الوقاية من الإدمان وتحدى الفاعلية:
نحو تدخلات تستند إلى المعايير العلمية

محمود بسطامى*

يقصد بالوقاية أى عمل مخطط يتم القيام به توقعا لظهور مشكلة معينة، أو مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو مضاعفاتها أو كليهما. وقد استقر على تصنيف جهود الوقاية إلى ثلاث فئات، وهى: الوقاية من الدرجة الأولى، والوقاية من الدرجة الثانية، والوقاية من الدرجة الثالثة. وتعرض الورقة الحالية لعدد من الرؤى التى تعمل على توضيح مصطلح الوقاية المعاصر حيث تركز على أهمية البقاء بعيدًا عن الخطر، كما تدل الوقاية من تعاطى المخدرات والمعروفة أيضًا بالوقاية من تعاطى المؤثرات النفسية، والتى تدل على تلك العمليات التى تحاول منع ظهور استعمال المخدرات وإساءة استعمال الأدوية والمخدرات المسموح بها طبيًا وغيرها من المؤثرات العقلية بين الناس، كما تدل على تلك العمليات التى تحاول الحد من تطور المشكلات المرتبطة باستخدام المؤثرات العقلية. كما تعرض الورقة لجهود الوقاية التى تركز على الأفراد أو على المناطق المحيطة بهم، بينما يركز مفهوم الوقاية البيئية على تغيير أوضاع المجتمع الكبير أو المجتمع المحلى والبيئة التفاعلية، وقد يدل على تغيير السياسات، بحيث يتم تقليل توافر المواد المخدرة فضلا عن تقليل عمليات الطلب عليها.

الكلمات المفتاحية: تعاطى المؤثرات العقلية – فئات الوقاية – الوقاية البيئية.

مقدمة

يعتبر تعاطى المؤثرات العقلية، أكبر مشكلة سلوكية تواجهها المجتمعات المعاصرة، تهدد بشكل خاص الصغار والشباب. وتجعل المجتمعات تعيش حالة من القلق نتيجة ما تخلفه من آثار مباشرة مدمرة على مستوى الصحة العقلية والنفسية والجسدية وعلى مستوى الاقتصاد والأمن. ولذلك تنفق الدول مبالغ طائلة فى مجال رصد المشكلة وتشخيص عوامل انتشارها، وترصد ميزانيات كبيرة للحد من وخفض معدلات انتشار المخدرات.

ولا شك أن الوقاية من مخاطر المخدرات تشكل أولوية كبرى لجميع دول العالم فى ظل حالة الانتشار المخيف للمخدرات وتعاطيها فى كل مكان بالعالم – بالرغم من الجهود المبذولة

* أستاذ القانون، رئيس شعبة بحوث الجريمة والسياسة الجنائية بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

والميزانيات الضخمة التى توجه إلى مواجهتها – إلا أن تلك الظاهرة تطل بوجه جديد كل فترة وهو الأمر الذى تنبهت له الجهات العلمية وحاولت فهم الظاهرة فى تحولاتها المختلفة والمتجددة من خلال التركيز على ميدان خفض الطلب، وهو الذى تلعب فيه الوقاية الأولية دور البطولة بين آلياته المختلفة.

ويقصد بالوقاية أى عمل مخطط يتم القيام به توقعا لظهور مشكلة معينة، أو مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو مضاعفاتها أو كليهما. وقد استقر على تصنيف جهود الوقاية إلى ثلاث فئات، وهى: الوقاية من الدرجة الأولى، والوقاية من الدرجة الثانية، والوقاية من الدرجة الثالثة. (الاستراتيجية الوطنية القومية المتكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر، ١٩٩٢)

ويدل مصطلح الوقاية المعاصر على أهمية تجنب عمل شىء ما، والبقاء بعيدًا عن الخطر. وتدل الوقاية من تعاطى المخدرات والمعروفة أيضًا بالوقاية من تعاطى المؤثرات العقلية، على تلك العمليات التى تحاول منع ظهور استعمال المخدرات وإساءة استعمال المخدرات الطبية وغيرها من بقية المؤثرات العقلية بين الناس، كما تدل على تلك العمليات التى تحاول الحد من تطور المشكلات المرتبطة باستخدام المؤثرات العقلية. وبالتالى فإن جهود الوقاية قد تركز على الأفراد أو على المناطق المحيطة بهم. بينما يركز مفهوم الوقاية البيئية على تغيير أوضاع المجتمع الكبير أو المجتمع المحلى والبيئة التفاعلية، وقد يدل على تغيير السياسات، بحيث يتم تقليل توافر المواد المخدرة فضلًا عن تقليل عمليات الطلب عليها. (Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives, 1980)

وعلى ذلك فالوقاية الأولية (الوقاية من الدرجة الأولى) هى: مجموع الإجراءات التى تستهدف منع وقوع التعاطى أصلًا، ويدخل فى هذا الباب جميع أنشطة التوعية التى تنحو هذا المنحى، وكذلك مجموع الإجراءات التى تتخذ على مستوى الدولة (باسم مكافحة العرض)، سواء كانت أمنية أو تشريعية، مادام الهدف الأخير لها هو منع توافر المخدر، ومن ثم منع وقوع التعاطى أصلًا. (سويف، ١٩٩٦).

وباستثناء جهود خفض العرض، فإن نظم الوقاية من تعاطى المؤثرات العقلية الموجهة للأفراد، هى مجموعة من السياسات والإجراءات التى يتم بناؤها وتصميمها وفق خطة مبنية على معلومات دقيقة. من أجل تكوين سمات الشخصية والمعرفة والمهارات اللازمة لدى الفرد التى

تساعده فى تجنب المواقف الضاغطة لتعاطى المخدرات، وتمنعه من التفكير فى تعاطى المخدرات. (Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives.., 1980)

وقد أكدت سياسات مكافحة المخدرات العالمية على ضرورة انتهاج الوقاية سبيلًا فعالًا لمواجهة مخاطر الإدمان منذ بدايات الجهود الدولية للتعامل مع الظاهرة، وقد ضمنت الدول أنشطة الوقاية ضمن سياساتها للتعامل مع المخدرات منذ فترات طويلة. إلا أن الظاهرة مازالت تستفحل بصورة مفزعة أحيانًا وتتلون للتلاعب على السياسات والنظم أحيانًا أخرى، وهو الأمر الذى يطرح العديد من التساؤلات حول التحديات المختلفة للظاهرة ومدى فاعلية أنشطة الوقاية المنفذة وسبل التعامل الناجح وقائيًا وفق قواعد معيارية تستقى من التطورات العلمية رافدا لتقييم ما يتم من جهد ويرسم السبيل لتلافى المثالب التى كبدت الدول الكثير من الجهد والمال.

أولًا: تحديات راهنة لبرامج الوقاية يرصدها واقع المخدرات فى الفترة الأخيرة (وفقًا لتقرير الأمم المتحدة حول المخدرات فى العالم ٢٠٢٢)

بالرغم من كل الجهود العلمية والعملية فى الفترات الأخيرة فإن تعاطى المخدرات يظل واحدًا من أكبر التحديات التى تواجه العالم، ولا شك أن التعرف على ملامح تطور الظاهرة عالميًا يشكل منطلقًا لفهم مختلف أبعادها ومن ثم توجيه جهود الوقاية بصورة أكثر واقعية نحو تحقيق أهدافها، ولعل استقراء بيانات أخر تقارير الأمم المتحدة حول المخدرات فى العالم يضع أمامنا عددًا من المؤشرات كالتالى (UNODC, World Drug Report, 2022):

- هناك واحد من بين كل ١٨ شخصًا بالعالم تعاطى مادة مخدرة، حيث كان عدد الأشخاص الذين تعاطوا المخدرات (٢٨٤ مليون شخص) فى عام ٢٠٢٠ أعلى بنسبة ٢٦ فى المائة عن عام ٢٠١٠، ويرجع ذلك جزئيا إلى النمو السكانى العالمى.
- تشير التقديرات إلى أن ٢,١١ مليون شخص فى جميع أنحاء العالم تعاطوا المخدرات عن طريق الحقن فى عام ٢٠٢٠. كما أن واحدًا من كل ثمانية أشخاص يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية، وما يقرب من نصف الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن مصاب بالتهاب الكبد C (ما يقدر بنحو ٥,٥ ملايين شخص)، فى حين أن ٢,١ مليون شخص ممن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد C، كليهما.

- على الرغم من أن غالبية الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات من الرجال، فإن النساء يتعاطين بعض أنواع المخدرات بنفس القدر تقريبًا مثل الرجال؛ وما زالت المرأة ممثلة تمثيلًا ناقصًا فى العلاج من تعاطى المخدرات. ومازالت الغالبية العظمى من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات من الرجال، إلا أن النساء يشكلن أكثر من ٤٠ فى المائة من الأشخاص الذين يتعاطون المنشطات الأمفيتامينية والذين يقبلون على الاستعمال غير الطبى للمنشطات الصيدلانية والمؤثرات الأفيونية الصيدلانية والمهدئات والمسكنات. وما زال غير البالغين يتعاطون المخدرات أكثر من البالغين، ومستويات تعاطيهم أعلى مما كانت عليه فى أجيال سابقة.
- غالبية الأشخاص الذين يعالجون من اضطرابات ناجمة عن تعاطى المخدرات فى أفريقيا وأمريكا اللاتينية تقل أعمارهم عن ٣٥ عامًا.
- يبلغ معدل انتشار تعاطى القنب السنوى العالمى فى صفوف الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و١٦ عامًا نسبة ٨,٥ فى المائة، مقارنة بنسبة ١,٤ فى المائة فى صفوف السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٦٤ عامًا.
- تسببت إباحة القنب على ما يبدو فى تعجيل الاتجاهات التصاعدية فى التعاطى اليومى المبلغ عنه للمخدر، مع وجود زيادة واضحة فى التعاطى المتكرر المبلغ عنه للمنتجات العالية المفعول فى صفوف الشباب. فى المقابل، لم يتغير كثيرا معدل انتشار تعاطى القنب فى صفوف المراهقين.
- زادت نسبة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وحالات الانتحار المرتبطة بالتعاطى المنتظم للقنب، وكذلك عدد حالات دخول المستشفيات بسبب الاضطرابات الناجمة عن تعاطى القنب.
- على الرغم من أن أسواق الشبكة الخفية ما زالت تمثل حصة صغيرة جدًا من معاملات المخدرات، فإن استخدامها ما فتئ يتزايد على مدى العقد الماضى، ولم تعد الأسواق مقصورة على البلدان الغربية إذ أنها تؤثر أيضًا على شرق أوروبا وأمريكا اللاتينية وآسيا وأفريقيا. وعلى الرغم من أن أحجام المبيعات على الشبكة الخفية تذبذبت على مر السنين، مما يجسد تكرار ظهور وزوال فرادى أسواق الشبكة الخفية، فإن البيانات المتاحة تشير إلى أن المبيعات المتعلقة

بالمخدرات على الشبكة الخفية ازدادت فى عام ٢٠٢٠ مقارنة بعام ٢٠١٩ ورصدت زيادة أقل فى عام ٢٠٢١.

- أظهرت الأبحاث وجود زيادة ملحوظة فى عدد الأشخاص الذين أبلغوا عن شراء المخدرات على الشبكة الخفية خلال الفترة من يناير ٢٠١٤ إلى يناير ٢٠٢١، يليها انخفاض حتى يناير ٢٠٢٢، غالبًا لأن السلطات قامت بتفكيك بعض أسواق الشبكة الخفية أو أن تلك الأسواق تعرضت لعمليات خروج احتيالى، فى حين أن المنصات البديلة، مثل وسائل التواصل الاجتماعى وخدمات المراسلة المشفرة، ربما تكون قد أدت دورًا.
- أصبح الاتجار بالمخدرات الاصطناعية، لا سيما المنشطات الأمفيتامينية، ينمو بوتيرة أسرع من الاتجار فى المخدرات التقليدية.

لا شك أن تلك الصورة لواقع المخدرات تطرح العديد من التساؤلات حول سبل الوقاية الفاعلة والتى يمكن أن تلعب دورًا فى تخفيف وطأة الظاهرة، إلا أن الأمر يتطلب قبل ذلك فهمًا علميًا تشريحيا لذلك الوباء الخطير وكيف يمكن تصميم برامج وقائية مناسبة محددًا المثالب التى تعترى سبل الوقاية الحالية من منظور العلم. وذلك من خلال التعرض لعدد من الإشكالات التى تواجه برامج الوقاية من الإدمان لزيادة فعاليتها فى مواجهة الظاهرة والقضاء عليها.

ثانياً: **تحدى النهج العلمى كأساس لوقاية فعالة من الإدمان**

فى محاولة من العلم ليلعب دورًا فى المواجهة يستمر مجال علم الوقاية فى النمو ومازالت المعرفة الجديدة فى مجال الوقاية تتراكم بوتيرة أسرع من أى وقت مضى، فعلى مدى العقود الأخيرة زاد الاهتمام بالوقاية بشكل ملحوظ وكانت هناك زيادة مقابلة فى أبحاث الوقاية.

فبالإضافة إلى تراكم المعرفة حول أسباب السلوكيات غير القادرة على التكيف أو التى تضر بالصحة وكيفية الوقاية منها، يسهم مجال علم الوقاية فى ظهور جيل جديد من النهج والسياسات القائمة على الأدلة التى، إذا تم استخدامها على نطاق واسع، توفر الإمكانات للحد من الوفيات والأمراض المرتبطة بعدد من المشكلات الصحية الرئيسية التى يُنظر إليها الآن على أنها يمكن الوقاية منها إلى حد كبير. وعلى ذلك يمكن أن تقدم التدخلات الأكثر فاعلية المتاحة كدليل للممارسين وصانعى السياسات. بحيث يمكن أن تلعب دورًا فى تطوير نظم وبرامج الوقاية من الإدمان. (Bahr & Hoffmann, 2015)

التحديات التى تواجه علم الوقاية

بفضل علم الوقاية، نعرف الكثير عما هو فعال فى الوقاية من الإدمان وما هو غير ذلك، إذ إن تنظيم النتائج التى توصلت إليها سنوات البحث هذه فى صورة تعزز قدرة صانعى السياسات على إرساء قراراتهم على الأدلة والعلم سيؤدى بلا شك أبلغ الأثر فى نجاح جهود الوقاية. ولكن علم الوقاية يواجه عددًا من التحديات، (رصدتها المعايير الدولية للوقاية)، تتلخص فى الآتى:
(Campello et al., 2016)

- ينبع معظم ما ينتج من علم الوقاية من عدد من البلدان ذات الدخل المرتفع، فى أمريكا الشمالية وأوروبا والمحيط الهادئ، وهناك القليل من الدراسات من محيطات ثقافية أخرى أو فى بلدان ذات دخل منخفض ومتوسط. علاوة على ذلك، فإن معظم الدراسات هى دراسات "فعالية" تدرس تأثير التدخلات فى المحيطات الصغيرة المراقبة ذات الموارد الجيدة.
- هناك عدد قليل جدًا من الدراسات التى حققت فى فعالية التدخلات فى محيطات "الحياة الحقيقية". بالإضافة إلى ذلك، هناك عدد محدود من الدراسات التى حسبت ما إذا كانت التدخلات وخيارات السياسة الوقائية مفيدة من حيث التكلفة أو فعالة من حيث التكلفة (أكثر من كونها مؤثرة أو فعالة فقط) وأخيرًا، هناك عدد قليل من الدراسات التى تفيد ببيانات مصنفة حسب الجنس.
- هناك تحد آخر يشير إلى أنه فى الغالب تكون الدراسات قليلة جدًا بحيث لا يمكن تحديد "المكونات النشطة" بشكل قاطع، أى المكون أو المكونات الضرورية حقا للتدخل أو السياسة لتكون مؤثرة أو فعالة. كذلك فيما يتعلق بتنفيذ الاستراتيجيات والتدخلات (من الذى يقدمها بشكل أفضل؟ ما الصفات اللازمة لمن يقدمها؟ وسبل وأشكال ووسائل التدريب الضرورية؟ ما الأساليب التى يجب توظيفها؟ وغير ذلك).
- أخيرًا، كما هو الحال فى جميع العلوم الطبية والاجتماعية والسلوكية، فإن تحيز النشر هو مشكلة فى بحوث الوقاية، حيث من المرجح أن يكون الميل لنشر الدراسات التى تفيد عن نتائج إيجابية جديدة أكثر من الدراسات التى تفيد عن نتائج سلبية. وهذا يعنى أن تحليلنا يخاطر بالمبالغة فى تقدير مدى تأثير وفعالية كل من التدخلات والسياسات الوقائية لمنع تعاطى المخدرات.

- هناك حاجة قوية وملحة لرعاية ودعم البحوث فى مجال الوقاية من المخدرات على مستوى العالم. فمن الأهمية بمكان دعم جهود بحوث الوقاية فى البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، لكن أنظمة الوقاية الوطنية فى جميع البلدان ينبغى أن تستثمر بشكل كبير فى التقييم الدقيق لبرامجها وسياساتها للمساهمة فى قاعدة المعارف العالمية.

وبالرغم من كل هذه التحديات يستمر علم الوقاية فى التطور مستندًا إلى نتائج البحوث منطلقا من الأطر النظرية التى يتم اختبارها عبر العديد من التجارب الواقعية بما يؤكد على السمة العلمية لما يتم من أنشطة بناء على الأدلة المستقاة من نتائج البحوث.

ثالثًا: هل ثمة نظريات فاعلة للوقاية من الإدمان تقدم أطارًا علمياً تستهدى به برامج الوقاية

ربما يبدو للوهلة الأولى أن الحديث عن النظريات بعيدٌ كل البعد عن الجهود للمضى قدمًا فى استراتيجية وقائية، ومع ذلك فإن نظريات الوقاية هى أكثر من مجرد أفكار غامضة وتخمين. فقد قدمت عقود من البحث والتفكير المتخصص نظرة ثاقبة حول الكيفية التى يفكر بها الناس فى القضايا الصحية، وكيف يمكن تغيير رأيهم، وإعادة توجيه أفعالهم. ولذا يمكن أن يساعد التعرف على النقاط الرئيسية لهذه النظريات فى تحديد كيفية تشكيل الإجراءات ذات المصداقية والملائمة، فمن خلال مساعدتنا على فهم ما يحفز الناس على التغيير، تعطينا كل نظرية مفتاحًا للوقاية من تعاطى المخدرات.

(SAMHSA, Focus On Prevention Strategies and Programs to Prevent Substance Use, 2020)

وفى هذا السياق طور العلماء والممارسون العديد من النظريات لفهم وشرح تعاطى المخدرات وتعاطيها، حيث يتوفر عدد من الأوصاف والتقييمات التفصيلية لتلك النظريات، وتركز معظم المناقشات فى النظريات على سبب تناول الأشخاص للأدوية المختلفة وعدم التمييز بين الاستخدام الأولى والاستمرار. (Bahr & Hoffmann, op. Cit, 2015)

وقد حاولت الدراسات على مدى العقدين الماضيين تحديد أصول ومسارات تعاطى المخدرات والإدمان – كيف تبدأ المشكلة وكيف تتطور. وفيما يتعلق بتقييم النظرية الأنجح فى الوصول للهدف للاستناد إليها: حدد العلماء ستة معايير رئيسية لتقييم النظريات: الصلاحية التجريبية، إمكانية التحقق، التماسك، البساطة، النطاق، المنفعة؛ وقد أوضحوا أن أهم معيار لتقييم النظرية هو

ما إذا كانت تنبؤاتها دقيقة أم لا، وأن تكون هناك طريقة منهجية لتقييم ما إذا كانت تنبؤات النظرية دقيقة أم لا، وما إذا كانت النظرية منطقية أم لا. وهل تشكل الافتراضات كلًا متماسكًا مترابطًا منطقيًا؟ وفيما يتعلق بمعيار البساطة، تفضل النظريات التى تتسم بالبساطة. ويشير النطاق إلى مدى ضيق أو اتساع النظرية فى تفسيراتها. وأخيرًا، تُفضل النظريات التى تقدم رؤى مفيدة للعلاج والسياسة على النظريات التى لا تفعل ذلك، فالهدف العام من النظريات هو شرح سبب تعاطى الأفراد للمخدرات وإساءة استعمالها وكيف يمكنهم التغيير والتغلب على الإدمان.
(Bahr & Hoffmann, ibid, 2015)

وغالبًا ما يتم تصنيف النظريات إلى ثلاثة أنواع رئيسية: اجتماعية ونفسية وبيولوجية على الرغم من أن هذا التصنيف مفيد، إلا أن بعض النظريات المتكاملة تشمل عناصر اجتماعية ونفسية وبيولوجية. (Bahr & Hoffmann, ibid, 2015) فى سبيل أن تساعدنا النظريات على معرفة سبب تعاطى الأشخاص للمخدرات بشكل أفضل، ولماذا يستمرون فى استخدامها، ولماذا يتعاطون المخدرات، وكيف يمكنهم الامتناع عن تعاطى المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، توفر تلك النظريات رؤى مفيدة فى المساعدة فى تصميم السياسات والبرامج لمنع وعلاج تعاطى المخدرات. Gilbert, J.,
(Botvin., Kenneth, W., Griffin. 2015)

ووفقًا لذلك اتخذت كل نظرية منحى محددا للتحليل إلا أن نظرية الهوية الثقافية عمدت إلى ربط ثلاثة مستويات من التحليل (جزئى، متوسط، وكلى) للحصول على تفسير أكثر شمولاً لتعاطى المخدرات. ويختلف هذا النوع من النهج عن معظم الأعمال الحالية، والتى عادة ما تكون قد طورت عوامل تفسيرية على مستوى واحد من التحليل، وخاصة المستوى الجزئى، بدلاً من استكشاف و/أو تحديد الروابط بين الظواهر المقاسة على المستوى الجزئى والمتوسط (مجموعة اجتماعية متوسطة المدى)، والمستويات الكلية (الاجتماعية والثقافية الواسعة) التى تؤثر على التجربة المعيشية على أساس يومى. وعلى هذا النحو، فإنه يعد بزيادة فهمنا لكيفية تفسير العلاقة بين العوامل الفردية والبيئية لتعاطى المخدرات وتغيير الهوية المرتبط بالمخدرات بحيث يمكن تحسين استراتيجيات الوقاية والعلاج. (tammy l. Anderson, 1998)

مدخل عوامل الخطورة والوقاية لفهم أشمل وفاعلية مؤكدة

توصل البعض من العلماء إلى منظور عوامل الخطورة والحماية التى تسهم فى خفض أو تطوير السلوكيات الخطرة لدى الصغار. وعبر سنوات من جمع وتحليل الأدلة، اكتشفوا أن هناك أوضاعًا

تسهم أو تحمى من الإقدام على تعاطى المؤثرات العقلية ومن الوقوع فى سلوكيات خطرة أخرى، وسميت هذه الظروف عوامل الحماية والخطورة، واكتشفوا أن عوامل الخطورة والحماية ترتبط بخمسة مجالات من السلوكيات الخطرة، وهى: تعاطى المخدرات والعنف والانحراف وحمل السفاح لدى المراهقات والهروب من المدرسة. وهذه العوامل للخطورة والحماية توجد بشكل منتظم فى مجالات أو مناطق فى غاية الأهمية من حياة صغار الشباب، وهى: مجال الفرد (الفرد نفسه)، الأقران، العائلة، المدرسة والجيرة. ولمنع حدوث المشكلة، فمن الأهمية بمكان التعرف على العوامل التى تزيد من حدة المشكلة، والعوامل التى تخفض من معدل انتشارها. كما يؤكد هذا المدخل العلمى ما لهذه المجالات من دور فى تشكيل وعى الصغار والشباب بخطر المخدرات على الصحة. يتشابه منظور الخطورة والحماية مع النموذج الطبى الذى يحدد عوامل الخطورة والحماية المرتبطة بأمراض مثل النوبات القلبية وغيرها.

(Krzysztof, Ostaszewski., Marc, A., Zimmerman, 2006)

وعلى ما يبدو حاول هؤلاء العلماء تطوير نظرية تنظر للمشكلات السلوكية كما ينظر الأطباء إلى المرض. فاستخدام النموذج الطبى، يتيح للأطباء التنبؤ باحتمالية أن المشكلة ستتطور (مثل المرض أو الاضطراب) استنادًا إلى التغيرات الموجودة بداخل الشخص وفى بيئته. فإذا بدأت المشكلة تتطور، يقوم الطبيب بالتدخل فى محاولة منه لخفض العوامل التى تسبب المشكلة (عن طريق الدواء أو الجراحة). وبنفس الآلية يمكن لهذا النموذج التنبؤ باحتمالية الإقدام على تعاطى المخدرات ومن ثم يمكن العمل على حماية الصغار منها من خلال رفع عوامل الحماية وتقليص عوامل الخطورة التى تحيط بالفرد. وعى كل من القائمين على التوعية والتنشئة والتربية والتعليم بعوامل الخطورة التى تهدد الصغار والشباب فى مجتمعهم بخطر تعاطى المؤثرات العقلية، يسهم بشكل مباشر فى خفض معدلات تدنى الوعى بخطر التعاطى ويسهم فى رفع مستويات الحماية المحيطة بالصغار والشباب. (Krzysztof, Ostaszewski., Marc, A., Zimmerman, ibid, 2006)

وانطلاقًا مما سبق يجب أن تستند برامج الوقاية فى تحديدها لعوامل الخطورة والوقاية إلى النظريات الشاملة التى تجمع بين عدة عناصر من جميع النظريات الأخرى. وهى تحاول أن تقدم تفسيرًا شاملًا لكيفية تفاعل بيولوجيا المراهقين ونمط شخصيتهم وأبعاد علاقتهم مع الأقران والآباء والأمهات والثقافة أو البيئة، ووعيهم العام والخاص بخطر التعاطى وكيف يؤثر فى إقدامهم على تعاطى المخدرات. وتنصح الأدلة المتخصصة فى برامج الوقاية أن يتم العمل على بناء مجموعة

برامج متداخلة على عدة مستويات، تشمل أبعاد الحماية والتوعية وتستهدف الفرد عبر الأسرة والحى والمدرسة وبيئة العمل وعبر العالم. فضلًا عن تنفيذ مجموعة برامج تنموية لتطوير الجوانب الإيجابية وتعزيز القدرات وشغل أوقات فراغ الشباب.
(Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives., op. cit., 1980)

حقائق علمية مستمدة من دراسات الوقاية تنبنى عليها أنشطة الوقاية الفعالة

كشفت دراسات أن هناك عددا من الأسباب التى تدفع إلى تعاطى المخدرات، يمكن تجميعها أو إجمالها بإيجاز فى ست فئات: (NIDA, Preventing Drug Use among Children and Adolescents, 2003).

- أولاً، يتعاطى الناس الأدوية لأن أقرانهم يقبلونها. يعد تعاطى المخدرات نشاطًا اجتماعيًا ونادرًا ما يبدأ الأفراد فى استخدامه بمفردهم. يبدأون فى استخدام عقار لأنهم يرون الآخرين يتعاطونه ويعرضونه من قبل الأصدقاء.
- ثانيًا، يتعاطى الناس المخدرات لأنها ممتعة. تمنح المخدرات الناس "النشوة" التى قد يشعرون فيها بمزيد من، الهدوء والسكينة والنشاط.
- ثالثا، غالبًا ما يستخدم الأفراد الأدوية لتخفيف التوتر أو منع الألم. بدأ بعض المدمنين فى تعاطى المخدرات عندما وصفها الطبيب لتسكين الألم. اكتشفوا أنهم استمتعوا بتناول الأدوية وبدأوا فى تناولها بشكل غير قانونى عندما رفض الطبيب وصفها.
- رابعًا، قد يساعد استخدام بعض الأدوية فى تحسين الأداء. قد يكون هذا هو تناول المنشطات للبقاء مستيقظا خلال أسبوع الاختبار أو تناول أدوية أخرى لتحسين الأداء فى مسابقة رياضية. يستخدم اختبار الأدوية فى معظم الرياضات الكبرى للتأكد من عدم استخدام عقاقير تحسين الأداء. يُمنع الأفراد الذين يتم ضبطهم مع مواد ممنوعة فى أجسادهم من المنافسة.
- خامسًا، يستخدم البعض عقارًا للإدلاء ببيان، أو يكون مختلفًا، أو متمردًا. عندما يكون الدواء محظورًا، فقد يؤدى أخذها إلى إظهار أن الشخص مختلف وغير ملتزم بالقواعد.
- أخيرًا، يدفع الفضول بعض الناس إلى تجربة الأدوية. مع الاهتمام الموجه للمخدرات والعديد من الرسائل المؤيدة والمضادة للمخدرات المتاحة، يحاول بعض الناس أن يروا ما هى عليه فقط.

كمـــا أظهـــرت الدراســـات (NIDA, Preventing Drug Use among Children and Adolescents, ibid,2003). أن الفترات الأكثر خطورة هى الفترات العمرية الانتقالية التى يصبح الطفل فيها أكثر قابلية للمشكلات السلوكية وتشمل الفترات الانتقالية الجسدية مثل بداية البلوغ أو الفترات الاجتماعية مثل فترات الانتقال من المنزل أو انفصال الوالدين بطلاق أو غيره.

ذلك أن أول نقلة فى حياة الطفل تكون عندما يترك الطفل منزله ويدخل المدرسة، وعندما ينتقل من المرحلة الابتدائية إلى المتوسطة ثم إلى الثانوية، عندها يتعرض الطفل إلى خبرات اجتماعية ودراسية جديدة مثل مقابلة أعداد أكبر من الأقران أو توقعات دراسية أكبر وخلال تلك الفترة الحرجة) بداية المراهقة (يكون تعرض الطفل على الأرجح لتعاطى المخدرات. وبعد ذلك، عندما يصبح المراهق فى المرحلة الثانوية، تواجهه تحديات اجتماعية ونفسية وثقافية إضافية وفى الوقت ذاته يكون معرضا أكثر لتوفر المخدرات، أو ملاقاة المتعاطين أو المواقف الاجتماعية التى ترتبط بالمخدرات. وهذه التحديات يمكن أن تزيد من خطورة تعاطى الدخان أو الكحول أو غيرها من المخدرات.

ومن المواقف الخطرة التى يتعرض لها المراهق فى فترات المراهقة المتأخرة ما يحدث عندما يبتعد عن المنزل لأول مرة بعيدا عن رقابة والديه مثلما يحدث عندما يلتحق بالجامعة أو المعاهد التعليمية الأخرى فيصبح تعاطى المخدرات بالتالي مشكلة صحية رئيسة بين طلبة الجامعات. وعندما يلتحق الشاب أو الفتاة بالعمل أو يتزوجان، يواجهان من جديد تحديات وضغوط إضافية قد تعرضهما لمخاطر تعاطى المخدرات ضمن بيئة الراشدين، إلا أن هذه التحديات قد تشكل أيضًا عوامل وقاية للشباب من جهة أنها تقدم أيضًا فرصة للشاب أن ينمى قدراته وطاقاته ويحقق طموحاته وأهدافه واهتماماته المستقبلية. وقد أظهرت الدراسات العلمية أن أنماط الحياة الجديدة هذه يمكن أن تكون عوامل وقائية عندما تصبح هذه القوانين الجديدة أكثر أهمية من الانغماس فى تعاطى المخدرات .(SAMHSA, Substance Misuse Prevention for Young Adults, 2020) لذلك فإنه ينبغى على مخططى البرامج الوقائية الانتباه إلى هذه الفترات الانتقالية فى تحديد الفئات المستهدفة لبرامجهم وينبغى عليهم تأمين الدعم الكافى لكل فئة عمرية بما يناسبها وعليهم أيضًا الانتباه إلى كيفية تقوية العوامل الوقائية فى تلك المراحل الانتقالية.
(NIDA, Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood, 2016).

وانطلاقًا مما سبق فإنه من أجل تصميم سياسات وبرامج فاعلة للوقاية من تعاطى المؤثرات العقلية وللتوعية بأضرارها المختلفة، ينبغى أن يتم اتباع منهجية البحث العلمى الماثلة فى الخطوات التالية: (Linda Duse bury, 2000)

- تشخيص المشكلة عبر مسوح ودراسات مثبتة علميًا.
- تصميم السياسات والخطط بناء على ما توجه به النظريات العلمية وفى ظل ما تتسم به المشكلة من خصائص على مستوى المجتمع أو الفئة المستهدفة.
- توضع آليات التنفيذ ومكونات البرامج فى ظل إرشادات النظرية ونتائج الدراسات والمسوح المتخصصة فى مجال تشخيص المشكلة.
- تقييم السياسات وتحسينها وتطويرها.

وتنصرف أنشطة الوقاية إلى تدخلات وسياسات ومن ذلك: (Campello et al., op. cit 2016) يشير التدخل إلى مجموعة من الأنشطة من نوع معين. يمكن أن تكون برنامجًا يتم تقديمه فى محيط معين بالإضافة إلى الأنشطة العادية التى يتم تقديمها فى هذا المحيط (على سبيل المثال دورات تثقيف حول الوقاية من المخدرات فى المدارس). ومع ذلك، يمكن أيضًا تقديم نفس الأنشطة كجزء من الأداء الطبيعى للمدرسة (على سبيل المثال دورات تثقيف حول الوقاية من المخدرات كجزء من المنهج العادى لتعزيز الصحة).

وتشير السياسة إلى النهج التنظيمى إما فى محيط ما وإما فى عموم السكان. تشمل الأمثلة على ذلك السياسات حول تعاطى المواد المخدرة فى المدارس أو فى مكان العمل أو القيود أو الحظر الشامل على الإعلان عن التبغ أو الكحول.

(SAMHSA, Community Engagement: An Essential Component of an Effective and Equitable Substance Use Prevention System, 2022.)

رابعاً: تحدى المعيارية فى تصميم سياسات الوقاية

ربما يكون من الصعب قياس مدى فعالية الإجراءات الوقائية، وتحديد العلاقات السببية المباشرة بالتدابير المعنية، ومع ذلك، فمن المهم إدراج (فى أى استراتيجية وقائية) المبادئ والنماذج التى تم تطبيقها وذات النتائج الواعدة. وبالتالى، يجب أن تتضمن أى استراتيجية وقائية عناصر من الوقاية الشاملة، والانتقائية والهادفة، وأن تشمل برامج موجهة للشباب من جهة وللكبار من جهة أخرى. ومن ثم، يتعين إخضاع كل عنصر من الوقاية إلى عملية التقييم من حيث جدواه وقابلية تطبيقه

بالنظر إلى الوضع القائم فى البلد المعنى. كما يجب تحديد التوجه الأساسى لاستراتيجية الوقاية على أساس هذا التقييم للاستفادة المثلى من الموارد المتاحة وتحقيق أقصى قدر من الفعالية.

فالوقاية الشاملة تخص السكان برمتهم وترمى إلى منع أو تأخير الشروع فى تعاطى المخدرات من خلال توفير المعلومات والمهارات اللازمة لكل شخص بغية الوقاية من المشكلات المرتبطة باستهلاك وتعاطى المخدرات. أما الوقاية الانتقائية فتكون موجهة لفئات السكان الذين يعانون بشكل مؤقت أو دائم من ضعف أمام المخدرات. وتكمن أهمية هذه المقاربة فى أن الأشخاص المعنيين محددون بشكل واضح كما أنها تتوفر على ميزة تمكن التدخلات الوقائية الهادفة من منع أو تأخير الشروع فى تعاطى المخدرات. ومن جهتها، ترمى الوقاية الهادفة إلى تحديد الأشخاص الذين تظهر عليهم الأعراض الأولى من تعاطى المخدرات أو مخاطر عالية لتعاطى المخدرات بناء على بعض المؤشرات المرتبطة بتعاطى المخدرات. ويتلخص هدفها الرئيسى فى منع ظهور أعراض الإدمان على المخدرات. ومن ناحية أخرى، ينبغى، لتمكين الكشف المبكر والتدخلات الملائمة لدى الفئات المعرضة للخطر والفئات الهشة، إشراك وتوعية وتكوين الأطباء العامين عند الاقتضاء، علاوة على غيرهم من المختصين العاملين فى الخطوط الأمامية. (الاتحاد الأوروبى، وثيقة توجيهية من أجل صياغة سياسات موجهة للمسئولين السياسيين متسقة فى مجال المخدرات المشروعة وغير المشروعة، ٢٠١١).

المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة لخفض الطلب على المخدرات كأساس لسياسات الوقاية

أشارت المبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات الصادرة عن الأمم المتحدة إلى أن جميع الدول تعانى من النتائج المدمرة لتعاطى المخدرات والاتجار غير المشروع بها مثل: العواقب الوخيمة على الصحة واستنزاف موارد بشرية ومادية كان من الممكن – لولا ذلك – تسخيرها للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، إضافة إلى تدمير الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، وتقويض الهياكل السياسية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية. وقد أوردت المبادئ التوجيهية عدة ضوابط ينبغى مراعاتها عند صياغة برامج الوقاية من الإدمان، وخاصة بين النشء والشباب وهى:
(UN., Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction, General Assembly Resolution (S-20/3), 10 June 1998)

- أن تستند برامج خفض الطلب على المخدرات إلى تقدير منتظم لطبيعة وحجم تناول المخدرات وتعاطيها والمشكلات ذات الصلة بالمخدرات لدى السكان، وذلك أمر لابد منه لتبين الاتجاهات

المستجدة. ويجب على الدول أن تضطلع بعمليات التقدير هذه على نحو شامل ومنهجى ودورى، مستندة فى ذلك إلى نتائج الدراسات ذات الصلة، ومراعية الاعتبارات الجغرافية، ومستخدمة تعريفات ومؤشرات وإجراءات مماثلة لتقييم الوضع المتعلق بالمخدرات. وينبغى لاستراتيجيات خفض الطلب أن تقوم على المعارف المكتسبة من البحوث، وكذلك على الدروس المستفادة من البرامج السابقة. كما يجب على هذه الاستراتيجيات أن تراعى أوجه التقدم العلمى الحاصلة فى الميدان، وفقًا للالتزامات التعاهدية الحالية ورهنا بالتشريعات الوطنية والمخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المقبلة فى ميدان مكافحة تعاطى المخدرات.

- أن تشمل برامج خفض الطلب جميع مجالات الوقاية، ابتداء من الحيلولة دون تناول المخدرات لأول مرة إلى الحد من الآثار الصحية والاجتماعية السلبية الناجمة عن إساءة استعمال المخدرات. وتشمل توفير المعلومات، والتثقيف، والتوعية الجماهيرية، والتدخل المبكر، والإرشاد، والعلاج، والتأهيل، ومنع الانتكاس، والرعاية اللاحقة، وإعادة الإدماج فى المجتمع.
- أن تعتمد البرامج نهجا تشاركيا يسهم فيه المجتمع المحلى برمته وهو ما يعد أمرًا حاسمًا لتقييم مشكلة المخدرات تقييما دقيقا، واستبانة الحلول الصالحة، وصياغة وتنفيذ سياسات وبرامج ملائمة. ومن ثم، فإن من الأمور الجوهرية تعاون الحكومات والمنظمات غير الحكومية والأسر والمعلمين وأرباب المهن الصحية، والمنظمات الشبابية والمجتمعية ومنظمات أرباب العمل ومنظمات العمال والقطاع الخاص. فهذا النوع من التعاون يزيد من وعى المخاطبين ويعزز قدرة المجتمعات المحلية على التصدى للنتائج السلبية الناجمة عن تعاطى المخدرات. ويكتسب تحمل الجمهور للمسئولية وتحليه بالوعى أهمية قصوى فى ضمان استمرارية استراتيجيات خفض الطلب، فضلًا عن تعبئة المجتمعات المحلية.
- أن تصمم البرامج بحيث تلبى مختلف الاحتياجات، مع ايلاء عناية خاصة للشباب. وينبغى للبرامج أن تكون فعالة ومناسبة وفى متناول الفئات الاكثر عرضة للخطر، مع مراعاة اختلافات نوع الجنس والاختلافات الثقافية والتربوية.
- أن تكون المعلومات المقدمة بالبرامج واضحة ودقيقة وموثوقًا بها من الناحية العلمية وملائمة من الناحية الثقافية، وأن تقدم فى أوانها، وأن تكون قد اختبرت مع مجموعة مستهدفة، حيثما أمكن. ويجب بذل كل الجهود من أجل ضمان المصداقية، وتجنب الإثارة وترسيخ الثقة وتعزيز الفعالية. كما يجب على الدول أن تسعى، بالتعاون مع وسائط الإعلام، إلى زيادة توعية

الجمهور بمخاطر تناول المخدرات والى تعزيز رسائل الوقاية التى تقاوم تشجيع الثقافة الشعبية على تناول المخدرات، وتدريب مقررى السياسات ومخططى البرامج والممارسين فى جميع جوانب تصميم استراتيجيات وبرامج خفض الطلب وتنفيذها وتقييمها. وينبغى لهذه الاستراتيجيات والبرامج أن تكون متواصلة، وأن تستهدف تلبية احتياجات المشاركين فيها.

- كما ينبغى لاستراتيجيات خفض الطلب وما ينفذ فى هذا المجال من أنشطة محددة أن يتم تقييمها تقييمًا دقيقًا، وذلك بهدف تقدير فعاليتها وتحسينها. وينبغى لعمليات التقييم أن تكون متوافقة مع الثقافة والبرنامج المعنيين، وينبغى لجميع من يهمهم الأمر أن يتقاسموا نتائج عمليات هذا التقييم.

المبادئ الأساسية لبرامج وأنشطة الوقاية وفق معايير الجهات العاملة فى المجال

قدمت الجهات العالمية العاملة فى مجال المخدرات عددا من المبادئ العلمية الأساسية التى لابد من الاستناد إليها والتخطيط للوقاية وفقًا لها حتى نضمن نجاح برامج الوقاية فى تحقيق أغراضها (وهذه المبادئ تتسم بالتطوير المستمر حسبما يقر العلم ويشير تقييم التطبيق فى الواقع)، وأبرز هذه المبادئ يتلخص فى الآتى:

(Campello et al., op. cit., 2016) and,(SAMHSA, op. cit., 2022), and, (NIDA, op. cit., 2016). And (NIDA, op. cit., 2003).

- الهدف الرئيسى للوقاية من تعاطى المؤثرات العقلية: لمساعدة الناس، خاصة وليس حصرًا الأصغر سنا منهم، على تجنب أو تأخير بدء تعاطى المؤثرات العقلية، أو إذا كانوا قد بدأوا بالفعل لتجنب حدوث الاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات (الاستخدام الضار للمواد المخدرة أو الاعتماد عليها). الهدف العام للوقاية من تعاطى المخدرات هو أوسع بكثير: إنه النمو الصحى والآمن للأطفال والشباب ليدركوا مواهبهم وإمكاناتهم ويصبحوا أعضاء مساهمين فى مجتمعهم ومحيطهم.
- الوقاية الفعالة تسهم بشكل كبير فى الاندماج الإيجابى للأطفال والشباب والراشدين مع أسرهم والمدارس وأماكن العمل والمجتمع.
- يعد نقص المعرفة حول المواد المخدرة والعواقب المترتبة على استخدامها من بين العوامل الرئيسية التى تزيد من تعرض الأفراد للخطر.

- من بين أقوى عوامل الخطر الأخرى ما يلى: الميل الوراثى، وخصائص الشخصية (مثل الاندفاع والبحث عن الإحساس)، ووجود اضطرابات عقلية وسلوكية، وإهمال الأسرة وسوء المعاملة، ضعف الارتباط بالمدرسة والمجتمع، والأعراف الاجتماعية والبيئات التى تساعد على تعاطى المواد المخدرة (بما فى ذلك تأثير وسائل الإعلام)، والنمو فى المجتمعات المهمشة والمحرومة.
- وعلى العكس من ذلك، فإن الصحة النفسية والعاطفية، والكفاءة الشخصية والاجتماعية، والارتباط القوى بالآباء والأمهات المهتمين والفعالين، والارتباط بالمدارس والمجتمعات ذات الموارد الجيدة والمنظمة كلها عوامل تسهم فى كون الأفراد أقل عرضة لتعاطى المواد المخدرة أو السلوكيات الخطية الأخرى.
- تختلف بعض العوامل التى تجعل الأشخاص معرضين لخطر (أو على العكس، محصنين ضد) البدء فى تعاطى المواد المخدرة باختلاف العمر.

فالأبوة والأمومة والارتباط بالمدرسة هى عوامل الضعف والحصانة التى تم تحديدها خلال مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة المبكرة. وفى المراحل الأكبر من العمر فإن المدارس وأماكن العمل وأماكن الترفيه ووسائل الإعلام كلها محيطات قد تسهم فى جعل الأفراد أكثر أو أقل عرضة لتعاطى المخدرات أو السلوكيات الخطيرة الأخرى.

- الشباب المهمش فى المجتمعات الفقيرة التى لا تحصل على دعم الأسرة أو على القليل منه وعلى فرص محدودة للالتحاق بالتعليم فى المدارس، معرضون للخطر على وجه الخصوص. وكذلك الأطفال والأفراد والمجتمعات الذين مزقتهم الحروب أو الكوارث الطبيعية.
- من المهم التأكيد على أن عوامل الخطر المشار إليها هى إلى حد بعيد خارج نطاق سيطرة الفرد (لا يختار أحد أن يهمله والداه).
- وترتبط بالعديد من السلوكيات الخطرة والظروف الصحية ذات الصلة، مثل التسرب المدرسى والعدوانية والجنوح والعنف والسلوك الجنسى المحفوف بالمخاطر والاكتئاب والانتحار.
- ولذلك لا ينبغى أن يكون مفاجئًا أن العديد من التدخلات والسياسات للوقاية من المخدرات تمنع أيضًا السلوكيات الخطيرة الأخرى.
- تركز الوقاية الأولية على الوقاية من البدء فى تعاطى المخدرات ومنع الانتقال لحدوث اضطرابات ناجمة عن تعاطى المخدرات.

- لا يمكن تطوير أو تنفيذ تدخل أو سياسة أو نظام وقاية فعال بمفرده أو بمعزل عن غيره. نظام الوقاية المحلى أو الوطنى الفعال يكون مضمّنًا ومدمجًا فى سياق نظام أكبر متوازن يرتكز على الصحة ويستجيب لإنفاذ القانون المشتمل على المخدرات وخفض العرض، ومعالجة الاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات، والحد من المخاطر المرتبطة بتعاطى المخدرات (على سبيل المثال فى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والجرعات الزائدة وما إلى ذلك). وسيكون الهدف الرئيسى والواسع لهذا النظام المتوازن المرتكز على الصحة هو ضمان توافر العقاقير الخاضعة للرقابة للأغراض الطبية والعلمية وفى نفس الوقت منع الانحرافات والاستخدام غير الطبى.
- تستند المعايير إلى الأدلة والدروس المتراكمة فى مجال الوقاية من المؤثرات العقلية الأخرى مثل التبغ والكحول والمستنشقات. كما تستند المعايير إلى أن استخدام المؤثرات العقلية غير الخاضعة للرقابة له تأثير سلبى كبير على صحة السكان.
- فى حالة الأطفال والمراهقين لا يزال الدماغ فى طور النمو، فكلما بدأوا فى تعاطى المؤثرات العقلية فى وقت مبكر كلما زاد احتمال أن تحدث لهم اضطرابات ناجمة عن تعاطى المخدرات فى وقت لاحق من حياتهم.
- الاضطرابات الناجمة عن الاعتماد على النيكوتين وتعاطى الكحول غالبا ما ترتبط بتعاطى المخدرات والاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات.
- برامج الوقاية يجب ألا تسبب الأذى أو الضرر المادى أو المعنوى، حيث تشرح العديد من وسائل الوقاية التأثيرات المختلفة للمخدر على مستخدميه، وحتى مع كون معظم هذه الوسائل تركز على الآثار السلبية للمخدر، فربما تصل هذه المعلومات كرسالة تخويف. إضافة إلى أن الوصف للآثار الايجابية لتعاطى المخدر أو التأثيرات المبهجة له، ربما تجذب المتعاطى المحتمل. فأسلوب التخويف ليس فعالا وقد يؤدى ببعض المخاطبين إلى عمق القضية التى يحاول برنامج الوقاية مواجهتها. وغالبًا يوجد لدى المراهقين شعور الممانعة، فهم يعتقدون أنهم لا يمكن أن يتأثروًا سلبًا بالمخدرات، وأنهم يستطيعون فى وقت قصير تفادى النتائج السلبية لتعاطيها أو إدمانها.
- ويجب أن يؤخذ التطور (الارتقاء) العاطفى، والإدراكى والنفسى للمخاطبين فى الاعتبار، فمن المهم فهم كيف يكون البرنامج ملائما لنوعية المخاطبين، وضارًا – فى الوقت نفسه– بفئة

أخرى منهم وأن المضمون الذى قد يكون مثيرًا للفكر ومؤثرًا بالنسبة للبالغين، قد يكون مثيرًا وجاذبًا بالنسبة للمراهقين.

خامساً: أسس تصميم برامج وقاية فاعلة

استراتيجيات من الرؤية إلى الممارسة اتفاقاً مع وثائق الجهات العاملة فى المجال: (SAMHSA, OP. Cit. 2020)

- تحديد احتياجات السكان والموارد والاستعداد لمعالجة المشكلات والفجوات فى تقديم الخدمة.

  يجب تقييم مشكلة استخدام المواد المخدرة بشكل صحيح من خلال جمع وتحليل البيانات التى توضح مدى ومكان المشكلة، وعوامل الخطر والحماية المرتبطة بها، والأصول والموارد المجتمعية، والفجوات فى الخدمات والقدرات، والاستعداد للعمل.
- حشد وبناء القدرات لتلبية الاحتياجات.
- تشمل المهام الرئيسية جمع القادة وأصحاب المصلحة، بناء التحالفات، وتدريب المجتمع أصحاب المصلحة للمساعدة فى استمرار الأنشطة.
- وضع خطة وقائية.
- تعبر الخطة الاستراتيجية عن رؤية لأنشطة الوقاية وخارطة طريق لتنفيذها. تصف السياسات والعلاقات، والحوافز لمجموعات العمل معا، والإجراءات القائمة على الأدلة التى سيتم اتخاذها. تحدد الخطة أيضًا المعالم والنتائج لقياس الأداء.
- القيام بأنشطة الوقاية مدعومة بالتدريب والمساعدة الفنية المحلية.
- بدعم من التدريب والمساعدة الفنية، يختار أصحاب المصلحة المحليون البرامج والسياسات والممارسات التى أثبتت فعاليتها فى التعامل مع المشكلة. كما يلزم أن يتم إجراء المراجعات المختصة ثقافيًا دون التضحية بالعناصر الأساسية للبرنامج.
- مراقبة وتقييم النتائج والقدرة على ذلك.
- يعد الرصد والتقييم المستمر أمرًا حيويًا لتحديد ما إذا كانت النتائج المرجوة قد تم تحقيقها، وتقييم جودة تقديم الخدمة، وتحديد التحسينات المطلوبة. ويجب أن يكون ما نجح بشكل جيد عملية مستمرة.

ضوابط متعلقة بمضمون برامج الوقاية

هناك عدد من المحاذير لابد من مراعاتها فى صياغة مضمون برامج الوقاية. وذلك حتى نضمن نجاحها، وهى: (سويف، ١٩٩٦)

- الحديث عن المواد المخدرة فى مجموعها مقضى عليه بالفشل لأن مواد التعاطى والمحدثة لأشكال الاعتماد المختلفة أصبحت الآن شديدة التعدد. والتباين فى آثارها الفارماكولوجية والنفسية، ومن ثم تتعدد الوظائف التى تؤديها للمتعاطى (أى الأغراض التى يطلبها من أجلها) ومن هنا يصبح من المحال بالنسبة لأى متحدث أن يتناولها فى جملتها دون أن يضطر إلى التبسيط المخل أو التعميم الأشد إخلالاً. لذا يلزم تركيز الحديث على مخدر بعينه.
- الاستناد إلى نتائج الدراسات العالمية المتجددة حول أسباب التعاطى وآثاره، وتعتبر هذه المعلومات معينا يمكن لمصممى برامج الوقاية الأولية أن يسترشدوا بما فيه من بيانات عما يحرك بعض أفراد هذه الشريحة أو تلك. وعلى ضوء هذه البيانات يتم تحديد مضمون الخطاب، بحيث يأتى مؤسسًا على حقائق الواقع النفسى والاجتماعى لأبناء الشريحة التى تنتمى إليها الجماعة المقصودة به، بما يضمن درجة عالية من الفاعلية.
- مطالبة واضعى برامج التوعية والقائمين على تنفيذها بأن تكون معلوماتهم عن المخدر الذين يتحدثون عنه صحيحة وحديثة، وليس بما تتداوله فى وسائل الإعلام من معلومات قد تكون بعيدة عن الصحة أو الحداثة.

الأسلوب الأمثل لتقديم التوعية داخل برامج الوقاية الأولية

سواء كانت مادة التوعية قولية أو تصويرية أو تدريبية ... الخ فالسؤال الملح عن أنجح السبل لتقديم هذه الجهود، وفى سبيل الإجابة عن هذا السؤال يمكن الإشارة إلى عدد من المبادئ الأساسية فى هذا المجال: (سويف، ١٩٩٦)

- الالتزام بالأسلوب التربوى المتكامل بدلاً من أسلوب التلقين، حيث إنه من الثابت أن أسلوب التلقين يعتمد أساسًا على إعطاء المعلومة كأنها حقيقة معرفية خالصة، وهذا غير صحيح، فنحن هنا بصدد الحديث عن مخدر ما فى سياق سلوكى، أى من حيث تأثيره فى تشكيل السلوك، ومن ثم فالواجب تقديمه فى قالب قيمى متكامل. فالحديث بنغمة الوعظ والإرشاد لا يؤدى المطلوب خاصة مع النشء والشباب، فقد يتحملونه مؤقتا على أن ينسوه أو يتناسوه بعد ذلك تمامًا. فالمسألة هنا ليست مسألة معلومة ما ولكنها معلومة للتوظيف، ومن ثم يجب

تقديمها ومعها المعالم الرئيسية للإطار الذى يحدد معناها، وما ينطوى عليه هذا الإطار فى موقف ما من مشاعر الاحترام نحو الآخر، أو مشاعر الندية، أو مشاعر المحبة والعلاقة الحميمية أو مشاعر التحفظ ... الخ. فهذا هو الأسلوب التربوى المتكامل، يقدم المعلومة مع السياق الذى يحدد معناها أو قيمتها، وفى هذه الأثناء لابد من مراعاة المستوى النفسى والعقلى للنشء الذى تخاطبه.

- الالتزام بالحقيقة دون مبالغة، يعمد كثير من المتحدثين (وغالبًا ما يكون ذلك انسياقًا مع حالتهم الانفعالية أثناء الحديث إلى المبالغة، سواء فى وصف الآثار المباشرة أو غير المباشرة النفسية والعضوية) للمخدر، ووجه الخطأ فى ذلك أن المتحدث وهو يصف مشاعر النشوة التى تعترى المتعاطى بعد تعاطيه قد يجد نفسه (دون قصد منه) وكأنه يرغب بعض المتلقين لرسالته فى أن يجربوا الحصول على هذه النشوة (وبعضهم مولع أصلا بالدخول فى بعض التجارب الخطرة على سبيل المتعة الشاذة) وبالتالى يجب البعد عن كل صيغ المبالغة، وأن يعتمد مقدم التوعية على تقديم الحقيقة فى صيغة معتدلة بلا مبالغة أو تهوين.
- تجنب الخوض فى التفاصيل الدقيقة، حيث لا يجب الخوض فى التفاصيل الدقيقة عند الحديث عن سلوكيات المتعاطين والمدمنين، فالمتحدث ربما يرى أن ذلك مقدمة ضرورية لنقد هذه السلوكيات، ووجه الخطأ فى ذلك أن التفصيل الشديد يؤدى إلى تجسيم (تصوير) هذا الفعل أمام المتلقى بدرجة تجعل من اليسير عليه أن يحاكيه إذا أراد ذلك، وخاصة وأن المتلقى من صغار السن الذين تستهويهم بعض أفعال زملائهم المنحرفين دون أن يقدموا على ارتكابها، وبالتالى فإن تجسيم (تصوير) سلوكيات التعاطى أمام الفئات الهشة قد يؤدى إلى التورط فى الضغط عليهم لكى يقعوا تحت عبء هذه النماذج السلوكية المجسمة (التى هى منحرفة)، والنتيجة أن تأتى التوعية بعكس المطلوب تمامًا، فبدلاً من منع التعاطى إذا بنا نستثير من الدوافع ما يزيد من انتشاره. وفى هذا السياق يجب الامتناع تمامًا عن الكلام تفصيلاً فى وصف أى طريقة من طرق التعاطى لأى مخدر.
- تناول موضوع المخدرات كجزء من كل، فأفضل طرق التوعية فعالية وأسلمها عاقبة أن يتناولها المتحدث كجزء من كل ويحسن المتحدث صنعًا إذا هو قدم حديثه عن تعاطى هذا المخدر أو ذاك فى سياق حديث عن موضوع أشد اتساعا كالعناية بالنشاط الرياضى (على سبيل المثال) أو اللياقة البدنية أو أمور التغذية ... الخ، وفى ثنايا الحديث عن أهمية الأنشطة الرياضية، يتم

تناول المنشطات مثلاً لأن بعض الرياضيين يتناولونها، ويتخذ المتحدث من هذا مدخلاً لحديث علمى مبسط ومكثف حول الآثار التدميرية التى تخلفها هذه المواد فى الصحة البدنية والنفسية، وهو ما يتعارض مع المطلب الأساسى من ممارسة النشاطات الرياضية. وتقتضى المعالجة الذكية فى هذه الحال أن يتنازل المتحدث عن أن يقول كل شىء يعرفه عن المخدر، وأن يقتصر الحديث على نخبة محدودة من المعلومات التى يكون لها معنى فى سياق الحديث عن الرياضة أو اللياقة البدنية.

سادساً: ملامح أساسية لبرامج الوقاية الأولية فى المدارس كأحد النماذج للبرامج الوقائية النوعية

تشكل قضية السلامة المدرسية من أخطار الإدمان والمخدرات اهتماما يشترك فيه الجميع، فقد غدا ذلك مطلبًا أساسيًا بالنسبة للمجتمع بصفة عامة، وكذلك الآباء والطلاب. ويجب على الجميع العمل سويا لتطوير بيئة نظامية للتعليم توفر مدارس أمنة من المخدرات، حيث إن هذا المطلب يعد حجر زاوية لإنجاز العملية التعليمية. تعاون الجميع من أجل تهيئة البيئة المناسبة التى يرغبون تعليم أبنائهم فيها، وتطوير برامج مدرسية متكاملة لتحقيق هذا الغرض.

أساسيات العمل فى البرامج

حددت الدراسات عدة أساسيات للعمل على خلق نظام آمن من المخدرات، تتمثل فى الآتى:
(University of Utah, Policy on Alcohol and Other Drugs, Academic Years 2018-2020).

- وضع السلامة المدرسية من المخدرات على قمة اهتمامات الأجندة التعليمية وتتضمن هذه الأولوية غرس وتأصيل الالتزام لدى جميع الجهات المعنية تجاه خلق مدرسة أمنة من المخدرات.
- إشراك الآباء والمواطنين والمجتمع المحيط فى برامج الوقاية من الإدمان فى المدارس، إذ يجب أن يؤكد المخططون على أهمية إشراك هذه الفئات جميعًا فى تشكيل ووضع البرامج والاستراتيجيات، فمعظم الناس لا يرضون بلعب دور المفعول به والتعامل معهم كأشياء يمكن تحريكها.
- بناء وتطوير الفريق، إذ تتطلب هذه البرامج تكوين فريق من القائمين على العملية التعليمية والآباء والطلاب، ورجال الشرطة، ورجال الأعمال، وممثلى المحاكم، والقائمين بالخدمة

الاجتماعية والرعاية الصحية. وسائر المختصين بخدمة الشباب فى الأطر المحلية لتنفيذ تلك البرامج.

- إضفاء صفة المحلية على البرامج الوقائية المدرسية، يجب أن يحدد أعضاء الفريق القضايا والاهتمامات التى يعتقد السكان المحليون أنها أكثر أهمية. وهذه الخطوة ذات مغزى إذ ستكون بداية لوضع خطة ناجحة ستبنى مستوى متزايد من الالتزام الاجتماعى، بالإضافة إلى مراجعة التشريعات والقرارات المحلية ذات الصلة بالبرنامج، مثل تشريعات المخدرات وغيرها من التشريعات والقرارات المرتبطة بالصحة العامة فى الإطار المحلى.
- إعداد خطة عمل لمدرسة آمنة من المخدرات: لا تقتصر على الأطر العامة للبرنامج، ولكن تقوم أيضًا بتحديد العمليات الواجبة لتحقيق الأهداف قصيرة وطويلة المدى، ومن المهم جدًا لأعضاء الفريق فهم ما يمكن القيام به من تغيرات إيجابية فى نوعية الحياة بالنسبة لهم ولمجتمعهم. وللطلاب الذين يخدمهم البرنامج.
- صياغة خطة طوارئ.
- خلق مناخ تربوى صحى أو سليم، إذ يجب على أعضاء الفريق تقييم مناخ التعليم الحالى، واقتراح التعديلات التى سيتم بمقتضاها العمل على خلق بيئة تعليمية يحترم فيها الطلاب والمعلمون بعضهم بعضًا.
- تقييم الخطوات المنفذة بالبرنامج لتعديل وتطوير البرنامج عند الضرورة. وتمثل هذه النقاط بداية عملية لفريق يستمر عمله للسلامة المدرسية فى الأطر المحلية .مع مراعاة أنه لا توجد حلول عامة بالنسبة لجميع المناطق، فكل منطقة لها تحدياتها الفريدة والخاصة التى يجب التعامل معها بالأسلوب الذى يناسبها.

مضمون البرامج الوقائية فى المدارس

هناك عدد من الأطر التى يجب أن تتضمنها برامج الوقاية الأولية فى المدارس، انطلاقًا مما رصدته التجارب الرائدة فى العالم، وهى: (SAMHSA, op .cit., 2020) (ريتشارد دى. لينوكس، مارى أ.سيتشينى، منهج ناركونن، 2022) (University of Utah, op. cit. Policy on Alcohol and Other Drugs, Academic Years 2018-2020). And (NIDA, op. cit. 2003).

- تصميم برامج للوقاية للتدخل فى فترة ما قبل المدرسة لمخاطبة عوامل الخطر والتى قد تدفع إلى دخول دائرة التعاطى فيما بعد، مثل السلوك العدوانى، والمهارات الاجتماعية السيئة. والتى قد تقود إلى الصعوبات التعليمية.
- برامج الوقاية لأطفال المدارس الابتدائية يجب أن تستهدف التحسين الدراسى، والتعلم الاجتماعى والعاطفى، لمعالجة عوامل الخطر لتعاطى المخدرات مثل العدوان المبكر، والفشل الدراسى، وترك التعليم، ويجب أن تركز هذه البرامج على تنمية المهارات الآتية:
  - ضبط النفس.
  - الوعى العاطفى.
  - حل المشكلات الاجتماعية.
  - الدعم الدراسى وخصوصًا فى القراءة.
- برامج الوقاية للمستوى الإعدادى والثانوى يجب أن تعزز القدرات الدراسية والاجتماعية بالمهارات الآتية:
  - العادات الدراسية والدعم الدراسى
  - الاتصال.
  - العلاقات بين الأقران..
  - الإصرار والكفاءة الذاتية.
  - مهارات مقاومة العقاقير.
  - تعزيز المواقف ضد المخدرات.
  - تقوية الالتزام الشخصى ضد تعاطى المخدرات.

المراجع

الاستراتيجية الوطنية القومية المتكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر، ١٩٩٢، ص ص ١٨٩-٢١١.

سويف، مصطفى. (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، عالم المعرفة، رقم ٢٠٥، الكويت، ص ١٩٦-٣٠٩.

الاتحاد الأوربى وثيقة توجيهية من أجل صياغة سياسات موجهة للمسؤولين السياسيين متسقة فى مجال المخدرات المشروعة وغير المشروعة، اعتمد خلال الاجتماع التاسع والستين للمراسلين الدائمين، ٢٠١١.

Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives. Research Monograph 30.. (1980, March 1). Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives. Research Monograph 30.

UNODC, World Drug Report, 2022

Bahr, S. J., & Hoffmann, J. P.. (2015). Social Scientific Theories of Drug Use, Abuse, and Addiction. John Wiley & Sons, Ltd.

Campello, G., Heikkila, H., & Maalouf, W.. (2016). International Standards on Drug Use Prevention. Cambridge University Press.

Gilbert, J., Botvin., Kenneth, W., Griffin. (2015). Life Skills Training: A Competence Enhancement Approach to Tobacco, Alcohol, and Drug Abuse Prevention.

Tammy l. Anderson. (1998). A Cultural-Identity Theory of Drug Abuse. Sociology of Crime, Law, and Deviance, 1, 233-262. Copyright o by jai press inc.

Krzysztof, O., Marc, A., Zimmerman. (2006). The Effects of Cumulative Risks and Promotive Factors on Urban Adolescent Alcohol and Other Drug Use: A Longitudinal Study of Resiliency. American Journal of Community Psychology, 38(3), 237-249.

NIDA. (2003). Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide. Second edition.

SAMHSA, (2020). Substance Misuse Prevention for Young Adults, s prepared for the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Linda Dusenbury. (2000).Implementing a Comprehensive Drug Abuse Prevention Strategy Tanglewood Research.

NIDA; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services, Principles of Substance Abuse Prevention for Early childhood: A Research –Based Guide, 2016 march.

SAMHSA, (2022). Community Engagement: An Essential Component of an Effective and Equitable Substance Use Prevention System. Publication No. PEP22-06-01-005. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

University of Utah, Drug-Free Schools and Campuses Regulations Biennial Review: Academic Years 2018-2020, Policy on Alcohol and Other Drugs.

Abstract

Addiction Prevention and the Challenge of Effectiveness:
Towards interventions based on Scientific Standards

Mahmoud Bastamy

Prevention means any planned action that is undertaken in anticipation of the emergence of a specific problem, or complications of an already existing problem, and the goal of this action is to completely or partially obstruct the emergence of the problem or its complications, or both. It was decided to classify prevention efforts into three categories: first-degree prevention, second-degree prevention, and third-degree prevention. The current paper presents a number of visions that work to clarify the contemporary term prevention, as it focuses on the importance of staying away from danger. Drug abuse prevention, also known as prevention of psychoactive substance abuse, refers to those processes that attempt to prevent the emergence of drug use and drug abuse. Medically permitted drugs and other psychotropic substances among people also indicate those processes that attempt to limit the development of problems associated with the use of psychotropic substances. The paper also presents prevention efforts that focus on individuals or the areas surrounding them, while the concept of environmental prevention focuses on changing the conditions of the large community or the local community and the interactive environment, and may indicate changing policies, so that the availability of narcotic substances as well as the demand for them, are reduced.