

دور المدرسة في وقاية طلابها من أخطار المخدرات

إعداد

د. منصور بن مصلح الجهني

كلية الدراسات العليا بجامعة نايف العربية للعلوم الامنية

الملتقى العلمي الأول لأجهزة مكافحة المخدرات
(قضايا المخدرات وتأثيرها على الأطفال)

بيروت

2 - 2012/7/5م

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع	م
	الفصل الأول مشكلة الدراسة وأبعادها	1 -
4	..... المقدمة	-
6	..... مشكلة الدراسة	-
7	..... تساؤلات الدراسة	-
7	..... أهداف الدراسة	-
8	..... أهمية الدراسة	-
8	..... حدود الدراسة	-
8	..... مفاهيم ومصطلحات	-
	الفصل الثاني : النظرية	2 -
11	..... الإطار النظري	-
45	..... الدراسات السابقة	-
	الفصل الثالث : إجراءات الدراسة والنتائج والتوجيهات	3 -
48	..... منهج الدراسة	-
48	..... نتائج الدراسة	-
49	..... توصيات الدراسة	-
50	..... المراجع	4 -

الفصل الاول

مشكلة الدراسة وابعادها

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- تساؤلات الدراسة
- اهداف الدراسة
- اهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- مفاهيم ومصطلحات الدراسة

المقدمة:

كان الأمن ولازال هاجس الأفراد والجماعات والأمم تسعى إلى تحقيقه بشتى السبل، باعتباره العامل الجوهرى الذي يحفظ الوجود الإنسانى ويمنحه مكانه فى الحياة بكرامة، لذلك فقد رافق تصور الحياة المطمئنة الأمانة كل العصور والأزمنة، بما يتفق مع الفطرة التى جُبل عليها البشر وهى غريزة البقاء وغريزة الدفاع عن الحياة وسلامة الجسد والحرية، وتطورت أساليب الدفاع والحفاظ عن الأمن بتطور وسائل التقنية التى توصل إليها الإنسان من العصور البدائية والحجرية إلى الزراعة فالصناعة وتطور وسائل المواصلات إلى تكنولوجيا الاتصالات إلى تقنية المعلومات إلى الانترنت والمدونات .

ولا شك أن الأمن ضرورةٌ من ضرورات الحياة البشرية، وعاملٌ أساسى لاستمرارها، لا يقل فى ذلك الشأن عن الغذاء اللازم للإنسان. فإذا كنا لا نتصور أن يحيا الإنسان ويعيش بغير غذاء، فإن الحال كذلك بالنسبة للأمن، وقد عبّر القرآن الكريم عن ذلك، بل وضع الأمنَ قريناً للغذاء بالنسبة للإنسان فى قوله تعالى: **يٰٓأَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَتَّبِعُوا**

(سورة قريش، الآيتان: 3-4).

ومن هنا جاء الدور الكبير والاستراتيجى على المؤسسات المجتمعية والتى تعد المدرسة أحد أهم هذه المؤسسات الراحية والحاضنة للأبناء داخل المجتمع بل هى الركيزة الأساسية والمحضن النظامى للتربية القيمية والاخلاقية على حد سواء وزراعة للفضيلة ومعززة للاخلاق، فهى بحق المكان الذى يتعلم به أبناءنا المعارف من خلال المقررات الدراسية والقيم من خلال الممارسة والمشاهدة والاحتكاك بالمعلمين والاصدقاء. فقد أكد البيومى (2009م، 67) أن أدوار المدرسة تغيرت من النهج التقليدى المعارف على لتخرج بأدوار جديدة وخطيرة أهمها تعزيز السلوك وتنمية القيم والمحافظة

على الثقافة من واقع ما تقدمه من برامج مقصودة يوفرها لها النظام أو غير مقصودة من واقع الممارسة اليومية والتأثر والتأثير بالأصدقاء .

ولذا فقد عمدت الدول على توفير البنية التعليمية المناسبة لطلابها ليمارس من خلالها ويتم تنفيذ سياساتها الشمولية بالممارسات المدرسية اليومية لتخرج للمجتمع المحضن الأكبر والبيئة الحاضنة والمستفيدة من هذه السلوكيات والإنجازات المرغوبة ولتجنب المجتمع السلوكيات السلبية غير المرغوب فيها والتي تشكل معول هدم وحجر عثرة تقف أمام التنمية بمفهومه الشامل.

ومن هذا المنطلق الاستراتيجي للمدرسة القائم على الحاجات والمنطلقات والأهداف عمدت إلى وضع البرامج والخطط الكفيلة بتحقيق الغايات وترجمة الأهداف متزامنة مع خططها الوقائية لحماية طلابها من براثن الخطر والجريمة، وتأتي مشكلة المخدرات أحد أهم المخاطر المحيطة بالمدرسة والمنعكسة بدورها على المجتمع لتحد من تقدمه وترمي به وبخططه وأماله في مكان سحيق وتجعل من ثرواته والتي على رأسها أبناءها في مصير مجهول.

فقد اورد فرج (2003م ، 21) بأن أهم التحديات التي تواجه وزارة التربية والتعليم والمتمثلة في تربية النشء وحماية الطلاب مشكلة المخدرات والسموم التي استغلها الأعداء للنيل من الأوطان وتعطيل المنجزات وايقاف التنمية ، فقد بدء طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية يشاركون مروجي السموم في تنفيذ خططهم من خلال استغلال اعمارهم ومرحلتهم العمرية المتقلبة في تحديد نقطة التحور السلبي والايقاع بهم وهذا تحد عظيم للقائمين على التربية والتعليم .

ويتفق الباحث مع الرأي السابق بان التغيير بالطلاب في هاتين المرحلتين (المتوسطة ، الثانوية) سهل في ضوء الثورة الرهيبة للاتصالات وتبادل المعلومات كون الطالب مولع بشكل كبير في اقتناء الاجهزة التواصلية والتي سيسهل معها التمير والتغيير وبالتالي الانزلاق في المجهول ومن هنا جاءت المسئولية مضاعفة على الاسرة والمدرسة لتواجه هذه الحقائق بالكشف عنها وايجاد البرامج العلمية والتربوية التي من

شانها ان تفوت الفرصة على المتربصين بآبائنا ومجتمعنا وتعزيز لديهم الثقافة الوقائية ضد التيارات الفاسدة والجرائم الخطيرة والتي تأتي المخدرات على رأسها .

ويتفق عبدالحكيم (2009م ، 173) مع الرأي السابق بقوله " بأن المدرسة تغيرت ادورها عما كانت عليه لتبدأ مرحلة جديدة آخذت على عاتقها الثورة المعلوماتية الرهيبة لتوظيفها في تعزيز السلوكيات الإيجابية وكشف الممارسات السلبية لطلابها وضمن التواصل السريع والايجابي بينها وبين الاسر للكشف عن السلوكيات السلبية وعالجتها في حينها "

وهنا فان الادوار العظيمة للمدرسة التي يجب ان تبني خططها وفق المسئوليات القائمة عليها برامج الوقاية والحماية ، المنطلقة من غاياتها المرسومة وسياستنا التعليمية القائمة على الكتاب والسنة والحاجات المجتمعية والعالمية من إعداد البرامج الوقائية ضد اخطار المخدرات لادراكنا جميعا بعظم الخطورة وجسامة النتائج فيما لو تركت دون رعاية او اهتمام .

مشكلة الدراسة :

كشفت أرقام مكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجرائم أن دول الشرق الأوسط تحتل المرتبة الأولى على صعيد الكميات المصادرة من المنشطات غير الشرعية، وعلى رأسها الأمفيتامين، ما يدل على كثرة انتشار هذه المواد، رغم أنها محرمة في الدين الإسلامي المنتشر بالمنطقة. وقال ماثيو نايس، خبير مكافحة المخدرات في المكتب، إن الكميات الأكبر من الأمفيتامين يجري مصادرتها في المملكة العربية السعودية، وأضاف، إن الرياض صادرت خلال 2008 أكثر من 12.8 طن متري من الأمفيتامين من أصل 15.3 مليون طن على مستوى المنطقة ككل.

ويضيف العزاز (2010م ، 54) بأن المؤسسات المجتمعية وعلى رأسها الاسرة والمدرسة يجب أن تقوم بواجباتها ومسئولياتها لمواجهة هذا الغزو الامني الخطير وتعمل

على افشال خططهم وتجنب مجتمعاتنا العربية والاسلامية من شرور المخدرات واثارها المدمرة .

واستشعارا من ايماننا العميق بدور المدرسة وايماننا بأهمية المسؤولية الملقاه على عاتقها وتجسيدها لدورها فان من الواجب ان نقوم بايجاد الخطط والدراسات والاجراءات التكاملية المبنية على التجريب والقياس لمواجهة هذه الحملة وصيانة ارواح طلابنا وحماية مجتمعا ،

ولعل الممارسات الحالية من خلال الاتفاقيات ومذكرات التفاهم المبرمة بين المديرية العامة لمكافحة المخدرات والمؤسسات التعليمية والبحثية تبشر بخير والتي من ابرزها برنامج حماية وكراسي الابحاث العلمية في الجامعات ، كل ذلك جهد معقول ولكنها غير مقبول اذا لم تمارس المدارس وتطبق البرامج الوقائية نحو طلابها ، واستشعارا بعظم المشكلة وبحثا عن القياسات المجتمعية لمؤشر الرعاية فقد تمحورت مشكلة الدراسة في الاجابة عن التساؤل الرئيس التالي :

ما الدور الذي تقوم به المدرسة نحو وقاية طلابها من اخطار المخدرات ؟

تساؤلات الدراسة :

واشتقاقا من السؤال الرئيس تتفرع التساؤلات التالية :

- 1) ما واقع البرامج الوقائية في مدارس مدينة الرياض ؟
- 2) ما البرامج المقدمة في المدارس لوقاية الطلاب من اخطار المخدرات ؟
- 3) ما الوسائل والطرق التي تتيخدمها المدرسة في برامجها الوقائية ؟
- 4) ما مستوى الوعي لدى الطلاب من اخطار المخدرات ؟
- 5) ما الحلول والاليات لتفعيل البرامج الوقائية في مدارسنا ؟

أهداف الدراسة :

- التعرف على واقع البرامج الوقائية في مدارس مدينة الرياض
- التعرف على نوعية البرامج المقدمة للطلاب لتوعيتهم ضد اخطار المخدرات .
- تحديد درجة الوعي لدى الطلاب من اخطار المخدرات
- تحديد الاجراءات والاليات التي من شأنها تفعيل برامج الوقاية من المخدرات .

أهمية الدراسة :

تتمحور أهمية الدراسة بشقيها النظري والعملي في تحديد الواقع الفعلي للممارسات الوقائية من قبل المدرسة لتوعية طلابها من خطورة المخدرات ، وتعمل على تحديد الايجابيات نحو الممارسات الحالية وتظهر الفوارق السلبية في هذه البرامج لتقدم دليل عملي لاستراتيجيات الرعاية والوقاية ، وتوضح الرؤيا المستقبلية المؤثرة نحو سير الرعاية وتحدد ايضا واجبات المدرسة الحقيقية نحو البرامج الوقائية وطريقة خلق التكاملية مع الجهات الاخرى الامنية المتشكلة في المديرية العامة لمكافحة المخدرات والبحثية المتعلقة بالاتفاقيات ومذكرة التفاهم والكراسي البحثية والابحاث الشبابية ذات العلاقة .

حدود الدراسة :

- الحدود الزمانية :
- طبقت الدراسة في الفترة من 1433/6/1 هـ الى 1433 /7/25 هـ
- الحدود المكانية : مدينة الرياض
- الحدود الموضوعية : دور المدرسة في وقاية طلابها من اخطار المخدرات .

مفاهيم ومصطلحات الدراسة :

سيكتفي الباحث بالتعريفات الاجرائية تاركا التفصيل لما سيرد في الاطار النظري:

- الدور : الاجراءات والممارسات والاساليب التي تقوم بها المدرسة نحو تحقيق الوقاية لطلابها من اخطار المخدرات .

- الوقاية : يقصد بها البرامج المقدمة في المدرسة من ندوات وورش عمل ونشرات تعريفية وسجلات وزيارات .
- المخدرات : كل مادة او مستحضر يستخدم من قبل الطلاب او تعرضو له بالممارسة او التفرير صدر بحقه (المخدر) تحذير رسمي يمنع استخدامه أو تعاطية او ترويجه ويجرم عليه الشرع والقانون .

الفصل الثاني

الخلفية النظرية للدراسة

- الاطار النظري
- الدراسات السابقة

أولاً : الاطار النظري:

إن مناقشة الادوار التي تتعلق بالمدرسة وواجباتها الحياتية والمجتمعية نحو قضية المخدرات من منظور توعوي ، يجعل كل متخصص في هذا المجال يناقش القضية من وجوهها المختلفة المتمثلة بالمخدرات وانواعها واسببها ومخاطورتها والجهود المبذولة نحو محاربتها والتجارب الدولية الناجحة في هذا المجال ، ثم يناقش الشق الثاني من خلال تحديد الادوار والممارسات التي يجب على المؤسسات التربوية والتعليمية ان تقوم بها نحو محاربة هذا الافة ورفع مستوى الوعي لدى طلابها لحمايتهم من براثنها وشر الوقوع فيها ومواكبة التقدم التقني والكوني لتوظيفه في برامجها الوقائية ورفع مستوى الحماية الى اعلا درجاته .

المخدرات :

النشأة والتاريخ :

اكتشفت المجتمعات البشرية في جميع أرجاء العالم منذ أقدم عصور التاريخ مواد تغير حالة العقل أو الإدراك أو الحس. وحاول الإنسان منذ القدم أن يكتشف بوسائله البسيطة عدداً من العقاقير المستخلصة من النباتات والأعشاب ليشفي بها أمراضه ويتخلص من بعض متاعبه. فالمخدرات تعد من أقدم العقاقير التي عرفها الإنسان، فلقد كانت تستخدم كدواء لعلاج الكثير من الأمراض وللتسلية وتلبية لرغباته الخاصة.

لقد عرف الصينيون الصفات المنعشة للنبات أنثى القنب في العصر الألفي الثالث قبل الميلاد، وقد وصف العقار المخدر في (الأقرياذيانبة الصينية)، وهذا الاستخدام للعلاج انتقل من الصين إلى مصر والهند واليونان وأفريقيا والعالم العربي. وفي أوروبا شغف الفرنسيون بالحشيش الذي أحضره الجنود والعلماء العائدون من حملة نابليون بونابرت على مصر.

بدأ استخدام الحشيش كمخدر في القرن العاشر قبل الميلاد وانتشر تدريجياً على درجات متفاوتة في دول العالم، فلقد عرفه الفرس واكتشفوا آثاره التخديرية كما عرفه الكهنة واستخدموه لتأدية الطقوس الدينية، ويعتقد أن أول من وصف القنب وشرحه بالرسم الفيلسوف اليوناني "ديوسكوريدس" في القرن الأول الميلادي وعنه أخذ أطباء العرب والفرس وصف هذا النبات.

أما في العصر الحديث، فلقد أشار ابن البيطار في القرن الثالث عشر الميلادي إلى زراعة نبات القنب في مصر والذي أطلق عليه اسم الحشيش نسبة إلى العشب بينما يرجع بعض الباحثين أن أصل كلمة حشيش هي (شيش) العبرية، وتعني الفرح، وقد وردت أقدم وأول إشارة عن الخشخاش في لوحة صغيرة من الطمي الأبيض عثر عليها في جنوب غرب مدينة بغداد في منطقة كانت تعد المركز الروحي للسومريين، وقد استنتج الباحثون أن السومريين وارثي الحضارة السومرية وأصحاب الإمبراطورية الشاسعة الأرجاء قد نشروا معرفتهم بالخشخاش في الأزمان البعيدة لليونان القديم، كما استخدم هذا النبات في الطقوس الدينية وفي زمن لاحق استخدم في العلاج.

وعرف العرب الخواص العلاجية للأفيون من اليونانيين وقاموا بنقلها إلى الصينيين الذين كانوا يتاجرون معهم في القرن الثامن بعد الميلاد، ويأتي نبات الخشخاش (الأفيون) في مقدمة المخدرات التي تستخدم في الأزمان القديمة، ويعتقد أن منشأ الخشخاش الأصلي كان في منطقة شرق البحر المتوسط وجنوب شرق البحر الأبيض المتوسط وجنوب آسيا قبل نحو 5000 عام. ومن هناك انتقل إلى السومريين ومن بعدهم البابليين، فالفرس ثم انتقل بعد ذلك إلى المصريين القدماء والإغريق (العويرضي، 2004).

لقد عرف الأفيون عند (أبقراط) كمصدر للدواء، واستعمله الصينيون والهنود لعلاج بعض الأمراض مثل وقف حالات الإسهال، ولم تعرف المجتمعات البشرية العقاقير المستخلصة من الأفيون والكوكا إلا في أوائل القرن الماضي حيث تمكن عالم ألماني وعالمان فرنسيان من استخلاص العنصر النشط في الأفيون، وأطلق عليه الألماني

(سيرتورنر) اسم المورفين وذلك نسبة إلى (مورفيس) آلة الأحلام في أساطير الإغريق، وقد بدأت إساءة استعماله عندما استخدم في تخفيف آلام الجنود المصابين في الحرب الأهلية الأمريكية (1861- 1865م) فأدمنوا على تعاطي المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد، وقد ساعدت الحرب الروسية الفرنسية (1870م) والحرب العالمية الأولى (1914- 1918م) على وجود عدد كبير من مدمني المورفين في دول أوروبا وأمريكا (العليان، 1996).

وفي عام (1889م) استطاع أحد علماء الإنجليز استخراج مركب جديد يدعى (داء استيل مورفين)، وبالرغم من أنه استخرج من المورفين، إلا أن العلماء زعموا أن هذا العقار مأمون طبيياً ويمكن استخدامه في معالجة المدمنين على الأفيون والمورفين وبيع هذا العقار تحت اسم (الهيروين).

لقد دفعت النتائج الطبية التي تم التوصل إليها في هذا المجال إلى قيام شركة (باير الألمانية) بإنتاجه تجارياً عام 1898م وقد استعمل أولاً في فك أسر متعاطي المورفين من إدمانهم عليه ولكن للصوص والمهربين وجدوا أنه أكثر فاعلية من أي مخدر آخر.. وقد ظهرت مشكلة الهيروين لأول مرة بصورة خطيرة في مدينة نيويورك، ثم مصر فالصين حيث أصبحت بعد ذلك مركزاً لإنتاج الهيروين، وانتشر فيها تعاطيه بشكل وبائي. ويرجع انتشار الهيروين في كثير من بلدان العالم إلى الجيوش اليابانية التي كانت تشجع صناعة وتجارة الهيروين في الأقاليم التي تحتلها قبل وأثناء الحرب العالمية الثانية.

لم تتوصل الدراسات التي أجريت على المكان الرئيسي الذي نبتت في شجرة الكوكا في قديم الزمان إلا أنه يحتمل أن تكون قد نبتت على المنحدرات الشرقية لجبال الأنديز قبل تكوين إمبراطورية الأنكاس في عصور ما قبل التاريخ، والكوكايين المستخرج من ورقة شجرة الكوكا عرف العالم تأثيره التخديري على الغشاء المخاطي للضم والبلعوم عام 1876م، وتأثيره التخديري على الأغشية المخاطية للعين عام 1884م واستخدم في العلاج كما استخدم للتخدير في عمليات الجراحة،

وقد بدأت إساءة استخدام الكوكايين عام 1890م بعد أن فتحت (بيرو) مصانع لاستخراج الكوكايين وتصديره للخارج، وكانت البداية في الولايات المتحدة الأمريكية وخاصة في السود ثم انتشر في فرنسا بين الفنانين، وفي سنوات الحرب العالمية الأولى انتشر تعاطي الكوكايين بين المقاتلين، وفي أعقابها انتشر بشكل وبائي في الدول التي قاست من هذه الحروب وعانت من الفقر والجهل والمرض، ثم أخذ الإقبال يقل على تعاطي الكوكايين حتى أصبح قاصراً على الفنانين والعاطلين والضائعين، وفي الفترة الأخيرة عاد الكوكائيين إلى الظهور أقوى مما كان عليه، متفشيّاً بين الأثرياء ورجال الأعمال والفنانين ونجوم الرياضة بعد أن أشاع منتجوه ومهربوه أنه مزاج الطبقة الراقية.

ومن المرجح أن نبات القات نبت برياً في هضبات أثيوبيا في الأزمان القديمة وأن شجيرة القات دخلت اليمن مع الغزو الحبشي عام 525م، وأن اليمنيين أقبلوا على مضغه من ذلك الزمان حتى الآن. وفي هذا القرن ظهرت العقاقير المختلفة كيميائياً ذات التأثير المشابه للمورفين مثل الميثادون، وقد تم تخليق اللامفيتامينات عام 1929م وبدأت إساءة استعمالها أثناء الحرب العالمية الثانية، عندما تعاطاها قائدوا الطائرات المقاتلة لزيادة عدد طلعات الطيران. كما تم اكتشاف المنومات سنة 1863م، ولكن هذه المواد لم تستخدم في مجال الطب إلا في بداية هذا القرن مع اكتشاف الباربيتورال وقد بدأت إساءة استعمال مجموعة الباربيتويات تشكل مشكلة في أوروبا من عام 1940م ثم انتقل تعاطيها إلى أغلب أنحاء المعمورة، وفي الآونة الأخيرة اكتشفت الكثير من العقاقير الكيماوية المؤثرة على النفس.

ويعتبر عقار (ال.اس.دي) هو أول العقاقير الكيماوية المخدرة التي عرفت العالم؛ حيث تم اكتشافه بمحض الصدفة عام 1938م بمعمل (ساندوز) وذلك أثناء عملية فصل القلوبات الدوائية من خلاصة فطر الأريجوت ومن ثم اكتشفت تأثيرات هذا العقار على عقل الإنسان ومراكز التحكم في المخ (القرني، 1991).

تعريف المخدرات:

إن تعريف المخدرات أمر ضروري لفهم طبيعتها علماً بأنه لا يوجد هناك تعريف عام متفق عليه يوضح مفهوم المخدرات، رغم اتفاق دول العالم على تحريم الاستخدام غير الشرعي للمادة المخدرة، فالاتفاقيات الدولية لم تحدد تعريفاً ومحدداتاً للمخدرات، وإنما قامت بحصر المواد المخدرة فقط دون تعريف ووضعها بجداول متدرجة، الأخطر في الجدول الأول ثم الأقل خطورة بعده وهكذا (التركي، 1989). والتزمت الدول بهذه الجداول وإن كانت الاتفاقيات أعطت الدول الحق في نقل مادة من جدول أقل خطورة إلى آخر أكثر خطورة، وأعطت لها الحق أيضاً في إدراج مادة ليست موجودة في الجداول (المخدرات والعقاقير المخدرة، 1985). وفيما يلي عرض لأهم التعريفات التي تصف المخدر وتبين طبيعته.

فمن حيث المعنى اللغوي يصف المعجم الوسيط المخدر بأنه المسبب لفقدان الوعي وهي مشتقة من اللفظ (خدر) بمعنى ستر أو استتر، حيث يقال خدرت المرأة بمعنى استترت وخدر الأسد أي دخل عرينه ولزمه. وهناك لفظ (خدر) بمعنى عراه فتور واسترخاء فيقال خدر من الشراب أو الداء وخدر جسمه وخدرت عظامه (أنيس، د.ت).

وتعرفها الموسوعة العربية (1965) بأنها "مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة وقد تنتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة".

ويعرف معجم اكسفورد الوجيه كلمة مخدر بأنها "المادة الطبية الأساسية البسيطة سواء كانت عضوية أو غير عضوية التي تستخدم وحدها أو كعنصر في غيرها من المواد" (العليان، 1996).

وتعرف علمياً بأنها: "المادة الكيميائية التي تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم. ووفق هذا التعريف لا تعتبر المنشطات ولا بعض عقاقير الهلوسة مخدرة بينما يمكن اعتبار الخمر من المخدرات. وقانوناً تعرف المخدرات بأنها "مجموعة من المواد التي تؤدي إلى الإدمان وتسبب تسمم الجهاز العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها أو الاتجار بها إلا لأغراض يحددها القانون وبواسطة جهات مرخص لها بذلك" (زيد، 1988).

وفي المملكة العربية السعودية نصت المادة الثانية من نظام منع الاتجار بالمواد المخدرة على ما يلي:

"تشمل عبارة المواد المخدرة العقاقير المذكورة في المادة (3) من النظام والتي يعلن عنها من وقت لآخر إنها من المواد المخدرة بإعلان ينشر في الجريدة الرسمية" ويعلق (البار، 1988) على هذه المادة بقوله "لقد جاء هذا النص من العموم بحيث يجعل الباب مفتوحاً لتحريم كل مادة تظهر في المستقبل ويثبت ضررها وإفسادها". وتوصلت لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة لتعريف للمادة المخدرة فاعتبرت أنها "كل مادة - خام أو مستحضر - تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسماً ونفسياً وكذلك المجتمع" (البرلسي، 1984). وهكذا فالمخدرات هي كل مادة طبيعية أو مصنعة من شأنها أن تؤدي إلى فقدان الوعي وعدم السيطرة لدى الفرد الأمر الذي يتسبب معه إلحاق أذى بالفرد والمجتمع.

تصنيف المخدرات:

كان لتعدد أنواع المخدرات وتأثيراتها ومكوناتها ومناطق إنتاجها أثر بالغ في المعايير المستخدمة أساساً في تصنيفها. ومن أبسط تصانيفها ذلك التصنيف الذي قسم المخدرات حسب لونها، حيث هناك مخدرات داكنة اللون أطلق عليها المخدرات السوداء كالحشيش والأفيون، ومخدرات ليست داكنة اللون أطلق عليها المخدرات البيضاء كالهروين والكوكايين (التركي، 1989).

وهناك من قسمها على أساس خطورتها أو تأثيرها فقسمها إلى مخدرات كبرى كالهروين والأفيون وأخرى صغرى كالمسكنات والمهدئات (منصور، 1989).

ومن التصانيف الأكثر وضوحاً من سابقتها التصنيف الذي صنفاها على أساس تأثيرها على الجهاز العصبي حيث قسمها إلى ما يلي (إبراهيم، 1994):

1. المنبهات أو المنشطات: ومنها الكوكايين والقات والامفيتامينات وأشباهاها والتي منها الكبتاجون.

2. المنومات والمهدئات: ومنها الباربيتورات والسيكونال.

3. المهبطات: ومنها الأفيون والمورفين والهيريون.

4. المهلوسات: ومنها مشتقات القنب الحشيش – الماريجوانا – زيت الحشيش وعقار

LSD المهلوس. ورغم تداخل العوامل المختلفة في تصنيف المخدرات. إلا أنه أصبح

في حكم المتفق عليه بين الباحثين في موضوع المخدرات وعلماء الفارماكولوجيا

والفسيولوجيا والطب العقلي أن المخدرات تصنف وفق أصلها وهي كالتالي

(الأسماعيل، 1988):

أ. المخدرات الطبيعية: وهي المواد المستخرجة من النباتات مثل الحشيش والأفيون

ونبات شجرة الكوكا والقاق.

ب. المخدرات المصنعة (النصف تخليقية): وهي تستنتج من المخدرات الطبيعية ثم

يجرى عليها بعض العمليات الكيميائية البسيطة التي تجعلها في صورة أخرى

مختلفة ومن أمثلتها المورفين، والهيريون، والكوكايين.

ج. المخدرات التخليقية: وهي التي لا ترجع إلى أصول طبيعية وإنما عبارة عن مواد

كيميائية تحدث نفس تأثير المخدرات الطبيعية والمصنعة، ومنها بعض المهلوسات

والباربيتورات والامفيتامين وأشباه الامفيتامين ويدخل ضمنها الكبتاجون،

ومواد أخرى تعرف بين المدمنين باسم (الروش)، وهذا المصطلح يعتبر أحد

المصطلحات المتداولة في المملكة العربية السعودية، ويعبر عن جميع الأدوية

النفسية المضادة للذهان المصنعة من شركة (روش للأدوية)، وهي حبوب مثبطة

للجهاز العصبي المركزي تسبب الخدر في الجسم، وسوء استعمالها يؤدي إلى

سرعة الإدمان (يزيد الشهري، اتصال شخصي بتاريخ 2008/11/2).

نظريات الإدمان:

عند مناقشة أسباب الإدمان، ينبغي أن ندخل في الاعتبار إن أية مشكلة ليست في

الأغلب وليدة سبب واحد فقط، وإنما تتدخل عادة مجموعة من العوامل لتسهم في

إحداث المشكلة. وبالنسبة للإدمان فإن هذه العوامل قد تعزى إلى داخل الفرد نفسه، أو

إلى البيئة التي يعيش فيها أو كلاهما معا. ويبدو أن هذه العوامل تتفاعل معاً بحيث أن كلاً منها يعمل على تدعيم الآخر وتعزيزه، وأن تأثير هذه العوامل يتباين من شخص لآخر. وقد قامت عدة نظريات نفسية واجتماعية لتفسير الإدمان وفق مفاهيم النظرية وسوف يتطرق الباحث لأبرزها.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

عندما يطرح التحليل النفسي مشكلة الإدمان إنما يطرحها كما يطرح غيرها من مشكلات السلوك الإنساني السوي منه والمرضي، على أساس أن لكل سلوك سبب، وأنه يخضع لحتمية معينة تكمن في التفاعل بين الفرد وبيئته. كما إن للسلوك دلالة ومعنى يتبين من خلاله تكوين الفرد وبناء شخصيته، كما إن له وظيفة تحقق للفرد إشباعاً معيناً وخفضاً لقلقه وتوتراته. فالتحليل النفسي يعتبر المشكلة ليست في المخدر وإنما في الدافع إلى استعماله، ويرى بأن نوع المخدر ليس في المقام الأول من الأهمية وإنما الأكثر أهمية هو تحريف إدراك الواقع الذي تسببه المخدرات، كما يرى التحليل النفسي إن الاستعداد لتعاطي المخدر موجود قبل خبرة التخدير (المغربي، 1986).

وفي تفسير مشكلة الإدمان يشير التحليليون إلى أن الإدمان راجع إلى التثبيت Fixation الذي يحدث على المرحلة الفمية " Oral stage " بسبب الحرمان وعدم اشباع بعض الدوافع المتعلقة بالطعام والشراب إذ أن المدمن يعاني من إحساس بالحرمان في طفولته. لقد ظهر عند تحليل المدمنين بأن معظمهم قد توقف نموهم النفسي الجنسي أو نكص إلى مراحل طفليه أو بدائية بسبب الفشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه وعدم اشباع حاجاته الأساسية في مرحلة الطفولة (الصالح وإسماعيل، 1994).

ونتيجة لهذا الفشل فإن الطفل يفقد القدرة على إدراك وتعلم أن جميع حاجاته لا

يمكن إشباعها في الواقع، ويرى في الآخرين وسائط إشباع لهذه الحاجات. ونتيجة لتوقف النمو النفسي الجنسي تأخذ الحاجات والرغبات الفمية المقام الأول من النشاط، كما تصبح اللذائذ الجنسية التناسلية بعيدة عن الاهتمام. ولكن الواقع لا يسمح بإشباع تلك الحاجات على المستوى الفمي، فإن ذلك يسبب الإحباط ومن ثم يستجيب الشخص لهذا الإحباط بعدوان يتجه غالباً نحو الوالدين وخاصة الأم، كما قد يرتد هذا العدوان نحو الذات متضمناً الرغبات التدميرية لحياة الشخص حيث يتجه لتعاطي المخدر كنوع من العقاب متضمناً الرغبات التدميرية لحياة الشخص حيث يتجه لتعاطي المخدر كنوع من العقاب يوقعه المدمن على نفسه جزاء له على مشاعره العدوانية.

وحسب وجهة النظر التحليلية فإن تعاطي المخدر يقوم بعدد من الوظائف، فالشعور بالإحباط يقلل بالنشوة والشعور بالاستمتاع الناتج عن تحريف الواقع الذي تحدثه التأثيرات للمخدر، ولما كان تعاطي المخدر عدواناً على محرمات دينية وقانونية تسبب الإثم ولما كانت نتائج استخدام المخدر ضارة بالفرد من جميع النواحي فإن باستخدامه يدمر الفرد نفسه ويكفر عن مشاعر الإثم في نفس الوقت، ويرى المحللون النفسيون أن المدمن لا يشعر فقط بالإحباط والعدوان وإنما يعاني أيضاً من الاكتئاب الذي يحاول التخلص منه بتعاطي المخدر (المغربي، 1986).

ثانياً: النظرية السلوكية:

وفقاً لأصحاب النظرية السلوكية فإن الادمان ليس ناتجاً عن مشاعر الحرمان ودوافع لاشعورية من الكراهية والعدوان، وإنما يفسر من خلال دافع خفض التوتر والقلق الذي يعاني منه الشخص في حياته اليومية. فبناءً على قوانين التعزيز فإن خفض التوتر والقلق الناتج من تعاطي المخدر يعتبر بمثابة نتيجة تعزيزه تتكرر باستمرار كلما شعر الشخص بالتوتر والقلق إلى أن يصل لمرحلة لا يهتم فيها عما إذا كان المخدر يحدث حالة سيكولوجية من الانسراح لتخفيف التوتر أو لا، وإنما يهتم فعلاً إعادة التوازن لحالته الفسيولوجية نتيجة اعتماده الجسمي على المخدر.

وهناك تفسير آخر هو نوع من التعديل لمبدأ خفض التوتر، يتلخص في أن من

يتعاطون المخدر إنما تنقصهم الثقة بالنفس ويشعرون بعدم الأمن، ومن ثم فإنهم يلجئون للمخدر ليس بهدف خفض التوتر، وإنما لحماية أنفسهم من مشاعر العجز والنقص وعدم الكفاية. وبهذا فإن تعاطي المخدر يجعلهم يشعرون بسيطرتهم على الموقف وبقدرتهم على مواجهة مطالب الحياة المختلفة (الصالح وإسماعيل، 1994).

مما تقدم يتضح لنا أن النظرية السلوكية ترى بأن تعاطي المخدر يعتبر حلاً لبعض مشكلات النضج الجالبة للتوتر والقلق، فاستخدام المخدر بمثابة نوع من الاستجابة المتعلمة للتعامل مع المشكلات التي تواجه الفرد سواء كان قصده منها التخفيف من القلق والتوتر أو كان قصده حماية نفسه من مشاعر العجز والنقص، فهي تعتبره سلوك متعلم يتم تدعيمه من خلال التخفيف من حدة ما يعاينه الشخص من متاعب وصراعات نفسية.

ثالثاً: النظرية الاجتماعية:

يفسر علماء الاجتماع ظاهرة الإدمان على أساس أنها رغبة الإنسان الكامنة في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم، تدفعه هاتان الرغبتان للاتجاه لأي طريق يحققهما. فهم يرون أن تعاطي المخدر ما هو إلا نوع من الحيل الاجتماعية والتي تمثل سلوكاً لا شعورياً تتمثل في أداء سلسلة من الخطوات غير السوية المعقدة يحقق من خلالها المتعاطي رغباته. وبذلك تفسر ظاهرة الإدمان من الناحية الاجتماعية ليس على أساس كونها مرضاً أو علة نفسية، بل على أساس حيلة أو خدعة اجتماعية (منصور، 1986).

ويصنف علماء الاجتماع المدمنين وفق هذه النظرية من خلال الحيل والخدع الاجتماعية المستخدمة إلى ثلاثة أنواع (عرموش، 1993):

1. المدمن المتحدي: وهو الذي يضع نفسه في موقف يسمح للآخرين بالسخط عليه وعلى تصرفاته، ويتلذذ لهذا العقاب، وبتعاطيه يشعر بنفسه أنه يتحداهم، ولسان حاله يقول: امنعوني إن استطعتم، فأنا أقوى منكم ولن تستطيعوا منعي مهما فعلتم. إن الهدف من السلوك العدواني الذي يتبعه المدمن، هو دفع من حوله إلى

الغضب الشديد منه، بحيث يبدو على سلوك الآخرين قلة الحيلة لإخفاقهم في كف سلوك التعاطي عنه، فسلوك المدمن هنا يمثل نوعاً من العدوانية والانتقام، وهذا في حد ذاته يعتبره مكسباً له.

2. المدمن الذي يستجدي العطف: وهو الشخص الذي يشعر بأنه لا يحصل على الرعاية والاهتمام من المحيطين به، فيقوم بتدمير صحته وذلك بتعاطيه المخدر، حتى يكسب عطف الآخرين وعنايتهم به وإيوائهم له.

3. المدمن المتفاني: وهو الشخص الذي يلجأ للتعاطي حتى ينتقص من قيمته الاجتماعية ومقدرته الجسدية، لكي لا يشعر شريكته بنقص موجود بها، ظناً من أنه بهذا الأسلوب يرضي الطرف الآخر.

مما سبق من خلال عرض الخطوط العريضة للنظرية الاجتماعية، يتبين لنا أن هذه النظرية لم توضح السبب أو الدافع للإدمان وإنما قامت بتفسير الإدمان بعد وقوعه. لذلك عندما درس العلماء هذه النظرية، قالوا إنها تدرس علاقة المدمن بالآخرين بعد حدوث الإدمان، ولكنها لا تفسر لنا سبب الإدمان (غباري، 1991).

وإضافة لما سبق ذكره من نظريات للإدمان، فإن هناك العديد من التفسيرات التي تبحث عن الإدمان وعلته فهناك من يفسره على أساس فسيولوجي والمتعلق بحاجة الجسم عند الشخص المدمن. وهناك من يفسره من ناحية بيولوجية من حيث عمل الموصلات الكيميائية الموجودة في المخ وكيفية تنبيه الخلية العصبية، وهناك أيضاً من يفسره على أساس أيكيولوجي أي الربط بين البيئة المكانية وتعاطي المخدر، وهناك من ينح منحى اجتماعي في تفسيره فيرده إلى الظروف والاتجاهات الاجتماعية، كفشل عملية التطبيع الاجتماعي والصراع مع القيم والفشل في الأدوار الاجتماعية والقبول الاجتماعي للمخدر وظروف الأسرة والرفاق وظروف العمل وغيرها من العوامل الاجتماعية.

وبناءً على ذلك فرغم ما قدمته النظريات السابقة وغيرها من النظريات والتفسيرات التي درست الإدمان واهتمت به، من توضيح لأسبابه وعلته الظاهرة من وجهة

منظريها، إلا أننا لا نستطيع فهم ظاهرة الإدمان من خلال نظرية بعينها، فالإدمان مشكلة متشابكة، فهو نتاج عوامل متعددة منها: اقتصادية، نفسية، اجتماعية، وظيفية، عضوية وفارماكولوجية. فليس هناك نظرية لوحدها قادرة أن تفسر كافة العوامل المتعلقة بظاهرة الإدمان. وعلى ضوء ذلك نستنتج أن غالبية تفسيرات الإدمان يكمل بعضها بعضاً، فلا نستطيع فهم الإدمان عن طريق نظرية واحدة فقط. وعليه فأن من المهم أن نتدبر عادة الإدمان كما هي بغض النظر عن السبب الذي من أجله يبدأ الفرد هذه العادة وأن يبحث عن السببية الحقيقية وراء ذلك رغم صعوبات تحديد السبب.

مراحل الإدمان:

يبدأ الإدمان عادة في صورة اعتماد نفسي، حيث يشترك المتعاطي إلى التخفف من التوتر وإلى الشعور بالسعادة، ومع استمرار التعاطي ينشأ الاعتماد الجسمي. وفيما يلي المراحل المتتالية للإدمان:

أ. مرحلة التعاطي التجريبي: حيث يحاول الفرد هنا أن يجرب إحدى مواد التعاطي وذلك وفق ما تسمح به عوامل الإتاحة أو التوافر والتعلم الاجتماعي، ومن باب حب الاستطلاع، والمجاعة، والتداوي من الآلام الجسدية والاضطرابات النفسية، وطلب المتعة، والرغبة في زيادة القدرة الجنسية.

ب. مرحلة ما قبل الإدمان: حيث يكثّر الفرد من تعاطي العقار عند الاستعمال العادي، فينشأ لديه تحمل لتأثير العقار، فنجدّه يتعاطى جرعات متزايدة لكي يحصل على التأثير المطلوب.

ج. مرحلة الإنذار بالإدمان: حيث يتعاطى الفرد منفرداً ودون الصحبة العادية، وقبل الأحداث والمواعيد الهامة، وفي الصباح لخفض التوتر، وحدوث التعاطي رغم المقاومة الشديدة.

د. مرحلة الإدمان: حيث يكون من الصعب التوقف عن التعاطي لمدة أكثر من أربع وعشرين ساعة، مع عدم قدرة الفرد على التحكم في الكمية التي يتعاطاها.

هـ. مرحلة الإدمان المزمن: حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة أو الرئتين، ومضاعفات عقلية مثل الهذيان أو النسيان، ومضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسري ونقص الإنتاج، وعلى الرغم من حدوث هذه المضاعفات لا يستطيع الفرد التوقف عن التعاطي، وإذا حاول فشل (سرى، 2003).

أسباب الإدمان:

هناك نماذج تفسر الإدمان ودينامياته وعملياته، ويركز معظمها على الأسباب والعمليات الحيوية والنفسية والاجتماعية والثقافية والروحية، وعلى مواد التعاطي الأكثر جاذبية، وعلى الشخصية المعرضة للإدمان أكثر من غيرها، وعلى الأحوال البيئية والاجتماعية للإدمان، والتركيز على الوقاية والعلاج (سرى، 2003). وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى إدمان الفرد، منها:

أ. أسباب نفسية وأهمها:

اضطراب الشخصية، وخاصة الاضطراب العاطفي والتوتر المستمر وعدم الاستقرار والقلق والاكتئاب والوساوس القهرية والهروب من الواقع المؤلم نفسياً وسوء التوافق أو عدم الارتواء أو الضعف الجنسي والمشكلات الشخصية والانفعالية دون حلول والصدمات النفسية العنيفة.

ب. أسباب اجتماعية وأهمها:

رفاق السوء من المدمنين، والخضوع للضغط والإغراء، وتيسير الحصول على مواد التعاطي، مع الترغيب والترهيب والتهديد بالإضافة إلى حب الاستطلاع والفضول، على سبيل التجريب والتدليل الزائد للأبناء ونقص الرقابة على تصرفاتهم والتقليد الأعمى للمدمنين والظروف السيئة لبيئة العمل وضغط العمل المستمر، وعدم الأمن مادياً واقتصادياً ونقص التربية الدينية والبحث المستمر عن المتعة واللهو والتسلية في وقت الفراغ غير المرشد وتوافر مادة التعاطي وكبر حجم دخل الأسرة وزيادة مصروف الأبناء والانحلال الأخلاقي داخل الأسرة وضعف القيم الدينية واختلال الانضباط وسوء التوافق الزوجي وتفكك الأسرة نتيجة للهجر والانفصال والطلاق، وإقامة الأبناء بعيداً عن

الأسرة.

ج. أسباب حيوية (بيولوجية) وأهمها:

1. اعتماد الجسم على العقار؛ أي إساءة استخدام العقار المسموح به طبيًا إلى درجة تسمم الجسم به
2. الآلام الجسمية، ومحاولة التخلص من الألم الجسمي للمرض، خاصة في الأمراض المزمنة أو المستعصية، والآلام المتكررة، وخاصة في حالة العلاج المستمر لتهدئة الآلام الجسيمة.
3. سهولة صرف العقاقير الطبية من الصيدليات دون "وصفة طبية" صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

آثار الإدمان:

تتعد آثار الإدمان جسيمياً ونفسياً واجتماعياً، وفيما يلي عرض لأهم آثارها:

1. الآثار الجسمية:

من المؤكد أن للإدمان آثار جسمية سيئة أخطرها ما يحدث في الجهاز العصبي خاصة المخ والمخيخ والحبل الشوكي والأعصاب، وللإدمان كذلك آثار سيئة ومباشرة على وظائف سائر أجهزة الجسم مثل الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي، حيث تصاب بأمراض مثل أمراض الدم والقلب والصدر والكبد والإيدز (نقص المناعة المكتسب). ومن الآثار الجسيمة السيئة الأخرى التي تشاهد الصرع والرعدة والتشنج والضعف الجنسي. وقد يحدث الموت المفاجئ في بعض الحالات نتيجة تعاطي جرعات زائدة من مادة الإدمان.

2. الآثار الاجتماعية:

من الآثار الاجتماعية للإدمان هيمنة سلوك البحث عن مادة التعاطي، والإهمال، وتفكيك الأسرة، والانخراط في السلوك الإجرامي، والمعاناة من الأمراض الجنسية، والسرقة، والعنف، والتعرض للحوادث، وانخفاض الإنتاج، والبطالة، وربما الإقبال على الدعارة.

3. الآثار السياسية:

يؤدي انتشار التعاطي والإدمان إلى ظهور وسطوة الزراع والصناع والتجار في مواد التعاطي، وهم عصابة من الأشرار على المستوى المحلي والإقليمي، والعالمي، وهم على مستوى عال من التنظيم، يكونون شبكات ذات خطط وأساليب مدروسة، ولها اتجاهات اقتصادية وسياسية، وتتهج هذه الشبكات أساليب لا إنسانية للكسب غير المشروع، ويستهدف بعضها تحطيم الشباب وسلب إرادة الأفراد وإشاعة اللامبالاة بدوافع متنوعة قد تضل إلى دوافع سياسية تستهدف إضعاف قوى دول معينة مستهدفة (سرى، 2003).

خصائص الإدمان:

يتناول أناس بخصائص نفسية محددة أنواعاً من المخدرات ولمرات معدودة على سبيل التجربة وحب الاستطلاع، ويكررها آخرون لمرات ومرات على وفق مجالستهم لزملاء ومعارف يتناولونها في لقاءاتهم الخاصة، بينما يستمر البعض في تناولها بصفة شبه مستمرة.

كما إن هناك من يصل إلى حالة الاعتماد الجسمي على المخدر بعد تناوله تلك المادة لمرات قليلة بينما لا يصلها شخص آخر رغم تناوله المخدر لفترة أطول وعدد مرات أكثر بحيث لا تظهر عليه أية أعراض انسحابية عند تركها، وهذا تفاوت لم يجد له المختصون تفسيراً شاملاً حتى الوقت الراهن، رغم اعتقاد العديد منهم أنه أمر يتعلق بتعود الجهاز العصبي وتكيفه للمادة المخدرة وليس بسرعة التخلص منه.

ومع ذلك فإن الإدمان كصفة لتناول المخدرات لا يمكن إطلاقه على أي من أولئك المتناولين إلا بعد أن يمر الواحد منهم في مرحلة الاعتماد النفسي والعضوي، وهي المرحلة التي تتميز بالأعراض الإكلينيكية (السريرية) الآتية:

أ. عدم استطاعة المعني التخلي عن تناول المادة المخدرة لساعات أو أيام؛ أي وجود دافع داخلي قهري Compulsion لتناوله.

ب. الميل المستمر إلى زيادة الجرعة من تلك المادة.

ج. ظهور بعض الآثار النفسية أو المضاعفات عند التوقف عن تناول المادة المخدرة مثل: القلق والتوتر والاكتئاب وقلة التركيز وعدم الارتياح.

د. ظهور بعض المضاعفات العضوية (الجسمية) عند التوقف عن تناول مثل: الصداع، والارتجاف في الأطراف العليا والسفلى والوجه واللسان، والتعرق والإغماء أحياناً.

هـ. تدهور تدريجي في السمات الشخصية ووظائفها يشمل على الأغلب: الأعمال العضوية، والجوانب الذهنية، والسلوك، والصحة وأساليب التعامل. علماً بأن الأعراض المذكورة واستجابة الجسم للإدمان تختلف في الشدة والنوع تبعاً للمادة المخدرة وفترة تناولها.

أنواع المخدرات وآثارها النفسية والعضوية:

هناك عدد من المخدرات التي تتشابه في قوتها وآثارها وفيما يلي عرض لمثل هذه الأنواع:

1. الهيروين HEROINE:

وهو مخدر يتم تحضيره من المورفين الذي يشتق بدوره من الأفيون والذي يستخلص من زهرة نبات الخشخاش، وهو يعتبر من المخدرات ذات التأثير المهبط على الجهاز العصبي، والاسم العلمي له الدياستيلمورفين "Diacetyl Morphine". وقد اكتشفه العالم الألماني (Dank-Warntt) في عام 1890م وذلك بعد تسخينه للمورفين مع كلوريد الاستيل، ومن ثم قامت شركة باير الألمانية بإنتاجه عام 1898م تجارياً تحت اسم الهيروين "Heroin" (عباس، 1989).

ويعتبر الهيروين أكثر المخدرات فعالية وتأثيراً حيث تصل فاعليته من 5-6 أمثال فاعلية المورفين. وهو عبارة عن مسحوق يتفاوت لونه ما بين الأبيض الناصع (وهو أنقى أنواعه) واللون البني، ولا يستخدم الهيروين طبياً إلا في علاج المدمنين في بريطانيا فقط وفي تخفيف الآم مرضي السرطان الميؤوس من شفائهم (المخدرات والعقاقير،

1985م). وهناك شبه إجماع على حذفه من جميع دساتير الأدوية لخطورته (منصور، 1986).

ويعتبر الهيروين ذو اللون البني الأكثر انتشاراً في المملكة العربية السعودية، ويتم تحضيره في باكستان وأفغانستان والهند، ويستخدم الهيروين عن طريق الاستنشاق أو بالحقن في الجلد أو الوريد، كما أن هناك طريقة شائعة في المملكة للمستخدمين المبتدئين وهي عن طريق التدخين وذلك بوضعه على قطعة من القصدير ثم يحمى عليه من أسفل فيتطاير الدخان الذي يسحبه المتعاطي بماصة من الورق تشبه ماصة العصير والحليب الموجود في الأسواق.

ويعد الهيروين أشد العقاقير التي تسبب الإدمان لمتعاطي المخدرات، وتكفي في الغالب حقنتان أو ثلاث متتاليات في جعل الشخص معتمداً عليها اعتماداً نفسياً وجسماً، وهذا هو السبب الرئيسي وراء طلب منظمة الصحة العالمية (WHO) تحريم تصنيعه واستعماله (البار، 1988).

ومن خصائص الاعتماد النفسي للهيروين الاندفاع باستمرار نحو التعاطي والسعي للحصول على المخدر بأية طريقة كانت، إذ أن هم المتعاطي الوحيد هو تأمين الهيروين قبل أي أمر آخر وانشغال التفكير به وبكيفية الحصول عليه مرة أخرى، ومن الآثار النفسية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي الهيروين "يكون المدمن متمركزاً حول ذاته لايهتم إلا بملذاته ولا يهتم بمن حوله ولا يخشى العقاب ويصبح بالتالي متبلد الذهن والحواس والانفعالات" (غباري، 1991).

كما أورد الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM VI) علامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفية بسبب التعاطي الحديث للمواد الأفيونية والذي يعد الهيروين أخطر أنواعها، فمن العلامات النفسية الشعور بالسرور أو الضيق مع التبلد والبطء الحركي، ومن العلامات العصبية الضيق الشديد في حدقتي العين أو اتساعها عند زيادة الجرعة بصورة شديدة. وكذلك النعاس وعدم وضوح مقاطع الكلام واضطراب الانتباه والذاكرة. أما السلوكيات غير التكيفية فتشمل اضطراب الحكم

على الأمور الذي يترتب عليه فشل الشخص في علاقاته الاجتماعية وأدائه الوظيفي ، ويؤثر الهيروين تأثير المورفين على الجهاز العصبي، فيما عدا انه يسكن الحبل الشوكي، على أن أثره على تسكين مركز التنفس أثير مضاعف، ويتعاطى المدمن الهيروين عن طريق الاستنشاق أو بنفس طريقة تعاطيه للمورفين، وذلك عن طريق الحقن في الوريد، ويلاحظ أن علاج متعاطي الهيروين أصعب، ونسبة انتكاسه للإدمان مرة ثانية أعلى من أي عقار آخر.

2. الحشيش؛ (الماريجوانا)؛ Marijuana؛

يستخلص الحشيش من نبات القنب الهندي واسمه العلمي "Cannabis Staive"، وكلمة حشيش مشتقة من كلمة (شيش) العبرية ومعناها الفرح. ويعرف في الدول العربية باسم الحشيش أو الكيف، وفي أمريكا يعرف باسم الماريجوانا، وفي القارة الهندية يعرف باسم شاراس أو غانجا. وعلى الرغم من أن جميع هذه الأسماء وغيرها كثيراً ما تصف النبات نفسه لكن درجة سميته وتأثيره تختلف باختلاف العوامل الجغرافية وظروف زراعته، وتعتمد كذلك على أجزاء النبات التي يتم استعمالها أو التي يتم الاستخلاص منها للماد الفعالة وهي اهيدرو كنابيدول (العيان، 1996).

وتشير كلمة الحشيش إلى الراتنج المستخرج خصيصاً من النبات، أما الماريوانا فتشير إلى الأوراق والقمم المزهرة في النبات نفسه (المخدرات والعقاقير المخدرة، 1985).

ويقبل بعض فئات المجتمع على تعاطي الحشيش ظناً منهم (خطأً) أنه يمكنهم من الأداء أو الإنتاج بدرجة أفضل، ويستثير الابتكار، وأنه يفيد جنسياً، بينما هو في الواقع لا يؤدي إلى شيء من هذا، ويؤدي تعاطي الحشيش إلى تغيرات سلوكية لا توافقية، وذلك أثناء التعاطي أو بعده قليل مثل اختلال الاتساق الحركي، والابتهاج، والقلق، والشعور ببطء الوقت، واختلال الأحكام، ويلاحظ على متعاطي الحشيش أيضاً احتقان ملحمة العين، والشهية الزائدة، وجفاف، وسرعة ضربات القلب (سري،

(2003).

ويورد الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM VI) بعض السلوكيات المضطربة المصاحبة للتعاطي، منها الأفكار الاضطهادية ونوبات القلق الحادة واعتقاد الفرد أنه يحتضر أو أنه سوف يصبح مجنوناً، واضطراب الحكم على الأمور مما يؤثر في أدائه الوظيفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك اختلال الآنية واختلال البيئة "Depersonalization and Derealization"، كما توجد ضلالات اضطهادية تتبع التعاطي مباشرة أو أثناءه ويصاحبها قلق ملحوظ وتقلب انفعالي واختلال الآنية ونسيان النوبة (حمودة، 1996). ومن أبرز الأعراض الجسمانية التي تظهر بعد التعاطي مباشرة احتقان العين واحمرارها وعدم الاتزان الحركي وزيادة الشهية للطعام وانخفاض ضغط الدم وزيادة ضربات القلب والتي قد تؤدي إلى هبوطه في الأشخاص المصابين بأمراض القلب (عباس، 1989).

3. الكبتاجون Cabtagon؛

وهو أحد العقاقير ذات التأثير المشابه لتأثير الامفيتامينات المنشطة، فهو من العقاقير ذات الأثر المنشط على الجهاز العصبي واسمه العلمي (الفينتين) ويصنف ضمن أشباه الامفيتامينات، والكبتاجون الاسم التجاري له. وقد أدرج في عام 1986م على الجدول الثاني المرفق باتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1971م، ويصنع هذا العقار في ألمانيا وأوروبا الشرقية، ويساء استعماله على نطاق واسع في منطقة شبه الجزيرة العربية والخليج (عيد، 1992). والكبتاجون يستخدم في المملكة العربية السعودية لأثره المنشط، فعادة ما يستخدمه الطلبة أثناء الامتحانات، وكذلك أثناء السياقة، على شكل أقراص بيضاء صغيرة الحجم محفور بإحدى جهاتها قوسان متداخلان، وهذا ما جعل المتعاطين يطلقون عليه بالعامية (أبو ملف) وهو من أسمائه الشائعة ومن أسمائه الشائعة كذلك الحبوب البيضاء. وتبلغ نسبة قضايا الكبتاجون في السعودية لعام 1996م أعلى نسبة مقارنة بالمخدرات الأخرى، حيث تشغل المرتبة الأولى بنسبة وقدرها 34.1% من مجموع القضايا ونسبة 37.1% من مجموع المتهمين. ومن أبرز الأعراض على المتعاطي وهو تحت

تأثير العقار، جفاف الفم وزيادة إفراز العرق وكثرة الحركة وضعف الشهية والقيام بحركات لا إرادية كاصطكاك الأسنان أو حركات تكرارية كتقطيع شعر الشنب بالأسنان والتدخين بشراهة لمن يدخن (الذويبي، 1999).

وعند استعماله بصورة منتظمة تظهر في المتعاطي هلاوس بصرية وسمعية وحسية في صورة دبيب حشرات تحت الجلد والقلق والاكتئاب وضلالات اضطهادية واعتقادات خاطئة وغير منطقية كالشك والريبة ويسلك المتعاطي سلوك عدواني ويبرز ارتعاش اليدين وتحدث تشنجات صرعيه، كما تكثر بين المتعاطين أمراض الأوعية الدموية والقلب، وقد يحدث عطب في المخ (عقيل، 1997).

وعند التوقف عن الامفيتامينات أو المواد المماثلة المفعول يورد الدليل الأمريكي الرابع "DSM VI" بعض من الاضطرابات والتي تحدث خلال ثلاثة أيام من التوقف أو تقليل التعاطي ومنها الاكتئاب والإجهاد واضطراب النوم وزيادة الأحلام لزيادة النوم ذي الحركة السريعة في العين حمودة (الذويبي، 1999).

الموقف الإسلامي من المخدرات:

أن كثيراً من العلماء والأطباء يؤكد أن تأثير المخدرات كتأثير الخمر على العقل من ناحية الإسكار وكما ورد في الحديث النبوي كل مسكر خمر وكل خمر حرام لهذا تكون المخدرات بذلك داخلة في عموم تحريم الخمر وحتى لو قيل أنها مفترقة وليست مسكرة، فقد روى عن أم سلمة -رضي الله عنها- أن النبي -صلى الله عليه وسلم- نهى عن كل مسكر ومفتر.

وعلينا أن ندرك أن المخدرات كالخمر حيث أن كليهما يخامر العقل ويحجبه وقد عرف الخمر بذلك جمهور كبير من الفقهاء ولفظ الخدر إذ أن أصل اشتقاق المخدرات يتفق في المعنى اللغوي مع الخمر.

فأركان القياس على المخدرات تتماثل مع ما ينطرح على الخمر ؛ فالمخدرات كالخمر في الإسكار من حيث حجب العقل والذهاب به وتلك هي علة تحريم الخمر، ولذلك ينسحب حكم الخمر وهو التحريم على المخدرات لاشتراكهما في علة الحكم.

تعد المخدرات من المفسد والأضرار مثل ما في الخمر من حيث إضاعة المال وإثارة العداوة والبغضاء بين الناس، والصد عن ذكر الله تعالى وعن الصلاة فمتعاطي الخمر أو المخدرات كلاهما يفقد وعيه، ويتصرف تصرفات طائشة تثير الشقاق والخلاف والعداوة والبغضاء، وكلاهما يكون في غفلة عن الصلاة وسائر التكاليف إثناء فقد الواعي إذ يجب أن تكون علاقة المسلم بربه علاقة دائمة غير منقطعة لأن الله سبحانه وتعالى فرض على المسلم تكاليف شرعية، فإذا غاب عقله بالخمر أو المخدر فكيف له أداء التكاليف والعقل أساس مناط التكاليف ؟ وليست علاقة المسلم بربه قاصرة على أوقات أداء التكاليف الشرعية من صلاة وغيرها بل أن الإسلام يتطلب من المسلم يقظة فكرية دائمة وإعمال عقله في كل شيء واستجلاء كل الظواهر المحيطة به سعياً وراء خير المجتمع، وهذا الخير الذي هو مقصد من مقاصد الشريعة الإسلامية وغاية من غاياتها وهدف من أهدافها.

إن تأثير المخدرات بأنواعها على عقل الإنسان أمر ثابت عن طريق البحوث والدراسات فتعاطي الحشيش يؤدي إلى أضعاف النشاط الذهني وتشتت الفكر وانخفاض الكفاية العقلية وإدمان الأفيون والعقاقير المخدرة يؤدي في كثير من الأحيان عند الانقطاع أو الفشل في الحصول على جرعة المخدر إلى الإصابة بتشنجات يعقبها اضطراب عقلي ربما يؤدي إلى الوفاة وفي ضوء ذلك فإن علة الحكم في الخمر وهي الإسكار تكون قد توفرت في المخدرات لأنها تفعل فعل الخمر في حجب العقل وإذهابه ويكون حكم الخمر وهو التحريم هو حكم المخدرات أيضاً فتكون المخدرات بجميع أنواعها حراماً لذلك فالنصوص التي تحرم كل مسكر ومفتر تنطرح على المخدرات مثلما تنطرح على أحكام المسكرات (الخضير والسعيدان، 2002).

مشكلة المخدرات على الصعيد العالمي؛

لقد اورد تقرير الامم المتحدة حيال ظاهرة المخدرات عدداً من التقارير أشارت الى أنه قبل عشر سنوات دقت الدول الاعضاء في الامم المتحدة ناقوس الخطر في مواجهة مشكلة المخدرات العالمية وعقدت دورة استثنائية للجمعية العامة اخذت فيها على عاتقها التزاماً باتباع خطة عمل قوية لخفض المفروض من المخدرات والطلب عليها .

وحتى يومنا هذا مازالت المخدرات تدمر حياة البعض وتولد الجريمة وتهدد التنمية المستدامة لكننا اصبحنا ايضاً اكثر فهماً لسبل التصدي لتعاطي المخدرات والاتجار بها واصبح بوسع صانعي السياسات الاستتارة بمجموعة متنامية بشأن الارتهان واتجاهات تعاطي المخدرات والتعاون الدولي والمساعدة التقنية يسهمان في تحسين القدرات في مجال انفاذ القانون , وزيادة المساعدة الانمائية تعين على الحد من الفقر ومن بيع المحاصيل الغير مشروعة وذلك بمنح المزارعين بدائل مستدامة كما ان زيادة التركيز على الوقاية والعلاج يضع الصحة في صميم الاستراتيجيات في مكافحة المخدرات ويساعد على ابطاء وتيرة تفشي فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز) ويتزايد توافق الآراء سواء داخل المجتمعات المحلية او فيما بين الدول على ان مكافحة المخدرات مسؤولية مشتركة نضطلع جميعاً بدور فيها .

وما زال أمامنا الكثير من العمل لتقليل أوجه ضعفنا في مواجهة المخدرات . فالدول التي توجد فيها نظم عدالة جنائية ضعيفة وقدرات محدودة في مجال انفاذ القانون بحاجة الى المساعدة للحد من الاتجار غير المشروع بالمخدرات الذي يؤدي الى انتشار الجريمة والفساد وانعدام الاستقرار ويهدد نجاح تحقيق الاهداف الانمائية للألفية في اخر المطاف واذ نحتفل بالذكرى السنوية الستين للإعلان العالمي لحقوق الانسان اذكر جميع الدول الاعضاء بما عليها من مسؤولية الاحترام الكامل لحقوق السجناء المرتهنين بالمخدرات او المحتجزين لارتكابهم جرائم تتعلق بالمخدرات وخاصة حقهم في الحياة وفي المحاكمة العادلة كما ادعو الدول الاعضاء على كفالة الحصول الاشخاص الذين يصارعون ادمان المخدرات على الخدمات الصحية والاجتماعية على قدم المساواة مع غيرهم فلا أحد ينبغي ان يتعرض للوصم او التمييز بسبب ارتهانه بالمخدرات .

لقد ساهمت الجهود المتضافرة المبذولة على مدى العقد المنصرم مساهمة كبيرة في تعميق فهمنا لمشكلة المخدرات العالمية وتعزيز قدرتنا وعزمنا على الحد من الضرر الذي تلحقه المخدرات بالأفراد واحبائهم وبالمجتمعات المحلية والدول (تقرير الأمم المتحدة . 2010م)

لقد أورد التقرير العالمي السنوي للمخدرات الصادر عن الأمم المتحدة أن تزايد زراعة الأفيون في أفغانستان ضاعف الإنتاج العالمي من هذا المخدر، وأشار إلى أن نسبة الأراضي المزروعة بكولومبيا بنبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين زادت كذلك بنسبة 27% عن ما كانت عليه عام 2005.

ويؤكد التقرير الذي أصدره المكتب الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابع للأمم المتحدة ومقره القاهرة، أن سوق القنب الهندي (الحشيش) شهدت على المستوى العالمي استقرارا يميل إلى الانخفاض الطفيف.

وكما يشير التقرير إلى أن إجمالي متعاطي المخدرات الواقعين تحت دائرة خطر الإدمان، يصل إلى نحو 26 مليون نسمة، أي 16% من إجمالي سكان العالم من البالغين. ويؤكد أن معدل استخدام المخدرات بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 والذين قاموا بتعاطي المخدرات مرة واحدة على الأقل خلال العام الماضي، شهد انخفاضا، حيث وصل إلى أقل من 5% من إجمالي سكان العالم من ذات الفئة العمرية.

وحول تطور مشكلة المخدرات يقول التقرير إن عام 2007 شهد ارتفاعا في نسب زراعة المواد الأفيونية في كل من أفغانستان وميانمار، وكذلك ارتفعت نسبة زراعة الكوكا في بوليفيا وكولومبيا وبيرو، كما أن المساحة الإجمالية المزروعة بنبات الكوكا ارتفعت لتصل إلى نحو 235.7 هكتارا خلال عام 2007، وتحتل أفغانستان المرتبة الأولى عالميا حيث تصل نسبتها إلى 82% من إجمالي زراعة من المواد الأفيونية، وما زالت نسبة متعاطي المواد الأفيونية والهيروين مستقرة عالميا من إجمالي متعاطي المخدرات بالرغم من زيادة الزراعة (0.4%).

لقد بلغ حجم الإنتاج العالمي للكوكايين خلال عام 2007 - حسب التقرير أعلاه - نحو 994 طناً، من بينها ستمائة طن بكولومبيا و290 طناً في بيرو و104 أطنان في بوليفيا، وقد ارتفعت نسبة المساحات المزروعة عالمياً من نبات الكوكا بصورة عامة خلال عام 2007، حيث يصل إجمالي المساحات المزروعة بالبلدان الثلاثة نحو 181 ألفاً وستمائة هكتار، وتستأثر كولومبيا بالمرتبة الأولى في الإنتاج حيث تزرع 99 ألف هكتار (عمر، 2008).

وفي الشق الخاص بنبات القنب (الحشيش) يؤكد التقرير أنه مازال أكثر النباتات المخدرة انتشاراً، ونسبة إنتاجه هي الأعلى بين جميع أنواع المخدرات، كما أن سوقه الاستهلاكي هي الأكبر، حيث بلغ إجمالي المساحات المزروعة بنبات القنب 41 ألفاً وأربعمائة هكتار خلال العام 2007.

وقال مدير مركز الأمم المتحدة للإعلام بالقاهرة إن التقرير السنوي هذا العام يرصد إنتاج واستعمال المخدرات حول العالم، وهي مشكلة تهم البشرية، والأمم المتحدة تعزز التعامل مع هذه القضية بكل أبعادها، ومنها جانب العرض والطلب والتوعية بخطورتها ومراقبتها، وتتعاون مع الدول لإيجاد زراعة بديلة (ناصر، 2008).

وقد أكد التقرير، ثبات سوق المواد المخدرة، والعقاقير المنشطة خلال عام 2007 على مستوى العالم.. وسجلت عمليات المكافحة تقدماً ملحوظاً، حيث شهد استقراراً إيجابياً في سوق الكوكايين مع انخفاض في زراعة نبات الكوكا بدولة كولومبيا، وكذلك تراجع نسب إنتاج واستهلاك المنشطات في قارة أمريكا الشمالية، كما رصد التقرير ثبات النسب العالمية في إنتاج واستهلاك نبات القنب.

وأشار التقرير كذلك إلى أنه خلال العام 2006 / 2007 تم ضبط أكثر من نصف الإنتاج العالمي من الكوكايين، أي ما نسبته 24% من مخدر الهيرويين، في حين لم تتجاوز المضبوطات خلال العام 1999 ما نسبته 24% من إجمالي إنتاج الكوكايين، ونحو 15% من الهيرويين. وتوقع التقرير أنه بحلول العام المقبل 2008،

ستحقق أغلب دول العالم تقدماً ملحوظاً في السيطرة على مشكلة المخدرات التي باتت همّاً وعائقاً أمام خطط التنمية بعدما بلغ عدد متعاطي المخدرات عبر العالم إلى ما يزيد عن 25 مليون متعاطٍ، فيما وصلت قيمة التجارة الدولية في المواد المخدرة إلى 322 مليون دولار أمريكي سنوياً، وطالب التقرير في نهايته بتركيز العمل على المستويين الدولي والمحلي من أجل احتواء المشكلة، مع الاهتمام ببرامج علاج "بالمستهلكين" (المتعاطين)، داعياً إلى إنشاء مركزين إقليميين للتنسيق وتبادل المعلومات في كل من آسيا الوسطى ومنطقة الخليج العربي، ولقد استعرض المدير الإقليمي لبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات بالشرق الأوسط، خلال عرضه للتقرير أبرز ما جاء فيه من حيث أكثر الأصناف المخدرة انتشاراً، وطرق تهريبها وحجم الضبطيات الأمنية، وكانت كما يلي:

أولاً: الأفيون :

لقد انخفضت زراعة الأفيون منذ العام 1998، بنسبة 15٪ رغم زيادة مساحة الأراضي المزروعة به، خاصة في أفغانستان، حيث بلغت مساحة الأراضي المزروعة في البلد التي تفتقد للأمن والاستقرار 165 ألف هكتار، بعدما كانت 104 آلاف هكتار في العام 2006.. وتوجد 65٪ من تلك الأراضي جنوبي البلاد، وفقاً للتقرير، وقد أبلغت السلطات الأفغانية خلال العام المنقضي عن قضائها على 59٪ من حجم الزراعة. كما انخفضت مساحات الأراضي المزروعة بنبات الأفيون في جنوبي شرق آسيا من 67٪ عام 2005 إلى 55٪ عام 2006.

أما عن تهريب الأفيون، فهناك ثلاثة مسارات دولية رئيسية، تُعدّ المسارات الأفغانية أهمها، حيث تقوم بمد دول الجوار خاصة الشرق الأوسط وإفريقيا، وتأتي دولة ميانمار كثاني المعابر التي يتم عبرها تهريب الأفيون إلى الصين وأستراليا، بينما تحل المكسيك كالثالث المسارات التهريبية لدول الأمريكتين وكندا، إذ ارتفعت نسبة الضبطيات الأمنية لمخدر الأفيون خلال السنوات العشر الأخيرة لتصل إلى 6٪.. ففي العام 2005، وصلت حجم الضبطيات في أستراليا وجنوبي شرق آسيا 10٪، وسجلت إيران

أعلى معدلات للضبط على المستوى الدولي بنسبة 29%، تلتها باكستان 20%، ثم أفغانستان 15%، والصين 7.5%.

أما عن التعاطي.. فقد شهدت أعداد متعاطي الأفيون على الصعيد الدولي استقراراً نسبياً، وبلغ عدد المتعاطين 15.6 مليون نسمة ويمثلون نحو 4% من سكان العالم، خلال العام 2006، مقارنة بـ 15.8 مليون نسمة في العام السابق عليه وقد تفاوتت فئة المتعاطين العمرية ما بين 15 - 65 عاماً (ناصر، 2008).

ثانياً: الكوكايين:

شهدت معدلات إنتاج الكوكايين استقراراً خلال العام 2006، بعدما انخفضت مساحة الأراضي المزروعة به خلال الفترة من 2000 - 2006 بنسبة 29% لتشكل 157 ألف هكتار، وتأتي كولومبيا في المركز الأول من حيث زراعة الكوكا (الكوكايين)، تليها بيرو، ثم بوليفيا كالث الدول المنتجة للنبات، بعدما تراجع إنتاجه بمعدل 2% خلال 2006، وعن طرق تهريب الكوكا، تعتبر منطقة الأنديز أكبر طرق التهريب، ويصل إجمالي ما يتم تهريبه عبر المكسيك نحو 60% من حجم التجارة الدولية من الكوكايين، وتأتي بعدها أسبانيا، والبرتغال.

وبالنسبة للضبطيات الأمنية.. سجلت كولومبيا أعلى نسبة ضبطيات بلغت 29%، تلتها الولايات المتحدة الأمريكية، ثم فنزويلا وأسبانيا.. وعلى المستوى العربي سجلت المغرب أعلى نسبة ضبطيات للكوكايين ثم غانا ونيجيريا. وتقدر الإحصائيات وجود نحو 14 مليون نسمة يتعاطون الكوكايين بنسبة 3% من إجمالي السكان (عمر، 2008).

ثالثاً: القنب:

يُعدّ القنب الأعلى رواجاً وإنتاجاً بين كل المخدرات، حيث وصل عدد مستهلكيه إلى 160 مليون نسمة في 82 دولة، وتتركز زراعته في المغرب، ومناطق غرب وجنوب شرق آسيا وأفغانستان وباكستان. وخلال العام 2005، تم ضبط 4600 طن من نبات

القب، ونحو 700 لتر من زيت الخشخاش.. وتركزت الضبطيات في المكسيك بنسبة 38٪، تلتها كل من تنزانيا ونيجيريا بنسبة 18٪، ثم منطقة الكاريبي بنسبة 11٪.

رابعاً: العقاقير الطبية:

شهد العرض والطلب على المنشطات الطبية والمخدرات المصنعة استقراراً خلال عام 2006؛ نتيجة انتباه دول العالم لخطورة تلك الأنواع من المخدرات، خاصة أنها تُعدّ الأقل سعراً بين جميع المواد المخدرة. وتحتل الولايات المتحدة المركز الأول بين الدول المنتجة لتلك العقاقير، وقد بلغ إجمالي إنتاجها خلال عام 2005 نحو 480 مليون طن (عقار الإكساسي 110 ملايين طن - الميثافيتامينات 290 مليون طن - الأمفيتامينات 80 مليون طن).. وفي إطار مساعي القضاء على المصانع التي تنتج تلك العقاقير، تم القضاء على 11 مصنعةً بجنوب إفريقيا عام 2005، و310 مصنع ومعامل بأوروبا.

وتعاني دول إفريقيا والشرق الأوسط من تفشي ظاهرة العقاقير المخدرة، خاصة الماكستون فورت وعقار الكابتاجون الذي ينتشر بالسعودية ويتم تهريبه عبر تركيا وبلغاريا وسوريا. وجاء في تقرير للمكتب للعام 2008 بشأن إنفيتامين وميثامفيتامين وأكستاسي أن استهلاك هذه المخدرات يتجاوز بمعدل سنوي استهلاك الكوكايين والهيرويين مجتمعين.

لقد أشار التقرير إلى أن آسيا التي تشهد نمواً سكانياً كبيراً هي المنطقة الأكثر طلباً للمخدرات، مشدداً على أنه في العام 2006 سجل نصف الدول الآسيوية تقريباً ارتفاعاً في استهلاك ميثامفيتامين، كما قامت السعودية في نفس العام بضبط أكثر من 12 طناً من إنفيتامين خصوصاً على شكل حبوب كبتاجون. وتقدر إحصائيات المتعاطين للعقاقير المخدرة بنحو 9 ملايين متعاط، أي 2٪ من سكان العالم من الفئة العمرية 15 - 65 سنة، وتسجل أوروبا أعلى نسبة بـ 3 ملايين نسمة (شيخون، 2007).

هناك صعوبة كبيرة تواجه الأجهزة الأمنية في ضبط تلك العقاقير نتيجة قرب جهات الإنتاج من مناطق التوزيع بعيداً عن طرق التهريب المعروفة. كما أصبحت المخدرات أداة من أدوات الصراعات والحروب بين الدول في إطار ما يسمى بحرب المخدرات "Drugs War".. ناهيك عن التحالفات التي تنشأ بين عصابات الإجرام المنظمة لتهديد الاستقرار السياسي والاقتصادي والاجتماعي، معتمدة على قدرتها الهائلة والعوائد الكبيرة المتحصل عليها من الاتجار غير المشروع في المخدرات التي وصل حجمها ما يقارب من 500 مليار دولار العام 1995، وفي العام 2000 وصل حجم غسيل الأموال في الاتجار غير المشروع إلى 600 مليار دولار سنوياً.

ويشير تقرير الأمم المتحدة عن المخدرات للعام 2004 إلى أننا في عالم فيه 185 مليون متعاطٍ ومدمن على المخدرات حول العالم، أي ما نسبته 3% من سكان العالم، وهو ما يمثل 4.7% من الشريحة العمرية من 15 - 16 سنة من سكان العالم.

كما أن 2.3% من سكان العالم يتعاطون الحشيش، و 5% من سكان العالم يتعاطون الامفيتامين، و 1% يتعاطون الاكستازي، و 2% يتعاطون الكوكايين، و 2%. يتعاطون الأفيون و 15%. يتعاطون الهيروين، كما أن هناك 13 مليون متعاطٍ مصاب بالإيدز بسبب استخدام حقن ملوثة. كما أن مشكلة المخدرات قد جد عليها كثير من التغيّرات في العقود الأخيرة، فصارت مشكلة عامة ليست مقتصرة على طبقات اجتماعية أو جماعات أو مجتمعات بعينها. وكذلك لم تعد محصورة في نوع أو نوعية، ولكن تعددت أنواعها وتزايدت، وصار كل يوم يشهد دخول نوع ومخدر جديد سواء كان تخليقياً أم طبيعياً، ويلحظ أخيراً تزايد ارتباط جرائم أخرى لتعاطي المخدرات كحوادث السيارات، والاغتصاب والعنف الأسري والطلاق والسرقات بالإكراه والقتل الخ...

من هذا المنطلق أصبحت قضية المخدرات لا ينفع في مقاومتها الجهد الفردي، بل تتطلب جهداً مجتمعياً منظماً يتخذ من التنسيق مبدأً، ومن التكامل هدفاً. وفي عالم اليوم لم تعد عملية المواجهة أو الوقاية من تعاطي المخدرات مجرد شعارات.. ولا نكون

كالجزر المستقلة كل يعمل بمنعزل عن الآخر، بل تحتاج إلى تكاتف وتعاون وتنسيق، بل تحتاج كذلك إلى استراتيجية دائمة ومستمرة ومتطورة، ولم تعد مشكلة مقاومة المخدرات أمراً قطعياً منفرداً، أو منعزلاً عن المنظمة الدولية، بل أصبح شأنها عالمياً وإقليمياً، وهذا يتوجب وضع استراتيجية إعلامية وقائية، وأمنية للمكافحة وعلاجية تعالج من يرغب بالإقلاع عن هذا الداء المدمر.

خلاصة القول، يخطئ من يعتقد أن مكافحة المخدرات قضية وقتية، وأن بلدا ما على وجه الأرض قادرا على القضاء على هذه المشكلة وحده، أو في وقت محدد. فالقضية ستظل قائمة، وعلى الجميع أن يظل مستيقظاً ومستنفراً كل قواه، ومن العيب أن نعتبر المخدرات مجرد جريمة يقوم بها هواة أو مجموعة من المنحرفين، فالقضية فاقت كل ذلك وتجاوزته، وعلينا نحن في الخندق المقابل أن نطور من أدواتنا ومن أساليبنا في المقاومة والمواجهة والعلاج، وعلينا أن نثق بقدراتنا على المواجهة، فالشعوب الحية لن تتال منها هذه العصابات الإجرامية مهما زادت في إجرامها.. ونحن شعوب حية تحب الحياة. ولهذا نتصدى للمخدرات وغيرها من الأمراض والآفات الاجتماعية (عبدالعزيز، 2007).

حجم المشكلة في المملكة العربية السعودية:

يقاس رقي أي مجتمع بمدى قدرته على تكميم وحل ظواهره السلبية ومن المعروف أن الظواهر السلبية في أي مجتمع تكون صعبة الحصر لأنها في الغالب لا تظهر علناً خشية القوانين والأعراف، وتعاطي المخدرات وسوء استعمالها من ضمن تلك الظواهر السلبية بل هو أخطرهما على الفرد والمجتمع، لذلك فإن تحديد حجمها صعب في كل زمان ومكان ولا سيما أن ظاهرة تعاطي المخدرات في المملكة ظاهرة حديثة لم تبرز كظاهرة إلا في العقدين الأخيرين. فلقد كانت المملكة خلال العقود الثلاثة الأولى من تاريخها كدولة ذات سيادة خالية من وجود مشكلة المخدرات وهذا حكم يتفق عليه جميع الباحثين وقد كان المخدر الوحيد السائد هو القات في أطراف المملكة الجنوبية الغربية وذلك لطبيعة زراعته هناك، والمملكة الآن ليست بلداً زارعاً أو منتجاً أو مصنعاً للمخدرات (العيان، 1996).

إن حجم تهريب المنوعات وخاصة المخدرات يتفاقم سنويا في المملكة العربية السعودية، وهو ما كشفه مدير عام مصلحة الجمارك، إذ تمكنت من ضبط 87 مليون حبة كبتاجون مخدرة خلال العامين 2006، و2007، منها 36 مليون حبة في 2006، وزادت في العام الماضي بنسبة 40% لتصل إلى 51 مليون حبة مخدرة، وفي شهر يناير/كانون الثاني لعام 2007 ضبطت الجمارك في المنافذ الجمركية البرية والبحرية والجوية نحو مليوني حبة مخدرة وأكثر من 50 كيلو جرام من مادة الحشيش المخدرة، إضافة إلى أكثر من 6 آلاف زجاجة خمر. بالرغم من أساليب ووسائل التهريب الماكرة للمهربين وعصابات التهريب، فإن رجال الجمارك يقفون دائما بيقظة دون دخول العقاقير والمواد النفسية بالطرق غير المشروعة إلى المملكة، ويستخدمون الأجهزة في عملهم، وتخضع جميع الإرساليات الواردة أو الصادرة للكشف والمعاينة. إذ أن استخدام التقنية بشكل فاعل أسهم في كشف محاولات التهريب عبر المنافذ الجمركية إن ما أعلنته مصلحة الجمارك السعودية مؤخرا من ارتفاع مضبوطات الجمارك بنسبة 40% في عام 2007، يؤكد تطور الأمن السعودي، وهي ميزة تحسب للاقتصاد السعودي وتعكس الوضع الأمني الجيد (عبدالعزيز، 2007).

وقد يعزى ذلك إلى أنها تطبق الإسلام عقيدة وشريعة ومنهج حياة، وتنفيذ حدود الله وتطبيق الشريعة على المجرمين بعقوبة الإعدام لردع من تسول له نفسه تهريب المخدرات أو ترويجها، إضافة إلى حرص الحكومة السعودية على توفير سبل العلاج لمن ابتلى باستخدامها من خلال إنشاء مستشفيات الأمل لتؤدي دورا علاجيا وقائيا ورعايتهم بعد مراحل العلاج وفق برنامج خاص وإيجاد وظائف لهم قدر الإمكان لضمان عدم عودتهم للإدمان. ومن بين الأسباب الأخرى أيضا قدرة إدارة مكافحة المخدرات على تطوير أجهزتها وتزويدها بالتقنية اللازمة وتدريب كوادرها للسيطرة على حركة التهريب، إضافة إلى حرص وزارة الداخلية على إجراء الدراسات والأبحاث التي تكشف عن حجم الظاهرة ومصادرها وكيفية التعامل معها من خلال برامج علمية وإفادة الباحثين والدارسين بنشر تقارير ومواضيع عن مشكلة المخدرات. ويعود قرار إعدام

مهربي ومروجي المخدرات إلى فتوى هيئة كبار العلماء في عام 1997م إذا تكرر منه ذلك الفعل.

لقد حققت السعودية نجاحات في سعيها للقضاء على هذا الداء الخطير في الداخل من خلال خطط التعاون مع أجهزة الدول الأخرى لإجهاض عمليات التهريب وضرب مهربيها وقمع مخططاتهم التي تستهدف السعودية في مهدها. وعلى المستوى العربي، فللمملكة وجود مستمر في اجتماعات مديري أجهزة مكافحة المخدرات في نطاق الأمانة العامة لجامعة الدول العربية حيث وافقت على قانون مكافحة المخدرات الموحد النموذجي الصادر عن مجلس وزراء الداخلية العرب إلى جانب توقيعها اتفاقيات ثنائية مع الدول المجاورة لمكافحة المخدرات والتنسيق المستمر وتبادل المعلومات فيما يختص بالسموم البيضاء، كما أن الرياض تسهم في دعم صندوق الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات.

لقد حصلت السعودية خلال الأعوام الخمسة الماضية على 3 جوائز دولية وعربية الأولى منها حصول جهاز مكافحة المخدرات باعتباره القوة الثالثة على مستوى العالم في هذا المجال، أما الثانية فكانت حصول جهاز المكافحة على جائزة أفضل جهاز عربي في أعمال المداهمة وتمرير المعلومات، أما الأخيرة فكانت من نصيب اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات التي نالت جائزة أفضل جهاز وقائي إرشادي ضد آفة المخدرات. تجدر الإشارة إلى أنه في 22 ابريل (نيسان) لعام 2007 تمكنت سلطات الأمن من إحباط أكبر محاولة لتهريب المخدرات والتي قدرت بخمسة أطنان من الحشيش تم ضبطها في الرياض بعد عمليات متابعة في داخل البلاد وخارجها إضافة إلى ذلك وفي 23 من فبراير (شباط) لعام 2007 ألقى قوات الأمن القبض على أحد أكبر مروجي المخدرات في الداخل (عمر، 2008).

وأمام هذه الزيادة المطردة فإن حكومة المملكة لم تأل جهداً في سبيل مكافحتها ومحاربتها فقد دعمت أجهزة المكافحة مادياً ومعنوياً وقامت بحملات توعية

على مختلف الأصعدة وأنشأت المستشفيات الخاصة بعلاج الإدمان مجاناً رغم تكلفة العلاج الباهظة وسن الأنظمة الشديدة التي تقطع دابر مهريها ومروجيها.

وكان من الواجب الاستراتيجي ان تتضافر الجهود الحكومية والقطاع الخاص نحو مكافحة المخدرات والوقاية منها وتأتي المدرسة احد اهم المؤسسات المجتمعية التي تركز في خططها وقاية طلابها وتثقيفهم من افة العصر وكل العصور وهي المخدرات .

المدرسة ودورها الوقائي من اخطار المخدرات :

منطلقات الوقاية : هناك العديد من المنطلقات التي تعمل للمدرسة في ضوءها نحو

الرعاية ومن أهمها :

- الاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات والتي في الغاية الثالثة منها على تطوير الخطط الوقائية .
- الواقع الحالي ونتائج التقارير التي تؤكد على ان هناك مزيد من الضحايا بين الطلاب وسرعة في انتقال التعاطي وربما الترويج فيما بعد وبالذات لما يسمى حبوب الكبيتاجون .
- التوجيهات الصادرة من المديرية العامة لمكافحة المخدرات نحو تفعيل الجانب الوقائي في المؤسسات التعليمية والتربوية والتي من أهمها المدرسة .
- التقارير الواردة من الامم المتحدة ومكتبها المعني بمكافحة الجريمة والمخدرات والذي يؤكد على تضخم الظاهرة وازدياد انتشارها بين اطفال المدارس
- الاهتمام التكاملي للمدرسة بطلابها فكريا وجسميا واخلاقيا كون هذا الدور من اهم الادوار التي تعمل عليها المدرسة في كافة المجتمعات والمنظمات المدنية .
- ويمكن أن ورد العديد من الادوار التي تقوم بها المدرسة لمواجهة الانحراف وظاهرة المخدرات ومنها :

1 (التشئية الاجتماعية :

إن نقل المعارف والتقاليد الحسنة والعمل على تعزيزها داخل اسوار المدرسة يساعد الطلاب على ايجاد حصانة اجتماعية وحفظ للسلوك الايجابي وغرس للسجايا الحسنة .من خلال المجالات الثلاث العقائدية المرتبطة بالدين و المجال العاطفي والمجال المعرفي بواقع توسيع المعرفة وادراك الطلاب متوازنا مع الجوانب الاخرى لاحداث التكامل الجسمي والنفسي على حد سواء .

2) الضبط الاجتماعي :

ويعمل الضبط الاجتماعي من خلال ايجاد القوانين والانظمة الملزمة للطلاب سواء كان داخل المدرسة او خارجها بهدف تعويد الطلاب على الاستجابة للسلوكيات الحسنة وتعزيزها وجعلها سلوكا ممارسا في حياة كل طالب بل وجعله قادرا على التقييم والتميز بين السلوك الحسن وما سواه وهذا يعزز نظرية الوقاية القائمة على التقييم ومعرفة الشواهد السلبية للابتعاد عنها وعن كل ما يعززها او يسهم في ايجادها والتي من اهمها ظاهرة التعاطي للمخدرات .

ويرى الخلالية (2012م ، 14) بأن على المدرسة ادورا مهمه تجاة مواجهة ظاهرة المخدرات نلخصها فيما يلي :

- تميز الكادر التعليمي بالاخلاق الحسنة والقدوة الصالحة .
- التنوع في اساليب التعلم ومراعاة الفروق الفردية في التربية والتعليم بين الطلاب .
- استخدام الاساليب الارشادية القائمة على النصح والتودد والمتابعة .
- تعزيز الشراكة الاستراتيجية بين البيت والمدرسة .
- العمل على غرس القيم الدينية والاخلاقية وتعزيزها .

- تفعيل الادوار المدرسية بشكل كامل (الارشاد ؛ الادارة المدرسية ، النشاط المدرسي) .
- ويرى الباحث بأن اهم الادوار التي يجب ان تقوم بها المدرسة تجاه الوقاية من الجريمة بشكل عام وجريمة المخدرات بشكل خاص ما يلي :
- اعداد الخطط الاستراتيجية المنطلقة من السياسة التعليمية لوزارة التربية والتعليم .
- اشراك الطلاب في الاعداد للبرامج وفق الخصائص العمرية لكل مرحلة .
- الاستعانة بالخبراء والمتخصصين في مجال الرعاية والوقاية ؟
- الاستفادة من التجارب الدولية والمحلية وبالذات الموجودة في القطاع الخاص والجمعيات الاهلية .
- تعزيز الشراكة الاسرية بين البيت والمدرسة وايجاد قنوا اتصال مستمرة وفاعلة بينهما لرصد اي ملاحظة في السلوك لدى الطلاب .
- تفعيل الادوار الارشادية في برنامج الارشاد العام بالمدرسة واشراك المعلمين واولياء الامور فيه لانجاحه وضمان تكاملة الشمولي .
- تفعيل النشاط المدرسي القائم على الانشطة اللاصفية المتمثلة بالزيارات والندوات والعمل على تعزيز مبدأ التعلم الذاتي لجعل الطلاب يشاهدون النتائج الحتمية والمصير النهائي لمن يسلك طريق المخدرات .
- ايجاد مزيد من التعاون المثمر بين المدرسة والاعلام بشموليته وتطوراته وتوظيف الوسائل الجديده القائمة على التواصل الاجتماعي للفيس بوك والتويتروالمنتديات لتفعيل البرامج الوقائية وانجاحها .
- مراجعة المقررات الدراسية وتزويدها ببعض المواضيع الهادفة التي تعزز السلوك الايجابي وتمنع السلوكيات المنحرفة والتي تأتي المخدرات على رأسها.
- تشجيع الطلاب على المشاركة المجتمعية ونبذ التصرفات السلبية تعزيز مبدأ الرقابة الذاتية وتنميتها داخل هؤلاء الطلاب .

- تشجيع الطلاب على اجراء البحوث المتعلقة بظاهرة المخدرات لاكتشاف الجوانب السلبية وخطورة التعاطي والمصير الحتمي لكل من يسلك هذا الطريق .

ويرى ظاهر (2011م ، 25) بأن هناك امورا يجب على وزارة التربية والتعليم أن تعمل عليها لوقاية الطلاب من الانحراف والمخدرات منها :

- تفعيل الشراكة المؤسسية بينها وبين الجامعات المتمثلة في الكراسي البحثية والابحاث المتعلقة بالشباب .
- ايجاد برنامج وطني للطلاب والطالبات يهدف للوقاية .

ويتفق الباحث مع الرأي السابق بأهمية ايجاد مثل هذه الممارسات وإن كانت الجامعات قد بدأت بهذا من خلال كرسي ناصر الرشيد للوقاية من المخدرات بجامعة الملك سعود، وقيام المديرية العامة لمكافحة المخدرات برنامج (وقاية) بشراكة استراتيجية مع وزارة التربية والتعليم معلنة بشكل رسمي البدء بهذا البرنامج الاستراتيجي في الرعاية والوقاية من المخدرات .

ولعل من المهم ان نذكر في هذا الصدد الاستفادة من التجارب العالمية في الوقاية من المخدرات ونذكر منها :

- التجربة الفنلندية : والتي عمدت فيها الحكومة لادخال برامج الوقاية من الانحراف ضمن المناهج الدراسية واوجدت لها تطبيقات مجتمعية متنوعة من خلال المؤسسات الحومية والقطاع الخاص .
- التجربة الاسترالية : والتي تمثلت بإنشاء نوادي للشباب ضمن البرنامج الشامل للمدرسة والذي ينص على رعاية المدرسة واشرافها الكامل على هذه النوادي بإيجاد برامج وقائية بل وانتاج برامج من افكار الطلاب لتوضيح اثار الظاهرة المدمرة ، والعمل على اشراك الارة ضمن محتوى البرنامج للتأكيد على التكامل المهم بين الاسرة والمدرسة بي كل برامج المدرسة وعلى رأسها الوقاية من المخدرات.

- التجربة الامريكية : تمثلت التجربة الامريكية بالانطلاق من فلسفة تربوية تقوم على التعلم النشط القائم على التثقيف المدرسي من واقع المناهج الدراسية والانشطة المدرسية واشراك الاعلام بهذا الامر من اجل ايصال رسالة للاسرة توضح خطورة الموقف وضرورة المتابعة والزيارة المستمرة للمدرسة وبالذات في المراحل المتوسطة والثانوية .

ثانيا : الدراسات السابقة :

نحاول بعضا من الدراسات التي تتعلق بمحور الرعاية والتي من أهمها :
دراسة طالب ودراسة أبو اسماعيل ودراسة العريني (2008م) هذه الدراسات تمحورت حول دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات واكدت في نتائجها على :

- ضرورة ايجاد البرامج المدرسية المعنية بالوقاية والرعاية
- ايجاد برنامج وطني للوقاية من المخدرات
- تضمين المناهج الدراسية مواضيع تعنى بالوقاية من المخدرات
- تفعيل المشاركة المجتمعية في برامج الرعاية .

أما دراسة فرج (2006م) ودراسة أديب (2009م) ، ودراسة السبيعي (2007م) ودراسة عيد (2009م) فقد أكدت على بحث ظاهرة المخدرات من واقع مجتمعي لتحديد حجم الظاهرة وأبعادها المختلفة والوصول الى احصاءات حقيقية من اجل ايجاد برامج وخطط لمواجهة خطر هذه الظاهرة وتوعية المجتمع تجاهها والبعد عنها وحماية مكتسباتها البشرية المتمثلة بالطلاب والطالبات وتقويت الفرصة على تجار السموم وممارسة اعمالهم الإجرامية بالإضافة إلى تعميق الترابط بين المؤسسات المجتمعية والتي تأتي المدرسة على رأسها لإحداث تكامل وقائي وتوعوي .

فقد أوردت دراسة الشيباني (2011م) ودراسة السرحاني (2010م) ودراسة الياقوت (2012م) نماذج مقترحة لبرامج الرعاية وفق منطلقات سياسية واقتصادية وأمنية وتوصلت الى تفعيل الانشطة اللاصفية داخل المدرسة. توظيف الاعلام الجديد

(الفيس بوك والتويتر ومواقع التواصل الاجتماعي) لتعزيز العلاقة بين المدرسة وطلابها
واكتشاف الخلل والانحراف منذ وقت مبكر لمعالجته وحماية الطلاب من المغرضين
والمغربين بهم .

الفصل الثالث

اجراءات الدراسة والنتائج والتوصيات

منهج الدراسة :

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي القائم على تحليل الظاهرة من واقع بحثي .

نتائج الدراسة :

- من خلال الدراسة البحثية المتعمقه لدور المدرسة في وقاية طلابها من المخدرات توصل الباحث للنتائج التالية :
-
- ضعف البرامج الوقائية في مدارس التعليم العام وقلة فائدتها
- اقتصار البرامج الوقائية على الاساليب التقليدية المتمثلة في النشرات الحائطية والمحاضرات الدينية والزيارات القليلة جداً.
- خلو السجلات المدرسية من البطاقات الارشادية التي ترصد السلوك المنحرف لدى الطلاب والاكتفاء بتعبئة السجلات المتمثلة في البيانات الاولية والشخصية للطلاب والمحاضر القائمة على الشكاوى والغياب والسلوكيات الاخرى
- وجود تواصل ايجابي بين الأسرة والمدرسة يتمركز حول السؤال عن الجوانب المعرفية للطالب المتمثلة في التحصيل الدراسي .
- تمركز التوعية في المدارس ضد اخطار المخدرات في فترة الاختبارات النصفية او النهائية من خلال بعض من المحاضرات والنشرات الحائطية .
- ندرة الاستفادة من التجارب المحلية والاقليمية والعالمية في مجال التوعية .
- ضعف التواصل بين المدارس والجهات الحكومية المتمثلة بالمديرية العامة لمكافحة المخدرات إلا في بعض المحاضرات العامة .
- عدم وجود برامج مخططة من قبل المدرسة لبرامج الرعاية والوقاية .
- ندرة الدراسات الطلابية المتعلقة ببرامج الرعاية الا في بعض المسابقات النادرة في بعض المدارس الخاصة والاهلية .

- ضعف التعاون بين المدرسة والمراكز البحثية المتمثلة بالكراسي المتعلقة بالمخدرات والاستفادة منها في الاعداد والتنفيذ للبرامج .

توصيات الدراسة :

- ومن خلال ما سبق فإن الباحث يوصي بما يلي :
- ايجاد خطه استراتيجية لبرامج الوقاية تدخل ضمن نطاق الخطة الاستراتيجية لوزارة التربية والتعليم .
- تعزيز التعاون بين المدرسة والمؤسسات الامنية المعنية بالمكافحة فيما يخص الوقاية والتوجيه .
- تعزيز الشراكة بين المدرسة واللجان الوطنية والاستفادة منها البرامج والخبراء والابحاث المتخصصة .
- البدء بشكل عاجل برنامج وقاية والاستفادة من برنامج غراس المقدم بدولة الكويت الشقيقة للاستفادة من الاليات والوسائل المقدمة فيه .
- تفعيل الوسائل الاعلامية وبالذات ما يسمى الاعلام الجديد للاستخدامة في برامج الوقاية .
- تكثيف البرامج التوعوية وبالاخص في فترة الاختبارات اذ اثبتت الدراسات ازدياد التعاطي في هذه الفترة نظرا لما يستغله تجار السموم في تمرير معلومات مغلوبة وكاذبه حيال هذه الافة .
- ايجاد مركز متخصص يكون بمثابة حلقة الوصل بين وزارة التربية والجهات الامنية لمعالجة المشكلة والعمل على تتبعها وتوضيح خطورتها والعمل على تنويع اساليب التوعية والرعاية للطلاب لتصل هذه الرعاية للطلاب في مدارسهم .
- القيام بالتوعية منذ وقت مبكر يبدأ قبل سن المدرسة ويستمر بعد ذلك آخذين في الاعتبار الخصائص النفسية والاجتماعية لكل مرحلة.
- ايجاد ميثاق دولي ومحلي يُعنى بالطفل وحاجاته وحمايته من خلال قوانين وآليات تحقق هذا الهدف.

المراجع

- ابو اسماعيل ، أكرم عبدالقادر (2008م) . المؤسسات التربوية ودورها في نشر الوعي بأخطار المخدرات . الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .
- إبراهيم ، محمد يسري. (1994). الإدمان بين التجريم والمرض ، دمنهور ، وكالة البنا للنشر.
- بسيوني ، فؤاد محمد . (2003م) . التربية وظاهرة انتشار ادمان المخدرات ، الاسكندرية ، مركز الكتاب .
- البيومي / فؤاد مصطفى ، (2009م) ، المخدرات وتأثيرها النفسي والمجتمعي على التنمية المستدامة ، القاهرة ، مكتبة الفارابي .
- التركي ، سعود عبدالعزيز. (1989م). العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات ، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود ، العدد الأول ، ص ص (417- 484).
- تقرير الامم المتحدة ، (2010م) التقرير السنوي لمكتب الامم المتحدة المعني بالجريمة ومكافحة المخدرات ، فينا.
- الحربي ، سعدى . (1995م) . دراسة مقارنة لبعض الخصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين، رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض. جامعة الملك سعود، كلية التربية
- حضور ، أديب (1995م) . دور الاعلام التربوي في مكافحة المخدرات ، دمشق .
- الحنار ، سعيد محمد (2002م) . التربية الوقائية من المخدرات ، دمشق ، دار البشائر .
- الخلائية ، صالح (2012م) دور المدرسة في الوقاية من المخدرات ، الاردن ، مجلة اردن بلا مخدرات .
- زيد ، محمد. (1988). آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان ، دار الأندلس.

- السرحاني ، صالح يحيى . (2010م) ، دور المدرسة في وقاية الاحداث من الانحراف من وجهة نظر طلاب ومعلمي المدارس الثانوية بمدينة أبها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .
- الشيباني ، علي عواض (2011م) . دور المؤسسات التعليمية في وقاية الطلاب من تعاطي المخدرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض ، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية .
- داود، عزيز حنا. (1992م). علم تغيير الاتجاهات النفسية والاجتماعية، القاهرة، مكتبة الأنجلو .
- الروبيخ ، ماجد سعيد (2003م) . دور المرشد الطلابي في وقاية الطلاب من تعاطي المخدرات ، الرياض ، مركز مكافحة الجريمة .
- طالب ، احسن مبارك (2008م) . الدور الوقائي للمؤسسات التربوية للحد من تعاطي المخدرات ، الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .
- ظاهر ، محمد أحمد (2011م) ، المخدرات ودورها في التنمية على المجتمعات ، القاهرة ، مكتبة حكمت .
- الذويبي، نايف بن خربوش. (2000م). علاقة تعاطي المخدرات بالتوافق النفسي الاجتماعي، دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- العازمي ، عبدالرحمن عبيد (2008م) ، التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالادمان لدى عينة من نزلاء المصحات النفسية بالسعودية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الاردن ، جامعة مؤتة .
- عبدالحكيم ، موسى مبارك (2009م) . المدرسة وادوارها المتعددة ، مكة المكرمة ، مكتبة الفبصلية .
- العريني ، عبدالعزيز عبدالله (2008م) . دور المدارس الثانوية في منطقة الرياض في نشر الوعي للحد من تعاطي المخدرات، الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .

- العليان، عبد العزيز. (1996). المملكة والجهود الدولية لمكافحة المخدرات، الرياض، مكتبة العبيكان.
- العزاز ، احمد محمد (2010م) . المدرسة وادوارها الاجتماعية والثقافية في عصر النهضة الحديث ، القاهرة ، مكتبة مدبولي .
- عمر، عبدالعزیز. (2008). تزايد معدلات تهريب الخمر وتصنيعها رغم الحظر القانوني، الأسواق العربية
- القرني، عائض. (2000م). المخدرات: - ماهيتها - أنواعها - أسباب تعاطيها، الرياض. بتول للنشر .
- فتحي ، محمد عيد (2008م) . التعاون التربوي والامن للحد من انتشار المخدرات ، الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .
- فرج ، عبداللطيف حسين (2006م) اتجاهات الشباب في المرحلة الثانوية نحو معرفتهم بالمخدرات واثارها ، مكة المكرمة ، دراسات تربوية .
- المرزوقي، حمد. (1994). ظاهرة إدمان المخدرات في المجتمع السعودي، الرياض، مركز أبحاث مكافحة الجريمة.