

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مِنظَرَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

EM/RC52/5
ش م/ل 5/52

أيلول/سبتمبر 2005

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة الثانية والخمسون

البند 5 (ج) من جدول الأعمال

ورقة تقنية:

تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها

المحتوى

الصفحة	الموجز
أ	الموجز
1	1. المقدمة
1	2. الوضع العالمي
1	1.2 الانتشار
2	2.2 الآثار الضائرة
3	3.2 الفهم الجديد
5	3. الوضع الإقليمي
5	1.3 لمحة عامة
5	2.3 الأبعاد والأصول الروحية والاجتماعية والثقافية
6	3.3 تعاطي التبغ [7]
7	4.3 معاقرة المُسكِّرات
8	5.3 تعاطي القات
9	6.3 معاقرة بعض العقاقير الطبية
9	7.3 تعاطي المخدَّرات عن طريق الحقن
11	4. الجهود الإقليمية في مواجهة تعاطي مواد الإدمان
12	5. القضايا الاستراتيجية
14	6. التوجُّهات الاستراتيجية
15	7. الخاتمة
15	8. التوصيات
17	المراجع

الموجز

تعاظم من سنة إلى أخرى، على صعيد الصحة العمومية، أهمية تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، وهو أمر لا يُعدّ مشكلة صحية فحسب؛ بل إنه يمثل أيضاً تحدياً أخلاقياً واجتماعياً واقتصادياً هائلاً، ينطوي على أبعاد جاثية. ولا يمكن الإشهاد على كَوْن أي بلد أو مكان في العالم «خُلواً من المخدّرات». ونظراً لكَوْن إقليم شرق المتوسط يشكّل أحد أهم مناطق عبور العقاقير المحظورة، في العالم، ومع اجتياز العديد من البلدان لتحوّلات اجتماعية سريعة، ومعاناتها من الصراعات، يتزايد تعرّض بلدان الإقليم للمشكلات الصحية والاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن تعاطي المخدّرات والاعتماد عليها. ويتزايد اتّجاه الشباب (15-24 سنة) والنساء إلى تعاطي مواد الإدمان. وأكثر مواد الإدمان تعاطياً هي الحشيش، والمهدّئات، والأفيونيات، والمنبّهات. ومن التطوّرات الجديدة في هذا الصدد، تعاطي المخدّرات بالحقن، وهو تطوّر له آثار كبيرة على الصحة العمومية، ولاسيّما في ما يتعلق بانتشار أشكال العدوى المنقولة بالدم. وأكثر المخدّرات التي تُتعاطى حقناً، هي الأفيونيات. وقد زاد معدل الإيجابية لفيروس الإيدز بين متعاطي المخدّرات بالحقن، من 0.16% عام 1999 إلى 3.26% عام 2003. كما زاد معدل انتقال فيروس الإيدز، عن طريق تعاطي المخدّرات حقناً، من 2% عام 1999 إلى 13% عام 2003.

وتمسّ الحاجة إلى إدراك ما لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها من أثر على الصحة. وللتصدّي لهذه المشكلة، يمكن اتّخاذ عدد من التدابير على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والنظام الصحي. وفي خلال السنتين الماضيتين، وبفضل مشورة أعضاء الفريق الاستشاري الإقليمي المعني بتأثير تعاطي المخدّرات، حقق المكتب الإقليمي تقدماً جيداً في إعداد استراتيجية إقليمية للتصدّي لهذه المشكلة. فقد تم إعداد مسوّدّة استراتيجية إقليمية للتصدّي لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، حُدّدت لها التوجّهات الاستراتيجية الآتية: إعداد سياسة وطنية تركز على اتّخاذ إجراءات من قبَل قطاعات متعدّدة، كما تركز على المشابكة networking، وإذكاء المعرفة بمخاطر تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، ولاسيّما مدى حسامة المشكلة والعوامل الدفينة، والعواقب، والمُداخلات؛ وتنمية الموارد البشرية؛ وتيسير إمكانية الحصول على مجموعة كبيرة من الخدمات المتكاملة في المرافق العامة للنظام الصحي من أجل المعافاة النفسية والاجتماعية، والوقاية من تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، والتبكير باكتشاف المدمنين، ومعالجتهم وتأهيلهم وتقليص الضرر الذي يصيبهم؛ واتّخاذ إجراءات مركّزة على المجتمع في جميع هذه المجالات، بالاعتماد على مُداخلات مقبولة ثقافياً، مع الاستفادة من المحافل الدينية والتعليمية والمنظمات اللاحكومية. وتوصّى الدول الأعضاء بإعداد استراتيجيات وطنية تُعنى بالوقاية من تعاطي مواد الإدمان ومعالجة متعاطيها، وتقليص ضررها؛ وضمان إمكانية حصول المدمنين على خدمات النظام الصحي ونظام الدعم الاجتماعي؛ وبناء القدرات الملائمة في وزارات الصحة؛ وإدخال برامج للوقاية الأولية، مثل تعليم المهارات الحياتية في المدارس.

1. المقدمة

تتعاطم من سنة إلى أخرى، على صعيد الصحة العمومية، أهمية تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها. فهو أمرٌ لا يُعدُّ مشكلة صحية فحسب، بل إنه يمثل أيضاً تحدياً أخلاقياً واجتماعياً واقتصادياً ينطوي على أبعاد جاثية. ولا يمكن الإشهاد على كَوْن أي بلد أو مكان في العالم «خلواً من المخدرات». ونظراً لكَوْن إقليم شرق المتوسط يشكّل أحد أهم مناطق عبور العقاقير المحظورة، في العالم، ومع اجتياز العديد من البلدان لتحوُّلات اجتماعية سريعة، ومعاناتها من الصراعات، يتزايد تعرُّض بلدان الإقليم للمشكلات الصحية والاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن تعاطي المخدرات والاعتماد عليها.

وقد اعتاد بعض الناس، على مدى التاريخ، استعمال مواد مختلفة لتغيير حالتهم النفسية. ففي المجتمعات التي كانت تعيش في شبه الجزيرة العربية، قبل الإسلام [1]، كان يشيع تخمير الكحول. وكان تعاطي الأفيون يمثل جزءاً من الثقافة التقليدية لعدد من بلدان الإقليم. وكان تعاطي المخدرات، حتى عهد قريب، مقصوراً، في الغالب، على أماكن معينة وفقاً لتقاليد معينة. أما ما جدَّ في الآونة الأخيرة، فيتمثل في زيادة أنواع المخدرات التي يجري تعاطيها، وزيادة فعاليتها، واتخاذ طرق أكثر فعالية لمُعاقَرَتها (كتعاطيها عن طريق الحقن)، ونقص الضوابط الاجتماعية المناهضة لمُعاقَرَتها، ومن ثمَّ زيادة نسبة متعاطي المخدرات بين السكان، واعتمادهم عليها، بما يترافق مع ذلك من عواقب صحية واجتماعية.

وتستهدف هذه الورقة:

- استعراض الوضع الراهن لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها في العالم وفي الإقليم، مع الاهتمام بعدد من الاتجاهات المثيرة للقلق، مثل زيادة العدد المطلق لمتعاطي المخدرات، وتناقص متوسط أعمارهم، وتزايد عدد النساء التي تتعاطين المخدرات، والاتجاه إلى تزايد تعاطي المخدرات عن طريق الحقن؛
- عرض الفهم الحالي للمشكلة، وأساليب رعاية أولئك الذين يعانون منها، وتحديد المجالات التي يمكن للبلدان اتّخاذ إجراءات فيها للتصدّي لهذه المشكلة. وتشمل هذه الإجراءات، في ما تشمل، إعداد سياسات وطنية، وتنظيم برامج وقائية، وإدماج برامج رعاية المعتمدين على مواد الإدمان في برامج الرعاية الصحية العامة، والحدّ قدر الإمكان من الأضرار الصحية التي يسببها تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها.

2. الوضع العالمي

1.2 الانتشار

يتزايد تعاطي المُسكِّرات، والتبغ، وسائر المواد الخاضعة للمراقبة، مُسهمًا إسهاماً كبيراً في العبء العالمي للمرض. ويتزايد تعاطي التبغ في البلدان النامية وبين النساء. إذ يدخّن في الوقت الحاضر في البلدان النامية، 50% من الرجال، و9% من النساء، بالمقارنة مع 35% من الرجال، و22% من النساء في البلدان الصناعية المتقدمة. وتُسهم الصين، على وجه الخصوص، إسهاماً كبيراً في هذا الوباء في البلدان النامية. فواقع الأمر، أن معدل استهلاك الفرد للسجائر في آسيا هو أعلى منه في سائر أنحاء العالم، وتمضي في إثر آسيا، الأمريكتان وأوروبا.

وإذا كان معدل استهلاك المُسكِّرات قد تناقص في السنوات العشرين الماضية في البلدان الصناعية المتقدِّمة، فإننا نجد أنه يتزايد في البلدان النامية، ولاسيَّما في إقليم منظمة الصحة العالمية لغرب الهادي، حيث يتراوح معدل الاستهلاك السنوي للفرد البالغ بين 5 و9 ألتار من الكحول النقي، وكذلك في بلدان الأتحاد السوفياتي السابق. علماً بأن هذا الارتفاع في معدل استهلاك المُسكِّرات في البلدان النامية، يُعزَى، لحدّ بعيد، إلى ارتفاع معدلات الاستهلاك عموماً في البلدان الآسيوية. أما معدل استهلاك المُسكِّرات في أقاليم المنظمة لأفريقيا، وشرق المتوسط، وجنوب شرق آسيا، فهو أقل بكثير.

ووفقاً لتقديرات مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدِّرات والجريمة، فإن حوالي 200 مليون شخص يتعاطون نوعاً واحداً من المواد المحظورة. وأكثر المواد المحظورة تعاطياً هو الحشيش، يليه مركبات الأمفيتامين، فالكوكايين، فالمواد الأفيونية المفعول. ويجدر بالملاحظة أن تعاطي المواد المحظورة يمثل نشاطاً أغلب ممارسيه هم من الذكور، إذ إن نسبة متعاطيها من الذكور هي أكبر بكثير من نسبتهم في ما يتعلق بتدخين السجائر وتعاطي المُسكِّرات. كما أن تعاطي مواد الإدمان هو أكثر انتشاراً بين الشباب منه بين الفئات العمرية التي هي أكبر. فبين عامي 2000 و2001، كان يتعاطى الحشيش، مرة واحدة على الأقل، 2.7% من إجمالي سكان العالم، و3.9% من الأشخاص الذين هم في سن الخامسة عشرة فأكثر. وفي العديد من البلدان الصناعية المتقدِّمة، مثل كندا والبلدان الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية، تفيد التقارير بأن ما يزيد على 2% من الشباب يتعاطون الهيروين، وأن ما يقرب من 5% يدخنون الكوكايين طوال حياتهم. كما تفيد التقارير بأن 8% من الشباب في أوروبا الغربية وما يزيد على 20% منهم في الولايات المتحدة الأمريكية، يتعاطون نوعاً واحداً على الأقل من المواد المحظورة، غير الحشيش. وقد أصبح تعاطي مواد الإدمان عن طريق الحقن، ظاهرة مستفحلة، تُنذر بانتشار عدوى فيروس الإيدز في عدد متزايد من البلدان [3].

هذا، مع العلم بأن العبء العالمي لتعاطي مواد الإدمان هو عبء جسيم، فبسببه يضيع سنوياً 8.9% من العمر المنتج، بسبب العجز والوفاة قبل الأوان المأمول، وفقاً لتقديرات سنوات العمر المصححة باحتساب مُدَد العجز. علماً بأن العبء الصحي الرئيسي في هذا الصدد، يُعزَى إلى المواد المسموح بها قانوناً أكثر مما يُعزَى إلى المواد المحظورة. ومن بين عوامل الاختطار الرئيسية العشرة، من حيث العبء المرضي الذي يمكن تحاشيه، جاء التبغ في المرتبة الرابعة، وجاءت المُسكِّرات في المرتبة الخامسة، في عام ألفين، ويبقى كلا العاملين في صدارة قائمة عوامل الاختطار في التوقُّعات الخاصة بعامي 2010 و2020. فقد أسهم التبغ والمُسكِّرات بنسبة 4.1% و4.0%، على التوالي، في عبء اعتلال الصحة في عام ألفين، في حين أسهمت مواد الإدمان المحظورة بنسبة 0.8% في هذا العبء [4]. والأعباء المعزوة إلى التبغ والمُسكِّرات تشتد حساستها بوجه خاص بين الذكور في البلدان الصناعية المتقدِّمة (لاسيَّما في أوروبا وأمريكا الشمالية). ويرجع ذلك إلى أن الرجال في البلدان الصناعية المتقدِّمة يتعاطون التبغ والمُسكِّرات مُدداً طويلاً، ولأن الناس في هذه البلدان يعمِّرون بما يكفي لأن يصابوا بالمشكلات الصحية ذات العلاقة بتعاطي مواد الإدمان.

2.2 الآثار الضائرة

يتعاطى الناس المواد النفسانية التأثير انتظاراً لمنفعة منها، سواء كانت هذه المنفعة إحساساً بالمتعة أو تفاعياً للألم. ولو أن المواد النفسانية التأثير تنطوي على ضرر، سواء على المدى القصير أو الطويل. ويمكن تقسيم الآثار الضائرة لتعاطي مواد الإدمان إلى أربع فئات، هي: الآثار الصحية المزمّنة؛ والآثار الصحية الحادة أو القصيرة الأمد؛ والمشكلات الاجتماعية الحادة؛ والمشكلات الاجتماعية المزمّنة. ومن الأمثلة على الآثار الصحية المزمّنة، تشمُّع الكبد

(بسبب تعاطي المُسكّرات)، وسرطان الرئة والنفاخ الرئوي (بسبب التدخين)، والعدوى بفيروس الإيدز (بسبب تعاطي المخدّرات عن طريق الحقن). ومن الأمثلة على الآثار الصحية البيولوجية الحادة أو القصيرة الأمد للمخدّرات من قبيل المواد الأفيونية المفعول، والمُسكّرات، والآثارُ الناجمة عن الجرعة المفرطة، والإصاباتُ الناجمة عن الآثار التي تحدثها مواد الإدمان في آلية تنسيق الحركات البدنية، والتركيز، والحكم على الأشياء، في الظروف التي تكون هذه المملكات مطلوبة فيها. وتبرز ضمن هذه الفئة من الأضرار، الإصاباتُ الناجمة عن قيادة لمرّكبات الآلية بعد شُرب المُسكّرات أو بعد تعاطي مخدّر ما، ولو أن هذه الفئة من الأضرار، تشمل أيضاً الحوادث، والانتحار، فضلاً عن مختلف أشكال الاعتداء (بسبب تعاطي المُسكّرات على الأقل). أما الفئة الثالثة والرابعة من الآثار الضارة، فتشمل العواقب الاجتماعية الضائرة الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان: المشكلات الاجتماعية الحادة، كالانقطاع المفاجئ لعلاقة ما، أو التوقيف؛ والمشكلات الاجتماعية المزمنة، كالتقصير في الحياة العملية أو الأسرية [2].

وتُقدّم التقارير العالمية حول المخدّرات، التي ينشرها مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدّرات والجريمة، معلومات موثوقة حول الجوانب الإنتاجية والتوزيعية والاقتصادية للمخدّرات التي يجري تعاطيها في الإقليم. وتُبرز هذه التقارير أهمية عدة بلدان في الإقليم، من حيث كونها من البلدان الرئيسية في مجال إنتاج المخدّرات. فحوالي 87% من إنتاج الأفيون في العالم، يتم في أفغانستان. كما توجد في الإقليم أربعة من أهم مصادر إنتاج الحشيش الخمسة في العالم، هي: المغرب (22%)، وباكستان (15%)، وأفغانستان (13%)، ولبنان (8%) [3، 5]. علماً بأن أرقام الإنتاج هذه، تتزايد، وتترافق معها زيادات في حالات ضبط المخدّرات المحظورة، والعنف المقترب بالأتجار غير المشروع بالمخدّرات. ووفقاً لأحدث تقرير صادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بمكافحة المخدّرات والجريمة، فإن الأرض المستخدمة لزراعة الأفيون في أفغانستان قد تناقصت مساحتها في عام 2005. ولو أن الكمية الفعلية للأفيون الذي تم إنتاجه لم تنقص كثيراً.

3.2 الفهم الجديد

من التطوّرات المهمة جداً خلال العقدَيْن الماضيين، توافر فهم أفضل للأسباب البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها. وقد صدرت عن المنظمة في عام 2004 منشورة بعنوان «دراسة علمية لتأثير الجهاز العصبي بتعاطي المواد النفسانية التأثير والاعتماد عليها»، تقدّم العديد من الأجوبة المُستندة ببيانات مستمدّة من عدد من الاختصاصات العلمية [2]. ويجدر بالاهتمام أن الفهم الجديد للطريقة التي يعمل بها الدماغ، يمكن أن يوجّه الآن برامج الوقاية من تعاطي مواد الإدمان ومعالجة المدمنين.

وتقدّم هذه المنشورة عدداً من الملاحظات المهمة، نلخصها في ما يلي:

- جميع المواد النفسانية التأثير يمكن أن تضر بالصحة، تبعاً للكيفية والكمية التي تؤخذ بها، وتواتر أخذها.
- تعاطي المواد النفسانية التأثير هو أمرٌ غير مستبعد، بسبب ما تُحدثه هذه المواد من إحساس بالمتعة، وبسبب الضغط من قِبَل الأتراب، والسياق الاجتماعي لتعاطيها.
- الضرر الذي يلحق بالمجتمع، لا يتسبب فيه الأفراد المعتمدون على مواد الإدمان، وحدهم. إذ يصيب المجتمع ضرراً كبيراً أيضاً من قِبَل الأشخاص غير المعتمدين على مواد الإدمان، بسبب السُّكر الحادّ أو أخذ جرعة مفرطة من المخدّرات، أو بسبب طريقة تعاطيها (كأن تؤخذ الجرعة عن طريق الحقن غير المأمون).

- الاعتماد على مواد الإدمان يمثل اضطراباً معقداً ذا آليات بيولوجية تؤثر في الدماغ، وفي قدرة الدماغ على التحكم في تعاطي مواد الإدمان. والاعتمادُ على مواد الإدمان غير محكوم بعوامل بيولوجية وجينية فحسب، بل تحكمه أيضاً عوامل نفسية - اجتماعية وثقافية وبيئية (الإطار 1).

الإطار 1. عوامل الاختطار المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان وعوامل الوقاية منه

عوامل الاختطار	عوامل الوقاية
<p>البيئية</p> <ul style="list-style-type: none">• توافر المخدرات• الفقر• التغيير الاجتماعي• ثقافة الأتراب• المهنة• الأصول والمواقف الثقافية• السياسات المتعلقة بالمخدرات، والتبغ والمسكرات	<p>البيئية</p> <ul style="list-style-type: none">• الوضع الاقتصادي• التحكم في الوضع• الدعم الاجتماعي• الإدماج الاجتماعي• أحداث الحياة الإيجابية
<p>فردية</p> <ul style="list-style-type: none">• الاستعداد الوراثي• الوقوع ضحية لإساءة المعاملة في الطفولة• اضطرابات الشخصية• تفكك الأسرة ومشكلات الاعتماد• سوء الأداء في المدرسة• الحرمان الاجتماعي• الاكتئاب والسلوك الانتحاري	<p>فردية</p> <ul style="list-style-type: none">• مهارات التلاؤم الجيدة• الكفاءة الشخصية• إدراك الخطر• التفاؤل• السلوك ذو العلاقة بالصحة• القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية• السلوك الصحي العام

المصدر: [2].

- معالجة الاعتماد على مواد الإدمان لا تستهدف وقف تعاطي المخدرات، فحسب، إذ إنها عملية علاجية تنطوي على تغييرات في السلوك، ومداخلات نفسية - اجتماعية، وتنطوي غالباً على استعمال عقاقير بديلة نفسانية التأثير. ويمكن معالجة الاعتماد على مواد الإدمان معالجةً عالية المردود، وتديره تديراً عالي المردود، وإنقاذ أرواح المدمنين وتحسين صحتهم هم وعائلاتهم، وتقليل التكاليف التي يتحملها المجتمع.

- من بين العقبات الرئيسية التي تعرقل معالجة ورعاية الأشخاص الذين يعانون من الاعتماد على مواد الإدمان وما يتصل به من مشكلات، الوصمة الاجتماعية والتمييز ضدهم.

وقد أوضحت الدراسات التي أُجريت في بلدان الإقليم، أن الأشخاص الذين يعتمدون على المخدرات، يعانون وصمة اجتماعية هي الأشدُّ على قائمة من الحالات الصحية، البدنية والنفسية [5، 6]. وتحول هذه الوصمة دون حصول الشخص المُبتلى بالاعتماد على المخدرات، على الرعاية المطلوبة. وقد بيّنت دراسة أُجريت مؤخراً في القاهرة الكبرى، أن 12% فقط من المعتمدين على المخدرات، هم الذين تلقوا معالجة في أي وقت من الأوقات [5].

3. الوضع الإقليمي

1.3 لمحة عامة

في الثنائية 2003-2004، قام المكتب الإقليمي بإجراء تحليل للوضع الخاص بتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها في بلدان الإقليم. فقد أرسل المكتب إلى جميع الدول الأعضاء استبياناً تفصيلياً حول مختلف جوانب تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، وتلقّى ردوداً من 19 بلداً (الأردن وأفغانستان والإمارات العربية المتحدة وباكستان والبحرين والجمهورية العربية الليبية وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والجمهورية اليمنية وجيبوتي والسودان وسلطنة عُمان والصومال والعراق وفلسطين ولبنان ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية). وتبيّن من الردود، أنه توجد في 13 بلداً من بلدان الإقليم، تقديرات رسمية لحجم مشكلة الاعتماد على مواد الإدمان. وبتزايد في 13 بلداً الاتجاه إلى تعاطي الشباب (15-24 سنة) لمواد الإدمان، مع استقرار هذا الاتجاه في خمسة بلدان، وتناقصه في بلد واحد. وفي معظم بلدان الإقليم، يبدأ الشباب تعاطيهم لمواد الإدمان في سن تتراوح بين 15 و18 سنة. وتوجد في 11 بلداً تقديرات رسمية لمدى الاعتماد على مواد الإدمان بين النساء. علماً بأن أكثر مواد الإدمان التي تعاطها النساء شيوعاً، هي المهذّئات، والأفيونيّات، والمنبّهات.

ويتراوح متوسط أعمار الأشخاص المُعتمدين على مواد الإدمان بين 33 و44 سنة. ولو أن هذا العمر يتراوح بين 20 و30 سنة في ثلاثة بلدان. ويُدرِك راسمو السياسات وعمامة الجمهور مشكلة الاعتماد على مواد الإدمان، ويولونها اهتمامهم، في ما يتعلق بالأفيونيّات (14 بلداً)، والحشيش (9 بلدان)، والمنبّهات (6 بلدان)، والمهذّئات (4 بلدان). وقد أفادت التقارير بأن تعاطي المخدرات عن طريق الحقن يمثل مشكلة كبيرة في 3 بلدان، ومشكلة متوسطة في 7 بلدان، ومشكلة طفيفة في 5 بلدان. وتوجد في 16 بلداً تقديرات لعدد الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، مع تراوح أعدادهم بين 200 و137 000 شخص. وبتزايد الاتجاه إلى تعاطي المخدرات حقناً في 10 بلدان، مع استقرار هذا الاتجاه في 4 بلدان، وتناقصه في 4 بلدان. وأكثر المخدرات تعاطياً بالحقن في 13 بلداً، هي الأفيونيّات.

2.3 الأبعاد والأصول الروحية والاجتماعية والشفافية

لا يمكن لتحليل الوضع الفعلي في هذا المضمار بالإقليم، أن يكتمل من دون النظر في الأصول الثقافية والدينية والاجتماعية القوية في الإقليم. فالإسلام هو الدين الذي يعتنقه تسعون بالمئة من سكان الإقليم. وتحتل المسيحية المرتبة الثانية. وكلتا الديانتين تدعوان إلى تعزيز الروابط العائلية، وتعينان المحتاجين، وترُسيان دساتير أخلاقية وروحية تعزّز

أنماط الحياة الصحية. ويتخذ الإسلام، وبخاصة، موقفاً قوياً ضد تعاطي الخمر: [يسألونك عن الخمر والميسر؛ قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس، وإثمهما أكبر من نفعهما] [البقرة: 219]. وقد نصَّ الله عزَّ وجلَّ على تحريم الإثم وهو كلُّ ما فيه ضرر للفرد والمجتمع بقوله: [قُلْ إِنَّمَا حَرَّمَ رَبِّيَ الْفَوَاحِشَ - مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَّنَ - وَالْإِثْمَ] [الأعراف: 33].

وعلى خلاف ما يظنُّه البعض، ووفقاً للعديد من الأحاديث الصحيحة، فإن الخمر لا تشير إلى المُسكَّرات فحسب، بل تشير أيضاً إلى كل مادة تخمَّر أي [تَحْجُب] العقل والوعْي. ومن ذلك قوله ρ: «كلُّ مُسكَّرٍ خمر، وكلُّ خَمَرٍ حرام»⁽¹⁾ وقوله: «ألا إنَّ كلَّ مُسكَّرٍ حرام، وكلُّ مخدَّرٍ حرام، وما أسكر كثيره حرمٌ قليله، وما خَمَّرَ العقل فهو حرام»⁽²⁾!

كما تؤكد تعاليم الإسلام على تقوية الشخصية الإنسانية لأن المرء غالباً ما يقع فريسةً للمُسكَّرات والمخدَّرات هُرُوباً من مواجهة مشكلاته. والإسلام يأبى للإنسان أن يكون سلبياً يفرُّ من مواجهة الواقع، ويريده إيجابياً يعمل على تغيير الواقع السيِّء. فالمسلم الحق إنسان مكلفٌ مسؤول، يأمر بالمعروف وينهى عن المنكر. وتتسلَّح الشخصية الإسلامية بسلاحين قويين، ألا وهما: الصبر والإيمان بالقدر:

[ولنبلوكنم بشيءٍ من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات؛ وبشَّر الصابرين، الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا: إنا لله وإنا إليه راجعون! أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون] [البقرة: 155-157].

وثمة جانب آخر للتعاليم الإسلامية يمكن الاستعانة به في التخطيط للوقاية من معاورة مواد الإدمان، فرعاية المعتمدين على مواد الإدمان تركز على تفعيل الدور الذي يقوم به الفرد والمجتمع في توفير الدعم النفسي والروحي والاجتماعي للمدمن. ومن الأصول المهمة التي يمكن الاستعانة بها في تطوير برامج مكافحة الإدمان، مشاركة المجتمع ومسؤولية كل فرد عن مساعدة أي فرد آخر في المجتمع يتعرَّض لسوء. ومن الأهمية بمكان في هذا الإقليم، الوعي بهذا التراث الديني العظيم وإيجاد طرق للاستعانة به على أفضل وجه، للوقاية من تعاطي المخدَّرات ورعاية المدمن، وتقليل الضرر الناجم عن تعاطي المخدَّرات.

وفي إقليم شرق المتوسط، كما في العديد من المناطق الأخرى في العالم، يُعدُّ انهيار الأسرة الممتدة، والتوسُّع الحضري العشوائي، والهجرة الداخلية، وظهور الطبقة الاجتماعية الدنيا من «الفقراء الجدد» nouxaux poor من بين الأسباب الاجتماعية الرئيسية لمعاورة مواد الإدمان. ولو أن كَوْن مؤسسة الأسرة لاتزال متينة في المجتمعات الإسلامية والله الحمد، يُعدُّ ركيزة مهمة في هذا الصدد. وينبغي لأي برنامج لمكافحة الإدمان ومعالجته، أن يضم عنصراً قوامه العمل مع الأسر ومن خلالها، ولاسيما الأسر المتضررة.

3.3 تعاطي التبغ /17.

تزايد استهلاك التبغ، في الفترة من عام 1990 إلى عام 1997، بنسبة 24% في الشرق الأوسط. والحق أن الشرق الأوسط وآسيا هما الإقليمان الوحيدان في العالم اللذان ازدادت فيهما مبيعات السجائر خلال تلك الفترة. إذ إنَّ

(1) رواه مسلم وابن ماجه عن ابن عمر.

(2) رواه أبو نُعَيْم في «معرفة الصحابة» عن أنس بن حُدَيْفَة.

نصف الذكور البالغين في الشرق الأوسط هم مدخنون. ويوجد في مصر أكبر عدد من متعاطي التبغ، في حين أن معدل استهلاك التبغ يبلغ أعلاه في تونس. فقد ارتفع هذا المعدل من 12 بليون سجارة في عام 1970 إلى 52 بليون سجارة في عام 1997. وتُنفق بلدان مجلس التعاون الخليجي، مجتمعة، 800 مليون دولار أمريكي سنوياً على التبغ.

وقد زاد عدد متاجر التبغ في المغرب من 9600 متجر في عام 1969 إلى 20 000 متجر في عام 2003. وتُقدَّر التكاليف السنوية المباشرة لمعالجة الأمراض الناجمة عن تعاطي التبغ، في مصر، بنحو 545.5 مليون دولار أمريكي. وزادت نسبة وفيات الرجال من السرطان المعزوّ لتعاطي التبغ، من 8.9% في عام 1974 إلى 14.85% في عام 1987. علماً بأن التدخين مسؤولٌ عن 90% من حالات سرطان الرئة في مصر. وتحدّث سنوياً في بلدان مجلس التعاون الخليجي 30 000 وفاة من جراء التدخين. ومع تصدُّر سرطان الرئة لقائمة الأمراض في الإقليم، فإن 15% من إجمالي التكاليف الطبية في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث الرعاية الصحية مجانيّة، تُوجّه إلى معالجة الأمراض الناجمة عن التدخين.

وكلمًا طالّت مدة التدخين، زادت المخاطر التي تتهدّد الصحة. ومن ثمّ، فإن أولئك الذين يبدأون التدخين في سن المراهقة يتعرّضون لأكبر المخاطر. والحقّ، أن تعرّض الشخص لمخاطر الإصابة بسرطان الرئة، يتأثّر بطول مدة تدخينه أكثر مما يتأثّر بعدد السجائر التي يدخنها في اليوم. ويؤدّي إلى تعقيد هذه المشكلة في مصر، أن 85% من المدخنين، يدخنون أيضاً التبغ «المُعسل» من أنبوب به ماء التّرجيلة (الشيشة)، وهي ممارسة منتشرة جداً في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث يدخّن 50% من الطلبة الذين تتراوح أعمارهم بين 14 و18 سنة، بدأ نحو 25% منهم التدخين في سنّ تتراوح بين 10 سنوات و15 سنة [8].

4.3 معاقرة المُسكرات

من الثوابت المألوفة في المجتمعات البشرية منذ بداية التاريخ المدوّن، معاقرة المُسكرات، وما يترتّب عليها من مشكلات [9]. ففي المجتمعات التي كانت تعيش في شبه الجزيرة العربية في عصر ما قبل الإسلام، كان صنّع الخمر من التمر، والعنب، والعسل، والذرة، من الأمور المألوفة الشائعة [1]. ونجد منقوشاً على معابد مصر القديمة مشاهد لصنع الخمر ولأشخاص سكارى. ومنذ حوالي 200 سنة، زادت احتمالات حدوث الآثار الضارة بزيادة كبيرة، مع اكتشاف عملية التقطير، تلك العملية التي تزيد من تركيزات الكحول. ومنذ أول العهد الإسلامي، اعتُبر شرب الخمر إثماً [ضرراً] كبيراً وشرّاً اجتماعياً موقِعاً للعداوة والبغضاء، وجرى التعامل معه على نحو فعّال. وقد لاحظ الدكتور طه بعشر في عام 1981، أنه «بعد أربعة عشر قرناً، فإن النموذج الإسلامي الناجح للامتناع عن الخمر وتحريمها، لا يزال يتميّز بكونه أسلوباً فريداً، لعلّه الوحيد من نوعه في التاريخ البشري» [1]. على أنه قد لوحظ في العقدَيْن الماضيين تزايدُ التقارير التي تشير إلى أشخاص يعانون من مشكلات صحية مرتبطة بمعاقرّة المُسكرات، ويلتمسون الرعاية الصحية والنفسية، في عدد من بلدان الإقليم [10]. وأفادت التقارير الواردة من بعض بلدان الإقليم في عام 2005 بحدوث زيادة عامة في معاقرة المُسكرات وفي الأشخاص المعتمدين عليها.

وقد نوقش استعمال الكحول الضار في جمعية الصحة العالمية التي عُقدت في أيار/مايو 2005، وتناولته القرار ج ص ع 26.58 حول «مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن استعمال الكحول الضار». ولاحظت جمعية الصحة العالمية في هذا القرار، أن أنماط تعاطي الكحول وسياق هذا التعاطي ومستواه عموماً تؤثر في صحة عموم السكان،

وأن استعمال الكحول الضار هو من أهم الأسباب الأساسية للمرض، والإصابة، والعنف، والعجز، والمشكلات الاجتماعية، والوفيات المتسرة، أي التي تحدث قبل الأوان المتوقَّع.

ومن بين الاستراتيجيات التي أكَّدت التجربة فعاليتها في تقليص عبء الأمراض الناجمة عن معاقرة المُسكَّرات: تقريرُ حدِّ أدنى للسُّن القانونية لبيع المُسكَّرات؛ واحتكار الحكومة لمبيعات التجزئة؛ وفرض قيود على ساعات وأيام البيع؛ وفرض قيود على كثافة منافذ البيع؛ وفرض ضرائب على المُسكَّرات؛ وإجراء فحوص للأشخاص للتأكد من صحوهم (عدم سكرهم)؛ وتقرير حدِّ أدنى لتركيز الكحول في دم السائقين؛ واتخاذ مُداخلات في مرافق الرعاية الصحية.

وتعكف المنظمة على القيام بأعمال في عدة مجالات تتعلق بمعاقرة المُسكَّرات والصحة، منها: تجميع المعلومات العلمية المتعلقة بمعاقرة المُسكَّرات، وتبويبها ونشرها؛ وإعداد مبادرات عالمية وإقليمية خاصة بالبحوث والسياسات المتعلقة بالمُسكَّرات، وتقديم الدعم إلى البلدان لتعزيز أنشطة استعراف وتدبير الاضطرابات الناجمة عن معاقرة المُسكَّرات، في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

وعلى الرغم من أن حجم المشكلات المرتبطة بالمُسكَّرات هي أقل في هذا الإقليم مما هي في سائر الأقاليم، فإنها تتجه إلى التصاعد، ولا بد من برامج تتَّسم بمزيد من الابتدائية والشمول لمعالجة هذه المشكلة. وتعتبر الخطوات التالية خطوات أولى ضرورية:

- إعداد مجموعة من قواعد المعطيات الموثوقة وإنشاء نظام للتبليغ لتوفير معلومات أكثر دقة؛ وينبغي لمثل هذا النظام توفير معطيات أفضل حول تصنيع المُسكَّرات واستيرادها وتهريبها وإنتاجها في المنزل، وحول أنماط تعاطيها، فضلاً عن توفير إحصاءات أكثر دقة حول عدد مدمني الخمر. ويمكن الاستعانة في هذا الصدد بخبرات الأقاليم الأخرى، مثل الإقليم الأوروبي.
- عقد مشاورات إقليمية لمناقشة إنشاء برامج شاملة ومتعددة القطاعات تُعنى على الأخص بالشباب وأكثر الفئات تعرُّضاً لمخاطر الإدمان.
- إدراج معاقرة المُسكَّرات في جدول الأعمال المقبلة للفريق الاستشاري الإقليمي المعني بتأثير تعاطي المخدَّرات، من أجل إعداد استراتيجية إقليمية لمكافحة معاقرة المُسكَّرات.

5.3 تعاطي القات

ينتشر تعاطي القات في ثلاثة من بلدان الإقليم، هي جيبوتي والصومال واليمن. ويُقدَّر أن 60% - 80% من البالغين في هذه البلدان يتعاطون القات يومياً. وقد أصبح تعاطي القات أكثر شيوعاً، مع اقتران ذلك بآثار اجتماعية واقتصادية بعيدة المدى، من جرَّاء تغيير التركيب المحصولي لصالح زراعة القات. وقد أُجريت مؤخراً دراسة في هرجيسه، بالصومال، بيَّنت وجود علاقة بين المرض الذهاني وبين مضغ القات بانتظام. ومن بين الآثار السلبية الأخرى لتعاطي القات، إهمال الأبناء، وزيادة الفقر، مع قيام الأسر بإنفاق مبالغ لا تتناسب مع دخلها على شراء القات [14].

ولابدً لدى اتّخاذ أساليب على صعيد الصحة العمومية في مواجهة القات، من مراعاة التقبُّل الثقافي والاجتماعي الواسع النطاق للقات في بعض البلدان، والمواءمة بين ما يتّخذ من مُداخلات وبين المواقف والممارسات الاجتماعية السائدة [15]. ويستلزم الأمر، في الوقت الحاضر، إجراء دراسات حول ما للتعاطي المزمن للقات من أثر على الصحة والمرض، بما في ذلك أثره على أعضاء أسرة المتعاطين له بانتظام؛ وحول العلاقة بين تعاطي القات، والمرضى في مرافق الطب النفسي؛ وتحديد الفئات السريعة التأثر بين متعاطي القات.

6.3 معاقرة بعض العقاقير الطبية

لقد أصبحت معاقرة abuse بعض العقاقير غير المحظورة، كالمهدّئات، تمثّل مشكلةً من مشكلات الصحة العمومية بين عامة السكان، ولاسيّما سكان الحضر. وعلى عكس ما هو حاصل بالنسبة إلى العقاقير المحظورة، كالمهيروين، فإن معاقرة بعض العقاقير غير المحظورة هو أكثر شيوعاً بين النساء. ويتّسم تنظيم صرف الأدوية بالقصور في الوقت الراهن، ويمكن أن تصبح معاقرة بعض العقاقير غير المحظورة مشكلةً في المستقبل. ولابد من استحداث طُرُق لرصد الاتّجاهات في هذا المجال. وقد بُذلت محاولة في هذا الصدد في منطقة القاهرة الكبرى، بالاشتراك مع مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدّرات والجريمة.

7.3 تعاطي المخدّرات عن طريق الحقن

من بين الآثار العديدة على الصّحة لتعاطي العقاقير المحظورة، يبرز انتشار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه بين متعاطي المخدّرات بالحقن على أنه أهم مشكلة صحية. فقد زادت نسبة حالات الإيدز الناجمة عن تعاطي المخدّرات حقناً في الإقليم، من 2.4% من جميع حالات الإيدز المبلّغة عام 1999 إلى حوالي 13% في عام 2003. وتعكس هذه الزيادة تحوّلاً في اتّجاه العدوى، من الانتقال عن طريق الجماع، إلى الانتقال بتعاطي المخدّرات عن طريق الحقن. ففي عام 1999، كانت نسبة الإيجابيّين لفيروس الإيدز في الإقليم تقل عن 0.2% من متعاطي المخدّرات حقناً. أما في عام 2003، فقد وصل معدل الإيجابيّين لفيروس الإيدز بين متعاطي المخدّرات حقناً إلى 7.7%. ولا يخفى أنّ هذه مشكلة مقلقة جداً من مشكلات الصحة العمومية. ولابد من إيلاء اهتمام خاص لقضية الضرر الخاص الناجم عن تعاطي المخدّرات حقناً، والتمثّل في انتشار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه. كما أنّ من الشواغل في هذا الصدد، مشكلة تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، في السجون. وقد أُجريت مؤخراً دراسة لما مجموعه 611 من متعاطي المخدّرات الذين يراجعون مراكز المعالجة في طهران، وقد أوضحت الدراسة أن معدل انتشار فيروس الإيدز من النمط الأول يبلغ 15% [16]. وكان المعدل أعلى بين أولئك الذين كانوا يتبادلون الإبر في السجون. وتُعزى نسبة ملموسة من حالات الإصابة بالعدوى إلى عدم استعمال الرفائل (العوازل الذكرية) أثناء ممارسة الجنس.

ومن التطوّرات الإيجابية في هذا المجال، إنشاء برامج لتبديل الإبر، كالبرنامج الذي أنشئ في جمهورية إيران الإسلامية، والدور النشط الذي يقوم به متعاطو مواد الإدمان السابقون كقادة لإحداث تغيير، في سلطنة عُمان [17، 18]. وثمة حاجة إلى توثيق التعاون بين برامج مكافحة وأتقاء مرض الإيدز وسائر الأمراض المنقولة جنسياً، وإلى توفير الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية antiretrovirals لتعاطي المخدّرات حقناً، وإنشاء برامج لإعلام الناس وتنقيفهم من أجل تقليص الوصمة الاجتماعية التي يعانيها متعاطو المخدّرات.

وقد أُنجزت في عام 2004 دراستان، أُجريت إحداهما في مصر والأخرى في الجماهيرية العربية الليبية، وكلاهما يوضّح الجوانب المثيرة لهذه المشكلة. ففي دراسة أُجريت في القاهرة الكبرى على 431 من متعاطي المخدّرات ذوي السلوكيات المحفوفة بمخاطر العدوى بفيروس الإيدز، أوضح 98 (23%) منهم فقط أنهم التمسوا المعالجة من تعاطي المخدّرات [19]، وأتضح أن 11% فقط من هؤلاء الأشخاص الثمانية والتسعين يعالجون في الوقت الراهن. كما كان معدل فحوصات تحرّي الإصابة بعدوى فيروس الإيدز بين المجموعة المدروسة، منخفضاً جداً. أما في الجماهيرية العربية الليبية، فقد حدثت زيادة هائلة في حالات العدوى بفيروس الإيدز من جرّاء تعاطي المخدّرات حقناً، وذلك نتيجةً لحدوث تغيير في شكل الهيروين المتوافر، وللقيد المفروضة على توافر الإبر [20]. وتبرز هاتان الدراستان الحاجة إلى رصد الوضع باستمرار، إذ قد تحدث فيه تغييرات فجائية بسبب مجموعة مختلفة من العوامل.

وتتضح أهمية برامج تبديل الإبر في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، والتي تُبين أن فيروس الإيدز يمكنه البقاء حياً عدة أيام في الإبر المستعملة، وأن فيروس التهاب الكبد «سي» يمكنه البقاء حياً في تلك الإبر عدة أسابيع (تبعاً لدرجة الحرارة، والرطوبة، وغيرهما من العوامل). ومن ثمّ، فلا بد من الأخذ، على صعيد الصحة العمومية، بأسلوب يؤكّد أهمية جمع الإبر والمحاقن المستعملة. علماً بأن فعالية هذا الأسلوب مؤكّدة في ما يتعلق بكسر سلسلة انتقال فيروس الإيدز، وسائر الفيروسات المنقولة بالدم، كالتهاب الكبد [21].

ويتمثّل الأساس الذي تقوم عليه المعالجة الاستبدالية في تقليص الضرر في مجالات: الصحة، والحياة الأسرية، والوضع الوظيفي، وفي تقليص الجريمة والتبعات القانونية. فمثلاً، متى دخل فيروس الإيدز في أحد المجتمعات المحلية لتعاطي المخدّرات بالحقن، أصبح من الممكن انتشاره بسرعة فائقة. ثم إن توفير المعالجة الصيانية الاستبدالية للاعتماد على المواد الأفيونية المفعول يمثّل استراتيجية فعّالة للوقاية من مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، ينبغي النظر في تطبيقها في أقرب وقت ممكن على متعاطي المخدّرات بالحقن، المعتمدين على المواد الأفيونية المفعول في مجتمعات معرّضة لخطر وقوع أوبئة من مرض الإيدز والعدوى بفيروسه فيها. لهذه الأسباب، ينبغي إدماج معالجة الإدمان الاستبدالية في سائر مداخلات وخدمات الوقاية من العدوى بفيروس الإيدز، وفي مداخلات وخدمات معالجة ورعاية المصابين بمرض الإيدز أو بعدوى فيروسه [22-25].

هذا، مع العلم، بأن أحد الشواهد الأولى على انتشار تعاطي المخدّرات حقناً بين متعاطي المخدّرات، جاء من السجون. ففي العديد من بلدان الإقليم، يُسجن كثير من متعاطي المخدّرات لمدد متفاوتة. وفي السجن، يستمر تعاطي العقاقير المحظورة غالباً، ويصبح مصدراً لانتشار الأمراض المنقولة بالدم. ولم يحدث إلا مؤخراً، إدخال برامج في السجون لمعالجة متعاطي المخدّرات، وتقليص الضرر الناجم عن تعاطيها. ولا يخفى أن هذا مجال مهم من مجالات العمل في المستقبل. وقد أُجريت مؤخراً دراسة في طهران، عاصمة جمهورية إيران الإسلامية، أوضحت وجود علاقة بين العدوى بفيروس الإيدز من النمط الأول، وبين طول مدة السجن، في متعاطي المخدّرات حقناً [16]. وأوضحت الدراسة أن معدل انتشار العدوى بفيروس الإيدز كان 5% بين أولئك الذين لم يُسجنوا قط، و15% بين الذين قضوا في السجن أقل من ستة أشهر، و31% بين الذين قضوا في السجن أكثر من ستة أشهر. ولا يخفى أن السجن تمثّل بيئة عالية الاحتطار إلى أقصى حد في ما يتعلق بانتقال فيروس الإيدز، وذلك بسبب ازدحامها، وسوء تغذية نزلائها، ونقص إمكانية الحصول على الرعاية الصحية فيها، وتعاطي العقاقير المحظورة، وممارسات الحقن غير المأمونة، وممارسة الجنس من دون وسائل وقائية، والوشم. علماً بأن العديد من السجناء هم من السكان المهمّشين، مثل متعاطي المخدّرات حقناً، الذين هم معرّضون بشدة بالفعل لخطر العدوى بفيروس الإيدز. وفي معظم الحالات، فإن

ارتفاع معدلات العدوى بفيروس الإيدز في السجون له علاقة بتبادل أدوات الحقن، وبممارسة الجنس في السجن من دون وسائل وقائية. ثم إن معدلات تبادل المحاقن في السجون هي أعلى دائماً منها بين متعاطي المخدرات حقناً خارج السجون.

وتزايد البيّنات على إمكان تقليص انتقال فيروس الإيدز في السجون [23]. فمنذ أوائل عقد التسعينات من القرن الماضي، قامت بلدان مختلفة بإدخال برامج وقائية في السجون، تشمل: الإعلام والتثقيف والاتصال حول مرض الإيدز والعدوى بفيروسه؛ والاستئصال (مواد للتبييض والتعقيم) أو أي مواد مطهرة أخرى؛ وتبديل الإبر والمحاقن؛ والمعالجة الاستبدالية. وثمة عناصر أخرى من عناصر أي برنامج لتقليل الضرر لديه إمكانية ملموسة لتقليل مخاطر السلوك الشخصي المرتبط بحقن المخدرات وغيره من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر. وتتمثل هذه العناصر في توفير المعالجة والرعاية للمصابين بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والتهاب الكبد، والسل، بما في ذلك إمكانية الحصول على معالجة عالية الفعالية بمضادات الفيروسات القهقرية.

وتوجد أسباب قوية من شأنها أن تحوّل بالجهات القائمة على شؤون السجون إلى النظر في إدخال المعالجة الاستبدالية في السجون. ومن هذه الأسباب، المشكلات المتعلقة بتدبير البرامج العلاجية، والصعوبات التي يواجهها الموظفون المعنيون أثناء فترة الامتناع عن تعاطي المخدرات، بما في ذلك تهريب المخدرات، وأعمال العنف التي يتعرض لها الموظفون، وسائر السجناء؛ والمشكلة المستفحلة بين متعاطي المخدرات المسجونين ومدمني المخدرات، والمتمثلة في الانتحار وإيقاع الأذى بالنفس خلال فترة الامتناع؛ وأهمية المساواة بين السجون والمجتمعات في ما يتعلق بتوفير المعالجة المطلوبة؛ والحاجة إلى تقديم خدمات سريرية (إكلينيكية) على مستوى مكافئ للممارسة المثلى المتفق عليها دولياً؛ والخطر المترتب على تعاطي جرعة مفرطة في الأيام القليلة الأولى التي تعقب خروج السجن من السجن، ولاسيما إذا كان سجيناً لمدة قصيرة. وتفيد تقارير برامج المعالجة الاستبدالية بأن لهذه المعالجة فوائد قيمة عديدة، منها تقليل استعمال الأنواع الأخرى من المخدرات، وتقليل الجرعة، وتقليل معدلات الوفيات، ومعدلات انتقال فيروس الإيدز، ومعدلات انتقال العدوى بالتهاب الكبد «سي»، مع حدوث تحسّن ملحوظ في صحة متعاطي المخدرات. ولقد ثبت أن هذه المعالجة مجدية وعالية المردود [24، 25].

4. الجهود الإقليمية في مواجهة تعاطي مواد الإدمان

عُقدت في عام 1999 مشاورّة بلدانية من أجل إعداد دلائل إرشادية لتقليل الطلب على مواد الإدمان، مع التركيز، بوجه خاص، على تعاطي المخدرات عن طريق الحقن. وقد أوصى الخبراء الذين شاركوا في المشاورّة، بتحقيق توازن بين تقليل العرض وتقليل الطلب، والوقاية من معاورة مواد الإدمان. وإدراكاً من المكتب الإقليمي لاستفحال مشكلة تعاطي المخدرات عن طريق الحقن، قام في أيلول/سبتمبر 2002 بإنشاء الفريق الاستشاري الإقليمي المعني بتأثير المخدرات، من أجل: إجراء دراسة وافية لمختلف المعطيات المتوافرة حول تعاطي مواد الإدمان، مع إيلاء اهتمام خاص لتعاطي المخدرات بالحقن، وما يترتب عليه من آثار صحية، ولاسيما مرض الإيدز والعدوى بفيروسه؛ وتقديم الدعم وإسداء المشورة في ما يتعلق بإنشاء نظام موحد لجمع المعطيات (البيانات) للإقليم؛ وإسداء المشورة حول

إعداد استراتيجية إقليمية تتصدى لجميع الجوانب الصحية المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان، بما في ذلك المُدَاخَلات الرامية إلى تقليص الطلب على تلك المواد وتقليص الضرر الناجم عنها.

وخلال السنتين الماضيتين، حَقَّقَ المكتب الإقليمي، بفضل مشورة أعضاء الفريق الإقليمي المعني بتأثير تعاطي المخدَّرات، تقدُّماً جيداً في فهم الوضع الإقليمي في ما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها. وعقب الاجتماع الأول للفريق، أُجْرِي مسح للوضع الخاص بتعاطي مواد الإدمان في الدول الأعضاء.

وقد شرع عدد من بلدان الإقليم في اتِّخاذ أساليب مبتكرة للوقاية من الاعتماد على مواد الإدمان ومعالجة الأفراد المعتمدين على مواد الإدمان، وتأهيلهم. ففي باكستان، قام برنامج الصحة النفسية المدرسية، الذي بدأ تشغيله في الثمانينات من القرن الماضي بتوجيه رسالة مضادة للعقاقير المحظورة، مفادها «التدخين ضار بالصحة». وفي الآونة الأخيرة، أنشئ، في مقاطعة كرمنشاه، بجمهورية إيران الإسلامية، برنامج شامل للوقاية من مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ورعاية المصابين بهما، معنيّ بتعاطي المخدَّرات بالحقن، وأُطلق على هذا البرنامج اسم «العيادة المثلثة»، إشارة إلى عنايتها بثلاثة أمور، هي المعالجة، وتقليص الضرر، والرعاية [18]. وقد أدَّى النجاح الذي حققه هذا الأسلوب في البداية، إلى مدِّ خدمات أمثال هذه العيادة إلى السجون وإلى 21 مقاطعة أخرى. وقد أدَّى هذا الجهد إلى تحقيق تقليص ملحوظ في حالات العدوى الجديدة بفيروس الإيدز. علماً بأن العناصر الرئيسية لنجاح هذا الجهد، تتمثل في الالتزام السياسي، وتنسيق أنشطة عدد من المنظمات، والتفاني والمهارة التي يتمتع بها فريق من القائمين بالرعاية.

وفي مجال الوقاية من معاورة طلبة المدارس للعقاقير، تقوم مصر بمبادرة مهمة. فمنذ نيسان/أبريل من عام 2001، والمشروع الوطني لتقليص الطلب على المخدَّرات بين الشباب، يؤدِّي عمله بنشاط. وتكمن قوة هذا المشروع في المشاركة النشطة للشباب في المدارس وفي خارجها. ويجري تنفيذ المشروع في 100 مدرسة إعدادية وثانوية، و30 مركزاً ونادياً للشباب، وهو يشتمل على حملة إعلامية، ويعمل على تقوية قدرات 30 منظمة لاجتماعية على التصدي للمشكلة. وفي عام 2005، وسَّع نطاق المشروع ليشمل 150 مدرسة إضافية. وفي إطار مبادرة أخرى، يقوم صندوق ائتماني وطني بدعم إنشاء الخدمات، بما في ذلك إقامة خط هاتفي ساخن معنيّ بمعاورة المخدَّرات، ذي روابط بمختلف مراكز المعالجة والتأهيل. وتوجد في المغرب برامج فعَّالة تُوفِّر المُدَاخَلات الوقائية لأولاد الشوارع.

وقد أنشأ عدد من بلدان الإقليم لجاناً وطنية معنيّة بمعاورة المخدَّرات، مثل اللجنة الوطنية المعنيّة بالمخدَّرات في المغرب، والمشروع الوطني لتقليص الطلب على المخدَّرات، في مصر، واللجنة الوطنية لتقليص الضرر، في جمهورية إيران الإسلامية. وقد قام عدد من بلدان الإقليم مؤخراً بفتح مراكز تخصُّصية حديثة جديدة للمعالجة والتأهيل (البحرين والكويت والمملكة العربية السعودية).

5. القضايا الاستراتيجية

ثُمَّ بضعة أسئلة كثيراً ما تخطر على البال، عند النظر في تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها. ما الذي يدفع الناس إلى التماس السلوى بتعاطي مواد الإدمان؟ وكيف يصبح تعاطي مواد الإدمان جزءاً كبيراً لا يتجزأ من متعاطيها، بحيث يتحكَّم في حياته؟ ولماذا يكون الشباب أشدَّ من غيرهم اختطَّاراً؟ ولماذا يتكرَّر النكس بعد فترات من الامتناع؟ ولماذا يقل تعاطي النساء لمواد الإدمان عن الرجال؟ وما هي عوامل الاختطَّار البيئية/المجتمعيّة؟ وكيف يمكننا

زيادة قدرة الأفراد على المقاومة حتى يتسنى لهم تحاشي التماس السلوى من مواد الإدمان في أوقات الأزمات؟ وكيف يمكننا الموازنة بين الجوانب الأخلاقية للتوفيق بين حقوق الفرد واحتياجات المجتمع في اختيار تدابير التصدي لمشكلة تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها؟

ومن الجوانب البارزة جداً، في ما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، ما للشباب من أهمية في هذا الشأن. ولا بد من تركيز الجهود في هذا الصدد على تقليص طلب الشباب على مواد الإدمان. ويجري العمل مع الشباب في عدد من بلدان الإقليم، منها جمهورية إيران الإسلامية ومصر. وهناك أسباب عديدة تجعل من المهم العمل مع هذه الفئة العمرية. فأولاً، يمكن لتوفير التثقيف والمهارات اللازمة لمواجهة الاحتياجات النمائية للشباب، أن يؤدي إلى تقليص الطلب على مواد الإدمان، ومن ثمّ تقليص الاعتماد عليها. وثانياً، يمكن لإشراك الشباب في هذا المضمار أن يكون ذا أثر أكبر على المجتمع، إذ إنهم يمدّون المجتمع بأفكار وطاقت جديدة. وثالثاً، فإن المهارات التي يتم تبادلها مع الشباب للتصدي لتعاطي مواد الإدمان، لها هي أيضاً آثار مفيدة في تقليص مشكلات أخرى متعلقة بالسلوك، كالانتحار، والعنف، والمخاطرة. ومن المعلوم أن البرامج المدرسية، ولاسيما برامج تعليم المهارات الحياتية، هي ذات أثر فعّال في الوقاية من تعاطي مواد الإدمان، وفي تعزيز الصحة النفسية. وثمة حاجة ملحة لتعليم المهارات الحياتية، بحيث تصبح جزءاً نظامياً من المنهج المدرسي.

وللدين والقيم الروحية دور مهم في أمور الصحة [26]. وقد صدر عن بيروت مؤخراً تقرير ذو نتائج مهمة حول التداعي العكسي بين القيم الروحية وسلوك الطلبة الجامعيين الجدد في ما يتعلق بالتدخين [27]. وللدين والقيم الروحية مكانة خاصة في قلوب وعقول شعوب الإقليم. ومن المهم إيجاد طرق ووسائل للاستفادة بالمعتقدات والممارسات الدينية أقصى استفادة ممكنة للمساعدة على الوقاية من مشكلة تعاطي مواد الإدمان، ومعالجة المعتمدين على مواد الإدمان وتأهيلهم.

ولا يخفى أن العقائد السامية، كالعقيدة الدينية، يمكن أن تقوّي الشخصية وتمكّن الناس من تحرير أنفسهم من الحاجة إلى الهروب السليبي إلى عالم المُسكّرات أو المخدّرات المصطنع والمضلل. ويصدق هذا بوجه خاص على الإسلام الذي يجرّم تعاطي أي مادة تخمر الوعي. ثم إن الممارسات الدينية، ولاسيما الإسلامية، والمواقف التي توحد الناس في العقيدة، تقوّي القدرة على ضبط النفس، والوعي والاستقرار الوجداني، وتؤدي إلى اتّخاذ موقف عام مناهض للمخدّرات. فمثلاً، تُظهر الإحصاءات المتعلقة بإدمان المخدّرات في فترات مختلفة في فلسطين تناقصاً في عزّ المقاومة (أي أثناء الانتفاضة). وقد أوضحت دراسة أُجريت مؤخراً حول العوامل الواقية من معاقرة مواد الإدمان أن هنالك عاملين يؤثّران تأثيراً واضحاً على تقليل المعدل الشهري لتعاطي المُسكّرات والحشيش والسجائر لدى المراهقين، وهما: القيم الروحية، وتعزيز مكانة الصحة في منظومة قيم الأفراد [28].

وثمة حاجة ماسّة لإدراك العواقب الصحية لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها. إذ لا يمكن النظر إلى تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها باعتباره مشكلة تتعلق بالنظام العام، فحسب، فلم ينجح تقليص العرض وحده في أيّ من البلدان. ولا بد من مواصلة الجهود القانونية جنباً إلى جنب مع المُداخلات الطبية. ويتعيّن توجيه المُداخلات الصحية على مستويات عديدة. وينبغي إيلاء الأولوية لفئة الشباب الشديدة التعرّض والتأثر، ولاسيما المراهقون. ولا بد من توجيه المزيد من الجهود نحو التبكير باكتشاف الحالات ومعالجتها وتأهيلها. ثم إن استراتيجيات تقليص الضرر لازمة للحدّ مما يكون لتعاطي مواد الإدمان من أثر على الفرد والمجتمع. كما أن ثمة حاجة إلى التصدي

للأوضاع الاجتماعية الأعم، كالفقر، والحرمان الاجتماعي، والتهميش، وحالات الصراع، من أجل تقليص تعاطي مواد الإدمان. ولا بد لبرامج مكافحة تعاطي مواد الإدمان من أن تكون متعدّدة القطاعات بطبيعتها، ومعلوم أن القطاعات الرئيسية فيها هي: الصحة، والتعليم، والزراعة، والعمل، والشرطة، والرعاية الاجتماعية. ثم إن هنالك حاجة أيضاً إلى رصد اتجاهات تعاطي مواد الإدمان في مختلف الفئات السكانية.

وقد أسفر المسح الإقليمي الذي أُجري مؤخراً عن نقطتين مهمتين؛ أولاهما، وهي نقطة إيجابية، أن معظم بلدان الإقليم تولي الآن اهتماماً عالي المستوى للمشكلة، وهو أمرٌ يتجلى في إنشاء الوحدات المهنية، وسنّ التشريعات، واستحداث المُداخلات المختلفة. أما النقطة الثانية، فمفادها أن هنالك القليل جداً من المعلومات الواقعية في البلدان، حول طبيعة المشكلة وحجمها وتبعاتها ونتائج المُداخلات في مواجهتها وتكاليها. ولا يخفى أن هذا النوع من المعلومات ذو أهمية بالغة للتخطيط السليم.

6. التوجُّهات الاستراتيجية

عكف الفريق الاستشاري الإقليمي المعني بتأثير تعاطي المخدّرات، خلال السنوات الثلاث الماضية، على إعداد استراتيجية إقليمية حول تعاطي المخدّرات والاعتماد عليها. وخلال الثنائية 2003-2004، جرى استعراض الوضع في الإقليم في ما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان، وذلك من خلال استبيان أُرسِل إلى جميع بلدان الإقليم. وبناءً على نتائج هذا الاستبيان، أُنجزت في حزيران/يونيو مسوِّدة استراتيجية إقليمية، في ما يلي التوجُّهات الاستراتيجية المحدّدة فيها.

- إعداد سياسات وطنية حول تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها؛
- استحداث آليات فعّالة لتنسيق عملية تنفيذ السياسات الوطنية؛
- استحداث آليات لزيادة فهم ومعرفة الوضع الراهن لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، في كل بلد من بلدان الإقليم، والعوامل الكامنة الناجم عنها هذا الوضع، وعواقبه، والمُداخلات المُتخذة حالياً لمواجهتها؛
- تنمية قدرات مجموعة مختلفة وواسعة من الموارد البشرية؛
- زيادة إمكانية الحصول على طائفة من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية في المجتمع، التي تُوفّر المعالجة، والتأهيل، والرعاية التلويّية، وتقليص الضرر، جنباً إلى جنب مع إدماج هذه الخدمات في الرعاية الصحية العامة؛
- تعزيز المعافاة النفسية - الاجتماعية، والوقاية من تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها؛
- تعزيز العمل المشترك بين قطاعات متعدّدة والمشاركة بينها.

ولمنظمة الصحة العالمية دورٌ مهم عليها أن تؤدّي في إعداد سياسات وبرامج وخدمات مكافحة تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها في البلدان. ويشمل هذا الدور، في ما يشمل، التبصير ودعم السياسات؛ والمراقبة والترصد؛ وبناء القدرات من خلال التدريب، وإعداد دلائل إرشادية، وإنشاء مراكز متعاونة وشبكات للخبراء؛ والبحوث والتوثيق ونشر المعلومات؛ وإعداد مؤشرات لرصد تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها في البلدان؛ وإقامة الشراكات

(مع وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات اللاحكومية، والمنظمات المجتمعية) واستجلاب الأموال؛ وإعداد دستور للآداب في هذا المضمار.

7. الخاتمة

تشتمل ديناميات تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، على أبعاد اجتماعية، واقتصادية، وبيئية، وسياسية، وثقافية، ودينية. علماً بأن هذه المشكلة المستفحلة، من حيث أعداد المتورطين فيها، ومن حيث تأثيرها على صحة الأفراد والمجتمعات، تجعل من تعاطي مواد الإدمان أولوية من أولويات الصحة العمومية.

ويتعين لما يُتخذ من المُدْخِلات، العمل – على صعيد تعزيز الصحة، بوجه عام، والصحة النفسية، بوجه خاص – لوقاية الفئات المُخْتَطِرَة at risk (مثل المراهقين)، والتبكير باكتشاف المعتمدين على مواد الإدمان ورعايتهم وتأهيلهم. ولا يمكن قصر المُدْخِلات على النظام الصحي وحده؛ فالقطاعات الأخرى، كقطاع التعليم، والنظام القضائي، ووسائل الإعلام، كلها مهمة.

ومن أهم الاحتياجات في بلدان الإقليم، توثيق النمط المتغير لتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، وعواقبه على الصحة العمومية. كما أن هنالك حاجة إلى مراجعة العديد من المواقف والممارسات والأوضاع الاجتماعية للتعرف على الجوانب المتغيرة في تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها. ولا بد من النظر إلى المشكلة من منظور متعدد القطاعات، ولا بد أيضاً من أن تكون الحلول للمشكلة مقدّمة من عدد من القطاعات. ولا يخفى أن المُدْخِلات الصحية تُشكّل جزءاً مهماً من الجهد المبذول للوقاية من تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، ومعالجة المدمنين وتأهيلهم. ويزيد الأمر إلحاحاً في بلدان الإقليم، وجود أعداد كبيرة فيها من متعاطي المخدرات بطريق الحقن، وتزايد معدلات انتشار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه. وهناك عدد من المبادرات التي يمكن اتّخاذها للعمل الفعّال في هذا المضمار.

8. التوصيات

إلى الدول الأعضاء:

1. إعداد خطط استراتيجية وطنية تُعنى بالوقاية من تعاطي مواد الإدمان، ومعالجة متعاطيها، وتقليل ضررها، مع إعداد آلية لرصد اتجاهات تعاطي مواد الإدمان وما يرتبط بها من عواقب.
2. ضمان إمكانية حصول المدمنين على خدمات النظام الصحي ونظام الدعم الاجتماعي، تعزيزاً للتبكير باكتشاف المدمنين، ومعالجتهم، وتقليل الضرر الذي يصيبهم، وتأهيلهم، وتعزيز جودة الحياة والوظيفة الاجتماعية.
3. بناء القدرات الملائمة في وزارات الصحة، وتقديم الدعم اللازم لتطوير «المراكز المتميزة» في ميادين التدريب، والبحوث، وتقديم الخدمات، في ما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها.
4. إدخال برامج للوقاية الأولية، مثل تعليم المهارات الحياتية في المدارس.

إلى المنظمة:

5. تعزيز التعاون والتنسيق مع سائر المنظمات الدولية من أجل المواءمة بين الرسائل المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان وأضرارها، ومن أجل تفادي ازدواجية الجهود.
6. توفير الدعم الفعّال للجهود التي تبذلها الدول الأعضاء من أجل إعداد وتنفيذ برامج لمكافحة تعاطي مواد الإدمان والاعتماد عليها، وإقامة آليات لتبادل الخبرة بين البلدان، وتقوية ما هو قائم من هذه الآليات.
7. مواصلة إعداد مؤشرات ونُظُم للرصد، والشروع في إعداد نظام للمعلومات، وإجراء بحوث مركزة لرصد الاتجاهات المتغيّرة لتعاطي مواد الإدمان.

المراجع

1. Baasher T. The use of drugs in the Islamic world. *British journal of addiction*, 1981, 26:233–43.
2. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, World Health Organization, 2004.
3. *World drug report 2005*. New York, United Nations Office on Drugs and Crime, 2005.
4. *World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
5. *World drug report 2004*. New York, United Nations Office on Drugs and Crime, 2004.
6. Room R et al. Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal values towards disability. In: Üstün TB et al, eds. *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle, WA, Hogrefe and Huber, 2001.
7. *Tobacco control country profiles for the Eastern Mediterranean Region*, Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2003.
8. Al-Badah A. *Controlling the tobacco epidemic in the Gulf Cooperation Council (Arabic)*. Kuwait, GCC States Publications, 2001.
9. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *The Lancet*, 2005, 365:519–30.
10. *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization, 1999.
11. Mäkelä P et al. Temporal variation in deaths related to alcohol intoxication and drinking. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:765–771.
12. Pollack CE et al. Neighbourhood deprivation and alcohol consumption: does the availability of alcohol play a role? *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:772–780.
13. Nilssen O et al. Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: the Arkhangleesk study. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:781–788.
14. Odenwald M et al. *Khat* use as risk factor for psychotic disorders: a cross-sectional and case control study in Somalia. *BMC medicine*, 2005, 3:1–10.
15. Baasher T. The use of *khat*: a stimulant with regional distribution. In: Edwards G, Arif A, eds. *Drug problems in the socio-cultural context: A basis for policies and programme planning*. Geneva, World Health Organization, 1980.

16. Zamami S et al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Teheran, Islamic Republic of Iran. *AIDS*, 2005, 19 (7):709–16.
17. *Effectiveness of community based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*, Geneva, World Health Organization, 2004.
18. *Best practice in HIV/AIDS prevention and care for injecting drug users. The Triangular Clinic in Kermanshah, Islamic Republic of Iran*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004 (WHO-EM/STD/052/E).
19. *HIV risk-behaviours of problem drug users in Greater Cairo*. Cairo, United Nations Office on Drugs and Crime, 2004.
20. UNODC. *Drug use and HIV/AIDS in Libya: a multi-method study*. Presentation to the third meeting of the WHO Regional Advisory Panel on Impacts of Drug Abuse, Cairo, Egypt, 20–23 September 2004.
21. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Kerr T et al. Opioid substitution and HIV/AIDS treatment and prevention. *The Lancet*, 2004, 364:1918–9.
23. *Policy brief: Reduction of HIV transmission in prisons*, Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HIV/2004.05).
24. *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/UNODC/UNAIDS position paper).
25. *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005.
26. Chatters LM. Religion and health: Public health research and practice. *Annual review of public health*, 2000, 21:335–67.
27. Affifi R, Khawaja M, Salem MT. *Religious identity and smoking behaviour among adolescents: evidence from entering students at the American University of Beirut* (Unpublished document, 2004).
28. Ritt-Olson A et al. The protective influence of spirituality and “health-as-a-value” against monthly substance use among adolescents varying in risk. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34:192–199.