفع معدلات الطلاق والاعتداء على الناس في هذه المجتمعات. وأكثر ضحايا هذه الأوضاع هن النساء، وتكاد تنعدم فرصة التعليم المناسب لأطفالهن، مما يجعلهم ضحايا العمل في سن مبكرة، ويعرِّضهم لسوء الاستغلال من قبل كثيرين من المنحرفين والمجرمين، بمن فيهم تجار المخدرات. ومن كل ذلك تتجلّى أهمية تماسك بنيان الأسرة في الوقاية من كثير من الانحرافات الاجتماعية، بما فيها معاقرة المخدرات. ولا ريب أن المرأة لها دور هام جداً في الحفاظ على تماسك الأسرة واستقرارها.

٢ - ٣ الأسرة وثقافة المجتمع والبلد

لا يخفى أن لثقافة المجتمع والبلد تأثيرا قويا على كثير من المجالات في حياة الأسرة. فمثلاً، تركِّز الثقافات الغربية بقوة على الفرد، ومن ثم لا تكون العلاقات بين أفراد الأسرة حميمة بقدر ما هي في بلدان الشرق الأوسط، حيث تمثِّل حماية الطفل أهم القيم في حياة الأسرة. وتهتم الأديان عموماً، والإسلام خصوصاً، اهتماماً عظيماً بالأسرة، وتؤكد على أهمية مراعاة أفراد الأسرة لواجباتهم تجاه بعضهم البعض. ويمكن الاستفادة من هذه الميزة العظيمة في الوقاية من كثير من الانحرافات الاجتماعية، بما فيها معاقرة المخدرات.

٢ - ٤ الأسرة والقدوة الحسنة

من المؤكد أن المناخ الأسري، ولا سيما الأنماط السلوكية للوالدين، هو أقوى العوامل المؤثِّرة في أفراد الأسرة، وهو الذي يمكن أن يعطي القدوة الحسنة قبل أي جهة أخرى. وفي ظل التفاعلات الأسرية تنشأ القيم، وتقوى أو تضعف. كما أن القيم والمواقف الأخلاقية تتأثر بالأفكار والممارسات الأسرية. ومن الأمثلة الجيدة التي تُساق في هذا الصدد موقف الوالدين من التدخين ومعاقرة المخدرات والمسكرات، وتأثيره المؤكد على اكتساب أبنائهما لهذه العادات الذميمة أو نبذهم لها. ولا يصبح تحريم الإسلام للخمر قيمة من القيم في نفوس الأبناء إلا بمقدار ما تكون مواقف وممارسات الوالدين وسائر أفراد الأسرة الممتدة حيال شرب الخمر.

٣ - المرأة ومعاقرة مواد الإدمان

٣ - ١ لا جدال في أن المرأة هي حجر الزاوية في بنيان الأسرة. والزوجة أو الأم التي تنعم بحياتها الوجدانية تستطيع أن تُشيع في الأسرة جواً من الدفء والتّحاب والحنان، فإذا أفراد الأسرة جميعا غير محتاجين لالتماس الحب والحماية خارج نطاق الأسرة. والعكس بالعكس بطبيعة الحال؛ فالزوجة أو الأم التي لا تنعم بحياة وجدانية طيبة، وتعاني من سوء المعاملة، تفتقر هي نفسها إلى الدفء والحنان، فلا تستطيع أن توفرهما لأبنائها، فإذا هم يلتمسونهما في أي مكان وكل مكان، ولا مانع من أن يلجأوا إلى المخدرات والمسكرات ورفاق السوء وعصابات الأشرار.

٣ - ٢ ولا يقتصر دور المرأة على الحياة الأسرية. وتستطيع المرأة أن تؤثر في كثير من الأحوال الصحية والاجتماعية، عن طريق الأدوار المختلفة التي تقوم بها في مختلف مشارب الحياة. ويتعاظم دورها أكثر

فأكثر كلما نظر إليها المجتمع على أنها راعية للمقدّسات، كالدين والأسرة على سبيل المثال. كما أن باستطاعتها القيام بدور فعّال جداً في الوقاية من معاقرة المخدرات، وتحرّي الحالات، ومعالجة وتأهيل ضحايا هذه البليّة. ولا غنى عن الممرضة، أو المعلمة، أو صديقة من صديقات الأسرة، أو أي متطوعة من العاملات في المناطق المجاورة، في التصدّي لمعاقرة المخدرات. والمرأة التي تكرّس جزءاً من وقتها للعمل مع إحدى المنظمات اللاحكومية، أو الجمعيات الدينية أو الثقافية، هي مواطنة صالحة بلا شك. وباستطاعة الأم أو الأخت أن تقوم بدور مماثل وفعّال في تقليل مخاطر معاقرة المخدرات. ولا بد لكل من يخطط للتصدي لمعاقرة المخدرات أن يأخذ في حسبانه إمكانية الاستعانة بهذه الطاقات الكامنة.

٣ - ٣ وبمناسبة الحديث عن دور المرأة في مكافحة معاقرة المخدرات، لا بد من معرفة النساء المعرّضات لخطر الإدمان. وتتصدر البغايا والنساء اللائي يقاسين سوء المعاملة قائمة هؤلاء النسوة اللائي يتهددهن بصورة مستمرة خطر الإصابة بأحد الأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها متلازمة العوز المناعي المكتسب، أي الإيدز. وقد يؤدي عدم معالجة الاكتئاب إلى أن تصبح المرأة المصابة به ضحية لمعاقرة المخدرات، أو المسكرات على وجه الخصوص. وتقوم وسائل الإعلام بالترويج لأنماط حياتية معينة، وتربط في ترويجها لها بين معاقرة المخدرات وبين وفرة أوقات الفراغ. وقد تُسْتَدْرَج إلى هذا الشَّرك نساء الطبقة المتوسطة وهن في مقتبل العمر.

٤ - الخلاصة

٤ - ١ تُعَدُّ الأسرة المستقرة خير ضمانة لمكافحة معاقرة المخدرات. ولا بد من الإقرار بذلك وأخذه في الحسبان، وتضمين برامج تتعلق بالأسرة في أي استراتيجية شاملة لمكافحة هذه البليّة.

٤ - ٢ قد تكون الأسرة أحيانا من العوامل التي تسهم في معاقرة المخدرات. فافتقاد الحب والحنان والتفاهم من العوامل التي تؤدي إلى تجافي أفراد الأسرة بعضهم عن بعض، وتعرُّضهم لمشكلات مثل معاقرة المخدرات. ولا بد أن يكون المسؤولون عن رسم الخطط المتعلقة بصحّة الأسرة على علم بذلك، وأن يخططوا لمساعدة أمثال هذه الأسر على الوقاية من معاقرة المخدرات. وربما تشمل هذه المساعدة توفير التدريب والمعالجة.

٤ - ٣ تُعَدُّ المرأة من أسلحة مكافحة معاقرة المخدرات، كما أنها يمكن أن تسقط ضحية لهذا البلاء. ومن المهم الاهتمام بالتدريب، واتخاذ احتياطات صحية خاصة من أجل المرأة ولا سيما إذا كانت مستضعفة، والاهتمام بالصحة النفسية للمرأة، وبخاصة الاكتئاب. وقد يقتضي الأمر إيلاء اهتمام خاص لبعض الفئات الخاصة من النساء: كالمطلقات والأمهات اللائي يعشن وحيدات. ولا بد من إفراد قسم خاص للمرأة في أي برنامج شامل حول معاقرة مواد الإدمان.

استراتيجية لمكافحة معاقرة مواد الإدمان باستخدام الموارد المتاحة

الدكتور أحمد محيط

مستشار منظمة الصحة العالمية الإقليمي

المعني بالصحة النفسية

استراتيجية لمكافحة معاقرة مواد الإدمان باستخدام الموارد المتاحة

الدكتور أحمد محيط

مستشار منظمة الصحة العالمية الإقليمي

المعني بالصحة النفسية - الإسكندرية

المقدمة

لا مراء في أن معاقرة المخدرات من أخطر المشكلات التي تواجهها الإنسانية، وهي من المشكلات القليلة جداً التي تعاني منها بلدان العالم جميعها تقريباً، بغض النظر عن مستوى ثرائها أو تطورها. ولا يخفى أن معاقرة المخدرات قضية معقدة ومتعددة الأبعاد، شأنها في ذلك شأن سائر القضايا المتعلقة بالطبيعة البشرية، والسلوك البشري، والحياة الاجتماعية - الاقتصادية للإنسان. وما لم تُراعَ هذه الطبيعة المعقدة، وإذا اقتصر الاهتمام على جانب واحد أو جوانب قليلة من المشكلة، فقد لا يُحْرَز سوى نجاح محدود في المحاولات الرامية إلى الحد من جسامة هذه المشكلة. ومن أمثلة التبسيط المُخِلّ في أساليب مواجهة هذه المشكلة، الاقتصار على الجانب الطبي، أو الجانب القانوني (إنفاذ القوانين)، أو كليهما. فكل من الأسلوبين يُعْنَى بجانب واحد من مشكلة معاقرة المخدرات، مفترضاً أن هذا الجانب هو السبب الوحيد للمشكلة. وكلا الأسلوبين يُغْفِل كثيراً من الموارد المتاحة، معتمداً على موارده فقط باعتبارها المورد المفيد الوحيد.

وعلى الصعيد الفردي يمكن، عن طريق الاستعراض الموجز لحياة الشخص المدمن، تحديد مدى خطورة المشكلة، والفُرص السانحة للتدخل الإيجابي. وإذا نظرنا إلى الجانب المظلم فقط، فسوف يتضح لنا أنه على الرغم من أن التعويل البدني والنفسي على المخدرات أو المسكرات تختلف مظاهره باختلاف نوع المخدر أو المُسْكِر بانتظام، إلا أن الشخص المدمن لا يعدو أن يكون مرحلة نهائية من عدة مراحل، وتعتمد حياته على تعاطي المخدر أو المسكر بانتظام. وعليه فإن توافر المخدر أو المسكر يحدد حالة أدائه البدني والعقلي والوجداني والاجتماعي. فإذا نظرنا إلى الجانب المضيء فسوف نجد أن الأمر لا يعدو كونه نتيجة نهائية لعملية طويلة تبدأ بتجربة المخدر أو المسكر. فسلوك أخذ المخدر أو المسكر يبدأ لأسباب كثيرة، ولا يمكن النظر إليه في المراحل الأولى على أنه تعويل على المخدر أو المسكر. وهو في الغالب يستغرق وقتاً طويلاً، ما بين عدة أسابيع وعدة سنين، قبل أن يكتمل تطوره. وفي هذه الفترة يمكن أن تؤدي الأنشطة الوقائية إلى وقف التطور الكامل لعملية التعويل على المخدرات.

وبعد فترة من التجربة، تختلف باختلاف المخدر أو المسكر، تنشأ أعراض التعويل. ويستغرق الأمر وقتاً أطول بالنسبة لاكتمال تطور التعويل، بحيث يصبح الشخص أسيراً لرغبة التعاطي، وتبدو عليه أعراض الامتناع، وينعزل عن المجتمع، وينضم إلى رفاق السوء الذين يبحثون عن المخدرات سرا. ومعظم الذين يأخذون المخدرات أو المسكرات على سبيل التجربة لا يصبحون مدمنين. أما إذا انتهى الأمر بالشخص إلى الإدمان، وصار يتردد بانتظام على الحانات الرخيصة، فإنه يخرج عندئذ من عِداد الأشخاص الذين اقتصروا على التجربة في بعض الأحيان.

ولتعاطي المواد النفسانية التأثير أسباب معقدة، وتتفاعل دائماً في هذا الصدد كثير من الأسباب البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية - الاقتصادية، والثقافية. وعليه فلا بد أن تعتمد المعالجة والتأهيل على

مجموعة مختلفة من الموارد، التي يتراوح مداها ما بين المؤسسات والتدخلات المهنية العالية التخصص، وبين هياكل الدعم اللامهنية، ومجموعات العون الذاتي اللارسمية.

وتعرض هذه الورقة أسلوباً مَوَاردي التوجه resource-oriented لحل مشكلة معاقرة المخدرات، وذلك لتحديد عدد من الموارد، وطرق استخدامها بطريقة متكاملة، من أجل إقامة نظام للتدخل.

الموارد التي يمكن استخدامها لمكافحة المشكلات المتصلة بمعاقرة المخدرات والمسكرات

هناك موارد كثيرة يمكن استخدامها في مكافحة المشكلات المتصلة بمعاقرة المخدرات والمسكرات. وقد جرت محاولات متكررة لاستخدام بعض هذه الموارد ولكنها لم تحقّق سوى نجاح محدود، على حين أتت المحاولات بالنسبة لبعضها الآخر بنتائج مبشرة. ولا تركّز هذه الورقة على الموارد الفعالة أساساً في خفض المعروض من المخدرات، ولكنها تركِّز بصورة أساسية على الجانب المتعلق بالطلب.

ويمثِّل تحديد الموارد المتاحة إحدى المهام التي لها أهميتها. علماً بأن مكافحة مشكلة التعويل على المخدرات عن طريق تحديد الأسباب المفترضة، والتي تُعَدُّ معقدة جداً، لا تمثِّل فيما يبدو استراتيجية معقولة. على حين أن تحديد الموارد التي يمكن استخدامها، وتقدير فائدتها، يساعدان على تحديد أهداف مرنة وواقعية يمكن تحقيقها وفقاً لكل مخدر على حدة، ولكل بلد على حدة. وفيما يلي الموارد التي يمكن استخدامها:

الإيمان والمعتقدات الدينية

يمثل الإيمان والمعتقدات الدينية أهم العوامل المؤثرة في سلوك

الإنسان. وتُعَدُّ المعتقدات الدينية هي الأبقى من بين جميع نظم القيم الإنسانية. وجميع الأديان تحض على التآخي والتآلف، وتنهى عن السلوكيات الضارة بالصحة.

والغالبية العظمى من شعوب هذه البقعة من العالم تدين بالإسلام، كما أن كثيراً من التعاليم الإسلامية تحرِّم معاقرة المخدرات. ويحرِّم الإسلام شرب الخمر تحريماً تاماً، كما تحرِّم معاقرة أي مخدرات تغيّب العقل.

ومن الممكن الاستفادة بالتعاليم الدينية وتأثير علماء الدين في مكافحة معاقرة المخدرات. ولا بد أن يسبق ذلك إعداداً جيد جداً، في إطار برنامج شامل. ومن الضروري توفير تدريب خاص، مع تعديل مواقف المدرّبين وفقاً لمواصفات المجتمع المستهدف، ومجموعة العلماء المستعان بهم.

وتمثِّل تعاليم الإسلام معيناً لا ينضب في مجال مكافحة معاقرة مواد الإدمان. غير أن الاقتصار على الوعظ قد لا يفلح في تغيير سلوك المدمن أو المنحرف، وأفضل شيء هو إعداد برنامج شامل يحتوي على المضامين الجوهرية الإيجابية للتعاليم الدينية. ومن بين هذه المضامين مفهوم مسؤولية الفرد والجماعة تجاه بعضهما البعض. أما العبارات المتعلقة بتحريم أي شيء ضار بالصحة، فيمكن استخدامها في الحملات الوقائية. وتصلح المساجد وسائر المؤسسات الدينية في حشد المتطوعين.

ولا يخفى ما لرجال الدين والمؤسسات الدينية الأخرى بالإقليم من تأثير هام في هذا الصدد. ومن الأمثلة الهامة على ذلك، الكنائس والجمعيات المسيحية الموجودة في كثير من بلدان الإقليم، والتي تقوم بالعديد من أنشطة الجمعيات اللاحكومية. كما أنها تقوم في بعض البلدان بتقديم خدمات هامة ومفيدة جداً في مجال الوقاية والمعالجة والتأهيل.

الأسرة

الأسرة هي اللبنة الأولى للمجتمع، ولا تخفى أهميتها في النواحي الوجدانية والاقتصادية والدينية. وقد تكون الأسرة هي أقدم المؤسسات البشرية التي عرفها الإنسان. ويسهم الآباء بما يعطونه من القدوة الحسنة إسهاما كبيرا في ترسيخ القيم، كما أن طريقة معاملتهم لأبنائهم، فرادى أو مجتمعين، لها تأثيرها البالغ على مستقبل الأبناء ونظرة الناس إليهم.

وقد أقرّ الإعلان الذي صدر عن الأمم المتحدة في عام ١٩٩٤، بمناسبة العام الدولي للأسرة، بما للأسرة من أهمية متزايدة دوماً في جميع أنشطة الإنسان. وقد تجدّد الاهتمام بالدور الذي تستطيع الأسرة أن تقوم به بعد انقضاء عقود من الشك والارتياب في أهمية هذا الدور، مما يدعو إلى الأخذ بأساليب جديدة ومبتكرة للانتفاع بهذه المؤسسة القوية على نحو أكثر فعالية، خدمة لأغراض حفظ الصحة وتعزيزها. ولا سيّما في المجالات المعقدة مثل معاقرة المخدرات.

ويمكن تعزيز الموارد الكامنة في الأسرة، عن طريق الدمج بين أنشطة الوقاية من معاقرة المخدرات وبين سائر القضايا الصحية والاجتماعية للأسرة.

المدارس والجامعات

تمثّل المدارس مؤسسات اجتماعية لها أهميتها الكبرى. ويولي كل فرد من أفراد المجتمع - في وقت أو آخر من عمره - اهتماماً خاصاً للنظام المدرسي. ويتأثر المجتمع كله تأثراً عظيماً بكل ما يتعلق بالمدرسة، سواء هيكلها المادي، أو مناهجها الدراسية، أو رضاء المدرسين عن وظيفتهم، أو جمعيات الآباء والمعلمين، وما إلى ذلك.

وقد ظلت البرامج الصحية المدرسية، حتى عهد قريب، تتّسم بالسلبية، كما دأبت على تقديم بعض الخدمات التشخيصية - العلاجية بصورة رئيسية. ولا يخفى أن هذا الوضع لا يسمح بالاستفادة بالمدرسة كمورد تعزيزي ووقائي.

ومن المهم البحث عن طرق جديدة لاستخدام المدارس في مكافحة معاقرة المخدرات. ولا بد أن نتذكر دائماً أن التلاميذ شديدو التعرض لخطر معاقرة المخدرات. كما أن أي برنامج وقائي ينفَّذ في المدارس يمكن أن يكون سلاحاً ذا حدين، إذا أدى إلى زيادة فضول التلاميذ. ويمكن أن تكون المدرسة بمثابة مجتمع نموذجي تمارَس فيه أنماط الحياة الصحية. وفي هذا الصدد شرع عدد من بلدان الإقليم (باكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، ومصر، على سبيل المثال) بدعم من المنظمة، في تنفيذ برامج للصحة النفسية المدرسية، يتم فيها التركيز على أنماط الحياة الصحية والوقاية من معاقرة المخدرات.

العمل

المقصود بالعمل هنا انتفاء البطالة، وأن يكون الإنسان آمناً على لقمة عيشه، ويحدوه الأمل في مستقبل طيب، وأن لا يكون فريسة للكروب، وأن ينعم باحترام الذات، وبحياة أسرية موفقة، وما إلى ذلك. ولا تخفى أهمية مكان العمل كنظام اجتماعي، بصرف النظر عما إذا كان مكتباً أو مصنعاً، أو مزرعة أو مدرسة، أو غير ذلك. وبمرور الوقت يرتبط الناس وجدانياً بعملهم، الذي يسهم في تكوين عاداتهم أو تغييرها. ويمثّل مكان العمل مورداً هاماً يمكن الاستعانة به في كثير من المجالات المتعلقة بمعاقرة المخدرات، ولا سيما الوقاية منها، وتعزيز أنماط الحياة الصحية.

الإرادة الوطنية

لا ريب أن الإرادة الوطنية، في جميع البلدان بلا استثناء، تعارض تماماً معاقرة المخدرات. ولا بد من تعزيز هذه الإرادة، عن طريق وسائل الإعلام، والتشريعات، والإجراءات الحكومية.

وسائل الإعلام

تمثّل وسائل الإعلام سلاحاً ذا حدين، في مجال معاقرة المخدرات. فهي من ناحية وسيلة لا غنى عنها لنشر المعلومات، كما أنها من ناحية أخرى قد تصبح وسيلة لزيادة الفضول، بل والرغبة في تعاطي المخدرات. غير أنه ربما كانت مزايا وسائل الإعلام في حملات مكافحة معاقرة المخدرات تفوق مساوئها.

البنية الأساسية الصحية القائمة

تُعَدُّ البنية الأساسية الصحية القائمة من الموارد الهامة للأنشطة الوقائية والتعزيزية والعلاجية والتأهيلية. ولا بد إن يتم استخدامها وفقاً للهيكل الخاص للسياسات الصحية بكل بلد. وفي معظم الأحوال لم تفلح فكرة فصل المشكلات المتعلقة بمعاقرة المخدرات والمسكرات عن بقية النظام الصحي. وفي البلدان والمناطق التي تُدمج فيها الصحة النفسية في نظام الرعاية الصحية الأولية، ينبغي العمل بقدر المستطاع على أن تكون الأنشطة الوقائية والعلاجية والتأهيلية لمدمني المخدرات جزءاً لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية الأولية.

المجتمع العلمي (الأكاديمي)

لا يقتصر دور المهنيين الصحيين والعلماء الاجتماعيين على المشاركة في التدريب والبحث في إطار برنامج مكافحة معاقرة

المخدرات، وإنما يمكنهم كذلك أن يعطوا القدوة الحسنة. وللمجتمع العلمي تأثيره على الشباب، كما أن له اتصالا مباشرا بهم.

ومن الموارد الهامة في هذا الصدد، كليات الطب، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، والخدمة الاجتماعية، والتربية الرياضية، والقانون، والآداب، والشرطة.

مرافق الرعاية الطبية والنفسانية

تُعَدُّ مرافق الرعاية الطبية والنفسانية بالقطاعين العام والخاص من بين الموارد التي يمكن الانتفاع بها في جميع المجالات المتصلة بمعاقرة مواد الإدمان، ولا سيما في حالات الانسمام الحاد، وإزالة السمية، والوقاية من الانتكاس. كما أنها يمكن أن تشترك في التدريب والبحوث.

المنظمات اللاحكومية

يندرج تحت هذه التسمية عدد كبير من التنظيمات الدينية والخيرية والتجارية والمجتمعية، التي تقوم بعديد من الأنشطة المؤثرة في مختلف مجالات العرض والطلب. ولابد من أن تكون لأنشطتها أهداف واضحة، مع توجيه هذه الأنشطة نحو تحقيق نتائج محددة، في إطار برامج وطنية شاملة. ويمكن الاستفادة من هذه المنظمات في كثير من المجالات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، مثل إقامة مراكز علاجية، وتوفير العمل للمدمنين بعد شفائهم، ومساعدة الأسر على مواجهة المشكلات المتعلقة بمعاقرة المخدرات، وإتاحة الفرصة للشباب كي يزاولوا بعض الأنشطة في أوقات فراغهم وما إلى ذلك.

المنظمات الدولية

لكثير من المنظمات الدولية أنشطة في مجال مكافحة مختلف المشكلات المتعلقة بمعاقرة المخدرات. وقد أعلنت الجمعية العامة للأمم

المتحدة أن العقد الأخير من القرن الحالي هو عقد مكافحة المخدرات. كما أنه عقد تعزيز قيم الأسرة الصحية وأنماط الحياة الصحية.

إنفاذ القوانين

تشارك هيئات إنفاذ القوانين في مختلف المجالات المتعلقة بمعاقرة المخدرات والأدوية النفسانية التأثير. ولا يخفى أن تدريب مختلف مستويات العاملين بهذه الهيئات، له أهمية قصوى في مكافحة معاقرة المخدرات. ولا بد أن يشمل التدريب - بالإضافة إلى رجال الشرطة والقضاء والضرائب - العاملين المعنيين بالنواحي (البيولوجية - النفسية) لمعاقرة المخدرات.

إعداد استراتيجية العمل

يتضح من استعراض الجوانب الصحية لمعاقرة مواد الإدمان ما يلي:

أ - لمعاقرة المخدرات أسباب معقدة، ووثيقة الارتباط بعضها ببعض، وأحيانا لا يمكن تحديدها. ولكثير من هذه الأسباب علاقة بعوامل تتعدّى حدود القطاع الصحي وحده. وعلى ذلك فإن الأسلوب الاستراتيجي القائم على الأسباب وحدها، تتضاءل فرص نجاحه.

ب - ليس من الحكمة استثارة تطلعات كبيرة عن طريق اقتراح أهداف وأساليب مبالغ فيها وغير واقعية، في مجال معقد كمجال معاقرة المخدرات. وينبغي أن تنأى الاستراتيجيات عن العبارات الطنانة والمليئة بالمبالغات، وأن تركز على ما هو ممكن. كما ينبغي تحديد خطط العمل والأنشطة تحديداً واضحاً، مع اشتمالها على أهداف واضحة.

ج - تتّسم أسباب معاقرة المخدرات بالتنوع والتشابك الكامل. ويسري ذلك أيضا على الموارد التي يمكن استخدامها في مكافحة هذه

البلية. ويبدو من المفيد أن يتم تحديد هذه الموارد، ووضع الخطط والبرامج اللازمة في ضوء ذلك.

د - لا بد أن تُراعى في أي برنامج إقليمي أوجه التماثل والاختلاف بين بلدان الإقليم، فيما يتعلق ببعض الأمور مثل: نوع المخدرات المتداولة، والترتيبات الإدارية، والسياسات الصحية، والخلفية الثقافية، وما إلى ذلك. ولا بد أن يكون البرنامج مرناً بحيث يسمح باحتواء كل هذه الاعتبارات.

هـ - تُعَدُّ السياسة والبرامج الصحية العامة والنفسية القائمة في كل بلد من بلدان الإقليم من بين أهم وأفعل عناصر البنية الأساسية الصحية التي يمكن استخدامها في برامج مكافحة معاقرة المخدرات. وفي البلدان التي تم فيها بالفعل إدماج الصحة النفسية في النظام الصحي العام، يمكن أن يتم ذلك عن طريق تضمينها بعض التدابير الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بمعاقرة المخدرات، كي يقوم بتنفيذها العاملون بالرعاية الصحية الأولية في مختلف المستويات. كما يمكن الشروع في تطبيق أساليب إضافية في برامج الصحة النفسية بالحضر والمدارس، وذلك في البلدان التي توجد بها برامج من هذا القبيل، وفي بعض البلدان يمكن تقديم خدمات وقائية وعلاجية في إطار برامج مكافحة الأمراض غير السارية، وبرامج صحة الأمومة والطفولة أو البرامج المعنية بأنماط الحياة الصحية.

استراتيجيات العمل

نورد فيما يلي، وفي ضوء التحليل السابق، بعض الاستراتيجيات المناسبة بصورة خاصة لمكافحة معاقرة المخدرات في إقليم شرق المتوسط:

أ - وضع سياسات وبرامج وطنية واضحة، ترتبط بالخطط الصحية الوطنية، وتغطي الجوانب المتعلقة بكلّ من العرض والطلب.

ب - التنسيق بين مختلف القطاعات المعنية بمشكلات معاقرة المخدرات، كالقطاع الصحي، وقطاع التعليم، وقطاع الشئون الاجتماعية، والشرطة، ووزارة العدل، والمؤسسات الدينية، والمنظمات اللاحكومية، وما إلى ذلك.

ج - الاهتمام بتعزيز أنماط الحياة الصحية والوقاية من معاقرة المخدرات عن طريق التثقيف الصحي.

د - تعزيز التوعية الدينية التي تدعم أنماط الحياة الصحية، وتهدف إلى خفض الطلب على المخدرات.

هـ - إدخال مكافحة التبغ في برامج مكافحة معاقرة المخدرات، والاستفادة بحملات مكافحة التدخين باعتبارها أساليب غير مباشرة لمكافحة معاقرة المخدرات عموماً.

و - إقامة خدمات لمعالجة مدمني المخدرات، في إطار الخدمات الصحية العامة وخدمات الصحة النفسية، وكذلك في إطار النظام العام للرعاية الصحية.

الأنواع المختلفة من المخدرات في المجتمع المصري، ودور المؤسسات الحكومية وغير الحكومية في مجال الوقاية

الدكتور فؤاد السعيد

المدير التنفيذي

الجمعية العربية للوقاية من المخدرات

والإدمان (A.P.D.A)

الأنواع المختلفة من المخدرات في المجتمع المصري، ودور المؤسسات الحكومية وغير الحكومية في مجال الوقاية

فؤاد السعيد

المدير التنفيذي - الجمعية العربية للوقاية من المخدرات والإدمان (A.P.D.A)

يستعرض الجزء الأول من هذه الورقة الأنواع المختلفة من المخدرات، والمؤثرات النفسية في المجتمع المصري، والورقة في هذا الجزء تكاد تكون قراءة في التقارير السنوية الصادرة عن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، وفي بحوث «البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات»، الذي يمارس نشاطه في إطار المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، وكذلك في «الاستراتيجية القومية المتكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان في مصر[1]، وغيرها من المصادر الموثوق بها في هذا السياق.

أما الجزء الثاني من الورقة فيتعرض بشكل سريع لدور المؤسسات الحكومية وغير الحكومية في مجال الوقاية بوجه عام، ثم يسلط الضوء بشكل أكثر تركيزاً على المشكلات التي تواجهها جهود التوعية، قبل أن يقدم بعض القضايا للتفكير والمناقشة.

* الوضع الراهن لعرض المخدرات والمؤثرات النفسية في مصر:

يميل القائمون على متابعة وتحليل ظاهرة المخدرات والمؤثرات النفسية في مصر إلى النظر للمرحلة التي تبدأ من عام ١٩٨٠م وحتى

الآن، باعتبارها مرحلة زمنية مستقلة، لها وحدتها وخصائصها التي تميزها عما سبقها من مراحل، في تاريخ تطوير حالة المخدرات في مصر، حيث شهدت بداية هذه الفترة عودة أنواع خطيرة من المخدرات مثل الهيروين والكوكايين إلى الظهور من جديد في السوق المصرية غير المشروعة، وهو الأمر الذي استدعى ردود أفعال متصاعدة من قبل المجتمع ومؤسساته على كافة المستويات، تبلورت في صدور القرار الجمهوري رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ بتشكيل المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، ثم صدور القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩. وتعد التقارير السنوية الصادرة عن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بمثابة المصدر الأساسي الوحيد المتاح، لتقدير حالة «العرض» في مصر. (الأرقام الواردة هنا مستقاة من هذه التقارير ما لم يذكر غير ذلك) ومن خلال الرجوع إلى تلك التقارير التي توضح أحجام المضبوطات من المخدرات المختلفة، يمكننا استخلاص الصورة التالية:

أولا: الهيروين:

١ - بدأ الهيروين في الظهور بكميات ضئيلة منذ بداية الثمانينات، حيث بلغ حجم المضبوطات ٢٥٥ جراما فقط عام ١٩٨٠ و٤٦٩ جراما عام ١٩٨٢، وذلك قبل أن يرتفع بشكل كبير خلال عام واحد ليصل إلى حوالي ٢٤٣ كيلوجراما عام ١٩٨٣ وحوالي ٣٣٥ كيلوجراما عام ١٩٨٨ (بينما لم تتعد حجم المضبوطات خلال السنوات الأخرى من الثمانينات المائة كيلوجرام).

٢ - منذ بداية التسعينيات، يلاحظ انخفاض المعروض من مخدر الهيروين، حيث احتل المرتبة الرابعة بين المخدرات المنتشرة عام ١٩٩٦ وبلغ المضبوط منه ٤٨ كيلوجراما فقط[٢].

ثانيا: الكوكايين:

١ - ظهر الكوكايين في الضبطيات بكميات محدودة لم تتعد الجرامات أو الكيلوجرامات منذ عام ١٩٨٤، وبلغت أقصاها عام ١٩٨٩ (حوالي ٦ كيلوجرامات).

٢ - خلال التسعينيات استمرت الكميات المضبوطة محدودة ،وبلغت عام ١٩٩٦ كيلوجراما واحدا[٣].

ثالثا: المؤثرات النفسية والماكستون فورت:

١ - بدأت في الانتشار في مصر منذ عام ١٩٧٠.

٢ - ازداد الماكستون فورت بشكل ملحوظ عام ١٩٩٠، كما أن هذه المواد بوجه عام قد صعدت لتحتل المركز الثاني بين المضبوطات عام ١٩٩٦. (قارب ما ضبط في هذا العام من أقراص الفلونترازيبام - ذات التأثير المهبط والمعروفة تجاريا باسم ريهابينول، أو هيبنو سيدون - نصف مليون قرص)[٤].

رابعا: الحشيش:

١ - زادت الكميات المضبوطة من الحشيش بصورة كبيرة خلال سنوات الثمانينيات، ليصبح أكثر المخدرات انتشارا في مصر (وصلت المضبوطات إلى حوالي ٨٤ طناً عام ١٩٨٤).

٢ - إلا أن الحشيش قد تراجع إلى المرتبة الثالثة لأول مرة، حيث انخفض حجم المضبوطات عام ١٩٩٦ إلى ٢٠١٨ كيلوجراما فقط[٥].

خامسا: الأفيون:

١ - استمرت معدلات المضبوطات من الأفيون بنفس معدلاتها تقريبا،

منذ نهاية الحرب العالمية الثانية، حيث كان يحتل المرتبة الثانية بعد الحشيش حتى بداية الثمانينيات وخلال الثمانينيات تراوحت المضبوطات بين حوالي ٥٤ كيلوجراما عام ١٩٨٦ وحوالي ٣٨٧٤ كيلوجراما عام ١٩٨٨.

٢ - تراجع الأفيون إلى المرتبة الخامسة بين المضبوطات، ولم يضبط فيه سوى ١٦ كيلوجراما فقط عام ١٩٩٦[٦].

وتلخص «الاستراتيجية القومية المتكاملة» الوضع خلال الثمانينيات وحتى نهاية عام ١٩٩٠ بأن «الهيروين قد ظهر ضمن قائمة المخدرات المعروضة، وكذلك الكوكايين، ولكن بنسبة أقل بفارق كبير. هذا بالإضافة إلى المواد النفسية الدوائية وانتشار الماكستون فورت. وفي الوقت نفسه زاد المعروض من الحشيش زيادة كبيرة، (بينما) بقي الأفيون على ما هو عليه»[٧].

وفي المقابل يمكننا استخلاص الوضع خلال عام ١٩٩٦[٨] وهو كما يلي:

١ - تقلص حجم المعروض من مختلف أنواع المخدرات وارتفاع أسعارها بشكل غير مسبوق.

٢ - في المقابل انتشرت زراعات القنب والخشخاش بصورة كبيرة في سيناء، وازداد الطلب على مخدر البانجو (نبات القنب الجاف)، ليحتل المرتبة الأولى بين المخدرات المعروضة.

٣ - احتلت المؤثرات العقلية (النفسية) المركز الثاني (بعد البانجو).

٤ - تراجع الحشيش إلى المرتبة الثالثة لأول مرة، بعد أن كان في المرتبة الأولى خلال الثمانينيات.

٥ - انخفض المعروض من الهيروين، ليحتل المرتبة الرابعة.

٦ - تراجع الأفيون إلى المرتبة الخامسة، بعد أن كان في المرتبة الثانية بعد الحشيش في بداية الثمانينيات.

٧ - احتل الكوكايين المرتبة السادسة والأخيرة، وما زالت دائرة انتشاره محدودة في مصر، رغم محاولات بعض العصابات الدولية فتح أسواق جديدة له في المنطقة العربية والشرق الأوسط.

٨ - تم ضبط جرعات محدودة من عقار الهلوسة LSD (٤٠٦ جرعة عام ١٩٩٥، ٦٦٩ جرعة عام ١٩٩٦). وذلك بحوزة بعض القادمين من الخارج.

* الوضع الراهن للطلب على المخدرات والمؤثرات النفسية في مصر:

يعد تحديد الطلب على المخدرات من أصعب الأمور في أي مجتمع من المجتمعات، وفي كل الأحوال فإن تحديد الطلب يعتمد على مدى وجود قاعدة من البيانات والإحصائيات، ونتائج البحوث الميدانية عن تعاطي المخدرات، والمؤثرات النفسية بين الفئات الاجتماعية المختلفة في المجتمع.

ولحسن الحظ فإن البحوث، التي أشرف عليها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، توفر لنا ثروة من النتائج التي يمكن الاستناد إليها في تقدير حالة الطلب في مصر، كما أن هذه البحوث التي ركزت منذ الستينيات على ظاهرة «تعاطي الحشيش»، قد انتقلت للاهتمام بدراسة تعاطي كافة أنواع المخدرات والمؤثرات النفسية (وليس الحشيش فقط)، كما استهدفت التعرف على الوضع بين الذكور والإناث، وبين الفئات الاجتماعية، والبيئات المختلفة، مما أضفى عليها سمة الشمولية في البيانات، وهي سمة جوهرية لأي محاولة لوضع تقدير إجمالي للطلب على المخدرات والمواد النفسية في أي مجتمع،

كما أنها الخطوة الأولى على طريق أي محاولة علمية جادة لوضع استراتيجية وطنية للمكافحة.

وسوف نعتمد هنا بشكل أساسي على البحوث التي أجراها «البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات» منذ تأسيسه عام ١٩٧٥.

وبصرف النظر عن الدخول في التفاصيل النظرية والمنهجية والإجرائية والعينات والنتائج التفصيلية الثرية، التي توصلت إليها هذه البحوث الميدانية، يمكن استخلاص صورة عامة[٩]، مؤداها أنه فيما يتعلق بتلاميذ المدارس الثانوية العامة، من الذكور على مستوى القطر المصري، فإن النسب العامة لانتشار تعاطي المخدرات المختلفة فيما بينهم هي كما يلي:

المادة المخدرة	حشيش	أفيون	مهدئات	منشطات	منومات
النسبة المئوية	٥,٠٥	٠٨٤	٢,٧٢	١,٧٩	٢,٢٦

وفيما يتعلق بطلاب الجامعات، من الذكور على مستوى القطر، بلغت النسب العامة للانتشار ما يلي:

المادة المخدرة	حشيش	أفيون	هيروين	كوكايين	مهدئات	منشطات	منومات
النسبة المئوية	٨,٧٩	٠٤٣	٠,١١	٠,٠٦	٤,٨١	١,٩٨	٣,٤٥

وبالنسبة لطالبات الجامعات، على مستوى القطر، بلغت النسب العامة للانتشار ما يلي:

المادة المخدرة	حشيش	أفيون	هيروين	كوكايين	مهدئات	منشطات	منومات
النسبة المئوية	٠,٠٩	٠,٠٣	٠,٠٣	-	٣,٢٢	٠,٩٢	٢,٧٥

وفيما يتعلق بعمال الصناعات التحويلية، بلغت النسب العامة للانتشار ما يلي:

المادة المخدرة	حشيش	أفيون	مواد دوائية
النسبة المئوية	١١,٤٤	١,٣٦	١,٨٠

وبطبيعة الحال فإن نسب انتشار تلك المواد المخدرة بين الفئات الاجتماعية المختلفة - كما ظهرت في هذه البحوث - هي النسب التي ظهرت في هذه البحوث التي أجريت في توقيت معين، ووفق منهجية بعينيها، وأدوات تم تطبيقها على أحجام عينات معينة، وهي تعطي مؤشرات قد تفيد في تقدير الأعداد المتوقعة للمتعاطين بالفعل في المجتمع المصري، إلا أن ما يهمنا أن نؤكد عليه هنا هو أن تلك البحوث التي أشرنا إليها هي بحوث يمكن الاعتماد عليها، إذ تتوفر لها المصداقية العلمية، من حيث اتباعها لمنهجيات علمية، وضبط إحصائي وأحجام عينات ممثلة للمجتمع المأخوذ منه، وبالتالي فهي ملتزمة بالمقاييس العلمية، على أي مستوى من المستويات المتوفرة في البحوث العالمية في هذا المجال.

وبناء على عمليات إحصائية لا مجال للخوض فيها، يقدر بعض الباحثين والخبراء متعاطي الحشيش وحده دون غيره من المخدرات الأخرى بين عمال الصناعة في مصر عموما (على سبيل المثال) بـ ٣٤٥٨٣٩ عاملاً تقريباً (منهم حوالي ٢١٦١٥ عاملاً مدمناً أي يتعاطونه بشكل منتظم)[١٠]، بينما يبلغ تقدير متعاطي الأفيون (وهؤلاء يجمعون بينه وبين الحشيش) حوالي ٤١٠٠٦ عامل (منهم حوالي ٢٥٦٣ مدمناً) ويقدر عدد متعاطي المواد الدوائية المؤثرة في الأعصاب من نفس فئة عمال الصناعة عموماً - بحوالي ٥٤٤٠٠ (منهم حوالي ٣٤٠٠ مدمن)[١١].

جهود المواجهة:

يمكن رصد عدد من السمات العامة، التي تشكل معاً تحولاً نوعياً إيجابياً في وعي المجتمع، والدولة في مصر، بظاهرة تعاطي المخدرات وذلك منذ الثمانينيات كما يلي:

١ - الوعي بأن الظاهرة قد وصلت إلى وضع ينذر بالخطر على المجتمع، مما قد يترتب عليه إحداث تأثيرات ضارة بأمنه، ومعوقة لخطط التنمية التي تضعها الدولة في الوقت نفسه. وبالتالي أصبحت المواجهة الجادة لهذه الظاهرة جزءًا لا يتجزأ من عملية التخطيط الاجتماعي، وهو الوعي الذي تجسد في الدعم المتواصل من قبل الدولة، لأجهزة المكافحة، وللبرنامج الدائم لبحوث الإدمان. . . الخ.

٢ - الوعي بأن المواجهة ينبغي أن تكون مواجهة شاملة، بما في ذلك مواجهة عرض المخدرات، عن طريق المكافحة الأمنية، وتطوير القانون بما يتواكب مع تغير وضع الظاهرة. (القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩)، وتنشيط الاتفاقات الدولية والإقليمية، إضافة إلى إعطاء موضوع خفض الطلب الأولوية والأهمية المناسبة له - تمشيا مع توجهات وإرشادات المنظمات الدولية، مثل: البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات التابع للأمم المتحدة U.N.D.C.P، وهيئة الصحة العالمية W.H.O وغيرهما، إذ أثبتت تجارب المواجهة في المجتمعات المختلفة خطأ الاعتقاد بإمكانية مواجهة الظاهرة، من خلال إلقاء كل العبء على أجهزة المكافحة الأمنية والتشريعية. وبالتالي أصبح دعم جهود التوعية - التي تستهدف التحصين من التورط ابتداءً في التعاطي، إضافة إلى توفير وتحسين خدمات العلاج، والتأهيل - من الأمور المستقرة في السياسات التي توضع للمواجهة. وقد كان التجسيد الحقيقي، لهذا المنظور

الجديد في رؤية المشكلة، هو صدور القرار الجمهوري رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ بتشكيل «المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان» برئاسة أعلى سلطة تنفيذية (رئيس الوزراء)، وعضوية كافة السادة الوزراء، ورؤساء الأجهزة ذات العلاقة بالموضوع. وصدور «الاستراتيجية القومية المتكاملة لمكافحة المخدرات، ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان في مصر» عام ١٩٩٢.

* الجهود الأمنية في مجال مواجهة عرض المخدرات:

تعد الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، التابعة لقطاع الأمن الاجتماعي بوزارة الداخلية، هي الجهاز الأساسي للمكافحة، وتقوم بدورها من خلال التنسيق مع أجهزة الدولة المختلفة ذات العلاقة مثل: قوات حرس الحدود (وزارة الدفاع)، ومصلحة الجمارك (وزارة المالية)، والإدارة المركزية لشئون الصيدلة، والإدارة العامة للصحة النفسية (وزارة الصحة)، كما تتعاون أيضا مع عدد من أجهزة وزارة الداخلية ومنها: قوات الأمن المركزي، وأكاديمية الشرطة، ومصلحة أمن الموانىء، وقطاع الأمن العام، والإدارة العامة لشرطة المسطحات المائية، والشرطة المحلية.. الخ، بالإضافة إلى التنسيق مع الجهات الدولية المختلفة مثل: برنامج الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات U.N.D.C.P، والمنظمة الدولية للشرطة الجنائية انتربول interpol والمنظمة العالمية للجمارك.. إلخ وعلى المستوى العربي (أمانة مجلس وزراء الداخلية العرب، والمكتب العربي لشئون المخدرات، والمركز العربي للدراسات الأمنية... إلخ).

وإذا كان المجال لا يتسع في هذه الورقة لرصد الجهود الأمنية في السنوات الأخيرة بشكل تفصيلي، إلا أنه يمكن الإشارة بوجه عام إلى عدد من المؤشرات المهمة منذ بداية التسعينيات، تتمثل فيما يلي:

١ - أدت جهود المكافحة الأمنية ،في مجال الحد من عمليات التهريب من الحدود الدولية، والمنافذ الشرعية، وحملات ضبط تجار المخدرات - إلى ارتفاع أسعار معظم أنواع المخدرات (باستثناء البانجو)[١٢].

٢ - شنت أجهزة المكافحة منذ بداية التسعينيات حملات ضخمة لتدمير الزراعات غير المشروعة كالقنب والخشخاش[١٣].

٣ - تشديد الرقابة على السلائف والكيميائيات ،التي يمكن استخدامها في الصنع غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية بالتنسيق مع الوزارات المعنية.

٤ - تتبع ومصادرة ثروات كبار تجار المخدرات، وإنشاء وحدة خاصة لمكافحة غسيل الأموال المتحصلة من الاتجار غير المشروع بالمخدرات.

٥ - تنشيط التعاون مع الإدارة المركزية للشئون الصيدلية بوزارة الصحة لمراقبة حركة الاتجار المشروع للمخدرات المخصصة للأغراض الدوائية والعلمية لمنع تسربها إلى سوق الاتجار غير المشروع.

* مواجهة الطلب على المخدرات في المجال التشريعي

عبر صدور القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ الذي عدل بعض أحكام القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠، عبر عن حدوث تغير ملموس فيما يتعلق بالموقف القيمي الذي يتخذه المجتمع إزاء المتعاطي والمدمن، إذا أصبح ينظر إليه باعتباره مريضا يحتاج إلى العلاج والمساندة النفسية والاجتماعية، حيث أجاز القانون للمحكمة أن تأمر بإيداع المدمن إحدى المصحات ليعالج، كما نص على جواز عدم رفع الدعوى الجنائية على المدمن الذي تقدم للعلاج من تلقاء نفسه أو بناء على طلب ذويه.

* الجهود في مجال العلاج

تقوم أربعة مراكز حكومية تابعة لوزارة الصحة بعلاج حالات الإدمان وهي مركز العباسية (٣٨ سريراً) ومركز الخانكة (١٠٠ سرير) ومركز حلوان (٢٢ سريراً) وذلك في إطار محافظة القاهرة، وأخيراً مركز المعمورة بمحافظة الاسكندرية (٦٠ سريراً).

ومن خلال دراسة سريعة لأحوال طالبي الخدمة العلاجية بأحد هذه المراكز هو مركز العباسية بمحافظة القاهرة، يمكن استخلاص المؤشرات التالية: كانت أعداد طالبي الخدمة العلاجية بهذا المركز خلال الأعوام الأربعة ٨٨، ٨٩، ٩٠، ١٩٩١، هي على التوالي ٢٥٥، ٢٧٨، ١٦١، ١٣٩ حالة.

وكان مجموع توزيع طالبي العلاج بين المخدرات المختلفة في نفس المركز خلال هذه الأعوام الأربعة كما يلي:

الحشيش (١٢ حالة)، الأفيون (٣٦ حالة)، الهيروين (٢١٨ حالة)، الحقن (٢٦ حالة)، الأقراص (٣٠١ حالة)، أكثر من مخدر (٢٣١ حالة)، الكحوليات (٩ حالات)، المجموع الكلي (٩٣٢ حالة).

وكان مجموع توزيع طالبي العلاج بين المهن المختلفة في نفس المركز وخلال نفس الأعوام الأربعة كما يلي:

تجار (١٥٩ حالة)، موظفون (٨٣ حالة)، طلاب (٦٢ حالة)، عمال (٤٧٩ حالة)، بدون عمل (٤٣ حالة)، مجندون (٥ حالات)، محامون (حالة واحدة)، فنانون (حالة واحدة)، المجموع الكلي (٨٣٣ حالة).

وتصف «الاستراتيجية القومية المتكاملة» الأرقام التفصيلية - التي لا مجال لذكرها هنا - حول حالة طالبي العلاج بهذا المركز (العباسية)

بأن «مركز الثقل في طلب العلاج هو تعاطي الأقراص، يليها الهيروين، هذا من حيث نوع المخدر، أما من حيث العمر فهو المرحلة العمرية من ٢٠ إلى أقل من ٤٠ سنة، ومن حيث المهنة فهو فئة العمال (غالبا الحرفيون)، يليهم فئة التجار، ويلفت النظر.. الكبر النسبي لفئة (مدمني أكثر من مخدر)[١٤] ويلاحظ أنه لا يوجد حتى الآن سجل منظم يمكن الاعتماد عليه فيما يتعلق بمراكز العلاج غير الحكومية (سواء منها الخاصة أو تلك التابعة للجمعيات الأهلية).

* جهود التوعية

تبذل الأجهزة الحكومية والمؤسسات غير الحكومية جهودها في مجال التوعية من خلال وسائل عديدة مثل الإذاعة والتليفزيون والصحافة والندوات والخطب والمواعظ الدينية، كما أن بعض المواد الإعلامية بالمعنى الواسع قد تمارس تأثيرها بشكل غير مقصود إيجاباً أو سلبا.

ولكن الاهتمام بموضوع التوعية ومدى القناعة بأهمية الدور الذي يمكن لها أن تلعبه في مجال خفض الطلب على المخدرات في المجتمع المصري لا يزال محل شك.

ومن المؤشرات على ذلك أنه بينما نستطيع أن نجد سجلات منظمة عن الجهود المبذولة في مجالات المكافحة الأمنية والتشريعية وجهود العلاج... إلخ على الأقل فيما يتعلق بالجهود الرسمية - فإننا في المقابل لا نجد أي سجل منظم يمكن الرجوع إليه لوضع حصر دقيق بجهود التوعية المبذولة سواء من قبل الأجهزة الحكومية أو الجمعيات الأهلية.

وبوجه عام يمكن وصف الطابع العام لتلك الجهود كما يلي:

١ - التركيز على المدخل الأخلاقي ،والتحذير من التورط في المخدات

ابتداءً. (أي التركيز على الوقاية من الدرجة الأولى دون الثانية والثالثة).

٢ - الطابع التعليمي المباشر فيما يخص أضرار التعاطي والإدمان.

٣ - الإكثار من عرض المناخ الاجتماعي لتعاطي الحشيش بصورة إيجابية في الدراما التليفزيونية والأفلام السينمائية، في مقابل إبراز الحالة المتردية التي يصل إليها مدمنو الهيروين مثلا.

ويرصد الدكتور محيي الدين حسين مشكلات الإعلام في هذا الصدد كما يلي[١٥]:

١ - فجائية المعالجة.

٢ - عدم تكاملية البرامج الإعلامية المختلفة، وعدم تكاملية هذه البرامج مع برامج المؤسسات التعليمية والتربوية الأخرى.

٣ - عدم توافر المعلومات الكافية عند معدّي ومقدّمي البرامج.

٤ - افتقاد مهارات الاتصال.

٥ - عدم التحوط لمسألة استثارة حب الاستطلاع عند الجمهور.

٦ - عدم التوفيق في مسألة تصنيف الجمهور.

٧ - افتقاد التقويم لما يقدمه الإعلام للجمهور من مضامين معينة في إطار برامجه المختلفة.

قضايا مطروحة للتفكير والنقاش

١- دور العقيدة الدينية في مجال التوعية:

لا شك أن لرجال الدين دوراً أساسياً في مجال التوعية من أخطار التورط في المخدرات، وقد تزايدت قناعة المنظمات الدولية والجماعة العلمية بهذا الدور خلال السنوات الأخيرة، إلا أن الخطورة تكمن في

الاقتصار على المدخل الروحي - الديني كمدخل وحيد للتعامل مع ظاهرة تعاطي المخدرات. لذلك فإنه من الأهمية بمكان التأكيد على أن هذا الدور ليس بحال من الأحوال بديلا عن استخدام الضوابط العلمية الصارمة سواء في مجالات البحث أو الوقاية أو العلاج، وأن توظيف هذا العنصر المهم «يجب أن يتم عن طريق التخطيط الدقيق وكجزء لا يتجزأ من برنامج شامل»[١٦] وأن من الضروري توفير تدريب خاص للقائمين على هذا النوع من التوعية وإمدادهم بالمعلومات الدقيقة والفهم الصحيح للظاهرة. «كما ينبغي تعديل مواقف المدربين بحيث تتوافق مع مواصفات كل مجتمع معين ومجموعة القادة الدينيين». وفي هذا الشأن، تجدر الإشارة إلى أن الوعظ وحده لا يكاد يغير سلوك مدمن أو منحرف. وأفضل شيء هو أخذ الفحوى الإيجابية للتعاليم الدينية وإدماجها في برنامج شامل[١٧].

٢- الموقف من استخدام وسائل الإعلام الجماهيري في مجال التوعية:

يتراوح موقف المختصين والخبراء إزاء هذه المسألة؛ فبينما يرى البعض ضرورة استخدام تلك الوسائل الإعلامية الواسعة الانتشار - كالراديو والتليفزيون والصحافة - في مجال التوعية، انطلاقا من مبدأ «الحق في المعرفة» أو «الحق في المعلومات» وكذلك مبدأ «المسئولية الشخصية»، إلا أنه في المقابل فإن التوسع في استخدام هذه الوسائل قد ينطوي على أضرار جسيمة.

وقد سبق أن أشرنا إلى ملاحظات الخبراء على استخدام وسائل الإعلام الجماهيرية، وبالتالي فمن المهم أخذ توجهات الهيئات الدولية ذات الخبرة في هذا المجال بعين الاعتبار، فقد رأت هيئة الصحة العالمية على سبيل المثال أنه «بغض النظر عن كون هذا الحديث يتم بنغمة إيجابية.. (فإن).. مجرد تكرار هذا الحديث يمكن أن يكون فيه

الكفاية لإضفاء الجاذبية على هذا الموقف، وبالتالي فربما يأتي بما هو عكس المقصود تماما، كما ترى أن «إلقاء المعلومات (عن المخدرات) من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية، حتى ولو تم إعداده بعناية، سوف يصل إلى مجموعات من المواطنين لم يكونوا مقصودين أصلا بهذه الرسالة»[١٨]. ويرى البعض أن استخدام تلك الوسائل هو «سيف ذو حدين».

وتوجه «الاستراتيجية القومية المتكاملة» النظر إلى الأفضلية المطلقة للندوات في التجمعات الشبابية باعتبارها أكثر الأساليب جدوى، إذا تحدد جمهورها في تلك الفئات الهشة (أي تلك التي يحتمل تورطها في التعاطي وفقا لنتائج البحوث) دون غيرها من الفئات.

٣- أهمية إعادة النظر في الخطاب الوقائي:

يقصد بالخطاب الوقائي هنا أي رسالة اتصالية تهدف إلى التوعية والوقاية من التورط في المخدرات، سواء كان ذلك من خلال خطبة دينية أو ندوة توعية أو عبر الإذاعة أو التليفزيون أو الصحافة.

وكما سبق أن أشرنا فإن الخطاب الوقائي القائم حاليا يميل إلى الوعظ الأخلاقي ويعتمد على المبالغة في التخويف والترهيب... إلخ. إن الإلحاح والإكثار من إثارة الموضوع، مثله مثل عرض المناخ الاجتماعي لجلسات التعاطي بشكل إيجابي في الدراما والأفلام، قد يدفع بعض الشباب المغامر لخوض هذه التجربة.

كما أنه من المفيد تصحيح بعض الأوهام والأفكار الخاطئة التي تشيع بين بعض الفئات حول المخدرات وآثارها، مثل الاعتقاد بوجود علاقة بين المخدر وزيادة القدرة على الإبداع أو زيادة القدرة الجنسية أو زيادة التحمل في بعض الأعمال الشاقة. من ناحية أخرى، فإنه ينبغي

أن يكون الخطاب الوقائي ملائما للجمهور الذي يتم توجيهه إليه، على سبيل المثال فإن تقديم معلومات غير دقيقة ومبالغ فيها عن الآثار المترتبة على تعاطي بعض المخدرات الأقل تأثيرا مثل الحشيش مثلا، قد يؤدي إلى فقدان الخطاب الوقائي لمصداقيته وفقدان صاحب الخطاب لاحترامه والثقة فيه، إذا ما كان الشباب الموجه إليه الخطاب هم ممن سبق لهم تجريب المخدرات ويعرفون الفروق بين الآثار المترتبة على تعاطي الأنواع المختلفة من المخدرات: فالقائمون على التوعية ينبغي تدريبهم على التمييز في التعامل مع جمهور يحتاج إلى الوقاية من الدرجة الأولى أو الدرجة الثانية أو الدرجة الثالثة.

٤- دور المؤسسات التربوية في مجال التوعية:

يثير دور المؤسسة التربوية، وكيفية توظيف المناهج الدراسية في التوعية من المخدرات والإدمان إشكاليات مشابهة لما أثير بصدد استخدام وسائل الإعلام الجماهيرية.

فبينما يميل البعض إلى قيام المؤسسة التربوية بدور مباشر في هذا الأمر، والعمل على إدخال بعض مواد توجيهية وإرشادية في المناهج الدراسية، فإن العديد من الخبراء التربويين إلى أن «التلاميذ يفتقرون كثيرا إلى المناعة ضد أخطار تعاطي المخدرات وأن أي برنامج وقائي يتعلق بالمدارس يمكن أن يعمل كسيف ذي حدين، إذ إنه يزيد فضول الأطفال. ولعل من الممكن أن تستخدم المدارس على أفضل وجه كمجتمعات نموذجية لأسلوب العيش الصحي»[١٩]. كما ينبه الخبراء على عدم التوجه إلى وضع مناهج خاصة تتناول بشكل مباشر موضوع المخدرات. بل المطلوب هو إعادة النظر في المناهج أو تكييفها لتصبح قادرة بالفعل على تحقيق الأهداف التربوية وخاصة ما يتصل ببناء الشخصية وتنميتها»[٢٠].

المراجع والهوامش:

(١) * التقارير السنوية الصادرة عن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات (من عام ١٩٨٠ حتى عام ١٩٩٠) وأي بينات من مصادر أخرى صادرة عن الإدارة سوف نشير إليها في المراجع.
* استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان في مصر (التقرير النهائي)، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان (لجنة المستشارين العلميين، القاهرة، ١٩٩٢).

(٢) لواء محمد سيد شعراوي، الموقف الراهن للاتجار غير المشروع بالمخدرات في مصر (فبراير ١٩٩٧)، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، تقرير مقدم إلى المؤتمر الدولي المعني بتقليل الطلب على المخدرات في الشرق الأوسط الذي نظمه برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات U.N.D.C.P، أبوظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة، ٢-٤ مارس ١٩٩٧.

(٣) لواء محمد سيد شعراوي، مرجع سبق ذكره.

(٤) لواء محمد سيد شعراوي، مرجع سبق ذكره.

(٥) لواء محمد سيد شعراوي، مرجع سبق ذكره.

(٦) لواء محمد سيد شعراوي، مرجع سبق ذكره.

(٧) استراتيجية قومية متكاملة، (ص٥٨-٥٩).

(٨) لواء محمد سيد شعراوي، مرجع سبق ذكره.

(٩) اعتمدنا هنا على البيانات والجداول الواردة في «استراتيجية قومية متكاملة» (ص٦٣-٦٨).

(١٠) استراتيجية قومية متكاملة، ص٨٣.

(١١) استراتيجية قومية متكاملة، ص٨٤.

(١٢) لواء محمد سيد شعراوي، مرجع سبق ذكره، ص٩.

(١٣) تعطى حملة فبراير ١٩٩٧ مؤشراً واضحاً على حدوث تحول نوعي في الحملات في سيناء إذ تم استخدام طائرات الهليوكوبتر في عمليات

الاستطلاع والتوجيه والإبرار الجوي للقوات، وشارك في الحملة ما يزيد على ألفي ضابط وجندي من الشرطة والقوات المسلحة، واستمرت الحملة ١٢ يوما متصلة، ونجحت في ضبط عدد ٩٥٣ مزرعة خشخاش بلغت مساحتها الإجمالية نحو ٨٨٤ فداناً بالإضافة إلى ٥٦٧ مزرعة قنب بلغت مساحتها الإجمالية نحو ٣٤٣ فداناً إلى جانب كميات كبيرة من نبات القنب الجاف (البانجو) وبذور الخشخاش وخام الأفيون وبعض الأسلحة النارية والذخائر وبعض الأدوات ومستلزمات الزراعة.

(١٤) استراتيجية قومية متكاملة ص١١٠.

(١٥) محيي الدين حسين، تدريب الإعلاميين وترشيد الإعلام، الندوة القومية لكافحة المخدرات وعلاج الإدمان، ٢٩-٣٠ أكتوبر ١٩٩٤، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان (لجنة المستشارين العلميين)، القاهرة، ١٩٩٤.

(١٦) أحمد محيط، المعالجة وإعادة التأهيل بشأن تعاطي مواد الإدمان، المؤتمر الدولي المعني بتقليل الطلب على المخدرات في الشرق الأوسط، البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات U.N.D.C.P، أبوظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة، ٢-٤ مارس ١٩٩٧، ص١٩.

(١٧) أحمد محيط، مرجع سبق ذكره، ص١٩.

WHO Techn. Rep ser. No.551 Geneva 1974. P. 46 & 47.

(١٨) أحمد محيط، مرجع سبق ذكره، ص٢٠.

(١٩) فؤاد أبو حطب وآخرون، تقرير غير منشور، تقرير اللجنة التربوية، الاجتماع الاستشاري حول «المخدرات، المواجهة والتحدي»، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، ٦-٨ إبريل ١٩٩٦، ص٧.

اليوم الرابع للمؤتمر
الأربعاء ٢١ مايو ١٩٩٧

الجلسة الثانية

الرئيس : دكتور فريدون مهرابي

المقرر : دكتور خالد الصالح

الباحثون : ١ - دكتور عبدالله بن ابراهيم الشريف
٢ - دكتور عادل الزايد

رعاية المتعاطي والمدمن داخل وخارج المستشفى

الدكتور عبدالله بن إبراهيم الشريف

استشاري طب الأسرة والمجتمع

المشرف العام ومدير مستشفى الأمل بالدمام

رعاية المتعاطي والمدمن داخل وخارج المستشفى

الدكتور عبدالله بن إبراهيم الشريف

استشاري طب الأسرة والمجتمع

المشرف العام ومدير مستشفى الأمل بالدمام

مقدمة :

تعتبر الرعاية الاجتماعية لمرضى التعاطي والإدمان من أهم الركائز العلاجية الصحية لضمان سلامة المريض وعدم انتكاسه وعودته إلى تعاطي المخدرات. فهي عملية تربوية واجتماعية واقتصادية تهدف إلى إعادة التأهيل للمرضى بشتى النواحي ليتمكنوا من العيش السوي وممارسة حياة جديدة يتم فيها تجاوز الظروف المسببة للتعاطي والإدمان.

ولتحقيق هذه الأهداف يقوم المستشفى بتقديم الرعاية الاجتماعية للمريض على محورين رئيسيين:

- المحور الأول: الرعاية الاجتماعية داخل المستشفى.
- المحور الثاني: الرعاية الاجتماعية بعد خروج المريض من المستشفى.

محاور التدخلات الاجتماعية

أولا: الرعاية الاجتماعية داخل المستشفى

تبدأ هذه المرحلة عند دخول المريض للعلاج ويتم تحقيق أهداف هذا المحور عن طريق الوسائل التالية:

١- البحث الاجتماعي والتقييم:

يتضمن هذا البحث البيانات الأولية والتاريخ الشخصي (تاريخ الطفولة) وتكوين البناء الأسري، والتدقيق حول المؤشرات الاجتماعية للإدمان، والتاريخ التعليمي والوظيفي والجنائي والجنسي، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي في نهاية البحث بتحديد أسباب الإدمان، ومشكلات المريض الأسرية والاجتماعية، ويمكن التنبؤ بمقومات التعافي، واستنباط العوامل التي قد تساعد المريض على الشفاء بإذن الله.

٢- التدخل الاجتماعي:

تعتمد خطة التدخل الاجتماعي على عناصر أساسية، وهي:

أ - الجلسات الفردية للتعامل مع مشكلات المريض باستخدام أساسيات العلاج الفردي (التقبل - الاستماع - المساندة - التشجيع - الشرح - التفسير - إتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر والأفكار - المواجهة - تدريب المريض على التأهيل وتحمل الضغوط).

ب - الاتصال الأسري والمقابلات الأسرية بالمستشفى للمساعدة في حل مشكلات المريض مع أسرته، وشرح مفهوم الإدمان كمرض للأسرة، وإتاحة الفرصة أمام أفراد الأسرة للتعبير عن مشاعرهم، واتجاهاتهم نحو المريض، وذلك لمساعدتهم على التخلص من

المشاعر السلبية تجاه المريض، وتكوين مفهوم جديد لدى أفراد الأسرة، يعتمد على منح الثقة للمريض، من خلال فهم مراحل مرض الإدمان والوعي بظروف الانتكاسة، وكيفية التعامل معها على نحو يعزز فاعلية العملية العلاجية.

ج - متابعة وتدوين الملاحظات حول مشاركة المريض في الأنشطة العلاجية داخل المستشفى. وتسجيل أساليب التدخل الاجتماعي وفق ما يطرأ على المريض من خلال مشاركته في البرامج العلاجية، بالإضافة إلى تزويد الفرق العلاجية بالمعلومات التي يرى الأخصائي الاجتماعي أنها ضرورية في تقييم الخطة العلاجية المتكاملة للمريض.

د - وضع خطة خروج المريض وحل مشاكله الاجتماعية:

وتهدف هذه الخطة إلى إزالة المعوقات الأسرية والبيئية والنفسية والاجتماعية والعملية، التي تعوق عودة المريض إلى الحياة الطبيعية، ومعاونة المريض على اكتشاف قدراته الذاتية والبيئية، وتمكينه من تكوين شبكة علاقات جديدة مع أفراد أسرته وأصدقائه، حيث يعمد الأخصائي الاجتماعي إلى منح المريض أجازة علاجية لمدة يوم أو يومين، بهدف تدريب المريض تدريجيا لمواجهة المجتمع الخارجي، وحث المرضى العاطلين على الانخراط في البرامج التأهيلية كالدورة الخاصة بتعليم الكمبيوتر والتي تقام داخل المستشفى.

هـ - إلقاء المحاضرات التثقيفية للمرضى داخل الأقسام.

ثانيا: الرعاية الاجتماعية بعد خروج المريض:

يقوم المستشفى بتقديم هذه الخدمة للمرضى، وذلك من خلال المشاركة ضمن فريق وحدة الرعاية المستمرة، بتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة للمريض، حيث يتم ذلك من خلال الوسائل التالية:

١ - يقوم الأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية بمقابلة أسرة المريض؛ لحل المشكلات الاجتماعية التي تعترض المريض بعد خروجه من بيئة المستشفى المحمية إلى بيئة المريض الاجتماعية.

٢ - كما يقومون بمساعدة المريض وتحديد دوره في الأسرة وتعريف الزوجة أو الأم على هذا الدور.

٣ - تقوم الأخصائية الاجتماعية بتثقيف زوجة المريض أو والدته حول السبل الداعمة لشخصية المريض؛ لتقوية معنوياته؛ وإعطائه دوراً إيجابياً بين أفراد الأسرة.

٤ - يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتعرف على مشاكل المريض الاجتماعية، التي يسببها له الأقارب أو الأصدقاء أو حتى معارفه، حيث يتم تدريب المريض على أخذ الموقف الاجتماعي الإيجابي في حل الأزمات والمشاكل الاجتماعية.

٥ - إحالة المريض عند الحاجة لبعض أعضاء الفريق العلاجي في وحدة الرعاية المستمرة، مثل الأخصائي النفسي عند اكتشاف المشكلات النفسية ومناقشة حلولها معهم.

٦ - التنسيق مع قسم شئون المرضى ومرشد التعافي لحل مشاكل المريض مع عمله أو مساعدته للحصول على عمل.

الخلاصة:

إن دور الرعاية الاجتماعية للمريض، سواء أكان متعاطياً للمخدرات أم مدمناً عليها، يجب أن لا يقتصر على الخدمات المقدمة للمريض داخل المستشفى، بل تمتد بعد خروجه من المستشفى ومتابعته في وحدة الرعاية اللاحقة (العيادات الخارجية) وذلك لضمان سلامة المريض وعدم انتكاسه، والعودة للمجتمع كفرد منتج.

وضع المخدرات في الكويت
قبل الغزو العراقي وبعده

الدكتور عادل الزايد

أخصائي الأمراض النفسية - الكويت

وضع المخدرات في الكويت قبل الغزو العراقي وبعده

الدكتور عادل الزايد
أخصائي الأمراض النفسية - الكويت

مقدمة:

لقد تمت محاولات قليلة للتعرف على مشكلة الإدمات في الكويت، فركزت بعض الدراسات على الجوانب الاجتماعية لمسيئي استخدام المواد(دمرداش وآخرون، ١٩٨١). وهناك دراسات أخرى عنيت بمتابعة الرعاية البعدية(بلال، وخطاف، ١٩٩٢)، أو بسمات الشخصية (أمير، ١٩٩٤)، وبموقف الناس تجاه هذه الفئة من المرضى (بلال وآخرون، ١٩٩٠). لكن لا توجد دراسة واحدة حاولت أن تقيّم أثر حرب الخليج على إساءة استخدام المخدرات في الكويت.

وهناك حاجة إلى هذا النوع من الدراسات لفهم حجم هذه المشكلة من مختلف جوانبها ولتقييم نتائج القياسات الوطنية التي تستخدمها الإدارات الحكومية للسيطرة عليها، حيث إنه قد وجد أن تهريب المخدرات والخمور هما أشيع الجرائم في الكويت بعد الغزو(فيدو والجبلي، ١٩٩٣)، كما أنها ستساعد في تقييم خطط العلاج وفي إعادة تقييم الطرق الراهنة في الإدارة.

من هنا كانت هذه الورقة محاولة لإلقاء الضوء على الفوضى في استخدام المواد في الكويت قبل الغزو وبعده.

منهجية البحث:

تكونت العينة من ٢١٣٥ ملفا: وهي مجموع الملفات الموجودة في إدارة الملفات بمستشفى الطب النفسي في الكويت خلال فترة الدراسة. روجعت الملفات وجمعت البيانات الخاصة بالعمر والمادة المستخدمة. وقد أظهر التحليل الإحصائي للبيانات المجموعة النتائج التالية:

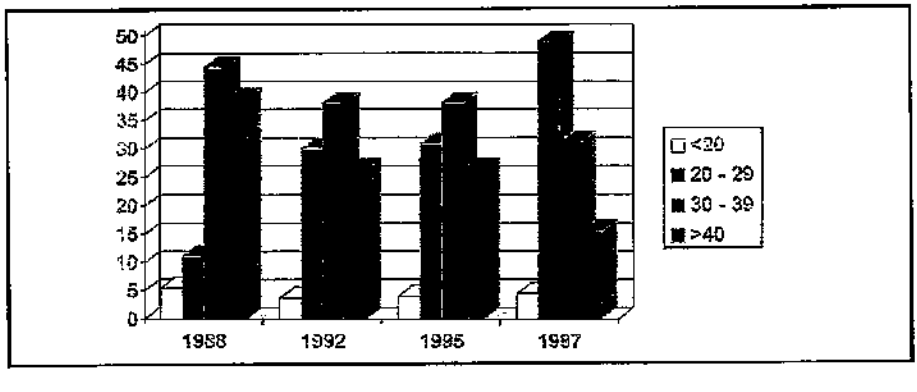
النتائج:

من الرسم البياني (١)، الذي يمثل التوزيع العمري، يمكن أن نرى أن الفئة العمرية (٣٠ - ٣٩) كانت تمثل عام ١٩٨٨ ٤٥٪ من المدمنين مقارنة بالفئة العمرية (٢٠ - ٢٩) التي كانت تمثل ١٠٪ فقط من المدمنين.

على الرغم من الزيادة الكبيرة في عدد المدمنين من الفئة العمرية (٢٠ - ٢٩) خلال عامي ١٩٩٢ و١٩٩٥ لا يزال العدد الأكبر من المدمنين في الفئة العمرية (٣٠ - ٣٩).

والتغير الآخر المهم كان الانخفاض الملحوظ الذي حدث في عدد المدمنين في الفئة العمر(>٤٠) خلال الفترة من ١٩٨٨ وحتى ١٩٩٧ حيث كانت النسبة ٣٨٪ و١٥٪ على التوالي.

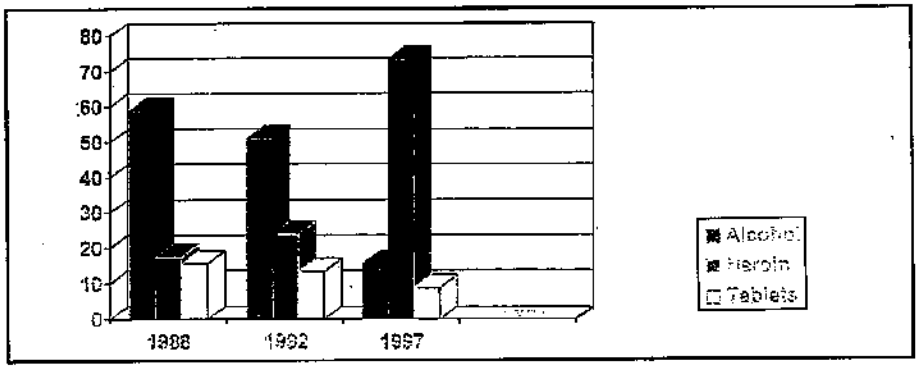
التوزيع العمري



في عام ١٩٨٨، كان الكحول هو أشيع المواد المُساء استخدامها (٥٩٪)، مقارنة بنسبة ١٣٪ فقط عام ١٩٩٧.

ظهر تزايد قليل في إساءة استخدام الهيروين في عام ١٩٩٢ (٢٢٪)، مقارنة بعام ١٩٨٨ (١٨٪). لكن في عام ١٩٩٧ أصبح الهيروين هو أشيع المواد المساء استخدامها (٧١٪).

المواد المسببة للإدمان



المناقشة:

كان من المعتاد أن الكحول هو الأشيع بين المواد المساء استخدامها حتى عام ١٩٩٤ (درويش، ١٩٩٤) وهذا يتفق مع دراسة أخرى أجريت قبل ١٦ عاما (دمرداش وآخرون، ١٩٨١). لكن لوحظ في هذه الدراسة أن الهيروين هو أشيع المواد المخدرة المساء استخدامها عام ١٩٩٧.

اتجه المدمنون في فترة ما بعد الغزو إلى بدء سلوكهم الإدماني في سن أصغر.

اليوم الرابع للمؤتمر
الأربعاء ٢١ مايو ١٩٩٧م

الجلسة الثالثة

الرئيس : دكتور فؤاد أبو حطب

المقرر : الأستاذ عبدالحميد البلالي

الباحثون: ١ - دكتور فريدون مهرابي
٢ - دكتور مالك مبشر
٣ - دكتور أحمد القاضي

إساءة استخدام المخدرات والكحول في إيران قبل الثورة الإسلامية وبعدها

الدكتور فريدون مهرابي

رئيس قسم الطب النفسي - جامعة إيران
للعلوم الطبية - طهران - إيران

إساءة استخدام المخدرات والكحول في إيران قبل الثورة الإسلامية وبعدها

الدكتور فريدون مهرابي

رئيس قسم الطب النفسي - جامعة إيران للعلوم الطبية

إيران

١ - مقدمة

١-١ معلومات عامة عن إيران:

سكان إيران حوالي ٦٠ مليونا. يتكون الإيرانيون من مجموعات عرقية مختلفة كالفارسيين Fars، الذين يشملون الزرادشتيين، والعرب، واللوريين Lors، والأكراد والأزَر، والأرمن، والسريان، والبلوش، والتركمان. اللغة الرسمية هي الفارسية، لكن توجد مجموعات عرقية مختلفة تتحدث لغات عرقية مختلفة ولكنات محلية، بعضها بعيد إلى حد كبير (مثل: الجيلاكية، Gilak والمازندرانية). ومن هذه اللغات: العربية والتركية والكردية والأرمنية والسريانية والبلوشية والتركمانية. الديانة الرسمية هي الإسلام. والزرادشتية والنصرانية واليهودية ديانات أخرى لأقليات معترف بها ولها أعضاء في البرلمان. المسلمون أكثر من ٩٧٪. وتبلغ مساحة إيران ١,٦٤٨,١٩٥ كم^{٢} (البلد رقم ١٦ في العالم من حيث المساحة).

على حدود إيران شمالا تقع مجموعة الجمهوريات المستقلة حديثا عن الاتحاد السوفييتي (٢٠١٣ كم). وفي شرقها أفغانستان (٩٤٥ كم) وباكستان (٩٧٨ كم). وفي غربها تركيا والعراق (١٦٠٩ كم).

طهران هي العاصمة طوال القرنين الماضيين. كانت في أول الأمر قرية صغيرة، فصارت الآن مدينة ضخمة بها حوالي ١٠ مليون نسمة. وطهران هي المركز الرئيسي في البلد ثقافيا واقتصاديا وتعليميا. وتنقسم إيران إلى ٢٦ محافظة. والمدن الكبيرة إلى جانب طهران هي: مشهد في الشمال الشرقي، واصفهان في الوسط، وشيراز في الجنوب، وكرمنشاه في الغرب، وكرمان في الجنوب الشرقي، والأهواز في الجنوب قرب الخليج الفارسي، ورشت في الشمال قرب بحر قزوين.

إيران جمهورية إسلامية منذ ١٩٧٩. وكان اقتصادها التقليدي يعتمد على الزيت، لكن جرت مؤخرا محاولات كثيرة لإقامة البنية التحتية للبلد وأصبح الاعتماد على الزيت يتناقص تدريجيا.

أحرز البلد نجاحا كبيرا في قطاعي الصحة والتعليم. فقد انخفض معدل وفيات الأطفال من ١٤٥ لكل ألف مولود حي عام ١٩٦٠، و١٠٤ لكل ألف مولود حي عام ١٩٧٩ إلى ٣٥ في الألف عام ١٩٩٥. وقد تم إنجاز ذلك من خلال شبكة شاملة ومتكاملة لنظام الرعاية الصحية الأساسية تحت إشراف وزارة جديدة مسؤولة عن جميع أنشطة التربية الصحية والعلاجية. وكانت الصحة النفسية جزءا من هذا النظام، وهي الآن جزء من أنشطة الدولة في الرعاية الصحية الأساسية (PHC) بما يغطي أكثر من ٨ مليون. كذلك ارتفع معدل معرفة القراءة والكتابة بين الرجال والنساء من ٣٧,٦١٪ عام ١٩٨٠ إلى ٦٠,٧٨٪ عام ١٩٩٥ على التوالي.[١-٢]

١ - ٢ تاريخ إساءة استخدام المخدرات والكحول في إيران:

كان استخدام الأفيون طبيا شائعا في إيران قرونا. فقد كان ابن سينا والرازي - وهما من أشهر الأطباء الإيرانيين - على علم بآثاره

العلاجية والعقاقيرية. وفي الشعر الإيراني القديم ذكر سعدي وحافظ على الأفيون كلاما إيجابيا قويا، فوصفه أحدهما بأنه ترياق للألم وأشار إليه الآخر بأنه علاج لكل الأمراض. أما استهلاك الأفيون بشكل غير قانوني فقد بدأ زمن الصفويين منذ نحو أربعة قرون. فقد أشار الفرنسي «جون شردان» John Chardan في مذكراته عن رحلته إلى إيران إلى استهلاك الطبقات العليا من الإيرانيين للأفيون كمهدئ. كما وصف «جون ب. ترافيرنيير» John B. Traverniere[٣] تناول العامة شراب «كوكونار» Kookonar المصنوع من الأفيون. وكلا الكاتبين زار إيران خلال حكم الصفويين. وخلال فترة حكم أسرة القاجار Qajar التي قامت منذ حوالي ٢٠٠ سنة تزايد استهلاك الأفيون كثيرا. وقد بدأ تدخين الأفيون وانتشار زراعة الخشخاش في عهد ناصرالدين شاه من أسرة القاجار[٤] ومنذ ذلك الوقت أصبح تدخين الأفيون علنا وفي داخل البيوت سلوكا اجتماعيا مقبولا، أشبه باستهلاك الكحول في الغرب. كذلك فإن تصدير الأفيون قد بدأ في تلك الفترة.

تزايد التوجه لاستهلاك الأفيون خلال حكم أسرة بهلوي حتى عام ١٩٥٥[٥] حين صدر أول قانون بمنع زراعة الخشخاش. ولكن هذا لم يحدث تغييرا في الوضع. فقد استمرت الزراعة في كثير من المناطق النائية، كما بدأ التهريب من البلدان المجاورة. وأول حالة إساءة استخدام الهيروين يُبلَّغ عنها كانت في عام ١٩٦٠. وفي ١٩٦٩ أقرّ البرلمان تشريعا جديدا يسمح بزراعة الأفيون على نطاق محدود. وقد ذكرت أسباب سن هذا التشريع على النحو التالي:

١ - مكافحة إساءة استخدام الهيروين.

٢ - السيطرة على مدمني الأفيون.

٣ - مكافحة تهريب العقاقير المخدرة.

وفي هذا الصدد، ونظرا للأعداد الهائلة من المدمنين ولعدم توفر الإمكانات الكافية لتخليصهم من السموم ولإعادة تأهيلهم، فقد سمح هذا القانون بنظام لتوزيع الأفيون بالبطاقات على من جاوزوا سن الستين ومن يعانون من مشكلات حادة تعيقهم بدنيا. وهكذا ظهر تسجيل المدمنين لأول مرة في الساحة الإيرانية للمخدرات(٦).

وبعد قيام الثورة الإسلامية عام ١٩٧٩، سرعان ما سن قانون لمكافحة إساءة استخدام المخدرات. وبموجب هذا القانون اعتبر المدمنون مجرمين ووضعوا في معسكر خاص للعلاج. كما اتخذت إجراءات صارمة ضد مهربي المخدرات، مع تشديد الرقابة على الحدود وعلى إجراءات تطبيق القانون. وقد كانت الإجراءات من الشدة بحيث إنه طبقا لآخر الإحصاءات عام ١٩٩٦، كان حوالي ٦٠٪ من جميع المسجونين (٦٦٠٠٠) هم من أصحاب المخالفات ذات العلاقة بالمخدرات(٧).

قبل الثورة الإسلامية كان مباحا إنتاج الكحول وشربه، وكان معدل استهلاك الفرد - رغم أنه أقل كثيرا عنه في البلاد غير الإسلامية - يشير إلى توجه للارتفاع بين عامي ١٩٧٠-١٩٧٩(٨). في تلك الفترة كان استهلاك الكحول في إيران أعلى منه نسبيا في بعض البلاد الإسلامية الأخرى التي أعلنت استهلاكها السنوي. كما كان أقل من البعض الآخر.

وعقب قيام الثورة الإسلامية منع كلية إنتاج الكحول واستخدامه في البلاد، وحولت مصانع الكحول إلى إنتاج مشروبات غير كحولية وإنتاج الكحول الطبي والصناعي. بالطبع كان هناك نسبة من التهريب والإنتاج البيتي تستمر بصفة غير مشروعة. لا توجد إحصاءات يوثق بها عن جملة ما يستخدم من الكحول، وليس هناك هيئة رسمية مسؤولة

عن توفير مثل تلك الإحصاءات. لكن يمكن للمرء، انطلاقا من جميع المؤشرات الاجتماعية، أن يزعم وهو مطمئن أن استهلاك الكحول خاصة بين العامة والطبقة العاملة قد انخفض بشكل مفاجئ.

٢ - وضع المخدرات في إيران

٢ - ١ اعتبارات عامة

أهم المواد التي يساء استخدامها في إيران بعد التبغ هي الأفيون والهيروين. وهناك قدر من الاستهلاك من الحشيش والمورفين. وقد ظهرت مؤخرا تقارير من وقت لآخر عن اختراقات للكوكايين إلى المستهلكين من الطبقة العليا.

٢ - ٢ ناحية العرض

كل الأفيون والهيروين المستهلك في إيران يرد إلى البلد عن طريق الحدود الشرقية مع أفغانستان وباكستان. وإيران طريق عبور لهذه المخدرات إلى أوروبا وأجزاء أخرى من العالم، لكن قيل إن أهميتها كمعبر قد قلّت خلال السنوات الأخيرة. والأسباب كثيرة، من بينها: ظهور الجمهوريات المستقلة حديثا عن الاتحاد السوفييتي السابق كمعابر جديدة، والنقل عبر المطارات في دول الخليج، وصرامة الإجراءات القانونية في إيران. ومما يجب ملاحظته أن حدود إيران تمتد ٢٠٠٠ كم مع الجيران الشرقيين. ومعظم هذه المناطق عبارة عن مناطق وعرة فلا تؤثر كثيرا الشدة في تطبيق الإجراءات القانونية، فيكاد يكون من المستحيل وقف هذه الحركة.

فيما يلي الإحصاءات الرسمية لمضبوطات العقاقير المخدرة في سنوات ١٩٩٠-١٩٩٦. وهي مقدَّمَةٌ من المراكز الإيرانية الوطنية

لمكافحة المخدرات. يشير مجموع المضبوطات إلى زيادتها خمسة أضعاف ما بين عامي ١٩٩٠ و١٩٩٦ (من ٣٢ طنا عام ١٩٩٠ إلى ١٥٦ طنا عام ١٩٩٦). تقسيم إجمالي هذه الكمية على المواد المختلفة يبرز وجود الاتجاهات التالية خلال تلك الفترة. فمضبوطات القنّب قد ازدادت بمعدل مرتين ونصف. وباستثناء زيادة حادة عام ١٩٩٢ غير موضحة السبب، بقيت مضبوطات الهيروين ثابتة تقريبا بينما تضاعفت مضبوطات المورفين. لكن أكثر الزيادات حدة كانت في الأفيون الذي تضاعف أكثر من ست مرات من ٢٠ طنا عام ١٩٩٠ إلى ١٢٢ طنا عام ١٩٩٥[٩].

٢ - ٣ ناحية الطلب

لا يعرف بالضبط عدد الأشخاص أصحاب مشكلة إساءة الاستخدام. إنه ليس من السهل القيام بدراسات الأوبئة في مجالات الاعتماد dependency. وتكون هذه الدراسات أكثر صعوبة عندما ينظر إلى الإدمان على أنه سلوك إجرامي وليس مرضا. ويرجع التاريخ الحديث للقيام بدراسات وبائية على الاعتماد في إيران إلى دراسة أجريت عام ١٩٥٥[١٠]. وقد وضعت هذه الدراسة معدل إدمان المخدرات عند ٧٥ في الألف للذكور من السكان فوق سن الخامسة عشرة. أما الدراسة الثانية فقد أجريت عام ١٩٥٨[١٠] وجاء المعدل بها ١٠ في الألف، أي أقل بنحو ثمانية أضعاف. وقد وجه نقد واسع لمنهجية هذه الدراسة الثانية، ويسود اعتقاد بأن المعدل الأول أكثر دلالة على الحقائق. وفي تقرير لـ «المعهد القومي بالولايات المتحدة لبحوث إساءة استخدام المخدرات»[١٠] - واستشهدت به مطبوعة «المنظمة الإيرانية للرعاية الاجتماعية» - ورد أن عدد المدمنين في إيران عام ١٩٧٥ بلغ ٤٠٠٠٠٠. وفي عامي ١٩٧٧-١٩٧٨ أجرت الحكومة الإيرانية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية دراسة وبائية علمية على

مستوى القطر لتحديد معدلات حالات الأمراض العقلية وإدمان المخدرات. وليس لدينا الآن سوى نتائج هذه الدراسة بالنسبة لأربع محافظات فقط. تبين هذه الدراسة أن المعدل الإجمالي هو ٩٠ في الألف بين الذكور البالغين فوق سن الخامسة عشرة. وفي محافظة (هرمزجان) جاء المعدل مرتفعا بشكل حاد (١٧٠ في الألف). وقد اعتمدت هذه الدراسة على طريقة عينات البول[١١]. وفي عام (١٩٧٨) نفسه أوضحت دراسة أخرى أن معدل إدمان المخدرات في المناطق الريفية شمال إيران هو ٦٩ في الألف[١٢].

وبعد الثورة، اتخذت الحكومة عام ١٩٨٠ موقفا جديدا ضد إساءة استخدام المخدرات. في هذه السنة مُنِحَ المدمنون فرصة ليختاروا بين أن يبحثوا عن علاج خلال ستة أشهرَ أو أن يواجهوا تهما بارتكاب جرائم ويُرحّلوا إلى سجون تشبه مراكز إعادة التأهيل. وتبين المعلومات المتاحة في بداية هذا البرنامج أن عدد المدمنين المسجلين وصل إلى ١٥٤٠٠٠. وفي العام نفسه وصل إلى المراكز الحكومية للعلاج ٢٧٨٠٠٠ مدمن[١٠].

وفي عام ١٩٨٤ أفادت وزارة الصحة الإيرانية أن عدد المدمنين يصل إلى ٨٠٠٠٠٠. وقد أشارت نتائج استبانة رسمية للمكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٣ إلى أن الرقم هو ٦٠٠٠٠٠[١٣].

ومما سبق ذكره نحسّ أن الأرقام يجب أن تؤخذ كتقديرات إجمالية، لكن يمكن في الجملة إبداء بعض الملاحظات على حالة الطلب في إيران:

أ - القضايا التوجيهية: الوصمة المتعلقة باستخدام الأفيون منخفضة نسبيا في إيران. ويمكن القول بيقين: إنها أقل من وصمة استخدام

الحشيش وأعلى قليلا منها بالنسبة للهيروين. إن المدمن الحقيقي للمخدرات في نظر الإيرانيين هو مدمن الهيروين.

ب - القضايا الاقتصادية: على الرغم من جميع إجراءات تطبيق القانون فإن توفر المخدرات في البلد مرتفع، والأسباب في الغالب تأتي من خارج الحدود الإيرانية. وهذا التوفر يؤدي إلى تخفيض الأسعار. وهذا يصدق خاصة على المحافظات الشرقية.

ج - في بعض المناطق الريفية النائية لا يزال الأفيون هو الاختيار الثقافي الأول لعلاج كثير من الأمراض. فالمعتقدات الثقافية يغلب عليها أن تقبل وتوصي باستخدام الأفيون لمواجهة مجموعة كبيرة من المشكلات بدءاً من الألم المزمن إلى الإحباط، ومن التهاب القولون إلى أشكال العجز الجنسي. وهذا بالطبع يتناقص بسرعة نتيجة التوسع في الخدمات الصحية وارتفاع معدلات محو الأمية.

٣ - التغيرات والتطورات الحديثة

إن الإجراءات الصارمة في تطبيق القانون التي تبنتها الحكومة بعد الثورة كانت استجابة طبيعية لمدى الإدمان في البلد. وهذه الإجراءات كانت دون ريب فعالة في تقليل وإعاقة نقل العقاقير المخدرة داخل إيران. لكن من حيث النظر إلى الاعتماد على المخدرات في البلد، ثبت تدريجيا ان إجراءات تطبيق القانون وحدها غير كافية.

واستجابة لهذا الفهم الجديد، بدأت الحكومة عام ١٩٩٥[١٤] توجها جديدا للتعامل مع مشكلة الإدمان عن طريق ورشة عمل لقطاعات متعددة مع مشاركة المكتب الإقليمي لشرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية. وهذه الورشة انتهت كذلك إلى أن إجراءات فرض القانون وحدها ليست كافية للتعامل مع هذه القضية بأبعادها هذه. وقد أوصت بأنشطة في مجالات التعليم العام والبحث واستخدام الطرق

العلمية في العلاج وإعادة التأهيل. وفي الشهر الماضي (أبريل ١٩٩٧) تمت الموافقة على «البرنامج القومي الجديد للوقاية وعلاج إساءة استخدام المواد»[١٥]. وهذا البرنامج الجديد يرى أن تشارك قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية بعمق في هذه المجالات. أما القانون الحالي الذي ينظر إلى الإدمان على أنه فعل إجرامي وليس مرضا فإنه كذلك يخضع للمراجعة من قبل السلطات القضائية والبرلمانية.

٤ - النتائج

١ - يبدو أنه بالنسبة للكحول ليس هناك سبب مهم للقلق. وإيران كبلد إسلامي لم يكن مستهلكا رئيسيا للكحول حتى قبل الثورة. فالاستهلاك الآن غير مشروع ورغم أنه لا توجد أرقام رسمية فإن المرء يستطيع أن يقول مطمئنا إنه أقل من الماضي كثيرا.

٢ - بالنسبة للعقاقير المخدرة، وبناء على الإحصاءات المتوفرة، يعتبر الأفيون هو المادة الرئيسية التي يساء استخدامها في إيران. لكن لا ينبغي التقليل من خطر الهيروين خاصة استخدامه عن طريق الحقن.

ومن أهم الأسباب لارتفاع معدل إساءة استخدام الأفيون في إيران ما يلي:

- القبول الثقافي على مدى طويل لاستخدامه طبيا أو بطريقة غير مشروعة.
- استهلاك الأفيون لم تحرمه السلطات الدينية الشيعية قبل الثورة. وبالطبع أصبح محرما بعد الثورة.
- وجود حدود طويلة جدا مع الجيران الشرقيين وكذلك نقاط عبور غير قابلة للسيطرة نظرا للأوضاع في أفغانستان.
- إمكان استخدام الأفيون بدلا من الكحول في بعض المناسبات واللقاءات الاجتماعية.

- شدة رخص الأسعار بالمقارنة إلى بلاد أخرى كثيرة ووضع الدخل العام للناس.

المراجع الأجنبية

References

1. K. Shadpour. The PHC experience in Iran, UNICEF 1994-Teheran.
2. UNICEF. The State of Persia. Taken from translation to Farsi language. Amir Kabir Publishers, 1970, Tehran.
3. Tavernier John B. Traveling through Persia, Ref. is made to the Farsi translation. Sanaaei Publishers 1957, Isfa han.
4. A Yazdani. Social and historical aspects of addiction in Iran. BAZ-TAB (An Iranian Journal on Psychology and Psychiatry.) Vol. 1 No. 3. Dec. 1980. In Farsi Language. pp. 34-35.
5. A. Zarrabi. Specific features of addiction to opioids in Iran. Ref. No. 5, p. 81.
6. The above ref. p. 84.
7. Official Statistics by the Headquarters for Combating Drug Abuse, March 1997. In Farsi Language.
8. Statistics on alcohol consumption in different countries of the world. Taken from the journal "Substance use and misuse" Vol. 31, No. 11-12, 1996.
9. Iranian Efforts to Eliminate Drug Abuse and Illicit Trafficking. Publication by Iranian Drug Control Headquarters, October 1996.
10. Unpublished draft of the programme for prevention, treatment and rehabilitation of the victims of substance abuse. Office of Dep-

uty for Health Affairs, Ministry of Health and Medical Education, I.R. Iran. 1995. In Farsi Language.

11. Unpublished data by the Research Department of Tehran Psychiatric Institute. In Farsi Language.
12. A.A. Alami and M. Naraghi. The iceberg of opium addiction. Drug and Alcohol Dependence, Vol. 3, 1978, pp. 107-112.
13. Mohit A. Personal communication based on a questionnaire filled by the Government in response to the request by WHO.
14. Resolution and recommendations of Gachsar workshop on prevention, treatment and rehabilitation of addicts, organized by Iranian Welfare Organization, 1995. In Farsi Language.
15. Final National Iranian Programme on Prevention, Treatment and Rehabilitation of Victims of Substance Abuse, April 1997. In Farsi Language.

موقف الوقاية والعلاج لإدمان الكحول والمخدرات في باكستان

الدكتور مالك مبشر

مدير مكتب الصحة العقلية المتعاون

مع منظمة الصحة العالمية

باكستان

موقف الوقاية والعلاج لإدمان الكحول والمخدرات في باكستان

الدكتور مالك مبشر*

مدير مكتب الصحة العقلية المتعاون
مع منظمة الصحة العالمية - باكستان

[ما بين نهار وليل طار السرور،
ربيع جديد ثم صيف،
من بعده شتاء ذو زئير،
تحرك قلبي الواهن بمشاعر حزن،
لكن لم يعد هناك ابتهاج،
أبدا لم يعد هناك].

شيلي

مقدمة:

تقع باكستان في جنوب شرق آسيا، تحدها الهند من الشرق، وأفغانستان وإيران من الشمال الغربي والغرب على التوالي. يبلغ سكانها ١٣٠ ملوين نسمة.

باكستان مقسمة إلى أربع وحدات إدارية، هذه المحافظات هي: البنجاب، والسند، والـ NWFP، وبلوشستان.

المنطقة التي تضم باكستان اليوم ذات تاريخ طويل في زراعة الحشيش (القنب cannabis) والخشخاش poppy، ولكنها لم تتعرض للتهديد لغزو المخدرات حتى أواخر السبعينيات.

(*) معهد العلاج الطبي، مركز «منظمة الصحة العالمية» للصحة العقلية والبحوث والتدريب وعلاج إساءة استخدام المواد، بروالبندي، كلية الطب، روالبندي، باكستان.

ولقد تغير نمط إساءة استخدام المخدرات في باكستان مرتين على الأقل خلال الـ ٣٥ عاما الأخيرة، من إساءة استخدام المخدرات التقليدية في الستينيات، عندما كانت القطاعات الشعبية من المجتمع ذات الدخل المنخفض تسيء استخدام الأفيون والقنب (البنج .bang bhang) والـ charas (الحشيش) والكحول، ثم نشأ موقف جديد عندما تزايدت إساءة استخدام الحشيش أواخر الستينات. وقد عزا بعض الكتاب هذا التغير إلى ما أسماه «الثقافة الهيبية». وفي هذه المرحلة تجاوز استخدام الحشيش المجموعات الهامشية إلى القطاعات المجتمعية ذات الدخل المتوسط والمرتفع، خاصة بين مجتمعات الطلاب.

وبينما كانت ظاهرة إساءة استخدام المخدرات في باكستان في المرحلة التقليدية متكيفة مع النسيج الاجتماعي بشكل ما، وكان من الواضح أنه يمكن السيطرة على سلبياتها (حتى ما امتد استخدامه منها طويلا)، إذا بنا نلاحظ التغير الثاني في نمط استخدام المخدرات خلال مطلع الثمانينيات عندما دخل «الهيروين» وتزايد عدد مدمنيه خلال فترة خمس سنوات من ٢٠٠٠٠ عام ١٩٨١ إلى ٣٦٥٠٠٠ عام ١٩٩٥. وقد أظهرت التقديرات لعام ١٩٨٨ أن هناك ١,٠٨٠,٠٠٠ متعاط للهيروين في باكستان.

هذا الانتقال من المخدرات التقليدية إلى الهيروين يصبح مخيفا أكثر حين نلاحظ الازدياد في نسبة المتعاطين. فبينما كانت نسبة متعاطي الهيروين عام ١٩٨٠ هي ٠,٤٪ من جميع متعاطي المخدرات، إذ بهذا الرقم يقفز إلى ٢٢,٨٪ عام ١٩٨٥، وفي ١٩٨٨ وصلت نسبة متعاطي الهيروين ٤٨,١٪.

لقد كان تأثير الهيروين على متعاطيه فوريا وذا أبعاد مختلفة، مثل: ضعف القدرة والكفاءة في العمل، تناقص الدخل، البطالة، الأثر

السيئ على الصحة وعلى العلاقات العائلية والزوجية. كل هذا صار واقعا يمارس في غضون فترة قصيرة، وله تأثيره السلبي الواضح على شخصية المتعاطي، وسرعان ما يغير مجرى حياته ونمط معيشته وتصوراته عن الحياة. إن إساءة استخدام المخدرات والتأثيرات الجوهرية المصاحبة له تغير بشكل كلي وكامل مسار حياة الأسر المبتلاة به.

وعلى الرغم من أهمية معرفة الأسباب التي أدت إلى هذا التغير المفاجئ في إساءة استخدام المخدرات، فإن من المهم بالدرجة نفسها تقييم المشكلات الاجتماعية والنفسية الناجمة عن هذه المخدرات. ومن أجل هذا الهدف فإن من الجوهري أن نحصل على أحدث المعلومات عن عدد متعاطي المخدرات في المجتمع، وعن أحوالهم الاجتماعية والاقتصادية، ووتيرة إساءتهم استخدام المخدرات والنمط المتبع لديهم، وتوفر التسهيلات الصحية لمرضى إساءة استخدام المخدرات في باكستان لأن ذلك هو السبيل لمواجهة أخطار إدمان المخدرات والكحول.

تحليل الوضع الحالي:

طبقا للتقديرات الأخيرة يوجد في باكستان حوالي ٣,٠١ مليون متعاط للمخدرات.

هذا العدد يشمل متعاطي المخدرات من جميع الأنواع المسجلة على قوائم المواثيق الدولية بالإضافة إلى الكحول (١٣٥٠٠٠)، والتي تعتبر ممنوعة في باكستان، هذا فضلا عن مواد أخرى منها البترول والأصباغ والدتورا datora والنسوار naswar (١٧٤٠٠٠).

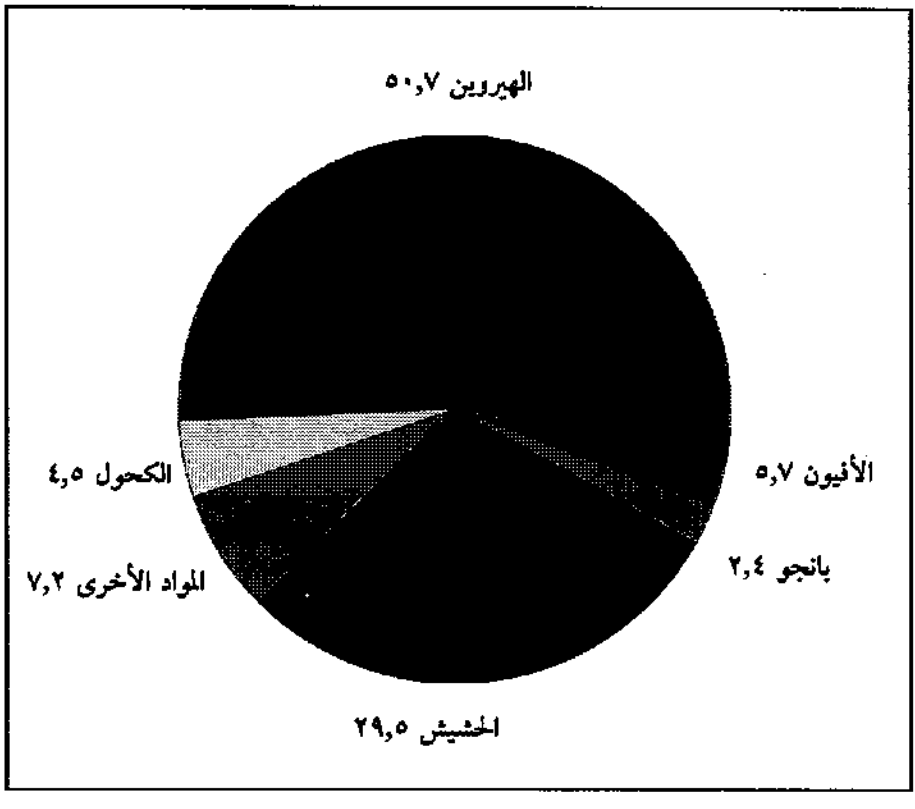
ظل الهيروين أشيع المخدرات التي يساء استخدامها من قبل ٥٠,٧٪ أو ما يقرب من ١,٥٢ مليون متعاط للمخدرات. أما المخدر

التالي في الشيوع فهو الحشيش (charas) إذ بلغت نسبة من يتعاطونه ٢٩,٥٪ أو ٠,٨٩ مليون متعاط. وتأتي المخدرات الأخرى بعد ذلك: . . . (٥,٨٪)، والأفيون (٥,٧٪)، والكحول (٤,٥٪)، والبنج (٢,٣٪)، والمهدئات (١,١٪)، والمندراكس mandrax (٠,١٪).

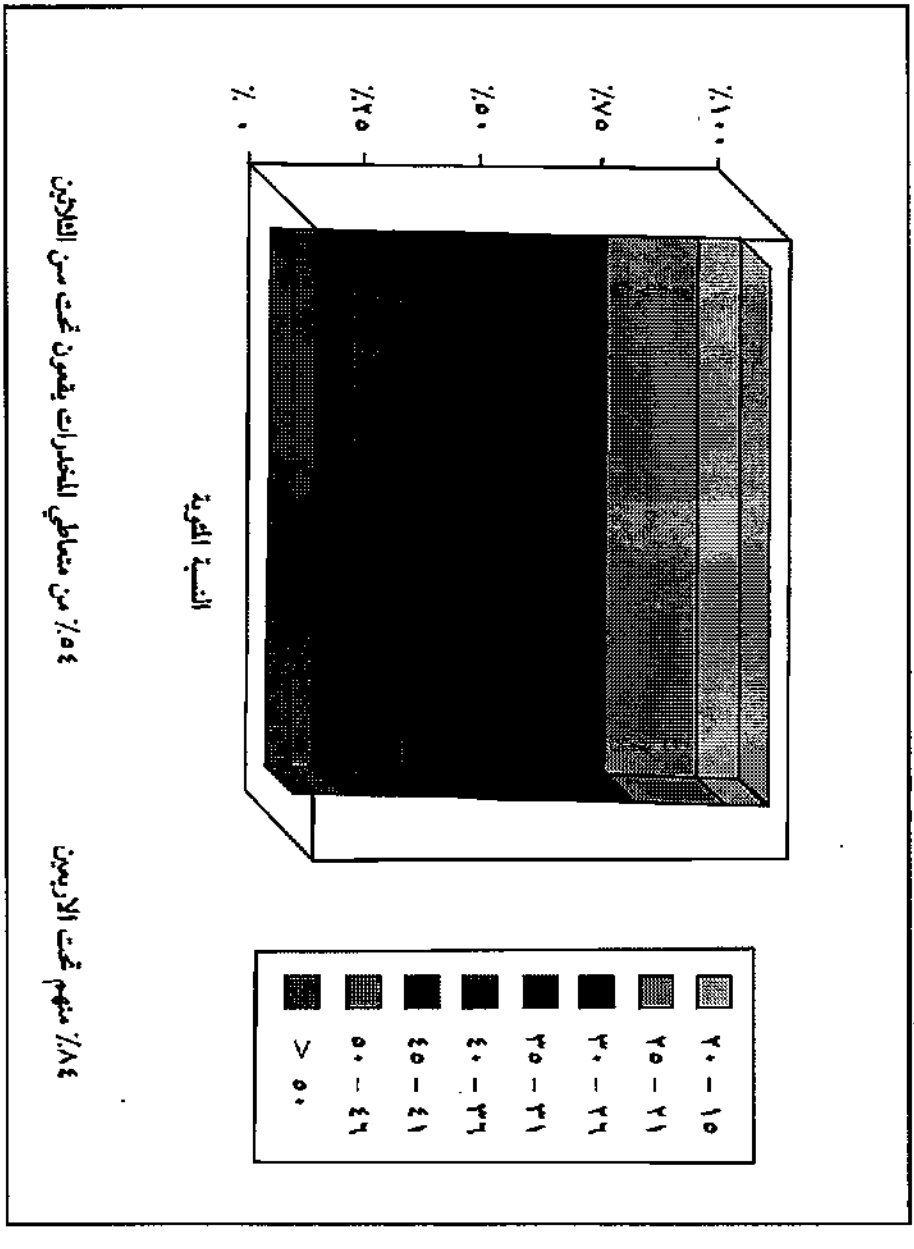
في عام ١٩٨٨ أصبحت هذه النسب: ٢,١٩٪، و٢,٣٢٪ في المناطق الحضرية والريفية على التوالي. وهذه الأرقام تشير إلى أن إساءة استخدام المخدرات ترتبط في تزايدها بالبيئات الحضرية في باكستان، والجوانب الإيجابية التي ظهرت هي أن الازدياد السريع في إساءة استخدام المخدرات، والذي لوحظ بين عامي ١٩٨٢، و١٩٨٨ كان ١٢٪ بالمقارنة إلى ٧٪ فيما بين عامي ١٩٨٨ و١٩٩٥.

كشفت دراسة العوامل الاجتماعية والسكانية أن ٧١,٥٪ من مسيئي استخدام المخدرات كانوا تحت ٣٥ سنة عمرا، وأعلى نسبة بينهم كانت المجموعة العمرية ٢٦-٣٠. من بين جميع مسيئي استخدام المخدرات كانت نسبة ٦٠٪ تقريبا من المتعلمين، والمدهش أن نسبة مماثلة كانت من غير العاطلين. ومن بين فئات أصحاب الوظائف كان تكرار إساءة استخدام المخدرات عاليا (٥٠,٨٪) بين فئات العمال المهرة وغير المهرة، تليها فئة البائعين (١٦,٨٪)، ثم الزراعيين (٦,٤٪)، ثم الطلاب (٥,٤٪). وكان متوسط الدخل الشهري للفرد من مسيئي استخدام المخدرات هو ٣٠٥٤ روبية، والإنفاق الشهري على المخدات كان ١٢٥٩ روبية.

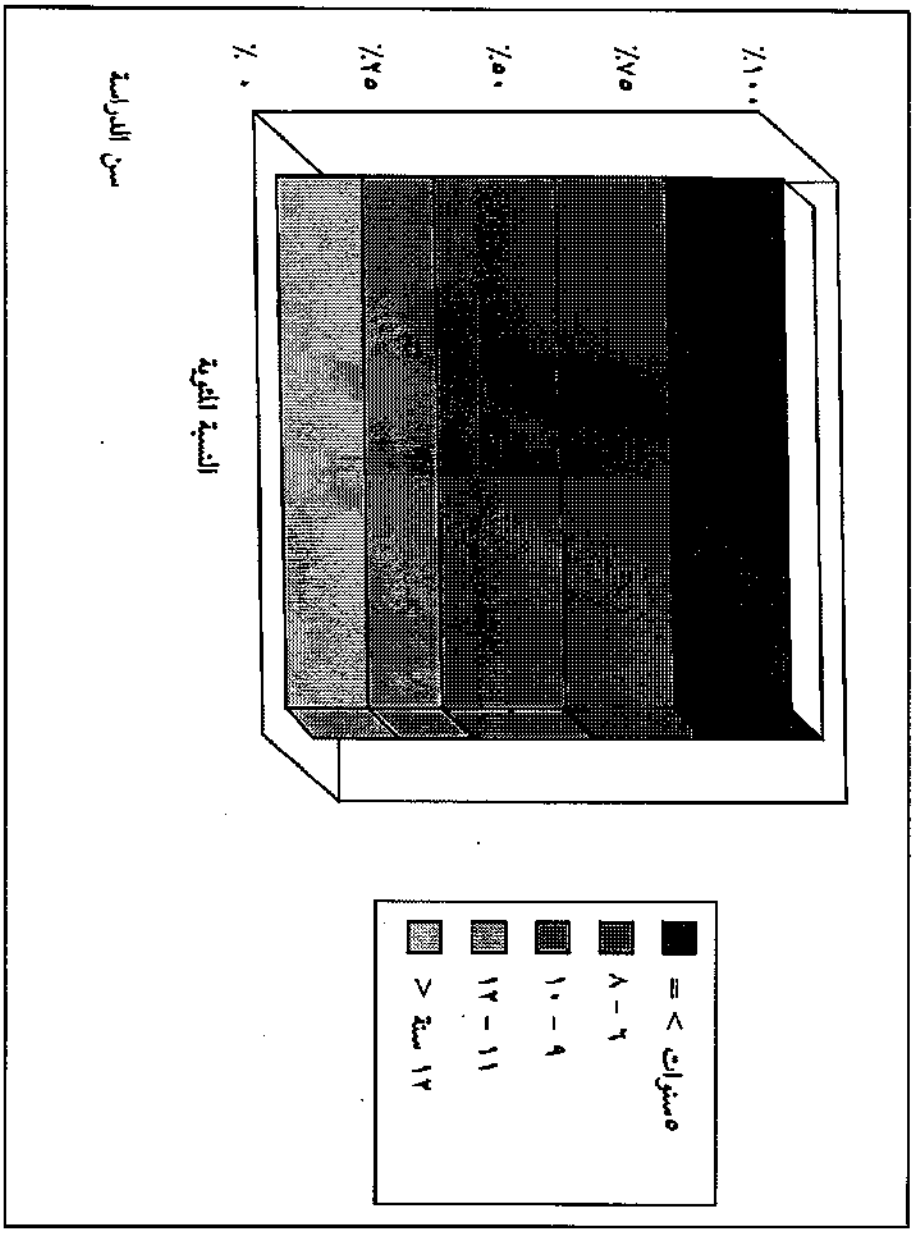
انتشار المخدرات حسب نوع المخدر
بالنسبة المئوية



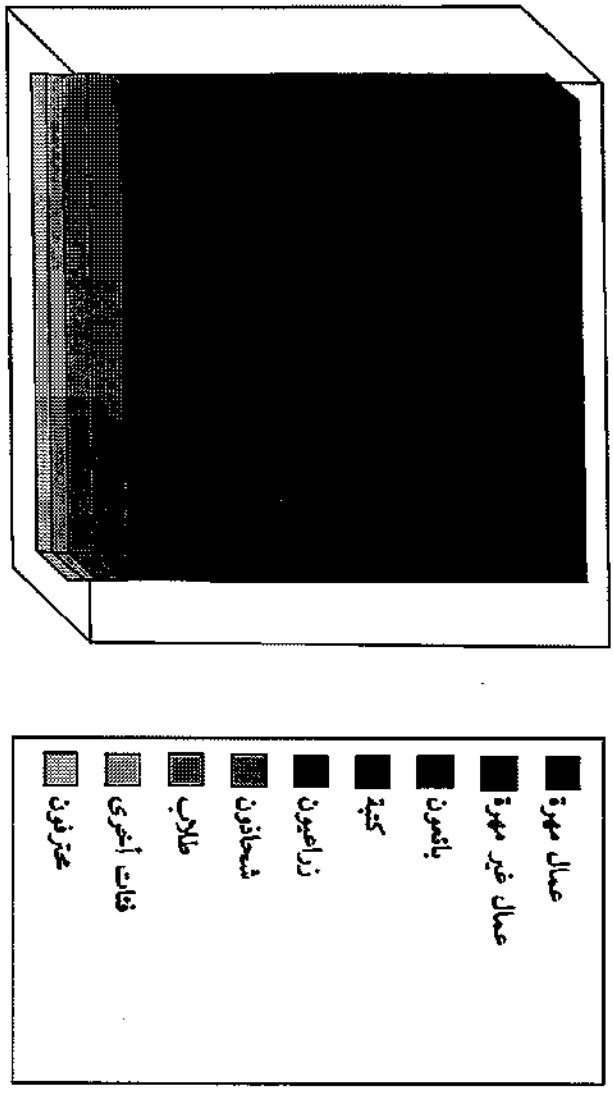
إساءة استخدام المخدرات والسن
التوزيع حسب الفئات العمرية بالنسبة المئوية



إساءة استخدام المخدرات والتعليم:
في سن الدراسة وحسب الفئات العمرية

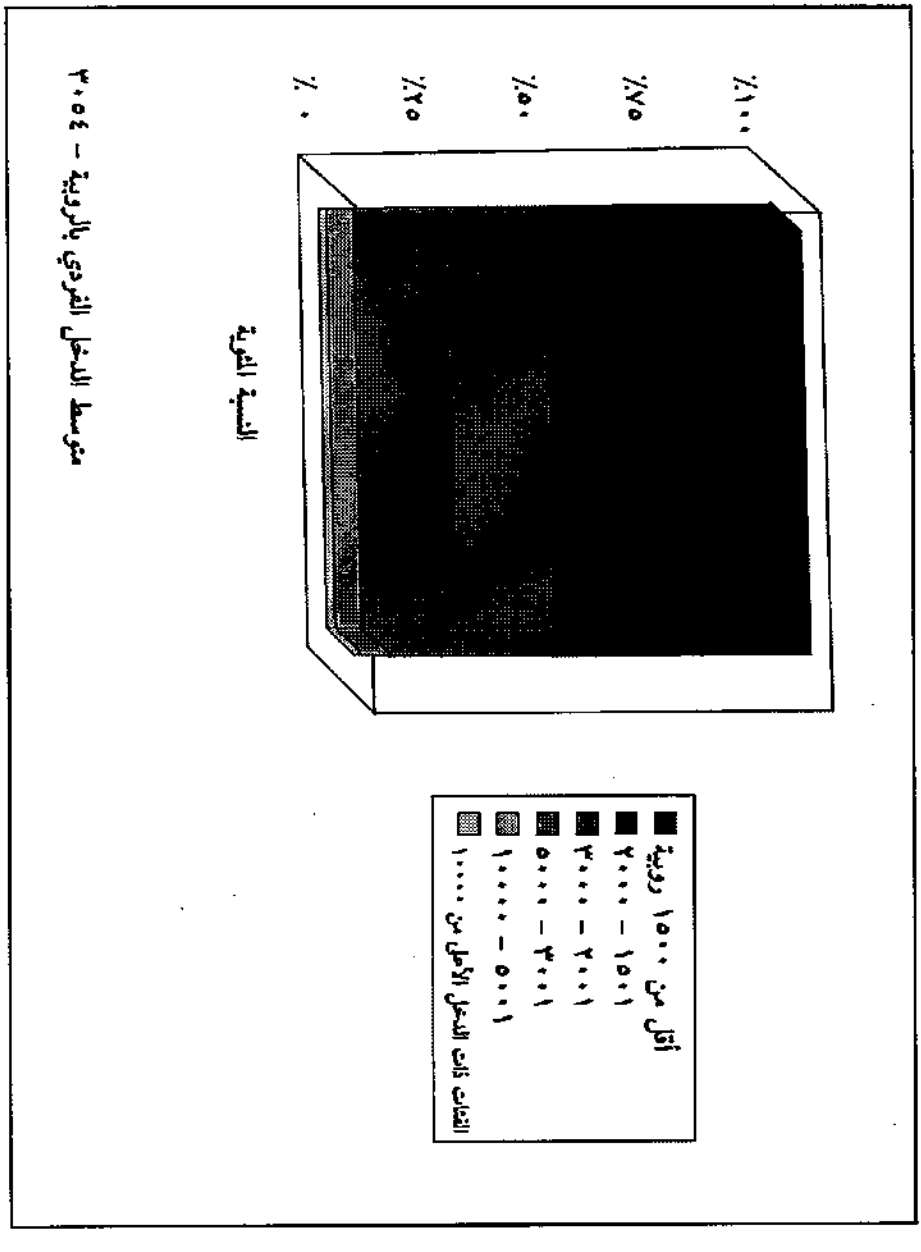


النسبة المئوية لمسيئي استخدام المخدرات حسب المهنة



٪٦٨ من متعاطي المخدرات عمال وبائعون

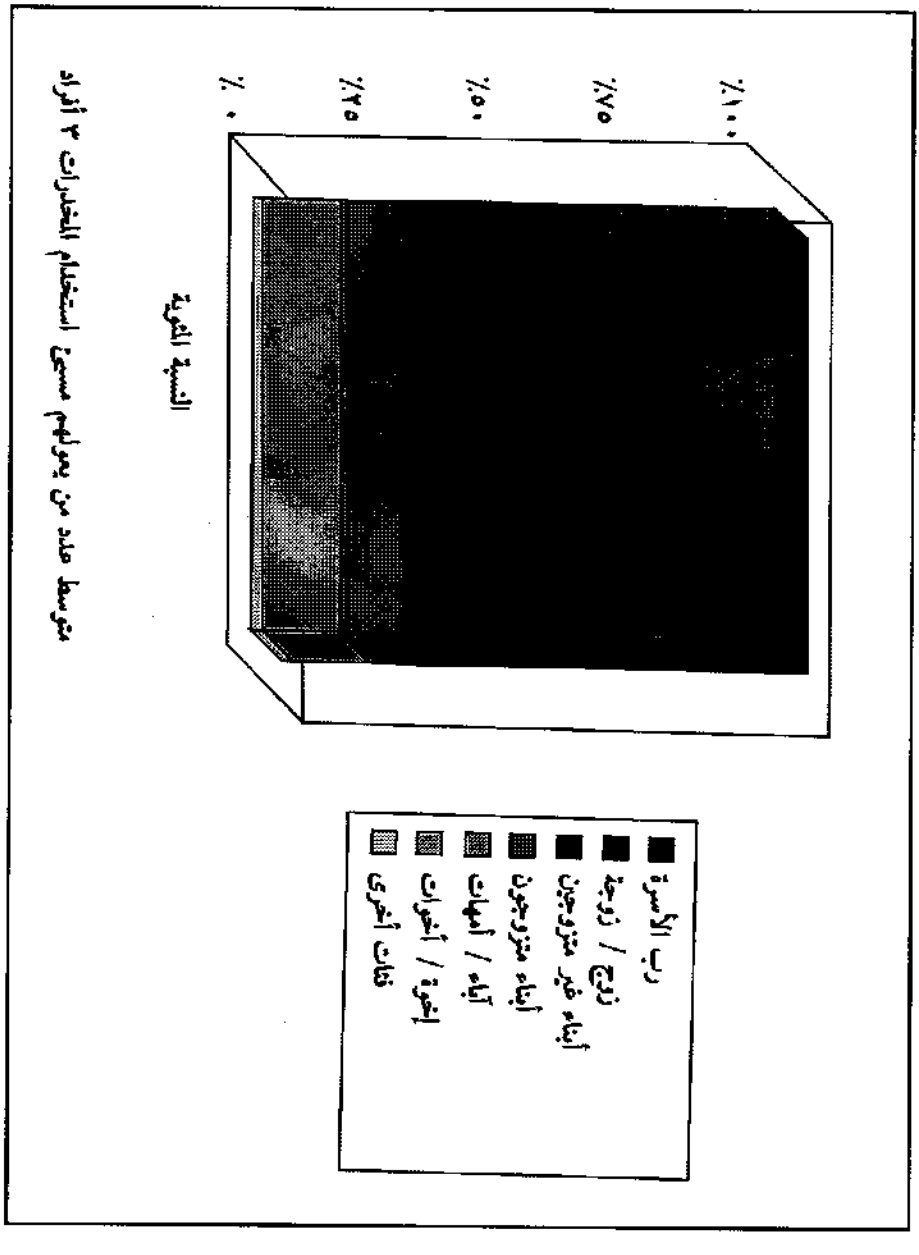
مسيئو استخدام المخدرات حسب الدخل:
حسب فئات الدخل الشهري بالروبية الباكستانية



متوسط الدخل الفردي بالروبية - ٣٠٥٤

إساءة استخدام المخدرات حسب الحالة الاجتماعية

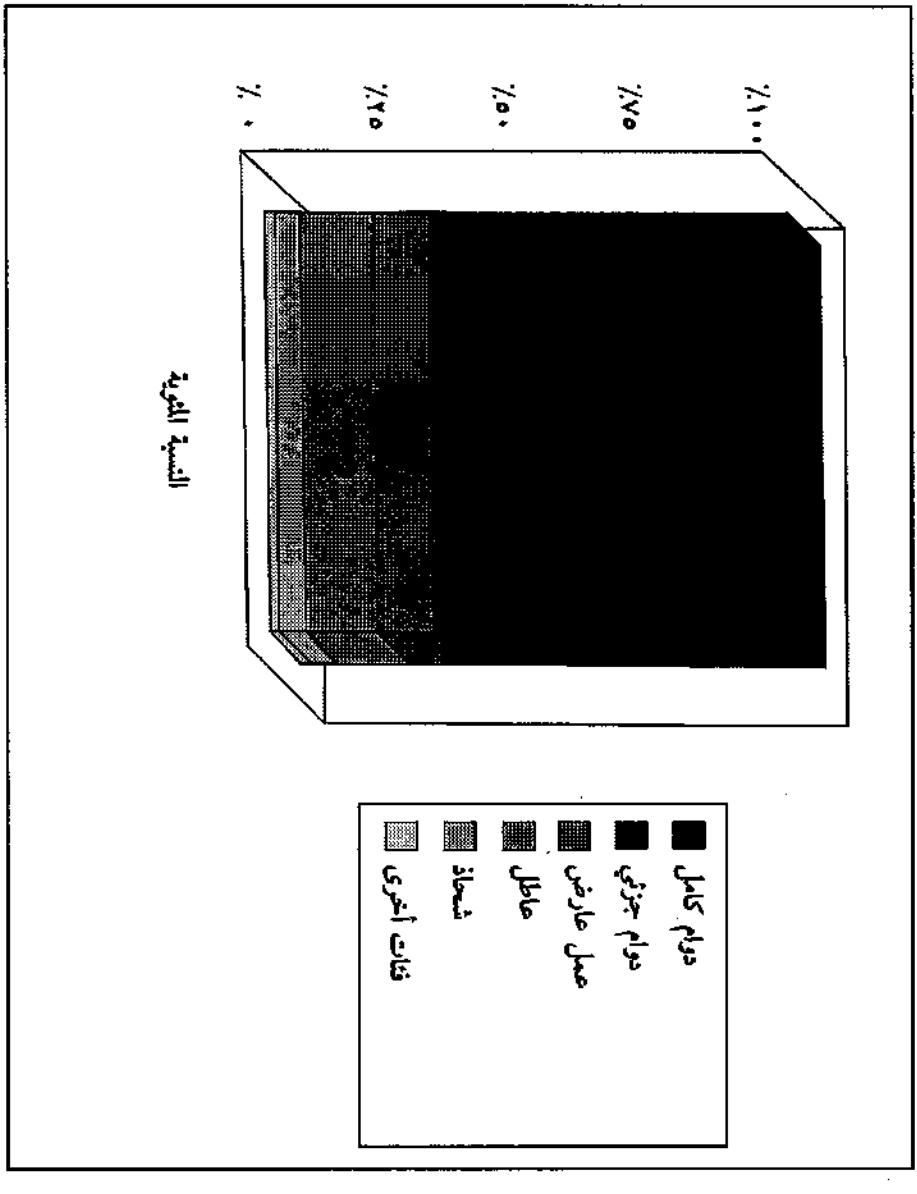
٥٤٪ من مسيئي استخدام المخدرات متزوجون



متوسط عدد من يعولهم مسيئ استخدام المخدرات ٣ أفراد

حالة العمل لمسيئي استخدام المخدرات

٦٢,٣٪ من مسيئي استخدام المخدرات (٥٧,٨٪ من متعاطي الهيروين)
ذو وظائف دوام كامل



شملت صور إساءة استخدام المخدرات في عينة المسح المكونة من ١٠٠٠ فرد، ٩٧,٢٪ مستجيبا من الذكور، منهم ٤٢٪ متزوجون، و٥٤٪ غير متزوجين. وكان متوسط عدد أفراد العائلة ٨ من بينهم ثلاثة تقريبا عالة على متعاطي المخدرات. وهذه النتائج بالإضافة إلى سجلات الاعترافات أو محاضر الشرطة في ٣٢,٩٪ من العينة، تشير إلى تأثيرات خطيرة على أسر متعاطي المخدرات.

مصادر إدخال المخدرات عزيت غالبا إلى الأصدقاء في ٦٨,٦٪ من الحالات، وإلى المعارف العرضيين أو مروجي المخدرات في ١٥٪ منها. ويمثل أفراد الأسرة ٨,٩٪ من الحالات. ٦٩,٢٪ من المجيبين كانوا يتعاطون المخدرات مرتين أو أكثر يوميا في الثلاثين يوما الأخيرة. وبالمثل فقد وجد استخدام أكثر من مخدر في ٧٨,٢٪ من الحالات.

أما عن كيفية تناول المخدرات، فإن الدلائل تشير إلى أنه في كل الحالات تقريبا كان الأفيون والبنج والكحول والمهدئات كانت تؤخذ عن طريق الفم. أما الهيروين فكان غالبا يدخن أو يستنشق دخانه بينما كانت الغالبية العظمى من متعاطي المخدرات يدخنون الحشيش. وهناك نسبة ضئيلة (١,٨٪)، بدأت تظهر في منطقة كراتشي، كانوا يتعاطون الهيروين عن طريق الحقن. وهذا الأسلوب الجديد بدأ يلحظ مؤخراً مقارنة بالدراسات السابقة. مثيرا قلقا حول تزايد خطر نقل أمراض يحملها الدم من الالتهاب الكبدي وفيروس الإيدز من خلال المشاركة في الحقن.

أكثر من نصف متعاطي الهيروين (٦٦,٣٪) حاولوا التوقف عند نقطة ما. أما متعاطو الحشيش، كأول اختيار لهم من المخدرات، فإن ما يقرب من ٤٨,٨٪ قد حاولوا الإقلاع.

ومن بين من حاولوا الإقلاع دخل ما يقرب من ٢٩,٢٪ لتلقّي

ضرباً من العلاج تحت الإشراف: في مستشفى، أو لدى طبيب، أو في مركز متخصص، أو لدى إحدى الجمعيات الأهلية. أما الباقون فقد حاولوا العلاج الذاتي، وكان في الأغلب على شكل من أشكال إزالة السموم. تحقق النجاح في التوقف عن المخدرات لمدة تتراوح بين شهر وشهرين لدى نسبة ٨,٣٪، كما أفاد ٨,٥٪ أنهم توقفوا عن استخدام المخدرات لمدة تزيد على السنتين.

هناك ٢٦ مركزا لعلاج إدمان المخدرات في المستشفيات الجامعية في كل باكستان، يعمل في كل منها اختصاصي طب نفسي، وطبيبان عامان، وعشرة من الممرضين، واختصاصيان اجتماعيان، وواحد إحصائي. وبالإضافة إلى الخدمات التي تقيمها الحكومة، يوجد أكثر من ٣٥٠ مركزا لعلاج إدمان المخدرات وإعادة التأهيل، تديرها جمعيات أهلية وأطباء من درجة ممارس عام. (الدليل القومي لخدمات علاج إدمان المخدرات وإعادة التأهيل، ١٩٩٤).

والغالبية العظمى من هذه المراكز تقدم خدمات لإزالة السموم، وقلما تقدم أي نشاطات في مجال إعادة التأهيل. وتستخدم المراكز الحكومية الأفيون الخام وسيلة لإزالة السموم، بينما تستخدم المراكز الأهلية لذلك الغرض مواد الكلوندين clonidine والبنزودايزبين benzodiazepines النلتركسين naltrexene.

زد على هذا أن هذه التسهيلات مركزة في المناطق الحضرية من القطر. لا تتوفر هذه الخدمات في المناطق الريفية من باكستان بل إن مشاركة المجتمع في اتخاذ القرارات وتنفيذ البرامج الموجهة إلى محاربة خطر إساءة استخدام المخدرات والكحول منعدمة بشكل مذهل.

في ضوء هذه المشكلات بدأ معهد الطب النفسي برنامجا للصحة العقلية في الريف مؤسسا على حاجة المجتمع.

ومراحل هذا البرنامج هي:

١ - أربع مراحل من التطور لبرنامج الصحة العقلية في المجتمع:

المرحلة الأولى:

جمع المعلومات السكانية عن منطقة المشروع. تقييم المعرفة والتوجهات والسلوكيات حول الأمراض العقلية. تقييم وضع الحاجة والطلب. رفع حساسية أفراد المجتمع بالنسبة إلى احتياجات الصحة العقلية. رفع الحساسية لدى الإداريين تجاه تقديم خدمات الصحة العقلية.

المرحلة الثانية:

تطوير مواد تعليمية وتدريبية لأطباء الرعاية الأولية، والعاملين الصحيين health workers متعددي الخدمات، والزائرات الصحيات والقابلات (المولّدات) التقليديات. تعليم وتدريب أفراد الرعاية الصحية الأولية بأسلوب لامركزي.

المرحلة الثالثة:

تحفيز الجهود المجتمعية باستخدام طرق مبتكرة من نحو التحدث في التجمعات الدينية، وتشكيل لجان للصحة العقلية في المجتمع. تطوير قنوات إحالة باستخدام بطاقات ملونة مرمّزة. استخراج البيانات المتعلقة بالتعرف على الحالات، وحفظها، وإحالتها، وعلاجها عن طريق تطوير نظام محلي للمعلومات لكل فئات المهنيين الصحيين.

المرحلة الرابعة:

تقييم تأثير البرنامج الريفي المجتمعي للوقاية من إساءة استخدام المخدرات جعلنا ندرك أن المدارس يمكن أن تكون وسيلة قوية تقوم بدور فعال في تحريك الجهود المجتمعية لتوفير رعاية الصحة العقلية.

وهذا الإدراك قد قاد إلى إيجاد برنامج مدرسة الصحة العقلية في «كوجار خان» والذي امتد مثل برنامج الصحة العقلية المجتمعي إلى كل مقاطعة روالبندي شاملا أكبر عدد ممكن من السكان.

٢ - أربع مراحل لبرنامج مدرسة الصحة العقلية:

مرحلة التأليف familiarization:

رفع حساسية الإداريين التعليميين تجاه تطبيق مبادئ الصحة العقلية على ميدان التعليم. جمع المعلومات من أجل معرفة الاتجاهات المتعلقة بالصحة العقلية بين المعلمين والطلاب.

تدريب المعلمين:

تم تدريب المعلمين رجالا ونساء بهدف تقديم المعلومات والمهارات الإرشادية.

مرحلة التعزيز reinforcement:

قيام الفريق المجتمعي للدعم بزيارات للمدارس. منظمة روابط أولياء الأمور والمعلمين. منظمة الحديث والعرض السهل حول الصحة العقلية. تطوير الشعارات التالية التي تحمل رسائل عن الوقاية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة.

مرحلة التقييم:

تم تقييم آثار البرنامج طبقا للعوامل التالية: عدد الطلاب الحاصلين على درجات أفضل؛ عدد المتغيبين والمنقطعين؛ وعدد الحالات التي تمت إحالتها إلى المراكز الصحية من أجل الأمراض العامة والعقلية. (ما زال العمل جاريا في هذه المرحلة).

على ضوء الخبرة في المجتمع تم إعداد برنامج مؤسس على حاجات المجتمع من أجل الوقاية من إساءة استخدام المخدرات في المناطق الريفية، ووضعت له الأغراض التالية:

الأهداف والمقاصد:

زيادة الوعي لدى المجتمع عن الأضرار الجسمية والعقلية والاجتماعية لاستخدام المواد المؤثرة على العقل.

١ - تطوير برامج مبنية على حاجة المجتمع، من أجل أن تعالج وتعيد تأهيل من يعانون من الاضطرابات باستخدام المواد المؤثرة على العقول تسهم فيها الجمعيات الأهلية العاملة بالفعل في المجتمع.

٢ - إشراك الهيئات المهنية مثل: جمعيات الصحفيين والمعلمين، والجمعيات الطبية والصيدلانية، والجمعيات الأهلية، وذلك لزيادة الوعي بين أعضائها حول احتمال إساءة استخدام المواد المؤثرة عقليا وما لها من آثار ضارة.

٣ - تطوير مواد لتوعية الجماهير تشمل لقطات للتلفاز، وإعلانات للصحف، ورسومات وملصقات جدارية وتجمعات جماهيرية.

٤ - إعداد أدلة manuals تعليم وتدريب للعاملين في مجال رعاية الصحة العامة، والمعلمين والجمعيات الأهلية من أجل التعرف والعلاج والوقاية في المراحل المبكرة.

٥ - إعداد مشروعات بحث للتعرف على عوامل المخاطرة الناجمة عن الإساءة/ الخطأ في استخدام المواد في المجتمع.

٦ - إعداد المؤشرات اللازمة لتقييم البرامج بما في ذلك حسابات التكلفة والفوائد ومستويات الرعاية في علاج إساءة استخدام المواد.

٧ - إعداد برامج للتعرف على المجموعات المهمَّشة والعالية الخطر وعلاجها وإعادة تأهيلها.

إن معالم الاعتقاد في فكرة الوقاية يمكن تحديثها عن طريق استخدام نموذج حمام السباحة. فالحمام هو المجتمع، أو العالم، وفيه يغطس الأفراد الذين إما أن يتعلموا العوم وإلا غرقوا.

انظر الرسومات:

I - الأغلبية العظمى يصبحون سباحين. إنهم يتعلمون أن يعوموا ويسبحوا ويتقدموا مع سلامة نسبية، حتى مع وجود المخدرات والظروف المضادة. إن تعلم السباحة «مهم» وبند أساسي في الوقاية.

II - أما من ليسوا سباحين جيدين فيتجهون إلى أن يصبحوا «غواصات» معرضة للعطب في حالة القيادة غير المتمكنة، ومن هنا يكون من المهم التدخل المبكر لمنعها من الغرق.

III- أما الغرقى فهم أولئك الذين لم يتعلموا السباحة. ومن الواضح أنهم سيكونون في كرب، وعطب، وربما يغرقون رغم أنهم يستطيعون إخفاء أنفسهم، أو يتلقون دعما، وربما لا يدركون ذلك ولا يقرون به.

التعرف على مجتمعَي منطقتين والتقييم الأوّلي لهما:

المنطقتان اللتان تم التعرف عليهما لهذه الغاية هما «ماندرا» Mandra (منطقة التجربة demonstration) وتاسيللا Taxilla (المنطقة الضابطة)، وهما تقعان على بعد حوالي ٢٥ كم من روالبندي على الطريق الرئيسية، وتربط بينهما وبين بقية القطر طرق عادية وحديدية.

تم تطوير نظام لمراقبة إساءة استخدام المخدرات للاستنجاد بالتقييمات الأولية للمنطقتين. جمعت المعلومات من مراكز علاج إساءة استخدام المخدرات، ومن المستشفيات والجمعيات الأهلية، . .

وطبقا لنظام مراقبة إساءة استخدام المخدرات الذي تم تطويره في معهد الطب النفسي، فإن المعلومات الخاصة بهاتين المنطقتين هي كما يلي:

		ماندرا	تاسيللا
العدد الإجمالي لحالات إساءة استخدام المخدرات		٤١٢	٣١٦
العمر	٢٠-٣٤	٪٥٣	٪٥٦٥
	٣٥-٤٤	٪٢٧	٪٣١
النوع	ذكور	٪٩٩	٪٩٩
الحالة الاجتماعية	متزوجون	٪٤٠	٪٤٢
	عزاب	٪٥٠	٪٤٩,٢
الحالة التعليمية	أميون	٪٣٦	٪٣٩
	١-٦ سنوات	٪٣٤	٪٣٤
	٧-١٢ سنة	٪٢٤	٪٢٤
العمل	ذو عمل	٪٧٩	٪٨٩
	موظف حكومي		٪٣٢
	عمل خاص	٪٢٤	
	سائقون	٪٢٣	٪٢٨
	بائعون/ كتبة	٪٩	٪١٩
	أعمال زراعية/عمال مهرة/ غير مهرة	٪٨ لكل فئة	٪١٨ لكل فئة
المخدر الأول	هيروين	٪٨٢	٪٨٦
	مخدرات عدة	٪٥٤	٪٥٢
الطريقة: تدخين/شرب CHASING THE DRAGON		٪٨٠	٪٧٨
	حقن المخدرات	٪٥,٥	٪٥,٥
مؤشرات تطبيق القانون	مقبوض عليهم	١٥٢	
	حالات ضبط	٣٩٣	
مصادرات:	أفيون	٢٨٧٣ كجم	١٠٢
	هيروين	٥٨٤٦ كجم	
	حشيش	٦٦١٦ كجم	
	زجاجات كحول	٢٨٨٣ كجم	

الاستنتاجات والتوجيهات المستقبلية:

أظهرت تجربتنا أن هنالك خمسة أسئلة تبحث عن إجابات - وهي الإجابات التي نحن جميعا في حاجة إلى أن نتوصل إليها في ضوء احتياجات مجتمعاتنا وتصوراتها ومطالبها.

هاتيك الأسئلة هي:

١ - لماذا المخدرات؟ ولم لا؟

٢ - في أي جانب تقف أنت، أيها الطبيب؟

٣ - هل نقلل من عرض المخدرات أو من الطلب عليها؟

٤ - ما مستقبل هذا الوباء إذا لم يوقف؟

٥ - الحدود، القانون، المجتمع، الأسرة، هل يمكنهم وقفه؟

الومضة التي أستطيع تقديمها في مجال الإجابة هي أنه يجب أن يكون هناك تأكيد أشد على دراسة الناس وإشراكهم وليس فقط فحص المخدرات في حد ذاتها، وبذلك نتطلب الانتقال من الانشغال بآثار العقاقير إلى معنى ووظيفة استخدام المخدرات وسلوك المستخدمين وبيئاتهم الاجتماعية.

وبناء على هذا، يجب على المخططين وصناع السياسات أن ينكبّوا بعمق أكبر على مثل تلك القضايا من نحو: من هم الذين يشكلون مختلف فئات المتعاطين؟ وما الذي يحفزهم على أن يصبحوا متعاطين، ويدعم استمرارهم في التعاطي؟ كيف ومن أين يحصلون على المخدرات؟ وما مدة تكرر الاستخدام وحدته واستمراريته؟ وفي أي ظروف، وتحت أي ملابسات تستخدم المخدرات؟ وما الذي يدفعهم إلى التنقل بين أنواع استخدام المخدرات؟ وما المشكلات ذات الطبيعة النفسية أو الاجتماعية التي يواجهها مختلف الأشخاص؟ وإلى أي مدى

يحدث التصعيد من المخدرات الخفيفة إلى المخدرات القوية؟ وما مدى النسبة بين مختلف فئات متعاطي المخدرات التي يمكن أن يتوقع تحولهم إلى معتمدين عضويا أو نفسيا على أنواع معينة منها؟ كيف يمكن أن نساعد مدمني المخدرات وأسرهم؟ ما المصادر الطبيعية في المجتمعات لا فيما يتعلق فقط بنماذج المعتقدات الصحية بل كذلك فيما يتعلق بشبكات الدعم الاجتماعي، والمؤسسات المجتمعية الدينية والصحية والتعليمية؟ وكيف يمكن تقوية المجتمع ليأخذ بيده زمام صنع القرارات وتنفيذها بخصوص البرامج المتعلقة بكبح هذه المشكلة؟

منهج متعدد الوسائل
لعلاج إدمان المخدرات

الدكتور أحمد القاضي وإيمان القاضي

معهد الطب الإسلامي للتعليم والبحث

بنما سيتي - فلوريدا - الولايات المتحدة الأمريكية

منهج متعدد الوسائل لعلاج إدمان المخدرات

الدكتور أحمد القاضي وإيمان القاضي

معهد الطب الإسلامي للتعليم والبحث

بنما سيتي - فلوريدا - الولايات المتحدة الأمريكية

المقدمة:

إن مشكلة إدمان المخدرات واستخدام العقاقير المسببة الإدمانية قد وصلت إلى درجة وبائية. وإن السقوط في استخدام العقاقير الإدمانية يتزايد في جميع الفئات العمرية في الولايات المتحدة وأوروبا الغربية على الأقل، وكذلك المضاعفات الناتجة عن هذا الاستخدام[١-٥]. ويبدو أن تعبئة الجهود الحكومية والخاصة والتي تتطلب إنفاقا ماليا عاليا جدا ليس لها تأثير، إذ أن المشكلة ما زالت في تصاعد مستمر.

في محاولة لإيجادتفسير لهذا المأزق، فإن دراسة أمينة للموضوع أشارت في سرعة إلى ملحوظة معينة. إن المخدرات التي تتسبب في أعلى درجة من الضرر والتخريب للصحة والحياة واقتصاد المجتمع هما التبغ والكحول. ففي الولايات المتحدة يتسبب التبغ وحده في ٤٠٠٠٠٠ حالة وفاة سنويا تقدر بحوالي ٢٠-٢٥٪ من جميع الوفيات الأمريكية الناتجة عن جميع الاسباب، ويتضمن هذا العدد ٣٠٠٠ شخص من غير المدخنين[٦]، في حين أن الكحول يتسبب في ١٠٠٠٠٠ حالة وفاة سنويا تقدر بحوالي ٥٪ من جميع الوفيات الأمريكية[٧]. جميع العقاقير

المخدرة الأخرى مجتمعة تتسبب في ٣٪ فقط من جميع الوفيات الأمريكية[٦]. إن التبغ والكحول مسؤولان عن التسبب في قائمة ضخمة من الأمراض التي تؤثر في كل عضو ونظام عضوي في الجسم [٦،٧،٩-٢٩]. فإذا جئنا إلى ما تتكبده الأمة من خسائر، فإننا نجد أن الكحول يحتل المقدمة إذ يكلف أمريكا ١٣٦ بليون دولار سنويا[٧] في حين يتلوه التبغ بتكلفة تبلغ ٥٣ بليون دولار سنويا[٨].

إن مصنعي السجائر كانوا - إلى ما قبل شهرين - ينكرون دائما الطبيعة الإدمانية لتدخين التبغ حتى وإن استحلفوا، وحديثا قام أحد مصنعي السجائر بالاعتراف أنهم جميعا كانوا يكذبون ويخفون الحقيقة عن عامة الناس وعن الحكومات. والأن - وبعد أن قامت محطة CNN الإخبارية وغيرها من وسائل الإعلام العامة بنشر هذه الأخبار - أصبحت المسألة من المعارف العامة. ومما يدعو إلى السخرية، أن الدليل على الطبيعة الإدمانية الخطيرة والمدمرة لتدخين السجائر كان معروفا - لسنين عدة - لدى الوسط الطبي من خلال العديد من الدراسات العلمية الجيدة[٣٠-٣٦]. وكذلك فإن دليلا علميا مماثلا على الطبيعة الإدمانية الخطيرة والمدمرة للكحول كان معروفا لعدة سنين في الوطي الطبي[٧،٣٧-٣٩]. وعلى الرغم من هذا الدليل الدامغ على أن التبغ والكحول أكثر إدمانية وتدميرا من العقاقير المخدرة الأخرى مجتمعة، فإننا نجد أن هذين المخدرين بعينهما - التبغ والكحول - ما زالا مباحين، ويعلن عنهما في وسائل الإعلام وخلال الأحداث الرياضية، ويستهلكان بشكل واسع بين جماهير العامة، كما يباعان في محلات البقالة والأسواق المركزية إلى جانب أغذية الأطفال والفواكه والخضراوات[٤٠-٤٢]. وهذا الموقف اللاعقلاني ليس مستغربا على الإطلاق إذا أدركنا أن معظم صانعي القرار والمخططين - من مشرعين، وسياسيين، والمتخصصين في الرعاية الصحية والمثقفين وحتى رجال الدين - ممن يتعاطون التبغ أو الكحول أو كليهما بشكل منتظم. كيف

ننتظر من المدمنين أن يحاربوا ويعالجوا وباء الإدمان بشكل ناجح؟ ومثل هذا الحكم الشديد اللهجة ذو تأثير مزعج، لأن كلمة المدمن – في المقام الأول – تحمل مدلولا مهينا. وهذا العائق النفسي يمكن تخطيه بسهولة إذا فهمنا المعنى الحقيقي لكلمة الإدمان.

إن الإدمان على أي عقار مخدر – وفي المقدمة التبغ والكحول – لهو مرض خطير يؤدي إلى الكثير من الأمراض والوفيات، ولهذا يجب معالجته بشكل ناجع. وعندما نتخطى هذا العائق النفسي المتعلق بالإدمان، فإننا سنواجه عائقا آخر، ألا وهو إيجاد علاج فعال ذي نجاح مستمر.

العلاج الفعال المقترح لإدمان المخدرات:

لا بد من توفر متطلبين في أي علاج حتى يكون ذا تأثير فعال: أحدهما في المعالج والآخر في المريض. أما ما يُتطلب في المعالج فهو ألا يكون متعاطيا لأي نوع من المخدرات ومنها – بل في مقدمتها – التبغ والكحول. ولا بد أن يشمل هذا كله من له مشاركة في اتخاذ القرار ورسم السياسة. أما ما يجب أن يتحقق في المريض فهو اعترافه بحقيقة أنه مدمن وأنه في حاجة إلى المساعدة. وهذه حقيقة أقرتها المعرفة الآتية عن طريق الوحي. لا بد من الاعتراف أولاً بالإثم أو الشيء المراد تصحيحه أو تغييره قبل أن يصحح أو يزال أو يغتفر.

– **﴿وآخرون اعترفوا بذنوبهم خلطوا عملا صالحا وآخر سيئا عسى الله أن يتوب عليهم إن الله غفور رحيم﴾** (التوبة ١٠٢)[٤٣].

– **﴿فاعترفنا بذنوبنا فهل إلى خروج من سبيل﴾** (غافر ١١)[٤٤].

– **﴿والذين إذا فعلوا فاحشة أو ظلموا أنفسهم ذكروا الله فاستغفروا لذنوبهم ومن يغفر الذنوب إلا الله ولم يصروا على ما فعلوا**

وهم يعلمون* أولئك جزاؤهم مغفرة من ربهم وجنات تجري من تحتها الأنهار خالدين فيها ونعم أجر العاملين﴾ (آل عمران ١٣٥-١٣٦)[٤٥].

و«منظمة المدمن المجهول» Alcoholic Anonymous تستخدم نفس المبدأ تقريبا. فإدخال عضو جديد يتطلب وقوفه في مواجهة حشد من الناس واعترافه بأنه سكير وبحاجة إلى المساعدة[٤٦]. وربما يكون هذا هو سبب النجاح الكبير لهذه المنظمة.

يأتي بعد ذلك على قائمة المعالجة مؤهلان أساسيان لا بد من توفرهما في أي شخص له علاقة بفن العلاج، وهما الحب والحنان. وبالطبع، فإن بعض المعرفة المهنية، والمهارة، والخبرة مطلوبة أيضا. وعلى أي حال، إذا كان هناك نقص في بعض المعرفة، والمهارة، والخبرة، فإن الحب والحنان - إذا وجدا - سوف يدفعان المعالج أو المداوي لبذل الوقت والجهد الكافي لاكتساب ما هو مطلوب من المعرفة، والمهارة، والخبرة. يلي ذلك عملية إزالة السمية Detoxification. وعادة ما تكون هناك حاجة إلى فترة تجفيف Drying Up أو تصحية Sobering up، والتي تتخللها ملاحظة دقيقة ومعالجة مناسبة لاكتشاف أي مظاهر أو أعراض تراجع جدية التعامل معها. وعلى الرغم من أن الكلمات تجفيف Drying Up أو تصحية Sobering Up قد تبدو ملائمة للتسمم الكحولي Alcohol Intoxication فقط، فهي - على الأقل من ناحية المبدأ - ملائمة بنفس الدرجة لأي نوع من الإدمان الناتج عن أي نوع من العقاقير المخدرة، حتى وإن كانت مجرد نيكوتين Nicotine أو كافيين Caffeine. لا بد أن نتذكر دائما - خلال تقدمنا في وسائل العلاج Treatment Modalities - الطبيعة الشمولية Holistic Nature للبرنامج، بمعنى أن كل وسيلة علاجية تتم الأخرى وتزيد من تأثيرها. فلا توجد وسيلة علاجية تؤثر وحدها بنفس الدرجة مثلما تكون ضمن برنامج متكامل. وهذه الحقيقة سوف تتضح أثناء متابعتنا لوسائل العلاج

المتعددة ومراجعة دورها والهدف منه. وعلى خلاف برامج معالجة المخدر Drug Treatment الاعتيادية، فإن عملية إزالة السم المتبعة لدينا - مثل بقية ما في برنامجنا - مختلفة تماما وغير اعتيادية.

ويحين الآن أوان النظام الغذائي والمكملات الغذائية Diet and Nutritional Supplements. تقوم الإمدادات الغذائية بدور أساسي، بدءا من فترة إزالة السمية وطوال حياة المريض، وحياة المعالج كذلك للشأن ذاته. فعلى الرغم من أن وجبة أو شرابا قد لا يكون له نفس التأثير القوي لحقنة أو لقرص مركز محضر صيدلانيا، فلا بد من تناول الطعام والشراب طوال الوقت. لهذا، فإن التأثير التراكمي للغذاء يمكن أن يكون جوهريا جدا، بشكل إيجابي أو سلبي، وذلك يعتمد على نوعية الطعام والشراب المتناول. نحن لا نعتبر المكملات الغذائية - أي الأعشاب والفيتامينات والمعادن والإنزيمات - علاجا، بل نراها مكملة للغذاء. ونوصي بغذاء نباتي بنسبة ٩٠٪ (أي ٩٠٪ من الوجبات المتناولة خلال الأسبوع أو خلال الشهر، في المتوسط)، وأن يكون طبيعياً قدر الإمكان (أي أنه غير معالج Processed أو منقى Refined أو ملوث بالإضافات الصناعية (Artificial Additives)، وطازجا Live بنسبة ٥٠ - ٦٠٪ (أي النباتات وعصائرها التي لم يتم طبخها أو معالجتها أو معاملتها بالكيماويات أو الإشعاع)[٤٧-٤٨]. ومثل هذا الغذاء ذو مفعول مزيل للسمية، ويقلل من نوبات التوقان cravings للمخدر.

ويمكن زيادة تأثير النظام الغذائي بشكل كبير عن طريق بعض المكملات الطبيعية، مثل الزنجبيل، والزعتر، والثوم، والحبة السوداء. وقد وجد أن للزنجبيل والزعتر تأثيرا مهدئا بدون أية أعراض تسكين أو تخدير جانبية كالتي تنتج عن معظم المهدئات الكيماوية[٤٩،٥٠]. وهذا التأثير المهدئ يكون مفيدا جدا خلال فترة إزالة السمية في معالجة أعراض التراجع الحادة، وخلال برنامج العلاج في مكافحة نوبات التوقان. ومن

المعروف أيضا أن الزنجبيل عامل مضاد antagonist يعمل منظما لوظائف الخلايا thromboxane[٥١-٥٣]، كما أن له تأثيرا حافزا للحشوة الكُظرية Adrenal Medulla لإفراز الكاتيكولامين Catecholamine[٥٤]. وأيضا، فإن الزنجبيل ذو تأثير فعال في علاج الإدمان من خلال تنشيطه لنظام الـ dopamine[٥٥]. وبالإضافة إلى ما للزنجبيل والزعتر من تأثير مهدئ وخافض للرغبة الملحة، فإن تأثير الزعتر والثوم في إزالة السموم يمكن أن يكون عاملا إضافيا مساعدا. وعلى كل حال، فإن الفائدة الرئيسية لهذه الإمدادات، التأثير المعزز للمناعة. فبعض العقاقير المخدرة - إن لم تكن كلها - ذات تأثير كابت للمناعة[١٠،٣٦،٤٧،٥٦-٥٨]. ولذا، فالمتوقع أن معظم - إن لم يكن كل - مدمني المخدرات لديهم نقص واضح في المناعة أو خلل وظيفي من نوع ما وإلى درجة ما. ولا بد لبرنامج جيد لمعالجة المخدر أن يحتوي على عنصر معزز للمناعة من أجل استعادة الصحة الجيدة. والمكملات الغذائية المذكورة أعلاه تشكل الأساس لمثل هذا البرنامج المعيد للمناعة. والأثر المعزز للمناعة الذي تمتلكه أربعة الأعشاب السالفة الذكر جميعها - أي؛ الزنجبيل، والزعتر، والثوم، والحبة السوداء - موثق ومعروف[٥٠،٥٩-٦٤]. ونحن نوصي بإضافة فيتامين - ج (حمض الأسكوربيك Ascorbic Acid) أو من الأفضل الأسكوربيت المعدني Mineral Ascorbate مع مركب البيوفلافونويد Bioflavonoid Complex، وأي مستحضر يحتوي على العسل الملكي Royal Jelly ولقاح النحل Bee Pollen بكميات مناسبة حيث أن هاتين الإضافتين سوف تزيدان بشكل كبير تأثير الأعشاب الأربعة المذكورة أعلاه في استعادة المناعة[٤٧،٦٥-٧٠].

ثمة طريقة علاجية أخرى أثبتت أنها ذات فائدة كبيرة في برنامج معالجة المخدر، وهي العلاج الكيميائي للتخلص من الرواسب المعدنية في الجسم عن طريق الأوردة Intravenous Chelation Therapy. فالإنسان تحت الظروف الاعتيادية معرض لعدد من الملوثات البيئية

والتي تحتوي - بين بقية الأشياء - على معادن ثقيلة سامة مثل الرصاص lead، والكادميوم cadmium، والنيكل nickel. أضف إلى ذلك أن المرضى الذين لديهم حشو ضرس من الملغم Amalgam يكونون أكثر تعرضا للزئبق mercury[٤٧]. أما متعاطو المخدرات فيكونون أكثر تعرضا للكادميوم، والنيكل، ومعادن أخرى ثقيلة.

إن التبغ والعقاقير المخدرة الأخرى تحتوي على قدر كبير من الكادميوم والنيكل والتي تدخل إلى الجسم مع الغازات المدخنة[٧١-٧٤]. واختبار تحليل الشعر كاشف جيد للبحث عن أي ترسبات فوق اعتيادية من معادن ثقيلة سامة في الجسم. إن قياسات كمية ذات دقة أكثر للمعادن الثقيلة السامة المترسبة - إن وجدت يمكن الحصول عليها باختبار البول المحرِّض provocative عن طريق أخذ عينات بولية قبل وبعد جرعة علاج كيميائي بواسطة ٣٠٠٠ مج من الـ EDTA (Ethylene Diamine Tetra Acetic Acid). وعمل هذه الاختبارات بشكل روتيني كشف لنا أن لدى عدد كبير من السكان رواسب كثيفة من المعادن الثقيلة في أجسامهم. ونحن نتكلم عن الأشخاص العاديين بدون التعرض للمخاطر المهنية غير العادية وبدون التعرض المباشر للعقاقير المخدرة. إنهم فقط يعيشون على كوكبنا (الأرض) بكل ما فيه من محطات للقوى، والسيارات والنشاطات الصناعية. إن الأشخاص الذين يتفق أنهم يتعرضون بشكل كثيف للملوثات - سواء عن طريق مهنهم، أو استخدام المخدرات، أو لمجرد العيش في أحياء شديدة التلوث - فمن المرجح أنهم سوف يكونون أكثر تلوثا بهذه المعادن الثقيلة السامة. وقد تم اقتراح اتفاقية خاصة للعلاج الكيميائي Chelation Therapy من قبل الكلية الأمريكية للتقدم في الطب American College of Advancement in Medicine وتمت الموافقة عليها من قبل الهيئة الأمريكية للعلاج الكيميائي American Board of Chelation Therapy[٧٥-٧٦]. وباتباع هذه الاتفاقية بعناية، سوف يبرهن العلاج

الكيميائي ليس فقط على فاعليته الشديدة ولكن أيضا على أمانة شديدة. إن الوجود الكثيف للمعادن الثقيلة السامة في الجسم يؤدي إلى آثار ضارة مختلفة بدءا من تثبيط المناعة إلى زيادة الشقوق الكيميائية الحرة free radicals وهرم الأنسجة المتزايد، وتلف الخلايا، وإعاقة عمليات العلاج والإصلاح بشكل عام. وعلى كل حال، فإن تأثير العلاج الكيميائي ليس مقصورا على التخلص من رواسب المعادن الثقيلة السامة، فهو أيضا يساعد - إلى حد ما - في التخلص من رواسب الكالسيوم الزائدة عن الحد الطبيعي في الجسم، وتقليل الشقوق الكيمايئية الحرة، وتعزيز الوظائف المناعية، وتحسين الدورة الدموية وتجديد حيوية perfusion الأنسجة[٤٧]. كل هذه الفوائد تسهم في علاج وتجديد أفضل للأنسجة. وعلى كل حال، لا يمكن التأكيد بشكل كاف من أن العلاج الكيميائي سوف يعطي فوائد أعظم وعلاجا يدوم أطول إذا أعطي في إطار برنامج متكامل من نظام غذائي صحي، ومكملات غذائية، وأسلوب حياة صحي، و - فوق كل ذلك - وضع عقلي، وعاطفي، وروحي إيجابي.

والآن ننتقل إلى وسيلة العلاج التالية وهي الاستشارة لتعليم كيفية التخلص من الانفعالات السلبية. وهذه الوسيلة هي الأصعب في التعليم وأيضا هي الأهم في البرنامج كله. إن وجود الانفعالات السلبية المكبوتة لهو ضار من ناحيتين. الناحية الأولى من خلال التأثير الضار المباشر للانفعالات السلبية المكبوتة والتي أثبتت أنها أكثر مثبطات المناعة قوة[٤٧،٧٧-٨١]. والناحية الأخرى والتي فيها تتسبب الانفعالات السلبية المكبوتة - إن وجدت - في أذى من خلال التدخل في مطاوعة الوسائل العلاجية أو عناصر البرنامج العلاجي الأخرى. ولكي يصبح البرنامج العلاجي ناجحا، فإنه لا بد للمرضى أن ينموا شخصية استثنائية خاصة خالية من الخوف والتردد، خالية من الإحباط، والعجز، واليأس، وخالية من الغضب، والبغض، والثورة. لا بد من أن يكونوا

ممتلئين بالحب، والعطاء، والعفو. ممتلئين بالأمل، والشجاعة، والتصميم. ويمتلكون الثقة التامة بأنفسهم وبخالقهم ورحمته، ويمتلكون الحب، والعدالة أيضا.

لا بد أيضا أن نكون مدركين لحقيقة مهمة: أنه ليس من الكافي تعليم المرضى طريقة أو تقنية فعالة للتخلص من المشاعر السلبية واكتساب الإيجابية منها. إنه ما لم يكن لدى المرضى المهارة المناسبة التي تمكنهم من استخدام الطريقة أو التقنية التي عُلِّمَت لهم، فإن العملية بأكملها ستكون عديمة الفائدة. إن هذه المهارة يمكن تطويرها، ولكنها تتطلب تدريبا يوميا وممارسة لبعض التمارين العقلية الخاصة على مدى فترة تتراوح بين شهر إلى ثلاثة أشهر وقد تكون أطول من ذلك، أو أيا كان الوقت اللازم لتحقيق المستوى الضروري من المهارة. ولا بد أيضا أن يُعلَّم المرضى الإشارات التي ستمكّنهم من معرفة أنهم قد حققوا المهارة المطلوبة، وهذه المهارة سوف تمكّن المرضى من اكتساب السيطرة على حالتهم العاطفية والروحية. وما إن يتحقق ذلك حتى يصبح اكتساب السيطرة على حالتهم الجسمانية أسهل أيضا.

ونحن نرى أن المعرفة الآتية عن طريق الوحي revealed knowledge غنية بالمفاهيم ذات الفعالية العظيمة في مساعدة المريض - هذا الكائن البشري - على التخلص من المشاعر السلبية، واكتساب الإيجابية منها، وإيجاد التوجيه القويم في الحياة[٨٢،٨٣]. وهذا ما نطلق عليه التوافق alignment أو إعادة التوافق realignment العقلي والعاطفي والروحي. إن هذه المفاهيم ذات الفاعلية الكبيرة لا علاقة لها بالطوائف الدينية على الإطلاق، بمعنى أنها تلائم الطبيعة البشرية بصرف النظر عن الانتماء الديني. فهي تأتي من الخالق الذي خلق هذه الطبيعة، وهو أعلم بتكوين مخلوقاته واحتياجاتها.

إن الإرشاد - كما سبق عرضه - يشبه في الحقيقة ما أطلقنا عليه

البرنامج التعليمي غير الطائفي الي يركز على الجانب الروحي ويهتدي بالمعرفة الوحيية (شكل ٨). إن بقية وسائل العلاج مثل العلاج بالإبر acupuncture، والبرنامج التدريبي للتحكم في وظائف الأجهزة اللاإرادية biofeedback training، والتدريب الجسماني physical exercise، والتخيلات الموجهة guided imagery لهي وسائل إضافية لمساعدة المريض على تحقيق السيطرة السالفة الذكر. وقد أثبتت وسيلة العلاج بالإبر فاعليتها الكبيرة في إزالة السموم[٨٤] والسيطرة على الرغبات الملحة، شريطة أن يكون لدى المريض الدافع وإرادة التخلص من العادة. كما أثبت العلاج بالإبر فاعليته في تعزيز المناعة[٨٥،٨٧]. إن البرنامج التدريبي للتحكم في وظائف الأجهزة اللاإرادية يساعد المريض على اكتساب مهارات الاسترخاء والتحكم[٨٨،٩٠] التي تمكن المريض من أن يستفيد إلى أقصى درجة من التخيلات العلاجية الموجهة. وقد برهن التدريب الجسماني المعتدل على أن له تأثيراً في تعزيز المناعة وتحسين العلاج[٩١-٩٥]. وحتى الآن كانت الوسائل العلاجية موجهة نحو المريض. لكن المريض لا يعيش في فراغ. فما لم يتلق دعما من أفراد عائلته فإن الاستمرار في الاستجابة للعلاج سيكون من الصعوبة بمكان. ومن ثم فالواجب توعية الأسرة بقيمة كل وسيلة علاجية، ماذا يتوقع منها؟ وكيف ينبغي عليهم دعم المريض على طريقه نحو الشفاء؟. وحيث إن المدمنين كثيراً ما يواجهون مشكلة الاحتفاظ بوظائفهم، وربما عانوا اضطرابات مالية ومشاكل أخرى، فإنهم يكونون في حاجة إلى المساعدة في مواجهة ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية.

السؤال الأخير الذي يجب أن نسأله هو: لم نحن على هذه الدرجة من الثقة بأن هذا البرنامج الشامل سوف ينجح؟ الإجابة بسيطة. أولا، لأنه ينطوي على معنى جيد. فكلما كانت الرعاية شاملة - مستوعبة جميع جوانب حياة المريض حيث الحاجة إلى الاهتمام - قلت فرصة الانتكاس الذي يمكن أن ينتج من نقطة ضعف جسمانية أو

عاطفية أو روحية، وهنا يمكن أن ينتشر الانهيار ويقود إلى الإخفاق. أما السبب الثاني لثقتنا فيأتي من حقيقة أن هذا المفهوم نفسه - العلاج الشامل الجامع - قد جرب خلال السنوات العشر الماضية مع مشكلات طبية تماثل أو ربما تزيد تحديا عن إدمان المخدرات، وكانت النتائج مرضية جدا[٩٦،٩٧]. إننا لنشعر بقوة، إذا اتبعنا الخطوات ذاتها بأننا سنحقق نفس النتائج بإذن الله. ولكن يجب علينا أن نكون مدركين لشيء واحد هو أنه عندما يتعافى المريض، فإن ذلك ليس بسبب علاجنا ولكن بسبب أن الشفاء يأتي من الله. فنحن نفعل فقط ما نستطيع. وإذا بذلنا أقصى ما في وسعنا، فإن الله عادة يتكفل بالباقي.

المراجع الأجنبية

1. Illicit drug use by teenagers keeps escalating. News. Am. J. Health-Syst. Pharm. 1996; 53:616-19.
2. Reid, D. Teenage druge use. BMJ, 1996; 313: 375.
3. Miller, P.M. and Plan, M: Drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom. BMJ, 1996; 313: 394-97.
4. Risser, D. and Schneider, B: Drug-related deaths between 1985 and 1992 examined at the Institute of Forensic Medicine in Vienna, Austria. Addiction, 1994; 89:851-57.
5. Puschel, K: Drug-related death-an update. Forensic Science International, 1993; 62:121-28.
6. Brust, JCM, ed.: Neurological Aspects of Substance Abuse, Chapter on tobacco. ed 1. Butterworth-Heineman, Stoneham, MA 02180, 1993, pp 253-264.
7. Brust, JCM, ed.: Neurological Aspects of Substance Abuse, Chapter on ethanol. ed 1. Butterworth-Heineman, Stoneham, MA 02180. 1993, pp 190-252.
8. Fielding, JE. Smoking health effects and control. N. Eng. J. Med., 1985; 313:491, 555.
9. US Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Washington, DC. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406, US Government Printing Office, 1988.
10. Schultz, JM. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost-United States, 1988. MMWR 1991; 40:62.
11. Hammond, ECi. Smoking in relation to mortality and morbidity: finding in the frist 34 months of followup in a prospective study started in 1959. J. Natl. Cancer Inst. 1964; 32: 1161.
12. Paffenbarger, RS, and Wing, A: Characteristics in youth predisposing to fatal stroke in later years. Lancet 1967; 1:753.
13. Rogot, E: Smoking and General Mortality Among US Veterans, 1954-1969. Bethesda, MD: National Heart and Lung Institute, 1974.

14. Doll. R. and Peto, R.: Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. BMJ, 1976; 2:1525.
15. Doll R., Gray R., Hafner B., et al: Mortality in relation to smoking: twenty two years, observations on female British doctor. BMJ, 1980; 1:967.
16. Love BB. Biller J, Jones MP, et al: Cigarette somking. A risk factor for cerebral infarction in young a dults. Arch. Neurol. 1990; 47:693.
17. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women: Oral contraception and increased risk of cerebral ischemia or thrombosis. N. Eng. J. Med. 1973; 288:871.
18. Goldbaum GM, Kendrick JS, Hogelin GC, and Gentry, EM: The relative impact of smoking and oral contraceptive use on women in the United States. JAMA, 1987; 258:1339.
19. U.S. Environmental Protection Agency: Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993.
20. Colditz GA, Bonita R, Stampfer MJ, et al: Cigarette smoking and risk of stroke in middle aged women. N. Engl. J. Med. 1988; 318:937.
21. Bonita R: Cigarette smoking, hypertension, and the risk of subarachnoid hemorrhage: a population-based case-control study. Stroke, 1986; 17:831.
22. Medical Research Council Working Party: MRC Trial of treatment of mild hypertension: Principal results. BMJ, 1985; 291:97.
23. Kawachi I, Colditz, GA, Stampfer MJ, et al: Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. JAMA, 1993; 269:232.
24. Whisnant JP, Homer D, Ingall TJ, et al: Duration of Cigarette Smoking is the strongest predictor of severe extracranial carotid atherosclerosis. Stroke, 1990; 21:707.
25. Tell GS, Howard G., McKinney WM and Toole JF: Cigarette smoking cessation and extracranial carotid atherosclerosis.
26. Dempsey RJ, and Moor RW: Amount of smoking independently predicts artery atherosclerosis. Stroke, 1992; 23:693.
27. Murchison LE, and Fyfe T: Effects of cigarette smoking on serum lipids, blood glucose, and platelet adhesivness. Lancet, 1966; 2:182.
28. Moauad J, Fernandez F, Barrillon A, et al: Diffuse or segmental narrowing (spasm) of coronary arteries during smoking demonstrated on angiography. Am. J. Cardiol. 1984; 53:354.

29. Schelling, T.C., Addictive Drugs: The Cigarette Experience. Science, 1992;255:430-33.
30. Perkins, K.A., Grobe J. E., Epstein, L. H., Caggiula, A., Stiller, R.L., and Jacob R.G.: Chronic and Acute Tolerance to Subjective Effects of Nicotine. Pharmacol. Biochem. Behav. 1993;45:375-81.
31. Jaffe, J.H.: Commentary on the nicotine is/is not addictive debate. Psychopharmacology, 1995;117:11-13.
32. Henningfield, J.E., and Heishaman, S.J.: The addictive role of nicotine in tobacco use. Phychopharmacology, 1995;117:21-22.
33. Keenan, R.M., Jenkins, A.J., Cone, E.J., and Henningfield, J.E.: Smoked and intravenous nicotine, cocaine, and heroin have similar abuse liability. Submitted for presentation at American Society of Addiction Medicine, November 1994.
34. Kessler, D. A.: Statement on nicotine-containing cigarettes. Testimony given before the US House of Representatives Subcommittee on Health and the Environment. 1994, 25 March.
35. Stalerman, I.P., and Jarvis, M.J.: The scientific case that nicotine is addictive. Psychopharmacology, 1995;117:2-10.
36. US Department of Health and Human Services (1988) The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Sugeon General. US Government Printing Office. Washington DC.
37. Rose, R.M., and Barrett, J.E.: ed Alcoholism: Origins and Outcome. 1988; Raven Press, New York.
38. Gluckman, S.J., Dvorak, V.C., and Mac Gregor, R.R.: Host Defenses During Prolonged Alcohol Consumption in a Controlled Environment. Arch. Intern. Med. 1977;137:1539-43.
39. U.S. Department of Health, Education, and Welfare: Alcohol and Health. U.S. Government Printing Office, 1971.
40. Brick, L.J., and Clark, P.M.S. (Eds.): Biochemistry of Alcohol and Alcoholism. Halsted Press, New York, 1979.
41. Sherbini, E.: Alcholism, International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Honduras, CA, September 3-7. 1979.
42. What Everyone Should Know About Alcohol. A Scriptographic Booklet by Channing L. Bete Co., Inc. Greenfield, Mass., 1979.
43. Quran, 9:102.
44. Quran. 40:11.

45. Quran, 3: 135-136.

46. Alcoholics Anonymous, Tird edition. Alcoholics Anonymous World Services, New York City, 1976, pp. 58-59.

47. Elkadi, A.: Multimodality Immunotherapy (MIP). A Publication of the Institute of Islamic Medicine for Education and Research, Panama City, Florida, 1986.

48. Elkadi, A., El-Menshawi, A., Meloukheia, A., Abdel-Ghany, N., Kaplan, S., and Elmarassy, M.: Multimodality Immunotherapy Program. Presented at the Sixth International Scientific Conference of the Egyptian Medical Syndicate (Medicina 94), Cairo, Egypt, December 1994. Published in the Conference Proceedings. Publication of the Egyptian Medical Syndicate, Cairo, Egypt.

49. Elkadi, A., El-Menshawi, A., and Khorshid, L.: Ginger: The natural tranquilizer. A preliminary study. J. Islam. Med. Assoc. N. America, 1993; 25:30-35.

50. Elkadi, A., El-Menshawi, A., and Khorshid, L.: The tranquilizing efect of ginger and thyme. J.Islam. Med. Assoc. of S. Africa. Convention issue 1992.

51. Srivastava. K. C.: Aqueous extracts of onion, garlic, and ginger inhibit platelet aggregation and alter orachidonic acid metabolism. Biomed. Biochim. Acta. 1984; 43:335-46.

52. Bacon, J.: Ginger: Inhibition of thromboxane synthetase and stimulation of prostacyclin: Relevance for medicine and psychiatry, Medical Hypothesis, 1986; 20:271-8.

53. Kimura, I., Kimura, M., and Pancho, L.R.: Modulation of eicosonoid-induced contraction of mouse and rat blood vessels by gingerols, Japan. J. Pharmacol. 1989; 51:253-61.

45. Kawada. T., Sakabe, S., Watanabe. T., Yamamoto, M., and Iwai, K.: Some pungent principles of spices cause the adrenal medulla to secrete catecholamine in anesthetized rats. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1988; 229-33.

55. Backon, J., Predicting new effective treatments of alcohol addiction on the basis of their properties of inhibition of noradrenergic activity and/or thromboxane or on the activation of the dopamine reward system and/or beta-endorphin. Medical Hypothesis, 1989; 29:327-9.

56. Berger, L. R.: Cigarette smoking and the acquired immunodeficiency syndrome. Ann. Intern. Med. 1988: 108: 638.
57. Henderson, B. E., Ross, R.K., and Pike, M.C.: Toward the primary prevention of cancer, Science,, 1991; 254: 1131.
58. Smoking and Health. A National Status Report, 2nd Edition, Rockville, MD, DHHS, Publication No. (CDC) 87-8396, 1990.
59. El-Menshawi, A., Elkadi, A., and Kandil, O.: Ginger improves Natural Killer cell activity. J. Islam. Med.. Assoc. of N. America, 1993; 1993; 25: 103-6.
60. Kandil, O., Abdullah, T., Tabuni, A., and Elkadi, A.: Potential role of Allium sativum in natural cytotoxicity. Arch. of AIDS Res. 1987; 1:230-1.
61. Kandil, O., Abdullah, T., and Elkadi, A.: Garlic and the immune system in humans. Its effect on Natural Killer cells. Fed. Proc. 1987; 46 (3): 441.
62. Abdullah. T., Kandil, O., Elkadi, A., and Carter, J.: Garlic revisited: Therapeutic for the major diseases of our times. J. Natl. Med. Assoc. 1988; 80(4): 439-45.
63. Elkadi. A., and Kandil, O.: The black seed (Nigella sativa) and immunity. Fed. Proc. 1987; 46(4): 1222.
64. Elkadi. A., and Kandil, O.: The black seed (Nigella Sativa) as a natural immune enhancer. Proc. of International Conference on Scientific Miracles of Quran and Sunnah. Publication of the Commission of Scientific Signs of Quran and Sunnah, Muslim World League, Macca, Saudi Arabia.
65. DeCosse, JJ., Miller, H., and Lesser, M.: Effect of wheat fiber and vitamines C and E on rectal polyps with familial adenomatous polyposis. J. Natl. Cancer Inst. 1989; 81: 1290-97.
66. Hinds, M. W., Kolonel, L.N., Hankin, J.A., and Lee, J.: Dietary vitamin A, Carotene, Vitamin C and risk of lung cancer in Hawaii. Am. Epidemiol. 1984; 199:227-37.
67. Tannenbaum. S.R., Wishnok, J.S., and Leaf, C.D.: Inhibition of nitrosamine formation by Ascorbic Acid. Am. J. Clin. Nutr. 1991; 53: 2475-2505.
68. Stählin, H.B., Rösl, I., Buess. E., and Brubacher, G.: Cancer, vitamins and plasma lipids. Prospective Basle Study. JNCI, 1984; 73: 1463-8.

69. Schmidt, H.W.: Royal Jelly in diet, prophylaxis and therapy. J. German Med. Assoc. 1956; 11:91-12.
70. Ohkoshi, M., Kawamura, N., and Nagakubo, I., Clinical evaluation of Cermilton in chronic prostatitis. Japanese J. Clin. Urology, 1967; 21:1.
71. World Health Organization Tech. Report no. 505, p. 32.
72. Ellis, K.J., et al. Science, 1977; 205: 323-4.
73. Ashmead, H.: International Assoc. Cancer victims and friends. 10th Annual Cancer Convention, 1973, Los Angeles, September 1-3.
74. Passwater, R.A., and Cranton, E.M. (Eds.): Trace Elements, Hair Analysis, and Nutrition. Keats Publishing, Inc., New Canaan, CT 1983, pp. 228, 264.
75. Cranton, E. (Ed.): A Textbook on EDTA Chelation Therapy. Human Sciences Press, New York, NY 1989.
76. Cranton, E. (Ed.): Bypassing Bypass. The new technique of Chelation Thrapy. 2nd Edition. Medek Publishers, Inc., Trout Dale, VA 1995.
77. Ader, R., and Cohen, H.: Behaviorally conditioned immuno suppression. Psychosomatic Medicine, 1975; 37:333-40.
78. Vollhardt, L. T.: Psychoneuroimunology: A literature review. Amer. J. Orthopsychiat. 1991; 61:35-47.
79. Antoni, M.H., Schneiderman, N., Fletcher, M.A., Golstein, D., Irnson, G., and Laperviere, A.: Psychoneuro-immunology and HIV-1, Journal of Consulting and Clinical Psychology 1990; 58(1): 38-49.
80. Blalock, J.E.: The immune system as a sensory organ. Journal of Immunology, 1984; 132: 1067-70.
81. Borysenko, J.: Psychoneuroimmunology: Behavioral factors and the immune response. Revision, 1984; 7(1): 56-65.
82. Elkadi, A.: Health and healing in the Quran. J. Islam. Med. Assoc. of S. Africa, 1989; 5:5-7.
83. EKladi, A.: Quranic concepts to eliminate negative emotions: Another aspect of the healing effect of the Quran. Proceedings of an International Workshop on Traditional Health Systems and Public Policy. Ottawa, Canada. 1994. pp. 148-167. Publication of the International Development Research Center, Ottawa, Ontario.
84. Smith, M.O.: Acupuncture and natural healing in drug detoxification. Am. J. Acupuncture, 1979; 7:97-107.

85. Hu, J.H.: Therapeutic effects of Acupuncture. Am. J. Acupuncture, 1974; 2:8-14.
86. Chen, K.C.: Effects of Acupuncture and Electroacupuncture on immunological reactions. Sansi Acupuncture. Syposium. Sansi, China. Report No. 102, April 1959.
87. Laing, C.S.: The effects of Acupuncture and maxibustion on the bacterial ability of leucocytes. Sansi Acupuncture Symposium, Sansi, China. No. 21, April 1959.
88. Achterberg, J., McCraw, P., and Lawis, G.F.: Rheumatoid arthiritis, A study of relaxation and temperature biofeed-back training as an adjunctive therapy. Biofeedback and Self Regulation, 1981; 6: 207-223.
89. Fischer, W.E. (Ed.): How to fight cancer and win. Chapter on visualization therapy. Conquering disease through positive imagery. Canfield, OH: Fischer Publishing Corp., 1987.
90. Taarler- Benlolo, L.: The role of relaxation in biofeedback training. A critical review of the literature. Psychol. Bull. 1978; 85: 727-55.
91. La Perriere, A., Fletcher, M.A., Antoni, M.H., KLinas, N.G., and Schneiderman, N.: Aerobic exercise training in AIDS risk group. Int. J. Sports Med. 1991; 12:S53-S57.
92. Liu, Y., and Wang, S.: Enhancing effect of exercise on the production of antibody against Salmonella typhi in Mice. Immunol. Lett. 1987; 14:117-20.
93. MacKinnon, L.T.: Exercise and Natural Killer Cells. What is the relationship? Sports Med. 1989; 7:141-9.
94. Eichner, E.R.: Exercise, Lymphokines, Calories, and Cancer. Physician Sports Med. 1987; 5: 109-116.
95. Griest, J.H., Klein, M.H., Eichens, R.R., Faris, J., Gurman, A.D., and Morgan, W.P.: Running as treatment for depression. Com. Psych. 1979; 20:41-53.
96. Elkadi, A.: Contemporary Definition of Islamic Medicine. Presented at the Fofth International and First American Conference on Islamic Medicine, Orlando, Florida, April 1995. Published in the Conference Proceedings.
97. Elkadi, A., Allaithy, A., Mostafa, A., Elkadi, I., and Elmarassy, M. Ten year Results of Treatment of Advanced Metastic cancer with the Multimodality Immunotherapy Program. Accepted for presentation at the joint convention of the Islamic Medical Association of North America, American College of Physicians, and the Jordan Medical Association to be held in Amman, Jordan, July 1997.

أسماء المشاركين
من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
في المؤتمر الحادي والأربعين
للـ ICAA

أسماء المشاركين
من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
(مرتبة ترتيباً أبجدياً)

١ - **السيدة إيمان القاضي**
معهد الطب الإسلامي للتعليم والبحث
بنما سيتي فلوريدا - الولايات المتحدة الأمريكية.

٢ - **دكتور أحمد القاضي**
معهد الطب الإسلامي للتعليم والبحث
بنما سيتي فلوريدا - الولايات المتحدة الأمريكية.

٣ - **دكتور أحمد رجائي الجندي**
الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

٤ - **دكتور أحمد محيط**
المستشار الإقليمي للصحة العقلية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - الإسكندرية - مصر

٥ - **دكتور جمال ماضي أبو العزايم**
مدير مستشفى الأمراض العصبية والنفسية السابق - مصر

٦ - **دكتور خالد الصالح**
رئيس جمعية مكافحة التدخين والسرطان - الكويت

٧ - **دكتور خالد المذكور**
أستاذ بكلية الشريعة جامعة الكويت وعضو مجلس أمناء المنظمة - الكويت

٨ - **دكتور صلاح العتيقي**
مدير منطقة الصباح الصحية وعضو مجلس أمناء المنظمة - الكويت

٩ - **دكتور صلاح عبدالمتعال**
أستاذ علم الاجتماع - مصر

١٠ - **دكتور عادل الزايد**
أخصائي الامراض النفسية - مستشفى الطب النفسي - الكويت

١١ - **الأستاذ عبدالحميد البلالي**
جمعية بشاير الخير - الكويت

١٢ - **المستشار عبدالله العيسى**
نائب رئيس محكمة التمييز وعضو مجلس أمناء المنظمة - الكويت

١٣ - **دكتور عبدالله بن إبراهيم الشريف**
مستشفى الأمل - الدمام - المملكة العربية السعودية

١٤ - **دكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي**
رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت

١٥ - **دكتور علي السيف**
الوكيل المساعد للشئون الصحية بوزارة الصحة، والأمين العام للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت

١٦ - **دكتور عمر سليمان**
منظمة الصحة العالمية - الأردن

١٧ - **دكتور عمر شاهين**
أستاذ علم النفس - مصر

١٨ - دكتورة غادة الحافظ

مدير قسم التنمية والوقاية الصحية - بالمكتب الإقليمي لشرق المتوسط - الإسكندرية - مصر

١٩ - دكتور فؤاد أبو حطب

أستاذ علم النفس - مصر

٢٠ - دكتور فؤاد السعيد

المدير التنفيذي للجمعية العربية للوقاية من المخدرات والإدمان APDA - مصر

٢١ - دكتور فريدون مهرابي

أستاذ مشارك ورئيس قسم العلاج النفسي جامعة طهران للعلوم الطبية - إيران

٢٢ - الشيخ محمد المختار السلامي

مفتي تونس - تونس

٢٣ - دكتور مالك ميشر

مدير مركز الصحة العقلية المتعاون مع منظمة الصحة العالمية - روالبندي - باكستان

٢٤ - دكتور مصطفى كامل

أستاذ الأعصاب وعلم النفس - مصر

٢٥ - دكتور محمد هيثم الخياط

نائب المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط - الإسكندرية - مصر

العنوان: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

ص.ب: ٣١٢٨٠ الصليبخات ت : ٠٠٩٦٥/٤٨٣٤٩٨٤
رمز بريدي: 90803 الكويت فاكس: ٠٠٩٦٥/٤٨٣٧٨٥٤
E - mail: IOMS @ Kuwait.net
Home page: http: //www.kuwait.net/~IOMS

ردمك : ٩٩٩٠٦-٣٤-٥٣- X

ISBN 99906-34-53-x